

季
刊

社会保障研究

Vol.8, No. 2

社会保障研究所

1972

今日ほどわが国で老人問題に対する関心が高まってきたことはな~~ら~~28。あ~~ら~~は寿命の延長と家族計画の普及に伴う日本人口老齡化の問題として、あるいは戦後の価値体系の変化に伴う世代の断絶と老人疎外の問題として、あるいはまた核家族化の進行に伴う老後の生活不安の問題として、さらには、老人の生き甲斐をどこに見つけるかという人生論的問題として、等々、よって来るところは多元的であり、問題は極めて複雑であり、かつ深刻である。

既に老人問題に関する論著も多く、今日の為政者でこの問題に論及しないものはほとんど無く、かつては老人研究の誘いに耳を傾けなかった青年学徒も、今は進んで問題の究明を志すものが少なくない。しかしその声の大きい割合には、その事態の認識は浅く、あるいは主観的、断片的であり、したがってその対策に関しては、具体性と総合性を欠くものの少なくないのが現状である。

一口に老人とはいっても、一般にはその年齢基準さえまちまちであり、それは施策面にも反映して、時に不調和のそしりをまぬがれない。かつて新聞紙上に発表された老人に関する世論調査によって見ても、老人を60歳以上と見るもの、65歳以上と見るもの、また70歳以上と見るものが、それぞれ30%前後を示して幅広く、中には50歳以上と答えるもの、また75歳以上と答えるもの等にも分散して、老人を見る眼にも、一般に大きな差異のあることがわかる。このような老人に対する一般的な見方の相異は、定年や、年金制度の適用時期に食違いを生じたり、また相互の関連性を欠くようなことがあっても、敢て異としないままにこれを放置する傾向をもたらしている。

このような老人を見る眼の曖昧性と、またそれに対する寛容性とは、果して何に基づいているのであろうか。それは一つには老人のもつ生理的および心理的機能の変化に、著しい個人差を示すことによるのであるが、今一つには、過去においてその機能の衰退が、個々の「家」において、適宜、代替、補填されていたために、特に社会的、国家的課題として表面化しなかったためである。老人が「家」の保護的機能にまかされていた時代には、個々人の能力や環境の変化如何によって随時家長の座や主婦の座を次の世代に譲って、余生を楽しむことが出来たから、必ずしも一律に老人の年齢を規定するような必要性はなかったのである。

しかし家族制度の一変した今日では、老人の問題は個々の家庭にまかせておかれるものではなく、広く社会や国家の立場で検討され、対処さるべき問題となった。殊に昭和30年代以降、高度経済成長と共に、核家族化は急速に進展し、その結果は、65歳以上の独居老人だけについて見ても、全国では38万人に近い数字を示すに至った。今日では国家としても、これを放置することはできなくなった。

もっとも老人の問題は、個人差の大きい上に、さらに地方差が加わるために、これを地域社会の問題として片づけようとするものもないではない。しかし老人問題の地方差は、いかに大きいものがあつたとしても、それは現代における全国的な人口移動や、社会風潮の一環であり、個々の家庭や地域社会の手によって解決さるべきものではなく、基本的には、全国的な規模における実態の認識と対策を必要とする問題である。

このことは独居老人について見ても同様である。すでに大都市では、独居老人に対する若干の

保護対策が考慮されるに至ったとはいえ、若年者を都会に奪われたあとの過疎地帯では、独居老人の数は最も多く、全面的に老齡化の進んだ地域社会としては、自力による解決方法を見出すことは実際において困難である。すでに「家」を失い、地域社会の弱体化の中にひとり取残されているこれらの人たちへの対策については、当然国家の問題として考えざるをえないであろう。

次にわが国の老人問題を考える場合に、このような地域差と並んで、今一つ重要なことは、その歴史的変化への注意である。ひとり老人問題に限らないが、わが国では一般に新たな施策に際しては、欧米に範をとることに急である。それは近代化のスタートに遅れたわが国としては当然とも考えられるが、しかし社会には伝統があり、特に日本の「家」の伝統は古く、今の老人は強い家の伝統の中に生きてきた。したがって老人には、単に人間一般の年齢による生理的、心理的な変化の他に、歴史的に規定された価値体系や生活環境による差異のあることを軽視してはならない。

しかしそのような歴史的、精神的構造も、決して固定しているものではなく、老人自体もまた年と共に更新する。ただ日本の場合、欧米と著しく異なる点は、その変化の余りにも急激なことである。親子中心の家族から夫婦中心の家族へと、制度的変革の行なわれた後、高度経済成長に伴って、核家族化は急速に進展した。それはさらに家族計画の普及と相まって、世帯の大きさもまた欧米なみに急速に縮小した。ところが欧米では、それらの変化は、近代化の進行と共に、長期にわたり徐々に進行したのであったが、日本の場合には、近々十数年の間に、一気に実現したのである。そこに一部の老人にとっては、短期間には容易に理解しがたい拒否反応と、不適応現象を現わすもののあることはおおいえない。

このように、生理的、心理的、社会的に複雑な構造をもち、また急激な歴史の奔流の中に取残されている老人を見る眼もまた一様ではない。このような事態を十分に認識して、適正な措置を講ずるためには、何よりもまず、国家的見地に立って事態の全貌を認識し、その刻々の変化を追求する機関の必要が痛感される。全国的な視野をもち、基本的な研究の上に立つ老人問題研究所並びに資料センターといったようなものが常置され、その研究の分析と総合に基づいて時々適正な対策が打ち出されるような組織の確立を望みたい。

本来ならば家制度の変革と共に、それまで家の機能にまかされていた老人の保護は、当然国家の手によって保障する対策が確立さるべきものであった。しかし、戦後の混乱と外的圧力の下にあっては、まず新しい体制への順応にすべての努力が集中された。あらゆる矛盾と不安の中にあって、個人個人は日々の生活の闘いを続けてきた。その情勢に適応できぬものは、自ら生命を断つほかはなかった。その端的な表現は昭和20年代における老人自殺率が明治以来最高を示したことにあったといつてよかろう。明治維新後に、一家もろ共城下の堀に身を投じる武家の多かったことは、未だに語り伝えられているが、それと類似の現象が、戦後の老人層の間に現われたともいえるであろう。わが国の老人自殺の高率は今日においても決して解消していない。それは一部のものであっても、昭和元祿とか高度経済成長の背後に残されたものの示す氷山の一角である。その一角を解消するためにも、その氷山の全貌を明らかにし、その対策に万全を期する施設の整備、活用を期待したい。多くの社会問題が、時の動きや、権力や、一部の思いつきや、策謀によって、宣伝されたり、攪乱されることの多い今日ではあるが、苦難の多い人生行路を歩み続けてきたものに、最後の安らぎを与えるためにも、老人問題を中心としたシンクタンクの構想を適用して、現実に即した最も公正妥当な科学的対策の樹立されることを望みたい。

老人の処遇について

——養護老人ホームの実態を中心に——

籠 山 京

I

老人を、家庭的にも、社会的にも、どう処遇するかについて、最近、色々な議論が行われている。けれども、その多くの議論は肝心な点をそらせてしまって、はじめから老人を社会的弱者だと考えて、どうやっていたわるかという議論に終始している。

その肝心な点というのは、第1に老人とはどういう人をいうのかという問題である。わが国の公式な統計——たとえば厚生省統計——などでは65歳以上の暦年齢の者を一様に老人とっているが、それで良いであろうか。仮に、65歳以上の年齢の人を老人といった場合に、その中には、おおよそ3つのカテゴリーの人が含まれている。第1は、働く能力があり、それにふさわしい地位について働いている老人である。第2には、自ら働く能力はあるが、働く場を失ってしまった老人で、その中には、そのために直ちに生活困窮に陥らないだけの貯金なり、年金のある老人(A)と、食べるに困っている老人(B)とがある。第3が、働く能力を喪失して、他の手で養護されなくては、生きていくことのできない老人である。

これらを、もし、すべて老人と呼ぶならば、家庭的処遇も、社会的処遇も、それぞれに異ってくるはずである。そして、そこで起る問題も必ずしも一様ではなく、異質である。そのことは、ここでいちいち例をあげるまでもないことであろう。したがって、それらをひっくるめて、老人の問題を考えるということは、まるで無茶苦茶である。たとえば、老齢年金の充実ということは、上述の区分でいえば、第2のAのカテゴリーの老人にと

って真実味のあることであって、第1のような老人にとっては、関心の薄いことであろうし、第2のBや第3の老人にとっては、むしろ年金の充実よりは、公的扶助や社会サービスの充実が、当面、直接の関わりのあることである。したがって、老人の問題を論じようという時、われわれはまず、どのカテゴリーの老人を問題にしようとしているかをはっきりさせておかねばならない。この小論では、第2のBのカテゴリーと第3のカテゴリーの老人の処遇について、若干の考察をしたいと考えている。

第2の肝心な点は、老人は、どのように理屈を考えてみても、家庭的にも、まして社会的には不要の存在となった人間だということである。ところが、老人をこのように考えた場合には、とうてい一定の暦年齢で限ることができない。たとえば、幼い孫と2人だけで生きている老婆は、たとえ80歳を越えていても、かけがえのない養育者である。もし老婆が死ねば家庭的に言えば、その幼い孫は天涯の孤児となってしまう、社会的には養護児となってしまう。

だが、無能なくせに、がんこでひねくれた、そして絶えず家庭不和の原因となるような人間なら、50歳で、すでに家庭的にも、社会的にも不要だろう。まして、不治の床に寝たきりでいる老人は、年齢の如何を問わず不要だろう。

いま、この点をあいまいにして、老人の処遇を考えてみても、問題の核心にふれることができない。佐口卓教授が『老人はどこで死ぬか』(昭和45年刊)というショッキングな表題の書物の中で、この問題を提起された。が、答は出ていなかった。

私も、きわめて重要だと思うのである。ところで、この点では老人は2つのカテゴリーに分けられる。第1は、自分が社会的にも家庭的にも不要な存在となったことを、自覚して、日々を余生として暮している老人である。第2は、その自覚ができないで、自分にも他人にも小うるさい老人である。

たとえば、いま、老人の生甲斐というようなことをしきりと論ずる人がいるのだが、生甲斐ということが第1の老人にとっては、まるで無関心な事であること、のみならず静かな日々にとって迷惑なことであることがわかっているであろうか。老人の生甲斐論というのは、第2の小うるさい老人への慰問にすぎないのである。このような精神論にしてさえ、そうである。まして、社会的処遇を考える場合に、第1の老人と、第2の老人を混同することができない。

私は、この小論では、その点をも考慮しながら、考察を進めたいと思っている。果たして、役に立つような論考ができるかどうか。

II

まず、老人の処遇論に入る前に、老人の生活形態を考えてみたい。

老人は、単身かまたは老人夫婦だけで、いいかえると老人だけで独立して生活している場合が、きわめて少く、85%以上が子供なり縁者と同居している。この85%以上の同居老人の中にも、第2のBや第3のカテゴリーの老人があり、不要な存在物となったことを自覚しない老人もいるはずである。しかし、その内訳数は調査がないのでわからない。ところで老人の生活形態は、(a)完全に独立住居で老人だけで生活している、(b)間借りで、巷の谷間にまるでかくれるように生活している、(c)山谷や釜ヶ崎に暮している、(d)老人ホーム等の収容施設にいる、といった4つに区分できる。ところが、この区分と、前述した老人の3種のカテゴリーとは、奇妙に対応している。

(a)の独立住居老人は、第1か第2のAである。第2のAでも貯金・年金等で十二分にやっていけ

る老人で、少し不足だという老人は、同居している。この区分に入る老人については、ほとんど問題はない。ただ、突然、死んだことを傍らの誰もが知らないでいるというようなハプニングが起りうる。しかし、これは老人に限った危険ではなくて、アパートで独り住まいをしている若い者にも起りうることなのである。したがって、老人問題から、さし当たり、はずしておいてもよいだろう。

(b)間借り老人は、第2のBか第3で、しかも集団生活を拒んでいる老人である。発見されると、生活保護の適用を受け、ホーム・ヘルパーの訪問の対象になる。だが、見つけ出されないで、間借り先の世話になって、タンス貯金で1日1食というような生活をしている老人が、大都会の片隅には残っている。

これらの老人は、社会福祉主事やホーム・ヘルパーが、どれだけすすめても、老人ホームに入るのを嫌っている。そして1日も早く安楽に死にたいと願っている老人である。

いちばん惨めで、しかも地域社会にとっては手間のかかる老人である。

(c)山谷、釜ヶ崎にいる老人は、特殊な老人である。働いて、自分でやっているという意味では第1種の区分に入る。しかし、その収入が低いので、ドヤにしか住めない。これらの老人が、第2のBになると、ドヤを出て、前述の(b)型になる。

(d)老人ホームその他にいる老人は、第2のBか、第3の老人である。しかも、家庭的処遇を受けられなくなってしまった老人である。第3種の老人で、若干の貯金や年金をもっていて、しかし、家庭にいる場所がなく、また、独り住まいはできないので、ホームに入っている老人が最近が増えてきている。有料老人ホームは、当然、全員がこの型である。

このように分類しながら、老人の生活を考えてみると、老人としては、(a)(b)(c)が一般形態であって、老人ホーム等の施設に入っている老人の生活は、むしろ特殊な形態だということがわかる。この独り住まいや施設にいる老人は、いずれにせよ家族と同居してられない、また、いたくない老人である。そして、(a)(b)(c)は、惨め

であるかどうかは別として、自分で独立して生活している。これに対して、社会の側のつくった処遇の一形態が老人ホームである。したがって老人ホームには、老人のためというよりは、社会的処遇の便宜・効率という視点が、どうしても入っている。前述のb型のように老人ホームを拒んでいる老人がいることが、その証拠である。

そこで、独立住まいの形態をとりながら、社会的処遇を行うという目的で老人村という形が考え出されている。

III

老人ホームにいる老人は、その生活形態からいえば、第2のBや第3のカテゴリーの老人で、しかも家庭的処遇を受けられなかった老人が大多数である。収容されている老人に会って聞いてみると、家の者は一緒にいようというけれども、この方が気楽でよいからと話している老人がいる。もし仮に、その老人は家庭的処遇を拒まれたわけではないと考えると、そういう老人が少数ある。しかし、その老人は、きわめて少数だと思う。しかも、この方が気楽でよいといっている言葉を、自分が存在理由を失った人間だということの自覚の反映だとみると、こういうことをいっている老人は、老人ホームではいちばん気楽で扱いやすい老人なのであろう。

大多数の家庭的処遇を受けられなかった老人の中に、その自覚をもった老人と、もっていない老人とがいる。前者は、家も世の中をも、あきらめてしまった老人で、後者はあきらめきれない老人である。老人ホームの中では、いちばんやっかいな老人ということになるだろう。

この3種類の老人の内訳は、調査がないのでわからない。また、調査をするにしても、なかなか面倒な調査になるだろう。

これらの老人の区分は、およそ次のように8区分になる。

ところで、これらの老人は老人ホームで、どんな生活を送りたいと考えているかは、調査してみても、はっきりとはつかめない。面接やアンケートなどでも、老人の応答は非常に屈折して出てく

るので、なかなか本当のことがわからない。けれども、この8区分によって、生活の希望というよりは、老人ホームでの生活に対する姿勢が違っているだろうことは推定に難くない。

第2 のB	労働力あり	{ 家庭的処遇	あり	{ 自覚あり	1
				なし	2
			なし	{ 自覚あり	3
				なし	4
第3	労働力なし	{ 家庭的処遇	あり	{ 自覚あり	5
				なし	6
			なし	{ 自覚あり	7
				なし	8

そこで、こういう8種類の老人に対して、老人ホームとして、どのように対応していくか。一つは、8種類にそれぞれ応じていくという仕方があるだろう。けれども、それは合理的でいて、老人ホームの管理という面では問題がある。8種類の老人に、それぞれ対応するということは、老人の希望はすべて入れてやるということを意味するから、もし例外的な老人が入所してくると、例外的処遇をしなければならなくなる。

したがって、考えるべきことは、むしろ老人ホームに入った老人に、どういう生活をさせていくかということになるだろう。前掲の表でみると、老人には労働力の有無、家庭的処遇の有無、自覚の有無という3つの要因があることがわかる。ところが、前にもいったように、家庭的処遇があつて、老人ホームに入ってきた老人は、むしろ、自分が不要物だということを自覚している老人だと考えられるので、この2つの要因は対応しているとみると、労働力の有無と、自覚の有無に、問題の焦点がしばられてくる。

労働力は、労働の意欲と人間的エネルギーとから成っていることは周知のことだが、老人ホームへ入ることを決心するということが、労働の意欲を自ら押えつける第一歩となっていることは当然である。老人ホームは養護を受ける場所であつて、働く場所ではないからである。

したがって、労働力のある老人も、入所すると急速に労働意欲を失っていくのだろうと思う。労働力の有無を正しく測ることが、もしできたとし

たら、おそらく入所年数と相関して、労働力を喪失した老人が増加していると考えることができる。

最近、各地の老人ホームで、作業の奨励が行われて、木工室等の設備が整えられだしている。しかし、そこで作業をしている老人は、せいぜい収容老人の5~6%以下である。1人か2人の老人が作業をしているだけである。しかも、その作業は1~2人の老人の手すさび仕事にすぎないのであって、それが労働というものに結びつきやうがないことは、初めからはっきりしている。

しかも、老人ホームの施設長と収容老人との間に、労働関係という全く別の問題を持ち込むことが、果たしてよいことであろうか。老人ホームの生活の中に、働くということを入れていくことは、色々の面で無理がある。

そこで、結局、老人ホームの生活は、家庭的にも社会的にも不要な存在物であることを自覚させるように生活させていくか、むしろ逆に自覚させないように生活させていくか、という問題に帰してくる。佐口卓教授が、「老人はどこで死ぬか」と問うたのは、このことであつた。

前者のような生活というのは、あきらめの生活である。したがって、そこでは食べることが、酒好きの老人には飲むことが、唯一の慰楽になってくるだろう。

また、後者のような生活では、それこそ、老人は決して不要の存在ではないのだということを納得させていくような生活である。したがって、食べることよりはむしろ、教養娯楽に、その焦点をむかせるべきである。

いま、ここで私は、そのいずれかに決定する是非論をする意志もないし、また、その必要もない。そのどちらでもよい。ただ、そのどちらかに決めて、その基本方針に基づいて老人ホームは運営すべきだということをいいたい。既存の老人ホームに向って、この問を出せば、多分、すべての老人ホームが、方針をきめていないことをのべて、老人ホームの運営が無方針の下におかれ、したがって単なる収容所と化していることを、問わず語りに白状する。私はそこに、問題があることをい

っておきたい。

では、一体、老人の処遇をいずれとするかを、誰が決めるのか。それは老人ホームの長でもなく、理事会のようなものでもない。決めるのは、地域の住民である。

問題は老人の社会的処遇である。地域の住民が自分らの地域内におかれている老人ホームをどのようにみるかということに他ならない。したがって、地域の住民が決めなくて、誰が決めるだろうか。

いま、仮定として、前者の方針で老人を処遇するとすれば、食事は嗜好品を多くし、酒・煙草は自由にし、むしろ、仲のよい少人数で会食するというような機会を多くするということが、重要になるし、収容老人の夕食も自由にする。それらは、すべて地域住民にはね返ってくる。八百屋、魚屋、肉屋等の食料品店や、飲食店には直接、関係してくる。これらの住民が、前者の方針を是認して「どうせ死ぬ日を待っているお爺ちゃんお婆ちゃんだから」といって、すべてに寛容でなければ、老人ホームだけで、こういう思い切った運営はできない。

私は、この方針でいくならば、酒好きの老人には寝酒を許してもよいと思う。飲みすぎて、そのまま昇天しても、これは施設長の責任ではない——ということを地域の住民が認めていなくてはならない。

また、後者の方針でいくとすれば、地域の住民との関わりあいは、一層、深くなってくる。たとえば、老人ホームの老人が毎朝、駅のかみくず集めの奉仕に出たとする。非能率で邪魔になるからといって、駅の側がその奉仕を拒めば、老人の夢はあえなくくだかれてしまう。

公園の草むしりや、道路の清掃から、中高年層がはじき出されたのは、市町村の清掃当局の能率主義からきている。これを復活させて、老人の奉仕を受け入れてくれなくては、老人の奉仕生活は具体化しない。これを決めるのは、地域の住民である。

その意味でも、また、後段にのべるように経営の点からいっても、老人ホームは絶対に市町村営でなくてははいけない。私営は絶対に廃すべきだと

思う。私営でやっている人々の大部分は、金もうけをしようとして、老人ホームをやっている訳ではない。社会福祉活動がやりたくて、やらずにいけないからやっているのである。しかし、その熱意を地域住民に向けて、自分も含めて地域の熱意で、老人ホームを営むのが本筋である。そして、その過程で、老人の処遇の方針は前者か後者に自ら決まっていくなさずである。

これだけの考え方を前提として、老人ホームの現実をみてみたい。

VI

私は昨年春から秋に、養護老人ホームの実態を、その経費支出の面から調査する機会を得た。以下は、その調査で得た結果なのである。

実際に老人ホームを訪ねて、色々とその実態を調べてみると、実際に行われている、物の消費と金の支出は次のようなルートで行われていることがわかった。

① 食 物 食物の購入は栄養士、栄養士を欠く場合は調理士の主任が、出入り商人から購入伝票によって納入させ、この購入伝票による各商店ごとの合計金額が請求書として出され、事務部の会計で支払われている。したがって会計係の支払伝票では各商店ごとになっているので食品の品

目は不明である。これを知るためには納品伝票について、調査集計する他はない。

購入納品された食物はいったん冷蔵庫その他の倉庫に入れられた上で、日々の献立によって調理されているが、その在庫量は必ずしも多くない。その理由の第1は、食品倉庫の整備が必ずしもよくないだけでなく、余り十分なスペースがない。第2に、老人ホームの所在地はそれぞれ、食品購入に不便な山間僻地にあるのが、むしろ稀少の例外で、一般には購入に便利なので、大量一括購入の必要がない。第3に、老人の養護費は毎月分として給付されるので、公私立老人ホームの財政状態からして、在庫量を寝かすわけにいかない。

したがって、購入は極端に必要な消費量だけを購入している。そこで、商店からの購入伝票の2ヵ月分を調査し集計して1ヵ月平均を出せば、在庫量との差引計算をしないでも、ほぼ消費給食量と見合うものと考えることができる。

② その他の諸費 すべて事務部の会計あるいは出納係で購入、支払がされているので、その伝票を調査すれば、実態を知ることができる。ただし、月によって購入する物としない物との変動が著しく、必要最少限の購入であるために、一年に一日しか購入のないような物が相当にある。そこで、倒底、短い月数では正確な資料とはならな

表 1

所在地	設置者	収容数	45										46						平均
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6		
京 都	府	男(延)	955	1,034	1,041	1,085	1,085	1,080	1,056	990	1,006	1,049	980	1,057	1,004	1,003	1,006	115	
		女(延)	1,834	1,884	1,824	1,863	1,821	1,819	1,899	1,800	1,860	1,798	1,546	1,670	1,594	1,703	1,680		
		計														90	87		
		病人食	300	310	300	310	310	300	310	300	310	310	270	310	300	310	300		
		外泊老人	22	60	33	21	44	22	45	28	14	51	30	11	39	36	29		
神 奈 川	県(委託)	男(実)	64	68	66	67	64	66	67	67	69	68	70	68	70	69	70		
		女(実)	85	85	89	90	90	88	87	91	90	86	85	81	85	83	85		
		計	149	153	155	157	154	154	154	158	159	154	155	149	155	152	155		
東 京	私 立	男(延)	2,051	2,104	2,046	2,127	2,023	1,978	2,012	1,981	2,144	2,166	1,924	2,140	2,079	2,142	2,078		
		女(延)	3,916	4,061	3,960	4,073	4,088	3,995	4,088	4,028	4,133	4,074	3,693	4,042	3,830	3,932	3,855		
		計	5,967	6,165	6,006	6,200	6,111	5,973	6,100	6,009	6,277	6,240	5,617	6,182	5,909	6,074	5,933		
		病人食																	
北 海 道	道																	71 48 119	
		男																	
		女																	
		計																	

注 (延)は食事した延人員数を示す。

表 2

設置場所等				京 都	神 奈 川	東 京	北 海 道	平 均	修正平均
項 目									
B-1	米		類	1,920	1,250	1,240	1,420	1,458	1,303
B-2	パ	ン	類	1,480	254	206	205	536	222
3	生	鮮	魚	1,430	1,090	780	424	931	765
3'	塩	干	魚	456	242	188	452	335	294
4		肉		1,310	630	620	382	736	544
4'	乳		卵	1,680	398	585	524	672	502
5	野		菜	1,430	810	750	665	914	742
5'	い		も	84	47	44	75	63	55
5''	豆	幹	そ	342	112	98	48	150	86
6	加	工	品	1,620	795	386	870	918	684
7	調	味	料	475	304	266	226	318	265
8	菓		子	222	243	278	39	196	190
8'	果		物	590	408	362	372	433	381
8''	茶	飲	料	49	364	145	615	293	375
8'''		酒		0	16	8	16	10	13
9	外		食	274	0	0	148	106	50
10	給		食	0	0	0	0	0	0
1-10	食	料	費	13,362	6,963	5,956	6,481	8,069	6,471
11	土	地	家	855	900	238	370	591	708
12	家	具	什	353	186	505	342	347	294
13	そ	の	他	1,208	1,086	743	712	937	1,002
11-13	住	居	費	1,020	1,450	745	2,250	1,366	1,573
14-15	光	熱	費	868	1,040	220	590	655	833
16	衣		料	298	310	95	139	211	249
16'	布		地	352	310	265	458	346	373
17	家		具	38	39	16	67	40	48
18	ハ	キ	物	—	—	—	—	—	—
16-18	被	服	費	2,576	1,699	596	1,254	1,531	1,843
19	保	健	医	440	324	137	211*	278	325
20	理	容	衛	346	189	222	835	398	432
21	交	通	通	191	61	191	177	155	143
22	教		育	0	0	0	0	0	0
23	文		具	78	17	72	*にふくむ	56	75
24	新	聞	雑	163	70	21	158	103	130
24'	娛		楽	96	540	0	196	28	36
25	交		際	24	5	4	79	75	75
26	煙	草	の	0	0	0	75	270	270
26'	老	人	小	0	270	0	0		
19-26	そ	の	他	1,338	1,476	647	1,733	1,299	1,518
消 費	支	出	計	19,504	12,674	8,687	12,430	13,202	12,407
老 人	私	費	小	4,200	4,050	—	—	4,125	4,125
総			計	23,704	16,724	8,687	12,430	17,327	16,532

注 食費は京都をのぞき食費以外は東京をのぞく。

いので、1ヵ年分(45年度分)の購入伝票を整理して1ヵ月平均を算出した。

③ 老人の個人支出 老人は、個々に小遣いで色々の物を購入しているし、訪問してくる親族に小遣いをくれてやったりしている。この実態は、改めて調査するより他に途がないので、老人小遣い調査を実施する。

④ 贈与品と贈与金 老人慰問のために、市町村その他の団体、親族等から、現金と現物が送られてくる。あるいは訪問して老人に手渡される。この実態も調査する必要があったが、現金はこれがやがて老人の小遣い支出として現われるものと考えて、調査を断念した。したがって、この調査では、現物の贈与品と、現金の贈与ならびに貯金の実態をとらえていない。

厚生省老人福祉課で選定してもらった20ヵ所の老人ホームについて、前述のような調査条件をみたし、加えて、各種伝票を写しとってくる人手が得られて、結局、すべての資料を得ることができたのは、北海道1(公立)、東京1(私立)、神奈川1(公立)、京都1(公立)の4施設となった(表1)。

(a) 飲食物費

前述のように46年5月、6月分の購入伝票から品目別数量と金額をすべて写しとり、これを分類集計し、他方で5月、6月の健康食喫食延数を調査し、1ヵ月1人当り平均を算出した。その結果は、表2のようになる。

この調査結果で顕著なことは、京都府立の施設の飲食料費がきわだって高く、他の3施設のほとんど倍額になっている。食料費の内訳をみると、米類、パン類、生鮮魚介類、肉類、乳卵、野菜類、加工食品等が2倍となっており、特に乳卵は3倍になっている。これに反して、東京私立施設の場合は著しく悪い。この差異は実際に訪問してみた限りでは、経営財政の結果であって、京都府立施設では赤字を出すことについて、京都府当局が文句をいわず、嵯峨府知事が老人福祉に声をかけているからだと説明していた。ただし、公立がすべてよいのではなくて、北九州市立の施設は、市長の方針で老人福祉のみならず、社会福祉費の節減

をきびしくしているので、経営が苦しく、思うような食事を与えられないで困っているようであった。

北海道のものは、旭川市内で2級地であるから、その分だけ措置費が低いので、水準が悪くならざるをえない。

わずかな施設の調査であるにもかかわらず、設置主体のいかんによって、これだけの格差が生じていることは、大問題だといってよい。第1に設置主体の意向によって、これだけ格差が開くほどに、措置費の水準が低いということである。先述したように、京都の施設と東京の施設で、食料費が2倍以上の格差となっている内訳をみると、パン類、生鮮魚介類、肉類、乳卵、野菜、加工食品、調味料、果物等に格差があるからである。いいかえると、老人の嗜好を考え、栄養を考えて給食をすれば、たちまち京都の施設のようにになってしまうのであって、東京の私立施設では、それが財政上できなかったということにはほかならない。神奈川、東京、北海道の食料費は、措置費で認められているもののぎりぎりであり、京都のそれは、府庁独自のプラスアルファがあったと考えざるを得ない。

仮に食料費には格差があっても、その内訳に代替がみられ、たとえば、パンは少くとも米は多いとか、乳卵は少くとも肉魚類が多いといった代替があって、栄養量の格差が縮小しているというのであれば、問題は別である。しかし、ここではそうではない。老人にとって必要な食料に格差があって、比較的重要でないものには格差がない。したがって、この格差は金額の差がただちに老人の処遇の格差となっているということなのである。

(b) その他の費用

飲食料以外の費用は前述したように、45年度(45年4月～46年3月)の中の支出の1ヵ月1人当り平均値である。

その費目別支出額は公立の3施設の間に、食料費でみたような大きな格差はない。

表2に示したように、食料費以外の諸費の合計は、京都6,142円、神奈川5,711円、北海道

5,949 円である。

ところが、費目内訳をみると、光熱費で北海道は京都の2倍以上になっている。旭川が寒冷積雪地という特性のためと考えてよいだろう。だが、その差は表でみる限り、住居費、被服費の圧縮で相殺されていて、合計額の差がなくなっている。この点は大変おかしい。旭川分の調査もれでないならば、老人処遇の上では、寒冷積雪地は無視されている。

京都と神奈川は1級地で旭川は2級地である。この基準の級地差が、このように寒冷積雪地の特質を相殺しているとすれば、著しく問題である。

東京の私立施設のその他の費用は2,731円で公立施設の2分の1にしかない。経営財政上の差異が、食料費についても、その他の費用についても、かくも大きな差となっていることは、改めて注目してよいことである。

(c) 老人1人当り1ヵ月分支出

前述の食料費と食料費以外の諸費との全合計を表2で示した。

京都19,504円、神奈川12,674円、東京(私立)8,687円、北海道(2級地)12,430円となる。社会福祉における公平の原則は、全く守られていない。

(d) 平均の老人1人1ヵ月分支出

前述したように設置主体別に著しい差があるので、これをそのまま平均してみても余り意味がないし、加えて食料費は46年4月、5月の平均、その他の諸費は45年度1年の1ヵ月平均なので、

若干の修正を試みた(表2, 修正平均)。

この修正は2点あって、第1点は、食料費では、プラスアルファのつけられている京都を除いて、神奈川、東京、北海道の分が数字上近似しているので、その平均をとり、第2点は、その他の諸費が著しく低い東京を除いて3施設のものが、近似値なのでその平均をとった。その結果は食料費6,471円、その他の諸費5,936円、合計12,407円である。

(e) 老人の私用小遣い

老人は遺族年金、福祉年金等の収入で、若干の小遣いを使っている。その調査は困難であったが、京都と神奈川で寮母の協力で実施した。その結果、京都では1人平均1ヵ月分4,200円(46年5月)、神奈川で1人平均1ヵ月分4,050円(46年5月)で、きわめてよく一致しているので、その平均4,125円を老人が使う1ヵ月分の小遣い額とした。

これを前述の修正平均値の合計12,407円に加えると16,532円となり、これが今次調査で知ることのできた、老人ホームにおける老人1ヵ月分の生活費である。

(f) 老人ホームにおける1ヵ月分生活費

前述の老人小遣い1人1ヵ月4,125円の使途内容は、ほとんどが医薬品と嗜好品に使われている。調査対象のすべてについて、内訳をみる事ができなかったが、京都の施設では表3のように、老人について小遣い帳をつけてもらうことができた。また、神奈川の施設では46年6月に、小遣いの

表3 老人小遣い調査(京都)

老人別等 項 目	A	B	C	D	E	F	G	平 均	神奈川 平 均	全平均	%	展 開
食 料 嗜 好 品	4,850	2,210	1,560	1,800	500		1,200	1,732	625	1,179	31.2	1,290
薬 医 療	1,350	1,100	220	7,000			200	1,410	820	1,115	29.4	1,215
衣 料	500	100	1,200	500			1,000	470	86	278	7.45	340
交 際 費	500					4,000		640	176	408	11.1	455
雑 費	300					500		115	254	185	4.9	202
保 険 料	240	240		240				103		52	1.4	58
交 通 費		300		500			300	157	405	281	7.4	305
理 容 衛 生			200			200	300	100		50	1.3	54
タ バ コ								357		179	4.7	194
文 具					2,500	300		43	68	55	1.4	58
計	7,740	3,950	3,180	8,240	3,000	5,000	4,000	5,127	2,834	3,782		4,171

使途について、聞き取り調査をした。表3の通りである。

この2つの調査を基にして、老人小遣いの内訳の構成を推計すると、次のようになる。

食料嗜好品	31.2 %
医薬品、マッサージ	29.4 %
衣料	7.45 %
交際費	11.1 %
雑費	4.9 %
保険料	1.4 %
交通費(バス)	2.4 %
理容衛生	1.3 %

タバコ代 4.7 %

文具 1.4 %

そこで、この構成比で、前述の老人小遣い1ヵ月分平均4,125円の内訳を計算し、それぞれの金額を、その帰属すべき費目に加えて、前述の修正平均値をさらに再修正した。これが、今次の調査で得た老人ホームでの老人1人当り生活費として必要な金額だといってよい(表4)。

食料費 7,761円

住居費 1,002円

光熱費 1,573円

被服費 1,843円

表4

項 目	老人ホーム	修 正	A	B	A	B
			老人小遣を入れた再修正	老人単身	%	%
1 米	1,458	1,303		958		
2 その他	536	222		300		
3 魚	1,266	1,059		486		
4 肉乳卵	1,408	1,046		1,438		
5 野菜	1,127	883		937		
6 加工品	918	684		361		
7 調味料	318	265		130		
8 嗜好品	932	959		1,800		
9 外食	106	50		1,465		
10 給食	0	0		0		
1-10 食費	8,069	6,471	7,761	7,875	47.5	27.6
11 家賃	591	708		0		
12 家具什器	347	294		49		
13 その他	—	—		615		
11-13 住居	937	1,002	1,002	664	6.25	2.32
14 電気ガス	—	—		821		
15 その他	—	—		2,066		
14-15 光熱費	1,366	1,573	1,573	2,887	9.65	10.2
16 衣料	866	1,082	1,422	246		
17 寝具	346	373		0		
18 その他	40	48		3,278		
16-18 被服	1,531	1,503	1,843	3,524	11.3	12.1
19 保健医療	278	325	1,540	900	9.4	3.15
20 理容衛生	398	432	486	581	2.96	2.4
21 交通通信	155	143	448	2,574	2.72	9.0
22 教育	0	0	0	0	0	0
23 文具	56	75	133	128	0.81	0.45
24 娯楽	311	407	407	4,748	2.48	16.6
25 交際費	28	36	491	1,450	2.98	5.1
26 雑費	345	345	741	3,300	4.52	11.6
別居(老人小遣)	(4,125)	(4,125)		—		
19-26 諸費支出	4,424	5,643	4,246	13,613	26.0	47.8
消費非消費	17,327	16,532	16,425	28,563		
			58			

その他の諸費	4,246円
保健医療	1,540円
理容衛生	486円
交通通信	448円
教育費	0
文具	133円
教養娯楽	407円
交際費	491円
雑費	741円
消費支出	16,425円
非消費	58円
計	16,493円

なお、このほかに、第4の支出として、各方面からの贈与現物がある。これは、北海道の施設で、次のような結果を得られただけで、他の3施設では、ほとんどないということであった。旭川の分も、全く取上げるほどの量ではないので、これをネグレクトした。

昭和46年5月、6月における関外からの送り物(北海道)

5月		6月	
雑菓子	石油カン2缶	山菜	50kg
キャラメル(大)	120ケ	婚礼ケーキ	2箱(大)
そば	145玉	古着	10点
理容	150円×15人	酒	1升
洗剤	24箱(小)	菓子(袋入100円)	120袋
週刊紙(古本)	250冊		
ケーキ	100ケ(@20円)		
衣類	10点		

(g) 老人の栄養状態

前述した食料費調査と並行して、購入物量調査を行なった。その結果は、表5のごとくである。

購入品目とその数量は、地域の食料供給事情を反映して、若干の差異をみせている。

その平均値をとって、これについて、カロリー量と蛋白質量を計算すると、購入量は、1日1人当り平均2,723Cal, 蛋白質は156gr, 動物蛋白は92.5grになる。

(蛋白質)(動物蛋白)

京都の場合には	4500Cal	258gr	153gr
神奈川の場合には	2360Cal	135gr	80gr
東京の場合には	2010Cal	115gr	68.3gr
北海道の場合には	2180Cal	125gr	74gr

表 5

項 目	数 量		価 格(円)
	カ ロ リ ー	蛋 白 質	
米 類	29432.58	540.74	1,458
パ ン	1443.93	40.84	} 536
そ の 他 の 粉	2883.38	70.21	
生 鮮 魚 介	4725.63	1034.92	931
塩 干 魚 介	5627.49	898.23	335
肉	3766.38	217.36	736
乳 卵	11084.23	669.92	672
野 菜	2174.75	123.81	914
い も	794.80	18.52	63
乾 燥 品	118.33	18.52	150
加 工 食 品	4323.88	344.83	918
調 味 料	12467.44	697.26	318
菓 子	808.40	13.74	196
果 物	1820.33	34.29	433
酒	59.73	0.25	10
飲 料	1538.63	53.77	293
計	83069.91	4758.69	8,069
1 日 1 人 当	2723	156	
	動物性蛋白	2820.43	
		92.5	

京都の場合には、年度初に主食類の買い溜めがあって、この購入費がそのまま摂取量となったとはみられない。また、逆に他の場合にも前年度からの持越量があって、この購入量がそのまま摂取量となったとはいえない。しかしながら、京都の場合は別として、他の3施設の栄養供給量は決して豊かとはいえない。

各施設で、老人ホームの措置費は漸次改善され、食料費ではほぼ十分で、その他の諸費が不足している。したがって、今後の改善の目標はその他の諸費に向けて欲しいといっていた。しかし、これは単なる主観的なもので何らの客観的データに基づくものではなかった。この調査の結果では、食料の供給はぎりぎりの最低限度である。老人が食べ残したりするのは、食事の献立がまずくて食べないからだし、大食堂で一定の時間に、まるで戦前の軍隊のように一斉に食事をするのでは、全く老人の食欲や体調を無視している。

老人ホームで余生を養っている老人にとって、唯一の慰めは楽しい食事だろう。食事の改善はさらに重要である。

(h) 老人ホームの耐用物品

老人ホームが寒々とした収容所だということを前述したが、それを証明するものとして、調査対象施設が現に所有している手持の耐用物品を調査した。

調査した物品は、総理府統計局の国民消費実態調査の耐用品の種類である。

表6が物語るように、それは実に少い。とても家庭的な雰囲気をかもし出してはいない。要するに集団収容所なのである。

老人ホームには、この種類以外に、一般家庭にはないような施設としての設備器具類がある。しかし、これは一般水準と比較しえないので、この表には省略してある。

全国消費実態調査の一般水準との比較は改めて、ここでは報告しないが、収容されている実人員数と比べてみると、その差をのべるまでもない。

京都、北海道が100名、神奈川150名の実人員がいるところに、ミシン3、2、2とか、冷蔵庫1、4、1、ラジオ2、2、2、テレビ7、7、7、カメラ1、2、1というような数は、結局、係員の人が使ってみせてくれるということで、老人が直接、手をふれて、自分の好きなチャンネルをみるということのできない状態なのである。老人個人に直接ついていると考えられるのは、京都の座卓133、電気こたつ332、部屋に1個ありそうだと思うのが、タンス類64、時計32、本箱43、扇風機44、といったものである。

東京は調査ができなかった。余りに貧弱でかくしたいという心理が働いたのだと思う。この点は、極めて重要な点である。

V

以上にのべた老人ホームの実態を、前段にのべた点と照合して、どう批判するかは、後節にまわして、その批判の重要な基礎資料として、東京都内に居住する老人単身生活者の生計費を調査した。この老人は東京都内白山地区の老人クラブに入っている人々で、46年9月の生計費を調査させてもらった。老人であるために、記帳能力を欠き、また、記帳を続ける気力を欠いている人が多くて、結局、集計可能な結果が得られたのは、次の6世

表6 耐久品手持量

項 目	京 都	神 奈 川	北 海 道
和 服	64	—	—
洋 服	—	19	—
整 理	—	36	—
茶 台	—	1	—
鏡 台	—	12	7
掛 時計・置 時計	32	1	6
座 机	33	20	22
腰 掛	73	40	4
座 卓	133	3	38
木 箱	43	1	7
木 接	3	4	3
応 セ	—	34	28
食 器	—	2	2
食 堂	3	—	1
ミ シ	—	—	4
毛 糸 編	1	—	—
電 釜, ガ ス 釜	6	—	—
じ ょ う 気	—	—	—
石 油 コ ン	—	—	—
氷 冷 蔵	—	—	—
電 気・ガ ス 冷 蔵	1	4	1
庫 ミキサー, ジュース	—	2	—
電 気 こ た つ	332	—	—
電 気 ス ト ー ブ	15	—	—
ガ ス ス ト ー ブ	—	—	—
石 炭 ス ト ー ブ	—	—	—
ル ーム ク ー ラ ー	—	—	—
扇 風 機	44	44	—
電 気 井 戸 ポ ン プ	—	—	1
電 気 洗 濯 機	14	1	3
電 気 乾 燥 機	1	6	1
電 気 掃 除 機	6	3	2
電 気 蓄 音 機	—	—	2
ラ ジ オ	2	2	2
拡 声 機	—	—	64
トランジスターラジオ	—	6	—
レ ビ	7	7	7
カ ラ ー ・ テ レ ビ	—	2	2
プ レ イ ヤ ー	2	2	2
テ ー プ ・ レ コ ー ダ ー	2	3	1
ス テ レ オ	2	2	1
ピ ア ノ	—	—	—
オ ル ガ ン	2	1	—
カ メ	1	2	1
8mm・16mm 映 写 機	1	2	—
撮 映 機	—	1	—
大 人 用 自 転 車	—	1	2
ベ ッ ト レ ス	18	35	25
マ ッ ト	—	150	124
自 転 車	—	—	—
モ ー タ ー バ イ ク	—	—	—
ス ク ー タ ー	—	—	—
乗 用 車	—	—	—
貨 物 自 動 車	1	1	—
ル ーム ・ ス チ ーム	—	—	—
全 館 ス チ ーム	—	1	1
全 館 冷 暖 房	—	—	—
リ ヤ カ	—	—	2

表 7

	43年10月老夫婦	44年10月		43年10月	44年10月		46年9月単身者
		老 夫 婦	単 身 者	1 人 当 り	1 人 当 り	単 身 者	
支 出 計	36,750	43,760	24,660	18,375	21,880	24,660	28,563
食 費	16,740	20,126	10,149	8,370	10,063	10,149	7,875
住 居	4,283	4,931	275	2,142	1,966	275	664
光 熱	2,308	2,808	278	1,154	1,404	278	2,887
被 服	3,200	1,819	908	1,600	910	908	3,524
雑 費	10,219	14,079	13,050	5,110	7,038	13,050	13,613

帯であった。稀少価値の資料といってよい。

これらの老人は、前述のカテゴリーでいえば、第1種か第2種Aの老人であって、老人ホームでの養護を必要としていない老人たちである。したがって、生活水準が高いのは当然のことである。

(1) 調査方法

老人なので、記帳の意欲を欠いているので、生計簿を渡して記帳を依頼した上で、頻繁に訪問し、聞き取りによって記帳を訂正した。それでも脱落が多かった。

(2) 調査の対象

本郷白山地区の老人クラブの加入老人で、そのうち、単身生活をしている老人を選び、訪問して調査を依頼した。

収入は15万円のB6号世帯から、2,3万円のB5号世帯にわたって多様であった。

(3) 調査の結果

(ア) 老人1人1ヵ月分生計費平均は、次のごとくであった。

食 料 費	7,875円
住 居 費	664円
光 熱 費	2,887円
被 服 費	3,524円
その他の諸費	13,613円
合 計	28,563円

(イ) 前回調査との比較

今次調査の信頼性を検証するために、44年10月と43年10月に行なった調査と比較してみる。

両年次の調査の結果は表7に示す通りであるが、その要点をとって、今次調査と比較してみると次のようになる。

この比較表でみると、この間の物価上昇を計算

しただけでも、老人1人分の生計費としては、今次調査の結果は、決して過大でも過小でもなく、かなり、信頼性が高いとみてよいだろう。

VI

老人ホームでの老人1人当りの経費支出と単身住老人の生計費を比較すると、消費支出で、格差は43.5%である。半分に達していない。

老人ホームの収容老人は、第2種Bか第3種の老人であるに反して、単身住老人は、第1種または第2種Aの老人である。したがって、その間に差のあるのは当然としても、半分以下だということとは驚きに価する。

もっと老人ホームの費用を増大させて、せめて60~80%にはもっていかなくては、老人の社会的処遇としてひどすぎる。特に表8でみるとわかるように、食料費では82.3%、被服費、光熱費で約半分、住居費は逆に1.5倍もかかっている。ところがその他の諸費はわずかに11.2%である。

この数字は、端的にいうと、現在の老人ホームが、不要の人間を集団収容して、ただ食べさせているだけのものという批評を、どう弁解しても、まぬがれないだろう。住居費が1.5倍になり、光熱費が54.5%となっているのは、収容施設とし

表 8

	単 身 老 人	単身老人に対する 老人ホーム支出の 割合(%)
食 料 費	7,875	82.0
住 居 費	664	154.0
光 熱 費	2,887	54.5
被 服 費	3,524	42.6
その他の諸費	13,613	11.2
合 計	28,563	43.5

て雨露をしのぐことを第一義とせざるをえないための苦しい実状の表現にほかならない。

したがって、既存の老人ホームの現状を前述した考え方で批判する余地は、ほとんどないと言ってよい。ただ、生計費支出の構成比を比較してみると、各ホームで、かなりの差異が出ている。

老人単身の消費支出に対して、平均で43.5%にすぎない消費支出にあるものを、単に百分比だけで比較するのは、少し乱暴だが、他に資料がないので、あえてその乱暴を犯してみると、京都と東京がかなりよく似ていて、神奈川と北海道がかなり似ている。そして後者の方が前者よりは単身老人のものに近づいている。

単身老人の生活は、社会参加型であるからこの比較だけでいえば、神奈川、北海道の方が幾分か、地域に接近しようという方針で運営されているとみることができる。

ところが、注目すべきことは、老人ホームの中では、京都は1人当り経費が最も高く、東京の場合の2.25倍という額になっており、老人の小遣いを加えると、単身住老人に対して83%という水準に達してくる。したがって、今日の老人ホームの諸経費の基準が低くても、地方自治体の努力では、単身住老人の80%をこえる水準に上げることが可能だということを示している。ところ

が、その支出構成比が、最低の東京私立の場合と似ているということは、前段でのべたような方針を確立して、京都と東京が近似した結果となったのではない。ただ、偶然にそうなったのだと思う。

したがって、前段でのべたように、老人処遇の方針を確立した上で、この方針に基づいて運営することが、どのくらい重要であるかを、思うのである。そうすれば、京都のホームでの1人平均23,700円余の支出は、もっと有効に使えたであろうし、東京の場合のように9,000円にもみたないという飢餓的状況も修正されたいと思うのである。地域の住民が、老人ホームの運営に参加せず、そこに収容されている老人の生活について無関心だから、一方で23,700円になったり、他方で8,687円という数字が出てくるのである。既存の老人ホームは、地域社会の中で、おき忘れられた存在でしかない。

老人を処遇していくには、一般的には、家族的団らんの中におくことが最も望ましく、孤居はいたましい、といわれている。理想的なのは、子供らの家族とスプの冷えない距離に住むことだといわれている。このことの意味は、老人の生活にとって住居と養護サービスが、肝心の要だということを行っている。年金制の充実が老人問題の重

表 9

	単身老人	老 人 ホ ー ム					平均、老人小遣 で修正したもの
		京 都	神 奈 川	東 京	北 海 道	平 均	
食 料 費	27.6	68.5	54.9	68.5	52.2	52.1	47.5
住 居 費	2.32	9.2	11.4	8.6	18.2	8.1	6.25
光 熱 費	10.2	4.45	8.2	2.54	4.75	12.7	9.65
被 服 費	12.1	13.2	13.4	6.85	10.4	12.1	11.3
その他の費用	47.8	6.85	10.65	7.45	13.9	12.1	26.0
保 健 医 療	3.15	2.26	2.56	1.58	1.7	2.62	9.4
理 容 衛 生	2.4	1.78	1.49	2.56	6.7	3.58	2.96
交 通 通 信	9.0	0.98	0.48	2.2	1.42	1.15	2.72
教 育	0	0	0	0	0	0	0
文 具	0.45	0.91	0.13	0.83	*	0.6	0.81
教 養、娯 楽	16.6	1.33	4.8	0.24	2.85	3.28	2.48
交 際	5.1	0.12	0.04	0.046	0.64	0.29	2.98
雑 費	11.6	0	2.13	0	0.61	2.88	4.52
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
消 費 支 出 額	28,563円	19,504円	12,674円	8,687円	12,430円	17,327円	16,425円

点のようにいう人があるが、それは、住居と養護サービスの経費を負担する便宜手段でしかない。国がその経費負担の責を負って、その金の準備を租税によるか、掛金によるかという経理的技術にすぎない。老人問題の焦点は住居と養護サービスなのである。これを最も効率化したものが、老人ホームである。集団収容はサービスの面では効率的である代りに、老人の個性とプライバシーをうばってしまう。一室に数人が雑居し、まるで昔の軍隊のように食堂でならんで、一斉に食事をして

いる状況というのは、真に非人間的で無惨である。しかも、死ぬ順番を待っている人々なのである。もう少し、個人を尊重することができないのだろうか。

私が、その対案として考えたのが、家族をも含めて、地域の住民に責任を負ってもらおうという考え方であった。なお、この点について論じたいことがあったが、許された余白がないので、次の機会にしたい。(なお、調査は昭和46年度厚生科学研究助成金の助成を受けたものである。)

今日の低所得層と世帯更生資金制度の方向

江 口 英 一

厚生省社会局生活課監修「世帯更生資金貸付手帳」(昭和46年12月刊)は、小論で取上げたいと思う「世帯更生資金制度」(以下「世更資金」という)について次のように述べている。

「この制度は、周知のように、昭和27年8月、滋賀県大津市で開催された第7回全国民生委員児童委員大会において決議された民生委員1人1世帯更生運動を契機として、民生委員および関係者の努力と熱意とが結集され、昭和30年8月、『世帯更生資金運営要綱』として制度的に確立するに至ったものである。

創設当初の原資は、総額2億500万円、資金種類も現在の更生資金に相当する生業資金、支度資金および技能修得資金に止まっていたが、昭和36年に『世帯更生資金貸付制度要綱』として名実共に拡充発展し、その後も、逐年の改善により、昭和46年度には、原資総額も205億8,000万円を数えるに至った。

本制度は、いまや低所得階層対策の中核的役割を占め、変動する社会経済情勢の中にあって、その果す機能は極めて重視されつつあるところである」(9頁、傍点筆者)。

しかし、世更資金制度は、高度経済成長の過程での社会経済の急激な変化とそのなかで行われてきた新しい「低所得階層」の形成、在来その急速な変化の中で、いわば「曲り角」に直面しているともいえるのである。

本特集の老齢問題、ないし中高年齢対策に考察をよせる形で、世更資金の向うべき方向を、以下において若干検討してみたいというのが小稿の目的である。

I 低所得階層対策の範囲

まず、一般的に、世更資金制度は、低所得階層に対する対策としての諸制度、諸政策、ないし諸活動の中で、どこに位置づけられるかを考えておく必要がある。

そのため、その前に、「低所得階層」とは如何なるものであるかを、一応考えてみよう。

そこで、低所得階層の概念ないし本質について、ここで必要な限りで簡単にのべておくと、次のようである。

もともと「低所得階層」とは、後述のような意味で、すぐれて具体的な概念であると考ええる。それは、一般的に、高所得に対する単なる低所得という意味ではない。そのような相対的な意味も若干こめられてはいようが、そればかりではない。

それは、「一般の社会階層」に対して、「低所得層である社会階層」という「特別な社会階層」を意味するのであり、このような「低所得層である社会階層」ないし「特別な社会階層」の発見と、その社会問題化は、歴史的には、昭和30年前後から、35、36年にかけてであった。その詳しいいきさつは、ここでは省略する。

それでは「特別な社会階層」とは、いかなる意味でそうなのか。

それを規定する要素として、私はこれまで、「不安定」という概念を用いた。しかし、さしあたり、それは「不安定」一般ではない。そのような「不安定」なら、今日の資本主義社会では、すべての人が「不安定」であろう。小論での「不安定」とは、簡単にいうならば、何かの生活上の事故原因によって、短期間に、直接的に、公的扶助

による「被保護層」に、すなわち「非自立者」に、組込まれる状態にあること、あるいはその可能性をもつことを意味し、したがって、最低限の経済的レベルと社会的地位を保つための基本的条件ないし最低の条件を、かなりの程度欠如している状態を意味する、と考えたのであった。

これをよく用いられる言葉でいいかえると、「不安定」とは、生きていくためのいわゆる「基本的権利」を事実上侵害されていて、それを回復実現しえない状態にあること、したがって、今日の社会経済のしくみの中で、いわゆる「基本的権利」の実現ないし享受が不可能な状態にあること、すなわち「無権利の状態」といってもよいと思われる。

ひとことというならば、生活の基礎としての「基本的権利」に対して向けられている侵害を防衛する能力が欠如している状態といいかえてもよいであろう。

低所得階層とは、このような意味での「不安定」＝「無権利」の状態にある社会階層であり、その結果として、この層は、「低所得」状態にあるのだということになる。

ところで、「低所得階層」は、このようにして、一定の「特別な社会階層」を意味するのだとして、この階層を規定する上記の「不安定」＝「無権利」とは、一方から考えるならば、やはり、今日の社会を構成するほとんどの社会階層に共通なものだともいえる。その意味の一般性をも、「低所得階層」はそなえている。その意味で、今日の社会をつらぬく先述の意味の「不安定」＝「無権利」が具体化され、体现されている階層であるといえる。

この意味で「特別な」社会階層ではあるが、「特殊な」社会階層ではないといってよいかもしれない。したがって「一般的な性質をそなえた特別な社会階層」であるといえることができる。

われわれのいう「低所得階層」とは、このような意味のものであった。「低所得」階層とは、「不安定」＝「無権利」という意味では「特別な社会階層」であるが、今日の被支配階級に共通する一般的な要因としてのそれを体现しているという意味で、いわば共通の部分に位置するとともに、それ

は、それ以下になると非自立的な、公的扶助による保護を受けざるをえない層に落ち込むという意味で、「限界にある階層」であるということもできる。「限界」にある故に、すべての世帯は、被保護層にくみいられる場合、この階層を経過する。その意味で、すべての階層に対して共通の層をもなしているのであった。

では、上記の「不安定」＝「無権利」、すなわち「生活の基礎としての基本的権利に対して向けられている侵害を防ぐ能力が欠如している状態」を改善し、侵害から守るべき条件あるいはその防衛力の基礎となるものは何であろうか。

もちろん、この「条件」ないし「基礎」とは、それが実現されれば、「基本的権利」の侵害から完全に守られ、これまで記してきたような意味での「不安定」＝「無権利」なる状態は、完全に払拭されるといった意味でのものではない。それはあくまで「条件」であり「基盤」なのである。このような「条件」なり「基盤」なりが、ある程度実現されても、新しい分野で、「不安定」＝「無権利」なる状態は、新しい形で生じてくるであろう。

だが、さしあたり、このような意味での「防衛」のための「条件」ないし「基盤」を考えてみると、次の5つ、ないし6つが考えられるであろう。

まず第1は、いわゆる「組織」といわれるもので、労働組合あるいはいわゆる民主団体のような社会的組織に代表される「組織」があげられる。

もともと「低所得階層」は、上記のごとき「組織」から結果として排除されたり、取残された層によって成立っている。経済社会の発展とともにそのような層、すなわちいわゆる「未組織層」は、いつも新しく形成されていく必然性を持っている。したがって「低所得階層」の全分野にこのような「組織」を求めると自身困難なことだといわねばならない。しかしながら、そのことをみとめた上で、なおかつ、「防衛力」の「基盤」ないし「条件」として、そのような「組織」なるものをまずあげたいと思う。

第2に「家族」である。ここで家族とは、経済単位としての世帯を構成する血族集団を意味しよ

うとしているのであるが、それがいわば正常な姿をとるかどうかは、先述の「防衛力」として、大きな要因をなすであろう。家族はまた最小の団体でもあり、社会的組織でもあろう。

ところが、「低所得階層」の家族は、今日の状況の下では、結果としてすでにいわば崩壊している場合が多い。それは、前記の「防衛力」を阻害する。

第3は「地域」である。地域的に展開される相互のつながり、ないし援助は同じように「防衛力」の「条件」ないし「基盤」をなすが、それは今日の状況の下で、次節に述べるように、崩れつつあるのである。

第4は「制度」である。特にその中でも生活保障のための「制度」が重要となる。前述のように、「組織」という点からは、それが職場のそれであれ、地域のそれであれ、組織化が進められる中で、一方に未組織の部分が形成されてくる必然性が、今日の社会のもとでは存在する。したがって、この分野のために、組織・未組織を問わず、力を与える「制度」に期待がよせられる。「権利」といったある意味で制度的なものの、行使の確保またはその侵害の防衛のために、逆に「制度」の充実をいうことは、同義反覆であるといわれようが、その中でも前記の生活保障、すなわち社会保障をはじめ、最低賃金制などの制定、改善を含む「制度」の充実、事実上、ここで私が提起しているような力を大きく果すであろう。

第5に、仕事または雇用の機会の保障である。今日の社会では、所得はまず、雇用を通じて得られるのが一般である。この雇用の欠除ないし不足は、ここで問題の「防衛力」に反作用を及ぼすことは明らかである。反対に雇用の保障は、ここでいう諸権利の行使、その侵害への防衛の大きな条件となっていくであろう。

そして第6は、上述の雇用に見あう労働能力の維持、確保である。それは疾病、災害による労働力の喪失の回復、さらに教育、訓練などを含む。

以上6つの「条件」ないし「基盤」は、すでに述べた「限界としての社会階層」であるところの、いわゆる「低所得階層」に、大きく欠如している

ものであり、その欠如から、この階層を規定する「不安定」＝「無権利」の状態が生成されてくるものであった。しかしこれらの「条件」は、程度の問題を含み、何も「低所得階層」に特有のものでなく、一般の諸階層にも共通する問題であるといえるかもしれない。しかし、ここでは、これらの「条件」なり「基盤」を決定的に欠き、基本的な点で欠除している状況をいうのである。たとえば、先述の労働能力を規定する教育であるならば義務教育そのものの享受が不十分であるとか、「制度」としての社会保障であるなら、最低の保障としての生活保護制度からも排除されているとか、組織としては全くばらばらで、家族としては、それすら形成不可能な、またはそこから排除された「単身者」といった人々または集団をさしたいのである。

ともあれ、そのように基本的な、あるいはそれぞれの「条件」における「最低限」のそれをもみたまない層を「低所得階層」だとするなら、これらの「条件」に対する「対策」としての「低所得階層」対策は、極めて広範なものでなければならない。このように広い範囲にわたる「低所得対策」を考えた時、小論で問題とする世帯更生資金制度はどこに位置するであろうか。「いまや低所得階層対策の中核的役割を占め」るに至ったという世帯更生資金制度をこの中に位置させると、どうなるであろうか。

II. 世帯更生資金制度の位置

以上に述べた、広い範囲にわたる「低所得階層」に対する政策を進めるためには、ともあれ、まず第一歩として物的な手段を必要とする。「不安定」＝「無権利」状態の払拭のための諸対策として対象たる「低所得階層」に供与される物的手段を、その性質によって分けてみると次のとおりである。

1つは、いうまでもなく、生活保障としての現金の「給付」である。給付された現金は、生活の再生産基金になるものである。2つは、結局はそれと同じ効果をもたらすものであるが、消費支出の軽減、あるいは支出の引きのばし、あるいは分割的支出といった形で、支出における負担の軽減

をしようとする生活保障制度である。いわゆる「減免」制度である。

これらは現金の形をとるか、それに関係するものであるが、次に現物の形をとる場合がある。消費における必要物資の提供はそれであるが、さらに諸設備を建設、提供して、その利用を与えるものである。その他一般にサービスの形で供与があげられる。

さて、この系統でもう1つあるのは、「貸付」あるいは「融資」の形の金銭の供与である。これは、すでに述べた消費支出の引きのばし、支払の分割、長期化による、一時に大きな負担の軽減を、図ろうとするものである。

以上は、一般にすべて、消費支出にかかわるものであるが、これらとは質的にかなり違うところの手段がある。それは低所得階層に対して適当な仕事の機会を提供し、支出のための収入を確保させるものである。

この場合1つは公共機関が、直接、適当な雇用機会を造出し、それに「低所得階層」を吸収するものである。そしていま1つは、資金を供与し、事業を創出させ、自ら雇用の機会を造出、それによって収入を確保させようとするものである。後者は、いわば間接的な雇用機会の造出である。

このようにして仕事、雇用を創出することにより、収入を確保させ、支出をカバーさせようとするものであるが、その前提としては、労働能力が多かれ少なかれ保有されていなければならぬ。この労働能力は、先述の消費生活の中で再生産されるものであり、結果的に、先述のような消費生活の補強確保は、労働力の確保維持をもたらすのである。

さて、前節、および以上に述べられた低所得階層対策の範囲と種類を想定すると、世更資金制度はどこに位置づけられるであろうか。

すでに引用したように、この制度は、事後的経過をたどると、昭和30年「更生資金」と名づけられる資金貸付制度によってその土台が形づくられた。この「更生資金」は、「生業資金」「支度資金」「技能修得資金」によって成立し、要するに「生業」の「創設」「継続」のため、一定の貸付を

行うものである。借受者に対し、それを用いて、営業のため必要な設備、労働手段（機械など）を購入し、営業を行い、収入を得させるものである。これらの営業は、もちろん小規模なもので、「生業」といわれるのであるが、その収入は、それでも事業に伴う収益なので、その意味では、この貸付金は「資金」と呼ばれるものである。

このようにして、いずれにしても、「更生資金」は間接的に雇用機会を造出し、「低所得階層」世帯の収入を確保させようとするところの、すでに述べた低所得階層対策としての第5の型（雇用機会の創出）に属するものである。もっとも、世更資金制度が、「更生資金」として始められるにあたり、民生委員の1人1世帯更生運動がその基礎にあったことはすでにふれた。そしてその後、民生委員は、世更資金制度の末端の窓口となり、世更資金制度をテコとして「地域福祉」の活動を展開してきて今日に及んでいる。この点からすると、世更資金制度は、既述の低所得階層対策の第3の型（地域の組織化）が重なっているといえる。

ところで今日の世更資金制度は、その後何回かの改正を加えられていくのであるが、そのつど新しい制度が加えられ、今日のような複雑な姿をとることとなった。そのエポックとなるのは昭和36年である。すなわち、制度として、32年、生活資金と医療費貸付資金が創設された。ついで36年には、これまでの生業資金と生活資金および医療貸付制度が総合されて、全体として世帯更生資金制度ということとなり、さらに新たに身体障害者更生資金、修学資金および住宅資金、療養資金が創設された。そして翌37年には、災害援護資金が設けられ、本年（昭和47年）からは、さらに福祉資金なるものが新設されてきた。資金としては以上で8つの種類となる。

これらの「資金」は、「身障者生業資金」を除くと、出発点となった「更生資金」とは極めて異なった性質のものである。

すなわち、「療養資金」「住宅資金」「修学資金」などというものは、すでに述べたように、消費生活における必要経費の一時的支払をこの制度で肩代りすることにより延期させ、分割支払する

ことによって大きな負担の軽減を図ろうとするもので、既述対策の第4の型（生活保障制度など）に属するものである。そして、その結果として、労働能力の維持、確保、したがって収入の確保に導こうとするものである。この点では第6の型となる。「災害資金」はさらにこれらとは異なり、さらに「福祉資金」はそれとも異なる。最後のものは消費生活にかかわるものとしては先述の諸「資金」の系統に属するが、いわゆる小口貸付金に似てくる。それらについてはのちにまたふれるであろうが、いずれにしても、世更資金制度は、それ1つで低所得階層対策を担おうとするかのごとく多岐であり、別言すれば、違った性質の制度の安易な寄せ集めである。しかものちにふれるように、その予算の規模だけからしても、種類からみた多さにもかかわらず、逆に、はなはだ小規模で、お寒い限りであるといわねばならない制度である。

もちろん、世更資金に類する低所得階層対策は他にもある。たとえば、母子福祉資金制度や各種の法外援護資金、その他戦前からの公益質店、授産所などの制度がある。しかし、それらも実質的にまことに小規模な世更資金に比べて、決して大きいとはいえないのである。たとえば母子福祉資金は45年度貸付額29億318万円、貸付人員5万3,000人で、貸付人員は世更資金より多いが金額は半分以下である（表2参照）。

かくて、世更資金は、他にないという意味でたしかに今日の段階では、低所得階層対策の中心のような位置を占めるといえよう。そしてその性質は極めて複雑なのである。だが、世更資金内の貸付状況をみると、表2が示すように、その40.4%が更生資金となっており、したがって、低所得階層対策としての位置づけも、それによって判断されるのである。

III 今日の低所得階層

世更資金制度は、前節に述べたように、「資金」「貸付金」として、異なる性質のいくつかの制度を寄せ集めた、低所得階層対策であるとして、それは今後どの方向に進むべきか。

その考察のため、ここで、今日における「低所得階層」の特徴を、第1節に述べたより、もう少しつっこんで考えてみたい。

まず、第一にこの層は「不安定」＝「無権利」の「特別の社会階層」であるとしても、高度経済成長を経てきた今日、それは農家や小商工業主のようないわゆる自営業者層であるより、他人に雇われて働く被用者階級、いわゆる労働者階級に属する層が、圧倒的に多くなってきていることは、想像がつくであろう。昭和40年の国勢調査による、社会階層構成の分析結果でも、全就業者に占める労働者階級の比率は、ほぼ60%に近くなっている。そしてその後、一貫して農業就業人口は減少し、都市への就業者の集中が行なわれているのだから、この被用者化の傾向は、一層推し進んでいるにちがいない。

もちろん低所得階層は就業者以外に、老齢者、病人、身障者などで無業のものを多く含んでいる。しかしこれらの層も、かつては被用者であったものが多く、また現在の生活基盤も被用者階級、労働者階級の中においているものが多いであろう。

このようにして、今日の「低所得階層」は、高度成長下で、急速にふくれてきた被用者ないし労働者階級の中の特定の社会階層である、ということが出来るであろう。

“雇われ”としての「低所得階層」は、雇われ先の業務の繁閑、産業構造の変化、その他によって、都市を中心にあちこち「ふりまわ」され、「低所得階層」として移動が高まるとともに、その結果、さらに下層に移動、転落し、「保護層」に編入される危険性をもつことになる。これを「都市的低所得階層」と呼んでおこう。

したがって、新しい「都市的低所得階層」は地域的にも社会階層的にも、移動率がこれまでの「低所得階層」よりずっと高いことになる。

それとともに、被用者、労働者としての一般の階層から、および自営業的社会階層から「低所得階層」に転落、移動し、さらに被保護層に没落していく早さは、これまでより一層強まるということになるであろう。転落の原因は、消費生活面のものを含めて、多角的となり、転落、没落はこれ

までより急激にやってくる。したがって対策は機動性と緊急性を要することになる。

このように被用者の、「都市的低所得階層」の移動性、流動性は、一般に高いが、しかしそれは一様にそうではなく、その間に若干のニュアンスがある。

すでに述べたように、産業構造の変化、業務の繁閑によって、あちこち「ふりまわされ」る「都市的低所得階層」のうち、若青年層はその流れにのって就業を継続するが、年齢が高くなるにつれ、あるいは病気、災害にあったものは、その流れにのることができず、脱落し、一度下層の階層としての就業機会に就業し、流動性を若干弱めながら、そこでかなり停滞化することとなる。

このようにして、「都市的低所得階層」は、年齢的にみて、比較的中高年層に集中することがはっきりしている。それはいくつかの統計による証明があるが、紙幅の関係でここには示さない。

「都市的低所得階層」の中でも、その下層に位置し、対策としての1つの大きな焦点となる「中高年の都市的低所得階層」は、前述のごとく、停滞化という意味で定着的であるとはいえ、その存在は分散的である。

いわゆる都市化の推し進められる中で、都市地域での「中高年層的都市的低所得階層」の人々は、相互のつながりはなく、また職場でも未組織である。地域における住民としてのつながりが欠如しているだけでなく、これらの層は、家族が崩壊または家族から押し出されて、単身孤立化の傾向が強い。少くとも労働力たりうる家族は出て、労働能力の劣る小家族として存立する。その極限はいわゆる「孤老」である。

このようにして、新しい「都市的低所得階層」をめぐる地域組織の崩壊とつながりの欠除、さらに家族が、崩壊と単身者化は、高度経済成長の過程で強められ、今日ますます強化されているとみなければならないであろう。

以上のごとき「都市的低所得階層」の性格に、いま1つつけ加えておきたい点がある。それは経済の拡大高度化に伴い、全体として知識・科学的素養が生産ないし経済活動の中で果す役割が強ま

り、いわゆる知識層が増大する傾向である。このような中で、知識層であり、事務職員として下位に属する層か、またはかつて事務職員だった人々で定年退職のうえ、高老年化、無業化した層で形成される「都市的低所得階層」の存在である。このような「低所得階層」部分は量的に増大するであろう。この層は上述の「都市的低所得階層」としての基本的性格を共有するだけでなく、より一層顕著にそのような性格を示すであろう。

さて、高度経済成長の過程で新しく形成されてきた「低所得階層」の性質を上述のように特徴づけるとして、「低所得階層」全体としてはそれがすべてではない。

もともと経済の発展は社会の全分野に同じ影響や作用を及ぼすのではなく、その作用はアンバランスである。したがって発展の裏側には激しく急速な衰頹と消滅の過程を伴っている。そして発展の過程そのものがアンバランスに進む。

いまここで必要な限りで述べれば、上述のごとき「都市的低所得階層」に対して、農漁山村、特にその遠隔の地には、新しい意味での「農村的低所得階層」を、この過程は生んでいった。いわゆる「過疎地的低所得階層」ともいえるよう。その性格は、基本的には「都市的」なそれと同じであるが、具体的にはかなり違った特徴をもつであろう。

この層は、もちろん、他人に雇われる被用者層ではない。農漁業の自営業者として表面は存立しても、実質上はその存立条件を奪われている。半崩壊的自立営業者か、その無業者化したもので、停滞化は一層激しい。

ただ、「都市的低所得階層」に比して、地域的つながりは相対的に強く、家族形態もまだまだ維持されているであろう。そして重要なことは、このようにして、農村での「低所得階層」は「都市」でのそれに比して、今後、ある意味で、その異なる性格を一層顕著にしてくるだろうということである。

ということはいいかえると「都市的な低所得階層」と「農村的な低所得階層」の間に今後ますますはっきりした壁が生まれつつ、特に「都市的」なそれから「農村的」なそれに移ることが困難とな

表 1 低所得階層世帯の分布に関する推計

世更貸付 制限基準 × 1.0 未満	1.0~2.0倍未満	2.0~3.0倍未満	3.0 倍 以上	計
19.1%	55.8%	16.8%	8.3%	100.0%

り、それによって「都市的な低所得階層」の大量の存在が緩和されることはないということである。

ともあれ、どちらかといえば、量的には今後、「都市的低所得階層」の方がますます増大するにちがいない。

最後に、「今日の低所得階層」を明らかにするために、その量を明らかにしておきたい。だが、以上、2つの型によって示した「低所得階層」の全体量を示すところの資料は今のところない。

そこで、「都市的所得階層」の量を示すものとして次の例をあげておこう。それは『都民の生活構造と生活意識』（生活構造研究会〔代表者、青井和夫〕、1970刊）による東京都民（23区内）の中での「低所得階層」の推計である。

この場合「低所得階層」の指標としては、先に述べた「不安定」=「無権利」などといった指標によらず、所得の大きさで直接はかっているので、小論の意味でのその量を正確に示すものではない。しかし、大まかな姿を示すという意味で取上げる。

ここではその所得水準を東京都で行なっている（昭和44年時点）世更資金貸付制限額においている。それは1ヵ月12,000円×家族数+8,000円+家賃実費ということである。それは保護基準の1.5倍にあたるものである。この基準額を世帯ごとにあてはめ、世更基準の倍率によって、都民世帯を測定すると表1のようになる。

表1にみられるように、東京都でその2割に及ぶ世帯が世更資金の貸付世帯以下の水準にあることが明らかにされている。その膨大な量を想わなければならない。

IV 世更資金制度はそれにいかに 対応しているか

すでに述べたように、「低所得階層」に対する対策としては、世更資金制度ばかりではなく、この階層の中の特殊層について、若干の単行法が設

けられている。それについてはすでにふれた。したがってそれを別とすると、働きながら「不安定」=「無権利」の「低所得階層」に属する世帯は、本制度がわずかに対応するだけである。

そこで、前節に述べた今日の「低所得階層」に対して、世更資金制度はどのようにそれに対応しているのかを、いくつかの角度から明らかにしてみよう。

(1) まず、何よりも世更資金制度の規模、ないし適用対象の大きさの問題である。それを表2として示した。

表2によると、世更資金は、その貸付の累積合計が、昭和30~45年で37,822,376(千円)となる。単年度の貸付額をとると、たとえば昭和45年度で各資金合計5,638,276(千円)となる。これらの額は十分なものと判断できるであろうか。それは、前節に分析した「低所得階層」世帯の存在量からいうなら、あまりにも小さい額であるといわねばならない。

また、適用件数をみると、この16年間の累積合計で447,971件、単年度にすると、45年では33,899件にすぎない。この適用件数は、存在するニードに対して極めて小範囲の適用件数であるといわねばならないであろう。

たとえば、生活保護制度の支出額をみても、単年度（昭和45年）で、金額にして年額2,743億1,184万円（国庫負担および地方負担の合計）、1ヵ月平均の適用数は1,344,306人、658,277世帯におよぶのである。

したがって、その需要は高いのであって、たとえば、全社協調査による「世更資金申込状況調査の概要——市町村社協における——」（1972.5）を見ても、貸付適格として市町村社協から「申込」された件数に対し、はじめに社協で「相談」をうけたり、「照会」をうけたり、「申込」の書類を発行した件数は、その約4.1倍にも達すると報告されている。

表2 世帯更生資金種類別貸付決定額および件数の状況

単位(千円)

資金種類 年度	更生資金	身体障害者 更生資金	生活資金	住宅資金	修学資金	療養資金	災害援護資金	計
昭和30年度	(5,601) 187,095	—	—	—	—	—	—	(5,601) 187,095
" 31 "	(5,734) 213,546	—	—	—	—	—	—	(5,734) 213,546
" 32 "	(10,592) 423,731	—	(975) 24,852	—	—	(4,370) 122,078	—	(15,937) 570,661
" 33 "	(14,019) 534,834	—	(2,202) 54,204	—	—	(10,671) 280,079	—	(26,892) 869,117
" 34 "	(15,761) 655,533	—	(3,340) 90,112	—	—	(8,285) 226,860	—	(27,386) 972,505
" 35 "	(17,119) 796,191	—	(2,096) 58,276	—	—	(9,086) 269,176	—	(28,391) 1,123,643
" 36 "	(14,017) 821,803	(3,446) 234,674	(77) 950	(5,436) 287,310	(474) 8,888	(7,223) 236,089	—	(30,673)(100) 1,589,714 (100)
" 37 "	(11,765) 794,398	(3,489) 265,432	(64) 850	(3,635) 224,735	(907) 24,916	(6,101) 215,571	(3,665) 228,149	(29,626)(110.5) 1,754,051 (117.3)
" 38 "	(12,289) 963,036	(3,620) 323,307	(71) 976	(4,868) 359,529	(1,832) 75,594	(5,650) 207,240	(3,482) 227,656	(31,812)(114.4) 2,157,338 (140.4)
" 39 "	(11,945) 1,130,391	(3,301) 355,638	(71) 966	(5,193) 427,043	(2,626) 119,302	(4,845) 185,033	(4,291) 378,803	(32,272)(118.2) 2,597,176 (169.1)
" 40 "	(12,175) 1,334,532	(3,400) 413,519	(131) 3,066	(6,376) 562,653	(4,103) 165,365	(5,693) 304,790	(4,750) 435,032	(36,628)(124.6) 3,218,957 (200.9)
" 41 "	(11,746) 1,366,202	(3,620) 459,766	(173) 4,259	(7,563) 835,436	(4,906) 185,980	(5,582) 338,162	(3,915) 350,343	(37,505)(130.6) 3,540,148 (235.8)
" 42 "	(11,050) 1,474,358	(3,511) 513,574	(147) 3,576	(8,106) 1,033,341	(5,095) 188,286	(5,044) 340,590	(3,810) 356,616	(36,763)(135.4) 3,910,641 (270.0)
" 43 "	(9,733) 1,548,440	(3,524) 637,420	(110) 2,725	(8,218) 1,252,990	(4,692) 179,369	(5,056) 404,820	(2,294) 284,067	(33,627)(136.8) 4,039,831 (312.0)
" 44 "	(9,200) 1,689,266	(4,290) 891,851	(162) 6,775	(9,487) 1,663,015	(4,772) 195,930	(4,624) 408,739	(2,780) 314,101	(35,315)(139.2) 5,169,677 (362.2)
" 45 "	(8,341) 1,779,647	(4,598) 1,123,675	(206) 15,644	(9,416) 1,704,237	(4,088) 171,191	(4,459) 448,083	(2,791) 395,779	(33,899)(137.1) 5,638,276 (409.4)
計	(181,087) 15,713,003	(36,799) 5,219,156	(9,825) 267,231	(68,298) 8,350,309	(33,495) 1,314,821	(86,689) 3,987,310	(31,778) 2,970,546	(447,971) 37,822,376
	(40.4) (41.5)	(8.2) (13.8)	(2.2) (0.7)	(15.2) (22.1)	(7.5) (3.5)	(19.4) (10.5)	(7.1) (7.9)	(100.0) (100.0)

注 1. () 内は、件数を示す。

2. 生活資金には、昭和35年度まで家屋補修費が含まれている。

3. 昭和45年度は、見込である。

4. 合計欄の指数は5年間の移動平均として計算した。世帯資金の貸付期間を平均5年と考えて移動平均を用いたのである。
なお計算は32年からとし36年を100として指数化した。

5. 全社協『世帯更生資金担当部長会議』昭46より作成。

世更資金の貸付金額は、その全体の伸び率からすれば、たしかにかなりの上昇といえよう（都市地域の場合はそうとはいえない。後述）。だが、その絶対額からすると、その規模はあまりにも小さいものであるといわざるをえない。のちにふれるように小論の目的は、世更資金制度の今後のあり方を考察することにある。けれども、世更資金制度の予算規模が一定限以下である場合は、すべての議論は問題にならない。世更資金制度が「低所得階層」対策として本来の機能を果たすためには、今後の「低所得階層」のあり方に照らして、飛躍的に増額されねばならぬであろう。

（２） さて、世更資金制度は、上述のように、公的扶助としての生活保護制度などに比べると、その規模は極めて小さいけれども、この制度は創設されて20年近くになろうとし、年々、国庫補助と都道府県補助が累積されている。その貸付原資保有額は、昭和46年で200億円をこえるということであった。

また、すでに述べたように、高度経済成長を経た今日、「低所得階層」の類型には「都市型」「農村型」といった相違があるにせよ、「低所得階層」としては、基本的に、労働者階級に属するそれとしての共通的性格を強めているということであった。

このような諸点からみて、世更資金制度は、1つの統一的な原則と基準で、そして全国的に一定の共通の仕方で行われる必要性が強くなっていると思われる。

しかるにこの制度は、周知のごとく、その創設のときのいきさつもあって、それぞれの都道府県に独自の制度として運営されていく傾向が強い。もちろん国は、統一的な運営のための指導をしているようであるが、いずれにしても、この制度は、国の法律による制度として行われるのではなく、都道府県の条例として、それぞれの社協に対して補助され、実施されている。

もちろん、一方から考えると、この種の問題は、地域住民に対する福祉の問題として、その地域地域に即したやり方で実施することが望ましいという面もある。それが実施機関としての社会福祉協

議会の任務でもある。したがって都道府県市町村といった地域のそれぞれの主導性が強調されることは、一般論からは、首肯される面もある。

だが、「低所得階層」に対して、その対策を、本制度のように「貸付金」として実施する場合は、このようなやり方のもとでは、ややもするとその原資を確保するため、貸付に対する償還が強調され、いわば「金貸し業務」のごとくなり、真にその援助を必要とするところの、したがって償還能力において劣る最低位の「低所得階層」は、見過ごされがちとなる。

いま、都道府県別に、貸付原資の保有額の状況をいくつかの側面から比較してみよう。表3のとおりである。

表3によると、地域別に、原資保有高が極めてアンバランスであることがわかる。それは貸付額、件数に反映する。

そして、この原資をもってする世更資金貸付の基準（所得制限）も、生活保護基準に対して、各県で極めてまちまちである。たとえば全社協調べ（昭43年）によると、静岡、千葉は生保基準の2倍の世帯まで借りることができるのに対し、北海道、青森、岩手等々、多くの県では1.5倍までである。また宮城、茨城、富山、石川、愛知、京都等は1.5～2.0倍となっており、香川、高知等は1.7倍、大阪は1.75倍というように、かなりまちまちである。

そして、その場合の保護基準の内容も、ある県では県内の級地別の基準によるが、ある県では県全体の平均によったり、ある県では「加算」を含むが、ある県では含まない。したがって、実際の運営は、全国で、はなはだ違うことになる。

そこで、各都道府県での運営と実施のまちまちな状況を各資金種別等で示すため、次の表4を掲げておく。

これらの表によると、一般に世更資金制度の実施が、地域別にアンバランスに行われるとともに、さらにそのアンバランスは、1つは東京、大阪といった都市的府県での実施の相対的な低位という形で示されている。

そこでそれをもっとはっきり示すために、東京

表3 都道府県別世帯更生資金の原資保有額の状況

			市町村民税均等割のみ納税者 1 人当り (A)	傷病障害者その他の被保護世帯 から医療扶助単給世帯を除いた 1世帯当り (B)	普通世帯から単身世帯を除いた 1世帯当り (C)
北海道	海	道森手城田	2,371円	71,990円	948円
			3,079	93,700	2,094
			1,710	71,732	1,197
			1,941	95,689	1,071
			2,285	107,728	1,333
山形県		形島城木馬	2,638	162,674	1,685
			1,425	84,284	862
			1,059	76,585	684
			1,446	98,173	740
			1,354	124,872	726
埼玉県	奈	玉葉京川鴻	1,245	120,387	462
			952	90,585	460
			2,216	43,091	398
			2,002	56,381	336
			2,423	164,938	1,355
富山県		山川井梨野	2,699	299,433	981
			3,465	183,333	1,242
			2,518	234,548	1,072
			1,610	154,257	1,011
			1,799	158,347	979
岐阜県		皇岡知重賀	1,452	159,696	617
			834	77,921	351
			1,369	128,264	534
			1,541	66,277	653
			2,830	235,437	1,084
東京都	歌	都阪庫良山	2,010	94,646	787
			1,682	58,638	418
			1,999	71,190	490
			2,506	96,246	1,072
			1,666	85,346	910
静岡県		取根山島口	2,254	100,527	1,559
			2,552	147,133	1,692
			1,628	114,561	885
			3,566	160,117	1,198
			2,291	108,409	1,059
徳島県		島川媛知岡	2,826	139,688	1,855
			4,748	277,326	2,508
			2,859	137,230	1,658
			3,644	103,797	2,133
			1,713	16,825	749
佐賀県		賀崎本分崎	3,797	154,608	2,430
			3,577	88,972	2,121
			2,222	78,866	1,580
			2,664	107,325	1,529
			3,062	124,543	2,005
鹿児島県	児	島	2,903	96,673	1,992
合 計			2,114	82,404	891

注 1. 原資保有額は、昭和45年度末見込額を用いた。

2. (A)欄の算定に用いた、市町村民税均等割のみ納税者数は、昭和43年7月現在数である。

3. (B)欄の算定に用いた、傷病・障害者・その他の被保護世帯および医療扶助単給世帯数は、昭和44年7月1日現在数である。

4. (C)欄の算定に用いた、普通世帯（住居と生計をともにしている世帯）および単身世帯数は、昭和40年10月1日現在数である。

5. 資料は表2の注5に示したものと同一。

都の場合をとってみよう。

表5によると、東京都の世更資金の実施状況は、昭和44年までは、少くとも停滞またはむしろ縮小しつづけている。特に生活保護制度の状況に比べると、その差は一目瞭然である。これはどうい

うことなのか。

世更資金制度は、特に都市地域で、飛躍的に拡充される必要があることはたしかである。

(3) このようにして、都市地域、特に大都市地域での世更資金制度は、多くの問題点をもって

表 4 都道府県別・世帯更生資金種別貸付決定状況（昭和45年）

		更生資金	身 障	生 活	住 宅	修 学	医 療	災 害
北 海 道		253,144,000円	32.5	20.5	0.00	22.5	5.0	17.9
		(249,294,000)	(33.0)	(20.8)	0.04)	(22.8)	(5.1)	(18.2)
青 岩	森手	113,963,500	26.8	14.2	0.2	30.6	15.1	10.5
		107,520,500	15.1	14.6	0.3	29.5	4.8	19.2
宮 城	城田	(89,720,500)	(18.1)	(17.5)		(35.4)	(5.7)	(22.9)
		91,721,500	25.3	21.0	0.00	29.9	5.8	15.1
山 形		86,382,500	14.7	18.5	0.6	38.8	2.7	16.8
山 形	形島	108,858,000	14.1	12.7	0.1	49.9	5.1	11.9
		98,463,500	24.8	27.4	0.2	30.0	7.0	9.4
山 形	城木	71,495,000	35.8	18.8	0.2	32.9	2.7	7.6
		81,383,500	25.7	38.2	0.2	23.9	2.3	5.2
山 形	馬	71,840,500	29.2	32.4	0.2	27.1	1.7	8.1
埼 千	玉葉	103,247,500	42.5	27.5	0.3	19.7	1.6	6.7
		111,111,000	18.2	20.2	0.4	34.7	1.4	6.3
東 神	京川	(90,181,000)	(22.5)	(24.9)	(0.1)	(42.7)	(2.0)	(7.8)
		211,616,500	34.7	28.8	0.3	11.3	8.7	13.8
新 潟	潟	93,603,000	32.1	42.9	0.0	9.6	4.2	9.6
		132,857,000	28.9	18.9	0.3	34.7	2.2	11.1
富 石	山川	64,715,500	19.9	32.9	0.0	41.1	0.7	4.3
		84,840,000	23.9	9.7	0.2	59.7	0.6	5.2
山 形	井梨	59,045,000	24.8	25.6	0.0	43.5	0.9	2.8
		34,882,000	24.7	23.6	0.2	33.7	1.2	7.6
山 形	野	141,726,500	22.3	23.4	0.04	43.7	0.8	5.6
岐 静	卓	66,135,000	20.4	38.6	0.6	33.7	0.4	3.4
		71,789,500	20.5	38.7	0.1	27.0	2.0	8.7
愛 三	知重	136,398,200	36.3	33.2	0.1	22.9	0.9	6.5
		63,745,000	21.1	23.2	0.1	45.0	2.0	8.1
滋 賀	賀	79,842,000	30.0	14.3	0.1	49.4	1.6	2.7
京 大	都	89,497,400	31.7	20.2	0.1	31.4	1.3	4.7
		208,400,000	41.1	19.4	0.2	16.9	0.3	11.1
兵 奈	阪庫	157,330,000	30.6	30.5	0.2	32.3	0.9	4.3
		48,156,000	40.8	18.0	0.1	34.5	0.1	6.5
和 歌	良山	59,297,500	33.5	24.8	0.4	32.1	0.7	7.4
鳥 島	取根	63,410,000	19.0	17.3	0.2	50.7	1.5	10.3
		91,797,000	19.0	17.9	0.1	26.6	0.5	8.8
岡 山	山島	(67,007,000)	(26.1)	(24.5)	(0.2)	(36.5)	(0.8)	(12.0)
		99,479,500	28.0	20.5	0.0	39.4	1.8	8.6
廣 島	山口	159,862,500	42.0	20.6	0.1	31.5	1.9	2.0
		86,346,000	30.0	20.0	0.5	30.0	1.9	13.8
徳 香	島川	124,461,000	45.2	14.1	0.1	33.1	1.2	4.2
		145,507,500	49.0	20.2	0.3	25.6	1.0	3.6
愛 高	媛知	216,539,500	46.6	14.3	0.0	30.5	0.7	4.8
		258,223,500	26.8	6.1	0.04	11.0	0.3	4.5
福 岡		(125,980,500)	(55.0)	(12.5)	(0.1)	(22.6)	(0.7)	(9.2)
		237,915,000	40.9	17.2	4.3	23.5	6.0	3.8
佐 長	賀崎	122,484,000	32.1	13.2	0.1	29.5	13.9	4.6
		217,048,000	63.0	12.4	0.1	31.5	2.4	10.7
熊 大	本	187,038,500	36.4	11.4	0.1	35.0	3.6	4.3
		126,197,000	39.1	26.3	0.1	22.5	1.4	9.2
宮 崎	崎	144,709,300	36.0	15.6	0.2	37.8	2.5	7.4
鹿 児 島		255,469,500	24.8	10.0	0.1	44.2	3.3	4.7
合 計		5,639,494,900	31.6	19.9	0.3	30.2	3.0	7.9

注 1. 北海道、岩手、千葉、島根、高知は災害資金が大きいため、それを除いた数字をカッコ内に示した。
 2. 資料は表2の注5に示したものと同一。

いるように見える。それは大都市地域での「低所得階層」のあり方が、Ⅲでも述べたように、急速に変わりつつあるからである。

すでにみたように、大都市地域での「低所得階層」は、その絶対量が膨大であるとともに、その

存在は分散的で、弧立的である。世帯規模は小さく、この流動性は、中高年者になるにしたがって減少し、定着的となるが、逆に分散的で、停滞的、逃避的となってくる。

民生委員の「世帯更生運動」(現在の「しあわせを

表5 東京都における世更資金貸付決定額等の推移(指数)

	昭36	37	38	39	40	41	42	43	44
世更資金貸付件数	100	105.7	84.2	76.4	70.0	69.4	64.2	65.0	68.4
貸付決定額	100	119.6	111.5	118.7	124.5	133.9	129.8	142.9	165.3
被保護世帯数	100	97.7	95.0	95.6	96.3	102.3	106.6	109.2	—
保護費支給額	100	103.7	115.4	126.9	149.0	173.1	201.7	231.4	—
都人口	100	102.4	105.0	107.0	109.4	110.7	112.4	114.2	115.3
都世帯数	100	105.7	111.8	117.6	118.6	123.7	128.7	136.1	140.1

注 1. 東社協、低所得対策委員会「低所得階層と世更資金制度」1970年10月、5頁より。
2. 本指数も表2と同じく昭30年よりの5年間移動平均である。

高める運動」)の実践申合せの決議を出発点とし、手だてとしての「生業」の創設、維持によって収入を確保、維持させようとする「更生生業資金」から始まったこの制度は、大都市地域では、多くの困難が伴う。

何よりもまず、対象の把握が困難である。それはいいかえると「民生委員」のこの地域での機能にも関係してくる。この制度が、個々の「低所得階層」世帯の生活保障を目的とするだけでなく、「社会福祉協議会が行う“地域福祉活動”という側面ももっている」(全社協「解説」)とすると、この「民生委員」の地域活動をどうするかといった問題は、世更資金制度の根本的性格にもかかわってくるものである。

東京都社会福祉協議会の委嘱により、われわれが、昭和44年10月および12月の2回にわけて行なった調査(「世帯更生資金借受世帯の実態」1971年、東社協刊)によると、東京都では、世更資金を民生委員を通じて知った人は、借受者の約3割にすぎない。そして現に借受けた世帯について民生委員が訪問したのは、全体としては、その4割にすぎない。特に「生業資金」借受世帯では、1割にすぎない。また借受者が民生委員を訪ねたのは3割にすぎない。すなわち、その間のつながりは、一般的に言って、大幅に断ち切れている(東社協、低所得対策研究委員会報告『低所得層と世帯更生資金制度』1970年10月、88~91頁)。

それは大都市での民生委員のおかれている環境によるものでもあろう。

このような環境の中で、この制度のこれまで中心となってきた「生業資金」は、最も多くの困難な問題をもってくる。「生業」といった極小零細

な営業の機会が、急速に膨張する経済の下で、むしろ急速に多多いといえるであろう。だがその営業は、それと同じいきおいでますます不安定であり、しかも不安定な零細営業ですら、資金の最低規模は、ますます高まりつつある。

紙幅の関係で詳しくは分析できないが、前に引用した『世更資金借受世帯の実態』(東社協、1971年刊)によれば、結論だけからいうと、「生業資金」の借受者は、「新規」の場合、借受け後1~2年の間に失敗や病氣、怪我など営業が続けられなくなって、自営業を廃業し被用者化したものは、調査した「36ケース中10ケースに及んだ」のである。実に3割に及ぶ比率である。また生業からの収入に比べ、「家族の他への就業による収入の方が、家計収入において大きな割合を占め、しかもまた、その家計収入の水準は決して高いものとはいえないのである。その水準をみると、表6のように、調査対象の5割以上が、世帯更生資金の貸付制限基準以下であることが示されている(同報告書、91~95頁)。これは驚くべきことである。

大都市における「生業資金」は今後どうあるべきかは、また別のところで考察せねばならないが、ここでの問題は、その借受世帯の生活(収入)水準が、借受後も極めて低いということである。生業資金の借受世帯では、その2割強は生活保護世帯の水準である。

この点はまた、他の「資金」についてもいえることであって、その状況を表7として掲げておく。

現在の生活水準が、更生資金を借受けた後も、このように低いと同時に、これら大都市の借受世帯は、實際上、生活保護制度と相互にかなり流動

しあっている。現に受けているか、過去に受けていたものかなり多い。その兩者をとって比率をみるなら、「修学資金」では73%が、「療養資金」「住宅資金」「身障者資金」では各々ほぼ25%が、「生業資金」では15%が受けている。ちなみにこの時点での保護率は1.43%（昭43）であるから、大都市東京の世更資金借受世帯の保護率は圧倒的に高く、いずれにせよ生活保護制度と直接強い関係をもっているといえる。

このように考えると、大都市での世更資金借受者は、低所得階層の中でも、その最底辺の部分しかおっていないということが、かなりいえるのではないかと思われる。そして、このような層をわずかに把握している結果が、世更資金の大都市での不当に少ない適用状況として、現われているのである。

もっと見方を変えるなら、場合によっては、ここでは、実は生活保護制度で保障すべき対象や部分を、世更資金制度が「肩代り」して処理しているといった傾向として、指摘できるのである。

表6 生業資金借受世帯の全家計収入の世更資金貸付基準に対する倍率

～0.7倍	14	ケース	(23.1)
0.8～1.0 "	19	"	(32.1)
1.1～1.4 "	13	"	(22.0)
1.5～	13	"	(22.0)
不明	12	"	
計	71	"	(100.0)

注 1. 0.7倍とは保護基準の水準をさす。
2. 東京都社協『世帯更生資金借受世帯の実態』1971年、95頁による。
3. 比率は不明を除く。

表7 世更資金借受世帯の全家計収入の世更資金貸付基準に対する倍率

	身障	住宅	修学	療養
計	127(100)	67(100)	103(100)	112(100)
～70%	22(17.3)	22(32.8)	27(26.2)	20(17.9)
7.1～100%	37(29.2)	20(29.9)	36(34.9)	45(40.2)
101～140%	31(24.4)	14(20.9)	28(27.2)	28(25.0)
141～200%	20(15.7)	7(10.4)	11(10.7)	11(9.8)
201～%以上	17(13.4)	4(6.0)	1(1.0)	8(7.1)
不明	11	9	5	13

注 1. 70%とは世更資金貸付制限基準の70%を示し、生活保護基準のレベルと同じである。
2. 前掲報告書、112頁。

むすびにかえて

複雑多岐にわたる世帯資金制度の実状をすみずみまで明らかにし、述べることはむずかしい。以上はその実状における重要な側面のいくつかを抽出したまでである。そこで、小論のこれまでの分析を通じて、今後の世更資金制度のあり方ないし方向を、示唆することによって終りとしよう。

今後世更資金制度はどうあるべきかをいうなら、さしあたりそれは、前節に述べた問題点を裏返していることとなろう。したがってある意味で今後どうあるべきかはすでに述べられている。

まず、それは予算の飛躍的増額による「貸付」の増大である。ただしそれは公的扶助、特に生活保護制度の肩代りにならないでという条件である。そのうえで、のちに述べるように「資金」という「融資」の形をとるべきかどうか、さらに問われる必要がある。

それは、またのちにふれるとして、第2の点は、世更資金の運営におけるいわば「地域主義」といった傾向を改めるべきである。ただ、すでに述べたように、今日の「低所得階層」が、いわば「都市的な低所得階層」と「農村的な低所得階層」に分けられるとすれば、少なくともこの2つの型に即した制度のあり方を、考えてもよいのではないだろうか。少なくとも、現在のように行政的に都道府県に分割運営するのではなく、農村、都市を分けたいくつかの広いブロックに分けて、行われるべきであろう。

そしてそれにつれて必要なことは、今日のように、国としては厚生次官「通達」とか「通知」に

より、また都道府県はそれを受けて「条例」により、結局、補完的な政策として、世更資金制度を扱うのではなく、国の法律に定められた制度として行われることが重要であろう。少くともそのような姿勢での積極性が必要であろう。

そしてそれにつれて、現在の貸付制限基準に、いわば一種の「保障基準」のごとき位置を与え、もしそれ以下の所得水準の場合は、貸付金や利子の返還、支払いの減免を考えるべきである。昭和45年8月、厚生省社会局長から知事宛の「支払免除」に関する通知が出され、各県では支払免除規定がつくられ、それによって運営されるようになったことは進歩であるが、その条件はいまのところ死亡や行方不明に限られ、はなはだきびしいのである。

このような大きな改訂を加えることになると、世更資金制度は第2の生活保護制度になるといわれるかもしれない。しかし、現在の生活保護法が病人、高齢者等、無業者にますます集中する時、働きのながらも困窮するものに対し、生活保障の新しい手段が考えられることはよいことであり、絶対必要なことである。

そして第3の点は、すでに述べたように大都市地域での世更資金制度の適用を、生活保護とほとんど同じ層ではなく、もっと本来の、すなわち、たとえ所得はある程度高くても、「不安定」＝「無権利」の状態にある、本来的な「低所得階層」に引きあげ、広げられるべきである。

以上は、これまでの運用に対する改訂ともいうべきものであるが、いま世更資金制度が直面している段階は、それにつけることを許さない。

本制度を新しくどのように位置づけるかが問われねばならないであろう。

その新しい方向とは、あえていってみるならば、本制度を中高年対策との関係で的確な場所に位置づけることが、一つは必要であろう。すでに、現実の借受者の年齢はかなり高い。たとえば更生生業資金では、前掲調査では平均46歳であり、

「住宅」や「修学」の場合はもっと高い。医療の場合でも若干は低い、教育盛りの子弟をもつ壮年者である。

このように考えることは、必然的に、本制度の運用における償還の問題を、それほどきびしくなくするであろう。それは本制度を「低所得階層」に対する「融資」あるいは「貸付資金」から「給付」としての性格のものに近づけていくこととなる。中高年者、特に高齢者やこれに準ずるもの、たとえば女子、身障者などは、もともと償還能力は低いことから、このような労働能力において劣位にあるものに対する制度とし、これをできる限り、所得の「給付」としての制度に、実質上近づけていくべきである。

とともに、そのことによって、「融資」、「資金」の借受けに伴う煩瑣な手続きから解放され、真に今日の「低所得階層」の要求に沿うものにすべきである。現在は、民生委員の窓口、保証人を2人つけて（無担保ではあるが）申出て、社協の指導を受け、運営委員会にかけられて決定されていく。しかるに今日の困窮の状況は、すでにⅢに述べたように、緊急の事態として急激にやってくる。それに応ずる機動性がない時は、正しいプロセスを経ても、制度の主旨に事実上応じられないのである。たとえば「医療資金」のごとき、申込時には療養中のものだったのが、運営委にかけられて決定をみる時は、すでに死亡しているという例が、そう少くはない。この場合は、死者に対して世更資金を貸すということになってしまう。

このように考えると、本資金の事実上の貸付窓口になる、民生委員の役割も変わってくることになる。そして、世更資金による「地域福祉」はこれまでと違った、新しい形をとらざるをえなくなる。

このようにして、いずれにしても、名ばかりでまことに貧弱な「低所得階層」対策が、一歩でも拡充されていくことが望ましい。

以上のような方向が、考えられるのである。

ホームヘルプサービス

——歴史・現状・展望——

森 幹 郎

I 歴 史

1. 欧 米

ホームヘルプサービスが制度として欧米の社会に取り入れられたのは、世紀末から20世紀の初頭にかけてのことであった。すなわち、いち早くこれを取り入れたのはスイスで、それは1892年(明治25年)のことであった。その後、あいついで欧米の国々の間にはこの制度を取り入れるものが現われ、1920年(大正9年)にはすでに、フランス、ドイツ、オランダ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、イギリス、アメリカ等の諸国でホームヘルプサービスがみられた。

これらのホームヘルプサービスは初めいずれも児童を対象として始められた。すなわち、その母親が出産等のため一時的に子どもの養育を行えないような事情にあるとき、ホームヘルパーが派遣され、母親に代って家事サービスを行ったのである。そして、やがて老人や身体障害者の家庭にも派遣されるようになった。

その名称は、初め、国によって色々違っており、homehelper, homemaker, family assistant, family helper, social domestic aid, housewife relief と様々に呼ばれていたが、1952年(昭和27年)、ロンドンで行われた、ホームヘルプサービスに関する最初の国際会議で、homehelper ホームヘルパーと呼ぶことに統一された。ただし、アメリカではその後も長いこと homemaker ホームメーカーという名称を棄てなかったが、1972年、homemaker-health aid と改められた。

1959年(昭和34年)オランダの Woudschoten で国際ホームヘルプサービス協会の組織化が相談

され、1962年(昭和37年)パリでその創立総会がもたれた。続いて、1965年(昭和40年)西ドイツの Königstein、1969年(昭和44年)ブリュッセル(ベルギー)でそれぞれ第2回、第3回の総会が開かれ、来る1973年にはロンドンで、その第4回総会が開かれることになっている。またブリュッセルの会議で、総会は4年に1回行い、総会と総会との間の年には国際セミナーを行うことが決議された。(なお、筆者は、第3回の総会、第1回の国際セミナーにそれぞれ出席する機会を与えられた)。

現在、国際ホームヘルプサービス協会に加盟している国々は、オーストラリア、オーストリア、ベルギー、カナダ、フィンランド、フランス、西ドイツ、イスラエル、イタリア、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイス、イギリス、アメリカ(アルファベット順)の15ヵ国44団体に上る。会長はイギリスのミス E. カーネギー・アープスノット、事務局はオランダのユトレヒトにある。

2. 日 本

ア 地方自治体のレベルで

わが国で初めてホームヘルプサービスを実施したのは長野県である。すなわち、昭和31年4月から始められた「家庭養護婦の派遣事業」がこれである。これは、時の県厚生課長原崎秀司氏が欧米視察の途次、イギリスのホームヘルプサービスを見て、これにならったものといわれている。なおその運営については市町村が設置し、当該市町村社会福祉協議会に委託する方式がとられた。

続いて昭和33年4月、大阪市は、民生委員制度40周年記念事業として「臨時家政婦派遣制度」を始め、その運営を市の民生委員連盟に委託した。

これは当時の市民生局次長池川清氏の卓見によって始められたもので、氏の述懐によれば、昭和27年頃すでに、アメリカ政府の発刊した小冊子 *Homemaker Service, a method of child care* が「家政婦サービスの概要」と題して訳され、大阪府の社会福祉主事資格認定講習会の教材として使われたという。おそらく、これはホームヘルプサービスに関するわが国最初の文献と思われる。

その後、ホームヘルプサービスは各地方自治体において、あいついで取り上げられ、昭和34年4月からは布施市が、昭和35年度からは名古屋市、神戸市、秩父市が「家庭奉仕員制度」を始めにいたった。厚生省においても、それがすでに実験の段階を終ったものと判断し、これを国庫補助事業として積極的に援助育成していくこととした。昭和37年度のことである。これは、スイスに遅れること70年、フランス、ドイツ、オランダ等に遅れること40年であった。

いうまでもなく、ホームヘルプサービスは居宅サービスの本命ともいえるべきものであるから、わが国で居宅サービスの制度が取り入れられたのは、ヨーロッパの先進工業諸国よりも半世紀ほど遅れていたといえよう。

さて、この昭和30年代の中頃という時期を、経済の発展段階という観点からみると、ようやく高度工業社会へのスタートの時期に当たっており、このことは、昭和35年秋の池田内閣による「所得倍增計画」の発表にもみられる。この頃から、わが国においても、ようやく施設保護に加えて居宅福祉のサービスが導入されることとなったのである。こうして、昭和37年度からホームヘルプサービスが居宅福祉サービスとして福祉行政の枠の中に組み入れられることとなり、まず、それは老人を対象とする老人家庭奉仕事業として始められたのである。

これよりまえ、厚生省により行われていた老人対策としては、明治以来、長い間の伝統をもつ養老施設（いわゆる「養老院」）と、昭和36年度から国庫補助事業とされるにいたった軽費老人ホームとがあるだけであったから、ホームヘルプサービスに対する国庫補助制度の導入は、老人の福祉

をその居宅において図ろうとする考え方の第一歩として、歴史的な評価に耐えうるものであろう。

しかし、初年度、国庫補助の対象として予算化されたホームヘルパーの数は、わずか250人、しかも東京都ほか五大市に配置されたにすぎなかった。

また、これより前、児童の保育を中心とする家庭奉仕員の制度が厚生省の児童局によって企画されたことについて付言しておくことが必要であろう（これは、神戸女学院池川清教授の教示に基づくものである）。すなわち、昭和34年7月6日付毎日新聞（東京版・朝刊、13版）の記事によると、その制度の骨子は、

- (ア) 奉仕員は市町村に登録する。
- (イ) 奉仕員は各都道府県の資格認定講習会の課程を終了した女子でなければならない。
- (ウ) 奉仕員は市町村の連絡によって家庭を訪問する。
- (エ) サービスの内容は、児童の保育を中心とする家事サービスとする。

となっているが、ヨーロッパでホームヘルプサービスが始められたときのものと、全く同じ形のものであったわけである。しかし、結局は、立法化はおろか予算化もされなかった。

イ 国の補助制度の中で

国の補助事業として始められた老人家庭奉仕事業は、大阪市スタイルをほとんどそのまま取り入れた。すなわち、大阪市臨時家政婦派遣制度における派遣の対象は、

- (ア) 原則として独居被保護老人とすること。
- (イ) 老衰その他の事由により、派遣サービスを必要とすること。
- (ウ) 臨時家政婦の派遣により問題の全部又は一部が解決する見込みのあること。

となっているが、一方、厚生省事務次官通知「老人家庭奉仕事業運営要綱」（昭和37年4月20日）によると、その派遣の対象は、

- (ア) 老衰、心身の障害、傷病等の理由により、日常生活に支障をきたしている老人の属する要保護老人世帯とする。
- (イ) 老人家庭奉仕員を派遣する要保護老人世帯

総数の中に占める被保護老人世帯の割合は、おおむね 50 パーセント以上とする。

となっている。

次に、その業務についてみると、大阪市臨時家政婦派遣制度では、「洗濯、掃除、縫物等身の回りの世話のほか、必要に応じ、看護その他のサービスを行うものとする」とあり、また、厚生省事務次官通知「老人家庭奉仕事業運営要綱」（昭和 37 年 4 月 20 日）によると、次のとおりである。

老人家庭奉仕員の行うサービスは、次に掲げるもののうち、必要と認められるものとする。

(ア) 家事、介護に関すること

- ㊦ 食事の世話
- ㊧ 被服の洗濯、補修
- ㊨ 住居等の掃除
- ㊩ 身の回りの世話
- ㊪ その他必要な用務

(イ) 相談、助言に関すること

- ㊦ 生活、身上に関する相談、助言
- ㊧ その他必要な相談、助言

業務上の著しい相違は、大阪市の臨時家政婦が必要に応じて「看護」まで行うのに対し、新しく国庫補助事業とされた老人家庭奉仕事業では、「介護」に止まっていたこと、「相談、助言」の加えられたこと等であるが、このことについては、また後にふれよう。

さて、もう 1 つふれておきたいのは、「老人家庭奉仕員」という名称である。

昭和 33 年度から始められた大阪市の臨時家政婦派遣制度は、翌年その名称を家庭奉仕員派遣制度と改められたが、この名称の変更について、池川教授の記述を再び引用しておきたい。

「大阪市では、はじめ臨時家政婦派遣制度とよんで発足したのが、翌年には、家庭奉仕員と改称されることになったのは、当時これに従事している婦人たちと私たちが懇談会を開いた席上、臨時という名をとる機会に名称を一定したいと考え、出席者の意見をきいて改めることにしたので、市が独自で改称したのではない。」

すでに、当時私どもは home helper という名称も、home maker という名称も知っていたか

ら、この事業を制度化するとき、その名称をどうするかが問題になった。すでに、その前年、「軽費老人ホーム」に対する国の補助が始まり、それは国の予算科目にもなっており、国の予算書の中で片カナが全く使えないというわけではなかったが、それにしても「ホームヘルパー」という用語はまだ国の福祉行政の用語としてはなじめないというのが大方の意見であった。そこで、われわれは、これを漢語で表現する必要があった。「家庭援助員」、「家庭福祉員」、「家族援助員」、「巡回家政婦」などいろいろの言葉が考え出されたが、もう一つしっくりしないものがあったことは否めない。そして、大阪市の例もあるので、当時、厚生省社会局の早崎八洲社会福祉専門官の意見なども参考として、結局は、「老人家庭奉仕員」という名称に落ち着いたものである。

ついで、昭和 38 年、老人福祉法が制定され、老人家庭奉仕事業については、その第 12 条に次のように規定された。

第 12 条 市町村は、社会福祉法人その他の団体に対して、身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に老人家庭奉仕員を派遣してその日常生活上の世話を行わせることを委託することができる。

これについて、『老人福祉法の解説』（厚生省社会局長大山正著）は次のように述べている。すなわち、「厚生省は、この事業の重要性を考慮して、当初、老人家庭奉仕事業を市町村長が行う国の機関委任事務とするよう意図していたが、大蔵省及び自治省との折衝の結果、現行法のような規定に

表 1 老人家庭奉仕員数の推移

年 度	老人家庭奉仕員数（人）
昭和37年度	250
38	507
39	507
40	507
41	800
42	1,100
43	1,300
44	5,900
45	6,100
46	6,300
47	6,460

落ち着いたものである」。老人家庭奉仕員による世話は、「現段階においては、市町村の固有事務であるから、その意味では、本条の意義は当該事務を民間団体に対しても委託することができる旨を入念的に明らかにしたにすぎないともいえる」と言っている。

その後、昭和40年、派遣の経済的制限は「要保護老人世帯」から「低所得の家庭」へと拡大され、また、その数も、表1のように毎年増員されて、昭和47年度においては6,460人に増員された。

II 現 状

老人家庭奉仕員の現状について、全国レベルで行われた調査はきわめて少く、次の3つがあるにすぎない。次にそれらを要約しよう。

1. 昭和43年の現況調査から

全国社会福祉協議会は昭和43年の秋、1,850人の老人家庭奉仕員を対象に現況調査を行ったが、これによって、老人家庭奉仕員の当時の状況を見よう。

すなわち、老人家庭奉仕員のうち配偶者のあるものは28.5%、ないものは71.5%（うち死別59.3%、生別9.5%、未婚2.1%）。また、扶養家族のあるもの38.6%（1人17.1%、2人14.4%）、ないもの61.4%。生計の中心者41.7%、そうでないもの58.3%となっている。

研修状況についてみると、受けたもの83.9%、受けないもの16.1%、その回数の1回または2回が77.1%、研修期間は1日ないし3日が75.5%となっている。

同年11月1日現在の担当世帯数は6世帯から10世帯が62.8%で一番多く、表2のとおりである。

また同年12月2日における訪問世帯数をみる

表2 担当世帯数の状況 (%)

担当世帯数	割合
総 数	100.0
6世帯未満	24.3
6~10世帯	62.8
11~15世帯	9.3
16~20世帯	2.6
21世帯以上	1.0

と、表3のとおり一番多いのは2世帯で61.1%、これに1世帯がつづき、また、11月中の延訪問世帯数は表4のとおり、31世帯から40世帯が一番多い。すなわち1日当りの訪問世帯数で1~2世帯が一番多いことと関連しているわけである。

最後に、同調査によって、老人家庭奉仕員の希望していることと、困っていることとを紹介したい。

まず希望していることの中で一番多いのは身分保障の確立である。すなわち、全体の40.3%は非常勤の職員であるがその常勤化を望むものが一番多い。その後、この点に関しては改善が著しく、次に述べる昭和46年の厚生省調査では全体の77.6%までが常勤化されている。このほか、社会保険への加入、危険手当の支給などが希望されているが、昭和46年の厚生省調査について社会保険への加入の状況をみると、加入者の割合は医療保険にあっては常勤92.1%、非常勤74.2%、年金保険にあっては常勤81.9%、非常勤58.7%といずれも著しく改善されている。

次に仕事についての希望をみると、上着・靴の支給、特別養護老人ホームの増設、老人家庭奉仕員の増員及び交流、定期健康診断の実施、伝染病患者のいる世帯を除外すること等のほか、待遇改善、交通費の全額支給、退職金制度の実施、研修

表3 1日当り訪問世帯数の状況 (%)

訪問世帯	割合
総 数	100.0
0世帯	0.4
1世帯	25.1
2世帯	61.1
3世帯	8.4
4世帯	2.8
5世帯	0.7
6世帯以上	1.5

表4 1ヵ月当り延訪問世帯数の状況 (%)

延訪問世帯	割合
総 数	100.0
1~10世帯	3.1
11~20世帯	9.2
21~30世帯	28.4
31~40世帯	34.4
41~50世帯	21.2
51世帯以上	3.7

の充実などがある。

次に、老人家庭奉仕員の困ることとしては、洗濯、掃除の設備上の不自由さの問題、衛生上の問題、疾病の伝染の心配、暖房設備の問題等がある。

2. 昭和46年の実態調査から

昭和46年4月1日現在で厚生省が各都道府県・指定都市を通じて調査をした実態調査の結果は次のとおりである。

まず老人家庭奉仕員の設置状況をみると、全国3,271の市町村のうち2,334の市町村が奉仕員を設置している。その割合は全体の71.4%に当たる。逆にいえば、まだまだ3割に近い市町村が老人家庭奉仕員を設置していないということである。そして、老人家庭奉仕員を設置している市町村の1/4に当たる836市町村は、事業の一部を当該市町村の社会福祉協議会に委託している。

次に老人家庭奉仕員の勤務形態をみると、全体の77.6%は常勤となっている（昭和43年調査では40.3%）。これはわが国のホームヘルパーの特徴である。

つまり、国際ホームヘルプサービス協会に加盟する15カ国44団体に所属する20万人のホームヘルパーについてその勤務状態をみると（表7）、そのうち86.5%はパートタイマーだからである（昭和46年末）。

中でもイギリスは、7万人に近いホームヘルパーを配置し、世界でその数の一番多い国であるが、ホームヘルパーの95.2%までがパートタイマーで、また、その勤務時間をみると、66.9%までが半日勤務である（昭和42年保健社会保障省）。

国際ホームヘルプサービス協会に加盟する15カ国のうち常勤の勤務形態を原則とするのは、表7に示されるとおり、オーストリア（常勤率100.0%）、ベルギー（同79.3%）、フランス（同76.0%）の3カ国に過ぎず、あとの12カ国は先にあげたイギリスをはじめ大半の国がパートタイムを原則としている。

わが国の常勤率は、先にも見たとおり、77.6%ときわめて高いが、これは、当初、ホームヘルプサービスが要保護老人世帯を対象とする公的保護の現物給付に近い形で始まったこと、及び、わが

国では、従来、社会福祉の現業のサービスは、常勤の職員の手によって行うのが当たり前という考え方が支配的であったこと等によるものである。そして、こうした考え方の背景には、顕在的にも潜在的にも豊富な労働力予備軍をかかえた、当時のわが国の労働力市場の特性があったことはいうまでもない。

老人家庭奉仕事業の創設に当たって当時これを所管していた厚生省（社会局施設課）の課長瀬戸新太郎氏は次のように書いている。

「……われわれはこの事業が公的性格の強いものであることに着目して、その設置主体は、市町村または都道府県とすることを考えている。」

「事業の性格と社会的ニードから判断して、奉仕員の職は、恒常的な常勤の職員であることが事業の運営上好ましいことであり、また多分に公的性格を有するものと考えられるので、奉仕員の身分については、一応常勤の公務員とすることを予定しているが、地方自治体の職員の定数をふやすことには諸般の事情から相当の困難があるのでこの点については今後さらに検討を要するところである。」（『時事通信・厚生福祉版』、昭和37年2月1日、第899号）

その後、若干の経緯を経て、今日の老人福祉法第12条の規定のようになったことはすでにふれておいたとおりである。しかし、考え方としては社会福祉の公的責任の原則が強く主張され、指導方針としては、今日まで、老人家庭奉仕員の身分は市町村の職員とするよう折あるごとに強く打ち出されてきた。

以来、今日に及んでいるのであるが、上の実態調査によってみてもその勤務形態には2つのパターンのあることが知られる。すなわち、市町村の職員である場合と、当該市町村の社会福祉協議会の職員である場合とである。前者の公務員パターンをとるのは青森県、茨城県、栃木県、東京都、神奈川県、横浜市、京都市等であり、後者の社協職員パターンをとるのは島根県、名古屋市、神戸市、北九州市等である。そして、全般的にホームヘルパーの希望としては、社協職員から市町村職

表5 年齢階層別割合

	年 齢 階 級 (%)									平均年齢 (歳)
	総 数	29歳以下	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60歳以上	
総 数	100.0	2.6	5.3	13.5	20.0	22.2	17.9	11.6	6.9	46.8
常 勤	100.0	2.8	5.8	14.1	20.9	22.9	17.7	11.0	4.8	46.2
そ の 他	100.0	1.8	3.8	11.5	16.6	19.6	18.6	13.7	14.4	48.7

員への身分の切替えを要望する声強いが、一方、大阪市のようにその反対の方向で切替えの進められている例もある。

次に、老人家庭奉仕員の年齢をみると、表5のとおりで、平均年齢は47歳となっている。

さらに、各種の資格保有状況についてみると、保健婦・助産婦・看護婦の資格を有するもの37.1%、教員の資格を有するもの8.9%、栄養士・調理師の資格を有するもの5.0%、保母の資格を有するもの4.1%となっており、また、学歴についてみると、旧制女・新制高校卒業40.1%、旧制高専高・新制短大卒業2.7%となっており、42.8%は義務教育以上の教育を受けていることが知られる。

これらを、例えばイギリスの資格や学歴と比較すると、わが国の水準の方が相当に高いことが知られる。すなわち、イギリスのホームヘルパーのうち家事、看護、事務等について一定の資格を有するものはわずか8.8%にすぎず、また、義務教育以上の教育を受けているものは、わずか6.7%にすぎないからである。

次に現物支給の状況をみると、表6のとおりである。

表6 物品を支給している市町村の状況

物品の名称	市町村数	割合 (%)
作業衣	1,233	52.8
手袋、タオル	778	33.3
カバン	304	13.0
靴	229	9.8
バス券等	184	7.9
オートバイ、自転車	164	7.0
洗剤、消毒液、医薬品、器具等	155	6.6
雨 具	78	3.3
裁縫、ツメ切りセット	33	1.4
整容セット	12	0.5
そ の 他	33	1.4

(複数回答)

3. 昭和46年の世論調査から

昭和46年の8月、内閣総理府（広報室）と厚生省（老人福祉課）とが共同で行った「老人問題に関する世論調査」の中で、老人家庭奉仕員の周知度調査が行われているが、これによると、この制度について、

聞いたことがあるもの…… 46%

聞いたことがないもの…… 54%

合 計……100%

となっている。さらに、これを東京都の区部に限ってみると、この制度について「聞いたことがある」というものは35%にすぎない。

III 展 望

社会福祉事業の歴史を回顧するとき、それはまず最初、施設保護に始まり、ついで、在宅福祉へと脱皮していくことが知られる。また、視点を変えて、これを回顧するとき、まず最初、それは救貧対策に始まり、ついで、一般市民を対象とした社会福祉へと脱皮していくことが知られる。これらは、いずれの国においてもみられる社会福祉事業の歴史における特性である。

ホームヘルプサービスの歴史をみても、このことは例外ではなく、以上、そのことについてみてきたのであるが、次に、その将来を展望してみたい。

1. 量産化の方向

ホームヘルプサービスが当面している第1の問題は、その量産化ということである。先にもふれたとおり、わが国の家庭奉仕員の数は欧米諸国に比し、余りにも少く、したがって、その対象も比較的低所得階層に限られている。例えば、昭和46年度末現在の厚生省調査（報告例）によると、老人家庭奉仕員の派遣されている37,586世帯のう

表 7 ホームヘルパーの勤務形態の状況

	実 数 (人)			割 合 (%)		
	総 数	常 勤	非 常 勤	総 数	常 勤	非 常 勤
総 数	193,596 (213,596)	26,168	167,428	100.0	13.5	86.5
イ ギ リ ス	66,943	3,184	63,759	100.0	4.8	95.2
ス ウ ェー デ ン	63,238	5,000	58,238	100.0	7.9	92.1
ア メ リ カ	(20,000)	(不	明)	(不		明)
オ ラ ン ダ	17,597	1,512	16,085	100.0	8.6	91.4
ノ ル ウ ェー	15,847	2,277	13,570	100.0	14.4	85.6
西 ド イ ツ	11,170	2,786	8,384	100.0	24.9	75.1
フ ラ ン ス	6,695	5,085	1,610	100.0	76.0	24.0
ベ ル ギ ー	4,583	3,633	950	100.0	79.3	20.7
カ ナ ダ	3,200	800	2,400	100.0	25.0	75.0
ス イ ス	2,044	1,104	940	100.0	54.0	46.0
フィンランド	1,686	530	1,156	100.0	31.4	68.6
イスラエル	273	—	273	100.0	0.0	100.0
オーストリア	250	250	—	100.0	100.0	0.0
イ タ リ ア	50	5	45	100.0	10.0	90.0
オーストラリア	20	2	18	100.0	10.0	90.0

参考 日本 8,160 人。

ち被保護世帯の数は 17,769、47.3% と半数に近いのである。

しかし、ホームヘルプサービスさえ十分に行われるならば、居宅で生活のなお可能な老人の数はまだまだ相当数に上るはずであり、しかも、現代における核家族化の傾向の中で、その数が今後増加していくことはあっても、減少することは予測されないところである。そして、このような状況にある老人は、その経済階層のいかんを問わず、存在するものと考えなければならない。こうした社会変貌の過程の中で、それらの老人に対するサービスのうち、私的な介護では手の及ばない部分については公的なホームヘルパーによって補充されるべきものと思われるから、今後さらにその充員につとめ、ホームヘルプサービスの必要な老人には、貧富を問わず、これを派遣することが必要であろう。

もし、スウェーデンと同じ割合で、わが国でも家庭奉仕員を配置するとしたら、スウェーデンでは、人口 10 万人に対して 800 人のホームヘルパーが配置されているから、人口 103,360,000 人(昭和 45 年国勢調査)のわが国では、実に 80 万人を越える家庭奉仕員を配置しなければならない計算になる。わが国のホームヘルプサービスは老人、

表 8 人口10万人当りホームヘルパー数の状況

ス ウ ェー デ ン	800人
ノ ル ウ ェー	400人
イ ギ リ ス	100人
オ ラ ン ダ	100人
ベ ル ギ ー	50人
フ イ ン ラ ン ド	40人
ス イ ス	30人
カ ナ ダ	20人
西 ド イ ツ	20人
ア メ リ カ	10人
フ ラ ン ス	10人
イ ス ラ エ ル	10人
オーストリア	3人
オーストラリア	0.2人
イ タ リ ア	0.1人
日 本	8人

身体障害者、心身障害児を対象としてそれぞれ別の制度に分れているが、これらを合わせても家庭奉仕員の数は 8,610 人にしか上らないから、スウェーデンのホームヘルパー配置の密度が驚異的に濃厚なものであることは直ちに理解できるであろう。

こうなると、先にもふれたが、最近における労働力市場の変貌とも考え合わせ、今後なおホームヘルパーの勤務体制を「常勤」とすることを原則とすることができるのかどうか、率直にいて

それはほとんど不可能と言わなければならないであろう。

表7、表8からも明らかなように、人口10万人対ホームヘルパー数において、3桁を示す上位4ヵ国（スウェーデン、ノルウェー、イギリス、オランダ）の非常勤率がきわめて高いのも、この辺の事情を如実に物語るものといえよう。

2. サービスの内容

ホームヘルプサービスが当面持っている第2の問題は、サービスの内容である。先にもみたように、わが国の老人家庭奉仕事業の内容は、大まかに分けて家事 domestic と介護 care と相談 consultation の3つに分類できるが、ホームヘルプサービスの内容がいかにあるべきかということは、欧米においても議論の分れているところである。そしてそれは大まかにいって2つのパターンに分けられる。

すなわち、第1のパターンは、イギリスにみられるようなもので、ここではホームヘルプサービスの内容はほとんど家事サービスに限られている。この場合、介護はホームナース、相談はソーシャルワーカー、そして話し相手は友愛訪問者のサービスというふうに専門化されている。このタイプをとる場合には、家庭の主婦でも、ある程度の訓練を受ければホームヘルパーとして十分に家事サービスを行っていくことができるであろう。

第2のパターンは、西ドイツにみられるもので、ここではホームヘルプサービスの内容は家事、介護、相談などきわめて広範囲にわたっている。

ホームヘルプサービスが始められて15年、制度化されて10年を経た今日、今後の量産化に当たっては、まず、今後のとるべき道を明らかにしなければならぬ。その場合、ホームヘルパーの量産化が急務であることなどを考え合わせると、家事、介護、相談のいずれのサービスも十分になしうる資格を有する職員を十分に確保することは、必ずしも容易ではないと思われる。したがって、家事サービスを主とするイギリス型を志向するのが、わが国の実情に最も適した道と思われる。

ただし、このことは、ホームヘルパーが介護や相談に従わなくてもいいとか、そのための訓練が

必要ではないとかいうことを意味するものでは決していない。むしろ、その必要性を強調する点において、私は、人後に落ちるつもりはない。

わが国のホームヘルプサービスが、イギリス型への志向を目指すということは、逆に、それらの国において、すでに広く普及しているヘルスビズィター、ホームナース、ホームセラピスト、友愛訪問、給食サービス等のわが国における充実、強化をもあわせて提言するものであり、むしろそれらの幾つかのサービスが相補い、相まってこそはじめてホームヘルプサービスも十分にその目的を達しうるものであることを強調するものである。

しかし、今後における医療需要の増加と看護婦供給の遅れとを予測すると、ホームナース、ヘルスビズィター制度の確立強化は必ずしも容易なことではないかもしれない。したがって、もっと具体的には、老人家庭奉仕員の中に看護婦の資格を有するものが1/3を越えていることとも考え合わせて、家庭に潜在している看護婦のホームヘルパーへの就業を促進することも1つの方法であろう。実際問題として、すでに、こうした傾向にあることは、看護婦の資格を有するものが常勤のホームヘルパーにあっては34.8%だが、非常勤のホームヘルパーにあっては44.0%と相当に高いことによっても知られよう。すなわち、パートタイムなら務められるというケースである。今後も、このように、パートタイムなら勤務できるという潜在看護婦を大いに活用していくことによって、ホームヘルパーの介護、看護面での強化を図っていくことは、きわめて実際的なことというべきであろう。

3. 各種ホームヘルプサービスの統合

ホームヘルプサービスの持っている第3の問題は、現在、幾つか行われているホームヘルプサービスを1つに統合することである。

欧米のホームヘルプサービスに該当するものとして、現在、わが国には、

- ア. 老人家庭奉仕員（厚生省社会局老人福祉課）
- イ. 身体障害者家庭奉仕員（厚生省社会局更生課）

ウ. 心身障害児家庭奉仕員 (厚生省児童家庭局
障害福祉課)

エ. 事業内ホームヘルプ制度 (労働省婦人少年
局婦人少年課)

オ. 家政婦・看護婦派出事業 (労働大臣許可,
民間)

の5つがあるが、現に、昭和46年度末現在の厚生省の調査(報告例)によって老人家庭奉仕員の派遣対象の実態をみると、37,586世帯のうち9,517世帯(25.1%)は老人世帯ではないし、また、ヨーロッパの実態に照らしても対象者別に制度を別にし、行政所管当局を異にし、予算の組立てを別にしている例はないのである。もちろん発展段階の初期の姿として、こうした過程は、特にわが国の予算編成上の特性からしても、やむをえなかったものと思われるが、もうそろそろこれらの各種ホームヘルプサービス制度の統合化が考えられなければならないであろう。少くとも、厚生省の3つの制度の一本化は時日の問題であろう。

次に、労働政策としての事業内ホームヘルプ制度、コマーシャルベースで行われている民間の家政婦派出事業との関連について考えてみたい。冒頭にも述べたように、欧米のホームヘルプサービスは、初め、母親が出産等のため一時的に子どもの養育を行えないような家庭を対象として始められたものだが、わが国においては、そのような場合、まず、血縁親族がこれを助け、どうしてもそのやむをえないときには、民間ベースの派出家政婦がこれに应运えてきた。したがって、戦後、施設保護に加えて居宅サービスの考え方が導入されたときも、既存の民間家政婦事業の既得権擁護という立場から、一般家庭を対象とするホームヘルプサービスは開発される余地がなかった。例えば先にもふれたとおり、昭和34年、児童の保育を中

心とする家庭奉仕員が厚生省(児童局)当局によって企画、立案されながらも、予算化されなかった理由の1つはこんなところにもあるものと推察されるのである。

こうして、主として生活保護階層に属する老人を対象とする老人家庭奉仕員が、救済的な性格の下に出発したのである。今後も既存の民間ベースで行われている家政婦派出事業を吸収することは困難と思われるが、社会福祉の観点から行われているものについては、その一本化が望ましいことといえよう。

4. 全国団体の結成

ホームヘルプサービスの持っている第4の問題は、ホームヘルパー団体の全国的規模での組織化とその国際ホームヘルプサービス協会への加盟の問題である。

わが国ではまだホームヘルパーの全国団体が結成されていないため、これに加入することはできないが、すでに都道府県のうちの半数(昭和47年9月1日現在30県)においては県単位の連絡協議会が結成されており、全国団体の結成の暁には、国際ホームヘルプサービス協会への加盟も認められることが国際ホームヘルプサービス協会の実行委員会で議決されている。

なお、わが国ではホームヘルパーの資格について、一定の定めがないため、現任訓練がきわめて重要な意味を持っているが、日本小型自動車振興会では、昭和45年度から老人家庭奉仕員の研修費を財団法人老人福祉研究会に助成しており、同研究会はこの補助金で各都道府県と協力して研修会を行っている。このほか、昭和46年度からは老人家庭奉仕員の海外研修費に対しても同振興会から助成されている。

就 労 と 賃 金

孫 田 良 平

加速度的に上昇してきた賃金水準のかげに賃金格差の変化が早くなっている。所得水準の上昇とその格差の縮小と、所得の安定の3つが経済的福祉の条件であるとされるが、少くも中高年労働者に関する限り、賃金の上昇は鈍く、若い者の賃金に対する格差が、過度に急速に縮まっており、しかも退職金を含めての老後の所得は雇用の不安定と相まって、深刻の度を加えている。「老職工の末路は実に憐むべし。今や我工場にも老年の職工追々出来たり。横須賀造船所には40年以上働ける職工あり。55歳以上にて辞職の場合に多少の金を与うることとなり居れるも殆ど役に立たぬようになり。老職工は古草履と同じくほをり出さるるなり。」(片山潜『職工の待遇問題』社会新聞、明治40年)。それから65年を経過した現代でも人生の「もっとも決定的な不安は、計画や選択の自由がききににくくなった定年5年後の、15年以上にわたる老年期の生活にある。老年期は孤独と不安と無為の危機的年齢である」(那須宗一『定年——五五歳の試練』、昭和47年)。労働力不足の時代でも中高年労働者は経済的な価値基準よりも、目先の経営的な判断だけで動かされているように見える。使用者側は「理屈はわかるがしかし」と

いう。就労も賃金も個別企業でどうにもならぬ現実実は明治時代のままである。

I 賃金構造——高齢者の賃金停滞

労働省の統計によると昭和46年の平均賃金は8万5,000円、昭和30年はこれが1万8,000円だったから、この期間に年率10%強で賃金が上がっている。さらに最近の10年間だけをとると、年率13% (昭和36—41年10%, 41—46年16%弱) にも達している。しかし賃金水準の上昇は個々の労働者集団における労働市場要因・交渉力要因による不均衡な上昇の結果として現われたもので、事態はむしろ深刻になっている。すなわち10年間における賃金の上昇率は、未成年労働者に比べて40歳台の労働者がその半分にも達していない。この間の物価上昇分を除けば、1,000人以上の大企業については、実質賃金が17歳以下2.3倍になったが、40歳台は1.2倍にすぎない(表1)。

この数字については、さらに多くの説明が可能である。第1は企業における労務管理上の影響である。17歳以下の新規労働者から勤続30年以上の上司先輩をみると、この10年間に自己の6倍以上だった賃金がわずかに3倍である。賃金と企

表1 企業規模別にみた製造業生産労働者(男)の若年・高齢者別賃金

年 齢 ・ 勤 続 年	きまって支給する給与（単位：1,000円）						36年から46年への倍率		
	1,000人～		100～999人		10～99人				
	36年	46年	36年	46年	36年	46年	1,000人～	100～999人	10～99人
～17歳・0年	7.9	33.4	7.5	31.7	8.3	31.8	4.2	4.2	3.8
30～34・15～19年	32.5	89.5	30.1	84.7	23.7	79.6	2.8	2.8	3.4
40～49・30年～	51.8	115.2	38.4	94.7	26.8	80.1	2.2	2.5	3.0
50～59・30年～	50.4	116.1	35.9	93.1	24.9	74.5	2.3	2.6	3.0

(資料出所) 労働省「賃金実態総合調査」(36年), 同「賃金構造基本統計調査」(46年)。

(注) 1. いずれも超過勤務給その他の諸手当を含み、期末手当は含まない。対象労働者に高卒以上を含まない。

2. この間の消費者物価上昇率は1.8倍。したがって実質賃金の上昇率は17歳以下の者が2.3～2.1倍、40歳台が1.2～1.7倍である。

業への貢献度とは並行するものではないが30年勤めても新入社員の3倍にしかならぬという淋しさは深刻である。第2は定年との関係である。現に日本の企業では過半数が55歳定年であり、近年になって延長されたとはいえ、58歳以上とするものは大企業で2割、中小企業を含めても3割弱である。労働需給要因から若い労働者の賃金は学卒初任給の上昇に対応して増加するが、中高年労働者の賃金を積極的に引上げる労働市場要因は存在しない。後述のように、退職金を含む生涯賃金制を仮想すれば、むしろ中高年齢層の賃金が消費者物価なみに上ったことで満足すべきかもしれない。そして第3に、このように中高年齢層の賃金上昇が相対的に鈍いにも拘らず、なお年齢別にみた賃金階級別労働者分布からみて、賃金のバラツキが小さくなっている¹⁾。このことは定年後の再就職者にとっては賃金低下をきたすことが少くなった、とみてよい。

さて、賃金構造の全体は、若い者の賃金上昇が大幅で中高年労働者の賃金は取りのこされた形になっているが、これに加えて企業は、退職一時金についての抑制措置を進めている。すなわち昭和37年には賃金が10%上ったときの退職金算定基礎給上昇分は8.7%の割合であったが、各社とも算定基礎給の抑制が進み、40年度には10対7.0に、46年度には10対6.2となった²⁾。大企業は退職金で恵まれているが、モデル退職金額によると、

1) 労働省・賃金構造基本調査によると製造業生産労働者の「きまって支給される給与」の分布はつきの通りで、低賃金労働についての改善は大きい(男子の製造業生産労働者1,000人以上の企業)。

	昭和36年	45年	上昇倍率(45/36)
40歳代			
第1+分位数(A)	249百円	654百円	2.6
第9+分位数(B)	596	1261	2.1
(B-A)÷中位数	0.87	0.65	—
50歳代			
第1+分位数(A)	223	621	2.8
第9+分位数(B)	608	1324	2.2
(B-A)÷中位数	1.01	0.73	—

2) 中央労働委員会「退職金・定年制および年金事情調査」(従業員1,000人以上、資本金5億円以上の企業を対象)。退職金算定基礎給とは各企業毎に退職金算定のための給与の範囲を定めているためにその合算額を仮称したもの。基本給・職責給などは基礎給に入れるが通勤手当・家族手当・危険作業手当などの生活補助給や環境給を入れないのが普通である。戦後の手当濫設の結果、このような差が生れた。退職金を抑制する手段としては、(1)賃金引上げにあたり退職金算定基礎に含められない諸手当を増額、(2)賃上げ部分を第二基本給として通常の基本給と異った扱いにする、(3)賃金と退職金を別の協約として更改時期をかせ、退職金については3年毎としたり基礎給の何ヵ月分という形をとらず何年勤続何円の金額表示とする、などの方法がとられる。

義務教育終了後ただちに入社して55歳まで勤めて退職する男子労働者は昭和36年に261万円、これが46年には602万円で、10年間に2.3倍である。平均賃金はこの間に3.2倍に上った。中小企業の退職金は著しく低く、東京都労働局調べの規模300人未満の企業では55歳で昭和45年に340万円にすぎない。そして退職金規定のない企業がこの層では1割はある。

退職金は抑制されても退職者は増えている。昭和33年には製造業労働者の21%を占めた40歳以上労働者は現在30%に達し、数でいえば3倍以上になった。退職金支給額を人件費に対する割合でみると、大企業で昭和30年前半が2%台、昭和35年度下期から3%台、40年度から4%台、そして45年度には5%に達し、とくに化学では8%弱、電力では10%弱にもなっている(中労委調べ)。企業にとっては現に働いている労働者の賃金は年に1割をこえて引上げることに我慢できても、辞める労働者の賃金は増やせない、という。抑制しながらも退職金総額が増え、しかも高齢者の割合がこれからも増加するとなれば、経営計算から若い労働者には積極的な高額配分を行い、中高年労働者には逆に賃金・退職金の抑制を行い、さらには不可避となっている定年延長にも消極的態度をとることになるのである。

この傾向は工業地域よりも、従来の低賃金地域に強く出ている。25歳未満の労働者については、全国的に賃金格差が縮小して、東京を基準にして低い地域も1割程度下まわるにすぎないが、40歳をすぎれば、これが3割以上も低下する。この点は規模別賃金格差についても同様で、10—99人企業は1,000人以上の企業で払われる賃金額に対して、15年前は8割にすぎなかった20歳台の賃金も現在は完全に大企業なみになった。しかし40歳から上は現在も7割程度である。中小企業の退職金は既述のように大企業の半分だが、とくに支給月数が低いわけではない。企業内で、若い労働者の初任給に対して賃金がわずかに平均2倍半という形が退職金に反映している。

戦前には職工・職人など労働者に退職金が普及していなかったが、ホワイトカラーについては経

宮側側の分身として厚遇されていた。筆者のもつ資料には大正13年ごろの三井本社では30年勤続230ヵ月分とある。収入が高く、賞与は当時年間を通じて給料の9ヵ月とあり、退職一時金が30年勤続で19ヵ年分とあれば、老後は輝かしいものであった。わが国の退職一時金が全国的な給与施策としてブルーカラーにも払われるようになったのが昭和初年であって、それも額ではこんちと比較すると強い身分制があった。現代ではホワイトカラーもブルーカラーも、共通の退職金規則が適用されており、高年労働者は双方とも賃金について「とりおくられている層」となっている。

II 老後職業の低賃金——年功賃金の裏

わが国の賃金制度が大企業になるほど、年功型と呼ばれていることは広く知られている。以上のような賃金格差の変化は、これまでの企業内年功賃金に変化してきていることを示す。もともと年功賃金は日本古来のものではなく、大正期の技能労働力不足・技術水準向上期に、大企業において企業内訓練制度とならんで導入されたものである。当時の経営者が採用した企業一家・温情主義（労働組合拒否）の政策が、賃金においては通勤手当その他の多様な生活補助給を生み出し、また勤続賞与のような永年勤続奨励の賃金となった。昭和初期の不況期に行われた賃金切下げは主に若い労働者を対象とするもので、そのときの年齢別賃金傾向が、第二次大戦期の賃金統制令にとり入れられた。戦後の組合運動から生れた電産賃金体系³⁾は実質賃金が戦前の半分以上になったときの産物であったが、その年齢別昇給制は昭和20年代後期に、どの企業にも採用され現代に至っている。現在になって明確になってきた年齢格差の縮小ということも、結果としてみれば大正後半にはじまった半世紀におよぶ賃金・雇用をめぐる企業別政策の終末を示すものである。それは、

(1) 退職金の抑制はあるが定年の延長は甚だ

3) 電産体系は電気産業労働協議会が要求し、昭和21年10月から組合要求案通り実施された体系であって、17歳500円、1歳増える毎に30円（31—40歳は20円）、勤続1年について10円、家族手当は妻300円その他200円（いずれも月額）という定額制で全基準賃金の8割をこえ、役職や技能・責任差は1割5分しか反映しないものである。これが当時の民間賃金体系に大きな影響を与えた。

しく遅れていること。

- (2) 終身雇用という考え方は残っているが、定年退職までの雇用という意味に変化してきており、これまで大企業で行われてきた定年後の就職あっせんも、従来ほど盛んではなくなったこと。
- (3) 定年退職者についての再雇用制度が行われるようになってきたこと。再雇用とは定年延長ではなく、真の意味での雇用の継続でもなく、中途はんぱな性格をもち、それ故に企業にとっては定年延長の代用であるが、労働者にとっては一時的な収入源の確保という意味をもつにすぎない。

労働組合の定年延長要求は昭和30年代も後半からである。これについて組合内部の意見は必ずしも明確ではない。退職金その他の条件を向上させるか、地位・職務内容を保障した定年延長をとるか、それとも就職あっせんなど会社側の恩恵的配慮を権利に転換するか、組合員の年齢や職種により、選択基準は多様で組合として一本化できない。企業の再雇用制は、企業側にとっても恒久的な政策とは考えられていない。

労働者の昭和45年末現在についての調査⁴⁾によ

4) 労働省「昭和45年雇用管理調査」報告による。対象は常雇30人以上の農業・サービス業を除く全民間事業所。ここに掲げた結果は規模別にみて大差がない。なお、本調査は毎年行われているが45年調査は全部をあけて「退職管理の調査」にあてられている。

大企業を調査対象とする中労委「昭和46年退職金・定年制および年金事情調査」によると、

定年到達後の扱いについては（全社=100として）、

扱いを積極的に定めた企業	84%
内訳	
再雇用	77%（うち全員21%）
勤務延長	20%（うち全員5%）
就職あっせん	13%
その他	0%

（重複のため計は100をこえる）

定年後勤務者の基準賃金は（制度ある企業=100として）、

退職時の6割未満	3%
7割未満	12%
8割未満	21%
9割未満	33%
10割未満	12%
前と同じ	13%
その他	0%

昇給・賃上げについて（制度ある企業=100として）、

昇給も賃上げもない	18%
一般の6割未満	11%（昇給なし3%）
8割未満	15%（同4%）
10割未満	21%（同7%）
一般と差別なし	17%（同12%）
その他	18%

となっており、定年退職後の経済条件は一般に低下する。なお前回の44年調査に比べると、就職先を斡旋する企業が5ポイント減、再雇用制を採用する企業が9ポイント増（うち希望者全員再雇用が6ポイント増）である。

ると、定年制のある事業所（30人以上事業所の71%）のうちで再雇用制をもつものは82%、その過半数は定年とともに一旦退職し退職金を払った上で再採用の形をとるもので、定年年齢に拘らず引続き勤務を継続する「勤務延長制」（会社が認めた者に限る、とするのが多い）の事業所は、再雇用制を採る事業所に比べ、その半数にも達していない。

再雇用制も「希望者全員」とするものは事業所の2割で、大部分が「会社が認めた者に限る」としている。その期限は「定めのある事業所」が3分の1、また「賃金が退職前より低下する」事業所が52%、その傾向が「不定」の事業所が24%であって、従来と賃金を変えない事業所も24%である。

そして過半数の事業所から、「昇給条件は低下」「賞与の支給条件低下」が報告されており、昇給なし・賞与なしというものもある⁵⁾。

さらに会社の社宅・寮を継続して使用できる事業所は55%にすぎない。

換言すれば、わが国の事業所は定年制をほとんど55～58歳と定め（一律59歳以上とするものは全体の26%、1,000人以上事業所では14%）、そのあとは再雇用制か勤務延長制を会社の認めた者に限って行い、しかもその大部分が従来よりも賃金低下を来す、という状態である。

年功序列賃金の美点は、1)労働者にとっては家族数・生計費の増加に見合う最低生活保障、2)使用者にとっては、労働力増加期（拡大期）には相対的な賃金コスト節約策、労働者足ども策、一般的に昇給制において効果的な勤務評定が行える刺激制度、3)経済全体としては職種別賃金格差より年齢別格差が大きいために、職業集団による労働市場の分断が避けられ、企業内の職種転換（開放されたインターナル・レーバ・マーケット）が自由に行われ、技術変化への適応が早く、かつ労働費用節約効果大、ということである。

以上の条件は企業内で労働者の年齢別構成がピラミッド型で、ピラミッドの底辺をなす若い労働者が増加を続ける、という条件において成立した。年功賃金は、年功的に役職に就き、しかも役職ポストの数じたいが増加しつづける、ということから経営上のメリットがあった。

だが、中高年労働者のウエイトが高く、若い労働者が相対的に減れば、この条件はマイナスに転化する。

労働者にとっては、労働市場要因から若者にくらべ低下した賃金が、これからの生活保障を約束しないもの、また使用者にとっては賃金コスト節約は省力化が第一で、中高年労働者は技術変化への障害だと考えられ、さらには賃金を通じての足ども策の必要もなくなったとさえ考えられるに至っている。別言すれば若い時代はその企業貢献度にくらべて相対的に低賃金で、ある一定の年限・年齢後には賃金が相対的に高くなって、若いときの低賃金が回収される、との想定で労働者に受けいれられていた賃金が、労働市場と技術水準の変化を通して、企業の能力主義的賃金管理に移行するにつれて、若年層と中高年齢層の賃金格差をちぢめ、さらに定年延長と退職金の双方抑制に至った、とみられる。

さらに定年延長を阻害する要因として企業があげている諸要素を列挙すると下記の通りで、わが国の企業の大部分が定年延長に消極的であることがわかる（労働省前掲調査）。

昭和43—45年の3ヵ年に

定年延長を行った事業所	12.0%
定年延長を行わなかった事業所	88.0%
行わなかった事業所を100として（カッコは5,000人以上事業所）	

これからの改定も検討していない

76.2% (73.0%)

その定年延長を阻害する要因は、

現在のままで困難がない	45.2% (34.6%)
人事が停滞	25.6% (37.0%)
労働の質が低下	23.6% (23.1%)
賃金源資が増加	23.5% (31.0%)
その他	0.2% (0.1%)

5) 関東経営者協会編「退職金・定年制度の実態——退職一時金付帯調査結果」（昭和44年4月）によると187社のうち昇給・ペアとも行わない企業が28%を占め、一般従業員よりも低い基準で昇給ペアを行う企業が52%である。賞与について一般と別扱いとする企業が64%となっている。関西経営者協会編「定年制度に関する調査」（昭和46年4月）も同様の結果が出ている。

無記入 10.6% (10.2%)

つぎに定年退職者についての追跡調査によると、労働者として就業している者についてはつぎの事実が指摘される。

第1は定年後の勤務先は前よりも規模が小さくなることである。100人以上の事業所から定年退職した4,400人についての昭和44年度調査（労働省「定年到達者調査」）では、5,000人以上の企業に勤めていた者が52%いたのが定年後の就職先としては12%しかおらず、反対に299人以下で52%に上っている。

第2に職種の変化が大きいことである。管理職・専門技術職・技能生産工程作業者が勤め先を変った場合は、まだ前職にとどまる割合は高いが、他の職種に転じる者が3～4割に達している。全体としては4割以上が前職から変っている。

第3に新しい勤務先での身分が不安定なことである。本雇は49%で、嘱託・臨時日雇などが過半数に上る。

第4に収入が減ることである。定年前にくらべ半額に達しない者が13%、5割以上7割未満25%、7割以上10割未満34%であって、前収入同等かそれ以上が28%である。これは特に大企業出身者に著しい傾向とされている。また月収8万円以上あった者の低落がとくにひどく、約半数が前収の7割にも達していない。

収入の低いことは驚くばかりである。月収4万～6万円が36%、3万円未満が7%で全平均収入は6万9,000円（注・この調査が行われた45年の全国男子月例平均賃金は6万6,000円で平均年齢は34歳）である。

第5に、就業の理由としてあげていることは「働かないと生活に困る」とする者が圧倒的多数（78%）を占め、また現に無職でいる者、昭和39年に降に定年到達者となった者のうち13%も、積極的に「仕事をしたくない」者は3%にすぎないという「就業の切実さ」が高いことである。

現に無職でいる者も、定年後一旦は仕事についてたものの、人員整理や倒産で離職を余儀なくされた者が1割強、自己の能力が生かせない、仕事不安定、が各7%であって、収入が低いから働か

ないとする者やすでに収入があるから働かない、という者は少い。

これらの特徴は、総評が昭和45年に行った5,000人を対象とする「定年退職者実態調査」にも現われている。組合側から行われた本調査では、このほかに、

- (1) 退職一時金を老後の生活資金に回せたのは33%で、住宅資金37%、学資や結婚資金など子女のために18%となっており、蓄積の余地が少いこと。
- (2) 再就職先の労働の程度で、前の勤務先よりも重労働とする者が民間の25%でかなりのウェイトを占めていること。
- (3) 再就職後に転職した人が4割にも上っていること。
- (4) 再就職後の賃金低下を特に経験しているのは公務員・公企体からの定年退職者で、その71%が「賃金半額以下」となったこと。などを明らかにしている⁶⁾。

III 高齢者と仕事の結びつき

古い形の職業は大工が生涯大工で、植木職も植木職を続けるように、特に定年を前後に変えることがない。ところが永年勤続の企業から定年で一度勤め先を変えると、そこには職種・職務内容・賃金などが全く連続しない新しい労働条件になる。しかも、それが「働かねば困る」状態でのことであるから、定年後の再就職に多くの問題が生れる。

企業にとっては定年制は永年勤続の労働者を機械的に外に出す事務手続きにすぎない。もしこれを延長すれば、既述のように企業が判断する通り、人事の渋滞が始まり、労働の質が低下するであろう。定年年齢を固定することで賃金源資の増加を避けることもできる。しかし、わが国の定年制が、旧幕時代の退隠制に発するとすれば（富安長輝氏の説）生活保障が必要である。もしその保障がないまま、こんど激増する高齢労働者層を定年を理

6) 総評生活局「定年退職者実態調査」（総評調査月報1971年7月特集号所収）は総評加盟11単産を通じて行われた。経済条件・労働環境・健康その他にわたり、通信調査と実地調査を併用して行った総合的な大調査である。日雇労働者についての調査も併記してある。

由に企業外に出しつづければ、高齢者の労働する意思と能力を無視することになる。

定年延長が進まない理由は既述の通りだが、これまでは賃金上昇は若者の方が高率で、その若い組織労働者が多い職場は同時に技術革新の速度が速い職場であった。わが国の企業は新しい技術はすべて若い労働者の手を通して変化させるのが例であった。そこで同一企業でも労働者を年齢別に管理することは技術の古さを封鎖的に維持することでもあった。使用者の昇給政策がある年齢を超えると低率にするのも、その価値観の反映であった。逆に初任給を大幅に上げるのも労働需給因ではあるが、原因は新規学卒者不足でむしろ過度の期待感を示したものである。

ここから結論づけられることは、使用者にとっては、労働者・職務・賃金の結びつきは労働者を仕事で処遇せず、生涯雇用費用（職務内容とは無関係に年功的に引上げてゆく総額雇用コスト管理）に見合った仕事を与えるものとして、訓練・配置・昇進の政策をとってきた、ということである。仕事に対して賃金を払わず、何歳だから幾ら払い、どんな役職を提供するか、という発想である。職種別賃金は「仕事に対して決めず、何歳であるかで決める」⁷⁾ことになる。

そうなると労働者の生活パターンは、職種別の価値づけから、転職するよりも1つの企業に勤めて、その内部で年齢に応じた仕事をするようになる。そこで退職後は、それまでの仕事を連続して生かすことができず、むしろ賃金が低落することと仕事が断絶して次の仕事が偶然に決まる（決めるのではない）という平行的な同時現象が、生活と因果関係をもつことになる。

仕事の非連続は2つの面がある。1つは在来の

企業内職種転換に一貫性を欠き、また企業も定年までの使いすて思想をもちつづけるために、定年後に専門職としての独立した市場性をもたない場合である。定年延長の要求を組合が提出した場合、会社がそれを拒否する理由にもなっている⁸⁾。他の1つは製鋼・化学などでは退職後の共通職種が存在せず、本来的に個人としての労働の市場性をもたない場合である。組織のなかの人間は多かれ少なかれ、組織特有の労働態様に制約されるが、わが国の企業では特に組織拘束性がつよい。そのため時間的制約や企業への忠誠心などにより、自己の職業による自立の設計は困難である。

その結果、つぎのような職業経歴をたどることになる。まず職業安定所を通して就職した55歳以上の者は155人について職業研究所が調査した結果によると⁹⁾、職業を大分類で分けた場合（その区分は管理的職業・事務的職業・販売的職業・技能生産工程職業など11に分けるもので、職種や職務内容よりも広い分類）についてみると、

- (1) 職業経歴の当初に専門的・技術的職業や保安職業についた者は企業が変わっても他の職業につくことは少い。
- (2) 初職が運輸通信公益の職業についた者は入職後30—35年後にも68%、職安を訪れる直前の職業までの62%が初職と同じ仕事についており、職業を変えた者は技能工・生産工程作業者に転換した者が多い。
- (3) 単純労働でスタートした者は最後まで単純労働に止まることが多い。
- (4) 事務職業でスタートすると30年後にはその73%、35年後には67%が同職業に止まり、一旦これから出ても、つぎに転換することは少い。

7) 労働省「昭和45年賃金構造基本統計」から職種別にみた年齢別賃金を示すと（100円単位）。

平 均	旋盤工	製鉄工	板金工	和文タイピスト(女)	調理師
18—19歳	528	781	516	384	548
25—29	346	430	349	291	336
35—39	524	604	552	397	557
40—49	625	633	643	593	681
50—59	677	791	648	621	750
60—	667	776	629	582	692
	160	360	472	272	614

で、製鉄工のような大企業性のものでもないタイピストや調理師でも、平均賃金はその職種の価格でなく、何歳の者が多いか、年齢構成を結果を示すにとどまる。年齢別賃金の類似性が強い。

8) 筆者がかつて労働委員会に勤務していた時、定年延長についての会社側の主張は常にパーキンソン法則にいう「年金支給の法則」に一致していた。その法則とは会社毎に退職年齢（私的年金支給開始年齢）が異なっている理由を、その会社毎に調べたところ、いずれも、「その年金支給年齢マイナス3年から会社での勤務ぶりがガタ落ちする」というのである。わが国では、これがマイナス5年程度として主張されていた。

9) 職業研究所（雇用促進事業団）第3研究部佐々木昌秀「高齢労働者の適職に関する研究」（職業研究所『研究紀要』1971年第2号所収）による。この調査は都内4職安で45年1—7月に求職申込をした者につき同年11—12年間に面接調査したもの。このうち60歳未満44%、65歳未満40%、65歳以上16%である。

- (4) 販売の職業からは技能工・生産工程の職業に転換する者が多く、入職20年後には、そのみで28%，前職時50%をこえる。
- (5) 技能工・生産工程の職業から始まると前職時でも72%がこの職業に属して、生涯を継続する者が多い。他の職業に変わる場合は、多種多様である。
- (6) 現在の仕事についての自信の程度を調べると、保安の職業についているものが最も高く、単純労働に従事する者は、その自信のある者が最も少い。
- (7) 現在の仕事を続けたいかどうかの質問に対しては、一般には定着意欲が高い(77%)が、65歳以上になると、積極的に「別の職業につきたい」者が15%，とくに販売の職業では20%に上る。
- 精神的な機能は低下しないが、新しい技能・知識の習熟は困難で、定着意思は、現職と、これまでの職業経験と関係がある。そして「別の職業に変わりたい者」について調べたところでは「これまでの経験が生かせるから」とした者は2%しかおらず、「適性・能力に合致」はゼロであった。
- (8) 現在の職についた理由で過半数を占めるのが「通勤の便」「身体に無理がない」(理由2つをきくから合計は200%になる)の2つで、あとは「自分の能力・適性」「これまでの経験が生かせる」に集中し、「給料」が2%、「性格や興味に合致」は7%

にすぎない。

- (9) つぎの就職先については、「身体に無理のない職業」は59% (65歳以上は81%)と最多で、ついで「適性・能力合致」が40%、「通勤の便」が39%で、「賃金や仕事の内容」は2%である(この質問も2つずつだから合計200%)。

以上の結論として、職業経歴が再就職・再々就職の老後に影響することが大きく、また高齢化するほど職種の注文より、身体に楽、通勤に便という条件が高くなることである。

この調査では個人の働く理由やその緊急度が判らないから、さらに立ち入った分析は不可能であるが、全体としては、自己の今日のために働くのであっても、企業への貢献や生き甲斐は、すでに視野の外にあることが推定される。このような状況は使用者側の一方的な職業政策と労務管理の都合のみを考えた賃金政策から必然の結果とみられる。

企業が一般に定年延長よりは、一旦退職・特定者再雇用のパターンをとる限り、高齢者には前歴前職を生かし相当な賃金を得ることよりも、勤務が許されるかどうかに関心の的である。

企業側で「定年延長に関連して人事上生じる問題点と対策」について調査した例(関西経協、昭和46年)では、問題として生じる賃金増、退職金増、能力の不適合、人事の渋滞等について、その策を再教育、能力開発、定期検診などと前向きに対処することはきわめて少い。大部分は、年功賃金の抑制や退職金の抑制など、労働者の現有能

表2 日米両国の年齢階級別職業構成(男子)

職業	日本(1970)				アメリカ(1960)			
	計	45—54	55—64	65—	計	45—54	55—64	65—
合計 (実数1,000人)	100.0 (31694)	100.0 (4662)	100.0 (3332)	100.0 (1727)	100.0 (41479)	100.0 (8657)	100.0 (5727)	100.0 (2023)
専門的・技術的職業	6.9	6.8	5.8	5.3	10.8	9.1	7.9	8.8
管理的職業	6.1	11.8	10.3	8.2	11.2	14.4	14.3	14.4
事務的職業	11.6	10.9	7.8	5.0	7.3	6.2	6.5	6.4
販売職業	11.3	9.1	10.9	12.5	7.2	6.3	6.5	8.6
生産運輸関係職業	43.6	36.7	31.8	20.6	48.5	48.9	45.0	30.6
サービス職業	5.5	4.9	5.4	4.6	6.4	6.2	8.5	11.4
農林業従業者	14.8	19.9	28.0	44.0	8.7	8.9	11.2	19.7

(資料出所) 職業研究所大場隆造氏が計算したもので、日本は昭和45年国勢調査(1%抽出)、アメリカは1960 Census of Population.

(注) 職業不明と分類不能を除いた数字。

力を前提にした対症策に終っている。

このような結果を反映して、わが国の職業構造を年齢別にアメリカとくらべると、つぎのような結果になる（職業研究所、大場隆造氏の算定）。

（表2）。

- （1） 65歳以上になっても職業をもつ者の割合は日本が全職業人口の5.5%，アメリカが4.9%で日本の方が高い。
- （2） 日本は事務的職業、専門的・技術的職業、生産運輸関係職業に従事する者の割合が高齢化につれて減少するが、アメリカの場合は、専門的・技術的職業と生産運輸関係職業に微減が認められる程度で大差はない。
- （3） 日本では農林業従業者の割合が高齢化とともに著増（農林業への滞留化）し、サービス職業、販売職業ともに微増するのに対して、アメリカでは農林業従業者の割合は65歳以上で著増し、サービス職業、販売職業の増加が目立っている。

これらは職業別の経過を示さず一時点における断面の比較にとどまるのであるが、しかし日本の生産運輸関係職業の激減には、その従業を疎外する要因があると考えられる。

このことは総評の「定年退職者の生活実態アンケート調査」（聞きとり調査）で「働いている仕事または自営業の内容について」で、民間企業退職者の46%，官公庁公共部門退職者の61%が「前職と全く関係のない仕事」についていること、また「定年退職後、再就職したのち、さらに転職した回数」で、転職経験のない回答者（定年後再就職したまま勤め先を変えない者）が民間退職者の61%，官庁公共部門の60%で、1～2回転職が同じく各30%程度、3～5回が同じく各8%前後であることと表裏の関係にある。職業経験よりも社歴にこだわる限り、職業意識よりも企業安定意識が働き、しかも労使の価値基準が、生活対仕事価値と分裂していれば、この転職回数が増加せざるを得なくなる。

総体として高齢者の就労状況は著しく偽装失業ないし不完全就業の形をとる。それは、以上のような定年制・企業の雇用に対する考え方による点

が多いが、さらに労働組合もこの状態に対しては、つぎの点で責任がある。

- （1） 労働組合の生活防衛政策は賃金に主体がおかれ、雇用保障は解雇・減員などの突発的一時的な場合には強いが、定年制や職業上の能力開発・配置・訓練について消極的である。
- （2） かりにこの点が西欧労組のように組合員生活の防衛から主張されたとしても、企業内組合として企業組合員のために行いうることは、企業内部の組合員世論や経済効果——単純にはその費用はどこにシワ寄せされるか——の測定にすぎない。組合は組合員内部の問題だと急に沈黙を増す。だが社会的な高賃金政策よりも「生活のための職業の確保」が優先する。この点は組合員全体にとっては、依然として他人の事で、自己の未来に係ることとは考えていない。

IV 就労保障と社会保障

現状のままだと、今後増加する高齢者は低い定年制のため、第2、第3の就業機会を求めねばならぬ。しかも、他方では「老人は保護」という考え方をすてていない。老人問題を老人福祉すなわち老人ホーム・居宅福祉・余暇善用・リハビリテーションという図式で解釈する人が多い。現在の就労難や低い労働条件は要するに過渡期の問題だと軽視するのである。

幸か不幸か、わが国の老人福祉は「敬愛され健全で安らかな生活を保障する」（老人福祉法第2条）に重点がおかれてきた。それは労働力保全としての政策でもなく、まして労働者の側に立っての労働の意欲と能力を活用することでもなかった。高齢者敬愛で非自発的に隠退を余儀なくされても、典型的労働力と典型的老人との中間に存在する大多数の高齢労働者にとっては、甚だ頼りない状態がつづいた、といえる。定年退職者のほとんどの部分が、定年1～2ヵ月前までは、何ら積極的な職業設計をしない、（約30人の定年退職者に面接したD. スパークス氏の言）という事実は、本人が老人の意識をもたないことからする当然の帰結

である。

1962年 ILO (国際労働機関) 総会の事務局長報告は、「世界における高齢労働者問題」について詳細な政策を展開した。高齢労働者の激増とその失業率の増大、雇用での差別の拡大に直面している現状から、労働者を経済生活にある者と、労働に従事しない者とに分け、前者については「早すぎる引退は社会にとって損失であり、経済的社会的前進への障害である。働きつづけることを欲し、能力ある者には、それに適した雇用が得られねば」との理想により、その労働者の適性に応じ、また職場がこれに適應するような追加教育・適応訓練・意欲増進などの施策を説いた¹⁰⁾。

わが国でも昨年10月から中高年者雇用促進特別措置法が施行された。45歳以上の労働者に能力に適した職業につくことを促進する目的で、適職の研究や中高年者雇用率の設定とそれによる事業主の達成義務、職業紹介機構の整備などが定められている。雇用率とは社宅管理人や用務員は7割以上、集金人は5割以上というように民間29職種・官公庁33職種の中高年雇用比率を定めたものである¹¹⁾。

問題はこの法律の適不適や行政機構のあり方にあるのではない。この法律が緊急失業対策法による就労者（いわゆるニコヨン）の高齢化（4割が60歳以上）と定着化（平均13年いづれも45年9月の数字）からの、ポスト失対法として生れたという契機を別にしても、失対事業就業者が定着化した、という背景を解決しなければ、中高年労働者の不完全就労は解決しない。

中高年雇用のなかで最も有利な立場にあると思

われる管理職・技術職・専門職を専門に扱う東京人材銀行を例にとっても、昭和46年の求職登録7,000人弱のうち3,000人（44%）は月給10万円以上を希望し、就職者1,200人うち10万円以上は400名（33%）にすぎない。これは給与からみた一例にすぎないが、職種・仕事内容・地位・待遇その他で、中高年層が従来の経営側雇用政策と違う新しい状態を迎えたとはいえないように思われる。

高齢人口の増加や家族制度の崩壊で、中高年齢者が就労する緊急度は高まった、という「社会的認識」と、労働力不足で、これまで注意を払わなかった中高年労働者への再訓練・職場改造（ジョブ・リデザイン）などを含む定年制の再検討という「経営的認識」とが、現実の求人・求職の場では実態化し得ない。これはまた、「企業内労働組合の限界」を口実にして相対的な賃金格差の縮小、実質的な賃金低下をも救済し得ない組合のあり方にもつながっている。

事態は現実の企業人事政策の中での定年延長や再雇用制の採用などの、恩恵的な方法では対処し得ない面が多い。経過措置におけるコスト増は企業レベルでは賄い得ないとする使用者も多い。しかし中高年・定年後労働者という新しい形の低賃金労働者が年々増加してきている。このままでは企業コストを超えた社会的コストが増大する。それ以前に、労働の意思と能力に対応する新たな老人職業と老人職場が求められている。若者中心の成長期賃金・雇用管理から中高年中心の安定期管理への急転換に、企業が適應できるかどうか。それは社会保障目標を低いコストで実現する有効な方法でもあるのだが。

10) 邦文としては労働省国際労働課訳「世界における高齢労働者問題（1962年ILO総会事務局長報告）」がある。

11) 雇用率は政令で定められるが現在の職種で5割以上の枠であげられているのは、守衛・管理人・小使・雑役・清掃作業員・寮使用人・自動車配車係・土木作業員・形枠大工・倉庫作業員・洗たく作業員・製本とじ工・宮繕工・鉄道燃料係・栽培係・木工など。ここには婦人・技能者・知識労働者が含まれていないことに注意。

北欧諸国における社会保障費の歩み

——とくに50年代と60年代との比較を中心として——

小 沼 正

本誌創刊号（昭和40年6月）に「北欧諸国における社会保障費10年の歩み」、同4巻3号（43年12月）に「北欧諸国における社会保障費の歩み——1948—64年——」として資料紹介を行なったのであるが、その紹介資料である「北欧諸国の社会保障統計」“Social Welfare Statistics of the Northern Countries”は引続いて編集されており、1966会計年度分が16号として昭和45年に刊行され、同年渡欧した所員保坂哲哉氏によって持帰られた。今回も主要な統計表については前回紹介分に接続させながら、むしろ50年代と60年代との社会保障発展の速度の比較に主な視点をおくこととしたい。このことがわが国社会保障の推進に示唆するところが大きいことはいままでのないで、このような観点を逃すことはできない。また当研究所第2研究会は、部門別社会保障水準指標の作成を一つのプロジェクトとしている。部門別にどのような統計資料を整備すべきかが取上げられているので、このような観点からもこの紹介資料を検討することとしたい。

この紹介資料の取扱っている範囲、統計作成上の約束事項、利用上の注意事項などの詳細については、前回までの記述を参照されたい。

I 関連する各種の指標

この資料では、社会保障費は、医療および保健衛生、労働災害、失業、老齢、身障者などの年金その他、家庭および児童、公的扶助、戦争犠牲者援護、税額控除による児童扶養の8分類に大別されている。本稿ではこのうち最後の税額控除による児童扶養は、家庭および児童に含めることとした。

社会保障そのものの検討に入るに先立って、ここでは上述の大項目分類にはほぼ従って関連指標を掲げることとするが、その前に基礎的事項を掲げておこう。

1. 基礎的事項（表1、表2、表3および表4）

人口高齢化や工業化の程度と老齢年金給付率との間にはほとんど関係がみられない¹⁾、ともいわれているが、まず人口の構成割合をみておこう。

表1 年齢階級別にみた人口の構成割合

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン	日本
1950					
0-14歳	26.3	30.1	24.4	23.3	35.4
15-64	64.6	63.3	66.0	66.4	59.7
65-	9.1	6.6	9.6	10.3	4.9
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1960					
0-14	25.2	30.1	25.8	21.9	30.1
15-64	64.2	62.3	63.2	66.2	64.2
65-	10.6	7.6	11.0	11.9	5.7
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1966					
0-14	23.8	27.0	24.7	20.9	24.8
15-64	64.7	65.1	63.1	66.2	68.7
65-	11.5	7.9	12.2	12.9	6.5
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（注）フィンランド1960の65-階級の7.6には不詳0.1を含む。
フィンランド66年は65年。

（資料）Demographic Yearbook of United Nations, 1953, 1963, 1965, 1970.

表1は人口の年齢階級別構成割合である。問題は65歳以上人口の増加、すなわち人口の老齢化現象であるが、66年に最高はスウェーデンの12.9%であり、最低はフィンランドの7.9%である。日本のそれは漸次増加しつつあるもののいずれの国よりも低く、66年の6.5%というのは、最も低いフィンランドの50年の6.6%に似ている。

表2は就業者の産業別構成割合である。第2次産業の割合ではやはりスウェーデンが最も高く、フィンランドが最も低い。日本は65年に32.4%で、最も低いフィンランドの60年の31.5%を凌駕している。また第3次産業の割合では、日本は65年に41.9%でフィンランドをこえ、その他の北欧諸国に近づいている。

1) 山崎泰彦研究員はM. S. Gordonを引いて、「工業化の程度（非農業人口）および老齢化人口の割合と給付率の間には、ほとんど関係がみられないこと、逆に給付率と65歳以上高齢者の就業率との間には、なかり密接なマイナスの相関関係があること」を述べている。（同氏「年金給付水準の国際比較」『季刊社会保障研究』7巻3号、昭和46年12月のp. 75.）

表3は就業者の従業上の地位別割合であるが、ここでも被用者割合でみてフィンランドが最も遅れている。日本は家族従業者の割合が格段に高く、北欧諸国と比較するわけにはいかないが、被用者は65年に59.9%とかなり他の国々に接近してきている。

表4は典型事例における収入および税額である。社会保障給付水準を比較する方法として賃金をとっているのは、この資料の一つの特色である。給付率によって比較

しようとする場合、制度の仕組みのうえでモデルとして算出されたものをとるか、現実の給付率をとるかは、とくにわが国老齢年金のように両者の間に開きがある場合は問題の存するところであり、われわれの研究会でも今後取上げねばならない問題である²⁾。ベースとして何をとるかも問題の一つであるが、ここでは各国首都における主として金属工業労働者の平均賃金をとっており、こ

2) 注 1) 山崎氏論文 p. 69 以下を参照されたい。

表2 産業別就業者数の構成割合

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン	日本
1950					
第1次産業	25.1	46.0	25.9	20.3	47.4
第2次産業	32.7	27.2	35.8	40.0	21.0
第3次産業	41.1	25.4	37.8	39.0	29.4
分類不能の産業	1.1	1.4	0.5	0.7	2.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1960					
第1次産業	17.5	35.5	19.5	13.8	32.6
第2次産業	36.5	31.5	36.5	44.0	28.9
第3次産業	44.3	32.7	43.6	41.9	37.8
分類不能の産業	1.7	0.3	0.4	0.3	0.7
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1965					
第1次産業	14.5			11.8	24.3
第2次産業	37.6			43.1	32.4
第3次産業	42.7			44.7	41.9
分類不能の産業	5.2			0.4	1.4
合計	100.0			100.0	100.0

(資料) Year Book of Labour Statistics 1956, 1963, 1971.

表3 従業上の地位別にみた就業者数の構成割合

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン	日本
1950					
雇用主および自営業主	21.2	20.2	24.7	19.3	25.6
被用者	72.6	58.1	71.2	76.8	38.5
家族従業者	6.2	21.7	4.1	3.9	33.7
その他の	—	—	—	—	2.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1960					
雇用主および自営業主	20.1	19.4	19.4	13.9	22.0
被用者	77.8	65.7	78.0	83.3	53.4
家族従業者	2.1	14.9	2.6	2.8	23.9
その他の	—	—	—	—	0.7
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1965					
雇用主および自営業主	17.9			11.2	19.4
被用者	76.1			85.1	59.9
家族従業者	6.0			3.7	19.2
その他の	—			—	1.5
合計	100.0			100.0	100.0

(資料) Year Book of Labour Statistics 1956, 1963, 1971.

表4 典型事例における収入および税額

	1964				1966			
	デンマーク (クローネ)	フィンランド (マルク)	ノルウェー (クローネ)	スウェーデン (クローネ)	デンマーク (クローネ)	フィンランド (マルク)	ノルウェー (クローネ)	スウェーデン (クローネ)
収入(1)								
時間当り収入	10.51 時間	4.00 時間	9.95 時間	10.16 時間	13.31 時間	4.70 時間	11.82 時間	12.14 時間
年間稼働時間(完全就労)	2,141	2,098	2,138	2,050	2,094	2,135	2,093	2,050
年 収 入	22,502	8,392	21,273	20,830	27,871	10,035	24,739	24,900
年収入と子供2人に対する一般児童手当との計	23,462	8,793	21,673	22,080	29,131	10,445	25,139	26,700
税 額(2)								
直接税(および社会保険拠出)								
単 身 者	5,103	1,785	5,971	6,483	7,176	2,425	7,242	8,679
夫 婦	4,196	1,501	5,249	4,780	5,701	2,076	6,375	6,264
夫婦および子供2人	4,196	1,228	3,854	4,780	5,701	1,709	4,861	6,264
税額差引の収入(1)ー(2)								
単 身 者	17,528	6,607	15,302	14,347	20,695	7,610	17,497	16,221
夫 婦	18,435	6,891	16,024	16,050	22,170	7,959	18,364	18,636
夫婦および子供2人	19,375	7,565	17,819	17,300	23,430	8,736	20,278	20,436

(注) 各国首都における事例である。

表 5 医療関係者数 (単位 人)

	デンマ ーク	フィン ランド	ノルウ ェー	スウェ ーデン
医師 1 人当り人口				
1952	944	1,924	1,056	1,370
54	898	1,826	917	1,332
56	864	1,758	937	1,250
58	817	1,691	917	1,130
60	814	1,573	885	1,050
62	779	1,536	858	990
64	745	1,430	811	987
66	784	769	769	909
看護婦 1 人当り人口				
1952	435	681	435	511
54	326	587	356	468
56	305	543	378	418
58	277	474	375	382
60	281	434	358	340
62	264	393	335	336
64	253	367	341	336
66	242	314	326	315
歯科医師 1 人当り人口				
1952	2,627	2,941	1,815	1,887
54	2,350	2,780	1,762	1,750
56	2,300	2,723	1,750	1,630
58	2,364	2,582	1,550	1,550
60	2,267	2,462	1,495	1,470
62	1,816	2,369	1,423	1,400
64	1,700	2,198	1,349	1,310
66	1,540	2,039	1,299	1,330

(注) 医師 1 人当り人口は、66 年報告から算定をかって人口千対で掲げている。本表の数字はこれを逆算したものである。

表 6 病床数 (単位 床)

	デンマ ーク	フィン ランド	ノルウ ェー	スウェ ーデン
人口 10 万当り一般病床数				
1952	550	341	496	512
54	542	339	508	704
56	546	337	526	720
58	571	348	539	750
60	557	369	554	766
62	612	397	585	747
64	593	427	672	835
66	602	467	678	853
	84%	91%	90%	78%
人口 10 万当り結核病床数				
1952	95	153	132	114
54	91	151	122	101
56	78	149	113	97
58	65	144	91	88
60	48	143	75	78
62	42	134	56	64
64	32	125	42	57
66	30	117	25	49
	74%	71%	84%	57%
人口 10 万当り精神病床数				
1952	249	239	195	432
54	234	235	195	407
56	231	252	194	420
58	236	296	205	433
60	252	360	201	458
62	228	403	215	382
64	245	405	220	474
66	243	413	307	469
	98%	96%	80%	94%

(注) %は1966年病床利用割合である。

の場合の賃金とは基本賃金のほかに各種の手当、加給を含み、児童手当を加え直接税および社会保険拠出を差引いている。後述のとおり各種年金額の収入に対する割合を算出するための基礎資料としている。ここには 64 と 66 の両年分を掲げておくこととする。

2. 医療および保健衛生 (表 5, 表 6, 表 7, 表 8 および表 9)

表 5, 表 6, 表 7 はそれぞれ医療関係者数, 病床数, 医療保険加入者数割合である。フィンランドでは 64 年 9 月 1 日から全国民をカバーする健康保険制度が段階的に漸をおって実施されることとなったのであるが, 表 7 によってそのことがわかる。

表 8 は傷病手当受給資格者数と傷病手当の収入に対する割合である。受給資格者数の保険加入者に対する割合

表 7 医療保険加入者数割合 (単位 %)

	デンマ ーク	フィン ランド	ノルウ ェー	スウェ ーデン
成人人口における 加入成人数の割合				
1952	75.3	4.5	84.7	60.6
54	76.2	4.6	90.0	57.4
56	88.4	5.2	100.0	99.1
58	88.8	5.3	100.0	99.1
60	89.4	5.7	100.0	99.4
62	94.9	5.9	100.0	99.3
64	95.7	100.0	100.0	100.0
66	95.0	100.0	100.0	100.0

表 8 傷病手当受給資格者数と傷病手当の割合

	デンマ ーク	フィン ランド	ノルウ ェー	スウェ ーデン
医療保険加入者 (妻および 子供を含む) における傷病 手当受給資格者数の割合				
1962	3.5	99.4	44.7	80.3
64	2.5	88.6	44.8	78.7
66	2.0	88.3	44.8	78.2
傷病手当金の収入に対する 割合 (日額による)				
単 身 者				
1962	25	58	33	55
64	24	57	33	51
66	28	45	29	64
夫 婦				
1962	33	55	36	50
64	31	63	36	45
66	36	52	31	55
夫婦と子供 2 人				
1962	36	56	40	55
64	34	67	39	52
66	38	61	34	61

(注) 傷病手当の割合計算には、デンマークでは傷病手当が課税収入であるため、年収入として表 4 の収入をフィンランド、ノルウェー、スウェーデンはそうでないため収入として税額差引の収入を用いた。

では国によって差があり、フィンランド、スウェーデンは高く、ノルウェーは半ばに達せず、デンマークは僅か2～3%に過ぎない。傷病手当の収入に対する割合が高く有子夫婦で60%をこえているのはやはりフィンランド、スウェーデンの両国であり、デンマーク、ノルウェーはともに40%に達していない。

表9は医療保険財政における拠出額と給付額との関係

である。被保険者1人当たり金額になおしてそのバランスを比較することができ、また、給付支出の内訳が詳細にわかる。

3. 労働災害および失業（表10および表11）

表10は労働災害保険給付の収入に対する割合である。その傷病年金の割合は、表11にみる失業保険給付、老齢年金、さらに表8でみた医療保険の傷病手当などに比

表9 医療保険における拠出と給付（1966年）

	デンマーク (クローネ)	フィンランド (マルク)	ノルウェー (クローネ)	スウェーデン (クローネ)
拠出（被保険者1人当たり）被保険者拠出	219.77	30.84	272.10	182.48
雇用主拠出	22.26	19.34	163.48	127.44
公的負担	70.35	16.10	126.26	71.82
計	312.38	66.28	561.84	381.74
給付（基金支出、単位1,000）傷病手当	173,265	84,218	235,893	1,226,155
入院費	91,273	—	599,295	86,627
治療費	328,233	—	208,012	268,822
歯科治療費	131,239	—	17,245	15,895
薬剤	150,784	49,580	55,049	206,912
出産	9,693	24,882	49,588	239,806
交通費	190	12,394	96,235	66,086
物理療法	14,498	12,863	35,414	15,749
葬祭給付	32,854	—	10,980	—
その他給付	26,458	—	32,646	15,397
事務費	82,493	31,575	60,666	207,413
計（被保険者1人当たり支出）	1,040,980	215,521	1,401,032	2,348,862
事務費の総支出に対する割合	326.21	65.50	523.77	386.85
	7.9	14.7	4.3	8.8

表10 労働災害保険年金の割合（単位 %）

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
傷害年金の年収入に対する割合				
単身者 1960	50	66	52	74
62	58	81	45	64
64	42	84	56	57
66	55	88	49	49
夫婦 1960	63	75	52	78
62	61	88	45	67
64	56	92	56	61
66	66	95	49	61
（寡婦年金）（64）	(18)	(37)	(38)	(42)
（66）	(21)	(38)	(32)	(43)
夫婦と子供2人 1960	(75)	88	61	91
62	(80)	98	54	79
64	72	97	64	79
66	79	105	55	66
（寡婦および孤児年金）（64）	(32)	(73)	(45)	(71)
（66）	(40)	(72)	(39)	(68)

（注）傷害年金の割合計算はデンマーク、ノルウェー、スウェーデンでは傷病年金が課税収入であるため、年収入は表4の収入を、フィンランドではそうでないため、収入は税額差引の収入を用いた。

表11 失業保険被保険者数と給付額の割合

（単位 %）

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
被用者総数における被保険者数の割合				
1960	47	21	80	48
62	49	29	80	51
64	51	30	79	52
66	44	32	80	50
保険給付額の収入に対する割合（日額による）				
単身者 1960	22	15	37	50
62	24	26	33	45
64	26	29	33	60
66	25	43	29	63
夫婦 1960	44	20	40	50
62	44	26	36	45
64	40	28	36	54
66	38	41	31	55
夫婦と子供2人 1960	52	23	44	63
62	49	38	40	49
64	48	39	39	57
66	46	48	34	56

（注）給付額の割合計算は、デンマークでは給付額が課税収入であるため年収入として表4の収入を、フィンランド、ノルウェー、スウェーデンではそうでないため、年収入として税額差引の収入を用いた。

して、目立って高くなっていることが注目される。

表 11 は失業保険被保険者の被用者に対する割合と、給付額の収入に対する割合とである。被用者数に対する割合は、ノルウェーを除いては必ずしも高くはないようである。

4. 老齢、身障者などの年金その他 (表 12, 表 13, 表 14, 表 15, 表 16, 表 17, 表 18 および表 19)

表 12 は老齢年金受給者数の該当人口に対する割合である。年金成熟の経過が明らかとなると同時に、その割合がいずれの国においても高いことに注目すべきであろう。また最低基本年金制度を実施しはじめて以来、その割合が一段と高くなったことも見逃すべきではないであろう。

表 13 は年額による老齢年金額である。60 年以來の額であるが、後に述べるとおり物価騰貴の割合はかなり高いにしても、年々の引上率もまた極めて高いことがわかる。また最低年金は国によってかなりの開きが存すること、また同一国内で最低基本年金と一般年金 (場合によっては資力調査を必要とする) との間にも相当な開きの幅があり、給付額がそれほど画一的でないことが知られる。

表 12 老齢年金の受給者数割合 (単位 %)

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
65歳以上人口における年金受給者の割合				
1952	59	79	53	—
54	59	87	54	88
56	61	91	54	88
58	80	100	57	91
60	88	100	67	89
62	87	100	...	89
64	78	100	...	90
66	86.3	100	...	90
67歳以上人口における年金受給者の割合				
1952	—	—	60	100
54	—	85	60	100
56	—	89	61	100
58	85	100	63	100
60	97	100	76	100
62	97	100	...	100
64	98	100	...	100
66	97.3	100	...	100
70歳以上人口における年金受給者の割合				
1952	80	85	75	100
54	68	80	75	100
56	69	86	76	100
58	86	100	78	100
60	98	100	100	100
62	99	100	100	100
64	99	100	100	100
66	98.6	100	100	100

(注) 66年のデンマークは1967年3月31日、フィンランドおよびノルウェーは1966年12月31日、スウェーデンは1967年1月1日のそれぞれの月日現在である。
—は計数のない場合、...は計数不明の場合、以下の表においても同じ。

表 13 老 齢 年 金 額 (年額)

	デンマーク (クローネ)	フィンランド (マルク)	ノルウェー (クローネ)	スウェーデン (クローネ)
最低基本年金				
夫婦ともに年金受給者				
1962	1,380	768	5,028	4,510
64	1,680	936	5,664	6,020
66	1,980	1,416	6,756	7,280
夫または妻が年金受給者				
1962	924	384	3,348	2,850
64	1,116	468	3,780	3,850
66	1,320	708	4,500	4,670
単身者				
1962	924	384	3,348	2,850
64	1,116	468	3,780	2,850
66	1,320	708	4,500	4,670
児童加算(特殊児童手当)				
1962	—	—	900	1,000
64	—	—	900	1,250
66	—	—	1,200	1,375
最高年金(市町村における)				
夫婦ともに年金受給者				
1960	5,668	1,928	5,676	6,636
62	6,594	2,448	7,212	6,796
64	7,656	3,000	8,064	8,420
66	9,864	4,536	9,396	11,440
夫または妻が年金受給者				
1960	4,389	1,140	3,528	4,342
62	5,042	1,440	4,548	4,442
64	5,796	1,752	5,100	6,250
66	7,620	2,664	5,952	8,450
単身者				
1960	3,771	1,140	3,528	4,875
62	4,376	1,440	4,548	4,975
64	5,064	1,752	5,100	6,250
66	6,804	2,664	5,952	8,450
児童加算(特殊児童手当)				
1960	990	84 または 120	744	1,000
62	1,176	108 " 168	1,044	1,000
64	1,356	132 " 216	1,044	1,250
66	1,692	144 " 216	1,200	1,375
最低年金(補足年金を含む) (市町村における)				
夫婦ともに年金受給者				
1960	5,092	1,656	3,492	4,350
62	6,402	2,040	5,208	4,660
64	7,656	2,472	5,832	6,220
66	9,864	4,008	6,924	7,680
夫または妻が年金受給者				
1960	3,975	948	2,328	2,750
62	4,910	1,176	3,468	2,950
64	5,796	1,428	3,864	4,000
66	7,620	2,328	4,584	4,970
単身者				
1960	3,417	948	2,328	2,750
62	4,256	1,176	3,468	2,950
64	5,064	1,428	3,864	4,000
66	6,804	2,328	4,584	4,970
児童加算(特殊児童手当)				
1960	738	96 または 96	600	1,000
62	948	72 " 120	936	1,000
64	1,356	96 " 168	960	1,250
66	1,692	108 " 168	1,200	1,375

表 14 老齢年金の割合 (単位 %)

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
老齢年金の年収入に対する割合				
単身者 1960	31	24	29	43
62	29	25	34	37
64	29	27	33	44
66	33	35	34	52
夫または妻が年金受給者				
1960	35	23	28	35
62	32	24	32	30
64	32	25	32	39
66	34	33	32	45
夫婦ともに年金受給者				
1960	45	40	39	53
62	42	41	51	46
64	40	40	50	52
66	45	52	51	61

(注) 最高年金(市町村における)をとり、年金受給者は他に収入が無いという想定である。典型事例として表4の税額差引の収入を用いている。

表 16 老人施設収容者数の割合 (単位 %)

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
養護老人ホーム				
70歳以上人口における収容者数の割合				
1962	6.7	...	8.6	6.3
64	...	...	8.7	7.3
66	6	13.5	7.3	7.0
特別養護老人ホーム				
70歳以上人口における収容者数の割合				
1962	2.4	...	0.8	0.8
64	...	...	0.9	0.9
66	3	0.6	1.4	0.6
養護老人ホームおよび特別養護老人ホーム				
70歳以上人口に対する収容定員数の割合				
1962	9.6	...	9.4	7.4
64	...	...	9.6	8.4
66	9	14.1	8.7	7.8

表 15 補足年金

	導入時期	経過期間年数	老齢年金と補足年金との計 (1966年完全支給と仮定して)	左の収入に対する割合
	年	年	クローネ	%
デンマーク	1964	27	11,844	53
フィンランド	62	42	7,923	77
ノルウェー	67	40	16,038	64
スウェーデン	60	20	18,650	75

表 17 身障年金の割合 (単位 %)

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
身障年金の年収入に対する割合				
単身者 1960	35	24	29	53
62	34	25	34	37
64	34	27	33	44
66	52	35	34	52
夫婦 1960	40	23	28	35
62	37	24	32	30
64	36	25	32	39
66	52	33	32	45
夫婦と子供2人				
1960	55	29	25	54
62	55	31	42	48
64	53	32	40	59
66	69	38	41	64

(注) 年金受給者は他に収入がないという想定である。典型事例として表4の税額差引の収入を用いている。

表 18 老齢および身障者に対するホームヘルパー

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
従事人員数 計	10,229	1,809	5,334	30,000
うち フルタイマー	...	1,809	36	—
パートタイマー	...	—	5,298	30,000
ホームナース		1,269		
受給人員数	38,257	17,351	17,810	157,620
受給人員の老齢および身障者年金受給者に対する割合				
(1964)	...	(2.0%)	...	(13.6%)
	...	3.4	6.3%	15.0

(注) とくにことわらないかぎり 66 年。ホームナースとは短期間の訓練を経たもの。

表 14 は老齢年金の収入に対する割合である。概してその割合は年をおって高くなっている。ただしこの表は最高年金市町村における額であることに留意しておく必要がある。

表 15 は補足年金についてである。Labour Market

表 19 寡婦年金受給者数と寡婦年金の割合

(単位 %)

	デンマーク	ノルウェー	スウェーデン
67歳以下寡婦における年金受給者数の割合			
1960	16		22
62	19		51
64	31		69
66	31		75
寡婦年金の亡夫年収入に対する割合			
子供のない寡婦 1960	31		39
62	28		27
64	28		39
66	31	32	45
子供 2 人の寡婦 1960	46		58
62	43		41
64	48		59
66	52	46	64

(注) 66年はデンマークは1967年3月31日、ノルウェーは66年12月31日、スウェーデンは67年1月1日である。

表 20 児童手当受給者数の割合と児童手当金額

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
一般児童手当受給者数の16歳未満児童総数における割合				
1960	90%	100%	52%	100%
62	91	100	51	100
64	93	100	52	100
66	95	100	52	100
児童手当受給者 1 人当たり平均金額	クローネ	マルマ	クローネ	クローネ
1960	145	144	360	450
62	480	195	360	550
64	490	214	455	700
66	...	224	459	900
特殊児童手当 1 人当たり金額 (1960)	821	47	1,431	968
片親または両親を失った児童に対する特殊児童年金 (1964)	1,163	187	1,595	1,197
(1966)	2,808	336	...	1,925
児童 1 人当たり税額控除額				
1960	202	35	437	—
62	—	51	500	—
64	—	56	600	—
66	—	88	827	—

(注) デンマークでは18歳未満。児童年金はノルウェー、スウェーデンでは資力調査がなく、デンマーク、フィンランドでは資力調査を伴っている。

Supplementary Pension とも称しており、いわば労働者のための増加年金と考えてよい。拠出負担の大部分は雇用主が引受けており、未成熟であるため受給者数も多くはない。

表 16 は老人施設収容者数と定員数との該当年齢人口に対する割合である。これによって老人施設の普及割合の高いことがよくわかるのであるが、近年収容者数は増してはいないようである。

表 17 は身障年金の収入に対する割合である。やはり給付額が年々増していることがわかる。

表 18 は老齢および身障者に対するホームヘルパーの普及状況である。後述の表 23 の有子世帯に対するホームヘルパーの数と合せてみるべきであろう。

表 19 は寡婦年金受給者数の 67 歳以下寡婦数に対する割合と、寡婦年金の亡夫収入に対する割合である。

5. 家庭および児童 (表 20, 表 21, 表 22, 表 23, 表 24 および表 25)

表 21 母子保護の割合 (単位 %)

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
出産手当または出産扶助を受給している母の総出産数における割合				
1960	88	94	94	100
62	...	100	100	100
64	...	100	100	100
66	...	100	100	100
出産手当の収入に対する割合				
1960	—		37	63
62	—		31	54
64	—	41	33	75
66	—	43	29	81
受診妊婦数の総数における割合				
1960	約100	96	...	83
62	100	97	...	88
64	100	97	...	...
66	100	98	...	91
受診幼児(0—1歳)数の総数における割合				
1960	65	97	...	97
62	68	95	...	98
64	68	96	...	96
66	71	96	...	99
受診小児(1—6歳)数の総数における割合				
1960	...	96	...	49
62	...	98	...	48
64	...	99	...	51
66	...	99	...	62

(注) 出産手当割合計算の場合の収入は表 4 の単身者の税額差引の収入であり、したがって夫の収入を含めていない。

表 22 公的監護を受ける青少年数の割合

(単位 %)

	デンマーク		フィンランド		ノルウェー		スウェーデン	
	新規 数	31. 現在 総数	新規 数	31. 現在 総数	新規 数	31. 現在 総数	新規 数	31. 現在 総数
自宅監護								
21歳未満青少年総数								
1,000人当り数								
1964	1.2	2.4	0.6	0.8	0.4	1.6	1.9	2.7
1966	...	...	0.7	0.9	0.3	1.7	1.8	3.3
自宅以外								
21歳未満青少年総数								
1,000人当り数								
1964	4.9	6.8	1.7	7.1	0.9	3.8	4.7	9.2
1966	...	...	1.8	6.8	0.9	4.1	4.9	9.5
うち 男								
1964	5.5	8.3	1.8	7.8	1.0	4.1	5.2	10.3
1966	...	...	2.0	7.6	1.0	4.3	...	...
女								
1964	4.3	5.2	1.6	6.4	0.9	3.7	4.1	8.0
1966	...	...	1.6	6.0	0.8	3.9	...	...
里子								
19歳未満青少年総数								
1,000人当り数								
1964		3.7		7.6		2.9	3.1	11.8
1966		2.4		7.2		3.1	3.1	11.1

表 23 有子世帯に対するホームヘルパー

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
従事人員数計	4,573	1,809	1,791	3,706
うち フルタイマー		1,809	1,659	3,326
パートタイマー		—	132	380
ホームナース		—	577	730
受給世帯数	76,008	43,683	49,341	71,400
受給世帯の総有子世帯に対する割合				
(1964)	(14%)	(6.1%)	(6.7%)	(6.7%)
	12	6.9	7.3%	7

(注) とくにことわらないかぎり66年。
ホームナースとは短期間の訓練を経たもの。
デンマーク64年は1957～58年。

表 24 有子世帯に対する住居費補助の割合 (単位 %)

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
有子世帯総数における補助受給世帯数の割合				
1964	11	1.2		16
66	10	1.8	...	15
2人以上有子世帯総数における補助受給世帯数の割合				
1964	54	59		49
66	54	58	...	51

表 25 休 暇

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
児童に対して				
キャンプ児童数				
1964	...	15,596	5,450	27,303
66	...	15,475	...	25,260
キャンプ1人当り平均日数				
1964	...	27	約 35	37
66	...	27	...	36
交通費受給児童数				
1964	...	...	5,450	12,500
66	...	...	...	2,315
主婦に対して				
休暇受給主婦数				
1964	—	6,964	約 8,500	14,300
66	—	6,081	7,715	12,000
1人当り平均日数				
1964	—	9	約 11	10
66	—	9	11	12

表 26 公 的 扶 助

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン
扶助受給有子世帯数				
1964		37,560	...	42,620
66		35,450	9,812	44,174
総有子世帯数における受給有子世帯数の割合				
1964		5.9%	...	4.2%
66		5.6	1.8%	4.4
子のない扶助受給世帯数				
1964		11,625	...	17,408
66		10,175	3,712	72,963
子のない世帯総数における子のない扶助受給世帯数の割合				
1964	...	5.6%	...	1.9%
66	2.7%	3.2	1.0%	3.7
扶助受給単身者数(男)				
1964	13,590	22,695	...	37,858
66	15,548	25,575	10,873	35,770
扶助受給単身者数(女)				
1964	19,380	28,875	...	32,020
66	20,446	28,240	7,613	24,228
扶助受給人員数(世帯員を含む)				
1964	...	261,040	...	266,783
66	...	237,335	65,169	298,311
総人口における扶助受給人員の割合				
1964	...	5.7%	...	3.5%
66	...	5.1	1.7%	3.8

表 20 は児童手当受給者数の割合と児童手当金額である。受給割合は第 2 子以下に給付しているノルウェーのそれが 50 % をいささかこしているほかは、ほぼ 100 % となっている。

ここで表 21 出産手当などの母子保護、表 22 公的監護を受ける青少年の該当年齢人口に対する割合、表 23 有子世帯に対するホームヘルパー、表 24 有子世帯に対する住居費補助の割合、表 25 主婦および児童の休暇など母親および児童に関する資料を掲げておこう。

6. 公的扶助 (表 26)

表 26 は公的扶助についてである。有子扶助世帯、子のない扶助世帯、扶助人員総数についての扶助率が掲げられている。フィンランドやスウェーデンのそれは日本のより遥かに高いことに注目すべきであろう。

II 社会保障費に関する資料

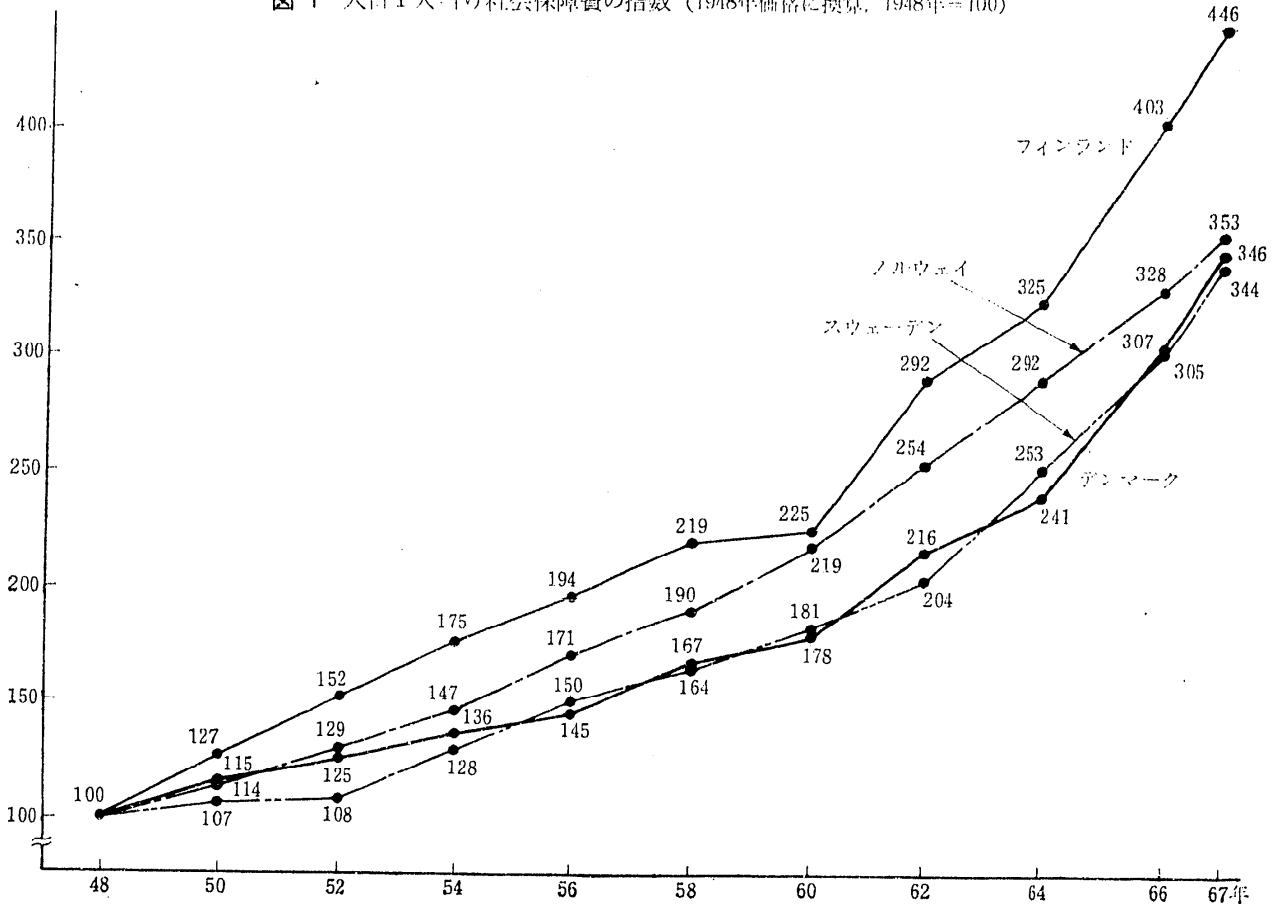
前回までにすでに述べておいたのであるが、煩をいわず注意すべき点をまず挙げておこう。

社会保障の範囲として、政府が財政面で関与している制度と、雇用主によっても財政的裏付けがなされており

しかも法制によって定められている諸制度としている。なお社会保障費には給付費のほかに事務費をも含めている。

- (1) 社会保障的な意味で第 2 次的なものとして考えられる施設、たとえば一般世帯に対する住宅建設補助、一般学生に対する奨学金などは含めない。
- (2) 所得再分配施策については除いたものが多いのであるが、個人の所得税課税額評価に当たっての児童保障控除額のみは、普通の児童手当と全く同義と考えて含めて別掲している。本稿においては前述のとおり家庭および児童に含めている。
- (3) 公衆衛生施策は医療保障の基礎と考えて広く含めているのであるが、上下水道の供給というような形で全地域社会に実施される環境衛生施策までを含んでいるわけではない。
- (4) 公費負担による教育については、他の文化的諸施策と同様に一般的には含めず、ただ学校給食と学童に対する保健施策のみを含めている。また身体障害者の補導訓練施策をも含めている。
- (5) 住宅施策のうちでは、有子世帯に対する家賃補助

図 1 人口 1 人当り社会保障費の指数 (1948 年価格に換算, 1948 年=100)



資料1 社会保障費の推移

国名	社会保障費 (100万クローネまたは100万マルク)	人口1人当り社会保障費 (クローネまたはマルク)	生計費指数 (1948=100)	人口1人当り社会保障費 (1948年価格に換算)	国民所得 (100万クローネまたは100万マルク)	国民所得に対する社会保障費の割合 (%)
デンマーク						
1948	1,481	353	100	353	15,310	9.7
50	1,855	434	107	406	18,783	9.9
52	2,352	542	123	441	21,193	11.1
54	2,632	597	124	481	23,432	11.2
56	3,185	713	139	513	25,786	12.4
58	3,867	856	145	590	28,453	13.6
60	4,345	948	151	628	34,166	12.7
62	5,891	1,268	166	764	42,447	13.9
64	7,094	1,504	177	850	50,081	14.2
66	10,283	2,146	198	1,084	61,653	16.7
67	12,270	2,540	208	1,221	67,239	18.2
フィンランド						
1948	246	63	100	63	3,339	7.4
50	396	99	123	80	4,453	8.9
52	607	148	154	96	6,664	9.1
54	722	172	156	110	7,323	9.9
56	881	206	169	122	9,041	9.7
58	1,209	277	201	138	10,268	11.8
60	1,326	299	210	142	12,447	10.7
62	1,860	413	224	184	14,870	12.5
64	2,435	532	259	205	18,929	12.9
66	3,328	717	282	254	22,249	15.0
67	3,899	836	297	281	23,983	16.3
ノルウェー						
1948	808	252	100	252	11,263	7.2
50	985	302	105	288	12,879	7.6
52	1,435	431	133	324	16,959	8.5
54	1,786	526	142	370	18,600	9.6
56	2,206	637	148	430	22,013	10.0
58	2,700	766	160	479	22,465	12.0
60	3,243	905	164	552	25,429	12.8
62	4,117	1,131	177	639	29,732	13.8
64	5,219	1,413	192	736	35,501	14.7
66	6,418	1,710	207	826	42,511	15.1
67	7,273	1,922	216	890	46,439	15.7
スウェーデン						
1948	2,361	343	100	343	22,253	10.6
50	2,654	378	103	367	25,603	10.4
52	3,419	480	129	372	34,423	9.9
54	4,188	580	132	439	37,084	11.3
56	5,348	731	142	515	42,839	12.5
58	6,474	874	155	564	48,099	13.5
60	7,534	1,007	162	622	54,533	13.8
62	9,214	1,218	174	700	63,918	14.4
64	12,303	1,606	185	868	77,084	16.0
66	16,639	2,153	206	1,045	97,130	17.1
67	19,944	2,534	215	1,179	103,947	19.2
日本						
昭和35						5.8
40						7.2
45						6.8

(注) 日本の数字は後掲67ページのとおりに計算替えを行なったもの。

と、老齢年金と身体障害者年金受給者に対する住宅提供のみを含めている。

- (6) 公共事業が失業保険給付の代替となっている場合、たとえばフィンランドなどでそうであるが、公共事業のための賃金支出を含めている。
- (7) 傷病時における生計費補助としての傷病手当は、一般的な保険制度の一部となっているかぎり自動的に含まれている。しかし傷病中の被用者に対して賃金として支払うよう義務づけられている雇用主の支出は含めていない。
- (8) 医療などにおいて、受給者が自己負担している経費総額を計上することはせず、正規の保険給付のみを含めている。
- (9) とくに老齢保障においてではあるが、保険料が一般個人の所得税と同様に特別税として徴収されている場合には、被保険者保険料拠出に含めている。
- (10) 雇用主負担は、法的に義務づけられているものにかぎり含め、任意的なものや契約的のものは含めない。
- (11) 私的な救護団体については、その活動に対する公

的援助の分のみを含めている。

- (12) できるだけ純額をとっており、ある場合には、たとえば受給者の支払う利用料などの収入を粗額から差引いている。

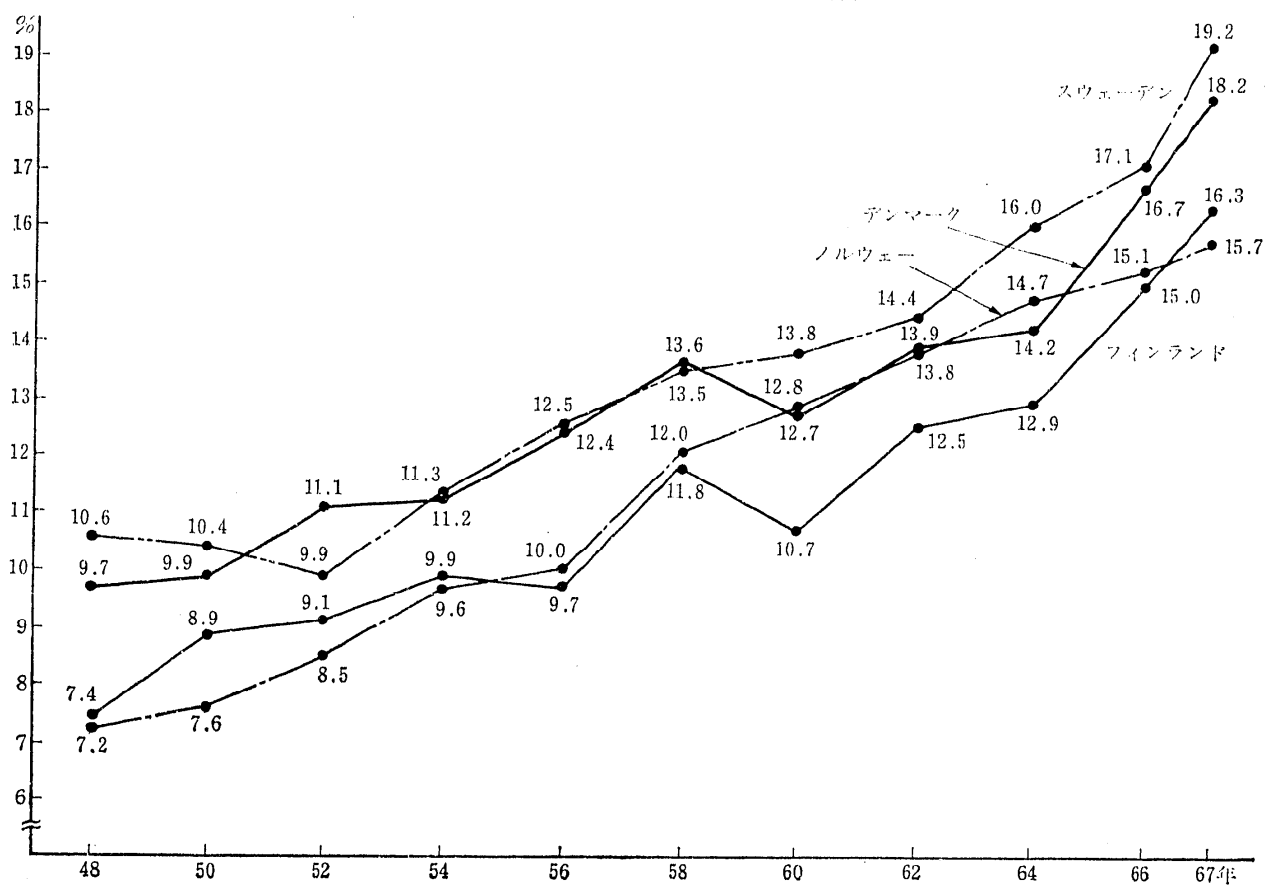
- (13) 可能なかぎり資本投資あるいは施設建設費などを経費として含めず、施設については経常の運営費のみを含めるように努めている。

1. 社会保障費の顕著な上昇傾向

まず資料1に社会保障費の推移を掲げておこう。この資料について、物価変動を捨象して1948年価格に換算し48年を100とした社会保障費の指数を図示したのが図1である。

「当時（1930年代—紹介者注）西欧では深刻な経済不況にさらされ、その不況を救うために国民大衆の購買力の増進によって生産を刺激するという成長政策が提唱され実行されたのである。社会保障もまた国民福祉増進の名のもとにこの成長政策の一環だったのである。……中略……失業救済や社会保障による購買力増進をきっかけとして（またその他の要因も加わって）、西欧では成長政策がかなり順調に進み、戦後もこの点で著しい伸展を

図2 社会保障費の国民所得に対する割合



示した。」と山田雄三所長は説いておられる³⁾。図1は1948年以降50年代にもかなりの上昇を続けていること、さらに60年に入ると、一段と飛躍的な上昇傾向に入り止まるところを知らぬかの状態であることを示している。本稿の意図の一つはこの顕著な上昇傾向について検討を行いたいということである。そのことは図2にも表われている。社会保障費の対国民所得比によってみて、国民所得の増加を上回って、とくに60年代に入ると上昇割合が激しくなっている⁴⁾。こころみに日本のそれを見ると、昭和35年5.8、40年7.2、45年6.8と依然として低迷を続けており、北欧諸国の60年代はおろか、50年代の上昇傾向すら示していない。

そこで資料2により部門別に、また部門内費目別に年率に換算した対前年上昇率いわゆる連環比率をみておこう。54~60年を50年代(50~52年のころはまだ体系化が一応の整備をみていないと考えたい)60~66年を60年代とみなしたいのであるが、資料では54~60年の年率と60年から2年ごとの年率とを掲げておいた。またあわせて54年から66年までの単純な倍率を参考として掲げた。すべて年率に換算してあることにくれぐれも注意されたい。また国民所得および生計費指数をも併記しておく。この資料によると、概して60年以前に比し60年以降の上昇率が遥かに高くなっていることがわかる。また部門内費目別にみても、多少の出入りはあるにしてもほとんどの費目にわたって歩調を揃えて上昇していることがわかる。この点では日本でもとすれば、一つの費目が目玉商品的に脚光を浴びがちであることは問題であり、各部門にわたって万遍なく推進せしめることに注意すべきであろう。また日本について昭和39年より45年までの6年間の上昇率をみると年率117.0(実質111.1)となっている⁵⁾。この上昇率は北欧諸国の66年ごろに近い。ということは日本と北欧諸国との現在における格差をそのまま維持しながら、同様な歩調で推進するということである。日本の社会保障水準をこれらの国の水準に近づけようというならば、発想を新たにして真に飛躍的に推進せしめる必要があらう。

2. 部門別費目別構成比の推移

社会保障費が上述のような顕著な上昇傾向を迎える場合、その内部で構成比はどのように推移するものであろうか。資料3はその部門別推移を示したものである。またそれを図示したのが図3である。この図で顕著なのは医療および保健衛生、老齢および身障年金などの両部門のしめる割合が太線で示したごとくいずれの国においても増加傾向を続け、66年には70~80%に達していることである。社会保障が進むとともに、この両部門がいかにか大きな割合をしめることになるかがわかる。また日本の分を掲げておいたが、いわれるように医療部門が過大であり、年金部門が過小である。また公的扶助の大きいのも目立っている。

資料4は部門内費目別構成比をみたものである。60年を中心として54年、66年の3時点で比較を行おうとしたものであり、参考のため62、64の両年をも掲げておいた。医療および保健衛生では健康保険の割合はノルウェーを除いては30%前後であること、ノルウェーは60%を少しこえる程度で日本の90%近いのには及びもつかない。このことは一面医療制度の相違を表わしており、これらの国では日本と異なり病院をはじめ公営施設のしめる割合が高いからと考えてよいであろうが、公衆衛生および病院などについて日本の公的消費の不十分さを物語っているともいえるであろう。老齢、身障者などの年金その他では老齢年金など各種年金のしめる割合が高いのは当然のことであるが、老齢年金のしめる割合がいずれの国でも低下してきている。家庭および児童では児童手当のしめる割合に同様な傾向がみえる。

資料5は社会保障費にしめる社会保険費である。社会保障体系はサービス中心型から社会保険中心型に移りつつあるのかどうかの問題である。社会保険費は紹介者の推計であるので不正確なきらいがあるのであるが、その傾向は必ずしも明確ではない。

資料6は部門別にみた現金給付の割合である。一般的には現金給付の割合は年とともに増すように考えられるのであるが、この資料では必ずしもそうではない。部門別にあるいはさらに細かく費目別にみる必要があらう。

資料7は基金積立金である。スウェーデンにおいて補足年金の積立は年々著しく増加している。

資料8は社会保障費の部門別対国民所得比である。老齢、身障者などの年金その他、家庭および児童の両部門について日本が北欧諸国に比して低いことは一般にいわれているところであるが、国際水準に達しているといわれる医療および保健衛生にしても、日本昭和45年に3.7

3) 山田雄三「社会保障論の基礎に関する五つの拠点」『71日本の社会保障』(『週刊社会保障』編集部、昭和46年11月)p.4以下。

4) 社会保障費を国民所得でなく国民総生産や個人消費支出をベースにする考え方が出されている。たとえばILOのThe Cost of Social Securityの近年分は国民総生産をとり、城戸喜子研究員は個人消費支出を提唱している(城戸喜子「(中間報告)国連『国民勘定統計』による社会的消費の国際比較的研究」社会保障研究所所内研究資料No.7104、昭和46年9月)。しかし今回の紹介資料では今のところ国民所得を用いている。

5) ただし社会保障費としてここでは社会保障制度審議会事務局の広義の社会保障費をとった。

資料2 費目別にみた対前年上昇率

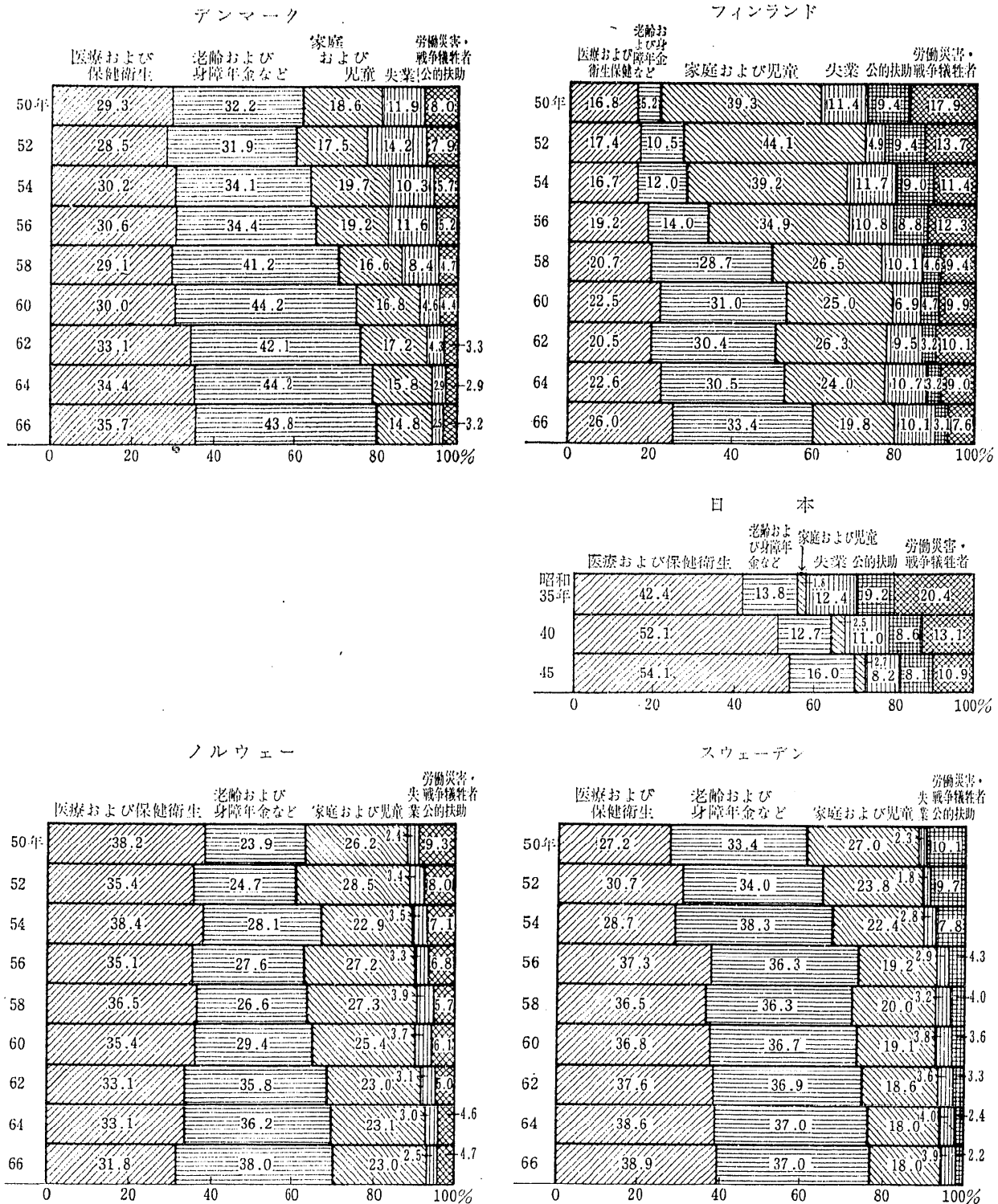
	国民所得 生計費 指数	社会 保障費 合計	医療および保健衛生		老齢、身障者などの年金その他			家庭および児童									
			計	健康 保険	公衆衛生 保健など	精神 障害	計	老齢 年金	身障 年金	寡婦 年金	身障リハ ビリティ 年金	老人 ホーム アパート	金	計	児童 手当	その他	
デンマーク																	
66/54年×100.0	263.1	159.7	390.7	465.2	385.8	466.8	783.2	515.9	425.8	604.8	—	777.6	723.6	292.9	299.6	257.9	367.8
54～60年の対前年上昇率 (年平均)	106.5 (103.0)	103.4 (105.1)	108.7 (105.1)	109.2	107.0	109.2	112.0	114.0	113.6	122.6	—	110.8	114.1	100.4	114.0	104.5	108.7
60～62年	111.5 (106.4)	104.8 (101.2)	116.5 (111.2)	122.4	129.2	118.0	126.3	113.8	110.7	117.1	136.2	132.8	119.7	116.1	117.3	121.8	111.5
62～64年	108.6 (105.1)	103.3 (106.2)	109.7 (106.2)	111.8	106.4	114.0	117.3	112.4	110.0	113.2	114.0	117.1	116.0	114.1	105.2	109.8	111.1
64～66年	110.9 (104.8)	105.8 (113.8)	120.4 (113.8)	122.6	116.6	123.5	134.3	119.8	116.2	119.8	117.3	132.0	130.6	127.5	116.8	114.5	119.7
フィンランド																	
66/54年×100.0	303.8	180.8	460.9	715.7	2457.1	572.1	12761.5	1283.9	1097.8	—	—	355.4	—	—	234.4	186.3	402.4
54～60年の対前年上昇率 (年平均)	109.2 (103.9)	105.1 (105.3)	110.7 (105.3)	116.3	111.0	115.6	328.7	129.7	128.7	—	—	115.2	—	—	102.8	101.1	107.7
60～62年	109.3 (105.4)	103.7 (107.7)	111.7 (107.7)	112.9	111.5	113.5	103.0	117.2	116.1	—	—	98.7	118.1	—	115.0	119.4	103.6
62～64年	112.8 (104.9)	107.5 (112.8)	121.3 (112.8)	120.3	561.3	116.7	117.7	114.5	112.1	112.1	137.7	117.1	117.3	—	115.3	108.9	133.4
64～66年	108.4 (103.9)	104.3 (120.1)	125.3 (120.1)	125.3	579.2	116.6	122.1	122.3	120.1	120.1	140.2	106.7	111.6	—	106.3	101.4	116.2
ノルウェー																	
66/54年×100.0	228.6	145.8	359.4	317.2	341.5	244.1	517.2	517.2	412.6	1021.1	—	295.3	301.4	—	303.5	285.4	440.8
54～60年の対前年上昇率 (年平均)	105.4 (102.8)	102.5 (107.8)	110.5 (107.8)	110.2	111.7	107.2	112.1	112.3	113.0	111.2	—	118.4	102.6	—	109.1	108.2	115.2
60～62年	108.1 (104.1)	103.8 (108.5)	112.6 (108.5)	108.8	107.0	111.8	113.5	124.3	115.5	571.4	—	85.9	118.9	—	107.3	107.2	108.2
62～64年	109.3 (105.0)	104.1 (108.2)	112.6 (108.2)	112.4	112.8	109.2	123.9	113.2	113.0	112.9	—	115.2	119.6	—	112.7	112.9	111.7
64～66年	109.4 (105.4)	103.8 (106.8)	110.9 (106.8)	108.7	110.1	104.1	114.8	113.7	107.8	113.6	—	104.6	113.1	—	110.8	110.2	113.6
スウェーデン																	
66/54年×100.0	261.9	156.1	397.3	545.8	913.7	449.2	554.4	389.2	343.9	—	—	199.5	—	44.8	323.4	298.6	356.3
54～60年の対前年上昇率 (年平均)	106.6 (103.1)	103.4 (106.7)	110.3 (106.7)	115.2	219.2	110.5	114.0	109.6	109.1	—	—	100.3	—	103.1	107.7	107.6	107.8
60～62年	108.3 (104.0)	104.1 (106.2)	110.6 (106.2)	111.8	106.2	115.2	115.1	111.3	111.3	111.3	—	103.5	118.2	45.7	109.2	108.9	109.5
62～64年	109.8 (106.5)	103.1 (112.0)	115.5 (112.0)	116.7	120.6	114.8	112.8	116.0	112.5	—	—	113.1	125.9	113.7	113.1	105.8	122.2
64～66年	112.2 (106.3)	105.6 (110.1)	116.3 (110.1)	117.0	109.3	121.5	120.8	115.9	114.0	503.5	—	119.4	112.3	117.3	116.5	120.3	112.7

(注) () 内は実質上昇率。
医療および保健衛生の健康保険には、すべてが必ずしも健康保険でない歯科治療を含めている。

資料 3 社会保障費の部門別構成費の推移

国名	医療および保健衛生 (%)	労働災害 (%)	失業 (%)	高齢、身障者などの年金その他 (%)	家庭および児童(税額控除を含む) (%)	公的扶助 (%)	戦時犠牲者 (%)	合計(括弧内は中央管理費) (%)
デンマーク								
1950	29.3	2.8	11.9	32.2	18.6	2.7	0.7	100.0(1.8)
52	28.5	2.6	14.2	31.9	17.5	3.0	0.6	100.0(1.7)
54	30.2	2.6	10.3	34.1	19.7	2.6	0.5	100.0
56	30.6	2.3	11.6	34.4	18.2	2.4	0.5	100.0
58	29.1	1.9	8.4	41.2	16.6	2.4	0.4	100.0
60	30.0	2.5	4.6	44.2	16.8	1.4	0.5	100.0
62	33.1	2.0	4.3	42.1	17.2	1.0	0.3	100.0
64	34.4	1.8	2.7	44.2	15.8	0.8	0.3	100.0
66	35.7	2.1	2.5	43.8	14.8	0.9	0.2	100.0
フィンランド								
1950	16.8	3.9	11.4	5.2	39.3	9.4	13.6	100.0(0.4)
52	17.4	3.9	4.9	10.5	44.1	9.4	9.5	100.0(0.3)
54	16.7	3.7	11.7	12.0	39.2	9.0	7.7	100.0
56	19.2	3.7	10.8	14.0	34.9	8.8	8.6	100.0
58	20.7	3.2	10.1	28.7	26.5	4.6	6.2	100.0
60	22.5	4.2	6.9	31.0	25.0	4.7	5.7	100.0
62	20.5	3.7	9.5	30.4	26.3	3.2	6.4	100.0
64	22.6	3.5	10.7	30.5	24.0	3.2	5.5	100.0
66	26.0	3.1	10.1	33.4	19.8	3.1	4.5	100.0
ノルウェー								
1950	38.2	3.0	2.4	23.9	26.2	3.8	2.0	100.0(0.5)
52	35.4	2.6	3.4	24.7	28.5	3.4	1.6	100.0(0.4)
54	38.4	3.0	3.5	28.1	22.9	2.7	1.4	100.0
56	35.1	3.1	3.3	27.6	27.2	2.3	1.4	100.0
58	36.5	2.2	3.9	26.6	27.3	2.3	1.2	100.0
60	35.4	2.9	3.7	29.4	25.4	2.0	1.2	100.0
62	33.1	2.7	3.1	35.8	23.0	1.5	0.8	100.0
64	33.1	2.5	3.0	36.2	23.1	1.4	0.7	100.0
66	31.8	2.2	2.5	38.0	23.0	1.6	0.9	100.0
スウェーデン								
1950	27.2	3.9	2.3	33.4	27.0	4.5	0.4	100.0(1.3)
52	30.7	3.3	1.8	34.0	23.8	4.7	0.4	100.0(1.3)
54	28.7	3.0	2.8	38.3	22.4	4.5	0.3	100.0
56	37.3	1.8	2.9	36.3	19.2	2.2	0.3	100.0
58	36.5	1.6	3.2	36.3	20.0	2.2	0.2	100.0
60	36.8	1.4	3.8	36.7	19.1	2.0	0.2	100.0
62	37.6	1.4	3.6	36.9	18.6	1.8	0.1	100.0
64	38.6	1.1	4.0	37.0	18.0	1.2	0.1	100.0
66	38.9	0.9	3.9	37.0	18.0	1.2	0.1	100.0
日本								
昭35	42.4	4.1	12.4	13.8	1.8	9.2	16.3	100.0
40	52.1	3.8	11.0	12.7	2.5	8.6	9.3	100.0
45	54.1	3.8	8.2	16.0	2.7	8.1	7.1	100.0

図3 部門別構成比



資料5 社会保険費における社会保険費 (単位は100万クローネまたは100万マルク)

	社会保険費合計		医療および保健衛生		老齢、身障者などの年金その他		労働災害		失業	
	計	社会保険のみ	計	社会保険のみ	計	社会保険のみ	計	社会保険のみ	計	社会保険のみ
デンマーク										
54	2,632.1	1,345.3(51.1)	789.1	291.0(36.9)	872.1	758.1(86.9)	66.3	62.9(94.9)	268.9	233.3(86.8)
60	4,344.6	2,412.6(55.5)	1,304.0	449.9(34.5)	1,918.2	1,700.2(88.6)	109.2	101.1(92.6)	198.7	161.4(81.2)
66	10,283.2	5,252.6(51.1)	3,670.6	1,219.2(33.2)	4,498.9	3,648.2(81.1)	218.7	202.4(92.5)	256.9	182.8(71.2)
フィンランド										
54	722.2	113.6(15.7)	120.9	7.7(0.06)	86.5	80.0(92.5)	26.4	25.6(97.0)	84.4	0.3(0.4)
60	1,325.7	443.4(33.4)	298.7	25.3(0.08)	411.2	363.0(88.3)	55.1	53.2(96.6)	91.1	1.9(2.1)
66	3,327.5	1,358.5(40.8)	865.3	206.0(23.8)	1,110.6	1,008.7(90.8)	103.6	102.7(99.1)	336.2	41.1(12.2)
ノルウェー										
54	1,786.3	924.7(51.8)	643.2	402.9(62.6)	472.0	435.7(92.3)	51.3	49.5(96.5)	58.5	36.6(62.6)
60	3,243.0	1,849.3(57.0)	1,151.1	772.4(67.1)	953.2	897.1(94.1)	92.6	89.5(96.7)	120.4	90.3(75.0)
66	6,418.1	3,919.4(61.1)	2,040.4	1,386.1(67.9)	2,441.8	2,314.0(94.8)	138.0	128.2(92.9)	159.3	91.1(57.2)
スウェーデン										
54	4,137.9	2,011.7(48.0)	1,185.4	270.8(22.8)	1,588.5	1,541.5(97.0)	123.7	120.8(97.7)	117.9	78.6(66.7)
60	7,533.9	3,982.9(52.9)	2,769.8	1,161.6(41.9)	2,764.5	2,600.1(94.1)	106.7	100.2(93.9)	290.0	121.0(41.7)
66	16,638.6	8,209.3(49.3)	6,469.4	2,280.9(35.3)	6,182.2	5,634.0(91.1)	141.9	130.3(91.8)	654.3	164.1(25.1)
日本										
昭和35	771.9	433.7(56.2)	327.1	295.6(90.4)	106.4	61.1(57.4)	32.0	32.0(100.0)	95.8	45.0(47.0)
40	1,855.1	1,223.6(66.0)	968.3	845.2(87.3)	235.1	168.7(71.8)	69.6	69.6(100.0)	203.3	140.1(68.9)
45	3,952.1	2,834.6(71.7)	2,136.6	1,918.2(89.8)	632.2	514.8(81.4)	150.9	150.9(100.0)	324.5	250.7(77.3)

(注) () 内は計に対する社会保険のみの割合である。
社会保険費合計には上掲部門以外の部門をすべて含んでいる。
社会保険のみの額は紹介者の推計である。

資料 6 部門別社会保障費における現金給付の割合

項 目	デンマーク			フィンランド			ノルウェー			スウェーデン		
	62	64	66	62	64	66	62	64	66	62	64	66
合 計	56	52	50	60	57	54	68	65	63	61	60	60
医療および保健衛生	5	4	4	2	5	10	81	13	12	21	23	24
労働災害	75	76	81	89	90	71	68	68	62	75	85	81
失業	76	74	60	31	42	9	84	60	43	79	54	86
老齢, 身障者などの年金その他	87	82	79	90	88	89	96	93	90	94	92	93
家庭および児童	69	65	63	75	68	66	77	84	69	73	72	71
公的扶助	93	77	93	...	...	...	76	75	88	76	100	100
戦争犠牲者	100	100	100	100	100	98	95	95	96	96	100	97
税額控除による児童	—	—	—	—	100	100	100	100	100	—	—	—

(注) 現金給付の内容は下記のとおりである。

医療および保健衛生: 日給傷病手当金

労働災害: 日給傷病手当金(適用可能な場合), 年金および一時給付金

失業: 日給手当金, および他の現金給付, 再訓練手当

老齢, 身障者などの年金その他: 年金, 現金扶助

家庭および児童: 児童保護者に対する現金扶助, 出産手当, 一般児童手当, 児童年金, 児童維持貸付金, また家庭主婦の休日現金給付および学習給付金

公的扶助: 現金による社会扶助, 他国におけるスウェーデン国民および亡命者に対する現金扶助

戦争犠牲者: 年金および他の現金給付

資料 7 基金積立金

項 目	デンマーク (100万クロネ)	フィンランド (100万マルク)	ノルウェー (100万クロネ)	スウェーデン (100万クロネ)
医療および保健衛生 1960	268.6	18.1	259.9	517.2
62	301.3	21.4	345.2	603.2
64	238.4	30.0	326.1	668.6
66	290.9	26.7	433.8	670.7
労働災害 1960	...	114.4	370.9	991.2
62	...	146.9	449.7	1,091.0
64	...	188.8	475.1	1,211.7
66	...	239.8	488.8	1,357.8
失業 1960	486.1	2.8	657.5	323.1
62	527.9	30.7	722.0	389.5
64	657.4	59.2	765.8	460.7
66	710.5	87.9	840.5	530.6
老齢, 身障者などの年金その他 1960	—	1,049.1	806.3	1,815.0
62	—	1,321.7	1,031.8	3,980.3
64	322.6	2,231.0	1,266.9	8,633.6
66	1,075.4	3,060.3	1,639.2	15,699.3
家庭および児童 1960	—	—	16.8	—
62	—	—	60.3	—
64	—	—	92.5	—
66	—	—	121.0	—
戦争犠牲者 1962	—	—	15.6	—
64	—	—	26.5	—
66	—	—	14.9	—
合 計 1960	754.7	1,184.4	2,111.4	3,646.5
62	829.2	1,520.7	2,624.6	6,064.0
64	1,218.4	2,509.0	2,952.9	10,974.6
66	2,076.8	3,414.7	3,538.2	18,258.4

(注) 各年年度末の金額である。

であるのに対し、66年のデンマーク6.0、フィンランド3.9、ノルウェー4.8、スウェーデン6.7と、フィンランド以外は遥かに高くなっている。本稿では日本の社会保障費を北欧諸国のそれと比較するために、社会保障制度審議会事務局算定のそれに計算替えを行い、とくにことわらないかぎりそれを用いている。それは同事務局の社会保障関係総費用からつぎの諸費目を落したものである。

簡易水道等施設整備 環境衛生対策（清掃施設）

下水道施設整備 公害対策

第一種公営住宅建設 住宅地区改良

電気導入

このようにして金額は同事務局総費用の広義の社会保障に最も近くなる。ただし今回操作しえなかった問題で最も大きなものは、国公立医療機関整備をはじめ施設整備費が各種の費目に含まれていて分離除外できないことである。それにしても紹介資料の部門別分類は、各部門ごとの社会保障施策なり水準なりをまとめて考察することができ便利である。広く国際比較を行いうる唯一の資料であるILOのThe Cost of Social Securityでは、遺憾ながらこのような事故別分類はすべての制度をつくしてはできず、社会保険および類似制度、家族手当、公衆保健サービスの3制度を合せた分についてのみ可能である。ただし日本では厚生省分類によって給付額についてのみはすべての制度を合せて可能となっている。

資料9は逆に北欧諸国資料の分類替えを行なって、日本のすでに計算替えを行なった社会保障制度審議会資料に揃えた社会保障費の部門別構成比および国民所得比である。この資料によって知られるのは、一つは社会福祉

が日本で極めて低いことである。構成比でみてすでに52年に20%から30%、フィンランドのごときは45%に達していた北欧諸国と、漸増しつつも昭和45年にいまだ4.2%にしか達しない日本とでは、福祉に対する意識に質的な差異があると考えられ、これを打破することなしには社会保障は進みえないとみることとはできないであろうか。もっとも日本でも児童手当制度は発足したし今後は急速に伸びることではあろう。つぎに社会保険の割合は、日本は北欧諸国で最も高いノルウェーよりも一段と高い。今後日本の社会保障を推進していく場合にこの割合をどの程度にもっていくかが一つの問題であろう。

3. 財源別構成比の推移

資料10は部門別、費目別にみた財源別割合である。合計でみた場合、図4の示すところによれば、一般国民と雇用主の負担とを合せた割合は、太線の示すとおりの国においても年とともに増加している。すなわち公費負担割合の減少傾向である。資料10により部門ごとに費目別にみた場合、国により費目によりかなり異っている。日本の社会保障制度審議会事務局の推計で保険料が一括されていて、一般国民と雇用主とに分けていないのは遺憾である。ILOに提出する原資料である厚生省分類では分けられているところからみてこの分割は可能であろう。

資料11は、さらに各部門ごとに財源別構成比を、社会保険のみと計とに分けてみたものである。合計では6ヵ年の推移がわかるのであるが、社会保険のみにおいて中央および地方の公費負担は、年とともに減少する傾向があるように考えられる。これを部門別に解明しておくことも一つの問題であるといつてよいであろう。

資料 8 社会保障費の部門別国民所得比（北欧資料分類による）

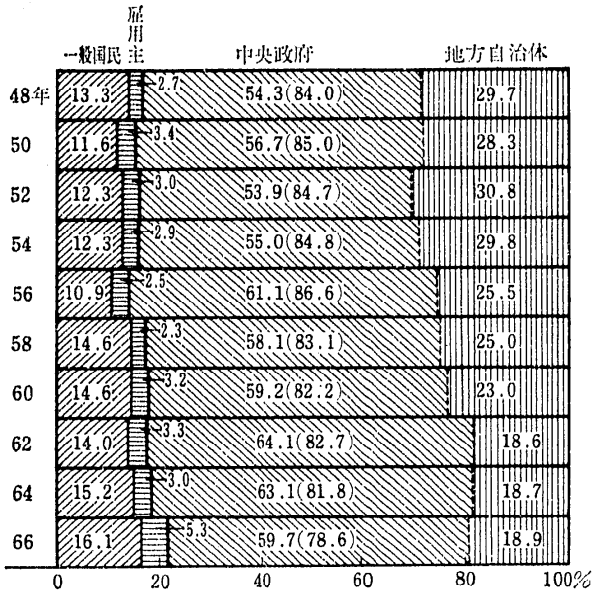
	50年	52	54	56	58	60	62	64	66
デンマーク									
医療および保健衛生	2.9	3.2	3.3	3.8	4.0	3.8	4.6	4.9	6.0
老齢、身障者などの年金その他	3.2	3.5	3.7	4.3	5.6	5.6	5.8	6.3	7.3
家庭および児童	1.8	1.9	2.2	2.2	2.2	2.2	2.4	2.2	2.5
その他	2.0	2.5	2.0	2.1	1.8	1.1	1.1	0.8	0.9
合 計	9.9	11.1	11.2	12.4	13.6	12.7	13.9	14.2	16.7
フィンランド									
医療および保健衛生	1.5	1.6	1.7	1.9	2.5	2.4	2.6	2.9	3.9
老齢、身障者などの年金その他	0.5	0.9	1.2	1.4	3.4	3.3	3.8	3.9	5.0
家庭および児童	3.5	4.0	3.8	3.4	3.1	2.7	2.9	3.1	3.0
その他	3.4	2.6	3.2	3.1	2.8	2.3	1.8	3.0	3.1
合 計	8.9	9.1	9.9	9.8	11.8	10.7	11.1	12.9	15.0
ノルウェー									
医療および保健衛生	2.9	3.0	3.5	3.5	4.4	4.5	4.6	4.9	4.8
老齢、身障者などの年金その他	1.8	2.1	2.5	2.8	3.2	3.8	5.0	5.3	5.7
家庭および児童	2.0	2.4	2.6	2.7	3.3	3.2	3.2	3.4	3.5
その他	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	1.3	1.1	1.1	1.1
合 計	7.6	8.5	9.6	10.0	12.0	12.8	13.9	14.7	15.1
スウェーデン									
医療および保健衛生	2.8	3.0	3.2	4.5	4.9	5.1	5.4	6.1	6.7
老齢、身障者などの年金その他	3.5	3.4	4.3	4.5	4.9	5.1	5.4	6.0	6.4
家庭および児童	2.8	2.4	2.5	2.4	2.7	2.6	2.7	2.9	3.0
その他	1.3	1.1	1.3	0.9	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0
合 計	10.4	9.9	11.3	12.3	13.5	13.8	14.4	16.0	17.1
日 本									
		昭和35年	40	45					
医療および保健衛生		2.5	3.7	3.7					
老齢、身障者などの年金その他		0.8	0.9	1.1					
家庭および児童		0.1	0.2	0.2					
その他		2.4	2.4	1.8					
合 計		5.8	7.2	6.8					

資料 9 社会保障費の部門別構成比および国民所得比（社会保障制度審議会分類による）

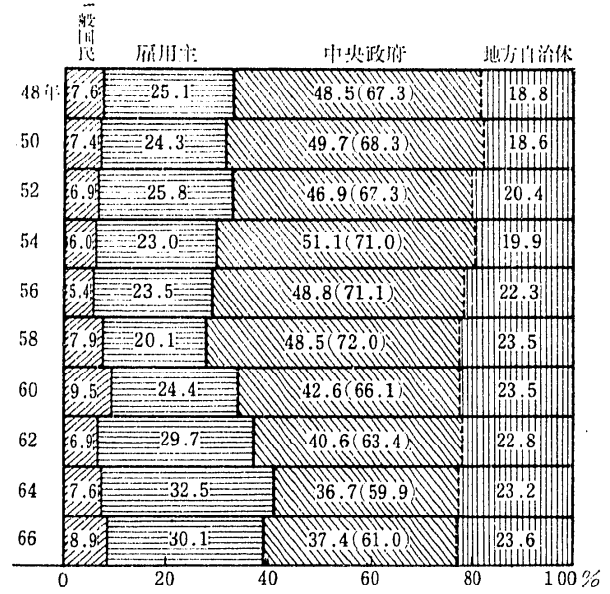
	構 成 比				国 民 所 得 比			
	52年	54	60	66	52	54	60	66
デンマーク								
公 的 扶 助	3.0	2.5	1.4	0.9	0.3	0.3	0.2	0.1
社会福祉（再計・児童手当）	21.4(10.7)	23.6(12.0)	21.9(9.8)	23.1(7.9)	2.4(1.2)	2.7(1.3)	2.8(1.3)	3.9(1.3)
社 会 保 険	53.3	51.2	55.5	51.1	5.9	5.7	7.1	8.5
公衆衛生および医療	20.1	20.8	19.8	24.0	2.2	2.3	2.5	4.0
戦争犠牲者援護	0.6	0.5	0.5	0.2	0.1	0.0	0.0	0.1
雇用（失業）対策	1.6	1.4	0.9	0.7	0.2	0.2	0.1	0.1
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	11.1	11.2	12.7	16.7
フィンランド								
公 的 扶 助	9.5	9.1	4.7	3.1	0.9	0.9	0.5	0.5
社会福祉（再計・児童手当）	45.2(36.0)	40.0(31.1)	28.7(18.2)	22.9(12.3)	4.1(3.3)	3.9(3.1)	3.1(1.6)	3.4(1.8)
社 会 保 険	14.4	15.7	33.4	40.8	1.3	1.6	3.6	6.1
公衆衛生および医療	16.5	15.9	20.8	19.8	1.5	1.6	2.2	3.0
戦争犠牲者援護	0.9	7.7	5.7	4.5	0.9	0.8	0.6	0.7
雇用（失業）対策	0.4	11.6	6.7	8.9	0.4	1.1	0.7	1.3
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	9.1	9.9	10.7	15.0
ノルウェー								
公 的 扶 助	3.4	2.5	2.0	1.6	0.3	0.3	0.3	0.2
社会福祉（再計・児童手当）	31.0(25.6)	29.3(24.1)	27.1(22.4)	25.0(19.1)	2.6(2.2)	2.8(2.3)	3.5(2.9)	3.8(2.9)
社 会 保 険	47.4	51.8	57.0	61.1	4.0	5.0	7.3	9.2
公衆衛生および医療	15.3	13.9	11.8	10.3	1.3	1.3	1.5	1.6
戦争犠牲者援護	1.6	1.3	1.2	0.9	0.1	0.1	0.1	0.1
雇用（失業）対策	1.3	1.2	0.9	1.1	0.1	0.1	0.1	0.2
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	8.5	9.6	12.8	15.1
スウェーデン								
公 的 扶 助	4.9	4.6	2.0	1.2	0.5	0.5	0.3	0.2
社会福祉（再計・児童手当）	25.3(15.3)	23.2(13.0)	21.3(11.0)	21.2(9.4)	2.5(1.5)	2.6(1.5)	2.9(1.5)	3.6(1.6)
社 会 保 険	43.0	48.0	52.9	49.3	4.3	5.4	7.3	8.5
公衆衛生および医療	25.5	22.9	21.4	25.2	2.5	2.6	3.0	4.3
戦争犠牲者援護	0.4	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
雇用（失業）対策	0.9	1.0	2.2	3.0	0.1	0.1	0.3	0.5
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	9.9	11.3	13.8	17.1
日 本	昭和35年	40	45		昭和35年	40	45	
公 的 扶 助	8.2	7.4	7.0		0.5	0.5	0.5	
社 会 福 祉	2.2	3.5	4.2		0.1	0.3	0.3	
社 会 保 険	62.1	68.9	73.9		3.6	4.9	5.0	
公衆衛生および医療	4.0	6.5	5.1		0.2	0.5	0.4	
戦争犠牲者援護	16.2	9.3	7.1		1.0	0.7	0.5	
第2種公営住宅	0.8	1.0	0.8		0.0	0.0	0.0	
雇用（失業対策）	6.5	3.4	1.9		0.4	0.3	0.1	
合 計	100.0	100.0	100.0		5.8	7.2	6.8	

図7 財源別構成費

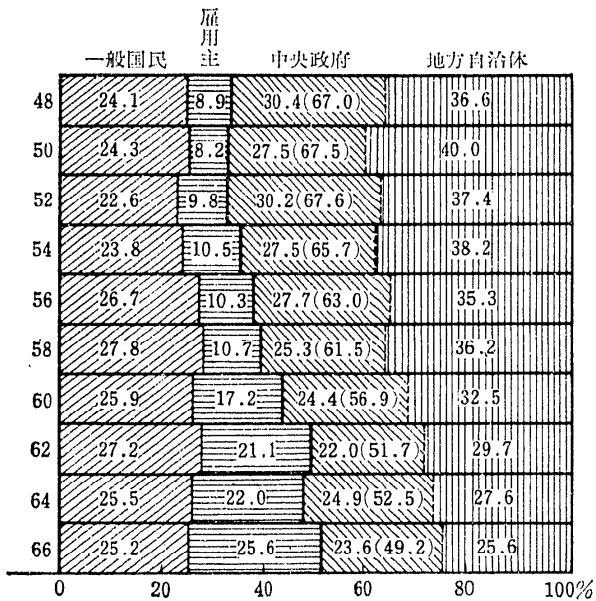
デンマーク



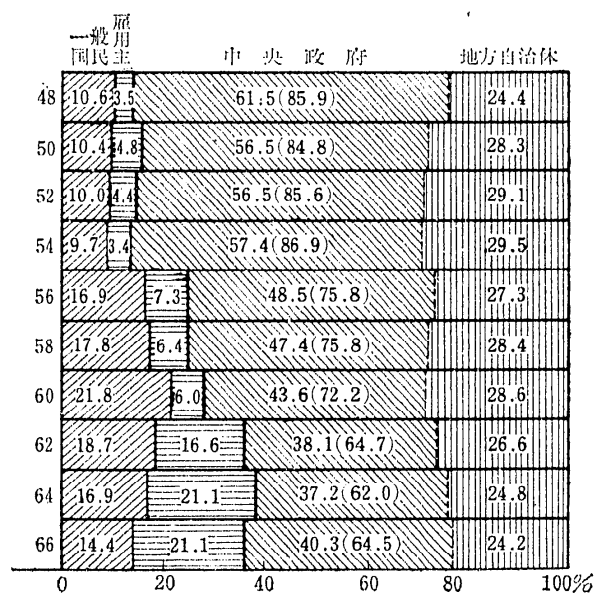
フィンランド



ノルウェー



スウェーデン



(注) ()内は中央および地方政府の計。

(単位 %)

資料 10 社会保障費の財源別割合

	社会保障費合計				医療および保健衛生				老齢身障者などの年金その他				家庭および児童			
	一般国民		中央・地方自治体		一般国民		中央・地方自治体		一般国民		中央・地方自治体		一般国民		中央・地方自治体	
	雇用主	政府	雇用主	政府	雇用主	政府	雇用主	政府	雇用主	政府	雇用主	政府	雇用主	政府	雇用主	政府
デンマーク	12.3	2.9	55.0	29.8	25.2	—	33.0	41.8	66.9	—	21.9	11.2	1.6	0.7	71.2	26.5
54	14.6	3.2	59.2	23.0	22.8	—	56.0	21.2	67.0	—	23.3	9.7	10.6	0.8	64.0	26.6
60	16.1	5.3	59.7	18.9	20.5	2.1	54.8	22.6	62.4	7.4	20.8	9.4	18.1	5.3	59.1	17.5
66	14.0	3.3	64.1	18.6	22.5	1.9	54.4	21.2	59.5	5.4	22.5	12.6	10.5	0.7	69.6	19.2
(62)	15.2	3.0	63.1	18.7	21.1	2.0	56.9	20.0	62.3	6.7	20.8	10.2	14.2	0.5	65.9	19.4
(64)																
フィンランド	6.0	23.0	51.1	19.9	4.3	2.6	51.0	42.1	61.9	38.1	—	—	28.0	18.4	42.3	11.3
54	9.5	24.4	42.6	23.5	3.1	1.9	55.8	39.2	62.4	37.6	—	—	28.8	20.5	30.1	20.6
60	8.9	30.1	37.4	23.6	10.3	6.5	48.3	34.9	46.5	29.2	24.3	—	16.4	45.7	25.5	12.4
66	6.9	29.7	40.6	22.8	2.8	1.7	57.2	38.3	62.4	37.6	—	—	18.6	34.1	32.8	14.5
(62)	7.6	32.5	36.7	23.2	7.4	7.1	49.8	35.7	51.2	48.6	0.2	—	16.2	43.7	27.4	12.7
(64)																
ノルウェー	23.8	10.5	27.5	33.2	33.8	10.7	22.5	33.0	55.1	17.5	13.8	13.6	39.9	4.9	12.6	42.6
54	25.9	17.2	24.4	32.5	34.4	15.0	18.9	31.7	52.9	23.3	10.8	13.0	37.4	23.6	9.8	29.2
60	25.2	25.6	23.6	25.6	32.9	18.2	19.5	29.4	49.6	27.4	10.5	12.5	33.6	42.5	8.6	15.3
66	27.2	21.1	22.0	29.7	31.8	17.2	20.4	30.6	49.8	27.4	10.3	12.5	40.1	31.6	8.0	20.3
(62)	25.5	22.0	24.9	27.6	31.1	16.9	20.9	31.1	49.8	27.1	10.6	12.5	36.4	54.5	8.7	20.4
(64)																
スウェーデン	9.7	3.4	57.4	29.5	13.1	0.0	30.7	56.2	70.0	—	27.6	2.4	12.7	—	73.9	13.4
54	21.8	6.0	43.6	28.6	18.2	11.8	28.0	42.0	46.3	30.0	23.7	—	32.5	15.0	37.1	15.4
60	14.4	21.1	40.3	24.2	16.1	10.7	27.1	46.1	49.6	33.1	17.3	—	17.9	35.1	37.9	9.1
66	18.7	16.6	38.1	26.6	19.0	10.3	26.8	44.9	49.9	28.6	21.5	—	26.5	27.0	32.6	13.7
(62)	16.9	21.1	37.2	24.8	18.1	11.9	27.2	42.8	48.1	31.7	20.2	—	20.9	33.8	32.2	13.1
(64)																
日本	65.7	27.8	65.5	65.7	27.8	65.5	65.5	65.7	27.8	65.5	65.5	65.7	27.8	65.5	65.5	65.7
昭和 33	54.7	27.8	65.5	65.7	27.8	65.5	65.5	65.7	27.8	65.5	65.5	65.7	27.8	65.5	65.5	65.7
40	55.9	27.3	65.5	65.7	27.3	65.5	65.5	65.7	27.3	65.5	65.5	65.7	27.3	65.5	65.5	65.7
45	57.0	25.1	65.5	65.7	25.1	65.5	65.5	65.7	25.1	65.5	65.5	65.7	25.1	65.5	65.5	65.7
(42)	56.8	23.1	65.5	65.7	23.1	65.5	65.5	65.7	23.1	65.5	65.5	65.7	23.1	65.5	65.5	65.7
(44)	56.7	27.3	65.5	65.7	27.3	65.5	65.5	65.7	27.3	65.5	65.5	65.7	27.3	65.5	65.5	65.7
	56.5	25.6	65.5	65.7	25.6	65.5	65.5	65.7	25.6	65.5	65.5	65.7	25.6	65.5	65.5	65.7
	(59.6)	(32.2)	(65.5)	(65.7)	(32.2)	(65.5)	(65.5)	(65.7)	(32.2)	(65.5)	(65.5)	(65.7)	(32.2)	(65.5)	(65.5)	(65.7)

(注) 社会年金の()内は補足年金、児童手当の()内は児童控除を除いた一般の児童手当、日本()内は社会保障制度審議会事務局の広義の社会保障であり、()を付していないのは狭義の社会保障、老齢身障者などの年金その他の内訳では計上していないものがあり、したがって合計は必ずしも100とはならない。

資料 11 社会保障費の項目別にみた源泉別割合 (1966)

資料 11 社会保障費の項目別にみた源泉別割合 (1966)											(単位 %)									
国名, 源泉別	医療および保健衛生		労働災害		失	業	老齢, 身障者などの年金その他		家庭および児童			公的扶助	戦争犠牲者	税額控除による児童	合 計					
	計	社会保険のみ	計	社会保険のみ			計	社会保険のみ	計	社会保険のみ	社会保険のみのみ				一般児童手当のみ					
					社会保険のみ	計						社会保険のみ	計	社会保険のみ		計	社会保険のみ	計	66年	(62
デンマーク	一般国民	20.5	68.8	—	—	25.3	31.4	18.1	22.4	—	0.5	—	—	—	16.1	14.0	15.2	30.3	24.8	27.9
	雇用主	2.1	8.2	86.4	93.4	11.6	14.4	5.3	6.5	—	—	—	—	—	5.3	3.3	3.0	10.5	6.2	5.9
	中央政府	54.8	22.2	13.6	6.6	57.1	50.8	59.1	56.9	24.0	82.2	100.0	28.3	100.0	59.7	64.1	63.1	48.5	53.6	51.2
	地方自治体	22.6	0.8	—	—	6.0	3.4	17.5	14.2	76.0	17.3	—	71.7	—	18.9	18.6	18.7	10.7	15.4	15.0
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
フィンランド	一般国民	10.3	46.5	—	—	1.1	8.2	16.4	17.8	47.3	2.1	—	—	—	8.9	6.9	7.6	20.4	18.4	18.4
	雇用主	6.5	29.2	98.9	99.7	4.6	34.0	45.7	49.8	28.8	53.6	97.7	—	—	30.1	29.7	32.5	49.9	44.2	52.4
	中央政府	48.3	24.3	1.1	0.3	67.9	57.8	25.5	25.3	23.9	22.1	2.3	9.9	100.0	37.4	40.6	36.7	24.3	29.7	23.1
	地方自治体	34.9	—	—	—	26.4	—	12.4	7.1	—	22.2	—	90.1	—	55.3	23.6	23.2	5.4	7.7	6.1
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ノルウェー	一般国民	32.9	49.5	2.2	2.4	26.2	35.8	33.6	35.3	12.4	8.3	—	—	28.3	25.2	27.2	25.5	36.8	39.8	36.6
	雇用主	18.2	27.4	89.8	91.0	26.2	35.8	42.5	44.7	10.3	6.9	—	—	35.4	25.6	21.1	22.0	37.6	31.5	31.3
	中央政府	19.5	10.6	6.5	6.6	34.4	10.5	8.6	8.1	74.2	54.6	100.0	9.2	29.3	23.6	22.0	24.9	14.0	13.7	17.8
	地方自治体	29.4	12.5	1.5	—	13.2	17.9	15.3	11.9	3.1	30.2	—	90.8	7.0	25.6	29.7	27.6	11.6	15.0	14.3
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
スウェーデン	一般国民	16.1	49.6	—	—	10.9	41.7	17.9	18.8	30.4	3.2	—	—	—	14.4	18.7	16.9	24.9	31.3	28.0
	雇用主	10.7	33.1	89.1	96.4	—	—	35.1	36.9	33.3	3.5	—	—	—	21.1	16.6	21.1	36.3	30.0	35.0
	中央政府	27.1	17.3	10.9	3.6	82.5	58.0	37.9	39.2	69.5	69.5	100.0	10.0	100.0	40.3	38.1	37.2	34.9	30.8	29.8
	地方自治体	46.1	—	—	—	6.6	0.3	9.1	5.1	23.8	—	—	90.0	—	24.2	26.6	24.8	3.9	7.9	7.2
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

老人の生活構造(I)

——「東京都老人福祉基礎調査」の結果から——

高 橋 紘 士

本稿は昭和46年7月に東京都民生局によって実施された「東京都老人福祉基礎調査」¹⁾の調査結果から、その主要な部分を紹介し、そのデータからの知見を手がかりにしながら老人の生活構造の特質を明らかにすることを目的としたものである。

I 調査のフレーム

本調査は、東京都における老人福祉諸施策に必要な老人の生活実態と福祉ニーズの把握を目的として行われた。

すでに東京都では、昭和36年に「東京都老人福祉基礎調査」、昭和42年に「東京都民生行政基礎調査」が実施されており、また、厚生省をはじめ、その他の地方自治体および様々な団体の手で行われた老人の生活について各種の調査は近年の老人問題への施策の緊急性と関心の高まりに応じて、次第に増加してきているが、これらの調査の多くは、老人の生活の側面のいくつかに限った、どちらかといえばインテンシブな調査で、老人の生活を総合的に捉えるといった試みはまだ行われていないといつてよい。

そこで本調査では、老人の生活を、健康と医療、就労、経済、住居と生活環境、家族関係、社会関係、そして余暇行動といった各側面にわたって、可能な限り総合的に捉えようと試みた。調査項目の構成については、図1を参照していただきたい。そしてこのような総合的に捉えた生活実態のデータによって、老人の生活構造のパターンを探ろうと試みた。また、福祉ニーズについては、従来からしばしば行われた、福祉施策の認知度や要望の聞き取りは最少限にし、生活構造のパターンから、福祉ニーズの強い層を想定するという方向で取扱うことにした。

また、生活意識については、生活への不安感、不満感、孤独感、老人意識の4項目にしばり、意識の状態が、生活構造のパターンによってどのように変化してくるかをみることにした。

本調査の回答に関しては、できるだけ既存の調査およびいくつかの外国での老人調査と比較可能になるよう努めている。

そして、本調査の母集団を東京都内に居住する60歳以上の男女約93万人と設定し、その中から無作為に抽出された調査の客体約6,000人について調査が実施され回収サンプルは5,699人で回収率は94.6%であった。

以上のような意図と方法で調査が実施されたわけであるが、調査の詳細については前記の報告書に譲ることにし、以下で、この調査から得た知見のいくつかについて述べていくことにしよう。

II 老化と老人の生活構造

個人差はあるにせよ、老化の進行は心身能力の退行傾向をもたらす、就労状況を変化させ、それに伴って稼働能力の低下をもたらす、そして家族内の地位および役割を変えていく。この結果老人の生活は自立性が喪失し、依存性(dependency)²⁾が増大する。この点に老人の生活構造の特質が見出される。ここでは生構構造を個人の生活行動の一定のパターンという意味で用いることにするが³⁾、生活構造は、少年期→青年期→壮年期→老年期といった生活周期の中で構造化のパターンを変容させていくことはよく知られたところである。生活を構造化する要因にはこの生活周期の他に生活主体の側の欲求および、環境の側の生活資源があげられるが⁴⁾、これらの構

1) 本調査の報告書は、「昭和46年東京都老人福祉基礎調査報告書」として、統計表を収録した統計編との2巻にまとめられて、東京都民生局より発表されている。この調査の企画実施は民生局総務部企画課の手によって行われたが、この調査の全過程に三浦文夫、岡田恭一、および筆者が参加し、報告書もこの3名によって分担執筆された。なお、企画段階で、林知己夫、那須宗一、下山房雄の3氏の協力を得た。

2) この依存性(dependency)の概念は、社会福祉の理論を構築するうえでの鍵概念のひとつである。

R. Pinker "Social Theory and Social Policy" (1971年, Heinemann) p. 153 以下および p. 200 以下参照。

3) 生活構造の概念については、青井和夫ほか編『生活構造の理論』(1971年, 有斐閣) 参照。

4) 青井和夫ほか編, 前掲書, p. 153 以下参照。

図1 東京都老人福祉基礎調査の枠組み

基本属性	生活実態	生活意識
性・年齢・学歴 健康状況	健康と医療 健康状況→床につききりの場合の介護者 日常生活の身体能力 老人医療への知識 病気の状況 医療の状況、受診、入院 健康診断、検査等の受診	生活への不満感 生活への不安感 孤独感 老人意識
世帯業態 本人の就労状況	就労 就労状況 現職の従業上の地位、業態、規模、産業、職業継続年数 前職、退職後年数、就業希望	
(経済階層) 本人収入 四分位階層 世帯収入 四分位階層 所得税課税階層	経済 本人 本人の収入の種類と額(仕事による収入、私的扶養による収入、公的給付による収入、財産収入) 財産保有状況 年金加入と受給、小づかい額 世帯 生計中心者 生計中心者収入 世帯収入	
居住地域	住居と生活環境 住居形態、家賃、部屋数 電話、風呂、庭の有無 生活環境 現住地居住年数	
家族類型 老人世帯類型	家族関係 配偶関係、子、孫数、老人の居住階数、仕送り 別子との別居理由、同居希望、別居の子との距離、接触頻度 子への援助、緊急時の援助 同居 専用の部屋有無、老人部屋建築希望、家計の共別、生活費負担への手助け	
	社会関係 近隣関係、団体参加 友人状況、老人クラブ 相談を受けるか	
	余暇行動 マス・コミ接触(テレビ、ラジオ、新聞) 趣味 旅行	

造化要因はそれぞれの生活周期において独自のパターンをなしており、しかも、性、職業階層、文化的背景などによって一定の分化がみられる。これからの分析は、老年期という生活周期の一時期をとりだし、その中で、以上の生活の構造化要因が、階層的にどのような分化を示しているのかを解明しようとすることをめざしたものである。

先に、老化の進行が生活構造の変化をもたらすと述べたが、この点についてデータによってみていくことにしよう。

老化は一般に、年齢の高齢化と共に進行する。そこで、年齢階級別にこの点をみていこう。

健康状態については、「非常に健康」+「普通」の比較は60～64歳から75～79歳に至る年齢階層では漸減しているが、80歳以上の年齢階層では逆にやや増加している。この増加は「非常に健康」の比率が増加しているためである。一方「弱い、病気がち」の増加傾向は75～79歳まではみられるが、80歳以上になると減少している。「床につききり」は年齢の上昇につれ「60～64歳」=1.7%、「65～69歳」=3.4%、「70～74歳」=5.6%、「75～79歳」=7.8%、「80歳以上」=13.2%と増加する。このように見てくると、「80歳以上」の年齢階層では、「非常に健康」と「床につききり」の両極の比率が高くなるものの、健康状態からみた老化の進行度については、このような本人の申告では正確を期し難いのはいうまでもないが、年齢階級の上昇につれ、健康状態が悪化している傾向が認められる。すなわち、「非常に健康」や「普通」が減少し、「弱い、病気がち」および「床につききり」が増加する(図2)。

次に、日常生活の身体能力の低下の状況をやはり年齢別にみることにしよう。図3では「階段の昇降」「外出・歩行」「入浴」「着がえ」「用便」「食事」等の日常生活行動の身体上の難易度をみたもので、それぞれの生活行動が「自分で自由にできる」と答えた者が、各年齢階級に占める百分率を図示したものである。すべての生活行動が年齢の上昇に伴って能力が低下しているが、中でも特に「外出・歩行」および「階段の昇降」の低下の度合いが著しく、生活にとって基礎的な能力ともいえるべき「食事」「用便」「着がえ」「入浴」等は前二者に比べればそれほどでもない。また、70歳代から80歳以上にかけて、特に身体能力の低下が急激に生じている。またこの調査への回答能力によって、心身能力のうちの心の方の退行現象をみると、60代から70代前半にかけては、回答能力の低下は小さいが、70代後半から80歳以上に

かけて急激に低下している。この「回答能力」の低下のパターンはほぼ「外出・歩行」や「階段の昇降」と同じようなパターンである。

ひとくちに心身機能の低下といっても、「外出・歩行」、

図2 年齢別にみた健康状態

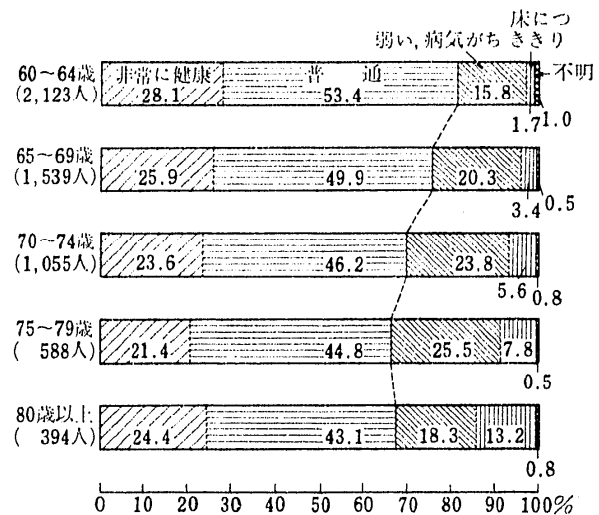
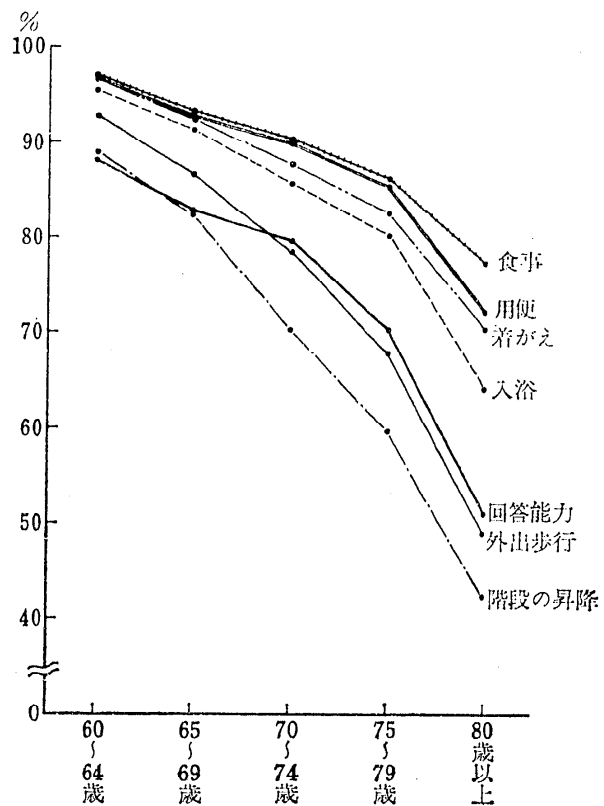


図3 年齢別にみた日常生活身体能力および質問への回答能力の状況

(各々の生活能力が「自分で自由にできる」者の百分率および質問への回答を「自分で全部答えた」者)



「階段の昇降」および「回答能力」を標識とした「知的、精神的な能力」といった、外に開かれた社会的生活を営むに必要な能力から「食事」「用便」といった、生命維持にとって必須の身体能力に至るまでの能力ごとに低下のレベルに差異が見出される。そしてこれらの社会的活動のレベルから生命維持のレベルに至る心身能力の低下が、自立性の喪失と依存性の増大によって特徴づけられる老化の進行を表わすものと考えられるのである。

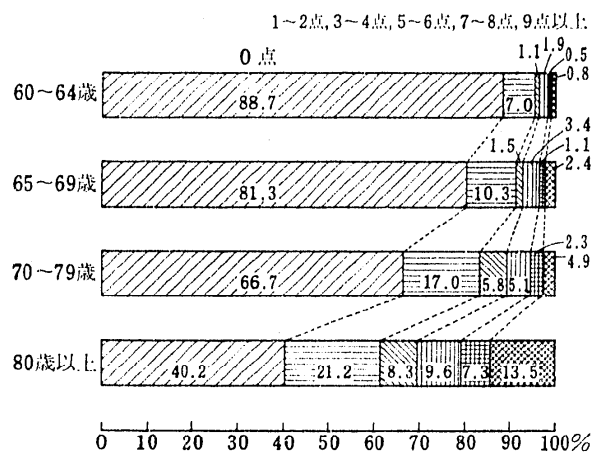
これらの日常生活における身体能力のそれぞれの状態に点数を与え、これらを合計して身体能力評点として、年齢階級ごと（集計の都合で70代の前半と後半を合併してある）に図示したのが図4である。評点の0点という、すべての身体能力について問題のない人の比率は、60代で80%台、70代で60%台、80代で40%台と、急激に減少し、5点以上の身体能力上困難度の高い人の比率は60代では10%以下であったものが70代で10%を越え、80代では30%近くになっており、年齢の上昇に伴う身体能力の低下状況を示している。この図を、先の健康状態の図と比較してみると、年齢ごとにみた身体能力の低下傾向は、健康状態の悪化よりも著しく、老化をまず身体能力の低下として捉えることが有効であることを示すものといえよう。

次に社会的活動への参加という観点から、年齢階級ごとに、活動への参加の減少を見るために、就労状況をその標識として取上げてみよう（図5）。いうまでもなく、就労のみが社会参加というわけではないが、壮年期から老年期にかけての就労状況の変化は、老化に伴う社会的活動における変化を明確に示すものと考えられる。就労状況には男女差が著しいので、男女別にみると、男の場合、「無業者」が過半数を越えるのは、75～79歳においてである。また、この年齢階級では「勤務者」が「自営業者」を下まわるようになっていく。60代では「勤務者」が40%を越え、「自営業者」「無業者」よりも高い比率を示している。70代前半で、「勤務者」と「自営業者」の比率がほぼ等しくなる。このように「無業者」の比率の増加、および就労の条件を考えに入れると、「勤務者」の減少は、社会的活動への参加の程度の減少が年齢の上昇、すなわち老化の進行と平行に進んでいることを示している。女の場合にも、「無業者」の比率は圧倒的に高いものの、「有業者」の減少の傾向はほぼ同様のことを示しているといえるだろう。

以上のような就労状況の変化は、蓄積が乏しく、しかも社会保障が必ずしも充分とはいえないわが国の老人の場合、稼得能力の減退を意味している。この事情は1ヵ

月平均の本人収入合算額を男女別、年齢別にみた図6をみれば明らかである。男の場合、60～64歳で平均の1ヵ月収入額は約10万9,000円であったものが、65～69歳で8万3,000円、65～69歳で6万8,000円、75～79歳で5万3,000円、80歳以上で約4万円と年齢の上昇につれ、低下している。女の場合でも、60～64歳で3万3,000円、65～69歳で2万4,000円、70～74歳、75～79歳で1万6,000円、80歳以上で1万2,000円と、やはり収入額の低下傾向は男と同様にみられる。この収入額の年齢の上昇による低下は、有業者の場合にはそれほど強く見られない（特に男の勤務者、女の自営業者にはほとんど年齢階級ごとの収入額の低下は見られず、男の自営業者のみにこの傾向がはっきり見られる）ので、収入額の低下は、有業率の低下によるものといえる。このことは離職が稼得能力の低下に直接つながっていること

図4 年齢階級別にみた日常生活の身体能力評点



- 注 1. 個別の日常生活能力の「自分で自由ができる」を0点、「困難だが自分ができる」を1点、「他人の助けを借りなくてはできない」を2点として、各項目を合計して評点とした。
2. 不明は除いて百分率を出してある。

図5 性・年齢別にみた就労の状況

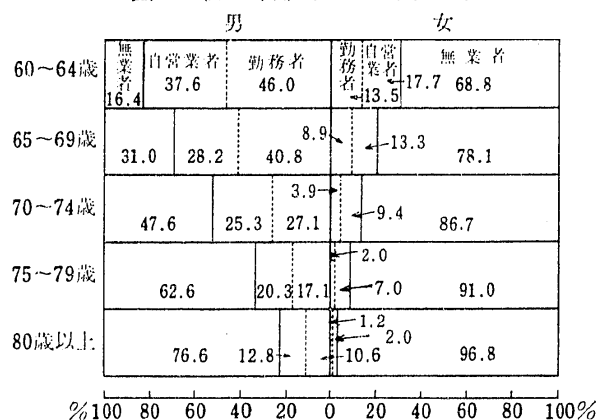


図 6 本人収入合算 (1ヵ月平均) × 性・年齢別階級

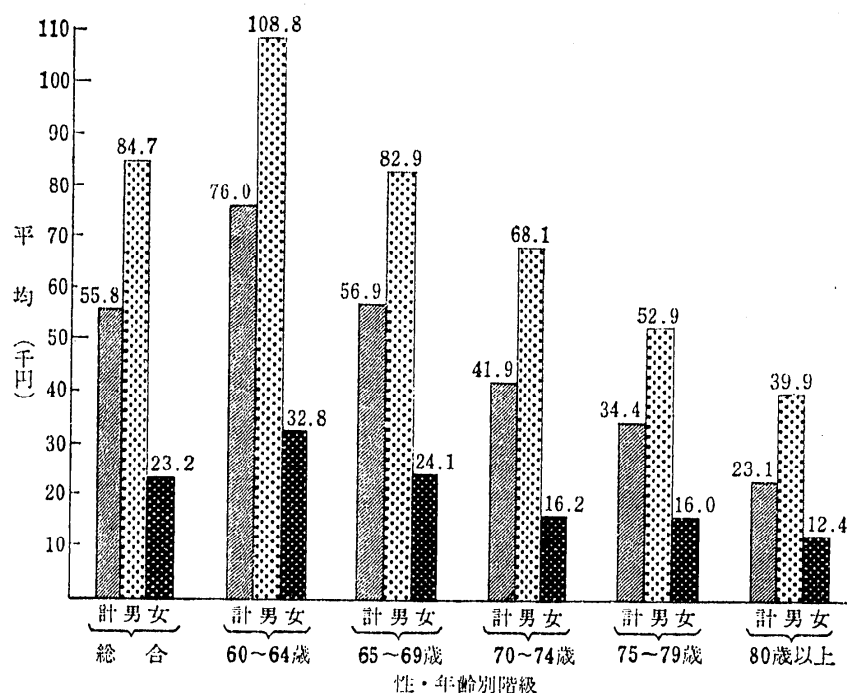


表 1 性・年齢階級別にみた主たる収入の種類

(%、人)

		計	仕事も 事入の にが よ主 るな	定期的 のやが 的小主 仕づな 送かも	年金生活 主の 給・保 ・恩 ・費	家賃・利 ・子 ・主 ・配 ・地 ・代 ・当 ・あ	実収入 ない 入の もの 全	不 明
総 計		100.0 (5,699)	35.7	18.7	16.0	10.9	12.7	6.0
計	60 ~ 64歳	100.0 (2,123)	48.3	12.6	7.4	9.6	14.8	7.3
	65 ~ 69	100.0 (1,539)	37.6	19.9	9.5	11.8	14.8	6.4
	70 ~ 79	100.0 (1,643)	24.2	23.3	27.9	12.1	8.5	4.1
	80 ~	100.0 (394)	8.4	28.2	37.3	10.2	10.4	5.6
男	計	100.0 (2,653)	57.1	8.9	14.6	11.9	4.0	3.5
	60 ~ 64歳	100.0 (998)	74.4	3.8	7.5	8.3	2.4	3.5
	65 ~ 69	100.0 (745)	58.9	8.2	10.5	12.9	5.4	4.2
	70 ~ 79	100.0 (769)	39.9	14.3	23.7	14.6	4.6	3.0
	80 ~	100.0 (141)	18.4	18.4	37.6	17.0	5.7	2.8
女	計	100.0 (3,046)	17.1	27.3	17.1	10.1	20.2	8.2
	60 ~ 64歳	100.0 (1,125)	25.2	20.4	7.3	10.8	25.8	10.6
	65 ~ 69	100.0 (794)	17.6	31.0	8.6	10.7	23.7	8.4
	70 ~ 79	100.0 (874)	10.3	31.1	31.7	9.8	11.9	5.1
	80 ~	100.0 (253)	2.8	33.6	37.2	6.3	13.0	7.1

表 2 収入の種類ごとにみた、収入ありの割合とそれぞれの収入の月平均額

	収入あり (%)	月平均額 (円)	仕事による収入=100 とした場合他の収入の比率 (計のみ)
仕事による収入	計 38.7 男 62.0 女 18.4	84,100 98,100 42,900	100
定期的仕送りや小づかい による収入	計 22.0 男 11.8 女 30.9	10,100 14,200 8,700	12.0
年金、恩給による収入	計 28.7 男 33.1 女 25.0	13,800 17,800 9,300	16.4
生活保護費による収入	計 1.8	25,000	29.7
家賃・地代による収入	計 14.9 男 20.8 女 9.8	38,100 40,800 33,000	45.3
利子、配当金による収入	計 12.4 男 17.6 女 8.0	17,100 20,400 10,400	20.3

注 計は5,699人、男は2,653人、女は3,046人。

を示しているのである。

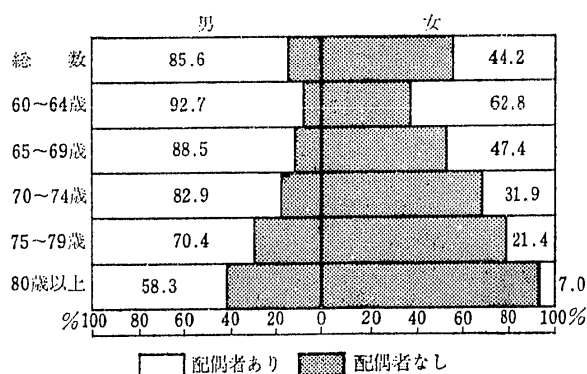
主たる収入の種類（2種以上の場合は最も多いもの）を性・年齢階級別にみた表1では、年齢の上昇につれて生ずる稼得能力の喪失が、どのような収入源によって代替するかを示している。男の場合は、年齢の上昇と対応して、仕事を主な収入とする人の比率は減少し、過去の蓄積による財産収入によって自活する人、および仕送り、小づかい等私的扶養による人、年金、恩給、生活保護などの社会保障による人などの比率が増加している。女の場合は、もともと配偶者によって扶養されているケースが大半であるので事情は異なるが、やはり仕事による収入を主たる収入とする人は減少し、私的扶養、社会保障による人が増加している。

このように、経済的な面からみても、老化の進行は、自立性の喪失と依存性の増大を意味しているのである。しかも、収入額の絶対額の減少は図6によっても明らかである。またそれぞれの収入の種類別にみた月平均額をとってみても、仕事による収入額とその他の収入源泉との収入額の較差は非常に大きい。仕事による収入を100とした場合、地代、家賃による収入は45.3と比較的高いものの、仕送り、小づかい等私的扶養による収入は、12.0、年金、恩給等の社会保障による収入は16.4と低くなっており、離職による稼得能力の喪失は、財産の蓄積のある少数の恵まれた老人を除いて、経済的な依存状態におかれることを示している。

以上みてきたように、老化の進行は、心身能力の低下および健康状態の悪化とともに、離職そして経済的な面からの稼得能力の喪失を意味するものであった。さらにつけ加えなければならないのは、家族内での地位の変化である。すなわち老齢化の進行の中で、配偶者の死、子供たちの成長、独立とともに、老人の役割および地位が変化する。

図7は、性・年齢別にみた配偶者の状況である。結婚年齢差と、男女の平均寿命の差を反映して、有配偶率には男女で顕著な差がみられる。男の場合は総数で85.6%が有配偶であるのに対し、女の場合は44.2%となっている。年齢階級別にみても、有配偶率は年齢の上昇につれて低下しているが、男の場合は、60代で90%前後、

図 7 男女・年齢階級別にみた配偶者の有無



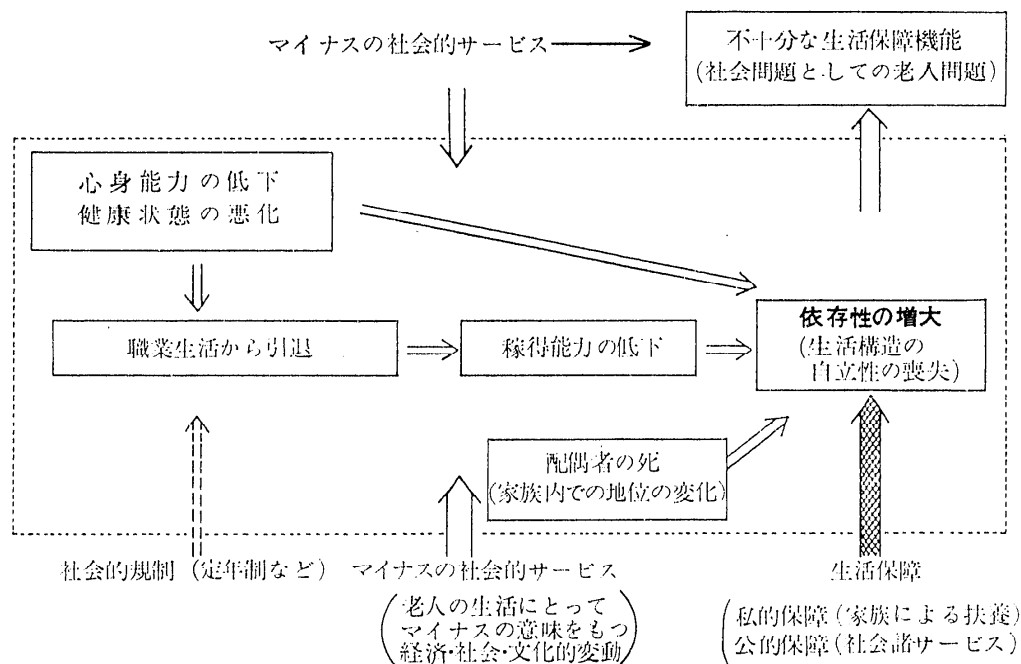
70代前半で80%強、70代後半で70%、80代以上でも60%近くが有配偶であるのに対し、女の場合には60代前半で、有配偶率が60%強であったものが60代後半で50%を割り、70代前半で30%強、70代後半で、20%強、そして80以上ではわずか7%が有配偶となっている。配偶者との死別は、依存性の増大を促進させる契機となるものである。夫婦として独立し、自立した生活から、配偶者の死によって、食事、身のまわりの世話などの日常生活においても、経済的な面においても自立性が失われ、さらに心身能力の低下とあいまって、家族内における地位は変化し、被扶養状態に陥る。伝統的には、このような状態に至った時は、子による扶養という型で、老人の生活の依存状態に対する生活保障機能が働いていたが、今日の社会状況の中で、必ずしも私的な扶養が十分に機能していくとはいえない。そこで老人の居住形態の問題、私的扶養とそれを補完すべき公的保障の関連などが改めて問直されなければならないのである。

以上述べてきたことを整理して図示すれば図8のようにまとめることができるのであろう。健康状態の悪化は、罹病の回数をふやし、受療率の上昇を引起す。また心身能力の低下は、ある段階にまで進行すると介助の必要を生じさせる。一方、それは同時に職業生活の引退を余儀なくさせる。離職は他方、心身能力は十全であっても定年制度の社会的規制によって促進される。このような本人（あるいは配偶者）の離職は稼得能力の低下ないしは

喪失を意味する。一方で、配偶者の死、子の独立等の家族上の状況の変化もあいまって、老人の生活構造は自立性を喪失し、依存性を増大する。このような生活構造の自立性の喪失は、老人の生活構造をとりまく環境的条件によっても規制される。たとえば、先にあげた定年制による離職の強制はその一例であるが、この他にも、都市の過密化に伴う住宅事情の悪化は、老人の生活基盤としての住生活の劣悪化を招くし、公害などの環境汚染、自動車事故等の危険の増大は、健康、心身能力の低下を加速化させるし、また経済の面でいえば、物価上昇、インフレーションは、老後のための蓄積を不可能にする。その他、老人を社会の中でどのように位置づけるかという文化的な側面の変化も見逃すことはできない。しばしば指摘されているように、老人を社会から隔離して孤立させてしまうか、逆に老人を社会に統合して遇するかという社会的な意識の変化は、老人の生活維持にとって重要な意味をもたせているといえよう。老人の生活維持にとってマイナスの意味をもつ経済的、社会的、文化的変動を一括して、「マイナスの社会的サービス (Social disservices)」⁵⁾と呼ぶことにしよう。老化による老人の生活構造の自立性の喪失は、このようなマイナスの社会的サービスの形態によって、促進されたり、喪失の態様を変化させる。一方、上記の生活構造の自立性の喪失の

5) R.M. ティトマス (三浦文夫監訳)『社会福祉と社会保障』(1972年、社会保障研究所) 第III部第IV章参照。

図 8



パターンは、一様なものではなく、ある一定の分化、もしくは階層性が見出される。心身能力の低下、健康状態の悪化にしても、老人全体に一律に起るのではなく、職業階層によっても、居住地域によっても差異があるであろうし、職業生活からの引退が引起す稼得能力の喪失の程度についてもまた、職業階層、経済階層によって差異がみられる。このようにして老化による依存性の増大には一定の分化がみられ、それは老人のおかれている社会階層における差異を反映したものである。以上のような階層性については後の分析でふれることにしたい。

老人の生活構造における依存性の増大は、生活構造を維持していくために、生活保障のシステムが必要であることを意味している。そして、この生活保障の機能を果たすものとして、子をはじめとした家族による扶養という形態をとる私的保障と、種々の社会諸サービスによる公的保障が組合されたシステムが存在する。伝統的には直系家族制度のもとで、生活保障機能は主として私的扶養に委ねられてきた。しかしながら社会的変動による状況の変化は、生活保障機能の社会化を必要とするようになり、社会諸サービスが私的扶養を補完する形で制度化されることになる。しかしながら、急速な核家族化の進展と、経済・社会条件の変化に対して、社会諸サービスの整備の相対的な立遅れは、生活保障機能が的確に機能することを困難とし、「社会問題」としての老人問題を惹起させることとなる。実は、不十分な公的保障そのもの

が、逆に老人の生活にとってマイナスの社会サービスとして機能してしまうこともありうるのである。

老人の生活に分化がみられる1つの理由は、老人が生活を営む上での環境条件に差異があるからである。老人の生活にとっての環境条件とは、住居のような物的な生活手段、所得のような経済手段、そして家庭環境および近隣関係のような人間関係などがあげられる。これらを総称して生活資源と呼ぶことにしよう。これらの生活資源は、老人のおかれている状況によって様々な差異が現れてくる。しかしながらこの差異は、一定の階層性をもっており、生活資源の配分を不均等にさせているといえるのである。次にこの点についてデータによって明らかにしていくことにしたい。

III 家族類型と経済階層

先に述べたように老人の生活構造のパターンは、生活資源の状況によって規定されている。この点を調査データの上で捉えるためには調査対象の標識として操作的に把握することが必要である。本調査ではそのために、世帯の標識として、世帯を配偶および血縁関係によって分類した「家族類型」による世帯の分類および経済階層の標識として、生活保護の受給状況と所得税および住民税の課税状況による階層区分を用いた⁶⁾。

6) 本調査では、この課税状況による階層区分のほかに、世帯の収入額を世帯人員別に四分位値を求めて得た世帯収入四分位階層、本人収入の四分位階層を階層区分として用いた。

表 3 世帯の家族類型別分布

(世帯, %)

総 数	一世帯 人暮らしの	老みの 人夫婦世帯の	老者の 人がある 配る世帯 偶子世帯	老者の 人がある 配る世帯 偶子世帯	老孫帯 人とい 子と世	老孫い 人とい 子と世帯 との	そ帯 の他 の世
100.0 (4,297)	8.4	13.3	26.8	6.1	40.8	0.8	3.8

表 4 老人本人の家族類型別分布

(人, %)

	総 数	一世帯 人暮らしの	老みの 人夫婦世帯の	老者の 人がある 配る世帯 偶子世帯	老者の 人がある 配る世帯 偶子世帯	老孫帯 人とい 子と世	老孫い 人とい 子と世帯 との	そ帯 の他 の世
本調査	100.0 (5,699)	6.4	16.2	26.4	5.8	40.1	1.0	4.1
全実 国態 老調 入査	総 数	100.0	4.2	11.7	12.5	4.4	57.6	9.6
	大都市	100.0	5.7	15.2	19.5	6.5	42.1	11.0
	その他 の市	100.0	5.8	14.7	14.0	4.5	50.4	10.6
	町 村	100.0	2.6	8.7	8.9	3.7	67.9	8.7

全国老人実態調査のサンプル数は約9,000人、その他の世帯には不明をふくむ。

「家族類型」はその世帯の配偶関係および血縁関係によって世帯を分類したものであるが、表3に示したように調査対象世帯4,297世帯のうち、最も多いのは老人と子と孫のいる、いわゆる三世代家族で40.8%を占める。次が老人と無配偶の子のいる世帯で26.8%、3位が老人夫婦のみの世帯で13.3%、以下1人暮らしの老人世帯、老人と有配偶の子のいる世帯の順序になっている。子との同居世帯は74.5%、その他の世帯は3.8%となっている。この、子との同居関係は、老人の生活構造の様々な側面に差異を与えるものである。調査対象の老人

5,699人がどのような家族類型に属しているかを、昭和44年5月に厚生省社会局の手で行われた「全国老人実態調査」による全国データと比較してみると、表4の通りである。この表から考えられることは、大都市になればなるほど、1人暮らしおよび老人夫婦のみの子との別居世帯の比率が高くなっており、しかも、子との別居世帯の予備軍ともいえるべき、老人と未婚の子のいる世帯の比率も高くなっている。そして、本調査による東京都のデータについてみると、これらの傾向はますます顕著で、都市の老人には別居世帯に暮らす老人の比率が高いということがいえる。

表5 家族類型別にみた生計中心者

		(%, 世帯)	
	計	生が計中心者	生が老人中心者以外
総計	100.0 (4,297)	51.1	48.9
1人暮らしの世帯	100.0 (362)	100.0	—
老人夫婦のみの世帯	100.0 (573)	95.1	4.9
老人と配偶者がいない子のいる世帯	100.0 (1,150)	60.5	39.5
老人と配偶者がある子のいる世帯	100.0 (264)	38.6	61.4
老人と子と孫のいる世帯	100.0 (1,751)	22.0	78.0
老人と子と孫とひ孫のいる世帯	100.0 (34)	23.5	76.5
その他の世帯	100.0 (164)	59.5	40.5

次に家族類型別に生計中心者が老人か否かをみると、全世帯では老人が生計中心者である世帯51%、老人以外の家族が生計中心者である世帯48.9%とほぼ半々であるが、子との同居世帯では、老人と配偶者のない子との同居世帯ではなお60.5%の世帯が老人を生計中心者としているが、子供が有配偶となった場合には38.6%と減少し、さらに孫を含む世帯の場合は22.0%となっている(表5)。

また、世帯の有業者の状況を家族類型別にみると(表6)、1人暮らし世帯では56.6%、老人夫婦のみの世帯では25.1%が無業世帯で、残りは当然のことながら老人が働いている。一方子との同居世帯では、無業世帯は配偶者のない子との世帯にわずかに見られるのみで、老人が有業の世帯は、子供が未配偶の世帯で64.3%であるほかは、いずれも50%を割り、特に三世代家族では30%台である。また、子との同居世帯では、有業者が複数以上のケースが60%以上を占めている。しかも老人の

表6 家族類型別にみた世帯の業態

	計	無業世帯	有業世帯		老人のみが有業の世帯 (老人1人+老人2人)
			老人有業	老人無業	
総計	100.0 (4,297)	8.7	51.0	38.9	17.5
1人暮らしの世帯	100.0 (362)	56.6	43.4	—	43.4
老人夫婦のみの世帯	100.0 (573)	25.1	71.9	3.0	68.1
老人と配偶者がいない子のいる世帯	100.0 (1,150)	4.4	64.3	31.4	11.6
老人と配偶者がある子のいる世帯	100.0 (264)	—	47.0	53.0	6.1
老人と子と孫のいる世帯	100.0 (1,751)	—	37.8	62.2	1.1
老人と子と孫とひ孫のいる世帯	100.0 (34)	—	35.3	64.7	—
その他の世帯	100.0 (164)	—	51.6	36.7	4.3

みが有業者である世帯は、老人と未婚の子との世帯で10.2%、有配偶の子との世帯で5.7%、三世家族では1.0%と少くなっている。

このようにみえてくると、子との別居世帯では稼働能力の劣る老人が生計中心者であり、しかも無業世帯の比率が高く、一方子との同居世帯では、老人が生計中心者である比率が低く、しかも老人が有業である比率も少く、しかも老人のみの有業世帯は少数で、かつ有業者が複数である例が多いということが明らかとなる。この事実は、家族類型によって経済状態に大きな較差が存在するということを示している。図9の家族類型別にみた世帯収入の累積別分布をみるとこの較差は明瞭となる。全世帯

の月平均収入は14万7,000円、メディアンは11万円弱であるが、1人暮らしの世帯は平均収入4万6,000円、老人夫婦世帯では平均収入11万9,000円となっている。ところが1人暮らし世帯は全体の50%以上が月収3万円以下であり、老人夫婦世帯においても6万以下が50%近く存在する。一方子との同居世帯の場合は、未婚の子との世帯で平均収入月額14万円、メディアンは約11万円、既婚の子との世帯はそれぞれ14万9,000円、約12万円、三世家族の平均値は17万9,000円、四世家族で22万円となっており、メディアンはこの2分類をあわせると約15万5,000円となっている。このように明らかに1人暮らしおよび老人夫婦等の子との別居世帯

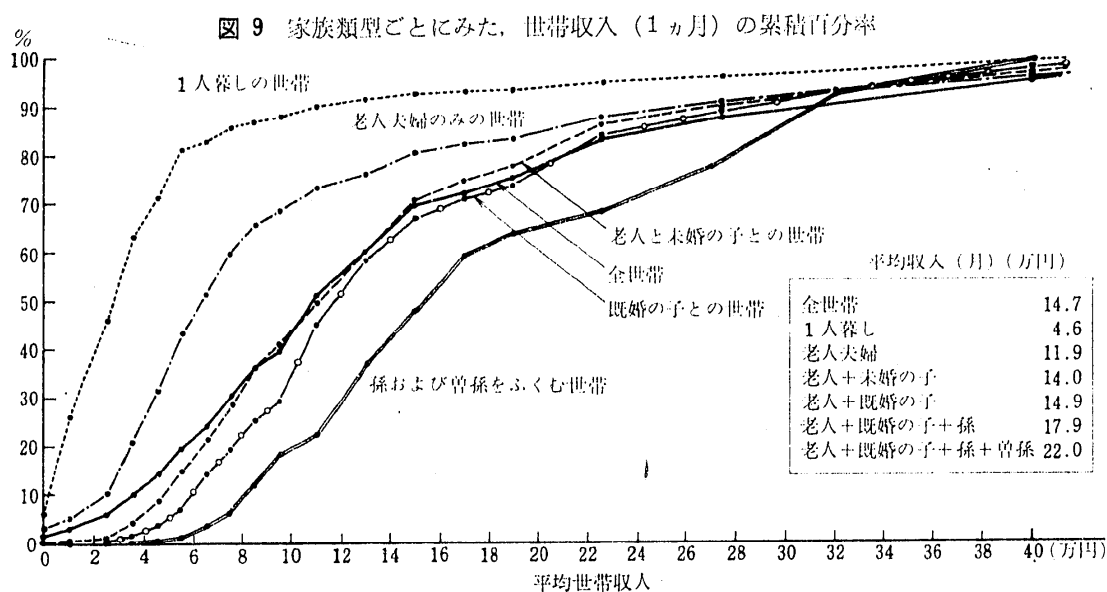


表7 家族類型別にみた課税状況

(%, 世帯)

	計	生給 活保 護受	所税 得税 非課	住課 民税 非	住等 民割 税のみ	住得 民割 税あり	所得 税課税	不 明
総計	100.0 (4,297)	1.5	18.1	8.5	6.9	2.7	77.6	2.8
1人暮らしの世帯	100.0 (362)	7.7	55.8	43.9	9.4	2.3	32.6	3.9
老人夫婦のみの世帯	100.0 (573)	2.8	32.1	18.0	10.3	3.8	61.4	3.7
老人と配偶者がいない子のいる世帯	100.0 (1,150)	0.8	14.9	5.2	7.0	2.7	82.5	1.8
老人と配偶者がある子のいる世帯	100.0 (264)	—	7.6	1.9	4.6	1.1	88.2	4.2
老人と子と孫のいる世帯	100.0 (1,751)	0.5	9.0	1.2	5.2	2.6	87.8	2.7
老人と子と孫とひ孫のいる世帯	100.0 (34)	—	2.9	—	2.9	—	94.2	2.9
その他の世帯	100.0 (163)	2.5	25.8	12.9	10.4	2.5	69.9	1.8

は子との同居世帯と比べて経済的にかなりの較差が存在することを物語っているといえるだろう。この点をさらにみるために、生活保護の受給状況および所得税、住民税課税状況による経済階層を家族類型別にみると(表7)、1人暮らし世帯では生活保護受給世帯が7.7%, 所得税非課税世帯は55.8%, 老人夫婦世帯では、生保受給世帯は2.8%, 所得税非課税世帯は32.1%となっており、子との同居世帯のいずれよりも比率が高くなっている。同居世帯では、配偶者のない子との世帯で生保受給および所得税非課税世帯がやや多いほかは所得税課税世帯が80%から90%に及んでいる。このように明らかに子との別居世帯では低い経済階層の世帯の比率が高くなっている。この点について、課税状況別に生計中心者をみた表8によれば、生活保護受給世帯の80%, 所得税非課税世帯の70%が老人が生計中心者となっているのである。このことからみても、子との別居世帯、すなわち稼得能力の低い老人を生活中心者としている者の比率が高い世帯では、低い経済階層を余儀なくされているのである。

老人の生活構造のパターンに強い影響を与える要因として、子との同別居関係からみた家族類型が経済状況と密接な関連をもっていることが以上の述べてきたことから明らかにされたといえよう。

表8 課税状況別にみた生計中心者

(%, 世帯)

	計	生計中心者が老人	生計中心者が老人以外
総 数	100.0 (4,297)	51.1	48.9
生活保護受給世帯	100.0 (65)	80.0	20.0
所得税非課税世帯	100.0 (778)	69.2	30.8
所得税課税世帯	100.0 (3,335)	46.5	53.5
不 明	100.0 (119)	45.4	54.6

稼得能力の低下した老人が、子による私的扶養を受けることができないままに、孤立して生活を営んでいる場合、少くとも現在の社会状況の中では、特に1人暮らしの場合、苦しい経済状態に陥りやすい。もちろん、少数ながらかなり高収入の別居世帯も存在するし、たとえ子と同居しているから恵まれた経済状況にあるとはいえないのは当然のことであるが、少くとも、別居世帯の場合に、経済的困難が現れやすいことは確かである。

また、単に経済の面のみならず、人間関係の面で、また住宅などの物的生活手段の面でも家族類型による差異が明確にみられるはずである。このようにしてみると、老人の生活構造における生活資源のパターンは第1に家族類型別に考察する必要がある。その次にこれとの関連で経済階層および職業階層別の考察を進めなければならないといえるだろう。

IV 老人の住生活

老人の生活を考える上で、住居の問題は重要な問題をはらんでいる。先に述べたように、東京都のような大都市では、子との別居世帯の比率が高い。また、同居世帯においても、老人の居室をいかに確保すべきかという問題をかかえている。それに加えて東京都をはじめとする都市部における住条件の悪化は、老人の生活にも鋭い問題をつきつけているといえよう。さらに先に述べたような、老化による老人の生活構造の変容はそれに対応した生活空間のデザインを要求する。この点に関しては本稿の課題を越えるものであるが、老人の生活保障のために、物的生活手段の角度からのアプローチが不可欠であることを強調しておかなければならない。この点にも、老人の生活構造に関する基礎的データの把握の必要性を強調しておきたい。

老人の住生活の特徴の1つは、持家率の高いことである。本調査でも持家率は74.6%で、別のデータによれば東京都民全世帯の持家率は54.2%であるから、20%

表9 住 宅 形 態

	計	持家等	持一戸建て	分譲分譲 分譲分譲 分譲分譲	分譲分譲 分譲分譲 分譲分譲	借家・借家 借家・借家 借家・借家	借一戸建て	賃貸分譲 賃貸分譲 賃貸分譲	賃貸分譲 賃貸分譲 賃貸分譲	給与住宅	ア 借 等 間	木 ア パ ー 造 ト	間 借 り	そ の 他
本 調 査 (老人を含む世帯)	100.0 (4,297)	74.6	73.7	0.6	0.3	17.0	9.8	0.7	3.5	3.4	8.0	5.5	2.3	0.2
全 世 帯* (1969年東京都内)	100.0	54.2	54.0	0.2		19.0	10.0	1.1	2.1	5.8	26.8	19.6	5.5	1.7

* 東京都民の生活構造と生活意識調査(1969年)より。(青井ほか編『生活構造の理論』1971年、有斐閣、所収)

以上も老人の持家率は高いことになる。また間借り、木造アパート等への居住率は老人で8.0%，全世帯で26.8%であった（表9）。この理由は主として居住歴の長さによるものであろう。同じ60歳以上の老人でも、来住期が最近になればなる程持家率は低下し、借家および間借り、木造アパートの比率は上昇する。また年齢階級の低い老人に比較的借家および間借り、木造アパートの居住者が多くなっている。

ところで家族類型別に住生活の状況をみると（表10）、持家率は子との同居世帯で高く、特に三世代家族で80%近くとなっている。ところが別居世帯では、老人夫婦世帯の場合、持家率は68.4%，1人暮らし世帯の場合50%と低くなっている。逆に間借りおよび民間木造アパートの居住世帯の割合は子との同居世帯では低く、無配偶の子のいる世帯であわせて8.2%でやや割合が高いほかは、

有配偶の子のいる世帯で5.3%，三世代世帯で2.2%と、非常に低くなっている。ところが子との別居世帯では、老人夫婦の世帯で11.3%，1人暮らし世帯では実に31.8%が間借りあるいは民間木造アパートに居住している。

この間借りおよび民間木造アパートの住条件の劣悪さはいうまでもないが、子との別居世帯のこれらの住居への居住率の高さは注目に値するといつてよいだろう。しかも、これらの住まいにとって代るべき、公営住宅の居住率は、別居世帯においてそれほど高いとはいえないのである。

しかも、家族類型別に電話、風呂、庭などの住宅の質と関わるような生活手段の状況をみてみると、別居世帯の住生活の質の低さが裏づけられる。すなわち、電話の普及率については、1人暮らし老人世帯で51.1%，老人夫婦世帯で78.0%と全世帯の普及率の86%をかなり下

表10 家族類型別にみた住居の種類

(%、世帯)

	計	持家 (一戸 建て)	分譲の 民間鉄 筋アパ ート	分譲の 公団公 団住宅	借家 (一戸 建て)	賃貸の 民間鉄 筋アパ ート	給与住 宅	賃貸の 公営住 宅	民間木 造アパ ート	間借り	その他
1人暮らしの世帯	100.0 (362)	48.1	1.1	—	8.8	0.8	6.4	1.4	18.0	13.8	0.8
老人夫婦のみの世帯	100.0 (573)	66.9	1.7	0.2	12.0	1.2	3.8	2.4	8.2	3.1	0.5
老人と配偶者がいない子のいる世帯	100.0 (1,150)	71.7	0.3	0.2	12.4	0.9	1.8	4.3	6.6	1.6	0.2
老人と配偶者がある子のいる世帯	100.0 (265)	73.8	1.1	0.4	7.2	0.4	4.5	7.2	4.5	0.8	—
老人と子と孫のいる世帯	100.0 (1,751)	82.5	0.3	0.4	7.2	0.3	3.7	3.3	1.7	0.5	0.1
老人と孫とひ孫のいる世帯	100.0 (34)	79.4	—	—	14.7	—	5.9	—	—	—	—
その他の世帯	100.0 (163)	71.1	—	—	16.0	1.2	1.8	3.1	4.3	2.5	—

表11 電話、風呂、庭の有無

	計	電 話			風 呂			庭		
		あ る	な い	不 明	あ る	な い	不 明	あ る	な い	不 明
計	100.0 (4,297)	86.0	13.9	0.1	69.0	31.0	0.0	63.8	36.0	0.2
1人暮らしの世帯	100.0 (362)	51.1	48.3	0.6	35.6	64.4	—	45.0	55.0	—
老人夫婦のみの世帯	100.0 (537)	78.0	22.0	—	60.7	39.3	—	58.3	41.4	0.3
老人と配偶者がいない子のいる世帯	100.0 (1,150)	86.1	13.9	—	66.3	33.7	—	64.0	35.7	0.3
老人と配偶者がある子のいる世帯	100.0 (264)	92.0	8.0	—	64.8	35.2	—	63.6	36.4	—
老人と子と孫のいる世帯	100.0 (1,751)	94.8	5.1	0.1	80.8	19.1	0.1	69.5	30.4	0.1
老人と子と孫とひ孫のいる世帯	100.0 (34)	97.1	2.9	—	85.3	14.7	—	73.5	26.5	—
その他の世帯	100.0 (163)	84.0	16.0	—	65.6	34.4	—	60.7	38.7	0.6

この点を老人にとって専用の部屋があるかどうかによって見ると、80.4%が専用の部屋あり、15.0%がないと答えている（表14）。なおこのうち5.4%が子供たち

	全 世 帯	持 （一戸だて） 家	筋アパート 分譲の民間鉄	団住宅 分譲の公社公	借 （一戸だて） 家	筋アパート 賃貸の民間鉄	給与住宅	住宅 賃貸の公営住	民間木造アパ	間 借 り	そ の 他
計	4.1	4.6	3.7	4.7	2.8	3.6	3.0	2.9	1.6	1.7	2.9
1 人 暮 し の 世 帯	2.2	3.1	2.8	—	1.9	1.7	1.4	2.2	1.1	1.5	1.0
老 人 夫 婦 の み の 世 帯	3.3	5.2	3.5	5.0	3.3	2.3	2.8	2.6	1.5	1.4	2.3
老人と配偶者がいない子のいる世帯	3.9	4.5	4.4	4.0	2.9	2.4	3.4	3.5	1.7	1.9	3.5
老人と配偶者がある子のいる世帯	3.9	5.4	3.7	5.0	2.5	4.0	2.9	1.1	1.8	3.0	—
老人と子と孫のいる世帯	4.8	5.1	4.2	4.9	2.7	2.5	3.6	3.2	2.5	3.3	9.0
老人と子と孫とひ孫のいる世帯	5.8	6.6	—	—	3.0	—	3.5	—	—	—	—
そ の 他 の 世 帯	4.2	4.9	—	—	2.6	2.5	1.7	2.8	1.7	2.0	—

表 14 性・年齢階級別にみた専用の部屋の有無（同居世帯）

(%、人)

		計	あ る	子供たちの部屋 と同じ棟の中にある	子供たちの部屋 と同じ敷地の別棟にある	な い	不 明
計		100.0 (4,412)	80.4 (3,546)	74.9 (3,306)	5.4 (240)	15.0 (662)	4.6 (204)
性	男	100.0 (2,007)	83.4	76.7	6.7	12.8	3.8
	女	100.0 (2,405)	77.9	73.5	4.4	16.8	5.3
年 齢 階 級	60～64歳	100.0 (1,625)	82.7	77.0	5.7	13.7	3.6
	65～69	100.0 (1,161)	80.8	75.3	5.5	15.0	4.2
	70～74	100.0 (806)	79.5	74.2	5.3	16.0	4.5
	75～79	100.0 (478)	77.2	72.6	4.6	16.1	6.7
	90～	100.0 (342)	74.3	69.0	5.3	17.3	8.5

と同敷地であるが別棟といういわゆる準同居の形態をとっている。専用の居室があるのは女よりも男が、年齢の高い老人よりは低い老人が、健康、身体能力が悪化している老人よりは悪化していない老人に、そして経済階層の高い世帯に多くなっているが、少なからぬ比率が専用居室を確保できぬまま、子供との同居を続けているわけであり、この点にも注目を怠ってはならないであろう。

以上老人の住居の条件を家族類型に焦点をあわせて記述してきた。まとめていうならば、一般的に子との別居世帯は、同居世帯よりも悪い住条件におかれているといえる。しかしながら同居世帯の場合でも専用の居室を確保していない場合には問題を残している。現在の大都市における住宅事情を考えるならば、住生活の改善を稼得能力の劣る老人の自力に待つことは不可能であり、住宅を社会的保障の一環として、生活維持のための社会サービスとしての位置づけを行わなければならないということ

とができるであろう。

老化が老人の生活構造に与える影響は生活構造の自立性の喪失および依存性の増大であった。そしてこの状況は家族類型によって条件づけられ、経済的側面および、住生活の側面に対して、老人の生活資源という観点からみた時、子との別居世帯と同居世帯によって顕著な差異を生じさせることをみてきた。それでは、生活構造の主體的な側面としての生活行動および生活意識はどのようなパターンをとるのであるだろうか。次号では、家族内の人間関係、他人との社会関係、余暇行動、そして孤独感、老人意識などの生活意識などについて、調査データによりながら考察を加え、老人の生活構造の解明をさらに進めることにしたい。

なお本稿は前記の「東京都老人福祉基礎調査報告書」からのデータによる記述であるが、文責は筆者に帰するものであることをお断りしておきたい。

執筆者紹介(執筆順)

こやま	たかし	東洋大学教授
小山	隆	
かごやま	たかし	上智大学教授
籠山	京	
えぐち	えいいち	中央大学教授
江口	英一	
もり	みきお	厚生省社会局老人福祉専門官
森	幹郎	
まごた	りょうへい	日本賃金研究センター研究主任
孫田	良平	
こぬま	ただし	社会保障研究所調査役
小沼	正	
たかはし	ひろし	社会保障研究所研究員
高橋	紘士	

R. M. ティトマス著、三浦文夫監訳

『社会福祉と社会保障——新しい福祉をめざして』

東京大学出版会, 1971年, 341 ページ

角 田 豊

(1) ティトマスとこの書物

ロンドン大学の社会福祉管理学部の主任教授であり、国際的にも令名の高い、リチャード・M. ティトマス教授 (Prof. Richard M. Titmuss) の近著 *Commitment to Welfare* (1968) が、社会保障研究所の三浦文夫氏の監訳ででた。社会保障研究所翻訳シリーズ No. 9 である。

ティトマス教授は、1951 年以来ロンドン大学で社会福祉管理論の講義を担当しており、すでに 10 冊を超える著書を著している。

イギリス国内やアメリカ、カナダ等に多くの講演、講義を行っており、前に、この社保研翻訳シリーズにも、*Essays on 'the Welfare State'* が、谷昌恒訳「福祉国家の理想と現実」として訳されている。とりわけ最近では、1967 年 5 月、ソ連レニングラードで行なわれた国際社会保障協会 (ISSA) 第 16 回大会で、3 年ごとに行われる大会が 3 度にわたって共通論題とした「社会保障制度と社会サービスの給付の関係」について、総括する講演を行い、また 1969 年 9 月にオーストリアのウィーンで開かれた ISSA の専門家シンポジウム「最低生活水準維持の方法」で議長をつとめたことなど、記憶に新しい。

この書物は、主として 1960 年代中頃の講演、講義、論文など 21 を収めたものである。第 1 部社会福祉管理—教育と研究、第 2 部保健と福祉の諸問題、第 3 部社会政策における再分配の諸問題、第 4 部医療のディレンマ、の 4 部に分けている。大体 1 部に 4～5 篇の論文を収めているが、第 3 部は 8 つの論文から成立っている。

ティトマスのこの書物は、現在の日本の支配的風潮にとって、対照的であり、その意味では苦い良薬でもある。しかし、私は、ティトマスの主張に、必ずしも全面的に賛成するわけではない。それは、生産至上主義に対する福祉（サービス）至上主義である。生産力豊かな社会を

前提とした分配至上主義である。けれども、考えてみれば、資本主義だけでなく、社会主義もまた、生産力の発展途上にある社会ではなかろうか。社会主義社会は、能力に応じて働き、能力に応じて分配する社会であって、共産主義社会のように、能力に応じて働き、必要に応じて分配する社会に到達したわけではあるまい。社会主義社会において、「働かざる者食うべからず」が鉄則とされるのも、その意味であろう。しかし、労働の権利と義務に基づく計画的生産を遂行し、一方、富の上に座して富を積む不労所得を根絶する社会主義社会では、老人、児童、心身障害者、病人および母子家庭等、働くことのできない人々に対しても、人間らしい生活と権利を保障することは、生産力が一定水準以上に発達した社会にとっては、可能でもあり、義務でもある、とされている。それは、人間社会のモラルとされる。だとすれば、資本主義社会においても、人間社会のモラルが要求されることは当然であろう。そして、それによって、高度に発達した資本主義において、ムキ出しの利潤追求は、人々の生活と権利の要求と闘争の大きさに応じて、抑制され、矛盾が展開する。私は、そう考えるのであるが、だとすると、ティトマスのこの書物が説く、福祉と分配の要求は、きわめて鋭く、かつ普遍的なものである。しかも、それは、1970 年までの 2 期 8 年にわたるイギリス労働党政権下に書かれたものである。この時期において、労働党は、生産性の向上、輸出の振興に取り組んだのであって、一方で、社会保障制度の画期的再編成もやったが、むしろ、生産と輸出の向上のために、賃金所得の凍結までの耐乏生活を試み、しかもなお、ポンドの切下げをしなければならなくなる不幸な事態に追いこまれたのである。このような、イギリスにとっても、イギリスの労働党にとっても、いわば、生産と輸出のための国民的耐乏が最大の課題であった時期に、この書物でティトマスが説くように、徹底した、福祉至上主義、分配主義を説

くことは、並の人間にできることではない。また、その理論的執念を参考にすることは、わが国現在の支配的風潮にとって、対照的であるだけに、苦い良薬の役割を果たすであろう。その意味で、読まれるべき好著が、適時に、翻訳された、ということができよう。

(2) 医師、科学者、看護婦、ソーシャル・ワーカーなどの不足

この書物の第4部は、「医療のディレンマ」とされており、I.「イギリスにおける社会的諸サービスと家庭医の現代的役割」、II.「治療における社会学的、倫理学的諸側面」、III.「社会政策の展開——保健サービスについて」、IV.「医療の倫理と経済」およびその補論（1967年8月）、の諸論文から成立っている。

そこには、イギリス国民保健事業の基礎をなすと同時に、その改善を求めてやまない理論が、力強く、該博な知識をもって説得的に、展開される。そのなかで、とりわけ印象的なのは、次の3つの点である。第1に、医師、科学者、看護婦、ソーシャル・ワーカーなどの不足について論じていることである。第2に、家庭医（一般医）と専門医・病院とが相互に分担すべき役割、とりわけ、家庭医（一般医）の重要性を理論的および歴史的に説いていることである。

そして、第3に、医療が普通の商品市場で売られる商品と異なる点を、理論的に列挙していることである。まず、アメリカの医療市場の動きが分析される（313ページ以下）。アメリカでは、1948年以降、医療費の絶えざる上昇が見られ、それは、イギリス以上である。1947年と1950年代の末とでは、医療サービス費は、労働者生計費や消費者物価指数の全項目の2倍以上に上昇し、1960年3月には3倍以上、国民所得の伸びの2倍に達している。他方、医師と看護婦不足が深刻化し、資本利潤を求めるより多くの営利病院の出現、家庭看護から病院看護への移行傾向が見られ、また、アメリカで生産される処方薬の年間売上高は、1939年の2億ドルから1961年には25億ドル以上に増加し、加えて、10億ドル以上が買薬（self-medication）に消費されている（270ページ）。そして、「アメリカは、国全体として、医師、科学者、教師、ソーシャル・ワーカー、看護婦その他ほとんどすべての種類の対人的なサービスに従事している福祉司や専門ワーカーなどの深刻な不足に悩まされ……アメリカの諸機関は、世界のより豊かでない国々から、医師、看護婦、その他の種類の人的資本を計画的に募集をし、輸入を行なっている。これらはすべて1966年のア

メリカにおける事実なのである」（175ページ）。「1949年以来、アメリカ合衆国は、先進国および発展途上国から、10万人もの医師、科学者、技術者を輸入してきた」。アメリカはこれらの人々の養成費を自国で負担しないですむために、「18年ほどのうちに40億ドルも節約したことになる」。「現在、アメリカの医師の年間の増加数のうち、外人医師はそのほぼ20%を占めている。現在、アメリカが外国に対して行なっている公・私の医療援助の総額と同じくらい、もしくはそれ以上の医療援助を、世界はドルを通じて、アメリカに対して行なっているのである」（155ページ）。そして、「イギリスもまた、より貧しい国々からきた医師の技術に大きく依存していることを想起しなければならない。それは5年ないし10年まえの保守党の閣僚や医師会関係の指導者のあいだにあった、あまりにも多くの医師を養成しすぎるきらいがあるという信念に一部起因しているものである」（175ページおよび156ページ）。そして、ティトマスは、「福祉国家」という言葉を使用する危険性を指摘し、変動しつつある福祉諸制度の国際的な相互影響を論じ、さらに（福祉国家でなく）「福祉社会」の概念規準の1つを提示する。「つまり福祉社会とは、医師、看護婦、ソーシャル・ワーカー、科学者、技術者などに対するその社会自身の必要性を充足するために、自国の国民を教育・訓練する政策責任を公然と認める社会のことである。ちょうど、商品、それに資材や資本が無制限に、かつ自由に国際的に流動するなかで不正と浪費を認めてきたと同じように、今日では世界の富裕な国々は、より貧しい国々から熟練した人的能力を奪うことを防止するためになんらかの活動を行う必要があるということを認めなければならないのである」（156～157ページ）。

こうした信念に基づいていればこそ、この書物の第1部は「社会福祉管理（Social Administration）——教育と研究」にあてられているのであり、そこには、「社会福祉管理の課題」、「大学と福祉の目標」、「社会事業学校、社会調査および社会政策の関係について」、「思い出の時代」の4つの論文が収められている。

(3) 医療は、商品と異なる

この書物の第3部「社会政策における再分配の諸問題」の第Ⅲ論文「選択の自由と『福祉国家』」の中で、ティトマスは、現物による社会サービス、特に医療は、民間市場の商品と区別されるような特質は何らもっていないかどうかについて検討する。それを彼は、1つは医療における不確実性と予測不可能性の問題、いま1つは、

医療を1つの概念的実体として扱うことの困難さという点から、取上げている(179~189ページ)。前者について彼は、決して完全なリストではないがと断わりつつ、医療が他の領域とは異なる主要な特徴を、13にわたって列挙している。次の通り。

- (1) 多くの消費者は医療を望んではいない。
- (2) 多くの消費者は自分が医療を必要としていることを知らずにいる。
- (3) 医療を望んでいる消費者はまあもって、どのくらいの医療を必要とし、また、その経費はどれくらいかかるか、知らずにいる。
- (4) 消費者は、どんな種類の医療を(外科処置とか、診断検査とか、薬剤など)自分が購入するのかわか、前もって知らないし、また、評価することは殆んどできない。
- (5) 消費者は、過去の医療消費の事例の経験から学ぶことは、殆んどできない(病気、またはニードには、極めて様々なものがあるばかりでなく、医療における効用の多様性は、一般に、耐久消費財のばあいよりも、はるかに大きい)。
- (6) 大部分の消費者は(消費前も、消費中も、消費後も)医療の価値を独立的なものとして評価することはできない。それゆえ、彼らは、自分が「よい」医療を受けたのか、あるいは「悪い」医療を受けたのか、よくわからないでいる。そのうえ、その評価のためには、一生涯かかるかもしれないのである。
- (7) 大部分の消費者は、不平等な医師=患者関係に入る。彼らは、医師・外科医は最もよく知っている人だと信じている。また、この知識・技術の不平等という特殊性は、耐久消費財の場合の市場関係とは異なって、いかなる実践目的のためにも、逆転されえないことを知っている。
- (8) 多くの人々にとって、医療消費の結果は、もとに戻すことができないものであって、医療が売手に返品されたり、捨てられたり、耐久消費財と交換されたりすることは、殆んどありえない。
- (9) 医療知識は、現在では、市場向けの、広告に出されるような商品ではない。消費者は、医療の消費のよし悪しについて、比較可能な、有効な情報を交換することもできない。
- (10) 耐久消費財の消費者に比べ、医療の消費者は、消費の過程で考えを変えることに、はるかに困難を経験する。

(11) 医療の消費者は、その結果に影響するかもしれないような、調査や教育や統制された実験に、承知のうえでか、あるいは知らず識らずのうちに、参加し、その対象となるかもしれない。

(12) 私企業的医療モデルのなかにこめられた、成人消費者の「正常」もしくは「平均的」経済行動の概念は、精神病患者、精神薄弱者、重症障害者、その他のいろいろの種類の消費者=患者に、機械的に適用することはできない。

(13) 同様にまた、この「正常」行動の概念は、移民や非西欧的文化をもった人々や、異なった信仰や価値体系をもった人々にも、機械的に適用することはできない。

さて、第2の、医療を1つの概念的実体として取扱うことの困難さは、「いまでは、科学と技術と経済成長とが、医療を1つの集団過程に変えてしまった」ことから生ずる。「つまり、広範な、専門的技能、技術、資源、制度などの組織的適用の問題となったのである。

それゆえ、もしいま、経済理論の観点から医療を検討しようと思うならば、この漠然とした、一般化された『医療』概念を、正確かつ明確な構成要素に分解して見る必要があるのである」(188ページ)。そして、ティトマスは、こうすることの重要性を示すために、人間の血液を例にとって検討を進めている。血液調達の計画、加工保存、血液型の適合試験、配分、財政、輸血サービス等の問題について、民間市場の原理に基づいて、また地域福祉の原理に基づいて、どのようにことが運ばれ、どのような問題点が生ずるか。そして、「一体、人間の血液は、1個の消費財であろうか」と問いかけるのである。

(4) 民間福祉市場と公的サービス

ティトマスは、保健と福祉のサービスについて、民間市場を一般原則とし、公的サービスを例外的措置ないしは、貧困に集中したサービスとして考えようとするアメリカやイギリスの自由主義的、保守的な理論家たちに、繰返して、反論を試みている。とりわけ、第3部の第Ⅲ論文「選択の自由と『福祉国家』」(171~190ページ)は、ティトマスが1966年11月に行なったロンドン、フェビアン協会における講演であり、翌年 *Fabian Tract* 370号に掲載されたものというが、イギリスその他の国々で展開されている民間中心の社会政策と消費者選択に関するいくつかの理論を、4つの重要な仮説にまとめ上げて、これに若干のコメントを加えるという形で、検討し、反論したものである。ティトマスが検討・反論の対象とし

て、明確な表現をとらしめた、4つの重要な仮説は、次の通りである。

第1仮説 経済成長は、包括的にして慎重に配慮された再分配的社会政策の介在を必要とすることなく、それだけで貧困問題を解決することができる。

第2仮説 福祉における民間市場は、差別と恥辱の烙印の問題を解決することができる。

第3仮説 福祉における民間市場は、消費者に一層多くの選択の自由を与えるであろう。

第4仮説 現物による社会サービス、特に医療には、民間市場の商品と区別されるような特質は何らもっていない。

第4仮説に対する検討は、すでに、「医療は商品でない」のところで紹介した。ここでは、とりわけ、第2仮説に対する検討・反論に注目しよう。「貧困者に対するバラバラな国家制度が、強力な民間の福祉市場のなかで運営されるときは、とかく水準の低い制度にしかならない傾向があるものである。たとえその制度が、教育、医療、その他のサービスの補充をすることができるとしても、それは、最高の教師、医師、看護婦、行政官、およびその他の種類のスタッフを補充することではなく、むしろ最悪のスタッフの募集に陥りがちである。しかも、サービスの質は、これらのスタッフのいかに大きく依存しているのである。対人的なサービスの質が低劣であれば、いきおい、選択の自由は少なくなり、差別を感じることが多くなるであろう」。この問題は、社会サービスそのものの観点から分類し直すと、社会サービスにおける普遍主義と選別主義という問題になる。民間福祉市場を一般原則とし、貧困に集中した公的サービスを考えるのは、選別主義となる。そこで、ティトマスは、第3部の第I論文「社会的諸サービスにおける普遍性と選別性」(137～151ページ)において、この問題を、この角度から、正面に取上げて論ずる。この論文は、1967年9月15日の「ニュー・ステーツマン (New Statesman)」紙に掲載されたものという。さらに同じく第3部の第II論文「福祉国家と福祉社会」の3、「普遍主義的社会的諸サービスと選別的社会的諸サービス」(158～161ページ)でも、この問題を論じている。この論文は、1967年4月、ロンドンで開催された全英社会福祉会議での講演で、会議の議事録に掲載されたものであるという。「人的資源の浪費は許すべからざるものであって、その浪費を防止するために福祉が要求されたのである。ここに、わが国(イギリス)の今日の4つの普遍主義的社会的諸サービス、すなわち退職年金、保健サービス、失業保険および

学校給食サービスの端緒があるのである」とティトマスは指摘する。しかし、結論として彼はいう、「このへんで、一般的結論を述べなければならない。それは次のようなものである。すなわち私たちが当面している課題は、普遍主義的社会的諸サービスと選別的社会的諸サービスの間の選択の問題ではない。真の課題は、次の設問のなかにある。すなわち、最も強いニーズをもつ人のために、恥辱の烙印を押す危険をできるだけ小さなものにしながら、積極的に区別していくことをねらった選別的サービスが社会的に受け容れられ、発展していくことができるとすると、その中なり、外側なりで基礎となるような価値と機会の枠組を提供するためには、どんな普遍主義的サービスの下部構造が必要とされるか、という問題がこれである」(168～69ページ)。

(5) 社会保障、保健、福祉

所得給付に対して、保健、福祉等の社会サービスについては、第2部(67—127ページ)で、5つの論文がこれを論じている。もとより、第1部の教育・研究、第4部の医療についても、それが、イギリスにおいて、社会サービスの中に考えられるものであることは、いうまでもないが、これらについては、すでにふれた。さて第2部の「保健と福祉の諸問題」の5つの論文とは、「社会保障制度と社会サービスの給付の関係——概説」、「変動する社会における福祉の諸問題」、「ソーシャル・ワークと社会サービス——地方自治体の当面する課題」、「老人のためのプランニングと保健・福祉サービス」、「コミュニティ・ケア——事実か虚構か」である。この第I論文「社会保障制度と社会サービスの給付の関係——概説」が、実は重要な国際的論文である。それは、1967年5月、ソ連のレニングラードで開かれた第16回国際社会保障協会(ISSA)大会でなされた講演である。1つは、この国際社会保障協会は、疾病、年金、失業等の社会保険の金庫、組合あるいは政府など、社会保障の管理運営機関をもって構成されている。したがって、政府公務員や、諸機関の理事などがメンバーとして参加するのであり、それらの役員でない教授が参加し、講演をするのは稀なことである。ティトマスが最初にふれているのは、この点である。次に、この「社会保障と社会サービスの給付の関係」という問題は、国際社会保障協会が、1961、1964、1967年と、3回の大会にわたって、続いて取上げてきた問題であった。当初、国連が専門家によって、社会福祉(社会サービス)について定義と内容を得ようとしたのが、1959年であった。もともと、国際社会保障協会も国際

社会福祉（事業）会議も、国際的な実践者の研究調査の会議として、戦後発達を見せていたのであるが、国際社会保障協会は、1960年代に、米ソや発展途上国の加盟も得て、ヨーロッパ（および中南米）的規模から、名実ともに国際機関となった。そこで、所得維持または社会保障と、社会福祉または社会サービスとの間の関係が、3回にわたって、国際社会保障協会の大会で、検討されたのである。ティトマス教授は、前回までのメリアム女史（米）の調査・報告などをふまえながら、自己の所説を講演の形で述べ、諸国から集まった多数の社会保障諸機関の役員・専門家に感銘を与えたのであった。これによって、国際的な名声を不動のものとしたティトマスは、1969年9～10月には、オーストリアで開かれた「最低生活水準維持の方法」に関する国際社会保障協会の専門家会議で、議長をつとめている。

さて、この講演の中で、彼は、まず、社会保障と社会サービス制度の給付ないし利用を3つの形態に分けてのべる。

- (1) 先行投資の形態——たとえば教育・訓練
- (2) 消費の形態——家族手当、年金給付、住宅補助、一定の無料医療・助成医療など
- (3) 補償の形態——失業、労働災害・職業病、交通災害、大気汚染等の公害、病院での二重感染、医療過誤、新薬の副作用などの犠牲者に対する補償

次に、社会保障と社会サービス制度の発達に影響を与えてきたいくつかの重要な目標にふれる。(1)労働生産性の向上、労働の流動性強化、経済成長の促進、(2)危険有害な労働に対する保護と報償、(3)出生率の増減、(4)非行・犯罪等の反社会的行動の予防、(5)疾病および不健康の予防、(6)すべての市民の社会への統合、(7)所得および可処分生活資源分配の不平等性の増減

その上で、社会保障と社会サービス諸制度間の関係の様々な方法と、そのタイプがもっている長所と短所に関する考察を、「有効性」と「消費者の利益」という柱のもとで行う。

「有効性」は、金銭および現物形態による一連のサービスの供給を、極大化する試みという点と、諸サービスに対するニーズを表明し、あるいはそれを明確にすることに関連している。後者には、医療、精神衛生、リハビリテーションの諸サービスに対するニーズのように知らなかり、表面化されなかったりするニーズもあれば、また官庁の複雑な手続をおそれて、表現されないこともある。こうした、かくされたニーズと取組みの重要性が指摘される。

「消費者の利益」については、知識、選択、権利、参加の4つの主要な要素が含まれていることが指摘される。

その上で、社会保障と社会サービス制度のそれぞれの長所、短所を知って利用すべきであり、それらの形態のもつ長所、短所についての解決は、「社会政策の目標の内容と、われわれの価値尺度にかかってくるであろう。それはまた乏しい資源の配分に当たっての優先順位の決定や、経済成長と社会成長に与える相対的重要性や、個人の権利と社会の権利を比較較量するに当たって、どのような尺度を用いるかにかかってくるであろう」。そして、金銭給付と現物給付との一般的長短については、次のようにのべる。「社会保障制度を非人格的なものにする、換言すると形式、規則、規定などを最少限度にとどめ、権利としての金銭給付を行うことは、その家庭や社会保障に関係する機関での消費者との個人的接触を失わせやすい。その結果、『捉えにくい人々を把握し』、その他の諸サービスに関する知識を提供し、未解決のニーズを診断し、全体的な社会政策の有効性を最高度に高めるための機会が失われることになるのである。他方、非人格的に『権利として』十分な社会保障給付を行うということの基本的重要性が認識されなければならない。それは消費者にとって欠くことのできない自由、つまり、そうした給付を自分の望み通りに、いかようにも消費する自由である。」

第2部の第II論文は、カナダ社会福祉会議（1966年6月）でなされた講演であり、第III・第IV・第Vの論文は、いずれも保健、老人福祉、精神衛生の各分野におけるイギリス国内の全国大会の講演であり、それぞれ、現在当面する問題点に鋭くふれており、熟読に値する。

(6) 何がまちがっていたか

第3部の第IV論文「社会政策と経済発展」の中で、ティトマスは、1950年代初頭の政治的、社会的な考え方のもとで、多くの主要な勢力や趨勢が、社会政策の将来に対してもっている意味を、とりちがえていた点、すなわち考え方のまちがっていた点を、その後の15年間の現実の展開に照らして、検討、指摘している（202—204ページ）。

まず、過小評価していた点として、次の5つをあげる。

- (1) 住宅、学校、病院、大学、福祉事務所、官庁の建物など、多くの社会資本の老朽化の程度と速度
 - (2) 科学的・技術的・経済的変動の速度とその影響。
- したがってまた、貧困者、未熟練労働者、社会・

経済的に恵まれていない人々などに与える社会的費用の影響

- (3) 恥辱の烙印や差別の公民権の否定が人々に与える影響
- (4) 教育制度、労働市場、住宅市場などを通じて行われる選別の累積的影響力や効果。いいかえれば、これらの領域で行われる権利剥奪の累積的因果過程
- (5) 貧困の程度。そして貧困の定義やその原因をあまりにも単純化しすぎた

他方、他の要因の及ぼす影響を過大評価しすぎたものがあるとして、次の7つをあげている。

- (1) 経済的、教育的ならびに社会的な貧困の問題を解決する経済成長の潜在的な力
- (2) 短期的な傾向にすぎなかった、第2次大戦中にみられた所得、雇用その他の要因における平等化の傾向
- (3) 福祉計画が、勤労意欲や道徳的価値一般に与える影響。そして、「治安維持」や「処罰」の制度を育てることによって、私たちが恐れていたものの創設を助けた
- (4) とくに、医療とソーシャル・ワークにおける現在および将来の需要を満たすための補充・訓練を拡大する専門諸機関の能力
- (5) 貧困者が、他から援助されずに、複雑化していく特別な社会を理解し、操作する能力。貧困者に自ら貧困者であることを認め、実際に「私は劣った人間です」と宣言するのを期待するのは侮辱であることを理解することができなかった
- (6) 社会問題を解決し、恥辱の烙印なしの差別という原則によってニードを充足する民間競争市場の力。きわめて過大評価
- (7) 貧困の原因は、社会病理や自己決定力の欠如のうちにあり同時に、また関係機関の怠慢や調整の失敗のうちにありとってきた。(後者の過

大評価)。貧困の原因が、貧困者のあいだにあることをみることができなかった。

私たちが、過小評価していた、あるいは過大評価していた、と指摘するこれらの反省は、卒直で鋭い。そして、同時にそれは、国際的な比較において、イギリスとは、比べものにならないほど、急激で大はばな経済発展を過去17年続けてきたし、今後も、成長率こそ若干低くはなっても、続けていこうとするわが日本についてみるなら、はるかに切実であるべき問題点の指摘ということになりはしないだろうか。これらの過小評価・過大評価として指摘されている点を、わが日本にあてはめて、検討してみる必要を、私は感じないではいられなかった。

以上、現在、日本が当面している問題や問題意識にひき比べて、ティトマスがこの書物にのべている主要な点を、紙幅の許す範囲で、紹介してきた。この書物が収めている論文は、1960年代の中頃、労働党政権下に、イギリスの内外で発表され、講演されたものであり、また、1951年からの15年間の時期を検討の対象としているものも多い。

それは、ティトマスのロンドン大学の社会福祉管理講座担当教授として就任してからの期間でもある。しかし、この間、わが国は、朝鮮戦争およびその停戦、講和発効、朝鮮戦争休戦、MSA 受入れと不況・合理化、そして1955年以降の高度経済成長およびそのもたらす経済的・社会的変化、という未曾有の歴史的変貌をとげた。そして、その同じ期間のヨーロッパ、とりわけイギリスの国内問題、そして、イギリスおよびアメリカを中心とした社会福祉と社会保障の動向については、まとまった把握は、必ずしも、十分にされていない。しかし、経済大国となりながら、同時に環境破壊と社会福祉や社会保障の貧困に取組まなければならなくなった今後の日本に、ティトマスのこの書物は、苦い良薬の効能を十分に果すものであろう。(すみた ゆたか 同志社大学教授)

ラシ・フェイン 著

『医師不足：経済的診断』

Rashi Fein, *The Doctor Shortage: An Economic Diagnosis*.

The Brookings Institution, 1967, 199 p.

都 村 敦 子

1. 1970年代に入り、内外ともに“福祉への道”を目ざす議論が活発化してきている。福祉政策を論ずる場合の重要な柱の1つは、福祉サービスのためのマンパワーの養成・確保・活用の問題である。福祉サービスはいわば labour intensive なサービスであり、たとえば医療、社会福祉、教育などの領域を取上げても、それらの主役はマンパワーである。マンパワー政策の重要性に関しては、わが国でも約10年前（昭和38年1月）に、経済審議会が343頁に及ぶ「経済発展における人的能力開発の課題と対策」と題する答申を提出している。しかしながらこの答申の視点もそうであるが、これまでのそれはあくまでも経済発展との関連において人的能力の開発（すなわち労働力としてのマンパワー）を考えることにあった。経済を健全に発展させるためにとるべきマンパワー政策に主眼がおかれがちであった。しかし、今後は福祉の領域におけるマンパワー問題に関して、もっと多くの意欲的な研究が進められることが望ましい。そしてそのためには、教育・健康・福祉の結合した研究が必要とされよう。

ところで、医療の領域に限っても、医師不足を議論する場合しばしば用いられてきた方法は医師-人口比率を求めることであった。たとえば、わが国の都道府県別に見ると、人口10万対医師数（昭和44年）の最も高いのは京都府の163.9であり、最も低いのは埼玉県の70.2であり、これは京都府の1/2以下である。また1967年の人口10万対医師数は、ソ連220.6、米国153.4、フランス117.7、スウェーデン117.4、イギリス116.8であるのに対して、わが国のそれは111.4である。ある目標年度までに基準年度の医師-人口比率を、人口増加を考慮に入れて、少なくとも一定の標準値にまで高める必要があるというようなことはしばしば指摘されてきた。医師-人口比率という指標が1つの目安を示すことは事実であろうが、それは医師不足の意味のある尺度とはならない。それは、ある一定の比率を維持するために必要とされる医師数を測る尺度を示すにすぎない。医師-人口比率は

人口の規模にのみ焦点を合わせ、医師のサービスに対する需要の増加を無視している。必要とされるのは、医療サービスに対する需要およびそれらの需要を充たすために利用できる医師の供給を測る尺度である。ここに紹介する Rashi Fein の書物が狙いとするのは、まさにこのタイプの尺度を展開することにある。Fein によると、米国では医療サービスの供給問題に対する各種の処方箋が提出されてきたようである。しかし、治療においては、処方箋ではなく診断が第1ステップである。Fein の書物は副題が示すように、医師不足の経済的診断——議論のための経済的フレームワークを提供するものである。

2. 最初に、本書のアウトラインをスケッチすることから始めよう。まず Rashi Fein は医師不足における“不足”について論じている。ここに不足とは、たとえば消費者の所得が現在よりも高いとか、または医療価格が現在よりも低いならば、消費者がより多くの医療サービスを購入しようとするというような状態を述べるものではない。これは“不足”の定義ではなくて、ビヘービアの記述にすぎない（この意味では、たとえばキャデラックは大いに不足している）。Fein は不足を2つに分類する。1つは economic need criterion による不足であり、それについて与えている定義は決して珍らしいものではない。すなわち、現行の医療価格および現行の所得を所与として、消費者が医療サービスに対する需要を充たそうとすると、欲するだけのサービスが利用可能にならない場合に不足があるという定義である。そして economic need criterion に基づく不足が生じる原因として、価格反応における遅れ、ならびに医療従事者の参入と移動の制限をあげている。

いま1つは、medical need criterion に基づく不足である。ここでは“ニード”の概念を“需要”と対置させている。medical need criterion に基づく不足とは、需要が充たされても不足しているかもしれないし、また需要が充たされなくても medical には充足されている

かもしれないという種類のものである。Fein はこの medical need criterion に基づく不足の重要性を強調する。実際に多くの人々が医療のパフォーマンスと考えているのは、健康の保持であって、市場の保持ではない。そしてそれらの人々の多くは医療サービスの領域では競争市場は働かないし、むしろ市場メカニズムに頼るとかえって scientific medicine 自体を危いものにしかねないとさえ考えているという。それ故、むしろ医療の領域に意識的に責任ある planned intervention が導入されることが望ましいと述べている。medical need criterion に基づく不足は、医療サービスに対するニーズを充たすことができないことを意味するものであり、これに対しては2つの措置が必要とされる。その1つは、適切な医療サービスのための財源調達メカニズムを動かせることにより、または直接サービスを提供することによって“ニーズ”を有効需要に転化することである。そうでなければ、たとえ資源が利用可能であったとしても、多分健康の目標を達成できないであろう。いま1つは、この新たな需要を充たすための資源が利用可能でない場合には、資源をつくり出さなければならないということである。その場合、医療組織の硬直性および訓練に伴う遅れのために、このプロセスは長期間を要すると考えられる。将来の不足を見越して、公的介入が必要とされるであろうと述べている。

3. Fein はこのように不足について論じた後、本論ともいうべき需給の予測に進む。第1段階として、1965年を基準にして、1975年および1980年の医師のサービスに対する需要のプロジェクションを行なっている。需要に影響を及ぼす要因として8つの人口動態および社会・経済的要因を分析している。8つの要因とは、(1)人口増加、(2)性別・年齢別人口分布、(3)都市化、(4)地域間移動、(5)人種、(6)教育、(7)所得、(8)メディケア（高齢者健康保険）である。需要予測においては次の仮定が設けられている。すなわち1975年（および1980年）に所与の特性をもつ人々（たとえばある年齢階級に属するもの）は、現在それと同一の特性をもつ人々が医師の治療を受けるのと同じ度数で受診するであろうという仮定である。各特性をもつ人々の受診率に各要因の変化（たとえば所得増加）を適用して、総需要量が10年間（および15年間）に何パーセント増加するかという推定を行なっている。

Fein の需要予測の結果は次のようになる。1965年から1975年までの10年間に、人口増加によって生じる医

師のサービスに対する需要増加は12.2～14.6%、性別・年齢別人口分布によるもの1.0%、都市化および地域間移動によるもの0.2%、人種によるもの0.5%、教育水準および所得水準の上昇によるもの7.0～7.5%、メディケアによるもの1.0～2.0%であり、合計すると21.9～25.8%になるになる。同様に1980年までには35～40%の需要増加が生じると推定されている。需要増加をもたらす最も主要な要因は人口規模と所得の増加に関連したものである。ところで、ここで予測された需要増加はミニマムの推定値であることを、Fein は強調している。というのはその他の変化（数量化することが困難なそれ）、たとえば医学上の新しい開発、国民の医学的知識の向上、expectations の上昇、医療サービスの利用可能性を増大させるような制度の導入等の要因によって、さらに需要は増加すると考えられるからである。

次に第2段階は、供給側の予測であるが、あらかじめ著者はこれに関連してマンパワーとサービスとの連結についてふれている。すなわち、われわれの関心は医師の提供するサービスにあり、単純にマンパワーに焦点を当てることはできないというのである。技術は変化し、新たな資本設備が導入され、新しい開発がなされ、サービスの配分のための新しい組織がつけられる。これらは、インプットである医師と医師が提供するプロダクトすなわち医療サービスとの間の関係を変えるであろう。また医師といっても、年齢も能力も、訓練のタイプも、practice のタイプも異なり、同質的ではない。Fein はこうした問題を指摘しているが、実際に供給面の予測にあたっては、結局利用可能な医師のサービス量に対する第1次近似として医師数を用いることにとどまっている。

医師数の予測では次の仮定を設けている。過去数年間の医学校の卒業生の増加率が来る10年間にも続くであろうということ、および外国の医師の移住は現在の水準（1年当り約1,600人）で継続されるであろうという仮定である。1965年には米国の医師は305,100人であったが、彼の予測によれば、1975年には約362,000人に増える。これは19%の増加である。1980年までには医師数は29%増加すると推定されている。したがって、予測された需要と供給との間には、1975年までに3～7%（約9,000～21,000人の医師に等しい）、1980年までに5～10%のギャップが存在することになる。

4. 次に、需給ギャップを埋めるために、著者は2つの方法を提案している。第1に、新しい形態の組織――

特にグループ診療——を拡張することにより、第2に、新しいタイプの医療従事者を利用することにより、医師の生産性を刺激することができるというのである。すなわち、これら2つの方法は、医療従事者の分業を深め、また医療チームを構成する各種の成員の義務と責任の再割当てを可能にし、医師の生産性を高め、したがって医師の有効供給を増大させ、その結果医師の産出するサービスの供給を増大させることができると示唆している。

まずグループ診療に関しては、基本的な4つの利点をあげている。第1は、より大きい組織単位による規模の経済を実現できること。第2は、他の生産要素（医師以外の医療従事者や資本設備）に対する医師の比率を最適に保つことが可能になること。これはたとえば医師と看護婦の最適比率が医師1人当り看護婦1.6人であるとする、グループ診療の場合の医師3人と看護婦5人の方が、単独個人開業の場合よりも最適比率を確保しやすいということである。第3は、医療従事者をより効率的に利用することにより、医師の時間を節約できること。第4は、治療のための中核となる場を提供し、それによって専門化の増大に関連した設備や職員の遊休に伴う費用の損失を最小にすることである。

もう1つの方法、すなわち新しいタイプの医療従事者——長期間の教育や訓練を必要としない医師補助者——を利用することについては次のように考えている。医師補助者に、現在医師が行なっている仕事の一部を分担させ、医師の生産性をもっと高めれば、現在の医師数でより多くの患者を扱うことができるようになる。その上、単独開業診療よりも大きな組織化された単位で医師補助者を利用すれば、さらに生産性をあげることができると考えている。著者はこの提案の実行可能性を歯科診療の経験を検討することによって推論している。1950年から1963年の間に、個人開業の歯科医の絶対数は21.7%増加したにすぎなかったが、歯科のアウトプットは80%も増大した。したがって13年間に歯科医1人当りのアウトプットは44%も増加したことになる。それは生産性の上昇によるものであり、この生産性の上昇をもたらしたのは、歯科医の助手や衛生学者を含む歯科産業の職業構造の変化によるものであるという。

Rashi Fein のマンパワー政策についての処方箋は、医療従事者の生産性の向上の促進にむけられており、それは政府委員会や医学教育者が通常とる立場——医師数の増加を強調するそれ——とは異なっている。さらに、新しいタイプの医療従事者を教育し、雇用するためには、またグループ診療やその他の形態の組織化の発展のため

には、政府や民間の財団や医学教育者の支持が必要であることを Fein は強調している。

5. 本書は刊行以来海外でかなりの反響を呼び、すでにいくつかの書評がなされている。コメンターたちは、細かい点については批判を加えながらも、基本的には Fein の研究を評価している。次にそれら書評の中で指摘された批判の論点を整理してみよう。

それらの論点の1つは、Fein の研究が現時点で医師の不足が存在するか否かを分析するものではないということである。Fein の推定値は単に将来の需要と将来の供給を推定したものである。医師の供給が現在のニードに対して十分であるか否かがわからないならば、将来の不足の大きさに関して決定的なことはいえないであろう¹⁾ [p. 121]。この分析はたかだか現在のビヘービアに遅れないようにするために必要となる医師の供給を示しているにすぎない。しかしながら、John M. Glasgow は、この点をあまり強調すべきではないと言う。というのは“医療ニード”に関して客観的に受入れられている定義は存在しないし、充足されていない医療ニードが一体どれほどかを測定するのは困難な仕事であるからである。

いま1つの論点は、グループ診療に関して Fein が列挙した利点を確実に支持できるような証拠はあまりないということである。J. Glasgow は現在のところ利用できる証拠はあまりにも断片的なものであり、また決定的なものとはいえないので、グループ診療の潜在的な利点を直ちに支持できないと述べている [1. p. 122]。また Michael Grossman は次のように批判している。すなわちグループ診療と単独開業診療との患者の利用率を比較すると、グループ診療による病院や外科処置の利用は単独診療の場合よりも低い。したがって Fein の主張を必ずしも支持できないと言う。そしてもし Fein の言うようにグループ診療が真に効果的だとするならば、米国の医師会が最近グループ診療に公然と反対することを止めたことが刺激となって、積極的な政策手段をとらなくとも、グループ診療組織の発展は促進されるはずではないかと述べている²⁾ [p. 354]。

第3の論点は、新しいタイプの医療従事者の利用は現実問題として非常にむずかしいということである。すな

1) John M. Glasgow, *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 22 No. 1, October, 1968.

2) Michael Grossman, *Medical Care*, Vol. V, No. 5, September—October, 1967.

わち生産性の向上のために医師補助者を導入するという考え方の基礎には、Milton Friedman のターミノロジーを用いると³⁾ (p. 153), (医学的な) 技術的効率と経済的効率とを区別すべきだという考えが含まれているが、人間の尊い生命をあずかる医療の場合には、そのように割り切って考えることは現実的ではない。質を幾分犠牲にしてより多くのサービスを提供するよりも、少数の患者に最適なサービスを与えるほうがよいと考えるのが、通常の医師だという批判である [2, p. 354]。また医師補助者の利用を増加させること自体は望ましいとしても、医師と患者双方からの抵抗は無視できない問題だという指摘もある [1, p. 122]。また Elton Rayack は Fein に対して次のように批判している。新しい医療従事者や新しい形態の組織の発展にとって問題なのは、Fein が示唆するような財団や政府による財政的援助を確保するという問題よりも、むしろ組織化されている医療従事者の強力な抵抗を砕くことである。Fein は主要な政策的手段としてグループ診療の拡張を強調しているが、医師がグループ診療を構成するのを困難にする条件を議論する場合に米国の医師会のグループ診療、特に前払い式グループ診療に対する強い反対について Fein が何も述べていないのは片手落ちであるという批判である⁴⁾ (pp. 1044~1045)。

6. 最後に若干の点について筆者のコメントを付記しておこう。

第1に、ヘルス・マンパワー問題の経済的診断を行う場合、欠くことのできない視点は、相互依存の分析である。医療サービスのアウトプットをうみ出す過程における医師とその他のインプットとの間の相互依存関係を明確にしない限り、経済学的には決定的なことは必ずしもいえない。Fein の分析には、福祉の視点からみた望ま

しい医療資源の配分について一般的フレームワークを提供するという重要なポイントが欠落している。そのため彼の結論は、分析に基礎を置かない、甘いものとなっている。

第2に、Fein は医療の“ニード”と“需要”とを対照させ、medical need criterion に基づく不足を重視しているにもかかわらず、彼の書物の中核をなす実証分析では、現在の受診率のデータを用いており、したがって予測に医療のニードを組入れているとは必ずしもいえない。国民皆保険制度をもたない米国においては、現実には需要に転化されていないニードが大きいものと予想されるので、Fein の医師のサービスに対する需給ギャップは過小推定の可能性が強い。

第3に、わが国の医療サービスに対する需要の決定因に関する筆者の分析によれば、需要に重要なインパクトを及ぼす要因の1つは健康保険の給付率であり、もう1つは供給条件（供給がそれ自らの需要をつくり出すという要因）である。Fein の分析で所得水準の上昇が需要に大きい影響を及ぼすのは、ある意味で（米国では健康保険が整備されていない）、前者の要因と関連するものと考えられる。後者の要因についての分析が含まれていない点は遺憾である。

第4に、Fein は需要予測において、1年間1人当たり受診率を用いている。この受診率には病院の入院患者の受診は含まれていない。したがって Fein の分析では入院患者に対する医師のサービスの需要は取上げられていないことになり、この点は大いに問題であろう。またこの受診率は一定と仮定されているが、現実には10年間または15年間に、1人当たり年間受診回数それ自体も変化するであろうから、それらを考慮にいったダイナミックな分析が必要となる。

ともあれ、本書は以上のように一層の配慮を要する論点を多く含むが、ヘルス・マンパワー問題の研究を刺激するに足る興味深い議論を提示するものである。

(つむら あつこ 社会保障研究所研究員)

3) Milton Friedman, *Capitalism and Freedom*, 1962.

4) Elton Rayack, *The American Economic Review*, Vol. LVIII, No.4, September, 1968.

〔訂正とお詫び〕

Vol. 8, No. 1 の秋山智久「米国の公的扶助における市民権の構造」中、37頁の図1の図表と43頁の図2の図表がそれぞれ入れ替ってしまいましたので訂正いたします。なお、図1および図2のタイトルは訂正の必要はありません。編集部の手違いによりご迷惑をおかけしたことをお詫びいたします。

社会保険統計

この「社会保険統計」欄をよむ上に：

1. 社会保険の概念規定については、まだ十分な結論がなされていない。従来の「社会保険」の概念にとらわれることなく、もう少し広く、「社会開発」的視点から資料を収集し、主な計数を定期的に紹介することになっている。
2. 毎会計年度ごとに刊行される1～4号の4冊によって、一つの体系的概観を図ることになっている。1号：人口、労働等の社会保険をめぐる基礎的事項、2号：医療、公衆衛生および人口動態、3号：社会保険費および社会保険、4号：社会福祉、公的扶助および社会保険関連制度の順に基本的な諸統計を配置する予定にしている。なお、以上の他に、その号限りの特殊表をも付加する建前をとっている。
3. 本欄の構成は主要資料の図示、国際比較および国内資料の収録の3区分を原則としている。可能な限り最新の数字に入れ替えることとしているが、更新すべき数字の入手がまだ不可能であるものについては、従来採用の数字をそのまま再録することがある。
4. 本号では、人口動態、平均余命、死因、栄養、医師および病院数等について国際比較を行い、国内資料は人口動態、栄養、国民総医療費、患者数、医療関係者数、医療施設数、保健所等に関する諸統計を掲載している。
5. 各統計表中に使用している記号は、次のような場合に用いてある。

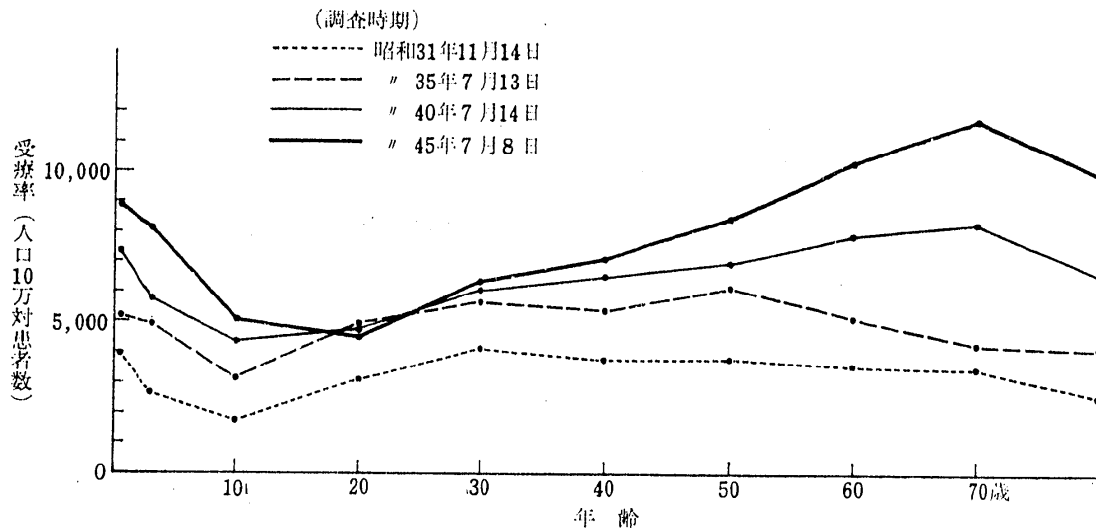
計数のない場合	—
計数不明の場合	...
統計項目のあり得ない場合	.
数値が微小（0.05未満）の場合	0.0
使用した計数の年次等が異なる場合	*

（菅原利満・大本圭野）

目次

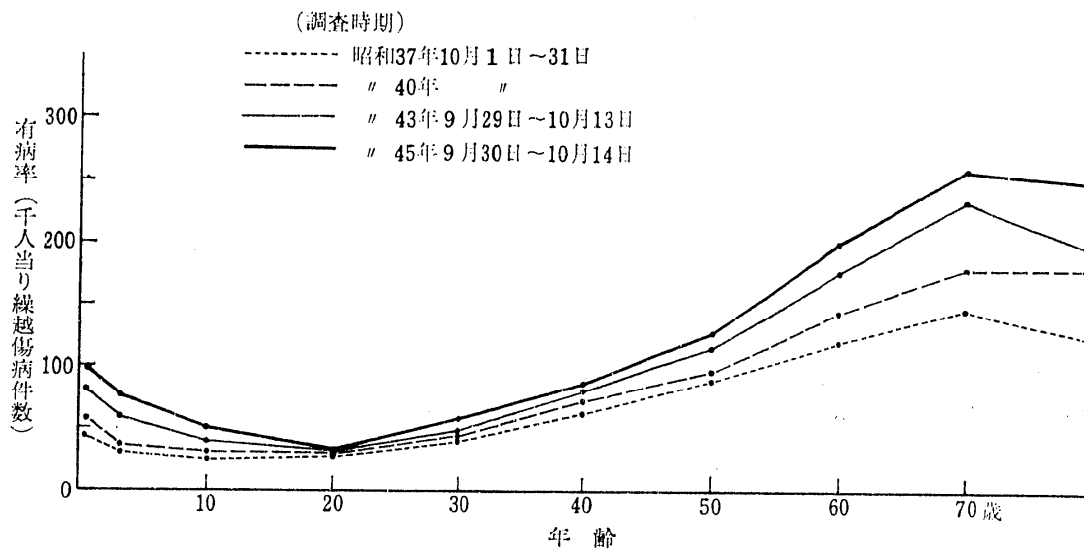
図 1	年齢階級別にみた有病率の年次推移	98
図 2	年齢階級別にみた受療率の年次推移	98
国際比較		
表 1	各国の人口動態指標	99
表 2	主な年齢における各国の平均余命	100
表 3	各国の死因（簡単分類）別死亡率	101
表 4	各国の1人1日当り栄養摂取量	102
表 5	各国の1人1日当り食糧純供給高	103
表 6	各国の医療従事者数	104
表 7	各国の病院、病床数	105
国内資料		
表 8	人口動態指標の推移	106
表 9	栄養摂取量の推移	106
表 10	世帯業態別にみた栄養摂取量	107
表 11	国民総医療費の推移	108
表 12	世帯業態別にみた傷病世帯数・傷病人員	109
表 13	病院・診療所の1日取扱い患者数（全国推計）・指数の年次推移	109
表 14	全国推計患者数、施設の種類・受療の種類別	110
表 15	傷病大分類別にみた患者数・傷病件数（全国推計）	110
表 16	医療関係者数の推移	111
表 17	都道府県別にみた医師・歯科医師・薬剤師数	112
表 18	都道府県別にみた病床数	113
表 19	医療施設数、病床数の推移	114
表 20	保健所数（型・人口別）	115
表 21	保健所職員定数・現員および充足率	115
表 22	保健所の主な活動	116

図1 年齢階級別にみた有病率の年次推移



資料 厚生省「昭和45年国民健康調査」

図2 年齢階級別にみた受療率の年次推移



資料 厚生省「昭和45年患者調査」

国際比較

表 1 各国の人口動態指標

	年 次	出 生		死 亡		乳 児 死 亡		年 央 推 計 人 口 (万人)
		実 数(人)	率 (人口千対)	実 数(人)	率 (人口千対)	実 数(人)	率 (人口千対)	
ヨーロッパ州								
スウェーデン	1970	109,825	13.6	79,987	9.9	1,478 ²⁾	13.1 ²⁾	805
ノルウェー	1970	63,000	16.2	38,000	9.8	923 ²⁾	13.7 ²⁾	388
フィンランド	1970	64,433	13.7	44,428	9.5	806	12.5	470
デンマーク	1970	70,800	14.4	48,367	9.8	1,058 ²⁾	14.8 ²⁾	492
スイス	1970	99,785	15.9	56,259	9.0	1,574 ²⁾	15.4 ²⁾	628
イギリス	1970	902,547	16.2	654,614	11.8	17,078 ²⁾	18.6 ²⁾	5,571
西ドイツ	1970	789,326	13.3	691,891	11.6	18,579	23.5	5,955
フランス	1970	848,300	16.7	538,800	10.6	12,790	15.1	5,077
オランダ	1970	239,015	18.4	109,820	8.4	3,030	12.7	1,302
イタリア	1970	900,070	16.8	519,338	9.7	26,313	29.2	5,367
スペイン	1970	660,293	19.8	287,339	8.6	18,377	27.8	3,329
ポルトガル	1970	172,889	18.0	93,096	9.7	10,027	49.5	963
ポーランド	1970	546,900	16.7	266,800	8.1	18,100	33.1	3,281
ユーゴスラビア	1970	361,635	17.6	183,004	8.9	21,499 ²⁾	56.3 ²⁾	2,053
チェコスロバキア	1970	228,334	15.8	165,353	11.4	5,111 ²⁾	22.9 ²⁾	1,447
北アメリカ州								
カナダ	1969	369,647	17.5	154,477	7.3	7,149	19.3	2,109
米 国	1970	3,717,910	18.2	1,920,939	9.4	73,735	19.8	20,540
メキシコ	1970	2,091,500	41.3	468,600	9.2	141,000	67.4	5,067
南アメリカ州								
ベネズエラ	1968	382,914	40.9 ¹⁾	64,052	7.8 ¹⁾	17,687	46.2	969
コロンビア	1968	622,884	44.6 ¹⁾	169,000	10.6 ¹⁾	46,678	70.4	1,983
アルゼンチン	1967	480,317	20.7	195,265	8.4	30,211	58.3	2,326
チ リ	1968	248,934	26.6	84,433	9.0	22,797	91.6	935
アジア州								
日 本	1970	1,940,603	18.9	713,756	6.9	28,598 ²⁾	15.3 ²⁾	10,354
インド	1970	...	42.8 ¹⁾	...	16.7 ¹⁾	...	...	55,038
フィリピン	1970	946,753	44.7 ¹⁾	241,678	12.0 ¹⁾	63,585	67.2	3,849
台湾	1970	394,018	28.1	71,135	5.1	6,850 ²⁾	17.5 ²⁾	1,404
タイ	1969	1,133,526	42.8 ¹⁾	243,444	10.4 ¹⁾	29,705	26.2	3,474
インドネシア	1970	...	48.3 ¹⁾	...	19.4 ¹⁾	...	...	12,120
イ ラ ン	1969	1,088,053	45.4 ¹⁾	169,089	16.6 ¹⁾	...	...	2,789
イ ラ ク	1967	160,743	49.3 ¹⁾	34,250	15.5 ¹⁾	2,598	16.2	858
イスラエル	1970	77,894	27.0	20,339	7.0	1,835	23.6	289
アフリカ州								
アラブ連合	1969	1,200,504	44.1 ¹⁾	468,778	16.5 ¹⁾	141,606	118.0	3,250
大洋州								
オーストラリア	1970	257,516	20.5	113,048	9.0	4,606	17.9	1,255
ニュージーランド	1970	62,207	22.1	24,840	8.8	1,040	16.7	282
ソ 連	1970	4,254,000	17.5	2,002,000	8.2	104,000	24.4	24,277

注 1) 1965～70年についての国連推定値 2) 1968年の計数 3) 1969年の計数.
資料 国際連合「世界人口年鑑 1970」.

表2 主な年齢における各国の平均余命

	作成基礎 期 間	男							女						
		0歳	1	20	40	60	65	70	0	1	20	40	60	65	70
ヨーロッパ州															
スウェーデン	1967	71.85	71.88	53.48	34.70	17.56	13.99	10.86	76.54	76.42	57.81	38.50	20.42	16.31	12.57
ノルウェー	1961～65	71.03	...	53.34	34.58	17.60	14.13	11.04	75.97	...	57.66	38.22	20.06	16.01	12.29
フィンランド	1961～65	65.4	65.8	47.8	29.5	14.3	11.4	8.9	72.6	72.8	54.4	35.2	17.5	13.7	10.3
デンマーク	1967～68	70.6	71.0	52.8	33.8	16.9	13.6	10.7	75.4	75.4	56.9	37.6	20.0	16.1	12.4
スイス	1958～63	68.72	69.43	51.45	32.84	16.24	12.94	10.02	74.13	74.53	56.21	36.96	19.16	15.24	11.67
イギリス (イングランド・ ウェールズ)	1967～69	68.7	69.1	50.9	31.8	15.2	12.0	9.4	74.9	75.1	56.6	37.3	19.7	15.9	12.4
西ドイツ	1966～68	67.55	68.34	50.32	31.79	15.29	12.10	9.45	73.58	74.07	55.71	36.52	18.88	14.98	11.46
フランス	1968	68.0	68.3	50.2	31.7	15.9	12.7	10.0	75.5	75.6	57.2	38.1	20.4	16.5	12.8
オランダ	1968	71.0	71.0	52.9	33.9	17.0	13.7	10.7	76.4	76.3	57.9	38.5	20.5	16.4	12.7
イタリア	1960～62	67.24	69.44	51.67	33.06	16.65	13.39	10.44	72.27	74.10	56.07	36.97	19.27	15.34	11.79
スペイン	1960	67.32	69.15	51.41	32.85	16.28	12.80	9.82	71.90	73.29	55.31	36.37	18.77	14.82	11.31
ポルトガル	1959～62	60.73	65.77	49.88	31.81	15.71	12.42	9.49	66.35	70.92	54.85	36.12	18.56	14.64	11.13
ポーランド	1965～66	66.85	68.98	50.89	32.61	16.07	12.77	9.95	72.83	74.43	56.11	36.97	19.27	15.35	11.83
ユーゴスラビア	1966～67	64.74	68.16	50.50	31.96	15.29	12.10	9.20	68.99	72.38	54.66	35.68	18.15	14.33	10.92
チェコスロバキア	1966	67.33	68.18	50.16	31.75	15.28	12.12	9.50	73.57	74.08	55.68	36.40	18.64	14.75	11.28
北アメリカ州															
カナダ	1965～67	68.75	69.53	51.50	33.01	16.81	13.63	10.83	75.18	75.71	57.37	38.15	20.58	16.71	13.14
米国	1968	66.6	67.3	49.2	31.1	15.7	12.8	10.2	74.0	74.4	56.8	37.0	20.0	16.3	12.9
メキシコ	1959～61	57.61	61.53	47.27	31.17	17.10	14.10	11.40	60.32	63.74	49.66	32.86	17.57	14.22	11.27
南アメリカ州															
ペルー	1960～65	52.59	...	45.27	29.33	14.82	11.84	9.23	55.48	...	47.32	31.42	16.11	12.83	9.94
コロンビア	1950～52	44.18	50.36	39.61	24.76	11.83	9.30	7.15	45.95	51.13	40.97	26.56	12.81	10.02	7.60
アルゼンチン	1959～61	63.13	66.24	49.09	31.05	15.86	12.86	10.18	68.87	71.76	54.57	36.26	19.40	15.80	12.58
チリ	1960～61	54.4	61.1	45.4	29.0	15.2	12.4	10.0	59.9	66.1	50.4	33.2	17.7	14.5	11.8
アジア州															
日本	1968	69.05	69.26	51.17	32.61	15.90	12.48	9.50	74.30	74.29	55.93	36.86	19.18	15.26	11.69
インド	1951～60	41.89	48.42	36.99	22.07	11.77	9.81	8.07	40.55	46.02	35.63	22.37	12.98	11.05	9.28
フィリピン	1946～49	48.81	54.74	45.98	31.14	17.72	14.69	11.76	53.36	58.62	47.27	32.26	18.45	15.22	12.14
台湾	1965	65.84	67.19	49.36	31.30	15.33	12.30	9.69	70.44	71.29	53.42	34.94	17.99	14.44	11.24
パキスタン	1962	53.72	60.59	47.76	30.79	15.61	12.29	9.60	48.80	53.89	42.85	27.74	15.46	13.36	10.78
タイ	1960	53.6	...	...	...	...	...	...	58.7	...	...	...	...	...	...
ビルマ	1954	40.8	49.8	36.8	21.1	10.6	...	6.3	43.8	51.6	38.3	23.7	12.4	...	7.3
トルコ	1950～51	46.00	51.05	39.80	24.97	12.27	9.80	7.65	50.41	55.00	43.26	28.20	13.57	10.54	7.92
イスラエル	1969	69.19	70.07	52.20	33.77	16.85	13.57	10.76	72.84	73.47	55.14	35.84	18.34	14.64	11.44
アフリカ州															
アラブ連合	1960	51.6	56.2	47.7	30.5	15.1	11.8	9.1	53.8	59.9	52.9	35.0	18.0	14.1	10.7
大洋州															
オーストラリア	1960～62	67.92	68.46	50.40	31.84	15.60	12.47	9.77	74.18	74.49	56.16	36.99	19.51	15.68	12.19
ニュージーランド	1960～62	68.44	69.17	51.17	32.51	16.00	12.78	9.94	73.75	74.17	55.87	36.73	19.27	15.47	11.95
ソ連	1958～59	64.4	66.4	49.5	32.2	17.0	14.0	11.3	71.7	73.4	56.4	37.9	20.6	16.8	13.4

資料 国際連合「世界人口年鑑 1970」.

表3 各国の死因(簡単分類)別死亡率(1969年)

(人口10万対)

		スウェーデン		イギリス (イングランド・ウェールズ)		西ドイツ	フランス		ポランド	アメリカ合衆国		ソビエト連邦	日本	台湾	イスラエル	ニュージーランド	
		A	B	A	B		A	B		A	B					A	B
B 1	呼吸器系の結核	4.2	—	10.0	—	—	—	—	27.0	—	—	19.7	—	28.4	1.8	—	—
2	その他の結核	0.4	0.0	0.7	0.1	—	—	—	0.8	0.0	—	2.5	0.0	2.2	1.1	—	—
3	梅毒およびその続発症	0.2	0.0	0.8	0.0	—	—	—	0.6	0.1	—	1.1	0.1	0.2	0.2	—	—
4	腸チフス	—	1.5	0.0	1.0	—	—	—	0.0	1.5	—	2.5	5.5	0.0	0.1	1.7	—
5	コレラ	—	2.2	—	8.7	—	—	—	—	2.5	—	—	15.9	—	—	2.6	—
6	赤痢	0.0	1.5	0.0	1.1	—	—	—	0.0	0.6	—	4.4	0.9	0.1	0.6	1.0	—
7	猩紅熱およびレンサ球菌性口峽炎	0.0	—	0.0	—	—	—	—	0.1	0.0	—	0.0	—	—	—	—	—
8	ジフテリア	—	—	0.0	0.0	—	—	—	0.0	0.0	—	1.6	0.0	0.1	0.1	—	—
9	百日咳	—	0.0	0.1	0.1	—	—	—	0.1	0.0	—	12.7	0.0	0.2	—	—	—
10	髄膜炎菌感染	0.2	0.0	0.2	0.0	—	—	—	0.2	0.0	—	0.1	0.0	0.0	0.2	—	—
11	ペスト	—	0.2	—	0.1	—	—	—	—	0.4	—	—	0.0	—	—	0.3	—
12	急性灰白髄炎	—	—	0.0	0.0	—	—	—	0.0	0.0	—	0.4	0.0	0.5	0.1	—	—
13	痘瘡	—	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	0.0	—	—	—	—	—
14	麻疹	0.1	0.1	0.1	0.2	—	—	—	0.4	0.0	—	11.9	0.6	4.2	0.6	0.3	—
15	発疹チフスおよびその他のリケッチア病	—	—	—	0.0	—	—	—	0.0	0.0	—	2.3	0.0	—	—	—	—
16	マラリア	—	0.0	0.0	0.0	—	—	—	—	0.0	—	5.9	0.0	—	—	—	—
17	伝染性および寄生性として分類されたその他の疾患	2.9	0.5	1.7	0.3	—	—	—	4.7	0.3	—	34.6	1.0	4.2	5.0	0.3	—
18	悪性新生物	195.3	1.9	230.3	5.5	—	—	—	135.1	3.5	—	50.9	2.0	56.4	115.2	3.7	—
19	良性および性質不詳の新生物	7.1	234.9	9.7	209.9	—	—	—	6.0	159.4	—	6.3	114.2	1.9	2.9	150.8	—
20	糖尿病	18.6	2.7	18.1	8.8	—	—	—	8.6	2.5	—	6.4	5.5	3.2	6.1	1.5	—
21	貧血	1.8	9.7	2.1	17.5	—	—	—	1.0	19.2	—	15.6	6.3	2.3	1.0	15.0	—
22	中枢神経系の血管損傷	116.2	0.4	175.2	8.6	—	—	—	35.0	1.3	—	33.3	0.6	67.4	91.6	0.4	—
23	骨膜炎(髄膜炎菌性および結核性を除く)	0.7	3.4	1.1	1.6	—	—	—	1.7	1.7	—	9.1	1.4	2.4	1.7	2.7	—
24	リウマチ熱	0.0	0.8	0.2	1.6	—	—	—	1.6	0.9	—	0.6	0.8	0.6	0.1	1.2	—
25	慢性リウマチ性心臓疾患	3.9	0.0	1.1	0.2	—	—	—	6.3	0.2	—	2.2	0.6	6.1	8.9	0.3	—
26	動脈硬化性および変性性心臓疾患	330.3	15.4	226.1	4.0	—	—	—	103.9	8.0	—	35.9	4.7	11.2	185.0	10.5	—
27	その他の心臓疾患	26.9	22.4	24.3	11.7	—	—	—	42.4	13.4	—	33.4	17.9	18.1	13.6	14.5	—
28	高血圧性心臓疾患	16.6	285.6	17.2	78.9	—	—	—	5.3	337.6	—	6.7	35.4	4.4	7.8	241.3	—
29	その他の高血圧性疾患	3.3	62.9	8.7	121.5	—	—	—	16.5	17.9	—	4.4	39.9	3.7	3.2	39.9	—
30	インフルエンザ	3.7	163.3	2.8	150.9	—	—	—	4.0	105.8	—	7.7	173.0	0.7	2.1	110.6	—
31	肺炎	58.4	9.7	24.3	29.9	—	—	—	27.3	3.5	—	60.7	2.0	32.5	15.3	1.8	—
32	気管支炎	7.3	84.1	16.9	21.8	—	—	—	5.8	33.2	—	48.5	24.9	17.1	3.9	49.6	—
33	胃および十二指腸の潰瘍	8.6	69.5	7.4	11.7	—	—	—	5.8	16.6	—	6.0	14.7	8.4	3.5	34.0	—
34	虫垂炎	1.0	8.5	3.1	3.7	—	—	—	1.1	4.7	—	1.0	8.7	0.5	0.5	4.4	—
35	腸閉塞およびヘルニア	7.8	0.8	11.5	0.9	—	—	—	4.3	0.7	—	4.8	0.6	2.6	4.6	0.5	—
36	胃炎、十二指腸炎、腸炎および大腸炎	4.4	5.1	3.6	8.8	—	—	—	4.4	3.9	—	108.9	3.3	15.2	7.9	3.2	—
37	肝硬変	7.3	3.2	22.6	35.0	—	—	—	8.1	14.6	—	4.5	11.2	13.8	4.3	2.8	—
38	腎炎およびネフローゼ	5.3	5.0	5.9	5.2	—	—	—	7.9	4.7	—	10.8	10.0	14.2	4.7	4.0	—
39	前立腺肥大症 ¹⁾	33.3	22.4	75.2	—	—	—	—	19.3	12.1	—	22.4	8.0	—	30.9	22.3	—
40	妊婦、分娩および産褥の合併症 ²⁾	0.3	0.1	1.9	—	—	—	—	1.0	0.1	—	16.7	0.1	—	1.8	0.1	—
41	先天奇形	7.4	0.5	8.3	—	—	—	—	8.8	0.7	—	8.6	2.4	2.8	16.9	0.9	—
42	出生時の損傷、分娩後窒息および肺不全拡張 ³⁾	412.1	9.2	560.0	7.0	—	—	—	600.4	8.4	—	709.9	5.7	101.9	—	12.6	—
43	新生児の感染 ³⁾	39.8	453.5	67.8	422.2	—	—	—	216.3	632.1	—	876.7	213.4	272.8	1012.7	335.7	—
44	その他の新生児固有の疾患および性質不明の未熟児 ³⁾	339.6	378.9	998.1	336.1	—	—	—	727.9	620.0	—	1063.0	524.6	471.2	—	508.3	—
45	精神病の記載のない老衰ならびに診断不明確および不明の原因	7.8	7.9	58.4	100.4	—	—	—	83.7	11.8	—	106.5	50.6	36.6	37.7	4.4	—
46	その他のすべての疾患	111.4	109.5	133.9	139.5	—	—	—	162.6	85.5	—	89.9	48.7	46.8	69.0	72.0	—
B E 47	自動車事故	17.2	13.6	28.3	22.5	—	—	—	10.8	27.5	—	10.6	18.3	12.9	13.2	21.0	—
B E 48	その他の不慮の事故	28.0	21.8	33.4	53.9	—	—	—	35.5	30.0	—	33.2	21.9	32.1	31.9	27.4	—
B E 49	自殺および自傷	21.5	8.9	21.3	15.6	—	—	—	11.2	10.7	—	6.5	14.4	13.3	6.4	10.0	—
B E 50	他殺および戦争行為	0.7	3.5	1.3	16.7	—	—	—	1.1	9.5	—	21.5	2.3	1.3	1.1	2.1	—

注: 1) 50歳以上男子10万人に対する率 2) 女子10万人に対する率 3) 出生10万人に対する率 4) 1967年 5) 1968年、表頭国名欄のAは1955年改訂分類、Bは1965年改訂分類によることを示す。

資料 UN, Demographic Yearbook, 1970.

表 4 各国の1人1日当り栄養摂取量

	熱 量 (Cal)			蛋 白 質 (g)			脂 肪 (g)		
	1951~53	1960~62	1969/70	1951~53	1960~62	1969/70	1951~53	1960~62	1969/70
ヨーロッパ州									
スウェーデン	3,020	2,990	2,750	86.7	83.1	79.4	127.6	135.3	125.1
ノルウェー	3,100	2,930	2,900 ¹³⁾	90.1	81.3	81.7 ¹³⁾	129.8	128.0	126.7 ¹³⁾
フィンランド	3,070	3,110	2,960	96.4	94.2	91.3	105.7	114.4	122.3
デンマーク	3,300	3,370	3,140	92.1	93.3	88.8	141.0	156.5	150.0
スイス	3,110	3,220	2,990 ¹¹⁾	93.5	90.3	84.3 ¹¹⁾	112.4	130.7	130.6 ¹¹⁾
イギリス	3,110	3,280	3,180 ¹³⁾	84.7	89.0	88.0 ¹³⁾	127.3	143.4	142.3 ¹³⁾
西ドイツ	2,880	2,990	2,940	77.6	81.1	82.2	109.3	131.5	135.3
フランス	2,840	3,190	3,270	92.8	103.0	103.7	95.3	138.0	154.5
オランダ	2,900	3,030	3,030 ¹³⁾	80.5	80.5	84.2 ¹³⁾	113.2	132.8	136.5 ¹³⁾
イタリア	2,480	2,720	2,950 ¹³⁾	71.9	79.4	88.0 ¹³⁾	60.1	78.7	97.1 ¹³⁾
スペイン	2,490 ²⁾	2,820	2,750	69.8 ²⁾	77.4	83.6	72.2 ²⁾	89.8	87.7
ポルトガル	2,390	2,550	2,730 ⁴⁾	68.9	72.6	79.4 ⁴⁾	62.1	66.6	73.1 ⁴⁾
ポーランド	...	3,350	3,140 ⁸⁾	...	92.9	93.2 ⁸⁾	...	101.2	91.2 ⁸⁾
ユーゴスラビア	2,690 ²⁾	3,030	3,130 ¹²⁾	83.2 ²⁾	94.0	91.1 ¹²⁾	57.9 ²⁾	75.9	83.8 ²⁾
ハンガリー	...	3,030	3,180 ⁴⁾	...	91.7	97.4 ⁴⁾	...	99.3	112.8 ⁴⁾
北アメリカ州									
カナダ	3,040	3,020	3,150 ⁴⁾	90.6	91.2	96.8 ⁴⁾	134.1	136.6	142.1 ⁴⁾
アメリカ合衆国	3,160	3,110	3,290 ⁴⁾	90.2	91.4	96.8 ⁴⁾	138.9	145.9	155.5 ⁴⁾
メキシコ	...	2,610	2,620 ⁸⁾	...	71.9	66.3 ⁸⁾	...	71.7	58.2 ⁸⁾
南アメリカ州									
ペルー	...	2,180	2,200 ¹⁰⁾	...	55.1	52.4 ¹⁰⁾	...	43.4	41.0 ¹⁰⁾
コロンビア	...	2,370 ⁸⁾	2,190 ⁸⁾	...	53.3 ⁶⁾	50.1 ⁸⁾	...	52.7 ⁶⁾	47.3 ⁸⁾
アルゼンチン	2,970	2,810	3,170 ¹⁰⁾	96.5	81.6	102.7 ¹⁰⁾	109.6	109.1	126.1 ¹⁰⁾
チリ	2,450 ¹⁾	2,430	2,520 ⁸⁾	75.0 ¹⁾	78.6	65.4 ⁸⁾	53.3 ¹⁾	54.1	55.6 ⁸⁾
アジア州									
日本	1,930	2,260	2,450 ⁴⁾	60.1	77.4	75.1 ⁴⁾	21.3	36.9	49.6 ⁴⁾
インド	1,740	2,020	1,940 ¹³⁾	46.5	49.6	47.9 ¹³⁾	24.0	27.1	24.9 ¹³⁾
フィリピン	1,690 ³⁾	1,840	1,990 ⁴⁾	41.1 ³⁾	44.3	51.6 ⁴⁾	19.0 ³⁾	28.1	28.2 ⁴⁾
台湾	2,140	2,350	2,620 ⁴⁾	49.9	58.5	68.2 ⁴⁾	35.3	40.1	58.3 ⁴⁾
パキスタン	2,000	2,090	2,350 ¹³⁾	46.4	47.7	53.5 ¹³⁾	24.3	31.5	31.5 ¹³⁾
インドネシア	...	1,980 ⁷⁾	1,750 ⁸⁾	...	38.2 ⁷⁾	38.2 ⁸⁾	...	31.2 ⁷⁾	22.6 ⁸⁾
イラン	...	2,050 ⁴⁾	2,030 ⁸⁾	...	59.6 ⁴⁾	55.2 ⁸⁾	...	37.2 ⁴⁾	39.0 ⁸⁾
イラク	...	2,100	2,050 ⁸⁾	...	60.7	57.8 ⁸⁾	...	32.7	36.7 ⁸⁾
イスラエル	2,760	2,810	2,930 ¹³⁾	84.9	84.5	89.7 ¹³⁾	70.5	90.7	100.7 ¹³⁾
アフリカ州									
アラブ連合	2,340	2,700	2,960 ⁹⁾	67.7	78.7	76.3 ⁹⁾	35.9	43.8	44.1 ⁹⁾
南ア連邦	2,680	2,820 ⁵⁾	2,730 ⁸⁾	73.8	80.2 ⁵⁾	77.0 ⁸⁾	63.5	63.0 ⁵⁾	66.2 ⁸⁾
大洋州									
オーストラリア	3,170	3,140	3,220 ¹³⁾	92.3	89.8	106.4 ¹³⁾	124.8	132.6	130.3 ¹³⁾
ニュージーランド	3,350	3,490	3,320 ⁴⁾	102.4	109.4	106.4 ⁴⁾	149.2	157.2	145.3 ⁴⁾

注 1)1951/52 2)1952/53 3)1953 4)1960 5)1960/61 6)1961/62 7)1961~63 8)1964~66 9)1966/67 10)1967 11)1967/68 12)1968
13)1968/69 14)1969.

資料 FAO, *Production Yearbook*, 1970.

表 5 各国の1人1日当り食糧純供給高

単位 (g)

	年 次	穀類 (粉に換算)	馬鈴薯等	砂糖類	豆類および堅果	野菜	果実	肉	卵	魚	牛乳	油脂
ヨーロッパ州												
スウェーデン	1969/70 T	164	238	113	7	96	257	142	33	57	721	54
ノルウェー	1968/69 T	194	276	122	10	99	198	116	28	56	712	62
フィンランド	1969/70 T	219	263	118	5	53	135	132	26	36	912	55
デンマーク	1969/70 T	189	216	135	7	116	177	170	31	...	720	77
スイス	1967/68 T	215	156	113	21	221	419	182	29	12	619	54
イギリス	1968/69 T	202	280	132	18	165	150	205	44	26	595	62
西ドイツ	1969/70 T	189	298	95	11	178	318	200	42	...	567	70
フランス	1969/70 T	...	270	98	14	348	237	255	36	...	630	71
オランダ	1968/69 T	188	248	133	14	216	230	159	33	15	671	73
イタリア	1968/69 T	357	127	74	26	432	308	131	26	16	394	56
スペイン	1969/70 T	261	302	71	32	361	253	120	30	37	311	48
ポルトガル	1969 T	347	281	64	42	363	221	80	11	55	181	46
ポーランド	1964-66	383	347	98	10	261	63	138	25	13	552	40
ユーゴスラビア	1968 T	498	178	66	26	167	178	93	14	2	281	39
ハンガリー	1969	357	207	94	12	235	197	153	34	3	302	67
北アメリカ州												
カナダ	1969 T	183	209	138	10	226	242	253	41	16	662	52
アメリカ合衆国	1969	180	125	145	23	316	265	302	50	17	666	64
メキシコ	1964-66	379	35	109	77	35	207	55	10	5	157	23
南アメリカ州												
ペルー	1967	230	565	78	28	122	143	63	4	25	171	22
コロンビア	1964-66	217	361	131	16	49	111	81	10	4	272	13
アルゼンチン	1967 T	273	247	109	9	218	241	322	16	7	337	50
チリ	1964-66	356	182	85	17	212	83	82	12	21	269	24
アジア州												
日本	1969	360	162	66	47	377	136	41	39	84	130	27
インド	1968/69 T	379	39	44	49	10	48	4	1	3	116	9
フィリピン	1969 T	345	88	50	17	74	119	43	8	57	51	8
台湾	1969	459	110	35	36	204	98	75	11	41	20	19
パキスタン	1968/69	475	43	52	16	53	85	11	1	5	208	14
インドネシア	1964/66	295	324	18	34	58	37	11	2	12	3	9
イラン	1964-66	362	18	68	13	93	149	37	3	1	164	20
イラク	1964-66 T	372	9	77	16	196	250	45	3	3	148	19
イスラエル	1968/69	304	97	106	29	317	430	169	61	17	387	51
アフリカ州												
アラブ連合	1966/67 T	600	33	58	32	268	260	35	4	5	120	15
南ア連邦	1964-66 F	443	44	104	14	66	81	113	8	25	222	19
大洋州												
オーストラリア	1968/69	256	167	145	12	192	247	300	35	18	640	38
ニュージーランド	1969	215	209	125	10	278	175	305	46	19	740	49

注 T: 暫定数 F: FAO 推定.

資料 FAO, Production Yearbook, 1970.

表6 各国の医療従事者数 (1967年)

	実 数					率 (人口1万対)			
	医 師	歯科医師	薬剤師	助産婦	看護婦	医 師	歯科医師	薬剤師	看護婦
ヨーロッパ州									
スウェーデン	9,240	6,130	2,700	1,910	30,808	11.7	7.8	3.4	39.2
ノルウェー	5,020	2,993	1,290	811	12,018	13.3	7.9	3.4	31.8
フィンランド	3,956	2,379	4,250	2,370	24,943	8.5	5.1	9.1	53.5
デンマーク	6,800	3,150	2,050	600	21,100	14.1	6.5	4.2	43.6
スイス	8,425	2,398	1,510	1,760	17,080	13.9	3.9	2.5	28.1
イギリス (イングランド・ウェールズ)	56,500	12,500	15,800	17,900	147,300	11.7	2.6	3.3	30.4
西ドイツ	97,400	31,148	20,743	7,746	161,395	16.3	5.2	4.2	27.0
フランス	58,300	19,100	16,600	8,300	132,600	11.8	3.9	3.4	26.8
オランダ	14,774	3,133	...	775	...	11.7	2.5	...	...
イタリア	91,708	...	...	...	...	17.5	...	...	...
スペイン	41,932	3,195	13,858	4,451	18,500	13.0	1.0	4.3	5.8
ポルトガル	7,838	74	2,458	983	7,904	8.4	0.1	2.6	8.4
ポーランド	43,086	12,300	11,008	11,129	86,587	13.5	3.9	3.4	27.1
ユーゴスラビア	17,612	2,277	3,417	4,412	21,832	8.8	2.0	1.7	10.9
チェコスロバキア	28,141	3,430	5,380	4,949	66,620	19.7	3.7	3.8	46.6
北アメリカ州									
カナダ	23,353	6,199	10,585	...	80,975	11.4	3.0	5.2	56.7
米国	305,453	98,670	122,420	5,420	980,000	15.3	5.0	6.1	49.2
メキシコ	25,033	3,463	...	...	9,000	5.5	0.8	0.2	2.0
南アメリカ州									
ベネズエラ	7,951	1,908	2,305	904	17,466	8.5	2.0	2.5	18.7
コロンビア	8,654	...	...	...	7,147	4.5	...	...	3.7
アルゼンチン	37,732	...	...	...	...	16.2	...	...	...
チリ	3,930	869	306	841	1,181	4.3	1.0	0.3	1.3
アジア州									
日本	109,125	35,501	58,759	31,944	241,113	10.9	3.6	5.9	24.1
インド ¹⁾	103,184	5,673	74,567	62,537	57,621	2.1	0.1	1.5	1.2
フィリピン	24,921	11,467	20,705	13,951	28,058	7.2	3.3	6.0	8.1
台湾	5,176	597	891	2,388	1,811	3.9	0.5	0.7	1.4
インドネシア	3,994	752	835	5,948	13,241	0.4	0.1	0.1	1.2
イラン	7,000	1,440	2,702	1,016	5,954	2.7	0.5	1.0	2.3
イラク	2,205	274	709	...	1,260	2.6	0.5	0.8	1.5
イスラエル	6,312	1,255	1,539	462	...	23.6	7.2	5.8	...
アフリカ州									
アラブ連合	14,343	1,561	4,489	9,355	7,191	4.6	0.5	1.5	2.3
大洋州									
オーストラリア ¹⁾	13,697	3,467	8,374	...	77,237	11.8	3.0	7.2	66.6
ニュージーランド	3,200	904	2,133	...	14,188	11.7	3.3	7.8	52.0
ソ連	519,500	30,910	39,600	...	892,644	22.1	3.3	1.7	37.9

注 1) 1966年の計数。

資料 WHO, World Health Statistics Annual, 1967.

表 7 各国の病院, 病床数 (1967 年)

	総 数 ³⁾		(再掲) 一 般 病 院		(再掲) 結 核 療 養 所		(再掲) 精 神 病 院		人口10,000人 当り病床数
	病院数	病 床 数	病院数	病 床 数	病院数	病 床 数	病院数	病 床 数	
ヨーロッパ州									
ス ウ ェ ー デ ン	728	113,480	99	50,141	15	2,585	32	26,815	144.2
ノ ル ウ ェ ー	349	34,885	100	18,950	12	772	21	8,245	92.2
フ ィ ン ラ ン ド	773	64,567	77	18,664	19	5,099	70	19,940	138.4
デ ン マ ー ク	170	43,264	129	28,424	5	257	17	10,743	89.4
ス イ ス ¹⁾	427	71,742	226	38,178	42	4,965	55	18,508	137.1
イ ギ リ ス	2,531	467,447	1,097	197,621	83	8,948	152	130,329	96.6
西 ド イ ツ	3,609	649,590	1,782	379,015	205	31,308	172	107,010	108.5
フ ラ ン ス ²⁾	1,101	352,391	529	214,369	551	62,894	98	110,000	71.7
オ ラ ン ダ	268	64,289	...	58,691	...	...	...	...	51.0
イ タ リ ア	2,451	528,276	...	...	223	54,302	184	114,631	100.9
ス ペ イ ン ²⁾	648	99,055	248	38,423	58	15,237	124	39,329	31.0
ポ ル ト ガ ル	663	55,528	486	31,903	90	9,424	27	9,603	59.2
ポ ー ラ ン ド	1,628	241,482	...	...	...	...	...	...	75.6
ユ ー ゴ ス ラ ビ ア	...	111,605	430	67,503	51	11,063	26	10,263	55.9
チェコスロバキア	420	147,017	258	110,468	43	9,839	33	16,898	102.8
北アメリカ州									
カ ナ ダ	1,437	210,379	1,033	117,015	38	4,605	90	62,932	102.9
米 国	7,172	1,671,125	6,139	920,207	106	18,323	418	533,143	83.9
メ キ シ コ ²⁾	3,055	86,151	...	...	...	...	...	...	19.5
南アメリカ州									
ベ ネ ズ エ ラ	313	29,368	122	14,612	17	3,048	17	4,527	31.4
コ ロ ン ビ ア	671	46,099	588	34,399	21	2,408	25	6,982	24.0
ア ルゼンチン ¹⁾	3,368	141,888	426	65,996	30	6,652	57	25,000	62.9
チ リ	294	36,620	136	22,831	6	1,948	3	3,844	40.1
アジア州									
日 本	36,466	1,188,723	35,345	974,717	250	40,208	818	157,654	119.0
イ ン ド ¹⁾	13,166	291,184	...	...	...	...	...	...	6.0
フ ィ リ ピ ン	761	47,856	263	16,400	6	1,507	1	7,000	13.8
台 湾	28	4,373	17	1,713	3	1,200	1	1,137	3.3
イ ン ド ネ シ ア ¹⁾	912	72,186	445	51,777	19	1,778	25	7,482	6.9
イ ラ ン	399	27,424	331	18,846	9	3,516	10	2,090	10.4
イ ラ ク	147	15,742	101	8,904	9	2,777	2	1,910	18.7
イ ス ラ エ ル	152	21,755	36	8,947	1	388	42	6,412	81.5
アフリカ州									
ア ラ ブ 連 合	1,116	54,283	179	23,044	85	8,632	7	4,723	17.6
大洋州									
オーストラリア	2,160	144,742	...	...	...	...	60	30,618	122.6
ニュージーランド	336	27,784	196	15,918	...	...	11	7,947	101.9
ソ 連	26,428	2,397,900	20,415	1,647,700	2,208	190,800	557	228,000	101.8

注 1) 1965年計数 2) 1966年計数 3) 総数には病院以外の有床医療施設を含む。なお、オランダの総数からは、結核、精神病院が除かれており、インドネシアの総数からはライ施設が除かれている。

資料 WHO, World Health Statistics Annual, 1967.

国内資料

表 8 人口動態指標の推移

	昭和10年		22		30		40		45		46	
	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率
人口動態												
出生	2,190,704	31.6	2,678,792	34.3	1,730,692	19.4	1,823,697	18.6	1,932,849	18.7	2,000,981	19.2
死亡	1,161,936	16.8	1,138,238	14.6	693,523	7.8	700,438	7.1	712,703	6.9	684,532	6.2
乳児死亡	233,706	106.7	250,360	76.7	68,801	39.8	33,742	18.5	25,408	13.1	24,800	12.4
主要死因												
全結核	132,151	190.8	146,241	187.2	46,735	52.3	22,366	22.8	15,873	15.4	13,597	13.0
悪性新生物	50,080	72.3	53,886	69.0	77,721	87.1	106,536	108.4	119,881	116.1	122,768	117.7
中枢神経系の血管 損傷	114,554	165.4	101,095	129.4	121,504	136.1	172,773	175.8	181,315	176.5	176,895	169.5
心臓の疾病	39,902	57.6	48,575	62.2	54,351	60.9	75,672	77.0	89,039	86.3	85,324	81.8
肺炎(新生児肺炎を 含む)	105,078	151.7	101,601	130.1	34,309	38.4	29,868	30.4	27,824	27.0	23,058	22.1
気管支炎	24,240	35.0	34,923	44.7	8,845	9.9	6,795	6.9	4,306	4.2	4,225	4.0
胃炎,十二指腸炎, 腸炎,大腸炎	119,931	173.2	106,838	136.8	28,289	31.7	12,705	12.9	8,580	8.3	8,041	7.7
腎炎およびネフロ ーゼ	56,026	80.9	45,017	57.6	19,122	21.4	11,515	11.7	9,161	8.9	8,543	8.2
老衰	78,972	114.0	78,342	100.3	59,932	67.1	49,092	50.0	39,250	38.0	35,447	34.0
不慮の事故	29,023	41.9	38,533	49.3	33,265	37.3	40,188	40.9	43,209	41.9	41,936	40.2
自殺	14,172	20.5	12,262	15.7	22,477	25.2	14,444	14.7	15,665	15.2	16,204	15.5
平均寿命												
男	46.92		50.06		63.60		67.73		69.18		69.33	
女	49.63		53.96		67.75		72.95		74.67		74.71	

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

表 9 栄養摂取量の推移 (全国・1人1日当り)

	25年	30	35	39 (11月)	40 (5月)	43 (5月)	44 (5月)	45 (5月)	46 (5月)
成人換算率									
熱量	0.829	0.861	0.886	0.877	0.885	0.902	0.863	0.864	0.95
蛋白質	0.853	0.902	0.922	0.932	0.934	0.929	0.920	0.916	1.00
熱量 (Cal)	2,098	2,104	2,096	2,223	2,184	2,224	2,242	2,210	2,287
蛋白質 (g)	68	69.7	69.7	74.4	71.3	76.9	77.8	77.6	78.1
動物性	17	22.3	24.7	28.7	28.5	32.4	33.7	34.2	34.7
植物性	51	47.4	45.0	45.6	42.8	44.5	44.1	43.4	43.5
脂肪 (g)	18	20.3	24.7	34.3	36.0	44.6	45.8	46.5	48.7
炭水化物 (g)	418	411	398.8	397.6	384.2	375	376	367	378
無機質									
カルシウム (mg)	0.27(g)	338	389	476	465	529	536	534	523
磷 (mg)	1.82	1.37	1.33	—	—	—	—	—	—
鉄 (mg)	46	14	13	—	—	—	—	—	—
ビタミン									
A (I.U.)	2,459	1,084	1,180	1,496	1,324	1,421	1,490	1,536	1,457
B ₁ (mg)	1.52	1.16	1.05	1.05	0.97	1.10	1.17	1.13	1.12
B ₂ (mg)	0.72	0.67	0.72	0.82	0.83	0.96	0.99	1.0	0.91
C (mg)	107	76	75	114	78	96	104	96	108

注 栄養量はすべて調理による損耗を考慮していない.
資料 厚生省『国民栄養の現状 昭和46年度版』.

表 10 世帯業態別にみた栄養摂取量 (全国・1人1日当り・昭和46年)

全国、世帯業態区分 栄養素区分			全 国	農 家 世 帯			非 農 家 世 帯			そ の 他 の 消費者世帯
				専業世帯	常用勤労者のいる世帯	その他の兼業世帯	自営業世帯	常用勤労者世帯	日雇労働者世帯	
熱 量	Cal		2,287	2,333	2,263	2,223	2,354	2,271	2,245	2,204
蛋 白 質	g	総 量	78.1	75.8	75.0	75.1	79.8	79.3	74.8	75.5
		動 物 性	34.7	28.9	31.0	30.0	35.9	36.9	30.5	32.1
		植 物 性	43.5	46.9	44.0	45.1	43.9	42.3	44.3	43.2
脂 肪	g		48.7	42.2	42.0	37.6	50.5	53.1	39.8	45.2
炭 水 化 物	g		378	404.8	388.4	389.3	387.7	364.0	388.9	367.8
カルシウム	mg		525	502.6	487.1	470.6	533.4	542.5	457.1	505.2
ビ タ ミ ン	{	A I.U.	1,457	1,298.4	1,306.0	1,162.5	1,471.1	1,561.0	1,220.5	1,466.0
		B ₁ mg	1.12	0.94	0.88	0.95	1.27	1.13	0.98	1.18
		B ₂ mg	0.91	0.84	0.84	0.84	0.93	0.95	0.78	0.85
		C mg	108	98.9	92.6	95.0	109.1	115.5	84.5	106.1

資料 厚生省『国民栄養の現状 昭和46年度版』

表11 国民総医療費の推移

	推 計 額 (億円)				構 成 割 合 (%)			
	昭和30年度	35	40	45	昭和30年度	35	40	45
総 医 療 費	2,715	4,426	11,737	25,534	100.0	100.0	100.0	100.0
買薬・あんま等を除いた医療費	2,388	4,095	11,224	24,962	88.0	92.5	95.6	97.8
公 費 負 担 分	279	451	1,471	2,822	10.3	10.2	12.5	11.1
生活保護法	244	364	750	1,680	9.0	8.2	6.4	6.6
結核予防法	31	48	432	540	1.1	1.1	3.7	2.1
精神衛生法	...	21	222	437	...	0.5	1.9	1.7
その他の	5	18	68	165	0.2	0.4	0.6	0.6
保険者等負担分	1,185	2,415	7,442	17,320	43.7	54.6	63.4	67.8
医療保険	1,140	2,319	7,193	16,699	42.0	52.4	61.3	65.4
政府管掌健康保険	386	758	2,443	5,351	14.2	17.1	20.8	21.0
組合管掌健康保険	290	523	1,509	3,566	10.7	11.8	12.9	14.0
船員保険	15	25	72	133	0.5	0.6	0.6	0.5
日雇労働者健康保険	25	68	194	406	0.9	1.5	1.7	1.6
国家公務員共済組合	206	219	230	429	7.6	4.9	2.0	1.7
公共企業体職員等共済組合		75	174	326		1.7	1.5	1.3
市町村職員共済組合		44	.	.		1.0	.	.
地方公務員共済組合	.	.	526	1,057	.	.	4.5	4.1
私立学校教職員共済組合	5	8	30	74	0.2	0.2	0.3	0.3
国民健康保険	188	598	2,015	5,357	6.9	13.5	17.2	21.0
(再掲) 被用者保険	952	1,721	5,178	11,342	35.1	38.9	44.1	44.4
被保険者	697	1,224	3,855	8,306	25.7	27.7	32.8	32.5
被扶養者	255	497	1,323	3,036	9.4	11.2	11.3	11.9
その他の	45	96	248	621	1.7	2.2	2.1	2.4
労働者災害補償保険	43	87	230	549	1.6	2.0	2.0	2.2
その他の	2	9	18	72	0.1	0.2	0.2	0.3
患者負担分	1,251	1,559	2,824	5,392	46.1	35.2	24.1	21.1
医師・歯科医師	923	1,229	2,312	4,820	34.0	27.8	19.7	18.9
全 額 自 費	495	214	189	645	18.2	4.8	1.6	2.5
公費または保険の一部負担	428	1,015	2,123	4,174	15.8	22.9	18.1	16.3
買 薬	250	243	407	367	9.2	5.5	3.5	1.4
あ ん ま 等	77	87	106	206	2.8	2.0	0.9	0.8
(参考) 物品・付添・交通費	185	—	375	—	6.8	—	3.2	—
国民1人当り総医療費 (円)	3,041	4,738	11,943	24,694	.	.	.	.
総医療費対国民所得比 (%)	3.7	3.3	4.5	5.4	.	.	.	.

- 注 1. 推計された医療費は、傷病を直接の対象とした狭義の医療費であって予防のための費用、正常分娩費等は含まれていない。
 2. 医療機関の減免措置や差額徴収分は含まれていない。患者または保健者、国、地方公共団体が当年度に支払うべき金額によって推計を行なっている。
 3. 公費負担分その他には児童福祉法・母子福祉法・身体障害者福祉法・伝染病予防法・性病予防法・原子爆弾被爆者の医療等に関する法律・戦傷病者特別援護法およびらい療養所の治療費が含まれ、保健者負担分その他には国家公務員災害補償法・防衛庁職員給与法・三公社の災害規則による医療費が含まれている。

資料 厚生省統計調査部調べ。

表 12 世帯業態別にみた傷病世帯数・傷病人員（全国推計・率，昭和45年）

	全国推計値		千世帯当り 傷病世帯数	千人当り 傷病人員	傷病世帯 1世帯当り 傷病人員	有 病 率 (千人当り) (繰越件数)	り 患 率	千人当り期間 中傷病日数	1件当り 傷病日数
	傷病世帯数	傷病人員							
総 数	13,357	21,988	459	212	1.6	93.6	139.7	1,758	12.6
医 療 加 入 世 帯	13,025	21,515	460	211	1.7	91.8	140.6	1,734	12.3
そ の 他 世 帯	333	474	418	262	1.4	56.7	111.5	951	8.5
農 家 世 帯	2,591	4,490	520	181	1.7	85.9	106.8	1,566	14.7
自 営 業 者 世 帯	2,460	4,116	476	205	1.7	91.6	133.8	1,703	12.7
常 用 勤 労 者 世 帯	7,271	11,958	446	225	1.6	92.2	158.8	1,772	11.2
日 雇 労 働 者 世 帯	248	361	396	188	1.5	80.1	122.9	1,600	13.0
そ の 他 の 世 帯	788	1,062	393	274	1.3	179.5	127.9	3,161	24.7

資料 厚生省「国民健康調査」

表 13 病院・診療所の1日取扱い患者数(全国推計)・指数の年次推移

	總 数			病 院			一 般 診 療 所			齒 科 診 療 所
	總 数	入 院	外 来	總 数	入 院	外 来	總 数	入 院	外 来	
実 数 (単位 1,000人)										
昭和30年7月31日	2,947.4	470.4	2,477.0	1,025.5	426.0	599.5	1,549.8	44.4	1,505.4	372.1
35 7 13	4,488.4	608.8	3,379.6	1,300.1	545.9	754.3	2,483.8	62.9	2,420.9	704.5
37 7 18	5,006.1	884.2	4,321.9	1,481.9	608.4	873.6	2,740.6	75.8	2,664.8	783.5
38 7 17	5,484.7	734.0	4,750.7	1,591.4	658.7	932.7	3,071.2	75.3	2,995.9	822.1
39 7 15	5,513.5	796.8	4,716.8	1,640.6	714.4	926.2	3,128.1	82.3	3,045.8	744.8
40 7 14	5,807.8	813.5	4,994.3	1,642.4	710.7	931.7	3,239.1	102.8	3,136.3	926.3
41 7 13	6,349.9	842.0	5,507.9	1,764.2	746.8	1,017.4	3,668.1	95.2	3,572.9	917.6
42 7 12	6,384.3	888.6	5,495.7	1,755.0	777.3	977.8	3,621.6	111.2	3,510.4	1,007.7
43 7 17	6,739.2	928.4	5,810.7	1,866.2	818.0	1,048.2	3,765.3	110.4	3,654.9	1,107.6
44 7 9	7,018.2	941.4	6,076.8	1,956.8	825.5	1,131.3	3,927.0	115.9	3,811.1	1,134.4
45 7 8	7,247.2	971.6	6,275.5	2,075.1	825.6	1,222.5	4,068.2	118.9	3,949.3	1,104.0
指 数 (昭和30年=100)										
昭和30年7月13日	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
35 7 13	152	129	157	127	128	126	160	142	161	189
37 7 18	170	145	174	145	143	146	177	171	177	211
38 7 17	186	156	192	155	155	156	198	170	199	221
39 7 15	187	169	190	160	168	154	202	185	202	200
40 7 14	197	173	202	160	167	155	209	232	208	249
41 7 13	215	179	222	172	175	170	237	214	237	247
42 7 12	217	189	222	171	182	163	234	250	233	271
43 7 17	229	197	235	182	192	175	243	249	243	298
44 7 9	238	200	245	191	194	189	253	261	253	305
45 7 8	252	207	253	202	194	204	262	268	262	297

資料 厚生省「患者調査」

表 14 全国推計患者数，施設の種類・受療の種類別（昭和45年7月8日）

単位 (1,000)

	全 施 設	病 院						一 般 診 療 所			歯 科 診 療 所	
		総 数	精神病院	結 核 療 養 所	伝染病院	一 般 病 院			総 数	有 床		無 床
						総 数	総合病院	総 合 病 院 以 外 の 病 院				
総 数	7,247.3	2,075.1	202.2	20.7	0.2	1,852.0	776.6	1,075.4	4,068.2	2,046.5	2,021.7	1,104.0
入 院	971.6	852.6	186.2	16.9	0.2	649.3	275.9	373.4	118.9	118.9	—	—
新 入 院	25.5	18.3	0.6	—	0.0	17.7	8.1	9.6	7.2	7.2	—	—
繰越入院	946.1	834.4	185.6	16.9	0.2	631.6	267.8	363.9	111.7	111.7	—	—
外 来	6,275.1	1,222.5	16.1	3.7	—	1,202.7	500.7	701.9	3,947.3	1,927.6	2,021.7	1,104.0
新 来	1,128.2	192.1	0.8	0.5	—	190.8	85.1	105.6	743.2	343.1	400.1	192.9
再 来	5,147.2	1,030.4	15.2	3.3	—	1,011.9	415.6	596.3	3,206.1	1,584.5	1,621.6	911.0
往診(再掲)	122.1	5.7	0.1	0.1	—	5.5	0.5	5.0	115.9	39.0	77.0	0.4

資料 厚生省「患者調査」。

表 15 傷病大分類別にみた患者数・傷病件数（全国推計）

単位 (1,000)

傷 病 大 分 類	患 者 数 (7月8日) ¹⁾			有 病 率 (9月15日～10月14日) ²⁾
	総 数	入 院	外 来	
総 数	7,247.3	971.6	6,275.7	93.6
I 伝染病および寄生虫病	524.3	142.1	382.2	3.7
結 核 (再 掲)	199.5	129.7	69.8	1.7
II 新 生 物	89.0	50.2	38.8	0.8
悪性新生物 (再 掲)	53.0	38.8	20.2	0.5
III アレルギー性疾患，内分泌系の疾患，物質代謝および栄養の疾患	118.7	17.5	101.2	2.0
IV 血液および造血器の疾患	41.9	5.0	36.9	0.7
V 精神病，精神神経症および人格異常	256.5	208.1	48.4	1.1
VI 神経系および感覚器の疾患	790.3	47.2	743.1	11.2
VII 循環器系の疾患	708.8	108.9	599.9	21.6
VIII 呼吸器系の疾患	1,118.2	29.2	1,089.0	14.4
IX 消化器系の疾患	1,750.3	123.1	1,627.0	17.9
歯牙および歯牙支持組織の疾患 (再掲)	1,039.3	0.1	1,039.2	6.9
X 泌尿器系の疾患	230.1	34.0	196.1	1.8
XI 正常分娩ならびに妊娠，分娩および産褥の合併症	95.5	47.2	48.3	0.1
XII 皮膚および疎性結合組織の疾患	386.6	4.6	382.1	3.2
XIII 骨および運動器の疾患	433.4	30.3	403.2	5.6
XIV 先 天 奇 形	32.0	7.4	24.5	0.3
XV 新生児の主要疾患（新生児下痢および肺炎を除く）	5.7	5.1	0.6	—
XVI 症状，老衰および診断名不明確の状態	51.6	43.8	11.9	2.5
XVII 不慮の事故，中毒および暴力	462.3	103.4	358.9	6.2
YO 回復期保護，成形処置および補綴	152.1	0.5	151.6	0.6

注 1) 昭和45年7月8日調査。

2) 昭和45年9月30日～10月14日調査。

資料 厚生省「患者調査」，「国民健康調査」。

表 16 医 療 関 係 者 数 の 推 移

	昭和30年末	35	40	41	42	43	44	45
医 師	94,563	103,131	109,369	110,759	111,657	113,630	115,974	118,990
歯 科 医 師	31,109	33,177	35,558	36,022	36,524	36,943	37,406	37,859
薬 剤 師	52,418	60,257	68,674	70,810	72,101	74,336	76,087	79,393
保 健 婦	12,369	13,010	13,959	14,175	13,606	13,560	13,759	14,007
助 産 婦	55,356	52,337	43,276	43,710	31,944	29,440	28,963	28,087
看護婦・准看護婦・看護人	129,860	185,592	245,211	265,230	228,569	239,037	251,101	269,774
歯 科 衛 生 士	486	1,390	3,205	3,692	3,595	4,070	5,012	5,804
歯 科 技 工 士	—	7,701	8,501	8,469	7,380	7,364	7,960	8,722
診療エックス線技師	3,931	6,147	8,461	8,825	9,323	10,066	10,642	12,097
衛生検査技師	—	4,980	8,104	8,880	9,778	11,751	15,458	14,911
栄 養 士	3,348	6,044	8,527	8,968	9,017	10,327	15,561	16,603
あ ん ま 師	—	49,194	58,239	58,817	59,114	59,583	61,605	62,923
は り 師	—	31,213	33,872	34,230	34,112	33,574	33,787	35,296
き ゅ う 師	—	29,860	32,026	32,347	32,398	31,854	32,003	33,620
柔 道 整 復 師	5,138	5,627	6,793	7,144	7,152	6,684	7,492	5,974

- 注 1. あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師で免許をあわせ有する者は重複計上している。
 2. 保健婦、助産婦、看護婦・准看護婦・看護人、あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師は就業者数である。
 3. 診療エックス線技師、衛生検査技師、栄養士は病院および診療所の勤務者である。
- 資料 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「衛生行政業務報告（厚生省報告例）」、「医療施設調査」。

表 17 都道府県別にみた医師・歯科医師・薬剤師数 (従業地による, 昭和45年)

			実 数			人 口 10 万 対		
			医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師
全	国		118,990	37,859	79,393	114.7	36.5	76.5
北海道	道	森手城田	5,133	1,501	2,801	99.0	29.0	54.0
			1,514	345	457	106.0	24.2	32.0
			1,536	296	517	112.0	21.6	37.7
			2,515	507	1,330	138.3	27.9	73.1
			1,101	328	444	88.7	26.4	35.8
山形県	形	島城木馬	1,087	340	528	88.7	27.7	43.1
			1,935	555	908	99.4	28.5	46.7
			1,673	626	903	78.0	29.2	42.1
			1,352	479	709	85.6	30.3	44.9
			1,886	498	870	113.7	30.0	52.4
埼玉県	玉	簗奈川鴻	2,742	1,086	2,113	70.9	28.1	54.7
			2,942	1,063	2,316	87.4	31.6	68.8
			15,178	6,925	15,950	133.0	60.7	139.8
			4,793	1,976	4,042	87.6	36.1	73.9
			2,451	746	987	103.8	31.6	41.8
富山県	山	川井梨野	1,065	293	1,159	103.4	28.4	112.5
			1,551	319	758	154.8	31.8	75.6
			727	200	438	97.7	26.9	58.9
			721	266	353	94.6	34.9	46.3
			2,099	697	1,084	107.3	35.6	55.4
岐阜県	阜	岡知重賀	1,795	512	1,349	102.0	29.1	76.7
			2,775	1,007	2,125	90.5	32.6	68.8
			5,768	1,842	5,433	107.1	34.2	100.9
			1,684	520	928	109.1	33.7	60.1
			845	226	529	94.9	25.4	59.4
東京都	都	阪車良山	3,858	913	2,439	171.5	40.6	108.4
			10,291	3,172	8,943	135.1	41.6	117.4
			5,807	1,672	3,721	124.4	35.8	79.7
			1,157	301	824	124.4	32.4	88.6
			1,267	374	831	121.5	35.9	79.7
千葉県	取	根山島口	908	198	345	159.6	34.8	60.6
			821	243	324	106.1	31.4	41.9
			2,471	679	973	144.8	39.8	57.0
			3,320	954	1,743	136.3	39.2	71.6
			1,953	609	1,034	129.3	40.3	68.4
徳島県	島	川媛知岡	1,194	224	639	150.9	28.3	80.8
			1,071	335	590	118.0	36.9	65.0
			1,394	404	653	98.3	28.5	46.1
			942	243	483	119.7	30.9	61.4
			6,122	1,916	2,932	152.0	47.6	72.8
佐賀県	賀	崎本分崎	921	318	461	109.9	37.9	55.0
			2,209	495	832	140.7	31.5	53.0
			2,293	501	1,021	134.9	29.5	60.1
			1,300	466	640	112.5	40.3	55.4
			908	280	360	86.4	26.6	34.3
鹿児島	県	島	1,895	409	574	109.6	23.7	33.2

資料 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

表 18 都道府県別にみた病床数 (昭和45年末)

			全 病 床	病 院						一 般 診療所	歯 科 診療所	率(人口10万対)	
				総 数	精神病床	結核病床	らい病床	伝染病床	一般病床			全病床	一般診療 所(再掲)
全		国	1,312,158	1,062,083	247,265	176,949	13,217	23,144	601,508	249,646	429	1,265.3	240.7
北	海	道	84,689	67,413	14,087	10,003	—	1,410	41,913	17,231	45	1,633.7	332.4
青		森	24,985	17,839	3,416	3,367	350	587	9,619	7,144	2	1,750.9	500.6
岩		手	20,908	15,217	2,911	2,978	—	502	8,826	5,673	18	1,523.9	413.5
宮		城	27,287	19,202	3,288	3,122	670	545	11,577	8,048	37	1,500.1	442.4
秋		田	17,567	13,543	3,342	3,184	—	391	7,626	4,018	6	1,415.6	323.8
山		形	13,824	9,616	2,010	1,968	—	473	5,165	4,182	26	1,127.6	341.1
福		島	27,645	21,225	5,296	2,841	—	557	12,531	6,420	—	1,420.6	329.9
茨		城	22,538	17,966	5,393	3,108	—	491	8,974	4,560	12	1,051.7	212.8
栃		木	18,044	14,254	3,843	2,426	—	299	7,686	3,782	8	1,142.0	239.4
群		馬	18,930	14,232	3,302	1,791	1,180	288	7,671	4,698	—	1,141.0	283.2
埼		玉	28,517	22,678	6,431	3,413	—	633	12,201	5,837	2	737.6	151.0
千		葉	32,544	27,054	7,849	5,565	—	681	12,959	5,463	27	967.1	162.3
東	奈	京	128,585	109,249	22,330	15,970	1,470	1,246	68,233	19,316	20	1,128.0	169.5
神		川	48,290	40,597	10,145	5,307	—	846	24,299	7,685	8	882.7	140.5
新		潟	26,332	21,533	5,412	3,579	—	858	11,684	4,768	31	1,115.3	201.9
富		山	14,937	11,890	2,940	1,772	—	304	6,874	3,047	—	1,450.2	295.8
石		川	16,661	13,824	2,483	2,247	—	423	8,671	2,836	1	1,662.8	283.0
福		井	10,682	8,519	1,821	1,207	—	203	5,288	2,163	—	1,435.8	290.7
山		梨	9,250	7,700	2,392	1,056	85	202	3,965	1,544	6	1,213.9	202.6
長		野	22,296	18,157	4,521	2,269	—	588	10,779	4,138	1	1,139.3	211.4
岐		阜	18,139	14,978	2,639	3,014	—	403	8,922	3,161	—	1,031.2	179.7
静		岡	30,509	24,014	5,203	3,397	741	639	14,034	6,468	27	987.3	209.3
愛		知	56,248	48,232	10,234	7,951	—	1,061	28,986	8,009	7	1,044.3	148.7
三		重	19,954	17,205	4,027	3,321	—	396	9,461	2,747	2	1,293.2	178.0
滋		賀	9,255	8,021	1,859	1,239	—	294	4,629	1,234	—	1,039.9	138.7
京		都	28,597	25,815	5,145	4,744	—	442	15,484	2,781	1	1,271.0	123.6
大		阪	77,062	68,583	14,925	10,588	—	933	42,137	8,455	14	1,011.3	111.0
兵		庫	48,497	42,671	8,622	8,088	—	958	25,003	5,823	3	1,039.1	124.8
奈		良	9,971	8,442	2,077	1,671	—	148	4,546	1,526	3	1,072.2	164.1
和	歌	山	13,878	11,662	2,678	2,176	—	452	6,356	2,215	1	1,330.6	212.4
鳥		取	9,203	7,172	1,616	949	—	186	4,421	2,031	—	1,617.4	356.9
島		根	10,665	8,495	1,961	1,797	—	321	4,416	2,160	10	1,377.9	279.1
岡		山	29,873	25,872	4,549	3,768	3,360	446	13,749	4,000	1	1,750.0	234.3
広		島	32,369	26,133	6,129	4,335	—	510	15,159	6,231	5	1,328.8	255.8
山		口	21,997	17,281	4,207	3,618	—	521	8,935	4,682	34	1,455.8	309.9
徳		島	13,711	11,324	3,093	2,116	—	291	5,824	2,384	3	1,733.4	301.4
香		媛	16,137	12,988	2,469	1,842	360	238	7,579	3,141	8	1,777.2	345.9
愛		知	20,482	15,294	3,673	2,441	—	137	9,043	5,182	6	1,444.4	365.4
高		岡	18,540	15,026	3,166	2,462	—	266	9,132	3,514	—	2,355.8	446.5
福			72,649	55,820	15,024	11,306	—	882	28,608	16,820	9	1,804.0	417.7
佐		賀	14,391	9,756	2,955	1,762	—	277	4,762	4,635	—	1,717.3	553.1
長		崎	26,731	19,453	5,897	3,546	—	523	9,487	7,273	5	1,702.6	463.2
熊		本	30,632	22,679	6,614	4,515	2,271	440	8,839	7,941	12	1,801.9	467.1
大		分	18,847	14,250	3,624	2,393	—	181	8,052	4,583	14	1,630.4	396.5
宮		崎	17,798	14,344	4,343	2,697	—	492	6,812	3,454	—	1,693.4	328.6
鹿	児	島	31,512	24,865	7,324	5,040	1,730	180	10,591	6,643	4	1,822.6	384.2

資料 厚生省「医療施設調査」

表 19 医療施設数、病床数の推移

	昭和30年末	35	40	41	42	43	44	45
(施設数)								
病院	5,119	6,094	7,047	7,308	7,505	7,703	7,819	7,974
精神病院	260	506	725	769	818	853	874	896
結核療養所	676	595	340	283	250	220	187	160
らい療養所	14	14	14	14	14	14	14	14
伝染病院	73	58	46	52	39	37	36	35
一般病院	4,096	4,921	5,922	6,201	6,384	6,579	6,708	6,869
一般診療所	51,347	59,008	64,524	65,679	66,869	67,962	68,305	68,997
歯科診療所	24,773	27,020	28,602	28,893	29,153	29,489	29,649	29,841
薬局	18,769	21,119	21,428	21,870	...	...	...	...
(病床数)								
病院病床	512,688	686,743	873,652	918,233	963,113	1,003,638	1,033,550	1,062,553
精神病床	44,250	95,067	172,950	191,579	210,627	226,063	238,190	247,265
結核病床	236,183	252,208	220,757	211,527	204,945	195,710	186,001	176,949
らい病床	14,095	14,260	13,230	13,230	13,230	13,236	13,217	13,217
伝染病床	19,177	22,713	24,179	23,872	23,789	24,042	23,716	23,144
一般病床	198,983	302,495	442,536	475,007	510,522	544,587	572,426	601,978
一般診療所	113,924	165,161	204,043	212,438	225,610	235,757	242,958	249,646
歯科診療所	104	121	276	259	274	290	317	429

資料 厚生省「医療施設調査」

表 20 保健所数 (型・人口別) (昭和46年 4 月 1 日現在)

区 分	総 数	U	UR	R	L	S
総 数	832	230	79	382	119	22
1型 25.0 万 以 上	50	30	20	—	—	—
2型 17.5万 ~ 25.0万	111	66	35	10	—	—
3型 12.5万 ~ 17.5万	158	63	24	71	—	—
4型 7.5万 ~ 12.5万	274	54	—	199	21	—
5型 3.0万 ~ 7.5万	217	17	—	102	98	—
S型 管内人口 3.0 万未満	22	—	—	—	—	22

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

2. 総数中政令市分 (126) を含む.

資料 厚生省公衆衛生局調.

表 21 保健所職員定数・現員および充足率 (年度末現在)

区 分	43			44			45		
	定 員	現 員	充 足 率	定 員	現 員	充 足 率	定 員	現 員	充 足 率
合 計	31,511	22,761	72.2%	31,560	22,821	72.3%	31,672	23,077	72.9%
医 師	3,679	1,569	42.6	3,682	1,561	42.4	3,681	1,556	42.3
歯 科 医 師	232	76	32.8	231	70	30.3	241	69	28.6
薬 剤 師 ・ 獣 医 師	810	820	101.2	811	842	103.8	810	842	104.0
保 健 婦	8,191	6,009	73.4	8,193	6,093	74.4	8,210	6,359	77.5
看 護 婦	465	302	64.9	465	308	66.2	470	308	65.5
助 産 婦	882	179	20.3	882	175	19.8	882	175	19.8
X 線 技 術 者	1,745	1,558	89.3	1,746	1,569	89.9	1,742	1,569	90.1
管 理 栄 養 士	209	185	88.5	208	193	92.8	214	198	92.5
栄 養 士	882	805	91.3	882	797	90.4	882	797	90.4
歯 科 衛 生 士	303	78	25.7	304	78	25.7	309	78	25.2
試 験 検 査 技 術 者	1,683	1,338	79.5	1,685	1,379	81.8	1,694	1,381	81.5
衛 生 工 学 指 導 員	232	30	12.9	231	19	8.2	241	38	15.8
衛 生 統 計 技 術 者	1,420	900	63.4	1,422	898	63.2	1,425	898	63.0
力 一 下 管 理 員	810	275	34.0	811	285	35.1	810	285	35.2
衛 生 教 育 指 導 員	810	480	59.3	811	489	60.3	810	498	61.5
医 療 社 会 事 業 員	476	195	41.0	474	195	41.1	487	195	40.0
精 神 衛 生 相 談 員	261	123	47.1	262	136	51.9	268	145	54.1
予 防 防 疫 担 当 者	2,978	2,815	94.5	2,979	2,764	92.8	2,982	2,732	91.6
結 核 予 防 担 当 者									
総 務 事 務 担 当 者	5,443	5,024	92.3	5,448	4,883	89.6	5,448	4,859	89.2
公 害 技 術 担 当 者	—	—	—	33	87	263.6	66	95	43.9

資料 厚生省公衆衛生局調.

表 22 保健所の主な活動 (昭和44年)

活 動 内 容	事 業 量	1保健所 平 均	活 動 内 容	事 業 量	1保健所 平 均
健康相談回数	372,174	447	幼児被指導延人員	345,289	415
所 内	231,765	278	(再掲)3歳児健康診査被指導実人員		
個 別	169,213	203	母子衛生療育指導被指導実人員	117,151	141
集 団	62,552	75	妊娠中毒症被訪問指導実人員	215,875	259
所 外	140,409	168	延 人 員	299,308	360
個 別	22,775	27	新生児被訪問指導実人員	588,002	707
集 団	117,634	141	延 人 員	822,846	989
間接撮影者総数	38,951,660	46,817	歯科検診受診者延人員		
定期結核検診者数	37,519,970	45,096	個 別	329,151	396
使用 者	7,056,612	8,482	集 団	1,639,325	1,970
学 校 長	15,528,839	18,664	栄養改善指導		
施設 の 長	682,192	820	個別被指導延人員	1,501,683	1,805
市町村長	14,252,327	17,130	集団被指導延人員	2,628,774	3,160
定期外結核検診者数	1,431,690	1,721	給食施設指導延施設数	35,194	42
患者家族	187,625	225	予防接種被接種者延数	10,670,372	12,825
そ の 他	1,244,065	1,495	細菌性赤痢の検査		
直接撮影者総数	1,070,754	1,287	検査した検体数	6,780,141	8,149
定期結核検診者数	875,280	1,052	陽性検体数	8,671	10
使用 者	219,595	264	寄生虫卵検査	2,836,474	3,409
学 校 長	236,681	284	環境衛生関係職員所外活動従事延人員	430,387	517
施設 の 長	17,928	21	食品衛生監視員指導出勤延人員	584,550	703
市町村長	401,076	482	食品衛生収去試験検体数		
定期外結核検診者数	195,474	235	乳	92,293	111
患者家族	131,354	158	乳以外の食品数	254,421	306
そ の 他	64,120	77	衛生教育開催日数	180,039	216
妊産婦保健指導実数			所 内	60,570	73
妊婦被指導実人員	525,429	632	所 外	119,469	144
産婦被指導実人員	212,836	256	保健所保健婦訪問		
妊産婦保健指導延数			(家庭)実 数	2,149,324	2,583
妊婦被指導延人員	683,416	821	延 数	3,395,380	4,081
産婦被指導延人員	253,615	305	家庭訪問以外の被指導人員	470,416	565
乳幼児保健指導実数			医療社会事業面接訪問延回数		
乳児被指導実人員	1,401,351	1,684	面 接	63,423	76
幼児被指導実人員	1,471,030	1,768	訪 問	27,698	33
乳幼児保健指導延数			試験検査検体総数	16,505,177	19,838
乳児被指導延人員	2,291,102	2,754			

注 1. 保健所平均は昭和45年の平均保健所で除した数である。
資料 厚生省「保健所運営報告」

研究会抄録

第Ⅳ（経済・社会合同）研究会

昭和47年前半は、4月を除いて5回の研究会がもたれたが、そのうちの4回は、前年に引続きローリック編『1970年代のための社会経済学』（G. F. Rohrllich, *Social Economics for the 1970's*）の輪読を行い、最後の三つの章、H. M. Somers, *Delivery of Health Care*（報告者、都村敦子）、S. A. Levitan, *Manpower Program under New Management*（報告者、大本圭野）、G. F. Rohrllich, *Toward a Convergence of Economics and Social Policy*（報告者、城戸喜子）についての報告と討論が行われた。特に、Somers 論文およびこれに対する批判論文については、2回にわたる報告のあとで、「米国の医療とわが国の医療」と題して、これら米国での論議とわが国での問題とが対比されて論議された。そのなかでは、各種審議会での意志決定過程が問題にされ、医療のあり方について、医療を受ける者の立場からの検討の必要性、およびそれらの意見の反映の仕方が論じられ、示唆に富むものであった。

6月からは、ローリックを終って、R. M. ティトマス著、三浦文夫監訳『社会福祉と社会保障』社会保障研究所翻訳叢書 No. 9 (R. M. Titmuss, *Commitment to Welfare*) の輪読が始められている。あらかじめ、監訳者三浦文夫から、著者ならびに本書の全般についての内容紹介と輪読のすすめ方についての提案がなされ、その第1回は、「普遍性と選別性の原則について」（報告者、渡辺益男）と題して報告がなされた。特に、ティトマスの選別主義批判のなかでも技術的批判に力点がおかれている部分が取上げられるとともに、普遍主義の下部構造をふまえた選別主義的サービスを行うためには価値と機会の枠組を必要とするわけで、この点の論理的な展開の仕方から学ぶことは少なくなかった。

なお、今後は引き続き、ティトマスの輪読を、その福祉国家観、再分配理論などをはじめとして、様々なテーマのもとにすすめていく予定である。

第Ⅴ（制度）研究会

社会保障財政に関する国際比較研究とわが国戦前の社会保障関係制度費用の推計の2つのプロジェクトは、昭和47年度にも継続されることになった。後者については、昭和47年度において研究を完了する予定で作業が

進められているので、以下、昭和47年前半における研究会報告や作業の状況について紹介しておこう。

わが国戦前の社会保障関係制度費用の推計というプロジェクトにおいては、(1)中央財政における社会支出（教育・文化・労働を含む）の目的別・経済性質別分類、(2)東京（府・市・郡・町村）財政における社会支出の目的別・経済性質別分類、(3)地方財政における社会支出の目的別分類、(4)政府全体の社会支出の目的別分類、(5)民間社会事業費の事業種別推計、(6)民間共済組合収支状況、を把握することを狙ったが、このうち最後の民間共済組合については資料の不足から断念することとした。

昭和47年3月の研究会では、「戦前の地方財政（東京）における社会支出」（報告者、大川 武）について報告が行われ、昭和7年と昭和10年の2年度について、東京府と東京市の社会支出の目的別・経済性質別推計結果が示された。今後の作業は、幾つかの年次を選んで決算書による作業を同じ要領で行い、その構造比率などを使って昭和10年ないし15年度まで、5年おきの時点について推計を行う、という方針が確認された。

昭和47年7月の研究会では、「地方財政における社会支出の推計」（報告者、坂坂哲哉）について報告が行われ、既存の地方財政統計に基づいて目的別分類、各レベル政府間の移転の推計、経済性質別分類の可能性を中心として、作業中の数字が提示され、問題点が指摘された。作業は、昭和10年ないし15年に至る5年おきの時点について行われ、東京に関する詳細な推計の結果を利用して、できる限り中央財政の分類に近づける、という方針が確認された。

このようにして推計される政府社会支出の時系列データは、イギリスの歴史的統計や最近の国際的クロス・セクション・データと対比させて、発展過程に関する国際比較研究の材料に役立てられるものと考えられる。

第Ⅵ（政策）研究会

47年前半期には、1月を除いて5回の研究会が開催された。

「昭和47年度厚生省予算について」（報告者、朝本信明）では、予算の内容、特に最重点施策としての老人対策関係（老人医療の無料化、福祉年金の引上げ、社会福祉サービスの改善など）予算の内訳について報告があった。

「年金とスライドについて」(報告者、竹内邦夫)では、世界各国の年金額の調整方式(大別して、特別立法方式、法律に原則を明示する方式、自動調整方式)の紹介があり、それぞれの方式についてのメリット、デメリットが論じられた。また、自動調整方式を採用する場合に検討を要する事項として、新規裁定と既裁定との関係、指標のとり方、財政方式のあり方、などが取上げられた。

「長期計画の問題点」(報告者、山本純男)においては、

経済企画庁内での新しい経済計画策定の準備作業——特に社会保障問題懇談会(座長、小山進次郎)での議論——についての経過報告があった。

その他、医療保険各法の改正に関する動きについては「両審議会の答申について」(報告者、小山路男)において取上げられ、また、「老人福祉の現状と問題点」(報告者、森 幹郎)では、各国の現状と比較しながら、わが国の老人福祉の進むべき方向が明らかにされた。

社会保障研究所日誌 (1972. 4~1972. 6)

昭和 47. 4. 13 第 5 研究会 (第 1 回) 報告内容

「社会保障財政の国際比較——昭和 47 年度研究プロジェクト——」報告者：慶応義塾大学助教授 藤沢益夫

4. 18 第 2 研究会 (第 1 回) 報告内容「社会保障水準の指標——北欧諸国資料を例として——」報告者：研究第一部長 小沼 正

4. 25 第 6 研究会 (第 1 回) 報告内容「両審議会の答申をめぐって」報告者：専門委員 小山路男

4. 25 ISSA 文献委員会 47. 1~3 月文献選考について

5. 4 定例役員会開催 (第 78 回)

5. 9 第 4 研究会 (第 1 回) 報告内容「Rohrlich, "Toward a Convergence of Economic and Social Policies" について」報告者：研究員 城戸喜子

5. 14 三浦文夫研究第三部長 欧州 1 ヶ月間の視察旅行を終え帰国。

5. 16 第 5 研究会 (第 2 回) 報告内容「ナショナル・ミニマムの理論と政策」報告者：慶応義塾大学助教授 藤沢益夫

5. 18 第 1 研究会 (第 1 回) 報告内容「年金制度の経済分析序説」報告者：研究第二部長 地主重美
同 第 3 研究会 (第 1 回) 報告内容「多問題家族の調査について——中間報告——」報告者：研究員 渡辺益男、同、高橋紘士

5. 23 第 6 研究会 (第 2 回) 報告内容「長期計画の問題点」報告者：経済企画庁計画官 山本純男

5. 23 海外社会保障情報編集委員会

5. 25 定例役員会開催 (第 79 回)

5. 27~28 陸月会旅行 (長野県高峰高原)

6. 1 第 1 研究会 (第 2 回) 報告内容「経済計画と移転関数」報告者：経済企画庁経済研究所主任研究官 市川 洋

6. 8 第 3 研究会 (第 2 回) 報告内容「社会福祉の国際比較研究のすすめ方」報告者：研究第三部長 三浦文夫

6. 12 第 7 回公開研究座談会 (協和銀行赤坂支店会議室) テーマ「年金の自動調整」レポート：主任研究員 平石長久、コメント：早稲田大学教授 安藤哲吉、日本団体生命(株)営業部長 村上 清、司会：所長 山田雄三

6. 13 第 2 研究会 (第 2 回) 報告内容「高齢者の食数と食費等について——掛川高齢者生活実態調査——」報告者：研究会 曾原利満

6. 15 第 4 研究会 (第 2 回) 報告内容「1. ティトマス著『社会福祉と社会保障』論読のすすめ方について、2. 普遍性と選別性の原理について (第三部 I, II 章を中心に)」報告者：研究第三部長 三浦文夫、研究員 渡辺益男

6. 20 第 5 研究会 (第 3 回) 報告内容「イギリスの医療保障と公衆衛生」報告者：専門委員 橋本正己

6. 22 定例役員会開催 (第 80 回)

6. 27 第 6 研究会 (第 3 回) 報告内容「老人福祉の現状と問題点」報告者：厚生省老人福祉課 森 幹郎

6. 29 第 1 研究会 (第 3 回) 報告内容「年金制度の考え方」報告者：専門委員 高橋 武

「年金とスライドについて」(報告者、竹内邦夫)では、世界各国の年金額の調整方式(大別して、特別立法方式、法律に原則を明示する方式、自動調整方式)の紹介があり、それぞれの方式についてのメリット、デメリットが論じられた。また、自動調整方式を採用する場合に検討を要する事項として、新規裁定と既裁定との関係、指標のとり方、財政方式のあり方、などが取上げられた。

「長期計画の問題点」(報告者、山本純男)においては、

経済企画庁内での新しい経済計画策定の準備作業——特に社会保障問題懇談会(座長、小山進次郎)での議論——についての経過報告があった。

その他、医療保険各法の改正に関する動きについては「両審議会の答申について」(報告者、小山路男)において取上げられ、また、「老人福祉の現状と問題点」(報告者、森 幹郎)では、各国の現状と比較しながら、わが国の老人福祉の進むべき方向が明らかにされた。

社会保障研究所日誌 (1972. 4~1972. 6)

昭和 47. 4. 13 第 5 研究会 (第 1 回) 報告内容

「社会保障財政の国際比較——昭和 47 年度研究プロジェクト——」報告者：慶応義塾大学助教授 藤沢益夫

4. 18 第 2 研究会 (第 1 回) 報告内容「社会保障水準の指標——北欧諸国資料を例として——」報告者：研究第一部長 小沼 正

4. 25 第 6 研究会 (第 1 回) 報告内容「両審議会の答申をめぐって」報告者：専門委員 小山路男

4. 25 ISSA 文献委員会 47. 1~3 月文献選考について

5. 4 定例役員会開催 (第 78 回)

5. 9 第 4 研究会 (第 1 回) 報告内容「Rohrlich, "Toward a Convergence of Economic and Social Policies" について」報告者：研究員 城戸喜子

5. 14 三浦文夫研究第三部長 欧州 1 ヶ月間の視察旅行を終え帰国。

5. 16 第 5 研究会 (第 2 回) 報告内容「ナショナル・ミニマムの理論と政策」報告者：慶応義塾大学助教授 藤沢益夫

5. 18 第 1 研究会 (第 1 回) 報告内容「年金制度の経済分析序説」報告者：研究第二部長 地主重美
同 第 3 研究会 (第 1 回) 報告内容「多問題家族の調査について——中間報告——」報告者：研究員 渡辺益男、同、高橋紘士

5. 23 第 6 研究会 (第 2 回) 報告内容「長期計画の問題点」報告者：経済企画庁計画官 山本純男

5. 23 海外社会保障情報編集委員会

5. 25 定例役員会開催 (第 79 回)

5. 27~28 陸月会旅行 (長野県高峰高原)

6. 1 第 1 研究会 (第 2 回) 報告内容「経済計画と移転関数」報告者：経済企画庁経済研究所主任研究官 市川 洋

6. 8 第 3 研究会 (第 2 回) 報告内容「社会福祉の国際比較研究のすすめ方」報告者：研究第三部長 三浦文夫

6. 12 第 7 回公開研究座談会 (協和銀行赤坂支店会議室) テーマ「年金の自動調整」レポート：主任研究員 平石長久、コメント：早稲田大学教授 安藤哲吉、日本団体生命(株)営業部長 村上 清、司会：所長 山田雄三

6. 13 第 2 研究会 (第 2 回) 報告内容「高齢者の食数と食費等について——掛川高齢者生活実態調査——」報告者：研究会 曾原利満

6. 15 第 4 研究会 (第 2 回) 報告内容「1. ティトマス著『社会福祉と社会保障』論読のすすめ方について、2. 普遍性と選別性の原理について (第三部 I, II 章を中心に)」報告者：研究第三部長 三浦文夫、研究員 渡辺益男

6. 20 第 5 研究会 (第 3 回) 報告内容「イギリスの医療保障と公衆衛生」報告者：専門委員 橋本正己

6. 22 定例役員会開催 (第 80 回)

6. 27 第 6 研究会 (第 3 回) 報告内容「老人福祉の現状と問題点」報告者：厚生省老人福祉課 森 幹郎

6. 29 第 1 研究会 (第 3 回) 報告内容「年金制度の考え方」報告者：専門委員 高橋 武

INSURANCE SCHEME AND SERVICE SYSTEM FOR MEDICAL CARE

—CASE OF U. K.—

(Vol. 7. No. 1)

KIICHI OGAWA

Discussions are now going in Japan about the "fundamental revision of medical insurance." The government's revision plan places emphasis on the elimination of deficits in insurance finance. However, it seems impossible to settle the serious crisis of medical care by taking simple financial countermeasures.

At present, the National Health Service in Britain is regarded as a typical medical care based on service system. It was established after World War II as a result of the failure in and reflection to the National Health Insurance, which was inaugurated as an insurance scheme in 1911. When we review the history of the National Health Insurance, we find the following facts: Its finance had been stabilized for a long time. However, the stabilization was realized by limiting the application scope of the National Health Insurance and reducing its medical benefit. On the other hand, management of hospitals became more and more difficult as a result of financial restrictions. In the second half of 1930's, many hospitals went

bankrupt. Besides, those hospitals which escaped the bankruptcy were also driven to the serious financial crisis.

The Royal Commission on National Health Insurance, which was established in 1924 with such a situation in the background, advised after discussing various problems of the medical care system that health services managed by public expenditures should be strengthened. A labor party congress in 1934 also adopted a similar resolution. Under these circumstances, the opinion was gradually gaining ground that the National Health Insurance should be turned into the National Health Service. At last, a concrete plan on the National Health Service was worked out as a result of the announcement of the 1942 Beveridge Report and the issuance of the coalition government's 1944 White Paper on a National Health Service.

In the world of history, simple analogy is impermissible. No doubt, however, experiences in Britain give us many lessons concerning various problems which Japan's medical insurance is facing.

SOCIAL SECURITY AND PUBLIC FINANCE

(Vol. 7, No. 3)

TÔRU HASHIMOTO

The study of general tendency in social security expenditures tells us that more emphasis is being placed upon countermeasures for small or average income earners rather than those for the poor and needy. I would like to discuss what effects this change in the emphasis will have upon finance which has a function of redistribution of income.

In social insurance, social security's function of redistribution is mainly of a nature of horizontal redistribution. However, when a system to make insured persons pay insurance due according to their payment ability is adopted or when appropriation from the National Treasury, which comprises the people's taxes, increases, the function comes to have a nature of vertical redistribution. On the other hand, in the public help system, in which beneficiaries pay nothing and whose finance depends solely upon general taxes, its function has a nature of vertical redistribution.

Social security's effects upon finance and economy must be examined from the viewpoints of economic effectiveness, will to work, savings, economic stability, and economic growth. Especially, the fact that social security promotes not only redistribution but also economic stability and growth provides a theoretical ground of the assertion that social security must be strengthened. In the light of the facts that expenses for livelihood protection are decreasing, that the number of medical helpers is decreasing, and that the number of old people leading a solitary life is increasing, services in the field of social security must be improved to strengthen the social security system. It must also be pointed out that expenses for unemployment countermeasures are decreasing and that age of the unemployed is being advanced. Proper

steps must be taken for these problems. A main cause of the strengthening of medical insurance as countermeasures for average income earners seems to be an increase in appropriation from the National Treasury. The government is increasing appropriation from the National Treasury to cope with increasing deficits in the government-managed health insurance. However, this does not mean the fundamental settlement of the problem but is becoming a big factor for difficulties in public finance. Also, although expenditures for annuity system are comparatively increasing, many people demand that annuity standards be elevated, because commodity prices are going up and living standards are also being elevated. The problem is whether financial sources to elevate annuity standards should be secured by raising insurance due or by increasing appropriation from the National Treasury.

The Japanese social security standard is still low in comparison with the international standard. In order to elevate the Japanese standard, it is necessary to examine both contents of the Japanese social security system and methods to secure financial sources for the system. In other words, the problem is how to share expenses for social security between employees and employers and what role the appropriation from the National Treasury should play in social security. Also, the problem is upon which the financial emphasis should be placed, national hygiene and social security or social insurance.

Now that financial demands are increasing and tax burdens are becoming heavier, it is necessary to make efforts for the further improvement of social security while taking an effective operation of national finance into consideration.

STRUCTURE OF VIEW OF IDLERS IN THE U. S. PUBLIC HELP

(Vol. 8, No. 1)

TOMOHISA AKIYAMA

The words "moral inferiority" were always used to attack the poor and needy when expenditures for public help were going to be cut down. This article is aimed at studying from the viewpoint of the structure of the "view of idlers" how it has been formed and utilized.

(1) The "view of idlers" is permeating in the United States, which features tradition of diligence, influence of mass communication, segregation, and powerful state authority. That is why the United States has been selected in my article to study this problem.

In the United States, the principle "those who do not work have no right to live" has become a stern spiritual tradition by uniting puritanism. In the 19th century, this virtue of labor, which was based on puritanism, was formed into the "moral view of idlers" and developed into oppositionism to public help by uniting two other factors—capitalism and pragmatism.

(2) In such a traditional situation, the modern, powerful mass communication media, which sought sensational news materials, reported on the "scandal about welfare" in an exaggerated way. As a result, the "view of idlers as a public opinion" was formed

around 1960.

(3) This united segregation through the civil rights movement, which was gaining ground in the United States, and formed the "discriminative view of idlers."

(4) On the other hand, poverty grew more serious in the United States. The "illusion of prosperity" has been turned into the notion of "starving America." As a result, the public opinion also changed gradually.

(5) In an attempt to decrease the number of those receiving public help, which increased as poverty grew more serious, the Nixon administration worked out the "family Help Program." The program alike the Speehnamland system in Britain involved a factor which helped enterprises reduce wages. Although there was a program on employment guidance, the poor and needy belonging to the minority group were unable to change their walks of life because of the social situation of chronic unemployment. The "view of idlers" as a policy just promoted unemployment and low wages in the severe labor market.

(6) The era of the new conception "Green Revolution" was giving birth to an "organization of the poor and needy" which had to struggle against such a view of idlers.