

季刊



社会保障研究

Vol. 21

Spring 1986

No. 4

研究の窓

年金の「制度改革」と資金運用 宮澤 健一 346

論 文

高額療養費患者に関する研究 土屋 滋 348
——子後追跡調査成績を中心に——

福祉経済体制論についての一試論 向井利昌 363

「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ 岡上 和雄・石原邦雄 373
——「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より——保健医療資源の地域配分格差 小田利勝 386
——北海道の事例——

昭和60年度研究プロジェクト報告 404

研究課題 I 「社会保障発展パターンの国際比較研究」(文献解題)

『欧米における福祉国家の発展』(P. フローラ, A.J. ハイデンハイマー編)
..... 平岡 公一 404

『大衆社会と福祉の拡大 1960-1970』(K.A. グレンベール)..... 三重野 卓 409

『社会政策と社会主義』(B. ディーコン)..... 武川 正吾 414

『福祉国家とその余波』(S.N. アイゼンシュタット編)..... 栃本一三郎 418

『社会保障制度と資本形成——シンガポール, フィリピン, マレーシア, インド,
スリランカの比較分析』(P. ショメ, K.A. サイトウ)..... 下平 好博 424

動 向

社会保障法判例 堀 勝洋 432

書 評

社会保障研究所編『医療システム論』..... 保坂 哲哉 436

季刊社会保障研究 (Vol. 21, No. 1~No. 4) 総目次 440

はいずれもうなづける。しかしもう一点、資金運用それ自体の位置づけについての哲学が追加される必要がある。

つまり、積立金運用ということは、本来、年金「保険事業」の一環として位置づけるべき性格のものだ、という点である。

年金事業は、提言も指摘するように、被保険者の適用、永年に及ぶ保険料の徴収、年金の給付を行うが、これら一連の保険事業は有機的な関連づけの「体系」の中で実現されねばならない。国庫負担を基礎年金部分に限り、所得比例年金部分は保険料と積立金運用収入のみでまかなう新制度の下では、なおさらである。保険料の集積である積立金の運用は、保険料負担の軽減につながるよう高利でなされ、高齢社会における国民生活の安定に資する必要があることがわかる。高利運用の要請は、こうして制度間の格差是正の面をこえて、年金保険事業の一環としての意義をもつ。

さらに考えるべきは、年金積立金が巨額化したために生ずる「金融資本市場」との相互依存性という局面である。厚生・国民年金の積立金は、昭和49年度に10兆円の大台にのせて以降、55年度には30兆円、60年度には50兆円台を突破するという上昇ぶりである。

こうした年金積立金は、第1に、もともと低利の財政投融资原資の供給のために創設されたものではない。第2にそれは、強制徴収による保険料の集積であって、財政投融资制度と共に発展してきた郵便貯金資金の任意性貯蓄とも性格を異にする。したがって年金資金は、あくまでその特性にふさわしい運用がはかられるべきで、年金財政の基盤強化に寄与し、また安全・確実を第一義に、可能なかぎりの高利自主運用がなされるのがスジである。

金融自由化と経済環境の変化の中で財政投融资の見直しが必要となっている際この要請は強まるが、しかし同時に第3に、年金資金は公的資金でもある。その長期で膨大な資金は、民間の金融資本市場を混乱させてはならず、国民経済の金融市場の発展に資する配慮を要する。年金制度は、こうして、広い視野のひろがりの中で考えられるべき性格をもつのである。

(みやざわ・けんいち 一橋大学教授・本研究所参与)

高額療養費患者に関する研究

——予後追跡調査成績を中心に——

土 屋 滋

I はじめに

この30～40年間にみられた医学の急速な進歩は、科学技術のいちじるしい発展に伴われて、さらに加速度的に専門分化して、尖鋭化するに伴って、社会・経済的問題、関連法規や人間の価値観との間に摩擦を大きくしてきているように思われる。

医療問題は、医学および医学的技術の社会的適用の行為としてとらえられており、医療を求める側とそれを提供する側、および行政の責任となる諸制度の運用などの条件整備などの面で、医療のあり方や運営について、抜本的な再検討が求められてきている。

医学の進歩に伴った問題点としていくつかの点を挙げてみると、一つは、医学上の知識と技術の進歩が加速度的に進む中で、個々の知識や技術の寿命がきわめて短縮して、それらの更新が追いつかなくなっている。尖鋭化された各専門分野の学術的情報量をどのように処理し、吸収するかが、個人の能力の限界を超えた問題となってきた。また、知識の再分化と新しい関連領域から生じる問題は、その評価法とともに拡大し、多様化している。たとえば、画像診断法や核医学の発展は、器械や設備の大型化と高品質化が求められ、一般産業製品の発展の過程にみられる、製品の簡易化・小型化など省力化と大量生産の流れに対して、需要の限界とサービス提供に対する要求の多様化と個別性がさらに内容の高度化を求めている点で、費用の高額化、サービス量の増大を招いている。

医学・医療に限らず、科学および科学技術全般に関する本質的な問題でもある、人間の知能、科学という知的活動、技術の完全志向性などが、人間社会が持っている政治・経済・社会機構、とくに生産・流通機構を背景として、「科学技術」と「生産性」は共鳴現象を起こしてくる。その結果、個別的な人間の事象、個別的な社会事象などが人間のコントロールを離れて、暴走し始めている。すなわち、進歩は、ある意味では、必然的に偏り(bias)と歪み(twist)をいろいろの面で露呈させてきている。その中で医療については、本当に必要なことが、必要に応じて、必要な部分に提供されるべく、臨機応変に変容しながら、全体としてのバランスが保たれるべく努力が続けられてゆかねばならない。

欧米先進諸国はもちろん、世界的に医療費問題は、防衛費問題とともに、各国における共通の最大の難問となってきた。

日本においても、医療環境の変化の問題点は、単なる高度化、専門分化への傾斜のみでなく、人口構造の高齢化、疾病構造の変化、国民の健康、医療ニーズに対する多様化を背景にしている。

社会保障に求める国民の欲求は、高額医療よりも、年金など健全な生活保障へと傾いてきている点も無視しえない。

私は茨城県国民健康保険連合会の専任審査委員(現在常務処理審査委員)として、種々の審査対応を試みてきた中で、今回とくに高額医療費の問題についての対応姿勢を考える資料の一つとして、高額療養費請求症例の予後追跡調査を茨城県の各市町村の担当者の御協力を得て行った結果について

て報告する。

高額医療費は、医療支出の偏りの典型例として、医療技術の進歩によって、かつては不可能とされていた重症患者の救命や延命が可能となった反面、その診療に要する費用がかさみ、しかも年々その件数と金額は上昇の一途をたどっている。

II 調査対象および調査方法

茨城県は、昭和60年4月1日現在、総人口2,696,586人で、総世帯数750,405世帯のうち、国保加入世帯数376,117世帯、国保加入割合50.1%、国保被保険者数1,139,133人、国保加入割合42.2%である。

国民健康保険中央会の昭和60年7月審査確定分の国保連合会審査支払業務統計から全国平均と茨城県の現状を比較してみると、表1、表2にみる如く、一般被保険者分でも、退職被保険者・被扶養者分、老人保険分の合計をみても、1件当りの平均点数、とくに入院者の1ヵ月、1件当りの平均点数は、全国平均かそれを幾分下回っており、この傾向は、過去10年来ほとんど変わっていない。

茨城県国保一般分の医療費の動向について昭和58年4月から、60年3月までの2ヵ年分の動向をみても、茨城県国民健康保険団体連合会の集計に

表1 一般被保険者分

		確定件数	1件当り 点 数	1日当り 点 数	1件当り 日 数
全国平均	入 院	(件) 499,735	(点) 24,272.4	(点) 1,304.4	(日) 18.6
	入院外	14,023,084	910.9	369.3	2.5
茨 城 県	入 院	11,545	23,949.7	1,297.8	18.5
	入院外	328,191	860.2	397.8	2.2

(注) 1点単価10円、昭和60年7月審査分。

表2 一般被保険者分+退職者分+老人保健分

		1件当り 点 数	1日当り 点 数	1件当り 日 数
全国平均	入 院	(点) 27,021.1	(点) 1,306.9	(日) 20.7
	入院外	1,103.8	392.8	2.8
茨 城 県	入 院	26,963.4	1,377.3	19.6
	入院外	1,013.6	435.1	2.3

(注) 1点単価10円、昭和60年7月審査確定分。

よると、図1の如くである。なおこの図は、入院と入院外などすべてを合計してある。

茨城県国保における、診療報酬取扱件数について、今回、高額療養費患者に関する検討方式に合わせて、昭和55年6月から1年ごとに、入院、外来の国保一般および老人の件数を表3に示した。

当時、入院の1ヵ月、1件当りの平均点数は約2万点前後(1点単価10円)であり、その10倍にあたる20万点以上の国保関係の請求レセプトについては、全症例中とくに重点的な審査が行われた。

昭和55年6月から2年間にわたって、茨城県国保請求レセプトの中から1ヵ月20万点以上の全症例に関して、その予後状況についての追跡調査を行った。

第1回目は、昭和59年1月末現在の状況について、昭和55年6月から56年5月までの1年間の全症例339例について、各市町村の協力のもとに当該者の現状について、20万点以上の療養費請求レセプトの請求月以降6ヵ月間の診療状況とその患者の予後状況について調査した。

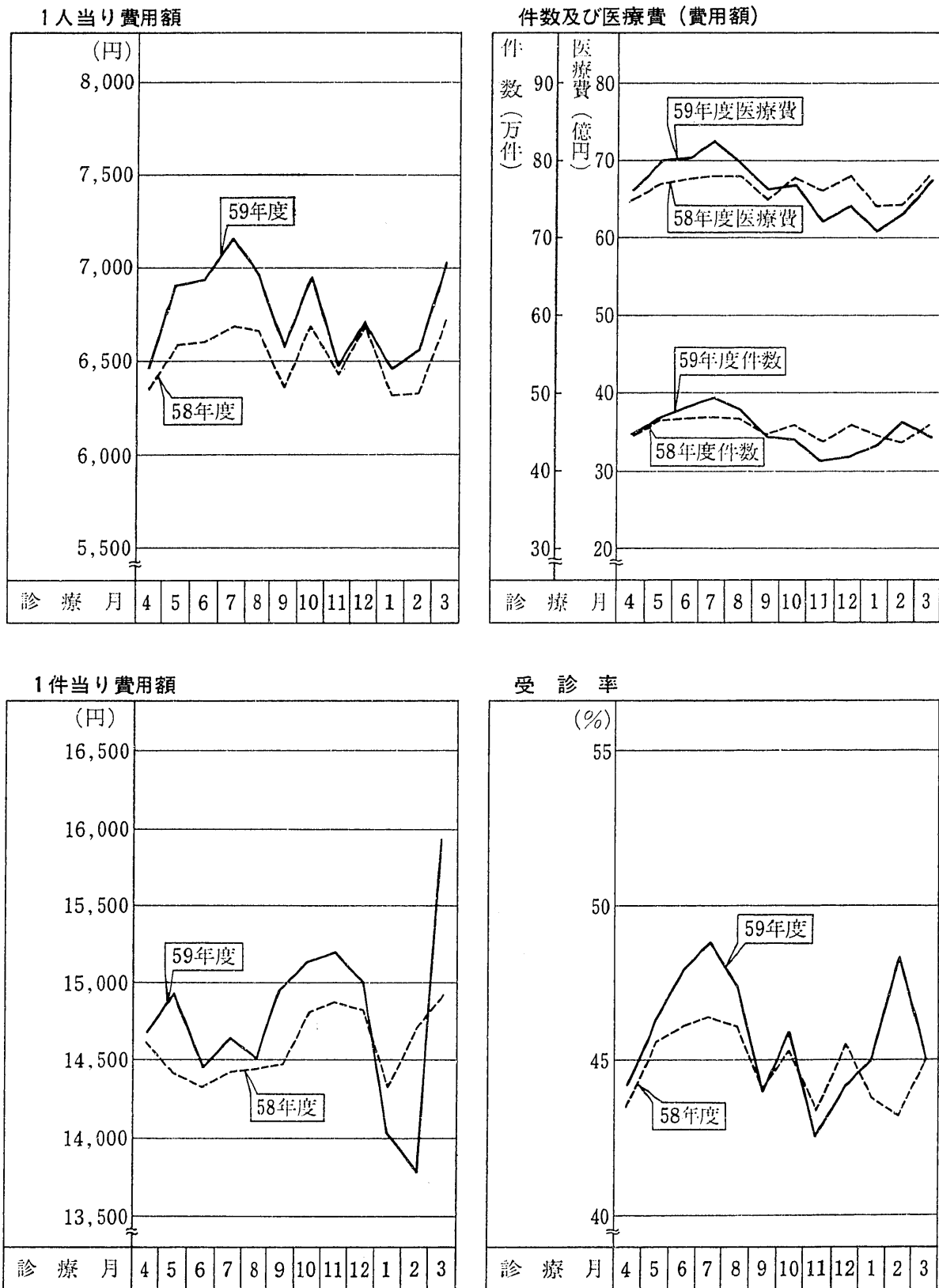
第2回目は、昭和60年1月末現在の状況について、昭和56年6月から57年5月までの1年間の全症例318例について、各市町村の協力のもとに同様に調査し、比較検討した。

その後、57年6月から59年5月までの2年間については、20万点以上の高額レセプトの出現状況について、性、年齢などについて検討した。

表3 診療報酬取扱件数

		国 保	老 人	合 計	20万点以上 の件数
55年6月 ~56年5月	入 院	(件) 183,854	(件) 48,400	(件) 232,354	(件) 339
	外来	5,377,832	1,077,628	6,455,460	(%) 0.15
56年6月 ~57年5月	入 院	195,576	54,892	250,468	318
	外来	5,499,777	1,139,189	6,638,966	0.13
57年6月 ~58年5月	入 院	177,950	60,282	238,232	600
	外来	5,226,122	1,223,037	6,449,159	0.25
58年6月 ~59年5月	入 院	150,196	67,870	218,066	670
	外来	4,367,704	1,306,653	5,674,357	0.31
59年6月 ~60年5月	入 院	154,307	73,933	228,240	670
	外来	4,422,957	1,391,720	5,814,677	0.30

(注) 歯科および調剤の件数を除く。



(資料) 「国保いばらき」392:19, 1985より。

図1 医療費の動向 (国保一般分)

今まで、200万円以上の高額レセプト請求に関する検討は、社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」1980年4月診療分では件数の0.1%、点数で2.3%であり、1980年度厚生行政科学研究報告「高額医療疾病の診療内容分析と評価に関する研究」によると、高額医療のほとんどが大学病院か国立を含めた公的病院で行われており、医療保険の枠内ではなく、医育教育や公的研究予算の中で対処すべき面が多いとも考えられている。

III 調査結果

今回の1ヵ月20万点以上の診療報酬請求レセプトは、すべて入院患者であったので、茨城県国保連合会で扱っている入院患者の診療報酬取扱件数と20万点以上の件数から1年ごとの出現頻度を算出してみると、表4の如くなり、総件数は変わらないで、高額レセプトのみ増加し、その出現率は0.15%から0.3%に増している。とくに老人患者数は着実に増加し、60歳以上の20万点以上の高額レセプト請求は、その件数は増しているものの、対象人口比に直すと、その頻度は表5の如くほとんど変化はなく、60%前後みられた。このことは

表4 診療報酬取扱件数(入院)と20万点以上の請求件数

	入院件数	20万点以上の件数	
	(件)	(件)	(%)
昭和55年6月~56年5月	232,354	339	0.15
56年6月~57年5月	250,468	318	0.13
57年6月~58年5月	238,232	600	0.25
58年6月~59年5月	218,066	670	0.31
59年6月~60年5月	228,240	670	0.30

表5 老人の入院件数と60歳以上の人の20万点以上の請求件数

	入院件数		20万点以上の請求件数	
	(件)	(件)	(件)	(%)
昭和55年6月~56年5月	48,400	339	212	62.5
56年6月~57年5月	54,892	318	185	58.2
57年6月~58年5月	60,282	600	350	58.3
58年6月~59年5月	67,870	670	401	59.9
59年6月~60年5月	73,933	670	397	59.3

今後さらに、その60歳以上の対象者群の急増とともに、請求件数の増加が予想されることにもなる。

以上の現状を背景において、第1回目と第2回目の高額療養費請求患者の予後追跡調査の結果について分析した。

表6は、昭和55年6月から56年5月までの1年

表6 昭和55年6月~56年5月 20万点以上の国保高額医療費症例

*対象者の性別・年齢別人数

性別	年代										計
	0歳~	10歳~	20歳~	30歳~	40歳~	50歳~	60歳~	70歳~	80歳~		
男	1	8	4	6	22	34	56	68	9	208	
女	4	5	4	6	5	28	37	32	10	131	
全	5	13	8	12	27	62	93	100	19	339	

*年代別死亡率

性別	年代	年代										計
		0歳~	10歳~	20歳~	30歳~	40歳~	50歳~	60歳~	70歳~	80歳~		
男	生(人)	1	5	3	3	10	14	14	20	2	72	
	死(人)	0	3	1	3	12	20	42	48	7	136	
	計(人)	1	8	4	6	22	34	56	68	9	208	
	死亡率(%)	0	37.5	25.0	50.0	54.5	58.8	75.0	70.6	77.8	65.4	
女	生(人)	4	1	1	1	1	6	10	11	3	38	
	死(人)	0	4	3	5	4	22	27	21	7	93	
	計(人)	4	5	4	6	5	28	37	32	10	131	
	死亡率(%)	0	80.0	75.0	83.3	80.0	78.6	73.0	65.6	70.0	71.0	
全	生(人)	5	6	4	4	11	20	24	31	5	110	
	死(人)	0	7	4	8	16	42	69	69	14	229	
	計(人)	5	13	8	12	27	62	93	100	19	339	
	死亡率(%)	0	53.8	50.0	66.7	59.3	67.7	74.2	69.0	73.7	67.6	

表 7

*死亡までの月数 (年齢別)

年代	月数		1 ヶ月		2 ヶ月		3 ヶ月		4~6 ヶ月		7~12 ヶ月		13 ヶ月~		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0歳~																
10 ~	1	14.3	1	14.3	3	42.9	1	14.3	0	0	1	14.3	7	3.1		
20 ~	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	4	1.7		
30 ~	3	37.5	3	37.5	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0	8	3.5		
40 ~	7	43.8	4	25.0	0	0	4	25.0	0	0	1	6.3	16	7.0		
50 ~	13	31.0	10	23.8	7	16.7	6	14.3	3	7.1	3	7.1	42	18.3		
60 ~	18	26.1	22	31.9	6	8.7	7	10.1	8	11.6	8	11.6	69	30.1		
70 ~	16	23.2	29	42.0	8	11.6	13	18.8	2	2.9	1	1.4	69	30.1		
80 ~	5	35.7	8	57.1	1	7.1	0	0	0	0	0	0	14	6.1		
計	64	27.9	78	34.1	25	10.9	32	14.0	15	6.6	15	6.6	229	100.0		

*死亡までの月数 (男女別)

性別	月数		1 ヶ月		2 ヶ月		3 ヶ月		4~6 ヶ月		7~12 ヶ月		13 ヶ月~		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
男	37	27.2	47	34.6	16	11.8	20	14.7	9	6.6	7	5.1	136	59.4		
女	27	29.0	31	33.3	9	9.7	12	12.9	6	6.5	8	8.6	93	40.6		
全	64	27.9	78	34.1	25	10.9	32	14.0	15	6.6	15	6.6	229	100.0		

表 8 昭和56年6月~57年5月 20万点以上の国保高額医療費症例

*対象者の性別・年齢別人数

	0歳~	10歳~	20歳~	30歳~	40歳~	50歳~	60歳~	70歳~	80歳~	計
男	5	5	4	9	24	39	51	52	10	199
女	1	2	5	5	4	30	34	29	9	119
全	6	7	9	14	28	69	85	81	19	318

*年代別死亡率

	0歳~	10歳~	20歳~	30歳~	40歳~	50歳~	60歳~	70歳~	80歳~	計	
男	生 (人)	4	3	1	5	12	13	9	10	1	58
	死 (人)	1	2	2	4	11	25	40	41	9	135
	計 (人)	5	5	3	9	23	38	49	51	10	193
	死亡率(%)	20.0	40.0	66.7	44.4	47.8	65.8	81.6	80.4	90.0	69.9
女	生 (人)	1	2	2	1	0	9	8	5	1	29
	死 (人)	0	0	2	3	4	19	23	24	8	83
	計 (人)	1	2	4	4	4	28	31	29	9	112
	死亡率(%)	0	0	50.0	75.0	100.0	67.9	74.2	82.8	88.9	74.1
全	生 (人)	5	5	3	6	12	22	17	15	2	87
	死 (人)	1	2	4	7	15	44	63	65	17	218
	計 (人)	6	7	7	13	27	66	80	80	19	305
	死亡率(%)	16.7	28.6	57.1	53.8	55.6	66.7	78.8	81.3	89.5	71.5

(注) 男6名, 女7名, 計13名は生死不明。

間に、1 ヶ月内20万点以上の請求レセプトの出してきた対象者の性別・年齢別人数と、その年代別死亡状況についてである。

表 7 は、20万点以上の請求レセプト出現からその死亡までの月数について、年齢および男女別に

ついてみたものである。

表 8 は、昭和56年6月から57年5月までの1 ヶ月内20万点以上の同様な請求レセプトの対象者について、性別・年齢別人数とその年代別死亡状況について示したものである。

表 9

*死亡までの月数 (年齢別)

年代	1 カ月		2 カ月		3 カ月		4~6カ月		7~12カ月		13カ月~		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0歳~	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5
10 ~	0	0	1	50.0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	0.9
20 ~	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	2	50.0	0	0	4	1.8
30 ~	1	12.5	5	62.5	0	0	0	0	0	0	2	25.0	8	3.7
40 ~	4	26.7	5	33.3	3	20.0	1	6.7	2	13.3	0	0	15	6.9
50 ~	11	25.0	11	25.0	5	11.4	9	20.5	4	9.1	4	9.1	44	20.2
60 ~	15	23.8	21	33.3	5	7.9	8	12.7	5	7.9	9	14.3	63	28.9
70 ~	14	21.5	17	26.2	11	16.9	6	9.2	11	16.9	6	9.2	65	29.8
80 ~	5	31.3	3	18.8	3	18.8	2	12.5	1	6.3	2	12.5	16	7.3
計	52	23.9	63	28.9	28	12.8	27	12.4	25	11.5	23	10.6	218	100.0

*死亡までの月数 (男女別)

性別	1 カ月		2 カ月		3 カ月		4~6カ月		7~12カ月		13カ月~		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
男	33	24.4	39	28.9	16	11.9	19	14.1	17	12.6	11	8.1	135	61.9
女	20	24.1	23	27.7	12	14.5	8	9.6	8	9.6	12	14.5	83	38.1
全	53	24.3	62	28.4	28	12.8	27	12.4	25	11.5	23	10.6	218	100.0

表9は、同様に対象レセプト出現から、その症例の死亡に至るまでの月数を年齢別、男女別についてみたものである。

これらを図にまとめたものは、先に本誌21巻2号126~137頁「健康保険法改正に伴う今後の課題」¹⁾の中で、高額療養費問題への疑問の一つと

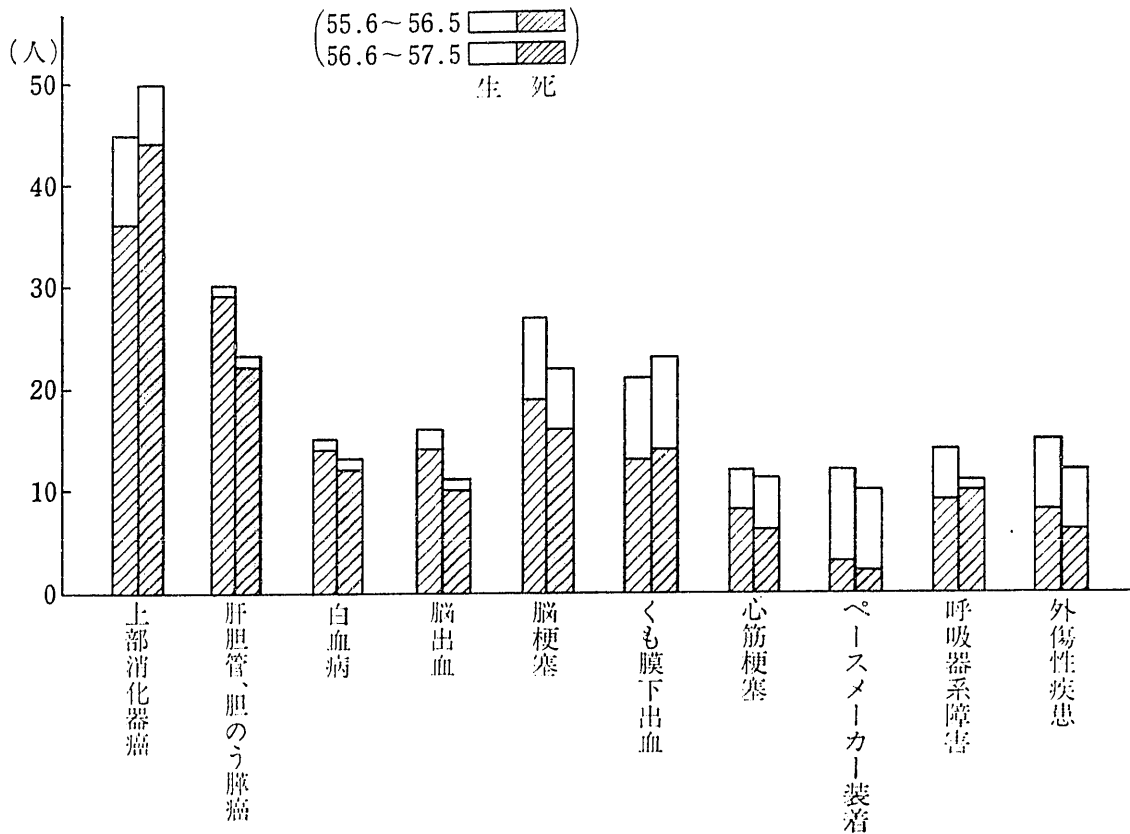


図 2 主な疾患別死亡状況

しての調査事実として提示してあるので参照されたい。

図2は、この調査した2年間のレセプトから、私なりに1件ごとに一つの疾患にしぼって整理して、その主な疾患別の出現状況とその死亡状況について、2年間を比較してまとめたものである。

図3はさらにそれを、疾患の傾向別に死亡状況についてまとめてみたもので、2年間の比較である。

また、同一症例で2ヵ月以上20万点以上の請求がなされた症例では、表10の如く、昭和55年度でその死亡率80.9%、56年度86.3%で、3ヵ月以上

請求された症例では、28歳男子のバージャー病を主体とした症例1例のみ生存し、他はすべて死亡していた。1症例100万点以上の症例についての一覧表は先に本誌で報告したので参照されたい。

20万点以上の請求レセプト出現状況を市・郡別にみると、図4、図5の如く2年とも比較的類似の地域分布をみている。

同様にして、主な医療機関別に年度別に20万点以上の請求レセプト件数をみると、高度医療機関に症例の増加傾向がいちじるしい。その一部を表11に示した。

なお、昭和57年6月から58年5月までの600例、

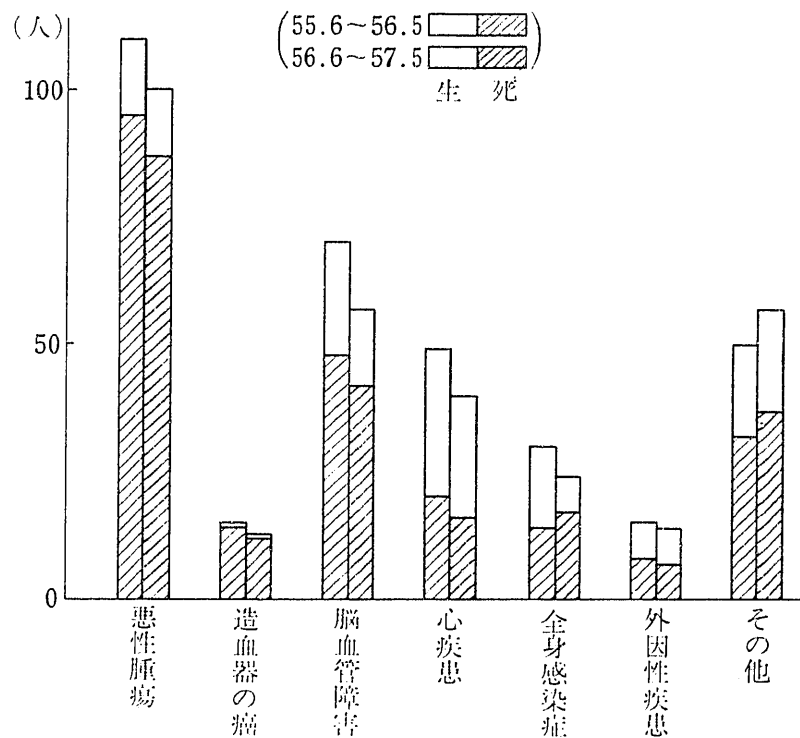


図3 疾患傾向別死亡状況

表10 20万点以上の2ヵ月以上請求例

	昭和55年6月~56年5月				昭和56年6月~57年5月					
	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	全 休	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	全 休
死	26	11	1	38	37	4	0	2	1	44
生	9	0	0	9	6	0	1	0	0	7
死 亡 率	74.3	100.0	100.0	80.9	86.2	100.0	0	100.0	100.0	86.3

生存者(9名)の病名

髄 膜 炎	1	脳 梗 塞	2
脳 幹 部 脳 炎	1	急性心筋梗塞	1
腹 壁 膿 瘍	1	右大腿骨折	1
腹 膜 炎	1	慢性骨髄性白血病	1

生存者(7名)の病名

脳 動 脈 瘤	1	熱 傷	1
血 友 病	1	胸部大動脈瘤	1
肝 硬 変	1	慢性骨髄性白血病	1
バージャー病	1		

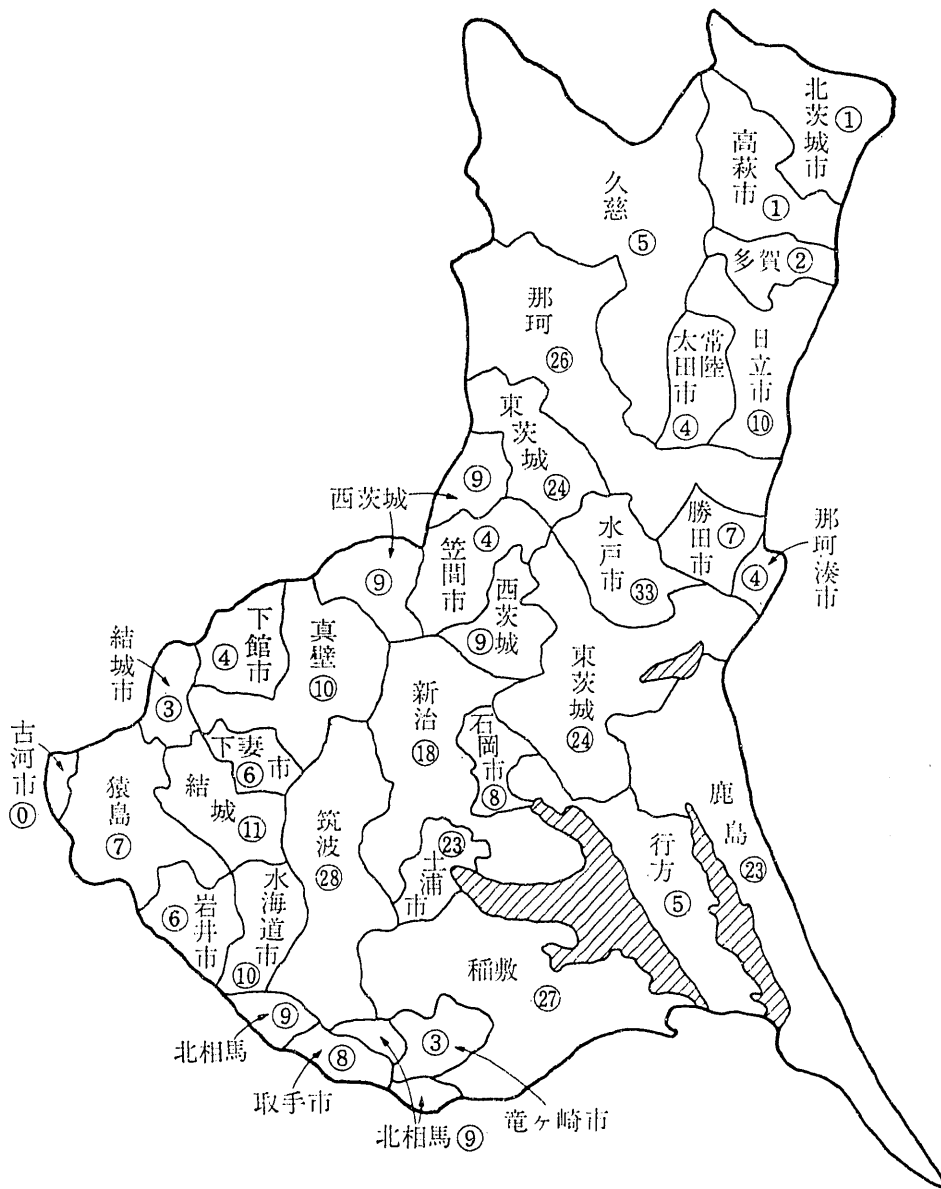


図 4 20万点以上の請求レセプト出現状況——市(18)郡(14)別人数 (計 339 人) (昭和55年 6 月～56年 5 月)

表 11 経営主体別医療機関別, 年度別20万点以上のレセプト出現件数

医療機関	ベッド数	年度別				
		55.6 ～56.5	56.6 ～57.5	57.6 ～58.5	58.6 ～59.5	59.6 ～60.5
A 大学	625	49	46	84	111	102
B 大学	471	49	46	82	66	55
A 国公立	550	4	23	51	58	43
B 国公立	403	13	17	39	40	45
A 医療法人	600	59	51	65	43	68
B 医療法人	468	44	60	53	51	60
C 医療法人	368	6	4	3	20	10

表 12 性・年齢別件数

年齢(歳)	57年 6 月～58年 5 月			58年 6 月～59年 5 月		
	男	女	小計	男	女	小計
0～9	4	5	9	16	10	26
10～19	15	3	18	10	7	17
20～29	9	2	11	5	6	11
30～39	17	6	23	22	7	29
40～49	35	27	62	29	24	53
50～59	78	49	127	83	50	133
60～69	107	69	176	116	59	175
70～79	85	57	142	109	83	192
80～	19	13	32	18	16	34
計	369	231	600	408	262	670

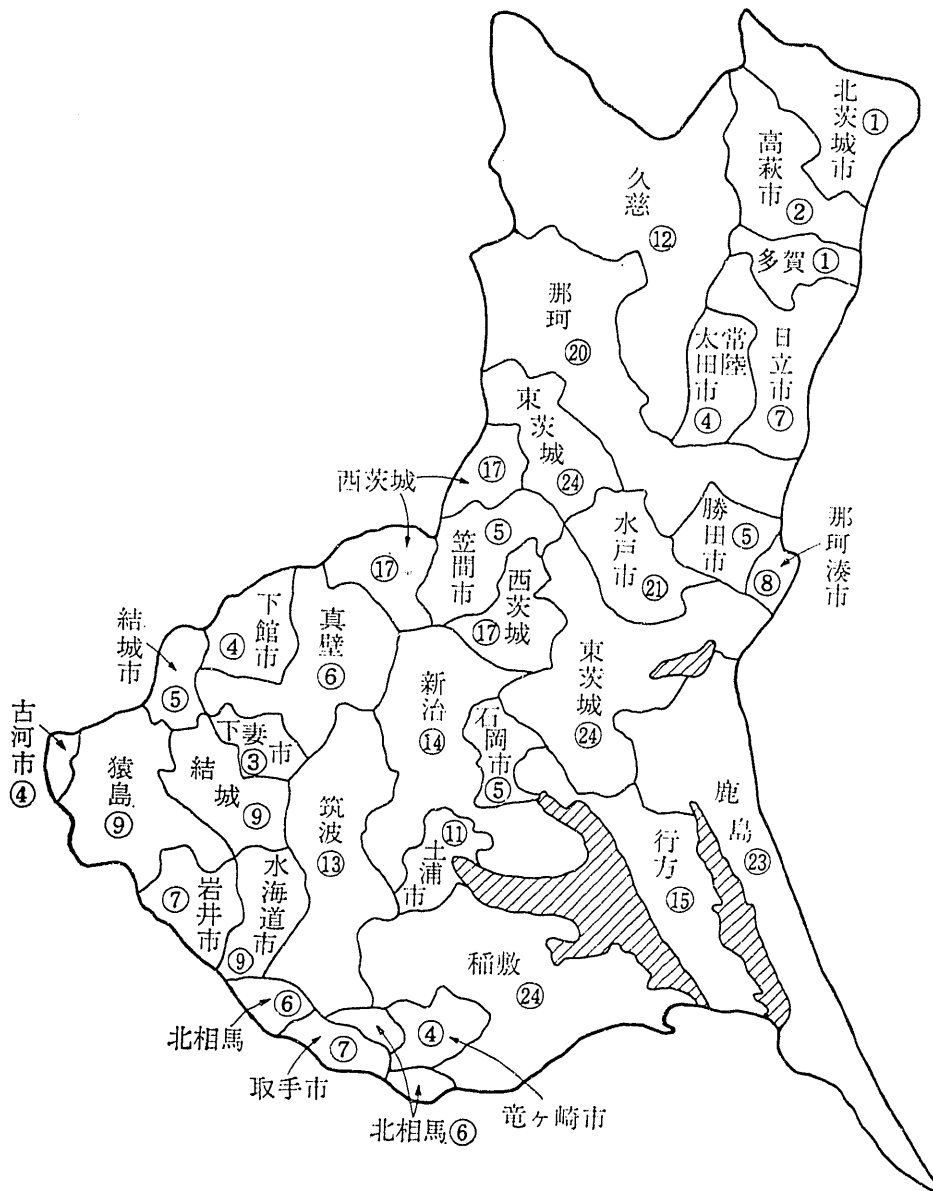


図 5 20万点以上の請求レセプト出現状況——市(18)郡(14)別人数(計 305 人)(昭和56年6月~57年5月)

58年6月から59年5月までの670例についての性別、年齢別の一覧表を表12に示した。これらについては、その予後追跡調査はまだ行っていないが、その請求月の死亡率はそれぞれ17%と16%であった。そのうち60歳以上の死亡が、それぞれ66.3%と67.0%を占めていた。

現在、高額医療費の原因分析も一部試みて検討を加えているが、多くの側面からの制約が加わり、今回は事実として取り上げられる点として、患者の生死という側面からの検討にとどめた。

IV 考 察

1980年代に入って、わが国の医療費抑制政策は、社会保障、医療保険の理念さえも揺るぎそうな勢いに置かれている¹¹⁾。

医療費も低成長、抑制時代に入るとともに、マクロレベルでその適正化、有効配分問題と、ミクロレベルでの病院・診療所経営危機の克服などが同時に求められてきている。

二木立⁵⁾はわが国における医療経済学の必要性を臨床医の立場から常々主張していたが、リハビ

リテーション専門医の立場から、その実践に基づいた具体的な医療改革モデルを提起したり、医療技術進歩と医療費増加との関係を実証的に検討して、血液透析とCTスキャナー普及率世界一となったわが国の社会的要因を論じて、『医療経済学——臨床医の視角』からを、出版している。

上林茂暢⁶⁾は、昭和50年5月に『医療システム化の将来——医療産業の技術論的分析』を出版し、今日の医療産業主導型に伴った現在の種々の問題点を予測し、指摘していた。

老人保健制度の創設は、わが国の人口構成、疾病構造の慢性疾患化などに対応するにふさわしい発想であったが、実状は財政的配慮や社会保障に対する考え方の基本的姿勢の差から多くの問題点が指摘されている。

従来、国と自治体の責務と明記されていた老人福祉法と異なり、老人保健法の基本理念は国民の自助と連帯の精神が前面に押し出されている。

たとえば、医療費増加の主因が入院高額医療費にある現状では、財政対策面からみても、老人保健法の中でうたわれた医療対応は、外来などの軽費医療における自己負担の強化などは、真に健康に対する自己責任性を高めうるのか、かえって疾

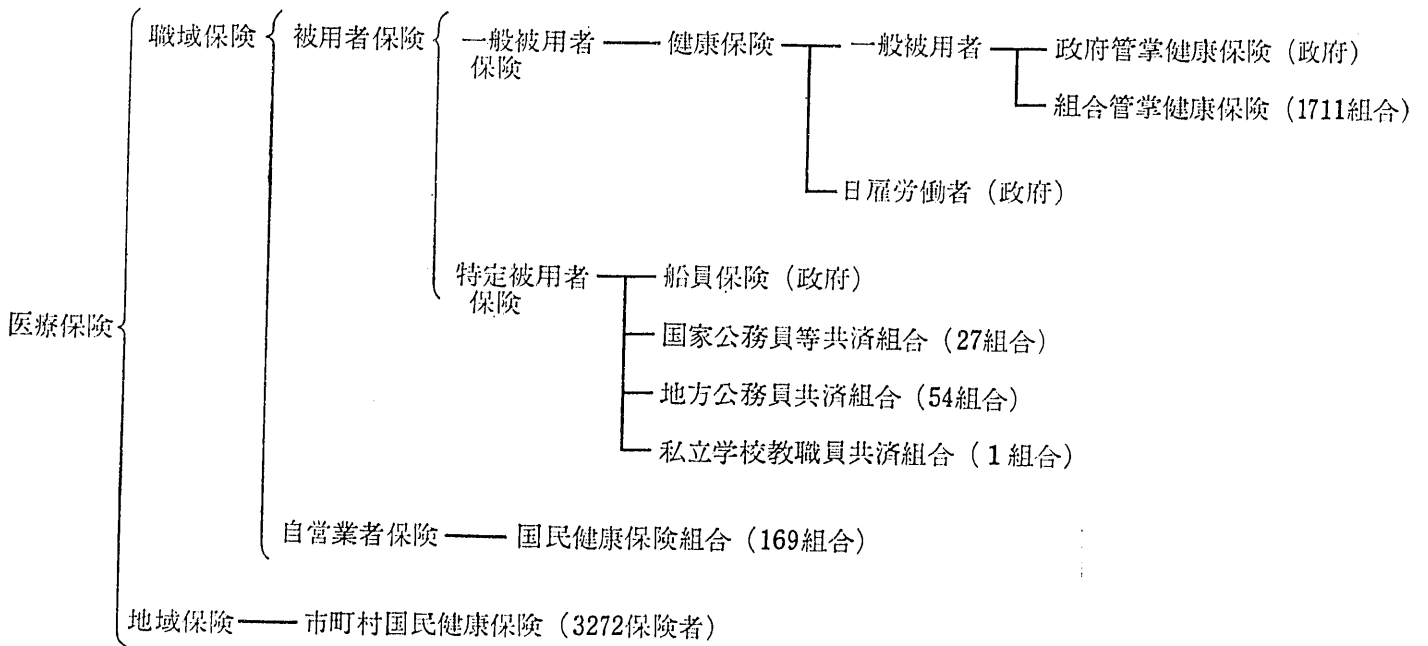
病の早期発見、早期治療という重症化防止の立場に逆効果を生じさせまいか、など論議されている。

今回、茨城県国民健康保険における高額医療費患者の予後追跡調査を行う背景は、医療技術の高度化に伴われた高額医療費支出が、本来社会が求めている医療への要求水準に合致しているものか、とくに高齢化社会での医療として本当にその健康水準を高め、生存条件の質的向上を伴っているのかという素朴な問いかけによる。

高度医療も社会・経済的な枠組の中での制約化に入っているので、個人的な受益と社会的な安寧経費として、わが国の医療保険の中でその役割を果たしているかが問われる。

保険は本来、不確実な事故の発生を予測して、これに伴う各個人の損失のリスクをプールし、集団的に危険負担を行うシステムである。わが国の医療保険は、疾病・傷害による費用保障を目的とする社会保険であるが、他の私保険と比較してみると、

(1) 強制加入であること。一定の資格要件に該当する者については強制加入が原則であり、保険料の負担は各人の所得に保険料率を乗じた応能主義となっている。



(注) 保険者 (組合) の数は、昭和59年4月1日現在。

図 6 医療保険の類型

(2) 各人の属する保険集団があらかじめ決定されている。国民は任意に自分の所属する保険集団を選択することはできないこと。

(3) 保険給付の定型化。平均的標準的な給付を行うことを目的としており、個別の保険ニーズに応ずるには限界があること。

(4) 医療保険の運営は公的機関によって行われること。

(5) 一部負担金がある。被保険者間での事故遭遇の頻度および程度に差がいちじるしく、公平の観点からは認められたこと。

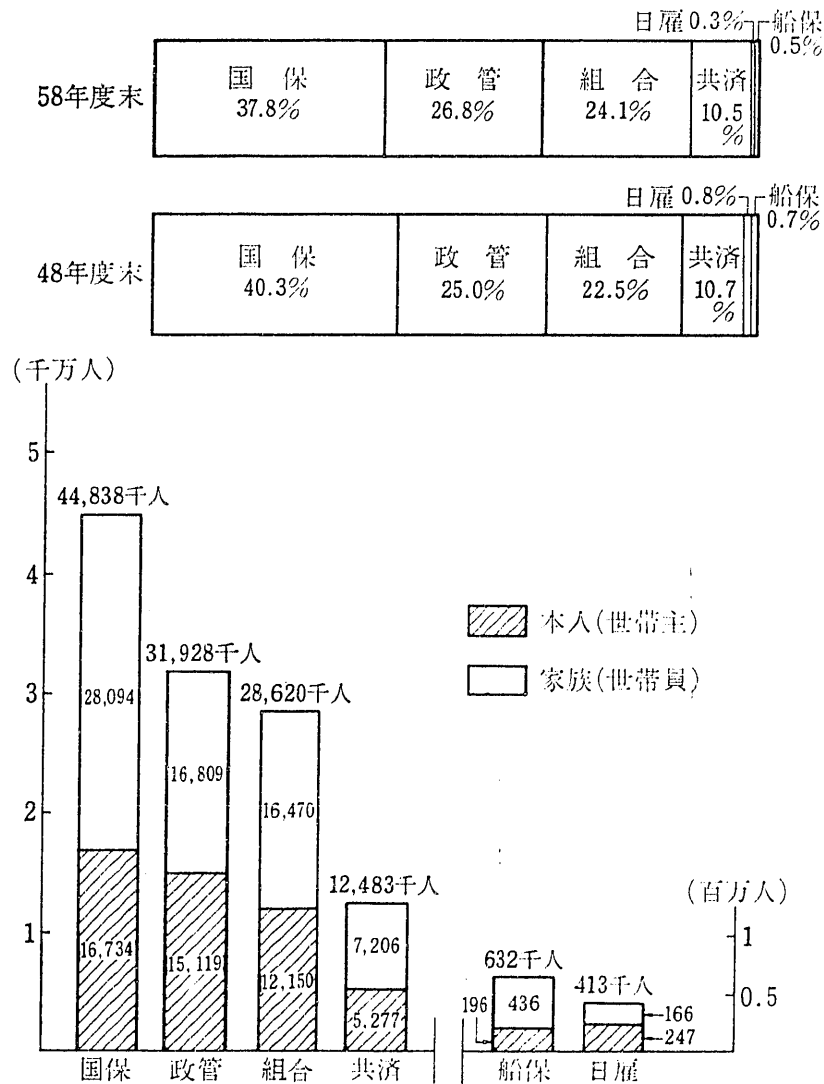
しかし、老人保健制度や高額療養費制度などは、疾病の慢性疾患化、高度医療の適応で、医療保険は機能的に高齢者に対する所得移転の色彩が強ま

ってきている。ちなみに現行の医療保険の類型について示し、その保険者数および医療保険制度の加入状況を図6、図7に示す。

今回対象とした国保は、医療保険のうち、地域保険と、職域保険の一部である自営業者保険である国民健康保険における高額療養費を対象としている。

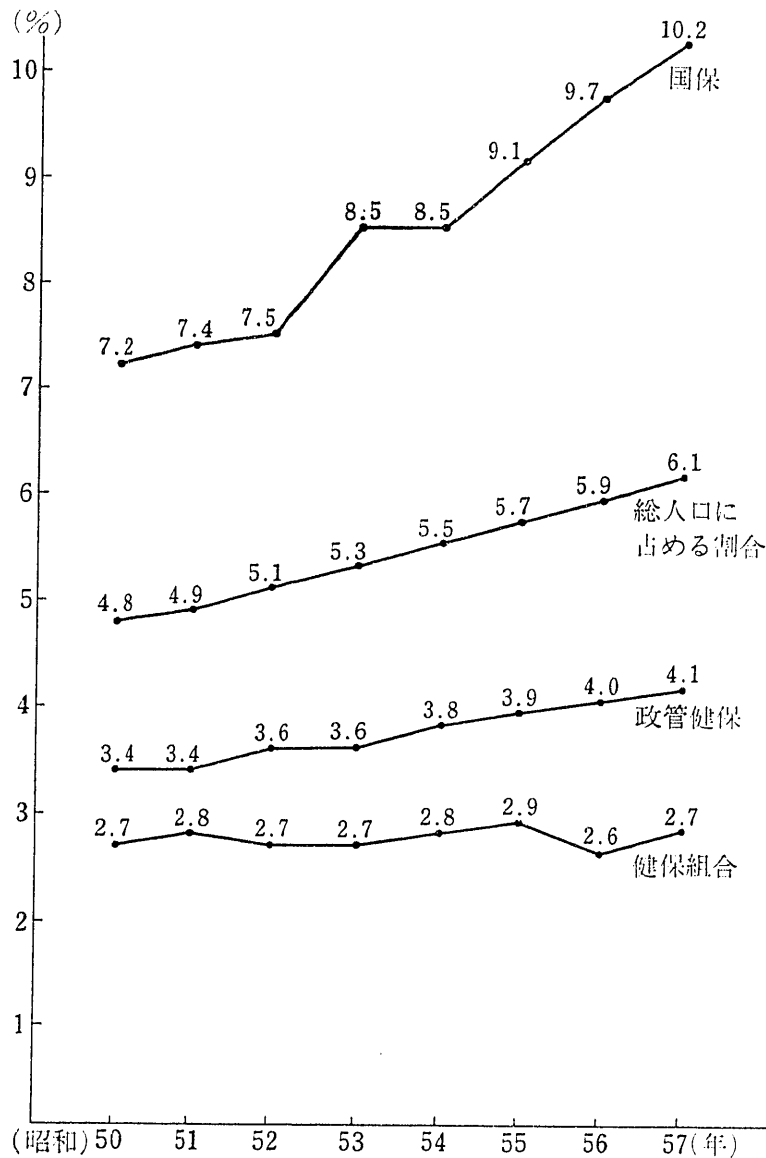
図8でみる如く、医療保険制度別にみると、70歳以上の人口割合で国民健康保険は老人の加入率も高く、医療支出も増加がいちじるしい。昭和58年2月老人保健制度の実施と59年10月からの退職者医療制度の実施などで、この制度間の公平への努力が始められている。

高額療養費は原則として、1人1ヵ月一つの病



(資料) 『目で見る医療保険白書—医療保障の現状と課題』ぎょうせい, 昭和60年4月, より。

図7 医療保険制度の加入状況



(資料) 『目で見える医療保険白書——医療保障の現状と課題』ぎょうせい, 98頁, 昭和60年4月, より。

図8 制度別70歳以上加入者の占める割合

院, 診療所で支払った保険診療の自己負担分 (3割分) が5万1,000円を超えた場合, その超えた全額を国保で負担して, 後に世帯主に払い戻す制度である。

一般診療の入院1件当り点数は全国平均で27,021.1点で27万円強になっている。茨城県国保においては, 26,963.4点で27万円弱の費用を要している。

今回, 予後追跡調査を試みた症例は, すべて1ヵ月1件当り20万点以上, すなわち, 200万円以上の高額療養費請求レセプトに関してである。

昭和55年6月から56年5月までの第1回目の調

査と昭和56年6月から57年5月までの第2回目の調査で, 対象者数, その性別, 年齢別患者の請求レセプト出現状況が非常に類似していた。またその死亡状況や死亡原因 (私が各レセプトから一つだけ主たる病名を取り上げて処理した) 面からの検討も類似していた。

大局的にみると, 60歳代, 70歳代の, 癌疾患を中心とした合併症を有する症例に, 高額療養費が最も多く用いられ, 次いで脳血管障害を伴った合併症が挙げられる。前者の死亡率は90%を超え, 後者で70%を超えていた。

またその80%以上が高額レセプト請求後3ヵ月

以内に死亡しており、これらは経営主体別医療機関別などによる差はほとんどみられていなかった。

近年、終末期医療、とくに癌末期、植物人間などの医療対応問題が盛んに論じられているが、とくに高齢者の成人病に代表される重症症例での高度医療活動が高額医療費として現われて、医療関係の総費用の中に占める部分を大きくしている点が指摘されている。

しかし、今回直接調査対象とした部分ではないが、現行の医療保険制度の中で、国民医療費の推移に関与している高額療養費の中でも、1ヵ月1件当たり10万点～15万点未満、15万点～20万点未満に相当する部分の増加傾向がいちじるしい。これらの中に現行の出来高払いが非常に安い技術料に支えられた医療費問題の原因の一つが現われているのではないかと思われる。

表13は、老人保健法施行年に当たって、茨城県国保レセプトの中から昭和58年1年間における高額医療費請求レセプト出現状況について、まとめてみたものであるが、今回調査した20万点以上の出現件数については、年間それほど変化はないにもかかわらず、10万点～15万点未満の件数は着実に増加し、15万点～20万点未満も幾分増加傾向がうかがえる状況にある。

医師や医療従事者側にも、高齢化社会での慢性

疾患、障害者に対するケア面の増加に対応する中で、医療の質を落とさないで、医療費を節減するという努力が強く求められる。すなわち、慢性疾患や成人病、精神障害、身体障害を持ちながら生活する人々が中心対象となりつつある現代医療において、健康水準の改善、生活の質の改善を伴った医療効果が問われてくる。最新技術や新兵器である高額医療機器に幻惑されて、その効果を過大評価することなく本質的な診断治療、看護技術を確立してゆかねばならない。

1年間の中での検討でも、このような変化がみられるものの、年ごとの比較では、前述の表4にみる如く、4～5年間で20万点以上の件数は倍増している。

わが国の医療費増加の一般的傾向としては、社会保険旬報の「動向」³⁾の欄での指摘にもみる如く、癌と循環器系疾患の成人病関係が過半数を占めており、これら的高額医療費対象者の多くは死に至り、まさに終末期医療の典型といえようと指摘している。

その診療内容は、厚生行政科学研究報告「高額医療疾病の診療内容分析と評価に関する研究」による分析で指摘しているように、薬剤依存型と手術・検査型とに分けられる。すなわち、注射のウエイトが高い疾患（白血病・悪性新生物・脳血管疾患など）と、処置・手術・麻酔のウエイトの高い疾患（手術を伴う疾患など）に大別されている。

今回資料は呈示しえなかったが、具体的に各請求レセプトを見てゆくと、薬剤依存型の高額医療のほとんどは、高価な薬剤関係の大量使用で、血液製剤関係として、アルブミン、血小板、 γ -グロブリン製剤と新たに開発された抗生物質の大量かつ多剤併用、抗癌剤などの使用が目立つ。とくに中心静脈栄養法の普及とともに、20種類以上にも及ぶこれらの薬剤を含めた大量の薬剤の長期注入がいちじるしい。

また、手術・検査型も、欧米の材料価格がまかり通るペースメーカーや人工弁、心臓・血管外科や脳外科関連の種々のディスポーザブルの手術・治療関連器材の材料費が、自由競争市場原理のもとに購入され、使用されている。しかし、それを

表 13 高点数調べ

対象点数	10～15万点未満	15～20万点未満	20万点以上
診療月分	件数	件数	件数
58年1月	209	72	67
2月	239	64	55
3月	257	71	42
4月	261	76	72
5月	243	82	53
6月	232	87	54
7月	253	90	51
8月	274	91	61
9月	253	83	66
10月	286	96	48
11月	242	84	59
12月	282	79	58
合計	3,031	975	686
平均	252	81	57

取り扱う技術料は、その材料費に比べ驚くべき廉価に抑えられており、わが国の医療統制経済下の問題点がみられる。それに関連してか、頻繁に反復される生化学に代表されるセット検査や術後の中心静脈栄養法の中への投薬料の増大も目立っている。

本来、医師や医療技術者の技術と医療機関そのものが運営のために不可欠な人件費や看護技術料、給食費などの入院生活関連費用が非常に廉価に抑えられているのが、わが国の医療現場の実状でもある。

はじめに指摘した如く、市場規模からすれば、一般の商品と異なる面の多い、医療活動では、新薬の導入や新技術・高性能の医療機器の導入は、その価格と効率などに対する評価の問題で常に混乱を招くので、これからの検討を待たねばならない。

医師の側にも、医療の現場において、他に方法がなく、できることはすべて行うことが善であり、高度経済成長に支えられた、専門家優先の発想に伴った処置や尖鋭分化した価値観に伴った活動を最上のものとする価値概念に問題が含まれている。すなわち有限の生命体に、どのように対応することが、その生命体の尊厳にトータルで望ましいのかを、一歩下がって、総合的に判断することが強く求められる。

わが国の医療行政は、政策なしの制度いじりとよく批判されている如く、医療政策が表に出てこないで、医療制度が上位にあって、制度を動かす力が顕著にみられ、責任の所在が不詳となりやすいといわれている⁴⁾。このためにも、医療政策を表面に立てて、医療のあり方、価値を考えながら活動できるようにしてゆかなければならない。

自由経済社会の中で医業が健全な経営を行い、それによって国民の健康・福祉が向上するためには、わが国においては、ただ欧米の制度や価値観をひたすら導入する努力のみにとどまらずに、従前からある、日本の医療の特徴となっている、資本・経営・技術が三位一体化している現行の開業医制度の特質を生かしつつ、新しい技術対応、価値対応ができるように勤勉な日本の医師や医療従

事者を活用しうるようにより、これらを合理的に健全育成する行政運用の再検討も望まれる。

いずれにしても、医療を受ける側が、間接的にはそれにかかわる費用を全額負担しなければならないのであるから、公的保険税率の引上げは公的規制との兼合いの問題となり、保険料の値上げは民間活力、公的規制緩和を伴う競争原理の導入の拡大へとつながってくる²⁾。

医療保険制度的には、国民皆保険下で、高度経済成長に支えられた直接型の個人負担の軽減や老人医療の無料化は、今後欧米などにおける医療保険の考え方を参考にしながら、一部直接負担を定額または定率およびその併用や種々の型の保険料導入を用いて対応せざるをえない。それには、医療を受ける側からの積極的発言が重要である。

入院・病院医療の高額化の流れの中でも、わが国の医師の多くは、とくに開業医の多くが10年以上の勤務医経験を有しており、問題処理能力も柔軟性を持っている点、また地域の医療問題に参画する中で、プライマリーケア重視の医療と医療保険を統合させながら、健全な社会作りを模索し始めている点が指摘される。単なる疾病の治療担当者にとどまらずに、その地域の住民の将来の健康計画を考える立場から包括的対策に加わって、その社会的責務を果たそうと努め出してきている。

人間のライフサイクルを通して、最適な時に、最も必要な医療活動を提供することによって、保健投資の増大を伴いながらも、消費医療を減少させるべく努めている。これらのことが、日本人の生存の質の改善につながり、医療費を増さずに健康な生活を続ける道となろう。

幸い日本人全体の教育水準も高く、理解力と順応性に富むので、健康への関心の強さとともに、日本的な健康環境や健康擁護を育成してゆくことが、わが国の社会保障の立場からも、社会保険の効率性を高めるうえからも、明るい将来への道と考えている。

V ま と め

茨城県国民健康保険連合会の審査の席でよく討

議され、また専任審査委員会で常に問題にされる超高額医療費請求レセプトの取扱い問題で、現在の医療費支出の偏りと、医療技術の進歩とその効果について論議されている。

昭和55年から茨城県国保では、1件当り15万点以上、とくに20万点以上の請求レセプトには、その症状経過、処置などに対する説明文の添付を求めてきた。

これは、とくに大病院、教育病院における担当医師に対して、現状の医療経済面への認識を喚起する教育効果と合わせて審査の参考にするためであった。

一方、その都度の照会制度の乱用は、各病院への多額の医療費支払いの遅延による迷惑を最小限少なくするねらいもあった。専任審査員同志で討議の中から、このような症例の予後追跡を行い、まず実態を知ろうということで、多数の人々の御協力、御支援のもとに行った調査の一部を発表した。清家貞三氏、渡邊祐子さん、森幸子さんには多大の御協力を頂きまして感謝します。

医療に関しても、とくに医療費に関しては非常に多くの側面があり、今回は諸外国との対比など行わず、茨城県における、しかもその症例の生死という追跡事実のみに焦点を絞ってみたので、問

題点は解決されないけれども、医療従事者以外の多くの識者に医療の現場の問題点の一つを御報告し、御批判を仰ぎたいと考えて、報告した。

(注)

- 1) 土屋滋「健康保険法改正に伴う今後の課題」『季刊社会保障研究』21巻2号、126-137頁、1985年。
- 2) 「特集 医療経済フォーラム '85」『日本医師会雑誌』94巻8号、1233-1271頁、1985年。
- 3) 「動向 医療費の構造変化をさぐる——高額医療費を中心に——」『社会保険旬報』1462号、6-9頁、1984年。
- 4) 中山昌作「医療制度と医療政策——その中での医師の役割」『茨城県医師会報』382号、2-20頁、1985年。
- 5) 二木立『医療経済学——臨床医の視角から』医学書院、1985年。
- 6) 上林茂暢『医療システム化の将来——医療産業の技術論的分析』勁草書房、1975年。
- 7) 医療保険制度研究会編『目で見える医療保険白書——医療保障の現状と課題』ぎょうせい、1985年。
- 8) 厚生省編『厚生白書——長寿社会に向かって選択する』厚生統計協会、1985年。
- 9) 牧野昇・原田暁監修、生命保険文化センター編『高齢化社会への対応』日本放送協会、1983年。
- 10) イヴァン・イリッチ(金子嗣郎訳)『脱病院化社会——医療の限界』晶文社、1980年。
- 11) 川上武『80年代の医療問題』勁草書房、1981年。

(つちや・しげる 筑波大学助教授)

福祉経済体制論についての一試論

向井利昌

I 序——福祉経済体制の概念内容

現代の経済体制がさまざまな点で将来の新しい方向を目指して変動あるいは動揺の時期にあることはいままでもない。新しい経済体制をどう呼ぶべきかについては、必ずしも意見は一致していないが、筆者は社会保障という観点に重点をおいて、それに「福祉経済体制」Welfare Economic System という名称を与えておくことにする。まずこの概念の内容の基本的な点について説明を与えておくことにしよう。

(1)第1にここでいう「福祉」ということをはっきりさせておきたい。概括的にみて、19世紀から20世紀の前半頃までは、Welfare という言葉は経済的「厚生」の意味に用いられており、経済生活の向上を意味していたが、20世紀後半頃から自然的環境の保全、精神生活の充実と安定、文化的生活の育成のような、非経済的諸問題の向上を意味するようになっており、ある意味ではその対象が不確定的となっているともいえる。私見によれば、この場合、専門的法則科学の立場に立つ限り、問題の対象を特定の現象に限定することが要請されるのであり、諸社会現象のなかで、「ひととひととの関係(間柄)」それ自身としての固有の対人的 interpersonal, zwischenmenschlich 現象としての「社会」が、経済、政治、法、宗教、道徳、……などと相互に密接に絡み合いながらも、それらから本質的に区別される独自の意味内容をもった現象としてとらえられるのであり¹⁾、このような「社会」に、すなわち、いわば、人間関係

それ自身の向上と安定に、新しい福祉の焦点的対象をもとめることが主張されうるのである²⁾。

(2)最も問題となる経済体制の概念について説明を与えておく必要がある。

われわれは、人間生活上の諸欲望を充足させるために必要な外的物質的手段である物財または財(人間のサービスを含む)を利用する状態に用意または準備する行為である物財調達行為または経済的行為のなんらかの主体(単数または複数)を通じての相互関連態を経済としてとらえるが³⁾、この意味において経済は本来人間生活の手段的位置を占めているものである。そして、経済の活動態(フロー)を「経済過程」、経済過程が複数人間の接触と交渉において持続的、常規的にいともまれるための一定の様式または仕組みを「経済組織」と呼ぶ。経済組織の例としては、現代においては、家計組織、企業組織、金融組織、国家を中心とする経済統制組織、さらには市場組織などがあげられる。なお、経済制度は、経済組織のなかで社会によって公認され規範化されているものを指すといえよう。そして、諸種の経済組織の一定の範囲(現段階のモデルとしては国民経済)における全体としての複合的関連態、すなわち経済過程の全体的基盤が「経済体制」economic system, Wirtschaftssystem とみなされうるのである。経済体制をこのような意味でとらえることについては、つぎの諸点を検討しておかなければならない。(i)ゾンバルト(W. Sombart)の古典的学説をはじめとして、多くの見解においては、経済体制という概念は、一定の経済生活の成立と緊密に関連し合っている非経済的諸現象(人間精神、政治、

法、技術、道徳、宗教……など)の一定の歴史の段階における関連態としての、いわば現実の経済生活の一定の枠組とみられている。しかしながら、専門科学の立場から、経済体制を固有に経済的な要因によって規定する私見によれば、経済組織という純経済的な要因にのみ限定して、経済体制を規定することの意義が強調されるのであり、諸種の経済組織のなかで優越的な位置にある経済組織(たとえば、資本主義経済体制においては企業組織)と他の諸経済組織との関連性のあり方によって、経済体制の定型的特色が把握されうるのである⁴⁾。(ii)ハイマン(E. Heimann)を代表とする一部の立場によれば、経済体制という言葉が、近代の経済至上主義の段階における物質的余剰生産を目指したものにのみ限定して使用されているが⁵⁾、われわれは、人間生活のあらゆる時代において経済生活が存在する限り、それぞれの段階に特有の経済体制の存立を認めるものである。

II 共益経済体制との関連性

以上の意味での福祉経済体制は共益経済体制と密接に関係しており、後者の一面であるといえる⁶⁾。北野熊喜男博士は経済的協働の常規的仕組である経済組織を区分する一つの重要な社会的観点として、経済的協働に関しての、これにあずかる関係主体の関係態度が、動機的にみて、どのように決定されるかの点から、(1)主として非合理的契機によって決定されている場合の「共同的态度」と、(2)主として合理的契機によって決定されている場合の「合理的態度」とを区別しているが、とくに考慮を要するのは、(2)の合理的態度についての、(i)「各個別に合理的」であり、「主として自利的計慮にもとづき、ただ私利利害の立場においてのみ打算的である」場合の「自利的態度」と、(ii)「主として共益的計慮にもとづき、いわば関係主体全体の公的立場において合理的」である場合の「共益的态度」との区別である。そして経済組織は以上の(1)、(2)(i)、(2)(ii)のそれぞれによって成立しているのに対応して、「共同組織」、「自利的組織」、「共益的組織」に区

分され⁷⁾、全体としての経済的協働の立体的編制の様式としての経済体制についても、経済組織についての他の区分とくに階級性のあり方との結びつきにおいて、関係主体の関係態度に焦点をおいて、その中核となって優位的に作用している経済組織に注目して、基本的定型を確立するときには、(1)「その中核において、主として非合理的にして、無意識的、計画的なる直接的協働組織」のうゑに同様の協働組織が重畳している「純粹なる共同経済体制」と、(2)「その中核において、主として非合理的にして身分的、強圧的、計画的な直接協働組織」のうゑに、(i)奴隷経済体制にみられるような同様の経済組織が重畳する場合と、(ii)封建的経済体制をその典型とする、非合理的にして、身分的、強圧的、計画的な上納下賜組織の重畳する場合とを含めた、「身分的なる共同経済体制」と、(3)「その中核において主として私的合理的にして利圧的・計画的な直接協働組織(企業の如き)」のうゑに、(i)中間的組織としての同様の経済組織(企業連合の如き)も重畳しうゑるが、(ii)さらに包括的には、個人主義的経済体制あるいは資本主義経済体制に典型的にみられるような、「私的合理的にして無計画的な交換組織を重畳せしめるのが原則である」「自利経済体制」と、(4)「その中核において、主として公共的合理的にして無階級的、計画的なる直接協働組織のうゑに、同じく全体合理的にして指導的、計画的なる直接協働組織を重畳せしめている」「共益経済体制」との区別が考えられ、(1)の体制と(2)の体制とを一括すれば、「共同経済体制」と「自利経済体制」と「共益経済体制」とが、経済体制の基本的形式とみられうるのである⁸⁾。「共益経済体制」の概念について、筆者は北野博士の立場を基本的には継承しながらも、独自の見解をもっているが、いずれにせよ、共益経済体制は、人間関係の高次の共益的合理性に基づいての成立が考えられうる以上、固有の人間関係としての「社会」の充実と安定を本質的要因としている福祉経済体制と不可分に結びついているといわざるをえない⁹⁾。

このようにみるならば、一面において共益的経済体制と直結しているわれわれのいう意味での福

社経済体制のあり方の考察については、人間関係としての「社会」の巨視的現象である後述する「社会構造」についてのわれわれの社会学的分析を前提して、社会構造とそれに基づいた経済体制との結びつきを論究することが必要となる。

III 経済体制と社会構造との関連性

1 社会構造についての概説

いままでしばしば述べてきているが、社会構造について、今後の論述上必要な限度において予備的考察を行っておく。

(1) 社会関係¹⁰⁾ 固有の対人的現象としての「社会」はさまざまな観点から考察されるが、その最も基本的な考察となるのは、「社会」のミクロ的分析の対象である「ひととひととの間の用意」すなわち対人的態度である「社会関係」である。それは、(i) 根原的な対人的方向の点より、相互肯定の結合、相互拒否の分離、社会的勢力の量的相違に基づいた上位者と下位者との間の関係である上下とに区別せられ、上下は、また、指導と支配(階級関係)とに区分される。(ii) すべての社会関係は、自主的で情意的な要素と人為的で理知的な要素とを含んでおり、つねに情意的要素が前提となっているが、定型関係として、(一) 情意的要素を決定的要素とする「非合理的関係」と(二) 理知的要素を決定的要素とする「合理的関係」とが区別され、つねに、前者が後者の存立上の前提となっているが、動態的發展の基本的傾向としては、合理的関係が非合理的関係に対して作用優位を示すようになる。(iii) 各社会関係を成立せしめている諸個人の主観的動機に関して、作業仮説として、結合は群居の欲望を¹¹⁾、分離は闘争の欲望を¹²⁾、上下は、上位者の側の対人的優越意欲である「力の欲望」と下位者の側の「従属の欲望」とを¹³⁾、それぞれの成立の基本的な自然的性向としている。とくにわれわれが注目する対人的動機は「力の欲望」であり¹⁴⁾、それは盲目的な無限の拡大性を本質としており、指導関係では潜在的状態にあり、支配関係において顕在化するるのである¹⁵⁾。

(2) 社会構造¹⁶⁾ 社会関係に關与している諸個人が具体的に形成している社会が「社会形態」と呼ばれ、成員の結束性の点からみて、諸個人がなんらかの「共属の意識」によって結束している「集団」をその中心的形態とする社会形態が¹⁷⁾、社会の一定の範囲(現代の典型としては国民社会)における全体としての複合的関連態——「全体社会」——において示している相互の関連性の様式のあり方が「社会構造」としてとらえられ¹⁸⁾、それはつぎの二つの側面から成立している¹⁹⁾。(i) は、人間社会における諸欲望または諸目的を追求するために成立して、相互の関係が基本的に対等の並列関係にあり、それぞれを区分する線が垂直に引かれる諸社会形態の関連態である「垂直的構造」であり、(ii) は、相互の関係が本質的に上下の序列関係にあり、それぞれを区分する線が水平に引かれる諸社会形態間の関連態である「水平的構造」である。「垂直的構造」についてとくに考慮されるのは、血縁や地縁を基本的機縁として自然生成的に成立する基礎社会(家族、地方自治体、国家など)と一定の目的を追求するために人為形成的に設立される派生社会(企業、組合、政党、教会、学校、文化団体など)との区別である²⁰⁾。「水平的構造」については、次の事柄が検討されねばならない。

(一) 上位層の成員と下位層の成員との間の上下関係が指導関係であるか支配関係であるかによって、「指導構造」と「支配構造」である「階級構造」とが区分される²¹⁾。(二) 水平的構造を成立させる一般的要因は、他人から服従せられる一定の個人の能力としての「勢力」であり²²⁾、その要素的形態はつぎのように区分されうる²³⁾。1) 内的勢力(威力) 一定の権威または威光に対する相手の自発的悦服を可能にする受動的勢力。2) 外的勢力 一定の外的手段による働きかけによって相手を能動的に服従せしめる勢力。(I) 直接的・強制的勢力(武力、権力) 相手を自由選択の余地を与えずに一方的な圧力によって服従せしめる勢力。(II) 間接的・誘導的勢力 相手をなんらかの目的または利益を求めるための手段として自由選択によって服従せしめる勢力。(A) 経済的勢力

一定の財の提供によって相手を服従せしめる勢力²⁴⁾。(B)非経済的勢力 財の提供以外の要因を本質的要因として相手を服従せしめる勢力²⁵⁾。以上の要素的諸勢力の区分について、筆者は、服従者の態度の点よりみて、1)の内的勢力と2)(I)の直接的・強制的勢力とを、服従者に理知的判断または自由選択性が欠けているがゆえに「非合理的勢力」と、2)(II)の間接的・誘導的勢力を服従者が目的手段的な自由選択的態度を決定要素としていることよりして「合理的勢力」と、それぞれ呼んでいる。合理的社会関係と本質的に結びついて中心の要素的勢力は、合理的勢力としての間接的・誘導的勢力であり、資本主義に特有の中心的勢力は経済的勢力であるが²⁶⁾、筆者の独自の見解によれば、間接的・誘導的勢力のなかで、資本主義社会の変質的發展に伴って、経済的勢力に代わって、財の提供を本質的要因としない非経済的勢力としての間接的・誘導的勢力が中心的勢力となってくるのであり、その典型として、現代の大規模企業における、専門的職能や職階によって企業者職能を担当または分担している非資本家的企業者および上層ホワイト・カラー、国家の行政組織の官僚などの諸勢力があげられる²⁷⁾。要素的諸勢力は、相互に複合して水平的構造における諸個人の社会的地位を決定しているが、社会の各発展段階に特有の階級的区分の相対的な決定的要素となっている「優越的勢力」は、可逆的傾向によって干渉されながらも、基本的傾向として、1)内的勢力→2)(I)直接的・強制的勢力→2)(II)間接的・誘導的勢力((A)経済的勢力→(B)非経済的勢力)の順序で移行してゆくが²⁸⁾、優越的勢力について、1)の純粋型においては非合理的指導構造が、2)(II)(B)の純粋型においては合理的指導構造が、それぞれ成立する²⁹⁾。

諸種の社会形態の一定の範囲(現段階では国民社会)における全体としての複合的関連態が「全体社会」であり³⁰⁾、それを構成している諸社会形態間の、さらには諸社会形態に所属している諸個人間の社会関係間の関連態のあり方が「社会構造」であり、それは非合理的構造と合理的構造(ここでは後者を考察の中心とするが)とに区別

される³¹⁾。

(i)非合理的社会構造 それは原始段階に特有の階級的支配の欠如している純粋型と、古代社会および封建社会にみられる封鎖的・勢力集中的階級構造を伴っている支配型とに段階的に区別されるが、一般的特色として、(一)垂直的構造において基礎社会が優位を占めており、(二)水平的構造における優越的勢力は基礎社会の成員として成立する非合理的勢力であり、(三)諸社会関係のなかで非合理的関係が中心的地位にある。

(ii)合理的社会構造 (一)一般的特色 1)垂直的構造において、派生社会が優位を占めており、2)水平的構造を区分する優越的勢力は、学歴、職能、職歴、職階などの人為形成的要因によって派生社会の成員として成立する合理勢力であり、3)合理的関係が諸社会関係の中心をなしている。(二)支配型 資本主義社会をその典型とし、1)自利的な目的を追求する派生社会が垂直的構造において優位を占めており、2)水平的構造において、階級間の地位の移動性が大きで諸種の要素的勢力が相対的に多数人によって分有されている「開放的・勢力分散的階級構造」が成立しており³²⁾、3)合理的社会関係は發展が不十分であり、自利的な対人的選択を決定的要素としている。(三)純粋型将来の文明段階における成立が考えられるものであるが、1)垂直的構造において、共益的目的を追求する派生社会が優越的位置にあり、2)水平的構造において、純粋型の非経済的勢力としての間接的・誘導的勢力が優越的勢力である「合理的指導構造」が成立しており、3)合理的社会関係は共益的な対人的選択性を決定的要素としている。

二つの社会構造の相互関連性について、(i)静態的には、非合理的構造を前提として合理的構造が成立しており、水平的構造における優越的勢力が垂直的構造における諸社会形態の成員として生ずることよりして、垂直的構造が水平的構造の前提となっており、(ii)動態的には、(一)基本的傾向として、社会生活の發展に伴って、中心的定型が、(A)純粋型の非合理的構造→(B)支配型の非合理的構造→(C)支配型の合理的構造→(D)純粋型の合理的構造の順序で変移してゆき、(二)可逆

的傾向として、非合理的構造の逆行的優越化が生じうる。

2 経済体制の社会構造との関連性における変動傾向

さて、固有の対人的現象である「社会」が経済の存立と変動の基礎的前提となっていることを認めるわれわれの立場よりみれば³³⁾、各経済体制の成立と変動の現実接近的な考察を合理的経済体制のあり方を中心に諸社会構造との関連性において解明することが重要な意義をもっているが、われわれの立場よりみれば、とくにつぎの事柄を検討する必要がある。すなわち、経済体制を構成している諸経済組織のなかでの優越的な位置にある経済組織は、対等的な協働組織とともに、水平的構造における優越的勢力の相違による序列的な協働組織を成立せしめており³⁴⁾、このような序列的組織のあり方が、各経済体制に対して、決定的な影響を示しているのである³⁵⁾。

(1) 非合理的経済体制と社会構造 (i) 非合理的経済体制 (一) 一般的特色 基礎社会における自然生成的で慣行的な封鎖的経済組織を中心としており、流通組織および市場組織は社会的な伝統および慣習によって拘束されていて封鎖狭小である。(二) 純粋型 社会構造の純粋型を前提としており、血縁社会の経済組織が優位を占めており、一定の血縁社会内での共同生産と共同分配を中心としている。(三) 支配型 社会構造の支配型を前提としており、国家の権力的統制組織の作用が経済の全分野に及んでおり、流通組織と市場組織の社会の伝統と国家の権力的統制の干渉下でのある程度の発達が見られる。また一定の基礎社会内での異質・複雑協働による生産物と諸個人が他のひとびとの協働の成果の生産物を取得する間接的分配とが、ある程度発展の傾向を示している。(ii) 非合理的経済体制に対する非合理的社会構造の前提性 (一) 経済体制における優越的組織における序列組織について、純粋型における血縁社会の経済組織は、血縁に基づく威力である内的勢力による序列を、支配型における国家の経済組織は、強制権力による序列を、それぞれ成立させている。(二) 非合理的経済体制は、ハイマンのいう「全体

的・統合的社会体制」voll-gerundetes Sozialsystemに類似した社会構造を前提としており、経済体制の社会構造からの自律性の程度は極小であり、ハイマンによれば、経済体制は社会構造に「埋没している」とみなされうる。

(2) 合理的経済体制と社会構造³⁶⁾ (i) 合理的経済体制 (一) 一般的特色 1) 派生社会の諸経済組織が中心をなして、国家の経済統制組織がさまざまな影響を与えており、2) 交換の発展に伴って市場組織の発展がみられ、3) 財の分配は、異質・複雑協働による生産物の交換を通じての間接的分配となって現われている。(二) 支配型 その典型とみられる資本主義経済体制を、つぎの二つの段階において問題とする。1) 発生期から20世紀初期にいたる基本型 (I) 企業組織が優越的地位を占めているが、その主要部分は相互に過当競争の状態にある price-taker としての小規模企業組織であり、つぎの特色がみられる。(A) 資本家が企業生産の決意と執行についての企業者職能を占有して、生産過程を完全に支配している。(B) 被雇用者の中心的部分は、単純・低級労働者である。(II) 国家の経済統制組織の作用は、単なる形式的、間接的なルールの規制にとどまっている。(III) 市場組織は自由放任競争の原理のもとに拡大化している。(IV) 家計の中心的形態をもたらす企業の生産機能において、生産方法が単純であるため、資本、土地、資財、物化された労働用役などにみられる物的機能の方が、人間に特有の思考力や判断力や専門的職能の活用による人的機能よりも必要性が大である。2) 現代の変質的変動過程にある発展型 (I) 企業組織の主要部分は price-maker として規模を拡大しており、企業成員の諸機能の量的増大と質的分化を通じて資本主義体制の変動をもたらしている。(A) 企業者職能が、少数の資本家に代わって比較的多数の非資本家的企業者によって実質的に担当されるようになる。(B) ホワイト・カラーの比率が増大しており、上層ホワイト・カラーは、企業者職能の分担によって企業組織内の地位を高めている。(C) 上層ブルー・カラーとして的高级・熟練労働者は、単純・低級労働者と対照的に企業組織内の地位を上昇さ

せている。(II)労働組合をその代表とする対抗組織が、上層ブルー・カラーを中心的主体として発達している。(III)国家の経済生活に対する直接的で実質的な統制が拡大している。(IV)市場組織において、価格機構を通じての経済的数量の伸縮性は減退している。(V)交換とは異なり、財の提供を本質的要因とせず、物化されがたい主体的・能動的行為による所得形成の傾向が、多数の非資本家的経営層の所得取得にみられるように、生じてきている。3) 純粋型 純粋型の合理的社会構造を前提として成立する自由競争型の計画経済体制であり、福祉型の国家の経済統制組織が中心的地位にあり、経済の基本的構造については、国家の中央計画が統制しているが、市場組織における各経済単位の価格機構を通じての主体的な自由競争が最大限に活用されている。

(ii) 合理的経済体制に対する社会構造の前提性
 経済体制とその前提となる社会構造との関連性に関して、非合理的経済体制においては、社会構造からの経済体制に対する制約性が大で、後者の前者からの独立性は未発達であるが、合理的経済体制は、相対的にみて、支配型と純粋型とのそれぞれに特徴的な階級的勢力のあり方ととくに関連して、社会構造からの独立的自律性を発展させ、後者に対する反作用的な働きかけを増大する傾向にある。(一) 支配型の合理的経済体制と社会構造との関連性 1) 基本型における階級性 (I) 経済組織内の要因 (A) 企業組織内の要因についてみると、小規模企業組織においては、少数の資本家が企業者職能の排他的占有によって圧倒的に優越的な勢力をもっており、被雇用者の中心的部分である単純・低級労働者との階級的勢力の距離はいちじるしい。(B) 市場組織における労働用役の売買は、現実的には、階級的勢力の相違に基づいて、労働用役の生産性以下の低賃金によって実現しうる状態にある。(C) 国家の経済統制は、間接的、形式的な規制にとどまっているが、この場合の自由放任政策は、企業の私利私欲の追求を促進している。(II) 社会構造と本質的に結びついている経済組織外的要因としてとくに注目すべき事柄は、資本家の経済的勢力の持続的存立の基礎とな

っている財産の私的所有権と相続権の世襲制度が国家の政治権力に支えられており³⁷⁾、このことが企業組織内における資本家の勢力の優越性を実現させていることである。とくにこの点からみても、合理的経済体制に内在している(A)社会構造とくに非合理的社会構造の残存形態からの独立的自律性はまだ十分ではなく、(B)社会構造による制約性が少なからず存在しているのである。2) 発展型における階級性 (I) 経済組織内の要因 (A) 企業組織内の要因に関しては、(a) 少数の資本家が占有していた企業者職能が非資本家的経営層によって実質的に担当または分担されるようになることは、資本主義社会では企業者職能の所有と行使の程度が企業組織内のひとつの地位の高さを決定し、後者の高さがかれらの社会的地位を規定するという見地よりみれば³⁸⁾、資本家の経済的勢力に基づく優越的な階級的勢力の減退化をもたらし、(b) 上層ホワイト・カラーを含めた多数人の非資本家的経営層は、創造的判断力や専門的職能や職階的地位を本質的要因とする非経済的勢力としての間接的・誘導的勢力からなる新しい勢力を優越化させており、(c) 上層ブルー・カラーの賃金および社会的地位は向上しているが、下層ブルー・カラーのそれらは低下してゆく。(B) 市場組織内の要因として、自由放任競争性と経済的数量の伸縮性の減退を通じて、企業の利潤極大原理に従っての無限の営利活動はこの面からも抑制されるようになる。(C) 国家の経済生活に対する直接的、実質的統制が拡大するが、国家は、一方において、大規模企業擁護の政策を行ってはいるが、他方において、社会成員の中心層の階級的勢力の均等化を、また、政治権力の民主的分散化による大多数の階級諸成員の諸福祉の欲求の実現を支持せざるをえなくなる。また、国家の政治的統制力は、多数の行政職員の分散的行使とそれに対する民主的統制力の増大により、直接的・強制的権力に基づきながらも、しだいに説得と合意による間接的・誘導的勢力の要素を増大させてくる³⁹⁾。(D) 上層ブルー・カラーは、労働組合の発達を通じて反企業的抗争力を高めることから、その勢力を上昇させる。(II) 経済組織外的要因 社会構造の

合理化に伴い、(A)社会の伝統とくに世襲制度の衰退と、財産の私的所有権と相続権に対する国家権力の支持の減退に基づいて、資本家の階級的勢力の持続的存立の基礎は崩壊し、(B)階級構造成立の優越的勢力は、経済的勢力より非経済的勢力としての間接的・誘導的勢力へと変移してゆく。

ところで、資本主義経済体制の変質的發展過程においては、(a)社会構造からの独立的自律化と社会構造からの制約性の残存性の減退、(b)経済体制から社会構造への反作用的な働きかけは、かなりの程度進展している。たとえば、「企業組織内的要因」によって、階級構造の優越的勢力が、政治権力と結びついた財産の所有権と相続権に基づいている自然生成的要因を基礎としている資本家の経済的勢力から、学歴、才能、業績などの人為形成的要因を中心に成立する非資本家的経営層へ移行してゆくこと、国家の政治的統制力において間接的・誘導的勢力の要素が増大していることなどは、(a)の事柄を意味している。ただ、国家の政治的統制力の過度の増大によって、直接的・強制的勢力の要素の増大すること、対抗組織を通じての階級の下位者の上位者に対する抗争的行為が非合理的闘争行為となって拡大することなどは、社会構造における非合理的要素を増大させ、そのような要素による経済体制の制約性が、(a)に対して消極的な作用を及ぼすようになる。また、たとえば、企業組織の拡大化に伴って、企業成員の中心層の勢力が均等化するにつれて、階級の上位者および下位者が、「力の欲望」の充足意欲に促されて、勢力の獲得、維持、拡大を目指して行う諸行為が資本主義経済体制とそれに特有の階級構造を変質化してゆく過程は⁴⁰⁾、(b)の経済体制の社会構造への反作用的な働きかけの発展の現われとみられる。ただこの過程は、それをもたらす主体としての諸個人の動機が、非合理的社会構造の階級構造と結びついて顕在化する对人的優越意欲としての「力の欲望」の近代的残存形態としてとらえられる限り、非合理的社会構造による制約性から十分に脱却して出現しているとはみられがたいのである。

以上の諸議論によって、支配型の合理的経済体

制の典型的資本主義経済体制は、その変質的変動過程を通じて、(1)基本的動向として、社会構造からの独立的自律性と社会構造への働きかけを發展させてゆくとともに、(2)資本主義経済体制に固有の特色を減退させ、すすんで資本主義経済体制を衰退させる傾向を出現させてゆく⁴¹⁾。

(二) 純粋型の合理的経済体制と社会構造との関連性 純粋型の合理的経済体制は自由競争型の計画経済体制として構想されるが、それは純粋型の合理的社会構造を前提として成立するものであり、水平的構造は純粋型の非経済的勢力としての間接的・誘導的勢力を優越的勢力とする合理的指導構造を本質内容としているが、このような経済体制と社会構造との関連性について、つぎの諸点がとくに考察されねばならない。1) 社会構造からの経済体制の独立的自律性は高度に發展しており、この点において、純粋型の合理的経済体制は、ハイマンのいう社会諸現象全体が統合されていて経済が社会に「埋没」している「全体的・統合的社会体制」⁴²⁾、あるいはポランニー(K. Polanyi)のいう「複合社会」Complex Society⁴³⁾とは異なることとみなされるが、この場合の経済体制の社会構造からの独立的自律性についてはつぎの考慮が必要とされる。(I) 純粋型の段階で独立的自律性を示している経済体制は、「経済優位」の段階での営利的経済組織が優位を占めているのではなく、社会福祉や社会保障を含めた精神文化優位の時代における経済組織を中心とした経済体制を意味しており、経済体制は、非合理的経済体制が社会的な伝統や慣習や規範によって拘束されている場合とは異なり、純粋型の社会構造と結びついて本来の手段的位置を占めている。(II) 国家の政治組織と関連している経済統制組織の地縁的基礎社会からの分化と独立化が發展しており、そのような経済統制組織が高度な民主主義的統制のもとにある。(III) ひとつひとつの力の欲望および優越的競争意欲は経済以外の分野に主として向けられており、経済の分野に向けられている場合でも、一部のひとつひとつの過度の私益の排他的追求は、一定のルールと秩序のもとでの対抗組織からの作用も含めて、抑止されるように規制されている。2) 経済体制の

社会構造への働きかけの進行によって、公正で機会均等な経済的自由競争の発展が社会構造でのひとびと相互の主体的自由に基づいた社会関係の拡大をもたらしてゆくが、この場合の社会構造への働きかけについて、経済からの作用とともにとくに考慮されねばならないのが、広義の精神文化からの作用である。

IV 福祉経済体制成立の問題

1 序——発展型の支配型の合理的経済体制の変質的変動過程にみられる新しい経済体制への動向

一般的にみて、経済体制Aからつぎの経済体制Bへの変動において、Bにおける支配的要因の端緒的形態はAの発展過程のなかに生じてくる⁴⁴⁾。したがって、資本主義経済体制を対象とする発展型の支配型の合理的経済体制はその変質的発展の進行において、つぎの新しい経済体制成立の基因を形成しているものであり、それについて以下の事柄が考えられうる。

(1)きわめて概括的にみて、基本型の資本主義体制はつぎの特色をもっている。(i)物的価値が人的価値よりも優位にあり、そのことは、価格がprice-takerとしての諸個人を左右しており、企業の生産機能において、物的機能が人的機能よりも重視されていることから明らかである。(ii)少数の資本家と大多数の賃金労働者との階級的距離はいちじるしい。ところで、発展型の資本主義経済体制は、以上の特色をつぎのように変化させている。(i)しだいに人的価値が物的価値よりも優位を占めつつある。このことは、price-makerとしての諸個人が価格を決定するようになっており、企業の生産機能においても物的機能よりも人的機能が重視されていることにみとめられる。(ii)下層ブルー・カラーを除いた社会の大部分の成員間において、基本的方向として、勢力の均等化の傾向が現われている。(2)現代の社会生活一般の傾向として、社会の中心層の主体的自由の余地は拡大しており、自由の高次の発展傾向として、諸個人の自由をなんらかの社会全体の共同性と協調させるための計画の必要も高まっている⁴⁵⁾。(3)

現代の経済体制の変動過程は、(i)先進諸国にみられるように、経済体制の合理的発展と平行して進展するほど、漸進的で連続的であり、(ii)後進諸国にしばしばみられるように、経済体制の合理的発展との平行性が小で、非合理的経済体制の逆行的台頭によって干渉される程度が大であるほど、急進的で非連続的である⁴⁶⁾。

2 福祉的経済体制成立の客観的動向

さて、われわれの問題とする新しい経済体制としての福祉経済体制の客観的な成立の動向をめぐって、1での議論をうけついで、とくに以下の事柄が問題となるであろう。

(1)発展型の支配型の合理的経済体制を発展型の資本主義経済体制を対象として問題にすると、福祉経済体制における支配的諸要因の発展傾向は、発展型の資本主義経済体制に内在しており、それについてはつぎの諸点が考慮されうる。(i)発展型の資本主義経済体制の発展傾向と結びついて、しだいに人的価値が物的価値よりも優位を占めてくる傾向は、社会関係において相互に相手との利益を協調し合う人間中心主義の純粋型の合理的社会構造を実現させてゆくのであり、われわれのいう固有の対人的現象としての「社会」の安定と向上と結びついた意味での福祉経済体制の成立の方向へ向かうものである⁴⁷⁾。(ii)、(i)の事柄は、発展型の資本主義経済体制に内在している社会成員の中心層の階級的勢力の均等化の傾向と密接に関連し合っているものであり、それは、既述した福祉経済体制と不可分の共益経済体制実現の一大要因をなすものである⁴⁸⁾。すなわち、経済生活の共益性の実現のためには、人格の向上、公共心の向上についての教育、啓蒙が第1に必要であるが、それとともに、われわれの立場よりみれば、社会の中心層の階級的勢力の均等化の傾向が発展するとき、社会成員間のcheck and balanceによって、一部のひとびとの利己的私益の排他的追求が抑止されることになり、ひとびとは、社会全体の共同の利益と協調せざるをえない事態が生ずる。

(2)純粋型の経済体制と本質的に結びついている福祉経済体制においては、経済体制の社会構造

からの独立的自律性が高度に発展しているが、このことは、既述したように、経済至上主義の時代のように、経済的利益の追求を目的とした経済組織が優越的位置を占めているのではなく、広義の精神文化優位の段階において、経済体制は人間生活における本来の手段的位置を占めているのであり、したがって、福祉経済体制は、われわれのいう「社会」の安定および向上という意味での社会福祉型の純粋型の合理的社会構造を前提としているのである。

(3)福祉経済体制においては、経済体制からの社会構造への働きかけも発展しているが、このことは、人間生活の手段としての共益経済体制におけるひとびとの共益的態度に基づいた経済的諸行為における協調的な自由競争が社会構造における社会関係の共益的安定の発展に作用することになる。

(4)純粋型の合理的社会構造に基づいた福祉経済体制は自由競争型の計画経済体制の確立を俟たねばならない。それは、強制型の中央集権的な計画経済体制とは異なるものでありそこにおいては、自由競争に任せておいては適正な解決が困難な経済生活の基本的構造(資源の各生産分野への適正配分、労働時間の基準の制定、産業の公営部分と民営部分との区別、公供財の供給……など)は中央計画が指令するが、それ以外の分野では各経済単位の自立的で主体的な行動の余地をできる限り大にし、市場の価格機構による自由競争を最大限に活用し、資本主義経済においてはきわめて不十分であった諸個人の機会均等的で公正な自由競争の実現を意図するものであり⁴⁹⁾、このような計画経済体制においてこそ、固有の対人的現象としての「社会」の安定と向上を中心的目標とする福祉経済体制が共益経済体制との不可分の関連性において実現しうるといいうるのである。

このような純粋型の合理的社会構造と結びついた経済体制は、現段階では将来の構想であり、一面において、政策的意図と結びついた「理念型」としての状態でもあり、その実現の客観的可能性については、消極的な意見も強力に主張されている⁵⁰⁾。しかしながら、われわれは、現代の経済生

活および社会生活における諸個人の主体的自由の増大は必然の傾向であり、またきわめて多種多様なバラエティをもっている諸個人の自由の諸行為を、社会生活のなんらかの共通の目標に対して調整するための計画の必要性も必然の要請であることを反省するならば、人類の経済体制の新しい動向は、複雑な紆余曲折の途を辿り、可逆的傾向によって制約されながらも、社会構造の新動向との結びつきにおいて、福祉経済体制としての自由競争型の計画経済体制へ向かう基本的大勢として主張されざるをえないであろう。

本稿では、従来の私見をまとめて、福祉経済体制の成立についての基本的傾向の論究をこころみたのであり、問題の経済体制の成立についてのより立ち入った考察は後日の課題としたい。

(注)

- 1) 高田保馬『社会学概論』, 新版, 岩波書店, 第1篇第1章第1節, 昭和46年。
- 2) 拙稿「福祉国家の社会的基礎」, 『季刊 社会保障研究』, Vol. 17, No. 4, 396-398頁, 昭和57年4月。
- 3) 北野熊喜男『増訂 経済社会の基本問題——経済社会学原理——』, 三和書房, 20-21頁, 昭和31年。
- 4) 拙稿「経済体制の基本的分析——社会的要因との関連性を中心として——」, 『神戸大学経済学研究年報30』, 27頁, 昭和58年。
- 5) E. Heimann, *Soziale Theorie der Wirtschaftssysteme*, J. C. B. Mohr, Tubingen, S. 2, 1963.
- 6) 拙稿「共益経済の社会的基礎」(北野熊喜男博士古稀記念論文集『経済と社会の基礎分析』, 昭和54年12月, 古稀記念論文集刊行会, 第1部, 1.)。
- 7) 北野・前掲著, 89-92頁。
- 8) 同上著, 101-104頁。
- 9) 前掲拙稿, 403-404頁。
- 10) 高田保馬『社会関係の研究』, 岩波書店, 240頁, 大正15年。
- 11) 高田保馬『社会学概論』, 新版, 49頁。
- 12) 同上著, 70-73頁。
- 13) 同上著, 70-73頁, 77-78頁, 高田保馬『勢力論』, 改訂版, 有斐閣, 22-35頁, 昭和34年。
- 14) 高田保馬『社会学概論』, 新版, 77-78頁, 86-88頁。
- 15) 拙著『階級構造の基礎理論』日本評論新社, 130頁, 185頁, 昭和38年。
- 16) 拙稿「福祉国家の社会的基礎」, 400-403頁。
- 17) 拙稿「合理的経済体制における国家と階級」, 『国民経済雑誌』第138巻第6号, 23-24頁, 昭和53年12月, 神戸大学経済経営学会。
- 18) 拙稿「福祉国家の社会的基礎」, 402-403頁。
- 19) 同上拙稿, 402-403頁。
- 20) 高田保馬・前掲著, 163-182頁。

- 21) 前掲拙著, 36-64頁, 拙稿「計画経済体制と勢力構造」『国民経済雑誌』, 第138巻第1号, 27-28頁, 昭和53年7月。
- 22) 高田保馬『勢力論』, 1-2頁。
- 23) 同上著, 37-56頁。前掲拙著, 42-44頁, 65-67頁。
- 24) 高田保馬・同上著, 49-50頁。同上拙著, 66頁, 223-225頁。
- 25) 同上拙著, 67頁, 256-258頁。
- 26) 高田保馬・前掲著, 48-52頁。同上拙著, 223-231頁。
- 27) 同上拙著, 67頁, 256-258頁。
- 28) 同上拙著, 98-104頁。
- 29) 拙稿「経済体制の基本的分析」, 53頁。
- 30) 高田保馬『社会と国家』岩波書店, 12-18頁, 70-79頁, 大正11年, 『社会学概論』新版, 99-101頁, 164-166頁。
- 31) 拙稿「経済体制の基本的分析」, 54-55頁。
- 32) 前掲拙著, 105-127頁。
- 33) 高田保馬「経済社会学の素描」(『国家と階級』, 岩波書店, 昭和9年), 142-159頁。
- 34) 高田保馬・同上論文, 153-154頁。R. Dahrendorf, *Industrie—und Betriebssoziologie*, II. umarbeitete und erweiterte Aufl. II. Sammelunng Göschen Band 103, 1962, SS. 72-76。
- 35) 拙稿「経済体制と階級構造」, 『国民経済雑誌』第122巻第5号, 65-70頁, 昭和45年11月(拙著『現代資本主義と階級』経済社会学叢書2, 新評論, 67-71頁, 昭和52年)。
- 36) 拙稿「経済体制の基本的分析」, 58-67頁。
- 37) 拙著『階級構造の基礎理論』, 229-230頁。
- 38) 拙稿「企業組織と階級的勢力」『神戸大学経済学研究年報18』, 61-68頁, (拙著『現代資本主義と階級』, 101-107頁, 昭和46年)。
- 39) 拙稿「経済体制における国家の位置」, 『国民経済雑誌』第126巻第1号, 昭和47年7月, 18頁(同上拙著, 88-89頁)。
- 40) 拙稿「資本主義経済体制の変動における主体的要因——階級論的一考察——」(『経済体制と自由』, 経済社会学年会報I, 新評論, 昭和51年) 18-36頁。
- 41) 拙著『階級構造の基礎理論』, 245-258頁。
- 42) E. Heimann, *a. a. O.*, S. 3, SS. 7-14.
- 43) K. Polanyi, *The Great Transformation: the Political and Economic Origins of our Time*, Bacon Press Book, pp. 257-258, 1944 (吉沢英成・野口武彦・長尾史郎共訳『大転換——市場社会の形成と崩壊——』, 東洋経済新報社, 344-348頁, 昭和50年)。
- 44) たとえば, J. A. Schumpeter, *Capitalism, Socialism and Democracy*, 3rd edition, Harper Torchbooks, Harper & Row Publisher, p. 57, p. 162, 1950 (中山伊知郎・東畑精一訳『資本主義・社会主義・民主主義』(上巻), 東洋経済新報社, 106頁, 295頁, 昭和37年)。
- 45) 北野熊喜男「経済における自由と計画」, 『経済体制と自由』, 64-74頁。
- 46) 前掲拙著, 282-285頁。
- 47) 拙稿「福祉社会と勢力構造」, 『季刊 社会保障研究』, Vol. 10, No. 4, 22-23頁, 昭和50年3月。
- 48) 拙稿「共益経済の社会的基礎」, 10-11頁。
- 49) 拙稿「計画経済体制と勢力構造」, 30-31頁。北野熊喜男『社会主義と近代経済理論』, ミネルヴァ書房, 昭和36年, 第7章。
- 50) たとえば, F. A. Hayek, *The Road to Serfdom*, Routledge & Kegan Paul Ltd., London, 1944, p. 38 (一谷藤一郎訳『隷従への道——社会主義と自由——』創元社, 60-61頁, 昭和25年)。

(むかい・としまさ 神戸学院大学教授)

「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ

——「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より——

岡上 和雄
石原 邦雄

I はじめに

本稿は、いわゆる「精神障害(者)」に対する社会的処遇のあり方と、これを政策的課題に具体化し、体系化していくための前提について、われわれの行った調査の結果にもとづいて検討することをねらいとするものである。

今日欧米諸国では、コミュニティ・ケアを拡大し、入院中心の精神病院機能を縮小していく方向に向かっている。端的な指標として平均在院日数の推移をみると、1960年代以降欧米諸国はほぼ一貫して低下傾向にあるのに対して、日本では逆にこれが増加しつづけ、500日を大幅に超えるまでに達して、先進国中の最高を示している¹⁾。こうした傾向を改善していくには、通院治療、在宅ケア、社会復帰のシステムを拡充していく必要が不可欠である。われわれの基本的関心は、「医療あって福祉なし」といわれる「精神障害(者)」の問題を、所得保障や労働保障をも含めた広義の社会福祉的施策としてどのように組み立てていけるかを考えることである。こうした試みのためには、いくつかのアプローチがありうるだろう。既存の法的・行政的枠組による当該の問題の扱われ方について、歴史的視点をも含めて検討を加えるのも一法である。また、既存の枠組では扱えなかった問題として、新しい問題処理システムを原理的に考察するのも他の方法である。これには諸外国での制度やその運用の検討なども含まれよう。しかし本稿の立場は第3のものというべきものであって、この問題に関する国民各層の意識を捉えることによっ

て、「精神障害(者)」に対する広義の社会福祉的施策についての位置づけ(のしなおし)と、具体策形成への展望を得ようとするものである。本論でも触れるように、「精神障害(者)」の問題は、対象をどう規定するかという入口の所で今日なお社会的な通念や常識が成立していない点にむずかしさがあるので、本題の政策論というよりも、その前段階での議論にとどまることになるだろうが、これも必要なステップであると考えて、「精神障害(者)」の福祉的施策の問題が社会保障・社会福祉の分野で今後幅広くとり上げられていくための問題提起という意味で書いてみたいと思う。

II 「精神障害者福祉基盤研究会」による調査の概要

上記のような問題関心から、全国精神障害者家族会連合会(通称、全家連)の滝沢武久事務局長が呼びかけ、岡上を代表として標記の研究会を組織し、三菱財団から全家連が受けた研究費によって「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」が昭和58年に実施されたのである。

精神障害者の社会復帰と福祉施策が政策課題として位置づけられるために、国民的合意形成が必要であるという認識が、この調査の企画の基本的視点である。「精神障害(者)」に伴う社会生活上の諸問題について検討を加えてきたのは、これまでのところ精神医療・保健の従事者、あるいはその周辺の研究者たちである。それらの調査研究は、官庁統計を利用するもの以外は、特定の精神病院あるいは地域社会レベルで、患者・家族の生活実

態を捉えるか、治療・援助技術の展開を志向する予後調査や効果測定に限られる傾向があった。地域精神衛生活動への展開をめざして、地域住民や家族の受け入れ態勢、精神障害(者)に対する許容度などに焦点を当てる調査研究もある程度なされており²⁾、これらは今回の調査にも参考となったが、概して政策形成という展望にまで結びつける発想は弱かったといわざるをえない。他方、全国的な世論調査で精神障害(者)の問題がとり上げられたこともないわけではない³⁾が、これも政策の面にまでは踏み込んでいないし、国民各層を捉えるという観点にはなじまなかった。

われわれはこれまでに行ってきたいくつかの先行研究を踏まえて⁴⁾、「施策形成の基盤」を探るために、精神障害者と直接接している人々だけでなく、一般市民をも捉える必要があること、さらに政策形成には、当該の問題および政策決定過程に通じ、何らかの影響をもつ人々(オピニオン・リーダー、政治、行政担当者など)と、政策の支持・要求基盤としての大衆、の双方を捉える必要もあると考えた。以上をまとめて表わせれば図1ようになる。

図1に示した四つのセルのうちの第1は精神衛生専門家(従事者)と総称できる人々である。今回の調査では、精神科医師、精神科看護者、保健婦、精神衛生相談員および精神医学ソーシャルワーカー(PSW)、作業療法士(OT)の各職種の職能団体の名簿からの無作為標本を対象とした。第2のセルは一言でいえば有識者であって、国・地方レベルの政治家、行政担当者、マスコミ関係者、研究・教育者、その他のオピニオン・リーダー層が考えられる。今回の調査では各省庁に設置

された各種審議会の委員を対象とすることによってこのセルを代表させることにした。第3のセルは精神障害者(患者)の家族である。彼らは最も精神障害者の身近にあって扶養・保護にあたっている点で、精神障害者の気持ちやニーズを代弁する位置にあると考えられてきたし、自らの困難な立場から生ずる独自のニーズをもつ主体でもあるといえる。今回の調査では資金と協力態勢上の制約をも考慮して全国調査は断念し、大阪府の全精神科医療機関にかかる分裂病圏の患者の扶養・保護にあたっている者をランダムに抽出して調査対象とした。第4のセルは一般市民である。これも全国調査をするまでの余裕がなかったため、東京都部の20~69歳の成人男女の無作為サンプルを対象とすることで満足せざるをえなかった。しかし個々の四つの性格の異なる対象群に対して共通の視角からの調査を実施するというデザインは、新しい試みであるといっておよびたい。

できるだけ多くの対象をカバーしようとする意図から、調査は留め置きあるいは郵送法による自記式のアンケート方式を採用した。今回のものは、明瞭な仮説を設定してこれを検証するという調査ではなく、4グループ間の意識の異同を探ることをねらいとするものである。基本的に次の三つの変数群(調査項目)を設定した。すなわち、A. 態度形成(背景)要因、B. 精神障害(者)に対する態度、C. 社会復帰・福祉施策への構え、の3群である。

Aの態度形成要因は、4グループを設定したことに表われているように、精神障害者との日常的接触の程度および専門性の程度という違いを予想しているわけであるが、さらに各グループ内での

		〔問題へのかかわり方〕	
		直接的・日常的	間接的・非日常的
問題 知識・ 技術に ついて の 専門 性	高	医療・保健・福祉 従事者	有識者・オピニオンリーダー 政治・行政担当者
	低	患者 家族	一般市民

図1 政策形成基盤に関する国民各層の位置づけ

差異についての主要な着眼に関して、次の諸点があげられる。まず精神衛生専門従事者では、職種の違いが重視される。そして、彼らにとっては職業である精神衛生活動が、障害者観(B要因)と政策志向(C要因)にどのように関連してくるかを捉えるところに力点が置かれた。

精神障害者家族については、病者の扶養・保護の任にあたっているという立場の特殊性から、家族自身の基礎的属性のほかに、自家の患者の属性や病状(障害)の違いの影響が大きいであろうと予想した。つまり、サンプリングの際患者の診断名を精神障害の中核部分としての精神分裂病とその近縁に限定したうえで、入院・外来の別、発病からの経過年数、社会適応度の差などを重視し、家族の自家の患者に対する態度と、精神障害(者)観や政策課題に対するより一般化された態度との関連に注目した。

一般市民の場合には、性・年齢・職業などの基礎的属性と合わせて、精神障害者との接触体験の有無、幼少時に受けた親のしつけ態度などが重視された。有識者調査では職業経歴上の背景のちがいととも、社会福祉政策全般に対する態度のちがいが(福祉拡大型と福祉抑制型)が、特殊課題としての精神障害者問題に対する態度を規定するか否かに注目した。

以上のように四つのグループの共通基盤とともに、グループ内の特殊性を明らかにする努力をしたうえで、B要因(障害者に対する態度)とC要因(政策の志向性)についてはできるだけ共通項目を使用することによって、グループ間の比較検討が可能になるよう努めた。精神障害者に対する態度(B要因)については、これまでに内外でなされた研究成果を検討し⁶⁾、精神障害(者)に対する、許容的一排除的、治療的一非(反)治療的、科学的一非科学的、庇護的一自立尊重的等の観点を含む態度項目を設定して分析の軸とした。

政策への構え(C要因)については、この問題を既存のどの政策領域との関連で位置づけるかを問う設問や、より具体的な政策項目の優先順位を選択、政策形成へ向けての運動主体は誰か、世論形成の媒体としてのマスコミの報道に対する評価

などを盛り込んだ。

四つのグループに対する調査の実施過程は後注に記すとおりである⁶⁾。最終的に、一般市民759票、専門従事者6職種計1,252票、患者家族1,587票、有識者(審議会委員)287票を回収し分析に付した。分析結果は『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』と題して、全家連から報告書が出されているので参照頂ければ幸いである。以下の論述はその報告書中のデータおよび分析にもとづいて筆者らの責任においてまとめたものである。

III 「精神障害(者)」に対する態度

上にあげた四つのグループに共通して質問した12の態度項目の結果を表1に示した。

まず4グループに共通して「精神障害をもつ人は気の毒でかわいそうである(1)」という認識がみられる。同情すべき対象という位置づけは共通基盤にあるといえよう。しかし、そのことが他の面での共通認識に結びついているとは必ずしもいえない。他の項目では、いくつかの特徴をもった形で4グループ間に態度の異同がみられる。

「ほっておくと何をするかわからないのでおそろしい(2)」以下の設問は、おおむね「精神障害者」の社会的自律性に対して否定的あるいは消極的な認識を示す意見であり、日本社会での伝統的な、また多分に「偏見」と結びつきのある見解である。4グループの回答分布を通観してまずいえることは、精神衛生の専門従事者のグループが、一貫してこれらの項目に対して同意しない傾向が明らかであることである。精神障害者に日常的に接しており、かつ専門的知識・技術をもつ者として、このグループの見解を最も依拠しうるものと考えれば、他のグループは専門従事者からのズレによって、この問題に対する理解の程度を判断することができるといえよう。

こうした視点で見ると、他の3グループの中では、有識者(各省審議会委員)が多くの項目で専門従事者により近い応答を示していること、一般市民と精神障害者の家族(親族)は類似的で、か

表1 精神障害(者)に対する各グループの態度

(単位: %)

	市民		家族		有識者		専門従事者	
	肯定	否定	肯定	否定	肯定	否定	肯定	否定
(1) 精神障害をもつ人は気のどくでかわいそうである	78.3	3.8	87.3	3.5	84.5	3.9	71.2	6.2
(2) 精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい	51.1	11.2	49.3	19.8	25.4	27.9	7.5	53.7
(3) 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである	43.1	20.0	41.0	27.3	13.8	45.2	4.1	73.1
(4) 精神障害者には服薬や心身のバランスなどの自己管理をすることをほとんど望めない	31.2	33.1	38.6	31.4	15.2	42.8	3.4	78.2
(5) 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、傷害事件を起こすからである	50.1	28.1	51.0	27.9	11.3	66.4	10.5	71.1
(6) 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにゆかない	44.1	19.7	42.2	24.9	30.7	25.8	3.1	72.2
(7) 精神病院の患者を厳しい実生活にさらすより、病院内で一生苦勞なく過ごさせる方がよい	24.4	26.6	34.9	31.3	12.0	44.5	1.4	75.9
(8) 精神障害者が、一人あるいは仲間同志で集まって、アパートをかりて生活するのは危険である	71.7	7.0	71.7	7.4	41.7	15.5	6.4	67.9
(9) 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくらぬ方がよい	33.2	22.0	44.7	21.7	39.2	21.9	12.1	42.2
(10) 自分の家に精神障害者が居るとしたら、それを人に知られるのは恥である	28.2	32.5	53.0	20.1	19.8	43.8	11.3	40.3
(11) 精神障害者が異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、その時以外は社会人としての行動をとることができる	26.6	17.0	39.3	22.7	44.2	11.0	63.9	4.8
(12) 最近、糖尿病、肝臓病友の会など患者同士で助けあったり、福祉行政に働きかける会が多くできているが、精神障害者の場合はそのようなことはまずできない	27.1	36.9	27.9	51.0	33.9	37.8	4.6	78.0
サンプル数	759		1,587		287		1,252	

(注) 回答カテゴリーのうち「わからない」「無答」を表から除いている。

つ専門家集団とは隔りがあることがいえる。もう少し個々の項目において検討してみよう。

「何をするかわからないので恐ろしい(2)」「行動が理解できない(3)」「精神病院が必要なのは傷害事件などを起こすからである(5)」という3項目は、上記のまとめを導く典型的分布を示す項目である。半数前後の市民および家族がこれらを肯定しており、肯定と否定の割合の差も大きい。これに対して有識者では、3項目のいずれにおいても否定回答が肯定を上まわっており、専門従事者の見解により近くなっている。「自己管理をほとんど望めない(4)」もほぼ同傾向にあると認められる。

他方、「遺伝を避けるために子供をつくらぬ方がよい(9)」「精神病院では患者の意見を尊重するわけにいかない(6)」、および「アパートを借りて生活するのは危険(8)」の3項目では、有識者も含めて専門従事者の見解とはズレが大きい。先の3項目と比べて精神障害者の具体的処遇にかかわる面では、有識者も専門従事者の見解よりずっと慎重、あるいは消極的な態度をとるといえる。

「患者自身の自助的集団活動(12)」についても有識者が市民や家族の方に近いパターンをとる。しかし、この項目では、そうした自助集団活動の可能性を認める回答の方が否定するものより多いという点の方により注目すべきであろう。当の精神障害者自身の意思表示ということは施策を検討していくうえでも基本問題であるから、これは重要な発見のひとつである。

同じく処遇にかかわる「病院内で一生苦勞なく過ごさせるのがよい(7)」という設問では、家族のみ相対的に肯定が多いが、他の3グループでは否定が多数派である。家族の場合も肯定は35%にとどまるから、総じて、かつていわれたような「病院パラダイス論」は薄れているとみてよいであろう。家族が最も庇護的態度が強いということは、直接的に「精神障害者」の扶養・保護の責任を負いながら、患者との人間関係が必ずしも良いとは限らないことから出てくる態度とみることもできよう。こうした家族の苦しい立場を最も端的に反映しているのが「人に知られるのは恥である(10)」という設問への回答である。家族の過半数(53%)

がこれを肯定しており、これは市民の肯定率(28%)と比べても大きな隔りがある。扶養・保護の任を自らに課しつつ、しかしそれを公表して患者の、また家族自身の要求を自己主張していくわけにはいかないという規制を自ら認めている事実は精神障害者家族の置かれた状況を示している。彼らは偏見の中に「肩身の狭い思い」をしながら息をひそめて、患者の回復をひたすら念じているのである。家族自身が偏見を捨ててもっとオープンになれという指摘はもっともであるが、精神科医が「患者のために」、診断書に分裂病と書かず敢えて心身症などと記す必要が現実に存在する今日の状況では、家族は恥を忍ぶか否かという以上に、事実が公表された際にさまざまな差別的な実害となつてふりかかる現実的なおそれを否定できない面がある。

以上の検討からはじめにあげた点がまとめられるわけだが、専門従事者を基準とする限り、これと市民・家族のズレの大きさが改めて印象づけられるのである。一般市民の精神障害に対する態度が何によって規定されるかを考えるとき、まずもって「精神障害」という言葉によってどのような状態がイメージされているかが問題となるだろう。今回の調査では、精神分裂病とうつ病を想定した事例を提示して、一般市民の認知を問うている⁷⁾。分裂病想定例に対しては、94%の者が「どこかおかしい」と感じ、54%が事例の状態を精神病だと判定している。これに対して、うつ病想定例では、「どこかおかしい」が63%、「精神病である」は18%に低下している。この結果をとおして一般市民では精神障害のイメージが、激しい急性期的な症状と結びつけられていることがわかる。先に挙げた表1の設問と類似した他の意識項目への回答を合わせて考えてみると、市民の過半数は「精神障害は他の身体病と同様、病気の一種であり」(53%)、「競争社会では誰でも精神障害になる可能性がある」(61%)と答えているように、精神障害を宿命的な不治の病と考えているわけではない。つまり、激しい症状を示す「病気の状態」と「治った状態」の2分法でイメージされているとみられる。これに対して専門家の間では、精神障害と

いう言葉を「急性あるいは慢性の疾病」とみるばかりでなく、「恒常的に続く病理現象あるいは“障害”」としても捉えているのである。そこで市民の場合、先の共通項目にあった「異常行動をとるのは一時期のみ……」(否定56%)のほかにも、「妄想・幻聴のある人でも、入院しないで社会生活ができる人も多い」(否定42%)、「調子の悪い状態のときにいつでも一時的に保護・治療するところがあれば、ふだんは通院するだけで充分実生活をやっている」(否定50%)、「身障者とちがって、たとえ福祉工場のようなものがあったとしても働けるとは思えない」(肯定33%)、などの項目で専門従事者の見解と大きな落差を生じ、このことが精神障害者の「社会復帰」のイメージをつくりにくくしていることは否めないのである。

このことは、一般市民のもっている「精神障害(者)」に対する知識の不足によることであるけれども、学問研究や行政の側での用語法にも問題がある。すなわち、「身体障害」における“障害”が病気の結果を指しているのに対して、“精神障害”の“障害”では“病気そのもの”と“その結果ないし経過の安定後”を区別していないために、一般市民のレベルでイメージをつくりにくくしていると考えられるのである。

IV 施策に対する認識

現状では精神障害者に対する福祉的施策として、国民各層に共通して問うるイシューがまだ明確化されていない。刑法改正に伴ういわゆる「保安処分」の問題や、宇都宮病院に代表されるような精神病院の不祥事、日航機墜落事故の機長の問題など、どちらかといえば公安上の問題として話題となるのが常であったから、具体的な福祉施策の内容について問うのはいくつかのグループに限り、共通にはより一般化した所で精神障害者に対する施策への認識を問う形にした。そこでのねらいのひとつは、精神障害者対策を政策として体系化させていく際に、市民はじめ各グループでどのような位置づけで考えられているかを知ることでもあった。

まず各種の福祉的施策の対象集団の中で精神障害者に対する施策がどの程度優先的に取り組まれているとみているかを、一般市民と有識者について比較したのが図2である。有識者では原爆被爆者を、一般市民では身体障害者を対策の進んだ1位にあげている。これに対して、精神障害者に対する施策が進んでいるとみる者は、市民・有識者に共通して0.4%にとどまり、難病や精薄にもまして取り組まれていない現状であるという認識は共有されている。

生活自立の困難な精神障害者に対して誰が一番責任を持って面倒をみるべきかを問うた結果が図3である。どのグループでも「国や地方自治体」が第1位を占め、「家族・親族」が3割足らずで2位という結果がみられるが、有識者グループで「国・自治体」を志向する傾向がとくに目立っているのが注目される。一方家族グループは他のグループに比べて「国・自治体」が少なく、その分だけ「本人自身」と「専門職」という選択が増え

ている。

より具体的な政策課題（の領域）について提示し、2項目選択で回答を求めた結果が表2である。専門従事者で社会復帰諸施設、思想普及が優先され、有識者も分散は大きくなるが、同様の選択順位になっている。これに対して市民と家族では、医療費負担軽減と病因・治療法の研究を優先して捉えている。第3順位は少々趣を異にして、専門従事者と家族が法律や制度の整備による体系化（精神障害者福祉法制定など）をあげ、市民は犯罪や事故の防止、有識者は病院や医療制度の改善をあげている。家族の結果に社会復帰諸施設の欄が抜けているのは、最も切実な要望をもつ集団であるので、社会復帰対策として何を望むかを問う質問を別途に用意したためである。そこでは「一生そこで仕事や生活のできる病院以外の施設」を56%の家族が選択している。老いた親の立場にいる者の多い回答者たちの切実な要望である。次いで「職業訓練や働く場の確保」の要望が強い

〔一般市民〕		〔有識者〕	
被爆者	14%	36%	被爆者
身体障害	36%	30%	身体障害
難病と精神薄弱	ともに2% →	←4%と1%	難病と精神薄弱
精神障害	0.4% →	←0.4%	精神障害

（わからない：市民30%，有識者24%）

図2 「福祉施策の進んでいる分野はどれだと思いますか」

〔市 民〕			
国や県・市	54%	家族・近親	30%
		その他	
〔専 門 職〕			
国や県・市	58%	家族・近親	27%
		5%	その他
〔家 族〕			
国や県・市	42%	本人自身	10%
		28%	5%
		その他	
〔有 識 者〕			
国や県・市	76%	家族・近親	13%
		その他	

図3 「自立した社会人としての生活が困難な人に誰が一番責任を持って面倒をみるべきか」

表 2 政策課題の優先度（2項目選択）

	(単位：%)			
	市民	家族	有識者	専門 従事者
1. 偏見の除去, 精神衛生思想普及	20.6	31.6	49.1	37.8
2. 本人・家族の医療費負担軽減	42.0	58.4	12.9	21.9
3. 法・制度の整備 (福祉法制定など)	21.2	32.2	27.9	25.1
4. 病因や治療法の研究	32.5	37.6	20.0	27.2
5. 各種の社会復帰施設 (福祉工場など)	24.9	— *	56.2	30.0
6. 精神病院や医療制度の改善	16.3	12.8	26.4	29.7
7. 精神障害者による犯罪や事故の防止	26.5	13.6	1.9	23.7
8. その他	0.3	—	0.9	0.7
9. わからない・答えない	5.3	14.0	4.6	0.8

(注) 家族調査票では「復帰施設」の選択肢がない(表4参照)。

(35%)。医療・保健の領域での対策と位置づけうる「精神科救急センター」(30%)や「相談援助」(21%)などの要望も高いのは、在宅で労働を含む社会活動に参加することをもって社会復帰とするなら、こうした臨機的、緊急即応的支え手のシステムがぜひ必要であることを家族も強く感じているということであろう。

精神障害者対策を総括的にみて、既存の政策領域のどれとの関連づけを重視しながら推進するのがよいか、2項目選択で問うた結果が表3である。「医療政策とのつながりで考えるべき」とする者がどのグループでも1位を占めるが、これとほぼ同率の高い支持を得るのが「社会福祉政策とのつながり」である。医療・保健の専門従事者たちも、他のグループ以上に、かつまたみずからの活動の場である医療(政策)とのかかわりと同等か、それ以上に社会福祉とのつながりを強調している点は重視したい。他方、市民では公安的側面での対策との関連が強調されている点も、やはり無視しえない現実というべきであろう。この面では有識者も家族・専門従事者以上に公安を重視する意見をもつものが多い点にも注意する必要がある。

有識者に対しては、より具体的な政策形成につながる質問をいくつか追加した。まず「国際障害者年(1981年)における“障害者”には次のどの人々が含まれるべきか」という設問では、身体障害者(88%)、精神薄弱児(者)(76%)に次いで、

表 3 精神障害者対策をどの政策領域との関連で進めるか(2項目選択)

	(単位：%)			
	市民	家族	有識者	専門 従事者
1. 教育政策	15.3	9.3	9.2	18.6
2. 医療政策	59.7	62.0	75.6	75.3
3. 社会福祉政策	48.5	62.0	61.5	76.5
4. 人権擁護の政策	20.9	24.6	18.4	19.3
5. 防犯・治安対策	24.8	9.4	16.3	3.5
6. その他の政策	2.4	—	0.7	1.2
7. わからない	6.9	32.4	0.4	0.8

精神病者を含むとする有識者が70%おり、これは難病患者(52%)より多い。精神病者も障害者として身体障害者などの共通性を認める見方が有識者に浸透していることがわかる。また「心身障害者対策基本法に精神障害者を含めるべきか」という設問に対しては、拡大解釈して治療を終了した精神障害者にも適用すべきだとする者22%、法改正して適用を明記すべきだが31%となり、過半数の有識者がこの法の適用に積極的である。次いで「身体障害者雇用促進法の適用範囲が精神薄弱者まで拡大されている現状を踏まえて、さらに精神障害者をも適用範囲に加えるべきだ」という意見に対しては、拡大解釈で適用する24%、法改正によって適用範囲に加える22%と、約半数の有識者が雇用促進についても法の適用の推進を支持している。こうした有識者の調査結果は、身体障害者における障害の概念と同様な意味で「精神障害」における“障害”を捉える人がすでに相当数に達していることを示しているといえよう。

新しい見方が普及し、政策課題への国民的合意が形成されていく過程では、民間での先行的活動や広義の社会運動のもつ意義も重要である。「この問題を社会に訴えたり、障害者を援助する活動について、どのグループの運動や活動に一番共感をもちますか」という質問に対するグループの回答分布を図4に示した。いずれのグループでも家族会の運動に最大の共感を表わしている。精神障害者家族への役割期待の表明であり、困難な活動を続けている家族会員への激励ともなる。

一般市民のボランティア活動への参加可能性も運動の前進には欠かせない側面である。この点を市民調査で問うた結果は、「すでにそうした活動

〔市 民〕	各種の団体			本人のグループ			わからない 27%
	家族会 22%	専門職 12%	8%	一般市民 12%	9%	8%	
〔専 門 職〕	各種の団体 2%		一般市民		マスコミ 4%		不詳 8%
	家族会 33%	専門職 24%	6%	本人 21%			
〔有 識 者〕	各種の団体			マスコミ 3%			不詳 11%
	家族会 36%	専門職 28%	9%	一般市民 6%	本人 6%		

図4 「どのグループの運動や活動に一番共感をもちますか」

や運動に参加・協力している」が2.1%、「機会があれば積極的に協力したい」も5.1%にとどまり、市民のエネルギーを引き出すにはなお遠い感じである。しかし、「自分にできそうなことか、よく確かめた上で協力してみたい」とする者が56.1%と過半数を占めていることは、運動をする側に検討の余地を残している。

V 各グループ内の差異と規定要因

以上、専門従事者、市民、家族、有識者という四つのグループ間の比較をしてきたが、当然ながら、各グループの内部も一様なわけではない。以下この点を検討しておくことにする。それは同時にグループ間の態度の異同についても示唆を与えるものと期待できる。

1) 専門従事者⁹⁾

今回調査対象とした六つの職種は全体として他の三つのグループとは大きく隔たった態度を示していたが、職種ごとにみれば一定の態度差を識別することができる。すなわち、精神医学ソーシャルワーカー (PSW) あるいは医療ソーシャルワーカー (MSW) は、精神障害者の社会生活の権利を尊重しようとする構えがとりわけ強く、また社会復帰を阻げる考え方に反対する傾向が顕著である。後の部分は作業療法士 (OT) にもあてはまる。保健婦は、精神障害への予防的かわりに楽観的である。精神科医師や看護婦は、社会復帰への志向性も強いが、他の従事者たちと比べると、精神障

害者を厳しい現実社会から保護しようという志向性がより強い。

また職種を超えてみられる傾向として、年齢が高まるほど、学歴が低いほど、精神障害者の社会的自律性への否定的あるいは消極的な態度が相対的に強まる傾向が読みとれる。

2) 一般市民⁹⁾

性別、職業別による態度の差はあまり認められない。これに対して、年齢による差異は明瞭であって、年齢が高くなるにつれて、精神障害者に対する同情的な見方は強くなるが、一方では彼らの社会的能力の欠如とか危険性を指摘する傾向も強くなる。特に注目されるのは、接触体験をもったことのある市民の方が精神障害者の社会的能力に対する懐疑が減少し、彼らの行動に対する理解度が増加するという調査仮設が検証されたことである。

精神衛生対策に関する意見では、精神障害者の社会的自律に対する態度との関連が強く、自律に否定的・消極的な市民は精神障害者を自分とは縁遠い事柄と考え、社会復帰施設の建設や研究費の増額にも消極的であり、逆に精神障害者の犯罪に対しては一般人と同様の罰則を適用すべきであるとする傾向がある。このことは治安対策との関連を重視する政策態度と軌を一にしている。他方、精神障害者の自律に積極的な市民は、福祉政策との関連で対策を考えようとする者が多い。

3) 有識者

職業的背景でみると、福祉・言論・労働関係者の中で精神障害者の自律に対する否定的・消極的態度が弱く、企業経営関係者において消極的態度が目立って強い。行政・医療・法曹関係者はほぼ中間である。年齢が高くなるほど精神障害者の社会的自律性に対して消極的な態度が強くなる点は他のグループと共通している。学歴については専門従事者の場合と反対に、大学卒の有識者の方が「消極的態度」が強いという結果になっていることは注意される。

また有識者に対しては、六つの質問に対する答えの傾向から社会福祉政策一般についての態度を捉え¹⁰⁾、「福祉拡大型」と「福祉縮小型」に類別できることを確かめた。この二つの態度類型は、精神障害者観およびその対策についても明瞭な関連を示すことが確認された。すなわち、社会福祉政策を全体として拡大する方向で考えている有識者たちは、精神障害者の社会的自律に対しても積極的に捉えており、対策としても福祉施策の拡充を志向している。反対に「福祉縮小志向」の有識者たちは、対策としても「犯罪の取り締りや治安対策」との関連をより重視する傾向がある。

4) 家族¹¹⁾

精神障害者の家族は基本的に一般市民にほかならない。その点からみれば、精神障害者観を問う質問の結果で、家族が専門従事者や有識者とちがって、一般市民の結果と近似していたことは納得できることである。

属性によって態度の差異がどんな形で表われるかについては、まず年齢との関連に注意する必要がある。すでに他のグループでもみられたように、年齢が高くなるほど「消極的態度」は強まること家族についてもいえる。ここで年齢構成に着目する必要がある。家族回答者の44%が60歳以上を占め、市民ではそれが11%であるのと比べて大幅に高齢層に偏っている。このことから、家族グループの全体的な態度が精神障害者の社会的自律性に対して消極的・否定的方向に傾斜しやすい構成になっていることがわかる。そこで先にグループ

間比較であげた質問群のうち、より一般的な精神障害者観といえる三つの質問、a「ほっておくとか何をするかわからない」、b「行動は全く理解できない」、c「自己管理をすることは望めない」について、“そう思う”と自律に対して否定・消極的構えになる回答をした比率を60歳以上の者に限って家族と市民を比較すると、質問aで55%対73%、質問bで46%対71%、質問cで42%対48%というように、明らかに家族の方が低い値を示すのである。つまり、グループ全体として家族は一般市民と類似の見解を示すが、それは家族グループの年齢構成が高いことに規定されて家族の意見が精神障害者に対して、より消極的の見解がもたれやすくなっている結果であって、年齢をコントロールすれば、家族の態度は市民一般よりも許容的であるといえるのである。このことは先に触れた市民内部において、精神障害者との接触体験の有無が理解と許容度を規定するという事実と関連するといえそうである。してみれば、家族は精神障害者と最も接触度が高いから、その家族の理解や許容度は有識者と同等かそれよりも高くなってよいはずであるといえるかもしれない。しかしわれわれはそこまで楽観的にはなれない。精神病の家族内発病では、いわゆる「社会的偏見」に由来する重荷(たとえば前出の「人に知られるのは恥だ」)、先ゆきの不安から生ずる負担感(家族の悩みを問う質問への回答の最高は「将来の見通しの立たない不安」の56%であった)、もろにかぶる人間関係の緊張、などによって「被害感」をもたざるをえない状況に置かれているという側面も、家族の現実である。事実、精神障害者の社会的自律に対する消極的態度項目を尺度化して、家族の各種の困難感の訴えの程度(いわば心理的ストレス度)の尺度値との関連性(ピアソンの積率相関係数)をみると、0.29と有意なプラスの相関を示し、同様に自家の患者との心理的な共感の程度を測る尺度値との相関は-0.36といっそう高い負の相関を示すのである。精神障害者に対する家族の一般的態度は、患者を抱えているという個別的条件とも少なからず結びついていることは明らかである。こうして年齢構成や現実の負担を考慮に入

れば、家族の精神障害者に対する態度の市民との結果的な類似性は、むしろ家族がこの段階にとどまっているとみるべきものであろう。「1人あるいは仲間同志でアパートを借りて生活するのは危険」と市民と同じく家族も71%が答えているのも、問題発生の客観的可能性としてみているだけでなく、身内である患者に危険を犯させたくないという心配と、万一の場合に家族は何らかの形で責任を負わねばならないという重圧を感じている結果であることを考慮に入れて解釈される必要があるだろう。

障害者を現に扶養・保護している立場の家族グループに対しては、精神障害者の処遇について独自の質問をいくつか加えてあるが、これらに対する回答は自家の障害者（患者）の状態によっても規定されている。「患者さんは当面、どこに生活の基盤をおいたらよいと思えますか」という設問の結果が表4である。入院中か外来かで明瞭な差がある。「この先患者さんの暮らしをたてる手立てを考えていますか」という質問への回答が表5である。本人自活を期待する割合に入院・外来で大きな開きがあり、入院群ではその分が生活保護と「わからない」にはねかえっている。それにしても、外来患者であっても自活を期待できるのは

表4 患者の生活基盤をどこに置くのがよいか
(単位：%)

	入院群	外来群	合計
1. 家族と共に暮らす	18.8	81.8	35.1
2. 病院で	50.0	0.8	37.3
3. 病院以外の施設で	26.7	10.2	22.4
4. 独立して一人で	2.6	6.6	3.6
5. 仲間と共に暮らす	1.9	0.6	1.6

表5 家族の考える患者(障害者)の暮らしの手立て
(単位：%)

	入院群	外来群	合計
1. 仕事をもって自活	26.5	44.0	30.9
2. 資産を残す	6.8	8.5	7.2
3. 年金	15.6	19.1	16.2
4. 生活保護	17.5	7.3	14.9
5. 残った家族に託す	12.3	10.3	11.8
6. その他	1.9	3.0	2.2
7. わからない	19.4	7.8	16.4

表6 家族の望む社会復帰促進のための施策(2項目選択)
(単位：%)

	入院群	外来群	合計
1. 一生そこで仕事や生活ができる病院以外の施設	61.7	38.2	55.8
2. 職業訓練や働く場の確保	32.5	41.2	34.7
3. 緊急時に即応できる精神科救急センター	30.3	28.1	29.7
4. 患者・家族に対する相談や援助の充実(電話相談など)	19.2	25.9	20.9
5. 障害者自身で励ましあうグループ(仲間)づくり	12.3	10.1	11.8
6. 在宅患者のいこいの場や生活訓練に通える施設	9.6	18.3	11.8
7. 患者・回復者の住む家やアパートを得やすくする方策	9.4	9.8	9.5
8. 保健所・病院職員による在宅患者の訪問指導	6.4	7.5	6.7

半数以下であり、「残った家族に託す」もどれほど確実な保証であるかはおぼつかないところであれば、「わからない」を含めて家族の悩みは深刻である。

社会復帰を促進するための施策の要望をまとめた表6についても精神障害の程度や置かれた条件の違いによってバリエーションは大きく、政策としても幅のある対応が求められるのである。

VI 今後の施策へ向けて

この調査結果を踏まえて、精神障害者の福祉施策を考えていく際の課題として以下の諸点をあげることができよう。

(1) 〔正当な「病者観」の普及活動〕

一般市民の多くが“精神障害”“精神病”を非日常的現象に限定しがちであったり、「病状があると社会生活ができない」と思いがちであったりする点から考えると、依然として普及活動はつづけられなければならない。

(2) 〔身体障害者と社会的に同様の意味合いで“障害”概念を構築し、表現を検討すること〕

「精神“障害”」の概念が疾病と“障害”を未整理のまま混然と含んでいる現状では、外部にイメージを伝えにくいし、対応システムを考えるうえでも混乱が生じやすい。

(3) 〔心身障害者対策基本法に「精神障害者」

を含めるためいっそうの理解を求めること]

有識者の多数が積極的に賛意を示している。この問題は、さらに課題を整理し理解の輪をひろげることが求められる。

(4) [働く場の具体化]

専門従事者の調査結果では“福祉工場(的機能)”についての有用性がきわめて高い比率で認められている。本来の意味での「福祉工場」の設置には、どのような人に対してどのようなものを用意すればよいかという問題の詰めが必要だが、類似の資源開発は積極的に進める時期にきていると考えられる。

(5) [自立困難者をめぐる問題の精密分析と「精神障害者」本人のニーズの把握]

「自活が困難と思われる“精神障害者”の今後の暮らしの手立て」「将来の生活の場」という深刻、困難な問題については、ひきつづき調査をひろげ、さらに精密に分析を加える必要がある。今回の調査でも家族のニーズが現実の困難度、活用できる資源の量・質などに影響されることが示されたが、背景となる地域差なども考慮に加える必要があり¹²⁾、さらには何よりも本人のニーズをどのようにして把握するかという問題も早急に検討をすすめる必要がある。

(6) [専門職と家族の対話活動のつみ重ねを工夫すること]

今回の調査で顕著に表われ、かつ注目しなければならないこととして、専門従事者と家族の間に横たわるいちじるしい認識のギャップがある。それは、おもに「精神障害者」の自律性を認めることについて表われているが、その理由の解明をすすめるとともに、たとえば、小規模共同作業所活動、共同住居活動など「問題共有の場」を通じて、ギャップを埋める作業を組立てる必要がある。

(7) [家族会活動の推進と「精神障害者」の自助活動の支援]

他のグループから共感する運動体の1位にあげられた家族会は、当然独自に発展しなければならないが、さらに今回の調査で各グループからその可能性を評価されている「精神障害」をもつ人たちの自助活動などについても、支援体制を明らか

にしていことが求められる。

以上、まだ体系的な政策を考えるには距離があるが、精神障害者に対する社会福祉的施策の前進のために必要と思われる点をまとめた。はじめのところで「医療あって福祉なし」と記したが、精神障害者の「福祉」が政策的な位置づけをもってなされる必要のあることをある程度まで示しえたとすれば本稿の一応の目的は達せられたと思う。本稿では意識して触れなかったが、現に存するところの「精神医療」の側に問題の多いことはかなり広く知られている。その改善もぜひ必要なことであるが、われわれの考えでは、それを医療内部の問題としての努力だけでは解決していかない。精神障害者を福祉の対象として位置づけ施策を体系的に整備していくことが、医療のゆがみを正していく大きな基礎条件になってくると考えるのである。

近年ようやく、精神障害における「障害論」がとり上げられるようになってきた¹³⁾。これをいっそう深めることは、精神障害(者)と社会福祉の接点を確定していく基礎固めになると期待される。また、この調査のプロモーターであった全国精神障害者家族会連合会(全家連)では、続けて大規模な調査を実施中である¹⁴⁾。とりわけその中で、全国の各種の社会復帰プログラム(共同作業所、デイケアなど)に参加している精神障害者3,000名以上に対してアンケート調査することになったのは画期的なことといえよう。こうして家族のみならず、障害者自身も発言し、また社会保障や社会福祉政策の専門家の方々の参与も得ながら、精神障害者対策が新しい発展を遂げることを期待し、われわれも努力を続けたいと思う。

(注)

- 1) 宗像恒次『精神医療の社会学』弘文堂、144頁、1984年。
- 2) たとえば、加藤正明他「精神衛生並びに精神障害に対する認識および治療の態度に関する研究」『精神衛生研究』10号、1962年、山村道雄他「精神障害者に対する家族の態度調査」『精神医学』9(12)、1967年、進藤隆夫「精神障害に対する住民の意識態度」『公衆衛生』32(3)、1968年、Guido M. Crocetti et al. (加藤正明監訳)『偏見・スティグマ・精神病』星和書店、1978年。

- 3) 内閣広報室『精神衛生に関する世論調査』1971年。
 4) 岡上和雄「わが国の精神衛生行政, 精神障害者福祉」佐藤彦三他編『社会精神医学と精神衛生Ⅱ (現代精神医学大系23B)』中山書店, 1979年, 国立精神衛生研究所『精神衛生における地域の需給システムの実態把握と評価法の開発に関する研究』(特別研究報告書), 1982年。また, 精神障害者福祉を初めて体系的にとりあげ, 筆者らも参画した田村健二他編『精神障害者福祉』相川書房, 1982年, などを参照されたい。

5) Gilbert and Levinson の Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI), Cohen and Struening の Opinions about Mental Illness Scale (OMS), Baker and Schulberg の Community Mental Health Ideology Scale (CMHI) 等を検討し, 日本の実情に合わせて改変した。

- 6) 四つのグループに対する調査のサンプリングおよび実施状況は以下のとおりである。

一. 一般市民調査

母集団: 東京都23区在住の20歳以上70歳未満の男女

調査対象選択方法: 選挙区を抽出単位とした確率比例抽出法

調査方法: 郵送留め置き法 (回収は調査員が行なう)

回収状況: 1,000票配布し, 有効票759票

実施時期: 昭和58年1月

二. 精神衛生従事者調査

母集団:

1. 日本精神神経学会会員である医師
2. 日本精神科看護技術協会会員である看護婦等
3. 日本看護協会会員である保健婦
4. 全国精神衛生相談員会会員である精神衛生相談員等
5. 精神医学ソーシャルワーク協会会員である PSW
6. 作業療法士協会会員である OT

調査対象選択方法: 各会員名簿による, 個人を単位とした系統抽出法

調査方法: 配布, 回収ともに郵送

回収状況: 2,298票配布し, 有効票1,252票

実施期間: 昭和58年6~8月

三. 有識者調査

母集団: 各省庁設置の審議会所属の審議会委員

調査対象選択方法: 行政管理庁編『審議会総覧』(昭和58年版)からの有意抽出

調査方法: 配布, 回収ともに郵送

回収状況: 1,005票配布し, 有効票287票

実施時期: 昭和58年3月

四. 精神障害者家族調査

母集団: 大阪府所在48病院で受療中の精神分裂病及び非定型精神病患者の家族

調査対象選択方法: 大阪府・大阪府精神病院

協会・大阪府家族連合会の協力を得て昭和58年6月末現在在院中の者の4分の1, 同月中に受診した外来患者の10分の1を無作為抽出

調査方法: 配布, 回収とも諸施設に依頼

回収状況: 3,770票配布し, 有効票1,587票

実施時期: 昭和58年10月

- 7) 提示された分裂病およびうつ病の想定例は以下のようである。

問 6 あなたの知っている人で次の(イ), (ロ)で述べているような人がいたとしたら, その人についてあなたはどう思われますか。(イ), (ロ)のそれぞれについてお答え下さい。

(イ) 【第1例】 三郎さんという人がいます。大分前からひどく疑い深くなり, 誰も信用できず, すべての人が自分のいうことに反対していると思いこんでいます。町を歩く知らない人までが自分のうわさをしたり, あとをつけて来ると感じる場合があります。この前も自分の悪口をいうという見ず知らずの人をなぐってしまったことがありました。またこの前の夜は妻が他人と同様, 自分をワナにかけようとしているという, ひどくののしった上, 妻をなぐり殺すぞとおどかしたということです。

(ロ) 【第2例】 山本氏はふだんは元気のよい人です。しかし, 3ヶ月ぐらい前から眠りが浅くなり, 朝起きたり勤めに出るのがおっくうになり, その頃から職場でも仕事はかどらなくなりました。奥さんの話ですと, 過去の些細な失敗を次々に思い出しては自分自身を責め, うつうつしたり, いらいらしていることが多く, 生きる希望がないと, めっきり元気がなくなったとのことです。少し前人間ドックで体の方の詳しい検査を受けましたが異常はありませんでした。

- 7) 専門従事者調査については, 前記の報告書において, 宗像恒次(国立精神衛生研究所)と稲岡文昭(国立公衆衛生院)が共同で詳細な検討を加えている。また宗像は市民調査と専門従事者調査を用いて「精神障害に対する社会的態度」(宗像恒次『精神医療の社会学』弘文堂, 1984年所収)をまとめている。

- 9) 市民調査および有識者調査については, 和田修一(国立精神衛生研究所)と平岡公一(社会保障研究所, 現明治学院大学)が共同で前記報告書において検討を加えている。

- 10) 以下のような甲乙で対立する意見を六つ提示して, その選択結果を尺度化した。

問 今後10年間のわが国の福祉対策の方向を考えたとき, 次のような対立する意見があります。各々について, あなたの意見は甲・乙どちらの意見により近いですか。1つだけ選んで○を付けてください。

甲 「福祉対策は, 生活困窮者や障害のある人を中心に援助を行なうべきである。」

乙 「福祉対策は、全ての市民のニーズに応えられるようにすべきである。」

- 11) 家族調査については前記報告書において石原および大島巖（東京大学医学部保健学科大学院）がまとめている。
- 12) 国立精神衛生研究所が実施した熊本県と宮城県における全県的な家族調査は多くの項目が今回の大阪府での家族調査に対応しており、われわれは現在3府県での比較分析に着手している。石原邦雄「精神病長期療養者の家族に関する二地域調査」『精神衛生資料』25号、1982年。
- 13) 蜂矢英彦「精神障害者論試論——精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』10巻、1653-1661頁、1981年、安藤三郎ほか「精神疾患における疾患と障害」『神奈川県精神医学会誌』34巻、89-96頁、1984年、台 弘「慢性分裂病と障害概念」『臨床精神医学』14巻、737-742頁、1985年。
- 14) 全家連組織創立20周年記念事業の一環として4本の調査を実施中である。①全国家族会員の無作為標本1万5000名のアンケート調査、②全国の単位家族会約800の組織形態と活動状況の全数調査、③全国の各種社会復帰プログラムに参加している精神障害者3,000名以上のアンケート調査、④全国の保健所を通しての各地域の社会資源の状況調査。
 なお、全家連ではこれらと並行して、全家連社会福祉問題研究会において、社会福祉学者、精神医療従事者（医師、ワーカー）らとの共同作業により、『精神障害者の社会福祉対策への提言』（ぜんかれん号外、1985年）を発表している。

(おかがみ・かずお

国立精神衛生研究所社会復帰相談部長)

(いしはら・くにお 東京都立大学人文学部助教授・

国立精神衛生研究所客員研究員)

保健医療資源の地域配分格差

—北海道の事例—

小田利勝

はじめに

地域保健医療計画の基本的課題の一つは、保健医療サービスの地域的配分の公平化にある。保健医療サービスの公平配分の問題は、わが国では、周知のように、「医療の社会化」の文脈において問われてきた¹⁾。それは、受療機会の地理的および経済・社会的不公平の是正を目的とするものである。後者に関しては、昭和36年の国民皆保険制度など各種の医療保障制度によって、それなりに社会階層間の公平化が図られてきたが、前者に関しては、公平性確保のための制度化された体系は何ら存在しないといってもよい。したがって、保健医療サービス配分の階層的公平性が保障されても、地域的公平性が確保されていない状況の下では、サービス配分の実質的な公平性は実現しえない。その典型は、医療過疎地域や無医地区にみられる。これら地域の住民は、医療保障制度によって階層的公平性が保障されていたとしても、現実にはそれを容易に享受することができず、他地域において受療する際には、移動に伴う時間的・貨幣的成本をより多く支払わなければならない。患者輸送車（艇）や巡回診療車（艇）の配備によるべき医療対策は、そうした移動のコストにおける不公平を補償するものといえるが、救急医療などを除いて、通常の保健医療サービスは、保健医療資源の立地点に需要者が移動することによって消費されるので、サービス配分の公平性の問題は、保健医療資源の地域的配分の問題に帰着する。

保健医療資源の地域的な不公平配分の問題は、自由開業・自由診療を基本とする国において典型的に見出されるが、公営医療制度（NHS）で有名なイギリスにおいても、解決困難な問題として今日なお重要な政策課題とされている。かつてHartは、そうした問題を、“Inverse Care Law”という表現をもって論じた²⁾。この“Inverse Care Law”は、Rushing & Wade³⁾、Jud & Harison⁴⁾、Anderson & Bartkus⁵⁾、Busch & Dale⁶⁾、Knox⁷⁾、Stimson⁸⁾らによって、アメリカ、イギリス、オーストラリアにおいて繰り返し実証されてきた。そして、NHSは、すべての人々に対する平等の受療機会という原則のうえに創設されたにもかかわらず、イギリスにおいて今日なお受療機会に大きな格差があることが報告されており⁹⁾、保健医療資源の配分に関する研究が多くの関心を集めている¹⁰⁾。

本稿では、北海道を対象として、その内部における保健医療資源の地域的配分格差の様相を、通常の人口比による形式（名目）的配分格差と潜在需要を考慮した実質的配分格差の両方の測定を通じて検討し、格差解消のために必要な資源量の推定を試みることにする。

I 保健医療資源の地域的配分における格差測定の地域的単位と方法

1 地域の範囲

地域格差を論じる場合、地域の範囲をいかに設定するかが問題となる。所得や生産高の地域格差に関しては、都道府県や地方ブロックなどがアブ

リオリに、あるいは任意に測定単位として設定されるが、保健医療サービスなどの公共的サービスの場合、利用者の利便や選好、アクセス、サービスの重層性(一次サービスから高次サービスまで)などの問題から、地域の単位のとり方によって格差の内容が異なってくる。

昭和40年代後半から、広域生活圈構想に基づいて保健医療圏の設定が全国の都道府県で進められてきたが、北海道では、市町村別、広域市町村圏別の医療自給度・依存調査、住民の受療行動調査、医療機関の診療圏調査等に基づいて、三次にわたる保健医療圏を昭和52年に設定している(図1)。保健医療圏画定の基本原則は、①重層・合理的なサービス圏域、②保健医療資源の有効利用を図るために同一レベルのサービス圏域での重なりをなくす、③適確なサービス供給が可能な地域規模、という三点にあり、次のような基準で圏域が設定された¹¹⁾。①第一次保健医療圏は212市町村の行政区画とし、一般的サービスの充足圏域とする。②第二次保健医療圏は、④圏域内に、人口10万対の医師数および病床数が全道平均以上で、医療自給度がおおむね80%以上の中心的都市があり、総合病院等および保健所がある、⑤可住地から中心都市までがおおむね50 km以内で、行動所要時間がおおむね1~2時間¹²⁾、⑥中心都市と周辺地域とに医療連帯性向がある、⑦保健所区域を分割しない、⑧圏域の重複がなく、複数の市町村から成る。③第三次保健医療圏は、第二次保健

医療圏を集約したもので、高度専門的サービスを考慮した圏域として、全道が四つに分けられている。

第二次保健医療圏は、設定基準にみられるように、いわゆる自己完結的な広域生活圈域として設定されている。したがって、そこにおいては、一般的サービスから比較的専門性の高いサービスまで自己充足しうることが求められるのである。この圏域は、それゆえにまた地域保健医療計画の基本的計画単位として重要な意味をもつことから、本稿では、この第二次保健医療圏21圏域を分析単位として、保健医療資源の配分における地域格差を測定することとする¹³⁾。

2 保健医療資源

現代の保健医療サービスは多様な要素によって構成されているので、保健医療資源として数えあげなければならないものが多い。しかしながら、ここでは、第二次保健医療圏をある一定レベルの自己充足的圏域とする計画理念を踏まえて、各保健医療資源の機能レベルの差違などはひとまず考慮の外におき、人的資源として医師、歯科医師などを、また物的資源として医療施設および病床をとりあげる。なお医師に関しては、わが国では英米のような専門医登録制度がなく、標榜診療科別医師数に関しても地域別の正確な統計がないために専門科目は問わないことにする。

3 地域格差の測定方法

保健医療サービスの地域的配分における格差の測定指標や方法に関しては幾つか提案されているが¹⁴⁾、本稿では、一定程度のサービスが自己充足的に供給される範囲として画定されている第二次保健医療圏を単位として、以下に述べるような各種の方法を用いて保健医療資源の配分における地域格差を測定する。

(1) 地域格差曲線

地域格差曲線は、第二次保健医療圏(以下では圏域と略称する)ごとの保健医療資源数を小さい順に並べて、それらの累積率を横軸にとり、縦軸には対応する圏域の人口の累積率をとって各圏域

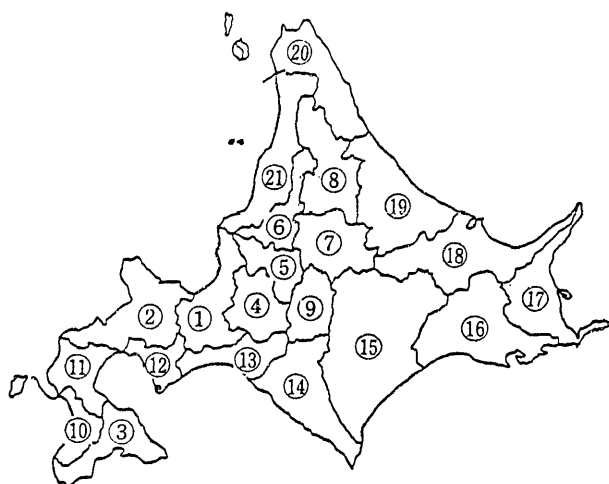


図1 第二次保健医療圏(コード・ナンバーは表5を参照)

を示す点を結んだ曲線で示される。これは、いわゆるローレンツ曲線と同様に、曲線が原点からの対角線（均等線）から離れるほど資源配分と人口配分との不一致の程度が大きいことを示す。この地域格差曲線は、ある一定量の資源の地域的配分率が人口の地域的配分率に対応しているか否かを示すものにすぎないが、その利点は、資源の集中度を圏域の人口規模と関連させて視覚的に捉えることができる点にある。こうした地域格差曲線を昭和35, 45, 55年の3時点について図示し、格差の変動過程を明らかにする。

(2) ジニ係数

ジニ係数は所得格差の測定尺度として馴染み深いものであるが、保健医療資源の地域的配分の格差測定にも応用することができる¹⁵⁾。ジニ係数は、一般には

$$G = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |x_i - x_j| / 2 \cdot \left(\sum_{i=1}^n x_i / n \right) \cdot n^2$$

で表わされるが、次式によっても同様に算出される¹⁶⁾。

$$G = 2 \sum_{i=1}^n (n+1-i) \left(\sum_{i=1}^n x_i / n - x_i \right) / \left(\sum_{i=1}^n x_i / n \right) \cdot n^2$$

ここで、 n は圏域数、 i は圏域の人口10万対の資源数を小さい順に並べたときの順位、 x_i はその順位にある圏域の資源数である。この式は、当該圏域の資源数と全圏域の平均値との差を順位で加重して総和を求め、それを平均値で除して0～1の範囲におさまるように正規化したものであり、1に近づくほど格差が大きいことを示す。ジニ係数は、ローレンツ曲線と均等線とで囲まれた面積の2倍に等しいが、いうまでもなく、ここでは先述の地域格差曲線と直接対応するものではない。ジニ係数は昭和35, 40, 45, 50, 55年の5時点について算出される。

(3) 中心性係数

上述した地域格差曲線とジニ係数においては、圏域の人口が等しく保健医療サービスを需要するという暗黙の前提が置かれている。人間の生命プロセスからみて、発病の可能性が誰にでもあり、発病の時期や量には不確実性が大きいということを考えれば¹⁷⁾、まず第一に人口比による資源配分から格差を捉えることが重要であることはいま

でもない。しかしながら、現実には年齢や性別、職業等によって有病率や受療率には相違がみられる¹⁸⁾。今日、地域保健医療計画に求められているのは、地域の保健医療需要に応じて保健医療資源を適正に配分し、効率的・合理的に保健医療サービスを供給しうる体制を整備することである。ところが、有病率や受療率など地域の保健医療需要を適確に標示する統計は十分に整備されていない。本稿では、後にみるように、国民健康調査、患者調査で明らかにされている年齢別の有病率、受療率に関する全国データを用いて地域の保健医療需要を推定し¹⁹⁾、それに対応した医師、歯科医、一般病床の地域的配分における格差について中心性係数を用いて検討する。

ところで、ここでいう中心性係数とは、都市地理学者 W. R. Sidal が、特定地域の卸売業活動の相対的規模を分析する際に用いたものである²⁰⁾。

$$C_{ij} = R_{ij} (R_{ij} / D_{ij} - R_{Tj} / D_{Tj})$$

C_{ij} : 圏域 i の保健医療 j に関する中心性係数

R_{ij} : 圏域 i における保健医療資源 j の数

R_{Tj} : 北海道全体の保健医療資源 j の数 = $\sum R_{ij}$

D_{ij} : 圏域 i における保健医療資源 j に対する潜在需要者数

D_{Tj} : 北海道全体における保健医療資源 j に対する潜在需要者数 = $\sum D_{ij}$

ここで、潜在需要者数とは、保健医療サービスを需要する可能性が高い住民数とし、次の四つのケースを設定する。① D_{Pij} : 住民全体を潜在需要者数と見なす場合。これは、一般の人口比による基準化と同様の発想に基づくものである。② D_{Yij} : 潜在有病者数。③ D_{Jij} : 潜在受療者数。④ D_{Nij} : 潜在入院受療者数。それぞれのケースに応じて、中心性係数を C_P, C_Y, C_J, C_N と表示する。中心性係数が正値であれば、圏域での保健医療需要量の大きさに比べて、保健医療資源 j の配分量は相対的に過剰であり、負値であれば逆に過少であることを示す。

$D_{Yij}, D_{Jij}, D_{Nij}$ は、前述のように全国調査で明らかにされている年齢別の有病率、受療率を各圏域の年齢構成に適用して求める。すなわち、 $D_{Yij} = \sum P_k \cdot Y_k$ 。ここで、 P_k は当該圏域の k 歳階

級人口、 Y_k は全国の k 歳階級人口の有病率。 D_{jij} 、 D_{nij} も同様にして求める。 D_{vij} と D_{jij} については、歯科とそれ以外の傷病のそれぞれについて算出する。

(4) 潜在需要量と必要資源量

これまで述べてきた地域格差の測定方法は、既存の資源量と与件として、その地域的配分の不均等性を測定するものであるから、当該圏域の実際の需要量に対応した資源量の過不足を測定するものではない。当該圏域に必要な人的資源量は次式によって求めることができる。

$$\hat{R}_{ij} = D_{ij} \cdot I_{ij} / M_{ij} \quad (1)$$

- \hat{R}_{ij} : 圏域 i における人的資源 j の必要数
- D_{ij} : 圏域 i における人的資源 j のサービスに対する潜在需要量
- I_{ij} : 圏域 i において人的資源 j のサービスを消費する割合 (圏域内受療率)
- M_{ij} : 圏域 i における人的資源 j 1 人が扱う患者数

本稿では、分析の地域的単位を自己充足的なサービス圏域としての第二次保健医療圏としていること、またある一圏域のみの必要資源数を求めるのではないことから、 $I_{ij} = 1$ とする。人的資源としてとりあげるのは医師と歯科医師である。 M_{ij} に関しては、圏域間の異同を問わず、受療率の全国調査 (「患者調査」) で明らかにされた実績値を用いる。

物的資源としては病床数についてとりあげる。必要病床数は次式によって求められる。

$$B_i = \sum_{k=1}^n P_{ik} \cdot N_{ik} \cdot T_{ik} / u \quad (2)$$

- B_i : 圏域 i における必要病床数
- P_{ik} : 圏域 i における年齢階級 k の人口
- N_{ik} : 圏域 i における年齢階級 k の潜在的新入院患者率
- T_{ik} : 圏域 i における年齢階級 k の平均入院日数
- u : 病床利用率

N_{ik} と T_{ik} については、受療率調査の結果を適用し、 u については80%、85%、90%の三つのケースを想定する。病床利用率は一般に次式によ

て求められる。 $u = (\text{在院患者1日当り平均数} / \text{6月末病床数}) \times 100$ 。病床の効率的利用を示す値であるが、一般病床の場合は、通常では100%に達することはない。全国調査の結果では、近年では80~82%程度であり、北海道の場合は85~90%である。

上記推定式(1)、(2)は、すでに明らかのように、各圏域が全国平均並の受療機会を確保しようとするときの必要資源量を表示するものである。

II 保健医療資源の地域的配分格差の変動

1 資源配分と人口配分の変動

図2~図10は、各保健医療資源と人口の地域的配分の関係がどう変化してきたかを示したものである。これらの図においては、地域格差曲線が均等線の上方向へ向けてふくらむと、総じて人口規模が大きな圏域に人口配分率を上まわって資源が配分されていることを示し、逆に均等線の下方に地域格差曲線が描かれれば、人口規模が小さな圏域に人口配分率に比べて過大な資源が配分されることを示す。そして、前者の場合においては、資源配分率が $(n-1)$ 位の圏域を示す点が左の方向へずれるほど特定圏域 (人口配分率が最大の圏域) への資源の集中度が大きいことになる。

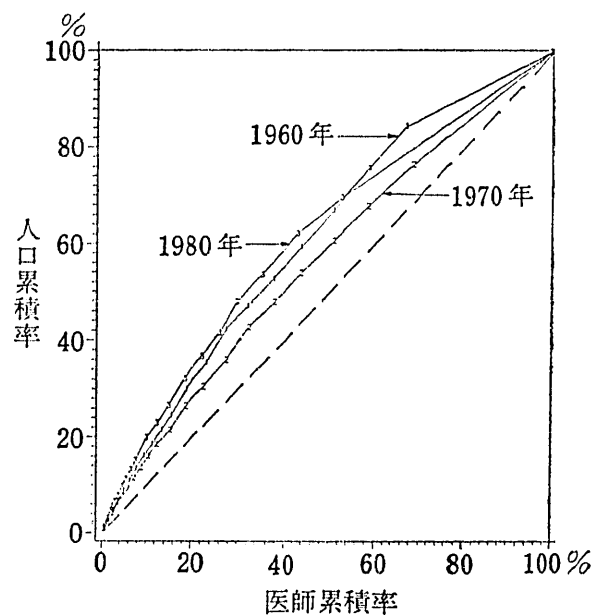


図 2

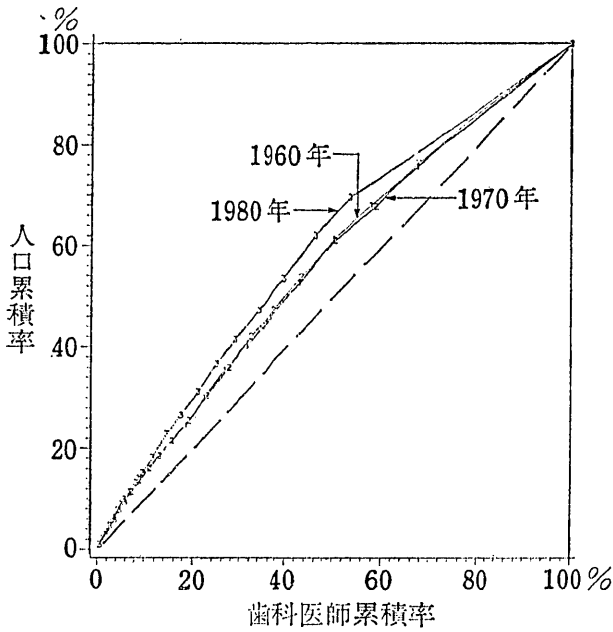


図 3

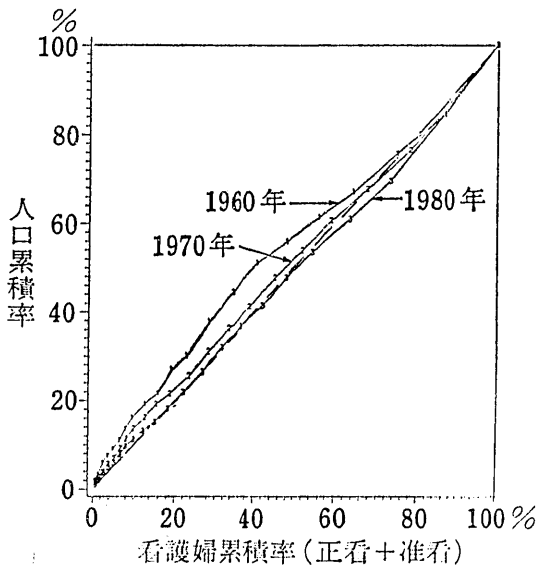


図 4

まず、各図を一瞥すると、医師(図2)と歯科医師(図3)が他の諸資源に比べて人口規模が大きな圏域に過大に配分されており、しかも圏域間の格差が大きいことがわかる。医師の場合、昭和35年から45年にかけては格差が縮小してきたが、その後の10年間では反転して急激に格差が拡大している。しかも特定圏域への集中化が一挙に進んだことが示されている。歯科医師の場合も、45年以降の10年間は同様の傾向にあることが理解される。

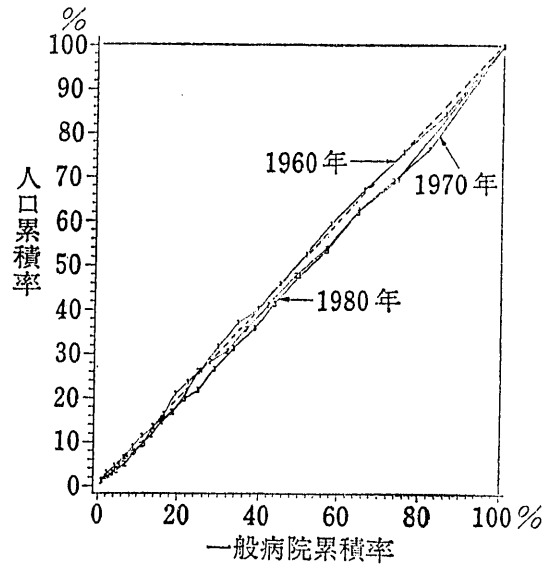


図 5

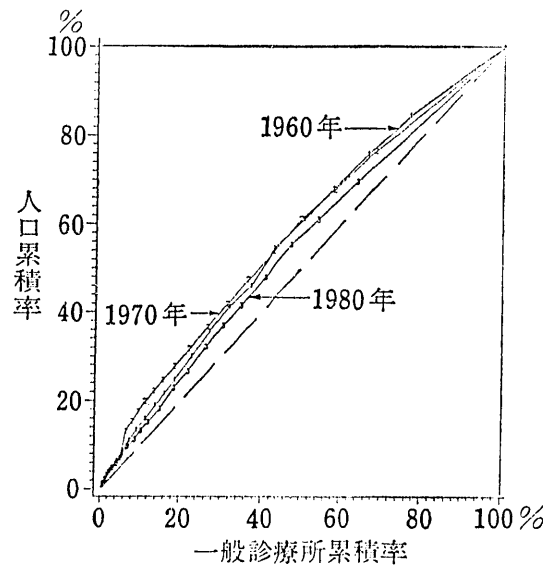


図 6

一貫して人口規模が大きな圏域に過大に配分されている諸資源の中でも、一般診療所(図6)、歯科診療所(図7)、診療所病床(図10)は、35年以降配分率の均等化が進んでいる。これに対して、看護婦(図4)、一般病院(図5)、一般病院全体(図8)、病院一般病床(図9)は、45年以降、人口規模の小さい圏域に人口配分率を上まわって配分されていることが示されている²¹⁾。

2 人口比からみた資源配分の変動

表1は、上でとりあげた諸資源のほか基本的な保健医療資源も加え、人口対比から5年間隔で

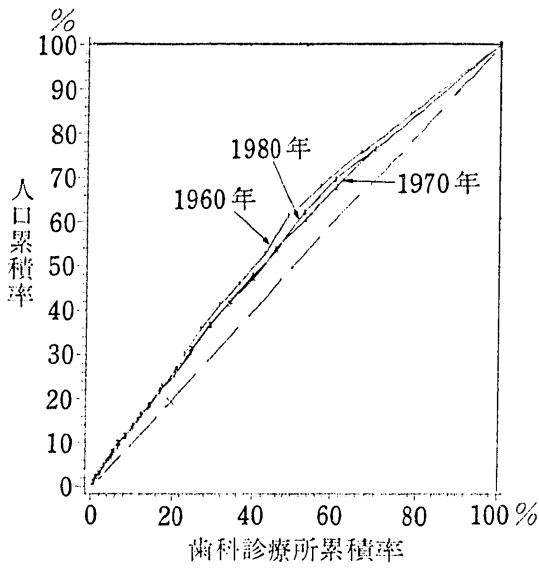


図 7

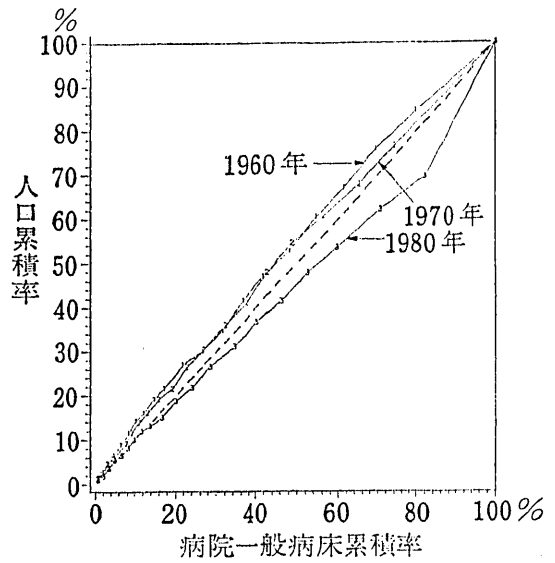


図 9

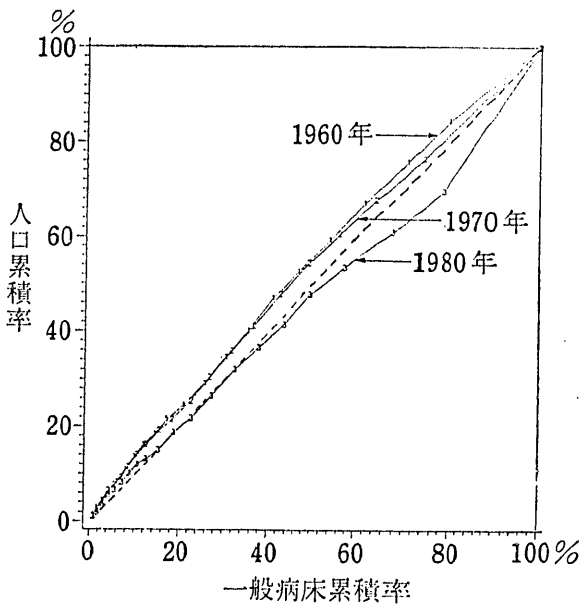


図 8

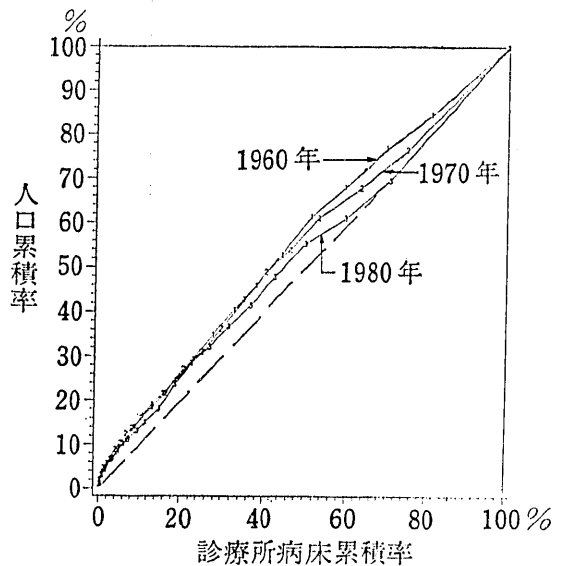


図10

地域配分の変動をみたものである。この表からは、各年の資源相互の地域配分の不均等性も同時に捉えることができる。まず人的資源についてみると、医師、歯科医師、薬剤師、正看護婦、助産婦は、昭和35年以降均等化傾向にあったものが、近年に至るにつれて不均等化に転じていることがわかる。とくに医師にその傾向が顕著である。これらと逆の傾向をみせているのが保健婦であり、過去から一貫して均等化が進んでいるのは准看護婦だけである。

物的資源に関しては、病院とりわけ精神病院、

結核病院の不均等性が大きい。前者はこの20年間で不均等度を大幅に低下させ、後者はちょうどその逆の傾向を示している。この相違には疾病構造の著しい変化が反映されている。一般病院は35年から45年にかけて不均等化が急速に進んだが、45年以降は配分格差がほぼ固定化している。診療所は近年に至るにつれて漸次均等化してきているが、これを有床と無床に分けて観察すると、いずれも昭和45年を底として、以後不均等度が高くなっている。歯科診療所は一貫して均等化してきたが、45年以降は均等化の度合いが小さくなっている。病床についてみると、病院病床全体では50年から

表1 諸資源の地域的配分の変動 (ジニ係数)

	昭35年	40	45	50	55
医師	⑨. 183	⑨. 176	⑫. 143	⑩. 180	⑦. 212
歯科医師	⑫. 162	⑭. 137	⑬. 142	⑮. 127	⑭. 133
薬剤師	⑧. 232	⑦. 207	⑨. 180	⑪. 162	⑪. 175
保健婦	⑬. 162	⑪. 170	⑧. 191	⑨. 186	⑩. 183
助産婦	⑯. 139	⑰. 116	⑯. 112	⑱. 108	⑰. 112
看護婦	. 242	. 227	. 160	. 127	. 131
正看護婦	⑦. 301	⑤. 253	⑤. 252	⑥. 235	⑥. 237
准看護婦	①. 725	⑧. 201	⑭. 133	⑭. 132	⑯. 113
病院	. 090	. 105	. 118	. 123	. 132
精神科	②. 618	③. 538	②. 468	②. 371	②. 429
結核	③. 539	①. 597	①. 691	①. 693	①. 900
一般診療所	⑱. 116	⑯. 129	⑪. 145	⑱. 147	⑱. 149
有床	. 132	. 127	. 136	. 113	. 109
無床	⑭. 161	⑱. 160	⑩. 155	⑧. 195	⑨. 189
歯科診療所	⑩. 173	⑬. 157	⑱. 109	⑯. 117	⑮. 125
病院病床	⑮. 140	⑮. 136	⑰. 116	⑰. 116	⑱. 111
精神科	. 168	. 148	. 147	. 146	. 171
結核	④. 481	④. 338	③. 348	③. 343	③. 330
伝染	⑥. 334	⑥. 237	⑥. 213	⑤. 260	⑤. 288
一般診療所病床	⑤. 420	②. 584	④. 290	④. 292	④. 297
*一般病床	⑰. 131	⑱. 109	⑮. 122	⑱. 153	⑱. 159
	⑪. 172	⑩. 173	⑦. 194	⑦. 221	⑧. 199
	. 112	. 101	. 104	. 124	. 134

(注) ○は各年のジニ係数の順位, * は病院一般病床+診療所病床

55年にかけて急速に不均等化が進んでいるが、それは主として結核病床の不均等化の影響によるものであり、他の病床の種類では、この期間に不均等度が大きく変化したものはない。精神病床が均

等化傾向にあるのに対して、一般病床は昭和40年以降著しく不均等化が進んでいる。診療所病床は50年をピークとして不均等化が進行したが、近年に至って均等化に転じている。

各年ごとのジニ係数の順位をみると、精神病院や結核病院、精神・結核・伝染病床など専門病院、専門病床のジニ係数が高い。これらは、疾病構造の変化やサービスの専門性からみて地域的配分不均等性をそのまま格差の問題として捉えることはできないので、ひとまず考慮の外におくとして、医師、一般病院、有床・無床診療所、病院一般病床、診療所病床は、近年に至るにつれて、他の諸資源に比べて配分の不均等度が大きくなっている。これらとは逆の傾向を示しているのは、薬剤師、正・准看護婦、歯科診療所である。

3 資源量の増減と配分の均等性

ところで、そうした地域的配分の変動は、配分される保健医療資源の総量が大きくなった場合と小さくなった場合とでは、同じ均等化（不均等化）でも内容が全く異なる。このことを1圏域当りの平均値の変化と変動係数の変化とで示したのが図11～図13である。各図中、折れ線の始点が昭和35年時点の平均値と変動係数の位置を示したものであり、矢印の先端が昭和55年の位置である。

人的資源についてみると（図11）、准看護婦は、

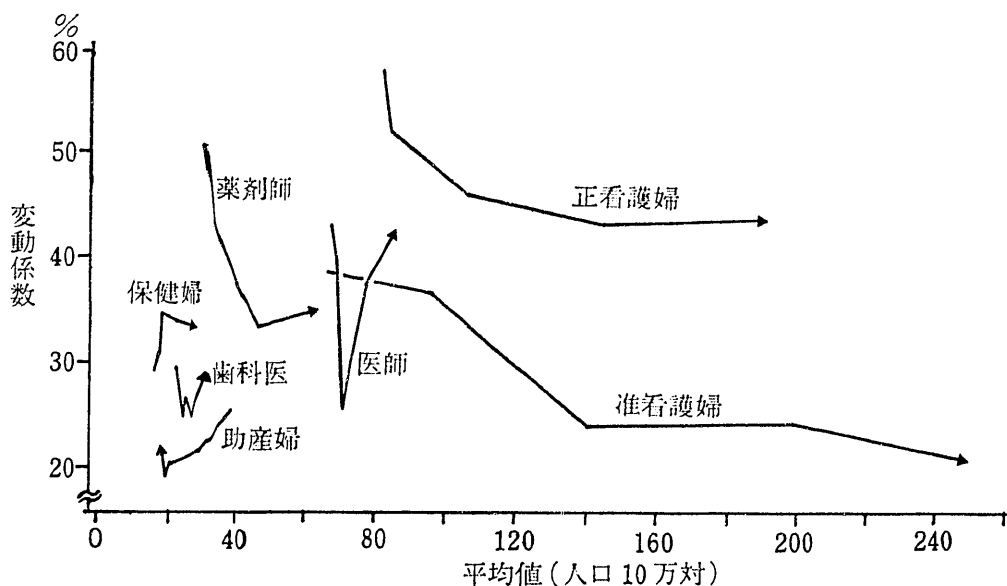


図11 医療従事者

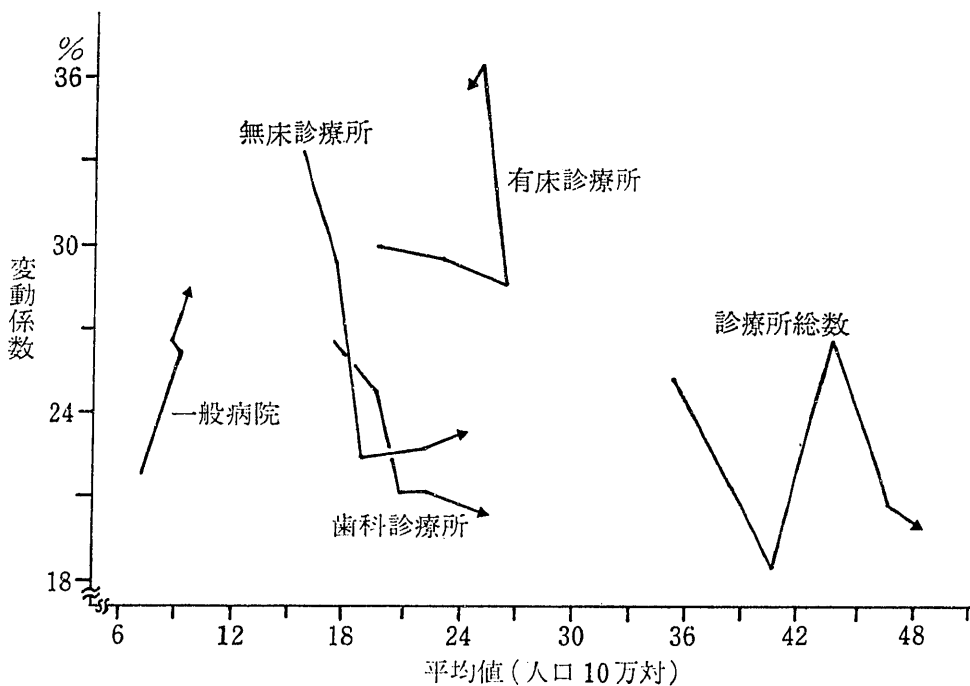


図12 医療施設

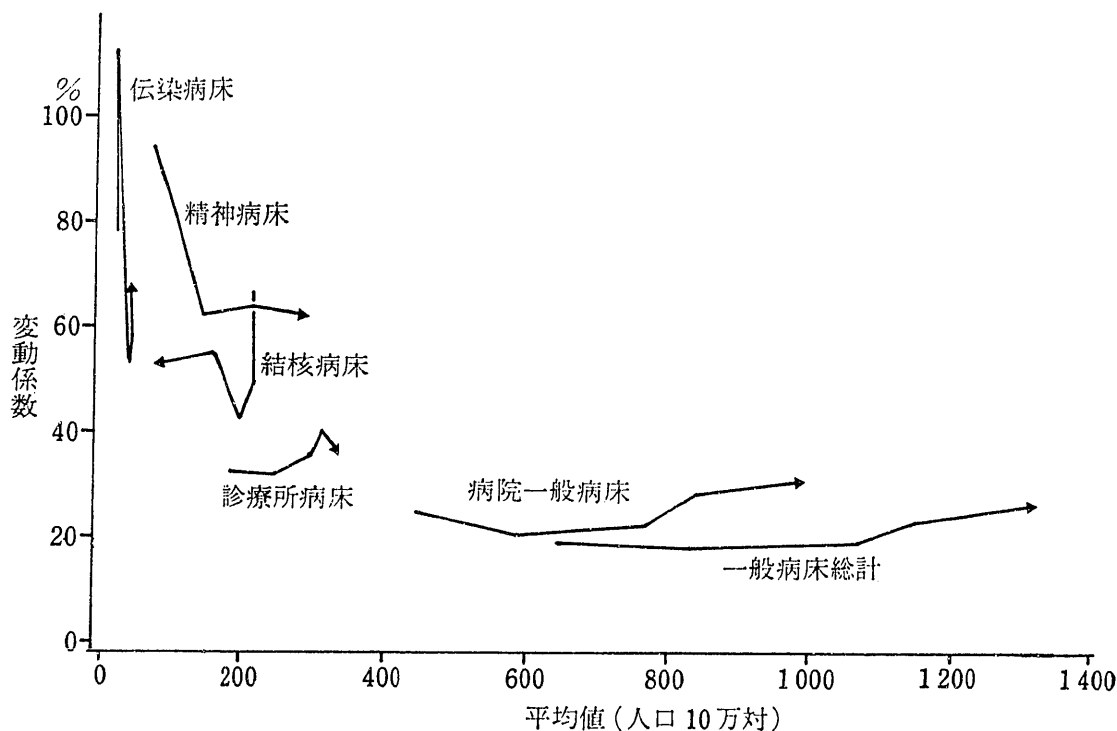


図13 病床

1 圏域当りの平均値が急速に増加，すなわち総量が大幅に増加するとともに，変動係数も一貫して低下しつつあり，いわば望ましい配分の均等化が進んでいることを示している。保健婦も同様の傾向がみられる。これに対して医師，歯科医，

薬剤師は，近年では，総量の増加に伴い地域的配分の不均等化が進んでいる。とくに医師の場合は，45年を境にして急激に不均等化に向かっている。正看護婦は，45年以降総量を急速に増加させてきたが，不均等度は改善されずに固定化傾向を示し

ている。総量が減少しているのは唯一保健婦だけである。昭和35年以降いずれの圏域でも減少をつづけてきている様子がみられるが、50年以降は、圏域間の配分に不均等化が生じてきている。

物的資源のうち保健医療施設についてみると(図12)、一般病院は総量の増加に伴いながらほぼ一貫して急速に不均等化してきている。無床診療所は、昭和45年までは総量を徐々に増加させながら急速に均等化してきたが、45年以降、総量が大幅に増加するにつれて不均等化に転じている。歯科診療所は、45年までは同様の傾向をみせていたが、以後無床診療所とは異なり、総量の増加に伴い漸次均等化してきている。特異な推移をみせているのが有床診療所である。45年までは増加をつづけてきたが、それ以降は減少に転じて不均等化が進み、近年では総量を更に減少させながら不均等度を若干低下させている。こうした無床、有床の診療所の動態が、診療所全体としての推移が短期間のうちに極端に変化していることに反映されているが、45年以降は総量の増加とともに均等化の度合を高めてきている。

病床に関しては(図13)、一般病床は総量の急速な増加にもかかわらず地域的配分の均等化は進んでおらず、不均等度がおおむね固定化している。精神病床についても40年以降は同様の傾向を示している。診療所病床は50年までは増加に伴って不均等化してきたが、50年以降はその度合を多少減じてきている。結核病床は、疾病構造の変化に伴って40年以降減少をつづけており、40年から45年にかけて圏域間の不均等化が進んだが、50年以降はどの圏域でも均等的に減少してきていることがうかがわれる。伝染病床は、他の病床に比べてもともと総量が少ないために、多少の増減によって配分の不均等性が大きく変動している。

以上、保健医療資源の地域的配分の変動過程をみてきたが、人口配分率との対応、人口対比のいずれにおいても、医師、歯科医師、一般病院、一般病床といった基幹的保健医療資源は、昭和45年以降、地域的配分の格差を拡大させてきていることが明らかにされた。そして、そうした格差拡大は、総量の増加とともに進行してきているが、医

師、歯科医師にその傾向が顕著である。

III 保健医療需要と資源配分

1 医師の地域的配分状況

圏域の住民全体が等しくサービスを需要すると見なした場合の中心性係数 C_P が正值をとるのは、札幌、上川北部、後志の3圏域である。北海道の場合、これら3圏域に医師が集中していることが明瞭であるが、とりわけ札幌圏への集中が顕著である。21圏域のうちの85%に当たる残りの19圏域

表2 医師の中心性係数 (×1,000)

第二次保健医療圏	C_P	C_Y	C_I	C_N	10万対
1 札幌	1618 (4.27)	18546 (4.32)	34515 (4.30)	208662 (4.31)	189.9 (2.86)
2 上川中部	255 (0.55)	2103 (0.36)	4359 (0.41)	24826 (0.38)	161.9 (2.09)
3 後志	87 (0.09)	308 (-0.08)	899 (-0.03)	3904 (-0.07)	115.4 (0.81)
4 北空知	-13 (-0.18)	-183 (-0.20)	-332 (-0.19)	-2132 (-0.20)	93.2 (0.20)
5 南樺山	-15 (-0.19)	-130 (-0.18)	-265 (-0.18)	-1537 (-0.18)	49.3 (-1.01)
6 富良野	-18 (-0.20)	-166 (-0.19)	-332 (-0.19)	-1929 (-0.19)	67.7 (-0.50)
7 北渡島・ 樺山	-19 (-0.20)	-175 (-0.19)	-349 (-0.20)	-2055 (-0.20)	67.7 (-0.50)
8 中空知	-29 (-0.23)	-401 (-0.25)	-713 (-0.24)	-4454 (-0.25)	100.6 (0.40)
9 留萌	-30 (-0.23)	-276 (-0.22)	-549 (-0.22)	-3223 (-0.22)	67.0 (-0.52)
10 根室	-31 (-0.23)	-243 (-0.21)	-509 (-0.22)	-2862 (-0.21)	46.4 (-1.09)
11 宗谷	-33 (-0.24)	-273 (-0.22)	-561 (-0.22)	-3217 (-0.22)	44.5 (-1.15)
12 日高	-35 (-0.24)	-302 (-0.23)	-613 (-0.23)	-3522 (-0.23)	58.2 (-0.77)
13 遠紋	-35 (-0.24)	-328 (-0.23)	-651 (-0.23)	-3823 (-0.23)	72.1 (-0.38)
14 上川北部	-36 (-0.24)	-330 (-0.23)	-654 (-0.23)	-3842 (-0.23)	69.6 (-0.45)
15 西胆振	-44 (-0.27)	-423 (-0.25)	-837 (-0.26)	-4604 (-0.25)	97.7 (0.32)
16 南空知	-51 (-0.29)	-656 (-0.31)	-1191 (-0.30)	-7418 (-0.31)	96.4 (0.29)
17 東胆振	-59 (-0.31)	-389 (-0.25)	-884 (-0.26)	-4571 (-0.25)	81.9 (-0.11)
18 北網	-89 (-0.39)	-729 (-0.33)	-1499 (-0.34)	-8546 (-0.33)	61.1 (-0.69)
19 南渡島	-92 (-0.40)	-1159 (-0.43)	-2160 (-0.43)	-13406 (-0.44)	112.5 (0.73)
20 釧路	-98 (-0.41)	-641 (-0.31)	-1401 (-0.33)	-7487 (-0.31)	79.1 (-0.19)
21 十勝	-112 (-0.45)	-921 (-0.37)	-1897 (-0.40)	-10830 (-0.38)	74.1 (-0.33)

(注) 順位は C_P の大きさの順。() 内は平均0, 分散1に正規化したときの値。

はいずれも C_P が負値で、自圏域の需要量に対する医師の配分量が相対的に過少である(表2)。これを潜在有病者数, 潜在受療者数, 潜在入院受療者数を考慮した場合のそれぞれの中心性係数 C_Y, C_J, C_N でみると, 上記3圏域と他の19圏域との間にみられる配分格差はさらに拡大する。そして, 上記3圏域の中でも, 札幌と上川北部の2圏域は, C_P に比べて C_Y, C_J, C_N が急激に大きくなる。 C_P が負値で下位に位置する圏域はその逆の傾向をとる。中心性係数が最大の圏域と最小の圏域との差をとることによってそうした変化をみると, C_P, C_Y, C_J, C_N それぞれに関して1730, 19705, 36675, 222068となる。これは, 圏域間の潜在的需要量の差を考慮したときの配分格差(これを実質的配分格差と呼び, これに対して人口10万対や C_P のように総ての住民をサービス需要に関して等質とみなしたときの配分格差を形式的配分格差あるいはみかけの配分格差と呼ぶことにする)は, 全体としてみた場合, 形式的配分格差よりもはるかに大きいことを意味する。そして, C_Y, C_J, C_N になるに従って上記のように格差が拡大することは, 発病したときの受療機会の格差が大きく, しかもそれは外来受療においてよりも入院受療においてより大きいということを示している。

中心性係数を用いた場合の医師配分にみられる格差を人口10万対による表示と比較するために, それぞれの値を平均0, 分散1となるように正規化したのが表中の括弧内に記した数値である。人口10万対の医師数では正規化スコアが正値を示す北空知, 中空知, 西胆振, 南空知, 南渡島の各圏域も, 中心性係数の正規化スコアでは負値を示す。後志圏においては, C_P では正値をとるが, C_Y, C_J, C_N では負値である。他方, 南桧山や根室, 宗谷の各圏域は, 人口10万対の正規化スコアでは最後位3圏域にはいるが, 中心性係数のそれでは負値ながら21圏域の中では上・中位にある。札幌圏の場合は, 人口10万対の正規化スコアよりも, 中心性係数のそれが格段に大きく, 医師の集中が通常の表示方法で示されるよりもはるかに過度であることがわかる。

以上のように, 人口10万対を用いた通常の表示

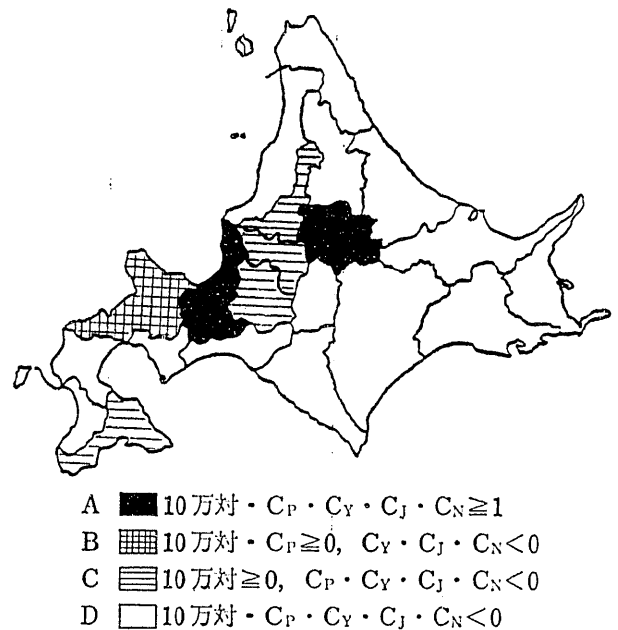


図14 医師の地域配分状況

方法に比べ, 中心性係数による表示方法は配分格差をより詳細に示すことができる。そして, みかけ上の形式的配分格差と実質的配分格差とはかなり異なるものであり, 総じて格差の程度は後者においてより大きい, みかけよりも医師の配分量が少なくないと判断されるケースもある。医師の再配分計画は, したがって実質的配分格差の計測に基づいて実施されることが必要であろう。図14は, これまでみてきた医師の地域的配分状況を地図上に示したものである。凡例のAは過大配分圏域を, B, Cは形式的配分格差においては配分量が21圏域の中では平均以上であるが, 実質的配分格差においては平均以下を, Dはいずれにおいても平均以下の圏域を示す。北海道の場合, 道北, 道東一帯に位置する圏域は, 形式的にも実質的にも医師の配分量が過少であることが明瞭であろう。

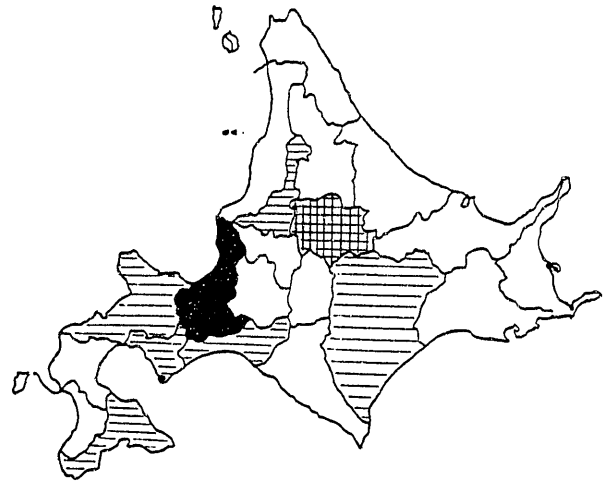
2 歯科医師の地域的配分状況

歯科医師は医師よりも特定圏域への集中度が高い(表3)。札幌圏を除くと他の19圏域はいずれも負値であり, 実質的配分格差において, そのことはより顕著である。

人口10万対の正規化スコアでは正値をとる後志, 北空知, 上川中部, 東胆振, 西胆振, 十勝, 南渡

表3 歯科医師の中心性 (×1,000)

第二次保健医療圏	C_P	C_Y	C_J	10万対
1 札幌	216 (4.35)	59035 (4.35)	21020 (4.35)	61.6 (3.57)
2 後志	-0.4 (-0.12)	-137 (-0.13)	-72 (-0.13)	37.3 (0.78)
3 北空知	-1.4 (-0.14)	-379 (-0.15)	-137 (-0.15)	34.7 (0.48)
4 富良野	-1.6 (-0.15)	-440 (-0.15)	-157 (-0.15)	28.5 (-0.23)
5 南検山	-1.9 (-0.15)	-507 (-0.16)	-180 (-0.16)	24.7 (-0.67)
6 北渡島・ 検山	-1.9 (-0.15)	-521 (-0.16)	-186 (-0.25)	23.2 (-0.85)
7 上川中部	-2.1 (-0.16)	-509 (-0.16)	-178 (-0.15)	39.6 (1.05)
8 留萌	-3.3 (-0.18)	-875 (-0.18)	-309 (-0.18)	27.9 (-0.30)
9 遠紋	-3.5 (-0.18)	-936 (-0.19)	-333 (-0.19)	27.7 (-0.32)
10 日高	-3.9 (-0.19)	-1034 (-0.20)	-368 (-0.20)	25.2 (-0.61)
11 上川北部	-4.0 (-0.20)	-1063 (-0.20)	-377 (-0.20)	26.0 (-0.52)
12 根室	-4.0 (-0.20)	-1041 (-0.20)	-367 (-0.20)	21.2 (-1.07)
13 宗谷	-4.2 (-0.20)	-1115 (-0.20)	-393 (-0.20)	21.8 (-1.01)
14 東胆振	-4.3 (-0.20)	-1145 (-0.20)	-397 (-0.20)	33.0 (0.29)
15 中空知	-5.8 (-0.23)	-1595 (-0.24)	-560 (-0.24)	26.0 (-0.52)
16 西胆振	-6.1 (-0.24)	-1742 (-0.25)	-615 (-0.25)	33.6 (0.35)
17 南空知	-6.9 (-0.26)	-1902 (-0.26)	-676 (-0.26)	30.0 (-0.06)
18 十勝	-7.7 (-0.27)	-2004 (-0.27)	-704 (-0.27)	34.5 (0.46)
19 北網	-9.8 (-0.32)	-2527 (-0.31)	-894 (-0.31)	25.1 (-0.63)
20 釧路	-11.3 (-0.35)	-2730 (-0.32)	-956 (-0.32)	28.6 (-0.22)
21 南渡島	-17.4 (-0.47)	-4561 (-0.46)	-1644 (-0.47)	30.8 (0.03)



- A ■ 10万対・ C_P ・ C_Y ・ $C_J \geq 1$
- B ▨ 10万対 ≥ 1 , C_P ・ C_Y ・ $C_J < 0$
- C ▨ 10万対 ≥ 0 , C_P ・ C_Y ・ $C_J < 0$
- D □ 10万対・ C_P ・ C_Y ・ $C_J < 0$

図15 歯科医師の地域的配分状況

3 一般病床の地域的配分状況

日本では一般診療所の35%が入院病床を有しており、北海道では診療所総数の47%が有床診療所である。有床診療所の入院機能を病院のそれと同一に見なすことはできないが、ここでは病院の一般病床と診療所が有する病床を合計したものを一般病床として扱うことにする。

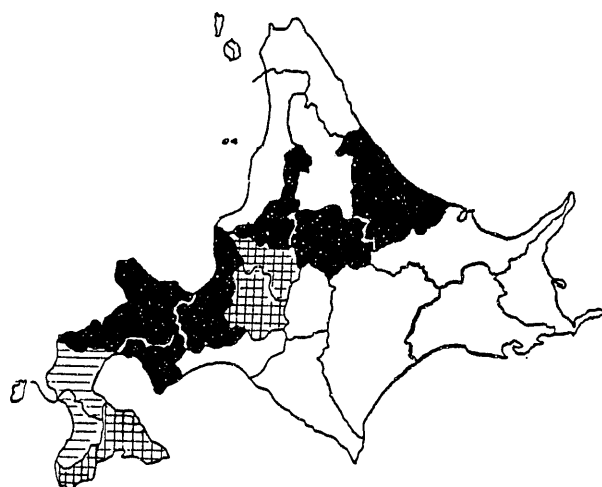
表4にみるように、 C_P においては10圏域が正值をとり、形式的配分量においては、医師、歯科医師に比べて格差が小さい。しかしながら、上川北部、後志、札幌の3圏域に集中していることは医師、歯科医師と同様である。潜在入院受療者数を考慮した中心性係数 C_N では上川北部と後志の2圏域の値が急激に小さくなり、札幌圏の C_N が最も大きくなっている。全体的に、形式的配分格差に比べて実質的配分格差の方が小さく、医師および歯科医師の地域的配分状況と対照的である。みかけよりも需要量に対応して配分されているといえる。しかし、南渡島や中空知、南空知、北渡島・検山、南検山の各圏域は、人口10万対では平均以上の病床数を有していても、実質的配分量は自圏域の需要量を充足するには相対的に不足である。これらと対照的なのが札幌圏である。人口10万対では21圏域中8位であるが、 C_N では他圏域

島も、潜在需要量に対応した歯科医師配分量では過少である。とりわけ上川中部と十勝の2圏域は、人口10万対で表示されるみかけの資源量に比べて、実質的配分量は極端に少なくなる。これとは逆に、南検山や北渡島・検山、根室、宗谷は、みかけほど配分量は少なくないといえる。

図15は、図14と同様に形式的配分格差と実質的配分格差に基づいて圏域の位置を図示したものである。医師の場合と同様に、道北、道東一帯における配分量が形式的にも実質的にも過少であるが、道央においても過大配分圏域に接して過少配分圏域が存在する。

表4 一般病床の中心性指数 (×1,000)

第二次保健医療圏	C_P	C_N	10万対
1 上川中部	18045 (1.95)	1696 (1.17)	1654 (1.02)
2 後志	17617 (1.89)	897 (0.58)	1666 (1.06)
3 札幌	17606 (1.89)	5541 (4.03)	1503 (0.52)
4 南渡島	9546 (0.95)	-249 (-0.27)	1554 (0.69)
5 北空知	7742 (0.74)	306 (0.14)	2022 (2.25)
6 遠紋	6159 (0.55)	265 (0.11)	1694 (1.15)
7 西胆振	4154 (0.32)	250 (0.10)	1398 (0.17)
8 中空知	3909 (0.29)	-88 (-0.15)	1577 (0.76)
9 南空知	1735 (0.04)	-487 (-0.45)	1443 (0.32)
10 北渡島・桧山	1357 (-0.01)	-57 (-0.13)	1613 (0.88)
11 南桧山	-316 (-0.21)	-156 (-0.20)	1373 (0.08)
12 富良野	-1899 (-0.39)	-243 (-0.27)	1130 (-0.73)
13 留萌	-3279 (-0.54)	-439 (-0.41)	1152 (-0.65)
14 日高	-3563 (-0.55)	-427 (-0.40)	1121 (-0.76)
15 上川北部	-4231 (-0.66)	-535 (-0.48)	1115 (-0.77)
16 根室	-4982 (-0.73)	-458 (-0.43)	816 (-1.77)
17 宗谷	-5345 (-0.75)	-552 (-0.50)	781 (-1.89)
18 東胆振	-6460 (-0.92)	-436 (-0.41)	1132 (-0.72)
19 北網	-7052 (-0.99)	-720 (-0.62)	1208 (-0.47)
20 十勝	-9861 (-1.32)	-1031 (-0.85)	1204 (-0.48)
21 釧路	-10724 (-1.42)	-645 (-0.56)	1155 (-0.64)



- A ■ 10万対・ $C_P \cdot C_N > 0$
 B ▨ 10万対・ $C_P > 0, C_N < 0$
 C ▤ 10万対 $> 0, C_P \cdot C_N < 0$
 D □ 10万対・ $C_P \cdot C_N < 0$

図16 一般病床の地域的配分状況

師、歯科医師の実質的配分格差の程度はいっそう大きく、一般病床はみかけほど格差は大きくないことが明らかにされた。しかしながら、北海道の場合、いずれの諸資源も札幌、上川中部、後志の3圏域への集中が顕著であり、他圏域の相対的自足性はきわめて低い。第二次保健医療圏は、広域的な地域保健医療サービスの自足範囲としては最大限の広がりと考えてよいが、それら圏域相互においても以上のような資源配分の不均等が認められることは、今後かなり強力な資源再配分策が必要であることを物語るものである。

をはるかに凌駕しており、みかけよりも集中度が過度であることが理解される。

図16にみるように、需要量に対して相対的に過剰に病床が配分されている圏域は、医師、歯科医師に比べて散在している。しかしながら、道北、道東は、医師、歯科医師の場合と同様に形式的にも実質的にも配分量が過少であり、これら一帯の第二次保健医療圏は、広域サービス圏域としての機能がきわめて脆弱であることがわかる。

以上は、医師、歯科医師、一般病床について、潜在需要量を考慮したときの既存の資源量の地域的配分状況である。形式的配分格差に比べて、医

IV 潜在需要量と必要資源量

昭和56年7月15日の患者調査の結果に基づいて推計された全国の患者総数8,565.8千人のうち、2,557.4千人は病院で、4,726.2千人は一般診療所で、1,282.2千人は歯科診療所で治療を受けている(入院、外来を含む)。歯科診療所を別にする、患者の35.1%は病院で、64.9%は診療所で治療を受けていることになる。同調査によれば病院医師は1人1日平均26人の患者を扱い、診療所医師は52人の患者を扱っている。この実績値に基づく、地域*i*における必要医師数 P_i は前記(1)

式から次式によって求めることができる。

$$P_i = 0.351D_i/26 + 0.649D_i/52 = 0.02598D_i$$

すなわち、需要者数の2.6%程度が必要医師数と見なすことができる。ここで D_i は圏域 i における歯科を除く潜在的受療者数で（入院と外来の合計）、傷病の種類は問わない。したがって、必要医師数も医師の専門科目は問わないものとする。

この推定式は、患者の医療機関選択割合と医師1人当りの担当患者数を一定と仮定している。日本では、病院と診療所の機能分化が確立していないために、大病院でも外来患者を扱うし、診療所でも入院治療を行う。こうしたサービス体制の下では、医療機関の選択は患者本人の自由に任される。上記の患者調査でも、外来患者の24%は病院で治療を受け（病院の扱い患者数の56%）、入院患者の12%は診療所で治療を受けている（診療所の扱い患者数の3.3%）。したがって、患者の診療所選択割合が大きくなれば必要医師数は少な目に見積もられるし、病院選択率が大きくなれば逆のことがいえる。また、病院医師の担当患者数が診療所医師なみになれば必要医師数は少なくなるし、逆に診療所医師数の担当患者数が病院医師なみになれば逆のことがいえる。さらにまた、患者の医療機関選択割合は、受療行動圏にある病院と診療所の割合によっても変化すると考えられる。

このように、上記の必要医師数推定式では不確実性の小さくないものを定数化しているが、それは次のような理由からである。患者の自由な医療機関選択行動を前提とした場合、全国調査で示された医療機関選択割合は、現行のサービス供給体制の下では、自由選択の欲求を充足しうる選択割合として一般性をもつものとみなしてよいであろう。医師1人当りの担当患者数は、専門病院や病院の規模によって、また診療所でも有床か無床かによって異なるが、全国調査の結果に示された数値は、医師1人にとって過重な負担とならずに、しかも経営上の採算ラインにのる患者数と考えてよいであろう。

ところで、上記の推定式からは、病院サービスを中心とする地域保健医療計画を立案すると必要医師数は多くなることになる。過疎地域の医師不

足対策のための基幹病院の整備を中心とする広域医療サービス計画では、かえってより多くの医師が必要になるのである。また、現在、医師過剰が論議されているが、病院サービスの比重が増加すれば、医師過剰現象の発生はずっと先のことにもなるといえよう²²⁾。さらにまた、医療機関の相互連携や機能分化が進んでサービス供給体制が大幅に変われば、必要医師数の算定式も当然異なったものになる²³⁾。要するに、ここで用いる推定式は、現行のサービス供給体制の下における患者の受療行動に基づいたものであり、当分の間、それらが大きく変化しないことを前提にしているということである。

1 必要医師数

昭和55年の北海道において、実際に診療業務に従事している医師は6,520人で、人口10万人当たり116人である。表5にみるように、人口10万人対では札幌圏の171人を最高に、上川中部、後志、

表5 必要医師数（施設従事）

コ ー ド No.	保 健 医 療 圏	実 数			人口10万対	
		現実値	推 定 必要数	差	現実値	推 定 必要数
1	札幌	2963	2471	427	171①	143②
2	後志	276	303	-36	149③	169⑥
3	南渡島	626	1013	-387	102④	165⑩
4	南空知	241	430	-189	95⑦	170④
5	中空知	165	282	-117	99⑥	169⑥
6	北空知	59	110	-51	95⑦	177①
7	上川中部	655	651	4	155②	154⑦
8	上川北部	70	179	-109	66⑬	168⑧
9	富良野	38	92	-54	69⑫	166⑫
10	南 檜 山	20	83	-63	42⑰	173②
11	北渡島・ 檜 山	35	96	-61	63⑯	173②
12	西胆振	264	420	-156	100⑤	159⑭
13	東胆振	174	313	-139	83⑨	149⑰
14	日高	61	168	-107	60⑱	164⑫
15	十勝	262	555	-293	74⑪	156⑮
16	釧路	244	461	-217	76⑩	144⑳
17	根室	41	150	-109	42⑲	152⑱
18	北 網	162	410	-248	62⑰	156⑮
19	遠 紋	72	179	-107	67⑬	167⑨
20	宗 谷	44	169	-125	42⑲	162⑬
21	留 萌	57	150	-93	65⑯	170④
北海道		6520	8685	-2165	116	155

(注) ○数字は順位

南渡島、西胆振とつづき、最低は南松山、根室、宗谷の42人である。上述の推定式によって必要医師を算定すると、札幌圏で427人、上川中部圏で4人が過剰となるが、他の19圏域はいずれも不足である(表5)。既存の資源量の再配分では需要量に対応した保健医療サービス供給は不可能であり、北海道全体で現在よりも2,165人、33%の医師増が必要となる。推定必要数の人口10万対の値は155人である。これは医師増対策で厚生省が掲げた目標値150人にも近く、現実性の高い値であるといえる。

現実値の人口10万対では、札幌圏が最上位にあるが、推定必要数では最下位となる。そして、現実値では最下位であった南松山や16位にあった北渡島・松山は推定必要数では2位となるなど、現実値と推定値とではかなり逆転するケースがある。なかには中空知や根室、北網のように順位がそれほど変わらないケースや、順位が変わっても現実値と推定値との間に違いのない上川中部のような例があるが、両者の間の順位相関係数を計算すると -0.198 ($p < 0.2$)であり、人口10万対の値を用いた積率相関係数は -0.255 ($p < 0.01$)である。医師の現実の地域配分には、より必要なところには過度に少なく、そうではないところには必要以上に多く配分されているといえる。いわゆる“inverse care law”が北海道における医師の地域的配分にも認められるのである。

各圏域の現実値と推定値の人口10万対の値を一瞥すれば、前者に比べて後者における地域格差がはるかに小さいことが即座に理解されよう(前者の変動係数は204、後者は127)。後者は需要量に対応した必要数であるから、実質的には公平配分であるが、みかけの格差においても現実値よりもはるかに小さくなるということである。

2 歯科医師の必要数

歯科患者の医療機関選択行動も詳細にみれば大学病院等の歯科で入院、外来治療を受けているが、それらは全体の5%に満たない。そこで、ここでは患者がすべて歯科診療所で治療を受けると見なし、全国調査の結果から歯科診療所医師の1人当

り平均患者数を1日26人と仮定する。したがって、圏域*i*の必要歯科医師数 S_i は、潜在歯科受療者数 sD_i から、 $S_i = sD_i/26$ によって求められる。

北海道全体の現実の歯科医師数は2,249人で人口10万対40人である。各圏域ごとの必要数を合計すると2,354人であり、105人不足している(表6)。これは現実値より5%ほどの増加によって埋められる。そのときの10万対の値は42人である。総じて医師の場合に比べて北海道全体の歯科医師数は需要量に対応しているといえる。不足分105人を全圏域平均に振り分けるとすれば、1圏域当たりちょうど5人ずつであるが、実際には札幌圏では339人が過剰と見なされるのに対して、南渡島では70人が、北網では43人が不足しているように、現実の配分量と必要数との間には落差が大きい。不足圏域だけをみれば、1圏域当たり22人の増加が必要となるが、札幌圏の過剰分を再配分するだけで、地域間格差は大幅に縮小しうるのである。

歯科医師の場合、必要数が満たされたときの人口10万対の値は、どの圏域も41から43の間におさ

表6 必要歯科医師数(施設従事)

コ ー ド No.	保 健 医 療 圏	実 数			人口10万対	
		現実値	推定値	差	現実値	推定値
1	札幌	1051	712	339	61	41
2	後志	71	76	-5	40	43
3	南渡島	191	261	-70	31	42
4	南空知	80	109	-29	32	43
5	中空知	46	72	-26	28	43
6	北空知	21	27	-6	34	43
7	上川中部	164	177	-13	39	42
8	上川北部	27	45	-18	25	43
9	富良野	17	24	-7	31	43
10	南松山	10	20	-10	21	43
11	北渡島・ 松山	15	24	-9	27	43
12	西胆振	88	114	-26	33	43
13	東胆振	72	88	-16	34	42
14	日高	25	44	-19	24	42
15	十勝	120	149	-29	34	42
16	釧路	87	130	-43	27	41
17	根室	20	42	-22	20	42
18	北網	68	111	-43	26	42
19	遠軽	31	46	-15	29	43
20	宗谷	22	45	-23	21	43
21	留萌	23	38	-15	26	43
北海道		2249	2354	-105	40	42

まる。要するに、需要量を考慮しない場合の人口10万対の値においても、そこにみられる形式的配分格差が実質的配分格差を反映しているということである。医師の場合と同様に、現実値と推定値のそれぞれの人口10万対の値の積率相関係数を算出すると -0.398 ($p < 0.05$) で、医師の場合に比べて “inverse care law” の傾向がより強く認められる。

3 必要病床数（一般病床）

北海道全体の一般病床数は80,419床で、人口10万人当りでは1,435床である。現実値の人口10万対では、北空知圏の2,052が最大であり、最小は富良野圏の587で、その差は3.5倍にも及ぶ（表7）。

病床利用率を80, 85, 90%とした場合のそれぞれのケースが推定値1, 推定値2, 推定値3である。推定値1では、北海道全体で現在よりも10,534床、13%の増床が必要とされるが、推定値3ではほぼ現在と同じくらいの病床数でも各圏域の必要数を

満たすことができる。推定値3における病床利用率90%は、全国平均の81.5%よりはかなり大きな値であるが、昭和57年の北海道におけるそれは88.5%であるから、非現実的な利用率とはいえないし、その程度の効率化は可能であろう。ただし、病床利用率は、有床施設における医師をはじめとする人的資源の充足度に左右されると考えられるから、効率化の問題は人的資源の配分とも関連してくる。また、必要病床数は、Iの(4)で述べた推定式にみられるように、患者の在院日数によっても大きく規定される。日本では、欧米に比べて在院日数がかかなり長いことが知られており、この点の改善が進めば、必要病床数は推定値3よりも少なくなり、現有病床数でも十分に地域の需要に応じた公平配分が可能と思われる。

ところで、各圏域の現実値と推定値のそれぞれの人口10万対の値を用いて両者の積率相関係数を算出すると、ケース1では0.294 ($p < 0.2$)、ケース2では0.293 ($p < 0.2$)、ケース3では0.279 (p

表7 必要病床数（一般病床）

コード No.	保健医療圏	実 数						人 口 10 万 対				
		現実値	推定値1	推定値2	推定値3	差1	差2	差3	現実値	推定値1	推定値2	推定値3
1	札幌	26047	24404	22960	21693	1643	3078	4354	1507	1412	1329	1255
2	後志	3482	3422	3221	3042	60	261	440	1942	1909	1797	1697
3	南渡島	9460	11140	10484	9902	-1680	-1024	-442	1541	1815	1708	1613
4	南空知	3756	4797	4515	4269	-1041	-759	-508	1485	1896	1785	1688
5	中空知	2645	3123	2939	2776	-478	-294	-131	1585	1872	1761	1664
6	北空知	1275	1290	1214	1147	-15	61	128	2052	2076	1953	1846
7	上川中部	7124	6803	6403	6047	321	721	1077	1685	1609	1515	1430
8	上川北部	1131	1989	1872	1768	-858	-741	-637	2041	3589	3378	3190
9	富良野	625	997	938	886	-372	-313	-261	1128	1798	1692	1599
10	南 檜 山	668	948	892	843	-280	-224	-175	1392	1976	1859	1579
11	北渡島・檜山	878	1082	1019	962	-204	-141	-84	1582	1950	1836	1734
12	西胆振	4067	4369	4112	3883	-302	-45	184	1540	1654	1557	1470
13	東胆振	2437	3094	2912	2750	-621	-439	-277	1160	1473	1386	1309
14	日 高	1156	1808	1702	1607	-652	-546	-451	1128	1765	1661	1569
15	十勝	4283	5833	5490	5185	-1550	-1207	-902	1204	1640	1543	1457
16	釧路	3657	4580	4317	4077	-929	-660	-420	1142	1431	1348	1274
17	根 室	808	1510	1422	1343	-702	-614	-535	819	1530	1441	1453
18	北 網	3210	4298	4045	3821	-1088	-835	-611	1221	1635	1539	1454
19	遠 軽	1886	1976	1859	1756	-90	27	130	1760	1844	1734	1638
20	宗 谷	817	1810	1704	1609	-993	-887	-792	783	1735	1633	1542
21	留 萌	971	1673	1578	1487	-702	-604	-516	1100	1896	1788	1685
北 海 道		80419	90953	85603	80847	-10534	-5184	-428	1435	1623	1527	1442

(注) 推定値1, 推定値2, 推定値3は、病床利用率がそれぞれ80%, 85%, 90%の場合。

<0.3)である。医師、歯科医師とは異なり、北海道における病床の地域的配分に関しては“Inverse care law”が認められず、相関の程度は低いながらも、現実値と推定値とは順相関を示している。しかしながら、ケースごとの相関係数はいずれも有意ではなく、地域の需要に対応して病床が配分されているともいえない。

各圏域についてみると、札幌圏への病床の集中が著しく、病床利用率を90%としたときの過剰分は、十勝圏の現有病床数に匹敵するほどである。札幌圏のもつ広域サービス機能を考慮したとしても、その過剰の割合はきわめて大きいといえる。そして逆に、利用率を90%とした場合でさえ、南空知、上川北部、十勝、根室、北網、宗谷、留萌の7圏域では、不足病床数がなお500床以上にもほるのである。

V 結 び

本稿では、北海道における地域保健医療計画の基本的計画単位として設定されている第二次保健医療圏を分析単位として、保健医療資源の地域的配分における格差を検討した。北海道においては、昭和45年頃を境にして医師、歯科医師、一般病院、一般病床といった基幹的保健医療資源は、その数を着実に増加させてきたが、それとともに地域間の配分格差が拡大してきており、とくに医師、歯科医師は、近年になってその傾向が顕著である。これらは、圏域の需要量を考慮しない形式的配分格差の変動過程にみられた現象である。潜在需要量に基づいた実質的配分格差を検討すると、それは通常の人口10万対で表示される形式的配分格差とはかなり異なった様相を示す。医師、歯科医師、一般病床の三者について検討すると、医師、歯科医師は、形式的配分格差に比べて実質的配分格差の方がはるかに大きく、一般病床に関してはみかけほど格差が小さくないことが明らかにされた。そして、それら諸資源の必要数を各第二次保健医療圏ごとに推定し、それらの10万対の値と現実値の10万対の値を用いて両者の関係を検討すると、医師、歯科医師に関しては明確な

“inverse care law”が認められたが、一般病床には認められなかった。

今日要請されている地域保健医療計画は、地域の需要に応じて保健医療諸資源を適正に配分し、効率的・合理的な保健医療サービスの供給体制を樹立することにある。北海道においてそれを実現しようとするには、医師に関しては北海道全体で現在よりも約30%の増加が必要とされるが、歯科医師および一般病床に関しては、現有資源量の再配分によっても各圏域の需要量に対応した実質的な公平配分が可能であることが明らかにされた。したがって、北海道における地域保健医療計画の当面の課題は、医師増を図ることと、歯科医師と病床に関しては再配分計画を進めることであるといえる。

しかしながら、医師に関していえば、道内の医大・医学部の定員増は、これまでのところ道内の医師増にあまり寄与しておらず、今後大幅な医師増を北海道が独自に計画するには困難が多く²⁴⁾、全国レベルでの医師の供給・配分計画がかなり強力に進められることが必要とされよう。しかし、北海道全体の医師が増加したからといって、道内における地域配分格差が縮小するという保証はない。一県一医大政策は、全国の医師数を大幅に増加させたが、同時に地域間格差が拡大したことが指摘されているし²⁵⁾、医師の供給量を増加させても地域的公平配分は容易には実現しないこともしばしば論じられている²⁶⁾。本稿における地域的配分過程の分析結果もそのことを裏づけており、歯科医師や一般病床のように地域的公平配分が可能な資源量を現有していたとしても、現実には地域配分格差は大きい。

自由開業医制の下では、保健医療資源の再配分は行政施策だけでは実現が困難である。とりわけ医師、歯科医師に関しては、立地の誘導策を講じることが唯一の方法であろうが、自治医大の設立、医療過疎地域における医大生への奨学制度や医師勧誘のための特別待遇策なども期待した効果は挙げられていない。しかし、医師過剰が論議される中で、医師側からも地域的な「適正配分」への関心は今後いっそう高まることと思われる。医師の

立地要因²⁷⁾とさらに詳細な保健医療需要²⁸⁾の分析を通じて、立地—配分のための計画モデルを構築していくことが、今後の地域保健医療計画にとって重要な課題となろう。本稿は、そのための基礎的分析の試みである。

(注)

- 1) 佐口卓『医療の社会化』勁草書房, 1982年。
- 2) J. T. Hart, "The Inverse Care Law", *The Lancet*, Feb. 27, 1971, pp. 405-412
- 3) W. A. Rushing and G. T. Wade, "Community Structure Constraints on Distribution of Physicians", *Health Services Research*, Winter, 1973, pp. 283-297.
- 4) G. D. Jud and J. L. Harrison, "Another Look at the Distribution of Physicians", *The Review of Regional Studies*, vol. 5, No. 1, 1975, pp. 61-75.
- 5) J. G. Anderson and D. E. Bartkus, "Physician Location and Distribution: A Social Systems Approach", *Socio-Econ. Plan. Sci.*, vol. 10, 1976, pp. 213-221.
- 6) L. Busch and C. Dale, "The Changing Distribution of Physicians", *Socio-Econ. Plan. Sci.*, vol. 12, 1978, pp. 167-176.
- 7) P. L. Knox, "Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy", *Soc. Sci. & Med.*, vol. 13D, 1979, pp. 111-121.
- 8) R. J. Stimson, "The Provision and Use of General Practitioner Services in Adelaide, Australia: Application of Tools of Locational Analysis and Theories of Provider and User Spatial Behaviour", *Soc. Sci. & Med.*, vol. 15D, 1981, pp. 27-44.
- 9) P. Townsend and Nick Davidson eds., *Inequalities in Health: The Black Report*, Penguin books, 1982.
- 10) M. Clarke ed., *Planning and Analysis in Health Care Systems*, Pion, 1984.
- 11) 北海道『北海道保健医療計画』1980年。
- 12) 国民健康調査によれば、入一通院時の医療機関までの所要時間は2時間未満で98%の累積率であり、この値はこの10年間変化がないので、北海道における第二次保健医療圏の大きさは、受療行動圏の最大の広がりとなしよ。
- 13) 第一次保健医療圏としての市町村区域ならびに保健所区域を単位とする分析は次の拙稿でとりあげた。
T. Oda, "A Measurement of the Levels of Health and Health-Care Services, and the Classification of Health Regions in Hokkaido, Japan", *Environmental Science, Hokkaido*, Hokkaido Univ., vol. 7, No. 1, 1984, pp. 65-93., "The Community Health Level and the Distribution of Health Resources: A Case Study, Hokkaido, Japan", *Environmental Science, Hokkaido*, Hokkaido Univ., vol. 7, No. 2, 1984, pp. 179-194.
- 14) たとえば以下の文献。R. Anderson, "Health Status Indices and Access to Medical Care", *Amer. Jour. of Public Health*, Vol. 68, No. 5, 1978, pp. 458-463, L. Bach, "The Problems of Aggregation and Distance for Analysis of Accessibility and Access Opportunity in Location-Allocation Models", *Environment and Planning A*, vol. 13, 1981, pp. 955-978.
- 15) たとえば, D. L. Brown, "The Distribution of Physicians and Dentists in Incorporated Place of Upper Midwest, 1950-1970", *Rural Sociology*, vol. 39, No. 2, 1974, pp. 205-204.
- 16) 高山憲之『不平等の経済分析』東洋経済新報社, 1982年, 84頁。
- 17) 小田利勝「救急医療の組織」保健・医療社会学会研究会編『保健医療の組織と行動』垣内出版, 1980年, 65-99頁。
- 18) 『国民健康調査』および『患者調査』の各年版を参照。
- 19) 年齢は保健医療需要の規定因として絶対的なものではないが、有病率、受療率の全国調査の結果において、他の属性項目に比べて標準誤差率が全体的に小さく、近年では年齢別の有病率、受療率が比較的安定的に推移しているのでこの方法をとることにした。
- 20) 大友篤『地域分析入門』東洋経済新報社, 1982年, 84頁。
- 21) 北海道では、人口10万対の病院数、病床数は過去一貫して全国平均を大幅に上まわって推移してきている(小田・山村「北海道における保健医療資源の蓄積過程と地域分布変動」北海道都市学会年報『北海道都市』22号, 1985年, 6-18頁)。そして、非都市部では「病院医療サービス」の比重が大きく、「診療所医療サービス」が充実している都市的地域と明瞭な対比を示している(小田・山村「北海道における地域保健医療水準の分析」『北海道都市』21号, 1984年, 55-111頁)。
- 22) 初稿が審査中の昭和60年11月20日に、昭和59年の「医療施設調査」と「病院報告」の結果が厚生省から発表された(「北海道新聞」昭和60年11月21日朝刊4面による)。それによると、全国の一般診療所数の対前年増加率が初めてマイナスを記録し(-0.6%)、実数で442施設の減少となった。新規開業件数が廃業件数を下まわったためであるが、そのことに関して、「新しい医師は、過剰時代で経営面の苦勞が多い開業医よりも大病院勤務の専門医を目ざし、患者も大病院にかかりたがる傾向が強まっているせいではないか」という厚生省の談話と「開業医の増加を望む」という松石久義日本医師会理事の談話が報道されている。病院医療サービスの比重の増加は、医師の就業機会の増加であり、それはまた開業医の商圏確保にもつながることが、本稿での簡単

- な推定式からも推察されたが、医療需要の増大を前にして、一般診療所の減少は医師過剰論の論拠を早くも揺がすことになったともいえるのであり、病院勤務医の増加は、開業医にとっても、その意味ではむしろ望ましいことといえるのではないだろうか。
- 23) たとえば、長期在院患者を中間施設で在宅サービスによってケアしようとするシステムが求められているが、そうしたサービス供給体制の再編を考慮すれば、地域の保健医療需要や必要とする保健医療資源の推計もそれに即した方法で行われることになる。また、予防・検診活動など地域の保健事業への医師の参加・協力を考慮すれば、必要医師数は本稿での推計値よりも当然多くなる（この点に関して筆者は、第22回北海道都市学会研究発表会での「全道212市町村へのアンケート結果からみた保健医療行政の課題とその対応方法」と題する研究報告〈昭和60年11月20日。於：登別グランドホテル〉において、老人保健法施行以降の各市町村の保健事業の実際に照らしながら論じた。小田・山村「保健医療行政の課題と現実」北海道都市学会年報『北海道都市』23号、1986年、近刊）。そうしたサービス供給システムの今後の在り方および必要資源量とその配分に関しては別の機会に取り上げたい。
- 24) 小田・山村「地域医療資源の蓄積過程と配分過程」『日本都市計画学会学術研究論文集』第20号、1985年、469-474頁。
- 25) 経済企画庁『国民生活白書昭和57年版』1983年、99-108頁。
- 26) Rushing and Wade, *op. cit.*, R. Church and R. J. Stimson, "Modelling Spatial Allocation-Location Solutions for General Practitioner Medical Services in Cities", *Regional Science and Urban Economics*, vol. 13, 1983, pp. 161-172.
- 27) 医師の立地要因の分析は日本ではあまり試みられていないが、欧米では人間生態学的アプローチと行動論的アプローチの両方から多くの研究が手がけられている（小田「地域保健医療計画の課題と方法」『第58回日本社会学会大会 報告要旨』1985年、242-243頁）。また、最近では、“医療情報システムの活用や患者の転送・巡回への公的補助の拡大、医療過疎地勤務手当、地方勤務医への研修的サバティカル・イヤーの導入とそれを補完する保健看護システムの展開への公的育成”などが提案されているが（審査員のコメントに基づく）、それらに対する医師の態度や評価の分析も必要とされよう。
- 28) 本稿での地域的潜在保健医療需要および必要資源量の推計においては、いわゆる供給の需要誘発効果の問題を考慮するまでに至っていない。都市部における受療率が郡部におけるそれよりも高く、したがって対人口および対面積当りの医療資源密度が郡部よりもかなり高くても医業経営が成り立つこと、あるいは広域サービス機能を目的とする医療過疎地域における中核病院の整備が病院周辺地域の需要増をひき起こすことなどは、一つには供給の需要誘発効果の現われといえる。この問題を考慮して地域的潜在需要と必要資源量を推計するには、保健医療サービスの供給量1単位が生み出す需要量や需要側の限界効用に関する理論的検討を保健医療「ニード」と関連させて行い、それを組み込んだ推計式を用意する必要がある（このことに関しては、P. L. Knox *op. cit.*, R. J. Stimson *op. cit.* に若干の議論があるが、実証モデルにまでは至っていない）。本稿では、全国平均並の受療機会を基準として、それに比較して配分資源量の過不足や必要資源量を推定する方法をとったので、全国において実際に充足された需要 (met demand) = 年齢別受療率をベースとする推計式を用いた。

(おだ・としかつ 北海道大学環境科学研究科助手、
現、徳島大学総合科学部助教授)

謝辞：審査員から数多くの有意義なコメントをいただき
本稿の内容が改善されたことに対して厚く御礼申
上げます。

(初稿1985年10月20日、修正稿1985年12月9日)

社会保障発展パターンの国際比較研究

社会保障研究所では、「社会保障に関する基礎的かつ総合的な調査研究」の一環として、昭和59年度から2年間にわたって、「社会保障発展パターンの国際比較研究」に取り組んできた。初年度である昭和59年度は、主として、先行研究のサーヴェイと事例研究、および統計解析のためのデータ・ベースの作成に主眼をおいて研究を進めてきた。その成果として、すでに、『社会保障発展の国際比較・文献目録(解題)』(研究報告 No. 8501)を刊行したが、本報告は、従来わが国にはほとんど紹介されることのなかった、社会学・政治学関係および開発途上国関係の欧文文献のなかから5冊を選んでその内容を詳細に紹介し、コメントを加えたものである。

昭和60年度においては、データ・ベースを利用した計量分析を中心に研究を進めており、その成果は、本誌第22巻第4号に掲載の予定である。

本研究会の構成員は以下のとおりである。

主査 富永 健一(東京大学教授)

幹事 武川 正吾(社会保障研究所研究員)

下平 好博(社会保障研究所研究員)

委員 馬場啓之助(一橋大学名誉教授)

平石 長久(岐阜経済大学教授)

高橋 紘士(法政大学教授)

三重野 卓(防衛大学校助教授)

栃本一三郎(社会保障研究所研究員)

平岡 公一(明治学院大学助手)

李 仁之(東京大学大学院)

なお、前記の研究報告のほか、研究会での検討結果をもとに、以下の論文を研究会構成員が発表しているもので、あわせて参照していただければ幸いである。

馬場啓之助「主要諸国の社会保障給付額と国民経済の相関分析」『季刊社会保障研究』第21巻第2号, 1985年。

平石長久「途上国の社会保障制度——制度の導入を中心にして——」『海外社会保障情報』No. 70, 1985年。

下平好博「ハロルド・L・ウィレンスキーのコーポラティズム論」『海外社会保障情報』No. 70, 1985年。

下平好博「開発途上国における社会保障制度——シンガポールにおける一つの実験——」『海外社会保障情報』No. 74, 1986年。

平岡公一「統計からみた各国の社会保障の動向」『海外社会保障情報』No. 74, 1986年。

P. フローラ, A. J. ハイデンハイマー編

『欧米における福祉国家の発展』

Peter Flora and Arnold J. Heidenheimer (ed.), *The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick and London: Transaction Books, 1981.

平岡 公一

本書は、西ドイツ、アメリカ、イタリア、デンマークの大学に籍をおく政治学・社会学・歴史学・経済学専攻の研究者による、福祉国家発展の歴史に関する学際的な国際比較研究の論文集である

る。「はしがき」に編者が記しているところによると、ドイツとアメリカに本拠をおく二つの別個の研究グループが1977年にスイスで行った合同セミナーでの研究報告が、本書の原型になっている

とのことである。

その二つの研究グループについて若干の紹介をしておきたい。第1のグループは、本書の共編者の1人ハイデンハイマーとマーモア (T. Marmor) が中心となり、ヘクロ (H. Heclø), クードル (R. Kudrle), ウィレンスキー (H. Wilensky) など公共政策や社会政策の国際比較を専門とするアメリカの研究者からなる「欧州研究協議会社会政策研究グループ」である。第2のグループは、もう1人の編者フローラが中心となり、アルバー (J. Alber), コール (J. Kohl), クラウス (F. Kraus) など、主としてドイツの研究者からなる「西欧民主主義の歴史的指標に関する研究グループ」である。このグループは、1815年以降の西欧・北歐13ヵ国¹⁾の政治・社会・経済変動に関する歴史統計を、計量的比較研究に利用できるような形で集大成することを目的として、統計資料の蒐集、比較検討、整理に取り組んできた。この共同作業の成果は、Peter Flora (ed.) *State, Economy and Society in Western Europe 1815-1975: A Data Handbook in two Volumes*, Frankfurt: Campus Verlag, としてまとめられている (第1巻のみ既刊 [1983年刊]。邦訳も原書房から刊行されている)。

以上述べてきた本書刊行の経緯からも予想されるように、本書において採用されている研究方法は次のような特徴をもっている。まず、第1に、本書は19世紀末以降今日までに至る西欧・北歐・北米諸国の福祉国家の発展を研究の対象としている。先進資本主義国の福祉国家発展に関する歴史的・実証的研究ということが出来る。第2に、本書で採用されているアプローチは、歴史学の実証研究の場合とはやや異なっており、社会学・政治学の近代化論の理論的枠組が前提にされているということがいえる。このことは、「われわれは、福祉国家を、近代化の一般的現象として、すなわち、一方における分化の増大および社会の規模の拡大の、また、他方における社会的・政治的動員の過程の産物として解釈する」という序章 (p. 8) における編者の言葉にはっきりと表現されている。特に、欧州側のグループの場合、政治学者ロッカ (S. Rokkan) の欧州政治発展理論の影響が強く、

その理論において政治発展の基本的4次元とされたもの——国家形成、民族形成、政治権の制度化、社会権の制度化 (福祉国家の形成)——のうち、ロッカ自身が手をつけなかった福祉国家の形成という次元に関する実証研究の成果であるというように本書を位置づけている (Flora, op. cit., p. 6)。第3には、国際比較という方法が本書所収のどの論文でも用いられているが、3ヵ国以上の国を対象とし、数量的なデータを利用し統計的な手法を用いて分析を行っている点に従来の研究とは異なった特徴がみられる。これは、前記の西欧・北歐の歴史統計集の編纂によって可能になったものだが、アメリカ・カナダについても同様に比較可能な統計を作成して分析に利用している。ただし、ケース数が少ないことと、データの質の限界から、統計的方法に過度に依存することは避け、事例研究的方法も併用されている。

続いて、各論文の紹介に移ることにしたい。

まず、共編者の共同執筆による冒頭の論文 (第1部「福祉国家とは何か」の第1章「福祉国家の歴史的中核と変化する境界」) であるが、ここでは、本書の寄稿者の共通理解になっていると思われる基本的な分析視角を提示することが試みられている。それは、すでに述べた点との重複を避けながら要約すると次の3点にまとめられるだろう。(1) マーシャルやティトマスに代表されるイギリスでの社会政策研究は、政策へのインパクトという点において歴史的に類例を見ないものであって高く評価できるが、そこでの福祉国家に対する認識には「文化被拘束的 (culture-bound)」な面がある。イギリスの経験は西欧全体を代表するものではない。本書では、近代化の理論に基礎をおきながら国際比較の視点を重視する。(2) 近代福祉国家の歴史的中核は、他の社会的諸施策との関連性が重視されねばならないという留保条件つきで、労働者の生活保障のための社会保険制度に求めることができる。(3) 福祉国家の境界線は、給付水準の向上や給付対象の拡大によって、しだいに曖昧になりつつある。

第2部は、「なぜ、また、どのように福祉国家は成長したか——規定要因と変異」というタイト

ルに示されるように、福祉国家の発展を規定する一般的な条件を歴史的データを用いて計量的に分析しようという野心的な試みである。特に、第2章「ヨーロッパにおける近代化・民主化と福祉国家の発展」(フローラ=アルバー)は、40ページを超える長大な論文であり、その理論的視角や分析手法の点からみても本書を代表するのにふさわしい論文といえる。この論文は、大きく分けて三つの部分からなっている。第1の部分では、福祉国家の発展に関する理論的枠組が提示される。この枠組は、社会学の近代化・産業化の理論の展開としてきわめてオーソドックスなもので、あえてここで詳しく紹介する必要もないだろうが、①社会の構造一機能分化による労働問題の発生、②政治権の制度化の帰結としての社会権の生成、③国家官僚制による市場(および結社)の統制、代替、補完の拡大、という三つの側面を統合的にとらえることに主眼がおかれている。続く第2の部分は、福祉国家発展の歴史に関する記述的な説明が中心になっているが、社会保険制度の導入の順序や適用範囲の拡大のパターンなどについての経験的一般化など興味深い試みもみられる。第3の部分は、仮説検証型の分析を行っている部分である。ここでの分析の焦点は、福祉国家への制度的ブレイクスルーとしての社会保険の導入(立法)に対して、①工業化・都市化の水準、②労働者階級の政治的動員の水準、③政治体制(議会制民主主義か立憲君主制か)という要因がどのような影響を及ぼしているかという点である。この点を明らかにするために、①②③に関する歴史的データを用いるとともに、西欧・北欧12ヵ国の初期の社会保険制度の核となった74の法律の制定年次をデータとして巧みに利用して計量的な分析を行っている。やや込み入った手法なのでここで紹介できないのが残念だが、歴史的なデータでケース数が少ない場合に有効な分析手法として大いに参考になるものである。その分析の結果得られた多岐にわたる知見のうち、主要なものとしては、①20世紀初頭以前の時期においては、立憲一二重君主制の国の方が議会民主制を確立していた国よりも、社会保険制度を早い時期に導入する傾向がある、

②それ以降の時期については、工業化・都市化の水準と政治的動員とは、社会保険制度の導入の促進要因として代替的關係にある、といった点がある。

第3章「北米における福祉国家の発展」(クードル=マーマー)は、アメリカ合衆国とカナダの福祉国家の発展が、欧州諸国と比べた場合にどのような共通の特徴を持っているのか、また2国間の相違はどのような点にみられるのかを、事例研究と数量的分析を組み合わせて明らかにしようと試みたものである。欧州と比較した場合のアメリカ・カナダ2国の共通の特徴としては、社会保険制度の適用範囲の拡大テンポに関しても、社会保障の費用面に関しても、欧州諸国より一般的に立ち遅れているという点が挙げられている。カナダとアメリカの相違点としては、①カナダの方が福祉国家の発展が一般的にみて早い、②カナダの制度の方が給付水準や適用範囲において優れている、③カナダの制度の方が着実に発展する傾向がある、④アメリカにおける政策革新は、危機的状況に対する対応として行われることが多い、⑤福祉政策への財政方式はカナダの方がより平等主義的、という仮説を構成して検証を行っており、制度のタイプによって異なった結果が出ているものの、おおむね以上の仮説を支持する結果が得られている。

第2部が、「福祉国家の歴史的発展のおおまかな全体像を描きだす」ことをねらいとしているのに対して、続く第3部「社会保障——社会経済的・政治的変数の重要性」に所収の二つの論文は、対象とする地域、あるいは制度の種類を限定して、社会政策の中核をなす社会保障制度の発展についてさらにきめ細かく分析しようとするものである。

第4章「スカンジナビアにおける社会保険制度の発展」(クーンレ [S. Kuhnle])は、19世紀末から20世紀初頭にかけての北欧4国における社会保険の導入の時期と導入された制度のタイプの違いがどのような要因によって規定されているかを数量的データを駆使しながら分析したものである。ビスマルク社会保険の影響を重視する「伝播

(diffusion)」説が妥当せず、社会経済発展と政治的動員の水準の方が重要な要因であること、また、強制保険制度を導入するかどうかは任意保険制度がどの程度普及しているかによって左右されたことを明らかにしている。

第5章「失業の挑戦に対する政府の反応——西欧諸国における失業保険の発展」(アルバー)は、西欧・北欧諸国における失業保険制度の構造とその変化の趨勢の分析を行い、さらに、制度の導入・発展における政治的要因を分析したものである。特に、失業保険制度の構造的な特性を、①給付の気前よさ(給付水準・期間)、②統制(待機・支給停止期間)、③介入(強制保険か任意保険か)、④再分配(拠出・給付の型)という四つの次元からなるものとしてとらえ、その相互の関連と歴史的变化を分析している点は、斬新な視点と手法による分析として注目される。失業保険制度の導入・発展における国ごとの差異をもたらす要因としては、制度の経過年数と導入時の制度の特性、失業の深刻性、政権政党のタイプ(自由主義政党か保守政党か労働者政党か)という三つの要因が作用していることが検証されている。

続く第4部「経済的平等——所得分配」第6章「西欧およびアメリカ合衆国における所得不平等の歴史的發展」(クラウス)は、主として租税統計を利用し、そのカバーする範囲や信頼性を吟味して適切な組み替えや補正を行うことによって欧米9ヶ国の19世紀初頭から1970年までの所得分配のデータベースを作成し、それを利用して所得分配の歴史的变化を分析し、また、経済学・社会学・政治学の先行研究と関連づけて理論的検討を行ったものである。広範な資料の蒐集と吟味・比較検討にもとづいて作成されたデータベースは所得分配の歴史的研究の水準を高めることが期待される。また、クロス・セクショナルなデータによる分析の結果と歴史的データに基づく分析の結果が必ずしも一致していないという指摘も、この種の研究を進めるうえで留意すべき重要な点であろう。

第5部「教育機会——教育への接近可能性と福祉国家発展における優先順位」は、教育機会の拡

大・平等化を福祉国家の発展との関連で位置づけて分析している2本の論文からなっている。第7章「産業化の時期の欧州における教育機会と政府の政策」(ケルブレ [H. Kaelble])は、19世紀から1914年までの欧州における中高等教育の機会の変化を政府の教育政策と関連づけながら分析しようとしたものである。ここでも歴史統計が活用されているが、特にイギリス・フランス・ドイツに関しては、学生・生徒の親の職業に関する調査結果を広範に蒐集・整理して階級間の教育機会の格差が歴史的にどのように変化していったかを分析している。第8章「欧州とアメリカにおける教育と社会保障の受給資格」(ハイデンハイマー)は、欧州諸国とアメリカを比較した場合に、多くの欧州諸国の方がアメリカより社会保障の発展において先行し、中高等教育の普及において立ち遅れた事実に着目し、その歴史的背景を明らかにしようとしたものである。特にドイツとアメリカの比較に重点が置かれており、ドイツにおける官僚主義的伝統とアメリカにおける多元主義的伝統が、福祉国家発展の初期における教育と社会保障の発展パターンの両国間の違いをもたらしたと結論づけている。そして、基本的には二つの発展パターンが収斂する傾向を認めながら、官僚主義あるいは多元主義という伝統が両国の教育・福祉政策の発展にとってどのような制約条件を課してきたのかを検討している。

第6部「成長の終焉? 財政能力と抑制圧力」は、「福祉国家の危機」といわれる問題状況を生みだした歴史的背景や政治的要因を探ることを課題とする3本の論文からなっている。第9章「西欧および北米における戦後の公共支出拡大のトレンドと問題点」(コール)は、西欧・北欧・北米14ヶ国の1950年から1975年までの公共支出に関するデータを利用して、公共支出、とりわけそのうちの社会支出の拡大の構造とその背景を、経済成長および政治的要因(政権政党のタイプ)との関連で分析したものである。経済成長が公共支出に与えるインパクトは社会的移転と公共投資では異なっていること、また、政権政党のイデオロギーよりも連合政権の政治力学の方が公共支出の規定

要因として重要であること、など興味深い知見が得られている。また、経済不況下における政府の借入金の増大傾向についても分析がなされている。

第10章「左翼主義、カソリズムと民主的コーポラティズム」(ウィレンスキー)は、反税・反福祉運動を引き起こす条件を、租税の可視性、コーポラティズム、政党制度という要因との関連で分析した前著『「新しいコーポラティズム」と集権化と福祉国家』²⁾をふまえ、さらに左翼政党とカトリック政党の強さという要因を加えて分析を深めようと試みたものである。分析の手法としては、パス解析と多重クロス表による分析が併用されている。左翼政党・カトリック政党の強さの指標として、政権参加の程度に関する評価尺度を作成して分析を行っているが、その結果明らかになったことは、一つには、左翼政党が強い力をもつと、税の可視性(所得税・財産税等の比重)が高まり、そのことが反税・反福祉運動を引き起こす原因となるが、カトリック政党の場合には逆の要因連関によってそれが抑えられるということである。しかし、また、政権の安定性という要因も重要であって、カトリック政党と左翼政党の競争が激しく政権交替が多い場合には、福祉支出が膨脹する傾向があることも示されている。今後の方向としては、租税構造のバランス回復とコーポラティズムへの動きがみられ、カトリック政党と左翼政党のいずれが強い力を持つにせよコーポラティズムの下で高支出高負担という方向に収斂するのではないかと示唆している。

第11章「新しい福祉国家に向かって?」(ヘクロ)は、福祉国家の発展段階を「実験期」「強化期」「拡張期」「再編期」の4段階に区分し、それぞれの段階の社会政策の特徴や問題点を経済・政治システムとの関連で分析して手際よく整理し、「再編期」にはいった福祉国家の将来展望を試みているものである。1950年代から60年代にかけての「拡張期」においては、歴史上例のない持続的経済成長に支えられて社会政策は急激に拡張したが、そのことが、戦中・戦後の窮乏の時期に形成された福祉国家の基本構造との間のギャップを拡げ、そこから税負担の重圧感、分配をめぐる競争

の激化、福祉拡大への政治的コミットメントの希薄化といった現象が引き起こされ、そのことが今日の「福祉国家の危機」と呼ばれる状況の原因になっていると分析している。しかし、筆者は、「民主主義の過剰」とか「政府の過剰負担」といった議論に与して「新しい悲観主義」に陥ることは拒否し、先進諸国は、民主主義的福祉国家の基礎になってきた個人の自由、社会的平等、経済的保障という諸価値がいずれも重要であってどれかを絶対的に優先することができないことを自覚しながら、それらを困難な条件のなかで実現していく新たな方法を模索する時期に入ってきていると主張する。前章までの論文とは必ずしも有機的に結びついているとはいえないものの、本書全体の総括という位置を占めるのに相応しい内容を持つ論文である。

以上、本書に所収の各論文の内容を紹介してきたが、本書は、社会学・政治学の近代化理論を社会保障・福祉国家の発展についての研究に適用する場合の一つのモデルとなるべきものであろうし、また、わが国ではほとんど研究されていない英・米・独・仏以外の諸国の福祉国家・社会保障の歴史についても多くの知識を与えてくれる。しかし、おそらく、本書の——あるいは、本書を生みだすもとになった研究プロジェクトの、といった方がよいかもしれないが——最大の貢献は、福祉国家の発展に関する歴史統計の体系的な蒐集、検討、整理、利用という点にあるのではないかと思われる。本書は、近年における計量的歴史社会学(あるいは数量社会史)研究の主要な成果の一つといってよいのではないかと思う。

理論的には、やや物足りない部分もないわけではない。それは福祉国家発展の要因として、都市化・工業化といった社会・経済的要因と、民主制の発展や労働運動の組織化といった政治的要因をそれぞれ別個にとらえて分析しているが、政治的要因の背後にある社会・経済的条件が十分分析されていないように思えた。「近代化の型」と福祉国家発展の関連という問題設定が行われてよかったのではないかと思う。これは、近代化の日本の特質と福祉政策の発展との関連というテーマに関

心を持つ者ならば誰でも抱く感想ではないかと思う。

しかし、いずれにせよ本書所収の論文は、どれもが相当の力作で内容豊富であり、ここで紹介してきたのはごく一部分にすぎない。資料の制約などからテンタティブな結論に終わっている部分もあるが、それらもこれから研究の出発点としての意義を認められるものばかりである。本書全体では、実に多くの命題が提示され、豊富なデータをもって検証に付されている。評者は、社会保障の歴史研究を専門にしていないので、歴史研究という観点から本書の評価と位置づけを的確に行う能力は

持ち合わせていないが、少なくとも欧米における研究のレベルを知るためにも必読の文献なのではないかと考える。

(注)

- 1) オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、西ドイツ、アイルランド、イタリア、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイス、イギリス（連合王国）の13ヵ国。
- 2) Harold L. Wilensky, *The 'New Corporatism', Centralization and the Welfare State*, Sage Publication, 1976. この著書については、『海外社会保障情報』No. 70に下平好博による紹介がある。

K. A. グレンベール著

『大衆社会と福祉の拡大 1960—1970』

Kirsten A. Grønberg, *Mass Society and the Extension of Welfare 1960-1970*, the University of Chicago Press, 1977, pp. 266+xiii.

三重野 卓

60年代（シックスティーズ）とは、一体、何であったのだろうか？ それは、いま考えると、現在の状況への転換、すなわち経済の低成長化、時代の停滞への予感が、その地下で進んでいたとはいえ、当時欧米諸国では大量生産、大量消費が可能になっており、持続的な成長が信じられていた古き良き時代であった。中流階級が一般化し、50年代の新しい息吹きがまだ信じられ、そして、高度成長の中でその逆機能が顕在化し（公害、管理・画一化など）、社会運動がまだ輝きをもっていた時代、そして、社会が“熱い社会”であり、その混沌の中でまだ幻想をもてた時代、それが60年代であったといえよう。

レコードに針を落とせば、なつかしいメロディーが聴こえてくる。ビートルズはもちろんのこと、50年代から続いたポール・アンカ、コニー・フランシス、不吉な予感とともに死んだジャニス・ジョップリン、そして、タイガーズ……。い

ま、80年代後半を迎えて、わが国では音楽、ファッション、風俗、文化、そして、2年前の全共闘回顧まで、60年代回帰といわれている。さらに19世紀末、1920年代にも注意が向けられ、アールデコまで回帰しているともいわれている。ニューサイエンスのフロンティアは、あのなつかしいマルクス主義である、という主張もある。そして、現在わが国では成熟社会（経済）であるといわれ、街にはものが溢れ、管理中枢が曖昧になった相互制御システムが、じわじわ、われわれの首を絞めている。高度産業社会の中に埋没しながら、われわれは過去を振り返る。もちろん、若い子たちにとっては、60年代の中にこそ目新しさがあるとしても、おそらく時代状況が閉塞しているから、こういうブームが起きるといった方が正しいだろう。人間社会とか文化というものは、はたして進化するものであろうか？ 技術革新は加速化しており、商品の差異化の中で人々は走り続ける。しかし、

心を持つ者ならば誰でも抱く感想ではないかと思う。

しかし、いずれにせよ本書所収の論文は、どれもが相当の力作で内容豊富であり、ここで紹介してきたのはごく一部分にすぎない。資料の制約などからテンタティブな結論に終わっている部分もあるが、それらもこれから研究の出発点としての意義を認められるものばかりである。本書全体では、実に多くの命題が提示され、豊富なデータをもって検証に付されている。評者は、社会保障の歴史研究を専門にしていないので、歴史研究という観点から本書の評価と位置づけを的確に行う能力は

持ち合わせていないが、少なくとも欧米における研究のレベルを知るためにも必読の文献なのではないかと考える。

(注)

- 1) オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、西ドイツ、アイルランド、イタリア、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイス、イギリス（連合王国）の13ヵ国。
- 2) Harold L. Wilensky, *The 'New Corporatism', Centralization and the Welfare State*, Sage Publication, 1976. この著書については、『海外社会保障情報』No. 70に下平好博による紹介がある。

K. A. グレンベール著

『大衆社会と福祉の拡大 1960—1970』

Kirsten A. Grønberg, *Mass Society and the Extension of Welfare 1960-1970*, the University of Chicago Press, 1977, pp. 266+xiii.

三重野 卓

60年代（シックスティーズ）とは、一体、何であったのだろうか？ それは、いま考えると、現在の状況への転換、すなわち経済の低成長化、時代の停滞への予感が、その地下で進んでいたとはいえ、当時欧米諸国では大量生産、大量消費が可能になっており、持続的な成長が信じられていた古き良き時代であった。中流階級が一般化し、50年代の新しい息吹きがまだ信じられ、そして、高度成長の中でその逆機能が顕在化し（公害、管理・画一化など）、社会運動がまだ輝きをもっていた時代、そして、社会が“熱い社会”であり、その混沌の中でまだ幻想をもてた時代、それが60年代であったといえよう。

レコードに針を落とせば、なつかしいメロディーが聴こえてくる。ビートルズはもちろんのこと、50年代から続いたポール・アンカ、コニー・フランシス、不吉な予感とともに死んだジャニス・ジョップリン、そして、タイガーズ……。い

ま、80年代後半を迎えて、わが国では音楽、ファッション、風俗、文化、そして、2年前の全共闘回顧まで、60年代回帰といわれている。さらに19世紀末、1920年代にも注意が向けられ、アールデコまで回帰しているともいわれている。ニューサイエンスのフロンティアは、あのなつかしいマルクス主義である、という主張もある。そして、現在わが国では成熟社会（経済）であるといわれ、街にはものが溢れ、管理中枢が曖昧になった相互制御システムが、じわじわ、われわれの首を絞めている。高度産業社会の中に埋没しながら、われわれは過去を振り返る。もちろん、若い子たちにとっては、60年代の中にこそ目新しさがあるとしても、おそらく時代状況が閉塞しているから、こういうブームが起きるといった方が正しいだろう。人間社会とか文化というものは、はたして進化するものであろうか？ 技術革新は加速化しており、商品の差異化の中で人々は走り続ける。しかし、

人間はふと立ち止まり、過去を振り返り、そしてそのとき、社会・文化は循環している(?)、という側面は否定できない。

われわれは、人々の福祉の実現ということを大きな国家目標のひとつとして(もっとも、国家とは共同幻想であるが……)設定し、福祉社会の実現のために疾走してきた。しかし、73年末のオイルショック以降、先進諸国では、どこかが狂ってきた。対 GNP 比の租税・社会保障費がさらに増大し、福祉国家の危機が叫ばれ、“納税者の反乱(?)”が起きた国もあった。高齢化の比率がまだ相対的に低いわが国でも、近年福祉に対する批判が声高に叫ばれ、生活権・社会権よりも、福祉というものは経済問題であるという短絡的(?)な主張もある。政治状況は大きく右旋回しているといえよう。

日本という国は、異常な国家である。われわれ日本人は、アメリカのことをよく知っているが、アメリカ人は日本についてあまり知らない。日本人は、ヨーロッパについては、イギリス、フランスには一応、関心をもっているが、イタリア、ギリシャについてはほとんど知らない。アジアについては、性的侵略(?)によって知識があるかもしれないが、アフリカについては、あの“We are the World”で関心をもったにすぎない。パックスアメリカーナの下で、惰眠をむさぼっていたわれわれは、その崩壊によって、いま自己を見失っているのかもしれない。

60年代に、アメリカは二つの大きな戦争を遂行した。ひとつはヴェトナム戦争であり、もうひとつは、“貧困への戦い”であった。ここでとりあげる、Kirsten A. Grønberg の“Mass Society and the Extension of Welfare”は、1960年から1970年にかけてのアメリカ合衆国における福祉に関するデータを分析することを主目的にしている。そしてそこでは、大衆社会(Mass Society)という用語がキー概念として使用されている。大衆ないしは大衆社会という概念は、もちろん、その国、時代状況を反映してさまざまである。たとえば、19世紀末のル・ボンの群集論は、“人間は群集の一員となる事実だけで、文明の段階を幾つもくだ

ってしまう”とし、その文明破壊的な側面にも光をあてている。また同じくフランスのタルドは、当時(1901年)のマスコミュニケーションの一般化の中で、公衆・世論の文脈で議論を発展させたし、オルテガはスペインの1920年代までの情況(独裁 vs. 革命勢力)を踏まえて、“精神の貴族性”の重要性を指摘した。ル・ボンの言説とヒトラーの大衆煽動に類似性があることは知られている。そして、フロムの“自由からの逃走”は、当時のナチズム、全体主義への危機を素描し、大衆社会の問題性を明らかにしたものである。一方、リースマンの伝統志向型・内部志向型性格から他者志向型性格への移行という図式(1951年)は、フロムの歴史変化の諸問題に社会的性格のつよい精神分析的な性格学を応用するという姿勢に影響を受け、アメリカ社会について分析したものであることは、有名であろう。

わが国においても、50年代、60年代に社会科学アカデミズムの分野で、大衆社会論が盛んであった。それは輸入学問に準拠したとはいえ、階級理論、マルクス主義の影響がつよく、“近代”の原理からそれが実現されていない現状を批判し、大衆の画一性、匿名性を問題にするものであった。その意味から、当時の大衆社会論は、そのネガティブな側面に焦点を合わせることが一般的であったといえよう。近年わが国では、再び大衆社会論が脚光をあび出しているが、たとえば、西部邁はオルテガに依拠し、“自己を懐疑することを忘れた現代人”を大衆と規定している。その一方で、山崎正和は、“硬い自我の個人主義”から“柔らかい自我の個人主義”への移行とともに、対人関係において、“顔のみえる個人”が出現する可能性がある」と述べ、大衆の変質を示唆している。そして、消費・マーケティングの分野からは、分衆(博報堂)、小衆(電通)というセグメントされた集合概念が提出され、大衆概念の批判がなされている(吉本隆明のさまざまな評論活動も参考になろう)。

議論はかなり協道にそれてしまったが、本書の大衆社会アプローチが面白い点は、今まで検討した諸説と趣きを異にし、大衆社会を価値中立的、ないしはポジティブな概念と見なしているという

事実にある。そして、大衆社会 (mass society) の概念を社会階層 (social stratification) と対比させ、さらにあの社会人類学で有名な中心 (center) と周縁 (periphery) の概念をも念頭に入れている、という点に特色がある。すなわち、福祉システムの拡張は、経済状態、個人・家族の依存性 (dependency) に基づく貧困に対処してなされるものであるとすると、これは理論的には、社会階層の問題に帰着する。一方、市民権の発達に公民権、政治的権利、そして社会権へと広がっていく動向に着目して、筆者は、これを、社会・政治変動の観点から、大衆社会化と規定する。大衆社会とは、排除された周縁のグループが中心のグループへ統合されていくことを意味し、それは都市化、産業化の動向と密接な関連があるといえる。もちろん、中心という場合、その価値という側面は重要であり、連邦政府の福祉に対する価値、考え方が各州へ広がるとか、州政府の考え方がその地方に広がるとか、たとえば、黒人 (周縁) が福祉サービスを受給でき、市民的生活 (中心) を送れるとか、さまざまに考えられる。産業化、都市化は市民権・社会権の拡大と密接な関連がある。ここでは周縁から中心への影響というイノベーティブな側面については言及されていないが、福祉政策の発展を大衆社会アプローチと関係づけ、市民権、都市化、産業化、中心一周縁まで組み込んでいる点は、評者には新しい方向に思えた。人種問題、州の強い独立性をも踏まえた、アメリカ社会に根ざした大衆社会論は、リースマンの議論に比肩できるともいえよう。

本書の目次は、次のとおりである。1. 合衆国における福祉危機—責任の重荷、2. 合衆国における大衆社会—概観・分析枠組、3. サービス受給—合衆国における有資格の必要条件、4. 個人的ニードか州の能力か?—一貧困へのアプローチ、5. 1960年—客観的貧困とニード、6. 1970年—相対的貧困と集合的対応、7. サービス受益の概念の変化、8. 1960年代—市民権の拡張の分岐点。ここで、第3章までは、課題設定や理論的、現実的問題をサーベイする部分であり、70年代の状況をも踏まえて議論が展開されている。そして、第

4章から第7章までが60年代についての実際のデータ解析であり、第8章が結論をなしている。

具体的には、第1章では60年代の福祉危機について述べられているが、その範囲、役割の増大に注目しており、もちろん、近年の経済停滞、高齢化との関係は対象になっていない。むしろ、貧困の概念を個人の責任、社会の責任との関連で検討し、さらに貧困についてのイデオロギー的議論、福祉システムの遅れについて言及している部分に特色がある。また、すでに述べた市民権の発達と大衆社会の関係について、精緻に検討されている。それに対して、第2章では合衆国の福祉政策と政治・経済状況について、ここでも市民権の発達との問題で述べられ、また、貧困への援助は、高度に産業化された社会で、福祉の役割として大きいものである (なぜなら、貧困は社会構造による) という認識の下に、詳しくその実際が述べられている。本書の研究デザインは、クロスセクションと継時的な分析を可能にするものであり、その分析対象は、AFDC (Aid to Families with Dependent Child) に限定している。そして、ここでは階層アプローチと大衆社会アプローチを適用し、時系列的にその説明力がどう変化するか、という点が焦点になる。AFDCの給付率を規定する独立変数は、次のとおりである。階層—一貧困線以下の比率、失業率 (男・女、14歳以上、16歳以上、完全、不完全)、欠損家族の比率、などに関する12変数。大衆社会—教育水準、上級ホワイトカラー比率、都市化、産業化 (男・女給与者)、選挙権、非農業者比率など、計9変数、脅威 (Threat)—黒人、非白人の比率、人口増加、移民に関する計17変数。財政能力—州の歳入、税 (1人当り) の2変数。

第3章では、AFDCについて、連邦政府が一応の基準を示し、財政支出を行うが、州によって、受給資格がその対象年齢、居住年月、家族関係、親の就業状況などによって大きく異なることが、具体的に示されている。また、AFDCの政策 (policy) を、その受給資格の面から尺度化 (TES = the Total Eligibility Score) しているが、それは計21項目からなって (当然、上記の対象年齢などを含む) おり、それぞれ0から2点を与え、州ごと

に合計するものである。また、AFDCの給付表(roll)は、実際の受給者比率で測定されるが、“南部”と“父の失業”で高くなっており、全体で1.7% (1960年)、2.9% (1970年)と増加している。なおここで重要な点は、TESとAFDCの受給者比率には、一定の関連性がない、ということである。

実際のデータ解析では、相関分析(単相関、偏相関)、回帰分析(ステップワイズ)、因子分析が使用されている。第4章では、一般に社会階層変数はAFDCの受給率と相関があり、大衆社会変数と脅威(Threat)変数はAFDCの政策と相関があることが明らかになっている。しかし、1970年になると、AFDCの受給率への大衆社会変数の重要性が高まる、という指摘もなされている。第5章では、1960年に着目してより精緻に分析すると、AFDCの受給率は階層変数と関連があるが(客観的貧困)、貧困をコントロールすると、より広い社会的ニードと関連することがわかる。これは市民権、社会権の発達、生活水準の向上を反映したものと、筆者は結論づける。そして、第6章では、1970年に市民権がさらに発展したため、大衆社会変数との関係が高まり、社会階層変数との関係が弱まったと指摘する(相対的貧困)。1960年から1970年にかけて、貧困に対する社会的責任の考え方が、州レベルで普及したともいえる。しかしこのことが貧困の消滅を意味しないことはいうまでもない。

以上の結果を踏まえて、AFDCの受給率を被説明変数とし、AFDCの政策(他の変数も含める)を独立変数として分析してみると、さまざまなことがわかる(第7章)。大衆社会現象が進展しているにもかかわらず、アメリカの中ではまだ格差があり、財政力にも差異がある。確かに、サービス受益の概念は変化しており、豊かな州(産業化が進み、市民権も発達)では、恥辱感(stigma)を受けず、社会的責任としてサービスを受けられるが、より貧しい州では絶望的な気分になれるし、その給付水準は低いし、福祉政策のレベルは受給率の増大による経済的、財政的圧力によって低くなる。福祉システムの発達にもかかわらず、まだ

それは不完全で、部分的であるというのが、筆者の結論である。また第8章では、これまでの議論をまとめ、福祉政策との関連で、大衆社会への限界について問題提起がなされている。すなわち、“真”の大衆社会のためには、スカンジナビア諸国の抱える問題は避けて通れず、またアメリカの風土・文化(州の独立性や私的活動の重視)の問題もあるし、ヘテロ社会、行政のリーダーシップの問題もある。受給資格者が実際に受給しているか、という疑問もある。しかしさらに重要なことは、ナショナル・レベルの標準的な福祉システムを構築できるかということである。それにより、市民権をさらに発展させ、格差をなくし、アメリカ社会の統合を維持できる、ということが結論である。

本書の直接の課題ではないが、60年代の貧困への戦いは、失敗に終わったといわれている。さまざまな問題があろうが、福祉政策が発展した60年代は、パイが拡大し、中流階級が一般化し、疎外された人々が社会に組み込まれていったという意味で、やはり、“熱い時代”であり、市民権・社会権のためにさまざまな運動が行われ、産業化、都市化により社会が大きく変貌した躍進の時代であると規定することができよう。

現在(70年代から80年代)のアメリカは、さまざまな問題に悩まされ続けている。たとえば、最近翻訳されたポール・L・ワクレル(土屋政雄訳)の「豊かさ」の貧困は、長いタイムスパンでみた場合、アメリカは経済的に豊かになっているが、それにもかかわらず、個人的不満が蓄積されている、と指摘する。もちろん、経済的貧困も未だ存在しているが、中流階級の窮乏感はとりわけ重要である。そして、それは心理的なものであるがゆえに、心理重視の価値観(体験の重視、他人との関係)への転換こそ必要であるというのが、彼の主張である(ワクレルの説は、既述の山崎正和と通じるところもある)。近年、わが国でも、“ものから心”へ、というスローガンが、ジャーナリズムで散見されるが、これは心・精神ともののかかわりに注目すべきである、ということの意味し、ものを軽視してもよい、という意味にとっ

てはならない（わが国の社会資本関連は、ストック面ではまだ不十分）。また、転換ということを考えて、たとえばイリッチ的世界への全面的移行は、先進諸国では不可能であろう。

ワクレルは、成長至上主義という価値に焦点を合わせて批判し、80年代の問題を指摘したが、実際には経済的にも完全に崩壊しているという説も注目を集めている。60年代の二つの戦争のうちの一つ、すなわちヴェトナム戦争による経済の衰退、70年代半ばのインフレ、それに続く経済の停滞、慢性的失業、そして経済の再建を目指した、減税と公的支出削減を柱としたレーガノミックス、その一方での軍拡（国際関係論のむずかしさは、ここでは触れない）……。ロレッタ・シュワルツ＝ノベル（小池代子訳）の“最後のメッセージ”は、いま3,000万人のアメリカ人が飢え、その状況は中流階級まで及んでいると指摘している。公的支出の削減は各種プログラム（給食サービス、不毛な農地、農家への援助など）の水準を下げ、社会保障手当の伸び悩み（物価・家賃の上昇）はニューピアを激増させる。それはあたかも、豊かさ（？）のあとにある廃墟の様相を呈している。この著作は、貧困線以下で生き延びている人々の悲惨な生活を、これでもかこれでもかと描写している。また、ジョン・O・ウィルソン（伊吹文明訳）の“中流階級の危機”も中流階級の夢の崩壊（登れなくなった職業の梯子、色あせたマイホームの夢、豊かな社会の終り、年金の危機）を示している。

サリンジャーの“ライ麦畑でつかまえて”は、1951年に出版されたが、60年代をとおして売れ続け、若者たちのバイブルになった。アメリカにおける中流階級の一般化の中で、主人公のホールデン少年は既存の価値観を嫌悪するが（ドロップアウト）、新しい価値観の確立されていないジレンマに悩む、そして過去への退行、少年のふりをした老人……。サリンジャーが激しく読まれた時代、福祉の発展がそれなりに促進され、そしていま豊かな（？）社会のあとにくるものが深刻な話題になっているのは、どういうインプリケーションを内包しているのであろうか？ ふと、そんなこと

を考えてしまった。

ここで主として書評にとりあげた“Mass Society and the Extension of Welfare”は、きわめてまじめな本である。もちろん、まじめの対立概念として何を設定するかという問題はある。まじめ—不まじめ、まじめ—おもしろい……。そもそも、2項対立を考えること自体、間違っているのかもしれない。いずれにせよ、地味で、堅実であるという意味で、まじめ（？）であり、計量性、客観性、科学性を志向しているというのが、本書の特色である。もちろん、指標・変数のとり方が、何らかの“厳密な”理論モデルに基づいているというより、むしろ、“それらしい”選び方をしている、という点も、ソフトな印象をもたせる。そして、記述的な姿勢を示し、60年代の福祉をめぐるリアリティを、70年代の後半の時点で明らかにしているという意味で、きわめて資料的価値のあるものといえる。単なる制度論に墮すことなく、虚偽に満ちたやさしさを装うことなく、マクロ社会的観点からアプローチしていることは、今後の研究にとって参考になろう。

しかし、われわれが客観性とか科学性・方法論的なものを志向（もっとも、そう高度なものではないが……）し続けたとき、われわれは、疲れ、そして物語性（フィクション）を希求したりするようになる。本書は、それ自体、完結したものをなしており、どこかにブレイクスルーするとか、ユートピア的に飛翔するところもなく、計算・分析に終始し（計算プロセスを辿っている部分は冗長な印象を免れない）、若干の問題提起（最終章）を行っている。何らかの単独の著書を読むとき、われわれは、その著者の感性に反応し（たとえそれが徹底した合理主義であっても……、拙著『福祉と社会計画の理論』白桃書房は、メカニクなひびきを志向した）、その著者の“顔”に興味を示す。その意味でいえば、本書は中途半端な顔をあらわしているといえる。

われわれが、過ぎ去った日々リアリティに想いをはせたり、古典をひも解いたりするとき、われわれは決してその時代そのものに戻ることはできない。本書は、筆者のいう意味での“大衆社

会”的状况が進展し、市民権・社会権の範囲が拡がり、福祉政策が発展していたアメリカの60年代を振り返るためには、恰好の著作である。しかし、高齢化がさらに進み、財政問題がより顕在化している現在の福祉に対する解決策を見出すことはできない。それにもかかわらず、そして今こそ、過去を振り返り、世紀末を考えるとときがきているのではなかろうか。60年代の福祉政策の発展、それにもかかわらず顕在化した貧困、社会権の見直しか？ 制度の再編（効率化）、ニーズの把握方法

なのか、精神的豊かさか？ 宗教的なものへの回帰か？ 経済政策の見直しか？ 軍拡をストップさせるのか？ 文化・風土の問題なのか？……。評者には、容易に解決策を示すことはできない。しかし、あらゆるブルー・プリント、予測、予想は、過去の把握から始まることを、ここで銘記すべきであろう。本稿は書評のスタイルとして、奇異なものにうつるかもしれない。アメリカの60年代を、より広いスコープの中に位置づけること、それがこの小論の目的であったといえる。

ボブ・ディーコン著 『社会政策と社会主義』

Bob Deacon, *Social Policy and Socialism*,
London: Pluto Press, 1983, pp. 307.

武川正吾

この本は、社会主義社会における社会政策のあり方を扱ったものである。このような言い方をすると、ひとは本書はいったい現実の社会主義社会における社会政策の実証分析をめざしているのか、あるいは社会主義的な社会政策の理念像を呈示しているのかと疑問に思うだろう。本書は、まず社会主義的社会政策の理念型を構成し、それを基準にして社会主義社会の比較分析を行うという方法論を採用することによって、そうした規範的理論と現状分析との双方を扱っている。

本書の目的は、著者によれば「社会主義的社会政策とは何か」「社会主義社会が英国あるいは他の西側資本主義国において実現するとすれば、いかなる形態の福祉供給がなされるか」「したがって社会主義者は、資本主義に反対する運動のなかで、どんな福祉目標のための闘争を追求しなければならないか」等々といった問題を明らかにすることであり、すぐれて実践的である。したがって、本書の最終的な結論の章は、イギリスにおける労働党から「新しい社会運動」にいたるさまざまな社会主義諸党派の政治戦略の概観と論評が行われ

ることになるのである。

しかし、このようなきわめて実践的な書物を「社会保障発展パターンの国際比較研究」の中間報告であるこの書評特集で取り上げるのは、本書の実践的な性格のゆえというよりは、本書のなかに含まれる実証的性格のゆえである。本書は社会政策の国際比較研究として、とりわけ比較社会主義社会政策の書物として読むことができるし、この書評では事実そのようなものとして読むことにする。したがって、以下の紹介・論評は著者の執筆動機に即してなされるというよりは、通常以上に評者の読書動機に基づいてなされており、そのような意味で非常に偏ったものであることはあらかじめお断りしておきたい。

本書の構成を知るために、まず目次を掲げておくと、次のようになる。

序論——福祉国家の危機

1. 社会主義理論と社会政策
2. 社会主義社会と社会政策——若干の理論的考察
3. 社会主義と保健——ロシア、東欧

4. 社会主義と保健——第三世界
5. 社会主義と所得保障
6. 社会主義, 住宅, 生活方法
7. 社会主義的社会政策——現実と展望

結論——イギリスにおける社会主義社会政策
のための闘争

目次からもわかるように、第3章から第6章までが比較社会主義社会政策の部分であり、そこで取り上げられる政策分野は保健医療政策、所得保障政策、住宅政策の3分野である。これらの分野に限定されるのは、これらの分野の重要性もさることながら、資料上の制約という便宜的な理由も大きい。保健医療政策の比較分析に紙数の大半が割かれているのは、なによりもこの分野における第2次資料の蓄積のゆえであり、対人社会サービスが割愛されているのは、それが重要でないからではなく、その重要性にもかかわらず調査の困難が作用して研究の蓄積に乏しいからである。比較の対象として取り上げられる社会主義国はソ連、ハンガリー、ポーランド、中国、キューバ、モザンビークである。対象国の選定も資料上の制約に応じて各政策分野ごとに異なり、どの分野にも顔を出しているのは、ソ連、ハンガリー、中国、キューバの4ヵ国である。

すでに述べたように、この比較分析は、理念的基準をあらかじめ設定しておいて、それを準拠にして現実を判断するという方法を採用しているが、この基準の創出の仕方がユニークである。本書は、まえがきおよび序論において述べられているように、大きく分けて、マルクス主義——といっても著者の場合、最近影響力を増したフェミニズムをも包含するものだが——とイギリスに特有な社会行政論 (social administration) という二つの理論的源泉を持っている。著者は後者から比較のための形式的枠組を導出し、前者によってその具体的内容を画定するのである。すなわち、後者によって、①「福祉提供にどのていど優先権が与えられるか」、②「福祉政策・福祉制度はどのように統制されるか」、③「どの機関が福祉サービスを提供するか」、④「福祉サービスの提供者と利用者のあいだの関係はどうか」、⑤「社会サービスの配

分にはどのような割当 (rationing) 手続きが用いられるか」、⑥「どのような家族政策および性別分業が前提されているか」といった六つの基準が導き出され、それぞれがさらに細分化され、それぞれの項目についてマルクス主義およびフェミニズムの理論に基づいて社会主義的社会政策のあるべき姿が定められるのである。たとえば、医療政策における「患者の地位」という形式に対しては、「医師の脱専門職化に伴い高くなる」という内容が与えられる。

著者は社会主義と共産主義を区別し、前者を後者への移行期として把握しているため、正確にいうと、ここで設定されるのは社会主義的社会政策の基準および共産主義的社会政策の基準の双方である。この点は、後にふれるように社会主義的社会政策の理念論としては興味深いのだが、この書評における比較社会主義社会政策という視点からすれば、共産主義社会というものが実在していない以上、この区別はそれほど重要ではないので、ここではこの点に深入りするのはやめておく。

保健政策の分野では以上に掲げた六つの基準がさらに細分化され、合計16の社会主義的社会政策(ないし共産主義的社会政策)の基準が設定され、それぞれの基準について主として2次資料に基づきながら、定性的判断が各国に対してなされていく。それぞれの基準の内容は社会主義ということも離れても興味深いのだが、紙数の都合からここでは省略しておく。結論からいえば、保健の分野ではソ連・東欧よりも第三世界の社会政策の方がより社会主義的である。16の基準のうちソ連、ハンガリー、ポーランドが満足しているのはそれぞれ6, 5.5, 4.5であるのに対して、中国、キューバ、モザンビークでは12, 10.5, 9だからである。ソ連・東欧の保健医療政策が、国家が主たる医療提供者であり、医師の地位が相対的に低く、保健部門における女性の雇用が多いなどの点で社会主義的であるにもかかわらず、幹部層に対する特権的病院が存在しており、西側資本主義国に比べて乳児死亡率が高く、平均余命が短いのに対して、第三世界の医療政策は治療よりも予防を重視しており、医療に対する民主的統制が行われ

ており、医療における分業が民主化されており、また、経済発展が同程度の近隣資本主義国に比べて乳児死亡率が低く、平均余命は長いのである。

なお、ソ連の医療政策について一言しておきたいのは、ソ連の医療支出の対 GDP 比 (2.5%, 1974年) は EC 諸国 (5.1—6.7%, 1971—72年) に比べて相当低いにもかかわらず、人口 1 人当りの医師数および病床数は西側資本主義国よりも多いという事実である。しかし、これはソ連では医師の所得が相対的に低く、医療における資本支出が少ないためである。

所得保障についても保健政策と同様の方法で合計 14 の基準を設定し、それぞれについて社会主義的か否かの判断がなされている。所得保障政策の場合は保健政策とは異なり、ソ連・東欧と第三世界のあいだにそれほど大きな相違はなく、総じていえば、現実の社会主義国の所得保障政策は社会主義的ではない。比較に供されるソ連、ハンガリー、中国、キューバの社会主義スコアは、14 点満点中それぞれ 6, 6.5, 5.5, 5.5 であって保健政策の場合よりも明らかに低い。

このような結果がでてくるのは、現存の社会主義社会においては、社会保障受給者の地位が一般の労働者に比べて低く、公的扶助受給のさいのミーンズテストの問題が解決されておらず、児童手当や母性給付が不十分なためである。しかし、このことは理想的な社会主義に比べて現実の社会主義の特徴であるだけでなく、資本主義国と比べた場合の社会主義国の特徴でもある。ソ連・東欧においては「労働に応じた分配」という原則があまりにも厳格に貫かれるために、社会的弱者に対する所得保障は不十分となっている。公的扶助は存在しないかあっても不十分であり、とくに失業者——タテマエ上は存在しないことになっているが、実際には存在する——に対する給付と児童手当については、ソ連・東欧は EC 諸国に比べてかなり低く抑えられているのが実情である。

住宅政策については、合計 15 の社会主義的社会政策の基準が設定される。住宅政策の結論は保健・医療政策と同様、第三世界の方がソ連・東欧よりも社会主義的だということである。ソ連、ハ

ンガリー、中国、キューバのスコアはそれぞれ 15 点満点中、5.5, 5.5, 11.5, 12 である。ソ連の住宅政策は中央計画によって決められ、国家および産業の果たす役割が大きく、労働ないしニードに基づいた低費用の供給がなされている点では社会主義的だが、資本主義国に比べて住宅水準は低く、住宅管理は非民主的で、住宅産業が住宅形態に対する支配権を持ち、地域的社会的不平等が大きく、女性に対する負担が大きという点で非社会主義的である。ハンガリーの住宅政策はソ連と共通するところも多いが、持家の比重が高く、住宅に対する国家の関与が小さく、市場の影響力が大きいという点ではソ連とは異なる。これに対して中国、キューバの住宅政策の特徴は、①他の社会サービスに比べて比較的低い関心しか払われてこなかったこと、②集合的自助の建設組合が設立され、職場での決定に基づいて住宅の配分が行われてきたこと、③資本主義から継承した都市と農村の関係を变えようとしたこと、などである。

本書の経験的部分の多くは 2 次資料に依存している。この種の研究では 2 次資料に依存することそれ自体は問題ではないが、本書はどうもソ連・東欧に関しては批判的文献を用い、第三世界に関しては批判力を欠いた文献を用いており、資料批判の点に問題があるように思われる。にもかかわらず本書に意義があるのは、本書が図らずも比較社会主義社会政策という視点を打ち出している点である。これまでわが国の海外社会保障研究では、社会主義国の研究は尾形昭二氏や柴田嘉彦氏のソ連研究を別とすれば皆無に等しかった。また英国でも社会主義社会の社会政策の比較研究は稀だったように思う。その意味で本書は、社会政策の国際比較研究に新しい分野を切り拓き、比較体制論にも新しい論点を提供するものといえるだろう。

本書の著者は、全体としてみれば経済発展の進んだソ連・東欧の社会政策がそれほど社会主義的ではなく、経済発展の遅れた第三世界の社会政策が社会主義的であるのは、当該社会において社会主義的社会政策をめぐる闘争が存在するか否かに大きく依存していると述べており、一般的にいえば社会政策の形態に対する主意主義 (voluntarism)

的要因ないし政治的要因の規定力を大きく認めている。国際比較研究の結論がしばしばそうであるように、社会政策形成における選択の幅を大きく認めている、といい換えてもよいだろう。しかし、比較研究はそれぞれの社会の一面を切り出してきて、それらを対照する。したがって社会政策を含む社会事象の要素の置かれる「全体」を捨象してしまうために、「構造的因果性」を見失いがちである。おそらく社会政策の形態も、それが含まれるシステムのなかで他の諸要素との関係のなかで決定されるはずである。そのことを考慮したうえでなければ、政策形成における主意主義的要因の範囲も画定できないだろう。ここに国際比較研究の射程と限界がある。

比較社会主義社会政策という視点から離れてみた場合、社会主義社会政策の理念型構成に対する本書の貢献も見逃せない。このような理念型の比較的整理されたものとして、われわれはすでにミシュラの業績¹⁾を持っている。ミシュラの社会主義社会政策のなかでは「ニードに基づく分配」が第1次的な意義を持つために「労働に基づく分配」の位置づけが不鮮明になっていたが、著者ディーコンはむしろ後者を社会主義社会政策の基底に据え、前者を社会主義の次の段階の原則としている。そして、著者は基本的にはミシュラが設けた10の基準を継承しながら、それらを再整理し細分化してかなり精緻な図式を作りあげ、それらをさらに社会政策の分野ごとに特定化した。それぞれの基準が社会主義という経済体制と必然的に結びつかざるをえないのか否かについては疑問がないわけではないが（たとえば、治療に対する予防の重視が資本主義と相いれないかどうかはそれほど

自明なことではないだろう）、それぞれの中身は社会主義的か否かとは別に検討に値するものであるし、また、社会政策の評価に対する価値基準の体系としては考慮に値するものである。

最後に、本書がマルクス主義の立場による社会主義社会の社会政策の分析だという点も言及に値する。このような表現は、わが国では二重の意味で形容矛盾である。この書評ではこれまで「社会主義社会の社会政策」という表現の無矛盾性を自明のごとく扱ってきたが、社会政策を資本主義社会に特有の現象と見なす日本社会政策学の通説的思考法からすれば、この表現は許すべからざる自家撞着である。そして、そのような認識はとりわけマルクス主義の助けによって明らかになったとする通説的思考法からすれば、「社会主義社会における社会政策」の「マルクス派的分析」というのは、まったく意味を成さない。しかし他のところでも書いたので論証は省くが²⁾、これは「逆説」ではあってもけっして「矛盾」ではない。本書はマルクス主義の理論書としてはそれほど優れた水準に到達しているとは思えないが、このような「逆説」を呈示することによって、わが国社会政策学界の主流派に対して一つの「驚き」を提起することになるだろう。古来、驚きは学の始まりである。

(注)

- 1) Ramesh Mishra, *Society and Social Policy*, MacMillan, 1977, pp. 122ff.
- 2) 拙稿「労働経済から社会政策へ」社会保障研究所編『福祉政策の基本問題』東京大学出版会、1985年、第1章。

S. N. アイゼンシュタット編 『福祉国家とその余波』

S. N. Eisenstadt (ed.), *The Welfare State and Its Aftermath*

柄本 一三郎

本書は、S. N. アイゼンシュタット教授をはじめ23人が執筆に参加した論文集である。編者アイゼンシュタットは近代化論や社会変動と世代にかんする機能モデルなどの著作で知られる社会学者であり、教授のモデルは現在でも多くの社会学者によって共有されている。評者自身かつて彼の著書に慣れ親しんだが、今日教授が福祉国家にかんする問題に大きな関心を寄せていることに感銘を受ける。

では、なぜ福祉国家なのか。第1に現在福祉をめぐる問題が経済的、政治的、また社会的にきわめて重大な問題であり、社会学的な解明とともに今後の展望を打ち出す必要があることである。この間の事情はわが国も同様といえる。しかし、評者はそれだけにとどまるものではないと思う。つまり、福祉の問題を明らかにすることが現代の先進産業社会の社会構造を理解するうえで必須であり、また近代化という社会変動過程を明らかにするためにも戦略的重要性があると理解したい。社会学の立場からしても、福祉国家の生成と発展の歴史、機能を子細に検討することは社会学自身にとって実り多いと思われるのである。

アイゼンシュタットは序でつぎのように述べている。福祉国家は現在では多くの近代国家にとってかわることのない属性となったが、その内実は当初福祉国家像にこめられたビジョンとは異なってしまったと。市民に対し法的、政治的権利に加え、社会的平等を確保するものが福祉国家だと論じたのはT. H. マーシャルであった。福祉国家を構成する要素として、社会的平等の概念は有力な原動力であったということに異論をはさむ者はいないであろう。社会権はつねに福祉政策の制度化

を促進する役割を果たしたのである。また、いうまでもなく、ビスマルクの社会保険立法にみられるように社会政策は新しい階級を既存の社会や国家に編入するという役割を担った。換言すると、社会体系を維持するためにさまざまな集団や階級を社会に統合する必要がある、今日の福祉国家はそのような役割を歴史上担ってきたのである。貧困者に対する慈善事業から始まった社会福祉の歴史は、現在では貧困概念さえ絶対的貧困から相対的なディプレッションへと変化させてしまうほどの成功をおさめたのである。しかし、現在その福祉国家はおよそ当初想定しなかった問題をかかえている。第1の問題は官僚的な組織に肥大化してしまったということである。福祉国家は官僚制を肥大化させ、その結果、問題の解決はすべて国が行うかのような印象をひとびとに与えてしまっている。福祉国家の官僚的組織は当事者の自発性を奪い、依存性を強めるのである。個人は無力感を、場合によってはさらに権威に対する憤りをさえ抱くようになる。

第2に財政負担の増大である。サービスの財源調達は、おもに中流以上のひとびとによって担われるわけであるが、累進課税によって財源全体に占める割合はきわめて大きなものになる。彼等自身はそのようなサービスを受ける機会是比较的低いと思っており、納税を回避しようとする。そうするとより弱いひとびとの負担が増すのである。

ところが、それに加え新たな社会的変化が起きようとしている。ひとびとの生活様式や考え方、さらに社会構造のあり方が次第に従来とは異なってきたのである。脱工業化社会の到来である。教

育水準とともに生活水準の向上、理論的知識や技術重視の社会、生活の質や人間らしさの追求といったコンサマトリーな価値を重視する社会へしだいに変わろうとしている。『参加』という要求もこの変化の一環といえる。

福祉国家はいま工業中心の産業社会から脱工業社会への移行という社会変動のさなかにある。福祉国家というものが制度化されたことによる問題とともに、このような脱工業化とよばれる社会変化による新たな問題を明らかに、そのような社会にふさわしい社会政策をさぐることが今後ますます必要とされるだろう。本書の目的もそこにある。

以下に目次とともに執筆者を紹介しておく。

第1部 福祉国家：その歴史と現在のうけとめられ方

1. 福祉国家の歴史と近年の諸問題 (P. フローラ)
2. 福祉国家の主要問題——問題の所在 (B. エイブル・スミス)
3. 福祉国家の主要問題とその諸相 (F. X. カウフマン)

第2部 福祉国家をめぐる論争

4. 福祉国家の理念とその結末 (A. シェルダン)
5. 真の危機：達成できない目標と道徳的あいまいさ (R. B. ベンハー)
6. 西欧民主主義における福祉政治 (S. ウィリアムズ)
7. 福祉制度のもつ問題点について (F. ブリコウト)

第3部 福祉国家の制度的側面

8. 合衆国における青年と福祉国家 (M. ジャノビッツ)
9. 福祉国家の労働市場 (M. レイン)
10. 福祉国家とボランティアセクター (R. M. クラマー)

第4部 さまざまな国における福祉国家の経験

11. 北欧圏の福祉国家は後退か？ 北欧福祉国家1970年—1980年の展開 (L. N. ジョンスン, J. E. コーベ

ルク)

12. 福祉国家——オーストリアの事例 (H. キーンツル)
13. 社会権か社会的責任か？——スイスの事例 (W. リョーク)
14. 日本における福祉国家の経験とその問題点 (白鳥 令)
15. アングロ・アメリカは例外なのか、福祉国家は危機にあるのか？ (S. M. ミラー)
16. デンマークの福祉国家の経験 (J. V. ピーターセン)
17. フランスの家族政策 (N. キュスティオ)

第5部 イスラエルの場合

18. 福祉と統合 (R. B. ヨセフ)
19. 社会サービスの費用はどうなる？ (Y. アハーロニ)
20. 社会福祉政策と不利な立場の者の改善 (B. レビ)
21. 福祉政策：教育の領域では (E. ペレット)
22. 福祉国家における不利益者の抗議 (Y. アズモン)
23. 福祉国家にたいする反感 (D. バブリィ)

第6部 結び

24. 福祉国家と現代社会の変容 (S. N. アイゼンシュタット)

目次から明らかのように、本書は豊富なテーマに加え、近年注目される論文を発表している研究者が目につく。

わが国の読者にとってイスラエルにおける福祉国家とその問題を論じた第5部はかならずしも興味をそそるテーマでないかもしれない。そもそもアイゼンシュタット教授はヘブライ大学に所属しており、この論文集の発端もイスラエル研究のためのエルサレム研究所が開催したセミナーである。そのためあって、本書ではイスラエルについて独立した章だてとなっている。しかし、イスラエルの社会福祉についてまとまって紹介された

ものを目にする機会がないわれわれにとっては参考となる部分は多い。また、イスラエルを取り上げることは、それ以上の意味があると思われる。

それ以外の各論について順次簡単に説明していこう。

1章「福祉国家の歴史と近年の諸問題」は、マンハイム大学（西独）の社会学者P.フローラによって要領よくまとめられた論文である。現代の西欧福祉国家についての歴史的なパースペクティブを与えるために、P.フローラは西欧・北欧13ヵ国の社会保障関係の統計を比較歴史的に概観し、10のテーゼにまとめている。フローラによれば、現在の福祉国家をめぐる状況について、悲観論者は財源問題やイデオロギー的な立場から攻撃を受け福祉国家は後退の危機にあるとし、楽観論者は中央集権的な福祉国家が適切な規模に福祉社会へ移行するとしているが、そのどちらにも疑問があるという。このような問題を扱う際には幾つかの区別をしなければならないとして、次の4点を明確にして論を進めている。

第1が、西欧福祉国家が一般的に資本主義と大衆民主政治の結合したものだという基本的認識である。第2が、給付の内容やカバリッジという意味で、福祉国家の発展のレベルがどこにあるかということである。第3が、社会保障や福祉の具体的な制度や支出・財源調達のパターンはさまざまであるということ。第4が、西欧福祉国家の歴史的な位相である。世界経済や体制の問題、さらに社会的、人口構造上の動態のなかで、西欧福祉国家の発展と変容を見なければならないということである。

第1の資本主義と大衆民主政治ということでは、そもそも、19世紀の当初から福祉国家が資本主義という生産様式と国民国家の形成に伴う形で形成されたという事実がある。それ以来、資本蓄積と正統性のバランスが社会システムの維持から常に問題とされている。福祉国家の発展は、資本主義的市場経済と民主主義的大衆政治制度と福祉国家が相補的な三肢構造として展開してきたものだというのが第1のテーゼである。

西欧の福祉国家の当初の目標は生産手段の国有

化や消費の共同ではなく、個人の権利を基礎としたライフチャンスの安定化や配分問題のために公の立場から介入することであった。とするなら、福祉国家の基礎は市場経済メカニズムの経済的余剰であり、その構造はこの経済システムに適合するものでなければならない。一方、西欧国家は大衆民主主義であり、コンセンサスを基礎として運営されている。したがって、民主主義と資本主義を結び付け、両システム間の緊張を処理する役割を福祉国家は担っており、福祉が拡大する傾向もそのシステム自身のなかにあるという。これらが第2のテーゼである。この拡大傾向を社会保障のカバリッジという点からみてみよう。西欧諸国13ヵ国の社会保障カバリッジを平均し、1890年から1970年代後半まで線を引くならば、ほぼ直線に伸びており、両大戦、大恐慌によってさえ中断していないという驚くべき結果になる。

さて、このように福祉は増大傾向をそれ自身もっているが、社会構造に与える影響はどうであろうか。フローラによれば、その影響はアンビバレントであり、平等促進的であるとともに既存の地位を温存するという相矛盾する影響を及ぼすという。これが第3のテーゼである。大衆民主主義の進展によって、基本的な社会権が制度化され、機会の不平等や収入の不平等を減ずる努力がはらわれるようになった。しかし、機会の平等を増大させれば、結果の不平等の正当化を促進しかねない。これは老齢年金を例にして考えれば合点がいく。

第4のテーゼは、福祉国家が資本主義経済や民主主義政治に与える影響は、アンビバレントなもの、すなわち、資本主義経済や民主主義を安定化させるとともに不活性化作用を持つということである。福祉国家の発展は人的資源に対する価値を高め、さまざまな要求群を制度化することにより、階級間のコンフリクトの先鋭化を防ぎ、間接的に資本主義制度の正統性を強化するという。これらは制度を安定化する方向である。一方、消費と貯蓄・投資のバランスを崩し、労働の活性化にマイナス影響を与え、福祉国家の経済的基礎たる経済余剰を減少させてしまう。また、社会権の制

度化や不平等の緩和が新たな既得権益の制度化によって政治過程を不活性化させ、利害の衝突を緩和するために給付を拡大し、財政の安定を損うのである。そのため民主主義の基礎となるコンセンサスの形成を損い、民主主義のリベラルな側面を喪失していくのである。これが制度に対する不活性化作用である。

次に13カ国の福祉国家の発展パターンの違いをフローラは指摘している。この指摘はわが国では従来から論じられてきたもので目新しいとはいえない。すなわち、西欧の諸政府は教育や保健、貧民救済といった活動を近代福祉国家がテイク・オフする以前から行っていたこと。労災、疾病、年金、そしてかなり後になって失業の順で導入される社会保険制度の創設後、国民総生産に占める公的支出という点からみても国家の成長はこの社会保障制度の確立期と平行して進展していること。両大戦期にこの傾向は飛躍的な伸びをみせ、その後1950年に西欧諸国平均25%、1970年代の半ばには45%になっていること。ただし、この時期は急速な経済成長を経験していた時期であることなどである。社会保障支出についても同様で、50年代の10%前後から70年代には20%を超え、さらにその比重は医療・保健と年金で6割を超え、さらに増大傾向にあることが指摘されている。一方、家族手当は相対的に低下し、また失業給付についても両大戦間と比較すると中核的制度とはいえない。

それでは、この社会保障支出の増大の原因についてはどうみているのであろうか。既存制度内の要因と制度の変更による要因を分けて考える必要がある。コスト・インフレーションや人口変動も重要であるが、戦後のカバリッジの拡大が最も強力な要因だとフローラはみている。主要4制度を平均して西欧諸国は1950年で60%であったカバリッジが1975年で83%に拡大している。特に自営業や労働市場の外部にある者に対しても適用が拡大されつつあり、質的变化をみせている。このようなことから、現在の西欧福祉国家は“成熟”という言葉が適切だという。このような成熟した福祉国家の間にもさまざまなバリエーションがある。

1950年に社会保障支出はGDP比5.9%（スイス）から14.8%（西ドイツ）であったのが、1977年には16.1%（スイス）から30.5%（スウェーデン）と変化しているが、いまだに各国で差がある（なお、伝統的に福祉先進国といわれる国のうち、社会保障支出の西欧平均値を上まわるのはスウェーデンとデンマークのみであり、しかもそれは1960年代後半からである）。

社会保障支出のうちどこに重点があるかということについても、わが国ですでに論じられている。イギリスと北欧は医療・保健に、大陸諸国（フランスとベルギーは例外である）は年金に相対的に比重がかかっている。また家族手当について各国で異なるのは、カトリック社会哲学を反映しているという。また、財源についても、税を主にしていく国、保険を主にしていく国、また使用者の支出が多い国などさまざまである。いわゆる北欧型福祉国家の属性も指摘されているが、フローラはこのようなバリエーションのうち北欧型（もちろんそこにはイギリスも含まれる）のみを福祉国家とし、西欧福祉国家の一般的な発展段階ととらえてはならないとし、西欧福祉国家の一変形とみるべきであるとしている。このように考えるなら、北欧型（普遍的かつ平等主義的所得保障制度、公的保健制度の拡大、包括的教育体系、税による財源調達）からそれること、たとえば、普遍的な家族手当をより低階層に限定したり、社会保険的要素を導入することは退歩と解釈されるべきでなく、成熟した福祉国家内におけるサブタイプ間の移動としてみられるべきだということになる。

発展の水準や制度上のサブタイプということ念頭におくなら、第5のテーゼは、1974年の景気後退以降の期間は福祉国家の解体期というのではなく、経済的制約下において持続的な福祉の拡大に制限を加えた期間と見なされることになる。このテーゼについてフローラ自身いくつかの保留条件をつけるとともに、その検証を行っているが、ここでは省略しよう。これまでの説明は、冒頭でフローラが提起した四つの区別すべき点の第3点までに関するものであった。第6のテーゼ以降は歴史的な位相に関係するものである。福祉国家の

歴史的位相という長期にわたり、また世界経済や体制問題、さらに社会的、人口構造的変遷というマクロな状況設定に照らしてみると、近年の西欧福祉国家にふりかかるさまざまな困難は歴史的・マクロな外的状況の変化によるものであり、制度発展の必然の結果ではないとフローラは論じる。これが第6のテーゼである。さらに第7のテーゼとして、近年の問題は階級間の衝突の再燃からではなく、新たにマクロな状況によってもたらされたシステム統合上の問題が原因であるとしている。

第8のテーゼは、西欧福祉国家の近年の問題はパブリック・ハウスホールドが構造的に不均衡な状態にあること、そして永続的な財政危機が重大な事態を招くということである。政治的な安定性の操作のためにパブリック・ハウスホールドは重要である。安定性の低下ということでは、70年代以降の世界経済という構造的な問題が第1にあげられる。これは国庫歳入を制限する一方で、公的移転や補助金の拡大を必然化させる。次が、南北間や東西間の緊張問題である。安全保障をめぐる情勢は変化したといえる。第3が西欧諸国や人口構造の変化である。第4が社会支出のダイナミックな継続的变化である。コスト・インフレーションや失業、そして人口構造の変化によって社会支出はダイナミックに変化せざるをえない。第5が、今後さらなる租税を課すことは政治的にも、経済的にも困難だということである。

フローラはそれゆえ、第9のテーゼとして、パブリック・ハウスホールドの構造的な不均衡は歴史的マクロな状況のなかで成長の限界にきており、それを超えるなら市場経済や大衆民主主義という西欧福祉国家自身の根幹を危うくしかねないとしている。公的にも私的にも投資・貯蓄に向かわず、消費に向かう傾向、そして労働市場の不活性化という現象は福祉国家の発展とともにあらわれている。制度を改変することなく、歳入を確保しようとするなら、国によるコントロールや抑制を増大させ、福祉国家のリベラルな側面を喪失してしまうであろう。マクロな環境変化に対し不適応を起こしている社会諸制度を修正し、新たな社会的シ

ステムの均衡をはかるために、家族政策の強化、保険制度に対する資本蓄積的要素の導入、退職年齢の引き上げなどが検討されるべきだとフローラは指摘する。

最後のテーゼとして彼が掲げているのは、社会的移動に関するものである。大幅な社会移動のあるところに構造上の変動がある。高等教育の普及と年齢コーホートの構成のされ方によって、社会はさまざまな影響を受ける。わが国においても“団塊の世代”という言葉が使われ、その社会的影響について論じられたことがあった。経済が順調に推移し、国の活動も急速に広がった時期には需給関係は均衡しているが、今日では事態は変化している。しかし、資格を伴う仕事の増大と高等教育の増大は、わが国と異なり西欧では構造的な社会移動を固定化してしまうのである。

以上がフローラの提起した10のテーゼである。フローラは今回の文献解題でも紹介されているように、西欧・北欧13カ国の社会的、政治的、経済的統計を比較し、福祉国家の発展を歴史統計的に検討している。また、すでにフローラの西ドイツにおける同僚や他の研究者によって、社会事業を含んだ社会政策史を社会変動論の立場からとらえ、歴史実証的にその生成と発展を展望しようようになりつつある。このような背景をもとにフローラは自説を展開しており、本書ではなるほど短い論文であるが、内容は堅実な実証によっていると思われる。

第2章以下、多くの論文にふれたいが紙面の余裕もない。そこで、いくつかの論文にかぎって紹介しよう。2章はエイブル・スミスによって書かれた論文である。イギリスでは近年社会保障の抜本的な改革がとりざたされている。この論文は教授自身の母国であるイギリスに向けて書かれた論文といえるであろう。先の論文でも指摘されていることであるが、イギリスは社会保障支出からみても福祉先進国とはいえない。イギリスの経済的パフォーマンスと福祉国家を単純に結び付ける俗論は跡をたたないが、西欧福祉国家のサブタイプとしてのイギリスタイプをフローラの指摘する四つのポイントと10のテーゼから検討する必要はあ

ろう。

エイブル・スミスは現在福祉国家が左右の立場から攻撃を受けているが、問題を主たる問題と従たる問題に分けて検討する必要があると説いている。左右の立場からの福祉国家批判について紹介した部分を一読するなら、わが国で行われている福祉に対する批判的論説を簡潔に紹介しているような趣がある。どこの国でも同じなのである。豊かな社会ではサービスや保障を買う余裕があるはずという議論も同様である。しかし、教授は、福祉国家の当初の目的はなんであったのか、それを明らかにしなければ、福祉国家が実質的に何を達成したかの判断をあやまると論じる。よく知られているようにルーズベルトやビバリッジ、そしてラロックはより一層の平等を目指したのではなく、最低限の社会保障上の権利を確保することを計画したのである。そして、その最低限度の基礎部分を確実なものにすることによって、個人はそれ以上のものを各自が形成することになると考えたのである。事実、異なる集団間の垂直的な所得移転というより、同一集団内の所得移転による部分は多いが、ミニマムの保障は確保された。絶対的貧困は減少したが、相対的貧困は根絶されていないことは EC の調査から明らかである。また、教育や健康についてはどうであろうか。なるほど、形式上は無料の教育によってライフ・チャンスは平等化したように見えるが、イギリスの場合実質的には相対的なチャンスは平等とはいえない。健康についても同様である。要するに、福祉国家のアクセスへの権利を確保させたが、結果の平等ということではより多くの平等はもたらさなかった（とはいえ、もし現行福祉国家がなかったとしたら、事態はより一層の不平等を促進したとはいえる）。

エイブル・スミスはさらに効率化のために中央集権的な行政が行われることに反対し、分権の重要性を説いている。しかし、イギリスにとって問題の中心は福祉国家ではなく、失業であろう。

第3章を執筆したカウフマン教授も福祉国家の概念が経験主義的な理解をされる場合や規範的に理解される場合によって異なるために、混乱が生

じていると冒頭で述べている。そして、教授は福祉国家について論じるのではなく、近代国家の持つ福祉上の特性や政策という観点から検討を進めるべきだと説いている。それによって、社会サービスに結び付くアングロサクソンの社会政策理解とドイツ的な社会政策たる社会国家（ただし、近年では接近している）というような理解との差が明らかになるのである。また、福祉国家を分析するというのであれば、社会サービスの概念から始めるのではなく、政治的、社会的介入の概念から出発すべきであると説いている。介入概念からの福祉政策の整理、分析については、すでにカウフマン編著による『国による社会政策と家族』によって行われている。

ドイツの著作に通じたものであれば、「社会と国家」というテーマがドイツの近代化研究において中心的なテーマであることを理解されるであろう。福祉を提供するものを国家に限定することは、歴史的にみても、現状をみても正しくない。政府の直営ではないサービスの供給制度の例は多い。国際的にみても非政府組織 (NGO) が福祉セクターを担う場合が増加している。近代国家の古典的機能は個人の自由という条件のもとで政治的秩序の維持問題に集中していた。しかし、福祉的機能は性質上かならずしも本質的に国家に関係する問題とはいえない。カウフマンが論じるように社会政策の問題は「社会と国家」の調停として想定されるのである。国家の独演ではなく、政府と同時に非政府的なもの、公的、私的なものとのネットワークによって福祉が生みだされるのである。「脱福祉国家」とはこの文脈で理解されるべきであろう。しかし、このことは近年はやりの民活論とはおよそレベルの異なることである。伝統的に国家の前に社会があり、福祉が市民ないしパブリックの関心と義務であると考えられる社会では福祉の危機論に強い免疫を有しているといえよう。教授は、国家が福祉機能の維持を後退させるならば、国家の統制力は減退するであろうと論じている。心すべき言葉である。

その他、取り上げるべき論文は多い。福祉政策と社会政策の混合、先のエイブル・スミスの論じ

る福祉国家の当初の目標と福祉国家の発展のなかで付加されていった目標が混同されたことによる道徳的曖昧さの問題を扱ったベンハーの論文をはじめ、福祉の制度的側面に関する章やさまざまな国における福祉国家の経験を論じた章など読まれるべき論文は多い。

本書は多くの研究者によって執筆された論文集であり、その結果、短い論文を集めた形になっている。単独著と異なり、読者は論証や深みの点で物足りなさを感じられるかもしれない。また理論

書とはいえない。しかし、たとえば、カウフマンが直接評者に語ってくれたことを改めて文章で読み返してみても、さらに、その背景となる幾多の論稿を知るならば、短いとはいえ豊富な内容がそこに含まれていると考える。

なお、本書と平行して読むことが望ましい文献として、O. リーハイネン編 (ICSW ヨーロッパ) 『社会政策と脱工業化社会』をあげておきたい。あい補うかたちで西欧産業社会の福祉問題の案内図となると思われる。

P. ショメ, K. A. サイトウ著『社会保障制度と資本形成 ——シンガポール, フィリピン, マレーシア, インド, スリランカの比較分析』

P. Shome, K. A. Saito, *Social Security Institutions and Capital Creation: Singapore, the Philippines, Malaysia, India and Sri Lanka, Meta, Kuala Lumpur, Malaysia, 1981.*

下 平 好 博

1. 開発途上国の社会保障制度について、その社会経済構造との関連からその意義を明らかにしている研究は少ない。われわれがこれまでこれらの国の制度について入手できた情報といえば、その管理運営機構に関する断片的知識だけであった。一方、開発途上国が社会経済開発を行う際に、社会保障制度が重要な役割を果たしていることは意外と知られていない。これまでの研究は、疾病・老齢・障害・死亡といった社会的リスクの保障という観点から、これらの国の社会保障制度の意義に触れているものが大半であった。しかし、開発途上国では、文字どおり経済発展水準の低い段階において社会保障制度を導入せざるをえないケースが多いため、その制度を有効に活かすためには、いくつかの工夫が必要となる。つまり、社会保障制度から恩恵を被ることのできる社会階層は、いわゆる「近代部門」で働く一部の労働者に限られているため、広く国民各層に利益を還元するため

には、社会保障制度をそれらの国の社会経済開発計画と密接に関連づける必要があった。特に、労働力人口の年齢構成が比較的若いこれらの国において、年金やプロビデント・ファンドといった長期保険制度はそれを開始した当初多額の積立金を生み出すことになるため、これらの資金を有効に利用してその社会経済開発を迅速に進める政策が採られている。

本書は、こうした実験をすでに開始しているシンガポール、フィリピン、マレーシア、インド、スリランカのアジア5ヵ国について、(i) 社会保障制度がこれらの国の資本形成に果たす役割と、(ii) 社会保障基金の投資配分パターンをそれらの国の社会経済開発計画との関連から明らかにしている数少ない研究のひとつである。著者はいずれもこれまで世界銀行の経済専門家として活躍し、特に東南アジア諸国の金融・財政問題に造詣が深い研究者たちである。そして、序文によれば、本

研究もまた世界銀行の援助のもとで実施された「開発途上国の社会保障制度が貯蓄・投資に及ぼす影響に関する調査研究」を発展させたものとなっている¹⁾。本書の章別構成をあらかじめ示しておけば、次のようになる。

1. はじめに
 2. 社会保障制度が資本蓄積に及ぼす影響
 3. シンガポールの事例分析
 4. フィリピンの事例分析
 5. マレーシアの事例分析
 6. インドの事例分析
 7. スリランカの事例分析
 8. 結 論
2. 以下、順次その内容を紹介したい。

まず、第1・2章では、シンガポール、フィリピン、マレーシア、インド、スリランカの社会経済構造の特徴(表1)と、そこで採用されている社会保障制度の概要(表2)が紹介され、(i)これらの制度が家計貯蓄に及ぼす影響、および(ii)社会保障基金の投資配分基準について、それぞれ理論的・実証的考察が加えられている。開発途上国の貯蓄率は60年代の良好な経済環境のもとで徐々に拡大する傾向にあったが、70年代に入り農産

表1 各国の社会経済指標

	シンガ ポール	マレー シア	フィリ ピン	スリラ ンカ	インド
1人当りの GNP US ドル (1977)	2880	930	450	200	150
年平均成長率 (1960~77)	7.5	3.9	2.5	2.0	1.3
GDP のシェア (1977)					
農 業	2	26	29	39	37
工 業	35	29	35	21	25
サ ー ビ ス	63	45	36	40	38
人口 (100万) (1977)	2.3	13.0	44.5	14.1	631.7
生産年齢人口比率 (1977)	65	54	51	58	55
労働力人口 (1977)					
農 業	2	44	51	54	73
工 業	32	20	15	15	11
サ ー ビ ス	36	36	34	31	16
労働力人口の年平均 成長率 (1960~77)	3.1	3.6	2.1	2.1	1.7
都市人口比率(1975)	100.0	30	34	24	21

(資料) World Bank, World Tables, World Bank, World Development Report 1979. (P. Shome, K. A. Saito (1981), p. 55 より)

表2 各国の社会保障制度の概要

名 称	設立年	カバーするリスク
マレーシア		
従業員プロビデント・フ ァンド (EPF)	1952	死亡・退職
社会保障機関 (SSO)	1973	労災・障害(社会保険方式)
フィリピン		
公務員保険制度 (GSIS)	1936	公務員に対する生命保険・ 退職保険・財産保険
社会保障制度 (SSS)	1954	民間被用者を対象に老齢死 亡、民間被用者と公務員を 対象に労災障害(いずれも 社会保険方式)
イ ン ド		
従業員プロビデント・フ ァンド (EPF) (この他認 可制のプロビデント・フ ァンドが民間被用者およ び公務員に用意されてい る)	1952	退職・死亡・障害
スリランカ		
従業員プロビデント・フ ァンド (EPF) (この他私 的プロビデント・フ ァンドもある)	1958	退職・死亡・障害
シンガポール		
セントラル・プロビデ ント・ファンド (CPF)	1955	退職・死亡・障害

(資料) P. Shome, K. A. Saito (1981) p. 56 より。

物価格の低落、国際金融制度の崩壊、そしてオイル・ショックを経験することで大きな打撃を被っている。したがって、新規の国内貯蓄を増やす必要があり、特に家計部門からその他の赤字部門への資金の移転が緊急を要する課題となっている。しかし、一部の都市地域を除いて商業銀行のネット・ワークに欠けるこれらの国では、家計貯蓄を市場ベースで増やしていくことはむずかしい。そこで注目されているのが、社会保障制度を通じた家計貯蓄の促進である。社会保障による強制貯蓄の規模は、(i)制度の財政方式、(ii)制度の成熟度、(iii)保険料の水準、(iv)カバレッジ、(v)その他の金融制度の利用可能性などの要因によって規定されるため、ここで取り上げられている5ヵ国についてもかなりの相違が認められる。たとえば、就業人口のほぼ100%を社会保障制度によってカバーしているシンガポールの場合、そうした強制貯蓄は国内貯蓄の20%余りを占めている。これに対して、カバレッジの特に低いインドではそれが1%台とわずかである(表3、表4)。しか

し、いずれの国でも国営・民営の生命保険を含めて強制貯蓄が家計貯蓄に占める割合は高い(表4)。

ところで、先進国では社会保障制度の規模が拡大するにつれて、それが家計の自発的貯蓄に悪影響を及ぼすのではないかとする懸念が出されている。そこで著者らは、このアジアの5ヵ国の時系列データを使ってその影響を調べている。かれらによれば、社会保障制度の導入が家計の自発的貯蓄に及ぼす影響は次の三つに分けることができる。(i)まず、社会保障制度の導入によって「代替効果」が働き、その結果家計の自発的貯蓄は減少するかもしれない。(ii)しかし、低所得者が国民の大半を占めるこれらの国では、社会保障制度はこれまで貯蓄習慣のなかった人々にまで貯蓄を強制し(「強制貯蓄効果」)、(iii)またそれが逆に、人々の間に長期的貯蓄プランをもたせる結果につながるかもしれない(「教育効果」)。したがって、社会保障制度の導入は家計の自発的貯蓄に対し理論的には正負いずれの影響も与える可能性がある。この関係を明らかにするために、かれらは次のような誘導方程式を用いて、貯蓄関数を推計してい

表3 社会保障の適用対象人口

A. プロビデント・ファンド

		シンガポール (CPF)	マレーシア (EPF)	フィリピン (SSS)	スリランカ (EPF)	インド (EPF)
総人口比	1965	—	16.5	4.3	12.7	—
	1968	25.1	17.7	6.2	14.5	—
	1971	33.9	19.7	7.4	15.4	—
	1974	46.9	23.2	12.4	17.2	1.2
就業人口比	1965	—	31.7 ⁽¹⁾	13.6	22.4	—
	1968	87.0	34.1	20.5	25.5	—
	1971	100.0	39.1	22.4	26.8	—
	1974	100.0	43.1	34.3	29.9	3.4

B. 生命保険

		シンガポール	マレーシア	フィリピン	スリランカ	インド
総人口比	1965	2.8	NA	2.5 ⁽²⁾	0.8	2.4
	1968	3.0	NA	3.8	1.2	2.6
	1971	4.1	2.5	5.9	NA	2.8
	1974	7.2	3.7	6.4	NA	3.2

(資料) P. Shome, K. A. Saito (1981), p. 57 より。

- (注) 1. マレーシアの数字は、「就業人口」について異なる定義を採用しているため文中の数字と必ずしも同じではない。
2. GSIS の生命保険部門を含む。

る。

$$NCS = -\alpha + \beta Y + (\alpha_1 - \delta) CS$$

表4 社会保障制度を通じた貯蓄

	粗家計貯蓄に占める社会保障貯蓄の割合					粗国内貯蓄に占める社会保障貯蓄の割合				
	1962	1965	1968	1971	1974	1962	1965	1968	1971	1974
シンガポール	21.4	44.8	20.2	44.7	38.0	23.0	16.1	12.7	22.9	24.9
CPF	19.4	31.5	17.0	41.4	36.6	20.9	11.3	10.7	21.2	24.0
生命保険	2.0	13.3	3.1	3.3	1.5	2.1	4.8	2.0	1.7	1.0
マレーシア	n. a.	34.8	34.6	54.5	34.2	n. a.	2.3	1.8	2.4	0.7
EPF	37.8	29.2	25.9	45.3	27.8	6.6	1.9	1.4	2.0	0.6
生命保険	n. a.	5.6	8.7	9.2	6.4	n. a.	0.4	0.5	0.4	0.1
フィリピン	16.3	27.0	28.6	20.7	10.1	6.1	6.9	8.4	6.6	4.4
SSS	7.4	9.7	11.3	9.0	6.9	2.8	2.5	3.3	2.9	3.0
GSIS	5.0	13.1	13.4	8.5	2.0	1.9	3.3	3.9	2.7	0.9
生命保険	3.9	4.2	3.9	3.2	1.2	1.4	1.1	1.1	1.0	0.5
スリランカ	57.4	59.6	50.5	41.5	48.7	12.4	20.7	14.6	16.3	19.7
EPF	53.7	53.7	40.1	37.3	42.7	11.6	18.6	12.7	14.7	17.2
その他の生命保険	3.7	5.9	5.8	4.2	6.0	0.8	2.1	1.8	1.7	2.4
インド	28.9	31.1	34.9	32.9	33.0 ¹⁾	0.8	0.9	1.1	1.1	1.1 ¹⁾
EPF	17.7	20.4	22.2	21.5	22.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
生命保険	11.2	10.6	12.7	11.4	10.9	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8

(注) 1) 1972年の数字である。

(資料) P. Shome, K. A. Saito (1981) p. 58 より。

(NCS: 自発的家計貯蓄, Y: 私的可処分所得, α_1 : 「強制貯蓄効果」と「教育効果」, δ : 「代替効果」, CS: 社会保障制度を通じた強制貯蓄)

表5はその結果である。これによると ($\alpha_1 - \delta$) の係数はインド, スリランカ, シンガポールにおいていずれもプラスを示し, またマレーシア, フィリピンについてはマイナスを示しているが, それらは統計的に有意ではない。つまり, これらの開発途上国については, 先進国のケースとは逆に, 社会保障が家計の自発的貯蓄を阻害している証拠は認められないというのがここでの結論である²⁾。

一方, 開発途上国の社会保障制度がその国の社会経済建設に貢献するかどうかは, それらの基金をどのように投資するかにかかっている。年金やプロビデント・ファンドのような長期保険制度の場合, 保険数理にもとづいた財政運営が行われているので, 短期準備金や流動資産を大量に保有する必要はない。しかし, これらの制度の基金を管理するうえで絶えず問題となることは, 安全かつ高収益を生む資産への投資を期待する被保険者と「公共目的」にそれを投資しようとする政府との利害をどのように調整するかという点である。ここで取り上げられているアジアの5カ国の場合, フィリピンを除いていずれの国でも社会保障制度の余剰基金は主に国債に投資され, 間接的に政府プロジェクトの重要な財源となっている。そして, それは民間企業の社債に投資されているアメリカやヨーロッパの社会保障制度とはきわめて対照的

表5 回帰分析の結果 (通常最小二乗法推計)

	α	β	$(\alpha_1 - \delta)$	
マレーシア (1961~1975)	-1078.20	.31 (0.03)	-.24 (1.46)	$R^2 = .99$ $D-W = 2.96$
フィリピン (1951~1973)	-428.32	.09 (.01)	-.35 (.48)	$R^2 = .97$ $D-W = 2.40$
インド (1954/55~ 1971/72)	14.19	.017 (.012)	2.08 (0.85)	$R^2 = .96$ $D-W = 1.66$
スリランカ (1958~1974)	-112.18	.02 (.01)	.91 (.48)	$R^2 = .87$ $D-W = 1.79$
シンガポール (1961~1976)	-83.13	.09 (.05)	.97 (.40)	$R^2 = .96$ $D-W = 2.01$

(注) カッコ内の数字は標準誤差である。

(資料) P. Shome, K.A. Saito (1981), p. 36 より。

な姿をとっている。

3. 続く第3章以下では, これらの5カ国についてより詳細な事例分析が行われている。まず, シンガポールの場合, Central Provident Fund (1955年設立) がこの国の社会保障制度の根幹を成し, これまで CPF がシンガポールの社会経済開発に大きな役割を果たしてきたことが明らかにされている。このほかにシンガポールでは民間の生命保険や労働組合が経営する保険制度があるが, その規模は CPF と比べると絶対的に小さい (表3, 表4)。CPF はシンガポールの就業人口のほぼ100%をカバーし, 他国に例をみない高い保険料率を設定している (1977年時点で労使合わせて賃金の31%)。またその加入者の年齢構成は依然として若いために (1976年時点で15~35歳の加入者が70%を占めている), それは多額の積立金を保有している。したがって, 政府はこれらの資金を主にこの国の公共住宅建設に利用してきた。これは次の二つの方法を通じて実施されている。(i)ひとつは, 1968年から加入者が公共分譲住宅を購入する際に, CPF の積立金の一部を引き出すことが認められている。(ii)また, 累積する積立金の多くは長期の国債に投資され (CPF はこれまで政府の発行する長期国債の約70%を保有してきた), 間接的に公共住宅建設をはじめとする開発支出の財源となっている。その結果, 1975年時点で国民の約半数が政府の提供する賃貸住宅か分譲住宅のいずれかで生活している。

一方, CPF はシンガポールの家計貯蓄の主要な構成要素となっている (表4)。典型的な都市国家であるシンガポールの場合, 国民は他の国と比べて幅広い資産選択を行うことができる。だが, (i) CPF の保険料が大変高いこと, (ii) その適用対象が広いこと, (iii) さらにこの間労働力人口が急増していることにより, CPF を通じた強制貯蓄は過去15年間家計貯蓄の30%以上を占めている。しかし, こういったからといって, 家計の自発的貯蓄が絶対規模において減少しているわけではない。むしろ, これまでの良好な経済環境のもとで, シンガポールの家計貯蓄は自発的貯蓄であれ強制貯蓄であれ, いずれも増加してきたのである。

4. ここで取り上げられているアジアの5ヵ国のうち、フィリピンは最も古い社会保障制度をもっている。まず、1936年に公務員と軍人を対象にした Government Service Insurance System が設立され、さらに1957年には民間被用者を対象にした Social Security System が導入されている。これらの制度は、「プロビデント・ファンド」方式をとる他の4ヵ国の制度とはちがって、「社会保険」方式によって運営され、特に SSS は老齢・障害・遺族給付に加えて疾病・労災給付も支給する総合保険としての性格をもっている。また GSIS は、生命保険および財産保険も兼ね備えている。しかし、社会保障の適用対象はシンガポールやマレーシアと比べると狭い(表3)。

ところで、フィリピンの社会保障基金の投資方法が他国のそれと大きく異なる点は、不動産への融資の比重が大変大きいことである。たとえば、GSIS はその積立金の50~60%を不動産への融資に充て、SSS も70年代のはじめまでその30~40%を不動産に融資していた。そして、政府はこれまでこれらの基金の運用方法について一切規制を加えない立場を採り続けてきた。したがって、そうした投資の中には贅沢なホテル建設の資金に回っているものもあり、それらがフィリピンの社会経済建設にどの程度貢献しているかは疑わしいと著者は述べている。SSS はこうした批判に答えて、1970年からフィリピン開発銀行の発行する公債への投資を開始している。また加入者に対する住宅ローン、サラリー・ローン、教育ローンなどの貸付給付を増やしている。しかし、これらの貸付給付の割合はせいぜい積立金の10%足らずにすぎず、特に住宅ローンについては政府の住宅供給体制が全く整備されていないためその効果は定かではない。この点で、フィリピンの住宅政策は、シンガポールのそれと比べた場合、対照的な姿をとっているといえるだろう。

5. 次に、マレーシアの社会保障制度は、(i) Employees Provident Fund (1952年、退職・遺族給付) および、(ii) Social Security Organization (1973年、労災・障害年金) の二つの大きな柱から成っている。特に、EPF は低賃金の労働者から

徐々にその適用範囲を拡大し、1974年時点ですでに就業人口の97%をカバーするに至っている(但し、公表データはフル・タイムの労働者だけを就業人口として含んでいるため、この数字はかなり釣り上げられていると理解すべきである)。そして、その多額の積立金は政府の強い規制のもとに置かれ、その大半が長期の国債に投資されている(政府は EPF に対して、少なくとも積立金の75%以上を国債に投資するよう義務づけており、1975年時点でその94%が国債に投資されている)。一方、SSO はその歴史が浅いために積立金の規模はわずかであるが、やはりその大半は長期の連邦債および中央銀行の定期預金に投資されている。したがって、これらの積立金はいずれも間接的に政府プロジェクトに投資されている。特に、マレーシア政府の経常収支はこの間黒字であったため、それらは開発支出の重要な財源となり、マレーシアの社会経済開発に大きく貢献した、とかれらは推察している。また、マレーシアでは民間の生命保険に対してもその基金の運用にあたり政府の強い規制があり、各生命保険会社は積立金の20%近くを各種政府債の購入に充てている。そして、こうして作り出された資金は海外に逃避する商業銀行預金の不足を補い、マレーシアの国内投資を活性化する役割を果たしている。

6. インドでも1952年に Employees Provident Fund が設立され、さらに56年に生命保険が国有化されるに及んで、社会保障制度がインドの社会経済開発に果たす役割は次第に大きくなりつつある。このほかにインドでは、紅茶プランテーション農業労働者、炭鉱夫、鉄道員、公務員を対象にした各種のプロビデント・ファンドおよび労災・医療を扱う Employees State Insurance (1948年発足) などがある。だが、これらの制度は規模が小さい。まず、EPF はインド信託法のもとでその積立金を国債および政府承認の特定有価証券に投資することが義務づけられている。また、プロビデント・ファンド全体についてみれば、国債に約50%が、小口貯蓄に残りの50%がそれぞれ投資されている。さらに、国営の生命保険公社に対しても、その基金の25%を国債に、25%を政府の承認した

信託証券に投資することが義務づけられている。そして、それは政府の許可なしに民間企業の株式に投資することはできない。したがって、これらの資金は、マレーシアの場合と同様に、政府の開発支出に回り（インドの経常支出はこの間黒字であった）、開発予算の10%近くを賄っている。一方、社会保障制度を通じた強制貯蓄はインドの家計貯蓄の30%以上を占めている（表4）。しかし、典型的な農業国であるインドでは、社会保障に適用されている人々は、就業人口対比で生命保険および各種プロビデント・ファンド合わせて12%足らずと少なく、この点がインドの社会保障制度のネックとなっている。

7. 最後に、スリランカはプランテーションで働く農業労働者から社会保障の適用範囲を徐々に広げていったことで、本書が取り上げている5ヵ国の中でも特殊な位置を占めている。この国の社会保障制度は、(i)公私のプロビデント・ファンド、および、(ii)公私の生命保険から成っている。そして、1958年に Employees Provident Fund が設立され、60年には「セイロン保険公社」として生命保険の国有化が進められている。なかでも、EPF 制度はこの国の農業労働者を中心に就業人口の29.9%をカバーし（工業労働者の多くには私的プロビデント・ファンド制度が適用されている）、その積立金はすべて国債に投資されている。しかし、シンガポール、マレーシア、インドとは対照的に、それらの資金はスリランカ政府の経常赤字の補填に回されている（1974年時点で政府経常赤字の31.3%がこれらの社会保障基金によって賄われている）。だが、スリランカの一般予算はその大半が社会支出（無料の医療・教育・食料）に充てられているので、社会保障基金は間接的にスリランカ国民の生活水準を引き上げることに貢献してきた、とかれらは説明している。

8. 以上が本書のおおよその内容である。社会保障を通じて蓄積される資本の規模および社会保障基金の投資運用方法には、各国の社会経済構造の違いを反映して多少の相違が認められるが、おおむねこれらの国の社会保障制度はその社会経済開発計画と密接に結びついていることがわかる。

シンガポールは CPF 制度を巧妙に利用して、この国の公共住宅建設を積極的に進めてきた。また、マレーシア、インド、スリランカでも社会保障基金はこれらの国の貯蓄を活性化すると同時に、その大半が国債に投資され、政府プロジェクトの重要な財源となっている。一方、フィリピンの場合には、基金の投資運用方法に明確な開発目標が欠けているため、進んだ社会保障制度を採用しているにもかかわらず、他の4ヵ国と比べるとその重要性は低い。だが、1970年以降フィリピン開発銀行への投資が始められ、国民各層に社会保障の利益を還元する政策が徐々に開始されている。

ところで、筆者は昨年11月にマレーシアで開催された ISSA のアジア・オセアニア会議に出席し、その帰路シンガポールに立ち寄る機会を得た。そこで最後に、最近の情報にもとづいて本書が取り上げている主題について二、三のコメントを加えておきたい。

(1) まず、シンガポールでは現在、政府の提供する公共住宅にすでに国民の81%が入居している。したがって、CPF は今なおこの国の公共住宅建設に大きな役割を果たしている。しかし、CPF の保険料は現在労使合わせて賃金の50%という水準に達し、これに対して国民はかなり強い不満を抱いている。また CPF の積立金を国債に投資することに対しては有識者から批判の声が上がっている。その理由は、政府がその開発予算に必要とする額を超えて多額の借入を行い、それを必要以上の外貨準備と海外資産への投資に充てているからである。そこで最近、住宅を購入する以外に、CPF の積立金の自由な引き出しを認めるべきだとする要望が出ている。具体的には、加入者が商店・事務所・工場などの非居住資産を購入する際に CPF の積立金の一部を利用し、また民間の生命保険や金などに投資する際にもそれを認めるというものである。つまり、国民の81%がすでに公共住宅を手に入れ、住宅需要がほぼ飽和状態に達している現状では、国民も CPF に対して新しい役割を期待しているといえる³⁾。

(2) 一方、隣国のマレーシアやインドネシアでは、シンガポールにおける公共住宅政策の成功

がこれらの国の住宅政策の発展に弾みをつけている。マレーシアでは、シンガポールの CPF 制度と同様に、EPF の加入者が住宅を購入しようとする場合、その積立金の45%までを引き出すことが認められ、積極的な持ち家政策が展開されている。また EPF の積立金の一部はマレーシア最大の住宅金融機関である「マレーシア住宅協会」の株式に投資され、住宅ローンにまわっている。他方、インドネシアでも1978年に民間被用者を対象とした任意加入の ASTEK 制度（労災、生命保険、プロビデント・ファンド）が発足し、その積立金を使ってやはり加入者に対する住宅ローンが開始されている。したがって、都市の住宅問題に悩むこれらの国では、社会保障制度がその住宅政策に果たす役割は依然として大きい。

(3) ところで、本書では必ずしも明らかにされていないが、社会保障基金を社会経済開発計画に投資しようとする場合、インフレによる積立金の減価が問題となる。特に、オイル・ショック以降、アジア諸国でもインフレが進行し、この問題は共通の関心事となっている。表6はシンガポール、マレーシア、インド、スリランカ、インドネシアの各制度がその加入者に保証している積立金の利率とインフレ率を比較したものである。これによると、いくつかの国でインフレ率が積立利率を上回っていることがわかる。つまり、社会保障基金を国債に投資して社会経済開発を進める政府の政策は、広く国民層に利益を還元するうえでは有益であるが、それは同時に加入者の利益を損う危険

性をもっている。そこで、各制度はこのインフレ問題に対処するために、これまでの投資政策を変更せざるをえない状況に追いこまれている。(i) ひとつの案は、フィリピンが行っていたように高収益を生む有価証券や価値の安定した不動産へより多くの投資を行うことである。しかし、高収益を生む資産への投資は同時に危険性も高いために、それを実施することはむずかしい。(ii) そこで第2の方法として、加入者が住宅などの資産を購入しようとする場合、その積立金の一部引き出しを認めて、貨幣価値の低下を防ぐことが考えられる。上述のように、この方法はシンガポールをはじめとする多くの開発途上国ですでに広く採用されており、これらの国では社会保障制度がますます「財産形成制度」としての性格を強めている。もちろん、社会保障制度は本来疾病や老齢・障害・死亡といった社会的リスクから人々をまもるための制度であるため、こうした動きには ILO の専門家などから強い批判が出されている。しかし、遅れて近代化を始めた開発途上国にとって、これこそその社会保障制度が抱えざるをえないひとつの「後発的屬性」であるといえるのかもしれない。

(注)

1) 同じ著者によるこれと同じテーマを扱った論文としては次のものがある。

P. Shome, K. A. Saito (1980), "Social Security Funds in Singapore and the Philippines: Ramifications of Investment Policies", *Labour and Society*, Vol. 5, No. 1, Jan. pp. 19-30.

P. Shome, K. A. Saito (1978), "The Impact of

表6 積立利率とインフレ率

	加入者の積立金の利率				インフレ率			
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984
インド (EPF)	8.5	8.5	9.15	9.9	13.1	7.7	9.7	7.5
インドネシア (ASTEK)	6.0	6.0	6.0	6.0	9.8	8.4	12.63	11.5
マレーシア (EPF)	8.0	8.0	8.5	8.5	—平均で年率5%のインフレ率—			
スリランカ (EPF)	9.5	10.0	12.0	12.5			
シンガポール (CPF)	6.5	6.5	6.5	6.5	8.2	3.9	1.2	2.6

(資料) S. Kertonegoro (1985), "The Financing of Social Security and the Investment of Funds: Investment Practice of Provident Funds in Asia and Oceania" (ISSA, Seventh Regional Conference for Asia and Oceania, Kuala Lumpur, 4~8 November, 1985) p. 6 より。また、シンガポールの数字については、Department of Statistics, *Yearbook of Statistics Singapore*. からとっている。

- Contractual Savings on Resource Mobilization and Allocation: The Experience of Malaysia", *Malayan Economic Review*, Vol. 23, No. 1, April.
- P. Shome (1978), "Social Security as a Mobiliser of Savings: The Experience of Malaysia", *International Social Security Review*, Vol. 31, No. 1, pp 58-70.
- P. Shome (1982), "Social Security in India: The Economics of the System", *Labour and Society*, Vol. 7, No. 2, April-June, pp. 121-135.
- 2) かれらは、強制貯蓄自体が(i)所得水準、(ii)人口成長率、(iii)カバレッジの関数であることを考慮して、 $CS = -a + bY + cT$ (但し、 T : タイム・トレンド) という形での2段階最小二乗法推計も行っているが、係数 $(\alpha_1 - \delta)$ はすべてのケースについて統計的に有意な結果をえることはできないと述べている。
- 3) シンガポールのCPE制度は現在、公立病院でかかった加入者とその家族の入院費用およびシンガポール・バス・サービス会社の株式購入についても、積立金の一部引き出しを認めている。

社会保険法判例

堀 勝 洋

事実婚の妻に対し厚生年金の遺族年金を支給しないとした処分を取り消した裁決について、法律婚の妻がその取消しを求めることができないとされた事例（提訴訟第1審判決）

東京地方裁判所民事第3部昭和60年3月20日判決（昭和57年（行ウ）第156号厚生年金の遺族年金の支給処分取消請求事件）

I 事実の概要

1. 訴外A男は厚生年金の被保険者であったが昭和54年1月26日死亡した。訴外B女はA男の内縁の妻であったとして、同年4月4日社会保険庁長官に対し、厚生年金の遺族年金の裁定を請求した。社会保険庁長官は同年6月12日、A男にはその死亡当時戸籍上の妻である原告X女がいたので、B女は遺族年金の受給権者に該当しないとして、B女に対し遺族年金を支給しない旨の処分（以下「本件原処分」という。）をした。B女はこの処分を不服として、同年8月2日、岐阜県社会保険審査官に審査請求をした。同審査官は、同年9月27日、B女の審査請求を棄却する旨の決定をした。B女はこの決定を不服として、同年10月16日、被告Y（社会保険審査会）に再審査請求をした。Yは昭和57年9月30日、本件原処分を取り消す旨の裁決（以下「本件裁決」という。）をした。これを受けて社会保険庁長官は同年12月9日、B女に遺族年金を支給する旨の処分をした。

2. 一方、X女はA男と昭和22年3月26日婚姻し、戸籍上妻であったため、社会保険庁長官は昭和55年3月3日、A男に係る厚生年金の遺族年金を支給する処分（以下「原告に対する支給処分」という。）をした。社会保険庁長官は本件裁決後

の昭和57年11月17日、X女はA男の死亡の当時A男によって生計を維持していたとは認められないことが判明したとの理由により、原告に対する支給処分を取り消す旨の処分（以下「原告に対する取消処分」という。）をした。X女はこの取消処分を不服として、昭和58年4月16日愛知県社会保険審査官に審査請求をした。同審査官は同年10月20日、その審査請求を棄却する旨の決定をした。X女はこの決定を不服として、同年12月7日Yに再審査請求をした。Yは昭和59年9月29日、この再審査請求を棄却する旨の裁決（以下「原告に対する棄却裁決」という。）をした。

3. X女は、本件裁決（B女に対する厚生年金の遺族年金を支給しないとする社会保険庁長官の処分を取り消した昭和57年9月30日付のYによる裁決）の取消しを求めて、東京地方裁判所に出訴した。同裁判所は昭和60年3月20日、以下の判旨のとおり、本件訴えを却下する旨の判決を下した。X女は控訴しなかったため、本判決は確定した。

II 判 旨

1. 「本件裁決はB女の遺族年金受給権を否定した本件原処分を取り消したに過ぎないものであり、これによって原告に対する支給処分（請求原因2（一））に基づく原告の遺族年金受給権が法律上

侵害されたものとはいえない。」「原告に対する支給処分によって発生した具体的な権利としての原告の遺族年金受給権を消滅させる効果は、右の原告に対する取消処分に基づいて発生したものであって、本件裁決の効果そのものでないことは明らかだからである。」「したがって、原告は、自己に対する取消処分についてその取消しを求めるのは別として、B女に対する本件裁決の取消しを求めにつき法律上の利益を有する者（行訴法9条参照）には当たらないといわざるをえない。」

2. 「たしかに、厚生年金保険法59条1項という配偶者は、法律上、複数であってはならないから、原告及びB女がそれぞれ右の配偶者に当たるとしてA男に係る遺族年金の受給権を主張する場合、いわゆる競願に類似した関係が発生するかのようには見えないではない。」「本件のような遺族年金受給権は、原告に対する棄却裁決が取り消されて、原告に対する支給処分がなされるならば、原告の法律上の地位（受給権）に生じた不利益は完全に回復される性質のものであり、B女に対する支給処分（請求原因1(㍶)）又は本件裁決の取消しを原告が請求しなければ右の不利益が回復されないものではない。」「そうであれば、原告に対する取消処分とB女に対する本件裁決とは表裏の関係に立つ競願には当たらないものと解すべきである。」

III 解 説

1. 本件訴訟は、いわゆる重婚的内縁関係にあった夫（A男）の死亡による遺族年金について、法律婚の妻（X女）と事実婚の妻（B女）がその受給権をめぐる争ったことに端を発している。当初遺族年金はX女に支給されていたが、B女に支給しないとする社会保険庁の処分を社会保険審査会（Y）が取り消す旨の裁決を行ったため、遺族年金はB女に支給されるようになった。このため、X女はYの裁決を取り消すように求めたのが本件訴訟である。

X女は、「厚生年金の被保険者であった者に正妻がいる場合、内縁の妻を配偶者として遺族年金

の受給権者と認めることができないのに、本件裁決は、B女を右受給権者と認め」たことは違法であると主張した。しかし、本判決は、この本案についての判断を示すことなく、X女がYの本件裁決の取消しを求める法律上の利益がないという訴訟要件の判断のみで訴えを却下した。

したがって、本判決は訴えの原告適格に関する判例としての意味を有するのであるが、まず最初に重婚的内縁関係にあった者に対する遺族年金の受給資格に関する法律上および事務処理上の取扱いならびに判例に関し解説を加えたい。

2. 社会保険法上事実婚の妻は遺族年金の受給資格を認められている。例えば、厚生年金保険法第3条第2項は、「この法律において、『配偶者』、『夫』及び『妻』には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含むものとする。」と定義し、したがって、遺族年金の受給権者たる遺族には当然事実婚の配偶者が含まれる。

しかし、重婚的内縁関係にある場合の遺族年金の支給について明文で規定しているものではなく、解釈に任されている。当初は、重婚的内縁関係にある場合は、内縁関係にある配偶者に遺族年金を支給しない取扱いであった。しかし、その後民法における重婚的内縁を認める学説・判例の影響もあり、一定の場合にこれを認めるようになってきた。例えば、昭和55年5月16日付社会保険庁年金保険部長通知庁発第15号「事実婚の認定について」は、次のように述べている。「届出による婚姻関係にある者が重ねて他の者と内縁関係にある場合の取扱いについては、婚姻の成立が届出により法律上の効果を生ずることとされていることからして、届出による婚姻関係を優先すべきことは当然であり、従って、届出による婚姻関係がその実体を全く失っているときに限り、内縁関係にある者を事実婚関係にある者として認定するものとする。」また、昭和55年5月16日付社会保険庁年金保険部厚生年金保険課長・国民年金課長・業務第1課長・業務第2課長連名通知庁発第13号「事実婚関係の認定事務について」は、「届出による婚姻関係がその実態を全く失ったものとなっているとき」には、「①当事者が離婚の合意

に基づいて夫婦としての共同生活を廃止していると認められるが戸籍上離婚の届出をしていないときや、②一方の悪意の遺棄によって夫婦としての共同生活が行われていない場合であって、その状態が長期間（おおむね10年程度以上）継続し、当事者双方の生活関係がそのまま固定していると認められるとき等が該当する」としている。さらに、夫婦としての共同生活の状態にないといいうるためには、「(1)当事者が住居を異にすること。(2)当事者間に経済的な依存関係が反復して存在しないこと。(3)当事者間の意思の疎通をあらゆる音信又は訪問等の事実が反復して存在しないこと。」のすべてに該当することが必要だとしている。

このような重婚的内縁関係にある場合における遺族年金の支給をめぐる争われた訴訟として、内藤訴訟がある。この訴訟は、法律婚の妻が遺族年金の不支給処分を取消しを求めて最高裁判所まで争ったものであるが、次のような理由により結局認められなかったものである¹⁾。「戸籍上届出のある配偶者であっても、その婚姻関係が実体を失って形骸化し、かつ、その状態が固定化して近い将来解消される見込みのないとき、すなわち事実上の離婚状態にある場合には、もはや右遺族給付を受けるべき配偶者に該当しないものというべきである。」

また、重婚的内縁関係にあった者が遺族年金の不支給処分をめぐる争った富塚訴訟²⁾においても、次のような同趣旨の判決が下されている。「届出による婚姻関係にある被保険者又は被保険者であった者が重ねて他の者との内縁関係（重婚的内縁関係）に入った場合において、届出による婚姻関係がなお実体をとどめているときは、法律婚主義の下においては届出に係る配偶者が右条項にいう配偶者と認められるべきであり、届出による婚姻関係がその実体を失って形骸化し、かつ、その状態が長期にわたって固定化し、近い将来解消される見込みのない状態、すなわち事実上の離婚状態にあると認められるときには、右届出に係る配偶者はもはや同条項の遺族年金を受けるべき配偶者には該当しないものといえることができる」

2. 行政事件訴訟法第9条によれば、取消訴訟

は「当該処分又は裁決の取消しを求めるとき法律上の利益を有する者」に限り提起することができる。そこで本件訴訟においては社会保険審査会のB女に対する裁決の取消しについて、第三者たるX女が「法律上の利益を有する者」に当たるかどうか問題となる。

この「法律上の利益」がどのような場合にあるといえるかの判断はきわめて困難であり、学説・判例とも必ずしも一つに固まっていなかった。これについて田中二郎（「新版行政法上巻全訂第二版」弘文堂、昭和49年4月、319-320頁）は、「従来は、どちらかといえば、これを厳格に制限的に解していたが、最近では、従来の見解では単なる反射的利益の侵害にすぎないと解された場合にまで拡張して、かなり広く訴えの利益を認める傾向にあるといえよう」「人民の権利利益の保護を全うする見地からいえば、この一般的傾向は是認されるべきであり、各国における趨勢にも照応するものといえよう」と述べている。

また、また、田中館照橘（「社会保障行政と行政訴訟」園部逸夫ほか編『社会保障行政法』有斐閣、昭和55年12月、284頁）によれば、この点に関する学説・判例は、①権利救済説（違法な行政処分により権利を侵害された者に限り訴えを提起できる）、②法的利益救済説（権利および法的利益の救済を求める者が訴えを提起できる）、③利益救済説（取消訴訟は違法行政の是正を目的とするため、権利および法的利益だけでなく、単なる事実上の利益の侵害を受けた場合でも、その結果生ずる不利益が直接的かつ重大であれば、訴えを提起できる）、④処分適法性保障説（取消訴訟は違法行政処分の是正にその機能の目的があるため、住民ないしは選挙民の資格において行政庁の作用に対して訴えを提起できる）に分けることができ、通説・判例は法的利益救済説の立場に立っているとされている。

ところで、取消訴訟の原告適格は必ずしも当該処分または裁決の相手方のみに限らず第三者にも認められている（昭和31年7月20日最判民集10巻8号1006頁）が、自己の法律上の利益に関係のない違法を理由として取消しを求めることができな

いとされている（行政事件訴訟法第10条第1項）。

したがって、問題はX女にB女に対する社会保険審査会の裁決を取り消す法律上の利益があるかどうかということである。これに対して本判決は、判旨の1に示した理由により、X女には法律上の利益はないと判示した。

しかし、遺族年金が支給される配偶者は1人に限られると解釈すべきである³⁾から、遺族年金の受給をめぐってX女とB女はいわゆる競願関係にあり、B女の受給権を認める裁決についてX女は法律上の利益を有すると考えられなくもない。同一周波数でのテレビ局の開設免許の競願のような場合は、甲に対する免許処分は乙に対する免許申請拒否処分と表裏の関係にあるとして、甲に対する処分につき乙にも訴えの利益があるとされている（昭和43年12月24日最判民集22巻13号3254頁）。しかし、本判決は、判旨の2に引用したように、X女に対する取消処分とB女に対する社会保険審査会の裁決は、いわゆる表裏の関係に立つ競願には当たらないと判示した。

そして本判決はさらに、本件がたとえいわゆる表裏の関係に立つ競願であったとしても、X女には本件裁決の取消しを求める訴えの利益を欠くと判示した。その理由は次のとおりである。

「いわゆる表裏の関係に立つ競願の場合であっても、出訴期間の徒過によって自己に対する拒否処分の取消しを訴求できなくなり、競願状態が消滅したときは、かえって競願者であった第三者に対する免許処分の取消しを訴求する法律上の利益

を喪失したものと解すべきところ、原告は、自己に対する取消処分について昭和59年9月29日、再審査請求棄却の裁決を受け、同裁決書謄本が同年10月17日、原告訴訟代理人に送達されたにもかかわらず、右棄却裁決に対する取消等の請求を出訴期間内に提起せず、同期間を経過したことが認められる。」

判決の結論は妥当と考えられる。

(注)

- 1) 昭和54年（行ツ）第109号遺族年金却下取消請求事件に対する最高裁判所第1小法廷昭和58年4月14日判決。この判決に対する評釈として、拙稿「社会保険法判例」『季刊社会保険研究』昭和58年 Winter, 佐藤進『判例評論313号21』昭和60年3月1日、有地亨『昭和58年度重要判例解説』ジュリスト臨時増刊昭和59年6月10日がある。
- 2) 昭和56年（行コ）第7号遺族年金不支給処分取消請求事件。これに対する第1審判決（昭和58年7月27日付東京地方裁判所民事第3部判決）および控訴審判決（昭和58年（行ウ）第71号遺族年金不支給処分取消請求控訴事件に対する昭和59年10月30日付東京高等裁判所第7民事部判決）とも、法律婚がまだ事実上の離婚状態に至っていないとして、事実婚の妻に対する遺族年金の不支給処分は適法と認定している。
- 3) 上記の内藤訴訟の原告は、法律婚の妻と事実婚の妻は遺族給付を受けるべき地位について同順位であり、給付を等分して支給すべきであると主張した。しかし、法律上の婚姻関係が実体を失っていないのなら内縁関係が成立しないため法律婚の配偶者に受給権を認め、法律上の婚姻関係が実体を失っているのなら事実婚の配偶者に受給権を認めるべきであり、遺族年金を受給できる配偶者は1人に限ると解釈すべきである。

（ほり・かつひろ 社会保険研究所調査部長）

『季刊社会保険研究』への投稿について

- ① 原則として「論文」200字詰原稿用紙80枚程度とする。
- ② 採否については、編集委員会のレフェリー制により、指名されたレフェリーの意見に基づいて決定する。採用するものに関して投稿者に修正を求めることがある。なお、原稿は返却しない。
- ③ 原稿は横書きとし、注・図表は別紙に記し、図表の場合は挿入箇所を本文中の右欄外にご指定ください。なお、注は後部に一括して掲載します。

社会保障研究所編 『医療システム論』

東京大学出版会，1985年

保坂哲哉

I はじめに

本書は、「はしがき」(福武直)によれば、社会保障研究所の昭和58、59両年度の研究プロジェクト「医療システムの有効性と効率性に関する研究」の成果として生まれた。すでに刊行された3冊の社会保障改革論シリーズともいうべき同研究所研究叢書の完結編となるものである。このプロジェクトの研究目的からも明らかなように、人口高齢化の進展と低成長経済という共通の環境条件のもとで、社会保障各部門の改革の必要性が高まっているというのが、この改革論シリーズの基礎にある問題意識と解される。上記研究プロジェクトの参加者は、経済学、医学をはじめ多方面の専門家によって構成されており、その意味では学際的といえる。しかし、今回刊行された書物は、14人の参加者による15編の論文からなる論文集というべきであろう。以下、本書の構成や内容の要点について紹介し、次いで評者のコメントを述べることにしたい。ただ、本書に収録された論文のなかには、評者の理解能力を超えるものもあり、かつ紙幅の制約もあるので、包括的たりえないことを予めお断わりしておかなければならない。

II 医療システム論へのアプローチ

この研究プロジェクトが、医療システムの改革論にまで展開することができなかったことは、「はしがき」で断わってある。第1章(「医療問題の背景」小路男)は、そのような改革論が必要

とされる背景、これまでの医療保障制度改革の経緯とそれをめぐる争点、とくに1984年健保改革についての論述を行ったのち、医療保険制度の再編合理化と医療制度全体の再検討をはじめとする今後の改革課題を指摘している。

本書全体の構成については、「あとがき」(江見康一)において簡潔、明瞭に述べられている。まず医療のシステム化は、①医療保障制度と②医療供給のそれぞれのシステム化、ならびに③保健・医療・福祉というサブ・システムないし関連システムとの間の有機的連携システムの確立に区分できる、という考え方から全体が大きく三つの部分に分けられる。第2章(「医療価格指数の分析——質変化を考慮して——」地主重美)、第3章(「診療報酬の分析視角」江見康一)、第4章(「国民医療費の構造とフロー分析」中村文子)、第5章(「1970年代以降における公的医療費の動向——国際比較による増大要因の分析——」城戸喜子)、第6章(「医療費抑制の経済分析」妹尾芳彦)は、いずれも医療費に関する問題がさまざまな視点から分析され、論じられているが、それらはとくに医療保障システムの効率化問題と密接な関連があり、第7章(「社会保険による医療給付の限界と一部負担」平石長久)と第8章(「医療保障システムの効率化のための一考察」都村敦子)はそのテーマにあてられている。この第2～8章が本書の第1部ともいうべき部分を構成する。

第2部は、医療保障システムによって経済的に支えられる医療サービスそれ自体の内容と水準が取り上げられる。第9章(「適正医師数の考え方——基本概念の整理と方法論の考察——」藤崎清

道)、第10章(「病院経済のシステム化」江見康一)、第11章(「現代医療における病院の機能分担について」漆原克文)、第12章(「医療水準の構造——地域別データによる因子分析——」藤井良治)、第13章(「死亡前医療の現状と課題」前田信雄)は、広く医療供給システムにかかわる問題の分析と議論をさまざまな観点から展開したものである。

最後に第14章(「医療と福祉の政策の合理化と体系化」西 三郎)と第15章(「老人の医療と福祉に関する新しい施設体系について」堀 勝洋)は、医療と福祉の関係をどう体系化するかを、政策体系と施設体系の双方にわたって異なる観点から論じたものである。

以上3群に大別されるシステム化へのアプローチは、最後に総合されて「医療システム論」の方向が見出されることになる、というのが当初の研究意図であったと説明されている。ただし、本書は総合化の段階へと至るまでの前段階での研究成果の一応の集大成であること、またこれらの諸研究がかならずしも意図どおりに実を結んだわけではないことがことわられている。

以上のような医療システム論へのアプローチとその第1次段階における成果という本書の性格からみて、評者は、本書に収録された諸論文を個別に取り上げるよりは、むしろ医療システム論の構築へと辿るべき今後の方向を念頭に置きながら、書評を試みるのが適当と考える。

III 医療システム論の枠組

保健・医療へのシステム論的アプローチがいかなるものであるべきか、評者なりに考えてみる。日本の医療保障システムと医療供給システムには、システム外の条件変化やシステム内の機能障害もしくは機能向上の要請によってシステム構造の変革が必要な状況にある。最近における度重なる制度変革は、そのような対応の具体的な表われである。しかし、これらの諸制度を含めてより広い範囲にわたる医療システムを構成すべき諸要素の「システム化」ないしは機能整序(機能の整合化)が必要とされている。このような問題意識が「医

療システム論」研究の動機づけを与えたと考えられる。

ところで今日の日本の医療システム、とくに医療保障システムにとっての外的条件の変化とは、まず第1に経済システム、財政システムとの関係であり、医療保障システムからの資金・経済的資源要求に対して供給側(経済・財政システム)が対応できなくなり、さらには経済・財政システムから医療保障システムに対して調整要求が出されるようになったことであろう。したがって、医療費の問題の検討に本書の半ば近いスペースが費されているのは当然である。第7章、第8章は医療保障システムを対象としているが、主題はやはり医療費とその負担の問題である。医療システムへの資金・資源の供給上の制約は、医療保障システムだけではなく、医療供給システムにも影響を与える。第9章では、医師供給「過剰」とは何に對しての過剰かという疑問を發しつつ、医師供給の「適正化」が検討されている。医療費「適正化」と同一レベルでは論じられないにせよ、対応関係を否定することはできない。絶対的にも相対的にもますます多くの医療費を吸収している病院も、診療機能や経営効率について個別的に、また病院の間での分業、機能分担関係という形で、条件変化への適応を要請されている。第10章と第11章ではそれぞれこの種の問題が念頭におかれておるとみてよかろう。第3章の江見論文では、診療報酬と医療費の問題は「医師と患者のみならず、医業経営、家計、保険財政、政府財政、国民医療費、国民経済の成長という諸側面に波及するものであり、その波及・影響関係、相互依存関係を1つのシステムとして捉える必要がある」(p. 33-34)と広範囲な分析枠組が描かれているが、第3章は医療保険および医業経営というかなり限定された範囲のなかで、診療報酬問題へのアプローチや考え方を議論するにとどまっている。

医療費、医療資源というインプットの量的制約のもとで、医療システムのアウトプットはどう変化するのか、それが国民の健康水準にどのような影響をもたらすのか、医療システムがたんにシステム維持という自己目的を越える社会的機能の遂行

を期待される以上、医療システム論にとって不可欠の分析課題である。しかし、この課題に本書は正面から取り組んではいない。第12章の藤井論文は、医療サービスのアウトプットないし効果としての「健康」をキー概念として、医療需給要因と医療消費の構造の関係を分析するという展望のうゑに立っている。けれども、健康水準の計測、すなわち健康指標の作成上の障害のために、医療消費と健康水準の関係については序論的考察にとどめられている。そこでは単純化された分析枠組が描かれ、量と質に分解可能な医療サービスから健康へという作用連関、ならびに健康と経済的環境、社会的環境との相互関係という二重の関係が図示、説明されている。藤井論文の主要部分は、都道府県別データを用い因子分析法を使って、医療需給要因と医療消費水準の構造、その時間的变化についての考察にあてられた。健康水準に関する変数は死亡率だけである。分析結果について、「健康水準が医療消費の関数として説明されるよりまゝに、地域の医療消費水準が人口の高齢化と経済・社会的水準（都市化ないし工業化）という二つの要因によって決定されている」（p. 277）と考えるべきだとまとめられている点は、医療システム論の枠組設定との関連からも注目される。

第13章の前田論文も医療費増加問題を念頭においている。日本で病院内死亡割合が増加する最近の傾向は、死亡時に近いほど医療費が高いという事実と結びついて、老人医療費を押し上げる傾向にある。ここで明らかにされた日米の死亡前医療の現状と問題は、保健・医療のシステム化にあたって、ライフサイクルや疾病のプロセスという観点からの考察も必要であることを訴えている。ホスピスケアが、「延命のしかたと内容を患者と家族で選びたい、もっと人間的なケアをするプログラムがほしいという市民の要望から」（p. 290）欧米で誕生したという指摘は、「患者は約半額の医療費でもって、死の前のケアを、命の尊厳を最高に保ちたいと願いながら、まっとうすることができた」（p. 290-291）という側面だけでなく、患者や消費者や市民の保健・医療システムにおける正しい位置づけのためにも示唆に富む。

第14章の西論文と第15章の堀論文は、医療と福祉の関係やその接点の問題を論じているが、主題と観点はかなり異なる。堀論文は、いわゆる中間施設問題に施設体系ないしケア体系という観点からアプローチする。その場合、行政システム、施設体系と老人ニーズのギャップに注目する立場と、資源配分の効率化を企図する立場の両面から、中間施設の意味づけ、位置づけ、性格づけが論じられている。老人ニーズに関しては、施設ケアを前提にしていることもあって、ケア、医療、住宅の3極構造が想定され、ケアの極と他の2極の中間に中間施設が位置づけられるのである。効率化の立場からのアプローチは、医療費問題の延長線上に位置づけることができよう。西論文は項をあらためて取り上げる。

IV 若干のコメント

本書は、医療システム改革論の展開にまで踏み込み、少なくとも小山論文で指摘された2つの課題に答えていないとはいえ、個々の論文は、政策課題の指摘、政策効果の分析、政策提案のいずれか少なくとも一つをなんらかの形で行っている。改革論への志向は明らかであるが、本書の各論文はいきなり改革論へと進むのではなく、改革論を展開するために不可欠な分析用具の開発や基礎的問題の解明に個々のメンバーが取り組むという途を選んだものと評者は理解したい。これは迂遠ながら着実なやり方であり、収録された論文はいずれもきわめて有益かつ示唆に富むが、反面医療システム論の分析枠組についての展望を欠く結果となった。あるいはそれが明示されなかったというべきであろうか。いずれにせよ、そのような展望を自ら持たないまま表題に惹かれて本書を手にした読者にとっては、むずかしい読み物になったかもしれない。たとえば、都村論文で言及されているISSA報告の諸提案、とくに疾病予防、保健教育、その他基礎的ヘルス・ケアの重視は、個人の保健・医療活動における位置づけと役割、氷山の一角にすぎない専門職による医療活動に対して投入される巨大な資金と個人の自己診断、自己治

療に委ねられた広大な医療活動の領域の関係についての正しい認識なしには理解しにくいと思われる(第8章でこの点にふれるべきであったというのではないが)。

第14章の西論文は、医療と福祉の統合化を目ざしながら、医療と福祉の対比を、たんに政策や実務のレベルのみならず、医学、社会福祉学という学問レベル、さらには、研究と実践のフィードバック関係に直接かかわる研究者と専門職の活動の現状にまでわたって行っている。筆者は医療、医学の立場に立つので、福祉サイドに対して注文を出すかたちになっている。評者は、社会福祉学には通じないが、福祉サイドにいる者の1人として、大変きびしいが有益な批判的意見として受けとめた。「社会福祉における現場での実務経験は、重要ではあるが、学問的な裏づけなしに行われる活動は、その発展への期待が少ない……」(p. 296)、一方「社会福祉の研究者自身が地域社会との関連の薄いなかで生活し、しかも社会福祉行政の担当者との交流が上下関係のもとでしかもちえないなかで、研究と実践のフィードバックを期待することは困難」(p. 301)だという悪循環状態の指摘はその一例である。「社会福祉の現場においての具体的な問題点を現場の段階で分析できる体制を欠如したままで、社会福祉の政策論が展開されている現在の状況の改善が急務のひとつ」(同上箇所)という指摘は正しいと思われる。一方医療、医学のサイドに対しては、治療から包括医療へという概念の拡大を越えて、「なお広く生活科学に基づく生活指導と活動内容を包括するよう拡大発展すること」(p. 302)を期待する。もしこのような活動範囲の拡大と発展が、一その専門分化と分業

化だけによってもたらされるのでなく、総合化の方向をも辿るならそれはきわめて好ましいことであろう。リバプール市社会サービス部長を務めた医師ブライアン・M・デービスは、ソーシャル・ワーカーに総合的な観点に立った活動を要求したが(*Community Health and Social Services*, 4th ed., 1984, London.), 総合性と専門性とが両立するような組織とシステムが用意されることが、そのためには不可欠である。

本書の15論文のうち、なお取り上げるべきものが多く残されているが、予定のスペースが尽きようとしている。最後に医療サービスの価格と質の問題に簡単にふれて書評を終えることにしたい。医療価格の計測、医療費増加における価格要因の分析は、地主、妹尾、中村、城戸の各論文において多角的に取り組みされた。用いられた価格の定義も多様である。このうち価格指数を算出し、さらにそれを質的变化と真の価格変化に分離するという地主論文と妹尾氏の試みは、評者にとって未知の分野で興味深い。質的向上分についての二つの推計結果(p. 23とp. 148)は、ベースと期間が異なるため、グリリケスとヘドニックの方法の違いによる差を比較することはできない。けれども、両者とも価格コントロールが医療サービスの質的向上をも抑える効果をもつという一致した結論を引き出している。医療需要の価格弾性が大きく、価格コントロールが効いて、医療サービスの質的低下が起きるという経路のほかに、受診率低下を通じて直接健康水準、したがって生活の質に及ぶ効果いかに、重要だが残された研究課題である。

(ほさか・てつや 上智大学教授)

季刊社会保障研究 (Vol. 21, No. 1~4) 総目次

凡例: I, II, III……は号数, 1, 2, 3……は頁数を示す。

巻頭言 Preface

社会保障研究の20年	小山路男	I	2
Studies on Social Security—The Past Twenty Years	MICHIO KOYAMA		
コンドルセに学ぶもの	藤澤益夫	II	112
Learning from “Condorcet”	MASUO FUJISAWA		
女性のライフ・サイクルと社会保障	一番ヶ瀬康子	III	224
Life Cycle of Women and Social Security	YASUKO ICHIBANGASE		
年金の「制度改革」と資金運用	宮澤健一	IV	346
Reform of the Public Pension Scheme and Financial Investment	KENICHI MIYAZAWA		

論文 Articles

公的年金制度が世代別貯蓄率と資産形成に与えた影響	佐々木基彦・橋木俊詔	I	59
Effects of Public Pensions on Saving Ratio and Assets Formation by Generation	MOTOHIKO SASAKI & TOSHIAKI TACHIBANAKI		
雇用保険制度の改定と今後の課題	小林謙一	II	114
Reform of Employment Insurance and Problems for the Future	KENICHI KOBAYASHI		
健康保険法改正に伴う今後の課題	土屋滋	II	126
Reform of Health Insurance and Problems for the Future	SHIGERU TSUCHIYA		
医療システムの再編成と政策課題	大村潤四郎	II	138
An Appraisal of the Recent Governmental Policy for the Reorganization of the Japanese Health Service System	JUNSHIRO OHMURA		
年金制度再編成の評価と政策課題	坂口正之	II	148
Appraisal of the Policy for the Reorganization of the Public Pension System	MASAYUKI SAKAGUCHI		
年金改正法の意義と今後の課題	山崎泰彦	II	162
Reform of the Public Pension Scheme and Problems for the Future	YASUHIKO YAMASAKI		
西ドイツにおける老人介護政策——老人介護費用の調達問題の背景	古瀬徹	II	170
Care for the Aged in West Germany—How to Finance the Services	TOHRU FURUSE		
在宅痴呆老人の家族的援助とショート・ステイ・サービス	奥山正司・西下彰俊	II	180
Family Help and Short-stay Services for the Aged with dementia praecox	SHOJI OKUYAMA & AKITOSHI NISHISHITA		
中高年女性の経済状態からみた老後保障の問題点——未婚女性を中心として	直井道子	III	226
Economic Problems of Social Security for the Aged Women	MICHIKO NAOI		
女性と社会保障	都村敦子	III	238
Women and Social Security	ATSUKO TSUMURA		
母子世帯と生活保護(1)——母子世帯への所得保障給付に関する統計的考察	城戸喜子	III	249
Fatherless Family and Public Assistance (1): A Statistical Study on Income Maintenance Programs for Fatherless Family	YOSHIKO KIDO		
公的年金における妻の取り分をめぐって——予備的考察	木村陽子	III	261
The Extension of Rights to Social Security Benefits for Women	YOKO KIMURA		

児童手当および児童扶養手当のあり方をめぐって——イギリスとの比較	星野 信也	Ⅲ	280
Issues on the Children's Benefits and Allowances: Comparison with Great Britain	SHINYA HOSHINO		
公的年金のスライドの在り方について	堀 勝洋	Ⅲ	290
On the Way of Indexing Public Pension	KATSUHIRO HORI		
高額療養費患者に関する研究——予後追跡調査成績を中心に	土屋 滋	Ⅳ	348
Research on the Patients Who Take High-cost Medical Care	SHIGERU TSUCHIYA		
福祉経済体制論についての一試論	向井 利昌	Ⅳ	363
On the Theory of Welfare Economic System	TOSHIMASA MUKAI		
「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ	岡上和雄・石原邦雄	Ⅳ	373
Issues on the Attitudes and Policies for "Mentally Disordered Persons"	KAZUO OKAGAMI & KUNIO ISHIHARA		
保健医療資源の地域配分格差——北海道の事例	小田 利勝	Ⅳ	386
Regional Disparities of Health Resources Allocations: A Case Study of Hokkaido	TOSHIKATSU ODA		

第19回社会保障研究所シンポジウム

テーマ「社会保障研究の回顧と展望」		Ⅰ	4
レポート：所得保障研究を中心に	丸尾 直美	Ⅰ	5
レポート：医療保障研究を中心に	江見 康一	Ⅰ	17
レポート：社会福祉の政策研究を中心に	三浦 文夫	Ⅰ	23
レポート：社会保障財政研究を中心に	藤田 晴	Ⅰ	36
レポート：法的研究の側面を中心に	佐藤 進	Ⅰ	43
討 論 (司会) 小山路男		Ⅰ	50

The 19th Symposium of the Social Development Research Institute

Subject: Retrospect of and Prospects for Studies on Social Security			
Report: Studies on Income Maintenance	NAOMI MARUO		
Report: Studies on Health and Medical Care Services	KOHICHI EMI		
Report: Studies on Welfare Policy	FUMIO MIURA		
Report: Studies on Social Security Finance	SEI FUJITA		
Report: Studies on Legal Aspects of Social Security	SUSUMU SATOH		
Discussion (Chairman) MICHIO KOYAMA			

研究ノート Research Note

社会指標の現状と理論的諸問題	河野 博丈	Ⅰ	72
Social Indicator—Current Issues and Theoretical Problems	HIROTAKE KOHNO		

動 向 Reports

社会福祉施設調査にあらわれた老人施設の背景と実態	山崎 豊子	Ⅰ	81
The Conditions of Institutions for the Elderly	TOYOKO YAMAZAKI		
社会保障法判例	堀 勝洋	Ⅰ	91
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI		
主要諸国の社会保障給付額と国民経済との相関分析	馬場 啓之助	Ⅱ	203
Correlation Analysis of Social Security Benefits and the National Economies			

of the Developed Countries	KEINOSUKE BABA		
社会保障法判例	堀 勝 洋	II	207
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI		
社会保障法判例	堀 勝 洋	III	435
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI		
社会保障法判例	堀 勝 洋	IV	432
Social Security Law Cases	KATSUHIRO HORI		

書 評 Book Review

江見康一著『社会保障の構造分析』	今 泉 佳 久	I	98
Kohichi Emi, <i>Economic Analysis of Social Security</i>	YOSHIHISA IMAIZUMI		
金子 勇著『高齢化の社会設計』, 松原治郎著『日本型高齢化社会 ——ソフト・ランディングへの提言』	袖 井 孝 子	III	420
Isamu Kaneko, <i>Social Planning of the Aging Society</i> ; Haruo Matsubara, <i>The Aging Society of Japanese Type, Proposals to Softlanding</i>	TAKAKO SODEI		
社会保障研究所編『医療システム論』	保 坂 哲 哉	IV	436
Social Development Research Inst. ed., <i>Medical Care System</i>	TETSUYA HOSAKA		

昭和59年度研究プロジェクト報告 Report on Research Project for Fiscal 1985

研究課題Ⅲ 高齢者世帯の生活構造の変化と社会保障			
高齢者世帯における生活構造変化について——「高齢者生活総合調査」			
結果の概況	宇 野 正 道	III	320
高齢者の公的年金受給状況について	曾 原 利 満	III	328
就業と引退の背景——掛川市の事例	三 上 芙 美 子	III	348
Project No. 3 “Changing Life Pattern of Old Age Families and Social Security” Reports from Longitudinal Study of the Old Age Life in Kakegawa City			
Structural Change in Life of the Old Age Families	MASAMICHI UNO		
Public Pension in Old Age	TOSHIMITSU SOHARA		
Work and Retirement of the Elderly	FUMIKO MIKAMI		

昭和60年度研究プロジェクト報告 Report on Research Project for Fiscal 1985

研究課題Ⅰ 「社会保障発展パターンの国際比較研究」(文献解題)			
『欧米における福祉国家の発展』(P. フローラ, A. J. ハイデンハイマー編)	平 岡 公 一	IV	404
『大衆社会と福祉の拡大 1960—1970』(K. A. グレンベール)	三 重 野 卓	IV	409
『社会政策と社会主義』(B. ディーコン)	武 川 正 吾	IV	414
『福祉国家とその余波』(S. N. アイゼンシュタット編)	栃 本 一 三 郎	IV	418
『社会保障制度と資本形成——シンガポール, フィリピン, マレーシア, インド, スリランカの比較分析』(P. ショメ, K. A. サイトウ)	下 平 好 博	IV	424
Project No. 1 “Comparative Study in Development of Welfare States”			
Book Review (1) Peter Flora, A. J. Heidenheimer (ed), <i>The Development of Welfare States in Europe and America</i>	KOICHI HIRAOKA		
(2) Kirsten A. Grønberg, <i>Mass Society and the Extension of Welfare 1960—1970</i>	TAKASHI MIENO		

- (3) Bob Deacon, *Social Policy and Socialism*SHOGO TAKEGAWA
 (4) S. N. Eisenstadt (ed.), *The Welfare State and Its
 Aftermath*ICHISABURO TOCHIMOTO
 (5) P. Shome, K. A. Saito, *Social Security Institutions and
 Capital Creation: Singapore, the Philippines, Malaysia,
 India and Sri Lanka*YOSHIHIRO SHIMODAIRA

資料 Materials

- 昭和58年度社会保障給付費社会保障研究所 II 212
 Cost of Social Security Benefits in Fiscal 1983 THE SOCIAL DEVELOPMENT RESEARCH INST.
 昭和60年度研究プロジェクトについて社会保障研究所 I 104
 Research Projects for Fiscal 1985 THE SOCIAL DEVELOPMENT RESEARCH INST.
 社会保障研究所日誌 I 108
 Diary of the Social Development Research Inst.

研究叢書刊行のご案内

社会保障研究所研究叢書 No. 17 社会保障研究の課題

第1部 社会保障研究の回顧と展望

- 第1章 所得保障研究：主要論点と研究課題丸尾 直美 (中央大学教授)
 第2章 医療保障研究発展の諸段階江見 康一 (帝京大学教授)
 第3章 社会福祉政策研究の回顧と展望：
 制度「改革」の視点から三浦 文夫 (日本社会事業大学教授)
 第4章 社会保障財政研究の回顧と展望藤田 晴 (大阪大学教授)
 第5章 法的研究の回顧と展望佐藤 進 (日本女子大学教授)

第2部 社会保障研究の将来的課題

- 第6章 社会保障の展開と法的課題荒木 誠之 (九州大学教授)
 第7章 社会保障研究の課題：社会政策論との関連で保坂 哲哉 (金沢大学教授)
 第8章 社会保障への経済学的アプローチ：課題と分析地主 重美 (千葉大学教授)
 第9章 福祉社会学の課題と方法副田 義也 (筑波大学教授)
 第10章 社会保障への財政学的アプローチ：研究の課題大野 吉輝 (大阪府立大学教授)

参考文献

A 5 判・280頁・1986年3月刊

発売 東京大学出版会

編集後記

- 本号も発刊が大幅におくれましたことを深くお詫びいたします。発刊のおくれをとり戻すのは容易なことではありませんが、できる限り短縮する努力をしていきたいと思いません。
- さて、本誌には投稿論文の制度がありますが、本号には徳島大学の小田利勝氏から寄せられた「保健医療資源の地域配分格差——北海道の事例——」を掲載いたしました。これからも常時、皆様方の力作をお待ちしております。なお、投稿規定は本誌中にありますので御参照下さい。
- 次に、次巻各号主要部分の編集予定を簡単に記しておきます。22巻1号は恒例どおり第20回社会保障研究所シンポジウム「21世紀の社会保障」。2号は国際的視点からみた福祉の諸問題を各分野の専門家をお願いします。3号は医療と保健に関する経済分析です。4号は、先進諸国において、最近の財政難、人口の高齢化、効率上の諸問題から社会保障政策に対する大幅な修正がはかられ、その動きがここ1,2年大きな流れとなってきていることに注目し、いくつかの国を選んで、それぞれの国の専門家にそれぞれの国の社会保障政策の新局面について執筆を依頼する計画をたてております。本誌としては初めての試みではないかと思えます。
- なお、最後に、本年4月からの本誌編集委員会の新陣容についてふれておきます。先ず、編集委員長が福武直前所長から小山路男新所長に変わりました。編集委員にも入れかわりがあり、数名の新しい方々をお迎えしております。
(曾原)

編集委員長	小山路男	(社会保障研究所長)		
編集委員	地主重美	(千葉大学教授)	星野信也	(東京都立大学教授)
	都村敦子	(社会保障研究所研究部長)	堀勝洋	(社会保障研究所調査部長)
	西三郎	(東京都立大学教授)	三浦文夫	(日本社会事業大学教授)
	野口悠紀雄	(一橋大学教授)	宮澤健一	(一橋大学教授)
	福武直	(東京大学名誉教授)	安川正彬	(慶応義塾大学教授)
	保坂哲哉	(上智大学教授)		
編集幹事	曾原利満	(社会保障研究所主任研究員)	三上芙美子	(社会保障研究所研究員)
	栃本一三郎	(社会保障研究所研究員)		

(五十音順)

季刊
社会保障研究 Vol. 21, No. 4, Spring 1986

(通巻 91号)

昭和61年4月25日発行

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号
赤坂2丁目アネックスビル内
電話 (589) 1381

製 作

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷7丁目3番地の1
電話 (811) 8814

編集後記

- 本号も発刊が大幅におくれましたことを深くお詫びいたします。発刊のおくれをとり戻すのは容易なことではありませんが、できる限り短縮する努力をしていきたいと思いません。
- さて、本誌には投稿論文の制度がありますが、本号には徳島大学の小田利勝氏から寄せられた「保健医療資源の地域配分格差——北海道の事例——」を掲載いたしました。これからも常時、皆様方の力作をお待ちしております。なお、投稿規定は本誌中にありますので御参照下さい。
- 次に、次巻各号主要部分の編集予定を簡単に記しておきます。22巻1号は恒例どおり第20回社会保障研究所シンポジウム「21世紀の社会保障」。2号は国際的視点からみた福祉の諸問題を各分野の専門家をお願いします。3号は医療と保健に関する経済分析です。4号は、先進諸国において、最近の財政難、人口の高齢化、効率上の諸問題から社会保障政策に対する大幅な修正がはかられ、その動きがここ1,2年大きな流れとなってきていることに注目し、いくつかの国を選んで、それぞれの国の専門家にそれぞれの国の社会保障政策の新局面について執筆を依頼する計画をたてております。本誌としては初めての試みではないかと思えます。
- なお、最後に、本年4月からの本誌編集委員会の新陣容についてふれておきます。先ず、編集委員長が福武直前所長から小山路男新所長に変わりました。編集委員にも入れかわりがあり、数名の新しい方々をお迎えしております。
(曾原)

編集委員長	小山路男	(社会保障研究所長)		
編集委員	地主重美	(千葉大学教授)	星野信也	(東京都立大学教授)
	都村敦子	(社会保障研究所研究部長)	堀勝洋	(社会保障研究所調査部長)
	西三郎	(東京都立大学教授)	三浦文夫	(日本社会事業大学教授)
	野口悠紀雄	(一橋大学教授)	宮澤健一	(一橋大学教授)
	福武直	(東京大学名誉教授)	安川正彬	(慶応義塾大学教授)
	保坂哲哉	(上智大学教授)		
編集幹事	曾原利満	(社会保障研究所主任研究員)	三上芙美子	(社会保障研究所研究員)
	栃本一三郎	(社会保障研究所研究員)		

(五十音順)

季刊
社会保障研究 Vol. 21, No. 4, Spring 1986

(通巻 91号)

昭和61年4月25日発行

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号
赤坂2丁目アネックスビル内
電話 (589) 1381

製 作

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷7丁目3番地の1
電話 (811) 8814