

別 冊

季刊

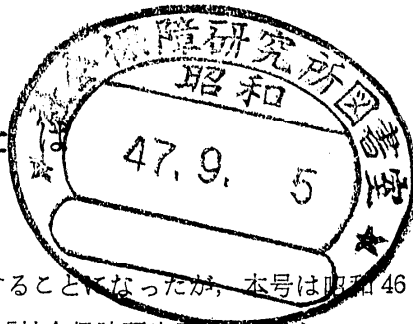
社会保障研究

昭和 47 年



社会保障研究所

刊行のこと



例年のとおり『季刊・社会保障研究』（別冊）を刊行することになったが、本号は昭和46年度に本研究所が主催した「社会保障研究基礎講座」および「社会保障研究所シンポジウム」の講義録・報告を中心に収録することにした。

「社会保障研究基礎講座」は昭和46年で7回と回を重ねてきているが、これには約80人近い人びとが参加して熱心な研究が行なわれた。これには全部で9つの講義の他に4つのケース・スタディがもたれたが、本号には5つの講義のみを掲載した。その他の講義は「社会計画と厚生行政」（柳瀬孝吉）、「財政と社会保障」（橋本徹、この内容については本誌7巻3号に掲載している）、「医療保障の問題点」（地主重美）、「地域開発の問題点」（伊藤善市）であった。これらは一部他に掲載したり、昨年の特号にも同じ趣旨のものを収録した関係で、本号では割愛させていただいた。なお東京都、栃木県、新潟県、宮城県の4都県から興味深い「地域計画」「福祉計画」などの発表をいただいたが、紙幅の関係でこれまた割愛せざるをえなかった。このケース・スタディについては、いままでの報告と合わせて、別途に紹介したいと思っている。

また昭和47年2月に実施された「社会保障研究所シンポジウム」は、最近の経済情勢の変化のなかで、福祉についての関心がにわかに高まっている点に鑑み、午前の部は「経済情勢の変化と社会福祉」ということを主題にして研究・討議を行ない、午後の部では、これまた人びとの関心を集めている医療問題に焦点をあて、「医療問題の論点」ということでの討議を行なってきた。この報告およびこれについてのコメントは、速記録をもとに、発表者に補筆・訂正をふくんで目を通していただき、討議の部分については編集部で整理させていただいた。

ここに収録したものは以上のとおりであるが、いずれも今日の社会保障・社会福祉などを考える場合に参考になるところも少なくないであろうという気持ちで、このようなやり方をとった。

これらの講座およびシンポジウムに御協力いただいた諸先生に、この機会にあらためてお礼を申し上げると同時に、とくにあらためて筆を入れる御面倒をおかけした先生方には、お詫びと謝意を表したい。

昭和47年 夏

社会 保 障 研 究 所

社会発展と社会福祉

富 永 健 一

私はいわゆる社会福祉とか社会保障といった問題については素人にすぎない。ただ従来、それよりももっとずっと広い意味での“welfare”の問題の重要性といったことについて、社会学理論の観点から考えてきた。私の意味する“social welfare”（「ウェルフェア」は福祉とも厚生とも訳され、訳語はどちらでもよいが、その意味の確定が重要である）は、「厚生経済学」で意味される“economic welfare”よりも広く、社会財の満足を含むので、“social welfare”とでも表現するほかない。ところがこれを「社会福祉」と訳すと、通常の意味の社会福祉と混同されるおそれが大きい。私がここで意味している“social welfare”は、そうではなくて、「社会体系のパフォーマンスが人間の欲求の充足を実現している状態」と定義されるものである。私の場合、この語について社会的という形容詞に力点があって、経済的福祉と、社会的福祉というのを、意識的に区別して使っている。その意味での社会福祉、あるいは社会的厚生と、それから私のいう社会発展との関連について考えたい。

I 社会発展

社会発展という言葉は私は標題に掲げたのであるが、これは必ずしも一般に流布している概念とはいいいがたく、多分に私の流儀で考えたものである。その点をお話しておかなければならない。社会発展という言葉は大変古くからあり、またポピュラーな言葉のようであるが、実は何をもって社会発展の指標とするのか、何をもって社会が発展したとみなすのかについては、必ずしも一義的な、確立された見解があるわけではない。たとえば経済成長というと、今日ではGNPの大きさが増加することであるというふうに、非常に限定的な定義が与えられているけれども、それに対応するような意味での社会成長という言葉は、いまだ必ずしも確立された言葉ではない。また経済現象の場合には所得という数量データが確立していて、その大きさの拡大をもって経済成長と呼び、他方経済発展という時には、たとえば産業構造が後

進的な構造から先進的な構造になっていくことであるとか、あるいは貿易の構造が後進的な型から先進的な型に移行していくとか、そういういわゆる質的なものを含めて考える。社会の場合には量的概念がはっきり設定されているとはいえず、量的なものと質的なものを含めた概念が用いられるので、その意味で社会発展という言葉を使いたいと思う。

発展とは、一定の方向性をもった累積的変動であるというふうに考える。ところがそういうふうに定義すると、すぐ起ってくる問題は、そもそも何を基準にして、社会に関して一定の方向性をもった、累積的な変動というものを考えるかということである。パスカルに始まり、コンドルセをへて、コントに至るフランスの社会思想は、この問いに答えるのに「科学的知識の量」をもってした。このことは、パスカルやコンドルセやコントが、数学および物理学を中心とする近代科学の勃興期に、自らその担い手となった人びとであったことを考えれば、当然であったともいえよう。サン・シモンおよびコントが熱望し礼讃した「産業主義」は、まさに科学的知識の累積的進歩の結果によって可能となった。18世紀以来の産業化の歴史を見る場合に、そういう一定の方向性をもった変化がクローズアップされることは、誰の目にも明らかだと思う。

社会進歩の思想とは、パスカルによって定式化されたように、あたかも人類の歴史というのは、個人が生まれてから死ぬまで日を追って進歩していくのと同じように、前の世代よりは次の世代、次の世代よりはその次の世代のほうが、より多くを学び、利口になっていく、ということである。

つぎに、進歩の問題を人間の知識だけでなく社会の構造そのものが人間の幸福を実現する方向にむかう過程としてとらえたのは、スペンサーの社会進化論であった。かれは、人類社会が、生存競争を原動力として進化をとげ、このことをつうじて来たるべき未来社会はユートピアを実現するだろうと考えた。

社会進歩、あるいは社会進化の思想が、いわば未来に対して非常にオプティミスティックであったのは、西洋19世紀がいまだ産業文明に根源的な疑問をもたずにいられたからであろう。しかし20世紀に入るとともに、そういったオプティミスティックな見方だけではどうにも処理しきれないいろいろな問題が出てきた。なかんずく戦争（第1次および第2次世界大戦）、大恐慌とこれに伴う大量の失業、あるいはファシズムといった人類の破局をもたらすような危険な徴候とか、そういうものが出てきた時に、進歩とか進化とかという思想は支持者を失った。世界の中で最も遅くまで、社会進化論が支持者をもっていたアメリカでさえも1929年の大恐慌を境にして社会進化論というのは完全に抹殺されたわけである。

日本の場合には敗戦という決定的な要素がこれに加わって、私たちの世代が大学に学んだ昭和25、26年頃には、進歩とか、進化というのはもちろんのこと、発展という概念さえも使わないほうがいいというような講義を私たちは聞かされた。マルクスの窮乏化理論が当時の生活感覚によく適合し、したがって昭和30年以降普及しはじめた経済成長という言葉は当時は理論としても実感としても存在する余地がなかった。きのうよりも今日、今日よりも明日の経済生活が豊かになっていくということは、当時は信じられていなかった。

これとパラレルに、社会発展についてもペシミスティックな学説に人気があった。産業文明の未来に発展をみとめるのではなく、逆に危機をみとめる見解が多く引用され、ナチズム、ファシズムの発生をその例証とする言論が流行した。たとえば、物質文明は進歩するけれども、社会構造とか、あるいは人間の精神現象というものについては発展はないのだという議論が、かなり広く支持されてきたと思う。なまなましい戦争の記憶がそのような言論を支えたと思う。つまり、なるほど人類は科学を発展させたけれども、それを戦争に使って社会を破滅させた。このように産業文明を使う人間の精神というものは、少しも進歩していないから、そこでこういう戦争が起ったのだというような説明がそれである。

歴史は繰返すという言葉があるが、その後現在までのあいだに、かつての社会進化論のように将来を明るくえがく「未来学」が出現し、最近はまだ一転して公害や人口増加や資源涸渇などから産業文明の破滅を警告する「ローマ・クラブ」報告書のようなものがあらわれたことが印象的である。トインビーはかつて、これまでに発生しては滅び、発生しては滅びていった文明のなかで、今日の科学技術というものをくり上げた西欧文明とい

うものも、その中の1つにすぎないので、これまでのすべての文明が発生しては滅びていったのと同じように、西欧文明というのもやがて終りがあるに相違なく、そしてその終りは案外近いかもしれないと述べたが、最近における「ローマ・クラブ」の警告は、人類社会そのものの破滅がそれほど遠くない将来に迫っているとみる点で、ふたたび産業文明没落論の復活を示している。

18世紀以来の長い歴史をもつ社会変動についてのこのような思想的回顧から、われわれは何を結論しうるだろうか。私がいいたいことは、変動を論ずる軸は無数にあり、それらの軸をでたらめに渡り歩いても実のある結果はひき出せないだろう、ということである。「社会発展」というからには、社会において発展するものの中身を、総合的かつ客観的なやり方で、見定めておくことが先決であろう。

私自身はどういうように社会発展を見るか。私の考えをかいつまんでいえば、私たちの生活の実質、最近よく聞く言葉でいうと「クオリティ・オブ・ライフ」の水準をあらゆる総合的で客観的な指標が工夫されたとして、そのような指標の上昇をもって社会発展と定義するのが、概念的に最も明確なのではないかということである。もちろんそのような単一の指標はまだできておらず、そのようなものをつくることは目下のわれわれにとっての努力目標であるから、この問題設定はそれ自体、将来にむかっての研究課題を含む。しかし、次のような概括的な議論は成り立つのではないか。

第2次大戦後の1960年代の前半までは、東西対立、核戦争の恐怖というものがあったが、東西両陣営それぞれ自力で高度の経済発展というものをくり出していったので、世界的な規模での「クオリティ・オブ・ライフ」の急速な上昇があった。ところが、おそらく20世紀の中で最も長く続いたこの繁栄の時期は、1960年代前半までで終了したようにみえる。具体的には、ベトナム戦争、公害、インフレ、失業、人種対立、学生叛乱、麻薬使用、その他いろいろな問題が1960年代後半から一挙に吹き出した。そのことは研究者の意識にも敏感に反映して、経済成長論であるとか、あるいは産業化論であるとか、近代化論であるとか、都市化の問題であるとか、そういうもののなかに、これまでになかった危機感がこめられるようになってきた。それを最も特徴的に示すのは未来学である。未来学はしばらく前まで明るい未来をえがくものと考えられてきたのが、最近では情勢が変ってきて、たとえば公害問題の予測というようなことが主たる関心事になって、明るい未来をえがく未来学から、

未来に対して警告を与える未来学に変ってきた。

このようなことから、産業化の進行とともに私たちの生活状態が着実に改善されてきたという産業社会の従来の実績に、1つの暗い影が落とされはじめた。たまたま私は、慶応大学でサミュエルソン教授が講演をされたのを聞く機会があったが、そのなかでかれは自分に対してチャレンジしている4つの立場があるということをいって、その4つを1つ1つ論破していった。その最後にニューレフトからの挑戦というのがあって、そのなかでサミュエルソンは窮乏化理論、つまり人々の生活がだんだん悪くなっていくことを信じて疑わない人は、現在世界にただ1人、つまり東ドイツのクチンスキーしかいないのではないかと述べた。これはまったくそのとおりであるが、しかしニュー・レフトのことをいうのなら、サミュエルソン教授はニュー・レフトの人々の好む主題、「疎外」の問題にふれるべきであったと思う。たとえば家計の支出の構造であるとか、あるいは人間の平均余命であるとか、あるいは教育の普及であるとか、あるいは耐久消費財の普及であるとか、そういう個別的な指標で測られた生活水準というものについて、それらが先進諸国において非常に急速に上昇してきたということは、経験的にまったく明らかなことである。ただ、その豊かさの先頭に立っているアメリカで、人種問題の激化だの、犯罪の増加だの、若い人々の労働意欲の悪化だのというようなさまざまな社会問題が最近起こっていることをどう解釈するか、という問題がある。私は「疎外」という高度に哲学的な概念を経験科学の中にもちこもうとする一部の人々に賛成できないが、しかしこれらの社会問題の発生という事実については、経験的事実としてこれを重視しなければならないと思う。

公害や都市過密などの激化が、しばしば反産業主義的な感情を呼びおこしているかにみえる点に、われわれは注意を払う必要がある。反産業主義は、産業文明の生み出した逆機能現象、すなわち意図せざるマイナスの現象に対する、いわば不適応感情の表明であると思う。ところでしかし、産業文明そのものは、いうまでもなく不可逆な人類の歩みであって、前産業段階に人類全体が戻るなどということは絶対にできない。もしそういう提案をしたら、だれよりもまず、低開発国産業化の努力を重ねている低開発諸国の指導者の反対に遭遇するだろう。ということはつまり、トインビー的にいえば産業文明というものが世界的な規模で継承されつつある、すなわち、産業文明が西欧文明という1ローカルな、地方的に限定された文明ではなくて、もはや世界文明になりつつある

という展望を示すものである。

そういうことを考えてみると、現在という時点のもつ転換点としての性質が浮かび上がってくることに気づく。産業化という観点から見て、18世紀に始まった経済発展の波が、先進諸国で進みつつあると同時に、それがワールド・ワイドなスケールで、世界的に広まりつつあり、そのことが今日までの「社会発展」を実現してきた、ということが1つ。ところが、現在先進諸国が直面している問題として、その経済発展としての産業文明の発展が、無条件的に「クオリティ・オブ・ライフ」の向上としての「社会発展」と結びつきうる、という信念に対して疑問が提起されはじめた、ということがもう1つ。後者の問題には、今日の先進諸国が、もうそろそろ発展が頭打ちにきているのではないかと、特に公害問題、天然資源の有限性の問題、そういうことを考えてみると、これまでよりはるかに強い発展に対する制約条件というものが、これから加わってくるであろうという問題が、関連している。ただ、もちろん、社会発展というのは包括的な概念であるから、その内容が必ずしも全体として経済発展と抵触するということにはならない。それどころか、たとえば教育の普及であるとか、あるいは人間の寿命が延びたことであるとか、あるいはもっと個別的に言えば海外旅行者の数が増えたとか、あるいは出版の量が増えたとか、そのような個別的な社会指標が経済発展によって人間に幸福をもたらしたことを示していることは、たしかである。要するに、「社会発展」という概念を用いることで私が主張したいことは、経済発展が実質においてどれだけ人間に「ウェルフェア」をもたらしたかを個別にチェックすることが必要だ、ということにはかならない。

II 社会福祉と社会計画

そこで標題の後半にある福祉の実現という問題に入ることにしよう。まず冒頭にふれた福祉という言葉の意味について、もう少し立ちいって考えてみたいと思う。社会保障とか社会福祉を扱った本を見ると、専門的な意味で社会福祉というのは、身体障害者であるとか、高齢者であるとかというように、社会的に弱い層の人々に対して、国家が援助をして保障を与えることだというように書かれていることが多いと思う。これがいわゆる狭い意味の社会福祉論で承認された社会福祉の考え方だと思う。私はもちろんそういう既存の用法を無視するつもりはないが、しかしウェルフェアという言葉は本来はもっとはるかに広いのだという単純な事実を注意を促したい。

経済的福祉あるいは経済的厚生、つまりエコノミッ

ク・ウェルフェアという概念が、経済学のほうでビッグ以来確立されてきている。そのエコノミック・ウェルフェアに対応した意味で、ちょうど経済発展対社会発展という関係とパラレルな意味を、エコノミック・ウェルフェア対ソーシャル・ウェルフェアというものに私は与えたいわけである。そう考えるので上記の狭義におけるソーシャル・ウェルフェアという言葉の狭い定義をはるかに越えるような意味づけをそこに持ち込みたい。

英語の字引きでウェルフェアを引くと、人間の欲求が充足された状態というふうに定義してある。そこで私は基本的にいって福祉というのは、人間の欲求が充足されている状態のことであると考え。何が人間の欲求を充足するか。人間の諸欲求のうち個人が単独でみたしうるものはごく限られており、大部分は社会の生み出すパフォーマンス・アウトプットに依存する以外にない。先ほど生活水準とか、「クオリティ・オブ・ライフ」について述べたが、それらはいわば社会体系のパフォーマンス・アウトプットとして実現しているというふうに考えると、結局そういうパフォーマンスが人間の欲求の充足を可能にしている。そこでそういう状態が実現していることをもって社会福祉あるいは社会的厚生を定義することができる。

さて「ウェルフェア」をこのように「欲求充足」つまり「満足」の感情というように理解すると、それは明らかに主観的なところの状態に関する概念になる。しかもそれは個人の心理についてしか定義できない。そうだとすると、そのようなものをわれわれはいったい測定することができるだろうか。経済学者は、「効用」という概念を理論的な概念としてのみ設定し、その経験的な測定ということには関心を示さなかったが、社会心理学者は満足度を測定する努力を重ねてきた。これは態度測定やモラル・サーベイと共通する技法であって、1930年代におけるサーストンの最初の試みらい改良が重ねられて、十分に実用に耐えうるものになっている。この技法を使えば、個人の満足度を数字で表わすことができるほか社会全体の満足度の状態を表示することもできる。

それならばそういう意味での人間の社会的福祉というもの、さきに論じた「社会発展」との関連はどうか。これこそが、私の考えたい中心テーマである。私は「社会発展」を、客観的で総合的な指標（社会指標）によって表わすことのできるような「クオリティ・オブ・ライフ」の水準として定義した。あるいは、これを社会体系のパフォーマンス・アウトプットと表現してもよい。これと、個々人の主観的判断に属する満足度とは、

明らかに別個の要因である。しかし、社会体系のパフォーマンス・アウトプットは何のために作り出されるのか？ 人間の幸福を実現するために。すなわち、われわれの定義における「社会福祉」を高めることが社会体系にとっての目的である。つまり社会体系のパフォーマンス自体が、人間の欲求の充足を目的としてなされていると仮定することができる（目的論的仮定）。ということすなわち、「社会福祉」の大きさは目的変数として位置づけられる、ということにはかならない。

目的変数としての社会的な福祉が、放置しておいてスムーズに増加するという保証は必ずしもないから、そこでより高度の福祉を目ざして、人間が社会発展の過程に関与して、これを人為的にコントロールするということに思いついたのは自然であると思う。それを私は「社会計画」と呼びたい。

社会計画というのは、決して言葉としては新しくない。社会計画という言葉の起源について私はよく知らないのだが、民主的計画という言葉を1930年代に、カール・マーハンが使っていて、それをめぐって、計画論者マンハイムと、自由放任論者ハイエークとの間で、論争があったいきさつがある。その意味で社会計画的な発想というのは、1930年代からあったと思われるのだが、ただ初期においては、そういう意味の人為的に社会発展の過程に介入するということに対する、警戒の意見が非常に強かった。それはいまでも強いかもしれないが、しかし計画というものに対する拒否反能は、だんだんなくなってきたと思う。経済計画というのが非常に普及してきて、市場競争を原則とする資本主義国であっても、政府が経済計画を策定して中期なり長期なりの目標値を定め、その目標値を実現するような政策的なアクションを取るということは、ごくごく普通なことになってきている。

ところでしかし社会計画というのは、まだ経済計画にくらべると著しく未発達である。経済計画と社会計画との間には、これまで論じてきた経済発展と社会発展および経済的福祉と社会的福祉というのと同じような対応関係があると私は考えたい。簡単にいえば経済計画というのは、おもに貨幣量で表示される経済的変数の範囲で、目標値の設定や政策変数の決定がなされる。一方社会計画というのは、そういうように貨幣量で表わすことができないか、あるいはそうすることが必ずしも適切でないような、しかしながら人間の福祉とか、生活の質とか、そういうものに直接関連しているような、そういう諸変数を包括的に含むものと考えたい。

ところで経済計画と社会計画は、どちらも計画である

以上目標値の設定ということがエッセンシャルであるが、その目標値の決め方についての考え方が違うと思う。経済計画では目標値は経済量であって、通常 GNP のタームによって考えられるのに対して、社会計画の場合には、社会的な福祉を高めるためのシステム・パフォーマンス、あるいは生活の質、そういうものに直接関係のある実物的な量によって目標値が決められる。

経済発展と社会発展、経済的な福祉と社会的な福祉というものの関係について考えてみよう。経済成長は市場における消費者の欲求充足活動の水準が上がることによって起る。1人当りの GNP の実質の大きさが増えれば、1人当たり実質的に市場で買い得る財貨の量は増えるから、財貨がもたらす満足というのは当然増える。その限りでは経済発展と社会発展、経済成長と社会成長は相伴う。そしてそれだけ人間の欲求が充足されるから、経済福祉と社会福祉も相伴って上昇する。

ところが両者が食い違ってくるのは、金で買うことのできない財、またはサービスというものがあるためである。戦後の出発点において私達は非常に貧しかったために、豊かになりたいという欲求が強くて、電化製品や自動車などが買えるようになったことに目を見張り、それ以外のことはあまり意識されることなくすんでいた。その限りではたしかに経済成長というものに対する信頼が、私達を動かしてきた理由というのは十分にあったと思う。しかし今やそういう意味の経済発展と、それと区別される社会発展との間にある食違いが、前よりも強く意識されるようになってきた。その理由は、欲求の性質の変化ということに関係している。

社会的な福祉をわれわれは社会体系のパフォーマンスが人間の欲求の充足を実現している状態というように定義したわけだが、そうすると人間の欲求の種類が問題になってくる。社会的な福祉という概念は、じつは人間の欲求の多様性とともな多様で広範なものにならざるを得ない。人間の欲求は、個々人が金で買うことのできる物的な欲求から、道路や公園のように店で売ってなくて公共的にのみ供給されることのできる公共財への欲求、さらによくいわれる生きがいというようなものへの欲求まで、いろいろある。そして、第1の欲求は1人当たり GNP の増大によってかなりよく満たされるようになったが、第2および第3の欲求はそうでなく、しかもそれらについての欲求水準が豊かさの結果として高まってきたと思われる。

欲求の分類としてよく知られているのは、たとえばトーマスの4つの願望説だとか、最近ではマスローの欲求

5段階説などである。それらはどれも思弁的なもので、用いられている言葉も非常に違うが、多くの場合ある程度共通していることは、いちばん基礎的なところに人間の生命を維持する生理的な、あるいは物的な欲望をおき、そのほかにもっと高次の欲求の存在を想定することである。高次の欲求として、マスローは、たとえば人に自分が認められたい欲求とか、あるいは教育を受けることによって自分の才能を伸ばしたいという欲求とか、自分の個性を伸ばし自己実現ないし生きがいをもとめたい欲求などをあげ、5段階のハイラーキーを仮定した。欲求をどういうふうに分けるにしても、そういう区別に思いついたということはだいたい共通しているといっていよい。

私の社会的福祉の概念は、人間の欲求というものに限定を加えていないわけだから、結局それらの欲求の全体を問題にしなければならないことになって、欲求がそういうように多様であるのに応じて、社会的福祉という概念も非常に多面的であるということになる。

そこでどうしても、「欲求と福祉の諸領域」について、ある程度説得的な領域設定をしなければならないということになる。いうまでもなく、福祉の領域設定は、欲求の分類と対応するのであるが、ただ欲求の分類が確定していないために、福祉の分類も確定することがむずかしい。結局これについては、いろいろの専門家が試論としてあげているものを参考にしながら、経験的に重要と思われるものを列挙してそれらをまとめていくといったやり方をとるしかないであろう。たとえば、これまで出版されている各種の社会福祉や社会政策などに関する文献をあたってみて、項目としてあげられているものを、ことごとくカードに書き抜いて、それらをグループ・デシジョンによってまとめていく。あるいは専門家にアンケートなどを発して、順位づけを依頼するなど。しかしどのような方法をとるにせよ、結果的に大項目としてまとめられるものは、だれがやってもそれほど違わないものになるだろうし、換言すれば、それだけコンセンサスがすでに成立しているということもいえるのではないかと思う。すなわち、栄養、住居、健康、教育、余暇、公共施設、安全、連帯、環境といった諸項目は、必ずカバーされねばならない。

ところで、そういう領域設定と関連してここでぜひふれておきたい重要な問題は、それらの福祉のうちで、私的（プライベート）活動によって充足されうるものと、公的（パブリック）活動によらなければ充足されがたいものとの区別である。これは経済福祉と社会福祉というわれわれの区別とも密接に関連するので、次にそのこと

を考えることにしよう。

III 私的領域と公的領域

私的に充足されうる欲求とは、市場で財やサービスを購入することによって得られる満足に関するものである。これは伝統的に経済学の中心主題とされてきたもので、ここでのわれわれの用語では社会的な福祉から区別されたものとしての経済的な福祉の実現に関するものである。

簡単に説明すると、経済的な満足、すなわち効用というのは、人がそれを欲するところのものであるけれども、それはタダでは手に入らない。手に入れるためには、自分が持っているお金を支払わなければならない。メリットを得るためにはコストが必要である。そこで交換が現われる。いま2人の人間が貨幣と物とを交換するという場合に、その物が欲しい人は、その物に対する効用を高く認めれば認めるほど高く支払うことを辞さない。それほど欲しくない時には、コストが高ければあきらめるかもしれない。そこで2人の交換当事者の間にある合意が成立して、一定の額でその物が取引されたとなると、その場合ついた値段、価格は、その人が獲得しようとしている、あるいは獲得した経済福祉の大きさに対応しているというふうに考えることができる。これが経済的な福祉が、貨幣的な大きさで表わされるということの意味である。GNP という取引量の合計額が意味を持つのも、結局単に物が取引されたということではなく、その背後にそれが人々の経済的満足につながっているからだということができると思う。

そういうお金で買うことのできる、手に入れることのできる財貨、またはサービスについての満足は、それでいいけれども、個人がお金で買うことによって手に入れることのできないものはどうするか。お金で買うことができるということは、言い換えればそれがプライベートなアクティビティの結果として実現されるということの意味している。プライベートなアクティビティということは、市場における取引ということと同義である。市場においてはそういうプライベートなアクティビティの取引が、交換という形で実現をしているわけである。

ところがプライベートという概念に対応する、ソーシャルあるいはパブリックという問題がある。このことはかなり古くから問題としては意識されていた。たとえば「公共の福祉」という概念は、昔から問題にされてきた。たとえばイギリスの功利主義哲学を背景にもっている古典派経済学においても、取引というプライベートな活動と、パブリックな福祉というものの間の関係をどうつ

けるかということについて、非常に鋭い問題意識が当時からあった。それに対する一般的な経済学者の答えは、価格というものが媒介になって、プライベートな利益の実現が同時に、パブリックな福祉に貢献する道であるような、そういうメカニズムがつくられているというのである。この価格メカニズムというものに対する信頼というのは、もちろん独占の問題その他を通じて、絶えずチャレンジされてはきたものの、基本的には上記の命題はずっと安泰であったと思う。

ところが経済学の分野でこの命題に修正を迫ることになったのは、公共財の問題を通じてであった。国民経済の中で公共支出の占める重要性がだんだん大きくなって、国家あるいは地方自治体の経済的活動というものが、だんだんその割合を高めてきた。福祉国家の理念ともいわれるものがそれを要請したのであって、価格メカニズムの動きにまかせておいていい分野と、まかせておけない分野とをはっきり分け、後者に対して国家が介入する。医療や教育はその典型的なものである。そこで財政支出の対象となるような財やサービスを、市場でプライベートなアクティビティの形で取引される「私的財」と区別して、公共財と呼ぶようになってきた。この区別が強く意識されるようになったのは最近のことで、それ以前に書かれた経済学のテキストでは、基礎概念の段階で、私的財と公共財との区別に言及することはなかった。自由財と経済財との区別があるということは伝統的に必ず言及されていて、水は自由財で、無限に供給されるから値段がつかないと書かれていた。これに対して、水が公共財であると説明されるようになったのは最近のことである。

公共財は、市場で買うことのできない財であるから、価格の世界とはぜんぜん別の原理によって配分される。資本主義的な経済秩序である価格に依存する「市場原理」と、それから国家が配分を決定して価格というパラメーターに依存しない社会主義的な経済秩序である「計画原理」との区別は従来から論じられてきた。しかし公共財の世界はこの後者とも異なる第三の原理によって動かされるとみなければならない。すなわち、価格原理または市場原理と、計画原理と、そしてそのほかにもう1つ公共原理というようなものがあるということが、認識されねばならないであろう。公共原理についての最も重要な特徴を、私は市場原理の individual な性質に対して、collective な性質という点に求めることができると考える。

多少我田引水になるのだが、私はこの individual 対 collective という問題が、長い間、経済学と社会学の考

え方の上での重要な違いをなしてきたということに注意を促しておきたい。社会的という言葉と経済的という言葉の違いについて考えてみるとよい。たとえば社会政策という言葉について日本ではかつて社会政策論争と呼ばれるおそろしく的外れな議論がなされたが、最近のドイツでは Sozialpolitik という言葉は消えてしまって、ゲゼルシャフツポリティーク Gesellschaftspolitik という言葉が使われている。そしてこのゲゼルシャフツポリティークというのは社会福祉政策と訳したほうがよいような、つまりかつての Sozialpolitik のように労働者という限定をつけるのではなく、国民全体を対象にして、福祉を増大させるという、そういう意味をもっている。要するにここで言いたいことは、社会的という時に意識されていることは、プライベートというものではカバーしきれない、「全体の」次元の問題というものがあるということである。これは結局、公共的、パブリックと言い換えてもよいような内容のものだと思う。

オーギュスト・コントの昔から、社会学は多少とも collective な社会思想を強調するという伝統をもち、個人主義的功利主義の社会思想を基礎におく経済学と異なったニュアンスをもっていた。このことは、コントのアダム・スミスに対する批判によくあらわれている。さらに19世紀末に下ってデュルケムの本を読んでみると、イギリスの功利主義的な思想的伝統に対する反発が繰返し繰返し出てきて、それがかれのいわゆる社会連帯主義の根本動機をなしていることが知られる。

私はこれを、どちらが正しくどちらが誤っているといった見方で述べているのではない。ただ両者のコントラストが重要だと述べているのである。こうしてともかく、一方に、経済的な福祉、つまりプライベートな福祉、それを個人が実現をする、そこに個人の幸福があるという見方があり、他方に、インディビデュアルなものに対して、コレクティブなものを置く、プライベートなものに対して、パブリックなものを置く。そういう考え方のパターンがある。私は後者の思想的系譜に依拠しながら、経済発展に対して社会発展、経済福祉に対して社会福祉ということを強調してきたわけである。

さて、ここでいう社会的福祉というのは、パブリック・アクティビティの結果によってのみ満たされるようなものであって、だから個人が私的にお金を出して市場で獲得ができない、したがってまた貨幣的な表示ができないという特徴をもった欲望充足である。もっとも、公園なら公園について、値段がつかないといっても、その公園に対する財政支出の大きさということで、間接的に

貨幣額で表わされるではないかという議論は成りたつ。しかしその場合には私的財の場合と違って、コストと満足との関係は、市場でバランスされるような関係になっていないということをいかなければならない。だからコストで計られたものと、結果としての満足(効用)とが、私的財の場合のように対応しないことが非常に多いということはいかなければならない。その意味でやはり貨幣的な表示というのは、公共財の場合には不正確である、あるいはミスリーディングであって、結局はそれのもつ福祉としての大きさは実物量でなされる以外にはない。そういうことに私はなと思う。

こう考えると、よくいわれる GNP は福祉の指標たり得るかという問題に対する答えも明らかになってくる。GNP は経済的な福祉の指標たり得るけれども、社会的な福祉の指標ではあり得ないということになる。社会的な福祉の指標というのは、結局実物量で測る以外にないということになる。ここから、きょうの話の最後のトピックたる社会指標という問題が出てくるのである。

IV 社会指標 (social indicator)

社会指標への要請は、アメリカでジョンソン政権の末期に発表された“Toward a Social Report”に始まり、社会学者のダニエル・ベルやウィルバート・ムーアやオーティス・ダンカンがこれに協力して、ラッセル・セイジ財団やミシガン大学で研究が行われている。他方、これとは独立にジュネーブの国連社会開発研究所でポーランドの経済学者ヤン・ドレフノフスキーが具体案を発表し、OECD でも目下検討が行われている。しかし、ドレフノフスキーの論文を除いては、いずれもまだ模索の域を出ない。

社会指標はふつう非貨幣的な指標であると考えられているが、貨幣的な指標と必ずしも相互に排他的な関係に立つわけではない。社会指標は部分的に貨幣的な指標を含み得る。ただ、もともと社会指標への要請は GNP 指標が福祉の表示たりえない、というところから始まったのであるから、非貨幣的な指標たることに重点がある。また社会指標論は、くたばれ GNP といった主張を含むものというふうに取りられやすいが、そういうことはなく、むしろ両者の関係は排他的であるのではなくて、補完的であると理解するべきである。

社会指標は、アメリカにおいては、複数形において考えられていて、単一の総合指標を求める努力は放棄されている。これに対して総合指標の必要性を強調しそのような具体案を発表したのはドレフノフスキーである。社

会指標は精度の低い指標だからという理由でそれへの努力の意義自体を否定する議論もみられるが、現在の経済指標というの、物価変動の場合のデフレーター算出の仕方などを考えれば正確なものとはいいがたく、それでも役に立っているのだから、正確さの問題は程度の問題だといってよいであろう。

アメリカの学者たちは総合的な社会指標の作成の努力を断念したようだが、私はドレフノフスキーの論文からの影響で、まだ総合指標をつくるべきだという考え方を捨てていない。ただいちばん致命的な問題は、貨幣的な指標ではないために貨幣単位が使えず、実物指標ということになると、共通の単位が決まらないことである。ドレフノフスキーはこの難点を克服するために、O点、M点、F点というものを定め、O点(ゼロ)、M点(100点)、F点(200点)の尺度にすべての指標を換算してしまうことを提案した。この提案を含めて、従来提出された社会指標のなかでドレフノフスキーの生活水準指標がいちばん実用の域に近づいていると思う。なお社会保障研究所はこのドレフノフスキーの生活水準指標の提案に最初に注目し、すでにこれを使って、戦前から現在までの日本の生活水準の推移を算出しておられるので、むしろ私が解説めいたことを述べるのは筋違いであろうと思い、ここではドレフノフスキーに示唆を受けて私たちのグループが目下試みつつある作業についてお話したいと思う。

私たちもまた、福祉の領域について非常に多数のアイテムを設定し、それぞれについて実物量で福祉を表わし、しかもそれらの多数の個別指標を総合指標に統合しようとする努力をしている。その総合指標が本当にできるかどうかはまだ何もいえないが、ドレフノフスキー提案のうちO点をやめて、M点(ゼロ)とF点(100点)をエキスパートにアンケートを発することによって算出しようと試みている。M点というのがいわゆる「シビル・ミニマム」、F点というのはこれだけあれば一応満足という水準である。ただ、この試みが成功するかどうか樂觀できない理由は、エキスパート(栄養や健康についての項目なら医者、住宅や都市施設についての項目なら都市工学者、教育についての項目なら教育学者、など)といえども、それぞれの項目ごとにそれがどのくらいの点に達すればM点といえるか、あるいはF点といえるかということに判定することはしばしば困難だということである。たとえば住宅について、1人当りの畳数がどのくらいであればM点で、どのくらいであればF点だ、あるいはそういう住居の広さのほかに質を考えて、それがどのくらいのものであればM点で、どのくらいのものであれば

F点というように、各項目ごとにM点と、F点をエキスパート評価によってきめる。しかしエキスパートが判断できないと投げ出す項目も出てくるし、判定者によって評価が大きく食い違うものも出てくる。私たちは200以上の項目を集めたが、このように多数の項目についてM点とF点を決定する作業を行うのは至難のことである。

最後に、共通尺度に換算された項目は、しかるべき項目ウェイトを掛けた上で、総合尺度をつくるために足し算される。ドレフノフスキーはウェイトなしでやったが、私たちの方法は、40ほどの代表的と思われる項目をランプのようなカードに書いて世論調査のような方法で、「いちばん重要と思う」から「いちばん重要でないと思う」まで5段階ぐらいに一般民衆に格づけさせるというものである。結局これは、世論による投票でウェイトをきめる方法であって、「いちばん重要と思う」100点、「やや重要と思う」75点、「中ぐらい」50点、「あまり重要でないと思う」25点、「いちばん重要でないと思う」O点として投票結果の平均値を算出するのである。このようにして総合尺度値を算出すると、過去のデータにさかのぼって、生活水準の推移を数字で表わすこともできる。あるいは5年後なり10年後なりの計画目標というものを政治家が宣言して、行政当局がそれに向って的政策的な努力をするということもできるようになる。

さきに述べた社会計画というものの、もしこの社会指標が実用の域に達すれば、ぐっと具体性を増すであろう。その意味では社会指標論というのは、政策論的に考えても、非常に重要な意味をもっている。単に研究者の知的興味だけに止まらない、非常に重要な実践的な意味をもっていると私は考える。

たまたま東京都の中期計画が、原初的ではあるが実物量で目標値を定めるという試みを実行しているという点で、一応実際に政治家および行政当局が作成してみた、社会計画の名に値するものの最初のものとして私の目に映じた。中期計画は、実物量で目標値がきめられるということのほか、福祉の諸領域が非常に広く、通常の経済計画と違って、都市問題などに関連した、公共財を非常に多量に含んだ、個別の項目を設定している点で独自のものをもっていると私は思う。結果的に私にはそれに関与しなければならぬ責任を負ってしまったが、社会指標について具体的に作業をする機会を得たのはしあわせであった。そういうわけでこれが私の成案だというのはまだできていないのだが、こういった試みが具体的になされることが重要であるということを上申して、私の話の結びとしたいと思う。

年金制度の問題点

小山進次郎

I 主な問題点

日本の年金制度の問題点というか、あるいは欠点と申してもいいが、そういうことを言います場合に、誰も挙げる点がある。

第1が日本の年金制度は未成熟である。したがってまだ十分どころか、ほとんど見るべき役割をしていない。形だけあって実のない状況になっている。こういうふうにいわれる点である。

第2の点はいろいろの制度が分立をしていて、しかもそれぞれの制度から与えられる受益の内容には違いがあって、国民の公平という観点から考えてみると、好ましくない状況になっている。こういう点が問題点として挙げられる点である。

第3の問題として挙げられる点は、仮に形式的に見て一応体をなしているように見える場合でも、現在のかなり激しい経済成長に対応する仕組みが十分に年金制度の中に内包されていないために、絶えずかなり大きなタイムラグを生じていて、結果的には役割をあまり果していないという結果になっている。経済成長というものに対する対応というものがきわめて乏しい。こういうようなことがいわれている。

ここまでではだいたい誰でも口を開けば言うことであるので、おそらく皆さん方も、その点は、ああそうか、だいたい自分が常識としてもっている点と同じだなというようなお考えでお聞きになられたと思う。

第4には、最近こういう観点からの見方が強まってきた。年金というのは何といても老年に対応するための大きい施策であるはずなのだが、日本の年金制度というのは、対老年施策という点から見るとまことに位置づけが曖昧である。曖昧であるという意味は、あながち不十分だというだけではない。見方によってはオーバーな面がかなりある。したがってそれほど余力をもってやっているのでない場合においては、そういう状態でオーバーなところがあるならば、当然なこととして、必要なところ

との関係においては、足りないところが非常に多いという結果になっている。そういう意味における老年対策としての位置づけの曖昧さということがどうしても第4に挙げざるを得ない。

だいたいそういう点について、かいつまんでお話を申し上げたい。

(1) 年金制度の未成熟

イ 老齢年金受給者率の低さ

まず最初の未成熟の問題であるが、今日でこそ年金制度の成熟とか、あるいは未成熟という言葉、あるいは観念は、ほとんどすべての人に知れわたっているが、日本の学者なり、あるいは専門家が、本当の意味において、この未成熟問題というものに、目を向け出したのはそれほど古くはない。少くとも私どもが現職にいて、国民年金を始めた当時の昭和34,35年の状態においては、未成熟という観点から議論を展開していた学者はほとんど見受けなかった。学者の目には、未成熟も単純に日本の年金制度の非常に低い点、お粗末な点としてだけしか映らなかった。ところがそれから3,4年たって、これは主として政策担当者の側から、年金制度の成熟という問題をひっさげて説明を始めるということが行われてから初めて、未成熟という問題が、彼らの頭の中にややはっきりした形で出てきたという、いわば因縁をもっている問題である。

その意味においては、この未成熟なり、成熟という問題は、おそらく今日そういう発展のプロセスというものについて、あまり知らない学者が議論する場合は平面的に考えるであろうが、これは何といても日本の年金制度を現実につくり、推し進めてきた人間の間から出てきた問題意識であり、日本独特のものでは決してないが、われわれは相当充実した年金制度をつくったつもりだが、現実にはそれが効いていない。どういうわけだろうかということを皆なが考えた結果、これが外国の進んだ学者がいつている成熟問題なのだというので、そこで初めて年金制度というものをいわば静的的にみる考え方か

表 1 年齢階級別年金受給者の人口に占める割合の見通し (試算)

(この資料は、年齢階級別年金受給者の人口に占める割合の見通しに)
(ついてきわめて概括的な試算に基づいて作成したものである。)

(1) 総括表

単位(1,000人)

	昭和45年(実績)				50年				55年			
	合計	60~64	65~69	70~	合計	60~64	65~69	70~	合計	60~64	65~69	70~
(1) 人口	10,890	3,680	2,960	4,250	12,930	4,210	3,390	5,330	14,650	4,370	3,850	6,430
(2) 年金受給者数	4,810	630	650	3,530	7,930	1,130	2,350	4,450	10,390	1,640	3,170	5,580
(2)/(1)	44%	17%	22%	83%	61%	27%	69%	84%	71%	38%	82%	87%

(2) 年金受給者の内訳

		昭和45年（実績）				50 年				55 年			
		合 計	60～64	65～69	70～	合 計	60～64	65～69	70～	合 計	60～64	65～69	70～
合 計		5,260	630	650	3,980	8,500	1,130	2,350	5,020	10,920	1,640	3,170	6,110
実数	厚 生 年 金	490	200	170	120	1,400	560	490	350	2,320	930	800	590
	国 民 年 金（拠出）	0	0	0	0	1,330	20	1,310	0	2,840	40	1,740	1,060
	“（福祉）	2,980	40	40	2,900	3,800	50	50	3,700	3,530	40	40	3,450
	各 種 共 済 組 合	440	170	140	130	750	290	240	220	1,130	430	360	340
	恩 給	1,350	220	300	830	1,220	210	260	750	1,100	200	230	670
	福祉年金のうち他の公的年金との併給者数				450				570				530
比 率	合 計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	厚 生 年 金	9	32	26	3	16	50	21	7	21	57	25	10
	国 民 年 金（拠出）	0	0	0	0	16	2	56	0	26	2	55	17
	“（福祉）	57	6	6	73	45	4	2	74	32	2	1	56
	各 種 共 済 組 合	8	27	22	3	9	26	10	4	11	26	11	6
	恩 給	26	35	46	21	14	18	11	15	10	13	8	11

- (注) 1. 総括表(2)欄における年金受給者数は、福祉年金のうち他制度との併合者数を除いたものである。福祉年金以外の他制度間の年金との併給者は除かれていない。通算老齢(退職)年金は厚生年金に一括して含めた。
 2. 45年は3月31日現在、50年、55年は10月1日における推計である。
 3. 厚生年金には、船員保険を含む。
 4. 各種共済組合とは、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、私立学校教職員共済組合、農林漁業団体職員共済組合である。
 5. 恩給は文官恩給、軍人恩給、都道府県知事裁定の恩給である。
 6. 国民年金は、拠出制と福祉年金とに分けた。

(資料) 各年金制度事業年報、社会保障統計年報および各制度の基礎資料、人口問題研究所「将来推計人口」および総理府「全国年令別人口の推計」

(算出方法) 上記年金受給者数及び年齢分布は、いずれも次により厚生省年金局において概算を試みたものである。

- (1) 共済組合、恩給については、退職年金及び普通恩給、遺族年金及び扶助料は、過去の実績を2次曲線にあてはめ、廃疾年金及び増加恩給は直線にあてはめ、50年、55年を推計した。
 (2) 厚生年金、国民年金及び船員保険については、さきに財政再計算期の際行なった推計値を用いた。
 (3) 年齢分布は、各制度の実績を用い、将来において、この年齢が変らないものとして算出した。

ら、動態的にみる、発展するものとしてみるという考え方が生まれてきた。そういう1つの観点である。

そこで未成熟か成熟かということを見分ける目印、指標というものはどういうものであろうかということであるが、これはきわめて明瞭な指標がある。日本のように国民全部を形式的にどの制度かに包摂している場合でも、現実に年金で守られている数が非常に少いとするならば、それは年金制度の出来が悪い、さもなくば未成熟であって、年金制度上要求される最低の受給資格期間を満たしていないか、どちらかのためにそうなっているわけである。その意味において、まず当然対象としなければならない人々に比べて、現実に年金をもらっている人の数が少なければ、その国の年金制度というものは、多くの場合において未成熟である結果、そうなっているというふうに見えていいわけである。

もう1つは、ほぼ同じような根から出ている問題であるが、年金額が低いということである。低いという意味は、絶対的な低さというよりも、年金制度上掲げられているところから受ける印象と、現実に受ける年金との間に、相当な開きがあり、その結果現実に受けている年金から見るときわめて低いという実感をもたせる。こういうことがまず未成熟の年金制度においては濃厚に現れているわけである。いろいろの指標でそれを見ることができ、ほかにも転用できるという意味で、表1をご覧ください。表1は本来年金制度の未成熟を観察しようという目的よりも、むしろ日本の年金的発展というものをもたらし将来の姿というものを展望してみよう。こういう気持ちで、これは厚生省の事務当局を督励して、われわれが国民年金審議会の審議を進めていく上に必要だということで、つくってもらった数字である。

そこでいま私が申し上げたことを、これで見ようとするならば、昭和45年の実績というところをご覧ください。まず総括表のほうを見ると、人口を60歳以上だ

けを取ってみると、45年はほぼ1,000万人ぐらいある。このうちの程度のものが年金を受けているかと総括してくくってみると481万人ある。ちょうど44%である。この44%という数字は、のちほどの比較でも出てくるが、表2の国際的に見ても非常に低い数字である。元来60歳以上の老人で働いていなければ、全部の人間が年金で守られていなければならないのに、働いている人があるとしても、わずかに44%しかもらっていない。気のきいた国では、この率はだいたい60%から多いところは100%までいっている。こういう状況である。

その意味において、これ自体すでに低さを表わすものであるが、実はこの44%という数字は、偽りではないが、事柄を厳密に見ようとする場合には、かなりこの中に薄められたものが入られることによって名目上高められている。だいたい皆さんもご存知だと思うが、この欄の70歳以上のところを見ると425万人のうち実に83%の人が年金を受けている。もしこの83%の年金を受けている人々の年金の内容が充実したものであるならば、この状態はまさしく世界一流の状態である。しかし誰にもそうではないということは、はっきりわかっている。結局こういうふうに70歳以上が見せかけの上で高まっているのは、例の国民年金の老齢福祉年金という300万人近くの人々がこの中にはいっているからである。それを除いて考えると、この率はせいぜい25%前後のところまで落込んでしまう。隣の65歳から69歳にその状況が明瞭に現れている。ここが22%になっている。

したがって日本の年金制度のだいたいの実力を見るならば、65歳から69歳の22%、これは他を入れると24%程度になるが、そのくらいのところが、いまの日本の年金によって老人が守られている実際の姿である。70歳以上になると、ほんの申訳的な老齢福祉年金を与えられることによって、見せかけの上においては83%ということになっている。

表2 主要国の老齢人口割合と老齢年金受給者率

65歳以上人口の割合						65歳以上人口中の老齢年金受給者率	
イ	ギ	リ	ス	'65	12.2%	'57	74%
フ	ラ	ン	ス	'64	12.4	'56	90
西	ド	イ	ツ	'63	11.2	'57	63 (公務員に対する制度を含まない)
ス	ウ	エ	ー	'63	12.3	'58	100 (67歳以上人口について)
ア	メ	リ	カ	'65	9.3	'56	68
日			本	'65	6.3		
				'70	7.1		
				'75	8.0		
				'85	9.9		

それから年金額が低いという問題、これは実感として皆さんお持ちであるが、一応例示的にご覧いただくとすると表3である。これは制度の分立による格差の存在というものを見ていただこうという意味で挙げた数字である。このうち老齢年金1件当り年額をご覧いただくと、だいたい昭和44年度における実績が、それで知られるわけである。一番よいといわれている公企体の退職年金でもわずかに年33万円である。年金の基本だとわれわれが考えている厚生年金にいたっては、わずかに44年度では15万8,000円、こういう状態である。こんな低い年金では、月に直せばせいぜい1万2,000~3,000円から2万5,000円程度で、生活の足しにはなるけれども、これを自分の生活の基本部分を支えるものとして当てにするわけにはとてもいかない。こういう状態である。

ロ 主要制度の発足時期

そこでなぜ未成熟の結果、そうなっているのだということ、ここで若干ご説明しておく必要があると思う。

まず年金制度の対象から見れば、ほとんど国民全部を覆うようになっているにもかかわらず、年金受給者のほうから見ると、せいぜいのところ1/4程度しかカバーしない結果になっている原因は何かといえば、これは問題なく、主な年金制度のスタートが国際的な相場から見て、非常に遅れたということである。もっともこれは日本の経済発展と関係があるわけで、日本の経済発展の状況からいえば、遅れたのには遅れたなりの当然の理由があったわけである。ただその後における経済の発展が高度経済成長といわれるように、非常に激しかったために、経済だけはどうやら追いついていって、やがて追越そうというところまでいっているわけであるが、発足時期の遅かった年金制度については、なかなかそうはまいらない。

いうまでもなく年金には、医療保険と違って、制度の対象になったからといって1年間で老齢年金の対象になるというわけにはいかないという意味の受給資格期間がある。戦前からしばらくの間、20年という受給資格期間は、これは崩すことのできない鉄則だという考え方が、日本の実務家あるいは社会保険の学者の間には非常に強かった。そういう意味において、時期が遅れたにもかかわらず、きわめて厳格な受給資格期間というものを墨守したために、本当の意味で年金が花を開き、実を結ぶ時期が遅れた。きわめて機械的にいえば15年なり20年なりは、老齢年金というものは制度ができて花を開くことがない。こういう結果になったわけである。

ハ 発足時の経過措置の不十分さ

それから同じような事情で、日本の年金の場合には、年金額を決めるのに受給資格期間1年についていくら、こういうふうに決める決め方がずっと墨守をされている。したがって受給資格期間が短ければ当然のこととして、仮に老齢年金をもらうようになるにしても、その年金額なるものは大変に少い。しかしそれがもし30年なり、35年というところに皆ながいくようになるとすれば、その年金額は非常に多くなるわけである。この点についても日本の実務家なり、あるいは社会保険の学者は、意を用いるところ比較的少かった。

やっとなんかということについて、日本の年金の発展の上で、はじめて最近の新しい潮流にやや近づいたやり方をしたのが国民年金である。国民年金はご承知の通り、36年に拠出制を始めたのであるが、もし国民年金について、基本にしている老齢年金の受給資格期間25年というものを墨守するとするならば、国民年金の老齢年金が実際に出はじめるのは、昭和60年頃になるわけである。

表3 公的年金制度の給付及び負担付老齢年金受給開始年齢（昭和44年度）

	被保険者 (千人)	老齢年金1 件当り年額 (円)	遺族年金 同 前 (円)	障害年金 同 前 (円)	保険料率本 人、使用者 (%)	保険料(1人当り)及び 老齢年金受給開始年齢 (円) (歳)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
厚生年金	21,582	158,782	97,868	131,465	各 27.5	25,885 60
船員保険	258	213,776	128,073	146,519	各 33.5	54,443 55
国家公務員共済	1,143	304,573	108,106	158,920	各 44	76,534 55
公共企業体職員共済	791	331,352	109,871	184,011	(国鉄) 各 47.5	117,191 55
私立学校教職員共済	186	204,741	110,257	158,149	各 38	34,005 55
地方公務員共済	2,471	351,236	124,143	202,820	各 45	90,685 55
農林漁業団体職員共済	400	184,258	73,284	142,681	各 48	41,215 55
国民年金	23,407		58,879	68,541	本人のみ	2,774 65
						(老齢福祉) 70
計	53,313					

(注) 社会保障統計年報(45年版)による。

それではつくる意味がない。ちょうどその頃になると、もう西欧の進んだ国々は、そういう問題に対して、かなり大胆な考え方と手法を取入れはじめてきていた。新しい制度を始める時は、その制度を始める時の加入者の年齢に対応して、ある程度受給資格期間の短縮を考えるべきだ。そうして一刻も早くそれが老齢年金に結びつくようにすべきだ。金額がある程度低くなることはそれはやむを得ない。こういうことが昭和33,34年頃になると、世界的な潮流として、世界の動きを眺めるものにとっては、ややはっきり読取れるような情勢になってきたわけである。そういう情勢の上に乗っかって、今までそういうことに無頓着であった日本の学者も、それからわれわれ行政実務家も、今度こそそれをやらなければいかんということで、国民年金をつくる時は、10年間で老齢年金に結びつくという一番短いものをつくったわけである。

そういうようなものが、現在の年金の発展の中でどういうように実を結びつつあるかというのをつかみ、その結末を眺めながら、将来の年金発展の方向を決め、それから実施すべき政策の重要度を決めようという目的でつくったのがさっき引用した表1である。もう1回ご覧いただきたい。45年度では年金受給者は44%に止まるが、5年たった50年度になると一挙に17%ぐらい高まって61%になる。さらに5年たつと71%になる。この55年の71%という水準は、立派なものではないが、ここまでくるとだいたい西欧先進国といわれる国々のレベルにほぼ近づくわけである。したがって日本の年金制度というものは、未成熟であるために、今日この時における状態だけを取上げて、あげつらうならば、年金受給者の数も大変少い。年金額も少い。しかし55年までの姿を展望してみると、年金額の点は今後の政策いかにかかるところが多いわけだが、受給者の点から見るならば、どんなに無能な、無気力な人間が政策担当者であっても、これは自然現象と同じ程度の確かさでここまではいく。ここに今日の日本の年金制度に見られる問題点を単に悪くて、お粗末だというふうに見るか、あるいは悪くてお粗末な点是否定はしないけれども、それがどういう原因でそのように現れているかということまでも含めて、眺めるかということとの違いが現れてきているわけである。

もう1つ申上げると、これは私が2年ぐらい前からいっていることで、現役の諸君にとっては、またかといわれるようなことであるが、私はこの表1の非常に素朴なものを、2年足らず前に現役の諸君の協力を得てつくったことがあるが、その時にもう1つ私は着眼点として指摘

した点がある。それはこの表を見る場合に合計のところだけに関心を奪われてはいかんとということである。そのことを絶えずいつている。見る場合に一番重きを置いて見なければならないのは、65歳から69歳である。この年齢層になると、少くとも年金の必要な階層を全部はカバーしてはいないけれども、年金のいらぬ人はあまりはいっていない年齢層になっている。そういう年齢層に対して、年金がどのくらいカバーしているか、45年に22%であったのが、50年には実に69%、格段の向上振りである。先ほど申上げた世界の潮流にやっと目が開け、遅ればせながら日本の学者、あるいは行政実務家がやったことが、ここにはじめて生きてきたわけである。これはこの時点になると、私どもが皆なでつくり上げたあの国民年金の老齢年金の受給者というものが、ことしあたりから逐次出てくるので、全体との関係においては、一挙に69%という、この種の発展から見れば、驚異的な結果をもたらすことになったわけである。

そこで私が絶えず注意することは、問題はもうそこまで来ているのだぞ、今の老齢福祉年金の70歳を少しでも引下げるのがいいのだなどと思って65歳に持っていくなどといってもそれに加担をしては駄目だ。方向は逆なので、じっとしんぼうして、もう5年待てば仮に55年になると、もはや65歳から69歳は82%、それから70歳以上の87%というのは、もはや45年からほとんど大きな動きはない。ということは結局70歳以上の層では中身が低い老齢福祉年金から拠出系統の年金に入れ替っていく、こういうことを物語る。

もしも日本の年金の抱えている問題が、受給者を増やさなければならんということだけであるならば、70歳を65歳に向けて下げていくということは非常に検討に値することである。ところが日本の年金の抱えている問題には、もう1つどえらく大きいものがある。それはさっき申上げたように、現実にもらっている年金額がほとんど問題にならないくらい少い。これを何とかして頼るに値する程度まで引上げるという大きな問題が、日本の年金制度に残っているとすれば、なまじここ1,2年のところで一時の人気取りに70歳を下げるとか下げないというようなことでごまかしをやると、結局日本の年金の基礎をつくり損ってしまって、国民全部に対して大変申し訳ない結果になる。

こういうようなことを、かねがね強くいつていたので色々各方面で軽々しい思いつき発言をされた時に、結局事務当局の諸君は、苦心さんたんして寝たきり老人は障害福祉年金の対象に該当するような実態だから、これな

らしいだろうということ、それならそれをいかにいうほどのことはあるまいということで、ああいふふうにしたわけであるが、そういう点から見ても、もはや70歳を1歳なり2歳下げるといふ遊びを行なっていくというのは、今日の年金政策の中では、順位から見ると大変これは下の順位に置かるべきだというようなことがわかるわけである。

未成熟の問題はそのようなことである。

(2) 制度の分立

次は制度の分立という問題点であるが、その前にせっかく用意した表があるので、未成熟のところで見ただく予定だった表2をちょっとご覧いただきたい。左側には65歳以上の人口の割合を、主な国別に掲げているが、いずれの国も現在の日本よりはるかに老人の割合が多い。日本はこれから深刻な老人問題を抱えることになるということを、私どもも先に立っていつているが、それでも率からいうならば、あと10年たった1985年で9.9%、やっとアメリカをちょっと越えたという程度ということになる。

日本の老人問題が深刻なのは、割合の大きさではない。ご承知の通りスピードの激しさ、テンポの速さということにあるわけで、いまだ対応の準備のできていないところに、みるみるうちに老人問題というものが、ウェイトを増してくる。その意味において、うっかり今のような格好でいくと、とんでもない結果になるぞということをいつているわけで、問題自体が実質的に見て外国より深刻だというふうに思ったのでは、少しこれは思い過ぎである。その意味において皆さん方に、この表から読取っていただきたいことは、年金財政の立て方について、厚生年金で3兆円とか、4兆円などという積立金を持っているのはまことに無駄ではないか、むしろいまの現役の人間のことを考えたならば、拠出する保険料をもっと下げさせて、この積立金を全部使って、老人問題の処理に当てるぐらいの考え方をもちたかどうか、こういう意見が現在でもかなり強いといわれる。1つの意見としてそれがあることは決して否定するわけではないが、この老齢化のテンポをもう少し先に延ばしていくと、日本も80年から90年ぐらいになると、いまのイギリス程度のところまでいって、そこで横遣いをしかける。そういうことを考えると今の日本の現役の労働者はまあまあ私ぐらいまでを含めて、したがって皆さんは当然その中にはいるわけだが、この現役の労働者が、自分達の保険料を減らすために、積立金を使うのは当たり前だと考えることは、大変甘やかされた考え方である。世界的に見て

今の日本の条件ほど、老人と子供を含めて扶養し得る経済的条件に恵まれている時はない。これはもっと先へ進むと、その当時の現役の労働者諸君は、いまのおそらく1倍半から1.7~1.8倍程度の重荷を、その時の先輩である老人と、自分達の子供達を扶養するために背負わなければならない。そういう条件に置かれている。そんな条件に置かれているのかかわらずいまの労働者が目先の楽をしたいということで、現在の蓄積を全部使ってしまうということは、日本の物価対策が成功していないという、こういう原因があつていわれていることは承知しているので、一概に今のような提言が無責任だと言い切ってしまうつもりはないが、あれでやれるものかどうかというふう考えたのでは、これは間違いである。このような提案に対して年金の専門家があまり問題にしていない事情はそういうところにあるわけである。

そこで表2の右側は、国際的に見ておよそ老人というもののどのくらいの割合をカバーしたら、現在のところ世界の水準に達するかというのを眺めるために掲げたわけであるが、西ドイツが63%。ただしこれに公務員に対する制度を含めると、だいたい75%ぐらいになる。したがって皆さん方としては、比較的日本がその形を絶えず頭の中に置きながら追っているという意味においては、西ドイツの状態、つまり老齢者に対して75%程度のカバー率、妻に対しては夫を通じてということになるから形式上は女性は年金受給者にはいつてきていないという勘定になるから、どうしてもこれは100%にならないわけだが、その程度の状態に近づいたら、まず受給者率では西欧先進国の位置に達したというふうに考えられていいわけである。

イ 年金の水準における格差

道草をしたが、次は制度の分立である。表3をご覧のように、金額においてかなり大きいバラつきがある。もう1つ注目をしていただきたいのは、一番右の受給開始年齢である。この問題は割合に軽視されているが、実はこれは非常に基本的な条件の違いである。65歳から年金を受けはじめるのと、55歳から年金を受けはじめるのでは、計算上からいうとおそらく1対2程度の違いは簡単に出てくる。したがって日本の制度を外国と比較をして、日本の老齢年金の年金額はいくらかという場合に、日本では厚生年金は60歳で、スウェーデンは67歳である。こういう支給開始年齢の違いというものについてご注意をいただきたい。したがって年齢は低くすればするほど、当然その制度の年金額は低くなる筋合いのものである。ところが日本では55歳から始まる。皆さん方

および私も現在受給者の1人であるが、その共済組合系統の年金というのが、受給開始年齢が早いだけでなく、年金額も一番多い。こういう格好になっている。

この問題をどう評価するか、もともと現役時代の労働条件に違いがあったのだから、その延長としての老齢年金に違いがあるのは当たり前だ、こういうふうに関き直るのも1つの態度である。日本でそういうことをいうと、およそ社会保障をわきまえざるものということで、直ちに総反撃を食うが、実はそういう問題について大変意識の高いイギリスなり西ドイツではそういう議論をやってフラットの年金ではいかんのだ、どうしても所得比例的な要素のはいった年金を加えていかなければならない、こういう議論をイギリスの労働党は堂々と導出している。そういうふうなことを考えてみると、この問題はあまり機械的に考えるわけにはいかない。それが1つあるわけだが、それにしてもやはり老後を託する年金としては、あまり1級年金、2級年金、3級年金というふうに、制度のランクが分かれていて、国民年金は3級年金、厚生年金は2級年金で、共済系統は1級年金だという状態に置くのは適当でない。少くとも日本としては、その点はもっと直していくべきだろう。こういうことが考えられるわけである。

そこでもう1つ念のために見ていただきたいのは、いま申上げたような年金額と受給開始年齢を実現する条件としての保険料はどうなっているかという点、これはさすがによい年金ほど保険料は高くなっている。したがって問題を制度の分立による格差問題に戻すと、格差をなくしていくという方向へ制度を発展させることは当然であるけれども、その場合考えなければならないことは、どこかの労働団体がいうように何でもかんでも事業主と国の負担だけでやるのだと考えたのでは、それは別の意味において公正を欠く。やはりよくしようとするならば、だいたい公務員よりはいい労働条件の労働者は相当いるわけであるから、当然公務員並みの保険料というものを負担をしていく。そうすることを通じて、日本の老齢年金における格差というものを解消する方向へ発展させていかなければならない。こういうことがただいまご覧をいただいたものから読取っていただけるわけである。

ロ 適用及び給付における洩れと被用者期間のロスの発生

それから制度の分立ということに伴って生ずるもう1つの問題は、これは医療保険の場合でもあり得るのであるが、一口に言ってやはり洩れと無駄ができる。制度と制度との間の隙間をずいぶん工夫したつもりでも、ちょ

うどある制度の被保険者でなくなって、次の制度の被保険者として確定しない間に自動車事故にでも会ったということになると、障害年金が受けられないという場合が出てくる。不幸にして死んだ場合には遺族年金が出ない。そういう洩れの問題。それからもう1つは、やはりそれぞれの制度において、受給資格期間何年と決めてるい場合には、特別な通算がない限りにおいては、それぞれの制度ごとに計算をするという意味においてどうしてもロスが起きる。

今から10年ぐらい前までの日本における労働の流れというのは、雇用者の家に生れて雇用者になって生涯を終って老人になるという者は比較的少くて、自営業者の家に生れて、これは主として農民が多いわけであるが、それから雇用者になる。こういう流れで雇用者になると概ね生涯雇用という形で1つの企業に結びついていく。そういう意味において、制度の切れ目からくる問題というものが多少回避できたわけであるが、いまのように同じ雇用者であっても、労働者である間に幾度か職場を変えていくということが当たり前になっていく時代になると、この問題は意外なところで悲劇を生む結果となる。そういう意味においてこの問題をこのままの形にしてはおしておくことは適当でない。

老齢年金については、かろうじてきわめて不十分な通算制度をつくったわけであるが、これはつくった人間自身が、これはまことに粗末、大した役割はしない、まあないよりましだという感じがする程度のものである。遺族年金と障害年金については、今のところそれもない。それから生ずる悲劇というものが現に出てくるとするならば、制度の分立をある程度肯定する立場に立てば立つほど、この間隙というものを埋めるための努力をしなければならない。これはそうむずかしい問題ではない。本当に皆さんや、あるいは各省の政策を担当している局長や課長が自分の在任中にこれだけは片づけるのだという気持ちで取組めば、片づき得る程度の問題である。おそらくはそういう意味において、こういった問題の解決をされるのも、そう遠いことではないであろうが、とにかく制度が分立しているということの弊害が年金水準の格差と、この問題とに現れているとするならば、それは是非とも片づけていかなければならない。こういう問題になるわけである。

(3) 経済成長への対応不足

次の問題は経済成長への対応不足ということであるが、これは何と云っても昭和35年に始まる経済の高度成長以降、深刻に感じさせられている問題である。正直に告

白するならば、私どもが国民年金をつくる時でも実はこの問題は議論としてはなかった。しかし何といってもわれわれの頭の中にあったものは、またそれを主張した学者の頭の中にあったものも、その後に現れたような激しい経済成長というものではなかった。その意味において、一応あるなということは肯定はしていたが、それに対して見るべき対応の手段は講じられなかった。わずかに物価騰貴とか、経済の変動、その他の結果その生活の条件に著しい変動の生じた場合には、年金の額を改定するのだという、いわば建て前規定を入れることで、こういう問題に対して決して無関心ではないのだということを示す程度の備えで出発したわけである。ところが現実の問題としては、これからくる年金の不十分さというものが、現在非常に強く現れている。その意味において私どももこの問題を考えるたびに、強い責任を感じている。

イ 国際比較からみた年金水準

そこでこれはだいたい今日ではある程度知っていただいていることであるが、日本の年金が現実の問題として、大変お粗末で役に立っていないということをいうことに熱心なあまり、実は明瞭に区別して理解しなければならない2つの問題をいっしょくたにしてしまって、かえって国民から見て、自分達はどういうふうに政治に訴えていけば問題の解決を促進してもらえるかということをはかりにくくしているという傾向がある。

1つの問題は、いわば静態的観察とでもいうべきものであって、日本の年金制度というものは、ある一時点における状態をとって世界各国と比較をした場合に、それほど問題にならない制度であるかという問題をきわめることが1つ。この答はもう皆さん方もだいたい予想しておられるように、実は決して悪くはない。私は昨年厚生白書に厚生省の現役の諸君がやったほど無邪気に、日本の年金水準がよいということをいう気持はないが、しかし悪いということを力をこめていう人があるならば、むしろ悪いというほうをたたくべきだというふうに考えている人間の一人である。その意味において見方にもよろうけれども、決してそんなに悪くない。それが1つの結論である。

それではそんなに悪くないはずの年金が、なぜこんなに低いのか。現在の年金は国際的に見てほどほどのところという感覚で見ているのか。こういわれると、いやそうではない、それ自体は明らかに問題にならない低さであるという考えをとる人間である。その原因は何かといえば、繰返し申上げたように、われわれの年金制度の中

に経済成長に対応するような仕組みをビルト・インできなかったという、そういう仕組みを内包することができなかったということでそういう結果を生んだ原因があるわけである。

そこでまず一応静態的観察をしようというのが表4である。これは昨年厚生白書で、いま保険局の審議官をやっている江間君が官房企画室長として中心になって、課長補佐あるいは若い事務官の諸君とともに整理して作った表である。だいたいこういう状況なのである。まずこの中で世界で一流として通用する標準的なものとして西ドイツを眺めると、被保険者期間30年で単身者も、有配偶者も1968年の賃金に対する割合で4割をちょっと越えた程度の年金に、これは現実になっている。それが35

表4 各国の老齢年金の賃金に対する割合

	1968年の賃金に対する老齢年金額の割合 (単位: %)		
		単身者	有配偶者
日 本 (厚生年金保険)	30年加入の場合	31	32
	35年	34	35
オーストリア	30	49	49
	35	55	55
ベルギー	35	33	41
カナダ	(注) 1	22	39
デンマーク	(注) 1	29	44
フランス	30	22	33
	35	43	68
西ドイツ	30	43	43
	35	50	50
イタリア	35	54	54
オランダ	44年加入の場合 (全稼働期間につき拠出すること が必要とされている)	30	43
ノルウェー	(注) 1	33	45
スウェーデン	(注) 1	41	55
スイス	1948年以降65歳に達するまで加入した場合	21	34
イギリス	(注) 1	24	36
アメリカ	所得比例であるが、加入期間は年金額に無関係	29	44

(資料) アメリカ合衆国保健教育福祉省, *Social Security Bulletin*, March 1970, 厚生省企画室調べ。

- (注) 1. カナダ、デンマーク、ノルウェー、スウェーデン、イギリスにおいては、定額給付と所得比例給付とから制度が構成されている。定額給付については加入期間の長短は年金額に反映しない。所得比例給付は通常加入期間の長いほど高い年金となるが、これらの国では、いずれも所得比例の導入が新しく経過した時期にあるため、加入期間は年金額に反映されない状況にある。
2. 日本は、昭和45年10月に、受給権を取得する被保険者期間20年以上の者の平均標準報酬月額38,069円を基礎として年金額を計算し、昭和44年製造業男子労働者の現金給与総額75,532円(毎月勤労統計)と比較した。

年になるとちょうど半分になる。西ドイツはご承知の通り遠く1887年当時から古い年金制度を持ちはじめ、それを発展させてきており、それが現在の制度に継承されているので、被保険者期間30年、35年というのはザラにある。したがって西ドイツに皆さんがお出でになって、お前は年金をいくらもらっているかと聞くと、だいたいここにまとめられた割合程度の年金を相手方は答える。こういうことになっている。それからこれは年金だけだといっていいが、おそろしくいいのがイタリアである。これは被保険者期間35年で54%という非常に高い年金額になっている。それだけ背伸びがあるわけである。フランスになると、こんなに低いのかと思われるだろうが、30年で単身者が22%、有配偶者33%、35年になると単身者43%、有配偶者68%になっている。

ところが日本の場合はどうなっているかというと、実は日本にはまだ加入期間30年という実例は出ていない。先ほど申上げたように制度の発足が非常に遅れたので、考えられる一番古い人が昭和18年の発足当時に被保険者になっている人であるが、まだ30年に達している人はいない。そういう意味でないで、これはどういうふうにして出したかということ、モデル計算である。現在の厚生年金保険法で決めているところにしたがってこういうふうなことで計算してみると、こういう結果になる。決していわれるほど高い水準ではないが、さりとて肩をすばめて問題になりませんというほどのものではない。こういうことがおわかりになると思う。

ロ 厚生年金保険の構造の長所短所

こういうものとしてつくられたにもかかわらず、現実の老齢年金を見ると、問題にならないほど低いという結果になっているのはどういうことかというのが、私がこれから皆さん方にご理解をいただきたい点である。これは国家公務員共済の退職年金と厚生年金保険の老齢年金とを比べてみると、その原因がかなりはっきりつかめる。国家公務員共済の年金を考えてみると、辞める前の最終

俸給の3年間の平均を基にとり、その何割ということとで出ている。したがってその瞬間を考える限り、しかも日本の賃金は年功序列型であるから、辞める直前が一生のうちで、まずよほどでなければ一番高い賃金である。その前の3年間の平均であるから、一番有利な条件を基にしてその4割とか、4割5分ということになっているので、少くとも2~3年の間隔で考える限りは日本の共済系統の年金は、常に額面通りの水準の高さを実現している。ただこれも受給権が発生して金額が決まって、5年たち10年たつと、これは相対的に見てだんだん低くなっていく。かつては現役の平均と比べて相当の水準であったものが、グリーンと下がっていく。そういう意味において共済系統の年金は、経済成長への対応というものの、まだ半分程度問題を残している。そういうことはいえるのであるが、少くともその時その時の状態を考える限りにおいては、比較的弾力的に対応している。

その状況を調べてみたのが、表5である。これは昭和38年からの厚生年金と国家公務員共済の1人当りの年金額の対前年度増加率を調べたものである。それぞれを評価する1つの基準として1人当りの雇用者の所得増加率を掲げたわけである。したがって一口にいて雇用者の所得増加率程度の割合で毎年の年金額が伸びているとするならば、年金制度としては経済成長への対応はまずよく行われているということになる、こう見ていいわけである。国家公務員共済の場合を見ると、まあだいたい対応している。ただ何といても44年度のように雇用者の所得のほうは16%も増えるということになると、国家公務員のほうはかなり遅れが出てくる。それにしてもこれは比較的よく対応している。

ところが厚生年金のほうは、ご覧のようにまことに驚くべき対応の仕方である。平均増加率で見ると、雇用者所得増加率は38年度から44年度までの間に毎年12.8%ずつの割合で上がっているのに、厚生年金は26.2%と非常に高い伸び率である。厚生省の諸君がいかに厚生年

表5 厚生年金（老齢）及び国公共済年金（退職）の増加推移

	厚生年金		国家公務員共済		1人当り雇用者 所得増加率
	1人当り年金額	対前年度増加率	1人当り年金額	対前年度増加率	
昭和38年度	42,507(円)	1.7(%)	169,113(円)	13.0(%)	13.0(%)
39	43,030	1.2	187,082	10.6	12.2
40	91,779	113.3	206,560	10.4	10.2
41	93,886	2.3	232,633	12.6	11.3
42	96,770	3.1	254,174	9.3	13.0
43	99,711	3.0	281,215	10.6	13.7
44	158,782	59.2	304,573	8.3	16.3
平均増加率		26.2		10.6	12.8

金がよくなってきているかということという根拠はここにある。事実物価の上昇に対応するどころではなくて、雇用者の所得の増加をもはるかに越えている。したがってもし厚生年金というものが、国家公務員共済と同じようにほぼ毎年26%前後にちらばるぐらいの割合で伸びているならば、経済成長への対応問題を、今日考えるほど深刻に考える必要はなかった。しかしそうはいかないというのがそこに現れている。どなたがご覧になってもおかしいと思われると思うが、40年と44年に上がっているだけで、あとは上がっているといえはいえる程度の上がり方でしか示していない。なぜこうなっているのかというのがここでの問題の1つである。これは皆さんがご存知のとおり厚生年金の構造からくる問題である。表6にあるようにほぼ半分ぐらいをフラット部分で構成し、残り半分程度を報酬比例部分で構成している。両方を合わせて目標としては、賃金との関係である程度の高さを保つようにしている。こういう仕組みになっている。したがってフラット部分について見る限りは、法律を改めない限りは3年たっても4年たっても同じ額である。たとえば驚くべきことには昭和29年に決めてから昭和39年まではずっとフラット部分は2,000円できたわけである。一方所得比例のほうはどうかといえば、これは微弱ながら賃金の上昇を反映するが、国家公務員共済のように、最終の3年をとってそれを基にして何%という出し方をしないで、それまでの被保険者期間の標準報酬の平均をとって、それにながしかを掛ける。こういう出し方をしているの、いまのように経済成長の激しい時には、およそ奇妙なことが行われる。現在だいたい7,8万円の俸給をもらっていても、15年前に仮に1万円だったとすれば、1万円、2万円というのを全部合算して平均を出すので、掛けられる基になる金額の7,8万

円に近いものではなくて、せいぜい3,4万円程度のもことになる。こういう事情が厚生年金というものを建て前よりも實際上低からしめ、しかも同時に経済成長に対する対応力を非常に乏しくさせてきている。

このような構造であるならば、経済成長を考える限りにおいては、少くとも2年目ごとぐらいには制度の改正をして、絶えず新しい経済条件に適応したようなものに、中身を入れ替えていかなければならない。2,000円を5,000円にしたわけであるが、5,000円を5,500円に、6,000円にする。こういうことを毎年できなかったならば、少くとも2年目ごとぐらいにはやる。1年にも10%上がるというのであれば5,000円は5,500円にしなければいけない。2年ためるならば5,000円は6,000円にしなければいけない。ところがそれにもかかわらず厚生年金の場合においては、ついこの間までは5年目ごとの再計算という1つの仕組みを墨守していた。これは何も好きでやっていたわけではなくて、変えようとするあまりにあちこちに抵抗が多く出過ぎるために止むを得ず5年ごとの再計算の機会に制度の中身を改めるという、そういうやり方を守ってきた。

ところがこの5年目ごとの制度の再計算というのは皆さん方の中にもご存知の方が多いと思うが、昭和29年の厚生年金保険法の改正の際に取入れられた条項であるが、決して日本の学者あるいは行政実務家が考え出した仕組みではない。外国の模倣であり、模倣先はイギリスである。当時イギリスの制度は5年目ごとに根本的な財政再計算をして、年金制度の見直しをすると決まっていたので、当時の感覚としては、一番進んだ国の制度を取入れていくのだというつもりで入れたわけである。ところがイギリスが5年目ごとにとやっていたのは、それなりの事情があった。つまりイギリスにおける経済成長の

表6 厚生年金の昭和44年改正の際の老齢年金額（夫婦）のモデル計算例

	改 正 前	改 正 後
定 額 部 分	6,084円 (250円×292月÷12)	9,734円 (400円×292月÷12)
報 酬 比 例 部 分	6,080円 (24,986円× $\frac{10}{1,000}$ ×292月÷12)	9,263円 (38,069円× $\frac{10}{1,000}$ ×292月÷12)
加 給 金 額	400円	1,000円
合 計 (月)	12,564円	19,997円

- (注) 1. 45年10月に現実に発生すると予想される平均的事例。
 2. 292月(24年4ヶ月)はその際の新規裁定者の平均被保険者期間の見込み。
 3. 38,069円は、その際に60歳に達する被保険者の、平均的な平均標準報酬の推計。
 (参考) 昭和40年改正の際の考え方
 25,000円(昭和38年度男子の平均標準報酬 25,587円)×0.4=10,000円。うち定額部分 5,000円
 25,000円×x×240月÷12=5,000円
 x=10/1,000

テンポというものは、非常ににぶいということである。その当時までイギリスで見られた経済成長は、せいぜいのところ3年に2%とか、3%あるいは5%足らずであった。こういう低い経済成長であるから、それによって起される経済的な変化、社会的変化というものもそれほど激烈ではない。5年目ごとにまとめてやる程度のところがちょうど手頃であったわけである。

ところが日本の場合は1年間で10%以上越えるのが、昭和35、6年以降は当たり前になった。この点、私は今から4年ぐらい前でしたか、大来佐武郎さんに別の機会で議論をしている時にいわれてなるほどと思ったのだが、「小山さん、日本の1年というのは、イギリスに直すと3年から5年ぐらいですよ」というのです。彼ほどの国際的なエコノミストになると知識だけではなくて実感としてそういうものを持っていた。だからもし、これは大変情ないことだが、われわれ年金を預っている者にそういう知識が十分にあり、また巻添えにして大変恐縮だが、日本の社会保障の学者のもう少し適切なアドバイスがあったならば、そういう議論は当然われわれの分野の中から出てこなければならなかった。5年なんぞといっていたのでは駄目なんだ、イギリスであれば5年ごとで通用したけれども、日本でこれを考えるとすれば、せいぜい2年か長くて3年ぐらいでやっていかないと、何年ごとに見直しをするという意味がなくなってしまふ。こういうことだったわけであるが、それが2、3年前まではそういう議論がほとんど内輪から出てきていない。

もう1つこの議論を決定的にしたのは、電算機を使うことが普及してきたことである。私どもが現役であった当時は、保険数理を担当している諸君に1回数値計算をしてくれという、急いで3ヵ月半、彼らに思うような期間をかけさせると4、5ヵ月、このくらいの期間がかかっていた。おそらくこれは手作業であればある程度止むを得なかったと思う。それであるから昔の日本の保険数理を担当している諸君は、非常に優れた能力を持っておりながら結果的には彼らのそういうものが制度の方向をどう決めるかということにはほとんど役立たない。決まったことを説明する材料としてしか役立たないという傾向があった。それでは困るので、国民年金の時にわれわれは大変その問題に苦心をしたのであるが、幸いにして協栄生命会長の川井さんが協力して非常に簡便な、客観的な計算方法を考えられ、それを当時の数理課長坂中君、それからこの間数理課長を辞めた淵脇君の2人がきわめて要領よくこなしてくれたので、ほぼ1月ぐらいの間隔でわれわれの政策立案の方向にある程度影響を与

えるというようなスピードで事柄を進めることができたわけである。とにかくそういうふうないろいろな条件が5年ごとなどというのは昔の話なので、現実の問題を自分の目で見つめる限りにおいては当然2年ないし3年にしなければならないのかかわらず、5年目ごとというふうにしていた。こういうことが積重なった結果、厚生年金における年金額のタイムラグ、時の遅れというのは常に問題になってきたわけである。

その意識がきわめて高くなった時行われたのが昭和44年の厚生年金の改正である。厚生年金という制度は、昭和40年において、これは歴史的な1つの大改造をやり遂げている。その当時1人当たり3,800円程度の額であった老齢年金が、この改正を通じてだいたい1万円にするという建て前で大改正をした。2,000円であった均一給付部分を5,000円に引上げ、あとの5,000円に相当する程度のものは報酬比例部分として、ほぼ平均して出ようにする。これがいま医療金融公庫の総裁をやっている山本君が年金局長としてやり遂げた厚生年金の大改造である。その時彼らが描いた1つの目標は、厚生年金の老齢年金の額をその時の厚生年金被保険者男子の標準報酬の4割程度にするということであった。こういうことで1万円年金というのが一応実現した。ところがその瞬間においては一応それは1万円近いものになったわけであるが、今ここで若干の脱線をしながら申上げた経済成長に対する対応措置が十分に講じられておらなかったこと、それから過去の低い標準報酬をそのまま生かした計算にしていたために、現実に出てきたものは1万円になるものは非常に少なかった。こういう事実が昭和40年の改正後現れてきたわけである。そこで44年の改正の時に労働者諸君が一番強くいったことは、現実に年給受給者がもらうところの年金額をわれわれがこれからやろうとする程度にして欲しい、いくらだということになって、労働者側は3万円をいい、いろいろ議論をした結果、2万円ということになって、2万円年金というものを実現しようということで行われたのが44年の改正である。

そこでまた表6をご覧ください。これは今度こそ2万円年金といったならば、文字どおり2万円年金であって、建て前はこうで実際はこうだというふうなものにはしないという了解で当時の年金局長伊部君などが苦心さんたんしてつくり上げた改定内容である。これはずいぶんいろいろ苦しいことをしていると思うが、1万9,997円ということで、こういうのは役人は非常にうまいのだが、とにかくこれは決してウソではなくて現実にあるものをそこに並べてみるとそういうふうになるわけである。

表7 年金額、時間当り賃金（製造業）及び消費者物価の推移
1958—68 (1958=100)

		1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
半自動的改定方式を採用している国												
ベルギー	年	100	102	102	112	124	127	130	139	132	155	197
	賃金	100	102	106	111	119	130	146	153	174	184	195
	物価	100	101	102	102	104	106	111	115	120	123	127
デンマーク	年	—	—	—	100	103	119	127	141	151	174	196
	賃金	—	—	—	100	110	119	130	145	162	177	202
	物価	100	102	103	107	114	121	125	135	142	153	165
フィンランド	年	100	114	125	135	155	180	202	224	239	253	267
	賃金	100	106	112	121	128	136	135	169	183	194	221
	物価	100	102	105	107	112	117	132	138	143	155	164
フランス	年	100	114	125	135	155	180	202	224	239	253	267
	賃金	100	106	115	124	135	146	155	164	174	180	208
	物価	100	106	110	114	119	125	129	132	136	140	146
西ドイツ	年	100	106	112	118	124	133	143	157	170	183	196
	賃金	100	106	117	130	145	155	168	185	198	205	214
	物価	100	101	102	105	108	111	114	118	122	123	125
オランダ	年	100	100	117	117	140	162	182	270	293	323	347
	賃金	100	104	120	136	149	159	183	199	217	233	255
	物価	100	101	103	105	107	111	117	121	129	133	138
スウェーデン	年	100	102	105	108	112	118	120	130	138	142	145
	賃金	100	104	111	120	130	140	152	168	184	200	215
	物価	100	101	105	107	112	115	119	125	133	139	141
政策的改定方式を採用している国												
ニュージーランド	年	—	—	—	—	—	100	102	109	118	120	126
	賃金	—	—	—	—	—	100	105	111	117	123	128
	物価	—	—	—	—	—	100	104	107	110	117	122
イギリス	年	100	100	100	115	115	135	135	160	160	180	180
	賃金	100	105	114	121	126	132	142	156	165	172	184
	物価	100	101	102	105	110	112	115	121	126	129	135
アメリカ	年	100	107	107	107	107	107	107	114	114	114	129
	賃金	100	104	107	110	113	117	120	124	129	134	143
	物価	100	101	102	104	105	106	107	109	112	116	120

(注) 年金額は、平均老齢年金額。

賃金は、製造業労働者の時間当り収入。

物価は、アメリカ労働統計局の計算による各国の消費者物価指数。

(資料) アメリカ合衆国保健教育福祉省, *Social Security Bulletin*, May 1970.

こういうことで現在の厚生年金は一応改正されたわけであるが、いま私が申上げた経済成長に対応するための仕組みを持たせるという問題は、44年の改正においてはついに実現をしなかった。そのことが昨年せつかく2万円年金をつくったと思ったら、もう物価も上がり、賃金も上がって、あの当時相当のものだと思っていた額がそうでなくなってきた。何とかしようではないかというので、とりあえず今年(昭和46年)は均一給付部分の5,000円についてだけ1割の増額をすることによってだいたい経済成長に遅れながらも、追いかけるという応急措置をしたわけである。それだけ経済成長への対応というものが意識と現実の上で進んできた。しかしこれでは何といっても応急措置の域を出ない。去年それをやったならば今年またやらなければならんという問題も出てくる。そういうことの繰返しはできないからというので、今度はそれをやらないで1年間だけ休んで、本来ならば49年に行うべき大改正を48年度中に行なって実施するようにしよう。その際には経済成長に対応する問題を何とか解決をしていこうではないか。こういうことにしているわけであるが、実をいうとこの問題は、しなければならんという意識は関係者の間に非常に高く、また現実にもその問題を解決することがないとするならば、厚生年金はおそらく現代の年金制度として日本の年金の主役であり得なくなるほどの問題であるが、非常にむずかしい。どうすればいいかということについてはいまだに関係者の間にはそれほどはっきりした成算が立っていないという状況である。

(4) 対老年施策としての位置づけの曖昧性

それから第4が老年施策としての位置づけの曖昧性である。先ほど申上げたように老齢年金の受給開始年齢を見ると、55歳からというのが非常に多い。だいたい55歳から年金をもらってそれを頼りに生活するなどという状態というものは、当人にとっても、国民全体から見ても、決してそれはいいものではない。人は働ける間は働けるようにしてやらなければいけない。そうなればやはり世界各国の共通の年齢でおおよそ65歳ぐらいまでは能力ある限りは能力を生かしながら働けるようにしていくというほうに問題の解決の力点を置いていくべきである。その代り労働から引退したならば、今のような不十分なものではなくて、頼るに値する程度の充実した年金を出すように考えていくべきである。

事実そうしないと、55歳ぐらいからもらいたい者はもらうなどという制度にして充実した年金制度をやろうとすると、そのための保険料負担というものは非常に高

いものになる。そんなことは現実の問題としてわが国でできないというだけでなく、そんな馬鹿なことをしている国はない。そんなことはできないからどこの国でもしていないのである。現実の問題として55歳に定年が来るという特殊事情から、現在の世論なりマスコミの方向はともすれば55歳から年金をもらえるようにしていくというのが制度のあるべき発展の方向であるようにいう向きがあるが、これは何といっても問題を誤った方向に導くことになる。ただこの問題については、そういっただけで現実の問題として55歳で働き先がないという人が出てきているのをいつまでもほおっておいていいということにはならない。その間には必ずから過渡的な措置というものを考える必要はあるが、方向として落着く先としてはそこだという基本原則は、いささかなりとも動揺させてはならない。

それから第2はいま申上げたように年金受給と就労との関係であるが、もし65歳までは望ましい条件で就労をし、65歳を過ぎて就労をやめたならば年金が出る。これできれいに現実が割切れるならば一番いいのである。外国の制度はだいたいにおいて、そういうことがきれいに割切れるという建て前のもとにおいて、就労していたならば年金は出さんということにしている。日本の社会保障関係の学者あるいは専門家は、その点だけをかねてから輸入していた。だから日本の厚生年金ではおおよそ就労をしている限りにおいては老齢年金は出さないということをやってきた。それが40年の改正以来、非難をする人からいえば少し崩れ、われわれのようにある程度肯定的な気持ちでその措置を見守っている者から見ればやや緩和されて、一定の所得以下の場合には合せて年金がもらえるという方向にいつている。この点はさき申上げたように基本的に就労と年金を両立させないですむような条件をつくって、建て前を明瞭にしていくということ、これは大原則であるが、日本の現状をそこへ持っていく場合には、やはりそこにある種の調整措置は必要である。その意味において厚生年金がたどりはじめた道というのは、私は現段階においては許容されると考えていいと思うし、今そういうふうを考える人間のほうがだいたい年齢層からいうと、私以降の実務家、専門家、学者には非常に多い。大家のほうはもっぱら厳しいことだけを考えていきたいという傾向である。

それから老齢福祉年金の問題がやはりこれからの問題としてはっきり考えられなければならない問題である。これについては多くを申上げることを避けて、結論だけを申上げれば、先ほど来繰返してご覧いただいた昭和55

年の姿を眺めていただきたい。その時点になると、69歳以下の老人は相当充実した年金で守られつつ暮すことができる。だいたい7割5分足らずの老人がそういう状態になる。ところが70歳以上の80数%という老人の中には、一部分拠出年金系統の人がはいり込んでいるが、大部分の人は老齢福祉年金しかもらっていない人々である。しかもそれらの人々がそういう状態に置かれているのはまったく人為的な原因である。国なり、われわれなりが、国民年金制度を基にする国民皆年金体制を敷くことが遅かったために、どうにも拠出系統の年金で守られなかったという結果がそうになっているのだということになるのだとするならば、やはり世代間の扱いを公平にするという建て前からいって、それ以外に手段のない人々に対する年金的処遇は、拠出系統の年金に劣らない程度の待遇にする必要がある。そういう問題意識からして、われわれが国民年金審議会の間答申で取上げたのは、少なくとも国が出す金は拠出系統で受けようと、福祉系統で受けようと同一程度とすべきではないか。拠出系統は国の財政の原資を提出しているなどというくだらない論拠で差をつけるべきではない。そういう結果が金額として、当面2,900円という年金を5,000円以上にする。これは5,000円にすべきものをしないのであって、遅らせれば遅らせるほど、この5,000円は上がっていく性質のものだ。だいたい昭和50年の時点で私どもがにらんでいるのが8,000円から9,000円ぐらいには当然この5,000円はなっていなければいけない。こういう推算で当面5,000円ということをしているわけである。その程度になるならば国からの処遇としては同じ処遇をしたことになって、われわれも老人に対して決して酷である

ということにならないという結果になるだろう。それだけは国力にこれだけゆとりの生じた今日において、何にもまして最初にやるべきだ。これはもっぱら年金というものを老年対策の支柱として確立していこうという、こういう考え方からである。

II 解決の方向

それから第2の解決の方法であるが、これはいままでの話の中にやや乱雑に織り込んだとおりであって、何といってもこれから大問題は年金額を頼るに値する程度にしていこうための骨組みをつくり上げていく、これが第1である。第2にはつくり上げたといって一服してはいけない。経済がいまのような状態で進展していくならば、年金額もタイムラグが最も少い形において対応して上がっていくような仕組みを完成しなければならない。それから第3にはは老齢福祉年金だけではなく、ほかの年金についても通算措置を完成して、たとえ制度は別であっても、結果としてはほぼ公平に、平等に国民全部が年金的保護を受ける条件を実現しなければならない。このいずれも決してそう極度にむずかしいことではない。政策当局に気力があり、政府責任者にその気がありさえするならば、いずれもこれは実現できることである。もしこれが実現しないまま50年を迎えたとするならば、私どもも広い意味で、政策当局の本当の脇役程度のところに連なる責任をまぬかれないものだと思うのであるが、これは政府なり、政策当局の責任者は後代に対して、非常に大きい責任を感じるべきだ。こういうふうにいえる問題であることを申上げて終りたいと思う。

老人福祉対策の課題

三 浦 文 夫

I 老人問題及びその対策の視点

老人問題への関心は各方面で高まっているが、この問題をとらえるために確認しておかなければならないいくつかの基本的視点というようなものがある。この点について予め触れておきたい。

まず第1点は長期的視点と短期的視点の総合ということである。たしかに現在でこそ、老人の数はそれほど大きな数は占めていないけれども、しかし今後の人口構造の推移というものを見ていくと、世界に類例のないほどのテンポと規模で高齢者の比重が非常に高まってくる。そしておそらく21世紀に入る時には、60歳以上の高齢者は全体の20%を超えるといわれている。別のことばでいうならば、高齢化社会への突入というのが非常にはっきりした見通しとなっているということである。

それと同時に、戦後4分の1世紀を過ぎて、これまでの間の老人対策というものを、今日の老人たちの置かれている状況、あるいはそのニーズと関連させて考えていくと、必ずしも十分とはいえない。それだけに今日の老人たちが抱えている問題は、きわめて深刻であるということである。

したがって、老人対策を私どもが考える場合に、まさしくこの2つの側面、1つは、近い将来においてこの世界の国々では経験しないような早さ、テンポでもって到来するところの高齢化社会の中に対応するかということと、当面の課題をいかに解決するかということが同時に問われているのである。

それから、第2の視点であるが、従来老人問題に対する対策というのは、主として厚生省、しかも社会局の老人福祉課という1つの課で主として取上げられてきたきらいがあるが、しかし老人問題のもつ性格というものは、決してこのような1つの部局に限定されるべき性格のものではない。別のことばでいうと老人問題というものは、そのもっている性格からいっても、たとえば老人の健康医療の問題であるとか、あるいは老人の経済保障の問題

であるとか、あるいは老人の就労の問題であるとか、あるいは老人の住まいの問題であるとか、あるいは老人の精神的生活の問題であるとかいうふうに、非常に多方面にわたっているのである。しかし、従来はどちらかというところといった問題が総合的には取上げられずに、それぞればらばらに考えられ、非体系な対応策しか考えられなかったと言い得る。その意味で老人問題の総合的な側面というふうなものを統一的に取上げるという姿勢が大切なのである。

それに関連して、もう1つ老人対策を考える場合に忘れてはならない視点と思うのは、老人問題を解決していく場合の担い手はいったい何であろうかということである。老人問題対策というものを考える場合、その主要な責任は、地方公共団体を含めた公が第一義的に責任を果さなければならないことはいうまでもないが、しかし問題はそれだけにとどまらず、おそらく企業あるいはコミュニティあるいはそれぞれの家族とか、あるいは老人個人というように、いくつかの次元で、老人問題を解決するための努力がなければならない。そういう意味では、老人問題のもつ非常に多方面な側面というだけでなくして、それがいくつかの次元に分かれている、そのいくつかに分かれている次元をどういうふうに統合するのかということも大切なのである。

こういうふうに老人問題を考えてくる場合に、従来の老人対策のあり方ということの反省も含めて考えなければならないことは、長期的視点と今日における視点の統合、老人問題のもつ非常に多方面にわたるいろいろな側面をどのように統合していくかという問題、それから老人問題を解決する場合の多次元の努力の統合ということが必要だと思われる。

その意味で、この統合性を具体的に考えるためには、どうしても計画というふうなものがようになってくる。つまり一般的には、計画といわれるものの中に含まれる予見性というふうなことについては、まさしく長期的な課題と現代的な課題と結合させるということに結びつく

し、また、特に計画の中に含まれるところの、総合調整ということ、あるいは最近はやりの言葉でいうと、システム化の問題というふうなことは、いま申上げたような老人問題のもつ多元性なり、あるいは多面性を考える場合に欠かすことのできないものとなるのである。そういう意味で、今後の老人対策を考えていく場合には、計画的視点に立つところの老人対策のあり方というものが必要とされなければならない。

一応序論的なことはこれぐらいにして、本論に入るが、その前に一言お断りしておきたい。というのは、昨日あるいは一昨日にわたり、年金、医療保障などの問題で、取上げられたようで、それぞれの話の中で老人との係わり合いが触れられたと思う。そこで私自身は、ここでは主として老人の福祉対策というところに焦点を当てて若干の問題を考えてみたいと思う。

II 老人福祉対策の展開

レジュメにしたがって、まず最初に老人対策、特に老人福祉対策というものがどのような形で展開し、どのような性格なり構造をもっていたのかということを簡単にふり返ってみたい。

まず戦前であるが、戦前といってもこれは明治から敗戦までという非常に長い期間にわたるため、細かくその時点時点を見ればいろいろ問題もあるかと思うけれども、しかしながらごく大ざっぱに老人対策というものを戦前全体を通じてみるならば、1つの姿に集約することができる。

それは明治4年に施行された例の恤救規則というものに象徴されているように思う。すなわち恤救規則の中では、独身の者で病弱であるとか、老衰によって産業を営むことのできない者に対しては、公の費用での救済を行うということがうたわれている。特にその場合老衰者というのには70歳以上という条件がついて、しかも、それが老衰でなおかつ働くことができない者、それからさらに家族の扶養というものをもち得ないような人、あるいは家族がいても扶養ができないような人々に対してはこの保護救済を行うという考え方が強く出されている。こういう考え方というものが、その当時の社会事業の立場からいうところの老人対策の本質を示しているというふうに見てもらってよろしい。

つまりその当時の老人のための社会事業の対象となるべき老人というものは、まさしく年齢70歳以上であり、しかも病弱である。それから貧困であるということ、またそれに加えてそれを扶養する家族がないとか、家族の

扶養力が弱いとか、というように政策的に限定されていたわけである。そしてこの考え方の中に含まれていることは言葉をかえていえば、老人に対する対応策というものは、まず何よりも家族制度あるいは近隣相扶の中で行われてくるということを前提とし、それができない場合にのみ慈恵的に救済を行うというものであった。

こういう老人に対する取扱い方、考え方というものは、その後50年近くも同じような形で続いている。たとえば昭和7年に施行を見たところの救護法の中でも、救護法の対象となる老人に対してはやはり明治以来の考え方が貫かれている。つまり救護法のもとにおいても、身寄りのない、しかも貧困の老人というものがそこで保護されるべき対策となるという考え方であり、それ以外の人々については、家族関係の中で問題の処理が行われなければならないという考え方がそのまま貫かれていると思うのである。

このように、戦前における老人対策というものは、恩給とか年給とかは一応別にして、要するに救貧制度、つまり最低生活の保証というか、貧困な者を救済するというそういう救済制度の中で老人対策が考えられていたということ、したがってそこから出てくる当然の帰結としては、そこで取上げられるべき政策対象というものは、あくまでも貧困老人であるということであり、それからあと1つの重要な側面は、老人の扶養というものは私的扶養、つまり家族扶養あるいは近隣相扶の中に委ねることが原則であった。

これが戦後にはどのように変ってきたのかということで、今しばらくこの問題を考えていきたいと思う。少くとも1950年代の末ぐらいまでは、老人対策に対しての考え方というか、性格というものは、戦前とそれほど大きな差はないような気がする。つまり救貧制度の中で老人対策を考えるという考え方であり、それは戦後の場合にも貫かれているようである。

もちろん救護法と新しく成立したところの生活保護法、この違いは重要であろう。たとえば、かつて救護法の時期において、救済はあくまでも上から与えられるものとされていたのに対して、新生活保護法のもとにおいては、1つの権利としてこの生活保護を受けるというそういう形が出てきたことなど大きな違いはでてきている。しかし老人対策に限定するというならば、そういう違いはあったにしても、同じく救貧制度である生活保護制度の中で、老人対策は考えられるという意味ではその政策の在り方は基本的には戦前と異っていないということができる。

それはたとえば旧生活保護法、あるいは25年の改正

9475

による新生活保護法というものを取上げてみても、まず生活保護事業あるいは保護施設という形で、出されている内容を見てみると、まず1番目に養老施設があげられている。つまりそこで問題になっているものは、やはり貧困の老人であるということが老人対策の主要な対象であったことは紛れもない事実である。

そして貧困老人に対しては、生活保護制度のもとで、1つは居宅保護の形態をとり、他方では居宅になじみ得ない者については養老施設へ施設収容を行うというこの形でその処遇を考えているわけである。いずれの形をとるにしても、それは救貧制度として生活保護制度に含められていたということは事実である。ところで、このうちとくに養老事業とされるのは、この収容保護を指している。したがって老人の社会事業、社会福祉という場合、この施設保護が中心で考えられてきている。

ところで昭和25年の統計を見てみると、養老院という形で登録されているものが全国で172という数である。しかもその半数近くが民間施設である。そして、その後の公の立場での老人対策というものは、主としてこれらの施設の増強とということに重点が置かれていたようである。こうして昭和30年にはその数が460、昭和35年には607というふうに増えてきている。このように収容施設中心の形であったが、老人対策に一定の発展は認めることができるかと思う。しかしこの養老事業というものは、あくまでもこの救貧制度としての生活保護に収斂される養老院ということで終始し今日の老人ホームとかその機能とは区別されるものである。

ただもちろんこの間、地方自治体、民間社会事業などにおいてはいくつかの新しい動きがあることは否定できない。たとえば昭和20年代の末ぐらいになると、今日のホームヘルパー制度みたいなものが大阪とか、長野で作られたり、あるいは、老人ホームなどについても、従来の養老院の系譜である養護老人ホームとは別に、たとえば今日の軽費老人ホームに相当するようなものが出てきている。そのほか“としよりの日”をつくろうなどという運動も全社協を中心として行われたり、老人クラブなどもでてきたりしている。

そういうふうに、地方自治体あるいはボランティアな活動の中ではいくつかの新しい動きは見えるけれども、しかし国の老人対策というものは、繰返しいうように、救貧制度の中において、しかも収容施設中心の形の施策として展開を遂げてきたということは紛れもない事実ではなかったろうか。

そうしてこのような老人対策というものが大きく変化

を遂げるのが、1960年代以降であるというふうに思われる。その直接の契機となるのが、昭和38年に成立を見た老人福祉法である。そしてこの老人福祉法の制定ということは、従来の救貧施策の中に収斂せしめられていた老人対策というものを、より積極的な対策への転換を遂げさせる重要なモメントになったという意味で画期的なものといえることができる。

老人福祉法の内容についてはのちほど簡単に触れたいと思うが、老人福祉法が成立する背景なり、経緯というものにいくつかの面白い問題がある。たとえば老後に対する不安が次第に高まってきた、特に国民世論の中で老人対策についての関心がいろいろ高まってきたということも、この法律制定の1つの重要な背景になっている。それからそれと関連して、この老人福祉法制定の要望というふうなものが、民間団体を中心にしている行われている。同時に、他方においては、それまでのわが国における社会保障制度全体の展開の問題と非常に深い係わりあいをもつのではないかと思う。つまり戦後のわが国における国民の最低生活保障のための制度としての社会保障の展開というものは、まず最初に救貧制度としての生活保護法がつくられ、それに引続いて主として社会保険の充実ということに政策努力が当てられてきたという道筋をたどっているが、それがだいたい1960年代のはじめにその制度的枠組がほぼ整ってくる。つまり国民皆保険、皆年金体制に入るということはそのことを意味する。そしてそれまでの間なおざりにされていたところの社会福祉、特に低所得者対策というものの強化がこの時点ぐらいからいろいろ注目されはじめていたわけである。

たとえば1961年の厚生行政長期計画基本構想というものの中でも、特に低所得階層対策の充実ということとは非常に強くうたわれている。それから昭和37年に打ち出された社会保障制度審議会の総合調整に関する勧告の中でも、特にこの低所得階層対策としての社会福祉の強化ということが繰返し訴えられている。

こういうふうに一応制度的に見ても、社会保険、あるいは救貧制度の生活保護制度というものが一応出そろってくると、残された問題という形で社会福祉——しかもそれは主として低所得階層対策という形で位置づけられているが——これに対する関心が打ち出されてくる。

そういう背景と経緯の中で、老人福祉法が昭和38年に制定を見るわけである。ではこの老人福祉法の制定というものを、どういうふうに評価すればいいのだろうか。さきほど申上げたように、1950年代までの老人対策の

性格なり構造というものと関連させて考えていくなれば、次のように考えていいのではないかと思っている。すなわち、従来の老人福祉対策というものが生活保護制度に収斂されていた。そしてその中で、他の貧困層と同じ取扱いがされ、精々養老院というなかへの収容保護ということで老人対策が行われていたということであるが、老人福祉法の制定ということは、この救貧制度からの脱皮、そして一般の貧困者とは別箇のカテゴリーとしての老人層を福祉の対象とすることを意味しているわけである。

ついでに申上げるならば、昭和35年の4月には精神薄弱者福祉法、昭和39年には母子福祉法というふうなものが社会福祉の分野では単法化の方向という形で打ち出されているが、これらはいずれもかつては、生活保護制度の中に含められてきた部分であった。それがつまり老人であるとか母子世帯であるとか、精薄であるとかいうようなカテゴリー別の形態に分化を遂げはじめてくる。つまり老人福祉法の成立も、いわばそういう性格をもっていたのではないかと思うわけで、救貧制度からのカテゴリー的な分化、脱皮の方向をとったということとみることができる。そしてこのことが当然老人対策の性格に強い影響を与えるのではなかろうかというふうに思う。

つまり救貧制度のもとにおいては、まずその政策対象となるべきものがあくまでも貧困老人の一部だけがその対象になっていたわけであるが、生活保護制度からのカテゴリー別分離が遂げられてくることによって、老人対策の対象というものが必ずしも貧困老人、あるいは被保護老人に限定されるべきものではなくして、それより広く老人というものが取上げられるようになる。それと同時にあと1つは、この救貧制度に収斂されている限りは、その老人対策というものはどのような努力が行われるにしても、それは救貧的な性格をもたざるを得ない。したがってこれからの離脱ということはこの救貧的性格からの脱皮ということの可能性としては内包することになる。

その意味で老人福祉法の成立ということは、わが国における社会福祉政策全体の流れの中でいうならば、生活保護制度からのカテゴリー別の分化の方向であり、そしてそのことが実は老人対策についての救貧的な性格だけではなくして、さらに予防的開発的な性格と機能をそこにもたせることができる条件を切り開いたものではなかったらと思うのである。ただししかしながら、そういうような側面をもっていたにもかかわらず、実態的には必ずしも明確に透明な形でこのことが展開されていたとはいえない。というのは、そういうふうにカテゴリー別の分化を遂げたけれども、生活保護そのもののもってい

る原理原則というものは、この時代においても何ら変化をしていないのである。また生活保護制度そのものが変化を遂げなければならない条件というものも必ずしも成熟していなかったわけである。したがってそこでは生活保護制度と老人福祉対策という関係は、完全に切り離された形でなくして、いろいろな形でつながってきている。その点では、50年代に見られたような、生活保護制度の中に老人対策が全面的に収斂するというわけではないにしても、部分的にはこの性格は60年代にも残っているといわなければならない。

たとえば貧困老人の場合、たしかに収容施設に収容される場合には、これは老人福祉法の中で処遇される。ところが、居宅の貧困老人に対してはこれまで通りの生活保護が適用されるわけだから、同じ貧困老人であっても、片方は収容施設であり、片方は居宅であるということで、処遇体系は異ってくる。しかしだからといって、この両者に処遇上の格差をつくるわけにはいかない。したがって老人福祉法の中に出てくる老人の処遇費というものを考えても、どうしても生活保護で考えられているところのいわゆる最低生活の保証という意味での処遇費というものに縛られるというか、それに足を引っぱられるということは、事実問題としてどうしても出てこざるを得ないわけである。

それから特に居宅の貧困老人に対しての福祉サービスということになると、それは生活保護法の中で規定されているから、やはり救貧的な性格をもったところの例の自立助長のためのサービス機能というものを展開させざるを得ない。このことは、60年代に新しくカテゴリー別の分化を遂げ、そしてそこから積極的で防貧的であり、あるいは予防的、開発的な、そういうニュアンスをもった処遇の方向も実態的には生活保護制度のもつ救貧機能に収斂してくる。そういう姿というものを完全には脱却しきれなかったというのが60年代の大きな特徴ではないかというふうに考えるわけである。

こういう問題にはのちほどまた触れていきたいと思うが、たとえばこの最後の方に書いたように、中央社会福祉審議会の「老齡問題に関する総合的諸施策」の中で、特に老人対策と生活保護という形で問題にされなければならない側面というものは、実はそういったところにあったと思うし、あるいはこの付属資料にもつけたように、この老齡者対策の検討状況の中間報告ということの中でも、やはり生活保護の問題が特に老人対策の観点から問題になってくるのは、そういう意味合いを含んでいたのではないかと思うのである。

この点はともあれ、この老人福祉の成立によってそれまでの福祉サービスに対する体系化・総合化は一応は与えられたようである。たとえば収容施設に関していうと、老人ホームは、従来の養老院の系譜は養護老人ホームという形で引継がれている。それからさらに地方自治体などで試みられたところの軽費老人ホーム、さらに昭和37年当時の厚生白書で触れているけれども、いわゆるナーシング・ホーム的なものということで特別養護老人ホームがつくられる。そういうことで施設体系についても一応3種類のもので登場してきた。このほか老人のいろんな中間施設という形での“老人憩いの家”、“老人福祉センター”、あるいは“老人休養ホーム”などもこの法律に基いてつくられている。それからさらに居宅サービスなどについても、ホームヘルパーであるとか、老人クラブであるとか、健康診査等々というものもある。こういうふうな老人に対する対策というものはたしかに整ってきたし、ある一定の前進は遂げてきたことは否定できない。

ただ、これらの前進・発展というものはたしかにあったけれども、これらが決して十分なものだったかどうかは非常に問題がある。このために昭和40年には中央社会福祉審議会が、「老人福祉対策の推進について」という、中間答申のようなものを出して、老人福祉法にうたわれている施策をさらに増強しなければならないことを繰返して訴えているのはそういう意味であつたろうと思う。その点ではたしかに前進は遂げながらも、そのテンポたるや必ずしも十分ではなかったのである。

そういう状況の中で特に注目すべきことは、昭和43年に国民生活審議会が特に老人問題を取上げ、「深刻化するこれからの老人問題」という、中間報告を打ち出していることである。従来老人福祉対策を中心に進めてきたところの厚生省サイドではなくして、国民生活審議会の中でこの問題が取上げられ、そして今後の国民生活を考えていく上で老人問題の投げかける影というものは深刻なものがあるということをはっきりショッキングな数字で打ち出したのがこの「深刻化するこれからの老人問題」だったと思う。そこで強調されたことはいろいろあるが少くとも老人対策というものは、今後のわが国の国民生活を考えていく上でもっとも注目しなければならない重要な課題だということをはっきり打ち出されたわけである。それと同時に、この問題に対応していくのは決して1つの省庁にまかされるべきではなく、むしろ重要なことは、国民的な課題という形でこの問題が取上げられていかなければならない、そしてあらゆる努力がこの

老人問題の解決に傾注されなければならないというふうな姿勢でこの問題が取上げられているわけである。しかもそこで訴えられたことは、高齢化社会の到来ということ予想して、そのための準備は今すぐ起こさなければならないということを訴えている。つまり老人対策というものが老人福祉法の中で展開されて、ある程度のは前進は遂げているものの、しかしそういう取組み方だけではもう老人問題にはなかなか対応できなくなってくる。さらにもっと広い立場で、老人対策を国民的課題として取上げなければならないということを訴えたのがこの審議会の中間報告であったといえる。

これと同じような発想をもって昭和44年から中央社会福祉審議会、老人福祉専門分科会で老人対策についての抜本的な再検討が行われはじめたわけである。

そしてこの検討の結果が昨年発表されている「老人問題に関する総合的諸施策について」という答申である。これはまたのちほど触れていきたいと思うが、ここでは、老人問題に対しては、ただ単に老人福祉ということだけではなく、もっと総合的な視点で老人対策を問題にしなければならないということ、それからさらに老人福祉対策についても、従来の取組み方だけでは非常に不十分であつて、かなり大きな発想の変換——その対策の充実を図っていくための観点の変換をここで要求されているわけである。その意味でこの答申は70年代以降の老人対策を考えていく場合に、重要な1つの下敷になり得るものとこんなふう考えていいのではないかと思う。

III 老人福祉対策の現状

それでは次にごく簡単に、老人福祉対策の現状はどうであるのか、ということの問題にしていきたいと思う。この老人福祉対策は、いうまでもなくいま申し上げたように老人福祉法によって規定されているわけである。そこで老人福祉法について細かいことはあまり話す必要もないと思うが、老人福祉法というものがどういうふうな理念なりどういうふうな構造をもっているのかということをも簡単に見ていきたいと思う。

まず老人福祉対策で取上げるべき老人というものは、それは“老人一般”である。つまり老齢そのものが生活上のハンディキャップを生み出すという立場に立っているのである。そのために一定の老齢化が進んできた人々に対して、何らかの保護なり援助なり、場合によってはそのための開発的な施策、こういうものを必要にする。したがってそれまでの生活保護制度の中に収斂したような老人福祉対策で一部の貧困老人を対象としていたとは

決定的に違う老人一般を対象とする。

もう一つはこの老人福祉法の考え方であるが、それとさきほど触れたように、生活保護制度に収斂している限りにおいては、ことばはともかくとして、その性格というものは救済制度にとどまらざるを得ないということであつたが、老人福祉法はそこからカテゴリー別の分化を遂げることにより、従来の保護・救済ということだけでなくもっと積極的な予防とか、それからさらには老人たち自身の持つ能力を維持開発するという意味での開発的な方向というものもその中に打ち出されてくるわけである。こういったところが従来の老人対策とは非常に違う考え方ではないかと思う。

そしてその上でこんどは老人福祉法というものの構造を考えていくと、そこでは老人を2つに分ける。1つは、特殊なハンディキャップをもつ老人たち——この特殊なハンディキャップをもつという場合には、経済的および心身機能上のハンディキャップなども全部含めて特殊なハンディキャップをもつ老人ということになるが——それから老齢そのものだけのハンディキャップをもつ一般老人と、対象を2つに分けて、そして特殊なハンディキャップをもつ者に対する対策と、一般の老人に対する対策というものでこれを2分する、これがだいたい構造——考え方である。

そしてなおその守備範囲としては、既存のいろいろな諸制度、たとえば老後の保障にとって非常に重要な問題であるべき経済保障の問題があるが、これらはいわゆる年金とか生活保護制度、こういうものにゆだねる、あるいは医療の問題については医療保障制度にゆだねるとか、あるいは住まいの問題については建設行政、住宅行政にゆだねるとか、あるいは老人の就労問題については労働対策にゆだねるという形をとり、それらの問題について一応訓示的な規定は与えているけれども、直接には老人福祉法の守備範囲とはしない。換言すると年金であるとか、所得であるとか、医療であるとか、住宅、就労等々というこういうものが前提となつて、その中でこの老人に対する対策として一般老人とハンディキャップをもつ老人に対しての直接的ないろいろな保護・サービス、こういったことを行うというのが老人福祉法の考え方である。

七たがってこの老人福祉対策というものを考えてくる場合にはいくつかの前提条件があるわけである。ちょうど今申上げたように訓示的規定という形で出された所得保障の問題とか、あるいは医療保障の問題とか、就労、住宅というような問題というものが、当然ある程度の充実発展を遂げていなければならない。それを前提にした

上で老人福祉対策というものがより効果を上げ得るんだという、こういう仕組みになっているわけである。

ところが実は冒頭にいったように、老人福祉対策の前提ともなるべき所得保障、医療、あるいは就労、住宅というような問題というものは、必ずしも計画的には十分に進んでいない。これはすでに年金保険とか医療の問題でお話があつたと思うので省略したいと思うが、住宅問題などについても、これらはごく最近意識されはじめてきたということであつて、従来の住宅対策の中では老人向けの住宅というものはそれほど計画的に建設の方向が出されていたとはいえない。それから労働省サイドの就労問題についても、さきほど申上げたように、つい昨年ぐらいまでは、中高年齢層の就労対策といってもそれは35歳～55歳までというようなものであつたわけだから、これらの問題が非常に立ち遅れていたのは否めない事実である。

そのために実は老人福祉法自身の展開を考えてくる場合に、これらの前提的な諸施策、あるいは関連的な諸施策というものが十分に機能していないために、ある場合にはそれらの機能を代替するような役割をもたざるを得なかったろうし、ある場合には代替しないまでも、むしろそれらの施策の遅れというものが、老人福祉対策に別な意味での影響を与えるというようなことは、数多くみられるところである。

たとえば老人対策の中で就労問題というものが取上げられている。これはたとえば、高齢者に対する無料職業紹介というふうなことで昭和37～38年ぐらいから——東京では37年——各地で行われている。しかしながらその場合でもやはり、労働省サイドにおける就労対策というものが非常に曖昧な中では、就労問題というものを取上げても、その役割を肩替りするという側面がどうしても強くならざるを得ないということになる。たとえば東京都の高齢者無料職業紹介所の例などを見ても、社会福祉の立場での就労対策とは何であるかということが問い直されなければならないほどいろいろな問題を含んでいるわけである。

そこでは決して社会福祉の立場からいうところの就労対策、これはたとえば就労を通した形の社会的な参加の問題が取上げられなければならないが、事実問題としては老人の就労というふうな問題が、このような生甲斐だとか社会参加というふうな側面を強調するにはあまりにも実態が乏し過ぎる。むしろ普通一般の現役労働と同じ形のものが要求され、また老人の側の方の就労希望としてもその方が強いという、こういう実態は依然として残

そして、このようにして、労働省と社会福祉の分野とを分けて考える必要がある。

っているわけである。その点では、やはり労働省サイドにおける就労対策というふうなものがもうちょっと前進しないと、実は福祉サイドにおける就労対策というものが非常に曖昧になってしまう。

あるいは住まいの問題などについても全く同じことがいえる。公営住宅、あるいは住宅政策全体が発展しない中で、老人だけの住宅を取上げようとするならば、せいぜい第2種公営住宅のなかで老人を優先的に入居させるといった形で取上げられるのが現状である。それは全体的な住宅施策が進まないところの方も非常に限られた枠でしか取上げられないということになるだろうと思う。

そういった点で実は老人福祉対策の現状を見る場合に、かなり多くの部分が前提的条件であると思われる経済保障とか医療保障であるとか、あるいは住宅、就労という、こういうふうな制度上の対策というものが十分に整っていないために、老人福祉対策というものが様々な形でゆがめられてくる。

なおそのことを具体的に明らかにするために老人福祉対策の現状を細かく述べる必要があるが、時間も十分でないし、またあまりおもしろい話でもないと思うので、最少限必要なことだけはほかの資料をこれはお読みいただければと思う。たとえば全社協(全国社会福祉協議会)から出ている「老人福祉の動向」を見ていただければ、だいたい老人福祉対策の現状がどうなっているかということとはかなり詳しく出ているから、そんなものをご参考にいただければよいのではないかなと思う。あるいは統計的な形で取上げられる場合にはさきほど触れた「老人問題に関する総合的諸施策について」という答申が出ていて、そのうしろの方に統計資料があるので、そこらへんをごらんいただければ現在の老人対策の水準ということはある程度理解いただけるのではないかなと思うわけである。

それからあと一つ問題になるのは、老人福祉対策の重点が施設中心になっているという点を指摘しなければならない。たとえば厚生省予算をみても、そのうちの93~94%ぐらいまでは施設を中心とするところの経費、施設および老人保護費というところに重点が置かれている。現在65歳以上の老人に対して収容可能な老人ホームというものは、有料を含めて約1%ぐらいのキャパシティしかもっていない。したがって残った99%というものは、いわゆる居宅に放置されるという用語弊があるけれども、いわゆるコミュニティの中で、地域社会の中で生活をしているわけである。もちろんその中の大多数は、健康な一般の老人も含まれることは事実と思うが、しかし居宅の中に置かれている老人の中でも、当

然ホームに収容されなければならないような老人たちもかなりの数が残されていることは事実である。ごく最近いろいろな問題になっている寝たきり老人などを見ても、常時介護を要する、あるいは常時おしめなどを替えなければならないような、そういう寝たきり老人というふうなものは、なお推定4万~5万人はいるだろうと思われる。現在特別養護老人ホームの収容はたしか8,000人かそこらだから、まだまだその数はたりないだろうと思う。ところが老人福祉施策全体の流れを見ていくならば、施設に入っている老人たちの保護というところに重点が置かれざるを得ない。このために残った99%全部とはいえないまでも、居宅老人対策というものがやはり非常に遅れていたということは、老人対策の現状の中で是非とも考えておかなければならない問題である、というふうに思われるのである。

もちろんこの問題の解説についても、様々な形で努力はされていると思う。しかし何しろ収容施設自身が圧倒的に少い現状のなかでどうしてもそちらの方の整備拡充に追われる。そのために居宅老人に対する対策というものが数はいろいろ増えてきているがまだまだ立ち遅れている。こういったことも老人福祉の現の中では大いに考えなければならない側面だろうと思う。

それからあと一つは、老人福祉法ができてある程度の対策の体系化が行われたのであるが、その後様々な新しい要因が入ってきている。いま申上げた寝たきり老人対策であるとか、あるいは独り暮らしの老人対策であるとかいろいろなものが入ってきている。それから老人からのニーズもいろいろな形で多様化してきているから、それらの対応策ということ38年の時の考え方だけで済まなくして、新しい形での体系化をもう1度図ってみる必要があるような気がするのである。

そういうふうなことで、老人福祉対策の現状をまとめていうならば、さきほど申したように、前提条件の不備のために十分伸び得ないことと、老人対策の重点というものが依然として実態的には施設収容中心に置かれているということ、それから新しいニーズに対応していくことを考えていく場合に、いくつか対策上の混乱が見えはじめてきている。こんなことが現状の中から汲み取れる問題ではないかというふうに考える。したがって、今後は老人対策を考えてくる場合に、いま申したような問題点をどのように解決していくのかということをも当然含まなければならないだろうと思うのである。

IV 老人福祉の課題

それで、上記の中央社会福祉審議会の答申あるいは別添の「高齢者対策中間報告」をごらんいただければ、これらの問題に対してどのように立ち向かおうとしているのかということが、ある程度浮かび上がってくるのではないかと思う。この「高齢者対策中間報告」というのは厚生省でつくられたプロジェクト・チームの中間報告であるが、この前提は、中央社会福祉審議会の「老人問題に関する総合的諸施策について」が一応前提になっているわけである。そしてその答申を具体的な施策にのせていくためのプロジェクトということができる。

これらの中身を逐一説明するゆとりはないが、たとえば答申の方をみると医療保障の問題であるとか、所得保障の問題であるとか、それから就労とか定年制の問題であるとか、健康管理の問題であるとか、等々ということが検討されているが、それらは従来老人福祉対策の前提となった部分の強化を強く打ち出していると思う。したがってこの中身は、決して厚生省だけで取上げられるべき問題でなくして、場合によっては大蔵当局の問題であってみたい、あるいは建設省の問題であってみたい、あるいは労働省の問題であってみたいというふうに各方面に係わりあう問題も多々あることは事実である。しかし少なくともこういうふうなものを充実させない限りは、老人福祉対策というものを強化する場合にも、いろいろな問題を残すという意味で、これらの問題が打ち出されてきたこと自身は、注目されていいことだと思う。

それからもう1つの問題点であるが、施設整備の重要性ということとはもう繰返しいわれているわけで、このことは私自身も決して軽視するつもりはない。というのは、さきほど述べたように、老人収容施設への収容者のキャパシティというものが、65歳以上でだいたい1%である。そして、老人病院というのは今はないけれども一般病院に長期入院している人々というのは、いろいろな推定の仕方があるけれども、昨年の推計では1.5%見当の者が入院している。だから病院なり収容施設に入っている者は、だいたい2.5%ぐらいである。

ところがさきほどいったように、当然病院なり収容施設に入らなければならないような人々が、居宅に放置されている部分もかなりあり、その意味でも収容施設の整備拡充ということは、緊急に行われなければならない。

また海外の例と比較してみると、各国ごとに老人ホームの内容が相当違うので比較が非常にむずかしいが、たとえばナーシング・ホームといっても、外国のナーシ

ング・ホームと日本の特養とはぜんぜん姿が違うから一概に比較はできないし、特に外国の場合には病院と収容施設との関係というのは非常に曖昧になって、中間施設的なものが多いから、一概に比較はできない——一応収容施設及び老人用の長期入院施設だけに限定して考えても、65歳以上の人口の数%ぐらいのものが収容施設のキャパシティといわれている。

そうすると日本の場合に、病院を含めて2.5%見当ということは必ずしも多くはないわけで、ある程度の増設は当然考えなければならないものである。ただ日本において老人ホームの収容定員を外国と同じようにするということは必ずしも必要であるかどうかは疑問である。日本の場合と向うの場合には、文化的なあるいは家族的な背景の違いがあるからではある。

たとえば、老人ホームへ入る場合には、心身上の機能のほかに身寄りがなく、介抱する者がいないということが条件になると思うのだが、日本の場合には外国に比してまだ扶養率というのは高い。たとえば昭和30年ぐらいから現在に至るまでの老人の同居率を見ていくと、だいたい80%見当という数はそう動いていないし、外国の場合のようにむしろ別居的な形態で、独り暮らしとか老人夫婦だけで暮すという者が60%から70%近くになっているというのとは違った構造になっている。したがって老人ホームの数を65歳以上の数%にしなければならぬというようなことは、一概にいえないと思うけれども、しかし少なくとも今の老人病院入院者を含めて、2.5%というのはやはり少ない。その意味でこれらに対する施設整備というものは、急がなければならないことはこれはいうまでもないと思う。

その意味で本年出された「社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画」は重要なことだと思う。それと同時にやはり重要な問題は、この2つの課題、収容施設の整備拡充の問題ということと、それからあと1つは居宅サービス、あるいはのちほど触れるコミュニティ・ケア的なサービスの発展ということが両々相またなければならないという気がするわけである。

その点で答申などでは居宅サービスの問題も若干打ち出されているけれども、これは項目だけの感があって、なおこれを具体化するための目標なり計画が、不十分だという点では若干不満は残る。しかしいずれにせよ方向としては、この収容施設の拡充・強化ということと、それからの居宅対策の強化というものが、並列的に行われていくのがここ当分はやむを得ない。

なお、老人福祉対策全体の体系化の問題であるが、こ

れはまだこんどの中間報告の中でも十分検討が行われていないし、それからさきほどの「老人問題に関する総合的諸施策について」という答申の中でも、部分的には出ているけれども、なおまだ不十分な点が多々ある。

部分的にあるというのは、特に収容施設に関する体系化問題というものが新しく打ち出されたことで、これは目新しい方向だと思う。それを一わたり触れておくと、従来の老人ホームの体系というものはご承知のとおり、養護・軽費・特養と3つの種類があるが、特養を除いて、養護と軽費老人ホームの入居条件は、心身上機能の障害の問題、それから環境上の理由、これは主として住宅問題であろうが、それに経済的条件が加味されている。

ところがその経済的条件を加味して収容施設に対する収容のあり方を考えるということは、いろいろな意味で批判がある。これは非常に極端な例だけれども、たとえば生活保護を受けているために養護老人ホームへ収容される。そのためかどうかは別として、実態的には、最低の場合でも4人ぐらいの雑居という住形態が最低基準におかれている。これに対して一部費用を自己負担する軽費老人ホームの場合には個室である。つまり少くとも経済的な条件によって、日常生活における差別が行われるということ自身これは非常におかしい。

そういったこともあるので、この答申の中では、経済的な条件によるところの収容者のふり分け、選別ということをしてできるだけなくす、そしてむしろ施設収容を必要とするという、ニードに応じた形で体系を考えるということで例えば養護老人ホームの場合に名前は残すが、そこは経済的条件による入所要件ははずすという方向が出されている。そしていわゆる寝たきり状態にあるもの、常時介護を必要とするものについては、特養老人ホームへ、それから常時ではなくとも一定の介護を必要とする者については養護老人ホーム、あるいは軽費老人ホームというふうなものに収容する。そして軽費老人ホームB型は環境上の理由に着目することにし、むしろ住宅性を強めるという意味で、老人世話ホームという新しいことばを使っている。これは老人が集団で生活をする場合に必要なサービス、たとえば給食サービスとか、風呂とか、いろいろな相談などに応ずるが、しかし原則はあくまでも収容者たちはそれぞれの部屋の中で自力で生活していくという、つまり住宅性を加味した形のホームというものに再編成しようとするものである。もともとはケア付老人アパートということであったもので、一定の日常生活の介護を行うことができ得るような条件をもった老人アパート、これが老人世話ホームの原型である。それから

さらにこの考え方を一層強め一方の極には老人の住宅を考えて住宅と施設のつながりを明らかにしようとしている。要するに経済的条件によるところの差別をなくして、老人の心身上的機能、それから住宅性という2つの観点で老人ホームの体系化を図るという考えが打出されている。しかしながら、この体系化をどう図るかという問題は、まだ十分な討議が行われていない。

V 老人福祉とコミュニティ・ケア

そういう中で、最近特に新しく注目されはじめているコミュニティ・ケアの問題にここで触れておきたいと思う。

コミュニティ・ケアということばは日本語で訳しようがなく困るが、もともとこのコミュニティ・ケアの展開ということは、イギリス、北欧諸国においてはかなり前から行われていたようである。特にイギリスの場合の例で申上げるならば、このコミュニティ・ケアの発想なり理念なり、そしてそれに基く施策というものが展開するのは、特に精神衛生の分野であったことはご承知のとおりである。

詳しくお話しする時間がないのでかいつまんだ形で説明すると、従来の精神病対策——精神薄弱者を含めた精神病対策——は、やはりイギリスの場合でも、救貧制度、救貧法と結びついてきている。つまり精神病患者であるならば、それは隔離して救貧院に収容するというのが昔からの形だったわけである。

そして、この分野の対策が進むなかで、貧困の老人については救貧院に収容する、それから貧困ではない精神病患者については精神病院に収容するという形で分類が行われてくる。ただその場合でも精神病患者をいわゆる隔離収容する、一般社会から切り離して収容するという考え方が強く残っていたわけである。しかしそうであってはならないのであって、むしろ大切なことは、精神病患者である限りは少くとも治療が行われなければならないので、治療的な側面というものが重視されるのは当然のことである。そして精神衛生対策の中において、これらのものをたんに隔離収容するのではなくして、たしかに収容はするけれども、同時にそこで治療を行なって精神病を回復させる。そして治療に伴って、回復の後の社会的な復帰というふうなことを考えなければならなくなっていく。そういう意味で精神病患者に対する対策というのは、従来の隔離収容という考え方から、治療、場合によっては訓練、社会復帰というふうな系列の中で、精神病患者の処遇を行わなければならないというような考え方が、い

4-2

4-2-1. 精神衛生の

基本方針

精神衛生の分野における政策の方向性

9/17は、2-2-1. ケアに注目する方向性

というところから

いような経験を積重ねながら出てきている。

そうすると、それらの施設というものは、機能がそのように変化をすれば、ただ単に収容保護するというだけでなく、施設そのものが、もちろんそこに収容し住むという性格をもつけれども、より治療的、より訓練的よりリハビリ的な、そういう機能をもつようになってくる。要するにこれらの施設はたんに隔離収容するというのではなく、治療・リハビリを主体とするような施設に変わる。そうするとこの機能はただ単に収容されている人々のためだけのものではなく、地域社会のものがそれを利用するとか、あるいはそれらの施設が地域社会の方に広がっていった、外来診療所であるとか、場合によってはデー・ケアであるとか、ハーフウェイとかいう中間施設をどんどんつくる。そして収容施設の人々もそれを利用するし、収容施設に入っていない居宅の人々もそれを利用するという、こういう形が出てくるわけである。そうして収容施設というものと、それから一般の地域社会というもののつながりということが、昔のように截然と分かれるものでなくして、いろいろと入りこんでくる形になってくる。

それにあと1つの条件としては、電気ショック療法の発達とか、あるいはインシュリン、その他トランキライザーなどの化学薬品の発達もあって、精神病の患者というものを長期入院させるのではなく、短期間だけ入院させれば、あとは社会的な場に戻して訓練することによって、十分に回復を図ることができるという条件がつくられることによって、精神障害者に対する対策として、それらをコミュニティの中で問題にしてくるということで、いわゆるコミュニティ・ケアというものが生まれてきた。こういう経緯をたどっているのである。

今日では精神衛生に関してはコミュニティ・ケアの上に立つ精神衛生対策ということは、基本的な方向になっているようだが、同じような発想が、社会福祉、特に老人福祉の分野においても表われてきている。もちろん精神衛生の場合と同じような道筋ではないが、それでも老人の場合にも老人の処遇問題とコミュニティ・ケアは深い係わりをもっている。

特にイギリスの場合には、老人を処遇する場合の原則というのは、老人たちが住んでいた家庭の中で処遇をされるということである。そしてなおかつ必要がある場合には、必要に応ずるだけのサービスが配されるような条件で居宅処遇を行う。これが老人処遇の原則だという考え方なのである。これが1946年ぐらいに確立して、それに基くところの老人福祉対策をとということが要求され

るわけである。

それは1つは老人を収容施設に収容することによって、老人たち自身のもつプライバシーが侵害されること、あるいは老人たち自身が収容施設の中に収容されることによって、逆に自主性を喪失する例が非常に多いという反省の上に立っている。

それからもう1つは、一定のコミュニティにおけるサービスを備えることによって、居宅処遇の可能性というものが次第に拡大してきたということも重要な条件である。たとえば経済的な意味で収容しなければならないというふうなことは、所得保障の仕組みというものがある程度完備し、それが機能してくるとそういう要素はなくなってくる。あるいは住宅事情から収容しなければならないということは、住宅の整備ということが行われれば当然必要でなくなっていく。あるいは疾病とか心身上の機能の障害というふうなことで収容施設へ収容といっても、軽度のものについては一定のコミュニティ・サービスなりホームヘルパーなりを派遣することによって、必ずしも収容施設に収容しないですむような条件が出てくる。こういうふうな新しい条件とか、水準というものが高まっていく中で、収容施設ではなくして、居宅における処遇という可能性はいっそう拡大される。

あと1つ、実際にはこれが非常に大きな原因だったと思うのだが、収容施設の中に老人を収容する場合、イギリスではだいたい75～76歳ぐらいが施設収容者の平均年齢のようであり、後期高齢者が圧倒的に多い。このために当然寝たきりの人々を収容施設だけで対応するということは、実は費用の側面からいっても非常に負担になってきている。そういったことも加味されて、これらの老人を可能な限り居宅で世話をすることが安上りであるという面もあって、急速に老人福祉におけるところのコミュニティ・ケアというような考え方が登場してきているわけである。

イギリスではだいたいそういう方向が定着し、1962年には、保健省では、高齢者、母子障害者、その他特定のグループ、それらを通して、コミュニティ・ケアの原則に基くところの施策の充実をということで、「保健福祉」、副題として「イギリスとウェールズにおけるコミュニティ・ケアの発展」というブルー・ブックが出されている。それはたしか1966年か67年にもう1度改正され、コミュニティ・ケアの推進ということは、主として地方公共自治体の責任という形が強く打ち出されてくる。こうしたいきさつのなかで最近では老人対策についてはコミュニティ・ケアという立場での老人対策をとということが合

言葉になってきている。

実はこの考え方というものは、いろいろな意味で考えなければならない問題を含んでいると思う。というのはまずコミュニティ・ケアというものが登場してきた背景なり考え方というのは、今の説明で申上げたように、まず1つは老人処遇に対する基本的な考え方の変化を伴っているわけだと思う。つまり収容施設に隔離収容する、別のことばでいうならば、老人ホームの中に老人を地域社会から隔離して収容する、そして死ぬまでそこで飯を食わして寝かせるというふうな考え方から、老人の場合でも、収容施設に収容する場合には非常に限定しなければいけない。つまり収容施設というものはどういう形をとるにしても老人たち自身のもつ能力なり、あるいは人格なりプライバシーなりを何らかの形で侵害をする。極力そのことを排除しなければならない。そういう意味で老人たち自身の人権だとかプライバシーをとにかく尊重していこうという、そういう思想がコミュニティ・ケアの発想の中に1つあるわけである。その意味で、隔離収容主義というもののからの脱皮ということがこの発想に含まれているわけである。

それからあと1つは、収容施設に老人を収容する場合にも、それは決して隔離収容という考え方でなくして、やはり高齢者の場合でも、彼らのもつ潜在的、あるいは維持可能な能力というものを、可能な限り回復させ、それから非常にむずかしい条件だと思うけれども、開発すべきものがあれば開発するというふうに老人に対する処遇のあり方が変わってくるわけである。つまり今までは、年を取ればとにかく死ぬまで飲んで食わして寝かしておけばいいという考え方であったのが、そうでなくして、老人たちも彼ら自身のもつ能力を十分発揮せしめるような、そういうものとして処遇していかなければならない。このことが、収容施設の内部に大きな変化を与えるわけである。

それからあと1つはいうまでもないことであるが、できる限り老人たち自身のニーズに即するという意味でも、その自宅——自分たちの育ったコミュニティの中で、その家庭の中で処遇するという、老人のニーズに即応する意味合いをもって、コミュニティ・ケアが取上げられている。

ただこの場合に、コミュニティ・ケアというものの概念はいったいどういうものだろうかということが非常に問題になるわけであるが、これは必ずしも現在まで統一された意見が出ているとは思わない。イギリスの場合でも実は本によっていろいろマチマチであるし、わが国で

もたとえば一昨年になるかと思うが、東京都の社会福祉審議会が、「東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について」という答申を出しているが、その東京都の場合の答申書を見ても、コミュニティ・ケアというものの概念については、若干混乱があることは否めないことだと思う。たとえばそこで取上げられているものは、児童と老人というものが2つ取上げられているけれども、範囲がマチマチになっている。つまり児童の方は、収容施設などを含めてコミュニティ・ケアという問題を考えているし、老人の場合にはコミュニティ・ケアを、収容施設におけるケアに対比するものとして考えるというふうに混乱がある。この点は、ある意味では老人福祉と児童福祉の間の発展の水準の違いということを反映しているのかもしれないが、コミュニティ・ケアの概念というのはそういう意味でマチマチになっていることだけは事実である。

しかしながら、私は今申したように、コミュニティ・ケアの理念と発展の過程から考えていくなれば、当然収容施設というものは、その内容なり性格なり機能が大きく変化を遂げるということが前提であるけれども、それを含めて、それぞれの居宅サービス全体をも含むような広義の概念としてコミュニティ・ケアというものを考えた方がいいのではないかと私は思っている。

というのは、たとえば施設体系からいっても、片方にはそれぞれの老人が家庭にいる。その家庭において彼らが生活し、老後を送っていくための必要な条件というものをできるだけそこに与える。これは住宅であってみたい、あるいは経済的条件であってみたい、それから必要に応じてはということであるから、たとえば病気の場合には医療機関が近くにあるとか、いろいろな相談所がそばにあるとかいうような形を考えていけばいいと思う。そして片方の極には収容施設があるわけである。これは居宅条件になじみ得ないような人が収容されているのだが、しかしその場合でも、これらの人々はそこに入りきりではなくて、必要に応じてたとえばリハビリテーションを与える問題があるとすれば、施設にそういうものがあればそれでよろしいし、そうでなくとも、地域社会にあるところのリハビリテーションの施設、たとえばデー・ケア・センターなどがあるが、こういうものを活用する。そういう意味でこの中間的な施設、たとえば今いったリハビリテーションの施設であるとか、あるいは各種の相談所であるとか、集会所であるとか、仕事場であるとか、いろいろなものがあると思うが、こういうものをそこに配置する。これを居宅における老人も利用するし、

それから施設にいるところの老人たちも条件によってこれを利用するという、そういうふうな体系全体で考えられるだろうというふうに思うわけである。

このようなコミュニティ・ケアの立場からいうならば、収容施設そのものも地域の中に含まれている1つの施設と考えればいいのであるから、コミュニティ・ケアというのは収容施設と居宅の双方の処遇を含めた概念として取上げる方がより妥当ではないか、と思っているわけである。

いずれにしても、コミュニティ・ケアの概念というふうなものは、今後われわれは真剣に検討しなければならないが、これを老人に即しているならば、実はこの概念の規定、内容をどう決めるかということは、老人に対する福祉施策の計画化ということと、同時に意味するものであると思う。そういう意味で今後のわが国の場合においても、コミュニティ・ケア的な発想なり理念に基づくところの対策の強化ということとが、強く要求されてくるだろうと思うのである。

それではそこでいうコミュニティ・ケア、老人に即するところのコミュニティ・ケアの内容というものはどういうものがあるのか。これは私は3つの側面から考えていいたいと思う。1つは施設のネット・ワークの観点で見ると、2つはそこに配置されるべき人間——要員の配置の側面から、それから3つ目はサービスの側面からという、この3つの面からコミュニティ・ケアの具体的内容を見ていく必要があるというふうに思う。

まず施設の問題については今申し上げたように、両方の極に、片方には収容施設、それから他方の極には住宅というものを置いて、この間に中間的な施設を地域に計画的に配置をするということが、老人福祉におけるコミュニティ・ケアを展開させる場合に、欠くことのできない非常に重要な問題だと思ふのである。

従来は、この中間的な施設ということについては、老人福祉のサイドではこれが乏しかった。せいぜい老人福祉センター、老人憩いの家、それから別のものではあるが一応老人休養ホームという、こういう3つのものがある。一応老人福祉法ではうたわれている。その数は急速に増えてはいるけれども、まだまだそれは不十分だと思うし、それらの老人福祉中間施設というものが、この体系の中でどういうふうな役割をもつのかということは、今まで1度として明らかにされてはいないようである。だから実態的には、特に最近では年金の還元融資などがついたために、老人福祉センターと老人憩いの家は年々増えているが、老人たちが十分利用できるようなところに配置さ

れてなお、とにかくりっぱな建物を造るということに主眼が置かれているような気がする。これなどは、中間施設としてのこれらの施設がどのような役割をもつべきかという点の検討が、非常に弱いことを示すのであらうと思われる。だからこの中間施設というものを、もう1度コミュニティ・ケアの立場から整理し直してみる必要があるだろうと思うわけである。

それで特にコミュニティ・ケアという観点で中間施設をみてくるならば、たとえば1つはハーフウェイ・ハウスというようなものがある。これは何と訳したらいいか適当な訳がなくて困るけれども、精神病の方では何か別の訳があるらしいが、東京都の方で今つくろうとしているものは、病後休養ホームという名前をつけているようである。これは、老人病院というものの方が一方の極にあって、病院から退院してくる場合にいきなり家庭に戻すのではなくして、一定の期間そこで家庭へ復帰するための訓練を行うような、そういう施設にハーフウェイ・ハウスというのである。

それから別な形では、居宅条件に堪えられない場合に収容施設に入るのであるが、いきなり入るのではなく、この途中で収容施設に入るための適応を身につけるといふことのための中間施設で長期間収容されるのではなくて、短期間だけ収容されるショート・ステイ・ホームというものなども出てきている。

あるいは労働に対するニードと結びつけて授産所的なシェルタード・ワーク・ショップみたいなものも中間施設に入れていいと思う。これはたとえば“軽費老人ホーム”の人々にやってもらってもいいし、居宅の人が利用してやってもいいという、そういうふうなシェルタード・ワーク・ショップ的なものも当然必要になってくるだろう。

さらに、特に老人に多い脳溢血その他の後遺症、あるいは骨折なども問題になると思うが、こういう人々に対するリハビリテーションというものを強化しなければならないが、リハビリテーションのための中間的な施設、たとえばデー・ケア・センターみたいなものが配置されるということも当然あり得ると思う。

そのほか、精神病の方でいくとナイト・ホスピタルとか、デー・ホスピタルなどというのがあるが、ナイト・ホスピタルというのは、夜は病院に入っていて、昼間は仕事に行くというような、そういう形態があるけれども、こういう中間施設というものを、もっともっと考えてみる必要があるのではないか。そしてそのネット・ワークを明確にしてくることが、今後非常に重要な課題になっ

ていくであろうと思うわけである。

これは主としてハンディキャップをもっていたり、特殊なニーズをもつ者に対する施設を例示してみたわけであるが、そのほか健康で居宅の人々にとっては、たとえば老人クラブの集まり場としての集会所であるとか、いろいろな意味の相談をするための相談の場であるとか、その意味では今の老人福祉センターだとか、老人憩いの家だとかいうふうなものはもちろん配置されなければならないと思う。

ついでにいておくと、老人福祉センターというふうなものは、むしろコミュニティ・ケアにつながってくるようなものとして、再編成された方がいいと私は思っている。そして、そこでは現在も設備はあるが、あまり利用されていないリハビリテーションとか、各種の相談機能などにその活動の重点を移し、一般の老人たちがそこで集まったりするようなものは、“老人憩いの家”というようなものにして、機能を分化したりした方が、もっとはっきりするだろうと思うのだが、いずれにしてもこの中間施設的なものがいくつか考えられるのである。これらを、できれば全体のネット・ワークの中で、どう配置するかというふうなことを考えなければならないと思う。

もちろんネット・ワークといっても、同じ地域に全部並べる必要はないのであって、それぞれの中間施設のもつ守備範囲みたいなものがあるから、それがいろいろ地域に重なり合って、場合によっては市町村に1つあるとか、あるいはもっと小さな規模でつくるとか、いろんな形のものが1つ1つ検討されなければならないと思う。こういう意味でのネット・ワークが、コミュニティ・ケアの場合には不可欠の条件になるだろう。そこらへんはほとんど検討されていないけれども、是非今後われわれは検討しなければならない課題ではないかと思っている。

もう1つは、要員の配置の問題である。つまりコミュニティ・ケアを行うべき人間をどういうふう配置するかという問題である。この場合重要な問題は、まずコミュニティ・ケア的な観点に立つ場合に、1つは専門的な職員が中核にならなければならないということだと思う。往々にしてコミュニティ・ケアというとボランティア活動に全部ゆだねるという感じが強いのだが、本来的というとコミュニティ・ケアというのは、専門職によるところのケアというものが中心になるということである。つまりさきほどのコミュニティ・ケアの展開の中でもお話ししたように、それら収容施設自身のもつ機能の変化、性格の変化が出てきているから、とすると収容施設の中

におかれている専門職というふうなものに匹敵するようものが、地域の中で配置されなければならないと思う。

たとえば老人の場合には医者がまず問題になるであろう。そのほか保健婦のような形のものであるとか、日本ではまだできていないけれども、訪問看護婦——visiting nurse みたいなものも当然必要になるであろう。それからこれは必ずしも専門職とはいいい切れないかもしれないが、たとえばホームヘルパーみたいなもの、こういうものをもっともっと配置されなければならない。それから各種の相談員、こういうものももちろん配置されなければならないと思う。

従来は特に老人ホーム、老人福祉センターなどをみても、専門職員を配置する問題はほとんど考えられていないわけである。何か貸し館的な感じが強いわけだけれども、やはりコミュニティ・ケアという場合には、やはり対象者自身が利用するだけでなく、積極的にそれに対して応えるべきサービスを与えるものがないと、コミュニティ・ケアというのは展開し得ないだろうと思うのである。その意味では、コミュニティ・ケアを行うべき要員をどのようにつくり、どのように配置するかということが非常に問題となってくる。特に日本の場合にはこの部分がすっぱり抜けているから、実はコミュニティ・ケアということをしていても、この要員の方の問題ですぐデッド・ロックに乗りあげてしまうというような状況だと思う。その点で特にこの要員の確保、配置ということを実際に考えていく必要があると、これは強く感じるのである。

これは実はイギリスなどの場合でも、コミュニティ・ケア展開の最大のボトル・ネックとなっているのはこの要員問題である。そういう考え方なり施設というものはいろいろできているのであるが、要員がいらないということで、イギリスの場合にも非常に強い非難が起こったりしている。日本はそれに比較すると、要員問題が解決していないだけに、コミュニティ・ケアを実現するためにこの要員をどうするかということを特に考えなければならないと思う。

なおこの問題にからめて一言いっておきたいことは、ホームヘルパーの機能であるが、これはさきほどの厚生省の資料の中にも、特にホームヘルパーの増強ということを出されている。これは私自身も賛成ではあるが、ただホームヘルパーとは何をやるのか。ホームヘルパーの性格というものが実はあまり究明されていない。このことはもう1度私も考え直してみる必要があると思う。これはホームヘルパーは専門職かどうかという問題とも

からみ合うし、ホームヘルパーの仕事内容というのはどういふものであるのかということのためにも追求しなければならない課題だと思うのである。

時間の関係であまり詳しくは触れないが、私自身はホームヘルパーというものを社会福祉の中で考えていく場合に、つまり寝たきり老人のようなところに配置されるべきものはきわめて特殊な形でのホームヘルパーと思っている。日本の場合には過渡的にそういうものを考えているだけであって、むしろ寝たきり老人のところに配置されるべきものは、visiting nurse 訪問看護婦的なものと、それからホームヘルパーが保健婦などとチームで行くことはあるけれども、ホームヘルパーだけを寝たきり老人のところに配置して能事終れりとするのはどうかと思う。

むしろ寝たきり老人というのは、本来的にいうならばこれは収容施設に入れるべきである。それから居宅の場合についてもこれはむしろ訪問看護制度を確立することによって、それを補佐する意味でホームヘルパーが派遣されるのはいいが、今のようにホームヘルパーを全部派遣しているというのは非常に問題があるという気がする。

それからあと1つは、ホームヘルパーは無料の家政婦かどうかということをよくいわれるのであるが、これは社会福祉の機能を2つに分けて見ればよいと思う。1つは、日常生活上の援護、介護、サポートというものはたしかに必要である。それはいわゆる無料の家政婦さんでいいわけである。しかし社会福祉の場合には、それを通して老人たちのもつニーズを把握し、そして必要に応じてニーズの充足のために、自分が行うことはできなくても、それをたとえばその他の機関に連絡するとか、そういう仕事があると思うのである。だからその点ではホームヘルパーというようなものも、ただ単に独り暮らしの寝たきり老人の日常生活の介護をする、部屋の掃除をするというだけでなくして、それを通して1人1人の老人がどういう状況におかれているか、どういうニーズをもっているかということ把握して、それを関係の、福祉事務所の老人福祉主事あたりと十分相談して、それぞれに対するサービスが展開できるような、そういうことを一方で図るべきだろうと思うのである。

その点でホームヘルパーを含むところの組織体系というものが曖昧であるから、こういったものなどもホームヘルパー問題などからめて、よく考えなければならない問題だと思う。そういったかなり本質上の問題も含んだ上で、そのほか増員の問題であるとか待遇の改善の問

題について、中間報告が打ち出している方向は、私は妥当だというふうに見ているわけである。

それからそのほかに当然出てくるのが第3番目の、コミュニティ・サービスといわれるものである。この部分が日本においては非常に遅れているから、また新しい経験をどんどん掘り起こしていかなければならないだろうと思うのである。

もちろん外国でもやっているから日本でもやればよいというような、そういう問題ではないと思う。やはり日本は日本における、また日本の場合にはいろいろな地方地方の違いがあるから、それに応じた形のコミュニティ・サービスを考えてみなければならないであろう。その意味で一概にこういうものということはいえないが、できるならば地方地方でいくつかのものが、試行錯誤的な形でいいから行われて、その効果のある程度発見させた上で全国に拡げてくるという、そういうふうな努力がもっとされて然るべきではないかと私は思っている。

その意味では、さきほどのホームヘルパー・サービスのほかに、たとえば給食サービスなどについて若干試みが行われている。たとえば武蔵野市だとか、その他いくつかあるはずである。こういう経験というものをきっちりと総括していただいて、その要望に十分応え得るならばこれを拡げていくという形を考えてもいいと思う。

そのほか洗濯サービスというものもあるが、こういう問題についてのいろいろな経験を積重ねてもらふ必要もあると思うし、それから宇都宮などでは寝たきり老人に対しての入浴サービスなどもやっている。こういう問題も一応考えていいと思うし、そのほかこれはボランティア活動に移行する部分が非常に多いと思うが、歩行サービス——老人はまず足に老化がくるから、その意味で歩行外出サービスみたいなものをボランティア活動と結合する中で考えてもいいと思うのである。それから独り暮らしに対するテレホン・サービスとかいろいろなものがあると思う。こういうふうなサービスというものを、これから、これこそ新しく開発していかなければならないのではないかと思うのである。今までこういう部分はほとんど放置されているから、これをさらに意識的に追求してみる必要があるだろう、こんなふうに思ったりするわけである。

こういうふうに施設体系、それから要員の配置体系、それからサービス、こういうものがきっちりと計画的な形で取上げられることによってはじめてコミュニティ・ケアというものが具体的に展開し得るのではないだろうか。そのように考えてみると、日本の場合の適用上の問題は

非常にたくさん大きな問題を残しているというような気がする。

時間も迫っているので結論にもっていきたいと思うが、コミュニティ・ケアということを繰返すという意味は、今のお話の中でだいたいおわかりいただけたと思うけれども、1つはコミュニティ・ケア的な発想に基いての老人福祉対策ということをいうのは、従来の老人対策とくに対象者処遇についての劣等処遇的な考え方をここで改めていくという必要があること、これを強調したいがゆえである。

つまりコミュニティ・ケアというものは、決して劣等処遇的な意味での隔離収容ではないわけで、むしろぜんぜん逆に老人たちの場合にすら、潜在する、あるいは開発可能なニーズなり能力というものはもっているわけである。これを常に明らかにさせながら、それらの老人のもつ能力をできる限り維持する。できる限り永持ちさせる。そして可能ならばその老人たちのもつ能力をさらに開発するというようなことは追求されなければならないだろうというふうに思うわけである。

その点で今までの老人対策というものが、実際の現場の側面から見ていくなれば、極端ないい方をすると老人たちは今さら何をやってもしょうがないんだ、とにかく死ぬまで飲んで食わして寝かせて文句をいわせなければいいんだという考え方が残っているように思う。それは老人というものを隔離収容するという思想につながっていると思う。その点では老人自身も、やはり変わるんだという、そういう立場での対策を考えていくことは非常に重要だと思うのである。それが実はコミュニティ・ケアという中に具体的に表現されている部分ではないかというふうに思っ、特にそのコミュニティ・ケアの問題を打ち出したかったというのが第1点である。

第2番目にコミュニティ・ケアの問題というものは、今も施設その他で申上げたように、これは計画性をもたなければならない問題だと思う。コミュニティ・ケアの問題というのは、収容施設を含めて老人対策全体の体系化なり、あるいは老人福祉全体の計画化というものと不可欠の関係になるものであろうというふうに思うわけである。その点でやはり今まで欠けていた老人対策の場合の計画化というものと、コミュニティ・ケアの問題というものは密接に結びつくであろうという意味で、特にコミュニティ・ケアの問題ということを強調しておきたかったのである。

この他の老人対策と老人医療の関連などについては、すでに触れられたと思うので除かせていただきたいと思います。

うが、ただ一言いっておきたいことは、老人福祉対策を考えてくる場合に非常に問題となるのは医療の問題との係わりあいである。従来でも、特別養護老人ホームと、いわゆる老人病院とどういう関係をもつのかとか、社会福祉と医療との関係というものが、老人福祉の場合には特に問題になってくるわけである。つまり老人というのにはある意味では、非常に有病率の高いものであるし、心身上の故障を多分にもつものであるから、医療というものと切り離しては考えられないわけである。

従来は、たとえばナーシング・ホームというものを日本語に訳す場合には、特別養護老人ホームとしなければならなかったように、そのへんは非常に日本的な事情が働いているように思う。そして医療と社会福祉の間に万里の長城的なものをきずくということは老人の疾病構造の特殊性を考えると、決してそれは医療対策全体にとってもプラスにならないと思うし、老人福祉対策の側面からいっても、医療とぜんぜん無関係な形で取上げるというわけにはどうしてもいかないだらうと思うのである。

その点でももちろんねらいはそれぞれ違いがあるだろうが、老人福祉対策と老人医療の間にどのような形の握手を考えるかというようなことを、これから本気で考えてみなければいけないのではないだろうか。老人医療の問題のうちで、たしかに医療費の問題は重要である。しかしこれはだいたいいろいろな考え方も出され、政治的な意味での問題はいろいろむずかしいと思うけれども、考え方自身は最近では大分ははっきりしてきている。ただ問題は、体系上の問題として考えていくなれば、老人の福祉対策と老人の医療対策というものと結合を、どう考えるかということの方がはるかに私は問題としてむずかしいと思う。

たとえば、その中で、ナーシング・ホームというふうなもの、やはり改めて考える時期が今きているのではないだろうか。老人の場合の疾病というのは慢性化しているから、常時治療は必要としないわけである。かといって、いきなり老人ホームの中に放りこんでしまうわけにはいかない部分が多々ある。その意味で両者の関係については、もっと詰めた議論がされなければならないであろう。その意味では昭和45年度の厚生白書の総論の中で、特に老人のために医療的な性格をもった施設ということを打ち出しているのは、その意味でやはり注目すべき提言の1つだというふうに思う。こんなこともやはり考えていかなければならないのではないかというふうに思うのである。

VI さいごに

この老人問題対策ということの重要性はもう繰り返しの必要もないと思うし、またそのために、いろいろな立場から、いろいろな側面から、この問題に対しての努力が傾けられていることはこれは否定しない。またそれによって、かなり大きく前進を遂げるだろうということはまた争えないことだと思う。ただどうしてもやはり老人問題を考えていく場合に、老人問題の研究もそうであるが、群盲象をなでる図などということがいわれるけれども、問題が多面的かつ広いわけで、それらがてんでんばらばらな形で取上げられるという懸念が多分にある。それが対策の上にも多々現われている。その意味で繰り返しくどいように申上げた老人対策における計画性を今後どのような形で高めていくか、あるいはそれをどう具体化するかということ、私自身の課題にしなければならないと思っているのと、それからもう1つは、実は老人問題というものの研究が圧倒的に遅れているような気がするわけである。私自身もこちらへまいってから老人問題を若干手がけはじめて、まだ非常に日が浅いので口はばった言い方で恐縮であるが、日が浅いなりに老人問題を考えていくとわからぬことだらけである。それと同時にたくさんのステレオ化された知識というか、変な常識論とかちょっと追求してみると、必ずしも明確になっていない点がたくさんあるようである。たとえば核家族化が進めば老人の独り暮らしが増えるなどというのは、いくつかのコメントを加えなければならないむずかしい問題だと思うし、それから老人になれば労働能力は落ち

るというけれども、果して何歳ぐらいで落ちるかなどということとはぜんぜん究明されていない。そのほかいろいろな曖昧なことがたくさんある。だからやはり老人問題の計画を本気になって立てるために最も抜けている部分は、老人問題に関する科学的研究ということだと思う。計画というのは常に科学性をもたなければならないのであろうが、計画に乗るほどの科学的調査研究をぜひ充実しなければならないと考えている。

その意味でこの中間報告にもあったし、それから答申の中にもあるように、老人問題の研究所とか、そういうものを強化しなければならないということは、ただ単に予算の分捕りみたいな考え方ではなくして、今後の老人対策を考える場合に、格別に注意しておかなければならない問題ではないかというふうに思うわけである。

老人対策に関する問題は、厚生省も来年度は最大の重点施策の1つにするということになっているのであるが、おそらく来年だけの問題ではなくして、70年代を通し、これは厚生行政に限らず、あるいはわが国におけるいろいろな社会的な諸施策の中のもっとも重点としておかれなければならない問題ではないかと思うのである。

もしもこの点に十分の思いをいたさないとすると、われわれは高齢化社会に非常に不十分なままに対応することになり、現在以上に老人問題は深刻化し混乱を招くだろうというふうに思うわけである。その意味で老人問題を検討し、その対策の充実・強化をはかることはまさに今の時機をおいてほかにないというふうに痛感している次第である。

社会保障の国際動向

——西欧社会保障とアジア社会開発の一側面——

保 坂 哲 哉

I 発展途上国における社会 発展のパターンと条件

この基礎講座のはじまる直前に、社会保障研究所にインドの公務員の研修をやっている、行政研修所の人を訪ねてきた。そして日本でこういう基礎講座をやっているということに、非常に興味を持ったようである。その時インドの行政研修所では次のような目的意識を持って、研修に当たっていると説明していた。それは、政府、あるいはその担い手である公務員の役割は、インドの社会に社会変革を巻起すことであり、行政研修ではそういう役割の担い手になるような公務員を養成することを任務とする、と。そして彼は、いったい社会保障研究所の基礎講座は、どういうねらいを持っているのかを知りたがったのである。

それに対しては、その名前のとおりわれわれの研修は基礎講座であって、一般的、基礎的な知識の普及を主眼とするが、毎年少しずつ重点のおきどころを変え、今年では社会計画を中心テーマにしている、と説明した。しかし考えてみると、政府とか公務員の役割というのは、過去長い歴史の間にいろいろと変化している。そういう変化を表す別の指標は、いうまでもなく種々の目的に対する政府の財政支出のパターンの変化である。この点に関する統計についてはあとで取上げるとして、ここでは開発途上国の発展問題について少しふれておきたい。

現在、いわゆる開発途上国では、いまのインドの人の言葉にもあるように、デベロップメント・アドミニストレーション (development administration) が行政の中心になっている。その場合、デベロップメントという言葉は、1つの単純化した捉え方によると、国連の文章にも出てくるように、構造的な変化と量的な増大を表す成長という2つの要素を含んでいる。そして、プロセスとしてはまず構造的な変化を起して、それが成長への前提条件になる。そうして起った成長の結果、別の構造的な変化が起き、それがまた次の成長につながるというプロセス

を考えている。したがってインドで社会変革の担い手になる公務員を養成するということは、この成長プロセスを引き出すための前提条件を整えることだと考えているわけである。

こういう低開発国の考え方全般の基調になっているのは、(これは低開発国の人々自身だけの考え方というのではなく、この問題に取組む国連自体、あるいは他の先進国の低開発問題に取組む人達の考え方でもあるわけだが) 次のような発想である。現在の低開発国が低開発状態ないし長期的な停滞状態にあるというのは、結局そこに何か障害、とくに社会の制度・組織・構造や人々の社会的態度の面での障害があって、その障害を取除けば現在のような国際環境のもとでは、おのずから発展プロセスが芽生え、それが自律的に成長していく、という考え方が基調にある。したがって政策手段を駆使してそれらの障害をいかにして除くかという発想で、従来低開発問題が取扱われてきたし、現在でも依然そうだと思う。たとえば最近「アジアのドラマ」(Asian Drama) という膨大な本を書いたグンナー・ミュルダールは、1つの表現方法として「発展とは低開発状態の存続を許した社会システムにおける、多くの好ましくない条件の改善を意味する」¹⁾ といっている。

どういふ社会であろうと、およそ人間の社会には、発展へと向かう潜在的な性向と可能性がある。したがってそれを邪魔しているものを取除けば、おのずからそこに発展が芽生えてくる、という考え方は広くゆきわたっている。しかしその場合にすぐ問題になるのは、いったい発展というのは、われわれ人類の長い歴史の中で、全般的に適用してもいいような状態なのかどうか、そのへんに若干問題があるのではないかということである。というのは現在の状況のもとで発展というときには、昔の農業社会におけるような発展を意味するのではない。その基本をなすのは工業化である。したがって、そこで暗黙

1) Gunnar Myrdal, *Asian Drama: An Inquiry into the Poverty of Nations*, New York, 1968, Vol. 1, p. 58.

的に考えられるデベロップメントは、西欧の社会がたどった、工業化を主体にした発展プロセスである。そういうプロセスが、たとえば現在のアジアの国々の間で、何らかの社会的な障害を除けば自然に出てくるのかどうか。もちろんそのスタートの時期は、いろいろ歴史的に違ってくる。イギリスがかつて工業化に乗出した時期と、現在低開発国が工業化に乗出す時期とは明らかに違う。そういう状態の中で、果して同じような発展のプロセスを考えて、問題はないのだろうか。

われわれがアジア諸国の人々と接触する時、次のようなことをよく聞かされる。われわれにとっての将来の道は、現在の先進国がたどった道とははっきり違う。現在の先進国のたどった道には、1つは植民地主義というものがあった。そういう条件が現在の発展を可能にしたということは無視できない。もう1つは、社会保障の問題に関係してくるが、いわゆる社会問題である。これは工業化、都市化に伴って、大きな社会変動が起き、伝統的な家族制度とか、あるいは農村地域社会とか、ギルドのような同業組合といったものが打撃を受け、伝統的生活保障形態が崩壊する。その場合、そういう制度の崩壊にあらかじめ備えて、新しいものに置き代えるという措置が行われれば理想的であるが、実際には既存のものがこわれて新しいものが出てくる間に、時間的なズレがかなりあった。そのためにいろいろの社会問題が起きた。その1つとして、工業化の結果、従来の農村社会であればそれほど問題のなかった成長に伴う問題が起きる。所得の増えるスピードがだんだん大きくなると、その過程の中で、所得の分配の不均衡が起る。非常に緩慢な所得の上昇の時には目立たなかったことが、急激な所得の上昇が起ることによって目立ってくる。しかも工業化の過程で都市化が進むと、限られた面積の土地の中に多くの人が密集するので、相互間の相対的な社会的地位、経済的地位の比較が容易になる。これらの、またその他の問題に対して、先進国の大部分は決してうまい対応の仕方をしてきたわけではない。いろいろの社会問題をめぐってある時には広範な大衆の暴動を誘発し、労使対立が激化し革命が起ったりするという経験を経てきた。その過程で、いわゆる搾取と呼ばれるような事態を起したが、いまの低開発国はこれから政策を推し進めていく場合に、これらのことを前提としたような政策は現在の国際環境のもとではとれない。つまりいままで先進国は、どこかにシワ寄せをしながら、ある場合には植民地に、ある場合には社会的な弱者にシワ寄せしながら資本蓄積をして発展をしてきたが、現在の低開発国はそういうことが許

されない条件下にある、というのである。

たとえば日本の歴史と比較してみると、日本の徳川時代には賦役という一種の課税システムがあったが、この種のことは ILO などのいう強制労働禁止と関連して問題になる。最近はいろいろ現実的な適応をやっていると聞くが、実際問題として農村の灌漑設備をつくるとか、あるいは道路をつくるとか、いわゆる公共事業を行う場合に、大量の労働力を動員するという必要が出て労働力の流動性が乏しく、労働市場が未発達で、人々が経済的ないし貨幣的インセンティブに対して敏感に反応しないところでは、必要な労働力の確保が困難である。その場合日本などで昔使われたようなやり方で労働力を調達することはできない。現在の開発途上国が一般にそういう環境にあることは否定しえない事実であろう。したがって低開発国としては、現在の先進国がたどった発展の過程は、非常に一般的な意味でならばともかく、具体的なモデルとしては必ずしも通用しないといってもいいと思う。

表 1 イギリスと日本における政府社会支出の
GNP に対する比率 単位(%)

年 次	イギリス ¹⁾	日 本 ²⁾
1890	2.2	1.0
95	3.1	1.2
1900	3.2	1.9
05	4.2	1.7
10	4.9	2.7
15	3.9	3.0
20	7.2	2.7
1925	9.5	4.2
30	12.0	5.4
35	12.2	4.6
1950	18.8	...
55	17.1	...
60	16.1	8.9
65	19.1	11.4
66	19.4	11.2

(注) 1. 1955年以前は、social services, environmental services, の合計。1960年以後は housing & environmental services のうち land drainage & coast Protection と miscellaneous local government services を除く。

2. 公務員関係共済組合を含む。1935年までは筆者が目下作業中の暫定数字で、GNP は大川一司他編『長期経済統計』による国内粗固定資本形成、個人消費支出、政府財貨・サービス経常購入の合計額。

(資料) イギリス：1955年以前、A. Peacock & J. Wiseman, *The Growth of Public Expenditure in the United Kingdom* London, 1961；1960年以後、Central Statistical Office, *National Income and Expenditure 1971*, London, 1972。

日本：1935年以前、筆者が目下作業中の暫定数字 (GNP については注2)。

1960年以後、経済企画庁『国民経済計算』第27号および『国民所得統計年報』。

表 2 アジア諸国における政府社会支出の
GNP に対する比率

国			年 次	単位(%) 政府社会支出 の GNP 比
イ	ン	ド	1954	2.2
台		湾 ¹⁾	1966	3.6
イ	ラ	ン	1966	4.6
マ	レ	シ ア (西) ²⁾	1960	6.1
			65	7.6
韓		国 ¹⁾	1957	0.4
			61	4.9
			66	9.0
セ	イ	ロ ン ^{1), 2), 3)}	1956	8.3
			61	11.5
			66	11.0

(注) 1. 対 GDP 比。

2. 個人に対する食料補助金を含む。

3. 中央政府のみ。

(資料) United Nations, *The Planning and Financing of Social Development in the ECAFE Region*, ECAFE Social Development Series No.1, 1969.

表 1 と表 2 は、以上の点とも関連して、低開発国では経済発展水準の割には、先進国の実績より相対的に高い社会的費用を要すること、その意味における発展パターンの現実の違いを示す 1 つの例として掲げてみた。これはイギリスと日本とアジア諸国について政府社会支出の GNP に対する比率を比較したものである。イギリスの場合は、アラン・ピーコックが 1890 年以降 1955 年までの地方、中央を統合した政府全体の支出の中で、社会支出を分類してまとめた数字である。その内容は教育、社会福祉（現在の社会保障）、それから衛生、住宅が主たるものである。そのほかに環境衛生があるが、これは国際比較をする場合若干問題がある。政府社会支出の GNP に対する比率は、1890 年に 1.9% であったのが、1935 年には 11.4% になり年を追うにしたがって、社会支出に対する比率が高まっている。

日本の統計は、中央政府については私がいま作業中の暫定的な数字があったのでそれを、また地方については、内務省『地方財政概要』の数字をそれぞれ使った。但し、中央、地方の重複を除いて算出したもので、まだ暫定的な数字である。なお 1960～1966 年は、経済企画庁で発表した数字である。

最後に表 2 のアジア諸国の数字は、1968 年にエカフェ事務局が調査をしたものである。表のいちばん下にあるセイロンは中央政府だけの数字で、ほかは全部政府全体の数字である。ただセイロンは中央政府のウェイトが非常に高く、90% を越えるといわれているので、だいたいこれをほかと比較してもいいのではないかと思

う。

これらの数字を比較すると日本とイギリスの場合、年を追って社会支出の割合が高まっていくという現象があり、表 4 を合わせて比べれば 1 人当り GNP の拡大と並行していることがわかる。

ところで現在のアジア諸国の状態を、日本なりイギリスなりのいつごろの時点をとって比較したらいいかというむずかしい問題があり、簡単に比較してしまうと、誤解を招く恐れがある。国民所得統計を見ると、イギリスの 1890 年の 1 人当り GNP は、1966 年のそれに対して 46% ぐらい（不変価格）である。イギリスの 1966 年の 1 人当り GNP は表 3 のとおり 1925 ドルである。それに対して、1966 年における各国の 1 人当り GNP の米ドル表示額およびイギリスを 100 とする指数は、表 3 のとおり日本 52.6、ここに取上げたアジア諸国は、西マレーシアの 16.2 からインドの 4.5 までと大きな開きがある。日本は相対的に所得水準が低いにもかかわらず、社会支出の相対的水準は、少なくとも 1966 年までは比較的高かったといえる（しかし、1966 年——イギリスの 1925 年が対応するとして——には両者の開きはほとんど縮まり、以後日本の比率のほうが低くなる²⁾）。

アジア諸国の場合は、表 3 と表 5 から 1 人当り GNP の相対的な水準が推測できる。このような統計的比較から一般的な表現をするのは非常にむずかしいが、全般的に言えばアジア諸国は相対的な経済水準に比べれば非常に高い割合の支出を、社会目的に対して行なっているということがいえる。特に軍事支出にかなりまわしている

表 3 1 人当り GNP の比較 (1966 年)

国	1 人当り GNP 米ドル	イギリスを 100 と する指数
イギリス	1,953	100.0
日本	1,027	52.6
マレーシア(西)	316	16.2
イラン	263	13.5
台湾	245	12.5
セイロン	154	7.9
韓国	134	6.9
インド	87	4.5

(資料) United Nations, *Yearbook of National Account Statistics 1969*, Vol. 2.

2) 1967, 68 年度の日本の社会支出の対 GNP 比率と 1 人当り実質 GNP 指数は次のとおり。

年 次	政府社会支出の対 GNP 比率(%)	1 人当り実質 GNP 指数 (1966 年=100)
1967	11.0	110.4
1968	10.7	122.9

韓国の例などをみると、日本の過去やイギリスの過去に比べて、非常に高い社会支出をしているといえる。

もちろん現在の低開発国にとっては、外部からの援助がある。昔の日本やイギリスには外部からの援助はなかったから、その点はたしかに有利な条件には違いない。現在の低開発国が非常に進んだ技術水準の時代に置かれているということも重要である。これは一面ではそういう進んだ技術を容易に利用できる状態にあることを意味するが、同時に反面、先進国との間の技術のギャップが非常に大きいということにもなる。また通信手段や交通手段の進歩、特に交通手段は自動車交通の発達によって奥地にまで容易に到達可能となり、昔の鉄道に頼ってい

た時代より、物資の流通がはるかに奥深く浸透する可能性が出てきた。そういう環境の中で、外部からのデモンストレーション効果が大きく作用する。非常に進んだ生活物資が入ってくるし、新しい知識がラジオや他の伝達手段を通じて入ってきて消費意欲をかきたて、人々の発展への期待を高める。このように一方で利用可能な技術と利用したいという期待がありながら、実際にはそれを利用可能にする資源や技術の担い手が不足している。多くの低開発国ではそういう矛盾に悩んでいる。

II 発展とプランニング

このように先進国資本主義とは違った環境の中で、発展問題を考える必要が出てきたということで、ほとんどすべての低開発国はいわゆる計画システムを採用している。その場合いまでもなく計画化によって、自由に放任した場合にかかる費用（社会的なコストも含めて）と発展に要する時間を最少限にすることをねらうのであるが、これを別の面からみると、プランニングを採用するということは、1つの政治体制ないし経済体制について新しい装いをするという意味をもつことになる。

1950年代の国際情勢の中では、東西間の対立が強くなるが、社会主義方式か自由主義方式かの選択では、やや前者の方へ傾斜した発展計画システムとでも呼ぶようなものが、特にインド、パキスタン、セイロン、ビルマなどの国々に浸透した。それが60年代に入ってから、次第に西欧の国々の間でも経済計画を採用するようになり、そのためもあって、発展計画や発展計画のもとでの経済の運営が、必ずしも社会主義の方法とは結びつかなくなった。その結果60年代に入ってから計画を採用する低開発国が増えて、韓国やタイなどの国々が新しく発展計画を採用しはじめた。そして現在ではインドシナの2、3の国を除けば、ほとんどすべてのアジア諸国が発展計画を採用している。

今回の基礎講座のテーマに社会計画という言葉があるが、たとえば日本の経済計画——これは最近ではもっと視野を広げて経済社会発展計画という言葉を使っているが——日本の計画は1つのパターンにすぎない。国際的にみるとプランニングのパターンはいろいろある。先進資本主義国のプランニング、社会主義国のプランニング、後進国のプランニングというふうに、それぞれ違った特色を持っている。そしてこれらのプランニングを通じて1つの組織ができ、それを通じて資源の配分が行われ、または資源配分を誘導しようと試みられる。その結果新しい経済メカニズム、あるいはもっと広く社会経済メカ

表 4 イギリスと日本における1人当り実質
GNP 指数 (1966年=100)

年	次	イギリス	日本
1890		45.8	14.8
95		48.5	18.0
1900		53.8	18.4
05		51.7	19.5
10		52.2	23.0
15		...	21.0
20		56.5	29.2
1925		54.9	32.7
30		57.1	34.9
35		64.1	40.1
1950		68.9	32.3
55		78.9	45.1
60		86.5	63.6
65		98.6	92.3
66		100.0	100.0

(資料) イギリスについては表1と同じ。日本については、大川他編『長期経済統計』、経済企画庁『国民所得白書』、『改訂国民所得統計 (昭和26年度—昭和42年度)』。

表 5 アジア諸国における1人当り実質
GNP 指数 (各国1966年=100)

国	年次	1人当り GNP 指数 (各国1966年=100)
インド	1954	93
	66	100
マレーシア(西)	1960	85
	65	97
	66	100
韓国	1957	74
	61	78
	66	100
セイロン	1956	92
	61	92
	66	100

(資料) 表3と同じ。

ニズムというべきものができ上がる。たとえばフランスやインドのように中期計画をつくって、それ法律によって決まるという形になっていると、それは計画が終るまでの期間効力を持つ。その間いろいろ不測の事態が出てくると修正はされるが、それも正規の手続きを経て修正されなければならない。そこで計画は非常に政治的な意味を持つと同時に、経済的にもよきにつけ悪しきにつけ実質的な効果を発揮する。

なお、最近1つの新しいプランニングのモデルが出てきた。それは西ドイツの例である。西ドイツは第2次世界大戦後、経済体制、あるいは経済思想が従前と違って自由主義化を目指した。したがって計画という活動が社会的に実際にあるということは認めるが、そういう計画は家計とか企業という個別経済の段階で行われ、政府、あるいは国全体のレベルで計画を導入することは考えなかった。ところが1967年に経済成長率がマイナスになるほどの大きな不況が訪れて、キリスト教民主同盟の政権が、社会民主党を入れた連立政権に変わった。社会民主党は、終戦直後に経済の計画化を唱えた政党である。ところがその後、西ドイツ経済の発展、そしてその基調になった経済思想にかなり歩み寄って、1950年代の終りに新しい綱領を採用して、計画化の主張を大幅にゆるめた。この新しい社会民主党の綱領の中に「可能な限りの競争、必要な限りの計画」という言葉がある。つまり、基本的には自由競争原理を尊重するが、そういう自由競争原理が働かないところで計画化を行う、という考え方が導出されてきたのである。その結果1967年以来、新しい経済プランニングの体系を採用した。その一環として社会保障の分野でも、計画という用語があるが、それに近いような活動を開始している。なお、西ドイツではローリング・プランニングという言葉で呼ばれる方式を使い、将来5年間について計画をつくると次の年には1年先に延ばして新しい5カ年計画をつくる、という具合に毎年、更新をしていく。この方式には長所と欠点と両方があるが、その点についてはまたあとで触れる。

さて、低開発国の将来の発展を考える場合、特に社会面でどういうプランニングを行うべきかを考える場合に、必ずしも西欧諸国が現在たどり、あるいは過去にたどったと同じ道を歩まないにしても、その経験は非常に役にたつ。たとえばILOは現在社会保障を進めるに当って、特に低開発国で社会保障を普及する場合に、農村で社会保障をいかにして実現するかという問題に2、3年前から真剣に取り組みはじめている。大部分の低開発国は、農業が70%とか80%とかを占めている。したがって農民

または農村に社会保障を適用できないとすれば、社会保障は低開発社会では限られた工業労働者だけにしか適用できないことになる。しかもこういう社会の工業労働者は、多くの場合外国資本による大企業に働いていて、比較的恵まれた階層である。そういう恵まれた階層だけに社会保障を適用するということは、社会保障の本来の目的からいって矛盾する。そこで農村に対していかにして社会保障を導入するかを、ILOが真剣に考えはじめたのは当然である。

ところが実際問題として、社会保障を農村に適用することは、現在ヨーロッパ諸国でも非常に苦勞をしている。そこでILOはこうした最近の西ヨーロッパの国々における、農村に対する社会保障の適用の問題をまず研究して、そこでの経験をいかに低開発国に適用できるかを次の段階で研究する、という構えで進めており、すでに一部の国、たとえばイランではかなり大規模に、農村に社会保険を適用する方法を実験しているという。

そういう形で、とにかく低開発国の問題に取り組む場合にも、先進国の経験を一度は通過しなければならないか、あるいは少なくとも一度は研究しておかなければならないという性質のものではないかと思う。

III 反省期における社会保障問題

そこで社会保障全般についても、いったい社会保障の運命が将来どうなるのかについては、われわれ自身も興味を持っているし、低開発国の人々も非常に関心を持っている。しかし西欧諸国の最近の社会保障の動向をみると、私の考えではまだはっきりとした動向や将来の見通しをつかむのは困難だと思うのだが、一般には1960年代を中心として、社会保障は曲がり角にきたとか、あるいは反省期に入ったといわれ、そういう形で社会保障の動向が捉えられている。

そこには社会保障に対する若干の疑念というものがあるようである。

戦後の社会保障の発展には、いわゆる普遍性原則が重要な意味をもった。普遍性とは、1つは国民の各階層をカバーすることであり、もう1つはすべてのリスクを、つまり疾病とか老齢とか、傷害とか家族負担とか、そういうすべてのリスクをカバーすることであるが、こういう2つの方向での普遍化を通して現在西欧諸国は、ほとんどの国民をカバーするようなシステムを発展させた。ところが、たしかに社会保障のカバーする範囲は拡大したけれど、実際に生活保障に対するニーズに応えきれているかどうか、社会保障の行う給付が現在の非常に変化

の激しい経済社会の中で、一果的な給付水準になっているかどうかということになると、非常に反省が起っている。

もちろん給付水準とニードとの間にギャップがあれば、そのギャップを埋めるべく引上げればいいわけだが、引上げを行うためにはどの限度までという、限度ないし水準を明らかにしなければならない。同時にその場合、必ず新しい財源の増加の問題が付きまとう。

ベバリッジのプランには、一種の最低限保障的な思想がある。それはそれなりに1つの限度であるが、最近社会保障給付とニードとの間にギャップが生じたというのは、最低保障だけでは十分でなくなってきたというところにある。たとえばドイツの例でいうと、西ドイツの場合はいち早く1957年に年金の改革を行なって、最低保障という考え方ではなく、就業時の所得を考慮した保障、したがって就業時の所得によって給付水準が違ふという形の保障を考え出した。現在の大部分の西欧諸国では、この2つの極端な考え方をいかに結びつけるかという点で、老齢保障の問題が検討されている。その場合に財源負担の問題と結びついて、2つの要素の新しい組合せのもとで行われる年金財政の調達をいったい誰がやるのか、事業主を含めた当事者の拠出だけで行うのか、あるいは一部を政府が負担するか、その場合にも租税を実際にどういう形で負担するか、また、社会保障の枠内でやるのか、労使間の協定やその他の民間活動として行うのか、ということが重要な問題になってくる。いろいろの要素や制度の組合せをいかにするかということと、財源負担をどうするかをめぐって、いろいろ試行錯誤が行われているというのが現状である。

このように社会保障のあり方についての、かなり基本的な反省が、最近の西欧先進国の社会保障の分野で出てきたのであるが、それは何も年金の問題に限定されたわけではない。年金はたしかに重要であるが、もう1つ重要な問題は、やはり医療保障の問題である。これはたとえばドイツの例でいうと、1950年代から60年代を過ぎて、医療の現物給付は名目で年に13%ずつ増加している。これは明らかに名目の平均所得の増加より大きく、相対的に医療費のウェイト、特に保険でカバーする医療費のウェイトが高まってきた。保険のシステムでいくと、だいたい賃金に応じて保険料を取るから、賃金の上昇率より給付のほうが伸びが早くなると、当然、保険料率を高めなければならない。つまり絶対的にも相対的にも負担が高まる。

そういう情勢の中で最近1つの面白い動きが現れた。

これはイタリアの例であるが、イタリアでは1963年にかなり大規模な社会保障改革の提案が行われた。ドイツとかイタリアという敗戦国は、終戦直後、戦後社会に対する新しい構想を打出すことができなかったもので、ある程度経済水準が回復した50年代以降、次第に新しい社会保障構想を打出してくる。たいていの場合、社会保障改革という形になるわけであるが、西ドイツの場合には前述のとおり1957年が1つのピークで、それ以後60年代いっぱいにはわたって、疾病保険を中心とする改革が行われた。この疾病保険改革の内容の大部分は、財政をいかにするかということである。もちろんその前提として、進歩する医学の水準をいかに取入れながら、ということがあることはいうまでもない。一方イタリアの場合には、ドイツをはじめほかの国、フランスとか、イギリスとか、オランダとか、ベルギーといった国に比べると、社会保障が遅れているという意識が非常に強かった。そこで1963年の社会保障改革提案は、社会保障についてのかなり具体的な将来図を描いて、それを段階的に実施していくという性質のものであったが、その中で医療保険に関しては、イギリスと同じような、という語弊があるが、つまり社会保険でない社会サービス方式による国民保健サービスを実施することが、究極の目標であるということをはっきりとうたい出したのである。

人口当りの医師数の国際比較によると、イタリアは人口1万人対17.3人で西ドイツ(15.9人)、イギリス(11.4人)、スウェーデン(11.3人)、アメリカ(15.1人)、日本(11.2人、以上いずれも1966年)よりも高い数字なので、やや意外に感じられる。ところが実はイタリアの社会保障改革の提案の中で、なぜ国民保健サービス方式をとるかという理由がいくつかあげられているが、その中の1つとして、保健サービスのネットワークが、イタリアでは十分できていないということがある。その点、この数字と矛盾するようだが、イタリアには南北に非常に大きな地域格差がある。あるヨーロッパ人が、イタリアを旅行して南部に行くと、そこは北部とは同じ国ではないような印象を受けたといていたが、とにかく南イタリアというのは、非常に遅れているようである。そこで社会保障改革提案の中でいっている保健サービス・ネットワークが遅れているというのは、おそらくこの南部の地域だろうと思う。そういうところでは、国全体としての医師数比率は多くても、実際に医師を配置できないという問題を抱えているはずである。そこで医師の配置をいかに適正に行なって国民の医療保障を実現することになると、どうしても社会保険方式、自由開

業かという制度の組合せでは具合が悪いということになるのではないかと思う。イタリアでは上記のように1966年に初めて公式の経済計画をつくったが、その中に社会保障計画を取入れ、国民保健サービス制度の確立を進めて、段階的に社会保障の理想を実現していくという方法をとっている。これと同じ次元の医療保障問題は、現在ほかのヨーロッパ諸国、特にフランスや西ドイツなどではあまり出ていないようであるが、医療費の伸びいかによっては、あるいは医療費の伸びが非常に激しい場合には、社会保険という方式では医療保障の問題を処理しきれなくなる事態が出てくるかもしれない。

社会保険方式をとる多くの西欧諸国でも目下のところ、政府が受持つ医療費の部分を、次第にはっきりと提示しようという傾向が出てきたように思われる。医療費の急激な上昇は、2つの部分で顕著である。1つは薬剤の増加、もう1つは病院治療費である。そこでこの2つに対して強力な対策が必要となる。薬剤費に関しては、価格の問題、流通の問題、新しい技術の導入の問題などがあるが、これらの問題に対しての政府の役割は一般的に言って間接的である。それに対して病院のほうは政府が直接、役割を果そうということで、財政的な問題を中心に力を入れはじめている国が多い。ドイツでも病院計画が最近しきりに議論され、フランスでも具体的な措置がとられた。もちろんイタリアの場合にも、病院計画が医療保障の非常に重要な部分になっている。

IV 社会保障とプランニング

いまイタリアで1966年に初めて経済計画が立てられ、そこに1963年に出された社会保障改革の構想が取入れられたことを記したが、このように経済計画が西欧の国に普及したのは1960年代の1つの特徴である。イギリスにおいて1964年に労働党が総選挙で勝利を収めたのち、計画の作成に本格的に取り組み始めるわけだが、具体的にできあがるのは1965年で、それが初めての公式計画である国民計画(National Plan)である。イギリスはほかの先進国に比べて、経済成長率が相対的に低いという点に問題意識を強く出して、いかにして経済成長率を高めるかを追求すべく、1960年代のはじめから保守党政権のもとで取組んできたのである。それは保守党、労働党が共通して持っていた問題意識であった。こうした経済計画の中ではもちろん政府の果す役割として財政があり、財政の一環として、社会保障の問題にも触れている。しかし社会保障についての問題意識はどちらかというと付随的なもので、ねらいは経済成長率を高めるこ

とにあった。

それに対してイタリアの例はむしろ逆であって、1950年代、特にその後半において、非常にめざましい経済発展を遂げている。これはドイツと同じように、イタリア経済の奇跡という言葉で呼ばれているが、そういうめざましい経済発展にもかかわらず、南部の開発はいぜんとして遅れている。むしろ南北の格差は拡大する傾向にある。それから社会保障もいぜんとして他のヨーロッパ諸国よりも遅れている。また、農業部門に働いている人の所得はあまり増えていない。このようにイタリアの年来の社会問題が、めざましい経済発展にもかかわらず、いぜんとして解決されていないという指摘が1955年ごろに行われた。それ以来この問題にいかに関心するかが、政治的な懸案となっていた。それが1960年代にはいつから、だんだんと具体化されて、1965年に一応政府の原案をまとめた。そこでのねらいは経済成長の結果、増加した資源をいかに使用するか、その場合にいかにして社会的な目的のために支出する部分を増やすか、ということに置かれ、そういうねらいをもち込んだ経済計画がつくられた。

このイタリアの例からもわかるように、いま経済面で成果をあげたヨーロッパ諸国が経済計画を取上げる時のねらいの1つは、いかにして経済成長率を高めるかということではなくて、むしろ成長のパターン、あるいは成長の結果増えた所得を何に使うか、特に社会的な目的のためにどういうふうにするかということに主眼があるようである。

西ヨーロッパの国々の間では、フランスの経済計画の歴史がいちばん長いことは周知のとおりで、第2次世界大戦直後以来、一貫して中期計画を続けている。フランスの計画もちろん最初は復興計画で、設備の近代化をはかることに重点がおかれた。1950年代いっぱいまでは、非常に投資計画としての色彩が強い。しかし第4次計画、つまりドゴールが政権を取って初めての計画が、1962年から65年までの期間について作られ、その中で投資計画の一環として、社会投資が取上げられた。学校などの教育施設、病院などの社会施設計画が作られたのである。次いで1966年から70年までを対象とする第5次計画で初めて、計画作業の途中の段階から社会保障の問題を取上げ、社会給付委員会が、新たに計画機構の中に加えられた。社会給付のプログラミングに着手するきっかけをつくった1つの契機は、所得政策をプランニングに取入れたことである。所得政策はその前から議論になっていて、そのための委員会がつくられ報告書もすで

に公表されていたが、その基本的な考え方が第5次計画の中にも持込まれたのである。その場合所得政策には2つのねらいが託されている。1つは物価と賃金の悪循環——こういう表現は使っていないが端的に言えばそういうことになる——を断ち切ろうということである。もう1つはそういうプロセスを含んだ経済発展の環境の中で、所得の分配を適正に行うことである。この2つのねらいをもつのが所得政策だと説明されている。そのどちらに力点があるかが問題であるが、その点は一応触れないとして、社会給付委員会は適正な所得の分配というねらいに結びついて登場してくる。したがって明らかに分配政策を、計画の中に取り入れたということである。

これはある意味では当然のような気がするかもしれないが、所得分配の政策を経済計画の中に入れるということは、あまり昔から行われていない。平均賃金率などというのは、すべての経済計画で発表されているわけではない。西ドイツの最近の経済ガイドポスト(Wirtschaftszielprojektion)でも、賃金率が出るような形にはなっていない。ドイツの場合には、経済ガイドポストを含めた計画の体系の中に、社会保障に関する体系が1年遅れて1968年から加わる。ところが社会保障に関する計画、というより予測といったほうが正確だと思うが、それがつくられると、今度はどうしても1人当りの平均賃金というデータが必要になり、そこで初めて、側面的にはあるがそういうデータが示されるようになる。そもそも西ドイツで社会保障の問題を計画体系の中に取り入れた理由は、やはり分配政策に手を伸ばすということにほかならないと思う。

そういうことでフランスにしろ、西ドイツにしろ、それからイタリアにしろ、計画の中で分配政策を、正面から取上げるわけである。そこでは当然、平均賃金の水準がどうなるかということも、また社会保障の水準がどう変化するかということも問題になる。したがってフランスでも西ドイツでも、将来の社会保障水準や現在の水準がどのくらいの割合で伸びるかということを、実際に数字ではじいている。

フランスの経済計画は、前述のように、非常に機制的に固まっていた、政治組織の中に組み入れられている。たとえば社会給付委員会の構成メンバーが代表的な労働組合の代表、社会保障機関の全国機関の代表者、経営者団体の代表者、農業団体の代表者に加えて、政府の関係機関の代表者がはいっている。要するに利害関係者が一応メンバーとして全部はいり、そういう形で議論が展開される。そして委員会で決まったものについて、計画委員

会としての決定が行われ、最終的には国会に上がってそこで決定されるという仕組みになっている。

日本の経済プランニングは行政の枠内で行われ、したがって経済審議会は総理大臣に対する諮問機関である。経済企画庁自体がプランニングに関しては総理大臣に対する諮問的役割を果たす。

西ドイツの場合にも似たような仕組みのようであるが、いま発表されているものには3つの体系がある。1つは中期経済ガイドポストで、経済成長率、物価上昇率、失業率、国際収支、という4つの主要な経済マクロ変数に対して誘導目標を与えて、国民経済全般の運営に役立てようとする。次にそれに基づいて財政、特に連邦財政の枠内で中期財政計画がつくられる。政府の中では計画は可能であるから、そこでかなり詳細にわたった財政計画が将来5年間にわたってつくられる。その中には当然、社会保障に対する補助金もはいってくる。そこで最後に中期財政計画、さらには中期経済ガイドポストを前提として、中期社会予算がつくられる。これは非常に詳細なものである。医療保険はドイツの場合1本であるが、年金については4つばかり制度がある。労働者の年金、職員の年金、鉱業労働者の年金、農民の年金とがある。それらを全部分けて財政状況を発表している。それから給付水準がどのくらい伸びるかということもわかるようになっていく。もちろん保険料率がどのくらいになるかということも発表している。このように詳細なものであるが、しかしそれは計画ではない。目標ではなく一種の予測である。ということは行政の枠の中では目標というのはつくらないということではないかと思う。

それに対してフランスのほうは、最終的には国会で決定をして法律になるので、そこで決まったものはいわば国民の合意を得た目標になる。だがその場合、資本主義国の場合には、将来にわたって経済的、財政的目標を固定することはできないので、経済情勢の変動に応じてある程度、弾力性をもたせてきめる形をとる。したがって国民的な中期目標を立てるといっても、それはそういう条件のもとで決めるわけである。

西ドイツの場合にも誘導的な目標という言葉を使ったが、その限りでは似た面がある。しかし西ドイツの場合には、4つの主要マクロ経済指標だけしか取上げないからプランニングの介入する段階が、非常にマクロなレベルで、しかも主要なポイントだけに限定されている。フランスの場合は、ある程度産業グループに分け、産業グループの段階まで誘導的なプランニングが介入するという点で、少し深度が深いということがいえると思う。

フランスと西ドイツの場合は、いわば非常に対照的な2つの例で、資本主義国の中ではいちばん右がドイツで、いちばん左がフランスだという表現がよく使われる。もちろんそれは計画が行われている国の場合であって、アメリカのような場合は除外される。ドイツの場合は計画的な介入の度合いが緩やかであり、フランスの場合には深いところまではいっていく。問題はどちらのほうが優れているかであるが、そのへんはなかなか評価のしにくいところがある。フランスの場合には計画をめぐって非常に激しい対立が起る。それは結局、先ほどのように構成メンバーが利害関係者から成っているということからくるのであるが、同時に最終的な決定が、大きな意味をもつからである。

しかし社会給付委員会を例にとると、そういうレベルでは実際にはそれほど堅苦しい束縛はない。第5次計画では、計画の途中の段階から社会給付プログラミング作業がはじまったので、あまり参考にならないかもしれないが、ちょっとフランスの社会給付委員会の作業にいくつか触れて、先進国の計画の、特に社会計画の1つの側面を紹介しよう。

社会給付委員会ができたのは1965年であるが、1962年に例のアルジェリアの問題が片付き、EECが発足して、域内の関税の撤廃が企てられる。一方ではケネディ・ラウンドが控えていることもあって、かなり国際的な経済環境が変ってくると同時に、フランスがドゴールの指導のもとで、かなり独自の外交政策を展開する時期にあたる。第5次計画を解釈する時には、そういう背景を考慮しなければいけないのだが、それはともかくとして、こういう情勢の中での社会保障に対する国民経済的な要請を、経済計画の最初の段階でうたっていて、それを社会給付委員会のいわば作業の枠組みとすることを要求している。

委員会報告は、「フランス経済が近年、史上はじめて以来の最も危険で困難な事態を経験したことは事実である」³⁾とのべ、そういう条件の中でいかにしてフランスの経済的地位を維持するかという懸念が絶えずつきまとっているといい、そして社会給付について費用増加の枠を5年間に38~40%と示す。この枠の中でどういうことができるか、この枠について問題はないかどうか審議するという任務が社会給付委員会に与えられた。そして「こういう要請は社会政策の休止や、まして後退をもたらすのではなく、単にフランス経済の負担、特に工業

の負担を負担可能な水準に維持することと両立するように、社会政策を前進させることを要求しているに過ぎない」⁴⁾と述べている。

財源を調達する時に、フランスの場合は事業主の保険料の負担割合のほうが、被保険者より大きい、事業主の負担する保険料の伸びは、31%を越えてはならないという枠をきめている。つまり給付水準の伸びに比較して、事業主の負担の伸び率を相対的に低くする。それが結局フランス経済の競争力の強化に必要なのだというわけである。

社会給付委員会の任務は、どちらかといえば諮問的な役割を果たすことであり、それに応えて委員会はその報告書を出すわけであるが、実際にはタイミングの関係で、全体の計画が国会で審議されたあとになってしまっている。しかし国会で審議される時に、総理大臣とか計画担当の計画庁長官は、もし38%ないし40%という枠では具合が悪いという結論が出れば、いつでも直すということを行っているが、実際にはそういうことはしないでずんでいる。結局こういう枠の中で年金はいくら、医療保障はいくら、労災はいくら、家族給付はいくらと、いわば社会保障内部での分配を検討し、同時にその給付を実現するための財源の調達をどういうふうにするかということと合せて収支両面にわたるプログラミングが、社会給付委員会の仕事になったわけである。

その場合にももちろん準備として予測を行う。これは過去の傾向を基調とし、計画全体の枠組みの中で賃金の伸び率や就業者数の伸びなどをいわば与件変数として与えて、将来5年間に對するプロジェクションを行う。その結果、支出総額の5年間の増加率は42%になるという数字が得られた。その場合、これは過去の社会保障の伸びを抑えるのではないかという懸念が出され、それが委員会の議論の1つの争点になった。

いったい増加率38~40%という社会給付の枠を決定した根拠はなにか。もし社会給付があまり大きく増加すると、事業主の負担は31%の増加では収まらなくて、33%とか、35%とかになるおそれがある。その結果、生産や資本蓄積がチェックされる。また仮に被保険者の負担でまかなうとしても、個人貯蓄に対する影響があるので、結局そういう点も考慮すると、あまり高く引き上げるわけにはいかない。特に事業主に対する負担の増加は、資本蓄積の減退となり、それがめぐりめぐって、生産の減少、そして賃金の減少、それが拠出収入の減少、それがさらに社会給付水準の伸び悩みというように循環

3) Commissariat Général du Plan, *V^e Plan : Rapport général de la Commission des Prestations sociales*, Paris, 1966, p.12.

4) *Ibid*, p.12.

する。こういう論理を出すわけである。ところが労働組合などがこれに非常に反対した。第1に社会給付委員会が出した予測が42%というが、これは低過ぎる。実際には45%とか47%とかいう予測もある。しかも財源の負担のシワ寄せを一般の労働者にもってくるのはおかしい、と主張し激しい反対意見を出して、特に労働総同盟などは社会給付委員会が採択した報告書を承認しないとまでいい切っている。それに対して一方の経営者団体の代表のほうは、非常に結構な報告書であるといって賛成している。

ところがこのような対立を含んだまま第5次経済計画の中で決められた社会給付委員会報告の内容、社会給付を将来5ヵ年間にいかに伸ばすかというプログラムは、実際の実施段階にいたってチェックされざるをえない。そのため、提案の内容にはそのままの形で実現しないものもあったが、しかし、基本的な点は1967～68年の社会保障改革やその前後の措置の中に具体化している。

このように激しい対立が予想されるにもかかわらず、かなり積極的に社会保障の直面する問題の提起を行なっている、しかも問題の提起を抽象的な形でやるのではなく、かなり具体的に、給付水準とか、あるいは保険料の負担割合とか、拠出率とかまでもはっきりと数字で示しながらやっているとこの姿勢が見られることが、最近の社会保障問題への取組みかたの大きな特徴である。

西ドイツの場合には、先ほど述べたように、そういう数字は示すけれど、それは目標ではない。政府がそういう形で目標を示すことには、躊躇があるようである。そこには目標は国民的な合意を得て決めるべきだという考え方があるのだと思う。したがって西ドイツの場合には、一方でそういう政治的な対立を避けるという意味で、あくまでも行政の枠の中で、技術的な問題だけに限定して予測を発表する。しかしその発表されたものは非常に大きな社会的な意味を持っていて、それに対する反響もいろいろある。たとえば1968年に発表された中期社会予算では、財政の負担割合を相対的に下げようという数字

を発表した。不況下で財政収入が減る、景気を刺激するために政府投資を伸ばさなければいけない、そういうような要請のもとで、そういった数字が出てきたわけだが、その結果いろいろと反響が起こってきた。そこでローリング・プランニング方式でその次の年に行われた計画の中では、その数字を実際に少し変えている。そういうように政治的な過程を踏んではないが、詳細な将来展望の情報を提供することによって国民の反響を汲取り、実質的にはフランスの場合と同じようなことを行なっている。

む す び

これらはいずれも社会保障の問題をより広い視野から取上げる、つまり社会保障を孤立的に取上げたり絶対化しないで、社会保障のよしあしを判断する基準を、社会保障の内部的な基準ではなく、むしろ外部的な社会・経済要因との相互依存性の中に求め、いかに社会保障の本来の目的を変化しつつある社会・経済条件に適合させるべきかを探求する努力にほかならない。それは社会経済が新しい情勢に直面して多くの社会経済問題と課題をかかえ、社会保障に割当てられる資源の効率的・効果的な活用が要請される中で行われる、社会保障の役割や目的に対する一種の反省である。そのためには、社会保障やその前身的諸制度の誕生と発展の歴史の回顧や再解釈も必要となろう。

このように、問題の性質こそ違いがアプローチに関しては、先進国でも後進国でも、非常に共通した面が出てきている。低開発国において、発展への障害を取除き、発展の原動力を引出すという時に、特にインドとか、インドネシアとか、古い文化を持った国では、一度それぞれの社会の文化に対する再反省が行われて、現代の要請に適合する行動原理を、伝統的価値の本来の姿の中に再発見しようとする努力が行われる。それは広い意味で復古主義とでも呼ぶべきものだが、それがしばしば革新的な意味をもってくる。

東京都の公害対策

井 原 平

それではこれから東京都の公害対策についてお話を申上げたい。ロンドンにグレーター・ロンドン、カウンスル・ロンドン都庁という役所があるが、そこの都市計画関係の局長と、交通関係の局長達が最近東京に来て、いろいろ懇談をした際に、公害の話になって、ロンドンには有名なロンドンスモッグが昔からあったが、それが現在はなくなって、冬でも非常に空がきれいになった。それからテムズ川がかなりよごれていたが、昔からあった下水道を改善して、現在は魚釣り大会をやるまでになった。いわゆる東京でいっているような公害はあまりないということで、目を見張ったことがある。では現在ロンドンで公害というのは何だと質問をすると、いま一番問題になっている公害は、自動車の騒音だということをいっていた。この話は東京の公害の現状からみれば、かなり羨しい話だと、私は感じたわけである。

東京は公害のデパートだということがよくいわれるが、残念ながらかなりこれは認めざるを得ないと思う。東京には極端に言えば、あらゆる種類の公害がある。そういう意味で東京の生活環境が悪くなっていることは事実だと思う。そういう東京に現在起っている公害の1つ1つについて、その現状と、それに対してどういう対策が取られているかということについて、お話し申上げる。

I 東京で公害が噴出した原因

東京にそういう公害問題が、いわば噴出するような激しい形で発生した、その原因を考えてみたい。

根本的な原因は、根本的な対策につながるので、そういう意味で考えてみると、従来日本で公害といわれてきた問題は、四日市問題、イタイイタイ病の問題とか、要するにある特定の地域で産業コンビナートとか、特定の企業の排水が川をよごし、住民に被害を与えたという、そういう形の公害、むしろ公害というよりは私害に属するようなものが公害というような形で大きな問題になってきた。ところが、東京、大阪のような大都市の場合は、問題の違う公害が起っている。東京の公害は大気汚染、

水の汚染、騒音問題、地盤沈下といろいろあるが、そういうものをひっくるめた形で出てきている。これはいわゆる大都市型、産業型ということで、発生者と被害者との間の因果関係がはっきりしないところに、その特徴がある。

東京にそういう意味の公害が発生した根本的な原因として、まず第1に挙げられることは、公共投資の不足である。下水などに代表されるような公共財産のストックが非常に少いことがいえる。これは数字でいえばはっきり出るが、東京の場合下水道の普及率は、23区で45%にしか過ぎない。最近ここ数年間に急速に下水に対する投資が伸びているが、それでも現在なおかつ、23区でだいたい45%のストックしかない。10年前にはそれが20%をわずかに越える程度にしかなかった。この下水道のストックが少いということが、各河川のよごれ、東京湾のよごれにつながっていることは、明らかである。

それから東京では従来から、公園、緑地が非常に少いということがいわれている。これは日本のほかの各都市に比べても、東京の場合は非常に少い。特に住民1人当りの面積を比較すると少い。1人当たり0.3m²しかない。公園、緑地、樹木というものが、いわゆる炭素同化作用で、大気汚染に非常に大きな働きをもっているにもかかわらず、そういうものの戦後の歩みを見ると、公園軽視論とか、公園ネクタイ論といった形で都市づくりが行われてきたことを認めざるを得ない。たとえば従来の都市計画では、道路づくりを中心として、都市づくりが進められてきた嫌いが非常に強い。そういう道路中心の都市計画の中で、公園を余計取るといった計画ができて、公園ネクタイ論が当時あって、道路がズボンで公園がネクタイだ、要するにズボンなしで、ネクタイだけで銀座を歩けるかという、そういう議論があって、公園がかなりいじめられてきた。

そういうことで外国の都市などに比べると、公害に関連して考えるならば、下水道と公園のストックが非常に少いということが指摘できると思う。それが現在の川の

よごれだとか、あるいは東京湾のよごれ、あるいは大気汚染という問題につながっているわけである。

それからここ数年来の大都市における環境の悪化の原因として、高度成長経済というものが挙げられる。その場合高度成長でかなり財政規模が大きくなって、都市づくりも含めて財政投資の余裕が出てきたことは事実だし、東京都の財政なども昭和30年代の後半になって、かなりの余力が出てきた。ところがそういう段階でも、もともと公共的な投資のストックが少いところにもってきて、投資そのものにあい変らずの片寄りがあったために、環境の悪化に拍車をかけたということが出来る。たとえば道路投資が優先だといわれるが、日本の経済そのものがモータリゼーションを中心にして、高度成長を進めてきたわけだから、それに対応する意味で、道路投資がふえたというのには、経済的な必然性があったと思う。それと並んでほかの部門に投資が行われなかったために、しかも高度成長のお陰で、財政投資の力がついてきた段階でなおかつ、そういう投資のやり方が行われ、従来の環境の悪いところに、そういう面からさらに拍車をかけたということが指摘できるのではないかと思う。

ついでに申上げると、これはやはり財政のパターンの問題になってくるのであるが、大阪市立大学の宮本憲一氏の本に紹介されているが、昭和35年から39年までの5年間の行政投資を日本とイギリスとについて、トータルで比較した資料がある。その5年間でイギリスの行政投資のトータル量は、日本の金に直して5兆円だったと思う。それに対して日本の投資は8兆円であったと思う。つまり経済のフローの面からいうと、日本の場合は大きな成長、拡大が見られる。ところがそれが実際に投ぜられた投資の対象から見ると、イギリス型の行政投資は伝統的に住宅に30%というように、住宅と教育に重点が置かれていた。それに対して日本の場合は、道路について、イギリスの住宅に相当する30%、あるいはそれを越える投資が行われていた。これは全国レベルの話なので、東京とロンドンという形で比較をしないと本当は正確でない。そういう数字で比較をする必要があるが、グレーター・ロンドンという東京都に相当する地域があるが、その大ロンドンで見ても、だいたい住宅投資が30%ぐらい行われている。

そういうことでもともと下水、公園といった、公共投資のストックの少いところにもってきて、高度成長期を迎えて、財政投資に力がついてきた段階においても、その投資パターンに片寄りがあったということが、これはほかの都市についてもいえるかと思うが、東京の公害を

激化させた1つの根本的な原因になっていたと思う。

これにはじまって4つぐらいの点を指摘したい。第2の点は都市構造という問題である。これは市街地構造といい直してもいいと思うが、これは広い意味の都市計画、それから建築基準法とか、そういうものにかかわる問題、つまり土地利用の峻別ということが問題になる。東京の場合はもともと江戸時代から自然発生的に住宅と工場が混在しながら大きくなった。東京はかつて偉大な村落だといわれたが、そういう時代から同じような傾向をずっとたどってきた。つまり住宅地の中に工場を入れ、工場のそばに住宅を建てるというように、工場の立地だとか、住宅の立地というものを厳密に区別できないような市街地構成をもっていた。しかも建築基準法、建築指導行政が、それを容認した形で、現在まで進んできた。その結果として、東京の市街地は、住宅と工場とが混在している。極端なところでは騒音工場の隣に住宅がある、そういう市街地構造が積重ねられてきた。

特に騒音の問題を考えると、もともと騒音に対して抵抗力の弱い市街地構造をもっていた。これはあとで対策のところで触れるが、騒音問題にはいろいろあるが、特に工場騒音の場合には、工場を移転する以外に解決できないというケースが沢山発生してきている。そういうものは、たとえば埋立地に集団移転するという形でしか対策が取れないことになる。その原因は何かといえば、市街地の構成が、騒音に対して非常に弱い構造をもっていたということが、指摘できる。

それから第3の点、公害発生源の過度集中ということがいえる。それは別な言葉でいうと、巨大都市とか、過大都市とか、そういう言葉でいわれることと重なるが、もともと大気にしても、水にしても、汚染質を浄化する自浄力をもっているが、その力の範囲を越えた量の汚染質が集中する。要するに汚染質を出す発生源が、その限度を越えて、過度に集中している。これは騒音でも、水でも、大気の場合でも、共通していえる問題である。

第4点として、エネルギーの転換ということを指摘する必要がある。特に石炭から石油へのエネルギーの転換が、昭和35～36年を境にして行われたわけで、それから石油の消費が飛躍的に増大をしてきている。その結果産業活動においても、市民の生活全般においても、従来考えられなかったようなたくさんの汚染質を排出するようになった。

東京の公害問題、東京の環境破壊問題の根底に、このような都市の持っている性格があり、根本的な原因があることを、まずご認識いただきたい。

II 公害の諸現象

次に具体的な公害現象にはいっていくと、われわれが当面している公害問題として、第1番目は大気汚染である。大気汚染の中には亜硫酸ガスの問題が1つ、もう1つは新しく台頭してきた大きな問題として、自動車排ガスの問題がある。そのほかに悪臭、有害ガスの問題もあるが、大気汚染問題の中心は主として冬の間の SO_2 亜硫酸ガスの問題であり、次が自動車排ガスの問題である。

第2番目は水汚染の問題である。大きく分けて2つある。1つは各河川の問題である。東京には幾つかの河川があるが、その代表的なものの1つである多摩川から東京都民の飲料水の36%が取水されているが、この汚染が容易ならぬ問題になっている。もう1つ江戸川も東京都民の水源になっている。この多摩川、江戸川が東京都民の上水源になっている。多摩川の場合は同時に、奥多摩が都民のレジャーの場として自然的な環境を保っている。それを守らなければいけないが、これは水質汚染の問題と同時に、いわゆる宅地の乱開発という形で、かなり自然破壊が進んでいる。次に一番よごれているのは都市河川と呼ばれているもので、これは内陸部の都内を流れている川であって、目黒川などはチョコレート色になっている。よく水の汚濁をBODのppmという形で表現するが、70ppmという非常に高い数値を示すよごれとなっている。それから埼玉県から東京都に流れてくる綾瀬川は埼玉県側に昭和30年代に首都圏整備による工場団地ができて、その結果、東京都の区域にはいる前にかかなりよごれており、東京都に来てさらによごれるという形で、これも目黒川と並んでもっともよごれている。そういう河川の汚濁の問題がある。

もう1つは東京湾の汚濁の問題である。東京湾の場合、内陸から流入する河川そのものが、流域に下水道をもっていないために、よごれているので、下水道がかなり整備が進んで、きれいにしないと、東京湾の浄化ということは望めない。そういうように内陸河川との関連で汚染をされる。それからもう1つは、これだけ膨大な人口を抱えていると、いろいろな都市廃棄物が捨てられる。たとえば地下鉄を掘るとその土砂が発生する。あるいは下水道の処理場でスラッジが発生する。そういうものが東京湾に捨てられてきた。最近では東京都のほうでだいぶそれを整理して、囲いをつくって、そこに投棄をするようになってきているが、そういうものによる汚染がある。それともう1つは船舶がビルジという油かすを捨てていく。そういうものによる汚染の問題がある。

第3番目は騒音問題である。これには、航空機騒音、自動車騒音、工場騒音、そのほか東京の場合は建設工事が盛んなので、建設工事騒音がある。さらに基地騒音もある。

それから東京、大阪の特有の問題として、地盤沈下の問題がある。これは地下水の過度の汲上げが原因であるということが、明らかになっている。この地盤沈下は30年代の一時期鈍化をしたことがあるが、この2、3年来また急速に進んできている。これも非常に深刻な問題である。

それからこれは直接的には公害ではないが、最近新聞紙上で大きな問題になっているのが、ゴミの問題である。ゴミは一般の家庭ゴミと、都市廃棄物とに分類されている。都市廃棄物には、地下鉄の土砂とか、下水道のスラッジとか、浄水場に残るカスとか、そういうものがある。そして一番最後に各工場から出される産業廃棄物がある。これが東京の場合、量的にも非常に多いので、この処理が適切を欠いた場合には、即公害が発生するということ、公害の面からいえば、現在でもそうであるが、今後非常に大きな問題になってくる。

最後に、これは公害そのものとは違いますが、こういった環境破壊の進行する中で、自然をむしろ先取りして何とか残していくという意味で、自然の回復と保護という問題がある。

いま申上げたような範囲のものが、現在東京都が公害行政の中で、一応対象としているものである。公害行政そのものは、東京都庁の中でも、昭和24年にいわゆる工場公害防止条例ができて以来、組織は当時は小規模であったが、歴史があるわけである。ところが昭和30年代の、特に後半から都市問題、住宅難とか、遠距離通勤とか、そういうものと並んで、美濃部都知事の言葉でいえば、いわゆるひずみというような形で公害問題が表に出てきた。そして40年代になってから、公害行政でこれらの問題に真剣に取り組む状態になってきた。

現在私は東京都公害局に所属しているが、この公害局が都の行政の全体の中でやっていることを考えてみると、やはり従来の歴史を反映しているのだと思うが、いわゆる公害の発生源のコントロール、発生源の規制と監視というものが、公害行政の中心を占めている。つまり大気汚染の環境濃度を計ったり、煙を出す工場が使っている重油の硫黄分の濃度を低いほうに変えてもらったりという形で、発生源の規制、監視というものに公害行政が終始してきている。現在でもそれがだいたい実態であろうと思う。

ところが冒頭で話したような公害が発生する根本的な原因を考えてみると、公害対策は、そこまでさかのぼって考えていかなければいけないわけで、たとえば道路をつくっていく場合でも、従来のように、極端ないい方になるかもしれないが、道路技術者が自己満足をするような、公害発生というものを一顧だにせず、排ガスだとか、騒音だとか、そういうものには関心をもたないという形で道路づくりをしたり、あるいは住宅の立地を許可していく場合でも、工場を許可していく場合でも、回りの環境との関係だとか、廃液のコントロールとか、そういうものをあまり考えず、また先ほど述べたように、住工混在をもともと認めていくような形で、道路をつくり、建築の許認可を与えるというように、すべての分野が環境を守っていく、また環境を改善していくという配慮なしに、従来どおり進むならば、公害局がいくら逆立ちをして頑張っても、環境はよくなる。そこで東京都庁は自治体としての1つのガバメントであるから、自治体の中では他の関連各局に、従来やってきたこと、これからやろうとしていることを、公害防止という面から計画を総点検して、全部再検討してもらう。そして公害防止の政策に重点的に合せてもらう。そういうことを考えたわけである。

III 公害防衛計画

ことし（昭和46年）の春、「都民を公害から防衛する計画」「公害防止計画」を、東京都がつくって発表して、これを今年度（昭和46年度）から実施に移しているわけだが、その公害防衛計画の中に出した考え方のプリンスiplは、まさにいま述べたようなことである。そこでこの計画をつくった時に、私どもが採用をした6原則というものをご紹介したい。

まず第1は、都民の生命と健康に障害を与えない限度まで汚染を軽減するため、具体的な、実施可能な計画をつくるということである。これはひきうめて申しますと、計画を2本立てに考えたわけである。公害行政というのは足が早いというか、公害現象自体がそこに迫っている問題ということで、ノンビリやっていると、この面があるので、あまり長期的計画では、これに対処できない。そうかといってあまり現状だけを追っかけると、根本的な対策が取れないということで、2段階の計画を考えた。1段階としてこの計画は10ヵ年計画であるが、まず最初の5年間は現在の行財政制度を前提とした実施計画で、2段階ではある程度法律が改正されたり、あるいは国の政策が変わることを前提にして、10年間にこれ

だけのことをしなければいけないという、そういう前提に立った計画という、2本立てにした。それで原則の1が実施計画であり2が長期計画ということになっている。

第3のプリンスiplは、いわゆる計画の対象を狭い意味の公害現象に限定しないで、都民の生活環境を保護するという見地から、先ほどちょっと触れた、自然環境保全というものを含めるということである。

第4は発生源の監視、規制というような、狭義の公害行政に限定しないで、公害行政に関連行政をすべて盛り込んでいくことである。もっとも代表的なのは下水道で、水質汚濁対策のトップにくるのは下水道整備ということになる。そういう関連事業は、都庁の各局にわたっているわけで、公園計画などは建設局が、東京湾の油の汚濁防止という問題になると、港湾局がはいってくる。港湾局はそういう汚染だけではなくて、ゴミを受入れる海面埋立てを用意するという形で、公害防止と非常に深く関連を持っている。そういう関連局には国の省とのつながりの計画があるが、そういう点で調整のむずかしさはあるが、現在もっている計画を、公害防止の観点から総点検する、公害防止という視点を最優先をして、場合によっては計画を修正してもらう。そういうものから新しく出てきたものを、公害防止計画の中に含める。こういう発想に立って、関連局に連絡をして、そして私どもが中心になって、この計画をつくったわけである。

もう1つ公害防止の計画をつくって感じたことを申上げると、それは計画をできるだけ計量化するという問題である。計画である以上、できるだけ計量化すること、当然であるが、割合に明瞭であったのは、下水道と多摩川の水質の関係の問題である。東京都の公害局には公害研究所というのがあって、ここで技術の人が多摩川の汚濁の原因を、非常に丹念に調べた。多摩川を汚濁する範囲を、多摩川の本川と支川単位にまで全部分けて、その支川ごとの汚濁発生源、つまり住宅、工場、あるいはブタやニワトリの畜舎、それから市町村のもっている屎処理施設、そういった主な汚濁発生源を細かく計算をし、その汚濁の負荷が昭和50年、53年、55年とどういうふうにあふえていくかというのを綿密に計算をしている。それに対して下水道の整備が、どういうスピードで進んでいった場合には、支川の水質がどの程度になって、本川のどの地点がどういうふうにかきれいになっていくかという計算をした。それによって昭和55年に調布市の地点で、われわれが立てた目標のBOD 5 ppmを達成するには下水道計画を何年までにどこをやらなけれ

ばいけないということを数量的に明らかにした。下水道事業というのは、従来は近代的な都市のシビルミニマムであるとか、都市にとって基本的な設備だとか、多ければ多いほどいいとかいう、そういうような議論だったと思うのだが、下水道を河川汚濁というものと関連づけて、下水道のメリットとかいうか、効き方とかいうか、そういうものを計量的に計算したという意味で、予算要求とか、いろいろな面で、1つの合理的な根拠が示されたと思う。

IV 公害の現状と対策

1 大気汚染

次に公害現象にはいっていききたい。まず大気汚染であるが、これは東京でも亜硫酸ガスによる汚染が主役から後退しつつある。それに代って自動車の排ガス問題が主役になりつつある。これはニューヨークや、シカゴのようなアメリカの諸都市についてもいえると思う。So₂対策というのは、燃料規制ということでやったわけで、重油にはA重油、B重油、C重油とあって、その場合CからB、BからA、CからAへという形で、硫黄分の少い、低硫黄の重油に転換をしていただいた。はじめ東京都は条例の勧告ということでやってきたが、昨年の条例の改正の際に、燃料規制に踏み切って、地域を定めて、地域によって、燃料の硫黄の含有率を決めた。そういう東京都の条例の考え方が、昨年暮の一連の公害関係の法律の改正の際に、大気汚染防止法に採用されて、その中で燃料規制の考え方が取られたことは、皆さんもご承知のとおりである。

ここで1つ問題なのは、東京都は条例で、特に都心3区の場合は、ビルの新設の場合硫黄の含有率を0.5%というふうに、燃料規制を決めている。ところが昨年暮できた大気汚染防止法の政令が昭和46年6月24日に出たが、これによると、都道府県知事が1%から1.5%の間で定めることになっている。だから法律が知事に授権した範囲というのは1%から1.5%であるところが東京都の条例は0.5%というものをすでに決めている。そこでこの関係がこれから問題になるわけである。

次は自動車排ガスの問題である。東京の場合登録台数が現在220万台で、自動車のいわゆるパーソン・トリップによれば1日の走行キロ数は5,800万キロということが明らかになっている。自動車は保有数が多くても、利用されなければ排ガス、公害には関係ない。そこで登録台数が何百万台ということよりむしろ、一番問題なのはこの走行キロ数である。その走行キロ数が急速に増大を

した結果、一酸化炭素、炭化水素、窒素酸化物の排出がふえている。特に一酸化炭素の場合は、交通が混雑する主要交差点の局地汚染という形で出てくる。これは都内に十数カ所のポイントがある。もう1つは昨年の5月に問題になった柳町交差点で、ここでは鉛汚染という形で発現をした。この鉛については政府のほうで、オクタン価を高めるための鉛を混ぜないということで、無鉛化、低鉛化計画に踏み切って、その対策が取られてきている。

2 光化学スモッグ

次に、大きな問題になったのは、光化学スモッグである。

この光化学スモッグはご承知のように、基本的には、炭化水素と窒素酸化物、NO_xに強い日光の直射光線が当たって、光化学反応を起して発生するといわれている。これの発生頻度、被害状況を昨年に比べると今年は、頻度などは3倍ぐらいにふえて、いろいろ世間を騒がせているわけである。

この光化学スモッグは、HCとNO_x、炭化水素と窒素酸化物に日光が当たって光化学反応を起すという、アメリカのロサンゼルス型の光化学スモッグということで、去年以来研究をし、その対策を取ろうとしてきたのであるが、今年になってから曇天の日にも出るし、夜にも出る。しかもロスの場合は、特に若い人が倒れたり、発熱したり、ケイレンを起したりというケースの報告はない。ところが東京の場合は、0.34ppmという、ロスに比べればかなり低い数値にもかかわらず、そういう被害が発生をしている。しかも夜出たり、曇天にも出るということで、ロス型のものとは発生機構自体が、かなり違うのではないかということがいわれ出して、一応東京スモッグという別称をつけて、その発生のメカニズムをいろいろ調査をしている。同時にその健康被害を調べているというのが、現在の状態である。

ご参考までに申上げるが、ロサンゼルス型の光化学スモッグというのは1943年にはじめて検知され、1943年から52年までの10年間で、主として植物被害の段階であった。そして52年から今日までだいたい20年間ぐらいが、人体に感知されるような状態になってきた。先ほど東京は自動車の数が220万台といったが、ロスは420万台と、東京の2倍近い車を持っている。そのほか東京と非常に違うのは、鉄道のような、大量輸送機関がまったくないということである。非常にだっ広い都市でバスもない。したがって車にしか頼れない。そういうところで光化学スモッグが人体に感知される状態になって、20年を経ている。そして一番高い数値は、東京では昨年来

いろいろ騒がれているが、例の杉並の立正高校で発生した数値が 0.34ppm である。これに対してロスでは数字的には非常に高くて、記録によると一番高いのは 0.9ppm というのが発生している。東京でもし 0.9ppm というのがいま発生をすれば、かなりパニック状態になるのではないと思われるが、ロスではそれが最高で、あと 0.74ppm というのが2、3回出ている。それから東京では今度大気汚染防止法で、0.5ppm を越えた場合に知事が交通規制措置を要請できるという規定が入れられた。ロスの場合過去 10 年間に 80 回、0.5ppm を越えている。そこでロスの人に聞くと、いわゆる健康被害というのは、0.5ppm を越えても、0.9ppm という高い数値が出ても、アイリテーションといって、目がチカチカするとか、鼻の粘膜が刺激されるとかという以上の、深刻な被害はまったくない。いままで何も報告されていないということを行っている。そのへんがロスの光化学スモッグと、東京の光化学スモッグとのかなり違うところではないかと思う。

いずれにしても、私どもとしては来年の対策を考えているという段階に来ているが、これを押え込み、発生をしないようにするためには、自動車を規制するよい方法がない。ロスでは 0.9ppm がいままでの最高値であるが、それが 1.0ppm を越えると、自動車の交通規制をすることになっている。ところが現在まだ越えたことがないので規制をしていない。わが国の場合は東京とか大阪とか、四日市とか、そういったところで光化学スモッグが出ているが、いずれにしてもそれに対する対策を取る限りにおいては、自動車の規制がどうしても必要になってくる。

ところが自動車の規制をする場合、いろいろ問題がある。東京都の場合を考えると、東京都知事はそういう権限を持っていない。警察が持っている。だから大気汚染防止法の規制は、知事が公安委員会に要請をするということになっている。ところがそのへんで警察の中の、交通当局と、公害関係のわれわれとの間に、感覚的に若干の隔りがある。

その1つは、交通規制というのは、そもそも交通安全のためにする。交通事故が発生しないように、あるいは自動車をスムーズに通すためにするということで、従来から警視庁の交通関係者はそのことで苦勞をし、公害防止という側面から交通規制をやったことはない。ところが今度は大気汚染防止法の関係で、新しい要素が加わったわけだが、その場合に警視庁の交通関係のほうとしては、いろいろ問題がある。

東京のようにこれだけ交通量が多くなると、ちょっとした規制でもすぐに混乱が起きる。たとえば走行量を2割とか、1割とか減らすということであっても、かなりの混乱が常に発生する。そして今度通常の交通状態に戻るのに時間がかかり、半日かかるとか、1日かかるとかいうことがすぐに発生する。そうすると現場のお巡りさんの苦勞を直接監督しなければならない立場の方達としては、そういう交通規制を行なって得られるメリットというものが非常に問題になってくる。光化学スモッグというものがいったい人体にどれだけの影響があるか。目がしみる、ノドが痛い、あるいは発熱をするという例も、稀にはあるけれども、それ以上のことはあまり聞かない。やはり交通規制という権力を発動する場合には、それに対応する社会的価値というものがなければいけない。このようなバランスの問題である。人体への影響を守るという価値と、ある程度の混乱はがまんするということとの間にバランスがとれないと、なかなか交通規制には踏切れないというようなことで、われわれ公害の側と、警察の交通担当との間に隔りがある。そのために光化学スモッグ対策というものが、交通規制という形では、なかなかまだ踏込んでいけないという問題がある。

3 水質汚濁

次に水の問題についてである。水の問題は先ほど多摩川のところでちょっと触れたが、水質汚濁対策というのは、大きく分けて2つある。1つは有害物質対策、もう1つは一般汚濁対策である。有害物質というのはシアンとか、カドミウムとかの、有害物質、重金属物質が、河川に誤って投げ捨てられたり、あるいは意識的にたれ流しをされたりして、河川水自体が汚染をして、魚が死んで浮いたりということが、時々発生する。それはほかの汚染物質、たとえば台所の生活排水といった問題とは違って、直接的に人体に影響を与える有害物質であるから、相当強力にコントロールをしていかなければならない。特にメッキ工場などは、相当厳格にやらないと、被害を防止できない。そこで東京ではシアンのメッキ工場の集団化ということを考えており、現在芝浦のもと水産試験場の跡地に濃厚廃液の共同処理場をつくっている。そういうものを三多摩地区と、区部と、全部で3ヵ所つくる。シアンを出す工場というのは割合に零細であるから、個別の工場から濃厚廃液だけをそこに運んで、きれいにするという、そういう対策を取ろうとしている。

それから一般河川の一般汚濁については、どういう対策があるかという、これは現にやっているものばかりであるが、それをご参考までにリストアップしてみたい。

まず真っ先にくるのは下水道の整備である。2番目には大規模な発生源があるので、そういうところで絶対量を規制する。廃液を規制する対策である。それから先に多摩川のところで少し触れたが、東京にはブタとか、ウシとか、ニワトリといった畜産がかなり行われている。これは東京のような大きな消費地においては、ホテルとか、飲食店とかの残飯を業者がブタやウシのえさに運んでいく。それで畜産側は非常に安い飼料が手にはいる。東京都の側からいうと、本来ゴミになって出るものが、そういう形で処理されるということで、相互に助かっている側面がある。そしてこれは水の汚濁にはそれほど大きな負荷をしていないのだが、一方では悪臭関係で非常に公害を発生する。ブタは1頭で人間の3人分、ウシの場合は1頭で20人分の排泄量を出すので、1万頭のブタを飼っているところでは、人口3万人の小都市と同じ排泄物が出ることになる。このような畜産は現在農家と兼業のところもあるし、専業のところもあるのだが、そういうものを一応牧畜団地という形でまとめていくことを考えている。しかしこれは清掃工場などと同じように、やはり嫌われる施設であるので、用地の取得で非常に難航していることは事実である。

それから特に三多摩地域で、個々の市町村、あるいは市町村が共同でし尿処理施設をやっているが、これは東京都が区部でやっている下水処理場のように、技術的に、あるいは施設のレベルが高くないということである。そのためかなりよごれたまま、一応処理した形で河川に放流しているので、それがかなり多摩川などの汚濁原因になっている。そこでこういう施設自体をかなり改善しなければ、多摩川はきれいにならないということで、その対策を現在やっている。

それから多摩川沿岸の場合は、生活排水の比率が非常に高いので、いわゆるアンモニア系窒素が多量に含まれている。このアンモニア系窒素を下水の中から取除くということが、非常に大きな課題になっている。

下水道事業には大きな課題が2つあって、1つはアンモニア系窒素を取除くということ、もう1つは重金属類の処理である。そこでそういうアンモニア系窒素の除去装置を、河川汚濁の対策と関連して、現在三多摩市町村がもっているし尿処理場にアンモニア系窒素の除去装置のテストプラントをいまつくっている。これである程度の技術開発が得られたら、ほかの下水処理場にもそれを採用していきたいと考えている。

河川浄化の4番目の対策としては、いわゆる浄化用水の導入というのがある。これは東京オリンピックのころ、

隅田川をきれいにした方法として、川の水量をふやせば、それだけよごれが薄まる。そこで下水道は気が遠くなるような先の話だという、そういう河川の場合には、余剰水を引っ張ってくる。たとえば新河岸川というのがあるが、それに利根川の水を引っ張ってくるというように、浄化用水の導入というものも、河川の汚濁対策の1つになっている。

それから河川のしゅんせつがある。また河川に浮いているもの、上わゴミを清掃する。それから水道の浄水場で浄化をするとカスが残る。これは無害だが、捨てるところがないので、ついこの間までは金町浄水場では、江戸川にその残土を捨てていた。それが汚濁の1つの原因になるというので、これは急拠やめてもらった。そういう対策を取っている。

4 ゴミ、産業廃棄物

最近東京では、特にゴミが大きな問題になっている。そこで美濃部知事がゴミ戦争宣言というのをやっている。そのゴミの話を上げたい。ゴミには家庭から出る一般ゴミ、都市廃棄物といわれるものと、産業廃棄物といわれるものと、3種類あるが、一番量的に大きいのは、都市廃棄物と産業廃棄物で、建設残土といわれるものが一番量が多い。

そこで最初の家庭から出る一般のゴミから上げると、東京で現在1日に出てくるゴミは1万3,000トンで、その中のだいたい3割、4,000トンぐらゐを焼却工場で燃やしているわけである。残りは埋立て処理をしている。江東区を通って、夢の島の先にある15号埋立地に現在捨てている。埋立地がその1ヵ所に集中しているので、そこに1日数千台の車が集中するというので、江東区民が非常に迷惑を受けるという形で、問題が大きくなっている。

参考までにニューヨークの例を上げると、ニューヨークでは1日2万4,000トンのゴミで、東京の約2倍である。これに対して、焼却炉が非常に少なくて、だいたい6,000トンで、残り1万8,000トンが埋立て処理をされている。これは東京のように海を埋立てるような形では、必ずしも捨てていない。ニューヨークのそばにスタテン・アイランドという島があるが、その島に大きな湿地帯があって、そこに捨てるとか、そういうランドフィルというのを7ヵ所ぐらゐ持っていて、そこに捨てに行っている。東京も、ニューヨークも、現在の使い捨て生活様式というか、そういうものの反映として、ゴミの量が非常に急速に伸びている。だからニューヨークのリンゼイ市長も最大の問題はゴミの問題であるといっているし、

美濃部知事にとっても一番頭の痛い問題になっている。アメリカの場合は領土が広いから、東京に比べてまだまだ余裕があるように思われるが、隣の州に捨てるということになかなか抵抗があって、それができない。隣の州の廃坑だとか、沼地だとかに捨てたいのだが、いろいろな関係でむずかしい。どうしても自分の市域の中で捨てなければいけないし、やはり埋立てよりは焼却ということで、東京都と同じように、全量とまではいなくても、いままでの焼却6,000トン、埋立て1万8,000トンという比率を逆にするように、革新的な政策転換をしようとしている。そのために6,000トンクラスの焼却工場をつくらうとしている。

東京の場合も清掃工場のマンモス化という方向にそろそろいきつつあった。いま東京都の持っている清掃工場の中で一番大きいのはだいたい1日1,000トンであり、いま埋立地の中に鉄骨を組んでいるのは、1日1,800トンである。そこでさらに2,000トン、3,000トン、4,000トン、というものをつくらざるを得ないと考えていたのだが、たまたま江東区民の反対問題が発生したために、ただ平板に清掃工場のマンモス化をするだけでは、問題は片づかなくなってきた。そういうマンモス化を進めると同時に、ニューヨークでやっているような1日400~500トンクラスの焼却工場を各区が持つというように、大型清掃工場と、各区単位の中型焼却工場の2本立てでいかざるを得ないというのが、これからの趨勢であろうと思う。

ゴミの問題と関連して、東京ではまだ発生していないが、ニューヨークでは自動車の廃棄、要するに捨てられた自動車がゴミの大きな問題になっている。ニューヨークの場合は年間に7万5,000台の車が捨てられている。日本の場合でも遠からずいわゆるアバンドド・カー、廃棄された車の清掃、処理の問題が出てくるのではないと思う。

それからわが国ではプラスチック類が非常に問題になっているが、これは東京の場合、数年前は清掃工場に集められるゴミのだいたい5%だったのだが、現在は10%をやや越えているという段階にまできている。これが15%になるのは、数年ののちというふうに予想されている。これは有害ガスを発生すると同時に、非常に高熱を発して炉を痛めるので、清掃局の技術者の話では、炉のもちが半分になってしまうといわれている。そういうことがあるので今後の対策としては、一応プラスチック類を選別して収集することからはじまって、選別されたプラスチック類をもっぱら焼く、専焼炉をつくるという

ことしか対策がない。またそういう対策で現在進んでいる。

一方、アメリカのプラスチック問題に触れると、アメリカの場合はプラスチック類が現在でも2%から3%で、紙類が圧倒的に率が高い。この原因はアメリカの場合木材資源が豊富なこと、アメリカと日本の経済構造の違いからか、アメリカの場合は紙のほうが安い。日本の場合は石油化学工業が急速に発達した結果、プラスチックのほうが安い。それで日本では今後プラスチックがますますふえる傾向にあるが、アメリカではそれほど問題になっていない。もちろん向こうの清掃工場ではプラスチックを問題にしているが、むしろ東京が、プラスチック問題をどういうふうに解決をするか見守っているというのが、実態のようである。

5 騒音問題

次に騒音の問題であるが、これが東京の公害としては、一番最後まで残る問題ではないかと、個人的には考えている。騒音には航空機騒音、自動車騒音、工場騒音、建設騒音、鉄道騒音があるが、自治体でこれに対する対策の取れる分野とは、工場騒音と、建設騒音の範囲になってしまう。特に航空機騒音は、かなり大きな問題だと思うが、空港の設置管理、航空機の運航といった、そういうものはいっさい自治体の範囲にない。要するにこれらに対してはクレームをつけるとか、アピールをするという形でしか、自治体は対策を取れない。むしろ被害者側に立って、たとえば千葉県が住宅防音の2重窓を付けるための助成をやるということを、計画の段階でうかがったのだが、そういう受け身の調整しかできない。

そういう意味で自治体の取り得る分野が一番大きいのは、工場騒音である。工場騒音の中では鍛造工場、プレス工場が大きな音を出す。あとは東京における特徴的な地域として新宿区の市ヶ谷から、文京区の後楽園までに、小さい印刷工場が沢山ある。これも騒音問題を伴う。しかし何といても一番大きい騒音は鍛造、プレスで、これが人間にとって一番耐え難い。特にムトン工場のごときは、ガターンという音がだいたい70~100メートルぐらいのところまで、振動を含めて騒音を発する。これが特に夜間作業であればとても住めたものでない。そういう性質を持っている。そういう場合には、回りの住宅を移転させるよりは、そういった工場をまとめて移転させるほうが、有効な対策になる。ところで現在そういった鍛造工場を中心に、移転以外に問題の解決ができない工場が、東京23区全体で750工場もあることがわかっていて、これを結局どこへ移すかという問題だが、現在東

京都としては、これを京浜3区という埋立地に集めている。この場所は羽田空港滑走路の北のところにある。要するにうるさいところである。そういうところにお互いさまということで、鍛造工場が現在集まっている。その少し右側に京浜6区があるが、そこにやはり騒音工場を集めようということに、現在なっている。

6 地盤沈下

それから次は地盤沈下であるが、これはご承知のように、地下水の過度の汲上げが原因である。この地下水と地盤沈下の関係で、従来まで考えられていたのは、地下水は雨が降れば培養され、補給されるということで、その補給される地下水を上回るものが汲上げられたから、地盤沈下が起きたのだと、一般的に考えられていたのだが、最近の調査によれば、東京の場合は、東京からさらに南関東まで含めた範囲で沈下が起きている。このあたりは南関東の地下水盆というものがある、その地下水盆には外からの補給は行われない。そういうものの上に東京が乗っかっている。そういうことが南関東地盤沈下調査会の調査で明らかにされた。そうすると地下水は補給されないから、地下水の汲上げを全面ストップしない限りは、地盤沈下は進行をするということになる。いろいろな地下水水位の調査とか、地盤沈下の調査結果に、そういった学説を裏付けるものが割合ふえている。そういう意味で従来のような微温的な地盤沈下対策では駄目であり、むしろ禁止的な制限をしなければいけないということで、現在踏み切られているわけである。

7 新しい公害

それから最近の新しい公害であるが、たとえば重金属類とか、あるいはPCBとかいろいろなものがいわれているが、最近実際に東京で起っていることは、いわゆる酸欠空気の問題である。これについて申上げると、普通は空気中の酸素というのは21%含有されている。これが何かの理由で酸素が15%、10%、あるいは一桁になる。これが酸素欠乏空気、酸欠空気といわれるものである。その原因は、下水道工事とか、地下鉄工事とかで、現在圧気工法、シールド工法が、ほうぼうで採用されている。その場合圧縮された空気が地中に送られるが、その時に東京の地下に東京砂礫層という地層があって、その中に鉄分がはいっている。空気がそこを通過する時に、空気中の酸素が鉄分と化合して、一酸化鉄、あるいは二酸化鉄になってしまう。そのために空気中の酸素が少なくなってしまう。そこで酸素欠乏空気というものがつくられる。これはいまの地盤沈下とも関係するので、地下水位が下がってなくて、砂礫層の中に水分が溜まってい

れば、空気は通らない。ところが地盤沈下、地下水位の低下という現象が現実にあるので砂礫層の中に、水分が溜まっていなかった場合がある。そこでそこを空気が通過した場合に、酸素欠乏空気が発生してしまう。その空気が地盤の弱いところ、既存の建物の中で普通人間の出入りするところでは、いまのところは起らないが、ポンプ室とか、人の出入りの少ないところから出てくる。

酸欠空気が恐ろしいのは、光化学スモッグ等の問題と違って、一息でバッタリしてしまう。酸素の含有度が10%を割ればどうなるか、これは消防庁の話であるが、一息でバッタリしてしまう。そしてだいたい5分ぐらいで生死の勝負になる。その場合仮に助かっても、頭がおかしくなってしまうということで、非常に恐ろしいわけである。現在までの酸欠空気の被害は、だいたい工事現場で起っている。だから工事現場で工事に従事している人が、何人か死んでいる。しかし一般の人が通過する、あるいは出入りするところに出現したというケースは、現在のところはない。

この問題について対策の取りにくいのは、シールド工法自体をやめさせることができないことである。シールド工法というのは技術革新で生れてきた技法で、技術的にみるとこれに替わる工法として凍結工法というのがあるが、これを採用するとコストがだいたい3倍ぐらいになるということで、これをほかの工法に切替えさせることはなかなかむずかしい。たとえば住宅地にマンションを建てようとして杭打ちをすると、とたんに騒音問題が発生する。その場合杭打ちを上からたたくのではなくて、ぐんぐん回して掘っていくロータリー工法というのがある。そういうものに切替えるという程度の投資ならばいいが、圧気工法を採用するような大きい工事になると、3倍のコストということになり、そう簡単には切替えはできない。そういう問題が含まれている。

しかし幸いにも、労働省から、一応基準法の規則として、酸欠症防止規則をいち早く、昭和46年9月27日から施行している。それで少くとも圧気工法の工事現場に関する限りは、この規則を厳重にやれば、だいたい災害は防止できるという体制になっている。私ども都としては、この酸欠空気というのは、1つの新しい公害であると考えて、都内のビル、地下鉄、地下街、地下駐車場、こういう場所、それから圧気工法の行われた工事場所の周辺1キロぐらいのところを、しらみ潰しに現在調べてみると危険な個所がいまのところ五十数ヵ所出ている。

V 自然保護

おわりにこれは公害そのものではないが、自然保護の問題がある。きょうは各県から皆さんおいでになっているので、まだまだたくさん自然環境をおもちの県の方もおいでだと思うが、東京の場合、子どもが自然保護というようなことをいうと、東京にまだ自然が残っているのかということをいわれる。ある程度それが本当だと思わざるを得ない。しかし三多摩の山奥に行くと、まだまだ自然は残っている。残ってはいるが、現在からここ数年のことを考えてみると、いわゆる都市計画法にいう市街化区域と市街化調整区域といったものも、東京の場合は市街化の圧力が、強いために、どうしても幅広く市街化区域が取られてしまう。結果的に事実そうになっているので、そういう市街化地域に現にはいつているところで、住宅団地、あるいは個々の住宅という形で、むざむざと緑がなくなっていく。そういったことが、どんどん進行している。

特に頭が痛いのは、東京の市街化の最先端である奥多摩の青梅とか、八王子の奥だとかが市街化の最前線になっている。そこまで市街化区域が一応指定されているので、その奥に住宅公団など公共機関を含めて、大手宅地業者がかなり入り込んできている。しかも都市計画法では20ヘクタール以上の場合は許可になるので、そういう意味でいまの公害の現状から見て、自然環境というか、環境保全というか、そういう観点に立つならば、残念ながら法律の体系とか、行政の姿勢というのは、本当に自然を保護し、回復するという姿勢には絶対になっていない。

い。むしろ現状を見ると自然を保護しようという力よりは、自然を破壊しようという力のほうがはるかに強いということを認めざるを得ない。

そういう意味で、これは個人的な見解も含めて申し上げたいのだが、一番最初に公共投資の片寄りということを申し上げたが、1970年代の環境保全のために、公共団体が環境を守っていく、あるいは環境を改善していくために、公共団体の投資構造、そういうものをかなり思い切って転換していく必要がある。その転換としていく方向は、1つは下水道に思い切った金を使うことであり、もう1つは公園と緑地の保全に金を使うことだと思う。

東京都の例では、道路に対してだいたい600億円ぐらい、住宅が500～600億円、地下鉄が400億円ぐらいである。そしていままでは下水に地下鉄と同じぐらいの投資が行われていたが、それが最近是非常にふえて、去年が550億円、46年度が800億円というふうに、一番大きな投資に躍り出ているわけであるが、そういうものをもっと伸ばしていく。それに対して圧倒的に少いのは公園予算で、これは昔からいまにいたるまで少い。現在でも80億円しかない。非常に少数民族に置かれている。そういう意味で一番最後に上げた自然保護ということ、これから声を大にして、特に東京の場合はやっていかなければならない。特にグラント・ハイツの問題とか、江東防災拠点の問題とか、多摩ニュータウンも含めて、何千億円の仕事がいっている矢先でもあるし、公園の計画に1,000億円ぐらいのプロジェクトが出てきてもいいのではないかと考えている。

〈社会保障研究所シンポジウム〉

テーマ「経済情勢の変化と社会福祉」

レポート	加	藤	寛
コメント	江	見	康
〃	大	熊	一
〃	富	永	健
司 会	寺	尾	琢

司会(寺尾琢磨) 時間がきたので、さっそくレポートを加藤さんをお願いしたい。

〈レポート〉 経済情勢の変化と社会福祉

加 藤 寛

きょうは経済情勢の変化と社会福祉ということでお話を申上げることになっている。いま山田先生からお話があったように、私自身、この非常にトピック的な問題をどういうふうに処理したらいいかたいへん悩んでいたもので、きょうお話をすることもはたしてどこまで研究的に取上げることができたか、私自身、なんとも申上げられない。あとはコメンターの方々からいろいろご意見をいただいてまた自分の勉強にさせていただこうと思っている。

I 経済情勢の変化

まず私は、経済情勢の変化をどうとらえたらいいかということで3つの視点を出せと思っている。その1つは非常に長期的な視点である。その長期的視点として非常にトピック的な言い方をすれば、明治100年という日本の発展がもたらした工業化がここで変化を起しているということがある。中期的な観点からは、戦後25年の歴史が持っていた日本の輸出第一主義経済の変化である。そして短期的な見方からすると、最近の高度成長10年——高度成長ということばもあまり的確ではないけれども、通俗的な意味で使わせていただく——が起して変化である。この3つの変化が経済情勢の変化であると私は考えている。一般的に経済情勢の変化というと、ドルショック、そして円の切上げというふうを考えられやすいが、実はドルショックあるいは円切上げというものは、きわめて些末なといっては言いすぎであるけれども、非常に小さなできごとである。むしろそのようなできごととは、全体としてこの3つの大きな変化が起してきたのだと考えるべきだ。

(1) 長期的変化

どういう意味かということ、まず、いうまでもなく明治

100年の歴史は、工業化によってもたらされた歴史である。このような工業化がいろいろな変化を起してきていることは、最近では開発銀行の佐貫さんなどが、トリガー産業論として展開されている。

ご承知のように、最初は石炭そして電力というような産業が支え、2番目には鉄鋼、石油、石油化学というような産業が中心になる。さらには家電、自動車のような製品が登場する。ここでだいたい工業化が追求してきた技術革新の波がひとまず頂点に達した。これに代って当然登場すべきと考えられているのがエレクトロニクスであるし、原子力産業であるし、あるいはそのほかシステム産業、海洋開発なども入っている。そういう産業が次に新しい技術革新の波として当然登場してこなければならない。しかし未来学がほとんど明らかにしているように、このような新しい産業が登場するためにはどうしても1980年を待たなければならない。そうすると、1970年から1980年にかけての10年間の産業が考えられねばならない。つまり日本が工業化社会から次の脱工業化社会——このエレクトロニクス、原子力、システム産業という時代は脱工業化社会とよく呼ばれる。このことばにもいろいろ疑問があると思う。しかしポスト・インダストリアル・ソサイエティという意味で使わせていただく——へ進む時に当然その中間を埋めるものが考えられねばならない、あるいは脱工業化社会へいくための条件を整備しなければならないはずである。最近のトリガー論では、ここを条件としてとらえるのではなく、むしろ第4の引き金はなにかというところを起しているのが一般的である。しかし私はむしろロストウ的な発想で考え、ここは条件としてとらえる。つまり、この次の脱工業化社会——もちろんロストウはそういう表現をと

っていないが——へいくためのプリ・コンディション、前提条件というものが、ここで産業として登場してこなければならない。

そのような産業はいったい何だろうかということが1つの問題になり、最近よくいわれるのは住宅産業とか、医療産業とか、教育産業とか、あるいはレジャー産業とかである。しかし私がいうまでもなく、住宅は土地問題を解決することなくできるものではない。したがって住宅産業ブームは日本では起らない。起る可能性が十分ありながらそれが起らない。なんといっても、土地が制約条件になっているのだということは争えない。あるいは医療産業ブームが起ってもいいはずである。それにもかかわらず医療産業ブームが起きないことについては、日本の健康保険の赤字が、——日本だけではないが——1つの制約条件になっている。これは否定できないと思う。さらに教育産業、これもまた学費値上げに象徴されているように教育産業ブームを起すような条件を備えていない。そうすると、結局、いまの産業がめざすのはレジャー、つまりレジャーだけなんとか増やせばこの空白を埋めることができるのではないかというはかない期待である。そういう期待の中に産業界は現在の不況をとらえているわけである。レジャーといえはいろいろなものがあるけれども、日本の場合、ブームになるようなレジャーが起ることはない。ご承知と思うが、たとえばボウリング場の経営で、ボウリングのレーンから得ている収入は、日本の場合80%である。そしてボウリングの付属施設から得ている利益は20%。これがアメリカでは逆で、付属施設から80%、レーンから20%を得ている。レジャーの考え方も、日本ではひたすらスポーツを、あるいはひたすらレジャーをやるということであって、そのレジャー全体がもっている1つのソフトな産業を起すというようなことにはなっていない。いまの時代が物を中心としたハードを中心とした工業化社会であるのに対し、脱工業化社会は物を中心としたハードを中心とした社会ではなく、ソフトを中心とする社会であるから、その社会へ移っていくための条件としての産業は、当然その両方を兼ね備えなければならない。その兼ね備えるものとしてレジャー、教育、医療、住宅が登場するというのなら、ある意味でシステム化された形で登場してきてしかなるべきである。ところがそういった扱いがないから、レジャーも単にハードな形でのレジャー、つまりボウリングならボウリングをするという形だけのレジャーとしてしか登場しない。そこに私は現代の産業がどうしていいかわからない状態に陥っている理由があるのだろうと

思っている。

そのような状況では、一方で福祉がいくら強調されても、私企業が福祉のためになにをするかという積極的努力を展開しないのは当然といってもよいと思う。福祉についてはのちに定義しなければならないが、いまここでは大ざっぱに福祉といっておく。社会福祉と大ざっぱにいった時は、住宅もちろん入っているし、住宅の環境も含まれる。住宅環境を考えることは、ある意味でソフトな産業を登場させる非常に重要な前提条件であると思う。そのような条件をつくり出すには土地が制約条件になる。土地が制約してしまうから、住宅を積極的に起すことも制限されるし、まして住宅環境となると、よけい制約条件が強く働く。そういう条件下で福祉政策を展開するのだと政府がいくら力んでも、結果的には産業がそれを受入れる基盤をもっていない、あるいは受入れる方向を向いていない。だから、産業が経済情勢に伴って変化していかなければならないのに、変化して次のソフト産業と結びついていくだけの基盤をもっていないのではないか、という点に現在の日本の1つの限界を感じる。

(2) 中期・短期の変化と福祉の問題

長期的な見方を申上げたが、中期的には、戦後25年は別な言い方をすれば、1ドル=360円の歴史である。この1ドル=360円という歴史を通じて、日本の経済は進められ、そこから輸出第一主義という方向も出て来たと思う。戦後輸出重点主義の経済が展開された。それが今や資源の問題あるいは公害の問題として、さらには国際協調の面から制約がこの中期の輸出重点主義に対して起ってくる。結局、この25年も終りをつけなければならない。そこに去年の1ドル=308円レートというようなものが登場してくるのである。

さて、短期的な問題はいうまでもなく高度成長が、福祉の方向へ変るといって現在展開されてきている。

私はこのような意味で、長期、中期、短期の問題が全部いっしょに重なって起ってきたところに現在の経済情勢の変化の意味をとらえるべきではないかと思っている。三者がビタリ一致するわけではないけれども、全体としての日本がここに長期、中期、短期をめぐる一つの転換を起しているため、新しい日本をどうするかという問題が起る。そしてそれを福祉という答で解決しようとしているわけである。しかし中期の問題、長期の問題がからんでいるときには、短期のところだけから福祉の問題を考えても、福祉は日本に定着しないのではないかというのが、私の第1の問題提起である。長期、中期を含めて福祉の問題を考えなければ福祉が定着しないという観点

から、こんどの大型予算について政府が福祉政策に向ったとか、こんどの予算は福祉予算だとかいわれても長期、中期の問題をそこでとらえていないという1つの不満を感じるのである。

II 福祉政策の方向

(1) 福祉の三段階

こういったことを前提として次に福祉の問題について若干ふれておきたい。私は以上のように考えるので、福祉を単に生存保障的な形での福祉ととらえるのではもはや現在の日本を進めることはできないと考えている。生存保障としての福祉については、ご専門の方々ばかりなので、ここで特に説明するつもりはないけれども、簡単にいってしまえば恩恵としての福祉、それは現在では明らかに変わってきたのではないだろうか。厚生省でも社会福祉が充実したかどうかについて生活保護世帯の受ける金がどのくらいになったという議論がよく出るけれども、福祉指標としてそういうものを取り上げて、それが代表的なものだと説明するのはちょっとおかしいのではないかと思っている。説明の仕方として最低のところを上げていけば、上のほうが上がるんだという説明が多いと思うが、そういうことももちろん全然無意味だとは思わないが、それよりも重要になってきたのはむしろ生活保護世帯ではなく、普通の世帯がどういう変化を受けつつあるかということだと思う。そうすると、福祉の考え方が第2段階に入ってきているのではないか。福祉の第2段階と私がいうのは、現在の家計支出のなかで教育費あるいは交通通信費、教養娯楽費、こういったかつて雑費として扱われていたものが次第に大きなウェイトに伸びはじめ、その伸び率がほかのものより大きくなってきたことに注目するからである。このような雑費の登場が明らかに新しい物的窮乏を意味しているのである。

工業化の初期の段階では、恩恵としての社会福祉あるいは福祉の概念は、物的な意味での窮乏感に基づいていた。しかしいま登場している雑費にまつわる窮乏感は、単なる物的窮乏というよりも、むしろ公共的あるいは社会的な物的窮乏といわなければならない。それは一口にいってしまえば教育施設、交通機関、道路、文化施設などと結びついたつまり生活環境すべてを含んだ意味での新しい窮乏感であるといわなければならない。

そこがおそらく高度成長10年の反省として福祉を充実させなければならないという福祉政策が登場してきた理由であると思う。しかし第3段階の福祉も、私たちの前に現われはじめている。それは一口にいってしまえ

ば——ことば自体が非常にジャーナリスティックであるけれども——生きがいの福祉である。私はそういうわかりにくいことばを使うのはあまり好まないのだが、いい表現がないのでやはりそのことばを使わなければならないと思っている。第1段階の福祉は生存保障としての福祉である。それはいわば恩恵としての福祉である。第2段階の福祉は雑費という形であらわれたように、単なる生存を越えた新しい社会的なものを要求する。別な言い方をすれば公共的あるいは社会的な窮乏感である。そして第3段階で福祉は生きがいというか、不適應というか、いままでの概念では包括しきれないような問題を取上げなければならないとなったと思う。

不適應階層の登場は、いろいろな統計から否定できないと思うけれども、現在の日本では一番最低のところにいる不適應階層が30%ぐらい、途中にいるのがだいたい40%、そして適應している人が30%となる。これは学歴と所得、地域の差をとって出した数字である。もちろんこういった指標で表すことができるかどうか疑問であるが、常識的に私どもが感じていることとだいたい似ているので私もある程度是認している。そしてあと10年たった後には、今の指標の変化から考えると不適應がおそらく50ぐらいになるのではないか。中間がぐっと減って20ぐらい、上のほうはあまり変らない。このような変化が起るのではないか。そうすると、不適應階層を社会の制度あるいは機構のなかに組込んでいくことができるのかという問題がいぜんとして残される。今までの福祉概念からすれば、これを福祉として扱うべきではないという意見ももちろんあると思う。しかし個人個人の満足に対して社会的にどのような条件でそれを補っていくかというのが社会福祉の考え方あるいは出発点であるとすれば、当然生きがいの問題も扱わなければならない。個人個人の問題ではあってもその個人を社会的な意味で不適應なグループに落してしまう要素があればやはり是正していかなければならないのはいうまでもない。以前にこの研究所は、経済福祉と社会福祉という題でシンポジウムを開いている。私もそれについていろいろ読ませていただいて結論的によくわからなかったこともあるが、全体として社会福祉についてかなり広く考えなければならないことだけは、報告書、コメント全部を通じていえるのではないかと思っている。それならばやはり生きがいの問題をここで取上げなければならない。ご承知とは思いますが、スウェーデンなどでも老人に生きがい問題が起ってきて、老人の生きがいということを徹底的に考えてみようという傾向が最近非常に強いし、

私は決して非現実的な考え方ではないと思っている。

そう考えていくと、福祉の段階として以上の3つがある。いま私が上げたこの3つの問題は、そのままきに私が上げた長期、中期、短期の経済情勢の変化にそれぞれ対応している。そのような意味でこの3つの問題を解決していかないと、福祉の問題は定着しないと考える。

(2) 民間部門と公共部門のアンバランス

さて、それでは現在まで日本では福祉の問題に対してどんな対応が行われたかということを論じなければならないが、その前に、今までの日本経済情勢のなかで起っている傾向的变化を項目別に羅列させていただきたい。

第1に、ご承知の通り、民間設備投資は循環を繰返しながらかつ上昇傾向をたどっている。特に私が注目するのは、昭和30年から33年にかけて平均11.4%、もちろん循環しているから下がるときもある。それが34年から40年にかけて平均の上昇率が16.5%になる。41年から45年が20.4%である。これは民間設備投資が景気循環を繰返しながらかつ高い水準に移っていくことを示している。民間設備投資がこのような推移を示しているのは、別な見方をすれば、公共支出の相対的低下が起っていることであり、政府消費と投資を合せて30年に19.7%、45年には15.4%となる。さらに少し角度を変えて、ご承知の新経済社会発展計画の計画と実績の相違を調べてみると、45年の実績は計画の数字に対して民間設備投資では8.2%実績が計画を上回っている。個人消費は-4.6%、マイナスというのは計画に実績が達しない場合である。政府の消費と投資を合せて-3.3%である。ご承知の方は別と思うけれども、日本のいままでの財政でこうやって表あるいは数字にしてみただけで現在の日本の状態が福祉の定着しにくい状況にあったといえる。ただ、申上げておきたいことは、民間設備投資が非福祉であり、政府のほうが本当の福祉であるといっているのでは決していない。ただのアンバランスは最後に申上げる福祉国家の問題を考える時にどうしても取上げざるを得ない1つの大きなアンバランスだということをここで指摘しておきたい。

(3) 財政における社会保障費

そこで今度は財政の状態について少し考えるため、お手もとに配った資料(次頁の表)を見ていただきたい。今年の政府の予算によってどのくらいの変化が起っているか。1ではGNPの成長率が16%と仮定している。これは名目である。政府負担額は社会保障関係費総額の52%と計算している。それから、1975年のGNP分のB

——Bというのは社会保障額である——が10%。これは1つの理想値でヨーロッパ水準より少し低いところをとって10%とした。その時の理想値と政府予測とを比較したのが④である。72年については政府負担額、社会保障が一般会計だけでなく全部を含めるので、予測するしかないがおよそそのような数字になる。1975年に理想を実現するための、1972年の理想値は3兆8,467億円であるから、理想値と予測値との間に6,350億円の差が出る。

次に⑤で1975年のGNP分のBを15%とした時の理想値につき同じようなやり方で予測値との差を求めると、それは1兆2,946億円になる。

2では、GNPの成長率を13%とした。これは成長率が非常に低い予想である。13%といっても5%の物価上昇を考えているので実質成長率は8%である。そんな予測をした場合、72年の理想値と実績との差は2,199億円(④)となる。⑤で同じように1975年のGNP分のBを15%とすると8,479億円の開きがでる。この数字で見ると今年(72年)の予算を今後続けていくならば、75年にはだいたい理想値とそんなに大きな開きがないところまでいくのではないかという予測になる。

こうしてみると、今年の予算に関する限りそれほど大きな開きはない。つまり私は今年の予算が福祉的な予算に向いているのだといえると思っている。しかしこれはあくまでも先ほど申上げた意味の社会保障関係費である。

(4) 土地問題と福祉

福祉を公共投資全体としてとらえた場合にはどうしても問題が起る。ご承知の通り公共投資増加によって起る土地の問題である。この点は、有名なことなのでいうまでもないが、地価上昇が否定することのできない制約条件となる。私自身、少し前、予算が出た時に、公共投資がこんなに増えたら必ず土地の値段が上がるのではないかと。それに対し政府側は、いやそんなことはない、公共投資増加によって今まで地価の上がったことはほとんどない、民間設備投資が地価を上げたのだという。そこで私は民間設備投資の影響を除去した場合の公共投資の地価上昇に及ぼす影響を計算してみた。たしかに民間設備投資の増加は地価を大きく動かしている。しかし地価の上昇に対する公共投資の影響をも見るために公共投資の増えた時と増えない時とを比較すると、公共投資が増えた時にはやはりそれに応じて地価も上がっている。つまり公共投資が今度のように大幅に増えた場合には当然地価の上昇がともなうだろうことをやはり認めなければ

表 71~72 年 の 比 較
社会保険関係費

1 GNP の成長率 16%, 政府負担額は社会保障関係費総額の 52%

① 1975年に $\frac{B}{GNP} = 10\%$ としたときの理想値と政府予測との比較

	総 額	1 人 当 り
71年の政府負担額 (予算) (Bg)	2 兆 6, 210 億	24, 998
72年の " (予測)	2 兆 2, 117 億	30, 611
72年の理想値	3 兆 8, 467 億	36, 688
差	6, 350 億	6, 077

② 1975年に $\frac{B}{GNP} = 15\%$ としたときの理想値と政府予測との比較

72年の理想値	4 兆 5, 063 億	42, 980
差	1 兆 2, 946 億	12, 369

2 GNP の成長率 13% 政府負担額は社会保障関係費総額の 52%

① 1975年に $\frac{B}{GNP} = 10\%$ としたときの理想値と政府予測との比較

72年の理想値	3 兆 4, 316 億	32, 374
差	2, 199 億	1, 763

② 1975年に $\frac{B}{GNP} = 15\%$ としたときの理想値と政府予測との比較

72年の理想値	4 兆 0, 596 億	38, 299
差	8, 479 億	7, 688

(注) 71年政府負担額 (予算) 総額 (B) 5 兆 404 億

72年の実績予測は $\frac{Bg}{\text{一般会計歳出}} = 28\%$ を基にして算出 (過去 5 年の趨勢)(72年歳出 11 兆 4, 704 億 $\times 0.28 = 32, 117$)

72年の理想値は 1975 年の理想値を基にして算出

総 額

1 人 当 り

〔2 兆 1, 319 億〕 $[1 + 0.336]^2 = 3 兆 8, 467 億$ 〔20, 555〕 $[1 + 0.336]^2 = 36, 688$

70年の実績 平均成長率 72年の理想値

72年の政府負担額予測値 1 人当りは 72 年の予測総額を人口で割った値 (人口 10, 600 万人)

(資料出所) 社会保障統計年報 (総理府社会保障制度審議会事務局編)

社会保障年鑑 (東洋経済)

3 政府の社会保障関係費負担額推移及び 75 年度 $\frac{B}{GNP}$

(単位: 億円)

年 度	70	71	72	73	74	75
負 担 額	21, 319	26, 210	32, 117	39, 343	48, 196	59, 040

GNP 成長率 16% のとき $\frac{B_{75}}{GNP_{75}} = 0.074$ 7.4%GNP " 13% のとき $\frac{B_{75}}{GNP_{75}} = 0.084$ 8.4%(注) $B_{75} = \frac{Bg_{75}}{0.52}$ $\frac{59, 040}{0.52} = 32, 117$ 16% 成長率のとき $GNP_{75} = 7 兆 32, 137 (1 + 0.16)^2 = 153 兆 7, 737$ 13% 成長率のとき $GNP_{75} = 7 兆 32, 137 (1 + 0.13)^2 = 134 兆 8, 970$

4 財政支出における社会保障関係総費用支出の傾向

(単位: 億円)

	68	69	70	71	72	平均成長率	72年成長率
一般会計支出 (1)	59, 371	69, 178	79, 497	94, 143	114, 704	17.9%	21.8%
社会保障関係費 (2)	8, 267	9, 742	11, 567	13, 440	16, 339	18.5%	21.6%
恩 給 費 (3)	1, 928	2, 757	2, 874	3, 193	3, 627	18.0%	13.6%
公共事業関係費 (4)	10, 656	12, 028	14, 099	16, 656	20, 921	18.5%	25.6%
2/1	13.9	14.1	14.6	14.3	14.2		
(2+3)/1	17.2	18.1	18.2	17.7	17.4		
(2+3+4)/1	35.1	35.5	35.9	35.4	35.6		

(資料) 財政金融統計月報 (71年 4, 5 月)

ばならないと思う。

現在、公共投資ということが盛んにいわれている。しかし土地政策を今のままにしておいて住宅などの政策を大きく取上げることが果していいのかどうか、住宅政策が今度は1兆円に増えたといっているが、その投資を増やすよりも地価の抑制あるいは地価安定供給をやるべきである。政策として住宅はむしろ個人の建設にゆだねるべきではないかと考えている。その根拠は今までも申上げたように、個人消費、政府投資と政府消費は減っているけれども、個人の、民間の住宅投資だけは増加しているということである。土地がもし地価安定の上になたて供給され得るならば、現在の民間の経済力からいって、住宅を建てることはきわめて可能である。もちろん公営住宅の場合はまた別だけれども、普通住宅の場合についていえば可能である。政府の福祉の考え方がこういったことを背景にしているなら、住宅予算をあまり増やさないで、むしろ地価安定供給のための対策を立てるような予算にすべきではなかったか。それが1つの考え方である。

もう1つは、こういったなかで土地を使わない投資を大きく増やすべきである、土地を使わないものをふやすべきである、ということもいえる。土地を使うようなものに対しては、今度の公共投資であまり予算をつけるべきではなかったのではないか。それがどんなものであるかという、下水道も1つであり、トピック的な言い方をすれば CVS (2人乗りのコンピュータ・タクシー) などもそうである。CVS をつくれば、これは全然土地を使わないで、モノレールだけでいい。レールをつくるだけで、土地の価格を上げないで工事を進めることができる。しかも CVS (Computer-controlled Vehicle System)、コンピュータでコントロールされた交通システムをつくってしまえば、ネットワークで組まれて交通渋滞はなくなってしまいホンダのミニカーみたいなもので走ることになる。そうすると、小型自動車の需要が増える。しかも下のほうは交通がすいてくるから非常によくなる。大雪の時にも絶対大丈夫だということで非常に効果が大いと思う。技術者の計算ではこれをつくるのに1兆円ということである。山手線管内が1兆円。もしこれを3年計画でやるとすれば、1年3,000億円だから、財政的に非常に苦しいものではない。むしろ非常に楽な政策であるということがわかる。同時に CVS をつくることによって鉄鋼の需要は、この CVS に直接関連のあるもので300万トンという計算である。1件当たり300万トンという需要を考えると CVS を東京、大阪、名古屋、福

岡……というようにつくっていけば、いま鉄鋼が1億トンの生産がなかなかできなくて、操短20%というような状態であるが、鉄鋼生産を一挙に回復することができ、こういうことを考えていくのが福祉政策につながる。つまり私が申上げているのは、社会保障だけで福祉を考えると、大したものではない。今度の予算を今後も続けていくとすれば、それが福祉につながることは可能けれども、長期、短期を組合せてということになると、実現できない。つまり土地についての制約条件が現われて、環境整備のための福祉はほとんど効果を発揮しないんだということを申上げたわけである。

III 高福祉高負担論

(1) 三種の公共財と負担の仕方

次に、今度の予算で問題になるのは、公共料金の引上げである。公共料金引上げについては受益者負担ということが盛んにいわれる。高福祉高負担の問題である。私はこの高福祉高負担ということばについて非常に誤解があるように思う。江見さんが高福祉適正負担ということばを使っておられるが、偶然に私のほうも前から高福祉適正負担と考えていた。内容は違うかどうかかわからないが、江見さんと、ことばはまったく一致している。したがってこの点につきコメントであまり議論することはないと思うが、公共料金の問題は高福祉適正負担という考え方で検討すべきだ。今度の予算は、やはり福祉の面を考えた公共料金政策になっていない。そこに問題がひそんでいる。つまり福祉の表に出ている政策は、計算の上ではなんとかなる。しかし環境整備とか、あるいは公共料金の問題にはいっていくと、こんどの予算があまり適当な答えをもっていないと私は考えている。

そこで公共料金の高福祉高負担ということについてちょっと申上げておかなければならない。私は公共料金については、三種の公共財を区別するところから考えたい。1つはいうまでもなく基本的な必需財としての公共財、こういった基本的必需財というか、稀少であるがゆえに、公共財になるものがある。これについては税負担方式をとる。直接取引では無料であってよろしい。第2には地域的な公共財で、コミュニティ・レベルに下げてつくと互いに損得がはっきりするから、コミュニティで負担していくという考え方にたってコミュニティの負担にゆだねるべきである。第3に選択的な公共財は、豊かな社会において特に現われるものである。福祉国家の考え方のなかにしばしば現れる、財を無料で提供するという発想はこの種の財についてはまったくまちがっていると思

う。というよりも福祉国家についての正確な理解ではないと思う。すべてのものが無料で提供されるのではなくてあるものは有料であってかまわない。しかも豊かな社会になれば物的なものを通じて価値の多様化が生れる。価値の多様化が生れてくるならば、選択的公共財について有料にすることはもちろん、私的財に変えていくことさえ必要だと考えられる。こういったことが公共料金にからんでいるところに公共料金問題の複雑になっている理由があると思う。

たとえば国鉄の場合、東海道線が必要であるならば、基本的な公共財として税負担によって直接取引では無料で提供されてもよいと思う。しかしローカル線になると地域的な公共財である。さらに、その国鉄を使って通勤をする場合と、それからどこかレジャーに出かける場合は一種の選択的な公共財となる。こういった私的財として扱えるようなものは、公企業のなかでも次第に私企業的な扱いに変えていかなければならない。私企業的要素を加えないで放っておくと公共負担が非常に大きくなる。国鉄のように赤字が累積して8,000億円にもなると、その赤字を補うために、むしろ基本的な必需財としての公共財を値上げすることで赤字を解消するというやり方が出てくる。現在の国鉄の運賃値上げはある程度妥当なところもある。しかし基本的に考え直さなければならぬのはまさにそこである。本来税負担でやるべきところが、国鉄という公企業性のためにできない。そこで政府借入れということになる。しかし結局無料分をなんとか補わなければならなくなり、基本的な必需財は値上げ可能であるから、それを値上げしてしまう。そういうことが起り得る。そう考えると、高福祉高負担はちょっと道徳的発言にすぎると感じる。高福祉低負担というのが人間の本性である。つまり費用の負担は最少にしたいから、公共財を低く評価し、あんな公共財は自分はいらないのだと発言する。しかし誰かが負担してその公共財が供給されると自分の負担は最少にしておいて受益だけは最大限にしたいというのが人間の最も合理的な行動である。一般商品の場合、高福祉高負担ということはスナリ認められる。しかし公共財の場合は本来高福祉高負担ということの成り立ちにくいものが公共財になっているところに問題がある。すなわち合理的人間ならば、当然高福祉高負担を要求する。それを高福祉高負担が本当だと財調のようにいうとすると、それは1つの道徳的説教となり、みんな精神を入れ替えろ、福祉を得ようとするなら負担は高くなる、その覚悟をしろ、そういう言い方になる。そのような言い方をしている限り、国民は公

共財に対して高福祉高負担という考え方をもちたいと思う。高福祉高負担の実現とは、高福祉が負担に依拠しているということである。それが公共財の場合にははっきりわからない。財取引の時にすぐ出てこない、やり方が漠然としているから公共財に対する負担を避けようとする人間の行動が出てくる。それをはっきりさせるためには、やはり高福祉高負担は高福祉適正負担にならなければならない。

そのことはいろいろな数字で表せると思うが、国民所得に占める社会保障の給付水準と、それから国民所得に占める税負担の比較を取上げよう。そうすると給付水準はアメリカが最低である。その次には他の国に比べ日本の給付水準が低い。税負担に対して給付水準が低いわけだから国民が見ると高福祉高負担はどうしても納得できないということになる。その点ヨーロッパの場合、給付水準がだいたい日本の倍からそれ以上——西ドイツが一番高いけれども——である。こういうことを実現していかなければ高福祉高負担といっても単なるお説教になってしまうのだということをいわなければならないと思う。

(2) まとめ

最後のまとめに入らせていただくと今まで私が申上げてきたことは、経済情勢の変化を単に高度成長10年からの変化として、今まで高度成長だったから、それではこれから福祉政策だというふうに変えても福祉は実現できない、定着させられないのだということである。さらに福祉国家は3つの手段というか、柱を持っていないといけないということである。1つは、福祉国家であるためには公的な部門が政府の戦略的拠点として使われなければならないということである。これを使わないと、たとえば公共料金に現われたように、国鉄は赤字だから値上げ、郵政省も赤字だから値上げ、そのほか健康保険をはじめ次々と値上げが行われる。つまり1部門だけの赤字を考えて値段を上げればよいということになってしまっているのが現在の欠点だと思う。すべての公的部門を1つにまとめ、1つの政策とし、その政策の拠点としてこの部門にはこういう役割を期待する、この部門にはこういう役割を期待するということに公的部門を政策の手段として使わなければならない。

2番目には、物的な最低生活水準の問題から今は生きがいの問題にまで話移ってきたということがある。少くとも環境整備においては同一の水準を保たなければならない。その意味で社会保障の行き方も変わってくるということである。福祉国家は昔の恩恵的な社会福祉あるい

は公共財はすべて政府がやるのだという、そういう福祉国家ではありえないということである。

3番目に福祉の問題は、最終的には個人の問題になるということがある。そこで個人の意見をどのように政策にフィードバックするか。もっと別の言い方をすれば、経済学でしばしば論じられてきた社会的厚生関数をどういうふうにつくることができるか。こういった1つの政治的ルールを明らかにしなければならない。その政治的ルールでは当然コストが問題になる。情報社会をこれから考える場合には、情報のコストを含め、それだけのコストを払いながら社会的厚生がどういうふう形成されてくるかを示さなければならない。こういった意味で私は参加の社会ということばを使う。そこでは主として経営参加を論じているが、経営参加の問題も含めてフィードバック・システムというものをつくらなければならない。そういうことが福祉国家の1つの方向として登場してこなければならない。

いま申上げた3つの柱が、最初に申上げた日本の経済情勢の3つの変化とそれぞれ対応して考えらるべきものだというふうに私は理解している。以上経済情勢の変化を通じて社会福祉を考えるという問題に対して私なりの考え方を申上げた次第である。

司会 たいへん広範囲にわたる問題を提起され、興味のあるご報告を承った。さっそくこれについてコメントをお願いしたい。まず江見さんから。

＜コメント＞

江 見 康 一

ただいま加藤さんが広範にわたり問題提起、整理をされ、あまり問題が広いのでどこからコメント申上げていかとまどっている。最後の福祉国家の3つの柱という形でおまとめになったことのなかに、実は私が質問申し上げようと思っていたことがたくみに答えられてしまっているという感じである。実は「成長と福祉」という対応のさせ方が一般的にされているが、これは「成長か福祉か」という択一的な関係で、成長が福祉に移行することではなく、いろいろある成長の仕方の中から、福祉充実という目的にふさわしい方法を選択することだと思う。しかし、この点に関しては、最後の整理のなかで、すでに答が示されたと思う。

それから「福祉とはなんぞや」ということに関し、3

つに整理され、まず最初に「恩恵としての福祉」あるいは「生存としての福祉」という段階があり、それが発展して、第2段階は雑費の増大ということのなかに含まれている、公的サービスに対する窮乏感という形で出ている福祉の段階、第3段階がいわゆる「生きがいの福祉」あるいは「不適應階層をどうするかという福祉」、こういうふうに名づけられたわけである。この整理は、結局現段階が第3段階の入口に立っているということだと思う。しかし第1段階が全部解消されてしまっているのかどうか、あるいは第2段階はすでに卒業してしまっていると解釈されているのかどうか、ということである。つまり現実には、第1段階あるいは第2段階も残存させながら、第3段階が目前にきているというミックスした形になっているのではないか。重要なことは第3段階が目前にきているのに、今なお第1段階の発想で、1, 2, 3の全部をひっくりめようとしているというところにむりがあるのではないか。こういうふうに問題を整理したらどうかと思う。

それから経済の問題に移って、いま黒板に数字が残っているけれども、ここ10数年の間の民間設備投資、政府投資、政府消費の移り変りをお示しいただいた。これに長期的な視点も加え、すなわち明治以降100年の間、民間設備投資あるいは民間消費、公共投資、公共消費、そういうものがどういう関係で動いてきたかを考察すれば、ここでの問題提起が明らかになると思う。設例は政府支出対民間投資の関係で考えられているが、むしろ民間設備投資 I_p 、政府投資 I_g 、社会保障を含む政府消費を C_g とし、 I_p と I_g 、および I_g と C_g とがどういう関連で動いてきているのかということが重要な問題だと思う。公共投資 I_g は社会資本への投資、 C_g は社会保障を含む政府消費と考えると、いったい社会資本と社会保障とがどういう関係になっているのか、ということだと思う。いわば社会資本というのは環境を整える、人を入れる器になるわけで、社会保障は人自身にベネフィットをもたらすものであるから、「器」の整備と「中身」の向上に対する資源ないしは資金の振分け方がどうなっているかという関係こそが、われわれがお聞きしたい点であった。

それから今年の予算にふれられて、社会保障に関する限りは福祉予算の色合いが出ているというお話だったと思う。たしかに枠としてはそうであるけれども、問題は枠の問題のほかに配分の問題があると思うし、単年度で見ると福祉予算の色合いが出ているけれども、福祉などというものは、5年とか10年、20年という時間

をかけてはじめて定着するものだから、予算編成に対する注文としていえば、やはり福祉計画というものに裏打ちされていないと、果して今年の予算だけで福祉は定着したといえるかどうか非常に疑問だと思う。できれば福祉予算への方向を定着させるための福祉計画が同時に示されるべきだと考える。

それから終りのほうの問題提起では、たしか将来は、住宅はむしろ個人で建てるべきであり、政府のなすべきことは住宅が建てやすいように、主として土地のほうのめんどろをみるべきである、というお話だったと思う。このことに関連して一番大切なことは「公」がやることと「私」がやることとの領域をどういうふうに区分するか、「公」と「私」の機能分担をどういうふうに区別するかということだと思う。私的領域というのは一応プライス・メカニズムというものがあって、たとえば「高福祉・高負担」という話が出たわけであるが、私どもはそれがほしいものであれば高い金を出しても買っている。私的分野では、プライス・メカニズムを通じて一応「高福祉・高負担」の形になっていると思う。したがって、いわゆる「高福祉・高負担」というものが問題になるのは、私的領域ではなく公の領域でプライス・メカニズムが働かないところで福祉と負担との関係をどういう論理で結びつけるかという問題だと思う。加藤さんは、高福祉高負担というのは、いわばお説教的な、道徳的な問題を多分に含んでいる、というお話であったけれどもマクロ的に見て、公共部門がつくり出す福祉サービスの全体と、それに対応する国民負担の全体とを対比させた場合に、福祉を高めようとするれば全体としての負担は高まらざるをえない。私はこういう意味に解釈しているわけである。その問題を「高福祉・適正負担」というように言い換えるには、その間に所得再配分の問題が入ってくる。マクロ的にみれば高福祉高負担だけれども、ミクロ的に1人1人をとった場合には当然高福祉低負担の人もあるはずである。だから問題は、マクロ的視点から見た高福祉高負担を、ミクロ的視点における高福祉適正負担に結びつけるために、どのような再配分の仕方をすべきかということだと思う。

以上のことに関連して、今まで公でやっていたものを私企業にまわす、あるいは私企業がやっていたものを公共部門がやる。こういう再点検が必要である。このことは加藤さんもお指摘になった点だと思う。今までは政府がやったほうがよかったのだけれども時勢が変わって、むしろこれは私企業にまかせたほうがいいのだというものもあれば、今までは私企業がやっていたけれども、この

ような状況のもとでは政府がやるべきであるというふうに、つまり最初にどちらがやったから、その形がいつまでも続かなければならないという硬直的な考え方ではなくて、社会、経済情勢に応じて、あるいはまたそれぞれの機能の変化に応じて、公共がやるべきものと、「私」がやるべきものとを総点検する段階に、今やきているのではなかろうか。このことは社会保障についても、今までは社会保障でやっていたけれども、これはむしろ私的保障のほうにまわしたほうがいいのだというものもあるかもしれない。あるいは私的保障でやっていたけれども、これは当然社会保障でやるべきであるというふうに、社会保障の分野に取入れていくべきものもあるかもしれない。このことは1つのサービスの内部における基礎的部分と選択的部分との関係についてもいえるわけで、そのところの振分け方をどうするかということが実は福祉国家の問題ではなかろうかと思う。

まとめのところで「生きがいと参加の問題」が出てきたが、生きがいはやはり個人の問題であるからいくら条件をよくしても生きがいを感じない人は感じないわけで、個人の主体的な問題、つまり生きがいというのは個人が努力して主体的につかみ取るものであって、他人がとやかくいうべきものではないかもしれない。したがって政府がやるべきことは、生きがいをつかめるような環境、条件、機会を整えることで生きがいそのものを与えることではない。最後の参加の問題は、いろいろな参加の仕方があるが、福祉社会においては住民参加ということが非常に重要な問題になると思う。いわゆる国のレベルでの参加の仕方、あるいは府県単位における行政圏での参加の仕方、コミュニティにおける参加の仕方と、いろいろのレベルで参加の仕方が違うけれども、ここで重要なのはコミュニティにおける参加の仕方だと思うので、そのへんの参加の仕方をさらに具体的に展開していただければと思う。

今日のお話はたいへん範囲が広いので、細かい具体的な話は聞けなかったけれども、方向づけというか、考え方というか、そういう点でたいへん示唆の深いお話であった。私のコメントも望濁のコメントになったかと思うが、以上簡単に感想を申し上げた。

〈コメント〉

大 熊 一 郎

多彩な議論を展開された加藤さんのお話を聞く機会を得てたいへんありがたいと思っている。今日、財政学が

いわゆる公共経済学への脱皮を図っている段階にあって、私自身もどういう形で公共経済学を展開すべきかということの日頃考えているので、たいへん教えられるところが多かった。

加藤さんはこのお話のなかで——少くともこのレジュメを読んだ限りでは——3つのことを柱にしておられる。1つは今回の予算を中心にしたお考えだと思うが、景気回復につき従来の量的景気回復に対し質的な景気回復ということを強調しておられる。2番目に高福祉高負担ではなく、高福祉適正負担であるということを柱に述べられた。第3番目が最も中心になると思うが、生きがいの保障ということを書いておられる。以下この3つの論点について感想を述べさせていただきます。

質的景気回復ということで加藤さんが述べられたことは必ずしも理解できないが、私自身が考えると、従来の日本の景気対策手段が、主として公共投資、財政投融资にゆだねられていた。そうした手段をむしろ転換しなくてはいけない。こういうことが質的な景気回復の論点ではなからうか。つまりそれは公共投資を中心とした財政支出による調整から、むしろ粗税による調整中心に変るべきだということかと思う。従来税制による民間投資の調整は実質的に行われていなかったわけである。ところが、質的景気回復が社会福祉予算を大幅に増やすことであると考えるなら、これは必ずしも妥当ではない。社会福祉というのは景気対策の手段では毛頭ないからである。

明年度（47年度）の予算では、大型予算の中に福祉予算という観点からかなりの財政的配慮がされているということはいわれており、そんなことはないという人もいるが少くとも福祉予算というものが表面上は大きな柱として出されている。しかし実はよく内容を見てみると、江見さんも福祉というのは長期の問題であるといわれたが、実はかなり場当たりのもので、必ずしも本当に福祉予算といえるかどうか疑問である。社会福祉の充実というのは、実は公共投資にしてもそうであるが、長期的な計画がなくてはならない。往々に財政当局は長期的財政計画を好ましくないものと考えるが、しかし長期的な財政計画の上にはじめて財政による短期的景気調整が有効になる。と同時に、今日の日本は、実は高度成長下を通じて社会福祉というか、社会保障のための予算が著しく増大していることも事実である。ただ、問題なのは、今日ほど社会福祉に関して制度の選択ということが緊急に迫られているにもかかわらず、制度はそのまま予算がふくらんでいくという傾向の出ていることである。

そこに今日のように逆立ちした健康保険という問題が出てくるわけである。

第2番目の高福祉適正負担というのは、まったくおっしゃる通りである。公共料金に対する受益者負担の原則ということは財政当局によって強調されているが、それがしばしば誤解を招いている。受益者負担の原則というのは、高福祉適正負担ということであって、つまり受益者が負担するというのは受益者が受益の程度によって負担することである。そこでは直接サービスを受ける人だけが受益者ではなく、外部経済効果を考慮に入れるならば、企業あるいは社会一般が間接的な受益者である。だから受益の程度に応じて料金と租税とをどのような割合で組合せるかというのが受益者負担原則なのである。これは経済合理性に発する原則ではなく、負担の公正という観点からの原則であり、まさに高福祉適正負担という問題である。

最後に生きがいの保障という問題である。おそらく生きがいというものは、個人の問題になるにしても、個人が生きがいを感じるためには、その前提として分配の公平ということが当然必要になってくるわけで、分配の公平の上にはじめて個人が生きがいを感じる仕事を見出せる。そういう意味で社会保障が分配の公平ということを通じて側面から生きがいの保障をしているというふうに私は考える。ただ、その場合に、経済あるいは社会の発展に応じた2つの問題が当然考えられる。第1は、所得の保障と所得機会の保障をどういうふうに組合せるか、あるいはどちらにウェイトをおくかということである。イギリス型は所得保障で、アメリカ型は所得機会の保障だとしばしばいわれているが、これは並列すべきものではなく、その時代に応じてウェイトの変ってくるべき問題である。今日、日本で教育、医療が大きく問題になるのは、やはり単なる所得保障から所得機会の保障へというウェイトの変化を反映しているというふうに考えられる。

第2の問題は、所得の再分配がしばしば社会福祉の前提になるにしても、今日生きがいの保障という観点から考えると所得の再分配というものは、一方ではかなりの税負担を国民にしいなくてはならない。そこで、所得の再分配と勤労意欲をどういうふうに調整するかということが問題である。所得の再分配が勤労意欲に影響する仕方には、もう1つ、生活の安定がリスクを減少させることによって勤労意欲にマイナスにひびくということも考慮すべきである。経済学者はそういう意味で「最適の不確実性」ということを指摘している。

ところで生きがいが個人の問題であることはまさにそうであるが、日本人は生きがいということを職場で働くことのなかに見出してきたような気がする。それは結局、生きがいを高度成長そのもののなかに見出していったというふうにも考えられるわけである。ところで私も経済学者は勤労意欲ということを問題にする場合、インカムとレジャーの選択ということを理論的基礎に踏まえて考えているわけである。生きがいインカムそのものを高めることにあるのか、あるいはレジャーを充実することにあるのかという点は、これはやはり国によって、あるいは経済社会の発展の程度によって違うわけであろう。問題はレジャーのなかには生きがいを見出すということが単純に遊ぶことに生きがいを見出すことではないところにある。働く場所とそうでない場所とを分けた時に、いわば職場以外の場所で公共的の仕事に従事することに生きがいを見出す人々が少くとも欧米にはかなり多いと考えられる。つまり企業あるいは会社という場所以外で地域社会というコミュニティの中で公共的な仕事に従事することに生きがいを見出していく人が非常に多いということである。社会福祉、社会保障の充実が、今後インカムとレジャーの選択におけるレジャーの充実として、地域社会というコミュニティの中で見出す喜びと生きがいというものが密接につながってくる必要があり、またそうなるのではなからうか。今日の地域住民のいろいろな運動を見ても、そういうところにある種の今後のあり方を予想できるのではないか。

〈コメント〉

富 永 健 一

経済学者を大ざっぱに成長派と福祉派と分けることができると思う。加藤先生のご報告は福祉派の発言であると思う。私も社会学者は目的設定として福祉派もしくは連帯派になる傾向が強いわけであるけれども、私の場合は、社会発展という概念を究極的にウェルフェアの増加として目的的に定義していく、そういう意味での福祉派と自分を考えている。したがって成長派の経済学者に対しては原理的な問題についていろいろ異論を述べる必要を感じずかもしれないが、加藤先生のご発言は福祉的な観点であるから、私としては原理的に異論を述べる余地はちょっとないわけである。その意味でもむしろ私は加藤先生のご報告に対して補足的なことを述べる役割にあると思う。

ただ、1つコメントをしておきたいことがある。それ

はパンフレットの結論の部分に「経済成長の利益の内容を明らかにし、だれが真の利益者であり、それゆえ、だれが福祉を高めるための負担を覚悟すべきかということを示すことが必要だ」という問題提起をなさっているわけであるが、ところがこの設問に対して加藤先生ご自身、体系的に答を与えていらっしゃる。文脈から読み取ると、地価が上昇して得をしたのは土地成金だというふうにもとれるわけだが、またそのことには異論がないわけだけれども、そうであるならば高度成長にともなう外部経済効果の受益者というものを体系的にあげなければならないわけで、そのなかにはたとえば都市化の利益を受けた小売商も入るだろうし、あるいは公害の費用負担を免れてきた企業も入るだろうし、非常に多くの経済主体がそこにあげられなければならないと思う。そういう高度成長にともなう外部経済効果の問題は、結局、市場メカニズムがそれらの問題について働かないということによって引き起された不公平の問題であるから、これにはそれ固有の解決策を考えるべきであると思う。たとえば課税方式というのはその1つである。加藤先生は公共投資が土地の値上りを促進したから、公共投資には問題があるというご指摘をなさったけれども、もちろん不公平の是正は必要なのだが、他方、公共投資つまり社会的公共財に対する国家支出の増加が抑制されなければならないということにはならないと思う。この点で加藤先生は、高福祉高負担というのは、高福祉適正負担と言いかえられるべきだとおっしゃったけれども、高負担の問題自体が起ってくることは避けられないと思う。高負担は避けられないけれども、分配の問題が残るのだというふうにいうのが適正ではないかと思う。

以上が私のコメントであるが、これからさきは補足的な議論を述べたいと思う。加藤先生は福祉の議論を非常に広く解釈されて、いわゆる社会保障あるいは社会福祉についての通常の考え方は、第1の段階には適用されるけれども、今日では適用されえないというふうにおっしゃっていたと思う。私もこの点、非常に賛成で、社会保障あるいは社会福祉についてのいくつかの書物に私も目を通して見たのだけれども、非常に伝統的な社会政策型の色合いの書物が多いわけで、非常にせまい概念設定がなされるわけである。しかし社会保障とか社会福祉とかいう概念は、本来歴史的なその時その時の歴史的な事情から形成されるものであって、加藤先生の標題に経済情勢ということばがあって、それをきょうは長期、中期、短期というふうに分けられたけれども、長期の意味での経済情勢、あるいはもっと広くいえば社会情勢によって、

ところで生きがい個人の問題であることはまさにそうであるが、日本人は生きがいということ職場で働くことのなかに見出してきたような気がする。それは結局、生きがいを高度成長そのもののなかに見出していったというふうにも考えられるわけである。ところで私も経済学者は勤労意欲ということ問題を考える場合、インカムとレジャーの選択ということを理論的基礎に踏まえて考えているわけである。生きがいがインカムそのものを高めることにあるのか、あるいはレジャーを充実することにあるのかという点は、これはやはり国によって、あるいは経済社会の発展の程度によって違うわけであろう。問題はレジャーのなか生きがいを見出すということが単純に遊ぶことに生きがいを見出すことではないところにある。働く場所とそうでない場所とを分けた時に、いわば職場以外の場所で公共的仕事に従事することに生きがいを見出す人々が少くとも欧米にはかなり多いと考えられる。つまり企業あるいは会社という場所以外で地域社会というコミュニティの中で公共的な仕事に従事することに生きがいを見出していく人が非常に多いということである。社会福祉、社会保障の充実が、今後インカムとレジャーの選択におけるレジャーの充実として、地域社会というコミュニティの中で見出す喜びと生きがいというものとの密接につながってくる必要があり、またそうなるのではなからうか。今日の地域住民のいろいろな運動を見ても、そういうところにある種の今後のあり方を予想できるのではないか。

〈コメント〉

富 永 健 一

経済学者を大ざっぱに成長派と福祉派と分けることができるとすると、加藤先生のご報告は福祉派の発言であると思う。私も社会学者は目的設定として福祉派もしくは連帯派になる傾向が強いわけであるけれども、私の場合は、社会発展という概念を究極的にウェルフェアの増加として目的的に定義していく、そういう意味での福祉派と自分を考えている。したがって成長派の経済学者に対しては原理的な問題についていろいろ異論を述べる必要を感じずかもしれないが、加藤先生のご発言は福祉的な観点であるから、私としては原理的に異論を述べる余地はちょっとないわけである。その意味でもむしろ私は加藤先生のご報告に対して補足的なことを述べる役割にあると思う。

ただ、1つコメントをしておきたいことがある。それ

はパンフレットの結論の部分に「経済成長の利益の内容を明らかにし、だれが真の利益者であり、それゆえ、だれが福祉を高めるための負担を覚悟すべきかということを示すことが必要だ」という問題提起をなさっているわけであるが、ところがこの設問に対して加藤先生ご自身、体系的に答を与えていらっしゃる。文脈から読み取ると、地価が上昇して得をしたのは土地成金だというふうにもとれるわけだが、またそのことには異論がないわけだけれども、そうであるならば高度成長にともなう外部経済効果の受益者というものを体系的にあげなければならないわけで、そのなかにはたとえば都市化の利益を受けた小売商も入るだろうし、あるいは公害の費用負担を免れてきた企業も入るだろうし、非常に多くの経済主体がそこにあげられなければならないと思う。そういう高度成長にともなう外部経済効果の問題は、結局、市場メカニズムがそれらの問題について働かないということによって引き起された不公平の問題であるから、これにはそれ固有の解決策を考えるべきであると思う。たとえば課税方式というのはその1つである。加藤先生は公共投資が土地の値上りを促進したから、公共投資には問題があるというご指摘をなさったけれども、もちろん不公平の是正は必要なのだが、他方、公共投資つまり社会的公共財に対する国家支出の増加が抑制されなければならないということにはならないと思う。この点で加藤先生は、高福祉高負担というのは、高福祉適正負担と言いかえられるべきだとおっしゃったけれども、高負担の問題自体が起ってくることは避けられないと思う。高負担は避けられないけれども、分配の問題が残るのだというふうにいうのが適正ではないかと思う。

以上が私のコメントであるが、これからさきは補足的な議論を述べたいと思う。加藤先生は福祉の議論を非常に広く解釈されて、いわゆる社会保障あるいは社会福祉についての通常の考え方は、第1の段階には適用されるけれども、今日では適用されえないというふうにおっしゃっていたと思う。私もこの点、非常に賛成で、社会保障あるいは社会福祉についてのいくつかの書物に私も目を通して見たのだけれども、非常に伝統的な社会政策型の色合いの書物が多いわけで、非常にせまい概念設定がなされるわけである。しかし社会保障とか社会福祉とかいう概念は、本来歴史的なその時その時の歴史的な事情から形成されるものであって、加藤先生の標題に経済情勢ということばがあって、それをきょうは長期、中期、短期というふうに分けられたけれども、長期の意味での経済情勢、あるいはもっと広くいえば社会情勢によって、

そういう概念の中身は変わってくると思う。すなわち以前は労働者政策だったものが、ホワイトカラー、自営業者も入ってくるというふうに範囲が広がっているし、いわゆる社会問題の性格も変化してきているのであって、ニュー・プロブレムというような、たとえば急速な都市化によって都市の生活環境が悪化して、その被害を受けた人々、あるいは高度産業化のマイナス効果によって欲求充足の剝奪を経験した人々にたいして、国家や自治体が補償するといったことも、福祉の重要なテーマとして含める必要がある。つまり対象者が貧困者であるとか、心身障害者であるとかいうように限定されない社会問題というものが多く登場してきているということを強調したいわけである。

そこで経済情勢とか、社会情勢とかいうことをば長期的な意味で高度産業下の現段階といった意味にとると、高度成長から福祉へといわれる場合の福祉の意味も変化している。つまりそれは言い換えれば、社会的に重要な意味を賦与された逸脱現象の内容に変化が生じているということを指摘する必要があるのではないかと思うわけである。福祉ということについては私の定義は非常に広いのであって、人々の欲求充足が実現されているという状態をいうものである。政府施策としての社会保障とか社会福祉とかいうものは、システムとしての社会が人々の欲求充足の実現をはかる能力を高めることである。そういうふうに規定されると思う。システムとしての能力であるから、純個人的な努力によって実現されるような欲求充足は当然このなかには入らないわけである。したがって特に公共的にのみ得られる満足あるいは個人としてはいかんともなしがたく、システムの機能によってはじめて与えられるような欲求充足の実現能力というものがここでの問題である。

この問題について私の最近の研究のことをちょっと申し上げてみたい。私はいま述べたように、福祉の上昇を目的変数と考えた。したがってそれが政策価値判断における外的基準の位置を占めると思う。社会福祉の心理面での現われを生活満足としてとらえ、これを測定すべき変数として外的基準の位置におく。生活満足という形でとらえると測定可能なものになるわけである。そういう形でこの変数を測定し、そうしておいて福祉を規定しているいろいろな生活条件を説明変数として分析するというようなことをやっているわけである。きょうの問題についてその中から重要な結論を1つ2つ申してみると、住宅というのが生活満足を左右する非常に大きなウェイトをもっているということが明らかになった。換言すれば、

住宅事情が悪い状態に置かれているということは、生活満足の実現にとって非常に大きな制約条件になっているということである。それからもう1つ、やりがいのある仕事を持っているかどうかということが、また生活満足の大きさを大きく左右する重要な要因になっている。これは先ほど加藤先生のご報告の最後にあった生きがいの問題と結びついてくるわけであるが、ただ、先ほど江見先生もおっしゃったように、生きがいというのは、それだけをあげると非常に個人的なサイドの問題だというふうにとらえられることになり、それが先ほど申上げたシステムが欲求充足の実現をはかる能力、システムのそういう能力というのにそれを含めることには疑問が感じられるわけである。たとえば政治家に生きがいを高めることが政治の課題であるなんてことをうっかりいうと、それでは生きがいのないのはなにか宗教が日本に欠けているからだということになって、宗教を起すのが政治の仕事だということになりかねない。しかしそういうことが政治の課題だとは私は思わない。それは各人の心の持ち方の問題だと思う。しかし上の問題設定では、そうではなく、やりがいのある仕事ということがこの場合の私の変数になっているということなのである。仕事の生きがいということになると。まったく個人の責任だというわけにはまいらない。つまりたとえば技術革新が進むことによって単調労働がふえる、あるいは労働の緊張度がふえるというようなことになると、それが仕事の生きがいの喪失という形の結果を生むとすればそれはもはや、ただ個人の次元の問題とはいえないわけである。そういう意味でこれはむしろ政府というよりも企業の問題になってくると思うが、やはりシステムとしての社会が人々の欲求充足をはかる能力ということに関係してくる。そういう社会のシステムの能力を高めるというのが私のいう福祉の政策だということを言いたいわけである。

私は加藤先生のご報告を側面から補うつもりでこういうことを申したわけで、経済学的な議論に対して、それをもう1つ社会学的な観点から補足するということになると思うので、特に加藤先生にご返事をしていただくというものではない。

司会 たいへん時間がなくて……。今のコメントについてなにかおっしゃりたいことがあったら、簡単にひとつ……。

加藤 時間もないので、かんたんに申し上げたい。私の不十分な報告に対して綿密なコメントをいただき恐縮である。実は私は経済情勢の変化と社会福祉という題名を与えられた時、なにを意味するかということがよくわか

らなかった。そこで私なりに考えたのは、経済情勢というはおそらく日本で福祉の問題を考える時に、福祉政策をやればいいのだという形で政府がとらえてしまう。そうするとこれは日本の福祉政策あるいは福祉国家をつくるという方向に果してつながっていくだろうか。こういうことを取上げるのがこの主題ではないかと思ったわけである。

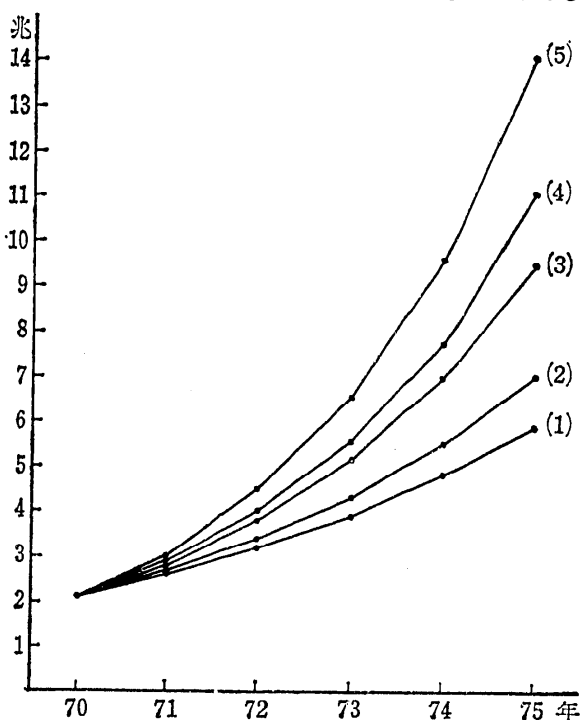
そういったことから江見さんがおっしゃった第1の問題についてはまったく賛成で、福祉の段階というものは少くとも3つある。ところが最終的な3つの問題について直接それらを取上げないで、つまり現在は3つの福祉の問題が重なって出ているのであるが、その重なって出ているものに対して、どこに中心を置くか、こちらへ重点を置けばそちらはどうなるか、あるいは生きがいのことまで含めて福祉の政策、施設を考えてやったらどんなことになるか等と考えていないという指摘に問題提起の第1があったわけである。具体的なことを申上げて恐縮であるけれども、いろいろご異論はあるかと思うが、今度の政府予算のなかで高齢扶養控除という減税が設けられた。これに対して私はどうも納得できないものがある。というのは高齢扶養控除を行うにしてもいったいこれから日本の家族主義というものをどうしていくのか、古い家族主義を考えるとできないとすれば新しい家族主義とはいったいどんなものかということについて明確な意識のないままに、現状での単なる扶養控除が行われるようだからである。これが行われれば、1つの政策として定着してしまうからそのまま持続するわけである。そういう意味からすると、場当たりの政策——大熊さんのお話だが、それはそれで結構だけれども——その場当たりの政策が福祉の将来をめざしたものにどうつながっているのか、それが明らかにならなければ、こういった政策を簡単に承認するのはおかしいのではないかと考えている。その点から福祉計画、長期計画を立てろという江見さん、大熊さんのご意見に対してはまったく賛成である。

そのことについては私は現在の日本の状態が福祉計画というものに対してどういうふうになっているかを描いてみようとした。図にあるように日本のそれぞれの福祉政策のあり方を並べてみると、日本が実際にやっているのは一番下のところで、日本がこれだけやってもこれだけにしかならないということであろうか。私も5番目ぐらいを一番可能性のあるものとして考えなければいけないと思っているが、それに近づくことすらできない状況にある。こういうことを取上げていかなければ福祉

計画との関係が出てこないのではないかと考えている。

ここでは社会保障だけを考えたが、先ほど申上げた環境整備についても考えたものとして、多少我田引水で恐縮であるけれども、こんど同盟で発表した福祉ビジョンというのがある。そのなかで私自身は福祉計画が何年後にこうならなければいけないということを描いた。それは決して不可能なものでなく、可能な状態において、年金はこのくらい、施設ならこうなるというように描き、福祉のシステム表をつくり、いったいどのくらいの財源を捻出できるかということをも検討したわけである。こういった検討をしてみても私たちの考えている福祉計画にすら及ばないということが明らかになっている。そのことを特に日本の今度の福祉政策については強調しなければならない。

そういうわけで、量的には一応いまのものを続けることができれば十分だと思っているが、ただ、公共投資はご承知のように、景気がよくなれば減らしてしまうという傾向がある。そういう傾向からいけばそのまま持続することはありえない。その意味で日本の福祉計画は、数字の上では一応まあまあというところにあるにしても内



(1) 政府負担額(Bg)は70年、71年は実績、72～75年は過去5年間の趨勢22.5%成長率で算出。

(2) GNP成長率13%、75年の $\frac{B}{GNP} = 10\%$ の理想値

(3) GNP成長率16%、75年の $\frac{B}{GNP} = 10\%$ の理想値

(4) GNP成長率13%、75年の $\frac{B}{GNP} = 15\%$ の理想値

(5) GNP成長率16%、75年の $\frac{B}{GNP} = 15\%$ の理想値

容的にも、今後のことを考えた場合にも、かなり大きなズレがある。そういうことを示してみた。

それから江見さんのお話で I_p , I_g , C_g の関係。表ではこれも一応描いているが、ここでは省略した。現在日本で一番考えなければいけないのは、長期的視点からみた場合に、 I_p と、 I_g と C_g を足したものの関係である。これすらできないということを示したかったので、ここでは特に政府消費と投資を合せてみてしまった。しかしもちろん個別的にやることも考えている。

さらに生きがいなどということを出したので非常に大ざっぱになって恐縮だが、富永さんのコメントと関連して申し上げたい。私自身が富永さんのいわれたことを誤解しているのかもしれないが、公共投資によって地価が上昇するといったことにつき公共投資が減ってしまっているのかというご意見だったような気がする。もしそういう意味であれば申し上げたいのは地価の上昇を抑えた上で成長しないと、日本のこれからの福祉政策は充実できないということである。今までの日本では地価の上昇を抑えずその地価の上昇からの利益を通じて投資を進め、成長することができた。そういう点に関し否定しているのではなく、これからの福祉政策に結びつけようと思ったら、地価の上昇を抑えなければならない。それが実は高福祉高負担を適正負担に結びつける分配の問題であるということ。つまり開発利益をどう分配するかを示さなければ、高福祉適正負担にならないのだということを言外で逆に申し上げたのである。

それから、やりがいのある仕事ということばが出たが、その点まったく賛成である。経済学者は生きがいとかやりがいとかいうことが出ると、非常に軽蔑して扱うが、社会学あるいは心理学のほうではやりがい、生きがいというものはかなり客観的にとらえられる傾向を持っているのではないかと、あるいはそういう業績がいくつも出てきているのではないと思っている。私はそれを先ほどの3つの分類に合せて3つ考えた。1つは努力である。人間が生きがいを感じるのにはやはり努力を基本とするということである。努力がないと人間は生きがいを感じなくなってしまうということは心理学的にいわれていることである。その次が長期の見通しである。つまり長期の見通しにどうつながっていくかということが明らかになっていないと生きがいとかやりがいとかいう問題はなくなってしまう。3番目が仲間づくりである。大熊さんがおっしゃったことのなかでコミュニティ、地域社会での仕事をみつけていくことに生きがいの問題があるというのは3番目である。

つまり企業のなかで仲間づくりをやって生きがいをつくり出しているというのが現在の日本の企業の行き方である。アメリカなどではそれがいないために、企業に背を向ける若者たちが登場し、ヒッピーなどが登場する。日本の場合、それが比較的押えられているのは、企業の仲間意識があるからである。それを今度はコミュニティにどう結びつけていくか。ここには三浦さんもいらっやって非常に積極的におやりになり、松原さんなどもおやりになり、私もずいぶんど意見を承って自分自身の参考にさせていただいているが、そういったコミュニティにおける問題をこれから考えなければならない。これはまったくその通りである。

ただ、そこでいえることは、大熊さんがおっしゃったように企業のなかでの仕事の生きがいと、それからレジャーとしての生きがいとはまったく同じ3つの要素をもっているということである。遊びにも生きがいはありうるし、仕事にも生きがいはありうる。それは共通した概念としてとらえることができるのだと考えている。したがって社会福祉の問題も、実は仲間のなかにおける問題として登場する。今までは企業内福祉であった。それを社会福祉に結びつけていこうというところに生きがいの問題が出てくる。これはまったく賛成であって、そういった意味で公私の振分けということも概念的にだんだんできるのではないかと考えて話を進めてきた。十分な回答ではなかったけれども以上である。

一 般 討 論

司会 それでは皆さまからなにかご意見をお出し願いたい。

山田雄三 私から口火を切らせていただく。先ほどレポーターから経済情勢の変化と社会福祉という問題は、いったいどういう意図で提出されたかというお話があった。テーマを選定した立場からいうと、レポーターがお答えになっているように、昨今、福祉というものが非常に皮相的に解釈をされて政治問題になる傾向がでていいる。この問題を表面的な解釈に止めずに、この際もう少し反省したらどうだろうかという考えで、上記のテーマを設定したわけであるが、きょうのご報告の多彩な内容はいろいろ考えさせられるところが多いと思う。

そこで1つだけお聞きしたい点がある。それは加藤さんのお話の1つのポイントだと思うが、公と私の領域で公としていったいどういうことをやれば本当の長期的な福祉政策に役立ようにやることになるのか、今の状態ではそれが非常に心配だという点、非常に教えられる点がある。要するに公私の振分けをどう考えるかという問題になると思う。例としては、住宅をあげられたが、住宅はむしろ民間にまかせ、それを制約する土地なら土地について、むしろ公共投資あるいは公の活動をもっと積極的にやればいい、あるいは土地をあまり利用しないような公共投資を考えていくというお話であった。医療とか教育ということもあげられたが、残念ながらあまり具体的にふれられていないという点で、いったい公私の振分けはニードの種類の問題であるのかどうか、ニードが公のほうでやらなければならないニード、私のほうでやらなければならないニードというように振分けて考えるべきか、あるいは手段として公のほうに効果があるとか、私のほうが効率が高いとかいうふうに考えるべきか、あるいは両方ともミックスして考えなければならないのか、さらにもう1つは地価の問題でいわれたのだが、今の状態で福祉政策を伸ばそうと思っていろいろ制約がある。その制約を取除くところの公の問題があるのか、そのへんの考え方を整理していただくと非常にいいと思う。特に教育なら教育という1つ別の問題を取上げて、どう考えたらいいかということを教えていただくと非常に参考になるのではないかと思う。

加藤 とてもお教えできるようなことではないが私自身が考えていることをちょっと申上げると、私は基本的にこう考えている。これはモデル的な分類なので、ことばに1、2の問題はある。政府は個人の代表だということになってしまうと議論ができなくなってしまうが、モデル的に分けて政府と個人消費者、企業が同時に存在しているのを混合経済と考える。したがって資本主義の、つまり自由放任経済の場合には、個人の消費者原理、消費者主権が強く行われ、その消費者主権と、企業のルールというか、私利利潤の追求原則が自由放任で一致する。ところで一致することができたのは、おそらく産業社会的に言えば、物的水準が十分でなかった時代に物的増加を図ることには非常に大きな意味があった。その時にはほかのルールがかなり抑制され、自由放任のルールで企業と個人消費者が一致できる。そういう状況では政府はむしろ市場の外に出てほしいという形で政府は夜警国家になると思う。それが資本主義の1つの状態だったと思う。さらにこの傾向がだんだん強くなってくると、ガル

ブレースが描くところの、企業がすべてのルールを規制するという場合もありうるわけで、そういう場合には新しい産業国家という形で描かれると思う。それから政府が非常に強い規制力を持った場合は、いうまでもなく計画経済ということになる。そういうふうに行動原理というか、自分の目的というものがそれぞれ違っているわけで、その違った目的を1つに合わせるルールが登場した時に、1つの体制を説明する1つのモデルができているのだと思う。

そのようなルールを決めることは、今のように物的なものが非常に満たされてきて、かなり精神的な問題、消費の多様化等が起ってきていると、たとえば消費の多様化を通じてルールが一致できなくなってしまう。自由放任のルールではできなくなる。そこに政府がなにかしてほしいという要求が強まる。近代経済学ではしばしば政府は個人や企業のできないことをすればいいのだという考え方がある。おそらく企業と消費者だけの市場を考えて、そこでできないもの、落ちこぼれたものを政府がやればいいという発想法になっていると思う。公共財の場合、私企業と消費者ではできないから政府がやれという言い方である。ところがそういったことのほかに、このルールがたとえうまく動いていても、なお達成できない問題が起ってくる。それは分配の問題もあるし、独占の問題もある。そういうなかで政府はなにをするかということを追求する行き方があると思う。このようなことが現実の公私の振分けを考えると混乱を起す理由ではないか。企業と消費者が主体で政府は常に介添的な役割を果すのだという発想法が近代経済学を貫いている。そういう考え方からいくとどうしても政府の役割は限界をもたなければならない、どこでやめるかということを考えなければならないことになってくる。

ところがそうではなく、全部が現実に存在している市場だと考えると、政府がそれぞれの目的をもった主体とどのようにコーディネートするか、調整するかという問題が当然登場する。山田先生はその点を非常に追求しておられる。私自身もそのことについては若干の考えをいくつか書いたこともある。目的が違うということは利害が対立しているわけで、それを調整するルールをどのように決めるかという時に、現在では1つに決めることができない。1つのルールですべてを統一することができないのであって、段階とかあるいは地域差とか、つまりニーズの段階によって区別する、それから地域差によって区別する。そういう行き方となる。

たとえば公企業を使って、競争的な役割を通じて物価

を押えていこうというやり方をする北欧の協同組合的な行き方は、企業のなかに公的な要素を入れて抑制していくわけである。たとえばスウェーデンの医療なども医療が赤字になったということではなく、それをどういうふうに考えていくかという時に、一番問題になるのは、医薬業界の問題である。医薬業界を抑えなければ乱診乱療を抑えられないという問題が出てくると、製薬会社の1つを国有企業にして、ほかの製薬会社を競争させる。そしてできた製品を販売する時に、小売店は国営商店で販売する。こういうやり方を通じて公的な部門が全体のルールに対して適正なルールを決めていく役割を果たす。こういうことを考えることができる。あるいは教育の問題を考える時に、義務教育という意味での教育を考えると、ニーズとしては必需財の形で出てくる。しかし大学教育も全部義務教育でやれるのかというところではなく、大学教育には当然選択的な公共的要素がある。つまり大学教育を無料で税負担にしてしまえば、大学教育を受けた人は、負担していない税金を通じて個人的利益に還元されるような知能を身につけ、それが社会的に還元されることが保証されればいいが、そうでない時は、どうしても個人的利益に使われることになる。これは高福祉適正負担につながらない。とすればやはりそこに選択的な差があって当然だし、私学の場合、特に特色のある教育をしようとする場合には、国立大学より年額10万円高くても買おうという考え方が出て、それは1つの選択的公共財となる。ただし、私学の場合でも公共財という要素はある。つまり国立大学に入ると同じような意味で私立大学に入る人がある。そういう人々に対しては共通の公共財的な要素がある、ニーズがあるから、そのニーズに対してはやはり税負担による無料という行き方をとらねばならない。それを上回る部分については、私学は当然授業料をとるべきだ。しかしそうならば私学の料金があまりに国立大学から離れてくると、当然問題になる。そこで私学の特色は10万円では高すぎる、5万円ぐらいにしよう、そうしてあとの5万円は政府の負担とすべきだという答が出てくるわけである。

つまり私は、さっき出されたニーズか効果かという考え方ではなく、公共財を分類しながら、このニーズに対してはこういう負担をする、この効果に対してはこういう扱い方をするというファンクショナルなやり方をとる。もっと別の言い方をすれば体制というものを理念と構造と機能と3つに分けて考える。しかし経済体制、社会体制すべてに共通している1つの理念があってルールが決められ、そのルールに従って各主体がどのように配置さ

れるかという構造が決まってくる。これは量的に表現される場合と制度という形で表現される場合とあると思うが、ここでは構造ということばを使う。それがどうからみ合って効果をもたらしていくかという機能の関係もある。こういったことがこの場合も考えられる。富永さんがおっしゃったように、社会構造の変化によって、福祉の理念の内容が変わってくる。その変わったものにつきどういうふうに主体を置くか、つまりそれぞれの主体の置き方によって、どういうふうに機能させていくかということを考える。そういうことで教育の場合いま申し上げたように、一部については個人負担が当然である。あるいは国鉄の場合だと、ローカルと、主たる幹線というどうしても必要であるニーズの種類がある。そういったものに分けて料金制度も変えていかなければならない。こんな考え方を私は持っている。

小倉 義二 私は生きがいという問題についてはあまり無限定すぎると思うので、その場合、社会保障の問題としては権利性の具体的な内容として見なくてはいけないと思う。たとえば発達条件といわれる保障内容の具体化の場合に、ある程度、権利性というものを、1点で押えないと、生きがい保障というのはわかったようで議論が拡散してしまうような気がする。

もう1つは、それと関係して個人という問題が福祉の大きな課題であるけれども、ライフサイクルとの関連について政府の態度を綿密に点検する必要があるということを感じる。1例を上げると、施設充実の問題があるけれども、その場合、施設面の系統性が非常に弱い。障害者の場合でも、施設に入って、障害児が障害者になっていく場合の系統性がない。ネットワークがない。そういう点からいって、生きがいを含めて前途に絶望したり挫折したりする点が非常に多いわけである。だから生きがい保障という点に関してもう少し権利性の内容を確定していき、仮に福祉概念を拡大するにしても、そのへんを押えていかないと無限定になってしまう感じがする。

江見 私が上げた生きがい保障は、加藤さんの第3段階の生きがいということについての、つまり個人の主体的なそれに対する努力、姿勢というものと、それから国ないしは公の立場から生きがいを実現させるための国のやるべきこと、その2つの主体的なものと、富永さんがシステムとおっしゃったその客体的なシステムとどういうふうにつながるかという観点で、加藤さんに感想として申し上げたので、必ずしもご質問とかみ合わないかもしれない。ご指摘の点、たしかに権利としての保障というものをキチッと規定していったら、その規定に応じて保

障内容を決めていかなければ話が曖昧になるという点はその通りだと思う。

第2問目の保障というものはライフサイクルとしての保障でなければならないということもその通りで、いわゆる生涯保障ということばもあるし、健康なども一生涯を通ずる健康保障の体制をつくらなければならないということもよく指摘されているところであって、ライフサイクルの研究が進むにしたがってライフサイクルとしての社会保障というものを今後われわれとしても研究していかなければならないと思っている。だから特に意見のくいちがいということではなくて、同じ方向での確認というか、問題点の確認ということになると思う。

高橋正雄 生きがいという問題が出たので。いつも学生に生きがいがないと社会に出るのだとか、どういう生きがいがあるのかと聞かれて悩んでいる。きょうのご報告は経済情勢の変化と社会福祉ということで、富永さんがおっしゃったように、福祉は欲望充足の状況というように、社会的、知的な福祉との関連における問題でたいへん興味深く拝聴した。生きがいについて、私はこういうふうにいっている。動物として生きている人間は除外して、自分の自由意思に基いて選択している人間だけを考えよう。その場合に生きがいというのを直訳すると、この世界、この社会を生きるに値すると思って生きている人間の問題だ。生きているからには、生きがいがあると思って生きているのだから、あとは甘たれてはいけな。生きがいの問題は原点において肯定すると、そのあとは、どういう種類の生きがいをどういう形で生きたいかという問題になる。人間は誰も良心をもっているらしい。それから反省という能力をもっているらしい。だから生きたいと思うから生きているので、強制されて生きているのではないのだから、その意味では生きがいをもっているのだ。あとは良心にしたがってみんなと討論しながら、自分の希望と社会の希望を合せてもてっている。あとは生きがいの具体的な形、具体的な状況、どういうことで生きたいのかということになる。それを福祉という意味で考えると、きょうの議題につながるわけで、プライス・メカニズムでやるのか、パブリックな方法でやるのか、まったく個人的な問題になると思う。

もう1点。土地の問題が出たけれども、自治省の宮沢さんは、土地問題の解決は土地問題だけでは駄目で、資本の制限と地方自治体の制限とを合せ考えなければいけないといっている。そういうことは皆さんもお考えではあろうけれど土地問題がたいへんな問題であるだけに、やはり社会全体のシステムという面で解決しなければなら

ないと思う。

前田大作 1つは質問、1つは問題提起であるけれども、加藤先生は75年の理想値を出されるのに、社会保障費総額とGNPの比率で出されている。理想値というからにはフローの比率でみるよりも、75年時点で日本が到達する水準でみるべきではないかと思う。そうすると、現在の日本の社会保障は非常に立遅れているから、75年は近すぎると思うけれども、ある一定の時点で西欧諸国と同水準に達するために、このような比率でゆくのだというふうには考えられない。そういうふうに理想値を見るならば、現在の日本の予算はかなり不足しているのではないか。

もう1つは社会福祉の立場からで経済学の方はマクロ的に予算などを見られるが、私どもが予算を分析してみると、予算の中身が非常に限定されていて枠があり、勝手に使えるということにならない。老人、青少年障害者、要するに最低生活をどうしても維持してあげなければならない人々へのサービス、そういうものを西欧諸国の水準まで高めるためには、ことしの社会福祉予算のなかで設備投資に与えられている枠はいろいろな人の計算があるが、必要額の7分の1ぐらいにしかならないのではないかという計算もある。そういうミクロ的な分析から見れば、今年の予算はとうてい満足すべきものであるとはいえない。これは指摘である。

加藤 たいへんいいご意見をいただいた。実は私の理想値の問題は、政府の予算と比較するための数字で、したがって過去のストックについての比較をしたわけではない。その点をまずお断りしておく。いわなかったのがいけなかったが、これはこんど政府が福祉に乗出したというので、いったいそれはどんな意見をもっているのかを示すための数字である。したがっておっしゃる通り、設備について十分そこまでゆくのかどうかは別のことである。そしてこれについては予算と関係なしにすでに統計が出ている。したがってあえて割愛した。

もう1つ申し上げなければいけないことがある。福祉予算が今度の場合十分だったと聞こえるようなことをいったのは申しわけなかったが、実はあまり今まで福祉の予算がない、政府のやっていることは駄目だといひすぎたので、いろいろ文句が出て政府は一生懸命やっているのだといわれる。そこであまり強くいってはいけな。少し弱くいったようなわけで……(笑)。結局、とても内容的に十分なものではないし、あるいは西欧水準に追いつくに十分なものではないし、もっと考えなければいけないと思う。ただこんど乗出した政府の予算だけは、

とにかくやろうという姿勢を見せているといえるのではないか。それとても十分ではない。それを示そうと思ったのが、実際には環境整備などについて政府の予算でどれくらいのところまでゆくかということを計算したものがある。覚えている数字を上げると、下水道などは、5ヵ年計画が行われても、38%の普及率にしかない。イギリスなどの100%は特別として、ドイツでも60%水準だから、日本は明らかにストックの面で遅れている。そういう意味でストックを充実させなければ本当の社会保障にはならないということはまったく賛成である。

西三郎 医師で専門外であるが、生きがいの最初の段階は、江見先生がお書きになったCg(社会保障を含む政府消費)のなかの生活保護費その他であらわされると思うけれども、2番目の段階はIg(民間設備投資)であらわされると思う。第3段階に関しては経済の面でどう表現できるかという問題である。資料ではBという形で表わされているが、これなどはちょっと不十分ではないかという気がする。生きがいの保障に関しては不十分ではないか。

次にそれでは経済と別の問題を導入するとすれば、たとえば人間の数、特に生きがいに関連する場合、サービスに従事する人間の数などは非常に有効な数字ではないかと思う。最近10年間の日本とアメリカ——これは連邦政府だけだから問題があるけれども——について政府職員の増加率を見てみると、日本は一番低い。各国は非常に高い。そのなかで社会福祉——社会保障といえるかどうか区分は別だが——についてはほかの国では30%ぐらいずつ10年間に増加しているのに、日本では平均値と同じか、平均値以下ぐらいの数字である。アメリカでは2倍になったりしている。そういう点から見ると、最後の生きがいに関しては日本は非常に後進的なところではないかと感じたわけだが……。

加藤 日本の場合、生きがいについて非常に後進的であるという意見は賛成である。人員で見るのは私自身も考えたことがあるが、実は日本の場合、1つの官庁の行き方としてなるべく政府の役人を少くしようという傾向が強くなってきている。それからもう1つはほかの国でしばしば問題になるように、政府の役人がネズミ算式に増えてゆきパーキンソンの法則が妥当する。そうすると福祉に関しては看護婦の数などで見るべきではないかと考え、看護婦と看護人などを入れて国際比較をしてみた。その数字をきょうは出さなかったけれども、そういうものも考えなければいけない。これは先ほどのストックの問題にもかなり密接なつながりがある。

三浦文夫 社会福祉の3つの段階、たしかに私も第3段階に突入したと思う。それが厚生省の指摘する消費構造の変化をはじめとして生きがいという格好で出てくるが、この点、整理する問題がいろいろあるのではないかと。たとえば第1段階といわれた問題についても、非常に限られた対象について、たとえば経済的な保護を行うということは、その人々の生きがいが問題になっていたのではないか。第2段階に設定された問題は環境問題をひっくめて出ているけれども、地域住民のなかに広がった形における生きがい、そういうものを阻害する条件をどうするかという問題であるとする、第3に改めて生きがいという問題が出てくるのは、社会福祉をやった人間としてはちょっとピッタリこない。特に先ほど富永さんが出されたように、生きがいということばがはやりになって、非常に個人的な選択であるべきものが政策の中に入りこんでくるというようなことで、非常に危険な要素を逆に感ずる。むしろ生きがいというのは社会福祉そのものを通して、第1段階、第2段階からずっと貫いてきた問題で、ただそこでの対象、そこでの生きがいの内容は大きく変化をとげてきているのではないかと。むしろ第3段階といわれるならば、もう少し個別的なニーズに対応するといおうか、最初は限られた貧困者とかハンディキャップのあるものというような形での限定になっているが、もっと広い意味での個人的なニーズとの対応、そういう方向に第3段階の福祉は進むのではないだろうかという気がする。そのためその3段階設定のなかにおける第3段階のところだけで、生きがいということについて少し異論があるような気がして……。

加藤 先ほど江見さんが、現在は3段階がミックスされているのではないかという形でお出しになったのとおそらく同じご意見だろうと思う。特に私がここで申し上げたいのは、三浦先生のご意見も意味があると思うけれども、やはり第1段階の時に考えている生きがいといま問題になっている生きがいはぜんぜん違うのだということである。第1段階で考えられている時には、むしろ食べるものがあれば生きがいになるという条件の生きがいである。だから生活保護世帯の考え方を見ても、今までよりはトイレトペーパーを少くしても生きればよいのだという——表現は悪いが——考え方を展開するのではないか。物的に満たされた時に出てくる生きがいの問題と違うのだということを強調したかった。3つの生きがいがあるのは否定するものでないことをご理解いただきたい。

司会 まだいろいろご議論があると思うけれども、た

いへん時間がすぎてしまったので一応ここで閉じたいと思う。

この予定表によると、司会者が総括をしなくてはならないことになっているが、お聞きの通り、取扱われた問題があまり広くて、とうてい一括することは不可能である。はじめに経済情勢の変化と社会保障というたいへんコンクリートな題で、具体的な議論がなされるものと思ったが、たいへん間口が広がってしまった。議論の中では、教育論とか一種の国家論のようなもので飛び出したようで、はじめの題よりははるかに規模の大きなシンポジウムになった。しかしわれわれのような福祉の問題を考えているすべての者にとってはいずれも必要なことが議論されたわけで、特に今も三浦さんがご指摘になったように、生きがいというようなものが最近非常に社会福祉のなかで大きく取扱われるようになった。私も老人問題等に最近首を突っ込んでいろいろの会に引っ張り出されるけれども、いつでも最後に生きがいという非常につかみがたいしかも大事な問題にぶつかってしまうわけである。さきほど江見さんのおっしゃったように、生きがいというのは個人的なものであって、これを政府が皆に与えることは不可能であろう。結局、政府としてはその背後にある生きがいを得られるような環境を与える。そこらが政府のなしうるマキシマムだろうということ、私自身もそんなふうに考えていたのであるが、それ以外

にいろいろ問題のあることをうかがって改めて考えてみたいと思っている。

加藤さんが特に最近問題になっている土地問題を大きく取上げられて、地価の抑制がむしろ政府のなすべき重要な仕事であり、住宅そのものの建設はむしろ個人のほうが中心となってやらなくてはならないだろうというご議論をなさった。これは私たちにとってたいへん示唆の深いご説明だったと思う。

コメンターの方々にも各々ご自分の立場から積極的な意見をお述べになった。これもまたいずれも内容が豊富なために、一括してまとめることはたいへんである。大熊さんが、やはり生きがいの問題に関連して分配の公平ということが前提にならなければならないといわれ、所得の保障と所得機会の保障という問題を議論された。これもたいへん興味深かった。また最近、よく問題になっている老齢扶養控除の問題について政府が新しいことに乗出したと一部では大きく評価しているようだけれども、これに対して加藤さんがこういう制度には他の前提がなければならない、たとえば今日の核家族の将来というものを見通したうえでこういうことを考えなくてはいけないという意見をお述べになった。おっしゃる通りだと思う。少なくとも私としては一括することができないので、皆さまのご意見をまことにありがたく拝聴したということとで終らせていただきたいと思う。

〈社会保障研究所シンポジウム〉

テーマ「医療問題の論点」(論点整理)

レポート	地	主	重	美
コメント	大	村	潤	四郎
〃	籠	山		京
〃	小	山	路	男
〃	東	田	敏	夫
〃	前	田	信	雄
司 会	山	田	雄	三

司会(山田雄三) 午後のセッションにはいたいと思います。「医療問題の論点」というテーマであるが、医療問題については、特に最近では甲論乙駁、なかなかぎやかなことであるが、私開会の辞で皆さんに申上げたように、この研究所でやる建て前として、研究者としてどういう考え方で進んだらいいかということをしてできるだけ考えながら進めていきたいと思う。そのために特に論点整理ということで、まずレポーターの地主さんに総括的なお話を願って、それを受けて各コメント5人の方にお願いするという順序でまいりたい。では早速お願いいたします。

〈レポート〉 医療問題の論点 (論点整理)

地 主 重 美

I はじめに

最近医療に対する関心が非常に高まっている。特に昨年の保険医総辞退以後、これに対する一般国民の関心もかなり強い。しかしながら医療問題には大きな利害対立がからんでおり、そのため対立意見に対する誤解があったり、曲解があったりする。いま所長のお話にもあったように研究者としては、現在まさに政争の中にはまり込んでしまった医療問題をもう一度冷静な研究と批判の場所に移して考えてみたいと思う。そんなわけでここではできるだけ現在いろいろ提起されている問題を客観的に整理してみる。その整理を通して、それに対する積極的、消極的な評価が出てくるわけであろうし、またこれからの医療をどうするかという政策論なり、考え方も出てくるであろうと思う。

私の仕事はあくまでも問題の整理にあるわけで、私見を申上げるというわけではない。もちろん整理の仕方、したがって問題の選択に私の意見がはいり込んでしまうということもあろうかと思うが、これはどうも余儀ないわけで、ご了解願いたいと思う。

II 価値前提

さて医療問題をわれわれが考えていく場合に、あるいはまた医療問題が現在いろいろ議論されているその議論をわれわれが見ている時に、どうもその考え方の背後に

持っている一種の価値前提がはっきり明示されないままに議論されている場合が多く、とかく議論が混乱したり、すれ違いの議論になったりする。医療問題に関してみずからの価値前提なるものを正直に出していくことによって、問題の展開をもっと明確にすることもできるのではないかと思う。そういたしますとまず価値前提をめぐっているんな対立があるというふうに問題整理ができると考えるわけである。

この価値前提をめぐる対立がどうして出るかということ、医療というものをどう考えるかということと関係がある。医療をどう理解するか、医療の性格は何であるかということについての意見の相違につながってくるだろうと思う。医療サービスの性格についてはいままでいろんな議論があるので、ここでそれを蒸し返すこともないと思うが、一口にいうと、需・給両面で非常に公共性の強いサービスであるという点でかなり意見の一致があると思う。

そういう公共性の強いサービスを提供する医療の需要と供給のシステムの選択に当って、先ほどの価値前提の対立が出てくるわけである。すなわち医療は公共性の強いサービスであるが、これを需要し供給するメカニズムについては、これをできるだけ自由にしたほうがむしろ望ましいのだ、たとえば患者と医者との人間関係や医療資源の効率的利用や患者の自由選択という点でそのほうがよい、と主張する人達もいるであろう。医療という公

公共性の強いサービスの需要と供給の仕組みを自由化してできるだけ縛らないほうがいいのだ。そのほうが最適なシステムになるのだと、こういう考え方が一方にある。ところがもう一方では、そういう公共性が強いためにむしろいろんな意味での計画化がその中にはいり込んでいなければならない。ここで社会化といったが、それを計画化と置き換えてもいいかと思う。そういう計画化がその中にはいり込んでくるということがどうしても必要である。それは需要側でも、供給側に対しても必要だという、こういう考え方である。

公共性が強いということを認めた上で、なおかつそういう2つの主張があるわけである。自由化といっても何でもかんでも自由にするというのではもちろんない。制限付きの自由化には違いない。そこから当然自由化、計画化のレベルをどういうところに置くかということになる。そのレベルに人により相当の開きがあるわけである。非常に大雑把な割り切り方でいうと、たとえば医療制度のほうは自由化し、医療保険のほうで計画性をはめ込んでいく。医療保険制度のほうに計画化を入れて、医療制度のほうは自由化したほうがいいのだという、こういう考え方が一方にある。他方では、医療保険も医療制度も、つまり医療の需給システム全体にわたって、これに強い計画化が必要になるのだという考え方もある。もちろん需給システム全体にわたって計画化を強めていってもそれにもまたいろいろなレベルが当然あると思う。

いまのような価値前提が出てくる本来の原因は、医療サービスの性格に関する意見の対立にあるといった一般の商品の場合には市場メカニズムを通して売買されるわけだが、医療サービスというのはそういう市場のメカニズムを通しては、適正なサービスの提供ができない、という意味で市場が欠落している。医療サービスのような公共サービスについて現在の市場メカニズムには欠陥がある。そこで市場に代るものとして、一種の公的な規制、社会的な計画化が必要になってくる、こういうふうな考え方になると思う。

ところで公的な規制という場合に、およそ2つぐらい方法があると思う。1つはサービスを提供する場合にサービス価格を規制する方法である。ちょうど公共料金と同じように、料金を規制してあとは自由にする。また第2の方法として料金ではなくて物的な供給そのものを必要な形で計画化していく、そういう形のより直接的な規制もある。

だから自由化とか、社会化とかいうことをいっても、その内容は理想的な自由化、あるいは理想的な計画化と

いうことを考えているわけではない。そこにはおのずから限界があって、自由化を主張する人達の意見にしても、ある種の計画化は認めてその上での自由化ということになるし、また計画化という場合でも、全面的な計画化ということではなくてある程度の自由化をその中に組込んだ計画化というものがあるわけである。

III 判定基準

そこでそういう自由化とか、計画化という価値前提のもとで、現実の医療需給システムを考える場合、そこにいくつかの判定基準があると思う。すなわち、(1)こういう公共的なサービスというものは、全国民により公平に配分されていかなければならないという社会的公平である。この点についておそらく異論はないと思う。(2)それから配分の仕方がより効率的でなければいけない。資源があまり無駄になるようなやり方では困る。(3)次に、そういう資源の配分をする場合に、財政が安定しなければいけない。いつも財政的に問題をひき起すような仕組みでは困る。これらが判断をする場合の基準になってくる。つまり自由化の考え方を選ぶか、あるいは計画化の考え方を選ぶかという場合の判断の基準としてそういうものが出てくる。その中で公平性というものに特に強調点を置くような意見もあれば、財政の安定性というところを特に強調する意見もあるだろう。そういうことがこの自由化、計画化のレベルの違いということになって現実には出ているのではないかと思う。

IV 医療保険

こういう価値前提が、それでは現実の医療保険なり、医療制度についての評価にどういう形で反映してきているだろうかを頭に置きながら、医療の問題を一応医療保険にかかわる問題と、医療制度、医療供給体制にかかわる問題に分けて考えてみたいと思う。こういうふうに医療保険、医療制度といったものに分けることに対して反論もあるので、その点についてはいずれ一番最後に、結びのところでふれてみたい。

最初に医療保険の問題である。これについては非常に長い間いろんな論争が交わされているが、ここではできるだけ経済の問題を頭に置きながら、ここでの論争点を考えてみたい。

現在の保険制度とその現状についての評価は、人によってまちまちである。ところで評価をする場合には幾つかの基準があると思う。現在のような仕組みがよいか、悪いかを評価する場合に幾つかの視点というか、判断の

基準があるかと思う。現在の日本の医療保険制度は、ご承知のように幾つかに制度が分れているが、そういう現状について、いろんな意見が出ている。その場合の判断ないし視点として、第1は、健康の管理とか、被保険者の福祉というものがある。そういう視点に立って現在の保険制度が健康管理の面で、被保険者の福祉を向上させるために非常に優れたものをもっている、と評価する意見もある。また、現行の保険制度は治療偏重的で、予防重視への誘因をもっていない、と批判する意見もある。ともあれそういう観点から制度の評価をするわけである。

第2は医療保険制度そのものは、制度運営上どれだけ効率的であるか、管理運営の面でどれだけ効率性を持っているかという視点である。この効率性の問題をめぐってたとえば小集団の問題、これはあとで分権化、統合化のところで触れるが、そういう小集団方式がよいのか、大集団にするのがよいのかという論争がある。

第3は、現行制度が非常に分立しているために、給付、拠出の両面で格差が生じているということがいわれている。それを社会的な公正という見地から、制度間に存在する格差をどういうふうに考えるかということで現行制度に対する評価が違ってくる。

第4は財政の安定性ということがある。保険財政が安定しているかどうかという観点から現行制度がよいかどうかを判定する。

いま挙げた幾つかの論点は、判断をする場合の視点というか、判断の基準になるわけだから、その基準の中でどこにいかなるウェイトを置くかによって、おのずから判定結果も違ってくるばかりでなく、どこにウェイトを置くかということそのことが実は先ほど申したような、より自由化したほうがよいのか、あるいはまた計画化したほうがよいのかという考え方の違いになってくるだろうと思う。

それから第2のところちょっと触れたが、特に非常に分立している保険制度の現状で、特に政府管掌という大集団方式を取るのがよいのか、組合方式を取るほうがよいのかということをめぐる論争とも関係があるわけだが、小集団的に分権化させるようなやり方がよいのか、そうでなくてもっと統合化して1本の制度にする大集団方式のほうがいいのか、こういうような論点からの議論がある。これについては管理の効率を上げるためには小集団のほうがよいという意見もあれば、「規模の経済」を考えると大集団のほうがよいという考え方も出てくる。そういうことで当然判断の結果が違ってくるわけ

であるが、分立したことに伴って生じてくる社会的な不公平をそれではどうするかということも当然出てくる問題である。こうして分権化を選ぶか、統合化を選ぶかということが、やはり1つの重要な論点として出てくるように思う。分権化といっても完全に自由化することではないのであって、計画の方式として分権化がよいのか、統合化がよいのかということにもなるわけである。

第3番目に医療保険を通して、いわば医療サービスの需要を共同化しているわけだが、そういう物の流れに対して金の流れというのがある。その金の流れに対していろいろな問題が提起されている。それをここで支払方式というもので一括したわけである。つまり、どういうふうに金を支払う方式がよいのかということである。この点については、たとえば支払方式そのものが供給側にどんなインセンティブを与えるか、あるいは供給についてのインセンティブがどうなるか、これは効率性の問題ともからんでくるわけだが、量的、質的に供給にどんなインセンティブを与えるかという観点から問題にする。それからこの支払方式が需要のアクセシビリティというか、容易に必要な医療が受けられるようなそういう支払方式を取ることが望ましい、こういう意見もあるわけであって、そういう需要側のアクセシビリティということからして、どういう支払方式がいいかという対立も問題としてある。そして第3番目に保険財政の面から見て果してどちらがいいだろうかということである。このように供給のインセンティブ、需要のアクセシビリティ、および保険財政の安定性というような点が、支払方式の選定に当たって重要な問題点になるだろうと思う。そこで償還制の問題が出たり、あるいは現物給付出来高払いの問題が出たり、あるいは現物給付人頭払方式が出たりする。

それから保険財政という立場からすると、やはり財政の安定が望ましいという意見が当然出てこよう。それで保険財政全体としての調整をはかる、しかもそれを自動的にはかるという仕組みが果してあるだろうか、ないだろうか、こういった問題が出されてくる。自動的に保険料と給付を調整するような仕組みがあるのかないのか、もしないとすればどういうふうな財政の安定をはかるべきか。こういういわば保険財政全体としての問題が1つある。

ところがもう1つ問題になるのは、先ほどの制度分立の問題と関係があるのだが、制度間における調整をどうするかということである。これについては、現在いろいろ議論されているが、財政調整をどういうふうにやるのがよいのか、悪いのか、やるとすればどういうふうなや

り方がよいのかという問題である。あるいはまた制度間の財政調整というよりか、むしろ国庫負担がそれを調整すべきだという意見もあろう。これはつまり各制度における被保険者集団の特性が制度ごとにかなり違っているので、それを考慮しながら保険財政における格差というものを一般的財源で見ていくべきだという意見である。

それからもう1つ最近出ている問題では、保険制度を一本化しようという意見があるが、一本化しようという場合は、単に職域保険だけではなくて、地域保険も含めて一本化する、こういう意見も出ている。そのさい被用者保険で重要な財源になっている事業主負担の保険料が、一本化した制度の場合に果して期待できるのか、できないのか、こういう問題がある。

そのほか非常に大事な、しかも現在の保険制度全体に共通している問題として、現在の日本の保険制度というものが、果して医療に対する需要、医療に対するニーズの緊急性に応じて給付がなされるような仕組みになっているかどうかという点である。現在わが国の医療保険は、定率給付になっているが、定率給付制が、そういうニーズの緊急度に対応できるような仕組みであるかどうかということについていろいろ意見があると思う。限られた資源を保険といった仕組みを通して配分していくためには、やはり一番緊要度の高いところに資源が効率よく配分されるように、必要度の小さいところには、資源があまり回らないように、給付の面から調整するということは、十分考えられてしかるべき問題だと思う。そういうような点が大きな問題になろうかと思う。

V 医療制度をめぐる問題

次に医療の制度、供給体制のほうにはいたい。医療の供給体制、医療制度を医療保険から切離して議論するのは、まったく便宜的な方法であるが、一応分けて問題を考えてみたい。

ところで、日本の医療制度の現状についての認識をめぐっていろいろ激しい論議が交わされている。ご承知のように日本の医療制度というのは個人開業医が中心になっている医療制度ではないかと考えられているが、その場合に医療制度が担っている問題点として次の3点をあげることができよう。第1は医療資源というのが果して不足しているのか、していないのかということをめぐる問題、第2に医療資源が偏在しているのかいないのかである。地域的に片寄っていることもあるし、科別に片寄っていることもあるし、診療機関別に片寄っていることもあるが、そういう偏在があるのかないのかという問題。

第3として、医療機関相互間の機能の分化が果してなされているのか、いないのか。あるいはなされるのがよいのか、悪いのか、こういう問題があるわけである。このような不足の問題、偏在の問題、機能の分化の問題が出されているが、この問題と現在の医療供給体制、つまり個人開業医を中心とした医療制度との間に非常に深い関連があるという意見とそれは別問題だという意見が対立しているわけである。

不足の問題についていうと、これは単に自由開業医制のせいにするのは誤っているということがいわれている。偏在の問題についても、現在のような社会的、経済的変動の激しい時には、偏在がもし起っているとしても無理からぬことである。これを個人開業医制によるものだと決めつけるのは正しくない。こういうことがいわれる。あるいは機能が分化していないという点については、機能が分化しているのが、よいのか、悪いのかという形で、議論が先行すべきであるという。機能が分化されているかどうかという問題と、されるのがよいのか、悪いのかという、二重の議論がなされている。

ところで、こういうことについて意見の違いがあるにもかかわらず、医療というものが、先ほどいったように一般商品と違って、完全にその供給を市場のメカニズムにまかせることができない性格のものであるという点については、おそらく意見の相違はないと思う。そうすると供給の体制をどういうふうにするかということは、言葉を換えるとそういう公共性の強い医療サービスを、どういうふうに全国民に対して、その緊急度に応じた配分をするかという問題が出てくる。自由開業医制を中心としたような仕組みで資源配分するのが望ましいのか、あるいは逆にこれに対して計画的コントロールを加えてやるほうが望ましいのかという、こういうことになるわけであり、ここでも完全に何もかも完全自由化しろという意見は、おそらくないだろうと思う。

そこで資源の配分、アロケーションの問題をめぐって、まず第1に地域偏在の問題が、大きな論争点として出されていると思う。この地域偏在については、これを発生させ、促進させた原因がどこにあるかということをめぐる議論がもちろんあるわけだが、これに対する解決策をどうするかということでも、いろんな意見の対立がある。公的医療機関を中心とした一種の地域医療プランニングを考え、そういう形で偏在の問題をなくしていこう、ということで社会的な公正をはかろうという考え方と、現在の自由開業医制度を中心として、その足りないところは公的医療機関で補足するのだという考え方、つまり

公的医療機関が補足的な役割をするのか、中核的な役割をするのかということで、議論がかなりシャープに分れている。

アロケーションのもう1つの問題として、地域のアロケーションではなくて、診療機関間のアロケーション、これは機能分化とも関係があるが、そういう機能分化をめぐって展開されるアロケーションの問題がある。機能分化の問題では、しばしば病院と診療所の間の相互関係というふうな問題として議論されていることもあるが、もう1つはそういうことと無関係ではないが、包括医療を提供するための医療機関の体系化を考える、そういう形でシステムティックな資源のアロケーションというものをもっと広い立場からの問題の提起もなされている。

ところで医療制度というのは、医療を供給するシステムだから、供給する制度の仕組みについて、どういう方式を考えるか、すなわち現行のような方式でよいという意見があれば、これでは医療保障の実が上らないという意見もある。病院と診療所の機能分化の問題ともからんで医療の中核をなしている病院は公立に、診療所は主として開業医を中心とする、こういうやり方もある。それを一歩進めて NHS のような方式を考える、つまり自由開業医の占める役割が、ここで非常に限定されてしまうわけだが、そういう仕組みにして行こうというやり方もある。さらには供給を全体として完全に国営にしておうという、社会主義圏のような方式もあるかと思う。

こういう考え方の出てくる背景には、先ほどいった判断基準といったものが当然出てくる。そしてその背後に価値前提というものがある。必要な医療が、必要な時に、必要な人に提供されるという目標に対してどういう方式をやった時に、自由、公平な供給ができるのか、それからどういう方式をやった時に医療資源の効率的な供給がなされるか、あるいはまたどういう供給方式をやった時に、適正な医療が供給されるということになるのか。こういう点をめぐって供給方式についての論争がなされているのだと考えるわけである。

では、そういう供給方式をどのように実現するか、つまり、その実現条件ということをもぐってもやはりいろいろと意見の対立が見られる。供給方式いかにによって需要・供給に与える影響がいろいろ違ってくるからである。たとえば NHS 方式に対する批判の中には、それが医師の職業をコントロールして供給を抑制することになるというようなものもあれば、また一方では、こういう方式は需要を促進させることによって、財政危機を招

くのだ、というような批判をする人達もいる。医療サービスの供給の方式そのものが、実はサービスそのものの供給・需要に、いろんな影響を与えるのである。果してその影響そのものについて十分な分析がなされているかどうかということになると、問題が残ると思うのだが、同時に、その効果をどういうふうの実証し、そして判定するかという問題もまだ十分解決していないところであり、対立点を明らかにすると同時に、もう少し客観的資料を用意して、事実関係についての論議を進めるべきではないかと考える。

そして最後に医療供給の場合に非常に重要なメディカル・マンパワーをめぐるいろいろな議論がある。これは先ほどいったマンパワーの不足の問題にからむ問題もあるし、あるいはマンパワーの配分にかからむ問題もある。したがってそれは医学教育の問題ともつながってくる。このマンパワーの問題は時間配分も考えて、ここでは割愛したいと思う。

最後は医療制度の問題である。これは、薬価の問題、薬効の問題、製薬産業、あるいは製薬企業の問題に大きく分けることができると思う。

薬価の問題というのは、実は保険財政の問題と直接つながっているわけで、現在のような保険薬価の決定方式がいいのかどうか、実は薬価の問題について、たとえば薬価基準を実勢価格に近づけるようにすべきだという意見があるのだが果してそれで問題がすむのか。つまり実勢価格というのは、まさに企業の自由価格であるが、これを基準にして保険薬価をきめるのがよいのかどうか、ということについていろいろな批判があるだろうと思う。

次に薬効の問題であるが、これを別の観点から見ると、薬価については今いったように、薬価そのものが自由な市場でもって決定される、この市場での薬価にあまり干渉するのは、医薬品の開発、新製品の開発といったものを阻害するから、これには手を触れないで、むしろ薬効というところで厳しく規制しようという、こういうふうな考え方も実はあるわけである。薬価の問題と、薬効の問題とは別の問題ではなくて、公的コントロールの場合の選択問題としてもおそらく非常に深い関連がある問題であるというふうに考えている。

また製薬産業、これをどうするかということであるが、最近この問題についてのいろいろな意見が厚生省側から出されている。これから製薬産業というものを、本当に国民の健康増進のための重要な部門を担当する医療システムの一環だという観点から政策をおし出していこうという問題と、ご承知のように産業固有の問題として、自

由化のなかでこれから製薬産業をどうするか、今のよう
なやり方でいいのか、あるいはもう少し変えていくべき
か。先ほど加藤さんのお話の中にスウェーデンの製薬産
業の国有化論があったのだが、そういうところまでいく
のがよいのかどうか、こういうふうな議論があるかと思
う。

以上大きな問題点として出ているようなことを拾い上
げてみたわけである。ここでは医療制度と医療保険制度
というふうに分けて整理してみた。ただ冒頭でものべた
ように、これを分けて議論することがよいのかどうかに
ついてはもちろん問題がある。だいたい保険制度そのも
のを医療の世界に持込んでくることについて厳しい抵抗
があり反対意見も出ている。すなわち一方では完全自由
開業医を中心にして、しかも保険は民間保険を採用する
という、極端な意見と、他方では完全に国有・国営化し
て、ちょうど一般義務教育と同じように一般行政サービ
スとして扱っていかうという、両極端の意見がある。現
実はおそらく、その中間のどこかにあると思われるが、
その場合の判断基準というのは、さきに申上げたような
ことになる。しかしその場合にも価値前提として自由化
するのがいいのか、社会化するのがいいのかということ
で意見が対立している。価値前提自体が現実の経験を通
じていろいろ修正を受けるわけであるが、ともかくそう
いう価値前提が背景になっているというふうに理解する
ことができるのではないかと思う。ただこういう問題に
ついて、十分積極的な議論をつくすためには、現状では
いかにも客観的な資料が不足している。これからはそう
いう資料の整備というのが、非常に重要な仕事になっ
てくる。そういうことを通して、もう少しシステム間の選
択可能性や、メニューを示すことのできるような、研究
が出てこなければならない。こういうふうに考えるわけ
である。

時間が経過したので、この辺で問題整理を終わりたいと
思う。

司会 どうもありがとうございました。非常に明快に
論点の整理をされましたが、おそらく報告者としてはい
ろいろな意見があるのを、自分の意見を押えて報告を
されたと思うが、その限りにおいて非常に参考になるこ
とと存じます。それでは、次にコメントをお願いしたい
が、だいたいの予定はお1人10分で、順々にご発言を
願いたい。したがって全部にわたるということは無理か
と思う。ご銘々の判断で焦点を絞られて、10分ぐらい

にコメントをまとめていただければ幸いです。

それではまず大村さんをお願いします。

〈コメント〉

大村潤四郎

ただいまレポーターがのべられた論点のうち、私は主
として診療報酬支払方式の問題について申上げてみたい。

診療報酬の問題は、医療保険、その他医療の費用を賄
う制度の財源を、医療の供給組織に、いかに配分するか、
その方法の問題であると私は考えている。診療報酬支払
方式については、すでにご存知のように、現在かなりの
欠点が強調されているわが国の出来高払い、イギリスの
登録人頭式、あるいはドイツの人頭請負式のような均一
払い、医療国営をとっているソビエトあたりの固定給な
どの方法がある。社会主義の国では固定給、自由開業医
が大部分を占めているわが国のようなところでは出来高
払い制度が用いられている。

ところで今わが国では、出来高払いの欠陥がいわれて
いるが、固定給にしる均一払いにしる欠陥があるわけで、
たとえばイギリスの場合には、すぐ患者を病院に送りと
か、固定給の場合には技術に応じて報酬を決める
ことが非常にむずかしいこと、あるいはサボタージュの
問題などがある。したがって必ずしも固定給がいいとい
うわけではない。

ただ民主主義の社会において、診療報酬を決める手続
きとしては、やはり医療従事者、特に医師の団体とのコ
ンセンサスが必要である。それでレポーターが価値前提
をめぐる対立ということを挙げられたが、実は医者の方
場からもその対立がある。非常に真面目な、技術の優秀
な医者のグループだけを対象にしても、片っ方のグルー
プは医療というものは昔から、医師と患者の単身融合で
始まって、それを受けた患者が感謝の心持ちでなにがし
かの謝礼を医師に払う。それで医師と患者の関係が完了
する。こういう考え方である。それに対してもう一方の
医師のグループは、医師と患者の間には金銭関係がな
いほうが、医師の使命をもっと自由に発揮することがで
きる。こういう集団がある。したがって価値観念の対立
というのは、診療報酬の問題についてもまた基本的にあ
る。

先ほど診療報酬というものは、もちろん医療の基金か
ら、医療機関に経営費を配分する1つのメカニズムであ
るといったが、この診療報酬はただ配分をするというだ
けではなくて、診療報酬の決め方によっていい医療が奨

励され、あるいは医療の面に弊害をもたらす。たとえば薬が乱用されているということになると、それにブレーキをかけるように診療報酬の改訂をやればよい。そういう意味から医療内容の改善を図るという方向でわが国の診療報酬制度の改善を考える必要がある。

そこでいままでどういう経過をたどってわが国の診療報酬の体系が動いてきたかをちょっと申し上げたい。

健康保険の料金についていうと、年代的に第1期、第2期、第3期と分けられると思う。第1期は創設の時代から昭和18年、保険医の指定制度ができるまでで、これはご存知のように医師会と人頭請負式の契約をやっていた。これはドイツの制度をならったということになっている。1907年に出たアレキサンダー・ラーベという人の「エルツトリッヘ・ビルトシャフト・クンデ (Ärztliche Wirtschaftkunde, 医師の経済学)」という本がある。これはいま読んででもなかなか面白い本である。これにはボンシステムとプンクト・システムの2つがのっている。そのプンクト・システム (Punkt System) のほうをとったものである。それで点数単価式ということになった。ボンシステムというのは最初ボンの地区で始まったからかと思ったら、そうではなくボンというのはクーボンということで、初診券による件数払いのことである。第2期は単価変動時代で、昭和18年から33年までである。この時代にあつては点数というのは診療行為間のバランスを表わし、単価というのは他の経済指標と診療報酬のバランスを表わしている。そして第3期を私は合理化時代と呼びたい。新医療費体系によって現物と技術を分離し、診療料を評価した甲表が生れたが、平均して8.5%の引上げでは収入の減ずる保険医も生じたこともあつて、従来の点数表は乙表として残された。しかしこれは画期的な合理化であつたと思われる。それ以来単価は10円となつて報酬引上げの際には点数の改正がされた。それゆゑ現在は金額表示と本質的に相違はない。乙表についても漸次合理化が行われた。詳しいお話をする時間はないが、たとえば薬治療については、それまでは高い薬を使えば報酬が増えるということになっていたが、その後処方料といったものを一定にした。それから処方料については、昭和42年に投薬日数比例制を廃止した。その時に、いままで投薬をすると再診料がもらえなかったのを、再診料を払うという方式にした。今度の改正では調剤料の日数比例制をも改め、調剤ごとに支払うということになった。現在では乙表も甲表に近づき、その相違は注射や処方料、簡単な検査、処置の点数を診療料に含めて支払うかどうかという点にしばられてきた。

合理化時代においては点数の引上げに当つても一率に点数を上げるということではなく、技術料を中心に引上げが行われた。その他にもいろいろな点で合理化が進んだが省略する。

今後供給側の体制が、どういうふうになるかということによって、診療報酬の体系がいかに変化してゆくかをあわせて考えなければならないが、よい医療を奨励して、現在の医療の弊害を、診療報酬の面から少しでもブレーキをかけるというような考え方から、診療報酬の改正を考える場合に、どういう改正が望ましいかということである。まず前提条件としてだんだん医療というものが複雑になってきて、それをシステム化しなければならない時代になってくるが、結論だけいうと、この報酬支払方法は、それぞれの医療機関に適合した、いろいろな方法をとつてもいいのではないかと思う。具体的にいうと、むかし保険者の指定する者という制度があつて、特別の医療機関には保険者との契約によつてその医療機関の仕事を評価するのに一番適当な報酬の支払方法を設けた。それをもう一度考えてみる必要がある。あるいは医薬分業というものを促進したいと思うならば、医薬分業をする医者の診察料を2倍に上げることが必要だと思う。分業をすれば診察回数が少なくなるからである。そのほか健康管理の報酬の設定であるか、あるいは特定の医療機関に対して一定の資格とそういうものを認めて特別な料金を払う。たとえばリハビリテーションの料金などは、そういう設備と人員が設けられた施設にだけ払う。そういうようないろいろな改善が必要になるのではないかと思う。

まだ申し上げたいことがあるが、時間の関係もあるので、これだけ申し上げます。

〈コメント〉

籠 山 京

時間がございませんので、レポーターが整理をされました中で、一番最初にいわれた医療の公共性ということと、供給と需要ということについてだけコメントをいたしたいと思う。

レポーターはこれらの問題についての、いろんな論者の論点を整理されたのであるが、まず第1に医療というものをどう理解するかというところで、従来の論者は医療は公共性の強いサービスであるというふうにいっていると指摘されたが、その公共性という言葉はきわめて曖昧な用語であると思う。いったい公共性というのは何な

のかということが土台よくわからない。しかも現行の医療保険制度が実は医療の公共性をつくり上げているということは具体的にいえばどういうことであるかといえ、率直にいった金がない者も金のある者も同じような病気になった場合には、同じような医療を受けられるという、そういう階層性であるというふうに思うわけである。ところが医療保険ができ上がってから、医療の公共性というのは、どうも医療の大衆化というか、結局医療全体の平均値というようなものにすり代っているように思う。それを私は医療の画一化といっているのだが、どの医者に行っても、同じ治療しか受けられない。極端な場合には病気の如何を問わず同じ医療しか受けられないというふうになってしまっている。そのことを実は公共性といっているように考えるのである。

それから次に問題の供給と需要であるが、医療問題を戦後いろいろ論じられている方々は、だいたい経済学の方が多いので供給と需要といわれている場合の供給なり、需要なりが、やはり経済学のカテゴリーになってしまっているのではない。そういうカテゴリーで医療問題を考えた場合に供給というのは医療機関であり、需要というのは患者だということにしているのだが、それが間違っているのではない。というのは医者と患者の関係は、さっき大村さんもいわれたように、非常に真面目な医者の間でも2つの意見があるということである。とにかく単一な関係であるということと、それからもう1つ非常に微妙なのは、いわゆる需要・供給のバランスがとれるような関係ではない、要するにまったく一方的な関係なのだということを、従来の論者はよく理解していない。それはどういうことであるかといえ、医者が診てまったく健康であっても、お前は手術をしなければ生命がないというような供給がなし得るということである。それは医者として非常におかしいのではないかという、倫理の問題もあるかと思うが、非常に突き詰めていけば、死体解剖を終るまでは、その医者のいったことが間違っていたかどうかわからないというのが医学者がいっていることだと思う。だから医療の上では、いったい供給と需要というものは、どういうふうにして成立つのであろうかということを、もういっぺん考え直さないと、すべての問題が間違ってしまうのではないかというのが、私の論点である。この点についてはすでに2、3のものに書いた論点なのだが、ここで改めて繰返し申し上げておきたい。

これはやや乱暴な言い方であるが、供給を医療機関と考えれば、需要というのはむしろ医療保険制度そのもの

だと思う。そういうふうにいま変ってきてしまっているのではない。医者が患者に対しての場合には、その患者がどういう人間であるか、最近の言葉でいえば、どんな社会階層に属している人間であるかということ来判断しながらその診断の病名をいい、治療する。これが一般の医者のやっていることだと思う。ところがそのことを医者がやりながら、一方で支払いを受けなければならないので、彼らの診療行為の中には、保険の基金なり、保険の支払方式なり、あるいは保険の指針なりが頭に浮かんでいる。そのところに単なる一般の商品市場で考えられるような供給・需要の論理では医療の問題というのは、まったく解決ができないのだということを強くいいたいのである。

したがって公共性が強いから、計画化、社会化という問題があり、あるいは自由化の場合にも規制という問題があるというふうにレポーターがいわれたのであるが、そのへんがすべて出発点でエラーが生ずるので誤りがきってしまうということを私はいいたい。

ところで私が一番このシンポジウムで強調したいのは、そのところを明確にする資料が現在ぜんぜんないということである。ではお前はどのような資料を求めているのかということであるが、医者が完全に保険制度なり、支払いというものからフリーになって、診療をしたとする。そういうことがテストとしてできるかどうか問題だが、その完全なカルテをつくっておいて、それからその医者が保険に請求するカルテをまたつくる。その場合そこにどういった差を生ずるのか、あるいは一致を見せるのか。そういう調査がどこかのモデルの医療機関で実施をしてみる必要があるのではない。それと同時にその診療を受けた患者がどういう人間であって、どういう要望を持っていたかということ記録をする。こういう3つのレコードをつくって、それを突き合わせてみるということがないと私のいっていることがただの冷やかashiになってしまう。

しかしこれは私のような一介の調査屋のやれることではないので、そういう資料の持合わせはないが、若干の機関でいろいろ聞き取りをやってみるとどうしてもその間に違和がある。この点は普通の方という言葉が悪いが、医者でない方、特に保険制度のもとで開業医をやった人でないと、本当の理解ができない点ではなかろうかと思ったのであるが、これが私の一番コメントしたい点である。

要するに再言すると、供給と需要というふうの問題が、きょうのレポーターの場合もそこから出発するのである

が、医療問題については、そこが非常に間違っているのだと思う。したがって大村さんもいわれたように支払方式というものが、最終的には重要な問題になってくるのであるが、そこが間違っているの、現在のようにとにかく日本の医療保険では医者は不平不満であり、一方患者にとっては医者にかからなくてもいいような病気なら医療保険で十二分にカバーしてもらえが、本当に生命の危険にさらされるような病気の場合には、現行の医療保険のみならず、医療保障制度というのはまったく無効だという、この現実を打開することができないのではないか。このように思う。

やや乱暴な発言であったが、意のあるところをご了承いただきたい。

(コメント)

小 山 路 男

私のコメントは主として財政問題、ことに制度間調整の実現方式というところに関連して申し上げてみたい。

制度間財政調整がどうしても不可避になってきたというのは、実は昭和36年以後の医療費の急激な増大によって、医療保険の窮乏化がもたらされてきたその時点からである。それ以前の制度間の調整の問題としては、たとえば日本医師会の国民健康保険読本というのが昭和37年9月に出ているが、そこで家族を国保に移せという主張がされたのは、皆保険によって国保に低所得層が集中してしまう、そこで被用者保険の家族を向うに移せば財政的に楽になる、国民健康保険の財政が楽になるというねらいであの主張がなされたと思う。それ以後の動きを見てみると、多数の制度が乱立していて負担と給付の均衡が図れないという問題が、真剣な討論の対象になってくるのはどうしても昭和40年、例の中医協の空中分解あたりからであったと私は思う。そして健保の特例法以後の動きがそれに続くわけである。つまるところは保険財政がやりきれないので、何らかの意味で制度間の調整を図りたい、こういうのが現実的な財政調整の必要性、あるいはそれを促進しようとする動きとなって現われるわけである。

ところでそういった場合に道が若干あるはずである。1つは保険医療の対象自体を狭めていくという方向である。だいたい医療というのは保険になじみにくいものだと私は思うのだが、その中でもたとえば特定疾患に対して公費負担を行う。むずかしい病気、あるいは難病というか、非常に治療費のかかるような病気については、面倒を見ていく。あるいは公害等で、特定の原因者に帰因

させることができないような疾病も現れてくるのでそういうものを見ていく。ないしは最近ストレスが非常にきつくなって、精神病が増えてきているという場合にそれを何らかの方法で見ていく。あるいは最近の動きであるが老人医療については無料化してしまえというような方向で、保険の懐を軽くするというのが、財政調整問題以前に1つ議論されなければならない。

それはなぜかという、医療費の増加というものが国民所得の伸びを上回る可能性が今後とも続く。医療の方面でのコストプッシュ要因というものが今後も強く続くだろう。こうなってくると、保険医療による医療の購入というか、社会保険方式によって医療を買い切れなくなってきたというのが、現実の問題である。それをどう軽くするかという時に保険方式から切離していくというのが1つの道である。その場合に気をつけなければならないのは、切離すと同時に医療が十分な社会的効果をあげるためには、治療中心の医療だけでは不十分になってきたということである。

たとえば老人医療を1つとってみると、老人医療について、それが実効性を発揮するためには、社会福祉的な老人施設の拡充が不可避である。あるいはナースングというか、家庭を巡回して年寄りの世話をしてくれる巡回家庭奉仕員的なサービスが整ってこない、医療だけ、つまり病気の治療だけで老人の医療問題が片がつくかといえはそういうわけにはいかない。老人自体が老衰して身体が退化するわけであるから、老人医療の特質というものを考えれば、介護という面が非常に必要になる。そういう介護まで含めたケアというものを保険の中にセットできるかといえは、これははなはだむずかしい。ことに日本の医療保険というのは治療のための保険だという意識が強くて、出産も給付対象にしていないし、予防も給付対象にしていない。こういうような在り方のまま、治療だけを一生懸命やったら、医療費のために財政が非常に困難になった。こういうことであるので、少なくともこの際われわれが考えなければいけないのは、保険でやることが適当な給付と、そうでない給付とを分け、それについて保険で給付しきれない医療は、ソーシャル・サービスとして施設面で結びつく必要がある。それゆえ医療保険と医療制度の対立というよりは、実は国民の健康あるいは疾病の状況に応じたシステムとしての医療保険の有効性とか、その範囲というものを考える必要があらうかと思う。

そういう概念的な整理をした上で、次に保険財政について考えると、これは現実にはいろいろと利害関係の対立があって、非常にむずかしい問題であるが、財政調整

を回避する方向が1つだけある。それは財政能力の劣った集団に思い切って国庫負担を投入するというやり方である。しかし、もしその方式をやるとすると、現行のままで私がちょっとの間試算してみたら1,200～1,300億円の国庫負担を導入しないと政管健保の財政収支はとられない。これは昭和48年ぐらいのことを頭に置いているのだが、そういうような形で国庫負担の導入が果して可能かどうかという問題が一方にある。

それから財政調整をやるにしても、たとえばただ単に標準報酬と法定医療給付費との関係から、いわれているような $\frac{1}{2}$ 財政調整というやり方がいいのか、それとも別の方法たとえば定年退職者の継続療養給付というものは共通に見てしまうというやり方がいいのかとか、いろいろ詰めてみなければならない問題があまりに多く残っていて、ただ単に財政調整をやるのが、特定の利害集団の利害にどうからむかという問題では、これは議論をしてはいけなのではないか。

財政の長期安定という観点に立って考えると、たとえば財政調整が行われたとしても、保険では医療は見切れないという時期が間もなく近づくのではないか。そうすると保険医療というのは最低医療に止まらざるを得なくなって、医療それ自体が所得に応じて手厚く行われたり、あるいは粗略にされたりする。つまり保険医療が最低医療に落ちてしまっていて、その上に個人の自由診療的な部分がいってくるというか、そういう関係になるということが国民医療の確保という観点からいって果して望ましいのかどうか。そういうことになると冒頭に申し上げたように、保険で見切れる医療としからざる医療とを分けて公共的に投資していかなければならない部面、つまり先ほど申し上げたような疾病群について公費負担をする。その公費負担を実施すると同時に、医療の供給体制がそれに応じて再編成されていく。こういうことでないとも保険方式が中核にはなっているのだが、屋台骨がぐらついているので、いつまでたっても財政問題に振り回されるだけで積極的な改善方式に結びつかないことを恐れる。

上げたいことはいろいろあるが、私がちょっと地主さんの報告のコメントというか、解説みたいなことを上げるとこういうことである。

〈コメント〉

東 田 敏 夫

レポーターから総括的に問題点を指摘されましたので、

私はそれぞれの問題点を繰返して申上げるよりも、今日の医療保険制度の改正案の背景には昭和44年の自民党の「国民医療対策大綱」というものがあり、その路線が着々と進んでいるという現実を踏まえて、その中で医療問題、あるいは保険の問題をどういうふうに取り上げていくかというところに視点を絞りたいと思う。私は公衆衛生畑の人間で、社会保険は専門でないが、結論的にいうと、従来国民医療という問題は主として経済的な側面を中心として論議をされてきた。それは主として医療を提供する側あるいは売る側からの論議であって、医療を受ける側からの論議は不毛の状態であった。今日、健康保険そのものについては財政その他の難問題があっても、国民が生に受取っている医療に対する不満、矛盾というものに、かみあうような解答が出ないということになっているのは、そのためではないかと思う。

その点は先ほどからコメンターからいろいろ申されたこと、ことに小山さんが「社会保険の限界」というものにお触れになったことに同意を表するのであるが、合わせて申したいことは、「経済問題としての医療」について多く論ぜられているが、これも必要であるが、同時に医療を受ける者の側からいうと「人権問題としての医療」こそが重要であり、そのような発想の転換がない限り、「今日の医療問題」に対する解答は出てこないと思う。そういう意味で、私は医療を受ける者の側から提起している問題を踏まえてまいりたい。その場合、健康保険あるいは社会保険主義の限界というものを明確にかなければいけないと思う。

すでに国民の人権意識が高まり、いろいろな医療に対する要求が高まっている。しかし、一方では明治この方、日本の政府は医療に対して公共投資をまったくサボってきた関係上、私的医療機関、私的資本にもっぱら依存してきた。そこで当然、この社会の体制として資本の論理が貫かれる。その限りでは医療費が膨脹するのは必然であり、これをいかに規制しようとしても、そういう仕組みである限りは、医療費の膨脹を抑えることはまず無理な問題である。

医療の供給手段における公共投資、公的な手段による医療供給の仕組みというものが、西洋諸国においては多少とも初めから用意されていたが、日本ではそれがあまりにも少なかった。その矛盾が今日露呈している。この難関をいずれは突破しなければ「経済問題としての医療」についても打開できないであろうし、私がこれから指摘する国民医療の質的な欠陥、すなわち医療における差別、空白、受けたくても受けられない、しかも予防が

遅れているという日本の医療の質的欠陥に対して、「医療の在り方」というものを国民の生存権を保障するための事業あるいはサービスという認識に立った場合、医療における保険主義あるいは拠出主義では明らかに限界があると思う。公的な予防サービスと公的医療サービス、これは ILO の勧告の中にすでに出ているが、そういうものが十分に補強されない限り、国民の健康を守るための医療にはなり得ない。サービス提供業としての医療問題、あるいは労働者、市民の医療に対する不満を抑えるための仕組みとしての医療制度については論じられても、住民がもともとめている医療と、患者がもともとめている医療とでは大きな断層がある。今日的な「医療保険合理化」については、このような論議は問題にならないかもしれないが、長期見通しではそれを踏まえなければ、国民的な要求には応えていけないと思う。

そういう意味で、私は第2に政府、自治体の医療に対する公的責任を明確にさせなければならないと思う。中でも私は自治体の住民の医療に対する責任というものを重要視するのである。いうまでもなく私どもは住民の生活のちを守る仕組みとして「自治体」を持っているわけである。自治体の首長は住民の直接選挙で選ぶが、総理大臣は直接選挙では選ばれない。医療に対する要求は、実際のところ、地域の中でそれぞれの自治体の問題として次第に高まっている。ところが、それがナショナル・スケールの保険という議論のために、かえってばやかされている傾向がある。

具体的にいうといろいろな自治体病院が赤字の状態になっている。しかしながらこれには国庫から何らの補助もなければ、負担もない。今日のいわゆる「地域経済の不均衡発展」、「高度成長」の結果として、過密・過疎という問題から、僻地医療というものがきわめて深刻な状態にある。ことに僻地自治体は、きわめて深刻な状態に置かれている。このことを受け止めるためには、自治体をどう支えていくかという発想の中から、同時に住民の医療をどう支えるかという発想が出てこないといけない。医療機関一般論では解決がつかないと思う。また予防サービスその他については、いうまでもなく政府、自治体の公的責任とするものであるが、当然これは地方行財政はどうか、あるいは自治体の保健衛生行政の内容はどうなっているかということとあわせて考えなければならない。健康保険の枠の中で健康診断をすとか、しないとかなというだけでは矮小化される危険があると思う。

最も重要なことは、医師、看護婦、その他の医療担当者の養成である。この点についても日本の政府はもっぱ

ら公共投資をサボってきた。特に戦後における欠陥は、今日、はっきり露呈している。私自身私立医科大学に勤めていてその矛盾をひしひし感じている。こういうきわめて身近な問題が解決されないまままで放置しておくならば、当然国民医療における矛盾、私が申します質的欠陥、質的空白はもちろんのこと、経済的なアンバランスなり不合理も放任する結果になろう。

これらご承知の問題を打開するのに、どこで突破口を開いていくかということが出てこなければならない。ところが現実の政治力学の中では、それを実現するのは、われわれの学問体系によって実現されるのではなくて、それぞれの政党ないしはそれぞれの政治的、社会的な関係の中でつくられたポリシーが実現するわけである。したがってそれらの中に何が盛られているかということが重要である。しかし、それらについての議論はほとんど空白状態である。果してこれでいいか。学問というか、研究の領域としても、この現実の中でいかにその役割を果たしていくかということを考えなければいけないと思う。

実際には医療給付の内容をどうするかとか、医療報酬制度をどうするかなどが問題になろう。たとえばイギリスにおいて1966年の改正によって、従来の人頭式中心でなく、GP に一律1年1,000ポンドというサラリー・システムがとり入れられ、また GP 引退後の年金制度がとり上げられたという、一大転換もあろうし、他にいろいろあろう。時間の関係で、そういう点はいっさい抜きにして、医療に対する公的責任というものは、それぞれの地域の中でそれぞれの患者の要求や問題点を通じて指摘していく、そういう積重ねが必要ではないかと思う。

第3の問題として、これもすでにいわれていることであるが、医療問題に対する患者や国民の医療参加がきわめて無視をされている。まったく考えられていない。実はこういうような政治力学的な問題がいろいろな理論的な問題、ないしはシステムその他の問題において、矛盾として現われてくる。それなどについて真剣にとり上げるべきだと思うが、私はその際、1つの突破口として、自治体の問題を振返ってみたい。すでに、老人医療費について革新自治体が無料化を進めてきた。昭和44年の方、自民党や日医では老人保険という仕組みで医療費を出していこうという主張があったが、保険主義でなく、公費による医療費負担方式が、自治体によって突破口が開かれたわけである。また身体障害者、精神医療、リハビリテーションその他における医療の質的な矛盾や立遅

れをとりもどす努力が、自治体において積上げられつつある。

私もささやかながら大阪で森永ミルク砒素中毒児対策の問題を中心として、地域の第一線医療機関と公的医療機関が、保険の枠からはずれたような住民の医療問題をどのように受け止めるべきかという課題に対する1つのトライアルとして、患者と自治体と医療機関が共同で取り組んでいるわけだが、これはただ単に有害食品被害者の補償問題としてではなくて、こういう住民の医療問題をいかに打開していくかという「発想の転換」として重要な意義があり、私たちは共同の姿勢でもって住民その他といっしょに語り合い、行動しているわけである。

以上、私の申したいことは、今日の国民医療問題に対する「発想の転換」であり、その中から今日問題になっているところの「抜本改正」ないしは「保険主義」の限界をつきとめると同時に、先ほどからお話のあったような政府・自治体の公的な責任を果すための医療サービスをいかにつくり上げていくかということを、追求する必要があると思う。

なお、レポーターの話の中で健康保険の「健康管理」というのがあったが、私は健康保険という社会保険の中に、健康管理という概念を入れること自体がすでに誤りであろうと思う。そういう概念を入れることによって、むしろ社会保険そのものの性格すらゆがめていくという、理論的な誤りを犯しているのではないか。具体的に申上げると、たとえば健康保険組合の「健康管理機能」というものについての論議があるが、これは「神話」に類するものではなからうかと思う。そういうような点を踏まえた上で、医療問題の論点を明確にして再出発する必要があると思う。

〈コメント〉

前 田 信 雄

皆さんがいろんなことをお話しいただいたので、私がこれからお話しすることは、だいたい重複するかと思えます。きょうレポーターが出された関心というのは、おそらく医療というものについて、誰でも必要な時に、どこにいてもすばやく受けて、早く病気を治さなければならないという点では、誰でも一致するのだけれども、医療保険、あるいは医療制度とかいろいろな細かな問題、あるいはその実現方式とかになっていくと、非常に意見が分れてくる。そこでまずその分れたほうを、もう少し詰めてみようじゃないかということではないかと思う。

私もレポーターが整理していただいた線で、そういう分け方でいいか、あるいはその分け方の上で、どんな問題があるかを、私なりにお話ししていきたいと思う。

価値前提のところでは、私は地主先生の観点でよろしいように思うが、なぜ最近特に医療の社会化、あるいは自由化が強く問題にされなければならないかという問題があると思う。この場合出された幾つかの論点と合わせて、これは小山先生もご指摘いただいたわけだが、医療費用の高価化ということがある。たとえば人工腎臓の問題などが卑近な例であるが、それから成人病に対する健康管理の問題を含めていっても、すべて科学技術の発達に対応するわけだが、医療は急速に高価になってきている。これがいろいろな社会化を推し進める底の要因になっているという点を、私は重視したい。もちろん受ける側の権利意識の問題、公平原理の問題もある。いろいろな広がり、たとえば家族の中で平等にしていける、職域の中で、あるいは職域間、あるいは年代の間でといったような、いろいろな公平上の進め方があると思うが、それを特に最近強めたのは、やはり費用の問題ではなかったかと思う。それがまた医療保険というものの役割を、強める方向に作用したのではないかと思う。

自由化の問題はこれが大切な論点なのだが、私は消極的な、伝統的な自由化の主張が1つあると思う。フランスで伝統的な関係ということがよくいわれているが、そういったものを病院医療や、いろいろな社会化された中で、どう守っていくかという、そういったような消極的な自由化があると思う。これに対し、もっと積極的な自由化——社会化の中で、その欠点というよりも、合わせて社会化自体を進めるという意味の、つまりもっと患者の意思なり、医療技術の選択の自由を広げていくという意味の自由化、与えられる医療から、籠山先生のおっしゃった論点を、もう少し積極的に、求める医療への方向への転換の可能な時点だと、私は現時点を考えるし、そういう意味の論点というのも1つあるのではないかと思う。

次に、これは皆さんがお触れにならなかったのだが、午前中の論議の中に多少出た、所得の再分配の問題、医療保険の中でそれをわれわれがやるのが妥当なのかどうか、この問題をもう1つ視点として掘えることができるかもしれないと思う。その場合、現在では所得の水準的な再分配というものは非常に微弱であるというふうに、私がやった調査でもわかるし、そもそも医療にはそういう性質があるという問題を、どう考えるか。しかし、そういう性質を前提にして、その場合でも再分配を進める

という観点に立てば、よくいわれている利潤部分から賃金部分という、垂直的再分配が1つ問題になってくるだろうと思う。

分権化と統合化の問題ですが、私は分権化というのは医療を供給するサービスの上で、もっと進めていくべきだと考える。イギリスではいまオーガニゼーションをやろうとしているのを見ても、もっと地方自治体の行政に合わせて、つまりシビルミニマムというか、その地域、地域の不公平を是正し、高めていくという、そういう面で自主的な運営ということで分権化が図られる。統合化というのは、もっとそれ全体を、いわばお金の面で、財政の面でスムーズにしていくという上で、有効性を発揮するのではなからうか。もっとこの先論じなければならぬと思うが、そのようなことが議論としてあると思う。

その場合いつも行きつくのは、財政とサービスの両方を使って、いったいわれわれの目的である疾病の治癒なり、健康の増進というのを何で計るか、ということがある。効率性ということのメルクマールがはっきりしていない。死亡率を減らしたというのが、効率を示すのか、あるいは医療にかかったというそれ自体が、1つの成果から効率性を導くということになるのか。そのへんのニードから、デマンドにいたる問題の追求が重要だと思う。断片的なアプローチとしては、やはり、たとえば、僻地あるいは老人層、さらには、特殊疾患を持っている者で、現在受診していない階層がかなりあったら、その人たちへの診療が高い効率性のサービスであるという論点でいいのではないか。常識的な線を出ないかもしれないが、そう考えるわけである。

医療保険のことは、皆さんからご指摘があったので多少省略をして、次に医療制度をめぐる問題であるが、個人開業医制をどんなふうに見るか、果して機能分化をしているか、していないか、そのことをレポーターから論点として出していただいたのであるが、その点なかなかむずかしいことがあると思う。

私はイギリス型の、ああいふ GP とスペシャリストとはっきり分れる分れ方というものは、何も一般性を持つものではなくて、イギリス特有のものだと思う。日本には日本のいままでの伝統なり、メリットがあり、それを発展させていくべきだと考える。いずれにしても医療の場合はほかの産業と違って、やはり本来的にかなり分化しているものだと思う。個人開業医を見ても、一部は病院のほうに発展をしていく形もあるが、しかし、そういうように集中化し、大規模化していくということとはな

い。系列化という面も薄く、独立的形態が医療の中心なので、私はあまりこの問題を神経質に考えなくてもいいように思う。少くとも住民の側から見てみると、個人開業医と病院の選択というのは、それなりにかかなりの程度、はっきりした基準で選択されているので、今後これの部分的な調整でいいのではないかと思う。

むしろ問題は公立病院のほうに、かかっているというように考えたい。今後これがどういう方向で、補足性の方向で動くか、中核的に動くかということであるが、少くともいえることは、ほかのコメンターからも出たが、特殊疾患、あるいは特殊なものとか、いろいろなものとのつながりのあるサービスは、やはり公立病院が中核性を持たなければならない。

その場合一般の開業医の都市集中との関係はどうなるかであるが、これについての規制の問題が実はあるわけである。これは現在あるような適正配置委員会、都市においてだけ規制をするという消極的な対処ではなくて、やはり無医地区に対する積極的な対応が裏はらとなって必要だと思う。イギリスのように地域全体を幾つかのブロックに分けて、地域的に開業を促進し、抑制するという方法もあると思うが、こういう点などは実際の方法として、いろいろ工夫さるべき問題だと思う。

総合病院の問題が今日の問題となっていて、むしろ総合病院より、専門病院という考え方が出るわけだが、この場合も現在の総合病院の欠陥から、いきなりそういう専門病院の必要性を出すというより、もう少し現在の総合病院の運営というものを財政的にも、内容的にも、ある意味では効率的に進めていった上で、出てくるべき議論のように思うし、何よりも単独の疾患でなく、複雑な疾患、多様な疾患を持つ入院患者が今後増えていくことを考えると、それから冒頭に申上げたように、医療施設そのものが高度化、高価になっていくことを考えると、やはり総合病院というのは、共用化と、施設の高度化に対応するものとして、重要な役割を占めていくようになるであろうと思う。

大変舌足らずであるが、時間もきたので、以上で終わりたいと思う。

司会 いま5人のコメントをいただいたが、だいたい問題を私なりに整理すると、大きく分けて2つの問題があるのではないかと思う。1つはレポーターが出した幾つかの判断基準、こういう問題を取扱う場合に、こういう判断基準を考えるべきではないだろうかというレポー

トがあったわけである。それに対して特に籠山さん、それから前田さんの側から多少の反論があったようである。これについてひとつレポーターから答えていただきたいと思う。もう1つの点は、大村さん、小山さん、東田さんから、こういう論点を整理して、判断基準を示すだけではなく、もっと現実問題に降りてこなければ駄目だ、そこで現状打開の方途はどうかということである。これは皆さんのだいたいのお考えでは、保険主義の限界という表現でいわれたと思うが、日本の現状を考えて、それは一定の動向があるから、その動向を承認すれば、そこに当然打開の方途があるのだということから、現状では保険主義の限界ということを考えるべきではないかということで、それについてはいろいろな、少し細かいご議論があったと思う。

そういうことで問題を、私なりに仮に2つに分けることとして、レポーターならびにコメンターの方から、もう少し補足をしていただきたい。そこで第1の点である判断基準について、2、3の疑義があったと思うので、レポーターのほうから簡単にひとつお答え願いたい。

地主 山田所長から示された第1の論点であるが、これは判断基準というか、価値前提の問題についてである。第1に籠山先生から、どうも経済学者というのは、医療のことも知らないで、大胆なことをいうというお叱りを受けた。実は私も需要・供給という言葉を使ったわけだが、一般の商品と同じような形の需要・供給をここで考えているわけではない。医療というサービスの性格から、当然一般の商品と違っており、需要なり、供給なりといったものも自ずからそういったものと違ってくるということは、当然である。特に一般の商品と違って、患者が自由に選択をするということが、非常に困難な商品、あるいはそれができないサービスであり、一方的に医療を提供する医師に万事まかせざるを得ない、これが一般の商品と根本的に性格の違うところだと思う。

それなればこそ医師と患者との信頼関係といった問題が当然起ってくる。一般の商品にそんなことをいったらおかしい。消費者が十分な資料を集めて、良い悪いを自由に選択する一般の商品とは、そういう点でまるで違うと思う。患者と医師との信頼関係ということが、本当の意味で信頼関係として成立するためには、やはり医療というサービスが、それを通して営利性につながってはならない。そういうものとつながってくると、そこから信頼関係というのは崩れてくる。だから医療の供給の仕組みを考える場合には、その点が非常に大きな問題になり

はしないかと思う。

それからもう1つは、医療の公共性という言葉がいかにもごまかしにきこえるという問題だが、これもおっしゃる様に非常に曖昧である。階層性という概念をどういう意味でお使いになっているか十分承知してないが、その言葉のインプリケーションでは階層性をもつべきではない、とこういうふうに考えるわけである。したがって別の言葉でいうと限られた稀少な医療サービスが最もニーズの高いところに配分されることが必要だということである。

そういう意味での優先順位といったものが、当然あってしかるべきである。そういうようなことを現在の医療保険の中ではやることはなかなか困難だといわれているが、この点について多少意見がないわけではないが、いまのようなやり方ではそれができない。ということである。

それからもう1つは、前田先生のほうから提起された問題で、判断基準の中に所得の再分配といったものが出てこないのはどうしたことであるかということだったと思う。おっしゃることはよくわかるが、社会的公正という中に実はこれを含めているわけである。社会的な公正の中には、サービスの給付と拠出における公正その両方を考えているわけだから、当然そこには結果として再分配に対する配慮も含まれているというふうに私は考えるわけである。

それから東田先生から、だいたい判断基準というところに健康管理などというのは、これは笑止千万だということをいわれたのだが、これはまさにおっしゃるとおりである。ただこういうふうな形で各種公私の報告書等で議論が出されていることも事実なので、それを素直にそのまま出したままであって、これがよいということを考えているわけではない。

司会 籠山さんいかがですか。

籠山 いまわざわざお答えくださったのだが、まさにそのとおりで、私のいいたいことをそのままご理解いただいたと思う。いま地主さんがおっしゃったような供給と需要の関係にあるから、簡単にいえば、患者の側には医療機関に対する選択の力がないわけである。そこで地主さんは医者と患者の信頼関係ということをおっしゃったのだが、それだけでは曖昧なので、もう少し別のものと考えなければいけないのではないかと。というのは医者の良い悪い、要するに患者側の判断し得るような情報を社会的に出す方法はないかということである。

それで35年に書いた論文では、待遇はイギリス流に

ナショナル・サービス方式をとって、それに対してレポーターのおっしゃったようないろいろな難点があるわけだから、それを社会的に何か規制をする。たとえば日本医師会は、それを厚生省にゆだねると、医者官僚の官制になるということで、非常に反対なわけだが、私もその可能性は非常に強いと思う。あるいは東田先生のおっしゃったような地域、コミュニティの力で良医と悪い医者の判断をする、そういうようなことを考えるべきではなかろうかと思う。

なおコメントの時にも申したのだが、これは全部抽象的な議論なので、できれば社会保障研究所あたりで、モデル地区をつくって、この議論を検証する調査資料をつくっていただきたい。

司会 では前田さん。

前田 特になのですが、所得の再分配のことをいわれたので、そのことで申しますと、これの是非はまたいろいろ議論していただくとして、現在所得再分配の効果がないのは、1つは医療制度の在り方とも関係があって、施設の地域間格差と、それから一部負担が大きい時には、これは所得再分配の効果は薄いわけです。これがもっと普及していったら、医師分布の地域差がなくなって、籠山先生のおっしゃることと通ずると思うが、階層性が医療需要の上で少なくなっていった時、そうやってきた時点で、抛出面を所得比例をしていく、そういうメカニズムにすると、これは再分配効果が大きくなっていく。いったい事業主あるいは被雇用者、こういったものがどんな負担をすべきかということがあります。つまり老人医療についてもそうであるが、これを単に一般財政で負担をすればいいということではなく、長い間労働力として働いてきた人達に対する医療保障というものを、別の観点で考える場合には、抛出面の原理の上に、もっと評価すべきものがあるのではないかと。そういう意味を医療保険の現状についての評価の時に入れたらよいのではないかと考えるのです。

司会 私は勝手に問題を大きく2つに分けたのだが、そのほかの問題もあると思う。それはまたあとでご発言願うことにして、先ほど申した第2の点であるが、レポーターはもっぱら論点整理という立場で、ご自分の意見を押し、整理をされたと思うのだが、コメントの大部分は、たとえば今日の医療の在り方というもの非常に変わってきた、あるいは保険制度そのものが、いろいろ欠陥を暴露してきた、ことに財政上いろいろ困難が出てきたという、そういう現実認識を踏まえれば、それをどうしたらいいかという、打開の問題が当然あるはずだ。そ

こで問題をその点に絞って、もう1度レポーターに、現状打開の問題についてはどう考えるかということ、補足していただきたいと思う。

地主 問題は非常に長期なものと、当面やるべきものがあると思う。まず最初に当面問題になっているような点を、何か改善する方法はないだろうかということで、ひとつ私の意見を述べさせていただきたい。

先ほど諸先生から出された問題の中に、医療保険というのはもう先が見えているというお話があったが、私も医療保険は財政的にこれから大変な時期にさしかかるだろうということを否定しない。ただ現在わが国の医療保険が持っている、いろんな制約の中に、改善しなければならぬことがあるわけだが、医療保険をやめて義務教育と同じような完全サービス方式にするほうがよいのかどうかということになるとその点では必ずしも楽観的ではない。つまり全額公費負担形式で、果して財政的に安定した、したがって供給例でも質の高い医療を大規模にかつ持続的に供給することができるであろうかという問題である。これは医療保険をどう考えるかということになると思う。

私の非常に大胆な意見を申し上げると、医療保険というのはもはや、財源調達的手段にすぎないというふうに理解したいわけである。こんなことを申し上げると、必ず反論が出るに違いないと思うが、私は長期的な安定をした財源を確保する手段として、全額一般財源から出すような租税方式がいいのか、あるいはまた保険料方式がいいのか、というふうに考えると、どうも後者のやり方のほうが、いいのではないかと思う。そういうものが果して社会保険と呼べるかどうか、異論のあることを承知の上でそういうような方式として残しておく価値はあるのではないかと思う。その理由は、きわめて簡単で、現行の医療システムの再編成がかりにできたとしても、医療費は将来ともかなり膨大なものになり、したがって、その費用を賄える安定した財源確保が最大の問題点になると考えるからである。

ただ、現在の日本の医療保険制度はいろいろな問題を持っている。これはすでに先生方から指摘されたところであるし、またすでに常識にもなっていることである。第1の問題点は制度間に大きな格差があるということである。これがやはり社会保険としては問題である。そこで制度間の格差をできるだけ調整していくということがこれからどうしても必要になってくる。先ほどいわゆる財政調整の問題が出たが、これは1つの方向であり、これで解決する問題ではないと思うが、そういうようなこ

とをやりながら、ある程度公平化の措置をとる。こういうことが考えられるのではないかと思います。

それから第2に各制度に共通した問題がある。先ほど籠山先生からもご指摘があったが、日本の医療保険制度は軽い病気には厚いけれども、重い病気になると、その効果が非常に減殺されているということがある。これは定率給付に問題があるからだと思う。定率であるから、医療費そのものが大きくなると、自己負担額も無限に大きくなっていく。こういう定率給付方式では、疾病による医療費に対する将来不安は縮減せず、したがって、公的な社会保険のような性格のものには向かない。その意味で、現在取上げられているようにやはり重い患者、重い病気はできるだけ負担を軽くするように場合によっては無料化するというようにすべきであろう。その代り軽い病気についてはある程度負担をする。こういうことが考えられる。

このような給付方式は、稀少な医療資源の配分の見地からみても当然であろう。現在の医療問題というのは、1つには医療に対するニーズというか、需要というのが非常に大きいのに、それに対応する供給が十分でないということである。この需要超過の問題が、医療の問題としては、国際的にも一番大きな問題ではないかと思う。医療の需要に対して供給が相対的に少いわけだから、それをどこに、どういうふうに配分するかということが問題になる。そこで当然考えられることは、最も医療を必要とするところに医療サービスが向くようにすることである。一種の混雑税を軽症患者に課するような方式が考えられるべきだと思う。そういう意味で重いところにまず優先的に医療サービスを向けるようにし、軽いものは場合によっては全額自己負担させる。これが限られた稀少サービスを最も効率的に、最も有効に使うという意味で優れた方法とはいえないだろうかと思う。ただ具体的にそれをどういう形でチェックするかということになるとこれは技術的に非常に問題であるし、それに対する供給側の反応にもいろいろな批判が現在あるので、具体的な方法としては問題が残るとしても、理論的にはそういうふうな医療サービスの配分というものを考えていくことが必要だと思う。

もう1つは医療制度である。これについては先ほど、医療サービスが不足しているという問題、それから偏在の問題と、機能分化の問題、大きくってこういった問題群になろうかと思う。医療サービスというのは非常に不足している、その絶対数が不足しているという問題が

あるし、同時にそれは非常に偏在をしている。それではそういう問題を解決するために今の方式がいいかということになるとどうも今のやり方では、問題の解決にはならないのではないか。どうしても公的な医療機関がはいっていかないと問題はなかなか解決しない。あるいはプランニングがこの中にはいってこないとなかなかうまくいかない。問題は非常に困難であるが、やはりそういうふうなことで徐々に問題解決に近づくということが必要ではないかと思う。

司会 ありがとうございます。では今の補足に対してコメンターからご質問なり、ご意見があったら、ごく簡単にうかがいたい。

大村 大部分のご意見に賛成であるが、ちょっといわせていただくと、医療のシステム化、これは公的なものを中心にしたシステム化ということであるが、だんだんこのシステム化ということが図られると、これは籠山先生の指摘された問題とちょっと関係するが、先ほど籠山先生が医療というのはゆがめられているのではないか、本当に患者のニーズにしたがって診療したらどうなるか、その比較を知りたい、ニーズを基本にして問題を考えたというお話があった。だんだん情報科学が進歩して、医療機関の相互連絡、あるいは診療録のようなものがコンピューターに入れられて管理をされるようになると、昔は医者秘録というか、診療録などは人には見せるものではないということであったが、だんだんそれが第三者に批判されるということになる。たとえばその医療が実際に正しいのかどうかということは素人にはわからないが医者同士にはわかる。しかしいままでは第三者の医者が、同じ医者でもそれを批判するということは許されなかったが、だんだんシステム化が進んでくると、いわゆるメディカル・オーディットが広く行われるようになる。病院が病院の診療をある程度自主的に批判をする。あるいは医療に対する不服の申し立て機関——これは抜本改正を見ていたら、そういうものを設置するということが書いてあったが——を設けることによって、医療というものがある程度患者側の立場からの批判を受ける契機をつくる。

不服の原因をさぐることによって、医療の内容がある程度白日のもとにさらされるということが医療の質を向上するためにどうしても必要なのではないか。そこで医療システムの中に、教育と研究がサブシステムとして組込まれて、そして患者の診療の経験による成果、あるいは新しい研究成果などがたえずフィードバックされて、再び医療としてアウトプットされる。こういうようなシ

システムが必要なのではないか。公的医療機関を中心にしてといっても、こういう情報提供、教育、研究などの機能を大学病院をはじめ公的医療機関を中心に果させるということが必要なのではないかと思う。

司会 小山さんいかがですか。

小山 私のコメントの中で、社会保険主義の限界という言い方をしたのだが、考えてみると限界というよりは基礎といってもいいと思う。たとえば予防とか、あるいは社会福祉的な医療給付とか、そういうものが整っていないと保険方式がうまく動かないと考えてもいい。医療費の調達の手段としての医療保険というもののメリット、つまり動的な収支計算ができて、そこに経済性とか、効率性というものを考慮の中に入れる余地が出てくるというのは、やはり保険方式のメリットなので、その保険方式のメリットが作動しなくなっているところに現在の問題がある。

ですからわれわれがかつて議論したように、何か前提問題の不備というか、社会保険方式を基本にするのだけれど、基本にしたところで、まだまだそれがうまく動くような基盤ができていないというところに現行の問題点があるかと思う。

それからやはり社会保険方式ではどうしてもなじまない医療があるのだということはこれは明瞭なので、そのへんはやはり区別していかなければならない。マクロで見れば、税金で見ようが保険料で見ようが、同じではないかという議論もあるいは出てくるかもしれないが、ただ出す懐が違えば、医療のパターンというのも、恐ろしく変化するというのも事実である。ことに福祉サービスのものと結合した医療というものは、現在日本ではほとんど行われていない。東京都がやっと今度老人病院の中で若干試みるかに聞いているが、あの程度のものが今後大いに発展してくれると、はなはだ医療保険のためにもいいのではないかという感じである。

司会 では東田さんいかがですか。

東田 私は先ほど議論がかみ合わないことを承知の上で問題を出したのだが、短期見通しとして、当面の医療問題の解決を考えていかなければならないだろうし、今おっしゃったように社会保険というものは、医療費財源を捻出する方式として重要な役を持っているから、それ自体としてその「効率」を追求する必要があると思う。しかし社会保険の機能を過大評価すると、かえって判断を誤るのではないか。それから医療機関の問題であるが、私的医療機関がご承知のような状態であるので、おそらくこれからは公的医療機関を政府も、自治体も、医師会

の反対を押切ってもつくっていくという動きが出てくると思う。その場合、非常に重要だということはいったいどういう公的医療機関がつけられるかということである。現に計画されている公的医療機関を見ると、大きな都市での総合病院、センターになるような病院、基幹病院である。

果してそれが、住民の医療の質的な空白状態、あるいは断層、差別をなくするためのものになるかどうか、きわめて疑問がある。なかには大学病院式のものができて、そして「特殊医療」という形で上積みされてくると思う。しかしながら農村とか僻地で住民が本当に欲しがっている公的医療機関は、きわめて少い。僻地医療はまさに「不採算医療」であり、公的責任で存立する医療機関でなければ果せないが、そういうものはつくらない。問題は地域における医療機関に対する住民の要求を聞かず、住民側からのチェックをはじめから考慮されていないことである。「管理」する側からの医療機関、「効率」を追求する側の医療機関がつくられる。とりもなおさず、医療費の膨脹を抑え、医療費国庫負担を抑えるに役立つものの、私的医療機関側に流れる医療を抑え、チェックする機能としての総合病院が優先する傾向がある。

それから、診療報酬の問題についてちょっと申し上げておきたい。住民に直結する第一線医療機関、開業医まさに私的企業である、私的資本でやっている。資本の仕組みの中で営業をやっているものの、それぞれがただ利潤追求に専念しているというよりも、「医者」として患者要求に応える医療活動をやっているわけである。とすれば、そういう医療担当者の生活と技術をどういうふうに保証するかという問題をもっと真剣に取上げる必要がある。ところが診療報酬のきめ方は、もっぱら医療サービスの生産手段としての物的手段に重きを置いている。これはまさに「資本の論理」である。医療はそうであってはならないのだから、当然医療を供給すべき「人間」の問題を基に置いて考えなければならない。

そういう観点から、短期見通しとしての医療報酬制度の改善にしても、出来高払い制をなし崩しに改めて、医療担当者の身分保証に力点を置いていくという問題がある。政府も、医師会も、ほとんど多くの政党でも依然出来高払い制を抱いているが、その点を何とかしなければならない場合に、それをどの点から打開していくか。実は、医師の間にもいま階層分化が起りつつある。第一線医療機関の中でももはや資本を投下することができなくて儲けが十分でない、苦しい、という医者も出てきている。そういう医師自身の階層分化とも対応して、患者、

住民とともに、勤務医を含めて医師および看護婦その他医療担当者の身分と生活を保証するという方向のものを基本にすえて考え直すこと、これは理論の上でも考えられるが、多分に社会的な、政治力学的な問題であろうと思う。診療単位出来高払い制を再検討することについて、この体制の中で医療機関に対する報酬だけがどうして押えられなければならないかという疑問が出されている。これに応えつつ、そういう仕組みの突破口をどこに求めるか考えられていいのではないかと思う。

一 般 討 論

司会 それではこのへんで参加者の皆さんからご意見なり、ご質問なりをいただいて、それに対してレポーターなり、コメンターからお答えをするということにしたいので、ご発言をお願いします。

吉田秀夫 今回の案内状を見て、医療問題の論点を明らかにして、多分若干の方策が出るという期待もあってきたのだが、前段についてレポーターはありとあらゆる問題を提起されたが、それも時間不足で、かなり大事な点でほとんど説明がないという嫌いがあったような感じがする。それほど医療と医療制度全体がたくさんの問題を抱えているわけで、これは止むを得ないと思う。

去年の保険医総辞退のあと、国民のかかなり多くはこれでは医療制度はいいかという疑問を持っているし、私の付き合っている、たとえば労働組合なり、民主団体でも、本気になって医療の社会化ということ、若干論争しはじめている。そういう状態の中でも医療制度に非常にたくさん問題があって、いま説明はできなくても、こういう問題があるのだという点で申上げてみたいと思うのは診療報酬の体系の問題で、現実には日本の場合、医者の方技術料の評価とか、スライドの問題、これだけでもたくさん問題がある。それから包括医療の点でも予防の問題はいまコメントの中に出ていたが、たとえばリハビリテーションとなると、これは非常に不足している。さらに健康増進の問題を入れると今の医療機関、医療制度、あるいは今の保健所の姿で、いったい対応できるかどうかという問題もある。

それからいろいろな政党あるいは団体の中でも、たとえばイギリスの方式に対する若干の期待が現実にある。

それからこれはあまりそう強い意見ではないが、国営方式は日本の場合絶対不可能なのだ、という意見もある。そのへんで日本の場合イギリス方式が不可能なのか、あるいは若干実現の可能性があるのかどうかといったことも、これからの課題として整理して欲しかった点だと思う。それから医者が不足しているか、いないかという問題、これについては地主さんは非常に大胆に問題を提起しているが、たとえばこういう討論の場合でも、こういう問題が出たような場合でも、肝心の医者を養成している機関のプロフェッサー級がほとんどご存知ないという状態の中で、医者がどんどん養成されている。しかも公衆衛生にきそうな人は非常に少く、臨床関係でかなりドライな医師だけが養成されている。これはかんたんにケリのつく問題ではないと思う。

私が東京都にいろいろ関係してつくづく思ったのだが、看護婦、その他いろいろな技術者の養成が、いぜんとして各種学校扱いでまともな養成がされていない。この点は抜本問題でも、9月、10月の2つの審議会の中でも、看護婦の養成を質的に、あるいは量的にどういうふうにやっていくかということが、ほとんど触れられていない。そういうところに日本の後進的な医療技術者の養成機関の姿がいぜんとしてあるような気がする。

抜本の中で一番体系的な焦点としては、分権化と統合化というのはちょっとピンとこないが、やはり日本の医療保険のバラバラのタイプをどうするかということ、これが焦点であったわけだが、このへんももう少しレジメに欲しい問題だと思う。

あれやこれやと考えながら、これはあまり細部にわたるので何ともいえないが、今レポーターが具体的な抜本の方策として、ほんの1つを出しているが、医療保険の財政調整に対するきわめて大胆な意見、それから軽い病気と重い病気と区分けしたらどうかということは、かなり勇気のある提案ではないかと思う。

そのほか、今コメントの側からいわれているように、日本の医療制度、公衆衛生で当面こうして欲しいということが、医療保険のほかに前提条件として欲しい。あるいはこうして欲しいと思っても、ほとんど不可能なのかどうか。国民の大部分は、ほとんどまともな医療を受けられるような保証はないし、特に国立、公立の病院に働いているかなり多くの人達の意見を聞いても、自分が病気になった場合、いま働いている病院にはとても危うくかかれないという、そういう荒廃した危機感を持っている。それがここ数年、あるいは70年代にケリがつかないということになると疾病構造の非常に急激な変化や、

公害でどんどん生命や健康が侵されている状態の中では、今までのような医療機関の在り方で対応できるのかどうか。これは全般的な問題だと思うのだが、そのへんをどういうふうにやっていくのか非常に心配だと思う。

司会 抜本改正について、いろいろの意見はあると思うが、さてそのとっかかり、手がかりをどこに求めたらいいか。たとえば社会化ならば社会化というものを導入するための手がかりをどこに求めたらいいかということとなかなか困難なものだから、時には大胆になるが、時には躊躇してしまうということになる。そこでむしろこの際、吉田さんからこういう突破口があるのだからこれをやれということを示唆していただくと一番いいと思う。

吉田 東田先生がお話になっていた点だが、1つだけ申し上げたいと思う。戦後二十数年の長期の政府のやり方を見てみると、あるいは抜本の案を見ても、医療保険の財政対策というものについてはかれこれいっているが、もともとなる医療制度その他については、ほとんど何も確信がない。したがって当分このままで崩壊の状態が続けるということになると、住民のために、あるいは国民のために医療を本当に確立するようなそういう基盤なり、動きは何だということを考えざるを得ない。

たとえば去年の保険医総辞退で、自分達が少くともかわり得る、あるいは若干信頼し得る医療機関は何だということを、かなりの国民は考えはじめたと思う。そうするとコメンターのかなりの人がいっているように、やはり公的なあるいは公立の医療機関ということが、かなりの部分で考えられていると思う。そういうことを含めて認識のまだ定着していない状態の中で、地方自治体、それは市町村という小さな枠でなしに、県の自治体の中だけでも、それぞれの都道府県の県民なり、住民なりが、これに取り組むような場を少くとも疾病予防、公衆衛生も含めた、その住民の住んでいる地域の医療機関の在り方をどうしたらいいかという、そういう場をどんどんつくり上げていくということが、1つの決め手になるのではないかと思う。

ただ一番問題なのは、特権的なそして若干独善的な医師会あるいは医師層というこの壁である。それを破るためにも中央段階、あるいは都道府県段階の、いろいろな主だった団体だけの話し合いだけではどうにもならないので、住民がそれを乗り越えるような自分達がそれを求めるという、そういう雰囲気や1つの決め手になるのではないかと思う。

曾田長宗 吉田さんだけが奮闘なさっているの、私もいろいろお話を進める意味で、あるいは暴論になるか

もしれないが、ちょっと発言させていただきたいと思う。

まず東田先生にうかがいたい。東田先生は一番遠慮がないから食いついてみようと思う。現在の医療保険の問題、もっと大きくは医療問題を取上げた時に、1つの活路というか、1つの方策として、これは吉田先生もおっしゃったが、公立病院というものをもう少し増やしていくということが1つの道ではないかということである。この意見については、医師会以外には非常にたくさんの人達がそれをサポートされるようだが、それには大変大きい危険性がある。とにかく今の統制、ことに医療の制限というようなことにつながってくるのではないか。それが結局国民の医療にマイナスに響くのではなからうか。こういうことを東田先生はいわれたと思う。

私はそのご懸念はよくわかると思うが、それでは先生は公立病院に反対とおっしゃるのか、あるいは賛成なのか。賛成だというならば、いまいったような心配をどうやって押えていくか。吉田先生がおっしゃったように、これは東田先生自身もおっしゃったが、国民あるいは住民がそれに参加するようというのをちょっと申されたが、それを実現されていく方法だとか、可能性だとか、こういうものについてもうちょっとお話し願いたい。また先生はどの程度その方針を進めていこうとされるのか。やることは考えられるけれどもやったって無駄だろうと考えられておられるか、そこいらをひとつうかがいたい。

東田 結論を申し上げますと、公的医療機関を増設することは絶対賛成である。これは高度に進めていかなければならない。ただ考えなければならないことは、今までは私的企業が資本投下をしてきているので、その体制の中でうまくバランスをとりながら、公的医療機関の公的性質を発揮させることに主眼を置くものでなければならぬ。今までと同じ形で独立採算でむしろ高度の営業性、企業性を持った公的医療機関なるものがつくられたとすればますます混乱するのではなからうかと思う。

そういう意味で医療機関に対する公共投資は必要であり、公的な医療機関をつくるべきである。しかしながらその運営については、ある意味においては市民性というか、そういう経営という方向をさぐっていかねければ、今の財政の中ではむしろ官僚統制というか、多分いま申しました効率を追求する方向に向っていく。そこに1つ問題があると思う。

その例として、先ほどちょっと公的医療機関というのは基幹病院だけではないので、田舎の病院も公的医療機関なので、これをどうしてほうっておくのだといったが、

そういう意味で医療機関に対する公共投資が必要だということは賛成である。しかし、その機関がいったいどうなるかについては、まさに国立にすべきか、官公立にすべきかではなくて、市民が医療を受けられるような医療機関にしなければならないということで、経営については、別の判断をしなければならないと思う。ただ現在の状況では非常に困難だと思う。

そこで自治体というものが、住民の意見を反映させ得る唯一の行政組織であるから、基幹病院をつくるのなら、自治体病院というものをつくらせる方向へ進めていく。国立病院なり、大学の二流病院でなくて、自治体病院をどんどんつくる。ただその場合自治体がどういう状態にあるかという前提がないと、これは危険である。そういうような力学的なというか、現実の社会的な情勢の中で、本当に住民が求めるような医療機関をつくっていくという方向が一番望ましいのではないか。

それからもう1つは医師層の反対であるが、これはたしかにある。しかし医師層の中にも、これはまだごく少数であるが、公的医療機関をつくるべきである、ただしその場合何をやらすかという、不採算医療をやらす。つまり救急医療であるとか、公害患者を収容するようなものとか、そういうものをやらすのだという形で、医師層の一部の人は動いている。これは住民要求と、第一線医師としての医師自体の要求があるわけである。その中で少なくとも自治体が、その医療を受け止めなければならないという責任を自覚させて、そういう医療機関をつくっていくという運動は一方で進んでいる。

実は大阪の医師会の中にそういう層がある。これは少数であり、ある地域で公的医療機関をつくるべきだといっても、ある地域ではつくるべきではないということで、ちょっと対立関係がある。しかし、その場合基礎になっているのは、住民組織とそういった医師団の結びつきで、そういうところでは公的医療機関をつくらせ、さしあたり救急医療をやらせようというこういう動きが出ている。

それから私自身も先ほども申したように若干の問題をやっている。たまたま大阪で黒田さんが知事になられたということで、大阪府の保険医協会の中で医療の問題を考えているのがいるので、それとわれわれ一部の者とが協力して、黒田府政の中で医療をどういう具合につくり上げていくかということでいま動きつつある。これはご存知のような状態なので、果してどこまでいくかわからないが、その中で一番欠けているのは、住民、患者の層と医師との話し合いである。そこにいま断層がある。

曾田 これは小山先生でも、地主先生でも結構ですがおうかがいして、その尻尾をもういっぺん東田先生のところに持ってまいりたい。簡単に申します。あるいはこれは暴論かもしれないが、先ほど小山先生がとにかく健康保険では賄い切れないのではないかと、また予防関係、あるいは健康管理という問題が出てくるということに対して、これを保険に担当させることは、無理ではないかと、いわれたと思う。そこで私もうひとつ突っ込んでいうと、保険の医療サービスにしても、医療サービスの内容のことに、保険がそれだけはいる口があるのかどうか。もっといえば、言葉が悪いかもしれないが、保険行政というのと、保険でもって給付する医療の内容の問題は、これはそもそも引離すべきものではないのか。そして私どもからいうと、これは再三いってもなかなか聞き届けていただけないのだが、予防と治療とを分けろ、治療はこちらで引き受けてやるが、予防というのは、オレ達は少し範囲外かもしれない、別のところでやれ。こういうことをおっしゃるが、医者の方からいくと、とにかく予防と治療というのは筋が引けない。ことに慢性病、老人病になると筋が引けない。だからむしろ医療も、予防も、健康管理も、実態的なサービスの内容それ自身は、保険制度の経過というもののから、一応別に考えることができないかということである。

だから、対象別に幾つかの制度があるのがいいのか、あるいはそれをおまとめになるか、これも結構、それから保険料がどういうふうになるか、これも結構。医療サービスにどれだけのものまでそちらのほうでお考えになって賄い切れる、これ以上は今のところでは何としても必要であろうけれど、サービスはできないということは決めていただく。そして、これでもって最も効率の上がるサービスを考えてみないかというのは、専門の医療関係者におまかせになるということとはできないのか。予防とか、治療とかに分けないで、そういうことはできないかということについて、保険局の人達にはいろいろな意見があるかもしれないが、研究者、学者の先生方からひとつうかがいたい。

小山 ちょっと誤解があったように思う。保険で予防を給付するなということは、申した覚えはない。日本の医療保険は予防をやっていないけれども、ほかの国などを見ると、結構予防給付を取入れてやっているの、そのこと自体は、つまり保険方式で予防をやり、健康管理をやる費用を調達するということは結構だと思う。

それから保険のサイドから医療の中にはいれるかといえば、これは絶対はいれない。はいれないのが当面で

ある。当たり前というのは医療サービスの特殊性からいって、規格化が非常に困難なサービスだから、それを保険のほうで少しぐらいちびってみたところで、これは医療と保険の対立を激しくするだけの効果しかない。だから保険の守れる範囲というのを、明確にしなければいかんというのが、私の考え方である。

そういうことだが、しかし保険の守備範囲外でも、国民の健康を守るという観点からすると、やらなければならない仕事がいっぱいある。ことに最近では半病人が増えてきて、半病人というのは病気でないから保険でかからない。さりとて社会的に脱落しているわけでもないから、ソーシャル・サービスも受けられない。そういう中途半端な、病人だか、健康人だかわからんような人達がかなり増えてきている。こういう事実を、いったいどの面でカバーしていくのかというのが、非常に大きい、現実の問題だと思う。ですから保険で守れる範囲をひとつは拡大して整理をしてみる。それから保険で給付することが本来的にむずかしいという面は、別の面でやはりやるを得ないと思う。

それからもう1つは医療費負担の問題であるが、医療費負担の限界はどこにあるかという、限界だ、限界だといっても、実は限界があるようでない。つまるところは保険料拠出で皆が賛成するのか、それとも税金でなければいざだとか、それだけの話ではないかと思う。くどいようだが、逆にいうと保険料という形で出されてくる医療費の使い方と、税金という形で出てくる医療費の使い方とは、自ずから違う。さっきちょっと上げたが、ポケットが違ふと出し方も違ふ。やはり税金のほうから出してくると、ある意味ではリジットだし、ある意味では社会サービスの形でしか出てこない性格のものだと思う。

そのへんがどうも整理が不十分で、ただ国庫負担さえ入れればとか、あるいは国に負担さえさせれば医療問題はケリがつくと思うのは大間違いである。やはり財源負担の仕方と、医療の在り方とを引っかけ、望ましい方向に医療の制度自体を徐々に変えていく。そんなことぐらいしか今のところ私の知恵としてはない。

司会 地主さん、大村さんあたりご意見があると思うが、一般の参加者の方からご発言願ってまた、お答えしていただきたいと思う。

西三郎 今ここで議論されているように、レジメにない問題も出されているわけだが、医療というのは公共性の強い商品であるということがいわれたが、私はまず最初に商品である医療について、多少論点があってもよか

ったのではないかと思う。それから当然需要側と供給側があるのだが、需要側の問題が必ずしも最初のほうに出てきていない。それからこれは小さな問題であるが、医療はほかのものと違って、メディカル・マンパワーといわれているものが、医療をつくり出す一番もとになっている。それが医療制度の中のその他の項目の中には入っていない。地主先生はそういう点を十分ご承知の上で、このように論点を出されたのであろうが、その点の理由をちょっとお聞かせいただければと思う。

地主 医療というのは、公共性の強いサービスだと申上げたが、商品だとはいっていない。そのへん誤解のないように願いたい。つまりこれは商品と考えるべきではないということである。そういう医療という公共性の強いサービスの性格について、ここで再び議論を展開する時間がないわけだが、これは十分議論が展開されているので、ここではひとつ控えていただきたいと思います。

それから需要側からの議論の展開がなかったということであるが、これはおっしゃるとおりで、これは先ほどの籠山先生のコメントにも関連するわけだが、やはり医療を需要する側の性格といったものを、もう少し分析してみなければならないと思う。ただしこれは私のような素人ではなかなかつかみにくい、いろいろむずかしい問題があると思う。

それからメディカル・マンパワーであるが、実はこれは、優先順位を付して入れたわけではなくて、最後にメディカル・マンパワーを出したのは、むずかし過ぎて私の手に負えないという意味である。

曾田 先ほどご質問しましたが、もうちょっと問題を詰めさせていただきたい。小山先生のお話はわかりましたが、もっと具体的な問題でいうと、かつてのイギリスのように、保険局のほうから、保険医療も含んで、予防も合わせて、たとえば衛生省なら衛生省の責任において、一括した制度を考えさせるという体制はいかがなものかということ、ひとつうかがいたい。

それからもう1ついうと、医師とか、医療関係者だけにそれを考えてみるということになると、非常に専門家エゴイズムというものが、反映されてくると思う。こういうことが懸念されるので、それをチェックするにはどうしたらよいか。何かご意見があったら一言お願いしたい。

東田 保険財源に決まりがあるので、それ以上のサービスはできないというような問題があるかと思う。それから先ほどのお話の中で、保険財源、あるいは医療費そのものが、すでに国民所得の何%になっているから、

それにはすでに限界があるという問題も出ていたのではないかと思う。これは私が申上げるまでもないが、医療機関なり、医療を供給する仕組みの中で、必要経費というものがどんどん増えていって、健康保険でどの程度までそれを賄えるのかという限度というか、そういうものを見きわめる必要があるのではないか。たとえば医療機関の建物をつくるとか、あるいは物を移送するとか、あるいは特別の研究のために処置しなければならんとか、こういうような支えがあってはじめて、医療における技術革新というのは進んでいる。それにもかかわらずいぜんとして保険料というものは、賃金に対応する再配分のもはあるが、あくまでも所得に対する具合としての保険料を出しているわけだから、そこまでの必要経費は賄えないのが当然ではないか。そうすると医療、あるいは保険も含めて、医療サービスを満たすためには、保険財源ではもう不足している。とすれば当然保険財源以外から、それを補強しなければならない。これは皆さんのいわれている国庫負担であるだろうし、私が保険の限界というのは、その意味で限界があるということであるといっているのである。

そういう意味で保険というものは、財源確保については結構だけれど、こういうふうに医療が高度化した場合には、率直に言えば保険サイドで医療という問題が、犠牲になってくる危険がある。そうすると本当に保険、医療というものの関係がどうあるか、サービスがどうあらねばならないかという見地から、サービスというものの仕組みを考えていく必要がある。供給の側が考えなければならぬというような、抛出主義の限界というのは、医療の高度化、医療需要の高まるにしたがって、いま見きわめておかないと、保険財政は破綻する。これは当然であると思う。

それからもう1つ、健康管理の問題だが、私は健康管理という言葉を使うことが問題だというふうに思っている。病気にかかって、お医者さんに健康診断を受ければ、これは保険が役立つのは当然である。しかしもし管理という言葉を使うならば、当然そこに計画があり、秩序があり、組織化されるという、何らかの方向づけがあるわけである。そういうような方向づけがあってはじめて、住民の健康を守るための方向づけ、行動としてのものがあるわけである。そういうものは保険からはいっさいできない。ところが管理という言葉を使うことによって、何か予防的な機能を発揮しているかのごとき錯覚を持たす。そういう意味であくまでも医療サービス、保険サービスと、健康管理という言葉は、厳密に分けて判断しな

ければ、医療保険の限界というものを、明確に掴みにくいのではないか。

司会 先ほど曾田さんのご意見の中で、専門家エゴイズムをチェックする云々という問題があったが、これは先ほど大村さんが触れたところもこれに関係があると思うので、何か補足していただけますか。

曾田 ちょっと申上げると、専門家エゴイズムと、専門家の技術主義というものが、合せて問題になるかと思う。

大村 ただいま曾田先生からお話のあった、保険担当の省にまかして、包括医療というものをやらしたらどうかという、そういうご意見ですね。このことはヘルス担当省がある財源の下に、包括的な医療をやるということをして、そこに当然財政の枠があるわけだから、いろいろな形でコントロールをやる。そしてできるだけ能率をよくするという、いろいろな手立てが必要になる。そうすると現在の開業医制度というものを、ある程度使うということになると、そこにやはり保険が当面したと同じ問題があるのではないかということがいえる。

そこで座長がいわれた、専門家の独善というか、そういうことで計画をつくったり、実際の事業の運営をコントロールするということについては、やはり患者の立場の意見というものをいろいろな形で入れなければならない。先ほど申しました、不服の出た場合にそれを取上げて、専門家、それから専門家でない公共的な立場の人も加えて、議論をする。純粋な医学的な問題については、医者や第三者の公正な判断によって審議をする。そういうようなことで、まず不服というものを取上げて、そこからどういう点が国民は不満足に思っているかということを取上げていく。これが1つである。それから1つはそのほかの運営委員会というような形で、市民の参加をできるだけ求める。国のレベルでも、地方のレベルでも求める。こういうような形で物事をやる。医者からこういうことをいうとあれだが、患者の中には非常に勝手なことをいうものもある。したがってそういうのは適当にコントロールしなければいかん。そこでそういった自由と統制の妥協というものが医療制度の解決の1つのプリンスプルではないかと思う。ある人は医療機関も、医者も、患者も、完全な自由な社会というのは、健康が保たれないということをいっているが、それが真実ではないかと思う。

小倉襄二 今の隘路を打開するために、公的医療機関をつくって、その場合不採算医療を担当するということが、その不採算医療の範囲、これは救急医療などとい

うことになっているが、実は自治体病院に対しては、住民はもっと高度な医療を期待している。たとえば私の頭にあるのは横浜の神奈川県立の児童療育センターなどである。あれは開業医の手に余るような子供達の傷害を診るという1つのファンクションを持っているが、その場合ネットワークというものを考えると、先ほどいわれた健康管理を含めて、ネットワークの軸として、その拠点としての自治体病院というものを考えたい。それから不採算医療については、救急医療とか、そういう狭い範囲に考えないで、住民が開業医から受け得ないような利益を受けられるような、高度な病院にする。それに対して住民のコントロールというか、そういう1つの体制が付与され、住民の地域医療のネットワークの拠点として自治体病院というものをつくる。これは非常に困難な課題を含むと思うが、そういう形ができれば、もっと国家レベルからの助成もできるのではないか。これは医療における家庭医と専門医というか、それとの関係などが非常に大きな問題となると思うが、そういう形での自治体病院の役割の、積極的な展望というものを見なければならぬのではないのか。

東田 いまおっしゃったとおりだと思う。いまは地域の中は、ある意味でいえば、無政府的な状態であるし、それを方向づけ、ことに高度な医療を行うために、大阪とか、東京とかは別にして、中都市になるとそういうような基幹病院的なものはないので、そういう意味で当然公的医療機関は、その部分を少なくとも、いわゆる基幹として整備しなければならない。そのネットワークの中で、それぞれの地区病院なり、第一線医療機関なりを、しかるべく組織化して、組織化という言葉は悪いのだが、ネットワークの中での、それぞれの位置づけの中で活動をしてもらう。これは当然であろうと思う。

それから私は先ほど不採算医療と申しましたが、これは医師会を弁護しているわけではないが、医師会側がいます場合に、それを取上げてはじめて公的医療機関をつくり出す運動が、その名の下に行われてきている。また不採算医療ということの1つの意義は、採算のとれない医療をやるのが、公的医療機関なのだ、公的性格なのだということで、採算を度外視しても医療機関というものは整備しなければならぬ、こういうニュアンスというか、言葉がある。しかし実際には不採算医療だけを公的医療機関にやらせるという発想だけではない。当然その地域における不足している医療を補うためのものが、まず第1であろうが、その地域の中での組織的医療を行うための基幹的なものとしての、公的な医療機関の配置、

たとえそれが民間的なものであったとしても、それを市民コントロールというか、市民的な組織によって、そういう方向へ持っていくということは、不可能ではないと思う。たとえば一部の民間の、民医連などの系統の中では、それなりに独立採算をねらいながらも、地域における不採算医療というものをやっている。やはりベースはその医療機関が、どれだけ民主化された組織の中で生れて出るかというポイントがないと、たとえ今つくられたネットワークのケルンになっても、再び専門家医療、あるいは先ほどお話のあったような、技術独占の医療機関になる危険性が多分にある。したがってネットワークするについては、これはお座なりな言葉であるが、地域における民主化ということを前提にしなければ、ネットワークというものはつくられないという危険性がある。

寺尾琢磨 きのうテレビで武見医師会長が中医協の説明をされていた。まず支払側、それから公益委員、これはまったく医療については無知である。医療のことがわかるのは医療側だけだ。こういうことをおっしゃった。実は私もかつて公益委員なるものを勤めたので、まったく発言権がないわけであるが、私医療問題でいろいろの会にまいりますと、お医者側に共通的に何かそういう考えがあるように思う。今日の情勢で医療という問題を、社会的な要因と切離して、何か議論ができるように考えているお医者さん達が非常に多い。これが私は大変な問題だろうと思う。やはりこういうことを少し是正しないと、抜本改正という言葉は立派だが、そんなことができるわけはない。もう少しここにお集りのお医者さんのように、社会的な領域についての勉強をなすっていただきたいと思う。これが私の始終考えていることである。

このいただいた刷り物の中に、大変いろいろな要点が並べられているが、特に薬のことが詳しく出ている。武見会長は何かというと、医者の所得が薬に頼るのはおかしい、医者の技術を買えと、こういわれる。これは口ぐせのよういので、私も何度いわれたかわからない。そういう方向で医療費を改正するように、中医協で働いてくれと、こんな注文がずいぶんあった。

では医者の技術を金銭的にどう評価できるのか。これはずいぶんむずかしい問題だろうと思う。診察料を値上げしたり、手術料を値上げしたりしているのは、おそらくその方向だろうと思うのだが、そういうもののいったい評価が妥当なのかどうか。何を基準としてその技術の価格になっているのかどうか。その可能性というものを私は大変疑問に思う。私は中医協の席上で、医薬分業でもやったら1つそれに近づくのではないかとか、もしそ

れが駄目なら宿屋に優、秀、可とかランクがあるが、医者にもそんなようなランクをつけて、この医者に行けば初診料は1,000円、ここは500円、ここは200円というふうにしたら、あるいはその技術の値段になるかもしれないが、しかしかそういう場合にいったい誰がランクをつけるのか、それはずいぶんむずかしい問題だろうと思う、ということをおっしゃる覚えがある。いずれにせよ技術を中心として医療費を決めるという考え方自体は、大変いいと思うのですが、薬だけでもって医療費の大部分を食ってしまうというのはおかしいと思うが、その可能性というものを、もう少し真剣に考えてみたらどうかと思う。

それからもう1つ、これも私の経験であるが、この中のホスピタル・プランニングのところで、地域偏在の解決策という項目がある。さっき地主さんはその偏在の原因と是正について考えるということをおっしゃったけれども、それがあまり出てこなかったと思う。ほかの方もあまりこの問題はおっしゃらなかったが、この医療の地域偏在というのは、国民生活から見ると、大変大きな問題である。これをどうすればいいかということであるが、これは実は私自身も関係があるのだが、私が委員をしている時にはまだ、大都市と地方と医療費が違っていた。これはおかしいことで、むしろ地方のほうが医療費は高くつくのではないか、だから地方の医療費が高いならば納得できるが、そうでないのはおかしいのだから、少くとも同じにしたほうがいいだろうということをおっしゃる覚えがある。結局その時に皆の意見として、地域差は撤廃しようということで、撤廃をしてしまったわけである。そうすれば多少地域の偏在は是正されるだろうというのが、皆の意見だった。特に医療側から地域差をなくせという意見の中で、かなり強くそれが打ち出された。ところがそれをやってもいっこうに偏在は是正されていないように思う。それはいったい何でか、ではいったいどうすればいいのか。そういうことについて、私は皆さんのご意見をうかがいたい。

大村 ただいま医者の技術をどう評価するかというお話があったのだが、これは特に異質のものを評価することになるので、同じ医者の技術にしても、内科、外科、婦人科によっていろいろな手技の問題がある。また一方では医者と弁護士ではどうかという問題がある。そこでこれは絶対的な評価というものはないと思う。それで市場のメカニズムで報酬が決まる時には、ご存知のように一応評価されるが、それは公定料金ということであるから、非常にむずかしい価格である。そこで結局技術とい

うのは、素人なりにというと、はなはだおかしいが、何か複雑なことをやっているということ、技術が必要だということに理解すると、外科の手術料というのは、どんどん高くなってしまふ。そうすると外科医の志望が多くなる。ところがほかのもの、たとえば公衆衛生などはいま非常に少いが、これは月給が安いからということになっている。しかし国民の医療計画、マンパワーという点から見ると、そういうものはやはり必要である。必要であるところに、必要な医者が行かなければいかんということになると、結局はそういう見地からも、ある程度考慮しなければいけないのではないか。

すなわち国民を守るために何が必要かという場合、それは広い意味では技術ということになるかもしれないが、個々の手技というものを技術とすると、もう少し上のレベルでものを考えると、結局技術料の集積というのが医者の待遇になるわけである。したがってあるものを決める時には、それを医者が1日にどのくらいできるかということで決めるよりしようがない。したがって技術というものを絶対的な評価で、そこから報酬を決めていくという考え方は、あまり合理的ではないというのが、私の考え方である。

寺尾 技術中心はおかしいということですか。

大村 広い意味ではいいが、細かいいわゆる手技、そういうことからミクロ的に積上げていくような方式というのはおかしいのではないか。

東田 この問題はむずかしいので、経済学の先生方におうかがいたいのだが、私どもの素朴な考え方からいくと、価格というものは計算できないと思う。ただその前提として、いま技術という場合、労働力の再生産費、技術の再生産費というものを、技術という名で呼んでいる。ところが技術という言葉になってくるととたんに、たとえば盲腸の手術をする時のうまさ、へたさというものに焦点がいく。問題として出てくるのは質の側の問題である。

先ほど私は身分保証のことを申し上げたが、これは医師、看護婦というマンパワーと称するものの、とにかくそれだけにすればこれだけ保証できるのだという考え方である。これは今の体制では夢かもしれない。イギリスの先ほど問題になった、年間100万円の年金を出して、それを人頭式グローバルな出来高とを並行させるという改正、これはある意味で身分保証体系を打ち出したのではないかという気がする。そういう意味で技術料そのものについて、労働力費、必要費として云々するということは、計算できると思う。しかしうまさ、まずさというものの

計算はできるはずがない。そういううまさ、へたさによって報酬をもらうべきものではないのではないか。医療の報酬というのはそういうものであっていいのではないか。うまい人はうまいなりに技術を提供する。へたな人はへたなままに技術を提供してチェックされる。それをいいものはいいとして考え、それぞれにいろいろの技術のものを計算する、高く計算するところに無理がある。前提としてやはり、マンパワーを保証するもの、身分保証の問題、これを基本的に考えてもらいたい。どれだけ必要経費がかかるかということですね。

司会 だいふ時間がたちましたので、なかなか問題は尽きないようだが、このへんで終らせていただきたい。先ほども申したように、総括はいたしません。むしろき

ょうのいろいろの問題、討議を持帰って、論点整理も少し不十分なところがあるので、もっと追加しなければならぬし、またいろいろ分類を考えなければいけないところがあると思う。さらに判断基準をどう考えるかということ、非常に重要な問題であるが、判断基準からだんだん現実に移りてこなければならない、そういう段階をもう少し研究所としても追って、いったいどういうところでコンセンサスが得られるのか、得られないのか、打開の道といっても、どういう展開があるのかというようなことで、われわれも、またきょうのレポーターも、きょうのコンセンサスを持帰って、ひとつ反省してまいりたいと思う。それをご挨拶にして、終らせていただきたい。長時間ありがとうございました。

執筆者紹介 (執筆順)

とみなが けんいち 富永 健一	東京大学助教授	じぬし しげよし 地主 重美	社会保障研究所研究第2部長
こやましんじろう 小山進次郎	厚生年金基金連合会理事長	おおむらじゆんしろう 大村潤四郎	社会保険審査会委員
みうら ふみお 三浦 文夫	社会保障研究所研究第3部長	かごやま たかし 籠山 京	上智大学教授
ほさか てつや 保坂 哲哉	社会保障研究所主任研究員	こやま みちお 小山 路男	横浜市立大学教授
いはら たいら 井原 平	東京都首都整備局企画部長	りがした としお 東田 敏夫	関西医科大学教授
かとう ひろし 加藤 寛	慶応義塾大学教授	まえだ のぶお 前田 信雄	国立公衆衛生院社会保障室長
えみ こういち 江見 康一	一橋大学助教授	やまだ ゆうぞう 山田 雄三	社会保障研究所所長
てらお たくま 寺尾 琢磨	慶応義塾大学名誉教授		

編集後記

本別冊の趣旨については、「刊行のことば」にのべられているとおりですが、あらためてこの講座・シンポジウムに御協力いただいた諸先生に、編集部からお礼を申し上げます。もともと講義・報告の速記をこのように論文式に書き直すには、いろいろ差し障りもでてくるものです。それだけにこれらに目を通していただくといっても、たいへん厄介なことであったのではないかと恐縮している次第です。

もともと本別冊は6月初めには刊行したいと思っていましたが、御執筆いただいた先生方のいく人かが外遊されたり、あるいは御都合が悪かったりした理由とは別に、編集部の体勢が十分に整わなかったために、おくれしてしまいました。このためにこの内容のいくつかは、すでに既知のものとなった情報もあるのではないかと申し訳なく思っています。本誌のおくれのお詫びは申すに及ばずですが、それだけ社会福祉・社会保障をめぐる情勢が日に日に新しく発展・変動していることの反映でもあろうかとも思います。

この問題に関連して社会保障に対する関心は驚くほど高まってきています。経済計画の方でも福祉中心の計画をとということが叫ばれていますが、いずれにせよ結構なことと思います。ただこれがスローガンだおれにならないことを祈りますが、同時に本研究所の役割も、いままで以上に重要なものになろうかと思っております。どうか今後とも御鞭達のほどお願い申し上げます。

(M. F.)

別冊 季刊 社会保障研究

昭和47年8月20日発行

編集兼発行所

社会保障研究所

東京都千代田区霞が関3丁目3番4号

社会事業会館内 電話 (580) 2511~2513

製作所

財団法人 東京大学出版会

東京都文京区本郷7丁目3番地の1 東大構内

電話 (811) 8814 振替東京 59964