

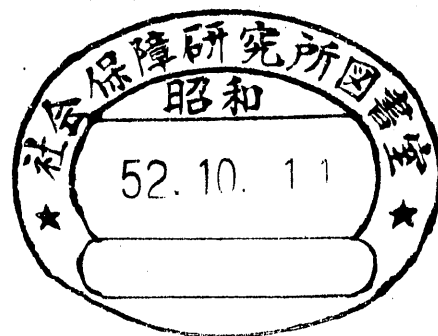
季刊

社会保障研究

Vol. 13, No. 2

社会保障研究所

1977



昨年春、私は本研究所の三浦文夫部長たちとアメリカの大学をいくつか訪ねた。その目的は、社会福祉教育における実習教育の方法やウェイトを聴取してくることにあった。

アメリカ合衆国における社会福祉教育は、ケネディ時代以来、急速に拡大強化されてきたようであり、現在では、学部学生の後期から試みるところも多くなっている。しかし、その主流は、大学院とくに修士課程にあるといつてよい。そして社会福祉の大学院生は、修士1年のばあい、週5日のうち、3日登学して受講し、2日は一定の実習先に年間を通じて出かけてゆく。2年になると、実習のウェイトは一層大きくなり、1年とは逆に、月曜登学、火水木曜実習、金曜登学というようなスケジュールになる。そして、実習先の指導職員は、大学の実習講師として便覧にも明記されており、大学の实習担当教授と密接な連絡をとりながら、実習生の指導にあたり、一定の書式によって評価する。受け入れ側の施設も、毎週一定の日にくる実習生を、仕事の邪魔になる厄介者としてでなく、活用できる労働力ないし一種の戦力として考えることができるから、実習施設になることを迷惑としないばかりか、むしろ名誉とさえ考え、熱心に指導するようである。

私は、もともと素人であるから、日本の社会福祉教育の実情にも暗い。しかし、私の聞くかぎりでは、社会福祉系大学における実習のウェイトは軽く、必修としていないところさえある。そして受け入れる施設の方では、短時間の見学程度の実習に煩わされ、職員の仕事の邪魔になると考えるばあいが多い。見学と大差のない実習であるから、施設職員が評価するような例は稀である。ごくわずかの例外はあるにしても、全般的に言えば、実習の実質を備えていないというべきであろう。

こうした日米両国の実習を対比して、私は、今後日本でも、社会福祉事業の幹部職員になる人たちの養成にあたって、もっと実習を強化すべきであると思わざるをえなかった。アメリカのばあいは修士教育が主体であり、日本では学部教育が主流であるから、一概にアメリカの実習を見習えとはいえない。アメリカのばあい、修士教育にしても、少々実習が多すぎないかと思われたのであるが、日本では、全くおぼろげな実習が行なわれているのが現状であるから、後学年では、せめて週1日を実習日として、当該学年生の聴講すべき講義をこの日以外に割りあて、この実習日には実習施設に出かけるようにすべきであろう。その施設の職員の指導評価を仰ぐためには、非常勤の校外講師として遇すべきだということもつけ加えたい。

ところで、こうした実習強化という考え方に対して、社会福祉教育に従事している教授たちの中には、実習強化は理論軽視につながるという反論があるようである。従来のような見学的実習を拡大するのであれば、こうした反論はもっともであろう。しかし、反対する方々も、社会福祉学が社会科学のひとつとして実証的理論でなければならないことは認められるであろうし、その実証的基礎をかためるための調査の重要性も否定されぬものと思う。私の期待している実習は、大学での講義と相俟って、学生に、机上の空論ならぬ実証的理論をたたきこむために必要なのである。

しかし、このような実習を強化するためには、それ相応の人員が必要である。そして、社会福祉教育は金のかかる教育とならざるをえないから、現在のように多数の学生をかかえこんでいる私学では、そうしたくてもできないことになる。社会福祉教育を私学にまかせてきた国の責任が、ここで問われなければならないわけであるが、その罪ほろぼしの意味においても、私の考えるような実習教育強化のための特別助成費を、国は、社会福祉系諸大学に出してほしいと思う。

現代福祉国家の経済的側面

——スウェーデンの場合——

川 口 弘

I はじめに

1976年9月の総選挙で、スウェーデンの社会民主主義労働者党が敗北し、1932年以降、44年の間占め続けた政権の座を、中央党、国民党、穏健派集合党の保守3党連合に譲り渡すことになった¹⁾。

第2次大戦後、着々として福祉国家スウェーデンを実現させてきた社民党の敗退は、西欧型福祉国家の破綻に直接的に結びつけられて理解されることが多い。福祉「見直し」論や、非西欧型または日本型福祉国家論の論拠に利用されることも稀ではない。

その場合、社民党敗退の直接の原因を、スウェーデンの高い税負担にあるとみなして、高福祉・高負担を批判し、ひいては社会保障負担の分担の仕方における公共依存型を非難して、日本型福祉国家は受益者自己負担という「自助型」であるべきだと主張される。公共依存型が不可避になった根は西欧社会の核家族化現象のなかにあると考えるところから、「自助型」福祉の基盤を日本の家族制度に求める。

しかし、以上のような議論の立てかたは、あまりにも短絡的であり、あまりにも独断的ではないだろうか。そうした結論を打ち出す前に、もう少し事実についての考察を行なう必要があると思

う。なお、高負担とその分担の問題は、所得水準と所得分配の問題と密接に結びついている。それだけではなく、高所得水準ならびに平等化された所得分配は、完全雇用、社会保障・社会福祉諸制度の充実とともに、広義の福祉国家の主要な内容の1つであろう。スウェーデンでは、きわめて急進的に最低賃金の引き上げと可処分所得平等化が推進されてきた。そのことがいくつかの重要な経済的構造変化をひき起こしているのであって、それらもまた福祉国家実現に伴うコストの1つとして考察のなかに含められるべきだろう。このことは、福祉国家を要求する側が十分に考慮に入れておかねばならない点であると思う。

筆者は、社会福祉問題の専門家ではないが、1971年に1年間スウェーデンに留学して、各方面でインタビュー調査を行ったり、資料を収集したりする機会をもち、引き続きその後の推移にも注意を払ってきた。以下ではそれらの材料に基づいて、(1)スウェーデンの福祉諸制度の実態、(2)高負担の具体的状況、(3)平等化政策の経済的側面の3点について、とくに重要と思われる問題を述べることにしよう。ただし、紙数の関係で(1)については主として年金制度に絞ることを許されたい。

II 福祉の実態と特徴

社会保障制度というまでもなく、文教制度や住宅政策までも含めた広義の社会福祉制度と政策において、スウェーデンが優れて先進的な実績を挙げてきていることは、いまさら繰り返すまでもなく周知のところであろう。しかし筆者は、従来ほとんど注意されてこなかった1つの制度を、福祉国家の基本的必要条件を成すものとして屢々指摘してきた。それはスウェーデンの選挙制度である。

1) 1932年、世界大不況中にアルビン・ハンソン首班の社民党政権が誕生して以来、36～39年、51～57年の二回、中央党の前身である農民党との連立（社民党首班）、39～45年間の保守3党との戦時挙国内閣を除き、1976年9月まで単独政権。ただし、70年代に入って議席数が過半数を割るにいたったので、共産主義者左翼党（以下共産党と略称）の自発的な閣外支持によって政権を維持してきた。今回の選挙では両党の合計議席数が50%を下回るにいたってついに政権の座を去ることになったのである。

いうまでもなく、福祉国家においては、市場機構を通じての決定に委ねられない公共経済の領域が相対的に広がらざるをえない。そうして、住民にとって、福祉とは上から押しつけられるものであるとはならないのであるから、それらの領域における政策決定過程には、住民各層の意見ができるだけ反映されるような仕組みが必要となる。スウェーデンにおける 28 選挙区比例代表制の選挙制度は、現存する諸選挙制度のなかではこの目的に最も適当な制度であるといつてよいだろう²⁾。

いわゆる 4%条項（得票率 4%未満政党の議席配分対象からの排除規定）があるために多少の差が生じるにしても、スウェーデン国会における各党別議席数構成比と各党別得票率との対応はみごとである。現在の 1 院制国会は 70 年以降の制度であるが、2 院制時代にも下院議員選挙への比例代表制の採用時期は、実に 1907 年に遡るのである。小選挙区制のイギリスなどに比べて、スウェーデンの「福祉国家度」は 1 段高いものであるといふべきであろう。

逆説的に聞えるかもしれないが、このことの 1 つの現われが、今回の社民政権の敗退ではなかったろうか。70 年、73 年、76 年の 3 回の総選挙における社民党の得票率は、46.6%、44.6%、43.6%、また共産党を加えた与党得票率は、51.4%、50.0%、48.4%、保守第 1 党の中央党のそれは、20.3%、25.7%、24.6%という推移を辿ったのであるが、この程度得票率の変化では、小選挙区制の場合はもとより、日本のような与党有利の不平等地区割りの中選挙区制の場合でも、社民党政権の敗退につながらなかったであろう。比例代表制であったからこそ、保守 3 党の合計得票率 51.6%に表われた、有権者の半分以上を僅かに超えただけの反対票で、容易に政権交替が行なわれたのである。保守政権も従来の福祉政策に全面的反対を表明したわけではなく、労組の支持を固めようとして、いっそう福祉制度を前進させようとする社民政権の政策に待ったをかけたのであり、費用負担

において、いっそう雇主負担を強めようとする社民の意図に反対したのであったから、選挙民の選択は、福祉政策の前進テンポと費用負担のありかたについてのものであった。投票結果が示した僅小な比重転換に対応する政府交替が行なわれたということは、むしろ福祉国家の福祉国家たるゆえんだといつても誤りではないだろう。

もとより筆者も、多党化と政権不安定化につながりやすい比例代表制よりも、政権安定化のもとで効率的な政策推進が期待される小選挙区制のほうがベターだという考えかたがあることは知っている。しかし、筆者はむしろ、比例代表制のもとで 44 年間にわたる社民の長期政権が存在し、福祉政策を推進しえたというところに、福祉国家の真髄を見出すべきだとさえ思うのである。

社会福祉諸制度についてのスウェーデン的思考方のもう 1 つの基本的特徴は、少なくとも国民的合意によって認められた、ナショナル・ミニマムとしての最低限度の福祉は、所得と財産の大小や労働能力の大小いかんにかかわらず、すべての国民に保障されるべきものであり、その保障は国民の基本的権利として要求されるべきものだという観点であろう。容易に理解されるように、こうした最低福祉保障が所得や資産やその他の資格制限を伴うとき、それは恩恵としての福祉に転化し、真の福祉の保障からは程遠いものとなる。そうではなくて、すべての人々への平等な最低福祉の保障を図るためには、その費用負担の原則は、負担能力に応じた公平な負担、すなわち応能負担の原則とならざるをえない。

このような考え方がもっとも良く反映しているのは、国民年金制度中の基礎年金制度（スウェーデン語ではこれが国民年金制度 *folkpensionering* と呼ばれる）である。基礎年金制度は、老齢年金・寡婦年金・遺児年金・障害者年金から成っているが、その中核である老齢年金の給付額についてみよう。77 年 7 月現在でいえば、単身者で基礎額 *base bellop* (77 年 4 月から 11,000 クローナ) $\times 1.22$ (1978 年 7 月以降は 1.25 倍に固定)、夫婦で基礎額 $\times 1.99$ (78 年 7 月以降は 2.05 倍に固定) の年金額が、基礎年金制度による事実上の最低保障額で

2) この制度の詳細については、拙著「福祉国家の光と影」、日本経済評論社、1974 年、または、拙稿「スウェーデン社民政権敗退の背景」、総評調査月報 1977 年 1 月号、p. 5 を参照のこと。

ある³⁾。最近のやや異常な円高状態のもとでは、1 クローナが約 61 円まで下がっているの、円換算額は前者は月額にして6万8千円(78年7月以降は約7万円)、後者は同じく11万1千円程度(78年7月以降は約11万5千円)であるが、これが過去における就労実績や所得稼得実績の有無にかかわらず、すべての国内在住スウェーデン人に保障されていることを考えれば、きわめて高い給付水準だということがわかるだろう。

基礎年金の財源は、1974年までは、所得税の課税所得(諸控除後の課税対象所得)の5%の年金税と、国および市町村の補助金等で賄われていた。所得税の対象外の低所得者・無所得者は負担ゼロであるが、年金税は所得比例税で累進税ではない。しかし、73年で基礎年金財源中の年金税の割合は30.7%で、一般所得税等を源泉とする国の補助金が58.5%、市町村(地方所得税等を源泉とする)補助金が10.2%であったから、全体として累進税制下の応能負担原則に立っているといつてよいであろう。しかも75年からは、勤労者(被雇用者)は年金税を免除されたので、一般の低所得者のほかに、勤労者に関しても事実上完全無拠出制になった。ただし、その分は雇主負担金として雇主から徴収される。

よく、スウェーデンの基礎年金制度は完全賦課年金制度だといわれるけれども、年々の掛金が同じ年の給付額の財源の一部として使用されるという意味ではその通りであるが、被保険者集団の内部で、受給年齢未達者グループの掛金により受給者への給付が賄われるという関係が原則的に存在していると考えことは錯覚に近い。被保険者が受益者だという通常の意味での受益者負担原則は、資本家・自由業者・自営業者などの場合に部分的に適用されているだけで、低所得層と勤労者階層

に関しては完全無拠出制年金なのである。もっとも、賦課方式の主要な利点が、持続的インフレ過程で給付額の物価スライドを可能にする点にあるとすれば、無拠出制は経常的租税収入を財源とすることによって、同じ機能をもちうるといえよう。

ところで、すべての国民の一律年金制度が勤労意欲の低下の原因を作るという批判に対しては、同じ国民年金制度のなかで、所得比例年金としての国民追加年金を基礎年金と組み合わせることで答えている。追加年金制度(スウェーデン語では、一般追加年金制度 *allmänna tilläggspensionering* と呼ぶ)は1960年から実施されて、1980年に成熟期に到達することが予定されているが、被雇用者については強制加入、その他については任意加入で、所得稼得期間中の実績所得額のうち、基礎額を超え、基礎額の7.5倍を超えない範囲の額に対する比例年金制度であり、スウェーデンの有業人口の約80%がカバーされている。やはり、老齢・寡婦・遺児・障害者の4種の年金を含んでいるが、そのうち老齢年金の満額受給資格は制度に登録して毎年受け取る所得点数が30年分以上に達し、かつ年齢が65歳(75年までは67歳)以上であることである。得点期間が30年を下回る場合は、不足期間に応じて年金給付額が減額される(得点期間が3年未満の場合は受給資格がない)。ただし、1896年(制度発足の1960年64歳。したがって3年後に最初の受給資格者となりうる)~1914年(20年後の制度成熟翌年の1981年に67歳で受給資格が生じる)間の出生者については得点期間20年で満額とする経過措置がとられ、現在までの老齢追加年金受給者は、この規定の適用を受けた減額受給者のみである⁴⁾。

給付額は、得点期間中、年間点数(所得時点での基礎額に対する倍率)が高かった15年間の平均点数を受給時点での基礎額に乗じた積の60%(後述のように、これによって受給額の物価スラ

3) 事実上の最低保障額といういいかたをしたのは、次のような理由からである。すなわち、これは国民年金制度のうち1つの柱である追加年金制度の受給資格がないか、あるいはあってもその額が僅小である人々への、補足額を加えた基礎年金給付額であって、補足を受けない人々の基礎年金額は、単身者で基礎額の95%、夫婦で145%であるけれども、この場合はその上に追加年金が加えられるから、本文に掲げた補足額を受ける人びとの年金額より実際の年金受給額が低くなることはない。

4) 通常の所得期間不足者の減額率は、不足期間1年ごとに $\frac{1}{30}$ であるが、上記期間出生者の場合は $\frac{1}{20}$ 。なお経過措置の1つとして、1915~1923年間の出生者については、出生年と1914年との差に20を加えた値の逆数を減額率と定めている。

イドが保証される)である。たとえば、その 15 年間を通じて毎年最高点数 6.5 を稼得し続けた人ならば、77 年 6 月現在の基礎額 1 万 1 千クローナを用いて計算すると年額 42,900 クローナ、月額円換算で 21 万 8 千円となり、単身者なら基礎年金 10,450 クローナ、月額 5 万 3 千円を加えて、合計月額 27 万 1 千円となるわけである。単年度のスウェーデンの既婚者世帯の 50% 以上が追加年金制度の最高限度得点 6.5 以上の年間所得をえているとみられるから、制度成熟以降におけるこの程度の年金受給者の比率はかなり高いものとなるであろう。

追加年金制度は、勤労者(被雇用者)については被保険者無拠出制で、代って雇主が掛金を負担し、勤労者以外は任意加入で掛金を自己負担する。雇主の勤労者のための掛金率は、制度の出発時点から年々引き上げられて 74 年に支払賃金額の 11% となり、以後固定された。追加年金制度のもう 1 つの特徴は積立基金方式だという点にあり、国家保険機関が徴収した掛金収入は、国民年金基金 Ap fonden に預託される。基金は政府から全く独立した機関で、労組代表・産業界代表・有識者委員の参加する 3 つの基金委員会(公共部門関係、民間大企業関係、中小企業・自営業・自由業関係)によって管理・運用され、運用対象は公債・社債(銀行が公開市場で売却するもの)、その他国や自治体または金融機関の発行する債務証券、加入者融資に限定されていたが、74 年以降は一定限度内で株式への運用も認められるようになった。基金運用収入の管理コストを超える部分が、年金給付財源の一部になることはいうまでもない。

1960 年に追加年金の掛金払込みが開始され、63 年に経過措置による年金給付が始まったが、76 年末までの掛金徴収総額 931 億クローナに対して年金給付累計は 262 億クローナ、掛金累計額の 23.9% に当たり、差引差額 669 億クローナが基金に繰り入れられた。それは 76 年末基金残高 1,017 億クローナの 65.8% を占める。残り 348 億クローナ、34.2% は、基金の運用利子収入から管理費・支払利息等・国家社会保険機関等への償還額等の諸経費を差引いた運用純収益である。76 年

末基金残高は現在の円高為替レート(1 クローナ・61 円)で換算しても 6 兆 2 千億円を越え、人口 1 当り 75 万円強、日本の人口を掛けてみると 85 兆円弱であるから、国の規模からみていかに巨大な基金であるかが推量できるだろう。76 年の基金収入 139 億クローナのうち、運用収入は 50.4%、掛金収入は 49.6% であり、総経費を差引いた運用純収入でも、掛金収入の 98% に達している⁵⁾。

ここで簡単に、上記 2 つの年金制度に組み込まれた老齢年金以外の年金の内容を見ておこう。

基礎年金制度の場合、寡婦年金は、老齢年金受給年齢に達していないすべての寡婦(扶養子女がなく、夫死亡時に結婚生活 5 年未満か、年齢 25 歳未満の寡婦を除く)を対象とする。満額の場合は老齢年金と同額。満額受給の資格は、① 16 歳未満の扶養子女がある場合。子女が 16 歳に達すると減額支給に切り替えられるが、その時点で寡婦が 50 歳に達していれば満額支給が続けられる。② 5 年以上の結婚生活後に夫が死亡し、16 歳未満の扶養子女はないが、50 歳に達した寡婦。夫死亡時に 50 歳に達していれば直ちに、50 歳未満である場合には、当人が 50 歳に達した時点から満額支給。減額支給の場合は、満額支給資格を満たすまでの所要年数に 15 分の 1 を乗じてえられる積が減額率になる。再婚すれば受給資格を失うが、5 年以内に解消されれば復活する。

障害年金も満額の場合は老齢年金と同額。満額受給資格は労働能力の 6 分の 5 以上の減退。減退度 2/3~5/6 未満なら 3 分の 1 減額。減退度 1/2~2/3 未満なら 2 分の 1 減額。減退度 2 分の 1 未満は対象外。一時的障害には一時障害年金。70 年法改正により、試行的職業従事は受給を妨げないことになった。

遺児年金は 16 歳未満の孤児と片親児を対象とする。孤児の場合は基礎額の 35%(77 年 6 月現在では円換算月額約 2 万円)、片親児の場合は基礎額の 25%(同じく約 1 万 4 千円)。

5) これらの数字は国民年金基金の年報 Allmänna Pensionsfonden Årsredogörelse(英語版もある)から得た。掛金収入と支出額とが均等化するのには 1990 年、掛金収入プラス運用収益がバランスするのは 2000 年と推定されている。

国民追加年金制度の場合。障害年金は基礎年金の障害年金対象者で、障害者となった時点（疾病手当を障害年金に切り替えた時点）で、基礎額より低くない疾病手当を受けており、かつ1年分以上の年金点数をもっているか、障害者となる以前の4年間に少なくとも3年分の年金点数を得ている者が対象。満額は追加年金制度の老齢年金のそれと同じだが、障害度に応じて減額される。寡婦年金は、結婚時点で夫が60歳未満であったことと、夫死亡時までに5年以上の結婚生活を経過している場合、または夫死亡時に夫婦間に子女があった場合に受給資格が生じる。再婚によって資格を失ない、5年以内に解消すれば資格を回復することは基礎年金の場合と同じ。年金額は、遺児年金資格のある子女がある場合は老齢年金または障害年金の35%、年金資格ある子女がない場合は40%。遺児年金は、16歳未満の子女に対して支払われ、片親児なら子女1人に対して老齢または障害年金の15%、孤児の場合は40%で、1人ふえるごとに10%加算して、総額を各人に等分支給する。老齢または障害年金受給資格をもつ婦人が死亡したときは、遺児年金は支払われるが寡夫への年金はない。以上のように、基礎・追加両制度を合わせたこれら年金制度もきわめて充実したものである。

しかも、こうした国の年金制度の上に、勤労者にはいわば年金制度の3階として、補足的な団体協約年金制度が設けられている。1961年から追加年金制度と併行的に開始された産業職員年金制度 ITP と、73年から、全国労働組合同盟 LO とスウェーデン経営者連盟 SAF との協定で導入された STP とがそれで、70年代に入って公務員も ITP と同様の制度の適用を受けている。ITP は民間商工業の事務および専門系職員のための、STP は民間労務者のための制度であるが、内容的には類似しているので、ITP の概要だけを述べておこう (AMS パンフレット “AMS och STP” による)。

ITP は、SAF とスウェーデン工業職員連盟・スウェーデン職長連盟・商業職員連盟との協定によって成立した。69年10月からは団体協定事項

となり、SAF 加盟企業は加入を強制されることになった。出発点では、それまで多くの企業で行なわれていた私的職域年金制度 (50年代までは国民基礎年金の給付水準も1000 クローナという低額であったので企業別年金で補足されたのであるが、当然のこととして大きな企業間格差が存在した) を統一して、改革された国民年金制度 (基礎年金の給付改善10年計画の発足と追加年金制度の導入) との調整を図るのが目的であったが、具体的には、①国民年金制度の当時の受給開始年齢67歳に対し、退職年齢 (定年制と違って強制退職年齢ではなく、単純に退職年金受給資格年齢を意味する) 65歳からの2年間の空白期間をうめる年金の設定と、②国民年金でカバーされる基礎額の7.5倍までの所得を超える所得部分について、基礎額の15倍までの範囲を対象とする補足年金の設定、という2点を中心であった。国民年金制度の受給開始年齢が65歳に引き下げられた現在では、①はその意味を失ったので、②の相対的な高給取り層のための補足年金というのが主要内容として残っているわけだ。77年6月現在でいうと、国民年金でカバーされる年所得は約500万円 (82,500 クローナ) で、ITP のそれは約1千万円 (165,000 クローナ) までということであるから、日本人の感覚ではちょっとオーバーな感じさえする。

組み込まれている年金種類は、退職年金・障害年金・特別寡婦年金・家族年金の4つ。退職年金は65~67歳までと67歳以降とに区別され、原則として最終時俸給を基準として計算される。前者の場合は、基礎額の10倍までの俸給額の60%+10~15倍までの部分の32.5% (したがって基礎額の15倍の50.8%) の年金が支給される。後者の場合は、基礎額の7.5倍までの部分の10%+7.5~10倍までの部分の65%+10~15倍までの部分の32.5% (基礎額の15倍までの37.4%、基礎・追加両年金と合わせれば69.7%、基礎額の7.5倍の所得者の場合の年金・所得比率は74.7%) となる⁶⁾。

6) カッコ内の基礎・追加年金を含めた比率は大体の目安のための数字である。両制度間では基準所得の取りかたが

退職年金以外の年金については説明を省略するが、ITP や STP の掛金（保険料）も全額雇主負担なのである。ITP プランに参加するにはスウェーデン職員年金金庫 SPP (SAF・商務省・前記職員諸連盟出資の相互保険会社) に加入しなければならないが、そのうちの退職年金だけは、年金保証保険会社 FPG (SAF と工業職員連盟・職長連盟による相互会社) および年金登録機関 PRI (SPP 管理下の登録機関) 制度に加入してもよい。これらの機関に企業が払込む保険料は、被保険従業員の平均 7~8% に当るといふ。しかも、多くの大企業では、基礎額の 15 倍を超える俸給部分に対する私的年金も設定しているといふのである⁷⁾。

スウェーデンの医療保険制度や住宅政策にもそれぞれ興味深い特徴があるが、余白がないので割愛せざるをえない。しかし、文教政策のうち大学生に対する貸費制度 studielån についてはどうしても触れておきたいと思う。スウェーデンの大学はすべて国立で、高等教育機関への進学率は 30% 近く、日本の最近のそれと比べても大きな違いはない。その大学にも、小学校から一貫した授業料無償の原則が貫かれているが、そのうえに、学生の親の所得のいかににかかわらず、また学業成績のいかんにもよらず、普通の履修条件をみたしているすべての学生に、年額 1750 クローナ（月額円換算約 9 千円）の奨学金（給費）と、満額（主として、当人またはその配偶者の所得または財産の有無・高低に応じて減額される）の場合、基礎額の 1.4 倍の奨学貸与金（77 年 6 月現在では年額 15,400 クローナ、月額円換算約 7 万 8 千円）が与えられる。卒業後 3 年据置いてから 50 歳まで、自分の選択する期間で割賦返済するが、75 年までは返済額に物価スライド制が付されていたので、長期的物価上昇見通しのもとでは 10 年程度の期間を選択する場合が多く、大卒勤労者にとっては租税に上積みされる返済金負担はかなり重く感じ

られるようである。75 年にこの物価スライドを撤廃したのは、当時の物価高騰の余波であったろうが、これによって貸与金基金の目減りが進行し、制度の崩壊につながりはしないかという不安を感じる。それはともかくとして、この制度によって大学生は、在学中の生活費まで保障されることになるので、ほとんどが大学入学時点で親から独立し、将来の自己の経済的負担によって進学するのである。したがって、不況で有利な就職の機会に乏しいように思われる時期には、大学入学志望者数が大幅に低下するという現象が生じる。筆者がストックホルムにいた 71 年 9 月の入学期には、ストックホルム大学新入生数は対前年比 27.8% の減少を記録し、その他の大学でも同様の傾向がみられた。大学入学時点で各人が、親ではなくて自己の責任において進学の可否を選択すること、選択しさえすれば誰でも無償で、生活費まで貸与されて進学できるという意味で、大学教育の経済的機会均等が十分に保障されていること、こうした制度的条件のうえに立って、学生は日常的なアルバイトで勉強時間を削られることがなく、逆に、アルバイトをしていたのでは追いつけないような厳しい授業が行なわれていること、の 3 点は、それと対照的な状況下で悩んできた日本の私大教員の 1 人としての私に深い感銘を与えた点である。ここに、スウェーデン人の民主的・合理的・実験的精神が良く反映されていると思われる。

持続的慢性的インフレの進行を避けることができない現代資本主義であるからこそ、各個人の自助努力・貯蓄努力だけでは、老後や病気・災害への備え、子弟の教育費や住宅の確保などの切実な必要を賄い切ることがますます困難となっているのである。資本主義のもとでこれらの基本的生活権に属するような要求に関する社会的不平等を緩和するために歴史的に生み出された社会福祉諸制度は、もちろん慢性的インフレが存在しなくても不可欠な制度に違いないが、慢性的インフレ下ではその必要が一段と切実なものとならざるをえない。そうだとすれば、そのような諸制度のなかに、適切な形で物価スライド制が組み込まれていなければならないのは自明のことであろう。十分に

7) 遡うので、最終俸給 > 最高俸給期間 15 年間の平均年収入の場合はやや過大推計になる。スウェーデンでは、労務者の場合は 25 歳以降の年齢別賃金曲線は水平に近いが、大卒サラリーマンの場合はある程度は右上りである。

7) ITP についてのもう少し詳しい内容は、拙著「福祉国家の光と影」、1974、pp. 230~4 を参照されたい。

広範で水準の高い福祉諸制度が確立されており、それに適切な物価スライド制が組み込まれていさえすれば、預貯金金利の物価スライド制などという、理論的にも技術的にも問題の多いやりかたを考慮する必要はほとんどないといっていよう。その意味で、スウェーデンで、年金制度の基礎額に設けられた、事実上完璧に近い物価スライド制にはどうしても言及しておかなければならない。西欧型福祉国家に敵意を燃やすあまり、スウェーデンの年金に物価スライドがあるといってもやはりスライドの遅れによる目減りがあるが、国民の不満が高まっているなどと論評する人が、最近ではふえているが、74年からやっと導入された日本の年金の物価スライド制と比較したうえで考えてもらいたいものである。

すでに見たように、基礎額は、基礎年金・追加年金・団体協約年金3制度を通じ、老齢・障害・寡婦・遺児のすべての年金の給付額算定の基礎とされるだけでなく、大学生のための奨学貸与金や医療保険の長期傷病給付金・その他の算定基準にも用いられており、その基礎額の物価スライドを通じて、これら諸制度の給付額は自動的に物価スライドされていくのである。その算定のやりかたは、経常的に、毎月2カ月前の消費者物価指数が、現行基礎額の算定基礎になった消費者物価指数（つまり現行基礎額算定時点の2カ月前の指数）より何%上昇したかを調べ、上昇率が3%以上の場合には下記の式を用いて改訂基礎額を算定するのである。

(改訂)基礎額=4,000 クローナ

$$\times \frac{2 \text{ カ月前の消費者物価指数}}{1957 \text{ 年 9 月の消費者物価指数}}$$

いうまでもなく、4千クローナは1957年9月の物価で表わした保障実質給付額で、それ以来の物価上昇倍率を乗じた額が、現在時点での新基礎額として採用されるのである。賃金スライドでなく物価スライドであるところに不満をもつ向きはあるが、僅かに2カ月遅れ（日本のように原則1年、早くても10カ月というのとは大きな違いがある）で、しかも3%の上昇にスライドしていくのであるから、その迅速性という点でこれ以上の

表 1 基礎額改訂の推移

年 月	金額 (クローナ)
1957年 9月	4,000
1963年 1月	4,700
1964年 1月	4,800
" 11月	5,000
1965年 9月	5,200
1966年 1月	5,300
" 5月	5,500
1967年 4月	5,700
1968年 3月	5,800
1970年 3月	6,300
" 8月	6,400
1971年 2月	6,700
" 3月	6,900
" 12月	7,100
1972年 7月	7,300
1973年 2月	7,600
" 8月	7,900
1974年 1月	8,100
" 4月	8,500
" 12月	9,000
1975年 7月	9,400
" 10月	9,700
1976年 3月	10,000
" 7月	10,400
" 12月	10,700
1977年 4月	11,000

1968年5月～1977年3月間倍率

消費者物価指数 1.861 倍

基 礎 額 1.907 倍

(資料) Statistisk årsbok.

(出所) 拙稿「生活防衛型インデクセーションのすすめ」、経済評論、1975年2月号。

ものを望むことはほとんど無理ではないだろうか。表1は、筆者の手許の資料で確認できた1963年1月以降77年4月までの間の基礎額改訂実績を示したものである。

III 高負担の実態と問題点

スウェーデンにおける高福祉が、いわゆる高負担に支えられて実現したものであり、その高負担に対して、国民のなかにいろいろな形の不満があることは事実である。しかし、社民党得票率の漸減から、ついに社民党内閣の退場にいたった70年代の3回の選挙でも、高福祉をこれ以上進めるかどうか、福祉諸制度のなかみをどうするかという点での論争はあっても、福祉水準の引下げや福祉制度の後退が叫ばれたことは、与野党を通じて

なかった。高福祉を維持しようとするれば、一定程度の高負担が避けられないことも良く知られており、争点は高負担の分担の仕方に向けられていた。スウェーデン人の多数が、高福祉はいうまでもなく高負担そのものにも反対しているわけではないことを知っておく必要がある。

さて、高負担の具体的な内容としては、各種社会保障制度の財源の問題と、租税負担の重さと分担の仕方とがとりあげられる。市場原理の外の、福祉コストの負担に関しては一般的な基本原理として、応能負担原則——負担能力を基準とする公平負担の原則——と、応益負担原則——受益に応じた負担の原則——という、二つの相対立する考えかたがあることは周知のとおりである。ごくおおまかには、負担の手段として、前者の場合に財政負担が、後者の場合には保険料または利用料金負担が用いられるといえるが、財政負担の場合でも、財源が累進税率を用いた所得税ではなくて、間接税に代表されるような一律税率を用いた逆進税であれば、むしろ応益原則に近づくし、後者の場合にも、所得や地位による差別保険料率や差別料金制が採用される場合には、ある程度は応能原則が反映されていることになる。こうした観点からスウェーデンの負担方式をみると、基本的には、ナショナル・ミニマムの福祉のコストはできるだけ応能原則の負担方式を、それを上回る福祉のコストはできるだけ応益原則の負担方式という、それ

自体は合理的な方向を貫こうとする努力が見られる。しかし、保障しようとする福祉が高水準となり高コストとなるにつれて、その原則を維持することが困難になって、現状ではかなりの混乱が生じ、国民の不満の一因となっているように思われる。それと同時に、コストの絶対水準の高さのほかにスウェーデンの場合に無視できないのは、連帯主義賃金政策の名で推進された賃金平等化政策の影響であると思われる。

表2で国際比較をしてみると、租税・社会保障負担金等の対 GNP 比率は、日本の 22.18% に対してスウェーデンは 44.21% とほとんど2倍であり、また例示された12カ国中、40% 台を示すトップ4カ国中にランクされているという意味で確かに高負担国といえるが、しかし1位ではなく4位に位置している。他方、1人当り GNP は世界1位で、16位の日本の1.9倍を越えている。同一の負担率なら高所得者のほうが低所得者に比べて負担感は軽いという常識的な仮定（ミクロでよりもマクロの場合の方が妥当性が高いと思われる）を置くと、日本に比べて高負担の程度はみかけほど大きくはないといっても誤りではなさそうである。

負担構成の点で、逆進的な間接税依存度が27%で、日本の17%に比べればかなり高いが、間接税依存度が30%を越える5カ国には入ってはいず、20%台の5カ国中でもベルギー、イギリスに次ぐ3位に位置しており、直接税依存度は48.5%

表2 租税・社会保障負担金等の対 GNP 比率

	対 GNP 比率 (1974 年。カッコ内は構成比)						(参 考)	
	計	うち 間 接 税	直 接 税	社会保障負担金	そ の 他		国民一人当り GNP (1975年)	
	%	%	%	%	%	(米ドル)	(指数)	
(1) デンマーク	46.68 (100.0)	14.82 (31.7)	26.42 (56.6)	2.68 (5.7)	2.76 (5.9)	(5) 7,016	82.8	
(2) ノルウェー	45.27 (100.0)	16.58 (36.6)	13.97 (30.9)	13.18 (29.1)	1.54 (3.4)	(4) 7,063	83.4	
(3) オランダ	45.18 (100.0)	10.54 (23.3)	15.52 (34.4)	17.42 (38.6)	1.70 (3.8)	(12) 5,947	70.2	
(4) スウェーデン	44.21 (100.0)	11.92 (27.0)	21.42 (48.5)	8.53 (19.3)	2.34 (5.3)	(1) 8,472	100.0	
(5) オーストリア	38.14 (100.0)	13.65 (35.8)	10.82 (28.4)	9.73 (25.5)	3.94 (10.3)	(15) 4,991	53.0	
(6) ベルギー	38.13 (100.0)	10.78 (28.3)	14.28 (37.5)	12.02 (31.5)	1.05 (2.8)	(8) 6,346	74.9	
(7) 西ドイツ	37.64 (100.0)	9.51 (25.3)	13.25 (35.2)	13.25 (35.2)	1.63 (4.3)	(7) 6,872	81.1	
(8) フランス	37.50 (100.0)	12.66 (33.8)	7.19 (19.2)	15.72 (41.9)	1.93 (5.1)	(10) 6,188	73.0	
(9) イギリス	35.57 (100.0)	9.64 (27.1)	15.39 (43.3)	6.04 (17.0)	4.45 (12.5)	(18) 4,065	48.0	
(10) イタリア	31.86 (100.0)	10.75 (33.7)	6.50 (20.4)	13.31 (41.8)	1.30 (4.1)	(19) 3,084	36.4	
(11) アメリカ	28.92 (100.0)	5.28 (18.3)	12.99 (44.9)	6.66 (23.0)	3.99 (13.8)	(3) 7,089	83.7	
(12) 日本	22.18 (100.0)	3.76 (17.0)	10.52 (47.4)	4.58 (20.6)	3.32 (15.0)	(16) 4,395	51.9	

(資料) The Swedish Budget, 1977~78, p. 101.

表 3 社会保障収入の財源別構成

	年 次	計	保 険 料			公 費 負 担				そ の 他
			被保険者	事業主	(小 計)	国 庫	その他公費	特別税	小 計	
スウェーデン	1966	100.0%	13.0%	26.0%	(39.0)%	35.3%	21.5%	—	(56.8)%	4.2%
日 本	1966~67	100.0	26.9	30.1	(57.0)	27.0	4.0	—	(31.0)	12.0
フ ラ ン ス	1966	100.0	16.1	58.5	(74.6)	14.9	2.0	2.5	(19.4)	6.0
西 ド イ ツ	"	100.0	24.7	37.8	(62.5)	27.0	—	1.2	(28.2)	9.3
イ タ リ ア	"	100.0	13.3	54.6	(67.9)	18.0	0.0	2.0	(20.0)	13.9
オ ラ ン ダ	"	100.0	40.7	42.1	(82.8)	8.3	2.5	—	(10.8)	6.4
イ ギ リ ス	1966~67	100.0	20.7	26.1	(46.8)	42.7	7.1	—	(49.8)	3.4

(資料) I.L.O. "The Cost of Social Security", 1972. (出所) 1975年版社会保障統計年報。

でむしろ日本の 47.4% を上回っている。社会保障負担金依存度は 19.3% で、下から数えて 3 位で、やはり僅かだが日本を下回っている。だが、後述するように、直接税のなかで高い比率を占める地方所得税は、応益負担原則的な一律税率方式の逆進税なので、住民利益に直結する地方税優先主義という長所はあるが、負担原則的には見かけほど応能原則が貫かれているとはいえないであろう。

表 3 によって、本来の社会保障制度に絞って財源構成を見ると、スウェーデンはイギリスとともに公費負担主義がきわ立っている。しかし、ここでも「その他公費」依存度が高いのは、地方税への依存度が高いことを意味することに留意すべきだろう。保険料の内部構成では、被保険者負担に比べて事業主負担が 2 倍になっており、その倍率はイタリア、フランスに次いで高いが、全体の財源依存度としては事業主負担の割合は日本より低く、表に含まれた 7 カ国中では最低である。なお、スウェーデンにおける社会保険機構内部の保険種類別財源構成は表 4 に見るとおりである。ただし、前節でみたように、75 年からの改正で、被雇用者

の基礎年金に関する年金税負担はゼロとなり、対応的に従業員の基礎年金のための雇用負担金为新設されたので、表中の基礎年金財源構成は現在では大きく変化しているはずである。

さて、スウェーデンの社会福祉コストは、公費負担に重点を置いているのであるから、公費負担の財源となる租税制度の特徴をみる必要がある。紙数の関係で要点のみをとりあげると、(1)租税収入中の地方税の比重が高い。1974 年では、34.8% (イギリス 12.4%, 西ドイツ 13.7%)。日本も 34.3% で大差はないが、直接税のなかで地方税の占める割合は、スウェーデン 54.4% (筆者推計) に対し、日本は 21.5% に過ぎない。(2)地方税の大部分 (筆者の推計では約 92.1%) が所得税 (法人税も含む) である。日本は間接税が 63%。(3)国税のなかでの間接税の比重が高い。1974 年では 58.8%。日本は 7.4%。しかし、国税・地方税合計中の間接税は、スウェーデン 41.1%、日本 38.3% でそれほどの差はない。(4)しかし、地方所得税は市町村によって税率は違うが、国税と同じ規定で諸控除を差し引いた後の課税所得 (ただし、法人所得税の場合、国税の課税所得は、地方税課税

表 4 スウェーデンの社会保険種類別財源構成 (1974年)

	国 の 補 助	市 町 村 補 助	雇 主 掛 金	被保険者掛金	基金運用収入等	計
医 療 保 険	34.1%	—%	33.8%	30.9%	1.2%	100.0%
労 災 保 険	3.1	—	75.1	0.3	21.5	100.0
失 業 保 険	42.7	—	26.0	24.7	6.6	100.0
国民基礎年金*	63.1	9.7	—	26.7	0.5	100.0
国民追加年金	—	—	64.1	2.7	33.2	100.0

(出所) SCB: Statistisk årsbok 1976, p. 266

* 基礎年金における被雇用者掛金 (年金税) の全廃と、対応的な雇主負担金 (年金税以外の) 設定という制度改革の行なわれる前の計数。現在では被保険者掛金の比重が低下し、雇主掛金の比重がプラスの数値をとっているはずである。

所得から地方税額を控除したものになる)に、その大小にかかわらず一律税率(1976年の全国平均は26.13%)を課するので、逆進性という点では間接税と変らない。したがって、地方税と国の間接税が総税収に占める比率73.1%を逆進性の指標とみれば、それはきわめて高い。ただし、日本の住民税は国税に比べて諸控除額が低く、税率の累進度もきわめて僅かなので、逆進性という点で間接税に近い面があることは周知のとおりである。地方税と国の間接税の合計が総税収に占める割合52.2%が、上記のスウェーデンの計数と比較されるべきかもしれない。(5)税収に対する社会保障負担金の割合は、1974年で、スウェーデン24.5%、日本25.9%で大差はない。(6)国の所得税のなかに占める会社所得税(日本の法人税に当る)の割合は75年に6.8%、71~75年の平均で8.2%と低い。それは50年代後半の20%台、61~65年の16.2%、66~70年の11.7%というように長期的に低落してきている。また、日本の法人税・個人所得税合計中の法人税の比率65~69年の53.2%、70~74年の51.3%に比べてきわだって低いといえる。これは、GNP中の法人総所得の比重が日本などに比べてかなり低いことが一因であろう。1970~74年間の日本の平均は23.6%であるのに、70~75年間のスウェーデンのそれは、筆者の推計で14.8%程度に過ぎない⁸⁾。

租税構成上はおおよそ以上のような特徴がみられ、国税中の付加価値税を中心とする間接税依存度が高く、地方税と併せると、逆進性の高い税体系になっているのが1つの問題点であることは明らかであろう。

法人所得税(1976年)の税率は、国税が一律40%、地方税は全国平均で一律26.13%だが、法人の場合の国税の課税所得は、地方税の課税所得から地方税額を控除したものであり、したがって、

8) statisk årsbok, 1976の国民所得統計には、資本減耗引当の主体別推計が掲げられていない。国内国民総生産に対する資本減耗引当率は、両国とも12%前後で差がないので、法人企業所得に対する法人企業減価償却の比率も両国ではほぼ等しいと仮定し、日本の国民所得統計でえられる比率を使ってスウェーデンの法人企業減価償却を推計し、これによって法人総所得を算定した。国民総生産中の法人所得の比率は、スウェーデン6.0%、日本9.5%

地方税の課税所得に対する国税・地方税の合計税率は55.678%になる。74年度の日本の法人税率は、資本金1億円超で国の法人税率40%(配当分30%)、道府県民税(法人税額の5.2%)と市町村民税(法人税額の12.1%)を加え、所得の50%を配当すると仮定した場合の税負担率は47.44%であるから、税率としてはスウェーデンの方がかなり厳しい。しかし、実際には、大幅な早期償却が許されており、また計上利益のうち投資基金等に積み立てれば免税となるなどの措置により、筆者の推計では、製造業大企業の実効税負担率は35%程度で、日本のそれより僅かに高い程度である。

ただし、前節で明らかにしたように、スウェーデンの企業は、社会保障関係の各種の雇主負担金を課せられている。1977年現在の雇主負担金の種類と、賃金支払額に対する比率は表5のとおりで、その比率の合計は実に34.7%に達している。法人企業統計で計算してみると、全産業企業では国税・地方税の合計額の2倍に達している。もっとも、雇主負担金は経費として利益から控除されているから、これを利益に置き戻したうえで、企業の税・雇主負担金の負担率を計算すると実に62%弱に達する。しかも、投資基金による減税の利用度は大企業に高く、賃金支払額への一定率で課される雇主負担金の利益額に対する負担率は、労働集約的な中小企業に重くなりがちである。ただ、

表5 雇主負担金の支払賃金額に対する比率(1977年)

	比率(%)
雇 主 負 担 金	
国 民 追 加 年 金	11.75
健 康 保 険	8.00
基 礎 年 金	8.30
失業保険および現金手当	0.40
部 分 年 金	0.25
労 災 保 険	0.25
託 児 所 費 用	1.00
職 業 安 全 費 用	0.13
賃 金 保 証	0.07
成 人 教 育 費 用	0.15
労働市場訓練費用	0.40
雇 用 税	4.00
計	34.70

(出所) The Swedish Budget, 1977/78, p. 12

最近の計量的研究は、団体交渉における企業側の実質賃金コストの計算に雇主負担金が算入される結果、長期的には雇主負担金の増加分だけ名目賃金上昇率が抑制された結果となっており、その意味では雇主負担金を税負担率と同一視する必要はないという指摘を行なっている。

個人所得税について計算してみると、夫のみが働いている夫婦・子供2人について、1976年のスウェーデンでの実質課税最低限度（各種の税額控除や戻し税の意味をもつ児童手当等を考慮）は、国税について319万円ほどであったが、1975年の日本の場合には183万円で、国の所得税に関してはスウェーデンの方が免税点はずっと高い。しかし地方税を含めるとそれは180万円弱になり、日本と大差がないということになる。課税対象になる低所得層の税負担率も、国税だけならスウェーデンのほうが高いが、地方税を含めると逆になるのである。国は所得税制が低所得層に有利に作られているのに、地方税がこれをぶちこわしている感じである。

国の個人所得税の特徴として、(1)配偶者控除の代りに配偶者税額控除（夫婦の一方のみが所得のある場合。共稼ぎの場合は夫婦別課税方式）を用いているが、これは配偶者控除方式に比べて低所得者ほど実効税率が低くなる利点がある。(2)扶養控除（日本よりも低い）に加えて児童手当（日本より格段に高い）方式を用いるが、これは実質的には戻し税の意味をもち、扶養控除のみの場合に比べ、低所得者ほど有利となる。(3)一定所得限度を超えて所得が高くなるにつれて、基礎控除を逡減させ、ついにはゼロとする。これは、表面的な税率の累進度以上に実質累進度を強めるが、基礎控除がゼロになったあとではその作用が失なわれるので、高所得層ではなく中所得層の範囲で影響する。しかも、課税最低限度に物価スライド制が付与されていないので、インフレの進行につれて、基礎控除逡減制が開始される所得水準が実質的に低所得層に移行し、所期の目的と異なった効果を示すようになっていく。(4)職業上の経費控除は認められるが、日本のように給与所得控除がないので、上記(1)(2)の効果が薄れる中所得以上の勤労者

の税負担は日本に比べてかなり重くなる。こうして、とくに大卒の管理職・専門職や自由業者などの高負担に対する不満が強まることになったと考えられよう⁹⁾。

なお、1960年に導入された売上税に代って、1969年から付加価値税が実施され、逆進的大衆課税として大衆の反撥を買っている。77年6月から、税率が15%から17%に引き上げられたが、この税率は税込価格に対する比率として示されているので、日本流に税引価格に対する比率に換算すれば、17.65%から20.48%に引き上げられることである。ほとんどすべての商品を買うごとに、20%の税金をとられる仕組みであり、その引き上げによって、物価がいっせいに上がるわけである。とくに生活必需品の値上りとの関連で大衆の不満は強いと思われる。

IV 平等化政策の経済的側面

以上のような高福祉・高負担のスウェーデン福祉国家は、1951年のLOの基本文書「労働組合運動と完全雇用」“Fackföreningsrörelsen och den fulla sysselsättningen”を出発点として推進された「連帯主義賃金政策」solidarisk lönepolitikenによる所得平等化政策を基盤として、1960年代の年金改革・大学奨学貸与金制度・医療保険改革などを通じて形成されてきたのである。連帯主義賃金政策の基本的な考え方は次のように要約できよう。

(1)ブルー・カラー労働者の95%を組織しているLOのような労働組織の運動は、当然に国民経済全体に大きな影響を及ぼし、その結果LOメンバー自身にも跳ね返ってくるから、LOは国民経済全体の調和的發展を考慮に入れることで、かえって労働者の利益をより良く守り発展させることができる。

(2)インフレ防止の基本的責任は政府にあるが、そのための手段としては、①金融・財政手段による総需要抑制と並んで、②停滞的分野から発展的分野への円滑な労働力の流動化を図る積極的な労

9) 税制についての詳細は、拙著「福祉国家の光と影」をみられたい。

働市場政策を推進する必要がある。

(3)過度の賃上げ要求が一時的に賃金プッシュ的作用をもつこともありうるので、労組の賃金政策は、経済全体の生産性発展速度に合わせた賃金上昇を目標とすべきである。

(4)こうした、安定的・非インフレ的賃金上昇政策のための先決条件は、種々の労働者グループ間の賃金水準の相対関係、すなわち全体としての賃金構造が、グループ間の鋭い不満を生むことのないように、社会経済的ならびに平衡的観点から、労働の質の差異に関するリーズナブルな評価を反映するようなものになっていなければならない。すなわち労働者全体の中に十分な連帯感 *solidarity* が維持されるような賃金政策が必要である。

こうした諸観点は、資本主義の枠組のなかで漸進的な改革を進めていくための基本方針としては正当なものであったと思うが、それが本来の成果を達成するためには、その推進主体である政府・与党と、それを支える労組のありかたが、十分な大衆の理解と支持を確保し続ける程度に民主的で誠実でなければならない。スウェーデンの場合は、社民党政権の実現した 1932 年よりもはるか以前、1907～9 年の改革ではやくも比例代表選挙制を採用してきた国柄であり、日本などと比べて制度面でも実態面でも民主主義が深く根着いているように思われるが、それでも長期政権のもとで、政府や行政官庁だけでなく LO など労組のナショナル・センターまでも含めて官僚主義が拡がるのを防ぎきれなかった面がみられる。こうして大衆から浮き上がるなかでは、連帯主義政策で強調された総合的視野が、ともすれば悪い意味での労使協調、非合理的な資本家との過度の妥協に働きがちであり、国会での多数を維持する支柱の 1 つであった共産党よりも、むしろ実質的には保守党と妥協する路線をとり、その反動として選挙ごとに、過度に労組大衆に迎合する政策を打ち出すという傾向が現われがちであった。筆者は、今回の社民敗退の最大の原因をここに見ている¹⁰⁾。

しかし、ここでは問題をもう少し経済的な側面

に限定して略述しよう。連帯主義賃金政策は、企業の利潤率を適正成長に必要な最低限まで引き下げること前提にしてではあるが、いわゆる生産性基準原理に近い考え方を提起したが、60 年代には、おおまかにいって、平均的な労働生産性の上昇年率 4 % に対して、名目賃金上昇年率は 8 % で、その差が消費者物価上昇年率 4 % に反映された。いわゆる賃金のズレによると指摘されている。しかし、筆者の見るところでは、連帯主義賃金政策の実績における真の欠陥は、異種労働間の質的差異を公正に反映した適切な賃金構造を、理論的にも实际的にも確立することに失敗した点にある。一方で、少なくとも基本的賃金の上昇率を生産性基準原理で限定しながら、他方ではまず低賃金層の賃金底上げを優先的に推進するという、賃金所得者内部の所得平等化を急速に展開したのであるから、そのシワ寄せが相対的な高賃金所得層であるアカデミーケル層(主として大卒の管理職・専門職層)に向けられ、この層と低賃金職種層との賃金格差が急縮小するほかはなかった。とりわけ、60 年代末から 70 年代に入って、アカデミーケル層の賃上げ年率は物価上昇率を下回り、この層の実質賃金は僅かだが低下することになった。前首相のバルメは、大学進学率の上昇のなかで、アカデミーケル労働力の需給が緩和傾向に向った結果であったとしたが、長期の教育投資(スウェーデンの場合、経済的コストはほとんど社会的に肩替りしているが)を必要とする専門職等の賃金水準を短期的な市場需給にまかせることの可否が問われねばならないだろう。しかし、社民政権の基盤である LO はブルー・カラー労働者を主体とする労組であるから、その賃金政策が急速な低賃金底上げに傾きがちとなるのは避け難かった。そこから、アカデミーケル労組のナショナル・センター SACO のメンバーの社民離れが進むのは自然の勢いであった。しかも、すでにみたように、所得税負担も制度上、この層にとくに重く、その結果、可処分所得格差の縮小はいっそう顕著であった。

低賃金底上げという、それ自体は正当な政策は、またスウェーデンの在来産業であった製陶・皮革・繊維・造船など労働集約的産業を相対的に圧

10) 拙稿「スウェーデン社民政権敗退の背景」、総評調査月報、1977 年 1 月号参照。

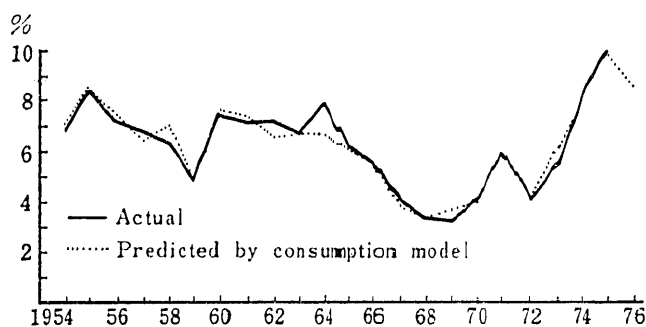
迫することとなり、これら産業の国内での衰退、資本の低賃金国（スペイン、ポルトガル、フィンランドなど）への流出、これら製品の輸入依存度上昇による国際収支の赤字体質促進など、産業構造変化をもたらした。連帯主義賃金政策はこのことを初めから見抜いて、これを是認し、対応的に労働市場の流動性を高める積極的労働政策を主張し、それがかなりの程度に実施されてきた。それはある程度は必然的な近代化の過程でもあるが、それがあまりに急速で、摩擦排除の政策が伴わないと、中小企業の倒産やその従業員の失業などの問題を生み、これらの分野の人の社民離れを促進する一因になった。

次に、労使協調路線のもとで、かなりの賃金上昇と福祉充実を可能にする程度の経済成長率を維持しようとすれば、法人税制における早期償却の大幅容認や投資基金制度導入による内部蓄積の促進という形で資本家側の要求を受け容れなければならない。これが 60 年代における資本家側との協調を可能にした一因であったが、同時に、世界的環境変化で成長率が鈍化する 70 年代に入ると、内部蓄積の税制面優遇に対する企業側の評価は低下せざるをえないであろう。

一方で法人税における対資本家妥協があり、他方で担税力の大きいアカデミーケル層の高所得税への不満が強まってくれば、付加価値税の導入や地方税率引き上げによって、本来応能原則的に形成された租税体系の応益原則的逆進体質を強めざるをえなくなり、ここにも大衆の社民離れの一因を見出すことができるだろう。

労使協調路線と労組の官僚主義化のもとで、労働者の経済的生活保障の充実が進むと、労働者の間に労働の社会的意義や労働者階級の歴史的使命に対する意識が希薄化し、マイホーム主義や享楽主義的傾向のみが強まる風潮も見出されないわけではない。ただしそこから経済的生活保障の充実そのものが誤りであったという結論を引き出すことは余りにも短絡的である。社会におけるすべての個人の人間らしい生活の確立のためには、経済的生活保障は十分条件ではないけれども依然として必要条件の 1 つであることを忘れてはならない。

なお、追加年金制度が徹底した雇主負担主義を採用していることが、このような制度の導入がなかった場合に比べて、必ずしも企業の賃金コストを過度に高めたとはいえないという指摘がなされていることについてはすでに触れたが、同じ論者によって、60 年代後半の個人貯蓄性向のいちじるしい低下傾向（64 年の 8.0% から 69 年の 3.1%）が、主として追加年金制度と大学生奨学貸与金制度の導入の結果として説明されるとともに、70 年代に入ってから急速な上昇（69 年の 3.1% から 75 年の 10.0%）が主として物価の急上昇と引締めによる消費者ローン抑制に基づくものとみられることが指摘されている。図は、個人貯蓄性向の動き（実線）と彼の推計値（点線）の動きを対比したものであるが、彼のモデルが現実の説明にかなり良く成功していることがわかるであろう¹¹⁾。



(出所) Ettlin: 注記の論文

図 スウェーデンの個人貯蓄性向(1954-75)

もともと、追加年金制度は、個人の貯蓄動機のもっとも基本的な部分を、基礎年金制度とともに社会的に肩替りする意図をもって導入されたのであり、それによって個人貯蓄性向が低下することを見越して積立基金方式を採用したのであった。しかし、基金方式といっても、成熟後の年々の掛金・給付金の関係は賦課方式に準じる修正賦課方式であるが、先にみたように基金運用収入への依存度もかなり高く、この部分については、慢性的インフレの進行のなかで目減り問題を免れない。この点がどこまで自覚的に意識されているかは不明であるが、同じインフレが貯蓄性向の回復をもたらしている点は興味深い事実だといえよう。

11) Franz Ettlin, "Swedish Private Consumption and Saving during two decades: An attempt to quantify the Causes of their Changes" Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review, 3-4/1976.

動態的ライフサイクル貯蓄と社会保障

地主 重 美

I はじめに

さきに、本誌(12巻4号)において、社会保障の個人貯蓄効果を静態モデルを用いて展開した。しかしながら、個人貯蓄というそれ自体が動態的な行動範疇と社会保障というそれ自体が不確実の縮小をめざす動態的な政策範疇との関連を分析対象とするからには、問題設定も自ら動態モデルによらざるをえないであろう。

II 動態的ライフサイクル・モデルと個人貯蓄率

ここで、ふたたび記号を次のように約束しよう。

$$\chi = \frac{c_2}{c_1} \quad \omega = \frac{l_2}{l_1}$$

$$\frac{\dot{y}}{y} = g \quad \frac{\dot{L}}{L} = m$$

また、

t	$t+1$	$t+2$	$t+3$
y_1	$y_1(1+g)$	$y_1(1+g)^2$	$y_1(1+g)^3$
L_1	$L_1(1+m)$	$L_1(1+m)^2$	$L_1(1+m)^3$

case 1 $g > 0, m = 0$ かつ $g = 1$ の場合

生涯所得はすべて生涯期間中に消費されるものと仮定すれば、代表的個人による消費の時間配分は次のようになる。

$$l_1 y_1 = l_1 c_1 + l_2 \frac{c_2}{1+g} \quad (2.1)$$

$$l_1 y_1 = c_1 \left(l_1 + l_2 \frac{\chi}{1+g} \right)$$

これから、

$$c_1 = \frac{y_1}{1 + \omega \frac{\chi}{1+g}}$$

$$c_2 = \frac{y_1 \chi}{1 + \omega \frac{\chi}{1+g}}$$

また、ミクロの貯蓄は次のようになる。

$$\left. \begin{aligned} s_1 &= y_1 - \frac{y_1}{1 + \omega \frac{\chi}{1+g}} = \frac{y_1 \omega \frac{\chi}{1+g}}{1 + \frac{\omega \chi}{1+g}} = \frac{y \omega \chi}{1 + g + \omega \chi} \\ s_2 &= -\frac{y_1 \chi (1+g)}{1 + g + \omega \chi} \end{aligned} \right\} \quad (2.2)$$

いま

$$s_2' = s_2 \frac{1}{1+g}$$

とおけば

$$l_1 s_1 + l_2 s_2' = 0$$

以上は、静態モデルの場合と同じである。

他方、マクロの場合には、次のようになる。

$$C = c_1 L_1 + c_2 L_2$$

$$Y = y_1 L_1$$

$$\begin{aligned} \frac{S}{Y} &= 1 - \frac{1}{1 + \omega \frac{\chi}{1+g}} - \frac{\chi}{1 + \omega \frac{\chi}{1+g}} \left(\frac{L_2}{L_1} \right) \\ &= \frac{\omega \frac{\chi}{1+g} - \chi \left(\frac{L_2}{L_1} \right)}{1 + \omega \frac{\chi}{1+g}} = \frac{\omega \chi - \chi \left(\frac{L_2}{L_1} \right) (1+g)}{1 + g + \omega \chi} \end{aligned}$$

(2.3)

また、

$$d \left(\frac{S}{Y} \right) / dg < 0$$

すなわち、マクロの貯蓄率は、割引率 g の減少関数である。 $g=i$ という仮定のもとで、1人当り所得上昇率 g が高くなれば高くなるほど、マクロ貯蓄率は低下する。

case 2 $m > 0, g = 0$, かつ $g = i$ の場合

この場合、個人貯蓄に影響のある変数は静態モデルの場合と全く同じである。しかし、マクロ貯蓄率は、case 1 の場合と異なり、次のようにな

る。

$$\frac{S}{Y} = \frac{\omega\chi - \chi \left(\frac{L_2}{L_1} \right) \frac{1}{1+m}}{1+\omega\chi} \quad (2.4)$$

また

$$\frac{d\left(\frac{S}{Y}\right)}{dm} > 0$$

人口増加率が高くなれば、マクロ貯蓄率は高くなるのである。

case 3 $g > 0, m > 0$, かつ $g = i$ の場合
ミクロ的には次のようになる。

$$y_1 = c_1 + \frac{c_2}{1+g}$$

$$c_1 = \frac{y_1}{1+\omega \frac{\chi}{1+g}}$$

$$c_2 = \frac{y_1 \chi}{1+\omega \frac{\chi}{1+g}}$$

また、マクロでみると、

$$\begin{aligned} S_1 &= y_1 L_1 - c_1 L_1 - c_2 \frac{L_2}{1+m} \\ &= y_1 L_1 \left(1 - \frac{1}{1+\frac{\omega\chi}{1+g}} - \frac{\chi}{1+\frac{\omega\chi}{1+g}} \frac{L_2}{L_1} \frac{1}{1+m} \right) \\ \frac{S}{Y} &= \frac{\omega \frac{\chi}{1+g} - \chi \left(\frac{L_2}{L_1} \right) \left(\frac{1}{1+m} \right)}{1+\omega \frac{\chi}{1+g}} = \frac{\omega\chi - \chi \frac{L_2}{L_1} \frac{1+g}{1+m}}{1+g+\omega\chi} \end{aligned} \quad (2.5)$$

上式において、 $\frac{S}{Y}$ は成長率 (割引率) の増大とともに低下し、人口増加率の増加とともに上昇する。すなわち、

$$\text{case 2 の } \frac{S}{Y} > \text{case 3 の } \frac{S}{Y} > \text{case 1 の } \frac{S}{Y}$$

この関係は、 g ならびに m が正値をとるかぎり、その大小関係にかかわらず妥当する。

case 4 $g > 0, m > 0, g \neq i$ の場合

case 1~3 では、 $g=1$ と仮定され、成長率効果と割引率効果が判然としない。そこでこの両者を区別して、ミクロとマクロの貯蓄関数への影響を検討してみよう。ミクロの基本方程式は次の通り

である。

$$l_{t+1} y_t = l_{t+1} c_{t+1} + l_{t+1+2} \frac{c_{t+1+2}}{1+i} \quad (2.6)$$

$$c_{t+1} = \frac{y_t}{1+\omega \frac{\chi}{1+i}}$$

$$c_{t+1+2} = \frac{y_t \chi}{1+\omega \frac{\chi}{1+i}}$$

$$\frac{s_{t+1}}{y_{t+1}} = \frac{\omega\chi}{1+i+\omega\chi}$$

$$\frac{s_{t+1+2}}{y_t} = -\frac{\chi}{1+i+\omega\chi}$$

また、マクロの貯蓄率は次のようになる。

$$\begin{aligned} \frac{S}{Y} &= \left[L_{t+1} y_{t+1} - \frac{y_{t+1}(1+i)}{1+i+\omega\chi} L_{t+1} \right. \\ &\quad \left. - \frac{y_t(1+i)\chi}{1+i+\omega\chi} \frac{(1+i)}{(1+g)} \frac{L_{t+1+n}}{(1+m)} \right] / Y \\ &= \frac{\omega\chi - \chi n \frac{(1+i)^2}{(1+g)(1+m)}}{1+i+\omega\chi} \\ &= 1 - \frac{\left[1 + \frac{n\chi(1+i)}{(1+m)(1+g)} \right] (1+i)}{1+i+\omega\chi} \end{aligned} \quad (2.7)$$

ここで

$$L_{t+2} \equiv n L_{t+1} / (1+m)$$

n は定常状態における老齢構成比である。

上式から、もし、

$$\begin{cases} (1+g)(1+m) \equiv (1+G) \equiv (1+i)^2 \\ g=i \end{cases}$$

ならば、

$$\text{case 4 の } \left(\frac{S}{Y} \right) \equiv \text{静態の場合の } \left(\frac{S}{Y} \right)$$

成長率 G が一定限度をこえるときには、社会全体の貯蓄率は、静態経済のそれを上回ることになる。これは、若年の貯蓄世代人口が相対的にも絶対的にも増加していること、貯蓄世代の所得水準が上昇していることによるものである。

III 動態的ライフサイクル・モデルと社会保障のインパクト

以上は、動態要因を導入した場合のライフサイ

$$\left. \begin{array}{l} \text{完全無抛出} \quad t=0 \\ \text{過剰抛出} \quad k\omega(1+g)-t(1+i) \equiv -\Delta K \end{array} \right\} \quad (3.8)$$

したがって、

$$\text{完全抛出} \quad \frac{S}{Y} = 1 - \frac{PQ}{R}(1+i) \quad (3.9)$$

$$\text{一部抛出} \quad \frac{S}{Y} = 1 - \frac{PQ}{R}[(1+i) + \Delta K] \quad (3.10)$$

$$\text{過剰抛出} \quad \frac{S}{Y} = 1 - \frac{PQ}{R}[(1+i) - \Delta K] \quad (3.11)$$

$$\text{完全無抛出} \quad \frac{S}{Y} = 1 - \frac{PQ}{R}[(1+i) + k\omega(1+g)] \\ \times \left[\frac{(1+m)(1-t) + kn}{(1+m) + kn} \right] \quad (3.12)$$

ここで

$$P \equiv \left[1 + \frac{n\chi}{1+i} \right] \\ Q \equiv \left[\frac{(1+m)}{(1-t)(1+m) + kn} \right]$$

ところで、社会保障の導入による個人貯蓄率効果をつかむために、さきの(2.7)と完全抛出方式の下での貯蓄率(3.6)を比較してみよう。

その大小関係は次のようにして示される。

$$\frac{PQ}{R}(1+i) \equiv \frac{P}{R}(1+i) \frac{(1+i) + (1+i)n\chi}{(1+i) + n\chi}$$

したがって

$$Q \equiv \frac{(1+i) + (1+i)n\chi}{(1+i) + n\chi}$$

以上を簡単な数字例で示してみよう。表において、 $\frac{S}{Y}$ は社会保障の導入されていない場合のマクロ個人貯蓄率、 $\frac{S}{Y_{ss}}$ は導入後のそれである。

ケース1は、成長率が相対的に低く、かつ老齢化率の相対的に低い場合であり、かりに日本型といってもよい。これに対して、ケース2は、成長率が低く、老齢化率の高い場合であり、西欧先進国とくに西ドイツ等に近いケースであるから、かりに西欧型とみることもできる。明らかに社会保障導入前の貯蓄率は、ケース1が高い。しかし、社会保障の導入によって、個人貯蓄率は大幅に低下している。そればかりでなく、成長率の高いケースほどケース1, 2, 3は、成長率を変化させるだけで他の条件が不変な場合を表わしている。成長率が高くなれば高くなるほど、ライフサイクル・モデルを前提とするかぎりマクロの個人貯蓄率は低下する。これは社会保障の有無とは無関係である。ただし社会保障の導入されている場合の方が、成長率に対する個人貯蓄率の変化の感応度が高い。成長率の変化に対する個人貯蓄率の変化を、個人貯蓄率の成長率弾力性というならば、この値は、社会保障の導入されている場合ほど大きいのである。

ケース4とケース5, 6は、老齢化率の変化する場合である。老齢化率は個人貯蓄率に対してき

表1 数字例

	$\frac{L_2}{L_1}$	ω	χ	k	t	m	g	i	$\frac{S}{Y}$	$\frac{S}{Y_{ss}}$
(1)	0.1	0.5	0.8	40%	19.6%	1%	3.5%	4.5%	0.219	0.078
(2)	0.1	0.5	0.8	40	19.6	2	7	9	0.208	0.066
(3)	0.1	0.5	0.8	40	19.6	4	14	18	0.193	0.053
(4)	0.1	0.4	0.8	50	19.8	1	6	7	0.168	0.028
(5)	0.15	0.4	0.8	50	19.8	1	6	7	0.138	0.023
(6)	0.20	0.4	0.8	50	19.8	1	6	7	0.107	0.018
(7)	0.20	0.4	0.8	40	15.8	1	6	7	0.107	0.039
(8)	0.20	0.4	0.8	40	10.0	1	6	7	0.107	0.043
(9)	0.20	0.4	0.8	40	18.0	1	6	7	0.107	$\Delta 0.0417$

注 恒常成長 $(1+g)(1+m) = (1+i)$ を仮定

$\frac{S}{Y}$: 社会保障導入前の個人貯蓄率

$\frac{S}{Y_{ss}}$: 社会保障導入後の完全抛出のもとにおける個人貯蓄率

ケース(5)は過剰抛出のもとにおける個人貯蓄率

わめて強いインパクトを与えることは、周知の通りであるが、表からも明らかなように、これによる個人貯蓄率への抑圧効果は予想以上に大きい。

ケース6と7は、社会保障の規模を縮小したとき、完全拠出方式のもとで個人貯蓄率にいかなる影響を与えるかを明らかにする。すなわち、社会保障規模が縮小されるならば、他の事情にしてほしい限り個人貯蓄率を低下させるのである。

ケース8と9は、完全拠出の前提をはずし、部分拠出方式および過剰拠出方式のもとにおける影響を示したものである。過剰拠出の場合には個人貯蓄率を高め、部分拠出の場合にこれを低めるようであるが、このことは一般常識とも一致する。

IV 成長率、利子率ならびに個人貯蓄率

前節の分析は、 $(1+g)(1+m) \equiv (1+G) = (1+i)$ という恒常的成長を前提した上で、社会保障の個人貯蓄率効果を明らかにしたものである。この前提を外し、

$$(1+g)(1+m) \geq (1+i)$$

の場合を考えてみよう。問題を簡明にするために、ここでは完全拠出型の社会保障に限定することにする。このとき、個人貯蓄率の一般式は次の通りである。

$$\begin{aligned} \frac{S}{Y} &= 1 - \left[1 + \frac{n\chi}{(1+g)(1+m)} \right] (1+i) \\ &\quad \times \left[\frac{(1+m)}{(1+m)(1-t) + kn} \right] / R \\ &= 1 - \left[(1+G+n\chi) \frac{1+i}{1+G} \right] \\ &\quad \times \left[\frac{(1+m)}{(1+m)(1-t) + kn} \right] / R \quad (4.1) \end{aligned}$$

$(1+i) > (1+G)$ のときには、個人貯蓄率 $\frac{S}{Y}$ が低下する。逆に $(1+i) < (1+G)$ のときには、個人貯蓄率が高くなる。したがって、ライフサイクル貯蓄率に関するかぎり、経済成長率が利子率をこえると上昇し、経済成長率が利子率を下回ると低下する。

一部拠出、過剰拠出ならびに完全無拠出の場合も事情は全く同様である。

V 積立方式、賦課方式と個人貯蓄率

老後の所得保障のための財源調達方法も個人貯蓄率に対して中立的でないことは、しばしば指摘されるところである。積立方式は、各人の給付総額の割引原価を各人の保険料拠出によって賄なう方式であり、個人消費の時間配分を可能にする財政方式である。他方、賦課方式は、各年次の（あるいは一定期間の）給付総額を同一年次（あるいは同一期間の）の保険料拠出によって賄なう方式であり、消費の世代間再分配を支える財政方式だということができる。現実の社会保障（長期保険）は、両者の純粋型とは異なり、その混合型となっている場合がふつうである。しかし、その何れにアクセントをおくかによって、国により時代により性格の異なる制度を生み出し、それはまた個人貯蓄率にもちがった影響をもたらしているように思われる。

(1) 完全積立方式

この方式では、各人の給付と拠出は均等でなければならぬから、さきにのべた完全拠出の場合の条件と一致する。すなわち

$$y_t \cdot t = \frac{y_{t+1}}{1+i} k \omega$$

したがって

$$t(1+i) = k \omega (1+g) \quad (5.1)$$

これを社会保障基本式(4.1)に代入すれば、

$$\frac{S}{Y} = 1 - \left[1 + \frac{n\chi}{(1+G)} \right] (1+i) Q/R \quad (5.2)$$

もし $1+G=1+i$ ならば

$$\frac{S}{Y} = 1 - [1+G+n\chi] \frac{Q}{R} \quad (5.3)$$

(2) 完全賦課方式

この方式では、同一年次ないし同一期間の給付が同一年次ないし同一期間の拠出によって調達されるものと考えられている。したがって、

$$L_{t+1} y_t \cdot t = L_t \cdot 2 y_t \cdot k = \frac{n L_{t+1}}{1+m} y_t k$$

かくて

$$t(1+m) = nk \quad (5.4)$$

これを社会保障基本式に代入すれば、

$$\frac{S}{Y} = 1 - \left[1 + \frac{n\chi}{1+G} \right] \left[k\omega(1+g) + (1-t)(1+i) \right] / R \quad (5.5)$$

いま $(1+g)(1+m) = (1+i)$ と仮定すれば

$$\begin{aligned} \frac{S}{Y} &= 1 - \left[1 + \frac{n\chi}{1+G} \right] (1+i) \left[\frac{k\omega + (1-t)(1+m)}{(1+m)} \right] / R \\ &= 1 - \left[1 + G + n\chi \right] \left[\frac{k\omega + (1-t)(1+m)}{(1+m)} \right] / R \end{aligned} \quad (5.6)$$

したがって、

$$\frac{k\omega + (1-t)(1+m)}{(1+m)} \equiv \frac{(1+m)}{kn + (1-t)(1+m)}$$

ならば

賦課式のもとでの $\frac{S}{Y} \equiv$ 積立式のもとでの $\frac{S}{Y}$

いま、かりに $\frac{L_2}{L_1}$ と $\frac{l_2}{l_1}$ がひとしいものと仮定す

れば、両方式での $\frac{S}{Y}$ はほぼ等しくなる。財政方式は $\frac{S}{Y}$ に対して中立的であるといえるであろう。しかしさきの数字例で示したように、 $\frac{l_2}{l_1}$ が $\frac{L_2}{L_1}$ をこえている場合には、一般に積立式のもとにおける $\frac{S}{Y}$ が、賦課方式のもとにおける $\frac{S}{Y}$ を下回ることになる。

$(1+G) \equiv 1+i$ のときにはどうなるであろうか。賦課方式における貯蓄率の基本式は次のように書き換えられる。

$$\frac{S}{Y} = 1 - \left[1 + \frac{n\chi}{1+G} \right] (1+i) \left[\frac{k\omega \cdot \alpha}{1+m} + (1-t) \right] / R \quad (5.7)$$

ここで、

$$\alpha \equiv \frac{1+G}{1+i}$$

もし $n \equiv \omega$ と仮定し、かつ

$$\frac{k\omega + (1-t)(1+m)}{(1+m)} \equiv \frac{(1+m)}{kn + (1-t)(1+m)}$$

ならば、 $(1+G) > (1+i)$ の場合に

積立式のもとでの $\frac{S}{Y} >$ 賦課式のもとでの $\frac{S}{Y}$

逆に、 $(1+G) < (1+i)$ のときには

積立式のもとでの $\frac{S}{Y} <$ 賦課式のもとでの $\frac{S}{Y}$

これからも明らかなように、経済成長率が利子率とひとしくないときには、社会保障の財成方式

いかにによってマクロの個人貯蓄率も変化するものである。経済成長率が利子率をこえるような場合には、個人貯蓄率は積立式の方が大きく、他方、利子率が経済成長率をこえるような場合には、個人貯蓄率は賦課方式の方が大きくなるのである。

これは、両方式の条件式からも明らかである。すなわち積立式では

$$\left(\frac{t}{k} \right)_f = \frac{\omega(1+g)}{(1+i)} \quad (5.8)$$

また賦課方式では

$$\left(\frac{t}{k} \right)_p = \frac{n}{(1+m)} = \frac{n(1+g)}{\alpha(1+i)} \quad (5.9)$$

$\alpha = 1$, つまり $(1+g)(1+m) = (1+i)$ のときには $n \equiv \omega$ なるかぎり

$$\frac{n(1+g)}{(1+i)} \equiv \frac{\omega(1+g)}{(1+i)}$$

$\alpha > 1$, つまり $(1+g)(1+m) > (1+i)$ のときには

$$\frac{n(1+g)}{(1+i)} > \frac{\omega(1+g)}{\alpha(1+i)}$$

また $\alpha < 1$, すなわち $(1+g)(1+m) < (1+i)$ のときには

$$\frac{n(1+g)}{(1+i)} < \frac{\omega(1+g)}{\alpha(1+i)}$$

したがって、次のように表現することができるであろう。

(i) $1+G = 1+i \cdots (\alpha = 1) \cdots$ のとき

(a) $(1+m) = (1+m) - t(1+m) + kn$ ならば

$$t(1+m) = kn$$

$$\frac{t}{k} = \frac{n}{1+m}$$

そして

$$\left(\frac{S}{Y} \right)_f = \left(\frac{S}{Y} \right)_p \quad (5.10)$$

(b) $t(1+m) > kn$ ならば

$$\frac{t}{k} > \frac{n}{1+m}$$

このとき

$$\left(\frac{S}{Y} \right)_f < \left(\frac{S}{Y} \right)_p \quad (5.11)$$

(c) $t(1+m) < kn$ ならば

$$\frac{t}{k} < \frac{n}{1+m}$$

このとき

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_f > \left(\frac{S}{Y}\right)_p \quad (5.12)$$

(ii) $(1+G) > (1+i) \cdots (\alpha > 1)$ のとき。

(a) $t(1+m) = kn$

したがって

$$\frac{t}{k} = \frac{n}{1+m} \quad \text{ならば}$$

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_f > \left(\frac{S}{Y}\right)_p \quad (5.13)$$

(b) $t(1+m) < kn$

$$\frac{t}{k} < \frac{n}{1+m} \quad \text{ならば}$$

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_f > \left(\frac{S}{Y}\right)_p \quad (5.14)$$

(c) $t(1+m) > kn$

$$\frac{t}{k} > \frac{n}{1+m} \quad \text{のときには条件がやや複雑に}$$

なる。すなわち、 α が

$$\alpha \geq \frac{(1+m)^2 - (1-t)^2(1+m)^2 - (1+m)(1-t)kn}{kn[(1+m)(1-t) + kn]} \quad (5.15)$$

のような値をとるかぎり

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_p > \left(\frac{S}{Y}\right)_f \quad (5.16)$$

また

$$\alpha < \frac{(1+m)^2 - (1-t)^2(1+m)^2 - (1+m)(1-t)kn}{kn[(1+m)(1-t) + kn]} \quad (5.17)$$

になると、

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_f > \left(\frac{S}{Y}\right)_p \quad (5.18)$$

(iii) $(1+G) < (1+i) \cdots (\alpha < 1) \cdots$ のとき

(a) $t(1+m) = kn$

$$\frac{t}{k} = \frac{n}{1+m} \quad \text{ならば}$$

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_p > \left(\frac{S}{Y}\right)_f \quad (5.19)$$

(b) $t(1+m) > kn$

$$\frac{t}{k} > \frac{n}{1+m} \quad \text{ならば}$$

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_p > \left(\frac{S}{Y}\right)_f \quad (5.20)$$

(c) $t(1+m) < kn$

$$\frac{t}{k} < \frac{n}{1+m}$$

のときには、(ii) - (c) の場合と同じように、 α に関してきびしい条件が必要になる。

$$\alpha \geq \frac{(1+m)^2 - (1-t)^2(1+m)^2 - (1+m)(1-t)kn}{kn[(1+m)(1-t) + kn]} \quad (5.21)$$

ならば

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_f > \left(\frac{S}{Y}\right)_p \quad (5.22)$$

また

$$\alpha < \frac{(1+m)^2 - (1-t)^2(1+m)^2 - (1+m)(1-t)kn}{kn[(1+m)(1-t) + kn]} \quad (5.23)$$

ならば

$$\left(\frac{S}{Y}\right)_f < \left(\frac{S}{Y}\right)_p \quad (5.24)$$

VI 諸仮定の検討

以上の分析は、ライフサイクル・モデルにもとづき、動態的要因を考慮した場合の社会保障と個人貯蓄率との関係を明らかにしたものである。しかしながら、これにはいくつかの単純化の仮定がおかれている。

(1) 人口集団を2グループに分け、 L_2/L_1 で示される高齢化率に焦点を合せていることである。しかしながら、人口集団は、若年齢人口集団、労働年齢人口集団、老齢退職年齢人口集団の3グループに分け若年齢人口と老齢人口集団を労働年齢人口集団に依存する被扶養人口集団と考えるのが、より適切なアプローチであろう。

いま L_1 : 労働年齢人口

L_2 : 老齢退職年齢人口

L_3 : 若年人口

χ_a : c_2/c_1

χ_b : c_3/c_1

ω_a : L_2/L_1

ω_b : L_3/L_1

とすれば、マクロ個人貯蓄率は次のようになる。

$$\begin{aligned} \frac{S}{Y} = & \frac{\omega_a \chi_a + \omega_b \chi_b}{1 + \omega_a \chi_a + \omega_b \chi_b} - \frac{\chi_b}{1 + \omega_a \chi_a + \omega_b \chi_b} \frac{L_3}{L_1} \\ & - \frac{\chi_a}{1 + \omega_a \chi_a + \omega_b \chi_b} \frac{L_2}{L_1} \end{aligned} \quad (6.1)$$

社会保障の諸政策も現実には、全年齢集団に対して一様になされるもの、各年齢集団に特定のなされるものなどがあるし、また社会保障の対象とするリスクも各年齢集団ごとにその性格も強さも違っているはずである。したがってライフサイクル・モデルも、このような拡張がなされない限り、現実の分析用具として十分にその役割を發揮しえないであろう。

(2) このモデルでは、年齢別労働力率について、その性差を無視し、男子労働力率も女子労働力率も年齢別労働力率に差がないか、あったとして一定不変であると暗黙裡に仮定されている。しかし出生率の低下、家事労働負担の軽減などの理由で、女子労働力率は全年齢階層にわたって上昇傾向をみせている。ライフサイクル・モデルで個人貯蓄率の動態を示そうとするならば、女子労働力率の変化に対しても十分な考慮を払っておかなければならないであろう。

(3) 社会保障（とくに老齢保障）と労働供給との関係を、このモデルは考慮にいれていない。しかし、老齢保障水準の上昇とともに、少なくとも低所得のために高齢労働について層の引退率を高めることになるかもしれない。だが、平均余命には個人差があり、かつ不確実であるから、危険回避性向の強い人々は、早期引退にもかかわらず、あるいは早期引退の故により高い貯蓄を老後のためにするかもしれない。この傾向は、社会保障の給付方式に依存するところが多い。給付が年々の平均所得水準や、平均消費水準にスライドしているような場合には、老後貯蓄の必要度も低いが、これよりも経済変動対応力の強い物価スライドないしは定額、あるいはルールによらない自由裁量型の給付水準の調整方式をとっている場合には、逆に老後貯蓄は高まることになるかもしれない。また経済成長過程では、一般生活水準も向上しているから、余暇と消費が補完関係に立つことが多いであろう。したがって引退期間の長期化によって消費もそれだけ増大するものとすれば、老後貯蓄の必要性もそれだけ高くなるであろう。また、給付が引退を条件にしたり、所得制限を設けたりしているというのは、余暇価格の低下をインプライ

している。したがって余暇と消費が補完関係をもつかぎり、このような給付方式は退職前の個人貯蓄率の引上げを促進することになるかもしれない。

社会保障の供給効果を示すもう1つの点は、基礎的社会保障の充実によって、リスクが縮小し、これが労働生産性を高めるという可能性である。不安定職種の労働生産性が、安定職種のそれに比べて低いという。この指摘がもし正しければ、社会保障による生活安定の向上は、労働生産性を高め、個人貯蓄率の引き上げを促がすことになるかもしれない。

(4) このライフサイクル・モデルでは、個人貯蓄をライフサイクル貯蓄だけに限定している。しかしながら、個人貯蓄のメニューの中には、特定目的のための目的貯蓄もあれば——その中にはライフサイクルと関係の薄いものもある——、将来の不確実性に備えるという、目的の特定化されていない備荒貯蓄もある。したがって、将来財の選択という貯蓄行動も、ライフサイクル・モデルのように年齢や世代で示される財の時間配分に限られるものではなく、時間そのものに内在する不確実性をモメントにするものもある。ライフサイクル貯蓄は、個人貯蓄の一部にすぎないことを銘記すべきであろう。

(5) われわれのライフサイクル・モデルは不確実性のない経済世界を前提にしている。しかしながら、貯蓄決意に最も強い影響を与えるのは将来の不確実性であるかもしれない。

貯蓄決意に影響を与える将来の不確実性には、次の2種類のものが考えられる。第1は、将来所得の低下の可能性に備えて貯蓄するという場合であり、いわば所得リスクが貯蓄発生要因になる。一般に老齢年金や失業保険等がこの所得リスクに対する公的対応策である。第2は将来資産の価値が低下するかもしれない、という資本リスクの存在する場合である。このような不確実性は、所得リスクの場合とは逆に貯蓄抑制要因になるであろう。インフレーションの予想される場合には、資産価値の低下の危険が大きく、個人貯蓄はかえって低下させられることになるであろう。一般に所得リスクは、所有資産の多い高所得階層ほど小さ

く、したがって危険回避性向も弱いから、これに対する備荒貯蓄は高所得階層ほど低い。社会保障給付は、将来資産の増大を意味するから、それだけ危険回避性向を弱める。また社会保障給付は、所得リスクを軽減させるから、備荒貯蓄の必要性はそれだけ低下するであろう。しかし、インフレーションのもとでは、将来資産価値の低下が予想されるから、インフレ対抗力の強い給付方式が導入されないかぎり、個人貯蓄性向を高めることになるであろう。

(6) 動態モデルにおいて、現在財・将来財の選択表を一定と仮定することは当をえたものではない。社会保障の導入によって、社会保障と代替的な個人貯蓄は低下するであろう。しかし、代替関係をもたない他の貯蓄については、目標達成の時期をはやめたり、目標水準そのものを高めたりするという個人行動の変化の生れる可能性も否定できない。たとえば、住宅取得のための貯蓄が、老後所得保障の充実によって、かえって増大し、そ

の結果個人貯蓄率が必ずしも低下しない、ということなどを一つの可能性として指摘することができるであろう。

これら未解決の問題、とくに不確実性を含む個人貯蓄分析は、大きな未開拓の沃野である。社会保障の個人貯蓄効果を、不確実性を含む動態モデルによって再構成し、さらに供給効果を考慮したより広い展開を図ることが今後の課題である。

参考文献

- 地主重美「社会保障と個人貯蓄」『季刊社会保障研究 12 巻 4 号』
- Sandmo, A., On the Theory of Competitive Firm under Price Uncertainty, *American Economic Review*, March 1971, pp. 65~73.
- Srinivasan, T. N. & D. Leuhari, Optimal Saving under Uncertainty, *Review of Economic Studies*, April 1969, pp. 153~163.
- Tobin, J., Life Cycle Saving and Balanced Growth, in *Fellner, W. et al (ed.) Ten Economic Studies in the Tradition of I. Fisher*, 1967.

社会保障と個人貯蓄率*

深 谷 昌 弘

序 論

社会保障が国民経済に与える諸作用として、従来から関心をもたれ、また、しばしば議論されてきた諸問題は、主として次の3つに大別されよう。すなわち、社会保障の所得再分配効果、労働供給効果、そして、貯蓄効果である。本稿が主題とするのは、これらのうちの貯蓄効果であり、特に、公的年金とマクロ的な個人貯蓄率との関連に議論の焦点をしぼることとしたい。

貯蓄は、新規資本の源泉であり、ハロッド・ドーマー図式 $g=s\sigma$ をかりるまでもなく、経済成長と深い関わりをもつ。それゆえ、社会保障が貯蓄率に及ぼす効果は、経済成長との関係で特に重視されてきた。また、周知のごとく、現在のわが国経済は、高い個人貯蓄率を、財政赤字と海外経常余剰が吸収するという姿をとりつつ、中・長期の成長路線の選択とその路線上で貯蓄・投資バランスの維持という問題を抱えている¹⁾。他方、わが国の今後の社会保障水準は、人口老齢化、核家族化、年金制度の成熟化、などの諸要因からみて主として年金部門の拡大に伴ない徐々に先進西欧諸国水準に近いところまで上昇すると予想される²⁾。こうした背景を考慮するならば、社会保障の拡充が貯蓄率に及ぼす効果の分析は、経済成長一般との関係だけでなく、わが国経済の中・長期的成長路線の選択を検討する上で、また、その路

線上において貯蓄・投資バランスを維持するような景気調整政策の在り方を検討する上でも重要な意味をもつと思われる。

従来、社会保障の拡充は、個人の貯蓄動機を減殺し、個人貯蓄率を低下せしめる、という通説がしばしば主張されてきたのは周知のとおりである。この通説は、個人の貯蓄行動を考察する限り、否定しがたいものに思われる。ところが、実証分析の結果は、必ずしも肯定的ではないのである。問題の重要性にも拘わらず、こうした通説と実証との間に不協和音が存在すること自体が、きわめて興味深い事実といわねばならない。筆者が本稿で改めて社会保障・個人貯蓄問題を検討しようと思いいった直接の契機も、実はここに存する。

I 通説と実証の不協和音

国民経済全体の貯蓄は、個人貯蓄、法人貯蓄、政府貯蓄から構成される。従って、社会保障の拡充が経済全体の貯蓄率にどう作用するかは、社会保障が各々の貯蓄にどう影響するかを検討する必要がある。中でも、個人貯蓄の総貯蓄に占める比重はかなり大きいから、ここでは議論を社会保障・個人貯蓄問題に限定したいと思う。そして、他の2つの貯蓄と社会保障との関係については、次のことだけを付言しておきたい。まず、社会保障が法人貯蓄に与える効果は、直接的には社会保障雇主負担が法人行動に与える影響に依存しており、この問題は、法人課税の転嫁帰着問題と同種の確定しがたい複雑さを含んでいるということ、そして、社会保障が政府貯蓄に与える効果は、政府の社会保障基金の運営政策に依存しており、予め確定することはできないということである。

さて、社会保障の拡充は個人貯蓄率を低下させるであろう、という通説は、個人の貯蓄動機のか

* 本稿は、〔7〕財政研究所編、『福祉財政の基本構想』、昭和52年3月、所収の同題名の拙稿を、特に後半部分について大幅に加筆修整して書き改めたものである。

1) 高い個人貯蓄率と低い設備投資率の下では、財政赤字が貯蓄を吸収せざるをえない、と赤字財政を安定政策上比較的に肯定的に評価する意見と、財政の健全性を重視してこれを否定的に評価する意見とが近代経済学者と財政当局との間でやりとりされたことは記憶に新しい。

2) 社会保障水準を規定する諸要因に関する国際比較分析を、筆者は〔6〕において試みたことがある。

なりの部分が社会保障によっても充足されうる、ということ根拠としている。例えば、溝口〔11〕によれば、消費単位としての個人の貯蓄動機は、主として、

- (1) 短期的取引動機
- (2) 長期的取引動機
- (3) 予備的動機

の3つに分類される。(1)短期的取引動機は、所得の獲得時期と支出時期との間に存在する比較的短い時間的ずれから生ずるもので、まとまった金額のものを購入するため、納税のため、旅行のため、といった例がこの動機に含められる。(2)長期的取引動機は、所得の獲得と支出との間にかなり長い時間的ずれがあるために生ずるもので、老後生活のため、子供の教育費のため、住宅取得のため、などの例が含められる。このうち、ハンプ・セイビングといわれている老後貯蓄は、貯蓄動機の中でもかなり大きな比重を占めていること、また社会保障の年金と強い関係があること、しかも、先進国の高水準の社会保障比率（社会保障給付費対国民所得）が主として年金部門の拡充に帰因していること、は社会保障・個人貯蓄問題を検討する上で特に配慮すべき事項であることを強調しておきたい。(3)予備的動機は、不時の災害や病気になえるもので、不確実な事故損失によるショックの緩衝を図るということでバッファー・セイビングといわれている。

これらの貯蓄動機のうち、(2)長期的取引動機と(3)予備的動機は、社会保障が拡充されることによってかなりの程度まで充足されうるものである。例えば、公的年金制度や児童手当制度は、(2)長期的取引動機による貯蓄の必要性を、また、医療社会保険制度や失業・労災社会保険制度は(3)予備的動機による貯蓄の必要性を、それぞれ低下せしめるであろう。従って、社会保障の拡充は、一般に、こうした個別家計の貯蓄インセンティブを低下させると考えられる。ここから、社会保障の拡充は社会全体の個人貯蓄率を低下させる、という一瞥したところきわめて確からしそうな通説的命題が導かれる。

しかしながら、この通説的命題は、その推論の

確からしさとは裏腹に、実証分析の結果においては、逆に、かなり不確かである。かつて、わが国の高い個人貯蓄率の理由をめぐっていわゆる高貯蓄率論争が展開され、社会保障の未発達がその一因としてとり上げられたことがある。ところが、小宮〔10〕は、国際比較において社会保障比率が個人貯蓄率に対して統計的に有意な逆相関をもたないことを指摘し、この仮説に疑問を呈した。その後、江見・溝口〔4〕は、この問題について精力的かつ体系的に取組み、綿密な国際比較分析を試みた。社会保障制度の内容別、貯蓄動機別、世帯類型別など種々様々な角度から社会保障・個人貯蓄関係に検討を加えたこの研究は、地主〔8〕もいうように、この問題に関するわが国での最も徹底した分析作業といえよう。しかしながら、ここでも、社会保障比率が個人貯蓄率を低下せしめる、という通説を支持するような、有意な実証結果は出てこなかったのである。海外における実証分析の結果も大同小異である。例えば、アーロン〔1〕の計測では、ある年次では両変数間に有意な逆相関を示すものの、別の年次では有意性を示さなくなる。

さらに、逆の立場からの計測、すなわち、社会保障比率の国際間の差を説明しようとする試み、においても個人貯蓄率が説明変数として有意であるという結果はでていない。例えば、平・キルビー〔12〕は、社会保障比率に対して個人貯蓄率の説明力が極めて乏しいことを報告している。また、筆者自身の経験でもそうであった³⁾。

ところで、個人貯蓄率に影響を与える要因は、社会保障比率だけではない。例えば、経済成長率は、貯蓄率に規定されるばかりでなく、逆に貯蓄率に対しても影響を与える。貯蓄関数は消費関数と表裏の関係にあり、恒常所得仮説に基づく消費関数を想定するにせよ、相対所得仮説に基づく消費関数を想定するにせよ、毎年の貯蓄率は毎年の経済活動水準の変動によってかなり変化する。そして、いずれの場合においても、経済成長率が高ければ貯蓄率もまた高くなるし、逆の場合はその逆である。また、個人貯蓄に大きな比重を占める

3) 前の注 2) の作業において、個人貯蓄率と社会保障比率の相関をとって見たが有意性を見出しえなかった。

老後貯蓄は、ライフ・サイクル仮説⁴⁾、が示唆するように、人口の年齢構成と大いに関係がある。その他、世帯構造や就業構造などもまた、個人貯蓄率に影響を与えるであろう。

従って、もしこれらの変数の影響が大きいならば、社会保障の個人貯蓄に対する効果は、単純に社会保障と個人貯蓄率とを観察しただけでは不十分であり、他の諸変数の影響を適切に調整した上で観察する必要がある。ところが、国際比較分析の場合、データの利用可能性などの制約から、こうした充分な調整に限界があることが多い。上述の幾つかの分析もこの点に関して必ずしも完全とはいえない。

この点について、フェルドスタインの最近の研究〔5〕における計測は、比較的よく配慮されているといえる。彼は、個人貯蓄率と経済成長率については数年間の平均値を採用し、短期変動を除去する工夫をした上で、人口の年齢構成、高齢者労働力参加率などの説明変数も加え、種々の代替的な重回帰モデルによる計測を試みている。この実証結果によれば、各重回帰式の全体の説明力はだいたい満足すべき水準に達しており、また、社会保障比率が個人貯蓄率に対して負の効果をもつことが統計的にも有意である、ということが示されている。しかしながら、社会保障比率の個人貯蓄率引下げ効果は意外なほど小さい。この計測では全ての変数単位がパーセント表示となっているのであるが、例えば、成長率1%の増大が個人貯蓄率を1.6~2.0%ほど引上げ、また、高齢人口比率1%の増大が個人貯蓄率を0.7~1.0%ほど引下げるのに対して、社会保障比率1%の増大が個人貯蓄率を引下げる効果は、わずか0.1%未満にしかすぎない。もちろん、この効果の大きさは、社会保障比率が10%水準から20%水準へと大きく上昇するとすれば、個人貯蓄率を1%近くは引下げるわけであり、また、このような事態が充分予想されるわが国について考えれば、重要でないとは断言できない。それにしても、個人貯蓄のかなりの部分が社会保障と代替関係にあることを考えれば、0.1未満というこの効果の推定値は、や

はり、予想外に小さいといわざるをえない。仮に、社会保障によってカバーされる貯蓄部分と社会保障との代替関係が完全代替だとすれば、社会保障の個人貯蓄引下げ効果の予想される大きさは1.0に近いはずである。

以上、社会保障の拡充が個人貯蓄率を引下げる、という通説的命題に関連した実証分析を概観したわけであるが、そこでいえることは、この通説のもっともらしさにも拘らず、実証分析では、逆に、この通説がきわめて不確かだということである。仮に、社会保障の拡充が個人貯蓄率に対して負の効果をもつとしても、フェルドスタインの分析結果が示すように、その効果の大きさはかなり微弱である可能性が強い。社会保障と個人貯蓄との関係に関する通説と実証との間のこうした不協和音は、この問題が重要なだけに、それ自体検討に値することのように思われる。そこで、以下では、社会保障の個人貯蓄率に対する諸効果についていま少し考察を進め、何故このような不協和音が発生するかを考えてみよう。

II 社会保障の個人貯蓄への諸効果

社会保障の拡充は個人貯蓄率を低下させる、という通説的命題を、前節では、単に社会保障と個人貯蓄の代替を意味するものとして議論を進めてきた。しかし、この代替効果にしても、その代替の度合は種々の要因によって異なるであろう。また、社会保障が個人貯蓄に与える効果は、この代替効果だけとは限らないであろう。社会保障の拡充が個人貯蓄率を引下げるかどうかは、種々の諸効果の合成の結果である。そこで、本節では、社会保障がもつ個人貯蓄に対する諸効果をいま一度点検してみることにしよう。

消費単位としての個人は、各自の選好表をもち、その選好表と自己をとりまく諸条件との関係で、要素用役の供給とそれによる所得の獲得を行ない、その獲得した所得を貯蓄・消費に配分する、という経済行動を行なっているとみなされる。社会保障制度の導入ないしその拡充は、諸個人をとりまく諸条件の変更、すなわち、社会保障負担による稼得所得の負方向への変更、および、社会保障給

4) 例えば、文献〔3〕、〔9〕、〔11〕などをみよ。

付によるその正方向への変更をもたらす。諸個人の行動をこのようにみなすならば、従来から指摘されてきた社会保障の個人貯蓄に対する諸効果は、次の3つの主要ルートに整理される。

第1のルートは、社会保障の導入ないし拡充という条件の変化が、個人の選好表を変化させ、それが個人貯蓄率を変化させるというルートである。例えば、公的年金制度は、人々に老後貯蓄の重要性を認識させることによって、私的年金の蓄積をも増加させるといった認識効果をもつかもしれない⁵⁾。もしそうならば、この効果は、社会保障が個人貯蓄率に対してもつ正の効果である。

第2のルートは、社会保障が要素供給に影響を与え、それが個人貯蓄率を変化させるというルートである。このルートでしばしば言及されるのは、社会保障の労働インセンティブ阻害効果である⁶⁾。例えば、過度に高水準の生活保護給付は、労働意欲を失なわせ、付加価値を生むことなく消費を専らとする人々を創出することによって、社会の貯蓄率を低下させるかもしれない。また、年金制度には退職要件が付されることが多いから、早期退職を促進するといわれる。この退職促進効果は、個人貯蓄率に対して互いに逆方向の2つの効果をもつ。1つは、過度に高水準の生活保護給付の例と同内容の負の効果である。もう1つは、退職早期化によって短期化した稼得期間と、逆に、長期化した引退期間との関係から、稼得期間の貯蓄を強化するという正の効果である⁷⁾。

第3のルートは、社会保障が諸個人の貯蓄・消費配分に直接影響を与えるルートである。このルートに含められる効果としては、主として3つの効果があげられる。第1は資産効果である。例えば、公的年金制度によって年金権という資産が増大すると、稼得所得は不変であっても、恒常所得が上昇することになるから、消費は増大し、貯蓄は低下する、といわれる。しかし、この議論は、給付のみを考え、負担を考えないならば、片手落

である。社会保障負担は可処分所得を削減し、消費を縮小させる。ここで、給付・負担を併せた場合、全体としてどれだけ社会保障が個人貯蓄を削減するかということ、すなわち、社会保障と個人貯蓄の代替率が問題になる。問題の鍵は、社会保障負担によって獲得される年金権の資産価値と、私的貯蓄によって購入される他の資産価値の相対的有利・不利の関係にある。もし両者が同等であれば、公的年金負担拠出によって年金権を獲得することと、その負担と同額の個人貯蓄で他の資産を購入することとは、恒常所得に対する効果に関して全く等しいことになる。この場合、公的年金の拡充は、公的年金負担の増大と同額だけ個人貯蓄を削減するが、消費は不変にとどまる。従って公的年金と個人貯蓄の代替率は1.0である。もし公的年金の方が有利な場合、公的年金負担の増大以上に個人貯蓄は削減され、消費は増大し、従って公的年金と個人貯蓄率の代替率は7.0以上である。逆の場合はこの逆となる。公的年金と個人貯蓄率の代替率が1.0以上になるか、それとも1.0以下になるかは、次にあげる2つの効果にも依存するが、それらの効果を見無視するとすれば、社会保障基金と個人貯蓄の収益率に依存しよう。しかし、政府基金と民間資金との間に極端な収益率格差が長期にわたって存在することはおそらく政治的に許容され難いであろうから、このことによって両者の代替率が1.0から極端に大きく乖離することはないであろうと考えられる。

このルートにおける第2の効果は、社会保障によるリスク・プール効果である。バッファー・セービングは、予測しがたい事故損失の衝撃を緩和しようとする貯蓄である。他方、社会医療保険、失業・労災社会保険、母子家庭給付、生活保護給付などの諸制度もまたこうした不確実性への対処機能を果すものである。あるいは、ハンプ・セービングといわれる老後貯蓄にしても、退職後の期間や生活費水準などに関する不確実性への対処を伴っている。他方、公的年金にもこうした不確実性への対処機能が随伴しているのである。この種の生活上の不確実性に対してとる諸個人の態度は、一般に、リスク・アバーターであると考えら

5) 例えば文献〔2〕をみよ。

6) フェルドスタインをはじめ一般に欧米の経済学者は、この効果に非常に強い関心をもっているようである。

7) フェルドスタイン〔5〕はこの退職促進効果を特に重視している。

れるから、もし社会保障の拡充が個人貯蓄の増強以上のリスク・プール効果をもつとすれば、社会保障の拡充は個人貯蓄率を引下げるであろう。何故ならば、リスク・アバーターは、リスク・プールが不完全な場合には、数学的期待値以上の貯蓄で備えようとするけれども、リスク・プール機能の増大がこの過剰貯蓄を削減するからである。そして、社会保障の拡充は概してリスク・プール機能を増大させるであろうと考えてさしつかえない。何故ならば、社会保障は、私保険がカバーしえないような不確実性についてもリスク・プール機能をもつからである。また、年金について付言しておく、退職後期間の不確実性（寿命の不確実性）については、公的年金保険と私的年金保険との間のリスク・プール効果に大差はないと思われるが、生活費水準の不確実性、すなわち、実質経済成長やインフレーションのもつ不確実性に対するリスク・プール能力は、おそらく物価・賃金スライドをとりうる公的年金の方が強いであろう。このリスク・プール効果は社会保障と個人貯蓄率の代替率を大きくするように作用する。

このルートにおける第3の効果は、所得再分配効果である。社会保障の負担・給付システムは、一般に高所得階層から低所得階層への所得再分配をもたらす傾向にある。そして、低所得階層の限界貯蓄性向が高所得階層のそれよりも低いならば、社会保障の拡充は社会全体の個人貯蓄率を低下せしめるので、マクロ的な社会保障と個人貯蓄の代替率を大きくするように作用するであろう。

以上、従来からいわれてきた社会保障の個人貯蓄率に対する諸効果を3つの主要ルートに分けて検討してきた。諸効果のうち、社会保障の個人貯蓄に対する正の効果は、選好表ルートにおける認識効果と、要素供給ルートにおける早期退職促進効果の片側の効果の2つである。他方、負の効果は、要素供給ルートにおける、労働インセンティブ阻害効果と、貯蓄・消費ルートにおける資産効果、リスク・プール効果、および再分配効果である。

ところで、仮に選好表ルートと要素供給ルート

の諸効果を無視し、貯蓄・消費ルートにおける資産効果、リスク・プール効果、再分配効果のみを考えるとすれば、これまでの検討結果では、社会保障と個人貯蓄の代替率は1.0近辺か、あるいはそれ以上かも知れないと判断される。何故ならば、資産効果における代替率は1.0からそれほど乖離していると思われないことに加えて、リスク・プール効果と再分配効果とがこの値を大きくしていると考えられるからである。

従って、もし2つのルートにおける正の効果は実際に無視されうるとすれば、フェルドスタインが計測した0.1未満の代替率は予想値をはるかに下まわるものといわねばならない。実際、フェルドスタインが用いたサンプルからの大雑把な判断ではあるが、認識効果が予想値をここまで引下げるほどサンプル間で強力に作用したとは考え難いし、社会保障の認識効果それ自体もともと不確かなものである。また、要素供給ルートにおける早期退職促進効果の正の効果の方も、この効果の負の効果や同じルートの労働インセンティブ阻害効果の負の効果を相殺する以上に、強力に作用すると信ずべき根拠はない。それゆえ、この代替率に関する予想値と推定値との乖離が、上述の2つの正の効果によって説明しきれないとはとうてい思われない。これまでのところ、通説と実証のギャップは依然として大きい。

III 合成の誤謬：ミクロとマクロ

社会保障の拡充が個人貯蓄率を低下させる、という通説を危うくする論拠として、認識効果や早期退職促進効果のもつ正の効果に多くを期待しないとすれば、通説と実証の不協和音は依然として強烈である。もともとこの通説に確からしい装いを与えているのは、個人の貯蓄動機のうち、かなりの部分が社会保障によっても充足されうる、ということに主として基づいているのであるから、この通説に疑義を呈するとすれば、まずそれは、社会保障の拡充が個人の貯蓄動機を減殺させ、その事が社会の個人貯蓄率を低下させる、という推論過程そのものに向けられる必要がある。この方向へ考察を進めると、ある種の合成の誤謬がこの推論過程に含まれていることを指摘することができる。すなわち、ミクロ主体の貯蓄率の低下を一

般化して直接マクロの個人貯蓄率の低下を導く手続きに陥穽がある。

今、単純化のために、選好表ルートや要素供給ルートにおける諸効果および貯蓄・消費ルートにおけるリスク・プール効果と再分配効果とを無視して、資産効果のみを考えてみよう。仮に、社会保障と個人貯蓄の代替率が1.0であったとすれば、社会保障の拡充はそれと同じ大きさだけマイクロ主体の個人貯蓄を削減するであろう。ここまでの推論に誤りはない。しかし、マイクロ主体の個人貯蓄の削減は、マクロ・レベルの個人貯蓄の削減に直結しない。何故ならば、マイクロ・レベルの個人貯蓄は永久に蓄積されたまま放置されるわけではないからである。すなわち、マイクロ・レベルの貯蓄は、ある部分は取崩されて消費され、ある部分は遺産として後代まで継承されるのに対して、マクロ・レベルの個人貯蓄は、各マイクロ主体の年々の貯蓄および貯蓄取崩しの純計だからである。短期的取引動機の貯蓄は、比較的短期のうちに支出されてしまうであろう。また、長期的取引動機の貯蓄も、比較的長期にわたって貯蓄残高を形成しているとしても、やがてその目的に従って取崩されるであろう。さらに、予備的動機の貯蓄にしても、何らかの事故損失が発生すればその補填のために支出されるであろう。もちろん、貯蓄の全てが取崩されて消費されるとは限らない。ある部分は金融資産の形態で、また、ある部分は物的資産の形態で後代まで残される。しかしながら、ともあれ、マイクロ・レベルでの個人貯蓄の増大(ないし減小)は、それと同額ではないにしても、将来の貯蓄取崩しの増大(ないし減小)を意味することになる。そして、マクロ・レベルの個人貯蓄は、こうして年々発生するフローとしての貯蓄と、これまた、フローとして発生する貯蓄取崩し、すなわち、負の貯蓄との純計である。

ところが、この社会保障・個人貯蓄問題に関する従来の議論は、筆者が寡聞なためか、この貯蓄取崩しに対して殆んど配慮を欠いているように思われる。社会保障が個人貯蓄率を低下させる、という推論は、殆んどの場合、代表的個人の貯蓄率に関する考察に立脚しており、しかも、その代表

的個人は代表的貯蓄者であって、代表的貯蓄取崩し者は考察外に置き去られてしまっている。社会保障の拡充が代表的貯蓄者の貯蓄を削減するということは、実は、彼が代表的貯蓄取崩し者へとその立場を転換したとき、取崩す貯蓄もまた削減されていることを意味している。社会保障が社会全体の個人貯蓄率を引下げるかどうか、あるいは、その引下げる度合がどうかは、この正の貯蓄の削減と負の貯蓄の削減との純効果によって判断されなければならない。従来の推論におけるこの点に関する陥穽は、以下の簡単なモデルによる検討でも、議論の帰趨に対して、きわめて重要な意味をもつことが示唆される。

社会保障・個人貯蓄問題に関する通説が、代表的貯蓄者モデルによる合成の誤謬を犯している疑いが強い。そこで、以下では、この誤謬を訂正するために、社会が貯蓄者集団と貯蓄取崩し者集団とから構成されている簡単なモデルを構築してみよう。問題の単純化のために、以下の仮定をおく。考察の対象は、公的年金と老後貯蓄との関係に限定し、公的年金制度の個人の貯蓄行動への効果は、資産効果ないし恒常所得効果と呼ばれる効果のみであるとし、他の諸効果はさしあたり無視しうるものとしよう。リスク・プール効果や再分配効果などは仮定によって存在しないから、公的年金と個人貯蓄の代替率は両資産の収益率に依存することになる。ここでは、両者の収益率は等しい、すなわち、両者は完全代替であり、代替率は1.0であるとしよう。また、政府は完全積立方式の年金運営のみを行なう年金政府であるとし、全ての付加価値は労働から生み出されるものとしよう。

さて、人の一生は2つの期間、すなわち、稼得期と引退期とからなるとする。図1は、代表的個人の2期間の消費計画を示す。横軸には稼得期の所得 Y_p および消費 C_p が、また、縦軸には引退期の消費 C_r が、それぞれ目盛られている。 $U-U$ は、稼得期と引退期の消費の無差別曲線であり、 Y_p-Y_r は予算制約線である。最適消費配分計画に従えば、この個人は、稼得期において、所得 Y_p のうち C_p だけ消費し、残余 $S_p=Y_p-$

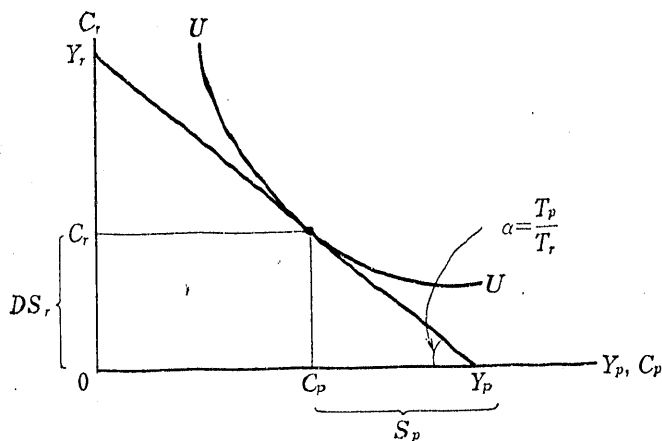


図1 個人の2期間消費

C_p を貯蓄する。そして、引退期において、彼は、稼得期の貯蓄を DS_r 取崩すことによって消費 C_r をまかなう。この図において、所得、消費の各大きさは年率表示されている。単純化のために利子率 $r=0$ が仮定されている。従って、予算制約線の傾斜は、稼得期間 T_p と引退期間の相対比率 $\alpha = T_p / T_r$ である。もし利子率がゼロでないならば、 $\alpha = (1+r) * (T_p / T_r)$ であり、以下の国民所得計算で国民所得 YT が労働所得と資産所得の合計になるなど、若干の煩雑さが生じるが議論の大筋には影響しない。

この図1を、時間の経過に沿って書換えれば図2のような周知のライフ・サイクル理論の図式がえられる。図2において、横軸には時間 t 、縦軸には所得 Y_p および消費 C が目盛りされており、便宜上、両期の消費、 C_p と C_r とは等しく描かれている。2つの斜線部分 $\triangle Y_p C C' Y_p'$ と $\triangle C' T_1 T_{11} C''$ とは等面積であり、それぞれ、稼得期の総貯蓄と引退期の総貯蓄取崩しとを表わしている。

次に、図3は、図1に公的年金制度が付加された場合を描いている。公的年金制度によって、稼得期には、公的年金負担 SI_p が徴収され、引退期には、公的年金給付 SB_r が給付される。そのため、稼得期の個人貯蓄は S_{p1} から S_{p11} に減少し、また、引退期の個人貯蓄の取崩しも DS_{r1} から DS_{r11} に減少する。

この図において、社会保障が稼得期の個人の貯蓄率を低下させることは明らかである。すなわち、稼得期の個人の貯蓄率は (S_{p1} / Y_p) から (S_{p11} / Y_p)

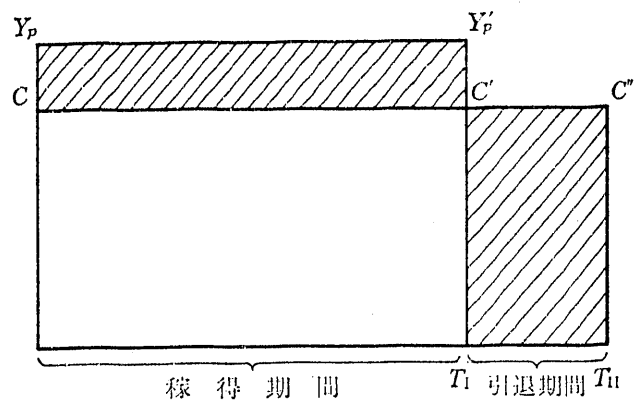


図2 貯蓄のライフ・サイクル理論

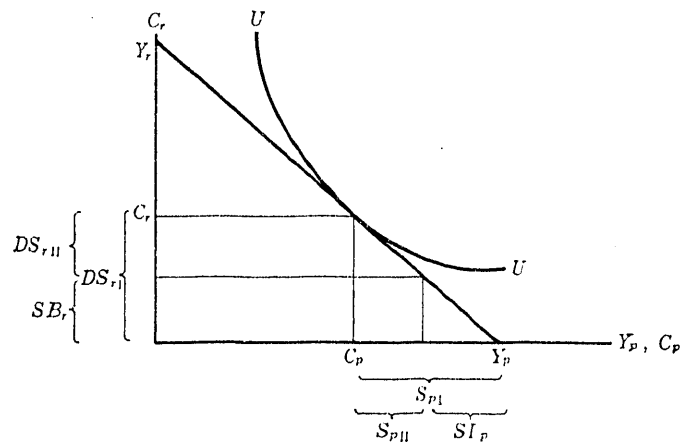


図3 公的年金と2期間消費

へと低下する。しかしながら、引退期の貯蓄取崩しも DS_{r1} から DS_{r11} へと低下する。社会は稼得期集団と引退期集団とから構成されているのであるから、社会全体のマクロ的な個人貯蓄率に対する公的年金制度の効果は、この2つのステージを合成しなければならない。

そこで、社会は、稼得期にいる代表的個人と引退期にいる代表的個人とから構成されており、社会の総人口は N 人であるとしよう。総人口 N 人のうち比率 p だけが稼得期構成員であり、比率 $(1-p)$ が引退期構成員である。そして、老後生活が全て個人貯蓄でまかなわれる第1の社会と、老後生活の一部が公的年金でまかなわれる第2の社会を想定しよう。2つの社会は、上述の差違を除けば、全ての点で同質であるとする。この2つの社会の個人貯蓄率(対国民所得)は、次の式で示される。

$$\begin{aligned} \left(\frac{S_p T}{Y T}\right)_I &= \{p * N * S_{pI} - (1-p) * N * DS_{rI}\} \\ &\quad / p * N * Y_p \\ &= s_I \left\{1 - \frac{\alpha}{p}(1-p)\right\} \end{aligned}$$

($S_p T$: 総個人貯蓄, $Y T$: 国民所得, s : S_p/Y_p)

$$\left(\frac{S_p T}{Y T}\right)_{II} = s_{II} \left\{1 - \frac{\alpha}{p}(1-p)\right\}$$

公的年金制度がマクロの個人貯蓄率を低下させるかどうかは、両者の差分 δ , すなわち,

$$\delta = \left(\frac{S_p T}{Y T}\right)_I - \left(\frac{S_p T}{Y T}\right)_{II} = (s_I - s_{II}) \left\{1 - \frac{\alpha}{p}(1-p)\right\}$$

を計算すればわかる。 δ の符号は、 $(s_I - s_{II}) > 0$ だから、

$$\delta \geq 0 \iff p \geq \frac{\alpha}{1+\alpha} = \frac{T_p}{T_p + T_r}$$

なる関係が成立する。

従って、公的年金制度がマクロの個人貯蓄率を低下させるか否かは、人口要因に依存する。しかしながら、この判別式において、 $\delta < 0$ という事態が現実社会に発生することは非常に稀だと考えてよい。何故ならば、成人人口のみをとった時の老齢人口比率が、成人期間に対する老齢期間比率を超過することは通常ありえないからである。そうした事態は、稼得期の人間が大量死亡するか、老齢者の大量移民があるか、ある一時期爆発的な出生増があった後その時の出生児達が老齢期に達した場合、など人口構成に大きな歪みでもない限り起りそうもない。あるいは、純再生産率が 1.0 以下の状態が継続する場合もこの事態が発生する。しかし、その場合、社会はやがて消滅しよう。

そのようなわけで、 $\delta < 0$ すなわち、公的年金制度が社会の個人貯蓄率を増大させるケースはあまり現実的ではないであろう。

しかしながら、公的年金制度が社会の個人貯蓄率を引下げる度合が人口要因に依存していることは、このモデルによって明らかである。そればかりでなく、公的年金制度が個人貯蓄率を引下げる度合が、ゼロに近いケースというのは充分ありうる、ということが以下の数値例から示唆される。例えば、社会の平均的稼得期間を 20 歳から 64 歳までの 45 年間、また、平均的引退期間を 65 歳か

ら 75 歳までの 10 年間として、 $\delta=0$ をみたす p を計算すると約 0.8 になる。すなわち、老齢人口指数にして 0.25 くらい、つまり、生産年齢人口 4 人が老齢人口 1 人を支えるくらいの人口構成が $\delta=0$ という限界点ということになる。もちろん、単純なモデルによる大雑把な数値計算であるから、この $p=0.8$ をもって現実の限界点とするわけにはいかない。しかしながら、現在の西欧先進諸国における高水準の人口老齢化が、公的年金制度の個人貯蓄率引下げ効果をかなり小さなものになっているであろうことは、充分うかがいしることができる。

このモデルでは、公的年金と個人貯蓄の代替率は 1.0 であり、貯蓄者集団の個人貯蓄は公的年金の拡大と同じだけ低下する。しかしながら、マクロ・レベルでの公的年金と個人貯蓄との代替率は決して 1.0 にはならない。もしこの代替率が 1.0 になるとすれば、それは $p=1.0$ のケースである。公的年金制度の個人貯蓄率引下げ効果の大きさは人口要因に依存する、というのがこのモデルの帰結である。そして、現実の西欧先進諸国の人口老齢化水準を考慮すると、西欧先進諸国を中心とするサンプルによってこの効果を測定した場合、この効果の大きさの推定値がかなり小さなものになるであろうということは、充分予想しうるということモデルは示唆する。

ところで、この単純モデルのインプリケーションは、老後貯蓄と公的年金制度との関係のみならず、実は、予備的動機の貯蓄、すなわち、病気や失業等に備えるための貯蓄や、老後貯蓄以外の長期的取引動機の貯蓄とこれらに対応する社会保障諸制度との関係についても妥当する。例えば、稼得期と引退期の区分を、健康期と疾病期、あるいは、就業期と失業期などに置換え、社会がこれら両期の人々から構成されていると考えるならば、要するに、貯蓄期と貯蓄期取崩し期とをもつような貯蓄とそれに対応する社会保障制度との関係については、公的年金制度と老後貯蓄との関係についてと同様の議論がおおむね妥当する。すなわち、社会保障制度の拡充は、貯蓄期の人々の貯蓄を削減するが、同時に、貯蓄取崩し期の人々の負の貯

蓄を削減するので、マクロの個人貯蓄率を低下させる純効果はずっと小さいであろうということである。

IV 社会保障・個人貯蓄問題の再検討

——むすびにかえて——

われわれは、先の簡単なモデルによって、社会保障の拡充がマクロの個人貯蓄率を低下させる効果は、ミクロ・レベルの個人貯蓄と社会保障との代替から予想されるよりも、はるかに小さなものになる可能性が大いにある、ということを理解した。この可能性は、貯蓄取崩しを考慮しない合成の誤謬を訂正することによって生じる。

モデルによる考察では、社会保障が個人貯蓄率に与える効果のうちで、資産効果だけを取扱ったが、他の諸効果の中にも、合成の誤謬から自由でないものがある。選好表ルートにおける認識効果と要素供給ルートにおける早期退職促進効果の正の効果は、貯蓄取崩しを考慮しなければ、やはり合成の誤謬を犯すであろう。

他方、要素供給ルートにおける社会保障の労働インセンティブ阻害効果は、給付によって消費が維持されるにも拘らず、国民所得を低下させるために、マクロ的な個人貯蓄率を低下させるであろう。

貯蓄・消費ルートにおける再分配効果は、もともとマクロ的效果をさしているものであり、この効果の大きさは、社会保障の再分配の度合と低・高所得階層の限界消費性向の差違とに依存する。

貯蓄・消費ルートにおけるもう1つのリスク・プール効果も、マクロ的な個人貯蓄率を低下させるが、その効果は、合成の誤謬を若干配慮せねばならない。生活上の不確実性に対するリスク・プールが不完全であり、人々がこの種の不確実性に対してリスク・アバーターである場合、人々は数学的期待値を上回る過剰貯蓄を行なう。この過剰貯蓄は、一部はやがて取崩されるであろうが、一部は取崩されずに残るであろう。社会保障の拡充によるリスク・プール効果は、まず、貯蓄者集団の過剰貯蓄を削減するから、社会保障の拡充以上に貯蓄者集団の貯蓄率、すなわち、モデルにおけ

る $s = S_p/Y_p$ を低下させる。従って、この効果は、判別式

$$\delta = (s_I - s_{II}) \left\{ 1 - \frac{\alpha}{p} (1 - p) \right\}$$

の $(s_I - s_{II})$ をより大きくする。もちろん、この効果は、右辺第2項によって合成の誤謬部分が調整されなければならない。しかし、そればかりでなく、このリスク・プール効果は、過剰貯蓄のうちで、さもなくば取崩されなかったであろう部分をも削減するのであるから、その分だけ更に個人貯蓄引下げ効果は拡大しなければならない。モデルは確実性の世界を前提にして構築されているが、もし、こうした不確実性を考慮するならば、予定される判別式は

$$\delta = (s_I - s_{II})' \cdot \lambda \cdot \left\{ 1 - \frac{\alpha}{p} (1 - \alpha) \right\} : \lambda > 1.0$$

となるであろう。確実性の世界の $(s_I - s_{II})$ よりも $(s_I - s_{II})'$ は一層大きくなり、さらに、さもなくば取崩されなかったであろう部分に関する調整係数 λ が貯蓄率引下げ効果を増幅することになる。

いずれにせよ、社会保障の拡充による個人貯蓄率の低下は、貯蓄の取崩しを考慮した場合、ミクロ主体の貯蓄率の低下から予想されるよりもずっと小さいと考えられる。社会保障の拡充が、主として公的年金の拡充を中心とするものであるとすれば、その予想を下回る度合は、人口老齢化の水準に依存しよう。そして、人口老齢化の進行に伴ない、社会保障拡充がもつ資産効果による個人貯蓄率低下の重要性は、相対的に低下し、労働インセンティブ阻害効果、リスク・プール効果、そして再分配効果などによる個人貯蓄率低下が、相対的には重要度を増すであろう。

次に、これらの諸効果の経済厚生上の意味を考えてみよう。まず、認識効果そのものは、効用関数の変化であり、形式上では経済厚生上好ましいと断定しえないが、こうした認識の変化が認識の進歩であるとするれば、好ましい効果ということができよう。要素供給効果は、資源配分に対する攪乱であるから、経済厚生上は好ましくない。

資産効果は、年金権とその他の資産の収益率が

等しく、両者の代替率が1.0であるとした場合、年金政府の政策が一定の条件をみたしていれば、中立的である。このことは、年金政府の貯蓄と個人の貯蓄とを合わせた総貯蓄率を考えてみればよい。前節のモデルにおける総貯蓄率は、

$$\begin{aligned} \frac{ST}{YT} &= (YT - CT) / YT \\ &= 1 - \frac{1}{Y_p} \left\{ C_p + \left(\frac{1}{p} - 1 \right) C_r \right\} \end{aligned}$$

である。公的年金と私的後老貯蓄の完全代替を仮定したこのモデルでは、 Y_p, C_p, C_r は不変であるから、総貯蓄率は公的年金制度の存否とは無関係に、専ら人口要因によって規定される。このことは、公的年金制度の完全代替による個人貯蓄率の低下は、ちょうどこれを相殺するだけの政府貯蓄率の発生によって補なわれていることを意味する。従って、政府が個人の消費配分計画を攪乱する(C_p, C_r を変化させる)ような過度に高水準の年金を設定せず、また、政府貯蓄を消費せずに民間と同水準の収益を上げるように基金運営を行なうならば、この効果は、経済厚生上中立的と考えられる。

リスク・プール効果による過剰貯蓄の削減は、経済厚生上好ましいと考えられる。何故ならば、もともと、不確実性に対する市場の不完全性を社会保障が補なっていることを、この効果は意味しているからである。

再分配効果による個人貯蓄率の低下の評価は、効率と公正のトレード・オフに対する価値判断に依存する。

このような検討は、社会保障・個人貯蓄率問題に対する政策の在り方に若干の示唆を与えるものである。すなわち、社会保障拡充による個人貯蓄率低下といっても、経済厚生上は望ましい効果もあれば、望ましくない効果もあるということであるから、政策の在り方としては、望ましい効果を増強し望ましくない効果を抑制するようにすべきだということである。今後、公的年金の拡充が進むとすれば、前述したような、年金政府の政策の中立性の条件や、老齢化過程での諸効果の相対的重要性の変化などの意味はそれなりの示唆を含む

ものである。

年金政府の政策に議論が及んだので、そのうちでも重要な問題の1つとされている財政方式について、これまでの考察の範囲でいいうることを論じておきたい。われわれの単純なモデルでは、個人貯蓄と公的年金とが完全に代替する完全積立方式を仮定した。もし、完全賦課方式の公的年金制度がとられた場合、どのような事態が生じるであろうか。その場合には、まず、公的年金負担によって購入される年金権の資産価値は、公的年金負担と同額の個人貯蓄の資産価値よりも、より大きくなる可能性が強いであろう。何故ならば、完全積立方式の場合、年金収支がバランスするのは、政府貯蓄がゼロのとき、すなわち、 $\delta=0$ を満たすようなところまで人口老齢化が進行したときであるのに対して、完全賦課方式の場合、年金収支は人口要因に関わりなく常にバランスしており、その代りに、同一給付水準をまかなうのに必要な負担水準が人口要因によって変化するためである。従って、同じ給付水準をもつ2つの財政方式を比較した場合、人口老齢化が $\delta=0$ まで進行する以前では、賦課方式の方が政府貯蓄をもたない分だけ低い負担水準でその給付水準を達成しうるのである。このことは、老齢化が限界に達していない段階では、完全賦課方式の下で公的年金の負担を支払う稼得期の人々は完全積立方式と同一の価値をもつ年金権をより低い負担で購入しうることを意味する。完全積立方式の下では、公的年金負担は、それと同額だけ稼得期の人々の個人貯蓄を削減するが、彼らの消費は変化しないと考えられた。しかしながら、完全賦課方式の下では、公的年金負担の支払いは、それと同額の個人貯蓄の資産価値以上の資産価値を伴う年金権の取得を意味するから、稼得期の人々の恒常所得を年金制度なかりし場合よりも増大させ、従って、年金制度なかりし場合と比較して、彼らの消費は増大し、また彼らの個人貯蓄は年金負担以上に減少する。ただし、彼らの個人貯蓄は、同一給付水準をもつ完全積立方式年金制度下で彼らが実現したであろう個人貯蓄よりも大きい。なぜなら、負担水準が低い分だけ彼らの可処分所得が増大しているからであ

る。しかし、完全賦課方式の下では、政府貯蓄はゼロであり、総消費は増大するので、総貯蓄率は完全積立方式よりも確実に低下する。こうしたことが生じるのは、賦課方式が世代間再分配を担保として稼得期の人々の恒常所得を増大させるからである。他方、完全積立方式はこうした世代間再分配効果をもたない。どちらの財政方式をとるかは、世代間の分配の公正と、総貯蓄率低下という効率性の犠牲との間の価値判断を含んでいることが理解される必要がある。こうした財政方式の差違による個人貯蓄に対する効果の差違は、人口老齢化が $\delta=0$ になったとき消滅する。というのは、このとき両者の負担水準が等しくなるからである。

最後に、わが国の今後の個人貯蓄率の動向について若干付言しておこう。前述したフェルドスタインの計測が示すように、個人貯蓄率に大きな影響を与えるファクターは、国際比較が示すところでは、成長率と老齢人口比率である。このことは、貯蓄関数として、恒常所得仮説とライフ・サイクル仮説とを接合したブルンバーク＝モデイリアーニ型ないし安藤＝モデイリアーニ型貯蓄関数がそれなりに有効なことを意味している⁸⁾。その含意を考えると、経済成長率は連立体系の中で決まるものであるからひとまずおくとして、人口成長率は、今後、それほど大きく変動すると予想されていないので、何といたっても重要なファクターは人口老齢化だということになるであろう。わが国の人口老齢化は、今後急速に西欧先進諸国の水準に接近すると予測されているから、このことによる個人貯蓄率の低下傾向には無視しえない大きなものがあると思われる。

ところが、わが国の統計上では、世帯主年齢が高い世帯ほど貯蓄率が高いという、一見ライフ・サイクル仮説と矛盾したデータがある。そのため、ライフ・サイクル仮説はわが国にあてはまらないのではないか、という指摘がされたことがある⁹⁾。しかし、これは、ライフ・サイクル仮説が、もとも、核家族制を前提に立てられた理論であるの

に対して、わが国では、まだまだ、直系家族制が大きな比重を占めているために、世帯主年齢別の世帯貯蓄率統計に、上述のような結果が表われたものと思われる。というのは、高年齢であっても世帯主である人々は、実態としては依然として稼得期の人々である可能性が強く、従って、その人々の貯蓄率は高いと予想されるし、引退期にある高齢者は、世帯主の地位を引いて子供夫婦の世帯に吸収されている可能性が強く、従って、彼らはそうした高齢者を吸収した若い世帯の貯蓄率を低くしていると予想されるからである。従って、このことからライフ・サイクル仮説がわが国にあてはまらないとするのは早計であろうと思われる。むしろ、潜在的には、ライフ・サイクル仮説がある程度働いているとみるべきであろう。

わが国の個人貯蓄率の動向と家族制度との関係でもう1つ注目すべきことは、直系家族制から核家族制への移行である。筆者は、前述の国際比較〔6〕で、社会保障比率と平均世帯規模の強い逆相関関係を見出し、これを小規模家族のリスク・プール能力の低下、とりわけ核家族化による老齢期に対するリスク・プール能力の低下として説明した。もし、筆者の見解が妥当であるとすれば、人口老齢化が進みきらない間における直系家族制から核家族制への移行は、個人貯蓄率をかなり強く引上げる作用をもつであろうと思われる。その理由は、家族制度の変化がもつ、認識効果と、リスク・プール効果と、そして家族内財政方式効果である。まず、核家族化への移行は、人々の老後貯蓄の重要性を意識させずにはおかないであろう。もっとも、この効果は既に現われ尽したかもしれない。そして、核家族が直系家族よりもリスク・プールについて、とくに引退期のリスク・プールについて弱いことは、貯蓄率を一層高めるであろう。さらに、直系家族における老齢者扶養は、いわば、家族内賦課方式であるのに対して、直系家族への移行は、老後生活を自らの貯蓄に主として依存する、いわば、家族内積立方式への移行を意味するわけであるから、このことも、また一層貯蓄率を高める。

従って、わが国の今後の個人貯蓄率の動向を考える場合、基本的には、社会保障の拡充を別とし

8) 例えば文献〔9〕は、ライフ・サイクル仮説と恒常所得仮説との関連を手際よく説明している。

9) 金森久雄氏は高貯蓄論争の中でこの指摘を行っている。

て相反する2つの要因が存在することになる。すなわち、個人貯蓄率を引下げる人口老齡化と、逆に引上げる核家族化である。人口老齡化は、今後、急速に進行することが確実とみてよい。一方、核家族化は、これまで高度成長過程でかなり急速に進行したと思われるふしが、世帯統計上からうかがわれる。しかしながら、今後とも核家族化が、これまでか、あるいは、これまで以上の速度で進行するかどうかは、人口老齡化ほど確かではない。というのは、例えば子供夫婦と同居したいという中高年層の願望には、依然として根強いものがあることを世論調査は示しているし、日本の家族制度の将来が、欧米とは異なった方向をとる可能性がないとはいきれないからである。

そして、最後に、社会保障の拡充は、やはり、個人貯蓄率を引下げる方向に働くであろう。その効果の大きさは、ミクロ・レベルから類推されるよりもずっと小さいとしても、そして、老齡化の進行とともにさらに小さくなるとしても、大幅な拡充による効果には、やはり無視しえないものがある。また、公的年金の拡充は、修整積立方式とよばれているが、その実体は賦課方式化への移行であるような拡充の仕方を事実上伴うであろうから、このことも貯蓄率を引下げるであろう。

以上のような見通しは、わが国の高度成長期における国際的にも類をみない高い個人貯蓄率が、この時期における、低い老齡人口比率、逆に、30年代から40年代にかけて10%近くも増大し今は増大を停止した大きな生産年齢人口比率、かなり急速だった核家族化、社会保障の未拡充、そして高い経済成長率などの諸要因に帰するところ少なからぬものがあつたのではなからうか、という筆者の私見の裏返しでもある。そして、この高い個人貯蓄率の帰趨は、上述のような見通しから、なおしばらく不確かなところもあるが、安定成長路線への移行を前提とすれば、人口老齡化を基調として、長期的には徐々に低落するように思われる。

本稿は、社会保障・個人貯蓄問題に関して、通

説と実証との不協和音の吟味を中心に、種々の検討を試みたが、この問題に関する実証分析の仕方、社会保障政策の在り方、など論じ尽せなかった事も数多い。また、家計の貯蓄行動理論そのものについては、まだまだ検討さるべき点も多い。しかし、紙数と能力の制約から、本稿はひとまずここで終ることにして、これら残された課題についての検討は別の機会を期すことにしたい。

参考文献

- [1] Aaron, H. J., "Social Security: International Comparison", Eckstein(ed), Studies in the Economics of Income Maintenance, 1967.
- [2] Cagan, Ph., "The Effect of a Pension Plan on Aggregative Saving", N.B.E.R., 1965.
- [3] Eizenga, W., Demographic Factors and Savings, 1961.
- [4] 江見康一・溝口敏行『個人貯蓄行動の国際比較』, 1963.
- [5] Feldstein, M., "Social Security and Private Savings: International Evidence in an Evidence Life Cycle Model", D. P. No. 361, 1974.
- [6] 拙稿「社会保障と家族のリスク・プーリング機能」, 財政研究所編, 『福祉財政の基本構想(中間報告)』, 1976.
- [7] 拙稿「社会保障と個人貯蓄率」, 財政研究所編, 『福祉財政の基本構想』, 1977.
- [8] 地主重美「社会保障費用と個人貯蓄」(社会保障問題シンポジウム資料), 1976.
- [9] 小泉進・建元正弘『所得分析・現代経済学 4』, 1972.
- [10] 小宮隆太郎「個人貯蓄の供給」, 小宮編, 『戦後日本の経済成長』, 1963.
- [11] 溝口敏行『貯蓄の経済学——家計からの発言』, 1973.
- [12] Taira, K. & Kilby, P., "Difference in Social Security Development in Selected Countries", International Social Security Review, No. 2, 1969.

アメリカ合衆国の社会福祉教育と実習

小林 迪 夫

はじめに

社会福祉施策の充実とともに、社会福祉従事者数も急激に増加し、とくにそのうちの中核をなす専門社会福祉従事者（いわゆるソーシャル・ワーカー）の充足と質的向上は、社会福祉施策の専門分化、高度化に対応して、急務とされるようになった。社会福祉専門従事者の養成は、わが国では、主として大学における社会事業課程において行われてきており、毎年の卒業生が4年制大学のみでも5,000人をこえるところから、量的にはかなりの対応が可能ではあるが、現実的には、それらの卒業生に対する不満が、卒業生の需要先社会福祉事業の現場からしばしば聞かされるように、質的側面からは多くの疑問が出されている。このような問題意識を背景として、一昨年3月に、厚生省社会局長の私的諮問機関である「社会福祉教育問題検討委員会」が設けられて今後の社会福祉教育のあり方が検討され、その結果が昨年7月に答申されている。それに関連して、社会福祉教育の最先進国と目されている米国の社会福祉教育のあり方を調査することが要請され、昨年4月から5月にかけて、福武直東京大学教授（当時）を団長とする5人の調査団が米国を訪問して、各地の社会福祉系大学のカリキュラムを調査してきた。

この調査の結果、米国の社会福祉教育における実習の重要性が再確認され、そのことは前述の委員会の昨年7月の答申における、今後の社会福祉系大学のカリキュラムのあり方についての考え方にも反映されている。

その後、厚生大臣の諮問機関である中央社会福祉審議会も、昨年11月に厚生大臣に対する意見具申の中において前述委員会の答申を全面的に支持している。

以下に述べるものは、筆者もメンバーの1人として参加した、前述調査団が米国において見聞し、又は収集した資料に主として基づいたものである。

なお筆者は、社会福祉教育について、専門的に研究したことがなく、従って、記述に不正確、または間違っている理解していることもあることも予想されるので、お気付きの点をお教えいただければ幸である。

I 歴史と現状

米国の社会福祉教育は、1898年に慈善組織協会等の「友愛訪問員」などのボランティアの専門職化を目ざして、ニューヨーク慈善博愛協会が、6週間の夏期コースとして、ニューヨーク慈善博愛学校（New York School of Philanthropy—現在のコロンビア大学社会事業学校の前身）を始めたことにさかのぼる。なお、この学校は、世界最初の社会事業の専門学校でもあった。

20世紀に入ると、各地に社会福祉教育の学校が設置され、1919年には、19校による「専門ソーシャル・ワーク訓練学校協会」（Association of Training Schools for Professional Social Work）が組織されて、その後の福祉教育の統一基準などを通ずる社会福祉教育の水準向上に大きな役割を果たすこととなった。

1932年には、アメリカ社会事業学校協会（American Association of Schools of Social Work）と名称を変えた学校協会の主導のもとに、社会事業教育についての最低カリキュラムが採用されるとともに、学校の認可（Accreditation）制度が正式に採用されて、それ以外のコースを除外することとし、1939年には、社会事業教育は大学院マスターコースレベルでの教育のみを正式に認定することとした。

他方、AASSWの方針に反対し、さらに、1930年代以降の公的福祉施策の拡大に対応して必要となってきた学部レベルでの社会事業教育も併行して行われていた。

1946年になると、学部及び大学院レベルの教育に関心を持つ団体によって設置された、全国社会事業教育協議会 (National Council on Social Work Education) の調査によって米国の社会事業教育が体系的に考察されたこと、さらに、1952年に社会福祉教育機関及び専門職組織を構成メンバーとする社会事業教育協議会 (Council on Social Work Education) が設立されたことにより、全体としての社会福祉教育が推進されるようになった。

1960年代に入ると、急激な政治的、経済的な変化に対応して、貧困戦争 (War on Poverty) に代表される公的社会福祉サービスが急速に拡大されるようになり、そのためのマンパワーの需要を充足するために大学院マスターコース卒業以上の者のみによって専門ソーシャル・ワーカーのポストを充たすことは不可能となり、学部レベルの社会事業コース卒業者を専門ソーシャル・ワーカーに組み入れる必要が出てきた。

このような要請に応えるため、CSWEは、1968年に社会事業大学院レベルの卒業生を会員として構成されていた全米ソーシャル・ワーカー協会 (National Association of Social Workers) と合同の「マンパワー問題検討委員会」を設けるとともに、専門ソーシャル・ワーカーとしての学部 (Undergraduate) 卒業者の基準と、その教育基準を制定することとし、翌1969年に「学部の社会事業課程承認基準」案が作成され、翌1970年4月には、1971年以降に適用される同基準が承認されることとなった。その結果、1974年に卒業する学部の学生も、専門ソーシャル・ワーカーと認められ、全米ソーシャル・ワーカーの会員となることができるようになった。

1974年のCSWEの統計によると、認定された大学数は234校にのぼり、そのうち、大学院のもの41校、大学院及び学部の双方を持つもの43校、学部のもの150校となっている。なお、1970年にCSWEに学部コースとして申請した

177課程のうち、158課程が基準に合致して認定されたとされているし、また、1967年出版のS. Merleの調査によると、社会事業の科目を教える学部は232校であったとされているので、既存の社会事業学部のうちかなりのものは、CSWEの基準に合わず、従って、正式な専門ソーシャル・ワーカー養成校とはなっていないことがうかがわれる。

同統計によって学生数をみると、大学院修士課程16,590人、博士課程648人、学部の学生は、フルタイムの学生が3~4年次生合わせて18,957人 (1,2年次生は正式な社会福祉系学生とは数えない)、パート・タイムの学生が1,946人であり、さらに、その外に、意味が不明であるが、14,176人の学生が社会事業コースを履習しているとされている。

ここで前記のCSWEについて簡単にふれておきたい。CSWEは、認定された社会事業教育課程にかかわる大学院 (マスター及びドクターコース) 及び学部 (バACHEラーコース) の教育水準を一定以上の水準に維持することを目的とした、全国的な非営利の社団であり、大学の社会事業教育についての基準の設定および各大学の教育課程がそれに合致するかどうかの認定を行っている。

認定を受けようとする大学は、社会事業教育開始前にCSWEに申請してその課程の認定を受けるほか、認定後も定期的—大学院の場合は5年又は10年毎に、学部の場合にはそれが新しいものであるために、もっと短期間に一に再認定を求めることが定められている。認定は、実務、アドミニストレーション及び社会政策の3分野の代表者から成る委員会が実施するが、事前に書類審査のほかに、3分野から1人ずつの小委員が直接現地に出向いて大学の理事者側と接触するほか、3日間位の間に教授陣や学生等とも会って、会議、討議を重ね、問題点等の回答を求めたりしながら委員会 (20人程度で構成) に意見書を提出してそこで討議の上認定されるという手続をとっている。なお、委員会で否決されたものについては、大学が再証明をする機会が与えられている。この小委員派遣の費用は、すべて、認定を求める大学が負

担することとされている。

委員会は、このほかに、新しい認定基準を作る仕事もするが、この場合には理事会で承認されることが必要とされている。

なお、米国においては、前述の如く、専門職の養成を目的とはせず、いわば教養としての社会福祉を教えている学部もいくつか存在するし、さらに、主として2年コースとして行われるコミュニティ・カレッジでの社会事業教育も盛んとなっていることを付言しておきたい。

II 教育内容の変化とカリキュラム

米国の社会事業教育は、メリー・リッチモンドの学校以来、伝統的に直接処理技術の習得に重点がおかれてきており、ケース・ワーク、グループ・ワーク及びコミュニティ・オーガニゼーションのような技術をそれぞれ、独立したものとして教えることが一般的であった。しかし、近年の公的社会福祉施策の拡大は、このような方法を変更させる契機を作り出し、その結果、前記の3つの技術を個々に独立したものとして、教育することは少なくなりつつあり、その代りに、ソーシャル・ワークの技法を適用して処遇する必要がある個人、集団及び家族について直接処遇や治療的業務—direct service—を包括的に教育することを主とするもの—その類を Direct Service Truck 又は Concentration というような言い方で分類している—と公的社会サービスの拡大や、とくに近年著しいマイノリティ・グループの機会均等への動き—その中には、ワスプ (WASP) 即ち、White Anglo-Saxon Protestant の指導理念への挑戦も含まれる—等に応じて、組織、計画及び管理又は行政 (Organization Planning and Administration) などの間接的サービス (in-direct Service) を中心とする類 (O. P. A 又は In-direct Service Truck or Concentration) に分けて教育することが行われ始め、しかもこの動きが次第に定着化する傾向が見られる。また、この一変型として、小数の者を対象とする社会調査に重点をおく類も多くの大学に認められる。ただ学生数をみると、第一の直接処遇を主とするものが最も多いのはいわば当然で

あり、また、大学によっては、いまだに伝統的な方法をとっている所もあるといわれる。

教育の仕方については、専門社会事業教育の主流をいぜんとして占めているマスターコースについていえば、2年間の教育期間のうちの第1年次には、一般的な、又は共通的な科目を中心として履習させ、第2年次になって、先述の Truck 又は Concentration の科目を選択させる方法を採用しているもの—アデルファイ、南カリフォルニア、カソリック大など—と、1年次から Truck 又は Concentration を分けて選択させるもの—コロンビア、カリフォルニア (バークレイ) 大など—があるが、後者の場合には、科目の系統的学習についての指導が重視されている。

授業時間については、わが国とくらべて実習時間の多いのが特色であり、専門科目についてみると、学部の場合でも3割、マスターコースの場合には半分程度の時間をそれに当てる場合が少なくない。ドクターコースの場合には、研究者や大学教員の養成を目的としていることもあって、実習時間は比較的少ない。

学部と大学院を併設する大学においては、カリフォルニア (バークレイ) 大学のように学部は専門職養成コースと認めないものもあるが、カソリック大学のように学部も専門職養成コースとなっている場合には、学部4年次とマスターコース1年次は共通の授業を受けることとなっており、学部から引続きマスターコースに進む場合には、学部の4年プラス、マスターコース1年、つまり、5年でマスターコースを修了することができるようになっている。ここでは、学部4年次とマスターコース1年次は共通となっている。

また、社会福祉事業における近年の計画管理面の重視などに対応して、他の学部との関連を強化し、例えば、コロンビア大学のマスターコースのように、3年間に経営学又は都市計画などの科目を合わせて履習することによって、Master of Social Work と共に、Master of Business Administration 又は Master of Urban Planning の学位が取得できる途も開かれるようになってきている。

カリキュラムについては、必修、選択必修及び

選択の各科目があるのはわが国と同じであるが、専門職養成に主眼がある以上、学生の卒業後の就職先などを考慮して科目が選択できるよう配慮し、そのための一方策として、学生 10 数人毎に指導担当教官が定められ、系統的学習ができるようにしている。

つぎに、学部及びマスターコースのカリキュラムを例示しておきたい。

《アデルファイ (Adelphi) 大学 4 年制課程》

(1976—78 年)

○言語・文学・芸術	24 単位
英語書き方 (2 学期必修)	6 単位
英語・外国語・芸術・音楽・弁論	
又はダンスの各学部の科目	18 単位
○自然科学及び数学のいずれか	11 単位
○社会科学・人文科学	36 単位
文化人類学入門	3 単位
国家経済	3 単位
歴史 (2 学期必修)	6 単位
政治学入門又はアメリカ政治制度	3 単位
一般心理学	3 単位
社会学入門	3 単位
社会展望	3 単位
社会科学又は人文科学の他の学科	
(黒人文化は必修)	12 単位
○社会福祉	39 単位
ソーシャル・ワークの原理と実践	
入門 I	3 単位
ソーシャル・ワークの原理と実践	
入門 II	3 単位
実習 I (3 年前期週 1 日)	2 単位
実習 II (3 年後期 “)	2 単位
社会福祉の問題点 I	3 単位
“ II	3 単位
パーソナリティの発達と人間行動の	
力学 I	3 単位
パーソナリティの発達と人間行動の	
力学 II	3 単位
基礎的实践 I	3 単位
“ II	3 単位
調査入門	3 単位

実習 III (4 年前期週 2 日)

4 単位

実習 IV (4 年後期 “)

4 単位

○選択科目

人間行動についての社会心理学的

展望 (3 年次)

3 単位

小集団力学についての社会的展望

(4 年次)

3 単位

黒人家族 (4 年次)

2 単位

ソーシャル・ワーカーのためのスペ

イン語会話 (3 又は 4 年次)

3 単位

高齢者のためのソーシャル・ワー

ク (4 年次)

3 単位

法律と社会福祉 (4 年次)

3 単位

ソーシャル・ワークの倫理と価値

(4 年次)

3 単位

ソーシャル・ワーク実践における

異ったメディア及びコミュニケー

ションの技術 (4 年次)

3 単位

合計

120 単位

○1・2 年次生の科目のうち、社会

事業専攻者に履習を強く望まれるもの

2 単位

社会福祉入門

2 単位

社会福祉の現場経験

2 単位

○独立研究

社会福祉の分野における独立研究

(3・4 年次)

3~9 単位

《コロンビア大学マスターコース》

(1975/76 年)

学生は、次の 3 つの類 (Concentration) の 1 つを選択し、それに応じて次の科目を履習することが要求される。

I 類 ①個人、家族、集団及び他人並びに施設に対する直接サービス ②集団に対して自助と集団行動の能力を高めるサービス ③機関内、機関相互間、利用者間における参加、指導力及びスタッフ開発の能力の獲得をめざす

II 類 コミュニティの組織化及び活動に適用できる概念、原則及び方法の研究、プログラム及び社会政策の開発、社会福祉プログラムの調整と管理などをめざす

III 類 ジェネラリストを指向し、個人、集団、

- 家族に直接サービスを提供すること、並びに組織化、プログラム開発、計画及び管理のための基礎的概念及び方法の研究をめざす
(履習要件)
- ソーシャル・ワーク実践 12 単位
I・II類ともそれぞれ以下に示すI～IVの各科目(各3単位)のすべて
- 次のそれぞれの分野の基礎科目
(最初に書いてあるもの) 12 単位
調査及び統計
精神病学及び精神衛生
社会科学及び社会文化的概念
社会政策及び社会福祉
- 選択科目 12 単位
4 科目(各3単位)
- 特定分野又はサービス 6 単位
- 実習 18 単位
各学期週3日(各4.5単位)
- III類の学生はソーシャル・ワーク実践のうちI類のI II及びII類のII III IVの科目が必修とされている。
〔科目と単位〕
- 実習
フルタイム学生1年次必修 4.5(6)単位
- 教育コースI・II
特別の許可を要する 3～6 単位
- 調査プロジェクト
1年課程とし、特定学生のみ 6 単位
(ソーシャル・ワーク実践)
- <I類>
- I 実践入門、目的、理論的基礎等 3 単位
- II 介入方法、人間関係等 3 単位
- III 不適応、コミュニティチームの役割等 3 単位
- IV 社会的機関・サービス提供システムとの関係等 3 単位
- <II類>
- I 組織及び計画の理論と実践入門 3 単位
- II プログラム開発に対する様々な接近方法の概要 3 単位
- III サービス組織の体系的運営に必要な知識と技術 3 単位
- IV I類のIVと同じ 3 単位
- <I・II類の選択科目>
- ソーシャル・ワーク実践におけるコンサルテーション(2年次) 3 単位
- ケース援護: ソーシャル・ワーク実践者の役割 3 単位
(ケースワーク)
- ソーシャルケースワークIV: 直接処遇方法の比較等 3 単位
- 児童ケースワーク 3 単位
- 触法クライアントのケースワーク 3 単位
- 家族・児童福祉: ケースワーク実践と社会政策 3 単位
- 精神衛生: ケースワーク実践と社会政策 3 単位
- 保健サービス 3 単位
- ケースワークにおける家族処遇 3 単位
- 専門職・准専門職の役割 3 単位
(グループワーク)
- 比較グループアプローチ 3 単位
- ソーシャルワークにおける職種間協同 3 単位
- 非言語コミュニケーションにおけるグループワーク 3 単位
(コミュニティ・オーガニゼーション及び計画)
- 直接サービス提供者のためのソーシャルワーク・アドミニストレーション 3 単位
- スタッフ開発及びオーガナイザー・プランナーのスーパービジョンセミナー 3 単位
- 組織変化についてのセミナー 3 単位
- 立法についてのセミナー 3 単位
- 中間管理者のためのアドミニストレーション 3 単位
(調査及び統計)
- 社会事業調査 3 単位
- 調査とソーシャル・ワークの実践 3 単位
- その他4科目 各3単位
(精神病学及び精神衛生)
- パーソナリティの発達とコーピング(Coping)の問題 3 単位
- 成人の精神病理学 3 単位

○その他 6 科目 (社会科学及び社会文化的概念)	各 3 単位
○ソーシャル・ワークにおける社会文化的要因	3 単位
○異常行動とその社会構造	3 単位
○その他 11 科目 (社会政策及び社会福祉)	各 3 単位
○社会福祉政策	3 単位
○米国社会保障制度	3 単位
○その他 10 科目 (セミナー)	各 3 単位
○ソーシャル・ワークセミナー (実践のフィールド・社会問題の分野)	3 単位
○老年：過程・問題・政策・対策	3 単位
○老年に対するソーシャル・ワーク実践	3 単位
○その他 4 科目	各 3 単位

なお、Ⅱ類の学生で管理的技術の習得を重視する者は、ビジネス・アドミニストレーションをマイナーとして経営学部で 15 単位履習し、実習は 1 年次しかとらないことも可能である。

III 実 習

実習は、専門ソーシャル・ワーカーの養成を指向している社会事業大学の当然の帰結として非常に重視され、ある大学の教授と話している時に語った言葉、カリキュラムの編成において、実習時間はルーズ・ラスト (loose last) 即ち、各科目のうち、時間を減らす必要が起きたとしても、実習は最後まで残るということが極めて印象的であった。

従って、実習時間は、とくに多く、学部においても、3 年次は週 1 日 (週は 5 日であるから 5 分の 1) 4 年次は週 2 日間はもっぱらそれに当てることとし、大学院マスターコースでは、2 年間を通して 2 日又は 3 日、即ち、全授業時間の約半分は実習にあてることが一般的になってきている。—そうでないと CSWE の認定が得られない—

実習に当っては、例えば、アデルフェイ大学のように、心理、言語・聴力、社会サービス等のような治療施設 (clinic) を自前で運営し、そこに一

部の学生を配置—ここでは直接のクライアントの処遇は、学生が日を定めて担当し、学校教員がフィールド・インストラクターとして指導している—するほかは、外部の様々な施設、機関等に委託して行われている。大学によっては、そのような外部の実習施設、機関等を 100 以上も持っている所も少なくない。

実習は、通常、年間を通してか 1 所で行われることとしており、かつ、そこの職員と同じく何人かのクライアントの直接処遇に当り、事実上そこにおけるパートタイムのスタッフとなり、その施設、機関の上級職員であるスーパーバイザーの指導のもとに働くこと—事実上の戦力である—とされている。

クライアントとの関係についていえば、一般の職員と同じく、ケースについての全責任を負われるもの、職員の助手として、責任の一部を分担するもの、補助者として、直接責任は負わなくてもよいものがあり、大学及び実習機関の方針によって差があるとされている。

実習先については、2 年間同一施設に配属されることはしないが、1 年目と 2 年目とを同じ分野の施設、機関に配属させるものと、2 年目には、異った分野の施設、機関を選択させるものがある。しかし、いずれの場合にも、とくに最終年次には、学生の将来の進路を考えて分野を選ぶよう指導している。

実習の分野は、ソーシャル・ワーカーの活動分野の拡大につれて拡大され、例えば、アデルフェイ大学においては次のような分野に及んでいる。

- ① 家庭援助機関
- ② 病院、ナーシングホームなどの医療、保健施設
- ③ 身体障害児者対策事業
- ④ 公私社会福祉機関
- ⑤ 就学前児童教育機関、通所センター等
- ⑥ 児童福祉事業
- ⑦ セツルメント住宅
- ⑧ 近隣、コミュニティ組織
- ⑨ クライアント援護事業
- ⑩ 老人サービス

⑪麻薬中毒、アル中、精神衛生等のリハビリテーション事業

他の大学においては、その外に、企業や労働組合などもあり、さらには立法機関（議員のコンサルタントとなる）の場合もある。

大学の実習施設、機関となることは、その施設機関の水準が一定以上であることを認められたことを意味し、名誉でもあり、かつ、大学の教員との関連ができること等によって、それ自体の水準向上にもつながること、また、実習生が事実上の戦力にもなるところから、希望する場合が多く、そのため、実習学生の委託について、大学が委託料のようなものを支払う必要はないといわれる。

実習が社会事業教育の柱であることから、実習施設、機関の選定には深い注意を払っており、その選定基準を作っている大学もある。

例えば、コロンビア大学では 1973 年 9 月の実習機関選定基準で次の点を指摘している。

① 学校と実習機関が広範な訓練哲学を共有していること

ここでは、学生の訓練が狭い徒弟訓練ではなく、より広い教育目標を持っていること、実習は、学校の教育と統合されたものであること、実習内容、その成果の評価基準、実習方法とプロセス等が学校の方針に合致すること、それに実習機関が創造的、かつ責任をもって参加することが求められる。

② 業務実施水準が受容できるものであること

実習機関は、文書によって、業務の実施水準を明らかにし、学生の実習についてどのような貢献ができるか表明することも求められている。

③ 管理機構及び学生訓練に関連する機能が健全であること

実習機関は、それ自体健全な活動をしているとともに、健全、明確かつ安定した責任体制が確立されており、内部及び他機関とも協調のとれた安定したスタッフを持ち、さらに、学生の指導能力とともに、そのスーパービジョン及びコンサルテーションのために十分な時間（最低週 1 時間半は直接そのために過す）を持てるフィールド・スーパーバイザーがいること、さらに、学生にとって必要な事務的スペースがあることなどが求められる。

ている。

④ 学生スーパービジョン計画の妥当性

フィールド・インストラクターとして適切な者を選定するとともに、一できれば、文書による選定基準が作られることが望まれる一適切な実習スーパービジョン計画が立てられていることが求められる。

⑤ 教育内容の範囲と深さ

学生の個々の教育ニーズに合致し、人間関係、問題及びサービスについて、バランスのとれ、統制された一連の経験を積むことができることが求められる。

⑥ 学校との相互関係

学校と実習機関は実習について常に検討、評価するため、相互に会合等を持つなどして協同することが求められる。学生の実習成果に関連して、単位を取得させ、又はさしひかえることを勧告するのは、フィールド・インストラクターの責任であるが、その最終決定は学校の責任である。このことは、学校の開催するセミナーや、学校の指導教員との打合せなどを通してなされるとしている。

フィールド・スーパーバイザーは、一般的には、実習施設の職員の中から選定されるが、一部は、大学の教員がそれに当たる場合がある。大学が直営施設を経営する場合や、近隣の実習機関、施設で適当な者がえられない場合などがそれに当たる。

フィールド・スーパーバイザーは、通常は大学の教員ではないが、正式に大学に登録されており、一部の大学では、大学の教員 (non-paid staff) として位置づけているものもある。

通常、数人のフィールド・インストラクターを単位として、大学の教員がそのアドバイザーに任命されており、実習についての連絡・指導に当たっている。多くの大学では、各年の実習開始前、実習期間中及び実習修了後に定期的に会合を持つほか、実習期間中も必要に応じて連絡をとり合っており、また、とくに、新任者を対象として、短期間の講習会やセミナーを開催し、実習学生の指導方法を教育したり、社会福祉の動向などについて講演したりすることを定期的に行っている場合が

多い。

大学によっては、例えばアデルファイ大学のよう
に、実習施設、機関 5 か所を 1 単位として Field Instruction Center とし、大学の教員をそれぞれの指導担当者に任命して、それを通して、フィールド・スーパーバイザーを指導する場合もある。

フィールド・スーパーバイザーは、学生の実習成果をあげるために基本的なものであり、一般的には、学生指導能力を持つ社会事業修士以上の資格を持ち、できるならば、一つ以上の分野において最低 3 年以上の経験を持つ者の中から任命される。しかし、そのような者が得にくい場合には、専門的水準よりも、むしろ、指導能力及び実務能力をより重視して選定するといわれている。

また、ソーシャル・ワークの新しい分野については、前述の条件に合致する者は極めて少ないので、そのような場合には、実習指導に当っての診断、教育能力の開発の可能性及び学校、施設からのスーパーバイザーに対する援助等を考慮した総合的な評価に基いて定めることが必要とされる。

コロンビア大学においては、フィールドスーパーバイザーの選定に当り、次のような内容をもつ基準を定めている。

① 実習スーパービジョンの動機

他の人々の専門的成長によって満足を得る能力を基盤とする、教育についての関心が実習指導の動機と基礎であり、ソーシャル・ワーク実践の基本的目標、倫理及び基準を持ち、その専門職について確たる認識を持っていること。

② 実務の知識及び技能

ソーシャル・ワークの理論と実務についての広範な知識を持ち、実習指導の基礎的能力であるケースワーク・グループワーク又はコミュニティ・オーガニゼーションの実務能力を持っていること。

③ パーソナリティ

学生と感度のよい、自発的、教育指向の関係を作る能力が要求され、自己の感じ方、思考及び行動形態が他に及ぼす関係を認識する能力、学生の成長及び変化の能力及び新しい分野、新しい体験、スーパービジョン等をめぐる感情等を理解し、建設的に活用する態度を持っていること。

④ 教育上の責任の受入れ

異った見解を導入し、確信を持ち、かつ、学生の受容のもとに単位認定を与え又はさしひかえることについて批判し、勧告する能力を持っていること。

⑤ 教育能力

交際能力、意思交流能力、分析及び総合する能力などを含むものであり、仲間作り、明確に表現する能力、一般原則から特別の要素等を識別する能力及び特殊な要素から一般原則を導き出す能力などを持っていること。これらは、過去の実践活動、スーパービジョン、個人及び集団とのかかわり、文書又は口頭での表現などによって判断できるものである。

⑥ 活動組織能力

実践活動における効率性、速さ、体系・期限及び優先順位の認識、必要な場合において計画を変更する柔軟性などの能力を持っていること。

⑦ 施設、機関の目標の認識

学生の教育目標を達成するために、実習機関、施設の目標について十分認識し、建設的に批判し、その前向きの変革に参加する自由を持っていること、また、学生に対して、現実的な枠組みを示すために、政策及び手続を説明し、その必要性等を理解させることができること。

⑧ 学校との関係

専門的訓練における学校と実習機関との相互協力関係を理解し受入れ、それに共同責任を持つことについて関心を持つことが期待されることを認識する必要がある。フィールド・インストラクターは実習実績に基づき単位の授与又はさしひかえについて勧告する責任とともに、最終的決定についての学校の責任を受入れることが求められていることを理解すること。

⑨ 学習指導時間及び計画

フィールド・スーパーバイザーは、その施設又は機関によって認められる、学生の記録及び統計報告を読む時間、週 1.5 時間の定期的スーパービジョンのための会合、時々の特例会合、内部での学生グループとの会合、実習指導教員との会合、実習評価書を書く時間等を有効に活用できること、

さらに、新任のスーパーバイザーについては、大学における 12 回のセミナーに定期的に参加すること、そのための準備をすることができること。

IV 社会福祉従事者の分類と業務

最後に、全米ソーシャル・ワーカー協会の作成した社会事業従事者の基準 (Standard for Social Service Manpower) という資料に基づいて、社会事業教育と不可分の関係にある、社会福祉事業従事者の学問的・技術的水準とそれらの者が実施する標準的な業務の分類との関係について説明しておきたい。

全米ソーシャル・ワーカー協会は専門ソーシャルワーカーの団体としては、世界最大のものであり、現在 7 万人を越す会員を持ち、1955 年に当時のソーシャル・ワーク 7 団体の合同によって生まれ、全米及びヨーロッパに 172 の支部を持ち、社会事業専門職の高度化、ソーシャル・ワーク実践の基準の確立、健全な社会政策の発展及び会員サービスをその機能としている。

協会は社会福祉従事者を、その機能、資格及び能力に応じて次の 6 つ—2 つの前専門職(pre-professional)と 4 つの専門職 (professional) に分類し、教育、業務分担等に活用させている。

(前専門職レベル)

① ソーシャル・サービス・エイド (Social Service Aid)

その機能は次のものである。

- チームの一員又は、専門的に指導されたスーパービジョンのもとに、
- 基礎的資料を得及び利用できるサービスの情報を提供するため、クライアントと面接
- 事業やサービスを人種的又は文化的集団に説明し、集団又は個人のニーズを援助
- サービス受給資格の決定、必要な資料又は文書の収集、入手の援助
- 近隣調査、個人、家族からの資料収集参加
- 援助を求める者に特定の情報及び照会サービスの提供
- サービス利用の奨励、地域でのケース発見活動の実施

○サービス配置、援助手続の指導又は指示

○特定機関と地域の集団・組織との連絡

その資格は次のとおりとする。

○地域又は集団における体験と知識

○高卒資格は要求されないが、読み書き計算の基礎的技能は必要。特定の職務については、高卒資格が要求されてもよい。

○人々に対する関心と、就業上学ぶ態度が必要

その能力として次のものが求められる。

自由に意思を交流し、手続を理解、説明し、クライアントの関心とニーズを明確にし、生活ニーズについて限定された具体的援助を提供する能力、体験により引出される知識、現在訓練により教えられる特定の技術を学ぶ能力及び他人に奉仕する動機を持つこと。

② ソーシャル・サービス・テクニシャン (Social Service Technician)

その機能は次のものである。

- チームの一員又は密接な専門的スーパービジョンのもとに、
- 一般的に利用できる社会資源の知識を基として事実発見・照会のための面接
- 就職、資源又は援助の配分、特定問題解決のために地域集団を組織する等の問題について個人又は集団の援助の手助け
- 事業又は計画単位の一部としてクライアントの問題及び見解を知ることによって特別の研究に貢献
- 集団の経験と特別ニーズを理解し、関係づけることによって、サービスの適格性又は有効性評価の手助け
- 個人又は集団のサービス利用支援のためのコーチ及び支持
- 外延的又はオリエンテーション活動の一部としてサービスを求める者の支持又は指導
- 資料の記録、調査研究の情報収集の手助け
- クライアント及び機関の特定の問題及びニーズについて地方の機関、ワーカーと共働
- 急迫した状況における緊急評価及び情緒的支持
- その資格は次のとおりとする。
- Associate of Arts Degree を取得できる組織的な

社会福祉教育の完了又は、他分野の学士資格

○人々を手加けする動機を持つこと

その能力として次のものが求められる。

人間行動の基盤，特定機関の運営，特定の社会及び社会サービス事業の知識を持ち，意思の交流及び感情理解の能力を含めて，人々を処遇する技術，個人及び集団の差異を尊重する態度，変革能力の評価，消費者に代り社会制度を利用する能力（専門職レベル）

① ソーシャル・ワーカー (Social Worker)

その機能は次のものである。

ソーシャル・ワークのスーパービジョンを活用しながら，

○特定の限定された目標のソーシャル・ワークサービスの提供

○事業又はサービスを促進し，解説するための研究会実施

○地方の社会集団の組織化と社会問題軽減の努力の調整

○ケースについて他の機関と協議し，複合問題家族を援助する諸機関のサービスの調整

○社会問題の基礎資料の収集，資料の統計的分析

○政策決定者等の問題やニード理解を助けるための情報整備

○既存の事業等によってニードが充足できないクライアントの擁護

○集団のニード又は関心の設定，行動の仕方の決定のための援助

○包括的構造の事業単位の運営

その資格は次のとおりとする。

○認定されたソーシャル・ワーク学士資格

その能力として次のものが求められる。

人間の行動と発達，社会的，経済的環境，社会サービス制度，正常な発達に貢献する要素と徴候学を含む社会的個人的異常の初歩的知識を持ち，面接，診断，克己心の活用，社会資源の活用のようなソーシャル・ワークの方法を行うこと。

② グラジュエイト・ソーシャル・ワーカー (Graduate Social Worker)

その機能は次のものである。

コンサルタント又は日常のスーパービジョンを

活用しながら，

○治療的介入の実施

○広範囲の問題解決のため地域集団との合同体の組織

○他の専門職とチームを組むこと

○治療場面でのグループセラピーの実施

○地域に対する社会サービスのコンサルタントとなること

○基礎的統計技術を要する調査の企画実施

○主要公的社会サービス機関の事業の計画

○社会事業学校教育

○サービスユニットのチーム・リーダー

その資格は次のとおりとする。

○認定された社会事業修士資格

その能力として次のものが求められる。

人間の行動と発達についての理論的及び初歩的な経験的知識，社会的経済的現実と力についての具体的理解，社会サービス制度についての批判的知識，個人的社会的異常の性格及び原因についての知識，関連する社会，専門的組織及び関連施設の認識。さらに，ソーシャル・ワーク技術のうち1つ以上の専門的技術とその他の知識を持つこと。

③ サーティファイド・ソーシャル・ワーカー (Certified Social Worker)

その機能は次のものである。

必要に応じてコンサルテーションを利用し，

○多職種セラピーグループリーダーとなること

○独立して個人又は集団に心理療法実施

○主要な社会サービス及び地域活動集団のコンサルタント

○社会サービス事業又は機関の運営

○社会事業学校教員

○調査の企画・実施

○事業の評価・研究

○企業の雇用者サービス事業のソーシャル・ワークの独立のコンサルタント

○大都市統制組織のコミュニティ・オーガナイザー又は計画者

○高度のケースワーク事業の教育的スーパーバイザー

その資格は次のとおりとする。

社会事業修士資格プラス Academy of Certified Social Worker (ACSW 試験は2年毎に春と秋全国(60か所位)で各分野から試験委員を選択して行うが、実施は Educational Test Service of Princeton に委託して行う。試験は実践能力中心である)の承認が必要

その能力として次のものが求められる。

人間の行動と発達についての理論的経験的知識、社会的経済的活動、社会サービス制度の哲学と運営、個人的社会的異常の性格と原因、異った専門職、組織、専門的施設の間の関係及び責任についての知識

④ソーシャル・ワーク・フェロー (Social Work Fellow)

その機能は次のものである。

専門職基準に従って、

- 主要な社会サービス機関又は事業の運営
- 個人開業の独立コンサルタント
- 個人開業の心理療法士
- 社会事業学校教授
- 社会問題専門コンサルタント会社の調査事業の企画指導
- 独立して調査実施

その資格は次のとおりとする。

社会事業学校又は関連職業の博士資格及び社会事業における2年間の専門的経験、もしくは ACSW の承認及び専門分野の2年間の社会事業の経験

その能力として次のものが求められる。

特定分野を中心とした現業の広範な知識が要求され、人間の行動と発達についての理論と研究の高度の知識、社会的経済的活動とそれらの相互関係、個人的社会的異常の性格と原因、専門的組織的制度的活動の統合を含むサービスの計画

おわりに

米国の社会事業大学においては、実務指向を反映して、すんなりと大学又は大学院に入学した学生の外に、別の分野に就職した後に大学に入学し

た者、家庭に入った主婦や、社会福祉施設に就職した後に大学に再入学した者などが多く、わが国とくらべて学生の年齢が高い。また、ドクターコースの前提として、マスターの資格の外にある程度の実務経験—コロンビア大—を求めるものがあるなどのほか、パートタイムの学生が少くないなど、教育と実務との関係または、フィードバックシステムが出来ているなども興味深いものである。

わが国の社会事業教育においては、実習時間が一般的に少いことのほか、その実施体制も未整備であり、実習が必修となっていない所も少くないのが現実である。

わが国の社会事業教育については、わが国独自の事情もあることは確かだとしても、世界の社会事業教育において、実習が非常に重視されていること、及び前述の社会福祉教育問題検討委員会の答申等の主旨からしても、米国等の社会事業教育から取るべきものはとり入れて、もっと実務指向型に変革するための努力をする必要があると考えられる。

参考資料

- (1) コロンビア、アデルファイ、カソリック、コネチカット、カリフォルニア (バークレイ)、南カリフォルニア及びハワイの各大学のカリキュラム
- (2) Council on Social Work Education: An Analysis of Undergraduate Social Work Programs Approved by CSWE 1977 (厚生省の指標第23巻第15号に拙訳)
- (3) Adelphi 大学; A Guide to Field Experience, 1974—1975
- (4) コロンビア大学; フィールドインストラクター選定基準
- (5) コロンビア大学; 実習機関選定基準
- (6) 「アメリカにおける社会福祉教育の動向」 小松源助氏『社会福祉研究第20号』
- (7) National Association of Social Workers; Standard for Social Service Manpower
- (8) Council on Social Work Education: Statistics on Social Work Education in the United States, 1974

イギリスにおける社会福祉のマンパワー計画と 福祉教育・訓練の動向

——70年代中葉の状況——

杉 森 創 吉

I はじめに

本稿の目的は、1968年の『シーボーム委員会報告』以降、大きな変化、再編を遂げてきたイギリスにおける「パーソナル・ソーシャル・サービス」分野でのマンパワー計画と福祉教育・訓練の動向を概観することにある。1971年10月に設立された『ソーシャル・ワークにおける教育と訓練のための中央協議会』(CCETSW)、および昨年秋にDHSSから公表された『ソーシャル・サービスのためのマンパワーと訓練』に関する『バーチ報告書』とは、こうした問題に直接かかわりをもつ最近の最も重要な動向である。両者は、いわば、共通の問題への質的アプローチと量的アプローチという相補的関連をもち、未だ過渡的で不確定な要素を多分にともなっているとはいえ、現代におけるパーソナル・ソーシャル・サービスの社会的特質からマンパワーと教育、訓練計画を構想している点で、示唆的なものを含んでいるのである。

CCETSW がイギリス全体の福祉教育にかかわる大きな権限と機能とをもって活動を展開し、また、『バーチ報告書』も国および地方自治体で具体的なプログラムとして早急に取り上げられていく趨勢にあるが、その全体的な影響や評価については今後の推移に待つべき点が少なくない。だが70年代に入って、社会福祉のマンパワー問題と教育・訓練計画が重要な争点として登場してきたことはけして偶然とはいえない。直接的な脈絡ないし契機という観点からみれば、単純化していえば、『ベヴァリッジ報告』—『ヤングハズバンド報告』—『シーボーム報告』、そしてこの延長線上での

“CCETSW”の設置と『バーチ報告書』の問題提起ということになる。福祉教育にせよ福祉マンパワー計画にせよ当該社会のソーシャル・サービス体系の構造および動態に規定され、また逆にそれらに根本的な影響を与えていくものであることはいうまでもない。もとより、今日までのイギリスの社会事業教育、訓練が19世紀末の「社会事業家養成活動」や今世紀初頭以降のCOS、セルツメント運動などと結びついて発展した伝統的なソーシャル・ワーカーの養成・訓練の制度や思想に根強く支えられてきたことは否定できない。事実、後述するCCETSWの多数のソーシャル・ワーク教育に関する研究書の中でも、イギリス社会事業教育の歴史的継承性が明に暗に強調されている。たとえば、『ソーシャル・ワークのための教育と訓練』(CCETSW “ディスカッション・ペーパー No. 10”, 1975)では、今日の社会事業教育の内容(カリキュラム等をふくむ)に影響を与えた19世紀後半以降の「イギリス的なソーシャル・ワークの六つの源泉」があげられている。すなわち、i) セルツメント運動や、自助—相互扶助的活動からくる近隣レベルでの生活機会の増大と生活の質の向上のための諸活動、ii) COS運動に端を発するニーズと社会資源の組織的調整、iii) オクタビア・ヒル (Octavia Hill) の住宅改良運動、COS等からくる個人と共に家族を重視し、その社会的機能を高揚させる諸活動、iv) S. ロウン トリー、C. ブース等のサーベイに支えられた貧困者のニーズの把握と最低生活水準保障、v) バーナード、J. バトラー (Josephine Butler), “National Children's Homes”, 「救世軍」等の個人、団体によって先鞭をつけられた社会福祉施設での

リハビリテーション, 介護, 教育の実践の蓄積, vi) “relieving officer”, “workhouse manager” の活動に源をもつ基礎的なミニマム・ニーズに対応する国の諸サービス等, である¹⁾。

イギリスでは社会事業教育, 訓練はボランティアベースから始まり, 主要には大学教育レベルに位置づけられて発展するとともに, とくに現任訓練においては多くのソーシャル・ワーク専門団体の手によって研修課程が設置されてきた。この間の詳細な経緯は, すでにイギリスで「古典」とされている E. マッカダム (Elizabeth Macadam) の “The Equipment of the Social Worker” (1925), “The Social Servant in the Making” (池川清, 木村武夫訳『イギリス社会事業教育史』(1946)) で綿密に考証されているところである。しかし今日の状況は, マッカダム女史の論述の終わったところから始まっているといってもよいであろう。

『ベヴァリッジ報告』は, 社会福祉のマンパワー問題にまで直接立ち入って言及している訳ではない。だが, 「五大悪」に対する統一性のある政策の重要性に注意が向けられるなかで, プラン遂行の成否にかかわって公的機関職員の機能にとくに留意して従事者の採用と教育を行うことが強調されている。「ベヴァリッジ体制」の下で全般的なサービス体系が確立していく過程で, この点は具体的要請となっていく。1940 年代前半から 50 年代末にかけて「民間ベース」での個々のソーシャル・ワーク分野での訓練コースに加えて, 公的機関での訓練コースが徐々に整備されていった。なかでも, 1947 年には, Home Office の下に公的な訓練機関『児童保護における中央訓練協議会』(“Central Training Council in Child Care”) が設置され, さらに, 同機関を中心とし自治体, 民間団体との協議によって “Certificate in Residential Care of Children” の公的資格制度の成立をみたことは 1 つの重要な転機となった。

1959 年の地方自治体における保健および福祉サービスにおけるソーシャル・ワーカーに関する『ヤングハズバンド報告』(“Younghusband Re-

port”) は, 「ジェネリック・タイプ」のソーシャル・ワーカーを通じてのソーシャル・サービスの「統合^{ユニファイケーション}」を強く提言した点で画期的内容をとまなうものであった。ここにいう「ジェネリック・タイプ」の含意は多様であるが, 少なくとも 2 つの特徴がふくまれている。第 1 は, クライエントの側からみれば, 従来 1 家族に複数のソーシャル・ワーカーが当たってきたことの弊害を排して, 1 家族 1 ワーカーを原則とする “one-door system” がとられるようになったこと, 第 2 に, ワーカーの役割の点でも, それまで専門団体毎の特殊な機能分化の強調が反映されてきたのに対し, 機能の統合化が重視されるようになったことである。ヤングハズバンド報告は, 理論的にも実際のにも今日のパーソナル・ソーシャル・サービスのマンパワー計画, 教育, 訓練のあり方に基本的影響を与えてきたといえるのである。CCETSW は制度的には『シーボーム報告』の勧告にもとづいて設立されたものであるにしても, その「前身」は『ヤングハズバンド報告』にもとづく『ソーシャル・ワークにおける訓練協議会』(“Council for Training in Social Work” 1962 設立) に求められ, 理論的支柱もむしろ『ヤングハズバンド報告』にあるともいわれている。

1968 年の『地方自治体とそれに関連するパーソナル・ソーシャル・サービスに関する委員会報告書』(Seeböhm Report) と, それを受けて実施された 1970 年の “Local Authority Social Services Act” によって, 社会福祉のマンパワー問題と福祉教育, 訓練の問題は全く新しい段階に入った。その最も具体的表現が本論で述べる CCETSW²⁾ の設立と, 一連の地方自治体のソーシャル・サービスのマンパワー計画, とくに 1973 年の『地方自治体 10 年計画』(“Local Authorities 10-Year Planning; 1973—1983”) に触発された政府ワーキ

1) CCETSW, Education and Training for Social Work, 1976, p. 10~11.

2) シーボーム報告第五部「専門化と教育訓練」では, 家族や個人への援助が原則的に「ただ 1 人のソーシャル・ワーカーが担当」し, 新しく資格を得たソーシャル・ワーカーは「できるだけ早急に幅広い責任を引きうけること」等の「ジェネリック」な方向での指摘がなされているが, 資格問題もふくめ専門職化への明確な移行を示唆したにとどまった。CCETSW は社会福祉のマンパワー問題に関するこのシーボームの勧告の具体化されたものである。

ング・パーティによる『ソーシャル・サービスのためのマンパワーと訓練』(“Birch Report” 1976)の発表であった。この両者は、イギリスにおけるソーシャル・ワーカーの資格と専門職制の確立に実質的に大きな役割を果し、パーソナル・ソーシャル・サービスの新たな展開をもたらそうとしている点で、われわれにとっても検討に値する重要な課題を内包しているのである。

II CCETSW の組織と役割

(1) 組織の性格と構成

『ソーシャル・ワークにおける教育と訓練のための中央協議会』(“The Central Council for Education and Training in Social Work”, 以下、CCETSW と略) は、法にもとづく国の独立機関として1971年10月1日に設立された。法的には、1962年の“Health Visiting and Social Work (Training) Act”の一部修正による“CCETSW Order, 1971”と1974年の追加修正法令に根拠をもっている。CCETSW は、イギリス全土(スコットランド、ウェールズ、北アイルランドを含む)を通じ、ソーシャル・ワークの全ての分野にわたる教育と訓練を促進し、新設された統一的な資格(CQSW: Certificate of Qualification in Social Work)につながるコースの認定(4年制大学およびポリテクニク等)を行い、コース修了者に対し資格を審査して与える等、単なる訓練機関とは異なるきわめて包括的機能をもった全く新しいタイプの機関である(ちなみに、CCETSW 自体は教育、訓練そのものを行わない)。

イギリスでは伝統的に民間のソーシャル・ワーク専門団体に特殊分化した内容の研修部門が併設されていた場合も多く、また、公的な訓練、研修機関も設置されてきた。CCETSW は、それまで存続していた主要な3つの公的機関と、専門団体の2つの訓練コースとを吸収、統合したが、むしろ実際には全面的に新しい組織、機能をもつ機関として設立されたというべきであろう。すなわち、公的機関としては、『中央児童保護訓練協会』(Central Training Council in Child Care: 1947にHome Officeにより設置)、『ソーシャル・ワーク

における訓練協議会』(Council for Training in Social Work) および、『プロベーションならびにアフター・ケアに関する諮問協議会訓練委員会』(Training Committee of Advisory Council for Probation and After Care: 1936年設置)、また専門機関として、『サイキアトリック・ソーシャルワーカー協会』(Association of Psychiatric Social Workers, 1929設立)、『医療ソーシャルワーカー協会』(Institute of Medical Social Workers; 1904年のHospital Almoners Associationに起源をもち1964に設置)のそれぞれの訓練コースがすべて統合されたものである(その後さらに1974年には、“Training Council for Teachers of the Mentally Handicapped”も加えられた)。

CCETSW が責任を負う領域には、(a)各地方行政体のソーシャル・サービス、ソーシャルワーク部門(フィールド・サービス、施設、デイ・サービス、ドミシリアリ・サービス)の各スタッフ、(b)保健、教育、プロベーション、アフター・ケア分野でのソーシャル・ワーカーが含まれ、実質上「パーソナル・ソーシャル・サービス」のほぼ全体に及ぶ教育、訓練に責任を負っている。

ところで、一般的にはこうした機関はややもすれば中央集権的な行政主導の権能をもちやすい。CCETSW に対しても、もちろん批判がないわけではないようであるが、総じてその専門職的な立場の遵守と発展の姿勢に期待が寄せられているといつてよい。この点での配慮がもっともはっきり現われているのが組織構成である。この機関が福祉教育の内容に深くかかわることから構成の可否がそのまま機能の成否を規定することはいうまでもない。全般的な特色としては、1970年に既存の8つの専門団体を統合して新たに構成された「英国ソーシャル・ワーカー協会」(BASW)に代表される現場の専門的自律性を核として、福祉教育サイド―実践現場―行政・雇用者サイドの総合連絡調整と統一的な意思決定機能をできるかぎり発揮できるように組織体制をとっている点が重要である。

具体的には、CCETSW の運営および意思決定はすべて、雇用者代表組織、教育機関、専門団体代表、および民間施設代表を中心とする大臣任命

枠を含む 60 名の「カウンスル・メンバー」によって行なわれている。個々の代表は各組織より選出され、3 年任期で交替するものとされ、人員配分・選出母体等すべて前述の法令に基づいて定められている。雇用者代表組織として、“Association of Metropolitan Authorities”, “Association of County Councils”, “Association of Directors of Social Services in England and Wales” などの代表 17 名が含まれ、教育機関からは、“Committee of Vice-Chancellors and Principals of University in U.K.”, “Committee of the Directors of Polytechnics”, “Local Government Training Board”, “National Institute for Social Work” 等の 9 名が、また、専門団体として、“BASW”, “Residential Care Association”, “Association of Teachers in Social Work Education” 等から 20 名が選出され、この他に比較的最近できた “Personal Social Services Council” のような政府機関および民間施設代表等 14 名の計 60 名から構成されている³⁾。

CCETSW は、このようにして一種のバランスのとれた構成を目指し、日常的には、上述の「カウンスル・メンバー」以外に常勤で練達のソーシャル・ワーカー出身者（数名の社会学者、心理学者を含む）からなる 60 名の専門職員を擁し、全体で 150 名近い専任職員をもち、年間約 100 万ポンドの国の予算で運営がなされているわけである。また、内部機構の点では、(1)「研究部門」(Board of Studies)——下部組織としてさらに 4 委員会：①「ソーシャル・サービス基礎研究および資格問題委員会」、②「専門職研究委員会」、③「資格取得後の問題に関する検討委員会」、④「社会事業教育推進委員会」、(2)「計画部門」(Plannig Board)——①「リクルートメント情報委員会」、②「データ委員会」——、(3)助言、相談部門 (Advisory Bodies)——先の 60 名の専門職員の一部がこの “Social Work Education Adviser” を兼ね、ロンドンの本部の他にエディンバラ、ブリストル、ラグビー、リーズの各支部毎に地域の実情に応じた社会事業教育の発展に努めている。(4)「リサーチ・

パネル」、(5)財務委員会の以上 5 部門が独立した活動を展開し、年 2 回の「カウンスル」で基本方針が決定される仕組みとなっている。

(2) CCETSW の活動の基本方針と役割

1) 資格と認定コース

すでに若干触れてきたように、CCETSW がイギリスの社会福祉教育および職員養成問題にとって決定的に重要な意味をもってきていることは明らかである。CCETSW は、国際的にも類例をみない福祉教育、訓練の総合的推進、研究機関であって、イギリスの社会福祉のマンパワーおよび専門職の問題に全面的に取り組み、変化の原動力となろうとしている。すでに着手された大きな変化の一つは資格問題である。従来、いわば多種多様で、ある意味で混乱していたソーシャル・ワークの資格制度を、最低 2 年間の専門教育を必要とする “CQSW” に統一し、有資格者を系統的に増加させつつ、社会福祉のマンパワーの再編を計ろうとしている。これは CCETSW の活動の基本方針の中でも主要な原則である。現在、イギリスではソーシャル・ワークを学ぶコースは、4 年制大学とポリテクニクを中心に多様な形態で設置されている。新構想では、コースの多様性にかかわらず、したがって大学であるとポリテクニクあるいは若干の他のコースであるとを問わず、CCETSW が認定したコースであれば、課程修了者に対し単一の資格を付与しようとするものである。これが CQSW (Certificate of Qualification in Social Work) であって、後述するマンパワー計画の中でも CQSW の保有率を重要な量的、質的判断基準において将来予測を立てている。教育構造上、大学卒業者の比率が日本などに比べきわめて低いイギリスでは、「非大学卒業者」^{ノン・グラデュエート}に対しては「低位の資格」とみなされてきた “CSW” (the Certificate of Social Worker) が付与されてきた。この点で、後に述べるコース認定基準にあっていれば、大学であるか否かにかかわらず同一の資格を認めていくという平等化の方針が特徴的な点である。また実際上も表 1 に見られるとおり、大学卒と非大学卒とを「対等に」(約半々の割合で) 資格付与し、

3) CCETSW Leaf let 3. “Social Work”, (1975), p. 6 ~7.

表 1 CQSW の資格につながるコースの種類と学生数 (比率)

(a) 4年制大学 (アンダー・グラデュエート・コース)	5.8%
(b) 2年制 (ポスト・グラデュエート・コース: 関連学科外学位)	11.9
(c) 1年制 (" " : 関連学科学位取得者)	29.9
(d) 2年制 (ノン・グラデュエート・コース: ポリテクニク等)	45.7
(e) その他 (フェーズⅢ)	6.7

今後ともその「^{リゾナブル・バランス} 妥当な均衡」を保っていかうという考え方なのである⁴⁾。

すなわち、大学卒に当る(a)(b)(c)とその他の(d)(e)が約半数ずつで今後もこの割合は大きく変化しない公算がつよい。なお、「関連学科」の1年制というのは、社会学、ソーシャル・アドミニストレーション課程の大学卒業資格をもち、卒業後ソーシャル・ワークの分野に進もうとする者に対し例外的に1年間の専門教育で資格を与えることを意味する。他の学部、学科卒業者の場合には必ず卒業後さらに2年間のソーシャル・ワークの専門教育を受けなければ CQSW の資格が与えられないのである。数字の上では、専門コース履習者より、他の非関連、関連学科卒業者で改めて専門資格コースを受け直している学生がそれぞれ約2倍、5倍の割合で多いことも注目されよう⁵⁾。

CQSW のコース数、学生数、資格取得者数の年次推移は表2のとおりである。

表 2 CQSW コース数、学生数、取得者数

	コース数	入学学生数	資格取得者数
1971—73	103 コース	2,775人	2,183人
1973—74	116	2,960	2,347
1974—75	130	2,466	2,650

2) コース認定基準

CCETSW の最も大きい機能と権限のひとつであり、かつ困難な問題を含んでいるのが CQSW の資格取得コースの認定にあることは容易に想像されるところである。大学等からは「学問の自由への侵害の恐れ」を懸念する意見もあるが、公的な形での反対表明はなされておらず、またそうした問題を生じないためのさまざまな配慮が払われ

ている。

イギリスでは、本稿の最初に触れた法令でソーシャル・ワークの専門職に就く最低年齢を22歳と定めている。これはクライアントの幅広い年齢層を考えると若すぎる職員では不適切なことも少なくないことから年齢制限を引いたものである。また同上の法令で、ソーシャル・ワークの専門教育に必要な期間は最小限2年間と定められた(「レルバント・コース」の場合の1年間の履習課程というのが唯一の例外である)。こうした前提の上に、可能なかぎり教育、訓練の機会を平等にし、ソーシャル・ワークの専門職に就く機会を増加させていくことが基本的方針となっている。したがって、資格構造を統合するとともに、逆に資格につながるコース自体には多様性を認める——例えば、多年の現場経験をもちながら無資格な職員とか、主婦の再就職に機会を与える研修的コース等を含め——方針を採っている。大学、ポリテクニク、その他のコース等に関する認定基準は個別審議を原則としている。その場合にも CCETSW が中心となって、教育機関の意見、要望、雇用者側の状況、全体としての地域特性等が時間をかけて検討され、調整点を見出す努力がなされている。コース認定の申請があった個々の教育機関に対しては、教育内容、一貫した教育方針の有無、スタッフの資質、財政基盤、設備等教育諸条件などが総合的に検討される⁶⁾。教育内容については、西ドイツ、フランス等が国の定めた「標準カリキュラム」を採用しているのに対し、CCETSW は標準カリキュラムが教育の画一化を招き、却って福祉教育の発展を阻害するという理由でこれを否定している。しかし、2年間の専門教育課程の中で理論(講義)—実践(実習、調査)の「50—50ベ

4) CCETSW. Report 2. "Social Work Education 1973—74: A year of consolidation and progress", (1975) p. 29—31.

5) ibid., p. 26.

6) CCETSW Papers, 10 "Education and Training for Social Work" (1976), p. 17—23.

ース」というウェイトづけは守られており、論争はあるが一応教育サイドでもこの点は合意に達しているといわれている。また、ソーシャル・ワーク実践についての明確な原則を反映したカリキュラム構造が要求されている。しかし具体的な点では、CCETSW の多くの「ワーキング・グループ」できわめて精力的に取り組まれている社会福祉教育とソーシャル・ワークの専門職に関する多数の報告書で個別的な研究がなされている段階で、教育内容に関するコンセンサスを急ぐというより、現状の争点の明確化および福祉教育と専門職の理論的蓄積に系統的努力が払われている⁷⁾。すでに刊行されている福祉教育と専門職問題に関する CCETSW の研究グループの成果としては、i) 社会福祉法制に関するもの、ii) ソーシャル・ワークの価値基盤 (R. Downie 報告) に関するもの、iii) コミュニティ・ワークと福祉教育 (Robert Pinker)、iv) 「ジェネリック・スペシフィック」な目標に関する研究、v) フィールド・ワークのあり方、vi) 施設ケアの位置づけに関するもの等、きわめて多産的である。これらの報告内容の個別的検討については機会を改めて論じることにした。 (文献リストについては資料 2 参照)

次に、これまで述べてきたような CCETSW の活動を、国のレベルで社会福祉のマンパワー計画のなかに位置づけた『バーチ報告書』の検討に移ろう。繰返すように、両者は相互に不可分な関係にあるのである。

III 『バーチ報告書』と社会福祉のマンパワー計画

(1) 『バーチ報告書』

1976 年秋に発表された R. A. バーチ (Birch, R. A.) を委員長とする DHSS (Department of Health and Social Security) のワーキング・パーティによる報告書、『ソーシャル・サービスのためのマンパワーと訓練』("Manpower and Training for the Social Services" 以下、『バーチ報告書』と略す) は、社会福祉のマンパワー問題に関する初めてのまとまった政府レポートである。パーソ

ナル・ソーシャル・サービスの現状と将来、スタッフの現状、今後の量的予測とトータルなマンパワー計画のための枠組等広汎多岐にわたる内容の全体についてここで取り上げることはできない。ただ報告書でも繰返し強調されているように、むしろイギリスにおいて未だなおソーシャル・ワークの専門職が確立されていない現状への直截な認識と、今後に向けての「現実性のあるモデル」の提示への意欲が印象的である。

この報告書は、「パーソナル・ソーシャル・サービスにおける訓練を受けたマンパワーの需要に関する現状および将来予測」をテーマに 1974 年以来 2 年越しでまとめられたものである。「ワーキング・パーティ」は、DHSS, CCETSW, 学識者、地方自治体のパーソナル・ソーシャル・サービス部門、専門職団体の代表から構成され、次の点を勧告の骨子としている。すなわち、「パーソナル・ソーシャル・サービスにおける職員養成と訓練の発展のための実質的かつ持続的プログラムが主要なナショナル・プライオリティとして位置づけられるべきこと。そして、マンパワー・ポリシーは将来にわたって、ソーシャル・サービス・ポリシーの発展の根幹であり、長期目標においてパーソナル・ソーシャル・サービスのすべての従事職員がかねらの役割にふさわしい訓練を受けるべきこと」が指摘されている⁸⁾。

こうした点があえて強調されている背景には、報告書でも述べられているように、現業ソーシャル・ワーカーの 5 分の 3 が訓練を受けたことがない者であり、施設ソーシャル・ワーカーの約 10 分の 9 は認可された何らの資格をもたない者であったという事実認識が厳しく介在していたのである。そして当面具体的には、ソーシャル・サービスの資源とマンパワーの伸び率にいかなる変化があるにせよ、「訓練計画の目標は、1980 年代半ばまでに半数のソーシャル・ワーカーを有資格者とすること」との見解が示され、後にエナルズ社会サービス相もこれに同意を与えたのである⁹⁾。こ

7) 付属資料 2 の CCETSW 刊行物リスト参照。

8) DHSS, "Manpower and Training for the Social Services — Report of the Working Party —" (London, Her Majesty's Stationary Office, 1976, p. 3).

のようにして、『バーチ報告書』は、CCETSWと相俟って、イギリスにおけるソーシャル・ワーカーの資格の明確な位置づけと専門職制の確立に向けて国および自治体の政策レベルで本格的に取り組まれる端緒を切り開いたのである。

社会構造のマンパワー計画および専門職制の問題は、シーボーム以後のソーシャル・サービス体系の変化、再編に必然的に伴って顕在化してきた。1973年には、“Local Government Training Board”のワーキング・パーティによる“Ralphs Report”が準備され、また、各地方自治体の1973～1983年におけるソーシャル・サービスの展開予測と計画策定が行われた。この“Local Authorities 10-Year Planning”の中で、とくにパーソナル・ソーシャル・サービス分野のマンパワーとトレーニングの態勢不備が今後のサービス展開の基本的隘路であることが示された。こうして社会福祉のマンパワー計画の抜本的再検討への気運が昂まり、1975年には他の部門もふくめ人的供給体制を検討する“Local Government Joint Manpower Watch”が設置された。こうした背景のもとに、政府ワーキング・パーティにおいても「地方自治体10ヶ年計画」でのマンパワー予測が検討の叩き台となったのである。

確かに、『バーチ報告書』の断わり書きにもあるように、「マンパワー計画はより広いサービス計画、リソース計画のプロセスの一部」にすぎない。だがマンパワー計画への「一貫性のある体系的アプローチ」こそ今日求められているものである。「ワーキング・パーティ」の設置された当初、訓練のための十分な資源確保と拡張しつつあるサービスにおける質の改善への要請と、そのための財政見通しは比較的楽観的に見られていた。しかし、その後の、1975年のインフレに端的に示される「リソースの危機」と、「シーボーム以後のサービスの拡張」(“post-Seebohm expansion”)に対する「見直し」と「再調整」のなかで、当初の目標と優先順位は大幅に後退した。本報告書でもマンパワーの2%成長モデル、5%成長モデル等幾つかの選択肢が示されているが、「ニード、デマンド、オ

ポチュニティの変化しているときに単一の回答は出せない」として、サービスの目標設定自体は政府、自治体の判断に委ねている。次にマンパワー計画の具体的中味についてスタッフ数の現状と予測を中心に検討しておきたい。

(2) パーソナル・ソーシャル・サービス職員の現状と将来予測

表3、表4はそれぞれ、公的機関におけるフル・タイムのパーソナル・ソーシャル・サービス職員数および、民間施設等の職員数を示したものである。なおこの表にはホーム・ヘルパー、あるいは「ウェルフェア・アシスタント」をはじめとする多数のパート・タイム職員は含まれていない。表の数字はワーキング・パーティが各自治体等から提出された資料を整理したものである¹⁰⁾。

イギリスでは周知のとおり、公的機関のパーソナル・ソーシャル・サービス職員のウェイトが高く、民間施設等の職員数の約5倍となっている。第3表では、パーソナル・ソーシャル・サービスのうち、保護観察官、アンシラリー、エデュケーション・ウェルフェア・オフィサーを除く、フィールド・サービス、施設サービス、デイ・サービスが検討の核心におかれている。①フィールド・サービス；とくに、シーボーム報告をうけて実施された“Local Authority Social Services Act”(1970)によるフィールド・ソーシャル・ワーカーの役割についてはイギリスでも論議の的となっているところである。「きわめて広範囲にわたるニーズに対応するための途方もなく増大したサービスへのデマンドと、有資格ソーシャル・ワーカーを際限なく補充することの自明の困難から、多くのソーシャル・サービス、ソーシャル・ワーク部門では、フィールドワーク・チームのスタッフ養成のための新しい方法が企画されはじめた」。こうした方途の中には、(a)専門的ソーシャル・ワークのサービスをいっそう明確に限定し、適切な活用を試みる(基本的には、ソーシャル・ワーカーは有資格者に限る方向で考えていく)、(b)ソーシャル・ワークを必ずしも必要としないニー

9) *ibid.*, p. 105.

10) *ibid.*, p. 144, p.p. 154～157, p. 162.

表 3 公的機関におけるパーソナル・ソーシャル・サービス職員数 (1971—74)

スタッフの категория	地 域	1971	1972	1973	1974	1974 (%)
プロベーション・オフィサー	イングランド・ウェールズ	3,608	3,939	4,327	4,543	4.7
アンシラリー	"	91	166	NA.	313	0.3
エデュケーション・ウェルフェア・オフィサー	"	2,200	2,310	2,400	2,400	2.5
地方自治体シニア・ソーシャル・サービス・スタッフ	U.K.	NA.	3,723	4,043	5,334	5.5
地方自治体フィールド・ソーシャル・ワーカー	"	13,390	14,633	16,701	20,499	21.1
ホーム・ヘルプ・オーガナイザー	G.B.	1,181	1,367	1,585	1,834	1.9
デイ・サービス・スタッフ (児童)	"	—	—	6,761	7,120	7.3
デイ・センター・スタッフ	"	—	—	4,541	4,944	5.0
コミュニティ・ホームのチャイルド・ケア・スタッフ	U.K.	12,036	12,264	12,670	14,148	14.5
他の施設ケア・スタッフ	G.B.	NA.	28,681	32,712	35,812	35.3
計			67,083	85,740	97,007	100

表 4 民間施設等職員数: 1975 年, 推定数

地 域	カ テ ゴ リ ー	地方自治体関係 クライアント数	民間(プライベート) ボランティア クライアント数	自治体職員数	民間職員数(推定)
イ・ ン グ レ ー ン ド ズ	児童施設ケア	31,071	8,322	11,726	3,140
	成人施設ケア	111,965	53,079	30,048	14,220
	デイ・サービス (児童)		自治体クライアントの 7%	3,676	260
	デイ・センター		" 5%	4,455	1,500
ス ド コ ッ ト ラ ン	児童施設ケア	2,588	2,180	1,100	930
	成人施設ケア	9,057	6,211	1,927	1,330
	デイ・サービス (児童)	3,355	958	445	120
	デイ・センター	4,924	2,245	502	230

(出典:『バーチ報告書』154~157頁)

ズの識別とスタッフの新しい訓練形態の開始, (c) 諸サービスの異なるセクター間のいっそう緊密な統合——フィールド・サービスとドミシリアリ・サービス, 施設ケアとデイ・ケアの統合など——をはかる等があげられている。フィールド・ソーシャルワーカーの有資格率は 30% 台 (シニア・ソーシャル・ワーカーでは約 60%) だが, 10 年後には 50% を目指している。

②施設ケア・スタッフ;『バーチ報告書』が示しているように, 現状では施設職員の有資格率は 10 パーセント程度であり, 成人施設では 4 パーセントという推定値さえ示されている。CCETSW でもこの点を重視し,『レジデンシャル・ワークはソーシャル・ワークの一部である』,『ハンディキャップを持つ人びとはよりよい訓練を受けたワーカーを必要としている』との 2 報告書を出し世論を喚起している。また,『施設ケア協会』(Resi-

dential Care Association) でも『児童ケアにおける施設の課題』に関する“Castle Priory”報告を出し, 施設職員の職務分析の検討に着手している。いずれの場合にも, 施設状況でのクライアントの“傷つきやすさ”に注意が払われ, 施設ケアが高度の専門的職能を必要としていることから, 当面, 1 施設に最低 1 人の CQSW 保持者を配置する等施設職員の専門職化を最重点課題に取り上げている。

③デイ・サービス・スタッフ

これまでは,『成人訓練センター』の職員に TCTMH (Training Council for Teachers of the Mentally Handicapped) が有資格コースとして準備されていた以外には専門的訓練コースは存在していなかった。しかし最近の急速な発達のもとで, デイ・サービスの多様なクライアント層と広範囲にわたる目標——ケア, コンパニオンシップ, ス

表5 ソーシャル・ワーク/ケア・スタッフの有資格率
(1974)

職員カテゴリー	地 域	資格保有率 (%)
シニア・ソーシャル・サービス 職員	イングランド	61%
	ウェールズ	55
	スコットランド	75
	北アイルランド	77
ソーシャル・ワーカー	イングランド	38
	ウェールズ	33
	スコットランド	65
	北アイルランド	34
メンタリー・ハンディキャプト の成人訓練センター職員	イングランド	34
	ウェールズ	22
	スコットランド	33
デイ・ナースリー・メイトロン	イングランド	87
	スコットランド	66
	ウェールズ	100
ホーム（児童、青少年）のケア スタッフ	イングランド	14
	ウェールズ	15
	スコットランド	13
成人施設ケア・スタッフ	全 体	約4%

表6 “地方自治体 10 ケ年計画 (1973—83)” での
職員年間平均増加率見込み

スタッフ・カテゴリー	年平均増加率 (%)
シニア・マネージメント	6.0
フィールド・ソーシャル・ワーカー	4.9
ドミシリアリ・ケア・オーガナイザー	7.2
ホーム・ヘルプ	4.2
デイ・サービス・スタッフ（児童）	5.9
デイ・センター・スタッフ	10.0
施設ケア・スタッフ（児童）	4.0
施設ケア・スタッフ（成人）	3.0
行政・事務スタッフ	6.1
マニュアルおよびドメスティック・スタッフ	4.2 (全体平均) 4.6%

ティミュレーション、教育、リハビリテーション、雇用のための準備等——に対応すべき訓練コースと内容の検討が進められてきた。この点でも、CCE-TSW のワーキング・パーティの報告書がデイ・サービススタッフの養成、訓練に関する今日のところ最もまとまった研究の成果となっている。

また、ソーシャル・ワーカーおよびケア・ワーカーの現状の資格保有率は表5のとおりである。

次に、今回の『バーチ報告』の将来予測の1つの基礎データになったのが、地方自治体の「1973

—1983: 10年計画」であった。当初この計画では、社会福祉職員の年間平均増加率を6.5%に見込んだが、最終的には平均4.6%に落着いた。表6にみられるとおり、高い増加率の見込まれている職員カテゴリーには、「デイ・センター・スタッフ」=10.0%、「ドミシリアリ・ケア・オーガナイザー」=7.2%等、コミュニティ・ケアおよび在宅サービス関係職員があげられ、「フィールド・ソーシャル・ワーカー」は4.9%にとどまり、むしろ「シニア・マネージメント」の層を6.0%の増加と見込んでいる。

『バーチ報告書』の結論は1980年代半ばまでにパーソナル・ソーシャル・サービス職員の半数を有資格者とすることとし、そのための5つのストラテジーを提示している。職員給与等経費と訓練経費をふくむマンパワー関連経費の年率2%増加モデルと5%増加モデルを設定した。すなわち、i) 10年間にわたり、[スタッフィング+トレーニング]の総経費の平均2%増加の場合、ii) 同じく5%増の場合、iii) スタッフ数を現状のままに据えおいた訓練コースと有資格者増を2%の経費増加ワクではかる、iv) 折衷的に、5%増で訓練プログラムを組み、2%増ワクでスタッフ数の増加をはかる、v) コントロール・グループの意味での「ゼロ成長」モデル、の5つの選択肢である。i)～iv)はいずれも有資格率を10年後に約50%としており、その場合、前述のCQSWと、いわゆるCSS(CRCCYPとDTMHAを含む)との比率を約3対2と想定している。ここでは比較的实现性の濃いといわれる第iv)のモデルを表化して示しておく¹¹⁾。

『マンパワーに関するワーキング・パーティ(バーチ報告)』の実際上の効果については今後の推移を見なければならぬ。ただ、エナルズ社会サービス相と英国ソーシャル・ワーカー協会代表との話し合いで、「資格のあるソーシャル・ワーカー以外はソーシャル・ワークの仕事に任命できないこと」、「その施行時期は2年以内とすること」、「現在ソーシャル・ワークに従事している全員に

11) *ibid.*, p. 111, p. 119, 積算自体は訓練経費と人件費等の加算にもとづく方法を用いている。また、表5～7は、『バーチ報告』p. 154～162の諸表に準拠したものである。

表 7 訓練経費5%増, スタッフ経費2%増の折衷モデル: 1985年ターゲット

区分	カテゴリー	CQSW		CSS		無資格等		計	
地方公共団体	シニア・マネージメント・スタッフ	6,790	70.0%	1,455	15.0%	1,455	15.0%	9,700	100%
	フィールド・ソーシャル・ワーカー	20,420	47.5	12,715	29.5	9,865	23.0	43,000	〃
	ドミシリアリ・ケア・オーガナイザー	910	25.0	1,455	40.0	1,279	35.0	3,644	〃
	デイ・ケア・スタッフ (児童)	1,235	10.0	3,700	30.0	7,415	60.0	12,350	〃
	デイ・センター・スタッフ (成人)	1,315	10.0	5,260	40.0	6,575	50.0	13,150	〃
	施設ケア・スタッフ (児童)	4,810	19.8	3,635	14.9	15,825	65.3	24,270	〃
	施設ケア・スタッフ (成人)	10,230	19.8	7,920	15.3	33,310	64.9	51,460	〃
民間	ボランティア・サービス・スタッフ	4,850	21.9	3,790	17.1	13,510	61.0	22,150	〃
	計	50,560	28.0	39,930	25.2	89,234	46.8	179,724	〃

(プロベーション・サービスを除く)

CSS: CRCCYP および DTMHA の有資格者

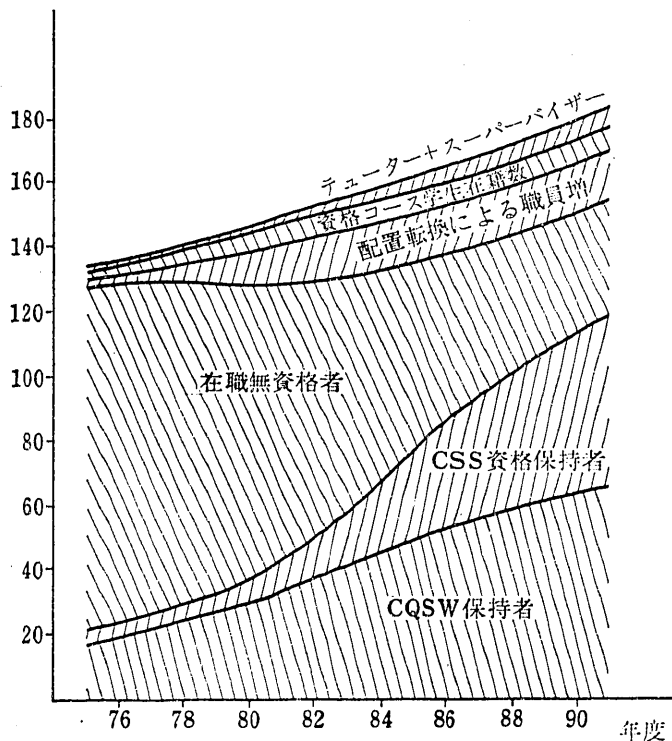


図 訓練経費5%増, スタッフ経費2%増による1985年ターゲット

5年計画で適切な訓練を実施すること」について基本的な合意に達した。また、ソーシャル・ワーク従事者を将来的に有資格者としていく問題については、国と地方自治体との話し合いが行われ、地方自治体もこの考え方を支持し、ソーシャル・ワーカー専門職制確立に賛意が示され具体的計画に入った段階である。しかし、「訓練計画の目標は1980年代半ばまでに半数のソーシャル・ワーカーを有資格者とする」という勧告の結論については、経済情勢の悪化から予断を許さないもの

と見られている。

このようにして本報告が社会福祉のマンパワー問題の現実を解明し、一定の方向づけを提起したことの意味は小さくないといえるであろう。継続的な委員会設置の動きもあるようであり、今後さらに、i) パーソナル・ソーシャル・サービスにおける「スタッフ・ディベロプメント」の方法の体系的検討, ii) サービスの新しいパターンとの対応, 他のサービス領域との連関, iii) ソーシャル・ワーカーの職能, 職務——機能的には多様な職種の調整者(コーディネーター)でありプランナー, マネージャー, リサーチャー, サービス・デリバリエ, 思索家(thinker)の役割を果す——の内包, 外延の検討, iv) 「資格取得コース」, 「有資格者訓練コース」, 「イン・サービス・トレーニング」の各範疇とその有機的発展の課題解明をふくめ, 2~3年の間隔で追跡研究が実施される見込みである¹²⁾。

IV イギリスの社会福祉マンパワー計画の若干の特色

これまで見てきたように、70年代に入ってからイギリスにおける社会福祉のマンパワー計画と専門職化を目指す動向は急速な展開を示してきた。『ヤングハズバンド報告』の場合にも『シーボーム報告』の場合にも、それらはたんなる机上プラ

12) 『ソーシャル・ワーカーの資格と専門職制の確立』, The Times, Nov. 10, 1976. 田中寿訳『海外社会保障情報』No. 36, 1977, 1, 社会保障研究所 p. 5.

ンに終らず現実の行政、機構改革に結実した。計画の実行性と実績評価にもとづく修正は、イギリスのソーシャル・サービス計画を特色づけている。この一種の可塑性のあるアプローチは社会福祉のマンパワー計画においても例外ではない。しかしこのような実験的試みの実践を支えているのは、国、自治体、専門職団体、教育機関等が徹底した自律性を相互に尊重する行為様式なのであって、こうした基盤なしには、おそらく CCETSW のような組織自体存立しえないであろう。

イギリスの社会福祉マンパワー計画および福祉教育・訓練の特質については論じるべき点が多く残されているが、ここでは補足的に若干の点を述べるにとどめたい。

社会福祉のマンパワー計画が、狭義のソーシャル・ワークの枠内においてというより、広義のパーソナル・ソーシャル・サービスとの関連において構想されようとしている点については今後とも議論を呼ぼう。『バーチ報告』の記述の範囲でみるかぎり、このことのもつ意味連関が十分明らかにされた訳ではないように思われる。「パーソナル・ソーシャル・サービスは、それ独自で、もしくは他の諸サービス——保健、教育、住宅、余暇サービス等——との連携によって、一時的にせよ恒常的にせよ、家族の保護を受けられなかったり、コミュニティの他のすべての成員が享受している社会的サービスを得られない個人や集団に対するケア、保護、リハビリテーション、調整等にかかわりをもつ」という緩い規定である。ただ、ソーシャル・ワークをより広義のパーソナル・ソーシャル・サービス概念の内包、外延とのかかわりで再規定しようとする試みは随所にみられる。それはとくに、ソーシャル・ワーカーの役割、機能をめぐる論議の中に表われてきている。「専門的なソーシャル・ワーカーが有資格者スタッフの中核部分を占めるにしても、パーソナル・ソーシャル・サービスとはソーシャル・ワーク・サービスだけではないという認識が成長してきた」との指摘もそのひとつの表現といえよう。訓練のレベルでは、ヤングハズバンド報告以来、ソーシャル・ワーカーの「ジェネリックな機能」が一貫して強

調されてきた。イングランドとウェールズにおける 1970 年の“Local Authority Social Services Act”, スコットランドにおける“Social Work Act”による統合的なソーシャル・サービス部局の設置はこの傾向を具体化したことは周知のとおりである。1970 年の英国ソーシャル・ワーカー協会の統一も、専門諸団体の機械的結合というより、ワーカーの役割問題が少くとも 1 つの重要な要因となっていたと思われる。

『バーチ報告』では、「シーボームの哲学にスペシャリズムのおしなべての否定はない」として、「スペシャリスト」の位置づけを明確にするよう提案している。一種の混乱の認められることは事実だが、ソーシャル・ワークの機能連関を新しく措定していこうとしているわけである。サービスの機能する多様な「場の構造」^{セッティング}の解析と、その「場」における「ケアのトータルな変動範囲」の理論的、実証的検討が進められようとしていることは注目されてよいであろう。

イギリスの社会福祉のマンパワー計画において資格問題だけが自己目的的に強調されているとみるのは正確ではない。「資格はソーシャル・ワークのキャリアの最初の一階梯にすぎない。生涯を通じてさらにすすんだ学習の機会をもつことこそ必要である」。「長期的には、有資格のソーシャル・ワーカー以外ソーシャル・ワークの仕事に任命できない」との方針を国が打ち出したことは重大な意味をもってこよう。「資格自体が不平等なのではなく、資格取得の機会の平等こそ重要」だという考え方であり、それだけに、資格という形式よりも、2 年間の専門教育の内実に裏づけられた資質そのものが問題にされているのである。そして、専門教育による資格取得、有資格者の研修（職歴 5 年毎に 3 ケ月、一部は 12 ケ月の専門研修）とイン・サービス・トレーニング（毎年最低 2 週間）の一貫性のある職員養成計画が目指されている。イギリスにおけるソーシャル・ワークを中核とするパーソナル・ソーシャル・サービス職員の専門職確立の方向に一步が踏み出されたことは確かであろう。パーソナル・ソーシャル・サービスの構成と役割から社会福祉の実質的なマンパワー計画

と福祉教育、訓練のあり方を構想し、論理化していくことは、われわれ自身の課題でもあることは明らかである。

(資料 1) イギリスにおける社会福祉教育、訓練に関する略年譜

〈19世紀末〉		〈1920—1929〉	
1890年代初め	女子大学セツルメント館長 Margaret Swell 女史による初めての社会事業家養成活動(「ソーシャル・ワークの何らかの専門教育の必要」を指摘)	1920	Josephine Butler “Memorial Training Home” 設立
1897	Charity Organisation Society による volunteer workers の訓練委員会設置	1922	Probation Advisory Committee 設立
〈1900—1909〉		1925	Elizabeth Macadam による初めての本格的な社会事業教育に関する研究書 “The Equipment of Social Worker” 刊行。社会事業教育の必要性に関する政府の認識と国民世論の昂揚
1901	COS ソーシャル・ワーカーの大学レベルでの養成への合同委員会	1927	“Child Guidance Movement” 社会事業の専門家的性格強調
1903	London School of Sociology and Social Economics が COS との「合同講義委員会」設置	1928	第1回国際社会事業大会をうけて, “International Committee of Schools of Social Training” (A. Salomon)
1904	Hospital Almoners Association 設立	1929	London School of Economics に Mental Health のコース設置 (American Common Wealth Fund によるサイキアトリック・ソーシャル・ワーカーの養成)
“	C. S. Loch (C. O. S.) を中心として, 大学での社会事業家養成の開始, ただし, リバプール大学の場合のように学部とは認められず	“	Association of Psychiatric Social Workers (APSW) 設立
1908	パーミンガム大学, ブリストル, リーズ, マンチェスターの各大学で社会事業の研究生承認	〈1930—1939〉	
“	Institute of Hospital Almoners 設立, 訓練開始	1935	「英国ソーシャル・ワーカー連盟」 (British Federation of Social Workers) 綱領に「ソーシャル・ワーカーとしての十分な職業教育の必要」とうたう
〈1910—1919〉		1938	国際連盟「社会問題諮問委員会」で社会事業家養成の問題がとりあげられ, イギリスでは S. W. Harris 小委員会設置
1912	National Association of Probation Officers 設立	(第2次大戦中)	
1913	Mental Deficiency Act	とくに戦争初期には「社会事業教育など全く忘れさられ, 専門家の工場厚生業務等への無差別“徴用”が事態を悪化させた」(E. マカダム)	
1915	COS による12ヶ月の訓練コース	〈1940—1949〉	
1918	“Social Studies” のための「大学連合協議会」(JUC) 設立, 第1次大戦末期の再建委員会の1つで, “the War Against Poverty” を標榜し, 行政, 実際活動従事者, 教育関係者の協議機関 (Joint University Council for Social Studies and Public Administration)	1942	Beveridge Report
1919	アルマナーの訓練期間2年間に延長	1946	National Health Service Act
		“	Curtis Committee の Interim Report が施設ケア・スタッフのための訓練コースの必要性を勧告
		1947	Home Office のもとに「児童保護のための中央訓練協議会」(Central Training Council in Child Care

	通常 CTC と略称) 設立	1970	Local Authority Social Services Act
"	CTC が地方自治体・民間団体と協同して "Certificate in Residential Care of Children" 取得のための家庭の主婦を対象とした14ヵ月コース設置	"	8つの専門団体の統合による "British Association of Social Workers" 設立 National Association of Probation Officers のみは専門団体として存続しながら加盟
"	Eileen Younghusband による「ソーシャル・ワークのための雇用と訓練」に関する第1次カーネギー・レポート作成	1971	CCETSW (Central Council for Education and Training in Social Work) 設立
1949	Institute of Almoners のワーキング・パーティがメディカル・ソーシャル・ワーカーの訓練を大学レベルで行うよう勧告	1972	CQSW (Certificate of Qualification in Social Work) がソーシャル・ワーカーの標準的な専門資格として採用
"	Probation Advisory and Training Board 設立	1976	『ソーシャル・サービスのためのマンパワーと訓練』(Birch Report)『イギリスにおける保健およびパーソナル・ソーシャル・サービスのプライオリティ』(DHSS)
<1950—1959>			
1951	Eileen Younghusband: 前出の補足レポート "Social Worker in Britain" (ソーシャル・ワーカーのベシクな基盤のないスペシャリゼーションの危険を指摘)		
1953	ケースワークに関する "Standing Conference" の文書 "The Need for a Common Training for all Caseworkers"		
1957	Certificate in Residential Care of Children and Young Persons (CRCCYP)		
1959	Joint Council on Training of Social Workers 設立		
"	地方自治体の保健、福祉サービスにおけるソーシャル・ワーカーの役割に関する Younghusband Report 刊行		
<1960—1969>			
1961	National Institute for Social Work Training 設立		
1962	Council for Training in Social Work 設立		
1968	コミュニティ・ワークのための訓練に関する "Gulbenkian Report"		
"	『地方行政体とそれに関連する個人を対象としたソーシャル・サービスに関する委員会の報告書』(Seebohm Report)		
<1970—1976>			

なお、以上の略年譜は、①"Education and Training for Social Work-CCETSW paper 10, ②Elizabeth Macadam, "The Social Servant in the Making", (池川清, 木村武夫訳『イギリス社会事業教育史』), ③Olive Stevenson "The Development of Social Work Education" (in "Traditions of Social Policy" A. H. H. Halsey ed. Basil Blackwell Oxford, 1976, pp. 123~124) を参照したものであるが、全く部分的なものにすぎない。

(資料 2) CCETSW の報告書等一覧

CCETSW LEAFLETS

- 1.1 Plan Ahead for a Career in Social Work—Advice for School Leavers
- 1.2 Social Work as a Career for Graduates
- 1.3 Changing Your Career?—Opportunities in Social Work
- 1.4 Introducing Social Work
- 2.1 Professional Training for Social Work—The Certificate of Qualification in Social Work
- 2.2 Courses Leading to Qualifications for Social Workers in Residential Establishments
- 2.3 Courses for the Teachers of Mentally Handicapped Adults
- 3 The Central Council For Education and Training in Social Work
- 4 Training for Long-Serving Fieldworkers (The Three Phase Scheme)—includes list of courses
- 5 Approved In-Service Courses for Residential Staff—includes list of courses

CCETSW PAPERS

- 1 Creating Opportunities for Staff Development—a Discussion Paper
- 2 The In-Service Study Scheme for Residential

Staff—a guide to the scheme

- 3 Report of the Working Party on Education for Residential Social Work
- 4 Report of the Legal Studies Group—a curriculum study
- 5 Report of the Working Party on Training for Social Work with Handicapped People
- 6 The Social Worker in the Juvenile Courts—Some Suggestions for Training
- 7 The Social Worker and the Courts—Reprints of Articles
- 8 Report of the Study Group on the Teaching of Community Work
- 9.1 A New Form of Training—The Certificate in Social Service
- 9.2 The Certificate in Social Service—A Guide to Planning
- 10 Education and Training for Social Work—a Working Group Discussion Paper
- 11 Student Units in Social Work Education—a Social Work Research Study
- 12 Report of the Working Party on Day Services—An Action Plan for Training

CCETSW REPORTS

- 1 Setting the Course for Social Work Education 1971—73
- 2 A Year of Consolidation and Progress 1973—74

CCETSW BULLETINS

- 1 November 1973
- 2 May 1974
- 3 May 1975

PROGRAMMES

Short Courses Programme 1975/76.

CURRICULUM STUDIES

Previously published

- 1 1971—The Teaching of Fieldwork (CTSW)
- 2 1972—The Teaching of Sociology in Social Work Courses (CCETSW)

Publications in Preparation

CCETSW Bulletin 4

Short Courses Programme 1976/77

Leaflet 6—Preliminary Residential Care Courses

なお、本稿の CCETSW に関する記述については、文献資料とともに同カウンシルの M. Malherbe 女史の懇切な説明を活用させていただいた。日本社会事業大学の仲村優一学長、社会保障研究所の小林良二氏とともに今年3月インタビューを行い、多くの示唆を得たものである。また、関西学院大学の本出祐之教授からも貴重な御教示をいただいた。感謝申し上げるとともに記述の責任は筆者にあることを明記しておきたい。CCETSW の全資料は日本社会事業大学図書館に収められている。

CCETSW に関しては、全国社会福祉協議会、社会福祉研修センターより、小林迪夫氏訳『社会事業の教育訓練——英国中央社会事業教育訓練協議会検討集団報告』が刊行された。CCETSW の福祉教育、訓練の内容についての考え方が述べられた最もまとまった報告書である。

オーストラリアの医療保障

山 崎 泰 彦

オーストラリアでは、労働党政権のもとで、1975年7月1日にメディバンク (Medibank) と呼ばれる新しい医療保障制度が実施された。従来、この国の社会保障制度のなかでは、所得保障部門が比較的充実していたのに対し、医療保障部門では様々の問題が指摘されていた。根本的な問題は、民間の健康保険基金を主体とする制度の体系それ自体にあった。それに対して新制度は、全ての費用を租税によって賄うメディバンクによって国民をカバーし、国民の疾病の際の医療費負担を大幅に軽減しようとするものであった。しかし、当初のメディバンクは、経済の不況による財政危機と政権交代により、わずか1年3カ月の寿命に終り、1976年10月1日より修正されたメディバンクが発足した。

本稿では、オーストラリアの医療保障の発展過程について素描したうえで、メディバンクに焦点をあてて、現在の医療保障制度の概要を紹介する。

I 医療保障制度の形成過程

1788年にイギリスの流刑地として植民が開始されたオーストラリア大陸が、経済的にも注目されるようになったのは、1950年代のゴールド・ラッシュ以降である。しかしそれでも、19世紀末までは、経済的にも完全にイギリスに従属しており、極めて植民地的性格の強い経済構造であった。すなわち、主としてイギリスを相手に金と羊毛を輸出し（両方で輸出総額の60~80%をしめていた）、工業製品はほぼ全面的に輸入に頼るという貿易のパターンには変化がなかった。この国の工業化は遅く、徐々に農業の多角化と工業の保護育成が始まり、経済的独立の方向に向きざしが見られるようになったのは、1901年にオーストラリア連邦が結成されて以降のことである。

しかし周知のように、ニュージーランドとともに、オーストラリアは「社会立法のパイオニア」としての高い評価をえている。事実、両国とも工業化は遅れたが、近代化は早かった。欧米諸国にみられる工業化から近代化へという図式は、この両国では完全に逆転している。

社会保障については、連邦レベルでの最初の立法は、

1908年の障害・老齢年金法であった。つづいて、1912年には出産手当法が制定された。この両制度は、いずれも国庫負担によって財源が賄われ、給付はフラット・レート、年金についてはミーンズ・テストを条件にしていた。こうした制度の特徴は、今日まで続いているオーストラリアの所得保障制度の伝統でもある。

しかし、その後両大戦間には、連邦レベルでの注目すべき社会保障の発展は、ほとんど見られなかった。わずかに州レベルで、ニュー・サウス・ウェールズで寡婦年金 (1926年) と児童手当 (1927年)、クイーンズランドで失業保険 (1923年) が実施された程度にとどまる。もっとも、両大戦間には、政府が提案した社会保険方式による総合的な社会保障制度の可能性をめぐる、活発な議論が展開された。無拠出年金の費用の増大と財源調達困難の困難が、政府が社会保険を採用しようとした主要な理由であったが、その他にミーンズ・テストを廃止することにより、受給者の尊厳と自尊心を尊重しようという意図もあった。

たとえば、1928年に発表された「国民保険に関する王立委員会の報告書」では、包括的な社会保障制度の一部門として国民健康保険が提案された。この提案にもとづき政府は、1928年に法案を準備したが、労働組合、経営者、それに国民の間でも不評であったため、実現しなかった。

さらに1930年代にも、医療、年金および失業保険をめぐる議論が再燃した。その際連邦政府は、2人のイギリス人専門家を招いて検討を依頼していた。このうち、健康・年金保険を担当したキンナー (Sir Walter Kinneer) は、当時のイギリスをモデルにした制度を勧告した。そうして、このキンナー勧告にもとづいて1938年に、老齢、障害、寡婦、遺児および疾病に対する現金給付とともに、医療給付を提供する国民健康・年金保険法が実現したのである。このなかで医療給付は、全被用者を対象としていたが家族給付はなく、運営は認可組合が行ない、医師の報酬は人頭払い方式にもとづいていた。

成立したとはいえ、法律の準備段階では激しい抵抗があった。当時野党であった労働党は無拠出制を支持する

という原則論から、友愛組合は既得権の維持のため、さらに医師会は診療報酬についての不満から、いずれも反対していた。法律の実施後も反対運動が続いた。反対勢力は、1939年9月のミュンヘン危機の後、一層勢力を拡大した。防衛問題が前面に出てきたからであった。結局、政府は制度の廃止を決定した。戦争遂行のための軍事予算の増加の必要性が直接のファクターであったが、利害勢力の反対だけでなく、抛出制は国民の間でも不評であった。

第2次大戦中および戦後には、両大戦間の長い停滞とは一変して、相次いで新しい社会保障立法が制定された。主要な立法は次の通りである。

- 1941年 児童手当法
- 42年 寡婦年金法
- 44年 薬剤給付法
- 45年 失業・疾病給付法
- 46年 病院給付法
- 47年 新薬剤給付法
- 48年 国民保健サービス法

このように戦中、戦後の1940年代に一挙に懸案の諸給付が実現された背景には、軍事的要請をきっかけとする連邦政府の権限の強化、戦時下の国内平和の確保と戦後の混乱を回避するうえでの社会保障の意義の認識、さらに1941~49年まで労働党が安定した政権を維持したこと、などの事情があった。

上記の新しい給付のうち、現金給付についてはいずれも無抛出制であり、児童手当を除いては、ミーンズ・テストを条件にしていた。問題があったのは保健・医療関係の立法であり、その実施は難航し、上記の関係立法のうち完全に実施されたのは、病院給付法だけであった。

1944年の薬剤給付法は、全オーストラリア住民に対して、連邦政府が認可する薬剤を無料で提供するものであった。ところが医師会は、この立法を医療の国営化に向う第1段階としてとらえ、政府が指定する処方箋用紙の使用を拒否することにより、新制度をボイコットしたのである。

しかも、この薬剤給付法については、翌1945年に最高裁において、連邦は立法化の権限をもたないという違憲判決があった。この判決ではさらに、既に実施されていた出産給付、児童手当、寡婦給付、失業・疾病給付についても違憲の疑いがあるとされた。なぜこのような判決が出されたのかということ、当時の憲法では、社会保障の分野での連邦政府の権限に属するものとして明確化されていたのは、障害・老齢年金のみであったからである。

そのため労働党政府は、翌1946年に憲法改正を求める国民投票を実施し、国民の支持をえた。改正された憲法では、「出産手当、寡婦年金、児童手当、失業・薬剤・疾病・病院給付、医療・歯科サービス（ただし、民事徴用はいかなる形であっても行なってはならない）、育英給付、家族給付の支給を認める」と規定された。このなかで、括弧内の但書は、当時の野党のリーダーであったメンジス (R. G. Menzies) の要求で挿入されたものであり、医療供給の社会化に歯止めをかけようとするものであった。

1947年に再び労働党政府は、1944年法に沿った薬剤給付法を制定した。しかし、医師会は依然として態度を変えず、協力を拒否した。これに対して政府は、全ての処方箋は政府の定めた所定の用紙に記載すべきことを要求し、医師の協力を強制化しようとした。けれどもこの強硬な手段は、憲法が禁止する「民事徴用」に該当するとして、1949年の最高裁判決において違憲とされた。こうして、労働党政府の薬剤給付法は遂に実施されなかったのである。

1946年の病院給付法は、病院の入院患者に対する連邦政府の補助を規定した。これは、公立病院の一般病室の入院医療の無料化とミーンズ・テストの廃止を条件に、占有1ベッドにつき、連邦が1日60セントを補助するものであった。また、この補助は公立病院の私費病室および私立病院についても同様に提供されたので、これらの患者負担も1日につき60セントほど軽減された。

1948年の国民保健サービス法は、連邦政府が医療・歯科・看護サービスを提供し、かつ病院その他（ヘルス・センターを含む）を建設すること、および医師の診療報酬の50%を連邦政府が支払うこと、を規定していた。もっとも、連邦政府はこの法律を直ちに全面実施する意図をもたず、3つの段階に分けた計画的な実施を考えていた。ところが、法律が実施に移される前に、1949年の総選挙において労働党が敗北し、1948年法は立消えになってしまったのである。

以上述べたように、労働党政府による包括的な保健医療サービスを確立しようとする努力は、主として医師会の反対運動によって、部分的に阻害された。1949年の総選挙での労働党の敗北には、様々の要因がからんでいるが、その1つが医師会の活動であったことは確かである。医師会は、労働党政府の政策の重要な部分を骨抜きにしようとし、他方では国民の支持を獲得しようとした。こうした医師会のアクティブな運動が功を奏し、「社会主義かそれとも自由主義か」の選択を最大の争点として争

われた選挙における労働党政府の敗北を決定的にしたとさえいわれている。

1949年の総選挙後、メンジスを首相とする自由党と地方党の連合政府が誕生した。そして、新政府による1950年代の一連の立法によって、メディバンク前の医療保障制度の骨格が形成されたのである。新政府の保健医療政策は、これを推進した保健相ページ(Sir Earle Page)の名をとってページ・プランと呼ばれている。ページ保健相は、彼自身が医師であったこともあり、医師会の考え方に同調的であった。ページ自身、以下の一連の立法は、「医療の社会化に対する効果的な砦であり、州政府、医師および民間の健康保険基金と連邦政府の間の強固なパートナーシップによって築かれたものである」と述べ、これを賛美していた。

まず1950年には、1947年の薬剤給付法が実施に移され、医師の処方箋にもとづいて、全住民に対して、薬局において薬剤が無料で提供されることになった。ただし、当初の法律よりも給付の対象が限定され、一部の高価な薬剤に限られていた。翌1951年には、年金受給者薬剤給付制度が発足した。これにより、年金受給者とその被扶養者については、給付の対象となる薬剤の範囲が、通常使用されるほとんど全ての種類のものにまで拡大された。つまり、薬剤給付制度は、一般制度と年金受給者制度とに2分されたわけである。その後、一般制度についても改善が行なわれ、とくに1959年の改正では、年金受給者制度と同様の範囲にまで、薬剤の種類が拡大された。しかしながら、こうした制度改善とならんで、医師の薬剤使用の増大、さらに高価な新薬の開発が重なり、薬剤給付制度の給付費用が急上昇した。そのため政府は、抑制策として、一般制度について1処方につき50セントの患者負担を導入した。

1951年には、年金受給者医療サービス制度が発足した。これは、年金受給者とその被扶養者を対象とし、一般医による医療を無料で提供するものであった。これに参加する医師に対する診療報酬の支払いは、連邦政府と医師会の協定により、通常の料金より低い割引料金で、出来高払い方式により行なわれた。なお、この制度の給付には、専門医の医療は含まれなかったが、年金受給者の場合には、通常、公立病院の外来部門で、専門医の医療が無料で提供された。

上記の2つの立法によって、薬剤給付と年金受給者医療サービスが無料化された。いずれも連邦政府の全面的な負担によって実施されたところに特徴がある。これに対して、ページ・プランの中核となる、一般国民の医療

給付と病院給付に関する連邦政府の政策は、これとは別の原理に立脚していた。これらの分野については、民間の健康保険基金の加入者に対して連邦政府が一定額の補助を提供することにより、基金の普及と国民の自助を奨励しようとする政策がとられたのである。なお、念のためつけ加えておけば、わが国の場合と違い、オーストラリアでは、アコモデーション・フィー(入院料)とドクターズ・フィー(診療費)が明瞭に分離され、それぞれに対応して病院給付制度と医療給付制度が存在している。

1951年の病院給付法(1952年に実施)は、1945年の病院給付法を改め、公立病院の一般病室の入院料について患者負担を再導入すること、および一般病室への入院資格の決定についてのミーンズ・テストの再導入を認めた。これに応じて、クイーンズランドとタスマニアを除いて、残る4つの州はいずれも患者負担とミーンズ・テストを採用した。連邦政府の補助は、公立病院の占有1ベッド当たり1日80セント(年金受給者医療サービスの対象者の場合には1ドル20セント)であったが、民間の健康保険基金から1日60セント以上の給付をうける者に対しては、連邦政府はさらに40セントを補助した。したがって、基金加入者の場合、連邦政府からの補助を合せると、通常の給付は1ドル80セントであり、これにより当時の公立病院の一般病室の入院料をカバーすることが可能だと考えられていた。しかし、上記の通り、4州は病院収入の増加を図るため、患者負担を再導入したのであった。

医療給付については、1953年の国民保健法によって立法化されたが、これも病院給付と同様に、制度の運営の主要部分を民間の健康保険基金に委ねるものであった。連邦政府の給付は、基金の加入者のみに提供された。給付の支払いは償還方式にもとづいて行なわれ、領収書を基金に提出すれば、基金から基金の給付の他に連邦政府の給付も含め合せて支払われた。基金は連邦政府の給付支払いの代理機関でもあったからである。この点は、前述した病院給付においても同様であった。なお、法律の規定により、基金の給付は、少なくとも連邦の給付に等しくなければならなかった。なお、保健相ページは、当初、基金と連邦政府の給付を合せて、90%程度の給付率を目標にしていた。けれども、実際には、発足時から1969年までの間、最高70%、最低63%の間の給付率であった。

ところで、民間の健康保険基金は、慢性疾患、一定期間をこえる入院および基金加入時の疾病については、給付を行なわなかった。こうした除外規定は、現実には、

最もニードの高い人々への給付を制限することになる。この弊害を是正するために、1959年より、病院給付および医療給付の双方について、連邦政府は特別会計制度を採用した。この制度のもとでは、除外規定により給付を受けられない加入者に対して、基金は一定の最低給付を支給しなければならない。この場合、その加入者は基金の特別会計に移管され、その会計から給付を受け、その後の拠出もこの会計に払い込む。年度末に特別会計に赤字が生じた場合、連邦政府がこの赤字を補填する、という仕組みであった。こうして、除外規定による困窮は緩和されたが、特別会計制度による給付は一般の給付より内容が劣っており、問題が完全に解消されたわけではなかった。そのため、連邦政府は1969年にはこの制度を改正し、入院期間に関係なく通常と同額の給付が支給されるようになった。

II 批判の高まり——メディバンク前の医療保障の体系

ペイジ・プランがスタートした1953年から1967年頃まで、保健医療問題はほとんど政治問題化しなかった。制度の欠陥にもかかわらず、ペイジ・プランが政治的に成功したのは実に驚くべきことであった、と今日では言われている。この政治的成功の背景には、制度が複雑なため、一般国民には問題の所在がつかみにくかったこと、およびこの間、野党労働党が首尾一貫した代案を示すことができず、効果的な批判を展開しえなかったことがあった。

しかしながら、1960年代末になると、インフレーションの進行と医療費の急上昇を背景にして、民間の健保基金を主体とする医療保険制度に対する批判が高まった。そのなかでとくに、メルボルン大学のエコノミスト、スコットン (R. B. Scotton) とディーブル (J. S. Deeble) は、1967~69年に一連の論文を発表し、民間健康保険基金の包括的な分析と批判、および改革案を提唱し、反響を呼んだ。両氏の批判は、ほぼ次のようなものであった。

- (1) 健康保険基金の保険料はフラットであり、保険料および医療費支出が租税控除される。しかも、所得税の累進性を合せて考えると、医療のネット・コストは低所得層の方が高く、現行制度のもとでは、貧困者から富裕者への所得の再分配が生じている。
- (2) 諸外国の公的制度や類似の制度と比べても、制度の管理運営費がかなり高く、しかも不当に多額の準備金が基金に積立てられている。
- (3) 民間の健康保険基金にカバーされない者がかな

り存在し、一般にそれらの者は低所得者である。

- (4) 病院給付基金では、実際にかかった入院料と保険給付の間に明確な対応関係が規定されていないため、保険給付の不十分さが一般化している。
- (5) 医療給付基金では、給付は診療費の一定率という形で支払われている。そのため、受診回数の多い者はかなり高額の自己負担を強いられている。
- (6) 病院給付基金加入者に対する連邦政府の補助は、1958年以来、1日2ドルに据えおかれている。そのため、入院料の急上昇にともない、総費用のうちの加入者負担分（病院保険の保険料も含む）の割合がかなり高くなりつつある。

このような批判のなかで、政府は1968年4月、ニモ (Justice J. A. Nimmo) を議長とする「健康保険に関する調査委員会」を発足させ、上院も同時に「医療・病院費用に関する特別委員会」を設け、それぞれ問題の検討を始めた。このうち、翌年3月に提出されたニモ委員会報告は、スコットン、ディーブルらの批判の多くに同意するとともに、各種の改革案を示し、その一部は1970年改革にとり入れられた。

まず1970年1月から、医療給付補助制度が実施された。これは、従来民間の健康保険基金への加入が困難であった、低所得者、失業・疾病給付あるいは特別給付（公的扶助）の受給者、および移住民の最初の2カ月について、連邦政府の負担により、基金への加入を促進しようという意図で設けられた。具体的には、各々の健康保険基金に対してこれらの者を暫定的に加入者として認めさせ、これらの加入者の給付分を連邦政府が後で基金に支払う、という方式をとった。この場合、低所得者を除いては保険料負担はなかった。低所得者については、所得階層別に3区分され、最低のクラス3は負担なし、クラス2は通常の保険料の1/3、クラス1は通常の保険料の2/3の負担が必要とされた。

また同年、連邦政府補助および基金給付が改善され、とくに基金加入者の診療費の自己負担額については最高5ドルの上限が設けられた。翌1971年には、薬剤の自己負担が1処方につき50セントから1ドルに引き上げられたが、医療給付補助制度の対象者については据えおかれた。

これらの改革により、従来の制度は部分的に改善された。しかしながら、民間の健康保険基金を主体とする制度体系の基本には変化がなかった。以下では、こうして形成されたメディバンク直前（1970~75年）の医療保障制度のなかで、とくに医療・病院給付制度について、や

や詳しく紹介しよう。

1. 医療給付制度

連邦政府の医療給付は、民間の健康保険基金である医療給付基金の加入者のみに支給され、基金の給付が支払われる際に、その基金を通して連邦政府の給付も合せて支払われていた。

1975年6月末時点で、健康保険基金のうち医療給付を扱う基金数は81で、基金のカバレッジは全人口の78%であった。同時点での年金受給者医療サービスのカバレッジが11%であったから、残る全人口の11%がいずれの制度によってもカバーされていなかったことになる(表1参照)。

基金および連邦政府の給付の基準(償還基準)になるのは、「最も一般的な料金(The Most Common Fee)」で、これは当時の慣行料金のうち最も一般的なものを基準とし、1970年に初めて採用された(それ以前は明確な基準なし)。当時の慣行料金には地域差があったから、採用されたのは、地域別に定められた「最も一般的な料金」であった。これはその後、「基準料金(Schedule Fee)」と改称された。料金の決定は、(1)連邦政府と医師会の交渉による合意、(2)第三者の裁定、(3)医療給付諮問委員会の勧告、のいずれかによって行なわれており、現在でも変わらない。しかし、これはあくまでも償還基準としての料金であり、医師に対する法的な拘束力はない。基準料金の遵守率は、時期により、また個々のサービス(診療行為)により異なるが、1975年3月では、最高が南オーストラリアの77%、最低がクイーンズランドの32%であった。なお、前述したように、1970年改革により、患者の自己負担額は、基準料金を基準にして最高5ドルとされていた。

医療給付基金加入者の医療費負担割合は、1960年代では、連邦、基金、患者がそれぞれ約1/3程度であったが、1970年改革以降では患者負担が次第に低下し、1972年以降は20%以下に軽減されていた(表2参照)。

表2 医療給付基金加入者の総医療費および負担割合

	総医療費 (1,000ドル)	負担割合(%)		
		連邦政府 給付	基金給付	加入者 負担
1964年度	104,624	32.9	35.2	31.9
66	131,770	32.2	35.5	32.3
68	157,862	30.2	35.1	34.7
70	224,674	39.6	36.0	24.4
72	318,632	45.9	36.4	17.7
74	448,918	38.7	42.2	19.2

(資料) 文献(3)

2. 病院給付制度

最初にこの国の病院制度について簡単にふれておこう。病院医療は公立病院を主体として提供されており、病院総数の70%、病床総数の80%を公立病院がしめている。連邦直轄地域(北部特別地域および首都特別地域)の病院および軍関係の病院を除けば、公立病院は全て州政府の管轄下にあり、しかも伝統的に州政府の権限が強く、これらの事情が連邦レベルでの統一的な病院医療政策を推進するうえでの大きな障害になっている。

州の公立病院の経常収入についてみると、1971年度(1971年7月～72年6月)では、連邦政府が各種の給付制度を通して、全体の18.7%を負担していた。患者負担は、患者の直接的な負担が5.6%、民間の健保基金の負担が19.6%で、合せて25.2%であった。残る56.1%が州政府の負担であった。

表1 医療給付基金の状況 (1975年6月30日現在)

州	登録基金数	加入者数(1,000人)			総適用数 (1,000人)	適用率 (%)
		通常会計	特別会計	医療給付 補助制度		
ニュー・サウス・ウェールズ	30	1,491	98	20	4,013	81
ビクトリア	20	1,231	21	10	3,084	84
クイーンズランド	8	403	17	2	1,072	53
南オーストラリア	7	412	2	12	1,062	80
西オーストラリア	7	364	5	16	955	85
タスマニア	9	126	2	3	325	80
オーストラリア	81	4,027	143	64	10,511	78

(注) 総適用者数は、加入者とその被扶養者の合計である。

(資料) 文献(3)

公立病院の病室は、一般病室、中間病室および個室の3つのタイプに分けられている。このうち、一般病室は公費病室、中間病室および個室は私費病室である。メディバンク以前の状態では、一般病室への入院については、通常ミーンズ・テストが行なわれ、低所得階層に限定されていた。一般病室に入院した場合には、患者による医師の選択は許されないが、医療費は無料化され、入院料も低額であった。ただし、クイーンズランドおよびタスマニアの2州では、ミーンズ・テストがなく、またクイーンズランドでは入院料も無料化されていた。

一方、私費病室の性格は、メディバンク以降も変化がない。私費病室では、ミーンズ・テストがなく、患者は医師を選択することができるが、入院料が高く、医療費も負担しなければならない。もっとも、病室の規模は、古い病院では一般病室はナイチンゲール型の大部屋が使用されているが、新しい病院では、一般病室と中間病室はともに4~6人部屋であり、はっきりした区別はない。したがって、同じ病室に公費と私費の患者が入院しているというのは、ありふれた姿である。その場合の両者の違いは、担当の医師を自分の意志で選んだかどうかという違いだけである。表3は以上の関係を示したものである。また、表4には、州別に各病室の入院料が示されている。

前述のように、多くの州が一般病室の入院についてミーンズ・テストを条件にしていた。ミーンズ・テストは、自由診療のマーケットを確保するという意味をもっていた。かつて、1946年の病院給付法で廃止されたミーンズ・テストが、1951年に再び導入されたとき、医師会が

これを大歓迎したことは言うまでもない。ミーンズ・テストは所得のみを基準にして行なわれた。所得限度額は、最低賃金+所得税の被扶養者控除+所得税の家賃控除、という方式で決定された。この所得限度額の水準を平均賃金に対する割合でみると、1954年度では107%であったが、その後家賃および被扶養者控除の引上げが遅れたため、1968年度では85%にまで低下していた。

メディバンク以前の病院制度でのもう1つのユニークな点は、公立病院内の医師組織であった。クイーンズランドでは、ほとんど全ての公立病院の医師が俸給をえる勤務医であったが、その他の州では医師は3つの階層からなっていた。最高の階層は無給名誉医(honorary medical staff)であり、そのもとに、フル・タイムの勤務医とパート・タイムの勤務医が位置づけられていた。フル・タイムの勤務医は長期的には増加傾向にあるが、それでも1971年時点では全医師の28.5%にすぎなかった。

無給名誉医は、半日(通常3時間30分)単位で勤務し、一般的には、1週のうち半日から1日半を1つの公立病院で、残りを他の病院あるいは自分の診療所での診療に従事していた。1971年当時では、公立病院の無給名誉医の数はフル・タイムの勤務医の約2倍であり、一般病室および外来部門の診療はほとんど無給名誉医が担当していた。彼らが無報酬で勤務する背景には、公立病院の高度な医療設備が利用できること、最新の医学の水準に遅れないため、あるいは同僚との接触を望む、という事情があった。しかし、この無給名誉医の制度に対しては、きびしい批判があった。その1つは、公費患者に対しては無報酬で診療を提供しているが、その分が逆に私費患

表3 公立病院の病室の種類と特徴

病室の種類	規 模	入 院 条 件	医師の選択	入院料負担	医療費負担
一般病室	大部屋又は4~6人	ミーンズ・テストあり(1)	不可	あり(2)	なし
中間病室	4~6人	" なし	可	あり	あり
個 室	1人	" なし	可	あり	あり

(注) (1) クイーンズランドおよびタスマニアでは、ミーンズ・テストなし。

(2) クイーンズランドでは、入院料負担なし。

表4 各病室の1日当り入院料負担 (1974年度、単位ドル)

州	一般病室	中間病室	個 室
ニュー・サウス・ウェールズ	30	44	52
ビクトリア	27	41	55
クイーンズランド	無 料	30	40
南オーストラリア	27	35	45
西オーストラリア	30	中間病室なし	45
タスマニア	30	35	45

(資料) 文献(3)

表 5 病院給付基金の状況 (1975年6月30日現在)

州	登録基金数	加入者数 (1,000人)			総適用者数	適用率 (%)
		通常会計	特別会計	医療給付補助制度		
ニュー・サウス・ウェールズ	33	1,611	43	19	4,116	83
ビクトリア	21	1,288	15	10	3,176	87
クイーンズランド	8	397	11	1	1,032	51
南オーストラリア	9	420	4	12	1,096	83
西オーストラリア	6	368	4	16	964	86
タスマニア	9	121	5	3	325	80
オーストラリア	86	4,205	81	61	10,708	79

(注) 総適用者数は、加入者とその被扶養者の合計である。

(資料) 文献 (3)

者に転嫁されるため、私費患者の医療費が不当に高くなっている、ということであった。いま1つは、公立病院の私費病室部門が完全に無給名誉医の掌中ににぎられているため、病院の効率的な運営が妨げられている、ということであった。

最後に、病院の入院料に対する病院給付制度について述べる。1975年6月末時点で、民間の健康保険基金のうち病院給付を扱う基金数は86で、基金のカバレッジは79%であった(表5参照)。連邦政府の給付は、基金加入者の場合には、1日につき2ドルであり、非加入者の場合には1日につき80セントであった。ただし、クイーンズランドでは一般病室の入院が無料化されていたので、基金の加入および非加入を問わず、連邦政府の給付は一律に2ドルであった。また、年金受給者とその被扶養者については、一般病室への入院の無料化に対応して、連邦政府の給付として、1人につき5ドルが公立病院に支払われていた。基金の給付は、各州のそれぞれの病室の料金(表4参照)に対応し、連邦政府の給付を合せれば入院料負担分は完全に償還されるように設計されていた。

III メディバンクの創設

1968年に設けられた上院特別委員会における、メルボルン大学のスコットンとディーブルの提案は、委員会では支持されなかったが、その後の労働党の医療保障政策に決定的な影響をおよぼした。両氏の提案は次のようなものであった。(1)一般病室の入院医療の完全な無料化。(2)民間の健康保険基金を廃止し、代って法定の委員会によって管理運営される単一の健康保険基金の創設。(3)医師の診療費の支払いは、従来通り、出来高払い方式とする。ただし、給付の方法については、償還方式

(基準料金の85%の償還)とするか、あるいは自己負担をとともなわない現物給付方式とするかは、個々の医師の選択に委ねる。(4)財源は課税対象所得の1.25%の賦課金とこれと同額の連邦政府の補助金によって賄う。

当時、党首ホイットラム(E. G. Whitlam)の指導のもとで医療政策の再検討を始めていた労働党は、1968年秋、若干の修正を加えてスコットン-ディーブル案の採用を決定し、翌年の労働党大会でこれを正式に採択した。この労働党の政策に対して、健康保険基金や医師会が激しい反対論を展開したことはいうまでもない。また当時のゴートン(J. G. Gorton)政府は、一定の改善策を打ち出しながらも、民間の健康保険基金を主体とする制度体系を堅持することを表明した。こうしたなかで迎えた1969年10月の下院総選挙では、医療政策が重要な争点になった。選挙では労働党が敗北したが、医療政策に関しては、選挙前のギャラップ世論調査では58%の支持率を獲得していた。前述した1970~71年改正の背景には、ニモ委員会の勧告の他に、このような医療政策をめぐる政治的緊張がからんでいたのである。

1972年12月の下院総選挙の結果、労働党は23年ぶりに政権を獲得した。社会保障相に就任したヘイドン(W. G. Hayden)は、当時の閣僚のなかでは第3位の地位を占めており、その後大蔵大臣に就任した実力者であった。ヘイドンは就任後直ちに、7名の委員からなる「健康保険計画委員会」を設置し、議長にディーブル、委員の1人にスコットンを任命した。同委員会の報告書は、翌1973年4月に発表され、さらにこれにもとづいて同年11月、政府の白書が議会に提出された。そして同時に、健康保険法案および健康保険委員会法案も議会に提案された。なお、これらの法案は基本的には、前述のスコットン-ディーブル案に沿っていた。

ところが、法案は、同年12月および翌1974年4月の2度にわたり、いずれも下院を通過したものの、野党が多数を占める上院で否決されてしまった。とくに4月には、いわゆる「ゲアー事件」(労働党が上院でのコントロールを得るため、同党のいわば政敵である民主労働党の前党首ゲアー(V. Gair)上院議員をアイルランド大使に転出させたことから、ホイットラム首相の政治的道義が問われた)に端を発し、上院での政府の予算関連法案の通過もあやぶまれた。オーストラリアでは、法律および予算は上下両院の通過を必要とするからである。そのため政府はやむをえず、史上3度目の上下両院同時解散を行なった。5月の総選挙の結果、下院では労働党が勝利したものの、上院では依然として野党が多数を占めていた。そのため、7月に3度目の提案が行なわれた両法案は、またもや上院で否決された。そこで憲法57条の規定にもとづき、史上初めてという、上下両院合同審議会が開催され、やっと両法案が通過したのであった。

しかし、2つの関連法案は野党の要求に応じ廃案にされた。そのうちの1つは賦課金に関する法案で、これが廃案になったため、新制度は全面的に一般租税負担により賄われることになった。いま1つは、民間病院給付基金の加入者に対する、連邦政府補助の廃止をもとめる法案であった。

新制度はメディバンクと通称され、1975年7月1日から実施された。メディバンクは、オーストラリアの全住民と外国人旅行者を自動的にカバーし、医療給付、病院給付および検眼給付を提供する。従来の年金受給者医療サービスおよび医療給付補助制度は、新制度の給付の拡充により廃止された。特別会計制度も縮小され、私立病院および公立病院の私費病室について存続するだけになった。メディバンクの管理運営は、新設の健康保険委員会が行なう。委員会の初代の議長にはスコットン、副議長にはディーブルが就任した。なお、メディバンクは健康保険だという表現がされているが、ここでいう保険とは、健康を保護するという程度のくだけた意味であって、保険方式を用いているわけではない。次にメディバンクについて簡単に説明する。

1. 医療給付

医療給付は、基準料金表にもとづく診療費の85%であるが、患者負担の上限は5ドルである。したがって、診療費が33ドルをこえる場合には、給付率は85%をこえる。ただし、従来と同様に、基準料金の法的拘束力はないから、医師が請求する診療費が基準料金をこえるこ

きには、当然のことながら、患者負担は15%をこえる。なお、メディバンク実施後の基準料金の遵守率は、全国平均で約70%であった。

給付の支払い方式、換言すると、医師の診療報酬の請求方式については、個々の医師の選択により次のいずれかの方式がとられる。(1)医師が患者に対して請求し、患者は健康保険委員会から償還を受ける方式(Patient Billing)=償還方式。(2)医師が直接に健康保険委員会に請求する方式(Direct Billing)=現物給付方式。ただし、後者の方式を採用する場合には、基準料金を遵守しなければならない、しかも診療費の15%(最高5ドル)の患者負担も放棄しなければならない。現物給付方式の方が患者に歓迎されることは勿論だが、政府の説明では医師にとってもメリットがあるという。すなわち、償還方式では、個々の患者に対する診療費の請求の煩雑さ、時には患者の不払いもあるのに対して、現物給付では確実に定期的な診療費の支払いが保証され、事務量も軽減される。このメリットは患者負担分の診療費の放棄を十分に償なうであろう、という説明である。

しかしながら、医師会は現物給付方式に対しては否定的であった。医師会はそれが何よりも医療の社会化への突破口になることを恐れていた。メディバンクの初年度の実績では、現物給付方式の採用率はサービス総件数の32%であった。このうち、政府の要請もあり、年金受給者およびその他の社会保障給付受給者、および低所得者層の場合には、大体が現物給付方式で行なわれた。もっとも、従前の年金受給者医療サービス制度では、既にこの方式がとられていた。

メディバンクの実施により、医療給付を抜ってきた民間の健康保険基金は決定的な打撃を受けた。なかには廃止に迫られた基金もあったが、多くの基金は業務を縮小してかろうじて存続した。再編成された基金の給付は、メディバンク医療給付の患者負担分、メディバンクが提供しない理学療法、カイロプラクティック、眼科、歯科などの限られた領域を対象としていた。

2. 病院給付

病院給付については、公立病院が各州の所管であるため、連邦と州との間での病院協定にもとづいて実施された。病院協定では、各州の公立病院の純経常費用(Net Operating Costs)の1/2を連邦政府が負担する。具体的には、(1)占有1ベッドにつき1日16ドルを個々の病院に補助し、(2)民間の健康保険基金加入者の私費病室への入院については、1日2ドルの補助、(3)その他

は州政府に対して直接に補助する、というもので、これらの総額が純経常費用の1/2に相当していた。

このような資金援助の拡大を条件に、病院協定では各州に対して次のような改革が要求されていた。(1)公立病院の標準病室への入院については、ミーンズ・テストを廃止し、かつ無料化すること。(2)1ベッドにつき1日16ドルの補助に相当する分だけ、中間病室および個室の入院料負担を軽減する(実際には、各々の病室の入院料が軽減されたばかりでなく、1日20ドルおよび30ドルに全国で統一された)。(3)無給名誉医制度を廃止し、一般病室の入院患者に対する医師のサービスを全て有給制とし、その支払いは、俸給制、セッション払い(1セッションは半日)および出来高払いのいずれかをベースにすること。(4)患者は従来通り、私費病室(中間病室および個室)への入院、および私費病室での医師の選択ができる。この場合の医師の診療報酬は出来高払いをベースとし、これについて患者はメディバンクの医療給付を受けることができる。

州との協定の締結作業は難航し、メディバンク病院協定が予定通り1975年7月1日から発足したのは、連邦直轄地域である北部特別地域と首都特別地域の他には、南オーストラリアとタスマニアの2州だけであった。その後、8月1日にビクトリアと西オーストラリア、9月1日にクィーンズランド、10月1日に最後のニュー・サウス・ウェールズが協定に参加し、全ての州においてメディバンクが全面実施された。

以上は公立病院との関係であるが、メディバンクでは私立病院についても1占有ベッド当り1日16ドルの補助があり、その分だけ患者負担が軽減された。

前述のように、メディバンクの創設により、一般病室での医療は完全に無料化されたものの、依然として自由診療の余地が大きく残されていた。そのため、民間の健康保険基金のうち、医療給付基金の活動領域が大幅に縮小されたのに対して、病院給付基金はそれほど大きな影響をうけなかった。病院給付基金加入者の全人口に対する割合も、メディバンク前の80%から65%へと若干低下したにすぎない。病院給付基金は、公立病院の私費病室および私立病院の入院料に対応した給付を再設計した。しかも、従来通り、基金加入の奨励策がとられ、加入者の私費病室や私立病院への入院に対しては、1日2ドルの補助が続けられた。一方、非加入者の場合の補助は、1日80セントにすぎなかった。もっとも、この措置は政府の原案ではなく、立法化の過程での野党の要求に応じて導入されたものであった。

以上のことは、病床占有日数 (bed-days) にも現われている。メディバンク実施前の1974年度と実施後の76年6~9月期について、公立病院の総病床占有日数に占める公費患者の日数の割合を比べてみると、ニュー・サウス・ウェールズでは46%から51%へ、ビクトリアでは52%から59%へと若干増加したにすぎない。しかも、この増加は主としてミーンズ・テストの廃止によるものであり、入院料の無料化による寄与はほとんどなかったと判断されている。また、メディバンク発足後の私立病院を含めたオーストラリア全体の総病床占有日数でみると、公費患者の日数の割合は49%であった。これらの事実は、メディバンクの創設にもかかわらず、病院部門では、私的部門から公的部門への移行が、それほどドラスティックではなかったことを示している。

このように、メディバンクにおいても、私的部門のかなり大きな領域が残された理由について付言しておこう。第1に、医師会および健康保険基金の勢力が強く、これらの勢力との緊張の高まりを回避するために、一定の私的部門の存続が必要とされた。第2に、この国が連邦制をとり、保健医療に関しては州の権限が強く、連邦の介入には自から限度があった。第3に、病院給付基金の加入率がかなり高いことにもみられるように、国民の私的医療、とくに医師の選択をもとめる要望がかなり強い、という事情があった。

IV メディバンク改正

1975年11月、カー (Sir. J. Kerr) 連邦総督は、突然、労働党内閣のホイットラム首相を解任、代って野党自由党のフレイザー (J. M. Fraser) 党首を暫定首相に任命し、上下両院の解散を宣言した。そうして、12月に行なわれた総選挙では、自由党・地方党の保守連合が勝利し、政権が交代したのである。オーストラリアは形式的には、英国女王任命の連邦総督が統治する。首相の任命、議会の解散・招集も総督の権限であり、ホイットラム首相の解任も一応は憲法にのっとった行為とされたが、実際には議会、内閣をさしおいて総督自らが国政を左右することとは、この国の75年間の議会史上も前例のないことであった。

総督が異例の特別権限を発動した直接の理由は、7月から新年度に入っているにもかかわらず、上院で多数を占める野党の保守連合が新年度予算の通過を阻止したために起きた。議会危機を解決するためであった。野党の抵抗は、資源開発のための外資導入にまつわるスキャンダル騒ぎに端を発していた。しかし、政権交代の背後に

は、メディバンクの実施および大学教育の無料化などの福祉政策での前進にもかかわらず、失業、インフレ、不況という経済的苦境に対して、労働党政府が有効な政策を展開しえなかった、という事情があった。

もっとも、メディバンクについては、選挙公約においてもまた選挙直後も、フレーザー新政府は、その継承・存続を国民に約束していた。また、一連の世論調査でも、メディバンクの支持が明らかにされていたし、新政府がメディバンクの改正を決定した後の世論調査でも、改正を支持したのは21% (1976年7月) および35% (9月) にすぎなかった。しかし、財政をたて直し、経済の再建を図るうえで、新政府にとっては、1966年度の26%から1975年度の45%まで膨張した連邦予算に占める教育・社会保障関係の予算の削減が至上命令であった。メディバンクの実施によって、1975年度の連邦政府の保健・医療関係支出は、1974年度の2.3倍に、そのうち医療・病院給付支出は3.7倍に増大していた。こうして、1976年度予算編成の過程で打ち出されたメディバンクの改正は、医師会や民間健康保険基金の要求に応えると同時に、連邦財政の引締めを意図するものであった。

1976年10月1日から実施されたメディバンク改正の特徴は、次の2点にある。1つは、一種の目的税としての賦課金 (Health Insurance Levy) の創設、いま1つは、任意非加入制 (Opting-out) の採用である。

賦課金については、メディバンクの最初の構想におり込まれていた。前述したように当初、所得税の課税対象所得の1.3%の賦課金と、これにリンクした国庫補助金による財政の安定化が意図されていたが、野党の反対によって廃案になったという経緯があった。かつて反対した保守連合が、政権獲得後これを採用したというのは、他の公的な社会支出予算への圧迫を緩和するためという大義名分があったとしても、いかにも政治的である。新設された賦課金は、課税対象所得の2.5%である。ただし、年金以外の課税対象所得のない年金受給者、軍人および復員軍人手当受給者、および課税対象所得以下の低所得者については、賦課金が免除される。課税対象所得の下限 (年額) は、被扶養者のいない単身加入者の場合が2,604ドル、被扶養者のある家族加入の場合が4,300ドルである。また、賦課金の対象となる課税対象所得の上限 (年額) は、単身加入の場合が6,000ドル、家族加入の場合が12,000ドルである。したがって、年間の賦課金の上限は、単身者加入150ドル、家族加入300ドルになる。なお、労働党政府の当初の構想での1.3%の賦課金の税率は、総費用の1/2をこれによって賄うという

理由から設定されていたのであるが、今回の2.5%の税率の根拠は何ら明らかにされていない。

いま1つの重要な改正は、認可された水準までの医療・病院給付を提供する民間の健康保険基金に加入することにより、メディバンクへの非加入と賦課金の免除を選択することができる、としたことである。ここで、認可された水準とは、メディバンクにより提供されるのと同じレベルの医療給付、および公立病院の私費病室の最低料金に等しい病院給付、である。このことは、従来のユニバーサルなメディバンクが、今やメディバンクと民間の健康保険基金との間で二分されていることを意味する。

具体的には、次の3つのいずれかの選択の道が与えられた。

- (1) 賦課金を支払い (課税対象所得がある場合)、標準メディバンクの給付のみの受給資格を与える。標準メディバンクの給付とは、従来通りの医療給付 (最高5ドルの患者負担を上限として、基準料金の85%の給付) と、公立病院の一般病室への無料の入院 (ただし、医師の選択はできない) である。
- (2) 賦課金を支払い、(1)と同様の標準メディバンクの給付の受給資格をえるとともに、中間病室の入院料 (1日40ドル) をカバーするために民間の補足的な病院給付基金に加入する。
- (3) メディバンクに加入せず、医療給付と病院給付の双方について、民間の健康保険基金に加入する。この場合、病院給付では、中間病室または個室の入院料 (1日60ドル) がカバーされる。

いずれを選択する方が有利かということは、基本的には、所得階層によって異なる。賦課金が所得比例で徴収されるのに対して、民間の健康保険基金の保険料は所得にかかわらずフラットだからである。図1は、これらの関係を示したものである。いうまでもなく、最も安上りの選択は、どの所得階層にあっても(1)のメディバンクのみの加入である。しかしながら、最高額の賦課金を支払う者で、民間の補足的病院給付基金の給付と医師を選択することのできる経済的価値が、年間50ドル以上あると評価する家族の場合には、(1)が最も経済的な選択だとはいえない。この場合には、その家族の効用は、(2)の補足的な病院給付基金への加入によって増大する。つぎに(2)と(3)の選択では、(3)のメディバンク非加入の経済的利益は、所得上限をかなり下回る所得階層にまで拡大する。(2)の場合の補足的病院給付基金では、年間135ドル (家族加入) または68ドル (単身加入) の保

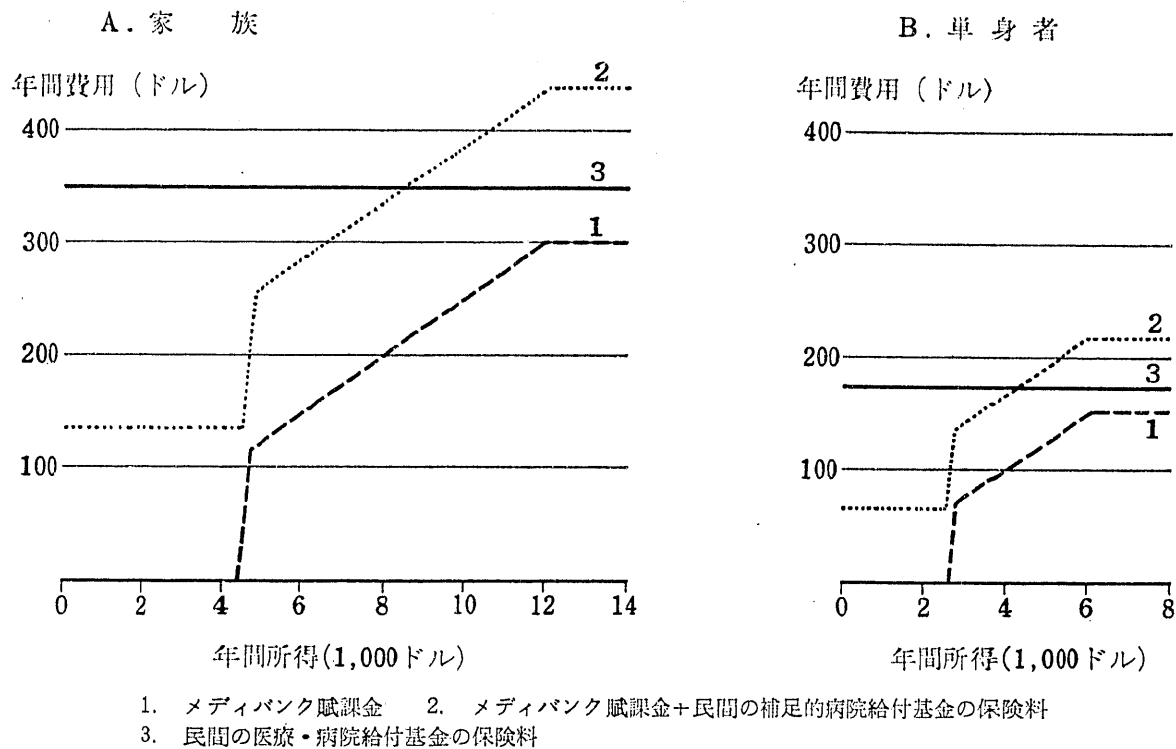


図1 メディバンク加入者と非加入者の年間費用の比較 (資料) 文献(18)

保険料により、入院時に1日40ドルの給付が受けられる。図1では、この場合の保険料と賦課金の合計は、(3)の場合の保険料と、所得が8,600ドル(家族加入)または4,300ドル(単身加入)の点で交差する。したがって、この所得以下では(2)が有利であるが、それ以上の所得では(3)が有利になる。

このように非加入の選択を認めたことは、住民のかなりの部分に民間健康保険基金への加入選択のインセンティブを与えた。推定では、(2)の選択が約10~15%、(3)の選択が約50%とされている。

その他の点についてみると、医療給付はほとんど改正されず、従来通り、基準料金の85%の給付が提供された。そのなかで、1つの変化は、診療報酬をメディバンクに直接請求する医師の場合でも、給付と基準料金の差額、すなわち患者負担分の徴収が許されるようになったことである。また、当初のメディバンクでは、労働者災害補償、第三者保険が本来責任をもつべき医療サービス、および外国人旅行者についてでも同様に給付が提供されていたが、これらはいずれもメディバンクの給付の対象から除外された。

病院医療では、私費患者の入院料負担が引上げられ、中間病室が40ドル、個室が60ドルになった。さらに公立病院では、民間の健康保険基金の加入者の場合には、一般病室(1日20ドル)および外来部門でも、患者負担

を徴収することができるようになった。ただし、個々の州によって反応は異なり、クイーンズランドでは依然として無料化が続けられているのに対して、ビクトリアでは患者負担が導入された。

V 医療保障制度の概観

以上、メディバンクに焦点をあてて、その歴史的背景と制度の概要を紹介した。しかし、メディバンクはあくまでも、医療・病院給付のみにかかわるものであって、それだけでオーストラリアの医療保障の全体を論ずることはできない。そこで最後に、メディバンク以外の医療保障の重要な側面、とくに最近の動向を中心にして簡単に紹介しておこう。

まず、一般病院についてはメディバンクとの関係で本論で述べたので、精神病院についてふれておく。精神病院はいずれも州政府によって管理運営されており、人口1,000人当りのベッド数は2.1(一般病院は6.4)である。精神病院の大半は、通常、規模が巨大化され、しかも都市部から遠く離れており、一般病院との連携やコミュニティとの接触はほとんどない。しかし、こうしたあり方について、最近では政策転換が行なわれ、(1)短期患者のコミュニティのなかでの処遇、(2)都市近郊での病院の建設の促進、(3)一般病院付属の小規模の精神病棟の建設、という方向が打ち出されている。

また、オーストラリアで無視できないのは、ナーシング・ホームの比重が非常に高いことである。ここで、ナーシング・ホームとは、慢性疾患の患者に対して、長期の看護を提供する施設である（ただし、精神病院や結核患者のサナトリウムを除く）。一方、一般病院の入院は、急性疾患に限定されており、一般病院の平均在院日数は8.9日（1975年）であった。ナーシング・ホームでの医療は、パート・タイム勤務の医師によって提供される。性格上当然に、患者のほとんどは老人である。65歳以上人口1,000人当りのナーシング・ホームのベッド数は50である。ちなみに、同じくこの比率が高いとされているアメリカおよびカナダがともに45、スウェーデンが36である。ナーシング・ホームの大半は民間であり、ホーム自体に対する直接の政府の援助はないが、入所料金が規制され、連邦政府からの年金とナーシング・ホーム給付を加えれば、料金を支払っても週5ドル残る程度の料金になっている。しかし、ナーシング・ホームについても近年、施設収容主義の反省がおり、一般の老人ホームや在宅でのサービスの拡充が行なわれている。

同様なことは、コミュニティ・ヘルス・サービスの重視にもあらわれている。すなわち、ヘルス・センターおよびデイ・ホスピタルの建設、ホーム・ヘルプ・サービスなどの拡充である。この政策は、メディバンクの検討が行なわれていた1973年に、病院・保健サービス委員会の設立によりスタートしたもので、メディバンクの実施による医療需要の拡大に対して、連邦と州の負担により、より予防的かつ効率的な供給組織を整備し、医療費の膨張を抑制しようとするものであった。

オーストラリアのメディカル・マンパワーの供給量は、全体としては、ほぼ先進国水準にあるが、各々の専門職間の連携がとれていないことが最大の欠陥であるとされている。しかし、医療政策全体のコミュニティ指向のサービス重視の動きのなかで、専門職間のチーム・ワークの強化が叫ばれている。また、全体としての供給量に不足はないにしても、その地域的な分布にかなりの偏りがあり、農村部および都市近郊では不足していることが多い。その他、専門医に比べて相対的に一般医が不足している。

一方、医療サービスの費用負担は、メディバンクが中心になっている。その他では、薬剤給付が連邦政府により提供されている。患者負担は1976年3月より、1処方につき2ドルに引上げられたが、年金受給者医療サービスの対象者は無料、医療給付補助制度の対象者は1ドルに軽減されている。

精神病院の入院料については（その病院が一般病院の付属でない限り）、メディバンクおよび民間健康保険のいずれも給付を行なわない。しかも、この入院料の負担は、州によってまちまちである。2つの州では、入院料の患者負担がない。2つの州は、患者が死亡した際に、その患者が残した資産から入院時の料金の総額を徴収する。残る2つの州は、入院料を患者から徴収するが、もし支払い能力がない場合には、死亡した際に資産から徴収する。

以上、簡単にオーストラリアの現行の医療保障の体系を概観した。外国人には容易に理解できない位に、制度が複雑化している。しかしともかく、最近では、メディバンクによって医療需要の社会化を図り、同時に医療供給体制の漸進的な整備により、より効率的な医療サービスの組織化を図ろうとする、政策の転換が注目される。

参考文献

- (1) Australian Department of Health, *Annual Report 1975—76*.
- (2) —, *How to Choose the Health Insurance Cover that's Right for You*, 1976.
- (3) Australian Department of Social Security, *Annual Report 1974—75*.
- (4) —, *Medibank and You*, 1975.
- (5) *The Australian Health Insurance Program*, 1973.
- (6) Dewdney, J.C.H., *Australian Health Service*, 1972.
- (7) Fulcher, D., *Medical Care Systems*, 1974.
- (8) Health Insurance Commission, *First Annual Report 1974—75*.
- (9) —, *Second Annual Report 1975—76*.
- (10) Hospitals and Health Service Commission, *A Report on Hospitals in Australia*, 1974.
- (11) Kewley, T.H., *Australia's Welfare State*, 1969.
- (12) —, *Social Security in Australia 1900—72*, 1973.
- (13) Lawson, J.S., *Australian Hospital Service: A Critical Review*, 1968.
- (14) Lovell, R.R.H., "Aspects of Medical Care in Australia: The Tyranny of History", in P. W. Kent (ed.), *International Aspects of the Provision of Medical Care*, 1976.
- (15) Palmer, G. R., "Health", in R. Forward (ed.), *Public Policy in Australia*, 1974.
- (16) *Report of the Health Insurance Planning Committee*, 1973.
- (17) Scotton, R. B., *Medical Care in Australia: An Economic Diagnosis*, 1974.
- (18) —, "Medibank 1976", *The Australian Economic Review*, 1st Quarter 1977.

社会指標研究における一視点(I)

——保健医療指標を事例として——

三重野 卓

はじめに

社会現象、経済現象、心理現象等を計量化乃至は数量化することは、われわれに課せられた課題であると共に努力目標である。ところで周知の通り、経済現象は貨幣単位で測定可能であるためにその取り扱いが比較的簡単であり、国民経済計算のそれなりの精緻化をみている。また、心理現象については精神物理学的測定法、態度測定の方法が発展しており、現在では尺度化 (scaling) の問題が最も重要なテーマの一つとなっている。それに対して、社会現象の測定は等閑視されていたが、1960年代に入り、経済成長による逆機能の顕在化、それに基づく環境破壊、社会的不公正、人間疎外等の社会問題の発生、激化と共に、ようやく社会指標研究として注目されるに到った。しかし、その場合も、GNPに代わるべき福祉の指標とか、生活の質を測定するための尺度という要請が強かったにもかかわらず、その構成のための方法論が確立しなかったため、現在でもコンセンサスの得られる、有意な指標は作成されていない。

もとより、社会現象は複雑を極め、各要素間には相互連関関係、相互依存関係があり、かつその関係は非線型的である。また、社会現象を構成する要素についてのデータも限定されている。故に、当然、その社会現象の計量化なり数量化には自づから限界があり、われわれは程度の差こそあれその現象を単純化して再構成することを余儀なくされるが、その作業は研究目的(又は使用目的)の明確化の上に成り立つものであり、そのことによって科学的認識の基礎が形作られるのである。

このように考えると、社会指標とは、「複雑な社会現象のある側面について、研究目的に依拠しつつ単純化し、数量的に再構成したものであり、それは社会現象の認識とか評価のために有用性を発揮すべきものである」と規定することができる。当然、計量化乃至は数量化により失われるものもあるが(たとえば定性的にしか把握できない側面がある)、それは結果としての計量化なり数量

化の背後にある学問的知識の集積やものの考え方により補完されるべきものであり、その有用性はいささかも損われるものではない。

ところで、社会指標の研究方法は様々であるが、ここで大別してみると、(1)客観化された福祉を測定するという立場を徹底する福祉論的アプローチ、(2)行政への使用を強調し、計画のための用具として位置づける計画論的アプローチ、(3)データ解析の立場による統計数理的アプローチの3つに分類することが可能であると思われる。本論では、最初に(1)、(2)のアプローチについて言及した後、中心的テーマである統計数理的アプローチについて詳述したいと考える。その場合、データを解析することにより安定した因子を抽出し、それに基づいて多次元的な総合指標(合成指標)を構成するという点が第1の研究目的となり、その総合指標を使用して地域をパターン化するという点が第2の研究目的となる。勿論、このような統計数理的アプローチの基礎にはデータ収集と個別領域の指標の吟味が必要であり、それがなおざりにされると解析方法も有用性を発揮し得ないということは言うまでもない。

以上のような社会指標作成のための方法論的諸問題について論じた後に、本論文の後半部分では、社会指標の一分野である保健医療指標についてその解析結果を示し、統計数理的アプローチの有効性を実際に明らかにしたいと考える。

I 社会指標研究における3つのアプローチ

社会指標は、福祉の状態を測定するものであるという見解は、かなり一般的であると思われる。しかし、上述のことには2つの問題、すなわち、「福祉の状態」とは何であるか、また、「福祉の状態を測定する」ということは何を意味するかという問題がある。

前者の問題については、経済学分野では福祉(厚生)は個人が財から受けとる効用の総和であり、社会全体の福祉(=経済的厚生)はその個人の福祉の総和であると

いう立場があったが¹⁾、それは周知の通り、効用の個人間比較可能性の問題を引き起こし、また、Arrow²⁾の社会的厚生関数の存在可能性定理によって、事実上否定された。それに対して、社会学では³⁾ そのように個人の効用なり福祉を総計して社会の福祉を導出するという方向をとるのではなく、個人の欲求は社会的に形成されると共に、その充足についての何らかの社会的標準（ある「望ましき」に関する社会的に合意された標準）が存在すると仮定する訳で、社会指標構築のための理論的基礎を与える。

このように考えると、「福祉の状態を測定する」ということは、理論的には、どれだけその社会的標準が充足されているかを示すことを意味する。ところでわれわれが入手可能なデータは実物単位で表現されているので、それを何らかに想定された望ましきに関する標準に基づき福祉の尺度に変換する必要がある。それは実物空間から福祉空間への写像を意味し⁴⁾、その写像は理論的には何らかの福祉状態測定のための評価関数による非線型写像であるということになる（図1を参照のこと）。しかし、

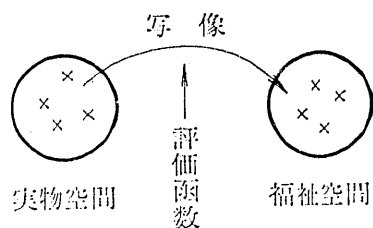


図1 福祉の尺度化

その非線型の性質を明らかにして、関数型を特定化することは不可能であるため、一般には個別項目の値を福祉の観点（すなわち、「望ましき」に関する標準）から評価するために基準点を設定し、一次関数の形にその評価関数を特定化する。その評価関数により個別項目の福祉水準が尺度化されると、更にそれらを線型結合して全体の福祉の水準を数値で示すという手続きを踏む⁵⁾。

しかし、そのあまりの単純化のために、その「福祉のための尺度」の妥当性が確保されるかという疑問は免れないが、個別指標項目の評価関数については、その関数型の全容を明らかにするという立場を取らずに、直線に近似してその一部分を明らかにするという立場を取れば許容されよう（個別指標の線型結合については、総合化の問題として後述する）。しかし、技術的に最も問題となるのは、基準点を如何に計量化するかということであり、その場合、個別指標の基準点の値が妥当であると共に、各個別指標の基準点の間に一貫性がなくてはならない。その意味で、ある指標の基準値は制約条件（たとえば財政状態）を考慮に入れて設定されたのに、他の指標のそれは、実現が不可能に思える理想的な「望ましき」により設定されるというような不統一はあってはならず、標準的な「望ましき」に関する概念を各指標間で統一的に明らかにしなくてはならない。

なお、社会指標がマクロレベルの福祉を測定する尺度であるとする時、実際にはその値が高いとか、その数値が増大していることは、個人にとってある程度の水準を享受できる機会が多いということを意味する以外には何ら言い得ない。たとえば、「1人当たり都市公園面積」という指標を考えると、その水準がある程度高いということは、個人にとっては利用する機会が多いという以外には、福祉との関係で論じることができない。その意味で、個人にとってその福祉のための「環境」なり「与件」が整っているにすぎないという当然のことに注意して、その指標を利用していかなくてはならない。

一方、社会指標を行政、更には計画⁶⁾に使用して行く

- 1) Pigou, A. C., *The Economics of Welfare* (Fourth edition), Macmillan & Co., Ltd., 1932 (気賀健三・千賀義人他訳『厚生経済学』東洋経済新報社の特にI巻)を参照のこと。
- 2) Arrow, K. J., *Social Choice and Individual Values* (Second edition), John Wiley, 1963を参照のこと。
- 3) Parsons は、「個人の動機づけの発展は、本来、社会的規範の内面化の過程として考えられるもので、独立に与えられた社会過程ならびに社会的価値にもとづくものではないから、独立に選好リストをふりあてるとか、これを序数的ないし基数的なかたちで表示するとか、……理論上無意味だというべきである」と述べている。Parsons, T & Smelser, N. J., *Economy and Society*, Routledge & Kegan Paul Ltd., 1956 (富永健一訳『経済と社会』岩波書店1958)を参照のこと。また、社会学的観点から福祉の概念を検討しているものとしては、直井優「福祉と社会的資源の分配」『思想』1974, 4月号を参照のこと。
- 4) このような考え方に立っているものとしては、盛山和夫「福祉指標の構築」(富永健一編『社会学講座8 経済社会学』東京大学出版会 1974 所収)、小室直樹「機能分析の理論と方法」(『社会学評論』20—1, 1969 所収)を挙げることができる。ただ、その言わんとするニュアンスは異なるが、ここでは触れない。

- 5) 基準点方式についての議論は、例えば「福祉水準をどう測定するか、上下」(『週刊エコノミスト』1977, 1月11日, 1月18日号所収)を見よ。その他具体的な作成方法については盛山和夫「高度経済成長と生活の質」(鮎戸, 富永, 祖父江編『変動期の日本社会』日本放送出版会 1972 所収), Drenowski, J., *Studies in the Measurement of Levels of Living and Welfare*, United Nations Research Institute for Social Development, 1970を参照のこと。
- 6) 社会計画と社会指標の関係については、例えば富永健一「社会計画と社会指標」(『第49回日本社会学会大会報告要旨』広島大学 1976 所収)を参照のこと。

うという志向はかなり強く、現実には、地方自治体ではそれが『現状認識』という機能を十分に果していないにもかかわらず、目標水準の設定や、重点政策の決定へ利用して行こうという姿勢があるように思われる。故に、「社会計画」の定義をする必要があるが、一般的に、「社会体系の制御を意図して、事前的に計画主体が設定した社会的目標（体系）と、その目標達成のために対応づけられた最適な政策手段からなる枠組（フレーム）であり、実際の行政活動に方向づけを与えるもの」と規定することにしよう。

ここで、日本の経済計画⁷⁾をみると、昭和40年代にはそのモデルに徐々に「社会的要素」を導入し、プリミティブな形であるが社会指標も使用されるようになって来たが、それが十分でなかったことは言うまでもない。社会指標を計画との関係で有効ならしめるためには、第1に、その社会的目標（体系）を社会指標で表現する、第2に、何らかの計画に使用されうるシステムモデルを作成し、社会指標を活用して方程式体系を樹立する、ということになる。

ところで、第1の問題については、その社会的目標は何かということになるが、最も抽象的には「国民福祉の向上」あたりになり、それが更に分化して具体化するという構造になると思われる。そうすると、その福祉の達成度を測定する必要が生じ、既述の社会指標研究における「福祉論的アプローチ」が重要性を帯びる。しかし、その社会指標で表現された社会的目標の値を充足させることのみに狂奔することも、逆機能を顕在させる可能性がある。なぜなら社会現象は相互連関関係にあり、思わぬところに波及効果をもたらすからである。そのために、第2のモデルの必要性が重視される訳で、たとえば、Drewnowski⁸⁾は線型計画モデルを提出しているが、それは実際に使用可能な水準までいっているとは言えない。方程式体系を立てる場合、それは現実の社会の複雑さを考えると極度に単純化されたものとなる可能性があり、モデルとは本来的に単純化の産物であると強調したところで、やはり計画という側面を考慮に入れた場合、現実との係わりも問題にせざるを得ない。当然、その定量的モデルの背後には、理論モデルとか定性的な枠組が存在しなくてはならないし、更にその両方のモデルの関係が

明確にされていないと、定量的モデル自体も生きて来ない。システムダイナミックス・シミュレーションという研究方向もあろうが、果してどれだけ計画的側面において有用性を発揮しうるかは問題である。

以上、社会指標研究における福祉論的アプローチと計画論的アプローチについて検討し、両者が密接な関係にあることを示して来た。しかしながら、福祉の測定とは非常に困難なテーマであり、恣意的な価値判断の介入する余地も大きいという問題があり、また、社会計画に関しては、その具体化からはほど遠い現状にある。そのような時、安易に何らかの目的函数を設定し、それを一連の社会指標で厳密な形に表現して、その値を最適化するように計画化する（＝社会計画を策定する）ことが果して可能であろうか。勿論、社会指標が現在の政策を科学化するための有用な用具であり、計画科学の研究の主要な対象となることは当然であるが、そのように使用するためには多くの学問的蓄積を必要とする。林知己夫⁹⁾は、社会指標の使用法を「前向き」と「うしろ向き」に分け、後者を支持しているが、その考え方は次の通りである。すなわち、社会指標は政策のチェックのために使い、せいぜい福祉水準の審判、判断のために使用すべきである。なぜなら、指標の値の極大化は、必ずしも福祉の向上を保証する訳ではない、というものである。これは実に含蓄のある示唆であると言えよう。

われわれは、「社会開発」という言葉が曖昧に語られ、また、いわゆる PPBS (Planning Programming Budgeting System) が幻想に終りつつあるのを見てきた。その反省に立つならば、社会指標研究の方向も自づから見えて来るであろう。すなわち、社会指標研究の理想を安易に語るとか、政策の実施主体の構造的欠陥を論じないで、計画的な意味での社会指標の有用性を論じるというような態度ではなく、より地味で基礎的な研究態度が要求される筈である。指標による統制、制御という方向よりも、指標による社会現象の認識という面が最も重要であり（その機能すらも現在の社会指標は果していない）、社会指標の数値から時系列変化や地域間の格差を読み取ることにより、警告情報を得るように努力をしなくてはならない。社会の状態、乃至は福祉の水準を認識・評価する場合、前年に比較して大幅に悪化しているとか、全国的なレベルに比較すると低水準にあるとか、何年前のどの県と同等の水準である、という事実を知るだけでも有意義である。勿論、この評価は相対的なものであるが、

7) 例えば、宮崎勇編『経済計画』筑序書房 1971、宮崎仁編『経済社会基本計画の解説』日本経済新聞社 1973 を参照のこと。

8) Drewnowski, J., A Planning Model for Social Development, United Nations Research Institute for Social Development, 1968 を参照のこと。

9) 前掲、エコノミスト座談会 (1977) の林知己夫の発言を参照のこと。

政策の効果を知る上でも、また、現実の政策を立てる上でも、有意義な情報を提供する。

このように述べると、もうわれわれの主張を言明したに等しい。すなわち、社会現象に関する様々なデータを収集し、われわれの研究目的なり使用目的の明確化に基づきそれらを整理・整頓し、指標化する方向性を模索するということが最も重要であり、データの山の中からどのような情報を引き出すかという点に焦点がある。問題・対象の明確化、指標項目の発見、データの作成・収集、指標の構成というプロセスを繰り返すことにより、より有用性ある指標が作られていくのである。そのように指標化されると、データの欠如などの問題点も明確になってくるのであり、データ収集の方向も自づから見えってくる(図2を参照のこと)。

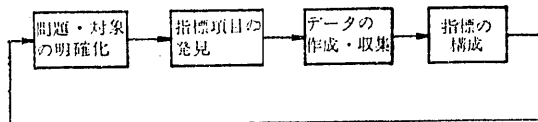


図2 指標形成のプロセス

勿論、ここで指標化という場合、個別項目の指標化という方向が1つあり、また、何らかの合成指標をデータの構造から導き出していくという方向もある。特に後者の場合、その指標化の過程においては多くの解析手法が駆使される訳で、統計数理的アプローチが必要になってくる。当然、その手法の使用は単なる機械的なものではなく、研究目的に見合ったものでなくてはならないし、また、実際の計量化の成果のみではなく、その考え方が重要になるので、次にもう少し詳細に検討してみよう。

II 統計数理的アプローチについて、 データの質と指標化

既に述べた通り、社会現象(勿論、心理現象などもそうであるが)は複雑であり、その複雑性に対応する多くの事象からそれらは成り立っている。しかし、それに見合う無限に多くのデータを作成し、収集することはそもそも不可能であるし、全てを収集するという志向は科学的態度として望ましくはない。なぜなら、データ選択自体が研究者に社会現象への視点を明確にすることを強いるのであり、データで構成された単純化した現実をわれわれは分析対象としていこうとするからである。

とは言っても、実際の社会指標研究の最大の問題点は、データの絶対的不足にある。具体的には、(1)われわれが関心を持ち、実際に必要としているようなデータを作る

ことが非常に困難であり、代理データで我慢せざるを得ない。たとえば、教育の達成水準についてのデータを作ることが困難なため、「教員1人当たり生徒数」を代わりに使用せざるを得ない。(2)時系列データを十分に収集することが出来ないため、比較をするとか解析する場合、その年度が不揃いとなる可能性があり不都合が生じる。(3)地域別データが取りにくいという問題がある。町村別データ並びに市別データを確立し、それらをアグリゲートして都道府県データを作成し、更に国家レベルのデータに集計するというような、下位レベルから積み上げていく方法の確立が必要であり、それにより使用目的に合ったデータの入手が容易になる。(4)単純化とは言え、そもそも社会現象の複雑性を反映した十分な量のデータが存在しない。

このような問題の他に、データ自体の信頼性、妥当性の問題がある。データの信頼性が高いということは、そのデータの値と、何らかに想定されたデータの「真」の値(すなわち、社会現象と対応したという意味であるが)の間の相関関係が高いということの意味する。勿論、ここで実際の「真」の値は分らない訳だから、データ作成方法を確立して制度化するなり、調査とか申告の方法を改善することにより、信頼性を高めるようにしなくてはならない。次にデータの妥当性に関してであるが、これは、何らかの操作的定義によって規定した基準に照らして検討されるべきものである。そのためにも、データの収集目的を明確にして、その目的が意図していることをデータが十分表現しているかを吟味する必要がある。

ところで、収集されたデータは、それ自体では多くのことは表現しない。そのデータが多くのことを表現するか否かは、分析者の能力に依存するのであり、逆に、そのことによってまた分析者は多くのことを知り得るのである。そのための第1歩は、個別データをどのように指標化していくかということである。

ここで指標化していこうとする時、われわれは操作的な立場に立っていかなくてはならない。たとえば、林知己夫は¹⁰⁾、「一定の測定法にしたがって測定されたものから、明確に定義された方法によって組み立てられたものだけを用い、それによって現象を見て行く」という考え方を強調している。すなわち、指標により実態を見ようとする立場、または、実態を見られると錯覚する立場を

10) 統計数理的アプローチの立場から、「指標化」の考え方を強調しているのは林知己夫である。林知己夫「福祉の指標化—その有用性と限界」(『季刊現代経済』26, 1977 春)を参照のこと。その他林「指標化と数量化」(『学際』No. 12 1971)を参照のこと。

取るべきではない。実態を見ようとするとは様々な要素を導入していかななくてはならないし、また、そういうこと自体不可能である。実態とは極度に多面的であり、その状態をそれ自体指標化して把握することはあり得ない。更に、今まで言及した通り、指標化の素材であるデータ自体に制限があるという事実があるため不可能である。

ところで、その指標化は、単純なものから複雑なものへと様々なレベルが考えられ、また、使用目的によってその構成方法は自づから異なる。最もプリミティブなものは、個別データを人口とか面積とか世帯数などで基準化して、相互の比較が便利にようにするものであり、このレベルは、指標と呼ばずにデータと呼んでもさしつかえない。この場合、安易に人口1,000人当りで基準化するという形を取る場合が多いが、たとえば老人福祉に関する指標では、65歳以上人口1,000人当りで基準化しないと意味をなさないことが多い。このような最も基礎的なところすら十分検討されていないように思われるが、それは指標化の目的が明確にされていないためである。その次のレベルは、上記の指標（またはデータ）に何らかの変換を施すもので、その場合、“ものさし”による得点化という側面が重要になる。その手法は数多く提案されており、時系列比較を目的とする場合は、ある年度を100として基準化する方式、また、地域比較を目的とする場合は、標準得点方式 ($Z_{ij} = \frac{10(X_{ij} - \bar{X}_j)}{\sigma} + 100$; X_{ij} は i 地域の j 項目の実物値、 $\bar{X}_j$ は j 項目の平均値、 σ は j 項目の標準偏差、 Z_{ij} は標準得点) が使用されるのが一般的である。また、福祉の状態を測定しようとする視点を強調する場合には、既に言及した基準点方式が使用される。

指標化という場合、今まで述べてきた計量化、乃至は数量化という側面があると共に、社会の状態がどのようになっているかという目安なり目印を与えるという側面が重要である。しかし、個別指標の場合、コンセンサスの得られる計量化、数量化の方法が示されていない現状にあり（これは、実物単位であり共通単位化が困難なことに帰因する）、それぞれに欠点があるため、“目安”という機能も十分には果していないと言える。

なお、このような雑然とした個別指標の見通しを良くするために、整理・分類することが必要になる。そのための1つの方法が理念演繹方式とよばれるもので、何らかの抽象的な理念に基づき、演繹的に関連樹木型の分類軸を設定し、その特定化された概念に個別指標項目が対応づけられる。その体系が社会的目標体系として設定される場合には、「計画論的アプローチ」、更には「福祉論

的アプローチ」と関連する。

社会指標のための統計的手法

ところで、社会現象の複雑さから操作的に決定した個別指標には相互関連性がある。故に、統計数理的にその項目間の関係を明確にする必要があり、それに基づいて、社会現象を更に理解し易い形で示す指標を作成することができるとも知れない。これにはデータ解析の考え方が要求される訳だが、その観点から見ると、個別項目の指標化とは、「社会現象を解析するための方向づけを与えるための計量化」とも規定することが可能である。

この相互関連性、乃至は関係性の究明の方向としては、先ず因果関係の明確化が考えられるが、社会現象においては、多くの原因が1つの結果をもたらすとか、1つの原因が多くの結果をもたらすということが一般的であり、かつその関係は非線型的である。また、ある結果が事象の原因となっているというフィードバック構造になっていることも度々ある。このように因果関係の特定化は困難を極め、その関係を明らかにするためには、多くの現象の観察と専門的知識を必要とする。そのために、相関¹¹⁾という考え方が使用されるようになる。

相関の概念は遺伝学者の Galton により提出され、現在、Pearson の偏差積率相関係数が最も一般的に使用されている。これは、2つの変数の間の関連の強さを示すものであり、計量心理学の発展もこの概念による所が大きく、一般現象解析のための最も基礎的な用具となっているといえよう。その有用性は、次の Pearson の言葉の中に端的に表現されている。「因果関係より広い概念がある。すなわち相関である。相関という新しい概念からみれば、因果関係はいわばその極限の場合である。相関の概念を利用することによって、心理学、医学および社会学等もその大部分が数量的処理を施し得られるものになる。」

社会指標研究においても相関概念が最も重要となるが、偏差積率相関係数を使用する場合、幾つかの問題を指摘することができる。第1に、2つの個別指標項目間の直線的な相関関係を仮定するため、何らかの曲線的な相関関係があっても、相関係数の値が0に近くなってしまう。第2に、上記のように相関は広い概念であるため、“み

11) 相関の概念については、例えば、丸山久美子「相関分析」(川島武宜編「法社会学講座3」岩波書店1972所収)、Fisher, R. A., Statistical Methods for Research Workers, Oliver and Boyd (遠藤、錦谷訳『研究者のための統計的方法』森北出版1970)などを参照のこと。なおPearsonの記述は、丸山論文から転載した。

せかけの相関”ということが生じることもあるので、その関係の理解には細心の注意が要求される。第3に、社会指標の場合、サンプル数が一般に小さいという問題がある(たとえば、都道府県をサンプルとしても僅か47である)。第4に、各指標項目ごとの地域分布の状態が正規分布から大きくはずれていると問題である。そのため、たとえば対数変換を行ない、正規分布に近似させるというような操作を行なう必要がある。

ところで、個別指標化それ自体が社会現象の再構成であるとしても、何十個かの指標を列挙し、その関係を明確にするだけでは煩雑であるし、その必要がない場合もある。そのために複雑な現象から一定の構造なり因子なりを抽出し、明快な形で示す必要がある。このような考え方は、parsimony¹²⁾(簡潔性、節約性)の原理と言われ、現在の科学の進展のための最も基礎的な原理として作用して来たのである。よって、社会指標研究においても相関マトリックスから何らかの構造を導出する努力がなされる訳だが、その数理モデルとしては、心理学の分野で多く使用され、現在、その他の社会科学の分野へも広がっている因子分析なり主成分分析¹³⁾のモデルを活用するのが最も一般的な方向であると思われる。しかし、注意すべき点は、第1に、これらの手法は線型性を仮定しており、社会現象を解析する場合果して有効であるかという問題がある。非線型性を仮定したモデル(たとえば、指標間の関係を順位情報に変換し、ノンメトリック多次元尺度構成法を使用するのも1つの方法である)を考案していくという方向もあるが、線型近似の妥当性と

か意義に十分配慮しながら線型モデルを使用することも必要である。第2に、これは当然のことではあるが、このような数理モデルの数学的構造と社会学的な理論とは本来的に別ものであるという点を認識する必要がある¹⁴⁾。それにもかかわらず、これらの手法は、仮説を作るとか、仮説を検証するとか理論的な意味づけを行なうのに有力な用具となりうる。本研究でも主成分分析が使用される。

総合化と地域のパターン化

個別指標を何らかの方法で総合化して合成指標を作成するという事は、社会指標研究における一つの重要なテーマになっている。その合成指標は、一般型として、

$$u = f(x_1, x_2, x_3, \dots, x_m)$$

(注) $x_i (i=1, m)$ は指標項目

と表現されるが、各指標項目には相互連関関係があり、その型を特定化することは不可能に近い。故に、通常、

$$u = \sum_{i=1}^m w_i x_i$$

(注) $w_i (i=1, m)$ ウェイト

$x_i (i=1, m)$ 指標項目

という線型結合の形に単純化されている。これは、家計消費支出からウェイトを算出して合成する消費者物価指数と同じ考え方に基いている。しかし、社会指標の分野では、個別指標は非貨幣的単位であるため、共通単位化が非常に困難であり、また、ウェイト算出方法が確立されていないため、上記のように合成することへの異議は根強い¹⁵⁾。

12) Parsimonyの考え方については、例えば、丸山久美子「心理学的測定における非線形問題I」(『心理学研究』Vol. 40, No. 4, 1969 所収)。

13) 主成分分析の考え方は次の通りである。例えば、N個の地域についてP個の個別指標項目の値が測定されたとする。当然、その各指標項目の間には何らかの相関関係がある。ここでP次元のユークリッド空間を考えるとN個の地域はその空間にばらまかれていることになる。しかし、このままではその構造は全くわからないが、P次元の部分空間にその多くの地域が集まっているとするとその構造は理解し易い。例えばM次元空間の近くに集まっているとするとその空間に射影することが可能であり、その場合、情報のロスがほとんどないとすると次元を下げた方が都合が良いことは言うまでもない。具体的にはP次元空間のN個の各地域からこの場合はM次元空間に垂線を引き、その二乗和が最小になるように空間を決定し、主成分(=座標系)を設定する。このように、各地域がより少ない次元の空間にプロットされる訳だが、更に、その主成分と各指標の相関係数が因子負荷量であり、これにより各主成分と関係する指標のグループを明確にすることができ、その座標軸を解釈することができる。なお現在、主成分分析についての良い解説書は多く出ているが、例えば、奥野忠一「多変量解析法」日科技連 1971を参照のこと。

14) 盛山和夫は「因子軸として表われてくるのは単に期間ないし社会間における各変数のあいだの共通の〈変動軸〉でしかないのである。因子軸がそのようなものであるかぎり、各変数の因子負荷量に福祉価値とのいかなる関連性も隠されているわけではなく、したがって、因子負荷量を用いる各因子ごとの因子スコアもいかなる意味であれ、個体(社会ないし年次)のなんらかの福祉スコアを表わすものではない」と述べている。(前掲盛山論文(1974)を参照のこと)。本論文は「福祉」を測定するという立場を取っていないが、上述のことには次のような問題がある。即ち、計量的手法自体に社会学的インプリケーションがないことは当然であり、それをあえて言明したところで全く意味をなさない。軸の解釈の問題はその学問分野の「伝統により蓄積された知識による調整というかたちにおいて解決される」(小室直樹「社会学における統計的モデルをめぐる諸問題」(『現代社会学』Vol. 1, No. 2 1974 所収を参照のこと)のである。

15) わが国では、ウェイトづけ、総合化の方向で研究が成されているが、アメリカでは、個別指標の比較の方に重点がおかれているように思われる。ウェイトづけ、総合化の主張者である富永健一は、「社会指標は個別指標ごとの実物指標のままである事象の個別記述の目的にしか役立たないから、なんらかの総合化を行なうことが不可欠である」と述べて、更にその総合化は一本化されたものでも部門別のもので良いと付け加

もとより、個別指標項目の包括的、体系的開発と、データの収集・蓄積のみでも十分利用可能である。特に、個別的な行政施策の効果をj知するためには、有用性を發揮し得る。しかし、社会現象のある側面について、集会的、乃至は全体的に把握、認識することも必要であり、その場合、個別指標項目間のトレード・オフ、代替、補完関係などに十分注意を配って総合化する必要がある。

ウェイトづけの方法としては、(1)家計消費支出の内訳や、time budget(時間配分)などの客観的データをウェイトにする方式¹⁶⁾、(2)住民への重要度調査、政策担当者への重要度調査、更に満足度を規定する要因のウェイトを、判別分析の拡張である林の数量化Ⅱ類を使用して算出する方式¹⁷⁾などが使用されている。また、(3)客観的データを統計数理的手法で分析してウェイトを算出する方法としては、因子分析による因子負荷量をウェイトにする方式、線型重回帰、重相関分析の考え方を使用する貢献度方式、更に主成分分析を行ない、相関行列、因子負荷行列、変動係数などの情報を加工してスケーリングをし、ウェイトインデックスを合成する方式も開発されている¹⁸⁾。

えてある(富永健一「社会発展と福祉水準」(江見康一、加藤寛、木下和夫編『福祉社会日本の条件』中央経済社 1974 所収)。一方、丸尾直美は、一元化された指標は「参考数値」に止めるべきであるとし「一組の多元的福祉指標を体系的に示す方が、各福祉指標間の相互関係を知るためにも、各福祉指標とその政策手段変数との関係を明確にする上でも有益である」と述べている。丸尾直美『福祉の経済政策』日本経済新聞社 1975、第1章を参照のこと。

- 16) 家計消費支出をウェイトとする方法は『アジア諸国の生活水準比較』アジア経済研究所 1967、time budget をウェイトとする例としては、国民生活審議会調査部会編『社会指標よりよい暮らしへの物さし』大蔵省印刷局 1974 の「余暇」部門がある。
- 17) 重要度調査(住民)によるウェイトの例としては、『二基準点方式による福祉指標作成のこころみ』東京都企画調整局 1972、重要度調査(政策担当者)によるウェイトの例としては、小沢紀美子「都市行政における住民意識の導入と評価モデルの開発」(『行動計量学』第2巻1号 1974 所収)、数量化Ⅱ類の適用例としては『総合地域指標』宮崎県企画調整室 1974、『大阪市の市民福祉指標』大阪市 1975 など。
- 18) 因子負荷量をウェイトとする方式は、兵庫、富山、三重、山梨など多くの地方自治体が採用している。貢献度方式は、『生活水準の国際比較に関する研究』国民生活研究所 1965 で提案されている。主成分分析の情報を加工、合成してウェイトづけモデルを開発した研究は、Mieno, T., Development of a Weighting Model for Social Indicator, Behavior-metrika No. 4 1977 a (To appear) を参照のこと。

なお、社会指標のウェイトづけ、総合化の手法をまとめたものとして『社会指標のウェイトづけに関する調査報告書』社会開発統計研究所 1974。又、批判的に検討したものとしては、三重野卓「ウェイトづけ総合化に関する既存業績の整理と検討」(『東京都社会指標の研究開発』東京都統計部 1977b 所収)を参照のこと。

ところで、社会現象は多次元的であるという点を考慮に入れると、例え社会指標が GNP を補完するもの(断じて GNP に代替するものではない)としての要請があろうとも、安易に一本化することは許されない。そこで考えられるのは、第1に、同じような変動を示す指標項目を集めて、その中で総合化するという変数分割の考え方であるが、実は上述の因子負荷量をウェイトとする方式はこれにあたる。つまり、抽出された因子への負荷量の大きい項目を選択し、各地域におけるその個別指標の標準得点を求め、次の式で因子内の総合化を行なう訳である。

$$L_{iF} = \frac{\sum_j |a_{jF}| Z_{ij}}{\sum_j |a_{jF}|}$$

ここで L_{iF} : i 地域の F 因子についてのレベル・バリュー

a_{jF} : j 個別指標項目の因子 F についての因子負荷量

Z_{ij} : j 個別指標項目の i 地域での標準得点

第2には、変数分割はやらす、主成分分析における互に無相関な主成分ごとに各地域の総合特性値(因子分析における因子得点に相当する)を算出し、合成指標を作るという考え方があろう¹⁹⁾。これは、実は第1の考え方と同じであり、第1の方法は第2の方法の簡便法と考えられる。なお、因子分析ではいわゆるコミュニティの推定(相関行列の対角要素に何を入れるかという問題、主成分分析では1を入れる)の困難があり、因子得点の算出方法に問題が生じるため、第2の方法を採用する場合は、主成分分析の使用が望ましい。当然、総合特性値は、次式で与えられる。

$$Z_{ik} = \sum_j l_{ij} x_{jk}$$

Z_{ik} : 第 i 主成分、 k 地域の総合特性値

l_{ij} : 第 i 主成分、 j 項目の固有ベクトル

x_{jk} : 個別指標項目 j の k 地域での得点(正規変換してある)

本研究ではこの手法を採用するが、個別指標を総合化する場合に、その複雑な事象を如何に次元の少ないベクト

- 19) 主成分分析による総合特性値を総合得点とする方法は『生活水準の国際比較に関する研究』国民生活研究所 1965 で提案されているが、一本化した尺度という視点が強い。また、山本幹夫、林知己夫他「国民健康の生態」(『行動計量学』第4巻第1号 1976 所収)は、総合特性値を合成指標として使用しているが、本研究とは使用法が異なる。

ル指標²⁰⁾に集約できるかという点に焦点がある。

ところで、算出された総合特性値を、各主成分(=因子)を座標軸とする平面上にプロットすることにより、視覚的に各地域(後述の解析では都道府県)の位置づけを明確にすることができる。当然、その総合特性値の数値自体が意味を持つとしても、その僅かな差がどれだけ重要であるかとの疑問は免れない。更に、本研究では個別指標の都道府県別の数値は正規変換がなされている点からも明らかなように相対的なものであるため、総合特性値も、何らかの規範的水準と比較して良いとか悪いとか言うものではない。これらの点を考慮に入れると、比率尺度でなくて順位尺度、更に順位のついた群で充分であるとも考えられる。ここでは、各主成分ごとに $\bar{Z}_i \pm 3\sigma$ ($\bar{Z}_i$ は i 主成分の総合特性値の平均、 σ は標準偏差)の値を求め、その間隔を11等分してそれぞれに0から10点を与えて尺度化して評価するという方式を一部で採用した。

また、都道府県の二次元布置図を検討することでも十分な情報を得ることができるが、地域をまとめてクラスター化すると便利である。各地域間の距離を求めてクラスター分析にかけてデンドログラムを書くという方法がオーソドックスなやり方であると思われるが、ここでは抽出された軸に対する総合特性値をそのプラス・マイナスの符号で分割し、複数の軸を組み合わせることによりパターン化するという方法を使用した²¹⁾。たとえば、抽出された軸を2本使用すると、1) ++, 2) +-, 3) -+, 4) -- と4通りにパターン化することができる。また、軸を3本使用すると8通りのパターン化が可能である。しかし、それ以上になると組み合わせ方が急速に増大するという欠点があるため、軸の採用は、結局は2~3本が望ましいという制限がある。それにもかかわらず、抽出した軸の解釈、およびその命名を重視してパターン化、クラスター化するという点は評価されうるものだと思う。

III 保健・医療指標の構築

ここでは、前節の方法に依拠して作成された保健医療指標を提示して、若干の検討を加えてみよう。なお、データの収集も制限されており、試作的段階に止まるものではあるが、その限られた材料からも有意義な情報が引

き出されることが理解できると思われる。

指標項目の選択とタイプわけ

設定された個別指標項目は25個であり、それぞれについて、47都道府県の昭和40, 45, 50年の時系列データが対応づけられた(研究時点で収集困難であった一部の昭和50年データは、49年データで代替した。なお、沖縄については、本土復帰後の49年, 50年データを付け加えた)。このような、指標項目、観測時点、観測地点から成る三相データを解析する点に本研究の特色がある。

指標項目の分類枠組は、医療、健康関係の項目を健康状態指標と医療活動指標に分け、更に、前者を死亡率、疾病関係の指標、後者を医療のマンパワー及び施設、保健活動の指標に分けるという形を取った(図3を参照のこと)。ここで注意すべき点は、健康状態指標としては先ず有病率が考えられるが、その値が高いということは健康状態が悪いことを意味する一方、医療環境が整備されているため病気が発見され易いという解釈も可能であり、その意味づけが困難なため除外し、食中毒、法定指定伝染病、届出伝染病関係の三つの項目のみを採用したことである。

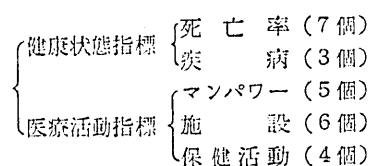


図3 分類枠組

また、本研究では設定された指標項目をプラス指標、マイナス指標にタイプ分けしたが、この区分は相関係数を求める時に重要性を帯びる。すなわち、もとの相関係数を γ_{ij} としたとき、修正された相関係数は次のようになる。

$$\gamma_{ij}^* = \alpha_i \beta_j \gamma_{ij}$$

ただし、 $\alpha_i = 1$: i がプラス指標のとき

$\alpha_i = -1$: i がマイナス指標のとき

$\beta_j = 1$: j がプラス指標のとき

$\beta_j = -1$: j がマイナス指標のとき

なお、ここで個別指標は、その分布を正規分布に近似させるために対数変換がなされている。25項目の内訳をみると、プラス指標が15個、マイナス指標は10個という結果になった。採用された指標名、タイプなどについては、表1を参照されたい。また、都道府県名とその識別番号については、表2を参照されたい。

20) ベクトル指標という用語を使用しているのは林知己夫である。前掲林論文(1977)を参照のこと。

21) この方法を使用しているものとしては、例えば、関清秀、神山由紀子「都市の類型化に関する研究」(『社会学評論』Vol 26, No 4, 1976 所収)。

表 1 使用した指標項目一覧表

No	指 標	指 標 タイプ	出典
1	*医 師 数	a +	1
2	*歯科医師数	a +	1
3	*薬 剤 師 数	a +	1
4	*病 院 数	b +	2
5	*診 療 所 数	b +	2
6	*歯科診療所数	b +	2
7	*病院病床数	b +	2
8	*死 亡 率	c -	3
9	*全結核死亡率	c -	3
10	*悪性新生物死亡率	c -	3
11	*心疾患死亡率	c -	3
12	*自殺死亡率	c -	3
13	*乳幼児死亡率	c -	3
14	*死 産 率	c -	3
15	食中毒患者数	d -	4
16	法定指定伝染病患者数	d -	4
17	届出伝染病患者数	d -	4
18	*救急病院数	b +	2
19	薬 局 数	b +	5
20	看 護 婦 数	a +	5
21	成人病集団検診受診者数	e +	6
22	乳幼児集団検診受診者数	e +	6
23	衛生教育開催回数	e +	6
24	保健婦家庭訪問回数	e +	6
25	保 健 婦 数	a +	5

(注) 1) * は昭和 50 年データのかわりに昭和 49 年データを使用

2) 指標は、全て人口で基準化してある。

2) 指標タイプ +: プラス指標, -: マイナス指標

a: マンパワー, b: 施設, c: 死亡率, d: 疾病,
e: 保健活動

(出典) 1 医師・歯科医師・薬剤師調査, 2 医療施設調査病院報告, 3 人口動態統計, 4 伝染病および食中毒統計, 5 衛生行政業務報告, 6 保健所運営報告。

主成分分析の結果

主成分分析は、各年度ごとに 3 通り、年度と都道府県を込みにしてサンプル数を 139(46×3+1) とする方法、年度と指標項目とを込みにして項目数を 75(25×3) とする方法、という計 5 通りが行なわれた。各分析をケース I～V と命名したが、その主成分の寄与率については、表 3 を参照されたい。

表 3 より明白なように、各ケースごとに若干の差があるとは言え、それぞれの主成分の寄与率は第 1 主成分で約 30%、第 2 主成分で約 20%、第 3 主成分で約 10% となり、第 4 主成分までの累積寄与率はどれも 60% を越すという結果になっているため、ここでは一応第 4 主成分までを解釈の対象とした。

以下、因子負荷量を使用した指標項目の布置図と、総

表 2 都道府県名一覧表

No	都道府県名	No	都道府県名	No	都道府県名
1	北海道	17	石 川	33	岡 山
2	青 森	18	福 井	34	広 島
3	岩 手	19	山 梨	35	山 口
4	宮 城	20	長 野	36	徳 島
5	秋 田	21	岐 阜	37	香 川
6	山 形	22	静 岡	38	愛 媛
7	福 島	23	愛 知	39	高 知
8	茨 城	24	三 重	40	福 岡
9	栃 木	25	滋 賀	41	佐 賀
10	群 馬	26	京 都	42	長 崎
11	埼 玉	27	大 阪	43	熊 本
12	千 葉	28	兵 庫	44	大 分
13	東 京	29	奈 良	45	宮 崎
14	神奈川	30	和歌山	46	鹿児島
15	新 潟	31	鳥 取	47	沖 縄
16	富 山	32	島 根		

表 3 主成分の寄与率 (単位: %)

	第 1 主成分	第 2 主成分	第 3 主成分	第 4 主成分
ケース I (昭和 40 年データ)	27.53	17.78	8.55	7.90
ケース II (昭和 45 年データ)	30.96	20.60	8.86	6.85
ケース III (昭和 50 年データ)	34.63	20.89	8.47	5.67
ケース IV (3 ケ年データ)*	25.11	22.14	14.53	5.95
ケース V (3 ケ年データ)**	29.21	19.86	7.88	6.89

(注) 1) 昭和 50 年データは部分的に 49 年データを使用している。

2) * 項目数 25×地域数 139 (46×2+47) とみなす。

3) ** 項目数 75(25×3)×地域数 46 とみなす。

合特性値を使用した都道府県の布置図に関して検討を加えよう。

① 指標項目布置図の検討

図 4, 5, 6 は、昭和 40, 45, 50 年のそれぞれのデータを主成分分析にかけた結果による指標項目の二次元布置図である。最初に I 軸についてみると、昭和 40 年(ケース I)の分析結果によると、「(2)歯科医師数」, 「(3)薬剤師数」, 「(6)歯科診療所数」, 「(19)薬局数」など比較的都市部で水準の高い項目, 「(8)死亡率」, 「(11)心疾患死亡率」, 「(13)乳幼児死亡率」など都市部で値の低い項目の因子負荷量が多い。昭和 45 年(ケース II)の分析結果もほぼ同様の結果を示し、更に「(10)悪性新生物死亡率」が加わっているが、この指標も一般に都市部でその値が低い。次に、昭和 50 年(ケース III)の分析結果をみると、I 軸上の布置は昭和 40, 45 年の結果と逆になっている。ここで因子負荷量のマイナスが大きい項目としては、上記の(8), (10), (11)を挙げることができる。一方、昭和 40, 45 年の布置図で、I 軸のマイナス方向を

みると、「(23) 衛生教育開催回数」、「(24) 保健婦家庭訪問回数」、「(25) 保健婦数」、「(21) 成人病集団検診受診者数」の因子負荷量の絶対値が大きな値となっているが、これらは一般に農村的地域で水準が高い。昭和50年の分析結果についても、上記の項目の第Ⅰ軸での因子負荷量は大きな値となっている。以上の検討より、第Ⅰ軸は都市性—農村性を表わしている因子であると解釈できるので、ここでは「医療地域性因子」とよんでおくことにする。

図7、8は、3ケ年のデータをまとめて分析した結果であるが、同様の布置状態を示していると言える。特に、図8(ケースⅤ)は指標項目の時系列変動図であるが、Ⅰ軸での因子負荷量の絶対値が大きい項目は、年度の経過と共にその値は1に近づき、因子負荷量の絶対値が小さい項目はランダムな方向に変動している。

次にⅡ軸についてであるが、昭和40年(ケースⅠ)の分析結果によると、「(5) 医師数」、「(1) 診療所数」、「(4) 病院数」、「(7) 病院病床数」、「(20) 看護婦数」の因子負荷量が大きくなっている。更に45年(ケースⅡ)の分析結果をみると、Ⅰ軸でも検討された「(6) 歯科診

療所数」、「(2) 歯科医師数」、「(3) 薬剤師数」等の因子負荷量も、前記の5項目の因子負荷量と共に大きい値となっている。50年(ケースⅢ)の分析結果も同様の結果がみられる。これらの検討より、一応第Ⅱ軸のプラスの方向には、医療充実に関するものが集まっていると解釈できる。次に、Ⅱ軸のマイナス方向をみると、昭和40、45年の結果では「(9) 全結核死亡率」、「(10) 悪性新生物死亡率」、50年の結果では「(24) 保健婦家庭訪問回数」、「(23) 衛生教育開催回数」、「(25) 保健婦数」が位置しており、プラス方向と対極をなす解釈はできない。しかし、一般にその因子負荷量は -0.5 位であり、その絶対値は必ずしも大きいとは言えず、また、プラスの大きい項目に比較してその数が少ないため、第Ⅱ軸はプラス方向の項目に着目して、「医療充実性因子」とよんでおくことにした。

ところで、3ケ年のデータをまとめて分析した結果も同様の結果を示している。特に、図7(ケースⅣ)はきれいな布置状態を示している。また、指標項目の3ケ年時系列変動図をみると(ケースⅤ、図8を参照のこと)、Ⅱ軸での因子負荷量の値がプラス方向で大きい項目は、年

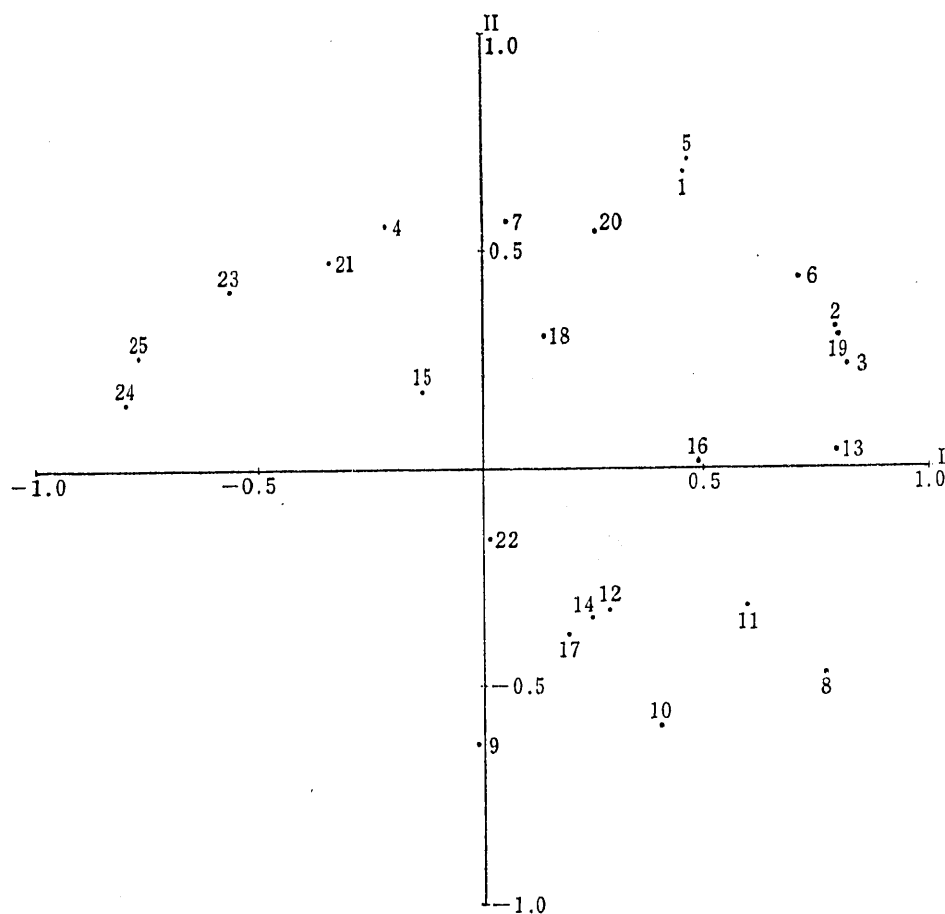


図4 二次元指標項目布置図(昭和40年)

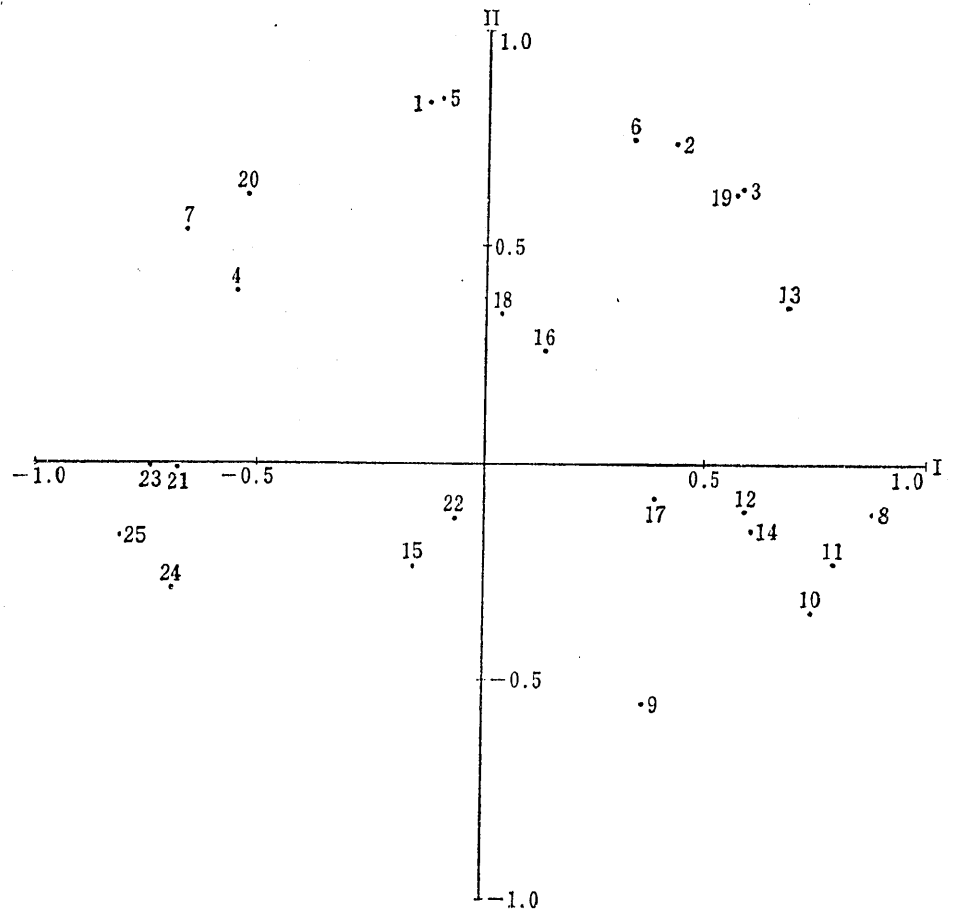


図 5 二次元指標項目布
置図 (昭和 45 年)

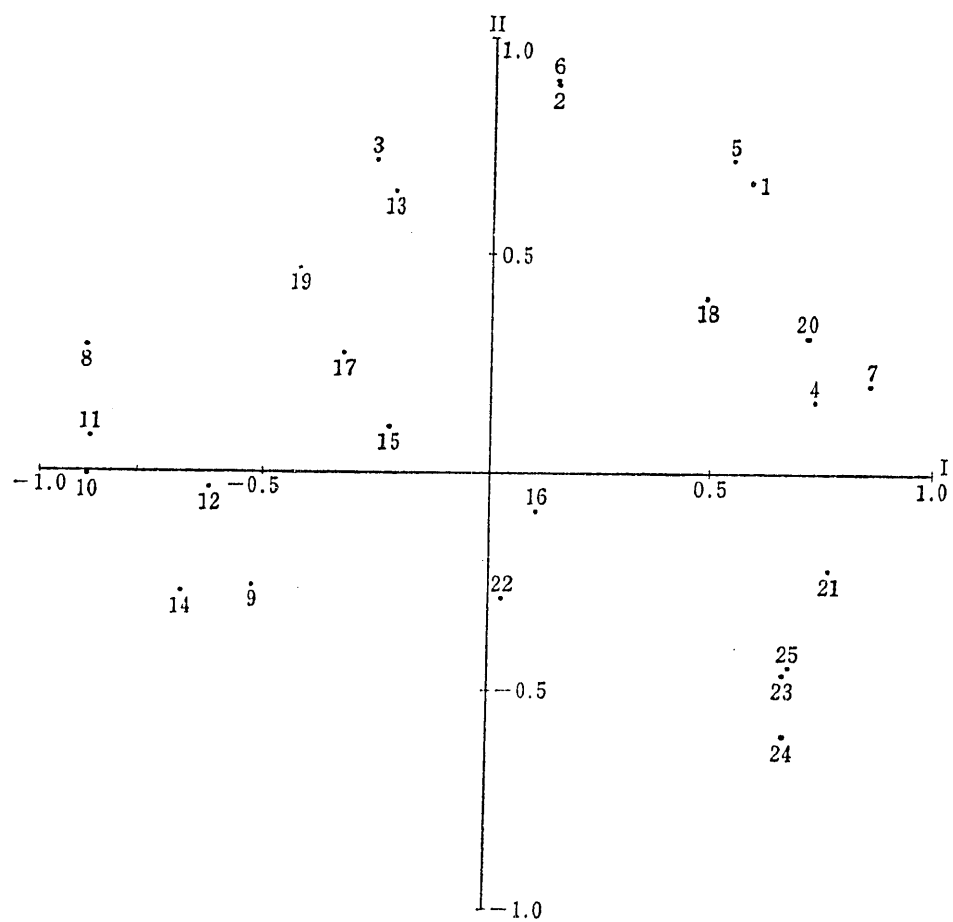


図 6 二次元指標項目布
置図 (昭和 50 年)

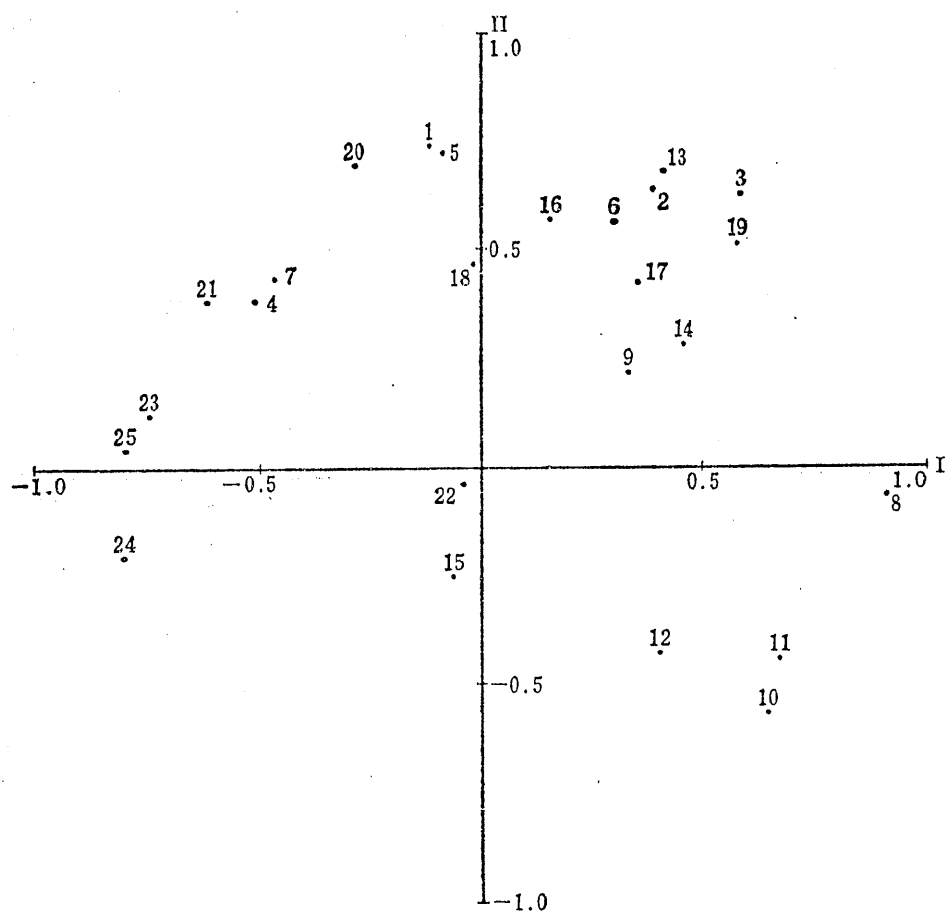


図 7 二次元指標項目布
置図 (昭和40+45+
50年)

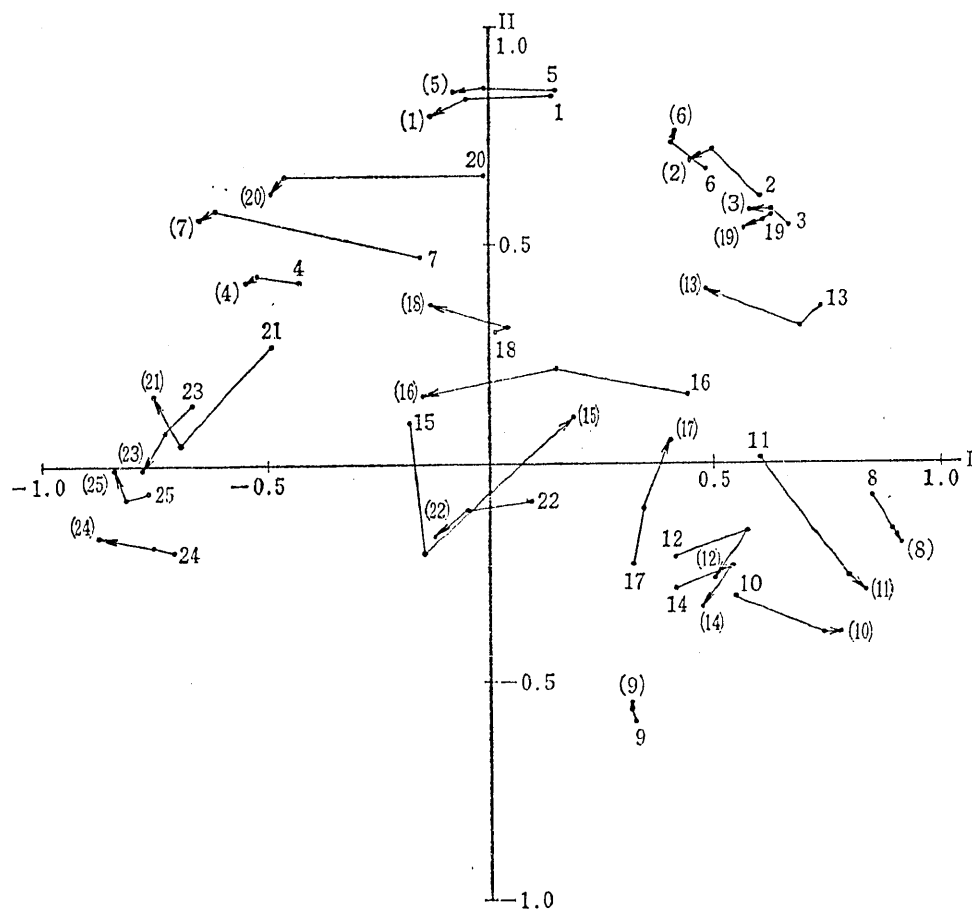


図 8 二次元指標項目時
系列変動図

度ごとではその値はあまり変化していないという結果になっており、マイナス方向はほぼ無視しても問題はないという結果になっている。

以上のように、第Ⅰ軸を「医療地域性因子」、第Ⅱ軸を「医療充実性因子」と解釈することができた。そして、この両因子は、各ケースごとにそれを特徴づける項目に若干の差異があるとは言え、かなり安定して抽出できたという点は注目に値しよう。更にここでは、第Ⅲ軸と第Ⅳ軸についても布置図を書いて検討してみたが（その図は省略）、因子負荷量の絶対値は一般に小さく、0.5を超すものは僅かを数えるのみであった。特に第Ⅳ軸については、その布置状態は年度により大幅に異なるという結果になった。それに比較して、Ⅲ軸の方が安定性があったが、その軸の解釈が不可能に近かったので考察の対象から除外することにした。

第Ⅱ主成分までで国民の健康、医療状態を説明するということは、parsimonyの原理から望ましいと言えるが、固有値の累積寄与率は約50%であり、半分の情報が無視される結果になった点への反省も必要であろう。この点に関しては、本研究のように理念演繹的に、指標選定の枠組に依拠して項目をあらかじめ決定してしまうという方法は取らずに、ゆるい選定枠組に基づきなるべく多くのデータを収集し、主成分分析にかけて各軸に対して大きい負荷量をもつ項目を明確にするとか、項目の

クラスター分けをするなりして指標項目選定の目安をたて、それに基づいて最終的に指標項目を選定する方が望ましいと思われる。その選定された指標項目を再度主成分分析にかけた方がよりよい布置が得られ、解釈が容易になると共に、情報のロスを少なく食い止めることができるとと思われる²²⁾。

なお、本節の初めに提示した個別指標項目の分類枠組と、ここで抽出された因子との関係については、本来的に意味が異なることを注意しておこう。すなわち、前者は、医療、保健事象について演繹的に構成されたものであるのに対して、後者は、各指標の変動から導き出されたものである。よって、分類枠組の各構成要素に属する個別指標間に相関関係があるとは仮定されていないのであり、もし両者、すなわち、分類枠組と因子抽出の考え方を接合したいと考えるなら、分類枠組の各構成要素の指標群ごとに主成分分析にかけて因子を抽出するという方法が望ましい。そして、分類枠組の構成要素間の関係については、たとえば正準相関分析を行なって明らかにするといった方法を取ることが望ましいと考えられる。ただし、本研究はデータの制約上、そこまでは立ち入らないことにした。

22) この手続きの実際の適用は Mieno, T., (1977 a) に示されている。

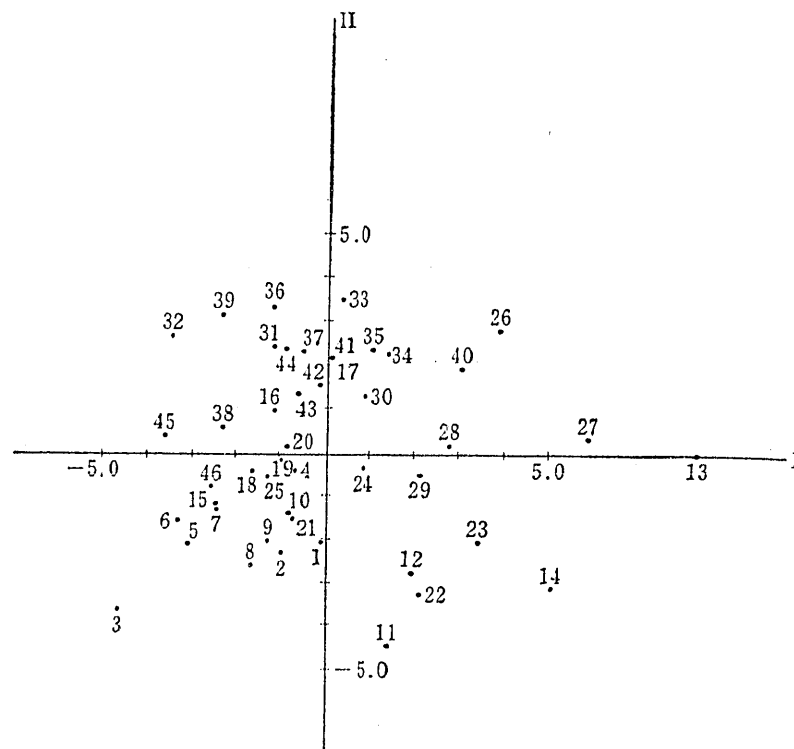


図 9 二次元地域布置図 (昭和 40 年)

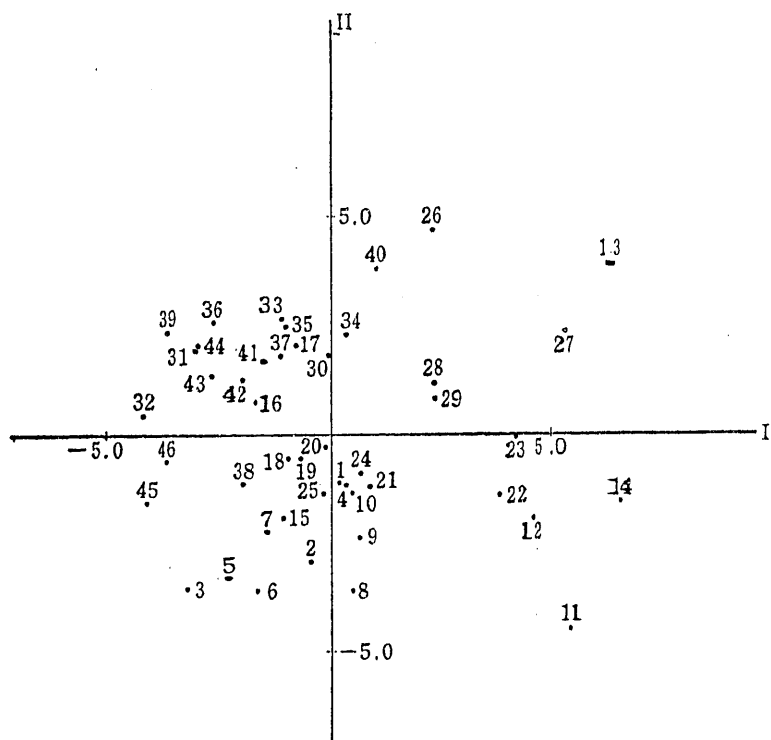


図 10 二次元地域布置図 (昭和 45 年)

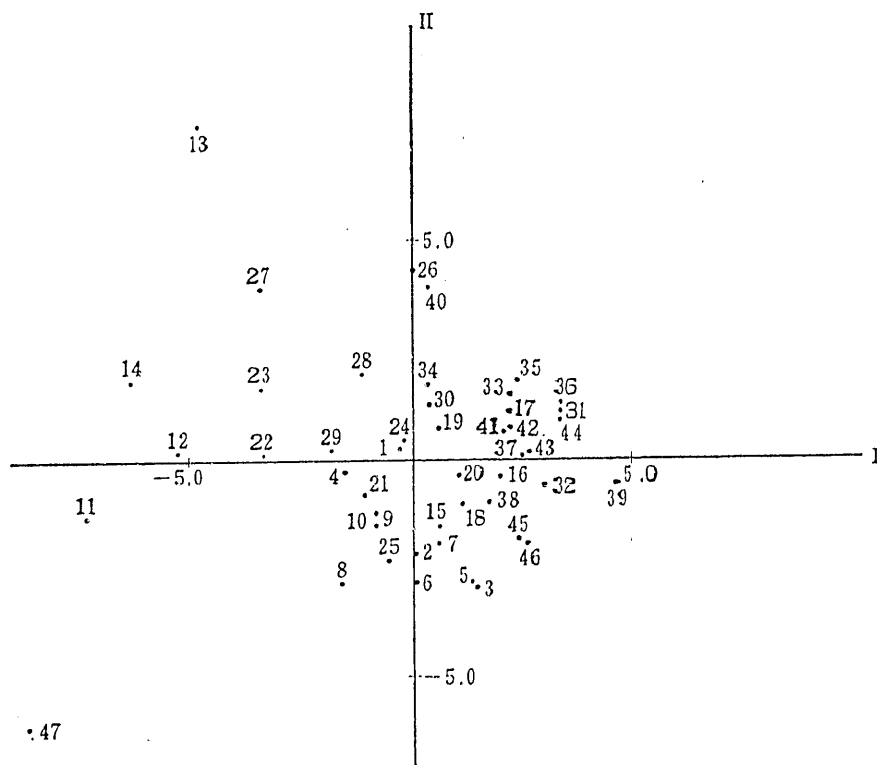


図 11 二次元地域布置図 (昭和 50 年)

② 都道府県布置図の検討

図 9, 10, 11 (ケースⅠ～Ⅲ) は, 昭和 40, 45, 50 年それぞれの年度における都道府県の第Ⅰ軸と第Ⅱ軸による二次元布置図である (既に述べた通り, Ⅲ軸とⅣ軸は検討の対象から外したので, その布置図の掲載は省略)。各年度における布置図の第 1 から第 4 象限に位置している都道府県は (ここでも, 50 年の布置図の第 1 軸は, プラス, マイナスの方向を逆転して検討する必要がある), 部分的にはかなり変化しているとは言え, 大筋では「医療地域性」, 「医療充実性」の因子を反映していると考えられる。

図 13 は, 3 ケ年のデータをまとめて検討した場合 (指標項目数を $25 \times 3 = 75$ とみなす, ケースⅤ) の総合特性値による二次元布置図であるが, それにより上記二因子の解釈の妥当性がより明確になる。表 4 は, 各象限に位

置する都道府県名を列举したものであるが, 医療都市性—医療充実性には, 東京, 大阪, 京都, 福岡などが位置し, 医療都市性—医療非充実性には, 神奈川, 埼玉, 千葉, 静岡などが位置している。また, 医療農村性—医療充実性には, 徳島, 鳥取, 高知, 島根など, 医療農村性—医療非充実性には, 岩手, 秋田, 山形, 宮崎などが位置し, 原データに戻って検討してみても, 妥当な結果が出ていることが裏付けられる。

図 12 は, 都道府県の二次元時系列変動図 (ケースⅣ) である。ここでは, 図が煩雑になるのを避けるため, ケースⅤを参考にして, 代表的な都道府県を選択してそれらについてのみ提示した。各都道府県のⅠ軸での総合特性値は, 年度が進むにつれてそれほど大きな変化は示していないがある程度プラスの方向へ移っており, Ⅱ軸での総合特性値は大幅にプラスの方向へ移行している。こ

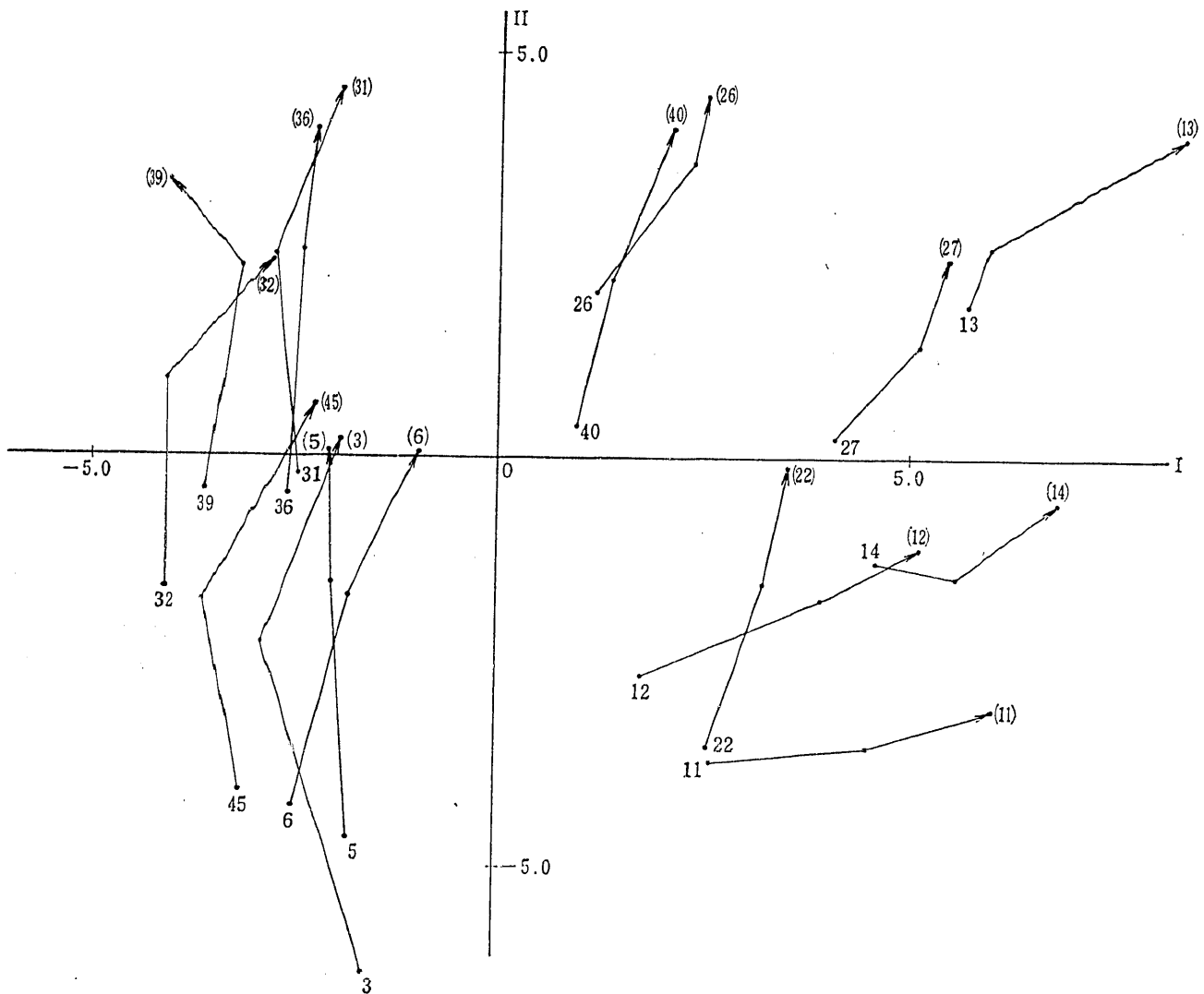


図 12 二次元地域時系列変動図 (代表的なもののみ)

表 4 3ヶ年データの主成分分析による総合特性値のパターン分け

第Ⅰ主成分	第Ⅱ主成分	都道府県名
+	+	(13) 東京, (26) 京都, (27) 大阪, (40) 福岡, (28) 兵庫, (34) 広島, (30) 和歌山, (24) 三重
+	-	(12) 千葉, (11) 埼玉, (14) 神奈川, (23) 愛知, (9) 栃木, (22) 静岡, (1) 北海道, (4) 宮城, (21) 岐阜, (29) 奈良, (10) 群馬
-	+	(39) 高知, (36) 徳島, (32) 島根, (31) 鳥取, (44) 大分, (43) 熊本, (16) 富山, (37) 香川, (42) 長崎, (41) 佐賀, (33) 岡山, (17) 石川, (35) 山口
-	-	(3) 岩手, (5) 秋田, (6) 山形, (7) 福島, (2) 青森, (15) 新潟, (21) 滋賀, (45) 宮崎, (46) 鹿児島, (38) 愛媛, (18) 福井, (20) 長野, (18) 山梨, (8) 茨城

れは、この10年間では各都道府県とも医療水準は大幅に改善しているが、その地域性は都市型へ移行しているもののやはり残っていることを意味する。ただし、図に示した埼玉、千葉、神奈川などは、医療都市性が著しくなった割には、相対的に医療が充実していないという事実をこの変動図（布置図）が物語っている点は注目に値する。

表5には、全都道府県の二次元時系列変動状態に基づいて、総合特性値の平均と 3σ （ σ は標準偏差）により算出された得点と、抽出された軸への＋－反応によるパターン分けの結果が示されている。この表により、各年度における都道府県の位置づけがより簡明に理解可能になると思われる。

要約と結論

以上、統計数理的アプローチの考え方について述べ、保健・医療指標をサンプルとして分析結果を示してきたが、それによって、次の6つのことが明らかになった。すなわち、

- 1) 社会指標研究においては、個別指標（項目）の構成が最も重要な問題である。その構成の精緻化、データ

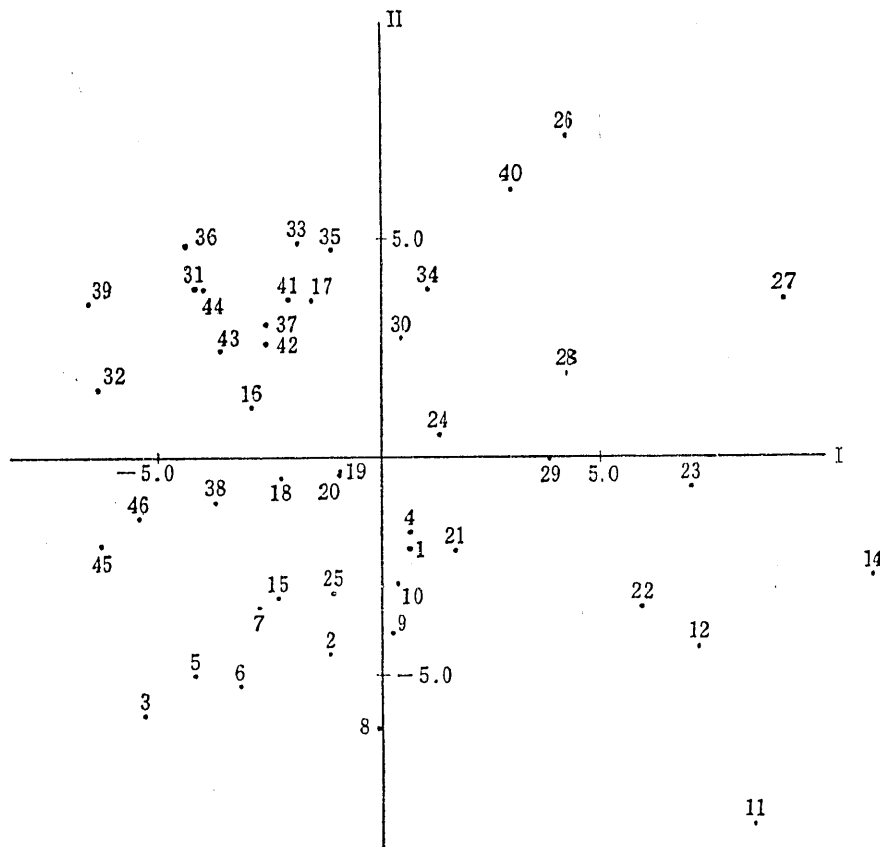


図 13 二次元地域布置図（昭和40+45+50年）

表 5 都道府県のパターンわけ

No	年度	都道府県名	I	II	I	II	No	年度	都道府県名	I	II	I	II	No	年度	都道府県名	I	II	I	II
1	1) 2) 3)	北海道	6 5 5	5 4 2	++ ++ ++	+- +- +-	17	1) 2) 3)	石川	5 4 4	8 6 5	- -- --	++ ++ ++	33	1) 2) 3)	岡山	4 4 3	8 7 6	- -- --	++ ++ ++
2	1) 2) 3)	青森	5 5 5	4 3 2	-- -- --	-- -- --	18	1) 2) 3)	福井	4 4 4	7 5 3	- -- --	+- +- +-	34	1) 2) 3)	広島	6 5 5	8 7 5	++ ++ +-	++ ++ ++
3	1) 2) 3)	岩手	4 3 4	5 3 0	-- -- --	+- +- +-	19	1) 2) 3)	山梨	5 4 4	7 5 3	- -- --	+- +- +-	35	1) 2) 3)	山口	4 4 5	8 6 5	- -- --	++ ++ ++
4	1) 2) 3)	宮城	6 5 4	6 5 3	++ ++ ++	+- +- +-	20	1) 2) 3)	長野	4 4 4	7 6 4	- -- --	++ ++ +-	36	1) 2) 3)	徳島	3 3 3	8 7 5	- -- --	++ ++ +-
5	1) 2) 3)	秋田	3 3 4	5 4 1	-- -- --	+- +- +-	21	1) 2) 3)	岐阜	6 6 6	6 4 3	++ ++ ++	+- +- +-	37	1) 2) 3)	香川	4 4 4	8 6 5	- -- --	++ ++ +-
6	1) 2) 3)	山形	4 4 3	5 4 2	-- -- --	+- +- +-	22	1) 2) 3)	静岡	8 7 7	5 4 2	++ ++ ++	- -- --	38	1) 2) 3)	愛媛	4 4 3	6 5 3	- -- --	+- +- --
7	1) 2) 3)	福島	4 4 4	6 4 2	-- -- --	+- +- +-	23	1) 2) 3)	愛知	8 8 7	6 4 4	++ ++ ++	+- +- +-	39	1) 2) 3)	高知	2 3 2	8 7 5	- -- --	++ ++ +-
8	1) 2) 3)	茨城	5 5 5	4 3 2	++ ++ ++	-- -- --	24	1) 2) 3)	三重	6 6 5	6 6 3	++ ++ ++	+- +- +-	40	1) 2) 3)	福岡	7 6 6	8 7 5	++ ++ ++	++ ++ ++
9	1) 2) 3)	栃木	5 5 5	5 4 3	++ ++ ++	-- -- --	25	1) 2) 3)	滋賀	5 5 4	5 4 3	++ ++ ++	+- +- +-	41	1) 2) 3)	佐賀	4 4 4	7 6 4	- -- --	++ ++ +-
10	1) 2) 3)	群馬	5 5 5	6 5 3	++ ++ ++	+- +- +-	26	1) 2) 3)	京都	7 7 6	8 8 7	++ ++ ++	++ ++ ++	42	1) 2) 3)	長崎	4 4 4	7 5 4	- -- --	++ ++ +-
11	1) 2) 3)	埼玉	9 8 7	3 2 2	++ ++ ++	-- -- --	27	1) 2) 3)	大阪	9 9 8	7 6 5	++ ++ ++	++ ++ ++	43	1) 2) 3)	熊本	4 3 4	7 6 4	- -- --	++ ++ +-
12	1) 2) 3)	千葉	9 8 7	4 4 3	++ ++ ++	-- -- --	28	1) 2) 3)	兵庫	7 7 6	7 6 4	++ ++ ++	++ ++ +-	44	1) 2) 3)	大分	4 3 4	8 6 4	- -- --	++ ++ +-
13	1) 2) 3)	東京	* 9 9	8 7 7	++ ++ ++	++ ++ ++	29	1) 2) 3)	奈良	6 6 6	6 6 4	++ ++ ++	++ ++ +-	45	1) 2) 3)	宮崎	3 2 3	6 4 2	- -- --	+- +- --
14	1) 2) 3)	神奈川	10 9 8	5 4 4	++ ++ ++	-- -- --	30	1) 2) 3)	和歌山	6 5 5	7 6 5	++ ++ +-	++ ++ +-	46	1) 2) 3)	鹿児島	3 3 3	6 4 2	- -- --	+- +- --
15	1) 2) 3)	新潟	4 4 4	6 5 3	-- -- --	+- +- +-	31	1) 2) 3)	鳥取	3 3 3	9 7 5	- -- --	++ ++ +-	47	1) 2) 3)	沖縄	9	0	+	-
16	1) 2) 3)	富山	4 4 4	7 6 4	-- -- --	+- +- +-	32	1) 2) 3)	島根	3 2 2	7 6 4	- -- --	++ ++ +-							

(注) 年度 1) 昭和50年又は49年 2) 昭和45年 3) 昭和40年
各都道府県のスコアで*印は10点より大きい例外的なものを示す。

の質の向上により、有用性は飛躍的に増大するものと思われる。

- 2) 主成分分析は、社会指標研究におけるいわゆる総合化と地域のパターン化のために有力な用具となり得る。
- 3) 特に、多次元的な総合化のために有用である。本研究では、「医療地域性」と「医療充実性」という二本の軸が抽出されたが、それに基づき総合化が可能である。
- 4) 地域のパターン化については、本研究の限られたデータから、4つのパターンを設定することができたが、それは現実的な適合度がかなり高いものと思われる。
- 5) また、時系列変化の検討から、この10年間、医療

の地域性が残っているという事実が明らかになった。

- 6) それ故に、医療政策の在り方は、このパターン分けによって当然異なってくるのであり、画一的な政策は望ましくない。医療の地域特性を重視して、それに見合った方法で医療の充実を図るべきである。

(附記) 本稿の作成に当って、直井優(東京大)、丸山久美子(青山学院大)両先生に数々の有益な助言と示唆をいただきました。ここに、感謝の意を表したいと思います。なお、計算には東京大学大型電子計算機センター HITAC 8800/8700 が使用された。

執筆者紹介(執筆順)

福 武 直	社会保障研究所理事
川 口 弘	中央大学教授
地 主 重 美	社会保障研究所研究第二部長
深 谷 昌 弘	成蹊大学助教授
小 林 迪 夫	厚生省社会局社会福祉専門官
杉 森 創 吉	日本社会事業大学助教授
山 崎 泰 彦	社会保障研究所研究員
三 重 野 卓	社会保障研究所研究員

次 号 (Vol. 13, No. 3) 予 告

研究の窓	寺 尾 琢 磨
論 文	伊 部 英 男
"	馬 場 啓 之 助
"	斎 藤 治 美
"	藤 井 康
"	曾 原 利 満
研究ノート	大 本 圭 野
"	岸 功
資 料	
書 評	黒 住 章
社会保障統計・研究会抄録ほか	

研 究 会 抄 録

(昭和 52 年 1 月～昭和 52 年 4 月)

経済分析研究会

1 月には、「家計の家族周期的分析」(報告者: 岡田政子)という題の下に、核家族化・小家族化の家計行動に与える影響及び、それが家族の発達段階に応じて変化する様子が、昭和 48 年の家計調査の再集計に基き述べられた。

再集計の対象は勤労者・核家族世帯であり、大学就学段階以下の子供数 3 人以下の世帯に限定し、子供数に応じて四区分し、更に子供の就学段階に応じて分類されている。又、都市化の影響をみるために、人口規模に従い、大都市、中都市、小都市・町村の三分類や有業構成別(三区分)分類がつけ加えられている。

まず核家族世帯の特性とその家計行動についてみると、大都市ほど核家族化が進んでいること、他の世帯と区別される経済上の特徴は、小家族であり有業人員が少ないこと、そして、世帯主収入への依存度が高いこと等である。支出面では、消費支出水準が、その他の世帯よりやや低いが 1 人当り消費支出ではやや高くなる。費目別には、住居費特にその中心たる家賃・地代の負担が核世帯において高いことが目立つ。

続いて周期段階別の家計構造の変化が、都市段階区分と併わせて検討された。ここでは子供 1 人世帯において各周期段階毎の世帯主年齢が高いこと、消費支出について、都市階級間の差が顕著なのは子供 1 人世帯であること、特に住居費、雑費との関連でその差が大ききことが特徴的である。雑費の細目でも子供数が少ない世帯ほど大きく、段階毎に支出が大幅に増加するものとして教育費がある。又、世帯主収入による実収入維持率は、長子未就学段階を最高として逡減する。

問題点としては、1. その他の世帯の家族類型は標本数が少なすぎ特徴をつかめない。2. 周期段階別に世帯主の性質別分類を交叉させる必要、3. 社会保障の効果が勤労者世帯で把握できるか、4. 経済変動の効果分析には何年かの調査の必要なこと等が指摘された。

2 月には「社会保障の再分配調査」についてと題して(報告者: 小池淳夫)、昭和 50 年度の『所得再分配調査』の概略が報告された。同調査は社会保障制度及び租税による所得再分配の実態を所得階層別に明らかにすることを目的とし、以前には昭和 37, 42, 47 年の 3 回に亘って

行なわれている。対象は全国の全世帯および世帯員であるが、住み込み、寮、寄宿舎に居住する単独世帯は除かれる。(標本数は 7,585 世帯)

そこに含まれる社会保障とは、雇用保険および社会福祉サービスを除くものであり、医療の現物給付については、50 年 9 月 1 ケ月間の各世帯の医師にかかった日数を調査し推計している。又、合計額は国民総医療費と照合される。所得再分配状況の解析については、ケース I (当初所得－税金－長期社会保険料＋年金、生活保護、その他の給付)、ケース II (ケース I－短期社会保険料) およびケース III (ケース II＋医療給付) の三つが並記されているが、いずれの場合も再分配後の分布は、当初の分布よりも中央に集中し格差は縮小している。又、ケース III において不平等が最も小さく、ケース I がそれに続くことも指摘された。

続いて過去四回の調査から十分位階級を用いてケース III の所得再分配状況を比較してみると、再分配後所得の不平等度は 37～47 年に減少しているが 50 年には再び増大し、格差の拡大を示唆している。但し当初所得の分布そのものも 37～47 年に平等化し、それ以後不平等化に向っていることをつけ加えねばならない。

問題点は、所得額の精度および医療の現物給付の推計法である。又、性、年齢、疾患別の医療の受給状況についての情報がないこと、更に不平等度の尺度としてジニ係数を用いているが、それは modal 階級の変化をみるに適していること、むしろ低所得階層への再分配を集中的にみるべきではないか、再分配を享受できなかった層がどの位あるかという分析が必要であるとの指摘がなされた。

3 月には、「日本の医療費をめぐる諸問題」(報告者: WHO フェロウ Dr. J. Broida) についての報告が行なわれた。本報告のねらいは、わが国の医療を主として利用の面から実証分析することにある。分析枠組は、(1) 独立変数として健康保険制度、(2) 媒介変数として診断、疾病の軽重度、所得、文化的要因、(3) コントロール変数として年齢、性別、(4) 従属変数として利用率(患者数、外来受診率、入院率、平均在院日数)、医療費から成り立っている。分析の内容に関しては、特に新鮮な点はないが、報告者はわが国の医療システムの観察と分析

を通して、次のような結論を導き出している。(1) 医療費に占める薬剤のシェアを減少させること、(2) 病院のオープン・システム化を促進すること、(3) グループ・プラクティスを拡張すること、(4) 予防給付をとりいれること、(5) 職業の変動や退職により、加入する健保制度が変わることのないよう生涯を通して一貫した保険制度で適用すべきである。

4月には、「国民所得・国富学会アジア部会の報告について」と題し、フィリピンの学会から帰国された江見康一氏（一橋大学）の報告が行なわれた。開発途上国における国民所得勘定の枠組，社会開発の測定，所得分布の問題に関する19の研究報告の概要，および計画のために国民所得勘定をいかに利用すべきかについてのパネル・ディスカッションの内容が紹介された。研究報告には，“社会指標の計量経済モデルと福祉政策への適用”および“社会のパフォーマンス測定のための社会一経済統計”など新しい領域の研究がふくまれているが，他方，開発途上国の所得分布の研究はいまだ未熟であり，今後の課題といった段階である。パネル・ディスカッションでは，“1950～74年のアジアにおける成長と構造変化”を基調として，次のような議論が行なわれた。(1) アジアでは国民所得勘定はどのように発展してきたか，成長率の計算はどこまで信頼できるか，(2) 労働の生産性はどのように測られてきたか，(3) 国民支出の構成はどのように変化してきたか，国民所得勘定の成果はどのように計画に役立てられているか，(4) 国と地域の区別をする必要があるが，どこまでディスアグリゲートできるか，(5) 短期的政策のために，年間ベースのデータを四半期に分割できるか，などの諸点である。最後に，パネル・ディスカッションにおける江見氏の報告——“日本の国民所得統計の体系”——明治，大正，昭和にわたる統計整備の過程の説明がなされた。

統計調査研究会

1月18日「中高齢世帯の食料費の分析」（報告者：横田 京）

昭和48年，静岡県掛川市において実施された中高年者生活総合調査の家計調査結果を利用して，中高年者の食料消費の水準と構造が年齢，家族形態によりどう異なるかを比較分析し，さらにわが国における最近の食生活近代化の動きとの比較も試みている。分析世帯数は148世帯である。報告のうち主な項目を示すと次のとおりである。

1. 費目別にみた1世帯当り平均食料費支出額の比較

2. 可処分所得，消費性向，エンゲル係数，貯蓄性向の比較
3. 家族成員別にみた食料費構造とエンゲル係数の比較
4. 中高年対象者の食料費構造の比較
5. エンゲル係数と食料費充足度の比較
6. 各家族成員別にみた理論食料費の算定および実際値との比較
7. 各家族成員のエンゲル係数と食料費充足度
8. 老夫婦世帯食料費構造の全国消費実態調査による全国平均老夫婦世帯との比較
9. 栄養学的にみた食料費配分率との比較
10. 現物食料費の分析

2月17日「中高年者の不定愁訴と健康」（報告者：前田正久）

昭和48年，静岡県掛川市において実施された中高年者生活総合調査の健康調査（TMC 健康調査票による。有効客体数380人）。について，家族形態別，年齢階級別の諸分析結果が示された。報告のうち主な項目を示すと次のとおりである。

1. 不定愁訴や自覚症状別別にみた健康指数
80～100水準を示す者の割合（男子のみ）
2. 疾患系統別にみた健康状態
疾患系統：心臓，血圧，糖尿，肝臓，耳，眼
3. 夫婦別にみた健康状態
4. 夫婦別にみた気分が悪かったり，通院治療をした人の割合
5. 健康意識別にみた気分のすぐれない日の割合，通院日数割合
6. 健康指数別にみた通院日数割合
7. 健康状況（健康指数）別にみた軽い病気の時の受療態度
8. 健康状況別にみた1人当り平均医療費，1人当り直接医療費，1人当り買薬代
9. 医療費階級別にみた健康意識
10. 健康状況別にみた子との同居志向，子への経済的依存，身辺介護期待
11. 子との同居志向と経済的依存状況の関係
12. 食生活および食生活以外の健康管理状況

4月26日「高齢者世帯における収入源泉別の世帯状況と家計支出」（報告者：大本圭野）

昭和48年，静岡県掛川市において実施された中高年者生活総合調査の世帯調査と家計調査の結果を利用して，家族形態別に，収入源泉のちがいによる世帯状況と家計構造のちがいが分析されている。主な項目を示すと次の

とおりである。

1. C (夫婦世帯), C-N (夫婦とその子夫婦, 孫より成る世帯) および M-N (母とその子夫婦, 孫より成る世帯) の3タイプについての家族形態の相互移行関係
2. 家族形態別にみた収入源泉別の世帯状況
収入源泉は高齢者の消費支出の80%以上が何によって得られているかによって 1) 就労型, 2) 財産収入・仕送り型,
3) 恩給年金型, 4) 混合型, 5) 家計依存型に分類される。世帯状況は住宅所有関係, 子供の居住地, 子との同居経験, 同居していない場合にはその理由等である。
3. 家族形態別にみた収入源泉別の家計消費の水準と構造
4. 収入源泉別にみたCタイプ世帯の収入と支出の関係

社会分析研究会

「老人ホームにおける処遇に関する諸問題」(報告者: 小笠原祐次) と題する2月の研究会では, 老人ホームでの処遇上の問題点と課題が検討された。問題点のまず第1に, 4人あるいはそれ以上が1部屋に雑居ということによるプライバシーの侵害が指摘されたが, これは早くから指摘されていたことでもある。しかし, 調査結果によると回答のあった1,000施設中2~3施設しか, 1人になれる条件を整えていないということであり, ほとんど改善されていない。また, 雑居ということから, 生活の管理, 拘束が生じる点も問題であり, とりわけ食事時間で生活が管理される傾向があるという。たとえば, ほとんどの施設で夕食は夕方4~5時台にとって, 翌朝まで14~15時間は何も食べないという実態が報告されたが, これなどは, 生活管理上また職員の勤務上生じた結果であろうが, およそ一般の日常生活とはかけはなれている。

衣食住の物的水準, 日常生活援助の水準, 保健・看護の水準についても, どの程度が適切かといった基準がないだけに大きな問題であること, また夜間の安全という点でも, 30~50人に職員1人という場合が多いだけに問題があることなどが指摘された。

ところで, 老人ホームの処遇上の課題としては, 1つに, 処遇上の量よりは質の改善, 向上が問題にされる必要があること, 2つには, したがって, サービスを提供する職員の量・質の改善・向上がはからなければならないこと, 3つに, 制度的な面(建物建築, 職員配置の最低基準や措置費など)が再検討され, 改正される必要があること, さらに, もっと根本的に老人ホームの体系と機能そのものが検討されなければならないだろうこ

となどが提起された。

3月の研究会では「米国のナーシング・ホームについて」(報告者: 前田信雄) 報告があった。米国のナーシングホーム」という場合, 通常はナーシングケア・ホームと関連ホームを含み, 関連ホームの中には看護型老人ケアホーム, 非看護型老人ケアホーム, 生活施設(domiciliary care home)などが含まれており, 慢性患者の老人を対象とする看護と生活支援を主とする施設である。わが国の場合と異なる点は, いずれの施設も医療施設に包摂されていることであり, 病院としての諸基準に合うように管理され, 一般病院に対する行政と同じように監督されていることである。

ナーシングホームはこの10年間に爆発的に増加し, その病床数が一般病院の病床数を上まわるまでに成長した。しかしながら, 100床位のナーシングホームの場合でも, 登録看護婦が常時1人位しかおらず, 簡単な看護の訓練を受けた人によって支えられているのが実状である。ほとんどのナーシングホームが営利団体の設立によるものだけに, 営利主義的な側面——たとえば, 低賃金による職員雇用, 医療費不正授受問題などのスキャンダルなど——が暴露されたり, また, “医師なし” による薬の誤使用, 濫用, 伝染病による高死亡率など多くの問題が生じている。

こうした状況から, 1971年にナーシングホーム改善のかけ声がかけられたが, ほとんど改善をみないまま, 1975年高齢に関する特別委員会の下部委員会(ロングターム・ケアに関する委員会=Moss委員会)から, 改善の勧告が出された。

勧告は医者, 医学生に対する老人医学教育の必要性, nurse practitioner の教育・養成, 在宅ケアのための家族教育, ナーシングホームでの医療のあり方や看護者の配置・教育の問題, ホームヘルスサービス及びデイケアの重視・拡大, さらに medicare などの制度自体の問題性に至るまで幅広い勧告がなされている。

4月には「老人(ホーム)の処遇について文献紹介」が行われた。処遇のあり方がいろいろ論議されているが, 処遇というターム自体不明瞭であり, care なのか treatment なのか, あるいは service なのか assistance なのかははっきりしていない。そこで日本および外国の文献からさぐってみようという意図のもとに, いくつかの文献がとりあげられ, 紹介された。とりあげられた文献は次のとおりである。大阪府社会福祉協議会, 近代化研究会「ハンドブック」昭和42年, 老施協編「老人ホーム職員ガイドブック」昭和52年, 全社協「老人ホームにおけ

る入所者処遇」に関する研究会, "The Last Refuge" (Peter Townsend, 1964), "Social Work, Ageing and Society" (Paul C. Brearley, 1972), "Long-Term Care" (Sylvia Sherwood, 1975)

1~2 紹介すると, P. Townsend の "The Last Refuge" では, 家庭のある老人はできるだけ家庭にかえすべきであり, 老人自身の選択の自由は尊重されるべきだという前提のもとに, 老人ホームの存在意義を用い, かつ存在意義があるとしたら, どのような老人ホームであるかを明らかにしようとしている。本書では, 小規模 (25 名以下, 20 名以下ならもっとよい) で, 家庭的雰囲気をもつ老人ホームが志向され, 個室をはじめ, 設備についても家庭に近づける方向が示され, 老人自身ができることはできるだけ老人にやらせよと結論されている。Brearley の "Social Work, Ageing and Society" では, 老人は変化をする (発達) 可能性をもっており, 老人への援助のおおかたは社会的資源をどう適切に紹介するかという問題であるとされる。そしてソーシャルワークの目的は, 老人を独立させ, individuality を確立させることであるという。老人援助は program oriented ではなくて, process oriented であることなどが紹介された。

経済・社会研究会

2月3日 報告者: 高橋紘士「ロブソンの福祉国家と福祉社会」幻想と現実 (1976) について

本書の目的は, 福祉国家の起源とその特質を明らかにし, 福祉国家と福祉社会とを識別する必要を説き, 福祉国家が期待されていたことから現実から乖離してしまった点を指摘するにある。著者によると, 福祉国家理念の源流は, 社会保険, フェビアン社会主義, フランス革命の精神等多様であり, それらを包括して福祉国家形成の計画を基礎づける積極的イデオロギーが欠如しているという。従来福祉国家は政府主導型の民主主義的システムと理解されて来た。しかしロブソンは福祉社会の達成なしに福祉国家は成立しないという。又, イギリスを例にとれば, ニーディへの連帯感と同情心の欠如が顕著であり, 利己主義に満ちた道徳的真空状態が一般化している。しかし市民の権利が, 市民の義務によって裏付けられていなければ福祉社会は成立し得ない。したがって市民の義務やボランティア活動が強調され, 給付に伴う代償的義務の必要が説かれる。そして公共的精神や友愛精神を前提とする福祉社会を基盤として福祉国家が成り立ち得ると主張している。

しかしロブソンの説く福祉国家と福祉社会との相違は

明確でなく, それは福祉社会の全体像を描く理論的枠組が確立されていないからであろう。たとえば公的介入への反省が事実問題の指摘としては正しくとも, 分析方法があいまいであるところに本書の問題が存在する。たしかに福祉国家は Piece Meal な社会工学であり, 消極的な性格のものであり, その反省は必要であるが, 問題は複眼的にとらえられるべきだろう。

2月24日 報告者: 福武直, 大本圭野, 新しい中国の生活と福祉。

1976年12月に中国を訪問された両氏から戦後の中国の全般的な生活状況や福祉政策の特長が報告された。中国を理解する前提として, 能力に応じて働き, 労働に応じて分配するという原則, 農業の重視, 自力更生および継続革命の精神について説明があった。生活の特長としては, 資源の節約 (職住の近接, 自転車の活用), 流通の合理性, 有機農業, 教育と労働との結合, 公衆道徳と衛生, 家事の分担等が指摘された。こうした一般的背景の下に, 医療活動, 保育, および障害者・老人といった福祉政策がとりあげられた。

医療活動については, 職場に医務室を設置する職域医療, 人民公社や居住地域での労働者の子弟および老人のための地域医療の, 両側面から説明がなされた。地域医療には, 合作医療センターと裸足の医者および停年退職の医師を利用した居民委員会の医務室の制度がある。活動内容は, 訪問治療活動と予防活動および環境衛生の指導が主である。医療費の負担方式は, 地域の老人・子供については, 半額を個人負担, 半額を国庫支出としている。

保育の面では, 土曜日に帰宅し月曜に預けるという全託制度が珍しい。

障害者・老人施策としては, 盲・聾啞者工場が各区・各県に一つずつ設置されていること, 衣食住医療に関する五保制度が, 労働力を失った人や, 子供のいない老人に対して適用されることが述べられた。身寄りのない老人には養老院があるが, 漸次在宅主義の方向に進んでおり, 人民公社員のケアと近隣の援助とが奨励されている。年金は, 最終退職時賃金の70%で, 働いていた者のみに支給する。

3月17日 報告者: 馬場啓之助「総合社会政策について」

OECD より「日本における社会政策の総合化」という課題が与えられ, 経済企画庁国民生活局内に総合社会政策基本問題研究会が設けられた。同研究会での富永健一, 丸尾直美, 村上泰亮の三委員による報告と, それに対するコメントを中心に討議がなされた。

富永報告は、社会計画がパーソンズに始まる社会体系理論と、これを方法論的に支える構造—機能分析に基礎をおき、社会指標を対象として構築されること、社会指標はアウトプットの評価体系であるから emergent property を持っており、その評価には基準が必要とされ、しかもその基準が複数であるところに問題の存在することを指摘している。丸尾報告では、社会政策を総合化する視点は、ライフ・サイクルとニーズのヒエラルキーの二つであり、政策プログラムとしての体系化基準は、ニーズと貢献度および公正の三つであるが、これらの間に衝突の生ずること、その理論的解決は難しく、経験的・帰納的処理に頼る他ないこと、そのための解決法としてナショナル・ミニマム論を挙げている。

村上報告は、在来の集団主義と将来の個人主義とが重層的に存在する日本において、総合福祉政策の日本的形態が追求されるべきであると主張する。すなわち西欧社会では福祉問題も個人主義の用語の枠内で構想され、自由と平等の価値問題が中心であり、ナショナル・ミニマムの範囲で平等、これを越える領域で自由というように処理して来た。しかし日本の場合は、個人主義と集団主義との最適の組み合わせを求め、中間集団への帰属を中核とする分権システムを確立すべきであると主張された。

こうした報告に対して、日本の社会保障についての評価がどのようなものであるか不明確なこと、ニーズやナショナル・ミニマムという一面の把握でなく、財政的負担面からのアプローチが必要であるとの批判がなされた。

3月31日 報告者：岸 功「福祉『政策』のダイナミックス」

現代社会が直面している福祉の問題をどのように理解し、どのような基準に基づいて政策を行なうべきか。このことについて、経済学説のうちにいくつかの流れを区別する試みがしばしばなされている。たとえば、新自由主義・新古典派総合・福祉国家論・新産業国家論などに分ける例があげられよう。これらは、社会秩序観や人間観において異なった前提にたっている。

民主主義的政治体制を前提とした場合に、まず国家がどこまで国民生活に介入すべきかが問われる。それは、国民各自の自主性の尊重と同時に、社会構造を形成する階層や生活様式への評価に関連しよう。とくに、政策を理解する場合に、国民の間に見出されるモーダルな生活パターン、国民により望まれている生活モデル、政策主体が実現しようとする生活モデルなどの識別と設定が、政策の中にどのように含まれているかを見出すことが重要となろう。

同時に、社会発展や経済発展が人々のニーズと相互作用関係にあるばかりでなく、政治もまた人々のニーズや諸制度と相互作用関係にある。社会統合をめざす政治が社会的価値の分配を通して秩序を流動化させてしまう。「福祉のダイナミズム」に対して競争的議会制度は制御能力を失いかねない。「近代民主主義」の政治機能が自発性の契機による統合から統治性の契機による統合へと傾斜せざるを得ないとすれば、そのひとつの理由は、政治から経済への予期せざる反作用に求められる。

4月28日 報告者：山田雄三「論理実証主義の再検討——社会科学の反省のために——」

先ず論理実証主義的立場にある人口の流れが、先駆者を含めて簡単に紹介され、続いて論理実証主義が科学的知識ということについてどう考えているか、又、彼らによる科学的見方—問題設定—仮説間の関連および社会科学において特に注釈を加えるべき点が述べられた。

論理実証主義者は、はじめ個々の事実命題の論理的な組み合わせによって、科学的知識が得られると考えていた。しかし事実命題は事実に基いて妥当性を得るにしても決定的な確証も反証もできない。あくまでも仮説である。科学的知識の根拠はリアリズムでもアイディアリズムでもなくその中間にあり、科学的知識は問題を設定し仮の理論をたて、更にその理論の誤りを除いてゆくことによって新しい問題を設定してゆく。こうしたプロセスが科学的知識と拡大深化してゆく。又、新しい見方、新しい問題の提起によって、科学は進歩する。見方または設題は、事実認識を伴うが、事実認識そのものではない。科学の立場からは、見方は仮説として受け入れ、事実認識の方に重点がおかれる。特に社会科学においては、見方の問題は価値問題に結び付くが、価値を仮説として受け入れ、事実認識に重点をおくべきである。価値の相対性を承認して、民主的公開的討議も必要であろう。

政策研究会

2月15日「厚生省予算の概要について」（報告者：持永和見）

昭和52年度の厚生省予算について、その概要が説明された。一般会計総予算は約28.5兆円で、対前年度比約17%の増加を見込んでいるが、そのうち、厚生省予算は約20%、つまり、約5.6兆円を占めており、これは対前年度比で約18%増に当る。ちなみに、一般会計総予算の約12%は、社会保険関係の費用が見込まれている。

予算の大枠に続き、厚生省予算について、保健医療、各種の福祉、年金、医療保険などの各部門別に、概要が

示された。また、食品や医薬品などの安全、医薬品副作用被害者救済、環境衛生施設の整備、看護婦・保母などの処遇改善や養成などの分野も併せて説明され、原爆被爆者や同和の対策などを含む「その他の重点施策」にも言及された。

これらのうち、たとえば、保健医療の分野では、休日や夜間の医療確保や救急医療などに新規施策が加えられ、従来の施策にも拡充が企図されている。福祉の分野では、在宅サービスなどの充実強化や、施設の整備と運営の改善、低所得世帯や母子世帯への保護や援助などが計画されている。年金の分野では、福祉年金の改善や拠出年金の改善に必要な予算が示されている。医療保険の分野では、既存の制度の拡充が企図されている。

以上の報告に続き、各部門の活動と予算について、質疑応答が行なわれた。

3月22日「健康保険の当面する諸問題」(報告者：小山路男)

昭和48年の健康保険法改正は、扶養家族の支給率を70%に引上げ、高額医療費に対する給付などを主要な柱にしていた。その後、健康保険とこれを取まく諸条件に各種の変化が生じている。

たとえば、国民健康保険には、被用者の老齢退職により、被用者の保険集団から高齢者が流入を続けている。このような高齢者の増加と年金受給者に対する医療が、重要な課題になっている。また、不況により、被用者グループでは、主として、女性を中心に被保険者が減少しており、かつて被保険者であったこれらのグループが、扶養家族に転じている。なお、賃金上昇も鈍化しており、保険料収入は被保険者の減少と併せて、見込みより少ないし、扶養家族の増加によって、支出は増加している。また、老人医療は国民健康保険の財政を圧迫し、高額医療費の給付は、この保険のみならず、他の保険集団の制度でも、財政を圧迫している。さらに、医療費改訂による医療費の引上げが、財政の圧迫に追い打ちをかけている。

これらの状況に対して、政府管掌の健康保険では、弾力条項を用いて、保険料率を上げたり、また、健康保険で対象とする収入上限を上げたが、保険財政は好転しない。

そこで、収入上限をさらに引上げ、ボーナスを対象とする臨時の特別保険料、特別国庫補助、一部負担引上げなどを主要な柱とする改正案が作られた。もっとも、これらの改正には批判や反対の意見も見うけられ、改正案の行方が注目される。

今後、考えられる問題点としては、従業員5人未満の事業所に対する適用、老齢退職者の医療、公費負担の医療、高額医療費、医療費の差額負担、付添看護料、現金給付(とくに分娩)の水準、弾力条項の発動、一部負担、船員保険の行方、受給者の権利救済、医療の供給体制、国庫負担の在り方、保険料負担の割合、標準報酬の上下限など各種の問題が山積している。これらの諸問題を解決するには、全面的な改正が必要であろう。

4月12日「オセアニアの社会保障事情」(報告者：山崎泰彦)

1月初旬から3月末まで、ニュージーランドとオーストラリアを訪問した報告者から、次のような要旨の両国の最近の社会保障事情が紹介された。

両国とも、災害補償を除くと、社会保険や公的扶助が事実上存在せず、主として「社会扶助」的な仕組みを用いて、社会保障が体系化されている点が、国際的にはきわめてユニークである。しかし、最近では、若干の変化がみられる。

たとえば、ニュージーランドでは、労働党政権下の1975年に、長い間の伝統を破って、社会保険方式にもとづく所得比例の年金制度が採用された。ところが、1975年末の政権交代により誕生した国民党政権が、この所得比例年金を廃止し、従来の伝統に沿った、全額国庫負担の意欲的な老齢年金制度を導入した。また、災害補償では、近年、外国人旅行者や家庭の主婦をも適用対象に含めていることが、より進んだ制度として注目される。その他、医療保障では、公立病院の医療は完全に無料化されているが、入院までの待期間が長いこと、迅速な入院を求める人々は、私立病院を利用する傾向があり、これに対応して民間の医療保険が普及しつつある。

オーストラリアでは、労働党政権下の1975年に、従来の民間保険を主体とする制度に代えて、メディバンクという全額国庫負担の医療保障制度が創設された。しかし、この国でも1975年末に政権交代があり、自由党と地方党の連合政権は、1976年にメディバンクを修正し、民間保険の選択制を導入するとともに、メディバンク加入者については、財源対策として賦課金を徴集することになった。オーストラリアでも、所得保障部門は全額国庫負担により、インカム・テストを条件として、定額給付が行なわれているが、最近では、年金制度について、社会保険的な所得比例制の採用が検討されている。

その他、両国ともに、私的な年金制度が普及しているが、わが国と同様に、一時金制度のウェートが高いことが注目される。

社会保障研究所日誌 (昭和52.1~4)

- 昭和 52. 1. 6 研究員山崎泰彦, 社会保障に関する調査・研究等のため, ニュージーランド, オーストラリアに出張 (3. 28 まで)
1. 10 所長 馬場啓之助, 監事 寺尾琢磨, 理事 福武直 再任
1. 17 専門委員会開催 (健保会館)
1. 18 統計調査研究会 (第 8 回) 報告内容「中高年世帯の食料費の分析」報告者: お茶の水女子大学 横田 京
1. 19 Netherlands Scientific Council for Government Policy の Dr. J. Kremers と Drs. M. C. E. von Gendt 来所, 所長, 三浦部長, 高橋研究員ほかと懇談
1. 25 顧問 山田雄三再任
- 同 経済分析研究会 (第 6 回) 報告内容「家計の家族周期的分析」報告者: 国民生活センター調査役補佐 岡田政子
1. 27 定例役員会開催 (第 124 回)
2. 1 社会分析研究会 (第 6 回) 報告内容「老人ホームにおける処遇について」報告者: 東京都老人総合研究所 小笠原祐次
2. 3 経済・社会研究会 (第 7 回) 報告内容「ロブソンの福祉社会論について」報告者: 研究員 高橋紘士
2. 8 第 11 回社会保障研究所シンポジウム開催 テーマ (1) 「日本的な福祉社会」レポート: 社会保障研究所長 馬場啓之助, コメント: 慶応義塾大学教授 藤沢益夫, コメント: 法政大学助教授 稲上 毅, 司会: 一橋大学名誉教授 山田雄三, テーマ (2) 「社会福祉の日本的形態」レポート: 厚生年金基金連合会理事長 伊部英男, レポート: 同志社大学教授 嶋田啓一郎, コメント: 研究第 3 部長 三浦文夫, コメント: 日本社会事業大学学長 仲村優一, 司会: 東京大学教授 福武 直 (健保会館)
2. 15 政策研究会 (第 7 回) 報告内容「昭和 52 年度厚生省予算について」報告者: 厚生省大臣官房会計課長 持永和見
- 同 『海外社会保障情報 No. 37』編集委員会開催
2. 17 統計調査研究会 (第 9 回) 報告内容「中高年者の不定愁訴と健康」報告者: 国際基督教大学講師 前田正久
2. 24 経済分析研究会 (第 7 回) 報告内容「社会保障の再分配調査について」報告者: 厚生省大臣官房企画室計画官 小池淳夫
- 同 経済・社会研究会 (第 8 回) 報告内容「新しい中国の生活と社会政策」報告者: 理事 福武 直, 研究員 大本圭野
- 同 定例役員会開催 (第 125 回)
3. 15 社会分析研究会 (第 7 回) 報告内容「アメリカのナーシング・ホーム」報告者: 国立公衆衛生院 前田信雄
3. 17 経済分析研究会 (第 8 回) 報告内容「日本の医療費をめぐる諸問題」報告者: WHO フェロウ Dr. J. Broida
- 同 経済・社会研究会 (第 9 回) 報告内容「総合社会政策について」報告者: 所長 馬場啓之助
- 同 定例役員会 (第 126 回)
3. 22 政策研究会 (第 8 回) 報告内容「健康保険の当面する諸問題」報告者: 専門委員 小山路男
3. 31 経済・社会研究会 (第 10 回) 報告内容「福祉“政策”のダイナミックス」報告者: 研究員 岸 功
4. 5 英国保健社会保障省補足給付委員会委員長 デイビッド・V・ドニソン氏来所, 社会福祉事業研究開発基金主催, 社会保障研究所・上智大学共催による講演会を開催 (演題: Social Policies in Rich Countries) (霞ヶ関東海クラブ)
4. 12 政策研究会 (第 1 回) 報告内容「オセアニアの社会保障事情」報告者: 研究員 山崎泰彦
4. 19 社会分析研究会 (第 1 回) 報告内容「老人ホームの処遇について」報告者: 東京都老人総合研究所 浅野 仁
4. 21 経済分析研究会 (第 1 回) 報告内容「“国民所得・国富学会アジア部会”の報告について」報告者: 専門委員 江見康一
4. 26 統計調査研究会 (第 1 回) 報告内容「高齢世帯の収入源泉別家計構造——昭和 48 年掛川調査を中心に——」報告者: 研究員 大本圭野
4. 28 経済・社会研究会 (第 1 回) 報告内容「論理実証主義の再検討」報告者: 顧問 山田雄三
- 同 定例役員会開催 (第 127 回)

社 会 保

社会保障費用

		収 入 (100 万円)							
		拠 出		国庫負担	他の公費 負 担	資産収入	他制度 からの 移転	そ の 他	収入合計
		被保険者	事 業 主						
		昭 和 48							
社 会 保 険 家 族 手 当 公 務 員 生 護 公 衆 衛 生 社 者 生 活 保 福 祉 者 社 会 保 福 祉 者 戦 争 犠 牲 者 計 合 計	2, 274, 689	2, 185, 872	1, 209, 453	55, 660	651, 571	0	615, 777	6, 993, 022	
	—	21, 008	35, 655	20, 355	—	—	—	77, 018	
	415, 927	738, 171	28, 080	120, 477	244, 448	5	7, 718	1, 554, 827	
	—	—	288, 209	61, 817	—	—	332	350, 357	
	—	—	359, 440	90, 537	—	—	—	449, 977	
	—	—	349, 442	137, 115	—	—	—	486, 557	
社 会 保 険 家 族 手 当 公 務 員 生 護 公 衆 衛 生 社 者 生 活 保 福 祉 者 社 会 保 福 祉 者 戦 争 犠 牲 者 計 合 計	—	—	453, 052	—	—	—	—	453, 052	
	2, 690, 616	2, 945, 051	2, 723, 330	485, 962	896, 019	5	623, 826	10, 364, 810	
	昭 和 49								
	3, 152, 417	3, 028, 177	1, 829, 849	87, 499	836, 585	1, 250	762, 464	9, 698, 241	
	—	29, 890	50, 144	28, 670	—	—	—	108, 704	
	569, 500	1, 075, 399	38, 142	81, 492	313, 022	354	11, 877	2, 089, 787	
社 会 保 険 家 族 手 当 公 務 員 生 護 公 衆 衛 生 社 者 生 活 保 福 祉 者 社 会 保 福 祉 者 戦 争 犠 牲 者 計 合 計	—	—	340, 987	80, 009	—	—	352	421, 348	
	—	—	462, 453	116, 351	—	—	—	578, 804	
	—	—	491, 245	185, 743	—	—	—	676, 988	
	—	—	579, 363	—	—	—	—	579, 363	
	3, 721, 917	4, 133, 467	3, 792, 184	579, 764	1, 149, 607	1, 605	774, 693	14, 153, 235	
	昭 和 50								
社 会 保 険 政 府 管 掌 健 康 保 険 組 合 管 掌 健 康 保 険 国 民 健 康 保 険 厚 生 年 金 保 険 厚 生 年 金 基 金 国 民 年 金 農 業 者 年 金 基 金 船 員 保 険 日 雇 労 働 者 健 康 保 険 農 林 漁 業 団 体 共 済 私 学 教 職 員 共 済 雇 用 保 険 労 働 災 害 補 償 保 険 家 族 手 当 (児 童 手 当) 公 務 員 国 家 公 務 員 共 済 地 方 公 務 員 共 済 公 企 体 職 員 共 済 そ の 他 国 家 公 務 員 災 害 補 償 地 方 公 務 員 災 害 補 償 公 企 体 職 員 業 務 災 害 国 家 公 務 員 恩 給 地 方 公 務 員 恩 給 公 衆 衛 生 生 活 保 護 社 会 保 福 祉 者 戦 争 犠 牲 者 計 合 計	3, 761, 226	3, 703, 185	2, 539, 073	104, 380	1, 060, 645	1, 580	901, 362	12, 071, 451	
	643, 914	643, 914	214, 910	—	11	—	412, 789	1, 915, 537	
	537, 208	719, 999	3, 049	—	27, 917	—	88, 725	1, 376, 897	
	591, 216	—	1, 078, 528	100, 988	—	—	72, 519	1, 843, 251	
	1, 100, 988	1, 100, 988	173, 757	—	750, 987	—	10, 241	3, 136, 960	
	128, 144	234, 544	729	142	89, 313	—	—	452, 872	
	380, 489	—	821, 322	—	109, 278	—	45, 934	1, 357, 023	
	29, 760	—	11, 051	—	6, 665	—	—	47, 476	
	34, 346	66, 672	10, 615	—	16, 534	—	1, 589	129, 756	
	11, 241	11, 606	22, 498	—	—	—	249, 765	295, 110	
	26, 293	26, 293	5, 387	4	21, 284	368	776	80, 407	
	28, 902	28, 902	2, 099	3, 246	10, 533	1, 212	96	74, 990	
	248, 727	397, 558	193, 128	—	28, 122	—	2, 295	869, 829	
	—	472, 710	2, 000	—	—	—	16, 633	491, 343	
	—	41, 843	67, 257	38, 721	—	—	—	147, 821	
	652, 659	1, 318, 793	45, 078	95, 461	369, 299	5	13, 442	2, 494, 736	
	145, 345	238, 067	32, 318	—	95, 089	—	211	511, 030	
	403, 471	619, 040	—	95, 210	205, 302	5	1, 331	1, 324, 359	
	103, 341	241, 957	—	251	67, 596	—	135	413, 281	
	—	2, 515	11, 799	—	47	—	103	14, 464	
	—	4, 101	205	—	—	—	—	4, 306	
	0	9, 988	—	—	1, 265	—	11, 661	22, 915	
	—	3, 752	—	—	—	—	—	3, 752	
	502	75, 038	755	—	—	—	—	76, 295	
	—	124, 335	—	—	—	—	—	124, 335	
	—	—	377, 995	89, 139	—	—	119	467, 253	
	—	—	550, 738	138, 500	—	—	—	689, 238	
	—	—	637, 144	234, 129	—	—	—	871, 273	
	—	—	727, 589	—	—	—	—	727, 589	
	4, 413, 885	5, 063, 821	4, 944, 873	700, 330	1, 429, 944	1, 585	914, 923	17, 469, 361	

資料 厚生省大臣官房企画室「社会保障給付費」

- 注 1) この表はILO事務局による「社会保障費用調査」の基準に従って算出されている。
 2) 政府管掌健康保険及び日雇労働者健康保険の「その他の収入」は大部分が借入金である。
 3) 国民年金は福祉年金を含む。
 4) 公務員の「その他」は日本製鉄八幡共済組合及び旧令共済組合等である。
 5) 児童手当は毎年2月から翌年1月分までの1年間の計数である。

障 統 計

支 出 (100 万円)								収 支 差
給 付				管 理 費	他制度への移転	そ の 他	支 出 合 計	
医 療	医療以外の の現物	現 金	計					
年 度								
2,452,588	—	1,188,276	3,640,864	186,487	432	767,387	4,595,170	2,397,852
—	—	74,989	74,989	2,029	—	—	77,018	0
278,780	—	561,112	839,892	6,919	—	1,995	848,806	706,021
277,486	207	2,892	280,586	303	—	69,468	350,357	0
264,527	—	182,385	446,912	3,065	—	—	449,977	0
143,424	272,165	15,109	430,698	6,492	—	49,367	486,557	0
1,944	370	445,874	448,187	4,864	—	—	453,052	0
3,418,749	272,742	2,470,637	6,162,129	210,160	432	888,216	7,260,937	3,103,873
年 度								
3,472,989	—	2,101,267	5,574,256	245,745	190	935,764	6,755,955	2,942,287
—	—	106,025	106,025	2,679	—	—	108,704	0
402,228	—	777,968	1,180,196	9,382	—	2,771	1,192,349	897,438
363,807	73	5,001	368,881	860	—	51,606	421,348	0
349,746	—	225,527	575,273	3,531	—	—	578,804	0
179,382	386,294	23,793	589,469	5,894	—	81,625	676,988	0
2,696	440	570,758	573,894	5,469	—	—	579,363	0
4,770,847	386,807	3,810,339	8,967,994	273,560	190	1,071,767	10,313,511	3,839,725
年 度								
4,249,810	—	3,184,995	7,434,805	284,658	1,271	1,074,242	8,794,975	3,276,476
1,370,189	—	120,564	1,490,752	21,396	—	399,979	1,912,128	3,410
1,017,643	—	94,273	1,111,917	39,758	—	131,661	1,283,335	93,562
1,633,801	—	24,393	1,658,194	84,769	—	58,366	1,801,329	41,922
—	—	953,739	953,739	15,047	1,212	18,847	988,845	2,148,115
—	—	34,780	34,780	12,269	—	29	47,078	405,794
—	—	982,481	982,481	57,869	—	5,579	1,045,930	311,093
—	—	295	295	1,773	—	170	2,238	45,238
37,026	—	53,789	90,815	1,576	59	4,195	96,645	33,111
50,601	—	4,727	55,328	1,385	—	238,248	294,961	149
—	—	26,616	26,616	1,188	—	154	27,958	52,448
23,831	—	11,936	35,767	1,271	—	218	37,256	37,734
—	—	706,481	706,481	30,341	—	142,219	879,041	△ 9,213
116,718	—	170,922	287,640	16,015	—	74,577	378,232	113,111
—	—	144,454	144,454	3,367	—	—	147,821	—
498,403	—	1,100,904	1,599,307	10,395	—	8,230	1,617,932	876,804
114,326	—	208,927	323,253	1,029	—	144	324,426	186,604
297,381	—	433,883	731,264	7,347	—	202	738,813	585,546
79,811	—	238,380	318,191	309	—	5,360	323,860	89,420
79	—	12,344	12,422	142	—	1,798	14,363	102
2,580	—	1,520	4,101	205	—	—	4,306	0
3,338	—	3,112	6,450	608	—	725	7,783	15,132
889	—	2,863	3,752	—	—	—	3,752	0
—	—	75,539	75,539	755	—	—	76,295	0
—	—	124,335	124,335	—	—	—	124,335	0
405,759	88	11,217	417,065	511	—	49,678	467,253	0
409,174	—	275,966	685,140	4,098	—	—	689,238	0
214,752	503,662	44,344	762,758	7,394	—	101,120	871,273	0
3,121	662	717,366	721,148	6,441	—	—	727,589	0
5,781,018	504,412	5,479,247	11,764,677	316,863	1,271	1,233,270	13,316,081	4,153,280