

季刊

社会保障研究

Vol. 11, No. 4

社会保障研究所

1976

社会保障研究所 10 年



社会保障研究所編の『日本社会保障資料Ⅱ』が、昨 50 年秋に至誠堂から刊行された。800 ページに上る大冊であり、ほぼ 42 年より 48 年までをカバーしている。この時期は、昨 50 年に創立 10 周年を迎えた社会保障研究所の歩んだ時期と 8 分どおり重なっている。「高度成長政策に対する反省が表面化し、国民福祉を重視する福祉社会への転換が政策思想の中心となった転換期であった」とされるこの時期について、その社会保障を概観するのにこの資料集は便利である。そのような動きを背景にふまえながら、それと不即不離に、しかも科学的立場にたって、10 年にわたる研究所の活動がつづけられたわけである。

最も主要な活動は、日常研究活動である各種研究会（6 種で月それぞれ 1 回）の開催である。年次別研究プロジェクトには 44 年から所長を中心に作成された基調テーマが冒頭に掲げられている。それは 47 年までは、社会計画、社会保障水準指標、国際交流、私的保障などに細分されており、48 年は転換期の計画的樹立、49 年以降は福祉社会成立の基本的要件、となっている。

各研究会は、上の基調テーマを受けて長期的課題のもとに年ごとの課題を定めている。たとえば経済学の立場にたつ経済分析研究会は、所得再分配効果、経済成長分析、PPBS、年金・医療の経済分析、医療制度の最適基準、負の所得税、社会資本、社会的支出などを順次に取上げてきている。またたとえば社会学の立場からの社会分析研究会は、地域開発計画、社会福祉と社会変動、老人福祉、多問題家族、マンパワー問題、ソーシャル・アドミニストレーションなどを取上げてきている。以上のほか、社会保障水準についての統計調査研究会、経済学・社会学両面から接近し福祉社会を究明する経済・社会研究会、制度比較の制度研究会、現に動いている政策を取上げる政策研究会が、それぞれに時宜に応じた研究を進めているのはいうまでもない。

また研究所を挙げての共同研究の成果としては、『戦後の社会保障（本論）』（昭和 43 年）、『現代の福祉政策』（昭和 50 年）、その他いくつかの本誌特集号が見られる。もっとも中には共同色の必ずしも強くないものもある。

研究プロジェクトについて望蜀のそしりを敢えておかすならば、「研究所学派」ともいうべき一種のカラーが成立していい時期に到っているのではないであろうか。もとより、それは閉鎖的なものであってはならない。しかし所長を中心にして所全体を包む一つの大きな方向が確立されるべきであろうし、また今よりも一層力強く、そのことに研究所を挙げて努めるべきであろう。

以上のほか研究所の活動について思い付く点を列挙しておこう。

活動の第 2 として情報資料の収集、海外事情紹介があり、33 号に達する季刊の『海外社会保障情報』と 12 号に上る「翻訳叢書」の刊行がある。この点ではかねてから要望されている、名実ともに具備された「社会保障文献センター」への発展を期待してやまない。

第 3 の活動として見逃しえないものに、実態調査の実施がある。それを精力的に敢行しているイギリス Moss 氏の Social Survey や、デンマーク Friis 氏の National Institute of Social Research を念頭においているのであるが、ほう大な労力と経費とを要するにしても、「研究叢書」に含まれた 2 冊の『児童養育費』といくつかの『府県委託調査報告書』とだけでは、必ずしも十分とは考えられない。

活動の第 4 として見逃されやすいのは、冒頭書の I である『戦後の社会保障（資料編）』（昭和 43 年）や『社会保障水準基礎統計』（昭和 48 年）のような、緑の下的で地味な、基礎資料の編集である。これもまた望ましい分野の一つであろう。このような基礎資料活動は本誌を含む 2 種の定期刊行物や、2 種の叢書の刊行、さらには基礎講座、シンポジウムなどの開催とを合せた啓蒙活動とも無縁ではない。

開発途上国の貧困と「南北」国際関係

平 恒 次

I 私の立場

「南北問題」はもはや「立場論」の段階ではないといわれているけれども、私はむしろいつでも「立場論」の重要性が減少することはないと思っている。「立場」が定まらなければ、問題の見通しがきかず、解決までの距離も計測できない。したがって解決のための決心も固まらないということになる。「見地なき見解はない」ということわざもあるくらいである。

目下、開発途上国は「二重の貧困」という問題をかかえていて、その整合的な解決によって貧困なき社会の実現を望んでいる、といわれている。こういう表現がすでに私が取ろうとする「立場」を或る程度反映していることは明らかである。つまり私は、一つの高位開発国の住民の一人であって、開発途上国の緊急課題が何であるか、そこで国民的合意がいかなる性質のものであるか、その合意からいかなる国策が生れつつあるか、などに関して直接個人的に知っているわけではなく、一般に途上国の問題といわれているもの、その国民的志向の目標といわれているものを受売りしているに過ぎないのである。

ということは、途上国では提言した「二重の貧困」が存外問題でなく国策の視野にも入っていないかも知れないという、判断の誤差を含んでいることもありうるということである。論及課題の設定におけるこういう誤差の範囲や強度をたしかめもせずに議論を進めようというのであるから、議論の各段階ごとに多少の誤差が入りこんだりすると、結論に到達するまでには思いもよらない大きな誤謬をおかしているということにもなりかねない。しかしながらこの誤謬も実は「立場」の産物であって見れば、「立場」をかえれば同じ資料や

分析手法が異なる結論を生むということもありうるのである。「立場」はそれ程に重要な議論の一部なのである。

今さき「二重の貧困」といったのは、一つには「南」の途上国が「北」の高位開発国に対して相対的に貧困であること、二つめには、各途上国内で人口の一部が他の部分に対して相対的に貧困であること、の二つを意味するためであった。したがって、目標である「貧困なき社会」への移行は、高位開発国に対する貧困度を縮めると共に、国内での一部階層の一般階層に対する貧困度を縮めるというような社会・経済開発方式を必要としているということである。しかも、このどまれている社会・経済開発方式の成否が高位開発国の参加と協力の仕方の如何に左右されるという事情から、高位開発国の利害と途上国のそれとが密接な関係を持つようになるのである。

ここに到って、高位開発国の住民は、自国が途上国の開発にどうかかわるかということが、自国の経済的、社会的、政治的過程を通じて自己の利害にどう影響を及ぼすかに関心をもたざるを得なくなる。こうして、途上国の「二重の貧困」解消への努力は、高位開発国の典型的な一住民の福祉と厚生とも、よかれあしかれ関係をもつようになるのである。

こういう風に、途上国の「二重の貧困」が読者及び私のような高位開発国の住民の生活とも関係があるものであれば、「われわれ」の対極として途上国の典型的な住民を想定しなければならないのであるが、ここで私は、私の「立場」が限界に達したことを認めなければならないのである。つまり私は、「われわれ」の対極にあたる途上国住民が具体的にはどういう生身の人間であり、どういう地位にありどれだけの所得をもち、どういう

価値観にもとづいて行動しているか、自信をもって想定できないのである。私は、典型的な「高位開発国人」の価値観やそれから派生する行動規範及び論理については、かなり自信をもって想像することができる。しかし対極である「開発途上国人」の対応する特徴については自信がもてないのである。したがって、これらの二種類の基本的価値選択主体乃至行動単位が、地球を共有すると共に国籍を異にする環境的制約下で、同一問題にどう対処し、どう相互に影響し合うものなのか、両方に対して同等の確信をもって分析することはできないわけである。(このような状態は、いわば社会構成員の一部の効用関数がどういうものであるかを知らないで、社会的厚生関数をあげつらうようなもので、こういう不完全な知識の下では社会的厚生の適正水準を分析から割り出すことはできないという状態に酷似している。)

私自身が「途上国人」に転身できない以上、与えられた問題である「二重の貧困」が「途上国人」にとって具体的にはどう見え、どういう意味をもつものであるかについては論述を断念しなければならないであろう。そこで苦肉の策として「途上国人」の代行者を発見し、その言動から「途上国人」一般の行動的規範と論理を推測することにしたと思う。その代行者というのは外でもない、国連における代表者諸氏や途上国の学者、有力者等、およそ途上国の代弁をつとめていると思われるすべての人々の謂である。こういう人々の言動を素材にして、架空の「途上国人」のモデルを煮詰め、必要に応じて途上国側の見解をこのモデルから聞き出すという方法によって、途上国の「二重の貧困」をめぐる「南北」両陣営のかかわり合い方を探究したいと思うのである。私はいわば、この「途上国人」モデルと対坐して、問題毎に、高位開発国側ではこういっているが、途上国側は何というであろうかという具合に、双方の立場を確認しようとしているわけである。

(上記の一見迂遠に見える私の「立場」の規定は、以下数節に亘る論述において、開発途上国の立場を代弁する資格のない私が、評価と判断の公平を期すために、往々にして高位開発国側の思い上り

や行き過ぎた善意又は悪意について途上国側の立場に立っているととれるような反論や論評をしなければならないからである。)

II 開発途上国の要求＝新国際経済秩序

開発途上国は、全地球的総生産及び総所得が高位開発国に偏在していることに不満である。世界経済のシステムとしての仕組みが従来こういう偏在を助長する性質のものであった点を途上国は機会あるごとに強調してきた。途上国から見れば、経済に関する限り世界はすでに一つのシステムであって、その内部の生産及び分配過程は世界一円の経済政策によって指導されなければならないというわけである。この点、途上国は経済世界主義(グローバリズム)である。

他方、高位開発国においては、国民経済が世界経済に優先し、国内の生産及び分配が最大の関心事なのである。この点、各高位開発国においては強烈で有効なナショナリズムが存在することを物語る。高位開発国は経済ナショナリズムであって、世界はせいぜい国際経済関係でしかない。

開発途上国の「二重の貧困」の一環、即ち高位開発国に対する相対的貧困は、途上国の世界システム主義と高位開発国の国際関係主義との調整の如何によって、解消への糸口がつかめることになる。この調整の最新形態が「新国際経済秩序」である。それが「世界経済秩序」でなく依然として「国際経済秩序」であるところに、高位開発国の見地が強硬に反映されていることを見る。それは秩序というよりもむしろ、「契約」又は「協約」として考える方がもっと分り易い。それはいわば途上国側と高位開発国側との「団体交渉」の結果できあがった「国際関係」の規定である。

しかし、地球上の経済資源、財貨及び用役の流通が国際交渉によって規定され修正されるということがすでに時代の変化を物語るものである。市場機構と各国各様の経済ナショナリズムの相互助長又は制約に任されていた従来の生産・流通過程がなしうる以上に、途上国への資源、財貨及び用役の優先的配分を達成しようということが「新国際経済秩序」の狙いである。世俗的に言えば、高

位開発国が損をし、途上国がとくをするような仕組みである。それは当然、途上国の交渉力（バーゲニング・パワー）がなみなみならぬことを物語るが、この「力」がどこから出てくるのか、今後の国際関係の見通しに関しても、大いに注目に値する課題である。

途上国の交渉力の根源はとりもなおさず相対的貧困の国際構造にあるわけである。相対的貧困の存在及び増大は、一方では、「持てる者」の側における資源調達能力＝支払い能力の存在及び増大を意味し、他方では、「持たざる者」の側における脅迫材料の同様な存在及び増大を意味することになる。この枠組において決定的な役割りを演じるのは、「持たざる者」の側における脅迫材料の選定と使用である。そのための知恵が備わったとき、「持たざる者」の交渉力は頓に増大するということが出来る。戦後三十年の間に、開発途上国側ではこういう知恵が、当初は徐々に最近急速に成長したわけである。

逆説的にひびくかも知れないが、貧困は貧困者にとっては武器である。「持てる者」に対して「持たざる者」が考えうるいやがらせ戦術はいくらでもあるわけで、その意志さえあれば僅少の費用で相当の被害を与えることができる。その被害をさけるために、「持てる者」が「持たざる者」への資源移転の交渉に応じ、要求を受諾することになるわけである。

途上国にとっては、その貧困がその交渉力の源泉であることを最も明快に理解しているのは、国際労働機構 (ILO) である。例えば 1975 年 9 月 20 日付の「ILO ニュース」は、第 8 回アジア地域会議における総長報告について次のように報じている。

「総長報告は、アジアの貧困問題を総合的にとりあげ、大量貧困の問題を解決するため直ちに対策をたて実施しないと、世界平和への脅威になると警告している……。」

ということは、高位開発国に対して、途上国の貧困を放置して世界平和の攪乱による被害を坐して待つか、貧困対策のための資源移転によってこの被害を回避するか、二者択一を迫る典型的な交渉の場の設定である。

高位開発国としては供出資源の額を値切るために型通りの交渉技術を駆使することであろう。途上国も、同じく型通りの交渉方式によって、移転資源を最大ならしめるために歎願から恐喝に至る幅広い戦術を展開することであろう。

こうして今や、世界における経済資源・財貨及び用役の生産及び分配は、国際交渉を主力とし、従来の市場機構及び各国独自の経済ナショナリズムをこれに従属させながら展開しようとしている。こういう新国際経済秩序においては、交渉力という勢力が経済変数（例えば交易条件とか、資本利子率とか、技術賃貸料とか）の決定要因とさえなろうとしているのである。「市場力」の衰退と共に、市場の名において世界経済を制覇し得た高位開発国は後退を余儀なくされ、地球の共有と利用における決定権をひろく途上国と分ち合わなければならないわけである。ここに途上国の「二重の貧困」の一環を打破する緊急有効な方式があるということもできる。

III 高位開発国の反応（その一）＝悪意

上記のような国際関係の変化に対する高位開発国の態度はさまざまで、要約することは困難であるが、一応単純化して悪意と善意に分類し、本節では悪意の代表例を次節では善意の代表例を考えることにしよう。

高位開発国における最も根強く広汎な対途上国態度は、途上国の人口増加に対する殆ど本能的とも言える恐怖である。これは、欧米白色人種社会における人種主義的偏見がまだ克服されていないことを物語るものである。

「有色人種の真黒な群集」が急速に増大して地球を包みこむということを想像して見ただけで、自ら任じている「美しい雪の肌」に汚物をかけられたような感触をもつらしいのである。したがって、「たてまえ」は高位開発国対開発途上国というような経済的次元における交渉であるように見えても、実は「ほんね」の方は、「白色」対「有色」の人種間相剋であるというわけである。

経済的次元だけなら、共存共栄のための合理的分析も出来ようが、人種主義的次元においては、

アジア・アフリカの有色人種が、白色人種なみの生活水準をもつようになるということは全く許容し難いということになるわけである。(有色人種国である日本が高位開発国として白人種諸国と伍して振舞えるということは、「幸いにも」日本が「唯一」の例外であるからで、その程度までの有色人種の進出なら「名誉白人」として待遇してもよいという文化の柔軟性を白人社会はもっているとも言える。高位開発国集団でかりに有色人種国が多数を占めるという、今では到底ありそうもないことが、かりにありうるとすれば事態はいよいよ由々しいものになるであろう。)

「ほんね」である「白人優位」を永久に維持しようと思えば、「有色世界」の経済開発などは、ほどほどにしなければなるまいという計算が成立する。出来れば「有色世界」の人口を絶対的に減少させたいものだという願望すら最近では顕在化するようになってきているのである。その比較的穏当な表現が「人口政策」であり途上国の人口制限に対する援助を政策的に優先するというわけである。

「ほんね」が更に露出すると、「有色世界」の人口芟除を露骨に志向するようになる。その代表的なものが「救命艇・地球」という考え方である。これは、ローマ・クラブの「成長の限界」(1972)に触発された「かけがえのない地球」という人類共同体的思想の反動として登場したものである。即ち、「成長の限界」が警告するように、資源蕩尽、環境破壊などによって、早晚人類の大部分が死滅しなければならないとするならば、「最後に笑う者は誰か」と考えたわけである。つまりそれは「おのれ」でなければならないのである。「おのれ」だけでも救命艇にしがみついて居りたいのである。しかも救命艇が安全であるためには、収容能力を超えるような難民救助をすべきではないということにもなる。

(比喻や論理が飛躍するようであるが、ともかく)これらの現実主義者達は地球を「おのれ」達の救命艇として見た。資源が稀少化する地球は、到底人類全体を収容することはできない、援助や救助を必要とする国々は亡んでくれなければ困る……と。(この「救命艇」思想及びその他の反途

上国的議論の反論及び論破については〔5〕参照。)結局、「救命艇・地球」には経済開発の実績をもつ国々が乗るべきであって、残余の人類は切捨てなければならない、ということになる。

単なる比喻にすぎず、真剣に相手にするわけにはいかないとも言えるが、問題は、こういう議論でもかなりの説得力をもっており、高位開発国において途上国への資源移転を凍結しかねまじき勢いをもっているという点である。又、第一次大戦で予想以上の死傷者が出たために、野戦医務サービスが極度に供給不足に陥ったときに発案された「三段選別法」(仏語、トリアージュ)の考え方も、救える国、救えない国を選びわけて、救えない国は無視して窮乏から滅亡への道をとらしめるという反途上国論に転化している。(トリアージュとは、手当てをしなくても良くなる軽傷者、手当をして助かる見込みの重傷者、どう処置しても救いようのない極傷者に選別して、極傷者には死んでもらうとして、乏しい医務サービスを他の重傷者に集中するという戦術的配慮のことで、経済開発資源の配分と同様に考えるべきだとする思想である〔5〕。)

トリアージュの影響とは別に、従来一枚岩のように考えられていた「第三世界」に階層分化が起こり、途上国自身の発意で三種類の途上国が成立したことは奇妙である。1967年、いわゆる「アルジェー憲章」で途上国自身が、「第四世界」の認定が望ましいことを提唱し、その研究を委託された国連開発計画委員会は1971年、「最低位開発国」25カ国のリストアップを公表することになった。種々の経済的・社会的指標によって判断したわけであるが、総合判断基準としては、これらの指標に示される開発の低位性を自ら克服しうる自立能力をもっていないという点を強調し、国際開発援助の優先的集中的投入によってこの自立能力を育成しなければならないという結論であった。

1973年の秋に至って、OPECに結集する石油輸出国が原油価格の大幅な値上げを断行した結果、一方では「第三世界」におけるOPEC諸国の別格ぶりを確立し、他方ではこの「石油ショック」を吸収消化する強靱さを欠く途上国を作り出した。

1974年4月、この事態を重要視した国連総会は石油衝撃の「影響が最も深刻な国」(以下、「影最国」)として32カ国を公表した。(内15カ国は前記「最低位開発国」であった。)現在では、これらの「影最国」と「最低位開発国」からなる42カ国、及び都合によっては類似諸国を含めて「第四世界」と呼ぶならわしになっている。

こうして往時の「第三世界」は、自主能力と強靱さを或る程度具えた途上国を残して、片やOPEC片や「第四世界」という風に見事に「三段選別」されてしまったのである。これと平行して、高位開発国では「救命艇・地球」や「トリアージュ」などの反途上国思想が進出したのであるから、「第四世界」はさしずめ切捨てられる運命に陥ったようにさえ思われるのである。これがいかに、「第四世界」を析出した当初の国連の意図と相入れないものであるかは言うまでもないが、高位開発国における反途上国的悪意の根強さからすれば決して油断は出来ないということであろう。

IV 高位開発国の反応(その二)=善意

禍福糾纏は世のならいとはよく言ったもので、高位開発国で反途上国的悪意が渦まく中で、途上国はかけがえのない友人を世界銀行総裁マクナマラ氏その人に見るのである。歴史がいくら皮肉と逆説にみちていると言っても、開発途上国における「絶対的貧困」の発見者であり、その救済のための福音の使徒が、アメリカ合衆国対ベトナム戦争の「戦犯」的人物であるマクナマラ氏であることぐらい奇異なことではない。国防長官時代、いくら戦術とは言っても、「殺し合い」計算を編み出し、米兵一人の死傷に対してベトナム人数十人という割合なら、人口2億のアメリカと数百万のベトナムとでは、根気よく「殺し合い」を続ければ、アメリカが「殺し勝ち」(オーバーキル)することは間違いないなどと、二十世紀下半期の人間の発想法とは思われないことを言っていたのは、つい昨日のことのようでさえある。

そのマクナマラ氏が世銀総裁に就任するや程なく途上国の「絶対的貧困」に開眼し、ジョン・ロールズばりの「社会正義」思想〔8〕〔14〕にも

とづいて世銀の融資方針に大転換をもたらしたのであるから、彼の前歴を知る人々が大いに不思議がるのも無理はないわけである。しかしながら世銀が音頭をとり研究費をつぎこんだおかげで、経済開発論の分野に居た経済学者が一斉に途上国の所得分布に注目するようになり、チェネリー氏等の立派な業績も生まれるようになった〔2〕。(人間が変わりうることを私も信じはするが、マクナマラ氏の転向ぶりは今もって十分には理解できないスケールのものである。人によっては、マクナマラ氏の転向を良心の侮辱として受取る向きもあるときくが、この方が却ってわかるような気がする〔9〕。)

ここでマクナマラ氏の「絶対的貧困説」を跡づけて見ることも意義なしとはしないであろう。部外者である私は世銀内部の事情には通じていないが、国際開発協会の会員として情報サービスの供与にあずかっているのも、目にふれるものから〔10〕事情の経過を追って見たいと思う。

マクナマラ氏は1968年4月1日世銀総裁に就任すると共に、開発途上国の援助必要度に関する中期的展望の研究作成を指示している。氏は慎重に沈黙を守っていたが、同年夏までには、開発融資に活発化する世銀の動向が取沙汰されるようになった。9月となれば、世銀や国際通貨基金(IMF)は理事会の季節である。初の総裁報告で、マクナマラ氏は、世銀が従来関心をもたなかった三大分野を指摘し、今後はこれらの分野における開発融資を推進するつもりである意思表示をした。その三大分野とは、教育と農業と人口政策であった。教育に関しては、途上国の文盲に驚き、農業に関しては世銀の伝統的無関心を歎き人口に関しては、途上国における「人口爆発の“きのこ雲”」が(原爆放射能の危険になぞらえて)今に世界を掩いつくすであろうと警告した。

三大分野は三大分野を呼び、教育・農業・人口は、失業・都市化・工業化の諸問題へとも広がって行った。おっつけ環境問題が加わり人口と抱き合わせになる。こうしてマクナマラ氏の学習は次第に成熟し、1972年9月の理事会報告で一応の体系をととのえるようになった。この報告で氏は途

上国内の所得分布を取りあげ、典型的な途上国では人口の40パーセントが、人間的体裁のいかなる定義にも合わない困窮状態にあると力説している。こえて1973年9月、マクナマラ氏はようやく「絶対的貧困」(absolute poverty)という句を使用するようになる。途上国人口20億人の4割、即ち約8億人が、「疾病栄養不足、文盲、不潔」という悪条件に見舞われ、合衆国の通貨単位で一日当たり30セントという極度に低い生活水準にあり、「彼等こそ絶対的な意味での貧困に苦しむ者である」と指摘している。こうしてマクナマラ氏の「絶対的貧困」説は、5ヵ年という長い懐妊期間を経てようやく呱呱の声をあげたのである。

もう少し補足すると、マクナマラ氏の絶対的貧困の客観的指標は「疾病、文盲、栄養不足、不潔」の四項目で、その状態では、人間としての基礎的な必需品さえ入手できず、人間としての品位を欠落せざるを得ない生活状態であるとされる。更に、こういう生活では「もって生まれた遺伝因子にひそむ潜在的能力の実現をはかることも出来ず」「人間性の凌辱」が起きていると。人間が人間でありえない生活水準ということであろうか。

なおマクナマラ氏は、「絶対的貧困」の特殊性を強調するために、「相対的貧困」にふれ、それは単に或る国が他の国より所得が高いとか、隣近所で誰かが比較的に金持ちであるとかいうような状態にすぎないと特徴付けている。「相対的貧困」だけしかないような社会では、どんな貧乏人でも健康で教育があり、栄養は十分に取っており、清潔な住宅に住んでいるということであろう。そして、おそらく行動の自由と機会の平等が保証されているはずで、人々は出身家庭の所得水準の如何にかかわらず(たとえ貧乏であっても)、もって生まれた遺伝因子の潜在能力を十分に発揮し、各人の人間性は十分に尊重されているということであろう。そういう社会であれば、貧困という語はとうの昔に死語になっており、単に個人間、世帯間に若干の所得格差があるという程度の所得の不平等であるかも知れない。

マクナマラ氏の貧困観には転向使徒らしい情熱の故に、かなりの誇張が見られるが、氏自身問題

のこういう認識を基礎にして、「南北関係」並びに途上国内における「社会正義」を促進しようとする意図が見えることは積極的に評価してよいであろう。即ち、氏は、現存する貧困階層にまず優先的に利益をもたらすような開発方式でなければならない、同時に高位開発国の資源の活用も、世界の貧困社会＝開発途上国の開発促進に役立つような方式でなければならないと言っているのである。特に途上国内の「社会正義」に関しては、氏は極めて雄弁である。従来の国民総生産中心の集計的指標に誘導された開発方式に対して、所得分配過程において普通不利な立場に立ちがちな階層の利益を優先的に考慮するような開発方式でも、決して国民総生産成長率を低める結果になることは立証できないとする点などは私も大いに賛成である。こういう立論は、経済開発論における反主流派であるミュルダール教授らの立場とも相通ずるものをもっており〔6〕、世銀のような体制の頂上で、イデオロギーの大転換がなされたことを感ぜしめる。又、さすがにチェネリー教授と並んで中国びいきのパキスタン人、マープブ・ウル・ハク氏〔11〕をブレーンに持つだけあって、中国式「下放」(しゃーふぁん)理念にも似た平等主義の匂いさえただよわせている点は、見事と言う外はない。

ただ惜しむらくは、途上国内の平等主義を力説する割には、国際平等主義については甚だしく消極的であるように思われる。これは、世銀資源を高位開発国にあおがなければならない立場にあるマクナマラ氏としては、国際不平等の余りにも急激な是正を説くことは政治的に得策ではない、という計算によるものであるかも知れない。或いは、途上国が「社会正義」と開発の両立を立証すれば、世銀による高位開発国からの資源調達が一層促進されるという戦術的配慮であるかも知れない。いづれにしても、途上国の貧困が伝統的「南北関係」にその原因の一端をもち、各種の植民地主義遺制が途上国の真の自立を妨げているというような議論、又は高位開発国が途上国に対して道義的責任以上の具体的負債(例えば過去の収奪や現在の差別に対する賠償のようなもの)を負っているとい

うような主張は、マクナマラ氏から聞くことは出来ない。

したがって、途上国に対する高姿勢と高位開発国に対する低姿勢という組合せを背景にして考えれば、途上国における「絶対的貧困」の極端な描写は、まるで途上国を誹謗しているようにも聞こえるのである。或は途上国改革を天与の使命と感じ、世銀の山頂から途上国を叱咤する姿勢とも言えようか。かつて、宣教師、軍隊、探検家、冒険資本家等々という具合に、理想と善意をよそおった各種の侵略にさらされた経験を持つ途上国としては、新しい伝道師マクナマラ氏に新手の支配と強圧を見ても、何も驚くには値しないであろう。又、マクナマラ氏の「絶対的貧困」説は高位開発国の一部の人々には、「救命艇・地球」思想の正しさの立証ともとれようし、第三世界、第四世界救援の無意味さをますます補強しないとも限らない。善意の行きすぎはその不足と同様に、或は害多く利少なきものであるかも知れないのである。途上国の貧困についてももう少し希望のもてるような見方が必要なのではないだろうか。

V 論 評

「相対的貧困」と「絶対的貧困」の概念規定からして已に相当の問題があることは、貧困研究史が明らかにするところである。私はいつのころからか（例えば[13]）すべて「貧困」と呼ばれる社会的現象は、社会的通念における標準的生活水準から下方へ著しく偏倚した生活水準、様式及び状態であるとして、計測の起点である標準的生活水準が各国各様に異なること、又は同一社会でも各時点で異なることから、すべての貧困は「相対的貧困」であると考えようとしている。したがって私は、「絶対的貧困」という一定の生活水準、状態及び様式が多くの途上国に共通のものとして存在するという考え方には、概念上抵抗を感じるのである。

マクナマラ氏の場合は「絶対的貧困」といっても単なる呼称に過ぎず、「貧困政策」の素材でもないと思われるので、「絶対」と「相対」をめぐって展開されてきた論争史を引き合いに出すこと

は穏当ではないかも知れない。事実、マクナマラ氏及びチェネリー氏等の政策提言は、特に「絶対的貧困」を概念支柱としてどうしても必要としていくというのではなく、基本的には「相対的貧困」思想であり、所得分配における下位40パーセントの「相対的分け前」の問題である。例えば、国民総生産の2パーセントを毎年下位40パーセントの世帯に移転することができれば、25カ年の間にはこれらの「貧困世帯」の生活水準は、平均的生活水準に対して（「相対的」に！）かなり上昇することになるだろう、といったようなものである。この場合の「移転」は従来の現金所得移転ではなく、特に下位40パーセントの世帯の労働力利用、その生活便益の増進、そのむきの公共事業等による「移転」である。この点は「貧困対策」と普通よばれる政策分野と異なる特徴で開発政策の貧困対策的手直しと言えるかも知れない。しかしそれが間接的ではあっても「所得移転」であるのは、移転した資源の生産性又は効率について「引き合うか」「引きあわないか」という条件をあらかじめつけないという点である。俗っぽく言えば、毎年国民総生産の2パーセントを棄てるつもりでやるべきだということであろう。

又、経済開発の諸事業を進めるに当たって、たえず下位40パーセントの世帯に出来るだけ多くの潤いをもたらすように配慮すべきであるという原則が、現時点の開発途上国で新機軸のように思われるのは、途上国の二重構造的な政治、経済、社会の特徴がたえず有利な立場にある者をますます有利にし、不利な立場にある者をますます不利にするようになっているという事情による。つまり、所得分配の不平等を増大させるような要因や勢力が、国民社会の制度と過程に相当程度根を下しているということである。しかもこれらの不平等増大要因や勢力が、往々にして「進歩的」「近代的」と形容されているものであるところに問題の皮肉な側面があるわけである。

例えば労働組合。本来なら「社会正義」の旗手といえば労働組合という風に相場がきまっていたはずであるが、途上国においては、経済の近代部門の利益を優先し、伝統部門との生産性及び所得

格差をますます大きくする反動的圧力団体となっているといわれている。それでも、労働組合は近代社会のいわゆる「進歩的」制度の一環と考えられているので、政府も却ってその保護と促進に余念がないところが多い。こうして、労働保護の諸施策はますます拡充する一方であるから、企業は高賃金、高保護費をいくらかでも節約するために資本集約的生産技術を採用せざるを得なくなり、稀少な資本供給が毎年資本集約部門に集中していくようになる。ここで、貧民の労働力利用のために貧民の生活水準なみの賃金で、労働集約的生産方式によって、ともかく失業者及び半失業者の雇用機会を量的に拡大しようとするような「貧困対策的」開発方式は「進歩的」な労働組合、官僚、知識人等の反対に合わざるを得ないという逆説的状态が生み出されることになる。

もう一つの例は政府の収入及び支出の構造である。累進所得税の役割りは極めて弱く、間接税によって低所得諸階層から吸い上げた税金が、支出に転化する時には近代企業、大都市、有名大学、自動車道路、国際航空線及び空港、官僚住宅ほか種々の恩典、軍事費、などというように、財源である階層への還元度の低い使途にまわっている、といわれている。途上国では、政府財政も所得分配不平等化への要因となっているわけである。こう見るならば、社会保障費や社会福祉費などのように、項目だけなら貧困対策のように思われる財政分野も、負担と給付の構造は案外貧困者に不利な恰好のものになっているかも知れないとも思われる。保健分野においてみれば、公衆衛生費のようなものは明らかに中流以上の階層の保健環境整備及びサービスに重点的に投入されていて、公衆衛生を最も必要とするスラム地区の住民は関心の外におかれているとも言われている。

こういう二重構造下で、開発計画といい工業化といっても当然その「おこぼれ」さえも貧困階層までは落ちてこないということがありうるわけである。従って、集計指標では、開発が進み、工業化が進行し、純投資は継続していても、所得分配構造の下位の部分をおきざりにしたまま、国民総生産ばかりが足音高く前進するということもあり

うるわけである。こういう経済開発様式が十年二十年と続くと、達成された国民総生産の成長が所得分配の不平等化と平行していたというだけの幼稚な相関認識でもって、経済成長には所得分配の不平等が不可欠の要因であるというような議論もとび出しかねないわけである。事実、こういう統計の読み方が正しい読み方であるかのように横行してきたために、世銀の研究費の代価として別の読み方をも奨励しなければならないことになったということもできる。(つまり統計資料の解釈の仕方ですえ「かね次第」という世の中であるわけで、経済学者の浅ましさをまざまざ見せつけられるような思いがするわけである。)

以上のような途上国の構造的問題の解明と解釈に当って、果して「絶対的貧困」説が新しい貢献をなしうるかといえ、答えはどうやら否定的である。マクナマラ氏による「絶対的貧困」の描写は、救い難いまでに貧困者の人格崩壊が起っているかのような印象を与える点で、却って逆効果をもちかねない。いくら、効率を度外視した「貧困対策的」開発方式による下位 40 パーセントへの資源移転ではあっても、当然、そのために開発される雇用機会や生活向上の機会を積極的に利用し活用するだけの貧困階層の知恵や能力ぐらひは予定していないわけではあるまい。少なくともこれだけの生命力を期待される階層であるにもかかわらず、「絶対的貧困」説によれば、人間的品位を喪失し、人間性の凌辱に等しい生活状態に沈没しきっているかのように描かれているのは奇異である。こういう風に貧困が上方にも下方にも「絶対的」に硬直化しきっているのであれば、向上の余地があるかどうか疑わざるをえなくなるであろう。

実情はむしろ、マクナマラ氏自身も指摘している「相対的貧困」のようなものではなからうか。即ち、機会さえあれば、人並みの努力をすることが出来、「もって生まれた遺伝因子の潜在能力」をも顕在化しうる階層なのではないだろうか。そう考えなければ、この階層への資源と機会の移転は、完全な浪費でしかないということになる。

又、マクナマラ氏が劇的に識別したような「絶対的貧困」と「相対的貧困」との相異や対照も甚

だしい誇張であることがわかる。高位開発国の「相対的貧困」下においても、相対的に貧困な階層出身の人々は成功の機会が相対的に少ないということを多くの社会調査が示しているのである。例えば、指導的階層（エリート）への参入が、社会における潜在的能力や素質の理論的分布（ランダムな分布）から予期される形態とは著しく異なっており、むしろ出身階層の所得水準が一つの有力な説明変数であることは、相対的に貧困な階層がその分だけ、遺伝因子のいかににかかわらず、社会的上向移動の機会を剝奪されていることを物語っている。（人間はまだ遺伝因子を選り別け、良質のもののみ独占するという方法を発見しておらず、一代の業績を遺伝因子に注入して子孫に伝えるという技術も開発されていない。であるから、社会的制度的方法によって、婚姻関係を制御したり、私有財産とその相続の安全を確保したりするのである。こういう制度こそ、個人の能力の実現機会を不均等に分配する社会的基礎構造をなすもので、潜在的素質や能力の顕示機会が平等無差別に満遍なく保証されているわけではない。もし、遺伝因子の潜在能力の発揮機会が平等無差別であれば、各階層の良質の遺伝因子のわけ前は無作為平等であるはずだと思われるので、一定の指導的階層（例えば大企業の経営者層）所属者の出身階層別分布は、完全に各階層の総人口に対する比率と等しくならなければならないわけである。）

高位開発国においての「相対的貧困」が前記のように地位や名誉や権勢の不平等分配機構の一部であるとするならば、開発途上国にもこの種の貧困が存在するとしても決して不思議ではない。貧困が相対的なものであればこそ、平等化へのすべての努力がその効果を期待されるのであって、人格崩壊がもはや帰らざる臨界点をこえておれば、本人が死ぬまでの扶養を続ける外はないわけである。いくら低位開発国であるといっても、人口の4割が死を待つだけの廃疾者としての「絶対的貧困」者であるはずはないであろう。しかもこの4割人口内部の人口動態が世代の再生産も可能であるところから見れば、世間並みの体裁を備えた冠婚葬祭も行なわれているはずで、「人間性の凌辱」

どころか、社会は立派に生きていると言うことも出来るのではなかろうか。貧しくともこう生きてある人間社会の生命力、生活力を如何に解放し、生産の増進と生活の充実をはかるかというところに国民経済・社会開発の主要な課題がひそんでいるわけである。貧困の「絶対性」を前提とすれば、開発は当初から挫折したことになる。（〔7〕におけるハーシュマン及びシューマッカーの論文はこの点示唆に富む。又、東京「蟻の町」の経験も有益であろう〔13〕。）

VI 「絶対性」志向の分析姿勢

経済学者の間では、経済現象に「絶対的」性格を付与したがる傾向があることは、私が今更指摘するまでもない。「賃金鉄則」のようにある種の「絶対的生存費」を前提にした考え方もあったし、窮乏化も「絶対的」か「相対的」かで論争が絶えない。

ミュルダールが「アジアのドラマ」〔6〕で機会ある毎に批判している「近代的接近法」、即ち戦後成立発展した経済開発（発展）論の主流派的思潮も、二、三の「絶体的」要因を中心にして「分析」を進めている点は注目してよい。高位開発国の経済学者は「経済」理論の純粋をたっとおあまり、「社会」と「経済」を岐別し、いわば完全消毒した経済変数ばかりから成る「経済システム」を社会的真空の中の模型として考える傾向がある。経済開発論におけるこういうモデルの代表的なものが「二部門モデル」と呼ばれるもので、低位開発国の経済システムを、自活部門と資本制（又は近代）部門から成るとするものである。

反論が絶えないのは、この二部門モデルにおける自活部門の性格付けの極端さ＝絶対性に関してである。主として農業を念頭におき、一定の農地に対して労働力の限界生産力が零になるまで人口が増加し、その点における平均生産力は、伝統的最低生活水準をやっと可能ならしめる程度のもので、生産は消費に等しくなり蓄積の余裕は全くないとされる。

勿論こういう性格の自活部門は全くの仮定に過ぎないのであるが、そのモデルの信奉者達が、開

開発途上国の農業を或る程度近似的に表現していると主張したりするので、実証陣営から反論が起るのである。この一見何の変哲もない仮定をめぐる論争が感情的な高まりをさえ見せたのであるから、やはり仮定以上の何ものかがからんでいると見なければならない。

その主要な争点はまず、労働の限界生産力を零にするまで人口が増加しえたであろうかという点である。この点はどうやら実証派に有利な決着、即ち労働の限界生産力が零である農業はどこにもない、ということになったようである。これを質的に解釈すれば、労働の限界生産力が零になるまで人口増加を許すような「不合理な」社会や文化はないということで、そういう辻褄のあわない行動様式を途上国の経済分析にとり入れた理論家達は、途上国の経済合理性を余りにも低く見すぎていて、軽蔑しているとも言えなくはないということにもなる。こうなると感情の高まりが論争に混入するようになる。(純粹理論の段階でも経済合理性を整合的に貫きえない欠点があるが、著名な理論家達の業績にもあることを私もかねがね不思議に思ってきたものである〔12〕。)

争点のもう一つは、絶対的最低限度の生活水準の仮定が客観的に存在するかどうかという点である。ここでのきめ手は、生産水準が低すぎてこの最低限度の生活を支えるのにやっとで、生産増強に役立つ資本形成や技術革新の余裕がないとする理論家達の主張が妥当かどうかということである。ここも実証派に分があるようである。如何に貧困に見える農村でも生活がおしなべて一本の最低生存線に収斂しているということではなく平均して見れば大体いくらかの任意所得もあり、資本形成の余裕もあるということになるようである。「貧困が貧困を生む悪循環」という考え方も最近では漸次に影をひそめ、生活にひそむ「余裕」をどう発見し活用するかということに開発研究者の注意がむいているように見える。「平和隊」や技術協力に参加した実務家、実践家達の間ではこういう関心が特に強い〔1〕。

上記の経済開発論評は、客観的現実の裏付けをもたない架空の構想が「理論」としてまかり通

っているにもかかわらず、その架空性を見破り克服する努力が案外むくもられない仕事であることも物語っている。こと、社会経済問題に関する限り、学問の世界もその科学的装いにかかわらず、かなりの盲点や不合理をかかえていることがこれでもわかるような気がする。その不合理な態度の一端が、架空の構想の中で「絶対的」とも言える恒常性や安定性を、殆ど病的なまでに追求しようとする偏執狂的経済分析となってあらわれるわけであろう。経済開発論プロパーがこういう内容と雰囲気である以上、途上国の文化、習慣、行動様式などを「分析」の名において軽蔑し続けるという知的ファッションは跡をたたないであろう。この傾向にとどめをさす方法は一つしかない。途上国出身の「若き怒れる獅子」達が社会科学の土俵で、高位開発国の社会学者を圧倒して見せることである。ラテン・アメリカ諸国の社会学者達が近年頗る活発に高位開発国批判と開発低位性の分析に見事な業績をあげつつあることは、大いに喜びに値することである〔3〕。

VII 結 論

開発途上国の「二重の貧困」が「南北」両陣営ではどう見えるかという課題を追求して見たのが本稿である。ここに至って思うことは、「ここではこういっている」「あそこではああいっている」というような主張、見解、期待、善意、悪意などの棚卸しの論述ではなく、「二重の貧困」のメカニズムについて私自身が日頃考えていることを、一人の人間の一つの見解として提示した方がよかったかも知れないと思う。しかし本稿の私のように、傍観者としての立場から「戦場」を見回すような知的作業も、今後のより建設的な自己の思考のためにいずれは役に立つであろうとも思う。特に経済学が、高位開発国の貧困に関してもそうであるように、開発途上国の貧困に関して余り建設的な助言を与えてくれないことを結論せざるを得なかったことは、経済学のためには惜しむべきことであるが、開発途上国の総合的理解のためには却って望ましいことであるかも知れない。

「二重の貧困」の一環である高位開発国に対す

る途上国の相対的貧困は、新国際経済秩序における「南北」両陣営の英知をしばった交渉によって相当の改善を見るであろう。これに関しては、高位開発国の一住民として、私も、たとえいに間接的ではあっても、開発途上国の交渉力の強化に役立つような勉強をしたいと思う。

他の一環である途上国内相対的貧困に関しては、これが原則としては国内問題であることを認めると共に、「正常な」状況においては、いかなる社会もその文化、慣習、価値、等に対して整合的な貧困問題の解決方法をもちうることを確信したい。途上国外の諸国や団体は、途上国ができる限り、「正常な」状況にあるような条件作りに貢献すべきである。この「正常な」状況というのは、天災、人災（火事や戦争など）、又は国際政治経済関係の衝撃的变化による異常な影響が極少化された状態と考えたい。これから次のような提言をひき出すことができる。

即ち、開発途上国も高位開発国も公平な参加と協力によって新種の「国際赤十字運動」を推進すべきではなかろうかということである。この運動は天災、人災、国際関係の悪化等による衝撃が、途上国内の貧困の異常な増加を引き起こさないように、即ち、こういう悪影響の発生にもかかわらず出来るだけ「正常な」状況が途上国内で確保されるようにするために、異常事態の出来と共に急速大量の救援活動の投入をその目的とするものである。ということは、こういう状況下ではどの国の政府でも何はさておき緊急救援のために乏しい資源の優先的配分をしなければならないわけで、途上国ではこのために「正常な」開発努力が頓挫することは経験上稀ではないし、今後も十分ありうると思われるからである。

社会保障分野の言葉を借用すれば、上記の異常事態はいわば自然的社会的「事故」でありこのために「本人の過失」によらない難民が発生し、貧困階層へ吸収されて行くのである。天災人災による貧困を防止するだけでも途上国の貧困は相当減少するはずである。

「国際赤十字運動」はいわば最低限度の国際社会保障運動ともいえるわけである。（日本の都市

下層社会研究によれば、貧民の多くが自然的社会的災害の犠牲になって貧困水準に転落した者で正常な旧水準に復帰できなかったことを実証している〔13〕。「貧困の原因」について、途上国に即したこういう研究資料を私はまだ見ていないが、途上国における天災人災の頻度から推察すれば、所謂「絶対的貧困」もそのかなりの部分が「本人の過失」によらない不幸に起因するものであるかも知れないと思う。したがって、事故発生時点ですぐ十分な救援がなされれば、貧困の解消に相当役立つにちがいないと思う。）

こういう社会保障的な意味をもつ「新種国際赤十字運動」は、「高位開発国人」の所得処分における任意性を最大限に尊重すると共に、開発途上国の「正常な」社会・経済過程への介入を最少限度にくい止めるという性質をもつ点において、当初私が危懼した「開発途上国人」の選好関数に対する知識の不確実さにもかかわらず、最適ではなくとも少なくとも次善の策としての「南北」両陣営の「人間的」レベルにおける交流と相互扶助を拡大しうるものであると思う。これが私の「立場」であり願望でもある。

文 献

- 〔1〕 William W. Biddle and Loureide J. Biddle, *Encouraging Community Development* (New York, 1967)
- 〔2〕 Hollis Chenery et al., *Redistribution with Growth* (Oxford, 1974)
- 〔3〕 James D. Cockcroft et al., *Dependence and Underdevelopment* (New York, 1972)
- 〔4〕 Wade Green, "Triage," *The New York Times Magazine* (January 5, 1975)
- 〔5〕 James W. Howe et al., *The U. S. and World Development: Agenda for Action 1975* (New York, 1975)
- 〔6〕 G. Myrdal, *Asian Drama* (New York, 1968)
- 〔7〕 D. E. Novak and R. Lekachman, eds., *Development and Society* (New York, 1964)
- 〔8〕 John Rawls, *A Theory of Justice* (New York, 1971)
- 〔9〕 Stephen S. Rosenfeld, "Robert S. McNamara

- and the Wiser Use of Power," *The World*(7/3/73)
- (10) Society for International Development, *Survey of International Development* (monthly before, bi-monthly recently)
- (11) Mahbud ul Haq, "Employment in the 1970s: A New Perspective," *The Intenational Development Review* (1971/4)
- (12) Koji Taira, "Surplus Labor, Underemployment, and Labor Market Rationality in LDC Agriculture," 『経済研究』(1970年10月)
- (13) 平 恒次, 「人間性の経済学」(東京, 1970)
- (14) 同, 「社会福祉から社会契約へ」『中央公論』(1975年7月号)

アジア的人口増加と人口抑制政策の基本的戦略構想

加 藤 壽 延

I はじめに

アジア地域の域内諸国における急激な人口増加が当該諸国の経済開発努力の成果を喰潰しているとの、いわゆる「マルサスのディレンマ」の論議¹⁾が展開されてからすでに四半世紀以上の期間が経過した。そうした論議の帰結として提出された事柄の殆ど大部分は、個人的研究および機関的研究のいずれをも問わず、家族計画の一層強力な普及遂行に基づく高出生力の抑制であった。その示唆するところの政策的含意は、社会の限界単位である家庭における個々の夫婦による産児抑制活動の奨励であり、このミクロ現象の集合体としての一国全体における出生抑制効果を計ろうとするものであった。したがって、「マルサスのディレンマ」現象を国家当局が容認し、その克服策として政策当局が出生抑制を中心にした人口政策を打ちだしても、マクロ基盤による要請とミクロ基盤の感応とが噛み合わない限り、その政策的効果を期待することはむづかしいのである。

たしかに近年になって、一部のアジア諸国では出生率の増加動向にブレーキのかかった国もしくは低下現象をみせた国がある。しかしそれが直ちに、人口増加速度の低下傾向に直結するものか否かは即断しがたいのである。それというのも、そうした現象を示している国々を注意深く観察すると、概して規模の小さい国で、政府レベルの家族計画運動の展開普及が実質的な意味で強権的に実施されている国か、あるいはまた規模の大きい国であっても、大衆の民意が政府機関以外の組織を通じて政府政策に影響を与え得る国だからである。だとすると、これらの国々の出生率低下もしくはは

増加停止現象が、当該国の人口増加の停止もしくは抑制傾向に結合するのか、あるいはまた一時的なものなのかを速断することはむづかしいといわねばならない。ましてや文字どおりの意味における大衆レベルの、自発的な家族計画の強力な遂行に伴う成果なのか否かは、大衆レベルの家族計画の普及度すら正確に把握されていない現状ではいわずもがなの事柄である。

1972年11月に東京で開催された第二回アジア人口会議の席上、スリランカ代表の提唱した「家族計画を越える」出生抑制策は、過去四半世紀間の「人口爆発」が次の時代の「労働力爆発」に結合し、それがまた新たな「人口爆発」を結果することの恐怖によるものであった。それはまさしく「マルサスのディレンマ」が支配的に存在することの証左であると同時に、アジア社会の大衆レベルにおける自発的な家族計画の普及展開に依拠することの無力さを論証するものでもあった。アジア地域内では日本を別にすると、識字率や医療技術のもっともゆきわたっている国の一つであるこの国にして、かかる有様であった。「家族計画を越える」出生抑制策の提案は、それが大衆の自発性と創意性を否定するとの意味で、強権的人口統制政策に結合せざるを得ない。事実、1974年8月のブカレスト市における国連主催の第一回世界人口会議に提出された「世界人口行動計画」原案は、人口静止状況の創出を目的としたものであったし²⁾、またその準備会議におけるエカフエ（当時の）グ

1) この論議の展開については、拙著『アジアの人口と労働力』（YMCA出版）1970年刊、第1章を参照されたい。

2) ブカレストの「世界人口会議」の討論過程については、NGOの一人として現地につぶさに、そのプロセスを注目していた筆者の以下の論稿がある。「世界人口会議とアジア」、『朝日アジア・レビュー』通巻20号（1974年4号）収録、「国連世界人口会議の評価について」、『経済学紀要』（亜細亜大学）第11号（昭和50年1月）収録、および「アジアの人口増加と国連“世界人口会議”」、『アジア経済』第16巻第5号（1975年5月）収録。

ループの見解は、スリランカの先の提案よりも一段と高調子の「静止人口政策」実現案だったのである。

1966年12月10日の「人権デー」にロックフェラー三世起案による所謂「人口宣言」—「人口増加および人類の生存と福祉にかんする宣言書」—が世界12ヵ国の元首による支持署名を得て（翌年12月までに新たに18ヵ国の元首が署名に加わった）公表された。その宣言書は³⁾「人口問題は、政府が経済目標の達成と国民の願望を遂行するための長期的国家計画にとって重要な要点として認識されねばならない」と規定し、両親が「家庭設計する知識をもち、それを計画したいと希望し、子供の員数と間隔を決定する機会を持つことは、基本的な人類の権利である」とみなす。そして基本的人権である家族計画の目的は「束縛ではなく、人間生活を豊かにするものであり、家族計画は大衆に飛躍する機会を保障して、個人の尊厳をきわめ得るよう人類を解放するもの」と論断する。この宣言書は、人口増加抑制策が政府の経済政策目標達成の全能的政策ではないにしても、重要な必要政策の一つであることを承認している。さらに重要なことは、その具体的手段としての家族計画の在り方が大衆レベルにおける夫婦の自主性に依拠する、全く個別夫婦の問題であることを明確にしていることである。それゆえこの内容を是認するならば、強権的な人口統制策の考えは、個人の基本的人権を侵すものとして否定されねばならないのである。

他方、この人口宣言を受理した、時の国連事務総長であったウ・タント氏は「……開発途上の国々で貧困の要因として認識されている人口増加が20~30年後に来るであろう食糧の絶対的不足という状況と深く関連しています。ますます緊迫の度を増してきている食糧不足の問題は、どのような場合にも人口増加との相互解決という努力が並行しない限り解決できないと申せましょう⁴⁾」と指摘した。ウ・タント氏の「食糧不足」の用語を「生活空間の狭隘」と読みかえることが許される

ならば、それはアジア諸国の高人口成長率をどのような手段にうつたえても抑制すればよいというのではなくて、高人口成長の抑制は生活空間の狭隘化自体の克服と相互一体的に解決されるべき性質の課題であることを教える。そのことは、アジア諸国の経済発展=結果的な生活空間の拡充が高い人口増加の抑制のみで達成され得る性質の問題でないことを示唆すると同時に、人口増加抑制の政策努力が当該国の開発計画の中でどのように位置づけられ、また促進されてきているかという、古くて新しい問題にゆきつく。以下この小論においては、アジアの経済開発問題としての人口増加抑制努力の在り方に関する基本的政策見解の吟味を中心に展開する。

II アジア的人口増加の諸様相

人口増加もしくは人口成長という概念は、移動による人口量の増減を考慮しないならば、出生率から死亡率を控除したものである。それがことさらに「アジア的」と形容してもよいところに、人類史上に類例をみない人口増加パターンの一つの特徴を見出すのである。先進国における人口成長の軌跡は、人口革命もしくは人口転換なるタームで表現されている。一般的にそれは、19世紀以後における出生率の高水準からの低下と、それに先行した医学・衛生の発展・普及に伴う死亡率の急減少に始まり、20世紀後半における低出生・低死亡率パターンの達成による、低い人口増加率の実現と理解されている。だが人口転換を厳密に意味づけるならば、それは人口増加率のパターンが高出生・高死亡率から低出生・低死亡率に推移しただけではなく、むしろ低出生・低死亡率の人口動態構造が一国社会内にビルト・インされた状況と解さるべきものである。それというのも出生率水準の変動は所得水準や教育水準の上昇と高い相関度を有し、また死亡率の低下傾向も生活空間の拡充——例えば所得水準の上昇、医療制度や福祉制度の普及——などとの相関度が高いことを考慮するならば、人口転換などで示唆されている人口動態構造の変容は、一国社会の歴史的発展過程を意味する総合指標といえるからである。

3) 家族計画国際協力財団編『家族計画国際協力財団—アジアに繁栄と幸せを—』（発行年月不詳）、13ページ。

4) 前掲書、12ページ。

表1 地域別普通出生率と普通死亡率(‰)
(1960~1970年)

地 域	普通出生率		普通死亡率	
	1960~ 65年	1965~ 70年	1960~ 65年	1965~ 70年
世界 全 域	35.1	33.8	15.7	14.0
先 進 諸 国 群	20.5	18.6	9.0	9.1
発 展 途 上 国 群	42.0	40.6	18.8	16.1
東 ア ジ ア ¹⁾	36.3	33.2	17.7	14.9
大 陸 地 域	36.1	33.1	18.3	15.3
その他の東アジア	38.7	34.7	10.4	9.7
南 ア ジ ア	45.1	44.3	20.3	16.8
中央南 ア ジ ア	45.4	44.4	20.9	17.2
東 南 ア ジ ア	44.6	44.2	19.3	16.1
西 南 ア ジ ア	44.0	43.6	17.4	15.6
ア フ リ カ	46.9	46.8	22.8	21.3
ラテン・アメリカ ²⁾	41.3	40.4	11.2	10.1
オセアニア ³⁾	42.1	41.1	15.9	15.0

(出所) U.N., "The World Population Situation in 1970," *Population Studies*, No. 49, New York, 1971, p. 18 および p. 32 より作表。

(注) 1) は日本, 2) は温帯南アメリカ, および 3) はオーストラリアとニュージーランドを除く。

発展途上国の人口急増については、第二次世界大戦後の死亡率の急減が始まってからもなお維持されたままの高出生率水準に原因が求められている。高出生・低死亡率の人口動態構造が四半世紀以上にわたって維持されてきた結果、その累積的効果は人口の年齢構造上における若年齢化現象をもたらしており、アジアの発展途上国においては予測しうる限りにおいて、人口増加傾向を安定化する人口学的要因を見出すことが殆ど困難である。表1は国連人口部によって作成された地域別普通出生率と普通死亡率の最近10ヵ年間の動向を、アジア地域を中心に組替えたものである。出生率は、60~65年に比較して65~70年には全地域とも漸減しているが、発展途上国群全体でみるならば、“生理的上限”の出生状況と言われる40‰水準にとどまっている。地域別に観察すると、東アジアが他の地域よりもかなり低水準にあることを知る。これは中国で展開されてきている出生抑制運動¹⁾と韓国²⁾などの非中国大陸の諸国家にお

ける強力な出生抑制運動の成果を反映しているといふことができる。他方、南アジアにおいてはその全域が人間の“生理的上限”ぎりぎりの出生状況のままにとどまっている。そして同地域におけるこの高出生率は、1960~70年間の10年間に亘って、南アジア地域の人口が、先進国人口による普通出生率の二倍以上の割合で人口を生み続け、他面では死亡率を急減させてきたことを示している。

この結果として南アジア地域の人口は、1960年においては先進国群の総人口よりも一億人余も少なかったにもかかわらず、10年後の1970年には3億6千万人も上回るまでに膨張してしまったのである。南アジア地域における高人口増加パターンは、今後の15年あるいは20年先まで出産活動をするであろう人口をすでに生んでしまっているとの理由から、今後とも当分の期間は持続されるものと言わざるを得ない。死亡率の低下傾向が持続されるであろうことを考慮に加えるならば、南アジア地域の人口が人口動態構造と人口の年齢構造の両面で、またそれに加えて植民地的遺産とが両々あいまって、これまでの人口史上に類例を見出し得ない人口増加パターンを持つとの理由で、これを「アジア的人口増加」と特徴づけ得るであろう³⁾。

- 3) 「アジア的人口増加」の概念および特徴づけについて、函館大学の石南国教授により第32回日本経済政策学会(1975年5月23日~25日、於亜細亜大学)の席上で、大要次のような批判を得た。「人口転換理論にしたがうならば、高出生・高死亡率から低出生・低死亡率への人口動態構造の変容過程で発生した人口増加パターンは過渡的性格のものであるがゆえに“過渡的人口増加”と呼ぶべきであり、形式人口学では事実そのように呼んでいる」と。石教授の御批判は、形式人口学の枠内では正しい。だが形式人口学はそれ自体として極めて抽象的レベルにおける理論であり、それを即時的且つ機械的に現実に対応しようとするとは、その理論および概念のもつ分析機能の卓越性と実態分析における理論の有効性ないしは妥当性の混同であるといえよう。この点で形式人口学——1975年3月にアメリカを訪問したさいに現地の人口学者は、この言葉を“統計人口学” statistical demography と呼び替えている——の分析有効性を評価しながらもなお、その機械的適応とその結果に厳しい批判をしたのがG. ミュルダールであり、彼自身『アジアのドラマ』の中で、われわれの用いている“アジア的人口増加”の概念の内容に類する叙述をし、それが南アジアにおける人口の一特徴であることを指摘しているのである。See G. Myrdal, *Asian Drama Vol. II*, Part 6, Chapter 27.

1) 拙稿「中国の出生力抑制政策の変容過程」、『経済学紀要』(亜細亜大学)第10号、1974年9月号を参照されたい。

2) 拙稿「石南国著『韓国の人口増加の分析』について」、『アジア研究』第19巻4号、1973年1月号を参照されたい。

アジア的人口増加は、ひとり南アジアに限定されるものではない。世界の二大巨人人口国の一つである中国は、東アジアに属しているし、また低出生・低死亡率の国であるといわれている。八億余の人口規模を有している中国は、人口情報の不十分さのゆえに人口動態率を明示し得ないが、人口増加率を1%以下に抑制しようと努力している⁴⁾。中国人口に関するこの当面の課題が実現されたとしてもなお、中国人口の年齢構造が南アジア地域の国々と同様に若い構造を有していることを考慮すれば、予測可能な期間内における中国人口の増加潜在力は、南アジア地域諸国同様に大きいとみなさざるを得ない。中国の人口動態率が先進国と同様な低出生・低死亡率のパターンになっていると仮定してもなお、その増加潜在力が巨大であるとの意味で、中国はまだ“アジアの人口増加”の縁辺部に位置しているとみなすことが至当である。

III 開発論における出生抑制論

前節までにおいてわれわれは、アジア地域の発展途上国における開発努力をゆるがせているマルサスのディレンマの実態がアジアの人口増加に由来することを観察した。このような実態を認識したうえでなお、経済開発計画における出生抑制を中心とした人口政策のあるべき姿を再度考究することは、人口増加抑制さえ達成し得るならば、総ては上手くゆくとの熱狂的新マルサス主義に故来する画一主義が国際的風潮になりつつある現況下では必要なことといわねばならない。そこで、開発論における出生抑制の実践的処方箋がどのように書かれているのかをH. ミント (H. Myint) と G. ミュルダール (G. Myrdal) の見解を代表的素材に吟味する。この二人の論者が吟味される理由は、両者がアジア地域を一つの開発単位地域とみなす目をもったうえでなお個別に各国の実状を熟知した実践の開発論を展開しているからである。その場合に留意すべき事柄は、前者が規模の相対的に小さい東南アジアの国を開発模型に考えており、後者が相対的に規模の大きいインドのような国を

主たる研究対象に設定していることである。

(1) ミントの見解

ミントの主要文献はすでに知られているように1964年に『低開発国の経済学¹⁾』があり、またアジア開発銀行の依頼による調査報告書『1970年代の東南アジア経済²⁾』および論文集『経済理論と低開発諸国³⁾』を挙げうる。代表的なこれら文献をつうじていえることは、人口を開発問題の重要課題として容認しているが正面から取り組んではないことである。それにもかかわらずアジア開発銀行への提出報告書で展開された人口分析と対策についての見解——執筆者はユー・ポー・セン (You Poh Seng) と S. イェー (Stephen Yeh)——は、ミントが編集責任者として容認した見解であるがゆえに、彼自身の見解もそれに順じるといってよい。事実この二人の論者によって展開された見解は、ミントの執筆担当した「要約と結論」の章に生かされており、全体の枠組の中でも重要な位置をしめているのである。

アジア開発銀行に提出されたミント報告書の人口分析の狙いは、70年代の東南アジアにおける人口増加のもたらす一般的な経済上の諸問題の検討にある。したがってそれは、当該問題の人口学的分析よりもむしろ、東南アジアの経済開発に関する経済諸政策——「緑の革命」のような新技術の採用、工業化戦略、国際貿易および外国民間投資などの諸政策——と出生抑制策との関係を追究することにあつた。それゆえにミント報告書は、70年代における東南アジア諸国の人口成長の展望、出生抑制措置を妨げる非経済的要因および出生抑制の直接的経済利益の展開という、三つの構成要素からなっている。

東南アジア諸国における70年代の人口成長展望についてミント報告書は、絶望的悲観論であ

4) J. ロビンソン「中国经济入門」、『中央公論』1973年12月号を参照のこと。

1) H. Myint, *The Economics of the Developing Countries*, London 1964. 結城・木村共訳『低開発国の経済学』, 鹿島研究所出版会, 1965年刊。
2) ラ・ミント著, 小島清監訳『70年代の東南アジア経済——緑の革命から経済発展へ』, 日本経済新聞社, 昭和46年刊。
3) H. Myint, *Economic Theory and Under-developed Region*, London 1971.

る。

それというのも60年代に人口増加率の低下兆候を示したのは、わずかにシンガポールと西マレーシアの都市部だけであり、70年代の見通しは、この二国を別にすると他の東南アジア諸国が出生抑制を重視してないか、重視していても公的政策措置をとらないか、あるいは出生抑制の重要性を公的に承認しない国々ばかりであるがゆえに⁴⁾、高水準の人口増加率が持続されると推論する。

第二の論点である東南アジア諸国が積極的出生抑制策を採用しようとしなない理由を、ミント報告書は二つ指摘する⁵⁾。第一の理由は一人当たり生産高の増加という国家目標の実現に関して、総生産高の増加率の上昇政策のみが重視され、人口増加率の引下げによる同一効果を全く無視してしまうことである。第二の理由は、中国やインドのような人口規模の大きい国に比較して東南アジア諸国ではまた人口溢剰状態にいたっていないがゆえに、緊急な出生抑制を実施する必要がないとの感情が強固に残存していることである。ミント自身は、これら二つの事柄が誤りであり、前者については出生抑制の直接的経済利益との関連で批判し、後者にはそれが人口の数的増加で大規模人口国に対抗しようとする安易な小国ナショナリズムのあらわれと論難する。

これら二つの理由の批判を通じてミント報告書は、東南アジア諸国が緊急措置として出生抑制策を採択すべきだとの理由を、それにもとづく直接的経済利益の大きさに求めるのである。ミント報告書における人口の章は、この直接的経済利益の叙述に大半がさかれていることから、出生抑制策の開発政策論における位置づけに彼が重大な関心を払っていることを知る。ミント報告書は、出生抑制策の直接的経済利益の論究に、五つの接近視点を用意している。

第一の接近では技術水準の不変と資本量一定を仮定する最適人口理論に基づく分析方法が、東南アジア諸国の人口経済関係の実態解明に貢献することが少ない点を指摘する。むしろ「緑の革命」

による技術革新で単位土地当り産出高の増大と土地の集約的利用を基準尺度にすると、第一に「緑の革命」を促進するための農業投資の増加を生みだす源泉として、扶養者をへらすことによる貯蓄の増進がある。次いで、農業用土地の集約的利用が労働の強化を要求するが、それはとりもなおさず農業人口の質的改善を必要とする。このいずれもが目的達成のための一手段として出生抑制を位置づけるのである。要するに出生抑制策の直接的経済利益の一つは、「緑の革命」の普及・浸透の加速化の一要因とされることに特徴がある。

第二の接近は、人口規模と国内市場規模との対応で、この利益を考える。ミントは東南アジア諸国の市場規模が概して狭隘であることを前提にし、そして現状の人口経済状況を所与とするならば、市場規模の拡充は、一人あたり所得の高い少数の顧客を対象にするか、もしくは一人あたり所得の低い多数の顧客に依存するかになる。この二者択一についてミントは後者を選択するのであるが、単純な人口の量的増加のみでは国内市場の拡充ができないことを強調し、与えられた状態の下で同時に一人当たり所得を増大することによって一層速かな市場規模の拡充のために出生抑制策の必要を説明する。

第三の接近は、出生抑制策が開発政策の不可欠な部門であることを強調する。経済開発の成果を一人当たり所得水準で判定するならば、それは経済成長率を高める資本や技術の動員かもしくは人口成長率の引下げのいずれかに依拠せざるを得ないが、東南アジアの現況は二者択一に依る余裕がなく、むしろ両者の併行実施によってその目的を達し得る。その意味で、出生抑制を無視した経済成長政策はなりたたないと論じるのである。第四の接近は、出生抑制策がどのような経路で経済的利益をもたらすかを明らかにしながら、短期的効果として比較投資効率論——出生抑制と生産拡充の開発とに、それぞれ同量の単位投資量の投資をした場合の収穫量の多少を比較する——を展開し、S. エンケ (S. Enke) の計算結果を援用しながら、一人当たり所得の引き上げのためには、出生抑制のほうが生産増強よりも百倍くらい効果的であるが

4) ラ・ミント著、小島清監訳、上掲書、118ページ。

5) 前掲書、118～9ページ。

ゆえに、開発計画の一分野として出生抑制策を促進する経済的必然性を示す。また長期的経済利益の派生過程とその結果についてはコールとフーヴァー (A. J. Coale and E. M. Hoover) によるインド研究を評価する。それは出生抑制に伴なう人口の年齢構造の変化を媒介にし、一方では労働人口の相対増加に伴なう生産量効果と、他方では従属負度の軽減効果とが造出され、共に一人当たり所得水準を高める役割を果たすことを強調する。この長期的経済利益との関連でおこなう第五の接近は、人口爆発に起因する教育爆発と都市における失業労働力爆発もまた出生抑制策によって解決の利益を有していることを強調する。

ミント報告書で展開された一連の出生抑制策は、それが経済開発のうえで着実な経済効果をもつことを例証したことでは評価すべきものであり、またその限りにおいて出生抑制策が開発計画の一分野に位置づけられるべき経済合理性の論証ともいうことができる。それにもかかわらず彼の主張は、政府レベルにおける出生抑制策の経済的正当性を与えるものであっても、その出生抑制策を受け入れ、実施する側、換言するならば大衆レベルにおける出生抑制策の妥当性には論及していないのである。政府レベルにおける人口政策一般が、大衆レベルの価値観、態度などに呼応するものでない限り、効果があがらないことは歴史の教えるところである。だとするとミント報告書は、従来一般的に論じられている「上からの」出生抑制策に経済学的基礎づけを付与したものであっても、その施策が大衆レベルで受け入れられ、実施を促進することについては何もふれていないといわざるを得ない。

(2) ミュルダールの見解

1953年秋の南アジア旅行以降ミュルダールの研究関心は、徹底的にアジア志向を示している。彼の大作『アジアのドラマ¹⁾』を今世紀の記念碑的研究とするならば、1955年の『国際経済論²⁾』

と57年の『経済理論と低開発地域³⁾』とは、彼のアジア研究の予備的作業と位置づけ得る。そして70年の『世界の貧困への挑戦⁴⁾』は、上記三巻本を要約し、低開発地域に対する継続的研究に基づいた政策的勧告をより明確に打ちだしたものであった。これら一連のアジア研究の中で、アジアの経済開発における人口問題、殊に出生抑制策を正面切って論じたのは1957年本と68年の『アジアのドラマ』においてである。70年本は、その副題からも知れるように全三巻からなる68年本の要約本である⁵⁾。『経済理論と低開発地域』におけるミュルダールのアジア人口に対する政策的見解は、アジア諸国の貧困の一因が急激な人口増加に故来しているがゆえに、その急速な人口増加を食止めるために産児制限の必要を強調してやまないものであった⁶⁾。この主張の限りにおいてはミュルダールもまたミントを始めとする多くの開発論者と同様に、その主要関心事が「上からの」高出生力の抑制にのみ集中していた。その意味では、『アジアのドラマ』で展開された彼のアジア人口の理論的かつ政策論的分析は、人口要因の社会的装置との関連にまで及んでおり、前著に比して内容が一新されているといってよい。殊に開発政策としての出生抑制策の在り方にかんしてはミントと同様な立場に立つが、各国の政府レベルの在り方に関しては、アジア諸国の人口要因の実際的な規定条件との関連性を考察し、そのうえで社会的装置に内在する大衆レベルにおける抑制可能性をも模索し、かつその可能性を生かすようなかたちで彼の出生抑制政策の展開をはかるのである。以下『アジアのドラマ』第二巻に収録されている第

1) G. Myrdal, *Asian Drama, An Inquiry into the Poverty of Nations*, Vols. III, New York 1968.

2) G. Myrdal, *An International Economy*, New York and Evanston 1955.

3) G. Myrdal, *Economic Theory and Under-developed Region*, London 1957. 小原敬士訳『経済理論と低開発地域』, 東洋経済新報社, 1958年刊。

4) G. Myrdal, *The Challenge of World Poverty, A World Anti-Poverty Program in Outlines*, New York 1970. 大来佐武郎監訳『貧困からの挑戦(上)(下)』, ダイヤモンド社, 昭和46年刊。

5) 『アジアのドラマ』の要約本は、68年の三冊本と同表題の下に“abridged”として一冊にまとめられ、71年に『二十世紀基金研究』の中の1巻になってパンテオン・ブックスから刊行されている。なおこの本における人口政策論議は「人口質」の分野が中心になっている。

6) *op. cit.*, London 1957, p. 118.

六部「人口規模の諸問題」を中心に、彼の人口展開を追跡する。

ミュルダールは、アジアの人口分析を死亡率と出生率の関係でとらえるが、だが人口転換論のように機械的ではない。例えば死亡要因についてみるならば、一般的に認識されている医薬衛生事業の普及に伴う死亡率の低水準化をうのみにしはしない。むしろアジア諸国の人口構造の若さや登録死亡率の誤差の大きいことなどから、死亡率水準が絶対的意味で極めて低いとは判断しないのである。それにもかかわらず出生時平均余命の動向は、アジア諸国の人口構造の若年齢化を一層促進し、それがまた大量の生産年齢人口の排出と人口関連的な社会経済的投資の比重増加を創出していると考ええる。その他に人種別、都市農村別ならびに年齢別性別死亡率格差の分析をしたあとで、普通死亡率の低下にもかかわらず、出産可能年齢女子人口と乳児の死亡率に殆ど改善が加えられてないこと、すなわち生殖浪費現象が現存することを指摘する。

死亡要因分析をつうじて死亡率改善の方策をもミュルダールは示唆する。死亡率全般の改善のためには保健衛生政策の徹底化を、死亡率格差の是正には各種医療科学技術の開発と利用を、死亡の絶対量の縮減には食糧供給の改善と食習慣の改良とによる栄養失調と栄養不良の追放を、そして生殖浪費の改善のためには母子保健施設の一層の充実改善を、アジア諸国に共通する事柄として提案する。重要な事柄は、アジア諸国における国別死亡順位秩序が経済水準の国別順位に照応していることである。このことは、死亡率改善という真の福祉目的が各国の開発計画資金量に占める保健および衛生環境支出の余力に依存することを意味するのである。

ミュルダールは出生力の観察にさいしても、単に出生動態の数量的把握だけではなしに、先進国との妊孕力の比較、さらに出生率決定の一条件である婚姻制度にまで分析の目をむける。そのうえでアジア諸国の伝統的生活体系である慣習と衛生条件が出生率にどのような影響を与えているか、あるいは大衆自身の自発的産児制限の普及可能性

にまで論及している。要するに彼の出生要因分析は、人間の生物的妊孕がアジア的社会装置のもとでどのような出生動態現象となっているかを包括的に把握しようとするものなのである。

出生動態を観察するにあたり彼は、総再生産率や純再生産率にも論及したうえで、普通出生率でみる限り、アジア社会が高出生力パターンであると判断する。だが妊孕力の点で経済環境の恵まれたマラヤ華僑が先進国と殆ど同水準であり、他の諸国が若干低くなるという理由から、アジア諸国の高出生力パターンは妊孕力という生物的要因以外の条件で規定されているとミュルダールは判断する。そこで彼は、アジア諸国の高出生力パターンの原因解明を結婚繁度と結婚年齢の分析から接近する。その分析結果として彼は、アジア社会ではフィリピンの一部を除いて結婚が普遍的なものであり、原則的に一夫一婦制であり、女子が早婚であると同時に皆婚現象が一般化していること、そして大家族制のゆえに花むこが家族扶養の直接的義務をもたないために、結婚や出生率が先進国におけるごとく社会変動や経済変動と一義的關係をもたないことを明らかにした。高出生力パターンの実態をこのように解明した彼は、それにもかかわらずヒンドー教社会以外のアジア社会でも習俗として寡婦の再婚をきらう傾向が支配的であり、「社会的な不妊」現象があることを明示した。こうした社会習慣と先進国に比較して劣った保健衛生条件が、高出生力パターンでの妊孕力と実際の出生率との間の格差の原因であることは言うまでもないことである。

移動要因を除く人口動態要因を究明したミュルダールは、今後ともアジア社会の出生率が増強するものと判断した。各国政府の出生抑制政策の奨励にもかかわらず、大衆がそれを受け入れていないので効果が得られないし、また大衆自身が今後ともそれを受入れて自発的出生抑制を実施する可能性を持つか否かを差別出生力分析で解明した結果、予測可能な期間内において、そうした自発性に期待を寄せる理由が殆どないことも指摘するのである。

要するに彼は、従来の分析手法にしたがって得

られた結論にもとづいて、直ちに因果連関的な出生抑制政策を提唱しても問題解決的提案にならないと判断するのである。だからこそ彼は、IUDや経口避妊薬などの出生抑制技術の進歩が人口施策の態様を変えつつある現実を留意し、そこに大衆参加のための政府活動の必要性を見出すのであり、それはまた大衆の自発性をより動かすような出生抑制政策という彼の政策論展開の出発点ともなるのである⁷⁾。ミュルダールは、彼の政策論展開を出生抑制政策吟味の基礎条件として出生率の経済効果を検討したうえで、出生抑制のイデオロギー的背景を跡づけ、ついで出生抑制政策の合理性を究明し最後に政策の浸透に緊張関係をもつアジア社会における「禁忌と障害」にまで論及するのである。

ミュルダールは、アジア社会の高出生率パターンにおける人口趨勢の経済的帰結を考察するのに、ミントと同様に、コールとフーバーによるインド研究を用いて多くのヒントと研究方向とを得ている。共著者による出生率低下の経済効果をミントは、従属負担減少を「直接的経済利益」であり「即時的」効果とみなした。だがミュルダールは、理論的にはミントの「直接的経済利益」の観念を容認しながらも、現実的課題としては出生率低下の直接的効果と間接的効果とが、現に増大している労働力の生産的統合と死亡率低下とをもたらすメカニズムでなければならないと考える。そこで彼は、既に巨大な規模になっており、今後とも増加を続けるであろう労働力の吸収の方向が労働集約的農業開発以外に路がないと判断する。もしそれを妨げるものがあるとするならば、土地耕作に関する制度的条件である。したがって農業開発の成功の機会、新可耕地を多量に持つ国程多くなる。だが現実問題として農業労働力の集約的な利用強化は、全く時間的余裕がない程に切迫しているのも事実である。ようするにアジア社会では出生抑制による経済効果と労働力増加による経済効果は相殺的方向でしか作用しないのである。それにもかかわらず出生率低下の好ましい経済効果は、それが累積的性格のゆえに、低出生率の長期持続は利益なのである。だからアジア諸国の出生抑

制政策は、出生率低下の累積的経済効果と人口構造の若さの二点で、非常に長期的展望にたって考えられるべきだと指摘する⁸⁾。こうした展望の下に展開される政策も、出生抑制の普及効果が顕著な結果をあげるまえに、そのよってきたる主旨のなんであるかの大衆的教育なしでは有効にならないことを留意しているのである。

ミュルダールは経済開発問題としての出生抑制政策が政治世論として抬頭した背景にも究明のメスを入れているが、結論的に言うならば、アジア社会における歴史的、イデオロギー的、政治的背景の理解なき開発計画としての出生抑制政策論に対して厳しい批判を加える。「……貧しい低開発国の困難かつ微妙な人口問題に関する西欧世論が、殊にそれが無思慮な画一主義者によって表明された場合に、慎重さをまたしばしば人間理解をさえも欠くことがある……。不幸な結果はそれゆえに、あまりにしばしば……南アジア諸国自身の責任あるそして冷徹な意見形成を促進するよりもむしろさまたげることである⁹⁾」と。

アジア諸国の出生抑制政策のイデオロギー的歴史的背景分析を通じてミュルダールは、西欧的でないアジアの出生抑制政策の合理性を模索した。彼が此処に言う「合理性」は、アジア社会におけるそれであり、彼はまたそれを出生抑制政策を含む政策一般の価値前提と理解している。そして「闘病したり、早死を防いだりするために合理的になされうろ総ての事柄は、人口成長に及ぼす効果と無関係におこなわれねばならない。医療専門職の遠い昔に確立された精神と一致するこの評価は、近年、共産主義と非共産主義の両軌道における人口政策の礎石になっている¹⁰⁾」と、出生抑制を中心にした人口政策の価値前提を規定する。要するに医療行為が結果的に死亡率を低め、人口増加率に貢献するが、それはそれとしておこなわれねばならないという。出生抑制と死亡改善という現実の二律背反の統一性こそが価値前提＝道徳命令とし把握されている。このように接近の困難な

8) *Ibid.*, pp. 1468~71.

9) *Ibid.*, p. 1495.

10) *Ibid.*, p. 1496.

7) *op. cit.*, Vol. II, New York 1968, p. 1463.

そして計量しがたい内容でありながらも公的政策の礎石である価値前提は、多額の資金と努力による大衆の健康保持という形態の死亡率改善努力が明確になればなる程、出生抑制という人口政策の実施が益々急務になる、という論理の貫徹といえる。ようするにアジア的政策は、この二律背反の内容を同時併行的にみたま内容でなければ、政策としての効果もあげ得ないし、また存在の意味も失われると、考えるのである。

価値前提をみたま出生抑制を中心にしたアジアの人口政策はどのような形態をとるのであろうか。その場合にアジア社会の現実、出生率を減じることと同様に子供を持つことが経済的には家族福祉につながることである。こうした状況が支配的なところでは、産児抑制というような個人的問題が国家強制による形態では効果があがらない。むしろ子供を生むか生まぬかの判断を個人的道德命令にゆだね、政策主体である国家は、出生抑制の公私両面における必要性や情報伝達、あるいは最も効果的手段が容易に大衆にゆきわたるように努力すればよいとみなす。その意味では出生抑制に関するアジア的政策は、言葉の本来の意味における「家族計画」の推進という形態をとる¹¹⁾。そしてこれは東西両側の先進国でとられつつある「自発的産児」原則なのである。ミュルダールは、出生抑制を中心にしたアジアの人口政策の在り方と形態を考えることによって、価値前提に基づいた人口政策の形態が先進国のそれにたとえ類似していても、大衆の政策への感応の仕方により重要な意味をおいているといっている。その意味ではミントの政策見解が「上から」のものであるのに対して、ミュルダールの政策見解は、「大衆参加」の政策論と特徴づけうる。

IV むすびにかえて

アジア諸国は経済発展のために社会・経済開発計画を実施する一方で、貧困の悪循環をたち切る方策として、おしなべて出生抑制を基本課題とした人口政策を実施してきている。それにもかかわらず大多数の国では人口増加の流勢にブレーキを

かけられないでいる。インドのように最も早い時期にナショナル・プログラムとして出生抑制政策を取り入れた国の政策遂行過程を追跡してみると、抑制手段が開発計画の段階が進むにつれてエスカレートし、不妊手術を政府が唱導するにいたっていることは広く知られている。家族計画に依拠していたスリランカもまたそれ以上の抑制手段の採用を主張していることは先にみた。規模の大きい国も小さい国も共に、出生抑制手段のエスカレートによってアジア的人口増加にブレーキをかけようとしているのである。そのことはとりもなおさず、現在まで実施してきている国策としての出生抑制政策の在り方そのものに問題があることを示唆する。この点に関する嵯峨座晴夫の指摘は問題の核心をついている¹⁾。「経済発展のための必要条件であるべき人口抑制の達成が、あたかも十分条件であるかのごとき誤解を起こしかねないほどの力を入れてこれを推進している国も多い。もちろん各国とも社会、経済開発計画の中に家族計画プログラムを正しく位置づけて、この誤解や批判が起きないようにしているが、家族計画プログラムの推進には、以下に述べるような基本的に困難な問題がある。(中略)問題は、人口抑制の必要性が国民経済レベルのマクロ次元での認識にもとづくものであるのに、一方人口抑制を具体的に実現する場合は、夫婦生活といったもっともプライベートな次元にあるところにあるといえよう。(中略)出生率の低下は、避妊技術の導入だけでは不可能である。先進国の援助によって無料配布されたコンドームが使われずに店頭に出回るといった事実は、このことを如実に物語っている」と。

嵯峨座の指摘は、二つの事柄を教える。一つは、人口抑制の達成がアジア諸国の経済発展にとって必要条件にすぎないことである。それは人口増加率を低めれば、経済発展のすべてが順調な歩みになるとする通俗的マルサス主義の批判でもある。もしこの批判を認めないとするならば、人口抑制の達成のために手段を選ばない方向に、政策路線の路を開拓してしまうことになる。インドがすで

11) *Ibid.*, pp. 1501~2.

1) 嵯峨座晴夫「アジア諸国の人口抑制政策」、『アジア』1974年10月号、48~49ページ。

にそうであり、他のアジア諸国もその危険性が十分にある。いま一つは国家次元の必要性を、いかにして夫婦生活の次元の必要性和一体化させるかの問題である。換言すれば、国家の政策課題をいかにして国家社会の限界構成者に実施させるかという、政策学的一般命題に類似してくる。前者の問題点はまさにミント的見解に伏在している問題

点である。そうであればあるほど後者の問題点は、国策としての出生抑制政策の在り方を緊急に確認し、施策実施の路線を修正する必要がある。ミュルダールの見解は、その意味においてアジア的人口増加に対する基本的戦略構想を提示したもののとして、十分に評価すべき性質のものといえる。

アジアの発展途上国における社会保障

樋口 富男

はじめに

本稿の対象とするアジアの発展途上国にはイラン、アフガニスタンを含まず、西はパキスタンまでとし、南太平洋地域については、インドネシアまで、パプア・ニューギニア、サモア、フィジー等を含まない。中国を発展途上国とすべきか否かはさておくとしても、この国に関する手持ちの資料は間接的なものであり、モンゴリアについては資料が皆無であるため含まない。

次に社会保障という語の定義であるが、私論を述べる機会を別に求めるとして、本稿ではILOのCost of Social Securityで採用されている、いわゆる実務的定義 (operational definition) に準拠する¹⁾。本稿中に用いる“使用者責任制度”とは、例を古典的労働者災害補償立法に求められるような、当該事故発生の場合における給付支払いの責任を使用者個人に課する制度であって、国によっては特定もしくは全部の使用者に私保険加入を強制する（とくに労災を対象とした）場合もあるが、原則的には使用者の無過失責任に基づく労災の他に、疾病・出産の事故を対象にした制度も含める。“（強制）積立金制度”はいわゆる provident fund schemes であって、当該事故（通常は老齢、廃疾、死亡）の発生に備え賃金の一定パーセントの金額を労使が拠出し、その金額プラス積立金利子が加入員つまり労働者個人の口座に積立てられ、事故発生に当ってそれを一時金の形で支給する制度である。従って拠出と給付との間に不可分の密着した関係が存在する。この両制度は、“社会保険”に比べた場合、リスクの分散と財源のプールを欠く

ことをもって特徴とする。

本稿では、紙数の制約があつて、事故の定義、適用対象、給付レベル、資格要件、拠出金等の財源調達、管理・運営のための行政組織、苦情処理等のいわゆる制度の内容についての詳述はできないので²⁾、極めて概略的な立場から、アジアの発展途上国における社会保障の発展、現状と特徴、問題と展望を求めるにとどめる。

筆者は、過去16年間ILO社会保障部職員として、アジアの社会保障に関する調査、技術援助に関与することが多かったし、本稿のため先輩同僚の援助、助言もいただいたのであるが、以下に述べるところは、筆者個人の私的見解であつて、いかなる意味においても、ILOの政策ないし意見を表明するものと考えられてはならない。

I 起源と展開³⁾

アジア諸国における社会保障の発展のあとを辿るのであれば、初めにその起源を設定しなければならない。前述の実務的な定義に従った場合、こ

2) 各国における最近の制度の概要については、ILO: *Report on the ILO/NORAD Asian Regional Seminar on Social Security, National Economy and Planning*, Quezon City, Philippines. 30 September. 12 October 1974, (ILO/TF/AFE/R.25), 所載 (pp. 31~54) の10の表がある。

3) この節に記述するところに関連する文献としては、次をあげることができよう。

ILO: *Problems of Social Security, Report I, Preparatory Asiatic Regional Conference of the International Labour Organisation*, New Delhi, 1947, iii+123 pp.

Professor B. P. Adarkar: *Report on Health Insurance for Industrial Workers*, Simla, 1944, v+249 pp.

Social Security in Asia, Reprint from the *International Labour Review*, Vol. LXXXII, No.1, July and No.2 August 1960, ILO, Geneva.

1) 邦文については、社会保障研究所翻訳シリーズ No.11, 『世界各国における社会保障の費用, 1964~1966』, p.6 参照。

表 1 使用者責任立法の起源

(a) 労働者災害補償法		
ビルマ		1923
セイロン		1934
中国		1932
インド		1923
インドシナ		1927~1934
インドネシア		1939~1947*
マレー		1929
フィリピン		1927
シンガポール		1932
* 1939年のオランダ法は、1947年の現行法によって撤廃された。		
(b) 出産給付法		
セイロン		1939*
中国		1932
インド		1929~1947**
インドシナ		1947
インドネシア		1931~1942
マレー		1923
フィリピン		1923
シンガポール		1923

* 植栽婦人労働者については出産時の医療給付に関する 1912 年法がある。

** 州法。1929 年法はボンベイ、1947 年法はビハール。

うした起源を、使用者責任の原則に立脚した一連の労働保護立法および法に準拠するものか、自発的であるかを問わず、大企業経営によって実施されていた労働福祉施設（主として医療の提供と強制積立金制度）に求めることが妥当であると思われる。すなわち、職業危険 (occupational risk) の原則に基づく 1897 年の英国労災補償法および 1898 年のフランス法にその原型を求めることができる一群の労働者補償法、婦人労働者保護政策の一環として採択された出産給付法がその第一である。表 1 に示す如く、こうした立法の起源は、アジア諸国においては、比較的早く、インド、ビルマでは 1923 年以来労働者災害補償法が、マレー、フィリピン、シンガポールにおいては、同じく 1923 年から出産給付法が存在していた。表示の大多数の国々において、これらの法律は、幾多の部分的改正を経ているとはいえ、本質的な変革をとまわず、現在においても実施されているが、この点については、社会保険との関係で後述したい。

ビルマ、セイロン、インド、インドシナの諸国

においては、20~30 年代からすでに、強制積立金制度が存在しており、多くの場合、所得税法上の優遇措置により、その設置を奨励された。たとえば、インドの 1922 年の所得税法は、所定の条件を満足する積立金制度にこうした措置を規定していたし、同様の規定はビルマ、セイロンの所得税法にも見出すことができる。

社会保険として最も早く実施されたのは、我々の資料の示すところによれば、中国四川省北部地区の製塩労働者のための制度である。この制度は、1943 年 6 月行政院によって設置され、労災、疾病、老齢、死亡（被保険者の両親および配偶者の死亡も含む）を対象にし、1946 年 12 月現在において、10 事業所、40,000 人の労働者をカバーしていたと伝えられている。この制度は実験的に実施されたようであったが、1945 年には、国民政府行政院社会部は、疾病、傷害、老齢、廃疾、失業を保険事故とする社会保険法原則草案を作成した。しかし大多数の国において、社会保険の技術を採用するようになったのは、第二次大戦後の現象である。もっともインドにおいては、比較的早い時期から社会保険の導入の可能性が検討されていた。有名なアダルカール教授の工業労働者のための健康保険に関する報告が提出されたのは、1944 年 8 月 15 日である。この報告によれば、すでに 1930~31 年の王立労働委員会は、インドにおける健康保険の導入を強く勧告し、暫定的な草案を作成したといわれる。この草案は、医療と現金給付を分離し、医療の提供は、これを政府の責任とし、後者については労働者、使用者の拠出金にもとづく保険制度によるものとした。これに引き続き、1940 年には、ボンベイ繊維労働調査委員会が、1941~42 年には、中央政府労働省がそれぞれの草案を準備したが、これらの草案について、共通していえることは、疾病こそ貧困の原因として、その発生を防止または抑制するとともに、疾病期間中の窮乏を防ぐ意図をもっていたということである。セイロンにおいても社会福祉全般についての調査・立案の作業は、1930 年代から始まっていた。すなわち、公的扶助立法のための調査報告が 1934 年、続いて、失業・潜在失業者の保護に関する報告が

表 2 アジア発展途上国における社会保険立法
(×印はカバーされている事故)

国	基本法 年次	対 象 事 故 部 門							
		労災	疾病	出産	老齢	廃疾	遺族	家族	失業
ビ ル マ	1954	×	×	×					
韓 国	1973*				×	×	×		
台 湾	1950	×			×	×	×		
イ ン ド	1948	×	×	×			×		
マ レ ー シ ア	1969	×				×			
パ キ ス タ ン	1965	×	×	×					
フ ィ リ ピ ン	1954	×	×		×	×	×		
タ イ	1972	×							
ヴェトナム(北)	1961	×	×	×	×	×	×		
ヴェトナム(南)	1953			×				×	

* 施行は現在のところ停止されている。なお行政措置による労災保険がある。

** 1952年強制積立金制度法に、1971年3月1日以来、遺族年金が導入された。

*** 1974年5月1日の大統領令により、従来の使用者責任法を社会保険化した。

1937年に議会に提出されているが、直接に社会保障を取り扱ったのは、1944年の社会サービス委員会の報告である。この報告では、一連の社会保険制度、すなわち健康保険、失業保険に加えて強制積立金制度、無拠出制の年金の導入を勧告されていた。ここで注意すべきことは、後述するように、この国においては、上記の委員会が低い優先順位を与えたにもかかわらず、強制積立金制度のみが立法化され、同国社会保障制度の（少なくとも賃金労働者については）中核となっており、社会保険の制度は、いかなる事故についても、いまだに導入されていないということである。

以上のように、一部の国々においては、すでに独立以前において、組織的な社会保障制度導入に向って、準備が開始されていたということが出来るが、一般的にいて、アジアの発展途上国が、社会保障制度の導入を実際的に開始したのは、第二次大戦後、それも1950年代に入ってからということができる。

一例として社会保険立法についてみるならば、表2の如くである。インドの国営労働者保険法は、1948年の採択であるが、採択後に適用・非適用事業所間の調整問題の解決に手間どり、実施されたのは1952年の2月である。台湾の1950年法は、

台湾省条例によるものであり、現在では、条例にかわって1958年の労働保険法が実施されている。また老齢、廃疾、死亡を主たる事故とする全国的強制積立金制度は、セイロン（1958年）、インド（1952年、但し、炭坑労働者の制度は、1948年）、マレーシア（1951年）、シンガポール（1953年）で採択されている。

第二次大戦終了後約10年の間に、多くのアジア諸国が、従来の使用者責任に基づく制度に加えて、社会保険または強制積立金制度、あるいはその双方（インド、マレーシアの場合）の立法に向けた要因は、いろいろあると思われるが、そのうちのひとつとして、植民地支配から脱却し、念願の独立を果たした時、多くの国が憲法上、社会保障の導入を国の義務として、明記したことを指摘できよう。インド憲法41条、インドネシア暫定憲法36条、ビルマ憲法33および37条、中華民国憲法155条などの規定がこうした例である。西欧諸国にみられるように、労働組合運動が、社会保障の導入を積極的に推進したという事実を、アジアの発展途上国において見出すのは、困難である。これは、こうした国々における組合運動が未成熟であったことによるものと思われるが、インド、セイロン、フィリピンにおいては、組織労働は、社会保障の立案、導入に当って、全く無関心であったと報ぜられているばかりでなく、たとえばインドにおいては、社会保険の実施地域において、一部の労働組合が、これに反対してストライキに入ったと記録されている。（この点で興味深いのは、制度実施後その成果が周知されるようになって、未実施地域の労働者が制度の実施を求めて、ストライキに訴えるようになったことである。）

社会保障制度の立案に当って、国民経済の立場からどの程度の検討が行われたかを知るための資料は、少なくとも1950年代またはそれ以前については決して多いとはいえない。前述のアダルカール報告においても、その膨大な量（全文249頁）に比べて、この点に關すると思われる議論は、僅かに半頁ほどである。またセイロン社会サービス委員会の報告は、この点、国民経済的立場にたって検討をしているが、報告自体も認めているよ

うに、統計的資料の不足、立案時における将来予測の困難が、こうした経済的インパクトの十分な検討を不可能にしていたといえることができる⁴⁾。

最後に国際機関とくに ILO の影響を看過することはできない。アダルカール教授によれば、インドで社会保険の検討が最初に行われたのは、1927 年の第 10 回 ILO 総会が採択した疾病保険条約（第 24 号および第 25 号）がインド議会上程された時以来であるし、最初の ILO 地域会議、正式にはアジア地域予備会議が、1947 年にその第一議題としてとりあげたのは、“社会保障の諸問題”であった。また ILO は、1950 年代のみで約 30 人の社会保障の専門家を技術援助プロジェクトとして、10 のアジア諸国に派遣している。これらのプロジェクトのあるものは、ついに制度の実施に到らなかったにせよ、直接、間接に社会保障への関心をアジアの国々の間で高めたことを否定することはできない。この技術援助活動を要約すると表 3 の如くである。なお 1940 年代には、すでにインド、セイロン、フィリピンなどへ、ILO の社会保障専門家が派遣されていたが、これらは主として、短期間のプロジェクトであった。表に示すのは、専門家の数であり、たとえば、ビルマに 1952 年、調査・立案関係の専門家が 2 人派遣されたことを示す。この表からよみとれる一つの興味深い傾向は、ビルマ、インドネシア、パキスタン、シンガポール、タイ、ヴェトナムにおいては、調査・立案の分野で非常に多くの年数を費していることであり、しかも表 2 からよみとれるように、インドネシア、シンガポールにおいては、こうした専門家の現地活動や技術援助リポートの形で出される ILO の勧告にもかかわらず、現在においても、社会保険は導入されていず、パキスタンにおいては、最初のプロジェクト以来、13 年を経過してから、タイにおいては、実に 17 年後に、それも労災のみを対象とした社会保険が実施されているという事実である。ヴェトナム（南）には、1953 年以来、出産と家族手当をカバーする制度があったが 1955 年から 60 年へかけての技術援助は、対象事故を

表 3 社会保障の各分野における ILO の技術援助 (1951~1960)

国	年	分 野
ビ ル マ	1952	調査・立案
	1952	調査・立案
	1954	立法
	1955	運営・管理
	1955~56	運営・管理
	1956~57	運営・管理
	1957	財政
	1957~58	運営・管理
中 国(台湾)	1959~60	財政
イ ン ド	1952~53	管理・運営
	1952~53	管理・運営
	1952~53	医療
インドネシア	1952~53	調査・立案
	1957~58	調査・立案
	1958~59	管理・運営
マレーシア	1959~60	立法
パキスタン	1952	調査・立案
	1952	調査・立案
	1957~58	立法
	1957~58	医療
シンガポール	1951	調査・立案
	1951	調査・立案
	1955~56	調査・立案
	1958~59	立法
タ イ	1955~56	調査・立案
	1957~58	調査・立案
	1958	医療
ヴェトナム	1955	調査・立案
	1955	調査・立案
	1959~60	調査・立案

拡大するための調査・立案の作業であったが、これも結局、成果をみぬままに終わったといえよう⁵⁾。プロジェクトの成否を論ずるのはさておき、以上から、多くの国々が社会保険の導入に当って極めて慎重であり、ある場合には、極めて消極的な姿勢をとった、あるいは、そうした姿勢を維持しているといえることができる。そしてこのことは、次節

5) ILO の活動については、*Social Security in Asia: Trends and Problems, Report II, Second item on the agenda, Sixth Asian Regional Conference, Tokyo, September 1968, pp. 83~94* を参照されたい。なおこの地域会議は、上記 report を討論の結果、Resolution concerning Social Security Development in Asia という 35 節から成る決議を採択したが、この決議は現在に到るまで、ILO のアジア地域における社会保障活動の指針となっている。同地域会議 *Record of Proceedings*, pp. 219~224 に所載。

4) この報告の原本が紛失しているため、手許のノートによる。

における検討の一つのテーマとなる。

II 現行制度の特徴

他の発展途上にある地域、すなわちラテン・アメリカ、アフリカ（英語国、フランス語国の別はあるが）そして中近東の各地域に比べ、アジア諸国においては、言語、宗教、社会、経済、国内政治、外交その他多くの分野において、同質性(homogeneity)を発見することは少いが、社会保障の分野においても、同じようなことがいえると思われる。ラテンアメリカ諸国においては、西欧的社会保障制度のそのままの移植が、諸国間において同じような年金・医療保険の制度をもたらしたし、アフリカのフランス語国が、旧宗主国の家族手当を中核とする制度をそのままに継承して、独立後の発展の基盤としていることに比べ、アジア諸国の社会保障制度は、その発展のスピード、制度の内容、つまり端的に言えば政策の展開において、顕著な相違をみせている。まずこうした同質性の欠除を、全体的にみた場合、アジアにおける社会保障制度の特徴ということができよう。

この点について詳述することは、与えられた紙数においては困難なので、一、二の側面についてのみ考えてみたい。まず、老齢、廃疾、死亡といういわゆる長期的事故についてみるに、表2が示すように、これを社会保険の制度によってカバーしている国と、強制積立金制度によって処理する国と、まったく放置している国と、その差が大きいことが指摘できよう。しかも社会保険によって台湾においては、これらの事故に対して、年金は支給されず、積立金制度の場合と同じく、一時金が支払われるだけである。そのうえ、こうした事故に対処するうえで、社会保険と強制積立金制度の長短を論ずるに当たって、各国の主張するところに、一致点を見出すことが困難である。論理的にも実地的な経験に照らしても、社会的保護の効率を問題にすれば、社会保険という技術が、個人別の貯金原則に基づく積立金制度にまさると筆者は確信するが、すでに定着した積立金制度をもつ国々が、これを近い将来において、完全に社会保険化ないしは年金化するという兆しは、全くみ

られない。(わずかにインド、マレーシアにおいて、かかる制度の欠陥を充足すべく補完的な保険技術が最近導入されているが、これは例外的な措置である) こうした事実は、社会保障の制度というものは、ひとたび誕生しそれ自体の生成と発展を続けるうちに、定着化し、社会保障の概念自体はダイナミックな本質を有するにもかかわらず、制度自体の変身は、不可能ではないにせよ、極めて困難であることを物語るものといえよう。

第二に社会保障の下における医療の提供についてみるに、各国のアプローチは、いろいろな相違をみせている。ビルマ、インドのように早くから、少なくとも工業労働者のためには、これを社会保険によって提供している国々、比較的最近になって同じようなアプローチをとったパキスタン、そして最近ようやくにしてその準備段階に入ったフィリピンを一つのグループとすれば、マレーシア、シンガポール、スリランカ、タイのように、社会保険による道をとらず、旧植民地時代(タイを除く)の公的医療サービスによる国々がある。そしてまたインドネシアの如く、任意保険によって極めて限定的であるが、医療給付を確保しようとしている国もある。こうした異なるアプローチは、今や保険による医療の見直しという一つの変革期に入ったとはいえ、ほとんど一斉に社会保険医療を導入したラテンアメリカ諸国に比べると対照的であるといえよう。

以上のような異質性はさておき、さらにアジア社会保障の特徴をさぐるべく、表4を作成してみた。これは既刊の *Cost of Social Security, 1964~1966* の第7表に準拠するものであるが、数字は次号のため目下ILOが収集している分を加えて1971年までをカバーし、併せて、他の地域諸国との比較のため、社会保障支出の購売者価格による対国民総生産比を(1)の欄に加えた。この表は、各制度間における社会保障支出の配分状況を示し、それらの相対的重要性を物語る。なお本表の利用に当たっての一般的注意については、社会保障研究所翻訳シリーズ No. 11『世界各国における社会保障の費用』の15~16頁を参照されたい。(3)~(8)の欄は各制度間における支出の分布状態を百分比で示

表 4 社会保障支出の制度別割合 (総支出=100)

A. I. アジアの発展途上国

国	会計年度	社会保険 類似制度	家族手当	公務員 軍人・文官	公的保健 サービス	公的扶助 類似制度	戦争犠 牲者	計	総 額 (100万)	購買者価格に よる国民総生 産費比 (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
ビルマ (チャット)	1963~64	9.9	—	—	90.1	—	—	100	58.63	0.8
	1964~65	9.4	—	—	90.6	—	—	100	68.01	0.8
	1966~67	4.8	—	43.7	51.5	—	—	100	166.85	2.0
	1967~68	4.1	—	44.5	51.4	—	—	100	184.29	1.9
	1968~69	3.7	—	41.4	54.9	—	—	100	197.24	—
	1969~70	2.9	—	42.3	54.8	—	—	100	202.35	—
	1970~71	2.3	—	42.1	55.6	—	—	100	204.48	—
インド (ルピー)	1959~60	13.7	—	40.9	45.4	0.0	—	100	1,819.0	1.4
	1964~65	19.5	—	32.6	47.3	0.6	—	100	3,064.8	1.3
	1966~67	19.6	—	35.2	44.6	0.6	0.0	100	4,351.6	1.6
	1967~68	20.2	—	34.7	44.7	0.4	0.0	100	5,085.8	1.6
	1968~69	20.5	—	36.4	42.6	0.5	0.0	100	6,112.5	1.8
	1969~70	20.9	—	33.7	44.9	0.5	0.0	100	6,821.9	1.9
	1970~71	22.4	—	34.4	42.6	0.6	0.0	100	7,861.6	2.0
クメール (リエル)	1967	0.0	1.2	76.3	22.5	0.0	—	100	1,339.60	—
	1968	0.0	1.5	77.4	21.1	0.0	—	100	1,433.84	—
	1969	0.0	1.6	78.0	20.4	0.0	—	100	1,534.94	—
	1970	0.0	0.9	79.3	19.6	0.0	0.2	100	1,968.91	—
	1971	0.0	0.6	79.0	19.9	0.1	0.4	100	2,207.89	—
マレーシア (マレーシア ドル)	1960	12.8	—	36.1	50.5	0.6	—	100	171.36	3.0
	1965	16.8	—	26.6	55.6	1.0	—	100	220.29	3.0
	1967	18.8	—	24.6	55.4	1.2	—	100	244.64	3.0
	1968	26.9	—	21.2	50.8	1.1	—	100	284.20	3.4
	1969	30.9	—	20.5	47.3	1.3	—	100	294.35	3.2
	1970	27.4	—	20.0	51.4	1.2	—	100	301.22	3.1
	1971	21.5	—	17.8	59.1	1.6	—	100	338.08	3.4
フィリピン (ペソ)	1959~60	3.6	—	28.3	47.4	3.3	17.4	100	123.50	1.0
	1962~63	8.4	—	26.2	44.9	3.1	17.4	100	130.47	0.8
	1966~67	15.1	—	24.6	47.3	—	13.0	100	216.59	0.9
	1967~68	18.3	—	21.8	48.2	—	11.7	100	242.40	0.9
	1968~69	18.2	—	25.0	47.9	—	8.9	100	316.23	1.0
	1969~70	17.8	—	23.6	50.8	—	7.8	100	362.60	1.0
	1970~71	17.1	—	29.4	45.1	—	8.4	100	430.96	1.0
スリランカ (ルピー)	1959~60	0.3	—	22.6	65.8	11.3	—	100	223.0	3.5
	1964~65	2.1	—	26.9	62.2	8.8	—	100	256.2	3.4
	1966~67	4.2	—	23.8	63.4	8.6	—	100	273.8	3.3
	1967~68	3.7	—	23.6	63.2	9.5	—	100	310.5	3.2
	1968~69	6.5	—	21.5	65.5	6.5	—	100	346.8	3.3
	1969~70	9.3	—	20.4	62.0	8.3	—	100	386.3	3.4
	1970~71	10.5	—	23.2	61.1	5.2	—	100	413.3	3.6

表 4 社会保障支出の制度別割合 (総支出=100)

B. II. その他の発展途上国と日本

国	会計年度	社会保険 類似制度	家族手当	公務員 軍人・文官	公的保健 サービス	公的扶助 類似制度	戦争犠 牲者	計	総 額 (100万)	購買者価格に よる国民総生 産費比 (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
エジプト (エジプト ポンド)	1960	9.2	—	10.1	65.4	5.5	0.2	100	18.0	1.3
	1966~67	15.1	—	17.5	62.8	4.6	—	100	61.6	2.5
	1967~68	15.3	—	17.2	63.9	3.6	—	100	78.5	3.2
	1968~69	15.3	—	18.9	62.5	3.3	—	100	85.6	3.3
	1969~70	15.8	—	21.1	60.9	2.2	—	100	94.3	3.3
	1970~71	16.6	—	22.8	57.8	2.8	—	100	103.7	3.4
メキシコ (ペソ)	1961	64.2	—	9.2	26.6	—	—	100	2,343.97	2.0
	1965	70.7	—	15.8	10.2	3.3	—	100	5,461.70	2.7
	1967	63.0	—	21.3	9.2	6.5	—	100	7,277.02	2.8
	1968	64.7	—	21.7	8.0	5.6	—	100	8,362.12	2.9
	1969	64.0	—	23.3	7.4	5.3	—	100	9,014.92	2.9
	1970	64.9	—	22.2	7.5	5.4	—	100	10,645.53	3.0
	1971	65.0	—	22.7	7.2	5.1	—	100	12,193.94	—
ニカラガ (コルドバ)	1960~61	29.1	—	—	24.1	46.8	—	100	46.4	2.1
	1965	43.3	—	—	10.1	46.6	—	100	77.1	2.3
	1967	53.7	—	—	9.5	36.8	—	100	106.8	2.5
	1968	54.3	—	—	10.0	35.7	—	100	120.4	2.7
	1969	52.7	—	—	11.5	35.8	—	100	131.1	2.7
	1970	52.8	—	—	10.6	36.6	—	100	138.3	2.6
	1971	54.4	—	—	10.4	35.2	—	100	145.8	2.5
ニジェ (CFA フラン)	1966~67	4.9	26.6	—	68.5	—	—	100	890.6	1.0
	1967~68	4.4	25.9	—	69.7	—	—	100	936.7	1.0
	1968~69	5.6	29.0	—	65.4	—	—	100	1,094.5	1.2
	1969~70	4.7	24.7	—	70.6	—	—	100	1,240.0	—
	1970~71	4.7	28.4	—	66.9	—	—	100	1,342.7	—
トルコ (トルコポ ンド)	1960	31.3	—	47.1	20.4	1.2	—	100	599.0	1.4
	1965	36.8	—	52.8	8.4	2.0	—	100	1,213.4	1.7
	1967	38.0	—	54.5	6.0	1.5	—	100	1,848.4	2.0
	1968	39.8	—	52.8	6.0	1.4	—	100	2,058.4	2.0
	1969	31.7	—	63.7	4.2	0.4	—	100	3,111.0	2.7
	1970	36.4	—	60.2	3.1	0.3	—	100	4,317.8	3.2
	1971	34.7	—	62.1	2.9	0.3	—	100	6,021.6	4.1
日 本 (円)	1959~60	46.2	—	16.2	4.6	12.7	20.3	100	577.813	4.9
	1964~65	56.5	—	14.2	6.2	11.6	11.5	100	1,347.482	5.1
	1966~67	58.5	—	13.8	6.2	11.6	9.9	100	1,866.968	5.7
	1967~68	59.1	—	14.0	5.8	11.6	9.5	100	2,164.157	5.6
	1968~69	59.6	—	14.1	5.6	11.5	9.2	100	2,509.407	5.6
	1969~70	60.6	—	14.0	5.4	11.5	8.5	100	2,872.887	5.5
	1970~71	60.5	—	14.1	5.1	11.6	8.7	100	3,523.413	5.7

し、(10) は、総支出額（各国通貨）である。表 4 の A ではアジアの発展途上国、B では、比較的同程度の社会保障支出（国民総生産比）をしている他の発展途上地域の国々と、日本の数字を示した。

この表からアジアの発展途上国における社会保障の特徴をよみとろうとするわけだが、先ず第一にクメールとニジェを除き、A, B 双方に掲げる国国において、家族手当部門の支出は皆無であることは、比較を容易にするであろう。表の A 部についてみるに、社会保険および類似の制度の支出が占める相対的重要性は、クメールを除く 5 カ国において、一般に増加している。しかし、これを B 部のニジェ、エジプトを除く国々と比較するに、その全体的支出に占める重要性は著しく低い。第二に、アジアの国々においては、一般に公務員のための社会保障支出が比較的大きな重要性を示し、それが年の経過とともに格段の変化をせず、ほぼ一定であることに注目できよう。B 部ではトルコが公務員のための制度に大きな比重を与えているが、ニカラガ、ニジェにおいては、このための特別な支出はない。第三に、アジアの国々では、公的保健サービスに振向けられた支出が著しい重要性を占めており、ビルマ、マレーシア、スリランカでは、各年において 50% を上回っている。B 部では、エジプトとニジェが同傾向を示しているほか、この部門での支出がもつ重要性は、A 部の国々に比べて著しく低い。

以上から多少の冒険をかえりみず、一般的にアジア諸国の社会保障の特徴を要約してみると、公務員に対する保護が、他に比べて伝統的に厚い、あるいは少なくとも最近まで、公務員（そしてその多くは、いわゆる well-off のグループに属している）が特権的に手厚い保護をうけていることがあげられよう。一般の国民に対しては、多くの場合、公的保健サービスが相対的にいって重要な役割を果たしており、所得保障については、ほとんどかえりみられていない。一般国民のうち、近代化部門あるいは組織された工業化部門の労働者に対しては、社会保険・類似の制度が設けられており、その相対的重要性は、年とともに漸増しているが、社会保障支出全体の中でみれば、依然として低位

表 5 アジアの若干の国における社会保険の適用範囲

国 名	被 保 険 者
ビルマ	工業・商業部門で 5 人もしくはそれ以上を使用する事業所の労働者、および、特に法が指定する企業の労働者。
インド	10 人もしくはそれ以上を使用し、動力を利用する工場の労働者。動力を利用しない工場、ホテル、レストラン、映画館で、20 人もしくはそれ以上の労働者を使用する事業所の労働者。月収 1,000 ルピー以上の者は除く。
マレーシア	工業・商業部門で 5 人もしくはそれ以上を使用する事業所の労働者。月給 500 マレードル以上の者は除く。廃疾については 55 歳以上の者は除く。
パキスタン	10 人もしくはそれ以上を使用する事業所の労働者で月収 500 ルピー以下の者。
タイ	バンコク地域で 20 人もしくはそれ以上を使用する事業所の労働者。

の役割を示しているにすぎない。

前にみた如く、多くの国において社会保険、あるいは強制積立金制度の立法化がすでに 1950 年代から行われているにもかかわらず、こうした制度が占める重要性が低いことには、多くの理由を見出すことができよう。たとえば、こうした制度が対象とする工業化部門の賃金労働者の数が非常に少いことも重要な理由の一つであろう。しかし社会保障の視点からすれば、フィリピンの制度を除けば、多くの国のこうした制度の適用範囲が法律上ひどく制限されていることも無視できない。手許にある資料によれば、たとえばインドの社会保険がカバーしているのは、経済活動人口全体に対する比率で 2%、しかもその比率は 1966 年から 71 年まで変わっていない。さらにこれを賃金労働者・俸給生活者総数に対比すると、66 年で 12%、67 年～69 年は 13%、70 年 14%、71 年 15% となるにすぎない。こうした貧弱なカバーは、多くの国に共通の事実であるが、法自体に規定する適用制限を若干の国における社会保険（対象事故については上掲表 2 を参照）について要約してみると表 5 の如くである。なおこれらの国々においては、表示しなかったが、適用範囲は全国にわたるのではなく、法の許容する範囲で、適用の地理的範囲が行政措置によって決定されているという事実を看過できない。すなわち、これらの国々における

社会保険の適用範囲は、地域、事業所の種類と規模、さらには、労働者の収入といった面で制限されている。

こうした適用範囲の設定は、必要（ニード）の優先順位によるというよりも、むしろ実施上の便宜または難易を基準にした判断に支配されたものというべきである。高額所得者の除外は、保護の必要が少いという現在では、すでに古典的になった考慮によるものであろうが、収入の上限が長い期間調整されずに留まっていることは、賃金水準の変動に上限がスライドしない限り、適用範囲を不当に制限するものである。さらに立案、立法当時においては、行政管理の便宜という観点から、行政当局の経験の蓄積と工業化の進展、医療施設の拡充に歩調を併せて、漸次その適用範囲を拡大して行くことが期待されたのであったが（いわゆる gradual extension policy）、実際には当初期待されたように適用範囲は拡大されていないといえよう。もっともこうした期待はずれは、アジアのみならず、他の地域、とくにこうした policy を早くから採択してきたラテンアメリカ地域にもみることができる⁶⁾。

医療施設・医療従事者の不足と地理的分布の不均衡、運輸・通信網の未発達、管理運営に従事する者の不足と未熟、そして工業化の進展程度等々、適用範囲の拡大を制約する要因を数多くあげるとは容易であって、こうした観点からみると、適用範囲の漸進的拡大という政策は、賢明であり、現実的である。特に広大な領土を保有する国において、当初から全国一律に社会保険または類似の制度を適用しようとする政策は、当然失敗するといわないまでも、多大の実際的困難を行政的にも財政的にも伴うことであろう。しかし、このことは余りにも慎重な、あるいは消極的な政策を支持する理由とはならない。ラテンアメリカ地域にみられるように、ひとたび制度が導入され、政治的・社会的そして国民経済的にも定着すると、当

初の理想主義的情熱が冷却し、政策立案者も実施者もある種のイナーシャにおちいる、つまり制度がダイナミズムを失い、停滞化するという現象がアジアでもみられるのではないだろうか。

上掲表4の(3)欄“社会保険・類似制度”には、リスクを分散し財源をプールするという原則、あるいは連帯性の原則にもとづく社会保険のほか、使用者責任制度および強制貯金の原則にもとづく、積立金制度が含まれていることに注意しなければならない。しかも社会保障のなかにあって、こうした制度が占める比重がアジアの諸国では、依然として大きい。

ビルマ、インド、パキスタン、タイにおける社会保険制度（労災、疾病、出産等の事故を対象）はそもそも使用者責任制度によるこれらの事故のカバーが不十分のみならず不合理であるため、保険の技術を用いて改善・合理化しようとの目的をもって発足し、社会保険の適用をうける使用者は、従来の使用者責任法から免責されることになったのであるが、前述のように、社会保険制度の発達が不十分であるため、賃金労働者の大多数は、依然として旧植民地時代に導入された使用者責任制度によって、不十分な保護をうけているのが現状である。こうした制度の一般的不備もしくは欠陥については、すでに十分に論議つくされているので、ここでは詳述しないが、同じ近代化部門にあっても依然として社会保障の二重構造が存在していることは看過できない⁷⁾。

インド、マレーシア、シンガポール、スリランカにおける長期的事故（老齢、廃疾、死亡）を対象にした積立金制度は、これまた十分に指摘されている如く、保護の効果について多くの疑問をもたせるものであるが、発展経済に不可避のインフレーションのため、各人の口座にある積立金の購買力は低下する一方であり、老後、廃疾または世帯主死亡後の保護は予期した成果をあげていない。このため、各国とも当初の目的——つまり上述の事故の場合における所得保障という目的——からはずれて最近では、いろいろな場合における積立

6) *Gradual Extension of Social Insurance Schemes in Latin American Countries*, Reprint from *International Labour Review* Vol. LXXVIII, No. 3 September 1958, ILO, Geneva.

7) たとえば前掲 *Social Security in Asia: Trends and Problems*, pp. 37~40 を参照。

金支給の可能性を規定するようになっている。こうした可能性のうち住宅、または住宅建築のための土地の購入(インド、シンガポール)、生命保険の購入(インド)等は、多少の長期的事故対策の効果をもつであろうが、結婚費用の支払い(スリランカ)などは、制度本来の目的から完全に逸脱しているといえよう。こうした積立金制度は、主に英国統治時代に、大企業やプランテーションにおいて実施されており、制度の仕組が早くから労使双方に理解され、かつなじみ深いものであったために、法的制度の導入、実施が比較的容易であった。また、ひとたび強制的に実施されると、龐大な積立金額が工業化推進のための資本の不足になやむ各国にとって、非常に魅力的な存在となり、現在においても、重要な資金源となっている。ある国においてはこの積立金の増大を目的として、不十分な準備にもかかわらず、適用範囲を一挙に拡大し、後に徴収、記録、給付の支払いの面において、非常な困難を招いた例もみることができる。

使用者責任制度の代表的なものは、労働者災害補償法である。こうした制度は、特別な機構を設けたり、税金を使うというような面倒をさせて、しかも社会的な不安(社会不保障)という問題を解決したと考えたり、そうした印象を外部に与えようとする政府にとって、極めて魅惑的な方法となっている。通常の労働監督機構の他に特別な仕組は必要でないし、特別な支出もいらない。保護の実質的な供与は、使用者と被害者の間の問題に転化されるのである。アジアの国々で、依然としてこうした制度が社会保障の中核となっていることの理由の一つとして、こうした安易さもあげることができよう。大企業や政府企業にあっては、ある程度の成果は期待しうるが、法の規定する保護の水準が高い場合、こうした制度は、中小企業の労働者のみならず使用者にも不当な圧迫を与える結果になるので、容易にその水準を高めることができない。ある国の場合、絶対額で示される給付の水準が十年以上も放置されているという事実は、リスクの分散と財源のプールを欠くこうした制度の欠陥を示すものといえよう。

III 問題と展望——結びにかえて

前述のような極めて大雑把な素描から、アジアの発展途上国における社会保障についてカテゴリー的な結論を導くことはできない。わずかに、若干の基本的問題を選別し、それらが、将来に向けて如何に解決されるべきかを推測することを以て、小稿の終結にかえることにしたい。

社会保障の発展にとって、アジア諸国における医師・医療施設の絶対的不足が大きな障害になっていることについては、各方面で等しく指摘されている。たとえば医師数についてみるに、医師1人当たりの人口は、インドネシア：25,847(1971年)、パキスタン：9,014(1969年)、ビルマ：8,975(1971年)、スリランカ：6,475(1972年公的医療サービス従事医師のみ)、インド：4,795(1968年)であって、しかも医師の増加が人口の増大のため、その率において伸び悩んでいるのが実情である。同様の問題は、病院ベッド1床当たりの人口数についてもみることができる。この問題の解決のため、たとえばインドの国営労働者保険公社(ESIC)の如きは、諸種の工夫をこらして、改善を試みているが、憲法上医療の確保と提供は、州政府の責任事項とされていることもあって、十分な成果をあげているとはいえないようである。ともあれ、医師を含め医療施設全体の改善は、アジア諸国のほとんど全部に共通する問題であり、その解決は、半ば恒久的な努力によらなければなるまい。しかし、このことは現状の放置を是認するものであってはならない。医師および医療施設の地理的分布の不均衡、さらには、有資格医師・看護婦の欧米先進国および石油産出国への流出、医薬品の国内生産等、現状を少しでも改善すべく取上げなければならず、また取り上げることができる問題も多いのである。

未発達、とくに適用範囲と対象事故の面において未発達とはいえ、アジアの発展途上国のすべてには、何らかの社会保障制度が存在している。古典的な使用者責任制度から、フィリピンの如くかなりソフィスティケートな社会保険制度に到るまで、その種類は多岐にわたる。その発展を妨げて

いる要因は多々あり、すでに十分に論議されているが⁸⁾、周知の制約条件のなかで、現行制度の合理化を図る余地があるのではないかという疑問が生ずるのである。たとえば、現行社会保険制度の多くは、前述のように高額所得者を排除しているが、これは先進国が数十年前に実施していたことの古典的踏襲であって、こうした規定の撤廃は、何らの客観的阻害に直面せず実施できる筈である。管理運営の面からしても賃金変動にわずらわされることがなくなるので事務の簡素化を図ることができるし、高額所得者の加入は、制度の財政基盤を健全にするばかりでなく、制度内における再配分効果を考えても社会的に望ましいことである。またアジアの国々における強制積立金制度は、その給付の購買力確保と、国民経済的要請から、年々その拠出金高を上昇させ、賃金または賃金クラスについてインド：12.5%、マレーシア：13.5%、スリランカ：15%、シンガポールに到っては最高30%にまで達しており、その経済・生産活動に対するインパクトの大きさについては、さておくとしても、こうした多額の拠出が、社会的にみて、効果のある保護を約束するものかどうかの検討が十分に行われていないと思われる。卑俗に言えば、どうせ出費するならもう少しマシなことはいかという問題である。同じことは、政府の一般支出によって賄われる公的医療サービス、無拠出制所得保障制度についてもいえるのであって、たとえば医薬品の濫費、無拠出年金（一定総額の支出後は支給されないのが普通）が、支払施設附近の住民のみをうるおして、実際のニーズと無関係の事実等は、過大な負担を伴わず行政的工夫と熱意をもって解決可能な問題ではないかと思われる。

前述のように、アジアの発展途上国における現行社会保障制度は、その人口のうち、ごく一部、そして多くの場合、比較的恵まれたグループをカバーするにすぎず、経済活動人口の大多数は依然として保護の対象となっていない。無拠出制の所得保障、公的保健サービスは、原則として全住民を対象とするものであっても、現実には都市およ

びその周辺の住民のみがその恩恵をうけているだけであって、人口の大多数を占める農村地方労働者、住民は、社会保障の埒外におかれたままである。技術的にいって、従来の賃金・俸給労働者を対象としてデザインされた制度の適用範囲を拡大するだけで、この問題が解決できるか、それより以前に、果して、こうした住民の社会保障へのニーズが十分に理解され、把握されているかどうか、等等、この問題については、改めて稿をおこす必要があると思われるが、ここでいえることは、全く基本的な考え方の転換をはからない限り、いいかえれば、現行制度の発展方向の線上にとどまって考える限り、この問題の解決は、不可能と断定しないまでも、極度に困難であろうということである。それでは発想の基本的転換とは、具体的にどのようなことを指すのか。この点についての筆者の勉強はまだ不十分であって、詳しい論議を展開する準備はないが、たとえば、ブラジル、ギリシャの農民に対する社会保障制度の中に、具体的な示唆を見出すことができるのではないかと思われる。これらの制度の基本的な思想は、比較的恵まれ、且つその恩恵を底辺の人々の犠牲によってうけて来た人々は、今や社会的保護の面で不遇な同胞のために寄与すべきであり、経済的・社会的発展の果実を分配すべきであるという考えである。具体的には、たとえばブラジルの農民社会保障の財源は、農産物購入に対する2.5%の課税と、都市労働者の社会保険料徴収対象となっている賃金の2.4%（使用者負担）をもってその財源としているし、ギリシャの農民社会保険も農業以外の部門における特別税収入と国庫補助金をもってその財源としている。また両国とも農村社会保障に個有の管理運営に伴う諸困難を、これまた極めて独創的工夫をもって克服しているが、ここでこれを詳述することは与えられた紙数の関係上割愛する。ともあれアジアの発展途上国が、こうした住民に対する効果的保護と貧困防止のため、独創的工夫をこらしたという情報を残念ながら筆者は持ち合わせていない。この点、筆者らが1974年マニラにおいて、社会保障・国民経済・発展計画に関するアジア地域セミナーを開いた時、マルコス大統領

8) 最近についてみれば前掲 ILO/NORAD report (ILO/TF/AFE/R. 25).

が参加者全員に社会保障問題の解決のためには因襲的専門知識にとらわれない創意・工夫・発明の必要を訴えたことを忘れることはできない。

経済発展のない限り社会保障はありえない、いや合理的な社会保障の制度は、経済の発展に貢献すると、国民経済の発展と社会保障の関係についての論議は、依然として継続しており、この問題に関する研究は今後ともますますその重要性を増すであろう。しかし社会保障とは人間共同体の使命 (mandate) であり、その構成員の願望 (aspiration) である限り、経済的理由のみをもってその生成を阻止しえないことも認めなければならない。現に経済成長のため幾多の困難に直面しているア

ジアの発展途上国においても、未発達とはいえ、相当に古くから社会保障の制度が存在しているのであるし、社会的目的のために国庫からの支出も継続的に行われているのである。私見によれば、客観的な事実認識に立って、現状を改善・合理化すること、すなわち所与の制約下において最大限の効果を確保するための努力をおしまぬこと、そして制約に積極的に挑戦する創意と工夫をこらすことが、今後におけるアジアの国々の社会保障発展の鍵である。先進国が歩んだ道を諸条件の許容する範囲内で辿るだけでは、課題の解決にならないのみならず、望ましい発展を阻害することになりかねないであろう。

東南アジア諸国連合 (ASEAN) 地域の保健衛生事情

——タイおよびマレーシアにおける衛生行政と保健計画について——

黒子 武道

東南アジアの発展途上国、とりわけインドネシア、フィリピン、シンガポール、マレーシアなど東南アジア諸国連合加盟の非共産主義諸国は、解放勢力のインドシナ半島制圧に伴う新事態に対応する政策の転換と調整に迫られており、国内統一と秩序の維持、経済成長と産業の発展、社会開発の推進といった極めて困難な問題に直面し、その解決に腐心しているというのが現状であろう。国内秩序と関連して、反体制運動の問題も深刻である。特にインドシナ半島と隣接するタイ、マレーシアでは共産ゲリラの活動は一段と活発さを増しており、労働争議、零細農や学生などの反政府運動の続発をみている。このように運動の着実な増大は、インドシナ解放によって共産主義勢力が力づけられたというような外的要因によるものではあるまい。むしろ、永年にわたる大国依存政策、特に過去十年におよぶ膨大な経済援助が、一面において、国内の地域格差、階級格差、人種格差などを拡大し、その対立を深めたことも否定しえない事実であって、当初、外国勢力と現政権との癒着を指摘したナショナリズム運動が、より直截に社会改革を提唱し、その意味で現政権の正当性が問われているとみるべきであろう。また、経済面についても ASEAN 諸国にとってわが国とアメリカが最大の貿易国であったし、今後とも基本的には変化はないものと思われるが、アメリカのインドシナ撤退、石油ショック以降の世界的不況の影響をうけ、これらの国々もインフレ、不況、国際収支の赤字にみまわれ、経済成長は停止しており、経済援助に対する相手国の多様化を試みている。年内に予定されている ASEAN 主脳会議においては、その中立化宣言と加盟国による相互友好条約の締結、地域経済協力の具体的推進策が

論議されるという。しかし、加盟各国の所得水準や経済発展には大きな差異があり、利害もことなっているから、ASEAN の将来は必ずしも明るいとはいえないだろう。

いずれにしても、ポスト・ベトナムの新事態に対応して、各国ともその社会・経済開発の年次計画を根底から変更せざるをえないであろうし、従って保健計画も大幅な修正と後退を余儀なくされるものと思われる。

筆者は、過去十年来、これらの国々を屢々訪問する機会があり、昭和 47 年より 49 年の間、WHO 医官としてマレーシア保健省に駐在した。また、タイには昨年末、国際協力事業団の要請により、医療協力に関する基礎調査団長として滞在した。昨年より今年にかけて、これら両国の対外、対内政策は大きな転換をみせており、その意味で筆者の見聞も、もはや、旧聞に属するかもしれないが、タイおよびマレーシアを中心に、ASEAN 諸国の保健事情、保健計画等について述べることにしたい。

一国の公衆衛生や保健サービスの現状は、それぞれの国の近代化の過程における社会、経済的所産であり、先進諸国と発展途上国との間に著しい差異のあることは当然であるが、発展途上国相互の間にも、その政治体制や、社会的、経済的、文化的な発展の度合いに応じて、その規模と内容を異にしている。

ある地域の衛生状態または地域住民の健康水準の判定には、多くの指標が用いられるが、WHO の専門委員会は、次の三つの事項をあげている。第一は、その地域住民の健康状態を示す諸指標で、粗死亡率、乳児死亡率、伝染病死亡率、平均余命、

PMI (年間死亡数のうち 50 才以上の占める割合) など、第二は、地域住民の健康に及ぼす自然的環境条件および人種、産業、教育、風俗習慣、宗教など文化的、社会的生活条件、第三は保健サービスおよび公衆衛生活動の諸指標で、保健衛生に関する施設、人員、制度などに関するものである。これらの諸指標は、各国の保健衛生上の問題点とその重要性を推定する重要な資料であるが、すべての国でこれらの統計資料が整備されているわけではない。特に発展途上国においては、公表されている諸統計についても不完全で信頼度が低く、政策的な意図も含まれる場合も少なくない。従って厳密な意味での国際的な比較に耐ええないものが多く、資料の利用に限界のあることを念頭におく必要がある。このような資料利用上の制約に留意しつつ、主として既存資料の面から ASEAN 諸国の一般保健状況を概説することにしたい。

I 一般保健衛生事情

ASEAN 地域は、いずれも熱帯圏であり、その総面積は 263 万 5894 平方キロ、各国別では、インドネシア 149 万 1564 平方キロ (西イリアンを除く)、フィリピン 30 万平方キロ、シンガポール 581 平方キロ、タイ 51 万平方キロ、マレーシア 32 万 749 平方キロで、アジア総面積の約 9.6 % を占める。人口の 5 カ国合計は 2 億 934 万人、各国別ではインドネシアの 1 億 2 千万、フィリピン 3904 万、シンガポール 214 万、タイ 3657 万、マレーシア 1,117 万人で、アジア総人口の 9.9 % を占める (1971 年または 1972 年人口)。1 平方キロ当りの人口密度は 79 人で、アジアの平均 76 人とほぼ匹敵し、世界平均の約 2.8 倍となっている。なお、各国別では、シンガポールの 3,701 人が著しく高密度であるのを除き、いずれもわが国の 287 人に比しかなり小さく、フィリピン 130 人、インドネシア 81 人、タイ 71 人、マレーシア 33 人である。人口規模が大きく、かつ人口密度の小さな国では、保健衛生対策の実施上不利な点が多く、保健サービスの施設や医療関係者の配置が困難である。また人口密度の大なる国や、人口集中の著しい都市部では、生活、居住環境の悪化による保健衛生

上の問題が大きい。

人口に関連して保健衛生上問題となるのは人口の自然増加率が大いこと、インドネシア 2.1 % (西イリアンを除く)、フィリピン 1.75 %、シンガポール 1.77 %、タイ 2.57 %、西マレーシア 2.58 %、サバ 2.93 %、サラワク 2.8 % (いずれも 1972 年) で、アジアにおける 1963~72 年の年平均増加率 2.3 % とほぼ同率であるが、わが国の 1.1 %、また全世界の 2.0 % に比し、なお高水準を維持している。一般に死亡数についての統計は、出生の統計に比し正確と考えられるから、これらの国々の人口の自然増加率は実際にはもっと高率なものと推定される。このような人口の自然増加は人口の年齢構成にも影響を及ぼしており、15 才以下の若年人口の割合は各国とも 40 % 以上を占め、タイ 45 %、フィリピン 47 %、インドネシア 44 %、西マレーシア 44 % で、わが国の 24.2 %、全世界平均の 34.8 % に比し著しく高率であり、保健衛生の面では感染症に罹患し易い年齢層の増加という点で重要である。また、生産年齢人口はインドネシア 35.4 %、フィリピン 51.8 %、タイ 51.7 %、西マレーシア 51.8 % で、わが国の 68.9 % に比しその割合が低く、農業人口の生産年齢人口に対する割合は、シンガポールの 8 % を除き、各国とも 70 % をこえている。いずれにしても産業や経済の開発を伴わない人口の増加は、人口の扶養と雇用を圧迫し、生活水準を低下させ、国民の健康水準や各種の経済活動に著しい影響を及ぼしている。

平均寿命に関する資料は極めて不完全であるが、タイでは男 53.6 才、女 58.7 才 (1960 年)、インドネシア男女とも 47.5 才 (1960 年)、フィリピン男 48.8 才、女 53.4 才 (1949 年)、西マレーシア男 63.1 才、女 66.0 才 (1966 年) で、わが国の 1960 年における男 65.3 才、女 70.2 才、1972 年の男 70.5 才、女 75.9 才に比し、遙かに劣っている。

乳児死亡率 (出生千対比) は一国の生活水準、母子保健サービスの水準を示す指標として、また保健衛生状態の総合指標として用いられる。発展途上国においては、全般的に出生時および出生直後の死亡の届出が不完全であるから、乳児死亡率

の信頼性はかなり低いものであるが、各国別ではタイ 24.4, シンガポール 19.2, フィリピン 67.9 (以上 1972 年), 西マレーシア 38.5, サバ 31.1, サラワク 31.3 (以上 1971 年) となっており, わが国の 1971 年の 12.4, 1972 年の 11.7 に比し, いずれも高率である。

各国間の死亡率 (人口千対比) や死因別死亡率の比較については, 年齢構成の差異, 死亡診断書の精度や届出等に多くの問題があり, 直接比較することは適切ではない。しかし死因構造の面からみると, ASEAN 五カ国のうちもっとも保健衛生水準の高いシンガポールの 1972 年における死因別死亡率 (人口 10 万対) は, 第 1 位心疾患 83.9, 第 2 位悪性新生物 81.9, 第 3 位不明 59.1, 第 4 位脳血管系疾患 50.2, 第 5 位肺炎 43.7, 以下新生児疾患, 事故, 結核, 自殺, 糖尿病の順で, 先進国の慢性非炎症性疾患を中心とする死因構造に近づきつつある。その他の国においても, 事故, 心疾患, 悪性新生物, 脳血管系疾患の全死因に占める割合が増加しているが, 結核, 肺炎, 赤痢および腸炎, 腸チフス, 破傷風, マラリアなどの伝染性疾患, 未熟児, 新生児固有の疾患など, 乳児死亡によるものの割合が高く, 依然として典型的な発展途上国型の死亡のパターンを示している。

伝染病の罹病統計については, 届出制度, 届出疾患の種類が各国間で異っており, 死因の場合と同様に診断の精度や届出の励行に問題がある。また, 届出は主として公的医療機関によるもので, 私的医療機関からの届出を期待しえないのが実情であるが, 結核, ジフテリア, インフルエンザ等の呼吸器系伝染病, 赤痢, 腸チフス, 流行性肝炎などの消化器系伝染病が高順位を占めている。また, マラリア, らい, 性病, フィラリア症, 出血熱など熱帯圏に特有な伝染病や昆虫媒介伝染病の届出も多い。検疫伝染病としてはエルトル・コレラが常在し, 各国に流行を繰返している。なお, ASEAN 諸国は痘瘡, ペストなどの流行地域に近接しており, 伝播の脅威が少なくない。

ASEAN 諸国における栄養問題も極めて深刻である。栄養に起因する健康障害としては, 蛋白・カロリー欠乏症, ビタミン A 欠乏症, 貧血, 地方

性甲状腺腫などであるが, 前二者には乳幼児および学齢期前の児童が多い。栄養障害者は各種の伝染病に罹患し易く, 4 才以下の幼児の高死亡率に反映している。低栄養性貧血は主として鉄欠乏によるが, 特に産褥期の婦人に多く, 農村地区婦人の 10~20% が貧血で, 栄養障害と寄生虫病を合併する場合が多い。これらの栄養障害は不十分な栄養摂取が最大の原因であるが, 住民の貧困, 無知と相俟って食品の量的・質的な補給が阻害されているためである。栄養の問題には量的, 質的に十分な食糧の生産と消費, 食生活の改善など, 経済・社会的要因や技術的要因が含まれており, その解決は容易ではない。

ASEAN 地域は本質的には農村で, シンガポールを除き, 住民の 80% 以上が環境条件が劣悪で生活水準の低い地域に住んでいる。各種の保健施設, 医療および公衆衛生従事者が不足しており, 各種伝染性疾患多発の原因となっている。従って, 農村保健対策を保健計画の最優先施策としているものが多く, 給水, 尿尿処理など農村環境の改善に努力している。また, 農村地区から都市への人口移動は, 先進国のみならず, これらの国でも共通した現象である。住民移動——都市化——工業化の過程は新たな保健問題をひき起こしており, 人口の都市への集中は, 都市の給水, 尿尿, 廃棄物処理等に影響し, また, 不良住宅, スラムの形成など, 都市環境の悪化を促進している。

医療および公衆衛生施設と従事者の不足は各国に共通した問題で, 保健サービス推進の最大の障害となっている。医師, 歯科医師, 看護婦, 薬剤士, 助産婦, X線技師, 検査技術者等の保健要員の従業数は, 一国の保健サービスの内容や健康水準の推進に利用されることは既に述べたが, 通常, 医師 1 人当たり人口数が用いられる。医師の充足状況は, その他の職種の状態を推測しうるからである。各国別ではインドネシアが医師 1 人当たり 27,655 人 (1969 年), フィリピン 9,840 人 (1970 年), シンガポール 1,260 人, タイ 8,735 人 (以上 1972 年), 西マレーシア 4,770 人, サバ 8,950 人, サラワク 10,070 人 (以上 1971 年) で, わが国の 860 人 (1972 年) と大差があり, その不足が

目立っている。また医師の都市集中の傾向が著しい。医師およびその他の医療関係従事者の養成は、根本的にはその国の医療制度や公衆衛生諸制度に関連をもつものであるが、医学校その他の職種の養成訓練施設、スタッフなども十分でない。WHO など国際機関、先進国の専門家、あるいは雇傭外国人医師に依存する国が多い。医療関係者の将来需給計画について、各国とも検討を始めており、医学校その他の職種の養成機関の増設、現任訓練計画が進められている。なお、これらの国々では、先進諸国、特に欧米諸国で教育を受けた医師および看護婦など医療関係者のうち、海外で就業するものも少なくない。一部の国では新卒医師に対し一定期間、国の保健機関への就業を義務づけているものもある。

医療施設の整備状況の指標として、通常、人口千人当り病床数が用いられる。わが国の 12.7 に対し、フィリピン 1.2、シンガポール 3.9、タイ 1.3、マレーシア 2.7 (いずれも 1971 年) で、かなり不足している。しかも、農村地区における医療施設の病床数は、西マレーシアでは、総病床の 19.3%、タイでは 7.4% 程度に過ぎず、農村と都市部の格差が著しい。しかし、実際には農村地区の病床の利用率は一般に低く、患者が都市の病院に集中する傾向が強い。農村地区の医療施設は、設備、従事者の点で都市部の病院に劣っており、患者のニーズを十分に充しえないためである。

国民の所得水準と健康との間に密接な関連のあることは周知のことであるが、1971 年の資料により国民 1 人当り年間所得を米ドルに換算して比較すると、インドネシア 69 ドル、フィリピン 181 ドル、タイ 160 ドル、西マレーシア 254 ドルで、シンガポールの 1,118 ドルを除き、わが国の 2,068 ドルの 5 分の 1、ないし 10 分の 1 程度に過ぎない。しかし、わが国の 1 人当り平均所得は、アメリカの 4,583 ドル、イギリスの 2,356 ドル、西ドイツの 3,364 ドルに比し低く、アメリカの 45%、西ドイツの 60% に過ぎず、しかも国民の 1 人当りの住宅や社会資本のストック水準はアメリカの 4 分の 1、振替所得でみた社会保障水準ではイギリスの 2 分の 1、アメリカの 4 分の 1 といった状態で

あることから考えると、これらの国々の経済水準や所得水準の低さが十分推測される。従って、これらの国において経済開発が国の優先政策としてとりあげられていることは当然のことであって、1960 年代から数次の長期経済開発計画が推進されている。

保健衛生関係予算の総額は、基本的には国民総生産や経済水準によるものであるが、経済水準の上昇が直ちに保健衛生費の増大に反映するものではない。国の社会・経済開発計画のフレームワークの中で、保健計画がいかに位置づけられているかによって規定される。

1972 年における国家予算の国民総生産に対する割合は、マレーシア 37%、タイ 19.5%、保健衛生関係予算の国民総生産に対する割合は、マレーシア 2.5%、タイ 1.16%、シンガポール 1.3%、保健関係予算の国家予算に占める割合は、マレーシア 6.72%、タイ 5.97% となっている。1950~55 年における先進諸国の保健衛生費の総額の国民総生産に対する割合は約 4%、現在では大部分の先進国で 6~8%、1980~90 年には 10% に達するものと予測されており、先進諸国との間に格段の差異がある。

II 衛生行政機構と保健計画

ASEAN 諸国における医療および公衆衛生の中央および地方行政機構は、保健計画、保健サービスの拡大、さらに一般行政機構と関連して、屢々改正されている。これらの国々では中央集権的、権威主義的な国家体制をとるものが多く、また、技術的、財政的な資源の乏しいことは、地方衛生部における自主的な保健計画の策定と実施を困難にしている。従来、中央機関の直轄した各種の保健サービスは漸次、地方衛生機関に移管されているが、地方衛生機構に対する中央機関の権限は益々強化される方向にある。

III タイ国の衛生行政および保健計画

昨年 10 月、大幅な機構改正が行なわれ、地方衛生行政組織の再編成と、公衆衛生省 (Ministry of Health) の各部局、特に次官官房 (Office of Under-

Secretary of State for Health) の権限を強化している。そのため、公衆衛生省の各部局のうち、保健計画に関連する課を次官官房に移管し、地方衛生行政組織を直轄するとともに、中央においてはラインおよびスタッフ機構を採用している。公衆衛生省には前述の次官官房のほか、保健局 (Dept. of Health)、医務局 (Dept. of Medical Services)、防疫局 (Dept. of Communicable Diseases)、医学局 (Dept. of Medical Sciences)、および食品・薬事局 (Office of Food & Drugs Committee) の6局がある。次官官房には総務、管理および企画の3部があり、総務部には庶務、経理、人事、医師登録、国際衛生、医事、その他の8課、管理部には看護学校、養成・訓練、地方病院、農村衛生、衛生教育の5課、企画部には看護、保健計画、疫学、衛生統計などの5課がおかれている。保健局は歯科衛生、学校保健、家族計画、環境衛生、農村給水事業、栄養、廃棄物処理等を担当し、医務局は主としてバンコック市内の大学病院を除く国立病院、がんセンターを管理している。伝染病予防業務は、従来保健局の所管であったが、今回の機構改正で防疫局に昇格し、次官官房の直轄していた主要伝染病の対策課を吸収した。医学局は主として試験検査を担当する中央機関で、X線防護、一般検査、毒性試験、薬品分析、医学研究等の担当課がある。なお、わが国の援助による国立ウイルス研究所もこの局の所管である。食品・薬事局は食品衛生および薬事衛生関係の監視業務を担当する。

地方制度としては全国に9つの行政管区(region)、71の県(province)、533の郡(district)がおかれており、ほかに2特別市がある。今次の機構改正が地方衛生組織の再編成にあったことは既に述べたが、県および郡レベルの医療および公衆衛生行政機関を一本化し、県衛生部長の管轄下においた。即ち、公衆衛生省により任命された県衛生部長は、県衛生部、県立病院、後述の一級保健所を主管し、また郡衛生部長は郡衛生部、二級保健所、および助産所を主管し、これを県衛生部長の監督下におくなど、ライン機構を強化し、中央の保健政策に従って各種の保健サービスを進めることになっている。

タイ国における社会・経済開発計画の第一次五ヵ年計画は、1961年に発足しており、第二次計画を経て現在第三次五ヵ年計画(1972~76年)の期間にあるが、保健計画が国の社会・経済開発の一環として組み入れられたのは第三次計画からである。従来、保健サービスに関する具体的なプロジェクトは、公衆衛生省の各担当部局によって作成され、国家経済開発委員会に対し予算要求と承認を求める形式をとっていた。しかし、第三次社会・経済開発計画の策定に際し、公衆衛生省、国家経済開発委員会、技術、経済協力局、その他関係機関の代表よりなる合同保健計画委員会が構成され、はじめて公衆衛生省がその立案に参加することになった。1973年には次官官房に保健計画課が設置され、各部局より提出される計画等について、目的の正当性、優先順位、予算措置等を検討し、委員会に報告する機能を与えている。保健計画課は今次の改正によりさらに強化され、中央の各部局および地方レベルの衛生行政機関に対し、保健計画やプロジェクトの立案と実施に関する技術的助言を与え、また独自の機能としては、資源の効率的な利用に関する研究および調査、システム分析、保健計画およびその年次計画についての評価、省内各部局の調整と各省間の協力、国際機関および諸外国からの医療協力・援助に関する事項を担当することになっている。筆者らの実施したわが国に対する医療協力要請プロジェクトの調査の経験からみると、次官官房および保健計画課の機能は殆んど果されていないといっても過言ではない。1977年に予定されている第四次開発計画に焦点をあわせて、次官官房の主導による保健計画の設定と、各部局の保健プロジェクトの調整を考えているようであるが、その権限は必ずしも明らかでなく、当分の間、その本来の機能は期待しえないように思われる。

さて、タイ国における最も重要な公衆衛生上の問題は急速な人口の自然増加で、特に人口の80%以上が居住する農村地区の人口増加は3.3%に達しており、この増加率が続くとすると25年後には人口1億に達するものと推定されている。また、結核、赤痢、腸チフス等の伝染病は、マラリアに

代って主要な問題となっており、環境衛生の改善が必要である。乳幼児の死亡率の改善が遅れており、妊娠、出産および産褥期の合併症の発生率が高く、母子保健に関するサービスを拡大する必要がある。しかし、農村地区における保健所サービスの現状は不十分であるばかりでなく、利用状況も低調である。1968年に実施された政府の調査では、農村住民に対する保健サービスはこれら住民の25%に達しておらず、また農村地区における出産の15%が助産所を利用したに過ぎず、全般に疾病予防と治療サービス間の本来の連繋が欠けており、保健サービスの効率的な利用と運営を欠いている点が指摘されている。

医師および看護婦の不足と都市への偏在も重要な問題である。医師の60%、歯科医師の79%、看護婦の67%は総人口の8%を占めるに過ぎないバンコック市に居住している。また、医療関係者の養成とその利用の面にも問題が多く、1965~69年の間に海外で教育を受けた医師2,165名中54.5% (タイ全医師の12%)、同じく看護婦1,806名の75.5%が欧米諸国で就業しており、保健サービスの推進に大きな障害となっている。なお、1972年における保健関係予算の全政府予算に占める割合は約6.1%で、ここ数年増加しているが、十分でなく、主要な保健計画についても海外の経済および技術援助に依存せざるを得ない状況にある。

第三次社会・経済開発計画においては、経済構造の改善、生活水準と国民所得の向上、都市と農村の格差の是正をあげており、保健計画においては、保健サービスの拡充による農村住民の社会生活水準の向上、家族計画を普及し、農村地区の人口増加を1976年までに2.5%に低下させること、医療関係者、特に医師および看護婦の養成と確保、農村地区の環境衛生を改善し、約2万の村落に対する給水、30の県における100の水道事業を実施することを目標にしている。

第三次社会・開発計画の一環としてとりあげられた、保健計画の主要な課題である農村地域の保健サービスの向上については、既に1953年以来、ユニセフ、AID等の援助による「農村保健所およ

び農村保健サービスの強化計画」として実施されており、農村保健施設の建設計画（人口5万人に対し1カ所の一級保健所、5千人に対し1カ所の二級保健所、2千人に1カ所の助産所）を進めている。1971年末までに一級保健所233、二級保健所1936、助産所2,903カ所を建設したが、建設計画の約二分の一に過ぎず、農村人口の三分の一をカバーしたに過ぎない。なお、保健所の機能はわが国のそれと異なり、外来診療を中心とした一般保健サービスを提供し、一級保健所には10床程度の病床がある。一級保健所には医師、看護婦、助産婦各1、health worker 2名を配置している。二級保健所にはhealth worker および助産婦各1名を配置し、簡単な医療のほか、母子保健、環境衛生、伝染病予防、衛生教育、薬品の販売等を行なっている。また、助産所は助産婦1名で、母子保健、学校保健および予防接種業務などを行なっている。この計画は1972年以降「保健所の改善および拡充計画」に関する長期プロジェクトとして進められており、15年のプロジェクト期間中に一級保健所332、二級保健所2,764、助産所1,827カ所の建設を目標としている。また、県立病院の改善計画においては、主として病院の増設と既存病院の整備などをあげており、病院、保健所および助産所のネットワークを通して医療および公衆衛生サービスを包括的、効率的に提供することを目標としている。しかし、これらの保健計画は、社会・経済開発計画の停滞に伴って大きく後退しており、特に農村保健施設の伴う医師、看護婦など保健要員の確保が困難となっており、年次計画の修正を余儀なくされている。

IV マレーシアの衛生行政および保健計画

マレーシアにおける保健サービスは、本来地方衛生部の所管で、州政府の管轄下におかれていたが、1957年の独立を契機として、都市部およびその他の地方当局管轄地域における一部事業を除き、中央政府の所管となった。さらに、1963年のマレーシア連邦の結成に際し、サラワク州の保健事業も連邦政府の管轄となり、サバ州についても1972年に中央政府に移管されている。しかし、連

邦の成立にいたる歴史的背景と複雑な経緯から、行政機構の再編成、旧制度の改廃、統合が遅れており、人種問題ともからんで衛生行政の円滑を欠いている。特に東マレーシアの二州については、衛生行政組織、スタッフの構成など西マレーシアの諸州と著しく異っている。保健衛生行政には中央および地方機関とも主として中国系およびインド系医師によって推進されてきたが、現政府のマレー系住民の優先政策を反映して、保健省および地方衛生部の主要なポストも漸次マレー系医師に占められており、中国系およびインド系医師の不満が大きい。

衛生行政の中央機構一保健省 (Ministry of Health) は、大臣の下に保健局長 (Director General) と事務局長 (Secretary General) とがおかれ、前者には医務部 (Division of Medical Services)、保健部 (Div. of Health Services)、歯科衛生部 (Div. of Dental Services)、保健計画部 (Div. of Development & Planning) および養成訓練部 (Div. of Manpower & Training) の五部、後者には財務部 (Finance Division) および人事部 (Personnel Division) の二部に分れている。医務部は病院、精神病院、看護事業を所管し、保健部は伝染病予防、母子衛生、衛生教育、環境衛生、栄養、学校保健、産業衛生等を担当する。また主要伝染病—マラリア、結核、らい、フィラリア症等に対する撲滅対策事業も保健部の所管である。歯科衛生部は歯科衛生サービスの全般を管轄する。保健計画部は1968年に設置され(後述)、養成訓練部は医療関係者の養成および現任訓練に関する事項を担当している。西マレーシア11州における衛生行政組織には、各州間に多少の差異があるが、一般に州衛生部長 (Chief Medical & Health Officer, CMHO) の下に次長 (Dupty CMHO)、上級医官 (Senior Medical Officer of Health, SMOH)、歯科医官 (Principal Dental Officer)、薬剤官 (State Pharmaceutical Chemist)、看護婦長 (State Matron) がおかれている。次長は医療サービス、SMOHは公衆衛生サービスを担当する。郡レベルの衛生行政は郡衛生部長 (Medical Officer of Health, MOH) が主管し、保健所は Medical & Health Officer、歯科診

療所は Dental Officer、学校歯科診療所は Dental Nurse が担当しているが、いずれも郡衛生部長の管轄下におかれている。サバ州においては州衛生部長 (Director of Medical Services, DMS) の下に次長 (Dupty DMS)、公衆衛生および結核対策担当の二人の医官 (Principal Medical Officer)、マラリア対策担当医官 (State Malarialogist) および Chief Health Super-intendent (環境衛生監視) がおかれている。行政単位は4県 (residence)、22郡 (district) に分かれ、2~4の郡が一つの衛生行政の単位となり、地区医官 (District Medical Officer) の管轄下におかれている。サラワク州の衛生行政組織は、州衛生部長 (Director of Medical Services) の下に次長 (Dupty DMS)、Assistant DMS (公衆衛生担当)、看護婦長 (Principal Matron)、薬務官 (Pharmaceutical Chemist)、Medical Officer (養成訓練担当医官)、歯科医官、および中央衛生研究所を担当する医官がおかれている。行政地区は五つの県 (division) からなり、各県はさらに数郡 (district) に分かれ、それぞれ県衛生部長 (Divisional Medical Officer) および郡衛生部長 (District Medical Officer) の管轄下にある。また、保健所は District Council の下におかれている。

この国の保健衛生状況を主な人口動態統計によってみると、出生率および死亡率ともに西マレーシアで低下しており、1957年のそれぞれ12.4、46.3から1971年では6.8および32.6となっている。東マレーシアにおいてもほぼ同様の傾向がみられるが、サバの出生率には1960年と1970年の間にほとんど変化がなく、サラワクでは僅かながら上昇している。死亡率では同期間に8.2から5.6と改善を示したが、サラワクでは5.0から4.9とほとんど変化していない。新生児死亡、乳児死亡、幼児死亡、母性死亡等の諸率についても様に低下の傾向にあるが、なおわが国の3倍以上の高率である。伝染病は依然としてこの国の衛生行政の当面する最も重要な課題で、これまでWHOの援助のもとに各種の伝染病予防ないし撲滅は計画してきたが、十分な成果をあげるに至っておらず、伝染病対策の再検討が緊急の課題となっている。

る。死因構造では伝染性疾患の全死亡に対する割合は、ここ数年来、僅かながら低下している。1967年における死因の明らかな死亡は全登録死亡の28.6%に過ぎないが、このうち伝染性疾患による死亡は19.4%であった。1971年では死因の明らかな死亡は全登録死亡の29.8%で、このうち15%が伝染性疾患によるものであった。全登録死亡の約70%を占める死因の明らかなでない死亡のうちに伝染性疾患に起因する疾患の含まれていることは、筆者の経験からも容易に想像されるから、伝染性疾患の相対的重要性はいささかも失なわれていない。また、1972年における政府関係病院における死亡統計では、乳児期の疾患による死亡が20.2%で第一位を占め、ついで心臓病、事故、新生物、脳血管系の疾患で、結核、胃腸炎はそれぞれ第7および8位となっている。入院患者の疾患順位では、事故、妊娠時の合併症、胃腸炎、皮膚疾患、マラリア、心疾患の順となっている。なお届出伝染病については、マラリア、結核、ジフテリア、フランベシア等の届出数は減少しているが、その他の伝染病についてはほとんど変化がなく、最近ではコレラ、ポリオ、腸チフス、デング出血熱等の大規模な流行が発生している。

これら疾患に対する医療サービスのニーズは近年急激な増加をみせており、医師およびその他医療関係従事者の不足、特に農村地区における保健サービスの拡充が問題となっている。

西マレーシアにおける医療施設は、1971年現在で病院数214、病床数30,695、このうち政府関係病院および病床数はそれぞれ63および25,243床である。また、医師数は1,881名で医師1人当り人口4,772人、人口千人当りの病床数は3.2となっている。サバにおける病院数は1972年現在、14、病床数2,013、人口千人当り病床は2.7床、医師数82人、医師1人当り人口8,950人、サラワクでは病院数20、病床数2,287、人口千人当り病床数2.2、医師数103人、医師1人当り人口10,070人となっており、東マレーシアにおける医療サービスは更に深刻となっている。他の開発途上国と同様に、医療機関および医療関係者の都市偏在が著しく、都市と農村部の格差が大きい。

主要伝染病、マラリア、結核、らい、フィラリアおよびフランベシアに対しては国の予防対策計画が進められており、環境衛生、学校保健、家族計画等もWHOはじめ国際機関の援助のもとに各担当部局によって実施されている。

マレーシアにおける社会・経済開発計画は1955年の第一次マラヤ五ヵ年計画、第二次マラヤ五ヵ年計画、第一次マレーシア計画(1966~70年)、を経て、現在、第二次マレーシア五ヵ年計画(1971~75年)、通算四次の開発計画が実施されている。両次のマレーシア計画を通じて国民所得水準の向上、雇用の増大、都市および農村間の所得格差の是正を目標とし、民族間の経済格差、特にマレー系住民の経済と福祉の向上のため、農村開発を重点施策としている。

保健計画においても国の総合開発計画の一環として進められており、第二次五ヵ年計画における保健部門の予算は1億7,092万米ドルが計上され、1,292件の事業の実施が計画されている。保健省には1969年、保健計画部が設置され、保健計画の立案と実施状況の監督、評価を行い、また保健サービスに関する一般のニーズと問題点を明らかにすることを主要の任務としている。しかし、この部の構成や権限についても問題が多く、その機能を十分に発揮する状況にはないと思われる。保健計画の主要な課題である農村保健計画や病院改善計画、その他各種のプロジェクトの立案と評価は、それぞれ担当の各部局およびWHOの評価チームによって実施されているのが現状である。

農村保健計画は、現在保健省の最重点施策として進められており、人口5万人当り一つの農村保健ユニットを設置する事業を行っている。このユニットは保健所(main health centre)1、保健所支所(health sub-centre)4、助産所(midwife clinic)20から構成され、母子保健、歯科衛生、伝染病予防、環境衛生、学校保健等を含む予防と治療の包括的なサービスを提供することを目的としている。過去三次の五ヵ年計画期間に保健所44、保健所支所180、助産所940が完成されており、第二次マレーシア計画においても、それぞれ17,62および402の施設の建設が計画されている。1971年現

在、これらの施設による保健サービスは農村人口の三分の二、約4百万人をカバーしているが、その他の地区については移動診療所および母子保健クリニックが定期および随時巡回サービスを実施している。なお、農村保健施設の画一的な設置計画には異論も多く、利用状況や医療関係者の充足、保健サービスの質的向上など検討すべき点も多い。

第二次マレーシア計画においては、農村保健施設の建設を含む558の保健事業、292の病院建設および改善事業、77の歯科事業、28の養成訓練計画、サバにおいては159の保健事業、サラワクでは887事業の実施が見込まれている。1972年は第二次計画の第二年次にあたるが、全計画の68%が実施段階に入っている。

保健計画を含めマレーシアの社会・経済開発計画は、農業基盤の拡充を中心に一定の成果をあげているが、公共事業、雇用、教育、保健衛生、住宅など民生の面では目標を大きく下回っており、福祉より高度成長を優先したものといえよう。また、マレー人によるマレーシア化などマレー系住民の優先政策は、たとえ、開発計画が表面的に繁栄と健康水準の向上をもたらしたとしても、そのもとでの国民の不満、とりわけ民族・階層の対立を一層深化させることになるだろう。

以上、ASEAN諸国、主としてタイおよびマレーシアにおける保健衛生行政と保健計画を既存

資料、筆者の見聞や在職中の感触などを中心に概説した。ポスト・ベトナムの新事態はこれらの国々の対外および国内政策の転換を求めている。社会・経済開発、従って保健計画もかなりの修正を余儀なくされるだろうし、わが国に対する経済援助や医療協力に関する要請も、今後ますます増大するものと思われる。これらの国々の健康と福祉水準の向上のために、技術的、経済的な協力を行うことは、アジアの先進国として、また国際社会の一員として当然の責務と考えられるが、しかし、これらの国々の民衆の素朴な反日感情や対日批判のたかまりを無視することは出来まい。不断の接触を通し、相互理解を深めることがその前提であろう。

参考文献

1. 黒子武道 「東南アジアおよび西太平洋地域の衛生事情について」公衆衛生, 33巻4号, 昭44年.
2. Kurosu, T.: Assignment Report on Epidemiological and Statistical Services Project in Malaysia. WHO, April 1974.
3. WHO: Fifth Report on World Health Situation, 1975.
4. 重松逸造 「東南アジア諸国における疫学上の諸問題」外務省文化事業部, 昭48年.
5. 黒子武道 「タイ国医療協力基礎調査団報告書」国際協力事業団医療協力部, 昭50年.

日米保健費用の比較

前田 信雄

I 研究のねらい

1960年代に入って、いずれの国もなんらかの医療費上昇に当面し、その対策に苦心している。財政支出をまかないきれないこともあり、医療施設の運営に困難をきたしたり、患者や家族が大きな医療費負担を強いられたり、様々の局面がみられる。

米国と日本とは、いずれの国よりも急速に医療費用が増えた国である。名目上の貨幣単位ではかると、先進国のなかで日本は最高の医療費インフレーションをみた国の一つに入る。米国も日本に劣らぬ急上昇をこの10余年の間にみた国である。しかし、ひとしく上昇したといっても、その増加のしかたとなかみは、米国と日本で違うものを持っている。日本は、外来診療を中心にして、薬剤費や検査費用などが顕著であったのにたいし、米国では、需要増を契機として、病院費用を中心にして、労働費用等が著しかったのが特徴である。

ひとしく医療提供をしながら、国と国との間はどうしてこのようなちがいがあるのか。その説明には、医療の提供のしかた、施設の内容、医療制度の法制など様々の差異と因果関係の指摘が必要である。と同時に、両国の医療費増加のパターンに何か共通なものがあつたという理解も必要で、これによって差異を浮彫りさせることができる。

さいきん、両国のそれぞれについて医療費と医療制度とについて沢山の研究がなされた。米国とイギリス・スウェーデンとの医療制度比較もやられた¹⁾。しかし、資料の制約もあってか、米日中心の比較はなされていない。

本稿のねらいは、まず両者の実態を資料にもと

づきながら有意義で可能な限り米日両国の比較検討をすることである。あわせて医療費上昇に及ぼした要因を両者の制度上の差異を中心に指摘してみることである。そのなかで、両国の医療制度上の共通の問題点や解決の方向、将来的問題などが明らかにできるであろう。

II 資料の検討

米国については、主に総保健支出 National Health Expenditures (Barbara S. Cooper ほか)を使うが、これは保健サービスとサプライおよび医学研究・医療施設建設を含むものである。財源の方では、連邦・州など公共団体負担と民間健康保険負担および患者個人の支払いとにわかれる。

保健サービス支出のうち、公的事業は、保健教育福祉省はもとより他省のものも含む。民間事業における支出の推計は、はじめに各種サービス支出の総額を推計し、それから公的なものを差引いた残りを民間支出とする方法をとっている。病院支出は、アメリカ病院協会が発行されたデータから推計したものである。民間の医師・歯科医師らのサービス支出は、データの得にくいものであるが、これは個人業の所得統計を元にしたデータからの推計にもとづくものである²⁾。

米国の総保健支出の枠組みにたいして、日本のデータをできるだけ類似の区分を用いて比較する

2) データの定義・収集方法および原資料については、Dorothy P. Rice and Barbara S. Cooper: National Health Expenditures, 1929~68. *Social Security Bulletin*, Jan. 1970, pp. 17~20. 最近の暦年のデータについては、N. L. Worthington による National Health Expenditures, 1929~73, *Research and Statistics Note No. 1*, 1975 (Feb. 19, 1975) を用いた。会計年のデータは若干異なってくるが、同上著者による1974年のデータは、*Social Security Bulletin*, Feb. 1975に掲載されている。

1) Odin W. Anderson. Health Care: Can there be equity? Wiley, Interscience 1972, pp. 273.

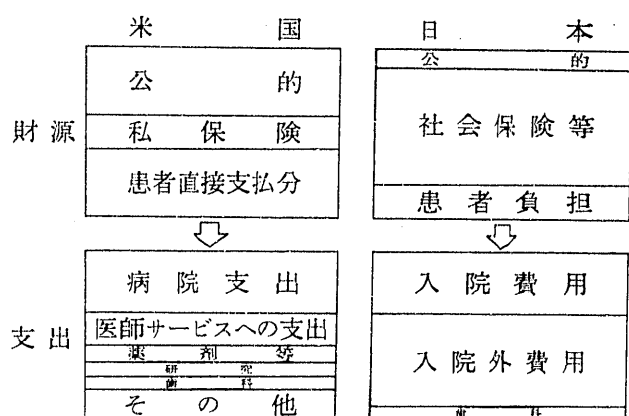


図1 米国の保健費用と日本の国民医療費の枠組み

と、図1のとおりである。

日本の国民医療費は、国または地方公共団体の公費負担分と社会保険の負担および患者自己負担分とにわかれる。大きな枠組みでは、米国の資料と同類の区分である。そして、この資料は、もともと負担面のデータを中心に厚生省統計情報部によって調べられたものである。皆医療保険が実現した1961年以降、社会保険および国民健康保険の保険料(税)を主とする保険収入の資料が次第に正確となってきたため、この負担面からの財源把握が可能ともなった。

日本の資料には、健康診断等の予防費用および差額徴収など、患者の保険によらない純然たる私費支払いが入っていないのが難点であるが、それ以外では、米国との比較は相対的に容易である。西・中村らの研究によると、これら広義の予防費用と患者の私費部分は、医療費総額にたいしおよそ約4割と推測されている³⁾。

この保険の支払面の範囲内でありながら、日本の国民医療費では、入院費用と入院外（往診を含む）費用および歯科費用の区分ならびに病院と診療所との区分が一応なされている。米国の病院支出とのなんらかの年次的比較照合が可能である。医師サービス部分については、日本の国民医療費にそのような区分はない。そもそもこの点では制度上の大きな違いがある。薬剤費も国民医療費か

らだけでは十分に把握できないが、他の資料によって補いながら米日比較はある程度可能である。図1のとおり、歯科費用についても、日本では私費支払部分が計算されていないことを別にすれば、比較検討は可能である。

なお、以下の文では、米国については保健支出、日本については医療費とし、両者共通のばあいは、単に保健費用と書き、両者の区別を表現することにする。用いた資料は、主に1971年まであるいは過去15年間のものである。新しいデータの発表が既にあるが、本稿では基本的な両国の推移の比較が目的なので、新しいデータについてはかっこ書きでもって言及した。

III 日米保健費用の増加傾向

1955年からのカレンダー年ごとの両国の保健費用は表1のとおりである。過去15年間ににおける米国の177億ドルから797億ドル(1971年)への約4.5倍の増加も驚異的であるが、日本は7億ドルから84億ドルへと約10倍の急増をみた。1960年までの両者にそう異同はなかったが、日本は1960年以降年間増加率約10~20%以上という高い増加率を示す。この間米国は1965年の社会保障改正までは10%以下、それ以降は10%以上の増加をみた。

日本のばあい、この増加は1961年からの国民皆保険による医療需要増と健康保険法改正等による医療費改訂が大きく影響し、米国のばあいも1965年のメデケアとメデケイDの導入が保健支出増加に大きく影響した。

保健費用の対国民総生産への比較もよくなされる。

同じく表1でみられるように、日本では、この国の経済活動の一指標であるGNPに占める医療費の割合が殆ど一定である。病院や診療所の活動あるいは薬剤といったことの供給面が、結局は日本の総体としての経済活動ひいては総供給量に比例して増加したということである。日本のばあい、薬剤費と検査費用の占める割合が半分以上であることを考えると、医療産業といわれる医療施設の供給量は化学や機械工業における生産量に影響

3) 中村文子：増加している総医療費の実状、雑誌「医療と人間」4号、p. 63. 1974年。

表 1 米国の保健支出と日本の医療費(暦年)

年	米 国			日 本			国民総生産に占める 保健費用の割合 (%)	
	保 健 支 出			医 療 費				
	10億ドル	指 数 1955=100	対前年比 (%)	10億ドル	指 数 1955=100	対前年比 (%)	米 国	日 本
1955	17.7	100		0.75	100		4.4	3.1
1956	19.2	108	8.8	0.81	108	8.0	4.6	2.9
1957	21.1	119	9.9	0.90	119	11.1	4.8	2.9
1958	22.8	129	8.1	0.98	129	8.9	5.1	3.0
1959	24.9	140	8.7	1.08	143	10.2	5.1	2.9
1960	26.9	152	8.0	1.22	163	13.0	5.3	2.7
1961	28.8	163	7.1	1.51	201	23.8	5.5	2.8
1962	31.3	177	8.7	1.80	239	19.2	5.6	3.0
1963	33.5	189	7.0	2.20	293	22.2	5.7	3.1
1964	37.5	212	11.9	2.73	364	24.1	5.9	3.3
1965	40.5	229	8.0	3.24	432	18.7	5.9	3.6
1966	45.0	254	11.1	3.73	497	15.1	6.0	3.5
1967	50.7	286	12.7	4.32	575	15.8	6.4	3.5
1968	56.6	320	11.6	5.15	677	19.2	6.5	3.5
1969	64.0	362	13.1	6.01	791	16.7	6.9	3.4
1970	71.6	405	11.3	7.14	939	18.8	7.3	3.5
1971	79.7	450	11.1	8.40	1,018	17.6	7.5	3.4

資料: (1) U. S. Department of Health, Education and Welfare, Social Security Administration, Office of Research and Statistics: Research and Statistics Note, No. 3, 1974.

(2) 厚生省統計調査部, 国民総医療費, 昭和48年。

表 2 国民1人あたり保健費用(米日)

年	米 国		日 本	
	実 額	指 数	実 額	指 数
	ド ル		ド ル	
1955	105.4	100	8.4	100
1956	112.3	107	8.9	106
1957	121.0	115	9.9	118
1958	128.8	122	10.7	127
1959	137.9	131	11.6	138
1960	146.3	139	13.1	156
1961	154.0	146	16.1	192
1962	164.9	156	18.9	225
1963	174.2	165	22.8	271
1964	191.9	182	28.0	333
1965	204.7	194	32.9	392
1966	224.9	213	37.7	449
1967	250.8	238	43.1	513
1968	277.1	263	50.8	605
1969	310.3	294	58.6	698
1970	341.6	324	68.7	818

資料: 表1と同じ。

されうることは、理論的には十分考えられることである。また、病院や診療所等の供給量の多くは、医師や看護婦らの従事者の賃金・給料にも大きく依存する。それらは、国全体の一般産業の賃金水

準の反映とも考えられる。あるいはまた、診療報酬の改訂が物価と賃金上昇とに何らかのかたちで比例してきめられてきたことにもよるであろう。日本のデータは、そのような諸関連の所在を十分に示唆するものである。

米国のばあい、GNPに占める割合は徐々にではあるが、増加の一途をたどり、1965年の社会保障法改正以降6%のラインを越えた。米国の国民総生産の増加率は、1966年から70年まで、年間平均7.3%であったのにたいし、保健支出の年間平均増加率は11%を越えるものであった。保健支出の総生産に占める割合はもともと高かったのであるが、1966年以降、結局は医療需要の拡大に押されて、保健支出の増加の方がより一層著しかったことになる(1975年推計値8.3%)。

両国のこの間における経済力の概況をまとめて

	米 国		日 本	
	1961~65 平均	1966~70 平均	1961~65 平均	1966~70 平均
経済成長率 (年間)	6.3%	7.3%	7.3%	17.3%
保健費用 年間増加率	8%	11%	20%	17%

示すと次の通りになる。

これらの数値をみると、米国は既に高い経済水準にあり、日本経済は、急成長しておりながらも、依然として相対的に国民1人あたりで見れば低い経済水準であることを考慮しなければならない。今後日本の医療費は、経済成長率とは別の伸び率で進むのか、あるいは依然として経済成長の後を追うのか、興味あることである。

国民1人あたりの保健費用は表2に示すとおりである。米国の保健支出は、1955年に既に100ドル台、その後15年間に約3倍強の300ドル台に達した(1973年463ドル)。日本の医療費は、ドル換算で、1955年には米国の10%以下であり、1970年によろやく米国の20%台の金額に達した(1973年129ドル相当⁴⁾)。なお両国の国民1人あたりの国民所得金額は、1970年米国3,935ドル(1973年4,921ドル)にたいし、日本はその約半分1,536ドル(1973年3,263ドル)である。日本の医療費は上述のように急上昇したとはいえ、未だ米国の20%台という低い水準にある。

しかも、以上は物価上昇を考慮せず、金額そのものをみた上でのことであり、もし実質の保健費用をとるならば、両国の差はさらに若干のひろがりを示す。保健費用の指数(1960年=100)から消費者物価指数での上昇をマイナスしたのもでって、仮りに実質的な保健費用をみる方法も考えられる(表3)。これによると米国の保健支出は1960年から1971年まで2.4倍、日本のそれは6倍である。

なお、日本における医療費上昇には、健康保険法等による診療報酬の引き上げが関係しているが、主な引き上げを1960年以降年代別に列挙すれば以下のとおりである(医科のみ)。

1963年… 3.7%

4) ドルへの換算にあたっては、U. S. Department of Commerce "Statistical Abstract of United States" のデータを用いた。

換算率は以下のとおり。1955年～1958年…360円=1ドル、1959年～1962年…361.8円、1963年…362.9円、1964年…363円、1965年…362円、1966年…362.5円、1967年…361.9円、1968年…357.7円、1969年…357.8円、1970年…357.6円、1971年…330円、1972年…302円(日銀資料)、1973年…281円(同上)。

表3 保健費用と消費者物価指数

年	A. 保健費用価格 指数 1960年=100		B. 一般消費者物価 指数 1960年=100		C. 消費者物価指数 により訂正した 保健費用指数 (A-B)	
	米 国	日 本	米 国	日 本	米 国	日 本
1960	100	100	100	100	100	100
1962	116	148	102	112	114	136
1963	125	180	103	126	122	159
1964	139	224	105	126	134	198
1965	151	266	107	135	146	231
1966	167	306	110	142	157	264
1967	188	354	113	148	175	306
1968	210	422	118	155	192	367
1969	238	493	124	164	214	429
1970	265	585	131	177	234	507
1971	281	689	137	187	244	601

資料：日本銀行統計局、「国際比較統計」昭和47年5月。

1965年… 9.5%

1967年…7.68%

1970年…9.74%

1972年…13.7%

しかし、中村文子の分析によると、受療率の増加の方がより一層医療費上昇に影響を及ぼして、医療費改訂はそう大きく影響していない⁵⁾。

以上種々の観点から米日両国の総額としての保健費用を比較してみたが、以下の総括的な要約ができよう。

共通点：両国とも健康保険・社会保障拡大によって総額が急上昇したこと

相違点：(1)米国は国民総生産の増加を抜いて保健費用上昇

日本は国民総生産と平行して増加したこと

(2)国民1人あたり保健費用では両国に依然として大きな格差があること

IV 米国は病院中心・日本は外来中心の増加

保健支出をサービスごとにわけてみて第一にめだつのは、米国に病院支出増加が著しかったことである(表4)。1955年59億ドルだったものが、15年後の1970年には279億ドルと5倍近くになった(1973年382億ドル)。医師サービスは36億

5) 中村文子、同上論文。

表 4 医療の種類別保健支出と医療費 (暦年)

年	米 国 (百万ドル)				日 本 (10億円)		
	病 院 ケ ア	医師サービス	歯科サービス	薬 剤	入 院	入 院 外	歯 科
1955	5,900	3,689	1,508	2,384	95	113	31
1956	6,347	4,067	1,625	2,686	105	125	28
1957	6,892	4,419	1,737	3,010	114	141	35
1958	7,548	4,910	1,850	3,242	132	150	41
1959	8,177	5,481	1,894	3,525	148	167	48
1960	9,092	5,684	1,977	3,657	164	194	52
1961	9,921	5,895	2,067	3,824	203	245	65
1962	10,658	6,498	2,234	4,095	234	303	76
1963	11,709	6,891	2,277	4,235	279	387	89
1964	12,697	8,065	2,648	4,446	335	500	104
1965	13,087	8,745	2,808	4,850	410	598	114
1966	15,583	9,156	2,964	5,309	455	719	126
1967	18,145	10,287	3,360	5,652	527	833	152
1968	20,926	11,099	3,623	6,165	620	993	188
1969	24,223	12,378	4,047	6,731	710	1,161	207
1970	27,961	13,600	4,440	7,211	880	1,371	245

資料: 表1と同じ。

注: 日本の医療費は買薬あんま等を除いたもの。

ドルから 136 億ドルへと約 4 倍弱である (1973 年 182 億ドル)。歯科医師サービスは、15 億ドルから 44 億ドルへと約 3 倍増にすぎない (1973 年 59 億ドル)。米国の病院支出には、独立して自分のオフィスを持つ個人開業医の病院における報酬は入らない。麻酔と X 線サービスは、ときには病院費用に入り、また医師サービスのなかに入ることもある。これは、報酬の帰属先をベースにした区分であるが、大きな差異はこの個人開業医の診療分だけといってよいであろう。

日本のデータのなかには診療所への入院費用が含まれているのが大きな差異である。このなかには、診療・投薬・検査および病院と診療所医師への支払分も含まれるが、ただし、これは入院患者が支払った分に相当するものである。

日本のデータは、1955 年以降 (あるいはそれ以前) 同様の分類をした入院サービスという広い概念で総括的に把握した数値である。外来は病院・診療所を含む。その面では、施設・人員サイドからでなく、サービスあるいは患者の側からみた点では、むしろある意味では画然たる区分内容ともいえる。

両国のこの二種類のデータの異同については、

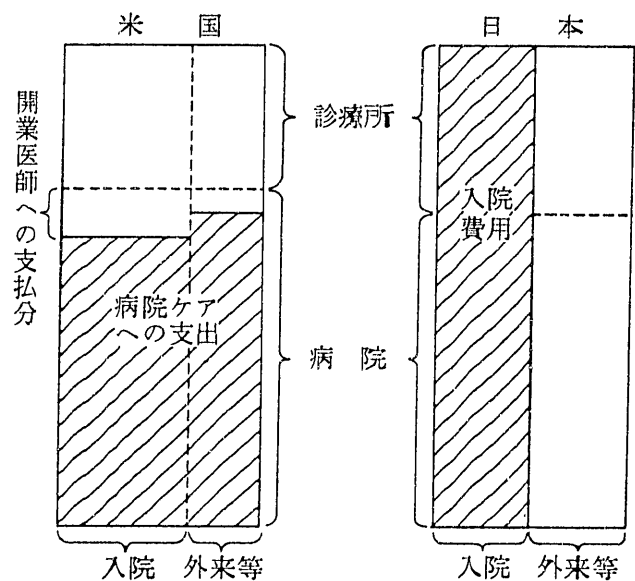


図 2 病院ケア支出と入院費用の区分の比較

図2で説明できる。これはあくまでモデル的にその区分を示したものであるが、病院制度や医師への支払制度が大きく異なる各国間の統計分析の上では、区分のちがいはさけられない。

1955 年 950 億円だった日本の入院費用は、15 年後 8,800 億円と約 9 倍であったが、同期間、外来費用の方は 12 倍の増加である。歯科診療分は

表 5 国民1人あたり保健支出と医療費(暦年)

年	米 国				日 本			
	総 額	病院ケア	医師サービス	そ の 他	総 額	入 院	入院外	そ の 他
金 額 (10億ドル)								
1955	100	35	22	43	8.5	2.9	3.5	2.1
1960	137	49	31	57	13.2	4.9	5.8	2.5
1965	188	69	44	75	33.1	11.5	16.8	4.7
1970	315	134	65	116	69.4	23.9	37.3	8.2
パーセント								
1955	100.0	35.0	22.0	43.0	100.0	34.1	41.2	24.7
1960	100.0	35.8	22.6	41.6	100.0	37.1	43.9	18.9
1965	100.0	36.7	23.4	39.9	100.0	34.8	50.9	14.2
1970	100.0	42.5	20.6	36.8	100.0	34.4	53.7	11.8

資料: 表1 と同じ。

注: 日本については表4 と同じ数値, 以下の表同様。

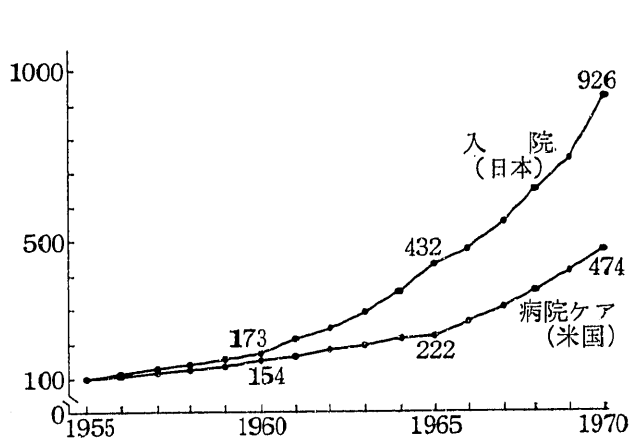


図 3 入院費用の増加指数 (1955=100)

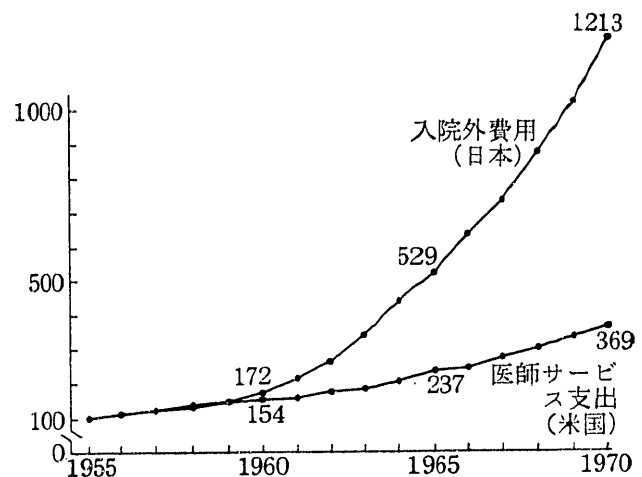


図 4 医師サービス支出と入院外費用の増加指数 (1955=100)

米国のばあいと同様, 日本でもその増加率は他にくらべて下まわっていて, 約 8 倍の増加率である。両国のサービスごとの増加率の推移を指数化して比較したのが図 3 と図 4 である。

病院もしくは入院サービスの面でみると, 両国とも 1960 年までの 5 ヶ年間はそう大きな差がなかったが, 日本は 60 年代に入って急上昇をし, 60 年代後半にまた若干増加のきざしがみえた。しかし, 増加率の点では, 米国に, 前章でも指摘したように, 1965 年からの急上昇が顕著である。1955 年から 1965 年まで, 10 年間で倍になったのが, 1965 年から 1970 年の 5 年間で倍増という数値である。

しかし, 日本の外来費用の方がそれ以上に極め

て高い増加率である。1960 年から 1970 年までの 10 ヶ年間で約 10 倍という急上昇である。米国の方は 15 年間で約 3 倍である。もっとも医師のサービスには外来診療以外に入院時の医師サービスも含まれる。いずれにせよ, 米国は入院という施設サービス中心の上昇, 日本は外来患者への診療, とくに薬剤・検査等の上昇が著しい。

これほどの上昇をみた日本の医療費は, 水準という点でみるならば, どの程度米国に追いつくものであったのか。その問題に接近するため, 国民 1 人あたりドル換算の費用をみたのが, 表 5 である。米国の病院支出は, 1970 年国民 1 人あたり 134 ド

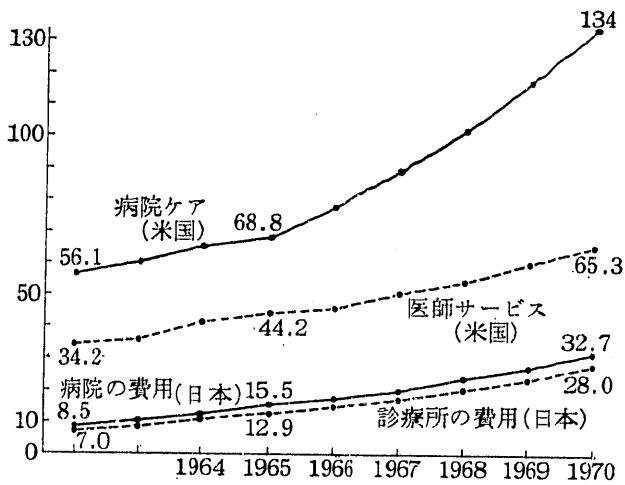


図5 1人あたり病院費用 (単位: ドル)

ルであったのにたいし、日本の国民1人あたり入院費用は、依然として23.9ドルである(1973年47ドル)。日本の入院費用の方はより広義の区分であっても、なおかつ米国の1/6弱である。日本のデータを、病院の費用(hospital charge)だけ、つまり病院における入院と外来とだけに限ってみると、若干多い金額になる(図5)。もっとも、最近にかけその差は縮まってきてはいるけれども、1人あたりの年次ごとの上昇率で過去数十年のトレンドを再びみれば、米国では、1965年を境にして急上昇に向ったのが、この図からも明らかである。

米国の医師サービスの支出は、1965年の44.2ドルから1970年の65.3ドルと緩慢な上昇である。日本の診療所収入とだいたい平行的な上昇だったのが注目される。また、この図から日本では病院と診療所という区分よりも、外来診療というかたちでの費用増加が著しかったことが、いっそう顕著である。

この急上昇した外来診療費用の国民1人あたり金額は、1970年、米国の医師サービス支出の約半分である。全体が日本の約5倍弱の保健支出である米国の水準にくらべてみると、この外来診療費用37ドルというのは相対的にはかなり近接した金額であるといえよう。

両国のサービスごとの費用での対照的な差異は、再び表5の構成比の推移でみることができる。米

表6 歯科費用の米日比較

年	米 国			日 本		
	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル
1955	1,508	100	8.96	86	100	0.9
1960	1,977	131	10.75	144	168	1.1
1965	2,808	186	14.20	316	368	3.2
1970	4,440	294	21.31	684	790	6.6

資料: 表1と同じ。

国の病院支出の全体に占める割合は、1955年の35%から1970年の42.5%へと増加した。他方日本の外来診療費用は、4割台から5割を越す構成比へと変った。

V 歯科医サービスと薬剤費の比較

両国のデータのなかで最も近似的な内容をもつのが歯科サービスのコストである。米国のそれは歯科医のサービスを中心とするので、たとえば、技工士への支払いなど若干のものが除外されるが、歯科医サービスが歯科産業の殆どをカバーする。日本のデータは、健康保険や生活保護法のような公費負担を通じて支払われたものを主とする。また、歯科に相対的に多い保険外の報酬、すなわち患者自己負担部分はこの数字から除かれているので、歯科部門の全体的数値ではないが、保険と公費がその殆どをカバーしていることも事実である。

米国は1955年1508百万ドルをこのサービスにふりむけていたのが、1970年には約3倍、日本ではそれが約8倍である。

国民1人あたり米国は約9ドルから1970年には21ドルへと、日本のそれは0.9ドルから6.6ドルへと増えた。

米国の歯科サービスへの支出が少ないのは、未だ多くの健康保険やHMOsにおいても給付の対象外としていることが、米国の歯科サービスの相対的にゆるい増加をもたらした要因と考えられる。

健康保険等による給付が早くからなされている日本では、この費用の増加は主に患者数の増加と新技術の導入とによったと考えられる。しかし、この間歯科医師数はさほど増加せず⁶⁾、また歯科

6) 1955年3万1千人、1970年3万7千人。

表 7 米国の薬剤支出と日本の薬剤生産額

年	米 国			日 本		
	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル	金 額 百万ドル	指 数	1人あたり ドル
1965	4,850	100	24.53	1,262	100	12.9
1970	7,211	148	34.61	2,866	224	28.6

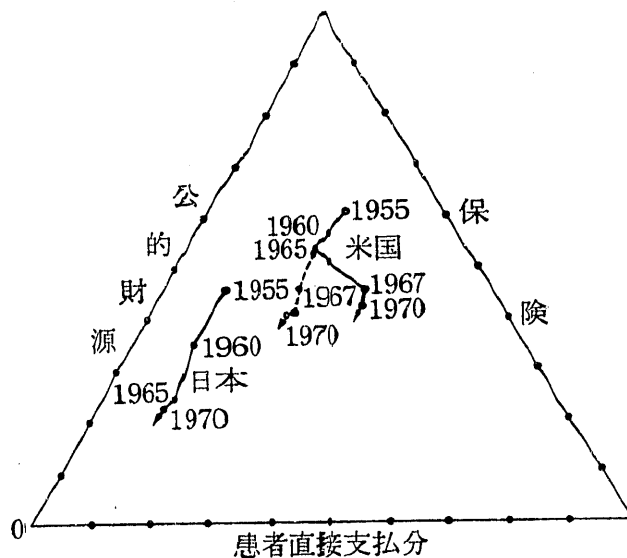
資料: 表1と同じ。

においては他ほど投薬・注射・検査に依存しない部門なので、一般診療ほどの増加にならなかったといえよう。

両国とも、他の外来・入院等一般医科診療にくらべてみて、歯科においては比較的のろいテンポの拡大だったのであるが、それらの原因については今後くわしい研究が必要である。

日本に最も典型的でかつのぞましくない傾向としてしばしば批判されてきた薬剤費用については、米国と直接に比較できる資料はない。国内生産プラス若干の輸入が日本のなかでの総消費薬剤額だと考え、しかも利潤と流通価格は一部のものと仮定して、きわめて大まかな傾向と水準を生産額を用いて比較しようとしたのが表7である。米国は1965年から1970年までの5年間に約50%増、国民1人あたり34.61ドルである。同期間日本のそれは約2倍強、1人あたり28.6ドルと米国とそう違わない数値である。国民1人あたり保健費用総額のうえでは約10倍の差であったが、薬においてはきわめて近接している点興味深い。

ただし、米国の薬剤支出 (Drugs and drug sundries) のなかには、病院での薬剤コストは入っておらないので、日本より若干狭いとらえ方をした金額である。これの原資料は、消費者支出推計額 (consumer expenditure estimates) と薬剤供給をする公的事業下の支出額と合計したものである。日本のデータのなかには、公衆衛生用薬、ワクチンなど、予防のための薬剤を含むが、医薬部外品 (たとえば化粧品) および衛生材料は含まない。また、医薬分業が普及している米国では病院での薬剤コストは限られている。これらのことを考慮してみれば、結局米日両国の表7のデータはほぼ似たカテゴリのものであり、多少の比較は可能な数値である。



破線は米国の「保険」のなかにメデケアを含めた数値

図 6 保健費用の財源配分割合

VI 公的財源と私的財源

両国の総保健費用は、健康保険もしくは社会保障の拡大によって増加してきた、ということは、その財源の構成をみると、さらに明らかである。

米国の対人保健サービス (personal health expenditure) 内に占める公的財源は、1955年36億ドルだったものが、1970年には218億ドルに増え (1973年318億ドル)、他方患者の直接支払分 (direct payments) は91億ドルから233億ドルへという増加である (1973年312億ドル)。第3の財源は私的な健康保険であって、この金額は、同期間に25億ドルから157億ドルへという推移である (1973年216億ドル)。日本のばあいには、1955年公的財源は279億円だったのが、1970年には2,822億円へと10倍増、健康保険等は、1,185億円から18,872億円へと約16倍の伸長をみた。健康保険の拡大によって、患者の自己負担分は、1,251億円から5,629億円へという極めてゆるい増加をみただけである (表出省略)。

これら両国の三種類の財源の構成比の年次推移は、図6の3角図表で特徴的に把握することができる⁷⁾。米国では、1955年から1965年まで、公的

7) 米国の患者支払分のなかには、保険費用中の私的部分とその他の財源を含めた。この図では、底辺から頂点に向かって割合が増加するように目盛りをとっている。この図表内のある点から各辺への垂線の合計は、いずれも100%である。

財源はほぼ不変だったのに、保険を中心として、あわせて患者個人負担も増えたが、1965年からその方向は大きく変わり、公的財源の増加が2割台から3割台へと大きく増加した。健康保険の占める割合も相対的には若干減少するほどの増加であった。これは、くりかえし述べたように老人保険法というべき内容のメデケアと貧困者対象のメデケイドの拡大によるものであった。

拠出制の健康保険であるメデケアは、診療をしたばあいの任意医師保険 (Part B) をも含む保険的性格のものである。日本との比較の上では、これはむしろ保険に含めるべきとも考えられる。保険に含めた割合でみると、米国の公的財源 (Public) も日本とほぼ同様の傾向であって、2割台という一定割合を保っていて、類似した傾向を示すのが興味深い。老人保険の増加分が、個人負担割合を大きく減らした。メデケイドの金額は、この図でも公的に含まれるが、その増加割合は、1950年代に公的財源が占めていた割合を、大きくふくらますほどのものではなかった。

日米の大きな財源負担の傾向は、この15年間できわめて相似したものであるのも興味深い点である。いずれも、拠出制の保険 (公共的と純私的との差異はあるが) の増加が中心であって、中央ならびに地方政府の一般財源だけによる負担割合は一定であったことである。日米両国のばあいとも、健康保険の拡大が非労働力人口 (65歳以上) と自営者 (日本の国民健康保険のばあい) を主たる対象として進められた。そして、この健康保険による拠出料のレベルは、その国の被保険者の経済力—所得—を反映するものである。米国の老人保険と日本の国民健康保険のように、政府負担が半額もしくはそれに近い内容の健康保険であっても、保険料の算定基礎には、被保険者の所得などがあるわけである。

とくに日本のばあいは、被用者保険の保険料は賃金水準に直接的に比例する。マクロ的にみれば、日本の医療費が国民総生産に極めて比例的なものとして決定的な偶然なことではなかったわけである。

両国の公私財源負担の水準の差は、国民1人あたり金額を示した表8でみることができる (ここ

表8 国民1人あたり財源別保健費用 (暦年)
(単位: ドル)

年	公 的		保 険		患 者 負 担	
	米 国	日 本	米 国	日 本	米 国	日 本
1955	27.0	0.8	15.4	3.7	55.3	3.9
1960	36.1	1.3	27.7	7.1	72.1	4.6
1962	41.7	2.3	34.1	11.0	75.9	5.6
1963	44.4	2.9	37.0	13.8	79.3	6.1
1964	47.4	3.4	40.9	17.4	88.5	7.2
1965	50.9	4.1	45.1	20.9	93.2	7.9
1966	64.1	4.5	46.7	24.3	97.9	8.7
1967	89.7	5.0	48.3	28.3	96.0	9.9
1968	105.7	5.8	56.9	34.0	97.2	11.2
1969	116.4	6.3	64.9	39.2	108.3	13.4
1970	128.3	7.6	77.2	46.7	114.3	14.5
1971*	142.3	9.3	87.9	54.8	127.6	16.3

資料: 表1と同じ。および B. S. Cooper et al., National Health Expenditures, 1929~73. Social Security Bulletin Vol. 37, No. 2, 1974, p. 15.

* 会計年度、米国のばあいだけ。

ではメデケアは公的へ含む)。米国では、公的財源が1955年すでに27ドルだったのに対し、日本のそれは僅かに0.8ドルで、15年後も、128ドル対7.6ドルと極めて大きな格差である (1973年148ドル対18ドル)。それに対し、保険負担の方は、1970年には、米国77ドル、日本は47ドルと極めて接近した金額である (1973年101ドル対91ドル)。日本の保険料負担が相対的に高いことが明らかである。日本における皆保険という制度の存在がこの接近した数字に表わされている。

米国の患者個人負担は相対的には減少してきたものの、依然として1人あたり年間114ドル (1970年) というのは、実感としても非常に重い支出である (1973年146ドル)。保険料の負担とあわせてこの患者負担があるわけであるから、米国の高医療費負担の実状は深刻であるというべき状態にある。保険といえども、日本でもその約半額は被保険者個々人の負担である (1971年当時)。これと患者負担を含めた広義の国民負担は、米国はおよそ150ドル前後、日本でも約40ドル程度という金額 (1970年) は、両国の同年国民1人あたり国民所得 (前出)—米国3,886ドル、日本1,536ドル—と比較してもかなりの金額である。政府の財政負担上の重荷のことも同様である。

表 9 診療種類別・財源別保健費用の割合(単位: ドル)

区 分		総 数		公的 %	保険 %	患者支 払分そ の他 %
		10億 ドル	%			
米 国 *1	病 院 ケ ア	32.5	100	53	38	9
	医 師 サービス	16.2	100	23	36	41
	そ の 他	23.3	100	25	5	70
日 本 *2	入 院(病 院)	2.6	100	28	56	16
	入 院(診療所)	0.3	100	8	71	20
	入 院 外(診療所)	3.1	100	4	76	20

資料 (1) B.S. Cooper et al., National Health Expenditures, 1929~72, Social Security Bulletin, Jan. 1973, p. 17.

(2) 国民衛生の動向, 昭和 38 年, 192 ページ。

* 1. 1972 会計年度。

* 2. 1971 (暦)年。

米国の病院支出の 53% は公的財源によってまかなわれていて、患者の直接支払いは 9% にすぎない (1972 年)。米国の病院支出 170 億ドルのうち、約 1/3 の 60 億ドルの金額がメデケアからの財源であり、30 億ドルがメデケイドによってまかなわれている (1974 会計年前者約 80 億ドル、後者 41 億ドル)。なお、日本の病院支出とちがうものとして、国防省関係病院と退役軍人病院への費用がある。そう多額ではないが、前者が約 15 億ドル、後者が約 16 億ドルである。

日本の病院における入院費用のうち 28% が公的費用でまかなわれている。健康保険等が 56% で最も多い割合である。日本の公費負担は、米国のそれと若干ちがう。全体の 5 割以上が公費負担で占められるところの結核と精神病による入院が、その中心的なものである。同じ入院でも診療所のばあい、公費負担の割合は 8% にすぎない。診療所の外来診療のばあいは、健康保険の割合が 76% とその大半を占めている。日本の医療費の増加は、主にこの健康保険負担による外来診療の拡大であったことは、表 9 の一時点におけるデータからも読みとられる。患者負担が入院と外来でさほど変わらないのも日本の特色である。いいかえれば、少なくとも 1970 年代前半までは、日本の一般の入院患者は相対的に重い経済負担を余儀なくされてきたことの証左である。米国の入院ケアにおける個人負担は 9% にすぎない。今後は主要疾病ご

表 10 疾病別総医療費 (日本) (単位: 10 億ドル)

年	一 般 診 療		精 神		結 核	
	金 額	指 数	金 額	指 数	金 額	指 数
1962	1.36	100	0.09	100	0.23	100
1963	1.68	124	0.13	131	0.26	112
1964	2.11	156	0.17	172	0.30	128
1965	2.59	190	0.20	206	0.31	131
1966	3.04	224	0.23	239	0.31	132
1967	3.60	264	0.26	261	0.32	134
1968	4.37	317	0.34	336	0.33	140
1969	5.08	369	0.38	378	0.35	147
1970	6.13	445	0.46	464	0.38	159
1971	7.27	487	0.56	517	0.42	162

国民衛生の動向, 昭和 47 年より計算。

とにわけてみた公私の医療費のデータが必要である。多くの国では、伝統的に公費負担の対象であった伝染病・結核への公費負担の制度を変えて、老人の病気や慢性疾患や、交通災害・公害等へ公的財源を投下することが予測されるからである。

日本の既存のデータとしては、精神病と結核ならびにそれ以外全体の医療費のデータがある。

表 10 は、最近 10 ヶ年間の推移をみたものである。一般疾病による増加は 4.8 倍、精神病のそれは 5.2 倍である。結核患者数は減少しているが医療費の絶対額は少しながら増加している。精神医療費が 1968 年から急増したのは、外来患者の治療費を国・公共団体が負担する制度が発足したためである。古いデータになるが、1963 年米国の結核医療費は約 2 億 4 千万ドル、精神神経系の病気の医療費は約 24 億ドルと推定された⁸⁾。同年の日本のデータと比べると (表 10)、結核については意外にも同程度の金額、精神病については約 20 分の 1 の金額の支出であった。

VII 考察——主要な点について

1) 保健費用と国民総生産との関係

保健費用総額の推移とレベルとに影響を及ぼす要因は非常に複雑に入りこんでいる。本稿でとり扱った範囲内のマクロの資料から、これらの要因を証明できることは多くはない。また、二国間の

8) U.S. Department of Health, Education and Welfare: Estimating the Cost of Illness.

比較となるとまたその違った制度や背景のいろいろについての関係もある。統計的な指摘とあわせて、理論的な整理の必要が出てくる。

対 GNP の割合については、既に指摘した点を更に布衍すると、二つの問題設定ができる。一つは、米国のように、病院を中心とする施設・設備への支出を中心とする国では、国全体の一般的な生産の伸長を上まわる資本投下を促進させたという問題。米国のばあい病床数や施設数の拡大でなく、質的な向上が中心で、しかもそれがかなり重複的非効率的提供であった。

高度の専門職への分化と新規職種の導入は違った動向ではあったが、施設の高度化の裏づけとして、いわば病院の「格」だけでなく、「名声」を得るために「超」専門医と資格をもち修練をへた職員が必要だった。

米国のばあい、Somers & Somers が 1960 年代はじめに指摘したように⁹⁾、1965 年以前は私的非営利健康保険の拡大が、医療産業（主に上述の病院と医師・歯科医師サービス）のインフレーションを促がした。患者の医療費負担の重かった入院保険と入院時の医師サービス保険に重きがおかれたのは当然であった。この需要側からのインフレ促進と供給側の拡大とは、互いに原因となりまた結果にもなり、相互に影響しあったとみるべきであろう。Marlin S. Feldstein は、最近、病院費用の増加が医療費増加のなかでも最も著しかったことを指摘したが¹⁰⁾、更にそのなかでも労働費用の追いつき現象 (catching up) と需要増とをあげている。健康保険の適用拡大が病院利用の増加をもたらした、この増加は病院の高価な諸設備と高度なスタッフの拡大につながった。そのことはまた入院患者の経済的負担の増大をもたらす。とくに貧困者や高齢者への社会的制度による医療費軽減措置が必要となる。

米国におけるこのような供給と需要の循環的影響関係は、GNP のレベルや動向と一応独立的に

経過するものだったという理解ができる。ブルー・クロスやブルー・シールドなどの供給側との連けの下での保険など、この循環的關係を示す典型例である。さらに、米国のばあい、医療費支払方式が診療行為別料金制 (fee-for-service) であるとか、病院の開業医師による利用などが、「高度医療」と診断・治療・収容施設の新規化につながったという特殊的側面もある。新しい医療技術や自動化も最近における病院高度化の実現要因であった。いずれにせよ、基本的な関係として、健康保険と社会保障とによる「購買力」拡大および医療産業「供給レベル」の上昇という相互関係を指摘できる。

第二には、日本のばあいは、外来診療中心の労働量中心の医療活動に大きく依存し、結局、医療費は GNP に比例する伸長を示したという問題がある。

日本の医療は、米国とちがって、相対的に数の多い開業医と低い賃金をうけとる労働力に支えられてきたのが特徴的である。診療所あるいは中小病院が入院サービス部門をカバーし、他方大規模病院も多数の外来患者へ一般診療を提供した。

国が法制でもって普及させた健康保険は、需要そのものを増加はさせたが、そのことは入院設備・諸技術・スタッフなどの面で米国ほどの高度化につながらなかった。入院期間を延長させる（あるいは従来通り）とか、外来受診頻度を増したりした。量的拡大中心だったのは、健康保険法等によってとりきめる診療報酬料金が法律改正によらなければ引き上げできなかったことも影響している。このことは、日本の医療費が国民総生産の伸び率以上に拡大はできなかった一つの理由になろう。両者の平行的増加については、はじめの章ですでに指摘したとおりである。

2) 日本の国民医療費増加の要因について

日本のこの対国民総生産比については、別の見方も成立つ。つまり、GNP に平行するというほどの「異常に高い」伸びを促進させたものは何であったかという見方である。ここでは、日本の GNP の増加をいわば「異常」とする前提がある。

9) Somers H. M. and Somers A. R.: Doctors, Patients, and Health Insurance, The Brookings Institution 1961, 特に第 5 章参照。

10) Feldstein M. S.: The Medical Economy. *Scientific Americans*, Sept. 1973, p. 151~159.

一つは需要側からの諸要因がある。国民皆医療保険、人口の老齢化、国民の意識の向上、疾病の増加、所得上昇などの諸要因がある。これらのうち、国民総生産となんらかの強い関係が考えられるのは後の二者である。産業災害による傷病、疲労からくる病気、交通傷害、公害病など産業と生産拡大による直接的な傷病の増加に加えて、都市化や過疎化による病気の増加がある。ニードとデマンドの両方からの諸要因が大きく作用したが、そのうちどれが主たるものであったかについての統計的な検証は課題となって残されている。

第二のグループの諸要因は、供給側のものである。いわゆる“Roemer's Law”¹¹⁾といわれるような、供給量が需要をきめるという現象がある。日本でも健康保険被保険者についての1人あたり費用をみると、大きな傾向として、対人口比医師数あるいは病床数の多い都道府県ほど、1人あたりの費用が高いという特徴がある。少しく単純化していえば、医療供給側は、どこでもある一定以上の収入をめざす、つまり、医師あたり人口が少ないと、被保険者1人あたり費用（保険）の増大に向うということである。需要や患者のニードにプラスして、医療の供給量の要因も働くのではないか、という問題である。

以上の需要と供給両面のうち、どちらが主要なインフレ促進要因であったかは未だ課題として残されている。とくに1973年以降老人医療（70才以上）費負担が軽減されたことにより、受診率はまた増加しつつある。米国にくらべてみて、老人にたいするホーム・ヘルスサービスの少ない日本では、老人の外来診療費と入院費用が、一時的とみられるが急増している。需要側の影響が強く出ているようにみられる。

しかし、長期的にみて、なぜ日本ではその拡大が病院施設の高度化に顕著に向わなかったのか。病床数の量的拡大だけでとどまったのは何故か。この理由としては、大規模病院建設の特別融資制

度、たとえば Hill-Burton Act と同じようなものがなかったことも考えられる。1961年から医療金融公庫が発足したが、民間中小施設への融資が中心であった。国と地方公共団体からの財政援助が少なかったこと、むしろ公的病床拡大と新規化が行政的に抑制されたこと、そして入院関係の料金が低くとりきめられていたことなどがある。各病院の独立採算的運営は、総額としての労働費用を低くおさえるため、新しく専門的な資格をもつ職員の採用をさけてきた。また、医師・歯科医師・看護婦などの再教育や修練の施設や機会を設ける努力も立遅れていた。

利益をもたらず診療行為での供給増大は強く志向されたが、米国のような病院の「格」や「名声」につながる面での供給体制や要員・設備の急激な上昇の方向とは別のものではあった。

日本のばあい医師・歯科医師の報酬、給料（賃金）の増加は著しかった。これは労働費用としてよりも、医師・歯科医師を中心とする所得の向上とみなすべきである。この向上は、医療費上昇の大きな要因の一つであったことは間違いないが、他の職種の労働費用となると、必ずしも“追いつき”現象というべきことはみられなかったといえよう。女子の全体が未だ低い賃金を得ている日本では、看護婦の賃金は最近になってようやく上昇するきざしにある。

3) 米日両国の国民1人あたり医療費レベルの差異と今後の展望

二つの国のあいだの病気の種類と構成にそう大きな差がなくなり（とくに伝染病と栄養障害など）、さらに医療技術のレベルが同等に近くなると、国民1人あたりの医療従事者数や医療の内容もそう大きく違わなくなってくる。従って、1人あたり医療費も近似的になってくると考えられる。しかし、このマクロ的な見方で総額としての医療費を比較してみても、米日両国には大きなひらきがあった。1人あたり国民所得のうえでの差が2倍（1970年）、医療費は5倍の差である。仮りに日本の医療費を広義のものとするため4割増としても3倍以上のひらきがある。

11) Roemer, M. I.: Bed Supply and Hospital Utilization. *Hospitals*. 35 (36) 1961. これをめぐる討論については Klarman, H. E.: Approaches to Moderating the Increases in Medical Care Costs. *Medical Care*. VII (3) 1969 が詳しい。

この開きは、いままでの説明では次のようなものであった。

	米国	日本
1人あたり医療費	高 341ドル	低 69ドル
1人あたり病院費	高 134ドル	低 32ドル(入院費)
1人あたり薬剤費	低 34ドル	高(相対的に) 28ドル(生産額)
1人あたり医学研究費	高 25ドル	低 ?

両国ともこの高い医療費部分について、なんらかのコントロールをくわえる対応がなされている。米国では、公的病床数の削減と新規設備の規制そして1974年からの医学研究費の削減、専門的規準審査機関 (Professional Standard Review Organization) の導入がある。日本では、薬剤の使用額を下げるために、付添の禁止の措置がとられた。現実には薬の使用量の伸びは頭打ち傾向にある。また点数制による間接的なコスト・コントロールも見のがせない。しかし、日本のばあい、医学研究費は今後増加すると予測される。新しい医学校の設置がそれを促進し、高度医療への費用増加をプッシュすると思われる。全体としての今後の伸びは未だまだ続くものとみられるが、その内容・配分問題が課題である。

米国のばあい、価格凍結対策の重要な一環として「病院インフレ」問題が世上広くとり上げられた。医師や施設の不均等分布を是正し、「もっと外来診療や一般診療を拡大してほしい」という要望が大きくなってきている。健康保持機関 (HMOs) も政府のテコ入れで増加しつつある。部分的であるが、人頭請負方式の導入が現実に進んでいる。もしも新たになんらかの「国民的健康保険法」を制定するなら、それだけで数十パーセントの医療費増が予測されている。しかし、米国ではコストの問題にあわせて、医療の質向上への対策が強く志向されているのが特徴的である。

米国と日本とでは、医療組織と社会保険のちがいはあるが、他の点とくに医療費インフレーション

の一般的傾向では類似の国である。両国の比較研究から学び得るものが多い。本稿で分析しつくせなかった政府の財源構成の比較、保険関係データの利用、受療率や健康指標の比較などは今後の研究課題である。

参考文献 (引用したもの以外)

1. Baron D. P.: A Study of Hospital Cost Inflation *The Journal of Human Resources*. ix(1). Winter 1974, p. 33~49.
2. Cooper M. H. and Culyer A. J. (ed.): *Health Economics*. Penguin Books Ltd. 1973, pp. 396. このうち、とくに Mann J. K. and Yett D. E. "Hospital Costs" 参照.
3. Fuchs V. R. (ed.): *Essays in the economics of health and medical care*. Columbia Univ. Press, 1972, pp. 239 とくに Fuchs "The Growing Demand for Medical Care" 参照.
4. Holtmann A. G.: Prices, Time, and Technology in the Medical Care Market. *The Journal of Human Resources*. VII (2). Spring 1972, p. 179~190.
5. Klarman H. E.: Increase in the Cost of Physician and Hospital Services. *Inquiry*. VII (1). Mar. 1970, p. 22~36.
6. McCaffree K. M.: Price and Wage Controls and the Economics of the Health Care Industry, *Medical Group Management*. Nov./Dec. 1972, p. 9~15.
7. Pettengill J.: The Financial Position of Private Community Hospitals, 1961~71. *Social Security Bulletin* 36(11). Nov. 1973, p. 3~19.
8. Waldman S.: The Effect of Changing Technology on Hospital Costs. *Research and Statistics Note*. 4~1972.
9. Kohn R. and Radius S.: International Comparison of Health Services Systems—An Annotated Bibliography—. *International Journal of Health Services*. 3 (2), Spring 1973, p. 295~309.

各国社会指標関連報告の比較

城戸喜子

はじめに

近年、社会指標又はそれに関連した統計集あるいは報告が各国政府機関により公表され¹⁾、日本においても一昨年9月の国民生活審議会調査部会による社会指標の公刊や²⁾、各地方公共団体によるその地域についての社会指標の試算³⁾がなされている。いま社会指標の生み出されて来た背景を簡単に振り返ると、1960年代の前半までは、生産額及び雇用量の増大(=経済成長)、その齎す各家計の所得及び私的消費の増大が国民の福祉水準向上を約束するものとして疑問なく受け取られていた。しかしながら所得及び私的消費水準の上昇と共に、ガルブレイスのいう社会的消費の遅れあるいは私的消費と社会的消費との間のアンバランス⁴⁾の顕在化、及び経済活動が惹き起す外部不経済あるいは社会的費用の増大が生じ、

上記の経済指標が示す量的拡大だけでは国民生活の改善は確保され得ないことが明きらかとなってきた。ここに於て国民の生活の質を数量的に推定し表現しようという試みが種々なされるようになって来たのである。

その第一の種類を試みは、生産されたGNPがどのような社会目的の間に配分され使用されたかを明きらかにしようとするものである。例えば教育費とか保健衛生費のような政府消費の項目に対する支出が増加した場合には、社会的消費の遅れを取り戻すための施策として、その面からの国民生活への影響を考えることができる。

こうしたGNPの用途別分類によって、各社会目的のために使用された資源量を示そうとする社会目的別GNPの推計はLechtによって提案され⁵⁾、日本に於ても一度経済白書で取り上げられている⁶⁾。

第2の種類を試みは、福祉の向上に対しマイナスの働きを持つ外部不経済の要素あるいは社会的費用を貨幣換算して、市場活動中心の計算体系、国民総生産から控除し逆に社会資本ストックから齎されるサービスを加え、更に余暇時間や家事労働などの市場外活動をも賃金換算して評価するという国民経済計算修正の方向をとった。この種の試みの代表としてはNordhaus and Tobinの経済福祉指標(MEW)⁷⁾や、我国の純国民福祉(NNW)⁸⁾を挙げることができよう。

ところでGNPの単なる量的拡大から、その質的内容に注目しその表現をはかる試み、及び市場活動中心の指標から経済活動の実態に合わせて非市場的要素を積極的に取りこんだ指標を作成しようとの試みの両者は、いずれも貨幣的指標による評価体系である。しかしながら今日、国民生活の場に於て非貨幣的要素の占める比重は大きく、貨幣的評価の可能なもののみを取り出した計算体

- 1) Canada, Statistics Canada, Perspective Canada, 1974.
France, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Donnees Sociales, 1973.
Germany (Federal Republic), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Gesellschaftliche Daten, 1973.
Great Britain, Central Statistical Office, Social Trends, nos. 1~5, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974.
Indonesia, Biro Pusat Statistik, Indikator Sosial 1973, 1974.
Malaysia, The Treasury, "The Quality of Life in Malaysia," Economic Report, 1974.
Norway, Central Bureau of Statistics, Social Survey, 1974.
Philippine, Bureau of the Census & Statistics, Indicators of Social Development, 1974.
Sweden, Statistiska Centralbyrån, Social Utveckling, 1974.
Switzerland, Handbuch der Schweizerischen Sozialstatistik, 1973.
U.S., Office of Management and Budget, Social Indicators, 1973.

- 2) 日本, 国民生活審議会調査部会編, 社会指標, 1974.
- 3) 宮崎県, 神奈川県, 青森県, 埼玉県, 東京都総務局統計部, 徳島県, 北海道, 山形県, 新潟県, 福井県, 山口県, 香川県, 栃木県, 山梨県, 富山県, 岐阜県, 三重県, 兵庫県, 岩手県, 東京都企画調整局, 大阪市総合計画局企画部.
- 4) K. ガルブレイス著, 鈴木哲太郎訳, 『ゆたかな社会』, 第二版, 岩波書店, 昭和45年.

5) L. Lecht, Goals, Priorities and Dollars, the next Decade, 1969.

6) 経済企画庁, 『経済白書』, 昭和47年.

7) Nordhaus and Tobin, "Is Growth Obsolete?", Moss M. ed., The Measurement of Economic and Social Performance, NBER, 1973.

8) 経済審議会, NNW 開発委員会, 「NNW 開発委員会報告——新しい福祉指標 NNW」, 1973.

系や指標は、国民の多様な欲求に応える包括的なものとはいえず恣意的な選択の結果として偏った表現となる恐れがある。今そのような非貨幣的要素の典型的な例を挙げると、犯罪、大気汚染、住宅の大きさ等であり、このような物質的あるいは実物的指標によって福祉の状況を測定する方向をとるのが第三の社会指標⁹⁾のアプローチと言える。従来福祉を測る場合残し部分と考えられて来た非貨幣的要素が現在では逆に中心的位置を占めるようになって来たという認識に立てば市場指標を補う、あるいはそれに代る公共政策の指標としての役割をこれらの実物指標に持たせてゆかざるを得ないのであり、その意味でこの試みは極めて重要なものと言えよう。

この系統のアプローチは、アメリカの Bauer, Sheldon & Moore, 保健・教育・福祉省、国連社会開発研究所等による先駆的業績を経た後、一方では1970年来 OECD による加盟国に共通な形での社会指標の開発という方向に進んで来ている。他方、アメリカを初めとする先進諸国はそれぞれの国の持つ問題と関心とに基づいて、各国独特の社会指標関連報告を作成し始めている。換言すると社会指標についての厳密な定義は確定しておらず、又、国民経済計算の体系を支える経済理論に対応するような理論的基盤は社会指標にはない。従ってそれぞれの社会指標関連報告は、作成者がどのような意図の下に、何を表すことを目指したかによってかなり異なった様相を呈するのは当然とも言える。ただ、基本的には、経済成長の結果たる所得増によって福祉水準を一面的に評価するだけでは不十分であるとし、各国住民の生活の質の表現、あるいはそれぞれの国に於ける社会問題の指標を狙っていることは共通している。こうした福祉水準の測定に対して社会科学が果せる役割を高め、各種の測定方法あるいは報告の比較検討と一層の発展、調整、統合を目指して1972年にアメリカで設立された the Center for Coordination of Research on Social Indicators は、同国政府による Social Indicators, 1973 の発行後間もなく1974年2月に、同書の利用者に対して指針を与え、同書の次号以下の改訂に資する目的で、シンポジウムを行なった。以下ではこのシンポジウムでの報告の中から、アメリカの Social Indicators, 1973 を中心として西欧諸国の社会指標関連報告を比較検討した二つの論文、W. Zapf, Social Indicators, 1973: Comparison with Social Reports of Other Nations 及び N. Ramsøy, Social Indicators in the United States and Europe; Comments

on Five Country Reports (いずれも the Center for Coordination of Research on Social Indicators, Social Indicators, 1973; A Review Symposium, 1974 に所収) を基礎に、アメリカ、イギリス、西独、フランス及び日本の社会指標関連報告の比較を行なってみたい。それは各国政府が社会指標関連報告に対しどのような関心を持ち、どのようなアプローチを試みているか、又、社会指標そのものの発展がどのような段階にあるかを示すであろう。

第Ⅰ節では、各国報告書全体の構成と、取り上げている問題の範囲について検討する。第Ⅱ節では各問題領域に於ける各側面、構成要素あるいは指標の段階に降りて、各国報告の全般的特色を見たいと思う。更に第Ⅲ節では、保健という一領域について、国民のグルーピングがどのように行なわれているかをみたい。最後に第Ⅳ節で各報告の位置づけを行なう。なお、第Ⅱ、Ⅲ節は前記二論文によるところが大きい。(但し、日本の社会指標報告は前記二論文では扱われていない。)

社会指標関連報告の範囲は、社会指標の定義が確定していないため、論者によってかなり変化する。事実、上記二論文で扱われている範囲はかなり異なっている。しかしここでは上記論文で取り上げられているもののうち、発表の時期が同一で、筆者の目に触れることのできたものに限った。従って選択の基準はかなり偶然的と言えようが、結果的には欧米先進國中、代表的な国の報告書を含め得たと思っている。それらは、1. Office of Management and Budget, Social Indicators, 1973 (アメリカ)、2. Central Statistical office, Social Trends, No.4, 1973 (イギリス)、3. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Gesellschaftliche Daten, 1973 (西独)、4. INSEE, Donnees Sociales, 1973 (フランス) の四つである。これに日本の社会指標を加え、その他については比較上必要な場合に言及することとする。

I 各国社会指標関連報告の構成

1. 先ず第一に上記四種の社会指標報告がどのような構成であり、国民生活のどの側面に注目し、何を社会問題として意識し、社会の全体像をどのように描こうとしているかをみておこう。表1はそのために、各報告の取り上げている目標領域を比較したものである。その際、参考として OECD による社会指標の体系を加えておいた。

第一に言えることは、OECD、日本及びアメリカを一つのグループとし西独とイギリスを第二のグループ、フ

9) 社会指標の社会とは非貨幣的実物のという意味に解される。国民生活審議会編、『社会指標』, 昭 49, 12 ページ。

表1 各国社会指標報告における目標領域

OECD List of Social Concerns 1973	日 本 社 会 指 標 1974	アメリカ Social Indicators 1973	西 独 Gesellschaftliche Daten 1973	イギリス Social Trends 1973	フランス Donnees Sociales 1973
1. 健 康 2. 学習による個人 の発展 3. 雇用と労働生活 の質 4. 時間及び余暇 5. 財・サービスの 利用 6. 物的環境 7. 個人の安全と司 法行政 8. 社会的機会と参 加	1. 健 康 2. 教育・学習・文 化 3. 雇用と勤労生活 の質 4. 余 暇 5. 所得・消費 6. 物的環境 7. 犯罪と法の執行 8. 家 族 9. コミュニティ生 活の質 10. 階層と社会移動	1. 健 康 2. 公共の安全 3. 教 育 4. 雇 用 5. 所 得 6. 住 宅 7. 余暇とレクリ エーション 8. 人 口	1. 人 口 2. 健 康 3. 教 育 4. 科学・研究・開 発 5. 雇 用 6. 所 得 7. 消費と物的生活 水準 8. 物的環境 9. 社会的環境 10. 参 加 11. 司 法 12. 財 政	1. 人 口 2. 雇 用 3. 余 暇 4. 個人所得と資産 5. 個人支出 6. 保健及び社会的 サービス 7. 教 育 8. 住 宅 9. 環 境 10. 司法・法律 11. 公共支出 12. 国際比較	1. 総 人 口 2. 活動人口 3. 雇 用 4. 労働時間 5. 労働災害 6. 労働争議 7. 賃金と生計費 8. 家計消費 9. 耐久消費財 10. 休 暇 11. 余 暇 12. 教 育 13. 住 宅 14. 健 康 15. 社会給付 16. 所得分布と再分 配 17. 民間及び準公共 部門の給与水準 18. 家族形成と崩壊 19. 社会移動 20. 犯 罪

出所: OECD, List of Social Concerns Common to Most Member Countries, 1974.

国民生活審議会, 『社会指標』, 1974.

US, Office of Management & Budget, Social Indicators, 1973.

FRG, Bundesminister für Arbeit und Sozial Ordnung, Gesellschaftliche Daten, 1973.

GB, Central Statistical Office, Social Trends, 1973.

France, INSEE, Donnees Sociales, 1973.

ランスを第三のタイプとする三種の社会指標関連報告の存在することである。

もともと社会指標の基礎にある生活の質という概念は、1960年代のアメリカで、当時一般的であった一面的経済成長思想に対して、経済学者、社会学者及び何人かの政治家が、より多面的で敏感な福祉概念を発展させようとした努力の中で生じて来たのである。それが一方で GNP の福祉指標としての限界を克服しようとの試み、福祉 GNP¹⁰⁾、Measures of Economic Welfare (MEW)¹¹⁾、Net National Welfare (NNW)¹²⁾ 等の提案を産んでいることはよく知られている¹³⁾。しかしそれらはいずれも

全体としてみればフローを扱ったものであり、又、貨幣的評価体系とみなされ得る。従って社会に蓄積されたストック自体については触れておらず、又 GNP 修正に際して加除される項目は、貨幣による評価が可能なものに限られており、その面の制約から項目の選択が恣意的となり、多様化した欲求に関する状況を把握し表現する包括的な体系とはなり得ない。更に国民が関心を持つ分野毎の成果を測ることもできない。最後にそれらは努力水準を表すものとしての投入額を多量に含んでおり必ずしも、生活のその側面における達成水準を測っているわけではない。

こうした国民経済計算から拡張された福祉計算の持つ欠点を補ない、経済計算による社会状況の把握を補完するものとして、非貨幣的アウトプット指標を中心とし、国民生活の諸側面の包括的記述を目指す流れが、Bauer

10) A. W. Sametz, "Production of Goods & Services, the Measurement of Economic Growth," in Indicators of Social Change, Concepts and Measurement, ed. by E. B. Sheldon & V. E. Moore, 1968.

11) W. Nordhaus & I. Tobin, Is Economic Growth Obsolete? NBER, 1972, reprinted in M. Moss, the Measurement of Economic and Social Performance, NBER, 1973.

12) 経済審議会 NNW 開発委員会, 上掲書.

13) こうした諸提案の特色と限界についての簡略で要領を得た紹介は、国民生活審議会, 上掲書, 1974 を参照.

14) Bauer, R. A. ed., Social Indicators, MIT Press, 1966.

の Social Indicators¹⁴⁾、福祉 GNP の提案を中に含んだ Indicators of Social change¹⁵⁾を経て、アメリカの保健・教育・福祉省による Toward a Social Report¹⁶⁾へと向っていった。このアメリカ政府による初めての包括的な社会報告への試みは、社会指標体系確立への努力を一層推進した。何故なら社会問題の把握と行政による努力の評価を目指す社会報告は、何よりも現状の体系的な記述・測定を前提とするからである。今、同書と Social Indicators, 1973 との関連を探る手掛りとして、同書に於ける関心領域を列挙すると、1. 健康、2. 社会移動、3. 物的環境、4. 所得と貧困、5. 公共の秩序と安全、6. 学習、科学、芸術、7. 参加と疎外となり、Social Indicators, 1973 に含まれる項目とかなりの重なりが見られる。すなわち物的環境の中には自然環境と住宅とが含まれているから、後者では社会移動、自然環境、参加と疎外、及び芸術が除かれ、余暇・レクリエーションと人口とが加えられている点が異なるだけで、大筋に変化はない。しかし Toward a Social Report は統計集や計算体系ではなく、Social Indicators, 1973 に於けるような目標領域—社会的関心—社会的指標といった三段階の構造を持つものではない。この点に関しては Social Indicators, 1973はむしろ OECD の構想¹⁷⁾に近いと言えよう。

OECD は国際比較を考慮に入れた社会指標体系設定の第一段階として、加盟国に共通していると思われる社会目標分野、各分野に於て扱われるべき側面（社会的関心あるいは構成要素）、更にその側面を構成するサブコンサーン（副構成要素）の決定を行なった¹⁸⁾。今、目標領域そのものを Social Indicators, 1973 と OECD の List of Social Concerns とについて比較すると、前者では自然環境及び社会的機会と参加の二領域が落ち、人口が加えられているに過ぎず、両者の目標領域の選択は非常に似ている。むしろ、目標領域の選択に当って、異

なる国家間で或る程度の合意が成立するということはあるにしても、社会指標の使命の一つが、その社会に於ける問題の指摘であるとするならば、その国固有の目標領域が存在するのは当然であり、その点を考えると両書の間の類似性は非常に強く、三段階構造の共通性と合わせて、OECD プログラムからの Social Indicators, 1973 への影響は明らかである。そのことは後者の編纂に当って学界から参加した Daniel Tunstall が OECD プログラムの作成に際しても大きな役割を果たしている事実からも言えよう¹⁹⁾。人口がアメリカにとって正しい目標選択であるかどうか、あるいはその章で描き出したものが問題点を指摘し得ているかどうかは特に問われねばならないと思われる。

2. 次に日本の社会指標に於ける目標領域も OECD のあるいはアメリカのそれと極めて近い構成になっている。例えば日本の目標領域の選択は OECD に於ける 1 から 7 までの領域とそのまま対応しており、只、後者における 8. 社会的機会と参加が、その領域に於ける社会的関心とサブコンサーンとからみて、前者の 9. コミュニティ生活の質と 10. 階層と社会移動とに分けられているように思われる。これは特に今後の日本に於てコミュニティの重要性が増すという見通しによるものであろうか。更に家族を取り上げているのは長い伝統に支えられた家族制度の崩壊と家族解体现象との増加が日本に於ては重要な意味を持つからであろう。日本の社会指標における目標領域選定に当っては、国民生活審議会の昭和 41 年の答申、「将来の国民生活像—20 年後のビジョン」との関連が説かれているが²⁰⁾、それと同時に、将来考えられる国際比較を考慮して OECD 体系との連繫を保とうとしていることも見逃し得ない。

この結果、OECD、アメリカ、日本の社会指標体系は相互に類似したものとなり、財・サービスの利用、あるいは所得・消費の分野を除くと、すべて非貨幣的アウトプット指標を中心とする福祉水準の測定を狙っていることが分る。

これに対し第二のグループ、西独及びイギリスの選択でみて先ず言えることは、ドイツの所得、消費と物的生活水準、社会的環境（社会保障）、財政、又、イギリスの個人所得と資産、個人支出、公共支出のように貨幣的評価体系にのり、又、投入を表す領域がかなり存在する

15) Sheldon E.B. & Moore W.E., op. cit.

16) US. Dept. of Health, Education & Welfare, Toward a Social Report, 1969.

17) OECD, List of Social Concerns Common to Most Member Countries, 1973.

18) OECD 計画の第二段階は、サブコンサーンの計測可能性の問題を扱っている。すなわち、資料の種類と計測の仕方決定である。

OECD の作業は目下、保健の領域に集中している。それに加えて教育と個人的安全の領域で予備作業が開始された。OECD の社会指標作業グループの次の会議は 1974 年 10 月パリの予定であった。

Gerhard Betz, "Der Stand der Arbeiten des Bundesregierung auf dem Gebiet der Sozialen Indikatoren", Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 8/74, Sonder Drück.

19) W. Zapf, Social Indicators, 1973; Comparison with Social Report of Other Nations in Social Science Research Council, Social Indicators, 1973; A Review Symposium, 1974.

20) 国民生活審議会, 上掲書, 1974.

ことである。OECD の体系では財・サービスの利用という領域に於てさえ、そこでとられる社会的関心やサブコンサーンの項目から判断すると、出来る限り非貨幣的成果指標で表そうとしていることが分る。そこでは所得や消費の絶対額や時系列的変化が問題になっているのではなく、物質的損失を蒙っている人の数とか、所得・消費の分布に於ける公正性等がとり上げられている。しかし西独やイギリスはそれ程徹底した形の社会指標を目指しているわけではなく、社会の現況や変化との関りで行政の努力水準としての公共支出や財政あるいは社会保障という領域が、貨幣的あるいは制度的投入指標であるにも拘らずとり上げられている。

西独とイギリスの報告についてのもう一つの特色は、ドイツの教育と、科学・研究・開発、所得と消費・物的生活水準、社会環境と財政にみられるように、かなり重複したり、一本にまとめ得る部分がそれぞれ別個の領域として建てられており、未整理の感を受けることである。イギリスについても個人所得と資産に対して別に個人支出をたてているのは煩雑な感を与える。最後にイギリスの統計集についてのもう一つの特色は、国際比較を含んでいることであろう。これは他のどの統計集にも見られないものである。

第三のタイプのフランスの報告書は、20の目標領域あるいは章から成っているが、これらは大きく三部に分けられる。第一部は総人口から賃金と生計費までであり活動人口という表題の下にまとめられている。第二部は生活様式と文化のパターンに関するものが集められ、8. 家計消費から 14. 健康までを含んでいる。第三部は不均衡と均衡と名付けられ、そこには社会給付以下の項目が属する。このようにフランスの社会統計は労働生活の状況とあつれき、生活の労働以外の領域に於ける状況との二分割が根本にあり、両者が均衡・不均衡という視点から総合的に眺望されるという構成になっており、生活の諸側面から幾つかの領域を取り出して並列するという OECD 型の、あるいは非貨幣的実物指標による表現という典型的な社会指標の構成とは全く異なっている。そこには貨幣的指標も幾つか含まれ、達成水準だけでなく、努力水準としての投入指標も重要な位置を占めている。そういう意味ではフランスの選択も西独・イギリスのそれに近いが、後二者の場合には、政府の機能毎に問題が分類された社会問題の一覧表の観を呈し、政策志向的であるのに対し、前者では社会全体を一つのシステムとして把握しようとしているところに特色がみられる。そのため全体の構成が複雑となり、組織的に整理され簡単な構

造を持つ第一のグループの場合と対照的である。

3. 今迄述べて来たように、三種の社会指標関連報告にはそれぞれ特色と相異とがみられるが、全体的にみて三つの課題があるように思われる。第一は目標領域あるいは選択項目の基準がやはりあいまいであること。それはアメリカの場合、何故、自然環境、都市環境及び参加の領域を除外しているか明確でないことに現れている。特にこれらの問題がヨーロッパの国々ではとり上げられ、又、*Toward a Social Report* にも OECD プログラムにも含まれていることから考えて納得し難い。第二の課題は、投入と成果（アウトプット）との関連の把握が重要だということである。すなわち第一グループのように投入指標を排除する方向に進む場合には一層、社会指標以外の投入指標を持つ計算体系との接合が重要となるであろうし、第二・三グループのように投入指標を中に含む報告の場合には、その中でどれだけの投入に対しどれだけの成果が得られたのか、大づかみの対応の把握が望ましい。すなわち社会指標の目的の一つが、社会の現状、時間的変化の把握であり、それは有効な対策あるいは予防的措置を施すために行なわれるものだからである。

第三の課題は、異なる目標領域内の指標間に存在するかもしれないトレードオフの関係について、あるいは補完関係について、体系化の必要があるということであろう。フランスの報告を除く他の国々の報告に於けるように、目標領域の単なる羅列からはこのような指標間の相互関係は浮び上って来ない。

II 各国報告に於ける社会的関心とサブコンサーンの特色

1. 次に OECD プログラムの三段階構成に従って、各目標領域がどのような社会的関心（主構成要素）及びサブコンサーン（副構成要素）から構成されているかをみたいと思う。それは第1節での議論、非貨幣的アウトプット指標による生活の諸側面の包括的・体系的表示に関する各国報告書の特色づけを補強し、更に福祉測定のための第三のアプローチ、主観調査、意識調査を各国が積極的に利用しようとしているかどうか、soft data の社会指標体系への接合の現状を知る手掛りとなろう。

表2は the Center for Co-ordination of Research on Social Indicators のメンバーであり、前記シンポジウムでの比較論文の一つを執筆した Wolfgang Zapf 教授が、前節でとり上げた四ヶ国に OECD のプログラムと *Toward a Social Report* とを加えた六ヶ国の報告から、公約数的な社会的関心（主構成要素）及びサブコンサー

表 2 社会的関心の比較

目 標 領 域	社会的関心: 福祉の関心 システムの関心 満足度	S I 1973	S T 1973	D S 1973	G D 1973	社会指標 1974
保 健	長 寿 傷 病 精 神 衛 生 “積極的”健康 医療サービスへの接近の難易度 予防的サービス リハビリテーション 保健制度の機構 医療費及び医療支出 医療サービスへの信頼	x x x ○ x ○ ○ ○ ○ ○ x	x x x ○ (x) ○ ○ ○ ○ (x) ○	x x x ○ x ○ ○ ○ ○ x ○	x x x x (x) (x) ○ ○ ○ x ○ ○	x x x x x ○ ○ ○ ○ (x) ○
公 共 の 安 全	報告された犯罪 犠牲者、犠牲件数 犯 罪 者 更生 司法制度機構 安全のための支出 犯罪への恐怖、司法への信頼	x x x ○ ○ ○ ○ x	x x x ○ x ○ ○ ○	x x (x) ○ ○ ○ ○ ○	x ○ (x) ○ ○ ○ ○ ○	x ○ ○ ○ x ○ ○ x
教 育	進級、資格の構造 効率: 留年・卒業 成人教育 教育の影 教育制度の機構 費用・支出 制度に関する満足度	x x x x x ○ ○ ○	x x x x x ○ ○ ○	x x x ○ ○ x ○ ○	x x x ○ ○ ○ ○ ○	x ○ ○ x x ○ ○ x
雇 用	労働参加 資格の内 失業者 労働条件 労働争議 職業移動 職業満足	x ○ x x x ○ ○ x	x ○ x x x ○ ○ x	x ○ x x x x ○ ○	(x) x x x x (x) x	x ○ ○ x x x ○ ○
所 得	所得水準 所得分布 所得傾向、生涯所得 消費、生活水準 耐久財、貯蓄の水準と分布 資産の分布 低所得人口、貧困 再分配、補助金	x x x x ○ x x ○	x x x ○ x x x x	x x (x) x x x ○ x	x x x x (x) (x) ○ ○	x x ○ x x x x ○
住 宅	住宅の質 居住空間、密度 所有状況 環境の質 人種差別 住宅建設、更新 住居費と供給 住居費補助金 住居・環境への満足度	x x ○ (x) ○ ○ ○ ○ ○ ○ x	x x ○ x ○ ○ x x ○ ○	x ○ x ○ ○ x x x (x) ○	x x x ○ ○ x x (x) (x)	x x x x ○ ○ ○ ○ ○
余暇・レクリエーション	タイム・バジェット 余暇時間、活動 通勤時間 労働時間の伸縮性 戸外レクリエーション: 時間、活動 休	x x (x) ○ x (x)	○ x x ○ ○ x	x x ○ ○ ○ x	○ ○ ○ ○ ○ x	○ ○ ○ ○ ○ x
人 口	総人口、増加 人口動態 年齢構造 家族、世帯構造 都市、農村人口 移住 外国人人口	x x x ○ x ○ ○	x x x ○ x ○ x	x x ○ x x x x	x x x x x ○ (x)	

出所: W. Zapi, Social Indicators, 1973 in Social Science Research Council, Social Indicators, 1973: A Review Symposium, 1974.

国民生活審議会, 『社会指標』, 1974.

注: 括弧は、他の目標領域で扱われている場合を示す。

ン(副構成要素)あるいはそれらに該当するものをリストアップし、それらの一つ一つが各報告書に含まれているかどうかを一覧表に整理したものである²¹⁾。尚この一覧表は OECD プログラムに最も近いアメリカの目標領域の配列に従って整理されている。このとき同教授は、それら社会的関心又はサブコンサーンを次の三種に分けて、各国の報告がどの種の指標で特長づけられているかを見ている。第1は個人の幸福感に直接つながる項目で、個人、家族、家計の環境、生活上の機会、及び能力に関わる最終的成果指標である。第2は最終的成果を達成するための方策として重要な制度的特色を表す指標である。第3は、個人、家族、家計の幸福感につながるアウトプットや制度についての主観的評価を示す指標である。

特長的なことは、Social Indicators, 1973 には第3番目の種類の指標、主観に関わる資料が他の国々の報告に比べて多く含まれていることである。保健領域の医療サービスへの信頼、公共の安全領域に於ける司法への信頼、雇用の領域に於ける職業満足、住宅の領域に於ける住宅満足度等、8領域のうち半分の4領域について住民の意識に関する情報が得られる。他方、イギリスと西独の報告書には、雇用の領域で職業に関する満足度を調査した資料が記載されているだけである²²⁾。更にフランスの報告では、雇用の領域に於てさえ主観調査は用いられていない。福祉測定のための二つの大きなアプローチについては前節で述べたが、第三の流れとして Quality of Life Survey, 国民選好度調査、各種アンケート調査等があげられる。こうした調査はそのまま、国民の福祉感、あるいは政策立案のための国民の選択順位を表すから、国民経済計算及び社会指標の両種統計を補完する第三の資料として利用していこうという立場が一つ考えられよう。しかしもう一つの行き方として主観的資料をも社会指標の体系中に取り込んでゆく方法がある。アメリカは明らかにこの立場にあり、主観的指標を客観的指標と共に並列的に用いようとしている。他方ヨーロッパ諸国は、主観調査の結果を、客観的統計の体系とは独立した別個の補足資料として考えているように思われる。

次に指摘できることは、第2の種類の指標がヨーロッパの報告には比較的整備されているのに対し、アメリカの資料にはそれが殆んどないということである。保健の領域では、医療サービスへの接近の難易度のところで

ヨーロッパ三国共、情報を提供している。又、保健制度の機構についての統計が西独とフランスの報告に含まれ、公共の安全という目標についてはイギリスの報告が情報を提供している。教育制度についてもイギリスとフランスの報告書が資料を準備し、所得の分野では再分配と補助金という項目でフランスとイギリスの報告書が指標化を行なっている。住宅の分野では、住宅建設、住宅費と供給、住居費補助金の三つの社会的関心項目がこの種の指標と考えられるが、ヨーロッパ三国の報告書は三項目すべてについての統計を含んでいる。これに対しアメリカの報告書は、保健の領域で、医療サービスへの接近の難易度という項目を含んでいるが、これは医療の民間保険についての統計であり、社会政策に関わる制度的指標ではない。

2. 結局、四つの社会指標関連報告全体としては、第1の種類の情報を中心としているが、アメリカは客観的資料で測った国民の福祉の程度を主観的資料で確認したり、あるいは両者の食い違いを発見したりすることを狙っており、ヨーロッパの場合は、政策的工夫とその結果のつき合わせを目的としているように思われる。

次に日本の社会指標をこれらの報告に比較すると目標領域によって非常によくカヴァーされているものとそうでないものがある。たとえば健康、教育、所得の分野では公約数的な社会的関心やサブコンサーンをかなりカヴァーしている。しかし住宅、余暇、雇用の領域では、余り最大公約数的構成項目はカヴァーされていない。特に住宅については、健康な生活を営むための条件を整備するという意味から健康の分野に住宅に関する一、二の指標が入れられていたが、それを加えても日本の居住状況、住宅問題を摘出するようなものとは考えられない。この分野に関する指標は絶対的に不足していると思われる。たとえば、これは最大公約数的関心の中には含まれていないが、或る一定水準以下の住宅に居住する人口数(絶対数及び比率)等を入れることも考えられようし、最大公約数的関心項目の中で日本の社会指標が含むとしている住宅の質に関しても一人当たり面積、上水道普及率、下水道普及率が健康の分野に含まれているが、住宅の分野では上水道普及率、水洗便所使用人口の比率、住宅電話普及率が入っているだけである。又、居住密度に関しては低居住密度住宅居住者比率があるのみである。

このように含まれている項目についても不足があるばかりでなく、最大公約数的項目の中で是非とも含まるべきと考えられるものについても欠けているのが目立つ。たとえば住居費と供給体制、住居・環境への満足度は日本

21) W. Zapf, 上掲論文。

22) イギリスの Social Trends は統計表の部に先立ち分析的論文を幾つかのせているが、1973年版には Quality of Life Survey についての論文が含まれている。

表 3 保健の領域における中心的統計

	USA	GB	Fr	FRG	JAPAN
I 死 亡					
a 平均余命	×人種別	×性別	×	—	×
b 乳児死亡率	×人種別		×父親の職業	×	
c 死 因	×	×地域別	×職業	×	
II 傷 病					
a 慢性疾患	×	×性別	—	×性別	×
b 長期疾患	×	—	—	×	×
c 急性疾患	×	×地域	—	—	—
d 活動制限	—	—	—	—	—
e 徴候	—	×	—	—	—
f 有病日数	—	—	—	—	—
III 保健活動					
a 医師訪問回数	—	×職業	×職業, 世帯規模, 都市規模	—	—
b 医療支出	×	×	×	—	社会的地位
IV 病 院					
a 精神病院患者数	×人種別	×	—	—	—
b 入院待機者数	—	×	—	—	—

出所: N.R. Ramsøy, Social Indicators in the United States and Europe, in Social Science Research Council, Social Indicators, 1973; A Review Symposium, Bundesminister für Arbeits und Sozialordnung, Gesellschaftliche Daten, 1973.
国民生活審議会, 『社会指標』, 1974.

の場合特に必要ではなかったか。これは主観的資料を社会指標体系に取り入れるかどうかという問題, 更に投入的指標をどう扱うかという問題に関わるが, 日本の大きな社会問題の一つが住宅問題であることを考えると, 指標の選択及びそれによる住宅領域の構成にもう少し注意を払うべきではなかったか。

ちなみに主観的資料が日本の社会指標の中にどの位含まれているかをみると, 犯罪への恐怖と学習に関する満足の二つが上げられる。しかし他の国の報告で比較的多く見られる職業満足については指標として取り上げていない。これらのことから判断して日本の社会指標体系は主観的資料を含むことに必ずしも反対ではないがどの方向に進もうとしているのか明瞭でない。住宅分野での住居, 環境への満足度, 健康部門での医療サービスへの信頼, 労働に関する満足の三つは当然含まるべき項目ではなかったか。特に住宅については住宅需要実態調査という主観調査が行なわれており, 情報は存在するのである。又, 日本の社会指標, 1974 では含まれるべき指標と暫定試算のための代理指標とが区別されているから, 既存の資料がない場合にも少なくとも含まるべき指標として取り上げることはできた筈である。

次に第2の制度的指標についてはどうであろうか。これは保健の領域で医療サービスへの接近の難易度がみら

れるだけでアメリカ型に近いと言える。しかし保健領域での構成項目や指標の選択について述べている箇所では, 日本の社会指標の作成者は, 投入的指標を必ずしも排除しないと主張している。それは住民の健康状態の改善にとってこうした投入が是非必要であるからだと断っている²³⁾。勿論こうした投入指標がそのまま国民の健康状態を示すものではないということを認めた上であるが。この点がアメリカの Social Indicators, 1973 の行き方とは異なっていると言えよう。そこでは投入指標及び貨幣評価指標はできる限り排除されており, このためアメリカでは社会的サービス, あるいは社会保障の分野で行政が何らの努力もしていないかの印象を与えるという批判さえ生じているのである²⁴⁾。日本の社会指標はそこまで徹底して投入指標を排除しているとは言えない。日本の社会指標は第1の種類の指標を中心とし, 第2, 第3の種類の指標で補足された体系と言えよう。

III 保健の領域に於ける各国報告の比較

1. 最後にこうした報告が国全体としての概観や平均

23) 国民生活審議会, 上掲書, 99~100頁。

24) N.R. Ramsøy, Social Indicators in the U.S. and Europe; Comments on Five Country Reports in Social Science Research Council, op. cit.

表4 各社会指標関連報告

	Social Indicators, 1973	Social Trends, 1973	Donnees Sociales, 1973	Gesellschaftliche Daten, 1973	社会指標, 1974
構成	社会(目標)領域: 8 —社会的関心: 16	A. 分析的論文 B. 関心領域: 11	関心領域: 20	関心領域: 12	A. 福祉指標の歴史 及び社会指標作成に ついての解説 B. 関心領域: 10
選 択	「主な社会領域」	「政府の機能を中心に 配置」	「三つの支柱を中心 に組み替え: 労働と雇用, 生活状況, 社会的均 衡」	「労働省によって調 整された各政府部門の貢 献」	主な社会領域
強 調 点	「指標は個人及び家族 の福祉を測る。又, 社 会制度の設定という投 入的努力よりも成果を 測る。」	社会政策及び社会的状 況に関連する重要な統 計系列。政府や団体よ りも国民に関する情 報」	「通常切り離されてい る領域間の関連を明ら かにし, 社会的状態を 分析するため考案され た統計」	連邦の社会的状態と発 展とを表わす統計結果	
全 体 的 評 価	社会指標体系を目指す 統計集	問題別分析のための統 計的インフラストラク チュア	社会システムモデル	各省別統計的インフラ ストラクチュア	社会指標体系 (望ましい指標と代 理指標との併存)
出版頻度	次号以降はより多くの 志向に関する情報を含 める。 連続的発行については 表明なし(一説によれ ば次号は1976年発行)	年次出版 定期的調整	将来の出版では「社会 的グループ」に従って の再分類 連続的発行については 表明なし	将来は項目を拡張し, 新しいトピックを導入 連続的発行については 表明なし	
担当機関	統計政策部	中央統計局	INSEE	労働・社会省	国民生活審議会

出所: W. Zapf, Social Indicators 1973, in Social Science Research Council, Social Indicators 1973; Review Symposium, 1974.
国民生活審議会, 『社会指標』, 1974.

水準の描出を狙ったにしても, それぞれの関心領域について, 国民の中のどのグループがより大きな問題を抱えているかという側面から, 住民のグルーピングについてどのような工夫がなされているかを各自の報告で見ておきたい。すべての領域についてこのような比較を行うのは大変であるから, 今, 保健(健康)の領域を取り上げて試みに比較を行なってみたい。

表3は, 既述のシンポジウムに於て各国報告の比較を行なったもう一人の報告者, Natalie Ramsøy が, アメリカ, イギリス, フランスに北欧二国, スウェーデンとノルウェーを加えて, 健康の領域に於ける中心的統計表を取り出し, それらの表が各国の報告にあるかどうか及び, ある場合にはどのようなグルーピングを行なっているか整理したものに基いている²⁵⁾。すなわち北欧二国を除き, 代りに西独と日本を加えたものである。

この表から第一に言えることは, フランス, 西独, 日本の三国の報告書には, ここで言う中心的統計が少ない

ことである。しかし, フランスと西独・日本の場合とでは事情が異なっている。フランスは, 全国調査であれ, 健康(疾病)保険で記録される疾病であれ, 把握できるものを用いていない結果, 国民の傷病状態が表現されていない。それに対し西独の場合は, 健康(又は疾病)の状態や原因そのものよりも, 医師数, パラメディカル数, 病院数, ベッド数などの, 健康に復帰するための投入に重点がおかれている。更に日本の場合は, 積極的健康としての指標, たとえば体位, 体力, 呼吸機能, 栄養摂取量, 生活時間構成等がとられており, 傷病状態だけに大きな比重をおいていない。医療従事者等の制度的投入指標もかなり取り入れており, 包括的に選択が行なわれている。

2. 次に分類の基準をみると, 西独の場合は性別, 年令別と言った生物学的特性によってだけである。

これに対し, 日本の場合は, 各領域の各構成項目について幾つかの指標が選定され, 各指標については単一の合成指数が算出されており, グループを幾つかに分けて

25) N. R. Ramsøy, op. cit.

の統計表は健康の領域では殆どない。他の分野に於ても各単一指標算出が中心であり、グルーピングに基づく統計表は副次的な役割しか果たしていない。そのため治療日数との関連で分類が一度行なわれているだけである。

しかしフランス・イギリスを一方に、アメリカの報告を他方にとると、後者では人種別という生物学的側面から分類を行なっているのに対し、ヨーロッパ二国の報告では、性別のような生物学的特性による分類もあるが、地域別、職業別、父親の職業別、都市規模といった社会的特性によって分類を行なっていることが特徴的である。勿論、アメリカでは人種の相違が社会的格差を産んでおり、人種の差が社会階層を表しているのであるが、所得、職業を分類基準として各領域に於ける問題階層を指摘することも必要ではないか。なお、ここでは取り上げなかった北欧二国の報告書に於ても所得や地域による分類がなされていることをつけ加えておきたい。一般的に言ってヨーロッパに於ける方が経済・社会的特性による分類が進んでいると言えよう。

IV 各国報告の位置づけ

1. 最後に日本を含む五カ国の報告について総体的な位置づけを行なつてまとめとしたい。

表4は、各報告の構成、選択の基準、強調点、担当機関及び全体的評価を一覧できるようにまとめたものである。こうした整理の枠組は、前記シムボジウムでの Zapf 教授の論文²⁶⁾及び同教授による *Wirtschaft und Statistik* への寄稿文、*Sozialberichterstattung und Amtliche Statistik*²⁷⁾ によっている。但し全体的評価の欄はどの国についても、又、日本の社会指標についてはすべて筆者の判断による。

Social Indicators, 1973 は個人の福祉に重点があり、社会生活の各側面に於ける最終的結果によってそれを表そうとしている簡単な構造を持った報告書である。それは三段階構成の社会指標体系を目指しているが、各社会的関心毎に単一の指数が算出されるところまで行っていない統計集と言えよう。目標領域の選択もこれが最終的なものとは言えない。編集者も断っているようにそれは決定的なものではなく追加可能なリストである。従って現在のところ社会問題の包括的な体系とは言えない。また指標が個人及び家族の福祉を測るアウトプットに力点を置いたため、社会保障制度あるいは社会的サービス

の提供及びその効果の情報が得られなくなっていることは、今後検討すべき課題ではなからうか。アメリカの報告と類似の目標領域と段階構成を持つ OECD リストの場合には、目標領域としては社会保障又は社会的サービスが含まれていないが、サブコンサーンの次元でかなりの工夫がなされているように思われる。たとえば、健康の領域では、保健サービスの配付に関して人々にどの程度行き届っているかという項目、教育の領域では経済的・社会的にハンディキャップのある家庭の子供が基礎的達成水準に到達している程度とか、身体的・精神的ハンディのある人々が自己の成長と社会へのより良い参加のために受けられる教育の程度等という項目によって制度の効果が測られるのではないか²⁸⁾。勿論 OECD のリストは、そこに挙げられた項目がどのような指標又は統計でどのように測られるかについては語っていないから実現の困難さはあるにしても、目指すところは評価されて良い。アメリカが前述の二つの類似点に加えて主観指標の積極的取入れにより、全体に OECD 型の社会指標体系を狙っているとするならば、この点に工夫がなされるべきであろう。

OECD 型のもう一つの報告、日本の社会指標については、目標領域、社会的関心、サブコンサーン、サブサブコンサーン、社会指標という五段階に亘る整理された構造体系、包括的な指標の選択、暫定試算にせよ、各社会的関心毎に、単一の指標を算出し、それらの時間的変化を測定している点では、ここに取り上げた各国報告の中で社会指標体系として最もまとまったものであろう。しかしながら日本の報告についても、社会保障政策、あるいは社会的サービスの効果を測る工夫は足りないように思われる。たとえば健康の領域では、医療の公平さが増大するというサブサブコンサーンがある。しかしそこでは地域別の医療施設数とか医療従事者数が人口比で表わされ、1人当り医療費が示され、社会的地位別治療日数/傷病日数が記されているだけである。確かに医療保障の一つの大きな目的はどこに住んでいても良質の医療が受けられることである。しかしそれと同時に医療費の保障についての指標も必要ではなからうか。たとえば医療について日本は皆保険であり、すべての国民が医療費を保障されているというたてまえにはなっている、幾つもの医療保険制度が存在し、制度によって給付率に格差があるとすればそれらを考慮しなければならないだろう。OECD リストのように投入指標、貨幣指標を排除する立場に立つとしても、制度の効果を測るという機能を

26) W. Zapf, op. cit.

27) W. Zapf, "Sozialberichterstattung und amtliche Statistik", Statistisches Bundesamt, *Wirtschaft und Statistik*, 8/74.

28) OECD, op. cit., pp. 14~17.

持つ体系は考慮できる筈である。

上述の点は政府施策の効果に関するものであるが、政府施策の比重が低い住宅の領域でも問題指摘的指標が選択されていない点については既に触れた。炊事場、トイレット等が共同で浴室の無い狭小な民間木賃アパートに今尚、多くの人が住んでいる現実がこの報告では浮び上って来ない。五段階構成の全体的体系への適合性という視点からこうした指標が選択されないのであるならば、サブサブコンサーン、サブコンサーン、あるいは社会的関心選定の段階で改訂が行なわれねばならない。この点に関して対照的なのはアメリカの報告である。同報告に於ける住宅の領域の指標は二つの主観的指標を除くと、すべて標準以下の住宅及びそこに住む人々を扱ったものである。社会指標の目的は各領域に於ける全体的平均水準をみることに中心をおくよりも問題の存在するところに集中すべきではないのか。むしろそうした問題領域にサブシステムを打ち立てることこそ必要であろう。アメリカの報告は雇用と住宅の領域で問題中心的、他の分野では全体的水準の測定を行なっているように思われる。逆に日本の場合は全般的に全体的水準を目指しているように思われる。従って問題の所在が鮮明にされ得ない場合が生ずる。この点は全国的平均的社会像がこの社会指標報告によってかなりはっきりと描かれているにしても、地域別あるいは社会階層別統計が望まれることと関連しよう。

2. Social Trends は社会指標体系というよりも社会統計集であり、問題を政府の機能別に整理しているものである。しかし同報告は1970年から既に毎年発表されており、社会統計集のモデルとして、アメリカの Social Indicators, 1973 を初めとする各国の社会統計出版に大きな影響を与えた。この報告の特徴の一つが国際比較に一章を割いていることは既に触れたが、その他に統計集に先立ち分析的論文を集録している点も他の国のものと異なる点である。1973年版には、コーホート分析や quality of life survey に関する分析が含まれている。

Social Trends と似た性格を持つ西独の報告も各省別の統計集という印象が強い。それは作成に当たった労働・社会省の Gerhard Betz が言っているように、表題を Sozialen Indikatoren とせず Gesellschafliche Daten としたことに現れている。すなわち「多数の現存の官庁統計とその他の処理可能な調査から、ドイツ連邦共和国の社会状況と発展とを描き出すのに適した資料を選択するという課題が設定された。このような統計ストックの組織化のためにできる限り多くの社会的領域を、現存

の資料を考慮しながら含めようという整理が行なわれた。このような方法は当然、社会指標の展開と同一視されるべきではない。…ここでは社会的関連の下での資料の集録が肝要であるということである。このようなクロスセクショナルな調査は、社会指標の検討と発展にとっての最初のステップを提供することを促進し得る」という記述によく表されている²⁹⁾。しかしながら西独の報告作成に当って学界から協力・助言を行なった Zapf 教授は、西独の報告書はアメリカや OECD 型の社会指標体系を狙っていると述べている。従って次回の発行についての明確な予定は記されていないが、そのときまでにどのような改訂・拡張が行なわれるかに注目していよう。

Donnees Sociales, 1973 については今迄述べて来た報告と全く異なるタイプのものであることは既に述べた。社会指標の目的の一つが、問題の所在の指摘と、それを除去するためにどのような施策が行なわれねばならないか、あるいは政策効果の判定にあるとしても、もう一つの目的が各国のあるいは時間的な社会構造の相異や変化の比較であるとするれば、フランスの報告書はむしろ後者を目的としているように思われる。

このように各国の報告は、完成された社会指標体系あるいは社会報告からまだかなり遠いと思われる。日本の場合は一つの目標領域内の各構成要素について単一の合成された指数の形で社会指標が表現され、その総合化の過程では主として単純平均が用いられている。一般的に言って総合化の過程に於けるウェイト付けの方法としては、この単純平均又は幾何平均という方法、各領域に対する家計支出や財政支出の比重をウェイトとする方法、中心的指標との相関係数をウェイトとする貢献度方式、各国の生活水準の差が明瞭になる指標ほど大きいウェイトをつける因子分析法の利用、各指標について専門家の判断に基いて規範的に設定された基準値からの乖離を測定し、その逆数を以てウェイトとするスライドウェイト方式、意識調査、選好度調査等の主観調査の結果をウェイトとする方式等がある。これらの方法はそれぞれ長所と短所があり、一概にどれが最もすぐれているとは言われていない。むしろ現状では総合化が必ずしも必要ではなく、統計集のままでも充分意義があると言われている³⁰⁾。従って各国の報告はそれなりの意義を持っていると言えよう。

29) G. Betz, op. cit.

30) 国民生活審議会、『社会指標』昭和49年、村田昭治、丸尾直美編、『福祉生活の指標を求めて』、有斐閣、昭和48年。Moser C, "Social Indicators-Systems, Methods and Problems," the Review of Income & Wealth, Series 19, No. 2, June 1973.

表 5 社会・統計報告のパラダイム

パラダイムのタイプ	方法・手段
統計的インフラストラクチャ	センサス, 補足的サーヴェイ 定期的統計
hard & soft data の計測	Gesellschaftliche Daten Social Trends Social Indicators
評価 統合勘定	Toward a Social Report 等 社会・人口統計 (国連, SSDS) 社会目標別 GNP NNW, NEW, 福祉 GNP
モデルビルディング	人口予測等

出所: W. Zapf, Sozialberichterstattung und amtliche Statistik in Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 8/74, Sonderdruck.

Zapf 教授は社会・統計報告の主なパラダイムを測定 (記述), 解釈 (評価), 勘定体系の設立, 因果モデルの四つに分けているが, それらの関係は表 5 のようになっている。

現在発表されている社会指標報告は, ほぼ事実の計測, 記述の段階にある。今後これらの社会指標関連報告がどの方向に進んでゆくか, 次回以降の発行を見守らねばならない。

む す び

前節の終りで述べたように, これらの社会指標関連報告が今後どのような方向に進んでゆくのか, あるいは進むべきであるのか今のところ上記の統計集だけでは必ずしも明きらかでない。ただ OECD が参加国共通の体系を検討していること, 又, アメリカや日本がそれに沿った動きを示していること, 更に西独がアメリカ・OECD 型の統計集を目指していることからみて, この型の統計集が一つの標準とされるであろうことは想像がつく。OECD の体系は現在, 各領域に於ける具体的指標の選択と構築の段階にあり, それらの公表によって各国の社会指標報告も影響を受けるであろう。

北欧二国及びカナダの社会指標関連報告には未だ接する機会がなく, それらがどのような特徴を持ちどのような性格のものであり, OECD 体系との関連が如何なるものとなってゆくかは現在の段階では明きらかでない。しかしここで取り上げた四種の報告, 更に OECD のリストを通じて表 5 のパラダイムから考えるならば, 国連の社会・人口統計との結び付きが強まってゆくことは間違

いないと思われ, 又, その社会・人口統計の体系が整備されれば, それは社会指標間のトレードオフ及び補完関係のような相互関連を把握する基礎となるであろう。

文 献

(I) Bauer R. ed., Social Indicators, MIT press, 1966.

Bell D., "The Idea of a Social Report," Public Interest, Spring 1969.

Betz G., "Der Stand der Arbeiten der Bundesregierung auf dem Gebiet der Sozialen Indikatoren," Wirtschaft und Statistik, 8/74.

Ferris A., "National Approaches to Developing Social Indicators," Social Indicators Research, vol 2, No. 1, June 1975.

Horn R., "Social Indicators for Development Planning and Analysis," International Labour Review, vol 111, No. 6, June 1975.

Juster T., "A Framework for the Measurement of Economic and Social Performance," Moss M., The Measurement of Economic and Social Performance, NBER, 1973.

Lecht L., Goals, Priorities and Dollars, the Next Deade, 1969.

Moser C., "Social Indicators-System, Methods and Problems," the Review of Income & Wealth, ser. 19, No. 2, June 1973.

Olson M., "The Plan and Purpose of a Social Report," Public Interest, Spring 1969.

Ramsøy N., "Social Indicators in the United States and Europe; Comments on Five Country Reports," Social Science Research Council, Social Indicators 1973; A Review Symposium, 1974.

Sheldon & Moore ed., Indicators of Social Change, Concepts and Measurement, Russell Sage Foundation, 1968.

Shonfield & Shaw, Social Indicators and Social Policy, Heineman Educational Books, 1972.

Tobin J. & Nordhaus, "Is Growth Obsolete?," Moss M. ed., The Measurement of Economic & Social Performance, NBER, 1973.

U. N., Towards a System of Social and Demographic Statistics, 1975.

U. S Government, Dept. of Health, Ed. & Welfare, Toward a Social Report, Government

31) U. N., Towards a System of Social and Demographic Statistics, 1975.

Printing Office, 1969.

Zapf W., "Social Indicators, 1973; Comparison with Social Reports of Other Nations," Social Science Research Council, Social Indicators, 1973; A Review Symposium, 1974.

Zapf W., "Sozialberichterstattung und Amtliche Statistik," Wirtschaft und Statistik, 8/74.

- ①ガルブレイス・K著, 鈴木哲太郎訳, 『ゆたかな社会』, 第二版, 岩波書店, 昭和45年.
- ②経済企画庁, 『経済白書』, 昭和47年.
- ③経済審議会, NNW 開発委員会, 「NNW 開発委員会報告—新しい福祉指標 NNW」, 1973.
- ④村田昭治, 丸尾直美編, 『福祉生活の指標を求めて』, 有斐閣, 昭和48年.
- ⑤鶴野公郎, 「社会指標—発展の系譜とマクロ社会指標モデル」, 日本経済研究, No. 3, 1974. 3.
- ⑥鶴野公郎, 「マクロモデルと社会指標—統合の試み」, 日本経済政策学会年報 XXIII, 『現代インフレーションと分配政策』, 勁草書房, 1975.

(II) Allardt E., About Dimensions of Welfare; An Exploratory Analysis of a Comparative Scandinavian Study, University of Helsinki, 1973.

France, Institut National de la Statistique et des Etudes Economique, Donnees Sociales, Imprimerie National, 1973.

Germany (Federal Republic), Bundesminister für Arbeit und Sozial Ordnung, Gesellschaftliche Daten, 1973, Presse und Informationsamt der Bundesregierung, 1973.

Great Britain, Central Statistical office, Social Trends, nos 1~5 (1970~74), HMSO.

OECD, List of Social Concerns Common to Most Member Countries, OECD, 1973.

USA, Office of Management & Budget, Social Indicators, Government Printing Office, 1973.

日本, 国民生活審議会調査部会, 『社会指標』, 大蔵省印刷局, 昭和49年.

年金制度と年金年齢

司会（小山路男） それでは第13回公開研究座談会をこれから行なう。

実は、ご案内にあるように、「年金制度と年金年齢」支給開始年齢のことであるが、この関係について田村さんと村上さんと平石さんのお三方からお話を承わる予定であるが、村上さんが急にやむを得ないご用できょうご

出席になれないとのことで、まことに残念であるが、田村さんと平石さんのお二人にこれからレポートをしていただいて、そのあとで皆さん方からいろいろご意見を伺いたいと思う。

それでは最初に田村さんの方から「財政面からみた年金の支給開始年齢」をお願いしたい。

レポート

財政面からみた年金年齢

田村 正雄

それでは、レポートさせていただく。十分用意ができてなくて大変申し訳けないが、レジュメみたいなものを書いてあるので、それに添って報告したいと思う。

年金年齢あるいは、支給開始年齢についてはいろいろな方面から検討がされなければならないのであるが、私に与えられた課題は年金数理面というか、アクチュアルな立場から見てどういうことなのかということであったので、そちらの方に焦点をしばってみたいと思う。そういっても年金数理面だけに話をしぼるわけにいかない部分もあり、どうしても周辺のことにも触れざるを得ないこともある。

数理面というと、どうしても数字がでてきて、わかりにくい話になるわけであるが、表を用意してあるので、それを見ながらお話をした方がよいと思う。

まず第1表をみていただきたい。ここに支給開始年齢の違いによる費用負担および給付水準の差という標題で小さい表がでている。これは、現実の制度でこのとおりになるということを示しているのではなくて、一応めやすとして、たとえば支給開始年齢が2歳違ったら、あるいは5歳違ったらどういうことになるのかということをも簡単にまとめてみたものである。この表のみかたをまずお話する。この表に60歳という欄がある。そのところに費用負担、給付水準とも1.00という数字があるが、もし60歳というものを年金の支給開始年齢の標準と考えると、それを中心にして費用負担というものがどうなるか、あるいは給付水準というものがどういうふうになるか、ということを示している。たとえば支給開始年齢

を62歳とすると、給付が同じなら費用の面では0.82となる。つまり、費用負担は約18%少なく、逆に費用が同じなら給付水準は、22%のアップができる、こういうふうにみるわけである。それが65歳になると、同じ給付なら費用負担は6割に下げることができ、給付水準は同じ費用ならば67%引上げることができ、こういうことを示している。ただここで注意していただきたいのは、これは単純化して示してあるということである。今

第1表 支給開始年齢の違いによる費用負担および給付水準の差

	55歳	60歳	62歳	65歳
費用負担	1.57	1.00	0.82	0.60
給付水準	0.64	1.00	1.22	1.67

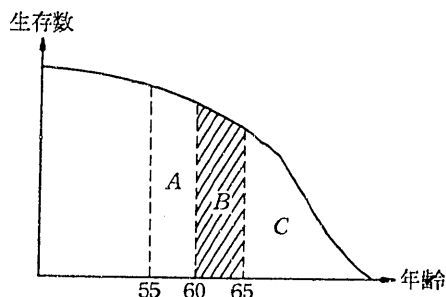
(注) 1 死亡率は、第12回生命表男子の80%、予定利率は、5.5%とした。

2 支給開始年齢を60歳とした場合を基準とした比率である。

たとえば、支給開始年齢を65歳とした場合の費用負担は、60歳の場合を基準として

$$\frac{C}{B+C}$$

に利息を考慮した値となる。



60歳を基準にして考えているといったが、60歳までに全員が保険料を拠出済みというか、制度から脱退し、あとは支給の始まる時期を待っているだけという状態になっているという場合を想定している訳である。そうすると、この表に書いてあるとおりになるということである。現実にはそうはならないわけで、このとおりにはいかない。たとえば厚生年金のように60歳になっていても、被保険者であれば、まだ年金をもらえないわけで、65歳までは退職が要件であるから、必ずしも60歳になったからといって、すぐに年金をもらえるわけではない。

したがって、総費用で60歳と65歳の差が6割あるといっても、現実の制度では支給開始年齢を60歳から65歳にしたとしても、6割の差がでるのではなくて、もっと差は縮まってくるということになる。それは60歳以上の被保険者が拠出する保険料があるし、また60歳以降に保険料を拠出したことによって増える年金額というものがあるからである。その差引の関係で変わってくるが、大ざっぱに言って、こんなに差は出ない。60歳から65歳の間に制度から脱退していく様子によって、この数値は変わってくることになる。脱退率が大きくて60歳までにほとんど制度から脱退してしまうという場合は、これに近いようなかたちになる。これと逆に60歳以上でもほとんど脱退する人がいないというようなことになると、この表のような差は出てこないということになる。つまり、この表はいちばん極端な場合を示している。実際の年金制度の場合には、老齢年金だけではなくて、障害年金とか、遺族年金という給付もある。そういうものも含めて考えると、これは年金の支給開始年齢というものには関係ないので、この表のような差は出ないと、理解していただきたいと思う。

それでは実際の制度にあてはめてみた場合に、年金の給付水準からみてどれ位が良いのかという話になると思う。これにはいろいろな考え方があると思うが、財政面という話からいくと、結局費用負担と給付される額との関係になってくる。総費用というものは、支給開始年齢が遅くなれば年金額が同じであれば小さくなる。水準が低ければ支給開始年齢を早めても総費用はそう大きくはならない。そういうことになっているので、問題は拠出の方から考えていくか、あるいは実際に老後の保障としていくら必要なのかということから考えていくかということで、この問題の検討の方向に分かれ目があるのではないかと思う。どちらから見ていけばよいのかということを考えてみた場合に、日本ではまだ拠出の水準が諸外国に較べて相当低いので、今の保険料負担を固定してお

第2表 年齢階級別有業率

年齢階級	昭和 46 年			昭和 49 年		
	総 数	有業者数 (仕事 が主な者)	有業率	総 数	有業者数 (仕事 が主な者)	有業率
総 数	千人 79,419	千人 44,287	% 56	千人 82,815	千人 45,265	% 55
40歳～44歳	7,432	5,021	68	8,011	5,374	67
45～49	6,140	4,044	66	7,056	4,764	68
50～54	4,881	2,984	61	5,502	3,412	62
55～59	4,494	2,521	56	4,453	2,518	57
60～64	3,823	1,801	47	4,221	1,961	46
65～	7,511	1,865	25	8,385	1,961	23

(注) 総理府統計局「就業構造基本調査報告」による。

いて、給付の方だけを考えていくというのは、問題が多いのではないかと思う。逆に今の給付水準をそのままにしておいて、保険料がどれ位まであがっていくのかということを見てみると、相当なものになる。このように今の時点だけではどうもうまい解答は得られない。やはり相当将来までみたうえで、議論しなければならないのではないかという感じがする。第2表を見ていただくとわかるように何歳ぐらいになったらリタイアするのかということの大難題な目やすとして有業率をみたわけである。そうすると、日本人は65歳ぐらいが境い目になっているというように思われる。実際には第2表にあるように、50歳代ぐらいから徐々に有業率が下がっているが、60歳以上になると急に半分ぐらいに落ちることになる。やはり65歳というのが一つの境い目になっているという感じがする。ただ65歳以上のところがもう少しこまかく別れたデータがないのでよく分らないが、だいたい目やすとして65歳というのが一つの有業率という観点からみた場合の境い目になっているという感じがする。そういうことを睨んだうえで外国の場合を見てみると、第3表のようになる。外国の制度と日本の制度をそのままそっくり較べる訳にはいかないが、主要なヨーロッパの国とアメリカについて支給開始年齢を調べたものである。ご存知と思うが、フランスを除いてはみな65歳ということになっている。しかし、繰上げ減額という年齢を早めてもらう場合には年金額を割引くという方法と、逆に、遅く——繰下げというか——年齢を下げてもらう場合には割増しをするという方法が、どこの国でもとられている。ただ、フランスだけが60歳になっていて、これがちょっと特別なかたちになっている。つまり、支給開始年齢は60歳であるが、60歳からもらう年金というのは支給率が25%——過去10年間平均の給与の25%——という年金額になっている。これは60歳以

第3表 諸外国の老齢年金支給開始年齢と年齢別人口

	西 ド イ ツ	フ ラ ン ス	スウェーデン	イ ギ リ ス	ア メ リ カ
老 齢 年 金 の 支 給 開 始 年 齢	35年拠出で63歳 15年拠出で65歳 65歳まで退職要件あり 67歳まで据置割増あり	34年拠出で60歳 60歳以降の据置割増あり	67歳 63~67歳の繰上減額あり 70歳までの据置割増あり	男子 65歳 女子 60歳 70歳(女子65歳)まで退職要件あり 据置割増あり	65歳 72歳まで退職要件あり 62~65歳の繰上減額あり
全 人 口	1971年現在 千人 61,284	1970年現在 千人 50,768	1971年現在 千人 8,098	1971年現在 千人 48,815	1970年現在 千人 203,212
(1) 15歳~19歳	4,072	4,155	549	3,355	19,070
(2) 20 ~59	31,210	25,011	4,256	24,566	97,559
(3) 60 ~64	3,673	2,658	481	2,820	8,617
(4) 65 ~	8,219	6,784	1,127	6,397	20,066
60歳~/20~59歳	38%	38%	38%	38%	29%
65歳~/20~59歳	26	27	26	26	21
65歳~/20~64歳	24	25	24	23	19

(注) 1 U.S. Department of Health, Education and Welfare "Social Security Programs Throughout the World, 1973" による。

2 United Nations "Demographic Yearbook, 1972" による。

第4表 わが国の年齢別人口の推計

(10月1日現在)

	1970年	1975年	1980年	1990年	2000年	2010年
全 人 口	千人 104,665	千人 111,500	千人 118,012	千人 127,581	千人 135,154	千人 140,611
(1) 15歳~19歳	9,167	7,958	8,233	10,230	9,249	9,065
(2) 20 ~59	59,200	63,161	65,706	68,787	72,200	70,471
(3) 60 ~64	3,752	4,207	4,423	6,513	7,324	9,283
(4) 65 ~	7,393	8,770	10,327	13,783	18,787	22,618
60歳~/20~59歳	19%	21%	22%	30%	36%	45%
65歳~/20~59歳	12	14	16	20	26	32
65歳 /20~64歳	12	13	15	18	24	28

(注) 1. 1970年は総理府統計局「昭和45年国勢調査報告、第2巻」による。

2. 1975年以降は、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口、昭和50年2月推計」の中間推計値による。

上になると、60歳以後1年につき5%の割増がつく。この5%というのは年金の5%ではなくて、平均給与の5%ずつ割増しになるので、例えば支給開始を65歳とすると、平均給与の50%の年金をもらえるということになっている。60歳でもらう場合は相当冷遇されるというか、普通の割引きよりはもっと悪いかたちになっている。やはりこれは、本当の支給開始年齢は60歳でなくて、もっと遅いところをねらっているという気配がある。そういうことで少なくともアメリカをはじめヨーロッパの国では、65歳前後というものが一応の年金制度からみた支給開始年齢ということになっているのではないかと思う。これらの諸国で、支給開始年齢を65歳とした場合、費用負担面を規定する要素はどうなっているかとい

うのをみたのが第3表の下の方の欄に書いてある人口比率である。いろいろ数字をあげてあるが、一番下の欄をみていただくと一番よいと思う。20歳から64歳の人口に対する65歳以上の人口の欄をみていただくと、西ドイツ、フランス、スウェーデン、イギリスはそれぞれ23~25%ということである。アメリカだけがやや低くなっている。これに較べて我が国の状態はどうなっているのかというと、第4表のようになっている。先ほどと同じ人口比率の数字をみていただくと、12%ということ、まだ、ヨーロッパ諸国の半分にしかならない。これが先行きどうなるかということ、昭和75年、西暦2000年であるが、ちょうど24%となる。これはヨーロッパの現在の水準になっている。一つの目安として、昭和75年頃、今

第5表 厚生年金保険の被保険者数、年金受給者数の見通し

(年度末現在)

	1970年 (昭和45年)	1975年 (昭和50年)	1980年 (昭和55年)	1990年 (昭和65年)	2000年 (昭和75年)	2010年 (昭和85年)
被保険者数	22,260 ^{千人}	24,188 ^{千人}	25,935 ^{千人}	29,219 ^{千人}	30,331 ^{千人}	30,425 ^{千人}
年金受給者数(計)	1,188	2,421	3,973	8,023	13,076	21,168
老齢年金受給者数	520	1,037	1,662	3,529	5,976	8,225
老齢年金受給者数 被保険者数	2.3%	4.3%	6.4%	12.1%	19.7%	27.0%

(注) 1 1970年は、社会保険庁「事業年報、昭和47年度」による。

2 1975年以降は、厚生省年金局「厚生年金保険法の一部改正に伴う財政計算結果の概要、昭和48年11月」による。

からちょうど25年後であるが、そのぐらいの時点では人口学的な構成というものが、今のヨーロッパ諸国と同じぐらいになる。それから先はそれよりきびしくなるという状態である。人口学的な要素というのが、今の厚生年金とか国民年金という実際の年金制度にどういうふうにはねかえってくるかということは、難しい問題である。これを、一応見てみたものが第5表で、これは被保険者数対老齢年金受給者数ということで作ってある。これで先ほどと同じようなみかたをすると、被保険者数対老齢年金受給者数は現在では2.3%ということであるが、昭和75年ごろには大体20%になる。これは老齢年金だけであるから、これに通算老齢年金であるとか、障害年金、遺族年金が加わるので、もっと大きな数値になる。先ほどの65歳以上人口に対応する数値に対応するものは、このようになるということである。外国と較べると、今の状況では厚生年金の支給開始年齢60歳というのは、かなり早い。現在では受給者と被保険者との関係からみれば費用負担面ではそう重荷にはなっていないということが言える。ただ、これがそのまま将来も続くと考えると大変なことになる。現在の欧米諸国における支給開始年齢が65歳中心になっているということ、これに対応する人口の構成を較べてみると、やはりわが国でも昭和75年頃までには、いまの欧米と同じような姿になっていかざるを得ないのではないか。どういう過程でそういうふうにするかは別として、どうしてもそうならざるを得ないのではないかという気がする。実際にそういうことをどういうふうなかたちでやっていくかということとは、別の問題であるが、一応今われわれの手許にある数字からそういうことが言えるのではないだろうか。ただ、

先ほど外国の制度をみたときにおわかりのように、支給開始年齢というのは、60歳とか65歳とか一律に決めてしまっ、それで済むという問題ではないということが言えるかと思う。それはどうしてかと言うと、老齢年金の対象となる老人というのは若い者に較べれば、年齢による肉体的、精神的な個人差が相当でてくるに違いない。それに対応するには、どうしても画一的な年齢では対応することができないということにあると思う。そうすると受給する側からの選択によって年金を早くもらったり遅くもらったりすることができるということを、用意しておく必要があろうかという気がする。

現在日本でも国民年金にはそういう制度があるが、もし厚生年金でも支給開始年齢を上げていくということになれば、これと組合せにして、個人的な状況に対応する手当てというものが当然必要になってくるのではないかと気がする。方向としては、支給開始年齢というのは次第に上げていかざるを得ないのではないかと思うが、そのとき減額繰上げとか、増額繰下げをセットにして、制度として仕組むということが必要になってくるということである。

そのほか、いろいろ要因があって必ずしも支給開始年齢を決めるにあたって、これこれこうでなければならないというような言い方はできないのではないかと、今私は思っている。大変お話しにくいところが多いが、一応財政面からみた支給開始年齢ということで簡単に説明できることは、こんなところである。

司会(小山路男) それでは引き続き、平石さんをお願いしたい。

レポート 年金計画と年金年齢

平石長久

1973年現在、社会保障の給付をなんらかの形で用意した国が127カ国で、そのうち、老齢、廃疾、遺族の諸給付、つまり、いわゆる年金部門の含まれる給付を用意した国が105カ国である。これら105カ国のうち、12カ国は一時金だけを支給する積立金制度を実施した国である。そして、93カ国が、いわゆる定期的支払い、つまり、年金を用意していた。ちなみに、105カ国のうち、約80%の国々は社会保険の仕組みを用いていた。ところで、前述した約90カ国の国々が採用していた年金年齢、つまり、老齢年金を受給できる年齢は、50歳から70歳までにわたっている。このような、年金年齢というのは、たとえば、加入期間、拠出期間、就労した期間、もしくは雇用された期間、あるいは、国によって居住していた期間のように、年金の受給資格にとってきわめて重要な要素になっている。一般に、年金年齢は緯度の高い寒い国々で高いし、緯度の低い国々で低いといわれている。たとえば、アフリカのコンゴやガボンなどは55歳という比較的低い年金年齢を使っている。もっとも、緯度はそれほど低くないが、一番低い例の50歳というのは南米のウルグアイである。そのほか55歳の年齢を使うのはアフリカ、あるいは中米に見うけられ、アジア地域では、トルコなどがその例に該当する。反対に年金年齢の高い例では、たとえば、アイルランドが70歳とか60歳という年齢を使い、スウェーデン、アイスランド、ノルウェーのような北の国は67歳の比較的に高い年齢を使っている。もっとも、例外もある。一般に、熱い国では、寿命が短いので年金年齢は低いし、寒い国では、寿命が長いから年金年齢も高いのであろうといわれているが、しかし、イスラエルなどは緯度がそれほど高くないし、比較的に暖かい国であるのに、70歳という年齢を使っている。また、中米の比較的に暖かい国々でも、65歳の高い年齢を使う例も見うけられる。いずれにしても、よく用いられている年齢は、先ほどの報告者も触れていたように、60歳から65歳という年齢が多く使われている。

女子の場合には、ある年齢差を設けて、男子より低い年齢を規定する例があるので、女子を除いて、かりに男子だけをみれば、約70カ国が60歳から65歳の年金年齢を使っている。女子の年齢が低い例、つまり、女子に

対して年金年齢の年齢差を設ける国は50カ国以上である。しかも、その年齢差は5歳という例が最も多く、約40カ国が女子と男子の間に5歳の年齢差を設けている。しかし、一部では、わずか2、3カ国であるが、10歳の開きを用いている国もみうけられる。ちなみに、女子と男子の年齢が5歳開いている点について、なぜ5歳開いている例が多いのかということについては、明確な理由を発見できないようである。要するに、結婚するときの一般的な年齢差がほぼ5歳で、そのために5年の年齢差が設けられているのではなからうかという説明がみうけられる。一般に、女子は受給期間が長いといわれているが、受給開始時の年齢差と女子の平均余命などを考えると、女子の年金の受給期間が長いのは当然であろう。ちなみに、年金年齢について、性別による差を撤廃する要求が一部ではでており、要求だけではなくて、事実上その年齢差を撤廃した例もみうけられる。その論拠の一つとして、確実な論拠ではないが、最近では男女同権が主張されており、年金年齢に差を設けるのは妥当でないだろうという意見も現われていた。その意見によれば、女子も男子と同じ年金年齢を使うべきであるということになる。そのような理由から年齢差を撤廃した例もみうけられる。

それはともかく所定のいわゆる正常な年金年齢よりも低い年齢で、年金の受給を認める例もあるし、その反対に、年金年齢を越えて年金の受給開始を延期するのを認める例もみうけられる。また、特殊な例として指摘されるのは、そのような早期受給と受給延期の双方を認める場合、つまり、一定の年金年齢の上下に幅を設けて、その幅の間で受給者が自由に年金の受給開始を決定する方法を採用している国も一部には現われている。このような方法は年金年齢に弾力性をもたせた方法といえるであろう。

現在、各国の実施する年金制度では、各種の年金年齢が使われているが、これらの年金年齢は、年金制度を取まいている、あるいはそれを支えている各種の諸条件と関連をもっており、たとえば、給付の算出方式がどのようになっているのか、また、給付が定額であるのか、それとも所得に関連させてあるのか、あるいは、給付水準

がどのようになっているのか、支給率がどのようになっているのか、さらに、給付の算出基礎とする賃金とか所得の決定方式はどうなっているのかという点に深い関係をもっている。なお、年金が基本的な給付だけなのか、あるいは補足的給付を含んでいるのか、また補足的給付を含んでいるとすれば、その性格や仕組みはどうなっているのか、付加給付がそれ以外にあり得るのか、さらに、私的年金がどのような具合になっているのかという点も関連をもっている。それら以外に、年金の受給資格を取得するのに必要な期間がどうなっているのか、年金の受給と稼得活動からの引退をどういうふうに結び付けてあるのか、老齢年金と廃疾年金や遺族年金の関係がどのような関連をもっているのかということも挙げられる。そして、財源調達とか財政方式、年金制度の成熟度、さらには、人口構成の状況とか、あるいは人口の予想も欠くことのできない要素である。また、労働市場の観点から労働力率はどうなるのか、雇用の状況はどうなっているのか、さらに、もっと広げると、いわゆる労働関係がどのようになっているのかなども考慮しなければならないだろう。以上のように、非常に多くの条件を考慮しなければ、年金制度は簡単に考えることができないであろうと思われる。そのように、年金制度と年金年齢には、年金制度それ自身の中の各種の事情や、年金制度を支えているいろいろな諸条件の関係が考えられるのであるが、それはともかく、年金年齢の決定について、現在実施されている状況を簡単にながめるならば前述したような状況を、その全部ではなくても少なくとも一部だけでも考慮した形跡があちこちの国でみうけられる。なお、年金年齢の決定について、一部では、労働者は労働する権利と同時に、休息する権利を持っているのである、という考え方から、労働者の休息という観点と年金年齢を結びつけて考える意見もみうけられる。この場合に、休息というのは稼得活動からの引退という意味を含めているが、むしろ、意味を含めるというよりも文字どおり稼得活動からの引退を意味しており、その立場から年金制度それ自身を考えようとする意見も現われている。このような考え方は後で触れるフレキシビリティ (flexibility) と同じようにすでに 1950 年代の半ば頃の論文などにも現われている。

いずれにしても、現在実施されている年金年齢では、前述したように、60~65 歳という例が多いが、いろいろな資料や文献をみても、それらの年齢が妥当であり、そうでなければならないという医学的論拠というのはみうけられないし、人々を納得させる科学的な論拠もみうけ

られない。要するに、一般的には、ある国が採用した年齢を、他の国々も採用したといえるであろう。あるいは、後に述べるように、ILO の条約などに含まれた基準を利用して、そのような年金年齢が決定されたのではなかろうかという意見もみうけられる。そのような意見は、前に触れた年金年齢における男女の年齢差についても、同様なことがいえる。

年金年齢の決定について、よくいわれるのは、年金年齢は平均年齢、平均余命、労働市場、財源調達、そして、前の報告者が述べたような各種の要件が非常に大きな関係をもっているとみなされている。たとえば、平均寿命が低くて、労働市場に労働力が豊富な国の場合には、年金年齢も低くすることができる。しかし、この場合には、年金年齢が低くなれば、当然のことながら、必要な費用は大きくなるので、財源調達能力の限界が問題になる。逆に、年金年齢を高くするのは、平均寿命が長いとか、あるいは、労働力の不足している国に用いることができるし、又状況によっては、必要な費用が少なくて済むので、財源調達に余力が生ずるとか、あるいは、軽い財源で費用の調達ができるのを期待できる。そのような場合、比較的に高い年金年齢を設けることを期待できる。

ところで、前に触れたが、労働者に休息の権利を認める考え方について若干付記すれば、この考え方では、老齢な労働者が休息し、所得を失ってしまう場合に、その喪失した所得を補償 (compensation) するという意味で、年金を考えることができるのである。この考え方には、老齢な労働力を労働市場から排除して、労働力の新陳代謝を図ろうという意図も考えられる。日本で実施されている定年制にも、この考え方が含まれている。それはともかく、老齢な労働者に休息を認めて、余暇を享受させることと、年金制度を結びつけることが考えられている。そのような考え方では、年金年齢は余暇をどの程度もって年金を受給することになるのかという点を考慮して、年金年齢を考えることになる。その考え方によれば、65 歳で余暇というのはだいたい 10 年、60 歳で年金年齢を決定すれば約 15 年の余暇を楽しむことができることになるであろう。しかし、多くの国々が使っている年金年齢とその年齢の時点からみた平均余命の状況では、今までの例でみれば、平均余命に結びつけて年金年齢を決定したとは必ずしも思われないうである。しかし、多くの例では、年金年齢、たとえば、男子の年齢で平均余命をみれば、60 歳の場合には、ほぼ 15 年以上の平均余命があるといえる。65 歳でみれば、その期間は 12 年以上になるといえるだろう。もっとも、この状況は国によって

違ふし、また、女子の場合には、平均余命も多少長いので、状況が変わる。

次に、いわゆる年金年齢の flexibility の問題について取上げよう。弾力的な年金年齢というのは、色々な点から考えることができる。まず、年金制度では、年金の受給開始が可能となる年齢について、ある一定の年齢を定め、その年齢に到達したときに、年金の受給を認める方法があり、この方法は非常によく使われている。しかし、年金の受給を開始できる年齢として、ある一定の年齢を定め、その上下にある幅を設け、その幅の間で各人が老齢年金の受給開始をそれぞれ自由に選択して決定する方法が、かなりの国々で実施されている。この方法によれば、年金保険の被保険者が他の受給資格条件を一応満たしている場合に、ある所定の年齢に達するということは、その年齢で受給を申請しなければならないということをも必ずしも意味していない。つまり、換言すれば、ある一定の年金年齢の上下の間に入ったとき、年金を受給するかどうかについて検討することはできるが、必ずしも、受給を申請しなければならないということではないということになる。このように、ある所定の年齢の上下で受給開始の申請を検討できる弾力性をもった年金年齢が、弾力的な年金年齢といえる。

ところで、この弾力的な年金年齢では、正常な年齢の受給開始以外に、ある所定の年金年齢以前に年金の受給を開始できる場合、つまり、年金の早期受給という場合と、所定の正常な年金年齢を越えて、年金の受給開始を延期できる場合、つまり年金の受給延期の2つが考えられる。

年金の早期受給では、60カ国以上の国々が、年金の早期受給を認めているといえる。それらの例では、年金の受給開始について、年金年齢以前の受給は次のような状況に認められる。つまり、それらは不健康・困難あるいは危険な労働に従事していた場合、労働不能になった場合（これらは老齢化が非常に早いと考えられる）、ある特定の職業に従事した場合、雇用・加入・拠出・就労の期間が長い場合（これはほぼ30～35年以上が該当する）である。さらに、年金年齢直前になって、長期的な疾病あるいは失業の状態にある場合に、老齢年金の早期受給が認められている。さらに、女子の例では、女子の一般的な年齢差や、女子が子供を何人養育したかによって、年金の受給開始を早めるという方法が使われている。

今述べたような方法で、老齢年金の早期受給が認められているが、不健康とか、困難又は危険な労働によって早期受給が認められるのは、非常に多くの国が使っている。このような労働は、他の労働に比較すれば、平均的

にみて、労働力を早く消耗したり、もしくは減退するので、通常より低い年齢で年金の受給開始を認めるのが通例といえる。このような例で低い年齢とは、一般的には、通常の年齢より5歳ほど低い年齢を使っている。また、このような労働というのは、最も多いのが鉱業で、とくに地下労働に従事している鉱山労働者などが該当する。その他では、船員、航空機の塔乗員、鉄鋼などのように非常に温度の高い作業場で労働する冶金関係の労働者なども該当する。ちなみに一部の国々では、このような場合には別な制度を設けて、それらの労働者を別な制度でカバーする方法を用いて、特殊な制度を設ける場合がみうけられる。なお、疾病や失業で早期受給を認める例では、たとえば、オーストラリア、アメリカ合衆国、イギリスなどが使っている。本来、年金年齢に近くなってからある一定期間失業をしている場合には、いずれの国でもよく似ているが、高齢者が新しい雇用を見つけるのはきわめて困難であるから、失業保険から老齢年金に登録を移す方法が用いられている。また、健康を損うとか、心身の障害のために、労働者が再び職を見つけるのは、非常に困難であるとか、あるいは不可能であると判断される場合にも、失業の場合に用いる方法と同様な方法が使われている。なお、身心の障害には、所定の条件に該当する場合に、廃疾年金が支給される。もっとも、失業や疾病などによる老齢年金の早期受給では、年金を減額する方法がよく用いられている。ちなみに、失業の場合には、当然なことであるが、失業が非自発的なものであり、しかも6ヵ月もしくは12ヵ月という一定期間、つまりかなり長い期間続いている失業でなければならないという条件が加えられているのが通例である。なお、疾病や失業などで年金の早期受給を認められる場合には、年金年齢までの期間が2～3年（それより長い例もある）とされ、通常の年齢よりも2～3年という低い年齢でも、受給の開始を認める例がみうけられる。女子に適用する年齢差では、年齢差それ自身が合理性、妥当性について、きわめて不明確であるといわれ、また年齢差を設ける理由も漠然としている。しかし、多くの国々では、高齢の女子は、日本と同様に、仕事をみつけるのが非常に困難であるから、女子の場合にも早く年金の受給を認めるべきであろうというような考え方も用いられている。なお、長期間就労したという理由で、年金の早期受給を認める点については、長年の雇用や就労と、所定の拠出期間を結びつけて、年金の早期受給を認めている。この早期受給は、単に年金の問題だけではなく、いわゆる労働力対策の意図も含まれているといえる。たとえば、この方法

では、労働者が低い年齢で就労を開始した場合に、労働者にとって比較的に魅力があるのではなかろうかという期待ももたれている。しかし、近年では、多くの国々で教育期間が比較的に長くなっており、雇用に入る年齢も高くなっているため、このような労働者が魅力をもつかどうかという点では、必ずしもそのような期待をもてないのではなかろうかと思われる。なお、女子が子供を何人養育したかによって年金の早期受給を認めるという例は、東欧諸国などでよくみられる。この例では、年金問題以外に、いわゆる母性保護とか、あるいは人口政策、いなければ労働力政策ともいえる意図が含まれていると思われる。

これらの状況に示されるように、いろいろな国が年金の早期受給を認めているが、早期受給を認める各種の条件が、弾力的な年金年齢を採用する場合にもみうけられる。また、弾力的な年金年齢の場合には、個人の選択によって年金の受給開始が認められるのであるが、その場合でも、年齢以外に、あるいは、加入・拠出・雇用・就労などの期間を用いたある条件が一応定められており、そのようななんらかの条件を設けられたうえで、それらの条件に該当する場合に、受給開始が認められることになっている。なお、資格取得条件では、資格取得に必要な条件は最低年金を取得できるのと同じか、もしくはそれよりかなり厳しい条件を設けて年金の早期受給を認める例もみうけられる。

年金の早期受給について若干付記すれば、アメリカ合衆国で70年代の始め頃に、年金の受給を早く開始した受給者を調べた例がある。この調査によれば、一番多いのは健康上の理由から年金の早期受給を認められている。たとえば、62歳で受給を開始した例では、57%の人が健康上の理由から早期受給を開始しており、63歳から64歳までの人は48%が健康を理由として早期受給を開始したといわれている。そのほかでは、たとえば、強制的に退職を迫られたとか、あるいは、仕事が中断してしまったとかなどの理由で、このように仕事の関係で年金の早期受給をしたという者は、62歳でも、また63歳から64歳まででもいずれも16%程度の人びとしか含まれていなかった。

それはともかく、年金の早期受給では、年金は正常な年齢で支給される年金より減額される例が多いが、減額は保険数理的に比例させた減額が行なわれる。

ところで、年金の受給開始を自由な選択で行なわせる背景には、いろいろなことが考えられるが、たとえば、高齢な労働者のうち、正常な年金年齢以前に、すでに仕事に十分に対応できなくなると考えられる人もいだろう。

また、大部分の人びとは次第に廃疾に近づくかあるいは老化のために、労働に対する肉体的な要求にも十分に対応できない人がいるかも知れない。なお、技術的、その他のいろいろなめざましい変革が行なわれているが、そのような状況に十分に適応できない人がいるかも知れない。さらに、そのような状態におちいった場合に、新しい再教育や再訓練を施しても、それを受けるのが非常に困難であるか、あるいは、それを受けても適応不可能であるというような人もいだろう。しかも、そのような状況を当人自身で自覚して、より早い年齢で年金の受給開始を希望する者が現われるかも知れない。もっとも、そのような人びとが仕事を失ってしまえば、恐らく多数の人びとは再び仕事を見つけるのが困難であるか、あるいは不可能であるかも知れない。また、せっかく雇用の場を得ても、高齢者に望ましくないか、あるいは当人にとって好ましくないか、もしくは、一般的な労働条件に照らしても、望ましくない労働条件を余儀なく受けいなければならない人びとも現われるであろう。このようなことは日本の定年後の人びとの行方を追求すれば、すぐ理解できることで、比較的に労働条件が悪くなってしまうのが、日本の定年制の問題でよく指摘されている。いずれにしても、そのような状況では、高齢者に対して、高齢年金の早期受給を認めるべきであるという意見が、各国に現われている。そのような意見が弾力的な年金年齢の採用に関連をもっているが、その弾力的な年金年齢では、年金年齢の flexibility をとりあげて論じたのは、1950年代にすでに現われていた。もっとも、年金年齢に弾力性をもたせるといっても、当然なことであるが、稼得活動に従事する期間を全般的に引下げることが必ずしも意味していない。つまり、一方において、年金の早期受給を認めると同時に、他方では、正常な年金年齢を越えても、稼得活動の意志と能力があり、かつ、その機会を得ることのできる者には、稼得活動を継続させて、年金の受給を延期させ、そして延期した期間について年金を増額するような方法が考えられている。なお、労働市場の状況によっては、年金の早期受給を認める場合に、一部の高齢者が年金を受給して、労働市場から早く引退することにより、他方では、一部の人びとに年金の受給を延期し、稼得活動の継続を可能にするような状況が現われるかも知れないという期待がもたれている。要するに、均衡のとれた弾力的な年金年齢というのは、正常な年金年齢の上下にある幅を設けて、その間で各自に年金の受給開始を自由に選択させることになり、極端な言い方をすれば、一定の固定的な年金年齢の考え方を廃止してしまい、あ

る所定の幅の中で年金年齢を考えることになる。もっとも廃止というのはいき過ぎでむしろ修正というのが妥当だろう。

老齢年金の受給年齢について、国際的な基準について若干ふれるならば、その1例としてILOの条約に、そのような例が見うけられる。たとえば、1933年にジュネーブで行なわれた第17回総会で採択された条約第35号と第36号が挙げられる。35号は工業などの分野に対する老齢保険を、また、36号は農業部門に対する老齢保険を対象としている条約である。この35号と36号のいずれも第4条に、老齢年金の年金年齢というものが一応示されている。これらの例では、被用者が対象になっており、被用者の社会保険の場合には、65歳以上とすべきでないという1つの基準が示されている。なお、この同じ年に勧告第43号が採択されているが、これは廃疾保険、老齢保険、および遺族保険を含んでおり、廃疾・老齢・遺族保険勧告が正式名称である。これらの給付を用意する保険の一般原則について勧告したのが、この勧告43号で、この第2部が年金の部門になっており、その中のBが老齢年金で、その第11条に60歳以上の年金年齢を用いる保険制度の場合には、労働市場の救済と、高齢者の休息を保障するために、人口・経済・財政などの状況が許す限り、年金年齢は60歳に引下げるべきであるという勧告を行っている。ところで、これらの条約や勧告は、1930年代の例の大不況による困難な状況を背景としている。ちなみに、このときの条約と勧告では、やや内容が変わっているが、1例を示せば、条約が65歳以下という基準を示したのに、勧告が60歳という年齢の示し方をした点である。つまり、勧告は労働市場の問題と関連させて、条約より5歳低い基準を示していた。しかし、その後の状況では、たとえば、1944年にフィラデルフィアで第26回総会が開催されたとき、勧告67号が採択されている。その勧告がいわゆる「所得保障にかんする勧告」である。この所得保障勧告の附則、つまり、アネックスの第1部、(社会保険)の中に老齢というのが含まれている、この12条の(1)に、老齢給付を申請できる最低年齢は男子で65歳、女子で60歳以下とすべきであると示されていた。ちなみに、女子に60歳の基準が示されたのは、この勧告67号で初めてであった。なお、この勧告の12条(1)には、長年の間困難なあるいは不健康な労働に従事したもののについて、より低い年齢を定めることができるということが加えられていた。その後、1952年に第35回総会がジュネーブで開催されているが、これで採択された条約第102号が社会保障最低基準条約

である。この102号の第5部が老齢給付で、26条の2に、老齢年金を受給できる年齢は65歳以上とすべきではないと示されている。また、当該国の高齢者のもっている労働能力を考慮して、当該国の当局が定めるより良い年齢以上とすることができるということも示しており、65歳以上のより高い年齢も一応認める形が示されている。つまり、65歳より高いか、あるいは低いかにいう点についてある幅をもたせる状況が、この条約には示されていた。さらに、1967年に第51回総会がジュネーブで開催され、条約第128号が採択されたが、この条約はそれ以前の年金にかんする条約を修正並びに改善した条約である。この条約第3部15条の2には、老齢年金を受給できる年齢は65歳以上とすべきではないということが示されている。なお、その下に続いて、統計的に示された人口・経済・社会の状況からみて、当該国の当局が定めたより高い年齢以上とすべきではないということが示されており、128号条約でも、幅をもたせた表現が示されていた。これらに示されるように、ILOの条約や勧告では、大不況の特殊な状況のもとに採択された勧告第43号を除いて、その他では、いずれも65歳以上とすべきではないとし、さらに、それに幅をもたせてより高い年齢を認める基準が示されている。

ところで、これらのILOの基準を参考としたかどうかはともかくとして、弾力的な年金年齢では、年金年齢になんらかの形で弾力性をもたせる方法を使っている。しかし、この年金年齢の弾力性については、そのような方法の採用に反対の立場も考えられる。たとえば、年金の早期受給を認めるならば、早く年金を受給するために、多数の労働者が稼働活動の雇用を中断してしまい、かれらは早く労働市場から離脱するであろう。もし、労働力がきわめて豊富で、労働力の供給が過剰な場合には、老齢なしかも比較的に生産性の低い労働力を労働市場から排除してしまうには、早期受給もある程度効力をもっていかぬかも知れない。しかし、その反対に、労働力が少なく、十分な供給が余り期待できない場合には、年金の早期受給により、老齢な労働者が労働市場から早く離れてしまうので、労働力率の低下をもたらすことにもなりかねない。また、働いていない人びとと稼働人口を比較する比率も低下するであろう。そして、極端な場合には、悪化してしまうこともありうる。つまり、被扶養人口が多くなり、稼働人口の負担は重くなってしまう。そのようなことは、当然なことながら、公的年金制度の拠出負担が、きわめて重くなることも考えられ、労働者の負担のみならず、企業の負担も増大せざるを得ない。そして、

企業負担の限界が年金制度を圧迫するかも知れない。また、状況によっては、労働市場の不均衡をもたらすことにより、国民経済が大きな影響を蒙るかも知れない。とくに、高齢人口が多く、生産年齢人口が相対的に少ない場合には、そのような状況の与える影響は非常に大きいであろう。しかし、受給の延期を認める場合には、それによって加算されるより高い年金を求めて労働を継続する高齢者が増えることもあり得る。効率のわるい高齢者が労働市場の中に滞留して、生産性の低下をもたらすことにもなりかねない。このように、早期受給や受給延期に対して、反対の立場もあり得る。しかし、この場合には、逆にそれらの反対や批判を否定する立場として、たとえば、高齢者に対する余暇や所得を取上げる立場が考えられるが、その立場では、高齢者がより若い人びとよりより多くの余暇を持つべきであり、その余暇に対して所得も保障すべきであるというきわめて素朴な考え方も見うけられる。また、早期受給の可能性というのは、高齢者にとって魅力的でもあらうと思われるし、そして、状況によっては、それが勤労意欲を刺激するかも知れないという期待も考えられている。なお、労働に適していない人びとを、労働に適した人びとと交代させることによって、労働市場に新陳代謝を期待することもできるであろう。さらに、各自がそれぞれのなんらかの理由によって、労働市場を去りたいとか、あるいは、去らざるを得ないという状況になるかもしれないが、そのような場合に、年金を提供して、労働市場から容易に離脱する機会を与えることも可能になるであろう。しかも、年金の受給延期では、十分な労働能力をもっている高齢者に、労働を継続する機会を提供したり、あるいは、国民経済への寄与を期待することもあり得るだろう。そして、そのような労働の継続により、より高い年金を彼ら高齢者達に期待させることもあり得るであろう。

このように、弾力的年金年齢については賛否、様々な立場や考え方があり得る。その賛否に対する当否はともかく、多くの国々が現在 ILO の基準に示されたような 65 歳の年金年齢を用いているが、この 65 歳という年齢について、65 歳以上の人びとが活動的であるとはみなされないというきわめて素朴な考え方も見うけられる。しかし、人びとの高齢化は各種の事情もあり、かなり個人的な差があるといわれる。つまり、各自の身心の状況とか、または職業的な労働の可能性などが、人によっていろいろと異なるはずである。

したがって、統一的かつ固定的な年金年齢を定めるのは、必ずしも妥当ではないだろう。そのような事情を考

慮すれば、年金年齢を一定に定めるべきではない。また、一般に、消費や職業などについては、比較的に自由な選択が認められているにもかかわらず、年金の受給について、自由な選択が認められていないのは妥当でないといえるだろう。労働生活を続けるのか、又は停止するのか、あるいは、年金を受給するのか、延期するのかというような点についてもある程度の選択の自由が認められても当然であろう。このような考え方もあり得る。

もっとも、そのように、年金の受給開始について、ある程度選択の自由を認めるといっても、当然なことながら、各種の制約が必ず伴われる筈である。たとえば、年金制度の財政や財源調達を無視して、そのような年金年齢の弾力性を勝手に考えることはできない。また、人口構成の状況や予測とか、労働市場の問題なども考慮しなければならない。それらを無視して、単純に、年金年齢の弾力性を認める要求が出されたり、あるいはそれらを簡単に認めることはできない。なお、日本の場合では、厄介な問題として、定年制が当然問題になる。日本で年金年齢を取上げる場合には、この定年制を素通りするのは非常に危険であるし、また定年制は無視できない。

それはともかく、弾力的年金年齢は、ある単一の固定した年齢を設ける代りに、各自の決定によって年金の受給を開始できるある年齢を意味している。そのような弾力的年金年齢を設けるには、1つの方法として年金の受給資格を取得した者が希望する場合に、早期受給を用いる方法を採用して、あるより高い年齢に基準を設定してしまうことである。この例では、その基準より低い年齢に最低年齢を設けることにより、最低年齢という形で、年金年齢の弾力性が考えられる。2番目には、受給資格の有資格者が希望する場合に、受給の延期を認める方法を用いて、より低い年齢に年金年齢の基準を決めることができる。この例では、基準より高い年齢に最高年齢を設けて、最高年齢という形で、年金年齢の弾力性が考えられる。3番目には、1番目と2番目の双方による弾力性をもたせる考え方である。このような3つの方法のうち、人的資源に高度な消費を行なうことのできるような国、つまり、労働力が豊富で、新陳代謝をかなり期待できる国では、1番目の方法が便利であろう。しかし、この方法は、経済的な観点からみると、費用の高い仕組みになってしまう。これに対して、2番目の方法は人的資源の不足している国に有利といえる。しかも、高度な熟練をもった労働者に、経済活動を延長させることが期待できる。このような1番目と2番目を合せた方法は、各種のニーズなどに、最も対応できるものと期待できる。

また、3番目の方法は、労働者の健康状態、疲労の程度や状況とともに、各人の持っている能力を十分に考慮することもできるようになるだろうと期待される。

本来、人びとがある何歳というある特定の年齢で労働能力を喪失してしまうのかということは、正確には決定できないし、不可能であろうと思われる。また、人それぞれの老齢化の過程は、各人にそれぞれの個人差もあるし、いろいろな多くの要素によっても異なる。そのような状況からみれば、3番目の方法が、最も望ましいといえるかも知れない。いずれにしても、最近一部の国々でみうけられている方法によれば、まず、公的年金制度で考えるには、いつ年金の受給を開始するのか、また、開始しようとするのかについて、受給資格を取得した者による自由な選択を認めるように、年金年齢にある幅をもたせて、年金の早期受給、もしくは、受給延期を可能ならしめる用意をすべきであろう。また、各国の年金制度では、それぞれの社会的および経済的な条件、とくに労働市場、あるいは、財源調達の状況を十分に考慮した妥当な年金年齢を考えなければならない。さらに、早期受給の可能性というのは、労働力保護の観点からみれば、困難や不健康、あるいは危険な労働に従事した労働者にとって、とくに利用させるべきである。反対に、高度な熟練をもっている労働者は、年金の受給を延期したり、または、経済活動の延期を希望することも考えられるので、かれらには、そのような機会の可能性を提供しなくてはならないという配慮をして、年金年齢が考えられるべきであろう。

さらに、弾力的な年金年齢の制度では、年金の受給開始決定が、有資格者の自由意志だけで行なわれることを条件とする場合に、この弾力性が効果的に機能するであろう。また、弾力的年金年齢では、年金の受給資格の中に、年金を受給する場合に、稼得活動からの引退を要求するような制度では、弾力的年金年齢の採用は、きわめて重要な意味をもつことになるであろう。

チョング・キー・パーク著『韓国の社会保障』

Chong Kee Park, *Social Security in Korea: An Approach to Socio-economic Development*, Korea Development Institute, Seoul, 1975.

保 坂 哲 哉

著者は現在 Korea Development Institute の財政・予算部長の地位にある経済学者である。院長 Mahn Je Kim 氏のまえがきによると、著者は1973年12月1日に制定された National Welfare Pension Law (以下この年金制度は NWP と略称する) の立案段階で、社会保障年金制度導入の可能性に関する研究を手がけた。今度の著書はそれを発展させたもので、韓国の社会保障制度とくに老齢、廃疾、遺族、保健、失業に関する社会保障について包括的な分析・検討を行って問題点を明らかにし、将来の改善案についての考察を試みている。その場合韓国の社会経済条件の最近における変化、社会・経済発展を旨とする国家政策の枠組との関連に注意が払われている。本書の構成は次のとおりである。

I 序 論

II 韓国における社会保障の必要性

背景—経済、人口条件

老齢者、障害者、遺族の社会経済状態

III 現行所得維持手段の不適切性

私的所得保障手段

現行社会立法

評価

IV 社会保障への接近

社会保障と経済発展

現在のニーズとその充足方法

公的な強制制度の必要性

V NWP システム

適用範囲

受給要件

給付の種類と金額

NWP 制度の財政

NWP 制度についての個別的費用—便益分析

VI NWP 制度の経済効果

貯蓄効果

所得再分配

総需要の変化

VII 総括と政策についての結論

以上が本文で、そのほかに統計、法令、文献などが補遺として載録されている。

本書の議論の中心は、以上の概略からすでに予想されたとおり、最近における韓国の社会保障政策に関する選択を評価するとともに、将来の発展方向を示唆しようという点にある。具体的にいえば、なぜいまの時期に新年金制度が必要なのか、社会保障のなかで疾病保険や失業保険よりも年金が優先されるのはなぜか、年金制度の拠出、給付、財政のしくみがいまのようなかたちで決定されたのはなぜか、いまの仕組みのどういうところに改善の余地があるか、といった問題がそれである。ここではスペースの制約もあるので、まず新しい年金制度の概要を紹介したあと、年金制度を優先させた理由を取りあげ、それぞれについて評者のコメントを記すことにしたい。

NWP 制度は、1973年12月1日の法律によって創設され、1976年から実施されることになっている。実際に予定どおり発足したかどうか評者は確認していない。

適用対象は、将来全国民に広げること为目标とするが、最初はおもに管理上の必要から制限する。従業員30人以上の企業の月間賃金・俸給額15,000ウォン(1974年現在100ウォンは約62円)以上の被用者(公務員、軍人、私学教員は特別制度に属し適用除外)が自動的に適用対象となる。月収15,000ウォン未満の被用者、従業員30人未満の企業、自営業者は申請により認可があれば加入できる。なお臨時雇、日雇は適用対象から除かれている。

給付の種類は、老齢年金、障害年金、遺族年金、一時金の4種類である。

受給要件は、老齢年金の場合20年間の加入と拠出、障害年金、遺族年金は1年間の加入と拠出、老齢年金の受給開始年齢は男60歳、女55歳でいずれも退職を要件とする。ただし、男65歳、女60歳に達すれば退職を要件としない。以上は満額年金の場合で、退職しなくとも減額された在職年金は受けられるし、加入10年を越え

れば減額された老齢年金を受けられる。また制度創設時、男 41～55 歳、女 36～50 歳の者には経過措置により短期加入でも年金が支給されるようになっている。一時金は 10 年未満の加入者が脱退したときに支払われる。

年金額の算定式は次のように表わされる。

$$P = \left[Y \times \frac{240}{100} \right] + \left[B \left(1 + \frac{4n}{100} \right) \times \frac{240+m}{100} \right]$$

P: 年金額

Y: 前年度における加入者全員の平均報酬月額

B: 最終 3 か年の平均報酬月額

n: 20 年を越える加入年数

m: 240 か月を越える加入月数

20 年未満の加入者の減額老齢年金は、満額年金の 45 % に 10 年を越える年数 1 年ごとに 5 % を加えた額とする（女子は一時金を選ぶこともできる）。

障害年金は、完全廃疾（1 級）については受給資格発生時に退職年齢に達したものととして老齢年金と同額が、2 級障害ならばその 50 %、3 級障害ならば 30 % がそれぞれ支払われる。

老齢年金と障害年金については、家族加算が加えられ、その年額は配偶者 24,000 ウォン、18 歳未満の子 1 人につき 12,000 ウォンである。

遺族年金は、寡婦と 18 歳未満の子（障害のある子の場合には年齢制限なし）に対して、死亡者が受給していたかまたは受給すべき年金の 50 % が支払われる。寡婦、18 歳未満の子がいらない場合、60 歳をこえる父母、祖父母にも給付を行う。

給付費の財源調達は、被保険者と事業主の拠出金および積立金の運用利子収入による。つまり積立金をつくるわけで、当面拠出料率は労 3 %、使 4 % と決められているが、計算の根拠は明らかにされていない。拠出金収入と給付支出および積立金の額についての予測は 1986 年まで示されている。給付費についての国庫負担はないが、事務費は政府の一般財源によって賄われる。

以上が制度の要点である。なぜ、こういう仕組みの制度を採用したかについては、第 IV 章の一般的な説明のほか、第 V 章の末尾に掲げられた個別的費用＝便益分析、第 VI 章の経済効果についての考察から理解することができる。NWP が経済的目的と社会的目的を同時に満しうるなようシステムでなければならない、ということが大前提になっておりそのことから、一方では積立金の蓄積を可能にするよう拠出料率と老齢給付の待期が決められ、他方老齢保障ニードにこたえるため経過措置による受給要件の緩和や減額年金の制度を設け、また定額部分と報酬比例部分を組合わせて年金額を決めるという方法を採用

し、効率的な給付を行うことをねらったものと考えられる。定額部分は全被保険者の平均賃金の 1 % の 240 か月分、つまり平均賃金の 20 % というすっきりした決め方になっており、日本の厚生年金の場合より分り易い、加入期間 20 年の平均賃金と同水準の賃金稼得者の場合に、定額、報酬比例の両部分が等しくなり、加入期間が長くなるほど、また賃金水準が高くなるほど定額部分のウエイトは小さくなる。

加入期間が 20 年を越える場合、越える期間 1 年について報酬比例額を 4 % ふやす仕組みになっている。日本の厚生年金のいわゆる定額部分は 240～360 か月の範囲内で期間比例になっているが、NWP では定額部分は文字通り定額で加入期間に無関係であるから、上記割り増し効果はそれほど高くないようにも思われる。この点について計算を試みる余裕はないが、個別的費用＝便益計算を加入時の年齢が 25 歳と 40 歳の 2 グループについて適用・比較した結果が載せられているので、それから判断するかぎりでは、むしろ加入期間の短い方が有利だということになる。この割り増し率がどういう計算とどういうねらいによるのか明らかでないが、受給開始年齢を越えて受給を延長した場合に適用するという慣行とは異なる方法をとっているわけである。

拠出料率 7 % がどういう保険数理計算ないし経済計算によるのかも明らかではない。日本の厚生年金の発足当初の状況と比べるとかなり高率である。韓国の都市勤労者家計調査結果によると、平均貯蓄率が 8.9 %、世帯主年齢 40～50 歳の世帯の貯蓄率は 7 % 程度であるから、本人負担の拠出料率 3 % はとくに比較的所得の低い層には大きな負担になるものと思われる。それに対応する給付の水準は、1974 年の月収 5 万ウォンで 20 年加入の場合、給付率 (replacement rate) は 35.4 % で、公務員の 50 % に比べれば劣り、月収 15 万ウォンの高所得層の NWP 給付率は 25.1 % にすぎないので格差は一そう拡大する。こうした重い負担と負担・給付関係の相対的不利が今後従業員 30 人未満事業所や一般自営業者へ適用範囲を拡大する場合の障害となるかもしれない。著者は普遍的適用を社会正義の原則から理解すべき点を強調しているようであるが、普遍の原則が経験的に導かれたという点もあわせて重視すべきであろう。適用範囲の拡大過程で国庫負担の導入を考えるのかどうか、別建ての制度をつくらず一元的なシステムでの普遍化を実現する可能性について疑念が残る。

次に、一般的な年金制度を優先的に導入した背景ないし、理由について著者の述べているところを紹介しよう。

一般的な社会保障ニードが高まった背景には、1960年代に入ってから韓国経済の目ざましい成長（1人当り実質成長年率は、1961～65年3.4%、1966～70年8.9%）と社会プログラムの発展の立遅れという事実、より公平な分配の必要性についての認識の高まり、そして社会部門へより重点を置くという政策転換がある。

韓国の社会保障が未発達であることは、社会保障費の対GNP比率が1973年現在0.97%にすぎないことから明らかである。適用人口という点でみると1972年の就業人口約1,060万人、被用人口約410万人に対して、もっとも普及している労災保険で約120万人（1973年、以下同様）、公務員、軍人、私学教員をそれぞれ対象とする3つの年金制度合わせて約60万人、疾病保険はないに等しく9千人、失業保険は未実施という状況である。制度導入の時期は公務員年金が1960年、私学教員年金が1973年、他はすべて1963年である。社会保障費の構成割合でみると、社会保険が62%、退役軍人援護21%、公的扶助および福祉10%、公共保健7%である。

韓国の社会保障の発展は、まず、社会・経済発展の相互補完性の認識のうえに立って、ニードの緊急性とニード充足の可能性の両面について考察を行って優先順位を決め、長期計画を立てて漸進的に進めなければならない。これが社会保障に関する政策決定の基礎となる考え方であった。医療保障に対する高いニードは、たとえば1972年の調査によって医師による治療を受けたケースが傷病の23%、売薬による治療が54%、治療なしが23%という数字からも証明されている。しかし、現在全国的社会保障をこの分野で実施することは、経済的理由と医療資源とくに医師、医療施設の不足のため不可能である。したがって、医師や医療施設が集中している大都市地域の大規模事業所労働者を対象とする限定された保険制度にとどめるべきである。また失業保険ニードについては、1972年現在完全失業率4.5%、週18時間未満の就業人口率5%という数字からその存在は認められるが、雇用機会が絶対的に不足し、職安サービスが未発達の現在では、長期的雇用政策という観点からいって、失業保険の実施は好ましくない。現在労働基準法の規定によって退職金の支払い義務が事業主に課せられているので、実施状況はなお不十分であるとはいえ、当面それで代替することで補足しなければならない。

それに対して、老齢、障害、遺族給付に対するニードは、長期的な性格を持っており、その意味でも長期計画になじむ。しかも、現状では、公務員、軍人には年金制度があるのに、民間労働者にはそれがなく、老齢貯蓄の

余裕もないまま、ますます長くなりつつある老後を迎えなければならないというのはいじらしく不均衡である。年金制度は、労働者とその家族の生活不安を緩和し、それによってより安定的で、健康で、生産的な労働力の形成に役立つという社会保障一般の経済効果のほかに、積立金を持つことにより貯蓄を増加し、それが適切に投資されれば資本形成に貢献するという効果をもつ。韓国はとくに国内貯蓄が不足しているので第2の点は重要である。以上のような考察にもとづいて、まず年金制度を優先的に発足させるという政策がとられたのである。NWPの財政見通しによると、つくり出される年金貯蓄は1977年でGNPの0.6%、国内総貯蓄の2.5%であるが、徐々にこの割合は上昇し、1981年にはそれぞれ0.8%、2.8%になると予想されている。

今回韓国でとられた社会保障に関する政策決定とその考え方は、将来の発展方向を決めるものとして重要であると思われる。ただ、評者は韓国の社会・経済条件や社会保障の現状などについて十分な知識を持ち合わせないので、正しい評価を行う資格はない。したがって、ここでは、日本の社会保障分野での経験と比較して興味深い2, 3の問題を指摘してみたい。

日本では最初の社会保険立法が健康保険の分野で成立した。実施は1927年であるが、制定は1922年であり、1923年の大震災のために実施が延期されたわけである。当時まだまともな救貧立法はなく、新しい立法の必要性が漸く公的機関においても認められようとしていた頃である。救護法が実施されたのは1932年である。こうした一連の社会立法が成立する背景は省略するが、健康保険について一般的扶助立法が成立するという順序は重要である。一般的公的扶助立法の成立要件として、一般的防貧立法としての社会保険といういわば防波堤が必要であると考えられていたわけである。社会保険は当時、医療はもとより失業、年金についてもすでにモデルがあったわけでそれについては日本でも知られていたにもかかわらず、年金保険を発足させるべきだという考え方はなかったわけではないが少くとも主流とはならなかった。こうした社会保険の発足のしかたの日韓両国の違いは、労働者の健康状態が当時の日本と現在の韓国ではまるで違うことから説明でき韓国の今回の選択を正当化できるであろう。この点についての直接比較データはないが一般的な粗死亡率でみると、大正11年の日本は人口千対22.4、1965～70年の韓国は11.0である。一方医療資源という点でみると、人口10万対医師数は1971年の韓国が4.9人であるのに対し、大正11年の日本は7.4人で日

本の方が条件が良かった。このことを逆にいえば、現在の韓国ではかつての日本に比べ少ない医療資源で高い保健効率をあげるわけであり、医療保険ニードの緊急性もそれほど高くないといえるのかもしれない。もちろん、だからといって医療への取り組みを怠ってよいということにはならない。現在多くの先進諸国でもっとも解決困難な社会政策上の問題として残されているのは医療であり、適切な解決の方向をなお模索しているというのが現状である。早くから計画的に望ましい医療システム作りに取り組むことは、先進諸国における失敗を回避する道でもある。新年金制度によって生ずる投資資金を地域病院網など医療機関の整備に使うという構想はその意味で正しいと思うが、より難しく重要なのは組織ないし制度の問題である。なお、年金基金の社会的利用という点では、社会福祉施設と個人住宅の建設が直接老後保障に結びつ

くものとして重視される必要があろう。

年金基金の形成は、国民経済的にみて投資効果という点で高い価値をもつことは誰しも異論がないところであるが、年金給付目的にとってどのくらい有意義なものかについては議論のあるところである。基金が一旦形成され、それが有意義に活用されればされるほど、本来の年金給付目的以外の目的がからんで、年金制度の発展を妨げ、あるいはゆがめる危険なしとしない。こうした問題は長期展望をもって対応することが必要であろう。

今回創設された韓国のNWPはいくつかの興味深い仕組みを含んでいる。その成否は今後長い期間にわたる実績を経てはじめて明らかになるわけであるが、創設に当たって著書のような経済学者による専門的検討を経ているということは当然のこととはいえ、きわめて有意義であるといえる。

フリートリッヒ・エーバート財団編

『貧困に対する効果的な戦略』

Friedrich-Ebert-Stiftung, *Effective Anti-Poverty Strategies*,
Friedrich-Ebert-Stiftung, Bangkok, 1974.

保坂哲哉

本書は、1973年12月12日から21日までタイのバンコックで、フリートリッヒ・エーバート財団とECAFE(現ESCAP)の共催で開かれたRegional Experts Workshopでの講演とペーパーを集めたものである。正式の報告書は薄い謄写刷りのものがECAFEでまとめられているが、それはここには収録されていない。ただ、本書の第6部はWorkshopでの討議結果をまとめたものであるから、ECAFEの報告書をわざわざ参照する必要はなかろう。本書は、全体が6部に分れていて、次のような構成になっている。

第1部 開会のことば

第2部 基調講演

第3部 現状分析

第4部 おもな政策領域

第5部 実践志向的研究の現状と評価

第6部 勧告

このうち第2部には、Gandhian Institute 所長の Sugata Dasgupta 教授による "Towards a No Poverty

Society" と題する論文とシュトゥットガルト大学地域計画・開発計画研究所長 Peter Treuner 教授による "Experiences and Possible Contributions of the Industrialized Countries" と題する論文が収められている。

第3部は参加した発展途上国から提出された country paper を収め、パキスタン、インド、タイ、マレーシア、シンガポール、フィリッピン、韓国がカバーされている。

第4部は、ECAFE, ILO, FAO その他の学者・専門家のまとめたペーパーを収め、農村開発、農村社会保障といったテーマが取り上げられている。

第5部は、主として貧困研究の現状や問題点を論じた論文5編をのせている。

ここでは、300ページ余にのぼる本書のうちダスグプタの論文にしぼって、内容の紹介とコメントを試みたい。ただ、彼の議論に対する反応をみる意味で、最後に、この作業グループの結論のうち一般的政策指針の部分のみ紹介しておこう。ダスグプタについては、『海外社会保障情報第28号』に根本嘉昭氏による第17回国際社会福祉

本の方が条件が良かった。このことを逆にいえば、現在の韓国ではかつての日本に比べ少ない医療資源で高い保健効率をあげるわけであり、医療保険ニードの緊急性もそれほど高くないといえるのかもしれない。もちろん、だからといって医療への取り組みを怠ってよいということにはならない。現在多くの先進諸国でもっとも解決困難な社会政策上の問題として残されているのは医療であり、適切な解決の方向をなお模索しているというのが現状である。早くから計画的に望ましい医療システム作りに取り組むことは、先進諸国における失敗を回避する道でもある。新年金制度によって生ずる投資資金を地域病院網など医療機関の整備に使うという構想はその意味で正しいと思うが、より難しく重要なのは組織ないし制度の問題である。なお、年金基金の社会的利用という点では、社会福祉施設と個人住宅の建設が直接老後保障に結びつ

くものとして重視される必要があろう。

年金基金の形成は、国民経済的にみて投資効果という点で高い価値をもつことは誰しも異論がないところであるが、年金給付目的にとってどのくらい有意義なものかについては議論のあるところである。基金が一旦形成され、それが有意義に活用されればされるほど、本来の年金給付目的以外の目的がからんで、年金制度の発展を妨げ、あるいはゆがめる危険なしとしない。こうした問題は長期展望をもって対応することが必要であろう。

今回創設された韓国のNWPはいくつかの興味深い仕組みを含んでいる。その成否は今後長い期間にわたる実績を経てはじめて明らかになるわけであるが、創設に当たって著書のような経済学者による専門的検討を経ているということは当然のこととはいえ、きわめて有意義であるといえる。

フリートリッヒ・エーバート財団編

『貧困に対する効果的な戦略』

Friedrich-Ebert-Stiftung, *Effective Anti-Poverty Strategies*,
Friedrich-Ebert-Stiftung, Bangkok, 1974.

保坂哲哉

本書は、1973年12月12日から21日までタイのバンコックで、フリートリッヒ・エーバート財団とECAFE(現ESCAP)の共催で開かれたRegional Experts Workshopでの講演とペーパーを集めたものである。正式の報告書は薄い謄写刷りのものがECAFEでまとめられているが、それはここには収録されていない。ただ、本書の第6部はWorkshopでの討議結果をまとめたものであるから、ECAFEの報告書をわざわざ参照する必要はなかろう。本書は、全体が6部に分れていて、次のような構成になっている。

第1部 開会のことば

第2部 基調講演

第3部 現状分析

第4部 おもな政策領域

第5部 実践志向的研究の現状と評価

第6部 勧告

このうち第2部には、Gandhian Institute 所長の Sugata Dasgupta 教授による "Towards a No Poverty

Society" と題する論文とシュトゥットガルト大学地域計画・開発計画研究所長 Peter Treuner 教授による "Experiences and Possible Contributions of the Industrialized Countries" と題する論文が収められている。

第3部は参加した発展途上国から提出された country paper を収め、パキスタン、インド、タイ、マレーシア、シンガポール、フィリッピン、韓国がカバーされている。

第4部は、ECAFE, ILO, FAO その他の学者・専門家のまとめたペーパーを収め、農村開発、農村社会保障といったテーマが取り上げられている。

第5部は、主として貧困研究の現状や問題点を論じた論文5編をのせている。

ここでは、300ページ余にのぼる本書のうちダスグプタの論文にしぼって、内容の紹介とコメントを試みたい。ただ、彼の議論に対する反応をみる意味で、最後に、この作業グループの結論のうち一般的政策指針の部分のみ紹介しておこう。ダスグプタについては、『海外社会保障情報第28号』に根本嘉昭氏による第17回国際社会福祉

会議の基調演説の紹介がすでにあり、知る人も少くないと思う。ただ評者が目にしえた論文はそのほかに *ECAFE News Letter* にのった農村社会福祉に関する短い論文一編だけで、ダスグプタの人と業績についてはあまり詳しいことがわからない。

ダスグプタは、この論文を2つの問題提起をもって始めている。「アジア諸国は植民地支配のもとで貧しくなった」ということがいわれ、いわゆる流出理論 (thesis of drain), すなわちアジアは富をヨーロッパに輸出し、貧困を輸入したとする説が提唱されてきた。植民地支配以来貧困は、たしかにアジアの遺産として残された。しかし、独立後も貧困は減退することなくかえって深まった。一体なぜそうなったのか。貧困が解消できるとすれば、いかにして可能となるか。

以上2つの設問のうち、第1の貧困問題の解決を妨げた原因としてダスグプタは次の二つの誤りをあげる。

診断の誤り——貧困を植民地支配の結果だとする診断にもとづいて独立運動に専心したこと

目標選択の誤り——独立後、指導者達は、いわゆる「ゆたかな社会」として知られる西欧ですでに達成されたような経済の実現を目ざすという意味での発展に専心したこと

この二つの誤りのために、貧困を撲滅し、もしくは貧困に対して直接的な攻撃を加える努力を怠った。つまり貧困問題に正面から取り組まなかった、というのがダスグプタの診断である。ここで注意しておかなければならないのは、ダスグプタはこの論文で、発展を上記のような意味に限定して使っていること、および西欧社会を真の意味で「ゆたかな社会」ではなく、自らの社会における貧困問題を解決していない社会と理解していることである。それに対して目標状態を表すものとして標題にある “No Poverty Society” という言葉が使われる。

ダスグプタの議論はまず目標選択の問題に集中され、その議論のうえに立って新しい目標状態についての素描と、目標達成のための手段方法についての若干の考察が進められる。

独立以来行われてきた発展努力の失敗は、ふつう、計画自体が悪い、実施者が間違っただけ、および国民大衆の性格や態度、すなわち無気力であったり、変革を嫌ったりした、という2種類の原因のせいにされる。しかし、それは間違っており、真の失敗の原因は目標の選択の誤りにある。

独立後の第三世界の指導者達は、かくして発展政策を採用したが、それは二つの間違っただけの考え方にもとづいて

いる。その一つは、第三世界の近代的エリートは世界的なエリート体制の一部として、大規模な発展を新興諸国民のすべてに保証できるが、そのためには、最初に pockets of affluence がつくられなければならない、というものである。最初の段階では大衆は貧困を我慢しなければならないが、時の経過とともに発展はあらゆる階層に percolate down する、という過渡理論がこの考えを正当化するものとして提唱される。第二は、西欧モデルが有効だとする考え方で、もともと19世紀ヨーロッパないし近代西欧世界で発展させられたモデルにもとづく、科学技術、大企業、中央集権的プランニングによって目標の達成は可能である、とするものがそれである。ところが、こうした理論やモデルは第三世界の現実に有効に働かなかった。現実に到達した発展の帰結は、富強国と弱貧国への分極化、少数者への富と権力の集中と大衆の貧困・疎外、私腹を肥やす一部のエリートと大衆の間の暴力と紛争にすぎなかった。結局資源の貧しい社会で幻想にすぎない目標をかかげ、公約政治を行う結果、指導者にあざむかれた餓えた大衆の手で、指導者はその地位から引きずり下ろされてしまうのである。

ここでダスグプタは批判の矢を「ゆたかな社会」に向け、ゆたかな社会は、発展の内部矛盾のために自滅すると予言する。すなわち、世界の資源の無差別な利用はすでに生態学的災害として現象的に現われており、世界的資源の制約のもとで「ゆたかな社会」は存続しえなくなる。また unbridled affluence は人類が過去において作りあげてきた家族、コミュニティなどの社会制度を破壊し、大衆社会へと変質させ、個人の孤立化をもたらした。「ゆたかな社会」にも現実に大量の貧困が存在しており、democratic explosion によってエリート社会は終りに近づく。さらに第三世界がここで方向転換をするならば、北の世界は孤立化し、自滅の過程を促される。

以上のような診断と予言を背景に、ダスグプタは第三世界の人々に将来の進路の選択を促すのである。一つの道は、少数者のゆたかさと大衆貧困の社会へ、もう一つの道は、すべての人々にとって役に立つ「貧困なく、豊かさもなく、発展もなき社会」へとつながる。

この第2の道の終着点にある社会とはいかなる社会であろうか。ダスグプタは、いまその姿を明らかにすることはできないとことわりつつ、いくつかの傾向はすでに認められるとして、次のような点をあげている。

- (1) より多くを求めての競争よりは、「足るを知ることを求める生活」
- (2) 大衆社会よりは communitarian living

(3) 工業化, 都市化よりは suburbanism, 農業と農村の復興

(4) 大衆による生産のために大量生産の放棄

(5) democratic explosion によってエリート社会が終ったのちは, 参加する民主主義によって積極的平和に満ちた非暴力社会が始まる

こうした特徴をもった貧困なき社会を実現するという目標を達成するための手段・方法について, ダスグプタは体系的・包括的な提案をしているわけではない。考えられる若干の手段・方法とことわりつつ, 次の事項があげられている。

(1) いままでとはまったく違った basket of consumption をつくること。

(2) それに対応して, 貧困を攻撃するために貧困線ではなく, development line ともいべきものを見出さなければならない。それはある社会における搾取領域を明確にする意味をもつ。

(3) さらに development line を見出したならば, それを引き上げられないようにコントロールしなければならない。(ダスグプタは国民会議派が所得上限額を設けるという決議を度々しながら実行していないことを非難している)。

(4) 生産と分配を分離して考えるのではなく, joint endeavours とみて equity を達成しなければならない。そのため, 大衆による雇用, つまり自営業, 小規模生産単位の創出を旨すべきである。

以上がダスグプタの議論の要点である。現在の低開発諸国でとられている発展政策に対する批判はきびしく鋭いが, 将来の社会像とそれを実現するための政策手段については, まだ断片的な考え方にとどまってお説得力に乏しい。ダスグプタが Gandhian Institute の所長であることから想像されたとおり, その思想はガンジーの系譜に属すると考えてよかろう。そのことを前提にすれば, ダスグプタの論文は, ガンジーの死後その思想と運動がどういう運命をたどったか, そして現在の状況に対してそれが有効であるのかどうか, といったことを知る材料を提供してくれるものとして興味深い。ただ, ガンジー自身の思想と運動についての理論的研究は, 多くの著作はあるものの, *The Moral and Political Thought of Mahatma Gandhi* の著者 Raghavan N. Iyer がいうとおり, まだ十分究められているとはいえない。したがって, ダスグプタの考え方がガンジーのそれとどのように違っているかを明確にのべることもまたむずかしいといわなければならない。

ダスグプタがガンジー同様実践家であるのかどうかは明らかではないが, 論文を読むかぎり研究者に倣しているのではないと思われる。ガンジー思想の特色の一つは, その強い信仰心ないし徹底した精神主義にあると思われるが, そうした傾向はダスグプタの場合, 「足を知る生活」といった禁欲主義はみられるとはいえ, あまり強くはない。ガンジーの場合, こうした精神的, 倫理的要素がテクノロジーとそれによって支えられる物質文明をコントロールするものとして, きわめて重要な役割を与えられる。それは決して個人主義や合理主義に対立するものとしては考えられていないが, 西欧近代社会の形成と経済発展の重要な要素となった功利主義とは相容れないとみなされる (たとえば Iyer, 上掲書, p. 16)。そして, この点をとらえてガンジー思想の大衆社会における有効性の限界が指摘されるのである。しかし, ガンジー自身は自らのカリスマの影響力は別としても, 自らを含めて個人の精神的, 実践的訓練を重視し, その大衆運動の基盤として ashram を設けた。

ダスグプタが, きびしい西欧社会批判, 発展批判を行うとき, その有力な武器の一つは大衆社会論である。エリート支配を攻撃し, 大衆の抗議行動による参加を唱導する (第17回国際社会福祉会議の講演) ところから判断して, 彼の立場はコーンハウザーのいう「民主主義的批判」に属するものと考えられる。しかし, そうした立場からは, 発展途上国の目指すべき社会像についての明確なヴィジョンが生まれえないことは, 彼自身告白するとおりである。

ガンジーの徹底した精神主義に対応して, 糸車に象徴される原始的生産方法以上のテクノロジーを拒否する態度は有名であり, その点をとらえて多くの批判者, 反対者はガンジーの思想と運動そのものを否定しようとする。ダスグプタは, その点でもっと穏健であり, テクノロジー一般に対して拒絶反応は示さない。development line を設け, 必需品に限定し, 小規模生産単位に分散した生産を行う, というかたちで, テクノロジーのコントロールが可能だと考えるのである。しかし, 彼はどのような組織, 体制がそのために必要であるかについてはふれていない。彼の参加論から推察すれば, 当然権力的コントロールよりは大衆のプロテストにもっとも大きな期待をかけなければならない。もしそうだとすれば, そうした大衆のエネルギーと政策はどのようにして生み出されるのであろうか。

ダスグプタの他著作, 論文についての知識のないまま, かなりの推察をまじえて, 1, 2の疑問を記したが, また

新しい文献に接する機会があれば取り上げてみたい。

さいごに、余白をかりて今回の作業グループの結論・勧告のなかから、「一般的考察」の要点を紹介しておこう。

主要な貧困グループとして、農村地域では小農民、小作農民、土地のない労働者、都市、農村を通じて新規労働力、農村から移動してきた不熟練労働者、低生産性の自営業者をあげ、これらが人口のかなりの部分を占めていることが確認されている。

アジアにおける大衆貧困の主原因として強調されたのは、a) 低所得大衆のなかに少数の富裕なエリートを創り出したアンバランスな発展政策、b) 封建制、c) 資本集約産業を奨励する政策を見さかいなく採用したこと、d) 圧力グループの形成とその影響の下での政策決定、e) 急速な人口成長、である。

このような認識に立って国の政策方向が次のように指摘されている。

貧困者のための発展政策を導入する基本的責任は中央政府にあり、三つの基本的ステップが現在の傾向を是正

するためにとられなければならない。それは、a) 全般的経済成長政策ではなく、直接貧困を攻撃するため、発展政策をラディカルに改めること、b) それに応じ政府機構、公務員制度、計画機構、生産・分配チャネルを含む社会・経済システムを含む制度的枠組を変えること、c) 貧困者のために役立つような発展を促進、持続させるため、国民的価値パターンの変化をもたらすこと、である。こうした大きな枠組のなかで、各国政府は、a) それぞれの貧困グループを確認し、低生産性や低雇用の原因を診断し、b) これらのグループがその稼働力を向上させ、生活必需品を得やすくするための政策、戦略、プログラムを設計し、さらに、c) 貧困グループが物資の供給や公共サービスを受けやすくするよう提供システムの確立と制度的構造的改革を実行すべきだと勧告している。

さらに、民間組織の役割や国際機関の支持についても簡単に言及しているが、ダスグプタの議論は、基本的な点でここに生かされているように思われる。

執筆者紹介(執筆順)

こ 平 加 樋 黒 前 城 田 平 保	ねま 沼 恒 藤 口 子 田 戸 村 石 坂	ただし 正 次 延 男 道 雄 子 雄 久 哉	淑徳短期大学教授・専門委員 アメリカ合衆国イリノイ大学教授 亜細亜大学教授 ILO社会保障部 東京都神経科学総合研究所参事 国立公衆衛生院社会保障室長 社会保障研究所研究員 厚生省年金局数理課課長補佐 社会保障研究所主任研究員 社会保障研究所研究第1部長
--	--	---	--

社会保障統計

社会保障関連諸指標（住居・教育）

		住 居								教 育							
		年次	規 模		居住密度		設 備			持家割合	年次	文盲率	高等教育		科学技術者数 (人口千対)	書籍点 (人口千対)	日刊紙部数 (人口千対)
			1戸当 室数	1室住 戸割合	1室当 人員	1室3人 以上戸	屋内 水道	水洗 便所	電灯				就学率	女子 比率			
合 衆 国	1970	5.1	1.9	0.6	...	97.5	96.0	...	62.9	1971	1.0	51.7	42	2.78	0.39	297	
ス ウ ェ ー デ ン	1970	3.8	5.3	0.7	0.1	97.3	90.1	...	35.2	1971	...	21.9	42	2.73	0.96	534	
カ ナ ダ	1971	5.4	1.5	0.6	0.2	96.1	94.3	...	60.0	1971	...	34.5	40	1.90	0.31	230	
ド イ ツ 連 邦	1972	4.2	1.3	0.7	...	99.2	94.2	99.7	33.5	1971	...	14.8	29	2.81	0.65	294	
オ ー ス ト ラ リ ア	1971	5.0	1.9	0.7	0.3	...	89.5	98.4	67.3	1970	...	16.6	33	1.70	0.04	408	
フ ラ ン ス	1968	3.4	12.0	0.9	2.8	90.8	51.8	98.8	43.3	1971	...	15.9	42	2.73	0.47	237	
連 合 王 国	1971	4.9	2.1	0.6	0.1	...	98.9	...	50.1	1970	...	14.2	33	2.73	0.59	528	
日 本	1970	3.8	8.7	1.0	2.2	94.9	17.1	...	58.2	1971	...	17.2	28	3.79	0.29	519	
イ タ リ ア	1971	3.7	3.9	0.9	...	86.1	...	99.0	50.9	1971	9.3	18.5	38	1.03	0.15	133	
ベ ネ ズ エ ラ	1961	3.3	13.6	1.6	21.1	47.7	32.2	78.4	68.7	1971	17.6	11.6	43	0.27	...	93	
メ キ シ コ	1970	2.3	40.1	2.5	...	38.7	...	58.9	66.0	1970	25.8	6.1	20	0.22	0.09	116	
ポ ル ト ガ ル	1960	3.6	10.1	1.1	10.3	28.9	41.8	40.5	44.5	1971	...	7.2	46	...	0.69	87	
チ リ	1970	2.9	10.9	1.4	17.4	59.6	43.6	...	53.7	1970	11.9	10.5	38	0.65	0.10	89	
コ ロ ン ビ ア	1964	2.9	18.9	...	...	41.3	42.0	47.4	61.3	1970	27.1	...	27	...	0.04	109	
イ ラ ン	1966	3.0	23.3	2.3	46.5	13.1	...	25.4	71.6	1971	77.0	4.0	30	0.14	0.11	24	
ガ ー ナ	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1971	...	0.8	14	0.45	0.02	46	
タ イ	1970	...	...	...	...	8.6	1.1	...	85.9	1971	21.4	2.4	41	...	0.07	24	
イ ン ド ネ シ ア	1971	3.3	19.9	1.7	25.4	56.1	60.0	63.5	...	1971	40.4	3.2	25	...	0.01	7	

注 1) 連合王国の住居と高等教育はイングランド・ウェールズの計数 2) 日本の住居設備は1968年計数 3) タイの持家率は1962〜3年計数 4) 文盲率は15歳以上人口に関するもの。ただし、合衆国は14歳以上人口、インドネシアは10歳以上人口 5) 高等教育就学率は大学、学芸大学、高等専門学校等の第3段階就学者数を20〜24歳人口で除して求めた。なお、連合王国は1970年の就学者数を1971年の人口で、ベネズエラ、ガーナ、タイは1971年の就学者数を1970年の人口で除している。6) 科学者・技術者数は研究開発に従事しているもの人数である。7) 日刊紙は一般紙の発行部数 8) 教育の年次は高等教育に関する年次である。他の計数の年次はそれより前後にずれていることが多い。

資料 国際連合「世界統計年鑑1974」、UNESCO, Statistical Yearbook 1973.

	昭和 38 年						昭和 48 年									
	住宅数	規 模		居住密度		住宅数	規 模		居住密度		設 備		主働き手		室の使い方	
		1戸当 室数	1戸当 畳数	1室当 人員	1人当 畳数		1戸当 室数	1戸当 畳数	1室当 人員	1人当 畳数	専用	水洗 便所	年齢	通勤1時 間以上	食糧 分離	分離就 寝可能
全 国	戸, %	室	帖	人	帖	戸, %	室	帖	人	帖	%	%	歳	%	%	%
総 数	20,372	3.82	21.76	1.16	4.91	28,731	4.15	23.98	0.87	6.61	72.0	31.4	43.6	14.4	76.3	67.5
持 ち 家	64.3	4.56	26.81	1.08	5.42	59.2	5.22	31.19	0.79	7.55	85.6	21.8	47.8	16.4	89.1	63.6
公 営 借 家	4.6	2.55	12.55	1.44	3.41	6.9	2.84	14.13	1.19	4.19	73.3	60.5	39.7	22.3	66.0	66.8
民 営 借 家 (設備専用)	15.3	2.80	14.00	1.34	3.74	22.1	2.64	13.64	1.10	4.70	51.1	37.8	37.6	11.4	59.8	73.0
民 営 借 家 (設備共用)	8.8	1.44	7.28	1.84	2.75	5.3	1.41	7.10	1.21	4.15	—	43.6	32.6	7.6	16.0	84.4
給 与 住 宅	7.0	3.03	16.52	1.32	4.13	6.4	3.23	17.83	1.05	5.24	76.1	55.7	38.3	8.6	75.7	71.6
人口集中地区																
総 数	9,435	3.34	17.47	1.22	4.27	15,910	3.58	19.75	0.93	5.92	61.3	46.2	42.4	15.2	67.0	70.3
持 ち 家	46.8	4.39	23.58	1.09	4.91	44.8	4.90	28.10	0.81	7.08	81.5	39.4	48.5	18.6	84.0	66.6
公 営 借 家	4.9	2.56	12.58	1.46	3.37	7.5	2.87	14.35	1.18	4.23	70.1	14.1	41.1	27.1	63.9	64.5
民 営 借 家 (設備専用)	23.5	2.83	13.83	1.33	3.66	31.0	2.57	13.18	1.11	4.62	44.2	45.0	37.8	11.8	56.5	72.7
民 営 借 家 (設備共用)	15.7	1.38	6.84	1.85	2.68	8.9	1.37	6.84	1.21	4.11	—	46.6	32.4	7.6	14.1	85.0
給 与 住 宅	9.1	3.03	16.37	1.34	4.02	7.8	3.22	17.73	1.07	5.15	74.9	62.8	38.4	10.6	73.8	71.2

注 1) 設備専用とは給水設備、炊事用流し、便所が専用で、浴室のある住宅の割合 2) 水洗便所には自家浄化槽によるものを含む 3) 主働き手と室の使い方は同居世帯と住宅以外の建物に居住する世帯を除く普通世帯に関する計数 4) 通勤1時間以上は主働き手(雇用者)の自宅から就業先までに要する通勤時間が1時間を超える世帯の割合 5) 食糧分離は食事する室で就寝しない世帯の割合 6) 分離就寝可能は室数が夫婦の組数と夫婦以外の6歳以上の世帯員数との合計に一致か上回っている世帯の割合。

資料 総理府統計局「住宅統計調査報告」

幼児・児童・生徒・学生数														
	幼稚園		小学校	中学校		高等学校		高等専門学校	短期大学	大学		短大・大学女子比率	盲・ろう・聾学校	各種学校
	幼児数	就園率		生徒数	就職率	生徒数	就職率			学部	大学院			
昭和35年	千人	%	千人	千人	%	千人	%	千人	千人	千人	千人	%	千人	千人
	742	28.7	12,591	5,900	38.6	3,239	61.3	—	83	601	16	20.0	36	1,240
36	799	31.1	11,811	6,925	35.7	3,119	64.0	—	93	644	17	21.0	37	1,241
37	856	33.0	11,057	7,328	33.5	3,282	63.9	3	108	699	18	22.0	39	1,295
38	936	36.4	10,471	6,964	30.7	3,897	63.4	9	122	763	21	22.7	41	1,374
39	1,061	38.9	10,031	6,476	28.7	4,634	63.9	15	128	818	24	22.9	43	1,386
40	1,138	41.2	9,776	5,957	26.5	5,074	60.4	22	148	895	28	24.1	44	1,384
41	1,222	44.3	9,584	5,556	54.5	4,997	58.0	29	195	992	33	26.7	46	1,443
42	1,315	47.2	9,452	5,271	22.9	4,781	58.7	34	235	1,104	36	28.2	48	1,442
43	1,420	49.4	9,383	5,043	20.9	4,522	58.9	38	255	1,211	38	28.7	49	1,471
44	1,551	51.8	9,403	4,865	18.7	4,338	58.9	42	263	1,296	39	28.5	50	1,414
45	1,675	53.8	9,493	4,717	16.3	4,232	58.2	44	263	1,344	41	28.2	51	1,353
46	1,716	56.2	9,595	4,694	13.7	4,178	55.9	47	275	1,404	42	28.6	52	1,309
47	1,842	58.3	9,696	4,688	11.5	4,155	53.0	48	288	1,450	45	29.2	55	1,264
48	2,129	60.6	9,817	4,780	9.4	4,201	50.4	48	310	1,523	46	30.3	59	1,246

注 1) 就園率は幼稚園終了者を小学校入学者で除したもの。2) 就職率は各年3月卒業生に関する計数。就職進学者を含む。

資料 文部省「学校基本調査報告書」が原資料であるが総理府統計局「日本統計年鑑」国民生活センター「国民生活統計年報」に掲載されている統計も利用した。

昭和48年

	住 居				中・高卒就職率			住 居				中・高卒就職率	
	持家率	1人当り量	水洗便所率	1畳当り家賃	中 学	高 校		持家率	1人当り量	水洗便所率	1畳当り家賃	中 学	高 校
	%	帖	%	円	%	%		%	帖	%	円	%	%
北海道	47.4	7.24	14.0	642	13.3	54.8	滋賀	78.0	7.99	11.1	539	9.1	54.9
青森	72.0	7.88	6.5	579	19.2	64.7	京都	60.4	6.73	37.3	703	5.6	41.3
岩手	73.9	7.95	5.4	579	16.6	62.4	大阪	40.8	5.55	56.0	952	6.4	41.7
宮城	64.5	7.08	18.2	908	9.9	55.8	兵庫	52.2	6.40	47.2	1,021	7.1	42.8
秋田	82.4	8.91	3.9	585	11.9	64.3	奈良	66.4	7.24	26.9	558	5.8	41.4
山形	81.4	7.90	5.8	594	9.1	63.5	和歌山	65.7	6.45	11.8	676	11.3	48.6
福島	69.3	7.21	8.8	601	17.8	62.1	鳥取	75.4	7.82	10.6	594	5.2	52.5
茨城	74.9	6.23	9.7	753	12.1	56.4	島根	77.5	7.43	6.2	467	12.3	60.4
栃木	70.6	6.09	10.2	788	10.2	58.6	岡山	69.4	7.22	14.2	730	5.2	50.4
群馬	70.9	6.35	17.1	652	8.1	56.0	広島	56.8	7.21	25.0	858	3.6	44.3
埼玉	62.4	5.71	29.8	1,281	6.4	52.0	山口	64.1	6.99	16.8	621	6.8	52.6
千葉	60.4	6.07	33.0	1,346	7.9	47.6	徳島	76.0	7.08	16.4	655	15.1	51.2
東京	39.4	5.47	67.8	1,981	3.0	34.2	香川	72.5	7.56	15.2	668	5.9	51.9
神奈川	48.0	5.64	48.9	1,516	4.8	38.4	愛媛	68.6	6.93	14.7	604	12.5	49.9
新潟	79.7	8.64	9.2	659	13.3	64.8	高知	70.4	6.44	5.5	787	17.8	51.2
富山	85.1	9.49	16.6	646	4.1	53.9	福岡	52.8	6.06	22.1	778	7.3	50.4
石川	76.9	9.51	19.9	722	6.8	50.2	佐賀	74.3	6.70	5.3	525	13.2	60.0
福井	80.8	8.15	18.3	618	9.4	54.6	長崎	65.1	5.78	9.8	636	19.9	59.7
山梨	74.2	7.44	22.3	694	8.7	52.2	熊本	70.4	6.18	14.3	651	15.7	58.2
長野	76.5	8.70	8.7	506	6.5	50.9	大分	66.6	6.94	18.5	652	9.6	59.4
岐阜	74.3	8.26	24.7	723	10.6	53.4	宮崎	72.1	6.00	9.3	622	17.4	62.4
静岡	67.1	6.47	24.0	958	8.5	51.4	鹿児島	75.0	6.02	9.4	691	15.1	65.8
愛知	54.6	6.84	47.8	858	7.7	45.3	沖縄	68.2	4.47	31.2	1,065	13.1	44.3
三重	76.6	7.36	13.9	594	8.8	54.7							

注 1) 水洗便所率は自家浄化槽によるものを含む。2) 1畳当り家賃は民営借家（設備専用）の家賃。3) 就職率には進学就職者を含む。

資料 総理府統計局「住宅統計調査報告書」文部省「学校基本調査報告書」

季刊社会保障研究 Vol. 11, No. 1~No. 4 総目次

凡例: I, II, III……は号数を, 1, 2, 3……は頁数を示す。

巻頭言 Prefaces

経済の政治化と政治の経済化 The Politicization of Economy and the Economization of Politics	大 熊 一 郎 ICHIRO OKUMA	I	1
制度研究と政策論 Institutional Research and Policy Argument	小 山 路 男 MICHIO KOYAMA	II	1
ヘルスマンパワー研究雑感 Impressions on Health Manpower Researches	橋 本 正 己 MASAMI HASHIMOTO	III	1
社会保障研究所 10 年の歩み Ten Years' Path of the Social Development Research Institute	小 沼 正 TADASHI KONUMA	IV	1

論 文 Articles

労働者意識の変化と世代ギャップ ——石油化学労働者の労働条件意識を中心として—— Changing Attitudes of Labour and the Generation Gap ——With Special Reference to the Workers' Feelings towards Working Conditions in the Petrochemical Industry——	小林 謙一・町田 隆男・亀山 直幸 KENICHI KOBAYASHI, TAKAO MACHIDA, NAOYUKI KAMEYAMA	I	2
現物給付形態と管理過程——福祉サービスの効果と管理についてのノート—— Forms of Benefits in Kind and the Administering Process of Their Delivery ——A Note on the Control and the Effect of Welfare Services——	高 沢 武 司 TAKEJI TAKAZAWA	I	18
ソーシャルニードを把握するいくつかのアプローチについて Some Approaches to Catching Social Needs	都 村 敦 子 ATSUKO TSUMURA	I	27
インフレ下における低所得者層の経済行動 Economic Behaviour of the Low Income Class under the Inflation	藤 本 喬 雄 TAKAO FUJIMOTO	I	41
高齢化社会の課題 Problems of the Aging Society	伊 部 英 男 HIDEO IBE	II	2
高齢社会の人口問題 Population Problem of the Aging Society	岡 崎 陽 一 YOICHI OKAZAKI	II	12
福祉社会としての高齢化社会 Aging Society as a Welfare Society	馬 場 啓之助 KEINOSUKE BABA	II	22
分配と再分配——「公正」とは何を意味するか—— Distribution and Redistribution——What Equity Means——	正 村 公 宏 KIMIHIRO MASAMURA	III	2
雇用者の所得分布とライフ・ヒストリー Employee's Income Distribution and Their Life Histories	市 川 洋 HIROSHI ICHIKAWA	III	12
社会保障の経済学的分析——所得再分配へのアプローチ—— Economic Analysis of Social Security ——An Approach to Income Redistribution——	高 山 憲 之 NORIYUKI TAKAYAMA	III	23
開発途上国の貧困と「南北」国際関係 Poverty of the Developing Countries and "North-South" International Relations	平 恒 次 KOJI TAIRA	IV	2
アジア的人口増加と人口抑制政策の基本的戦略構想 An Asiatic Pattern of Population Growth and the Basic Idea of Population Control Strategy	加 藤 壽 延 TOSHINOBU KATO	IV	14
アジアの発展途上国における社会保障 Social Security System in Developing Countries of Asia	樋 口 富 男 TOMIO HIGUCHI	IV	24
東南アジア諸国連合 (ASEAN) 地域の保健衛生事情 ——タイおよびマレーシアにおける衛生行政と保健計画について—— Health and Hygiene in ASEAN Region——Hygiene Administration and Health Programs in Thailand and Malaysia	黒 子 武 道 TAKEMICHI KUROSU	IV	36
日米保健費用の比較 A Comparison of Health Expenditures in Japan and U.S.	前 田 信 雄 NOBUO MAEDA	IV	45

研究ノート Research Notes

被保護階層の生活水準に関する一つの計測——東京都区部を中心として——
A Measurement of the Level of Living of the People with Living
Protection Benefit

——write Special Reference to Tokyo Special Ward Districts	仁 科 保	TAMOTSU NISHINA	II	33
スウェーデン国民付加年金制度の経済予測 (1972—2000) について				
Presentation of the Economic Forecast of Swedish National Additional Pension Scheme, 1972-2000	城 戸 喜 子	YOSHIKO KIDO	III	32
看護婦不足問題をめぐる再検討の視角構想 ——「看護婦」不足論から「看護」不足論へ——				
An Angle for the Reconsideration of Nurse Shortage Problems ——From Nurse Shortage to Nursing Shortage Argument——	宗 像 恒 次	KOJI MUNAKATA	III	43
各国社会指標関連報告の比較 Social Indicators in Japan, U.S. and Europe	城 戸 喜 子	YOSHIKO KIDO	IV	58

社会保障研究所公開研究座談会
Social Development Research Forum

財政面からみた年金年齢 Pensionable Age and Pension Finance	田 村 正 雄	MASAO TAMURA	IV	71
年金計画と年金年齢 Pension Schemes and Pensioner's Age	平 石 長 久	NAGAHISA HIRAISHI	IV	75

資 料 Reports

昭和 50 年度研究プロジェクトについて Research Notes for the Fiscal Year of 1975	社 会 保 障 研 究 所	The Social Development Research Institute	I	51
昭和 50 年度厚生省予算について The Budget of the Ministry of Health & Welfare for the Fiscal Year of 1975	末 次 彬	AKIRA SUETSUGU	I	53
地方小都市中高年世帯の家族周期的分析——家計—— Life Cycle Analysis of Middle and Old Aged Families in a Local Small City——Household——	伊 藤 秋 子	AKIKO ITOH	I	67
高齢者福祉対策の研究報告 Research Reports on Welfare Policies for the Aged	日本都市センター	Japan City Centre (Nippon Toshi Centre)	II	43
「所得分配に関する研究会」の報告書について On a Report by the Research Association of Income Distribution	馬 場 啓之助	KEINOSUKE BABA	III	57
ライフ・ヒストリーの事例 A Case Study of Life History	市 川 洋・西 三 郎	HIROSHI ICHIKAWA & SABURO NISHI	III	64

社会保障研究所シンポジウム
A Symposium of the Social Development Research Institute

“経済変動と社会保障” (I) “Economic Changes and Social Security”			I	86
レポート：山田 雄三 Report: YUZO YAMADA				
コメント：宮崎 勇，馬場啓之助 Comment: ISAMU MIYAZAKI, KEINOSUKE BABA				
討論（司会）：堀野谷九十九 Discussion (Chairman): TSUKUMO SHIONOYA				
“インフレーションと社会保障” (II) “Inflation and Social Security”			II	56
レポート：地主 重美 Report: SHIGEYOSHI JINUSHI				
コメント：伊東 正則 Comment: MASANORI ITOH				

討論(司会): 馬場啓之助
Discussion (Chairman): KEINOSUKE BABA

“社会保障と社会福祉——社会福祉の法的課題——”
(Ⅲ) “Social Security and Social Welfare——Legal Aspects of Social Welfare”.....Ⅱ 68

レポート: 荒木 誠之, 古賀 昭典
Report: SEISHI ARAKI, AKINORI KOGA

コメント: 高橋 武, 小沼 正
Comment: TAKESHI TAKAHASHI, TADASHI KONUMA

討論(司会): 林 迪廣
Discussion (Chairman): MICHIMIRO HAYASHI

“福祉社会の社会組織——社会福祉におけるコミュニティの在り方——”
(Ⅳ) “Social Organization in Welfare Society”
——Social Welfare Community as It Ought To Be——.....Ⅲ 72

レポート: 三浦 文夫, 岡村 重夫
Report: FUMIO MIURA, SHIGEO OKAMURA

コメント: 阿部 志郎, 稲上 毅
Comment: SHIRO ABE, TAKESHI INAKAMI

書 評 Book Reviews

チョング・キー・パーク『韓国の社会保障』 保坂 哲哉
Chong Kee Park, “Social Security in Korea: An Approach to
Socio-Economic Development”.....TETSUYA HOSAKA Ⅳ 82

フリートリッヒ・エーバート財団『貧困に対する効果的な戦略』 保坂 哲哉
Friedrich-Ebert Foundation, “Effective Anti-Poverty Strategies”.....TETSUYA HOSAKA Ⅳ 85

社会保障統計
Social Security Statistics.....Ⅰ 103, Ⅱ 91, Ⅲ 90, Ⅳ 89

研究会抄録
Summary Note from Research SeminarsⅡ 93, Ⅲ 92

社会保障研究所日誌
Diary of the Social Development Research InstituteⅠ 105, Ⅱ 96, Ⅲ 96

欧文抄録
English Abstracts.....Ⅳ 94

次 号 (Vol. 12, No. 1) 予 告

研究の窓	中 鉢 正 美
論 文	白 井 泰 四 郎
“	小 倉 襄 二
“	森 岡 清 美
“	大 本 圭 野
“	岸 功
資 料	小 池 隆 雄
書 評	馬 場 啓 之 助
社会保障統計・研究所日誌ほか	

LIFE CYCLE ANALYSIS OF MIDDLE AND OLD AGED FAMILIES IN A LOCAL SMALL CITY

—Household—

AKIKO ITO

(Vol. 11, No. 1)

We made a survey in 1973 in a small city in Shizuoka Prefecture about the general conditions of middle and old aged families. This paper presents a part of the result of the survey dealing with the household conditions of these families.

1) Income

The main source of income of the middle and old aged families is employment. But the share of income from employment as a part of total income gets less as the age of the householder increases. In turn, the share of pension grows as the householder gets older. However, this pension in itself is inadequate for maintaining a family, especially in the case of a woman. And other incomes such as income from property and support from relatives are also trifling.

The level of income is high in the C (man and wife) type and low in the C-N (couple with married child and family) type and the M-N (mother with married child and family) type.

2) Expenditure

The total expenditure decreases as the householder gets older. The level of expenditure of the old is relatively high in the C type family and relatively low in the C-N and the M-N type family, reflecting the level of income as well as the size of family of each type. The proportion of food expenditure is

generally high. Men spend more for food and miscellaneous items, whereas women spend more for clothes and health-cosmetic items.

3) Household and life cycle

We developed three models of life cycle process from the results of our survey.

- i) couple aged 45-54 with unmarried children
→ couple aged 55-64 with married child and family → couple aged 65-74 with married child and family
- ii) couple aged 45-54 with unmarried children
→ couple aged 55-64 with married child and family → mother aged 65-74 with married child and family
- iii) couple aged 45-54 with unmarried children
→ couple aged 55-64 with no children → couple aged 65-74 with no children in the same household

In each model of the family cycle process the expenditure and income becomes less in its later stages. Though it is hard to define the exact reasons for this, the iii) model families are normally better off than the rest. In order to draw more accurate conclusions we have to study the life histories of those middle and old aged families, paying good attention to the relationships between the old and their children.

FORMS OF BENEFITS IN KIND AND THE ADMINISTERING PROCESS OF THEIR DELIVERY

—A Note on the Control and the Effect of Welfare Services—

TAKEJI TAKAZAWA

(Vol. 11, No. 1)

As the range and functions of welfare administration became extended and more complex, it became more and more important to reexamine the present system of welfare services. Especially, it seems necessary for us to reexamine the workability of the method of benefits in kind, which has long been accepted without question in the field of welfare services.

With the development of social welfare in general, welfare services can no longer stay aloof from such social security controversies as universality vs. selectivity or institutional vs. residual. Though it is not being suggested here that we should choose one method over the other, we nevertheless have to define the implications of each method in the light of the beneficiary's right to receive benefits.

Benefit in kind in the field of welfare services was coupled with a sense of paternalism. However, as the problems of whether to give or not to give a particular welfare service came to be discussed openly,

and as welfare services came to be regarded as right for the recipients, and also as the idea of community care developed, the meaning of benefit in kind has gradually been changed, and has in turn led to a growing necessity to reexamine it.

When we compare the two types of benefits—benefit in kind and cash benefit—in terms of extending an element of choice to the recipients, it is apparent that benefit in kind offers less freedom. Besides, it is difficult to evaluate benefit in kind. Because evaluation of such a benefit differs according to the differing levels of administration through which the benefit is channeled before reaching the recipient, it is impossible to judge what the best benefit in kind is. Therefore, it is important to replace the present rigidity of benefit in kind by diversifying its scope, and in this amplification process opinions outside the administrative machinery should actively be sought.

CHANGING ATTITUDE OF LABOUR AND THE GENERATION GAP

—With Special Reference to the Workers' Feelings towards
Working Conditions in the Petrochemical Industry—

KENICHI KOBAYASHI

(Vol. 11, No. 1)

From the mid 1960's the change of workers' attitude has come to attract public attention. This change of attitude seemed to occur with the entry into employment of the young workers with new ideas about work, along with the change of attitude of the incumbent workers themselves stimulated by

the change of working conditions caused by technological innovation.

In order to examine this change of attitude, we surveyed 50 cases of operators and maintainancers in the petrochemical industry which has been undergoing top level technological innovation. In order to

study the workers' change of attitude, we paid special attention to their intention or otherwise to continue to work in the same company. And in the process of analysing them, we tried to distinguish the attitudes of different generations.

When the technical innovations were first introduced, the operators' desire to stay in the same company was quite strong. But as these innovations and facilities became no longer new, and as the young workers with new ideas joined them, this positive desire of the operators more or less faded. This change of attitude of the operators is very much related to general complaints they have about their working conditions. To some extent this discontent is alleviated by the improvement in material and specific conditions, not directly connected to the shop-floor conditions, that is to say in wages and fringe benefits.

The maintainancers' desire to stay in the same company when new facilities with new technology were installed was even stronger than that of the opera-

tors. But their desire is also weakening as their needs change with the development of their families, and they also have complaints about their working conditions. It is noteworthy that both the young and old generations of maintainancers have strong complaints about the present "seniority" system of wages.

Despite the high rate of wage increase in the 1960's, the workers' complaints about their social and welfare conditions, such as prices, environment, education, and social security have grown stronger. And this growing discontent has had a significant negative effect on the workers' hitherto positive commitment to the company.

It is important to note that the workers' complaints are not well dealt with even by the top-class management of the petrochemical industry. Here one is forced to the conclusion that the ability of modern industries to solve workers' problems is limited.

EMPLOYEE'S INCOME DISTRIBUTION AND THEIR LIFE HISTORIES

HIROSHI ICHIKAWA

(Vol. 11, No. 3)

Employees' income varies greatly according to sex, age and size of company. The study of income distribution statistics for different age groups, sex and size of company allows us many important fact findings.

The proportion of male employees of different age groups to total employees falls as age increases, and it falls sharply at the age of 55, the normal retirement age. In the case of female employees, most of them are under the age of 25, and many of those female employees over the age of 25 belong to the lowest income group.

Income differs greatly according to the size of the company to which they belong, reflecting the low wages of small and medium size companies. We could also find correlations among size of family,

employee's sex, age, company size and income. For example, other things being equal, the size of the family is larger the higher the income.

If we examine the income variation on an age group basis, we can observe how incomes change as employees grow older, reflecting the level of employees' incomes at certain period in their life histories. But it does not show how the rich become rich and the poor become poor. In order to ascertain the content of different age income statistics, we have to go a step further and examine the life histories of the employees.

Here we introduce three cases taken from the medical records of the patients in a mental hospital as examples of poor people's life history. They are: (1) the case report of a chronic alcoholic, which shows

a deterioration process typical to alcoholics; (2) the case report of a schizophrenic, his employment records showing how the sickness forced him to lose employ-

ment; (3) the case of one very unfortunate and ill-treated girl who became mentally disordered.

季刊社会保障研究 Vol. 11, No. 1~No. 4 総目次

凡例: I, II, III……は号数を, 1, 2, 3……は頁数を示す.

巻頭言 Prefaces

経済の政治化と政治の経済化 The Politicization of Economy and the Economization of Politics.....	大 熊 一 郎 ICHIRO OKUMA	I	1
制度研究と政策論 Institutional Research and Policy Argument	小 山 路 男 MICHIO KOYAMA	II	1
ヘルスマンパワー研究雑感 Impressions on Health Manpower Researches	橋 本 正 己 MASAMI HASHIMOTO	III	1
社会保障研究所 10 年の歩み Ten Years' Path of the Social Development Research Institute.....	小 沼 正 TADASHI KONUMA	IV	1

論 文 Articles

労働者意識の変化と世代ギャップ ——石油化学労働者の労働条件意識を中心として—— Changing Attitudes of Labour and the Generation Gap ——With Special Reference to the Workers' Feelings towards Working Conditions in the Petrochemical Industry——	小林 謙一・町田 隆男・亀山 直幸 KENICHI KOBAYASHI, TAKAO MACHIDA, NAOYUKI KAMEYAMA	I	2
現物給付形態と管理過程——福祉サービスの効果と管理についてのノート—— Forms of Benefits in Kind and the Administering Process of Their Delivery ——A Note on the Control and the Effect of Welfare Services——	高 沢 武 司 TAKEJI TAKAZAWA	I	18
ソーシャルニードを把握するいくつかのアプローチについて Some Approaches to Catching Social Needs	都 村 敦 子 ATSUKO TSUMURA	I	27
インフレ下における低所得者層の経済行動 Economic Behaviour of the Low Income Class under the Inflation	藤 本 喬 雄 TAKAO FUJIMOTO	I	41
高齢化社会の課題 Problems of the Aging Society	伊 部 英 男 HIDEO IBE	II	2
高齢社会の人口問題 Population Problem of the Aging Society	岡 崎 陽 一 YOICHI OKAZAKI	II	12
福祉社会としての高齢化社会 Aging Society as a Welfare Society.....	馬 場 啓之助 KEINOSUKE BABA	II	22
分配と再分配——「公正」とは何を意味するか—— Distribution and Redistribution——What Equity Means——	正 村 公 宏 KIMIHIRO MASAMURA	III	2
雇用者の所得分布とライフ・ヒストリー Employee's Income Distribution and Their Life Histories	市 川 洋 HIROSHI ICHIKAWA	III	12
社会保障の経済学的分析——所得再分配へのアプローチ—— Economic Analysis of Social Security ——An Approach to Income Redistribution——	高 山 憲 之 NORIYUKI TAKAYAMA	III	23
開発途上国の貧困と「南北」国際関係 Poverty of the Developing Countries and "North-South" International Relations	平 恒 次 KOJI TAIRA	IV	2
アジア的人口増加と人口抑制政策の基本的戦略構想 An Asiatic Pattern of Population Growth and the Basic Idea of Population Control Strategy	加 藤 壽 延 TOSHINOBU KATO	IV	14
アジアの発展途上国における社会保障 Social Security System in Developing Countries of Asia.....	樋 口 富 男 TOMIO HIGUCHI	IV	24
東南アジア諸国連合 (ASEAN) 地域の保健衛生事情 ——タイおよびマレーシアにおける衛生行政と保健計画について—— Health and Hygiene in ASEAN Region——Hygiene Administration and Health Programs in Thailand and Malaysia.....	黒 子 武 道 TAKEMICHI KUROSU	IV	36
日米保健費用の比較 A Comparison of Health Expenditures in Japan and U.S.	前 田 信 雄 NOBUO MAEDA	IV	45

研究ノート Research Notes

被保護階層の生活水準に関する一つの計測——東京都区部を中心として——
A Measurement of the Level of Living of the People with Living
Protection Benefit

——wite Special Reference to Tokyo Special Ward Districts	仁 科 保 TAMOTSU NISHINA	II	33
スウェーデン国民付加年金制度の経済予測 (1972—2000) について Presentation of the Economic Forecast of Swedish National Additional Pension Scheme, 1972—2000	城 戸 喜 子 YOSHIKO KIDO	III	32
看護婦不足問題をめぐる再検討の視角構想 ——「看護婦」不足論から「看護」不足論へ—— An Angle for the Reconsideration of Nurse Shortage Problems ——From Nurse Shortage to Nursing Shortage Argument——	宗 像 恒 次 KOJI MUNAKATA	III	43
各国社会指標関連報告の比較 Social Indicators in Japan, U.S. and Europe	城 戸 喜 子 YOSHIKO KIDO	IV	58

社会保障研究所公開研究座談会
Social Development Research Forum

財政面からみた年金年齢 Pensionable Age and Pension Finance	田 村 正 雄 MASAO TAMURA	IV	71
年金計画と年金年齢 Pension Schemes and Pensioner's Age	平 石 長 久 NAGAHISA HIRAISHI	IV	75

資 料 Reports

昭和50年度研究プロジェクトについて Research Notes for the Fiscal Year of 1975	社会 保 障 研 究 所 The Social Development Research Institute	I	51
昭和50年度厚生省予算について The Budget of the Ministry of Health & Welfare for the Fiscal Year of 1975	末 次 彬 AKIRA SUETSUGU	I	53
地方小都市中高年世帯の家族周期的分析——家計—— Life Cycle Analysis of Middle and Old Aged Families in a Local Small City——Household——	伊 藤 秋 子 AKIKO ITOH	I	67
高齢者福祉対策の研究報告 Research Reports on Welfare Policies for the Aged	日本都市センター Japan City Centre (Nippon Toshi Centre)	II	43
「所得分配に関する研究会」の報告書について On a Report by the Research Association of Income Distribution	馬 場 啓之助 KEINOSUKE BABA	III	57
ライフ・ヒストリーの事例 A Case Study of Life History	市 川 洋・西 三 郎 HIROSHI ICHIKAWA & SABURO NISHI	III	64

社会保障研究所シンポジウム
A Symposium of the Social Development Research Institute

“経済変動と社会保障” (I) “Economic Changes and Social Security”		I	86
レポート：山田 雄三 Report: YUZO YAMADA			
コメント：宮崎 勇，馬場啓之助 Comment: ISAMU MIYAZAKI, KEINOSUKE BABA			
討論（司会）：塩野谷九十九 Discussion (Chairman): TSUKUMO SHIONOYA			
“インフレーションと社会保障” (II) “Inflation and Social Security”		II	56
レポート：地主 重美 Report: SHIGEYOSHI JINUSHI			
コメント：伊東 正則 Comment: MASANORI ITOH			

討論(司会): 馬場啓之助
Discussion (Chairman): KEINOSUKE BABA

“社会保障と社会福祉——社会福祉の法的課題——”
(Ⅲ) “Social Security and Social Welfare——Legal Aspects of Social Welfare”.....Ⅱ 68

レポート: 荒木 誠之, 古賀 昭典
Report: SEISHI ARAKI, AKINORI KOGA

コメント: 高橋 武, 小沼 正
Comment: TAKESHI TAKAHASHI, TADASHI KONUMA

討論(司会): 林 迪廣
Discussion (Chairman): MICHIMIRO HAYASHI

“福祉社会の社会組織——社会福祉におけるコミュニティの在り方——”
(Ⅳ) “Social Organization in Welfare Society”
——Social Welfare Community as It Ought To Be——.....Ⅲ 72

レポート: 三浦 文夫, 岡村 重夫
Report: FUMIO MIURA, SHIGEO OKAMURA

コメント: 阿部 志郎, 稲上 毅
Comment: SHIRO ABE, TAKESHI INAKAMI

書 評 Book Reviews

チョング・キー・パーク『韓国の社会保障』
Chong Kee Park, “Social Security in Korea: An Approach to
Socio-Economic Development”.....保 坂 哲 哉 TETSUYA HOSAKA Ⅳ 82

フリートリッヒ・エーバート財団『貧困に対する効果的な戦略』
Friedrich-Ebert Foundation, “Effective Anti-Poverty Strategies”.....保 坂 哲 哉 TETSUYA HOSAKA Ⅳ 85

社会保障統計
Social Security Statistics.....Ⅰ 103, Ⅱ 91, Ⅲ 90, Ⅳ 89

研究会抄録
Summary Note from Research SeminarsⅡ 93, Ⅲ 92

社会保障研究所日誌
Diary of the Social Development Research InstituteⅠ 105, Ⅱ 96, Ⅲ 96

欧文抄録
English Abstracts.....Ⅳ 94

次 号 (Vol. 12, No. 1) 予 告

研究の窓	中 鉢 正 美
論 文	白 井 泰 四 郎
“	小 倉 襄 二
“	森 岡 清 美
“	大 本 圭 野
“	岸 功
資 料	小 池 隆 雄
書 評	馬 場 啓 之 助
社会保障統計・研究所日誌ほか	