

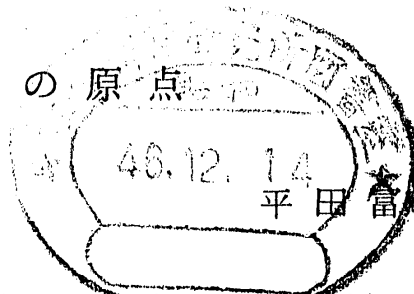
季刊

# 社会保障研究

Vol. 7, No. 2

社会保障研究所

1971



最近のニュージーランドにおいて労働者災害補償についての新しい考え方が生れてきている。社会保障が公平と普遍性の原則を尊重し、社会における不慮の事故に対して有効な保護を提供しようとするならば、「職域災害」と「非職域災害」との区別はつけられるべきではないというのである。ニュージーランドの Personal Injury に関する王立補償検討委員会は、(1)労働災害は労災補償、(2)交通災害は民法上の賠償、(3)その他の災害は社会保障とバラバラに行なう現行の災害補償制度は妥当なものではなく、今日ではこれらの補償は社会保障的観点から災害の予防、社会復帰および補償の包括的な統一的制度 (unified scheme) として改革せらるべきであることを勧告している。すなわち、社会はたんに被用者だけでなく、自営者や家庭の主婦などをもつむ全国民の不慮の災害に対する補償の責任をもつものであり、災害の原因のいかんにかかわらず、均一の評価方法で社会公共の負担で補償せらるべきであって、補償給付は労働不能の全期間中支給されるような実質的なものでなければならないし、そのために補償は迅速に、補償給付は的確に、補償行政は効率的に行わなければならない、と勧告している。この勧告を受けて災害補償選考委員会は、被用者と自営者をカバーするための「所得者制度」(earners' scheme) と、路上の全自動車事故に対する「路上災害制度」(road accident scheme) の新しい補償制度が現行の労災補償と民法上の賠償責任に代って速やかにしかも同時に実施せらるべきであると提案している。このようにニュージーランドは現在、新しい包括的な災害補償制度の確立問題の検討を行っているが、おそらく近い将来、統一的・包括的な社会保障制度の観点から、いうところの「社会責任」(Community Responsibility)原則などを活かしてこの問題は解決されていくものと考えられる。そしてこのことは今後の各国の労災補償制度に新風を送り込むであろうことが予想される。

また現在ニュージーランドの社会保障は、年金や手当金などの金銭給付も薬剤、病院・出産給付、歯科サービスその他の保健医療給付の大部分も一般税を財源とする国庫負担によってまかなわれている。かつての「社会保障税」は廃止されて、社会保障金銭給付と保健医療給付や関連サービスの費用は、主として賃金、俸給その他の収入（法人収入を含む）に対する課税からもたらされている社会保障基金 (Social Security Fund) から支弁されている。もとより長老年金、鉦夫年金および家族給付の3つの給付以外の社会保障金銭給付の受給には一定の「所得制限」が設けられているが、これまでの社会保障税と所得税とは1958年4月からいわゆる“PAYE” System の実施に当って一括されてしまい、1964年4月から社会保障基金は全体の歳入会計のなかに吸収されてしまった。かくてニュージーランドの社会保障は社会保険中心の制度と異なり、社会保障省管掌の各種金銭給付も、保健省管掌の保健医療給付とともに渾然一体をなした独自の制度を形成し、国庫負担を中心として円滑に運営されている特徴ある制度となっている。首都ウェリントンのヴィクトリア大学講師をも兼ねている社会保障省の C. A. Oram は、「社会保障は保険技術を排除するものであり、その包括する国民的広がりにおいても、そのカバーする危険の広さにおいても普遍的なものである。社会保障は社会保険の一般化ではなく、それは社会保険と異なる途である」といつていた。わたくしはわが国のいわゆる「社会保障」の現況を見るにつけ、さらに昨秋短期間ではあったが訪ねる機会にめぐまれたニュージーランドの社会保障の近況を追想するにつけても、われわれはもう一度「社会保障の原点」の何たるかをあらためて検討してみる時機にさしかかっているように思えてならない。

# コミュニティの諸問題

——社会福祉と地方自治の接点として——

松 原 治 郎

## I 生活と地方自治

社会なканずく地域社会は、住民すなわち定住の生活をもつ“生活者”の体系であって、その発展は、生活福祉や人間能力の向上によって表現されるものであり、それをもたらしことにつながる以外の一切の指標は、発展の指標とはなり得ない。ましてたとえ副次的にしるそれにマイナスに作用する条件が含まれるものは、初めから排除する。1970年代に入って、人々の間にこういう発想が浸透した。

かつて地域発展のシンボルであり、地域経済を飛躍的に高める救世主として、競って誘致の勧誘を受けた進出企業も、いまや「公害を伴わぬ限り」という厳しい条件を付されるに至っている。あるいはまた初めから地元民によって拒否されるという例も稀ではない。地方自治体もまた、財政能力の向上をもっぱらとする行政、したがって担税能力の高い企業誘致のみを図るための先行投資主義の行政だけを、前面に押し出すことは不可能になり、民生・教育・社会福祉などのサービス行政を主務とするという地方自治体本来の姿に、好むと好まざるとにかかわらず立たざるを得なくなっている。

こうして企業や行政にとって、状況がやりにくくなったことは確かであるが、“やりにくくなった”という発想では、地域住民自身の考え方に質的な転換が生じている以上、対応できるはずもない。自らのうちに質的な転換を生ぜしめる以外に、この状況に対応できる道はない。それを、ただ“生活サイドから”とか“住民サイドに立って”とかいう掛け声だけで、住民を慰撫すればという程度のことで乗り切ろうとすれば、重大な事態にまで

追い込まれるであろう。

もはや遅すぎるのかもしれないけれども、とにかく自治体行政の本質から問直すことによって、行政が姿勢を変え、深刻な事態を乗り越えるだけの、抜本的対策と投資をしないかぎりには、悪くなることはあっても、決して事態は好転しないであろう。自治体行政の本質を問うというのは、第1に自治体行政は本来生活福祉行政であり、一般管理行政にしる、経済行政にしる、保安行政にしる、すべては生活福祉に窮極的につながるものであり、自治体管理・経済・秩序維持の一切が住民の生活福祉志向的な姿勢を欠いてはあり得ないのを確認することである。そしてまた第2に、地方自治体行政とは、住民すなわち生活福祉行動の主体者のコミュニカルな生活維持・向上の行動体系であるという本来の姿を再確認することである。

いま、あたりまえのことをあたりまえに問直す以外に、この深刻な事態を克服する方法はない。幸いそれを求める構えは住民自身から湧き起っている。それが反体制運動であったり、行政への抵抗であったりしなければならないところに問題がある。そこで、きわめて原則論的なことになってしまうが、社会福祉とは何か、自治体がそれを主務とするというのはどういうことなのか、生活優先の社会を築く方策はどうとられるべきなのか、などをあらためて問うことにしよう。

## II 社会福祉の今日的意味とコミュニティ

「社会福祉」(social welfare)は、一般に人々が、社会生活を営む上において望まれる共同の福祉を、共同の社会的基盤において確保しようとする、社会的な実践体系である(『社会学辞典』, 783ページ)といわれている。つまり、ここには、①社会的に

“望まれる”福祉であることと、②社会的に“共同の”福祉であり、“共同の社会的基盤”において確保されようとする福祉であること、そして③社会的な“実践”の体系であることとの、3つの意味がこめられている。

第1の“望まれる”については、ドイツ語の“wohlfahrt”の語源からも明らかである。もともとこの言葉は、16世紀初期のころから“wohl”と“fahren”とが結びついて慣用的に使われはじめたもので、“wohl”は、“wollen”(願う、望む)という動詞の語基が副詞化したもので、英語の“well”にあたる単語である。一方“fahren”の方は、「一つの場所から他に移る」という意味の動詞で、この2つが結合して、「望ましい状態に変える」という意味内容をもった“wohlfahrt”になったのである(竹内勝男『社会福祉研究』1950年)。つまり“wohlfahrt, welfare”は、人間の生活の理想状態を示す概念でもあり、またそれに向かう営み、すなわち実践活動を示す概念でもある。

しかしながら、第2に、それが「社会福祉」であるかぎり、その望ましが、社会的に望まれたそれであり、実践が福祉を社会的に確保する形で展開することを前提にしている。しかも“社会的に”の基盤は、福祉を望み、かつその確保のための実践活動を展開させる人間と、福祉活動の対象となる人間とが、すなわち福祉の主体と客体とが、“共同の”(コミュニカルな)状況において存在していることにある。社会福祉は、ある特定の(それ自体は恵まれた)人々や機関が、福祉の確保や向上を自力で行ない得ない特定の階層の人々を対象にして、一方的に働きかけるといふ、特殊に限定された(たとえば福祉六法などに規定されたかぎりでの)事業を展開させるといったものでは本来ない。

すなわち社会福祉の活動は、福祉を望み、かつそれに向って実践する主体とその結果を享受する客体とが、同一のコミュニカルな基盤の上に乗っていること、もっと言えば主体と客体が同一であること、しかもコミュニカルな人間の共通の行動体系の場においてそれが展開されて、初めて活動の意味をもつことをその本質としている。

地方自治が、原理的には“コンミュニオン”の上に

たっていることは、いまさら述べるまでもない。自治とは、人が特定の生活関係を自律的に処理するオートノミーであり、それは、国の公務員の手によらず人民みずからの手によって処理さるべきものであるが、公民自治(Bürgerliche Selbstverwaltung)の体系を保障していくかぎりにおいては、自治の権能を公的に認められた団体、つまり自治体(Selbstverwaltungskörper)を作り、それによる自治行政に処理を委任することになる。自治体は、その団体的活動によって、相互の共同の福祉を増進しようとする構成員が作り上げた社会的存在であるが、現実には特定公務員に機能的な権限遂行の委託がなされており、その限りで行政体として、機関として独立してきている。そこでは、いつのまにか自治の主体が、その機関行政の客体となってしまうばかりか、行政体そのものが独立の経営体であるかのごとくにも錯覚され、経営体的な運営の論理が、自治の主体者たちの意思に優先して考えられるようになってしまっている。

いま自治体行政と社会福祉との結びつきを考えると、自治の原理つまり原点に立ちかえることが、どうも必要ようである。自治体行政とくに地方自治体のそれは、その自治団体の存在基盤である人の結合が、一定の土地の区域を基礎にすることにおいて意味をもっている。“共同の”福祉ということの、共同の基盤が、まさに“コミュニティ”と呼ばれる人々の生活上の相互連関がみられる一定の地理的領域にある。自治体行政は即コミュニティ行政であり社会福祉行政こそ、その本質ともいうべき内容物といえる。

第3に、社会福祉が社会的な“実践”の体系であるという点についてみるならば、上述のことに関連して、実践はあくまでもコミュニティ・ワークの形をとる。今日の社会福祉活動は、個人を社会的に切り離された個人として処遇したり、個人と施設との結びつきで措置したりすればこと足りるものではない。地域社会に生きる人々を、地域社会のなかで社会福祉の対象とし、さらにコミュニティ活動のなかで福祉向上を図る実践体系としなければならない。

元来、コミュニティというのは、①一定の地理

的範域内に住み、②そこにおいて生活上なんらかの形で相互関連しあう人々の間に成立する社会であって、③そこでは人々は、その地域内の生活環境諸資源（諸施設）を共通に利用する限りにおいて、④生活利害を共通にし、それを基盤に共同して生活を向上させようとするコンセンサス（合意）に支えられ、また共通の地域社会に帰属するのだという共通の感情を醸成させ、ときには必要に応じて生活福祉をめざす共通の行動をもとろうとする、そのなかに見出されるものである。

もっとも今日的な定義の仕方をすれば、コミュニティとは、地域社会という生活の場において、市民としての自主性と主体性と責任とを自覚した住民によって、共通の地域への帰属意識と共通の目標をもって、それぞれの役割を担う形で共通の行動がとられようとする、その態度のうちに見出されるものである。とくに地域の生活環境を等しくし、かつそれを中心に生活を向上させていこうという方向で一致でき、人々、つまりコンセンサスをもった人々が作り上げる地域集団活動の体系にこそ、コミュニティが醸成される。今日、社会福祉は、コミュニティという人々の生活活動体系を基盤にして、はじめてその意義を発揮する。実践の体系としての社会福祉は、コミュニティの存在なくしては成り立たないのである。

以上のように今日の社会福祉は、すべての人々によって望ましいと考えられる生活の状態に向って、自治という共同の、コミュニアルな社会的基盤に立って、しかもコミュニティ活動に依拠しながら展開される営みをいう。

### III コミュニティ・ケア論の提起

東京都社会福祉審議会が一昨年「東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について」の答申を提出した。都市化・工業化の進展に伴って、地域住民の福祉へのニーズも複雑多様化してきており、さらにこれまでとは異なった新しいニーズも発生してきているといった状況のもとで、これまでの硬直化した社会福祉行政事業に、新しい方策を注入させようというねらいであった。

まず、「コミュニティ・ケア」とは何かである

が、これについて今日必ずしも統一された確固たる定義や方法論が定まっているわけではないけれども、この答申が示した暫定的な規定は次のようなものである。すなわち、コミュニティ・ケアとは、「コミュニティにおいて在宅の対象者に対し、そのコミュニティにおける社会福祉機関・施設により、社会福祉に関心をもつ地域住民の参加を得て行なわれる社会福祉の方法である。そしてそこでは、社会福祉の各種サービスがコミュニティ単位に有機的に統合されなければならない」。つまり、①コミュニティという場で、②在宅の対象者に、③コミュニティ内に存在する社会福祉機関や施設により、④地域住民の参加を加えて、展開される方法であって、これらの要素の有機的統合において意味をもつ方法なのである。コミュニティ・ケアは、その意味では、施設に収容された対象者に対してのみ行われるインスティテューショナル・ケアの対置概念といえる。

ところで、このような新しい方法としてのコミュニティ・ケアを要請せしめたその前提条件は、つぎの3つであるとされている。

第1は、社会福祉の対象の拡大である。今日、社会福祉の処遇水準の向上について、しばしば指摘されるところであるが、それは、これまでも社会福祉の対象であった人々に加えて、従来、対象とされることのなかった人々を、新しくその範囲に含める必要が生じていることを示している。福祉の概念が拡がり、処遇の水準が上げれば、これまでよりも広い範囲の人々を対象とすることになるし、現代の社会問題は、交通事故や公害被害などの犠牲者や遺族といった新しい要保護階層を作り出す。この変化は、これまでの社会福祉の制度的な枠内で取り扱ってきたような施設に収容されている人々、あるいは収容される必要のある人々に限らず、地域社会に居住している多くの人々を、そこに生活する姿のまま社会福祉サービスの対象とすべきことを意味している。

第2に、問題の多面化という点である。すなわち、今日、地域に居住する人々が、多面的な問題をかかえて社会福祉の対象となってきた。社会の進展に伴って、地域の人々の社会福祉の上に生ず

ところの問題点はきわめて複雑かつ多面化してきている。人口の流動、地域開発や地域変動に伴って社会生活・経済生活の上での転換や再適応を余儀なくされる人々の問題、公害問題、核家族化に伴う老人問題など、すべてがそうである。

このような事態にあって、社会福祉活動は、これまでのような固定的かつ硬直化した、いわゆる“インスティテューショナル・ケア”では、もはや対応するにはあまりにも不十分である。それを地域問題として、コミュニティという場のなかで解決していこうという努力なしには対処できない。

第3に、上記の2つのことに関連して、社会福祉のための経費の膨張という点があげられる。すなわち、社会福祉水準が向上し、その対象者が増大すると同時に、社会福祉の問題の多面化が進行することは、必然的に社会福祉に要する経費を膨張させる。このような経費を十分に確保するための努力は、今後一層続けられなければならないけれども、しかし現実には獲得できる経費には限りがある。そうだとするならば、そのような限られた経費を、もっとも有効に使用する手だてを考えることが重要になる。このような経費の有効使用のひとつの方法として、コミュニティ・ケアという方策が提出されてきたのである。

以上3つの前提条件が、コミュニティ・ケアを引き出してきた。すなわち、コミュニティを単位として、社会福祉の対象者と施設や機関と地域住民のボランティア・エネルギーとが、有機的に結びつくことによって、広範かつ多面的な社会福祉活動が有効に展開するのである。こうした考え方が登場してくることは、同時に、社会福祉活動やサービスそれ自体が、基本的な性格の変化を問われていることを意味している。

ひとつは、社会福祉が、個人を個人としてとらえ、保護や措置の対象として、それを施設と結びつけねばすむというこれまでの一般的な考え方から、焦点がコミュニティに移るということであり、いまひとつは、社会福祉の方法の基本が、一定の保護を必要とするような階層の人々に対して行われる措置であるという狭いやり方、つまり、単に社会の内の要保護階層だから措置するという考え

方を超えて、もっと積極的に、将来の向上や発展が図れるように、その人々を開発すること、また人々自身が、みずからを向上させようとする意欲をもち、“自助”(self help)のエネルギーを発揮することを促す方向でもある。つまり、活動の方向が、ひとつには“コミュニティ志向的”であり、いまひとつには“社会開発型”であることを示している。

#### IV 地域生活とコミュニティ

ところで問題の焦点を地域社会、とくに大都市にあててみると、ここには人口の激しい流動の結果としての巨大な集積があり、他方で経済の効率化や交通条件の高速化、あるいは情報機能の発達、は、人々の行動半径を拡げ、また生活文化の状況は人々をますます個人化させている。

ここには、もはや牧歌的なローカル・コミュニティや近隣のむつみ合いが存続する余地はまったくなく、人々の生活は、個々の家庭と職場と大衆余暇場面に分極化していくかにみえる。高度にオートメーション化され、知的活動をも含めて、管理機構や制御操作に追いまくられ、機械を媒介にした人間の集合があるにすぎない“職場”と大衆化社会、情報化社会のなかにおかれ、したがって生活に必要な物財やサービスや情報は、直接に個別にとどけられるような“家庭”とに、人々の生活の場は二分されている。また労働時間の短縮、都市的環境の悪化、モータリゼーションの展開などが結びついて、人々をして日常の環境を離れて週末的な空間移動を激しく起こさせている。つまり職場や家庭のおかれた地域社会とはまったく別の“余暇空間”が、もうひとつ付け加わるのである。

このようにして今日の大都市には、コミュニティ形成の基盤など、まったく見出し得ないかに思われる。もしそうだとすれば、コミュニティ活動を根拠にする社会福祉の営みを主張しても無意味だということになる。だがはたしてそうであろうか。それよりは、上述のような状況が深まれば深まるほど、人々のかえってコミュニティを必要とし、積極的なコミュニティ形成の営みが展開する

のではないだろうか。冒頭に述べたような生活優先の原則がたがねかれるためには、生活確保の拠点としてのコミュニティという場が、どうしても必要になると思われるからである。

いま都市生活の展開がもたらしているものを考えてみると、

①今後ますます、あらゆる点での人々の“密集定住性”が強まる。狭い都市的空間に人々は集まり、高密度な、かつ効率の高い生活活動の状況をつくり出す。人々の空間的密集性は、コミュニティ形成の第1の条件である。

②また、あらゆる意味での能率社会の深化は、能率という限りにおける人間性の希薄化をもたらす。しかしながら、人間が人間であるかぎり、なんらかの形で人間的交流を必要とする。一方、家族が核家族化して狭小になればなるほど、その機能を補う“近隣の相互交流”が浮かび上がってくる。親族や友人の関係が上のことの補充条件とはなるけれども、日常的な定住の行われている場所で、人間性回復や生活機能の補充が展開するとみるほうがむしろ自然である。子供たちが育ち老人が憩うこの近隣社会のなかで、ふだんは職場で働いている人々もまた、憩いの人間交流的条件を求めるといった場面が、これからみられるのではないだろうか。

③次に、生活の近代化あるいは高度化は、ひとつの必然として、生活手段の個別所有を超えた公共利用の方向をもたらす。たしかに1960年代の経済の成長は、国民の生活様式にも上昇変化をもたらしたが、物資の量的拡大を追い求め、できるかぎり物を買ひこみ、それを所有するのにあけた結果は、それだけでは必ずしも真の生活の充実を得られないという教訓をわれわれに残した。

いかに個々の家庭生活内の物的充実を図っても、家庭を取りまく地域の生活環境条件が整備されていなければ、生活の安定や充実は得られない。道路や交通条件、教育や保健や環境衛生や防災、緑地や公園等々の生活環境施設整備の立ち遅れが、ひどい圧迫として生活にはね返ってくることに気づいた。

それどころか、生活の近代化とは、生活条件に

おける私的セクターに比して、公共的セクターの占める割合がより大きくなることでもある。よく指摘されるように、日本の国民生活の立ち遅れは私的消費の伸びの割に、社会的消費の伸びが小さいことにあるといわれている。この考えでくると、将来の生活の充実を決定する重要な因子は、生活資源の個別所有の高まりという点よりは、“公共的生活施設体系”がどれだけ整備されるかという点にかかってくる。つまりその施設体系をどれだけ多く使用できるかにかかっている。それは、地域という場におけるそれらの整備いかんによる。したがって、人々の間から、それらのより一層の整備への要求が、今後ますます高まるにちがいない。そうした共通の利害を人々は認識し、それを求める運動を展開させるにちがいないのである。生活環境施設の体系としてのコミュニティが、人人の関心のなかに拡がるのは、また当然のことといえよう。

④最後に、以上の記点を媒介にして、いつのまにか人々の間に“コミュニティ・コンセンサス”が形成される。密集定住性を前提に、そこに人間的（パーソナル）なつながりを人々が求め、かつ共通の生活施設体系の利用やそれらの一層の整備への要求をもとにして、自然発生的につくり上げていくところの生活利害共同の意識、コミュニティ共属の感情、自分もなにかすべきであるという役割意識、これらを総称してコミュニティ・コンセンサスと呼ぶ。

以上のようにして、これからの都市生活の高度化にとって、コミュニティはむしろ不可欠なのである。

## V 地域環境の問題

1970年代の生活優先の原則に立った行政、なかなか開発行政が押し進められなければならないとき、行政のねらいは、あくまでも“福祉追求的”であり、かつそのプロセスは“生活の論理”に立ったものでなければならないことは、すでに述べた。開発行政を具体的な地域におろして計画的に押し進めようとするとき、その展開の場となる地域は、単なる地理的な範域でなくて、当然に人

人の生活関連の体系の地域的表現であるところのコミュニティでなければならないし、その展開はまたコミュニティ志向的な住民の主体的活動に依拠してはじめて効果をあげることができる。しかも今日の地域生活の状況において、こうした意味のコミュニティ形成は可能である。

そこでコミュニティに依拠した地域行政の今日の戦略とは何かが次の問題になる。それは2つの側面からアプローチできる。1つは、地域環境をどうとらえ、どのように整備すべきかという、いわば生活の条件づくりの問題であり、いま1つは、住民にいかによりコミュニティを形成させるか、つまり住民のコミュニティ志向態度に地域行政を結びつけることによって効果をあげるにはどうしたらよいかという問題である。前者は環境論的アプローチであり、後者はコミュニティ・アプローチである。

環境 (environment) は、一般に人間の生活活動を支える外部的状況であるが、しかし人間の外側にある一切の事物や条件がすべて環境と呼ばれるべきものとはいえない。それを人間が生活活動展開のフレームの中に取り入れ、接触し、かつ利用する（ときにはマイナスの条件として受け取る）ときに、はじめてその人間生活にとってそれが環境となる。環境はふつう“自然的環境”と“社会的環境”の2つから成り立つといわれている。しかし今日の、とくに地域環境を問題にすると、この中間に、いまひとつ“物財的環境”とでもいふべき人工的に形成された物的条件を考えておく方がとらえやすい。

ところでとくに地域環境の今日の問題は、自然的なそれにしろ、社会的なそれにしろ、それらがこれまでの自然的ないし慣習的バランスを喪失して、それが人間生活にむしろマイナスにはねかえってきている点に求められる。

第1に、地域の自然的環境（自然系）であるが、今日の都市においては、それ自体が拠ってもって立っている土台、つまり立地条件としての自然、たとえば台地であるとか、扇状地にあるとか、地盤や気候等々に示されるような自然そのものよりも、むしろ人間の生活活動が作り出し、改造させ

た自然の方が、はるかにドミナントである。緑にしろ河川にしろその大部分は、自然そのままではなくて、人間が改造したり、新たに作り出したそれである。それは偉大な人間の力を示すものであると考えられ、またそうした自然によって環境としての快適性を人間が享受できるものとこれまで信じてきた。

だがこうした人間活動と自然との交錯、いいかえれば自然的環境と社会的環境の交錯が異常に深まったとき、すでに自然系自体がその本来の循環のバランスを失って、その結果、人間にとってマイナスに作用する論理に転化してしまったのである。自然の丘陵をけずり、川をつぶし、後から人工的に緑を植え、新しく水を引いたとき、大気に亜硫酸ガスを大量に放出させたとき、自然はその循環による自己回復能力を失って、人間にとってマイナスにしか作用できないものとなった。元素でいうならばC, H, O, Nのいわゆる循環のプロセスも、そこに無機物や重金属類が混入することによって大気や水は無限の浄化作用を保つことができなくなった。この事態を一般に“環境汚染”、“環境破壊”と呼ぶ。つまり人間の個人生活や社会生活にとって利用しうるよう、プラスに改造しようとした自然が、人間にとってマイナスになるように変化することになるというこの矛盾を、人間の社会がどう克服するかが、今日の重大な課題になっている。地域環境においては、自然的環境の問題は、自然保護という単純な論理ではおさまらない。それを人間にとってプラスに改造することが、同時にマイナスになるというこの矛盾のなかで取り組むべき問題なのである。

第2に、地域の社会的環境（社会系）であるが、人間の生活活動が作り出した集団的な生活保持の体系——慣習・制度・組織・集団・人間関係等々——たる社会的環境も、自然系における環境汚染とまったく同様に、矛盾を生み出している。すなわち、人間が自分たちの生活の効率化のために無数に生みだしてきたこの環境（社会系）形成が、その無政府的展開のゆえに、個々の生活の上に圧迫やひずみを与えるものに転化しているのが現実であって、その事態をわれわれは、ふつう“社会問題”

と呼んでいる。つまり個人の生活の論理と社会の論理がイコールでつながらなくなっているのであって、この矛盾をどう克服していくかが、第2の問題である。集団内、集団間の諸葛藤、法や秩序と個人生活利害との衝突、風紀環境問題等々、あげればきりのないくらいである。

そこで第3に、地域の物財的環境（施設系）の問題が登場することになるが、これは、もともと環境の自然系と社会系との間の媒介項として、人間の生活活動が作り出した新しい環境系である。もちろん都市社会は、これが最もドミナントに展開する場であるといえる。人間の知恵と技術が生み出した輝かしい成果でもある。

だが、上の2つの環境条件が共に矛盾の論理を展開させるに至ったとき、媒介項としての施設系もまた、プラスの方向で媒介する機能を越えて、マイナスの条件にさえなってしまった。“過密”という認識は、まさにここにおいて生じたものである。都市の“いれもの”としての環境の施設系が、“なかみ”である人間の生活と完全にバランスを欠き、肉体的・心理的苦痛さえも強要する。

しかしながら、地域の論理が、まさに人間の生活活動にとってプラスに展開するようにさせる契機は、まさにここにおいて他にない。経済発展と技術革新は、この媒介エネルギーのポテンシャルティをたえず生み出す。生活優先の原則に立った計画的整備や配置の発想をつらぬくならば、マイナスを再びプラスに再転化させる可能性は、また十分にある。

## VI コミュニティの施設計画

そして、ここに必要なのはコミュニティの発想である。コミュニティは、先にみたように、ひとつには公共的な生活施設である。それはもちろん地域住民の行動エネルギーと心情的コンセンサスの体系として形成されるものであるが、その戦略的拠点は、施設体系としての生活環境条件に求められる。地域の論理にいま必要なのは、まず、①“コミュニティ・ミニマム”ともいうべき環境条件の基準を設定することであり、②次いで、住民によって欲求されるより快適な生活の水準を確

保する条件としての、“コミュニティ・オプティマム・スタンダード”（最適基準）を立ててみることである。③そればかりでなく、さらに現状においては必ずしも人々に欲求されるに至っていないが、将来の経済社会の発展が当然引き出してくるであろう突出した高い水準の生活条件を、先取りして人々の欲求を開発するような施設体系（新型プロジェクト資源）の配置も考えられてよい。地域サービスとは、まさにこうした発想に立ったものでなければならない。

もちろん、こうした何段階もの水準を考えるとときには、それらの整備にあたって、行政的サービスにすべてが依拠するわけではない。必要に応じて私的エネルギーの導入も図られてよい。つまり環境の施設系における公的セクターと私的セクターの並存の論理である。この両者が、新しい都市の建設・再建という全体イメージのなかで、利点・欠点を補いながら配置される。

断わるまでもないが、これは無原則の入り混りをいおうとしているのではなくて、分離の原則に立った機能分担であり、その限りでの相互補完である。公的セクターのもつ原理は、それこそ“シビル・ミニマム”の確保を前提にし、市場原理や私的利害のみにゆだねたのでは生ずるであろう資源のミス・アロケーションを防ぎ、採算を越えるサービスを住民に提供し、また大量処理による合理性を発揮するなどの利点に求められる。その範囲は一般には常識的に考えられた自治体の責任範囲内の社会資本といえようが、住民の生活水準や欲求水準が上がり、また行政能力が高まれば、その範囲は、おのずから拡大する。

一方、私的セクターの方は、地域生活福祉展開の流動性と弾力性を高める役割をもつもので、ここでは私的資本がもつ積極性が活用され、ボランティアなエネルギーの効力が発揮される。それはまた住民のより快適な生活の水準を確保するという役割をも果たす。

さらに、この中間に公的セクターが担当するが、そこに受益者（利用者）負担の原理の入り込む施設整備が考えられる。住民がより快適な生活をとくに望むならば、負担を含めてその開発を考える

のは当然のことである。そして時には、受益者負担を伴うこの整備が、私的セクターにゆだねられることによって、公的セクターが担当したのでは生ずるであろう税外負担感を解消させることもある。

いずれにしる公私両セクターの間に、次のような分離の原則（ケジメ）だけははっきりつけておかなければならない。①コミュニティ・ミニマムにあたる最低限の生活環境条件・福祉施設やサービスについては、採算を度外視して行政が整備するという“行政義務原則”をまず立てる。②その上で、なお独立採算のとれる分野についても、公的セクターに残しておく。③さらに受益者負担を伴っても、より高い水準の生活条件・福祉条件を住民が望むならば、それについても公的に整備することを勧める。ただしこれについては、民間受託の形で、一部私的経営にゆだねてもよい。④最後に、民間資本の企業利潤の考え方をも導入して、より高度な生活欲求や福祉希求に応えらるとともに、新しい水準の欲求の開発や誘導をこれによって果たしていく。

社会福祉事業について、これを前向きに計画的に展開させるとすれば、施設体系（収容、利用両者を含め）の総合的整備と公私の分担関係の明確化について抜本的に検討する必要がある。

## VII コミュニティ意識と運動論

最後に、新しい地域社会形成のためには、住民によるコミュニティ形成の意欲と姿勢がどうしても必要である。住民の意思と欲求とその主導性とを欠いて、その計画も実践もあり得ない。

今日、伝統的な地域共同体の大幅な解体の結果、いわゆる市民社会的「個我」が広範に形成されていることは疑いない。ただ問題は、その「個我」が「個の論理」にとどまって、自由と権利の意識は強いけれども、逆に社会的連帯性を欠き、観念としての市民のレベルにとどまって孤立化しているところにある。つまり、伝統的な意識の「地域共同体」モデルと対峙的な関係にある意識の「個我」モデルが、今度は、新しい地域社会的な脈絡において再構成され、そのかぎりで社会化されて

いくことが必要であって、それを意識の「コミュニティ」モデルと呼んでおこう。いったん脱地域社会化した「個我」、古い桎梏から解放された個我に、新たな地域性が与えられることによって社会化されるところに「コミュニティ意識」がある。

それは環境の自然的条件への地域社会的再適応ではなく、あくまでも状況変革的・主体的な個我の社会化である。コミュニティ形成が、一種の運動の論理であるとすれば、計画的・意図的移行でなければならない。その際大切なのは、移行が、「個」的利害から「社会」的な利害へ、そしてさらにより上位の「個」的利害の獲得へという形をとるとともに、その移行の過程で、物質的・手段的な利益の追求の次元から、内面的・意識的な価値体得の次元へといった発展、いいかえれば運動を通して参加者自身の生活上の価値態度そのものに変化が生ずることではなければならない。そしてまた価値目標の追求は、次のより高い物的手段の獲得への意欲へ正しく転化するものともなる。

こう考えてくると、コミュニティ運動は、日常的な地域生活上の不満や要求（そのかぎりでの個別利害）から出発して、その求める状況用具そのものがもっている地域的共通性が手がかりに、利害の社会化が進行する。つまり地域社会的共通利害追求の形で、各種のルートを通して運動が社会的に政策化されていく。こうした、個別から社会へという営みは、おのずから要求のグルーピングを生ぜしめ、地域組織が形成される。しかも地域社会性の背後には、共感というアスピレーションや共属の感情や役割意識があって、コンセンサスを作っているから、こうした地域的コンセンサスに立った社会的結合は、それに参加するひとりひとりの市民意識（個人的価値）をも高める。こうしてコミュニティ運動は、個別利害（生活不満・地域環境施設要求）→社会的利害（政策領域としての組織された共通利害）→社会的価値（地域集团的イデオロギー）→個人的価値（市民意識の向上）といったルートをたどる。

これは、単にイデオロギー的指導によって観念から入った従来型の「市民運動」とはかなり様相を異にしている。それだけ根強さがある。

今日、地域社会の環境条件の変化は、ますます、共同の生活利害、コミュニティへの「生活依存度」を高めている。コミュニティの基盤とする生活の社会的消費体系をより充実させようとする方向で、人々が運動を展開する条件は、ますます深まっている。そればかりか、その運動を通じて、住民ひとりひとりがコミュニティでの「役割意識」をもつようになっている。そして、これが地域への「共属意識」というアスピレーションと結びつくとき、実に根強い運動として広がっていく。

地域行政活動や地域企業活動の本来の姿は、こうしたコミュニティ運動の醸成やその援助にあるという考え方への質的転換を遂げないと70年代の地域社会から完全に見離されてしまうであろう。

### VIII 社会福祉のコミュニティ・アプローチ

こうしてコミュニティ醸成の基盤ができてきているとすれば、あとは、いかにそれに刺激を与え発酵させるかである。1970年代には生活優先の原則に立った開発が押し進められなければならないとされているとき、開発のねらいはあくまでも、「福祉追求的」でなければならない、その開発のプロセスにおいては、「生活の論理」に立った生活者の組織化、運動の論理がつかみ取られていなければならない。

再び社会福祉にもどるが、社会福祉事業というものは、それ自体は、生活優先の原則の追求という全体のなかで、いささか消極的な部門に属するが、しかしながら、これを住民全体の生活福祉追求の心情と認識と評価態度のなかに位置づけ、住民を心理的・行動的に巻き込む(インボルブメント)ことを試みるならば、児童福祉にしる、老人福祉にしる、身心障害者福祉にしる、住民自身のものとして展開されるのである。

そのためには第1に、社会福祉諸施設を地域社会から隔絶されたものとして設置するのではなく、利用施設のみならず、収容施設もまたコミュニティ施設として配置する考え方が前提になければならない。児童養護施設や老人ホームを、安い地価を求めてという理由だけで、既存コミュニティから離れた場所に設置するというやり方は、基本的

に反省されなければならない。まして利用施設については、単に対人口割で配置基準を設けるのではなく、利用者の特性に応じて、誘致距離基準を設定して、きめ細かく配置する必要がある。

そればかりでなく、地域福祉活動の統合を図るための“地域福祉センター”として建設し、人口10万以上の都市に1ヵ所配置するような上位のコミュニティ・センター(都市福祉センター)には、高度な機能をもたせ、専門的利用可能な設備と専門職員を配置する。さらにその下に、小学校区単位(人口5,000~1万人)に、地区福祉センターを設け、コミュニティ活動の拠点とする。これらのセンターは、同時に、たえず地域内の社会福祉施設との連携をとり、福祉対策の措置や利用促進を図るとともに、センターに集められた地域住民のボランティア・エネルギーをそれら施設と結びつける機能を果たす。

また福祉センターは、在宅の福祉対象者のリストを整備し、ボランティア活動と在宅サービスを結びつける機能も果たさなければならない。

第2に、地域住民の潜在的なボランティア・エネルギーを開発するために、コミュニティ・オーガニゼーションの活動を展開しなければならない。コミュニティ・オーガニゼーションに関するいくつかの原則をあげるならば、

①地域社会の現状、いいかえれば生活福祉の諸条件に対する住民の不満や正義感を引き出し、グループ形成の方向に開発する刺激と指導がなされる(欲求の開発)。

②不満や正義感は、ここで求心的にまとめられ、特定の具体的問題をグループ活動の目標として設定し、組織的・計画的なプログラミングがなされる(計画立案)。

③グループ活動は、具体的福祉活動に向けて行動化される(活動の展開)。

④グループには、リーダーとして、地域内の生活に密着し、また地域の人々一般からも支持されるような人物が得られなければならない(リーダーの析出)。

⑤リーダーは、グループ活動のプログラム展開にあたって、一方で成員の情緒的な満足が伴うよ

うな雰囲気づくりに努めるとともに、他方で、グループの目標と手続き方法を成員に受け入れやすい形で作り、成員の活動意欲を高めるようにしなければならない(リーダーシップの展開)。

⑥グループとしては、グループ内部の意思の伝達ならびにグループとコミュニティとの間の意思の疎通の両方を、積極的かつ効果的に開発しなければならない(コミュニケーションの開発)。

⑦ グループは、地域社会内部で、力と安定と威信をもたなければならず、それはより広いコミュニティ形成の始動集団(イニシアティブ・グループ)として機能することになる(対外的効果)。

⑧したがってグループは、その活動において、地域社会の現状に即した歩幅を常に考える必要があり、着実に地域社会を変革する努力を続けるという姿勢をもたなければならない(地域社会との結びつき)。

第3に、社会福祉行政は基本的に“コミュニティ志向的”に展開されなければならないことはいうまでもない。コミュニティ・ミニマムの基準を設けた福祉施設の配置(福祉センター、児童館、老人福祉センター、授産所等々)、在宅サービスの強化(ホーム・ヘルパーの派遣など)、対象者組織の育成(老人クラブなど)、ボランティア・エネルギーの開発、これらを有機的に結びつけるための専門職員の強化などを図り、単に措置費や施設維持費、扶助料等々の引上げを考えるだけではなく、コミュニティ福祉事業への予算を拡充する努力をしなければならない。

また社会福祉事業における公私の問題、いいかえれば公営・民営の施設間の問題も、コミュニティという次元での機能的統合を考えるならば、これまで繰り返されてきた非生産的論議も解消するのではないだろうか。

#### 次号 (Vol. 7, No. 3) 予告

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 巻頭言              | 福 武 直           |
| 論 文              |                 |
| 社会保障と財政          | 橋 本 徹           |
| コミュニティ・ケアと社会福祉   | 三 浦 文 夫         |
| 公的扶助とケース・ワークについて | 竹 村 栄 一         |
| 社会保障審査制度の効用      | 国 井 国 長         |
| 資 料              | 伊藤秋子・佐々木淑恵・馬場紀子 |
| 研究ノート            | 山 崎 泰 彦         |
| 書 評              | 前 田 正 久         |

## コミュニティと医療

大村 潤四郎

### はじめに

昭和30年頃から保健・医療の総合計画、いわゆる Comprehensive Medical Care ということが各方面で盛んに主張されるようになった。公衆衛生、医療制度に関連した学会ではもとより、行政面においても昭和36年度厚生白書では「保健対策の総合性」という表題で取り上げられているし<sup>1)</sup>、同じ年に公衆衛生局保健所課によって、編集発行された「保健所管理」<sup>2)</sup>では「地区保健計画」という表題で詳説されている。

昭和35年4月に厚生大臣の諮問機関として発足した医療制度調査会は38年3月医療制度全般についての改善の基本方策について答申を行なっているが<sup>3)</sup>、その中でも医療の総合性が強調され、臨床医学的な医師、歯科医師の活動は広く地域社会の保健活動にまで広げなければならないこと、医療施設の配置と体系の整備は地域の医療需要に応じたものとし、計画策定のために地域保健調査会ともいうべき機関を設けることを主張している。

医療の段階についてはかつて、Leavel 等<sup>4)</sup>が、人間の健康が損われる過程に対応し、その各段階における進行防止の措置として、1. 健康の増進 (Health promotion), 2. 特殊予防 (Specific prevention), 3. 早期発見・早期治療 (Early recognition and prompt treatment), 4. 治療および重症化防止 (Curative treatment and disability limitation), 5. 社会復帰 (Rehabilitation) の5つの段階に区分した。医療そのものは前記の5段階について連続的

なものであり、治療だけを個別に取り出しうるものではない。医療の総合性はこの理論から出発している。

医療に対するニーズが地域によって異なることは論ずるまでもない。人間の健康は生まれつきの体質によることもあるが、生活環境の影響をうけることが多い。人口構造、気候、風土、食習慣、産業、交通、住宅、その他の社会的要因によって疾病構造は異なる。

近年わが国は急速なる工業化、都市化によって成人病、交通災害、公害病などが増加しつつあることは周知のとおりである。

地域住民の医療ニーズに応じて、必要な時に必要な医療を供与できるのは地域における医療機関であって医学、医術の進歩が急速で専門分化の激しい今日、地域における医療機関が協力してこれに当たらねばならぬことはいうまでもない。交通や情報システムが発達した今日では医療機関の利用範囲は拡大しているといっても限界があり、日常の軽い疾病の場合には特に至近の医師が頼りとなる。

人間の健康について個人を対象とする臨床医学から、集団を対象とする医学に発展したのは公衆衛生学、社会医学等の発達の歴史に示されるところであるが、この“Community as a patient”ともいうべき考えは、今日さらに“Community as a doctor”という考えに発展し、この2つが表裏一体となって初めて地域の健康は保たれるというべきである。

地域における保健活動としては医療の他に環境衛生に関する分野がある。すなわち、総合保健活動は総合医療活動 (Comprehensive personal health service) と総合環境衛生活動 (Comprehensive

1) 『厚生白書』、昭和36年度版、115ページ。

2) 厚生省公衆衛生局保健所課編、『保健所管理』、昭36、283ページ以下。

3) 医療制度調査会、「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」、昭38。

4) H. R. Leavel & E. G. Clark, *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, McGraw-Hill, 1958.

environmental health service) に区分される<sup>5)</sup>。前者は直接人間が対象であり、後者は食品等も含めて空気、水、住宅、汚物処理など生活環境因子いわば物が対象である。したがって前者は医療機関、医療従事者の協力に負うところが多く、後者は行政機関、住民組織の協力に負うところが多い。

戦後のわが国における地域保健活動の発展の歴史をふりかえってみると総合環境衛生活動については地域活動としてそれなりの成果をあげたと思われるが、総合医療活動についてそれがよく組織化されているとは思えず、医療保障制度の発展に比べて、医療の供給体制の立遅れがしばしば指摘されている。本稿では主としてこの点に焦点をあてて地域と医療の問題を論ずることとしたい。

### I 地域保健活動の発展過程

わが国における地域保健活動の発展の歴史については、すでに橋本正巳氏の「公衆衛生と組織活動」<sup>6)</sup>「地域保健活動」<sup>7)</sup>等に詳しいので、今ここでは簡単に要約するにとどめよう。

戦前わが国は公衆衛生活動についても高度に中央集権的で、とくに明治中期以降第一線の衛生活動は長年の間、警察行政として推移したため地域住民の自主的活動の余地は少く、わずかに衛生組合が伝染病予防の下部組織として活動したがこれも上意下達の封建的な組織であったがため、昭和22年いわゆるポツダム政令によって解散を命ぜられた。

戦後における地区組織活動で注目されるものは母子衛生に関する愛育村の活動と「蚊とハエの撲滅」における地域活動である。母子衛生に関する地域ぐるみの活動は豊中保健所を中心とする母子の会の活発な活動、山梨県源村、神奈川県高部屋村などを先駆とする母子愛育村の運動によって乳児死亡率の低下に著しい貢献をした。「蚊とハエのいない運動」は敗戦直後における発疹チフスその他の伝染病の大流行が契機となって、占領軍当

局の強力な指導援助の下に DDT の大々的な使用、都市における衛生班の活動等を主力とする緊急防疫対策がその後伝染病の流行が下火になるとともに環境衛生対策へと移行したものであった。昭和25年にはモデル地区が指定され、やがてそれが全国に普及することになるが、昭和30年には「蚊とハエのいない生活実践運動」の3ヵ年計画が閣議で承認され、行政面でも強力に推進されることになる。

母子保健においては何よりも母親の育児知識の普及が重要であり、「蚊とハエのいない運動」においては駆除の実践に当たって、婦人会、青年団、子供会、4H クラブなどの地域組織、学校、工場、会社などの集団組織の力を借りなければ効果をあげ得ないという点において、地域住民の計画への参加が絶対に必要であった。これらの計画に当たってその地域におけるモデル保健所が技術的な面においても指導的役割を果たしたことはいうまでもない。

戦後における新しい公衆衛生制度において、保健所の指導による地域保健活動が実績を重ねるに当たって、その成果についての反省も加えられ、地域保健活動に必要な技術の開発が保健所など地域社会に密着した公衆活動のなかから進められてきたことは重要である。大阪府衛生部が昭和30年初めて試みた業務測定をはじめ地区診断評価の技術など、地域保健計画推進に関する技術が実地に応用され、その結果が公衆衛生学会などに報告され活発に討論されるようになった。埼玉県千代田村<sup>8)</sup>、静村などの農村、長野県飯田市<sup>9)</sup>、香川県引田町などの地方都市では公衆衛生、衛生教育、社会学、人類学などの研究者たちによって総合調査が行われ、地域社会の保健の問題についてより広範な立場からアプローチを試みる調査研究が盛んとなった。

このような動きにつれて保健所は上意下達の衛生行政機関から、地域の実情を把握し、活動計画を立て、地域における民間組織の協力を得て実行するという自主性をもった機関に脱皮する必要があった。昭和35年の保健所の再編成は、保健所がそれぞれの管轄地域の特性に対応して効果的な公

5) National Commission on Community Health Service, *Health is a Community Affair*, Harvard University Press, 1966, p. 126.

6) 橋本正巳, 『公衆衛生と組織活動』, 誠信書房, 昭30.

7) 橋本正巳, 『地域保健活動』, 医学書院, 昭43.

8) 千代田地区健康農村評価委員会編, 『健康農村活動の評価』, 第一生命保険相互会社公共関係室, 昭38.

9) 山本幹夫編, 『健康管理とその科学的基盤』, 有隣堂出版, 昭35.

衆衛生活動を推進できるよう、従来のもっぱら人口規模による A, B, C 級の設置基準を改め、地域の産業構造、人口密度等の立地条件を考慮して U 型（都市）、R 型（農山漁村）、UR 型（両者の中間）、L 型（人口稀薄な地域の保健所）に大別した。

昭和39年には「保健所において執行される事業に伴う経理事務の合理化に関する特別措置法」が定められ、それまで母子保健、結核、伝染病予防など事業ごとに経理しなければならなかった国の負担金、補助金を地域のニーズに応じて立てられた保健所の計画に従って総合的に使用できる道が開かれた。昭和36年には保健所運営の指針として、「保健所管理」<sup>10)</sup>が執筆されたが、それには地域保健計画の立て方、地域保健診断、業務測定、行政計画、衛生教育、地区組織活動を促進するための援助のやり方、保健資源の活用法、保健活動の評価などについて詳細な解説が行われている。

昭和34年における財団法人保健福祉地区組織育成協議会の設立はそれまで公衆衛生と社会福祉という住民の福祉にとって基本的に重要な2つの領域において、それぞれ別個の活動として発展してきたものが、地域住民の生活という共通の立場に立って連携すべきであるという認識を強めた点において大きな役割を果たした。これによって地域保健活動の方法論にも新風が吹き込まれた。それまで保健に関する地区組織活動は環境衛生改善の場合に見られるように、比較的小地域において、地区ぐるみの実践活動を進めるというところにあったが、問題解決のための各種社会資源の動員、地域におけるニーズの行政面への反映、行政への市民参加という面では立ち遅れていたのだが、これを契機に社会福祉における Community Organization の理論と技術が大幅に取り入れられて、地域活動における住民の主体性を強めることに役立った。

これら地域保健活動の発展の経過を通じていえることは、初期の段階においてその対象は衛生害虫駆除等の環境衛生改善に関するものが多く、一部に母子衛生、集団検診等が見られる。それが30年代の後半になると次第に総合的な保健衛生活動、さらに医療や社会福祉に関する活動をも進めている事例が増大している。成人病の増加に伴って高

血圧、癌などの健康管理を地域の計画として進める事例も増加している。一方、公害の増大に伴ってこれが防止対策を推進する市民運動も活発になってきた。しかし Comprehensive personal health service の部門についていうならば、その総合 (Integration, Synthesis) はきわめて不十分であり、地域格差もきわめて大きい。この部門においては医師をはじめとする医療従事者、医療機関の協力が最も重要なのであるが、わが国の現状においては総合化をはばむ多くの因子が存在する。それは、1. 医学教育が総合的でない、2. 医療機関の活動が包括的でない、3. 医療保険給付が包括的でなく、制度もばらばらである、4. 国民の側にも総合化の意識がない、5. 多くの医療機関の協力が十分でないということである。このなかでも医学を社会に適用するに当たって中心となる医師の態度は重要であり、地域によっては中心となる医療機関、あるいは医師会の活動によって総合医療の成果をあげている事例も多い。

なかでも、厚生連佐久総合病院<sup>10)</sup>、一ノ関市磐井病院、岩手県沢内村国保直営沢内病院<sup>11)</sup>、大阪府医師会などの活動はよく知られているが、ここでは鹿児島県の農村における私のささやかな経験を述べることにする。

## II 農村における保健・医療 総合活動の経験

終戦後間もなく私は友人と2人で地域医療の経験をした。場所は鹿児島県始良郡霧島村である。この村は霧島山の山麓から国府町（現在は市）にかけて面積約10平方里、人口約22,000の細長い大きな村であった。鹿児島湾に下る県道に「関の坂」と呼ぶ七曲りの長い坂があって、村はこの坂によって通称、上場、下場と呼ぶ2つの地区に分かれていた。私の診療所はこの上場地区にあり、開設当時は無医村であったから、上場人口7,500と隣接する牧園町、清水村、宮崎県西嶽村の一部合わせて人口約10,000がわれわれの診療圏であった。

この地帯は霧島山麓の丘陵地帯で、上場地区は

10) 若月俊一、『村で病氣と戦う』、岩波新書、昭46。

11) 菊地武雄、『自分たちで生命を守った村』、岩波新書、昭43。

18部落に分かれ、その間の交通は中央部の幹線である県道を除いては急な坂道に牛馬を通ずる程度の小径が通じているにすぎず、交通、通信は不便で当時なお電灯を通じない部落が7つを数えた。戸数1,200のうち純粋な非農家は200戸に満たないからほぼ純農村といってよいだろう。血縁、地縁によって結ばれた原始的な地域社会であるから、共同意識は強いはずであるのだが、古くからの封建制に慣らされ長いものにはまかれろといった考えがあり共同意識は低調で、農村特有のエゴイズムもまた強かった。

耕地面積は田地557町、畑地700町、山林644町、平均耕作反別は7反3畝でほぼ全国平均値に近いが、その6割が耕作反別5反歩以下の零細農家であった。副業としては、木材、炭、茶、運送業、日雇などの他は見るべきものはなく、終戦後のことで多くの引揚者をかかえ生きるのがやっとという状態は、当時の日本ではどこも同じであったのかもしれない。

衛生状態はまた惨憺たるものであったのはいうまでもない。日本の最も悪い時代の、最も悪い地区を想像していただければ十分である。山村農家の居住は狹隘であり、採光は悪く、水道はないから、食器類は流れ川で直接洗うものが多く、上流でチフス患者が発生したことがあったが、たちまち流水によって下流に伝播した。

衣料不足の農家も多く、一枚の夜具に一家族がもぐり込むという状況は稀ではなく、肺炎の患者が蒲団をしいていないのを見て、医療以前の問題があまりにも多いことに驚き、生活水準と健康との関連を痛切に考えさせられた。

栄養については農村のために終戦の年を除いては都市に比べれば比較的恵まれていたということができようが、蛋白と脂肪の不足は著しく、魚は限られた人の口にしか入らず、卵と鶏、それに豆腐が主な蛋白源であった。

入浴洗濯は不十分、蚤、しらみはほぼ普遍的であり、女兒の頭じらみはほとんど100%、衛生知識の低さは現在の未開発地域を思わせるものがあった。

死亡率は総数、乳児とも高く、成人は結核が多く

乳児は肺炎、消化不良、赤痢、疫痢であったのは当時の農村として普通のこと、生活水準の低さとともに育児常識の欠除は想像以上のものがあった。

診療所の取り扱った患者統計によると、感冒気管支炎を筆頭に、化膿性皮膚疾患、腸炎、慢性ならびに急性胃炎、胃潰瘍、百日咳、肺結核、寄生虫、神経痛腰痛、疥癬等、いずれも予防可能な感染性疾患が大部分を占め、疾病は夏期に多く、7月が患者の山であった。

寄生虫はきわめて普遍的であり、回虫卵保有率はほとんど100%、十二指腸虫卵保有率も40%に及んだ。便所はほとんど屋外式、単純な溜式のもので多く、十分腐熱せぬものを施肥することが普通で、学童は裸足で通学するのが習慣であったから、十二指腸虫感染者の高率なことは当然である。これらの患者が地元の医者にかかると、心臓が悪いということで放置されていたのだから、何のための医学かと考えさせられたものである。われわれが診療するようになってから十二指腸虫については農閑期を利用して集団駆虫をやったものである。

夜中に起こされる往診患者で最も多いのは胃痙攣であった。これは胃カタル、胃潰瘍、まれには胆道疾患が、そして寄生虫がその原因をなしていた。

このような地域社会に医師がおかれた場合、医師の社会的使命を自覚するならば、当然総合医療を考える。患者を個別的に処理していたのでは社会の要請に応えて、住民の健康を護ることはできない。地域保健活動の主要な構成要素として、プロフェッショナル・リーダーシップ、住民の主体的参加、行政の3つが挙げられているが、プロフェッショナル・リーダーシップは、単に技術的な面ばかりでなく、地域社会への医学の適用という点において発揮されなければならないと考える。

われわれが診療所を開設する以前、この地域には病身の医師1名がいたが、交通が前述のように不便で、往診は限られ、医者にかかるのは死亡診断書をもらう時だけという人々が少なかった。したがって配置薬、針灸、べに等が盛んに用いられていた。

保健婦1名がこの広大な地域を受け持っていた

が、よき指導者を欠くために、実際活動にはほど遠く、予防接種の手伝い位がせいぜいであった。村に衛生組合があり、部落には健民部長、衛生代議員という人も委嘱されていたが、上意下達の組織であったから、形式的な清潔検査のあと、酒盛りをする位のもので、地区組織としての積極的活動はなんら見られなかった。

この地域を所管する保健所は村の中心から約25軒離れた準人町にあり、当時は行政の側でも地域保健活動の推進等という意識は全くなかったから、法律で定められた予防接種の計画に連絡がある位で、管内の地域を全体として把握し保健医療計画を立てることなどは思いもおよばなかったであろう。

われわれの活動は文字どおり Comprehensive health service であった。日常の患者の診療もさることながら、山道をリュックを担いでの往診、部落会や学校での衛生教育、保健のためのパンフレットの発行、青年団や婦人会を集めての組織づくり、集団検診はX線がないために結核は保健所に依頼したが、検便、梅毒血清検査、血圧測定等を計画を決めて実施した。このような仕事は1人では不可能であった。医師2人の Group practice がこれを可能にした。患者の発生は時を選ばないから、診療には常に1人は当てなければならない。1人いた保健婦を教育し、訪問看護に巡回させ、やがてこれを3人に増やし地区を分担させた。海軍出身の衛生兵曹を雇い助手とした。これは有能で、これによってヘルス・マンパワーは著しく増大した。簡単な治療はできるし、その他の保健活動においても、困難な条件における男の労働力はやはり頼もしいものである。ソ連におけるフェルシャー、中国の裸足の医者、アメリカにおいても衛生兵あがりの医療助手が制度として考えられていることは了解できる。このような医療チームによるダイナミックな活動が地域医療には欠かせないものである。

一方経済面については前述のごとく60%は零細農家で医療費の負担に耐えられぬものが多く、昔は農家が現金をにぎるのは限られた時期であったから医者への支払は盆、暮の2回であった。この

時期になると医者は集金係を雇って集金するのだが、この薬価が支払えないと山や田畑がとられる。この村にも国民健康保険組合があったが、薬のやみ値に比べて単価が低いうえに、診療報酬の支払遅延で医者は相手にしない。したがって保険料は集まらない。そこで保険給付ができないという悪循環であった。診療所は保険診療をやったから「保険のありがたさは漸次村人に普及したが、診療所の診療圏の外にある下場は、保険料が依然としておさまらなかった。このようなわけでわれわれは国保組合の再建の仕事にも精力を割かねばならなかった。われわれの努力は報いられ昭和23年にはわれわれの診療所は国保直診として10床程度の病床を備えた診療所として完成することになる。ここで将来の活動は一応軌道に乗ったかに見えた。

ところが後年地域医療には、いかに「住民の主體的参加」が重要であるかということをしみじみ反省させることになる。というのはわれわれも地域の組織づくりにはずいぶん力を尽くしたつもりであったが、3ヵ年の短期間ではそれが十分に浸透したとはいえなかった。プロフェッショナル・リーダーシップが強すぎて本来ならば村の当局者、部落の総意の盛り上りを待って進めるべき仕事も、若気の至りというか、牽引これ努めた結果、われわれが去るとともに地域医療もまた衰微し数年後には医師の獲得も困難になってしまった。

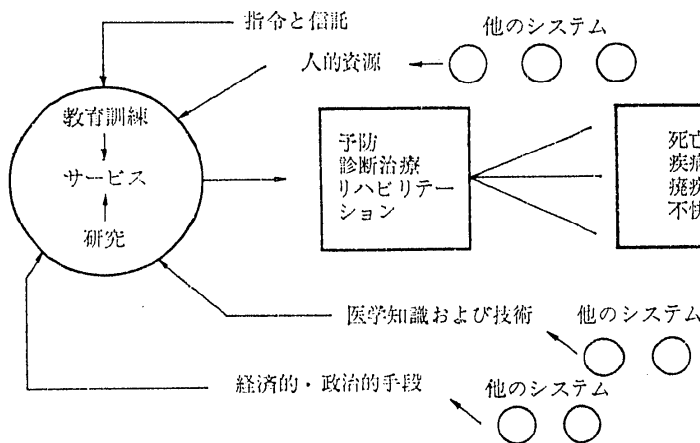
このことはまた行政の面にも責任がある。昭和24年国保直営病院診療所の運営方針として地域総合医療をめざすことが打ち出され、健康管理の面においても市町村診療所は保健所の支所的役割を果たすことが指導されたのであったが、直診も独立採算制を強要され、診療以外の保健活動に十分な予算が組まれなかった等のために単なる疾病の診断治療機関に終わっていることは“仏つくって魂入れず”と非難されてしかるべきであろう。

### III 工業化社会における医療システム

霧島村における私の経験は農村という原始的な地域社会において、しかも医療機関は単一であり、その医療機関の医師がプロフェッショナル・リーダーシップを発揮すれば地域総合医療が推進され

るという単純な例であった。ところが都市のように人口が密集し多くの機能社会が複合し産業、文化、交通等あらゆる文明が発達し、人は「個人的な情報コミュニティ」<sup>12)</sup>の軌跡にしたがって行動するといわれる工業化社会においては医療機関の分化も著しく、その数も多い。また疾病構造も文明の進化、人口の老年化とともに成人病、精神障害、交通災害などが増加している。このような社会においては、地域における人的、物的医療資源のすべてを動員して住民に健康を目標とした包括的医療サービスを提供するシステムの確立が必要となる。M. G. Field<sup>13)</sup>はこのシステムにおいては効率を目的としての分化 (Differentiation) と脱個人 (Depersonalization) が特色であると述べ、その機構を図1のような模型によって説明している。

図1 医療システム (M. G. Field による)



先ず医療という特殊なサービスのアウト・プットのために、医療資源のイン・プットが必要である。このイン・プットはシステムの機能によって制御され、住民個々のニード、社会全体のニードに応じて最も有効適切な方法でアウト・プットされなければならない。医療システムは医療の設備、人的物的素材を合成 (Metabolize) して医療サービスとしてアウト・プットする。

## 1. 指令と信託

システムには社会自身からの指令で動く。指令を出す脳に相当する部分は国、地方自治体、あるいは関係団体、市民参加の会議体等が考えられる。いずれにしてもシステムは社会全体の信託をうけたものでなければならない。医療システムには運営の根本原則を示した憲章ともいべきものが必要で、これがシステムならびに構成分子の権利と義務を規定する。この憲章は独占的免許状であるが、システムはその全能力を発揮して効率の高い医療を提供する。Kerr, L. Whight の言葉を借りれば「医療システムは社会と医学との間に結ばれた契約である。」

医療資源が医療システムにイン・プットされると、今まで医師個人の自由な医学的判断、倫理などに任されていた医療サービスは、医学自身の正しい眼によって客観的に品質管理が行われることになる。病院における Medical Audit におけるように医師の診療は客観的に評価される。コンピューターによる Automatic Medical Library によって診療記録は集積され、医学文献は整理され、次の診療に有効に利用される。いままでは医師個人によって保管されていた診療の記録は共同体の管理下におかれる。

## 2. 医学知識と技術

医療システムは医学知識と技術なしには運営できないことはいうまでもない。それは永年にわたって蓄積された研究と経験のたまもので、多分に心理的 (holistic) な面を持っており、時には芸術に似た側面をもっている。この知識と技術は代々医学教育制度によって引き継がれ新しい研究や経験は常にフィード・バックされ蓄積される。研究と教育は医療システムの中に組み込まれた重要なサブ・システムである。医学は生物学の一部門で技術的な部分をもっていると同時に、社会科学的側面をもっており、医学の発達には化学、物理学、

12) 柴田徳衛他、『都市と市民』、NHK 市民大学叢書、昭46、217ページ。

13) M. G. Field, *The Medical System and Industrial Society*, (Systems and Medical Care, Edited by A. Sheldon et al. 1970, p. 153).

工学などの自然科学はもとより社会学、心理学、管理学といった社会科学の発達に負うところも多い。

### 3. 医療従事者

医療システムには特殊技術者である医療従事者のグループが必要である。これら技術者はたえず補充され、教育され、適当なポストに配置され、社会の保健問題を解決するため専門の知識と技術を駆使する。その分野は、予防、診断治療、リハビリテーションすべてに及ぶ。従事者はサービスのシステムと同時に研究、教育のシステムにイン・プットされる。

### 4. 経済的、政治的手段

指令を実行するために、医療システムは必要な手段を持たねばならない。その手段を大きく分けると、ひとつは政治的手段であり、ひとつは経済的手段である。前者は法の権力を施行する力であり、後者はメディカル・センターの建設、医療従事者への支払いから薬剤の購入まですべてシステムの運営に必要な財源の捻出である。国民経済全体から見れば GNP のうち保健に当てる費用としていくらかを当てるかという問題である。GNP は産業投資、国民消費にどのようにふりあてられるのか、生活費のなかでも、住宅、食糧、衣類費への配分、保健とレクリエーション、他の福祉サービスとの競争をいかに調整するかといった問題があるが、これは国民の意志決定の問題である。

医療システムに影響する最も重大な要素は医学の進歩とこれに伴う保健に関する技術革新で、第2は生活水準の向上、都市化、人口の老年化、疾病構造の変化等、社会変動に伴う医療サービスへのニーズの増大である。前者は医療従事者の再教育の必要性を高め、後者は GNP のより多くの%を保健システムにイン・プットすることを要求する。医療事業は他の産業とちがって、設備投資に依存する (Capital intensive) よりも労働に依存する (Labor intensive)。

医療知識や技術の進歩は省力化によって、医療サービスのコストを下げるよりは、一層多くの技

術者を必要とし、その費用を上昇させる。そこで GNP に占める保健医療費の額を増加せざるを得ないと Field は指摘している。

増大した医療費をどのようなシステムで負担するかは重要な問題で保険システムは医療供給システムのサブ・システムといえるだろう。

医療システムに多くの法的規制をイン・プットすれば、そのシステムは単純化し、その意味では効率が増大するかも知れないが、一方において医療従事者の労働意欲を削減しサービスの質は低下することも考えねばなるまい。そこに社会主義と自由主義の見解の相違が表われる。

医療技術が専門分化し、システムの構成要素が複雑化し、その数も増大すると、構成分子間の協力は益々重要となるが、サイバネティックスの発達、MES や ALF の開発は相互の協力を容易にする技術的手段として医療のシステム化に革命的な役割を果たすと思われる。

## IV 病院のリージョナリゼーション

医療システムを考える場合、医療サービスは地域住民個々のニーズに応じて供給されることが必要であるが、それには住民が手近い医療をうけ得ること (Accessibility) が確保されねばならない。産業において生産機構が重要であると同時に流通機構が重要であるのと同様である。この意味で医療機関の配置計画は重要である。

医療機関のなかでも病院はあらゆる保健医療活動の中心であり、臨床医学の研究や教育の中心でなければならない。

WHO の医療組織に関する専門委員会<sup>14)</sup>は病院に次のような定義を与えている。「病院は社会ならびに医療組織に欠くことのできない施設であって、その機能は住民に治療予防を含む完全な保健サービスを提供することであり、その外来患者に対するサービスは患者の家庭に生活する家族にまで及ぶものである。病院はまた保健従事者の訓練と社会医学的研究の中心である。病院は社会に奉仕すべきものであり、健康の増進とすべての疾病の予防と治療のために便宜を提供すべきものである。」

病院が上述のような総合的保健活動を行っている例は、わが国では少いが、少くとも診断、治療の研究、教育の中心でなければならない。医療技術がそれほど発達していなかった時代には、一般病院単独でも大方の医療需要に応じられたのであるが、診断技術、特に ME、放射線医学、外科手術、人工臓器等の発達によって、特殊な疾患については高度に専門化した技術と高価な設備を必要とするようになり、病院の Regionalization が益々必要となった。

Regionalization は WHO の定義によると<sup>14)</sup>「病院の配置を地域の地理、人口分布、疾病の種類、頻度、など地域の実情に適應させ組織化すること」である。Regionalization は地域医療を分担していた病院がいくつか集まって一層広い地域にわたって、病院の分業化、専門化と協力によって一層質の高い医療を地域住民に組織的に提供しようというものであるから「病院の広域化」と訳するのが適當であると思う。

広域化の考え方にはいろいろあるが、2つの型に分類できると思う。

第1型 人口分布が疎な地域に適する。

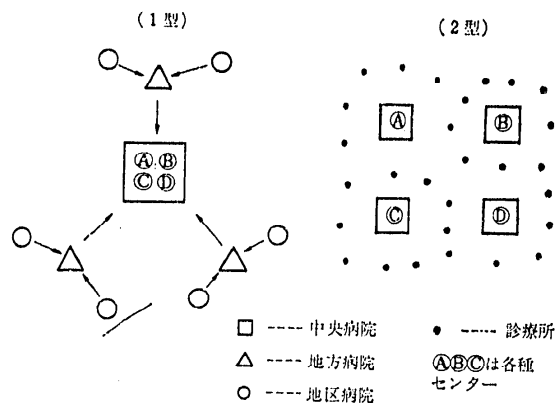
第2型 人口が密集している地域に適する。

1型は R. F. Bridgman<sup>15)</sup> などが主として農村地域における医療機関の体系として考えたもので、2型は現在英国で進行中のものである<sup>16)</sup>。その模型を図2に示す。

1型では病院を中央病院 (Regional hospital)、地方病院 (Subdivisional hospital)、地区病院 (Local hospital) に系列化する。

わが国の場合に於てはそれぞれ施設の対象人口および機能を示すと表1に示すとおりである<sup>17)</sup>。一つのリージョンを人口200~300万の地域としたのは、癌科、脳神経外科、心臓外科、眼科の角膜移植術、耳鼻科の内耳窓孔設置術等、高度

図2 病院広域化模型



の専門技術を必要とする患者の発生率から算定されたもので、年に数人来るか来ないかの患者のために、特殊な設備を整え、専門家を雇い、技術者のチームを訓練することは能率的でないから、これらの設備はリージョンを単位として行い、そこに行けば、いつでも専門医と訓練された医療チームによって万全の医療が受けられるというシステムである。

2型においてもリージョンの規模は1型とほぼ同様であるが、この型では病院を規模の大なるものから小なるものへ系列化するのではなくて、700~1000床程度の大規模の病院を地域内に適当に配置する。この病院は精神病を含め、あらゆる疾病を取扱い、長期療養者のための慢性病床なども備え、McKeown のいう Balanced hospital community<sup>18)</sup>を形成する。

特殊な専門治療については、たとえば、放射線治療センター、胸部疾患センター、腎透析センタ

表1 医療機関の機能上の分類

|                | 対象人口      | 主たる活動                                              |
|----------------|-----------|----------------------------------------------------|
| 中央病院<br>(基幹病院) | 150~200万人 | 広範囲の専門科 神経外科 癌、心臓病、放射線、アイストープ、胸部外科、研究、教育設備、内耳外科を含む |
| 地方病院           | 30~50万    | 普通の専門科 内科 小児科 産婦人科 皮膚泌尿器科 耳鼻科 眼科                   |
| 地区病院           | 2~6万      | 内科 外科 伝染病 産婦人科                                     |
| 特殊病院           | —         | 結核 精神                                              |
| 保健所            | 10~15万    | 公衆衛生行政機関 予防衛生クリニック 結核、伝染病、性病、母子衛生 その他 保健婦事業        |
| 診療所            | 2000      | 一般診療 予防衛生クリニック 保健婦との協力                             |

14) Role of Hospitals in Programmes of Community Health Protection, First Report of the Expert Committee on Organization of Medical Care (Yeneva, 1956), WHO, Technical Report Series No. 122, 1957.

15) R. F. Bridgman, The Rural Hospital, WHO, 1955.

16) 大村潤四郎他, 「英国医療制度視察報告書」, 昭45.

17) 大村潤四郎, 「地区医療機関配置計画に関する一考察」, 『厚生指標』7巻9号, 昭35.

18) T. McKeown, An Introduction to Social Medicine, 1966, p 193.

一等はリージョン内の病院に分散して設置する。

救急センター、CCU などは救急患者輸送計画とにらみ合わせて、どこで事故があっても間に合うように分散して配置する。

この型は大都市や東海道メガロポリスのような都市化の進んだベルト地帯に適する。病院は少数の大規模な施設に集約されるから、交通や患者輸送サービスの発達しているということが必要である。

1 型はソ連やフランスの農村に見られる。比較的人口の疎な広いリージョンに中小都市が散在するといった地域に適する。昭和35年から6年計画として厚生省が発表した「医療機関整備計画案」<sup>19)</sup>は1型でその概要は次のとおりである。1. 都道府県を病院体系整備の単位とする。2. おおむね都道府県中心地に中央病院(300床以上)、3~4保健所地域の中心地に地方病院(200床以上)、各保健所地区の中心に地区病院(100床程度)、を置き有機的な連係をもたせる。3. 既設機関をできるだけ活用する。4. 国立病院は国民医療の最終責任、教育研究を担当する高機能のものとして各ブロックに1カ所程度整備する。

わが国のように病院の経営主体が多様である場合には病院のリージョナリゼーションはきわめて困難な問題である。小さな病院が乱立し医療機関の間の連絡は不十分である。医療法第7条の2は公的医療機関の病床数について地域ごとに規制を行なっているが、これは地域の医療機関全体について考える必要があり、また病床数のみならず病院の機能をも考え地域的な整備を行なうべきものであろう。

## V 医療のシステム化を促進する 行政的手段

自由の国、米国においても最近病院費用の高騰、老年者に対する強制疾病保険(Medicare)の創設等を契機として、地域を単位とした医療のシステム化が重要な問題となっており、このための立法措置が行われたが、これはわが国にも参考になる点が多いと思われるので、以下にその概要を紹介

しよう。

米国では1946年 Hill-Burton 法という、連邦政府による病院建設の資金援助法が作られた。それによると人口当りの必要病床数が定められ、州ごとに病院計画を作成する。すなわち、州をいくつかの病院地区に分け、そこに中央病院(Base hospital)を中心に地区病院(District hospital)、地方病院(Rural hospital)の系列で、網の目のような組織をつくらうというもので、そのため必要な公私の病院の建設資金については2/3を連邦政府が補助するというものである。これによって多くの病院が病床不足地域に建設されたが、病床の分数はまた、スタッフの不十分な小病院を多くつくることともなり、その政策に反省が加えられ、1945年以降は慢性病院、ナーシング・ホーム、リハビリテーション施設に補助の重点が移された。

その後地域を単位とした総合医療計画のために2つの法律が制定せられた。1つは Regional Medical Programs Law (公衆衛生法89-239, 1965)であり、1つは Comprehensive Health Planning Law (公衆衛生法89-749, 1966)である。

この2つの主な相違点は次の通りである。

|       | RMP                        | CHP              |
|-------|----------------------------|------------------|
| 対 象   | 癌、心臓病、卒中が対象                | 包括的、あらゆる疾病が対象    |
| 管 理   | 連邦が直接地域を監督                 | 州が監督             |
| 主体性   | 地 域                        | 州                |
| 計画の中心 | 大学等のメジカル・センター<br>医師等、医療専門職 | 州の衛生部<br>衛生教育専門職 |
| 財 政   | 補助金は多い                     | 少い               |

両者に共通している点といえば、いずれも既存の医業に妨害や干渉を加えないという点では、あくまで医業の自由ということが尊重されている。プログラムの実施に当たっては開業医、メジカル・センターの医師、病院管理者、民間団体の代表者の協力で行なう。医療費の支払方法や疾病管理には干渉しない。

RMP の成立の経過を見ると、ジョンソン大統領が就任直後の保健に関する教書において、「アメリカは癌、心臓病、卒中で年々多くの人命が失われている。連邦政府はもとより個人の寄付等により年間数億ドルの資金がこれら疾病の研究のため

19) 『厚生白書』, 昭和36年度版, 322ページ。

使われているが、これらの成果が効果的に国民に利用されているとはいえない」と述べた。この教書をうけて、大統領諮問委員会が設けられ、1964年報告が提出された。その結論は次の通りであった。

1. これら疾病の診断治療のために、リージョナル・センターの組織網を整備する必要がある。
2. その下に診断治療のステーションを設ける。これは Community hospital に置かれ、これがローカル・センターとなって他の施設を援助する。以上の施設は連邦負担の資金で整備し、成人病についての診断、治療、管理についての新しいシステムを開発する。
3. メディカル・センターに医療複合体 (Medical complexes) をつくる資金を与える。これによって、医科大学を中心に、診断、教育、調整の機能を果させる。
4. いくつかの医大に援助を与えて、教育と研究について最も優れた施設とする。

この勧告は、医療の現状に変化を与え、病院管理にも影響を及ぼすということで、AMA や AHA 等の反対をうけ、最終的には、存在医療施設、医師などの教育、訓練、協調に重点がおかれた。この案は研究の成果を実際の診療に直結し、専門的なサービスが必要な人々にいきわたることを目的にしているので、医師の教育に特に重点がおかれている。したがって財政的援助も施設の新設のためには行われず、診療費についても研究、訓練、デモンストレーションの患者に限って援助される。他の患者は保険や公費負担、自費で賄うわけだが、目下のところ自己負担が大きいのが米国の悩みである。

開業医を通さなければセンターでの治療は受けられない。既存医療機関の協力によって最も効果的なサービスを地域住民に与えることが目的なのである。

この法律は“Regionalization of medical service”なる構想を、成人病を手はじめに取りあげたということができよう。

一方より広い範囲の保健サービスを取りあげたのが Comprehensive Health Planning Law であ

る。これはコミュニティ・レベルのすべてのヘルス・ニードに対応してこれを包括的に処理するための計画である。この2つの法律は究極においては同一の目標をめざしている。

計画に当たっては両者とも地域のニーズを重視することには変りはないが、CHL は計画に当たって、州や地方自治体当局のスタッフが行政機関に対する諮問機関の意見を尊重して、弾力的に立案されるのに対して、RMP の方は技術的な面の計画は専門家グループにまかせ財政と実施は別の委員会に計って実施するというやり方である。

RMP は開発された診断、治療の技術をいかに速かに住民に普及するかが目的であるから、医療機関の Synthesis のためにいかに新しい技術と知識を応用するかが研究グループの仕事であり、したがってスタッフ・ユニットの発言権が大きい。

RMP の Local Advisory Committee, CHP における State Advisory Council, いずれも、開業医、民間団体、衛生部、一般企画部、大学消費者からの代表者で構成されており、CHP では半数以上が住民代表でなければならないが、RMP では過半数である必要はない。CHP における State Advisory Council は計画の進行について州衛生部に助言を与えるだけで実行機関ではない。これに反して RMP の Regional Advisory Council はプログラムの作成に当たって積極的に活動する。計画に関して、補助金の申請を行う場合にも Advisory Council の承認が必要である。

RMP においては患者—医師—施設のレベルにおけるアイデアが総合され、任意の協力によって計画が立てられ、これがリージョンごとに集約される。既存の施設と人的資源、すなわち、地域における大学と関連病院、開業医、地方病院その他の施設が計画に参加する。それらの協力は人事の交流、患者の輸送、診断と治療に関する効果的な情報交換に重点がおかれる。P. D. Ward によれば RMP は開業医、大学、政府すべてを含む医療コミュニティ (Medical Community) のエネルギーを最も効果的に発揮させるための“Synthesizing Force”の働きをする。

最後に RMP におけるリージョンとは何を指す

かということであるが、この法律の指針によると「このプログラムの目的に相当であると連邦衛生局長が判断した州の1つまたはいくつかの部分」である。これは2つ以上の州にまたがってもよいし、行政区画にこだわる必要はない。地域の設定する場合には、経済的社会的に一つのまとまった区域であること、現在および将来の人口増加、交通、輸送、通信のシステム、教育、保健施設の分布、既存の保健計画、現存する患者と医療機関の関係、医療機関相互の関係を考慮する。いずれにしても地域の単位は高価にして複雑な診断、治療の技術を効率的に行える人口規模が必要である。地域計画はとすると机上の計画となることが多いが、既設の医療施設を利用して行う保健医療総合計画においては、一定地域における施設の機能的関係を重要視してリージョンを定めることが实际的である。この機能的関係はしばしば重複し線をひくことが難しい場合も多いが、いろいろな要素を総合すると自ずと一つの区域が浮かび上がるものである。

以上2つの法律による地域総合医療のプログラムの進展は州により、地方により、まちまちであるが、最初は試験的に局地的に実施し、その成果を見てさらに広く実施するというのが米国のやり方である。

このような立法措置によっても、経営主体の異なった医療機関の協力は難しいらしく最近では病院を公社に統合するという Ameriplan という計画が AHA を中心に考えられているという。

### む す び

保健・医療総合計画の立場に立って、わが国の戦後における地域保健活動の発展の過程を概観した。農村診療所による包括医療の例として、鹿児島県一農村におけるわれわれの活動例を報告し、地域医療の原型を示した。

医学医術が進歩し、都市化が進み、人口の老年

化に伴って成人病の増加した、高度工業化社会において、質の高い総合医療を地域の住民に提供するためには医療のシステム化が必要である。

M. G. Field の医療システムのモデルによって、総合医療の生産過程を説明した。質の高い医療を提供するためには、教育、研究の成果が、たえずフィード・バックされる必要がある。

医療のシステム化に重要な位置を占める、病院の広域化について、これを1型(Monocentric type)と2型(Multicentric type)とに分けて説明した。実際の計画に当たっては地域の実情に応じて、これら2つの型を適当に組み合わせて考えることが必要であろう。

医療機関の経営主体が多様である国では、医療のシステム化は容易でない。医学の進歩、情報科学の発達を考えると、医療の質の向上と総合化によって医療サービスの効率を高めるためには、適当な規模の地域を単位として医療のシステム化が図られねばならない。

公立ならびに私立の病院、開業医、医科大学と付属病院、国立病院、医師会立共同病院、臨床検査センター等が地域ごとに、いかに協力し地域住民の健康管理体制を確立するかが地域医療今後の課題である。

医療システムの形成のための Synthesizing force として立法化が考えられるが、その例として米国の RMP および CHL を紹介した。このような構想はわが国でも、公衆衛生基本法、医療基本法、国民保健法などの仮称のもとに各種の団体において検討されているが、医療制度の体系化のためには、医療機関の自主的活動を阻害しない限度において立法措置が必要であると痛感される、そのための前提としてモデル地域を設定して「先導的試行」を行う必要があると考えるのであるが、わが国においては、このような実験的プロジェクトに対して財政的援助が得られないということが一つの隘路となっている点、改善を要する。

# コミュニティと社会福祉

嶋田 啓一郎

## I 社会福祉の近代化とコミュニティ意識

社会福祉とは、時代の進展の呼びおこす新しい福祉ニーズの要求に対応して、常に流動・変化する歴史的な概念であって、その内容は飛びゆく矢のように絶えず変化の過程を辿る。「コミュニティ」が社会福祉の課題として問われるのは、きのう今日に始ったことではないが、いまそれが特別の関心を抱かしめるのは、コミュニティが、社会福祉問題の解決にかつてない重要な意味をもつにいたったからである。

社会福祉は、究極的には社会的な不調整に悩む個人の福祉ニーズの解決を課題とするけれども、その社会的な不調整の発生は、ひとり個人内部の問題たるのみならず、家族集団や地域社会のなかに原因をもち、また集団や地域社会が、資源および処遇効果の基盤としての価値をもつことが、科学的研究の結果として、次第に明瞭になってきた。たとえば、ソーシャル・ワークにおけるケース・ワークは、たんに対象者個人のみを視野に置くのではなく、“family-centered casework”と呼ばれているように、家族集団を背景に進められるようになってきたが、今日では、さらに一部では“community-centered casework”というように、対象者個人の処遇をコミュニティ的視野を場として、展開するようになっている。グループあるいはコミュニティと個人とのあいだに生起する不調整を、ただ個人内面の問題として取扱うことは、「ソーシャル・ケース・ワークを個人心理の問題に矮小化するものにほかならず、ソーシャル・ワークに「ソーシャル」を取戻せという機運が生まれてきたのは、不思議なことではない。

しかし、今日、コミュニティ問題が社会福祉の

活舞台に登場するにいたったのは、激変する社会における不調整現象が、コミュニティの構造・機能・価値と、一層根強く結びついていることへの科学的認識が、切実に自覚されるようになってきたからである。1970年初秋、マニラにおいて開催された第15回国際社会福祉会議は、「社会開発のための新戦略——社会福祉の役割」(New Strategies for Social Development——Role of Social Welfare)のテーマのもとに、1970年代の生活類型の激動・変化から生まれる社会福祉ニーズに対応して、新時代の社会福祉実践はいかにあるべきか、を討議した。そこでは、急激な人口増加と加速化する都市集中化、経済成長と階層間および地域間の拡大する所得格差、エスカレートする環境汚染、情報化時代の到来によるコミュニケーションの拡大、婦人労働の増加と勤労意識の変化、物質的生活水準の向上による消費者意識の高揚、既成秩序の変革のための暴力的活動、世代間の緊張強化と青少年の非行、家族構造の変化と老人問題の深刻化等の新しい問題発生に対して、社会福祉を個人領域の問題に限定して、個人的処置をとるのみでは、もはや問題解決は期待し得なくなっていることが強調された。

過去の社会福祉対策が、主として事後対策的治療に追われていたのに対して、保健・福祉・矯正等の諸問題に対して、基本的保健衛生、母子保健、栄養、レクリエーション、非行防止等、予防的プログラムへの進出が新しい課題となりつつある。都市および農村を通じて、住民参加によるコミュニティ自己開発を進め、また社会福祉協議会や「××いのちを守る会」のように、住民とクライアント・グループとが、諸種の政府・自治体の権力センターとの話し合いや対決技術を進めることに

よって、社会福祉対象者自体が、激変する巨大社会の圧力に対処する必要があることが、痛感されるようになってきた。マニラ会議において、コミュニティ感覚の重要性が特に強調されたのは、実はそのような社会福祉の客観的背景の変化に基づいているのである。

社会福祉は、資本主義社会体制の特質に基づいて、資本蓄積を主軸とする資本運動の必然的要求に拘束されるかぎり、上からの施策として、官僚主義的色彩を脱することはできない。しかし経済成長の急進によって、経済開発が社会開発との間にヒズミを拡大すればするほど、その圧迫のもとで生活構造を歪められる国民大衆は、人権意識を尖鋭化せしめられ、生活構造自衛のための抵抗活動を推進せざるを得なくなってくる。資本運動と大衆の自衛活動とのこれら2つの異質的な力の対立において、大衆の側の社会的勢力が次第に頭をもたげてきたとき、姿を現わすのが、すなわち住民参加の社会福祉である。

70年代の社会的激動に耐えうる国民の生活福祉は、住民参加の社会福祉の実現なくしては現実化し得ないという認識は、官民いずれを問わず、社会共通のものとして一応確認せられるとしても、その住民参加がどの程度まで、社会福祉の内容決定に繋がりをもちうるかは、住民の社会的勢力の実質的な大きさによって違ってくる。国家財政における社会資本比率が不釣合に低く、民主化の遅れている国では、たとえ「住民参加の社会福祉」が流行語になったとしても、コミュニティを社会福祉活動の正面に据えて、これと取組む本格的姿勢は容易に築かれないことを、先ずもって認識しておく必要があるであろう。

社会福祉の近代化は、「世界人権宣言」の第22条、第25条に明らかにされているような、「個人の尊厳と人格の自由なる開発のために必要な経済的・文化的・社会的諸権利を享有する権利」、また「何びとも、衣食住および医療その他必要な社会サービスを含めて、本人および家族の保健と福祉を充足するに足る生活を営む権利」、「失業、疾病、身体障害、寡婦、老齢など、本人の意志により解決が不可能な状況下におかれたときは、社会

的な保障を受ける権利」のごとき、基本的人権の擁護を大前提として、激変する社会のただなかに、対象者中心主義、コミュニティ総ぐるみ、および専門職的処遇による援助の体系を組むことによって、はじめて実現されるのである。このコミュニティ総ぐるみの援助こそ、社会福祉近代化の不可欠の条件であるが、いま住民参加をうながす社会の客観的情勢は、わが国においても、コミュニティ問題を社会福祉の緊急の課題として取りあげることを必要としているのである。

しからば、コミュニティ意識およびコミュニティ開発の活動は社会福祉にいかなる意義をもち、それはいかなる方向に推進するべきものであろうか。

## II コミュニティ概念の社会学的検討

コミュニティ研究者の一読すべき最近の書に、René König, *The Community*, Translated from the German *Grundformen der Gesellschaft: Die Gemeinde*, London, 1968. がある。その著者は、先ず冒頭に、「地域社会 (the local community—Gemeinde) は、家族とともに、社会の最も基礎的な形態の一つであることを疑う者はほとんどあり得ない。それにもかかわらず、この領域での社会学的調査は——少くとも欧州大陸では——確かに驚くほど欠けているのである。その用語それ自体が、いろいろ違った意味に用いられ、明確に掴みとることのできない場合が多い」(p. 1) と述べ、その意味を初めから自明のものとして用いたり、他の言葉と勝手に混用したりして、誤解を生むことの多いことを嘆息している。コミュニティが行政的単位と解せられる場合と、社会的実在 (a social reality) と解せられる場合との混乱が根底にあって、常識的には前者の行政的概念が優勢を占めているけれども、政治学、法律学、経済学等もコミュニティとなんらかの関係をもち、それぞれの関心からコミュニティ概念を形成している。しかし社会学からみれば、それらの諸要因は、いずれもコミュニティの社会的実在の諸側面を示すものにすぎず、社会生活の基本的形態の一部分を占めるものといわなければならない。

家族や氏族の血縁や空間的接近度を紐帯とする人類学的親近性に比べて、コミュニティの結合の度合ははるかにゆるいものといわなければならないが、それにもかかわらず、コミュニティは、社会的行動を決定するシステムとして、社会現象の基本的形態を構成する独自の実在であると考えられる。驚異的な社会的変化のなかにあって、その機能を転換させながらも、変化に抵抗して、あたかも家族の生物学的・社会的性質が自己を存続せしめていくように、コミュニティの独特の構造的形態は自己を保持し続けている。

社会福祉にとって、コミュニティが特に問題となるのは、社会生活の基本的形態として、家族の狭い制限を超える構造をもち、そのコミュニティのなかで、人はすべての社会関係との接触をもち、その社会的・文化的コンテクストの一部として、自己の生活様式を選びとっているからである。コミュニティは、文化的蓄積と総合との永い複雑な過程の所産であり、その鋳型のなかで人は自己を形成しつつ、逆にまたその環境をつくり変え、その弁証法的な作用・反作用の全行程が、人間の社会的行動を形づくるのである。このコミュニティが崩壊し、あるいは欠如している場合、これを補修し、または創造する努力が行われないうとき、生活の場における単位としての個人や家庭は、青少年の非行化、公害や交通事故など地域生活をおびやかす障害、余暇の活用の欠如による人間性回復機会の喪失、過疎地帯における地域社会の基礎条件となる保健・教育・道路整備・防災等の協力作業の困難化というような、さまざまな社会的不調整に直面せざるを得ない。

社会福祉の課題とする社会生活上の基本的欲求の不充足、あるいは不調整現象は、ただにパーソナリティの側面への主体的接近をもって解決するのではなく、それを取囲む環境的制度への客体的接近との総合・統一によって克服されるのであるが、この客体的接近は、コミュニティの確立・整備への取組みを抜きにしては考えられない。そのコミュニティ生活が、社会的変化の急進につれて、いまなだれ現象を起して崩壊しつつあるのであるから、コミュニティ問題が社会福祉にとっ

て、死活問題となりつつあるのは、きわめて当然のことである。

国民生活審議会の「コミュニティ問題小委員会」は、その報告書『コミュニティ——生活の場における人間性の回復——』（昭和44年9月）において、コミュニティの概念を定義して、「生活の場において、市民としての自主性と責任を自覚した個人および家庭を構成主体として、地域性と各種の共通目標をもった、開放的でしかも構成員相互に信頼感のある集団を、われわれはコミュニティと呼ぶことにする」と述べている。

この定義は、コミュニティのもつ地理的な位置関係とともに、生活上の共通目標を中心に共有する一体的信頼感をもって結ばれ、しかも自主性と責任感をもって行動する主体的集団という性格を含蓄している点で、社会福祉の実践的関心によく合致する概念規定であるということが出来る。

George A. Hillery Jr. は、コミュニティなる語について、実に94におよぶ定義があることを指摘したことをもって知られているが、ことほど左様にコミュニティ概念は、多彩な内容を含むものと考えられ、それだけまた曖昧な概念として取扱われてきたのである。コミュニティの定義が斯くも多種多様にわたる原因は、社会そのものが歴史的に流動的様相を示し、人々の居住、職業、教育、その他の社会的活動が、コミュニティの基礎ともいふべき地域性 (locality) と共同体感情 (community sentiment) とを絶えずゆりうごかしているからである。現代の社会では、家族の各メンバーは、一方では同じ近隣関係に所属しながら、他方では異なる利害関心に根ざす諸コミュニティ (communities) に属するようになっている。近代的都市化現象のなかに生まれる住民生活の特質は、もはや従来の部落のように、血縁や地縁につながる基礎的社会集団ではなく、その所属感情は稀薄化している。所属感情とは、「われら意識」という表現が物語っているように、その集団の成員が、生活行動において、共通の文化的基準を受け容れることにより、それを紐帯として共通目標に向って相互の依存感を意識することである。しかるに都市化・産業化のもとでの諸コミュニティへの多元的

所属による生活内容の多様化現象は、この地域社会における共通目標への集中的牽引力を衰退させ、住民の所属感情の弱体化、ひいてはコミュニティ崩壊の傾向を強めざるを得ない。

このコミュニティへの求心力と遠心力との均衡が崩れ、コミュニティ崩壊現象が次第に顕著となるところでは、地域の協同的建設作業は拒否され、家族関係の弛緩、近隣生活への無責任、犯罪非行の日常化等の社会現象が普遍的なものとなる。個人の物質的生活を豊かにする経済成長も、経済開発に見合う社会開発の推進を伴わず、各人の視野が利己的満足に限定される場合には、コミュニティ崩壊を一層加速化することになってしまうのである。

しかしコミュニティ解体への傾向が、一定限度に達し、意識的にか無意識的にか、それぞれの生活が止めどのない奈落の底への転落を予感し始めると、自然の世界に同似安定(ホメオスターティス)の法則が働いているように、人間社会にも、コミュニティ組織化(community organization)、さらに住民参加を中心とする地域社会開発(community development)の動きが生まれてくる。さらに経済、特に工業の急速に発達する新興都市のいわゆる「無コミュニティ地域」ではコミュニティ創造(community creation)の努力が不可避となってくる。

### III 地域住民の生活防衛とコミュニティ活動

地域社会の組織化、開発、さらにコミュニティ創造を、ここに社会福祉の課題として取りあげようとする、テンニエスの『ゲマンシャフトとゲゼルシャフト』(1887)以来の社会学的伝統に立つて、観念的・作爲的な恣意の意志による機械的構成体としてのゲゼルシャフトに対して、実在的・自然的な本質意志による有機的生活としてのゲマイシャフトの根源的優位性を認める立場から、「人為組織的」('artificially organized')に意図されたコミュニティは、「有機的成長」('organic growth')を示す伝統的なコミュニティに比べて、擬装型地域集団としての弱さをしか保持し得ないという批判を蒙ることになるかも知れない。

コミュニティのこの有機的および人為的構成の

対立については、既述の René König は、次のように述べている。「一側面が、必ずしも他方を排除するものとはならない。この2つのものは、簡単に考えられているような対立物なのではなく、たがいに同質的なものをもっている。……有機的成長と“人為的創造”との間の相違は消滅する。今日、人為的に創造される社会的構造物、たとえば、新興地域の新しいセツトルメントは、遅かれ早やかれ、それ自体の伝統を発達させ、したがって有機的成長の姿をとるにいたるであろう。……多くの他の同種の結論とともにここに言おうとしているのは、'community' と 'association' とは反対物ではなく、むしろ社会関係のたがいに関係する構造的要素であるという事実なのである」(*The Community*, p. 29)。König の意味するところは、人為的に創りだされた機能集団が臨時的な借り物にすぎないではないかという疑問も、社会学的現象としてのコミュニティ構造にとっては、決して重要なものではなく、たとえば因襲的な村落共同体のなかに人為的に創りだされた自治体であっても、十分な時間をかければ、伝統的社会集団としての性格を帯びるにいたるということである。すなわち今日、有機的と見られている構成体も、昨日は人為的に創りだされたものであり、今日、人為的に創りだされるもの、たとえばイスラエルのキブツのごときも、明日は、もともと有機的なものであったかのように見えてくるであろう、と主張しているのである。

社会福祉がコミュニティを対象として活動するとき、それが人為的に組織される地域的機能集団であって、村落共同体のごとき住民の所属感情の強固な地縁集団にはなり得ないということが、コミュニティ活動を推進する人々の胸に、一つの弱点と感ぜられているが、それはその機能集団の形成方法が、たとえば「住宅団地」に居住するという理由だけで、包括的に当然加入の手続きをとられる町内会、あるいは衛生自治会にみられるように、建前としては、地区内住民の多様な生活機能を包含する任意的な多元的機能団体として、地区内の清掃・衛生から、親睦・宗教的儀礼にいたる諸行事を担当する共同体の外観を呈し、一応

は共通目的に結集する地域集団の様相を示しながら、その実質は、その共通目的を自覚的に受容し、自発的に自己投入 (self-involvement) に進む「自律的地域集団」にみられるような、民主的構成原理を貫徹し得ず、たんに上意下達の権力機構を根幹とするいわゆる「擬装型地域集団」にとどまっているからである。

住民意識、すなわち地域住民の所属感情の衰退現象に対抗して、地域社会を組織化し、コミュニティ結合関係を開発し、さらにその欠如地域には、コミュニティ創造の努力を進めていく場合、それが「擬装型地域集団」の脆弱さに陥ることなく、強靱な社会連帯の原理に貫かれた「自律的地域集団」として成長し得るためには、コミュニティ成立の基盤としての地域住民の生活構造における利害関係を、社会福祉活動の拠点として、つねに執拗に見守っていかなければならない。生産（あるいは労働）と消費という社会的行為を中心に展開される「生活」における基本的欲求が、ここでは中心問題となる。その充足のために必要な地域住民の社会連帯性の強度と、この協力関係によって得られる効果とを綿密に測定し、この客観的に存在する社会的共通項を総括して、地域住民の協力への意欲を、次第に一つの社会的勢力にまで盛りあげていく民主的指導の過程そのものが、経済開発に均衡のとれた社会開発を確保するための出発点となるのである。世に宣伝される「社会開発」も、このような地味で実質的なコミュニティ活動の民主的プロセスを経過することなくしては、結局は権力機構の大衆説得の絵空事に終らざるを得ない。

社会福祉近代化の第1の要諦は、対象者中心主義 (client-centeredness) ということであるが、コミュニティを地域住民の生活構造本位に組織することによって、初めてその対象者中心主義は社会的現実となるのである。

「社会連帯」は、倫理的教訓のひびきをもつ理想主義的表現にすぎぬものという印象を与えるかも知れぬ。しかし社会連帯思想の母国ともいえるべきフランスにおいて、社会経済学者シャール・ジードが主張してやまなかったことは、社会連帯は「自由・平等若くは博愛のように響きの良い言葉

ではなく、また一の純理想と称すべきものでもない。それは一の事実であって、科学並に歴史によって確立された事実なのである」(Charles Gide, *La co-opération*, p. 106) ということである。ジードによれば、自然科学において、生命現象が個体の別個の部分をつなぐ作用の連帯責任によって成り立ち、死とは個体を構成する種々の要素間のこの連帯的結合の破壊にほかならないのと同じように、社会科学の領域においても、分業による相互依存関係なくしては、社会生活は一日も成り立たない。この科学的事実としての連帯 (solidarité-fait) あるがゆえに、そこに初めて道徳上の義務としての連帯 (solidarité-devoir) の成立が可能となるのである。コミュニティ活動は、この客観的な科学的事実に基づく社会連帯を、その揺らぐことのない足場として、その結合関係の促進による社会的生活の防衛を目的意識において捉え、社会活動の課題とするのである。いかに社会的変化がコミュニティ崩壊の現象を深め、大衆社会の非人格化によって、社会的孤立感を拡大するようにみえても、人々の生活構造ほんらいの基本的欲求は、地域住民の「関心共同圏」を喪失せしめることはできない。その意識的開発が、社会福祉における「コミュニティ・オーガニゼーション」(CO)、さらに進んでは「コミュニティ・ディベロップメント」(CD)の活動を呼びおこしているのである。

#### IV コミュニティ・ディベロップメントの推進

社会福祉にいう「良いコミュニティ」とは、住民が満足な生活を送りつつある状態である。しかし「満足」は、社会変化のなかの人間欲求の上昇過程で、いままでの伝統的均衡を動揺させ、児童・老人福祉、交通、住宅、都市計画等、常に新しい「要求」に結びつき、その要求は「緊張」となってあらわれる。緊張それ自体は善きものでも悪きものでもなく、発達・向上を生み出すとき、良きものと評価され、不充足によって葛藤の形に終るとき、悪きものと批判される。その満足不充足、すなわち欲求挫折が過大となるとき、地域住民は、コミュニティへの無関心・無感覚状態に陥るか、または攻撃的態度になじみ、派閥争

い・訴訟争いを引き起すこととなる。

CO や CD は、社会の急激な変化によって加速化するこの緊張を、生活欲求のより良き満足へと発展的に解消せしめるための福祉活動にはかならない。CO は、国連報告では「住民それ自身の創意性と政府当局の諸努力を統一せんとする過程であり、(a)地域社会の経済的・社会的・文化的状態を改善し、(b)これらの地域社会を国民生活に統合させ、(c)これらの地域社会を国民の進歩に十分に貢献せしめようとする三つの目的をもつ」(The Twentieth Report of the Administrative Committee on Coordination to the Economic and Social Council of the United Nations)と定義されているが、これに対して、CD 理論の開拓者として有名なロンドン大学のバッテン教授は、CD は CO と同じく、地域社会生活への関心を中心に、個人よりも集団を拠点として、住民参加による保健福祉推進を考慮する全く共通の基礎に立つが、CD が CO に注ぎ込む新しい生命は、原理上の相違というよりは、むしろ強調点の相違にあると指摘している。すなわち CD の力説する重要ポイントは、地域住民の積極的参加にあり、住民が活動により生み出すもののみではなく、CD の過程、つまり住民がかねらの活動に着手する方式そのものに、一層大きな重要性を認めるのである (T. R. Batten, *Communities and Their Development*, 1959, p. 2 f)。

CD は、地域社会が変化に自己を適応させる過程にほかならず、その過程で、住民参加による自己投入によって、自分が決定に参加したという意識から、目標を明確に自覚し、先々の見通しをもつ「時間的展望」(Kurt Lewin, "time perspective")のなかで、現在の活動の位置づけを行うことが可能となる。また集団活動のなかでの犠牲を他者と分かち合う責任感が、自然に養われるにいたる。このようにして、同一集団への所属意識から、友好的・協働的な「われら意識」をもって、コミュニティ忠誠心ともいうべきものを養うことができるのである。

CD の社会的効果には、次のことが期待されている。(1)住民参加によって人々は、地域住民自身によって自由に選択され自ら企画されるコミュニ

ティの開発・発展に、より大きな満足感を体験することができる。(2)住民参加による各人の精神のおよび物質的寄与は、行政に可能な直接的公的資源の及び得ぬ広範囲の潜在的な社会資源を動員可能とし、社会開発は量的にも質的にも、はるかに進展する。(3)あたかもケースワークが、生まれながらに成長する能力をもつ個人に、それぞれ自分の問題を処理するための資源を、賢明に動員する道を選択する能力を開発せしめ、正常な成長過程に入ることを援助するのと同じように、CD もまた、緊張に悩むコミュニティ自身に、住民参加による住民自体の「自己決定原理」による問題解決を促がし、コミュニティ全体にとっての治療的效果を発揮することができる。

日本社会の根本的な欠陥として挙ぐべきものは、その残存する封建的社会構造のもとで、家族と国とが直接的に結びつけられ、両者を媒介し、調整するコミュニティの確固たる存在を保ち得ぬままに、官僚制とマス・コミとで統制される大衆社会的状況に投げ出され、巨大資本の支配下に、「個人的選択の極小化された巨大な処理業務 (transaction) への非自発的参加」(Tomatsu Shibutani, *Society and Personality*, p. 603) という新しい型の社会的統制が進行しつつあることである。コミュニティから切り離れた個人が、流行、インフレ、また軍国主義化等の諸現象に対して、なしうる抵抗の範囲はきわめて狭く、政党・会社・労組の少数幹部の独裁的支配力に対しては、相互に「ストレンジャー」に過ぎぬ大衆は、マイ・ホーム主義あるいは「脱政治」というような無力感による逃避を普遍化させていく。緊密な結合関係をもたず、群衆化する現代社会に、集団としての自己統制のプロセスを進めることは、因襲的な村落共同体とは異なる新しい民主的コミュニティ確立の途を急ぐことを意味する。

コミュニティ・オーガナイザーの任務は、機関の側からの独断の方針の押し付けではなく、変化と開発の方向に関して、住民自身の間の意見調整の機会を形成することにある。ワーカーが「教える」ことに関心をもち、住民の討議参加を忘れると、住民は注視・傾聴するのみで、意思決定への

役割参加の機会をもち得ない。住民「教育」が目的ではなく、思索・学習・自主的意思決定への橋渡しをする触媒的機能が本務とならなければならない。その橋渡しのためには、基本的ニードで最緊急性をもつ問題への専門職的判断に基づいて、必要事項の調査や資料収集を行い、またあらかじめ地域社会内のグループ接触以前に、そのグループに対してリーダーシップをもつ有力分子と意見を交換し、その積極的協力を求めておくのが、地域住民が討議過程を通じて、順調に問題の核心に迫り、また地域グループの責任感、誇り、熱心を醸成するのに有効である。

専門ワーカーの役割は、マリィ・G. ロス (Murry G. Ross, *Community Organization, Theory and Practice*, 1953) の指摘するように、あくまで地域社会の自主的活動への援助であって、ガイドとしてのワーカーが、自己の目的のために地域住民を勝手に操縦したり、強制したりしてはならぬ。しかし専門ワーカーは、たんなる受動的追随者であってはならない。討論を奨励し、誘導質問を発し、討議を焦点に結ばせる柔軟な考え方が必要である。

市民参加の活発化するにつれて、ボランティア活動の範囲は、日に日に拡大する。CDの領域でのボランティア活動には、委員会によるコミュニティの福祉ニード決定への協力のほか、PR活動への協力、里親のボランティア募集への協力、また社会福祉機関の専門職のスーパービジョンのもとでのボランティア活動や、友愛訪問者、点字奉仕者、病院患者へのヘルパー、ドイツにみごとな発達を遂げている「ディアコニー」のごとき家庭奉仕、心身障害児のための親の会活動、赤十字社や共同募金会の募金協力、ロータリーおよびライオンズ・クラブの社会奉仕等、多岐多様にわたっている。米国において何らかの「人道主義的活動」に働くボランティアの数は、専門職ワーカーの250倍、2,000万人に達しているということであるが、それはその国の民主化水準を象徴するものと言いうるであろう。

## V 地域福祉計画の基本原則

市民参加やボランティア活動の隆盛を背景とし

て、コミュニティのための社会福祉計画の樹立方法にも、かつての官僚主義的な上からの企画とは違って、CDの発展にふさわしい新風が加わらなければならない。私は地域福祉計画の基本原則を、次の5原則に取りまとめて考えたいと思う(拙稿「地区組織化活動に望むもの」『月刊福祉』1967年、2～3月号参照)。

### 1. 地域住民のニード決定の原理

以上のことから明らかであるように、地域住民は共同社会の成員として相互依存적であり、各自の生活福祉はすべての人々の福祉と相互関連的である。したがって人々が相互の社会的に基本的な欲求の充足のために、社会福祉ニードへの意思決定のための協力組織を結成し、地域社会の福祉計画の樹立に積極的に参加することは、基本的人権に属する市民の権利たるとともに義務である。

地域住民の社会福祉ニードが、官公庁の社会機関によって一方的に測定され、その独断的計画が強制的に実施されるのではなく、意思決定機関への住民参加によって、合意と協力を基礎とする福祉計画が樹立されなければならない。それには先ず、社協の現状への根本的反省が加えられ、社協の画期的な強化策を講じて、住民福祉への住民自身の関心を中心に、事実認識、意思決定および協力行動への集団的思考を育成するための官民両側面からの工夫と財政的援助が加えられなければならない。

地域社会の集団的関心の形成は、そのままに地域福祉の優先順位を決定するものとはならない。それには、社協代表と斯界の専門家とが福祉計画の討議に参加しうる組織が必要である。それには、国および地方自治体の社会福祉審議会が、市民参加による社会福祉計画の審議の場として、真剣な討議を行いうるよう改編されることを期待しないではいられない。

### 2. 計画設定系統化の原理

地域社会の福祉計画は、国・府県・地域の各レベルの社会計画が相互に有機的に結び合わされ、上級レベルの社会計画は、たんに上から下への権力的押し付けによるのではなく、逆に地域社会計

画の要求を反映しうるように、民主化原理に従う地域と府県、さらに国のレベルとの相互間に活発なコミュニケーションのチャンネルをもたなければならぬ。

各レベルが勝手に思いつきの計画を立て、国・府県・地域の社会計画が系統的に相互に密接な接触をもたずに推進され、また地域レベルでの社会計画にいたっては、ほとんど企画性を欠き、住民本位の地域より府県、また国への積み上げ方式が無に等しい現状が、わが国の福祉計画を、対象者中心主義から逸脱せしめるいわゆる国民不在の福祉計画たらしめている。わが国では諸段階のセクト主義と、審議会軽視の傾向が、関係官庁の独善主義による場当りの福祉計画の設定を避け難いものにしている。

社会福祉計画の系統的整備が、地域社会の福祉ニーズを出発点として、これを中心に全系統の一貫した福祉体系を築き上げることが、1964年、アテネにおける国際社会福祉会議のテーマとした「社会計画を通して社会の進歩を図るために——ソーシャル・ワークの役割」の協議の結論であった。私はそこで、わが国の社会計画への感覚の遅れを痛感せしめられたのである。

### 3. 優先順位に基づく財政配分の原理

社会福祉計画の実施に当って、その成否を左右するものは、人材と財政である。地域社会の福祉計画は、公的および民間活動を総合的に考慮する計画的資金配分方法の確立を俟って、初めて均衡のとれた発展を期することができる。それには、官公庁の福祉計画とその予算決定の機関と、民間の計画樹立を担当する社協と、資金調達にあたる共募その他の募金機関とが、密接な協力関係を維持することが、重要な課題となる。

現場の力関係による総花式の資金配分では、社会の動向に的確に対応する効果的資金運用は期すべくもない。公的および民間の福祉計画の、優先順位に基づく科学的な財政配分のための組織を欠くところに、現在のわが国地域社会福祉の根本的な弱体性の原因がある。専門委員会が、精密な事実認識のためのデータを基礎に、社会福祉発展の

方向に照応して、必要な新サービスの育成、時代遅れサービスの廃止、既存サービスの再調整を中心として、優先順位の検討を基礎とする厳格な財政配分の処置を取らなければならない。

ECグループの国民所得に対する社会保障費の比率が18.3%、英国、スウェーデン等のグループが13.1%に対して、資本蓄積優先政策をとる日本では、わずかに6%という低調さは、いかにしても不均衡のそしりをまぬがれない。いま民間福祉に対する新憲法第89条および地方自治法第212条の規定は、「公私責任分離の原則」を指示し、この規定に基づいて、民間事業に対する公的支出は、民間労働力の政府買上げを名目として、委託費支出の形態をとっている。しかし地域福祉に携わる民間活動の大部分は、国民の生存権確保に係わって、社会生活上の基本的欲求の充足のために闘っているものであって、基本的人権の擁護のための福祉活動は、公私分離原則に優先する国政の基本的課題として、その財政支出に金額上の差別をつけるべき事柄ではないのである。公私の相違は、あとに述べる機能分担の区別があるのみである。等しく国民の社会権、特にその一環としての社会福祉権に係わる活動に、公私の差別的待遇を与える態度こそ、憲法の本質に違反するものと言わなければならない。

民間活動への公費援助が、公私分離原則によって、低調たらざるを得ず、しかも共同募金については、「受益者募金すべからず」の形式論理によって、社協と共募を分離していることは、地域福祉の必要財源を枯渇せしめる一大障壁となっている。社協に連なる現場こそ、緊急の経済ニーズを率直に訴え、募金運動の先頭に立たしむべきであって、その資金使用の公正は、配分委員会の厳正なるチェックをもって事足りるのである。英国の募金機関 Charity Aid Fund は、全社協の一環をなす組織なのである。社協と共募は一刻も早く一体化して第三者募金の低調さを克服すべきである。

### 4. 公的および民間機能分担の原理

最低生活の保障は、国の責任であることは改めて論ずるまでもない。しかし国の責任は生活保護

のごとき、生活最低限の経済的保障に尽きるわけではない。前述のごとき、激動する社会の地域福祉の確保によるコミュニティの防衛あるいは創造は、まさに国政の今日的課題である。国および自治体と民間活動とは、それぞれの機能を分担して、それぞれの独自機能の発揮を通して、相互に協力し、全体としてコミュニティの保全と育成の時代的任務を全うしなければならぬ。

公的責任の肩代りが、民間活動の本務ではない。新しく発生するニーズを受けて立つのは地域住民みずからであり、臨機応変の創意工夫を加えて開拓の途を歩み、次第に定型化の過程を終え、成否の判明したとき、これを公的活動の手に委ねる。それが公的および民間のパートナーシップの在り方なのである。

#### 5. 社会サービス質的向上促進の原理

既述のごとく、社会福祉近代化は、対象者中心的処置、コミュニティ・ケア、専門職的処遇の高度化を要求する。地域福祉計画は、地域に続発する新ニーズに、弥縫的に無秩序に対応して、相互に総合的連関を保ち得ていない過去の部分偏重的施策を調整し、また地域内の社会資源を総動員することによって、社会サービスの質的向上を促進しようとする積極的なねらいをもつべきである。各機関・施設の孤立独善の活動の壁を破って、一機関・施設の達成し得ない共通サービスの提供方法を企画しなければならぬ。たとえば英国で進められている情報送致ビューロー制度、サービス相互交流協議、中央簿記制度、ケースレコード中央管理制度、共同保険計画等はコミュニティ・ケアの基盤をつくる。また治療より予防的措置への進展のためにも協力の高度化が必要なのである。

### VI コミュニティ福祉活動の推進に際して

特に留意すべき諸点

a) 社会的変化のなかで対立する価値観について、社会福祉専門職員は、全住民・指導者層あるいは問題対象者グループのいずれを中心に考へべきであるのか。ソーシャル・アクション組織として進めてきた私たちの京都社会福祉問題研究会の

実際経験をもってすれば、これら関係各部門の人の話合いの場を設定し、異質的価値観とそれによって生ずるプログラム要求を、たがいに突き合せ、次第に諸問題の間の優先順位を相互理解する努力を重ねることが先決問題である。しかし異質性が相互の対話を不可能ならしめるほどに隔絶している場合や、各自の組織が自己集団一辺倒の圧力団体的主張に終るような場合には、優先順位に関する最後の決定は、専門職集団の検討に委ねられざるを得ない。専門職が人材をもって埋められ、その権威についての社会的承認 (social sanction) を受けるに値する能力を保有することが不可欠の条件となる。コミュニティ・オーガナイザーの訓練、社会福祉行政の専門的教育の充実によるこの領域での専門職制度の確立は、応急の処置を要する。ケース・ワーク訓練に比べて、コミュニティ福祉研究の著しく遅れているわが国では、専門職のリードする優先順位決定委員会のごとき組織は成立困難であり、圧力団体あるいは特定人の偏向した関心や主張に左右される結果に導かれるのが、今日の実情である。

自治省行政局が、昭和46年2月、「コミュニティ (近隣社会) に関する対策要綱」(試案)をもって、新しいコミュニティづくりについての施策を意図していることは、画期的意義をもつものである。そこに「住民は、新たにコミュニティ活動に関する計画を策定し、または各種のコミュニティ組織行事予定等を調整して、コミュニティ活動に関する計画を定める」と述べているが、住民参加による計画策定が、社会各層の対立する価値観、優先順位の決定における処理方法とその担当専門職員養成への配慮を欠くならば、便宜主義行政の域を脱するものとはならないであろう。

b) コミュニティ福祉への接近方法を、問題別の分類の視野から選びとるべきであるか、あるいは包括的接近を主眼とすべきであるか。行政官庁のセクショナリズム的傾向の強い現実のなかでは、たとえば、心身障害者対策が、衛生部と民主部との個々の担当部門の許す範囲の行政ワクのなかで、他との業務範囲の抵触を回避しながら企画されるために、その事なかれ主義官僚システムに

拘束されて、実際に成立する施策は、地域住民自体がこの多要因に動かされる多元的社会的福祉問題に期待するものを、倭小化してしまう危険がある。ダイナミックに関連し合う諸問題に対する全体視野からの対策を確立するために、行政は、各部門を連繫する“Interdepartmental Committee”ともいべき総合企画組織をもって、コミュニティ福祉問題の実際的要求に応ずべきである。

第15回国際社会福祉会議（マニラ）において、今日の官僚機構が社会開発を阻害する要因として、1)新しい社会福祉プログラムを採用し、もしくは職員、クライアント、あるいはコミュニティ集団による改革要求に応える場合に、官僚のメンツ（面子）を失うことを恐れたり、あるいは過度に臆病であること、2)適切な社会福祉政策への訓練の不足していること、3)官僚組織がその社会開発目標の検討を誤り、結局はその機関自体が自己目的と化する結果に陥りかねないこと、4)官僚機構の取扱う行政地域が、職員および諸資源の十分な専門化を可能ならしめるには小さすぎるか、地域あるいは地方的相連に応じて、必要程度の注意を払うには大きすぎて、不適当である場合の多いこと、等が論議されたが、それらの欠陥は、コミュニティ福祉への包括的対応を困難ならしめる要因でもあって、行政機構そのものが新時代のコミュニティ福祉へのイメージを新しくするにふさわしい体制を組む必要のあることを物語るものである。

c) コミュニティ福祉の推進に当って、その着手順序をいかにすべきであろうか。各地域が一斉に社会的変化の激浪を浴びつつあるときではあるが、総花的に全地区が同時出発すべきではなく、モデル地区を選定して、率先垂範と実験とによって、他地域の合理的で無駄のない発展への引き金を準備することが、戦略として正しい。前述の行政局対策要綱が、全国にモデル・コミュニティ地区の設定を企画しているのは、世界の動向に即応するものである。

地域住民の主力は、もちろん民間人である。地域の生活者として、社会変化を先ず受けて立つのは民間人それ自身であり、日常生活に密着してコ

ミュニティ福祉の新工夫を行う仕事は、民間人の創意工夫による実験への参加に俟たなければならぬ。しかしこの巨大社会全体の激動が、地域住民の生活を、その根底より覆そうとしているとき、それを未だ初期的段階にあるわが国のコミュニティ活動において、住民の自発的な働きかけの実験に待つというのでは、時代の激変は住民活動の芽生え的な歩みをはるかに乗り越え、コミュニティ福祉は不毛の荒土に終らざるを得ない。コミュニティ開発は、民間人としての地域住民の参加によって推進さるべきことは、繰り返して述べるまでもないが、その全体について、終始その企画性と効果制定に責任をもつのは、行政の任務である。ここでは、民間と行政当局との機能分担による公私協力の原理が、特に重要な意味をもつ。コミュニティ開発の組織化のために、社会福祉協議会が公私協力の主導的役割を果たしうるように、必要経費を公費をもって援助し、この100の公費が誘い水となって、いま民間に潜在する100の能力の発現を触発し、併せて200の実勢力を活動せしめるような積極的感覚がなければ、それはコミュニティ開発にふさわしい近代的行政ということ是不可能的。英国の社会福祉が、「法制的社会サービス」(Statutory Social Service)によって、多額の経費を国が負担しながら、その実際の運営は「民間社会サービス」(Voluntary Social Service)によって展開される公私協力関係の独特の伝統を築いていることは、とりわけ日本のコミュニティ開発の促進に、重要な教訓をもたらすものと言わなければならぬ。

d) コミュニティ問題が、いままでになく重大化する70年代の日本社会において、コミュニティ開発の専門職的能力をもつオーガナイザーの養成は、いかにあるべきであろうか。この分野が国および地方の行政と直接に関係するという理由をもって、法学部系統の出身者の行政学研究をもって足れりとする者があるならば、それは一般行政に対する社会福祉行政の独自性、専門性への認識不足を意味する。コミュニティ活動家および社会福祉行政官の養成に関する大学教育の責任の大なることを、特にここで強調しておきたいと思う。

## 行政のコミュニティ・プラン

鈴木 五郎

## I はじめに

## 1. コミュニティ・プランの広がり

この数年、にわかにコミュニティに関する論議が活発になってきた。そもそも、コミュニティが問題にされる背景はどこにあるのか、あるいはコミュニティとは、いったい現に都市あるいは農村で生活する住民にとって、どのような意味をもっているのか、といった論議はひとまずおくとして、コミュニティあるいは住民生活の場といったことが行政（国・地方自治体）や政党、学者、民間団体、住民運動のなか等、あらゆる立場から取り上げられるようになったことは注目すべき傾向といえる。コミュニティというひとつの言葉が、いくつもの顔を持った言葉として、われわれの前にたちあらわれたといっても言いすぎではない。

なかでも、行政の立場からコミュニティ問題が取り上げられ、いくつかの関連する答申や計画がだされ、実施に移されているもののあることは注目される。

その行政のコミュニティ・プランは、また2つの視点から分類してみることができる。第1は、国や都道府県で策定された計画、数箇所の市町村を範囲とするもの（広域市町村圏計画）、市町村段階の計画といくつかの段階の違う計画のなかにコミュニティ関係の内容をみることである。第2には、そうした行政の計画、とくに地方自治体の計画には、いくつかの地域計画の型があり、そのなかにやはりコミュニティ・プランが盛り込まれている場合である。たとえば、①非常に長期（10～20年）の計画——町づくり構想といったものや、②地域社会の到達すべき施策の目標や水準を示した「目標計画型」ないしは「基本計画型」といえるもの、あるいは、③三カ年程度の計画「実施計画型」のもの等があり、それぞれにコミュニティ・プランといったものが取り上げられている場合である<sup>1)</sup>。

以上のことを前提として、ここでは行政のそれも国の段階におけるコミュニティ・プランに限って、資料の紹介を行なうことにする。なお、以下取り上げる資料は、

コミュニティおよびコミュニティ関連計画ということで、非常に幅広く解釈していることを断っておかなければならない。

## 2. 政府のコミュニティ・プラン

政府からだされたコミュニティおよびコミュニティ関連計画は、大きく2つに分けてみることができる。1つは、コミュニティそのものを取り上げたものであり、もう1つは、各省の審議会の答申、あるいはそれぞれの分野の広域計画としてだしたものなかでコミュニティについてふれているものである。

前者に該当するものとしては、(a)国民生活審議会、コミュニティ問題小委員会報告「コミュニティ——生活の場における人間性の回復」昭和44年9月29日、(b)自治省「コミュニティ（近隣社会）に関する対策要綱」昭和46年4月3日、各都道府知事宛自治事務次官通知がある。

また、後者に該当するものとしては、(c)経済企画庁「新全国総合開発計画」（第1部4—3環境保全のための計画）昭和44年5月30日閣議決定、(d)建設省「地方生活圏構想について」昭和44年5月、関連して同「地方生活圏の整備による過疎対策」昭和44年8月21日、(e)自治省「広域市町村圏の振興整備措置要綱」昭和44年3月29日、関連して地方制度調査会「広域市町村圏および地方公共団体の連合に関する答申」昭和44年10月15日、(f)文部省社会教育審議会答申「急激な社会構造の変化に対処する社会教育の在り方について」昭和46年4月30日等がある。

この政府資料のなかのコミュニティおよび関連計画に

1) ① “町づくり構想”の例として、たとえば京都市「町づくり構想——20年後の京都」昭和40年5月、がある。これは長期展望にたって京都の都市像を描いたものであるが、このなかで“緑のネット・ワーク”住区構想というコミュニティ・プランが示されている。「住区」は人口約1万人を単位とするもので、そのなかの施設設備基準も例示されている。② 目標計画型のものとしては、たとえば神戸市「生活環境基準要綱案」昭和45年1月がある。これは、おおむね10年を目標に達成可能な基準を示したもので、住む、働く、育てる、守るという4つの柱で市民生活サイドからみて必要な項目を中心にたてられている。この場合にも1つのコミュニティ・プランとみることもできる。③ なお、さらに期間の短い、実施計画型のものの代表としては、東京都「東京都中期計画・1968年——いかにしてシビル・ミニマムに到達するか」がある。この場合には毎年度実情に即して原計画を修正し、次の年度を加えるというロウリング・システムが採用されていることも特徴である。

表1 コミュニティ・プランの目標(各資料による)

| 資 料 名      | コミュニティ・プランの背景                    | コミュニティ・プランの主な内容                                                                                                                                 |
|------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| コミュニティ・プラン | a. (国民生活審議会)<br>コミュニティ報告<br>対策要綱 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活の場を改善する施設整備</li> <li>・生活の場を改善する制度的施策</li> <li>・コミュニティ活動に関する情報提供</li> <li>・コミュニティ・リーダー等養成計画</li> </ul> |
|            | b. (自治省)<br>コミュニティ(近隣社会)<br>対策要綱 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティを形成するための生活環境の整備</li> <li>・住民の自主的なコミュニティ活動の育成(モデル・コミュニティ活動)</li> <li>・コミュニティ・ボンドの実施</li> </ul>     |
| コミュニティ関連計画 | c. (経済企画庁)<br>新全国総合開発計画          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地方都市一広域生活圏の整備, 過疎地における施設整備と集落の移転整備, 交通網の整備</li> <li>・居住環境施設の整備</li> </ul>                               |
|            | d. (建設省)<br>地方生活圏構想              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地方生活圏一地方都市中心整備</li> <li>・生活環境施設の整備</li> <li>・道路網の整備</li> <li>・小集落の移転再編成, 中小河川対策</li> </ul>              |
|            | e. (自治省)<br>広域市町村圏の振興整備措置要綱      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地方都市と周辺町村を一体とする日常生活圏一広域市町村圏の整備</li> <li>・主として, 交通通信, 生活環境, 施設整備</li> </ul>                              |
|            | f. (社会教育審議会)<br>社会教育のあり方について答申   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会教育に関する日常生活圏施設, 広域圏施設の体系的配置</li> <li>・指導者の養成(行政職員, 民間人)</li> <li>・団体活動, ボランティア活動の育成</li> </ul>         |

(注) コミュニティ関連計画c～fについては, 資料のなかからコミュニティに関連する部分についてのみ要約した。

ついて, 以下その内容を資料に沿って要約紹介してみよう。紹介は, コミュニティを直接問題とした(a), (b)の資料を中心にしながら, 関連してその他(c)～(f)にもふれることにする。なお, 最後に若干感想を付け加えてみたい。

## II コミュニティ・プランの内容

なぜ政府がコミュニティ問題を取り上げることになったのだろうか。それぞれの資料自身が語る, その背景なり, コミュニティ・プランの内容は, 次のようなものである。なお, コミュニティ関係の部分のを要約一覧表にしたものが表1である。

### 1. コミュニティの必要性

〈国民生活審議会小委員会報告〉この報告は, 地域共同体の崩壊, コミュニティの必要性, コミュニティ形成のための方策の3つの柱で構成されている。

報告は, まず“まえがき”のなかで「……ここにおいて特に指摘したいことは, これまでの国民生活行政が, その必要性に比して極めて不十分な態勢にあり, わけてもコミュニティに関する認識は断片的なものを除いてはほとんどすべての行政分野においての盲点ともいふべき所に放置され, 看過されてきたといっても過言でない事実である。本報告はコミュニティ問題に対して, 不完全ながら正面から取り組んだ最初の試みであって, われわれはこれによって, コミュニティに対する理解が行政の中

に醸成され、この問題が行政ベースにのる突破口が作られることを切に期待するものである。」と、そのねらいを述べている。

そして、コミュニティの概念について「生活の場において、市民としての自主性と責任を自覚した個人および家庭を構成主体として、地域性と各種の共通目標をもった、開放的でしかも構成員相互に信頼感のある集団を、われわれはコミュニティと呼ぶことにしよう」とまず定義づけを行っている。

コミュニティ問題を取り上げた背景については「国民生活優先の原則が……提唱されてからすでに久しい」しかし「国民生活優先の原則が、生活向上の行動原理として十分に機能していないことは、今日のわれわれの生活実感の示すところである。このことはわれわれの生活の場において、生活を豊かにするための基本的条件が整っていないことを如実に物語るものである」とし、以下地域共同体の崩壊現象について分析を行い、そこから生ずる生活問題の数々をあげて、コミュニティの必要性を説いている。

地域共同体崩壊の要因としては、交通通信機関の発達等による生活圏の拡大、人口の都市集中、生活様式および生活意識の都市化、機能集団の増大、行政機能の拡大、家族制度の変革、農村における生産構造の変化等を指摘し、それぞれ細かく分析を行っている。

このような要因による地域共同体の崩壊現象のなかで「……地域住民は、この変化に十分対応しきれず、さまざまな問題に直面している」として、コミュニティ不在に関する問題、過疎地帯での問題、地域生活における企業の問題の3つを指摘している。

コミュニティ不在の問題としては、例えば、「非行化する青少年の増加とか、幼児の戸外活動における危険の増大がめだっている」、「主婦の就労の増加等によって鍵っ子がふえたり、また、子供の家庭内外でのしつけが失われてきている」、「孤独な余生をおくる老人がふえてきている」、「余暇を人間性の回復に活用できる余暇施設や活動の組織が不足している」、「公害や交通事故など地域生活をおびやかす障害が増大してきている」、「急病人がでた際等、その処置に困る場合が多い」等の例をあげ、したがって「……生活の基礎単位である個人および家族によっては十分解決しえない問題であり、コミュニティ段階での取り組みが必要とされるものである」としている。

また、過疎地帯についても問題を指摘し「……地域生活の存続そのものが困難になってきている」として、その方向を「このような地域に住む人々が豊かな生活を享

受するためには、まず集落再編成によって、僻地の小集落がかなりの規模の集落にまとまることが必要であり、次に、道路の整備など社会資本の充実によって住みよい生活環境が作られるべきであろう」としている。

この過疎地帯の方向づけ、つまり集落の再編成と施設整備、道路網の整備という方向は、後でふれる(d)建設省の「地方生活圏構想について」あるいは「地方生活圏の整備による過疎対策」においても、(c)経済企画庁「新全国総合開発計画」等においても、まったく共通していることが指摘できる。

報告は以上のような地域共同体の崩壊とそれに伴う問題状況にたつて、コミュニティを「個人や家庭のみでは達成しえない地域住民のさまざまな要求を展開する場として、取り残された階層を含めて人間性の回復と真の自己実現をもたらすものである」と位置づけている。

さらに「……生活の充実を目標として目覚めた“市民型住民層”に支持をうけたコミュニティが成立しなければならない」とし、コミュニティこそ「現代文明社会における人間性回復のとりでとしての機能を確立しなければならないのである」と、コミュニティへの非常に大きな期待を明らかにしている。

そのため必要なコミュニティ・プランを“コミュニティのグリーン・プラン”と名づけ、次のような内容を提唱している。

- ①生活の場を改善する施設整備
- ②生活の場を改善する制度的施策
- ③コミュニティ活動に関する情報提供
- ④コミュニティ・リーダー等養成計画

表2 コミュニティ(近隣社会)対策要綱による  
コミュニティ施設一覧(例示)

| 施設区分               | 内容                                 |
|--------------------|------------------------------------|
| 1. 交通関係施設          | 歩行者専用道路、自転車専用道路、交通安全施設、街灯、街路樹、街路花壇 |
| 2. 環境保全施設          | 緑地帯、公衆便所、ゴミ収集施設、防犯防火施設、避難広場        |
| 3. 文化施設            | 集会所、公民館、図書館、児童館、研修施設               |
| 4. 保健施設            | 診療所、健康センター                         |
| 5. 社会福祉施設          | 保育所、託児所、老人ホーム                      |
| 6. スポーツ、レクリエーション施設 | 近隣公園、児童遊園、運動広場、体育館、プール、レクリエーション農園  |
| 7. その他             | コミュニケーション施設                        |

(筆者注) モデル・コミュニティは、おおむね小学校区程度の規模を基準としている。

なお、コミュニティ形成のための方策については後の項で取り上げることとする。

〈自治省「コミュニティ対策要綱」〉 この要綱は、具体的な施策として、コミュニティづくりを取り上げたもので、その背景やねらいを次のように述べている。

「住民は、快適で安全な生活環境のもとで、健康で文化的な生活を営むことを欲している。このような望ましい生活は、住民の日常生活の場である近隣社会の生活環境の整備と併せて、住民の地域的な連帯感に基づく近隣生活が営まれて初めて実現されるものである。このような近隣社会は、住民の社会生活の基礎的な単位と考えるべきものである」。

「しかしながら、今日住民の生活は動態化するとともに、その行動圏域は漸次広域化してきている。一方、交通安全、防犯、防災等の見地からする環境の改善および身近な社会福祉施設、保健施設等の充実が強く望まれているとともに、日常の文化、体育、レクリエーション等の活動を行うのに必要な施設も極めて不十分である」。

「このままでは住民は、近隣社会に対する関心を失い、人間は孤立化し、地域的な連帯感に支えられた人間らしい近隣生活を営む基盤も失われるおそれがある」。

こうした現状認識にたつて、新しいコミュニティづくりの施策として、都市と農村地域それぞれの方針をだしている。①都市地域については「……都市の体質を人間本位に改めるという構想にそって、住民が快適で安全な日常生活を営むための基礎的な単位として、豊かな個性とまとまりのあるコミュニティを形成するための生活環境の整備を通じて、住民の自主的な組織がつくられ、多彩なコミュニティ活動が行われることを期待する」②農村地域については「……集落の整備と配置に関する長期的な構想に沿って、住民が文化的な多様性のある日常生活を営むことができるように各種のコミュニティ施設の整備を中心とする生活環境の整備をすすめる」「このような生活環境を場とし、またその整備を通じて、若い世代も参加するような新しい開放的な組織がつくられ、コミュニティ活動が行われることを期待する」としている。

つまり、都市・農村を問わず、生活環境施設の整備と自主的な住民のコミュニティ活動の推進という2つのことが柱となっている。

国民生活審議会の報告は、報告であるがゆえに非常に細かくコミュニティの必要性なり、コミュニティ形成のいろいろな問題にふれているが、この自治省の要綱の場合には、具体的な国の施策として生活環境施設の整備と

コミュニティ活動にしばられており、施策として取り入れられた場合の方向を端的に知ることができる。

## 2. 広域生活圏とコミュニティ・プラン

「新全国総合開発計画」は、国土の総合的な開発の方向を定めたものであり、農工業、流通、自然、資源、開発、公害等その計画の範囲は多岐にわたる。したがって、コミュニティに関連する部分は限られたものでしかない。しかし、各分野の行政計画の根幹をなすものであり、そこに盛り込まれた計画は大きな影響をもつとみなければならない。事実「地方生活圏構想」や「広域市町村計画」等における生活圏あるいは生活環境整備計画の考え方は新全総とはほぼ一致している。では、こうした広域生活圏とコミュニティ・プランの結びつきはどうなっているのだろうか。

〈新全国総合開発計画〉 新全総は、計画の主要課題のなかで、市街地、地方都市、農山漁村、人口激減山村等、各地域別の今後の方向にふれ、そのなかで居住環境施設の整備について次のように問題を捉え、方針を示している。

①市街地の場合 家庭機能や住宅機能の変化のなかで「都市のなかに共同してオープンスペースを確保する必要が強まってきている」とし、さらに「……より豊かな生活環境を確保するため、積極的に居住環境を改善することが必要である」と述べ、このために公園や上下水道、その他各種居住環境施設の整備を総合的、計画的に推進するとしている。

②地方都市の場合 「地方における全面的な都市化の進展に対応するために、狭域的、孤立的な生活環境を広域化し、高水準なものに再開発しなければ、もはや、環境を保全していくことが困難である。このため中核となる地方都市（地方中核都市）の整備およびこれと圏内各地を結ぶ交通体系の確立により、広域生活圏（一次圏）を形成させる」としている。

③農山漁業の地域の場合 「……集落および集落施設その他環境条件の整備を図り、日常生活圏を広域化し、地域住民の開発意欲を醸成する魅力的な生活の場を形成していくことが必要である」としている。

④人口激減山村の場合 「人口が激減し、希薄化する山村地域については、地域住民の意向に応じ、より高い生活環境水準の享受を可能とする集落の移転統合、離村者のための職業訓練等の円滑な実施を図る。一方、極力生活の場としての条件を保全するため、道路の整備とあわせて、通信施設、機動力を用いた巡回システム等を

表 3 新全国総合開発計画による生活環境施設の整備計画

| 区 分                  | 日常生活圏施設                                                            | 広域生活圏施設<br>(広域共同利用施設)                                                  | 高次圏域施設                                                                                         |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 教育訓練              | 幼稚園, 小学校, 中学校, 高等学校, 初等職業訓練施設                                      | 養護学校, 盲学校, ろう学校, 短大, 高等専門学校, 青年の家, 社会教育施設, 高等職業訓練施設, 農業研修センター, 自動車練習所  | 大学, 研究所, 臨海・林間学校, 国立青年の家, 総合技能センター, 特殊技術者養成所, 身障者職業訓練所                                         |
| 2. 文 化               | 図書館, 児童文化会館                                                        | 映画館, 総合図書館, 劇場, 展示場, 催場, 美術館, 音楽堂                                      | 国立劇場, 博物館, 資料館, 科学館                                                                            |
| 3. 集 会               | 集会所, 公民館                                                           | 文化センター, 市民会館, 勤労青少年ホーム, 結婚式場, 葬祭場                                      | 国際会議場, 国際文化センター                                                                                |
| 4. 保健医療              | 診療所, 病院                                                            | 総合的病院, 保健所, 救急医療センター                                                   | 地方衛生研究所, 精神衛生センター, がんセンター, 医療センター                                                              |
| 5. 環境衛生              | 公衆浴場, 公衆便所, 理容所, 美容所                                               | 墓地, 火葬場, と殺場                                                           |                                                                                                |
| 6. 福 祉               | 保育所, 老人福祉施設, 児童館, 福祉センター, 児童遊園                                     | 特別養護老人ホーム, 精神薄弱者援護施設, 母子福祉施設, 身障者更生援護施設, 働く婦人の家, 中小企業福祉施設, 勤労者総合福祉センター | 勤労青少年センター, 重症心身障害児施設, コロニー, リハビリテーションセンター, 厚生年金会館                                              |
| 7. 体育, スポーツ・レクリエーション | 児童公園, 近隣公園, 地区公園, 遊歩道, 体育館, 運動場, プール, 分区園                          | セントラルパーク, 森林公園, ゴルフ場, 総合運動場, 動植物園, 休養施設                                | 公開庭園, 総合公園, 自然公園, 遊園地, スキー場, スケート場, キャンプ場, マリンセンター, 海水浴場, 保養地, キャラバンサイト, 休暇村農園, 国民保養温泉地, 自然遊歩道 |
| 8. ショッピング            | スーパーマーケット, 商店街, 小売市場                                               | ショッピングセンター, デパート                                                       | 高級品専門店街                                                                                        |
| 9. 保安・防災             | 駐在所, 派出所, 緊急通報器, 消火せん, 防火用貯水そう, 消防署, 街灯, 避難広場, しゃ断緑地, 雪害防除施設, 消雪施設 | 警察署, 特殊消防センター                                                          |                                                                                                |

整備するとともに、地域の実情に即した社会保障施策の充実に期待する。さらに、このような人口が激減し、希薄化する山村地域の生活の拠点とするため、地域住民の日常生活環境施設需要をほぼ充足する機能を備えた地域生活センターを設置、充実する」としている。

以上を通じて共通していることは、一応日常的な居住環境施設の整備をあげているが、中心は生活圏域の広域化の促進とそこにおける施設整備計画であり、過疎地における集落の移転統合計画ではないだろうか。

そのことは、次に紹介する地方生活圏構想、広域市町村圏のなかにも、そのままうけつがれており、コミュニティとの関連は施設配置とのつながりにおいてみられる程度で積極的な位置づけを読みとることはできない。

〈地方生活圏構想〉この構想は、過密過疎問題の解決、地域社会の均衡発展をめざして、交通網の整備と生活環境施設の整備をねらいとしたもので、その方針を次のよ

うに述べている。

「……全国にわたって、都市を中心に一体的に整備する必要がある地域を地方生活圏と設定し、その生活圏について、生活圏整備計画を策定し、この計画に基づき、都市地域については、都市機能の強化育成を図り、農村地域については、基幹となる集落について、生活環境施設を整備するとともに、中心都市を結ぶ道路網を整備することとし、その際、生活条件に恵まれず、居住環境の劣悪な小集落については、基幹となる集落等へ移転するよう誘導するものとする」としている。

そして、生活圏整備の進め方のなかで、コミュニティにふれ「地方生活圏における都市地域以外の地域については、地域住民の日常生活上の利便を確保するため、下位の生活圏および基礎集落圏に区分し、コミュニティ施設を階層的に、それぞれ整備するとともに道路網を整備し、圏域の一体的な形成を図る」ものとし、各生活圏・

表4 地方生活圏構想における圏域構成と施設配置パターン（参考）

| 圏域の名称                |          | 地方生活圏                                             | 2次生活圏                      | 1次生活圏                    | 基礎集落圏                          |
|----------------------|----------|---------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 圏域の標準                | 半径       | 20～30 km                                          | 半径 6～10 km                 | 半径 4～6 km                | 半径 1～2 km                      |
| 時間距離の標準              | バス       | 1～1.5 時間                                          | バス 1時間以内                   | 自転車30分 バス15分             | 老人幼児の徒歩限界<br>徒歩15～30分          |
| 人口                   | 標準       | 15万～30万人                                          | 1万人以上                      | 5千～1万人                   | 1千～2千5百人                       |
| 配置される<br>公共施設<br>の系統 | 社会福祉     | 養護老人ホーム<br>老人福祉センター                               |                            |                          | 保育所 児童遊び場                      |
|                      | 学校教育     | 小・中学校理科教育センター<br>各種学校                             | 高等学校                       | 中学校 小学校                  | 幼稚園<br>(場合によっては小学校<br>低学年校を置く) |
|                      | 社会教育     | 市民会館又は県民会館分館<br>図書館                               | 中央公民館<br>(集会 図書<br>室 運動広場) |                          | 地区公民館<br>(集会 老人センター)           |
|                      | 医療       | 総合病院<br>(成人病センター<br>老人専用 day-hospital<br>伝染病隔離病舎) | 病院                         | 診療所(医師常駐)                |                                |
|                      | 衛生       | し尿処理場(戦略拠点)<br>下水道終末処理場<br>火葬場<br>ゴミ焼却施設(戦略拠点)    | コミュニティプラント(自動制御)<br>ゴミコンテナ |                          |                                |
|                      | レクリエーション | 都市公園<br>総合体育施設                                    | 運動広場                       |                          |                                |
|                      | 保安       | 消防署<br>(常備消防力の中枢)                                 | 常備消防(戦略拠点)                 | 警察官派出所(常駐)               | 小型消防自動車                        |
| その他                  |          | 保健所<br>福祉事務所<br>中央市場 銀行                           | 農協センター<br>(ショッピングに重点)      | 農業倉庫<br>(生産ストック施設)<br>役場 |                                |

(注) ←→は各施設の段階的ないし、ネット・ワーク的配置関係を示す。

集落圏には表4にあるような施設配置と道路網の整備を構想している。

なお、「基礎集落圏に含まれない集落は、総戸数の3～4%に達するが、適切に移転できるよう、必要な住宅地対策を推進する」としており、ここでも過疎の問題が浮かび上がっている。

〈広域市町村圏計画〉この整備要綱では、まずこの計画の背景として、公共施設整備の遅れ、過密過疎問題への対応、市町村行政の効率的運営、住民生活行動圏域の広域化への対応等の要因を指摘し、「日常社会生活圏を場とする新しい地域の振興整備に関する施策の展開及びそのための広域行政体制の整備が不可欠である」として、次のような方針を定めている。

「都市及び周辺農山漁村地区を一体とする日常社会生活圏を広域市町村圏とし、地域の振興整備に関する総合的な計画の策定および実施ならびに広域行政体制の整備を促進する」としている。

この計画は、人口10万人以上の規模を基準としており、中心市街地を核として周辺の地域の位置づけを行っている。しかし、もともと広域的な対応を出発点としており、圏域内における市町村以下のコミュニティの問題、位置づけについては、一切ふれられていない。

〈社会教育審議会の答申〉答申は、わが国における経済成長や技術革新、物質的な生活の豊かさ、余暇時間の増加、国民の学歴水準の向上など社会状況の変化のなかで「いわゆる個性の喪失、人間疎外、世代間の断絶、地域連帯意識の減退……」等、好ましくない現象がおきていることを指摘し、このような激しい変化のなかで「国民のひとりひとは、その生涯の各時期に応じて新しい生活課題や学習要求をもつにいたる」ことを予測し、対応する社会教育のあり方を次のように方向づけている。

すなわち、①社会教育は、国民の生活のあらゆる機会と場所において行うというように考え方を拡大する、②生涯教育の観点から社会教育の体系化を図る、③多様

表 5 広域市町村圏の基準

| 図 域 の 限 界     |                 | 2 次 生 活 圏 (町村段階)                   | 3 次 生 活 圏 (広域市町村)          |
|---------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------|
| 半 径           |                 | 4～6km                              | 半径 15～30km 特に限界は設けない       |
| 時 間 距 離 の 限 界 |                 | 徒歩60分, 自転車20分, バス, 鉄道利用では 10km が限度 | バス60分                      |
| 人 口           |                 | 1万人以上                              | 10万人程度                     |
| 配置される公共施設の系統  | 社 会 福 祉         |                                    | 養護老人ホーム, 老人いこいの家           |
|               | 学 校 教 育         | 中学校                                | 高等学校, 小・中学校理科教育センター        |
|               | 社 会 教 育         | 中央公民館, 図書室                         | 市民会館, 図書館                  |
|               | 医 療             | 診療所 (医師常駐)                         | 総合病院 (老人病センター, 伝染病隔離病舎)    |
|               | 衛 生             | し尿処理場, 下水道終末処理場, ゴミ焼却施設            |                            |
|               |                 | 上水道                                | 火葬場                        |
|               | レ ク リ エ ー シ ョ ン | 運動広場                               | 都市公園, 総合体育施設               |
|               | 保 安             | 常備消防, 警官派出所                        | 消防署, 警察署                   |
| そ の 他         |                 | 役場 (団地官公庁地区)<br>郵便局 (特定局) 農協センター   | 市役所, 保健所, 福祉事務所, 郵便局 (普通局) |

な要求に対応するよう教育の内容・方法の改善を図る, ④小グループ活動の促進, 既存の地域団体の組織運営の改善を図る, 団地等, 新しい地域社会における地域活動の展開, ボランティア活動の重視, ⑤社会教育のための施設と指導者の拡充を図る, 等である。

答申は, コミュニティ活動として, とくに問題を指摘していないが, ここに示された方向やその内容が語るものは明らかにコミュニティ活動の一翼を担うものである。

そのことは, 社会教育施設の位置づけについてもいえる。たとえば, 「公民館は, 地域住民ひとりひとりの学習の場として, ……住民が談論し, お互いの交流を深める場として, また……地域の環境改善に取組みそれを推進する場として, さらに青少年教育の場として拡充されることが必要である」とし, その他図書館, スポーツ・レクリエーション施設等各種の地域施設についても日常生活圏あるいは広域圏施設として, その方向づけを行っている。これらの施設配置の問題は, そのままコミュニティ施設の問題として捉え直すことができるのではないだろうか。

### III コミュニティ形成の方法

#### 1. コミュニティ形成の前提となるもの

コミュニティをどのように形成するかという問題は, コミュニティをどのように規定するかという問題と不可分の関係にある。

仮に, 国民生活審議会報告の定義により “地域性と各

種の共通目標をもった市民を主体とする集団” とすれば, その共通目標を支える, あるいはそれを形成するところのいわゆるコミュニティ活動が不可欠の条件であることはいうまでもない。また, そうした活動の場としての地域センターや各種の生活環境施設も欠かせない条件であるし, コミュニティの規定の仕方によって, さらにその条件はプラスされるであろう。

こうした概念規定——条件設定が, そのままコミュニティ形成の方法と結びついている。つまり, こうした条件, たとえばここでのコミュニティ活動や生活環境施設の整備が, そのままコミュニティ形成の方法となるわけである。ただし, ここで注意しなければならないことは, コミュニティの概念規定が, 現状ではあくまでも期待概念であるだけに, こうしたコミュニティ活動なり生活環境施設の整備が自覚した市民的な活動として, あるいはそうした市民意識を育てるような活動として, どう実践されるかというアプローチの問題がある。とくに, 行政によってコミュニティ形成が意図された場合には, このことが十分検討されなければならないだろう。

以上のことを前提として, 以下資料によって, コミュニティ形成の方法を整理してみよう。

まず, 表 1 にかかげたコミュニティ関連計画(c)～(e)の場合は, すでに紹介したように, そのほとんどが広域行政計画であり, 広域との関連においてわずかにコミュニティにふれているにすぎない。それも, 共通していることは, いずれも主として生活環境施設 (あるいは道路)

の問題として捉えていることである。したがって、いわゆるコミュニティ意識なり、それを支えるコミュニティ活動にはふれていない。

もちろん、コミュニティ形成の方法としては、考えられるすべての条件・方法を整えることを目的として、総合的なアプローチの方法をとることもあるし、主として生活環境施設のような特定の条件づくりの側面からアプローチする方法もあるだろう。それはまたコミュニティ形成に取り組む立場や、コミュニティ形成の過程、その地域のおかれた条件などにもよって異なるし、多様な形態が考えられる。

しかし、いずれにしても、ここにあげた政府のコミュニティ関連計画（新全総や広域市町村圏計画、地方生活圏構想等）から、住民の生活する場への重大な影響、とくに過疎地域での影響をみることはできても、コミュニティ形成の積極的な意図をよみとることはできない。

## 2. モデル・コミュニティ

自治省の「コミュニティ対策要綱」および国民生活審議会報告「コミュニティ」は、いずれもコミュニティ形成の問題を正面きって取り上げたものとして注目される。とくに、前者はモデル・コミュニティづくりという具体的な施策として実施に移されたものであるだけに、その動向は興味深いものがある。

そこで、まず自治省のコミュニティ・プランから紹介し、その後に参考として国民生活審議会報告によるコミュニティ形成の方法を要約紹介しておこう。

自治省が昭和46年4月から推進を手がけたモデル・コミュニティは、「おおむね小学校の通学区域程度の規模を基準……」とするもので、都道府県知事が市町村長と協議して選定することになっている。

このモデル・コミュニティ活動は、主として次の方法で推進されることになっている。

- ①コミュニティ整備計画(表2参照)の策定
- ②コミュニティ活動計画の策定
- ③モデル・コミュニティ推進組織、とくに行政の役割と活動
- ④コミュニティ・ボンドの実施

まず、はじめのコミュニティ整備計画については、「……より広域の生活圏域の整備に関する計画との相互の関連も考慮して」定めるものとし、以下表2に掲げたような生活環境施設について、(イ)住民が歩行者として安全に近隣生活が営むことができるような歩行者専用道路の確保、(ロ)住民の近隣生活の核となる地区の形成、文化・

体育・レクリエーション活動施設の配置、(ハ)社会福祉・保健衛生施設の整備、(ニ)老人・児童のための施設づくり等を地域の実情に応じて定めることとしている。

この整備計画の裏づけとして、自治省は「市町村が、コミュニティ整備計画に基づいて実施する建設事業に要する経費に充てるために起こす地方債について、優先的な配慮をすること」とし、また都道府県においても「モデル・コミュニティ施設の整備のために必要な事業の実施について優先的な配慮をするとともに、これに必要な援助を行うこと」としている。

一方、この整備計画の財源として“コミュニティ・ボンド”の発行が大きな1つの柱となっている。そのねらいは、「……市町村が行うコミュニティ施設の整備事業に必要な資金を住民が自主的に提供するとともに、これを通じて、住民がコミュニティ施設に対して愛着をもち、コミュニティにおける住民の新しい連帯意識の育成に資することを目的とする」としている。

コミュニティ・ボンドは、市町村が指定地域内の住民を対象に証書発行形式で行うもので、応募の調整は住民組織が行うことができるとしている。

第2には、こうした施設整備と同時に「新たにコミュニティ活動に関する計画を策定し、または各種のコミュニティ組織の行事予定等を調整して、コミュニティ活動に関する計画を定める」こととし、活動計画の内容として、交通安全等、生活の安全に関すること、社会福祉の増進・健康の管理に関すること、生活環境（清潔、静かさ、美観の維持）に関すること、お祭り・文化・体育・レクリエーションに関すること、市町村政に対する住民意志の反映に関すること、等を例示している。

第3には、こうした活動を支える組織として、住民組織や行政の役割について、いくつかのことを提唱している。たとえば、「一つのコミュニティ組織または各種のコミュニティ組織の連絡調整を図るための機構が適切に整備されるよう……」にし、その場合「……地区内の各地区、各種の職域、各年齢層、男女とその他住民のグループを適切に代表するものが協力して、コミュニティ組織の運営に当たることとなるよう配慮する」ものとしている。また、市町村は、コミュニティ審議会を設置する等の措置を講ずるものとしている。

なお、これらの点に関しては、行政局長通知「コミュニティ（近隣社会）対策の推進に関する事務処理要領について」（昭和46年4月3日）のなかでさらに、住民の自主性の尊重ということで詳細な指示がだされている。

たとえば、コミュニティ組織については「モデル・コ

コミュニティのコミュニティ組織としては、町内会、自治会、婦人会、青年団、PTA、子供会、その他いろいろな種類の組織がそれぞれ独自の活動をし、それらの組織の活動を調整するための連絡機構をつくること、地域全体でひとつのコミュニティ組織をつくること等、いろいろなかたちが予想されるが、そのいずれを選ぶかは、住民が自主的に決めることである」としている。

### 3. コミュニティ形成の方策

国民生活審議会の報告は、コミュニティ形成の方策についてかなりのスペースを割き分析提案を行っている。

コミュニティ形成の方法を提唱する前提として、まず①コミュニティと行政的対応（住民要求の分析、議会の役割と現状、フィードバック・システムの確立と住民参加等）、②コミュニティ・リーダー（リーダーの性格、フォロアシップの問題、老人の社会参加、社会教育等の役割等）、③コミュニティ施設（シビル・ミニマムとしてのコミュニティ施設、施設の種類、コミュニティ施設の運営）等の問題について現状分析を行い、その方向づけを行っている。そのうえでコミュニティ形成の4つの方法が提唱されている。

その方法というのは、第1に「物的な生活環境の水準と社会的な水準の充実を別体系の問題として捉える個別的方法ともいうべきものである」として、物的な生活環境の改善としては、すでにあげた新全総や生活圈構想をあげ、社会的水準の確保としては社会教育や学校教育をあげている。この方法の問題点としては「物的な水準と社会的水準の実現が相互に有機的に関連づけられていないこと……」等を指摘している。

第2には、「制度的方法というべきものがある」として「公聴広報、市民参加、モニター等直接民主主義的な住民参加の形式を行政の側において整え、住民の要求を明らかにする」方法、つまり住民の行政参加をあげている。しかし、この場合にも「行政の立場からのコミュニティ形成の方法である。したがって、それが本来の役割を達成するためには、地域住民自体のコミュニティ活動に対する主体的参加が不可欠の前提となろう」と指摘している。

第3は、「運動論的方法というべきものである」としている。「今日、生活の場では交通事故、公害、余暇活動施設の不足等、生活環境に対する不満が著しく高まっている。また都市化と産業の高度化のなかで人間疎外の場合も強まっている。このような生活環境や人間性喪失に対する地域住民の不満や欲求を住民自身が組織化し、

共同の活動を通じて社会的水準を満たしていこうとするものである」。

第4は、「情報的方法ともいうべきものが考えられよう。すなわち、行政が全国の具体的なコミュニティ形成の経験をモデル・コミュニティとして取り上げ情報をながすことである」としている。

以上のような方法をどのように取り入れるかという点については、各コミュニティの実情に応じて、1つもしくは、いくつかの組合せを選択することも可能であると、その基本には「各コミュニティ住民の主体的参加の重視、および物的な生活環境水準の改善と社会的水準の充実を相互に関連あるものとして把握するところに求ることができるといえよう」としている。

## IV コミュニティ・プランの意味するもの

国の段階におけるコミュニティおよびコミュニティ関連計画をできるだけ資料に沿って忠実に要約紹介しよう心がけてきたが、本稿を終えるにあたり、若干感想めいたことを付け加えておきたい。

### 1. コミュニティ・プランの矛盾

国のコミュニティ関係の一連のプランをみて、第1に感じることは、中央官庁で住民生活にもっと密着するコミュニティのプランを考え、指示することの積極面と違和感とである。都市化や家庭機能の変化のなかで新しい地域社会の役割が求められていること、経済の高度成長を背景に交通事故や公害問題が時と所を選ばず、日本全土に広がり、まさに地域問題として拡大していること、住宅や生活環境施設への投資がおくれ、住民生活の側からみて快適さや安全とは程遠い現実があること等は、まったくそのとおりである。だからこそ、政府が住民生活の場に注目し、生活環境施設の整備を一致して計画の課題にあげたことについては、積極的に評価したい。

しかし、一方で、住民生活の場に密着するコミュニティ問題を、なぜ国の施策として提唱しなければならないのだろうかという素朴な疑問がある。生活環境の整備は大いに推進してほしい。その予算措置をぜひとってほしい。しかし、例えばどのような生活環境施設が、どこに、どれだけ必要か、もっともよく知っているのは、地域で生活する住民であり、住民にもっとも近い地方自治体ではないだろうか。

だとすれば、コミュニティといった問題は、地域の住民要求や住民運動などを背景に、住民の主体的な姿勢、住民自治の育つ長い過程のなかで考えられるものであり、

そうした運動を背景に地方自治体のなかで考えられるべきものではないだろうか。

国の段階における責任・役割というのは、たとえば、おくれた生活環境施設の問題についていえばその充実計画をたてることで十分ではないだろうか。それをどのように具体化し計画化するかは、住民と地方自治体の間で決めることである。

つまり、地方自治体が住民の主体的な要求や幅広い各種の運動に対応して、コミュニティづくりを援助できるよう、国は地方自治体の権限を拡大し、財政を強化する方向で考えていくことこそ真のコミュニティづくりにつながる道ではないのだろうか。

コミュニティといったことが、わずかの指定期間や国のレベルでの計画、行政サイドからの接近を主とする方法、それも国の主唱で育つと考えること自体、今日の住民生活の実情にそぐわないものがあるのではないだろうか。

## 2. コミュニティ施設

政府のコミュニティ・プランのなかには、共通する部分がいくつかある。その1つは、生活環境施設の整備という側面からコミュニティ問題を捉えていることである。

しかし、ここでぜひ考えておきたいことは生活環境施設づくりの過程の問題である。その施設によって、運動の主体、参加範囲が異なるにしても、コミュニティ施設である限り、施設づくりは住民運動ないしは住民参加を背景として実現されなければならないことである。つまり、生活環境施設とコミュニティ活動を切り離さないで捉えることが重要である。

例えば、地域福祉活動の経験に照らしても地域の遊び場づくり運動を背景に実現した遊び場と天下りの的にできた遊び場とでは、その利用や管理等において著しい差のあることはいうまでもない。

また、高齢化社会に向って今後各市町村で、老人ホームが建設されていくだろう。その際にも、最近各地では

つぼつ芽がでていくように、地域の老人自身の問題として、あるいは婦人や青年などの参加を得て、老人ホーム設置運動として実現した場合には、老人ホームが地域のなかの孤島のように隔離されることなく、家庭の延長として捉えられるし、その後の運営面でも地域との結びつきが可能になる。また、こうした過程を通ることによって、老人ホームに対する理解が高まり、内容を改善していくうえでの力、市民的なエネルギーを結集していくことが可能になるのではないだろうか。

こうしたことは、それぞれの生活環境施設についていえるだろう。

## 3. 住民生活の総合性

最後にもう1つだけ感想を付け加えておきたい。それは各省の様々な生活圏構想なり、コミュニティ・プランを受けとめる側の住民は、同一人であるというまったく平凡な事実である。いま、住民生活のなかには生活そのものの問題が山積している。たとえば、住宅や物価、公害といった非常に大きい問題がある。4畳半か6畳一間のアパート生活、せいぜい2DKか3DKの住宅、公害といった生活の基本に係わる問題とコミュニティあるいは生活環境施設の問題をどのように係わらせて考えればよいのだろうか。

ここでは、そこまで問題を広げないにしても、たとえば昨年あたりからしきりといわれるようになった「農工一体化」とか「農工両全」といった農村の工業化の背景となっている、通産省産業構造審議会産業立地部会「農村地域工業開発の考え方と施策について」昭和45年9月1日、あるいは最近制定された「農林業地域工業導入促進法」が地域社会に及ぼす影響とその関連を十分考え、住民の生活の立場にたって総合化してみなければ、実際に住民生活の場がどのようなようになっていくのか、コミュニティといったことが、どのような現実性をもっていることなのか見定めることはできないだろう。

## 国連社会開発研究所の福祉指数 および開発指数の概要

曾 原 利 満

国連社会開発研究所 (United Nations Research Institute for Social Development, 以下 UNRISD と呼ぶ) は1964年に当時の国連社会委員会 (現在の社会開発委員会) の援助の下に設立された国連の自治活動機関である。国連では、社会委員会を中心にバランスのとれた総合的な経済、社会開発計画実施の重要性が強調されていた。この UNRISD もその要請に応じて、社会開発に関する諸問題、例えば、社会開発と経済開発の相互関係、社会計画の方法、社会変動と技術革新、地域開発等について調査研究を行っている。そして、その研究成果は国連の社会開発担当部門のみでなく、広く世界各国の開発計画研究機関に貢献している模様である。

本稿は、この UNRISD の諸業績中、福祉指数と開発指数に関する部分を紹介するものである。

### I 福祉指数

この研究は、かつて UNRISD の研究員で、現在、オランダの The Institute of Social Studies の社会・経済計画教授である Jan Drewnowski 氏によって進められたものである。同氏は、開発には経済変数のみでなく、住民の福祉をあらわす社会変数が重要であることを指摘している。従来の開発計画では、社会的目標が経済的目標達成のための邪魔者扱いされたり、あるいは、経済的目標達成の手段としてしか認められていないと批判し、開発計画の真の目標は社会変数であって、GNP 等の経済変数ではないことを強調している。

経済変数の計量的な取扱いは、すでにかなり整備されてきているが、社会変数の計量的な取扱いは、まだほとんど実績がない。福祉指数は、この社会変数を計量化するための1つの試みである。上述したように、社会変数は福祉概念で、住民のニーズがどの程度満たされているかを示す変数である。しかし、ここでいうニーズは幸福等を含むニーズ全般にわたるものではなく、とくに可測なものに限定されているので可測福祉 (Measurable Welfare) とも呼ばれている。その特色の1つは、非貨幣的な、すなわち実質的な単位を用いていることにある。

福祉指数は福祉フロー水準指数と福祉ストック水準指数に分かれている。前者は一定期間内の住民のニーズ充足の過程を、後者はある一時点でのニーズ充足状態をあらわす。例えば、医療サービスは福祉フローであり、健康は福祉ストックである。なお、従来の経緯から、福祉フロー水準指数は生活水準指数、福祉ストック水準指数は福祉水準指数と呼ばれているので、以後それに従うことにする。

#### 1. 生活水準指数

生活水準指数は、UNRISD のレポート No. 4, *The Level of Living Index* (1966年) に公表されたものが最初である。これはニーズを基本的なものと高度なものに分けて、基本的ニーズの充足は非貨幣的な単位を用いて測定し、高度ニーズの充足は貨幣単位を用いて測定することを提案していた。また、実際に各国の生活水準指数を試算して国際比較を行っている。しかし、その後、この生活水準の測定方法にはかなり大幅な修正が加えられており、1968年には上記レポートの改訂版が公表されている。ここでは、この改訂版によって UNRISD 生活水準指数の概要を紹介してみる。

改訂版においても、成分——指標という基本線、すなわち、人間のニーズ (可測なものに限る) をいくつかの成分に分けて設定し、各成分の水準をその成分を代表するようないくつかの指標でもって測定するという行き方は変わっていない。しかし、成分設定の仕方とか、数量的に捉えるのがむずかしい成分には順位をみる序数指標を用いるとか、あるいは臨界点と指標分布を組み合わせる等の実際的な改訂が行われている。表1はその生活水準指標の概要である。左2欄に成分——指標の体系、右4欄に指標階級の説明が示されている。

成分——指標体系をみると旧版にあった高度ニーズ成分がなくなっている。一方、環境は以前になかった新しい成分である。指標には基数指標のほか新しく序数指標が採用されている。基数指標は量的に測定可能な指標であり、一方序数指標は数量的測定は不可能だが、ニー

表 1 生活水準指標の概要

| 成 分     |    | 指 標 臨 界 点                      | $i_0$ $i_M$ $i_F$     |                         |                            |                   |            |        |          |
|---------|----|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------|------------|--------|----------|
|         |    | 指 標 階 級                        | I 欠 乏                 | II 不 十 分                | III 十 分                    | IV 豊 富            |            |        |          |
|         |    | 基準指標の中間指数値                     | 0                     | 0                       | 0 ~ 1                      | 1                 | 1 ~ $I'_F$ | $I'_F$ | $I'_F$ ~ |
|         |    | 席数指標の約束指数値                     | 0                     | 0                       | 1/2                        | 1                 | 1 1/2      | 2      | 3        |
|         |    | 指 標                            | 指 標 階 級 の 定 義         |                         |                            |                   |            |        |          |
| I 栄 養   | a. | 1人1日当り熱量摂取量<br>(所要量に対する割合)     | 60%以下                 | 60~100%                 | 100%以上                     | あらゆる点で非常に満足な食事    |            |        |          |
|         | b. | 1人1日当り蛋白質摂取量<br>(所要量に対する割合)    | 60%以下                 | 60~100%                 | 100%以上                     | "                 |            |        |          |
|         | c. | 非澱粉質熱量比率                       | 10%以下                 | 10~40%                  | 40%以上                      | "                 |            |        |          |
| II 住 居  | a. | 住宅サービス*                        | 永続的住居なし               | 不適当な居住                  | 適当な居住                      | 設備完備              |            |        |          |
|         | b. | 居住密度 (1人当り室数)                  | 1/4以下                 | 1/4 ~ 1                 | 1 ~ 1 1/2                  | 1 1/2以上           |            |        |          |
|         | c. | 住宅の独立使用<br>(1世帯当り住宅数)          | 住宅と認めがたい              | 1世帯1住宅以下                | 1世帯1住宅                     | 1世帯1住宅以上          |            |        |          |
| III 保 健 | a. | 病院利用可能性*                       | 利用可能性なし               | 限定的利用可能<br>(施設不足)       | 十分に利用可能                    | 完全な治療サービスを受けている   |            |        |          |
|         | b. | 病院以外の医療の利用可能性*                 | 外来治療サービスなし            | 限定的利用可能<br>(人員不足)       | 十分に利用可能                    | "                 |            |        |          |
|         | c. | 予防活動*                          | なし                    | ときどき                    | 基本的予防活動あり                  | 完 全               |            |        |          |
| IV 教 育  | a. | 就学率                            | 就学していない               | ・                       | 就学している                     | ・                 |            |        |          |
|         | b. | 修学率                            | 脱 落                   | ・                       | 脱落せず                       | ・                 |            |        |          |
|         | c. | 教員と生徒の比率                       | 授業が受けられない             | 最低基準以下                  | 最低基準と最適基準の中間               | 最適基準もしくはそれ以上      |            |        |          |
| V 余 暇   | a. | 年間余暇時間<br>(家事を含む労働からの自由)       | 3,640 時間以下<br>ひどい過重労働 | 3,640 ~ 6,240時間<br>過重労働 | 6,240 ~ 6,816時間<br>過重労働でない | 6,816時間以上<br>快 適  |            |        |          |
| VI 保 全  | a. | 個人の安全*                         | 法と秩序破壊                | 法と秩序乱調                  | 法と秩序維持                     | 法と秩序の非常に維持        |            |        |          |
|         | b. | 生活の安全*                         | 経済的混乱                 | 社会保障不十分<br>貯えなし         | 最低水準を維持する<br>社会保障と貯えあり     | 社会保障完備<br>貯え十分    |            |        |          |
| VII 環 境 | a. | コミュニケーション*                     | 孤 立                   | 村落社会<br>(口頭の言語)         | 国 (新聞, ラジオ<br>テレビ, 電話, 手紙) | 世界 (外国語の知識, 国際交流) |            |        |          |
|         | b. | 旅 行*                           | なし                    | ときどき                    | 国内旅行しばしば                   | 外国旅行しばしば          |            |        |          |
|         | c. | スポーツ参加*                        | なし                    | ときどき                    | 規則的に1つ                     | 規則的に2つ以上          |            |        |          |
|         | d. | 文化活動* (芸術, 読書等)                | なし                    | 未 発 達                   | ある程度                       | 高 度               |            |        |          |
|         | e. | 衣 服*                           | 原 始 的                 | 粗 末                     | 満足できる                      | 華 美               |            |        |          |
|         | f. | 身体的環境*<br>(空気, 清掃, 道路, 照明, 緑等) | 耐えがたい                 | 退 廃 的<br>(スラム等)         | まあまあ<br>(古風な産業都市)          | 非常によい<br>(モデル都市)  |            |        |          |

(注) 1. \*印は序数指標。

2. 中間指数値は  $\frac{i-i_0}{i_M-i_0}$  による。  $i_0$  と  $i_M$  に対する中間指数値は0と1に一定しているが、 $i_F$  に対する中間指数値  $I_F = \frac{i_F-i_0}{i_M-i_0}$  は  $i_F$  の値によて異なる。ただし、序数指標の  $I_F$  は2と仮定されている。

3. 就学率は就学基準人口に対する割合で表わされる。就学基準人口は5~14歳人口の80%、15~19歳人口の20%および20~24歳人口の5%の合計である。なお、指標階級別人口分布は就学していないと就学しているの2階級しかあり得ない。

4. 修学率は(年初就学数-年間脱落数)÷年初就学数 による。指標階級別人口分布は脱落と脱落せずの2階級しかない。

5. 教員数/生徒数の最低および最適基準は次のとおり。

|      | (最低) | (最適) |
|------|------|------|
| 初等教育 | 1/50 | 1/25 |
| 中等教育 | 1/30 | 1/15 |
| 高等教育 | 1/20 | 1/10 |

また、指標値  $i = (50t_1 + 30t_2 + 20t_3) / (p_1 + p_2 + p_3)$  $t$  は教員数、 $p$  は生徒数で数字1~3は初等、中等および高等教育段階を示す。6. 余暇時間は年間時間-年間労働時間による。  $i_0=3,640$  は1日14時間52週毎日労働すると仮定した場合で、もし1日10時間を睡眠等に必要とすれば余暇時間が0の状態である。  $i_M=6,240$  は1日8時間、週6日、52週の労働の場合。  $i_F=6,816$  は1日8時間、週5日、46週の労働の場合。

ド充足程度の順位はつけられる指標である。基数指標は3つの臨界点を持っている。すなわち、どん底水準  $i_0$ 、最低必要水準  $i_M$  および完全充足水準  $i_F$  である。 $i_0$  と  $i_M$  はそれぞれ指標得点 (= 中間指数値  $\times 100$ ) が 0 および 100 に相当する水準である。 $i_F$  は新しい臨界点である。以前には  $i_M$  以上の部分は高度ニードに属するという理由で切捨てられていた。これら3臨界点の設定により4つの指標階級が生じる。すなわち、 $i < i_0$ ,  $i_0 \leq i < i_M$ ,  $i_M \leq i < i_F$ ,  $i_F \leq i$  の4階級で、それぞれ欠乏、不十分、十分、豊富と呼ばれている。序数指標はいずれも4つの順位で表わすことになっているが、この4順位は上記4指標階級に対応するようになっている。

各指標はそれぞれ異なる物量単位で測定されているので、比較可能にするには共通尺度の指数値へ変換せねばならない。このために、いわゆる満点法と呼ばれている方法に指標値分布の均等度を加味した尺度変換法が用いられている。すなわち次の式である。

$$I = \frac{i - i_0}{i_M - i_0} \times 100 \times d$$

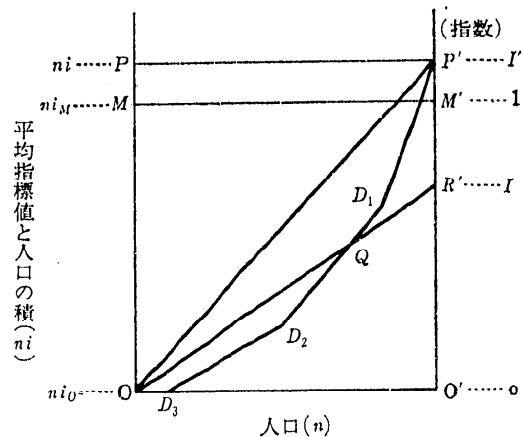
$$\begin{cases} I \cdots \cdots \text{指数} \\ i \cdots \cdots \text{指標 (平均値)} \\ i_0 \cdots \cdots \text{臨界点 (どん底水準)} \\ i_M \cdots \cdots \text{ " (最低必要水準)} \\ d \cdots \cdots \text{分布係数 (= 1 - ローレンツ係数)} \end{cases}$$

$\frac{i - i_0}{i_M - i_0}$  は表1で中間指数値と呼ばれているもので、換言すると、分布を考えない平均値のみによる指数である。中間指数値を100倍して、さらに分布係数  $d$  を乗じると指数が得られる。分布係数  $d$  は図1にあるようにローレンツ型曲線から導かれる0~1の間の値をとる係数である。指標値階級の人口分布が不均等であるほど0に近い値をとるので、中間指数値を引下げる役割を果している。なお、分布係数  $d$  を大まかに推定するには、上述した表1の4指標階級別の人口分布が分ればよい。もっと詳細な分布が分れば、それにこしたことはないのであるが、一般には不可能であろう。

序数指標も基数指標と同じ方法で指数化できる。ただし、序数指標には指標値がなく、表1の4指標階級別人口分布が分るだけである。したがって、指数を求めるために各階級に対して表1に示されているような約束の中間指数値が与えられている。約束指数値と指標階級別人口分布から基数指標と同じように平均指数値のみでなく、分布をも考慮した指数値を求めることができる。

ウェイトは表中に示されていないが、指数から成分指数を求めるときには等ウェイト、成分指数から総合指数

図 1



- (注) 1.  $OM = OO'$  にしてある。  
2.  $i_M$  の中間指数値  $O'M'$  は1、かつ、 $OP/OM = O'P'/O'M'$  であるから、

$$O'P' = 1 \times \frac{ni - ni_0}{ni_M - ni_0} = \frac{i - i_0}{i_M - i_0} = I'$$

3. 曲線  $OD_1D_2D_3P'$  は表1の指標階級別人口分布から描いたローレンツ型の曲線。ただし、タテ軸、ヨコ軸ともに累積百分率による目盛、 $\triangle OO'R'$  の面積 = 領域  $O'P'D_1D_2D_3$  の面積になるように  $R'$  の位置をとると、  
分布係数  $d = \triangle OO'R'$  の面積 /  $\triangle OO'P'$  の面積  
 $= O'R' / O'P'$

$$\begin{aligned} \text{したがって、指数 } I &= I' \times 100 \times d \\ &= O'P' \times 100 \times \frac{O'R'}{O'P'} \\ &= O'R' \times 100 \end{aligned}$$

となる。

を求めるときには等ウェイトあるいはスライディング・ウェイトを用いることが提案されている。なお、Drewnowski 氏がいくつかの低開発諸国の開発計画を調べたところによると、スライディング・ウェイトの方が等ウェイトよりも計画立案者の暗々裏に持っている選好パターンによりよく合致しているとのことである。

## 2. 福祉水準指数

福祉水準指数は形式的には生活水準指数と同じ原理に基づいてデザインされている。先ず成分に分解され、各成分をいくつかの指標を用いて測定した後、それを総合する。各指標値は生活水準指数の場合と同じように非貨幣的単位で測定され、また、3つの臨界点、すなわち、どん底水準のゼロ点  $i_0$ 、見苦しくない人間状態である最低必要水準点  $i_M$  および完全充足水準点  $i_F$  を持っている。基数指標のみでなく、序数指数もあることはいうまでもない。各指標値は共通尺度の指数へ変換されるが、その変換法は生活水準の場合と全く同じである。各指標階級別の中間指数値は表1と同じであり、指標階級別人口分布を基にして分布係数  $d$  が算出されることになって

いる。

福祉水準指標の体系は表2のとおりである。生活水準指数の場合には、福祉フローの源泉に応じて成分の分類を行っているが、福祉水準指数はある一時点における福祉の状態であるので、生活水準指数とは別の基準で成分の分類を行わなければならない。ここでは、身体の開発水準を示す身体的状況、知的開発水準を示す教育的状況および社会的統合水準を示す社会的状況の3成分に分けられている。なお、生活水準指数を構成する栄養、保健等の各福祉フローは福祉水準指数の3成分に重複してインパクトを与えるという考え方に立っている。

身体的状況は住民の保健状況と栄養状況の混然一体となったものである。教育状況は学校教育だけに限定されない。また、たんに教育によって達成された知的能力水準のみでなく、能力にふさわしい教育を受けているのか、受けた教育にふさわしい能力の使用がなされているかという面も計測せねばならないとされている。社会的状況は個人対個人、あるいは個人対社会という関係の問題にしており、争いが少なく、社会的結合とか参加が強いほどよいとされている。

表2 福祉水準指標の体系

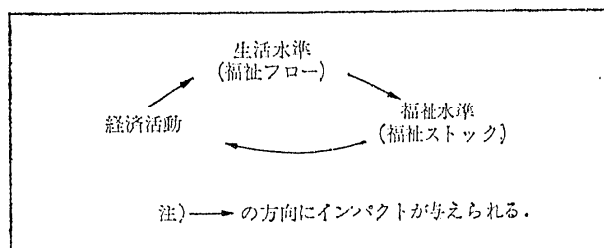
| 成 分                    | 指 標                                                               |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| I 身体的状況<br>(身体の開発水準)   | a. 栄養状況<br>(生物学的テスト)                                              |
|                        | b. 保健状況<br>(疾病からの解放)                                              |
|                        | c. 平均寿命<br>(出生時現在)                                                |
|                        | d. 身体の適合性<br>(身体適合テスト)                                            |
| II 教育的状況<br>(知的開発水準)   | a. 識字率<br>(14歳以上で読み書きできる人の%)                                      |
|                        | b. 教育の達成<br>(ノルムを満たす一定年齢以上の人)<br>(口の%)                            |
|                        | c. 教育とマンパワーとしての要件との<br>合致度<br>(必要とされる高水準マンパワーの<br>パターンと教育パターンの比較) |
|                        | d. 雇 用<br>(教育にふさわしい職業についてい<br>る人の割合)                              |
| III 社会的状況<br>(社会的統合水準) | A. 統 合                                                            |
|                        | a. 国*                                                             |
|                        | b. 社会グループ*                                                        |
|                        | c. 家 族*                                                           |
|                        | B. 参 加                                                            |
|                        | d. 国*                                                             |
|                        | e. 社会グループ*                                                        |
|                        | f. 家 族*                                                           |

(注) \*印は序数指標。

しかし、3成分ともにどういう指標を実際を選んでらよいかは未確定であり、ここに掲げられているものも考え方の方向を示すだけのものである。臨界点の位置とか指標階級の定義も未確定である。福祉水準指数は生活水準指数に比べて未熟であり、今後の発展がまたれる。

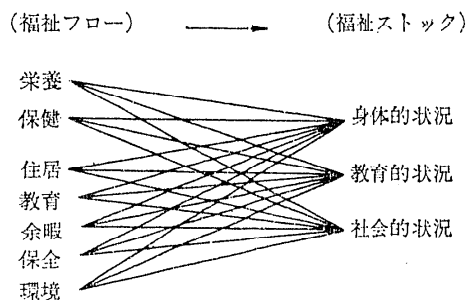
### 3. 社会変数と経済変数の相互連関

Drewnowski氏は社会変数と経済変数の両方を含む循環システムとして、次のような社会・経済システムを考えている。



第1段階は経済活動→生活水準という福祉効果の段階である。経済活動が生活水準の向上に影響を与えるわけで、この福祉効果を第1福祉生成関数とよんでいる。具体的には、国民所得統計と生活水準指数とを対応させていろいろ分析が進められているとのことである。

第2段階は生活水準→福祉水準という第2の福祉効果段階で、これは第2福祉生成関数とよばれている。原則として、全福祉フローが福祉水準の形成に貢献するものと考えられている。福祉フローは福祉水準の現状維持と



レベル・アップの両方に必要である。福祉フローが福祉水準の維持に必要な水準をこえると福祉水準の上昇が生じるが、下回ると福祉水準は下降する。しかし、その状況は福祉水準指数の成分によって異なるようである。例えば、福祉水準指数の身体的状況は栄養フローがとまれば急速に低下するが、一方、教育的状況は教育フローがとまっても低下はおそい。また、教育的状況は上昇するのもおそい。システムが不完全で生活水準の上昇が福

祉水準の低下をもたらすこともありうる。たとえば、過剰栄養の問題である。この第2福祉生成関数は、現在、ほとんど未開発の分野である。

第3段階は福祉水準→経済活動というフィード・バック段階で、生産力効果と呼ばれている。福祉水準の向上は労働力の質の向上につながり、生産力の増大をもたらすという考え方である。福祉水準をイン・プット、生産量をアウト・プットにする生産関数の分析が、各国の統計資料に基づいて進められているようである。

以上を要約すると、福祉水準には経済活動からインパクトを受ける受動的側面と経済活動にインパクトを与える能動的側面があるということになる。Drewnowski氏は上述した社会変数と経済変数の相互連関をさらに詳細にした投入・産出型の連関表を作成し、それを基にして、社会開発計画のためのモデルとして社会変数を目的関数とする線型計画モデルを提案しているが、ここでは省略する。

## II 開発指数 (Development Index)

この研究は UNRISD の D. V. McGranahan, C. Richard-Proust, N. V. Sovani および M. Subramanian の4人により進められている。ここでいう開発指数とは開発の進んでいる国とおくれている国とを区別するための指数のことである。開発水準をみるには、通常、1人当たり GNP が使われている。しかし、1人当たり GNP では開発の内容が分らないとか、貨幣領域外の価値が脱落するとか、あるいは非市場部門が脱落するということがあり、開発の指標としては不十分ということで、それに代るものとして、この開発指数が提案されている。

開発は社会的・経済的相関現象であるから、たがいに相関の高い社会変数と経済変数を組合せて分析、測定できるということが主張されており、また、変数間の関係をあらわすのに因果関係とか、投入・産出関係の適切でないことが強調され、新たに対応という概念を導入して分析を行っている。なお、分析は115カ国の1961年データを用いて進められている。

### 1. 開発指標

開発水準指数の計算に用いられる指標は表3に示すような1～18のコア指標と呼ばれている指標群から成っている。1～9は社会指標、10～18は経済指標である。なお、最後19番目の1人当たり GNP はコア指標ではない。このコア指標群は次のような手順で選び出されている。まず、実現すべき価値目標という観点から、開発成分と

表3 コア指標の成人換算率と平均相関係数

|                                         | 成人換算率           | 平均相関係数 |
|-----------------------------------------|-----------------|--------|
| 1. 平均寿命                                 | ・               | 0.744  |
| 2. 人口2万人以上地域人口の総人口に占める割合                | ・               | 0.730  |
| 3. 1人1日当り動物蛋白質消費量                       | $1/2 : 1 : 2/3$ | 0.791  |
| 4. 初・中等教育就学者数の5～19歳人口に占める割合             | ・               | 0.777  |
| 5. 職業教育就学者数の15～19歳人口に占める割合              | ・               | 0.788  |
| 6. 1室当り平均人員                             | $1/2 : 1 : 1$   | 0.783  |
| 7. 人口千人当り新聞頒布数(一般日刊紙)                   | $1/2 : 1 : 1$   | 0.823  |
| 8. 人口10万人当り電話台数                         | $1/2 : 1 : 1$   | 0.762  |
| 9. 人口千人当りラジオ受信機台数                       | $1/2 : 1 : 1$   | 0.737  |
| 10. 経済活動人口の割合: 電気, ガス水道, 衛生, 輸送, 倉庫, 通信 | ・               | 0.769  |
| 11. 男子農業労働者1人当り農業生産(1960年米ドル表示)         | ・               | 0.839  |
| 12. 成人男子農業労働力の全男子労働力に占める割合              | ・               | 0.809  |
| 13. 1人当り電力消費量 (kwh)                     | $1/2 : 1 : 2/3$ | 0.687  |
| 14. 1人当り鉄鋼消費量                           | $1/2 : 1 : 2/3$ | 0.765  |
| 15. 1人当り石炭換算エネルギー消費量 (kg)               | $1/2 : 1 : 2/3$ | 0.760  |
| 16. 製造業による GDP の全 GDP に占める割合            | ・               | 0.752  |
| 17. 1人当り外国貿易(輸出入合計, 1960年米ドル表示)         | $1/2 : 1 : 2/3$ | 0.737  |
| 18. 俸給・賃金稼得者の全経済活動人口に占める割合              | ・               | 0.750  |
| (参考) 1人当り GNP                           | $1/2 : 1 : 2/3$ | ・      |

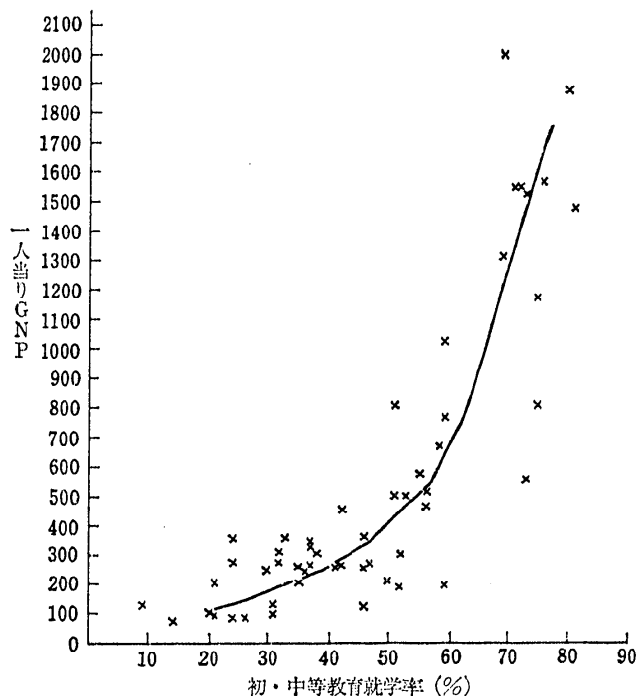
(注) 1. 1～9は社会指標、10～18は経済指標である。なお、2, 10, 12, 16, 18はむしろ社会あるいは経済の構造に関する指標であるが、開発に密接な関係があるので採用されている。  
2. 成人換算率は児童:成人:高齢者の比で示されている。

して、保健・人口動態、栄養、教育、住居、コミュニケーション、輸送、農業、工業、貿易および一般経済の10成分が設定されている。これらの成分はいずれも国連、その他国際機関の活動目標になっているものばかりである。次に、これら諸成分に属する多数の候補指標(全部で73指標が用意された)の中から、開発水準の異なる国をできるだけ鋭敏に区別してくれる指標がコア指標として選出されている。この2番目の手続きのための作業仮設として、他指標との相関が平均的に高い指標は低い指標に比べて、開発指標としてすぐれているという仮設が設けられている。つまり、たがいに相関の高い指標を開発指標として選び出すということになる。この作業仮設の根拠として、次の3つが挙げられている。

1) 全候補指標の単純平均による予備的開発水準指数を作成し、それと個別指標との相関を調べてみたところ、この予備的開発水準指数は、たがいに相関の高い指標群に属する指標との相関が高かった。

2) 開発は諸要素の相互依存体系である。

図2 1人当り GNP と初・中等教育就学率の  
最適合曲線



(注) 1966年成人換算データによる。

3) 諸要素間に直接の因果関係がなくても、例えば、いろいろの発育段階の子供をとって、その手足の長さを調べてみると高い相関があるように、各国の開発水準がある水準を中心にして集中しているのではなく、一定範囲にわたって一様に散らばっている限り、諸要素間には当然相関が生ずる。

相互に高い相関を持つ指標がコア指標として選ばれていることは前述したとおりであるが、相関があまりにも高い場合(0.90以上)には、両指標に定義上の重複が考えられるのでどちらか一方が除かれている。標本数、すなわちデータのある国の数が少すぎるような指標も除かれている。また、コア指標はどの対をとっても共分散が十分大きいこと、すなわち、広い範囲にわたって両指標の対応関係を観察できることが要求されている。これは後述する最適合曲線作成の都合のためである。

なお、コア指標の選出は2段階に分けて行われており、その第2段階において、「1人当り」というタイプの指標はすべて年齢構造の国による差を除くために成人値に換算されている。例えば、子供は成人の約半分のカロリーでよく、高齢者は2倍の病床を必要とする等の年齢による差の調整である。各国の年齢構造差を調整してから、相関係数を再計算している。使用された成人換算率

の中、コア指標に関する部分は表1に示されている。

## 2. 開発指標間の対応関係

前節に述べた18コア指標に1人当り GNP (成人換算値)を加えた19指標の間の関係を分析するために「対応」という概念が導入されている。正常状態における当該19指標間の開発水準別対応が分れば、ある指標値がその国の開発水準からみて相対的に高いとか、低いということが評価できるようになる。

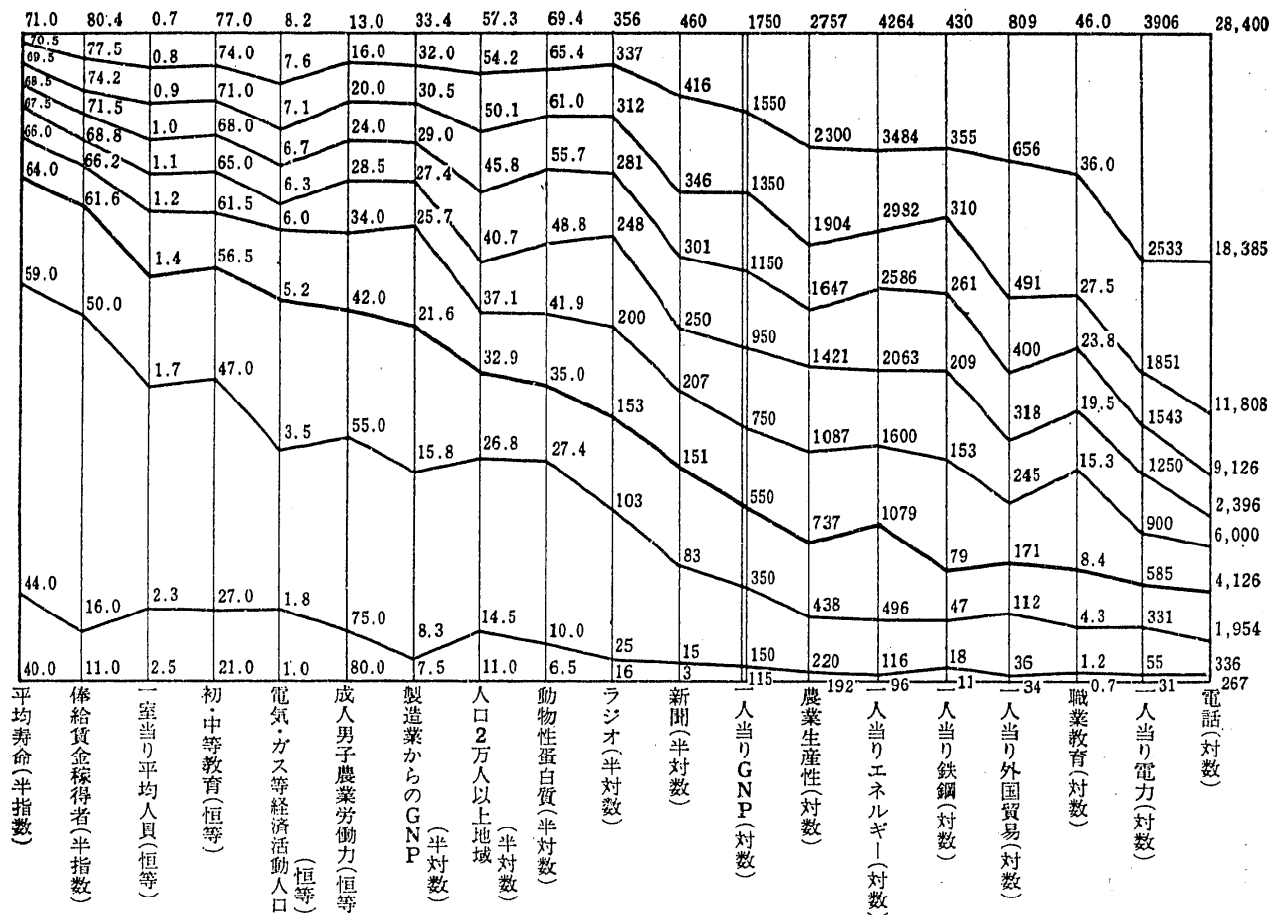
開発水準別の対応を求めるのに、ここでは最適合曲線が用いられている。最適合曲線とは図1に示すように2指標の分布パターンに最もよく適合するように引かれた曲線のこと、移動平均法を用いて求められている。この最適合曲線からいろいろの開発水準における2指標の対応点を読み取るわけである。ただし、対応には無矛盾性が要求されている。例えば、ある開発水準で平均寿命59歳が就学率47%に対応し、就学率47%が1人当り GNP 300ドルに対応するならば、平均寿命59歳と1人当り GNP 300ドルが対応しておらねばならない。したがって、19指標のあらゆる対(171通り)について求めた対応点を矛盾のないものに相互調整するのは非常に煩しい作業になる。そこで、簡便に次のような方法がとられている。

まず、平均寿命、初・中等教育就学者数の5～19歳人口に占める割合、男子農業労働力人口の全男子労働力人口に占める割合、1人当り GNP の4指標を選抜して、この4指標間の対応を6個の最適合曲線から確定する。次に残りの15指標については、1つずつ上記4指標との対応の平均値をとっていくという間接的な方法である。この方法をとると、必要な最適合曲線の数が171から66に減少するし、また、最初の4指標間の相互調整を図るだけで、残りの15指標についてはその必要がなく、作業が大幅に楽になる。図2は最適合曲線の一例を示したものである。ただし、全開発水準についてではなく、10水準を選んで対応点が表示されている。

図3は最適合曲線から読み取られた19指標の開発水準別対応点の全部を1つにまとめて示したものである。設定された開発水準のうち最も低い水準の対応点を下方の水平軸におき、最も高い水準の対応点を上方の水準軸においている。中間の対応点はいずれも両水平軸間に比例配分されている。なお、この図3は各水準の対応点をつなぐ曲線がいずれも右下りになるように指標が配列されている。例外はあるが、社会および構造指標が左側に、経済指標が右側に並んでいる。

1時点における国際比較から開発の時間的経過を推測

図3 コア指標と1人当り GNP のコリスポンデンス・ポイント (1960年成人換算済)



(注) 1. ( ) 内は尺度変換の方法。

2. 半指数変換:  $v = \frac{1}{2} \left( i + \frac{10i-1}{10-1} \right) \times 100$ , 半対数変換:  $v = \frac{1}{2} \left( i + \frac{\log x - \log x_0}{\log x_{100} - \log x_0} \right) \times 100$ ただし、 $x_0 = 0$  点の指標値,  $x_{100} = 100$  点の指標値,  $i = \frac{x - x_0}{x_{100} - x_0}$ 

するのは困難であるが、次のことが言えそうである。

1) 各開発要素は異なる開発水準では異なる率で変化する。

2) 開発の初期段階では社会および構造指標が比較的急速に変化し、開発の高度段階では経済指標が急速に変化する。

なお、最適曲線を調べてみると、1人当り GNP 450～550ドルあたりに開発国と低開発国を区分する境界がありそうで、この付近で社会と構造指標はスロー・ダウンし、経済指標はスピード・アップしているということである。図3の1人当り GNP 550ドルに相当する太い対応曲線が開発国と未開発国とを大まかに区別するために引かれたものである。

### 3. 開発指数

18コア指標を総合して開発指数を求めるには、まず、

各指標値を共通尺度に変換してから加重平均せねばならない。

各指標値は原則として0～100点の間の値に変換される。図3で最も開発水準の低い対応点に相当する指標値を0点とし、最も高い対応点に相当する指標値を100点としている。0と100の間に入る指標値の換算方法は図3に示しているように指標によって異なる。対数、半対数、半指数および恒等の4変換法が用いられているが、これは図3に示されている右下りで、かつ、指標ごとに変換率の異なる対応曲線群を水平な直線群に直し、同一水準のどの指標にも同一得点を与えんがためである。図3を見れば分るように右側の指標は最初はゆっくり変化するが、開発水準が高まると変化が急速になるので対数あるいは半対数変換されることになる。一方左側の指標は逆の傾向を示すので、半指数変換される。どちらでもない中間の指標はそのまま普通の満点法で比例配分的に

0～100の間の得点が与えられている。

ウェイトには平均相関係数が用いられている。開発は諸要素が相互に関連し合って変化、成長していく相関現象と考えられているので、他指標との相関が平均的に高いということは、開発との関係が密接であるということになるからである。なお、ウェイトとして用いる相関係数は尺度変換後の指標得点から再計算されたものである。

個々の指標のもつ意味は開発水準によって異なる。たとえば、栄養のカロリー消費量は開発水準の低い国と高い国では、その意味を異にしている。このことは開発水準別の相関係数に反映されるので、ウェイトも開発水準別の平均相関係数を用いる方がよいということになる。しかしながら、実際には、開発水準別のウェイトを用いた開発指数と用いていない開発指数の間に、ほとんど差が認められなかったということである。また、等ウェイトによる単純平均との差すらあまり大きくない国が多いということである。ウェイト問題にとっては、むしろ、尺度変換によるインプリシット・ウェイトの効果の方が重要なようである。

表4に20カ国を選んで、開発指数と1人当り GNP が並列されている。両者の間には、1人当り GNP が増加しても開発指数の方はほとんど増加しないというような差が見られる。このことは国際比較だけでなく、期間別にもみられるということで、ここには示されていないが、

表4 開発水準指数と1人当り GNP (1960年)

| 国        | 開発水準指数 | 1人当り GNP<br>(ドル) |
|----------|--------|------------------|
| 米 国      | 111    | 2828             |
| ニュージーランド | 103    | 1515             |
| ノルウェー    | 98     | 1274             |
| スイス      | 96     | 1591             |
| フランス     | 88     | 1303             |
| イスラエル    | 81     | 1220             |
| 日本       | 74     | 463              |
| アルゼンチン   | 73     | 551              |
| ベネズエラ    | 63     | 958              |
| スペイン     | 58     | 344              |
| コスタリカ    | 50     | 352              |
| 台湾       | 46     | 149              |
| メキシコ     | 44     | 348              |
| アラブ連合    | 34     | 158              |
| ニカラグア    | 32     | 238              |
| ドミニカ     | 30     | 228              |
| トルコ      | 27     | 202              |
| 韓国       | 25     | 149              |
| グアテマラ    | 21     | 269              |
| タイ       | 10     | 96               |

(注) GNP は成人換算値による。

1950年から1960年までの1人当り GNP 増加率と開発指数の増加率の間には多くの国で前述したような差が見られたということである。

#### 4. 開発指数による応用分析

UNRISD では開発指数を用いてプロフィール分析とタイポロジー(類型)分析の研究を強力に進めている。

##### (1) プロフィール分析

図3あるいはそれを尺度変換して水平化したもの(こちらの方がプロフィール分析には便利)は開発水準別の標準的プロフィールと考えられるから、各国の実際のプロフィールをそこに書き込んで比較すれば、その国の開発パターンが標準からどのように離れているかを見ることができるようになる。各国はそれぞれ異なる環境の中にあるから、そのプロフィールは標準から離れているのが普通である。しかし、その離れ方があまり大きいときには、その理由を明らかにして、おくられている部門あるいは過剰投資されている部門に特別の分析を加える必要がある。この種の分析は個々の国で、その国の開発パターンを診断したり評価するのに役立つ。

標準プロフィールとの比較のほかに、同一開発水準にある他の国のプロフィールとの比較とか、成長の速い国やおそい国との比較も考えられる。また、その国が次の開発水準に移行したとき、どういうプロフィールが正常であるかも教えてくれる。もちろん、以上のことは各国の特性を考慮した上でのことである。

##### (2) タイポロジー(類型)分析

これは面積、人口、人口密度、気候、耕作面積等の条件が開発にどう影響するかという分析である。

ある指標値がその国の開発水準に比べて高いか、あるいは低い場合に、その偏差を測るにはその国の開発指数とその指標得点の差をとればよい。この偏差は国別に、あるいは開発水準別に比較が可能である。したがって、開発水準の異なるいろいろの類型の国を比較して、開発水準とは独立に、類型別の特徴を調べることができる。

表6に57カ国を面積、人口および人口密度それぞれに関して3つのグループに分けて、各グループの平均指標偏差を示している。この表から次のことが読み取れる。

- 1) 人口密度の低い国は、概して、保健水準と教育水準が低い。
- 2) 面積が広く、人口密度の低い国では、概して都市化の水準が高い。
- 3) 面積の広い国は、概して、1人当りエネルギー消費が高いが、中規模の国、とくに中規模で人口の多い国

表5 タイポロジー別にみた各指標の平均偏差

|                  | 面積                             |                                  |                                | 人口                          |                                      |                              | 人口密度                                    |                                           |                                         |
|------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                  | 面積の<br>大きい国<br>(70万平方<br>キロ以上) | 中規模の<br>面積の国<br>(13~55万<br>平方キロ) | 面積の<br>小さい国<br>(12万平方<br>キロ以下) | 人口の<br>大きい国<br>(2千万人)<br>以上 | 中規模の<br>人口の国<br>(500万人<br>~<br>2千万人) | 人口の<br>小さい国<br>(500万人)<br>以下 | 人口密度<br>の高い国<br>(1平方キロ<br>当り 93<br>人以上) | 人口密度が<br>中位の国<br>(1平方キロ<br>当り 17<br>~85人) | 人口密度<br>の低い国<br>(1平方キロ<br>当り 16<br>人以下) |
| 1. 平均寿命          | -10.7                          | 2.0                              | 4.4                            | -0.9                        | -1.4                                 | 1.4                          | 5.9                                     | -0.1                                      | -6.9                                    |
| 2. 人口2万人以上地域     | 11.7                           | -3.7                             | -5.6                           | 9.4                         | -0.4                                 | -3.1                         | -0.6                                    | -3.3                                      | 7.0                                     |
| 3. 動物性蛋白質        | -0.5                           | 0.8                              | -5.1                           | -4.5                        | -3.9                                 | 3.0                          | -8.6                                    | -2.7                                      | 5.3                                     |
| 4. 初・中等教育就学率     | -8.5                           | 1.2                              | 2.4                            | 0.2                         | -4.0                                 | 0.5                          | 3.2                                     | -1.0                                      | -4.8                                    |
| 5. 職業教育就学率       | -7.7                           | -3.4                             | 4.1                            | -1.7                        | 1.7                                  | -5.2                         | 7.9                                     | -4.6                                      | -6.9                                    |
| 6. 1室当り平均人員      | -2.7                           | 0.7                              | 4.8                            | -5.6                        | 7.4                                  | -0.5                         | 1.3                                     | 4.9                                       | -2.2                                    |
| 7. 人口千人当り新聞      | -4.7                           | 4.5                              | 0.1                            | 2.2                         | -1.5                                 | 2.5                          | 1.1                                     | 1.2                                       | 0.8                                     |
| 8. 人口10万人当り電話    | 2.3                            | 1.7                              | 2.4                            | 2.6                         | 0.7                                  | 2.9                          | 0.8                                     | 3.0                                       | 2.4                                     |
| 9. 人口千人当りラジオ     | 9.8                            | -0.7                             | 1.2                            | 4.8                         | 0.7                                  | 4.2                          | -1.5                                    | 5.5                                       | 4.8                                     |
| 10. 電気・ガス等経済活動人口 | -0.6                           | 6.1                              | -2.6                           | -4.9                        | 1.2                                  | 8.2                          | -3.3                                    | -1.5                                      | 11.5                                    |
| 11. 農業生産性        | -2.4                           | 3.6                              | 4.9                            | 1.4                         | -0.4                                 | 5.5                          | 4.4                                     | 2.7                                       | -0.2                                    |
| 12. 成人男子農業労働力    | 1.4                            | -1.4                             | 0.1                            | 1.0                         | 3.7                                  | -4.9                         | 1.2                                     | 0.8                                       | -2.2                                    |
| 13. 1人当り電力       | 1.5                            | -0.9                             | -4.7                           | -0.7                        | 1.5                                  | -5.1                         | -2.1                                    | -3.1                                      | 0.7                                     |
| 14. 1人当り鉄鋼       | -1.3                           | -2.2                             | -6.9                           | 2.6                         | -4.2                                 | -11.4                        | -1.1                                    | -2.1                                      | -5.9                                    |
| 15. 1人当りエネルギー    | 8.0                            | -4.6                             | -4.3                           | 2.6                         | 1.4                                  | -6.7                         | -2.0                                    | -1.3                                      | -0.2                                    |
| 16. 製造業 GDP の割合  | -8.8                           | 7.1                              | -8.2                           | 7.9                         | -7.8                                 | -7.5                         | -0.3                                    | 1.1                                       | -7.4                                    |
| 17. 1人当り外国貿易     | -0.9                           | -3.6                             | 8.3                            | -16.0                       | 4.0                                  | 11.9                         | -0.4                                    | 0.1                                       | 3.9                                     |
| 18. 俸給・賃金稼得者割合   | 3.2                            | -3.2                             | 1.1                            | -2.8                        | 0.2                                  | 2.5                          | -1.1                                    | -0.3                                      | 1.2                                     |

に比べて製造業からの GNP が少ない。

4) 人口が少く面積の小さい国は、概して、鉄鋼、エネルギー、電力の消費水準が低く、また、製造業からの GNP が少ない。しかし、外国貿易水準は高い。人口の多い国は外国貿易水準が低い。

5) 人口密度の高い国はどの開発水準においても、概して、動物性蛋白質の消費が少ない。

## コメント

わが国でも、最近とみに福祉指標に対する関心が高まってきており、各方面からそれぞれ特色のある福祉指標が発表されるようになってきた。しかし、いずれも、諸変数間の関係についてまでは分析が及んでいないようである。この意味で、UNRISD の福祉指数および開発指数は一步先んじているといつてよい。Drewnowski 氏の社会変数と経済変数の間の相互的なインパクトを基にした循環図式にしる、あるいは McGranahan 氏等の社会変数と経済変数の間の対応を基にした開発図式にしる、いずれも諸変数間の関係を主題にしたものである。両者の仮定する変数間の関係の相違が、前者では社会変数を目的関数とし、その極大化を図る開発計画モデルの構想を導き、一方、後者では各国の諸特性を考慮しながら、その国の標準的プロフィールと比較して、立ちおくれて

いる部門を充実しバランスのとれた開発を進めるという構想の差をもたらしている。両者共に未完成のものではあるが、示唆する点が多くあるように思われる。

## 参考文献

1. J. Drewnowski "Social and Economic Factors in Development" UNRISD Report No. 3, Geneva, 1966.
2. J. Drewnowski "The Level of Living Index" UNRISD Report No. 4, Geneva, 1966.
3. J. Drewnowski & M. Subramanian "A Suggestion for An Empirical Production Function Representing the Productivity Effect of Social Factors" UNRISD/68/C. 12, GE. 68-6146, 1968.
4. J. Drewnowski "A Planning Model for Social Development" UNRISD/69/C. 29, GE. 69-9135, 1969.
5. J. Drewnowski & M. Subramanian "Social Aims in Development Plans" GE. 69-18671, 1969.
6. J. Drewnowski "Studies in the Measurement of Levels of Living and Welfare" (I Measuring Social Variables in Real Terms, II The Level of Living Index—New Version, III The Level of Welfare Index) UNRISD Report No. 70.3, Geneva, 1970.
7. D. V. McGranahan, C. Richard-Proust, N. V. Sovani & M. Subramanian "Contents and Measurement of Socio-Economic Development: An Empirical Enquiry" UNRISD Report No. 70.10 Geneva, 1970.

## グンナー・ミュルダール

——福祉国家論をめぐって——

山 田 雄 三



### I 福祉国家と社会保障

ここで取り上げるスウェーデンの学者グンナー・ミュルダールには、これまでこの欄で取り上げられた数人の学者たちと異って、社会保障を直接論じた著者もないし、また私の知る限りスウェーデンの社会保障制度に直接関与した形跡もない。ミュルダールの関心の中心事は、西欧諸国における民主的な福祉国家の探究にあり、そういう広い視点から社会保障についても論じていることは確かであるが、中心はあくまで福祉国家論の展開であった。

福祉国家論に関するミュルダールのまとまった著書は、『福祉国家を越えて』*Beyond the Welfare State*, 1960 (北川一雄監訳, 昭和 38 年) である。この著書のタイトルに「越えて」とあるのは、単なる福祉国家の理想像を描くことだけでは満足できないことを示している。ミュルダールの問題意識からいうと、福祉国家を理想的に美化するのではなく、現実的な動向のなかに、伸ばすべき方向もあれば抑えるべき欠陥もあることを指摘しようとするのである。ミュルダールによると、西欧福祉国家は国内政策としてはかなり成功したが、いずれかという

そこではナショナリズムの傾向が強く、そのため対外政策としては必ずしも成功していないというのである。偏頗なナショナリズムを克服して福祉の理念を世界的な規模で推し進めるのは今後の問題である、とミュルダールはいうのである。

ミュルダールの著書『福祉国家を越えて』というタイトルの意味は以上のごとくであるが、もっと一般的にいうと、ミュルダールは西欧先進国の 1930 年代にはじまる福祉国家への現実の動きを探ろうとし、したがってその対外政策のみならず国内政策そのものについても、そこに現われる長短を明らかにしようというのである。彼は西欧の福祉国家が民主主義的自由を土台として国家計画の導入を認める体制であると解し、それは自由か計画かという二者択一の観点から解決されない事態であるが、そうかといって両者の結びつきにはそれ自体としていろいろな困難を伴うものであると見るのである。民主化が強ければ国家計画は安定を妨げられるし、国家計画が強ければ民主化が抑制される。また政策の目標として経済成長とともに国民福祉が強調されるが、それらの調整も決して容易ではない。社会保障もこういう福祉国家の目標の 1 つとして掲げられてきたものに他ならないが、社会保障について、ミュルダールは上記の著書の第 5 章のうちに次のように説明している。

「社会保障計画は、当初には、困窮者のグループのための正義と福祉を論ずることによってのみ支持され、このような議論が長い間優位を占めていた。社会保障計画は国の経済を破滅すると主張していた反対者たちがその誤りであったことを気づいたのは、この計画が実際に国民大衆の生産を引き上げる効果をあげたからであった。われわれが解明しなければならないのは、これら計画が今日著しく重要なものとなり、また国民生産の大部分の再分配を行うようになったので、諸計画の間の整合および経済全体の発展との間の整合を図らなければならないということである」(訳, 65—6 ページ, ただし訳文は適当に要約した)。

この引用句は熟読玩味する必要がある。とかく社会保

障論は社会正義の立場から論じられやすいし、事実論じられてきたが、そういう理想論がやがて現実論にとって代わられたことを、ミュルダールはここで指摘しているのである。いまや経済社会の変化を背景として、広い視野から社会保障も論じられなければならない、というのである。というのは、もし社会保障が生産性の上昇を妨げるものならば、おそらく制度の今日のような進展は見られなかったからであり、社会保障が所得の再分配をもたらし、所得の再分配が生産性の向上をもたらすことは、十分考えられる事柄なのである。もちろん、このことが万事うまく運ばれるというのではない。社会保障に関する諸計画の間の調整、それらと経済計画との間の調整は、決して簡単に達成されるものではない。国民全体の福祉を図るといっても、それを民主的に運ぶためには、利害集団のバランスを図り、インフレに陥らないようにしなければならないが、それは容易なことではない。前に述べたように、ミュルダールは西欧の福祉国家は国内政策として概して成功を収めたと見ているようであるが、しかし国内政策の場合にも現実には諸困難が伏在していることを看過しているわけではない。

さらにミュルダールの福祉国家論についていまひとつ注意しておきたいことは、それがもっぱら西欧諸国の民主主義を地盤とする局部的な問題として取り上げられているということである。目を世界全体に注ぐときは、一方ではアジア、アフリカの後進諸国があり、他方ではソ連その他の共産諸国があって、それぞれ異なる現実的動向のもとで動いており、それらの相違や交渉を考える必要があるとミュルダールはいうのである。『福祉国家を越えて』の序文で、ミュルダールが3つの勢力圏 (orbits) ということ語り、これらの勢力圏のそれぞれの相違を無視するならば、どんな討論も実際効果のない一般論に墮してしまふと述べているのは、その意味である。ミュルダールは、西欧においてのみ現実的意義のある福祉国家論が後進諸国にも直ちに適用されるとか、またそれが共産圏の国家計画よりも優れているとかいうことを結論しようというのではない。もちろん、体制の著しく異なる国々の間においても、それぞれの現実的動向から互いに学ぶべきものはいろいろ指摘されるであろうが、現実的制約を離れて抽象的な理想論を展開しても益なきことであるというのがミュルダールの見方なのである。

以上、ミュルダールの福祉国家論の特色を概説したのであるが、さらに進んでそういう特色ある考え方を支えている彼の思考方法の形成が問題になる。福祉国家なり社会保障なりに関して単純な理想論を避けるについては、

ミュルダールにはそれに対応するだけの方法論があったのであり、それをつかむことが彼を理解するうえで大切なのである。前に述べたように、ミュルダールでは社会保障を福祉国家という広い視野から理解するという特色があったが、それと同時に彼には極めて厳密な社会科学の方法論に対する関心があり、それが彼の長い間にわたる諸業績の基調に一貫して流れているのである。

## II 略歴と主要著書

その問題にはいる前に、ここでミュルダールの生い立ちを簡単に述べておこう。カール・グンナー・ミュルダール Karl Gunnar Myrdal は、1898年12月6日の生れであるから、現在は72歳である(拙訳『経済学説と政治的要素』の付録で新旧版ともに1896年生れとなっているのは誤りであり、第2刷には訂正しておいた。ここでお詫びする)。彼はスウェーデン、ダンカリア州、カール・ア・ペーターソン Carl A. Pettersson の長男として生れ、のちに改名してミュルダールとなった。1927年ストックホルム大学の私講師となり、29年から30年にかけてアメリカに滞在、30年ジュネーブの国際問題大学院の教授を経て、33年再びストックホルム大学に戻り、教授になった。33年から38年にかけて、スウェーデン政府の経済社会政策関係の顧問や委員をつとめ、また国会議員にもなっている。当時スウェーデンでは社会民主労働党および農民党が政権を握っていた。1938年の春にはハーバード大学の招きにより渡米、さらに1942年までカーネギー財団の委嘱により黒人問題の調査研究に従事した。

1942年の秋からは故国スウェーデンに戻り、再び議員、銀行重役、政府の経済計画委員会議長などをつとめ、戦後45~47年には商務長官になった。スウェーデンの政権は社会民主党が握り、46年10月ハンソン首相の死去によりリエランダー首相が後を継いだ。その中立主義政策のもとでミュルダールは商務長官としてソ連との貿易協定を押し進めたといわれている。さらに1947年から57年までの10年間、ミュルダールは国連ヨーロッパ経済委員会の事務局長としてジュネーブに滞在し、もっぱら国際問題の実際の動きに接した。その後、後進国問題にも深い関心をもち、世界各地を遍歴、また招かれてイギリスやアメリカの諸大学で講義または講演を行った。1960年以後、彼はスウェーデンにおいてストックホルム大学「国際経済研究所」Institute of International Economic Studiesを主宰し、現在に至っている。相変らず世界的に活躍しており、日本にも再度来訪している。なお夫人アルバ・ミュルダールも有名な社会学者であり、かつてインド駐

在スウェーデン大使をつとめたことがあり、現在はジュネーブ軍縮会議の代表である。また令息ヤン・ミュルダールはジャーナリストとして知られている。

以上はミュルダールの略歴である。その間に彼は多くの著書を出している。福祉国家を直接論じたものは上記の

① 『福祉国家を越えて』(*Beyond the Welfare State*, 1960, 北川一雄監訳あり)

1冊であるが、さらに彼には、経済学方法論、後進国論、アメリカ論などに関する著作のあることを注意しなければならない。方法論としては価値問題の取扱いが中心であるが、それには

② 『経済学説と政治的要素』(スウェーデン版1930年、ドイツ版1932年、イギリス版1953年、拙訳の旧版はドイツ版により、新版は佐藤との共訳でイギリス版 *The Political Element in the Development of Economic Theory* による)

③ 『社会理論における価値』(*Value in Social Theory: A Selection of Essays on Methodology*, ed. by Paul Streeten, 1958, 邦訳なし)

の2つがある。後進国論としては、

④ 『経済理論と低開発国』(*Economic Theory and Underdeveloped Regions*, 1957, 小原敬士訳あり) および

⑤ 『アジア的戯曲』(*Asian Drama: An Inquiry into the Poverty of Nations*, 3 Vols, 1968)

がある。そのうち⑤は2,280ページにわたる大著であって、その後この⑤の解説書として

⑥ 『アジアの戯曲への手引き』(*An Approach to the Asian Drama*, 1970) と

⑦ 『世界の貧乏への挑戦』(*The Challenge of World Poverty*, 1970)

が出ている。またアメリカ論として、

⑧ 『アメリカのディレンマ』(*An American Dilemma: The Negro Problem and Democracy*, 1944)

はカーネギー財団の援助のもとに行った膨大な調査研究である。最近、この⑧について、

⑨ 『アメリカのディレンマ再検討』(*An American Dilemma Revisited: The Racial Crisis in Perspective*, 1970)

が出ているようである。また⑧の付録は価値現象の実証についての方法論を含み、その部分は前出③に再録されている。アメリカ論には別に

⑩ 『豊かさへの挑戦』(*Challenge to Affluence*,

1963, 小原敬士・池田豊訳あり)

があるが、これは多分にジャーナリスティックなものである。

(以上、略歴および著作については、*Who's Who* の他に、文献②と④のそれぞれの訳者解説、および武藤光朗編『福祉国家論』昭40年刊のミュルダールに言及している箇所を参照した。なお本文脱稿後、*Objectivity in Social Research*, 1969 という単行本に接したので、付け加えておく)。

### III アカデミズムの立場

ところで、われわれは以上のような略歴の奥にミュルダールの内面的な思想形成の跡をさぐりたいのであるが、彼の場合は思想といっても優れてアカデミックな立場を貫いていて、そのことは彼の前記の数々の業績を通じて知ることができる。ポール・ストリートンが文献③の『社会理論における価値』の解説で述べているように、ミュルダールは大学教授、国会議員、閣僚、国連要員等を歴任しながら、若い時からたえず事実問題と価値問題との関係に深い関心をよせ、「彼の経歴はまさにこの方法論的考察の実際の演習だったといつてよい」(p. ix) というのは、これを示している。社会科学の方法論の厳密さを求める点において、ミュルダールは恐らく現存学者のトップ・クラスに属するであろう。ここでアカデミズムの立場というのは、事実認識の経験科学的追求を尊重する立場を指すといつてよいが、ミュルダールの場合とはくに政策論に関して正しい事実認識を示すことによって正しい価値判断が形成されることを期待するという立場をとるのである。そのために彼は価値判断について独善的な信念論を排するとともに、事実認識についてイデオロジカルな歪みを攻撃するのである。こういうアカデミズムがミュルダールにおいてどのようにして形成されたかを詳論するだけの余裕はないが、ごく大ざっぱに、ここでは彼のアカデミズムを支えると思われる3つの事実について指摘してみたいと思う。

その第1は、ミュルダールの若い頃の学問に強い影響を与えたスウェーデンの法哲学者アクセル・ヘーガーストレーム Axel Hägerström (1868—1939) についてである。ヘーガーストレームは法学における規範的概念を決定的に批判し、主観的な評価作用と客観的な事実認識とを截然区別すべきことを教えたのである。ヘーガーストレームについては文献②の『政治的要素』(訳、22ページ)に言及がある。そこで述べられているように、それはマックス・ヴェーバーの社会科学における態度と軌を

一にし、このことがミュルダールをして『政治的要素』なる名著を書かせた原動力となったのである。この書でミュルダールはヴェーバーの立場を一步前進させ、従来の経済学が現実の利害対立を正視せずに、自然に調和が生ずるという安易の考え方に立っていたことを鋭く批判する。自然調和というのは、特定の政治的要求が利害の摩擦なしに実現できると見るものであり、自然法や功利主義の立場は、そういう見せかけを示す道具として用いられる。しかし現実には利害対立があって、ある政治的要求の実現のためには利害の調整が可能かどうかを吟味しなければならないし、進んで人々の利害に関する態度が変化できるかどうかも見定めなければならない。とくに大切なことは、人々が事実について認識の不足を改めた場合その態度が十分に変わり得るのであり、それは事実認識を尊重する社会科学にとって重要な仕事になる。ここではこのむずかしい問題にこれ以上詳しく立入らないが、要するにヘーガーストレームやマックス・ヴェーバーの系統を引いて、社会科学における事実問題と価値問題との関係を一層深く展開しようとした問題意識は、ミュルダールの今日までの諸業績に貫いているのである。

第2の点は、1920年代後期のスウェーデン経済学界の俗論的自由主義の傾向に対するミュルダールの不満を指摘しなければならない。このことは、『政治的要素』の英語版序文に次のごとく述べられている。「この書の背景は1920年代後期のスウェーデンにおける経済論争であった。概して、1929年9月のニューヨーク株式市場恐慌前の数年は、安定と進歩が回復された自信満々の時期であった。とくに1926年クヌート・ヴィクセルの死後、きわめて非妥協的な自由放任論がスウェーデンの経済学教育を支配した」(訳、5ページ)と。そこではカッセルやヘクシアーの名があげられるのであるが、それはとにかくとして、同じ箇所でもミュルダールが語っているように、彼はこの種の俗論にあきたらず、これを攻撃しようと考えていくうちに、その根源が深いことを知り、次第に経済学説の歴史を遡って吟味するようになったというのである。それは前項の自然調和論の批判にも結びつくのであり、古典派以来の経済学において自由放任という政治的要求が自然に調和をもたらすという形で自然の摂理のごとく主張されたことに対する批判になるのである。自然法や功利主義の飾りをはぎとろうとした『政治的要素』の仕事はこうして生れたのであるが、その際ミュルダールが学説史の探求に深い関心をよせていったことのうちにまさに彼のアカデミズムの立場の現れが見られるといえてよい。彼は俗論的な政治論に我慢できなかったのだ

ある。しかも彼自身の探究は次第に深められ、古典派の自然調和論の批判から新古典派と呼ばれるジェヴォンズやマーシャル、さらに厚生経済学への批判へと進んでいった(ここでミュルダールの政策論といわれる厚生経済学とが方法論としてどういう区別があるかというむずかしい問題に逢着するが、これは文献②の付録のストリートンの論文に譲りたい)。経済学説の探索はしばらくおき、ミュルダールが俗論的な政治論を攻撃するひとつの理由は、それがしばしば無難作に「一国の利益」とか「社会全体の幸福」とかを語る点であった。いわゆる福祉国家論についても俗論的にはいとも簡単に「国民福祉」という目標が打ち出される。ミュルダールの著書を読む場合に注意しなければならないのは、彼が利害の分布とか国民の態度とか、国家の機能とかに関して慎重に動向分析を試みている点であり、そこにまさに俗論的な議論との区別が見られるのである。

第3の点は、ミュルダールがケインズ経済学に共鳴を感じていたということを指摘しておく必要がある。例えば文献④の『低開発地域』(訳、173—4ページ)にミュルダールが述べているように、市場均衡の理論を脱却したものと、ケインズの失業に対する公共投資の理論を取り上げ、ヴィクセルの利子率に関する累積過程の理論とともに、これを推賞していることが見られる。自然調和論を否定して、経済理論を政策に役立つようにするには、ヴィクセルやケインズの優れた先行業績に手掛りがあると、ミュルダールは見るのである。ところで、ここでミュルダールの思想形成上注意しておきたいひとつの事実がある。それは、スウェーデンでは、ケインズ以前にケインズの構想の萌芽が政治家や若い経済学者の間に先取されていたということであり、このことはミュルダール自身文献③の付録や文献④の第9章注(訳、158ページ)に触れているところである。武藤光朗氏の指摘によると、1933年のスウェーデン政府の予算計画には、ミュルダールの意見書がつけられ、それは景気後退期に政府が財政支出を増して有効需要をふやすことによって不況と失業を克服しようとし、景気過熱のおそれがあるときは反対のことをするというフィスカル・ポリシーを意味していたという(武藤編『福祉国家論』37ページ参照)。しかもこのことは自由主義思想への単なる反動として生れたのではなく、むしろ1930年代からはじまる西欧の経済的・社会的な大きな変革の流れの認識に基づくのであって、ここでもその根底に彼のアカデミズムの立場が見られると私はいいたいのである。

#### IV スウェーデン的「下部構造」論

このようなミュルダールの思考方法を念頭において、いま一度その福祉国家論ないし社会保障論を取り上げてみたい。

すでに述べたように、ミュルダールは福祉国家の理想論を述べるのではなく、その現実的動向を論じようとするのであり、とくに西欧の場合は民主主義の地盤のうえに国家計画を導入することが現実的課題になると見るのである。普通にはイデオロギーとして自由か計画かという対立が争われるが、しかし自由は計画を排し、計画は自由を排するという形で対立するものではない。西欧では、ここ数十年の歴史的経験として、個人の自由活動が必ずしも自然に調和をもたらさず、むしろそこには利害グループの形成とそれらの間の激しい対立が現れたことがわかってきた。その調整のためには利害グループ自体もしくは国家の計画的努力が必要になるのであるが、根柢において国民各自の自由活動が否定されるのではない。福祉国家の問題もこの現実的動向に沿って究明されなければならない。ミュルダールの福祉国家論は基調において現実的動向論なのである。ミュルダールは『福祉国家を越えて』の第1章のなかで、この書物は「自由」の弁護論でもなければ、また「計画」の弁護論でもないといい、次のごとく明言している。「本書は事実に関する問題を取扱う。すなわち経済計画が西欧の世界で現実にとどのように展開したか、その現状はどのようなものであるか、またその将来への展望はどうであるか、等を取扱う」(訳、15ページ)と。もちろん、計画化の問題を取上げたり、将来の展望を企てたりするについては、特定の方向づけを望ましいとする「価値前提」を欠くことはできないであろう。ミュルダールはこれについて同じ箇所でも西欧的な「自由、平等、友愛」の理念を一応あげているようであるが、私自身の補足的説明を許されるならば、そういう抽象的な上位概念にとどまるのは彼の真意ではなく、今日の福祉国家的要求としてその理念がさらにどのように具体的に内容づけられるかが問われなければならないのである。現にミュルダールの上記の書物でも、福祉国家について、利害への圧力的干渉が組織的調整に代っていく過程が述べられ、さらに中央集権や官僚主義のあり方の変化が国によって異なる様相を呈していることが指摘されている。ミュルダールのいう「価値前提」は抽象的な上位概念的なものが次第に具体化されていく全内容を指しているのである。

以上はミュルダールの福祉国家論の特色について既述

したところを繰り返したのであるが、ここでさらに考えなければならないのは、西欧諸国の現実的動向をつかむといっても、国により多少とも相違が見られ、ミュルダールも上記の書物のなかで北欧諸国と大陸諸国との相違、また合衆国との相違に言及しているのである。つまり、総括的にいえば、合衆国を含む西欧諸国は、1930年代の大不況をきっかけとして、失業救済のために国家の役割が増大し、財政支出による大衆購買力の補強なり、ひいては国民福祉の充実なりが要求され、そこに福祉国家への動向が現れたといえるのであるが、西欧諸国ではこれを独裁化ならざる民主化に沿って押し進めようとするとき、そこにフランスはフランス、ドイツはドイツといった国による相違が現れ、またそれぞれ異った変化が示されるのである。現実論的に福祉国家を論ずる場合にこのことは無視できない。とくにミュルダールの場合は、西欧的福祉国家といいながら、スカンジナビア諸国もしくは自国スウェーデンを念頭において方向づけを解明していると見られる説明が少くない。『福祉国家を越えて』の第4章「組織的な国家」のなかに出てくる「下部構造」infra-structureの議論は多分にそういう意味をもつと私には思われる。

「下部構造」というのは、計画が上から下に向かって行われるのちがって、下から上に向かって行われる場合に、下から支える構造を指すといつてよい。ミュルダールは次のように説明する。

「現実には公共政策を構成するものは、いままでは多くのさまざまな部門で、またさまざまなレベルで、決定され、実行されている。すなわち、この過程でますます多くの責任をもつことによる中央の国家当局や地方および都市の当局が、直接に担当するだけでなく、集団の利益と主張を高める目的で組織化された一連の「私的」な力の集団全部が、ますます担当するようになるのである。たとえ個人企業でも、もしそれが非常に大きくなって——自由主義経済理論の想定とは逆に——自己の行動によって市場を確定するか、市場に決定的な影響力を与えたりできるほどになるならば、これらの企業も、西欧諸国の組織化された近代社会での制度的なこの種の下部構造の中に包摂されなければならない、実際上公共政策なるものを引き受けたことになるわけである」(p. 34, 訳、48ページ、訳文は多少変更)。

ここではミュルダールは私的利益集団とくに大企業が下部構造を構成するとし、西欧諸国ではそういう形での公共政策に対する下からの支えが見られるという。しかし利益集団がそういう責任を自覚するのは必ずしも容易

のことではない。ミュルダールもこの引用句のあとで論じているように、基本的には国民による「民主的参加」democratic participation が重要な問題になり、この点についてはスカンジナビア諸国とくにスウェーデンは他の西欧諸国よりも前進しているというのである。つまり、そこでは、地方自治体なり利益諸団体なりが国家レベルより低いところで国家自体の公共政策の決定に影響を与えるような活動をするのであるが、そのためには市民が地方自治体なり利益諸団体なりの活動に参加し、同時にこれら諸団体も市民参加を受けいれるよう民主的に運営されなければならないのである。こうした下からの盛りあがり、たしかにスウェーデンなどの伝統ともいえるべきものであって、労使の賃金交渉や消費者運動や地方自治などが比較的うまくいっているということは、ミュルダールのこの書物の所々に言及されているところである。こういう下部構造がうまくいけば、集権と分権との調和が現れるわけであるが、さもないと両者いずれかへの偏りが出てくることになる。

このような下部構造の議論は多分にスウェーデン的であるように思う。アメリカでは、ギャルブレースが「抵抗力」countervailing power ということを語っているが、それは利益集団に力の相違がある場合、弱い力を強化する活動を指すのであって、そういう抵抗力はミュルダールのいう下部構造の必要条件ではあるが十分条件ではないであろう。しかし下部構造として全体計画に参加する前に、せめて抵抗力によって力のバランスを図ることが必要な場合は十分あり得る。

ここでミュルダールをやや離れるが、社会保障の体系について、いわゆる北欧型ないしスウェーデン型と呼ばれるものの説明を補足しておきたい。西ドイツやフランスを含む大陸型の社会保障は労働組合に端を発して、社会保険の比重が大であり、公共サービスや生活保護の比重が少い。労働組合はギャルブレースの抵抗力に近い。これに反し住民参加の色彩の濃い北欧型は逆の傾向がある。すなわち、ILOの統計によって社会保障費中保険部門の占める割合は1963年西ドイツが68%に対し、スウェーデンは52%である。また社会保障費の財源について、大陸型は保険料拠出の比重が大、公費負担が小であるのに、北欧型はその逆である。やはりILOの統計によると、保険料拠出（被保険者プラス事業主）の全財源に占める割合は、西ドイツが67%であるのに対し、スウェーデンでは40%に過ぎない。なお、スウェーデンでは公費負担の割合が58%で、その内訳は国庫が35%、その他公費が23%となっていて、これは地方自治体の発

達によるのである。要するにスウェーデンではミュルダールのいう下部構造の分権が行われ、それが公共サービスや公費負担を高くしているといえるのである。ただスウェーデンでも下部構造的な分権が次第に弱められていく傾向があるといわれている。社会保障についても、1950年と1963年とを比較すると、社会保険の占める割合は42%から52%へ増加、保険料負担の占める割合は21%から40%へ増加しており、サービス中心型から離れてきたことが顕著に見られる。福祉国家の組織と同様、社会保障の体系もまた、各国それぞれ絶えず試行錯誤の過程にさらされているのである。

## V スウェーデン擁護論

ここでミュルダールの思想を一層よくつかむために、彼の1つの論文の紹介を付け加えたい。それは、1966年1月の日付けでミュルダールから私宛てに送ってくれた謄写刷のものであり、当時『ニューヨーク・タイムス』紙の日曜版に載せたものだということである。題して「福祉国家はどこが悪いのか」What is wrong with Welfare State? という論文である。要するにそれは、福祉や保障の進んだスウェーデンを擁護したものではないが、ミュルダールの思想を理解するうえにも、また日本の現状を反省するうえにも参考になると思われるので、ここで紹介を試みたいと思う。

スウェーデンは福祉政策なり社会保障なりが著しく進んだ国であるが、それがやや行き過ぎのため種々の弊害を生むにいたったという非難がある。ミュルダールによると、それら非難の多くはイソップでいう「すっぱい葡萄」であり、羨望の代用としての非難である。スウェーデンの所得水準はいまやアメリカに次ぎ、所得格差の点ではアメリカよりもはるかに平等である。ところで革新派の人々は、スウェーデンが社民労働党の政権のもとに国営化への途を進まず、いわば安あがりの社会主義の代用物として社会保障を進めていると非難するのである。また保守派の人々は、そもそも社会保障という制度そのものを歓迎しないのである。

人はしばしばスウェーデンに対する非難として、老人の自殺率の高いことや、若者たちの間にフリー・セックスが横行していることを取り上げる。これに対して、ミュルダールはいずれも的はずれの非難であるといい、老人自殺率は決して高いほうではないし、フリー・セックスも西欧諸国の一般の傾向以上にひどいわけではないという。スウェーデンでは自殺は宗教的な罪だとは考えられていないが、それが平常でないという一般の見方は十

分に普及しているし、またフリー・セックスの問題もキンゼー報告などをきっかけに自由に討議される風潮になったことは確かであるが、それを越えたセックスの乱れには世論は反対している。つまりスウェーデンにおいて健全な世論がやはり支配的であるとミュルダールは見ているのである。

問題は、こういう現象が果たして福祉国家の理念と何らかの因果関係があるかどうかである。完全雇用がかなりの程度に達せられ、医療保障や年金度も著しく整備され、児童、寡婦、身心障害者の保護も進み、さらに教育や住宅に対する助成も行われている現状において、そのこと自体がどうして不幸や不自由をもたらす原因になるといえるのか。ミュルダールはこのように反問して、福祉国家の諸政策がまだ十分でないとするれば、それを促進する必要こそあれ、そのことが悪いとは断じがたいと反駁する。

もちろん、福祉国家を推進するには、費用がかかり負担がかさむであろう。しかし、ミュルダールによれば、福祉国家によって社会不安が緩和されるばかりか、経済成長の誘因ともなることも次第に理解され、負担の重さにも慣れるようになるという。

ところで、ミュルダールによると、ここで考えなければならないひとつの問題は、社会に不満がなくなり、激しい政治的論争も少くなって、そのために刺激が著しく弱まったという事態をどう見るかという点である。ミュルダール自身も、アメリカや後進諸国を考える場合の興奮に比べて、自国スウェーデンを考える場合は、やや「退屈」boring さえ覚えると告白している。外国の知識層たちがスウェーデンを訪れて、おそらくはるかに強く退屈を覚えるであろうし、これらの人々によって福祉国家への非難が書かれたのであろう。そこでは熱情や扇動は必要でなく、むしろ組織を運用するための技術や戦略が主たる討議の対象になってくるのである。

物質的な福祉や保障が充実するにつれ、もっと高次の文化への関心が高まることが期待されるかも知れないが、ミュルダールによると、大衆一般に対してこのことを強く期待するのは無理である。いまのところ、普通のスウェーデン人は衣裳や家具を一層高尚にすることを望んでおり、そういう面でのアイデアはかなり進んできている。文学や科学への関心も、海外との交流はとにかく、国内ではかなり高まっているが、もともとプロヴィンシャルな傾向の強いスウェーデン人はそれで一応満足しているというのである。

ここでスウェーデンという国が極めて同質的であって、

人種や宗教の争いも、外国からの侵略もなく、150年ばかりの間、平和が続いてきたことを注意しなければならないと、ミュルダールはいう。同時に、スウェーデンでは地方自治体が著しく発達し、人々は昔から自治体に積極的に参加し、これがやがて近代的市民運動を育成することになって、今日の民主的福祉国家の地盤を形成してきたと、ミュルダールは力説している。もちろん、最近では地方自治体といっても、その範囲が拡大されてきたし、他方中央集権の傾向も強まってきて、いわゆる人民参加は多少とも薄められ、行政の処置や組織的技術がそれにとって代りつつある。これがスウェーデンのこれまでの伝統を揺るがす結果になることは確かであるが、それもそんなに極端には変化していない。周知のごとく、スウェーデンでは国が労使交渉や労働市場に直接干渉することはほとんどない。また公共政策の多くは依然利益団体の活動を通じて行われ、ある部分では国による中央集権も進められているが、諸団体の幹部や自治体や国との間にはいまのところそんなに軋轢はない。団体の運営はデモクラティックに運ばれ、家柄とか階級とかに物をいわせることは少い。確かに、いわゆる人民参加の傾向はひと頃より弱められたが、ミュルダールによると、普通の人々は、機会均等が比較的うまくいっている社会で、とくに政治への参加を強く望むものではなく、少数の特殊の人を除いて、普通のスウェーデン人はこの最近の傾向に満足し、私的な享樂をエンジョイしようとしているというのである。

さて、以上やや長くミュルダールの論文を紹介したわけだが、どうも日本の現状を振り返ってみると、かなり大きな距りが感ぜられる。日本はまだまだ熱情や扇動に基づく政治論がはびこっていて、スウェーデンのように組織的な技術や戦略について平静に論議するのが常態ではないようである。八巻きやゲバ棒の騒ぎを見聞きするにつけて、たしかに日本の場合「退屈」感はないであろうが、民主的福祉国家の状態からはいかにも遠いといわれなければならないまい。スウェーデンは西欧諸国のうちでもこの点一步先んじている国であろう。ミュルダールの論述はかなり自信に満ちあふれている。確かに多くの人々は、日本のような活力のある国民性を失いたくないと考えるかも知れない。私もまた直ちにスウェーデンを羨む必要はないと思っている。民主化の発展にはいくつかの段階があって、一足飛びに上の段階にあがるべきではないとさえ思っている。それにしても、八巻きやゲバ棒を民主的な表現の自由と思いこんでいる日本の風潮はいかにもカルチュラル・ラグを示しているといわざるを得ない。

『貧困の概念——諸国における貧困者の調査方法  
と生活様式に関する討議論文集』

Peter Townsend (etd.), *The Concept of Poverty, Working Papers on Methods of  
Investigation and Life-Styles of the Poor in Different Countries*,  
London, Heineman Educational Books Ltd., 1970, pp. xi+260

小 沼 正

1967年4月、英国 Essex 大学において国際貧困セミナーが開催されたことは、それに出席された平恒次教授により逸早く本誌3巻1号(67年6月)に報告されている。本書はこのセミナーに提出された論文を集めたものであり、われわれにとって待望の書であったといっている。

平教授が要領よく紹介しておられるとおり、欧米諸国から50名を越える代表的研究者の参加を得て4日間にわたって開かれ、貧困について多方面にわたって論議されている。

編者 Peter Townsend (Essex 大学教授) は貧困研究を長く続けており(拙稿「貧困測定の系譜——イギリス Peter Townsend の歩みを追跡して——」、『厚生指標』18巻8号、昭和46年8月)、また老人調査によっても著名である。編者は本書を3部に分けている。その第1部に貧困の相対的概念あるいは貧困の国際比較および発展の様相に関するものとして

I Peter Townsend, Measures and Explanations of Poverty in High Income and Low Income Countries: The Problems of Operationalizing the Concept of Development, Class and Poverty

II Martin Rein (米国 Bryn Mawr 大学教授), Problems in the Definition and Measurement of Poverty

の2篇を挙げている。

つぎに第2部に貧困の指標および一般概念を計測可能な定義に転換する場合に内在している諸問題の追究に関するものとして

III J. C. McKenzie (英国市場調査省市場情報官), Poverty: Food and Nutrition Indices

IV Brian Abel-Smith (英国 London 大学教授) および Christopher Bagley (英国 Sussex 大学調査主任者), The Problem of Establishing Equivalent Standards of Living for Families of Different Com-

position

V Peter Townsend, Measures of Income and Expenditures as Criteria of Poverty

VI Alvin L. Schorr (米国 Brandeis 大学教授), Housing Policy and Poverty

筆者の関心は以上のVIまでの貧困測定に関する論文にあるのであり、平教授の報告によれば本書に収録されなかったものに

W. A. Belson, Problems of Conducting Surveys of Poverty

C. Debuyst, Problems of Interviewing and Interpretation

および平教授自身の

Public Assistance Standards as a Measure of Poverty in Different Countries

があるようである。これらが掲載されていないことは、筆者の関心からいってことさらに遺憾に堪えない。の4篇を掲げている。

第3部として残余の8篇を、社会構造との関係において貧困を取り上げたものとして挙げているが、ここでは触れないこととする。

1. まず Brian Abel-Smith と Christopher Bagley とによるIVを取り上げよう。世帯構成を異にする世帯間においてどのような方法で等価の生活水準を設定すればよいかという問題を提起している。われわれは児童養育費調査においてこの問題に取り組んでいるのであるが、それを進めれば進めるほど、問題がより深くかつ難しくなっていくことは、中鉢正美編『家族周期と児童養育費』(社会保障研究叢書第3号)および『家族周期と家計構造』(同叢書第4号)に述べられている。

著者たちはこの問題を2つの目的から取り上げている。1つはいうまでもなく貧困測定のための生活水準算定であるが、もう1つは行政上の社会保障給付算定である。

後者についても現在まで比較的無視されがちであり、年齢別世帯人員別等の給付額の算定の仕方がともすれば合理性に欠けていることを指摘している。どのようにして各種給付の尺度は作られたのであるか、夫婦と子供との間では給付額はどれだけ相違すべきか、子供の年齢に応じてどれだけ相違すべきか、世帯内の子供の数に応じてどのような調整が行われるべきであるか、等の問題である。これらはわれわれが児童養育費調査で取り上げているのと、まさに軌を一にしているといつてよい。

著者たちは「貧困とは、必需と考えられる特定の商品群を購入するのに不十分なことである」と定義し、先ず旧来の主観的接近方法を述べ、ついでこれを排して客観的接近の方法を見出そうと努力する。そこで J. L. Nicholson の 2 つの方法が紹介されている。

J. L. Nicholson の 1 つの方法は回帰係数を用いる。まだ試験的段階にすぎないと断わっているものの、収入階級別にある特定品目消費額と総収入または総支出との間の回帰係数を算出し、世帯規模の相違がどのように影響するかを見ようとしている。これによって、収入または支出が増すにつれて、消費割合が低下する品目と逆に上昇する品目とが明らかとなる。前者は必需品であつて家賃、光熱費、乳製品等が含まれ、後者は贅沢品であつて肉類(もっとも肉類の贅沢さの程度は低い)、野菜、果物、タバコ、飲料などが含まれる。このような品目別の一連の回帰線を異なる収入階級世帯について描いてみて、子供の数の変動による費用の変化を算出することを試みている。

この計算の前提として、ある種の品目の消費は全く成人にのみかかっているものであり、世帯内の子供の数の変動とはかかわらないと仮定しなければならなかった。彼はこのような品目として被服、酒、タバコ、雑費を挙げている(もっとも被服は子供数の増加に従って若干の追加支出を伴うとしている)。

このようにして夫婦および子供の平均生活水準を算定しているのであるが、彼自身も、子供の性や年齢について allowance が全然見られていないという欠陥を指摘している。

彼はこの種の算定を行うための家計調査資料についてつぎのような悲観的な意見を述べている。①ある種の品目(例えば各種の食料)は成人と子供とが一緒に消費するので、不可能ではないにしても、個人別にどれだけ消費されたかを的確にとらえることは明らかに困難である。②しかし家計担当者ができるだけ個人別に分けて注意深

く記帳し、明らかに合理的に推定しうようになっているれば、的確にとらえる。③もっとも現段階においては、このような特殊な精密な調査が実施されるまでは、この問題について真に正確な情報を得ることは不可能である。

われわれの児童養育費調査は、この点では一步を先んじているといつて誇つてよいであろう。この経験にかんがみて、J. L. Nicholson のような方法は、実態調査からだけでは不可能ではないであろうか。共通経費たとえば一緒に食べることが前提である食事費の配分はどのようにすればよいのか、家賃などをどのように配分すればよいのか。これらについては、個人別栄養基準量とか住宅費配分率とかいう別の原理を持ち込まざるをえないであろう(詳しくは拙稿「家計費における世帯員別配分方法の検討」、前掲『家族周期と家計構造』所収を参照)。

J. L. Nicholson のもう 1 つの方法はエンゲル係数を用いる。1961年に行っているのであるが、異なった世帯構成にあつて、実質世帯収入または支出に占める食料費の割合を等しくするという方法である。この方法は形を変えてアメリカの貧困指標算定に用いられている(詳しくは拙稿「アメリカ社会保障庁の貧困指標について——低所得層測定の一方法」、『厚生指標』16巻1号、44年1月を参照)。

著者たちはいう。「Orshansky 女史らによるアメリカのこの方法は、主観的要素と客観的要素との組合せである。日本の公的扶助水準の算定に使用されている方法(平恒次教授の紹介により著者たちは熟知)は本質的にはこれと同様である。これらのことは貧困世帯、とくに日本の公的扶助受給世帯のような低い生活水準の場合であっても、消費される品目やサービスが著しく多様であるため、費目別に分けてマーケット・バスケットを組むことが、すべての消費内容を尽くしえなくなっていることを意味している」と。

以上が J. L. Nicholson についての著者たちの紹介であるが、著者たちはこれらの問題についてつぎの論点を指摘している。

#### (1) 無回答世帯の問題がある。

英国家計調査の回答率は80%内外であるといわれるが、問題は無回答者についてである。無回答者の中には高齢、虚弱、疾病、慢性疾患等が含まれており、それだけにこの調査の代表性が損われている。またたとえこれら世帯が調査客体となって回答したとしても、より窮屈な家計と低い回答能力とが、ともすれば過少記帳、収支間食

い違いを生じがちである。結局一般世帯に比べ、このような特殊な世帯の収支の分布は偏るおそれが甚だしいといえる。

(2) 成人消費の記入正確性の問題がある。

酒やタバコは成人消費で重要な役割を占めているにもかかわらず、その正確性を確保することは実に困難である。酒類では消費の約半ば、タバコでは約4分の1が記帳洩れとなっているとみてよい。

(3) 子供のある世帯と、いない世帯との比較困難という問題がある。

現に子供のいない夫婦の大部分は、その世帯主が中年か高齢であり、多くの場合夫婦の消費は子供を養育した長い期間に影響を受けている。たとえば夜の外出、享楽の手控えの習慣、豊かでなかった青壮年時代の切りつめた消費慣習、保育開始時期の引延ばしなど。したがって同じく子供のいない夫婦とはいいいながら、極めて異なった種類の世帯集団から成り立っていて、その中どのような世帯を比較対象にとるかを考究する必要がある、その点では人生の全過程を明らかにする必要がある。成人等価支出という考え方の基礎には、子供のみに必要な経済負担をしつづけた上で、なお子供のいない夫婦と同一水準の消費が、必要であり、望むことができ、しかもその能力を持つということである。ともかく夫婦に子供が加わると世帯の全生活を変えてしまうのであるが、このような変化の起る以前と、起った後との間を比較しなければならない。しかしこのことは果して極めて意味ある結果を生み出さうであろうか。

(4) 独身者と妻帯者との比較困難という問題がある。

独身者の消費のかなりの部分は求婚関係に割かれるはずであるが、ひとたび相手を得た男にはその種の消費は生じえない。

(5) エンゲル係数方式にも同様の問題がある。

消費支出または収入に占める食料費の割合すなわちエンゲル係数による方式においても同様の障害がみられる。ただ食料消費については比較的正確に報告されていると思われる。それにしても子供のある世帯といない夫婦との比較では、後者に高齢者の不当に多い割合を含む。高齢者は食料費も光熱費も少なくて済み、外出や宴会の費用も低廉であろう。

著者たちの指摘は以上のとおりであるが、エンゲル係数方式には上述(5)の問題がある上に、さらに次の問題が在している。もともとエンゲル係数方式の根底にある仮定は、食料費の食料費以外に対する割合は、成人も子供も等しいということである。しかしこの場合に人員数に

よる節約率が考えられてよい。大規模世帯で大包みで買える食料費はおそらく安価で済むであろう。また光熱費は世帯規模の影響を受けることは少いであろうが、衣服は世帯内でおさがりが行われ、一方住宅費は人員の増に比例的ではない。

エンゲル係数方式について上述の各種の問題が指摘されてはいるが、結論として著者たちはエンゲル係数方式を提唱する。

① 成人食料消費(A)

② 成人食料以外の消費(B), 子供がいない場合に必然的に生ずる費用を含む

③ 子供食料消費(C)

④ 子供食料以外の消費(D), 子供が発生させた全世帯員の追加費用を含む

という4分類によって、 $(B)/(A) = (D)/(C)$  ということが果していえるかどうかと著者たちは設問する。そしてもし等しいとすれば、家計費における食料費支出の割合が、異なった構成の世帯の生活水準をはかる納得しうする方法であるといえようと主張する。

現実の調査においては(A)および(B)の変数をとらえることは極めて困難であるが、つぎのとおりたしかに多くの利点をもっている、と述べている。

(1) 消費者の現実の行動にもっとも密接な関係をもっている。

(2) 消費についての新しいデータを利用しうるので、容易に計算替えができ、変化しつつある消費行動に動的に対応できる。

(3) 大規模な消費調査が必要であるが、小規模調査と組み合わせて旧来の方法に理論的に大きな改善を行いうる可能性が在している。

(4) 従来の主観的接近方法の算定では、世帯規模と児童年齢とを別々に組み込まざるをえなかったが、この方法では同時に算入することができる。

著者たちは以上の利点を挙げ、結局この方式が最も望みあるものであるかに見えるので、これを改善し、成人について食料費が同一割合である世帯の間において、食料以外の費用が同一水準にあるかどうかを検討しうるようにもっていくことが考えられてよい、と結んでいる。

2. つぎに Peter Townsend によるVを取り上げよう。彼はこの論文を、前述の国際貧困セミナーに先立つ Paris での国際貧困研究会で発表している。貧困測定については家計調査による収入支出の調査が必要でありながら、家計調査には幾多の困難を伴うことはわれわれの

熟知しているところである。

彼は、家計調査の一般的問題として

- (1) 資料収集の困難性、とくに極貧層と最富裕層について困難が多い。
- (2) 過少または過大の記帳、このこともまた上述の両極階層に甚だしい。
- (3) 収入と支出の不一致、支出による全国階層分類と収入によるそれとの間には大きな食い違いが見られる。
- (4) 調査時点の決定、世帯ごとの収入源の変動が甚だしくどのような時点をとるのが妥当であるかという問題がある。

以上の中で、彼がとくに問題として重視しているのは、(3)の収入支出の不一致である。収入でなく支出によって測定すると、貧困人員なり世帯なりは大幅に減少するという問題である。そこで家計調査資料を再集計して収入支出の関係を詳細に検討している。Cole and Utting は、収入は過少(約10%)、支出は過大(約5%)の傾向を示すと推定しており、Houthakker も支出の過大傾向を指摘している。著者はつぎのように説いている。

#### (1) 支出の過大記帳の理由

- ① 支出について、できるだけ多くの積極的、実証的な印象づけを提供しようとする。
- ② 現実よりも、より近い過去に発生したものとしがちである。たとえば2週間以上継続して記帳すると、第1週は過去の分まで含めるので平均して常にその後の週より高額となる。これを end-period effect と呼んでいる。
- ③ 必需品の支出には若干の誇張の、贅沢品とくに酒、タバコ、間食等には過少の記帳傾向がある。子供のための支出の報告も不十分になりやすい。
- ④ 記帳を別々にしている夫と妻との支出には、知らず知らずのうちに二重記帳が生ずる。
- ⑤ 調査期間中に行動の変る可能性がある。
- ⑥ 例えば4半期ごとの光熱費支払のような支出の推計には、前年の支払から補外法を用いて行えば水増しされる可能性がある。
- ⑦ 賃金と物価が急速に変化している時期に、年間を通じて一括集計することは困難である。
- ⑧ 親戚や友人が支出してくれた支出、例えば休日支出等は記帳洩れとなることが多い。

#### (2) 収入の過少記帳の理由

- ① ある種の収入、とくに不時の収入は捕捉困難である。親戚等から与えられた現金、品物売却金、夕

方や週末の臨時の稼得、ガス電気料の超過支払の割戻し等で、収入のありうる源泉はあまりにも多様であり、一回の面接ですべてをつくすことは困難であり、少額収入はともすれば見逃されがちである。

- ② 収入の定義は相対的に狭く、ある種の収入は調査対象に含まれていない。例えば英国労働省調査では、貯蓄の引出し、家屋、自動車、家具等の売却収入、遺産収入、満期保険金収入、その他の不時収入等を含めていない。
- ③ ある種の収入は過少記帳される。とくに富裕層の家賃、配当金、利子、自営業収入等である。その一部は詳細な調査を抜きにしては正確な数字を把握することは困難である。
- ④ 収入記帳は支出のそれよりも過去に関係している。例えば過去1ヵ年分にも関係して支払われる賃金報酬がある。また物価上昇期の収入はその支出に不足するかに見える。

以上は家計調査一般の問題であるが、とくに貧困者については、つぎのとおりの問題が存している。

貧困者については過少記帳の傾向が強い。記帳の困難、教育水準の低さ、家庭内の子供の過密、老人の病気がち等からである。とくに貧困者の収入については、それが一時的か継続的かを区別しなければならない。例えば失業者は、失業当初の2、3週は、所得税割戻し、労働組合給付等が収入となって、かえって平常時より増している場合が多い。

これらの考察によって著者が到達した結論は、未解決不確定の点が多くあってまだ決定的ではないが、つぎのとおりである。

- (1) 支出よりも収入の把握の改善に集中することが望ましい。国民のある層に躊躇が見られるので、信頼しうる新しい技術の発展が必要である。
- (2) 収入については可能なかぎり広義の定義が用いられるべきである。とくに貧困層については前年の収入の変動を追跡する特別の努力が払われなければならない。たとえば疾病、失業等の期間における収入源泉とその額の変動に注目する等。
- (3) 資産収入、個人的な受贈、social service からの収入も算定されるべきである。
- (4) この種の調査では、少集団世帯の調査の方により大きい価値があると考えられる。とくに収入支出の食い違いを解明しようとする追跡調査(面接を含む)

や、世帯収入の財源の追求方法の開発等が強く要望される。

著者は結論している。「上述のような課題が解決されるまでは、家計調査を利用して確信をもって、近代社会の低収入生活水準や貧困の大きさ、性質を規定することは困難であるというほかはない」と。

われわれは児童養育費調査等を通して家計調査の困難に直面している。とくに生活水準や貧困の測定を問題にする場合、支出にもそうであるが、それにも増して収入の把握に困難を経験し、いろいろな技術を開拓しようと努力している。Peter Townsend のこの報告に接し国際交流の必要性が痛感される。

3. さらに Martin Rein のⅡと J. C. McKenzie のⅢと Peter Townsend のⅠとを取り上げよう。

われわれはアメリカの Orshansky の貧困指標の線にそった貧困測定をわが国においても実現したいと望んでおり、そのもっている例えば必要量の決定等に見られる恣意性の解決に行悩んでいる（前掲、拙稿『厚生指標』44年1月および46年8月論文参照）。貧困指標算定の歴史、方法、問題等を詳細に述べ、その恣意性を論じている Martin Rein の論文はその意味で極めて参考になるといってよい。もっとも問題の恣意性については、低所得層に実現されそうな知識と技術とに基づくべきであるし、栄養学的適正の技術的科学的定義のみに安住しようとするべきではなく、価値判断、選択、政治的現実が生存に影響すると述べているにすぎない。むしろ彼がその冒頭において、貧困を生存、不平等、外見の3つの面から概念規定を行おうとしている点に惹かれる。

J. C. McKenzie の論文は、英国における食料および栄養の指標についてである。高度で厳密な戸別訪問調査を必要とする栄養調査において、収入階級別あるいは世帯規模別に調査することがいかに困難であるかは児童養育

費調査でわれわれが身をもって体験しているところであるが、Domestic Food Consumption and Expenditure Survey 等によって、英国で到達している実情が要領よく紹介されている。わが国よりもはるかに詳細に収入階級別、年齢階級別分析が行われている。この点が大い参考になるといえる。

Peter Townsend はかねてから貧困測定の国際比較を意図していた。そのことは彼の研究業績をみれば明らかである（前掲、拙稿『厚生指標』46年8月論文参照）。彼のこのⅠの論文は、このような国際比較の問題を展開したものである。1 国内でさえ貧困測定が困難であるのに、10ヵ国内外の多きにわたっており、共通資料の極めて少いこの問題に挑戦した野心の作といえよう。国別の収入支出の分布、国連社会開発研究所の生活水準指数（これについてわが国では、社会保障研究所からしばしば紹介している）等を用いている。しかしわが国の指標が十分に海外に紹介されておらず、比較対称国に含まれていないのは、国内に資料がかなり整備しているだけに、より遺憾であるといわざるをえない。この点でも何としてみわが国資料を海外に紹介し、わが国研究成果の海外交流を進めることが急務であるといわねばならない。

以上この論文集のうち、とくに関心を抱く5篇、それは全体ページ数の半ば足らずに当る、に閑説したにすぎない。そこには貧困測定資料として重要な家計の収入支出をめぐる幾多の問題が取扱われており、それらがわれわれの抱く問題とよく噛み合って貴重な示唆を与えてくれる。紙幅を考えてその一々を論ずることはしなかったのであるが、反面われわれのとっている方向が、国際的に見ても評価しうるものであること、同時にこれを国際交流の場で進めたいこと、等が前述したとおり痛感される。なお本書の後半の社会構造に関する部分については、別に人を得て紹介されることが望ましいと考えている。

（こぬま ただし 社会保障研究所研究第1部長）

H. E. クラーマン 編

## 『保健・医療経済学の実証的研究』

Herbert E. Klarman (ed.), *Empirical Studies in Health Economics*,  
Baltimore and London, The Johns Hopkins Press, 1970, pp. 433

都 村 敦 子

1. 本書は1968年12月に米国のボルチモアで開催された「保健・医療の経済学」に関する第2回目の会議の報告論文とそれに関する討論、ならびに3編の博士論文を収録したものである。433ページに及ぶ本書は医療の経済学に関心をもつものにとってきわめて stimulating である。この会議のプログラム委員の構成は次の通りである。H. E. Klarman, Rashi Fein, Victor R. Fuchs, Selma J. Mushkin, Helen H. Jaszi の5名である。ちなみに、Klarman は『保健と医療の経済学』(1965年)(大村・江間訳)の著者、Fein は『医師不足：経済的診断』(1967年)の著者、Mushkin は論文「保健投資」(*J. P. E.* Oct. 1962)の著者であり、Fuchs は第3次産業の研究者として経済学者にも知られている。「保健・医療の経済学」に関する第1回の会議はすでに1962年にミシガンで開かれており、その成果は論文集、S. J. Axelrod (ed.), *The Economics of Health and Medical Care* (1964年)にまとめられている。

本書の編者 Klarman は、巻頭論文「保健・医療経済学の趨勢と傾向」のなかで、第1回会議と比較して第2回会議において次のような特徴がみられることを指摘している。まず医療の経済学に挑戦する新しい研究者の数が著しく増えたこと。また報告された諸論文は理論面でも実証面でも1960年代に著しい進境を示していること。さらに注目すべきことは、この分野においても計量経済学に対する信頼が浸透したこと等である。

2. 本書は巻頭の Klarman による序説的論文(第1部)に続いて、次の5部から成っている。すなわち、人口・健康・計画(第2部)、需要分析(第3部)、医療産業の構造(第4部)、生産性と費用(第5部)、生産の要素(第6部)。各部には3~4編の論文とコメントが収録されている。以下、各論文について論点を紹介しておく。ただし、ここで取りあげる論文の順序は後に述べる筆者のコメントの順序を考慮に入れたものであり、上述のそれには必ずしも従わない。

第3部「需要分析」には次のような研究が報告されて

いる。まず R. Andersen と L. Benham の「家計所得と医療消費との間の関係に影響を及ぼす要因」である。健康保険がそれに代る役割を果たす場合は別として、一般に所得は医療サービスに対する支払能力を測るものである。この分析がとる基本仮説は、所得と医療支出との間の関係は所得、疾病およびその他の要因の相互依存関係の複合体の結果であるというものである。回帰分析の結果、次のことが明らかにされている。疾病に関する標準化を行った場合、恒常所得が低い家計では、その高い家計よりも疾病にかかりやすく、かつ恒常所得の低い家計ではその高い家計よりも疾病一単位当りの支出がより高くなる。また医師や病院のサービスに対する消費の永続的増加は所得自体の増加に關係するよりも他の要因例えば医療費をまかなう方法の変化と密接に関連しているということである。国の制度等により消費者の医療費負担が軽減すると、それは医療需要の水準に重要な影響を与えることになる。低所得階層では特に医療費負担方法に対する反応が強いようである。低所得階層に対する健康保険の適用は、医療サービスに対する需要の大幅な増加をもたらしている。消費者の医療費負担が下がれば、医療需要の決定因としての所得の重要性も少くなるわけである。

また G. Rosenthal は「短期一般病院のサービスに対する需要の価格弾力性」と題する報告を行っている。かれが需要の価格弾力性に関心を向けた理由はこうである。すなわち健康保険が医療サービスの利用に及ぼす効果に関する議論の多くが、医療サービスに対する需要の価格弾力性についての仮説に基づいているからである。もし需要の価格弾力性がゼロであるならば、保険による負担の軽減は医療サービスの利用に何ら重要な効果をもたらしていないことになる。他方需要の価格弾力性が無視できないならば、保険が利用に及ぼす効果の理解がきわめて重要になる。

他方 M. Silver の「医療支出と病休日数の変動に関する経済分析」は医療サービスに対する需要の所得弾力性を推定したものである。弾力性の推定結果は全体では

1.2であるが、医師のサービスに対する値は0.85であり、歯科医のサービスに対する値は3.2ときわめて高くなっている。歯科の場合には、所得が増加するとそれに伴って医療サービスの需要が大きく増大するというわけである。この分析はもうひとつの問題、すなわち健康の指標として病休日数を用いることが妥当か否かを問題にしている。

第6部「生産の要素」には看護婦市場の分析2編と資本に関する分析1編が含まれている。まず看護婦不足の問題に経済学的に接近しようとする報告「看護婦の慢性的不足：公共政策のジレンマ」(D. Yett)がある。これまで看護婦労働市場に関する一般モデルは開発されていなかった。そこでYettはD. Blank, G. StiglerならびにK. Arrow, W. Capronによる技術者不足の経済分析を利用して、この2つのモデルを米国の看護婦のデータに適用して議論をすすめている。技術者や自然科学者の不足についてはかなり以前から多くの議論がなされ、不足を緩和するためのいろいろな提案がなされてきたことは多くの文献が示している。しかしその場合にも「不足」とは何かについて正確に定義されることはほとんどなく、様々な意味で用いられている。Blank, Stiglerは、利用できる労働力の量(供給)が近い過去に(例えば一学期前に)支払われた俸給で需要される量ほど急速には増加しない場合に「不足」が存在すると定義している。その時には俸給はその他の職業に比べると上昇し、かつては専門職が行っていた仕事の不足を今や教育や経験の少ない、より低廉な労働力によってうめざるを得なくなる。Arrow, Capronの方は「不足」を現行の市場賃金で供給を超える需要の超過があることと定義して、技術者についての経済分析を行っている。YettはBlank, Stiglerの相対的賃金基準による経済的不足およびArrow, Capronの動態的不足を看護婦に関するデータについて吟味し、看護婦不足に及ぼす諸政策の効果を述べている。

その他にS. Altmanの「看護婦教育の構造ならびに供給に対するその影響」と題する論文もある。これは、米国にみられる2つの異なる現象、すなわち看護婦教育の場が病院から大学へ移行したこと、および看護婦に対する労働市場が買手独占の構造をもっていることに関する議論である。何が看護婦教育の構造に大幅な変化をもたらす動機となったのか、またこの変化が将来の供給にいかなる影響を及ぼすのかを、G. Becker流の人的資本モデルの枠組の中で検討するという興味深いものである。

さらに病院の投資に関して「病院の資本決定に影響を及ぼす諸要因」(C. MullerとP. Worthington)という

分析がある。そこでは病院による投資は、現在産出され、需要されている病院サービスを反映する7つの変数の変化からかなりの程度予測できるという仮説をたて、それを40の病院の20年間のデータを用いてテストしている。

第5部「生産性と費用」には次の研究が収録されている。まずE. Franciscoの「短期一般病院間の費用変動の分析」は病院サービスの費用関数を推定したものである。ここでは病院を施設やサービスの数に関して同質的なものに分類して分析する方法がとられている。アウトプットの指標としては在院患者延べ日数をとり、それと単位費用との関係を小病院と大病院のグループに分けて推定している。その結果、ベッド数70以下という小病院ではアウトプットが増えれば単位費用は低下するという関係を見出しているが、大病院ではそのような規模の経済性はみられなかったようである。その他病院の長期費用曲線を分析したH. Cohenの報告もある。かれは病院サービスのアウトプットの測定に関して新しい試みを行っている。

これまでグループ診療の効果に関する際立った研究はほとんどなかったが、本書にはR. Baillyの「グループ診療における規模の経済性」という報告が含まれている。Baillyは近年医療資源とくに医師の最適配分に関して主張される諸政策の基礎にきまっただグループ診療の規模の経済性の仮説が前提されているが、この仮説についてはもっと慎重でなければならないと考えているようである。Baillyはこの仮説自体を基本的に考え直そうとするのである。かれは医療サービスの生産過程を捉える新しい接近方法を考えている。すなわち医療サービスの様々な生産物を包括してひとつの指標として捉えるのではなく、たとえば医師による診断、検査、X線診断というようないろいろなアウトプットの組、いいかえればベクトルとして捉える。したがって従来のように医療サービスのインプットとアウトプットとの関係をただひとつの生産関数で捉えるのではなく、それぞれのアウトプットについてひとつずつ生産関数を考えることになる。すなわち医療サービスのアウトプットの種類が異なれば生産関数は異なるはずであるという至極もっともな考え方である。Baillyはこうした視点から、グループ診療の規模の経済性の仮説を基本的に検討し直そうとするわけである。かれにとっては単に規模の経済性が存在するか否かが問題ではなくて、それがどこに、どの程度あるのかが問題である。かれの分析によると、医師が大きい単位で協同した場合には、検査や事務処理、記録の保管のような補助的サービスのアウトプットについては、規模が増大する

と収護は増大する傾向をもつが、医療サービスのうちで最も基本的といえる医師のサービスのアウトプットについては規模が変化しても変りないということである。

M. Pauly と D. Drake は「第三者による償還方法の病院の経済活動に及ぼす効果」と題する報告で、病院サービスに対する支払方法の差異が病院の経済活動に影響を及ぼすか否かを吟味しようとしている。実証分析では同質的な4つの州のブルークロスが用いてきた4種類の異なる償還方法の効果を調べている。第三者による償還方法の効果を量的に測定するというこの試みは注目すべきものである。短期と長期の効果を区別しているが、病院効率を表わす短期の指標としては費用、占有率を、長期の指標としては病院システムの構造をとっている。そして支払方法の差異は病院の短期の生産効率には影響を与えないが、長期的には効果を及ぼすという結果を得ている。

第4部「医療産業の構造」には P. Feldstein と S. Kelman の「医療部門の計量経済学モデル」がある。これらの意図は、医療市場がどのように動いているのか、そして諸要因が市場にどのような効果を及ぼし合っているのかを明らかにすることである。しかしこの報告に対してはかなり批判的な討論者が多かったようである。すなわちこの接近法はあまりにも広範かつ一般的にすぎて実を結ばないという批判、複雑な手法によって知り得た事実発見を政策決定者のためにわかりやすく説明しない限り、それらをどのように適用してよいかわからないという批判、変数の選び方が間違っており、公共政策の解決には適切ではない等の批判である。

C. Stevens の「病院市場の効率」は、主として病院のアウトプットまたはキャパシティを決める意志決定過程の性質と構造に焦点を当てて、病院市場の効率を検討したものである。そこでは通常指摘されている「医療サービスの供給はそれ自らの需要をつくる」という傾向の逆、すなわち「供給が需要に反応する」ことが実証されている。かれは病院の管理決定過程を吟味することが病院部門のパフォーマンスを理解し、評価するのに不可欠であると考えている。

つぎに計画システムにおける病院サービスの供給の効率を市場システムの効率と比較検討するという大きな課題に挑戦する野心的な研究に J. Carr の「病院の資源配分における経済的効率」がある。これは、2つの基本的なタイプの経済モデル（計画システムと市場システム）を構築し、両者の方法による効率を比較するために、病院の分野で起りそうな条件を設定してシミュレーション

分析を行うものである。計画システムのもとでは、誤差をもつ各種パラメーターの推定値を基礎にして病院の規模と立地に関する決定がなされる。他方、市場システムのもとでは、関連する経済パラメーターに関する知識の持ち合せはないものと仮定して、規模と立地を evolutionary trial-and-error process で決めるというものである。

その他第1部「人口・健康・計画」には死亡率の変化が出生率を調整したという、時系列でみた人口動態行動の安定性の問題を扱った L. Stettler の「ニューイングランドの流行病と家族規模」がある。また J. Newhouse は「病休日数の決定因」において、年齢と貧困の相互作用について貧困者の健康が衰えはじめるのは裕福な者よりも早いという仮説を設けて分析している。さらに後進地域では健康改善計画が経済成長計画の重要な要素になるという仮説を検討する W. Malenbaum の「貧困地域における健康と生産性」と題する研究もある。

3. 各論文の論点に関しては以上にとどめ、ここでは保健・医療問題にいかに関経済学的に接近すべきかという視点に立って、本書の批判を試みたいと思う。

いうまでもなく保健・医療の経済学は、国民の健康の回復・維持・増進に対する資源の最適利用を取扱うものである。すなわち、医療サービスに対するニーズを適確に把握し、限られたマンパワーや物的資源をそれら多様なニーズに最適に配分することである。この主題に立ち返って考えた場合、なお本書の諸研究は、問題意識あるいは分析方法に関して多くの疑問と議論の余地を残しているように思われる。以下、医療サービスに対するニーズと需要・供給に関して、それぞれ重要と思われる問題を提起しながら本書についてコメントすることにしよう。

まず、医療サービスに対するニーズおよび需要の側面について。医療サービスの注目すべき（他の財やサービスに比して）特性のひとつは、医療サービスは需要（支払い能力をもった欲求）よりもむしろニーズ（必要）によって配分されるべきサービスのひとつであると考えられていることである。医療サービスを欲するものすべてがそれを利用しているとは限らない。ニーズと需要の差異は、ある場合には必要な支払能力を欠くために、またある場合には必要なサービスを利用できないために、あるいは無知その他のために生じるであろう。医療サービスの配分はニーズに応じてなされるべきだとすると、通常の財と同じような経済分析では処理しきれない。ニーズの有無の判定や、医療サービスが十分にニーズに応え得

ているか否かのチェックが重要な問題となる。

ところで医療サービスに対する需要は、医療サービスの供給によって影響されるといわれている。これは、ニードを需要に転化させるのに供給条件が影響を及ぼすということである。供給条件の変化とは、医療サービスのための施設や設備の拡充、医師・看護婦等医療従事者の増員、医学的知識の増大、医療保険制度の普及等である。例えば十分な医療サービス網が全国的にはりめぐらされていないければ、医療保険の適用範囲を拡げて、給付内容を高めても、医療保険本来の目的を達成することはできないであろう。保健・医療政策はまさにこれらの供給条件を変化させることであるが、それはたとえば医師不足の不足分を埋めるために単に医師数を増加させるという程度のものであってはならない。ニード自体を変えるとともに、ニードを需要に転化させるという側面まで考慮に入れたものでなければならない。したがってわれわれは医療サービスに対するニードを測定し、ニードと需要との間の差異を調べ、その差異はどのような要因によってもたらされたかを明らかにしなければならない。そしてニードを需要に転化させるのに供給条件がどのような影響をもたらしたのかのメカニズムを解明することこそ重要な課題ではなからうか。それでは医療サービスに対するニードはいかにして捉えればよいか。まず最も基本的な問題点は、Rashi Fein の強調する medical need criterion に基づいて医療サービスがどれだけ必要であるのか、ということをあらかじめ推計すべきことの重要性である。もちろん medical need が全く科学的に、客観的に、独自に、決まるものとは考えられない。ニードの有無の判定は、医療の場合にも、主観的判断が入るものと思われる。

しかし遺憾ながら本書の第3部「需要分析」の諸論文においては、医療の経済分析を行う場合見落すことのできないニードの側面に十分な考慮が払われていない。そこで分析の対象とされているのはあくまで“顕在需要”である。ニード・需要・供給の相互関連の重要性の認識が欠落しているように思われる。しかしそれを埋めるためには、伝統的な経済分析の枠をこえてインターディシプリナリーなアプローチが不可欠となるのではあるまいか。

次に、医療サービスの供給の側面について。第1に、ヘルス・マンパワーに関しては、先進国、開発途上国いずれにおいても、今日それらの不足が深刻な問題となっている。それは、とりわけ医療サービスの拡充を図る際にヘルス・マンパワーが最も重要な鍵となること、それ

らの養成には時間を要すること、および、それらの不足が病院費用等に及ぼす影響が大きいこと等のためであろう。

本書においては Altman および Yett により看護婦市場の経済分析が行われているが、かれらの分析にはヘルス・マンパワーの各職種間の相互関連および代替の問題が取り上げられていない。今日の医学および医療技術のもとで医療サービスのアウトプットを生み出すのに、労働、物的資本、中間的な財やサービスのインプットのどのような組合せが効率的であるかをもっと明確にするような研究が必要である。医師や看護婦のサービスのみに力点をおくべきではなく、ヘルス・マンパワーと設備装置の代替、また人的サービスのなかでも、例えば上級の医師とそうでない医師または医師補助者との代替について注意を払うべきである。そしてヘルス・マンパワーの各職種について現在の時点での不足の程度、および将来の不足の程度の分析が必要である。不足の大きさをいかに測定するかは相当困難な問題ではあるが (Yett の看護婦不足の分析も看護婦不足が存在したか否かを吟味してはいるが、不足の大きさを測定するところまでは至っていない)、経済分析によりある程度の答を期待できる領域ではないかと思われる。

第2に、資本に関しては、これまで病院の資本や保健・医療の資本がどのような方法で形成されるか、あるいは形成できるかを体系的に説明するような理論はほとんどなかったたといつてよい。しかし十分な資源を確保するためにも、病院の資本形成過程の解明が重要であることはもちろんである。Muller と Worthington の病院の資本決定に関する研究は、前半の部分において非営利病院の投資行動をかなり興味深く説明している。しかし残念ながら後半における実証分析は、この予備的考察には必ずしも適切に対応していない。病院の投資決定に影響を及ぼす要因の実証分析においてはもっぱら病院サービスに対する需要要因に焦点があわせられており、資金の供給面の効果は考慮されていない。この点は問題である。というのは資金源の差異が投資行動に重要な影響を与える場合には、寄付に頼る病院の投資行動が社会的に最適な資源配分を必ずしも保証するわけではなく、したがって資金の供給面から社会的な資源配分の最適化を図る必要も生れてくるからである。病院の公共性、設備の耐久性に着目するとき、資金の供給面のあり方にはもっと熟考を要する問題が含まれているのではなからうか。

第3に、病院サービスの供給に関しては、費用関数の分析によって接近できる。ただし病院の費用関数の測定

には困難が伴う。まず病院サービスのアウトプットの把握が困難であるということである。病院サービスの最終生産物は、患者の苦痛の除去、患者の健康の回復と寿命の延長にあるが、最終生産物を明確に定義することができないかぎり、アウトプットを測定することは容易ではない。また医療サービスの技術進歩は費用関数の測定を困難にする。病院の場合には、技術進歩は生産要素の生産性の向上よりもアウトプットの質の改善に向けられる傾向があるためである。

病院サービスのアウトプットを直接測定することは困難であるから、それを表わす指標として、インプットの測度をアウトプットのそれと同等のものとして扱うアプローチが採用される場合もある。しかし最も一般的な方法は、病院サービスのアウトプットを在院患者延べ日数で表わすそれである。病院の費用関数に関する研究はとりわけ米国で活発に行われており（研究を促進させた現実的背景は病院費用の急上昇にある）、代表的業績ともいえる R. Berry の研究（1965年）、J. Carr と P. Feldstein の研究（1967年）をはじめ K. Ro の研究（1968年）等は、ある範囲の規模までは、規模の経済性が存在することを実証している。一方、共分散分析を試みた G. Wirick の研究（1964年）は規模の経済性を識別することができなかったし、また比較的最近 A. E. R に発表された J. Lave と L. Lave の研究（1970, June）は病院経営に規模の経済性が存在するとしても強いものではないと消極的にしか認めていない。

本書における Francisco の研究は、アウトプットの指標としては在院患者延べ日数を選び、小病院における規模の経済性を見出している。これに対し Cohen の研究においては、各種の病院サービスをそれぞれの費用でウェイトづけることよりアウトプットの指数を作り、さらに質の差異を考慮に入れるという工夫がなされており、病院の最適規模を識別している。なお病院資源配分の効率を取り扱った Carr の研究では、入院患者ケアに対する平均費用曲線はU型であり、規模の経済性が存在することを当然のことと見なし、分析をすすめている。

総じて、費用関数の測定以上に困難ではあろうが、生産関数的接近による医療サービスの供給面の分析の開発が今後望まれるところであろう。

なお最後に、その他の問題として、次の4点を取り上げておこう。第1に、Feldstein と Kelman の報告は医療サービス市場の計量経済学モデルを構築しようとするものであるが、医療システムというのは相互に関連した

いくつかのサブ・システムと諸構成要素のきわめて複雑化した集合体である。したがって計量モデルを構築する前に、これらサブ・システムについての詳細な分析（例えば、前述のニードの分析、あるいは費用効果分析や費用便益分析、あるいはシミュレーション分析等）を必要とするのではないか。第2に、計画システムおよび市場システムのもとにおける病院資源配分方法の効率を比較する Carr の論文は、本書の諸論文の中でもとりわけオリジナルかつ異色なものであり、この種の研究は今後大いに開発されるべきであろう（拙稿「病院資源の有効配分について」『国際社会保障研究』1972年3月参照）。第3に、医療サービス資源の有効配分を考える上で見落すことのできない領域に予防面がある。健康診断その他予防処置の徹底による早期発見や早期治療が医療システム全体に及ぼす影響はきわめて大きいものと予想される。近年議論されている保健投資論 health investment において問題とされているのは主として医療サービスを受けるに要した費用であるが、予防費用こそ健康への投資として重要な意味をもつ。治療と予防への資源の有効配分を考える視点が必要ではなかろうか。第4に、医療費急増および医療サービスの財源調達メカニズムに関する論文は今回の報告にはひとつとして含まれていない点が惜しまれる。この種の問題は一見して経済分析の対象となり得るようであるが、制度的要因が複雑に入りこんでおり、技術的には多くの困難を内蔵していると思われる。前者については最近不十分ながら M. Feldstein の論文（1970年）がひとつの試論を展開しているし、後者については、米国の特殊な制度的背景のもとで C. Baird や Rashi Fein 等による tax-credits の提案が検討されているが、この領域の経済分析はきわめて少い。

ともあれ、本書の論文はすべて実証研究であり、研究者たちには諸変数の重要性を量的に推定しようという努力がみられる。それはとりまなおさずこれらの研究結果こそ政策決定に役立つべきだという意気どみの現れであろう。そのうえ保健・医療サービスの諸問題が今日とりわけ公共政策の重要な論点でもあるということが研究者の意欲をかりたてているようにみえる。Klarman も指摘しているように、本書で得られた事実発見を直ちに不用意に政策決定に適用すべきではないが、それらが今後の研究に、あるいは政策の策定や調整のために有益な示唆を与えるであろうことは間違いない。

（つむら あつこ 社会保障研究所研究員）

アルフレッド・J・カーン 著

## 『社会政策と社会計画の研究』

*Studies in Social Policy and Planning*, By Alfred J. Kahn, New York:  
Russell Sage Foundation, 1969, 326 pp.

## 『社会計画の理論と実際』

*Theory and Practice of Social Planning*, By Alfred J. Kahn, New York:  
Russell Sage Foundation, 1969, 348 pp.

高橋 紘 士

最近わが国でも、経済成長重点主義がもたらした種々の社会問題の噴出を契機として社会開発の推進が主張され、さらに社会計画の必要性が論ぜられるようになってきているのは周知の通りである。

しかしながら、社会開発、社会計画といってもその意味するところはきわめて多様であって、論者によっても異なった使い方が見られ、必ずしも明確に概念化されているわけではない。

社会計画といってもそれは全体社会の計画化というきわめて広い内容から社会福祉行政の計画化という限定された意味に至るまでの幅の広い概念として流通しており、このような多義性が、しばしば混乱を招いているように見うけられる。

それではこのような混乱を克服し、社会開発、社会計画という概念を学問のレベルにおいても、実践的・政策的レベルにおいても、意義のあるものとするためにはどのような作業が要求されるのであろうか。それにはまず第1に、その意味内容を社会的現実の動向のなかに探り、経験的な基礎の上に概念を構築しなければならない。第2にそうして得た概念を既存の知識のシステムの中に論理的な形で組みこまなければならない。そうしてはじめて、その概念は、社会的現実を処理するための有効な用具となり得るのである。

ここに紹介する Alfred J. Kahn の手になる2つの著作はこのような作業を行う上で見のがすことのできない重要な文献であるように思われる。

『社会政策と社会計画の研究』(*Studies in Social Policy and Planning*) と題された第1の著作は社会計画についてのアメリカを中心とした諸経験の事例研究である。コロンビア大学の社会事業学部の社会政策および社会福祉計画担当の教授である著者の、学者としての調査研究活動およびアメリカおよび国連をはじめとする行政

機関でのコンサルタント、そして種々の民間の団体での助言者としての実際の活動を通じて蓄積された経験と知識に基いて、具体的な社会計画の事例研究がこの書物でなされている。

この書物の章別編成は次の通りである。

- I 事例の課題と機能
- II 貧困に対する闘い——国家レベルでの問題中心的計画
- III 少年非行——地域レベルでの問題中心的計画
- IV 所得保障——定義と課題
- V 社会計画家と都市——課題の展望
- VI 地域社会の精神衛生——計画の境界と政府間の関係
- VII 地域レベルでの社会サービス提供——計画編成の境界
- VIII 社会計画の地平線

以上のように大変多岐に亘る事例が取り扱われているが、これらはいずれも社会計画の概念を確定するための素材として有機的に構成されているのである。著者は社会計画の水準と型を全体的な枠組、利用される知識内容、計画のプロセスの特徴、計画実施の機関のレベルと部門の4つの次元に分類し、それぞれのケースをこの4つの次元に照応させながら考察を進めていく。

貧困に対する戦争は、総合的 (comprehensive) な枠組による問題中心の多分野に亘る知識を利用し、計画の課題と体系および政策が計画プロセスで重要とされ、しかも国家レベルでの多部門に亘る社会計画として位置づけられる。そして貧困に対する戦争の前提となった諸事実——貧困者数の推定の問題、そして経済的収入には還元できない、貧困の文化の問題——の検討がなされ、それらの問題解決のための諸方策の選択の可能性と、諸方策の基礎となる経済機会法 (Economic Opportunity

Act)の意義が検討され、具体的な行財政措置および実際に展開された諸プログラムの概要の紹介が行われている。そして、総括として、このような総合的な社会計画がかえって実施の際にプログラムの断片化を招き計画実施の中央集権化による効率の低下があいまって必ずしも所期の効果をあげ得なかった点を指摘し、この点に今後の課題を見出している。

貧困に対する戦争が国家レベルの社会計画であったのに対し、少年非行の問題は、地方レベルの計画を必要とする。しかも、それは問題中心の多分野間の協働を要求する。非行への直接の予防活動としての法規制に加え、非行に至る前段階での諸サービスの提供が有機的に結合されて、少年非行防止の政策の計画化が可能になる。従って司法制度のみならず教育をはじめとする各種の社会サービス間の調整が必要となってくるのである。

以上に述べた事例はいずれも問題中心の総合的アプローチを必要とするものであったが、所得保障は、ひとつの部門内での計画化が問題となる。既存の所得保障の諸制度を再検討し、より総合的な所得保障のシステムを設計するための課題を明らかにしようとしている。それはより広い財政、およびマンパワー政策との関連で、効果的な所得保障システムの設計という課題なのである。

さて、社会計画の中心課題のひとつに、物的施設との関連において、社会計画の問題を考察するという課題がある。社会問題は常に一定の物的な環境条件の係り合いで生じてくるからである。物的施設の配置計画あるいは都市再開発、住宅建設計画等は必然的に社会計画として把握されなければならない。物的計画はしばしば技術的な計画として見られがちであるけれども、その計画の実現にはさまざまな政治過程が働き、しかも行政的諸機関の調整が必要となってくるのである。

また、地域社会における精神衛生サービスは、アメリカにおいては国家レベルと地域レベルでの調整の困難な領域となっている。精神衛生サービスは医療サービスとして国家レベルで統合されているものの、具体的なサービスの対象者は地域レベルの他のサービス対象との重複が多くみられ、サービス提供の施設、マンパワーの配分等の面で、計画的調整を必要とする領域となっているのである。

地域レベルでの非医療的、非貨幣的な社会サービスも社会計画にとって重要な課題を提起する。各種の社会的サービスを対象者のニーズに応じて効果的に提供するためのプログラム編成がそれである。情報の提供から始まって特殊なサービス提供に至る一連の社会サービス活動

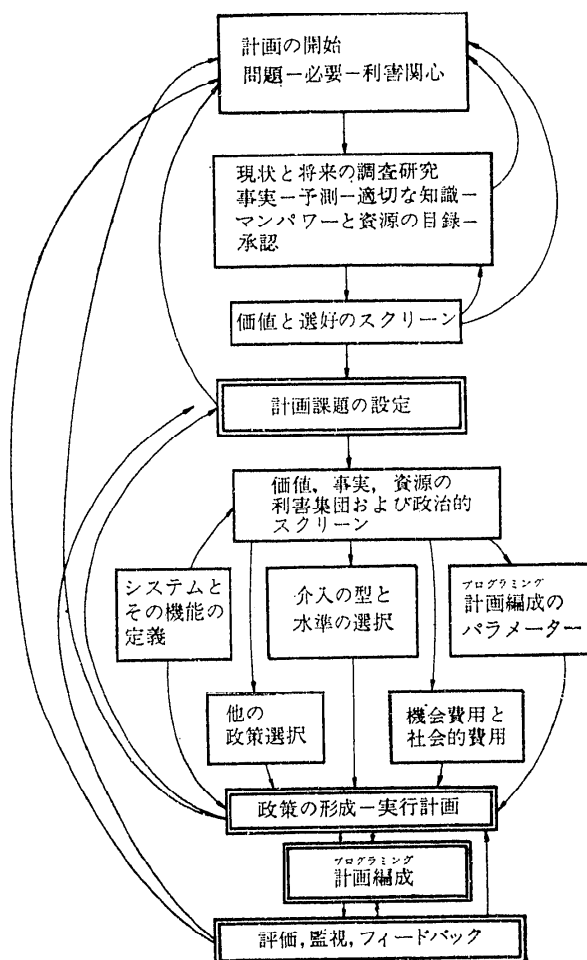
を計画的に編成し、調整するための制度と方法の開発がこの領域での問題になるわけである。

以上のようなアメリカを中心とした社会計画についての考察の後に著者は低開発国の開発計画について筆を進め、これらの国々における社会計画の意義について触れ、最後に、社会計画が真に実効のあるものとなるためには解決しなければならない問題が多く残されていることを強調してこの書物の結びとしている。

著者がこの事例研究で行おうとしたことは、従来の社会計画を論じた書物にしばしば見られた単に社会計画の必要性を説くだけの「理念論」ととどまらずに、具体的な施策の経験のなかから社会計画の根拠をさぐることによって得られる概念の明確化、豊穡化であった。そしてその試みの上にたって、より一般化された社会計画の理論を構築しようとしたのが、『社会計画の理論と実際』(Theory and Practice of Social Planning)である。

この書物の章別編成は次の通りである。

図 計画過程の相互関連



- I 社会計画とは何か
- II 社会計画とアメリカ社会
- III 計画策定作業の設定：事実、予測、目録
- IV 計画策定作業の設定、価値と選好
- V 政策形成と実行計画<sup>スタンディング・プラン</sup>
- VI 政策：介入の類型と水準
- VII 政策についての考察
- VIII 計画編成についての一般的考察<sup>プログラミン</sup>
- IX 計画予算と費用対効果<sup>プログラム</sup>
- X 社会サービス提供の計画編成
- XI 計画、評価、フィードバックのための組織
- XII 枠組、その展望

本書の目的は「社会計画という概念の特定化と洗練および計画策定、実施の試みの際に生じる知的課題と政治的な課題との相互関係を明らかにしようとするもの」である。このような観点から、社会計画の定義とそのアメリカ社会での意義について論じたのち、Ⅲ章以降では、社会計画を相互に関連しあう一連のプロセスとしてとらえて議論をすすめていく(図参照)。そしてこの図式の中に既存の社会計画、社会政策での経験と知識を位置づけ社会計画論の体系的展開を試みている。

本稿では特にⅠ章、Ⅱ章を詳細に紹介してみたい。Ⅰ章は社会計画の定義づけの試みを通じて、社会計画の論理構造を明らかにしようとしており、Ⅱ章では、社会計画が、現代の産業社会にどのような意義を有しているかを明らかにしようとしている。いずれも、既存の業績をふまえた周到な議論を展開しており、従来の多義的な社会計画概念のあいまいさを克服しようとしており、われわれが社会計画を論ずる場合の出発点になり得る内容がふくまれているように思われる。

著者は計画を、集団間の闘争と取引による利害集団の政治と、メンバーのコンセンサスを基礎としたコミュニティ・オーガニゼーションふたつの意思決定様式と対比させる。これらは、規準とか合理性に対してあまり配慮を払わない意思決定の方式である。しかし、ひとたび、公共領域において、合理性が求められるようになったとき、計画化への方向性が生ずる。利害によって動かされる政治過程が優越している状況においてさえ、そこに合理性を追究する努力と共に計画化が問題となってくるのである。

社会計画を必要とするような条件には次のようなものがあげられる。①社会についての目標を設定し、その目標実現のための効果的な手段の配列を試みる必要がある場合。②重大な社会問題の存在が計画化を促進する場合。

③既存の政策に対して社会的(あるいは非市場的)な観点からの考察が必要な場合。例えば財政金融政策なども単に経済的のみならず社会的視点からの検討が必要な場合が多くなってくる。したがって経済計画、道路、建築等の物的計画を社会計画から分離してしまうならば計画そのものの有効性が減殺されてしまう。④狭義の社会的部門内での既存のサービスの体系が理想と現実のギャップからサービスの断片化、不十分さを招いた場合。⑤またある意図された対象集団に対して種々のサービスを体系的に提供する必要が生じた場合、例えば老人への諸施策の体系化が必要になった場合等。⑥社会福祉の個々の分野でもそれぞれのサービスの効果、機能の再吟味が要求される場合。⑦社会サービスが行政範域によってサービス水準の不平等が存在し、規準の統一が必要となる場合。⑧さらに諸サービス間の資源のトレード・オフが存在する際、「希少資源の配分」の体系化が必要とされる場合。⑨社会福祉の各サービスを成立させている主要概念が、新しい原理により間直され、他の分野で用いられてきた概念によって位置づけされなおよような場合。⑩そして、コンピュータを中心とする情報技術の発展に支えられた経営管理技術が、計画の技術的可能性を高め、その技術が適用可能な場合。これらの条件は具体的な状況でさまざまにからみあってあらわれるけれども、その状況は「問題状況」あるいは危機的状況として、「重大な不満足状況」において「広範に感ぜられたニード」をきっかけにして、「優先順位と資源配分に主要関心をもつばかりでなく、政策の改変、制度の変革、権力の移転の領域までも問題にする規範的活動」として社会計画が開始される。

この社会計画を定義するに当たっての考慮すべき点は次のようなものである。①計画は政治的な取引<sup>バーゲニング</sup>とは異なった政策決定方式である。②未来に対し影響力を与え得るという能力に基づいている。③目標の明確化→代替的解とそのプラス、マイナスの結果の指摘→戦略およびプログラムの改善のための持続的評価という一連の思考のプロセスでもある。④計画は問題、ニード、緊張の分析のために社会的現実そのものを分析しなければならない。⑤しかも、問題に応じた知識、資源、技術の整備を必要とする。⑥最後に計画は、公共政策間の調整をめざす政治過程としても理解する必要がある。

以上の点をまとめて言うなら「計画とは、技術と政治のふたつの側面を分有しており、認識と選択というふたつの要素を持つ」もので、その目的は「単なる青写真の提示ではなく、未来に至る決定や行為のための指針とな

るものである」。

計画過程は次のような段階に分けることができる。

- ① 目標、優先順位、利害関係の明確化
- ② 事実、社会的現実、傾向の確定
- ③ 適切な、また入手可能な知識、技術、資源の目録作成
- ④ 代替案とその選択によって予想される諸結果の分析
- ⑤ 選好の表現と選択の過程の定式化
- ⑥ 政策を種々のレベルでのプログラムに変換する
- ⑦ プログラムの諸結果の測定

そして社会計画の結果として期待されるものは次のようなものである。

- ① 新しい政策(実行計画)
- ② プログラム、政策の調整
- ③ サービスの統合
- ④ プログラムの革新
- ⑤ 政策、プログラム、サービスそれぞれのカテゴリー間および資源配分のための、優先順位の選択
- ⑥ 行政上の決定

さてこのような社会計画のプロセス、はたらく、結果を総合することによって社会計画の定義づけを行うことができる。まず計画の論理構造を明らかにすると、計画とは「事実、予測、価値の現実への適用という観点からみた政策選択とプログラミングであり」「選択と合理化を通じた政策の形成およびその実現である」。政策とは実行計画 (standing plan) であって、政策のデザインとは計画の別の言い方である。そして社会計画は先ほど述べたような計画の出発点における問題状況によって領域を分けて定義づけることができる。

- ① 社会福祉の機関もしくは組織内での行政計画としての社会計画
- ② コミュニティ・レベルでの諸サービスの協同のための計画、すなわち地域レベルでの公的および私的サービスを結合させたサービスのシステムをつくりあげようとする社会計画
- ③ 都市再開発計画、地域の住宅計画のような物的諸計画に社会的要素を導入し、関係づける社会計画
- ④ 地域レベル、国家レベルでの所得保障、児童福祉のような部門別、カテゴリー別の介入システムの計画
- ⑤ 社会問題、社会動向に指向した社会計画で国家的、地方的な広い関連のもとに、介入のシステムの相互関連を横断的に構造化しなすことにより、政策体

系および制度体系をも変革することを目的とした社会計画で、アメリカの「貧困に対する戦争」はこの萌芽形態である

- ⑥ 社会的とは通常定義されないような、財政、租税政策等の社会的側面の計画化
- ⑦ 均衡ある社会発展を目ざし、経済開発との対応における社会開発計画としての社会計画

このような様々な領域で社会計画を考えることは、結局、総合的計画 (comprehensive planning) を考えることになる。しかしながら経済学者が経済システムの計画化という形で経済計画を考えるように、社会システムの計画化として社会計画を考えることは未だ熟していないといわなければならない。

さて、以上のように定義された社会計画が具体的な社会との係り合いにおいてどのような意味をもつのであるか、その点についての考察がⅡ章の社会計画とアメリカ社会である。

周知のようにアメリカ社会には、ピューリタニズム、社会ダーウィン主義およびレセフェールの思想に支えられた反計画的エートスが存在している。しかしながら1930年代の大恐慌以降、政治、経済、社会の相互依存の稠密化の産物として、連邦政府、地方政府が計画編成を行うようになり、この反計画的伝統は時代遅れとなった。政府による介入の分野は財政、金融政策等の経済部門、保健、教育、住宅、福祉等の社会部門、福祉部門、そして経済的・物的・社会的諸計画に架橋をかけるためにデザインされた開発計画等に及んでいる。このように現在のアメリカ社会は「安あがりの政府」の仮定から逸脱し、包括的計画化への努力が随所に見られる。例えば、1964年に始まった「偉大な社会のための計画」、1966年の「モデル都市法」に始まる計画等はこの実例である。そしてこのような計画化への趨勢を技術面から可能にしているのは、P. P. B. S. 等に代表される経営、管理技術の発展である。

さて、このようなアメリカ社会における計画化への趨勢は、実は産業社会の発展過程での計画化への趨勢というふうに一般化して考えることができる。経済成長と生活水準の向上という産業社会に課せられた2つの目標の達成のためには、計画の導入が不可避であった。計画はまず経済の領域から出発し、計画の問題は、計画を行うことそのものの可否ではなく、何をいかに計画するのかという問題が問われるようになった。そのような状況では政府の役割を、プラグマティックに考え、介入者、保険業者、あるいは調停者の役割を演ずるものと考えられ

るようになってきた。

そして、①社会的諸サービスの最低規準の保障、②市場的規準以外の便益、権利の賦与、③完全雇用、経済成長、所得の安定等の確保に関する集成的要求とその維持の3点によって特徴づけられる福祉国家的段階への移行は、ミュルダールのいう「調整のための計画化」を必要とするようになる。ここで、社会計画という概念が、社会の発展の新しい局面を示すものとして登場してくる。

社会計画の段階とは、①選好、価値について、意識的な決定が重要となり、②それまで私的消費という観点からのみ考えられてきた消費者主権に対し、新しい方向づけを發明することを必要とし、③生産およびサービスについての市場的定式化とは別の方式による生活のデザインについての諸個人の能力を確保することにより、④従来ユートピア的と見なされてきた、人間の理想の実現の可能性を高めるような段階である。この段階においては、社会的諸施策を、社会問題に対するその場しのぎの対応ではなく、基本的社会目標の考察の上に立って展望し、デザインすることが要求される。それは、ダニエル・ベルの言葉を借りれば、「契約社会」から、社会的選択、集成的決定を進めるために市民の参加を保障し、プライバシーの保全にも万全の注意を払う「共同社会」(communal society)への発展という方向で社会計画を考えていこうとすることに他ならない。

もちろん、計画化、特に社会計画における最大問題はマンハイム以来繰り返して指摘されてきたように、デモクラシーと計画が、いかに両立し得るかというものである。

第1に、計画を上からの統制の道具としてではなく、分権化と多元主義に基づく社会の利害の調整の道具として確立しなければならない。第2に、計画とは合理的な思考方法による、複数の代替案を提出する方法なのであって、計画家に最終的な決定権を委ねてはならない。最後に計画の進展に伴ってデモクラシーを維持するための新しい制度化を必要とする。それらは計画に関する情報の公開のしくみの確立、スカンジナビア諸国に見られるオムバズマン制度のような市民の手による行政監察制度の確立。そして、法的な人権概念を社会変化に合わせて拡張、定着させること等である。

以上が、I章、II章の内容の紹介である。そして、これに続くIII章以下で、計画課題の設定、政策形成、介入の型と水準、計画編成、予算と費用対効果、サービス提供、フィードバックそして評価という計画過程の各段階別(図参照)に、概念の詳細な検討と精緻化を試みている。この試みは、社会計画を一連のプロセスとして理解

し、実際の社会計画が対象とする領域の多様性を認めつつ、そのプロセスの論理構造に重点をおいて統一的に把握しようとしたものである。

このような社会計画へのアプローチは、P.P.B.S.やシステムズ・アナリシス等の社会工学的管理技術の発展に示唆されたものであり、社会福祉、社会施策の領域への政策科学的接近の確立を目指したものだといえよう。

1950年代におけるH.D. ラスウェルによる政策科学の提唱以来、社会科学の発展のひとつの方向に、応用科学化、技術学化が挙げられるが、この2つの著作はこのような流れの中で社会福祉、社会施策を「社会計画」の「デザインの科学」(H.A. サイモン)として、経験的な事例研究と理論研究を通して確立しようとしたもので、その意味でのパイオニア的な仕事として評価できるように思われる。

しかしながら、社会計画を論ずるにあたって、もうひとつの立場についても考慮を払う必要があるように思われる。それは「社会計画」の「批判の学」ともいうべきものである。カリフォルニア大学パークレー分校のChester W. Hartmanが*Social Work*誌(1971年4月号)に寄せた本書の批評において、「社会計画は少くとも表面的には、あらゆる時代において、社会の大小の問題に適用可能な概念と用具の道具箱となってきた。……しかしながら、もしわれわれの社会が、経済・社会秩序、生活様式のなかに本質的な根深い問題をかかえているのに気がついたならば、社会計画はそれを解決するための何ものをも提供することはないことに気づくであろう。むしろそれは、社会の根底的変革にとっての梃子となるべき大衆運動や政治のダイナミズムを隠蔽する擬似技術の役割しか果たさないであろう」と述べているような、社会計画を虚偽意識<sup>イデオロギイ</sup>と見る立場からの「社会計画批判」である。

先の紹介でも触れたような、社会計画の実施主体の役割をになう政府に対し「調停者」という役割を賦与することは、メダルの一面しか見ないで、社会計画を論ずることになるのかも知れないのである。

ともあれ、これから社会計画を論ずるにあたって、この2つの著作は、出発点になり得る多くの素材を提供しているように思われる。少くとも評者にとっては、この著作を手掛りに、日本の社会的現実との関連において、社会計画とは何を意味し、また、どのような方法論が可能となるかを、考えてみたいと念願しているものである。

(たかはし ひろし 社会保障研究所研究員)

## 第6回社会保障研究奨励賞授賞論文

### ○ 第2席の1

渡辺岑彦（東洋信託銀行数理課長）

「公的年金制度における最適保険料に関する考察」、『年金時報』No. 22, 昭和46年4月。

### ○ 第2席の2

筆宝康之（北海道大学経済学部助手）

「建設業における労資関係制度——<監獄部屋>をめぐって——」、『北海道大学経済学研究』第21巻第2号，昭和46年7月。

### 選考経過

大内基金委員会は、社会保障研究所後援ならびに厚生省協賛のもとに、第6回社会保障研究奨励賞として、上記2編の論文の授賞を決定した。ここに論文審査委員会を代表して、授賞決定についての選考経過を報告したい。

今回の授賞は、昭和45年8月から昭和46年7月にいたる1年間の既発表論文を対象として行われた（本誌6巻第4号，67ページに発表された授賞要領参照）。そのため、あらかじめ社会保障関係の約60名の方々に対して、優秀なる論文の推薦を依頼し、8月末の締切日までに数名の方々から8編の推薦をいただいた。第1次審査でそのうち3編をしぼり、最終的に上記の2編とともに第2席（それぞれ賞金5万円）として授賞することに決定したのである。

審査委員会では、選考された2編の等席順位についてはいろいろと討議されたが、今回は第1席に該当するものなく、2編とともに第2席として認めることとした（上記の順序は論文の発表年月にしたがった）。また2編以外に佳作に該当するものもなかった。それにしても、今回の推薦件数が前回よりもはるかに少なく、しかも条件不適格のもの（単行本ならびに既に多くの業績発表のある方々の論文）が含まれていたことは、残念である。次回は、一層多くの論文を推薦していただくように努力したいと思う。

以下、2編の論文に対する各審査委員の諸意見をくんで、簡単に審査の要旨をとりまとめることにする。

渡辺岑彦「公的年金制度における最適保険料に関する考察」について

この論文は、公的年金制度において経済成長に応ずる給付改善を行った場合、一定の制約条件のもとで保険料引上げの最適な標準値を求めようとするものである。ここで考慮される条件としては、給付改善が既裁定分を含めて行われること、給付改善率は利子率を上回ること、収支関係は次第に

賦課方式に近接していくことなどである。このような問題は年金制度運営上極めて重要であるし、またこの種の数理的アプローチは大いに奨励すべきであるということは、審査会で一致した意見であった。ただ分析の内容についてはなお推論の不十分ともいうべき点が二、三見られる。たとえば、将来の給付費支出関数なるものの一定の型を導く場合の手続きについての詳しい説明を欠いているが、わが国のこれまでの厚年はきわめて未成熟段階にあったのであるから、これを今後成熟過程にはいる場合にどのように態様に変化するか、さらに厚年と制度の異なる国年における条件いかなどを明示すべきである。むしろ各制度毎に、また既裁定分と新規分とを分けて、それぞれに応じた假定を設け、将来の見通しを定めるべきであろう。なお、最初の年次系列で最適保険料が負値をとっていることは非現実的であって、改善を要するであろう。おそらくこれらのことは論者自身も気づかれていることと思われるが、今後の一層の研究を期待したい。

筆宝康之「建設業における労資関係制度——〈監獄部屋〉をめぐって——」について

この論文は、北海道・樺太・東北などの拓殖開発過程で形成された建設業の請負飯場制度として、移住出稼人たる請負人親方が貧農や都市窮迫民を吸引し、強制労役を行わしめたいわゆる監獄部屋の意義を歴史的に解明しようとするものである。とくに著者は辺境開拓の特質、欧州大戦から大正末にかけての土建業増大にともなう影響、日中戦争後におけるアジア植民地労働の置換えなどの諸点を重視している。ところで、審査会ではこの論文が固有の社会保障研究分野をやや外れているのではないかという懸念が多く委員から述べられたが、結局のところそれが社会保障の欠如している場合の状況をとりあげたという意味で、必ずしも排するには当たらないという見解をとることにした。内容については、この論文が関係資料をよく渉猟し、論旨も明快であるという点では委員の意見がほとんど一致していたが、ただその観点がやや型にはまり過ぎており、回顧に偏して展望への手がかりを欠いているという強い異論が出された。ここでとりあげられた監獄部屋という制度は、戦後の今日においては、一部は解消し一部は変形していったわけだが、このような過程の経済的・社会的条件は何かという問題意識こそ、今日の時点ではもっと強調されてよいのであり、論者のこの方向への今後の展開を希望してやまない。

昭和46年11月

社会保障研究奨励賞論文審査委員会

委員長 山田雄三

本審査委員会の委員は次のごとくである。

山田雄三（社会保障研究所長）、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）

# 社 会 保 障 統 計

この「社会保障統計」欄をよむ上に：

1. 社会保障の概念規定については、まだ十分な結論がなされていない。従来「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図ることになっている。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、以上の他に、その号限りの特殊表をも付加する建前をとっている。
3. 本欄の構成は主要資料の図示、国際比較および国内資料の収録の3区分を原則としている。可能な限り最新の数字に入れ替えることとしているが、更新すべき数字の入手がまだ不可能であるものについては、従来採用の数字をそのまま再録することがある。
4. 本号では、人口動態、平均余命、死因、栄養、医師および病院数等について国際比較を行い、国内資料は人口動態、栄養、国民総医療費、患者数、医療関係者数、医療施設数、保健所等に関する諸統計を掲載している。
5. 各統計表中に使用している記号は、次のような場合に用いてある。

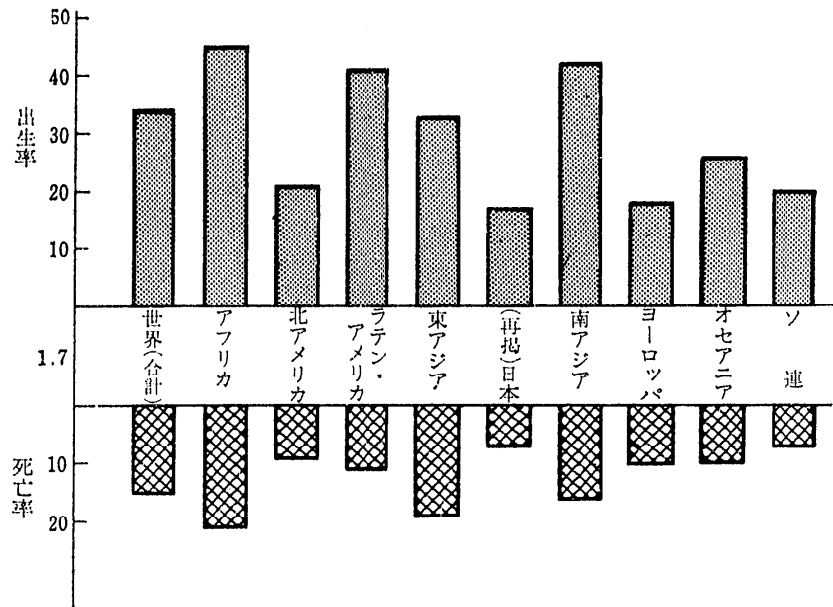
|                  |     |
|------------------|-----|
| 計数のない場合          | —   |
| 計数不明の場合          | …   |
| 統計項目のあり得ない場合     | ・   |
| 数値が微小（0.05未満）の場合 | 0.0 |
| 使用した計数の年次等が異なる場合 | *   |

（曾原利満，大本圭野）

## 目 次

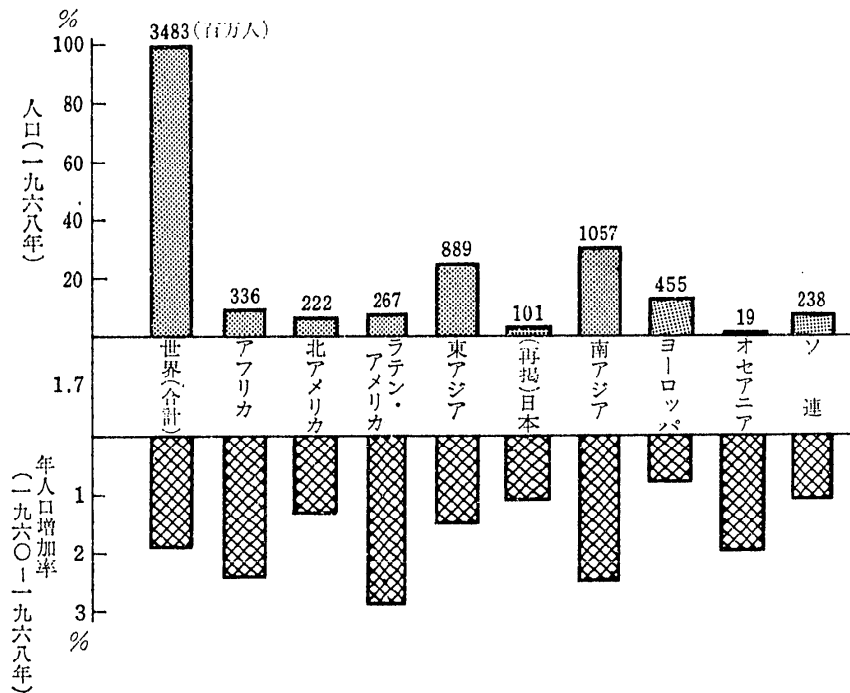
|      |                                    |    |
|------|------------------------------------|----|
| 図 1  | 主要地域の出生および死亡率……………                 | 77 |
| 図 2  | 主要地域の人口および年人口増加率……………              | 77 |
| 国際比較 |                                    |    |
| 表 1  | 各国の人口動態指標……………                     | 78 |
| 表 2  | 主な年齢における各国の平均余命……………               | 79 |
| 表 3  | 各国の死因(簡単分類)別死亡率……………               | 80 |
| 表 4  | 各国の1人1日当り栄養摂取量……………                | 81 |
| 表 5  | 各国の1人1日当り食糧純供給高……………               | 82 |
| 表 6  | 各国の医療従事者数……………                     | 83 |
| 表 7  | 各国の病院、病床数……………                     | 84 |
| 国内資料 |                                    |    |
| 表 8  | 人口動態指標の推移……………                     | 85 |
| 表 9  | 栄養摂取量の推移……………                      | 85 |
| 表 10 | 世帯業態別にみた栄養摂取量……………                 | 86 |
| 表 11 | 国民総医療費の推移……………                     | 87 |
| 表 12 | 世帯業態別にみた傷病世帯数・傷病人員……………            | 88 |
| 表 13 | 病院・診療所の1日取扱い患者数(全国推計)・指数の年次推移…………… | 88 |
| 表 14 | 全国推計患者数、施設の種類の種類・受療の種類……………        | 89 |
| 表 15 | 傷病大分類別にみた患者数・傷病件数(全国推計)……………       | 89 |
| 表 16 | 医療関係者数の推移……………                     | 90 |
| 表 17 | 都道府県別にみた医師・歯科医師・薬剤師数……………          | 91 |
| 表 18 | 都道府県別にみた病床数、施設の種類の病床の種類別……………      | 92 |
| 表 19 | 医療施設数、病床数の推移……………                  | 94 |
| 表 20 | 保健所数(型・人口別)……………                   | 95 |
| 表 21 | 保健所職員定数・現員および充足率……………              | 95 |
| 表 22 | 保健所の主な活動……………                      | 96 |

図 1 主要地域の出生および死亡率(人口: 1000人)



(資料) 国際連合『世界人口年鑑 1960』。

図 2 主要地域の人口(1968年)および年人口増加率(1960—68年)



(資料) 国際連合『世界人口年鑑 1968』。

## 国際比較

表1 各国の人口動態指標

|                       | 年 次  | 出 生       |             | 死 亡       |             | 乳 児 死 亡 |             | 年 央 人 口<br>(千人) |
|-----------------------|------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------|-------------|-----------------|
|                       |      | 実 数 (人)   | 率<br>(人口千対) | 実 数 (人)   | 率<br>(人口千対) | 実 数 (人) | 率<br>(出生千対) |                 |
| ヨーロッパ州                |      |           |             |           |             |         |             |                 |
| スウェーデン <sup>2)</sup>  | 1968 | 113,175   | 14.3        | 82,598    | 10.4        | 1,560   | 12.9        | 7,912           |
| ノルウェー <sup>1)</sup>   | 1968 | 67,510    | 17.7        | 37,220    | 9.7         | 976     | 14.6        | 3,819           |
| フィンランド                | 1967 | 76,968    | 16.5        | 43,790    | 9.4         | 1,146   | 14.8        | 4,664           |
| デンマーク                 | 1967 | 81,410    | 16.8        | 47,836    | 9.9         | 1,287   | 15.8        | 4,839           |
| スイス <sup>2)</sup>     | 1968 | 105,130   | 17.1        | 57,374    | 9.3         | 1,878   | 17.5        | 6,147           |
| イギリス                  | 1968 | 946,959   | 17.1        | 655,820   | 11.9        | 17,766  | 18.8        | 55,283          |
| 西ドイツ <sup>2)</sup>    | 1968 | 944,960   | 19.7        | 690,845   | 11.9        | 22,658  | 22.8        | 58,015          |
| フランス                  | 1968 | 837,100   | 16.8        | 551,000   | 11.0        | 17,100  | 20.4        | 49,920          |
| オランダ                  | 1968 | 237,288   | 18.6        | 104,970   | 8.2         | 3,191   | 13.4        | 12,743          |
| イタリア <sup>2)</sup>    | 1968 | 930,641   | 17.6        | 530,267   | 10.1        | 31,106  | 32.8        | 52,750          |
| スペイン                  | 1968 | 664,787   | 20.5        | 282,929   | 8.7         | 21,269  | 32.0        | 32,411          |
| ポルトガル <sup>2)</sup>   | 1968 | 194,956   | 20.5        | 94,660    | 10.0        | 11,966  | 59.2        | 9,505           |
| ポーランド                 | 1967 | 520,383   | 16.3        | 247,705   | 7.8         | 19,817  | 38.1        | 31,944          |
| ユーゴスラビア <sup>2)</sup> | 1968 | 381,219   | 18.9        | 173,716   | 8.6         | 23,863  | 61.4        | 20,186          |
| チェコスロバキア              | 1967 | 215,766   | 15.1        | 144,294   | 10.1        | 4,936   | 22.9        | 14,305          |
| 北アメリカ州                |      |           |             |           |             |         |             |                 |
| カナダ <sup>2)</sup>     | 1968 | 366,751   | 17.7        | 153,302   | 7.4         | 8,151   | 22.0        | 20,772          |
| 米 国                   | 1968 | 3,470,000 | 17.4        | 1,923,000 | 9.6         | 75,300  | 21.7        | 201,152         |
| メキシコ <sup>2)</sup>    | 1968 | 2,008,500 | 42.5        | 436,500   | 9.2         | 124,984 | 63.1        | 47,267          |
| 南アメリカ州                |      |           |             |           |             |         |             |                 |
| ベネズエラ                 | 1967 | 406,468   | 43.5        | 62,112    | 6.6         | 17,550  | 45.5        | 9,352           |
| コロンビア                 | 1967 | 669,978   | 34.9        | 179,676   | 9.4         | 52,470  | 78.3        | 19,191          |
| アルゼンチン                | 1967 | 518,198   | 22.3        | 202,673   | 8.8         | 30,211  | 58.3        | 23,255          |
| チリ                    | 1967 | 259,729   | 28.4        | 86,840    | 9.5         | 25,924  | 99.9        | 9,137           |
| アジア州                  |      |           |             |           |             |         |             |                 |
| 日本                    | 1968 | 1,870,159 | 18.6        | 686,374   | 6.8         | 28,598  | 15.3        | 101,090         |
| インド                   | 1968 | ...       | ...         | ...       | ...         | ...     | ...         | 523,893         |
| フィリピン <sup>1)</sup>   | 1967 | 763,686   | 22.0        | 224,611   | 6.5         | 59,284  | 72.0        | 34,656          |
| 台湾 <sup>2)</sup>      | 1968 | 394,251   | 29.3        | 73,650    | 5.5         | 7,696   | 20.6        | 13,466          |
| タイ                    | 1966 | 1,085,594 | 34.2        | 236,243   | 7.5         | 36,372  | 33.5        | 31,698          |
| インドネシア                | 1964 | 2,983,617 | 30.6        | 902,244   | 9.2         | 260,296 | 87.2        | 102,417         |
| イラン                   | 1968 | 1,053,579 | 39.0        | 176,101   | 6.5         | ...     | ...         | 26,985          |
| イラク                   | 1966 | 149,161   | 17.8        | 32,652    | 3.9         | 2,665   | 17.9        | 8,380           |
| イスラエル                 | 1967 | 64,980    | 24.3        | 18,431    | 6.7         | 1,685   | 25.9        | 2,669           |
| アフリカ州                 |      |           |             |           |             |         |             |                 |
| アラブ連合 <sup>1)</sup>   | 1968 | 1,209,000 | 38.2        | 512,000   | 16.2        | 101,000 | 83.2        | 31,680          |
| 大洋州                   |      |           |             |           |             |         |             |                 |
| オーストラリア               | 1968 | 241,000   | 20.0        | 109,000   | 9.1         | 4,187   | 18.3        | 12,031          |
| ニュージーランド              | 1968 | 62,284    | 22.6        | 24,464    | 8.9         | 1,164   | 18.7        | 2,751           |
| ソ 連                   | 1968 | 4,118,000 | 17.3        | 1,843,000 | 7.7         | 109,000 | 26.5        | 237,808         |

資料 国際連合『世界人口年鑑 1968』

注 乳児死亡のみ 1) は1966年, 2) は1967年の計数。

表 2 主な年齢における各国の平均余命

|          |  | 作成基礎<br>期 間 | 男     |       |       |       |       |       |       | 女     |       |       |       |       |       |       |
|----------|--|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|          |  |             | 0歳    | 1     | 20    | 40    | 60    | 65    | 70    | 0     | 1     | 20    | 40    | 60    | 65    | 70    |
| ヨーロッパ州   |  |             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| スウェーデン   |  | 1961～65     | 71.60 | 71.81 | 53.57 | 34.72 | 17.45 | 13.88 | 10.71 | 75.70 | 75.68 | 57.18 | 37.84 | 19.84 | 15.80 | 12.13 |
| ノルウェー    |  | 1961～65     | 71.03 | …     | 53.34 | 34.58 | 17.60 | 14.13 | 11.04 | 75.97 | …     | 57.66 | 38.22 | 20.06 | 16.01 | 12.29 |
| フィンランド   |  | 1961～65     | 65.4  | 65.8  | 47.8  | 29.5  | 14.3  | 11.4  | 8.9   | 72.6  | 72.8  | 54.4  | 35.2  | 17.5  | 13.7  | 10.3  |
| デンマーク    |  | 1965～66     | 70.1  | 70.7  | 52.5  | 33.5  | 16.6  | 13.3  | 10.3  | 74.7  | 74.8  | 56.4  | 37.1  | 19.4  | 15.5  | 11.9  |
| スイス      |  | 1958～63     | 68.72 | 69.43 | 51.45 | 32.84 | 16.24 | 12.94 | 10.02 | 74.13 | 74.53 | 56.21 | 36.96 | 19.16 | 15.24 | 11.67 |
| イギリス     |  | 1965～67     | 68.7  | 69.1  | 50.9  | 31.9  | 15.3  | 12.2  | 9.5   | 74.9  | 75.1  | 56.6  | 37.3  | 19.8  | 15.9  | 12.4  |
| 西ドイツ     |  | 1965～67     | 67.62 | 68.44 | 50.41 | 31.89 | 15.41 | 12.24 | 9.57  | 73.57 | 74.10 | 55.73 | 36.55 | 18.92 | 15.03 | 11.52 |
| フランス     |  | 1966        | 68.2  | 68.6  | 50.4  | 32.0  | 16.1  | 13.0  | 10.2  | 75.4  | 75.6  | 57.1  | 38.0  | 20.5  | 16.5  | 12.8  |
| オランダ     |  | 1966        | 71.1  | 71.2  | 53.1  | 34.1  | 17.2  | 13.9  | 10.9  | 76.1  | 76.1  | 57.6  | 38.3  | 20.3  | 16.2  | 12.5  |
| イタリア     |  | 1960～62     | 67.24 | 69.44 | 51.67 | 33.06 | 16.65 | 13.39 | 10.44 | 72.27 | 74.10 | 56.07 | 36.97 | 19.27 | 15.34 | 11.79 |
| スペイン     |  | 1960        | 67.32 | 69.15 | 51.41 | 32.85 | 16.28 | 12.80 | 9.82  | 71.90 | 73.29 | 55.31 | 36.37 | 18.77 | 14.82 | 11.31 |
| ポルトガル    |  | 1959～62     | 60.73 | 65.77 | 49.88 | 31.81 | 15.71 | 12.42 | 9.49  | 66.35 | 70.92 | 54.85 | 36.12 | 18.56 | 14.64 | 11.13 |
| ポーランド    |  | 1963～65     | 67.5  | 70.0  | 52.0  | 33.9  | 17.8  | 14.6  | 11.8  | 72.9  | 74.9  | 56.6  | 37.6  | 20.1  | 16.4  | 13.0  |
| ユーゴスラビア  |  | 1961～62     | 62.41 | 67.29 | 50.19 | 31.74 | 15.36 | 12.11 | 9.28  | 65.58 | 70.23 | 53.19 | 34.58 | 17.33 | 13.65 | 10.38 |
| チェコスロバキア |  | 1966        | 67.33 | 68.18 | 50.16 | 31.75 | 15.28 | 12.12 | 9.50  | 73.57 | 74.08 | 55.68 | 36.40 | 18.64 | 14.75 | 11.28 |
| 北アメリカ州   |  |             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| カナダ      |  | 1960～62     | 68.35 | 69.50 | 51.51 | 32.96 | 16.73 | 13.53 | 10.67 | 74.17 | 74.98 | 56.65 | 37.45 | 19.90 | 16.07 | 12.58 |
| 米国       |  | 1967        | 67.0  | 67.7  | 49.6  | 31.4  | 16.0  | 13.0  | 10.4  | 74.2  | 74.6  | 56.3  | 37.3  | 20.2  | 16.4  | 13.0  |
| メキシコ     |  | 1959～61     | 57.61 | 61.53 | 47.27 | 31.17 | 17.10 | 14.10 | 11.40 | 60.32 | 63.74 | 49.66 | 32.86 | 17.57 | 14.22 | 11.27 |
| 南アメリカ州   |  |             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| ペルー      |  | 1960～65     | 52.59 | …     | 45.27 | 29.33 | 14.82 | 11.84 | 9.23  | 55.48 | …     | 47.32 | 31.42 | 16.11 | 12.83 | 9.94  |
| コロンビア    |  | 1950～52     | 44.18 | 50.36 | 39.61 | 24.76 | 11.83 | 9.30  | 7.15  | 45.95 | 51.13 | 40.97 | 26.56 | 12.81 | 10.02 | 7.60  |
| アルゼンチン   |  | 1959～61     | 63.13 | 66.24 | 49.09 | 31.05 | 15.86 | 12.86 | 10.18 | 68.87 | 71.76 | 54.57 | 36.26 | 19.40 | 15.80 | 12.58 |
| チリ       |  | 1952        | 49.84 | 56.83 | 42.67 | 27.25 | 13.99 | 11.36 | 9.07  | 53.89 | 60.62 | 47.08 | 31.33 | 16.42 | 13.39 | 10.65 |
| アジア州     |  |             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 日本       |  | 1966        | 68.35 | 68.78 | 50.78 | 32.33 | 15.74 | 12.42 | 9.51  | 73.61 | 73.82 | 55.53 | 36.55 | 18.99 | 15.11 | 11.61 |
| インド      |  | 1951～60     | 41.89 | 48.42 | 36.99 | 22.07 | 11.77 | 9.81  | 8.07  | 40.55 | 46.02 | 35.63 | 22.37 | 12.98 | 11.05 | 9.28  |
| フィリピン    |  | 1946～49     | 48.81 | 54.74 | 45.98 | 31.14 | 17.72 | 14.69 | 11.76 | 53.36 | 58.62 | 47.27 | 32.26 | 18.45 | 15.22 | 12.14 |
| 台湾       |  | 1965        | 65.84 | 67.19 | 49.36 | 31.30 | 15.33 | 12.30 | 9.69  | 70.44 | 71.29 | 53.42 | 34.94 | 17.99 | 14.44 | 11.24 |
| パキスタン    |  | 1962        | 53.72 | 60.59 | 47.76 | 30.79 | 15.61 | 12.29 | 9.60  | 48.80 | 53.89 | 42.85 | 27.74 | 15.46 | 13.36 | 10.78 |
| タイ       |  | 1960        | 53.6  | …     | …     | …     | …     | …     | …     | 58.7  | …     | …     | …     | …     | …     | …     |
| ビルマ      |  | 1954        | 40.8  | 49.8  | 36.8  | 21.1  | 10.6  | …     | 6.3   | 43.8  | 51.6  | 38.3  | 23.7  | 12.4  | …     | 7.3   |
| トルコ      |  | 1950～51     | 46.00 | 51.05 | 39.80 | 24.97 | 12.27 | 9.80  | 7.65  | 50.41 | 55.00 | 43.26 | 28.20 | 13.57 | 10.54 | 7.92  |
| イスラエル    |  | 1967        | 70.41 | 71.00 | 52.81 | 34.04 | 16.90 | 13.43 | 10.53 | 73.59 | 73.99 | 55.58 | 36.18 | 18.59 | 14.84 | 11.53 |
| アフリカ州    |  |             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| アラブ連合    |  | 1960        | 51.6  | 56.2  | 47.7  | 30.5  | 15.1  | 11.8  | 9.1   | 53.8  | 59.9  | 52.9  | 35.0  | 18.0  | 14.1  | 10.7  |
| 大洋州      |  |             |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| オーストラリア  |  | 1960～62     | 67.92 | 68.46 | 50.40 | 31.84 | 15.60 | 12.47 | 9.77  | 74.18 | 74.49 | 56.16 | 36.99 | 19.51 | 15.68 | 12.19 |
| ニュージーランド |  | 1960～62     | 68.44 | 69.17 | 51.17 | 32.51 | 16.00 | 12.78 | 9.94  | 73.75 | 74.17 | 55.87 | 36.73 | 19.27 | 15.47 | 11.95 |
| ソ連       |  | 1958～59     | 64.4  | 66.4  | 49.5  | 32.2  | 17.0  | 14.0  | 11.3  | 71.7  | 73.4  | 56.4  | 37.9  | 20.6  | 16.8  | 13.4  |

資料 国際連合『世界人口年鑑 1968』

表3 各国の死因(簡単分類)別死亡率(1967年)

(人口10万対)

|       |                                       | スウェーデン | イギリス<br>(イングランド・ウェールズ) | 西ドイツ  | フランス  | ポーランド | アメリカ合衆国 | コロンビア  | 日本    | 台湾    | イスラエル | ニュージーランド |
|-------|---------------------------------------|--------|------------------------|-------|-------|-------|---------|--------|-------|-------|-------|----------|
| B 1   | 呼吸器系の結核                               | 4.0    | 3.7                    | 11.1  | 13.2  | 30.7  | 3.2     | 19.7   | 16.7  | 33.2  | 2.8   | 2.3      |
| 2     | その他の結核                                | 0.5    | 0.5                    | 0.7   | 1.4   | 0.9   | 0.3     | 2.5    | 1.0   | 3.0   | 0.2   | 0.6      |
| 3     | 梅毒およびその続発症                            | 0.4    | 1.8                    | 0.8   | 1.8   | 0.6   | 1.2     | 1.1    | 1.3   | 0.3   | 0.3   | 0.3      |
| 4     | 腸チフス                                  | —      | 0.0                    | 0.0   | 0.1   | 0.1   | 0.0     | 2.5    | 0.0   | 0.0   | 0.0   | —        |
| 5     | コレラ                                   | —      | —                      | —     | —     | —     | —       | —      | —     | —     | —     | —        |
| 6     | 赤痢                                    | 0.0    | 0.0                    | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.1     | 4.4    | 0.1   | 0.2   | 0.3   | —        |
| 7     | 猩紅熱およびレンサ球菌性口炎                        | —      | 0.0                    | 0.0   | 0.0   | 0.1   | 0.0     | 0.0    | 0.0   | —     | —     | —        |
| 8     | ジフテリヤ                                 | —      | —                      | 0.0   | 0.0   | 0.1   | 0.0     | 1.6    | 0.0   | 0.5   | —     | —        |
| 9     | 百日咳                                   | 0.0    | 0.1                    | 0.1   | 0.1   | 0.2   | 0.0     | 12.7   | 0.0   | 0.2   | 0.0   | —        |
| 10    | 髄膜炎菌感染                                | 0.3    | 0.2                    | 0.2   | 0.2   | 0.2   | 0.3     | 0.1    | 0.0   | 0.1   | 0.3   | 0.5      |
| 11    | ペスト                                   | —      | —                      | —     | —     | —     | 0.0     | —      | —     | —     | —     | —        |
| 12    | 急性灰白髄炎                                | 0.0    | —                      | 0.0   | 0.1   | 0.0   | 0.0     | 0.4    | 0.0   | 0.6   | 0.1   | —        |
| 13    | 痘瘡                                    | —      | —                      | —     | —     | —     | —       | 0.0    | —     | —     | —     | —        |
| 14    | 麻疹                                    | 0.0    | 0.2                    | 0.2   | 0.1   | 0.5   | 0.0     | 11.9   | 0.2   | 7.2   | 0.4   | 0.6      |
| 15    | 発疹チフスおよびその他のリケッチア病                    | —      | —                      | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.0     | 2.3    | 0.0   | —     | —     | —        |
| 16    | マラリア                                  | —      | 0.0                    | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.0     | 5.9    | 0.0   | —     | —     | —        |
| 17    | 伝染性および寄生性として分類されたその他の疾患               | 2.5    | 1.7                    | 1.7   | 4.0   | 4.7   | 3.0     | 34.6   | 2.6   | 6.1   | 4.3   | 1.8      |
| 18    | 悪性新生物                                 | 191.7  | 227.5                  | 224.7 | 203.6 | 128.6 | 157.2   | 50.9   | 113.0 | 52.2  | 109.8 | 141.3    |
| 19    | 良性および性質不詳の新生物                         | 6.9    | 2.9                    | 9.0   | 8.8   | 7.1   | 2.5     | 6.3    | 5.5   | 2.2   | 4.5   | 1.5      |
| 20    | 糖尿病                                   | 18.6   | 8.7                    | 17.9  | 17.0  | 7.1   | 17.7    | 6.4    | 6.2   | 3.0   | 3.9   | 11.4     |
| 21    | 貧血                                    | 2.0    | 3.3                    | 2.0   | 1.3   | 0.9   | 1.7     | 15.6   | 1.5   | 2.7   | 0.9   | 2.3      |
| 22    | 中枢神経系の血管損傷                            | 116.9  | 159.4                  | 179.3 | 132.2 | 32.8  | 102.2   | 33.3   | 173.1 | 68.8  | 87.4  | 103.6    |
| 23    | 骨膜炎(髄膜炎菌性および結核性を除く)                   | 0.8    | 0.8                    | 1.3   | 1.5   | 1.8   | 1.0     | 9.1    | 0.8   | 2.8   | 1.4   | 1.1      |
| 24    | リウマチ熱                                 | 0.1    | 0.0                    | 0.3   | 0.2   | 1.4   | 0.2     | 0.6    | 0.5   | 0.7   | 0.1   | 0.2      |
| 25    | 慢性リウマチ性心臓疾患                           | 4.0    | 11.8                   | 1.0   | 2.6   | 6.0   | 7.0     | 2.2    | 4.6   | 7.1   | 8.7   | 6.4      |
| 26    | 動脈硬化性および変性性心臓疾患                       | 319.9  | 307.6                  | 214.7 | 82.0  | 92.1  | 316.3   | 35.9   | 59.5  | 11.5  | 167.9 | 254.7    |
| 27    | その他の心臓疾患                              | 25.8   | 30.3                   | 21.7  | 117.4 | 42.4  | 15.8    | 33.4   | 11.6  | 18.4  | 13.1  | 31.5     |
| 28    | 高血圧性心臓疾患                              | 17.7   | 15.6                   | 14.8  | 5.2   | 5.5   | 25.3    | 6.7    | 10.9  | 5.4   | 7.0   | 11.7     |
| 29    | その他の高血圧性疾患                            | 3.5    | 7.6                    | 5.5   | 4.8   | 14.3  | 5.6     | 4.4    | 7.4   | 3.6   | 4.6   | 3.6      |
| 30    | インフルエンザ                               | 2.0    | 1.8                    | 4.1   | 19.0  | 3.4   | 0.7     | 7.7    | 0.4   | —     | 1.2   | 0.6      |
| 31    | 肺炎                                    | 51.2   | 66.4                   | 24.3  | 23.3  | 27.4  | 28.0    | 60.7   | 21.8  | 39.2  | 17.1  | 38.5     |
| 32    | 気管支炎                                  | 6.3    | 57.5                   | 17.3  | 4.7   | 5.4   | 3.2     | 48.5   | 5.2   | 20.4  | 4.6   | 25.4     |
| 33    | 胃および十二指腸の潰瘍                           | 8.9    | 8.0                    | 7.1   | 3.1   | 5.8   | 5.0     | 6.0    | 8.8   | 8.8   | 3.1   | 4.5      |
| 34    | 虫垂炎                                   | 0.9    | 0.9                    | 3.2   | 0.9   | 1.1   | 0.8     | 1.0    | 0.7   | 0.6   | 0.3   | 0.7      |
| 35    | 腸閉塞およびヘルニア                            | 8.0    | 6.1                    | 11.3  | 9.1   | 4.6   | 5.0     | 4.8    | 3.5   | 3.2   | 4.6   | 4.5      |
| 36    | 胃炎、十二指腸炎、腸炎および大腸炎                     | 4.1    | 5.3                    | 3.3   | 0.9   | 5.9   | 3.8     | 108.9  | 10.5  | 19.7  | 7.0   | 3.9      |
| 37    | 肝硬変                                   | 7.4    | 2.8                    | 22.0  | 34.2  | 7.1   | 14.1    | 4.5    | 10.5  | 12.5  | 5.4   | 2.7      |
| 38    | 腎炎およびネフローゼ                            | 6.5    | 5.5                    | 6.3   | 6.9   | 7.7   | 5.5     | 10.8   | 9.9   | 16.6  | 4.9   | 5.4      |
| 39    | 前立腺肥大症 <sup>1)</sup>                  | 31.3   | 27.5                   | —     | 31.1  | 18.7  | 14.5    | 22.4   | 7.2   | 4.0   | 23.1  | 26.6     |
| 40    | 妊婦、分娩および産褥の合併症 <sup>2)</sup>          | 0.4    | 0.7                    | 2.2   | 1.1   | 1.0   | 1.0     | 16.7   | 1.4   | 3.6   | 1.7   | 1.0      |
| 41    | 先天奇形                                  | 6.4    | 9.4                    | 9.2   | 7.7   | 9.2   | 8.8     | 8.6    | 5.3   | 3.2   | 14.9  | 11.6     |
| 42    | 出生時の損傷、分娩後窒息および肺不全拡張 <sup>3)</sup>    | 428.5  | 455.0                  | 539.9 | 318.4 | 626.5 | 549.7   | 709.9  | 3.4   | 113.8 | 532.5 | 459.4    |
| 43    | 新生児の感染 <sup>4)</sup>                  | 33.0   | 78.1                   | 61.9  | 39.6  | 325.5 | 92.8    | 876.7  | 2.0   | 286.4 | 167.7 | 65.4     |
| 44    | その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児 <sup>5)</sup> | 374.1  | 405.0                  | 956.0 | 611.1 | 746.8 | 729.7   | 1063.0 | 11.4  | 509.0 | 498.6 | 340.0    |
| 45    | 精神病の記載のない老衰ならびに診断不明確および不明の原因          | 9.5    | 8.5                    | 59.2  | 151.9 | 86.5  | 12.2    | 106.5  | 56.3  | 36.3  | 35.6  | 3.8      |
| 46    | その他のすべての疾患                            | 103.9  | 96.6                   | 129.9 | 138.0 | 147.6 | 86.7    | 89.9   | 51.6  | 53.0  | 68.5  | 80.4     |
| BE 47 | 自動車事故                                 | 14.7   | 14.8                   | 28.2  | 25.2  | 9.4   | 26.7    | 10.6   | 17.6  | 9.7   | 12.7  | 22.7     |
| BE 48 | その他の不慮の事故                             | 28.5   | 23.1                   | 31.9  | 44.2  | 35.1  | 30.4    | 33.2   | 24.4  | 32.4  | 23.0  | 30.1     |
| BE 49 | 自殺および自傷                               | 21.6   | 9.7                    | 19.7  | 15.0  | 10.2  | 10.8    | 6.5    | 14.2  | 13.7  | 6.3   | 10.1     |
| BE 50 | 他殺および戦争行為                             | 0.9    | 0.7                    | 1.2   | 0.8   | 1.0   | 6.8     | 21.5   | 1.4   | 1.2   | 1.3   | 1.4      |

注 1) 50歳以上男子10万人に対する率, 2) 女子10万人に対する率, 3) 出生10万人に対する率, 4) 1965年, 5) 1966年.

資料 UN, Demographic Yearbook, 1968.

表 4 各国の1人1日当り栄養摂取量

|          | 熱 量 (Cal)            |                     |                      | 蛋 白 質 (g)           |                    |                      | 脂 肪 (g)             |                    |                      |
|----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
|          | 1951~53              | 1960~62             | 1967/68              | 1951~53             | 1960~62            | 1967/68              | 1951~53             | 1960~62            | 1967/68              |
| ヨーロッパ州   |                      |                     |                      |                     |                    |                      |                     |                    |                      |
| スウェーデン   | 3,020                | 2,990               | 2,850                | 86.7                | 83.1               | 79.8                 | 127.6               | 135.3              | 128.7                |
| ノルウェー    | 3,100                | 2,930               | 2,950                | 90.1                | 81.3               | 81.2                 | 129.8               | 128.0              | 132.6                |
| フィンランド   | 3,070                | 3,110               | 2,890                | 96.4                | 94.2               | 87.2                 | 105.7               | 114.4              | 118.7                |
| デンマーク    | 3,300                | 3,370               | 3,150                | 92.1                | 93.3               | 88.7                 | 141.0               | 156.5              | 152.6                |
| スイス      | 3,110                | 3,220               | 3,170 <sup>10)</sup> | 93.5                | 90.3               | 88.0 <sup>10)</sup>  | 112.4               | 130.7              | 138.9 <sup>10)</sup> |
| イギリス     | 3,110                | 3,280               | 3,150                | 84.7                | 89.0               | 87.5                 | 127.3               | 143.4              | 140.0                |
| 西ドイツ     | 2,880                | 2,990               | 2,960                | 77.6                | 81.1               | 80.9                 | 109.3               | 131.5              | 136.2                |
| フランス     | 2,840                | 3,190               | 3,100 <sup>9)</sup>  | 92.8                | 103.0              | 100.7 <sup>9)</sup>  | 95.3                | 138.0              | 139.3 <sup>9)</sup>  |
| オランダ     | 2,900                | 3,030               | 3,080                | 80.5                | 80.5               | 84.6                 | 113.2               | 132.8              | 140.2                |
| イタリア     | 2,480                | 2,720               | 2,860 <sup>10)</sup> | 71.9                | 79.4               | 85.4 <sup>10)</sup>  | 60.1                | 78.7               | 87.4 <sup>10)</sup>  |
| スペイン     | 2,490 <sup>3)</sup>  | 2,820               | 2,790                | 69.8 <sup>3)</sup>  | 77.4               | 81.9                 | 72.2 <sup>3)</sup>  | 89.8               | 96.4                 |
| ポルトガル    | 2,390                | 2,550               | 2,770 <sup>11)</sup> | 68.9                | 72.6               | 83.0 <sup>11)</sup>  | 62.1                | 66.6               | 73.2 <sup>11)</sup>  |
| ポーランド    | ...                  | 3,350               | ...                  | ...                 | 92.9               | ...                  | ...                 | 101.2              | ...                  |
| ユーゴスラビア  | 2,690 <sup>3)</sup>  | 3,030               | 3,190 <sup>9)</sup>  | 83.2 <sup>3)</sup>  | 94.0               | 92.8 <sup>9)</sup>   | 57.9 <sup>3)</sup>  | 75.9               | 81.7 <sup>9)</sup>   |
| ハンガリー    | ...                  | 3,030               | 3,140 <sup>11)</sup> | ...                 | 91.7               | 96.4 <sup>11)</sup>  | ...                 | 99.3               | 107.5 <sup>11)</sup> |
| 北アメリカ州   |                      |                     |                      |                     |                    |                      |                     |                    |                      |
| カナダ      | 3,040                | 3,020               | 3,180 <sup>11)</sup> | 90.6                | 91.2               | 95.4 <sup>11)</sup>  | 134.1               | 136.6              | 147.4 <sup>11)</sup> |
| アメリカ合衆国  | 3,160                | 3,110               | 3,200 <sup>11)</sup> | 90.2                | 91.4               | 95.6 <sup>11)</sup>  | 138.9               | 145.9              | 151.8 <sup>11)</sup> |
| メキシコ     | ...                  | 2,610               | 2,550 <sup>9)</sup>  | ...                 | 71.9               | 65.7 <sup>9)</sup>   | ...                 | 71.7               | 61.0 <sup>9)</sup>   |
| 南アメリカ州   |                      |                     |                      |                     |                    |                      |                     |                    |                      |
| ペルー      | ...                  | 2,180               | 2,340 <sup>9)</sup>  | ...                 | 55.1               | 54.1 <sup>9)</sup>   | ...                 | 43.4               | 48.6 <sup>9)</sup>   |
| コロンビア    | ...                  | 2,370 <sup>8)</sup> | 2,200 <sup>9)</sup>  | ...                 | 53.3 <sup>8)</sup> | 48.9 <sup>9)</sup>   | ...                 | 52.7 <sup>9)</sup> | 54.7 <sup>9)</sup>   |
| アルゼンチン   | 2,970                | 2,810               | 2,920 <sup>9)</sup>  | 96.5                | 81.6               | 88.0 <sup>9)</sup>   | 109.6               | 109.1              | 115.6 <sup>9)</sup>  |
| チリ       | 2,450 <sup>11)</sup> | 2,430               | 2,830 <sup>9)</sup>  | 75.0 <sup>11)</sup> | 78.6               | 81.8 <sup>9)</sup>   | 53.3 <sup>11)</sup> | 54.1               | 60.5 <sup>9)</sup>   |
| アジア州     |                      |                     |                      |                     |                    |                      |                     |                    |                      |
| 日本       | 1,930                | 2,260               | 2,460 <sup>11)</sup> | 60.1                | 77.4               | 74.7 <sup>11)</sup>  | 21.3                | 36.9               | 46.4 <sup>11)</sup>  |
| インド      | 1,740                | 2,020               | 1,810 <sup>9)</sup>  | 46.5                | 49.6               | 45.4 <sup>8)</sup>   | 24.0                | 27.1               | 22.6 <sup>8)</sup>   |
| フィリピン    | 1,690 <sup>11)</sup> | 1,840               | 2,000 <sup>11)</sup> | 41.1 <sup>3)</sup>  | 44.3               | 50.5 <sup>11)</sup>  | 19.0 <sup>3)</sup>  | 28.1               | 32.2 <sup>11)</sup>  |
| 台湾       | 2,140                | 2,350               | 2,520 <sup>11)</sup> | 49.9                | 58.5               | 68.2 <sup>11)</sup>  | 35.3                | 40.1               | 58.7 <sup>11)</sup>  |
| パキスタン    | 2,000                | 2,090               | 2,230 <sup>10)</sup> | 46.4                | 47.7               | 51.5 <sup>10)</sup>  | 24.3                | 31.5               | 33.6 <sup>10)</sup>  |
| インドネシア   | ...                  | 1,980 <sup>7)</sup> | ...                  | ...                 | 38.2 <sup>7)</sup> | ...                  | ...                 | 31.2 <sup>7)</sup> | ...                  |
| イラン      | ...                  | 2,050 <sup>8)</sup> | 1,890 <sup>9)</sup>  | ...                 | 59.6 <sup>8)</sup> | 49.8 <sup>9)</sup>   | ...                 | 37.2 <sup>9)</sup> | 34.1 <sup>9)</sup>   |
| イラク      | ...                  | 2,100               | ...                  | ...                 | 60.7               | ...                  | ...                 | 32.7               | ...                  |
| イスラエル    | 2,760                | 2,810               | 2,920                | 84.9                | 84.5               | 89.2 <sup>10)</sup>  | 70.5                | 90.7               | 99.6 <sup>10)</sup>  |
| アフリカ州    |                      |                     |                      |                     |                    |                      |                     |                    |                      |
| アラブ連合    | 2,340                | 2,700               | 2,810 <sup>8)</sup>  | 67.7                | 78.7               | 80.8 <sup>8)</sup>   | 35.9                | 43.8               | 47.6 <sup>8)</sup>   |
| 南ア連邦     | 2,680                | 2,820 <sup>9)</sup> | ...                  | 73.8                | 80.2 <sup>9)</sup> | ...                  | 63.5                | 68.0 <sup>9)</sup> | ...                  |
| 大洋州      |                      |                     |                      |                     |                    |                      |                     |                    |                      |
| オーストラリア  | 3,170                | 3,140               | 3,120 <sup>10)</sup> | 92.3                | 89.8               | 90.5 <sup>10)</sup>  | 124.8               | 132.6              | 128.6 <sup>10)</sup> |
| ニュージーランド | 3,350                | 3,490               | 3,290 <sup>11)</sup> | 102.4               | 109.4              | 107.3 <sup>11)</sup> | 149.2               | 157.2              | 148.0 <sup>11)</sup> |

注 1) 1951/52, 2) 1952/53, 3) 1953, 4) 1960, 5) 1960/61, 6) 1961/62, 7) 1961~63, 8) 1965/66, 9) 1966, 10) 1966/67, 11) 1967.  
資料 FAO, Production Yearbook, 1968.

表 5 各国の1人1日当り食糧純供給高

(単位 g)

|          | 年次      | 穀類<br>(粉に換算) | 馬鈴薯等 | 砂糖類 | 豆類および堅果 | 野菜  | 果実  | 肉   | 卵  | 魚  | 牛乳  | 油脂 |
|----------|---------|--------------|------|-----|---------|-----|-----|-----|----|----|-----|----|
| ヨーロッパ州   |         |              |      |     |         |     |     |     |    |    |     |    |
| スウェーデン   | 1967/68 | 172          | 250  | 114 | 11      | 114 | 246 | 145 | 32 | 56 | 706 | 57 |
| ノルウェー    | "       | 197          | 260  | 120 | 11      | 97  | 190 | 115 | 28 | 54 | 693 | 64 |
| フィンランド   | "       | 227          | 248  | 108 | 7       | 50  | 127 | 106 | 23 | 30 | 934 | 53 |
| デンマーク    | "       | 193          | 260  | 130 | 6       | 112 | 179 | 169 | 32 | 58 | 700 | 76 |
| スイス      | 1966/67 | 230          | 163  | 125 | 30      | 228 | 389 | 183 | 29 | 11 | 661 | 59 |
| イギリス     | 1967/68 | 200          | 283  | 135 | 16      | 173 | 139 | 204 | 44 | 26 | 600 | 60 |
| 西ドイツ     | "       | 192          | 303  | 97  | 12      | 172 | 308 | 193 | 40 | 16 | 558 | 73 |
| フランス     | 1966    | 235          | 277  | 91  | 15      | 350 | 196 | 221 | 31 | 23 | 607 | 65 |
| オランダ     | 1967/68 | 189          | 247  | 135 | 16      | 218 | 257 | 157 | 31 | 16 | 694 | 74 |
| イタリア     | 1966/67 | 360          | 120  | 72  | 26      | 430 | 321 | 106 | 26 | 16 | 418 | 48 |
| スペイン     | 1967/68 | 261          | 285  | 68  | 33      | 361 | 296 | 98  | 31 | 39 | 322 | 54 |
| ポルトガル    | 1967    | 357          | 312  | 54  | 44      | 476 | 181 | 74  | 11 | 59 | 152 | 46 |
| ポーランド    | 1960~62 | 409          | 548  | 81  | 5       | 254 | 60  | 126 | 21 | 10 | 517 | 37 |
| ユーゴスラビア  | 1966    | 523          | 177  | 67  | 27      | 155 | 181 | 78  | 12 | 2  | 296 | 38 |
| ハンガリー    | 1967    | 368          | 232  | 88  | 12      | 223 | 193 | 141 | 31 | 3  | 288 | 64 |
| 北アメリカ州   |         |              |      |     |         |     |     |     |    |    |     |    |
| カナダ      | 1967    | 186          | 210  | 134 | 12      | 228 | 227 | 250 | 40 | 17 | 638 | 57 |
| アメリカ合衆国  | "       | 177          | 133  | 133 | 23      | 269 | 239 | 295 | 51 | 17 | 665 | 61 |
| メキシコ     | 1966    | 356          | 24   | 109 | 67      | 25  | 187 | 53  | 11 | 9  | 156 | 26 |
| 南アメリカ州   |         |              |      |     |         |     |     |     |    |    |     |    |
| ペルー      | 1966    | 268          | 458  | 84  | 23      | 83  | 117 | 67  | 4  | 20 | 162 | 26 |
| コロンビア    | "       | 176          | 191  | 131 | 20      | 133 | 374 | 82  | 5  | 4  | 280 | 20 |
| アルゼンチン   | "       | 268          | 202  | 90  | 6       | 124 | 229 | 309 | 21 | 8  | 338 | 41 |
| チリ       | "       | 433          | 167  | 90  | 31      | 212 | 120 | 93  | 5  | 11 | 274 | 23 |
| アジア州     |         |              |      |     |         |     |     |     |    |    |     |    |
| 日本       | 1967    | 380          | 188  | 57  | 45      | 362 | 121 | 37  | 31 | 84 | 118 | 23 |
| インド      | 1965/66 | 346          | 39   | 50  | 41      | ... | 44  | 4   | 1  | 3  | 110 | 9  |
| フィリピン    | 1967    | 342          | 98   | 46  | 23      | 76  | 123 | 48  | 6  | 45 | 40  | 9  |
| 台湾       | "       | 432          | 144  | 24  | 44      | 152 | 93  | 82  | 7  | 39 | 11  | 18 |
| パキスタン    | 1966/67 | 429          | 38   | 51  | 19      | 43  | 128 | 11  | 1  | 5  | 208 | 17 |
| インドネシア   | 1961~63 | 350          | 329  | 19  | 22      | ... | 41  | 14  | 3  | 13 | 2   | 13 |
| イラン      | 1966    | 323          | 9    | 71  | 12      | 95  | 169 | 41  | 3  | —  | 142 | 16 |
| イラク      | 1960~62 | 355          | 15   | 81  | 15      | 156 | 196 | 55  | 3  | 2  | 207 | 10 |
| イスラエル    | 1966/67 | 286          | 98   | 111 | 29      | 316 | 431 | 144 | 60 | 17 | 374 | 50 |
| アフリカ州    |         |              |      |     |         |     |     |     |    |    |     |    |
| アラブ連合    | 1965/66 | 551          | 38   | 49  | 35      | 292 | 230 | 36  | 4  | 9  | 122 | 19 |
| 南ア連邦     | 1960/61 | 456          | 39   | 112 | 11      | 99  | 108 | 122 | 9  | 24 | 226 | 15 |
| 大洋州      |         |              |      |     |         |     |     |     |    |    |     |    |
| オーストラリア  | 1966/67 | 219          | 139  | 144 | 14      | 196 | 231 | 283 | 34 | 18 | 618 | 39 |
| ニュージーランド | 1967    | 221          | 153  | 113 | 10      | 247 | 192 | 302 | 49 | 19 | 762 | 50 |

資料 FAO, Production Yearbook, 1968.

表 6 各国の医療従事者数(1966年)

|                        | 実 数     |        |         |         |         | 率 (人口1万対) |      |     |      |
|------------------------|---------|--------|---------|---------|---------|-----------|------|-----|------|
|                        | 医 師     | 歯科医師   | 薬剤師     | 助産婦     | 看護婦     | 医 師       | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護婦  |
| ヨーロッパ州                 |         |        |         |         |         |           |      |     |      |
| スウェーデン                 | 8,840   | 5,880  | 2,640   | 670     | 24,900  | 11.3      | 7.5  | 3.4 | 31.9 |
| ノルウェー                  | 4,847   | 2,900  | 1,287   | 829     | 11,181  | 12.9      | 7.7  | 3.4 | 29.8 |
| フィンランド                 | 3,797   | 2,281  | 4,000   | 1,696   | 18,458  | 8.2       | 4.9  | 8.6 | 39.8 |
| デンマーク                  | 6,550   | 3,040  | 1,750   | 610     | 20,000  | 13.7      | 6.3  | 3.6 | 41.7 |
| スイス                    | 8,857   | 2,363  | 1,515   | 1,750   | 16,798  | 14.8      | 3.9  | 2.5 | 28.0 |
| イギリス                   | 55,000  | 12,300 | 15,000  | 17,800  | 103,400 | 11.4      | 2.6  | 3.1 | 21.5 |
| 西ドイツ                   | 94,593  | 31,360 | 20,232  | 7,948   | 135,501 | 15.9      | 5.3  | 3.4 | 22.7 |
| フランス                   | 58,000  | 19,000 | 22,100  | 8,300   | 128,400 | 11.7      | 3.8  | 4.5 | 26.0 |
| オランダ                   | 14,550  | 3,034  | 1,158   | 785     | ...     | 11.7      | 2.4  | 0.9 | ...  |
| イタリア                   | 90,020  | ...    | 34,707  | 20,092  | ...     | 17.3      | ...  | 6.7 | ...  |
| スペイン                   | 40,840  | 3,126  | 13,805  | 4,546   | ...     | 12.8      | 1.0  | 4.3 | ...  |
| ポルトガル                  | 7,619   | 80     | 2,403   | 948     | 7,497   | 8.2       | 0.1  | 2.6 | 8.0  |
| ポーランド                  | 41,331  | 11,898 | 10,601  | 10,889  | 78,842  | 13.0      | 3.8  | 3.3 | 24.9 |
| ユーゴスラビア                | 16,976  | 3,797  | 3,398   | 4,446   | 23,070  | 8.6       | 1.9  | 1.7 | 11.7 |
| チェコスロバキア               | 27,096  | 5,189  | 5,290   | ...     | 63,028  | 19.0      | 3.6  | 3.7 | 44.3 |
| 北アメリカ州                 |         |        |         |         |         |           |      |     |      |
| カナダ                    | 23,990  | 6,532  | 9,000   | ...     | 114,583 | 12.0      | 3.3  | 4.5 | 74.5 |
| 米国                     | 297,000 | 95,400 | 120,000 | ...     | 941,000 | 15.1      | 4.8  | 6.1 | 47.8 |
| メキシコ                   | 25,033  | 3,463  | ...     | ...     | ...     | 5.7       | 0.8  | ... | ...  |
| 南アメリカ州                 |         |        |         |         |         |           |      |     |      |
| ベネズエラ                  | 7,497   | 1,779  | 2,190   | 1,039   | 16,916  | 8.3       | 2.0  | 2.4 | 18.7 |
| コロンビア                  | 8,100   | ...    | ...     | ...     | ...     | 4.4       | ...  | ... | ...  |
| アルゼンチン <sup>1)</sup>   | 31,831  | 11,584 | ...     | 7,092   | 28,114  | 14.9      | 5.4  | ... | 13.2 |
| チリ                     | 4,110   | 823    | ...     | ...     | 1,221   | 4.7       | 0.9  | ... | 1.4  |
| アジア州                   |         |        |         |         |         |           |      |     |      |
| 日本                     | 108,290 | 34,864 | 70,810  | 43,710  | 279,405 | 11.0      | 3.5  | 7.2 | 28.3 |
| インド                    | 103,184 | 5,673  | 74,567  | 62,537  | 57,621  | 2.1       | 0.1  | 1.5 | 1.2  |
| フィリピン                  | 23,789  | 11,255 | 19,866  | 13,663  | 26,723  | 7.1       | 3.4  | 5.9 | 8.0  |
| 台湾                     | 5,498   | 791    | 1,364   | 2,350   | 2,055   | 4.3       | 0.6  | 1.1 | 1.6  |
| インドネシア                 | 3,644   | 682    | 763     | 6,341   | 11,253  | 0.3       | 0.1  | 0.1 | 1.0  |
| イラン                    | 6,889   | 1,440  | 2,702   | 1,866   | 5,972   | 2.7       | 0.6  | 1.1 | 2.4  |
| イラク                    | 2,081   | 202    | 206     | 96      | 1,235   | 2.5       | 0.2  | 0.2 | 1.5  |
| イスラエル                  | 6,339   | 1,790  | 1,527   | 460     | 8,877   | 24.1      | 4.6  | 5.8 | 33.8 |
| アフリカ州                  |         |        |         |         |         |           |      |     |      |
| アラブ連合                  | 13,640  | 1,401  | 4,133   | 8,446   | 6,496   | 4.5       | 0.5  | 1.4 | 2.2  |
| 大洋州                    |         |        |         |         |         |           |      |     |      |
| オーストラリア                | 13,697  | 3,467  | 8,374   | ...     | 77,237  | 11.9      | 3.0  | 7.3 | 66.9 |
| ニュージーランド <sup>2)</sup> | 3,200   | 825    | 1,990   | ...     | 4,622   | 12.1      | 3.1  | 7.5 | 17.5 |
| ソ連                     | 503,220 | 74,456 | 131,442 | 260,531 | 836,422 | 21.6      | 3.2  | 5.6 | 35.9 |

注 1) 1962年, 2) 1965年.

資料 UN, World Health Statistics Annual, 1966.

表7 各国の病院、病床数(1966年)

|                      | 総 数    |           | (再掲)<br>一 般 病 院 |         | (再掲)<br>結 核 療 養 所 |        | (再掲)<br>精 神 病 院 |         | 人 口<br>10,000<br>人 当 り<br>病床数 |
|----------------------|--------|-----------|-----------------|---------|-------------------|--------|-----------------|---------|-------------------------------|
|                      | 病院数    | 病 床 数     | 病院数             | 病 床 数   | 病院数               | 病 床 数  | 病院数             | 病 床 数   |                               |
| ヨーロッパ州               |        |           |                 |         |                   |        |                 |         |                               |
| スウェーデン               | 722    | 112,049   | 95              | 48,279  | 17                | 3,067  | 35              | 27,407  | 143.5                         |
| ノルウェー                | 352    | 34,437    | 101             | 18,691  | 16                | 921    | 20              | 8,061   | 91.8                          |
| フィンランド               | ...    | 53,105    | 64              | 16,716  | 20                | 5,608  | 68              | 19,382  | 114.5                         |
| デンマーク                | 165    | 43,357    | 129             | 28,187  | 5                 | 305    | 17              | 10,702  | 90.4                          |
| スイス <sup>2)</sup>    | 427    | 71,742    | 226             | 38,178  | 42                | 4,965  | 55              | 18,508  | 120.7                         |
| イギリス                 | 2,545  | 468,285   | 1,086           | 193,870 | 91                | 10,151 | 147             | 133,851 | 97.4                          |
| 西ドイツ                 | 3,635  | 640,372   | 1,810           | 370,565 | 216               | 33,388 | 172             | 107,102 | 107.3                         |
| フランス <sup>2)</sup>   | 1,097  | 392,676   | 528             | 222,446 | 108               | 19,507 | 98              | 109,802 | 80.3                          |
| オランダ <sup>1)</sup>   | 330    | 91,136    | 215             | 56,100  | 31                | 2,631  | 39              | 26,848  | 75.2                          |
| イタリア                 | 2,484  | 515,607   | ...             | ...     | ...               | ...    | ...             | ...     | 99.2                          |
| スペイン                 | 648    | 99,055    | 248             | 38,423  | 58                | 15,237 | 124             | 39,329  | 31.1                          |
| ポルトガル                | 623    | 54,816    | 488             | 32,408  | 51                | 8,465  | 26              | 9,521   | 58.7                          |
| ポーランド                | 1,695  | 239,276   | ...             | ...     | ...               | ...    | ...             | ...     | 75.5                          |
| ユーゴスラビア              | 729    | 119,247   | 146             | 67,140  | 43                | 12,639 | 17              | 10,083  | 60.4                          |
| チェコスロバキア             | 376    | 142,078   | 253             | 109,010 | 42                | 10,054 | 32              | 16,698  | 99.8                          |
| 北アメリカ州               |        |           |                 |         |                   |        |                 |         |                               |
| カナダ                  | 1,449  | 211,601   | 1,037           | 114,606 | 41                | 5,069  | 107             | 67,804  | 105.5                         |
| 米国                   | 7,160  | 1,678,658 | 6,086           | 891,819 | 159               | 31,317 | 425             | 560,514 | 85.2                          |
| メキシコ                 | 3,055  | 86,151    | ...             | ...     | ...               | ...    | ...             | ...     | 19.5                          |
| 南アメリカ州               |        |           |                 |         |                   |        |                 |         |                               |
| ベネズエラ                | 307    | 28,678    | 217             | 16,141  | 16                | 2,983  | 16              | 4,317   | 31.8                          |
| コロンビア                | 647    | 46,001    | 562             | 33,971  | 22                | 2,647  | 22              | 6,800   | 24.7                          |
| アルゼンチン <sup>2)</sup> | 3,368  | 141,888   | 426             | 65,996  | 30                | 6,652  | 57              | 25,000  | 63.5                          |
| チリ                   | 263    | 34,314    | 123             | 23,541  | 8                 | 2,662  | 2               | 3,661   | 39.1                          |
| アジア州                 |        |           |                 |         |                   |        |                 |         |                               |
| 日本                   | 35,521 | 1,130,671 | 6,201           | 713,173 | 283               | 45,924 | 769             | 142,938 | 114.4                         |
| インド <sup>2)</sup>    | 13,166 | 291,184   | ...             | ...     | ...               | ...    | ...             | ...     | 6.0                           |
| フィリピン                | 595    | 45,996    | ...             | ...     | 3                 | 1,402  | 1               | 7,500   | 13.7                          |
| 台湾                   | 210    | 12,395    | 161             | 8,697   | 6                 | 407    | 6               | 900     | 9.7                           |
| インドネシア <sup>2)</sup> | 912    | 72,186    | 445             | 51,777  | 19                | 1,778  | 25              | 7,482   | 6.9                           |
| イラン                  | 398    | 28,275    | 334             | 20,230  | 9                 | 3,516  | 10              | 1,964   | 11.2                          |
| イラク                  | 153    | 15,904    | 104             | 8,506   | 11                | 3,094  | 2               | 1,857   | 19.0                          |
| イスラエル                | 142    | 19,626    | 34              | 8,505   | 1                 | 434    | 42              | 6,280   | 74.7                          |
| アフリカ州                |        |           |                 |         |                   |        |                 |         |                               |
| アラブ連合                | 1,075  | 53,999    | 172             | 22,335  | 54                | 9,466  | 6               | 4,185   | 17.9                          |
| 大洋州                  |        |           |                 |         |                   |        |                 |         |                               |
| オーストラリア              | 2,140  | 140,812   | ...             | ...     | ...               | ...    | 59              | 31,301  | 122.0                         |
| ニュージーランド             | 346    | 27,566    | 210             | 17,008  | ...               | ...    | 11              | 8,221   | 103.0                         |
| ソ連                   | 26,440 | 2,321,000 | ...             | ...     | ...               | ...    | ...             | ...     | 99.6                          |

注 1) 1964年, 2) 1965年.

資料 UN, World Health Statistics Annual, 1966.

## 国内資料

表 8 人口動態指標の推移

|                     | 昭和10年     |       | 22        |       | 30        |       | 40        |       | 44        |       | 45        |       |
|---------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|                     | 実数        | 率     | 実数        | 率     | 実数        | 率     | 実数        | 率     | 実数        | 率     | 実数        | 率     |
| 人口動態                |           |       |           |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 出生                  | 2,190,704 | 31.6  | 2,678,792 | 34.3  | 1,730,692 | 19.4  | 1,823,697 | 18.6  | 1,889,815 | 18.5  | 1,932,849 | 18.7  |
| 死亡                  | 1,161,936 | 16.8  | 1,138,238 | 14.6  | 693,523   | 7.8   | 700,438   | 7.1   | 693,787   | 6.8   | 712,703   | 6.9   |
| 乳児死亡                | 233,706   | 106.7 | 250,360   | 76.7  | 68,801    | 39.8  | 33,742    | 18.5  | 26,874    | 14.2  | 25,408    | 13.1  |
| 主要死因                |           |       |           |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 全結核                 | 132,151   | 190.8 | 146,241   | 187.2 | 46,735    | 52.3  | 22,366    | 22.8  | 16,392    | 16.1  | 15,873    | 15.4  |
| 悪性新生物               | 50,080    | 72.3  | 53,886    | 69.0  | 77,721    | 87.1  | 106,536   | 108.4 | 118,559   | 116.2 | 119,881   | 116.1 |
| 中枢神経系の血管<br>損傷      | 114,554   | 165.4 | 101,095   | 129.4 | 121,504   | 136.1 | 172,773   | 175.8 |           |       |           |       |
| 心臓の疾病               | 39,902    | 57.6  | 48,575    | 62.2  | 54,351    | 60.9  | 75,672    | 77.0  | 83,357    | 81.7  | 89,039    | 86.3  |
| 肺炎(新生児肺炎を<br>含む)    | 105,078   | 151.7 | 101,601   | 130.1 | 34,309    | 38.4  | 29,868    | 30.4  | 25,408    | 24.9  | 27,824    | 27.0  |
| 気管支炎                | 24,240    | 35.0  | 34,923    | 44.7  | 8,845     | 9.9   | 6,795     | 6.9   | 4,164     | 4.1   | 4,306     | 4.2   |
| 胃炎,十二指腸炎,<br>腸炎,大腸炎 | 119,931   | 173.2 | 106,838   | 136.8 | 28,289    | 31.7  | 12,705    | 12.9  | 9,589     | 9.4   | 8,580     | 8.3   |
| 腎炎およびネフロ<br>ーゼ      | 56,026    | 80.9  | 45,017    | 57.6  | 19,122    | 21.4  | 11,515    | 11.7  | 10,054    | 9.9   | 9,161     | 8.9   |
| 老衰                  | 78,972    | 114.0 | 78,342    | 100.3 | 59,932    | 67.1  | 49,092    | 50.0  | 37,817    | 37.1  | 39,250    | 38.0  |
| 不慮の事故               | 29,023    | 41.9  | 38,533    | 49.3  | 33,265    | 37.3  | 40,188    | 40.9  | 43,011    | 42.2  | 43,209    | 41.9  |
| 自殺                  | 14,172    | 20.5  | 12,262    | 15.7  | 22,477    | 25.2  | 14,444    | 14.7  | 14,844    | 14.5  | 15,665    | 15.2  |
| 平均寿命                |           |       |           |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 男                   | 46.92     |       | 50.06     |       | 63.60     |       | 67.73     |       | 69.18     |       | —         |       |
| 女                   | 49.63     |       | 53.96     |       | 67.75     |       | 72.95     |       | 74.67     |       | —         |       |

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

表 9 栄養摂取量の推移(全国・1人1日当り)

|       |                     | 25年     | 30    | 35    | 38    | 39<br>(11月) | 40<br>(5月) | 41<br>(11月) | 42<br>(5月) | 43<br>(11月) |
|-------|---------------------|---------|-------|-------|-------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| 成人換算率 | 熱量                  | 0.829   | 0.861 | 0.886 | 0.887 | 0.877       | 0.885      | 0.891       | 0.899      | 0.902       |
|       | 蛋白質                 | 0.853   | 0.902 | 0.922 | 0.932 | 0.932       | 0.934      | 0.936       | 0.932      | 0.929       |
| 熱量    | (Cal)               | 2,098   | 2,104 | 2,096 | 2,083 | 2,223       | 2,184      | 2,476.3     | 2,254      | 2,224       |
|       | 総量                  | 68      | 69.7  | 69.7  | 70.6  | 74.4        | 71.3       | 80.0        | 76.6       | 76.9        |
| 蛋白質g  | 動物性                 | 17      | 22.3  | 24.7  | 27.7  | 28.7        | 28.5       | 31.3        | 31.7       | 32.4        |
|       | 植物性                 | 51      | 47.4  | 45.0  | 42.9  | 45.6        | 42.8       | 48.7        | 44.9       | 44.5        |
| 脂     | 肪(g)                | 18      | 20.3  | 24.7  | 29.2  | 34.3        | 36.0       | 39.7        | 42.4       | 44.6        |
|       | 炭水化物(g)             | 418     | 411   | 398.8 | 381.5 | 397.6       | 384.2      | 380.0       | 382.0      | 375         |
| 無機質   | カルシウム(mg)           | 0.27(g) | 338   | 389   | 409   | 476         | 465        | 499         | 529        | 529         |
|       | 磷(mg)               | 1.82    | 1.37  | 1.33  | 1.323 | —           | —          | —           | —          | —           |
|       | 鉄(mg)               | 46      | 14    | 13    | 13    | —           | —          | —           | —          | —           |
| ビタミン  | A(I.U.)             | 2,459   | 1,084 | 1,180 | 1,452 | 1,496       | 1,324      | 1,600       | 1,407      | 1,421       |
|       | B <sub>1</sub> (mg) | 1.52    | 1.16  | 1.05  | 1.03  | 1.05        | 0.97       | 1.20        | 1.08       | 1.10        |
|       | B <sub>2</sub> (mg) | 0.72    | 0.67  | 0.72  | 0.79  | 0.82        | 0.83       | 1.01        | 0.92       | 0.96        |
|       | C(mg)               | 107     | 76    | 75    | 79    | 114         | 78         | 118         | 96         | 96          |

注 栄養量はすべて調理による損耗を考慮していない。  
資料 厚生省『国民栄養の現状 昭和42年度版』。

表 10 世帯業態別にみた栄養摂取量(全国・1人1日当り・昭和43年)

| 全国、世帯業態区分<br>栄養素区分 |                   | 全 国    | 農 家 世 帯    |        |                    |              | 非 農 家 世 帯   |              |             |             | その他の<br>消費者世帯 |
|--------------------|-------------------|--------|------------|--------|--------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|
|                    |                   |        | 農家世帯<br>平均 | 専業世帯   | 常用勤労<br>者のいる<br>世帯 | その他の<br>兼業世帯 | 非農家世<br>帯平均 | 自 営 業<br>世 帯 | 常用勤労<br>者世帯 | 日雇労働<br>者世帯 |               |
| 成人換算率              | 熱量                | 0.902  | 0.996      | 1.026  | 0.969              | 0.964        | 0.861       | 0.877        | 0.851       | 0.933       | 0.823         |
|                    | 蛋白質               | 0.929  | 0.936      | 0.935  | 0.940              | 0.931        | 0.925       | 0.935        | 0.922       | 0.933       | 0.903         |
| 熱量                 | Cal               | 2,224  | 2,268      | 2,326  | 2,214              | 2,212        | 2,207       | 2,193        | 2,223       | 2,149       | 2,138         |
| 蛋白質 g              | 総 量               | 76.9   | 76.1       | 77.8   | 74.6               | 74.3         | 77.2        | 77.4         | 77.5        | 73.3        | 74.8          |
|                    | 動物性               | 32.4   | 28.4       | 28.4   | 28.5               | 28.4         | 34.1        | 33.7         | 34.7        | 28.6        | 31.3          |
|                    | 植物性               | 44.5   | 47.7       | 49.4   | 46.1               | 45.9         | 43.1        | 43.7         | 42.8        | 44.7        | 43.5          |
| 脂 肪 g              |                   | 44.6   | 38.7       | 39.0   | 38.8               | 37.0         | 47.1        | 44.7         | 49.4        | 36.6        | 41.3          |
| 炭 水 化 物 g          |                   | 375    | 399        | 411    | 387                | 392          | 365         | 366          | 365         | 377         | 360           |
| カルシウム mg           |                   | 529    | 530        | 543    | 518                | 511          | 529         | 519          | 539         | 486         | 511           |
| ビ タ ミ ン            | A I.U.            | 1,421  | 1,315      | 1,384  | 1,270              | 1,191        | 1,467       | 1,414        | 1,516       | 1,172       | 1,376         |
|                    | B <sub>1</sub> mg | 1.10   | 1.01       | 1.05   | 0.96               | 0.99         | 1.17        | 1.13         | 1.22        | 0.94        | 0.97          |
|                    | B <sub>2</sub> mg | 0.96   | 0.91       | 0.95   | 0.88               | 0.87         | 0.98        | 0.95         | 1.01        | 0.86        | 0.92          |
|                    | C mg              | 96     | 83         | 86     | 82                 | 79           | 102         | 100          | 104         | 79          | 95            |
| 価 格                | 1人1日当り 円          | 293.16 | 251.49     | 246.63 | 257.22             | 252.36       | 311.31      | 305.69       | 319.66      | 252.67      | 279.73        |
|                    | 1カロリー当り 銭         | 13.01  | 10.96      | 10.49  | 11.48              | 11.27        | 13.93       | 13.75        | 14.20       | 11.61       | 13.02         |

資料 厚生省『国民栄養の現状 昭和43年度版』

表 11 国 民 総 医 療 費 の 推 移

|                         | 推 計 額 (億円) |       |        |        | 構 成 割 合 (%) |       |       |       |
|-------------------------|------------|-------|--------|--------|-------------|-------|-------|-------|
|                         | 昭和30年度     | 35    | 40     | 44     | 昭和30年度      | 35    | 40    | 44    |
| 総 医 療 費                 | 2,715      | 4,426 | 11,737 | 21,519 | 100.0       | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 買薬・あんま等を除いた医療費          | 2,388      | 4,095 | 11,224 | 20,780 | 88.0        | 92.5  | 95.6  | 96.6  |
| 公 費 負 担 分               | 279        | 451   | 1,471  | 2,321  | 10.3        | 10.2  | 12.5  | 10.8  |
| 生 活 保 護 法               | 244        | 364   | 750    | 1,360  | 9.0         | 8.2   | 6.4   | 6.3   |
| 結 核 予 防 法               | 31         | 48    | 432    | 488    | 1.1         | 1.1   | 3.7   | 2.3   |
| 精 神 衛 生 法               | ...        | 21    | 222    | 359    | ...         | 0.5   | 1.9   | 1.7   |
| そ の 他                   | 5          | 18    | 68     | 115    | 0.2         | 0.4   | 0.6   | 0.5   |
| 保 険 者 等 負 担 分           | 1,185      | 2,415 | 7,442  | 14,307 | 43.7        | 54.6  | 63.4  | 66.5  |
| 医 療 保 険                 | 1,140      | 2,319 | 7,193  | 13,802 | 42.0        | 52.4  | 61.3  | 64.1  |
| 政府管掌健康保険                | 386        | 758   | 2,443  | 4,423  | 14.2        | 17.1  | 20.8  | 20.6  |
| 組合管掌健康保険                | 290        | 523   | 1,509  | 2,832  | 10.7        | 11.8  | 12.9  | 13.2  |
| 船 員 保 険                 | 15         | 25    | 72     | 113    | 0.5         | 0.6   | 0.6   | 0.5   |
| 日雇労働者健康保険               | 25         | 68    | 194    | 419    | 0.9         | 1.5   | 1.7   | 1.9   |
| 国家公務員共済組合               | 206        | 219   | 230    | 359    | 7.6         | 4.9   | 2.0   | 1.7   |
| 公共企業体職員等共済組合            | 75         | 174   | 266    | ...    | 1.7         | 1.5   | 1.2   | ...   |
| 市町村職員共済組合               | 27         | 44    | ...    | ...    | 1.0         | 1.0   | ...   | ...   |
| 地方公務員共済組合               | ...        | ...   | 526    | 866    | ...         | ...   | 4.5   | 4.0   |
| 私立学校教職員共済組合             | 5          | 8     | 30     | 60     | 0.2         | 0.2   | 0.3   | 0.3   |
| 国 民 健 康 保 険             | 188        | 598   | 2,015  | 4,464  | 6.9         | 13.5  | 17.2  | 20.7  |
| (再掲)被用者保険               | 952        | 1,721 | 5,178  | 9,338  | 35.1        | 38.9  | 44.1  | 43.4  |
| 被 保 険 者                 | 697        | 1,224 | 3,855  | 6,834  | 25.7        | 27.7  | 32.8  | 31.8  |
| 被 扶 養 者                 | 255        | 497   | 1,323  | 2,503  | 9.4         | 11.2  | 11.3  | 11.6  |
| そ の 他                   | 45         | 96    | 248    | 505    | 1.7         | 2.2   | 2.1   | 2.3   |
| 労働者災害補償保険               | 43         | 87    | 230    | 449    | 1.6         | 2.0   | 2.0   | 2.1   |
| そ の 他                   | 2          | 9     | 18     | 56     | 0.1         | 0.2   | 0.2   | 0.3   |
| 患 者 負 担 分               | 1,251      | 1,559 | 2,824  | 4,891  | 46.1        | 35.2  | 24.1  | 22.7  |
| 医 師 ・ 歯 科 医 師           | 923        | 1,229 | 2,312  | 4,152  | 34.0        | 27.8  | 19.7  | 19.3  |
| 全 額 自 費                 | 495        | 214   | 189    | 529    | 18.2        | 4.8   | 1.6   | 2.5   |
| 公費または保険の一部負担            | 428        | 1,015 | 2,123  | 3,624  | 15.8        | 22.9  | 18.1  | 16.8  |
| 買 薬                     | 250        | 243   | 407    | 453    | 9.2         | 5.5   | 3.5   | 2.1   |
| あ ん ま 等                 | 77         | 87    | 106    | 285    | 2.8         | 2.0   | 0.9   | 1.3   |
| (参考) 物 品 ・ 付 添 ・ 交 通 費  | 185        | ...   | 375    | ...    | 6.8         | —     | 3.2   | —     |
| 国民 1 人 当り 総 医 療 費 (円)   | 3,041      | 4,738 | 11,943 | 20,963 | ...         | ...   | ...   | ...   |
| 総 医 療 費 対 国 民 所 得 比 (%) | 3.7        | 3.3   | 4.5    | 4.4    | ...         | ...   | ...   | ...   |

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

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

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

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

資料 厚生省統計調査部調べ。

表 12 世帯業態別にみた傷病世帯数・傷病人員(全国推計値・率・昭和44年)

|                            | 全国推計費     |        | 千世帯<br>当り傷<br>病世帯<br>数 | 千人当<br>り傷病<br>人員 | 傷病世<br>帯1世<br>帯当り<br>傷病人<br>員 | 有病率<br>(千人<br>当り傷<br>病件数) | り患率<br>(千人<br>当り傷<br>病件数) | 1人当<br>り期間<br>中傷病<br>日数 | り患1<br>件当り<br>日数 |
|----------------------------|-----------|--------|------------------------|------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|
|                            | 傷病世<br>帯数 | 傷病人員   |                        |                  |                               |                           |                           |                         |                  |
| 総数                         | 8,332     | 12,362 | 2.61                   | 6.24             | 2.39                          | 79.4                      | 93.2                      | 1,477                   | 15.8             |
| 耕地面積0.3ヘクタール以上の世帯          | 1,567     | 2,347  | 2.26                   | 7.74             | 3.42                          | 70.0                      | 66.0                      | 1,243                   | 18.8             |
| 専業世帯                       | 645       | 954    | 2.44                   | 7.96             | 3.26                          | 71.9                      | 59.5                      | 1,248                   | 21.0             |
| 常用勤労者のいる兼業世帯               | 756       | 1,135  | 2.10                   | 9.04             | 4.30                          | 66.9                      | 71.6                      | 1,227                   | 17.1             |
| その他の兼業世帯                   | 166       | 258    | 2.29                   | 7.57             | 3.31                          | 75.7                      | 66.5                      | 1,289                   | 19.4             |
| 耕地面積0.3ヘクタール未満の世帯          | 6,765     | 10,015 | 2.70                   | 5.88             | 2.18                          | 82.4                      | 101.6                     | 1,549                   | 15.3             |
| 自営業者(雇人あり)世帯               | 470       | 752    | 2.34                   | 6.26             | 2.68                          | 74.8                      | 93.8                      | 1,371                   | 14.6             |
| 自営業者(雇人なし)世帯               | 878       | 1,359  | 2.45                   | 6.22             | 2.54                          | 79.2                      | 93.4                      | 1,514                   | 16.2             |
| 常用勤労者(従業員30人未満)世帯          | 1,151     | 1,647  | 3.13                   | 6.48             | 2.07                          | 74.7                      | 93.5                      | 1,424                   | 15.2             |
| 常用勤労者(従業員30~999人)世帯        | 1,599     | 2,385  | 2.91                   | 6.10             | 2.10                          | 71.7                      | 106.2                     | 1,430                   | 13.5             |
| 常用勤労者(従業員1,000人以上または官公庁)世帯 | 1,931     | 2,919  | 2.43                   | 5.47             | 2.25                          | 84.8                      | 114.1                     | 1,580                   | 13.8             |
| 日雇労働者世帯                    | 230       | 329    | 2.80                   | 5.61             | 2.00                          | 104.5                     | 87.2                      | 1,826                   | 20.9             |
| その他の世帯                     | 506       | 624    | 2.78                   | 4.38             | 1.58                          | 162.3                     | 83.7                      | 2,725                   | 32.6             |

資料 厚生省「国民健康調査」

表 13 病院・診療所の1日取扱い患者数(全国推計)・指数の年次推移

|                 | 総 数     |       |         | 病 院     |       |         | 一 般 診 療 所 |       |         | 歯 科<br>診療所 |
|-----------------|---------|-------|---------|---------|-------|---------|-----------|-------|---------|------------|
|                 | 総 数     | 入 院   | 外 来     | 総 数     | 入 院   | 外 来     | 総 数       | 入 院   | 外 来     |            |
| 実 数 (単位 1,000人) |         |       |         |         |       |         |           |       |         |            |
| 昭和30年7月31日      | 2,947.4 | 470.4 | 2,477.0 | 1,025.5 | 426.0 | 599.5   | 1,549.8   | 44.4  | 1,505.4 | 372.1      |
| 35 7 13         | 4,488.4 | 608.8 | 3,379.6 | 1,300.1 | 545.9 | 754.3   | 2,483.8   | 62.9  | 2,420.9 | 704.5      |
| 36 7 12         | 4,765.4 | 630.4 | 4,135.0 | 1,372.8 | 561.7 | 811.1   | 2,706.8   | 68.7  | 2,638.1 | 685.8      |
| 37 7 18         | 5,006.1 | 884.2 | 4,321.9 | 1,481.9 | 608.4 | 873.6   | 2,740.6   | 75.8  | 2,664.8 | 783.5      |
| 38 7 17         | 5,484.7 | 734.0 | 4,750.7 | 1,591.4 | 658.7 | 932.7   | 3,071.2   | 75.3  | 2,995.9 | 822.1      |
| 39 7 15         | 5,513.5 | 796.8 | 4,716.8 | 1,640.6 | 714.4 | 926.2   | 3,128.1   | 82.3  | 3,045.8 | 744.8      |
| 40 7 14         | 5,807.8 | 813.5 | 4,994.3 | 1,642.4 | 710.7 | 931.7   | 3,239.1   | 102.8 | 3,136.3 | 926.3      |
| 41 7 13         | 6,349.9 | 842.0 | 5,507.9 | 1,764.2 | 746.8 | 1,017.4 | 3,668.1   | 95.2  | 3,572.9 | 917.6      |
| 42 7 12         | 6,384.3 | 888.6 | 5,495.7 | 1,755.0 | 777.3 | 977.8   | 3,621.6   | 111.2 | 3,510.4 | 1,007.7    |
| 43 7 17         | 6,739.2 | 928.4 | 5,810.7 | 1,866.2 | 818.0 | 1,048.2 | 3,765.3   | 110.4 | 3,654.9 | 1,107.6    |
| 44 7 9          | 7,018.2 | 941.4 | 6,076.8 | 1,956.8 | 825.5 | 1,131.3 | 3,927.0   | 115.9 | 3,811.1 | 1,134.4    |
| 指 数 (昭和30年=100) |         |       |         |         |       |         |           |       |         |            |
| 昭和30年7月13日      | 100     | 100   | 100     | 100     | 100   | 100     | 100       | 100   | 100     | 100        |
| 35 7 13         | 152     | 129   | 157     | 127     | 128   | 126     | 160       | 142   | 161     | 189        |
| 36 7 12         | 162     | 134   | 167     | 134     | 132   | 135     | 175       | 155   | 175     | 184        |
| 37 7 18         | 170     | 145   | 174     | 145     | 143   | 146     | 177       | 171   | 177     | 211        |
| 38 7 17         | 186     | 156   | 192     | 155     | 155   | 156     | 198       | 170   | 199     | 221        |
| 39 7 15         | 187     | 169   | 190     | 160     | 168   | 154     | 202       | 185   | 202     | 200        |
| 40 7 14         | 197     | 173   | 202     | 160     | 167   | 155     | 209       | 232   | 208     | 249        |
| 41 7 13         | 215     | 179   | 222     | 172     | 175   | 170     | 237       | 214   | 237     | 247        |
| 42 7 12         | 217     | 189   | 222     | 171     | 182   | 163     | 234       | 250   | 233     | 271        |
| 43 7 17         | 229     | 197   | 235     | 182     | 192   | 175     | 243       | 249   | 243     | 298        |
| 44 7 9          | 238     | 200   | 245     | 191     | 194   | 189     | 253       | 261   | 253     | 305        |

資料 厚生省「患者調査」

表 14 全国推計患者数、施設の種類・受療の種類別(昭和44年7月9日)

(単位 1,000)

|        | 全 施 設   | 病 院     |       |            |      |         |       |               | 一 般 診 療 所 |         |         | 歯 科<br>診療所 |
|--------|---------|---------|-------|------------|------|---------|-------|---------------|-----------|---------|---------|------------|
|        |         | 総 数     | 精神病院  | 結 核<br>療養所 | 伝染病院 | 一 般 病 院 |       |               | 総 数       | 有 床     | 無 床     |            |
|        |         |         |       |            |      | 総 数     | 総合病院  | 総合病院<br>以外の病院 |           |         |         |            |
| 総 数    | 7,018.2 | 1,956.8 | 101.3 | 21.6       | —    | 1,733.9 | 695.5 | 1,038.4       | 3,927.0   | 1,900.2 | 2,026.8 | 1,134.4    |
| 入 院    | 941.4   | 825.5   | 187.2 | 16.1       | —    | 622.3   | 249.2 | 373.1         | 115.9     | 115.8   | 0.1     | —          |
| 新 入 院  | 22.0    | 16.4    | 0.5   | 0.1        | —    | 15.8    | 7.0   | 8.8           | 5.5       | 5.5     | —       | —          |
| 繰越入院   | 919.4   | 809.1   | 186.6 | 16.0       | —    | 606.5   | 242.2 | 364.3         | 110.3     | 110.2   | 0.1     | —          |
| 外 来    | 6,076.8 | 1,131.3 | 14.1  | 5.5        | —    | 1,111.6 | 446.3 | 665.3         | 3,811.1   | 1,784.5 | 2,026.7 | 1,134.4    |
| 新 来    | 1,014.4 | 157.4   | 1.5   | 0.6        | —    | 155.4   | 64.8  | 90.6          | 672.6     | 298.7   | 373.8   | 184.3      |
| 再 来    | 5,062.5 | 973.8   | 12.7  | 4.9        | —    | 956.3   | 381.6 | 574.7         | 3,138.6   | 1,485.7 | 1,652.8 | 950.1      |
| 往診(再掲) | 108.7   | 7.4     | 0.3   | 0.2        | —    | 7.0     | 0.4   | 6.6           | 101.1     | 41.7    | 59.4    | 0.2        |

資料 厚生省「患者調査」

表 15 傷病大分類別にみた患者数・傷病件数(全国推計)

(単位 1,000)

| 傷 病 大 分 類                           | 患 者 数 (7月9日) <sup>1)</sup> |       |         | 有 病 率<br>(10月1~15日) <sup>2)</sup> |
|-------------------------------------|----------------------------|-------|---------|-----------------------------------|
|                                     | 総 数                        | 入 院   | 外 来     |                                   |
| 総 数                                 | 7,018.2                    | 941.4 | 6,076.8 | 91.6                              |
| I 伝染病および寄生虫病                        | 555.5                      | 144.0 | 411.5   | 3.7                               |
| 結 核 (再 掲)                           | 188.7                      | 124.3 | 64.4    | 2.0                               |
| II 新 生 物                            | 81.9                       | 47.9  | 34.0    | 0.7                               |
| 悪 性 新 生 物 (再 掲)                     | 51.4                       | 32.8  | 18.7    | —                                 |
| III アレルギー性疾患, 内分泌系の疾患, 物質代謝および栄養の疾患 | 109.2                      | 16.7  | 92.4    | 1.7                               |
| IV 血液および造血系の疾患                      | 38.8                       | 4.9   | 33.9    | 0.8                               |
| V 精神病, 精神神経症および人格異常                 | 263.0                      | 217.8 | 45.3    | 0.9                               |
| VI 神経系および感覚器の疾患                     | 792.1                      | 45.0  | 747.1   | 10.3                              |
| VII 循環器系の疾患                         | 628.3                      | 98.0  | 530.2   | 18.3                              |
| VIII 呼吸器系の疾患                        | 1,045.1                    | 28.9  | 1,016.2 | 15.0                              |
| IX 消化器系の疾患                          | 1,752.1                    | 106.7 | 1,645.4 | 19.7                              |
| 歯牙および歯牙支持組織の疾患 (再掲)                 | 1,071.1                    | 0.2   | 1,070.8 | 6.1                               |
| X 泌尿器系の疾患                           | 210.0                      | 31.7  | 178.4   | 1.9                               |
| XI 正常分娩ならびに妊娠, 分娩および産褥の合併症          | 95.6                       | 46.8  | 48.7    | 0.4                               |
| XII 皮膚および疎性結合組織の疾患                  | 420.1                      | 4.4   | 415.7   | 3.0                               |
| XIII 骨および運動器の疾患                     | 359.3                      | 29.3  | 71.7    | 5.1                               |
| XIV 先 天 奇 形                         | 34.0                       | 7.0   | 27.0    | 0.3                               |
| XV 新生児の主要疾患 (新生児下痢および肺炎を除く)         | 7.6                        | 5.4   | 2.2     | 0.0                               |
| XVI 症状, 老衰および診断名不明確の状態              | 50.2                       | 7.7   | 42.5    | 2.6                               |
| XVII 不慮の事故, 中毒および暴力                 | 428.8                      | 98.3  | 330.5   | 6.6                               |
| YO 回復期保護, 成形処置および補綴                 | 146.6                      | 0.9   | 145.6   | 0.6                               |

注 1) 昭和44年7月9日調査。

2) 昭和44年10月1~15日調査。

資料 厚生省「患者調査」, 「国民健康調査」。

表.16 医療関係者数の推移

|              | 昭和30年末  | 35      | 39      | 40      | 41      | 42      | 43      | 44      |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 医 師          | 94,563  | 103,131 | 108,102 | 109,369 | 110,759 | 111,657 | 113,630 | 115,974 |
| 歯 科 医 師      | 31,109  | 33,177  | 35,079  | 35,558  | 36,022  | 36,524  | 36,943  | 37,406  |
| 薬 剤 師        | 52,418  | 60,257  | 66,600  | 68,674  | 70,810  | 72,101  | 74,336  | 76,087  |
| 保 健 婦        | 12,369  | 13,010  | 13,957  | 13,959  | 14,175  | 13,606  | 13,560  | 13,759  |
| 助 産 婦        | 55,356  | 52,337  | 61,262  | 43,276  | 43,710  | 31,944  | 29,440  | 28,963  |
| 看護婦・准看護婦・看護人 | 129,860 | 185,592 | 229,797 | 245,211 | 265,230 | 228,569 | 239,037 | 251,101 |
| 歯 科 衛 生 士    | 486     | 1,390   | 2,622   | 3,205   | 3,692   | 3,595   | 4,070   | 5,012   |
| 歯 科 技 工 士    | —       | 7,701   | 8,077   | 8,501   | 8,469   | 7,380   | 7,364   | 7,960   |
| 診療エックス線技師    | 3,931   | 6,147   | 8,009   | 8,461   | 8,825   | 9,323   | 10,066  | 10,642  |
| 衛生検査技師       | —       | 4,980   | 7,424   | 8,104   | 8,880   | 9,778   | 11,751  | 13,458  |
| 栄 養 士        | 3,348   | 6,044   | 7,902   | 8,527   | 8,968   | 9,017   | 10,327  | 15,561  |
| あ ん ま 師      | —       | 49,194  | 55,038  | 58,239  | 58,817  | 59,114  | 59,583  | 61,605  |
| は り 師        | —       | 31,213  | 33,008  | 33,872  | 34,230  | 34,112  | 33,574  | 33,787  |
| き ゅ う 師      | —       | 29,860  | 31,488  | 32,026  | 32,347  | 32,398  | 31,854  | 32,003  |
| 柔 道 整 復 師    | 5,138   | 5,627   | 6,468   | 6,793   | 7,144   | 7,152   | 6,684   | 7,492   |

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

2 保健婦、助産婦、看護婦・准看護婦・看護人、あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師は就業者数である。

3 診療エックス線技師、衛生検査技師、栄養士は病院および診療所の勤務者である。

資料 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「衛生行政業務報告（厚生省報告例）」、「医療施設調査」。

表 17 都道府県別にみた医師・歯科医師・薬剤師数(従業地による・昭和44年)

|               | 実 数     |         |        | 人 口 10 万 対 |         |       |
|---------------|---------|---------|--------|------------|---------|-------|
|               | 医 師     | 歯 科 医 師 | 薬 剤 師  | 医 師        | 歯 科 医 師 | 薬 剤 師 |
| 全 国           | 115,974 | 37,406  | 40,380 | 113.0      | 36.4    | 39.3  |
| 北海道           | 4,984   | 1,480   | 1,687  | 95.0       | 28.2    | 32.2  |
| 青森県           | 1,500   | 358     | 304    | 104.4      | 24.9    | 21.2  |
| 岩手県           | 1,536   | 291     | 353    | 110.3      | 20.9    | 25.4  |
| 宮城県           | 2,506   | 501     | 578    | 139.1      | 27.8    | 32.1  |
| 秋田県           | 1,072   | 329     | 273    | 85.8       | 26.3    | 21.8  |
| 山形県           | 1,057   | 334     | 316    | 85.2       | 26.9    | 25.5  |
| 福島県           | 1,915   | 555     | 532    | 97.4       | 28.2    | 27.0  |
| 茨城県           | 1,635   | 624     | 574    | 77.4       | 29.5    | 27.2  |
| 栃木県           | 1,320   | 483     | 455    | 84.6       | 31.0    | 29.2  |
| 群馬県           | 1,785   | 495     | 557    | 108.2      | 30.0    | 33.8  |
| 埼玉県           | 2,563   | 998     | 1,105  | 70.2       | 27.3    | 30.3  |
| 千葉県           | 2,884   | 1,020   | 1,229  | 91.2       | 32.2    | 38.8  |
| 東京都           | 15,046  | 6,977   | 6,527  | 132.0      | 61.2    | 57.3  |
| 神奈川県          | 4,657   | 1,858   | 2,077  | 90.1       | 36.0    | 40.2  |
| 新潟県           | 2,455   | 741     | 612    | 102.9      | 31.1    | 25.6  |
| 富山県           | 1,046   | 286     | 377    | 101.7      | 27.8    | 36.6  |
| 石川県           | 1,556   | 318     | 385    | 155.4      | 31.8    | 38.5  |
| 福井県           | 714     | 191     | 286    | 95.2       | 25.5    | 38.1  |
| 山梨県           | 689     | 269     | 228    | 89.8       | 35.1    | 29.7  |
| 長野県           | 2,098   | 701     | 692    | 106.7      | 35.6    | 35.2  |
| 岐阜県           | 1,695   | 504     | 747    | 96.7       | 28.8    | 42.6  |
| 静岡県           | 2,738   | 1,017   | 1,228  | 89.4       | 33.2    | 40.1  |
| 愛知県           | 5,559   | 1,804   | 2,562  | 105.7      | 34.3    | 48.7  |
| 三重県           | 1,614   | 516     | 588    | 105.4      | 33.7    | 38.4  |
| 滋賀県           | 849     | 227     | 278    | 97.0       | 25.9    | 31.8  |
| 京都府           | 3,633   | 886     | 1,152  | 163.9      | 40.0    | 52.0  |
| 大阪府           | 9,802   | 3,180   | 3,894  | 132.6      | 43.0    | 52.7  |
| 兵庫県           | 5,605   | 1,626   | 1,882  | 122.6      | 35.6    | 41.2  |
| 奈良県           | 1,115   | 295     | 362    | 124.2      | 32.9    | 40.3  |
| 和歌山県          | 1,246   | 366     | 493    | 119.5      | 35.1    | 47.3  |
| 鳥取県           | 867     | 202     | 221    | 150.8      | 35.1    | 38.4  |
| 島根県           | 840     | 239     | 220    | 106.9      | 30.4    | 28.0  |
| 岡山県           | 2,406   | 680     | 580    | 142.3      | 40.2    | 34.3  |
| 広島県           | 3,280   | 922     | 1,092  | 135.9      | 38.2    | 45.2  |
| 山口県           | 1,900   | 610     | 598    | 125.1      | 40.2    | 39.4  |
| 徳島県           | 1,153   | 217     | 339    | 145.2      | 27.3    | 42.7  |
| 香川県           | 1,059   | 326     | 382    | 116.4      | 35.8    | 42.0  |
| 愛媛県           | 1,354   | 412     | 404    | 95.0       | 28.9    | 28.3  |
| 高知県           | 927     | 247     | 319    | 117.0      | 31.2    | 40.3  |
| 福岡県           | 5,984   | 1,883   | 1,570  | 148.7      | 46.8    | 39.0  |
| 佐賀県           | 921     | 315     | 274    | 109.1      | 37.3    | 32.5  |
| 長崎県           | 2,200   | 498     | 471    | 137.3      | 31.1    | 29.4  |
| 熊本県           | 2,197   | 482     | 626    | 126.8      | 27.8    | 36.1  |
| 大分県           | 1,268   | 450     | 421    | 109.3      | 38.8    | 36.3  |
| 宮崎県           | 905     | 281     | 200    | 84.7       | 26.3    | 18.7  |
| 鹿児島県          | 1,839   | 412     | 330    | 103.8      | 23.3    | 18.6  |
| 七 大 都 市 (再 掲) |         |         |        |            |         |       |
| 東京都区部         | 12,721  | 6,061   | 5,591  | 141.3      | 67.3    | 62.1  |
| 横浜市           | 1,821   | 726     | 817    | 86.1       | 34.3    | 38.6  |
| 名古屋市          | 3,226   | 1,000   | 1,360  | 160.2      | 49.7    | 67.5  |
| 京都市           | 2,915   | 645     | 906    | 205.0      | 45.4    | 63.7  |
| 大阪市           | 5,513   | 2,034   | 2,258  | 182.7      | 67.4    | 74.8  |
| 神戸市           | 2,423   | 610     | 656    | 191.2      | 48.1    | 51.8  |
| 北 九 州 市       | 1,321   | 599     | 468    | 125.8      | 57.0    | 44.6  |

資料 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」。

表 18 都道府県別にみた病床数,

| 都道府県 | 病         |         |         |        |         |        |         |
|------|-----------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|
|      | 総数        | 精神病床    |         |        | 結核病床    |        |         |
|      |           | 総数      | 精神病院    | 一般病院   | 総数      | 結核療養所  | 一般病院    |
| 全 国  | 1,433,550 | 238,190 | 177,567 | 60,623 | 186,001 | 28,797 | 157,204 |
| 北海道  | 65,241    | 13,350  | 8,875   | 4,475  | 10,380  | 1,978  | 8,402   |
| 青森   | 17,294    | 3,213   | 2,271   | 942    | 3,488   | 300    | 3,188   |
| 岩手   | 14,557    | 2,731   | 1,567   | 1,164  | 3,119   | 430    | 2,689   |
| 宮城   | 18,752    | 3,133   | 2,023   | 1,110  | 3,657   | 276    | 3,381   |
| 秋田   | 12,981    | 2,886   | 1,958   | 928    | 2,247   | 100    | 2,147   |
| 山形   | 9,470     | 1,940   | 1,677   | 263    | 2,056   | 360    | 1,696   |
| 福島   | 20,993    | 5,324   | 3,319   | 2,005  | 3,031   | 420    | 2,611   |
| 茨城   | 17,359    | 5,176   | 3,738   | 1,438  | 3,424   | 124    | 3,300   |
| 栃木   | 13,871    | 3,738   | 2,962   | 776    | 2,539   | 403    | 2,136   |
| 群馬   | 13,830    | 3,082   | 2,923   | 159    | 2,012   | 100    | 1,912   |
| 埼玉県  | 21,644    | 6,277   | 3,951   | 2,326  | 3,541   | 470    | 3,071   |
| 千葉県  | 26,454    | 7,551   | 5,406   | 2,145  | 5,948   | 834    | 5,114   |
| 東京都  | 108,219   | 22,400  | 15,083  | 7,317  | 16,897  | 3,522  | 13,375  |
| 神奈川県 | 39,767    | 10,012  | 7,878   | 2,134  | 5,744   | 1,401  | 4,343   |
|      | 20,507    | 4,930   | 3,631   | 1,299  | 3,706   | 230    | 3,476   |
| 富山県  | 11,559    | 2,771   | 2,058   | 713    | 1,839   | 54     | 1,785   |
| 石川県  | 13,490    | 2,434   | 1,455   | 979    | 2,439   | 431    | 2,008   |
| 福井県  | 8,160     | 1,822   | 1,771   | 51     | 1,233   | —      | 1,233   |
| 山梨県  | 7,348     | 2,301   | 2,104   | 197    | 1,168   | 52     | 1,116   |
| 長野県  | 17,843    | 4,457   | 2,424   | 2,033  | 2,355   | 100    | 2,255   |
| 岐阜県  | 14,627    | 2,621   | 2,261   | 360    | 3,204   | 40     | 3,164   |
| 静岡県  | 22,999    | 4,682   | 4,462   | 220    | 3,618   | —      | 3,618   |
| 愛知県  | 46,025    | 9,226   | 5,811   | 3,415  | 8,327   | 579    | 7,748   |
| 三重県  | 16,827    | 3,886   | 3,217   | 669    | 3,305   | 450    | 2,855   |
| 滋賀県  | 7,684     | 1,739   | 1,295   | 444    | 1,290   | —      | 1,290   |
| 京都市  | 25,201    | 5,092   | 3,479   | 1,613  | 4,891   | 146    | 4,745   |
| 大阪府  | 67,572    | 14,442  | 10,916  | 3,526  | 11,508  | 2,925  | 8,583   |
| 兵庫県  | 40,943    | 8,058   | 6,765   | 1,293  | 8,343   | 1,507  | 6,836   |
| 奈良県  | 8,343     | 2,077   | 1,287   | 790    | 1,776   | 112    | 1,664   |
| 和歌山県 | 11,313    | 2,544   | 889     | 1,655  | 2,235   | 343    | 1,892   |
| 鳥取県  | 6,964     | 1,527   | 1,093   | 434    | 1,111   | —      | 1,111   |
| 島根県  | 8,529     | 2,029   | 1,530   | 499    | 1,890   | —      | 1,890   |
| 岡山県  | 25,438    | 4,549   | 4,212   | 337    | 3,930   | 1,662  | 2,268   |
| 広島県  | 25,729    | 5,908   | 4,848   | 1,060  | 4,601   | 702    | 3,899   |
|      | 16,851    | 3,963   | 3,852   | 111    | 3,726   | 302    | 3,424   |
| 徳島県  | 10,936    | 2,974   | 2,732   | 242    | 2,203   | —      | 2,203   |
| 香川県  | 12,350    | 2,387   | 1,351   | 1,036  | 1,912   | 200    | 1,712   |
| 愛媛県  | 14,794    | 3,525   | 3,165   | 360    | 2,480   | 200    | 2,280   |
| 高知県  | 14,213    | 3,065   | 1,444   | 1,621  | 2,527   | 152    | 2,375   |
| 福岡県  | 53,500    | 14,626  | 9,341   | 5,285  | 11,510  | 3,534  | 7,976   |
| 佐賀県  | 9,671     | 2,838   | 2,048   | 790    | 1,978   | —      | 1,978   |
| 長崎県  | 19,248    | 5,543   | 5,206   | 337    | 3,802   | 1,270  | 2,532   |
| 熊本県  | 22,490    | 6,605   | 6,144   | 461    | 4,619   | 1,424  | 3,195   |
| 大分県  | 13,659    | 3,432   | 3,212   | 220    | 2,453   | 460    | 1,993   |
| 宮崎県  | 14,283    | 4,319   | 3,626   | 693    | 2,818   | 488    | 2,330   |
| 鹿児島県 | 24,022    | 7,005   | 6,307   | 698    | 5,121   | 716    | 4,405   |

資料 厚生省「医療施設調査」

## 施設の種類・病床の種類別(昭和44年末)

| 院      |         |       |        |         | 一般診療所   | 歯 科<br>診療所 | 比 率（人口1万対） |                  |
|--------|---------|-------|--------|---------|---------|------------|------------|------------------|
| らい病床   | 伝 染 病 床 |       |        | 一般病床    |         |            | 全 病 床      | 病 院 病 床<br>（再 掲） |
|        | 総 数     | 伝染病院  | 一般病院   |         |         |            |            |                  |
| 13,217 | 23,716  | 2,834 | 20,882 | 572,426 | 242,959 | 317        | 124.4      | 1,006.9          |
| —      | 1,287   | 98    | 1,189  | 40,224  | 16,689  | 28         | 156.2      | 1,243.4          |
| 850    | 567     | 40    | 527    | 9,176   | 6,604   | 2          | 166.3      | 1,203.5          |
| —      | 529     | —     | 529    | 8,178   | 5,625   | —          | 145.0      | 1,045.8          |
| 670    | 555     | 106   | 449    | 10,737  | 7,850   | 23         | 147.8      | 1,041.2          |
| —      | 426     | —     | 426    | 7,422   | 3,860   | 5          | 134.8      | 1,038.5          |
| —      | 448     | —     | 448    | 5,026   | 3,903   | 14         | 107.9      | 763.1            |
| —      | 574     | —     | 574    | 12,064  | 6,266   | —          | 138.6      | 1,067.3          |
| —      | 496     | —     | 496    | 8,263   | 4,538   | 13         | 103.7      | 821.9            |
| —      | 299     | —     | 299    | 7,295   | 3,642   | 7          | 112.3      | 889.2            |
| 1,180  | 337     | —     | 337    | 7,219   | 4,604   | —          | 111.7      | 838.2            |
| —      | 666     | 243   | 423    | 11,160  | 5,450   | 3          | 74.2       | 593.0            |
| —      | 631     | —     | 631    | 12,324  | 5,193   | 11         | 100.1      | 836.1            |
| 1,470  | 1,705   | 349   | 1,356  | 65,747  | 19,640  | 13         | 112.2      | 949.4            |
| —      | 852     | 356   | 496    | 23,159  | 7,598   | 14         | 91.7       | 769.6            |
| —      | 897     | —     | 897    | 10,974  | 4,671   | 1          | 105.5      | 859.5            |
| —      | 304     | —     | 304    | 6,645   | 2,890   | —          | 140.4      | 1,123.3          |
| —      | 425     | —     | 425    | 8,192   | 2,802   | 1          | 162.8      | 1,347.7          |
| —      | 212     | —     | 212    | 4,893   | 2,102   | 5          | 136.9      | 1,088.0          |
| 85     | 225     | —     | 225    | 3,569   | 1,471   | 7          | 115.1      | 958.0            |
| —      | 573     | —     | 573    | 10,458  | 4,061   | 1          | 111.4      | 907.1            |
| —      | 420     | —     | 420    | 8,382   | 3,079   | —          | 101.1      | 834.9            |
| 741    | 619     | 37    | 582    | 13,339  | 6,174   | 27         | 95.4       | 751.4            |
| —      | 1,094   | —     | 1,094  | 27,378  | 7,834   | 6          | 102.4      | 875.3            |
| —      | 403     | —     | 403    | 9,233   | 2,605   | 4          | 127.0      | 1,099.1          |
| —      | 308     | —     | 308    | 4,347   | 1,098   | —          | 100.4      | 878.2            |
| —      | 422     | —     | 422    | 14,796  | 2,868   | —          | 126.7      | 1,137.2          |
| —      | 973     | 475   | 498    | 40,649  | 8,515   | 18         | 103.0      | 914.2            |
| —      | 938     | 90    | 848    | 23,604  | 5,729   | 4          | 102.1      | 895.3            |
| —      | 153     | 83    | 70     | 4,337   | 1,486   | 23         | 109.7      | 929.1            |
| —      | 475     | 80    | 315    | 6,059   | 2,213   | —          | 129.7      | 1,084.7          |
| —      | 207     | —     | 207    | 4,119   | 1,874   | —          | 153.7      | 1,211.1          |
| —      | 321     | —     | 321    | 4,289   | 2,072   | —          | 134.9      | 1,085.1          |
| 3,360  | 446     | 75    | 371    | 13,153  | 3,798   | —          | 172.9      | 1,504.3          |
| —      | 510     | 100   | 410    | 14,710  | 5,873   | 4          | 131.0      | 1,065.8          |
| —      | 501     | —     | 501    | 8,661   | 4,346   | 31         | 139.7      | 1,109.3          |
| —      | 251     | 53    | 198    | 5,508   | 2,339   | 2          | 167.2      | 1,377.3          |
| 860    | 213     | —     | 213    | 6,978   | 3,052   | 8          | 169.3      | 1,357.1          |
| —      | 137     | 80    | 57     | 8,652   | 5,269   | —          | 140.7      | 1,037.4          |
| —      | 266     | —     | 266    | 8,355   | 3,555   | —          | 224.4      | 1,794.6          |
| —      | 907     | 350   | 557    | 26,457  | 16,492  | 3          | 173.9      | 1,329.2          |
| —      | 307     | —     | 307    | 4,548   | 4,564   | —          | 168.7      | 1,145.9          |
| —      | 591     | 54    | 537    | 1,312   | 6,868   | 4          | 163.0      | 1,201.5          |
| 2,271  | 453     | 60    | 393    | 8,542   | 7,772   | 13         | 174.7      | 1,297.7          |
| —      | 146     | —     | 146    | 7,628   | 4,382   | 14         | 155.7      | 1,177.5          |
| —      | 492     | 45    | 447    | 6,654   | 3,110   | 4          | 162.7      | 1,336.1          |
| 1,730  | 155     | 60    | 95     | 10,011  | 6,532   | 4          | 172.5      | 1,356.4          |

表 19 医療施設数, 病床数の推移

|       | 昭和30年末  | 35      | 39      | 40      | 41      | 42      | 43        | 44        |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| (施設数) |         |         |         |         |         |         |           |           |
| 病院    | 5,119   | 6,094   | 6,838   | 7,047   | 7,308   | 7,505   | 7,703     | 7,819     |
| 精神病院  | 260     | 506     | 676     | 725     | 769     | 818     | 853       | 874       |
| 結核療養所 | 676     | 595     | 374     | 340     | 283     | 250     | 220       | 187       |
| らい療養所 | 14      | 14      | 14      | 14      | 14      | 14      | 14        | 14        |
| 伝染病院  | 73      | 58      | 48      | 46      | 52      | 39      | 37        | 36        |
| 一般病院  | 4,096   | 4,921   | 5,726   | 5,922   | 6,201   | 6,384   | 6,579     | 6,708     |
| 一般診療所 | 51,347  | 59,008  | 63,296  | 64,524  | 65,679  | 66,869  | 67,962    | 68,305    |
| 歯科診療所 | 24,773  | 27,020  | 28,158  | 28,602  | 28,893  | 29,153  | 29,489    | 29,649    |
| 薬局    | 18,769  | 21,119  | 21,149  | 21,428  | 21,870  | ...     | ...       | ...       |
| (病床数) |         |         |         |         |         |         |           |           |
| 病院病床  | 512,688 | 686,743 | 833,606 | 873,652 | 918,233 | 963,113 | 1,003,638 | 1,033,550 |
| 精神病床  | 44,250  | 95,067  | 153,639 | 172,950 | 191,579 | 210,627 | 226,063   | 238,190   |
| 結核病床  | 236,183 | 252,208 | 227,454 | 220,757 | 211,527 | 204,945 | 195,710   | 186,001   |
| らい病床  | 14,095  | 14,260  | 13,230  | 13,230  | 13,230  | 13,230  | 13,236    | 13,217    |
| 伝染病床  | 19,177  | 22,713  | 23,821  | 24,179  | 23,872  | 23,789  | 24,042    | 23,716    |
| 一般病床  | 198,983 | 302,495 | 415,462 | 442,536 | 475,007 | 510,522 | 544,587   | 572,426   |
| 一般診療所 | 113,924 | 165,161 | 196,547 | 204,043 | 212,438 | 225,610 | 235,757   | 242,958   |
| 歯科診療所 | 104     | 121     | 304     | 276     | 259     | 274     | 290       | 317       |

資料 厚生省「医療施設調査」。

表 20 保健所数(型・人口別)(昭和45年4月1日現在)

| 区 分              | 総 数 | U   | UR | R   | L   | S  |
|------------------|-----|-----|----|-----|-----|----|
| 総 数              | 832 | 227 | 79 | 384 | 120 | 22 |
| 1型 25.0万 以上      | 52  | 32  | 20 | —   | —   | —  |
| 2型 17.5万 ~ 25.0万 | 108 | 65  | 33 | 10  | —   | —  |
| 3型 12.5万 ~ 17.5万 | 155 | 59  | 26 | 70  | —   | —  |
| 4型 7.5万 ~ 12.5万  | 275 | 54  | —  | 200 | 21  | —  |
| 5型 3.0万 ~ 7.5万   | 220 | 17  | —  | 104 | 99  | —  |
| S型 管内人口3.0万未満    | 22  | —   | —  | —   | —   | 22 |

注 1 U型は都市, R型は農山漁村, UR型はU型とR型の中間, L型は人口希薄な地域, S型は人口が極めて少なく(3万未満)面積がさして広い地域。

2 総数中政令市分(126)を含む。

資料 厚生省公衆衛生局調。

表 21 保健所職員定数・現員および充足率(年度末現在)

| 区 分       | 昭 和 42 年 度 |        |      | 43     |        |       | 44     |        |       |
|-----------|------------|--------|------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
|           | 定 員        | 現 員    | 充足率  | 定 員    | 現 員    | 充足率   | 定 員    | 現 員    | 充足率   |
| 合 計       | 31,431     | 22,523 | 71.7 | 31,511 | 22,761 | 72.2  | 31,560 | 22,821 | 72.3  |
| 医 師       | 3,669      | 1,553  | 42.3 | 3,679  | 1,569  | 42.6  | 3,682  | 1,561  | 42.4  |
| 歯 科 医 師   | 232        | 75     | 32.3 | 232    | 76     | 32.8  | 231    | 70     | 30.3  |
| 薬剤師・獣医師   | 807        | 806    | 99.9 | 810    | 820    | 101.2 | 811    | 842    | 103.8 |
| 保 健 婦     | 8,175      | 5,987  | 73.2 | 8,191  | 6,009  | 73.4  | 8,193  | 6,093  | 74.4  |
| 看 護 婦     | 465        | 282    | 60.6 | 465    | 302    | 64.9  | 465    | 308    | 66.2  |
| 助 産 婦     | 879        | 174    | 19.8 | 882    | 179    | 20.3  | 882    | 175    | 19.8  |
| X線技術者     | 1,740      | 1,556  | 89.4 | 1,745  | 1,558  | 89.3  | 1,746  | 1,569  | 89.9  |
| 管理栄養士     | 211        | 158    | 74.9 | 209    | 185    | 88.5  | 208    | 193    | 92.8  |
| 栄 養 士     | 879        | 804    | 91.5 | 882    | 805    | 91.3  | 882    | 797    | 90.4  |
| 歯 科 衛 生 士 | 302        | 78     | 25.8 | 303    | 78     | 25.7  | 304    | 78     | 25.7  |
| 試験検査技術者   | 1,678      | 1,328  | 79.1 | 1,683  | 1,338  | 79.5  | 1,685  | 1,379  | 81.8  |
| 衛生工学指導員   | 232        | 20     | 8.6  | 232    | 30     | 12.9  | 231    | 19     | 8.2   |
| 衛生統計技術者   | 1,414      | 917    | 64.9 | 1,420  | 900    | 63.4  | 1,422  | 898    | 63.2  |
| カード管理員    | 807        | 261    | 32.3 | 810    | 275    | 34.0  | 811    | 285    | 35.1  |
| 衛生教育指導員   | 807        | 487    | 60.3 | 810    | 480    | 59.3  | 811    | 489    | 60.3  |
| 医療社会事業員   | 478        | 215    | 45.0 | 476    | 195    | 41.0  | 474    | 195    | 41.1  |
| 精神衛生相談員   | 260        | 119    | 45.8 | 261    | 123    | 47.1  | 262    | 136    | 51.9  |
| 予防防疫担当者   | 2,971      | 2,768  | 93.2 | 2,978  | 2,815  | 94.5  | 2,979  | 2,764  | 92.8  |
| 結核予防担当者   |            |        |      |        |        |       |        |        |       |
| 総務事務担当者   | 5,425      | 4,935  | 91.0 | 5,443  | 5,024  | 92.3  | 5,448  | 4,883  | 89.6  |
| 公害技術担当者   | —          | —      | —    | —      | —      | —     | 33     | 87     | 263.6 |

資料 厚生省公衆衛生局調。

表 22 保健所の主な活動(昭和44年)

| 活 動 内 容   | 事 業 量      | 1 保健所<br>平 均 | 活 動 内 容            | 事 業 量      | 1 保健所<br>平 均 |
|-----------|------------|--------------|--------------------|------------|--------------|
| 健康相談回数    | 373,098    | 448          | 幼児被指導延人員           | 341,515    | 410          |
| 所 内       | 235,290    | 283          | (再掲)3 歳児健康診査被指導実人員 | 984,331    | 1,183        |
| 個 別       | 173,636    | 209          | 母子衛生療育指導被指導実人員     | 112,081    | 135          |
| 集 団       | 61,654     | 74           | 妊娠中毒症被訪問指導実人員      | 213,022    | 256          |
| 所 外       | 137,308    | 165          | 延 人 員              | 301,357    | 362          |
| 個 別       | 21,384     | 26           | 新生児被訪問指導実人員        | 584,084    | 702          |
| 集 団       | 115,924    | 139          | 延 人 員              | 825,116    | 992          |
| 間接撮影者総数   | 39,143,887 | 47,048       | 歯科検診受診者延人員         | 1,770,268  | 2,128        |
| 定期結核検診者数  | 37,815,188 | 45,451       | 個 別                | 330,780    | 398          |
| 使用 者      | 6,982,656  | 8,393        | 集 団                | 1,439,488  | 1,730        |
| 学 校 長     | 15,574,575 | 18,719       | 栄養改善指導             |            |              |
| 施設の長      | 624,677    | 751          | 個別被指導延人員           | 1,456,241  | 1,750        |
| 市町村長      | 14,633,280 | 17,588       | 集団被指導延人員           | 2,661,773  | 3,199        |
| 定期外結核検診者数 | 1,328,699  | 1,597        | 給食施設指導延施設数         | 81,641     | 98           |
| 患者家族      | 196,921    | 237          | 予防接種被接種者延数         | 12,902,361 | 15,508       |
| そ の 他     | 1,131,778  | 1,360        | 細菌性赤痢の検査           |            |              |
| 直接撮影者総数   | 1,076,371  | 1,294        | 検査した検体数            | 6,753,035  | 8,117        |
| 定期結核検診者数  | 883,545    | 1,062        | 陽性検体数              | 12,046     | 14           |
| 使用 者      | 209,342    | 252          | 寄生虫卵検査             | 3,508,009  | 4,216        |
| 学 校 長     | 238,386    | 287          | 環境衛生関係職員所外活動従事延人員  | 428,822    | 515          |
| 施設の長      | 18,605     | 22           | 食品衛生監視員指導出勤延人員     | 538,808    | 648          |
| 市町村長      | 417,212    | 501          | 食品衛生収去試験検体数        |            |              |
| 定期外結核検診者数 | 192,826    | 232          | 乳                  | 97,143     | 117          |
| 患者家族      | 126,671    | 152          | 乳以外の食品数            | 209,548    | 252          |
| そ の 他     | 66,155     | 80           | 衛生教育開催日数           | 175,279    | 211          |
| 妊産婦保健指導実数 | 612,810    | 737          | 所 内                | 58,507     | 70           |
| 妊婦被指導実人員  | 402,936    | 484          | 所 外                | 116,772    | 14           |
| 産婦被指導実人員  | 209,874    | 210          | 保健所保健婦訪問           |            |              |
| 妊産婦保健指導延数 | 805,786    | 968          | (家庭)実 数            | 1,197,331  | 1,439        |
| 妊婦被指導延人員  | 554,023    | 666          | 延 数                | 1,616,019  | 1,942        |
| 産婦被指導延人員  | 251,763    | 303          | 家庭訪問以外の被指導人員       | 23,413,623 | 28,141       |
| 乳幼児保健指導実数 | 2,649,565  | 3,185        | 医療社会事業面接訪問延回数      |            |              |
| 乳児被指導実人員  | 1,417,236  | 1,703        | 面 接                | 62,855     | 76           |
| 幼児被指導実人員  | 1,232,329  | 1,481        | 訪 問                | 26,769     | 32           |
| 乳幼児保健指導延数 | 2,703,506  | 3,249        | 試験検査検体総数           | 16,252,772 | 19,535       |
| 乳児被指導延人員  | 2,361,991  | 2,839        |                    |            |              |

注 1 保健所平均は昭和45年の平均保健所832で除した数である。

資料 厚生省「保健所運営報告」。

## 研 究 会 抄 録

### 第Ⅳ（経済・社会合同）研究会

昭和45年度は、とくに、方法論的な追究に焦点をおき、研究の基礎を固めることを課題とした。具体的には、報告者それぞれの関心に基づいて問題を取りあげ、それについての研究報告と討論を通じてこの課題にアプローチするという方法ですすめられたため、研究会報告のテーマは多彩であり、必ずしも一貫した問題の追究とはなっていなかったが、この方法論的追究という課題に即してみるならば、およそ次のようにまとめることができるであろう。

第一は、社会保障、社会福祉の政策研究の方法論の追究である。この点については、まず、政策論におけるドグマ化を排し、事実認識を深く掘り下げて、政策の経験主義的合理化をすすめるための基本的なシェーマが提出され、検討されて、原則的なところでの見解の一致が図られた。また、社会保障の意思は政治的意思に他ならぬとみて、政治的意思決定過程の分析についての研究の報告と討論がなされ、ここから有益な示唆が得られた。さらにまた、社会福祉の政策に関しては、政策的範疇としての社会福祉と実践的範疇としての社会福祉を区別する必要があるという提唱がなされ、両者の関係のあり方が追究された。これらは、政策研究の方法論上注目すべき追究の展開であった。

第二は、人間とのかかわりでの福祉研究の方法をめぐる論議である。この点については、とくに、福祉国家における人間の問題が検討され、方法的には福祉は一つの手段として追究することの必要性が確認された。また、公的扶助における権利性をめぐって、英、米およびわが国の諸論の詳細な検討がなされ、権利性の根拠の究明に向って歩を進めることができた。また、従来の社会福祉の理論家達の所論の批判的検討を通じて、福祉研究の認識と方法の問題を吟味する試みもなされた。これらは、福祉研究において、その政策研究と同時に他方でふまえておかなければならない方法論的な問題の追究であった。

第三は、具体的、特殊的な問題を追究する際の研究手法の検討である。報告者それぞれの専門の立場から、地域

福祉の問題、福祉指標の検討、住宅計画の問題点、資源配分方法をめぐるモデル分析の検討等がとりあげられ、現状の批判的検討から多くの示唆に富む問題点の摘出あるいは新たな提案がなされた。これらは、前記二つの一般的な方法論的問題の追究と並んで、やはり不可欠の、具体的、特殊的な問題における研究方法論の追究であった。

以上、過去約一年間の研究会のあとを顧みて、三点にまとめてみたが、これらをつなぎ合わせ、一貫した方法論につくりあげることは次の課題として残されている。

### 第Ⅴ（制度）研究会

昭和46年前半の研究会活動は、昭和45年度プロジェクトの一環として、「主要各国の医療・公衆衛生制度」（報告者前田信雄）に関するヒヤリングと討議を行なったが、他の5回の研究会はすべて、新年度の2つのプロジェクト、すなわち社会保障財政の国際比較とわが国の戦前社会保障関係統計の整備の企画と予備的研究にあてた。

第1の社会保障財政の国際比較については、2月の研究会で「E E Cにおける社会保障財政の研究」（報告者保坂哲哉）についてヒヤリングを行ない、われわれの研究内容と研究方法を決める参考にしたうえで、3月の研究会において、この研究プロジェクトの参加者（地主重美、上村政彦、石本忠義ほか、主査は藤沢益夫）から、個々の研究計画について報告をうけ、それについて討議を行なった。初年度の計画としては、fact findingに重点をおき、その評価についてあるていど議論を重ねたうえで、次年度の研究に進むという方針を確認した。

第2の戦前社会保障関係統計の整備は、すでに45年度から一部着手していたが、4月の研究会でいままでの経過と問題の整理を行なうとともに、中央政府財政統計の再分類による接近（保坂）についても討議した。中央財政統計の再分類とは、機能別（目的別）経済別（取引の種類別）分類を行なうことによって、必要な項目を抽出し、それを分析可能な形に整理することである。中央財政に対応して地方財政の再分類も必要になるが、まず

そのための予備作業として「東京府(市)財政の制度と統計」(報告者大川武)に関するヒヤリングを行ない、今後の作業の進め方と問題点を検討した。地方財政制度の変化を考慮して、財政統計の連続性、会計間・公共団体間の移転の調整方法、再分類の可能性などの検討項目が提案された。いっぽう民間部門の活動についてもカバーする計画があり、そのためまず「戦前の民間共済組合」(報告者藤沢)について、その特徴と統計データの利用可能性についてヒヤリングを行なった。報告は各種の既存調査のほか報告者自身の蒐集した資料とその分析にもとづくものであり、とくに北海道炭坑の事例をあげて説明が行なわれた。統計系列の整備の可能性については悲観的であるが、質的な資料だけでもなんらかの形で整理することが有益であるとする意見が多かった。

#### 第 VI (政策) 研究会

本研究会は、社会保障関係のトピックスをとりあげ、政策判断の根拠、効果および財源などの問題に焦点をあてて、研究をすすめている。ここでは、とくに「最近の法改正(医療・年金)について」(報告者、小山路男)

での議論の要点を紹介しておこう。

健保改正法案(65回国会に提出、廃案となる)は、退職者医療継続制度の創設や70歳以上老人の7割給付など、一定の給付改善を意図していた。しかし、重点は財政対策におかれており、この点に議論が集中した。たとえば、一部負担の強化にともなう低所得者の負担増にどう対処するか、ボーナス加算の意味、標準報酬の範囲の決め方、国庫負担の在り方、財政効果の推定方法などである。厚年改正法案(成立)では、従来の慣例を打破し、再計算期を待たず緊急是正を行なうもので、法案そのものに対する異論は出なかった。意見の多くは、成熟化対策とスライド制導入、およびこれにともなう財政方式の在り方にかんするものであった。

その他、児童手当法案(成立)について、2回の研究会がもたれている。上村政彦氏が、外国の制度と比較しながら法案の問題点を指摘し、また高橋三男氏は、法案作成にいたる経緯および法案の内容を紹介している。さらに、高齢者の就労問題(下山房雄)、標準保険料を中心とする国保の諸問題(小山路男)、労働保険料徴収一元化(大森章吾)などをテーマに研究会がもたれた。

#### 執筆者紹介(執筆順)

|                     |            |
|---------------------|------------|
| ひらた とみたろう<br>平田 富太郎 | 早稲田大学教授    |
| まつばら はるお<br>松原 治郎   | 東京大学助教授    |
| おおむらじゆんしろう<br>大村潤四郎 | 社会保険審査会委員  |
| しま だけいいちろう<br>嶋田啓一郎 | 同志社大学教授    |
| すずき ごろう<br>鈴木 五郎    | 全国社会福祉協議会  |
| そはら としかつ<br>曾原 利満   | 社会保障研究所研究員 |
| やまだ ゆうぞう<br>山田 雄三   | 社会保障研究所長   |

社会保障研究所日誌 (1971.4~1971.6)

- 46.4.8 第1研究会(第1回)報告内容「医療サービス  
に対する需要と供給」報告者 研究員 都村敦子  
同 第2研究会(第1回)報告内容「住居費の決  
定因について」報告者 研究員 大本圭野
- 46.4.13 第5研究会(第1回)報告内容「戦前社会保  
障統計の蒐集推計作業」報告者 主任研究員 保坂  
哲哉
- 46.4.15 第6研究会(第1回)報告内容「高齢労働者  
の就労問題」報告者 労働科学研究所研究員 下山  
房雄  
同 第4研究会(第1回)報告内容「公的扶助に  
おける権利をめぐる」報告者 研究第1部長 小  
沼正
- 46.4.22 第1研究会(第2回)報告内容「所得保障プ  
ロジェクトの検討」報告者 研究第2部長 地主重  
美  
同 第67回定例役員会「事業実施状況について、  
その他」
- 46.4.27 第3研究会(第1回)報告内容「多問題家族  
研究について」報告者 研究第3部長 三浦文夫  
同 第2研究会(第2回)報告内容「社会保障水  
準指標の検討」報告者 専門委員 安川正彬
- 46.5.13 第4研究会(第2回)報告内容「第4研究会  
の焦点をさぐる——ローリック編著の輪読にそなえ  
て」報告者 所長 山田雄三  
同 第5研究会(第2回)報告内容「東京府(市)  
財政の制度と統計」報告者 横浜市立大学助教授  
大川武
- 46.5.25 第2研究会(第3回)報告内容「(1)統計デ  
ータを用いた将来予測の一、二例——主として仮病  
について——」報告者 厚生省統計調査官 前田正  
久 「(2)プロジェクトに関する討議」  
同 第6研究会(第2回)報告内容「国民健康保  
険の諸問題について」報告者 専門委員 小山路男
- 46.5.27 第1研究会(第3回)報告内容「経済成長と  
社会資本」報告者 一橋大学講師 鈴木興太郎  
同 第68回定例役員会「昭和45年度決算につい  
て、事業実施状況について、その他」
- 46.6.3 第3研究会(第2回)報告内容「多問題家族の  
研究系譜」報告者 日本社会事業大学教授 小松源  
助
- 46.6.8 第2研究会(第4回)討議内容「社会保障水準  
指標のための基礎資料について」司会 研究第1部  
長 小沼正
- 46.6.17 第4研究会(第3回)報告内容「ローリック  
の『社会経済学の挑戦』について紹介」報告者 研  
究第2部長 地主重美
- 46.6.22 第6研究会(第3回)報告内容「労働保険徴  
収一元化について」報告者 労働省大臣官房総務課  
大森章吾  
同 海外社会保障情報編集委員会
- 46.6.24 第1研究会(第4回)報告内容「負の所得税  
理論の展開」報告者 国立国会図書館 中桐宏文  
同 第69回定例役員会「事業実施状況について、  
その他」
- 46.6.25 第5回公開研究座談会 テーマ「コミュニテ  
ィと社会福祉」レポート 専門委員 松原治郎, 研  
究第3部長 三浦文夫, コメント 全国社会福祉協  
議会 前田大作, 国立公衆衛生院 前田信雄
- 46.6.29 第5研究会(第3回)報告内容「戦前の民間  
共済組合」報告者 慶応大学助教授 藤沢益夫