

季
刊

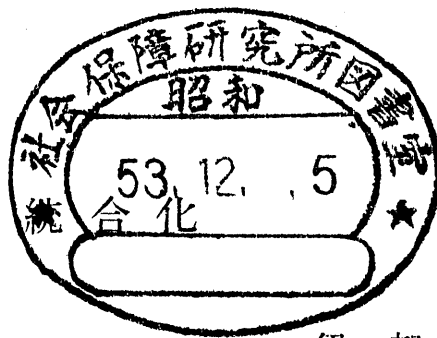
社会保障研究

Vol. 14, No. 2

社会保障研究所

1978

専門化と



伊部英男

イギリスではシーボーム報告に基づいて地方政府社会サービス法が制定され、大規模な社会行政に関する行政機構の改革が進行中である。この眼目は、従来各対象者ごとに別々の部局に所管されていたパーソナル・ソーシャル・サービスを一元化し、社会サービス部に統合する。対象者別ではなく、むしろ手段別に分類し、施設と地域、家庭のつながりを再発見するため、末端は各種の専門ソーシャルワーカーを含む地域チームにまかせるというものである。従来の行政体系では、多くの問題をもつ家庭は、それぞれの専門家・専門部局がそれぞれの問題意識と技術で、接触する結果、家庭全体をまとめてアプローチすることができなかったという反省に基づいている。現在進行中の行政機構の改革がどのように成果をあげるか注目されるところではあるが、この問題は、単なる行政機構政策の問題ではなく、イギリスのソーシャル・ポリシー上の長い論争点を反映しているのである。エリザベス以来、一つの統一立法として貧民対策に当たって来た救貧法は、1834年報告によって在宅扶助を禁止し、自立労働者より劣等の処遇を与えるため、ワーク・ハウス内でだけ扶助されることとなったが、同時に、ワーク・ハウスは、各対象者別に分類収容し、しかもそれぞれに応じた処遇を行うことを求められることとなった。その後1905～1909年の救貧法委員会が再び救貧法問題を取りあげた。この委員会が、多数派報告と少数派報告に岐れたことは有名であるが、一口で言えば、前者は一つの行政当局により処理しようとしたのに対し、後者は、救貧法を解体し、各対象者別に治療的処遇または予防的対策を全国民的な基礎で行おうと提唱したのである。その後のソーシャル・アドミニストレーションの推移はこの点に関する限り少数報告の路線に従って進んで来たといってよい。シーボーム報告は再び多数派報告の路線に戻ることを意味する。勿論今度の路線は、貧乏に着目するのではない点では少数派報告の考え方に従っているが、統合を主張する点では多数派に戻る訳である。

我国も、生活保護法の制定以来、方向としては、専門化の方向を進んで来たといってよいであろう。対象者別に多くの法律がつくられ、施設も分類収容が原則となって来た。しかし専門化も、未だ職員の資格や訓練、養成問題や処遇の理論と実際の面などで、不十分なところが少なくない。しかし同時にここ数年来、コミュニティ・ケア、在宅ケアが重視される傾向も強くなって来た。必ずしも意識されてはいなかったにせよ、統合化への一つの萌芽であるとみてよいであろう。しかし、例えば施設と家庭とのつながりという問題一つをとらえても両者を関係づけることが施設側の責任なのか、行政や地域側の責任なのか明確でなく、一つの家庭を多くの機関が関係し或いはどこにも関係を持ってないでいる——母子心中などにみられるように——ということも少なくないようにみられる。専門化とともに統合化も、行政的にも、処遇の理論や実践の上でも更に深める必要があるように思われるのである。

給付率等の変更による医療費への波及に関する研究

前 田 信 雄

I. 研究目的

健康保険制度等の抜本改正の審議のなかで、被保険者本人のいわゆる10割給付と家族7割給付との間の格差の是正が一つの大きな問題である。この問題を検討するうえで、給付率変更とその医療費への影響を算定することは必要不可欠である。このため従来よりいわゆる「長瀬効果」(論文末尾に別掲)が用いられてきたのであるが、その算定に用いたデータは、主に昭和30年代のものであった。しかも、従来からの算定式(結果)は、入院、入院外、歯科などを一緒にしたものであった。今日のデータによる入院、入院外、歯科別区分の算定結果が緊急に求められている。

本研究は、このような主旨から、最も最近のデータを用いて、家族の給付率の変更の診療諸率に与える影響を具体的に明らかにするものである。

II. 研究方法

月別年度別の診療関係諸比率(以下では診療諸率と略称)つまり、入院、入院外、歯科別の受診率、1件当たり日数、1日当たり点数を原資料として、給付率変更後のこれらの数値の変化を統計的に明らかにすることとした。この三つの数値は、診療費を構成する要素であるから、これらの合成された統計値が診療費となる。

これらの算定に当たっては、社会保険における家族給付率が5割から7割へと変更になった昭和48年10月の時点を基点にして、その前後約2年間の月別診療諸率をとることとする。また昭和48年1月の老人福祉法の改正によって、5割から10割給付の施策が施行されたこともあり、家族を70歳未満と70歳以上とに分けて分析する方法をとった。以上の分析については、同じ条件で季節変動

値のとれる政府管掌健康保険関係データを主として用いることとする(資料名は後述)。

次に、同じく給付率の変更といっても、法定給付によらず任意給付でなされている組合管掌健康保険(以下組合健保と略称)については、附加給付率をとることとする。各組合のこの給付率の変更前後の診療諸率でもって、政管健保で分析した結果と基本的には類似した数値を得ることにした。ただ各組合ごとに時期的にもその附加給付の内容や範囲が区々であるので、統計的处理は複雑かつ各統計集団の大きさがまちまちになるという限界がある。その限界内でもって、家族への附加給付割合の変更後の診療費の動きを観察することとする。

以上いずれも次に示す既存の業務関係統計資料ならびに組合管掌健康保険事業状況報告を元にして新たに集計計算した統計値を用い分析する方法をとった。

III. 用いた統計資料

主に厚生省関係の以下の資料を用いた。組合健保については、組合管掌健康保険事業状況報告を使用した。

(1) 社会保険庁編「政府管掌健康保険・日雇労働者健康保険・厚生年金保険・船員保険・国民年金事業年報」(昭和46年度版, 昭和47年度版, 昭和48年度版, 昭和49年度版, 昭和50年度版, 昭和51年度版)

(2) 社会保険庁編「政府管掌健康保険・日雇労働者健康保険・船員保険医療給付受給者状況調査報告」(昭和46年4月診療分, 昭和47年4月診療分, 昭和48年4月診療分, 昭和49年4月診療分, 昭和50年4月診療分)

(3) 厚生省保険局監修健康保険組合連合会編

「健康保険組合事業年報」(昭和46年度, 昭和47年度, 昭和48年度, 昭和49年度, 昭和50年度, 昭和51年度)

(4) 健康保険組合連合会編「附加給付便覧」(昭和46年4月, 昭和48年4月, 昭和49年4月, 昭和51年4月, 昭和52年4月)

(5) 厚生省大臣官房統計情報部編「国民健康調査」(昭和46年, 昭和47年, 昭和48年, 昭和49年, 昭和50年, 昭和51年)

(6) 厚生省大臣官房統計情報部編「患者調査」(昭和46年, 昭和47年, 昭和48年, 昭和49年, 昭和50年, 昭和51年)

(7) 厚生省大臣官房統計情報部編「社会医療調査報告」(昭和46年度, 昭和47年度, 昭和48年度, 昭和49年度, 昭和50年度)

(8) 厚生省保険局編「健康保険被保険者実態調査報告」(昭和46年度, 昭和47年度, 昭和48年度, 昭和49年度, 昭和50年度, 昭和51年度)

(9) 厚生省保険局監修「医療保険統計便覧」(昭和50年版, 昭和51年版, 昭和52年版)

(10) 厚生省保険局編「国民健康保険実態調査報告」(昭和46年度, 昭和47年度, 昭和48年度, 昭和49年度, 昭和50年度, 昭和51年度)

(11) 厚生省保険局編「国民健康保険医療給付実態調査報告」(昭和46年度, 昭和47年度, 昭和48年度, 昭和49年度, 昭和50年度, 昭和51年度)

IV. 研究対象とデータ算定の方法

本研究で対象とした政管健保ならびに組合健保の年齢大区分の人数の推移は, 表1に示したとおりである。たとえば, 政管健保70歳未満では約

表1 政管健保, 組合健保の70歳未満及び70歳以上家族人数(母集団)

	政 管 健 保		組 合 健 保	
	70歳未満	70歳以上	70歳未満	70歳以上
昭和46年10月	千人 12,430 (95.7%)	千人 530 (4.3%)	千人 11,925 (95.8%)	千人 506 (4.2%)
昭和51年10月	千人 14,289 (94.5%)	千人 836 (5.5%)	千人 14,511 (95.6%)	千人 673 (4.4%)

資料: 厚生省保険局「健康保険被保険者実態報告」

1,400万人台, 70歳以上では83万人が対象となっている。

昭和48年10月の給付率変更の影響を分析するため, 一つは同一保険集団の政府管掌健康保険(以下政管健保と略称)の家族70歳未満をとり上げてその変動を明らかにしたい。方法論のところでは既述したように, この10月の時点を基点にして, 前後の傾向線でもって比較する方法をとった。定数となる部分は, それぞれ共に48年10月時における傾向線の値である。この70歳未満についての分析からは, 給付率の影響が直接把握できる。

第二の分析対象としては, 同じく政管健保家族であるが, 70歳以上人口をとりあげる。ここでは, 昭和48年1月からのいわゆる老人医療無料化つまり老人福祉法の改正以後の変動を分析することになる。

第三の調査対象は, 組合管掌健康保険組合の加入者であるが, 新しく附加給付開始をしたり, 給付率変更をすることが受診率や診療費にどう影響したかを明らかにしたい。

影響については, 入院, 入院外, 歯科別に観察し, その数値については, 各調査対象とも, 受診率, 1件当たり日数, 1日当たり点数を用いた。診療諸率の傾向線とその方程式および平均値等の算定方法の要点を記すと, 以下のとおりである。

イ 受診率(46年10月～48年3月と49年4月～50年10月)について

① 系列を, 48年10月を境として給付率の変更前と変更後の2つに区分する。

② 季節変動を除去するため, 系列の12ヵ月移動平均系列をとる。

③ 区分ごとに12ヵ月移動平均系列の線型回帰方程式を求め, これを傾向変動とする(各区分とも前後各6ヵ月が欠項となる)。

ロ 1件当たり日数(46年4月～48年9月と, 48年10月～51年4月)について

① 系列を給付率の変更前後の2つに区分する。

② 区分ごとに線型回帰方程式を求め, これを傾向変動とする。

ハ 1日当たり点数(46年4月～48年9月と48年10月～51年4月)について

① 系列から医療費改定の影響を除去した系列を求める (46年度ベース)。

② この新しい系列を給付率の変更前後の2つに区分する。

③ 各区区分ごとに線型回帰方程式を求め、これを傾向変動とする。

V. 研究結果

1. 5割から7割への給付率変更による診療諸率の変動—政管健保家族70歳未満—

はじめに入院、入院外、歯科別に分けて分析、考察をし、後のほうで総括的に考察する。

1) 入院

まず、受診率では、表2に示したように、変更前 $y=8.74+0.003t$ が変更後には、 $y=8.88+0.0064t$ とゆるやかに変化した。図1にて同様の

表2 給付率変更前と変更後における診療諸率関係傾向線の変化 (政管健保家族 70歳未満)

	変 更 前 (昭和46年4月～ 昭和48年9月)	変 更 後 (昭和48年10月～ 昭和51年4月)
入 院		
受 診 率	$y=8.74+0.003t$	$y=8.88+0.0064t$
1件当たり日数	$y=14.02+0.0059t$	$y=14.54+0.027t$
1日当たり点数	$y=305.3+1.305t$	$y=303.6+1.799t$
入 院 外		
受 診 率	$y=374.15+0.643t$	$y=383.16+0.818t$
1件当たり日数	$y=2.87-0.0061t$	$y=2.94-0.0079t$
1日当たり点数	$y=84.0+0.511t$	$y=84.6+0.868t$
歯 科		
受 診 率	$y=71.46+0.106t$	$y=70.47+0.179t$
1件当たり日数	$y=3.23-0.012t$	$y=3.27-0.0079t$
1日当たり点数	$y=79.0+0.455t$	$y=83.1+0.735t$

資料：社会保険庁「事業年報」,「医療給付受給者状況調査報告」

数値を傾向線で観察できるが、入院の受診率は、入院外や歯科に比して、かなり緩慢な変化を示している。ひとつの要因として考えられることは、後述もするが、給付率拡大は、70歳未満家族に対しては、短期の新入院の増加よりも、むしろ長期患者の増加をプッシュしたという点である。

このことは、1件当たり日数をみると明瞭である (表2, 図2)。給付率変更前14日台だったのが、変更後15日台にいっきに伸長した。しかも、その上昇傾向 (勾配) は、0.0059から0.027へとおよそ5倍増となった。長期かつ慢性的経過をとる入院患者の相対的増加をもたらしたことは明らかである。

1日当たり点数の変化のほうは、日数ほどの著しい伸長は示していない (表2, 図3)。既述したように、このトレンドでは、点数改訂等の影響は除いている。従って、変更後の回帰方程式 $y=303.6+1.799t$ は、主に給付率の変化ならびにその他医療需要と供給態勢の変化の影響をうけた実態を表現しているものである。図3でみられるように、入院の1日当たり点数は、昭和48年10月以降幾分上昇した。つまり、変更後は、1ヵ月ごとに、1日当たり点数が1.799点ずつ増加する傾向にあることを意味している。入院点数そのものが高額のため、勾配を示す数値は1.799であるが、変更前の変化の割合は1.305からであるから、そう大きくはない。

この変化に影響を及ぼした要因は複雑であろう。本研究では、それに立ち入ることは出来なかったが、社会医療調査からのデータを表3で示せば、

表3 医科の診療行為別1日当たり点数の推移 (政管健保の家族)

	入 院					入 院 外					比率 50/45	
	45年5月	48.5	49.11	50.5	51.5	45年5月	48.5	49.11	50.5	51.5	入 院	入院外
総 数	271.11	365.14	593.51	608.80	734.68	65.00	97.40	148.43	152.89	188.21	2.25	2.35
診 察	0.59	0.76	0.85	0.81	1.40	15.00	23.00	51.65	51.43	61.47	1.37	3.43
投 薬	24.70	36.12	41.68	44.22	47.92	30.72	47.61	63.59	66.28	79.50	1.79	2.16
注 射	63.38	78.10	89.94	93.41	133.36	8.50	10.85	10.92	10.19	14.38	1.47	1.20
検 査	23.99	29.10	40.00	43.28	52.61	6.75	9.39	13.29	15.15	18.75	1.80	2.24
処 置・手 術	35.92	46.53	61.42	63.77	76.58	4.03	6.51	8.44	9.44	13.74	1.78	2.34
入 院	122.44	174.33	358.84	362.94	422.48						2.96	
そ の 他	0.07	0.12	0.63	0.09	0.02	0.01	0.03	0.54	0.40	0.44	1.29	40.00

資料：厚生省大臣官房統計情報部社会医療調査

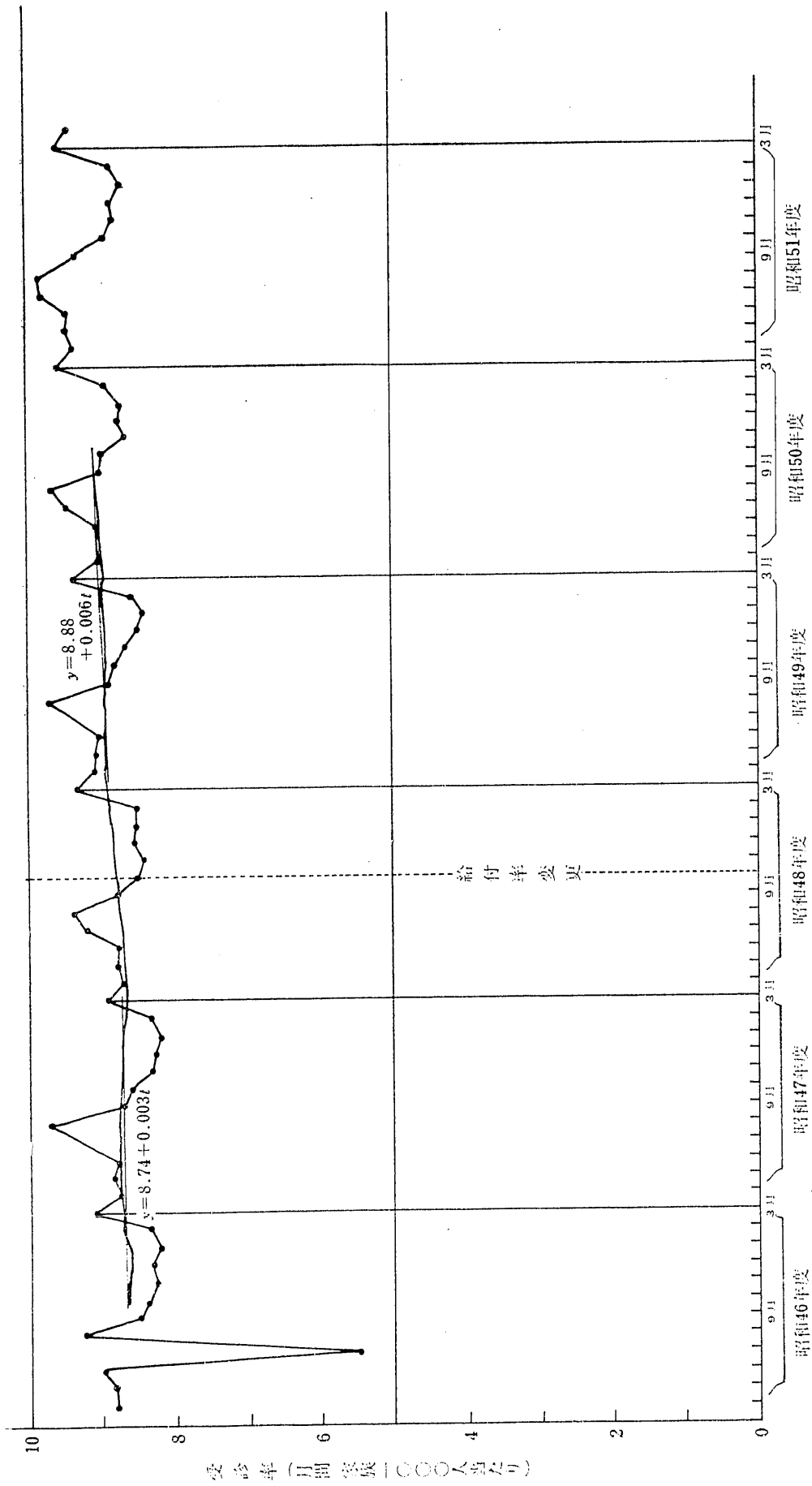


図1 給付率変更前後5カ年間の入院受診率月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳未満)

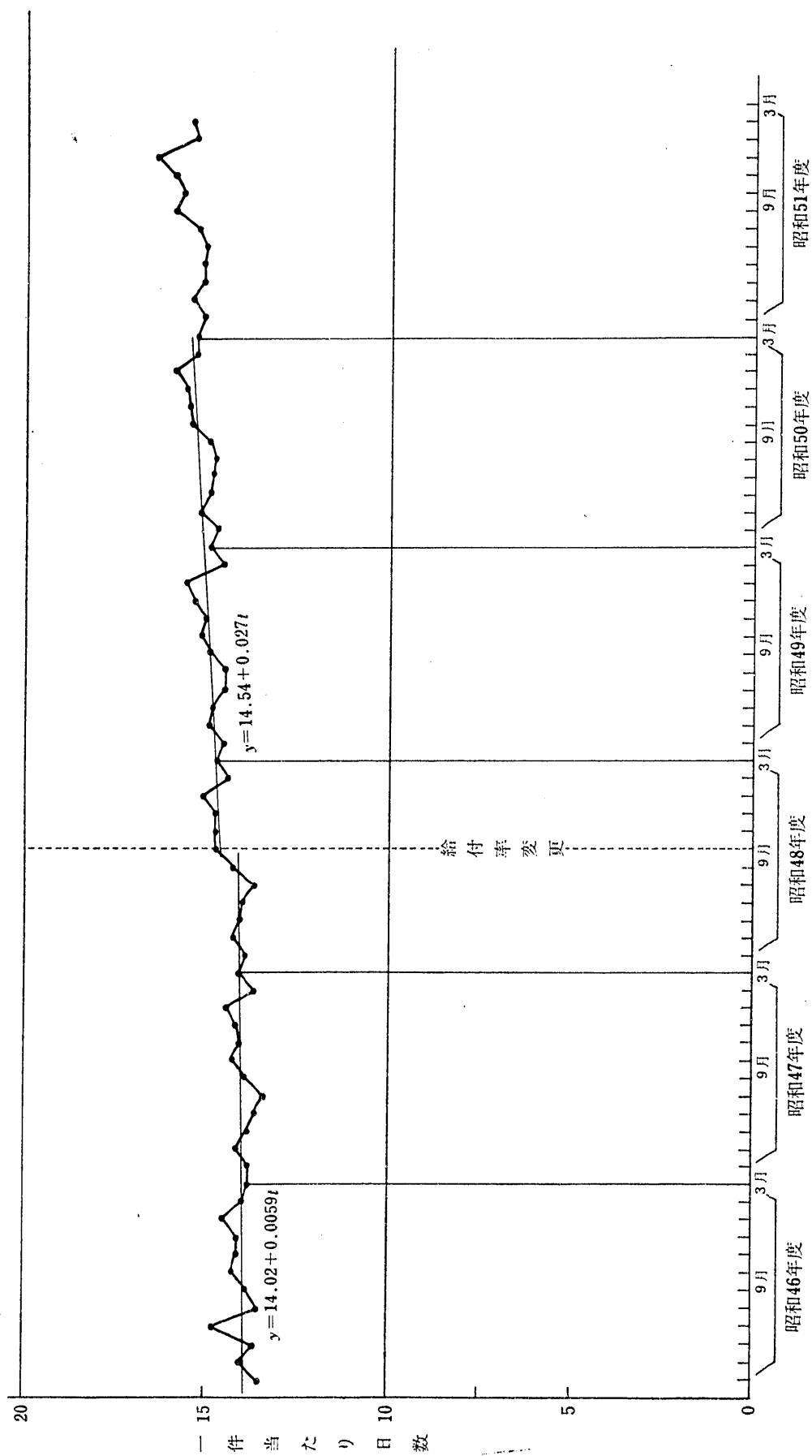


図 2 給付率変更前後5ヵ年間の入院1件当たり日数、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳未満)

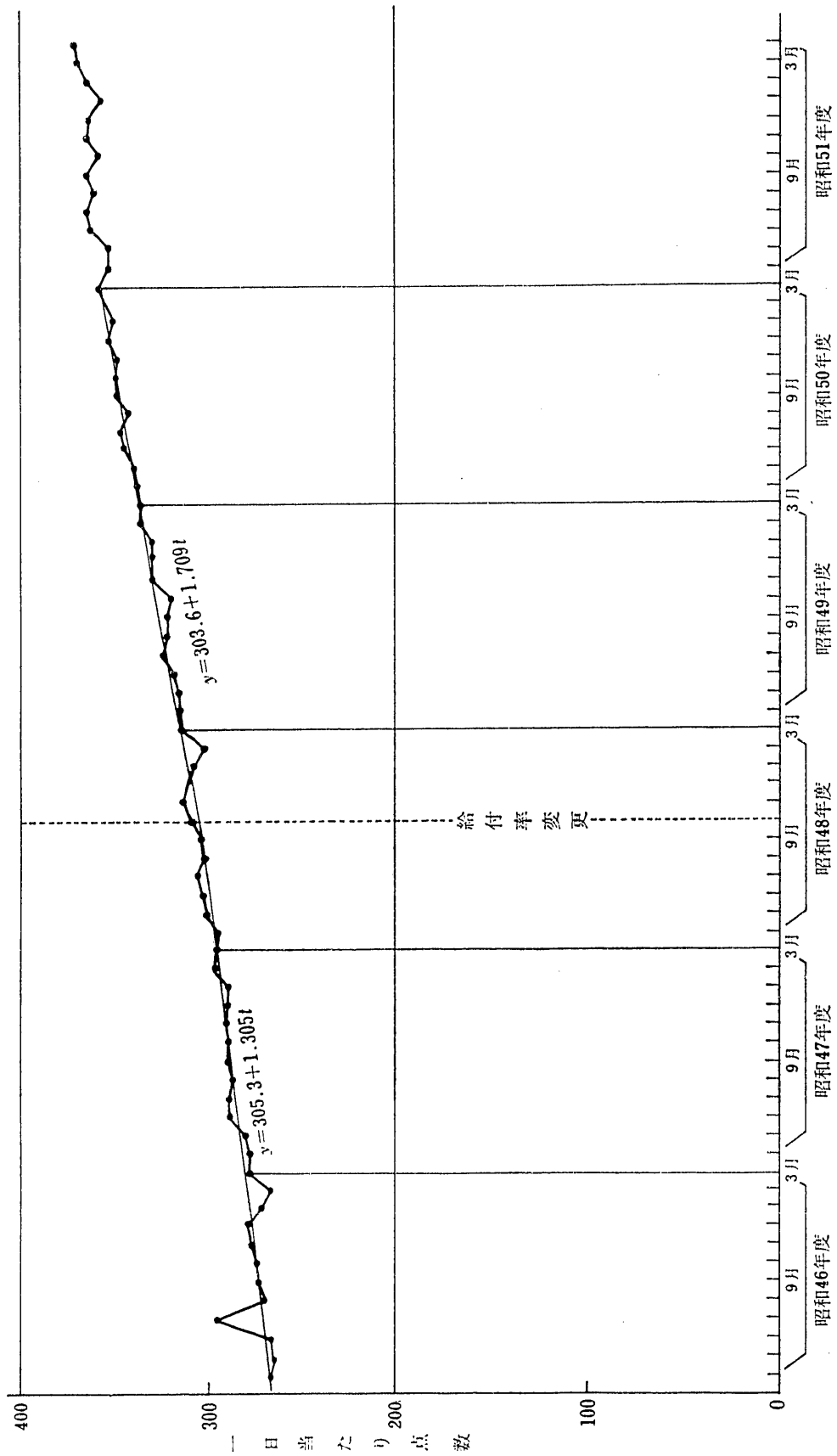


図3 給付率変更前後5ヵ年間の入院1日当たり点数、月別変動と傾向線（政管健保，70歳未満）

昭和45年から50年にかけて、入院料、検査料、投薬料、処置料など軒並みに増加している。それには診療報酬の改訂の影響が強いと考えられる。強いていえば、1日当たりの入院料上昇がプッシュしたといえよう。あわせて、入院診療内容の変化も一要因であろう。昭和48年10月から新設された高額療養費支給制度によって、高額医療を要する入院が相対的に増加したことも影響していると考えられる。しかし、全体としては、後述する歯科や入院外にくらべてみて、そう大きな影響はなかったことになる。これらを総合してみると、入院では、どちらかといえば、デマンドプルといった変化を読みとることができる。

2) 入院外

入院外の受診率は、給付率変更後かなり大きな上昇をみている。つまり、月間被保険者1,000人当たり374件だった数値(変更時点)が変更後383件になり、なおかつ、変更後の傾向線の勾配は0.818となった。給付拡大の受診率に与える影響は、次に述べる歯科に次いで入院外に大きく表われている(表2, 図4)。

しかし、相対的にも絶対的にも増加に向って押し上げる作用を果す給付割合の拡大が、1件当たりの日数のばあいは、むしろ相対的には逆の傾向つまり平均日数の短縮化傾向をもたらした。表2と図5に示すとおり、絶対値としての1件当たり日数は2.87日から2.94日へと微増しているが、傾向線は、グラフ上での右下り、つまり下降傾向を示している。変更前にも、受診日数の短い外来と往診の例が相対的に増えていたが、少しずつであるが、その傾向に一層拍車がかけられていることを示している。いずれにせよ、短い日数の傷病での受診が増えているということになる。受診率の伸長も、そういう軽く短い日数の受療増加によると考えられる。

入院外1日当たり点数の伸びは著しい(表2, 図6)。全体としてみれば、1日当たり840円台の診療費は、1ヵ月たてば5円(1日)の増加というテンポで進んできた。しかし、変更後は8円(1日)という割合での増加率に一層の拍車がかかったことを示している。この入院外の点数増の傾向

線では、前述したように各年度の診療報酬の改定による影響はとり除かれている。従って、患者側からいえば、1日単位でうけた診療そのものの種類と価格が上昇したことになる。つまり、高価な診療の受療が、給付率変更後、相対的に多くなったことを意味しているように考えられる。かりに表3でもって、昭和45年から昭和50年までの変化を全体としてみると(70歳以上含む)、診察料などの点数増がめだつ。これは点数改定分を補正していない数値であるから当然としても、これにあわせて、処置料と検査料関係の点数の増加というかたちで、相対的に高額診療にかたむいてきたのは事実である。

1件当たり日数はやや短い方向へ、そして1日当たり費用は高い方向にということの意味は、換言すれば、単に軽い症状、簡単な診療や手当てといったタイプよりも、日数は前より短くなったが、以前よりは十分な各種診療行為をうけた、ということである。従って、医療機関側の変化が大きかったことになる。給付率の変更は、入院のばあい、ある一つの疾患での日数長期化に向うが、入院外では、いくつかの疾患でのいろんな受診先への短い受診を促したとみることも出来る。従って、入院外では、デマンド側とサプライ側との両方からの影響をうけたとまとめられよう。

3) 歯科

歯科受診率の変化は、図7のとおり、月別変動が極めて大きい。全体としてその傾向線をたどると、給付率変更後は、 $y=70.47+0.179t$ となり、変更前にくらべ、入院外よりも大きな伸び率を示している。変更前の勾配0.106tが変更後には0.179へと、つまり1.69倍の上昇をみた。ちなみに同様の勾配の上昇を入院外で計算すると、1.27倍であったから、それ以上の急勾配で上昇した(表2)。非常に波及効果が大きかったといえる。

1日当たり日数は、入院外と同様、緩慢な減少傾向を示している(表2, 図8)。昭和46年から引き続き短縮傾向にあったが、給付率の変更後、短い日数に向う傾向そのものが鈍化してきている。鈍化させる波及効果が出ている。従って、給付率

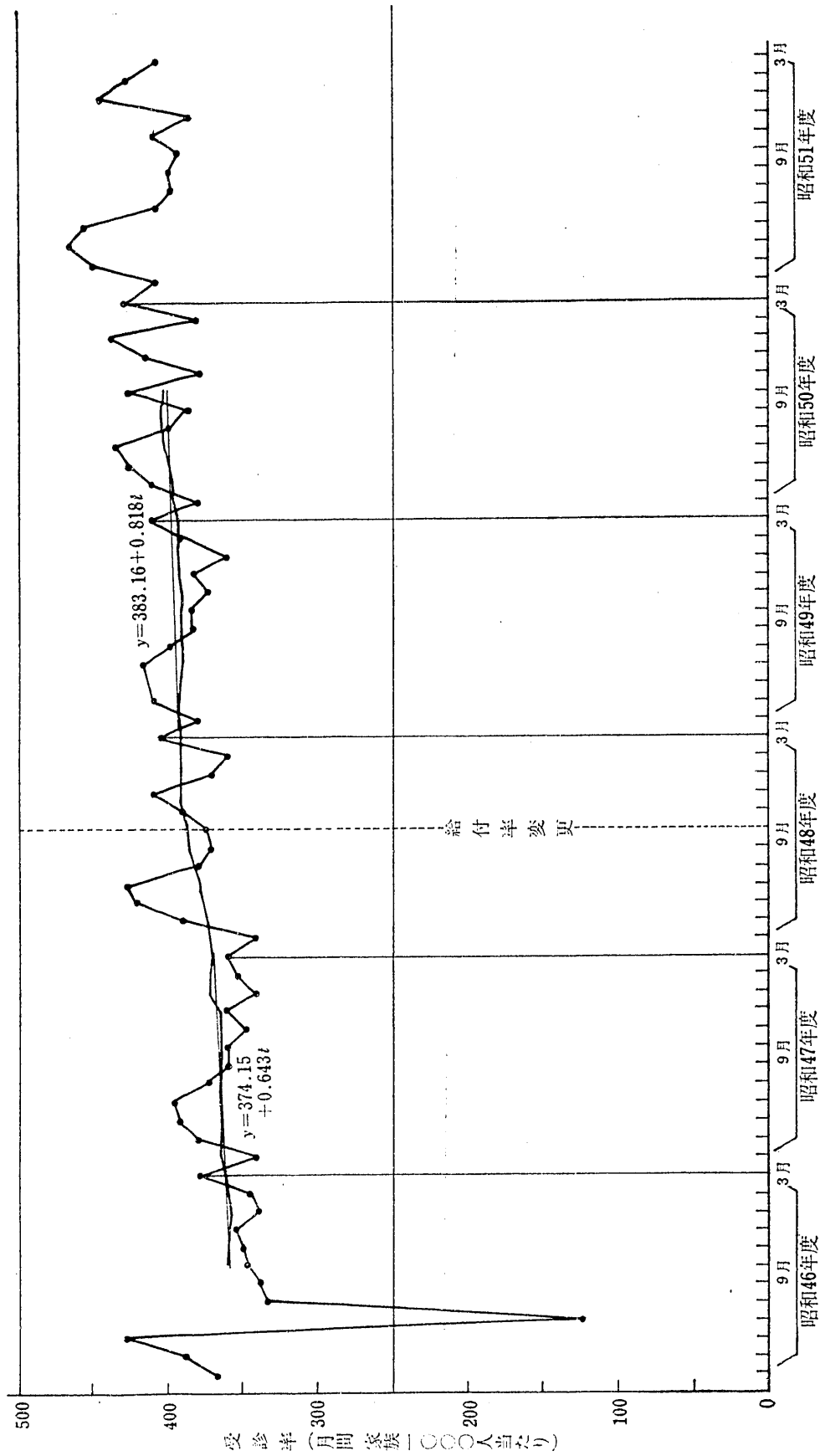


図4 給付率変更前後5ヵ年間の入院外受診率、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳未満)

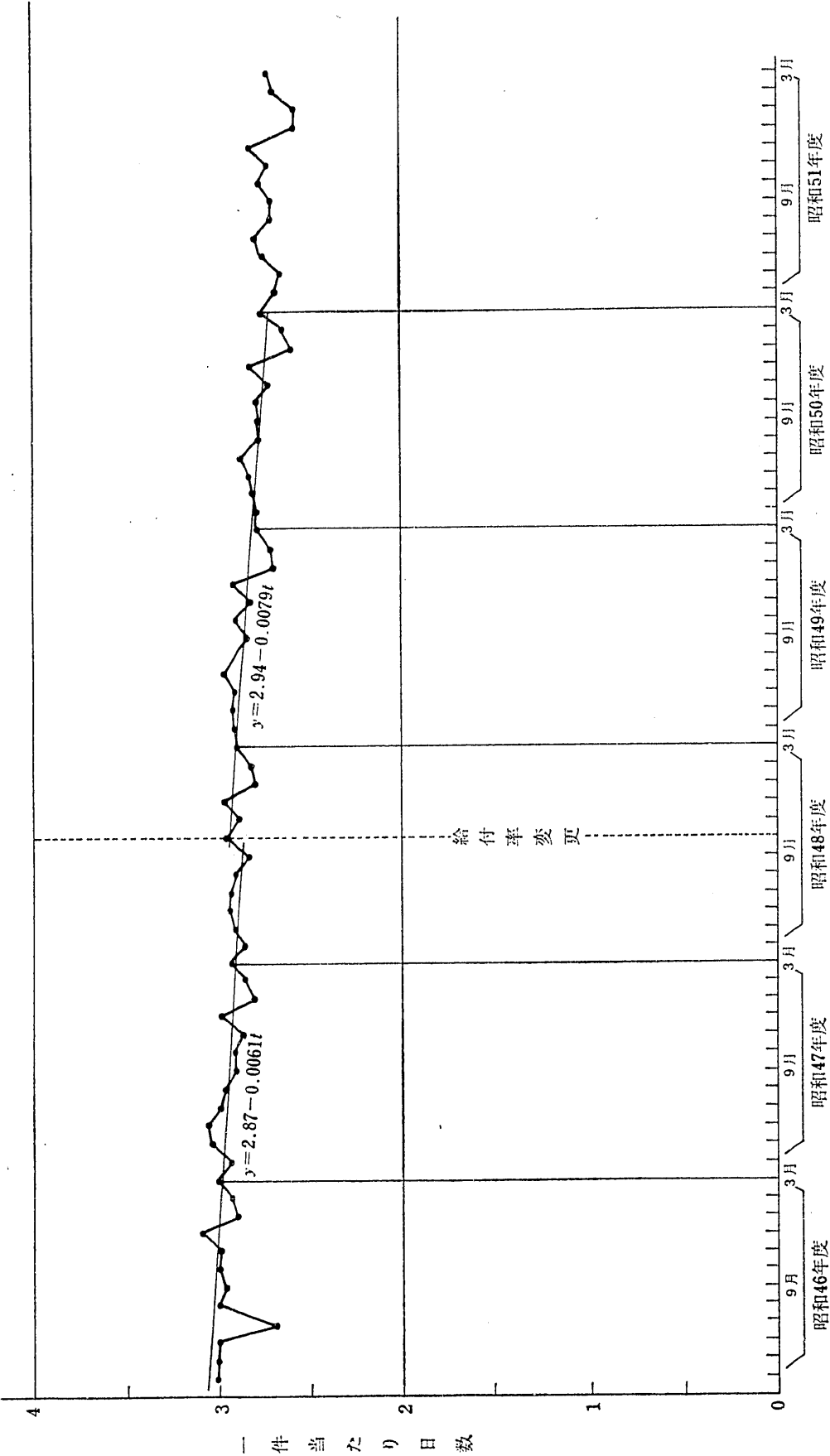


図 5 給付率変更前後5ヵ年間の入院外1件当たり日数、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳未満)

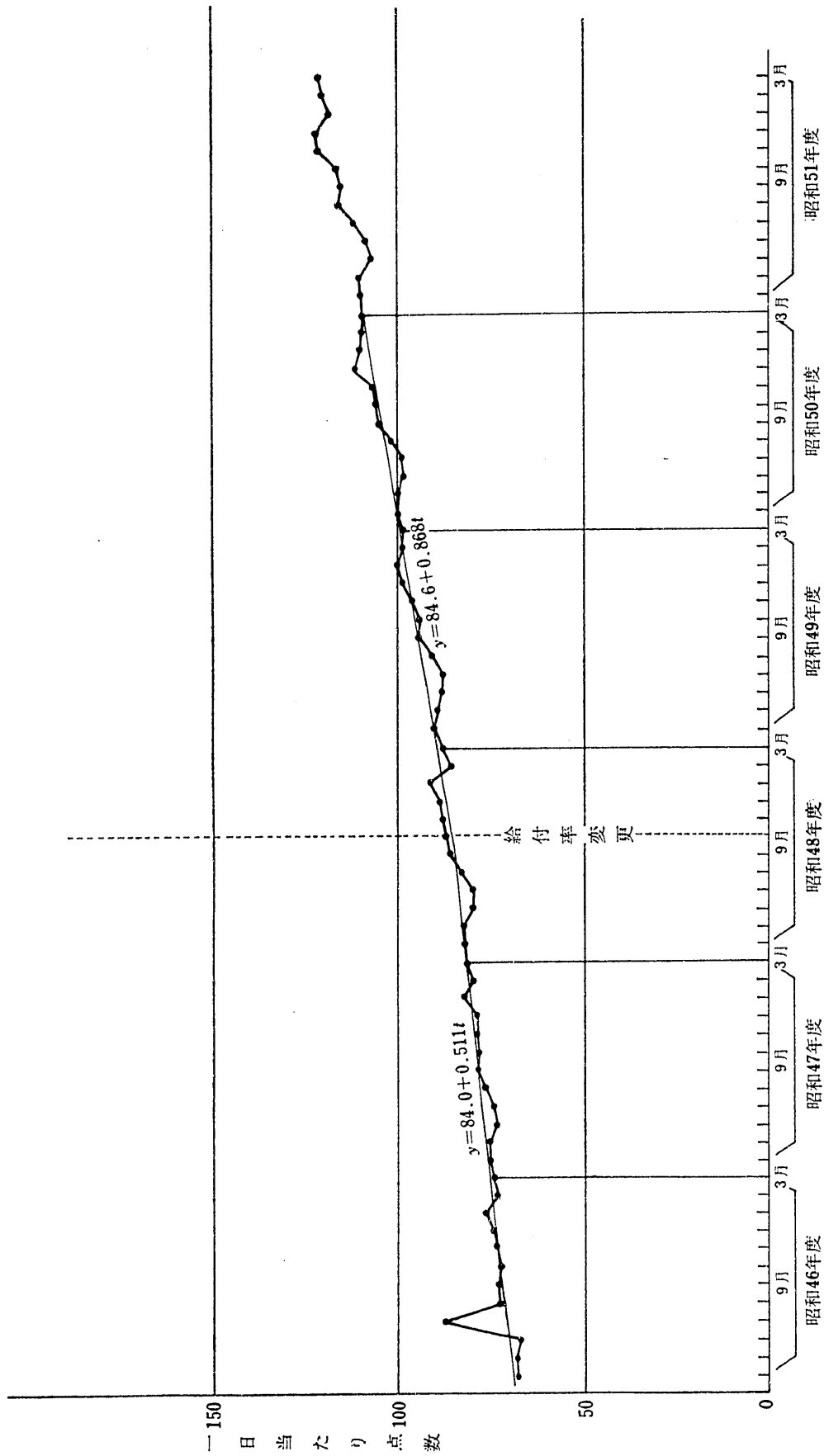


図 6 給付率変更前後5ヵ年間の入院外1日当たり点数、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳未満)

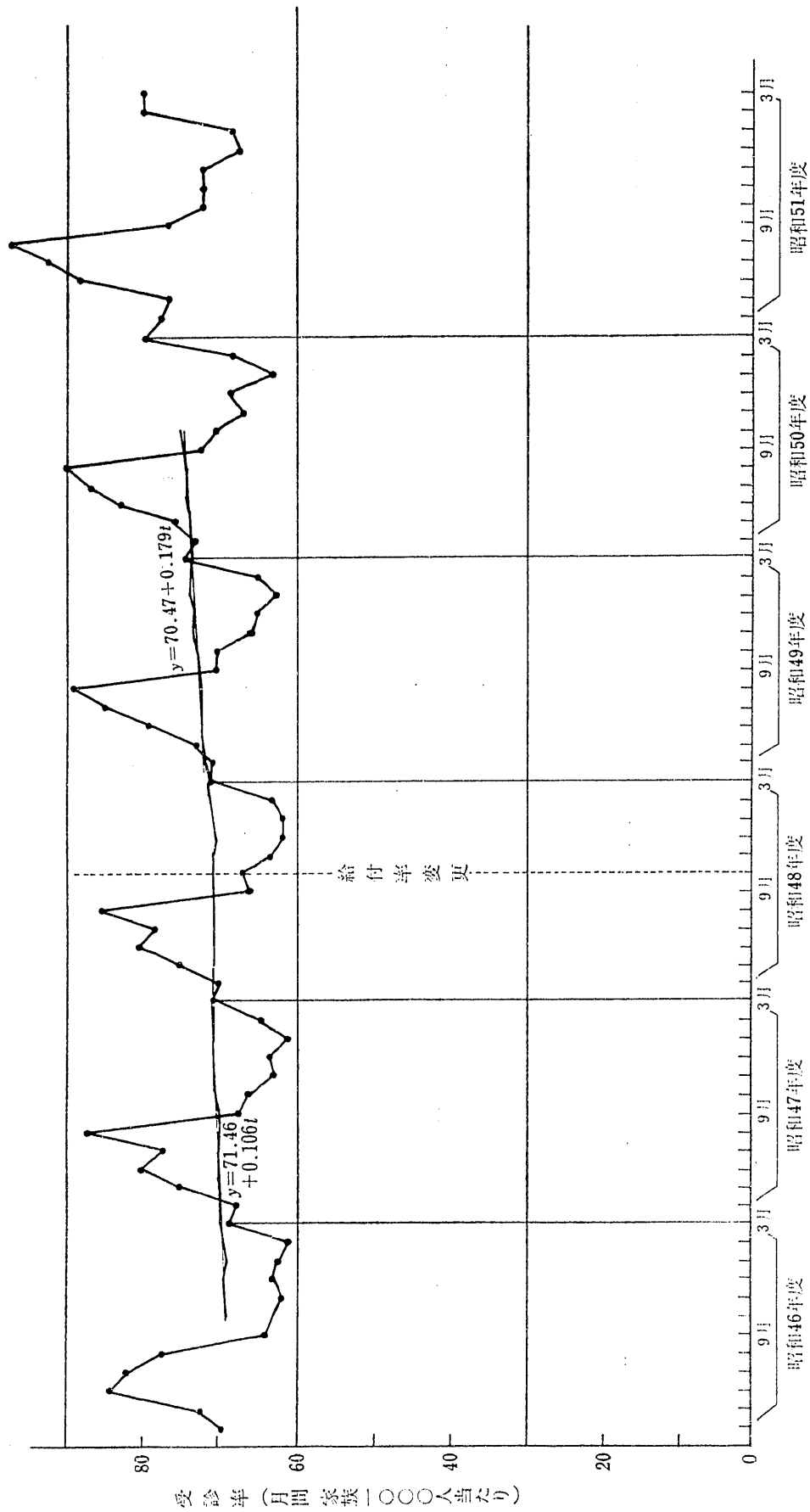


図 7 給付率変更前後 5 カ年間の歯科受診率，月別変動と傾向線（政管健保，70歳未満）

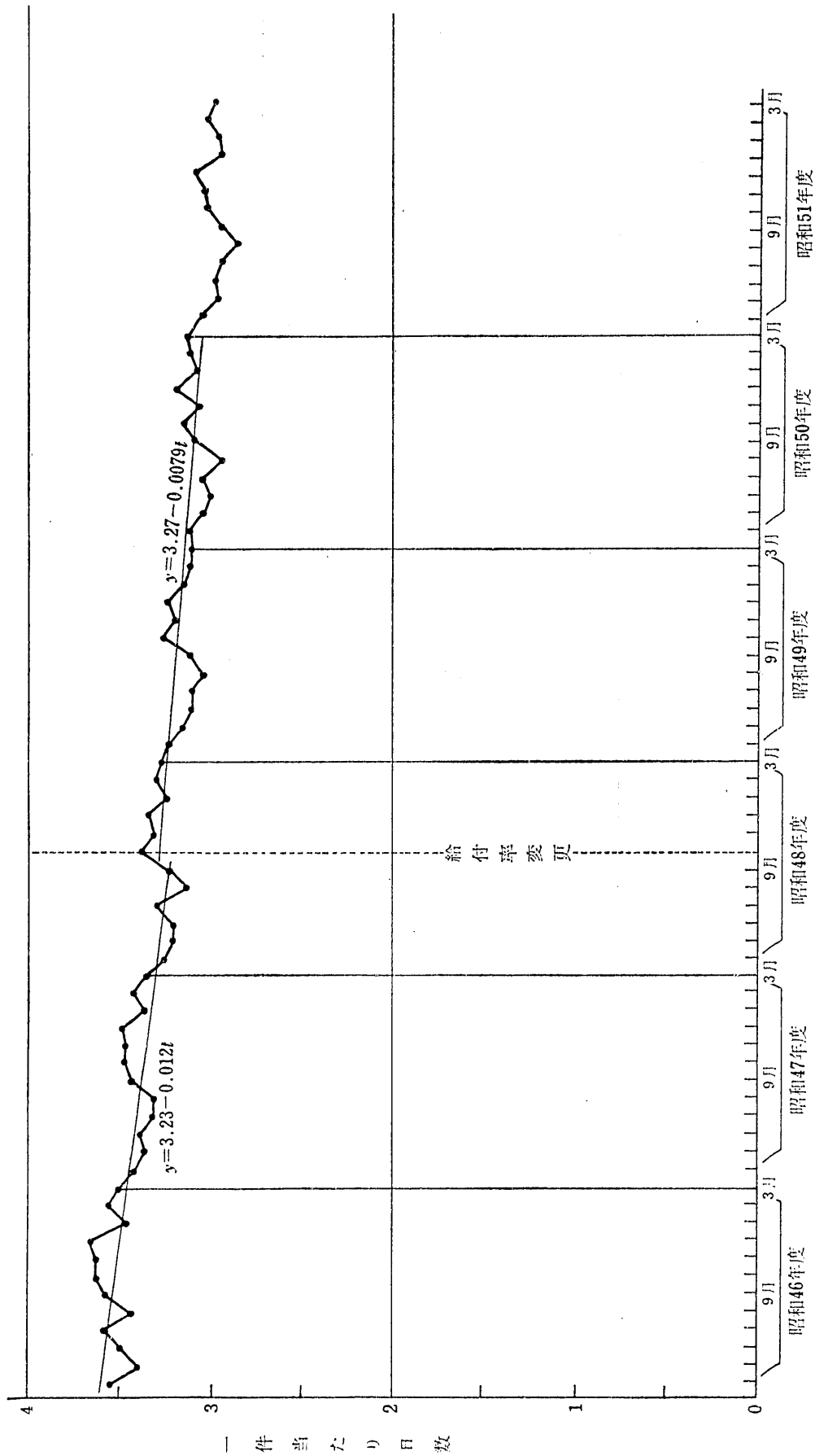


図8 給付率変更前後5ヵ年間の歯科1件当たり日数、月別変動と傾向線(政管健保, 70歳未満)

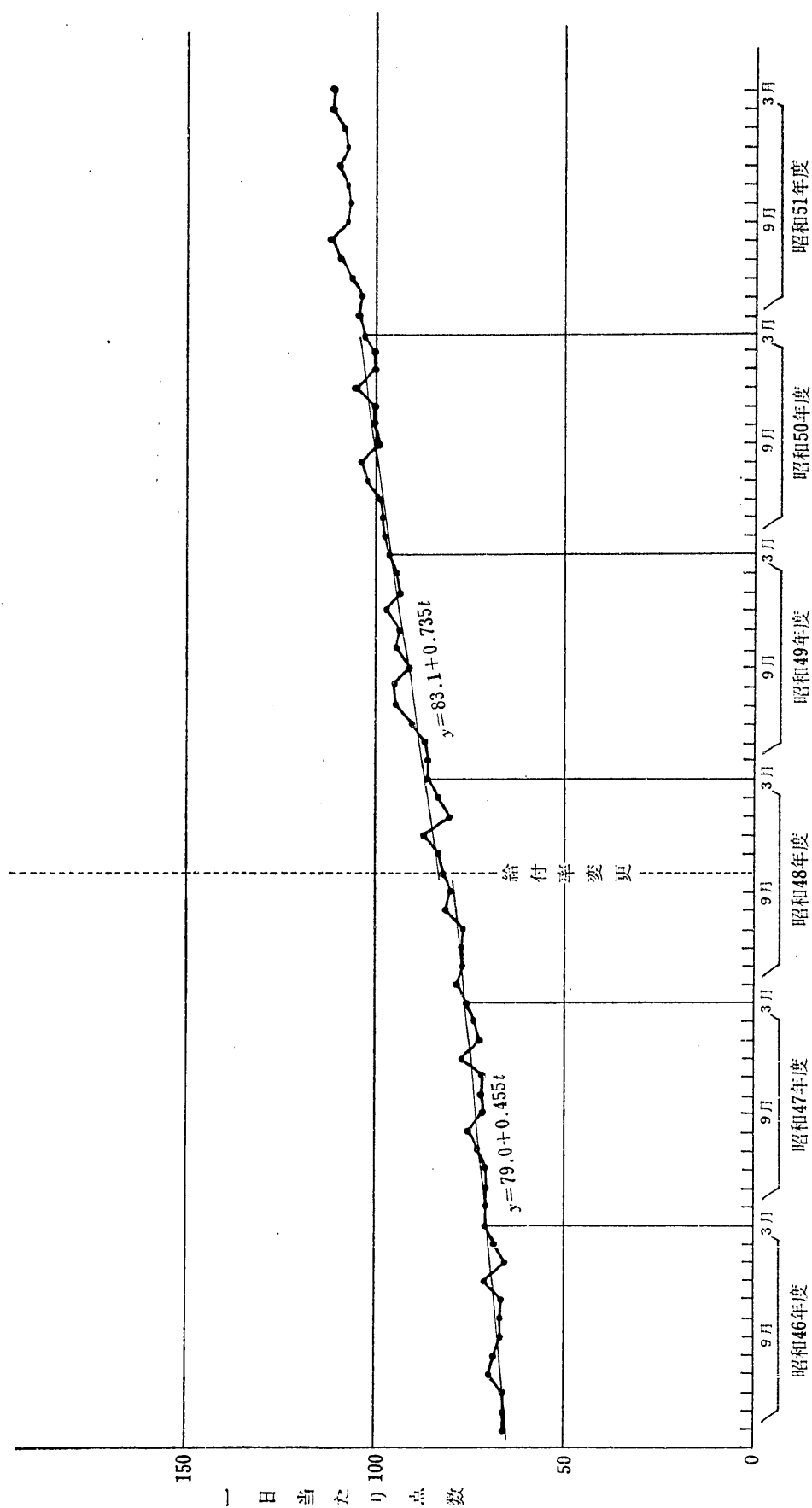


図 9 給付率変更前後5ヵ年間の歯科1日当たり点数、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳未満)

拡大によって新しい受診が促進された。そしてそのなかに、相対的に日数を要する患者が含まれていた、と理解することもできよう。しかし、この歯科診療日数の減少傾向を考えるさいには、およそ昭和47年頃から始まったいわゆる「計画歯科診療」のことや保険外負担の増加のことなど、多様な諸要因の考察が必要である。そういった諸々の要因の総合的結果として、全体としては日数は、1件当たりつまり事実上は1ヵ月でみると、3日程度の日数にだんだん落着いていくような傾向にある。少なくとも今分析している70歳未満の家族（うち子どもの受診が多い）では、極端に長い歯科診療日数も、ごく短い1日とかの診療や治療も減っていったように読みとられる。

1日当たり点数は、入院外に次ぐ顕著な増加である（表2、図9）。給付率変更後は、1日当たり70点台から80点台へと、一段レベルアップしたうえに、0.735 $\pm$ の勾配でもって増加し続けている。入院の費用増とは明らかに異なった入院外に似た波及効果がみられる。この費用の内容の変化につ

いてその詳細は不明であるが、補てつや抜歯などの処置にかんする各種診療の点数増加があったと考えられる。

4) 給付率変更による医療費への年次的波及効果

以上観察してきた入院、入院外、歯科について、まず、もしも給付率の変更がなかったとしたばあの理論値を昭和49年度と50年度とで求める（表4のなかでは表頭Aに示す）。次に昭和48年10月以降の実績値からの傾向線でもって、同様に、昭和49年度と50年度の諸率を求める（表4のなかでは表頭Bに示す）。この両者の差が給付率変更による波及効果を示す昭和49年度と昭和50年度における代表値となる。これを参考にして総括的に波及効果を分析してみよう。

まず、受診率などを総合化した1人当たり点数では、昭和49年度に最も大きく現われたのは歯科である（1.117倍）。次いで入院外、入院となっていて、入院は昭和50年度になって明瞭なかたちの波及効果がでてくる（1.132倍）。しかも、歯科の

表4 給付率変更前と後における診療諸率の平均値比較（政管健保 70歳未満）

	A 変更前の傾向線上に理論的に延長した平均値（変更なしと仮定）		B 変更後の実績値から求めた傾向線上の平均値（実際）		倍 率 (B/A)	
	49年度平均	50年度平均	49年度平均	50年度平均	49年度平均	50年度平均
入 院						
受 診 率	0.00878	0.00881	0.00895	0.00903	1.019	1.025
1件当たり日数	14.09	14.16	14.86	15.19	1.055	1.073
1日当たり点数	320.3	336.0	324.3	345.9	1.012	1.029
1人当たり点数	39.62	41.92	43.13	47.45	1.088	1.132
入 院 外						
受 診 率	0.38154	0.38925	0.39257	0.40239	1.029	1.034
1件当たり日数	2.80	2.73	2.85	2.75	1.018	1.007
1日当たり点数	89.9	96.0	94.6	105.0	1.052	1.094
1人当たり点数	96.04	102.01	105.84	116.19	1.102	1.139
歯 科						
受 診 率	0.07268	0.07395	0.07253	0.07468	0.998	1.010
1件当たり日数	3.09	2.95	3.18	3.08	1.029	1.044
1日当たり点数	84.2	89.7	91.6	100.4	1.088	1.119
1人当たり点数	18.91	19.57	21.13	23.09	1.117	1.180
合 計						
受 診 率	0.46300	0.47201	0.47405	0.48610	1.024	1.030
1件当たり日数	3.06	2.98	3.13	3.03	1.023	1.017
1日当たり点数	109.1	116.3	114.7	126.7	1.051	1.089
1人当たり点数	154.57	163.50	170.10	186.73	1.100	1.142

ばあい、昭和50年度でも波及が大きいまま推移している点興味深い。

入院外も歯科ほどでないが波及効果がわりと早く現われ、その後も若干引き続く傾向にある。しかし、1件当たり診療日数がコンスタントという影響をうけ、これら代表値上では点数もまたさほど急上昇ではなかったため、歯科よりは幾分ゆるやかな波及をうけた。

結局、給付率変更後の医療費への波及効果のなかで全体として大きな要素は1日当たり点数の変化であった。これは50年度そして表示していないが51年度といずれも上昇傾向にある。それが果して、48年度変更の波及効果なのか、それともそれ以降の診療内容のパターン変化もしくは自然増なのかは今後注目して観察していくべき問題点である。

なお、表4について補足説明をすると、Aとして計算した変更前の傾向線上に理論的に延長した平均値とは、昭和48年10月以前の傾向線を回帰直線上昭和49年と50年とに伸ばして得たものである。給付率変更なかりせばこうなっただろう、という全くの理論値になるものである。Bとして計算したのは、48年10月以降の実績値から計算した傾向線上の平均値である。

5) 波及効果についての小括

政管健保の70歳未満について入院、入院外および歯科をまとめて1人当たり点数でまとめたデータを再び表4で総括的に分析してみる。

表頭Aで示したのは、前述の説明のとおり、給付率変更前の値をそのまま仮説的に傾向線として伸ばした数値である。1人当たり合計点数は、昭和49年度平均で154.57点、昭和50年度平均163.5点である。これと表頭Bに示した変更後の実績値（つまり給付率変更の影響を現実に行った値）との間のひらきを倍率という値(B/A)でみると、昭和49年度では1.1倍、昭和50年度では1.142倍であった。つまり、給付拡大によって、49年度と50年度とを更に平均化してみると、1.121倍という影響即ち波及効果を1人当たり合計点数のうえで受けたことを意味している。

この1.121というのは、別掲「長瀬効果」のB式か

ら得られる倍率1.119に最も近い値である。従って、1人当たり合計点数でみる限り、老人を除いた家族のばあい、給付率5割から7割への変更は、

$$y=0.784x^2-0.536x+0.752$$

よりは少し上まわるが、最も近似的な値であったことになる。この間制度化された高額療養費支給制度などからの影響もうけて、若干高くなったと考えられる。

なお、同様の変化を1人当たりになおした数値がそれぞれ受診率、1件当たり日数、1日当たり点数でもって表4に付記されている。

2. 老人医療費10割給付実施前後の診療諸率の変動 —政管健保家族70歳以上老人について—

前章と同じように、入院、入院外、歯科別に分析をするが、制度変更の時点としては昭和48年1月をとることとした。その前後における傾向線と平均値とを用いて、その波及効果を観察することにする。なお、老人医療費10割給付（以下10割給付と略称）は、48年以前にも地方自治体で実施していたので、昭和46年以降の傾向線を観察するさいに、その点を念頭におかなければならない。

1) 入院

70歳以上家族の受診率は、表5と図10に示すように、48年以前に既に急速な増加をみており、それが48年1月まで続いている。同じ期間70歳未満

表5 老人医療費支給実施前と実施後における診療諸率の傾向線の変動(政管健保家族 70歳以上)

	実 施 前 (昭和46年4月～ 昭和47年12月)	実 施 後 (昭和48年1月～ 昭和51年4月)
入 院		
受 診 率	$y=30.88+0.782t$	$y=35.12+0.314t$
1件当たり日数	$y=21.35+0.039t$	$y=23.10+0.030t$
1日当たり点数	$y=269.4-0.055t$	$y=268.8+1.603t$
入 院 外		
受 診 率	$y=721.52+12.86t$	$y=852.19+0.774t$
1件当たり日数	$y=4.65+0.029t$	$y=4.73-0.0054t$
1日当たり点数	$y=104.0+0.757t$	$y=105.1+1.152t$
歯 科		
受 診 率	$y=54.88+1.623t$	$y=63.69-0.280t$
1件当たり日数	$y=3.69+0.025t$	$y=3.55-0.014t$
1日当たり点数	—	$y=107.2+1.737t$

資料：社会保険庁「事業年報」、医療給付受給者状況調査報告

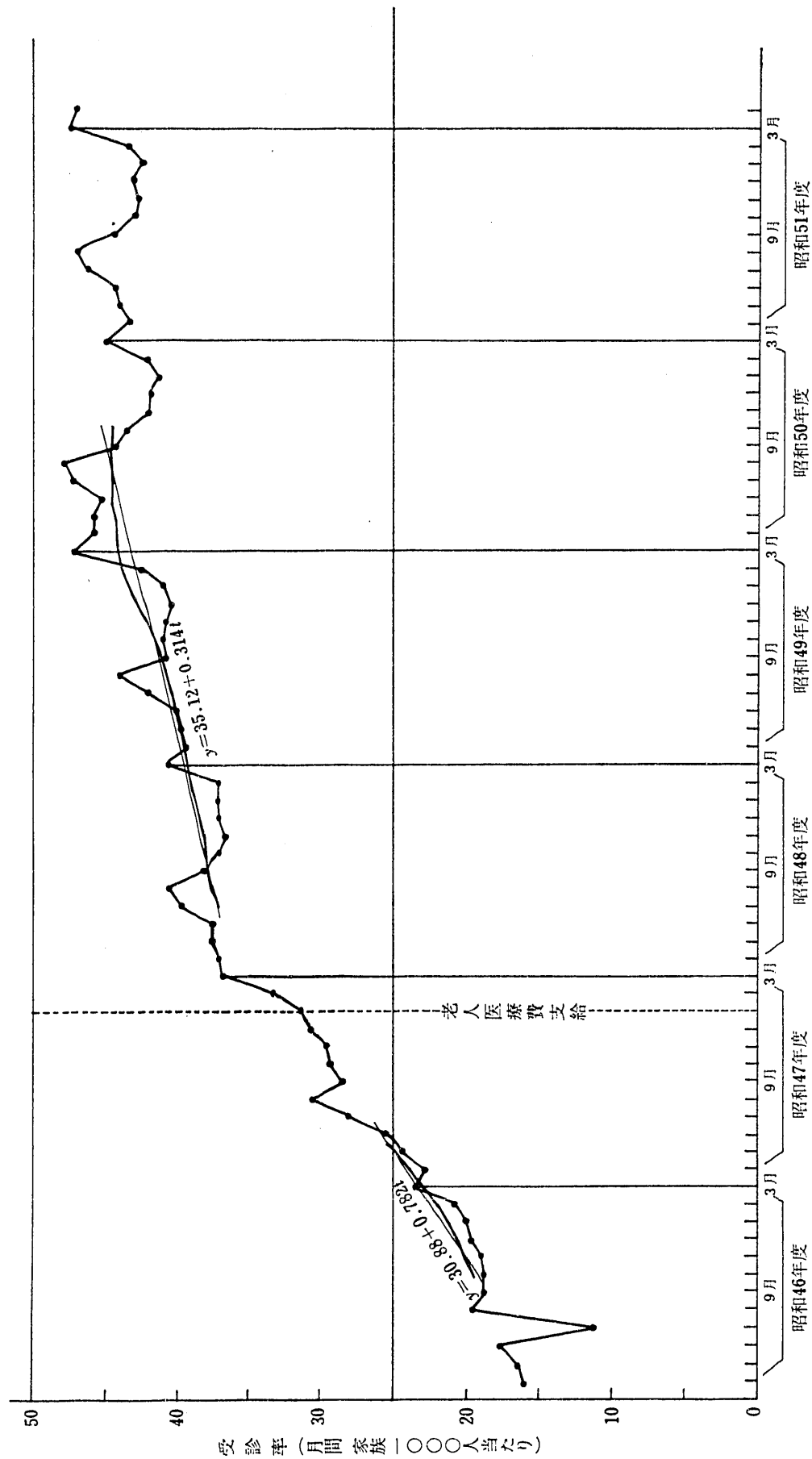


図 10 老人医療費支給制度実施前後5ヵ年間の入院受診率、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

の家族の受診率は1,000人対約8であったということに比べると、30前後というおよそ4倍近い入院受診率は既に非常に高率であった。それが48年以降も増加し続けている。48年以降の増加率はそれ以前に比して緩やかになったとはいえ、70歳未満の入院受診率に比して、依然として高い増加率である（実施後 $y=35.12+0.314t$ ）。しかし、図10ではっきりしているように、昭和51年度より頭打ち的傾向もみられる。それが一時的なものか今後とも続くものかは、今後の観察を待たねばならぬ。いずれにせよ、48年1月の老人医療10割給付は、入院受診率のうえでみると、それ以前から続いていた急上昇傾向のフィニッシュのような時点に相当していた。波及効果としては、従って、その急上昇傾向にブレーキをかけたとみることもできる。10割給付は、そういう意味では入院に対しては、件数そのものの増加というよりも、次に述べる日数延長に強く作用したと考えられる。

入院の1件当たり日数については、昭和46年代21日前後だったものが、無料化後は25日近くに増えた。このばあいの日数とは、1ヵ月最高入院しても30日である。そのなかで平均入院日数が25日に近くなったということは、大変な増加である（図11）。

1日当たり入院点数は、昭和46年度と昭和47年度の期間では、傾向としては幾分フラットもしくは下降気味の傾向で推移してきた（図12）。ところが、48年1月以降は、 $y=268.8+1.603t$ とまた新たな上昇をもたらしたのである。国の10割給付前にも地方自治体の10割給付があり、そのため入院日数は伸びたものの、それは即1日当たり診療費用につながらないという状況があった。期間だけ延長があったのに、48年1月以降は、それに加えて更に費用増をももたらしたということである。

この70歳以上1日当たり入院点数は、70歳未満よりも低い点が注目される。従って、70歳以上入院患者により軽症者が多かったようにも観測される。もしそうだとすると、48年以降よりは入院医療内容の変化のために、70歳以上患者の入院に対して様々の診療が行われ、結果として1日当たり点数の増加をもたらしたと考えられる。

2) 入院外

入院外受診率は、入院とはまた異なって、48年まで急上昇、その後殆ど変化なし、という傾向がはっきりみられる。48年度の初め頃には、1,000人対月間1,000件という異常に近い高さに達したが、その後800件台のレベルに落ち着いている（図13）。これは、一種の頭打ちもしくはプラトー現象とみられる。70歳未満の入院外受診率が300台もしくは400台で推移したことと対比してみても、老人の受診率そのものは既に上限に達したといえよう。

1件当たり日数は、上昇傾向から転じて下降の一途をたどっている（ $y=4.73-0.0054t$ ）。相対的に重症の潜在疾病の受診は既に48年以前顕在化し、それ以降は別の受診パターンを迎えたといえそうである。つまり、最近にかけては、医療機関の混雑も加味されて、診療日数や投薬日数などの短縮があったことになろう。従って、頭打ちよりも一種のゆるい逆転現象と読みとることもできよう。70歳未満の入院外受診率の変化と基本的には同じだが、一層はっきり下降傾向にある（図14、表5）。

70歳以上老人の1日当たり入院外点数は、もともと70歳未満より少なかった。つまり、軽症、簡単な軽費医療の割合が多かったのである。老人の受診率と日数は頭打ちのなかであって、1日当たり入院外点数のほうは上昇の一途であったのである（表5、図15）。昭和48年1月以降も、その上昇は続いている。グラフ上では、10割給付制度導入と無関係に一直線の上昇傾向がみられる。

なお、70歳以上家族の1日当たり入院外点数は、無料化以前に既に100点台に達していた。70歳未満よりも高い水準にあったが、引き続き増加を続けている。入院では1日当たり200点台であり、それと比しても入院外の1日当たり点数のレベルは高くかつ一定の増加率を依然として示している。

3) 歯科

歯科の受診率も特異な変化をたどった。表5と図16にみられるように、昭和48年8月をピークにして、それ以前は上昇、それ以降は下降の一途という山型の変動となった。昭和47年から48年にかけての変化は、無料化の時期との関係もなく、

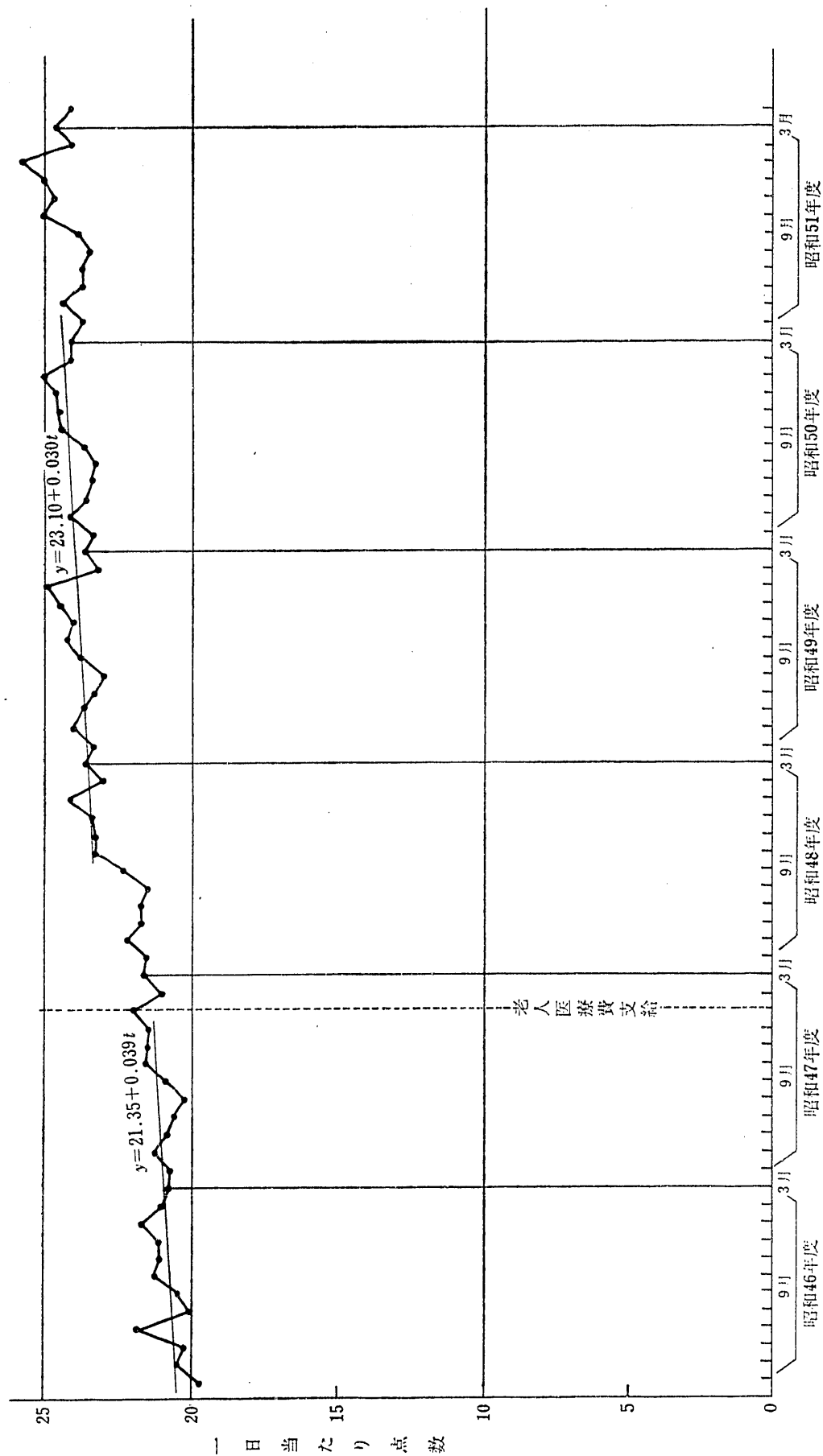


図 11 老人医療費支給制度実施前後5ヵ年間の入院1件当たり日数、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

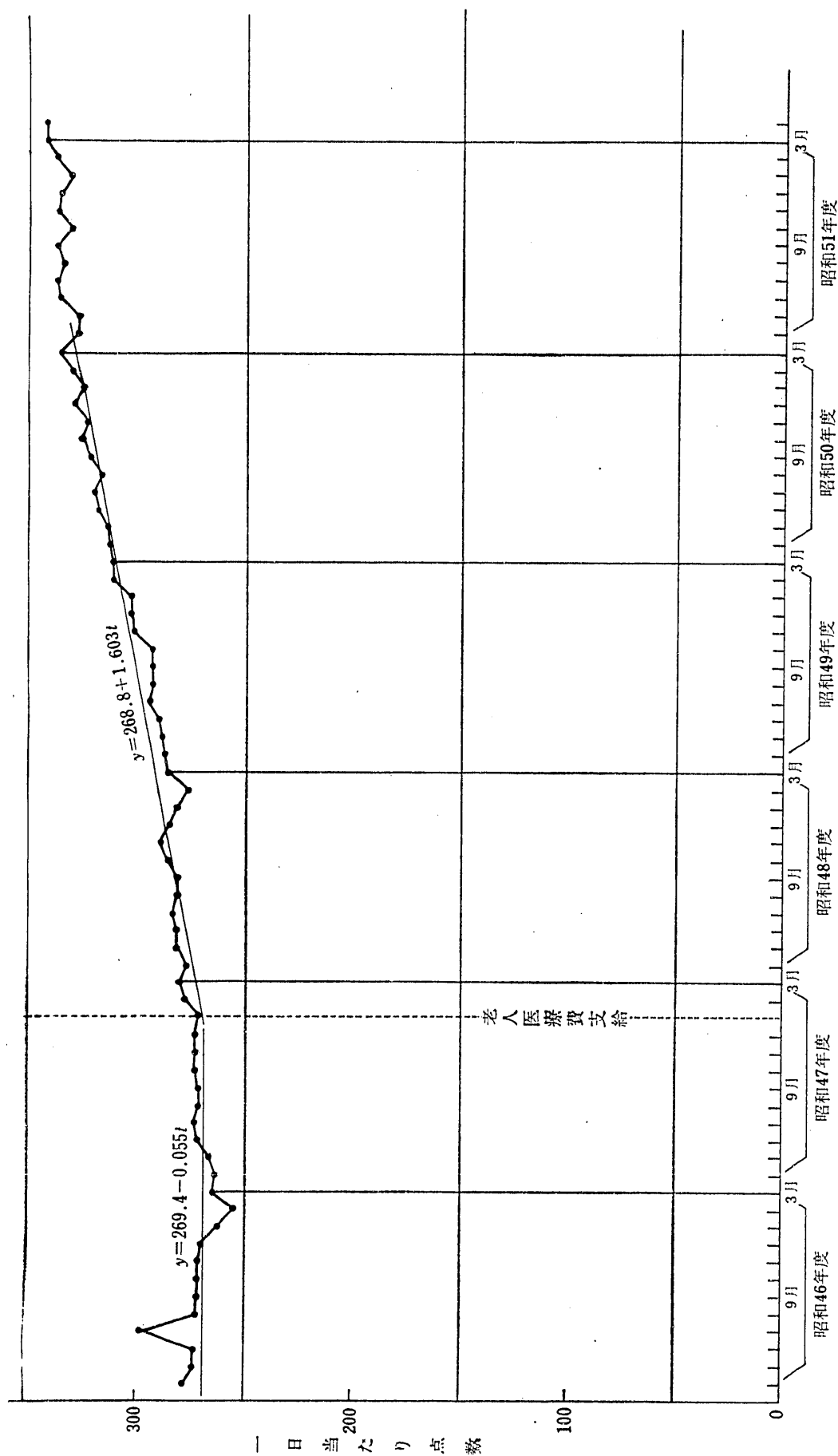


図 12 老人医療費支給制度実施前後5ヵ年間の入院1日当たり点数、月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

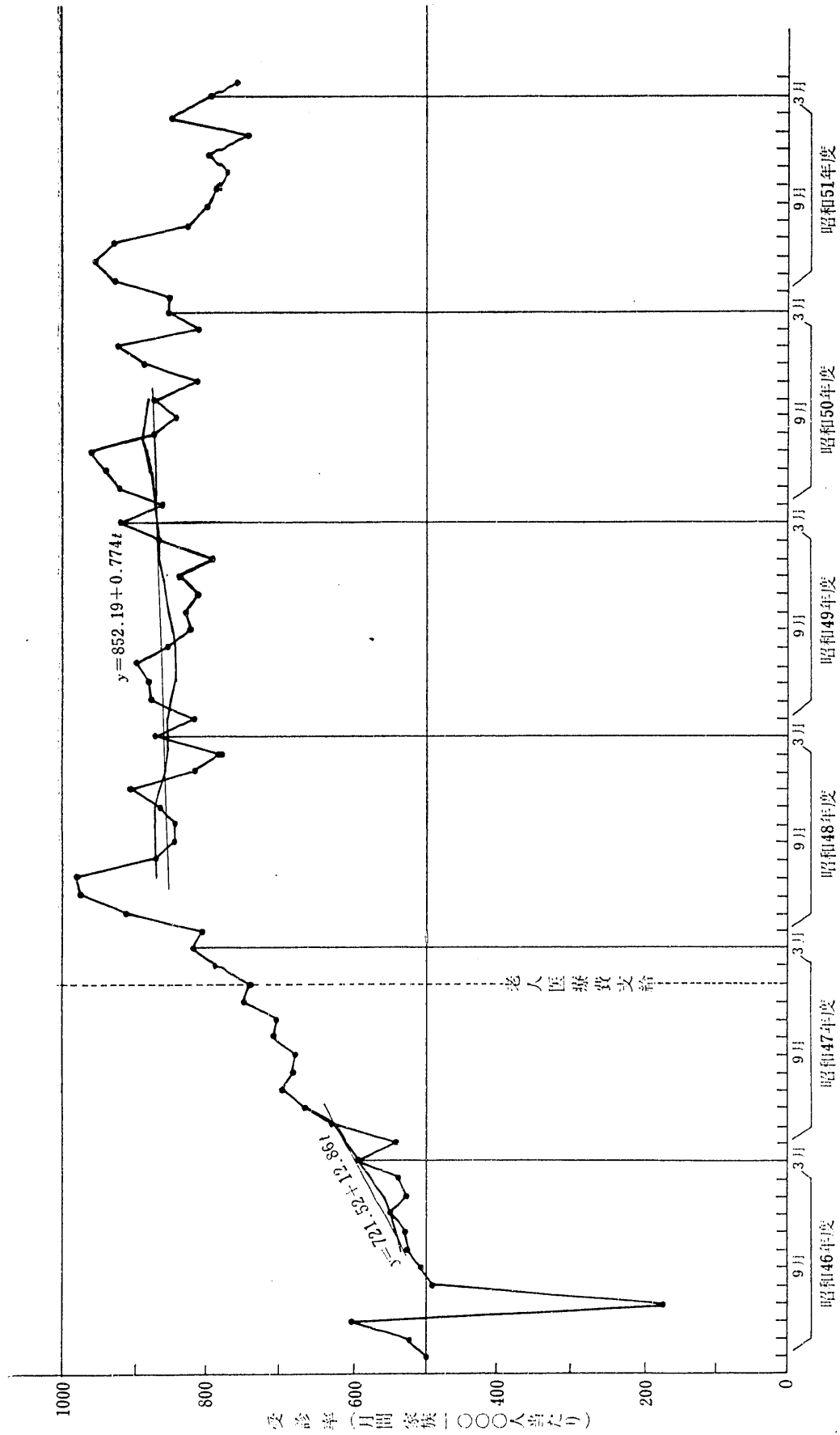


図 13 老人医療費支給制度実施前後 5 ヶ年間の入院外受診率, 月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

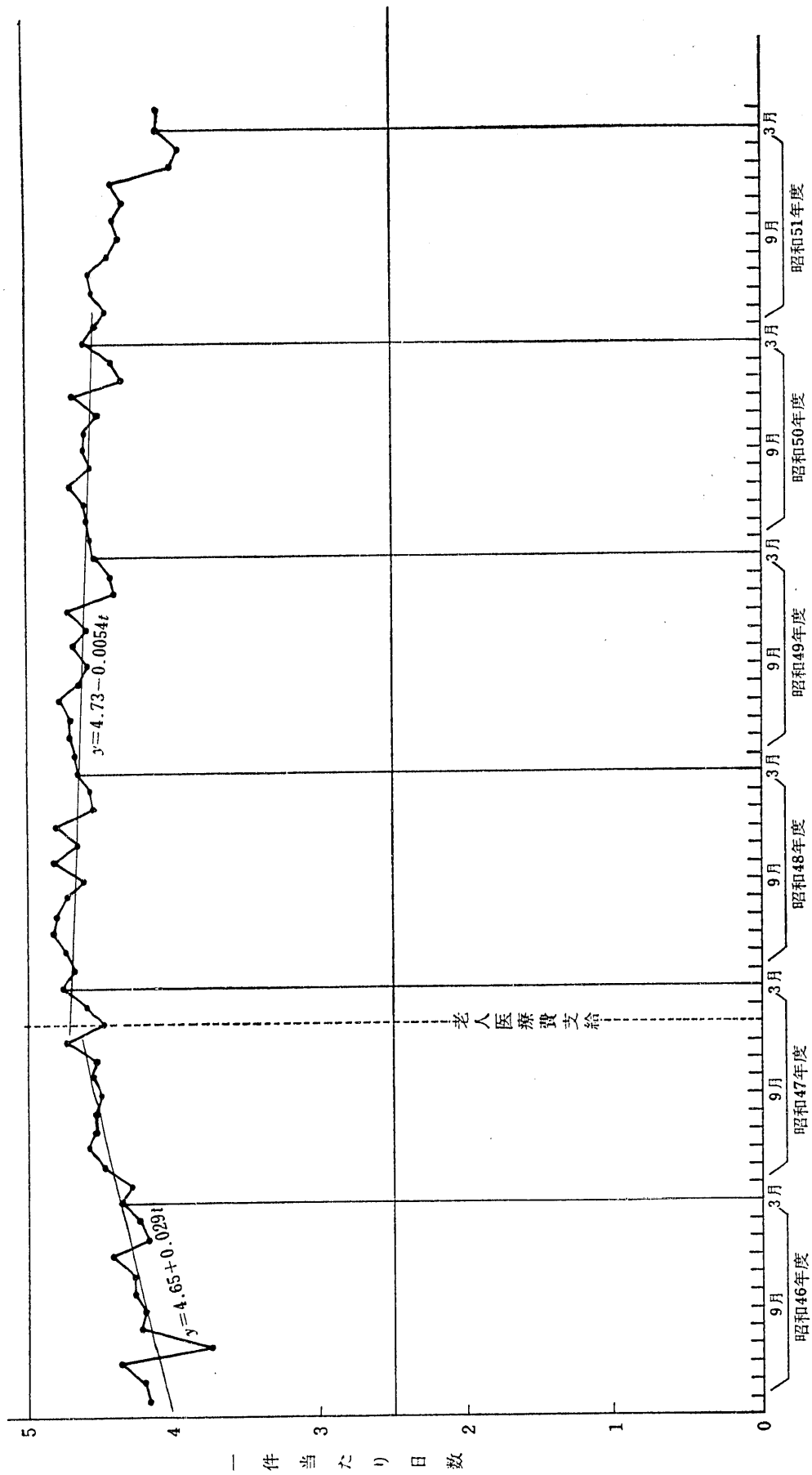


図 14 老人医療費支給制度実施前後5カ年間の入院外1件当たり日数, 月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

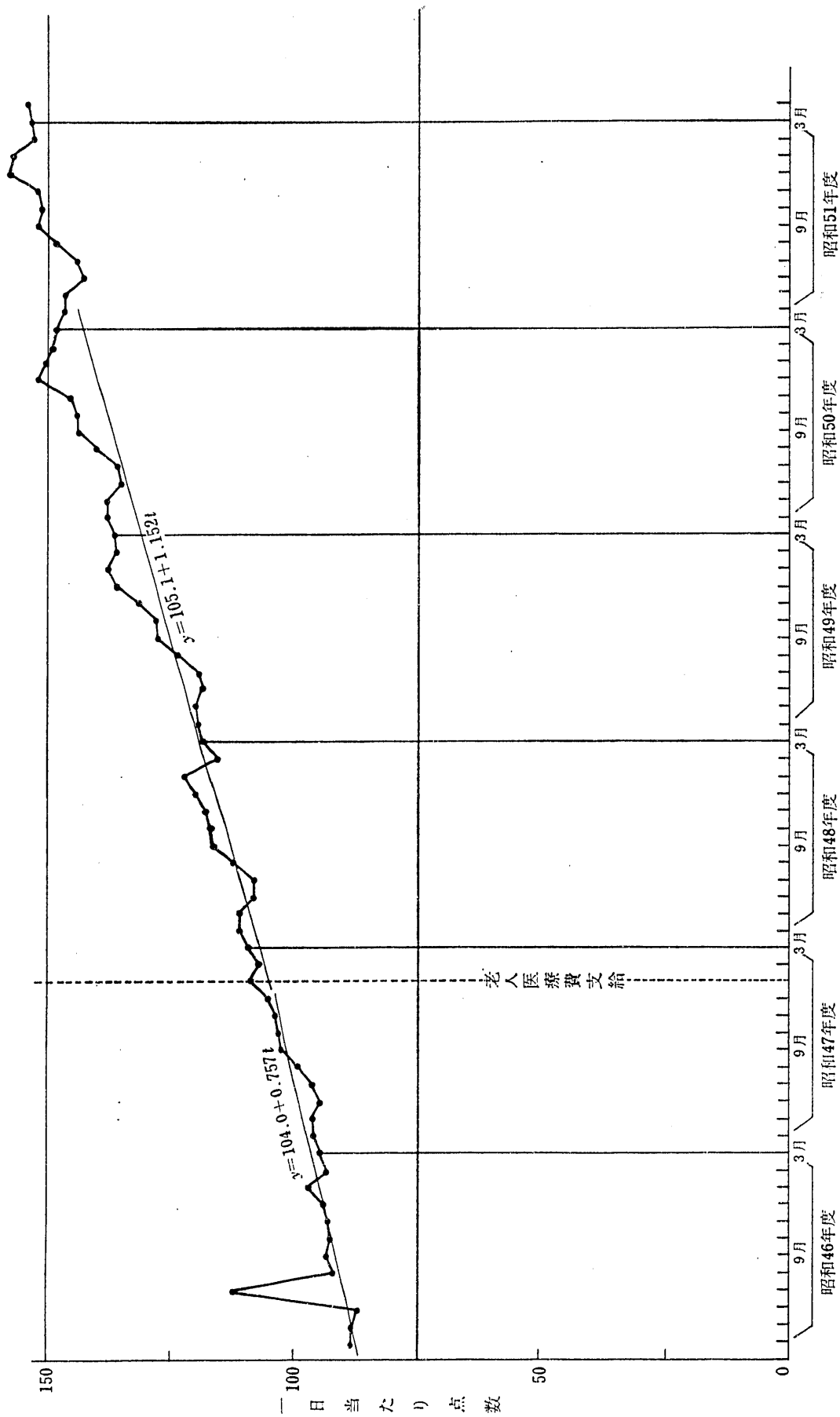


図 15 老人医療費支給制度実施前後5ヵ年間の入院外1日当たり点数、月別変動と傾向線（政管健保、70歳以上）

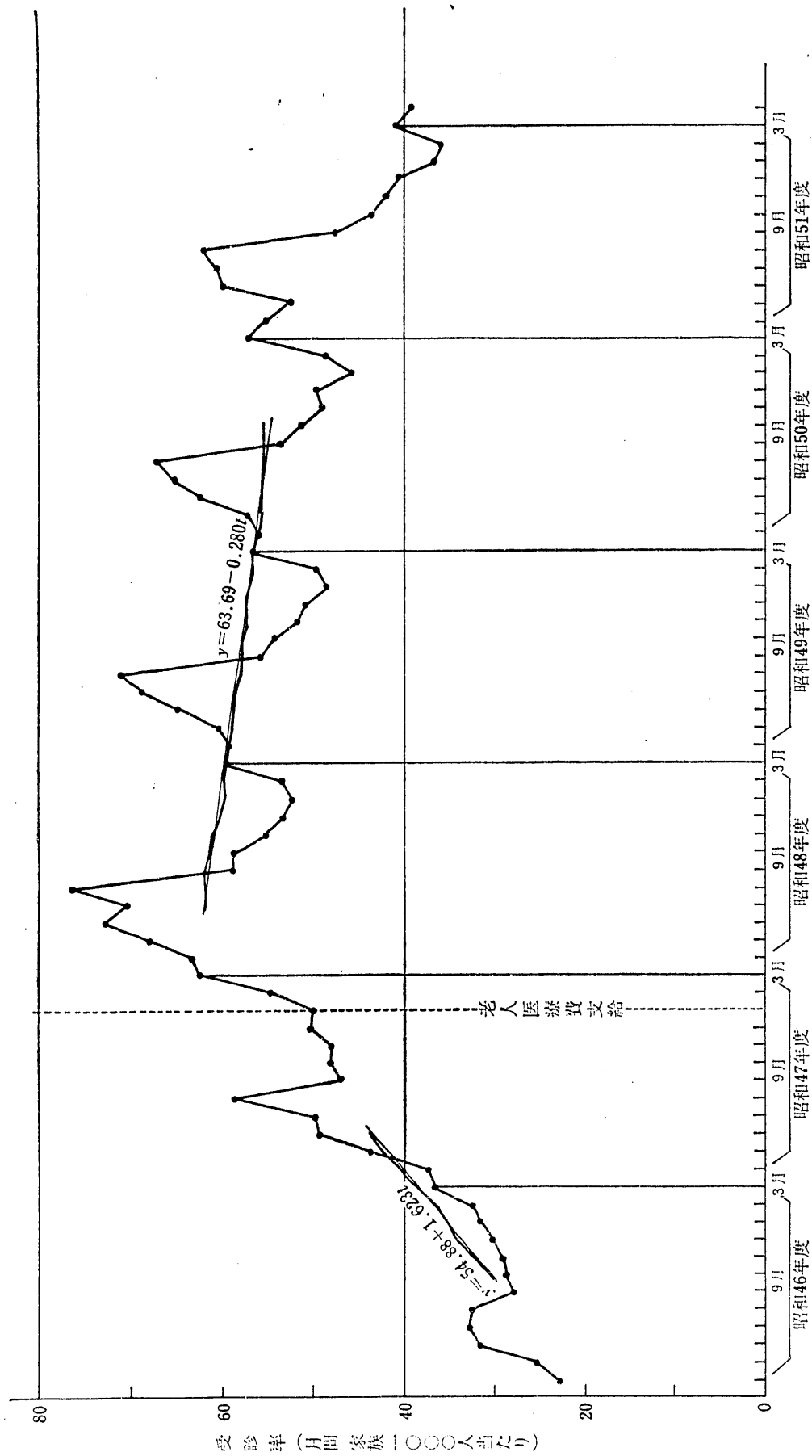


図 16 老人医療費支給制度実施前後 5 ヶ年間の歯科受診率，月別変動と傾向線 (政管健保，70歳以上)

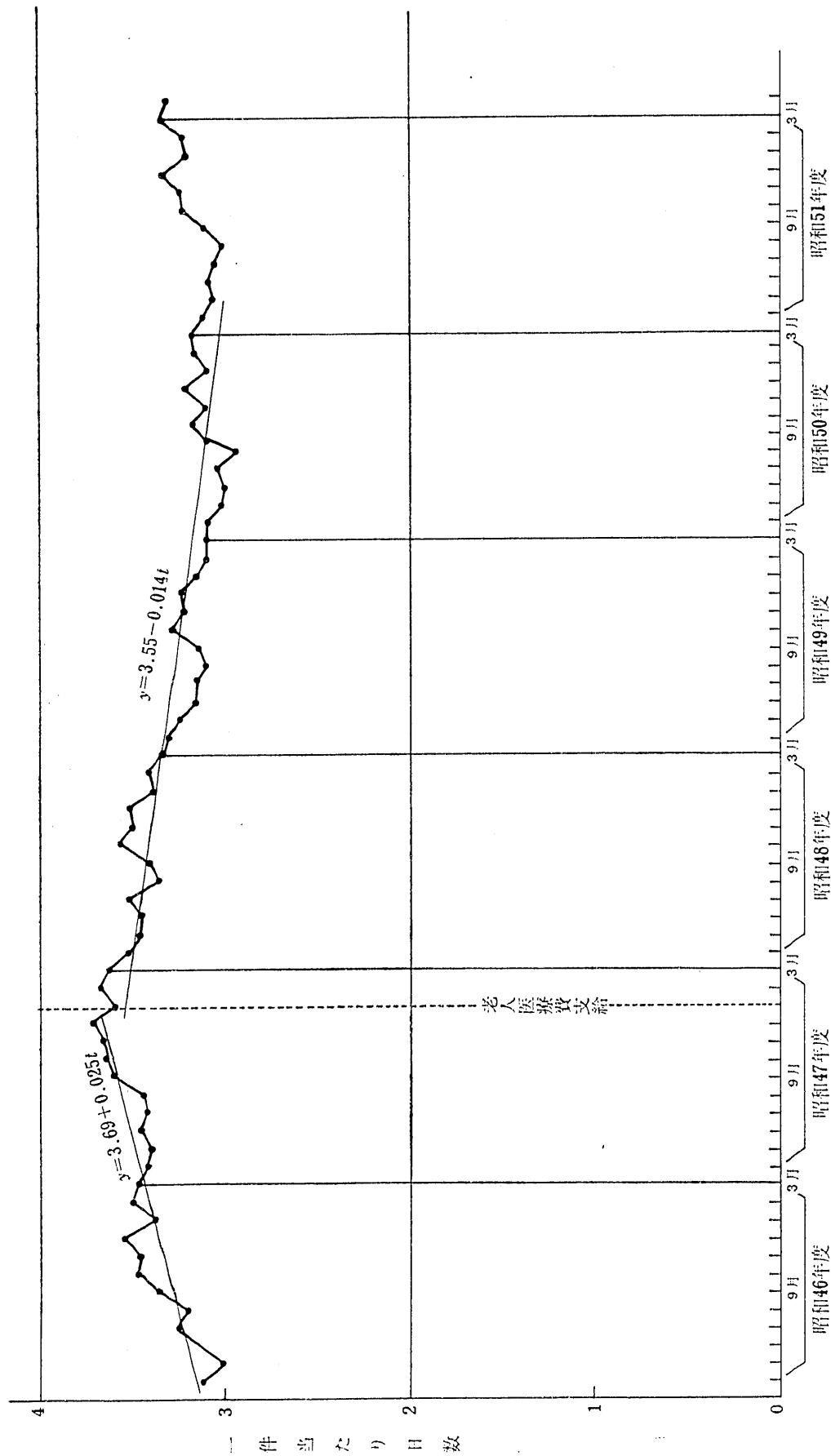


図 17 老人医療費支給制度実施前後5ヵ年間の歯科1件当たり日数, 月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

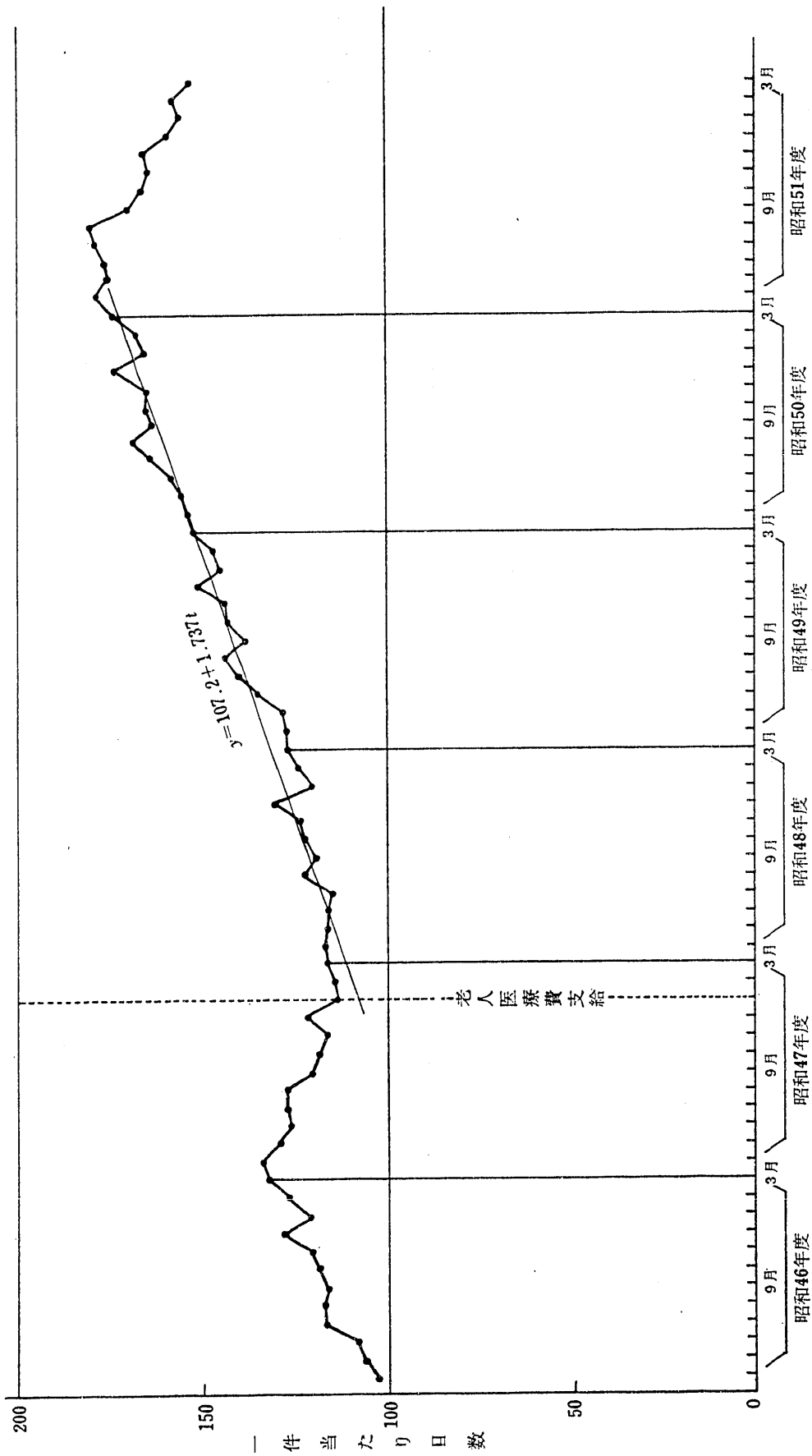


図 18 老人医療費支給制度実施前後5ヵ年間の歯科1日当たり点数, 月別変動と傾向線 (政管健保, 70歳以上)

どういう要因で動いたのかの説明と推測は難しい。仮説的に考えられることとしては、48年以前には、自治体単独の無料化によって、潜在していた老人の歯科需要が急速に掘り起こされたこと、48年以降はこれら新規需要に供給態勢が追いつけなかったこと、ならびに新しい患者の治癒とか補てつの完了などである。これらは、今後の研究課題である。

1件当たり日数も、受診率とほぼ同様の傾向である(表5, 図17)。実際のトレンドも、昭和47年11月を境に、上昇から下降に転じた。その下降割合は、70歳未満よりも急激である。実数では3.5日台から3.0日台に向っているが、それをもたらした要因としては、受診率と同じようなことも考えられる。そのほか、歯科医院の「計画診療」というかたちの集中的な治療の導入も一部影響しているかも知れない。

1日当たり点数の過去5ヵ年間の推移は、図18にみられるように一見奇異な傾向を示す。とくに昭和46年と47年との動きからは一定傾向をとり出しえない。歯科診療のばあいには、保険外診療のこともあり、既述したような「計画診療」とかの歯科医療サイドの要因もからんでいると考えられる。

しかし、48年1月以降は、 $y=107.2+1.737t$ の傾向線でもって再び上昇の一途をたどっている。入院外よりも勾配の急なトレンドを示している。この歯科の点数は、入院外の1日当たり点数を上まわるレベルに達し、ごく最近は下降気味である。老人の補てつ、つまり入歯がこれら歯科診療の主要内容であろうが、そのほか様々の歯科医療の行為の追加的上昇と頭打ちとがあるようである。

昭和51年5月診療分の国民健康保険の医療給付実態調査から歯科診療について表6をまとめてみると、70歳以上即ち老人分の歯冠修復に要した1日当たり金額は1,492円である。老人以外を大きくしのぐ金額である。構成割合からみても、老人歯科医療の7割は歯冠修復である。このことから、補てつの点数増加が、老人1人当たり歯科点数増の主役であったとの類推が可能である。

4) 老人医療費10割給付の影響の年次推移なら

表6 歯科診療の診療行為別内訳

	老人分		その他	
	1日当たり金額	構成割合	1日当たり金額	構成割合
	円	%	円	%
初診	128	5.9	113	5.7
投薬・注射	61	2.8	97	4.9
レントゲン	40	1.8	71	3.6
処置・手術	414	19.2	570	28.7
麻酔	2	0.1	14	0.7
歯冠修復・欠損補綴	1,492	69.2	1,085	54.6
その他	21	1.0	38	1.8
計	2,158	100	1,988	100

資料：51年5月「国民健康保険医療給付実態調査」

(注) 老人分は老人医療費支給対象者である。

びに小括一主として1人当たり診療費について—政管健保の家族を70歳以上(老人)とそれ以下(その他)にわけて、各年次の受診率と1人当たり診療費とをみたのが表7である。老人のみ昭和48年1月から10割給付となったので、その前後のデータから給付拡大の影響を知ることができる。

まず受診率であるが、老人の入院は昭和44年4月を100とすると、昭和51年4月には323と急増した。歯科はその約半分の177、平均して老人の診療は2.38倍に増加した。同様の増加は、老人以外(「その他」)の入院について113、平均して126である。老人のとくに入院がいかに急速なスピードで受診増加したかが明らかである。くり返していえば、政管健保の70歳以下の入院受診率のほうには、昭和48年4月まで殆ど同じであり、その後若干の伸びを示すだけである。

1人当たり医療費となると、当然この増加は増幅されて、老人の入院は当初(44年)の474円から7,110円へと大変な伸びを示す(指数で1,500)。それが老人以外では、207円から1,029円と497の指数にすぎない(この診療費増には診療報酬改訂の影響が当然入っている)。老人のばあいは、とくに昭和48年からの一足飛びの増加が顕著である。それと対照的に、老人外ではなだらかな漸次的上昇であった。いずれのばあいも、歯科診療費の増加が幾分少ないのが特徴的に観察される。

さて、この昭和48年1月からの給付拡大の波及効果であるが、それを直接みるため表7の下欄に、

表 7 老人, その他別受診率及び 1 人当たり診療費の年次別推移—政管健保—

			昭和44年 4 月		45年 4 月		46年 4 月		47年 4 月		48年 4 月		49年 4 月		50年 4 月		51年 4 月	
			実 数	指数	実 数	指数	実 数	指数	実 数	指数	実 数	指数	実 数	指数	実 数	指数	実 数	指数
受診率	老人	入院	0.011	100	0.014	127	0.015	136	0.022	200	0.035	318	0.039	355	0.044	400	0.041	323
		入院外	0.340	100	0.395	116	0.472	139	0.522	154	0.774	228	0.804	236	0.837	246	0.814	239
		歯科	0.030	100	0.034	113	0.022	73	0.036	120	0.061	203	0.058	193	0.055	183	0.053	177
		計	0.381	100	0.443	116	0.509	134	0.580	152	0.870	228	0.901	236	0.936	246	0.908	238
	その他	入院	0.008	100	0.008	100	0.008	100	0.008	100	0.008	100	0.009	113	0.009	113	0.009	113
		入院外	0.305	100	0.318	104	0.353	116	0.329	108	0.329	108	0.377	124	0.371	122	0.389	128
		歯科	0.061	100	0.063	103	0.066	108	0.065	107	0.067	110	0.070	115	0.071	116	0.074	121
		計	0.374	100	0.389	104	0.427	114	0.402	107	0.404	108	0.456	122	0.451	121	0.472	126
一人当たり診療費(単位円)	老人	入院	474	100	775	164	846	178	1,453	307	2,598	548	4,139	873	6,314	1,332	7,110	1,500
		入院外	1,161	100	1,593	137	1,856	160	2,402	207	4,502	388	5,769	497	7,552	650	8,510	733
		歯科	83	100	118	142	71	86	180	217	280	337	328	395	406	489	461	555
		計	1,718	100	2,486	145	2,773	161	4,035	235	7,380	430	10,236	596	14,272	831	16,081	936
	その他	入院	207	100	280	135	305	147	395	191	418	202	649	314	835	403	1,029	497
		入院外	552	100	655	119	773	140	820	149	860	156	1,256	228	1,498	271	1,819	330
		歯科	118	100	154	131	159	135	177	150	191	162	261	221	335	284	368	312
		計	877	100	1,089	124	1,237	141	1,392	159	1,469	168	2,166	247	2,668	304	3,216	367

(注) 老人診療の伸び

1. (昭48.4 対 昭44.4)

受診率 { 入院 318/100=3.18
入院外 228/108=2.11
歯科 203/110=1.85
計 228/108=2.11

1人当医療費

{ 入院 548/202=2.71
入院外 388/156=2.49
歯科 337/162=2.08
計 430/168=2.56

2. (昭51.4 対 昭48.4)

受診率 { 入院 117/113=1.04
入院外 105/118=0.89
歯科 87/110=0.79
計 104/117=0.89

1人当医療費

{ 入院 274/246=1.11
入院外 189/212=0.89
歯科 165/193=0.85
計 218/213=1.02

老人診療諸比率の伸びを注記した。これは、昭和48年4月における老人の指数を「その他」の指数で除したものである。つまり、この間の伸びの比を、給付拡大の有無で対比させた数値ということになる。このなかでは、まず昭和44年4月の時点と給付率10割となった後の昭和48年4月との対比をしている。給付率では総合した平均で2.11の伸び率である。この2.11倍は、別掲「長瀬効果」のC式で得られる2.0倍に近似的な値であって、B式などよりも一層の波及効果のあったことを意味している。

1人当たり医療費の伸びは、入院で2.71倍、入院外で2.49倍、歯科で2.08倍と、全体としてその効果は大きくなっている。こちらのほうは、医療技術なりの医療提供サイドの変化なども一部に相乗作用を及ぼしているからと考えられる。

なお、給付拡大後の昭和48年4月と51年4月との伸びは、受診率と医療費ともに老人のほうに鈍化していることが明らかである。つまり、この間老人外は少しずつ上昇傾向にあるが、老人では頭

打ちになったことを意味している。

3. 健康保険組合における附加給付実施状況と診療諸率の変化との関係—附加給付割合の変化割合別にみた—

健保組合のばあいには、以上で述べた政管健保や国保と異なり、給付率の変化は附加給付を通じて全く個別的にそれぞれ異なった年次に行われてきた。そこで、本研究では、さしあたり昭和49年から51年までの期間をとり、この間に附加給付支給なしの組合ならびにこの間に附加給付変更のあった299組合を調査対象にえらび、この3年間に附加給付をした組合をその変化率に応じて、表8の表側のようにグループわけをした。そして、それぞれのグループごとに、昭和49年から51年にかけての診療諸率のレベルとその変化状況を計算してみた。

従って、この健保組合のデータは、時系列的に均一性をもつものではなく、方程式をもってその係数や基準値の変化をまとめて示すことのできる

ものではなかった。給付率変更後の診療諸率への波及効果を総括的に測定できるものでもない。附加給付割合の差異と受診率や日数、費用との関係をみたものに過ぎない。

このようなデータの上での限界があるため、以下でのこの附加給付にもとづく医療費への波及分析は、参考資料的に述べるものである。

健保連調査資料「附加給付便覧」と組合管掌健康保険事業状況報告（年報）とを用い、附加給付なしの組合ならびに附加給付ありを、さらに給付割合別にグループわけした組合ごとに、診療諸率を計算した結果が表8である。これは注記してあるように、昭和49年から51年までのある時点で、附加給付を0.05つまり診療費総額の5%相当まで実施したグループ、0.05～0.10まで実施したグループなどにわけて諸比率の変化をみたものである。

一般に仮説的に予測されることは、附加給付上昇つまり給付拡大がなされると、受診率などは高

くなるという比例的傾向である。表8で示される結果によると、「附加給付なし」グループの受診率は、たとえば昭和51年では5.9件、「給付上昇」グループでは6.6件で、給付上昇の組合に受診率も若干高い。しかし、1人当たり点数となると、たとえば同じく昭和51年度では、「附加給付なし」組合が最も高く（4,842.3点）、「附加給付割合上昇」組合が4,754.1点と最も低い。日数と点数のいずれにおいても、このような比例しない関係がみられる。

このようないわば給付率と医療費との反比例的傾向の存在は説明が難しいが、どうも次の諸点と関連しているように思われる。つまり、まず分析そのものが時系列データにのっとり、政管健保のように、ある一時点からの給付率拡大をとったものであることである。次に、附加給付の殆どは、患者が一部窓口払いをして、あとで償還するという償還制とも関連があると考えられる。つまり、附加給付のもとでも、もともとそこには何らかの

表8 健康保険組合の附加給付率別診療諸率の推移

	受 診 率			1 件当たり日数			1 日当たり点数			1 人当たり点数		
	昭49	50	51	昭49	50	51	昭49	50	51	昭49	50	51
附加給付なしの組合	5,695	5,880	5,944	3.30	3.22	3.22	183.0	218.3	253.0	3,439.2	4,133.2	4,842.3
附加給付率が上昇傾向の組合 ～0.05	6,146	6,231	6,432	2.99	2.91	2.86	170.2	205.5	229.8	3,128.7	3,726.2	4,227.3
0.05～0.10	5,537	5,860	6,138	3.26	3.13	3.06	188.2	224.5	235.5	3,397.1	4,117.7	4,423.2
0.10～0.15	6,243	6,317	6,781	3.09	3.07	3.00	178.0	207.0	242.9	3,433.8	4,710.6	4,941.3
0.15～0.20	6,764	6,752	6,992	3.06	3.00	2.93	176.1	210.7	237.2	3,644.9	4,267.9	4,859.4
計	6,152	6,260	6,650	3.09	3.05	2.98	178.2	209.2	239.9	3,387.5	3,994.3	4,754.1
附加給付率が下降傾向の組合 ～0.05	5,538	5,883	6,118	3.47	3.23	3.14	176.5	209.1	241.9	3,391.8	3,973.3	4,647.0
0.05～0.10	5,700	6,083	6,324	3.33	3.22	3.12	179.9	212.5	244.5	3,414.7	4,162.3	4,824.2
0.10～0.15	6,131	6,218	6,388	3.12	3.05	2.98	181.4	220.2	251.3	3,469.9	4,176.1	4,783.8
0.15～0.20	6,043	6,499	6,686	3.17	3.10	3.01	169.4	210.1	248.3	3,245.1	4,232.9	4,997.0
計	5,911	6,146	6,355	3.26	3.14	3.06	177.7	213.8	246.7	3,424.3	4,126.0	4,797.4

- (注) 1. 附加給付率は医療費に対する比率であって、昭和49年度の附加給付率を基準としている。
2. 49年度の法定給付と附加給付とを合せた、実質給付率は次のとおりである。

	上 昇 組 合	下 降 組 合
附加給付なし	72.5%	72.5%
～0.05	74.5	75.5
0.05～0.10	79.5	80.5
0.10～0.15	85.5	85.5
0.15～0.20	88.5	89.5

表 9 1人当たり点数の増加率 (対前年度比) (%)

	昭50/49	昭51/50	昭51/49
附加給付なし	20.0	17.4	40.9
附加給付割合上昇			
～0.05	19.6	13.3	35.5
0.05～0.10	21.0	7.9	30.6
0.10～0.15	16.9	23.2	44.0
0.15～0.20	17.3	13.7	33.4
計	18.7	14.5	35.9
附加給付割合下降			
～0.05	16.8	17.1	36.8
0.05～0.10	22.1	15.4	40.9
0.10～0.15	20.5	14.5	38.0
0.15～0.20	30.7	18.0	54.2
計	22.5	16.3	42.5

資料: 表8と同じ。

受診抑制が作用しているからという一因も存在している。

いずれにせよ、上昇割合が増加しているグループと下降しているグループとの間にも相関する関係はないが、表8は、そのような実情そのものを参照的に表示したものである。

ちなみに、表9でもって、この表8の1人当たり点数の対前年比増加率をみると、「附加給付なし」に増加率が20.0% (昭50/昭49) とか40.9% (昭51/昭49) とかで高く、この期間に附加給付を設けることで受診し易くしたグループに点数は逆に相対的に少ししか伸びていない。附加給付有無ならびに附加給付割合の大きさと点数の増減とは殆ど関係ないことが示されている。健保組合のこのような附加給付データから医療費増減への波及効果をさぐることはできなかったというのが結論である。

VI. 若干の考察

一部負担率の変更の医療費に与える影響については、昭和10年に長瀬恒蔵によって指摘されて以来¹⁾、その重要性はつとに認識されてきたところである。しかし、具体的かつ統計的実証研究も理論研究も従来数少なかった。

市川洋は、ごく最近、「一部負担が受診率に与える影響」という論文を発表した²⁾。これは、専ら受診率を基礎データとしたものであるが、本研

究と全く同じ問題意識の実証的研究論文である。とくに、本研究のばあいは分析していない年齢階層別区分で(10歳以上10年間隔)の複雑な受診率増減を保険種類別に分析している点は、ユニークかつ意義深い。とくに、20～39歳台のあたりでは、一部負担減少後、却って減っているばあいの指摘(家族では政管のばあい)は興味ある点である。しかし、40歳以上は軒並み増加していて、5割給付から7割給付への変更による受診率拡大は顕著であると指摘している。

同じような関心から医療需要をマクロに分析した論文としては、都村敦子の論稿³⁾がある。

この二つの論文では、使ったデータは受診件数である。これは診療報酬明細書の枚数(1人1月1診療科イコール1件)という換算であることはよく知られているとおりである。これによると受診頻度はある程度把握できるが、医療需要もしくは医療内容そして医療費はつかめないという難点がある。

以上の限界を乗り越えるかたちで、1人当たり医療費と受診率との両方を使った実証研究としては、中村文子らの「年齢階級別傷病大分類別国民医療費の推計」と題する日本で初めての推計がある⁴⁾。昭和45年と50年との二時点比較が主になされている。給付率変化の影響が傷病別に見事に分析されている。老人の傷病、退行性疾患の受診量と費用の増加が急速であったことが示されている。

結局、いずれの研究でも、第2次大戦後の日本の医療保障での主要な制度変更の一つであった老人福祉法改正による10割給付は、受診頻度とその費用にきわめて根本的な影響を及ぼしたことが、共通的に指摘されたのである。そして、本研究では、その点を入院・入院外・歯科について、しかも日数と点数とも亘る統計的観察が得られたのである。単なる増加程度の指摘だけでなく、傾向線と方程式化が本研究で行われたのである。

VII. 総括

1) 給付率の拡大が最も大きな効果を及ぼしたのは、給付率5割から10割への変更をした老人医

療費支給制度（昭和48年1月施行）である。「長瀬効果」でいえば、1人当たり点数で2.56倍という伸び率である。このうち、入院が最も直接的かつ規模も大きく影響を受けたことが明らかとなった。この制度立案のさいは「長瀬効果」のC式つまり2.0倍に依拠した予測をたてたといわれているが、これがフィットしたのは受診率の2.11倍の方である。点数の伸びは、予測をかなり上まわったものとなり、長瀬の式による5割から10割への伸び率は2.5倍となるので、老人医療費の2.56倍の伸びはこれに近いものとなっている。

2) 次に波及の大きかったのは、給付率5割から7割へと変更した（昭和48年10月施行）政管健保70歳未満の家族で、その1人当たり点数の平均の伸びは1.100~1.142倍であった（「長瀬効果」B式に相当）。この計数は、給付拡大前のトレンドをそのまま理論的に延長したものと拡大後の実績とのひらきで示してあって、拡大そのものの波及をこういうかたちで把握する方法から得られたものである。

3) 健保組合の附加給付のデータからは、健保組合間の給付格差を対比することによって給付率変更と医療費等の変化との関係を明らかにできないことが分かった。クロスセクションでなくタイムシリーズによる給付格差と医療費との関係进行分析することによらない限りそれは無理であろう。

4) 給付率の拡大は入院日数の延長に大きく影響した。

5) 入院外のばあいには、給付率拡大は1日当たり点数に著しく波及効果を及ぼしている。しかし1件当たり日数は短縮化の方向にある。

6) 歯科では受診率への波及が顕著である。日数は入院外と同様だが、1人当たり費用は、入院外よりも低く、一番少ない波及効果がみられる。

7) 昭和46年4月から昭和51年3月までの6年の傾向分析でみると、老人医療の入院は昭和50年までは確かに大きな波及をうけて伸び続けたが、昭和51年度以降は沈静気味であることである。但し、供給サイドの価格や診療行為の要因が関連する1日当たり点数は依然として $y=268.8+1.603t$ の傾向線をたどっている。

8) 同じ期間の入院外は、件数と日数のうえで下降傾向だが、1日当たり点数は、他と同様増加の一途をたどっている（入院ほどではない）。

9) 歯科の受診率は、老人医療費支給制度までは急増、その後は下降という特異な傾向にあるが、点数ではそのパターンは若干時期的にズレて、医療費支給後（昭和49~50年）急増、ごく最近（昭和51年）下降傾向にある。

10) 本研究ではじめて明らかにした入院、入院外、歯科別の診療諸率の変動に及ぼした影響の最大のファクターは給付率の変更であったことは明らかである。しかし、これには、昭和48年以前の都道府県ごとのいわゆる「無料化」実施の影響もからんでいるし、昭和48年以降の国が行った高額療養費支給制度からの複合的影響も無視はできない。

11) 全体としていえば、「長瀬効果」が大きくまたその後の波及が続いているのは1人当たり医療費であり、その効果が一過性とみられるのは、受診率への影響であった。受診日数については、短縮というマイナスの影響を及ぼした点が興味深い。

12) 以上の所見結果から今後の保険給付拡大後の診療諸率を相当の確かさでもって推測することが可能である。入院、入院外、そして歯科の各々特有な診療諸率のパターンが本研究によって明瞭になったからである。

〔別 掲〕

「長瀬効果」について

1 「長瀬効果」とは、長瀬恒蔵（当時保険数理技師）が昭和10年に著した『傷病統計論』の中に発表されており、医療費を定率で患者が負担する場合、患者負担の割合（ x ）とこれに対応する医療費の水準（ y ）との関係を明らかにしたもので、今日では一般的に用いられている。

2 長瀬は、 x と y との関係は二次式になるとし、

$$y=1-1.6x+0.8x^2$$

で示した。

この式によると、患者負担の割合（ x ）が0のときに医療費（ y ）は1となり、患者負担率が50%のときの医療費は0.4となる。

3 長瀬がこの関係式を作成するに当たって用いた統計資料は次のものであった。

- (1) 国鉄共済組合の組合員であって、健康保険の10割給付を受けている場合の医療費（昭和2年度から昭和5年度までの実績）。
- (2) 国鉄共済組合の組合員であって、健康保険の適用がなく、医療費の定率5割の償還を受けている場合の医療費（昭和2年度から昭和5年度までの実績）。
- (3) 当時定率8割給付を行っていた警察共済組合の医療費。
- (4) 保険の適用のない国民の医療費。

4 現在厚生行政で用いているいわゆる長瀬効果の式は、

下図のとおりである。なお、ここでの x は保険者の給付率を意味している。

(1) A式:

$$y = 0.760x^2 - 0.678x + 0.918$$

この式は健康保険組合の実績に基づいて作成されたものである。

(2) B式:

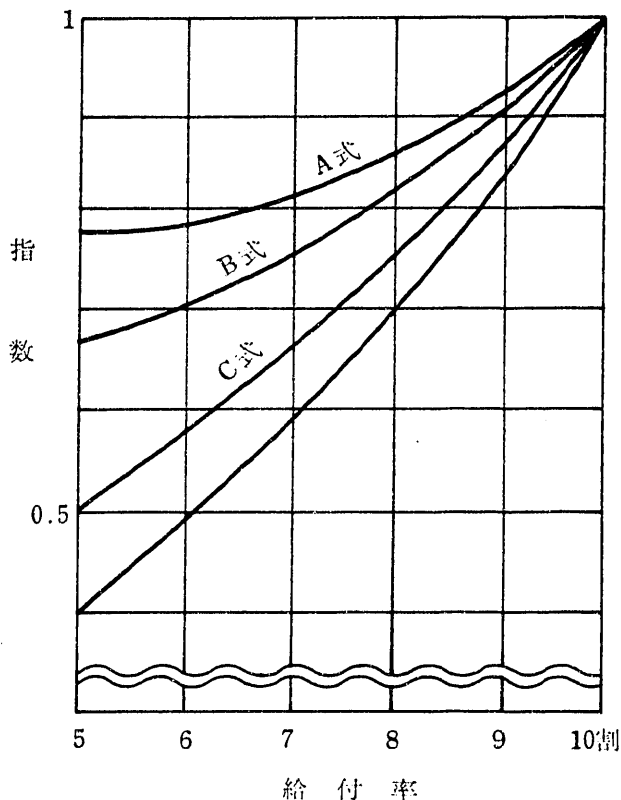
$$y = 0.784x^2 - 0.536x + 0.752$$

A式を修正して作成したものである。

(3) C式:

$$y = 0.783x^2 - 0.175x + 0.392$$

国保の実績等から作成している。



文献

(1) 長瀬恒蔵, 傷病統計論, 健康保険医報社, 1935年.

(2) 市川洋, 一部負担が受診率に与える影響, 雑誌「健康保険」32巻6・7号, 1978年6月号および7月号.

(3) 都村敦子, 医療サービスに対する需要と供給の見通し, 季刊社会保障研究, Vol. 14, No. 1, 1978年6月.

(4) 中村文子・佐野利裕・鈴木知子, 年齢階級別・傷病大分類別国民医療費の推計, 社会保険旬報, No. 1229~1230, 1977年10月.

本研究は、昭和52年度厚生科学研究「給付率等の変更による医療費への波及に関する研究」の報告書である。

本研究を行うにあたっては、厚生省保険局調査課の下記のスタッフから大変大きな助力を得た。記して厚く感謝したい。

大滝勉(課長), 川上友康(課長補佐), 鎌形健三(数理専門官), 清水昭(数理専門官), 鈴木伸昌(係長), 兵頭明和(係長)
(昭和53年現在の官職)

新しい国民経済計算と社会保障費

斎藤 治 美

はじめに

一国の社会保障の規模およびその内容を示す統計的情報で、国際的な基準にしたがって収集され、提供されているもののひとつは、いうまでもなく、国際労働事務局 (ILO) による『世界各国における社会保障の費用 (*The Cost of Social Security*)』である。ILO は、原則として3年ごとに、加盟各国から所定の基準にしたがって計算した社会保障費の報告を求め、これを整理、編集した結果を、上記の報告書として刊行している。社会保障の国際比較をするうえにもっとも有力な資料として、広く利用されている。わが国の厚生省が毎年発表している「社会保障給付費」も、この ILO 方式にのっとって推計されたものである。

これとならんで、社会保障を一国の経済循環のなかに位置づけてとらえる指標として「振替所得」および「社会保険負担」の概念が用いられてきた。振替所得は、国民所得統計中の「個人勘定」および「一般政府勘定」に掲げられている「政府から個人への移転」の項に表示されるものをさし、また、社会保険負担も両勘定に掲げられる「社会保障に対する負担」の項に示されるものをさす概念である。

振替所得は、社会保障費の類似概念ではあるが、いくつかの点でこれと異なっている。もっとも大きな相違点は、わが国の社会保障費の重要な構成要素である健康保険組合、厚生年金基金、私学共済などが個人部門（家計のほか、民間非営利団体も含まれる。）内の移転として取扱われ、振替所得には含まれていないことである。逆に、学校給食費、文化功労者年金など政府から個人への移転であっても、性質上社会保障費に入らないものや、政府関係特殊法人への補助金のような、民間非営

利団体への移転も振替所得に含まれる。

このような問題点があるものの、振替所得という国民所得統計上の概念を用いることによって、国民経済全体のなかで社会保障をとらえることが可能になるという利点があるため、経済政策の立場から、社会保障費の代理概念としてよく利用されてきた。とくに、政府の策定する経済計画においては、目標年次における社会保障の整備水準を示す総合的な指標として、振替所得の規模およびその対国民所得比を用いるという方法を伝統的にとってきている。

振替所得および社会保険負担を用いる場合のもうひとつの利点として、毎年刊行される国連の *Yearbook of National Accounts Statistics* や OECD の *National Accounts of OECD Countries* などにより、きわめて近い年次について国際比較をおこなうことができる点があげられる。

さて、わが国の国民所得統計は、経済企画庁経済研究所国民所得部において、国際連合が1952年に定めた国際標準方式にしたがって作成され、発表されてきており、各種の経済分析、経済政策の決定、経済計画の作成のうえで、きわめて重要な資料として利用されてきている。その間、より精緻な経済分析の手法が開発されるとともに、コンピュータ利用技術の進歩により、大量の経済統計データが迅速に処理できるようになった。

他方で、国民所得統計とならんで、国民経済の循環構造を巨視的な観点から把握することを目的とした産業連関表、資金循環勘定などの各種のマクロ経済統計も、それぞれ固有の領域で発展の一端をたどってきた。

このような状況を背景として、これらの各種のマクロ経済統計をひとつの有機的な体系のもとに

統合し、かつ、各勘定内部の分類、組合わせをいっそう精緻にし、より豊富な情報を盛り込んだ新しい国民経済計算方式の開発が、国連の場でとりあげられた。数年にわたる国際的な審議をへて、1968年に成案がまとまり、国連統計委員会で採択のうえ各国に提示されたものが、新しい国民経済計算体系 (A System of National Accounts, 以下「新 SNA」という。) である。

1970年代に入って、国連加盟の各国は、あいついで新 SNA へ移行したが、わが国においても、昭和 45 年に、経済企画庁に、「国民経済勘定研究委員会」(主査：辻村江太郎慶応大学教授) を設置し、新 SNA の調査、研究を開始した。さらに、49 年には、閣議決定をもって、「国民経済計算調査会議」(議長：辻村江太郎教授) を設置し、新 SNA の採用方法の検討にとりかかった。同調査会議は、3 年あまりの検討作業の結果を 52 年 11 月に報告書にまとめ、新 SNA の仕組み、推計方法および昭和 40 年から 50 年までの新 SNA による推計結果を明らかにした。

この報告を受けて、政府は、残された問題点のいくつかを検討したのち、去る 8 月 4 日に、新 SNA への移行を決定し、同時に、昭和 41 年度 (一部は 45 年度) から 51 年度までの推計結果を公式に発表した。

社会保障に関心をもつ者の立場から注目すべき新 SNA の特徴のひとつは、「政府と民間非営利団体及び移転所得について、追加的な分類を行っているが、これは、これらの部門が経済活動に及ぼす社会的、公共サービスの提供、所得の再分配などの影響について、より適切な表示を行うためである。」(新 SNA に関する国連統計委員会報告書の序文) ことである。

このことを、やや具体的に示せば、つぎのようになる。

① これまでの振替所得および社会保険負担に代って、社会保障に関連する所得の移転の状況をより精密に明らかにする新しい概念が用いられる。

② これまでの国民所得統計で、「政府の財貨サービス経常購入」として一括されていたも

のが、新たに目的別に区分された政府最終消費支出とその費用構造が明らかにされることとなり、保健、福祉など社会保障の分野への公共部門を通ずる資源配分の状況が明らかにされる。

③ 新しく、「家計に奉仕する民間非営利団体」が独立の部門として区分されることにより、公共部門と家計部門の中間にあって、医療、教育などの分野で国民福祉の増進に寄与している役割が明らかにされる。

新 SNA は、これまでの国民所得統計を大幅に拡大し、精緻化したものであるため、概念、範囲、推計方法などが大きく違い、きわめて複雑で膨大な体系と内容をもっている。この小論では、国民経済における社会保障の位置をとらえるという角度に焦点をしばって、新 SNA の概要、社会保障に関連する取引項目の取扱いと推計結果などについて述べることにする。

新 SNA の概要

1. 新 SNA の目的

国連統計委員会が 1968 年 2 月に採択した報告書 “A System of National Accounts” (以下「国連報告書」という。) が新 SNA に関する基本文書となっているが、この報告書は、新 SNA の目的を要約して、つぎのように述べている。「新 SNA は、経済のフローとストックの記録を体系化し、かつ統合化するための包括的で詳細な枠組みを提供するものである。」すなわち、新 SNA は、これまで独自の利用目的をもって発展してきた国民所得勘定、産業連関表、資金循環勘定、国際収支表および国民貸借対照表の 5 つのマクロ経済統計を、一つの総合的な計算体系のもとに有機的に接合し、包括的な国民経済の分析を可能ならしめようとすることを最大の目的としている。

さらに、新 SNA は、所得循環を精緻化し、産業構造、資金循環構造など経済循環の回路に関する詳細な情報を提供することによって、広く公共政策のために役立つことも目指している。

2. 経済の循環と構造のとらえ方

新 SNA は、市場経済を中心とする国民経済の循環と構造を事後的に記録する統計システムである。このシステムにおいては、経済活動は、すべて「取引」としてとらえ、取引への参加者は「取引主体」と位置づける。そして、それらの取引をすべて貨幣を単位として、複式記入方式により各取引主体の「勘定」に記録することによって、全体系の整合性が保たれる。

さて、新 SNA は、国民経済の循環を、つぎのようにとらえる。

「期首資産」と労働が協働して、財貨サービスが「生産」される。生産された財貨サービスは、その期間中に「消費」されるか、あるいは「蓄積」されて、次期の経済活動に振りむけられる。また、一部の財貨サービスは、「海外」の使用に振りむけられる（輸出）し、海外からも購入される（輸入）。蓄積された財貨サービスは、期首資産に加算されて「期末資産」となるが、資産には、価格変動に起因する再評価が必要であり、「調整」が加えられる。

こうして、新 SNA は、経済活動を、基本的に、「生産」、「消費」、「蓄積」として把握し、これに「海外」との取引を加えて、財貨サービスの流れが、すべてつかまえられる。このうえに、期末時点でのストックの再評価が加わって、新 SNA の体系が完結する。

このような新 SNA の体系を、行列形式によって簡潔に表示することができる（表 1）。

表 1 行列形式による国民経済計算

	1	2	3	4	5	6	7
1. 期 首 資 産				○			
2. 生 産			×	×	×		
3. 消 費		×		×	×		
4. 蓄 積	○		×		×	○	○
5. 海 外		×	×	×			
6. 調 整 (再評価)				○			
7. 期 末 資 産				○			

(注) 1. ×印はフローを、○印はストックを表わす。
2. 列 1, 6, 7 は負債（あるいは正味資産）関連項目を表わす。

3. 取引主体の分類

新 SNA は、以上の基本的取引区分の各項目について、「生産」を除いて、実物のフローと金融のフローに 2 分割している。このことにより、新 SNA における取引主体の分類は、2 系列に分けておこなわれる。この点、従来の国民所得統計が、取引主体を「法人企業」、「政府」および「家計」（対家計民間非営利団体を含む。）の 3 部門へ単一分類をしているのとは対比される。

新 SNA の取引主体の分類の第 1 の系列は、財貨サービスの流れ（実物フロー）に関与する取引主体の分類であり、生産、消費支出および資本形成という経済活動に関連するところから、「活動別分類」と呼ばれる。第 2 の系列は、資金の流れ（金融フロー）をとらえる取引主体の分類であり、所得の処分や資金の調達、運用など、組織体の意思決定に関連することから、「制度部門別分類」と呼ばれる。

ア 活動別分類

活動別分類では、財貨サービスの生産および使用に関与する性格にしたがって、取引主体をつぎの 5 つのカテゴリーに分類する。

産 業

政府サービス生産者

対家計民間非営利サービス生産者

家事サービス

家 計

これらの活動主体が、財貨サービスの生産、消費、資本形成（蓄積）のいずれかの活動をおこなう。

ここで、旧国民所得統計との大きな相違点は、従来、消費主体としてのみみなされていた政府と対家計民間非営利団体が、サービスの生産者としても扱われることである。ただし、これらのサービスは商品（「市場において通常、生産コストをカバーする価格で販売することを意図した財貨サービス」と定義される。）としてではなく、「非商品」として生産される。

以下、社会保障の観点から関心がもたれる取引主体について簡単にふれよう。

A 政府サービス生産者 (Producers of government services)

政府 サービス 生産者は、「一般に、もし自ら供

給することをしなければ、便利に、かつ経済的に供給されないような社会に共通のサービスを通常無償で供給し、かつまた国家を管理し、経済政策、社会政策を行うもの」と定義される。

政府サービス生産者の産出額は、政府サービスの生産コスト（雇用者所得、固定資本減耗、中間消費および支払った間接税から構成される。）に等しいと定義される。なぜならば政府サービスは、一般的に、市場で販売されるものではないため、評価価格がえられないからである。

このようにして生産された政府サービスは、だれによって消費されるのであろうか。政府サービスは、公共財として無償で供給され、集合的に消費されるものが多い。この種の政府サービスは、受益者ないし消費者を特定することが困難であるために、政府サービス生産者自身が消費するものと定義される。したがって、政府サービス生産者は、消費の主体としても登場するわけである。

しかし、政府サービス生産者が生産するサービスのうちには、家計が自由意思により購入するものがある。これは、政府の非商品販売であり、家計消費の一部を構成する。この種の非商品販売の代表的なものは、国公立学校の授業料であるが、社会保障の分野におけるものとして、国公立病院の診療収入や国公立社会福祉施設の提供する社会福祉サービスの対価（措置費および徴収金）もこれに含まれる。

政府サービス生産者の生産額から非商品販売額を差し引いたものが最終消費支出となる。政府の最終消費支出は、国連が定めた、つぎの目的別分類にしたがって分類され、それぞれの費用構成が表示される。

一般政府サービス

防 衛

教 育

保 健

社会保障・福祉サービス

住宅・地域開発

その他の地域社会サービス

経済サービス

そ の 他

このうち、「保健」の項には、家計に販売される国公立病院のサービスのほか、地方公共団体の衛生部局の人件費、物件費、維持補修費などが費用として計上される。

また、「社会保障・福祉サービス」の項には、家計に販売される国公立社会福祉施設のサービスのほか、社会保険部局や地方公共団体の民生部局の人件費、物件費などが費用として計上される。

B 対家計民間非営利サービス生産者 (Producers of private non-profit services to households)

対家計民間非営利サービス生産者は、政府サービス生産者に似ており、「利益を追求することを旨とせず、他の方法では便利に提供しえない社会的、公共的サービスを家計に提供する。しかし、これは、個人の自発的な団体であり、資金調達面と管理面で政府サービス生産者とは異なる。活動資金は、通常、会員からの会費や、個人、企業、政府からの寄付および財産所得によって調達される。」

対家計民間非営利サービス生産者の産出額も、政府サービス生産者の場合と同様に、生産コストに等しいものとされる。つまり、営業余剰はゼロである。そして、生産されたサービスの一部は、家計に販売され、残りは、対家計民間非営利サービス生産者の自己消費と定義される。

対家計民間非営利サービス生産者の活動および最終消費支出の目的別分類は、わが国の場合、民間非営利団体の実態に照らして、

教 育

医 療

そ の 他

の3カテゴリーとされる。

このうち、通常の社会保障の概念に関連するのは、「医療」の項と、「その他」に含まれる社会福祉サービスである。「医療」の項の家計への販売額には、日赤、厚生連、学校法人など、民間法人の経営する医療機関の診療収入が計上され、また、「その他」の販売額には、社会福祉法人、公益法人など民間法人の提供する社会福祉サービスの対価も含まれる。

C 家 計 (Households)

活動別分類における家計は、財貨サービスの供

給と使用に関する諸勘定上、消費のみをおこなう主体として扱われる。この家計には、常用雇用者2人未満の親睦団体なども含まれる。家計が法人の生産単位として活動するとき、すなわち個人企業の場合は、産業のカテゴリーに入れられる。したがって、個人開業医の生産する医療サービスは、産業部門の生産物となる。

イ 制度部門別分類

活動別分類が、財貨・サービスの生産と処分という実物取引の主体に着目した分類であるのに対して、生産活動の結果発生した所得が、分配、再分配されて、消費または貯蓄に振り分けられる資金の流れに着目した取引主体の分類が、「制度部門別分類」である。

制度部門別分類では、独立して所得の受払いや財産の所有、運用に関する意思決定をおこなう制度的単位が分類の基準となり、主として、金融面の習慣、行動および経験の違いにしたがって、つぎの5つのカテゴリーに分類される。

非金融法人企業

金融機関

一般政府

対家計民間非営利団体

家 計

ここでも、社会保障の観点から関心のもたれる取引主体について、簡単にふれる。

A 一般政府 (General government)

一般政府は、わが国の新 SNA では、活動別分類で政府サービス生産者として定義されている政府部門や事務所と同一の範囲をカバーするものとされている。

一般政府は、各政府機関の果たす経済的な役割に着目して、①中央政府、②地方政府、③社会保障基金に再分類される。

ここで、「社会保障基金」とは、社会全体ないし社会の大部分を対象に社会保障給付をおこなうための制度で、公的機関によって加入が強制され、支配され、あるいは資金供給を受けているものをいう。これらは、公的機関の他の活動から分離して組織されている。準備金その他の金融資産や負債が政府の他の部門と区別され、記録も別になっ

ていることを要するとされている。

B 対家計民間非営利団体 (Private non-profit institutions serving households)

制度部門分類の家計に奉仕する民間非営利団体は、対家計民間非営利サービス生産者としての活動のほかに、副次的に産業としての活動（たとえば、食堂や売店の経営など）を営むケースもある。しかし、資料面の制約などから、対家計民間非営利団体は、対家計民間非営利サービス生産者としての活動のみをおこなうと考えて、両者の範囲を一致させることとしている。

C 家 計 (Households)

制度部門の「家計」は、純粋な消費者としての家計のほか、非金融個人企業を含む。また、常時使用人を2人未満相当しか雇用していない親睦団体なども含む。

制度部門別分類の各経済主体は、所得の処分の一形態として、再分配に関する取引をおこなうが、再分配取引は、つぎの2種類に区分される。

① 政府機関に対する支払義務および政府機関の支払約束で反対給付のない（契約にもとづかない）移転

② その他の反対給付のない任意の贈与

このうち、①は、強制的な移転ともいうべきもので、政府と他の取引主体との間の一方的な移転である。これに含まれる項目としては、「直接税」などのほか、後述する社会保障関係の移転項目である「社会保障給付」および「社会保障負担」がある。

②は、贈与に代表されるような任意的移転である。後述の社会保障に関連する移転項目である「社会扶助金」、「無基金雇用者福祉給付」および「無基金雇用者福祉帰属負担」は、新 SNA における取扱いとしては、この区分に属するものとされる。

以上の活動別分類と制度部門別分類の対応関係を示すと図1のようになる。

さらに、生産、消費支出、資本形成という実物のフローと、所得の受取り、消費と貯蓄への処分、資本の調達という金融のフローの循環関係を簡単に図示すれば、図2のようになる。

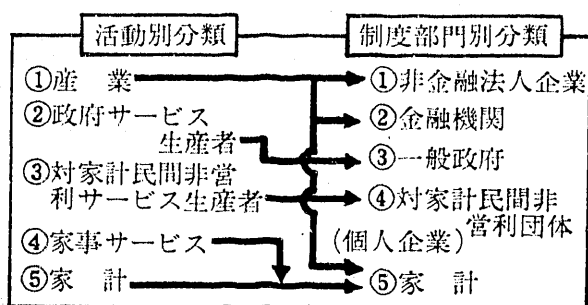


図1 両分類の関連図

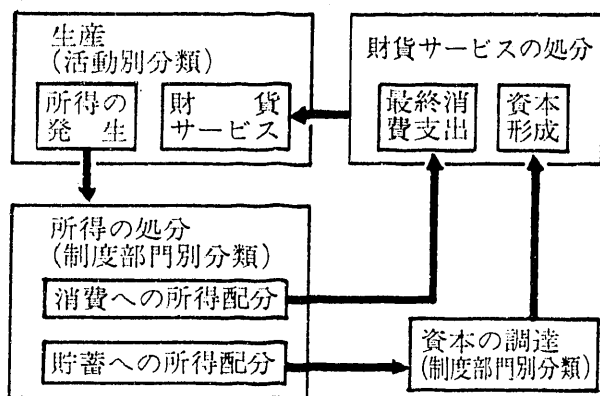


図2 所得循環図

社会保障に関連する移転項目

国連報告書は、「反対給付のない経常的移転(間接税と補助金を除く。)の分類と定義」として、「直接税」、「社会保障給付」、「家計に奉仕する民間非営利団体への経常移転」など12の項目を掲げている。従来の国民所得統計において「政府から個人への移転」または「社会保険に対する負担」の項に含まれていた社会保障の給付と負担に関連する費目は、新 SNA においては、上記の12項目のいくつかに属せしめられることとなり、さらに、種々の改革が加えられている。

「反対給付のない経常移転」に属する12の項目のうち、社会保障の給付と負担に関係をもつものは、つぎの5項目である。

- A 社会保障給付
- B 社会扶助金
- C 無基金雇用者福祉給付
- D 社会保障負担
- E 無基金雇用者福祉帰属負担

これらのうち、A、BおよびCは、社会保障に

関する家計への移転の項目であり、DおよびEは、家計の負担に関する項目である。

A 社会保障給付 (Social security benefits)

これは、一般政府のうち、社会保障基金から家計に給付されるものをいう。国連報告書は、「社会保障給付」を定義して、「社会保障組織のもとで個人に給付されるもの」をいい、「その給付は、通常、特定の基金から支払われ、その給付額は、一般に、個人の雇用所得ないし社会保障組織に対する負担金との関係で決まる。」としている。

ここで、「社会保障組織」とは、「政府により加入が義務づけられているもの、政府により支配されているものないし資金供給を受けている」組織をさし、「その取扱う対象が社会の全体であるか一部であるかを問わない。」また、「社会の一部に対して、自発的な加入を認めているもの」も含まれている。さらに、「強制的な負担金を含まない場合でも、公的統制ないし監督を通じて、あるいは補助金などにより社会全般にわたる社会政策をになわされている」ものも、「社会保障組織」に含まれることになっている。

このような定義にしたがえば、わが国の現行の社会保障制度のうち、社会保険に属するものはすべて社会保障給付に該当することとなる。

注目すべきことは、従来の振替所得から除かれていたつぎの制度による給付が、社会保障給付に含まれることになったことである。

健康保険組合

国民健康保険組合

厚生年金基金・同連合会

国民年金基金

石炭鉱業年金基金

農業者年金基金

消防団員等公務災害補償等共済基金

私立学校共済組合

農林漁業団体職員共済組合

これらの団体は、従来の国民所得統計においては、政府に属さず、民間非営利団体(個人部門に含まれていた。)として取扱われていたため、給付、負担ともに個人部門内部の取引とみなされ、

政府から個人への移転には計上されていなかった。しかし、新 SNA においては、これらの団体も社会保障組織に該当するので、その給付はすべて社会保障給付に含められる。

ただし、適格年金、自社年金による積立金は、家計部門内の貯蓄として取扱われる。

B 社会扶助金 (Social assistance grants)

「社会扶助金」とは、国連報告書の定義によれば、「公的機関、民間非営利団体、法人および準法人企業から個人および家計に支払われる扶助金である」が、ただし、「社会保障給付と無基金雇用者福祉給付（後述）は除かれる。」ここでいう「扶助金」に含まれるものとしては、「①生活保護費、②社会保険制度に含まれない未亡人手当、保護者手当、家族手当および医療費の支給、③戦争特別手当、戦争年金および軍務扶助金、④奨学金や教育、研修などのための生活維持手当」などがあげられている。

社会扶助金が社会保障給付とどの点で異なるかについて、国連報告書はつぎのように述べている。

「家計に対する社会保障給付と社会扶助金との分類は、ある程度まで資金供給の方法や行政の態様等によって区別される。社会保障給付の場合は、特別な政府の基金等から支払いがなされ、一般に被用者や雇用主の強制的な負担金、過去の労働収入等とリンクされている場合が多い。これに対して社会扶助金の場合には、目的は社会保障給付と似ているかもしれないが、その形態は異なっている。」

社会扶助金として、一般政府から家計への移転に取扱うべきものと、他方、政府サービスとして生産され、政府自身が購入し、最終消費するものとして取扱うべきものの間の境界をどのようにつけるかが、とくに保健の分野で問題となる。この点について、国連報告書は、要旨つぎのように述べている。

政府が供給するサービスについて、受け手である個人の側に、受ける条件や内容を決定する余地がほとんどない場合には、そのようなサービスは、政府自らが購入、消費しているものとして取扱

われる。これに対して、政府活動であるサービスの利用に関して、個人が相手方や利用条件を、そのつど自由に決定できるような場合には、その購入資金を政府がどの程度供給するかにかかわりなく、購入者は個人である。この場合の政府の役割は、購入資金を個人に移転することである。

そして、国連報告書は、国民医療サービスを例にとって、サービスの購入者を判別する基準を、くわしく述べているが、その趣旨は、大要つぎのとおりである。

国民医療制度のうち、あるタイプでは、個人に対して医師・歯科医師が提供するサービスの条件や基準を政府が定め、その対価も政府が支払う。個人は、登録した医師の変更を許されてはいるものの、実際には変更は不利であり、また、まれである。結局、政府がこのような事業を組織し、管理するのだから、そのサービスの購入者は政府である。これに対し、それ以外のタイプの国民医療制度においては、診療を受けるべき医師を選択し、医療行為に関する契約の当事者となるのは個人であるから、サービスの購入者もその個人である。

以上の国連の定義にしたがえば、たとえば、イギリスの国民保健事業は、社会保障費の重要な構成要素をなしているが、国民経済計算上は、政府の消費として扱われるので、移転に関する項目には計上されない。国際比較をするうえに充分注意しなければならない点である。

なお、社会保障給付との比較において特徴的なことは、定義上、社会扶助金の給付の主体が、一般政府のみに限られていないことである。わが国の場合、対家計民間非営利団体からの奨学金、無償の医療サービスのほか、家計に対するすべての経常的移転支出が社会扶助金にかざえられることとなっている。

C 無基金雇用者福祉給付 (Unfunded employee welfare benefits)

これまでわれわれになじみの少なかった概念であるが、国連報告書の定義によれば、「特定の基金、準備金をもうけず、または民間基金ないしは保険組織に加入しないで、雇主によって被用者に

支払われる年金、家族手当、傷害補償金等」とされている。これをふえんすれば、①事業主から被用者に支給される、②福祉を目的とする給付で、③特定の基金をもうけたり、保険組織に加入したりせずに、給付の必要が生じたつど、一般的な財源から支払われるもの、ということができよう。

わが国の制度にあてはめると、公的なものとしては、公務災害補償給付などがこれに該当するとされる。このほか、企業や民間非営利団体がその被用者に給付するもので、上記の定義に適合するものとしては、労災保険、健康保険等の制度の上積み給付として事業主から給付されるものが統計上つかまえられる。

D 社会保障負担 (Social security contributions)

社会保障給付に対応して家計部門から一般政府部門に移転される負担金であって、従来の国民所得統計上の社会保険に対する負担に相当するものである。ただし、社会保障給付のなかに、従来の政府から個人への移転に計上されていなかった、健康保険組合、厚生年金基金、私立学校共済組合等の給付が新たに含まれることになったことに対応して、社会保障負担にも、これらの制度の保険料、掛金等が算入されることになった。

なお、社会保障負担として家計部門から一般政府部門に移転されるものには、いわゆる事業主負担分の保険料等も合算されている。これは、国民経済計算上、社会保険料の事業主負担金分は、雇用者所得の一部としていったん家計に支払われ、家計は、本人負担分と合わせて社会保障負担として一般政府に移転するものとして処理されるからである。この点は、これまでの国民所得統計とまったく同様の取扱いである。

E 無基金雇用者福祉帰属負担 (Unfunded employee welfare contribution imputed)

雇主が、その雇用者のために無基金雇用者福祉給付をおこなう場合、社会保障基金と類似の資金の流れを想定してこれを記録するために設定された概念である。

無基金雇用者福祉給付は、単に雇用者家計の雇用者所得もしくは反対給付のない経常移転の受取りとして、一度だけ記録することによって処理す

ることでもある。しかし、新 SNA は、まず雇用者家計の受取る雇用者所得の一部として負担金を帰属計算し、ついで、これを「無基金雇用者福祉帰属負担」として、その雇用者の雇主の属する部門に移転する。そして、最後に雇主の部門から家計へ、無基金雇用者福祉給付として移転するという形で記帳を完成させることとした。

以上、新 SNA における社会保障関係の移転項目 5 種類について、その定義およびわが国の制度との対応関係を述べた。

さて、新 SNA を利用して、わが国の社会保障に関する移転の全体としての規模や、その内容の動きをとらえようとする場合には、上記 5 種類の移転項目をとり出し、かつ、それぞれの移転項目の内訳が示されれば便利である。

経済企画庁経済研究所国民所得部では、これまでも、毎年の国民所得統計の発表に際して、各種の付表を添えて、利用者の便をはかってきた。社会保障に関連しては、「政府から個人への移転の明細表」および「社会保険に対する負担の明細表」を掲げて、それぞれ、健康保険、厚生年金、共済組合など制度別の該当計数を明らかにしてきた。同部では新 SNA においても同様の方針を踏襲し、社会保障に関する付表として、「一般政府から家計への移転(社会保障関係)」表および「社会保障負担」表を掲げることとした。

無基金雇用者福祉帰属負担については、内訳が公務災害補償給付など数項目のみであるため、とくに付表を設けていない。

なお、ここで、これらの付表は、5つの制度部門中、もっぱら一般政府と家計の2部門間の移転のみを掲げていることに留意する必要がある。

前述のように、新 SNA における社会保障関係の移転項目のうち、社会扶助金、無基金雇用者福祉給付および無基金雇用者福祉帰属負担は、定義上、どの制度部門からどの制度部門への移転であるかが特定されていない。

これらの項目を含めて、社会保障関係の移転項目全体が各制度部門間にどのような接合関係をもって組み込まれるかを図示すれば、図3のようになる。(ただし、簡単にするため、5制度部門の

図3 社会保障関係の移転項目の接合関係

一般政府		対家計民間非営利団体		家計	
支払	受取	支払	受取	支払	受取
A	D			D	A
b_1		b_2			b_1+b_2
c_1	e_1	c_2	e_2	e_1+e_2	c_1+c_2
その他	その他	その他	その他	その他	その他
計	計	計	計	計	計

ただし、A: 社会保障給付
 b_1, b_2 : 社会扶助金
 c_1, c_2 : 無基金雇用者福祉給付
D: 社会保障負担
 e_1, e_2 : 無基金雇用者福祉帰属負担
なお、 $c_1=e_1, c_2=e_2$

うち、非金融法人企業および金融機関はないものと仮定する。)

したがって、「一般政府から家計への移転（社会保障関係）」表および「社会保障負担」表は、新 SNA で提供される社会保障関連の移転に関する統計的情報のうち、もっとも狭い範囲に限定して掲げたものといえることができる。

新 SNA の推計結果

最後に、さる 8 月に公表された、新 SNA 方式による国民経済計算の推計結果から、以上に述べた社会保障に関係のある項目を抜き出して、紹介しよう。

統計表 1 は、政府サービス生産者の目的別最終消費支出と費用構成を明らかにしたものである。

費目項目のうち「間接税—商品・非商品販売」の項の計数にマイナス符号がついているのは、受取超過を示す。保健の項で「間接税—商品・非商品販売」のマイナス額がとくに大きいのは、これは、国公立病院の診療収入が含まれているからである。

統計表 2 は、対家計民間非営利サービス生産者の目的別最終消費支出と費用構成を明らかにしたものである。やはり、医療の項で、民間法人の経営する医療機関の診療収入が大きいのが目立つ。

統計表 3 は、社会保障に関する一般政府から家計への移転の明細表であり、統計表 4 は、社会保障負担として家計から一般政府へ移転されたものの明細表である。

統計表 4 は、従来の国民所得統計における「政府から個人への移転」、新 SNA の「一般政府から家計への移転（社会保障関係）」および社会保障給付費の 3 つの概念の計数の比較表を参考として掲げた。あわせて、新 SNA ベースの国民所得に対する「一般政府から家計への移転」の比率も掲げた。

参考文献

- 1) United Nations, "A System of National Accounts", 1968. (経済企画庁経済研究所国民所得部により日本語に翻訳されている。『新国民経済計算の体系』49年3月)
- 2) 経済企画庁経済研究所『新しい国民経済計算の展開—国民経済計算調査会議報告』53年3月

統計表 1 政府の目的別最終消費支出

45 年度

(単位: 10億円)

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	1,263.0	33.6	342.3	-86.6	1,552.2
2. 防衛	301.3	15.9	259.5	-0.5	576.2
3. 教育	1,688.8	216.2	273.5	-102.0	2,076.5
4. 保健	375.6	21.2	274.1	-416.1	254.9
5. 社会保障・福祉サービス	201.2	12.7	80.3	-76.4	217.9
6. 住宅・地域開発	146.7	20.1	98.4	-48.9	216.3
7. その他の地域社会サービス	38.2	10.8	26.0	-2.8	72.2
8. 経済サービス	439.1	12.9	255.9	-33.9	674.0
9. その他	10.2	0.1	2.6	-0.6	12.4
合計	4,464.1	343.5	1,612.7	-767.8	5,652.5

46 年度

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	1,488.4	37.3	397.4	-97.2	1,825.9
2. 防衛	350.9	17.5	303.6	-0.6	671.4
3. 教育	1,972.8	236.0	318.6	-108.6	2,418.8
4. 保健	448.2	24.2	302.5	-461.7	313.2
5. 社会保障・福祉サービス	249.2	14.4	97.9	-98.5	263.0
6. 住宅・地域開発	185.1	24.9	123.8	-63.7	270.2
7. その他の地域社会サービス	48.2	12.1	32.4	-3.3	89.5
8. 経済サービス	513.0	14.3	282.2	-43.7	765.8
9. その他	12.7	0.1	3.2	-0.7	15.4
合計	5,268.6	380.8	1,861.6	-877.9	6,633.1

47 年度

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	1,750.5	42.9	470.2	-122.0	2,141.6
2. 防衛	401.6	19.9	350.8	-0.6	771.7
3. 教育	2,325.8	261.1	383.1	-122.3	2,847.6
4. 保健	534.2	28.2	348.8	-577.9	333.4
5. 社会保障・福祉サービス	316.1	16.9	120.9	-128.5	325.4
6. 住宅・地域開発	235.5	31.9	157.0	-75.8	348.6
7. その他の地域社会サービス	61.0	13.5	41.8	-4.6	111.6
8. 経済サービス	600.6	17.0	323.3	-57.0	884.0
9. その他	16.8	0.2	4.5	-1.0	20.4
合計	6,242.1	431.6	2,200.4	-1,089.8	7,784.4

48 年度

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	2,155.0	50.4	554.1	-130.1	2,629.4
2. 防衛	489.6	22.9	396.9	-0.8	908.6
3. 教育	2,885.1	300.2	468.6	-145.2	3,508.7
4. 保健	663.6	31.9	414.6	-649.6	460.5
5. 社会保障・福祉サービス	415.9	20.7	156.4	-158.0	435.0
6. 住宅・地域開発	313.3	42.1	208.7	-93.6	470.5
7. その他の地域社会サービス	80.8	17.1	55.2	-7.0	146.1
8. 経済サービス	743.7	18.9	388.9	-61.9	1,089.7
9. その他	20.7	0.2	5.0	-1.1	24.8
合計	7,767.6	504.5	2,648.3	-1,247.2	9,673.2

49 年度

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税—商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	2,939.4	63.0	697.4	-176.6	3,523.2
2. 防衛	667.2	27.7	470.6	-0.8	1,164.7
3. 教育	4,078.6	358.0	609.9	-184.8	4,861.7
4. 保健	926.1	37.6	515.8	-904.5	575.0
5. 社会保障・福祉サービス	605.2	26.5	200.2	-204.1	627.7
6. 住宅・地域開発	445.8	53.2	285.3	-103.3	681.0
7. その他の地域社会サービス	118.0	22.9	72.0	-9.4	203.4
8. 経済サービス	1,040.8	21.9	473.4	-70.9	1,465.2
9. その他	29.8	0.2	7.1	-1.4	35.7
合計	10,850.8	610.9	3,331.7	-1,655.8	13,137.5

50 年度

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税—商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	3,471.8	78.3	780.2	-193.4	4,137.0
2. 防衛	770.0	31.3	516.3	-1.0	1,316.5
3. 教育	4,853.4	416.6	697.3	-217.4	5,749.9
4. 保健	1,073.6	44.5	595.3	-1,087.1	626.3
5. 社会保障・福祉サービス	717.4	32.1	248.7	-276.7	721.5
6. 住宅・地域開発	516.2	65.3	339.3	-139.8	781.0
7. その他の地域社会サービス	140.3	27.5	81.6	-10.5	238.9
8. 経済サービス	1,169.3	23.9	501.2	-82.0	1,612.4
9. その他	33.6	0.3	7.7	-1.4	40.1
合計	12,745.6	719.8	3,767.5	-2,009.2	15,223.6

51 年度

支出の目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税—商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 一般政府サービス	3,826.0	87.6	884.5	-228.8	4,569.3
2. 防衛	874.4	36.1	540.4	-1.1	1,449.7
3. 教育	5,382.4	467.3	803.4	-281.5	6,371.7
4. 保健	1,188.8	52.3	700.5	-1,288.9	652.6
5. 社会保障・福祉サービス	813.0	36.8	293.8	-335.3	808.3
6. 住宅・地域開発	573.0	80.9	392.5	-194.7	851.7
7. その他の地域社会サービス	157.7	31.4	94.7	-12.6	271.2
8. 経済サービス	1,266.0	26.5	558.7	-96.8	1,754.3
9. その他	38.1	0.3	9.6	-1.8	46.2
合計	14,119.3	819.1	4,278.0	-2,441.4	16,774.9

統計表 2 対家計民間非営利団体の目的別最終消費支出

(単位: 10 億円)

45 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	272.8	44.0	101.8	-433.9	-15.3
2. 医 療	174.1	14.4	165.6	-351.1	3.0
3. そ の 他	283.5	16.5	391.4	-327.9	363.5
合 計	730.4	74.9	658.8	-1,112.9	351.2

46 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	321.5	48.5	109.6	-471.4	8.1
2. 医 療	180.0	14.8	171.5	-362.8	3.5
3. そ の 他	298.5	19.7	462.6	-382.3	398.5
合 計	800.0	82.9	743.7	-1,216.5	410.1

47 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	381.8	47.7	132.9	-541.5	20.9
2. 医 療	227.8	18.8	217.0	-458.8	4.8
3. そ の 他	346.3	23.1	566.2	-467.9	467.7
合 計	955.9	89.6	916.1	-1,468.3	493.4

48 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	477.9	54.7	166.9	-634.8	64.7
2. 医 療	276.2	22.6	263.7	-556.4	6.1
3. そ の 他	402.1	25.4	609.4	-513.0	523.9
合 計	1,156.1	102.7	1,040.0	-1,704.1	594.8

49 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	647.7	62.4	251.0	-787.6	173.6
2. 医 療	385.4	28.1	324.2	-733.8	3.9
3. そ の 他	488.9	37.6	732.0	-581.0	677.5
合 計	1,522.1	128.2	1,307.2	-2,102.4	855.0

50 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	736.8	72.4	280.2	-880.1	209.3
2. 医 療	496.5	33.6	402.9	-983.8	-50.7
3. そ の 他	660.4	38.5	819.6	-747.1	771.4
合 計	1,893.8	144.5	1,502.8	-2,611.0	930.0

51 年度

支出目的	雇用者所得	固定資本減耗	中間消費	間接税・商品・ 非商品販売	最終消費支出
1. 教 育	813.5	93.0	363.9	-1,135.0	135.4
2. 医 療	569.4	40.0	463.5	-1,148.9	-76.1
3. そ の 他	773.4	44.4	999.6	-922.0	895.5
合 計	2,156.2	177.4	1,827.1	-3,205.9	954.8

統計表 3 一般政府から家計への移転の明細表 (社会保障関係)

(単位: 10 億円)

年 度	45	46	47	48	49	50	51
項 目							
1. 社会 保 障 給 付	2,590.2	2,949.4	3,688.1	4,530.5	6,827.0	9,026.3	11,219.8
(1) 特 別 会 計	1,228.9	1,384.3	1,692.2	2,095.0	3,379.9	4,613.1	5,838.0
① 厚生保険 (除児童手当)	786.2	836.0	1,004.6	1,238.3	1,978.7	2,504.7	3,218.9
a 健康・日雇健康保険	632.0	653.2	779.2	907.8	1,296.8	1,552.6	1,855.5
b 厚生年金	154.3	182.8	225.5	330.5	681.9	952.1	1,363.4
② 国民年金	90.8	113.5	174.4	277.2	578.3	982.3	1,441.5
③ 労働保険	323.5	403.1	474.4	533.4	751.6	1,034.2	1,065.7
a 労災保険	122.2	138.1	161.8	184.2	242.0	329.2	390.7
b 雇用保険 (失業保険)	201.3	265.1	312.6	349.2	509.6	704.9	675.0
④ 船員保険	28.4	31.7	38.8	46.2	71.3	92.0	111.9
(2) 国民健康保険	547.5	629.5	799.6	953.3	1,336.9	1,666.0	2,018.3
(3) 共 済 組 合	423.0	493.0	606.7	747.7	1,061.1	1,448.9	1,827.2
① 国家公務員共済組合	91.9	106.4	131.2	164.3	235.8	323.2	402.8
② 地方 "	209.3	243.1	303.8	373.4	533.0	731.3	926.4
③ 公共企業体職員 "	103.2	119.9	143.9	176.0	242.2	323.0	408.1
④ そ の 他	18.6	23.6	27.8	34.0	50.1	71.4	89.8
(4) 組合管掌健康保険	380.7	423.0	525.3	638.1	913.5	1,106.2	1,310.0
(5) 児 童 手 当	0.0	5.5	42.8	74.4	105.3	144.9	167.6
(6) 基 金	10.1	14.1	21.6	22.1	30.3	47.2	58.7
① 年金基金	5.0	8.8	12.6	16.2	23.0	36.7	46.1
② 災害補償基金	5.0	5.4	9.0	5.9	7.3	10.5	12.6
2. 社会扶助金	945.7	1,073.0	1,348.2	1,714.5	2,249.5	2,795.4	3,409.1
うち恩給	323.8	359.2	395.0	497.3	630.7	820.5	1,071.6
3. 無基金雇用者福祉給付	1.5	2.0	2.2	2.5	3.3	4.4	4.9
うち公務災害補償	1.5	1.9	2.1	2.4	3.2	4.3	4.8
合 計	3,537.4	4,024.4	5,038.5	6,247.5	9,079.8	11,826.0	14,633.8

統計表 4 社会保障負担の明細表

(単位: 10 億円)

年 度	45			46			47		
項 目	雇主負担	雇用者負担	合 計	雇主負担	雇用者負担	合 計	雇主負担	雇用者負担	合 計
1. 特 別 会 計	937.7	875.7	1,813.4	1,089.3	1,007.8	2,097.1	1,255.2	1,178.0	2,433.1
(1) 厚生保険 (除児童手当)	637.9	637.9	1,275.8	732.6	732.6	1,465.3	855.2	855.2	1,710.4
a 健康・日雇健康保険	264.0	264.0	528.0	296.8	296.8	593.6	333.7	333.7	667.4
b 厚生年金	373.9	373.9	747.8	435.8	435.8	871.6	521.5	521.5	1,043.0
(2) 国民年金(注)	0.0	104.9	104.9	0.0	120.2	120.2	0.0	149.1	149.1
(3) 労働保険	271.0	118.3	389.3	322.3	138.0	460.3	360.0	153.9	513.9
a 労災保険	152.7	0.0	152.7	184.3	0.0	184.3	206.1	0.0	206.1
b 雇用保険 (失業保険)	118.3	118.3	236.6	138.0	138.0	276.0	153.9	153.9	307.8
(4) 船員保険	28.8	14.6	43.4	34.4	17.0	51.4	40.0	19.8	59.7
2. 国民健康保険(注)	0.0	218.2	218.2	0.0	259.0	259.0	0.0	301.5	301.5
3. 共 済 組 合	455.3	271.6	726.9	540.8	317.5	858.4	641.8	374.4	1,016.3
(1) 国家公務員共済組合	96.9	59.8	156.7	115.3	69.0	184.4	133.5	79.1	212.6
(2) 地方 "	240.4	145.0	385.4	287.4	171.2	458.6	347.9	205.4	553.3
(3) 公共企業体職員 "	100.7	47.2	147.9	117.4	53.8	171.2	134.8	60.8	195.6
(4) そ の 他	17.3	19.6	36.9	20.7	23.4	44.1	25.6	29.1	54.7
4. 組合管掌健康保険	265.2	191.4	456.6	313.4	228.0	541.4	355.8	261.3	617.1
5. 児 童 手 当	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	2.1	13.9	0.0	13.9
6. 基 金	59.3	34.1	93.4	81.9	58.8	140.7	104.8	77.4	182.2
(1) 年金基金(注)	52.6	34.1	86.7	74.5	58.8	133.3	96.4	77.4	173.8
(2) 災害補償基金	6.7	0.0	6.7	7.4	0.0	7.4	8.4	0.0	8.4
合 計	1,717.5	1,591.0	3,308.4	2,027.5	1,871.0	3,898.7	2,371.5	2,192.6	4,564.1

年 度 項 目	48			49			50		
	雇主負担	雇用者負担	合 計	雇主負担	雇用者負担	合 計	雇主負担	雇用者負担	合 計
1. 特 別 会 計	1,568.5	1,471.2	3,039.7	2,183.4	2,078.7	4,262.1	2,618.5	2,492.3	5,110.7
(1) 厚生保険 (除児童手当)	1,082.8	1,082.8	2,165.5	1,514.7	1,514.7	3,029.5	1,755.6	1,755.6	3,511.1
a 健康・日雇健康保険	409.4	409.4	818.8	549.5	549.5	1,099.0	654.7	654.7	1,309.4
b 厚生年金	673.4	673.4	1,346.7	965.2	965.2	1,930.5	1,100.9	1,100.9	2,201.7
(2) 国民年金(注)	0.0	172.6	172.6	0.0	278.3	278.3	0.0	377.2	377.2
(3) 労働保険	439.6	192.5	632.2	608.5	254.5	862.9	796.1	325.3	1,121.3
a 労災保険	247.1	0.0	247.1	354.0	0.0	354.0	470.8	0.0	470.8
b 雇用保険(失業保険)	192.5	192.5	385.1	254.5	254.5	508.9	325.3	325.3	650.6
(4) 船員保険	46.1	23.3	69.4	60.2	31.2	91.4	66.8	34.2	101.0
2. 国民健康保険(注)	0.0	358.3	358.3	0.0	476.8	476.8	0.0	591.2	591.2
3. 共 済 組 合	783.4	450.8	1,234.3	1,056.9	617.2	1,673.9	1,275.9	716.1	1,992.0
(1) 国家公務員共済組合	162.9	92.8	255.7	217.2	125.4	342.5	269.4	145.3	414.7
(2) 地方 "	430.1	252.3	682.4	587.6	352.9	940.5	705.2	402.9	1,108.1
(3) 公共企業体職員 "	159.0	70.5	229.4	208.0	90.8	298.8	242.0	104.1	346.0
(4) そ の 他	31.5	35.2	66.7	44.1	48.1	92.1	59.3	63.8	123.1
4. 組合管掌健康保険	446.9	328.1	775.0	610.8	451.6	1,062.3	720.1	537.1	1,257.2
5. 児 童 手 当	35.5	0.0	35.5	46.4	0.0	46.4	57.0	0.0	57.0
6. 基 金	135.0	98.3	233.3	182.9	133.4	316.3	226.9	164.0	390.9
(1) 年金基金(注)	125.6	98.3	223.9	171.9	133.4	305.3	211.6	164.0	375.6
(2) 災害補償基金	9.4	0.0	9.4	11.0	0.0	11.0	15.3	0.0	15.3
合 計	2,969.4	2,706.7	5,676.0	4,080.4	3,757.5	7,837.9	4,898.4	4,500.6	9,399.0

年 度 項 目	51		
	雇主負担	雇用者負担	合 計
1. 特 別 会 計	3,050.1	2,946.0	5,996.2
(1) 厚生保険 (除児童手当)	2,187.3	2,187.3	4,374.7
a 健康・日雇健康保険	758.8	758.8	1,517.7
b 厚生年金	1,428.5	1,428.5	2,857.0
(2) 国民年金(注)	0.0	399.1	399.1
(3) 労働保険	784.1	318.4	1,102.6
a 労災保険	465.7	0.0	465.7
b 雇用保険(失業保険)	318.4	318.4	636.9
(4) 船員保険	78.7	41.2	119.8
2. 国民健康保険(注)	0.0	750.1	750.1
3. 共 済 組 合	1,530.0	815.0	2,345.0
(1) 国家公務員共済組合	333.4	169.9	503.3
(2) 地方 "	846.8	451.5	1,298.2
(3) 公共企業体職員 "	277.4	117.2	394.6
(4) そ の 他	72.5	76.4	148.9
4. 組合管掌健康保険	844.3	629.7	1,474.0
5. 児 童 手 当	63.3	0.0	63.3
6. 基 金	269.2	193.6	462.7
(1) 年金基金(注)	253.0	193.6	446.6
(2) 災害補償基金	16.2	0.0	16.2
合 計	5,757.0	5,334.5	11,091.4

(注) 国民年金、国民健康保険および農業者年金基金の雇用者負担は、社会保障基金の加入者の負担を意味し、雇用者の負担を意味するものではない。

統計表 5 社会保障関係移転等の新旧比較等

(単位: 10 億円)

	昭和45年度	46	47	48	49	50	51
A. 政府から個人への移転 (国民所得統計)	3,168.9	3,609.7	4,546.1	5,626.0	8,174.9	10,830.7	13,517.1
B. 一般政府から家計への移転 (社会保障関係)(新 SNA)	3,537.4	4,024.4	5,038.5	6,247.5	9,079.8	11,826.0	14,633.8
C. 社会保障給付費	3,523.9	3,967.0	4,893.7	6,161.5	8,967.9	11,765.5	14,579.6
A/B	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.92	0.92
C/B	1.00	0.99	0.97	0.99	0.99	0.99	1.00
D. 国民所得(要素費用表示) (新 SNA)	60,832.5	65,552.2	76,880.5	94,663.6	111,768.9	123,422.3	138,122.2
B/D (%)	5.8	6.1	6.6	6.6	8.1	9.6	10.6

資料: 経済企画庁「国民所得統計年報」昭和53年版

経済企画庁「国民経済計算(新 SNA)」昭和53年 8 月

厚生省企画室「社会保障給付費」昭和53年 7 月

「人的資本への投資」としての医療需要

田 中 滋

I. はじめに

医療の経済分析において、しばしば医療サービスへの需要が、通常の最終消費財へのそれと同じ枠組で扱われている。すなわち、

$$D_M = f_M(P_M, Y; Z, \Omega, A)$$

D_M : 医療への需要

P_M : 医療サービスの価格

Y : 需要者（患者）の所得

Z : 人口学的要因——患者の年齢・性・教育水準等

Ω : 健康、医療への認識と態度

A : 医療サービスのアヴェイラビリティ

f_M : 需要関数

といった種類の設定である。上述の諸変数が医療への需要を分析する上で重要な——というより、決定的な影響力をもつ——ことは論をまたないが、しかし、理論的フレーム・ワークとしては疑問をさしはさむ余地があろう。なぜならば、人びとは医療そのものを最終目的として欲しているのではなく、よりよい健康を求めるに際しての手段としてそれを需要する、と考える方が自然だからである。言い換えれば、医療需要は「健康に対する需要」から派生したもの、とみなせよう。したがって、通常の最終消費財への需要分析枠組で医療を取扱うことは、必ずしも最善の方法ではないと思われる。

そこで本稿では、医療を「健康」生産のためのインプットの一つとした上で、それに対する需要を考察するモデルの検討を行なう。それは、ゲリー・ベッカーの最終コモディティ家計内生産の理論（文献(1), (2)）を基礎に、マイケル・グロスマン（文献(3), (4)）が開発した理論展開である。両者はともに、「人的資本」の概念を用いている。

すなわち、各個人の能力は、投資によって増加でき、また年数の経過とともに減価していく「資本」によって説明されるという考え方である。しかし、両者の定義する「人的資本」はそれぞれ人間の異なった側面を対象としている。第2章で扱われる、ベッカーの説く人的資本は、主として人間の知的能力に関するものであり、その増減は生産の効率に影響を与えるとみなせる。それに対し第3章で扱われる、グロスマンの説く人的（健康）資本は、主として人間の肉体的側面に関するものであり、その量の大小は、生産に向けられる時間数の多少を決定すると考えられる。

本稿の主題である人的健康資本は、消費財、投資財双方の性質を併せもつ。グロスマンのモデルにおいて、消費財としての人的資本——健康の度合——は、効用関数中の変数である各期の健康時間数の決定要因として、直接、効用水準を左右する。一方、投資財としての健康資本の量は、市場あるいは非市場活動にふりむけられるべき時間の総量を定める役割を果たす。どちらにしても、医療は、この人的健康資本を生産する——もっと簡単に言えば、よりよい健康を得る——ための派生需要であるという、先の設定に基づいて分析がすすめられる。

II. 人的資本理論の再検討¹⁾

$n+1$ 期生きると想定している人の生涯効用関数を次のようにおく。

$$U = U(C_0, \dots, C_i, \dots, C_n) \quad (1)$$

U : 効用指標

1) この章の議論の展開は、ゲリー・ベッカー著、佐野陽子訳『人的資本』（文献(2)）の第3章中の補論「時間および財の時点間配分」pp. 63—76、に基づいている。佐野教授ならびに小尾恵一郎教授の指導と、樋口美雄助手（いずれも慶應義塾大学）の示唆に感謝する。

C_i : i 期に消費するコモディティの集計量
すなわち、各個人の経済的効用は、コモディティ消費量とその時点間配分に依存する、という設定である。以下、II章とIII章における議論の目的は、(1)式の効用（次章ではやや異なった形で提示されるが、基本的には同じ）を最大化するための条件について概説を行なうことである。II章1節では家計内生産へのインプットに関する最適条件が、またII章2節では人的資本投資量に関する均衡条件が、それぞれ説明されている。さらにII章3節で、人的資本量が家計内生産の時間効率に与える影響をも明示的に取扱う場合の、人的資本投資量に関する均衡条件にも簡単にふれている。

1. 最終コモディティの家計内生産

コモディティ C_i は、市場で入手される財貨・サービスと、その個人の時間の投入を組合せることによって家計内で生産される、「最終消費物」の集計量である。たとえば、(イ)ベッド等の寝具とそれを利用して眠る時間により「睡眠」、(ロ)列車の運行とそれへの乗車時間により「旅行」、(ハ)オーケストラの演奏とその鑑賞時間で「情緒的満足」がおのおの「生産」されるが、それらがここのいうコモディティである²⁾。

家計内生産関数は(2)式のように表わされる。

$$C_i = f_i(X_i, T_{ci}), \quad i=0, \dots, n \quad (2)$$

X_i : コモディティ生産のために i 期に使われる複合市場財

T_{ci} : X_i と結合される時間投入量

f_i : i 期の家計内生産関数

さしあたり、時間は消費³⁾と労働にだけ配分さ

れると仮定すると、それは下記の時間制約式として示すことができる。

$$T_{ci} + T_{wi} = T, \quad i=0, \dots, n \quad (3)$$

T_{wi} : i 期における労働時間

T : 各期に利用できる総時間

一方、次の予算制約が満たされなければならない。

$$\sum_{i=0}^n \frac{P_i X_i}{(1+r)^i} = \sum_{i=0}^n \frac{W_i T_{wi} + V_i}{(1+r)^i} \quad (4)$$

P_i : X_i の価格

W_i : i 期に利用できる賃金率

V_i : i 期の財産所得額

r : 利子率（各期について同一の完全資本市場を仮定）

P_i, W_i, V_i, r は外生

(4)式の左辺は財貨・サービスへの支出の現在価値であり、右辺は諸所得の現在価値を示している。

(3)式を(4)式に代入すると、

$$\sum_{i=0}^n \frac{P_i X_i + W_i T_{ci}}{(1+r)^i} = \sum_{i=0}^n \frac{W_i T + V_i}{(1+r)^i} \quad (5)$$

が得られる。(5)式の右辺は「完全な人的資産」であり、左辺は財貨・サービスの購入、ならびに消費の時間投入に起因する放棄収入、という2つの形で、完全な人的資産の費消を示している。

(5)式および下記の(6)式による制約と、(2)式で表わされた生産関数に従って、(1)式の効用関数を極大化する。

$$\left. \begin{aligned} 0 \leq T_{ci} \leq T, \\ X_i \geq 0, \end{aligned} \right\} i=0, \dots, n \quad (6)$$

$\partial U / \partial C_i$ を U_{ci} , $\partial C_i / \partial X_i$ を f_{ix} , $\partial C_i / \partial T_{ci}$ を f_{iT} と書けば、 T_{ci} と X_i に関する1階の最適条件は(7), (8)式のようになる。

$$U_i \cdot f_{ix} = \frac{\lambda P_i}{(1+r)^i}, \quad i=0, \dots, n \quad (7)$$

$$U_i \cdot f_{iT} = \frac{\lambda W_i}{(1+r)^i}, \quad i=0, \dots, n \quad (8)$$

λ : 富の限界効用に等しいラグランジュ乗数

(8)式を(7)式で割ると次の条件が得られる。

$$\frac{f_{iT}}{f_{ix}} = \frac{W_i}{P_i} \quad (9)$$

すなわち、効用極大のための最適条件は、家計内

2) このように規定すると、財の投入だけ、あるいは時間の投入だけで生産されるコモディティはほとんど存在しないことに気づく。一見、時間だけしか使っていないような「沈思黙考」というコモディティにしても、座っているならば椅子を、散歩をしているならば履き物を用いている。

3) 以下、「消費」と「コモディティ生産」は互換的に使われる。したがって、本稿でいう「消費」とは、通常意味する「財貨・サービスの購入」のことではない。購入行動に伴う心理的充足は別として、それはコモディティ生産のインプットを用意したにすぎないからである。また、このように定義された「消費」は、労働以外の時間の大部分を占めると考えても不自然ではない(次節以降、教育・医療への時間配分も扱われる)。

コモディティ生産における時間投入と財投入の比が、両者の限界生産力比が要素価格比に等しくなる点に決められるべきである、と言い直せる。したがって、実質賃金率が相対的に高いと、時間投入の限界生産力が財投入に比し相対的⁴⁾に高いところが均衡点となる。

$$\text{if } \frac{W_i}{P_i} < \frac{W_j}{P_j}, \text{ then } \frac{f_{iT}}{f_{iX}} < \frac{f_{jT}}{f_{jX}} \quad (10)$$

ここで、単純化のために f は i を問わず同一、かつ一次同次であると仮定しよう。すると(9)式は、次のように要素投入量の比で説明できるようになる。

$$\text{if } \frac{W_i}{P_i} < \frac{W_j}{P_j}, \text{ then } \frac{T_{Ci}}{X_i} > \frac{T_{Cj}}{X_j} \quad (11)$$

つまり(11)式は、実質賃金率が相対的に高いときには、家計内コモディティ生産は相対的に財集約的となり、反対に実質賃金率が相対的に低いときには、相対的⁵⁾に時間集約的な生産が選択されることを示している。

2. 人的資本への投資

労働と消費のほかに、各個人の時間が人的資本への投資にも向けられると考えよう。

$$T_{Ci} + T_{Wi} + T_{Ei} = T, \quad i=0, \dots, n \quad (12)$$

T_{Ei} : 人的資本生産のための時間のインプット

コモディティ生産と同様、人的資本は時間および財貨・サービスの投入によって生産される。最も一般的な例は、提供される学校教育サービスへの出席を通じての資本形成であろう。また、就業後の有形・無形の訓練、あるいは習熟も忘れてはなるまい。したがって、人的資本生産関数は次のように表わされる。

$$e_i = g_i(T_{Ei}, X_{Ei}), \quad i=0, \dots, n \quad (13)$$

e_i : i 期における人的資本のアウトプット

X_{Ei} : e_i 生産のために使われる財のインプット

g_i : i 期の人的資本生産関数

各個人の $(i+1)$ 期の人的資本量は、 i 期期首の人的資本存在量に、 i 期中に生産された資本量を加え、知識の陳腐化、生物学的衰退等に伴う減価分を差引いたものに等しい。

$$E_{i+1} = E_i + e_i - \delta_i E_i \quad (14)$$

E_i : i 期期首の人的資本量

δ_i : i 期中の減価率 (外生変数)

人的資本の増加は、言い換えれば能力の増大であるので、当然賃金率に影響を与える。そのことは、

$$W_i = \alpha_i E_i \quad (15)$$

α_i : i 期における人的資本一単位当り賃金率

によって表わせる。これらを含めると、(4)式で示されていた予算制約式は、

$$\sum_{i=0}^n \frac{P_i X_i + P_{Ei} X_{Ei}}{(1+r)^i} = \sum_{i=0}^n \frac{\alpha_i E_i T_{Wi} + V_i}{(1+r)^i} \quad (16)$$

P_{Ei} : X_{Ei} の価格

となる。

(2), (13), (14)式の生産制約、(16)式の予算制約、および(12)式の時間制約に従って、(1)式の効用関数を極大化する。ただし、 e_i は T_{Ei} にのみ依存し、 g_i は i を通じて一定と仮定する。 T_{Ci} と X_i に関する1階の最適条件は、表記法の差異を除けば、(7)および(8)式と同一である。

$$U_i \cdot f_{iX} = \frac{\lambda P_i}{(1+r)^i}, \quad i=0, \dots, n \quad (17)$$

$$U_i \cdot f_{iT} = \frac{\lambda \alpha_i E_i}{(1+r)^i}, \quad i=0, \dots, n \quad (18)$$

$$0 = \lambda \left[\frac{\alpha_i E_i}{(1+r)^i} - \sum_{j=i+1}^n \frac{T_{Wj} \alpha_j}{(1+r)^j} \cdot \frac{\partial E_j}{\partial T_{Ei}} \right] \quad (19)$$

(19)式が人的資本への投資量に関する均衡条件である。右辺括弧内の第一項は、放棄収入の形で表わされた、人的資本に対する投資の限界費用の現在価値であり、一方、同第二項は、将来の貨幣収益の現在価値を示している。両者が等しくなるような時間投入量 T_{Ei} の選択が、極大のための条件である。

(19)式から、人的資本への投資に用いられる時間 T_{Ei} が、ある期以降、次の2つの理由で年齢の増

4) ここで「相対的」とは、たとえば、 $W_i > W_j$ かつ $P_i > P_j$ でも $(W_i/P_i) < (W_j/P_j)$ となるかもしれないことや、 $f_{iT} > f_{jT}$ かつ $f_{iX} > f_{jX}$ でも $(f_{iT}/f_{iX}) < (f_{jT}/f_{jX})$ でありうることを含めていっている。

5) やはり「相対的」とは、 $W_j < W_i$ かつ $P_j < P_i$ でも $(W_i/P_i) < (W_j/P_j)$ かもしれない、その場合、 $T_{Cj} < T_{Ci}$ かつ $X_j < X_i$ でも $(T_{Cj}/X_j) < (T_{Ci}/X_i)$ となることを含めていっている。

加とともに減少していくことがわかる。それらとは、

- (1) それまでの投資の結果、人的資本量 E_i が増大するに伴い、賃金率 ($W_i = \alpha_i E_i$) が上昇し、放棄収入の形で示される投資コストは増加していく、
- (2) 生涯の残りの期の個数 ($n-i$ 期) が次第に少なくなり、したがって、新たな人的資本投資から得られる将来収益の現在の値が縮小していく、

の2点である。

3. 人的資本への投資による家計的生産関数のシフト

各個人のもつ人的資本量は、家計内でのコモディティ生産の効率にも影響を与える、と考えられる。当然、人的資本への投資によって、コモディティ生産に用いられる時間投入の生産性は変化するだろう。これを、人的資本量により家計内生産関数の位置がシフトする、という形で扱くと、(2)式の代わりに次のように表示できる。

$$C_i = f_i(X_i, T_{C_i}; E_i), \quad i=0, \dots, n \quad (20)$$

(20)式を用いて(1)式の極大化を行なっても、均衡条件(17)および(18)式は影響を受けないが、人的資本投資に関する均衡条件は、(19)式の代わりに(21)式のようになる。

$$\sum_{j=i+1}^n U_j \cdot \frac{\partial C_j}{\partial E_i} \cdot \frac{\partial E_j}{\partial T_{E_i}} = \lambda \left[\frac{\alpha_i E_i}{(1+r)^i} - \sum_{j=i+1}^n \frac{T_{W_j} \alpha_j}{(1+r)^j} \cdot \frac{\partial E_j}{\partial T_{E_i}} \right] \quad (21)$$

(21)式の両辺を λ で割った後移項を行ない、さらに、 $\partial C_j / \partial E_j$ を f_{jE} と書けば、均衡条件がより明らかな形で示される(22)式を得ることができる。

$$\frac{\alpha_i E_i}{(1+r)^i} = \sum_{j=i+1}^n \frac{1}{\lambda} U_j \cdot f_{jE} \cdot \frac{\partial E_j}{\partial T_{E_i}} + \sum_{j=i+1}^n \frac{T_{W_j} \alpha_j}{(1+r)^j} \cdot \frac{\partial E_j}{\partial T_{E_i}} \quad (22)$$

左辺が投資費用の現在価値を示し、右辺第二項が将来の貨幣収益の現在価値を示すことは、(19)式の場合と変わらないが、(22)式には、「人的資本への投資が消費に与える影響」を示す右辺第一項が現われる。同項は、家計内で「コモディティ一定量

を生産するために必要な財および時間の将来における減少分の現在価値」を示している⁶⁾。

このモデルは、(13)式の人的資本生産関数自体も、それまでの投資による人的資本量 E_i の量に応じてシフトする、という方向への拡張も可能である。その場合でも、(コモディティ及び人的資本両者の生産の効率化も含めた) 将来収益の現在価値が、投資の限界費用の現在価値と等しいことが均衡条件である、という結論の本質は変わらない。

III. 医療への需要⁷⁾

(1)式で表わされた効用関数を修正し、各期における「健康の度合」をも陽表的に取扱う、次式のような生涯効用関数を設定する。

$$U = U(D_0, \dots, D_i, \dots, D_n, C_0, \dots, C_i, \dots, C_n) \quad (23)$$

D_i : i 期の健康時間

C_i : 健康(ヘルス)以外の全コモディティの集計量

すなわち、このモデルにおいては各個人の経済的効用は、コモディティ消費量とその時点配分のみならず、各期の健康度およびその時間経路にも依存している。(1)式の場合、コモディティの中に「ヘルス」も含まれている、とみなすことができるが、この章では健康時間 D_i は、ヘルスに関する人的資本量から産み出されるものと定義する。

$$D_i = \phi_i(H_i) \quad (24)$$

H_i : 健康度で表わした人的資本ストック

ϕ_i : 健康時間の生産関数

II章で扱われた人的資本 E_i は、主として人間の知的側面を指すものであった⁸⁾。それに対し人

6) 注 1) にあげた、ベッカー著(佐野訳)『人的資本』による表現。

7) この章の議論の展開は、Grossman, *The Demand for Health* (文献(4)) の第1章 A Stock Approach to the Demand for Health, pp. 1—10 および Appendix A 'Utility Maximizations' pp. 84—85, に基づいている。同書の存在を教えて下さった国立公衆衛生院西三郎先生、講読に際し、助言をいただいた筑波大学市川洋教授に感謝する。

8) この人的資本 E_i は、正規的教育機関である学校を通じてであれ、あるいは就業後の企業内外における公式・非公式の訓練を通じてであれ、教育によってその量を増加させられると考えられる。したがって人的資本理論は、一つにはデータが相対的に入手しやすいこともあって、教育投資の経済分析の分野で大きな発展をみた。教育投資の貨幣収益、

的健康資本 H_i は、人間の肉体的側面⁹⁾に関するストックを指している。各個人はある量の健康資本 H_0 をもって生れ、それは、少なくともライフ・サイクル中の一定の年齢以降、加速化していく減価率で年々減少していく。

しかし一方では、健康増進のための投資を通じ、各個人は H_i の量を増加させることもできる。健康資本への純投資は次式のようになる。

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_{Hi} H_i \quad (25)$$

I_i : 健康への粗投資

δ_{Hi} : 人的健康資本の減価率 (外生) —— ある年齢以降加速度的に増大する

(25)式から明らかのように、健康資本の純増減は、粗投資量 I_i と自然減価分 $\delta_{Hi} H_i$ の相対的大きさによって決定される。誕生時の人的健康資本賦存量 H_0 と、各期の減価率 δ_{Hi} は外生変数であるが、 H_i の生産——すなわち粗投資 I_i ——に向けられる資源の量を通じ、少なくとも部分的には、各個人の健康水準は自発的に選ばれたもの¹⁰⁾である。

健康への投資も、コモディティ生産や人的資本 E_i への投資と同様、財貨・サービスならびに時間の投入によって生産される。治療のためには、医師の診療と薬品に加え、患者自身の時間投入も必要なことを考えれば、この設定は全く不自然ではあるまい。そこで、人的健康資本への粗投資 I_i の生産関数を次のようにおく。

$$I_i = \varphi_i(M_i, T_{Mi}; E_i), \quad i=0, \dots, n \quad (26)$$

M_i : I_i 生産のために用いられる、医療サービスおよび財貨投入量¹¹⁾

T_{Mi} : M_i と結合される時間投入量

E_i : 通常の意味の人的資本量

φ_i : I_i の生産関数

一方、コモディティ C_i 生産のための家計内生

産関数は(20)式と同一である。

$$C_i = f_i(X_{Ci}, T_{Ci}; E_i), \quad i=0, \dots, n \quad (27)$$

各個人の時間は次のいずれかの「活動」に配分されるものとする。

$$T_{Ci} + T_{Wi} + T_{Mi} + T_{Si} = T, \quad i=0, \dots, n \quad (28)$$

T_{Ci} : コモディティ生産のための時間投入

T_{Wi} : 労働時間

T_{Mi} : 「医療」のために投入される時間

T_{Si} : 有病時間

T_{Si} は傷病の由に労働、あるいは消費活動をなしない時間を指し、これは以下の理由で T_{Mi} を包摂してはいない。

- (a) 各個人が「医療」に時間を費すほど、(20)式を通じ、健康への粗投資量はより多く生産されることとなり、
- (b) ひいては、(25)式から分かるように、次の期の人的健康資本量が多くなる。
- (c) ところが各人のもつ人的健康資本量が多いほど、その個人の一期当たりの有病時間は少ないと考えられる。
- (d) すなわち、「医療」に時間をかけるほど、次の期およびそれ以降の期における有病時間は減少する。言い換えれば、両者の変化の方向は反対である。

これを式で表わせば、

$$\frac{\partial I_i}{\partial T_{Mi}} > 0, \quad (a)$$

したがって、

$$\frac{\partial H_{i+1}}{\partial T_{Mi}} > 0, \quad (b)$$

しかるに、

$$\frac{\partial T_{Si}}{\partial H_i} < 0, \quad (c)$$

$$\therefore \frac{\partial T_{Si+1}}{\partial M_i} < 0 \quad (d)$$

以上から、有病時間と、医療にかかる時間は異なることが明らかとなったので、各期の「健康時間」を次のように定義できるだろう。

$$D_i = T - T_{Si} = T_{Ci} + T_{Wi} + T_{Mi},$$

$$i=0, \dots, n$$

(29)

予算制約は、健康投資への支出を含め、(30)式に

率計測の試みも多数存在している。

9) ストレスの増大による知的生産能力の低下といった事柄は E_i に影響すると考えられるが、脳の物理的障害に起因する精神病等は H_i で表わされる人的資本の減少とみなしえよう。

10) 経済学の言葉で表わせば、健康時間 D_i が $I_{i-1} \rightarrow H_i$ の経路を通じ「内生変数」である、ということである。

11) I_i へのインプット M_i には、狭義の医療のみならず、予防、リハビリテーション、スポーツ、食事、住居等幅広い要素が含まれると考えられるが、ここではそれらの集合財を「医療」と呼ぶ。

よって表現される。

$$\sum_{i=0}^n \frac{P_{Mi}M_i + P_{Ci}X_i}{(1+r)^i} = \sum_{i=0}^n \frac{W_iT_{Wi} + V_i}{(1+r)^i} \quad (30)$$

P_{Mi} : 医療サービスの価格

(30)式の左辺は健康投資、ならびに通常の財貨・サービスに対する支出の現在価値であり、右辺は諸所得の現在価値を示している。

(29)式を(30)式に代入すると次式が導きだされる。

$$\begin{aligned} \sum_{i=0}^n \frac{P_{Mi}M_i + P_{Ci}X_i + W_i(T_{Mi} + T_{Ci} + T_{Si})}{(1+r)^i} \\ = \sum_{i=0}^n \frac{W_iT + V_i}{(1+r)^i} \end{aligned} \quad (31)$$

(31)式の右辺は、(5)式における定義と同様「完全な人的資産」であり、左辺は、(イ)医療ならびに通常の財貨・サービスの購入と、(ロ)健康投資ならびに消費への時間投入、および有病に起因する放棄収入、という2つの形での、「完全な人的資産」の費消を示している。

(25)式、(26)式、(27)式および(31)式を制約条件として、(23)式の効用関数を極大化する。誕生時の人的健康資本賦存量 H_0 、および年々の自然減価率 δ_{Hi} は外生的に決められるので、各個人が選択する変数としては、健康投資量 I_i が人的資本 H_i の最適量を決定する要因となる。極大化のためのラグランジェ式は、

$$\begin{aligned} L = & U(D_0, \dots, D_i, \dots, D_n, C_0, \dots, C_i, \dots, C_n) \\ & + \lambda \left[\sum_{i=0}^n \frac{W_iT + V_i}{(1+r)^i} - \sum_{i=0}^n \frac{(P_{Mi}M_i + W_iT_{Mi})^*}{(1+r)^i} \right. \\ & \left. + (P_{Ci}X_i + W_iT_{Ci}) + W_iT_{Si} \right] \end{aligned} \quad (32)$$

である。ここで、均衡条件導出のために $(\partial L / \partial I_i) = 0$ とおき、健康時間の限界効用 $\partial U_i / \partial D_i$ を U_{Di} で表わせば、

$$\begin{aligned} \sum_{j=i+1}^n U_{Dj} \cdot \frac{\partial D_j}{\partial H_j} \cdot \frac{\partial H_j}{\partial I_i} \\ = \lambda \left[\frac{\alpha(P_{Mi}M_i + W_iT_{Mi}) / \alpha I_i}{(1+r)^i} \right. \\ \left. + \sum_{j=i+1}^n \frac{W_j \left(\frac{\partial T_{Sj}}{\partial H_j} \cdot \frac{\partial H_j}{\partial I_i} \right)}{(1+r)^j} \right] \end{aligned} \quad (33)$$

が得られる。(33)式の左辺は、人的健康資本への投資がもたらす、各期の健康時間増加の与える効用増大分を示す。一方、右辺括弧内第一項は健康投資の限界費用の現在価値であり、同第二項は有病時間の減少に起因する活動可能時間増加分¹²⁾の貨幣収益の現在価値を示している。

表記の簡単化のために健康投資の限界費用を Π_i とおく。

$$\frac{d(P_{Mi}M_i + W_iT_{Wi})}{dI_i} = \Pi_i \quad (34)$$

また、(24)式を人的資本 H_i について微分し、健康資本の限界生産物を d_i とおく。

$$\frac{\partial D_i}{\partial H_i} = d_i \quad (35)$$

(29)式と(35)式から、

$$\frac{\partial T_{Si}}{\partial H_i} = -d_i \quad (36)$$

がいえる。さらに、これまでの議論の展開から次の(37)~(39)式は自明であろう。

$$\frac{\partial H_{i+1}}{\partial I_i} = 1 \quad (37)$$

$$\frac{\partial H_{i+2}}{\partial I_i} = 1 - \delta_{Hi+1} \quad (38)$$

$$\frac{\partial H_n}{\partial I_i} = (1 - \delta_{Hi+1})(1 - \delta_{Hi+2}) \cdots (1 - \delta_{Hn-1}) \quad (39)$$

(34)~(39)式を先の(33)式に代入して整理し、次式の形にまとめる。

$$\begin{aligned} \frac{\Pi_i}{(1+r)^i} = & \frac{W_{i+1}d_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} + \frac{(1 - \delta_{Hi+1})W_{i+2}d_{i+2}}{(1+r)^{i+2}} \\ & + \cdots + \frac{(1 - \delta_{Hi+1}) \cdots (1 - \delta_{Hn-1})W_nd_n}{(1+r)^n} \\ & + \frac{U_{Di+1}}{\lambda} d_i + (1 - \delta_{Hi+1}) \frac{U_{Di+2}}{\lambda} d_{i+2} + \cdots \\ & + (1 - \delta_{Hi+1}) \cdots (1 - \delta_{Hn-1}) \frac{U_{Dn}}{\lambda} d_n \end{aligned} \quad (40)$$

(40)式の左辺は第 i 期における健康投資の限界費用の現在価値であり、右辺は、貨幣収益並びに精神的満足¹²⁾の現在価値の総計を示している。両者が等しくなることが最適投資量決定の1階の条件であ

12) 有病時間減少分が労働 T_{Wj} 、消費 T_{Cj} 、あるいは健康投資 T_{Mj} のいずれに向けられるかは、ここでの結論に影響しない。

る。

また一方、人的健康資本に対する投資費用極少のための均衡条件は、

$$\Pi_i = \frac{P_{Mi}}{\partial I_i / \partial M_i} = \frac{W_i}{\partial I_i / \partial T_{Mi}} \quad (41)$$

で表わされよう。ここで、(26)式の生産関数 φ_i を、 i を問わず同一、かつ一次同次であると仮定する。すると(41)式は、次のように I_i 生産のための要素投入量の比で説明できるようになる。

$$\text{if } \frac{W_i}{P_{Mi}} < \frac{W_j}{P_{Mj}}, \text{ then } \frac{T_{Mi}}{M_i} > \frac{T_{Mj}}{M_j} \quad (42)$$

すなわち、(42)式からは、医療サービス価格上昇率に比べ賃金増加率の方が高い場合には、人的健康資本に対する投資量の生産方法は相対的に財集約的な方向に向かい、反対に、賃金率増加率を医療価格上昇率が上回るときには、健康投資のあり方が相対的に時間集約的な方向に変化することが容易に理解できよう¹³⁾。

第 $(i-1)$ 期にも正の量の粗投資 I_i がなされたとしよう。(40)式と同様、その投資に関する均衡条件は(43)式で表示できる。

$$\begin{aligned} \frac{\Pi_{i-1}}{(1+r)^{i-1}} &= \frac{W_i d_i}{(1+r)^i} + \frac{(1-\delta_{Hi}) W_{i+1} d_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} \\ &+ \dots + \frac{(1-\delta_{Hi}) \dots (1-\delta_{Hn-1}) W_n d_n}{(1+r)^n} \\ &+ \frac{U_{Di}}{\lambda} d_i + (1-\delta_{Hi}) \frac{U_{Di+1}}{\lambda} d_{i+1} + \dots \\ &+ (1-\delta_{Hi}) \dots (1-\delta_{Hn-1}) \frac{U_{Dn}}{\lambda} d_n \end{aligned} \quad (43)$$

13) 経済学的な表現を日常生活の言葉で言い直してみれば、このことは次の各事例で表わせるだろう。

(a) 賃金率の上昇ペースが、医療サービスの価格変化率を上回る個人（例えば中堅サラリーマン）は、「医師にかかるよりは薬で済ませる」ようなことが相対的に多くなるであろう。

(b) また、積極的な健康投資の側面についても、上述のような状況 $((\partial W_i / \partial t_i) > (\partial P_{Mi} / \partial t_i))$ 、ただし t は時間）におかれた個人は、スポーツをする代わりにビタミン剤等を服用するだけになるような変化をも示すと思われる。

(c) 反対に、賃金率が低下して時間価格が安くなった高齢者の場合、健康投資のための時間投入を相対的に大きく増やすようになるだろう。病・医院に通・滞院する回数ならびに時間が増大することをこのモデルは含意している。

それぞれ健康投資最適条件である(40)式と(43)式から、投資を次期におけるベネフィットとだけ関係づけるより簡潔な(44)式が導かれる。

$$\frac{\Pi_{i-1}}{(1+r)^{i-1}} = \frac{W_i d_i}{(1+r)^i} + \frac{U_{Di}}{\lambda} d_i + \frac{(1-\delta_{Hi}) \Pi_i}{(1+r)^i} \quad (45)$$

上式中に示された第 i 期のベネフィットの割引現在価値をまとめれば、

$$d_i \left[\frac{W_i}{(1+r)^i} + \frac{U_{Di}}{\lambda} \right]$$

で表わされる。ここで W_i は、市場もしくは非市場活動¹⁴⁾に使用される時間 1 単位当たりの貨幣価値であり、 U_{Di}/λ は、健康時間 1 単位増に起因する効用増加分である。つまり、全体では人的資本 H_i 1 単位増による、健康時間 D_i の増分のもたらすベネフィットを表わしている。

(44)式の両辺に $(1+r)^i$ をかけた後整理すると、均衡条件の異なる表示、

$$d_i \left[W_i + \frac{U_{Di}}{\lambda} (1+r)^i \right] = \Pi_{i-1} (r - \tilde{\Pi}_{i-1} + \delta_{Hi}) \quad (46)$$

$\tilde{\Pi}_i$: 第 i 期における、健康投資の限界費用 Π_i の変化率

が得られる¹⁵⁾。左辺は人的資本ストックの最適量が生まだす、限界生産物の価値の合計であり、それに対し右辺は資本の供給価格といえる。 r が利子率、 $\tilde{\Pi}_{i-1}$ がキャピタル・ゲイン率相当分、 δ_{Hi} が資本の減価率であることを考えれば、(45)式の右辺は、人的資本 1 単位を 1 期保有するコスト、ともみなしうることが分かる。

最後に、(45)式の両辺を Π_i で割って次式の形に健康投資均衡条件を変形する。

$$a_i + b_i = r - \tilde{\Pi}_i + \delta_{Hi} \quad (46)$$

b_i : 健康投資 I_{i-1} の限界貨幣収益率

a_i : 健康投資 I_{i-1} の限界（精神的、すなわち効用増の）収益率

$$a_i = \frac{d_i \frac{U_{Di}}{\lambda} (1+r)^i}{\Pi_{i-1}} \text{ を除けば, } b_i = \frac{d_i W_i}{\Pi_i} \text{ と右辺 } (r - \tilde{\Pi}_i + \delta_{Hi}) \text{ の均等は、通常の生産関数展開上の均衡}$$

14) 前者は労働 T_{Wi} に向けられた時間、後者は消費 T_{Ci} ないしは健康投資 T_{Mi} に用いられる時間である。

15) $\delta_{Hi} \cdot \tilde{\Pi} \approx 0$ 。

条件と変わらない。

以上の本章の議論から明らかなように、医療への需要を「健康」生産のための投入物への派生需要とみなす枠組は、各最適条件の意味づけを明白な形で与えてくれる。このモデルはさらに、II章で示したように、各個人による(知的側面の)人的資本 E_i への投資に対する時間配分をも陽表的に取り扱うこと(すなわち、 $T = T_{Ci} + T_{Wi} + T_{Ei} + T_{Mi} + T_{Si}$ とおく)や、あるいは E_i の量が健康投資 I_i 生産の効率を高める場合をもやはり明示的に取り扱うことも可能であろう。それらの拡張においても、前章末の結論と同様、議論の本質は変化しない¹⁶⁾。

参考文献

- 1) Becker, Gary S., "A Theory of the Allocation of Time", *Economic Journal*, September, 1965.
- 2) Becker, Gary S., *Human Capital: A Theoretical*

16) グロスマンは個人別標本データを用いて、実際にパラメータ測定を行なっているが、理論的展開の部分に比べ、実証方法の詰めは完全ではないように見受けられる。筆者も我が国のデータをこの枠組に基づいて取扱ってみたいと考えているが、まだ報告できる段階には到達していない。

and Empirical Analysis, with Special Reference to Education, Second Edition, Columbia University Press, 1975. 邦訳、ゲーリー・ベッカー著、佐野陽子訳『人的資本——教育を中心とした理論的・経験的分析』、東洋経済新報社、1976.

- 3) Grossman, Michael, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, March-April, 1972, pp. 223-55.
- 4) Grossman, Michael, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, National Bureau of Economic Research, 1972, Distributed by Columbia University Press.
- 5) Grossman, Michael and Lee Benham, "Health, Hours and Wages", In Mark Perlman (ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo, MacMillan, London, 1974, pp. 205-33.
- 6) Holtmann, A. G., "Prices, Time, and Technology in the Medical Care Market", *Journal of Human Resources*, Spring, 1972, pp. 179-90.
- 7) Newhouse, Joseph P. with the assistance of David J. Weinschrott and Mark S. Thompson. "Price and Income Elasticities for Medical Care Services", In Perlman, *The Economics of Health and Medical Care*, pp. 139-61.

定年退職と社会的適応

——活動理論と離脱理論の再検討——

松村 健生

はじめに

老齡化に対する社会的適応についての研究は、つねに老年社会心理学の中心をなしてきたが、定年退職は老齡化のプロセスにおける最も象徴的で最も重要な出来事ないしは1ステップだとみなされている。そして、老齡化への社会的適応に関する今までの研究は4つの分野にまとめられるようである。適応概念の定義とその測定法¹⁾、適応タイプ²⁾、適応の諸段階³⁾、適応メカニズムの解明・

理論化の4つがそれである。

本稿はその第4の分野に関するものであるが、周知のように、1961年に出版されたE・カミング＝W・E・ヘンリーとその協力者が著した『老成』は、理論的研究にとっては画期的著作であった⁴⁾。彼らの提唱した仮説は「離脱理論」(Disengagement Theory) というもので、その中心的命題は「老齡化とは個人と社会とが相互に退きあい離脱しあう不可避の過程であり、その中で老齡化に向う個人と彼が所属している社会の他の成員との相互作用関係は途絶えたり変質したりしていく」⁵⁾と表現される。ところがこの離脱理論が提起される以前“漠然とした”形で存在し、それが公表されるやそれと真向から対立した仮説が「活動理論」(Activity Theory)であり、その主要な命題は「多様で数多い社会的活動は老齡期の幸福とすぐれた適応とに関連している」⁶⁾というものである。こうして『老成』での仮説提起を契機に特にアメリカでは、定年退職に対する社会的適応についての実りある理論論争が展開され⁷⁾、この発展の中でそれまで実践的・記述的・非体系的であった研究

1) この点については以下の諸文献を参照のこと。

Savage, R. D., L. B. Gaber, P. G. Britton, N. Bolton, and A. Cooper, 1977, *Personality and Adjustment in the Aged*, Academic Press.

Larson, R., 1978, Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans, *J. of Gerontology*, 33, 109—125.

Rosow, I., 1963, Adjustment of the normal aged, In R. M. Williams, C. Tibbitts and D. Donahue (eds.), *Processes of Aging*, Vol. 2, Atherton Press.

2) Reichard, S., F. Livson, and P. B. Peterson, 1962, *Aging and Personality*, John Wiley.

Neugarten B. L., R. J. Havighurst, and S. S. Tobin, 1968, Personality and patterns of aging, In B. L. Neugarten (ed.), *Middle Age and Aging: A reader in social psychology*, University of Chicago Press, 173—177.

Filsinger E., W. S. Sauer, 1978, An empirical typology of adjustment to aging, *J. of Gerontology*, 33, 437—445.

Gutmann, D., 1972, Ego psychological and developmental approaches to the “Retirement crises” in man, In F. M. Carp (ed.), *Retirement*, Behavioral Publications.

Schmidt, J. F., 1951, Patterns of poor adjustment in old age, *AJS*, 57, 33—42.

コミュニティリーダーについては Thune, J., S. Tine, and N. Cherry, 1966, Personality characteristics of successful older leaders, *J. of Gerontology*, 21, 463—470.

3) 適応研究の中ではこの適応段階に関するものが最も遅れているようである。Havighurst, R. J., 1955, *Employment, retirement and education in the mature years*, In

I. Webber (ed.), *Aging and Retirement*, University of Florida Press.

4) Cumming, E. and W. Henry, 1961, *Growing Old: The Process of Disengagement*, Basic Books, なお、この著作を刊行する前年の1960年に共著者の一人であるカミングは離脱理論の仮説群を公けにしている。Cumming, E., L. R. Dean, D. S. Newell and I. McCaffrey, 1960, *Disengagement: a tentative theory of aging*, *Sociometry*, 23, 23—35.

5) Cumming, E. and W. Henry, 1961, op. cit., p. 14 および p. 211.

6) Havighurst, R. J., 1954, Flexibility and the social roles of the retired, *AJS*, 59, 309.

7) 活動理論と離脱理論のよりくわしい紹介は、袖井孝子, 1978, 定年の社会学, 袖井孝子編, 現代のエスプリ, 129, 定年: 価値と役割の喪失, 至文堂, 5-23. を参照せよ。

が特定の理論的枠組のもとに統合されるようになったのである。

他方日本の現状をみると、定年に関する社会心理学の理論は皆無に近く、その遅れが目立つといわなければならない⁸⁾。というのも、それは定年に関する研究の歴史が浅く、老齡化問題を研究する社会心理学者が少ないという事実のためでもあるが、それ以上に定年についての理解の仕方そのものが、その初期より今日に至るまで理論志向的というより実践志向的であったという研究者の態度にその原因があると思われるのである。

そこで本稿は、社会心理学の伝統に従って定年問題を社会的適応という観点から捉えていくものの、日本という社会環境の中でも定年制現象について理論化を可能とするための準備を行っていくとするものである。しかしここでは本稿の課題を限定し、まずアメリカを中心とする社会心理学では、定年への社会的適応がいかに研究されてきたかその歴史を概観し、つぎに離脱理論と活動理論という2つの古典的適応理論が採用した概念を検討することによって、今後の理論化に重要だと思われる視点を明らかにしていきたいと考えている。そして本稿での検討にもとづき社会的適応理論の試論を提案するのはつぎの機会を待ちたい。

I 定年への社会的適応に関する研究⁹⁾

定年への社会的適応というテーマは、つねに老年社会心理学の主流であった。それは、就労が生活の基盤と様式とを規定し、アイデンティティの源泉となりしかも安定感を築きあげている、いい

かえれば、定年退職こそがさまざまな危機の原因だとの認識があったからである¹⁰⁾。定年と関連づけられていた危機を大別するとつぎの4タイプに分けられるであろう。まず第一に、それが強制的なものであれ自発的なものであれ、定年退職によって本人が所属している社会体系の主要な役割から除外されることから生じるとされる¹¹⁾。事実この役割変化は「社会的地位の低下」「役割なき役割(バージェス)」「役割剥奪(ハビガースト)」「名刺のない地位(某評論家)」などといわれるようにマイナスのイメージによって理解されることが多い。つぎに定年退職に伴う危機は、パーソナリティの再編成という観点からとらえられる。そして「自己イメージの再規定」「将来を見越した社会化(マートン)」「アイデンティティの統合か絶望か(エリクソン)」といった問題がこの危機を取り扱う際の主題になるのである。第3の危機は社会を支配している規範や価値からの疎外という側面から理解され、「老人イメージ」「産業至上主義」「年齢別社会構造(ニューガルテン)」「無規範性(ベングストン)」などについて検討が行われる。そして

Cumming, E. and W. Henry, 1961, op. cit., chaps. 1, 2.

Bell, B.D. (ed.), 1976, Contemporary Social Gerontology: Significant Developments in the Field of Aging, Charles C. Thomas. この編著の各章の序文で、彼は研究史を1930年代より50年初期、50年後期より60年初期、60年後期より70年初期までの3つに区分している。Donahue, W., H.L. Orbach and O. Pollak, 1960, Retirement: the emerging social pattern, In C. Tibbitts (ed.), op. cit. も参考になる。

10) Stokes, R.G. and G.L. Maddox, 1967, Some social factors in retirement adaptation, J. of Gerontology, 22, 329-333.

Gutmann, D. 1972. op. cit.

袖井孝子編、定年、1978、前掲書の副題は「価値と役割の喪失」となっている。その他活動理論の立場から書かれた論文の多数。

11) いかなる役割変化が起きるかについては山根常男、1972。老人の地位役割の変化、那須宗一、増田光吉編、老人と家族の社会学、垣内出版。

Phillips, B.S., 1957. A role theory approach to adjustment in old age, ASR, 22, 212-217.

Rosow, I., 1973, The social context of the aging self, Gerontologist, 13, 82-87.

また役割変化の様子を具体的に記述したものとして Townsend, P., 1957, The Family Life of Old People, Free Press.

8) 日本では特に那須宗一、袖井孝子が理論化への志向を表明している。

那須宗一、1962、老人世代論——老人福祉の理論と現状分析、芦書房。

袖井孝子、1974、社会老年学の理論と定年退職、社会老年学、No. 1, 19-36.

9) よりくわしくは、Maddox, G.L. and J. Wiley, 1976, Scope, concepts and methods in the study of aging, In R.H. Binstock, and E. Shanas (eds.), Handbook of Aging and the Social Sciences, Van Nostrand Reinhold. Tibbitts, C., 1960, Origin, scope and fields of social Gerontology, In C. Tibbitts (ed.), Handbook of Social Gerontology; Societal aspects of aging, University of Chicago Press.

最後に、定年退職と関連して個人および社会の経済的危機が指摘され、とくに日本においては、定年退職による生活水準の低下といった個人の危機、退職金倒産あるいは従業員の高齢化といった企業の危機がジャーナリスティックに強調される¹²⁾。以上4タイプのなかでは第4の危機が最も注目される場所であり、行政府のみならず研究者の関心の中心もここにあったといえるのである。

こうして、高齢者の社会的適応はその初期から社会問題として理解されることが多く、経験的事実そのものを重視する傾向が強かった。このことは、その後の研究方向を強力に規定することになるのであり、現在もなおそれへの志向が顕著であるといえるであろう。

しかしかなり初期の頃から研究者の関心には定年を社会問題としてみる方向と、それを科学的に解明する方向とが共存していたことも事実である。G. L. マドクス＝J. ワイリーは1940年の初めに科学への志向が明瞭であったとする¹³⁾。実際R. リントンやL. S. コトレルはそれぞれの論文の中で高齢者の社会的適応を規定する要因やその諸結果を明らかにすることの必要性を説いているのである¹⁴⁾。そして、1946年には老年学の代表的雑誌で

ある *Journal of Gerontology* の発刊をみ、その後R. S. ケイヴァンらの研究¹⁵⁾、R. J. ハビガーストらの著作¹⁶⁾によって活動理論の原形がつくられることになるのである。

この時期の特色としてまず多学共同 (multidisciplinary) を指摘できる。この時期を代表するC. ティビツ編の「社会老年学ハンドブック」、E. W. バージェス編の「西欧諸国における老人問題」¹⁷⁾ および *Journal of Gerontology* をみても、社会学、心理学、社会心理学、医学、経済学、政治学などその学問領域は多岐にわたっていることを知るのである。第2に諸科学の発展とその応用がある。この頃、心理学ではパーソナリティ論、発達理論、自我論など、社会学では役割理論などの発展をみたが、老年学へもこれらが積極的に取り入れられその応用が試みられた。そして第3の特色は研究体制に関するものであるが、これは上述の傾向と密接な関係にある。つまり、いくつかの大学でさまざまな分野の研究者が協力しあい組織的研究を始めたことである。主な大学としては、1940年代のシカゴ大学とミシガン大学、1950年代のコネル大学、カリフォルニア大学、デューク大学をあげることができよう。

こうしてこの時期にはいくつかの仮説が提出され、種々の概念が明確になりその尺度化が行われた。しかしそれらは一つの体系を構成しているとはいいがたくしかも記述的なものが多い。それゆえこの時期を理論への前段階もしくは理論模索の時代と名付けたい。

高齢化への社会的適応が一つの体系的仮説として公表されたのは1961年であり、この年に研究の歴史は第2期へ移行する。理論的研究の嚆矢になったとされるこの著作とは、いうまでもなく前述したカミング＝ヘンリーの『老成』であり、これを境に社会的適応についての研究は一つの転換期

12) 筆者は少なくとも日本においては定年が大多数の勤労者にとって一つの危機を構成していることを認めている。筆者も一員として参加した定年制調査では定年がまちどおしいと回答したものはわずか10%であった(未発表)。それゆえ定年の危機は適応問題の中心になると思うし、また日米の定年の実状が異なることも認知しているけれども、それにしても日米の研究態度には大きな差があるといわなければならないであろう。

アメリカでの定年退職と生活水準との関連については、Thompson, W. E. and G. F. Streib, 1958, Situational determinants: health and economic deprivation in retirement, *J. of Social Issues*, 24, 18—34.

Donahue, W., H. L. Orbach and O. Pollak, 1960, op. cit.

Pollman, A. W., 1971, Early retirement: a comparison of poor health to other retirement factors, *J. of Gerontology*, 26, 41—45.

Fillenbaum, G. G., 1971, The Working retired, *J. of Gerontology*, 26, 82—89.

その他本章注28)の文献も参照のこと。

13) Maddox, G. L. and J. Wiley, 1976, op. cit.

14) Linton, R., 1942, Age and sex categories, *ASR*, 7, 589—603.

Cottrel, L. S. Jr., 1942, The adjustment of the individual to his age and sex roles, *ASR*, 7, 617—620.

15) Cavan R. S., E. W. Burgess, R. J. Havighurst and H. Goldhamer, 1949, *Personal Adjustment in Old Age*, Science Research Associates.

16) Havighurst, R. J. and R. Albrecht, 1953, *Older People*, Longmans.

17) Burgess, E. W. (ed.), 1960, *Aging in Western Societies*, University of Chicago. (森幹郎訳、西欧諸国における老人問題、1970、社会保険出版)。

を迎えることになる。この著作はシカゴ大学を中心とした研究者たちがカンサス市で1955年から開始した継続調査を彼らが独自に集成したものであり、その中で離脱理論が提唱されたのである。その要旨は高齢者においては心理的離脱、つまり高齢者自身が内向的消極的になって離脱を欲することと、社会的離脱、つまり社会が高齢者をさまざまな相互作用から解放するようになることが同時に生じる、より正確に言えば高齢者自身の方がまず自発的に離脱を望むようになるという点にあり、彼らによればこの過程はそれが内在的であるが故に普遍的かつ必然的現象であるというのである。従って活動に従事しない状態 (disengaged)こそ高齢者の幸福に寄与すると考えられる。

さて、多くの場合そうであるように、ある分野での最初の理論というものは、グランドセオリーであり、複雑な現象を簡潔な命題にまとめてしまう傾向にあり、用いられる概念も単純化される。このことが次期の発展期を迎えるものとなることが多いのであるが、定年への適応についても同じことがいえるであろう。それゆえこの時期を原初的理論期と称することにしたい。

『老成』という著作が画期的であるとされるのに反し、離脱理論そのものは発展しなかった。その主唱者たちの中にはそれを後になって撤回するむきさえうかがわれ、彼ら以外に離脱理論を支持するものは非常に数少ないからである¹⁸⁾。それゆえ、この第2期は独立した時期を形成するというより、次期の開始を告げる一契機といえるかもしれない。しかし筆者は、それが新しい時代を画し他の時期とは異なる内容と特色とをもっているのであるから、一つの独立した時期として考えたい。

第3期は反動期で離脱理論に対し活発な批判が行われた時期である。カミング=ヘンリーの著書が公けにされるや、さまざまな視点から反論が出された。離脱理論の提唱する仮説そのもの、彼ら

の分析方法、その論理性に対する批判などがその主なものであるが¹⁹⁾、なかでも、離脱が内在的で不可避であり、従ってすべての高齢者がそれを体験するという事実認知に関する側面と、このような離脱こそモラルを高める唯一の道であるとする側面、つまり仮説そのものに対し反論が集中した。そして、これに対立するものとして主張された活動理論は、正常な高齢者は中年期と同様活動に従事することを欲しているのであり、したがって活動することこそ生活満足を高めるとするものと、高齢者の多様性を強調し活動理論と離脱理論の両方がそれぞれの特定制約条件のもとで正しいとするものとに分かれていった²⁰⁾。

こうした反論と批判の時期は、カミング=ヘンリーが『老成』を発表した同年の1961年に始まった。最初の批判論文を著したのは、彼らの協同研究者でありそれゆえ同じデータを用いて分析できた S. S. トビン、B. L. ニューガルテン²¹⁾、であったが、離脱理論にはすでにその出発点において問題をはらんでいたのである。その後現在においてさえもさまざまな形で批判がくり返されているので第3期の時期を画するのは困難である。しかし、離脱理論を直接批判する論文は1970年代以降は少なくなることを考慮するとすれば、第3期を1961年から1970年頃までとするのがひとまず

19) 詳しくは袖井孝子, 1974, 1978, 前掲書と Brehm, H. A., 1968, *Sociology and aging: orientation and research*, *Gerontologist*, 8 (part 2), 24—31.

また離脱理論の論理性については Hochschild, A. R., 1976, *Disengagement theory: a logical, empirical, and phenomenological critique*, In J. F. Gubrium (ed.), *Time, Roles, and Self in Old Age*, Human Science Press. 内容はほぼ同一であるが、同氏の論文 Hochschild, A. R., 1975, *Disengagement Theory: a critique and proposal*, *ASR*, 40, 553—569. も参考になる。

その他つぎの論文も参照のこと、Atchley, R. C., 1971, *Disengagement among professors*, *J. of Gerontology*, 26, 476—480.

Youmans, E. G., 1969, *Some perspectives on disengagement theory*, *Gerontologist*, 9, 254—258.

20) このような立場にあるものも、基本的には活動を肯定しているものが多く、それゆえ彼らも活動理論の立場にあるといえるのである。活動を肯定的にとらえるか否定的にとらえるかが再理論を区別する重要なポイントになることについては第2章を参照のこと。

21) Tobin, S. S. and B. L. Neugarten, 1961, *Life satisfaction and social interaction in the aging*, *J. of Gerontology*, 16, 344—346.

18) たとえば『老成』の共著者の一人ヘンリーは1973年にいずれの理論も不十分であるとのべている。Henry, W., 1973, *The theory of intrinsic disengagement*, Paper presented at the International Gerontological Research Seminar. Markaryd, Sweden (Tallmer, M. et al., 1969, *Disengagement and the stresses of aging*, *J. of Gerontology*, 24, 70—75. より)。

妥当であろう。

批判と反論の中で進行していた一つの方向すなわち活動理論の緻密化という理論化への積極的努力を、第3期とは異なる時期を構成するものとして把えていきたい。この第4期は概念化の時期であり、活動理論を実証するために必要とされる諸概念の発見とかその精緻化や尺度作成に関心がもたれた。

この時期にはまず、離脱も活動もそれが普遍的でもなく必然的でもないということに同意をみたのである。高齢化現象の多様性の認知がそれである。そしてつぎに、その多様性を説明するため新しい概念の導入が試みられた。新しく導入された概念の中の主要なものは、社会階層と年齢集団、発達段階とライフサイクル、社会環境、などである。そして以前にも重大な説明変数として用いられていたパーソナリティ、被説明変数であるモラールや生活満足といった概念はますます精緻なものになっていった。

この時期は1962年頃から始まり、第3期と平行しながら1960年代半ばと1970年前後をピークとして現在に至るまで持続している。この間の研究成果は、*Journal of Gerontology* と1961年に創刊されたもう一つの老年学雑誌 *The Gerontologist* に公表されることが多かった。また、それに関する著作も少なくはなく、編著としては、M. W. ライリー＝A. フォーナー共編の3部作²²⁾、E. パルモアの2部作²³⁾、B. L. ニューガルテンの編著²⁴⁾、B. D. ベル＝E. B. パルモアの共編著²⁵⁾

などがある。

この第4期と第1期は諸概念の開発と変数間関係の発見および経験の重視という類似した傾向はもつものの、カミング＝ヘンリーによって一つの理論が提起されて以来、その後の研究は単に経験的データを収集してそこから何らかの知見を得るということより、検証したいと思う仮説を予め用意しておき、そのため特定の理論枠組にもとづいて説明変数と被説明変数等を選択するという方向を重んじるようになった。しかもこの時期は第1期と比べ、前述したようなはるかに豊富な理論的手段をもっていることも忘れてはならない。

しかし第1期で体験したような危険もあらわれ始めたのである。それは概念化の問題に集中するあまり、諸概念を統合するような理論的枠組に注目しなくなるという点である。こうして第4期の反動として、その成果をふまえつつ理論再構築に関心が寄せられるようになる。少数の概念だけに着目してその関係を分析するというよりもより広い枠組の中で考察していこうとするのである。そして、この傾向がとくに顕著になってきたのは1970年代前半からであるといつてよいであろう。たとえば1972年に出版されたF. M. カーブの編著²⁶⁾、1976年から1977年にかけて発行された3つの編著²⁷⁾などはその代表的研究である。

この時期の特色はまずそれが学際的になってきたことであろう。上述の諸論文をみても明らかのように、社会的適応に対する研究は他の科学の成果を積極的に取り入れようとしている。第2の特色として研究対象の範囲の問題がある。つまり、発達段階の理論やライフサイクル論を適応理論の中に導入することにより、研究対象を定年を中心とする高齢化現象への適応にのみ限定するのでは

22) Riley, M. W. and A. Foner (eds.), 1968, *Aging and Society: An Inventory of Research Findings*, Russell Sage Foundation.

Riley, M. W. J. Riley and M. Johnson (eds.), 1969, *Aging and the Professions*, Russell Sage Foundation.
Riley, M. W. and A. Foner (eds.), 1970, *A Sociology of Age Stratification*, Russell Sage Foundation.

23) Palmore, E. B. (ed.), 1970, *Normal Aging: Reports from the Duke Longitudinal Studies 1955-1969*. Duke University Press (荒井保男訳、正常な老化, 1976, 菊屋書房)。

Palmore, E. B. (ed.), 1974, *Normal Aging II: Reports from the Duke Longitudinal Studies 1970-1973*. Duke University Press.

24) Neugarten, B. L. (ed.), 1968, *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*, University of Chicago Press.

25) Bell, B. D. and E. B. Palmore (eds.), 1976, op. cit.

26) Carp, F. M. (ed.), 1972, *Retirement*, Behavioral Publications.

27) Binstock, R. H. and E. Shanas (eds.), 1976, *Handbook of Aging and the Social Sciences* Van Nostrand Reinhold.

Finch, C. E. and L. Hayflick (eds.), 1977, *Handbook of the Biology of Aging*, Van Nostrand Reinhold.

Birren, J. E. and K. W. Schaie (eds.), 1977, *Handbook of the Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold.

なく、全ライフサイクルの中での適応をも考慮するようになったのである。いいかえれば、勤労者にとってさえ定年退職はもはや彼らが成功させるべき社会的適応の最も重要な要素であるというよりも、適応を必要とする人生のさまざまな出来事の1つもしくは全ライフステージの中の1つの転換期としてとらえられる方向にあるのである。こうして、定年への適応という問題から危機への一般的な適応の仕方へと関心が移っていった。第3の特色として定年退職そのものの見方についての変化がある。かつては定年が危機の源であるとする考え方が支配的であったのに、少なくともアメリカにおいては、必ずしも定年を危機としてとらえるのではなくむしろ定年前後の連続性を強調することが一般的なのである²⁸⁾。そしてその連続性も定年の形態（たとえば強制的か弾力的か）とか定年への態度、社会階層、ライフスタイルなど定年退職者をタイプ化²⁹⁾し、そのタイプ毎に適応の特性を明らかにしようすることに力点がおかれる。

現在の理論発展段階をみると高齢化への社会的適応についての一般的理論は存在していない³⁰⁾。まだその時期に達していないといえるのかもしれない³¹⁾。それゆえ、今最も要請されているのは、特定数の概念を用いることによって、複数個の視点より複数個の中範囲の仮説群を構築することであろう。

II 活動理論と離脱理論

定年への社会的適応に関する社会心理学的研究は活動理論と離脱理論の論争であったといわれる。しかし上述したように、論争の主流は活動理論の立場から離脱理論を批判しつつ適応理論を発展さ

せていくことにあったということができよう。このような経過をたどった今日、古典的活動理論や離脱理論がそのままの形では受け入れられないことは明らかである。高齢者の社会的適応パターンは、活動理論家と離脱理論家の双方が認めているように社会によって異なるのであり、また活動理論家が主張するように、個人によっても相異しているのが現実である。この現実をよりよく説明するための第一歩としては多くない変数によって適応メカニズムを明らかにするような理論枠組を提供し検証する必要があるであろう。筆者はこれらの主要な変数のほとんどが古典的活動理論と離脱理論の中に含まれており、従ってこれらの理論を再検討する必要があると考えている。

これらの理論ではいったいいかなる変数がいかなる意味で用いられているのであろうか。活動理論についてはそれを体系的に論じたものがなくそれを確定するのは容易ではないが、両理論にとって重要でありしかもそこに共通して採用されている変数は5つといてよいであろう。その5つとは、「活動 (activity)」または「離脱」(disengagement)」「パーソナリティ」「年齢 (より正確には老齢化 (aging))」「社会構造」、そして最後が両理論の被説明変数とされる「生活満足」または「モラル」である。

以下詳述するように両理論はこれらの概念にそれぞれ独自の意味を与えているところもあるが、この5つの概念を利用しあえてそれぞれの理論を簡潔にそして通俗的に表現しなおすとすればつぎのようになるであろう。まず活動理論を命題化してみよう。活動理論によれば、「パーソナリティ」に個人差はあるものの、「老齢化」の過程においてもそれは概して中年期から変化することなく、したがって定年退職以降も「活動」に従事すればするほど彼の「生活満足」は高まる。それゆえ「社会」は彼の活動を保障するように構造化されていなければならないというのである。他方離脱理論によると、すべての高齢者は「老齢化」に伴って「パーソナリティ」が変化し「離脱」を志向するようになり、「社会構造」もそれと平行して高齢者の離脱を促進する傾向にあるので「離脱」は漸

28) Friedman, E. A. and H. L. Orbach, 1974, Adjustment to retirement, In S. Arieti (ed.), American Handbook of Psychiatry: Vol. 1, The Foundations of Psychiatry, 2nd ed., Basic Books.

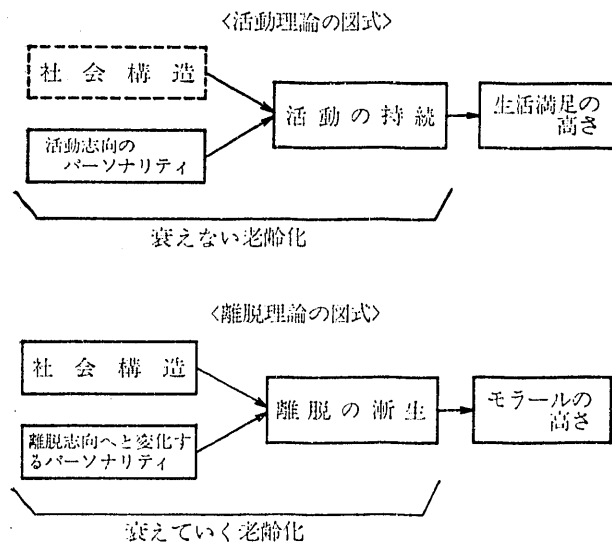
29) M. A. ローエンサルらの4タイプについての研究は有名である。Lowenthal, M. F. and D. Boler, 1965, Voluntary vs. involuntary social withdrawal, J. of Gerontology, 20, 363—371.

30) Birren J. E. and V. J. Renner, 1977, Research on the psychology of aging: principles and experimentation, In J. E. Birren and K. W. Schaie (eds.), op. cit., p. 5.

31) Carp, F. M., 1972, op. cit., p. 10.

次的にあらわれるが、高齢者はその過程の中で均衡状態を保ち得るので高い「モラル」を保ち得るというのである。

以上、それぞれの主張を図式化するとつぎのようになるであろう。



これらの理論は共通概念を用いてはいるものの、上述のように、活動と離脱、パーソナリティの持続と変化などという形でそれらを相反する側面から捉えており、一見したところ完全に対立するかのようである。そしてこの対立をめぐって論争が展開されてきたのである。しかし、詳細に吟味するならばこれらの概念にはそれ独自の意味が付与されていることがわかり、しかもその中には今後の理論構築のため重要な知見が含まれているがゆえに、より詳しい説明が必要と思われるのである。

1. 活動と離脱

まず2つの理論にとって最も重要な活動と離脱の概念を明らかにしていきたい。

活動理論によれば、活動とは社会行為すなわち社会的役割の遂行を意味しているが、その外的要素についてのみ言及されることが多い。就労や友人との交際といった外的事実がその一例である。そしてこの行為に含まれる「意味」に関してはそれを考慮しないか少なくとも重視しないのである。それゆえ活動の分類基準も外的なものになっ

てしまい、初期の研究ではごく単純な分類が用いられていた。たとえば、ケイヴァンらが1949年もの昔に開発した活動インベントリーでは、家族や友人との密接なつきあい、レジャー活動、仕事家事などの経済保障活動、健康、宗教活動という5つのカテゴリーに分類されている³²⁾。またトビンらはごく常識的な基準によって11の役割を列挙する³³⁾。これらの分類は、1970年に発行されたデューク大学グループ研究³⁴⁾がケイヴァンの分類を踏襲していることにもみられるように、かなり一般化しているといつてよいであろう。そして活動の水準はそれぞれへの参加程度をきくことにより各役割行為の得点を単純加算する方法が用いられる。

活動概念がこのような意味で用いられる場合の前提ないし特長はつぎの4つであろう。まず第1は、活動の機能同質性である。ここで機能とは個人の満足度といかに関連するかという意味であるが、以上のように類型化された活動はそれぞれが同じ機能をもつとされる。つまり、どのような活動であれ、その外的な参加程度が等しければ、本人の生活満足を規定する上で同一の影響力を有すると仮定されているのである。活動に同質性を認める限り活動の質といった測定困難な要素を考慮する必要はないのであり、その外的要素だけが着目され重視されることは当然であろう。

第2の前提は第1のを別の側面から考察したものにはかならないが、活動の機能代替性といわれるものである³⁵⁾。これはR. K. マートンの機能等価項目、機能的代替項目と同じ概念であり、定年退職によって失う活動を他のタイプの活動が等価的に代替するという考え方である。こうして活動理論を主張するものは、定年によってひきおこされる役割喪失の代替項目が定年退職に与えられなければならない、そのような役割を獲得しうるも

32) Cavan R.S. et al., 1949, op. cit. (Palmore, E. B. (ed.), 1970 より引用)。

33) Tobin, S. S., R. J. Havighurst, and B. L. Neugarten, 1962, An empirical investigation of the disengagement theory, J of Gerontology, 17, 475.

34) Palmore, E. B. (ed.), 1970, op. cit.

35) この機能代替性については Shanas, E., 1972, Adjustment to retirement, In F. M. Carp (ed.), op. cit.

のが適応に成功すると主張するのである。

このような前提に立てば活動理論でいわれる活動の継続とは、必ずしも同一活動の持続を意味するのではなく、むしろ何らかの活動によって同一程度の参加水準が維持できればよいことになる。

第3の前提は活動の順機能性である。これは活動理論の基本から帰結されることであるが、いかなるタイプの活動も個人の生活満足を高めるのに役立つとみなされる。このように活動理論では、活動にプラスの価値が付与されており、離脱理論と対照的になっている。

第4の特長は手法に関するものであり、第1の前提から導き出されるものであるが、活動を量的にとらえていこうとする傾向であり、量の多少が生活満足と関連するとみる立場である。この考え方は社会統計学の発達段階とも関係しているようで、具体的には参加程度をいくつかの段階に分けそれぞれに得点を与えて合計を求め、同じような手法で計算した満足度との相関を求めていくのである。

つぎに離脱理論における「離脱」の概念を検討してみたい。まず彼らが離脱というとき2つの側面から論じられていることを忘れてはならない。第1は心理的離脱であり高齢者本人が老齢化とともに活動を志向しなくなるという側面で、もう1つは活動理論で使用されているような社会的相互作用に関する側面である。しかしここでは離脱理論に従い前者についてはパーソナリティの項で説明することにし、本節では第2の点だけを吟味していくことにする。

カミング＝ヘンリーは社会的相互作用の程度を3つの指標によって測定しているといっている。役割総数 (role count)、相互作用指標 (interaction index)、生活空間尺度 (lifespace measure) がそれである。第1の役割総数とは社会的相互作用 (彼らは活動という用語を使用しないがその理由は後述する) の多様性を測定するためのものとされ、実際には家族や親族、近隣、友人など8つの領域それぞれについて社会的相互作用の対象となりうる人数を調べそれによって離脱の程度を測定している。第2の相互作用指標はその深さを測定する

ため開発されたもので通常の日どの位の時間他者と相互作用を行っているかをたずね、その時間の長短によって離脱度を判定する。この場合その他者が誰であり何人かは問われない。ただその時間だけが計算されるのである。最後の生活空間尺度は6つの領域で相互作用を行う頻度を質問し、それぞれの領域での回数を合計していくつかの離脱程度に区分している。以上の3つの指標のうち第1のは相互作用の社会的環境要因とみなす方が妥当だと思われるので、以下では主として他の2指標について論じていくことにする。

まず彼らは活動理論家と同じように、各相互作用の機能同質性・代替性をほぼ認めているといっているであろう。「ほぼ」という限定を設けたのは、宗教活動と自発的集団への参加とが個人のコントロール外で行われる可能性をもつという理由で生活空間尺度から除外されているからである。つまり、彼らによれば、本人が他者に影響しうるような活動だけが離脱理論の対象になるとされるのである。この点はカミングが自著に対する批判に答えた唯一の論文の中で強調しているところである³⁶⁾。彼女がいうように活動の反対は非活動であって離脱ではないといわなければならないであろう。こうして彼らは社会行為に質的差異を認めているのであるが³⁷⁾、そこには個人のコントロールが及ぶかどうかの2分法的発想があるのみである。

つぎに、彼らは活動理論の場合と同じく相互作用を量的にとらえようとしている。彼らの用いた方法は活動理論家と同様単純加算法であり、その得点によって、離脱グループと非離脱グループとに分割されることになる。

第3の特長は社会的相互作用に対する価値観についてであるが、彼らは高齢者の相互作用量が全体的にみて漸次的に減少することを肯定的にとら

36) Cumming, E., 1964, New thoughts on the theory of disengagement, In R. Kastenbaum (ed.), New Thoughts on Old Age, Springer Publishing Company.

37) カミングの修正論文(注5)では男性の活動に instrumental な要素を強く、女性には socio-emotional な要素が強いとして質の差を強調しているようであるが、この質の差も活動程度を測定する上ではあまり重要視されていない。

えている。しかしその急激な減少や完全な喪失を望ましいと考えているのではない。事実、男性にとっては定年退職、女性にとっては夫の死による役割喪失が少なくともその当座、危機の原因になることを認めているのである。

最後に、彼らが2つないし3つの指標によって離脱度を測定し、そこにそれぞれ独立したパターンと変化率が出現したという事実に着目しておきたい³⁸⁾。このことは、離脱過程には複数の側面が存することを証明しているといえるのである。すなわち、その測定方法さえ正しければ、彼らは離脱現象の多次元性を明らかにしたことになるのである。

以上のことから、両理論の活動・離脱概念のとりえ方の異同をつぎの3点に要約できるであろう。まず、両理論とも活動量を測定することに主眼をおいてはいるが、各理論は活動の異なる側面を計量していることがあり、しかもその側面がそれぞれ独立した次元を構成しているようである。それゆえ、一方で活動量が維持されていると主張していたとしても、そのことは他方のいう活動量の減少と矛盾するとは限らない場合もあることになる³⁹⁾。

第2に、両者とも活動の機能同質性と機能代替性を認めているようであるが、それは家族とか友人、隣人といった活動のタイプ間についての仮定でしかないし、この仮定は検証されているともいえない。

第3に、定年退職に関していえば、両者ともそれを危機の原因として理解しており、その点では共通の認識をもっている。それゆえ、定年退職への適応メカニズムを解明することが両理論の重要課題になっているのである。しかし活動理論では定年退職はつねに役割喪失を意味するがゆえにそ

れを否定的にとらえ、それは社会からの強制によるのかどうか、その代替的役割を社会は提供しているかどうかという社会構造的要因に着目する傾向をもっている。それに反し、離脱理論は定年退職による役割変化を究極的には人間の自然的発達段階の1過程として肯定的にとらえ、そのような社会構造を是認するのである。

さて、本章のはじめで活動理論と離脱理論とは高齢者の活動量が維持されるとみるのかそれとも減少するとみるのかによって、一見対立しているようであると述べた。しかし上述したことからも明らかなように、持続か減少かという事実の確認についてもいくつかの準備段階が必要とされるのである。そのうち重要だと思われることを以下に述べてみよう。

第1の点は、彼らが活動のタイプを同質的、したがって代替可能だと考えている点と関連する。機能同質性に関しては多くの研究者が否定的である⁴⁰⁾。たとえば、B. W. レモンらの研究はまさに社会的活動タイプの機能の相違を明らかにすることを目的としていたし⁴¹⁾、筆者が参加して行った調査でも各人が重要視している活動タイプは人によって異なっていることが明らかになった⁴²⁾。こ

38) それらの相関係数は 0.63~0.82 である。

39) いうまでもなく同一指標を用いて調査することもできる。事実、A. リプマンらと M. トールマーらはそれを実行し、カミング=ヘンリーらのと全く逆の結果を報告している。Lipman, A. and K. J. Smith, 1968, Functionality of disengagement, *J of Gerontology*, 23, 517-521. Tallmer, M. and B. Kutner, 1970, Disengagement and morale, *Gerontologist*, 10, 317-320.

40) 例えばつぎのものがある。

Graney, M. J., 1975, Happiness and social participation in aging, *J. of Gerontology*, 30, 701-706.

Graney, M. J., 1974, Media use as a substitute activity in old age, *J. of Gerontology*, 29, 322-324.

Brown, A. S., 1974, Satisfying relationships for the elderly and their patterns of disengagement, *Gerontologist*, 14, 258-262.

Martin, W. C., 1973, Activity and disengagement: life satisfaction of in-movers into a retirement community, *Gerontologist*, 13, 224-227.

Edwards, J. H. and D. L. Klemmack, 1973, Correlates of life satisfaction: a re-examination, *J. of Gerontology*, 28, 497-502.

Carp, F. M., 1968, Differences among older workers, volunteers, and persons who are neither, *J. of Gerontology*, 23, 497-501. しかしその代替性を肯定するものもある。たとえば、G. B. ソンプソンは若さ、健康、作業能力、収入という4つの条件が満たされている場合レジャー活動は仕事の機能を代替できるという。

Thompson, G. B., 1973, Work versus leisure roles: an investigation among employed and retired men, *J. of Gerontology*, 28, 339-344.

41) Lemon, B. W., V. L. Bengtson and J. A. Peterson, 1972, An exploration of activity theory of aging:

のように機能同質性が認められないのが常識であり現実であるとすれば、活動量を測定する以前に同質的活動を特定化することが要求されるといわなければならない。そして同質性判定の基準を、C. W. ゴードンらの自発的結社の分類にみられるように⁴³⁾活動タイプの内在的要因に求めることもできるが、筆者は、本人がそれにいかなる意味を与えているかという心理的基準を用いる方が望ましいと考えている。たとえば、各人が最も重要であると考えている活動だとかニーズを充足できると思っている活動⁴⁴⁾または信頼できる人がいる活動⁴⁵⁾などがそれである。こうして、つまり心理的意味を与えられた活動タイプを特定化させた上で、その参加程度が持続するかどうかを測定し、そのことが生活満足やモラルとどう関連するかを分析していくのである。

その上活動に心理的意味づけを与えれば、活動それ自体が順機能をもつか逆機能をもつかが判明

activity types and life satisfaction among in movers to retirement community, J. of Gerontology, 27, 511—523.

- 42) 1977年7月名古屋市のA大企業作業員(男性50歳以上 111名)を対象にした定年に関する意識調査。この調査では4つの領域について現在と定年後、それぞれをどの程度重要であると思うかをたずねた。最も重視するのは定年前後とも家庭であるが(しかしバラつきもある)第2位のがかなり分散している。

(実数)

	現 在		定 年 後	
	第1位	第2位	第1位	第2位
家 族	87	18	95	11
職 場	18	59	9	36
近 所	2	18	0	25
友人・知人	3	15	3	21

この調査の「不安構造」については、三重野卓「老後不安構造の計量的研究——定年退職との関連で」、1978, 社会老年学, No. 8, 45—56.

- 43) Gordon, C. W. and N. Babchuk, 1959, A typology of voluntary associations. ASR, 24, 22—29.
 44) Carp, F. M., 1968, Person-situation congruence in engagement, Gerontologist, 8, 184—188.
 45) Lowenthal, F. M. and C. Haven, 1968, Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable, ASR, 33, 20—30.

できるかもしれないし、機能について活動の階層性が明らかになるかもしれない。

第2に、活動のいかなる次元を測定するかの問題がある⁴⁶⁾。前述したように活動の量的側面も多次元的であった。伝統的には参加している活動の数、その頻度と時間などがその指標として採用されているが、適切な指標の開発も今後の研究課題といえよう。

2. パーソナリティ⁴⁷⁾

活動理論にとっても離脱理論にとっても、パーソナリティは説明変数として一つの主要概念であった。前者によればパーソナリティは不変であって高齢期においても中年期と同程度の活動を志向するとされる。それに対し後者においては、全ての高齢者のパーソナリティが漸次的に内向的で離脱を求めるようになるとされる⁴⁸⁾。

カミング＝ヘンリーらとカンサス市研究を実施するに当り、協同研究者のD. ガットマンとJ. ローゼンは主題解釈法(TAT)によってパーソナリティを調査している。ガットマンの感情統制度タイプロジーに従えば、高齢者層(64歳以上)は壮年者層(50～63歳)より、環境に対して消極的順応的であることになる。他方ローゼンも、高齢者の方が外界への自我関与度、自我エネルギーの両方で低い得点を得ていることを明らかにしている。彼らは単に変化それ自体を強調するのではなく、その変化が年齢の効果にのみ依存するといっ、それが普遍的現象であろうと結論するのであり、ここにこそ離脱理論の真の特色があるのである。事実、ガットマンは国際比較を行いその知見

- 46) 以下の論文では、1タイプの活動を多局面から調査し、その相違を明らかにしている。Mindel, C. H. and C. E. Vaughan, 1978, A multidimensional approach to religiosity and disengagement, J. of Gerontology, 33, 103—108.

- 47) パーソナリティに関する現在までの研究状況については、つぎを参照のこと。
 Neugarten, B. L., 1977, Personality and aging, In J. E. Birren, and K. W. Schaie (eds.), 1977, op. cit.
 Savage, R. D. et al., 1977, op. cit.

- 48) パーソナリティの変化に関する研究についてはつぎの論文を参照のこと。
 Kuypers, J. A., 1972, Change ability of life-style and personality in old age, Gerontologist, 12, 336—342.

を追認している。カミング＝ヘンリー以外にも同一命題を主張するものは少なくない⁴⁹⁾。

他方古典的活動理論は一般的にパーソナリティの不変性を強調していた。しかしカミング＝ヘンリー以来のパーソナリティ研究ではパーソナリーの因子別に変化の有無を分析する傾向が強まり、カミング＝ヘンリーの主張している因子で変化があるかどうかを調査するようになった。たとえば内向性に関しては J. ブログセ が男性について、C. D. ハーディックが女性について調べてみたが年齢差は見い出せなかったという⁵⁰⁾。また S. M. チョウンもカミング＝ヘンリーの権威主義的パーソナリティに対応して厳格性調査を試みたが彼らの結果とは対照的に年齢の故に厳格さが増大することとはなかったという⁵¹⁾。また J. H. エドワードは知能をコントロールすれば依存性も協調性も年齢差が有意でなくなるとしている⁵²⁾。

パーソナリティ研究でのもう1つの動向はパーソナリティの個人差を強調する方向である。いわば活動志向型のパーソナリティと非活動志向型のパーソナリティを区別するのである。たとえばニューガルテンらは因子分析法によって高齢者を、統合型、武装防御型、受身的依存型、非統合型の4タイプに分類している⁵³⁾。

以上を要約してみよう。離脱理論におけるパー

ソナリティに関する命題は比較的単純で、つぎの3点に集約できるであろう。第1点はパーソナリティが年齢とともに離脱を志向するパターンへ変化するということであり、第2点はそれが普遍的であるということである。第3点はこの変化を正常な過程だとしそれを肯定的にとらえていることである。

これに対し古典的活動理論ではパーソナリティは少なくとも中年期以降変化しないという命題を持ち出し、さらには個人差の存在にも注目している。そしてその後の研究では、MMPI (ミネソタ式多面的パーソナリティインベントリー) の利用にみられるようにパーソナリティをいくつかの項目に分類するとか、因子分析や投影法にみられるようにパーソナリティの類型化を行い、各タイプ毎にどれだけ変化がみられるかを測定するようになってきた。

今後の研究において重要なのはこの最後の動向であろう。そこで筆者はパーソナリティを適応理論の枠組に組み込む前につぎのような準備研究を行うよう提案したい。

第1は定年後の社会適応と関連するパーソナリティ因子またはパーソナリティタイプを析出することである⁵⁴⁾。この際既存のインベントリーを用いるとすれば、それが正常な高齢者に応用できるか否かを確認しておく必要があるであろう。第2に関連因子が決定したならば、それぞれが年齢に

年齢差 個人差	無	有	
		増大	減少
有	1	2	
無	3	4	

よって変化するかどうか、個人差が存在するかどうかの2軸から考察すべきだと思われる(左図参照)。こうして4タイプのパーソナリティ因子

49) Neugarten, B.L., 1972, Personality and the ageing process, In S.M. Choron (ed.), Human Ageing: Selected Readings, Penguin Books.

Rosen J.L. and B.L. Neugarten, 1960, Ego functions in the middle and later years: the matic apperception study of normal adults J of Gerontology, 15, 62-67.

50) Brožek, J., 1955, Personality changes with age: an item analysis of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, J. of Gerontology, 10, 194-206.

Hardyck, C.D., 1964, Sex differences in personality changes with age, J. of Gerontology, 19, 78-82.

51) Chown, S.M., 1972, Rigidity and age, In S.M. Chown (ed.), op. cit.

52) Edwards, A.E. and D.B. Wine, 1963, Personality change with age: their dependency on concomitant intellectual decline, J. of Gerontology, 18, 182-184. その他つぎの論文も参照のこと。

Cameron P., 1967, Introversion and egocentricity among the aged, J. of Gerontology, 22, 465-468.

53) Neugarten, B.L., R.J. Havighurst and S.S. Tobin, 1968, op. cit.

54) Costa, P.T. and R.R. McCrae, 1976, Age differences in personality structure: a cluster analytic approach, J. of Gerontology, 31, 564-570.

Marris, J.N. and S. Sherwood, 1975, A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, J. of Gerontology, 30, 77-84.

Morris J.N., J.S. Wolf and L.V. Klerman, 1975, Common themes among morale and depression scales, J. of Gerontology, 30, 209-215.

を抽出したあとでそれらが生活満足とかモラルとどう関連するかを調べるのである。

3. 老 齡 化

つぎに加齢についての両理論の主張を検討してみよう。活動理論においては“年をとっても昔と変わらない”という考え方が根底にある。そこでは歴年齢の増大とともに“老いる”という思想は認められないのである。それゆえ、この“老い”を促進する社会システムに反対することになるのであるが、この立場の中には、社会的年齢という概念が暗にほめかされているといえよう。つまり老いは社会的制度によって決定されることが多く、本人の歴年齢それ自体にはそれほど規定力がないというのである⁵⁵⁾。こうして彼らは、役割喪失、役割なき役割といった表現にみられるように、定年退職に対する役割変化＝社会的加齢を否定的にとらえ、とくに強制的定年制に対しては政策的にも反対を表明することがある⁵⁶⁾。

それに対し離脱理論は歴年齢の機能を重視する。前述したような離脱過程、パーソナリティ変化の原因を歴年齢に求めているからである。ただしその表われ方には文化固有のパターン、性固有のパターンがあるとしている。これらの主張の前提には、人生が成長・衰退または成長・現状保持（プラトー状態）・衰退の局面を経るという発展理論がある。この前提に対しても活動理論は反対し、その継続や成長過程多次元性を強調する。

この「老齡化」という概念を筆者は、J. E. ビレンを参考にして4つに分類することを提案したい⁵⁷⁾。社会的役割によって規定される社会的年齢、

身体の機能程度によって規定される生物的年齢、自我エネルギーの多少によって規定される心理的年齢、そして生年によってきまる歴年齢である。社会的適応に関する研究のため前者2つによって加齢のタイプもしくは段階を設定することができるとされる⁵⁸⁾。そのタイプ・段階を区分する基準は、主たる役割から退く時期——通常これは定年退職に相当する——、経済的理由による就労の必要からの解放——経済的必要水準の決定は他の問題を提起している——、健康を失うこと——その基準決定ももう一つの難題である——の3つを暫定的に考えている。

これらの基準を用いて社会的年齢を分類するとすれば図のような5タイプになるであろう。そして少なくとも日本においては、1→2→4→5、

58) この経済的要因と健康要因を選定したのはこれらの要因とそ定年後生活の中で最も基本的前提要因であると考えたからである。つまりここでの仮定を単純化するとすれば、定年退職後の活動に関する研究はある程度の健康を維持しているものについてのみ可能であり、定年退職後の活動選択可能性についてはさらにある程度の経済水準に達しているものについてこそ適切に論じられるということである。事実、経済と健康問題が重要で、なかでも健康が第一の条件であることを明らかにした研究は少なくない。健康が重要しかも最も重要であることを報告しているものとして、つぎの研究がある。

Palmore, E. and V. Kivett, 1977, Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46—70, *J. of Gerontology*, 32, 311—316.

Medley, M. L., 1976, Satisfaction with life among persons sixty-five years and older: a causal model, *J. of Gerontology*, 31, 448—455. (M. L. メドレーはパス解析を用いて男女について健康が最大要因であることを明らかにしている)。また、健康とともに経済も重要であることを報告しているものに以下の論文がある。

Cutler, S. J., 1977, Aging and voluntary association participation, *J. of Gerontology*, 32, 470—479.

Bull, C. N. and J. B. Aucoin, 1975, Voluntary association participation and life satisfaction: a replication note, *J. of Gerontology*, 30, 73—76.

Spreitzer, E. and E. E. Snyder, 1974, Correlates of life satisfaction among the aged, *J. of Gerontology*, 29, 454—458. (この研究によると特に65歳以上で経済的要素が重要になってくるという)。

Edwards, J. N. and D. L. Klemmack, 1973, op. cit.

Smith, K. J. and A. Lipman, 1972, Constraint and life satisfaction, *J. of Gerontology*, 27, 77—82.

Maddox, G. L., 1970, Adaptation to retirement, *Gerontologist*, 10(part 2), 14—18.

つぎのは古典的研究として有名である。

Thompson, W. E. and G. F. Streib, 1958, Situational determinants: health and economic deprivation in retirement, *J. of social issues*, 24, 18—34.

55) Baltes, P. B. and S. L. Willis, 1977, Toward psychological theories of aging and development, In J. E. Birren and K. W. Schaie (eds.), op. cit.

Maddox, G. L. and J. Wiley, 1976, op. cit.

56) Palmore, E., 1972, Compulsory versus flexible retirement: issues and facts, *J. of Gerontology*, 12, 343—348.

57) Birren, J. E., 1968, Aging, In *International Encyclopedia of the Social Sciences*. その他 C. ティビツの4つの側面や那須宗一の考え方も参照のこと。

Tibbitts, C., 1960, op. cit.

那須宗一, 1975, 老年期の概念, 長谷川和夫, 那須宗一編, *HANDBOOK 老年学*, 岩崎学術出版社。

	主要な役割	経済的必要	健康
1	+	+	+
2	-	+	+
3	+	-	+
4	-	-	+
5	-	-	-
死	⊖	⊖	⊖

+はそれぞれを保持していること、-は保持していないことを示す。またこのような考え方にはカミング=ヘンリーのいう死という概念も含まれるであろうと思われる。

1→3→4→5, 1→4→5の過程を経るものが大多数であることが予想されるので、これらのタイプはまた老齢化の段階をも示しうるのである(なお、第5タイプについては適応問題から除外することが望ましい)。以上の分類もしくは段階に従えば、2, 3, 4のタイプこそ定年後の適応と関係するのであり、もし、長期にわたって各段階毎の調査ができるとすれば、より精密な仮説を検証することが可能であろうし、国際比較にも応用できると思われるのである。

4. 社会構造

社会構造の概念を理論枠組の中にまず明示的に取り入れたのは離脱理論である。彼らは、人間集団を垂直的ではなく水平的に分けている年齢による層化現象に着目する。最も典型的なものとして学校制度や定年退職が指摘されているが、社会構造を支配しているのはこのような年齢別層化を促進する価値であるとされ、それは人間にとって自然であるばかりでなく、人間が離脱することを「許可」してくれるとする。このように離脱理論は年齢別に層化された社会構造に対しても肯定的である。

一方活動理論においては社会構造という概念は稀薄であるといつてよいであろう。ただし、年齢別層化という現象が存在し、社会を支配している価値が非高齢者ないしは反高齢者の性格をもっている事実は否めないが故に、その改革を求めるか、多元主義社会を礼賛するか、高齢者のための下位文化の重要性を主張することになるのである。つ

まり、総体的には現存の社会構造に否定的な態度を示しているといえよう。

しかし重要なのは社会全般ではなく、高齢者の所属する社会、より正確に言えば高齢者が主観的意味を与えうる社会であろう。そしてそのような社会の構造・価値体系を明らかにすべきだと思われる。それと同時にそのような社会のいかなる側面が高齢者問題と関連するかを明確にしなければならないであろう⁵⁹⁾。

5. 生活満足もしくはモラル

生活満足やモラルはいうまでもなく両理論の被説明変数であるが、その名称はさまざまである。活動理論で多用される生活満足、離脱理論が使用したモラル、その他、すぐれた適応、上手な年のとり方、主観的福祉水準などがある。

この概念については両理論が研究を行ってはいるが、離脱理論のそれには誤用があるとされたりして、活動理論の側での研究の方が盛んである。しかしこの概念は本来、活動とか離脱とかとは独立した概念であり、その精緻化は適応問題に関心あるすべての研究者の課題である。

生活満足に関する研究はアメリカではかなりの成功をみており⁶⁰⁾、さまざまの尺度間の相関もかなり高いことが証明されている⁶¹⁾。日本でも早急にその尺度作成が要請されているが、過去のそれほど厳密でない調査によれば、高齢者の生活満足感や関心領域は他の年齢集団とは異なる性格をもつということであり、高齢者用の尺度をつくる必要があるであろう。

生活満足に関する研究で遅れをみせているのは、その定義の問題である。活動理論と離脱理論では

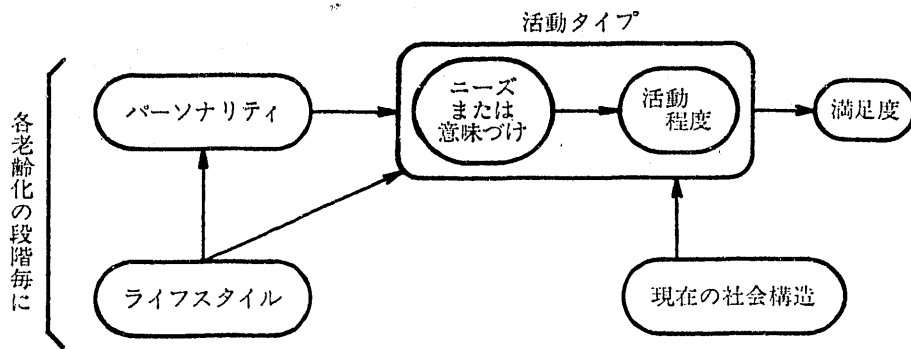
59) Schooler, K.K., 1970, Effect of environment on morale, Gerontologist, 10, 194-197.

60) この点に関してはつぎの文献にすぐれた要約が出ている。Savage, R.D. et al., 1977, op. cit.

Larson R., 1978, Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans, J. of Gerontology 33, 109-125.

Lawton, M.P., 1975, The Philadelphia Geriatric Center Morale: a revision, J. of Gerontology, 30, 85-89.

61) Lohmann N., 1977, Correlates of life satisfaction, morale and adjustment measures, J. of Gerontology, 32, 73-75.



そのとらえ方が一致しておらず、その明確化が望まれるのである。

最後に今まで述べてきた筆者の見解を図式化しておこう。図では概念のみを書き記しておくがその内容については本文を参照されたい。なお、将来発表したいと思っている適応に関する仮説はこの図式を少々修正したものとなるであろう。

終りに

定年退職に関する社会心理学的研究は適応問題を主たるテーマにして発展してきた。しかし今後に残された最大課題の1つはその理論構築である。それゆえ本稿では、活動理論と離脱理論という素朴な仮説体系を分析的に検討しつつ、理論構築に最も基本的な作業である概念化の問題をいちべつしてきたのである。

本稿を終えるにあたり、個々の概念についてではなくむしろ両理論を全体的に考察しつついくつかの問題点を指摘しておきたい。

まず第1は社会学や社会心理学などでかなり有効だとされている理論を社会老年学にどう応用するかという問題がある。社会老年学では、学習理論、発達理論、交換理論、象徴的相互作用論、役

割論、社会システム論への志向がみられるが、これらの理論はどちらかというと個人の変化を認める性格が強いのであり、今まで述べてきたような不変性とうどう調和させていくかの困難な課題をもつのである。

つぎに個人差か普遍性かの問題であるが、パーソナリティ概念について説明したように、新しい視点の導入によりその両立をはかりうると思われる。

第3に、両理論はその古典的な形においては正常な老人についての仮説であるとみるべきであるが、その際統計的な少数者を逸脱者としてしまう危険があることも忘れてはならないであろう。

最後に、定年への社会的適応問題は、ただ活動か非活動かという視点のみによって説明できるものであろうかという問題がある。いいかえれば、古典的論争の枠とは異なる理論枠を設定する必要があるかもしれないのである。

(注記)

本稿は財団法人トヨタ財団より助成金(助成番号77-2-047)を受けて行っている実態調査のための理論的研究の一部である。同研究会の委員からは数多くの貴重な助言をいただいた。

生活保障における政府および企業の役割 (1)

——国際比較による予備的考察——

城戸喜子

はじめに

生活上の様々な不安要因、たとえば失業や疾病による苦痛、老後の収入減少等に関して従来は事後的対策であれ事前の予防策であれ、個人個人（あるいは個々の世帯）が自己責任で対処する側面と、公的施策としての社会保障制度の側面とから検討が行なわれてきた。あるいは両者を関連的に取り上げ、自己責任と個人の責任能力を越えた不安定要因に対するミニマムの公的保障制度とのバランスをどこにおき、両者が各自に受け持つべき役割と限界とを探索する試みもなされてきた。筆者自身も家計と政府とによる生活保障的支出の分担関係について国際比較を行なったことがある¹⁾。しかし、産業社会の発展と複雑化、並びに社会保障制度の発達とは、人口構造の高齢化、生活上の不安から生ずる個々人のニーズの多様性と集約の困難化、社会保障支出の増大に伴う公的財源の窮乏化とを招来し、公的保障の持つ画一性の限界を打開し、個々人に選択の余地を許す必要性、及び他の経済単位に財源を求める可能性の検討を示唆することとなった。すなわち個々人及び個々の世帯が自己の責任を果すべく家計負担で老後の生活に備えたり、政府が公的保障制度を完備したりすることの他に、もう一つの経済単位、企業の負担できる部分があるのではないかと、あるいは従来、企業が別の形で社会保障とは無縁に雇用政策的配慮から行ってきた措置を、社会保障に関連づけ、生活保障上の補足的な役割を果させ得るのではないだろうかと考えられるに至った²⁾。具体的には労務管理上、取り入れられていた企業の対雇用者福利厚生費中の法定外福利費である。この法定外企業福利費と呼ばれるものは、国に

より時代により範囲と内容とを異にするが、社会保障との関連でいえば、企業年金、企業による医療保険の付加給付のようなもの、雇用者子弟への教育手当、住宅手当等が考えられる。

ここではこうした法定外企業福利費を、医療・保健、年金等の支出目的別に分類し、1960年代の初めから1970年代前半にかけて先進諸国でそれらに対しどのように支出されてきたか、又、類似項目への家計と政府との支出と、それらがどのような関係にあったかを探り、いわゆる生活保障のための福祉的支出に関する政府、家計、企業の負担が各自あるいは相互にどのようなものであればよいかを検討するための素材としたい。

その際、社会保障制度あるいは福祉政策のタイプの異なる国毎に1~2ヵ国ずつ取り上げ、各国共通の一般法則的なものがあるかどうか、又、福祉政策のパターンが異なるに応じて、企業や家計による生活保障的支出の型が相違するかどうかを検討したい。取り上げる国は、社会保険を中心とする大陸型の社会保障制度をもつといわれる西独、フランス、公費負担中心の英・北欧型社会保障制度を代表してスウェーデンとイギリス、自己責任中心型のアメリカ、それに日本を加えて6ヵ国とする。

筆者は昨春秋、1960年代半ばから1970年代前半のイギリス、アメリカ、西独、日本の4ヵ国につき政府部門と企業部門だけを取り上げ、同種の検討を共同報告の形で行なったが³⁾、その際のコメントを考慮に入れながら、筆者の担当であった国際比較に関する仮説をより詳細に再検討し、その作業過程の中で新しく発見されたいくつかの事実を指摘し、理論化への準備を行いたい。これは前回の報告時及びそのための準備過程における時間的制約から充分展開できなかった部分を補う意味もある。

又、上述のように家計部門の行動を含めることによって各国に生ずる変化と三つの経済主体間の関係をも検討

1) 城戸稿 国連『国民勘定統計』による社会的消費の国際比較、社会科学ジャーナル、第16号。

2) 企業側でも公的福祉政策との関連づけを考えざるを得ない状況になっている。すなわち雇用者の中高年齢化は、年功序列型賃金体系及び退職一時金支給制度の下で、労働費用の著しい増大を招来するから、特に中高年齢層の雇用政策及び公的年金制度との連繫に注意を払わざるを得ないだろう。

3) 社会保障問題シンポジウム〔1〕生活保障における企業の役割、レポート 地主重美・城戸喜子、『季刊社会保障研究』、第13巻第4号。

に加えたい。

以下、検討の枠組と推計に用いられた資料の種類及び用語を確認した後、前回の報告における仮説を再述し、国と観察時点とを増やして改訂された推計に基づく結果と突き合わせることから始めよう。

1. 公的福祉・企業福祉間の代替的・補足的関係⁴⁾

先ず第一にここでいう生活保障に関する家計、政府、企業の支出項目は、医療・保健及びその他の福祉（生活保護、年金等の所得保障的支出と、心身障害者福祉等の社会福祉サービス諸費）の二種に限定し、これらの両支出項目に関する家計の消費、企業の労働費用中の法定外福利費（経常的費用）及び政府消費と政府から家計への移転をとり上げて、一国におけるこれら三品目への総支出額を推計する⁵⁾。又、家計と政府とに関しては、原則として国連による国民勘定体系中⁶⁾の数値を用い、企業福利費については、ILO 及び EC の労働費用統計及び各国の関連統計を用いる。資料出所の明細は表を掲載する場で一括して挙げることにする。

そこで前回の報告における仮説の再述とそれに至る観察とを振り返ってみよう。

第一に、政府が支出する福祉の総費用の対 GDP 比率（給付・所得比率）の低い国で相対的に企業福利費の対 GDP 比率（厚生・所得比率）が高いという仮説をとり上げよう⁷⁾。すなわち対 GDP 比でみると公的福祉と企業福祉とは代替的に働いているように見えるということである。たとえばアメリカや日本では比較的低い公的福

表 1 政府と企業とによる福祉的支出の水準(対GDP比)

	フランス (1959)	西 独	日 本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
1960						
政 府	13.2	15.3	3.8		9.3	
企 業	0.5	0.9	2.6	0.8	1.0	1.6
計	13.7	16.2	6.4		10.3	
1963						
政 府	14.5	18.9	4.7	11.4	9.9	6.2
企 業	0.9	1.0	2.1	1.0	1.3	1.8
計	15.4	19.9	6.8	12.4	11.2	8.0
1965						
政 府	15.1	21.2	5.3	12.0	10.3	6.4
企 業	1.2	1.1	1.8	1.1	1.4	1.9
計	16.3	22.3	7.1	13.1	11.7	8.3
1968						
政 府	16.8	22.1	5.9 (1967)	14.6	11.6	6.4
企 業	1.3	1.1	1.5	1.3	1.3	2.2
計	18.1	23.2	7.4	15.9	12.9	8.6
1970						
政 府	17.3 (1969)	23.0	6.0	15.4	11.9	7.6
企 業	1.4	1.1	1.8	1.5	1.3	2.6
計	18.7	24.1	7.8	16.9	13.2	10.2
1972						
政 府	18.3	23.7	6.6	17.2	12.5	8.3
企 業	1.5	1.1	2.0	2.7	1.4	2.8
計	19.8	24.8	8.6	19.9	13.9	11.1

資 料

1) 政府関係

UN, Yearbook of National Accounts Statistics, 1975, Vols. 1 & 2.
OECD, Public Expenditure on Health, 1977.
OECD, Public Expenditure on Income Maintenance Programmes, 1976.

CREDOC, Consommation No. 2, 1973.

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht, 1971, 1973.

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbudget, 1974.
Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 9/72, 8/73, 9/75.

経済企画庁, 国民経済計算調査会議, 国民経済計算調査会議報告, 計数篇 S. 52.11.

自治省, 『地方財政統計年報』.

社会保障制度審議会事務局, 『社会保障統計年報』.

Statistiska Centralbyrån, Statistiska Årsbok, 1971, 1973, 1976.

National Central Bureau of Statistics, National Accounts, 1950-1970.

National Income and Expenditure.

Statistical Abstract of the United States.

Department of Commerce, Survey of Current Business, July Issues of 1967, 1969, 1972, 1974 & 1976.

2) 企業福祉

ILO, Labour Costs in European Industry, 1959.

ILO, Cost of Social Security, 1967-71.

Eurostat, Sozial Statistik, 1964, No. 5.

4) 前回の報告においては、公的福祉水準が相対的に低い支出項目あるいは国の場合、それを補うかのように企業福祉の水準が相対的に高いという意味で補完的という言葉を使っているが、無差別曲線を用いた消費者選択の理論では、ある財の需要が増大した時にもう一方の財の需要も共に増える場合に限りて補完財と定義される。例えばパンに対するバターのようなケースである。又、一方の財への需要が減少する代りに他方の財の需要が増大する場合に代替財と定義される。このような用語法に従えば前回の報告では補完的という言葉よりも補足的という言葉を用いるべきであった。

5) 国民経済計算における個人消費の中には、政府から家計への移転支出分が再計上されている。従って医療・保健支出に関する政府から家計への移転分を個人消費の当該項目から差し引いたものを純粋に私的な医療・保健消費と定義する。以下家計による消費とあるのはこの純粋に私的な消費分を指す。しかしその他の福祉支出は個人消費中のどの特定の項目とも対応しないのでこうした操作を加えていない。

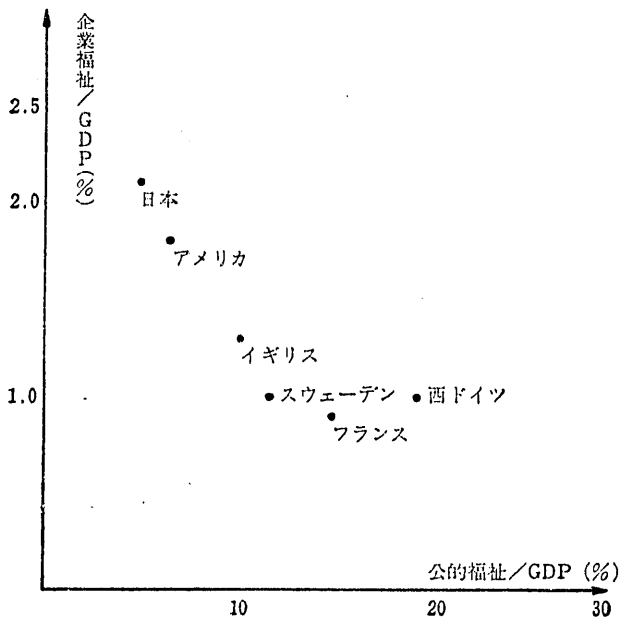
6) 本稿に於ける分析の基礎となっている日本の数値は、昭和52年11月末発表の新 SNA の枠組に基づく経済企画庁の暫定推計結果である。校正の段階で改定された最終推計結果が公表されたが、それを用いてすべてを算定し直すことは時間的制約から不可能であるため、今回はそのままに留めた。

7) 上掲レポート, 13頁。

Eurostat, Social Statistics, 6/1975.
 INSEE, Economie & Statistique 76, Mars 1976.
 Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 4/73, 4/75.
 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Haupter Gebnisse der Arbeit und Sozialstatistik, 1975.
 Statistiska Centralbyran, Arbetsmarknads Statistiska Årsbok, 1976.
 Statistiska Centralbyran, Statistiska Meddelanden, Am. 1977: 4.4.
 Ministry of Labour, Ministry of Labour Gazette, March 1967.
 Department of Employment, Employment and Productivity Gazette, Oct. 1970, Sept. 1975.
 Annual Abstract of Statistics
 Department of Labour, Handbook of Labour Statistics, 1975.
 Chamber of Commerce, Fringe Benefits, 1961, 1963.
 Chamber of Commerce, Employment Benefits, 1973.

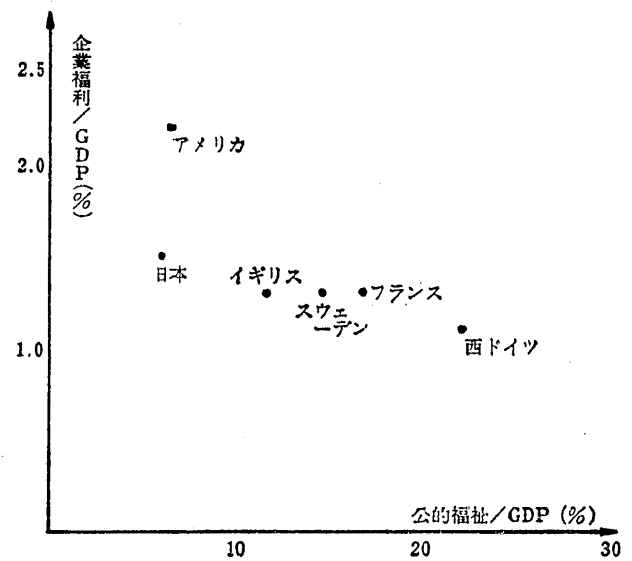
通産省企業局編, 企業福利厚生, S. 43. 4.
 国際開発センター, 諸外国における付加給付制度調査報告書, S. 52. 3.
 労働省統計情報部, 『労働費用調査報告』
 労働省統計情報部, 『労働者福祉施設制度等調査報告』
 総理府統計局, 『労働力調査』

社水準と, これを補うかのように相対的に高い企業福祉水準とがみられる。恰度これとは反対に公的福祉水準の非常に高い西独では企業福利の水準が相対的に低いことが表1から読みとれる。こうした関係を一層明瞭に把握するために図1～図4によって1960年代前半と1960年代末から1970年にかけての四時点における横断面比較を示



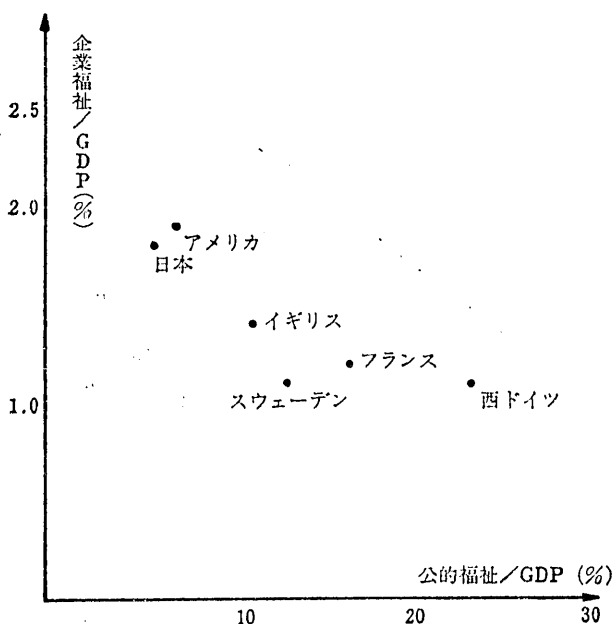
資料: 表1.

図1 公的福祉と企業福祉との代替的關係 (1963)



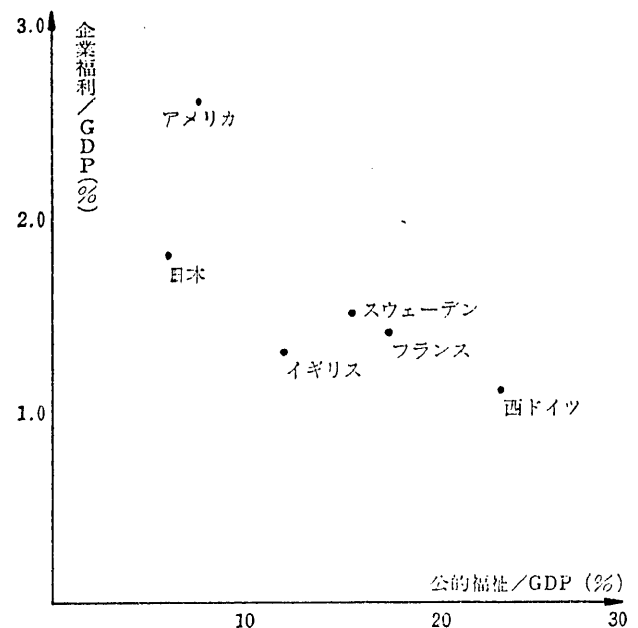
資料: 表1.

図3 公的福祉と企業福祉との代替的關係 (1968)



資料: 表1.

図2 公的福祉と企業福祉との代替的關係 (1965)



資料: 表1.

図4 公的福祉と企業福祉との代替的關係 (1970)

した。横軸に公的福祉支出の対 GDP 比を、縦軸に企業福利費の対 GDP 比をとり各国の位置を記すと、四時点とも明らかに右下りの傾斜を示唆している。ここに掲げなかった他の二時点についても同様である。

国の数が少ないこと、又いずれの国も先進国であること等から問題は残るにしても、今、仮りに上の四時点について両福祉支出水準(対 GDP 比)間の回帰式を求めると次の通りとなる。

回帰式	相関係数
$Y_{63}=2.22-0.078X_{63}$	-0.874
$Y_{65}=2.04-0.053X_{65}$	-0.923
$Y_{68}=2.15-0.052X_{68}$	-0.677
$Y_{70}=2.47-0.063X_{70}$	-0.772

但し、 X_i 、 Y_i は各々、時点 i における公的福祉支出の対 GDP 比、企業福祉支出の対 GDP 比を表わす。

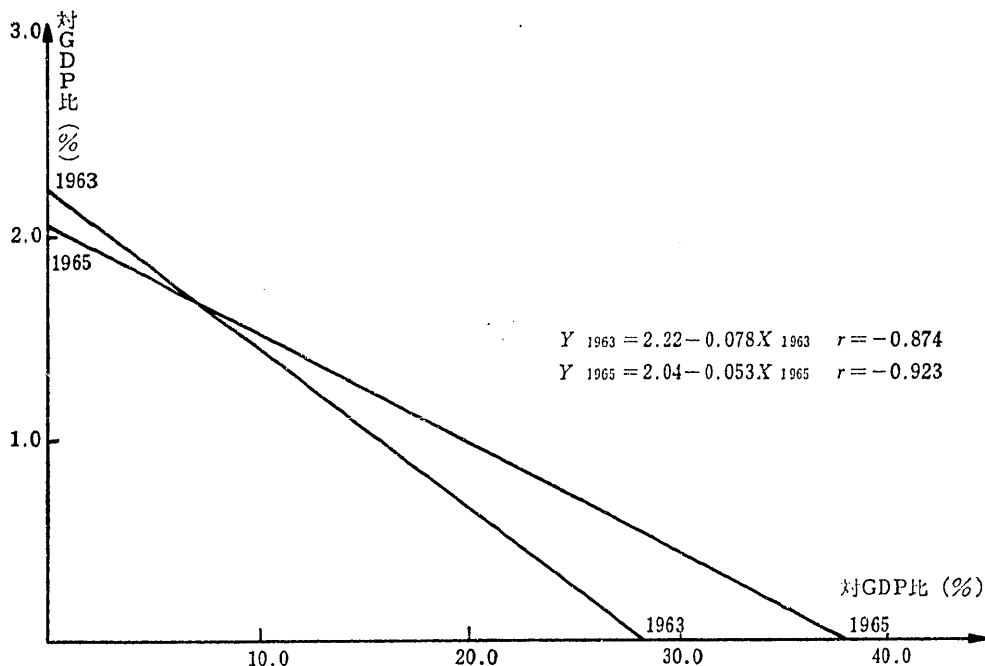
これらの回帰式は明らかに両福祉支出水準間に代替的な関係のあることを示している。すなわち、公的福祉支出水準の相対的に高い国は、企業の福祉支出によって補足する必要が小さく、従って企業福祉支出水準は低くなる。逆に公的福祉支出水準の相対的に低い国では、企業の福祉支出によって生活保障を行わねばならず、従って企業福祉支出水準は高くなる。これはアメリカにおける医療・保健、日本における住宅を例にとってみれば容易に理解できるであろう。すなわち前回の報告でみたように、アメリカにおける企業福祉支出のほぼ半分は医療・保健関係の支出であり、他の5ヵ国において企業福祉支

出の80~90%前後が年金・その他の支出であることと著しい対照をなす。これはアメリカにおいて医療の公的保障制度がメディケア、メディケイド等の極めて限られた種類に留まっていることを反映している。又、日本では住宅に関する公的施策が極めて限定されたものである一方、企業福祉における住宅費の割合は20~25%に上る⁸⁾。これに対し住宅政策が最も行き届いている西独においては、企業福祉支出総額に占める住宅関係費の割合は1%強にしかすぎない⁹⁾。

ところで上述の四本の回帰式をグラフに描き、回帰線の時間的変化をみておこう(図5~6)。先ず第一に、1963年の回帰線は1965年のそれよりも勾配が急であり、この期間に公的福祉の価格が企業福祉の価格との関係において相対的に下落したことを示している。ところが第二に1960年代の後半では、1968年の回帰線よりも1970年の回帰線の方が勾配は急であり、時間的経過と共に公的福祉の相対的な価格が上昇したことを示し、1960年代前半の動きとは全く反対のように思われる。公的福祉の価格及び企業福祉の価格がそれぞれ何であるかについては厳密な検討が必要であるが、ここでは近年公的福祉支出の膨脹と共に、そのコストが高くなってきたと通常いわれていることを、企業福祉のコストとの関係で表わしていると見ればよい。つまり1960年代前半では生活保障に関する支出は未だ公的部門で行う方が企業福祉で行うよ

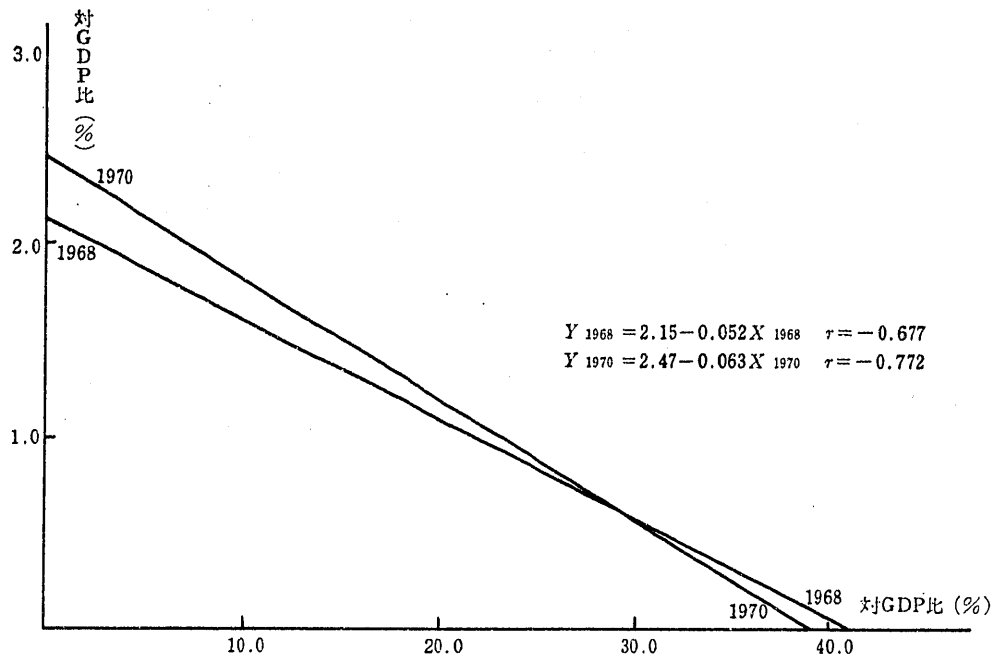
8) 上記シムボジウム, 19頁。

9) 上記シムボジウム, 36頁。



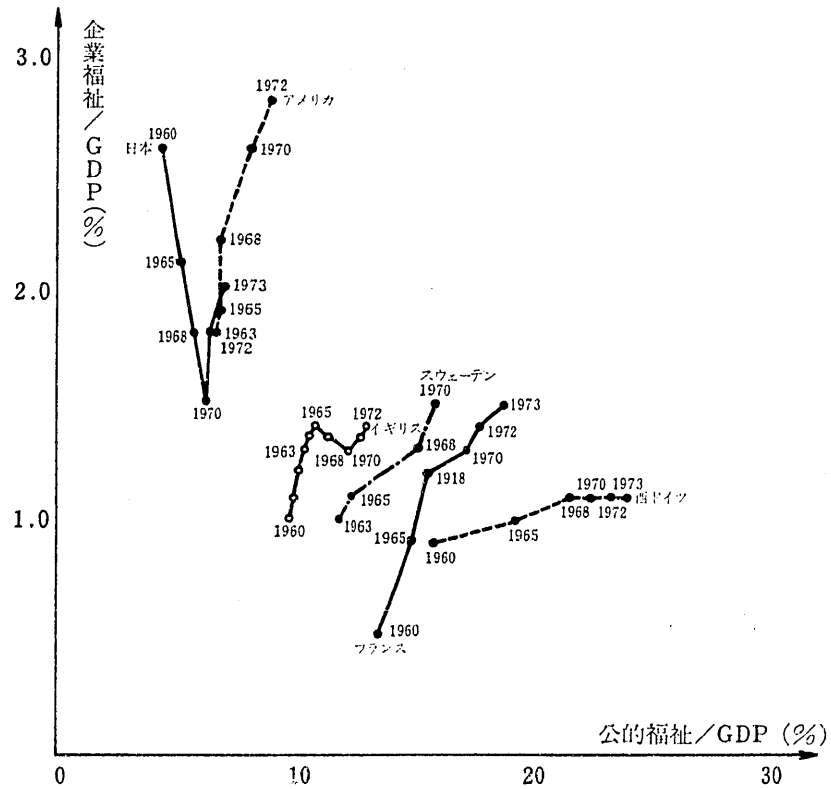
資料: 表1から算出。

図5 公的福祉と企業福祉との相対価格線 (1963, 1965)



資料: 表1から算出.

図6 公的福祉と企業福祉との相対価格線 (1968, 1970)



資料: 表1.

図7 公的福祉水準と企業福祉水準との時間的变化

り相対的に安上りであったが、1960年代末を転換点として、公的福祉支出のコストが相対的に上昇したということであろう¹⁰⁾。1965年と1968年とでは両福祉支出の相対価格間にほとんど差がない。

第三に、1960年代前半に二本の回帰線が左上方で交叉していることは公的福祉の相対価格の下落率が非常に大きかった事実を意味し、逆に1960年代後半の二本の回帰線の右下方での交叉は公的福祉の相対価格の上昇率が1960年代前半の動きに比べて小幅であることを示している。こうした相対価格の変化は観察期間における福祉政策の動き、特に公的福祉支出の動きとどのように結び付くであろうか。

ここで取り上げた諸国においては、以前にも指摘したように¹¹⁾、例外はあるにしても1960年代後半から1970年代初めにかけて福祉関係支出の水準(対GDP比)が大きく上昇した。これは1960年代前半にあっては、公的福祉の価格が企業福祉の価格との関係で相対的に低落傾向にあったため、しばらくの間、公的福祉を拡張し続けることができたが、1960年代末から公的福祉の価格が企業福祉の価格との相対的な関係において上昇し始めたため、1970年代半ばになって、企業福祉への志向が出てきたと考えることができよう。

ところで、以上に見てきた横断面比較を離れ、各国について公的福祉の対GDP比と企業福祉の対GDP比とが時間的にどう動いてきたかを次に見たいと思う。

図7は、6カ国の時間的変化に伴う両福祉支出の動きを描いたものである。そこでは日本とイギリスとの一時期を除き、両福祉支出が同方向に動き共に増大してきたことが示されている。日本は1970年頃までは、公的福祉支出水準の上昇とは逆に企業福祉の水準が低下しており、1970年を境に初めて両福祉支出が平行的に上昇し始めている。この頃を境に企業側に政策転換があったのではないだろうか。イギリスもまた、1960年代後半に一時公的福祉の上昇にもかかわらず企業福利費の対GDP比は低下しているが、他の4カ国の場合は一貫して両福祉費が平行的に上昇しており、時間的経過を辿る限り両福祉支出は補完的に機能するのが通常のケースであるように思われる。

又、図7は各国を表わす直線の位置により、日・米のような企業福利型のケースと、西欧諸国の公的福祉型のケースとのはっきりした区分を示している。更に西欧4カ

国の場合も、西独・仏のような公的福祉に非常な比重のかかっているケースと、スウェーデン・英のような企業福祉にも比較的ウェイトをおいた中間的なケースとを区別することができよう。これは大陸型の公的福祉制度が、雇用者中心の社会保険を軸に発展してきたことを考えると、それらが元来企業福利として発足したものを公的な保障制度に積極的にとりこみ転化させてきた結果、企業福祉自体として作用する余地が狭くなり、新しく見出す必要を示唆しているのではないだろうか。特に西独の場合そうしたことがいえるように思われる。その点イギリスやスウェーデンのように政府の一般財源中心の公的福祉制度の場合、企業福利の機能する余地は大きく、又、それらの一部を公的福祉に吸収転化させることも可能なのではないだろうか。

こうしたいくつかの国毎のパターンの相異とは別に、6カ国すべてに共通する特長もある。それは1968~70年頃がどの国でも福祉政策に関する一つの転換点ではないかということである¹²⁾。例えばアメリカについては直線の勾配が1968年頃から幾分緩やかになっていることが読みとれる。すなわちアメリカでは従来よりも公的福祉に力を入れ始めたということではないか¹³⁾。イギリスでは1968~70年を谷底として企業福祉の対GDP比が再上昇し始めている。スウェーデンでは1968年を転機として企業福祉の対GDP比の上昇速度が急速化している。逆にフランスでは1970年を、西独では1968年を区切りとして企業福祉の対GDP比の上昇は速度を落すか、あるいは停滞し始めている。最後に日本では、前述のように、1970年が企業福祉の対GDP比上昇の始点となっている。

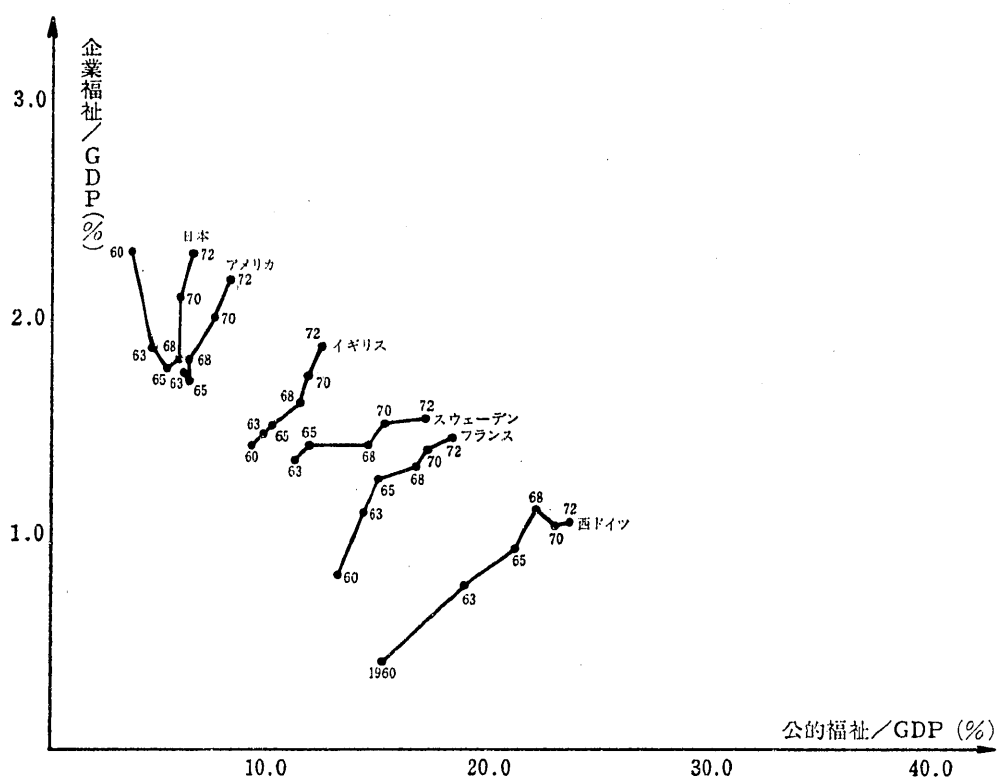
このように6カ国中、3カ国のフランス、西独、アメリカにおいてはこの時点で企業福祉費の上昇速度が落ち始め、残りの3カ国、スウェーデン、イギリス、日本においては企業福祉に従来より力を入れ始めた、あるいは入れ直したということがいえる。換言すれば、1960年代末は各国が自国において従来の公的福祉政策や企業福祉のあり方について再検討を行った時期であるように思われる。ただその結果、企業福祉の伸びが緩慢になったり停滞した国々においては勿論のこと、企業福祉を急速に伸ばすようになった国々においても、公的福祉支出の比重が他方のそれより大きく、公的福祉の拡大そのものは続けられていたということは注意しておかねばならない。

12) 後出の回帰式から得られる理論値と実測値との大小関係についての説明と矛盾なく説明できる。

13) 特に医療の公的保障制度が極めて限定されたものであったアメリカで1968年に65歳以上の老人を対象としたメディケアができたことと関連していよう。

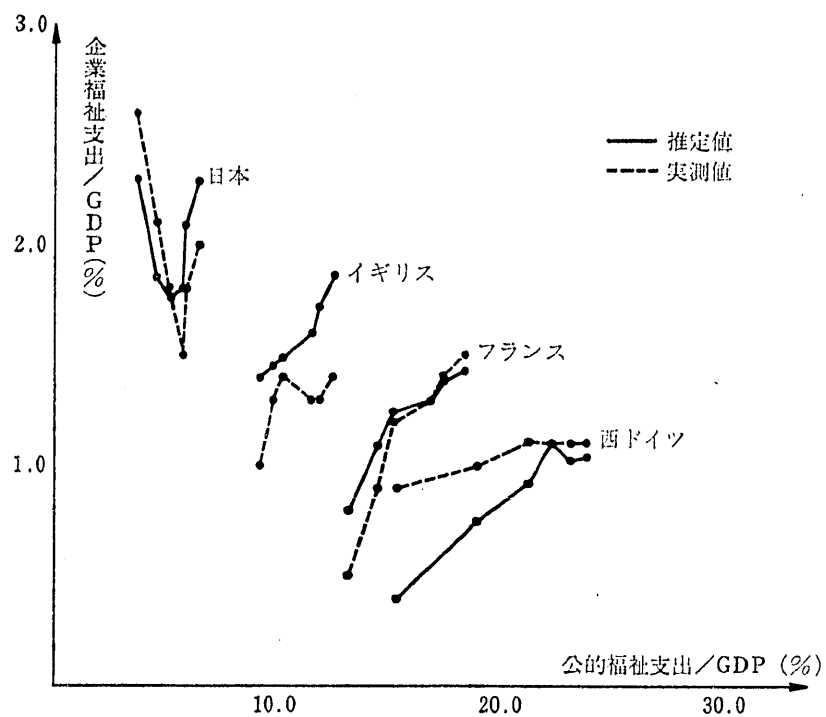
10) 1972年を書き加えると更にこのコストが上り、その相対価格は1963年頃のレベルに戻る。

11) 上掲論文、106頁。



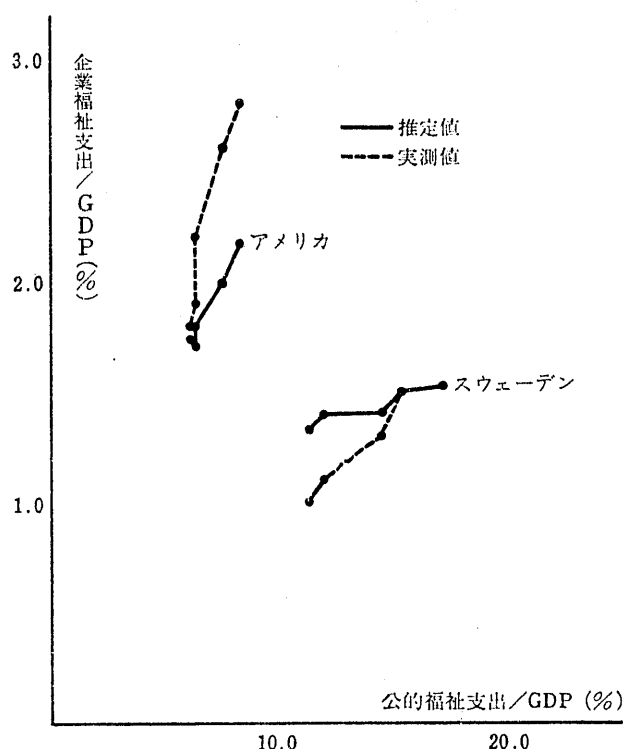
資料: 表1から算出.

図8 回帰方程式に基づく福祉支出の水準



資料: 図6及び表1.

図9 推定値と実測値との乖離 (日, 英, 独, 仏)



資料: 図9及び表1.

図10 推定値と実測値との乖離(アメリカ, スウェーデン)

こうして1960年代前半における公的福祉の相対価格の下落に基づき、60年代後半から1970年代初めにかけて公的福祉が大きく拡張され、その結果として公的福祉の相対価格が徐々に上昇し始め、改めて企業福祉による生活保障の可能性を検討するようになったのではないか。

以上、公的福祉と企業福祉との両支出について横断面比較と時系列の動きの比較とを別々に観察し、両比較から浮き彫りにされた特長の説明を行ってきたが、ここで横断面比較から各時点毎に推察された回帰式に基づく理論値を、それぞれの国について時間の動きに沿ってつなぎ、実測値の時系列との乖離をみておこう(図9～10)。

図9および図10は推定値と実測値とを国毎にプロットしたものである。両図から明らかなように、最もフィットのよいのはフランスであるが、同国の場合、1968年を境にしてそれ以前は、対GDP比で測った企業福祉の水準は過大推計、それ以降は過少推計となっている。これと類似のパターンを示すのがスウェーデンであり、1970年を境としてそれまでが過大推計、それ以降が過少推計となっている。日本は上記両国とは逆に1966年頃を境として以前は過少推計、以降は過大推計である。又、残る3国は一貫して過大推計か過少推計のケースである。たとえばイギリスは一貫した過大推計のケースであり、西独と

アメリカとは一貫した過少推計のケースである。

ところで過大推計とか過少推計とは何を意味するのだろうか。回帰方程式は一種の平均的なあるいは標準的な数値を与えるから、実測値よりもそれが大きい過大推定の場合には、これら6カ国の平均的な水準よりも問題の国の水準が低いということになる。逆に過少推定の場合には、問題としている国の企業福祉水準は平均よりも高いということになる。従ってフランスの場合は最も平均的な水準を経てきているが、1968年以前は企業福祉水準が平均よりやや低目、同年以降はやや高目であるといえよう。日本については1965年以前は企業福祉の水準がこれら6カ国の平均よりも幾分高目に推移していたが1968年には平均以下に大きく落ちこみ、1970年にはほぼ平均水準に戻っているということであろう。同じようにしてスウェーデンの場合は平均より低目のまま1970年頃まで来たということになる。イギリスになると観察期間中一貫して平均水準より低い——しかもかなり低いということである。アメリカと西独とは前述のように一貫して過小推計であるから、平均水準より高いまま推移してきたことを示している。

こうした実測値と推定値との大小関係、平均(あるいは標準的)水準との上下関係は1960年代末各国について観察された時系列上の変化と斉合的である。例えば西独とアメリカとでの平均を一貫して上回る企業福祉の水準は、企業福祉の伸びの緩慢化あるいは停滞の結果している。フランスでは1968年に平均水準に追いついて以降、企業福祉の伸びは傾斜を緩慢化した。一貫して平均より下方に位置するイギリス及び1960年代末に平均より低水準にあった日本では、1960年代末から再び企業福祉の水準を上昇させている。スウェーデンの場合、1970年以降、企業福祉の水準が急速に上昇し、理論値を遙かに上回るようになるのはそれまで同国の企業福祉水準が平均以下であったことと無関係ではあるまい。実際、同国では1970年代に入ってから企業年金の制度が拡大発展し、又、医療についての企業福祉制度も1972年に開始された。

第2の仮説は、給付・所得比率の国際間格差が厚生・所得比率の国際間格差によってある程度是正され、全体としての生活保障上の格差を縮小させる傾向があり、しかもその傾向は近年ますます強くなっているというものである。この仮説の前半は仮説1に関して述べた公的福祉と企業福祉との代替的關係と次の表2とから明らかであろう。すなわち表2においては西独の水準を100として、各国の(1)給付・所得比率及び(2)給付・厚生所得比率を指数化し、それらの中の最大値を最小値で割って

表 2 給付・所得比率と給付・厚生所得比率

	フランス	西 独	日 本	スウェーデン	イギリス	アメリカ	上限値/ 下限値	縮 小 度 (1)/(2)
1960 (1) 給付・所得比率	86.3	100.0	24.8		60.8		4.03	
(2) 給付・厚生所得比率	71.4	100.0	33.3		53.6		3.00	1.34
1963 (1) 給付・所得比率	76.7	100.0	24.9	60.3	52.4	32.8	4.02	
(2) 給付・厚生所得比率	77.4	100.0	34.2	62.3	56.3	40.2	2.92	1.38
1965 (1) 給付・所得比率	71.2	100.0	25.0	56.6	48.6	30.2	4.00	
(2) 給付・厚生所得比率	70.0	100.0	30.5	56.2	50.2	35.6	3.14	1.27
1968 (1) 給付・所得比率	75.6	100.0	26.6	65.8	52.3	28.8	3.76	
(2) 給付・厚生所得比率	77.7	100.0	31.8	68.2	55.4	36.9	3.14	1.20
1970 (1) 給付・所得比率	75.2	100.0	26.1	67.0	51.7	33.0	3.83	
(2) 給付・厚生所得比率	77.6	100.0	32.4	70.1	54.8	42.3	3.09	1.24
1972 (1) 給付・所得比率	77.2	100.0	27.8	72.6	52.7	35.0	3.60	
(2) 給付・厚生所得比率	79.8	100.0	34.7	80.2	56.0	44.8	2.88	1.25

資料: 表 1 から算出.

表 3 企業福利費の項目別構成比

	フ ラ ンス	西 独	日 本	スウェーデン	イ ギ リ ス	ア メ リ カ
1 9 6 0						
医療・保健支出						50.0
その他の福祉	100.0	100.0		100.0	100.0	50.0
計	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
1 9 6 3						
医療・保健支出						50.9
その他の福祉	100.0	100.0		100.0	100.0	49.1
計	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
1 9 6 5						
医療・保健支出	27.6	16.7	6.5		34.0	51.9
その他の福祉	72.4	83.3	93.5	100.0	66.0	48.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 9 6 8						
医療・保健支出	27.3	24.6	3.3		33.6	49.0
その他の福祉	72.7	75.4	96.7	100.0	66.4	51.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 9 7 0						
医療・保健支出	26.5	26.0			26.9	51.4
その他の福祉	73.5	74.0		100.0	73.1	48.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医療・保健支出	27.3	25.6	4.1		22.6	50.8
その他の福祉	72.7	74.4	95.9	100.0	77.4	49.2
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 表 1, 2) に同じ.

それぞれの格差の大きさを算出する。こうして測られた格差の大きさを比較すると、全期間を通じて(2)の格差の方が小さく仮説2の前半は承認されるように思われる。しかし(1)の格差の動きを観察すると、全期間を通じて緩やかに縮小していることが分る。これは公的福祉水準だけに限ってもその国際間格差が縮小してきたことを示す。又、給付・厚生・所得比率は1960年代末から縮小傾向にあるが、それ以前は必ずしも一定の方向を示しておらず企業福祉を加えることによって生ずる格差の縮小度合がその期間、増大していたとは考え難い。但し1960年代末からは、企業福祉を加えることにより格差縮小の度合が明らかに増大しているのは承認できる。

2. 医療・保健支出とその他の福祉支出との構成比及び伸び率

第3の点は、企業福祉の主体が現金給付であり、西欧諸国では企業年金がその中心であること、これに対し、

アメリカでは年金と医療とがほぼ半々であり、又、日本においては退職金が非常に大きな比重を占めているということである。この点を明らかにするために、表3に企業福利費の費目別構成比を掲げた。ここでいう福祉には、勿論年金以外の現金給付(例えば家賃手当)も含まれており、この中から更に年金だけを取り出して検討する必要があるだろう。しかしここでは、公的な医療保険のないアメリカを除くと、1960年代前半では医療・保健の比重はほぼゼロであり、1960年代半ばから後半にかけてフランスとイギリスで30%前後、西独で20%前後であることから、一応第3の仮説は承認できよう。

更に時代が進み1970年代初めには、医療・保健の比重は25~20%の水準に下ってくる。こうした動きは、医療・保健に関する企業福祉制度が遅れてスタートし、しかも近年では所得比例年金の重要性が認識され、一律最低保障の公的制度を採用していた国においても上積み分として所得比例の年金を公的制度に改めて取り入れたり、

表4 福祉的支出の項目別構成比

	フランス	西独	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
1960						
医療・保健	18.2	17.9	32.8		34.0	
その他の福祉	81.8	82.1	67.2		66.0	
計	100.0	100.0	100.0		100.0	
1963						
医療・保健			39.7	31.2	31.5	25.0
その他の福祉			60.3	68.8	68.5	75.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1965						
医療・保健	25.2	16.7	43.7	31.3	32.5	26.5
その他の福祉	74.8	83.3	56.3	68.7	67.5	73.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1968						
医療・保健		19.7	41.9(1967)	33.3	30.2	26.7
その他の福祉		80.3	58.1	66.7	69.8	73.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1970						
医療・保健	30.8(1969)	20.9	39.7	33.7	30.1	27.2
その他の福祉	69.2	79.1	60.3	66.3	69.9	72.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1972						
医療・保健	26.3	21.4	40.2	32.2	29.5	27.0
その他の福祉	73.7	78.6	59.8	67.8	70.5	73.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 表1に同じ。

あるいは企業年金によってその部分を代行させたりすることが行われている事実と無関係ではない。

第4の仮説、福祉支出全体を、医療・保健とその他の福祉との二つの分野に分けてみると、その他の福祉、特に現金給付が中心でありその伸び率も非常に高く、医療・保健のそれを上回っているという点についてはどうであろうか。すなわち現金給付型の福祉の伸び率が、医療・保健という福祉費用の伸び率を大幅に上回っているという点である。更に、福祉の国際間格差の是正で一番大きな役割を果たしたのは企業福祉であり、その中でも特に現金給付であるという主張について検討してみたい。ただ、前回の報告においては、伸び率の計算が対 GDP 比についてのものであったが、ここでは実額の伸び率に固定し検討を行いたい。

表4は公的福祉支出と企業福祉支出とを合計した上で、医療・保健とその他の福祉支出とに分けてその構成比をみたものである。直ちに次のことがいえよう。第一に、どの国においても近年(1970年以降)では福祉的支出全体の60%以上が年金を中心とするその他の福祉的支出に割かれていることである。最も医療・保健支出のシェアの大きい日本においてもそれは約40%にしかすぎない。逆に最も多く年金を中心とするその他の福祉支出に力を注いでいる西独ではそのシェアは約80%にも上っている。

第二にここで取り上げた6ヵ国は、比較的医療・保健のシェアの大きいスウェーデン、イギリス、日本の3ヵ国と、その他の福祉中心の度合いが強いフランス、西独、アメリカの3ヵ国との二つのグループに分けられそうである。前者のグループでは1970年までの時点で約30~40%が医療・保健に用いられているのに対し、後者のグループでは医療・保健に用いられる部分は全体の25%位にしかすぎない。

第三に、医療・保健支出のシェアはどの国においてもその他の福祉支出のシェアより小さいが、ある時点までは上昇しそれ以降減少してきたケースが多い。すなわちフランス、スウェーデン、アメリカでは1970年頃が、日本では1965年あたりが頂点となっている。例外は西独とイギリスとの2国であるが、前者ではそれがほぼ一貫して上昇してきたのに対し、後者では逆にほぼ一貫して減少してきているのが特長的である。

こうした二種の福祉支出のシェアの動きは、両種の支出の伸び率の大小関係についての示唆を与える。そこで次に各国毎に両種の支出の伸び率を計算し仮説の検討を続けよう。表5は伸び率についてのものである。

先ずイギリスはほぼ一貫してその他の福祉の伸び率の方が医療・保健支出の伸び率よりも大きい。日本の場合も時点が二つしかないがどちらもその他の福祉の伸び率の方がより大きい。次にスウェーデン、フランスの場合には1960年代は医療・保健の伸びの方がより大きい、1970年代に入り、その他の福祉支出の伸びの方がより大きく変っている。アメリカの場合もほぼ似たような動きを示す。結局、西独のみが一貫して医療・保健支出の伸び率の方が大きい国となる。しかし同国の場合も1970年代に入りその他の福祉支出の伸び率は急速に増大し、医療・保健支出の伸び率との差を縮めていることが分る。従って一般的傾向としては、1970年代に入ってからその他の福祉支出の大きな伸びを指摘した方がよいのではないだろうか。この特長はほぼ一貫してその他の福祉支出の伸び率の方が大きいイギリスにおいてもみることができる。

次に福祉支出の主体別伸び率はどうであろうか。確かにスウェーデンの場合、ほぼ一貫して企業福祉の伸び率の方が政府による福祉支出の伸び率より大きい。また、フランス、イギリス、アメリカにおいては1960年代は前者が後者を上回っている。しかし1970年代に入ると大小関係は逆転する。すなわち公的福祉の伸び率の方が大きくなる。これら3国と逆の動きを示すのが日本であり、1960年代には公的福祉の伸び率の方が大きく、1970年代には企業福祉の伸び率の方が大きい。結局、西独だけがほぼ一貫して政府による福祉支出の伸びの方が大きい国となる。これらの国別の動きをみるならば、企業福祉の伸びの方が公的福祉の伸びよりも大であるとか、1970年以降、企業福祉の伸びが急激に伸びたという傾向法則はまだ確認できないのではないか。

福祉的支出全体の中における医療・保健支出とその他の福祉支出との比重、両種支出の伸び率、政府による福祉支出の伸び率と企業福祉支出の伸び率等については以上の通りであるが、それでは各国における福祉水準の上昇に関して政府と企業とのどちらの経済主体がより大きな役割を果たしたかを、第4の仮説に関してみておきたい。すなわち各国の1965年¹⁴⁾における数値を基準(100)としてそれ以降の年々における数値を指数化し、その指数で表わされた1972年の達成水準がどの程度政府の福祉支出の増大によっているか、又、企業福祉の支出増大による

14) 1960年及び1963年は標本数が少なく基準年とすることができなかったため、結局6ヵ国の揃う1965年を共通の基準年とせざるを得なかった。ただし、支出項目や国によって1960年のとれる場合は1960年を基準として1965年までを計算してグラフに描いていた。

表 5 福祉的支出の伸び率

	フランス	西独	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
1960-63						
福祉計 医療・保健 その他の福祉				41.8	8.7 5.7 10.0	9.5
1963-65						
福祉計	(1959-65) 13.6	(1960-65) 14.0		14.0	12.0	10.1
医療・保健	20.3	15.1		14.1	17.8	12.7
その他の福祉	11.9	13.7		13.9	9.6	9.2
1965-68						
福祉計	(1965-69) 9.3		(1965-67) 19.1	15.3	10.2	9.3
医療・保健	15.1	9.7	14.9	17.5	8.7	9.8
その他の福祉	7.4	9.2	22.2	14.2	10.8	9.2
1968-70						
福祉計		9.1		12.9	10.0	15.8
医療・保健		13.1		14.0	9.1	16.0
その他の福祉		8.0		12.4	10.5	15.7
1970-72						
福祉計	(1969-72) 20.3		(1967-72) 19.2	16.9	13.8	13.2
医療・保健	14.3	17.9	18.5	14.8	12.8	13.2
その他の福祉	22.9	18.8	19.8	18.0	14.2	13.2
1972-73						
福祉計				12.8	27.0	12.8
医療・保健				8.6	13.2	10.2
その他の福祉				14.8	32.8	13.8
1960-63						
計					8.7	
政企					8.7	
府業		9.7			9.1	
1963-65						
計	(1959-65) 13.6	(1960-65) 14.0		14.0	12.0	10.1
政企	13.1	14.2	24.2	14.0	10.1	9.6
府業	22.7	13.9		14.0	30.2	11.8
1965-68						
計	(1965-69) 9.3		(1965-67) 19.1	15.3	10.2	9.3
政企	9.1	9.7	22.4	15.1	10.7	8.4
府業	11.0	8.3	8.4	17.0	5.8	12.5
1968-70						
計		9.1		12.9	10.0	15.8
政企		9.0		13.1	9.6	15.7
府業		9.4		11.5	13.8	16.1
1970-72						
計	(1969-72) 20.4		(1967-72) 19.2	16.9	13.8	13.2
政企	20.9	17.9	18.1	13.9	14.1	13.6
府業	15.2	18.2	23.3	44.1	11.0	12.0
1972-73						
計				12.8	27.0	12.8
政企				10.6	29.2	13.5
府業		13.2		26.2	8.6	10.8

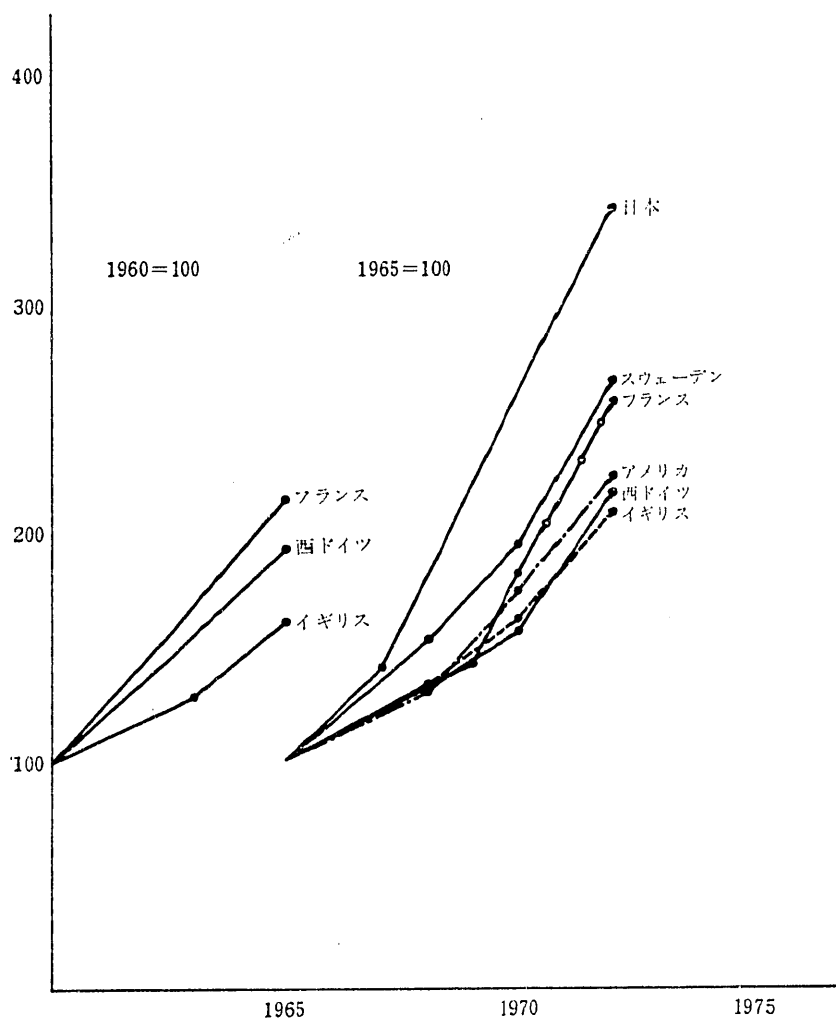
資料: 表1に同じ。

表 6 福祉水準の上昇度および政府と企業の寄与率

(1965=100)

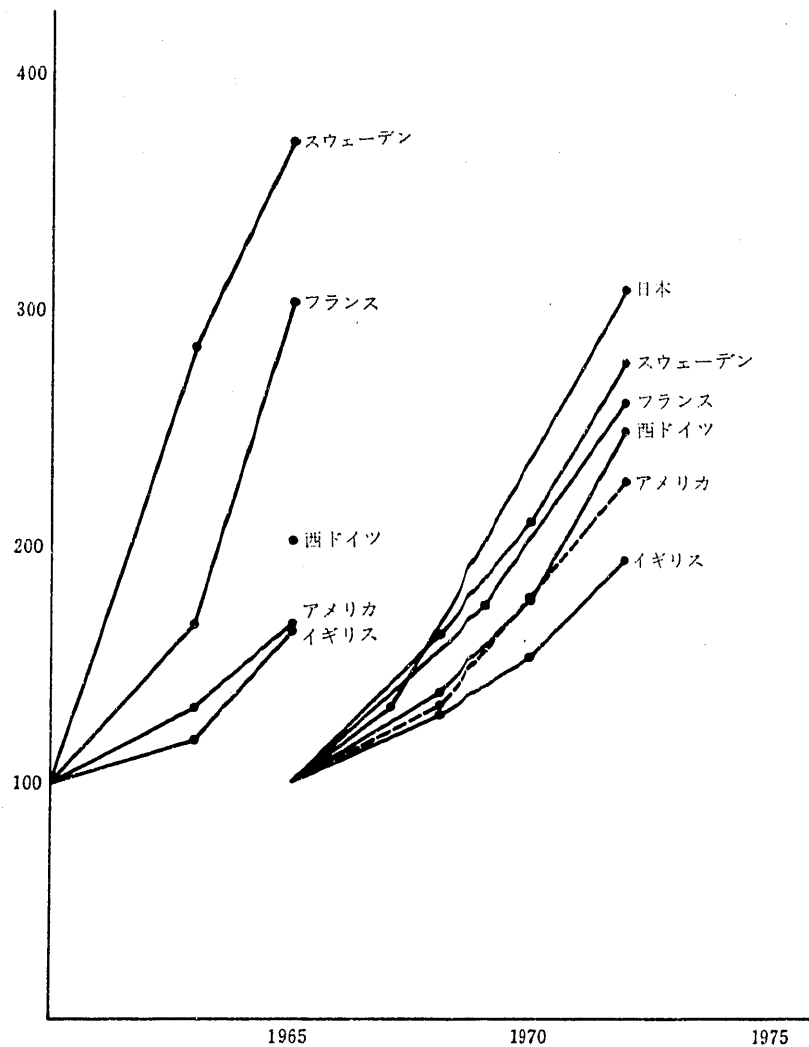
	1972					
	フランス	西独	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
福祉的支出						
福祉水準の上昇度	250.8	218.0	341.8	267.1	209.7	224.5
寄与率	92.8	95.0	74.7	91.2	88.3	76.8
政府	7.2	5.0	25.3	8.8	11.7	23.2
企業						
医療・保健支出						
福祉水準の上昇度	262.0	249.4	308.6	277.8	194.6	228.4
寄与率	92.0	95.5	96.3	100.0	87.5	54.5
政府	8.0	4.5	3.7	0.0	12.5	45.5
企業						
その他の福祉支出						
福祉水準の上昇度	247.0	210.9	367.7	262.2	216.8	223.1
寄与率	93.0	95.0	46.8	87.2	88.2	84.9
政府	7.0	5.0	53.2	12.8	11.8	15.1
企業						

資料: 表 1 に同じ.



資料: 表 1 の資料に同じ.

図 11 福祉支出水準の指数化 (政+企)



資料: 表1の資料に同じ。

図 12 医療・保健支出水準の指数化 (政+企)

部分がどの位であるかをみるものである。

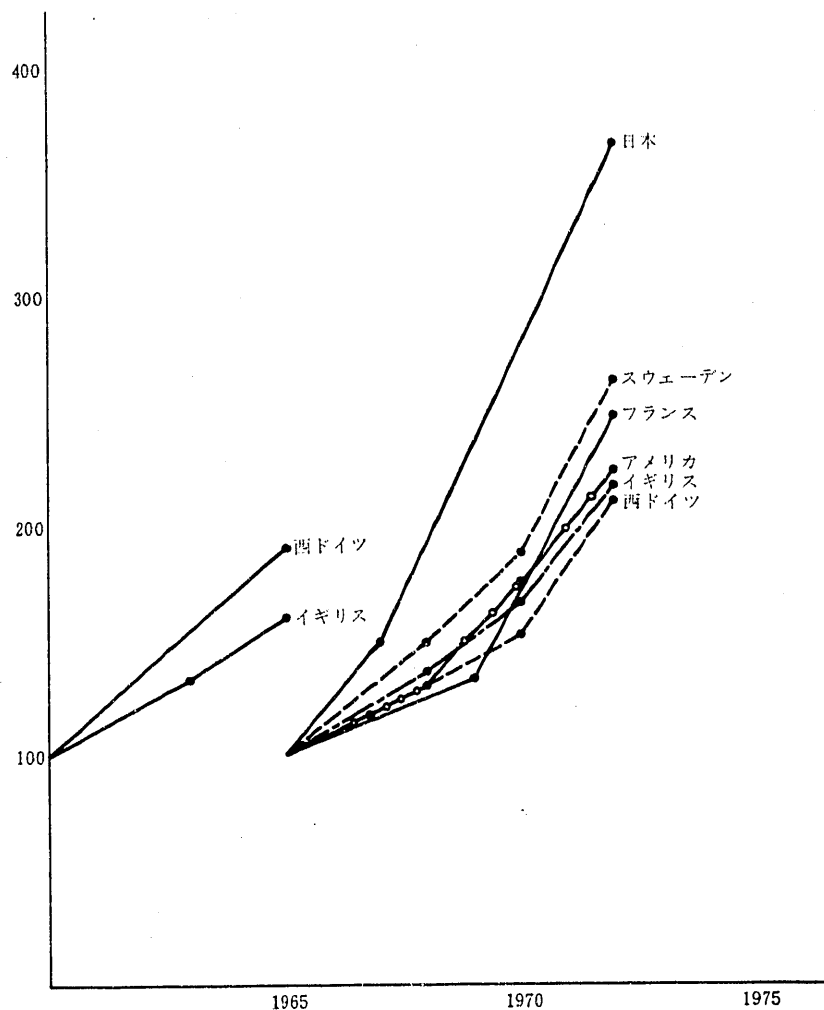
表6は上記の指数についてのものであり図11~13はそれをグラフ化したものである。これらによると観察期間中最も大きな伸びをみせた国は、医療・保健支出の場合も、その他の福祉支出の場合も日本であることが分る。又、日本においては、その他の福祉支出の伸びの方がより大きい。医療・保健支出について次に伸びの大きい国はスウェーデンであり、3番目がフランス、続いて西独、アメリカとなりイギリスは最も伸びが小さい。

次にこうした医療・保健支出水準の上昇分の中、政府部門による寄与がどの位であるかをみると同じく表6から日本、西独、フランスの場合が90~95%前後、スウェーデンの場合は100%である。これらの国々に対し、観察期間中伸びの最も小さかったイギリスでは政府部門による寄与はやや下り90%を幾分下回っている。又、ア

メリカの場合は政府による寄与は約50%であり、民間部門による寄与とほぼ半々になっていることが特長的である。

その他の福祉支出の増大に関しても日本に続くのはスウェーデンであり、フランス、アメリカ、イギリス、西独といった順序になる。医療・保健支出の場合と著しく異なるのは、西独の観察期間中における伸びが最も低い点であろう。西独において何故このように伸びが小幅であったかは、ここで問題としている1965年以降の観察期間以前に、公的年金制度が確立され主な改善もなされていたためではないかと思われる¹⁵⁾。又、企業年金が機能する余地も前述のように余り大きいとは思われない。又、

15) 西独では1957年に第一次年金改革が、1972年に第二次年金改革が行われた。しかし前者の方が制度全体にとってより基本的なものであった。



資料: 表1に同じ。

図 13 その他の福祉支出水準の指数化 (政+企)

医療・保健支出水準の上昇に関しては政府部門の寄与が非常に大きかった日本でも、その他の福祉支出の上昇分については企業部門の寄与がかなり重要なことが特長的といえよう。

前述のように日本では企業年金の普及度は低く、むしろ退職一時金の形をとっている場合が圧倒的であるため、退職金を年金の変種として法定外企業福利費の中に含めている¹⁶⁾。従ってその他の福祉支出の伸びが日本で非常に大きかったことは、公的年金制度の給付増大によるよりも企業の退職金支払分の増大によるところが大きかったといえそうである。

スウェーデンの場合も医療・保健支出水準の上昇に関しては政府部門の寄与が100%であったのに対し、その他の福祉水準の上昇に関してはかなり民間企業の寄与による部分が増えている。これは既述のようにスウェー

デンにおいて、医療・保健に関する企業福祉制度の開始されたのが1972年であること、1970年以降に企業年金制度が非常に普及し給付額も改善されたことによる。

このように見てくると福祉支出全体をとった場合、日本の水準上昇が最も大きく、スウェーデンがこれに次ぐことは直ぐに分るであろう。3番目に水準上昇の大きかった国としてフランス、続いてアメリカがくる。アメリカが西独やイギリスよりも水準上昇が大きかったのは、その他の福祉支出水準の上昇で、両国を凌いでいたこと、両国でその他の福祉支出が福祉支出全体に占める割合の大きいこと等によるものと思われる。

福祉支出合計水準の上昇順位をみたときに、イギリスが最下位にくるのは、医療・保健支出の水準上昇順序で最下位であり、西独の水準上昇よりかなり下方にあったこと、西独に比べれば医療・保健支出の占める割合が比較的大きいこと、その他の福祉支出水準の上昇順位で西独

16) 上記シムボジウム、12頁、19頁。

を上回るとはいえ、その差が僅少であること等によろう。

ところで医療・保健支出とその他の福祉支出との両者に関し、1972年までの上昇速度と、二つの経済主体—政府と企業—の寄与率との間に何らかの関連があるだろうか。極く大まかな分け方をすれば、医療・保健支出の場合は、水準上昇の速い上位4ヵ国、日本、スウェーデン、フランス、西独においては水準上昇に関する企業福祉の貢献度は10%以下であるのに対し、下位2ヵ国、イギリスとアメリカとは企業福祉の貢献度が10%以上であり、それだけ政府の貢献度が落ちていることである。又、その他の福祉支出の場合には、逆にどちらかといえば、水準上昇度の大きい国では企業福祉の寄与率が大きいように思われる¹⁷⁾。このことは主体別寄与率と制度上の特質との間のある種の関連性からも類推できる。すなわち、政府部門の寄与率が95%近くのフランスと西独とにあっては、公的年金制度が報酬比例を全面的に採用しているのに対し、政府の寄与率が87~88%と幾分下るスウェーデンとイギリスにおいては、公的年金制度の中に基礎部分として拠出額、従前所得に無関係の普遍的な一律給付の制度が存在することである。又、両国における近年のその他の福祉支出水準の上昇は、企業年金による部分がかなりあるように思われることである。

福祉支出全体については、二つの支出項目を分けてみたときのような関連はない。ただ、公的福祉水準の相対的に低いアメリカと日本とにおいては、たとえ観察期間中の水準の上昇度に差があるにせよ、政府部門の寄与率が75%前後でしかないということである。

福祉支出水準の上昇速度の早さとそれに関する政府及び企業各部門の寄与の大きさについては以上の通りであるが、これから直ぐに国際間福祉格差の縮小に企業部門の貢献が大きかったとは結論できないであろう。むしろ表1及び表2に戻り、1960年代初めあるいは半ばにおける福祉支出水準の高さによる国毎の順位と1970年代初めにおけるそれとの間に差があるか、又、給付・所得比率と厚生・給付所得比率で測られた格差の動きをも考慮に入れなければならない。しかし福祉支出水準の高さによる国の順位は公的福祉だけについてみても、公的福祉と企業福祉とを合計したものでみても、1960年から1972年まで一貫して変化していない。日本の福祉支出水準の上昇が如何に早くともそうである。勿論、順位には変化がなくとも、国毎の水準間の差が減少しているということはある得る。現実にもそうであったことが表2から既に導かれた。更に企業福祉を除いた公的福祉水準だけについて

ても時間的経過を辿れば格差の縮小していることをみた。従って企業福祉を含む場合と含まない二つの場合について、上限値/下限値で定義された格差の大きさが基準年と最終年とを比較するとどうなるかによって考えねばならないであろう。しかし1960年、1963年、1965年のいずれの年を基準にしても、公的福祉の格差の縮小度よりも企業福祉を含めた厚生・給付・所得比率の格差縮小度は大きくない。ただ、1968年を基準とした場合にのみ後者の方が大きくなる。すなわち1960年代末以降ならば企業福祉が格差縮小に果たした役割を公的福祉自体の格差縮小効果よりも大きく評価できるということである。この場合、横断面比較でみれば公的福祉と企業福祉との間には代替関係が成立し、公的福祉の側面に限った場合に存在する国際間格差の縮小に企業福祉が有効であるとしても、一国内の時系列でみれば両者間には代替関係ではなく相互に同方向への動きを齎す要因が働いていることを再確認し、たまたま1968年よりも1970年、1972年における方が横断面でみた両福祉支出間の代替関係が強かったと考えるべきであろう。第1節で推定した回帰式の相関係数を用いて代替関係の強弱を比較すれば、1960年代初めから半ばの方が1960年代末以降よりも直線的代替関係はむしろ顕著であるように思われる。

ただし1960年代末から1970年代初めに限ってみれば時間の動きにつれて代替関係が顕著になってきている。

以上前回の報告における仮説のより詳細な再検討を行ってきたが、最後に、時間的変化に沿った両種支出の平行的増大を齎す一つの大きな要因と思われる所得の変化と福祉的支出との関係をみておこう。すなわち福祉的支出全体の所得弾力性を計算し時間的変化を辿ってみよう。表7はそのためのものである。

第1の特長は幾つかの例外を除きほとんどの場合、所得弾力性は1より大きかったし国家間に余り差がないということである。すなわち所得の限界的な増大に対して福祉的支出の増分はそれよりも大きいということである。第2に1972年までの動きに限定すると、観察期間を通じて所得の弾力性が減少傾向にある国はイギリスだけであり、フランス、スウェーデン、アメリカにおいては上昇傾向、日本の場合も数値が二つしか得られないため確定的なことはいえないが、増大していると考えてよいのではないか。最も判定の困難なのは西独であるが、1960年代後半からみれば減少傾向、1960年代の初めからみれば1960年代半ばを頂点として山をなし、やや増大傾向といえるのではないか。

従ってイギリスを除けば所得弾力性は、観察期間中上

17) フランスがこの傾向と矛盾するため、断言はできない。

表 7 福祉的支出の所得弾力性

	フ ラ ン ス	西 独	日 本	スウェーデン	イ ギ リ ス	ア メ リ カ
1960-65	(1959-65) 1.08	1.26		(1963-65) 1.21	1.35	1.29
1965-68	(1965-69) 0.92	1.59	(1965-67) 0.68	1.62	1.36	1.11
1968-70	(1969-72) 1.45	0.77	(1967-72) 1.49	1.26	1.17	2.08
1970-72		1.53		1.80	1.16	1.37
1972-73				1.19	1.73	1.11

資料: 表 1 に同じ。

下変動を伴わないながらほぼ上昇してきたと考えてよいように思われる。ただし、1972年以降、この増大傾向が継続するかどうかは明らかでない。逆に減少の兆しがみられさえする。というのは、それまで弾性値の減少が続いた例外的なイギリスを除いて、それまで弾性値の増大してきたアメリカとスウェーデンの場合、いずれも弾性値が減少し最小の数値を示しているからである。

3. 家計、政府、企業による生活保障的支出の分担

以上、公的な社会保障制度に企業福祉を加えた場合の福祉水準の動き、公的福祉と企業福祉との相互関係等につき、前回の報告で提示された仮説を中心に検討してきた。ここで最後に、個人あるいは家計による医療・保健支出及び個人貯蓄を考慮に加えた場合の、一国全体の医療・保健支出及びその他の生活保障的支出の水準の動き、並びに三つの経済主体、家計、企業、政府による相互関係を検討しておきたい。何故、個人あるいは家計による同種の支出を加えるかは、本稿で取り上げてきた種類の支出が、ある程度までは自己責任(自助原則)の下でなされねばならず、自己責任では果し得ない部分を何らかの社会的制度—社会保障制度と企業福祉制度—によって賄うというのが現在までの歴史的発展の形であると思うからである。勿論、自己責任部分をどの位に保つかとか、公的福祉制度をどのようにするかは国により相違があるものと思われるが、いずれにせよこうした支出が三つの経済主体によって適切に負担されねばならないのは事実であろう。

公的社会保障制度はともかく、企業福祉は確かに雇用者だけについてのものである。しかし雇用者比率の高い産業化社会において大多数のあるいは平均的な市民の生活保障について考察を行うことは無用ではない。政府以外の経済主体で一種の社会的制度としての企業による福祉は、公的部門に濃厚な一面性を排除し、ニードの多様性に応え、市場機構を通ずる消費者の選択を可能にし易いであろう。

個人貯蓄はたしかに支出ではない。しかし個人貯蓄の大きな目的の中に、不時の災害や老後の生活に備えるといった生活防衛的あるいは保障的色彩の濃いものが多分に含まれていることは間違いない。従ってあえて政府による社会保障支出や企業による福祉支出に加え、私的部門における同種の支払いとみなした¹⁸⁾。

表 8 は各経済主体による同種支出の対 GDP 比を、西独の値を 100 として換算した時の各国における水準とその格差の推移である。医療・保健支出について特長的一件事は、公的保障だけでは各国間に大きな順位があるにもかかわらず企業による福祉制度、家計による同種支出を加えてゆくに従って、その開きが縮小してくることである。それは主として日本とアメリカとの水準上昇によって齎されているように思われる。特にアメリカの水準上昇が顕著である。又、その他の福祉支出についても、公的保障制度だけの場合よりも企業福祉を加え、家計による貯蓄を加えることで最低水準と最高水準との開きは縮小する。特に最低水準にあった日本の目ざましい上昇とそのやや上位にあった米英のかなりの上昇とによって底上げ効果が著しい¹⁹⁾。更に年金給付水準のかなり高いスウェーデンのあたりで同国と米英とが並ぶのも特長的である²⁰⁾。

更にその他の福祉支出の場合には医療・保健支出の場合よりも格差が大きく、公的福祉に他の 2 経済主体による支払いを加えた場合の格差の縮小度も大きいことをつ

18) 個人貯蓄全体がこうした目的のためのものではないので、その中からこうした目的のためのものだけを取り出すという作業も必要であろうし、又、将来への備えと現在の消費とを加え合わせることも自体が大きな問題で、それならばむしろ社会保険料や租税負担額を加えるべきであるという主張も理解できる。しかし、前者だけでは一般政府財源による部分は落ちてしまうし、後者を含まればすべての政府活動をカヴァーすることになる。自己責任の指標として、不満足ながら第一次接近のために用いた。

19) スウェーデンの個人貯蓄率が非常に低いため、米英と並ぶ結果になったと思われる。

20) 日本の場合は前述のように企業による退職金支給の比重が大きく、更に個人貯蓄率が極めて高いことの二つの理由による。

表 8 福祉的支出の国際間格差

		フランス	西 独	日 本	スウェーデン	イギリス	アメリカ	
		医療・保健支出						
1960	政 府	86.2	100.0	69.0		110.3	37.9	2.91
	政 府 + 企 業	86.2	100.0	72.4		120.7	65.5	1.84
	政府+企業+家計	90.5	100.0	78.6		97.6	133.3	1.70
1965	政 府	105.6	100.0	83.3	113.9	91.7	33.3	3.42
	政 府 + 企 業	110.8	100.0	83.8	110.8	102.7	59.4	1.87
	政府+企業+家計	102.0	100.0	90.0	100.0	88.0	126.0	1.43
1968	政 府		100.0	69.8	123.2	81.4	27.9	4.42
	政 府 + 企 業		100.0	67.4	115.2	84.8	50.0	2.30
	政府+企業+家計		100.0	73.8	100.0	72.1	108.2	1.50
1970	政 府	107.1	100.0	71.4	135.7	85.7	33.3	4.08
	政 府 + 企 業	106.7	100.0	68.9	126.7	88.9	60.0	2.11
	政府+企業+家計	100.0	100.0	76.3	110.2	76.3	127.1	1.67
1972	政 府	98.0	100.0	68.0	128.0	76.0	32.0	4.00
	政 府 + 企 業	98.1	100.0	66.0	120.8	77.4	56.6	2.13
	政府+企業+家計	97.0	100.0	73.1	110.4	70.1	117.9	1.68
		その他の福祉支出						
1960	政 府	86.3	100.0	14.5		49.2		6.90
	政 府 + 企 業	84.2	100.0	32.3		51.1		3.10
	政府+企業+家計	95.7	100.0	62.4		53.8		1.86
1965	政 府	64.2	100.0	13.1	44.9	39.8	29.5	7.63
	政 府 + 企 業	65.9	100.0	21.6	48.6	42.7	33.0	4.63
	政府+企業+家計		100.0	51.5	49.2	46.2		2.16
1968	政 府		100.0	16.2	52.0	45.2	29.0	6.17
	政 府 + 企 業		100.0	23.0	56.7	48.1	33.7	4.35
	政府+企業+家計		100.0	60.8	48.3	47.1	43.0	2.33
1970	政 府	69.2	100.0	16.2	52.4	44.9	33.5	6.17
	政 府 + 企 業	72.0	100.0	24.4	58.0	48.2	38.9	4.10
	政府+企業+家計	81.1	100.0	62.9	48.9	46.8	48.9	2.14
1972	政 府	71.6	100.0	17.1	57.8	46.5	35.8	5.85
	政 府 + 企 業	74.9	100.0	26.7		50.2	41.5	3.75
	政府+企業+家計	79.6	100.0	73.8		49.3	45.5	2.20

資料: 1) 表1の資料。

2) Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch.

経済企画庁『国民所得統計』。

総理府『家計調査年報』。

け加えておきたい。

このように医療・保健支出であれ、その他の福祉支出であれ、企業部門や家計部門を加えることによりマクロ的にみた各国の生活保障支出水準の差が縮小したり、高低の順位が変化したりすることは、国により、それらの支出を負担する主体が相異なるからであり、その相違は歴史的又は精神風土的背景によるところが大きいのではないかと思われる。そこで次に各国毎に主体別の福祉支出のシェアを計算し、幾つかの国をまとめた類型化がで

きるかを表9～11で見よう。

福祉支出合計をとるならば、1972年の時点では政府部門の割合が60～70%にあるのがヨーロッパ諸国の共通点であろう。特にスウェーデンにおける政府部門の比率は大きい。スウェーデンと英国においては、以前筆者が指摘したように、政府支出の中でも政府消費主導型である²¹⁾。しかし同じヨーロッパでもフランスと西独とにあっては移転支出が主成分であった。企業部門を加えて検

21) 前掲論文, 107～109頁。

表 9 福祉的支出の経済主体別分担割合

	フランス	西 独	日 本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
1960						
家 計	36.6	28.9	57.1		27.0	
政 府	61.1	67.2	25.5		65.9	
企 業	2.3	3.9	17.4		7.1	
計	100.0	100.0	100.0		100.0	
1963						
家 計			60.0	29.9	26.5	47.4
政 府			27.6	64.5	65.6	40.8
企 業			12.4	5.6	7.9	11.8
計			100.0	100.0	100.0	100.0
1965						
家 計		28.8	60.6	26.9	29.1	
政 府		68.0	29.4	67.0	62.4	
企 業		3.2	10.0	6.1	8.5	
計		100.0	100.0	100.0	100.0	
1968						
家 計		28.1	63.9	15.4	23.2	51.9
政 府		68.5	28.8	77.7	69.1	35.8
企 業		3.4	7.3	6.9	7.7	12.3
計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1970						
家 計	34.6	29.8	64.8	16.3	24.4	51.9
政 府	60.5	67.0	27.1	76.3	67.6	35.8
企 業	4.9	3.2	8.1	7.4	8.0	12.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1972						
家 計	33.1	30.5	66.9	14.6	26.8	47.4
政 府	61.8	66.4	25.1	73.8	65.8	39.3
企 業	5.1	3.1	8.0	11.6	7.4	13.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 表8に同じ。

討した場合に言えることは政府消費中心の国では、移転支出主導型の国に比べて家計の支出部分が小さく企業部門の比率が高いことである。特にスウェーデンの場合は家計部門と企業部門との支出割合がかなり接近している。ただこのスウェーデンの特色も1972年になって現われたものであり、1970年においては未だ家計部門による支出割合の方がかなり大きかったことに注意すべきであろう。

日本とアメリカの場合は政府部門の割合が25~40%で、西欧諸国に比べはるかに相違を示している。ただ、アメリカと日本との間にも明らかに差があって、前者は家計主導型でありながら家計部門の占める割合が50%を切っており、政府部門の比率も40%近くまで達し両部門

表 10 医療・保健支出の主体別分担割合

	フランス	西 独	日 本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
1960						
家 計	34.2	31.0	36.4		14.6	66.1
政 府	65.8	69.0	60.6		78.1	19.6
企 業	0.0	0.0	3.0		7.3	14.3
計	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0
1963						
家 計			34.1	18.8	14.6	66.1
政 府			63.5	81.2	75.6	18.6
企 業			2.4	0.0	9.8	15.3
計			100.0	100.0	100.0	100.0
1965						
家 計	19.6	26.0	31.1	18.0	13.6	65.1
政 府	74.5	72.0	66.7	82.0	75.0	19.0
企 業	5.9	2.0	2.2	0.0	11.4	15.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1968						
家 計		24.6	31.1	13.1	11.4	65.2
政 府		70.5	66.7	86.9	79.5	18.2
企 業		4.9	2.2	0.0	9.1	16.6
計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1970						
家 計	18.6	23.7	31.1	12.3	11.1	64.0
政 府	76.3	71.2	66.7	87.7	80.0	18.7
企 業	5.1	5.1	2.2	0.0	8.9	17.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1972						
家 計	20.0	20.9	28.6	13.5	12.8	62.0
政 府	75.4	74.6	69.4	86.5	80.8	20.3
企 業	4.6	4.5	2.0	0.0	6.4	17.7
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 表8に同じ。

の比率間に大差がないのに比べ、日本では家計部門の比重が65%前後にも上っており、政府部門の比率は1/4にしか過ぎない。これは後述のように主としてその他の支出中における個人貯蓄の比率が非常に大きいためである。従って福祉支出全体でみる限り、アメリカと日本とは同じ民間部門主導型の生活保障支出を行ってきたにせよ、日本の方が個人責任に頼っている部分が大いと思われる。ただし、医療・保健支出とその他の福祉支出とでは相違があると思われ、直ぐ後で別個に検討する。

日本に関するもう一つの特色は、時間的経過に従って家計部門の比重が終始一貫上昇してきていることである。同じ家計部門主導型のアメリカにおいてさえ1970年前後

表 11 その他の福祉支出の主体別分担割合

	フランス	西 独	日 本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
1960						
家 計	37.1	28.5	62.9		32.0	
政 府	60.1	66.7	15.5		61.0	
企 業	2.8	4.8	21.6		7.0	
計	100.0	100.0	100.0		100.0	
1963						
家 計			68.2	34.1	30.9	35.5
政 府			16.3	58.1	61.8	54.8
企 業			15.5	7.8	7.3	9.7
計			100.0	100.0	100.0	100.0
1965						
家 計		29.4	70.4	30.2	34.7	
政 府		67.2	17.0	61.3	57.9	
企 業		3.4	12.6	8.5	7.4	
計		100.0	100.0	100.0	100.0	
1968						
家 計		28.9	73.1	16.5	27.4	44.2
政 府		68.1	18.1	73.3	65.3	46.1
企 業		3.0	8.8	10.2	7.3	9.7
計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1970						
家 計	38.8	31.1	73.3	18.2	29.0	45.2
政 府	56.4	66.1	17.0	70.9	63.4	45.2
企 業	4.8	2.8	9.7	10.9	7.6	9.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1972						
家 計	36.8	32.8	75.7	15.1	31.5	38.6
政 府	58.0	64.5	15.0	67.9	60.8	50.8
企 業	5.2	2.7	9.3	17.0	7.7	10.6
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 表8に同じ。

を頂点として家計部門の比率は下っている。又、政府部門と企業部門との割合を増大することで家計部門の負担減少をカバーしている。他のヨーロッパ諸国では家計部門の負担は減少傾向か（フランスとスウェーデン）1960年代末まで減少した後再び上昇し始めているといったようにながりの期間、又、かなりの低水準まで家計部門の負担が下っている。すなわち一般的には家計部門の負担は30%近くまで減少しても構わないあるいはする傾向にあるのではないだろうか。ただ、医療・保健支出の場合とその他の支出の場合とでは相違があると思われるので次にそれぞれの場合をとり上げよう。

先に医療・保健支出の場合をみると、1972年の時点で

はアメリカを除く他の5カ国の政府部門のシェアは70～85%強であり、明らかに政府主導型である。勿論既述のように、イギリス、スウェーデンといった政府消費型の医療サービスを政府の一般財源で賄うケースと、日、独、仏のような移転支出中心、社会保険型との間に相違はあるが、これらの5カ国では医療に関する公的保障の体系は一通り確立し企業福利によって補足されている部分も余り大きくないといえそうである。このことは、5カ国における家計部門の比重の時間的变化に伴う下降、それと平行的な政府部門の比重の上昇、企業部門の比重の僅少さと減少傾向（西独とイギリスとは増大後減少）とによっても確認することができよう。アメリカの場合も家計部門の比重は時間的経過に伴って減少しているが、政府部門の比重の増大は1968年以降であり、それに対し企業部門の割合が一貫して上昇していること、又、もともと企業部門の比重の大きいことが特長的である。

その他の福祉支出の場合、政府部門の割合は1972年の時点でみると、日本とアメリカとを除き60～70%弱である。アメリカの場合はそれでも政府部門の割合が約半分を占め、家計部門の比重は40%を切っている。これに対し日本の場合は、政府部門の負担は全体の1/6以下であり、3/4が家計部門の支出になっている。これは個人貯蓄の比率が非常に高いためである。しかも家計部門の比重は観察期間を通じて上昇してきており、アメリカの場合、家計部門の割合が1970年の45%を頂点に下降しているのと比べても著しい特長をなしている。又、日本では退職金の比重が大きいから、スウェーデン、アメリカ、イギリスと共に企業福祉の構成比も高く、政府支出分の相対的な落ちこみを家計と企業との福祉支出で補っているといえよう。この点医療についてアメリカが公的福祉のシェアの小ささを家計と企業との福祉支出で補っているのと類似のケースである。しかし福祉支出全体でみれば、その他の福祉の比重がより大きいから、日本の方が家計の支出に依存している度合いが強くなるのは前述の通りである。

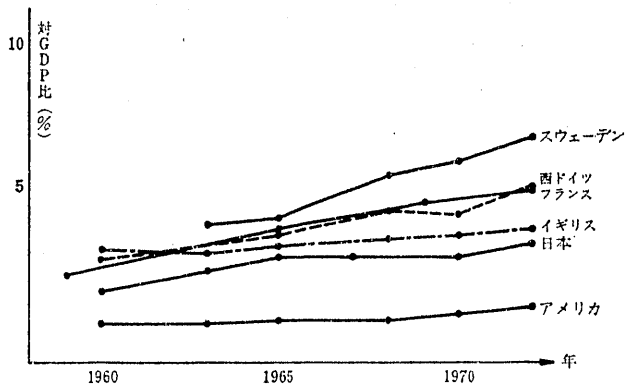
む す び

公的福祉水準がアメリカや日本において余り高くないとはしばしばいわれることである。それは統計資料によって確認することができる。しかし今までみてきたように、企業福祉や家計による同種支出を加えることによりかなりのレベルに両国が達するのも事実である。生活保障は公的福祉だけに頼らず、自己（家計）と更に企業との3者で分担しなければならないだろう。ただ注意すべ

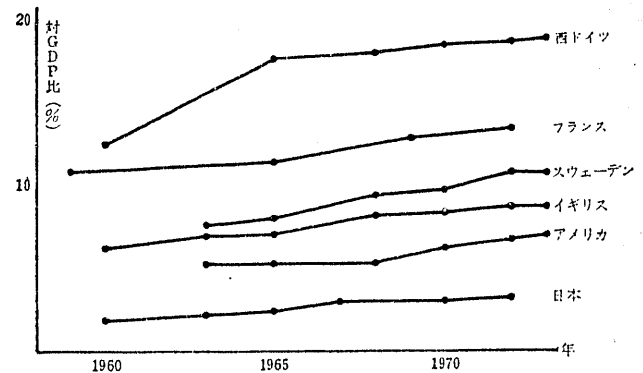
きは医療・保健支出の場合でもその他の福祉支出の場合でも一般には公的福祉が主軸になっており、更に医療・保健支出に関しては企業福祉は余り大きな役割を果たしていないが、その他の福祉支出の場合には企業がかなりの程度、分担可能であるということである。勿論どちらの支出項目の場合でも家計が幾分かの負担をするのは当然であろう。又、各国の歴史的・精神風土的背景によりその負担部分の大きさに多少の相違が出るのも当然である。ただ、上掲の表によれば、医療・保健については家計の負担割合が20～30%、その他の支出については30～40%位の負担をするのが一般的であるように思われる。それが日本の場合、その他の福祉支出に関する家計負担をみると、際立って大きいところに問題があるように思われる。

観察期間における水準上昇のところでもみたように、日本は急速に福祉支出を増大してきた。それは高度経済成長、所得の急速な増大によって可能であったろう。しかし所得弾力性に関する表7から分るように、日本においてそれが特に大きかったとも思われない。もしも今後、

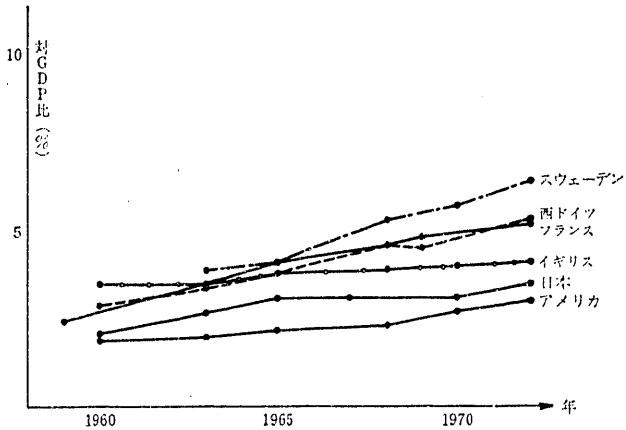
所得の増大速度が落ちるとするならば、より少ない増分の中から、福祉支出の上昇度も落ちるであろうし、如何にして三つの経済主体が福祉支出を分担してゆくかが一層重要な問題となるであろう。国際比較による結果がそのまま日本国内での状況に適用できない場合もあろう。例えば国家間にみられた公的福祉と企業福祉との代替的關係は、日本国内の所得階層別（企業規模別）横断面比較には適用できないと思われる。又、本稿はあくまでもマクロ・レベルでの議論であり、企業福祉について企業規模別の検討を行っていない。更に今までの検討は、医療・保健支出の他は一括してその他の福祉支出としており、年金がその主要部分を成すとはいえ、かなり多種の支出を含んでいる。最後に以上はすべて理論化のための予備作業とでもいうべきものである。従って第一に年金だけを取り出して以上のような作業を行うこと、第二に企業規模別の企業福祉の推計を行うこと、第三に例えば横断面比較と時系列比較とを矛盾なく説明できるような理論化を行うことが次の段階の課題となることを最後に付け加えておきたい。



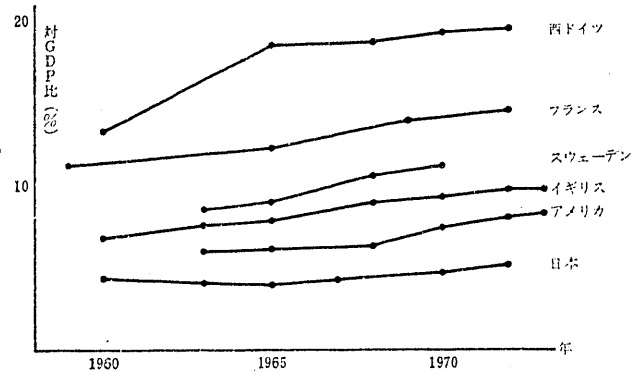
付図 1 医療・保健の政府支出



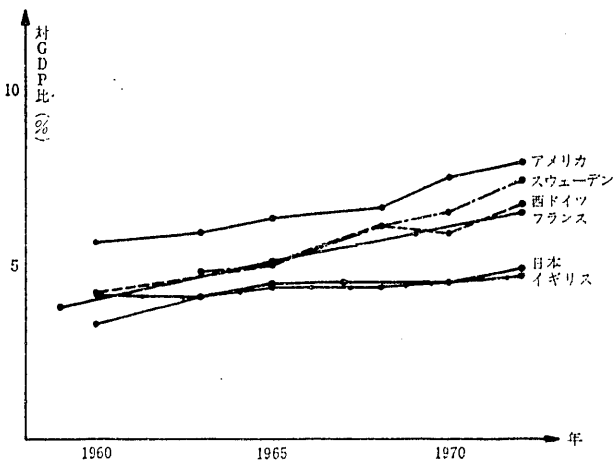
付図 4 政府によるその他の福祉支出



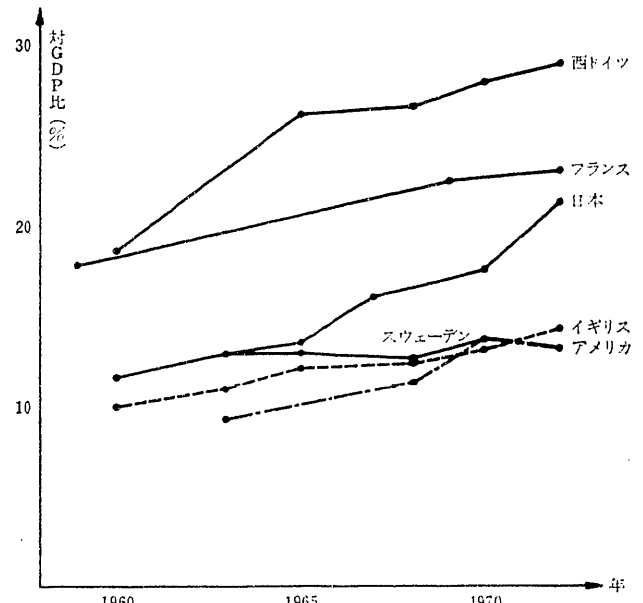
付図 2 政府と企業とによる医療・保健支出



付図 5 政府と企業とによるその他の福祉支出



付図 3 医療・保健支出 (政+企+家)



付図 6 その他の福祉支出 (政+企+家)

研 究 会 抄 録

経済分析研究会

昭和 53 年度のプロジェクトは、1) ライフサイクル的観点からみた家計構造の変化と社会保障政策の相互調整に関する研究と、2) 生活保障に於ける企業の役割に関する理論的・実証的研究との二つである。前者では 1. 1) ライフサイクルの変動予測と福祉ニーズ、1. 2) 医療・年金・社会福祉政策の最適結合といったところを中心に、後者では 2. 1) 各国に於ける企業福祉、2. 2) 企業福祉機能の社会保障機能に対する代替と補完、2. 3) 企業福祉の生活保障効果、2. 4) 費用分担のあり方等を柱にして作業を進めてゆく。こうした計画に従って当研究会は二つのテーマを交互に 1 ケ月おきに取り上げてゆく予定である。

4 月には第 2 のテーマの下で「諸外国に於ける付加給付制度」(報告者：岡崎篤生、国際開発センター) という報告がなされた。

第二次大戦後の経済復興過程でより安定した生活を望むようになった労働者が、労働運動を通じて賃金補足としての付加給付を獲得して来たこと、経営者側としては労働力を確保し定着率を高め、更に生産性の向上を目指して各種の付加給付制度を採用して来たこと、1955 年に ILO の欧州地域会議が開かれ、付加給付を含めた労働費用の国際比較を共通の基準の下に実施することが決議されて以来、欧米で急速に資料が整備されて来たこと、近年では政府の施策との調整の必要が認識され、特に EC 諸国で同一基準の下に付加給付調査が行なわれ、資料が整備されていること等が問題の背景として紹介された。

更に 1972 年に行なわれた EC の調査結果によると、労働費用中付加給付の割合が最も高い国はイタリアであり、次にフランス、ベルギー、西独、ルクセンブルグ、イギリスという順序となる。又、他の各種資料をもとに 1955～1972 の各国の付加給付費用の動向を示すと、1955～61 年間に、各国の労働費用中に占める付加給付の割合が急上昇したことが、各国に於ける付加給付の割合には、最近に至るまで国別の大きな格差が存在するということが報告された。

企業福利の問題は従来労務管理あるいは労働問題の側

からの接近が中心であったから、当研究会のプロジェクトを進めるに当たってもこの方面の研究者からのヒヤリングを多少行なう必要があるかもしれない。

5 月の研究会では「人的資本への投資」としての医療需要」(報告者 田中滋) と題する報告が行なわれた。医療を「健康」生産のためのインプットの一つとした上で、それに対する需要を考察するモデルの検討が行なわれた。医療の経済分析において、しばしば医療サービスへの需要が、通常の最終消費財へのそれと同じ枠組で扱われている。そこでとりあげられている変数が医療への需要を分析する上で重要なことは当然であるが、しかし、理論的フレーム・ワークとしては疑問をさしはさむ余地がある。人々は医療そのものを最終目的として欲しているのではなく、よりよい健康を求めるに際して手段としてそれを需要する、と考える方が自然だからである。すなわち、医療への需要は「健康に対する需要」から派生したもの、とみなせよう。本報告では最初に、各個人の生涯効用関数を提示し、効用を最大化するための条件についての検討が行なわれた。家計内生産へのインプットに関する最適条件および人的資本投資量に関する均衡条件が説明され、つづいて、人的資本量が家計内生産の効率に与える影響をも明示的にとり扱うばあいの、人的資本投資量に関する均衡条件が提示された。つづいて、効用関数に修正が加えられた。すなわち、各個人の経済的効用はコモディティ消費量とその時点間配分のみならず、各期の健康度およびその時間経路にも依存している。健康時間はヘルスに関する人的資本から産み出されると定義された。各個人はある量の健康資本をもって生まれ、それは、少なくともライフ・サイクル中の一定の年齢以降、加速化していく減価率で年々減少していくが、しかし一方では、健康増進のための投資を通じ、その量を増加させることもできる。報告では、医療をその柱とする健康のための投資について、様々な角度から検討が行なわれた。併せて、健康投資の費用極少条件の分析も行なわれた。なお、本報告にあらわれた、すべての「生産」は、市場で取引される財貨・サービスと、各個人の時間投入の双方によりはじめて意味をもつ形になっている。

6月の研究会では「医療サービスにおける需給ギャップの見通し」(報告者 都村敦子)と題する報告が行なわれた。まず、需給分析の基礎となる、医療需要に影響を及ぼす要因についての分析が行なわれた。わが国では、現在医療保険の各制度別に医療給付の実態調査が行なわれているため、医療サービスに関連するデータは制度別に把握されたものが多い。報告では、それらを集計することによって、マクロ・レベルでの受診率と医療費を他の経済的・社会的変数に関連づけることが試みられた。報告の前半でとりあげられた問題は、(1)高齢化社会の到来を前にして、人口の老齢化は医療需要および医療費にどのようなインパクトをもたらすか、(2)医療保険の本人・家族の給付率の改定は受診率および医療費にどれほどの影響を及ぼすか、(3)供給条件の変化(医師数・ベッド数・医療施設等の変化)は医療需要および医療費にどのように影響を与えるかなどである。つづいて、報告の後半では、わが国の医療需給の動向とおおよその見通しを、数量化可能ないくつかの要因をもとにして分析した結果が報告された。わが国の医療サービスにおける需給ギャップは、昭和30年から40年にいたる10年間には、医療保険の適用拡大を反映して著しく大きかった。しかし、マクロのレベルでみる限り、昭和40年代のはじめを頂点としてそれは縮小傾向にあり、利用できるデータによって予測する限りでは、将来もこの縮小傾向が続くことが予想される。ただ、分布の問題——地域別、開業医と勤務医、診療料別等——が重要であり、資源の偏在が解消されない限り、部分的な需給ギャップは拡大する可能性もある。最後に、需給分析の結果から、いくつかの問題が指摘された。医療需要は受診率でみると将来安定化傾向にあるが、患者1人当りの医療サービス量でみた場合は医学の進歩に伴って増加傾向を示すことが予想される。この要因は、医師数の大幅増加(本報告では昭和60年の医師数の推計値が示された)とあいまって、将来の国民医療費増大に拍車をかけることは必至であろう。高齢化社会の到来に伴う、多様な福祉需要とそれらを充足するための国民の負担を考えると医療需給問題も国民経済的視点から再検討する必要性が指摘された。

社会分析研究会

5月「老人ホームの処遇について」(報告者 小笠原祐次)「老人ホームにおける処遇実態調査」(昭和51年8月)を踏まえて、老人ホームにおける処遇のあり方が検討された。

処遇とは「入所老人の生活維持、開発にかかわる保

護、援助(サービス)とそのための諸条件の整備(自主的、自立的行動の条件整備を含む)」と定義された。老人ホームで行なわれる主な処遇形態をあげてみると、1 基礎的生活の準備——家事サービス(調理、洗濯、入浴準備など)、2 基礎的生活の介護・介助(心身の障害のために、日常生活行動の自立が困難な場合)——(摂食、排泄、入浴など)、3 身体的精神的病弱化、及び疾病に対する健康管理・看護——(治療、リハビリなど)、4 開発的生活領域への援助——(文化的趣味的活動、就労、スポーツなど)、5 社会関係の維持・拡大のための調整——(家族、知人、友人関係、施設の社会化など)、6 生活条件(環境)の整備——(居室・建物・設備の維持・整備・改善、掃除、美化、庭の手入れなど)などがある。

職員(寮母)の職務内容から処遇の実態をみると、食事、排泄、入浴、洗面などの最低限必要な基礎的生活行動に関する処遇(1としての処遇)だけで、全勤務時間の5割を占めており、処遇の実態は非常に一面的なものとなっている。

老人ホームの処遇プログラム(処遇の流れ)は、食事、排泄、入浴などを中心に展開されており、それにより、施設のいくつかのタイプ分けができる。排泄介助の回数、夜間のオムツ交換の有無、入浴が午前にあるか、午後にあるか、あるいは午前・午後にもたがるのか等により、タイプに分かれる。

全体的にみると、処遇の一般的傾向は公立の施設よりも私立の施設でより良く(例えば夜間のオムツ交換など私立の方が多く実施している)、職員の配置についても、公立より私立の方がよい、しかし、労働条件という点からみると、労働時間、有給休暇、給与とも公立の方が良く、処遇の良い分だけ、私立では労働条件がきついということを暗に示している。

こうした実態調査を踏まえて、処遇のあり方、処遇の枠組が検討されたが、一つの試みとして、老人のニーズとそれを満たす具体的な処遇内容とのマトリックスが紹介された。

経済・社会研究会

4月の研究会は、「社会保障論における問題意識について」と題して、山田雄三著『社会保障政策論』に寄せられた紹介、批判に対し、著書自らがコメントを加えるという形で、討論が行なわれた(報告者 山田雄三)。基本的論点は以下の通りである。① 社会保障が給付と負担との「均衡」—「不均衡」の問題として捉えられ、「矛盾」という概念がないという批判があるが、むしろ、

「ニード」概念の中にはそうした意味合いが含まれている。② 著者のアプローチは「経験主義的」であり、「経験的事実の絶対視である」という批判があるが、それは、研究者が、事実認識による理想や政策の可能性の研究にたずさわるものである以上不可欠のことであり、逆に現象の奥に何か本体があるとする「本質論的」アプローチは、イデオロギーや理念の絶対視を生み、「研究」の独自性が失われる。総じて、ある立場の主張ではなく、その実現可能性にこそ、研究者の発言が向けられるべきである。③ 私的保障と社会保障との関係について、著者の意見を更に明確にすると、今日、利益団体が相互に関与しあって作り出す社会保障の基礎構造 (infrastructure) が成立するという形を考えるか (Myldar)、対抗勢力 (Countervailing power) を作って利害の調整を行なうという形か (Galbraith) が考えられるが、にもかかわらず、そうしたものの間に調整がつかないという事態が生じている。これについては、一定の強制手段という意味での「社会主義」も必要であろうか、と考えている。④ 様々な社会保障制度に対する「提言」が行なわれているが、研究者(所)としては、こうした提言の実現可能性を判定するのに必要な資料を収集することが大切である。

5月24日の研究会では、新しい段階に入ったとみられる「福祉社会」の課題に関して、OECDのJames Gass氏の見解および、同専門家会議の2つのレポート、Toward Full Employment and Price Stability, Structural Determinants of Employment and Unemploymentを中心に検討を行なった(報告者 馬場所長)。先進国のいわゆる福祉社会は、失業率の増大および、Stagflationの状況を背景として、新しい制度の枠組みを要求されている。これに対して、明確な方針を示すことはなかなか難しいが、1960年代のfull employment policyとwelfare policyとの協同という状況が難しくなってきた。このことは、失業問題の中に、「構造的失業」といわれる事態が存在することにも現われている。そこで、ケインズ流の総需要管理政策を補填して、Job Creation Policyや、Employment Redistribution Policyなどを考え、更には、Selective Manpower Policyといった積極的な介入政策も必要であるという意見もあるが、こうした介入主義に対しては、強い慎重論もある。いずれにしても、経済政策だけでなく、広く社会的な視野をもとにIntegrated Social Policyを考えることが、時代の要請になっているというのが、OECDにおける一つの見解である。これに対して、労使間慣行の問題、産業政策としてのSelective Employment Policy

の意義、Productivityがどのように保障されるか、その場合のPriorityやconsensusの問題等、が、それとの関連で論じられた。

6月の研究会では、ECの専門家によりまとめられた「社会保障の経済的影響(1968)」のうち、トランスファー・モデルとダイナミック・モデルを中心とした紹介がなされた(報告者 馬場所長)。

トランスファー・モデルは、まず、国民経済を8つの部門、すなわち国内生産、海外、被用者、資本家、年金生活者、社会保障、財政、資本形成に分ける。そして、分配、輸出入、消費、投資、貯蓄、社会保障拠出、租税、給付、所得移転などの変化が、各部門の収支バランスにどのような影響を与えるかによりその循環をとらえようとしている。その際に、EC諸国の状態をあらわすような初期条件ならびに構造を前提としていることはいうまでもない。モデル計算の例として、拠出や租税の負担の転嫁に関する仮定に応じて、価格変化を通じる分配の変化がどうなるかなどがあげられた。

また、ダイナミック・モデルは、コブ=ダグラス型の生産関数を基本とする。その上で、社会保障制度による拠出と給付にもとづく個人消費、貯蓄への影響や、積立金などと、総資本形成との関連を加味した補正を加えたものである。モデル計算をする場合には、労働供給の成長率、労働と資本の生産弾力性、家計部門の社会保障拠出負担率、給付に占める社会保障の運営費用の割合、財政規模などの値を固定した上で、総資本形成、総生産、社会保障、積立金、個人可処分所得などの推移を、雇用増加率、それ以外の要素の増加率、社会保障給付増加率の組合せに応じて、幾通りか試算している。

そして、輸出と輸入の関連、年金積立金のもたらす収益率、インフレによる減価などの扱い方や、日本にこのモデルを応用しようとした場合の人口高齢化の扱い方などについて検討がなされた。

制度研究会

5月11日に、J. Douglas Brownの著書An American Philosophy of Social Security, Evolution and Issues, 1972についてbook reviewが行なわれた(報告者 藤田 伍一)。著者は、政策分析の立場に立って、アメリカ社会保障政策のprinciplesを論じており、第1~3章が政策の形成過程の叙述、第4~7章がprinciplesの分析、第8章以下が技術的問題と将来の課題に関する議論に当てられている。報告は、このうち第4~7章を中心に行なわれた。

第4章では、対象の階層別把握を特徴としてあげ、低所得層には公的扶助、中所得層には社会保険、高所得層には私的努力＝私的年金が対応させられる。社会保険は、賃金関連制の採用によって労働市場に対する中立主義が打ち出され、保険メカニズムを厳格に守って最低保障の引上げには反対の立場をとる。

第5章では、民間制度の活用に関連して、社会保険の上限額や benefit の問題が論ぜられており、Brown は、賃金部分の分割、上限額の改定を Congress による決定を主として補完的に自動改定する。OASDI は private な incentives をもつべき領域には入らない、などの原則を提唱している。

第6章と第7章では、拠出と政府負担についてのべられている。労働者負担は、受給者としての負担、社会契約にもとづく拠出という観点から原則が打ち出され、雇主負担については伝統的な従業員の福祉に対する責任主義、労働力の流動性確保という理由があげられている。労使折半主義は、両者の相互契約関係によって説明される。

政府負担を行なわない理由として、① fringe benefit の普及を背景に、私保险的なものとして理解されたこと、② payroll tax は最終的には消費者に転嫁され使用者負担とはならないと考えられたこと、③ 制度発足後初期には経常余剰が多く、政府負担の必要性が認められなかったこと、があげられているが、Brown らは、成熟化に伴う危険の保障などのため政府負担の必要性を認め、主張している。

そのほか、他の諸章についても説明が行なわれた。報告に関連しては、アメリカの賃金関連主義などについて討議が行なわれた。

政策研究会

「中高年者の雇用問題」(6月16日、報告者 孫田良平)では、統計資料にもとづく現状の解明と今後の課題をめぐって報告された。

近年の雇用状況の特徴については、次の点が指摘された。(1)52年度の雇用労働者数は対前年比で1.3%増加したが、それは主として女子の零細企業での低賃金就業の増加によるものであった。(2)今後の雇用労働者の供給は、農林漁業、若年層が減少し、労働力の高年齢化が急速に進行する。(3)年功賃金が崩壊しつつあり、中高年者の賃金上昇率が低下し、とくに55歳以上の落下が大きい。(4)基本給が属人給から仕事給へと変化しつつあり、これによって賃金上昇がおさえられているが、中高年齢者については賃金抑制の代償として家族手当が復活する傾向にある。(5)定年年齢の延長は伸び悩み、高年齢者の求人倍率が低く、失業率も高い。

こうした状況にもかかわらず、企業内では高齢者問題に対する積極的な対応がみられず、とくに労働組合は無関心である。企業年金についても、発展するための条件がととのっていない。そのために、不本意な社会保障受給者が増加し、ことに年金が低賃金を促進する傾向がみられる。

今後の政策的課題としては、何よりも企業の高年齢者の雇用に対する姿勢を改めさせること、とくに高年齢者の労働能力の積極的な活用をもとめることが必要である。また、労働行政の面でも、従来のような誘導的な施策には限界があり、とくに定年制については法律問題としての再検討が必要である。

社 会 保 障 統 計

賃 金 水 準

(単位 千円)

		全 国 平 均								(再 掲) 東 京 都			
		男 子				女 子				男 子			
		企 業 規 模 計	1000 人 以 上	100~999 人	10~99 人	企 業 規 模 計	1000 人 以 上	100~999 人	10~99 人	企 業 規 模 計	1000 人 以 上	100~999 人	10~99 人
総 数	昭和42年	42.8	47.8	41.2	38.0	21.7	25.4	20.8	19.4	47.8	52.1	46.7	44.0
	45	68.4	75.0	66.0	61.3	34.7	40.4	32.9	30.9	75.4	81.3	73.0	69.4
	48	107.2	117.6	105.2	93.8	57.4	67.7	56.3	49.8	118.2	128.5	114.9	108.1
	51	166.3	189.5	162.1	149.1	92.7	106.9	92.1	84.7	186.4	208.2	179.4	169.3
20 歳 未 満	昭和42~	20.8	28.8	20.8	20.3	17.9	18.6	17.9	17.2	22.8	22.7	22.4	23.2
	45	36.0	38.9	34.8	34.1	29.7	31.5	28.8	27.5	37.1	38.3	36.2	36.5
	48	56.9	62.7	57.7	49.2	48.6	52.7	48.3	42.5	58.7	61.8	58.8	55.2
	51	88.0	99.1	87.6	81.4	77.6	81.0	77.6	73.0	91.8	99.6	93.0	85.6
20 ~ 29	昭和42~	35.0	34.6	35.2	35.2	22.3	23.9	22.6	20.5	37.3	36.2	37.8	38.2
	45	55.3	56.7	54.6	54.3	35.3	38.9	34.4	31.4	57.6	58.1	57.3	57.2
	48	85.0	88.1	84.4	81.0	57.0	62.8	56.7	50.3	89.1	91.0	89.0	86.8
	51	132.2	140.6	128.7	127.2	93.4	101.3	92.7	85.9	133.0	144.5	135.3	133.7
30 ~ 39	昭和42~	49.2	52.0	49.6	44.9	23.8	32.3	21.9	20.0	56.3	58.2	56.4	53.9
	45	77.3	82.1	77.1	70.6	35.5	45.7	33.3	31.1	86.3	90.0	84.7	81.8
	48	117.7	123.6	118.9	106.5	56.9	71.5	55.2	49.7	130.6	136.9	129.3	122.5
	51	183.0	202.2	179.6	166.4	94.6	117.5	95.9	86.1	202.3	219.3	196.6	187.0
40 ~ 49	昭和42~	57.2	64.1	54.5	46.3	23.7	36.3	20.7	19.5	69.8	75.9	66.7	60.9
	45	87.2	95.7	85.0	72.2	37.4	52.2	33.8	31.7	103.8	111.3	100.4	91.0
	48	132.1	145.0	132.1	108.6	62.5	85.3	60.7	51.5	152.6	167.7	147.1	135.0
	51	201.3	236.5	199.3	170.2	95.3	130.5	95.0	85.6	240.8	272.4	232.2	209.6
50 ~ 59	昭和42~	54.8	67.5	50.9	42.0	24.2	38.5	20.7	19.3	67.7	80.1	64.4	55.2
	45	83.5	100.4	79.3	66.0	37.7	54.8	33.7	31.5	103.6	120.2	97.5	86.0
	48	127.0	152.5	120.8	99.0	62.0	85.3	62.4	50.7	144.6	182.5	128.0	127.7
	51	190.2	241.9	187.1	156.0	97.3	140.0	96.6	84.9	238.5	288.5	225.2	198.3
60 歳 以 上	昭和42~	38.1	47.3	39.2	35.3	20.8	40.0	18.5	18.0	48.4	56.0	49.6	45.5
	45	56.5	65.6	57.9	53.6	33.8	52.3	28.9	29.5	69.6	80.1	70.2	65.7
	48	85.8	102.1	88.4	79.9	52.0	72.5	49.9	46.3	99.4	124.8	91.7	100.5
	51	134.9	156.4	140.3	129.6	87.8	128.5	85.4	78.0	158.7	193.0	153.1	155.4

		全 国 平 均								男 子			
		企 業 規 模 1,000 人 以 上				100 ~ 999 人				10 ~ 99 人			
		小・新 卒	旧中・新 卒	高専・短大 卒	旧大・新 卒	小・新 卒	旧中・新 卒	高専・短大 卒	旧大・新 卒	小・新 卒	旧中・新 卒	高専・短大 卒	旧大・新 卒
20 歳 未 満	昭和42年	30.7	29.1	30.9	32.6	32.1	29.3	29.2	29.8	32.4	29.0	28.4	29.4
	45	52.1	47.2	47.5	50.4	51.3	45.6	44.3	46.3	50.7	44.8	43.6	45.6
	48	81.8	78.7	78.3	79.5	76.8	73.4	73.7	73.8	76.6	69.7	67.3	69.2
	51	122.3	119.9	122.8	119.7	113.2	109.1	107.2	111.3	114.6	107.7	106.0	107.1
25 ~ 29	昭和42~	38.8	37.8	39.3	42.2	40.9	39.5	39.7	39.3	39.1	38.9	38.1	40.1
	45	65.5	61.7	63.0	67.0	65.1	61.2	61.8	59.8	61.9	60.2	59.5	60.3
	48	98.1	95.2	92.4	97.2	100.3	92.5	89.2	91.7	91.8	87.6	87.4	90.1
	51	150.9	152.0	153.0	156.5	141.6	139.2	135.9	140.7	138.0	136.6	136.8	139.8
30 ~ 34	昭和42~	45.8	47.6	48.7	56.3	45.6	47.9	50.1	53.3	42.1	46.0	47.4	52.7
	45	74.8	75.1	77.9	89.0	72.2	73.5	75.9	80.3	66.5	70.1	75.2	79.8
	48	114.2	115.7	111.1	128.9	110.8	114.2	113.7	120.4	100.7	105.0	108.7	113.9
	51	175.9	189.6	195.2	207.9	163.4	169.2	172.7	182.5	153.5	161.3	170.6	183.6
35 ~ 39	昭和42~	51.5	56.4	67.6	70.7	47.3	53.7	64.4	66.2	42.0	50.1	58.9	63.2
	45	80.1	85.6	93.5	108.5	75.3	81.8	88.2	96.3	67.2	76.1	86.3	92.6
	48	123.5	125.6	120.5	150.2	113.5	125.1	122.1	145.2	101.2	113.1	124.2	137.5
	51	192.0	210.0	223.0	251.6	171.5	189.4	196.5	221.8	158.4	176.7	191.1	213.5
40 ~ 49	昭和42~	58.2	67.6	83.9	95.7	48.9	58.5	73.4	82.1	42.0	52.9	64.1	71.6
	45	87.4	96.4	123.7	140.3	76.9	88.6	110.4	118.5	65.3	79.7	95.0	107.1
	48	133.3	142.4	166.5	182.8	120.6	131.6	159.5	175.1	97.1	116.3	140.5	156.2
	51	205.2	236.6	302.1	306.7	174.6	201.1	239.1	268.6	152.8	181.3	210.7	249.2
50 ~ 59	昭和42~	61.3	74.1	96.4	120.5	45.5	57.7	73.2	84.4	38.9	49.2	58.7	65.0
	45	90.4	106.3	145.6	170.9	71.1	87.7	113.2	127.2	60.7	74.8	91.8	102.3
	48	135.1	152.1	184.8	231.3	110.7	124.0	159.1	188.0	89.4	108.9	138.3	158.3
	51	207.5	250.2	336.0	370.3	162.5	199.9	256.3	296.6	138.5	170.9	219.4	265.5
60 歳 以 上	昭和42~	42.9	54.7	60.7	74.7	35.1	44.8	56.5	62.5	33.1	41.0	48.4	47.1
	45	59.3	69.7	84.2	103.3	53.1	62.6	87.4	91.4	50.8	58.1	69.2	74.6
	48	84.7	105.2	118.2	173.0	79.3	92.6	85.6	161.3	74.5	87.6	98.7	117.0
	51	130.4	158.5	187.9	258.6	119.5	143.4	183.7	249.4	116.6	144.3	174.1	187.4

	40～49 歳 男 子 賃 金 水 準															
	実 額 (千 円)								指 数 (東京都=100.0)							
	企 業 規 模 10人以上				(再掲) 10～99人				企 業 規 模 10人以上				(再掲) 10～99人			
	昭 42	45	48	51	昭 42	45	48	51	昭 42	45	48	51	昭 42	45	48	51
北海道	53.2	79.0	118.4	186.8	42.7	66.5	106.6	167.1	76.2	76.1	77.6	77.6	70.1	73.1	79.0	79.7
青森	47.5	68.2	100.6	159.1	35.2	53.7	82.5	137.4	68.1	65.7	65.9	66.1	57.8	59.0	61.1	65.6
岩手	47.9	71.8	100.8	160.3	33.3	50.7	76.0	132.0	68.6	69.2	66.1	66.6	54.7	55.7	56.3	63.0
宮城	51.7	75.4	112.2	177.5	39.4	57.0	85.9	138.0	74.1	72.6	73.5	73.7	64.7	62.6	63.6	65.8
秋田	46.7	66.4	97.2	148.7	33.7	49.0	72.3	125.6	66.9	64.0	63.7	61.8	55.3	53.8	53.6	59.9
山形	42.7	63.9	97.5	152.3	33.0	51.4	76.2	132.1	61.2	61.6	63.9	63.2	54.2	56.5	56.4	63.0
福島	45.8	69.4	104.0	161.7	32.8	53.1	89.9	131.0	65.6	66.9	68.2	67.2	53.9	58.4	66.6	62.5
茨城	48.0	79.0	125.3	190.4	36.9	62.8	93.0	158.0	68.8	76.1	82.1	79.1	60.6	69.0	68.9	75.4
栃木	47.6	77.2	114.5	183.7	36.1	63.6	96.4	151.7	68.2	74.4	75.0	76.3	59.3	69.9	71.4	72.4
群馬	48.9	76.9	113.3	179.5	36.0	62.7	96.8	151.1	70.1	74.1	74.2	74.5	59.1	68.9	71.7	72.1
埼玉	55.0	84.9	127.7	198.7	50.2	77.2	114.1	171.8	78.8	81.8	83.7	82.5	82.4	84.8	84.5	82.0
千葉	56.6	87.4	129.1	203.0	44.4	72.5	113.4	173.9	81.1	84.2	84.6	84.3	72.9	79.7	84.0	83.0
東京	69.8	103.8	152.6	240.8	60.9	91.0	135.0	209.6	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
神奈川	64.5	100.7	148.0	216.7	54.8	88.9	128.2	186.3	92.4	97.0	97.0	90.0	90.0	97.7	95.0	88.9
新潟	48.9	73.6	110.0	162.9	38.9	59.2	88.2	140.1	70.1	70.9	72.1	67.6	63.9	65.1	65.3	66.8
富山	51.0	80.3	117.7	182.9	42.0	70.0	100.6	158.4	73.1	77.4	77.1	76.0	69.0	76.9	74.5	75.6
石川	50.3	79.3	123.2	185.8	43.8	68.1	109.9	161.4	72.1	76.4	80.7	77.2	71.9	74.8	81.4	77.0
福井	46.5	72.8	110.2	175.1	38.6	63.4	96.4	157.1	66.6	70.1	72.2	72.7	63.4	69.7	71.4	75.0
山梨	47.6	72.7	110.5	170.3	38.5	60.5	97.6	148.0	68.2	70.0	72.4	70.7	63.2	66.5	72.3	70.6
長野	45.6	71.1	106.8	168.0	35.3	57.9	93.1	147.1	65.3	68.5	70.0	69.8	58.0	63.6	69.0	70.2
岐阜	47.9	76.3	115.0	177.0	38.8	67.6	101.2	158.7	68.6	73.5	75.4	73.5	63.7	74.3	75.0	75.7
静岡	53.8	83.1	122.4	193.4	46.5	72.3	108.5	168.9	77.1	80.1	80.2	80.3	76.4	79.5	80.4	80.6
愛知	60.9	91.8	134.9	207.0	49.7	79.6	115.6	177.9	87.2	88.4	88.4	86.0	81.6	87.5	85.6	84.9
三重	53.2	82.8	121.0	191.2	41.7	67.8	105.1	167.2	76.2	79.8	79.3	79.4	68.5	74.5	77.9	79.8
滋賀	51.3	80.2	123.7	193.7	41.9	69.2	107.3	163.9	73.5	77.3	81.1	80.4	68.8	76.0	79.5	78.2
京都	59.1	87.3	134.4	211.7	51.2	76.7	118.3	195.3	84.7	84.1	88.1	87.9	84.1	84.3	87.6	93.2
大阪	66.1	99.9	148.9	224.0	57.9	88.6	130.0	198.7	94.7	96.2	97.6	93.0	95.1	97.4	96.3	94.8
兵庫	63.2	95.9	154.7	214.3	52.1	81.8	119.7	186.6	90.5	92.4	101.4	89.0	85.6	89.9	88.7	89.0
奈良	53.4	78.7	121.3	194.5	45.4	67.7	107.0	168.4	76.5	75.8	79.5	80.8	74.5	74.4	79.3	80.3
和歌山	55.7	88.9	122.2	194.9	45.8	70.4	107.7	166.3	79.8	85.6	80.1	80.9	75.2	77.4	79.8	79.3
鳥取	45.4	68.5	100.4	156.4	34.3	54.2	85.5	134.3	65.0	66.0	65.8	65.0	56.3	59.6	63.3	64.1
島根	42.6	64.1	97.9	154.6	30.9	46.9	79.7	135.0	61.0	61.8	64.2	64.2	50.7	51.5	59.0	64.4
岡山	52.6	83.2	118.4	188.1	41.2	66.9	98.4	157.6	75.4	80.2	77.6	78.1	67.7	73.5	72.9	75.2
広島	58.6	88.6	131.5	199.1	45.5	70.4	107.6	170.8	84.0	85.4	86.2	82.7	74.7	77.4	79.7	81.5
山口	54.7	81.0	120.2	189.3	39.1	63.4	97.0	159.9	78.4	78.0	78.8	78.6	64.2	69.7	71.9	76.3
徳島	43.5	71.1	103.6	166.1	34.3	58.0	88.6	137.6	62.3	68.5	67.9	69.0	56.3	63.7	65.6	65.6
香川	44.1	73.2	114.4	181.7	35.0	60.6	100.5	154.0	63.2	70.5	75.0	75.5	57.5	66.6	74.4	73.5
愛媛	49.6	75.6	115.3	177.8	40.3	59.9	95.3	151.1	71.1	72.8	75.6	73.8	66.2	65.8	70.6	72.1
高松	47.6	69.3	108.4	169.0	37.6	58.5	92.8	148.5	68.2	66.8	71.0	70.2	61.7	64.3	68.7	70.8
福岡	56.2	83.0	120.2	192.4	42.6	63.0	100.8	157.8	80.5	80.0	78.8	79.9	70.0	69.2	74.7	75.3
佐賀	44.6	65.7	102.6	158.4	35.0	51.3	80.8	135.4	63.9	63.3	67.2	65.8	57.5	56.4	59.9	64.6
長崎	55.4	81.0	117.3	179.9	37.3	58.9	90.8	142.8	79.4	78.0	76.9	74.7	61.2	64.7	67.3	68.1
熊本	47.8	70.2	129.9	158.8	37.8	49.7	85.6	129.4	68.5	67.6	85.1	85.9	62.1	54.6	63.4	61.7
大宮	46.5	70.9	105.7	169.9	34.1	56.7	91.1	141.2	66.6	68.3	69.3	70.6	56.0	62.3	67.5	67.4
鹿児島	44.4	67.4	106.2	158.9	31.9	50.1	79.0	133.3	63.6	64.9	69.6	66.0	52.4	55.1	58.5	63.6
沖 縄	45.7	67.0	101.6	149.6	31.9	52.5	79.9	128.4	65.5	64.5	66.6	62.1	52.4	57.7	59.2	61.3
全 国	...	...	107.1	163.3	...	...	90.9	145.6	...	...	70.2	67.8	...	...	67.3	69.5
全 国	57.2	87.2	132.1	201.3	46.3	72.2	108.6	170.2	81.9	84.0	86.6	83.6	76.0	79.3	80.4	81.2

- 注 1) ここでいう賃金水準は労働省「賃金構造基本統計調査報告」による、きまって支給する現金給与額のことである。昭和42年は4月分、昭和45、48、51年は、いずれも6月分の支給額である。
- 2) 年次推移の比較、或いは掲載数日の都合上、原表の年齢階級を括って示してあるものが多い。それは労働者数をウェイトにして加重平均している。

社会保障研究所日誌 (昭和 53. 4～53. 6)

昭和53. 4. 3 英国エセックス大学教授 ピーター・タウンゼント氏が表敬訪問 所長, 三浦第三部長ほかと懇談

4.10 ピーター・タウンゼント教授講演『英国の老人福祉政策について』(東海倶楽部会議室)

4.20 JERUSALME (ISRAEL) の BROOKDALE INSTITUTE OF GERONTOLOGY の SIMON BRGMAN, M. S. ACSW 訪所 三浦部長, 小林研究員と懇談

4.27 経済分析研究会 (第1回) 報告内容「企業福利費の国際比較」報告者: 国際開発センター研究員 岡崎篤生

同 経済・社会研究会 (第1回) 報告内容「社会保障論における問題意識について」報告者: 顧問 山田雄三

同 定例役員会開催 (第137回)

5.11 制度研究会 (第1回) 報告内容「J. D. BROWN, AN AMERICAN PHILOSOPHY OF SOCIAL SECURITY EVOLUTION AND ISSUES について」報告者: 一橋大学助教授 藤田伍一

5.16 社会分析研究会 (第1回) 報告内容「老人ホームの処遇」報告者: 東京都老人総合研究所 小笠原祐次

5.25 経済分析研究会 (第2回) 報告内容「医療保険の経済分析」報告者: 慶応義塾大学講師 田中 滋
同 経済・社会研究会 (第2回) 報告内容「NEW WELFARE SOCIETY について」報告者: 所長 馬場啓之助

同 定例役員会開催 (第138回)

6. 6 政策研究会 (第1回) 報告内容「高齢者の雇用問題」報告者: 日本賃金研究センター研究主任 孫田良平

6.29 経済分析研究会 (第3回) 報告内容「医療サービスにおける需給ギャップの見通し」報告者: 研究員 都村敦子

同 経済・社会研究会 (第3回) 報告内容「A NOTE ON EC'S ECONOMIC IMPACT OF SOCIAL SECURITY」報告者: 所長 馬場啓之助

同 定例役員会開催 (第139回)