

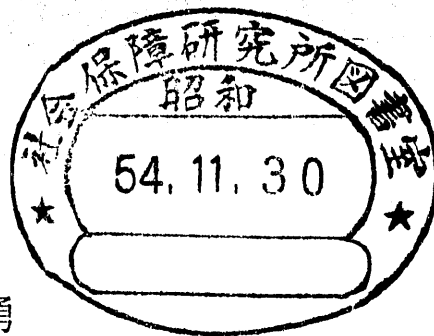
季
刊

社会保障研究

Vol. 15, No. 2

社会保障研究所

1979



転換期と蛮勇

小 沼 正

(1)年中無休、24時間オープン、(2)入院保証金、総室(大部屋)の室料差額、冷暖房費等一切無料、(3)健康保険の3割負担も困っている人には免除する、(4)生活資金の立替え・供与をする、(5)患者からの贈り物は一切受取らない、(6)医療技術・診療態度の向上に絶えず努力する、という6公約に加えて、(7)患者本位をめざし、エレベーターは患者用とし関係者は用いない、患者には廊下の真中を歩かせ、関係者は両端のみを歩く、医師にはポケット・ベルで、いつでもどこでも対処させる、(8)薬漬けとは無縁とする、などの実行方針を打出しているのは徳洲会病院である。これらは、真に何もかも結構づくめである。理事長徳田虎雄氏のもとに、現に10ヵ所内外の総合病院が稼働または準備中であり、昭和60年度には全国に総合病院100、8万ベッドの病院網の実現を目途としている。加えて会員組織による地域医療の確立を目差している。

医療抜本対策という掛け声が高らかに唱えられてから久しく、時とともに混迷の度を加えていくかに見える医療界に、殴り込みをかけたともいうべきで、まさに「蛮勇」としかいいようがない。「蛮勇をふるえ」とは大内兵衛博士が、終戦直後の国家財政を危惧して、時の蔵相に進言された言葉として、われわれの記憶に鮮やかである。

たしかに現在は転換期である。ガルブレイスの『不確実性の時代』を引くまでもなく、転換期論はわが国でも各方面に花ざかりである。

経済思想の中で福祉との関連で、こころみにいくつかを挙げるならば、それらはいわば価値観の転換とあってよいのであろうが、つぎのようである。

利己心に依存する資本主義の招いた矛盾と弊害の解決策として、社会保障などの政府の公共的な政策の介入、ついで価値の転換として福祉には、市場の網にかからぬ福祉要因評価の枠組みの作成、憲法25条を具体化するシビル・ミニマムの確立、その他を提唱される(都留重人教授)。資本主義体制の矛盾により発想の転換が起こり、とくに老人、病人なども健康で文化的な最低限の生活を営むという市民の基本的権利をもつと考えられることになる(宇沢弘文教授)。「生かさず殺さず」「人柱」の思想は、不徹底に終わった市民革命の所産、封建的思想の遺物ともいうべく、それが支配層だけでなく、庶民にも根強く浸透しており、これは人間としての尊厳性を前提としてのシビル・ミニマムの思想が政策決定の上に定着したものとは考えられず、定着のためには人びとの考え方が変わることが前提である(稲田献一教授)。

さらに政治学の分野をひろめよう。従来、それが社会の全員におちこぼれなしに、公正、平等に配分されるほどその価値を増す、という価値観についての重大な欠落があった(坂本義和教授)。市民運動をやっていくと、権利を享受できない人の権利を考えなければならない、ハンディキャプトが安全に生活できる社会は、健康な人にはもっと安全な社会だという発想がだんだん出てくる(篠原一教授)。

これらは一部の例にすぎないのであるが、このような転換期における価値観の転換は、どのようにして現実の政策決定の上に持込まれるべきであろうか。それは行詰った社会を開く実践行為である。しかしそれは容易ではない。医療や所得の保障その他ひろく福祉面においても、過去に積上げられた既得の利益が顕著であるだけに、その価値観の転換、その利害の調整は容易ではなく、何びとかが「蛮勇」をふるわねばならないであろう。

このような視点に立てば、上述の徳洲会病院の創設はいい意味で、まさに「蛮勇」といえよう。徳田氏はこれを一つの社会運動と称しており、その理念に共感し苦楽をともにしようとする関係者たちは一種の宗教団体にも近く、このような結合と、近代的なアメリカ病院経営会社の経営方式とが結合されている。これらは価値観の変革であり、関係者一同の人が生れ変わることもある。

徳洲会病院は、たしかに幾多の問題をもち、今のところその成否は明らかではない。むしろここでは、転換期における「蛮勇」の必要性和その新風の吹込みに注目したい。と同時に、翻っていわゆる学者の側からの、転換期への人が変わるまでの積極的な取組み方についても、厳しく反題しなおす契機を与えられたものとして、改めて刮目すべきであろう。

日本の病院の特質

——マクロ的視点からの分析——

西 三 郎

I はじめに

わが国は、健康保持増進のインプットとしての、公衆衛生活動、保健医療施設整備、国民医療等、いずれも世界先進国のなかで必ずしも高くないにもかかわらず、健康のアウトプットの一つの指標である平均寿命は、世界最長グループにあり、さらに死亡率の低下により、より寿命が伸びることが期待されている。このような、マクロ的には、国際的に優れた公衆衛生、保健医療の状況にあるようにみられてはいるが、国内的には、医療問題が早急にその対策を樹立しなくてはならない大きな課題の一つとなっている。その一つに医療費の上昇と、それによる健康保険財政の危機があげられている。医療費は、その上昇要因として、医療需要の高まり、医療技術の進歩、医療産業の進出、保健医療従事者とくに医師の急増などがあり、これらは、いずれも、上昇こそすれ、下降の傾向はみられていない。このため、一部では、わが国の医療機関の利用が、著しく高く、提供される医療内容に一部で「乱診、乱療」（概念、定義づけが不明確な内容のまま言われている）の傾向があるなどが話題となり、医療政策の一つとして、これらの顕在している当面の保険財政等を中心とした対策が検討されている。しかしながら、医療の本来の目的は、公衆衛生の向上を通じ、国民の健康を確保することにあることは、医師法第1条等の規定からも明らかといえる、このことから、医療政策は、顕在化されている医療費上昇のみに目を奪われることなく、またいわゆる「乱診、乱療」という不明確な概念にまどわされることなく、国民の健康確保、さらには、健康の保持増進という目標達成のために策定されなければならない。ここでは諸外国に比し高いといわれているわが国の

医療機関の利用状況の分析を行うことを通じ、限られた資源である医療が、より社会的公正のもと有効に国民の健康確保に結びつけ得るための基礎資料を作ることをねらいとした。

II 調査の目的と方法

医療機関の利用状況について、国の段階の調査資料を中心として、1年間の概況を推計し、医療機関利用の構造の一部を明らかにすることを目的とした。医療機関利用について、年齢別の受診、受療、在院状況などの統計、その他の統計を用いて推計し、その結果より医療機関利用の状況について、構造面からの考察を行った。なお、考察にあたり、アメリカの統計結果を参照した。

調査に先だって、日米の保健に関する資料の概要とおのおのの国の病院の特色を概観しよう。

III 日米保健状況の比較（表1）

日本およびアメリカについて、主な保健に関する統計を1960年より、1977年（一部76年）とその間の年平均伸び率を表1にまとめた。

人口の伸びは、日米ともに小さいが、高齢者の伸びはともに大きい。なお若年人口は、アメリカでは早くから減少しているが、日本では、ようやく減少傾向に入ろうとしている。すなわち、日本がややおくれながら高齢化社会へと向っているといえる。

人口動態をみると、日本の死亡率が低く、さらに減少傾向も著しい。平均寿命は、日本が長く、その伸びの傾向も大きい。

医療費は日米ともその伸びは著しい。1人あたりの医療費は、日本がアメリカの約半分ではあるが、その伸び率は高い。

ヘルスマンパワーは、看護婦の伸びが日米とも

表 1 日 米 保 健 状 況 比 較

単 位		1960	1977	年 平 均 伸 び 率		
				'60 ～'70	'70 ～'75	'75 ～'77
人 口						
総 人 口	100万 日	93.4	113.5	1.0	1.5	1.0
	米	180.7	216.3	1.3	0.8	0.8
5 歳未満人口	日	8	10	2.3	2.5	0.0
	米	20	15	-1.7	-1.5	-2.1
65歳以上人口	日	5	10	3.2	3.8	4.0
	米	17	23	1.9	2.2	2.4
人口動態						
出 生 率	人口千対 日	17.2	15.5	0.9	-1.9	-4.8
	米	23.7	15.3	-2.5	-4.3	1.7
死 亡 率	人口千対 日	7.6	6.1	-1.2	-1.9	-1.6
	米	9.5	8.8	—	-1.3	-0.6
保 健						
平均寿命男	年 日	65.32	72.69	0.6	0.7	0.6
	米	66.6	69.0*	0.1	0.5	0.4
女	日	70.19	77.95	0.6	0.6	0.6
	米	73.1	76.7*	0.2	0.5	0.3
医 療 費	千億円 日	4.1	85.7	19.8	21.0	15.0
10 億ドル	米	25.9	162.6	10.4	12.3	14.7
1 人 当 り	100円 日	43.8	77.1	18.5	19.2	15.4
医 療 費	ドル 米	142	736	8.9	11.4	13.6
ヘルスマンパワー						
医 師	1000人 日	103	138	1.5	1.8	2.2
	米	247	379	2.3	3.3	3.3
人口10万当り	人 日	110	121	0.4	0.6	1.2
医 師	米	137	176	1.1	2.6	2.9
看 護 婦	1000人 日	186	404	3.9	5.6	5.7
	米	504	961	3.3	5.3	6.1
人口10万当り	人 日	199	340	2.9	4.1	4.7
看 護 婦	米	282	449	2.1	3.2	5.4
病 院						
病 院	1000 日	6.1	8.4*	2.7	0.8	1.0
	米	6.9	7.1*	0.4	0.1	-1.0
病 床	100万床 日	0.69	1.18*	4.5	1.8	1.8
	米	1.7	1.4*	-0.3	-1.9	-2.2
人 口 千 対	床 日	7.3	10.5*	3.4	0.3	0.7
病 床	米	9.3	6.7*	-1.5	-3.0	-2.9
病床利用率	% 日	80.7	81.1	0.1	-0.2	0.9
	米	84.6	76.0	-0.5	-0.9	-0.9
1 日 当 り 医 療 費	100円 日	15**	81	13.0	18.7	23.4
	ドル 米	32	173	9.7	13.3	14.0

資料：日本；厚生省各種統計。

アメリカ；Statistical Abstract of the United States.

に大きく、医師の伸びは2～3%と小さいが、日本では伸び率は大きくなる傾向を示している。ヘルスマンパワーの数が、人口10万当たり医師、看

護婦ともに、アメリカが多いにかかわらず、その伸びも大きい。しかし、病院の病床は、アメリカで減少しているのに日本では逆に増加し、病床利

用率も大きく、さらに伸びている。このように、ヘルスマンパワーの伸びがアメリカより小さいにもかかわらず、病床の伸びが大きいことは、マンパワーの必要性へのインパクトがより大きくなる。1日当たりの医療費をみると、日本はアメリカの約5分の1にすぎない。これは単に医療の価格が安いのみならず、病院医療といわれる性格の違いも考えられる。なお、1日当たり医療費の伸びは日本では著しく高く、年率23.4%である。

以上、日米を比較するに、日本はややおくれて高齢化社会へ向っており、またアメリカにみられる、高い医療費、多いヘルスマンパワーの傾向を追いかけけている。しかし、アメリカにみられる、病院病床の減少の傾向はなく、逆に増加し、病院の1日当たり医療費の高い伸びから、医療費への圧迫は、より激しくなることが考えられよう。

このように、日本の病院が、アメリカの病院の傾向との違いがみられることを、すこし分析してみよう。

IV 病院の歴史と発展

わが国への西洋医学の導入は、最初オランダ医学から、次いで明治政府の決定によるドイツ医学からであり、アメリカ医学の影響は戦後からといえる。なお、戦後は、アメリカからは医学のみならず、アメリカのオープン病院制度の導入も図られ、医療法第35条に公的病院のオープン化、保健所法第5条の保健所検査室のオープン化などが規定された。これらの規定は現在ではほとんど空文化している。しかし、最近では地区医師会により、医師会病院、医師会検査センターの設立が進められており、これらは新しい形でのオープンシステムの導入ともいえる。アメリカ医学、アメリカ医療制度の影響をほとんど受けなかった戦前の日本は、アメリカと同様西洋医学においては後進地域であり、病院は、私的経営を中心としているなど、共通要素もみられている。ここでは、両国の病院の発展の経過の分析を通じ、日本の病院の特色を明らかにしよう。

アメリカでの最初の病院は、1713年フィラデルフィアにクェーカー教徒の William Pen の救貧院が最初といわれ、次いで、ニューヨーク、チャールストンに作られていった。その後、1737年ニューオリンズに救貧院に施療病院が併置された施設が設けられた。貧困者のみならず一般の病人を対象にした、最初の病院といえるのは、1751年フィラデルフィアに開設されたペンシルヴァニア病院といわれている。その後病院は、治療と医学教育の臨床訓練の場として発展し、ニューヨーク、ボストン、ニューヘブロンなどに建設されていった。

日本での最初の病院は、1861年長崎養生所といわれ、患者の治療と、医学教育を目的としたものであった。日本の病院は、アメリカに遅れること約1世紀、しかも、アメリカにみられた、救貧院の時代を欠いたものであった。日本の病院が、このような公益性を有する救貧院の時代を欠いて発展したことが、病院の重要な性格である公益性を薄いものとせしめた理由の1つともいえる。アメリカの病院は、公立および教会立を含んだ私立ともに公益のためにあり、コミュニティの病院として、設立されたものとされている。このことは、1941年米国病院協会、米国病院管理会において採択された、病院倫理綱領¹⁾をみても、病院の公益性、特にコミュニティニーズに適合した活動の必要ということを前提としたものであることから明らかといえる。綱領の内容は、公益性は当然のこととして理解されているためか、最初の規定は患者の収容よりも個人に適正診療とプライバシーの尊重をかかげている。すなわち綱領には、病院の目的を適正な治療と、医学の進歩に置き、次いで、病院のコミュニティに対する衛生教育の役割における患者のプライバシーの尊重などが規定されている。このことは、日本の病院が、病院の公益性の前提を欠いて、ここに示されている病院の目的のみを追求している現状と比較し、大きな違いがある。

1) 病院の創立

1) MacEachern M. T; Hospital Organization and Management, Physician's Record Co. Chicago, 1947.

2) 公立病院の登場、教育病院の整備

アメリカの連邦政府立病院は、公衆衛生サービス法の一部として船員病院法（1798年）に基づいて、ボストン、ノーフォークに1802年設置されたのが最初である。その後1825年より1850年にかけて州政府は大規模精神病院の建設を行った。なお、一般病院でも、オハイオ、インディアナの諸州では公立病院が、オクラハマ、カンサス、ミズリーの諸州では、公立病院、公益病院との両方がみられている²⁾。このように、一般病院は、一部の州を除いては、公益性のあるいわゆる私立の地域病院が中心で、精神、結核等特殊病院は、政府立の病院が多いという傾向がみられた。

わが国では、明治政府は西洋医学の普及のための医師養成および窮民の施療を目的として、公立病院の整備を行った。しかしながら、施療は必ずしもその成果もあげず、その上明治15年医学校の内容の基準の整備、明治21年公立学校財政制度の改革などにより、医学教育病院は整理され、公立医学校は30校からわずか3校と整理縮小されることとなった。このようなこともかかわって公立病院の増加がとまり、逆に私立病院が増加し、公立病院は一部の医学教育病院と、伝染病、結核、精神等の特殊病院に重点が移行していった。1909年890病院のうち私立病院793、89.1%であった。統計の変更により、1910年伝染病院1,515を含み2,475病院となり、数のみでは、公立病院が急増しているが、一般病院における私立病院の多いことは変わらず、現在にいたっている。

医学教育の改革はアメリカにおいてもみられた。1905年医学教育改革が着手され、1910年フレクスナー報告による医学校基準の作成が行われ、調査当時の160校が1925年76校に激減していった。このように、医学教育の改革は、日本がアメリカに比し、約30年早く着手したが、医師の資格を医学校卒業に限ったのは、1916年と、アメリカの教育改革の途中であった。

以上、日米ともに、公立病院は特殊病院を主と

し、医学校および教育病院は、基準を上回る、高度な診療の機関である点には、共通性を見出し得る。しかし、私立病院の性格は全く異なり、アメリカは公益性のある地域病院であるのに、日本では、地域性、公益性を欠いた病院であった。

3) 病院の役割、機能の発展（表2）

最初の病院統計は、アメリカでは1873年連邦教育局にて全国調査がなされ178病院（文献1）によると149病院35,453床）、日本では1874年52病院であった。その後両国とも病院の整備が進んでいった。日本では1882年625病院（国公立330、私立295）、その後、一時統計がなく、1888年564病院（国公立225、私立339）となり、公立病院は減少し、私立病院が増加し、1909年国公立97、私立793合計890病院であった。翌1910年統計が変更され伝染病院が加わり2,475と急増した。病院数では、アメリカの約半分となった。しかし、病床数は約7分の1にすぎなかった。その後の病院、病床の状況を表に示した。

公立病院を中心とした特殊病院の整備は、日本では、戦前は、伝染病に重点がおかれ、戦後は、結核に移行し、結核病床が一般病床を上回ったこともあった。精神病床は特殊病床にもかかわらず、私立病床が多く、戦前は著しく少なく、戦後急増し、現在アメリカの2倍あるにもかかわらず、わずかではあるが上昇しつつづけている。

一般病床も、戦前は著しく少なく、戦後急増し、現在では、日米逆転し、日本の一般病床はアメリカの1.4倍となっている。

以上の結果から、戦前の日本の病院は、伝染病床を除くと、限られた人にもみ病床が開放され、しかも、地域病院としての性格を欠いていた。戦後は、結核対策に重点が置かれ、政府はその病床の整備を行ったが、一般病床は、私的医療機関にその整備がゆだねられていた。すなわち経済発展、国民皆保険のなかで、病院、病床の急成長がみられ、とくに、地域性の欠如から、地域の必要との相関なく、その成長を現在も続けている。アメリカの病院は地域性を有していることから、その病床数の増加が、20世紀前半の時期に限られ、その

2) R. E. Walsh 著 江間時彦、横山邦幸訳、アメリカの地域病院、至誠堂、1972

表 2 日 米 病 院 の 比 較

	1909	1914	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1975	1976	1977
日 本											
病院数	890	2,686	2,972	3,716	4,732	3,408	6,094	7,974	8,294	8,379	8,470
{ 国立・官立 %	0.6	65.7	56.9	45.3	34.8	11.2	7.4	5.6	5.3	5.3	5.3
{ 公立 %	10.3										
{ 公的・その他 %	89.1	34.3	43.1	54.7	65.2	72.0	20.7	15.1	14.3	14.2	13.9
{ 個人・医療法人 %											
{ 個人・医療法人 %							53.5	65.8	67.6	67.8	68.1
病床数人口10万対	—	72	71	189	262	331	735	1,025	1,040	1,048	1,057
{ 国立・官立	—	72	71	97	138	115	156	152	146	146	144
{ 公立	—										
{ 公的その他	—	—	—	92	124	160	204	246	245	242	246
{ 個人・医療法人	—	—	—								
{ 個人・医療法人	—	—	—				202	427	453	464	473
{ 一般	—	14	14	107	142	221	324	581	645	659	678
{ 精神	—	—	0	17	33	21	102	238	249	251	254
{ 結核	—	—	—	7	30	79	270	171	115	107	96
{ その他	—	59	56	58	58	11	40	35	31	30	29
一般診療所病床人口10万対	—	—	—	—	—	—	177	241	236	236	237
アメリカ											
病院数	4,359	5,037	6,152	6,719	6,291	6,788	6,876	7,123	7,156	7,082	
{ 連邦政府 %	1.6	1.8	2.1	4.3	5.3	6.1	6.3	5.7	5.4	5.4	
{ 州・地方政府 %	5.3	5.8	5.8	22.7	22.7	24.3	27.3	31.8	32.2	32.0	
{ 公益 %	93.0	92.3	92.2	73.0	46.1	47.9	52.1	50.7	49.8	50.1	50.1
{ 非公益 %											
{ 非公益 %					25.8	21.7	14.3	12.1	12.7	12.5	
病床数人口10万対	465	537	767	776	925	958	921	793	688	668	
{ 連邦政府	10	13	18	52	82	124	98	79	62	60	
{ 州・地方政府	209	235	254	453	577	556	529	381	267	245	
{ 公益	247	290	321	273	225	242	268	304	320	322	322
{ 非公益											
{ 非公益					41	36	26	29	39	41	
{ 短期一般	—	—	292	302	349	387	355	416	444	448	448
{ 長期一般	—	—									
{ 精神	—	—	277	356	469	469	401	259	155	136	
{ 結核	—	—	10	54	59	56	29	10	3	2	
{ その他	—	—	188	65	49	47	—				

注: 1) 国公立病院のみ。

2) 伝染病床を含まず。

3) 1918年病院数 5323, 病床数人口 10 万対 593。

4) 1950年以降は連邦政府を含まない。

資料: 日本; 内務省「衛生局年報」(1909~1930), 厚生省「衛生年報」(1940, 1950), 厚生省「医療施設調査」(1960~) より計算。

アメリカ; Statistical Abstract of the United States より計算。

(1950年まで America Medical Association

(1950年より America Hospital Association 登録病院)

後の成長が緩慢となっていたことと全く異なった傾向を日本が示している。また、日米の比較として、アメリカではオープン病院の形式を含み、診療所とは機能分担が、病院設立当初からみられていた。しかるに、日本の病院は、診療所からの発展であり、現在でも有床診療所から小病院、小病院から中、大病院へという連続的発展の傾向が

みられているように、その機能分担が未熟な状態にとどまっている。これらのことは、日本の私立病院とアメリカの私立病院との根本的な違いをもたらした。今後とも日本の病院が、このように、地域性を欠如し、ただ個々の施設の拡大化傾向のみを持続するとすれば、病院はますます発展し、医療費の危機のみならず、医療自体、単なる医学

の応用の場に過ぎなくなる危険を有しているといえよう。

4) 病院の利用状況の経過 (表 3, 4)

1) 戦前の状況

わが国の病院病床は、戦前においては、アメリカに比し病床数が少ないにもかかわらず、病床利

用率は低かった。このことは、病床を必要とする患者が少なかったというより、入院を必要としても入院する経済的余裕がなかったことが考えられる。当時の資料より、「医師に行くと3ヵ月、入院すると3年間、家計に強い影響がある」といわれたことにも裏づけされよう。すなわち、病床不足よりも、入院困難により、低い病床利用率、それによる病床増の困難ということにより低病床率となっていたといえる。当時の施療病院など一部の病院を除く多くの病院は、経済に恵まれた社会階層に対して利用される病院といえよう。このこともあってか、在院日数は、1935年日本公立病院22日、私立病院17日とアメリカ一般病院15日に近い。しかし、精神病床、結核病床は、アメリカの1,039日、257日に対し、日本では159日、118日と短い。当時の精神、結核の治療法が十分でなく、一般に長期間収容といった状況よりみると、日本では、末期になり入院するか、または入院の費用負担の困難などが原因して比較的入院期間が短縮されたものと考えられよう。

以上、戦前の日本の一般病院が、施療病院等の一部の病院を除くと、主として恵まれた社会階層を対象とした私立病院が中心であり、精神、結核病床といえども、アメリカに比し、その収容は十分ではなかった。

2) 戦後の状況

戦後、日本の病院は、結核に重点を置き、病床利用率も100を上回った年もあるが、病床は急増していった。また、入院率も徐々に上昇し、1960年人口千対2.4と最高となり、その後減少し、1977年現在ではアメリカの1950年代0.7と同じである。平均在院日数は1955年を最高に現在は徐々に減少してはいるが、1977年現在でも303日と、アメリカの1940年代185日に比し1.6倍、1976年現在の68日の4.5倍と長い。すなわち、アメリカに比し、20年～30年遅れて入院率、平均在院日数減少という経過を追っているといえる。

精神病床も、戦後急増し、現在でも増加の傾向にある。しかし、アメリカでは、平均在院日数1940年1,167日、在院総日数1945年人口千対1,720、入院率1970年人口千対3.3を最高に次第に低下し

表 3-1 病院利用の推移 (日本)

(単位: 人口 1,000)

	1930	1935	1940	*** 1947	** 1950
退院件数					
公立病院	1.18	1.32	1.85	14.82	
私立病院	5.89	8.70	10.61		
公益法人(再掲)	0.82	1.79	2.09		
外国人(再掲)	0.06	0.07	0.13		
その他(再掲)	5.01	6.84	8.40		
施療病院	0.46	0.42	0.27	0.18	0.24
精神病院(私立)	0.14	0.20	0.27		
結核病院(私立)	0.07	0.13	0.28		
結核病院(私立)				0.36	1.12
在院総日数					
公立病院	30.68	33.26	45.65	362.1	
私立病院	118.26	161.87	270.91		
公益法人(再掲)	19.35	37.26	47.63		
外国人(再掲)	1.12	1.23	1.94		
その他(再掲)	97.74	123.39	173.72		
施療病院	11.02	13.54	14.62	40.56	68.73
精神病院(私立)	48.95	77.97	104.82		
結核病院(私立)	19.10	31.65	77.53		
結核病院(私立)				127.48	375.89
平均在院日数					
公立病院	26.1	25.2	24.7	24.4	
私立病院	20.1	18.6	25.5		
公益法人(再掲)	23.6	17.4	22.8		
外国人(再掲)	20.3	18.6	14.8		
その他(再掲)	19.5	18.0	20.7		
施療病院	23.9	32.4	53.4	229.5	282.9
精神病院(私立)	355.7	391.1	383.5		
結核病院(私立)	280.3	242.9	274.3		
結核病院(私立)				355.3	337.1
病床利用率					
公立病院	58.0	61.9	73.2	40.9	
私立病院	35.1	36.7	60.6		
公益法人(再掲)	65.9	66.0	78.6		
外国人(再掲)	37.2	56.1	74.2		
その他(再掲)	32.1	34.0	45.3		
施療病院	104.3	76.4	81.3	50.6	88.9
精神病院(私立)	78.9	78.0	89.0		
結核病院(私立)	76.4	74.3	72.4		
結核病院(私立)				51.1	86.9

注: * 公立病院より施療病院の欄は一般病院。

** 精神病院、結核病院は国公立を含む。

資料: 内務省、厚生省「衛生年報」

表 3-2 病 院 利 用 の 推 移 (日本)

(単位: 人口 1,000)

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1976	1977
入 院 率								
全病床	*16.8	24.0	37.1	46.1	54.3	55.2	55.9	56.4
一般病床	*14.0	20.3	32.3	42.2	51.0	52.4	51.8	53.7
精神病床	* 0.4	0.5	1.0	1.4	1.9	1.9	1.9	1.8
結核病床	* 1.6	2.1	2.4	1.5	1.1	0.9	0.8	0.7
在院総日数								
全病床	852.3	1650.0	2135.2	2619.2	3006.8	3033.4	3079.0	3125.5
一般病床	356.0	641.5	912.3	1280.5	1658.8	1822.1	1879.6	1939.9
精神病床	75.9	182.7	371.5	657.8	888.7	914.8	927.8	940.0
結核病床	382.5	829.5	786.1	629.0	422.6	263.9	240.4	215.4
平均在院日数								
全病床	* 52.3	68	60	56.7	55.3	54.8	55.0	55.3
一般病床	* 26.7	28	28	30.3	32.2	34.7	35.3	36.0
精神病床	*191.7	287	333	433.8	455.4	486.8	492.7	504.7
結核病床	*235.2	383	335	408.5	385.3	317.7	307.7	302.7
病床利用率								
全病床	74.1	83.0	80.7	82.6	81.6	80.4	81.1	81.7
一般病床	57.2	73.7	79.7	80.6	80.3	78.5	79.3	79.8
精神病床	86.6	111.1	106.2	108.0	104.3	101.8	102.0	102.3
結核病床	85.6	91.3	78.1	75.4	66.2	60.3	59.4	58.3
外来患者延数								
全病院	1404.2	2033.6	2671.4	3060.6	3418.5	3426.8	3472.7	3509.2
一般病院	1380.8	1981.3	2609.8	3010.0	3357.4	3360.8	3406.3	344.4
精神病院	2.2	5.8	14.9	28.0	48.0	58.8	60.7	61
結核病院	20.8	46.2	46.6	22.4	131	7.2	5.7	4.4

注: * 1951 年.

資料: 厚生省「病院協会」

ている。現在の日本の退院件数は1970年以降わずかに減少の傾向を示しているが、平均在院日数は、戦後、アメリカとは全く逆に年々伸延し、1970年アメリカ 872 日、日本 889 日とほぼ等しくなり、それ以降は日本はさらに伸延、アメリカは短縮といった交差がみられている。現在の精神医学の新しい方向として、院外ケア、さらに地域社会ケアを中心とし、在院期間を短縮させる傾向とは全く逆行している。結核では、戦後は公立病床を中心とした病床整備が行われ結核対策の進行に伴い逆に、病床整理を行っている。このことはアメリカの状況に比し遅れてはいるが、新しい時代の変化に対応する方向がみられている。精神では結核と異なり私立病床を中心とした整備が行われ、現在でも病床が上昇している。このように精神では新

しい時代の変化への対応がマクロ的にはうかがえない。

一般病院の戦後の増加は著しい。しかし、国公立、公的医療機関は、1970年代より、病床規制も関連し、その伸びは停滞している。私立病院は、経済成長とともに著しい増加となっている。退院件数でみると、1970年頃より、その伸びは鈍くなっているが、アメリカの1976年一般病床入院率168に比し、日本56.4と32%にすぎない。病床利用率は、戦前と異なり、戦後は急増し、1955年83.0%と最高を示し、病床利用率の高いアメリカの1950年86.0%、1960年84.0%に匹敵する高さとなっていた。このことは、戦前の限られた病院の門戸が、経済発展、生活水準の向上の影響もあり、より拡大され利用率を高め、ひいては病床増

表4 病院利用の推移(アメリカ)

(単位: 人口 1,000)

	1932	1935	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1976
入院患者数											
全病院	(57.9)	*(67.9)	(76.1)	(11.9)	(121.7)	(127.6)	(139.0)	(148.9)	(155.8)	(170)	(171)
政府(連邦, 州, 地方)病院	(16.4)	*(19.3)	(21.7)	(48.0)	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	58.6	74.3	120.2	109.8 (109.7)	125.4 (115.7)	136.3 (127.6)	145.5 (136.8)	152 (143.5)	166 (157)	168 (159)
短期病院	—	—	—	—	—	—	—	152	146	163	163
精神病院	—	1.4	1.4	1.9	2.0	2.2	2.3	2.9	3.3	3.2	3.1
結核病院	—	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.38	0.27	0.18	0.07	0.05
在院総日数											
全病院	(2364)	*(2605)	(2827)	(3845)	(3010)	(3013)	(2843)	(2644)	(2324)	(1927)	(1853)
政府(連邦, 州, 地方)病院	(1785)	*(1998)	(2162)	(3049)	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	882.0	1019.2	1986.8	1165.3 (893)	1237.5 (900)	1264.8 (968)	1328.7 (1063)	1440 (1185)	1425 (1213)	1424 (1215)
短期病院	—	—	—	—	—	—	—	1186	1173	1255	1236
精神病院	—	1455.0	1634.0	1720.2	1659.4	1644.6	1490.9	1260.6	862	495	429
結核病院	—	174.2	185.3	164.7	174.7	145.9	{ 86.0 79.6	{ 52.4 49.1	22.5	5.6	3.4
平均在院日数											
全病院	(40.8)	*(38.4)	(37.1)	(31.5)	(24.7)	(23.6)	(20.4)	(17.8)	(14.9)	(11.3)	(10.8)
政府(連邦, 州, 地方)病院	(108.7)	*(103.7)	(99.8)	(63.6)	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	15.0	13.7	16.5	10.6 (8.1)	9.9 (7.8)	9.3 (7.6)	9.1 (7.8)	9.5 (8.3)	8.6 (7.7)	8.5 (7.7)
短期病院	—	—	—	—	—	—	—	7.8	8.0	7.7	7.6
精神病院	—	(1039)	(1167)	(905)	(830)	(748)	(648)	(435)	(261)	(155)	(138)
結核病院	—	257.4	269.0	253.1	232.2	218.9	200.3	182.5	122	(80)	(68)
病床利用率											
全病院	79.7	* 82.8	83.7	84.4	86.0	—	84.6	82.3	80.3	76.7	76.0
政府(連邦, 州, 地方)病院	89.8	* 91.2	89.8	82.1	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	—	—	—	85.7	—	86.9	85.3	82.0	82.1	82.7
短期病院	—	—	—	—	73.7	—	74.7	76.0	78.0	74.8	74.4
精神病院	—	—	—	—	97.9	—	93.1	88.6	84.8	80.3	79.1
結核病院	—	—	—	—	86.1	—	75.4	70.0	61.8	57.7	57.8

注: * 印 1936年.

() 内はアメリカ病院協会加盟病院.

資料: 1) Statistical Abstract of the United States 表 No. 91, 1968.

2) " No. 168, 1978.

3) " No. 170, 1978.

4) " No. 169, 1978.

5) " No. 165, 1978.

6) " No. 107, 1972.

7) " No. 91, 1948.

となっていたものと考えられる。しかし、1955年以降、病床利用率は低下し、平均在院日数の伸びが始まり、特に、国民皆保険制度による、個人の入院費負担の軽減は、より長期入院を可能としたものと考えられる。アメリカでは、1945年16.5日を最高にその後は低下し、現在8.5日と短縮されたのに、日本は、全く逆に、伸びを続け、現在36日とアメリカの4.2倍と著しく長くなっている。

これらの結果から、日本の一般病床は、1960年代までは、安定した平均在院日数のもと病床利用率の増を背景に、病床増が認められ、退院件数、在院延日数が伸びていった。しかし、1960年を境にして、病床利用率の低下と、平均在院日数の伸びが認められるなかで病床増が続いている。特に、1970年以降は、退院件数の増加もほとんどみられない。このことは、入院の必要より、入院患者の

確保が先行したなかでの私立病院病床増がみられていたと考えられる。

(3) 病院利用状況のまとめ

以上、日本での戦前は、生活水準、所得水準の低いことも関連し、限られた階層にのみ病床が開放されていたものが、戦後、広くその門戸を開放し、病床増がみられた。しかし、私立病院が、前項で述べた地域性の欠如によることも影響してか、アメリカの傾向とは逆に、経済成長を背景とした、平均在院日数の延長のもとでの病床増が続いて現

在にいたっている。このように、アメリカの傾向と逆行することは、医学自体、アメリカと日本とは異なる医学ではないことから、医学外の要因が日米相互に作用した結果によるものといえよう。なお、日本がアメリカに比し、低い入院率を示していることは、外来利用状況を加味した分析によらなくてはならない。次に、現状について分析を行う。

表 5 医療機関の利用状況(総数)(1976年)

		日 本		ア メ リ カ		
		病 院	診 療 数	病 院		** ナーシング ホーム等
				世帯調査	病院調査	
入 院	年間在院総日数(人口千対)	① 3079日	⑧ 468日	④ 1113.9日	1236.0日	2182.2日
	平均在院日数	② 55日	⑨ 19日	7.9日	7.6日	396日
	年間退院件数(人口千対)	③ 56件	⑩ 25件	141件	163.2件	4.4件
	入院率(人)(日本15歳以上)(人口千対)	④ 59.7	④ 26.1	106	—	—
外 来 (一般診療)	年間受療回数(1人当たり)	⑤ 3.5回	⑪ 12.6回	4.9回	⑮* 3.0回	—
	平均受療回数	⑥ 6.4回	⑫ 5.3回	—	⑮* 3.0回	—
	年間新来件数(1人当たり)	⑦ 0.54件	⑬ 2.39件	—	⑮* 1.01件	—
	外来受診率(人)(日本15歳以上)(1人当たり)	④ 0.2715	④ 0.4460	0.755	—	—
歯 科	年間受療回数(1人当たり)	—	⑭ 3.0回	1.6回	—	—
	平均受療回数	—	⑭ 5.5回	—	—	—
	年間新来件数	—	⑬ 0.54件	—	—	—
	受診率(人)(日本15歳以上)(1人当たり)	—	⑭ 0.3148	0.487	—	—

注: ※ 1975年. ** 1973年.

日本病院 ①病院報告年間入院患者延数3079日, 3079÷患者調査1日入院受療率=366 (1976年はうるう年).

②病院報告平均在院日数55.0日, 患者調査, 平均在院日数55.0日.

③病院報告年間新入院患者数56.1, 退院患者数55.9, 患者調査人口対1ヵ月退院患者数 $\times \frac{366}{30} = 55$.

④社会生活基本調査.

⑤病院報告年間外来患者延数3473, 3473÷患者調査1日外来受療率=307.

⑥患者調査1日外来患者数÷1日新来患者数=6.4.

⑦患者調査1日新来受療率 $\times 307$ (⑤より)=0.543.

日本診療所 ⑧患者調査1日入院受療率 $\times 366$ (①より)=468.48.

および歯科 ⑨468 (⑧より)÷25 (⑩より)=18.7.

診療所 ⑪56 (③より)÷患者調査病院1日新入院 $\times$ 患者調査診療所1日外来=24.7.

⑫患者調査1日外来受療率 $\times 307$ (⑤より)=12.63.

⑬患者調査1日外来患者数÷1日新来患者数=5.3.

⑭患者調査1日新来患者数 $\times 307$ (⑤より)=2.388.

アメリカ ⑮世帯調査 (Series 10 Number 119) より年間退院件数 $\times$ 平均在院日数=1113.9.

⑯施設調査 (Series 13 Number 36) より内科診療所 (office-based internists) についての推計. 平均受療回数は年間受療回数.
(2.99)÷新来件数 (1.01)=2.97.

資料: 1) 日本; 厚生省「昭和51年病院報告」1978①.

2) " ; 厚生省「昭和51年患者調査」1978②.

3) " ; 総理府「統計局社会生活基本調査報告」1978③.

4) アメリカ; Vital and Health Statistics Series 10, Number 119, 1977.

5) " ; Vital and Health Statistics Series 13, Number 41, 1979.

6) " ; Vital and Health Statistics Series 13, Number 36, 1978.

V 現在の医療機関の利用状況

1) 医療機関の利用状況の概況 (表 5)

医療機関の利用状況について、1976, 77年の結果を検討しよう。資料の整備されている1976年についてその概況を表にまとめた。

入院の利用は、アメリカは10.6%の人が1年間に利用している。日本では病院利用が少ない。15歳未満を除いた統計で、病院5.97%, 診療所2.61%, 単純合計8.58%で、アメリカの約8割に相当する。日本では、退院件数が入院率の94~96%でほぼ入院した患者1人が入院1件と考えられる。しかし、アメリカでは、1人平均1.3~1.6件で、しかも平均在院日数は、著しく短く、年間在院総日数は、日本の病院の36~40%, 日本の病院、診療所合計の29~32%にすぎない。すなわち、日本では、アメリカに比し少ない患者が、長期間病院に入院し、アメリカの約3倍の年間在院日数となっている。

一般診療の外来においては、日本の病院、診療所利用者の単純合計71.75%とアメリカの75.5%とはほぼ同じであり、利用者が日本では平均年4回、アメリカでは2回と推計される(1975年の報告で外来利用者のうち新患者または新しい傷病での受診が50.9%から³⁾、2回と推計される)。しかも、日本では、1件当たりの平均受療回数が約1.5倍であることから、年間総受療回数が、アメリカの約3倍となっている。

以上、日本では、外来において、アメリカの約2倍受診し、しかも、1件当たり同1.5倍と長く受療をしている。このことは、日本の疾病構造の違いのみならず、医療の方法、国民の受療行動の違いも関係していると考えられよう。このように頻度の多い外来利用が、入院利用者を減少させているか否かは明らかではないが、入院率はアメリカより低くなっている。しかし、日本では入院し

た患者の平均在院日数が、著しく長く、その結果として、アメリカの約3倍の入院日数である。なお、アメリカには、病院以外にナーシングホーム等医療、看護の収容施設がある。このなかで、日本の病院に相当するものを別掲することが困難であるが、1973年の資料⁴⁾によると、表5に示したように看護サービスの提供されているものを含めると、在院延日数ではほぼ日本と同数となる。しかし、アメリカにおいても、そのような施設に収容されているものはわずか0.44%, 65歳以上のみで推計しても約2%にすぎない。アメリカではナーシングホーム等の施設と病院とは、役割機能が異なったものとなっており、病院は短期の特別な治療を主とし、看護生活援助は病院以外の施設に収容すると分かれている。今後の日本においても医療および看護における機能分担、特に病院の性格の検討がなされなければならないことは明らかといえる。次に、医療施設の利用状況について、年齢別にその様相をみてみよう。

2) 年齢別医療施設入院状況 (表 6~10)

わが国の病院報告は、年齢別の集計がなされていないため、患者調査を用い、表6に示した方法で年間推計を行い表7にまとめた。患者調査において1日調査の新入院年間推計乗数240を用いた値と1ヵ月調査より退院年間推計した値とがほぼ一致していることから1日調査の値を推計値とした。なお表に1日調査の病院と診療所の合計をも示した。表8には入院・外来・歯科の利用した人の比率を示した。アメリカの状況を表9に示し、日米の比較を表10にまとめた。なお表10の比較には、日本は1ヵ月調査の病院および1日調査の病院、診療所の合計とし、アメリカは病院調査によった。日米ともに、25—34歳の妊娠分娩による人口千対退院件数(以下退院率という)の小さな山を除いて、加齢とともに退院率、平均在院日数およびその積に当たる在院総日数は上昇している。

退院率は、日本はアメリカに比し病院で約3分

3) U. S. Department of Health, Education, and Welfare; Office Visits to Internists: the National Ambulatory Medical Care Survey United States, January-December 1975, Vital and Health Statistics 13-36, 1978

4) U. S. Department of Health, Education, and Welfare; Inpatient Health Facilities as Reported from the 1973 MFJ Survey, Vital and Health Statistics 14-16, 1976

表 6 患者調査の1日調査の年間推計の方法

入院：1日調査×年間日数＝年間推計									
根拠 病院入院									
	患者調査		年間推計補正		病院報告在院患者延数				
1975	918.6千×	365 →	335,289.0×1.013	=	339,559.7千				
1976	951.3 ×	366 →	348,175.8×1.000	=	348,194.6				
1977	985.8 ×	365 →	359,817.0×0.992	=	356,775.9				
診療所入院も同じと仮定									

外来：1日調査×307 (1976)＝年間推計									
303 (1977)									
根拠	病院外来	年間推計乗数		病院報告外来患者延数					
1975	1240.1	×	309.32	=	383,591.105				
1976	1277.8	×	307.34	=	392,717.192				
1977	1320.0	×	303.48	=	400,594.526				
一般及び歯科診療所外来も同じ年間推計乗数を用いた									

新入院：1日調査×240＝年間推計									
根拠	患者調査病院1ヵ月退院患者×年間日数÷30(調査は6月実施)＝年間推計								
	1月調査		年間推計補正		病院報告退院患者数				
1975	486,636.70	×	365÷30 →	5,920,746×1,044	=	6,182,781			
1976	514,418.94	×	366÷30 →	6,275,911×1,007	=	6,322,823			
1977	493,419.72	×	365÷30 →	6,003,273×1,072	=	6,436,915			
以上より患者調査より年間推計可能とし									
	1日調査	年間推計乗数		1ヵ月調査 年間推計	対病院報告新入 院年間推計乗数	同退院年間 推計乗数			
1975	241	×	245.7	= 5,920,746	257.5	256.5			
1976	256	×	245.2	= 6,275,911	247.8	247.0			
1977	271	×	221.5	= 6,003,273	238.5	237.5			
1975,76,77 の平均		237.5			247.9	247.0			
1976,77 の平均		233.4			243.2	242.3			
以上より年間推計乗数を 240 とした									

新来：1日調査×240＝年間推計									
病院, 一般診療所, 歯科診療所とも病院新入院と同じ年間推計乗数を用いた									

表 7 年齢階級別医療施設入院状況 (日本) (1976-1977)

(単位：人口1,000当たり)

年 齢	年	病院 (1ヵ月調査)			病院 (1日調査)			診療所 (1日調査)			合 計 (1日調査)		
		退院件数 A(件)	平均在院日数 B(日)	在院総日数 C=A×B(日)	退院件数 D(件)	平均在院日数 E=F÷D(日)	在院総日数 F(日)	退院件数 G	平均在院日数 H=J÷G	在院総日数 J	退院件数 K=D+G	平均在院日数 L=M÷K	在院総日数 M=F+J
総 数	1976	55	55.0	3,025	55	56.0	3,078	24	2.3	465	79	44.8	3,543
	1977	53	54.1	2867	58	54.3	3154	17	3.2	416	75	47.6	3570
0～14歳	1976	34	16.7	568	34	22.7	772	20	1.1	146	54	17.0	918
	1977	31	18.0	558	31	24.3	752	5	4.9	51	36	22.3	803
15～24	1976	46	29.4	1352	46	34.8	1599	26	1.3	307	72	26.5	1906
	1977	43	29.4	1264	48	24.3	1442	19	1.3	223	67	24.9	1665
25～34	1976	77	30.8	2372	67	55.7	2562	29	1.9	461	96	31.5	3023
	1977	68	31.4	2135	72	34.5	2486	34	1.0	405	106	27.3	2891
35～44	1976	44	66.8	2939	46	67.4	3100	10	6.7	304	56	60.8	3404
	1977	42	65.1	2734	43	72.1	3099	14	11.7	241	57	58.6	3340
45～64	1976	57	84.3	4805	58	99.6	4582	24	4.2	501	82	62.0	5083
	1977	57	73.2	4172	65	72.0	4682	10	7.2	416	75	68.0	5098
65～	1976	105	102.4	10752	106	94.0	9966	55	1.7	1951	161	74.0	11917
	1977	106	103.4	10960	122	87.7	10698	29	3.0	2132	151	85.0	12830
70～	1976	116	114.9	13328	120	96.4	11573	60	1.6	2606	180	78.8	14179
(再 掲)	1977	119	112.0	13328	139	90.3	12549	27	3.3	2891	166	93.0	15440

資料：厚生省「昭和51年，52年患者調査」，1978，1979

の1, 病院, 診療所合計で約2分の1である。年齢別にみると, 15歳未満および妊娠分娩を含む25—34歳では, 日米の差がやや小さく, 次いで15—24歳で, 35歳以上では, 病院約30%, 病院, 診療所合計約40%とほぼ同じである。日本の高齢者の

高い入院が論議されているが, 退院率において, 日米比較から, 特に日本の特異現象とはいえない。

平均在院日数は, 日米ともに加齢とともに伸長するが, 特に日本はその伸びは著しい。病院では15歳未満アメリカの4倍, 15—24歳6倍, 35歳以上約10倍であり, この傾向は, 病院, 診療所合計においてもほぼ同様であるが65歳以上では, 逆に多少差が縮んでいる。日本の高齢者の長い平均在院日数は, 多いに検討しなくてはならないが, この現象は, 高齢者のみの特異な現象とはいえない。

在院総日数は, 退院率と平均在院日数の積で, 病院25歳未満アメリカの約2倍, 35歳以上約3倍, 病院, 診療所合計, 全年齢ともに約3倍となっている。

以上, 日本の入院は, アメリカに比し, 小さい退院率でしかも平均入院回数も少ない。この少数

表 8 年齢階級別医療機関の利用状況(日本)(1976)

年 齢	入 院		外 来		歯 科
	病 院	診療所	病 院	診療所	
総 数 (15歳以上)	5.97%	2.61%	27.15%	44.60%	28.74%
15~19歳	3.36	2.02	21.02	37.39	29.90
20~29	7.30	3.26	28.23	43.65	30.09
30~39	5.27	2.31	26.56	45.14	30.57
40~49	5.06	2.09	26.11	42.44	30.79
50~59	5.76	2.40	27.21	43.72	29.42
60~	7.61	3.18	30.63	51.96	21.35

注: 年間に入院, 外来, 歯科を1回以上経験したことのある率。世帯調査による。

資料: 総理府「昭和51年社会生活基本調査報告」, 1978。

表 9 年齢別短期病院入院状況 (アメリカ) (1976-1977)

(単位: 人口1,000あたり)

年 齢 年	世 帯 調 査					**病 院 調 査		
	退院件数(件)	*入院率(人)	平均在院日数(件)	*平均在院日数(人)	*在院総日数	退院件数(件)	平均在院日数	在院総日数
	A	B	C = E ÷ A	D	E = B × D	F	G = H ÷ F	H
総 数 1976	141	106	79	9.6	1112 1022	163.2	7.6	1236.0
1977	140	104	7.8	9.7	1099 1015	169.2	7.3	1236.7
~14歳 1976	—	—	—	—	—	71.5	4.4	317.2
1977	—	—	—	—	—	73.3	4.2	308.2
~16歳 1976	71	54	5.4	6.1	384 337	—	—	—
1977	64	50	5.6	6.9	356 348	—	—	—
15~24 1976	—	—	—	—	—	140.8	4.8	669.3
1977	—	—	—	—	—	144.5	4.6	667.6
17~24 1976	136	108	4.9	5.9	666 637	—	—	—
1977	137	109	5.6	6.5	761 704	—	—	—
25~34 1976	153	123	5.6	6.5	856 802	169.2	5.4	916.7
1977	155	125	6.0	6.8	926 849	178.3	5.2	921.9
35~44 1976	136	101	7.5	8.7	1023 940	153.0	6.8	1047.0
1977	144	104	7.5	9.8	1081 1019	159.8	6.6	1060.0
45~64 1976	171	125	9.5	12.4	1624 1554	195.2	8.8	1716.8
1977	166	120	9.1	11.7	1511 1414	198.4	8.5	1688.3
65~ 1976	277	183	11.6	15.5	3220 2828	362.8	11.5	4163.7
1977	275	181	11.1	14.9	3042 2702	374.4	11.1	4156.3

注: *入院率(人)とは過去1年間に入院を1日以上した者の率。

*の世帯調査の病院は Veterans Hospital, Federal Hospital を含む, 退院は死亡退院および1日未満の入院を除く。

**病院調査の病院は短期病院および6床以上の一般病院を対象とし, Federal Hospital は除く。

在院総日数: Eは統計として発表した数値, E'は入院率(人)(B)と平均在院日数(人)(D)とより計算した数値

資料: 1976年 世帯調査; Vital and Health Statistics, Series 10-No. 119, 1977.

1977年 世帯調査; Vital and Health Statistics, Series 10-No. 126, 1978.

1976年 病院調査; Vital and Health Statistics, Series 13-No. 37, 1978.

1977年 病院調査; Vital and Health Statistics, Series 13-No. 41, 1979.

表 10 年齢別日米入院諸率の比較 (1976, 1977)

年 齢	日本：病院（1ヵ月調査） アメリカ：病院調査						日本：病院（1日調査）+診療所（1日調査） アメリカ：病院調査					
	人口千対退院件数		平均在院日数		人口千対 在院総日数		人口千対退院件数		平均在院日数		人口千対 在院総日数	
	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77
	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77
総 数	0.34	0.31	7.2	7.4	2.4	2.3	0.48	0.44	5.9	6.5	2.9	2.9
～14歳	0.48	0.42	3.8	4.2	1.8	1.8	0.75	0.49	3.9	5.3	2.9	2.6
15～24	0.33	0.30	6.1	6.4	2.0	1.9	0.51	0.46	5.5	5.4	2.8	2.5
25～34	0.46	0.38	5.7	6.0	2.6	2.3	0.56	0.59	5.8	5.3	3.3	3.1
35～44	0.29	0.26	9.8	9.9	2.8	2.6	0.37	0.36	8.9	8.9	3.3	3.2
45～64	0.29	0.29	9.6	8.6	2.8	2.5	0.42	0.38	7.0	8.0	3.0	3.0
65～	0.29	0.32	8.9	9.3	2.6	2.6	0.44	0.40	6.4	7.7	2.9	3.1

資料：表 7, 8 と同じ。

の入院患者が、長い平均在院日数を占めているため在院日数をアメリカの2～3倍とさせている。このことは、必ずしも高齢者に特異な現象とはいえず、全年齢にわたっている。しかし、高齢者の増加する将来に向けて、このような、限られた患者の長期間病院利用の状況が続くとなれば、病院のあり方についての再検討は必至といえよう。

日本での病院統計には、長短期の区分がないが、患者調査の1ヵ月退院統計より30日未満入院患者についてまとめ、アメリカの短期病院の入院との比較を表10にまとめた。30日未満の入院での退院件数は著しく少なく、65歳以上はわずか13.2%にすぎない。しかし、平均在院日数は、アメリカの1.2～1.9倍で、特に65歳以上では1.2倍にすぎない。このことから、日本での短期入院は件数こそ少ないが、平均在院日数がアメリカに近いこと

より、入院の態様に似ているものがあると考えられる。日本の入院での死亡退院件数は、アメリカに比し、やや少ない。日本には診療所での死亡等もあるが特に65歳以上での病院内死亡が少ない。30日未満入院の死亡退院の各年齢別の統計が得られないが、アメリカでは病院内死亡者も短期入院であるのに、日本では長期入院しているものと思われる。アメリカの入院には、同一人の繰返しの入院により、件数を増加させても1回の入院の在院日数を短くする努力がみられている。しかし日本では、そのような傾向が少ないものと思われる。入院の状況について、さらに後述しよう。

3) 年齢別医療施設の外来状況 (表 6, 表 8, 表12～14)

年齢別医療施設の外来受療状況について、患者

表 11 年 齢 別 短 期 入 院 の 日 米 比 較 (1976)

(単位：人口1,000当たり)

年 齢	日 本									ア メ リ カ			
	総 入 院				30日未満 入院／総 入院	30日未満入院（再掲）				短 期 病 院			
	退 院 件 数	平均在 院日数	在 院 総 日 数	死亡退 院件数		退 院 件 数	平均在 院日数	在院総 日 数	死亡退 院件数	退 院 件 数	平均在 院日数	在院総 日 数	死亡退 院件数
総 数	55.4	55.0	3,047.0	2.32 *(2.70)	71.1	39.2	10.3	409.8	1.21	163.2	7.6	1,236.0	4.01
～14歳	34.6	16.7	577.8	0.61	88.7	30.6	8.5	260.1	—	71.5	4.4	317.2	0.39
15～44	56.9	41.7	2,372.7	0.51	80.1	45.7	9.5	434.2	—	153.2	5.5	843.8	0.59
45～64	56.8	84.3	4,788.2	3.56	55.3	31.4	13.3	417.6	—	195.2	8.8	1,716.8	4.78
65～	105.5	102.4	10,803.2	14.62	45.5	48.0	13.7	657.6	—	362.8	11.5	4,163.7	26.35

注：*(2.70)は人口動態統計調査より算出。

**アメリカの死亡退院件数は1975年。

資料：日本：表 7 と同じ。

アメリカ：Vital and Health Statistics, Series 13, No. 35, 1978.

表 12 年齢階級別医療施設外来状況 (日本) (1976-1977)

(単位: 人口1当たり)

		病 院			一 般 診 療 所			病院+一般診療所			歯 科 診 療 所		
		新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)	新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)	新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)	新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)
総 数	1976	0.5	7.0	3.5	2.4	5.3	12.6	2.9	5.6	16.1	0.5	6.0	3.0
	1977	0.5	6.4	3.2	2.2	5.5	12.1	2.7	5.7	15.3	0.6	5.5	3.3
~14歳	1976	0.6	3.7	2.2	4.4	3.1	13.5	5.0	3.1	15.7	0.7	3.7	2.6
	1977	0.6	3.7	2.2	4.3	3.1	13.3	4.9	3.2	15.5	0.7	4.0	2.8
15~24	1976	0.5	4.2	2.1	1.8	3.3	6.0	2.3	3.5	8.1	0.5	6.0	3.0
	1977	0.4	4.8	1.9	1.4	3.5	4.9	1.8	3.8	6.8	0.6	5.2	3.1
25~34	1976	0.6	4.8	2.9	1.9	3.9	7.5	2.5	4.2	10.4	0.5	6.4	3.2
	1977	0.5	5.6	2.8	1.7	4.0	6.8	2.2	3.9	8.6	0.5	7.2	3.6
35~44	1976	0.5	6.4	3.2	1.8	5.4	9.7	2.3	5.6	12.9	0.5	6.4	3.2
	1977	0.4	7.8	3.1	1.6	5.5	8.8	2.0	6.0	11.9	0.5	7.6	3.8
45~64	1976	0.5	9.8	4.9	1.5	10.3	15.4	2.0	10.2	20.3	0.5	6.6	3.3
	1977	0.5	10.2	5.1	1.6	9.0	14.4	2.1	9.3	19.5	0.5	7.6	3.8
65~	1976	0.5	15.4	7.7	1.6	20.0	31.6	2.1	18.7	39.3	0.4	5.5	2.2
	1977	0.5	16.8	8.4	1.7	19.1	32.5	2.2	18.6	40.9	0.4	5.8	2.3
70~(再掲)	1976	0.5	16.2	8.1	1.7	21.6	36.7	2.2	20.4	44.8	0.3	6.7	2.0
	1977	0.4	21.8	8.7	1.7	21.7	36.9	2.1	21.7	45.6	0.4	4.8	1.9

資料: 表7と同じ

表 13 年齢階級別医療施設外来状況 (アメリカ)
(1976-1977)

		外 来		歯 科	
		受 診 率 (人)	1人当 たり年 間総 受療回 数	受 診 率 (人)	1人当 たり年 間総 受療回 数
総 数	1976	75.5	4.9	48.7	1.6
	1977	75.1	4.8	49.8	1.6
~16歳	1976	74.2	4.0	50.1	1.5
	1977	74.9	4.6	51.0	1.5
17~24	1976	75.2	4.4	54.9	1.8
	1977	74.7	4.3	55.2	1.6
25~44	1976	75.6	4.9	53.0	1.7
	1977	74.4	4.7	53.5	1.7
45~64	1976	75.2	5.7	46.5	1.8
	1977	74.4	5.4	48.7	1.8
65~	1976	80.1	6.9	29.8	1.2
	1977	79.6	6.5	31.4	1.3

資料: 表9と同じ

調査の結果より表6に示した方法を用い年間推計して表12にまとめた。15歳未満を除いて各年齢ともほとんど同じ新来受診件数である。しかし前述の表8に示した結果では、外来受診を1回以上行った人の比率が、60歳以上では、病院31%、診療所52%と上昇しているが、1日調査からの年間推

計では示されていない。アメリカの外来について示した表13においては、65歳以上に1回以上受診した人の割合を示す受診率が上昇を示している。また、高齢者の医学的特性とから考えて新来受診件数が15歳以上各年齢ともに同じであることは検討に値しよう。1件当たりの平均受療回数は、総受療回数を新来件数で割った値であるが、加齢とともに回数が増加している。アメリカの統計では、新来の統計が年齢別には明らかでない。年間総受療回数は、総数で日本の約3分の1、65歳以上では5分の1となっているが、入院の統計とは異なり、アメリカでの統計は世帯調査であり、その信頼性は、施設調査に劣ることから、これらの統計のみから結論は出し難い。しかし、日本では、低い入院、高い外来ということはいえよう。但しこの高い外来が、入院を低めたか否かの資料は得られなく、今後の検討にまたなくてはならない。

最後に予防のための医学検査の受診状況について、年齢別のアメリカの報告を表14に示す。なおこの表に含まれていない健康診断を受けている例もあると考えられる。これらの検査は、技術の開発とともにシステム化による受診が容易となった

表 14 年齢階級別健康診断受診状況 (アメリカ) (1973)

(単位: %)

	人口 千人	心 電 図		緑 内 障		胸 部 X 線		検 眼		子宮がん(女)		乳がん(女)		健 康 診 断	
		受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内
総 数		60.4	24.5	53.7	23.4	80.1	31.2	87.7	41.3	75.2	45.9	76.3	48.0	86.2	50.1
～6歳}	20391	—	—	—	—	—	—	79.7	60.3	—	—	—	—	88.6	67.3
6～16}	43605	—	—	—	—	—	—			—	—	—	—	85.1	42.0
17～24	29063	—	—	—	—	65.6	26.6	89.6	37.9	61.4	50.2	65.2	51.4	—	—
25～45	49953	—	—	—	—	84.6	31.0	87.7	30.3	90.0	60.0	88.8	59.7	—	—
40～44	11162	48.0	18.5	40.0	18.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45～64	42534	60.4	24.0	56.4	23.9	85.3	34.5	93.6	36.1	78.9	39.3	78.6	42.5	—	—
65～	20253	67.2	28.9	53.7	25.0	78.9	31.7	94.0	33.8	53.7	22.0	59.1	28.5	—	—

資料: Vital and Health Statistics Series 10, Number 110, 1977.

表 15 疾病別病院入院状況日米比較

病 病 大 分 類	日 本 (1976)				アメリカ(1975)		日 本 / ア メ リ カ		
	人口千 対全入 院	退院件 数30日 未満入 院	30日未満 ／全入院	平均在 院日数	人口千 対退院 件数	平均在 院日数	退院件数比較		平均在 院日数 比較
							日本全 入院 A/D	日本30 日未満 入院 B/D	
	A	B	B/A	C	D	E			C/E
総 数	55.5	39.5	71.2	55.0	162.8	7.7	34.1	24.3	7.1
1. 伝染病および寄生虫病	2.1	1.4	68.2	182.6	4.0	6.1	53.3	36.3	29.9
2. 新 生 物	4.2	2.2	51.2	58.3	11.3	10.8	37.7	19.6	5.4
悪性新生物 (再掲)	2.3	0.7	32.7	70.6	7.4	13.2	31.1	5.3	5.3
3. 内分泌, 栄養および代謝の疾患	1.3	0.7	55.5	59.6	4.2	9.5	30.8	17.1	6.3
糖 尿 病 (再掲)	0.9	0.5	51.7	69.2	2.6	10.2	34.6	19.2	6.8
4. 血液および造血器の疾患	0.3	0.2	66.0	43.9	1.4	8.2	24.1	15.9	5.4
5. 精 神 障 害	2.0	0.6	28.5	349.8	7.1	11.0	28.2	8.0	31.8
6. 神経系および感覚器の疾患	1.9	1.3	68.3	67.0	6.9	6.4	27.9	19.0	10.5
7. 循環器系の疾患	5.5	3.0	54.1	82.0	21.1	10.9	25.8	14.0	7.6
虚血性心疾患 (再掲)	0.7	0.4	52.5	58.8	8.8	11.0	8.0	4.5	5.3
脳血管疾患 (再掲)	1.9	0.9	46.7	115.7	2.9	13.2	65.5	31.0	8.8
8. 呼吸器系の疾患	4.2	3.5	83.5	24.6	16.2	6.5	25.9	21.6	3.8
9. 消化器系の疾患	8.9	6.0	67.9	34.6	20.4	7.8	43.6	29.6	4.4
10. 泌尿器系の疾患	2.8	2.1	75.0	31.2	16.6	6.0	17.0	12.7	5.2
11. 妊娠分娩および産褥の合併症	10.2	10.0	97.7	10.4	19.3	3.7	53.0	51.8	2.8
12. 皮膚および皮下組織の疾患	0.4	0.3	83.2	22.3	2.6	7.7	16.9	14.1	2.9
13. 筋骨格系および結合組織の疾患	1.7	0.9	51.8	58.2	8.1	9.5	21.2	11.0	6.1
14. 先 天 異 常	0.8	0.6	76.0	29.9	1.6	6.5	47.3	35.9	3.1
15. 周産期疾病および死亡の主要原因	1.1	0.9	85.0	15.9	0.1	15.7	110.8	94.3	1.0
16. 症状および診断名不明確の状態	1.0	4.7	89.4	19.0	2.9	4.6	35.1	31.4	4.1
17. 不慮の事故, 中毒および暴力	6.9	0.1	68.3	38.4	17.0	8.1	40.4	27.6	4.7
18. 歯の補綴および分娩前後の処置 (日本のみ)	0.1	0.1	98.3	2.4	—	—	—	—	—
19. 疾病でない特別状態および検査陰性 (アメリカのみ)	—	—	—	—	1.9	3.7	—	—	—

資料: 日本; 厚生省: 「昭和51年患者調査」, 1978.

アメリカ; DHEW: Inpatient Utilization of Short-Stay Hospitals by Diagnosis 1975,
Vital and Health Statistics Series 13, Number 35, 1978.

表 16 特定疾病別病院入院状況日米比較

入 院 期 間		日 本 (1976)					ア メ リ カ (1975)					日/米	
		人口千 対退院 件 数	人口千 対死亡 退院件 数	全死亡対病院 死 亡		平均在 院日数	人口千 対在院 延日数 F=A ×E	人口千 対退院 件 数	人口千 対死亡 退院件 数	全死亡 対病院 内死亡	平均在 院日数	人口千 対在院 総日数 K=G ×J	人口千 対在院 延日数 比 L=F/K
				患者調 査	人口動 態								
		A	B	C	D	E		G	H	I	J		
総 数	30日未満	39.49	1.11	17.9		10.3	406.7	162.81	4.01	44.3	7.7	1,253.6	0.32
	30日以上	16.00	1.21	19.4		165.4	2,645.8						2.11
	全 入 院	55.50	2.32	37.3	43.5	55.0	3,052.5						2.43
悪性新生 物	30日未満	0.74	0.20	15.7		14.9	11.0	7.44	0.96	55.0	13.2	98.2	0.11
	30日以上	1.53	0.53	32.8		98.0	150.0						1.53
	全 入 院	2.28	0.73	58.5	72.9	70.6	161.0						1.64
糖 尿 病	30日未満	0.47	0.01	13.5		14.0	6.6	2.55	0.05	28.4	10.2	26.0	0.25
	30日以上	0.44	0.01	14.9		129.8	57.1						2.20
	全 入 院	0.92	0.02	28.4	45.8	69.2	63.7						2.45
心 疾 患	30日未満	1.44	0.15	13.4		12.4	17.9	13.54	1.06	30.9	10.4	140.8	0.13
	30日以上	1.26	0.11	9.9		115.2	145.2						1.03
	全 入 院	2.70	0.25	23.3	29.3	60.4	163.1						1.16
脳血管疾 患	30日未満	0.91	0.27	17.5		8.0	7.3	2.91	0.48	51.5	13.2	38.4	0.2
	30日以上	1.04	0.14	9.4		209.9	218.3						5.7
	全 入 院	1.95	0.41	26.9	32.7	115.7	225.6						5.9
不慮の事 故	30日未満	4.71	0.08	16.3		8.0	37.7	17.03	0.22	44.7	8.1	137.9	0.27
	30日以上	2.18	0.02	3.7		104.1	226.9						1.65
	全 入 院	6.89	0.10	20.0	29.4	38.4	264.6						1.92
その他の 疾患	30日未満	31.22	0.41	23.1		10.4	324.7	119.33	1.25	54.5	6.8	811.4	0.40
	30日以上	9.55	0.39	22.1		193.5	1,848.3						2.28
	全 入 院	40.77	0.81	45.2	44.5	53.3	2,173.0						2.68

資料：表14と同じ。

日本：厚生省「昭和51年人口動態統計調査」，1977。

注：CとDの違いは患者調査の報告もれを含む年間推計誤差による。

こともあるが、受診経験者の高い率は、その普及の著しいことを示している。外来受療回数の多い日本においても、検査の体制整備により、予防としての検査さらに健康診断の整備が必要といえる。

4) 疾病別の医療機関の利用状況 (表 15, 16)

疾病別の病院入院状況について、日米の比較を表15、その一部で死亡についての統計の得られた疾病について表16に示した。

日本の入院中30日未満の入院が少ない疾病は、精神障害、悪性新生物、脳血管疾患、糖尿病、次いで筋骨格系等、虚血性心疾患で慢性疾患特に精神障害以外は、いわゆる成人病といわれる疾病である。平均在院日数の長いのは、精神障害と結核を含む感染症等であるが、次いで脳血管疾患、糖尿病が長く、これらは、治療というより介護を主

とした長期収容によるものと考えられる。アメリカの統計は短期在院ではあるが、周産期疾病以外、すべて平均在院日数は15日以内である。日本で入院(退院件数)がアメリカを上回っているのは周産期疾病である。日本に多い脳血管疾患でアメリカの65.5%と高い割合となっている。以上より、日本の将来における人口構成の変化より、現状の病院の体制のままではさらに長期収容が増加することが予想されよう。

病院死亡退院の日米ともに統計の得られた疾病についてみる。日本の統計は、人口動態と患者調査とに差があるが、悉皆調査の人口動態によると、日米ともに全死亡の病院内死亡が44%とほぼ同じであるが、日本では、悪性新生物、糖尿病が高く、心疾患、不慮の事故が低い。アメリカでは、同一人の繰返し入院が考えられることから在

院総日数で比較するに、総数では2.4倍と高い。脳血管疾患は、日本に多い疾病ではあるが、全死亡に占める病院内死亡がアメリカとほぼ同じである。しかし在院総日数は、アメリカの5.9倍と著しく長い。このことは、介護のために長期入院しているためと考えられる。悪性新生物の全死亡中病院内死亡が日本はアメリカの55%の約1.3倍の73%（患者調査では59%）であることから、在院総日数がアメリカの1.6倍となっていることの理由の一つといえよう。しかし、日本での件数が、アメリカの31%にすぎないことは、入退院を繰り返す例が少ないためと考えられる。悪性新生物においても、病状その他の理由により入院の中断が可能な例が少なからず存在し、アメリカでは、一時退院を含む退院を実行しているものと思われる。日本の病院においても、このことは検討してしかるべきものといえよう。全死疾患も、死亡比率が同じで、在院総日数が同じであっても、退院件数がアメリカの20%にすぎず、入退院の繰り返しの少ないことが考えられる。

以上、日本の病院の長期入院は、医療よりも介護のための例が多いものと考えられる。断続的入院は、本人にとっては家庭生活を過ごす機会が得られることになるし、病院においては、退院期間中の空床を他の患者に利用できる。このため、より入院を必要とする患者の収容により病院の施設設備、マンパワーの活用ができる。退院した患者にとって、医療費の面で、負担が軽減されること等多くの利点が考えられる。このように、病院における介護についての分析検討が必要といえる。

5) 医療機関の利用状況のまとめ (表 17, 18)

わが国の病院は、統計上の分類の不十分さもあり、その機能している実態を反映したマクロ的な資料は得がたい。このため個別病院の効率の視点でなく、国の医療全体というマクロ的な視点で病院の機能分析を実施することは容易ではない。以上、示した統計からの分析は、あくまで、日本の病院の機能未分化の実態を示したにすぎないが、統計には分類されなくとも、個別には機能分化し

表 17 18病院における看護度および生活度別年齢階級別患者数

区 分	A—I	A—II	A—III	A—IV	B—I	B—II	B—III	B—IV	C—I	C—II	C—III	C—IV	計
総 数	858 (11.3)	205 (2.7)	98 (1.3)	54 (0.7)	503 (6.6)	621 (8.2)	1,053 (14.0)	350 (4.6)	109 (1.5)	255 (3.4)	1,267 (16.7)	2,220 (29.0)	7,578 (100.0)
0～5歳	176 (2.3)	38 (0.5)	13 (0.1)	3 (0.0)	91 (1.2)	72 (1.0)	32 (0.4)	8 (0.1)	11 (0.1)	16 (0.2)	27 (0.3)	14 (0.1)	501 (5.6)
6～14	24 (0.3)	9 (0.1)	8 (0.1)	4 (0.0)	22 (0.2)	29 (0.4)	57 (0.7)	18 (0.2)	5 (0.0)	25 (0.3)	53 (0.7)	54 (0.7)	308 (4.1)
15～34	84 (1.1)	33 (0.4)	21 (0.3)	31 (0.4)	78 (1.0)	101 (1.3)	233 (3.1)	143 (1.9)	23 (0.3)	57 (0.7)	282 (3.7)	648 (8.6)	1,734 (22.9)
35～64	325 (4.3)	70 (0.9)	40 (0.5)	15 (0.2)	165 (2.2)	264 (3.5)	503 (6.7)	138 (1.8)	43 (0.6)	81 (1.1)	579 (7.6)	1,104 (14.6)	3,332 (44.0)
65以上	249 (3.3)	55 (0.7)	16 (0.2)	1 (0.0)	148 (2.0)	155 (2.0)	227 (3.0)	46 (0.6)	27 (0.3)	76 (1.0)	325 (4.3)	378 (5.7)	1,703 (22.5)
各科における65歳以上患者の比(%)	23.8	26.8	16.3	1.9	29.4	30.0	21.5	13.1	24.8	29.8	25.7	17.2	22.5

資料：橋本寿三男「供給形態の変化」，病院38巻1号，1979年1月。

注：①看護度

- A 常時（ほとんどつきっきりで）観察を必要とする患者
- B 断続的に（おおむね1～2時間おきに）観察を必要とする患者
- C 継続的な観察を必要としない患者

②生活度

- I 病床にねたきりの患者
- II 上半身をおこしうる患者
- III 病床の周辺（ベッドなどにつかまりながらも）動きうる患者
- IV 廊下まで動くことができ自分の用はほとんど自分で足せる患者

この看護度と生活度の指標を組合わせて、現に入院している患者をある日時を限って、断面調査を行い、12群に分類したわけである。

表 18 年齢階級別在院期間別退院件数 (1976)

(単位: 人口 1,000 あたり)

	日 本 (病院)						アメリカ (短期病院)				
	総 数	死亡退 院	0~14 歳	15~44	45~64	65~	総 数	0~14 歳	15~44	45~64	65~
総 数	55.5	2.32	34.2	56.9	56.8	105.5	163.2	71.5	153.2	195.3	362.8
0 日	0.8	0.14	0.6	0.9	0.6	1.1	4.2	3.4	5.1	3.1	4.6
1	2.5	0.17	2.6	2.6	1.8	2.7	12.4	12.5	14.3	9.1	11.1
2	1.8	0.08	2.7	1.5	1.3	1.6	24.3	19.5	28.4	22.6	22.1
3	1.5	0.06	2.2	1.4	1.1	1.2	21.1	9.5	26.6	20.4	27.0
4	1.5	0.06	2.1	1.6	1.0	1.3	17.1	7.3	19.7	18.0	27.9
5	2.3	0.05	1.9	3.1	1.1	1.6	24.2	8.6	24.2	29.9	50.8
6	3.5	0.04	1.8	5.6	1.0	1.7					
7	4.2	0.04	2.7	6.5	1.4	2.2					
8	3.0	0.03	2.3	4.3	1.4	2.1	16.6	4.0	13.3	24.0	46.1
9	1.9	0.03	1.7	2.3	1.4	1.7					
10	1.5	0.02	1.3	1.7	1.1	1.6					
11	1.4	0.03	1.2	1.4	1.2	1.8	11.0	2.0	7.0	18.5	34.7
12	1.3	0.03	1.1	1.3	1.2	1.8					
13	1.1	0.03	0.7	1.2	1.0	1.7					
14	1.3	0.02	0.9	1.3	1.2	2.3	22.1	3.2	10.7	35.1	90.8
15~19 (アメリカ~20)	4.2	0.13	2.4	4.1	5.1	8.2					
20~24 (アメリカ21~)	3.2	0.07	1.6	2.8	4.6	6.5	6.1	8.0	2.5	9.0	28.4
25~29 (アメリカ~30)	2.6	0.10	1.0	2.1	3.9	6.9					
30日未満 (日本)	39.5	1.11	30.6	45.7	31.4	48.0	159.1	70.8	151.5	189.6	343.6
30日以下 (アメリカ)											
30日以上 (日本)	16.0	1.21	3.5	11.3	25.4	57.5	4.1	0.7	1.8	5.7	19.3
31日以上 (アメリカ)											

資料: 日本: 厚生省「昭和51年患者調査」, 1978.

アメリカ: DHEW, Vital and Health Statistics, Series 13-No. 37, 1978.

た病院の存在していることは十分に予想される。しかし、ここでの機能分化を実現するには、医療面から、また経済面からみて、資源を十分に活用した上で医療サービスが提供されているか否かの分析なくしては、限られた資源の有効な利用には結びつかない。また従来みられる個別の病院の医療、経済の分析では、ミクロにおける最適解が得られるが、必ずしもマクロな解にはなり得ない。このため、マクロな視点から、しかも具体的な分析を通じ、新しい病院のあり方を示すことが急務といえよう。ここでは、病院のあり方を論じるための材料を提供するものであるため、日本の病院の特質について簡単に報告したが、さらにそのまとめをしてみる。

日本の病院の発展は医学教育を除けば、私的分野の努力により発展し、戦後に至り、わずかに病

院対策を中心とした病院整備に公的な努力がなされたといえる。最近においてようやく、国立がんセンター、国立循環器センターをはじめ、国公立の高度医療施設の整備、へき地、救急等、時空間での医療貧困対策に公的努力がなされている。医療全般についてみると私的な努力が主流といえる。また、日本の経済体制のもと、医療のみを機械的に社会化することは、困難であるばかりか好ましいとはいえない。しかし、医療分野においては、国の計画の導入が必要な段階に到達しているといえよう。たとえば、病院病床の規制は、個別病院における努力のみでは、不可能であり、特に私的な施設であればあるほど、現状のなかでの医療技術の導入と経営努力がなされ、個々の病院への繁栄へと結びつくこととなろう。このことはマクロとしては、病床数の増加であり、病院利用状況の

現状での改善, 利用増へと結びつくこととなろう。特に, 成人病が増加する傾向のなかで, 長期慢性患者への医療およびケアを現状のままで充実することは, 医療サービス総量の増加に拍車をかけることとなろう。また, アメリカのみならず, 先進諸国での減少のみられる精神病床においても, 個別の病院での対応は私的施設であれば特に, 病床増という, 発展型をとることとなろう。以上の現状のなかで, 医療計画への重要な方向としては, 新しい時代に対応した, 個別施設・機能の分化とそれぞれ分化した機能の医療のためのシステム化の促進の方向と, さらに個別具体的に提供されるサービスの質の向上の方向とがあげられる。ここではこの2つの方向について, 現状の実例を1つずつ示して終ることとする。

システム化の方向について, 個々の病院が全体のシステムのなかでの役割を認識するとともに, そのための機能の整理が必要と考えられる。ここでは, 橋本寿三男の報告⁵⁾(表17)を紹介しよう。表17に示してあるのは東京都およびその周辺の高機能大病院78施設, 地方の大病院22施設, 高機能病院と対照的な中小規模の私立病院39施設より得られた18施設についての調査結果をまとめたものである。この表よりCとしての継続的な観察を必要とせず, IV廊下まで動くことができ, 自分の用はほとんど自分で足せる患者が29%入院している。このような患者を病院に収容しなくてはならない状況が現状では避けがたいとしても, このような患者の多くは病院という機能のもとで収容することの要は少ないものと考えられる。この現状の改善, すなわち, このような患者に適した施設, 機能に基づくサービスへ転送するというシステム化

指向が求められよう。

次の方向として, 個別のサービスの質の向上についての例として, 在院期間別退院患者の日米比較を表18に示す。この表とは年次が異なる数値ではあるが, すでに筆者が文献6)に指摘してあるので, 結論だけを述べる。すなわち, 日本の死亡退院およびアメリカの退院患者には認められない7日, 14日の退院患者数の山が, 日本では, 各年齢階級ともに認められている。この特異な現象は, 日本の医療サービスにおいて, 医療固有な要因以外の要因に基づくことが明らかといえる。このような医療以外の要因による, 入院期間の延長は, マクロ的にみれば本来の医療における質の向上とは逆行することとなることは明らかといえよう。

以上の現実の例からみても, 個別の医療行為において, 医療の固有の本来要因を十分尊重するとともに(たとえば入院の必要がなくなればすぐに退院等), 医療外要因(家庭内援助能力不足等)に対しては, 病院を含めて, それぞれの担当する機能を有する施設などとの連携により有効適切にサービスが提供されることが必要である。

VI おわりに

日本の病院の特質を, 歴史的分析を通じて明らかにするとともに, 現状について, 患者調査, 病院報告を中心として分析した。これらの資料は, 今後の医療のあり方の検討の素材として分析を行ったものである。このため, 中間報告として, 分析の出来た範囲での報告にとどまり, さらに今後検討を加える予定である。

5) 橋本寿三男: 供給形態の変化, 病院38巻 1月, 1979.

6) 西 三郎: これからの病院と診療所, 社会保険旬報 No. 1274号, 1979.

健康づくり運動の効果と測定

市 川 洋

I はじめに

「健康づくり」がとねえられ始めて十数年を経過した。若干のデータも蓄積されている。人々が「自分の健康を守るのは、第1次的には自分である」ことを自覚し、夜ふかし、運動不足、タバコ等を止めて、自分で自分の健康をつくる努力をすることは、最も基本的なことであろう。ここで、健康づくり運動の例を若干観察し、健康づくり運動の効果、特に医療費の節約効果を測定するのが、本研究の目的である。ただし、健康づくり運動の目的は「自分の健康を向上させる」ことにあるのであって、医療費の節約は副次的な結果である。

健康づくり運動の効果測定、特に医療費の節約効果測定に使えるデータは少ない。従って節約効果の推計は、かなり粗い目安としての計数しか得られない。本研究で行なう推計は、データの限界を認識したうえで、多くの制約条件のあることも承知のうえで、あえて試みるものである。「データがないことを研究しない理由とする」罪をおかさないために、ここに「たたき台」としての推計を行うとともに、関係者が有効なデータを今後作成する際のヒントを提供したいと思うのである。

II 八千穂村

長野県南佐久郡八千穂村は、小海線の清里と小諸の中間にある農村である。ここに昭和34年から、佐久総合病院長若月俊一先生の指導の下に健康管理が開始され、今日に至っている。その大きな成果は有名であるので、ここでは簡単な紹介に止めることとする。そこで行われている健康管理は、総合的健康診断と生活改善の2つの柱からなっている。第1の柱である健康診断は、少なくとも全村民が年に1回は総合的健康診断を受けるこ

とを第1目標とし、これにより病気の早期発見、早期治療を行い、手おくれを予防する。また日頃の健康状況をふり返り、日常生活や習慣を見直すチャンスとする。もう1つの柱である生活改善は、健康に影響を及ぼす食生活、労働、寒冷、精神的ストレス、環境、物の考え方等について、日常生活の中で健康的になおしてゆくことである。

健康管理を行うために、各村民が自分の健康手帳を持ち、また個人、世帯、部落の3種の健康台帳が作成されている。八千穂村の検診内容は表1の通りであり、表2の年間計画により実施されて

表1 八千穂村の検診内容

	34~44年	45~48年	49~52年
受 付 ・ 問 診	○	○	○
検 尿	○	○	○
検 便	○	—	—
身長、体重	○	○	○
視 力	○	○	○
肺 活 量	○	○	○
背 筋 力	○	—	—
握 力	○	○	○
血 圧	○	○	○
採 血 { 貧 血	—	○	—
肝 機 能	—	○	—
4 チャンネル	—	—	○
12 チャンネル	—	—	○
EKG	○時々	○	○隔年
眼 底 視 察	○	○時々	○隔年
診 察	○	○	○
健 康 相 談	○	○	○

いる。健康診断は冬期の4ヵ月をあて、部落ごとに1~3日間ずつ行われている。検診班編成は、佐久総合病院から10名、役場から3~6名、部落の役員7~9名、総勢20~25名で行われる。八千穂村における健康管理費は、1人当たり2,000円以下で、かなり安価であるが、病院側へのしわよせはあるようだ。表3にこの状況を示すが、健

表 2 健康管理の年間計画

月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
健康管理活動内容	検診（部落巡回）				胃・婦人 検		貧血再検		胸部 検診		心電図 ほか	
	精密検査、治療、再検											
	結果報告会（部落）											
					有病者、未受診者健康相談							
					健康台帳整理・統計・生活環境調査							
	母子・精神・成人・栄養等の検診・相談・生活指導											
	児童・学童健康管理（検診・精検・事後指導）											

表 3 八千穂村における健康管理費

昭和	保健衛生費		健康管理費		一般会計予算 (億円)
	総額 (万円)	1人当り (円)	総額 (万円)	1人当り (円)	
45	550	1,010	226	414	3.1
46	743	1,363	286	525	4.2
47	1,412	2,590	373	685	5.2
48	1,016	1,869	450	827	6.1
49	1,694	3,109	962	1,765	6.6
50	2,771	5,317	786	1,498	7.8
51	2,085	3,932	891	1,679	10.9

健康管理費は村の総予算の1%にもなっていない。

検診時に要精検, 要治療と言われた人に対しては, その場で主治医または希望する開業医等への紹介状を渡している。検診の2週間後に, 部落ごとにおよその結果をまとめて, 結果報告会が開かれる。これは非常に重要な予防医学的啓もう活動の一つである。単なる個人への結果報告をするだけでなく, 今後どうするかを話し合い, 村ぐるみで取り組む意味の理解もしてもらう。村の文化活動もあわせ行われている。

昭和34年以来, 八千穂村と他の南佐久郡の医療費を比較すると, 表4の通りとなっている。八千穂村で健康管理を始めてから, 8年目にしようやく他の地区と比較して医療費の節約効果が現われていることが理解されよう。検診開始直後は, 病気が発見されるため医療費が余計かかるが, それは「手おくれ病」を減少させるので, 8年くらいたつと確実な効果が出てくるのであろう。農家

表 4 国民健保1人当り医療費

八千穂村と, 他の南佐久郡7か町村比較(除歯科)
(単位: 円)

昭和 年	八千穂村 A	南佐久郡 B	差 B-A	比 A/B
34	2,520	2,037	△483	1.24
35	2,919	2,165	△754	1.35
36	2,716	2,536	△180	1.07
37	2,822	3,207	385	0.88
38	3,994	3,863	△131	1.03
39	4,374	5,129	755	0.85
40	6,071	5,880	△191	1.03
41	6,222	6,944	722	0.90
42	7,248	8,483	1,235	0.85
43	8,607	10,686	2,079	0.81
44	10,642	12,239	1,597	0.87
45	12,071	14,925	2,854	0.81
46	13,401	17,499	4,098	0.77
47	18,780	22,130	3,350	0.85
48	23,350	28,574	5,224	0.82
49	30,671	40,093	9,422	0.76
50	33,045	47,879	14,834	0.69
51	39,743	58,195	18,452	0.68

「集団健康スクリーニングのあゆみ 第2集」1978。

長野県厚生農業協同組合連合会による。

の人達には, 病気をできるだけガマンし, 身体を楽にすることを罪惡視する考え方があり, これが手おくれ型の病気をまねている, と言われている。

表4によれば, 昭和50, 51年では他町村と比較して八千穂村は30%以上医療費の節約が行われている。この「30%」という率をいきなり国民医療費に拡大して適用するのは若干無理があろう。都市においては手おくれ型の病気は農村地域ほど該当が多くないと思われる。また, 「30%」という数字は, 若月俊一先生という卓越した指導者と, その下にはせ参じた情熱にあふれた人々の活動によってできた成果であって, これを国民医療費全体に拡大して適用するにはいささか問題がある。しかし, 節約率がこのレベルまで到達できた実例としての意義は大きい。

III 健康状況調査

昭和49年11月, 労働省は常用労働者30人以上を雇用する民営事業所を4,000抽出し, そこに雇用される労働者8万人を対象として, 健康に関

注) 「II 八千穂村」の記録はすべて資料1, 2による。

表 5 質問：あなたは何か健康法を実施したことがありますか。
(単位：%)

答	合 計	いつも実施している	ときどき実施している	したいと思っ ているが、まだ 実施していない	考えて みたこと もない
性別 男子	100	13	33	39	15
性別 女子	100	7	23	49	20
年齢別 ~30	100	7	29	44	19
年齢別 30~39	100	10	32	44	13
年齢別 40~54	100	15	29	39	16
年齢別 55~	100	25	25	28	20

注：資料3による。

するアンケート調査を実施した。以下、本研究に関係のある部分につき検討を加えることとしよう。

表5は健康法を実施しているかどうかという質問に対する答である。健康法実施は男子に多く、高齢層ほど多くなる傾向がある。しかし、高齢層においては、「考えてみたこともない」人の割合もまた高くなっており、実施する人とならない人の両端に分解するように思われる。高齢層に対する健康づくり運動普及上、考慮する必要があるだろう。健康法を時々実施している人々は3分の1弱であって、ある程度の意識をもつ人はかなり存在していることが分かる。

表6は、健康法を実施している人について、どのような健康法を実施しているか調べたものである。高齢層ほど散歩、体操等の軽い運動や健康食品等のウエイトが高くなり、マラソン等のスポーツの割合は低くなる。女子は男子と比較すると、高齢層と似た傾向を有している。高齢層および女子に対して好まれるスポーツの開拓が必要である

表 6 質問：どのような種類の健康法ですか。
(単位：%)

答	計	散歩・体操・軽い運動	マラソン等スポーツ	健康食品 漢方薬等	その他
性別 男子	100	54	32	12	11
性別 女子	100	59	13	24	13
年齢別 ~30	100	49	41	9.3	9.5
年齢別 30~39	100	55	29	13	11
年齢別 40~54	100	61	15	21	13
年齢別 55~	100	68	5.4	24	13

注) 健康法を実施している者について。
資料3による。

う。

VI 健保組合の健康づくり運動

ここ数年来健保組合を中心として、身体を動かすことを中心とする健康づくり運動が広まりつつある。例えば通勤等に際しては、地下鉄のエスカレータ等にはのらないで、なるべく階段を上下し、オフィスでもエレベータを使わないよう努力する、などの手近な所から始める、帰宅のさいは1駅前で降りて歩く、ひるの休みの時間はなわとび、スポーツをする、毎日自転車にのる、等の努力を重ねるのである。

実査した5つの健保組合には、共通した考え方が見受けられた。まず、経営首脳部が社員の健康づくりに熱心であって、「組合員の幸せは健康が基本」ということと、「きびしい生存競争下で企業が生き残るための活力は社員の活力から生れるが、その社員の活力は健康から生れる」という認識が基礎にあった。すなわち、健康自体が価値であり、医療費節約はあまりウエイトがおかれて考えられていない。このため、医療費に関するデータは、各組合ともあまり積極的にはとっていない。また、健康づくりを始めて2~3年しかたっていない組合が多いため、あまり顕著な医療費への効果はまだ明確に現われていない状態にあると思われる。

A 健保組合

昭和52年10月から、本格的に体力づくり運動に着手し、全社的に実施している。体力づくりは組合員にかなり定着しており、どのような体操やスポーツ等を行ったかを健康手帳に記入することになっている。この健康手帳の提出状況から見て、8割の組合員が参加している。身体を動かすことに主眼がおかれており、競技型ではない。この組合の特色は、首脳部の取組みが積極的なことである。

B 健保組合

昭和52年4月から健康づくり運動が開始された。健康で明るい職場づくりはスポーツを通じるのがよい、という考え方で、スポーツに重点がある。社内対抗スポーツ大会は盛んである。産業医

表 7 C 健保組合受診率

昭和 年月	本 人				家 族			
	入院	外来	歯科	計	入院	外来	歯科	計
48.9	4.8	178	58	241	9.9	497	87	595
49.9	4.0	182	60	246	11.3	514	91	617
50.9	5.0	184	74	262	9.8	474	94	577
51.9	3.8	199	89	292	10.1	486	92	588
52.9	3.3	195	78	276	10.5	480	92	583
53.9	4.6	192	72	268	9.8	475	90	575

注：資料 4 による。

学の専門医を呼んで企画立案，指導を行っている。健康手帳提出状況は，昭和 52 年冬の提出率 2 割，昭和 53 年 9 月の提出率 6 割となっている。

C 健保組合

昭和 51 年 5 月から健康づくりが開始された。この健保組合の特色は，本人だけでなく家族ぐるみで実施する点である。特に，子供がスポーツの牽引力になることが期待されている。表 7 に C 健保組合の受診率を示すが，家族に比較して本人の受診率がきわめて低い値を示している。この健保組合の健康づくりの特色は，グループにならないとできないものは取扱わないことであって，単独でもできることで組立てられている。

この健保組合では，スポーツ医学の専門医が顧問になっていて，組合員をまず体力テストして，1 級から 5 級までに分ける。3 級の人 は平均的体力である。組合員の力に合わせて，運動処方が出される。これは，組合員の個々の状態に適合したどういう運動を，どの位実施するのがよいかを専門医が指示するものである。運動量によってポイントが定められており，たとえば 46 歳以上の人については，「両手にぎり」100 回で 0.5 ポイント，「かかとの上げ下げ」50 回で 0.5 ポイント，「階段登り」100 段で 1 ポイント，という風になっている。「バドミントン」は 20 分で 4 ポイントで，かなり高い点が付いている。行った運動が累計 100 ポイントに達すると，賞品が出る。なお，C 健保組合では食生活指導も行きとどいており，パンフレットには「疲れやすい人の食生活」，「肥満が気になる人の食生活」，「コレステロールの多い食品には，どんなものがあるか」等の解説がなされており，指導は行きとどいている。

D 健保組合

会社の現場に，室内プールか，室内アスレチックセンターを建設した。昭和 47 年から建設を始めて，昭和 53 年春に全部完成した。

E 健保組合

昭和 33 年に卓球，野球，ソフトボール，テニス，バレー，サッカー，バスケットボール，剣道，水泳等の競技を全社的に開始し，事業所ごとの対抗戦に社長杯を出した。スポーツをやる人は全体の 5 割位で，それらの人々にはスポーツは定着したが，あとの半分の人々はスポーツをしていなかった。体力づくりはこれらの人々を対象とし，よりよい身体をつくることを目的とした。体力づくりは予防から健康増進へと進む。昭和 51 年 10 月から，血液，肺機能検査等を行ったうえ，スポーツ医学の専門医が運動処方を出すことにした。まず，組合員の健康度を測定し，運動についての診断をするのである。測定の段階で異常が発見された人に対しては，内科医が治療をしている。

昭和 51 年 10 月に，40 歳以上の人を対象として健康度測定が行われ，7 割強の人々が検査を受けた（医者にかかっている人および健康管理対象者を除いたため）。受診者中「全く異常なし」の健康度判定約 4 割，「ごく軽度の異常を認めるが，日常生活に支障なし」の健康度判定約 5 割であった。これらの人々には運動処方が出され，17 時以降トレーニングが行われた。トレーナーは，社員の中から主として陸上畑の者を選び，10 ヶ月かけて養成した。トレーナーは，たとえばランニングの運動処方の出ている者に対しては，一緒に 1 対 1 でついて走っている。このため，運動による事故はおきていない。

昭和 51 年 10 月に始まった 40 歳以上の人を対象とする体力づくりは昭和 53 年 9 月で一巡した。昭和 53 年 10 月からは，対象を 35 歳以上として，第 2 巡目に入った。全般的に 30 歳台の人が最も運動していない。40 歳台になると，関心は上昇する。受診率を表 8 に示す。体力づくりを始めてから 2 年しか経っていないため受診率が未だ低下するに至っていない。なお，歯科は受診率が上昇しているが，歯科のケアは小児時期に行う必要があ

表 8 E 健保組合受診率

昭和 年月	本 人				家 族			
	入院	外来	歯科	計	入院	外来	歯科	計
48.9	6.2	401	80	488	9.9	396	73	478
49.9	7.2	413	76	496	8.3	398	78	484
50.9	6.9	409	84	499	9.7	409	80	498
51.9	5.9	395	82	483	8.3	423	80	511
52.9	5.2	375	86	467	7.7	434	86	527
53.9	6.6	372	95	473	9.4	424	89	522

注：資料4による。

る。しかし、成人についても、早期処理は極めて有効であろう。

V 症 例

症状に応じた運動処方によるトレーニングが、どの程度有効であるか、という点については、実際の症例を検討するのが一番良い。大阪瓦斯株式会社健康開発センターの資料（資料5）から、2例をここに紹介する。

▶呼吸・循環器系療法運動実施例

<症 例>

1. 対 象 者……49歳（男子）
2. 症 病 名……高 血 圧
3. 経 過 歴……3年前の検診において高血圧所見が発見された。時々最高血圧が170 mm Hgを超えることもあった。その後最低血圧も90～95 mm Hgに上昇してきた。
4. 症 例……時々ではあるが最高血圧が170～180 mm Hgになったことがあり、その状態の時は後頭部が重く鈍痛を自覚することもあった。
昭和51年11月の検診結果では、162/92 mm Hgを示し、トレーニング実施の判定をうけた。
5. 療法運動期間……昭和51年11月～52年8月末まで（10ヵ月間）

<療法運動対策>

運動処方

内 容	運 動 量 と 強 度
ランニング	1.2 km→4.0 km 心臓負荷程度 40%→70% } 漸増
補強運動	○柔軟体操 ○背腹筋運動 ○スクワット ○鉄垂鈴応用体操

上記のような運動処方では持久力（全身）を中心に実施した。

運動負荷と血圧上昇については、時々自転車エルゴメーターにより医師の立ち会いのもとにチェックを実施した。

<結果と考察>

血圧および体力に関する記録

血圧については最高・最低血圧ともに高値異常であったが、トレーニング後は徐々に降下を始め3ヵ月後には正常領域にまで降下を続け安定してきた。なお、トレーニング前に服用していた血圧降下剤はトレーニング2ヵ月後に中止したがその為の影響は全くみられなかった。また体力面の向上も顕著で、暦年齢49歳に対し体力年齢は60歳以上であったものが3ヵ月後には“相応”になり、8ヵ月後には20歳台となった。

トレーニング 経過月	トレーニング 前	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
体力テスト 合計点	16	26	32	35	40						
体力年齢	60歳以上	45～49	35～39	30～34	20歳台						

▶代謝系療法運動実施例

<症 例>

1. 対 象 者……55歳（男子）
2. 症 病 名……肥 満
3. 経 過 歴……20歳代の頃は社内駅伝の選手でもあり体重は54 kg程度であった。30歳をすぎて駅伝選手をやめ、その頃より少しずつ体重が増加、50歳の頃には76 kgになった。一時減食を試みて、それなりの効果はあったが、また少しずつ体重が増加してきた。
4. 症 状……肥満度 125%（桂氏法）
皮下脂肪 上腕部 14.3 mm
 背 部 21.8 mm
 腹 部 21.8 mm
血液成分、心電図には特に異常はみられなかった。

注）「IV 健保組合の健康づくり運動」は資料4による。

5. 療法運動期間……昭和 51 年 10 月～現在継続中

<療法運動対策>

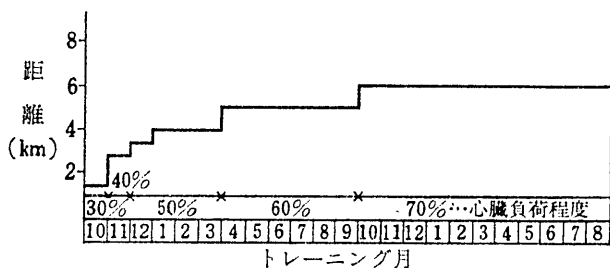
1. 体格・体力面の測定実施

注目したい測定結果は、肥満度が 120% を超え、
 皮脂厚（上腕部+背部）も 36.1 mm と多く肥満症
 といえる。また体力年齢の老化傾向が認められる。
 これらの所見は運動を適度実施することにより改
 善されると判断したので持久性運動を主体とする処
 方を作成し実施させた。

2. 療法運動処方

体格、体力面の測定実施結果とそれがための対策
 判断に基づき、次に示す運動処方を提供して週 2 回
 の頻度で実施指導した。

ランニング距離の増加経過



ランニング——前図に示す距離を 1 回目 $\frac{1}{3}$, 2 回目 $\frac{2}{3}$
 に分けてランニングを行い、1 回目は
 ゆっくり身体機能をならす目的で、2

回目は効果をねらって、スピードは心
 臓負荷程度 70%（初めは 30% から漸
 増）程度のランニングを行った。ただ
 し、その日のコンディション等を本人と
 の対話の中で判断し、距離、スピード
 の変更を行った。

柔軟体操——関節の可動範囲を広げることを目的に、
 タオルを使用して数種類処方した。

腹部体操——腹部の脂肪をとることを目的に、3 種
 類処方した。

補強運動——体力テストの結果からみて、背腹筋の
 強化とジャンプ力の養成を中心に若干
 の運動を処方した。

上記トレーニングの量、強度については、最大能力の
 50~70% 程度を目安に処方した。

<結果と考察>

療法運動を約 2 年間にわたり実施した結果の記録は、
 下記に示す記録表のとおりである。

あらゆる面にかかなりの効果がみられ、特に当初の目
 的である体重の減量は 6.9 kg, 皮脂厚の減少は 24.0 mm,
 肥満度は 12% の減量をみた。

体力面では得点にして 28 点の増加をみた。体力要
 素別にみると、全身の持久力、敏捷性、筋の持久力に
 かなりの伸びがみられた。

記 録 表

測 定 月	トレー ニング前	12	2	4	6	8	10	12	2	4	6	8	改善値
体 重 kg	73.2	71.4	70.2	69.2	69.6	70.6	68.8	68.2	68.2	68.0	66.3	66.3	6.9
腹 囲 cm	95.6	92.3	90.6	89.1	89.8	89.7	87.9	87.6	87.6	88.5	84.9	85.0	10.6
皮 脂 厚 (腹部) mm	21.8	16.9	13.4	11.9	12.2	11.8	11.4	11.2	12.4	10.8	10.6	11.0	10.8
体 力 年 齢 歳	60~	45 ~49	35 ~39	35 ~39	30 ~34	30 ~34	30 ~34	30 ~34	30 ~34	30 ~34	20歳 台	20歳 台	7 ランク

VI 節 約 率

健康づくり運動の医療費に与える影響を測定す
 るには、実際に健康づくり運動を実施して、ある
 程度経過したグループについて、その効果を測定
 して、① 時系列的に比較して実施前と実施後とを
 比較する方法と、② 実施したグループと実施し
 なかったグループを比較する方法の、2 通りが考
 えられる。いずれの方法も一長一短であって、「健
 康づくり運動を実施した場合と、実施しなかった

場合」について、「他の条件を同一にする」こと
 が困難なことが問題である。① の方法は、事前対
 事後調査と呼ばれる方法であるが、医学の進歩や
 環境要因の変化があれば、事前と事後で他の条件
 は同一でない。② の方法は、実施したグループ
 と実施しなかったグループが、経済現象について
 は他の条件が同一である保障はないことが難点で
 ある。いずれにせよ、完全無欠な答案は存在しな
 いから、実行可能な方法により、少しでも欠点の
 より少ないデータを作成して比較する外ない。

健康づくり運動に以前から取り組んでおり、有効なデータを蓄積しているのは「筑波大学国民体力特別研究プロジェクト」である。そこで国民体力特別研究プロジェクトのデータの中から、K健保組合の実例と計数を使用し、②の方法で医療費の節約率測定を行うこととした。

K健保組合が体力づくりを一部の事業所で開始したのは、昭和49年4月からである。K組合では、体力測定を行って見た所、全国平均を下廻っており、特に若年層における体力低下が著しかった。要するに「若年老人」が増えていたのである。そこで昭和49年4月、職場体操が一部事業所で実施され、昭和50年5月から全社的に実施することとなった。筋力と持久力の低下が著しかったので、職場体操を午前と午後に3分間ずつ仕事の一部として行った。

産業医学をやっている整形外科医の指導の下に、社員の中からトレーナーをつのり、30時間の研修を行った後、社内的認定資格を与えた。体力測定は次の6項目である。反復横とび、垂直とび、握力、背筋力、運動後息こらえ(持久力)、体前屈。得点を年齢別にAからEまで5段階に分け、標準をCとした。Eは体力年齢70歳以上に該当する。10歳台でもEの人がおり、Eの人をなくそう、というスローガンで健康増進カードを渡して指導が行われている。管理区分のある人には、専門医から運動処方が出される。

K健保組合における体力年齢測定結果を表9に示す。19歳以下の若年層で、体力年齢が高くなっていたものが、徐々に若くなりつつある状況が観察されるが、高齢層における若がえりは、はかばかしくないようである。

表10に、K健保組合と、健康保険組合全国計の受診率Rの比較を示す。表11に1件当り医療費Mの値を示す。R、Mの値は、K健保組合の計数は2、4、8、10月平均であり、全国の健保組合の計数は9月現在であるため、季節修正を行わねばならぬ。資料7にR、Mの全健保組合計の月別計数があるので、これにより、全健保組合の9月分の計数を2、4、8、10月平均に修正してある。

表12に、人口1,000人当たり医療費を示す。

表9 K健保組合体力年齢 (単位: 歳)

年齢	昭和・年	50	51	52	53
～19歳	男子	43	40	36	35
	女子	42	33	41	36
20～24	男子	38	33	33	32
	女子	40	35	36	35
25～29	男子	41	36	34	34
	女子	43	36	39	39
30～34	男子	44	40	37	38
	女子	44	38	40	42
35～39	男子	50	47	41	41
	女子	46	40	44	43
40～44	男子	49	45	45	44
	女子	46	42	45	44
45～49	男子	54	51	49	49
	女子	—	45	46	48
50～	男子	53	54	53	55
	女子	51	49	45	55

表10 年齢別受診率R比較
(昭和52年2・4・8・10月平均)

年齢	男子入院		女子入院		男子外来		女子外来	
	K組合	全国	K組合	全国	K組合	全国	K組合	全国
15～19	6.4	6.28	4.4	5.92	181	148	212	225
20～24	5.9	5.84	7.6	6.48	175	168	276	310
25～29	5.5	6.14	12.0	10.45	187	199	368	404
30～34	5.0	7.06	9.2	9.07	218	267	416	407
35～39	5.5	7.16	6.2	6.85	246	297	448	402
40～44	7.1	7.51	4.5	7.39	287	376	500	414
45～49	8.3	11.45	8.5	9.28	346	461	585	580
50～54	11.3	10.16	6.8	10.15	394	439	616	636
55～59	11.0	20.22	13.0	13.85	471	836	679	987
60～64	16.8	28.46	4.9	20.87	648	1,016	828	1,095
65～69		30.51		22.66		1,233		1,079
70～		42.97		24.90		1,556		1,491
平均		8.57		8.28		333		411

注: K組合=筑波大学国民体力特別研究プロジェクトの計数。
全 国=資料6による。

受診率は人口1,000人当たり医者にかかる人の割合だから、 $R \times M$ は人口1,000人当たり医療費となる。ただし、歯科に含まれていない。

表12の入院、外来の計数を一本化し、K健保組合の計数を分子、全国平均を分母とした比率を、表13に節約率として示す。健保組合全国平均と比較して、K健保組合の1,000人当たり医療費が低

表 11 1件当り医療費M比較 (昭和52年 2・4・8・10月平均)

(単位: 円)

年 齢	男 子 入 院		女 子 入 院		男 子 外 来		女 子 外 来	
	K 組 合	全 国	K 組 合	全 国	K 組 合	全 国	K 組 合	全 国
15~19	118,683	147,708	112,581	95,460	7,193	6,280	5,947	6,186
20~24	136,512	131,567	98,387	106,082	7,132	7,537	5,767	6,031
25~29	137,375	125,001	84,795	100,313	7,569	7,502	6,276	7,112
30~34	135,970	149,423	116,028	126,841	7,863	9,951	6,776	6,200
35~39	170,448	152,401	108,104	143,585	8,518	8,329	7,451	7,626
40~44	197,695	159,001	145,188	182,951	9,497	11,309	7,928	7,872
45~49	202,390	163,268	171,521	186,262	9,789	10,485	9,024	8,504
50~54	201,138	164,731	151,141	150,156	11,806	11,544	8,638	9,311
55~59	169,002	190,045	237,610	169,927	11,610	11,526	9,741	9,545
60~64	194,454	177,833	192,783	159,511	11,505	11,075	9,680	8,302
65~69		192,823		185,444		12,895		10,160
70~		230,728		186,089		10,849		9,699
平 均		156,922		129,713		9,970		7,421

注: K組合=筑波大学国民体力特別研究プロジェクトの計数。
全 国=資料6による。

表 12 人口1000人当り医療費 (R×M)

(単位: 1000 円)

年 齢	男 子 入 院		女 子 入 院		男 子 外 来		女 子 外 来	
	K 組 合	全 国	K 組 合	全 国	K 組 合	全 国	K 組 合	全 国
15~19	760	928	495	565	1,302	929	1,261	1,392
20~24	805	768	748	687	1,248	1,266	1,592	1,870
25~29	756	768	1,018	1,048	1,415	1,493	2,310	2,873
30~34	680	1,055	1,067	1,150	1,714	2,657	2,819	2,523
35~39	937	1,091	670	984	2,095	2,474	3,338	3,066
40~44	1,404	1,194	653	1,352	2,726	4,252	3,964	3,259
45~49	1,680	1,869	1,458	1,729	3,387	4,834	5,279	4,932
50~54	2,273	1,674	1,028	1,524	4,652	5,068	5,321	5,922
55~59	1,859	3,843	3,089	2,353	5,468	9,636	6,614	9,421
60~64	3,170	5,061	945	3,329	7,455	11,252	8,015	9,091
65~69		5,883		4,202		15,900		10,963
70~		9,914		4,634		16,881		14,461
平均		1,345		1,074		3,320		3,050

注: 歯科は含まない。

くてすんでいる原因が、体力づくりの実施にあるという前提をおいているためである。この因果関係は、本当は必ずしも明らかではないが、経済現象において因果関係を明らかにするには、前述した①または②の方法しか見当らない。表13の65歳以上の年齢層については、K健保組合に該当がないので、K健保組合の計数は、60~64歳の節約率を65歳以上にも延長適用して作成してある。

VII 国民医療費の節約

表13で、高齢層において健康づくり運動によ

る医療費節約効果が大きいことが観察される。

さて、現在高齢化現象が急速度で進行しているから、節約効果は後年ほど大きく出る筈である。そこで、日本の人口が最大となる2005年および高齢化現象が大体落ち付く2025年には、節約効果は昭和52年ベースでどのようになるかを推計してみることにする。表14は1978年安川推計の、一夫婦平均1.75児を生む前提による人口推計値である。1,000人当り医療費は、15歳以上は表13と同じである。25歳から64歳までは、表14は10歳きざみになっているが、この部分における

表 13 男女別人口 1000 人当り医療費および節約率
(単位: 1000 円, 実数)

年 齢	男 子		女 子		節 約 率	
	K組合	全 国	K組合	全 国	男 子	女 子
15~19	2,062	1,857	1,756	1,957	1.110	0.897
20~24	2,053	2,034	2,340	2,557	1.009	0.915
25~29	2,171	2,261	3,328	3,921	0.960	0.849
30~34	2,394	3,712	3,886	3,673	0.645	1.058
35~39	3,032	3,565	4,008	4,050	0.850	0.990
40~44	4,130	5,446	4,617	4,611	0.758	1.001
45~49	5,067	6,703	6,737	6,661	0.756	1.011
50~54	6,925	6,742	6,349	7,446	1.027	0.853
55~59	7,327	13,479	9,703	11,774	0.544	0.824
60~64	10,625	16,313	8,960	12,420	0.651	0.721
65~69	(14,181)	21,783	(10,934)	15,165	(0.651)	(0.721)
70~	(17,444)	26,795	(13,767)	19,095	(0.651)	(0.721)
平 均		4,665		4,124		

1,000 人当り医療費は、5 歳きざみの医療費の単純平均である。

14 歳以下の計数は、全健保組合の家族の平均値を節約前、節約後とも使用した。本当は子供についても健康づくり、体力づくりは大いに有効であり、かつそれは長期的効果があると常識的には考えられるが、データが得られていないので、推計を省略した。14 歳以前の年齢層については、節約前、節約後の両計数とも昭和 52 年 9 月の計数になっている。

表 14 の人口に、人口 1,000 人当り医療費を乗じると、表 15 の「人口構成を変えた場合の医

療費」を得る。この表の計数は、2005 年および 2025 年の医療費を予測したものではなく、昭和 52 年において、人口構成が 2005 年あるいは 2025 年なみになったと仮定すると、医療費はこれだけになる筈である、という推計をする基礎データである。人口構成がかなり高齢化した 2025 年では、節約効果もかなりのオーダーとなる。

表 16 に、表 15 の結果を国民医療費ベースに直す計算を示す。表 15 の計数から、節約率が求められる。高齢化社会ほど節約率も大きいことが観察される。表 15 の医療費は歯科が含まれていないので、これに歯科分を加算して、国民医療費に換算する。歯科の人口 1,000 人当り医療費は、平均で男子 65.1 万円、女子 104.6 万円である。これを人口に乗じて歯科医療費を求め、医科分医療費に加算する。合計値は月平均であるのでこれを 12 倍して年間に引伸ばす。単純に 12 倍せず、精密な計算もできなくはないが、後で修正率を適用するから、ここで計算を精密化しなくても良い。年間引伸ばし後の値は、1977 年(節約前)で 9.0976 兆円である。実際の国民医療費 8.568 兆円に直すには、修正率 0.9418 を乗じる。この修正率を全ケースに適用して、国民医療費を得る。これは、昭和 52 年に、もし人口構造が 2005 年および 2025 年なみであったら、必要となったであろう医療費と、節約額を示す。節約後の計数は、全国民が K

表 14 将来人口推計 (1.75 児) および 1000 人当り医療費

年 齢	人 口 推 計 値 1000 人						1000 人当り医療費 (1000 円)			
	1977		2005		2025		男 子		女 子	
	男 子	女 子	男 子	女 子	男 子	女 子	節約前	節約後	節約前	節約後
9~4	4,929	4,676	3,874	3,660	3,054	2,963	269,3	2,963	2,468	2,468
5~9	4,937	4,697	3,966	3,750	3,166	2,994	2,552	2,552	2,123	2,123
10~14	4,307	4,107	3,711	3,568	3,222	3,047	2,021	2,021	1,557	1,557
15~19	4,069	3,894	3,638	3,446	3,490	3,303	1,857	2,062	1,957	1,756
20~24	4,178	4,093	3,801	3,608	3,837	3,641	2,034	2,053	2,557	2,340
25~34	10,064	9,996	9,397	8,973	7,645	7,273	2,987	2,283	3,797	3,607
35~44	8,605	8,614	8,591	8,238	7,289	6,976	4,506	3,581	4,331	4,313
45~54	6,903	7,276	8,133	8,174	8,971	8,763	6,723	5,996	7,054	6,543
55~64	4,118	5,135	8,938	9,377	3,763	7,849	14,896	8,976	12,097	9,332
65~69	1,664	2,056	3,354	2,722	3,175	3,435	21,783	14,181	15,165	10,934
70~	2,431	3,410	6,162	8,510	7,400	11,294	26,795	17,444	19,095	13,767
計	56,203	57,953	63,625	65,071	60,190	61,629				

注: 人口推計は、1978 年安川推計 (1.75 児) による。

表 15 人口構成を変えた場合の医療費 (1977 年価格, 100 万円)

	1977 年型				2005 年型				2025 年型			
	男 子		女 子		男 子		女 子		男 子		女 子	
	節約前	節約後	節約前	節約後	節約前	節約後	節約前	節約後	節約前	節約後	節約前	節約後
0~4 歳	14,605	14,605	11,540	11,540	11,479	11,479	9,033	9,033	9,576	9,576	7,537	7,537
5~9	12,599	12,599	9,972	9,972	10,121	10,121	7,961	7,961	8,080	8,080	6,356	6,356
10~14	8,704	8,704	6,395	6,395	7,500	7,500	5,555	5,555	6,512	6,512	4,744	4,744
15~19	7,556	8,390	7,621	6,838	6,756	7,502	6,744	6,051	6,481	7,196	6,464	5,800
20~24	8,498	8,577	10,466	9,578	7,731	7,803	9,226	8,443	7,804	7,877	9,310	8,520
25~34	30,061	22,976	37,955	36,056	28,069	21,453	34,070	32,366	22,836	17,454	27,616	26,234
35~44	38,774	30,815	37,307	37,152	38,711	30,764	35,874	35,725	32,844	26,102	30,213	30,087
45~54	46,409	41,390	51,325	47,607	54,678	48,765	57,659	53,482	60,312	53,790	61,814	57,336
55~64	61,342	36,963	62,118	47,920	133,140	80,227	113,434	87,506	115,638	69,681	94,949	73,247
65~69	36,247	23,597	31,179	22,480	73,060	47,563	41,279	29,762	69,161	45,025	52,092	37,558
70~	65,139	42,406	65,114	46,945	165,111	107,490	162,498	117,157	225,078	146,530	215,659	155,448
計	329,934	251,022	330,992	282,483	536,356	380,667	483,333	393,041	564,322	397,823	516,754	412,903

表 16 医 療 費 総 合 計 算

		1977 年型		2005 年型		2025 年型	
		節 約 前	節 約 後	節 約 前	節 約 後	節 約 前	節 約 後
男	100 万円	329,934	251,022	536,356	380,667	564,322	397,823
男 の 節 約 率		0.7608		0.7097		0.7050	
女	100 万円	330,992	282,483	483,333	393,041	516,754	412,903
女 の 節 約 率		0.8534		0.8132		0.7990	
合 計	100 万円	660,926	533,505	1,019,689	773,708	1,081,076	810,726
合 計 節 約 率		0.8072		0.7588		0.7499	
人 口 計	1000 人	114,156		128,696		121,819	
男	1000 人	56,203		63,625		60,190	
女	1000 人	57,953		65,071		61,629	
歯医 療 科費	男 100 万円*	36,588	36,588	41,420	41,420	39,184	39,184
	女 100 万円**	60,619	60,619	68,064	68,064	64,464	64,464
	計 100 万円	97,207	97,207	109,484	109,484	103,648	103,648
医合 療 費計	男 100 万円	366,522	287,610	577,776	422,087	603,506	437,007
	女 100 万円	391,611	343,102	551,397	461,105	581,218	477,367
	計 100 万円	758,133	630,712	1,129,173	883,192	1,184,724	914,374
計×12 (年間引伸し)	兆円	9.0976	7.5685	13.5501	10.5983	14.2167	10.9725
国 民 医 療 費	兆円	8.568	7.128	12.7615	9.9815	13.3893	10.3339
節 約 額	兆円	1.44		2.78		3.06	

注: * 男子 1000 人当り 651 千円, ** 女子 1000 人当り 1,046 千円。

健保組合なみの健康づくり, 体力づくりを実施したとすれば, この程度まで節約できる筈である, という目安である。この推計は粗いから, さらに精密化できるようなデータの整備が望まれる。

《参考資料》

- (1) 長野県厚生農業協同組合連合会健康管理センター「集団健康スクリーニングのあゆみ」, 第2集, 1978.
- (2) 若月俊一「予防は治療にまさる」, 農村医療, No.

18, 1977.

- (3) 労働省「労働者の健康状況調査結果速報」, 1975.
- (4) 余暇開発センター「自由時間活用による健康への効果に関する調査研究委託調査結果報告書」, 第5章, 1979.
- (5) 大阪瓦斯株式会社健康開発センター「療法運動グループに関する実例報告」, 健康開発シリーズ第2報, 1978.
- (6) 健康保険組合連合会「健康保険組合医療給付実態調査報告」, 各年.
- (7) 健保連調査課「健保組合の医療費の動き」, 健康保険第33巻第2号, 1979.

医療政策の効果測定の理論的枠組について¹⁾

田 中 滋

I はじめに

この報告は、次の3つの部分から成っている。

- (1) 医療需要の構造と変動に関し、各種資料から抽出された経験法則について。
- (2) その経験法則を描写するための理論的枠組について。
- (3) 予備作業としての、保健医療関係品目消費支出額に対する回帰計測結果について。

この研究の目的は、対象人口の属性別、または類型別にみた、変動過程における需要動態の差を観察し、次にそれを説明する理論モデルを作成することにより、政策インプリケーションを導き出そうとするものである。

長期的視野に立って実現を図らねばならない、

(1)ヘルス・マンパワーの養成、(2)診療・予防・リハビリテーション施設の適正配置、(3)保険制度の改革、等に関する政策を考案するに当り、保健医療サービスに対する需要の構造を正しく把握することは不可欠の前提条件である。例えば「国民総医療費」といったマクロの集計指標は、以下に述べる区分ごとの医療需要の変動と、総量に占めるそれらの構成割合の変化を受けて推移していく。したがって、需要構造の分析を無視ないし軽視し、集計指標のみに対応した供給量増加策は、いたずらな総医療費の増大を招く危険性を伴うと言える。

保健医療サービスに対する需要を正しく把握するためには、本来、まず分析対象を、経済外的要因である性・年齢によって層化する必要がある²⁾。何故なら、性・年齢階層別の需要量の差は、いわ

ば「生物学的要因」によるものと考えられるからである。図1-1は、年齢階級別の受療率³⁾がどのように異なっているのかを示している。特に1972年以降は、老人医療無料化によって、医療費の支払に起因する受療への妨げが除去されたため、高齢者層の潜在ニーズが顕在化した。その結果、年齢階層毎の受療率は、疾病発生の差を受けて、はっきりとした差異を示すようになった。

性・年齢差を考慮した上で、(1)各個人の職業、(2)世帯内の地位(被用者保険による給付率の差を含む)、あるいは(3)その個人を含む家計が属する所得階層、等々の経済的要因における種別ごとの医療需要の動態を観察することができる(供給体制との関連の点からすれば、上述の区分のほか、(4)地域別、(5)診療科目別、(6)1・2・3次診療別、の需要構造への配慮も重要であろう)。

保健医療サービスに対する需要を決定する要因は、次の2種類に大別することができる。

- A 疾病の発生に関わる変数
- B 受療の決定に関わる変数

このうち、後者(3)の変数とは、次のようなものである。

すなわち、疾病(傷害を含む)発生後、(1)ヘルス・サービスを購入するか否か; および受療する場合、(2)どのような種類の財貨・サービスを、(3)何処で、(4)どれだけの期間にわたって購入するのか——についての意思決定に影響する要因を指す。これには、B種類の変数群が含まれる。

B 1 保健医療費支出のファイナンスに関わる変数

B 2 ヘルス・サービスを必要とする各個人の時

1) 本報告のための作業に当り協力を得た、中央大学経済学部笠原隆・小山文代の両君に感謝する。

2) 本報告では、時間の制約もあり、年齢によるデータの属化は行なえなかったが、現在進行中の作業では、年齢を明示的に扱った分析がなされている。

3) 用語の説明はII節でなされる。

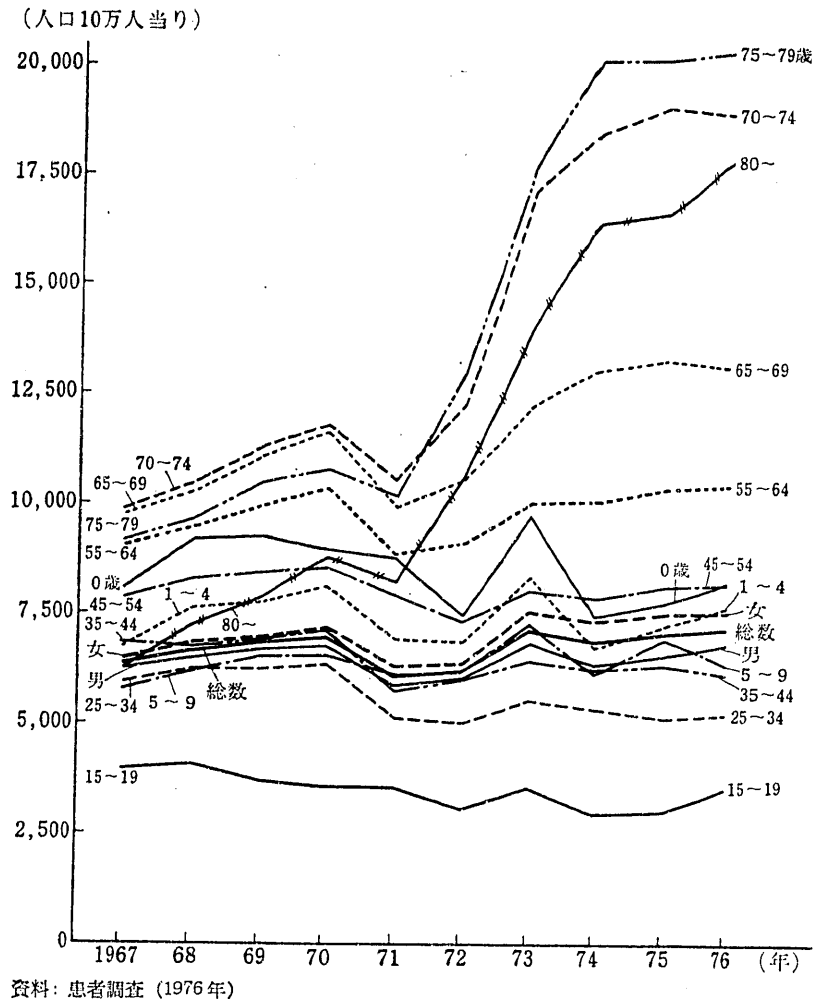


図 1-1 年齢階級別受療率

間価格に関わる変数

B3 ヘルス・サービス供給のアヴェイラビリティに関わる変数⁴⁾

表 1-1 は、保健医療サービスに対する需要分析の際考慮されるべき変数を、前述の A-B 両者に分類したものである。

II 観察事実とその解釈

§ 1 観察のための準備

本報告では、各社会保険について、次のような略称を使用する。

- 1 政府管掌健康保険 (政管)
- 2 組合健康保険 (組合)
- 3 日雇労働者健康保険 (日雇)

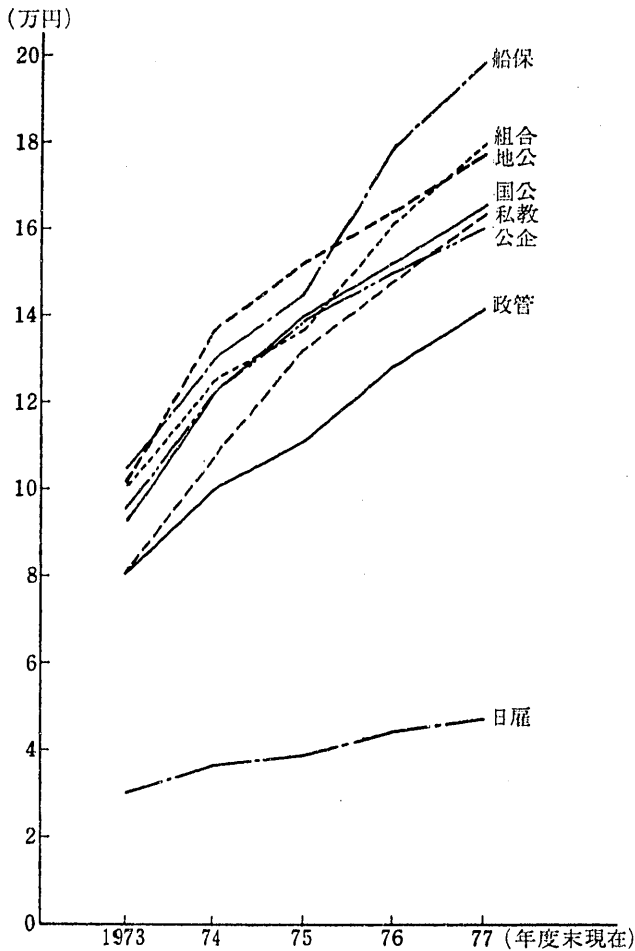
4) 医療サービスについてしばしば指摘されることであるが、供給側や保険機構の整備による需要創出効果を含む。

表 1-1 疾病発生と受療行動に影響を与える変数*

説明変数	疾病発生	受療行動			注
	A	B1	B2	B3	
性	○				
年齢	○				
世帯類型			○		家事代替 自己負担分の有無
世帯内の地位		○	○		
就業状況			○		
職業	○		○		
勤務先企業規模		○		○	
家計所得	○	○	○		
社会保険種別		○			実効給付率
居住地域				○	

* それぞれ、他の変数の値を一定とした上での偏微分効果。

- 4 船員保険 (船保)
- 5 国家公務員共済組合 (国公)
- 6 地方公務員等共済組合 (地公)
- 7 公共企業体職員等共済組合 (公企)



資料：社会保障統計年報（1978年）

図 2-1 社会保険制度別被保険者 1人当たり平均報酬月額

8 私立学校教職員共済組合（私教）

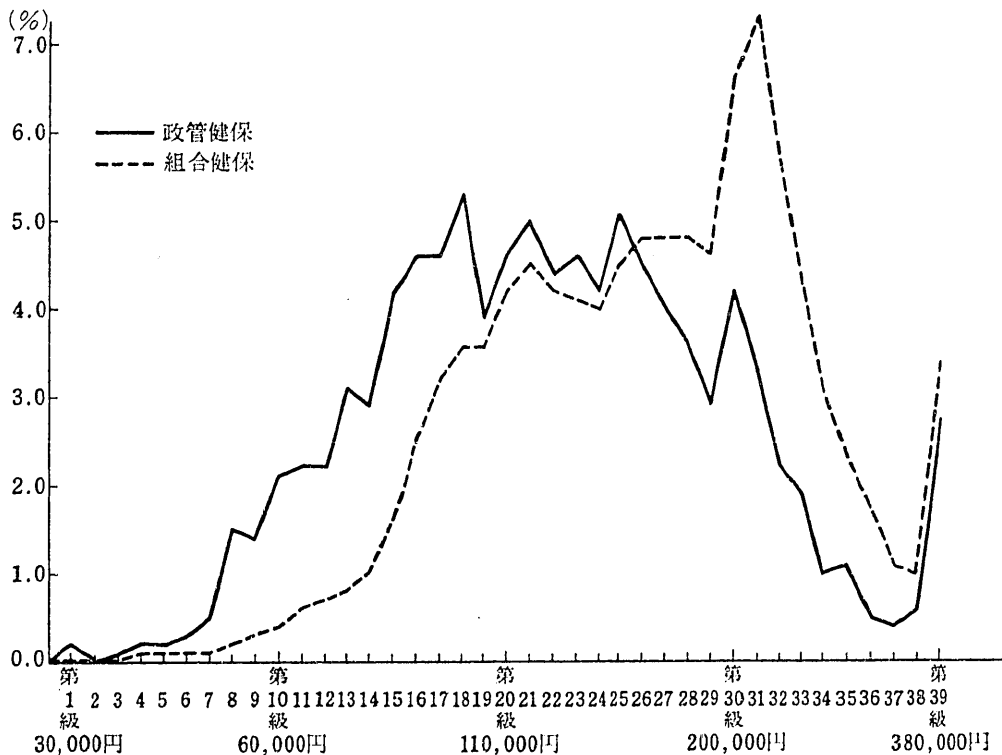
9 国民健康保険（国保）

また、被用者保険被保険者については「本人」、同被扶養者については「家族」の語をそれぞれ互換的に用いる。

ヘルス・サービスに対する需要パターンの差を分析する際、第1に取り上げられる変数は、(後述するように) 所得である。各社会保険制度ごとの相対的「豊かさ」は、図 2-1 から観察することができる。1977 年度末現在、船員保険適用者の標準報酬月額が最も高く、日雇健保対象者を別とすれば、最も低い政管の標準報酬月額とは平均 6 万円近い差がある。

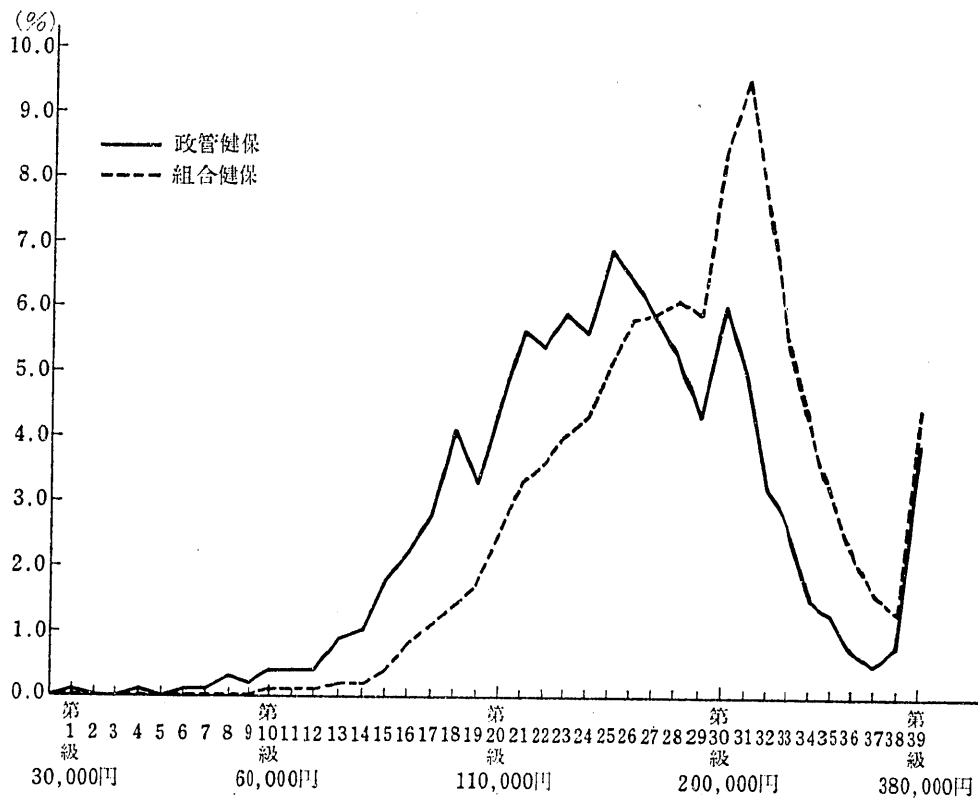
続く図 2-2 ～ 図 2-4 は、§ 2 においてより詳しく比較検討される、政管健保と組合健保について、標準報酬等級別に被保険者数の分布をみたものである。組合の最頻値が第 31 級にあるのに対し、政管のそれは第 18 級にみられるように、両者の間にはかなりの差が存在する。標準報酬月額差は、男子の方が女子より著しい。これは、勤続期間が長くなる程、大企業と中小企業の賃金格差が広がる点を反映している。

次に、この報告で用いられる各変数間の関係を



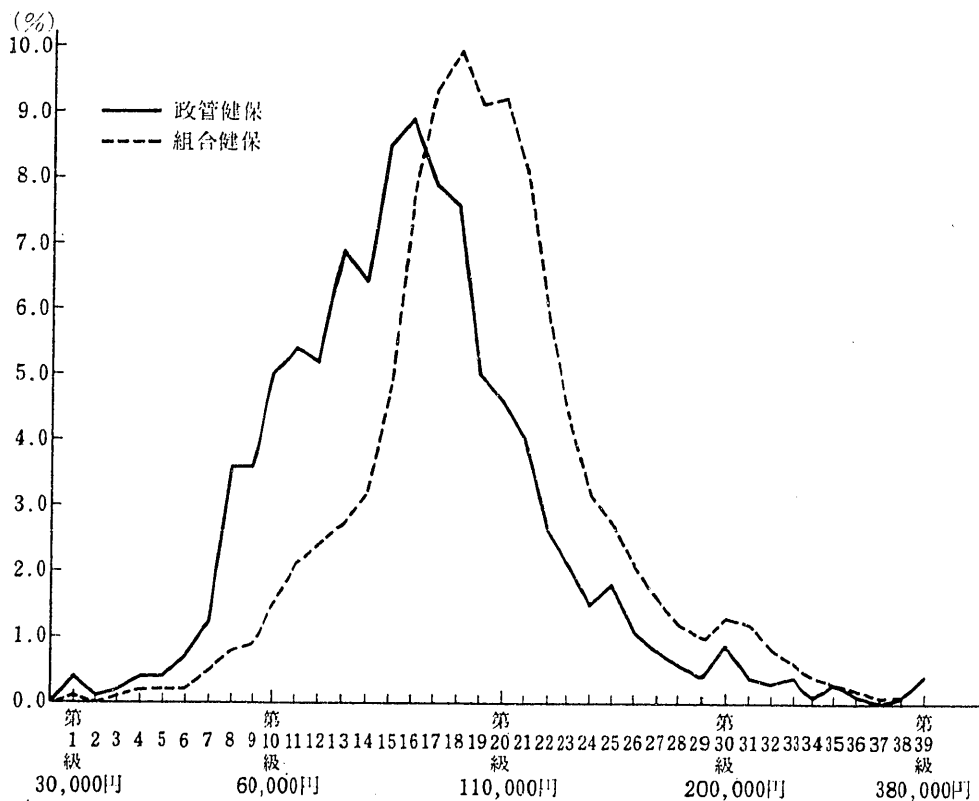
資料：図 2-1 に同じ。

図 2-2 社会保険被保険者標準報酬等級別分布(1)：総計(1978年)



資料: 図2-1に同じ。

図 2-3 社会保険被保険者標準報酬等級別分布(2): 男 (1978年)



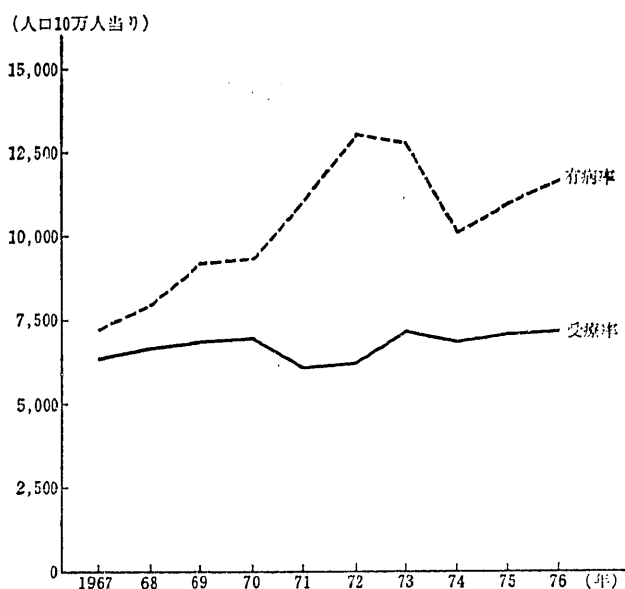
資料: 図2-1に同じ。

図 2-4 社会保険被保険者標準報酬等級別分布(3): 女 (1978年)

整理すると、以下のようにまとめられる。

- (1) 「疾病率」= (疾病発生率) × (平均有病日数)
- (2) 「有病率⁵⁾」= 「疾病率」× (疾病発見もしくは自覚率)
- (3) (受療率) = 「有病率」× (受療行動率)
≡ 「患者率⁶⁾」
- (4) (受療行動率) = (受診行動率) × (受療継続率)
- (5) 「受診率⁷⁾」= (疾病発生率) × (疾病発見・自覚率) × (受診行動率) × (期間の日数)
- (6) (1件当り診療日数) = (平均有病期間) × (受療継続率)
- (7) (1件当り診療費) = (1件当り診療日数) × (1日当り診療費)
- (8) (1人当り診療日数) = (1件当り診療日数) × (受診率)
- (9) (1人当り診療費) = (1件当り診療費) × (受診率) = (1人当り診療日数) × (1日当り診療費)

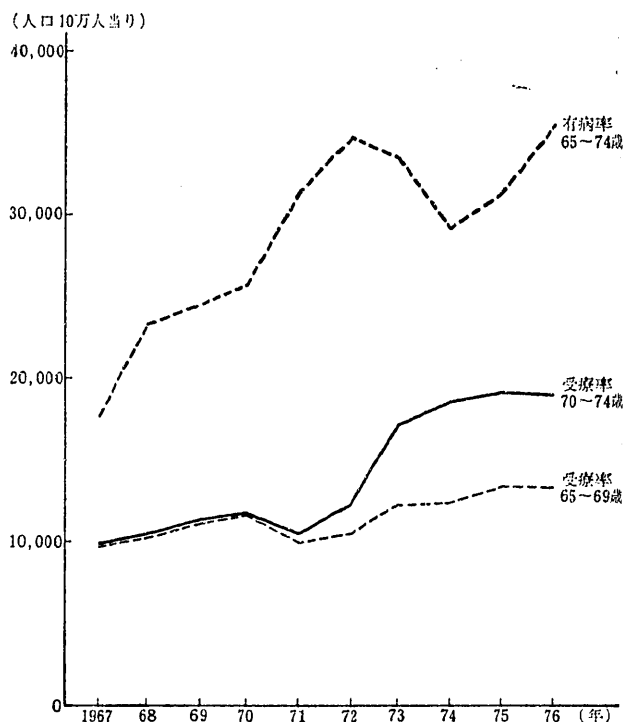
これらのうち、有病率と受療率の相対的大きさ



資料：国民健康調査（1976年）
患者調査（1976年）

図 2-5 有病率と受療率(1)：総数

- 5) 患者調査等で用いられる「有病率」は、本人が既に“自覚”している以上、このように定義されよう。
- 6) この用語は§2で説明される。
- 7) 期間中の受診件数のことである。



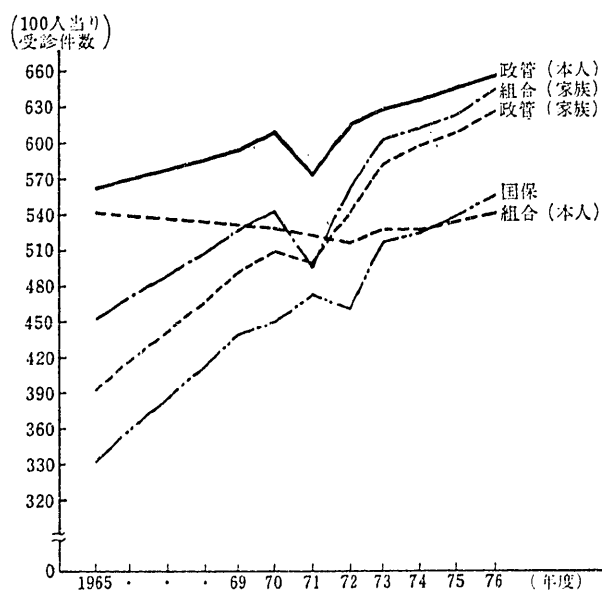
資料：図 2-5 に同じ。

図 2-6 有病率と受療率(2)：65~74 歳

が、図 2-5 および図 2-6 にまとめられている。年齢階層を平均すれば、最近年における受療行動率は 6 割前後と言えそうである。

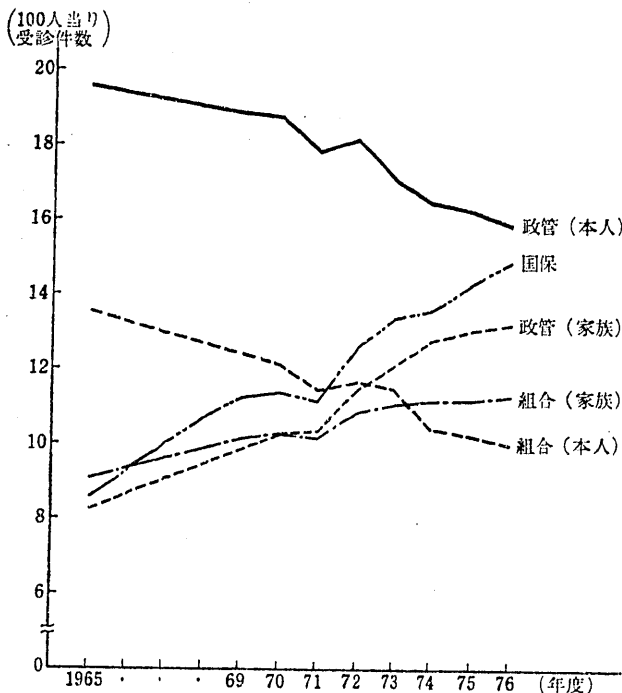
§ 2 データの観察

図 2-7～図 2-9 は、組合健保・政管健保・およ



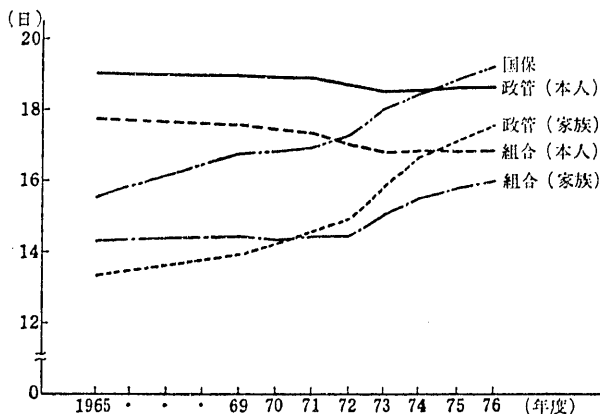
資料：国民衛生の動向，各年。

図 2-7 社会保険制度別受診率(1)：総数



資料: 図 2-7 に同じ。

図 2-8 社会保険制度別受診率(2): 入院



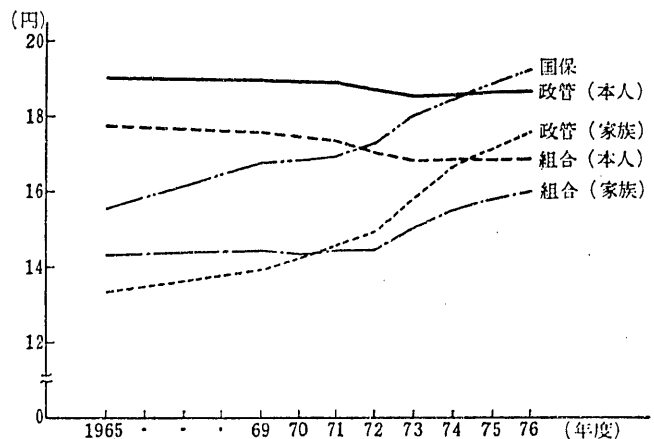
資料: 図 2-7 に同じ。

図 2-9 社会保険制度別受診率(3): 入院外

び国保加入者の受診率の推移を表わす。被用者保険については、本人と家族の区別もなされている。いずれの図においても、1965年以降、組合本人の受診率は横這ないし低下を記録し、その結果、同じ期間に一貫して上昇を続けてきた、組合家族・政管家族・および国保加入者の受診率を下廻るに至った。また、入院受診率については、政管本人も低下を続けていることが観察される。入院を必要とする治療は必需度が高いとみなしえるだろう。したがって、自己負担分のない被用者保険本人の

受診率低下は、疾病発生率自体の減少が主因であると推測しうる。同様の根拠をもとに、図 2-8 から、政管家族の疾病発生率は組合家族より高く、国保加入者より低いと言えよう。反対に、価格弾力性が相対的に大きいと思われる、入院外受診率については、この序列は逆転し、「組合家族—政管家族—国保」という順になっている。総数(図 2-7)でも、給付率 10 割である本人については、政管の方が組合より受診率が高いにもかかわらず、法定給付率 7 割である家族では、政管の方が組合より受診率が低く、さらに国保受診率は政管家族より一層低い値となっている。家族および国保に関する、疾病発生率順位と受診率順位の逆転の理由は、保険別にみた加入者の所得水準の差であろう⁸⁾。一方、時系列で家族および国保の受診率が一貫して増大してきた原因は、所得上昇過程を通じて医療費支払能力が増大し、受診行動率が上昇したためと考えられる。

次に、図 2-10 は、入院 1 件当り日数を示している。最近年では、入院受診率と同様、加入者の所得水準が相対的に低い保険の対象者の方が高い数値を記録している。また、やはり本人の日数は 1965 年以降低下してきているのに対し、家族および国保の日数は増加を続けている。これは、自己負担分の故に、家族については潜在化したニーズがあり、それが所得上昇過程で漸次、需要として顕在化しつつあるためと思われる。法定給付率の



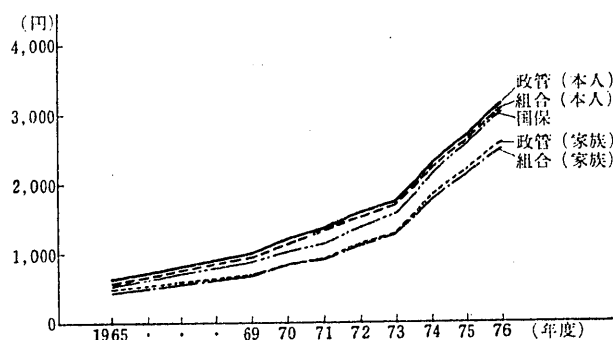
資料: 図 2-7 に同じ。

図 2-10 社会保険制度別受診 1 件当り日数: 入院

8) 法定給付外の家族療養付加金の有無も当然影響していよう。

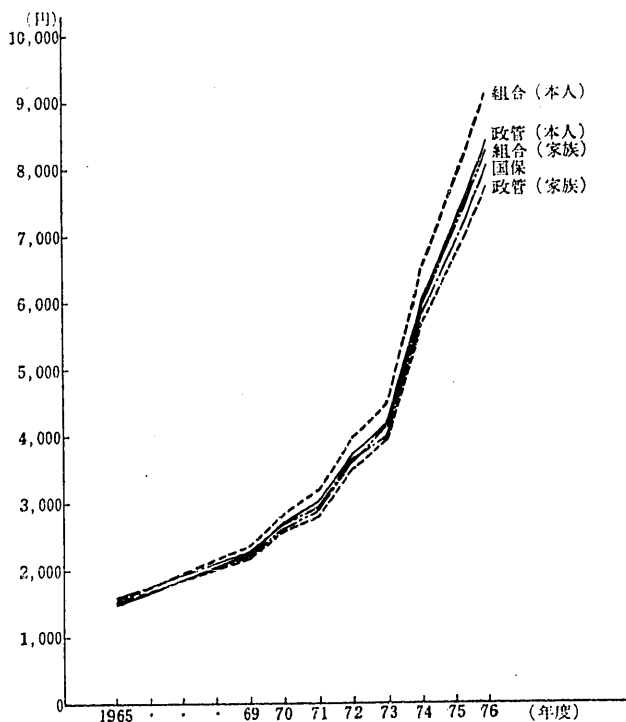
引上げが、1件当り日数に大きな影響を与えたことも同図から観察される。

図2-11および図2-12は、保険別の1日当り診療費に関するグラフである。これまでの図と異なり、本人と家族に傾向の違いはみられず、すべての数字が一貫して上昇を続けている。費用上昇は入院について特に著しい。入院1日当り費用は、本人・家族とも組合の方が高いが、これは疾病の差というより⁹⁾、支払能力の差が原因であろう。



資料: 図2-7に同じ。

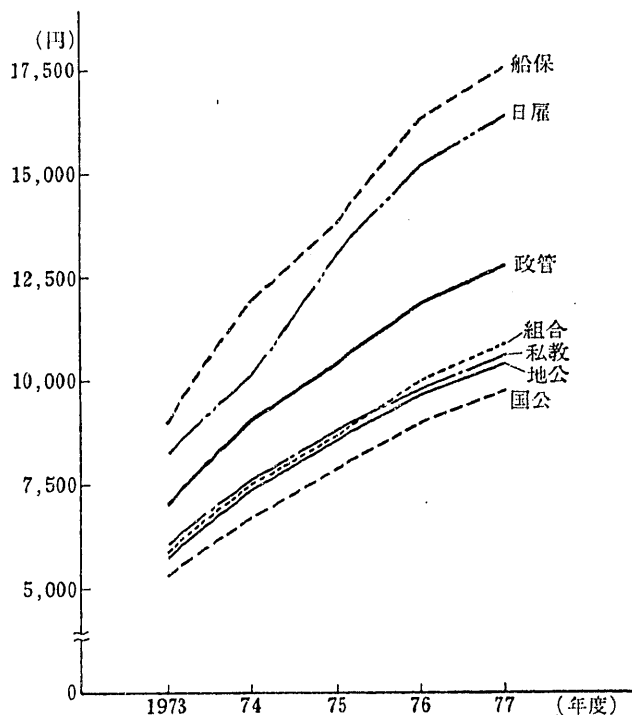
図2-11 社会保険制度別1日当り診療費(1): 総数



資料: 図2-7に同じ。

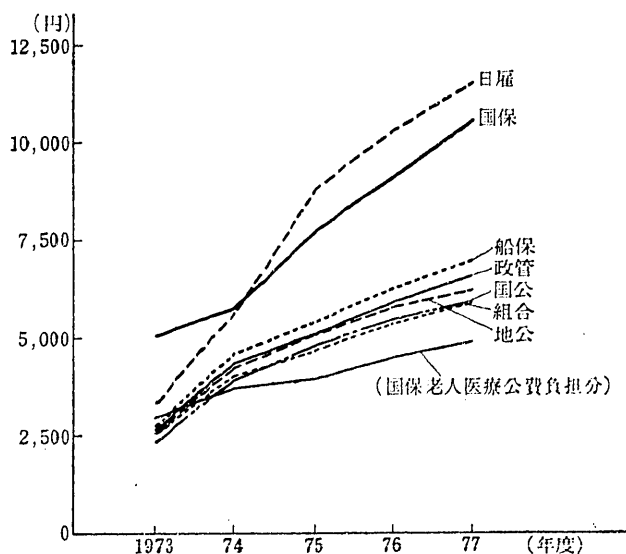
図2-12 社会保険制度別1日当り診療費(2): 入院

9) 相対的に高齢者の多い政管において、本来、相対的に重い疾病の発生がより多いと考えられるからである。



資料: 図2-1に同じ。

図2-13 社会保険制度別診療1件当り金額(1): 被保険者分



資料: 図2-1に同じ。

図2-14 社会保険制度別診療1件当り金額(2): 被扶養者分

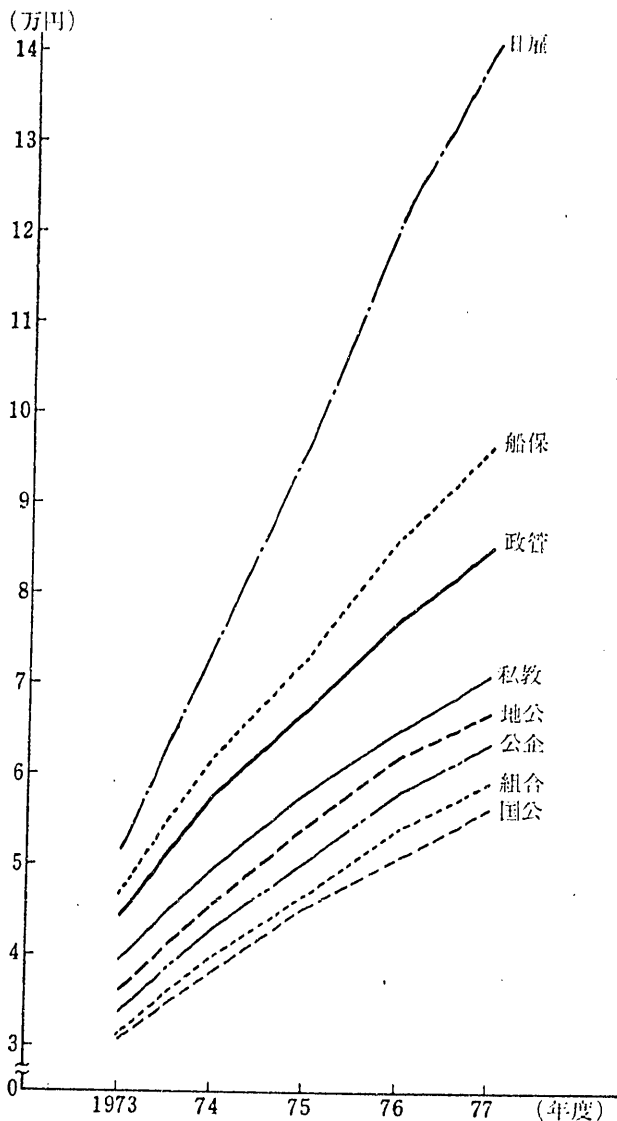
続く図2-13および図2-14は、社会保険制度別にみた診療1件当りの金額を示す。図2-13は被用者保険本人分を、図2-14は被用者保険家族分および国保の1件当り費用と、国保老人医療公費

負担分を表わしている。船保本人を除けば、政管本人・日雇の本人と家族・および国保加入者といった、集団の平均年齢が相対的に高い層の1件当り費用が大きい点が目立つ。また、国保老人医療公費負担分の伸びが小さいことから、老人医療費が増大した原因は、1件当り費用ではなく1人当り件数にあることがわかる。

図2-15～図2-17は、以上の各項目の総合としての、年間1人当り診療費の推移に関するグラフである。まず、被保険者分の診療費を表わす図2-15では(先の図でも額の大きかった船保を除き)、加入者の所得水準が低い保険程、多額の診療費を

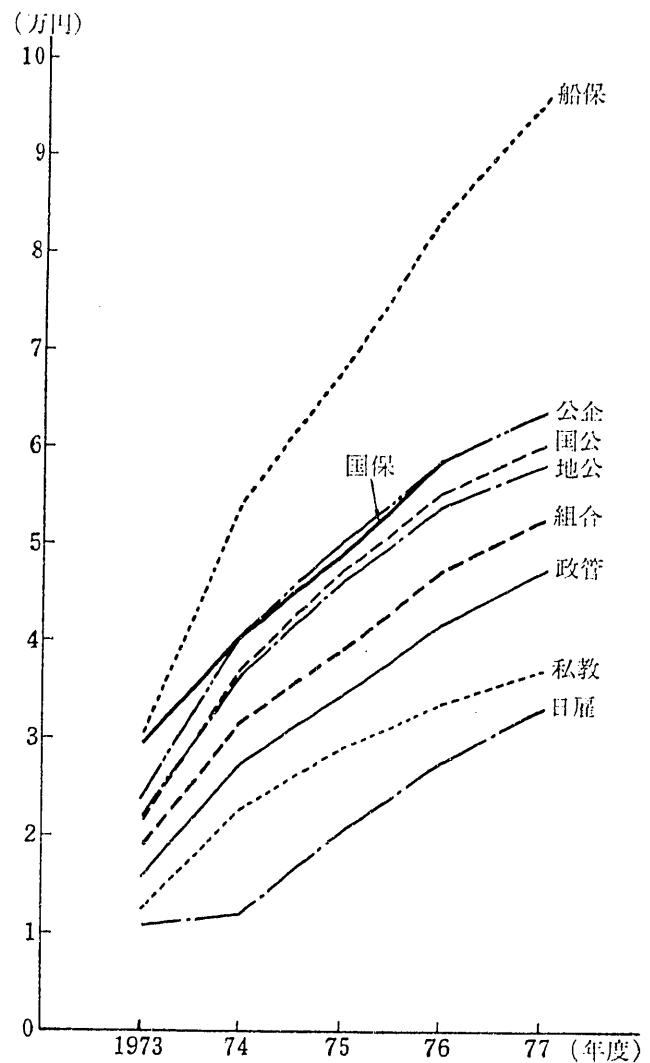
要していることが観察される。すなわち、「日雇—政管—私教—組合をはじめとするその他」の順である。一方、被用者保険の家族分および国保の診療費を示す図2-16ではこの序列はほぼ逆転し、加入者の所得水準が低い保険程、少ない額しか支出されていない。繰り返し述べてきたように、この逆転の理由は、自己負担分の存在の故に、支払能力差が受診行動率、あるいは受療継続率に強い影響を与えるためと考えられる。

異なった角度から、保険別の対象者の受療動向を調べた結果を表2-1に示す。同表では、保険制度別の1日当り患者数を、保険適用者数で割った



資料：図2-1に同じ。

図2-15 社会保険制度別被保険者1人当り診療費(1)：被保険者分



資料：図2-1に同じ。

図2-16 社会保険制度別被保険者1人当り診療費(2)：被扶養者分

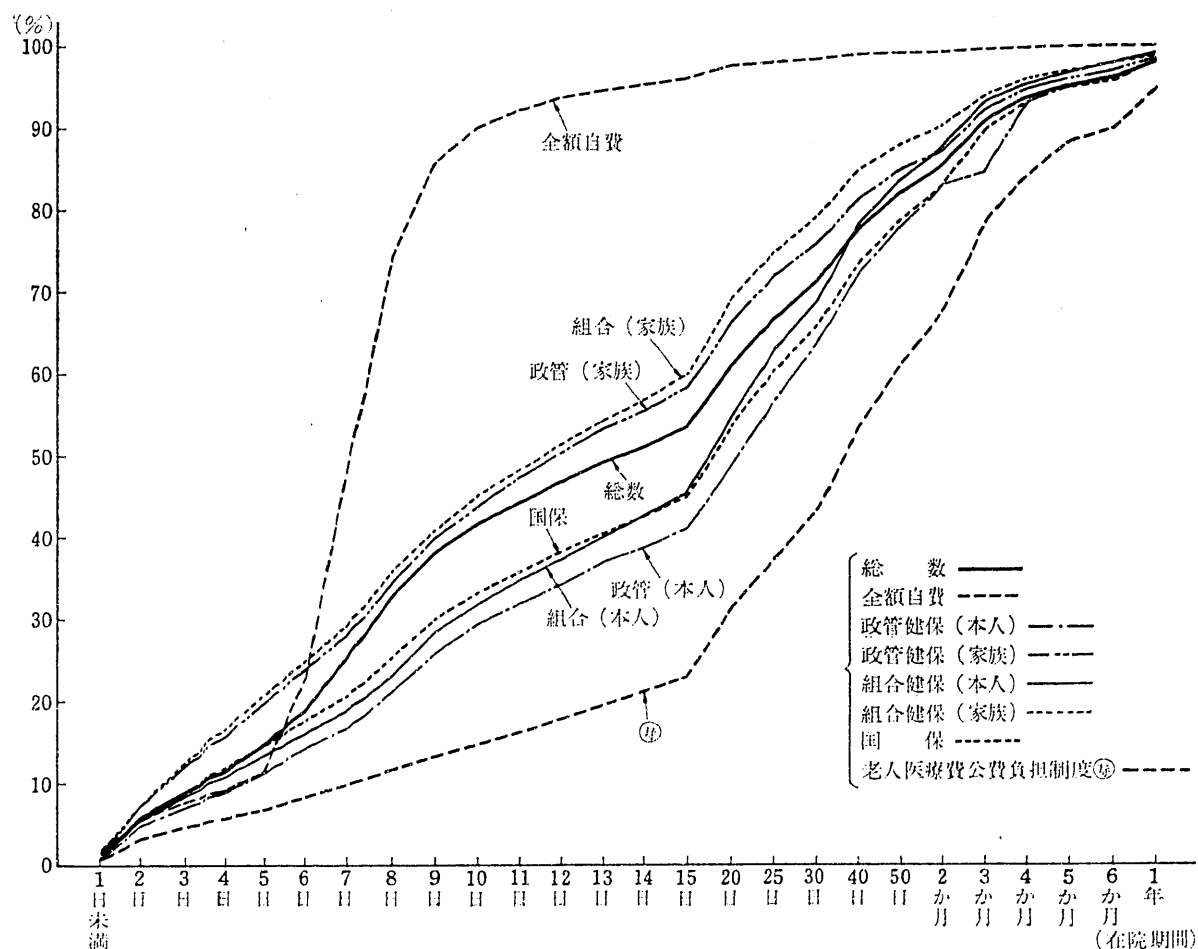


図 2-17 治療費支払方法別退院患者数累積百分率：1976 年

ものを仮に「患者率」と名付け、1970 年以來の各年毎にその値を計算している。適用者の所得水準が低く、従って自己負担分支払能力が相対的に低い、日雇と政管については本人の数値の方が家族より高い。反対に、適用者の所得水準が相対的に高く、したがって自己負担分支払能力も相対的に高いと思われる、組合・船保・および共済では家族の数値の方が本人より大きい。最後に、1 人当り診療費が最も少なかった日雇家族が (図2-16)、患者率では日雇本人に次ぐ高さであることから、支払能力不足に起因する受療継続率の低さが推測される。

§ 3 経験法則の提示

§ 2 における、各種資料の観察結果をまとめると、医療サービスに対する需要に関し、以下のような整理を行なうことができるだろう。

- A 受診率に代表される、様々な医療需要指標は、
- 時系列については、1 人当り所得の上昇に伴い、
 - 被用者保険被保険者では横這、もしくは下降、
 - 国民健康保険加入者および被用者保険被扶養者では上昇、
 を続けている。
 - 一方、クロス・セクションについては、
 - 被保険者では所得階層と正相関、
 - 被扶養者では所得階層と逆相関、
 を示している。
- B 疾病の重症度の指標と考えられる診療 1 件当り金額は、(船員保険被保険者を除き) 被保険者・被扶養者とも、ほぼ所得階層と逆相関を示す。
- C 1 年間の受療行動の集計された結果である、

表 2-1 社会保険制度別患者率

保 険 種 別 本人家族別	年	国 保	政 管		組 合		日 雇		船 員		共 済		総人口
			本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	
a. 患者率(%) =c/b	1970	5.26	9.01	5.73	6.18	6.17	15.51	11.86	6.07	5.26	7.06	5.75	7.03
	'71	5.15	6.76	5.08	4.47	4.63	7.92	2.81	5.10	5.99	5.70	4.95	6.12
	72	5.08	7.41	5.20	5.06	5.20	8.56	5.06	4.58	5.76	5.57	5.07	6.26
	73	5.13	8.06	6.32	5.51	6.51	10.16	5.37	6.23	6.58	6.44	6.22	6.56
	74	5.90	8.00	6.07	5.25	5.73	10.15	7.09	5.82	8.93	5.78	5.91	6.89
	75	6.02	8.00	6.39	5.85	6.36	12.10	8.60	5.82	7.29	6.25	6.31	7.09
	76	6.28	8.07	6.38	6.19	6.59	12.46	8.16	6.42	7.73	5.66	6.08	7.23
b. 適用者数(千人)	1970	43,363	13,183	12,837	9,697	11,539	637	554	262	479	4,665	6,727	103,119
	'71	43,721	13,095	12,903	10,024	12,229	577	501	261	471	4,447	6,787	104,345
	72	44,361	13,314	13,415	10,412	12,848	563	338	260	474	4,566	6,931	105,742
	73	44,125	13,490	13,921	10,857	13,783	546	328	257	480	4,662	7,009	108,079
	74	43,853	13,309	14,412	10,962	14,611	470	282	256	497	4,787	7,182	109,410
	75	43,996	13,285	14,839	10,984	15,110	418	250	244	490	4,865	7,313	111,252
	76	44,034	13,451	15,264	11,034	15,364	391	234	238	488	4,913	7,371	112,420
c. 患者数(千人)	1970	2,280.2	1,187.3	735.0	599.2	712.3	98.8	65.7	15.9	25.2	329.2	386.7	7,247.3
	'71	2,253.6	885.7	656.1	447.7	566.0	45.7	14.1	13.3	28.2	253.5	335.7	6,386.3
	72	2,254.6	985.5	698.1	527.1	668.7	48.2	17.1	11.9	27.3	254.3	351.5	6,610.6
	73	2,663.4	1,087.4	879.5	598.3	897.4	55.5	17.7	16.0	31.6	300.0	436.3	7,089.6
	74	2,585.9	1,064.7	875.2	575.5	837.9	47.7	20.0	14.9	44.4	276.8	424.2	7,533.1
	75	2,649.2	1,062.2	948.2	642.2	961.4	50.6	21.5	14.2	35.7	304.2	461.2	7,890.7
	76	2,764.5	1,085.6	973.6	682.9	1,012.9	48.7	19.1	15.3	37.7	287.1	470.2	8,126.9

資料: 患者調査, 各年

資料: 国民衛生の動向, 各年

被保険者1人当り診療費は,

(i) 被保険者分については所得階層と逆相関
(船員保険適用者を除く),

(ii) 被保険者分については所得階層と正相関,
を示している。

このA~Cにみられる事実をもたらした理由を
考えるためには、§1で触れたように、各家計の
所得が医療需要に与える2種類の影響を区別しな
ければならない。

(1) 各家計の所得は、その家計の生活水準一般
のみならず、栄養状態・住居環境・保健知識の
量等とも比例すると考えられる。したがって、
疾病の発生量に関しては、所得は負の影響を与
える。

(2) 一方、所得は、その家計の支払能力の指標
でもある。したがって、疾病発生後の受診選択
に関する意思決定過程、あるいは受療継続に関
する意思決定過程を通じ、所得は医療需要量に
正の影響を与える。

AとCにまとめられた観測事実は、上述の(1)
および(2)の影響が合成された結果である。以下
の(イ)~(ニ)にその解釈を示す。

(イ) 時系列で被保険者の医療需要が下降気味で
あるのは、医療費給付率が10割であるところ
から、(1)の効果だけが現われるためと考えら
れるが、それに加えて、受診行動にあてられる
被保険者個人の時間価格が上昇しつつあること
も影響しているだろう¹⁰⁾。

(ロ) 被扶養者の医療需要が増加してきた原因は、
§2で繰り返し述べたように、所得上昇による
(2)の効果が(1)を上廻ったためである。

(ハ) クロス・セクションで被保険者の医療需要、
およびその総計としての1人当り診療費が所得
と逆相関するのは、(イ)と同様、(1)の効果だ

10) 本人の時間の価格の上昇により、受診よりは「売薬で済ま
す」ようなことが増えると思われる。人的資本理論の立場
からする、時間価格の受診行動への影響については、田中
滋、「人的資本への投資としての医療需要」、『季刊社会保
障研究』14巻2号, pp. 48-55, 1978年, 参照。

けが現われるためであろう。

- (ニ) 反対に、被扶養者の医療需要および1人当たり診療費が所得と正相関するのは、(ロ)と同様、医療費一部自己負担の存在の故に働く(2)の効果、(1)の影響を上廻るためと思われる。

一方、Bへの説明としては、(1)の効果が疾病発生量だけではなく、1件当たりの平均「重症度」にも及ぶことが考えられるが、実際には、§2で述べたごとく、当該集団の年齢構成の方が第1の要因として働いている点は明らかであるため、年齢標準化後も同様の傾向を示すであろう、との予測を示すにとどめる¹¹⁾。

以上から抽出される、医療需要に関する経験法則は次のようなものとなる(すべて、年齢構成は標準化されたものとする)。

- 1 保険による医療費給付率が10割である場合、(所得が一定の水準に達した後は、それ以上の)所得の上昇に伴って医療需要量は逓減していく。
- 2 自己負担分が存在する場合には、そのために潜在化したニードを、需要として完全に顕在化しうる程の支払能力を持つにいたるまで、所得の上昇に伴って医療需要量は逓増していく。
- 3 自己負担分の有無が影響を与えない程の高所得水準に達していない場合には、(ゼロではない)同一の自己負担率であるいくつかの集団間のクロス・セクション比較については、当該集団の所得水準が低い程、医療需要量、額が少なくなる。
- 4 給付率10割の集団間のクロス・セクション比較については、当該集団の所得水準が低い程、医療需要量・額が多くなる。

最後に、自己負担率格差、すなわち価格の違いによる、受療継続に関する行動パターンの差異を観察してみよう。図2-17は、治療費の支払方法

別に、入院後何日目ですぐに退院する患者が既に退院していったのかを示すグラフである。予想される通り、自己負担率の高いカテゴリーに属する患者ほど、相対的に早く退院していることがわかる。国保は、おそらく平均年齢の高さが原因となって、2週間以上を要する、比較的「重症」の部分については、組合本人よりやや退院が遅くなっている。

一方、受診行動に関する自己負担率格差の影響例の1つは、先にみた図2-6から観察することができる。1971年までは、ほとんど同一水準であった2つの年齢階層の受療率は、それ以降、70歳以上を対象とする老人医療無料化政策が導入されるとともに、はっきりとした差異を示すようになったことが読みとれよう。

III モデル作成の試み

この節では、前節で提示された経験法則を無理なく説明しうる、消費者均衡モデル作成の試みが報告されている¹²⁾。

まず、各主体の効用関数を次のようにおく。

$$U = U(D, X) \quad (3-1)$$

U : 効用指標

D : 1期間の健康日数

X : 財貨・サービス(医療サービスを除く)の消費量

健康日数 D は(3-2)式で定義される。

$$D = T - S \quad (3-2)$$

$= T(1 - \text{有病率})$

T : 1期間の総日数

S : 期間中の有病日数

前節で整理した、各変数間の関係から類推すれば、有病日数を説明する(3-3)式は容易に理解できよう。

$$S = L \times (\rho \times a \times T) \quad (3-3)$$

L : 疾病1件当有病日数

ρ : 疾病発生率

a : 疾病自覚・発見率、ここでは簡

11) I節で触れたように、この報告では、各社会保険適用者の年齢階層別分布を明示的に考慮した分析は行われていない。この点に関し、社会保障研究所地主重美先生より貴重なコメントをいただいたことに感謝する。なお、年齢構成を勘案した保険制度の比較分析については、藤田晴「医療保険の制度間格差と財政調整」, 季刊現代経済, No. 35, pp. 72-87, 1979年, 参照。また、年齢別医療費については、中村文子、鈴木知子「年齢・傷病別にみた国民医療費推計」, 衛生の指標, 25巻15号, pp. 40-47, 1978年に詳しい。

12) ここでの報告は、詳しくは他の場所で発表される予定のモデルのプリミティブは形態である。但し、モデルの本質に大差はない。なお、関係式の提示は必ずしも導出の順序にはよっていない。

単化のため1とおく

$(\rho \times a \times T)$: 期間中の疾病発生回数
 いったんかかった疾病に何日間苦しむのかに関し、
 その主体の受療行動率が何らかの影響を与えると
 みて差支えあるまい。

$$L = \varphi_1(m) \quad (3-4)$$

m : 受療行動率

むしろ、(3-4)式は m の減少関数である。

一方、疾病発生率 ρ は、前節で明らかとなったように所得の減少関数であるが、この関係を、「所得の高い人程、健康への投資を多く行ない易く、その結果、疾病発生率が低くなる」という、2段階に分けて考える。

$$\rho = \varphi_2(I + \Pi)^{13)} \quad (3-5)$$

I : 健康投資量

Π : 政府・公共機関による健康投資の、
各主体当りの量

$$I = \varphi_3(Y, P_I) \quad (3-6)$$

Y : 当該分析主体の所得

P_I : I の単位当り価格

受療行動率 m もまた、所得と価格の関数とみなし
 えるだろう。

$$m = \varphi_4(Y, P_m) \quad (3-7)$$

P_m : 医療サービスの単位当り価格

(3-6)式と(3-7)式は、それぞれ健康投資への需要、
 および疾病発生後の医療サービスへの需要を表わ
 す、需要関数の一種である。

医療サービス以外のすべての財貨・サービスへ
 の需要関数も、同様の形に表わしえよう。

$$X = \varphi_5(Y, P) \quad (3-8)$$

P : X の価格

収支均等は(3-9)式に示されるとおりである。

$$Y = PX + P_I I + P_m m S \quad (3-9)$$

このモデルを適用するに当り、主体を性・年齢・
 および社会保険種別等によってコントロールしな
 ければならないことは言うまでもない。以下、この
 モデルから導かれる項目を列挙する。

1 疾病発生後の、各家計からの医療費支出額は
 $P_m \times m \times S$ で表わされる。一方、健康増進・

疾病予防のためになされる健康投資支出額は
 $P_I \times I$ である。したがって、家計からの保健医
 療支出額は、両者の合計、すなわち $P_I I + P_m m S$
 となる¹⁴⁾。

2 健康日 D の価格、間接的にはあるが、 P_I
 と P_m によって表示される。 P に比しての、 P_I
 および P_m の相対的上昇により、モデルの各式
 を通じ有病日数 S が増大し、 D/X の値は減少
 する。

3 健康投資の内部収益率は $(S \times W)/(P_I \times I)$ で
 表わされよう。ここで W は1日当り賃金率で
 あり、したがって、分子は疾病減少による増加
 健康日の総価値を示す。

IV 保健医療関係品目回帰計測結果

この節では、家計調査および全国消費実態調査
 に示された、家計支出面のデータを利用し、保健
 医療関係品目の消費支出額について行なった回帰
 計測の結果を報告する。なお、この作業は未だ予
 備的なものであり¹⁵⁾、依拠するモデルも前節で提
 示されたものとは異なる¹⁶⁾。

・表4-1——時系列の計測は、いずれも良好な結
 果を得ることができた。補論に述べたように、
 消費者物価指数のパラメータは相対的に大きな
 負値であり、一方、保健医療価格指数は、有意
 性はやや低い、正の値となっている。次に、
 同じ保健医療費について、計測対象を狭めてい
 った場合についてみると(ケース A-2a2-1 と
 A-2b2-1)、回帰の寄与率が低下していくことが
 わかる。一般世帯(自営業とその他世帯)の方
 が、説明変数の説明力が高くなる理由としては、
 これらの世帯は主として国保の加入者であり、
 医療費給付率が7割であるため、家計の所得額
 (ここでは、消費支出総額をその代理変数とし
 て用いている)により感応的である、という点
 が指摘できよう。診療代については、むしろ医

13) I が少ない場合、 ρ の平均値のみならず、分散も大きくな
 ることが予想される。

14) マクロでは、この集計値に、社会保険からの支出と、健康
 に関する公共支出が加わる。

15) 現在、第I節で触れたように、年齢による調整を経た、よ
 り詳しい計測作業中である。

16) 背景にあるモデルの純粋な形については補論参照。

表 4-1 保健医療関係品目別消費支出回帰計測結果 (1)

ケース	被説明変数	計測対象	データ区分	説明変数				$\bar{R}^2$	$d-W$ ダービン=ワトソン比	N 標本数
				定数項	消費支出 総額	保健医療 価格指数	消費者 物価指数			
A-2a1-1	保健医療費	全国全世帯	1963 ~1977	2,698 (0.67)	0.040 (9.15)	108.2 (1.34)	-403.4 (4.27)	.999	2.29	15
A-2a1-2	"	"	"	12,620 (0.99)	0.035 (4.66)	121.6 (1.45)	-312.5 (2.12)	.999	2.43	15
A-2a1-3	"	"	"	30,140 (2.67)	0.020 (6.73)	133.4 (1.37)	-8,442 (3.20)	.998	2.20	15
A-2a'1-4	"	東京都区部 全世帯	1965 ~1977	-22,890 (0.49)	0.029 (2.84)	152.6 (0.41)	2,799 (0.29)	.979	3.41	13
A-2a2-1	"	全国全世帯	収入階級	2,357 (0.24)	0.020 (7.94)		2,584 (0.65)	.976		16
A-2b2-1	"	全国勤労者 世帯	"	44,160 (1.95)	0.021 (4.74)		-9,654 (1.12)	.867		16
A-2c2-2	"	全国勤労者 4人世帯	"	8,585 (0.87)	0.023 (5.65)			.695		16
A-4c2-2	診療代	"	"	12,500 (1.28)	0.012 (3.07)			.403		16
A-4a3-1	"	全国全世帯	県庁都市	-50,920 (2.21)	0.024 (4.26)			.318		47

データソース：家計調査報告 (1977 年)
消費者物価指数年報 (1977 年)

表 4-2 保健医療関係品目別消費支出回帰係測結果 (2)

ケース	被説明変数	計測対象	データ区分	説明変数				$\bar{R}^2$	N
				定数項	年間収入	世帯人員	世帯主年齢		
B-1a2	保健衛生費	全国全世帯	収入階級	-2,328 (1.07)	0.4954 (4.67)	2,086 (5.20)	9.781 (0.44)	.987	18
B-2a2	保健医療費	"	"	953 (0.59)	0.3588 (4.56)	593.6 (2.00)	-14.33 (0.87)	.971	18
B-3a2	医療代	"	"	2,211 (1.62)	0.2590 (3.89)	227.4 (0.90)	-32.08 (2.29)	.949	18
B-4a2	診療代	"	"	1,022 (2.81)	0.1795 (2.91)	358.4 (1.54)	-22.71 (1.75)	.942	18
B-1b'2	保健衛生費	3大都市圏 勤労者世帯	"	8,083 (2.20)	1.126 (4.38)	1,020 (1.27)	-170.9 (3.61)	.951	18
B-2b'2	保健医療費	"	"	5,970 (1.81)	0.7005 (3.05)	422.6 (0.59)	-136.4 (3.24)	.881	18
B-3b'2	医療代	"	"	4,881 (1.71)	0.4239 (2.12)	428.6 (0.69)	-121.5 (3.32)	.798	18
B-4b'2	診療代	"	"	2,787 (1.14)	0.3120 (1.84)	467.9 (0.88)	-78.94 (2.53)	.795	18

データソース：全国消費実態調査報告 (1974 年) 第 5 巻

療供給側の決定に左右される部分が大きく、主体の自由裁量の余地が少なくなるため、 $\bar{R}^2$ の値が小さくなるのであろう。

- 表 4-2 —— 同一の被説明変数について比較すると、全世帯を対象としたケース (a 群) の方が、勤労者世帯のみを対象としたケース (b' 群) より、 $\bar{R}^2$ と、年収および人員項の t 値が、4 つの

品目すべてにわたって大きいという結果が得られた。先に述べたのと同様の理由があてはまる。また、一般世帯の年収の方が分散が大きいことも寄与していよう。世帯主年齢のパラメタが負となったのは、年収との間のマルチ・コリニアリティが発生した可能性が強い。

- 表 4-3 —— 先の 2 表に比べると、望ましい結果

表 4-3 保健医療関係品目別支出回帰計測結果(3)

ケース	被説明変数	計測対象	データ区分	説明変数			$\bar{R}^2$	N
				定数項	年間収入	世帯人員		
B-1a3	保健衛生費	全国全世帯	県庁都市	2,772 (1.72)	2.462 (8.85)	-507.0 (1.29)	.640	47
B-2a3	保健医療費	"	"	105.5 (0.08)	1.489 (6.59)	-159.0 (0.50)	.498	47
B-3a3	医療代	"	"	-162.9 (0.14)	1.217 (6.27)	-204.4 (0.75)	.472	47
B-4a3	診療代	"	"	504.5 (0.52)	0.906 (5.38)	-286.0 (1.21)	.398	47
B-1b3	保健衛生費	全国勤労者世帯	"	4,638 (2.69)	2.233 (6.54)	-791.0 (1.92)	.500	47
B-2b3	保健医療費	"	"	1,631 (1.16)	1.445 (5.19)	-506.9 (1.51)	.387	47
B-3b3	医療代	"	"	1,590 (1.36)	1.115 (5.61)	-564.8 (2.01)	.437	47
B-4b3	診療代	"	"	1,997 (1.98)	0.943 (4.72)	-674.1 (2.79)	.383	47
B-2d4	保健医療費	全国全世帯 全国勤労者世帯	世帯主年齢階級	2,094 (6.00)	-0.234 (1.43)	418.3 (3.52)	.565	20
B-3d4	医療代	"	"	2,136 (5.79)	-0.5259 (3.04)	389.0 (3.09)	.506	20
B-4d4	診療代	"	"	711.6 (1.90)	-0.3808 (2.17)	551.4 (4.32)	.566	20

データソース: 表 4-2 に同じ。

表 4-4 住居の所有関係別にみた保健医療費支出の弾力性係数および回帰係数(1): 全世帯

ケース	計測対象	2変数回帰(説明変数)						1変数回帰(説明変数)			
		消費支出 総額	世帯人員	定数項	$\bar{R}^2$	弾力性係数		消費支出 総額	定数項	$\bar{R}^2$	弾力性 係数
						η_1	η_2				
C-2a5-i	全国—平均	0.0279672	38.40	-481.0	0.8266	1.094	0.041	0.0281288	-357.4	0.8261	1.101
C-2a'5-i	3大都市圏—平均	0.0326487	172.07	-1,538.1	0.7751	1.227	0.167	0.0334465	-1,001.6	0.7688	1.257
C-2a5-ii	全国—1.持家	0.026217	56.41	-331.0	0.7551	1.029	0.061	0.026416	-136.2	0.7540	1.037
C-2a'5-ii	3大都市圏—1.持家	0.031158	251.03	-1,638.9	0.6745	1.155	0.241	0.032115	-787.9	0.6633	1.191
C-2a5-iii	全国—2.民営借家 (設備専用)	0.035377	152.13	-1,745.8	0.3402	1.363	0.159	0.036134	-1,312.7	0.3376	1.393
C-2a'5-iii	3大都市圏—2.民営借家 (設備専用)	0.042029	172.43	-2,746.5	0.3081	1.603	0.168	0.042897	-2,265.4	0.3060	1.636
C-2a5-iv	全国—3.民営借家(設備 共用)・借間	0.054041	95.76	-3,899.2	0.1266	2.221	0.111	0.054767	-3,662.7	0.1265	2.251
C-2a'5-iv	3大都市圏—民営借家 (設備共用)・借間	0.039559	22.186	-3,043.1	0.1485	1.831	0.275	0.041433	-2,526.3	0.1468	1.918
C-2a5-v	全国—4.公営借家	0.025178	56.76	-281.1	0.2828	1.025	0.068	0.025455	-109.8	0.2823	1.036
C-2a'5-v	3大都市圏—4.公営借家	0.039135	-85.68	-1,386.1	0.3206	1.484	-0.091	0.038755	-1,657.8	0.3201	1.470
C-2a5-vi	全国—5.公団・公社借家	0.016505	-354.30	2,751.9	0.1957	0.610	-0.340	0.014761	1,713.5	0.1633	0.545
C-2a'5-vi	3大都市圏—5.公団・公社借家	0.014729	-568.19	3,765.7	0.2127	0.555	-0.544	0.012251	2,050.7	0.1224	0.462
C-2a5-vii	全国—6.給与住宅	0.030913	-472.29	983.1	0.5223	1.999	-0.468	0.029023	-461.6	0.4844	1.126
C-2a'5-vii	3大都市圏—6.給与住宅	0.026642	-316.59	1,113.9	0.4244	1.011	-0.303	0.024807	244.2	0.4060	0.941

出所: 全国消費実態調査(1974年)11巻。

表 4-5 住居の所有関係別にみた保健医療費支出の弾力性係数および回帰係数(2): 勤労者世帯

ケース	計測対象	2変数回帰(説明変数)						1変数回帰(説明変数)			
		消費支出 総額	世帯人員	定数項	$\bar{R}^2$	弾力性係数		消費支出 総額	定数項	$\bar{R}^2$	弾力性 係数
						η_1	η_2				
C-2b5-i	全国一平均	0.0276523	16.22	-451.4	0.7874	1.110	0.017	0.0277153	-398.9	0.7873	1.113
C-2b'5-i	3大都市圏一平均	0.0326874	104.13	-1,351.1	0.5918	1.247	0.101	0.0331582	-1,027.6	0.5900	1.264
C-2b5-ii	全国一1.持家	0.025819	82.68	-509.0	0.6405	1.049	0.090	0.026053	-214.4	0.6385	1.059
C-2b'5-ii	3大都市圏一1.持家	0.032498	192.48	-1,693.9	0.4854	1.220	0.184	0.033132	-1,023.2	0.4810	1.244
C-2b5-iii	全国一2.民営借家(設備専用)	0.034657	59.10	-1,409.9	0.5593	1.367	0.061	0.034931	-1,243.2	0.5586	1.378
C-2b'5-iii	3大都市圏一2.民営借家(設備専用)	0.040399	155.96	-2,492.5	0.5262	1.560	0.151	0.041093	-2,056.6	0.5228	1.586
C-2b5-iv	全国一3.民営借家(設備共用)・借間	0.050925	246.89	-3,994.8	0.0872	2.056	0.275	0.052568	-3,369.5	0.0864	2.123
C-2b'5-iv	3大都市圏一3.民営借家(設備共用)・借間	0.013023	288.05	-136.3	0.1976	0.662	0.393	0.015128	561.8	0.1620	0.770
C-2b5-v	全国一4.公営借家	0.025609	109.77	-619.5	0.2746	1.072	0.131	0.026074	-278.8	0.2726	1.092
C-2b'5-v	3大都市圏一4.公営借家	0.038493	-15.08	-1,683.3	0.3047	1.493	-0.016	0.038423	-1,730.5	0.3047	1.490
C-2b5-vi	全国一5.公団・公社借家	0.014388	-263.34	2,652.8	0.1976	0.539	-0.258	0.013157	1,871.4	0.1721	0.493
C-2b'5-vi	3大都市圏一5.公団・公社借家	0.012468	-439.54	3,452.5	0.1941	0.489	-0.442	0.010568	2,121.5	0.1188	0.414
C-2b5-vii	全国一6.給与住宅	0.032151	-499.67	908.3	0.5249	1.246	-0.493	0.030200	-625.1	0.4858	1.170
C-2b'5-vii	3大都市圏一6.給与住宅	0.027258	-334.79	1,097.1	0.4048	1.032	-0.319	0.025378	150.0	0.3859	0.961

出所: 表 4-4 に同じ。

表 4-6 保健医療関係品目別消費支出の弾力性係数および回帰係数(1): 全世帯

ケース	被説明変数	計測対象	2変数回帰(説明変数)						1変数回帰(説明変数)			
			消費支出 総額	世帯人員	定数項	$\bar{R}^2$	弾力性係数		消費支出 総額	定数項	$\bar{R}^2$	弾力性 係数
							η_1	η_2				
C-1a5	保健衛生	全国全世帯	0.045235	-3.26	1,240.1	0.8939	0.837	-0.002	0.045240	1,229.6	0.8939	0.836
C-2a5	保健医療	"	0.028319	26.67	-465.7	0.8227	1.102	0.028	0.028431	-379.8	0.8224	1.106
C-7a5	医薬品	"	0.003709	-10.14	241.4	0.6106	0.718	-0.054	0.003667	208.7	0.6090	0.709
C-3a5	医療代	"	0.020846	56.98	-734.7	0.7476	1.218	0.091	0.021086	-551.3	0.7458	1.232
C-4a5	診療代	"	0.016249	73.26	-611.4	0.6821	1.173	0.145	0.016557	-375.5	0.6776	1.195
C-5a5	入院料	"	0.003984	5.07	-221.6	0.3545	1.576	0.055	0.004005	-205.3	0.3543	1.584
C-6a5	他の医療代	"	0.000614	-21.36	98.3	0.3873	0.833	-0.793	0.000524	29.6	0.2478	0.711
C-1a'5	保健衛生	3大都市圏全世帯	0.050536	86.28	361.2	0.8694	0.915	0.040	0.050936	630.2	0.8686	0.922
C-2a'5	保健医療	"	0.033234	148.98	-1,512.5	0.7839	1.241	0.144	0.033925	-1,048.0	0.7793	1.267
C-7a'5	医薬品	"	0.004263	-17.61	198.4	0.5047	0.826	-0.088	0.004182	143.5	0.5019	0.810
C-3a'5	医療代	"	0.025137	156.74	-1,602.6	0.6944	1.376	0.222	0.025863	-1,113.9	0.6866	1.416
C-4a'5	診療代	"	0.019694	189.68	-1,412.5	0.6141	1.315	0.328	0.020574	-821.1	0.5984	1.374
C-5a'5	入院料	"	0.004867	-6.47	-318.8	0.2814	1.926	-0.066	0.004837	-339.0	0.2813	1.915
C-6a'5	他の医療代	"	0.000575	-26.48	128.7	0.2608	0.750	-0.844	0.000452	46.2	0.1266	0.590

出所: 表 4-4 に同じ。

表 4-7 保健医療関係品目別消費支出の弾力性係数および回帰係数(2): 勤労者世帯

ケース	被説明変数	計測対象	2 変数回帰 (説明変数)						1 変数回帰 (説明変数)			
			消費支出 総 額	世 帯 人 員	定 数 項	R^2	弾力性係数		消費支出 総 額	定 数 項	R^2	弾力性 係 数
							η_1	η_2				
C-1b5	保健衛生	全 国 勤労者世帯	0.042881	-61.23	1,662.7	0.8670	0.810	-0.031	0.042643	1,464.8	0.8664	0.805
C-2b5	保健医療	"	0.028047	3.13	-439.4	0.7901	1.120	0.0003	0.028059	-429.3	0.7901	1.121
C-7b5	医薬品	"	0.003290	10.52	166.1	0.5167	0.694	0.059	0.003331	200.1	0.5149	0.703
C-3b5	医療代	"	0.021071	29.53	-695.4	0.7231	1.242	0.046	0.021186	-599.9	0.7227	1.249
C-4b5	診療代	"	0.016447	88.60	-693.3	0.6586	1.181	0.169	0.016791	-406.9	0.6524	1.206
C-5b5	入院料	"	0.004200	-44.45	-86.0	0.2132	1.742	-0.491	0.004028	-229.7	0.2047	1.671
C-6b5	他の医療代	"	0.000424	-14.62	83.9	0.2520	0.678	-0.623	0.000367	36.7	0.1633	0.587
C-1b'5	保健衛生	3大都市圏 勤労者世帯	0.048696	-13.27	869.1	0.7336	0.898	-0.006	0.048636	827.9	0.7336	0.897
C-2b'5	保健医療	"	0.033370	78.09	-1,330.8	0.6032	1.265	0.075	0.033724	-1,088.3	0.6022	1.278
C-7b'5	医薬品	"	0.004113	5.59	74.0	0.3587	0.865	0.030	0.004138	91.4	0.3585	0.870
C-3b'5	医療代	"	0.025586	79.14	-1,372.0	0.5218	1.395	0.110	0.025944	-1,126.2	0.5203	1.414
C-4b'5	診療代	"	0.020019	173.09	-1,373.8	0.5455	1.321	0.291	0.020802	-836.1	0.5338	1.372
C-5b'5	入院料	"	0.005202	-79.24	-96.9	0.0721	2.057	-0.798	0.004843	-343.0	0.0665	1.915
C-6b'5	他の医療代	"	0.000365	-14.72	98.6	1.762	0.557	-0.572	0.000299	52.9	0.0998	0.456

出所: 表 4-4 に同じ。

とは言いがたい。これは、県別データを使用する際には、第 I 節で述べた供給のアヴェイラビリティに関わる要因が最も強く影響を与えてしまうためである。したがって、それを明示的にコントロールしていないこうした計測では、回帰の寄与率が低くなることは止むを得ない。但し、家計の年収のパラメタは有意、かつ安定的である。世帯人員項のパラメタが負となる理由としては、地域別では世帯人員の少ない県で保健医療関係支出が大きいところから、年齢によるコントロールがなされていないことが主因として想定される。

・表 4-4 ~ 表 4-7 —— この 4 表は筆者による測定ではなく、比較参考のため全国消費実態調査に示された計測結果を編集したものである。やはり年齢による調整がなされていないので限界はあろうが、特に消費支出総額のパラメタは前 3 表と同様、きわめて安定的である。

補 論¹⁷⁾

各家計による、市場からの財貨・サービスの購入を記述する消費者行動理論の枠組を用いれば、ヘルス・サービスに対する需要は次のような形で導かれる。

家計の選好関数を、(4-1) 式で表わされる、ベルヌーイ・ラプラス型に置く。

$$U = U(H, X)$$

$$= \alpha_h \log(a_h + H) + \alpha_x \log(a_x + X) \quad (4-1)$$

U : 効用指標

H : ヘルス・サービス (医療サービスを含む) の消費量

X : H 以外のすべての財貨・サービスの消費量

$\alpha_h, \alpha_x, a_h, a_x$: 選好パラメタ, $-a_h, -a_x$ は理論的生活最低必要量

一方、次の予算制約が充たされなければならない。

$$Y = P_h H + P X \quad (4-2)$$

Y : 観察期間の所得

P_h : ヘルス・サービスの価格

P : X の価格 (消費者物価指数で代用する)

収支均等を示す、(4-2) 式の制約のもとに、各家

17) この部分の議論は以下に基いている。続幸子「商品別市場機能分析から見たスタグフレーションの発生と終息」, *Keio Economic Observatory Review*, No. 3 pp. 1-59, 1978 年; 牧厚志「消費需要関数導出のための選好関数の性質と測定値」, 三田商学研究, 第 19 巻 6 号, pp. 19-44, 1977 年; 同「The Analysis of Consumption Demand: Using the Estimated Preference Function」, *Keio Business Review*, No. 15, pp. 147-177, 1978 年。

計は (4-1) 式で表わされる効用の最大化を図る。
必要条件は限界効用の均等である。

$$\frac{\partial V/\partial H}{P_h} = \frac{\partial V/\partial X}{P} = \lambda \quad (4-3)$$

λ : 所得の限界効用

あるいは、より具体的には、

$$\frac{\alpha_h}{P_h(a_h+H)} = \frac{\alpha_x}{P(a_x+X)} \quad (4-3)'$$

が最大化のための必要条件となる。

十分条件は、縁付きヘッセ行列が負値定符号となることである。これを確認するため、限界効用式を再度、微分する。

$$\frac{\partial^2 U}{\partial H^2} = \frac{\partial \left(\frac{\alpha_h}{a_h+H} \right)}{\partial H} = -\frac{\alpha_h}{(a_h+H)^2} < 0 \quad (4-4 a)$$

$$\frac{\partial^2 U}{\partial X^2} = \frac{\partial \left(\frac{\alpha_x}{a_x+X} \right)}{\partial X} = -\frac{\alpha_x}{(a_x+X)^2} < 0 \quad (4-4 b)$$

$$\frac{\partial^2 U}{\partial H \partial X} = \frac{\partial \left(\frac{\alpha_h}{a_h+H} \right)}{\partial X} = 0 \quad (4-4 c)$$

$$\frac{\partial^2 U}{\partial X \partial H} = \frac{\partial \left(\frac{\alpha_x}{a_x+X} \right)}{\partial H} = 0 \quad (4-4 d)$$

行列 $\begin{pmatrix} 0 & P_h & P \\ P_h & -\frac{\alpha_h}{(a_h+H)^2} & 0 \\ P & 0 & -\frac{\alpha_x}{(a_x+X)^2} \end{pmatrix}$ は負値定符号

であり、十分条件も充たされていることがわかる。

(4-2) 式と (4-3) 式を連立し、 H (および X) について解けば、ヘルス・サービスに対する需要関数が導かれる。

$$P_h H = \frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} Y - \frac{\alpha_x}{\alpha_h + \alpha_x} a_h P_h + \frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} a_x P \quad (4-5 a)$$

$$P X = \frac{\alpha_x}{\alpha_h + \alpha_x} Y - \frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} a_x P + \frac{\alpha_x}{\alpha_h + \alpha_x} a_h P_h \quad (4-5 b)$$

ヘルス・サービスの量を指数化しうるならば、(4-5 a) 式は (4-6 a) 式のように表わすこともできる。

$$H = A \frac{Y}{P_h} + B \frac{P}{P_h} + C \quad (4-6 a)$$

$$\text{但し, } \begin{cases} A = \frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} \\ B = \frac{\alpha_h a_x}{\alpha_h + \alpha_x} \\ C = \frac{\alpha_x a_h}{\alpha_h + \alpha_x} \end{cases}$$

ヘルス・サービスに対する需要の供給弾力性は、(4-7) 式で示される。

$$\eta_h = \frac{H}{\partial P_h} \frac{P_h}{H} = -\frac{\frac{\alpha_x}{\alpha_h + \alpha_x} (Y + P a_x)}{\frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} (Y + P a_x) - \frac{\alpha_x}{\alpha_h + \alpha_x} a_h P_h} \quad (4-7)$$

一方、価格弾力性の逆数である、価格伸縮性は、

$$\frac{1}{\eta_h} = -1 + \frac{\alpha_x a_h P_h}{\alpha_h (Y + P a_x)} \quad (4-8)$$

となる。(4-8) 式から、 $a_h < 0$ 、すなわち、ヘルス・サービスが必需品であれば、それに対する需要は価格伸縮的、言い換えれば、価格変化に対し非弾力的であることがわかる¹⁸⁾。

最後に、交差弾力性は (4-9) 式によって表わされる。

$$\frac{\partial H}{\partial P} \frac{P}{H} = \frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} \cdot \frac{a_x P}{P_h H} \quad (4-9)$$

「ヘルス・サービス以外のすべての財貨・サービス」の生活最低必要量が負ということはいないので、 $-a_x > 0$ 、あるいは、 $a_x < 0$ である。し

18) (4-1) 式の定式化から、 $a_x + X$ は正でなければならない。一方、 P は必ず正である。したがって、両者の積 $P a_x + P X$ も正となる。これを置き換えれば、 $P a_x > -P X$ が成り立つ。不等号の両辺に同じものを加えても関係は変わらないので、 $Y + P a_x > Y - P X$ も成立する。ところで、この右辺は、(4-2) 式により $P_h H$ に等しく、したがって正値である。以上から、最後の不等式の左辺、 $Y + P a_x$ も必ず正となることがわかる。故に、(4-8) 式の右辺第 2 項の分母は正であり、 $1/\eta_h$ が価格伸縮的であるか否かは、分子の a_h の正負に依存する。理論的生活最低必要量が正、すなわち a_h が負であれば、 $1/\eta_h$ は -1 以下となり、価格伸縮的となる。詳しくは、牧厚志「消費需要関数導出のための選好関数の性質と測定値」、既出、を参照。

たがって、(4-9)式から、一般物価水準 P が上昇すれば、ヘルス・サービスに対する需要量は削減されることがわかる。

V おわりに

解明すべき点が多い分野については、「まず比較的単純な経済分析で説明を試み、説明しえない部分について次の研究にすすむ」¹⁹⁾ というアプローチの第一段階の報告である。訂正すべき点も多いと思うが、それはすべて筆者の責任である。

この研究から導かれる政策インプリケーションとしては次の点が指摘できる。

現行給付率のもとでさえ、観察してきたように家族および国保の需要は上昇を続けてきている。したがって、給付率一律 83% といった試みは、本人については多少の需要減をもたらすとしても、家族および国保の需要の伸びがそれを大きく上廻り、医療費をさらに増大させる可能性が強い。現在、必要な事柄は、ファイナンスの面から需要量に影響を与える政策よりは、(1) ニードに応じた供給体制の確立、(2) 1 件当り費用の抑制、および(3) 疾病発生量自体の削減、等であろう。(1) は、プライマリー・ケアの重視を代表とする、病院一診療所、あるいは病院間の役割分担の徹底が第一の条件となる。(2) は、そうした役割分担の明確化の結果、不必要な重複投資や、その資金回収のための過剰検査等の削減を指す。(3) は、言うまでもなく、健康増進の推進をその手段とする。

医療サービスの授受についても、本来、ある程

度の自動需給調節機能を作動させることが好ましい。現在、医療需給のある面では必要以上に市場メカニズムにゆだねられている一方、逆に全く悪しきコントロール下でバランスがゆがめられてしまっている分野も見受けられる。もちろん、医療サービスの需給は、一般の財貨・サービスとは異なり、完全に市場メカニズムの下におくわけにはいかない。特に、老人医療については、社会保障政策全体の枠組の中で進展を考えねばならず、単なる医療費の給付では、たとえ所得制限を設けたとしても、長期的には破綻せざるをえないことが予想される。

最後に、この報告で提示されたモデルの今後の発展の方向として考えられる諸項目を列挙する。

- 1 モデルの特定化、ならびに年齢構成を考慮した測定(作業中)を行なう。
- 2 (3-5)式で表わされた、疾病発生率関数を $\rho = \rho'_{1/2}$ (人的健康資本量²⁰⁾、の形にする。
- 3 (3-6)式の健康投資 I を説明する変数に、時間投入量も加える²¹⁾。
- 4 疾病・受療のコストに、時間価格 W を含める。
- 5 供給アヴェイラビリティによる要因の影響を受けぬよう、実験計画を適切なものとする。
- 6 習慣形成項の扱いを考える。たとえば、保険給付率が 50% から 70% に引上げられた際の、ニーズの顕在化にはほぼ 3 年を要していることが観察される点から、単年度ごとのデータによる分析では限界があるためである²²⁾。

20) 田中滋、前掲論文参照。

21) 同上。

22) 習慣形成項ではないが、需要主体による調整速度を扱ったものとしては、Feldstein, M. S., 「Hospital Cost Inflation」, American Economic Review, Vol. 61, pp. 853-872, 1971 年、参照。

19) この点に限らず、本報告中の様々な箇所における論理の組立てについて、慶応義塾大学島田晴雄助教授の労働供給分析が良参考となった。ここに記して感謝したい。

医療政策の医療システムへの影響

—そのためのモデル設計—

辻 正 重

1 はじめに

国民医療費の急上昇は、健康保険財政の赤字を累積させ、終局的に国の財政をも圧迫するに至っている。高度経済成長が許されない環境下において、このことはますます重大な問題になりつつある。老人医療無料化の見直し、医療費患者負担の引上げ、保険料率の引上げ、予防医療の充実、保険制度の改変、出来高払制の導入などが各方面で志向されている。したがって今後医療政策のあり方、とくにそれらの量的水準の設定の検討が要求されることになる。

本稿は以上のことを背景として、医療に関する諸政策が、患者数、医療費、保険財政などの諸変数にどのような影響を与えるかを検討するためのシミュレーション・モデルの開発に目的を置いている。当モデルは、複雑な問題の表現に適し、かつ将来のモデル拡張に便利なダイナモ言語での記述を試みている。

2 モデルの基本的枠組

人命尊重という人類の願いに従えば、医療費というものは本来無限に大きくなる性質を持っていると言えよう。しかし医療費の負担、医療供給システムの限界など現実のいろいろの制約によって医療費の実際値が決っている。しかし福祉の充実化の一つとしての医療の無料化政策、医療費患者負担の軽減政策、経済成長に伴う可処分所得の向上、保険制度の整備、医療技術の進歩、などによって、その制約が緩和され医療費は急上昇を示している。それが既述したように健康保険財政の破綻、国家財政の圧迫を招いている。一方高度な経済成長を望めない一般的情况下で、保険料率や税

率の大幅な引上げをしないかぎり保険料、歳入の増加は期待できない。これらの財政危機は、経済運営政策の自由度を狭め、経済成長の一つの制約要因となる可能性がある。また保険料率や税率の引上げも可処分所得を減少させ、医療費増加の一つの制約要因として影響するかもしれないが、また経済成長の阻害要因となる可能性がある。しかしながら医療費の増加は、医薬品産業、医療機器産業の成長をもたらす、経済成長の促進要因となる一面もある。また診療活動の成果として患者の回復率が上昇し、労働力の増加がもたらされ、経済成長の促進要因となる可能性がある。

このような関連のなかで、医療費増加を抑えるものとして、予防医療の整備が期待されている。これによって患者率を減少させると同時に、病気の早期発見による回復率の向上および治療費の軽減化を期待するのである。しかしこれには、やはり膨大な投資と費用が必要で、財政との関係およびその効果との関係が問題になる。

以上の基本的な関係のなかに大きく四つのループが存在する。第一は、医療需要→医療費→医療費患者負担→医療需要のループである。第二は、医療需要→医療費→医療産業成長→経済成長（→保険料、歳入）→医療需要のループである。第三は、医療需要→医療費→医療費保険負担→医療保険財政→医療費国庫負担→経済成長→所得→医療需要のループである。第四は、予防医療→医療需要→医療費→財政→予防医療である。さらには医療供給の関係などがこれに加えられる。

問題は、これらのフィード・バックのある経済と財政の諸関係と、強まる福祉への要求とを妥協させる医療政策を探索することである。それがためには、量的関係も含めて上述の関係をモデル化

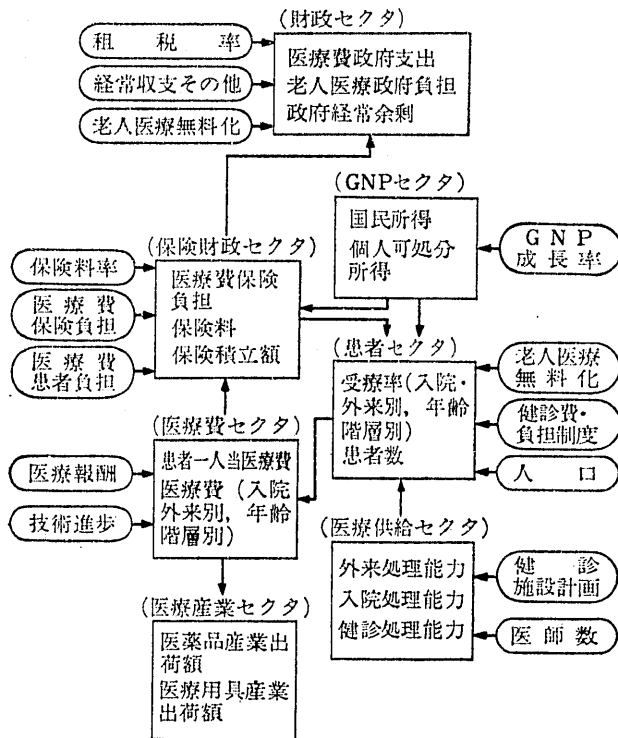


図1 モデルの全体像

することが必要である。しかしながら第三ループにおける医療費国庫負担→経済成長の関係をモデル化することは困難である。逆に経済成長はその他の要因によって大きく影響される。このことから本研究では経済成長は外生変数として取り扱うことにした。

以上のことを基本的枠組として設計されたモデルの全体像を示したのが図1である。モデルは大きく、医療供給セクタ、患者セクタ、医療費セクタ、保険財政セクタ、財政セクタ、GNPセクタ、医療産業セクタからなる。ここで丸で囲まれている変数は、政策変数および外生変数を示す。したがって本モデルで検討可能な政策は、老人医療無料化政策、保険料率、医療費患者負担率、医療費保険負担率、診療報酬、租税率、健診施設政策である。代表的な内生変数は、入院外来別・年齢階層別の受療率、患者数、患者一人当り医療費、医療費および保険積立額、医療費国庫負担、可処分所得、医薬品産業出荷額、医療機器産業出荷額などである。外生変数は、人口、医師数、医療技術進歩、GNP成長率、経常収支のその他の歳入・歳出などである。

3 モデルの概要

3.1 患者セクタ

患者数の増減は直接医療費へはねかえり、その影響は非常に大きい。当セクタは、年齢・階層別・入院外来別の患者数（年間）および総患者数を算出する。年齢階層は60歳未満を若年とし、60歳以上65歳未満、65歳以上70歳未満、70歳以上の4区分にした。これは年齢階層によって医療費が相違することを反映させると同時に、老人医療無料化政策との関係を考慮したものである。各階層の患者数は、階層人口とその階層の受療率の積から算出される。例として60歳未満の患者数(変数名を患者数若とする)は、次式による。

患者数若・ $K = (\text{受療率若} \cdot K) (\text{人口若} \cdot K)$
 $(K \text{ はある時点を示す。} J \text{ は} K \text{ より1期前, } L \text{ は} K \text{ より1期後, } JK, KL \text{ はそれぞれ} J \text{ から} K, K \text{ から} L \text{ の期間を示す})$ 。人口若は60歳未満の人口数である。

受療率は一般に可処分所得（可処分所得には医療保険料は除かれている）に比例し、医療費患者負担に反比例すると考えられる。そこで医療費自己負担指数を（可処分所得／国民所得）／（医療費患者負担率）と定義する。そしてこの指数と受療率との関係を過去のデータ（昭30～51）^{1)～3)} から調べた。ここで医療費患者負担率は、医療費のうち保険料も除いて患者が直接負担する額の割合である。図2～図9は階層別、入院外来別のその関係を示している。図から分かるように明らかな関係があるので、受療率を医療費自己負担指数の

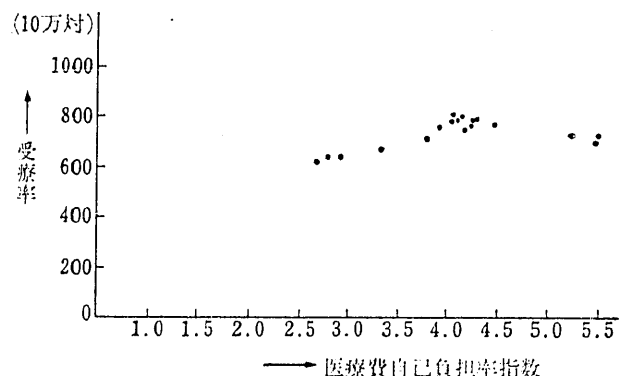


図2 受療率・若年一入院

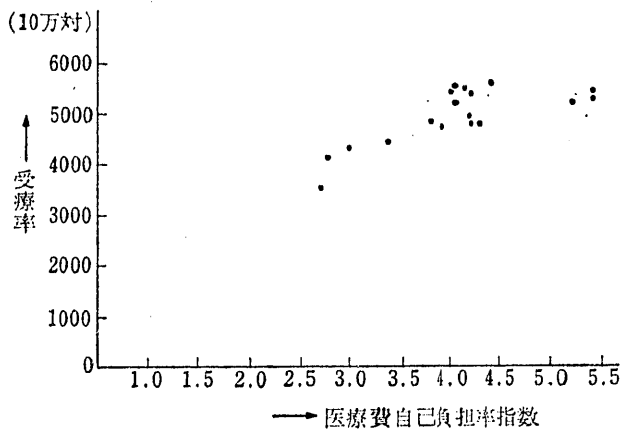


図3 受療率・若年一外来

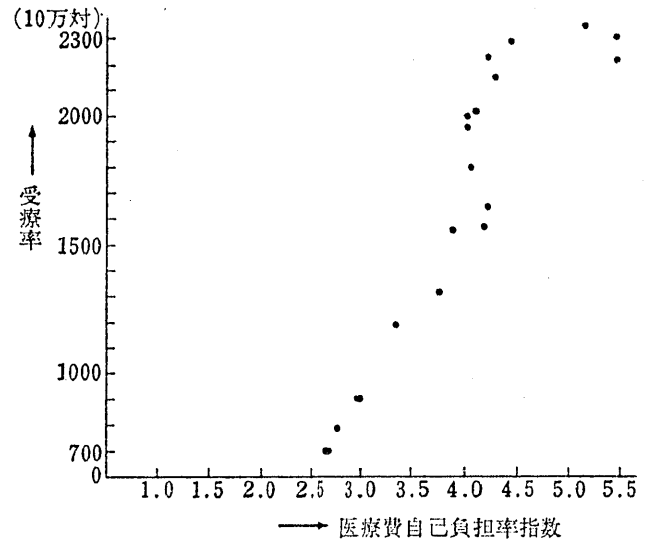


図6 受療率・(65~69歳)一入院

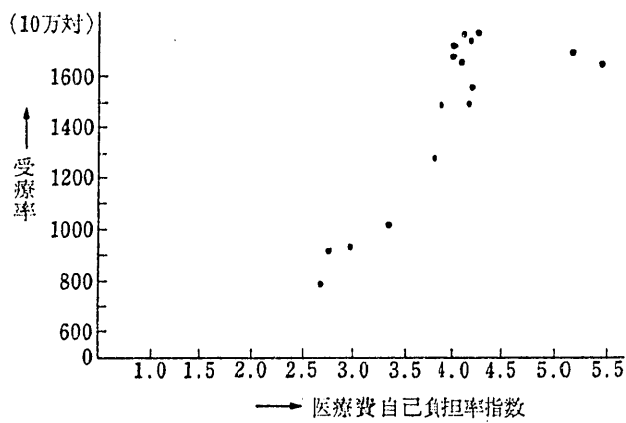


図4 受療率・(60~64歳)一入院

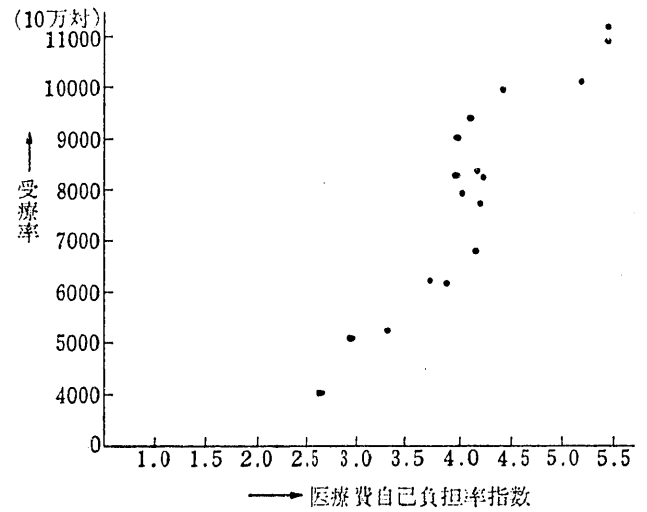


図7 受療率・(65~69歳)一外来

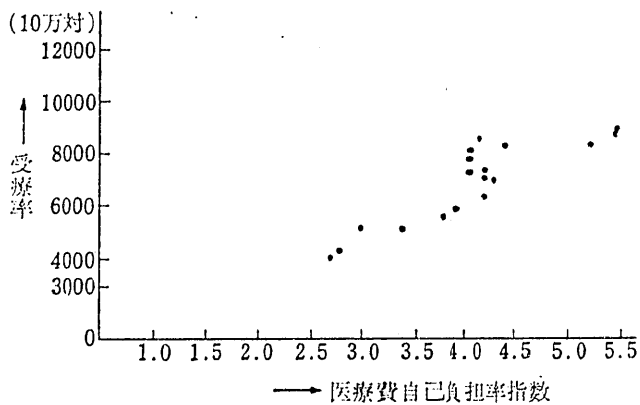


図5 受療率・(60~64歳)一外来

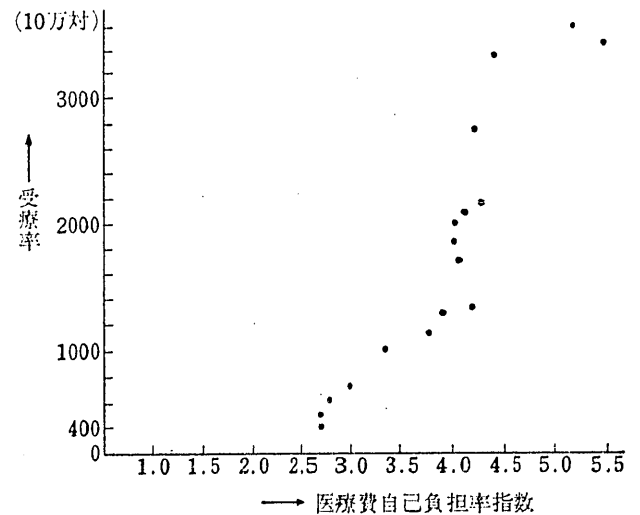


図8 受療率・(70歳~)一入院

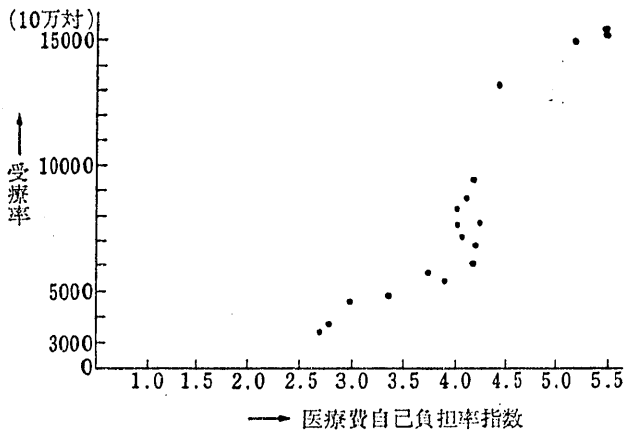


図9 受療率・(70歳～)－外来

Table 関数とする。

また受療率は、老人医療無料化政策の影響を受ける。70歳以上階層の医療無料化政策が昭48年以降実施されているが、これによって受療率は過去の傾向の約3割は増加している。そこで受療率は医療無料化政策が実施された場合、その対象となる受療率はある定数倍されるものとする。さらに受療率は健康づくりの一環としての健診受診の影響を受ける。この影響の仕方についてのデータは将来のことでないが、このモデルを今後政策検討用として利用するときは、予測を入れなければならない。

以上のことから一例として65歳以上70歳未満の入院の受療率(変数名を受療率65*i*とする)を示すと次式になる。

$$\text{受療率 } 65i \cdot K = (\text{受療率 } 65i, 1 \cdot K) (\text{無料化政策 } 65 \cdot K) (\text{受診影響乗数} \cdot K)$$

ここで受療率65*i*, 1は、前述の図2～9から作成したTable関数によって決められる無料化政策実施前の受療率である。また無料化政策65は、この階層の無料化政策を実施しない場合は1、実施する場合は(1+増加率)の値をとる政策変数である。さらに受診影響乗数は、健診受診人数のTable関数として今後組み込むことにする。

3.2 医療供給セクタ

当セクタは、入院患者処理能力・外来患者処理能力を算出し、患者セクタとの関係から年齢階層別、入院・外来別実患者数を決める。患者処理能

表1 医師、病床、患者の関係

年度	病床数/医師数	入院患者/病床数	外来患者/医師数
30	4.08	0.92	19.71
31	4.38	0.86	18.43
32	4.60	0.86	23.48
33	4.77	0.89	23.82
34	4.93	0.87	24.61
35	5.04	0.89	28.46
36	5.19	0.88	29.99
37	5.39	0.91	30.96
38	5.63	0.92	33.69
39	5.82	0.96	32.94
40	6.03	0.93	34.46
41	6.26	0.92	37.52
42	6.50	0.92	37.09
43	6.67	0.93	38.59
44	6.74	0.91	39.62
45	6.77	0.91	40.01
46	6.67	0.90	33.30
47	6.68	0.92	33.80
48	6.75	0.94	40.45
49	6.74	0.92	38.09
50	6.61	0.89	38.92
51	6.61	0.92	39.21

力はマクロ的視点から、医師数と病床数から決定されると考えてよいであろう。入院患者数と病床数との関係は、表1¹⁾に示すようにほぼ一定の関係がある。したがって、その過去の処理値のなかで最大値を用いれば、病床数による入院患者処理能力を算出できる。また外来患者数と医師数との関係も表1に示す通りであるが、そのうちの最大値をとれば、医師数によって外来患者処理能力が算出できる。

さらに病床数と医師数との関係も、近年一定に近づいている。したがって病床数も医師数の関数とすることができる。

以上のことから医師数が与えられれば、次式により患者処理能力が決定される。

$$\text{入院患者処理能力} \cdot K = (0.96) (\text{病床数} \cdot K)$$

$$\text{外来患者処理能力} \cdot K = (40.45) (\text{医師数} \cdot K)$$

$$\text{病床数} \cdot K = (6.77) (\text{医師数} \cdot K)$$

なお医師数はここでは外生変数であるが、モデル内に組み込むことは可能である¹⁾。

この患者処理能力と患者セクタから算出される患者数から、次式により顕在化する患者数(実患者数)が決まる。

入院実患者総数・ $K = \text{Min}(\text{入院患者総数} \cdot K, \text{入院患者処理能力} \cdot K)$

(Min は両変数の値の小さい方をとることを意味する)

若年入院実患者数・ $K = (\text{若年入院患者数} \cdot K)$

(入院実患者総数・ $K / \text{入院患者総数} \cdot K)$

老年入院実患者数・ $K = (\text{入院実患者総数} \cdot K - \text{若年入院実患者数} \cdot K)$

外来実患者総数・ $K = \text{Min}(\text{外来患者総数} \cdot K, \text{外来患者処理能力} \cdot K)$

若年外来実患者数・ $K = (\text{若年外来患者数} \cdot K)$

(外来実患者総数・ $K / \text{外来患者総数} \cdot K)$

老年外来実患者数・ $K = \text{外来実患者総数} \cdot K - \text{若年外来実患者数} \cdot K$

ここでは、患者数が処理能力によって制約されるとき、年齢階層の患者数は、比例的に制約されると想定している。

3.3 医療費モデル

当セクタは、医療費を算出する。年齢によって患者一人当りの医療費にかなりの相違があること、また入院・外来別によっても大きな相違があることから、若年・老年別、入院・外来別の医療費を算出する。なおここでの医療費は、医療にかかった費用で、患者が実際に直接支払う費用ではない。この医療費の実際の支払は、医療保険、公費、患者によって負担される。

各階層・入院外来別の医療費は、対象実患者数と患者一人当医療費の積である。一例として60歳未満の入院医療費(入院医療費若)は、次式になる。

入院医療費若・ $K = (\text{若年入院実患者数} \cdot K)$
(入院患者一人当り医療費若・ K)

患者一人当り医療費は、診療報酬と医療技術進歩(薬の質の高度化も含む)と関係すると考えられる。そこで医療費増加指数を(診療報酬増加指数・ K)(技術進歩指数・ K)(昭30年基準)と定義して、若年老年別の一人当り医療費増加率と医

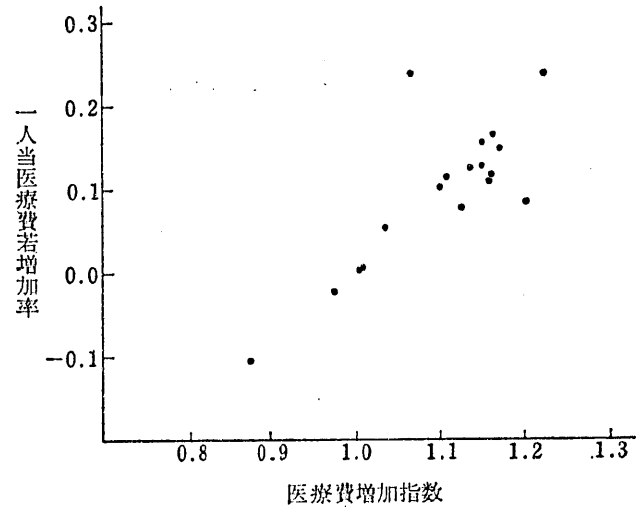


図10 一人当医療費増加率と医療費増加指数との関係

療費増加指数との関係(昭30年~48年)⁵⁾を示したのが図10である。ここで技術進歩指数とは、医療費指数を診療報酬改訂指数と自然増指数とに分け、さらに自然増指数を患者数指数とその他指数とに分けた場合のその他指数のことである。厚生省統計情報部ではこれを ρ 指数と名づけている。これの実質的中味は、薬剤の質の高度化である。また医療機器の高度化の影響も一部含まれている。図から明らかなように、両者にはかなり明確な関係がある。しかし入院・外来別のデータは、昭和45, 昭和50, 昭和51年の3点しかないので、この3点をもとにして、各若年老年別・入院外来別の患者一人当り医療費増加率を、医療費増加指数のTable関数とする。したがって患者一人当り医療費は、例を挙げると次式になる。

入院患者一人当り医療費若・ $K = \text{入院患者一人当り医療費若} \cdot J + (DT)$ (入院患者一人当り医療費若増分・ JK)

(DT は計算単位時間)

入院患者一人当り医療費増分・ $KL = (\text{入院患者一人当り医療費若} \cdot K) (\text{入院患者一人当り医療費若増加率} \cdot K)$

入院患者一人当り医療費若増加率は、表2のよ

表2 入院患者一人当り医療費若増加率と医療費増加指数との関係

医療費増加指数	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7
医療費増加率	-0.065	-0.025	0.015	-0.055	0.105	0.15	0.195	0.235	0.25	0.325	0.365

うに医療費増加指数の関数とする。したがってこの増加率は、政策変数としての診療報酬と外生変数としての技術進歩によって決定される。

3・4 保険財政セクタ

当セクタは保険財政状態を算出する。健康保険の累積積立額あるいは累積赤字額は、定義により次式になる。

保険積立額・ K = 保険積立額・ J + (DT) (保険料・ JK - 医療費保険負担分・ JK)

ここで保険料、医療費保険負担分は次式による。

保険料・ KL = (国民所得・ K) (保険料率・ K)

医療費保険負担分・ KL = (医療費・ K) (医療費保険負担率・ K)

この保険料率、医療費保険負担率は、政策変数であるが、これらの過去の値は表3～4^{1)・3)}に示す通りである。

3・5 財政セクタ

当セクタは、医療費の国負担分、国の財政状況を算出する。医療費国負担は、非老人医療費政府負担、保険補助、老人医療費政府負担の合計である。それぞれ次式から算出される。

非老人医療費政府負担・ K = (医療費総計・ K)
(1 - 保険負担率・ K - 患者自己負担率・ K)

保険補助・ K = - $MIN((\text{保険料} \cdot JK - \text{医療費保険負担} \cdot JK), 0)$

老人医療費政府負担・ K = $\sum_{(\text{入・外来})} (\text{実患者数老} \cdot K)$
(患者一人当医療費老・ K) (老人医療無料化国負担率・ K)

ここで医療費の患者自己負担率、老人医療無料化国負担率は、政策変数である。

財政状況を政府経常余剰で見るとして、定義により次式になる。

政府経常余剰・ K = 租税・ K + 保険料・ K その

表3 医療費負担者別負担

(単位: 億, %)

年度	総額	公費負担		保険者負担		患者負担	
		総額	負担率	総額	負担率	総額	負担率
30	2,388	279	11.7	1,185	49.6	923	38.7
31	2,583	292	11.3	1,317	51.0	975	37.7
32	2,897	303	10.5	1,489	51.4	1,105	38.1
33	3,230	343	10.6	1,686	52.2	1,202	37.2
34	3,625	400	11.0	2,065	57.0	1,160	32.0
35	4,095	451	11.0	2,415	59.0	1,229	30.0
36	5,130	599	11.7	3,121	60.8	1,410	27.5
37	6,132	806	13.1	3,790	61.8	1,536	25.1
38	7,541	1,030	13.7	4,823	64.0	1,688	22.3
39	9,389	1,220	13.0	6,133	65.3	2,036	21.7
40	11,224	1,471	13.1	7,442	66.3	2,312	20.6
41	13,002	1,633	12.6	8,749	67.3	2,620	20.1
42	15,116	1,827	12.1	10,214	67.6	3,075	20.3
43	18,016	2,089	11.6	12,281	68.2	3,645	20.2
44	20,780	2,321	11.2	14,307	68.8	4,152	20.0
45	24,962	2,822	11.3	17,320	69.4	4,820	19.3
46	27,250	3,209	11.8	18,872	69.3	5,169	18.9
47	33,994	4,607 (3,966)	13.6 (11.7)	23,401	68.3	5,986 (6,627)	17.6 (19.5)
48	39,496	5,488 (4,103)	15.8 (10.4)	27,767	70.3	6,241 (7,626)	13.9 (19.3)
49	53,786	7,276 (5,516)	13.5 (10.3)	39,301	73.1	7,209 (8,969)	13.4 (16.7)
50	64,779	8,471 (6,344)	13.1 (9.8)	47,933	74.0	8,375 (10,502)	12.9 (16.2)
51	76,684	9,781 (7,146)	12.8 (9.3)	57,303	74.7	9,600 (12,235)	12.5 (16.0)

(カッコは無料化を除いた場合)

表 4 保険料と租税 (単位: 億, %)

年度	保 険 料	保険料率	租 税	租 税 率
30	1,084	1.49	13,184	18.1
31	1,162	1.42	15,367	18.8
32	1,303	1.39	17,290	18.5
33	1,486	1.55	17,348	18.0
34	1,796	1.63	19,833	18.0
35	2,052	1.55	25,457	19.2
36	2,586	1.64	27,735	17.6
37	3,131	1.77	31,637	17.8
38	3,974	1.93	39,446	19.1
39	5,079	2.17	45,588	19.5
40	6,071	2.32	48,291	18.5
41	6,948	2.28	54,316	17.8
42	7,911	2.17	64,413	17.6
43	9,283	2.17	74,222	17.3
44	10,843	2.18	95,456	19.2
45	13,195	2.23	115,261	19.5
46	14,427	2.19	126,797	19.2
47	17,820	2.34	154,050	21.9
48	20,843	2.27	205,391	22.4
49	35,125	3.09	239,916	21.1
50	46,085	3.59	226,616	17.7
10	53,687	3.73	263,704	18.3

総理府「日本統計年鑑」

他の経常収入・ K - 医療費国負担・ K - その他の
 経常支出・ K

租税・ $K = (\text{国民所得} \cdot K) (\text{租税率} \cdot K)$

3.6 GNP セクタ

当セクタは、GNP 成長率を外生変数として
 GNP を求め、国民所得、可処分所得を算出する。

国民所得、可処分所得を GNP の 1 次式として、
 昭和 30 年～48 年²⁾ の実績値によって回帰分析を
 行なった。その結果は次式である。

国民所得・ $K = (0.08) (\text{GNP} \cdot K) + 1675.2$

可処分所得・ $K = (0.67) (\text{GNP} \cdot K) + 3470.4$

それぞれ重相関係数 0.99 である。この国民所得、
 可処分所得は患者セクタへ直結する。

3.7 医療産業セクタ

当セクタは、医療費増加の経済成長へのプラス
 要因として、医療産業の生産額を算出する。医療
 産業は、大きく医薬品産業と医療用具産業に分け
 られるが、それぞれが医療費と強い関係にあること

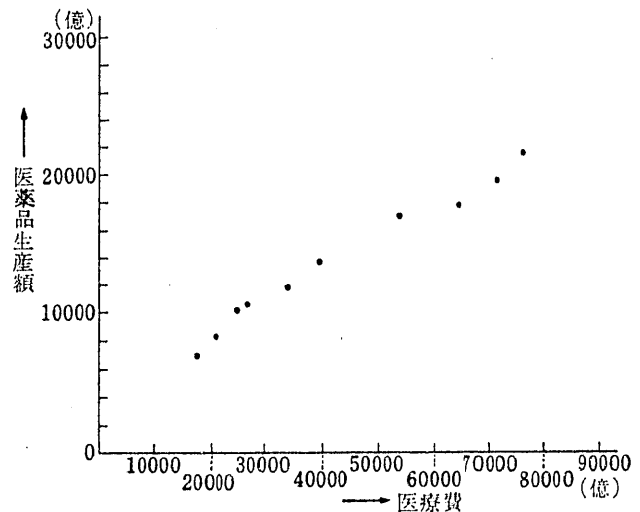


図 11 医薬品生産額と医療費の関係

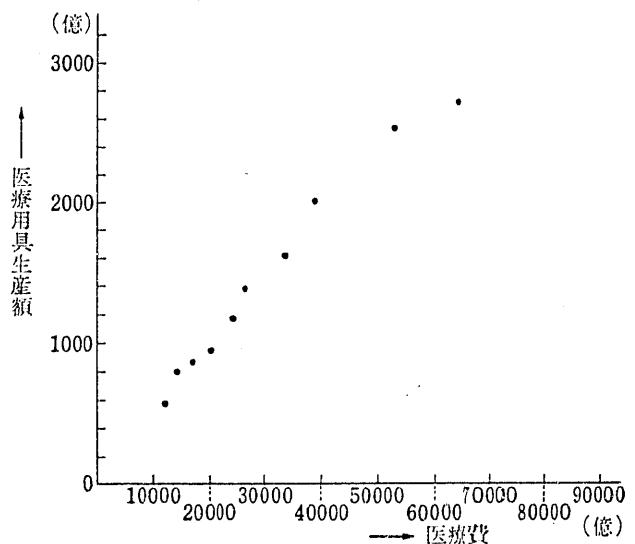


図 12 医療用具生産額と医療費の関係

は言うまでもない。図 11～12 は、それぞれの関
 係を示したものである。そこで両産業は、医療費
 の関数とする。

4 シミュレーション結果

以上説明したモデルを用いて過去の患者数、医
 療費、経常余剰などの内生変数の説明を試みた。
 シミュレーションの期間は、昭和 30 年から 51 年
 まで、計算単位時間 (DT) を 1 年とした。

このシミュレーションでは、医師数、技術進歩
 指数、GNP 成長率、人口^{6)~7)}などの外生変数、お
 よび老人医療無料化政策、医療費患者自己負担率、
 医療費保険負担率、保険料率などの政策変数は過

去の実績値を用いた。また各受療率と医療費自己負担指数との関係、各患者一人当り医療費増加率と医療費増加指数との関係などは、図2~10など

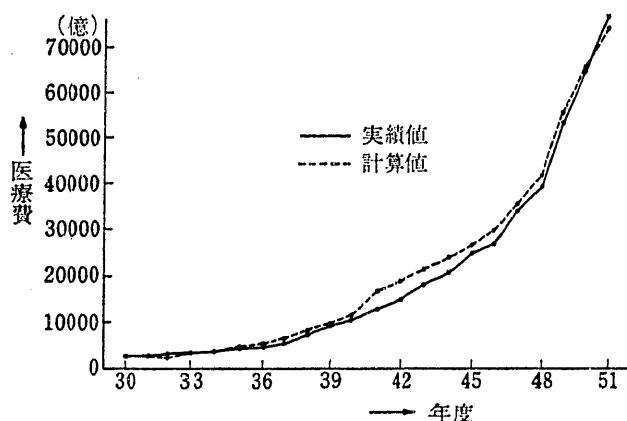


図13 外来患者の実績値と理論値

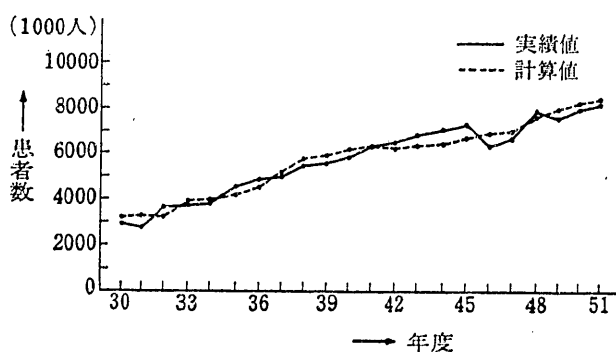


図14 患者数の実績値と計算値

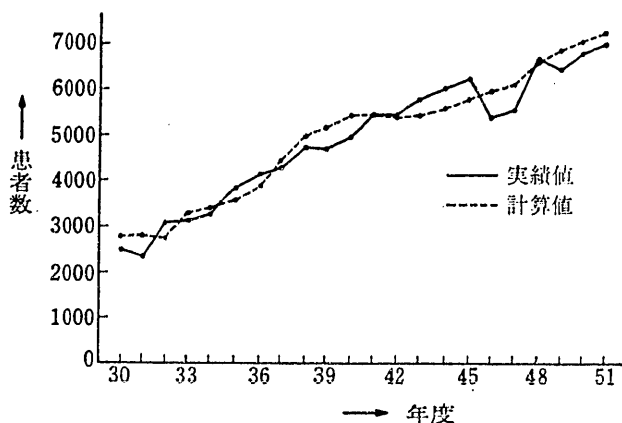


図15 医療費の実績値と計算値

からの Table 関数とした。

以上のような条件下でシミュレートした主な内生変数の計算結果を、その実績値と比較したのが図13~15である。各図から明らかなように計算値は実績値をよく説明することが出来た。ちなみに相関係数を計算すると、実患者数 0.99, 医療費 0.90 である。

5 おわりに

医療政策検討用のシミュレーション・モデルの開発という目的は、一応達成されたと言えよう。しかしこのモデルの特性について多方面から感度分析を試みる必要がある。その後、これからの問題である健診システムのセクタを組み込むなどして将来の政策検討用としてモデルの充実化を計ることが要求される。そこではかなり大胆な仮定を置かざるを得ないであろう。そしてこれらの仮定のもとで、実際に諸政策の影響を検討し、政策に関する意味論的な結果を得ることが期待される。それらはすべて今後の研究に待たざるを得ない。

最後に資料、情報を提供下さいました厚生省・中村文子氏、資料収集・計算に協力いただいた青山学院大学・佐取信彦氏に感謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生省統計協会；国民衛生の動向（昭和53年度版），大蔵省印刷局，1978.
- 2) 総理府統計局；日本統計年鑑（昭和53年度版），日本統計協会，1978.
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部資料；国民医療費.
- 4) 辻正重，西三郎；システム・ダイナミクスによる医師および看護婦数の動態分析，日本公衛誌，24（7），458~459，1977.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部資料；一般診療費と変数要因の年度平均指数.
- 6) 総理府；国勢調査報告，総理府，1955~1970.
- 7) 経済企画庁；国民所得統計年鑑，大蔵省印刷局，1978.

公的年金・退職金・企業年金

村 上 清

I 公的年金の給付水準

老後の生活維持には、さまざまな手段がある。公的年金、企業年金、退職金、個人貯蓄、私的扶養、公的扶助、フルタイムおよびパートタイムの就労など、いずれもが重要な手段であり、高齢者の生計はこれらの総合のうえに成立っている。この稿では、上記の各項目のうち、今後の社会で特に重要性の高まるとされる公的年金、および現在流動的な変化の過程にある退職金、企業年金について述べることにする。現在、公的年金全般についての総合的な方向づけの必要な時期にきている。主要なポイントは、制度の体系と給付の水準である。ここでは、まず給付の水準を、被用者対象の厚生年金を中心に考えてみる。

公的年金は最低保障であるとも従前所得の延長であるともいわれるが、その実際的水準については、各人各様で、統一的な基準は合意されていない。先般の年金制度基本構想懇談会（以下「基本懇」という）の報告書でも、この点は歯切れが悪い。歯切れの悪かったことにはそれなりの理由もあるが、制度の長期的な安定と均衡を考えるならば、明確な線を打出し、この方向に合意を求めていくことが必要であろう。

年金制度を、給付だけ取り出して議論すれば、水準についてはいかようにも考えられる。従来、年金については、国民の権利とか政府の責任とかいう表現が多かった。要求してかち取るものという思想もあった。そうであるなら、年金水準は高ければ高いほど望ましい。年金の高いことが、国民全体の福祉の大きさを示すことになる。

しかし年金制度とは、だれかの拠出がだれかの給付に振替えられる仕組みである。負担と給付は、総額では同一である。給付が大きければ大きいほ

どいいなら、税金でも保険料でも、負担の大きいほど国民は豊かということになる。実際には、負担は迷惑な話であり、負担が大きくなればそれだけ手取り所得は減り生活は苦しくなる。負担が少ないほど、国民は豊かでいられるわけである。

基本懇の報告書では、年金制度は「所得の振替」としている。振替といえば、一つの言葉で給付と負担の両面が示され、かつ両者がバランスしなければ成立たないことが示される。年金の水準は、有難い給付と迷惑な負担の妥協点で決まるはずである。そう考えるならば、妥当で適正な給付の水準は比較的考えやすいのではなかろうか。

勤労者は一般に4人世帯、老後は2人世帯と考える。4人世帯に比べて2人世帯の生計費は、3分の2、あるいは65%程度である。これは、生活の水準をその割合で引下げるのではなく、家族構成の違いを考えれば、それだけの年金で在職中と同じ生活の水準が維持できるという意味である。年金の水準がもしこれ以上に高ければ、年金の費用を負担する働く世代の生活水準が、その負担で扶養される年金受給の老齢世代より貧しくなる。このようなバランスを失した振替は、一時的ないし特殊の事例としてはあったとしても、長期的にはあり得ない。

妥当な老後収入を勤労者の収入の65%とした場合、この全部を公的年金でみるわけではない。公的年金はナショナル・ミニマムの保障といえ、だれも合意する。65%をすっかり給付したら、ミニマムでなくミディアムになる。公的年金で現役と同じ所得水準を振替える社会は、完全な管理社会である。勤労者にとっては、せっかく働いて稼いでも、その過重な部分を税金か保険料で取り去られ、自由に処分できる所得の著しく制限された、やり切れない社会である。老後はといえ、在職

中に努力してもしなくても、所得には大差のない、意欲もインセンティブも薄い社会である。在職中も老後も、一億総中産階級といえども聞こえがよいが、社会全体の活力が失われれば、中産階級の生活水準一般が、次第に傾いてくる。

ミニマムというからには、公的年金は収入の基礎的な部分で、それに私的な努力による補足が加わって65%の水準に到達するのが、自由社会の自然な姿である。それでは、65%のうちどの程度の部分を公的年金でみるか。ここで2つの考え方に分かれる。

1つはアメリカ、イギリス流の考え方で、公的年金は最低保障、つまり各人の生活設計のごく土台の部分だけという思想である。水準にして30%ないし40%、公的年金は公的扶助の水準よりもやや上だが、一般の生活水準と比べればごく低水準である。したがって、これを補足する私的な収入の準備が強調される。アメリカでいえば、標準的な被用者の老後収入は、半分が公的年金、半分が企業年金である。公的年金の平均額は、1978年9月現在の新規裁定者で、単身で280ドル、夫婦で420ドルである。1ドル220円で計算しても、単身者で61,600円、夫婦で92,400円で、日本の厚生年金よりかなり低い。しかし、これに同額の企業年金が加われば、夫婦で約18万円で、まずまずの老後収入になる。

なお、老後収入の従前所得に対する割合、その中の公的年金と企業年金の比率は、各人の所得によって大きく異なる。一億総中産階級の日本ではすべてが均一で、平均と個別との差は小さいが、所得格差の大きい欧米では、年金水準は正確には各所得水準ごとに見ないといけな。低所得階層では、公的年金の従前所得に対する割合は高く、老後収入の内訳でも企業年金より公的年金の比重が大きい。高所得者はこの逆で、公的年金と企業年金を合計した総年金収入では、金額では高所得者が多いのは当然だが、従前所得に対する比率では低所得者が高い。

もう1つは、西ドイツやスウェーデンの水準で、年金は従前の生活水準の延長という思想である。水準で50%程度で若干の補足があれば、在職中

と同程度の水準の生活になる。公的年金だけでは、従前の生活水準をやや下回る給付である。これらの国の被用者の老後収入は、3分の2が公的年金で3分の1が企業年金、あるいはそれ以上に公的年金の比重が高い。西ドイツの公的年金は、従前所得の1.5%に加入年数を乗じた額だから、40年加入だと60%の計算だが、年金額のスライド修正が遅れるため、実質的には45%ないし50%である。企業年金はこの上乘せとして、従前所得の10%ないし25%を支給する。スウェーデンでは、公的年金で従前所得の50%ないし55%、企業年金の上乗せは10%ないし15%である。

ここで従前所得と年金収入の比率をみると、近年特に強調されているのが、総所得(税金や社会保険料を控除する前の名目賃金)でなく純所得(手取り賃金)に対する比率でみるべきであるという主張である。最近の西ドイツの数字では、標準的な年金は総所得に対する比率では46.3%だが、純所得に対しては66.4%になっている。西ドイツの年金は、従来は総所得スライドであったが、これを純所得スライド、つまり手取り賃金スライドに改めるべきだとの意見が出ている。

現在、西ドイツの年金は財政困難に苦慮し、一方では3年間のスライド率を賃金の上昇に関係なく4.5%から4%に固定するとともに、他方では勤労世代の保険料率の負担を現行の18%から18.5%に引上げることを決めた。この措置に関して西ドイツでは、財政困難の負担を両世代で公平に分かちあうと説明している。勤労世代は、保険料負担の増で手取り収入の伸びが名目賃金の伸びを下回る。老齢世代は、低いスライド率のために年金の伸びが名目賃金の伸びに追いつかない。現在の西ドイツは、実質上では総賃金スライドでなく手取り賃金スライドに近づいている。

年金の水準を従前所得に対する比率でみる場合、これまでのような対総報酬比ではなく、対純所得、あるいは可処分所得に対する比率でみるべきであるという議論は、近年アメリカでもいわれている。

上記の2つの考え方のうち、日本はいずれを採るべきか。結論は出ている。後者である。なぜなら、日本の被用者年金はすでに西ドイツやスウェー

デンなみの水準が制度的に確立されている。これを今更アメリカ、イギリスの低い水準に落とすことは、理屈はどうであれ、実際には不可能であろう。それだけでなく、厚生年金では支給年齢が欧米の65歳より5歳も低い60歳（女子に至っては55歳）であり、かつ日本人の寿命が世界最長であることを思えば、現行の給付内容は西ドイツやスウェーデンよりむしろ何割か高く、常識的に考えて、やがては負担しきれなくなる。

いま、厚生年金は6割年金といわれている。標準の年金額は被保険者の平均報酬の約60%で、現役の勤労者の平均賃金が20万円なら標準的な年金額は12万円ということになる。実際にも、30年加入で新規裁定を受ける者の年金額は、モデルで12万円程度である。

この率だけ見れば、厚生年金は欧米よりも高水準だが、日本には月収以外に年2回のボーナスの慣行がある、ボーナスを含めた対年収比では、60%の年金が45%になる。それでも欧米の高い方の国なみの水準である。さらに相手取り賃金比で見れば、45%は50%ないしそれ以上になる。だとすれば、ナショナル・ミニマムの公的年金としては、すでに上限の水準に到達している。

さらに別の問題が日本にはある。妻の年金である。現在では、サラリーマンの家庭の老後収入の公的年金は、夫の厚生年金だけではない。その他に妻が、就労して厚生年金に入るか、または国民年金に任意加入しているのが大多数である。将来の方向としては、事実上すべての妻が厚生年金か国民年金に加入するであろう。そうなれば、少なくともこのうち低い方の国民年金を加えた額をもって、被用者家計の標準的な老後収入と考えなければならない。厚生年金だけを取り出して欧米と水準比較をするのは、実情には合わない。

そうなれば将来の姿として、夫の厚生年金に妻の国民年金を加えた額をもって、現在の厚生年金に見合う水準に導かなければならない。この2つの年金は、別の制度で、それぞれに保険料を拠出しているのだから、一緒にして考える必要はないようにも思われるが、制度の体系や名称が何であれ、勤労世代の負担になることには変りはない。

年金は所得の振替だから、給付があれば必ず負担がある。

厚生年金プラス国民年金を現行の厚生年金の水準にするといっても、ただちに給付の切下げをするわけではない。それに、国民年金にしても、現在はまだ未成熟で金額も小さい。両制度とも物価スライドは規定化されているが、今後の伸びを物価程度に抑えていけば、長期的には両者の合計が対賃金比では現行の厚生年金程度になるであろう。

「豊かな老後」ということで、年金水準ばかり上げていけば、相対的には勤労世代の所得水準を貧しくする。高い年金の要求は、一見は国民全体の福祉の増進のようにも見えるが、立場を変えてみれば、勤労者全体を貧しくする要求である。

階層社会でブルー・カラーとホワイト・カラーの区分が固定化している欧米では、公的年金はブルー・カラーの保護の手段である。社会保険はブルー・カラーに所得保障を提供して、その生活を安定させ社会秩序を維持するが、適用対象の報酬に上限があるため、所得の高いホワイト・カラーには極めて不十分な額の保障にしかない。したがって、ホワイト・カラーは老後保障の大きな部分を私的な方策に委ねることになり、私的な努力へのインセンティブは大きい。総中産階級の日本で、欧米のブルー・カラーを対象にしたと同じ規模の振替を全勤労者について行なったとすれば、全勤労者が欧米のブルー・カラーのような無気力でインセンティブのない状態になりかねない。

今後、厚生年金の水準を現在のままに維持しても、勤労世代の保険料負担は増え続けるから、老齢世代の年金収入と勤労世代の給与所得のバランスは、手取りでは漸次変わってくる。厚生年金の6割年金は、現在でも手取り所得比では7割年金にもなっていないようだが、これが対名目賃金比では6割年金のままだと、対純所得比では8割にも9割にもなりかねない。これでは勤労世代の不満ばかりがつのり、年金制度の運営に財政面からの支障が生じる。

西ドイツの例が示しているように、高齢化による負担の増は、勤労世代と老齢世代が公平に分かち合わなければならない。そのためには、年金水

準の指標を、対総所得比でなく、対純所得比にすることを、今から合意しておく必要がある。そうしておけば、老齢化が進行しても両世代間の振替後の所得のバランスは崩れず、財政を破綻させないための安全装置として機能することになる。

なお基本懇の報告書では、年金水準については、「現在の厚生年金の標準年金は、被保険者の直近の平均標準報酬の6割を目途としている。このような厚生年金の標準年金の給付水準は、諸外国の被用者年金の水準に比べてもかなり高い水準といえることができるが、今後とも長期的に維持していくことを基本とすべきものと考えられる」とするとともに、「今後長期的にみれば、個人個人がそれぞれ制度の本来的な年金を受けるようになることが見込まれるので、(中略)世帯類型等に応じ、合理的な給付の調整を行う必要がある」ものとしている。

II 退職金制度の変化

勤労者の老後保障の主要な柱の1つは、退職金である。特に以前、まだ公的年金の水準も低く、また所得水準も貧しくて個人で老後に備える余裕のなかった時期には、退職金は生涯の労働ののちに勤労者が手にできる老後の生活のための唯一の源資ともいわれた。そのような事情を反映して、わが国では退職一時金に対しては、世界でも例の少ない税法上の特典を与えている。近年、老齢化の進行と公的年金の拡充の中で、この退職金に新しいいくつかの変化が生じている。

第1は、退職金の伸びの鈍化、そして実質的な目減りの進行である。昭和40年から52年までのモデル退職金(高校卒・55歳定年退職・勤続38年の場合の退職金)の推移を中労委の調査(1,000人以上の大企業が対象)によってみると、表1の

表1 大企業のモデル退職金の推移

年 度	A. 退職金	B. 物価	C. 賃金	D. A/B	E. A/C
昭和40年	100	100	100	1.00	1.00
42	116	109	124	1.06	0.94
44	131	121	163	1.08	0.80
46	168	138	218	1.22	0.77
48	196	162	308	1.21	0.64
50	274	225	444	1.22	0.62
52	303	262	538	1.16	0.56

ようになる。金額では、この間に3.03倍に増えている。しかし、この間には物価や賃金の上昇があった。それらを考慮した実質の伸びはどうか。物価の上昇は2.62倍だから、貨幣価値の下落を差引いても、退職金は実質で1.16倍に増えている。次に対賃金比ではどうか。賃金の伸びは5.38倍で、対賃金比ではモデル退職金は0.56倍、つまり6割以下に目減りしている。

なぜ、こんな大幅な目減りが生じたか。1つの理由は、ベアの退職金へのハネ返りが減ってきたことである。表2は、賃金改定と退職金算定基礎との関係を、同じ中労委調査でみたものである。表の「賃金増額」はベア、「昇給」は定昇である。定昇は、大多数の企業が退職金計算の基礎給に入れている。ところがベアは、100%を基礎給に繰入れる「自動的に増額」は、昭和52年には18社、全体の5%しかない。その他は、一部のみ繰入れとか、労使協議などとなっている。昭和40年ごろは、大多数の企業がベアの100%を基礎給に繰入れていたが、2年ごとの調査のたびに、この数は急速に減少している。

ベアのうち基礎給に繰入れられる部分が減れば、月収の中で退職金の計算基礎にならない部分が増え、基礎給の占める割合は低下する。その結果、会社の規定上の支給率は同じでも、これを月収に対する割合でみると、漸次低下していく。中労委

表2 賃金改定と退職金算定基礎給との関係

社数	賃金増額との関係							昇給との関係					賃金体系とは別に退職金算定基礎給を設けている
	自動的に増額	基礎給に配分されたものは増額	自動的に一部増額	労使協議	据え置き	その他	記入なし	自動的に増額	労使協議	据え置き	その他	記入なし	
344	18	130	46	50	52	11	12	239	27	1	13	39	25

中労委調査(52年6月)

の調査では、モデル退職金は昭和40年には月収換算で53ヵ月分であったが、52年には44ヵ月分に減っている。率にして、100から83への低下である。

月収の中に占める基礎給の割合は、会社によって極めてまちまちだが、平均的にいうと大企業では70%程度、中小企業では80%程度である。これに対して、ベアのうち基礎給に含まれる部分の割合は、近年の傾向では、大企業で60%程度、中小企業では70%程度で、退職金の目減りはまだ続いている。

目減りのもう1つの原因は、賃金体系の変化である。かつては企業内の賃金体系は明らかな年功賃金で、勤続・年齢ともに賃金は伸び続け、定年時にピークに達する。今や中高年の増大で、中年以降の賃金は伸び悩み、定年時の賃金はかつてのような高いものではない。表3はこの関係を示すもので、昭和43年と52年を比較すると、55歳定年時の給料は18歳の給料に比べて、5.23倍だったものが4.05倍に低下している。この間に18歳の給料は3.65倍になっているのに、55歳の給料は2.83倍にしか増えていないためである。

以前は、高い退職時の月収に換算して、モデル退職金は53ヵ月あった。いま、低下した退職時給与に換算して44ヵ月しかない。退職金は二重に目減りしている。

退職金が目減りしているなら、企業の負担は軽減されているか。結果は逆である。そこで第2の傾向として、企業の退職金負担の増大があげられる。

表1で、モデル退職金の目減りを示した。しかし、これはモデルで、実際の支払額ではない。もし高卒・勤続38年の定年退職者がいれば支払う額だが、実際にそんな長勤続者はめったにいない。実際の定年退職者への支払額はどうかであったか。表4は、中労委調査でモデル額と実際額を併記し

表3 モデル給与の年度別比較（大企業・高卒）

	昭和43年		昭和52年		52/43
18歳	23,724円	100	86,675円	100	3.65
55歳	124,032	523	350,787	405	2.83

東洋経済調査

表4 退職金のモデル額と実際額
(大企業・高卒・定年退職)

年 度	A. モデル額		B. 実 際 額		B/A
昭和40年	524万円	100	193万円	100	0.37
42	609	116	248	128	0.41
44	686	131	296	153	0.43
46	878	168	389	201	0.44
48	1,025	196	484	250	0.47
50	1,438	274	816	423	0.57
52	1,585	303	1,013	523	0.64

中労委調査

表5 定年退職者への退職金支給額

	昭和40年	昭和52年	52/40
1社当たり退職者数	370人	300人	
1社当たり定年退職者数	44.4人	58.3人	1.31
定年退職者の割合	12%	19%	
1人当たり退職金額	193.5万円	1,012.7万円	5.23
1社当たり支払総額	8,591万円	59,040万円	6.87

中労委調査

た。この間、モデル額の増えは3.03倍だが、実際の支払額の平均では5.23倍に増えている。理由は、定年に達する者の勤続が長くなったためである。戦後間もないころには、定年者とはいっても中途入社などが多く、勤続はあまり長くなく、退職金額もモデル額の37%であった。今や実際の退職金が、モデル額の64%と、徐々に比率が高くなっている。

このような個人当りの支払額の増大に加えて、退職者の数そのものが増え続けてきた。これを総合すると、表5になる。この表は、中労委の調査対象となった1,000人以上の大企業の単純平均である。昭和52年は40年に比べて、退職者数ではやや少ないが、定年退職者数は着実に増えている。比率で1.31倍。これに表4でみた個人当りの金額の伸びの5.23倍を掛けると、支払総額では6.87倍になる。この倍数は、この期間の賃金の伸びよりもはるかに大きい。退職金は個人の側からみれば目減りだが、支払を負う企業の側からすれば、総額では賃金の伸びを上回る急激な上昇を示している。

今後の趨勢はどうか。労働省の予測によると、昭和50年の定年退職者総数を100とすると、60年には160、70年には200になる。これだけの退

職者数の増があれば、過去 10 年にあったと同じような目減りをさせていっても、企業の退職金支出は増え続ける。人員の増が 1.6 倍だと、個人当りの額を 6 割に目減りさせても、総額では変わらない。これに定年者の勤続年数の伸びが加われば、総支出はその割合だけ多くなる。

これまでの退職金の目減りは、急激に膨張する支出増を抑制するために採られた方策であったし、今後もこの傾向は続くものと思われる。そして、これを実際に可能にしてきた背景には、厚生年金の急速な拡充があった。日本の退職金の曲り角は昭和 40 年で、これまでの退職金は、ベアの 100% ハネ返り以外に、支給率そのものが引上げられてきた。公的年金がないに等しい状態で、退職金は労働者の老後を支える唯一の源資だったからである。

昭和 40 年の「1 万円年金」を起点として、厚生年金は急速に引上げられ、同時に退職金の目減りが始まった。退職金の減少は、実質的には公的年金の増に振替わっていると見られる。労働組合にしても、厚生年金の拡充がなかったら、過去のような退職金の目減りには応じなかったであろう。現在、厚生年金の水準は、大学卒の初任給よりもむしろ高く、2 人世帯の標準生計費をほぼまかなう。そうなれば労働組合の退職金要求にも、かつてのような切迫した感覚は失われる。

老人の増大による超高齢社会の到来が懸念されているが、老人は急には増えない。中高年の時代を経た人たちが、順々に老人になっていく。超高齢社会がくる前に、超中高齢社会がくるはずである。超高齢社会は実際にはまだ 20 年、30 年先のことで、これから 10 年、15 年で最も深刻なのは超中高齢社会である。

このような時代への移行を反映して、退職金の第 3 の変化として、性格・仕組みの変化があげられる。例えば、俗に「45 歳定年」といわれるものである。

従来、退職金は長期勤続の奨励の施策と考えられてきた。勤続の長さに応じて支給率も増える反面、中途退職には低い支給率の退職金しか支給されない。近年、鐘紡、帝人、伊勢丹などで採用さ

表 6 日本毛織の 40 歳定年制 (40 歳以上の退職には、定年扱いに次の月数分を付加)

退職年齢	退職金付加分	退職年齢	退職金付加分
45 歳未満	25 ヲ月	53 歳未満	12 ヲ月
47 "	23	54 "	9
49 "	21	55 "	6
51 "	18	55 歳到達時	3
52 "	15		

れた 45 歳定年では、45 歳以後は本人の希望で退職しても、退職金の支給率は定年扱いとする。さらに加えて、特別な割増しの加算がある。割増しは、鐘紡では 70%，帝人では金額で 500 万円にもなる。割増しは 45 歳時が最高で、年齢が上がるに減する。

表 6 は、日本毛織の 40 歳定年制である。40 歳以後の退職には、定年扱いの支給額に加えて、表の月数分の付加がある。付加は 45 歳未満が最高で、以後漸減している。

これらの会社は、いずれも中高年層を数多く抱え、その対策に苦慮し、1 つの方法としてこのような退職金規定を設けた。産業界全般でみれば、まだ異例であるし、規定はできても、実際に高い退職金の割増しをもらって早期に退職するものはほんの少数である。全般的には、サラリーマンの終身雇用の指向は変わっていない。

しかしこの傾向は、程度の差はあっても、一般化の方向にある。別の表現を用いれば、「選択定年制」である。丸紅では、従来の定年制を 55 歳から 60 歳に上げた。同時に 50 歳時点で、社員は 3 つのコースのいずれかを選択するものとした。第 1 は普通コースで、この場合には身分や給与に変更はないが、勤続は 55 歳までで再雇用はない。第 2 は専門職コースで、部長や課長のスタッフ職から外れ、給与も下がる代わりに、60 歳まで在職できる。第 3 は選択退職コースで、50 歳で退職すると割増しの退職金がつく。ダイキン工業も同じ選択定年制で、専門職は給与は従前の 70% で 60 歳まで、一方 50 歳退職者には 10 年間 60 歳までの期間、従前の給与の 30% の年金が支給される。本人からすれば、細くて長い雇用か、早期の退職プラス多額の退職金か、いずれかを選択すること

になる。

従来の退職金は、長期勤続の奨励が目的だから、退職金額は勤続が長ければ大きく短ければ小さい。ところが上記の諸例では、早期に退職し勤続の短い者に割増しがつく。従来の発想とは逆である。

もともと退職金には2つの機能がある。1つは長期勤続の奨励で、もう1つは円滑に退職させる機能である。俗に「足どめ」と「追い出し」ともいわれる。従業員が若くて貢献度の高いうちは、定着させたい。一定年齢になり能率が落ちて企業にプラスよりマイナスが大きくなれば、円滑に退職させたい。これは日本の退職金だけでなく、欧米の企業年金にも共通の性格である。若年層中心の高度成長期には、足どめ機能ばかり重視された。低成長の中高年社会になると、追い出し機能が重視される。

55歳定年の時代には、画一的な定年制の運営でさして支障はなかった。定年が60歳に向けて上がると、日本のように解雇の困難な雇用関係では、一律の引上げには障害がある。そこで導入されるのが選択定年制で、ここでは退職金が重要な役割を担う。

選択定年制は、日本より欧米で早くから一般化した。弾力的定年制 (flexible retirement age) といい、通常は60歳から65歳の間で、本人の選択で任意に引退して年金を受給する。早期引退者への年金の手当ては、一部は公的年金で行われる場合もあるが、概して企業年金がより適切にこの要請を満たす。公的年金は画一的で弾力性が乏しいのに対して、企業年金はそれぞれの職域の実態に即した構成が可能だからである。

日本でも、公的年金の65歳への支給率の引上げが考えられている。長い将来を考えれば、日本もやがては欧米のような弾力的定年制で、雇用と年金との選択により60歳から65歳の間の所得保障に対応していくことになる。但し、それはかなり長い先のことで、当面は現状に即した対応が必要である。

退職金には、さまざまな機能がある。従来いわれてきた主要なものは、(1)老後の生活資金、(2)住宅取得の資金、(3)子女の教育・結婚資金であ

った。将来は、(2)と(3)の重要性は在職中の手当てに置きかえられ、(1)のみが恒久的に残るであろう。

老後保障という場合に、勤労生活からの引退年齢に達して以後の生活費と考えるのが常識的である。つまり退職金の老後生活資金の機能は、公的年金の上乗せという思想である。しかし、上記の各企業の事例を見ると、むしろ厚生年金の支給以前に早期に退職することに対する補償という性格が濃い。厚生年金の拡充で、退職金による上乗せ補足のニードは減少した。しかし他方、企業の定年と年金の支給年齢の間に空白があるのが、日本の特殊性である。退職金は傾向としては目減りの方向にある。しかし、日本の特殊事情である低い定年制と公的年金の支給開始との間隔を埋める補償的な機能は、依然として残る。企業の定年も徐々に引上げられようが、他方では公的年金の支給年齢も引上げの方向にある。今後とも、定年制の円滑な運営という意味での退職金の機能は、引き続き重要であろう。

この機能を満たす退職給与は、従来は一時金の形態であった。しかし、退職後の所得の継続という目的であるなら、一時金よりも年金がより適切である。この面から、日本の企業年金の重要性は、再度見直されてくることであろう。

III 企業年金の位置づけ

企業年金への関心が高まっている。これには2つの背景がある。1つは、公的年金に限界が見えてきて、これを補完する企業年金を求める気持が強くなったこと、もう1つは、退職金の増大が将来に予見され、その負担増を危惧する企業が、防衛策を退職金の企業年金化に求めていることである。企業年金は、当初昭和30年代の末期から40年代の初期にかけて、適格年金や調整年金の創設で脚光を浴びた。当時と現在とを比較すると、制度の設計にも異った傾向が顕著にみられる。

現在の企業年金は、ほとんどが適格年金か調整年金(企業年金に対応するのは加算部分)であるが、その設計は2つに大別できる。1つは、在来の退職金とは別途に設計され、退職者は一時金と

年金の両方を受給する。この場合の企業年金には、労使の分担制も多い。主として企業年金の初期に設立された。当時はまだ退職金の成長期で、有力企業では在来の退職金に加えて、別途に企業年金を設ける余力もあった。思想的には、退職金とは異質の企業福利で、公的年金の不備を補う純粋な老後保障の施策であった。だから労使の分担制もあった。また退職金とは別の制度では、企業の支出も限られ、本人の負担も必要になる。

もう1つは、既存の退職金の全部または一部を、適格年金または調整年金の加算給付に移して、積立てていくものである。退職給与の形態としては、外形上は一時金を年金に切り換えたことになるが、年金に代わる一時金選択が可能で、実際には大多数が一時金で受給している。全員が一時金で年金は皆無の事例も、例外というよりごく普通である。もともと既存の退職金の積立てだから、本人拠出の入る余地はない。近年の設立は、大部分がこの型である。退職金だけでも先行きの負担が苦しく、これ以上に別途に年金を新設する余裕はない。しかも、退職金についても、将来の支出増を考えれば、今から計画的に積立てて資金準備をしておくことが望ましい。

現在の税制の下では、退職一時金の資金を事前に社外に拠出して積立てるには、著しい障害がある。拠出額を損金にすれば、拠出時に各従業員に給与として課税しなければならない。従業員への課税は不合理だから、これをしないとすれば、企業の資産として積立てなければならず、法人税課税の対象になる。

ところが、名称を企業年金にして積立てれば、税制上の障害はすべて解決される。受給の段階では一時金選択は可能である。そこで、企業年金税制を利用して退職金を積立てる「適格退職金」が増加する。昭和52年度に適格年金制度を通じて支払われた給付総額のうち、年金は6%で一時金が94%という数字は、いかに退職金の積立てが多いかを示している。

表7は、退職金の負担増の防止策である。このうち「算定基礎額の改定」とか「支給係数の改定」とか、いずれも退職金額の増大に歯止めをかける

表7 退職金の負担増の防止策

算定基礎額の改定	65.8%
退職金の年金化	63.2
支給係数の改定	36.0
功労部分と保障部分に分離	22.8
若年・短期の退職金廃止	7.0

生産性労使会議 昭和53年調査

表8 企業年金の型

	本来型	代替型
目的	老後収入の保障	退職金の積立
一時金との関係	一時金と別建	一時金の代替
支給率	年金本来の支給率	一時金から換算
負担	労使拠出も有	全額会社
選択	年金受給多	一時金受給多
担当	人事・厚生	経理・財務

方策である。ところが「退職金の年金化」だけは異質である。従業員が受取る退職金の額は変わらない。ただ、その費用を事前に積立てておき、非積立なら急カーブで上昇する将来の支出を、今からの掛金支出で平準化するということである。

表8は、前記の企業年金の2つの型を、「本来型」と「代替型」の名称の下に、特徴を表示したものである。代替型は、名称は企業年金でも、実態は退職金である。本来型は、退職金とは別途の、いわば第二厚生年金の考えである。世間では、企業年金といえば、すべてが本来型の年金支給と考える向きもあるが、実際には本来型は少数派である。適格年金で500万人、調整年金で500万人、計1,000万人の加入者のうち、本来型はそれぞれ100万人、計200万人程度と推定される。

表9は、企業年金採用の理由に関するアンケート

表9 企業年金採用の理由

	日経連(48年)	日経新聞(53年)
資金繰りが合理的	33.5%	50.6%
老後保障機能が強い	28.2	40.3
税法上で会社に有利	16.5	26.3
労使協調の保障対策	7.7	23.1
退職後も会社とつながり	4.6	3.1
その他	2.7	6.3
無回答	6.8	8.9
計	100.0	158.6

表 10 年金の支給期間

	有 期 年 金					終身 年金
	計	5 年 未満	5 年以 上10年 未満	10年以 上15年 未満	15年以 上	
全 体	89.6	0.3	9.8	87.9	2.0	10.4
1,000 人以上	77.9	—	14.8	78.7	6.5	22.1
300~999	90.3	0.0	11.2	87.8	1.0	9.7
100~299	90.2	—	10.4	86.5	3.1	9.8
30~ 99	89.7	0.5	9.1	89.0	1.5	10.3

昭和 50 年労働省調査

ト調査の回答である。上位 3 つのうちで、「資金繰りが合理的」と「税法上で会社に有利」は、いずれも代替型のメリットである。この回答の多いことは、現在の企業年金が、老後保障の制度よりも、むしろ退職金倒産の防止策に多く利用されていることを示している。

表 10 は、企業年金の支給期間である。欧米では当り前の終身年金が、日本では大企業でも 2 割、全体では 1 割しかない。圧倒的に多いのが 10 年有期である。理由は 2 つで、第 1 は、定年制が低いために終身は財源的にも設計上でも困難なこと、第 2 は、もともと一時金の積立てが目的なら、面倒な終身より簡単で分かりやすい 10 年年金が良い。10 年に次いで 5 年有期が多いのは、55 歳の定年から 60 歳までの収入のつなぎと考えられる。

欧米のどの国でも、公的年金を補完する企業年金が、老後保障体系の中で不可欠な役割を果たしている。日本でも同様に、企業年金を老齢保障の 1 つの柱に組込むには、本来型の設計が望ましい。あるいは代替型であっても、なるべく一時金でなく年金を取るよう誘導する方策が望まれる。具体的にはどうすればよいか。

第 1 は、退職給与の中の一時金と年金との割合である。退職一時金には、特別に有利な税制の適用がある。30 年勤続で 1,000 万円、40 年勤続なら 1,500 万円は非課税のメリットを放棄させることは实际的でない。退職金の全部を年金化した企業に限って、年金受給者は皆無である。一時金を主、年金を従にした本来型の設計では、年金受給者が多い。すでに厚生年金がかなりの高水準であるから、上乘せの年金なら、それほど大きくなくとも効果はある。3 万円の企業年金でも 15 万円の

年金収入になる。

適格年金でも調整年金でも、必ずしも積立てた給付の全部を年金で支払う必要はない。適格年金では、源資の 2 分の 1 はすべて一時金、残余の 2 分の 1 について年金か一時金かの選択ができる。かりに企業が退職金の 2 分の 1 を適格年金で積立てた場合、上記の設計をすれば、結果的には退職金の 4 分の 1 に相当する年金になる。この程度だと、一方では一時金を有利な税制の下で受取りながら、他方ではある金額の年金が受給できる。

調整年金では、源資のうちの一時金選択はより弾力的に組込める。この弾力性は有効に活かしたいものである。

第 2 は、企業年金で、公的年金を補足する方法である。補足には、2 つの方法がある。1 つは、公的年金に上乘せして、老後収入の金額を増すこと、もう 1 つは、定年から公的年金の支給までの間、収入の途切れを埋めることである。前者は 60 歳以後の終身年金、後者は 60 歳までの有期年金だが、厚生年金の支給が 65 歳に向けて引上げられれば、全体の体系がずれ上がる。また厚生年金は、60 歳になっても就労していると給付のないのが原則だから、就労収入の補足の意味の企業年金だとすれば、60 歳までの 5 年年金でなく、10 年年金ぐらいが望ましい。

欧米の企業年金は大部分が「上乘せ」だが、「つなぎ」もある。数年前までのスウェーデンは、定年が 65 歳で公的年金は 67 歳からだったために、当初の「つなぎ」の 2 年間だけは年金額を従前所得の 65%、67 歳以後は 10% を「上乘せ」して、定年後の全期間にわたり、公的年金と企業年金を合わせた収入が、従前所得の 65% で生涯続くように設計していた。

アメリカの企業年金では、早期に引退すると、公的年金の開始までの期間は、それ以後の期間より年金額を多くし、公私年金を合計した収入が平準化するような選択が認められる。例えば、60 歳で退職したとして、公的年金が 65 歳から 400 ドル出るとすれば、通常なら生涯にわたり月 500 ドルの企業年金を、60 歳から 65 歳までは 700 ドル、65 歳以後は 300 ドルとする。結果は、生涯にわた

って700ドルの年金収入になる。このやり方は、level income option と social security option と呼ばれる。

日本では、定年から公的年金までの間に、空白のあるのが特徴である。この間は、画一的な方法でなく、就労（フルタイムおよびパートタイム）、企業年金、失業保障などを総合的に組合せて所得保障を図っていくことになる。調整年金では、従来は年金はすべて終身年金に限られていた。最近の改定では、有期年金の組込みも可能になった。企業の弾力的な定年制と有機的に組合わさって、日本型の企業年金の有効な設計に役立つことを期待したい。

第3は、本来の老後保障としての企業年金の有効な利用である。一般に税法上では、年金は一時金に比較して不利とされている。しかし、これが不利なのは、55歳とか60歳とか、まだ他で働いて給料をもらっている時期に、上乘せの給与所得になって累進課税されるためである。

一般に、本当の意味で老齢引退の年齢は65歳あたりである。現に欧米では、標準の定年は65歳で、企業年金も65歳支給が通常である。いま日本で、65歳以後に企業年金を受給したら、税法上の扱いはどうか。税法では65歳以上の者には、老年者控除（23万円）と老年者年金特別控除（78万円）がある。年金は給与所得扱いだから、勤労者と同じ諸控除がある。その結果、収入が年金だけなら、年額で単身者は180万円、夫婦だと209万円までは無税である。夫婦の209万円は月額17.5万円だから、12万円の厚生年金に5.5万円の企業年金を上乘せしても無税である。もし退職金が非課税の限度を超えているなら、超過分は年金にする方が税法上は有利になる。

このような年金を可能にし信頼できるものにするためにも、第4に年金の実質価値の維持の問題がある。現在、完全なスライド制の企業年金は、日本でもアメリカでもごく例外的である。財源の限られた企業年金で、不確定な物価上昇に見合う年金費用を確約することは、困難でもありまた危険でもある。しかし、企業年金を老後保障の1つの柱にするなら、完全なスライドは困難でも、な

んらかの価値維持の方策が望まれる。現に欧米でも、完全ではないにしても、さまざまな方策が工夫され実施されている。

最も一般的な方法は、定期的な見直しによる給付改定である。アメリカの実績では、物価の上昇にまるまる追いついてはいないが、それでも裁定後にある程度の引上げの期待できることは、個人の貯蓄と違った魅力がある。日本でも、このような手当のある日新製鋼の企業年金は、一時金よりも年金を選ぶ者が多い。

別の方法は、裁定後の年金額が毎年一定パーセントずつ逓増する設計で、イギリスに例が多く、日本でも数社ある。この場合、源資を同一にすれば、一定額で不変の年金に比べて、逓増年金は当初の額が小さく、途中からは定額年金を上回っていく。従来の考え方は、決まった源資で目いっぱい年金を決め、これをスライドするかどうかの議論であった。この場合には、財源的にスライドはむりという結論になる。当初、裁定時の年金額はやや低目に抑えても、ある程度の価値維持が約束される年金という設計も、今後企業年金を所得保障として定着させるには、考えてよい設計であろう。このような年金であれば、本来型でなく代替型でも、年金化を促進する誘導策にもなる。

アメリカでは、公的年金と比較した企業年金の弱点として、スライド制の問題の他に、遺族年金の貧困なことがあげられている。以前の企業年金は、基本の給付形態は本人だけの終身年金で、本人の死亡で給付は終了する。本人の死後も妻に終身年金が継続する連生年金を選択することもできるが、年金額が数理的に減額されるため、ほとんどの者が本人だけの終身年金を取っていた。1974年のエリサ法では、この点を匡正して寡婦を保護するため、企業年金の基本形態を連生年金に改めた。

日本では、適格年金でも調整年金でも、連生年金は皆無である。また、現状では認可もされない。自社年金でわずか1社か2社ある程度である。

本人だけの終身年金でも、まだ現状では手が届きにくいから、本人の死後の妻の年金まで論ずることは、現在の時点では実益は薄い、遠い

将来、公的年金と同等の内容で補完の役割を果たすとするれば、考えておくべき問題である。当面の方策とするれば、妻の国民年金加入が、老後に夫に死別したところの妻の収入として、かなり有効に働くはずである。

以上の諸点に一層の配慮が加えられるならば、企業年金は将来の社会で、企業の定年と公的年金との谷間をつなぐ弾力的で主要な方策の1つとして、重要な機能と高い効果が期待される。

社会保障政策とくに公的年金と雇用問題の調整について

孫 田 良 平

I 問題の所在

——所得保障と雇用保障の分裂——

(1) 所得保障と労働生活

1) 労働賃金から公的年金への連結点

労働者が賃金を受けて生活を継続する間、一般にわが国では企業の中で賃金率が下がることは例外である。そこで労働者の生活設計は、年齢とともに収入を増やすことを念頭に一企業に長期勤続をして、老後には退職金（企業年金を含む）と公的年金の双方を基礎に生活することになる。この間に、企業毎に異ってはいるが、特定年齢に到達すると定年があり、その定年のあとで企業は、その労働者に対して、①定年年齢に到達しても、僅かな人を例外として、そのまま退職せずに勤務を延長し、役職も多くの場合は変えない方法（勤務延長制と呼ばれる）、②定年の日を以て一旦は雇用契約を解除するが、翌日付を以て嘱託・特別社員・準社員等の正規社員と区別される名称で再雇用する方法（再雇用制と呼ばれる）のいずれか、または双方の制度を以て定年該当者に臨むのが通例である。さらに、③定年労働者を定年直後（ときに定年前数年前から「他社出向」の形で派遣しておくこともあるが）に、関連ある資本系列・生産ないし販売系列・技術系列の企業に再就職をさせる（就職あっせん）、④とくに企業が希望する方法で独立の業主となる場合（特約販売店など）には援助資金を退職金に加えて支出する（新しい形のノレン分け制）、をとる。

以上のいずれの場合も従前の収入に達しないことが多く、雇用と収入の安定度も低下する。要約すると企業の中で加齢とともに賃金が増加しつづけるものの、50歳台において収入の低下を来すこ

とが例外ではなくなる。この期間を経て公的年金受給の資格を得たとき、簡単に年金生活に入り得ない。厚生年金の老齢年金のうち、①60歳を以て支給開始となる在職老齢年金に支給のための所得制限があり、②その額は昭和54年度において男子60—64歳賃金からみて中位程度（統計的には、その年齢の中卒者賃金の第6十分位数、高卒者でも第4十分位数）に相当し、労働者の約半数は、賃金を得て働くよりも老齢年金を受ける方が収入が多い者、となる。

労働者が期待するような賃金—公的年金という所得計画が、中間領域の介在によって賃金—低賃金による労働継続か年金生活か迷っての所得—年金となる。この中間域をゼロにしないと、年金財政にとっても労働者の生涯計画にとっても、マイナスが大きい。この点を雇用政策・社会保障政策の双面から位置づけねばならない。

2) 社会保険における所得保障の意味

この中間期を日本の企業における雇用政策を変更することで消すことは、可能であろう。公的年金支給年齢までの定年を認めず、年金支給年齢が同時に賃金生活の終りであれば済む。

しかし、①賃金は労働内容と対応するもので、これまで賃金を上げつづけることが可能であった背景が消えれば、いかに「定年年齢は60歳以上」と法制化しても、それ以前に、経営側が従業員に対して現行企業定年制を実質的に維持するために行う勧奨退職・低賃金企業への出向転籍・降職措置などを防ぐことは不可能とみられること、②このような事態を防ぐには当面は昇給制度・退職金制度・能力開発制度などについて、多面的に人事管理政策を改め、長期的には若年従業員層を対象に生涯職業計画・生活計画を示して、その自発的・

能動的な実現への意思を期待しなければならず、その背景に企業ばかりでなく、社会全体に中高年層に対する従来の価値観が改まるようにしなければならないこと、がまず解決されねばならない。

労働面に改革を行うこととならんで、年金政策そのものを見直さねばならない。公的年金の制度に期待されるのは、現に働く意思と能力があり、労働を通して組織活動に参加したいと望む者に対して、所得を保障することを理由にして労働から引退させることではない。退職者への年金は職業生活を通して社会に貢献し（とくに社会保険方式による場合には、加入者が自己の責任と加入者全体の共通利益を連带的に受ける考えで自ら長期にわたって保険料を拠出する故に労働と、将来への保障のための自己負担の具体的な準備を通じて）、その労働不能ないし自己の意思で労働から引退したときに受ける給付であるから、他律的に自己の意思と能力に反して年金生活に追い込まれてはならない。ただし一般的に老齢になるに及んで労働生活と年金生活の二つのうち一つを、労働者が選びやすい状態におくべきことは申すまでもない。

この観点で、例えば厚生年金保険における法律の目的「この法律は、労働者の老齢、廃疾、死亡または脱退について保険給付を行い、労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上を寄与すること」（第1条）にいう老齢が廃疾・死亡と同列に置かれていることが疑問になってこよう。これは雇用対策法が、その目的として「労働力の需給が質量両面にわたり均衡することを促進して、労働者がその有する能力を有効に発揮することができるようにし（中略）労働者の職業の安定と（中略）

完全雇用の達成に資すること」（第1条）や、また中高年齢者等雇用促進特別措置法などが期待する雇用の法的規制との間隙が問題なのである。

公的被用者年金の性格が「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有し」「国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上および増進に努める」（憲法第25条）国の義務と、同時に「すべて国民は勤労の権利を有し義務を負う」（憲法27条）労働権の確保との、双方に矛盾を生んではならない。現実には生じている中高年労働者が不完全就業の形で増加しており、後述のように、公的年金の存在が労働者の期待に反して低賃金を促進しているとすれば、一方で年金が生活の最低限を保障する役割をもつにもかかわらず、労働の権利を行使することを抑圧するものといえよう。

しかも年金財政からみれば、働く能力を有する者に年金を支給することから生じるマイナス面と、さらに本来的に労働能力を失っている年金受給者の年金額をも抑える面からも、この労働生活と本来的な社会保障の対象としての年金生活との中間期をどうするか、放置し得ない問題とみる。

（2）年金財政の悪化を促進する雇用・賃金問題

1) 雇用増の鈍化と質の変化

社会保険の形成過程では、年々の労働者構成が変化するとはいえ、その変化は小さく、常に新しい被保険者が加入し、一定率の計画され得る労働者が年金受給者になっていく恒常の状態が予見されていたであろう。それは進展しつつある労働者の高齢化を予想し、戦後の出生率減少過程と、進展率上昇にもとづく入職年齢上昇過程の双方を計算に織り込んだ筈である。

しかし現実には雇用市場では後述のように定年延長は進まず、全体として労働者数の増加が鈍化している。労働力人口の増大は進んでいるとはいえ、その常用労働者増加は僅かである。とくに常用労働者はすでに減少に転じており、全労働者における近年の増加は零細・小事業所における労働者数の増加か、臨時・日雇扱

表 1 経済成長に対する雇用弾性値（年率による）

	昭和30—35	35—40	40—48	48—52
全労働者数(A)	+5.6%	+3.8%	+2.6%	+1.0%
30人以上事業所常用労働者数(B)	9.5	6.9	2.2	-1.7
経済成長率(C)	8.5	9.8	10.6	3.8
弾性値 A/C	0.66	0.38	0.25	0.26
B/C	1.12	0.70	0.21	-0.45

出典：Aは総理府統計局「労働力調査」年間平均値（年度）
Bは労働省「毎月勤労統計・甲調査」全産業（歴年）
Cは経済企画庁「国民経済計算」（年度・実質）
いずれも日本生産性本部編「活用労働統計1979年版」所収の数字による。

いの常用労働者でない労働者の増加である。

それは年金財政の面からみれば、①厚生年金保険適用者の割合が減り、国民年金適用が増えたことを示し、②全体として年金保険料率の低い労働者が増えたことを示し、③その結果、従来の労働者とは質が変わってきたこと、などを意味する。

2) 低賃金労働者——逆年功賃金の進展

年金財政にとって第2の問題は中高年齢層の賃金が従前よりも相対的に低賃金となり、①とくに女子の中高年労働者が増えており、その大部分が男子の賃金に比し半分以下で保険料収入は増えないこと、この層の年金受給期間が長く、また年金額が相対的に高いことから、収支双方で年金財政を悪化させること、②最近における不況期においても期末一時金の月収は低下が極めて僅かであり、昭和50年度は期末一時金が急速に増える等、月例賃金の上昇率では産業別小格差の設定に敏感なのに、年金財政に無関係の臨時給与が増えていること、である。

中高年から定年まで上りつづけた賃金は、いま①昇給制の変更——自動昇給から考課昇給へ変えることにより全体的に昇給率は低下する、②出向者に対する賃金差額補給の抑制ないし打ち切り——差額補給の期間を短縮し、または廃止する、③賃金体系の職務遂行能力給（職能給）化などを実現——結果的に年功者に対する賃金の相対的な切り下げになる、④部課長・同待遇職のポスト削減——結果的に賃金低下を来す、などの方法がとられるようになった。かつての年功型賃金が消えゆき、代りに職務、職能等の非年功要素により、中高年齢の賃金は低くなり、これに加えて50歳以上労働者が中小零細企業に集中する度が強まったこと、それが女子において顕著なことなどの変化が早いことに注目すべきであろう。

以上の雇用、賃金双方の変化は現に進行中であって、最終の姿は、まだ明らかではない。しかし、公的年金の充実と対応して、企業における退職金（一時金・年金の双方を含めて）も削減の過程にあり、これらの変化が直接的に年金財政をおびやかすばかりでなく、将来には保険形式の所得保障が、暗黙の了解事項としている女子労働者（低賃

金労働者）の年金をどうするか、という本題の範囲から逸脱した領域にまで視点は拡がらざるを得ない。

以下、上述の視点を基にして、年金と雇用の連接点について、現在進みつつある変化をあとづけてみよう。

II 過早定年と不本意な年金受給

——引退直後の問題——

(1) 定年・準定年・引退の段階的制度

1) 過早の定年とその論理

定年制をめぐって最近の特徴はつぎの通り。第1は、新たに定年制を設ける企業が増えていることである。いま労働者雇用管理調査（30人以上企業）によって定年制のある企業をみると、昭和49年66.6%、51年74.1%、53年77.3%であって、定年制のない企業が急速に減っている。とくに定年制のない企業は小企業に偏ってはいるが、30—99人企業でさえ、定年のない企業の比率が昭和51、53年にそれぞれ32.6%、29.4%を示す。3年間に3ポイントも減ったことに注目すべきであろう。定年とは一定年齢に到達したことの故に解雇する制度であるが、定年制の新設は定年を伸ばすよりも、制度化することによって高年者排除を明記するものであり、実態面では高年者を企業から排除する手段として、その年齢を低くする傾向が強い。定年制とは高年者排除の制度である。

第2は、55歳定年は減少したが定年新設が56歳なら比率が下るのは当然である。また定年60歳以上の企業は比率として増えていない。定年延長は、いま停滞期に入っている。

表2 男女一律定年制のある企業（30人以上）
の定年年齢 (%)

	～54歳	55	56	57	58	59	60	61
45年	0.7	57.9	5.3	8.3	4.2	0.5	23.1	
49	0.3	52.0	2.1	5.0	5.1	0.1	32.4	3.0
51	0.3	47.3	3.1	6.9	5.7	0.2	32.3	3.6
53	0.1	41.3	4.2	8.4	6.7	0.1	33.7	4.8

資料出所：労働省「雇用管理調査」

注) 1. 一律定年制の企業は定年制のある企業の約7割、他は職種別・男女別などで定めている。

2. 45年分は事業所毎の分布による。

なぜ定年制を新設し、また積極的に延長策をとらないのか。これについては各種統計とも使用者側共通の理由を示す。労働省雇用管理調査によると、昭和53年には、首位が人事管理上の問題（重複回答だが、これをあげた企業が28.0%）で、さらに、この中に最も多いのが「職務内容、作業環境不足」（42.5%、人事管理上の問題についての内訳比率）、ついで「人事の停滞」「職務内容再編成を早く」（同42.5%）である。第2位は賃金源資の増大（26.1%）であるが、これに対しては「賃金体系の見直しが不能」「退職金の制度見直しの要」をあげる者が過半数とみられる。

しかし、上記の理由は定年年齢をせいぜい2～3年延ばすことについても根拠が薄い。むしろ企業から排除することは大多数の企業で慣行として行われ、その根強さが人事の渋滞、賃金コストの上昇という反対理由になっているとみられる。

2) 準定年制としての再雇用制

定年と同時に完全退職するのではなく、企業の約8割で再雇用または勤務延長の制度があり雇用は事実上つづく。表3にみるように、この制度が多くの企業で行われているとはいえ、すべての労働者が定年後に再雇用または勤務延長の扱いを受

けるのではない。経営環境・定年該当者数などにより年々異なる上に、大多数では「会社が認めた者に限る」との限定があって、希望者全員とする企業は2～3割にすぎない。その数字が不安定で年々かわるからこれを定年制の実質的な延長にあたるとすることはできない。

さらに、この制度の下に雇用されたときに新規の給与はかなり低下する。人・職場・企業によって大差があるものの、労働省統計によると、再雇用の場合には、6割の企業では賃金を減額しており、その減額率は平均2割、また勤務延長の場合は賃金減額を行う企業が2割程度（300人以上企業では3割）に止まるが減額率は平均2割弱である。昇給、賃上げ、賞与等も定年前と差がある。退職金は一般に正規定年時に支払われ、勤務延長期間でも算定しない企業は珍しくない。

3) 賃金生活の最終段階・賃金上昇の鈍化と収入減少

企業に一貫して勤務する者も戦前のように定年退職→自己の好む生活（現在なら年金生活）とならないで、「定年→嘱託・勤務延長（低労働条件）→年金生活」となることが一般化した。早すぎる定年と、個別労働者を選別して有効利用すること、同時に企業にとっては正規定年後の雇用を弾力的に運用するメリットを生かしているように理解される。

この間に賃金は定年前でも年功とともに横ばいに転じる。これは大企業でとくに顕著で、上記の身分・資格の新設や変更、役職からの離脱などのために、表4のように、見方によっては「年功のみ・または年功主体でのみ昇給線の指標としての年齢内賃金の第1十分位数・第1四分位数をみると、30歳—40歳台初期に上昇鈍化、年率は1%を

表 3-1 定年後の雇用継続制度のある企業の割合
(30人以上企業) (全企業=100)

年	雇用継続制度あり				制 度 な し
	計	再雇用 制のみ	勤務延長 制のみ	双方あり	
昭和49年	81.2	45.6	23.9	11.7	18.8
51	83.5	44.4	24.9	14.9	16.5
53	79.5	46.3	20.9	11.9	21.0

出典：労働省「雇用管理調査」
注：各年1月の調査。

表 3-2 定年後の雇用継続・可能度（企業比率）（雇用継続制のある企業=100）

	原則として希望者全員		会社が認めた者に限る		そ の 他	
	再 雇 用	勤務延長	再 雇 用	勤務延長	再 雇 用	勤務延長
昭和49年	37.8	35.2	60.5	59.8	1.7	5.0
51	20.1	22.9	75.1	75.2	4.8	1.9
53	24.1	30.3	72.8	66.5	3.1	3.2

出典：前表に同じ。

表 4 1000人以上企業における年齢別賃金上昇鈍化 (昭和53年・全産業) (18-19歳の賃金=100)

	35—39歳	40—44歳	50—54歳	55—59歳	60—64歳
中卒・男					
第1十分位	153	156	157	124	96
第1四分位	180	188	201	167	116
中位数	187	197	219	201	135
高卒・男					
第1十分位	196	200	208	152	116
第1四分位	204	215	237	179	131
中位数	217	238	272	234	168

出典：労働省「昭和53年賃金構造基本統計調査」

注：1) 所定時間内給与。

2) 上昇年率（1歳あたり上昇率）は（35—39歳/40—44歳）において、
 第1十分位数 0.7%（中卒高卒とも）
 第1四分位数 0.2%（中卒）0.3%（高卒）

切り、つまり年功賃金の終わり」とみることができ（注・年齢階層別に賃金が低位から1/10番目の者は役職者でも能力の高い者でもなく、したがって、その賃金が年齢とともに上るのは年功賃金が存在している、と仮定）。

年齢による賃金上昇の鈍化は労働市場における若年層と中高年層の需給差を背景として、企業において、つぎの政策がとられているために生じたものである。

第1に昇給の方法についてかつての実質賃金が低かった時代とは異って、年次自動昇給（一律または一率の無差別昇給）ではなく、人事考課にもとづく差別昇給が行われるようになったこと、とくに中高年層の昇給制にその傾向が強く現われていること、

第2に昇進について、中高年労働者の増加がポストの増加よりも多いために相対的に役職就任が困難を加えたこと、さらに選別のための昇進基準がきびしくなっていること、

第3に賃金体系、とくに基本給においては年功給型より能率・能力を給与の主要決定要素とする仕事給型になってきたこと。他面、扶養家族手当・住宅手当・通勤手当などの生活給手当は増えてはいるものの、基本給の仕事給化が強い上に、手当増加は非年功給要素によっていること、家族手当の引上げは配偶者に偏っていること、子供の数が少いこと、などの理由で、年齢別賃金曲線を積極的に立てるまでに至らなかったこと。

このような傾向は、さらに役職者に対する相対的低賃金をつくり出した。人事院勧告の資料によると民間高卒初任給に対する役職者の給与は、相対的には上り方が小さくなっている。例えば高卒初任給に対して昭和34年の事務係長は4.2倍、それが昭和43年の課長4.2倍、昭和49年の部長が4.3倍、つまり部長が係長なみになった。

換言すれば現在の50歳台賃金に対応する者は昭和20年代前半に20歳台で、賃金が低く、それが現代になると相対的に賃金上昇の鈍い層に入っていて、生涯ともに期待される賃金はなかったともいえる。

さらに同一企業内で、ある水準以上では賃金抑制の対象となるばかりか、中年以降の転社・転籍がある。規模別にみた昭和53年の労働者年齢構成は、つぎのB/Aの数字が示す通り、大企業に早く定年がくる上に、大企業から小企業へと労働者が移動することが明らかになっている。

	1000人以上 企業 (A)	10-99人 企業 (B)	B/A
50—54歳	274,450人	314,950人	1.14倍
55—59	92,870	211,120	2.27
60—64	22,270	146,830	6.59
65—	9,520	110,020	11.56

注：中卒・高卒の労働者数であって短大以上卒業を含めぬ

申すまでもなく中小企業になるほど一般に賃金水準が低いから、高年層が早い定年ののちに中小企業に転じた場合の賃金低落率は、同一企業に定

年後が継続雇用されている時にくらべればまだ小さい。60—64歳になると1000人以上企業の労働者は激減するのに99人以下の企業ではその規模企業の6倍、65歳からは12倍である。小企業ほど高年層企業化する事実は、将来の年齢別人口構成をみても、労使双方に負担が加わることが明らかである。

退職金の抑制はすでに昭和40年ごろから積極化している。賃金引上げ率に対する退職金計算基礎給（基本給に若干の役職給などの手当を付加したもの、企業毎に決定）の引上率は、昭和40年には81%、これが低下して53年には61%となった（中労委・「退職金、定年制および年金事情調査」）。大企業の定年退職金（モデル退職金）は基準賃金に対して昭和40年49.9ヵ月分であったが、52年には37.5ヵ月分（男子高卒社員の場合）に低下した。既述のように準定年においては退職金加算率が低下——再雇用の場合は通算しない企業7割以上、勤務延長制の場合も3割以上——することは、現実に退職金抑制が一そう顕在化したことになる。

（2）新しい人事系列管理制度の進展

1) 企業における終身雇用制の分解

前節は単一企業を基本に、定年延長が進まず、年功型賃金が崩れ、退職金制度の抑制が行われる中に、高年労働者の収入が相対的に低下していることを述べた。これを広く大企業を基軸に、「一企業における終身雇用から多数企業間での、系統的終身雇用へ」との視点で人事政策が動いていると見ると、現状雇用管理の方向が明らかになる。その現状はなお試行錯誤の展開であるために、不確実な姿が多い。しかし、最近3ヵ年の傾向からみて、今後の「複数企業間——単一大企業を主軸に衛星的企业をめぐらす点では系列企業グループ内というべきであろうが——終身雇用制の形成へ」と動いていることは確かである。

新規学卒として大企業に入社すると、人はつぎのような階層的な職業生涯をたどる。

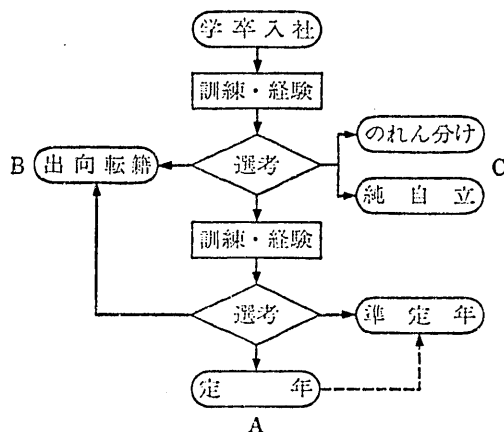
第1グループは在来型で、勤続年数を増す毎に企業内研修・訓練・多様職歴を経験し、中間に系列企業への出向を含め、最終的にその企業で定年、ついで準定年を迎え、ときに再び系列企業に出た

の職業生涯を終えるもの（コースA）。

第2グループは一定の経験・訓練を経たのち、①企業体質強化のための技術指導・人的資本系列強化等のための関連企業への出向、②企業の過剰な人材活用のため特設した企業内企業（特定部門を独立企業形式とする）への転籍、③上記の混合形態として訓練・教育を兼ねた出向復帰のくり返し、などにより入社した企業で定年を迎えることのないもの（コースB）。

第3のグループは労働者の特性と企業の必要にもとづいて条件付きで早期退職をするもの。この場合は企業側の必要にもとづくが完全離職の形をとらず、①自社製品の販売・自社活動の一環としての系列個人企業活性化などの目的で企業と共存協力する形での、新しいノレン分け制度（資金・店舗開設・宣伝・商品などについて多様な継続的援助を行うもの）、②純独立自営を援助して勤務時間内研修・休日休暇研究・資格取得のための資金などを公式に供与するもの。（コースC）。

Bは最近ではサービス関連、企業の特設、販売部門の地域別・製品別独立化などの動きで促進さ



れる。Cは早期離職促進制（いわゆる選択的定年制）の形をとる。

賃金面では、かつてBの場合も、出向に伴う給与減に対して企業が差額補償を、転籍者についても割増一時金支給等を行っていたが、現在では補償期間の短縮等で節減措置がとられている。

上記の人事管理は計画的に行われたものでなく、労働者の高齢化・ポスト不足・賃金コスト上昇等

に対する過渡的な便法として行われ始めた。しかし現に企業レベルにおける生産性向上策が外延的發展から経営内部での合理性追求に転回しはじめ、雇用政策として減量（選択定年制・スピンアウト作戦・社員派遣制・転職援助制など）と従業員能力開発制（専門職確立・管理職定年制・職務再設計など）が進行し、賃金政策として体系変更・退職後生活のための企業年金見直しが行われている個別の現象を、長期的に展望すると、合理的的人事政策とは結局はA～Cを、いかに早く組織的に計画化するかに帰着せざるを得ない。不況期においても企業数が年率7%の割合で激増していることを、この面で注目すべきであろう¹⁾。

終身雇用制は一企業単位から複数企業間に、従業員生活から長期にわたり企業と関連をもつ自営を含めた職業全生活へと変化の過程にある。雇用は部分的に被雇用者という意味の雇用から、自主活動の分野を含めた就業という意味での雇用概念に拡がっている。

2) 労賃労働者とサラリー労働者の分解

長期雇用は大企業の正社員を基本とした雇用形態である。これに対して近年は常用以外の労働者が増加していることは表1に述べた。この場合、臨時・パート・日雇・アルバイト等の形をとる労働者は、①賃金形態が月給・年俸でなく、時給・日給・歩合給の形をとること、②雇用形態が日・月など比較的短期の一定期間雇用契約にもとづき、従業員もこれを前提として生涯雇用的な正社員と別であることを理解していること、③労働者の種類により賃金額に差があるものの、賃金体系は基本給のみで手当が少いこと、④期末一時金は極めて少く、退職金等も支払われないこと、④職務内容は比較的単純で必ずしも経験・知識を要せず、正社員に比し労働環境・職場条件に差があること、などの特徴がある。

ここから労働者としては給料生活者・ホワイトカラーでなく、「なされた労働の成果に対して賃金を払い、作業時間外の労働は存在せず、その労働のための事前準備・研究などの無定量の労働は期待されず、また企業に対する忠誠心や仕事に対する平均以上の責任感などは予定されない」という労賃労働者 (wage-earner)、ブルーカラーの特性が浮ぶ。

労働組合がサラリー労働者の集団として行動するのに対し、この意味における労賃労働者は補助的短期的労働者として組織に入らず、組合も組合員として認めたがらない。

これは景気変動によって増減する臨時雇ではなく恒常的に存在し始めた新しい労働者集団である。本来的には、労賃労働者はサラリー労働者に比較して高賃金の筈である。雇用の安定性や昇進昇給の期待度が少く、労働環境も必ずしも恵まれていないからである。賃金教科書ではサラリーよりも相対的に労働力吸引が困難な分だけ賃金を高くすべきことを説くが、しかし日本では、これがむしろ低賃金層を形づくる。

経営側の基本政策が高賃金コストをサラリー労働者に対する管理政策とするのに対して、低賃金コストが賃金労働者への管理政策として存在し得るのである。

(3) 帰結・高齢化に伴う低賃金の影響

1) 年金財政の悪化

高齢化即高賃金化、労働者増即保険料収入増を前提とした時代と異って、現代では

第1 年齢が上っても賃金率は相対的に低位となっていること。

第2 とくに早すぎる定年後、不安定な数ヵ年の再雇用・勤務延長期間を送る者と、加えて増加する中途出向者、転籍者とは、すべて新しい形の低賃金労働者であること。

第3 サラリー労働者と異種の労賃労働者が増加をつづけており、少なくなった雇用労働者増加の主体となっていること。

この層には中高年男子労働者の賃金上昇率が鈍化し、定年延長が進まず、退職金抑

1) 昭和48—52年間の法人企業数を大蔵省「法人企業統計」でみると、この間に企業数が103万1千社から135万1千社へと31%増、とくにサービス業では10万6千社から15万4千社へ42%増である。サービス業の内とくに伸びが強いのは対事業所サービス業で、この間に6割増である。しかも社数が増えても従業員数の増加は7%に止まり、役員数は32%増加している。

制が進むなかで、世帯の第二次労働力として賃金労働者となる女子中高年層（後述）が高い比率を占めること。

以上の3つが新しい変化である。それらはいずれも社会保険収入の増加を抑え、とくに第3のパート型労働者の増加は、女子労働者が多いことと、短期・不定期雇用や零細事業所雇用などの特性が強いことで被用者年金の保険者たるべきものとして捕捉しがたいことになる。数としての労働者の増加にくらべて保険料収入からみた労働者数は増えない。平準保険料率は最近数年間に、さらに上昇しているであろう。

2) 高齢化に伴う不完全就業

労働者の能力に対して、能力以下の仕事しかなく不満足な収入を得ている状態を偽装失業と呼び、

労働者の能力にかなり合致した仕事に就きつつ賃金・労働時間・安定性等が通常の労働者より低い場合を潜在失業とすれば、その結果は労働者の主観的な転職希望・追加就業希望の形になって現われてくる。これを一括して不完全就業とすれば、その層は男子中高年層においても近年は高くなっている。さらに現に求職中の者（本調査では実際に仕事をさがす具体的活動や事業資金調達中などを行っている者）も中年以上に、全体と平行して現われている。転職希望の主因は男子の場合、54歳までは収入が低いことを第一因に、時間的肉体的負担を第二因にしているのに対して、55歳以上はこれが逆転する。女子の場合は一貫して収入が主因である。追加就業希望とは現在の仕事は変えないが、ほかに副業・内職などを希望する者で、

表 5 年齢別にみた有業者に占める転職・追加就業希望者率

(単位: %)

	転 職 希 望 者 (求職中)				追 加 就 業 希 望 者 (求職中)			
	全 数	40—54歳	55—64歳	65歳以上	全 数	40—54歳	55—64歳	65歳以上
男子								
昭和46年	4.4(2.0)	2.8(1.3)	2.8(1.2)	1.2(0.5)	4.0(1.7)	3.3(1.6)	2.4(1.0)	1.1(0.3)
49	4.7(1.9)	3.2(1.3)	3.1(1.2)	1.3(0.3)	5.1(2.1)	4.2(1.9)	3.8(1.5)	1.3(0.5)
52	7.3(3.1)	5.5(2.2)	4.7(1.9)	1.7(0.5)	6.8(2.8)	6.1(2.7)	3.7(1.6)	1.3(0.6)
女子								
昭和46年	4.6(1.6)	3.1(1.0)	1.8(0.5)	0.7 (—)	2.7(0.9)	2.6(0.9)	1.8(0.5)	1.8 (—)
49	5.4(1.7)	3.7(1.2)	1.9(0.5)	0.9 (—)	3.4(1.1)	3.1(1.0)	1.8(0.5)	1.8 (—)
52	8.1(2.5)	6.3(1.8)	3.0(0.5)	1.0 (—)	4.6(1.5)	3.8(1.3)	2.0(0.6)	2.0 (—)

出典：総理府統計局「就業構造基本統計」

注：各年7月1日現在。調査標本世帯は約33万世帯。

()は転職希望者、追加就業希望者の数を有業者数で割ったもの。

表 6 就業希望の無業者の有業者に対する比率

(単位: %)

	男				女			
	総 数	40—54歳	55—64歳	65歳以上	総 数	40—54歳	55—64歳	65歳以上
全 数								
昭和43年	4.9	1.4	5.7	8.6	34.5	21.8	19.7	21.8
46	4.9	1.4	6.0	10.3	37.1	22.9	23.2	33.9
49	4.4	1.5	6.0	12.3	41.1	27.3(27.6)	27.1	33.8
52	6.0	2.1	9.7	16.5	43.2	29.3	27.2	31.6
フルタイム就業希望								
昭和43年	2.0	1.1	3.7	2.8	5.5	2.3	1.4	1.3
46	2.1	1.1	3.8	3.8	5.7	2.6	2.1	1.6
49	2.2(2.3)	1.2(1.2)	3.7	4.4	6.4	3.4	2.6	1.9
52	2.9	1.6	5.8	4.9	7.5	3.9	2.9	1.5

出典：総理府統計局「就業構造基本統計」

その理由と大小は転職希望者と同じである。

現に仕事をもたないが就業を希望している者は、近年になって激増しており、この増加率は中年より高年層に、男より女に強い。表6にみるように、昭和43—52年の9ヵ年に男は有業者に対し6%から10%へ、女は同じく20%から27%へと伸びている。65歳以上の場合、その数字は男で激増して、この間に9%から17%へ、とくにフルタイム希望は3%から5%になっている。65歳以上になっても女子は22%から32%へと増えている。

就業面では需要が少い年齢層で求職希望者が激増していることは、高齢者の賃金を抑制する傾向を強めるものである。

III 女子労働力の高齢化・年金・賃金

(1) 女子労働力の変質

1) 女子労働者と年金政策

いま労働力の量よりも質的な変化が社会保障のなかに新しい課題を作り出している。その中で注目すべきことの第1は、これまで男子よりも優遇された女子の年金に対する再認識の問題である。周知のように厚生年金では女子について保険料率が低く(現在は標準報酬に対し男9.1%, 女7.3%), 支給開始年齢も早い。一見、女子保護とみえるこの措置も、女子は一般に若年層に偏っていること、結婚前後に退職することが多いこと、したがって、いわゆる保険料の掛け捨てになることが多いこと、また長期にわたって賃金労働者として働きつづけた場合も同時に入社した同じ条件の男子よりも低賃金がひどくなること、女子は高齢になったとき新たに職を得たり、勤め先を変えることは困難が多かったこと、などで年金についての支給条件は、男子よりも遥かに有利であることが、当然のこととされたのであろう。

この前提は、いま大きく変化してきた。いま労働省賃金構造統計によって、女子労働者の平均年齢・平均勤続年数をみると、10人以上の企業では高齢化・長勤続の状態は下記のように、極めて明確にあらわれている(注・カッコは1000人以上企業)。

	平均年齢	平均勤続年数
昭和33年	26.1歳(25.7歳)	3.9年(5.5年)
43	29.0 (27.0)	4.1 (5.1)
53	34.0 (30.1)	5.8 (6.1)

数字にみるように、過去20年間に平均年齢は8年以上、勤続年数も2年間増しており、その高齢化のスピードが早いこと、労働生活が若年時に始めるより中高年で始まる者が多いことなど、質の変化が、ここに現われている。それは変化の一例であり、女子労働者とは短期雇用の若年層という姿は、既に消えている。いま40歳以上の女子労働者が4割を占めている。

これまで婦人の年金について公式のような考え方があった。第1は女は必ず妻となり、そのまま老後を迎えること、したがって老後の生活は被用者年金の場合は、夫の年金の被扶養者であり、離婚すれば夫の年金から切れるのは当然とみる考え方(国民年金の場合、被用者年金被保険者の妻は任意の加入)である。第2は妻は無業との前提である。夫の年金には配偶者ある者に加給年金があり、夫の死後は、妻が若くとも(男が配偶者として遺族年金を受ける場合は60歳以上)遺族年金を受けられる。

ところが機能的には、前者の考え方に対して、自己の老後を自己で守る考え方が強くなり、しかも労働需要が存在すれば、妻でない形で(妻であることをやめて)みずから被用者年金の被保険者となることで、中年以上の雇用労働力化を促進することになる。後者の考え方に対しては、年金の配偶者加算分が低いために老年になったときを考慮して国民年金に任意加入するか、無業でなく自営自活を積極的に行わせることになる。

これまでの年金が暗黙のうちに、婦人は必ず妻、妻は必ず無業、という前提に立っていたことが、現代の女子労働力上昇の時代には適合しなくなっている。

年金における無業の妻に対する考え方は、①夫の被扶養者年金を受ける、②独立の個人として国民年金のように個人単位の年金を受ける、の二つがある。上記の変化は、いま①夫の死後に遺族年

金を受け、同時に国民年金を受ける、②夫との離婚のために当初の計画であった遺族年金を受けず、任意加入で加入しなかったために国民年金も受けぬ、という両極の高齢女子層が並存する事態に対して、積極的な対応策を生み出すことが容易になった、と考えられる²⁾。

2) 労働政策と年金政策の跛行

現代における女子労働者の地位は男子に比して低い。後述のように中高年女子労働者の激増、とくに高年層の急増が進むなかで、質的には男子に比して賃金が低い上に、年功性に乏しく、これを加速する労働基準法上の女子に対する高い基準——その改廃については極端に意見が分れるが——のために安定的持続的な労働条件に恵まれない等の問題がある。

これを年金財政からみれば、給付に対して男女差が少く、かつ老齢年金支給期間が男よりも一般に長い（支給開始年齢と平均余命の双方差）にも拘らず、保険料が少く、被保険者1人あたりコストが高くなる傾向をもつ。しかも労働政策面では、女子労働者に対する男女差別の撤廃——深夜業・1日労働時間・休暇・休日・旅費・安全・衛生など——と、男女同一条件の設定——賃金、定年、昇進など——は大きな課題である。外国では雇用（職種など）制限の撤廃、積極的な女子登用政策の推進が進んでいるが、日本では労働者の採用、訓練の段階から差別が強く残っている。

そこで男女差別の撤廃を強行するときは、一方では労働組合から女子労働保護の存置を求める理由となっているが、現在の低い労働条件のまま残業増・深夜業従事などで、男に比較して、一層労働条件が悪化する傾向、逆に一般的差別を廃することによって女子労働者の地位が改善されるとする主張のように、有能な女子管理職専門職が多くなって、

女子であるために低くなっている地位を上げ、能力を一層伸張するという傾向と、双方の主張が予想どおり生じる可能性がある。

そのいずれの可能性が強く現われるかは労働力需給の量、質と、団体交渉における差別撤廃に対する対応によって変化するために、現在では断定不能である。

年金行政の側からみて、男女差別撤廃は労働面における差別撤廃と対応しなければならない。例えば女子の定年が男子より5歳低ければ、年金支給開始年齢が低いことの理由のひとつであり得る。しかし、定年における男女差が認められない場合、この面においては、男子の5歳差別が認められないことになる。

これからの女子労働者激増が、年金行政にどのように影響するかは、雇用、賃金の双方から注視しなければならない。それは女子雇用の女子年金に対する影響よりも、女子雇用の動因が、男子の賃金水準・雇用安定と密接な関係をもち、世帯単位での労働力率が何によって変化するか、という複合的な年金・労働力双方の政策の焦点となるからである。

(2) 中高年女子労働者の増加

1) 女子労働力の増加

就業構造調査では昭和43—52年の9ヵ年に、40歳以上の賃金労働者では男52%に、女は93%も増加した。近年、労働力調査によると昭和50—53年の間に非農林業の雇用量は男が11万人増（0.4%）と保合に近いのに女子は76万人増（6.6%）、うち常雇労働者は男が減り、女は増加、また臨時・日雇については男子が17万人増（14%）と大きい、女子は35万人増（19.6%）と男の倍。さらに500人以上事業所は男女ともに減り1～29人で増加が明確である。さらに40歳以上の労働者は男48万人増（4.7%）と大幅に増えたものの女44万人増（9.4%）と、さらに男を上まわった。

この数字から近年の雇用増とは40歳以上女子の雇用増であること、その働く場所は500人以上でなく1～29人の小事業所に増えていること、またそれは女子の低賃金を反映して低コスト政策を強

2) 厚生省の調査によると、15歳以上女子人口のうち公的年金に加入している者は2551万人、これを単身・夫婦別にみると、最も多いのは国民年金加入の妻1482万人、ついで自身も被用者年金に入っている妻451万人、同単身者397万人、残りは国民年金加入の単身者220万人。つまり夫婦であっても4人に1人は被用者年金に入っており、女子全体の3分の1が厚生年金加入者であることは、妻の年金が無職者年金と限らぬことを示す（厚生省年金局「年金制度の適用及び受給の状況に関する調査」・昭和52年3月度）。

表 7 非農林業における雇用労働者増減

(単位: 万人)

	総 数	種 類		規 模 別 (民間)			中 年 以 上	
		常 雇	臨時日雇	1—29人	30—499人	500人～	40—54歳	55歳—
実 数								
男 子								
昭和50	2458	2336	122	759	707	669	704	261
51	2487	2366	121	781	724	663	737	262
52	2495	2366	129	804	722	651	763	264
53	2498	2361	138	818	722	634	781	265
女 子								
昭和50	1159	991	168	440	340	242	334	97
51	1195	1016	179	457	360	239	357	107
52	1242	1039	203	484	370	241	377	112
53	1271	1057	214	500	380	237	390	118
変化率 53/51								
男 子	0.4	-0.2	14.0	4.7	-0.3	-4.4	6.0	1.1
女 子	6.6	4.0	19.6	9.4	5.6	-0.8	9.2	10.3

出典: 総理府統計局「労働力調査」(歴年平均値)

表 8 年齢別にみた所定内給与男女比較 (10人以上企業中卒以下) (昭和53年 6 月)

(単位: 100円)

	40—44歳	45—49歳	50—54歳	55—59歳	60—64歳
第1・四分位数					
男 子	1,450	1,430	1,375	1,155	996
女 子	701	708	714	694	668
女/男(%)	48.3	49.5	51.9	60.3	67.1
中 位 数					
男 子	1,731	1,744	1,743	1,468	1,218
女 子	844	859	878	848	808
女/男(%)	48.8	49.3	50.4	57.8	66.3

出典: 労働省「昭和53年賃金構造基本統計」

く推進していることがわかる。

2) 女子中高年層の低賃金

中位数について男女の賃金を比較すると、中卒の場合(40歳以上については高卒よりも中卒の方が多く、50歳以上では中卒が高卒の3倍に近い)で、女子労働者の賃金は男子の半分である。男子も40歳を超えると年功性が消えるが、女子の場合は、どの年齢をとっても7～8万円にvariしない。ここから、男子の残業の割増賃金・期末一時金・退職金などを考慮すれば、男子常用労働者に代えて女子非常用労働者を置き換えれば、名目コストは1人あたり男の4割前後という考慮が働く。

この場合、女子労働者の既婚者比率はすでに過半数を超え、中年以降の新規入職者としても若年

女子よりも好まれていることに留意しておきたい。企業にとってはコストとして、賃金が低く、そのフリンジ・ベネフィットへのハネ返りが極めて小さく、しかも安定的な労働者である。

(3) 中高年女子労働力化の背景

1) 循環的要因と構造的要因

低下しつつあった女子労働力率が昭和50年45.7%から53年47.4%へ逆転した。労働白書はこれについて、需要要因として①産業構造の変化とくに第三次産業の需要増②一般的労働需要の増加、③賃金上昇率が男子より低い、供給面として④育児負担の軽減、をあげた。この分析結果によると昭和50—53年について5歳未満児扶養率、三次産業就

業者比率、女子賃金比率、有人倍率の順で女子雇用の増加要因が説明されている（昭和54年白書・参考資料）。しかし当面の課題は女子一般でなく、40歳以上層における低賃金供給であり、一般的産業構造の変化よりも、技術水準の高位分極化から生じた多量の熟練不要職種の出現と、世帯単位でみた中高年男子の相対的低賃金化と雇用不安に対する家族の対応としての主婦労働の増加の、二つの動きを注意すべきものと考ええる。労働需要因から高賃金コストとみられる男子中高年層が排除され、新たに求められたものが短期訓練または熟練不要で相対的低賃金で済む層であり、それが中高年女子労働力のニーズに合致していたのである。

したがって、この層は長期的に、幼児扶養率・三次産業比率とは無関係に増加しつづけるであろう。

その多くは労働組合が未組織であるが、商業、サービス関連の全国組合のなかで、女子パート労働者を主対象とする組合組織化の動きが現に強まっている。これを従来の組合がサラリー労働者を作り出す努力を重ねたのに対して労賃労働者としての特徴をもつ「短期または不定期雇用・高賃金・フリンジベネフィット欠如の新しい形の労働者」として変化させる動因をもつ、とみる。

2) いわゆる専業主婦の減少

年金政策の基礎に賃金労働者の妻は大部分が無業であるとの前提があったが、これが、いま崩れ

ている。石油危機直後の昭和49年を除き、就業構造基本統計に現われた女子有業者は、年々増加し、その有業率（人口に占める有業者の比率）は男子が停滞ないし減少しているのと対照的に、上昇の一途をたどっている。

これを昭和40—52年でみると、45—54歳層で、女子の有業者が257万人から430万人へ、7割の増、有業率は50%から60%へ10ポイントの増である。女子の特徴は、この間に45歳未満の有業者は殆ど停滞しており、女子有業者の増加が45歳以上に集中していることである。

これは無業者の中にも、潜在的には機会さえあれば収入のために働きたい、とする「就業希望の無業者」が増えていることを示す。同じ統計で人口に占める有業・就業希望の無業者、その他の無業者と分けてみると、その他の無業者（就業希望なし、という意味で純専業主婦の比重を示す、とみる）は、40—54歳で、いま5人に1人、55—64歳層で5人に2人しか存在しないことが分る（表9は年齢区分が表8と異なる点があり同一年齢層は不明、ただし結論に差は生じない）。表8-2にみるように、その他の無業者の全体に占める比率は64歳までは低下しつづけている。

この中で特に注目すべき点は、第1に65歳以上になって、なお女子の有業率は15%、これに就業希望者を合算すると2割に達することである。55—64歳層で有業率44%、就業希望率12%と比較しても、女子の年金支給対象年齢で、その有業率は国際的にも³⁾ 過去の日本の経済に比較しても、異常に高いというべきであろう。

なぜ中高年女子が働くか。昭和52年の労働省婦

表 8-1 女子の中高年有業者・有業率

	15—44歳	45—54歳	55—64歳	65歳以上
有業者(千人)				
昭和40	12,072	2,569	1,431	509
43	13,100	3,207	1,753	694
46	12,847	3,535	1,947	703
49	12,342	3,849	1,956	681
52	12,755	4,298	2,242	808
有業率(%)				
昭和40	47.9	50.5	37.7	14.7
43	50.3	58.2	42.8	18.1
46	48.9	58.8	43.5	16.7
49	46.2	57.8	41.2	14.4
52	47.9	59.7	43.5	14.9

出典：総理府統計局「就業構造基本調査」

3) 日本の労働力率は65歳以上についても、つぎのように高率である（ILO労働統計年報1977年版による最新数字）。

	男	女	年
日本	42.4%	15.4%	1977年
カナダ	23.6	8.3	1971年
オーストラリア	22.2	4.2	1971年
アメリカ	19.4	7.8	1976年
イギリス	19.3	6.3	1971年
西ドイツ	10.0	4.1	1976年
スウェーデン	12.6	3.6	1975年

表 8-2 中高年女子人口に占める就業希望者

(単位: 1,000人)

	人 口 数 A	有業者	無 業 者			比 率 (%)		
			就業希望(求職中) B C		そ の 他 D	B/A	C/A	D/A
40—54歳								
昭和40年	8,386	4,469	895	337	3,022	10.7	4.0	36.0
43	9,027	5,334	1,257	489	2,436	13.9	5.4	27.0
46	9,732	5,759	1,405	522	2,568	14.4	5.4	26.4
49	10,661	6,165	1,702	658	2,794	16.0	6.2	26.2
52	11,397	6,832	2,001	767*	2,564	17.6	6.7	22.5
55—64歳								
昭和40年	3,793	1,431	233	67	2,129	6.1	1.8	56.1
43	4,094	1,753	384	123	1,957	9.4	3.0	47.8
46	4,474	1,947	451	133	2,076	10.1	3.0	46.4
49	4,752	1,966	534	158	2,252	11.2	3.3	47.4
52	5,150	2,242	610	177	2,298	11.8	3.4	44.6
65歳以上								
昭和40年	3,456	509	78	15	3,378	2.3	0.4	97.7
43	3,834	694	153	40	3,681	4.0	1.0	96.0
46	4,213	703	187	41	4,026	4.4	1.0	95.1
49	4,739	681	232	49	4,507	4.9	1.0	95.1
52	5,409	808	255	48	5,154	4.7	0.9	95.3

出典: 前表に同じ。* は 35—54 歳結果から推定。

人少年局「婦人の職業設計に関する調査」によると、30代では「生活費のため」が2割、しかし40代で3割、50代以上で4割と、年齢とともに高くなり、反対に「ゆとりある生活のため」「子女教育、老後のため」が減る⁴⁾。この傾向は60歳台前半まで、同種のどの調査にも現われるが、労働省調査は女子のみを対象とする点で、意味がある。

顕在・潜在双方の有業者数が多くなるにつれて、経済自立し得る女子人口が増えると考えられる。

(4) 就業状態の特徴

1) 専門的就業者

中高年女子就業者の割合が増加する中で、その就業の緊急性が課題になろう。収入のために働く者が多いが、その緊急度を、年間就業日数の多少、

継続就業希望意思、休止希望（仕事への消極度）からみる（昭和52年就業構造基本調査による）。有業者を100とすると、年間労働日数200日以上の者の比率は

	全 数	45—54歳	55—64歳	65歳以上
女	75.5%	72.9%	64.5%	54.3%
男	89.7	90.1	81.6	63.2

であって男子に比し格段に低いことはない。

継続して今後も現在の仕事を続けるか否かについて、女子全体で8割（男の場合8割5分）であるのに対して、中高年女子の方が高く、どの年齢をとっても9割弱前後である。

代りに、「追加就業希望」は若年層に比し極めて低率である。

「転職希望者」の率は全平均に比し半分以下と少率である。しかし、その中で現に求職中の者の比率はかなり高い。実行力に富むとみられよう。

「仕事を休止したい者」の割合は、全女子で5強であるのに、55歳を超えると急増する。この傾向は男よりも強く現われる。

4) 就労の動機（婦人少年局「婦人の職業設計に関する調査」）

	初めての就職者			一旦中断、再就職者		
	生活費	ゆとり の生活	老後 教育	生活費	ゆとり の生活	老後 教育
30 歳 台	16.6%	4.9%	7.7%	25.0%	11.0%	6.5%
40 "	28.4	7.8	9.0	35.9	12.1	12.4
50歳以上	36.0	6.3	6.7	45.5	9.0	7.7

「追加就業希望者」「転職希望者」とともにその年間収入は「継続就業希望者」よりも、男子に比してさえ、かなり低い水準にある。

「なぜ追加就業又は転職を希望するか」を転職希望者についてみると、表9のように収入・能力・時間をもっと活用したい、などの理由からみて、

表 9

	総 数	40—54歳	55—64歳	65歳以上
追加就業希望率 (対有業者)	4.6	3.8	2.0	0.5
理 由				
収入が少い	1.6	1.8	1.1	0.0
知識技能を 生かしたい	0.7	0.2	0.1	0.0
時を活用し たい	0.5	0.4	0.2	0.1
仕事が一時的	0.4	0.2	0.1	0.2
転職希望率	8.1	6.3	3.0	0.6
収入が少い	2.1	2.0	0.9	0.2
負担大きい	1.9	1.6	0.0	—

単なる生甲斐、趣味の労働ではない。

2) 雇用労働者

高年就業者は、しばしば農業・小売業などの「家族従事者」とみられているが、実態はそうでなく、55—64歳の女子の場合、雇用労働が41%を占め、家族従業者37%を上まわっている。内職に従事する者は4%で低率であって、女子の就業は、かなりの程度賃金労働に従事している。

これは45—54歳において雇用労働者53%と高率になって、家族従業者30%を大きく上まわっていること、この雇用労働者率が家族従業者よりも多くなったのは昭和43年と46年の中間期であって、とくに非農林業では45歳以上は各層ともに女子雇用者は10年倍増の勢で激増していることなど、すべて中年以上の女子労働者が単に景気循環の過程で増減するのではなく、雇用構造の変動として増えていることに留意すべきである。

なお雇用労働者の特徴は45歳以上で有配偶者の数、比率が増えていることである。有業者に占める有配偶者の割合は次表のとおりである。

いま40—54歳層について就業希望の女子無業者の、世帯主年収をみると、過半数の者が平均以上の高収入を得ており、平均所得は現に就業中の男

	40—54歳	55—64歳	65歳以上
昭和40年	74.2%	62.1%	42.8%
49	80.7	63.1	44.6
52	82.3	64.7	45.8

(出典：前表に合じ)

子40—54歳層年間所得にくらべて特に低いということはない。所得が低いから中年主婦が働きたい、というのではなく、無業より就業者でありたいとする要因がかなり作用している、とみる。

III 企業における中高年層政策・労働政策と社会保障政策との総合的統一

(1) 現状に対する解釈と政策

1) 価値基準の混乱・分裂

労働政策と福祉政策、企業効率の向上と弱者救済、新規雇用の創出と生産性向上、これらが対句として相互に斥け合うもの、と理解される限り、日本における高齢化政策は進展をみない。

ところが、これについて企業の実務的行動と、経営全体の利益を代表する立場からの雇用維持政策の提言とが、相容れない。企業に対する短期解決の手段が減量経常（雇用削減）であり、その対象者が中高年層であれば、外部から長期的雇用政策を説いても、理解されつつ実行はされない。

同様のことが政府と経営者の間にも存在する。定年延長、中高年雇用特別措置法にもとづく各種給付金等と、企業における雇用の場に対する政策的発想は両立が困難である。企業労働では、あたかも55歳以上労働者の一部を切り離して処遇するような雇用促進方法は、なじまない点があろう。

労働組合は定年延長、退職金抑制について、多くの論議を起すが、これを組合員自身の姿として真剣に対立することが、遺憾ながら十分でないため、激増する高年労働力が放置されている。

事態の緊急性・重大性が十分に知られていない。ここには、個別企業側の静態的把握——合理化の一環は雇用減、その結果は中高年減員となる——にとどまる。これに対して、労働組合は消極的で、大きな地殻変動が進んでいるにもかかわらず、若年層組合員の態度には時代の変化を十分につかん

でない。

これに対し、雇用政策、年金政策の政策当局は時代の必要に応じて中高年雇用のあり方も、社会保障、保険年金のあり方も変えようとするのは、内容とタイミングの正否は別として、早ければ早いほどよい、として積極的にとり組む必要がある。

このような静態的把握に対して動態的には積極的雇用政策、年金をめぐって提起された完全雇用政策と社会保障政策の調整は、今漸く計画化の緒についた段階にある。

2) 具体的な課題（企業）

公的年金の整備以前の問題として、定年制・退職金（年金を含む、以下同じ）・賃金の三点について、企業レベルから問題を解く。

第1：定年延長は慈恵的な労働者保護政策ではなく、労働者自身の意思に反して遊休化し、または遊休化する危険のある労働能力を活用して完全雇用に転じる積極的な経済政策である、とする把握。そこから中高年に至る以前から、労使双方の能力開発・変化への適応に対する企業内教育・その限界における社会教育の新しいあり方が生れる。

第2：退職金は従来の労働者足どめ機能・追いつき機能を超え、老後をより価値づけるための生活資金（公的年金を生存資金とするのに対して）として独自の機能をもつもので、永年勤続労働者に対する企業の社会的責任を示すとともに、円滑な労働力の回転を図るための必要コストとして、とくに企業年金を主体として税制面から再検討を図るべきこと。

第3：賃金における年功性とは、実質賃金が低位にあった時代には家族扶養責任を全うする手段として意味があったが、現代においては企業における社会的最低賃金を超える部分を企業における労働者に対する政策的配分部分（例えば能力賃金政策）に変え、全体を労使合意の下に、採用・訓練・配置と生涯生活、能力開発計画を融合して長期ビジョンにより策定すること。労賃労働者に対しては簡明であるが公正な積極的高賃金政策をとること。無計画な期末一時金、割増機能を失った残業等の割増賃金を再検討すること。

以上の三点が改善されることによって、労働権

と老後休息権のあり方を整理し得る。

現在の、「人が余るから選択定年制で誘導」「定年延長の代りに再雇用、勤務延長」「企業の一方的選択によって出向・転籍による老後生活保障」などの、長期視点を欠いた方式が、労働者にも企業にも、労働力の活力喪失による経済効率の低下をきたしていることから再認識されねばならない。

3) 具体的な課題（定年と公的年金）

現実には労賃労働者の形で中高年層（とくに中高年女子）の雇用は拡大している。しかし従来の公的年金未成熟・家族扶養の変質などにより、65歳以上労働力率は国際的にも極めて高い。しかも労働条件が低く、労働を継続するか引退するか、そのいずれとも決しかねる期間が長い。

厚生年金の老齢年金は創始のときは「養老年金」の名称をもっていた。「老人をいたわって安楽にすごさせる」語義に即せば、一定条件下に引退・休息を促進する名称である。労働者の引退志向は、ほぼ65歳とされるが、ある時期からの養老年金と、それまでの賃金との接点を明示することによって、労働からの引退・個人独自の老後生活への切り換えを円滑に行うことができる。

この意味で公的年金はコスト、生活、価格の三面から再検討することによって、雇用との関係を明確にすることができよう。

第1：現行の社会保険形式に依存する限り相互扶助、連帯性が強められねばならないが公務員共済等の公的年金は厚生年金プラス企業年金（公務員等についての職域年金）の複合であるから、これを分けて、純公的年金部分の最低限保障を明らかにすること。

第2：完全雇用が充実した公的年金を作り得るものであるから、中高年層の不完全就業への対策（定年延長策はその一部にすぎぬ）が年金政策と表裏一体でなければならず、不本意な労働からの引退を防止すべきこととともに、労働能力・労働継続意思のいずれかを欠く者に対しては早期養老年金・減額年金等の弾力的な方法により、賃金・年金の生活を区分すること。

第3：公的年金を補完する企業退職金（とくに年金形式のもの）については企業間通算制などの

便宜を図り得るようにすること。

第4：女子の年金受給者は今後激増するがその職域拡大，そのための能力開発と，職域拡大の阻害因除去のための方策が必要であること。

(2) 賃金・年金と補完的雇用政策

1) 老人就労の不確定性

65—69歳層の男子有業率は昭和52年に61%で，60%は仕事を主，とする者である（就業構造調査）。この場合，就労する者の意思は，収入のための労働から，生甲斐労働まで多様である。最低賃金制，安全衛生その他労働基準，職務再編成などの面では未検討の分野が多く，そのために就労の場が狭められている可能性がある（老人に法定最低賃金額が高すぎるなど）。

就労の時間的形式・職務内容・賃金決定などについて労使の具体的な検討は不十分であり，賃金・年金の選択をせまる資料に欠ける。

2) 老人の職種その他職域の存在

高年以上の層について，①労働能力のある限り働くとは老人の職場を作ることでない，②老人独

自の特性を活用するために老人団体として働く必要，の二つの見解がある。

その双方が並存し得るが，選択と職務設計と労使双方からの資料は不十分である。

*

*

中高年層をめぐる環境の激変に対して長期的に賃金生活，年金生活の区分を明確にした雇用・社会保障計画のためには，現実的には世代階層別の課題から明らかにされるべきであろう。企業の短期雇用政策と労働者の長期職業生涯計画を単一のものとして明確にされなければならない。

この場合，慣行を固定化させる制度の枠が強すぎると，変化する環境と政策対象に，うまく適合しなくなすることを留意すべきである。例えば年金支給開始年齢を60歳から65歳に変えるには多大の時間を要するのに，50歳台の定年が改まらず，年金が失業保険金の代用となって，つぎに年金の開始年齢変更を遅らせる。この例は企業での人事慣行・退職金などにも強く現われている。その矛盾をどう改めるかが具体的課題となる。

高齢化社会と労働供給の問題点*

神 代 和 欣
桑 原 靖 夫

I 問題の所在と背景

石油危機後の不況と景気回復の過程で、雇用状況が悪化し、またその回復が生産や企業収益の回復に比してかなり遅れたことから、雇用問題にかんして多方面から大きな関心が寄せられることになった。そのなかでも、(イ)女子労働供給の著しく景気感応的な動き、なかんずく景気回復局面でのその著しい増大；(ロ)高齢労働者の求人倍率の著しい落ちこみと雇用不安、この二つは、今後の完全雇用政策を考えるうえからも、大きな関心の的となっている。はたして、女子の労働供給は、今後もこれまでの趨勢をこえる勢いで増えつづけるのか。また高齢化社会の急速な到来をひかえて、高齢労働者の雇用難を緩和するにはどうしたらよいのか。こうした問題関心が、われわれの研究テーマの一般的背景にあることは、言うまでもない。

労働供給の分析については、後述するように、すでに国の内外において少なからぬ研究の蓄積がある。また、経済計画の策定に当っては、その第一段階の作業として必ず労働供給量の見通しが行われている。したがって、高齢者や女子の労働供給行動についても、理論的・実証的にかんがりの研究が行われてきたはずである。ところが、わが国の経済計画や各種の未来予測のなかに示されている労働供給の予測にかんしては、その計測の基礎作業の部分は、仮説の設定や計測結果の詳しい情報が、ほとんど提供されていない。

このため、上記のような一般的な政策関心をもってこれらの予測数値を眺めた場合に、いったいそれらの数値がどのような分析方法によって求められたものなのか、またその予測値の信頼性はどのていどのものなのか（たんに統計技術的にではなく、モデルの理論的妥当性や論理的整合性にかんして）について、判断できぬことが多い。

そこで、これまでの内外の諸研究の成果を踏まえたうえで、入手可能なデータから、納得のゆく作業結果を出してみたい、というのが、われわれの研究の動機であった。

I-1 女子労働供給の増大

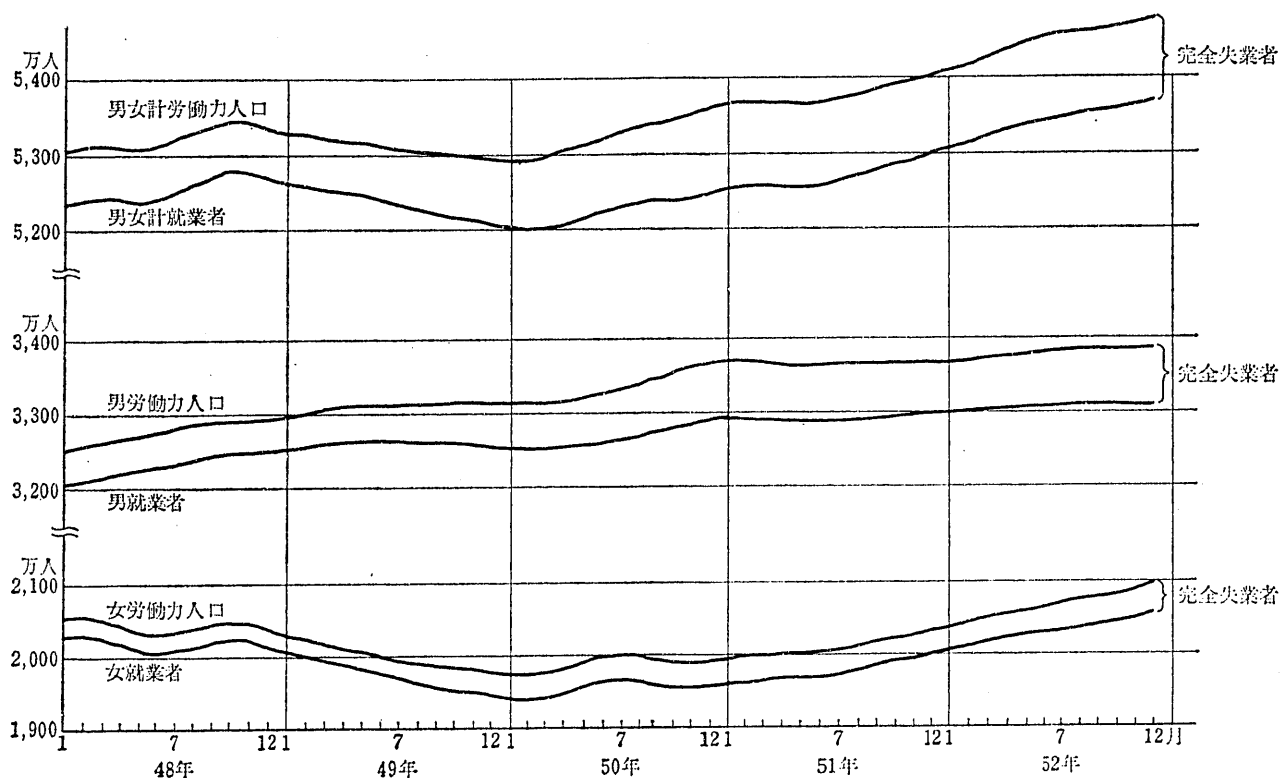
詳しい分析に入る前に、問題の背景をいま少し説明しておく必要がある。

図I-1は、石油危機後のわが国の労働力人口と就業者の動きを、男女別に見たものである。昭和48年秋から50年初にかけて、女子の労働力人口と就業者は著しく減少し、その後50年末からは逆に両者とも急速に増加している。同じような動きは、非農林業就業者についても見られる（図I-2）。いずれの場合にも、男女計の労働力人口や就業者の景気感応的変動が、主として女子の動きによって生じていることが明らかである。

このうち、近年の女子労働力人口の増加を高度成長期と対比してみると、表I-3のように、51年以降の女子労働人口の年平均増加率は、高度成長期（昭和35～48年平均）の0.9%をはるかに凌駕している。とくに、52、53両年度の増加率は不況期からの反転上昇分を含めて、著しく大きな伸びを示している。

* 本稿における回帰分析の計算については横浜国立大学経済学部倉沢資成助教授の御協力を仰いだ。氏の御好意に感謝する。但し分析の内容及び評価に関する責任は筆者のみが負うものである。

図 I-1 労働力人口と就業者、失業者の動き (季節調整済み TC 系列)



総理府『労働力調査年報』昭和52年, pp. 129~131 より作成。

周知のように、わが国の女子労働力率は、昭和30年代の初めをピークとして、昭和50年までは、農林業就業者の減少と若年層の進学率の上昇とを軸にして趨勢的に約57%から46%にまで顕著な低下を示した。ただ、この間、昭和40~42年、46~48年には、不況からの回復の過程で一時的に労働力率の上昇を見たが、トレンドとしては、強

い低下傾向を示していた。その点では、わが国は、女子労働力全体についても、所得水準の上昇とともに労働供給（労働力率でみた）が減るという、一般的な所得・余暇選好のパターンが見られたわけである。

したがって、今回の51年以降の女子労働力率の上昇も、そうした過去のパターンと同様、景気回復期の一時的反転であって、長期のトレンドそのものが上方転回したことを意味するものではないのかもしれない。

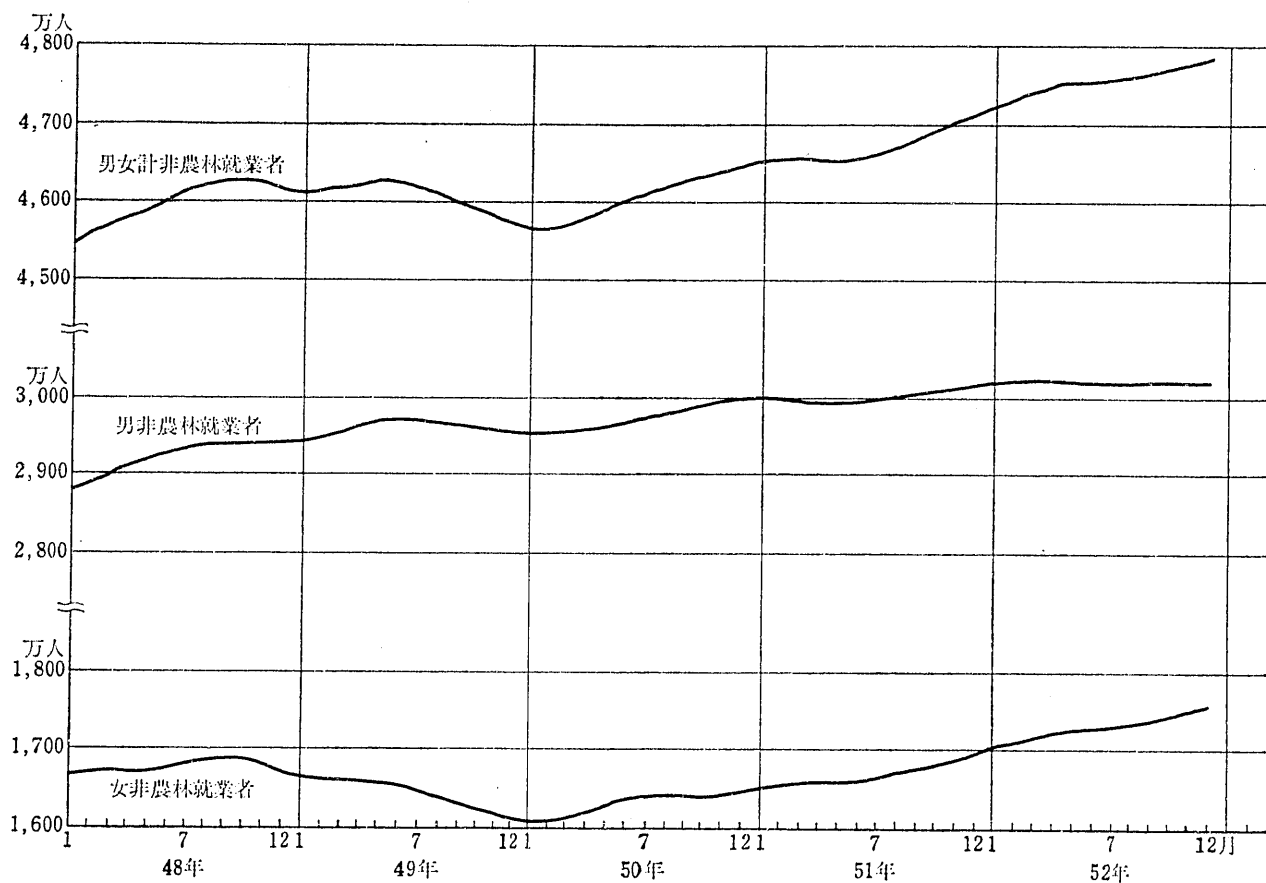
しかし、すでに Mincer [1962] が明らかにしたように、アメリカでは、19世紀の末以降女子労働力率、とくに既婚婦人の労働力率は、実質所得の上昇にもかかわらず顕著に上昇してきた。同様の傾向は他の西欧諸国でも観察されている。既婚婦人の場合には、(イ)男子世帯主の所得（核所得）の上昇に対しては労働供給を減らす反応を示すが、(ロ)自己の賃金率の上昇にかんしては所得効果よりも代替効果が大きく現われて労働供給を増やす。しかも(イ)のマイナス効果よりは(ロ)のプラス効

表 I-3 労働力人口の伸び率から見た
女子労働供給の増大

(単位: %)			
期 間	男	女	男 女 計
昭和 35~39 年平均	1.5	0.8	1.2
40~44 "	1.8	1.3	1.6
45~48 "	1.1	0.3	0.8
(35~48) "	(1.49)	(0.86)	(1.2)
49 年	1.0	-2.3	-0.3
50 年	0.8	-0.6	0.2
51 年	1.0	1.2	1.0
51 年度	0.6	1.3	0.8
52 "	0.5	3.3	1.5
53 "	0.7	2.6	1.4

総理府「労働力調査」より作成。

図 I-2 非農林就業者の動き



同前, pp. 133~4 より作成。

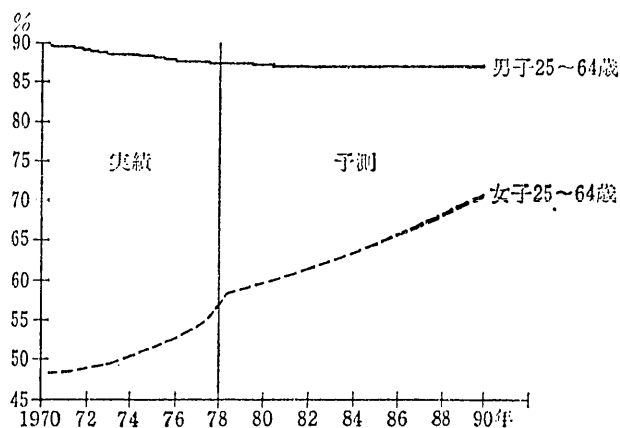
果の方が大きく、したがって、全体としては所得の上昇にともなって、妻の労働供給（労働力率）は増加する、と解されている。

わが国でも、これまでは一次産業就業者の比重が高く、それが女子の初期労働力率を高い水準に保っていたので、近代化の進展につれて女子労働力率は低下してきたのだが、非農林雇用者世帯の比重が増すにつれて、逆に欧米諸国と同じように女子労働力率が上昇に転ずることも予想される。因みに、アメリカでは、すでに図 I-4 のように、今後 15 年間に成人女子の労働力率は 55% 強から 70% 強の水準にまで上昇すると予測されている。

わが国については、いまのところ、まだこのような見通しを明確に裏付けるだけの十分な研究がない。日経センターの予測〔1978〕では、1970～85 年にも女子の各年齢階層で労働力率は低下し、平均で 49.9% から 44.5% にまで、なお低下する

と予測されている。

図 I-4 アメリカの労働力率予測



Jack Carlson, Statement at the Hearings before the Joint Economic Committee, Congress of the United States, 95th Congress, 2nd Session, Part 2, June 8, 9, 13 and 14, 1978 (Washington: U. S. Government Printing Office, 1978), p. 724.

表 I-5 高齡労働力率の国際比較

(単位: %)

国	年	55~59歳	60~64歳	65歳以上
(男)				
米 国	1970	86.9	73.0	24.8
英 国	1971	95.2	86.5	19.3
イ タ リ ア	1971	75.2	46.0	13.4
オーストラリア	1971	88.4	75.6	22.2
カ ナ ダ	1971			23.6
スウェーデン	1970	88.4	75.7	15.2
西 ド イ ツ	1970	87.3	69.4	16.1
フ ラ ン ス	1968	82.5	65.7	19.3
日 本	1970	91.4	81.4	49.4
(女)				
米 国	1970	47.4	36.1	10.0
英 国	1971	50.7	28.0	6.3
イ タ リ ア	1971	16.9	9.9	3.2
オーストラリア	1971	28.3	16.0	4.2
カ ナ ダ	1971			8.3
スウェーデン	1970	41.1	25.7	3.2
西 ド イ ツ	1970	34.7	17.8	5.8
フ ラ ン ス	1968	42.3	32.4	8.2
日 本	1970	48.8	39.1	18.0

出所: 関口末夫・内田茂男/日本経済研究センター編『日本経済と雇用の将来』(日本経済新聞社, 1978) p. 62; 原資料は ILO, *Yearbook of Labour Statistics*, 1975.

I-2 高齡者の労働供給

わが国では、55歳定年制がなお民間企業の4割を占め、60歳定年が三分の一を占めるにもかかわらず、高齡者の労働力率は国際的にみてきわめて高い(表I-5)。とくに65歳以上の男子高齡層については、なお49.4%(1970年)~42.4%(1977年)というきわ立った高率を示している。このような高齡者の高い労働力率が、これまでの老齡年金の不十分さにあることはすでに数多く指摘されているところであるが〔氏原, 1978; 島田1978〕, はたしてそれだけで説明しきれものか否かについては、十分な研究がなされていない。

所得・余暇選好についての近年のアメリカの研究から類推すると、育児コストの増大〔Owen, 1976〕や、資産所有の選好度やコストの上昇〔Greenberg & Kosters, 1973〕も少なからぬ影響を及ぼしているのではないと思われる。しかし、個別労働者についてのマイクロ・データが一般的には入手できないわが国の現状では、この点について納得のゆく研究を企てることは、ほとんど不

可能に近い。

高齡者雇用問題の緊急性にもかかわらず、その国際的にも例外的に高い労働供給をいかにして減らすことができるのか(あるいは減らすことが本当に社会的に望ましいのかどうか)、実証的に確かめるのは、きわめてむずかしい。

因みに、日米の高齡者(男子)の労働力率の低下傾向を比べてみると、アメリカではこの20年間に60~64歳で約20パーセンテージ・ポイントも低下しており、65歳以上でも17.4ポイント低下している。とくに1967~77年の低下が著しい。これに対して、わが国は、60~64歳の低下速度がアメリカに比して遅く、65歳以上についてもかなり遅い(表I-6)。

アメリカのこの期間の男子高齡者労働力率の低下を促した要因として、Rones は年金など社会保障給付の改善(金額の引上げと受給者数の増加)によるところが大きい、と説明している。Rones, 1978〕。とくに後半の1967~77年に男子の年金支給率は退職時賃金の29%から45%にまで上昇している。そのほか健康状態やパートタイム就業機会(自営業主や専門職では65歳以上の労働力率が高い)も労働力率に大きな影響を及ぼすことが確かめられている。

高齡者の雇用機会にとって、パートタイムの重要性が増していることについては、アメリカ労働統計局の興味深いデータがある(表I-7)。65歳以上になると、男子の4割以上、女子の6割以上がパートタイム雇用となっている。日本のよう

表 I-6 高齡者労働力率の変化の日米比較

(単位: %)

年	アメリカ (男子)		日 本 (男子)	
	60歳 ~64歳	65歳およ び 以上	60~64歳	65歳およ び 以上
1957	82.5	37.5	(1960年)81.4	56.9
1962	80.2	30.3	83.7	57.7
1967	77.6	27.1	82.2	54.5
1972	72.5	24.4	80.1	47.0
1977	62.9	20.1	78.2	42.4

注: 1) アメリカについては, Philip L. Rones, "Older Men-the Choice between Work and Retirement", *Monthly Labor Review*, November 1978, p. 4.

2) 日本については本稿表 IV-9.

表 I-7 アメリカの年齢階層別パートタイム

雇用の割合

(単位: %)

		16歳以上計	16~24	25~54	55~64	65歳以上
男女計	フルタイム	78.9	63.0	86.9	84.5	51.7
	パートタイム	21.1	37.0	14.1	15.5	48.3
男 計	フルタイム	87.6	66.9	96.3	93.3	58.8
	パートタイム	12.4	33.1	3.7	6.7	41.2
女 計	フルタイム	67.0	58.5	72.0	67.8	39.3
	パートタイム	33.0	41.5	28.0	32.2	60.7

U. S. Department of Labor, "Work Experience of the Population in 1975", BLS Special Labor Force Report No. 192 (Congress of the United States, 1978 より引用).

に、自営業主の比重の高い就業構造をもっている国では、他の条件にして等しければ、高齢者のパートタイム就業が増え、労働力率を高める傾向があるだろう。今後、低成長のなかで三次産業部門を中心に自営業主ないしそれに準ずる雇用機会が増すとすれば、年金給付の改善にもかかわらず、高齢者の労働力率はあまり下らないかもしれない。

I-3 女子と男子高齢者との競合問題

われわれの研究のいま一つの問題意識は、雇用状況の改善が遅れ、さらに将来の低成長・高齢化の進行するなかで、もしも労働需要が十分に伸びないのに、女子の労働供給が増加し、また高齢人口が増加するなかでその労働力率があまり低下しないとすると、女子と男子高齢者との間に、雇用機会の競合が生ずるのではないか、という懸念である。

もとより、このような問題に十分に答えるためには、労働需要の変化についても予測作業が必要であるが、今回の作業ではそこまで及んでいない。

また、この問題にかんしては、たんに労働市場についてのミクロ経済学的な定量的分析のみでなく、アメリカや EC 諸国の男女平等機会法制の影響のごとき社会的・政治的側面からの分析も不可欠であろう。女子労働力の進出にともなう社会的コストや広汎な文化的影響の分析は、ヨーロッパ諸国においてきわめて重要な関心事となっているが、この点についても、今回は作業を進めることができなかった。

II 文献展望

高齢化社会の到来に伴う中高年労働者をめぐる諸問題、ならびに 1970 年代に入って著しい女子の労働市場への大量進出の問題は、1980 年代を目前とした、わが国労働経済にとって重大な関心事となっている。この二つの問題領域については、近年急速に研究成果が蓄積されつつある。

以下では、本報告の中心テーマとの関連で、1) 女子労働供給のメカニズムおよび 2) 高齢者の労働市場における行動、特に退職動機に関する研究文献の簡単なレビューを試みることにしたい。今後の研究展開に際しての手がかりとなれば幸いである。

紙幅の関係もあり、対象とした文献は最小限にしぼらざるをえなかったが、それでも筆者の勉強不足から当然と上げるべき文献を遺漏しているものも少なくないと思われる。また、文中氏名にも敬称を省略させていただいた。失礼の段、お詫し願いたい。

II-1 女子労働の経済分析

女子労働に関する調査・研究文献は、わが国においてもすでかなりの数に達しているが、経済分析の領域に限定すると、焦点は女子の労働力化の決定要因とその論理の解明に置かれてきた。これは、男子の場合についてみると、若年者と高齢者を除外すると、人口のほとんどが労働力化しており、その実態、労働力化のパターンも比較的に見やすいのに対して、女子の場合は労働力化の機構が、年齢、既婚、未婚、子供の有無などの諸要因により、かなり複雑であることに加えて、労働力の変動に影響する比重も大きいことに原因すると考えられる。すなわち、時系列的にみて労働力率の変動が激しいのは、男子を中心とする基幹労働力のそれではなく、既婚女子を中心とする家計補助的労働力である。このため、女子の労働力分析の中心は、既婚女子が主たる対象となる。

既婚女子の余暇と労働の選択の可能性としては、①余暇、②市場労働および③支払われない労働(家事、教育、訓練など)が考えられる。ある時点

での女子の労働供給に関する決定は、これらの相互に競合する要因を背景に行われる。

さて、一定時間に対する労働の価格（賃率）の上昇は、実質所得の上昇を意味し、余暇を含めたすべての財の消費増につながる。これは提供された労働量（労働時間）との関連において、所得効果がマイナスであることを意味する。それと同時に、賃率の上昇とともに余暇はさらに高くつくことになり、労働にプラスの代替効果が働く。

一般に、所得効果は所得（主に賃金、俸給）の上昇に伴い、仕事にあてられる時間が減少することに示されている。所得がある一定水準以上になると、所得効果が代替効果を上まわり、労働時間を逆に減少させようとする。いわゆる後屈型労働供給曲線の理論である。

しかしながら、この負の所得効果は女子の場合必ずしも明確に見出しえない。わが国の場合でも、女子の労働力率は昭和30年代以降低下を示しているが、40～54歳の年齢階層の女子についてみると労働力率はむしろ上昇をたどっている。人口学的変化も、こうした女子の市場活動と所得上昇の間にみられる一見すると矛盾した現象を説明できない。そこで女子の労働供給のメカニズムについて、経済学者の関心が集中することになった。

戦後のわが国の女子労働力化に関する研究で、まず注目されるのは、佐々木孝男氏の労働力率の変動に関する分析である〔佐々木、1957〕。同氏は、20～24歳（山）、30～39歳（谷）、40～49歳（山）、50歳以降漸減という女子の年齢階層による、今日広く知られるに至ったM字型の労働力率パターンを確認された。また、梅村又次氏によって、この点は女子の結婚、出産、育児、家事労働など生涯を通じての外的諸条件に規定されたライフサイクル型として規定された〔梅村、1971〕。両氏の研究を通して、女子、とくに中年労働力が、非労働力（家事労働を含む）—自家経営労働力—家計外被雇用労働力の間を景気変動に応じて流動する事実が見出された。また、この研究過程において、梅村氏の導入された恒常労働力—縁辺労働力の概念は、今日この分野の研究者の常用語となっている〔梅村、1971〕。

続いて、P.H. ダグラスおよびC.D. ロングの研究にも影響を受け、女子労働力率の変動要因として、家計の経済的中心者（家計核）としての収入率を導入した研究が生まれた。この研究は、とくに小尾恵一郎＝尾崎巖両氏の共同研究を伴い、精緻な展開をとげる。

代表的な尾崎巖氏の研究は、昭和30年の『国勢調査』府県別データに基づき、年齢別女子労働力率が、農林自営業主家計、非農林自営業主家計、都市勤労者家計によって著しく相違すること、男子賃金＝核所得の水準とマイナスの相関を持つことを明らかにしたものである〔尾崎、1960〕。

尾崎氏のこの労作を挙げるに際しては、密接な連携の下に進められている小尾氏の労働供給理論の精密な業績を欠かすわけにはいかない。とくに次の研究を参照いただきたい〔小尾、1968, 1969〕。

続いて、主として1960年代前半を対象として、国際的にみても相対的に水準の高い女子の労働力率を、就業構造、都市、農村別に先進諸国と比較する試みがなされた〔井上、1968〕。この研究は、わが国の農家や、非農林自営業世帯の比重の高さが、アメリカ、イギリスなどの先進諸国に比較し、わが国の女子労働力率を高くしているひとつの重要な原因であると分析している。さらに、わが国の大都市における中高年女子の労働力率は、欧米に比べて低いことも明らかにされた。

年齢階層別女子就業率について、男子賃金ならびに第一次産業比率を説明変数としてのクロス・セクション分析は、昭和35, 40年に関し大淵寛氏によっても行われている〔大淵、1968〕。

その後、就業構造の近代化が進行し、欧米との格差が近接した段階で、女子の労働力化を、一次産業就業者比率あるいは家計核収入といった要因に加えて、子供の数、雇用機会の豊富さ、女子の教育水準などを加えて説明しようとの試みがあらわれている。この背景には、アメリカにおける研究展開が大きな影響力を持っている〔梅谷＝桑原、1970〕。

この方向に沿った研究は、わが国では未だ数少なく、現在のところでは昭和40年のクロス・セクションの分析を試みた梅谷俊一郎氏の推計をは

じめ一、二しかない〔梅谷, 1972〕。この研究は、有配偶女子について都道府県を単位とする横断面分析だが、説明変数としては家計所得、女子の市場賃金率、子供の数、女子の学歴、求職倍率ならびに地域特性（農林業就業者比率）を採用している。計測結果は、女子の市場賃率、女子の学歴などの稼働力を代表する変数の影響が希薄である反面、農林業就業者比率、求職倍率などの変数が重要な意味を持つことになっている。この結果について、梅谷氏は、現在のわが国の有配偶女子の就業は、たんになんらかの雇用機会が提供されることにより促進されてきただけで、その雇用条件の良し悪しはあまり問題になっていなかったのではないかと推測されると述べている。

同様なクロス・セクション分析では、西川俊作および有明民子氏による昭和 30, 35, 40, 45 年の『国勢調査』府県別結果による女子労働力率の検討がある〔西川, 1970; 西川=有明, 1974〕。この計測では、年齢階級区分したデータに基づき、被説明変数は女子労働力率、説明変数には男子賃金、業主家族従業者比率、10 歳未満児童数が採用されている。計測結果は、15~24 歳層を除くと、業主家族従業者比率はプラス、児童数はマイナス、男子賃金は、全年齢階級についてマイナスの係数を持つことが確認されている。

また、佐野陽子氏は女子の就業のライフ・サイクルを時系列、横断面ならびに国際比較にわたって観察され、安定部分と変動部分を区別することを試みた〔佐野, 1972〕。さらに、首都圏の市町村別ライフ・サイクル・パターンを比較して、とくに中高年女子の就業率決定要因の解明を試みている。

確認された事実、昭和 40 年現在で中高年女子就業率の地域差は、東京都心部を別として、自営業度（就業者中に占める自営業主と家族従業者の比率）の地域差でもっとも有力に説明されるということである。国全体の女子就業率としては、上昇、下降要因が相殺し合って、少なくとも数年先までは女子全体の就業率のわずかな低下または保合という見通しが強く出るかもしれないとの結論である（その後の事実展開は、ほぼこの見通しの

通りである）。

また、国勢調査データに基づき、大正 9 年から昭和 40 年の期間を 3 期に区分し、各期について、前半を女子労働力低下期、後半を上昇期として女子労働力率変動の要因を分析した研究も行われている〔宮尾, 1972〕。ただ、宮尾尊弘氏のこの分析は、やや推論をいそぎすぎ、昭和 46 年を女子労働力率の上昇が起こる転換点にあると結論を下してしまっている。

比較的最近時の資料による分析としては、堀内光子氏による国際比較が注目される〔堀内, 1979〕。この研究によると、1977 年時点でわが国と欧米主要国の年齢別女子労働力率を比較すると、日本は 15~19 歳層でフランスと並び最も低くなっており、20~24 歳層のピーク年齢では欧米主要国並みの労働力率を記録した後、25~29 歳層では一気に落ち込み、再び主要国中最低となっている。以後再び上昇し、40~59 歳層でイギリスに次いで高く、60 歳以上層では最も高いパターンとなっている。

年齢別分布での形をみると、10 年前にはすべての国で二山（M 字）型を描いていたが、現在は日本とイギリスを除き、20~24 歳層をピークとした一山型となっていることが注目される。これは、イギリス以外の欧米主要国では、従来谷を形成していた若手既婚年齢層（25~34 歳層）の労働力率の上昇が高かったためである。

また、女子労働力率の上昇要因として、需要側の要因として、第三次産業の進展が挙げられることが多い。いずれの国も第三次産業比率の上昇とともに、女子の労働力率も上昇している。しかし、日本については、いずれの年齢層でも第三次産業比率の伸びに伴う女子労働力率の伸びは低い。これは、わが国では依然として第一次産業比率が高いことが原因である。

次に、女子就業者数あるいは労働力率の予測に移ろう。まず、『国勢調査』データを使用、都道府県別、産業別、年齢階層別女子就業者数の予測が、昭和 45~50 年の時期について井原哲夫氏によって行われている〔井原, 1972〕。最近の予測では、日本経済研究センターによる昭和 65 年の予測が代表的である〔日本経済研究センター、

1978]。これによると、女子の労働力率は、今後25～39歳層は結婚、育児による引退という引下げ要因が働く一方、高学歴化、就業希望者の増加など潜在的には女子の就業化を促進する要因も強くなることからほぼ現在の水準が存続しようとの見通しである。40～54歳層については、今後農家世帯の人口減少テンポが過去ほどではなく、就業希望者が増加していることなどを考慮すると、これからのゆるやかな上昇が続くと予想されている。

これまでの諸研究は、主として供給側からの分析だが、数少ないが需要側の解明も近年進められるようになった。代表的なものは、小尾＝平田氏による性別労働需要模型ならびにそれに基づいた計測である〔小尾＝平田、1970；鶴岡＝古賀＝平田、1972；小尾、1978；桜本、1978〕。

当面の関心とのつながりで、興味をひかれるのは、桜本氏の実証である。この研究は、男・女労働者の構成比を、準要素代替生産関数 (Semi Factor Substitution Production Function) に導入、計測を行ったものである。主たる結論は次の通りである。(1)男子賃金、女子賃金、単位資本費を所与のもとで、生産規模を拡大すると、男女労働需要、資本ストックともに増大する。(2)所与の生産規模のもとで、女子の男子に対する限界代替率は1以上である。つまり、所与の生産規模のもとで、女子化すると労働需要は増加し、男子化すると減少する特性を持つ。(3)生産規模一定のもとで、女子化すると必要設備量は拡大する。(4)他の事情一定にして、男子賃金が上昇すると、女子労働が男子労働に代替し、(2)によって男の減少よりも女の増加の方が大きい。(5)他の事情一定にして、女子賃金が上昇すると、男子労働が女子労働に代替し、(2)によって男子労働の増加より女子労働の減少の方が大きい。(6)他の事情一定にして、単位資本費を上昇させると、男子労働が女子労働に代替し、資本設備は縮小する。これらの結論は、性別労働需要が生産規模に依存するばかりでなく、単位資本費にも依存して決まることを示している。

以上、簡単なレビューからもうかがえるように、わが国における女子労働の経済分析も、当初の供

給側の要因分析が一段落し、次第に需要側の分析へ移行しつつある。女子労働市場の分析にとっては、需給両面の検討が望まれていただけに、今後の研究展開が期待される。

II-2 高年齢者の労働供給

あらゆる予測がきわめて立てにくい中で、人口の高齢化だけは、ほぼ確実に予測しうる。このため、わが国においても来るべき高齢化社会と予想される諸問題に関しては、かなり以前から着実な研究が積み重ねられ、社会科学関係に限定しても、非常に多くの文献が存在する。

ここでは、それらのうちから、きわめて限られた問題領域、いいかえると、高年齢者の労働供給(退職を含む)に関係する経済分析の主要文献を展望しようと意図している。また、対象とする文献は、主として1970年代以降のものである。それ以前の時期の文献については、例えば次を参照されたい〔東京都老人総合研究所、1975〕。

わが国における高年齢者の労働供給をめぐる問題についての接近は、いくつか考えられるが、そのひとつは国際的にみてもきわめて低い定年年齢(いわゆる55歳定年制)の延長に関する議論である。

この点に関する代表的見解としては、まず定年延長と賃金制度に関する賃金研究会の報告を挙げることができる〔賃金研究会、1972〕。この報告は、1)若年不熟練労働力の需給逼迫と人口構成の高齢化、2)平均余命の伸び、3)労働態様の変化に伴う労働可能年齢の伸び、4)扶養年限の延長など高年齢労働者の生活をめぐる諸条件の変化など、55歳定年制を支えてきた社会的経済的諸条件の変化を挙げ、定年延長の必要性を述べている。また、定年延長を行う場合に、いかなる賃金、退職金制度が望ましいかについて明らかにしている。とくに、退職金については、少なくとも現在の定年年齢である55歳を過ぎてまで累進的である必要はないとしており、注目される。また、公的高齢年金の充実を提唱している。

高齢化社会における諸問題を、かなり広汎な領域について展望を試みたものとしては、経済企画

庁経済研究所の研究がある〔中村＝吉岡＝伏見＝中村, 1976〕。この研究の主力は、高齢化に伴う労働力、医療、年金、家族、高齢者福祉問題に置かれているが、労働面では次のごとき点が指摘されている：1) 労働力人口の中高年齢化が進展し、積極的に中高年を活用する必要が生れる。2) 若年者の不足、高齢者の過剰という労働市場の状況はさらに進行し、年齢別賃金格差は縮小し、定年後の職場確保の問題が深刻化する。3) 60歳以上の労働力の伸びは、年金の充実によりそれほどではない。

標準的なケースで見た高齢化社会の姿は、次の通りである：1) 労働力人口は、昭和65年まで伸びは鈍化しながらも漸次増加するが、昭和65年以降は伸び悩みを示す。2) この点に関連し、年金保険料、租税などの公的負担が、60歳未満の層について増大する。昭和100年には、年金保険料、租税の合計で所得比17%程度に達し、昭和50年に比較し約2倍となる。3) 高齢化に伴い、社会資本など各種ストック量が不足する。4) 病人、世帯などで各種指標の老齢化が生じる。

こうした展望の中で、企業にとっては当面の課題である定年延長と賃金制度の修正についても、多くの研究がなされているが、代表的な賃金制度研究会の報告は、次のごとき提言を行っている〔賃金制度研究会, 1977〕。すなわち定年延長の目標としては当面60歳、考え方としては65歳を目指す。延長するについての阻害要因のひとつは、年功賃金制度であり、年功賃金カーブの修正が必要である。退職金についても、支給率の調整を行うことが望ましいと提言されている（定年延長に伴う退職金額は、このまま推移すると定年退職者について10年後には、現在の1.6倍となると推計されている）。これにほぼ類似の指摘は、他の報告書においても行われている〔日本経済研究センター, 1977, 1978; 松原＝松山, 1977〕。

退職との関連において高齢労働者の労働供給メカニズムについては、わが国では従来ほとんど本格的に検討されたことがなかった。とくに、現行の年金制度が高齢者の労働供給に及ぼす影響は、ほとんど不明であった。同時に、高齢者の労働力

需給バランス、高齢者家計の収支バランスおよび年金の収支バランスなどの局面相互間の関連もあまり明瞭ではなかった。この領域での最初の本格的検討は、隅谷三喜男氏を座長とする中期労働政策懇談会による報告書で行われている〔隅谷, 1978〕。

上記報告書は、かなり広汎な問題を取り扱っているが、ここでは高齢者の労働供給に係る部分に限定する。まず、老齢年金における年金支給開始年齢について、氏原正治郎氏は次のごとく分析している〔氏原, 1978〕：現行厚生年金には、1) 引退（退職）を要件として引退後の高齢者の生活の基礎になりうる年金を支給するとの性格が濃厚だが、2) 高齢者の低賃金を補助するための年金の性格も次第に強まりつつある。こうした低年金低賃金均衡の傾向を望ましくないものと考えらるならば、企業および労働組合は次の努力をすることが望ましい。1) 55～60歳の間の特定年齢による一律定年制の慣行を、①定年年齢の延長、②定年制度の廃止、③伸縮的定年制の採用などの方法により、修正し、制度としての定年年齢と実際の引退（退職）年齢となるべく一致させ、中高年労働者の雇用と所得が継続する慣行を形成するよう努めること。2) 所得の著しい低下を伴わない中高年労働者の企業間移動を促進するように、努力すること。

政府は、高年齢労働者の社会保障政策と雇用労働政策とを区別し、かつ両者の関係をはかるように努めるべきであること（詳細略）。そして、これらの方向に沿った努力が成功するとすれば、在職年金制度は、これを廃止するか、大幅な修正を行っても支障は起きない。

以上の前提に立つとすれば、年金支給開始年齢は、これを65歳とし、60～64歳については、減額年金、65歳以上については増額年金を支給することが可能となるとの結論が述べられている。

次に、高齢者の労働供給と年金支給の関連も、従来あまり明確でないが、前記報告書で島田晴雄氏は、家計（労働供給関数）、雇用（労働需要関数）、年金（年金制度）の三つのブロックを設定し、ブロック間の相互関連と高齢者の雇用、生活

の状況を分析している〔島田, 1978〕。

まず、高齢者の労働力率は年齢階層別にみると、55～59歳頃から徐々に低下をはじめ、60～64歳では85%台となり、65歳以上では50%を割る(『国勢調査』昭和50年)。

高齢者の労働力率に影響を与える要因としては、家計所得、就業機会、労働供給の質(教育、経験など)が考えられる。これらの点を考慮しての計測結果では、雇用者世帯では、労働力率に対し、賃金がプラスに、失業率はマイナスに作用すると示されている(自営業その他世帯についても計測あり)。また、年金収入と労働力率との関係については、わが国では計測例がないが、島田氏はアメリカのBowen-Fineganの研究における「その他所得」(家計所得のうち、年金、財産収入等の所得)の労働供給に対する弾性値を日本の場合に援用している。結果は、年金収入の労働力率への影響は55～59歳では零、60～64歳では年金収入の1%の増加が労働力率を0.06%、65歳以上では0.29%それぞれ低下させることになっている。

島田氏は、他方で高齢者労働力需要の推定を行い、労働力需給バランスの試算を行っている。

最後に、定年制といわゆる年功賃金の関係についても、きわめて多くの文献が存在するが、本報告書との関連からは、佐野陽子氏の人的資本理論に立脚した次の研究が注目される〔佐野, 1979〕。すなわち、雇用調整期においては、高齢者が賃金と雇用の面から圧力を受けるのが例だが、これは企業内養成の必要度が変わるのに対して、賃金制度があまりに硬直的なところに起因しているともいえる。したがって、定年制がこれを軽減する方策として成立しているとするれば、定年年齢の引き上げには賃金制度の検討は不可欠となろうとの結論である。

これは、きわめて妥当な推論であり、今や定年制延長問題は、賃金、退職金カーブの修正を論ぜずには検討しがたい。定年制という硬直的要因をさらに延長、制度化するについては、対応しての弾力的局面、措置を準備しておかねば経済変動に即応しえないからである。その調整部分をどこに求めるべきかは、問われるべき大きな課題であ

る。

II-3 〔参考〕——高齡化の経済学：アメリカの文献紹介*——

1. はじめに

高齡化社会の到来は、世界の主要先進国にとって回避しがたい事象である。アメリカは、この点において日本に先行して高齡化時代を迎えている国のひとつである。そのため、高齡化とそれに伴う諸問題についての経済分析も蓄積が多い。これらの諸文献を展望することは、たんにアメリカにおける高齡化社会の問題を理解するに有益であるばかりか、わが国の状況を分析、検討するに際しても多くの示唆を与えてくれる。

幸いにも、Kreps 女史らの努力によって、最近きわめて包括的かつ有益な文献展望が準備された。個々の分野の詳細な内容については、原典を参照されることとして、「高齡化の経済学」として、いかなる問題領域が設定されているかを知ること、われわれの今後の研究方向についても示唆するところが多いと思われるので、ここにその要約を紹介する(文献の詳細については、原典を参照されたい)。

I. 人口高齡化

人口高齡化とは、人口における高齢者グループ(55歳あるいは65歳以上)の比重が増大することを意味している。この現象は、その進行過程を通して、一国の経済・社会に多大の影響を及ぼす。〈年齢構造変化の決定要因〉

人口の年齢構造は、死亡率、移民などの影響を受けるものの、基本的には総再生産率に示される出生率で規定される(先進国においては、これ以上死亡率を減少させることはきわめて努力を要する)。

〈扶養率と所得移転〉

人口は、便宜的に労働力人口(18～64歳)と被扶養者人口(18歳以下と65歳以上)に区分しうる。こうした仮の区分の下で、女子1人あたりの

* R. Clark, J. Kreps and J. Spengler, "Economics of Aging: A Survey." *Journal of Economic Literature*, Vol. XVI (September 1978), pp. 919-962.

出生数を2.1とすると、全人口に対する労働力人口の比率は、次の75年間につき、0.6となる。しかしながら、被扶養者人口は、65歳以上の比率が現在の10.7%から2050年には17.6%に上昇することで大きく増加する。当然ながら、社会の扶養コストはきわめて大きくなる。しかも、一国の児童、若年者への支出は、人的資源への投資だが、老齢被扶養者への資源再配分は、将来の経済成長を低下させる。この意味からも、被扶養者人口に入る年齢を延長することは、出生率低下に伴う社会のコスト負担の軽減につながる。

II. 高齢者の経済状態

＜高齢者の所得＞

65歳以上の個人で、社会保障委員会 (Social Security Administration) の定める貧困線以下の所得階層の比率は、1959年の550万人から1976年には330万人に減少した。同期間に、貧困線以下の老齢家族の比率は、27%から8%に低下した。

この背景には、私的、公的年金システムの対象範囲の拡大と増額、追加補償所得 (Supplementary Security Income, SSI) のような振替所得プログラムの開始などがある。

1965年以降、世帯主が65歳以上の家庭の平均所得は、\$3,514から1976年には\$8,721に上昇した。これは、実質所得で38%の向上である。この間、高齢者の相対的な所得水準も徐々に改善された。

しかし、高齢者の年齢階層間には大きな問題がある。例えば、1976年時点で世帯主が、55～64歳の家族の平均所得は\$16,118だったが、65歳以上の世帯主の場合はわずかに\$8,721であった。

＜所得源泉とその重要性＞

高齢者にとっては、社会保障が最も一般的な所得源泉である。1974年において、65歳以上の世帯主の家族の90%以上が、社会保障給付を受取っていた。高齢者の約70%が、私的年金、恩給、その他の私的給付を受けている。

高齢者の所得の構成は、所得水準で大きく相違する。受給者の所得水準上昇に伴い、社会保障給付の占める比率は、大きく減少する。

＜所得源による代替率＞

公的、私的年金から引退給付として受けとる労働者の所得の内容は、その労働者の労働歴、収入水準、引退年齢、配偶者の有無などで大きく相違する。

社会保障システムは、高齢者に対して普遍的に適用されている。労働者の稼得収入水準の上昇に伴い、社会保障による代替率は急速に低下する。65歳で引退の平均稼得収入労働者の社会保障給付による代替率は、46.2%である。最大課税水準の収入で、65歳引退の労働者の場合は、代替率が33%まで下降する。課税上限以上の収入がある場合、追加的給付はないから代替率は低下を続ける。

社会保障給付を私的年金で補填するためには、労働者は退職給付プログラムのある企業に雇用されることに加えて、給付要件を満たすだけの年限を当該企業か複数の企業で働かねばならない。私的年金システムでは、給付と代替率はプラン毎に異なる。

年金給付に加えて、個人によっては貯蓄を含む資産の消費によって、引退後の生活費にあてる。労働者がその労働歴の間に資産を蓄積しえるか否かは、年間収入、失業、病歴などで左右される。調査では、高齢者のほとんどは、引退後の生活を支えるに必要な資産は、わずかししか保有していない。

配偶者も高齢で、労働期間中の収入も低水準であった引退者は、社会保障給付で引退後もなんとか所得水準を維持できる。その他の引退者にとっては、社会保障給付だけでは引退前の可処分所得を継続しえない。その場合、私的年金に期待がかけられる。しかし、長年の勤続者か高収入歴の者でない限り、年金による大きな代替は期待しえない。

＜インフレーションと高齢者の所得＞

インフレーションが、引退生活者の相対ならびに実質所得にいかなる影響を及ぼすかは、判定がかなり難しい。しかし、一般には引退生活者は、予期せざるインフレーションによって最も打撃を受けるグループとみなされている。というのは、ほとんどの政府移転所得は、各年インフレ調整が

なされているが、私的年金で、インフレ調整が自動的に行われるものは、ほとんどないからである。

III. 経済活動のライフ・サイクルパターン

<仕事の成果と能力>

年齢と人間の仕事の能力の関係についても、多くの研究がなされている。加齢と共に、人間の能力の一部が減退することは不可避だとしても、問題は通常の労働に個人のピークの能力が必要か否か、経験と訓練は生理学上の老化を相殺しうるかという点にある。

60歳以前においては、年齢の生産性への影響は無視しうるとの研究もあり、推理、判定力も、年齢の影響は少なく、理解力の減衰があったとしても知識の深さで補われるともいわれている。

また、年齢一生産性プロファイルは職業毎にかなり相違し、各職業に要求される人的資本、肉体的、精神的条件で規定される。そして、先任権、テニチャー、勤続に基礎を置いた賃金システムなどのために、年齢一稼得賃金プロファイルが年齢一生産性プロファイルから乖離することもある。

<年齢一稼得賃金プロファイル>

いくつかの横断面分析によると、労働力化した直後は、年間稼得賃金も低いが、年齢階層を重ねる毎に上昇し、45~54歳までにピークに達する。労働歴の最後の10年間については、通常このピーク時よりは低い。一般に、教育水準、熟練水準が高いほど、所得が最大となる年齢が高くなる。

また、横断面分析の結果とは異なり、コーホート分析だと65歳までは、平均稼得賃金も上昇するとの分析もある。

<ライフ・サイクルモデル>

高齢者の経済状態は、たんに経済的な偶発事象の結果ばかりでなく、ライフ・サイクルにおける教育、OJT、労働、消費にわたる資源配分選択の結果とも考えられる。このためいくつかの新しいモデルが開発されつつある。

加齢は、人的資本ストックの減耗、所得と余暇の評価の変化を含む複雑なプロセスである。年金、社会保障、収入テスト、強制退職、医療給付、その他の経済的インセンティブ（ディスインセンティブ）の効果を理解するためには、モデルも個人

の選択の結果としての労働、消費、OJT、などを含まねばならない。

IV. 高齢者の労働供給

<労働供給、退職>

高齢者の労働供給の研究を展望する上で難しいのは、労働供給あるいは退職の尺度が異なることである。労働市場における活動を評価する変数として主に使われているのは、次のごとくである：あるキャリアの終了、稼得賃金、労働時間、年金給付の受了、個人の退職または労働力率についての認識、年間労働時間と退職の予期、労働力率。

これらの基準のあるものでは、当該個人は引退したとみられるが、変数のとり方では必ずしもそうではないので注意を要する。

高齢者は、同質のグループではないので、社会・経済条件の影響の仕方は、例えば55~64歳と65歳以上は異なっている。また、個人の労働供給に関する意志決定と、経済全体の集計データとが違った方向を示すことも良くみられる。

<高齢者の労働供給に影響する要因>

退職に主に影響を及ぼす要因をめぐっては、次の二つの仮説がある。第一は、社会保障システムは、相対的に受動的かつマイナーな役割しか果たさず、退職の主たる原因は健康状態であるとの説である。第二は、社会保障は高齢者を労働力から退出させる誘因、動機となるとの説である。しかし、この二つは必ずしも二律背反ではなく、年金システムと健康状態が高齢者の退職決定の二大要因であるとの研究が増加している。

<社会保障給付>

高齢者のコーホート分析によると、とくに過去25年間についてみると、社会保障給付の適格者となると、労働力化への動きが低下することが明らかにされている。とくに、1950年代以降の社会保障の充実が、原因とみられる。とくに、なんらかの健康上の障害がある高齢者の場合、社会保障の給付適格要件が成立することは、退職決定の大きな動機を形成する。

<収入テスト>

年金は、受了者の収入にかかわらず給付されるわけではなく、収入に関するテストが存在する。

例えば、アメリカの場合、1977年の上限は、\$250/月 または \$3,000/年 であり、この線を越えると \$2の収入毎に給付は \$1ずつ引下げられる。

しかしながら、この人為的な上限の設定の高年者の影響については、必ずしも評価が定まっていない。

<私的年金給付>

公私の別を問わず、年金給付が受けられるということは、高齢者の労働市場での活動に減退効果をもたらす。

自動車産業労働者の調査では、引退後の所得が、1967年では \$4,000、1969年では \$5,000 を境として、退職の決定が行われる。

また、別の調査では、早期に退職したいと考える労働者は、予期する月額年金額が \$300 以上のグループでは 65% 以上だが、\$1~299 のグループでは、わずかに 47% に低下してしまう。

<強制定年>

私的年金の労働供給への影響は、強制定年の年齢が検討されないかぎり片手落ちである。

1961年の調査では、50人以上雇用の事業所に限るが、年金プランを持たない企業は、ほとんど強制定年年齢を定めていなかった。他方、年金システムを持つ企業で定年年齢の規定のないのは、25% にすぎなかった。

定年制と年金プランは通常、密接に関連しているのが普通である。

強制定年制に意義があるとすれば、次のごとき点であろう：企業の生産性上昇、老齢労働者退職についての客観的なスクリーン、健康問題、労働慣行、先任権、賃金スケールなどによる仕事の非弾力性。

ある研究では、強制定年制によって、65歳以上の男子の労働力率は、約5%低下したと計測されている。

<健康>

健康状態を損傷することは、労働者の生産性を低下せしめ、ひいては賃率の低下につながる。加えて、そうした状況下の労働者は、市場労働を愛好しなくなる。

高齢者の健康状態に関する客観的な資料は少な

い。

1952年の65歳以上の高齢者家庭に関する調査では、労働力化について健康が重要な要因であることが支持されている。とくに、肉体労働者について、これはあてはまる。

ある調査では、健康が損われることで、高齢者の労働市場における時間は、5~20% 減少すると計測されている。

<その他の経済的特徴>

<失業>

経済活動水準の短期的変動に対する労働力の対応については、追加的労働力仮説と就業意欲喪失労働力仮説の二つがある。

高年者についての分析では、就業意欲喪失労働力仮説が適合するようである。

高齢労働者の失業の変化への対応は、シンメトリカルではない。不況期に一度、非労働力化すると、そのまま純減になってしまうことが多い。

<都市化>

都市化の進展も、農村人口の減少を通して高齢者の労働市場での活動を減退させている。高齢者の労働供給に影響する人口学的変化の大きなものは居住地の変化である。

<その他の変数>

<賃金>

市場労働における賃金変化の理論的含意は、負の所得効果と正の代替効果があり明瞭でない。

高齢者の賃金と労働力率の間には有意な関係は計測されていない。男子高齢者の市場労働時間と賃金の関係については合意が得られていない。女子の方が、稼得賃率について男子より敏感のようだ。

<資産所得>

非賃金所得の労働供給への影響は、負だが影響の規模では社会保障や年金給付ほど大きくない。アメリカでも、初期の研究では、年金給付と資産所得をまとめて計測を行っていた。

<職業>

労働市場と労働者の関連は、職業によっても相違する。半熟練、不熟練、サービス労働者と比較して、専門的職業従事者、農夫、マネジャーは非

労働力化の割合が少ない。重筋労働に従事する労働者は、年金給付年齢に達すると、比較的速かに退職するようである。

<小括>

これまでのところ、高齢者の労働供給モデルに最も大きな影響を及ぼすのは、年金所得と健康上の制約であるとみられる。ただ、この二つの変数の間には、強い相互関係があるようだ。健康問題は、とくに年齢階層が上昇するほど影響力が大となってくる。

定年以前の退職においては、健康問題が重要な動機となるが、65歳の定年年齢に近接すると重要性は低下する。この時期になると、社会保障給付は完全に適格要件を満たすようになり、私的年金と結びついた強制退職制も機能するようになる。

V. 年 金

<社会保障>

アメリカでは、社会保障法は1935年に成立したが、その後の史的展開については数多くの研究がみられる。

歴史的研究以外に研究の焦点となっているのは、給付の形態、財政、負担方法、貯蓄行動への影響などである（詳細略）。

VI. 年齢構造変化へのマクロ経済的反応

人口高齢化に対する一国の経済的反応は、ひとつには自らの高齢化に対する個人の自動的な対応であり、他方では老人と称される社会の構成員の増大の集結した衝撃に対する人口の反応である。この反応は、コーホート毎に相違するかもしれない。

<年齢と生産性>

経済的に相当重要なのは、高齢化の個人の生産性についての影響であり、その結果としての所得を通しての経済的行動（消費、貯蓄、労働供給）への関連である。

ただ、生産性と年齢の関係は個人あるいは雇用の内容できわめて相違している。この内容については、未だ明確にとらえられていないが、生産性がライフ・サイクルにしたがい、変化するとすれば、人口の年齢構造の将来の変化は、一国の経済効率、生産性の上昇率にイムパクトを与えるだろう。

<年齢と移動性>

水平的ならびに垂直的な社会経済的移動性は、高齢化の影響を受ける。水平的な移動性は、他の条件を一定とすると、年齢と逆に関連している。これは、ひとつには物理的条件によってであり、他方では移動のコストを補う機会のためである。

移動を規定する要因としては、年齢、教育、人種が重要であるとの調査結果もある。

垂直的移動についての高齢化の影響は、人口の比較的大きく安定的な部分が50歳以上の場合は、重要と思われるが、それにしても、労働力の約2%程度が、毎年入れ替っても、経済の弾力性は大きくは減少しないだろう。

<年齢と消費、貯蓄>

高齢化に伴う生理学的、経済的、社会的変化で、消費も年齢と共に変化するかもしれない。アメリカでは“65歳以上市場”（over-65 market）の到来も想定されている。

また、個人の側からみた高齢化と貯蓄の関係は、主にその人の年間所得カーブと家族の支出パターンで決められている。制度化された貯蓄（例えば、社会保障、年金）は個人の私的貯蓄を減退させるが、不動産保有のようなその他の動機が、貯蓄を増加させることになるのかといった点は、あまり明確ではない。

VII. 総括コメント

アメリカの人口構造は、次の25～50年にかけて確実に高齢化して行く。この点に関するエコノミストの理論的かつ政策指向的研究は、強く要請されるところである。

ライフ・サイクルの厳密な分析は、経済学では比較的最近のことである。女子労働力、弾力的退職年齢、健康状態に関するより良い尺度など、究明すべき点は数多い。

また、全経済の生産性に及ぼす年齢構造の変化についても、実証が著しく欠けている。

将来に予測される人口構造の高齢化は、高齢化の経済分析の重要性を強調している。

III 労働供給分析の望ましいモデル

本報告のひとつの目的は、性別・年齢階層別の

労働力率の時系列分析を試みることにある。前述の文献展望から明らかなように、この領域でも既にかなりの量の研究成果の蓄積がみられる。以下では、これらの先学の業績の評価、反省の上に、望ましいモデルの姿を構想するとともに、現実の諸制約の下で計測可能なモデルの方向を設定する。

労働供給の実証分析は、とくにアメリカにおいて長い歴史を持ち、P. H. Douglas [1934] の先駆的業績に端を発した後、W. S. Woytinsky and Associates [1953], C. D. Long [1958], J. Mincer [1962], G. C. Cain [1966], W. G. Bowen and T. A. Finegan [1969] などの研究者による実証ならびに理論的精緻化が進行した。とくに Bowen = Finegan の研究は、Douglas 以来の研究のこの時点における集大成ともいえるべきものである。

他方、1960年代後半の「負の所得税」導入をめぐる論議のたかまりとともに、各種の公的所得保障の労働供給に及ぼす効果についての検討が開始された。とくに、この問題意識に立っての研究は、従来の国勢調査などの集計データよりは、SEO (Survey of Economic Opportunity) などに代表される標本個票データ (マイクロ・データ) に資料の重点を置いているのが特徴である。この分野での代表的研究としては、現在のところ、G. C. Cain and H. W. Watts [1973], S. Masters and I. Garfinkel [1977] などをあげることができる。

これまでの諸研究を通してのひとつの特徴は、そのほとんどが横断面分析であって、時系列分析については比較的小さな比重しか割かれていないことである。この原因は、ひとつには時系列分析の場合、モデルに労働力の持ついろいろな特徴 (例えば、年齢、既婚未婚の別、子供の数) を組み込むことが難しいことにある。それとともに、時系列分析に適したデータが未だ十分開発されていないことにもよると考えられる。

こうした状況の下で、次章では相対的に解明のおくれている時系列面で、いくつかの計測を試みるものだが、それに先立ち現在の研究の到達段階でみた二、三の問題点を指摘しておく必要がある。

第一は、アメリカを中心とする労働供給に関す

る実証分析のほとんどすべてが、所得一余暇の選好関数を直接対象としてとり上げることなく、選好の結果として成立する労働供給に関する誘導型を線型方程式で近似するという方法がとられていることである。これは労働供給主体の選好場を直接測定対象とすることが現段階では、きわめて困難であること、コンピューターの進歩に伴う線型方程式の操作の容易性などによるためと考えられるが、間接的方法の持つ意味については労働供給理論との関連で絶えず反省が必要である。

第二は、最近のこの分野の研究は、次第に個票資料による大量データ処理に基づく分析に比重が移行しつつあることに関連している。整備された個票データは、情報量の点でも在来のマクロ集計データが提供しえないものを持っている。わが国では、未だ一般研究者に利用可能な個票データ・ファイルはほとんどないが、今後利用可能となることを期待したい (現在、総理府統計局「全国消費実態調査」に関して島田晴雄氏を中心に開発が進められている)。

しかしながら、これらの個票データもそれなりの問題を持っており、なかなか理想のものとはなりがたい。例えば、中年既婚男子の労働供給分析を試みた Masters = Garfinkel は、使用した 1,700 の標本のうち、わずか1つの異常なデータのために、結果が大きく左右されることを指摘し、個票データによる計測結果については、十分な注意が必要であることを警告している。しかも、計測方法についても、きわめて多くの解決すべき問題があることが指摘されている。

さて、わが国の実証分析についてみると、横断面分析に関しては、女子についての大淵、梅谷、西川、佐野氏などによる研究が蓄積されているが、主たる資料となる『国勢調査』の情報量の限界もあり、アメリカの研究に匹敵するようなモデルの精緻化、展開は期待しえない。

また、時系列分析についても、都道府県別、産業別、年齢階層別女子就業者の予測も行われているが [井原, 1972], 昭和 35, 40 年の2時点のデータ (『国勢調査』) で予測式を設定するというやや無理なものであり (この点は井原氏自身認めて

いる), 計測結果もその後の展開に照らすとあまり芳しくない。

また, 日経センター [1978] によっても, 長期労働市場モデル推計のために, 男女労働力率関数が計測されている。しかし, マクロ・モデルの一部という制約もあり, やや加工が過ぎて説明変数と被説明変数の関係も明示的でない。

アメリカの研究においても, 横断面分析に投入された労力と比較すると, 時系列分析へのそれは格段に少ない。Bowen=Finegan が設定したモデルを, 参考までに紹介すると, 次のごとくである: [Bowen=Finegan, 1969, pp. 506-511]

$$(L_i/P_i)_t = a + b(U/L)_{t-1} + c(E_m/E)_{t-1} + dT + eT^2 + fD$$

ここで,

$(L_i/P_i)_t$ は, 四半期 t の季節調整済階層別労働力率;

$(U/L)_{t-1}$ は, 四半期 $t-1$ の季節調整済失業率;

$(E_m/E)_{t-1}$ は, 四半期 $t-1$ の季節調整済, 全雇用者に占める製造業雇用者比率;

T は, 時間トレンド (四半期毎 1, 2, …, n)

D は, ダミー変数

第一の説明変数 $(U/L)_{t-1}$ は, 労働市場の繁閑を示す指標として採用されている。時間のラグは, 労働市場の変化と労働力側の意志決定のおくれなどを考慮したためである。

製造業雇用者比率は, とくに二次的労働力 (10代, 高年者, 女子一般) の行動説明のため導入されたもので, この比率の減少は, 他の条件を一定とすると, 働きざかりの男子の雇用との比較において, 二次的労働力の雇用機会の増加を促進するような産業構成の変化を予期したものである。

時間トレンド変数は, 計測式で明示的に制禦しえない経済, 人口, 嗜好などの要因でもたらされた労働力率の変化のある部分を説明しようとするものである。このような形の時間トレンド変数を組み込むことは, しばしば異様な結果を生むことがあり, あまり望ましくないが Bowen=Finegan [1969] も指摘する通り, 代替する有力な変数を見出しえないため試験的に導入されている。また T^2

は時間トレンドの効果が逓減することを意味している (e の符号は負)。

このモデルの計測結果については, ここでは触れないが, 総体としては良好な結果が得られたと判定しうる。しかし, 単一の計測モデルで, すべての年齢, 性別グループについて, 満足できる結果を得ることに成功していない。これについては, 今後, 性別・年齢別各階層グループ毎に, 説明変数, 時間ラグなどについて個別にきめの細かい検討が必要であることが判明している。

わが国の状況についてみると, データの未開発などの制約を考えると, 時系列分析面でとりうるひとつの方向は, 『労働力調査』, 『国民所得統計』などの利用可能な集計データに基づき, 性別, 年齢階層別に労働力率の回帰分析を試みることである。説明変数としては, これまでの内外の研究成果に鑑み, 1) 労働市場の全体的需給を代表する指標, とくに二次的労働力の動向を決定するもの, 2) 各階層グループに対応する賃率, 雇用機会などの労働市場指標, 3) 各階層グループ毎の非市場的收入機会, 4) 恩給, 年金などの非労働収入, 資産, 5) 健康状態, 教育, 結婚, 未婚, 労働歴など各階層グループ毎の労働力化に影響する指標, 6) 自営, 雇用者別などの世帯類型といった諸変数をできうるかぎり組み込むことが望ましい (ただ, わが国の現状では個票データの利用がほとんど不可能なため, 県別データなどによらねばならない。その場合に, 所得, 賃金率などの平均値に, 他の変数の影響が混入する可能性が高いので, 結果の解釈については十分な注意が必要となる)。

IV 計測結果

前述のごとき予備的考察に続き, 今回は次のごときモデルによる男女性別・年齢階層別労働力率の時系列分析を試みた。説明変数については, 時系列分析に使用可能な資料が限られており, 以下の諸変数に限定せざるをえなかった。

基本モデル:

$$L_m(f) = \alpha_0 + \alpha_1 X_1 + \alpha_2 X_2 + \alpha_3 X_3 + \alpha_4 X_4 + \alpha_5 X_5 + \alpha_6 X_6 + \alpha_7 X_7$$

ここで,

表 IV-1 労働力率

年齢区分	式番号	定数項	X_1	X_2	X_3
男子					
15～19歳	対 3	1.241 (6.418)	-0.232 (-2.062)		
20～24歳	対 28	4.034 (96.673)	-0.581・10 ⁻¹ (-2.396)		
25～29歳	線 136	103.051 (32.280)	-0.685 (-1.335)		
30～34歳	線 160	99.754 (323.867)	-0.134・10 ⁻¹ (-0.047)		0.975・10 ⁻² (0.937)
35～39歳	線 184	94.646 (47.769)	-0.690 (-1.385)		0.129・10 ⁻¹ (0.796)
40～44歳	対 4	4.509 (289.842)	-0.116・10 ⁻¹ (-2.144)		
45～49歳	線 229	98.086 (234.652)	-1.309 (-3.638)		
50～54歳	線 258	97.425 (214.122)	-0.334 (-1.406)		0.330・10 ⁻¹ (1.712)
55～59歳	線 304	93.221 (124.174)	-2.991 (-4.629)		
60～64歳	線 327	95.935 (39.800)	-3.550 (-6.779)		
65歳以上	対 128	3.180 (91.563)	-0.911・10 ⁻¹ (-4.517)		

注: ① IV-1～8表については紙幅の関係から、全計測式を掲載しえないため統計的に有意と考えられる代表例を選択した。

表 IV-2 労働力率

年齢区分	式番号	定数項	X_1	X_2	X_3
女子					
15～19歳	対 28	1.598 (8.183)	-0.315 (-2.776)		
20～24歳	対 163	1.131 (0.295)	-0.302・10 ⁻² (-0.059)		
25～29歳	線 510	31.219 (13.338)	-0.912 (-0.424)		0.160 (2.027)
30～34歳	線 527	106.936 (25.172)	-0.654 (-7.087)		
35～39歳	線 552	86.974 (37.759)	-4.849 (-9.709)		
40～44歳	線 586	88.225 (7.415)	-0.913・10 ⁻¹ (-1.101)		
45～49歳	線 13	71.278 (6.623)	-0.735 (-0.411)		0.594・10 ⁻¹ (0.996)
50～54歳	線 28	61.805 (43.959)	-1.000 (-1.362)		
55～59歳					
60～64歳	対 302	5.539 (24.135)	-0.905・10 ⁻¹ (-3.399)		
65歳以上	対 327	10.430 (18.733)	-0.502 (-7.768)		

と 失 業 率

X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	$\bar{R}^2$	D. W.
		0.792 (13.193)			0.934	0.646
		0.133 (10.285)			0.913	1.156
	-0.286 (-2.263)		-0.262 $\cdot 10^{-4}$ (-4.322)	0.428 (4.761)	0.856	2.505
		-0.102 (-6.132)			0.943	1.700
			0.669 $\cdot 10^{-5}$ (2.342)		0.845	2.399
			0.646 $\cdot 10^{-2}$ (4.390)		0.504	2.318
			0.678 $\cdot 10^{-5}$ (4.020)		0.473	1.640
		-0.880 $\cdot 10^{-1}$ (-7.747)			0.792	2.050
			0.219 $\cdot 10^{-4}$ (7.229)		0.750	1.466
	-0.373 (-4.393)				0.760	1.955
		0.265 (24.804)			0.981	0.832

② 表中の該当年齢層に計測結果の記載のないものは、有意な計測結果が得られなかったものである。

と 失 業 率

X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	$\bar{R}^2$	D. W.
		0.685 (11.306)			0.919	0.736
0.161 (0.757)		0.308 (1.499)	-0.436 $\cdot 10^{-1}$ (0.356)	-0.353 $\cdot 10^{-2}$ (-0.169)	0.756	1.342
		0.680 (5.371)	0.321 $\cdot 10^{-4}$ (1.572)		0.931	1.730
	-1.913 (-1.275)				0.915	1.611
	-0.890 (-1.097)				0.913	2.004
	-0.106 $\cdot 10^1$ (-2.248)		-0.659 $\cdot 10^{-4}$ (-2.908)	0.975 (2.907)	0.570	1.746
	-0.489 (-1.146)		-0.353 $\cdot 10^{-4}$ (-1.579)	0.686 (2.212)	0.548	1.305
		-0.169 (-5.323)			0.609	1.918
	-0.568 (-8.060)				0.795	1.825
	-0.226 $\cdot 10^1$ (-13.263)				0.922	1.660

表 IV-3 勞 働 力 率 と

年 齡 区 分	式 番 号	定 数 項	X_1	X_2	X_3
男 子					
15 ~ 19 歳	対 51	10.547 (8.202)		0.232 (3.109)	
20 ~ 24 歳	線 98	82.184 (19.706)		0.200 (0.166)	-0.126 (-1.640)
25 ~ 29 歳	対 109	3.590 (13.887)		$0.154 \cdot 10^{-2}$ (0.431)	
30 ~ 34 歳	線 172	92.159 (102.161)		0.155 (0.789)	$0.128 \cdot 10^{-1}$ (1.086)
35 ~ 39 歳	対 143	4.521 (189.231)		$0.607 \cdot 10^{-2}$ (1.362)	
40 ~ 44 歳	線 217	97.759 (335.711)		0.465 (2.583)	
45 ~ 49 歳	線 241	92.400 (84.779)		0.144 (0.543)	
50 ~ 54 歳	線 268	94.202 (343.182)		0.922 (3.645)	
55 ~ 59 歳	線 318	88.209 (214.672)		1.829 (4.829)	
60 ~ 64 歳	対 74	2.512 (2.699)		$0.191 \cdot 10^{-1}$ (1.283)	$0.694 \cdot 10^{-1}$ (1.678)
65 歳 以上					

表 IV-4 勞 働 力 率 と

年 齡 区 分	式 番 号	定 数 項	X_1	X_2	X_3
女 子					
15 ~ 19 歳	対 149	9.375 (7.950)		0.194 (2.706)	
20 ~ 24 歳	対 169	1.660 (1.125)		$0.282 \cdot 10^{-2}$ (0.054)	
25 ~ 29 歳	対 18	8.073 (4.886)		$0.405 \cdot 10^{-1}$ (1.193)	
30 ~ 34 歳	対 142	3.303 (77.244)		$0.158 \cdot 10^{-4}$ (0.001)	
35 ~ 39 歳	対 55	1.508 (1.216)		$0.147 \cdot 10^{-1}$ (0.742)	
40 ~ 44 歳	対 76	5.149 (5.423)		$0.124 \cdot 10^{-1}$ (0.705)	
45 ~ 49 歳	線 24	82.064 (10.412)		2.013 (2.552)	
50 ~ 54 歳	線 50	26.206 (1.963)		1.340 (1.348)	
55 ~ 59 歳					
60 ~ 64 歳	線 119	63.937 (14.918)		2.182 (2.342)	0.100 (1.880)
65 歳 以上	対 132	7.537 (5.583)		$0.575 \cdot 10^{-1}$ (2.074)	

有効求人倍率

X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	$\bar{R}^2$	D. W.
-0.793 (-11.550)	0.507 (0.865)				0.970	1.189
		0.256 (2.161)		-0.505 $\cdot 10^{-4}$ (-4.315)	0.956	1.221
0.686 $\cdot 10^{-1}$ (3.845)		0.791 $\cdot 10^{-1}$ (3.627)			0.625	2.921
	0.189 (4.594)			0.391 $\cdot 10^{-5}$ (4.722)	0.929	2.075
				0.538 $\cdot 10^{-3}$ (2.521)	0.316	2.119
		-0.450 $\cdot 10^{-1}$ (-5.119)			0.750	2.837
	0.169 (3.418)				0.647	1.901
				0.545 $\cdot 10^{-5}$ (3.995)	0.620	1.293
	0.116 $\cdot 10^{-4}$ (5.682)				0.762	1.720
		0.216 (2.150)		0.454 $\cdot 10^{-1}$ (1.033)	0.683	2.096

有効求人倍率

X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	$\bar{R}^2$	D. W.
0.125 (0.374)	-0.729 (-0.989)		-0.439 (-2.622)		0.969	1.550
0.136 (2.074)		0.288 (1.810)	0.227 $\cdot 10^{-1}$ (0.327)		0.774	1.305
	-0.845 (-3.000)		-0.146 (-1.485)	0.147 $\cdot 10^{-1}$ (0.981)	0.904	1.587
		0.203 (13.754)			0.924	1.353
0.101 (1.828)		0.314 (2.353)	0.474 $\cdot 10^{-1}$ (0.811)		0.882	2.468
		0.123 (1.038)	-0.146 (-2.413)	0.267 $\cdot 10^{-1}$ (4.673)	0.669	2.317
	-0.104 $\cdot 10^{-1}$ (-2.817)		-0.516 $\cdot 10^{-4}$ (-3.266)	0.921 (3.608)	0.698	1.871
		0.852 (2.142)	-0.437 $\cdot 10^{-4}$ (-3.028)	0.175 $\cdot 10^1$ (2.819)	0.734	2.539
	-1.078 (-5.849)				0.856	2.309
	-0.692 (-3.008)		-0.178 (-2.208)	0.166 $\cdot 10^{-1}$ (1.351)	0.935	2.217

表 IV-5 労働力率と製造

年齢区分	式番号	定数項	X_1	X_2	X_3
男子					
15 ~ 19 歳	対 51	10.547 (8.202)		0.232 (3.109)	
20 ~ 24 歳	対 27	6.257 (21.194)	-0.206 (-6.003)		
25 ~ 29 歳	対 77	4.369 (98.087)	-0.893 $\cdot 10^{-2}$ (-1.728)		
30 ~ 34 歳	線 172	92.159 (102.161)		0.155 (0.789)	0.128 $\cdot 10^{-1}$ (1.086)
35 ~ 39 歳					
40 ~ 44 歳	対 4	4.188 (196.427)	0.307 $\cdot 10^{-1}$ (10.550)		
45 ~ 49 歳	線 241	92.400 (84.799)		0.144 (0.543)	
50 ~ 54 歳					
55 ~ 59 歳	線 318	88.209 (214.672)		1.829 (4.829)	
60 ~ 64 歳	対 67	5.532 (7.676)	-0.291 $\cdot 10^{-1}$ (-1.070)		
65 歳以上	対 86	10.113 (8.159)	-0.569 $\cdot 10^{-1}$ (-1.216)		

表 IV-6 労働力率と製造

年齢区分	式番号	定数項	X_1	X_2	X_3
女子					
15 ~ 19 歳	対 149	9.375 (7.950)		0.194 (2.700)	
20 ~ 24 歳	対 158	4.738 (12.355)	0.259 $\cdot 10^{-1}$ (-0.433)		
25 ~ 29 歳	対 18	8.073 (4.886)		0.405 $\cdot 10^{-1}$ (1.193)	
30 ~ 34 歳	対 32	6.322 (14.149)		0.482 $\cdot 10^{-1}$ (1.860)	
35 ~ 39 歳	線 552	86.794 (37.759)	-4.849 (-9.709)		
40 ~ 44 歳	対 67	7.126 (6.495)	0.811 $\cdot 10^{-2}$ (-0.196)		-0.140 (-1.087)
45 ~ 49 歳	線 24	82.064 (10.412)		2.013 (2.552)	
50 ~ 54 歳					
55 ~ 59 歳					
60 ~ 64 歳	線 119	63.937 (14.918)		2.182 (2.342)	0.100 (1.880)
65 歳以上	対 179	7.972 (3.299)	-0.877 $\cdot 10^{-1}$ (-0.629)		

業 就 業 者 数 比 率

X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	$\bar{R}^2$	$D. W.$
-0.793 (-11.550)	0.507 (0.866)				0.970	1.189
	-0.554 (-6.107)				0.775	1.298
	$0.632 \cdot 10^{-1}$ (4.625)				0.613	1.556
	0.189 (4.594)		$0.391 \cdot 10^{-5}$ (4.722)		0.929	2.075
-0.208 $\cdot 10^{-1}$ (-9.453)	0.188 (14.127)				0.967	2.477
	0.169 (3.418)				0.647	1.901
	$0.116 \cdot 10^{-4}$ (5.682)				0.762	1.720
-0.226 (-2.669)	0.351 (2.584)		$0.925 \cdot 10^{-2}$ (0.261)	$0.126 \cdot 10^{-1}$ (1.569)	0.771	2.791
-0.589 (-4.044)	0.614 (2.631)		-0.197 (-3.233)	$0.518 \cdot 10^{-1}$ (3.770)	0.984	1.910

業 就 業 者 数 比 率

X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	$\bar{R}^2$	$D. W.$
0.125 (0.374)	-0.729 (-0.989)		-0.439 (-2.622)		0.969	1.550
$0.449 \cdot 10^{-1}$ (0.403)	-0.123 (-0.474)		$-0.527 \cdot 10^{-1}$ (-0.867)		0.699	0.993
	-0.845 (-3.000)		-0.146 (-1.485)	$0.147 \cdot 10^{-1}$ (0.981)	0.904	1.587
-0.137 (-5.774)	-0.282 (-1.385)				0.936	1.441
	-0.890 (-1.097)				0.913	2.004
	0.166 (0.804)		-0.212 (-3.933)	$-0.375 \cdot 10^{-1}$ (-3.081)	0.652	2.081
	$-0.104 \cdot 10^{-1}$ (-2.817)		$-0.516 \cdot 10^{-4}$ (-3.266)	0.921 (3.608)	0.698	1.871
	-1.078 (-5.849)				0.856	2.309
	-0.954 (-2.069)		-0.173 (-0.949)	$0.155 \cdot 10^{-2}$ (-0.061)	0.950	2.063

表 IV-7 労働力率と

年齢区分	式番号	定数項	X_1	X_2	X_3
男子					
15 ~ 19 歳	対 17	0.869 (7.122)		0.202 (4.530)	
20 ~ 24 歳	線 98	82.184 (19.706)		0.200 (0.166)	-0.126 (-1.640)
25 ~ 29 歳	対 109	3.590 (13.887)		$0.154 \cdot 10^{-2}$ (0.431)	
30 ~ 34 歳	線 164	102.967 (64.525)			$0.113 \cdot 10^{-1}$ (-0.151)
35 ~ 39 歳	対 144	-0.975 (-1.400)	$0.206 \cdot 10^{-1}$ (2.233)		
40 ~ 44 歳	線 217	97.759 (335.711)		0.465 (2.583)	
45 ~ 49 歳	線				
50 ~ 54 歳	線 258	97.425 (214.122)	-0.334 (-1.406)		$0.330 \cdot 10^{-1}$ (1.712)
55 ~ 59 歳	対 52	3.805 (9.087)		$0.510 \cdot 10^{-2}$ (0.880)	
60 ~ 64 歳	対 103	4.334 (211.291)	$-0.364 \cdot 10^{-1}$ (-3.057)		
65 歳以上	対 128	3.180 (91.563)	$-0.911 \cdot 10^{-1}$ (-4.517)		

表 IV-8 労働力率と

年齢区分	式番号	定数項	X_1	X_2	X_3
女子					
15 ~ 19 歳	線 442	0.261 (-0.096)		-7.279 (4.367)	
20 ~ 24 歳	対 169	1.660 (1.125)		$0.128 \cdot 10^{-2}$ (0.054)	
25 ~ 29 歳	線 510	31.219 (13.338)	-0.912 (-0.424)		0.160 (2.027)
30 ~ 34 歳	対 36	3.169 (1.567)		$0.485 \cdot 10^{-1}$ (1.496)	
35 ~ 39 歳	対 55	1.508 (1.216)		$0.147 \cdot 10^{-1}$ (0.742)	
40 ~ 44 歳	対 76	5.149 (5.423)		$0.124 \cdot 10^{-1}$ (0.705)	
45 ~ 49 歳	対 95	3.512 (3.390)		$0.361 \cdot 10^{-1}$ (1.875)	
50 ~ 54 歳	線 50	26.202 (1.963)		1.340 (1.384)	
55 ~ 59 歳					
60 ~ 64 歳					
65 歳以上	対 188	-2.032 (-0.562)		0.130 (2.252)	

農業従業者数比率

X_1	X_4	X_5	X_6	X_7	$\bar{R}^2$	$D.W.$
		0.903 (21.365)			0.964	1.307
		0.256 (2.161)	$-0.505 \cdot 10^{-4}$ (-4.315)		0.956	1.221
$0.686 \cdot 10^{-1}$ (3.845)		$0.791 \cdot 10^{-1}$ (3.627)			0.625	2.921
		-0.199 (-3.992)	$0.123 \cdot 10^{-5}$ (0.372)	-0.176 (-2.044)	0.954	1.780
0.295 (7.638)		0.277 (7.417)	0.159 (7.142)	$0.273 \cdot 10^{-1}$ (-7.207)	0.865	2.778
		$-0.450 \cdot 10^{-1}$ (-5.119)			0.750	2.837
		-0.880 $\cdot 10^{-1}$ (-7.747)			0.792	2.050
$0.540 \cdot 10^{-1}$ (1.869)		$0.395 \cdot 10^{-1}$ (1.119)			0.754	1.944
		$0.267 \cdot 10^{-1}$ (4.195)			0.719	1.984
		0.265 (24.804)			0.981	0.832

農業従業者数比率

X_1	X_4	X_5	X_6	X_7	$\bar{R}^2$	$D.W.$
		1.419 (17.398)			0.948	1.231
0.136 (2.074)		0.288 (1.810)	$0.227 \cdot 10^{-1}$ (0.327)		0.774	1.305
		0.680 (5.371)	$0.321 \cdot 10^{-4}$ (1.572)		0.931	1.730
-0.132 (-1.476)		0.289 (1.326)	0.121 (1.267)		0.931	1.466
0.101 (1.828)		0.314 (2.353)	$0.474 \cdot 10^{-1}$ (0.811)		0.882	2.468
		0.123 (1.038)	0.146 (-2.413)	$0.267 \cdot 10^{-1}$ (4.673)	0.669	2.317
		1.697 (1.319)	$0.558 \cdot 10^{-5}$ (0.000)	$0.129 \cdot 10^{-1}$ (2.081)	0.524	1.097
		0.852 (2.142)	$0.437 \cdot 10^{-4}$ (-3.028)	$0.175 \cdot 10^{-1}$ (2.819)	0.734	2.539
-0.213 (-1.327)		1.025 (2.632)			0.960	1.744

- L_m : 男子労働力率 (年齢階層別 15 グループ)
- L_f : 女子労働力率 (年齢階層別 15 グループ)
- X_1 : 完全失業率 (男女計)
- X_2 : 有効求人倍率 (男女計)
- X_3 : 国民総支出 (実質) 前年比
- X'_3 : 同上, 実数
- X_4 : 製造業就業者数比率
- X_5 : 農業従業者数比率
- X_6 : 市場賃率
- X_7 : 時間トレンド

ここで, X_2 と X_3 , X_4 と X_5 は説明力をテストするための代替指標である。また, X_3 は一部マイナス値があるため, 対数型では絶対値の X'_3 を使用している。 $X_3(X'_3)$ は, 他の独立変数では説明しえないと思われる変動趨勢のために導入した変数である。

X_7 は, Bowen=Finegan のモデルにならない, 明示的にコントロールしえない経済, 人口, 嗜好などの要因によってもたらされる労働力率の変化を部分的にも説明しようとの意図で導入したものである。 X_7 については, 対数変換式においても一次の項として, そのまま導入している。

計測は, 性別, 年齢階層別に線型ならびに対数型について行った。計測期間は, 昭和 35 年から 52 年までで, 年次データを使用した。

IV-I 計測結果

1. 雇用機会の豊富さと労働力率

労働市場における雇用機会の豊富さを示す指標として, この計測では完全失業率ならびに有効求人倍率を採用した。

完全失業率 (X_1) と労働力率の関係については, 従来とくにアメリカの研究においては「就業意欲喪失仮説」(the “discouraged worker hypothesis”) と「付加的労働力仮説」(the “additional worker hypothesis”) の二つの相対立する仮説が提示され, その検証をめぐって多くの計測が試みられてきた。そして現実には, この二つはしばしば混在して存在していることが確認されたが, どちらかといえば, 前者が強くあらわれていることが検証されている〔詳細は梅谷=桑原 (1970) 参照〕。

今回の計測でも, 男女共に全体として「就業意欲喪失効果」の方が強く見出される。弾性値についてみると, 男子は 55~64 歳の高齢者層, 続いて 25~29 歳の青年, 若年層, 45~49 歳の中年層が大きい (表 IV-1)。女子については, 35~44 歳の中年層, 続いて 15~19 歳の若年層が大きい (表 IV-2)。また, 今回の計測では, 女子の 55~59 歳層については, 統計的な有意な結果が得られなかった。今後の計測では, 新たな説明変数を検討する必要がある。

有効求人倍率 (X_2) についても, 全体として「就業意欲喪失効果」が認められる。男子についてみると, 回帰係数は 50~59 歳の高年層が最も大きく, 続いて 24 歳以下の若年層が大きい (表 IV-3)。女子については, 回帰係数は 45 歳以上の中高年層, 続いて 15~19 歳の若年層が大きい。これも 55~59 歳層についての計測は, 有意なものが得られていない (表 IV-4)。

2. 製造業就業者数比率 (X_4) と農業従業者数比率 (X_5)

製造業就業者数比率 (X_4) と労働力率の関係についてみると, まず男子は高齢者および若年層 (20~24 歳) に関して, 製造業の拡大は労働力率低下をもたらした効果がある程度読みとれるが, 明瞭な傾向ではない (表 IV-5)。女子については男子より一貫した傾向がみられ, 特に, 60 歳以上の高年層ならびに 15~19 歳, 25~29 歳の若年層 35~39 歳の中年層の労働力率低下が大きい。しかし, その他の年齢層については, 結果は必ずしも安定していない (表 IV-6)。

農業従事者数比率 (X_5) についても, 計測結果はほぼ同様である。男子については, 55 歳以上の高齢者および 29 歳以下の若年層には, 農業就業者数減少による労働力率の低下が顕著である (表 IV-7)。しかし, その他の年齢階層については無関係である。女子についての計測結果は, 男子より比較的符号は安定しているものの, 回帰係数には一貫した傾向は見出しがたい。比較的, 若年層 (15~19 歳) の弾性値が大きい。しかも 55~64 歳の高年齢層については有意な計測結果が得られなかった (表 IV-8)。

<労働力率>

表 IV-9 労働力率多重回帰計測 (投入) データ

(単位: %)

男 子	L_{m1}	L_{m2}	L_{m3}	L_{m4}	L_{m5}	L_{m6}	L_{m7}	L_{m8}	L_{m9}	L_{m10}	L_{m11}	L_{m12}	L_{m13}	L_{m14}	L_{m15}
	総 数	15~24 歳計	15~ 19歳	20~ 24歳	25~54 歳 計	25~ 29歳	30~ 34歳	35~ 39歳	40~ 44歳	45~ 49歳	50~ 54歳	55歳 以上	55~ 59歳	60~ 64歳	65歳 以上
昭和35年	84.8	68.7	52.7	87.8	96.0	95.5	96.6	96.2	96.8	95.9	94.9	73.7	88.9	81.4	56.9
36	84.9	68.0	51.1	86.8	96.2	95.8	96.9	97.1	96.2	96.7	94.4	73.6	89.1	81.9	57.3
37	84.3	66.2	46.7	87.1	96.5	96.1	96.9	97.2	97.0	96.4	94.8	74.8	90.2	83.7	57.7
38	83.1	63.2	42.4	86.1	96.4	96.1	97.0	96.8	97.1	96.4	94.9	73.5	89.7	82.4	56.4
39	82.1	60.2	37.3	85.8	96.6	96.6	96.9	97.3	96.8	96.3	94.9	73.5	89.8	82.7	56.3
40	81.7	59.0	36.3	85.8	96.7	96.8	97.0	97.1	97.0	96.8	95.0	73.4	90.0	82.8	56.3
41	81.7	58.6	37.9	85.7	96.8	96.9	97.2	97.2	96.9	96.4	95.4	73.4	90.4	82.5	56.0
42	81.6	57.5	36.9	83.6	97.0	96.7	97.4	97.2	97.5	97.3	95.4	72.1	90.7	82.2	54.5
43	82.1	58.3	37.0	82.2	97.5	97.5	98.0	97.8	97.5	97.4	96.2	71.3	91.1	81.9	52.1
44	81.9	57.2	33.7	80.4	97.4	97.2	97.7	97.7	97.7	97.2	96.1	70.9	91.6	82.2	51.3
45	81.8	57.7	31.4	80.5	97.3	97.2	98.0	97.7	97.5	97.1	96.0	69.7	91.4	81.4	49.4
46	82.2	59.1	30.6	81.3	97.6	97.6	98.1	97.8	97.7	97.0	96.2	69.2	92.3	81.4	48.1
47	82.0	57.7	27.3	81.2	97.3	97.6	98.0	98.0	97.6	97.2	95.8	67.9	92.0	80.1	47.0
48	82.0	55.3	25.2	79.5	97.5	96.9	98.1	98.1	98.0	97.2	96.0	67.8	92.2	81.0	46.7
49	81.6	52.8	23.6	77.7	97.3	96.5	98.1	98.0	97.8	97.2	95.8	66.8	92.0	80.6	45.6
50	81.1	50.0	20.5	76.1	97.1	96.4	97.9	97.8	97.6	96.8	95.8	65.9	92.0	80.2	44.4
51	81.1	48.2	19.2	74.9	97.2	96.7	97.9	97.9	97.4	96.8	96.0	65.0	91.8	80.3	43.2
52	80.5	45.9	18.2	72.3	97.1	96.4	97.9	97.8	97.5	96.9	95.9	63.7	91.1	78.2	42.4

資料: 総理府「労働力調査報告」

注: 昭和42年の55~59歳, 60~64歳は統計区分の関係で数値が得られないため, 41, 43年の中間値で補正。

<労働力率>

(単位: %)

女 子	L_{f1}	L_{f2}	L_{f3}	L_{f4}	L_{f5}	L_{f6}	L_{f7}	L_{f8}	L_{f9}	L_{f10}	L_{f11}	L_{f12}	L_{f13}	L_{f14}	L_{f15}
	総 数	15~24 歳計	15~ 19歳	20~ 24歳	25~54 歳 計	25~ 29歳	30~ 34歳	35~ 39歳	40~ 44歳	45~ 49歳	50~ 54歳	55歳 以上	55~ 59歳	60~ 64歳	65歳 以上
昭和35年	54.5	59.2	49.0	70.8	57.6	54.5	56.5	59.0	60.9	60.7	54.9	36.7	49.7	43.0	25.6
36	54.3	59.9	49.3	70.9	57.1	52.5	54.8	60.2	62.5	60.8	53.7	37.1	49.2	44.4	26.1
37	53.4	59.5	46.8	72.5	57.1	52.3	54.0	59.5	62.2	60.7	56.7	34.3	48.7	40.6	22.8
38	52.0	56.4	41.9	71.9	56.3	50.7	52.9	59.4	62.4	59.7	55.8	33.8	48.7	40.2	21.8
39	51.1	53.4	37.4	70.7	55.9	49.4	52.0	59.5	61.7	60.7	55.6	34.4	49.7	40.6	22.2
40	50.6	51.8	35.8	70.2	56.0	49.0	51.1	59.6	63.2	60.9	55.8	34.0	49.8	39.8	21.6
41	50.9	52.1	38.0	70.1	56.3	48.7	50.6	59.1	64.1	62.3	57.5	34.3	50.2	40.4	21.7
42	51.2	52.8	38.8	70.0	56.3	49.2	51.1	58.0	63.3	63.1	58.2	34.5	49.9	39.9	21.6
43	50.7	53.4	38.1	70.1	56.2	48.0	49.6	58.5	64.2	63.3	57.9	32.4	49.6	39.4	18.9
44	50.1	52.8	35.0	70.0	55.6	47.0	48.9	57.6	63.8	63.0	57.9	32.1	49.6	39.0	18.5
45	49.9	53.4	33.6	70.5	55.1	45.6	48.2	57.5	63.0	63.0	58.6	31.6	48.8	39.1	18.0
46	48.8	52.9	31.7	69.1	53.8	43.3	46.2	55.8	62.2	62.0	57.7	31.3	50.3	38.6	16.6
47	47.8	50.7	28.5	67.4	53.5	43.0	45.7	55.4	62.0	62.0	57.2	29.9	49.0	37.6	15.6
48	48.3	50.0	27.9	67.1	54.3	44.5	46.8	56.4	62.2	62.7	58.5	30.9	50.2	38.1	16.9
49	46.6	46.8	24.0	65.6	53.0	43.3	44.9	54.8	60.7	62.7	57.2	29.8	49.0	37.7	15.8
50	45.8	45.5	21.8	65.7	52.1	42.5	43.9	54.1	60.2	61.9	57.6	29.3	48.6	38.0	15.3
51	45.8	44.2	19.2	66.5	52.9	44.2	44.2	54.4	60.3	61.7	58.0	29.4	50.1	37.4	15.2
52	46.7	44.7	19.9	67.9	54.3	45.8	46.3	55.5	62.1	62.6	58.4	29.6	50.3	38.0	15.4

資料: 総理府「労働力調査報告」

注: 昭和42年の55~59歳, 60~64歳は統計区分の関係で数値が得られないため, 41, 43年の中間値で補正。

	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7'	X_7
	完全失業率 (%)	求人効倍率 (%)	国民総支出 (実質)前年比 (%)	製造業就業 者数比率 (%)	農業従業 者数比率 (%)	市場賃率 (円)	旧GNE実質 10億円 ('70年価格)	
昭和 35 年	1.7	0.59	13.3	21.3	31.2	24,375	25,389.3	1
36	1.4	0.74	14.5	22.5	29.9	26,626	29,065.4	2
37	1.3	0.68	7.0	23.4	28.7	29,458	31,105.3	3
38	1.3	0.70	10.5	24.1	26.9	32,727	34,360.2	4
39	1.1	0.80	13.1	24.3	25.6	35,812	38,875.6	5
40	1.2	0.64	5.1	24.4	24.3	39,360	40,876.5	6
41	1.3	0.74	9.8	24.5	23.0	43,925	44,883.0	7
42	1.3	1.00	12.9	25.5	21.9	48,714	50,693.0	8
43	1.2	1.12	13.4	26.1	18.7	55,405	57,492.4	9
44	1.1	1.30	10.7	26.7	17.8	64,333	63,648.4	10
45	1.1	1.41	10.9	27.0	16.5	75,670	70,605.7	11
46	1.2	1.12	7.4	27.0	15.0	86,834	75,828.1	12
47	1.4	1.16	9.1	28.1	13.8	100,586	82,738.1	13
48	1.3	1.76	9.8	27.6	12.5	122,545	90,873.6	14
49	1.4	1.20	(-) 1.3	27.2	12.0	154,967	89,733.2	15
50	1.9	0.61	2.5	25.8	11.8	177,213	91,968.5	16
51	2.0	0.64	6.0	25.5	11.4	200,242	97,499.2	17
52	2.0	0.56	5.1	25.1	11.0	219,620	102,482.6	18

資料: X_1 =総理府「労働力調査報告」, X_2 =労働省「労働統計調査月報」, X_3 =経企庁「国民所得統計」昭45年価格, X_4 =総理府「労働力調査報告」,
 X_5 =総理府「就業構造基本調査」, X_6 =労働省「毎月勤労統計調査」30人以上産業計, 現金給与総額,
 X_7 =経企庁「国民所得統計」昭53年版, 52年分は東洋経済統計年報, X_7' =時間トレンド

3. 国民総支出 (X_3 , X_7')

この説明変数は、経済変動のダイナミックな面を包含しようとの意図で計測式にとりこまれたものである。その背後にある想定は、次のごとき仮説である (N. W. Chamberlain のいう 'expandable labor force')。すなわち、急速に経済が拡大する時期 (好況時) には、相対的に良質な職が多い。このため、通常の場合ならば就業しようとしないう人まで労働力化すると考えられる。他方、経済の縮小、後退局面には、ある部分の労働者が非労働力化する。そして、労働力の規模は好況から不況にかけて、膨張から縮小のサイクルを示す。

しかしながら、今回の計測ではこの仮説を一貫して検証することはなしであった。ただ、多くの計測式において、この変数を加えることで説明力は増加している。

4. 市場賃率 (X_6)

これまでのわが国の数少ない計測結果では、市場賃率の上昇は、労働力率 (とくに有配偶女子)

にあまりはっきりした影響を与えていないようにみえる。この点は、アメリカの時系列計測 (例えばミンサー) において、有配偶女子の労働力率上昇には、市場実質賃金率の上昇が大きく寄与したとする結論とは対照的である。

今回の計測でも、全性別、年齢について、一貫した有意な相関は見出しえなかった。わずかに高年 (とくに 65 歳以上) の男子、女子について散発的に有意な計測、結果が見られたにとどまった。

総体として、今回の計測結果をみると、一部にはきわめて良好な結果が得られたものがあるものの、変数のコントロールが十分でなかったとの感を否めない。ただ、この計測は今までわが国では、ほとんど試みられなかった領域でのいわば第一次接近であり、今後さらに慎重な配慮の下に改善が企図されるべきものである。その場合に、前述の「望ましいモデル」が指向する諸点が十分考慮されるべきだろう。

表 V-1 職業 (大分類), 男(女)子就業者分布の時系列推移 (1950~1975 年) () 内女子

年 職業	男(女)子の職業別分布 (%)*						当該職業全就業者に対する男(子)子比率 (%)					
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1950	1955	1960	1965	1970	1975
専門的・技術的 職業従事者	4.8 (3.6)	5.4 (3.9)	5.3 (4.5)	5.7 (5.2)	6.8 (6.4)	7.2 (8.3)	67.9 (32.1)	68.2 (31.8)	64.9 (35.1)	63.2 (36.8)	63.3 (36.7)	59.6 (40.4)
管理的職業従事者	2.8 (0.1)	3.4 (0.2)	3.5 (0.2)	4.5 (0.4)	6.2 (0.5)	6.5 (0.6)	97.3 (2.7)	97.2 (2.8)	95.9 (4.1)	94.9 (5.1)	95.2 (4.8)	94.6 (5.4)
事務従事者	9.3 (6.0)	9.0 (7.0)	10.6 (9.8)	12.1 (14.8)	11.5 (17.7)	13.0 (22.9)	71.4 (28.6)	66.8 (33.2)	40.6 (59.4)	56.0 (44.0)	50.2 (49.8)	49.2 (50.8)
販売従事者	8.5 (8.2)	10.6 (10.7)	10.1 (11.4)	10.7 (13.2)	11.4 (13.0)	12.9 (13.9)	62.2 (37.8)	60.2 (39.8)	58.1 (41.9)	55.9 (44.1)	57.7 (42.3)	61.3 (38.7)
農林・漁業従事者	39.6 (60.8)	33.1 (51.9)	25.8 (42.8)	19.5 (32.2)	14.8 (26.1)	11.1 (18.2)	50.9 (49.1)	49.9 (50.1)	48.4 (51.6)	48.6 (51.4)	46.9 (53.1)	50.9 (49.1)
採鉱・採石作業 者	1.7 (0.3)	1.4 (0.2)	1.3 (0.2)	0.7 (0.0)	0.0 (0.0)	0.2 (0.0)	91.1 (8.9)	92.9 (7.1)	92.7 (7.3)	93.9 (6.1)	94.9 (5.1)	96.7 (3.3)
運輸・通信従事 者	3.1 (0.6)	3.9 (0.8)	4.9 (1.1)	6.1 (1.4)	6.6 (1.3)	6.7 (0.9)	89.3 (10.7)	88.2 (11.8)	87.2 (12.8)	87.5 (12.5)	90.3 (9.7)	92.7 (7.3)
技能工・生産工程 作業 者及び単純作業 者	27.1 (13.9)	29.2 (16.0)	34.1 (20.1)	35.7 (22.0)	36.7 (24.2)	36.2 (22.7)	75.7 (24.3)	74.1 (25.9)	72.5 (27.5)	71.7 (28.3)	70.2 (29.8)	73.0 (27.0)
保安職業従事者	1.5 (0.0)	0.0 (0.0)	1.9 (6.0)	2.0 (0.0)	2.0 (0.0)	2.2 (0.0)	98.8 (1.2)	99.5 (0.5)	99.2 (0.8)	99.1 (0.9)	98.6 (1.4)	97.6 (2.4)
サービス職業従事 者	1.4 (6.4)	2.1 (9.4)	2.5 (9.9)	2.9 (10.7)	3.5 (11.1)	4.0 (12.2)	26.1 (73.9)	25.8 (74.2)	28.1 (71.9)	30.0 (70.0)	32.6 (67.4)	35.6 (64.4)
分類不能の職業	0.1 (0.0)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.2)	65.4 (34.6)	76.3 (23.7)	61.8 (38.2)	47.0 (53.0)	57.4 (42.6)	32.7 (67.3)
計							61.4 (38.6)	60.9 (39.1)	60.8 (39.2)	61.0 (39.0)	60.9 (39.1)	63.0 (37.0)

資料: 総理府「国勢調査」

注: * 4 捨 5 入のため合計 100 にならないものもある。

V 性別・年齢階層別雇用機会の競合

現在ならびに将来の雇用情勢を判定する上で、労働力化の動向とともに重要な意味を持つのは、男子および女子労働者が年齢階層別に、労働市場においていかなる競合関係に立っているかという問題である。この点は、昨今の厳しい労働需給の実態にもかかわらず、拡大を続ける女子労働力と、対する中高年男子労働力の雇用機会の衝突というテーマで議論がなされている。しかしながら、現在のところ、現実の労働市場における両者の関係については、実証面で必ずしも明瞭な解明がなされているとはいいがたい。

このため、以下では利用しうる基礎的資料の整理を通して、問題解明のための一助としたい。使用する資料は、『国勢調査』職業、年齢、男女別就業者数（総数および雇用者）に関する諸表が主たるものである。

まず、職業大分類によって、男(女)子の職業別分布ならびに当該職業全就業者に対する男(女)

子比率の推移を観察してみよう (表 V-I)。

時系列的にみると、かなりの変化はみられるものの、性別によって職業分布がきわめて異なっていることが第一の特徴である。1975 年時点でみて、男子の多く就業する職業は、①技能工・生産工程作業
者および単純作業
者 (36.2%)、②事務従事者 (13.0%)、③販売従事者 (12.9%)、④農林・漁業従事者、⑤専門的・技術的職業従事者 (7.2%) などである。これに対して、女子の多く就業する職業は、①事務従事者 (22.9%)、②技能工・生産工程作業
者および単純作業
者 (22.7%)、③農林・漁業従事者 (18.2%)、④販売従事者 (13.9%)、⑤サービス職業従事者の順である。

次に、職業毎に就業者計に対する男(女)子比率をみると、性別による職業分化の態様はさらに明らかとなる。

1975 年時点でみて、男女就業者比率が比較的接近しているのは、事務従業者 (男女比、49.2 : 50.8)、農林・漁業従事者 (50.9 : 49.1) ぐらいで、他は大きくかけ離れている。なかでも、管理的職

表 V-2 男女別職業 (小分類) 構成比ランキング (昭和 50 年)

順 位	<男>	実 数	構成比	順 位	<女>	実 数	構成比
1	一 般 事 務 員	3,261,350.	9.77	1	農 耕 養 蚕	3,356,645.	17.09
2	農 耕 養 蚕	2,999,790.	8.99	2	一 般 事 務 員	2,714,650.	13.83
3	運 転 手	1,740,715.	5.21	3	販 売 員	1,949,815.	9.93
4	販 売 員	1,635,480.	4.90	4	会 計 事 務 員	1,638,420.	8.34
5	外 交 員	1,078,315.	3.23	5	料 理 人	713,420.	3.63
6	そ の 他 管 理 者	1,007,620.	3.02	6	給 仕 人	660,885.	3.37
7	会 社 役 員	947,405.	2.84	7	ミ シ ン 縫 工	486,200.	2.48
8	大 工	864,975.	2.59	8	そ の 他 単 純 労 働 者	399,425.	2.03
9	小 売 店 主	864,630.	2.59	9	看 護 婦	395,955.	2.02
10	会 計 事 務 員	844,035.	2.53	10	理 ・ 美 容 師	352,245.	1.79
11	料 理 人	655,735.	1.96	11	小 売 店 主	324,965.	1.65
12	土 工	654,290.	1.96	12	電 気 機 械	298,720.	1.52
13	そ の 他 金 属 加 工	501,885.	1.50	13	そ の 他 織 物 工	261,960.	1.33
14	金 属 溶 接 工	441,865.	1.32	14	包 装 工	243,710.	1.24
15	そ の 他 電 機	421,855.	1.26	15	小 学 校 教 師	228,420.	1.16
16	車 修 理 士	363,550.	1.09	16	そ の 他 医 療 従 事 者	181,110.	0.92
17	電 気 機 械	357,520.	1.07	17	織 布 工	171,695.	0.87
18	金 属 切 削 加 工	349,520.	1.05	18	そ の 他 金 属 加 工	170,905.	0.87
19	そ の 他 建 設	339,510.	1.02	19	保 健 外 交 員	167,145.	0.85
20	そ の 他 単 純	321,155.	0.96	20	保 母	163,765.	0.83
21	建 築 技 師	310,350.	0.93	21	掃 除 人	152,195.	0.78
22	製 図 工	310,075.	0.93	22	婦 人 服	151,640.	0.77
23	機 械 組 立	296,565.	0.89	23	電 話 交 換 手	129,805.	0.66
24	左 官	286,850.	0.86	24	娯 楽 関 係	127,195.	0.65
25	機 械 修 理	267,300.	0.80	25	そ の 他 サ ー ビ ス	125,460.	0.64
26	塗 装 工	264,885.	0.79	26	畜 産 従 事 者	119,485.	0.61
27	漁 夫	254,515.	0.76	27	そ の 他 専 門 職 業	114,090.	0.58
28	配 管 工	237,350.	0.71	28	そ の 他 製 糸	113,305.	0.58
29	自 衛 官	236,400.	0.71	29	土 工	107,540.	0.55
30	配 達 夫	220,205.	0.66	30	そ の 他 飲 食 業	99,645.	0.51
31	卸 店 主	209,690.	0.63	31	会 社 役 員	95,820.	0.49
32	指 物 建 具	200,755.	0.60	32	飲 食 店 主	94,855.	0.48
33	高 校 教 師	199,320.	0.60	33	製 糸 ・ 撚 糸 工	91,290.	0.46
34	警 察 官	198,065.	0.59	34	パ ン ・ 菓 子 工	84,840.	0.43
35	小 学 校 教 師	187,395.	0.56	35	特 殊 ・ 教 師	82,460.	0.42
36	化 学 工	180,420.	0.54	36	タ イ ピ ス ト	80,045.	0.41
37	守 衛	177,980.	0.53	37	水 産 物	76,225.	0.39
38	板 金 工	172,345.	0.52	38	酒 達 夫	74,875.	0.38
39	中 学 校 教 師	161,590.	0.48	39	織 物 工	74,110.	0.38
40	機 械 プ レ ス 工	160,420.	0.48	40	そ の 他 技 能 工	72,895.	0.37
41	倉 庫 夫	160,290.	0.48	41	中 学 校 教 師	70,895.	0.36
42	陸 仲 仕	158,660.	0.48	42	海 産 物 従 事 者	68,720.	0.35
43	畜 産 従 事 者	158,495.	0.47	43	洗 濯 ・ ク リ ー ニ ン グ	61,120.	0.31
44	理 ・ 美 容 師	155,790.	0.47	44	そ の 他 電 機	60,095.	0.31
45	そ の 他 技 能 工	142,690.	0.43	45	行 商	56,590.	0.29
46	パ ン ・ 菓 子 工	141,580.	0.42	46	そ の 他 家 事	55,455.	0.28
47	そ の 他 専 門	139,545.	0.42	47	機 械 組 立 工	47,535.	0.24
48	印 刷 工	136,390.	0.41	48	指 物 建 具	47,225.	0.24
49	製 罐 工	128,520.	0.39	49	高 校 教 師	46,925.	0.24
50	駅 務 員	127,975.	0.38	50	外 交 員	46,650.	0.24

資料: 総理府「国勢調査」昭和 50 年 (三菱総研, 島田・神代雇用プロジェクト資料より引用)。

表 V-3 性別・職業（小分類）別増減，増加寄与率（昭和 45～50 年）

順 位	<男>	増 減	増加寄与率	増 減	<女>	増 加	増加寄与率
1	一 般 事 務 員	496,325.	34.39	1	会 計 事 務 員	422,825.	-47.19
2	外 交 員	320,240.	22.19	2	一 般 事 務 員	421,975.	-47.10
3	販 売 員	238,180.	16.50	3	料 理 人	123,540.	-13.79
4	会 計 事 務 員	168,290.	11.66	4	看 護 婦	87,385.	-9.75
5	料 理 人	145,320.	10.07	5	保 母	67,215.	-7.50
6	運 転 手	128,775.	8.92	6	ミ シ ン 縫 工	50,690.	-5.66
7	製 図 工	113,505.	7.86	7	掃 除 人	41,040.	-4.58
8	会 社 役 員	102,970.	7.13	8	娯 楽 サ ー ビ ス	39,765.	-4.44
9	そ の 他 管 理 者	74,315.	5.15	9	小 学 校 教 師	37,635.	-4.20
10	そ の 他 建 設 作 業 者	70,005.	4.85	10	保 険 外 交 員	33,285.	-3.71
11	そ の 他 電 気 機 械	67,745.	4.69	11	そ の 他 単 純	33,185.	-3.70
12	建 築 技 師	59,180.	4.10	12	販 売 員	30,860.	-3.44
13	配 管 工	56,680.	3.93	13	そ の 他 飲 食	29,535.	-3.30
14	機 械 組 立 工	45,015.	3.12	14	そ の 他 教 師	26,955.	-3.01
15	小 売 店 主	42,855.	2.97	15	そ の 他 専 門	26,430.	-2.95
16	機 械 修 理 工	41,940.	2.91	16	社 会 福 祉	23,560.	-2.63
17	掃 除 人	37,945.	2.63	17	そ の 他 医 療	22,190.	-2.48
18	配 達 夫	37,930.	2.63	18	配 達 夫	21,045.	-2.35
19	不 動 産	35,630.	2.47	19	会 社 役 員	17,570.	-1.96
20	消 防 員	34,190.	2.37	20	そ の 他 サ ー ビ ス	14,205.	-1.59
21	そ の 他 専 門 的 職 業	30,595.	2.12	21	音 楽 家	13,015.	-1.45
22	そ の 他 機 械 加 工 工	30,265.	2.10	22	中 学 校 教 師	10,280.	-1.15
23	そ の 他 技 師	30,055.	2.08	23	薬 剤 師	9,690.	-1.08
24	建 設 機 械 工	26,835.	1.86	24	機 械 組 立 工	8,515.	-0.95
25	土 工	26,120.	1.81	25	パ ン ・ 菓 子 工	8,310.	-0.93
26	自 動 車 修 理 工	25,995.	1.80	26	不 動 産	8,210.	-0.92
27	給 仕 人	25,175.	1.74	27	外 交 員	8,070.	-0.90
28	そ の 他 サ ー ビ ス 従 事 者	24,040.	1.67	28	モ デ ル 他	8,065.	-0.90
29	守 衛	23,770.	1.65	29	そ の 他 管 理	6,300.	-0.70
30	植 木 職	23,155.	1.60	30	高 校 教 師	6,055.	-0.68
31	そ の 他 技 能 工	22,660.	1.57	31	飲 食 店 主	5,915.	-0.66
32	高 校 教 師	21,025.	1.46	32	デ ザ イ ナ ー	5,775.	-0.64
33	そ の 他 飲 食 業	20,975.	1.45	33	裁 断 工	5,625.	-0.63
34	飲 食 店 主	20,255.	1.40	34	そ の 他 建 設	5,275.	-0.59
35	そ の 他 医 療 従 事 者	19,900.	1.38	35	警 察 官	4,985.	-0.56
36	駅 務 員	19,310.	1.34	36	め ん 類 製 造 工	4,895.	-0.55
37	そ の 他 化 学 従 事 者	17,935.	1.24	37	指 物 ・ 建 具 工	4,415.	-0.49
38	そ の 他 単 純 作 業 者	17,845.	1.24	38	そ の 他 技 師	3,545.	-0.40
39	左 官	17,070.	1.18	39	水 産 物 加 工	3,425.	-0.38
40	倉 庫 作 業 員	16,850.	1.17	40	集 金 人	3,390.	-0.38
41	そ の 他 金 属 加 工	16,115.	1.12	41	郵 便 事 務 員	3,390.	-0.38
42	そ の 他 電 機	15,980.	1.11	42	大 学 教 師	3,045.	-0.34
43	土 木 従 事 者	14,935.	1.03	43	製 図 工	2,425.	-0.27
44	管 理 公 務 員	14,630.	1.01	44	植 木 職	2,400.	-0.27
45	そ の 他 輸 送 機 械	14,115.	0.98	45	医 師	2,360.	-0.26
46	娯 楽 接 客 員	14,080.	0.98	46	倉 庫 夫	2,080.	-0.23
47	卸 店 主	13,665.	0.95	47	そ の 他 精 密 工	2,050.	-0.23
48	電 気 機 械 従 事 者	13,445.	0.93	48	そ の 他 化 学 工	1,980.	-0.22
49	大 学 教 師	13,155.	0.91	49	宗 教 家	1,860.	-0.21
50	法 務 ・ 会 計 従 事 者	13,060.	0.90	50	保 健 婦	1,855.	-0.21
	就 業 者 計 増 減	1,659,980.				(-)754,740.	

資料：総理府「国勢調査」（三菱総研，神代・島田雇用プロジェクトより引用）。

業従事者 (94.6 : 5.4), 採鉱・採石作業 (96.7 : 3.3), 運輸・通信従事者 (92.7 : 7.3), 保安職業従事者 (97.6 : 2.4) などにおける男子優位が目立つ。女子の比率が高いのは, サービス職業従事者 (35.6 : 64.4) のみである。

次に, 昭和 50 年『国勢調査』職業小分類を再編し, 男女別に上位 50 職業を比較してみよう (表 V-2)。

それによると, いくつかの興味ある事実が浮かび上がる。

第一に, 上位 50 職業のうち, 男女双方に共通にみられる職業は比較的少なく, 20 職業にとどまっている。いいかえると, 残りは, 男女いずれかに偏在していることになる (51 位以下にはあらわれるが)。

男女に共通に見出される職業の主なものは, 一般事務員, 農耕・養蚕従事者, 販売員, 外交員, 会社役員, 会計事務員, 料理人, 理・美容師, 小売店主, 土工などである。

これに対し, 男子の上位にみられる運転手, その他管理的職業従事者, 大工, 金属溶接工, その他電気機械器具組立・修理工, 自動車修理工, 女子の上位にランクされる給仕人, ミシン縫製工, 看護婦, その他織物製品製造作業, 織布工, 保険外交員などの職業は性別分化が著しい。

第二に, 男子は比較的多くの職業に分散して分布しているのに対し, 女子は比較的少数の職業に集中している。

すなわち, 上位 10 職業への集中度は, 男子 45.7% に対し女子 64.5%, 上位 20 職業では男子 58.9% に対し, 女子 75.8% である。とくに女子の場合, 二次的労働力としての特性に加えて, こうした職業上の偏在は経済変動に関する伸縮を大きくしている原因と考えられる。

次に, 男女別・職業別就業者の増減の実態をみるひとつの資料として, 昭和 45~50 年の『国勢調査』で, 就業者の増加の大きい上位 50 職業 (小分類) を観察してみよう (表 V-3)。昭和 45~50 年の期間に, 女子の就業者総数は 20,390 千人から 19,635 千人に減少しているが, 上位 50 職業についてはいずれも増加を記録している (男子就業

者総数は, 31,719 千人から 33,379 千人に増加)。

男子で増加の著しかった職業は, ①一般事務従事者, ②外交員, ③販売員, ④会計事務員, ⑤料理人, ⑥運転手, ⑦製図工, ⑧会社役員, ⑨その他管理従事者, ⑩その他建設従事者などである。他方, 女子で増加の著しかった職業は, ①会計事務員, ②一般事務従事者, ③料理人, ④看護婦, ⑤保母, ⑥ミシン縫製工, ⑦掃除人, ⑧娯楽場等接客員, ⑨小学校教員, ⑩保険外交員などである。

事務, 販売系統の職業には, 男女の就業分野の重複がみられるが, 運転手, その他管理従事者, 看護婦, 保母, ミシン縫製工, 小学校教員, 保険外交員など, かなり性別分化の社会的に定着した職業も多いことが注目される (これらの点に関する詳細については, 桑原 [1979] を参照)。

ここで, いわゆる「中高年労働者」問題へのひとつの接近として, 昭和 50 年『国勢調査』により男子雇用者について職業別に中位年齢 (年齢を大きさの順に並べた場合, ちょうど中央にくる値) の高い順に, ランキングを考察してみよう (表 V-4) (昭和 45 年については職業研究所によって計算が行われており [職業研究所, 1975], ここではその方法にならった)。

まず, ブルー・カラー職業従事者 (雇用者) についてみると, ①チップ製造工 (男子比率 57.1%), ②製材工 (83.6%), ③その他単純作業 (47.3%), ④船大工 (100.0%), ⑤土木・建築請負師 (99.4%), ⑥汽かん士 (100.0%), ⑦土工事作業, 道路工事作業 (85.4%), ⑧精穀工・製粉工 (84.4%), ⑨みそ・しょうゆ製造工 (74.4%), ⑩窯業原料工 (87.2%) などが中位年齢の高い部類である。

その他の職業従事者についてみると, 中位年齢の高いものは, ①公社・公団等の役員 (男子比率, 100%), ②下宿, アパートの管理人・舎監 (31.1%), ③幼稚園教員 (2.6%), ④その他法人・団体役員 (95.9%), ⑤他に分類されないサービス職業従事者 (45.0%), ⑥看守, 守衛, 監視員 (98.7%), ⑦郵便局長, 電報・電話局長 (97.1%), ⑧駅長, 区長 (99.9%), ⑨管理的公務員 (98.9%), ⑩浴場従事者 (41.6%) などである。

表 V-4 中位年齢が高い職業 (男子)

(単位: 歳)

ブルーカラー職業従事者の中位年齢				その他の職業従事者の中位年齢			
順位	職 業 名	雇用者 (歳)	男子比率 (%)	順位	職 業 名	雇用者 (歳)	男子比率 (%)
1	166 チ ッ プ 製 造 工	46.8	57.1	1	48 公 社 ・ 公 団 等 の 役 員	57.2	
2	165 製 材 工	46.0	83.6	2	282 下宿・アパートの管理人、舎監、寮母	56.7	31.0
3	260 他に分類されないその他の単純作業	45.7	47.3	3	25 幼 稚 園 教 員	55.9	2.6
4	170 船 大 工	45.2	100.0	4	49 そ の 他 の 法 人 ・ 団 体 の 役 員	55.7	(95.9)
5	218 土 木 ・ 建 築 請 負 師	43.6	(99.4)	5	285 他に分類されないサービス職業従事者	55.5	45.0
6	229 汽 かん 士	43.4	100.0	6	264 看 守, 守 衛, 監 視 員	53.2	98.7
7	226 土工事作業, 道路工事作業	43.1	85.4	7	51 郵便局長, 電報・電話局長	52.0	97.1
8	201 精 穀 工, 製 粉 工	42.9	84.4	8	50 駅 長, 区 長	51.1	99.9
9	207 み そ, し ょ う ゆ 製 造 工	42.4	74.4	8	268 その他の家事サービス職業従事者	51.1	3.6
10	192 窯 業 原 料 工	42.3	87.2	10	46 管 理 的 公 務 員	50.6	98.9
10	196 れんが・かわら・土管製造工	42.3	72.4	10	271 浴 場 従 事 者	50.6	41.6
12	174 その他の木・竹・草・つる製品製造作業者	42.2	56.4	12	32 宗 教 家	48.5	73.9
13	154 製 綱 工, 製 綱 工 (繊維製)	42.1	29.7	13	47 会 社 役 員	48.4	
13	255 倉 庫 作 業 者	42.1	93.4	13	56 集 金 人	48.4	67.0
15	199 石 工	41.9	91.6	15	281 旅館・貸席等の主人・番頭	48.3	79.6
15	258 駅 手	41.9	88.4	16	76 育 林 作 業 者	47.8	92.3
17	227 鉄道線路工事作業	41.7	100.0	17	23 そ の 他 の 法 務 従 事 者	46.1	84.0
18	252 映 写 技 士	41.4	96.6	18	63 卸 売 店 主	45.8	92.4
18	254 荷 造 工	41.4	69.9	18	93 選 鉱 員, 選 炭 員	45.8	73.0
18	256 沖 仲 仕, 沿 岸 仲 仕	41.4	97.3	18	284 清 掃 員	45.8	41.6
21	195 窯 業 絵 付 工	41.3	26.9	21	77 伐 木 ・ 造 材 作 業 者	45.3	96.2
22	206 製 茶 工	41.2	71.4	21	81 そ の 他 の 農 林 業 作 業 者	45.3	81.8
23	198 セ メ ン ト 製 品 製 造 工	40.9	76.2	23	91 支 柱 員	45.2	100.0
24	168 木 工	40.8	81.8	24	22 裁 判 官, 検 察 官, 弁 護 士	45.1	96.6
25	189 製 革 工	40.4	72.2	25	265 その他の保安職業従事者	44.1	70.0
25	251 包 装 工	40.4	13.6	26	52 他に分類されない管理的職業従事者	43.9	98.8
27	175 パ ル プ 工, 紙 料 工	40.1	94.2	26	62 小 売 店 主	43.9	89.3
27	197 セ メ ン ト 製 造 工	40.1	95.5	26	89 石 切 出 作 業 者	43.9	94.6
29	157 その他の製糸・紡織作業	38.9	31.1	29	3 鉱 山 技 術 者	43.8	99.8
29	173 革・つる製品製造工	38.9	48.6	30	74 農 耕 ・ 養 蚕 作 業 者	43.7	46.2
				30	90 じ ゃ り ・ 砂 ・ 粘 土 採 取 作 業 者	43.7	90.2
ブルーカラー職業全体の平均年齢		33.5		その他の職業全体の平均年齢		36.2	

資料: 総理府「国勢調査」昭和50年。

注: 雇用者総数が2,000人以下の職業は除く。

() 内就業者比率

総体として、ブルー・カラー以外の職業従事者の中位年齢が高いこと、二、三の例外を除くと男子比率の高い職業が多いことが目につく。

さらに、男子について、高年齢者(55歳以上)の割合が高い職業がいくつあるものであるかをみてみよう(表 V-5)。

まず、ブルー・カラーについては、55歳以上の割合の高い職業は、①他に分類されない単純作業、②和がさ・ちょうちん・うちわ職、③竹細工、④洋がさ組立工、⑤おけ職・たる職、⑥チッ

プ製造工、⑦製綱工、製綱工、⑧船大工、⑨その他木・竹・草・つる製品製造作業、⑩土木工事・道路工事作業などが上位にランクされている。総体として、生産工程従事者が少なく、在来型、伝統的職業従事者が多い。

その他の職業では、①公社・公団等の役員、②下宿、アパートの管理人・舎監、③その他の法人・団体の役員、④他に分類されないサービス職業従事者、⑤幼稚園教員、⑥製炭・製薪作業、⑦看守・守衛・監視員、⑧その他家事サービス職業従

表 V-5 55歳以上の者の割合が高い職業 (男子)

(単位: %)

ブルーカラー職業			その他の職業		
順位	職業名	55歳以上の割合	順位	職業名	55歳以上の割合
1	260 他に分類されないその他の単純作業者	34.2	1	48 公社・公団等の役員	65.8
2	243 和がさ・ちょうちん・うちわ職	32.6	2	282 宿下・アパートの管理人、舎監・寮母	58.6
3	172 竹細工	32.0	3	49 その他の法人・団体の役員	52.8
4	246 洋がさ組立工	29.5	4	285 他に分類されないサービス職業従事者	52.0
5	171 おけ職、たる職	29.0	5	25 幼稚園教員	51.2
6	166 チップ製造工	24.4	6	79 製炭・製薪作業者	50.8
7	154 製網工・製網工(繊維製品)	24.1	7	264 看守、守衛、監視員	47.3
8	170 船大工	23.2	8	268 その他の家事サービス職業従事者	44.4
9	174 その他の木・竹・草・つる製品製造作業者	22.3	9	271 浴場従業者	41.0
10	226 土工事作業者、道路土工事作業者	22.2	10	32 宗教家	40.5
10	229 汽か ん 士	22.2	11	51 郵便局長、電報・電話局長	35.7
10	255 倉庫作業員	22.2	12	47 会社役員	34.7
13	165 製材工	22.0	13	281 旅館・貸席等の主人・番頭	34.3
14	195 窯業絵付工	21.9	14	76 育林作業者	31.1
15	240 漆塗師、まき絵師	21.4	15	284 清掃員	31.0
16	201 精穀工、製粉工	20.8	16	72 質屋店主・店員	30.9
17	218 土木・建築請負師	20.6	17	56 集金人	28.7
18	254 荷造工	20.4	18	74 農耕・養蚕作業者	28.1
19	173 草・つる製品製造工	19.9	19	63 卸売店主	27.8
20	168 木工	19.8	20	62 小売店主	27.7
21	251 包装工	18.0	21	46 管理的公務員	25.5
22	159 和服仕立職	17.7	21	67 再生資源卸売・回収従事者	25.5
23	204 豆腐・こんにゃく・ふ製造工	17.3	23	81 その他の農林業作業者	24.9
24	196 れんが・かわら・土管製造工	17.2	24	279 物品一時預り人、貸貸人	24.7
24	199 石工	17.2	25	70 保険代理人・外交員	24.2
26	158 洋服仕立職	17.1	26	29 大学教員	24.1
27	206 製茶工	16.9	27	43 社会福祉事業専門職員	23.2
28	207 みそ・しょうゆ製造工	16.8	28	80 植木職・造園師	21.4
29	164 その他の織物製品製造作業者	16.7	29	265 その他の保安職業従事者	20.8
30	248 がん具製造工	16.6	30	23 その他の法務従事者	20.7

資料: 総理府「国勢調査」昭和50年。

事者、⑨浴場従事者、⑩宗教家などが上位にランクされている。ここでも、ブルーカラー以外の職業従事者の方が、高年齢者の比率が高い職業の多いことが特徴的である。

現在のところ、中高年者の職業間移動を性別、年齢階層別に十分追跡しうる資料が他に存在しないので、中年あるいは高年齢者が労働市場において現実にはいかなる階層グループと就業機会の競合関係に立つかという問題は、実証面ではかなり不透明である。ただ、これまでの予備的考察からすれば、現実の労働市場は性・年齢・職業別にかなり分化が進行、定着しており、中高年男子と女子が全面的、直接的に競合する現象は、当面それほ

ど起りえないと推測しうる。男子については、むしろ同じ男子の年齢階層グループ間の競合の方がはるかに深刻である。女子の場合は、今後拡大が期待される第三次産業への一層の進出を通して、全体の労働力供給圧力を強め、間接的に男子中高年者の雇用機会を圧迫するというインパクトを持つだろう。

VI 結 び

われわれは、第I章でのべたように、今日のわが国の当面するきわめて現実的な雇用政策上の問題関心から出発した。すなわち、(1)農林業就業者の比重低下と雇用者世帯の妻の労働力率の上昇

とによって、女子の労働力率が趨勢的上昇に転ずるような転換点にきているのではないか。(2) 国際的にみて高水準にあるわが国の男子高齢者の労働力率を引下げる要因はなにか。

このような問題意識にこたえるために、われわれは、第II章でアメリカと日本のこれまでの労働供給にかんする実証研究の成果を詳しく検討した。この種のサーベイとしては、一応の鳥瞰図を示すことができたのではないかと思う。各研究の内容をいまいし詳しく紹介することも考えたが、紙面の制約もあり、また専門家には周知のことでもあるので、ここでは要点のみにとどめた。

Douglas [1934] の先駆的研究をはじめとして Finegan [1962], Mincer [1962] などは、いずれもクロスセクション分析によっている。また所得・余暇選好分析に資産選好をもとり入れた Greenberg & Costers [1973] らの最近の研究も、クロスセクションのマイクロ・データを用いている。これに対して、タイムシリーズ・データを用いた研究には Bowen & Finegan [1969], Owen [1976] などがあるが、データの制約もあって、われわれの問題意識に正面から答えるようなモデルを作ることは、困難であった(第III章)。

本稿では、われわれは、とりあえず Bowen & Finegan のモデルにならって時系列データによる回帰分析を試みた(第IV章)。分析は性別・年齢階層別に行ったが、本稿の主題である男子高齢者および女子中高年層(既婚婦人層)にしぼって計測結果を要約すると、つぎのとおりである。

(1) 失業率あるいは有効求人倍率と労働力率との関係については、各年齢階層について discouraged worker effect が観察される。とくに男子高齢者ではその傾向がはっきりしており、中年女子についても弾性値は必ずしも大きくないが統計的には有意な負の相関が認められる。ただし、40歳～54歳の女子については β 値が低く、55～59歳の女子については有意な関係を見出せない。

(2) 賃金率と労働力率との間には、65歳以上男子について強い負の相関が見出される。これはダグラスの研究結果とも一致する。しかし、われわれの計測では中高年女性についてもかなり強い負

の相関が認められ、この点ではミンサーの結論とは一致しない。これはわれわれの計測で賃金率を男女別に分けていないというデータコントロールの不十分さによるものかもしれない。

(3) 農業就業者比率の係数は、34歳未満男子および高齢男子(55～59, 60～64, 65歳以上)について、いずれも強い正の相関がある。つまり、農業就業人口の減少につれて労働力率は低下する。しかし女子については、若年層についてのみ正の相関があり、中高年については予期に反して一貫した結果が観測されていない。

(4) 製造業就業者比率と労働力率との関係では、符号条件は負である。これはかつては農業の比重低下、近年は三次産業の拡大と代替的な指標である。60歳以上および65歳以上の男子については有意な負の相関がはっきり認められる。また、女子については各年齢層とも一貫して強い負の相関が認められる。

(5) 経済成長と労働力率との関係を見たのは、経済拡張期には encouragement effect が働き、景気後退期には discouragement effect が働くというチェンバレンのいわゆる expandable labor force 仮説に拠ったものであるが、今回の計測では、はっきりしない。これは、一つには失業率や有効求人倍率を同時に説明変数に加えているため多重共線性を生じたこと、いま一つにはタイムラグを考慮していないためと思われる。

以上のような計測結果に照らしてみると、今度の研究のための方法的反省として次の三点を指摘しておかなくてはならない。

(1) データ・コントロールをより厳密に工夫すること。すなわち、1) 賃金率は男女別に分ける必要がある、2) 四半期データによってタイムラグを設けたモデルを検討する必要がある、3) 説明変数としては、以上のほかに結婚状態、子供の数、世帯類型、育児コスト、教育水準などをも加味する必要がある、4) 高齢層についてはとくに健康データを加える必要がある(この点については、社会保障研究所の都村敦子女史から厚生省『国民健康調査』の有病率、同『患者調査』の受

診率などの時系列データが性・年齢階級別に利用できるとの御教示を得たが、すでに作業を終えたあとであったため、今回の研究には含めることができなかった。いずれ他日を期したい)。

(2) 定量的な分析の手法として、回帰分析を用いるとしても、今回のような単純な時系列分析ではなく、Bowen & Finegan [1969] がその第II章(高齢者の労働力率のトレンド分析)でやっているように、回帰係数は一時点のクロスセクション・データによって計測したうえで、説明変数の変化量については一定期間の時系列的変化をとり、両者を組み合わせて趨勢的变化を推定するというような方法を用いるべきかもしれない。

(3) 今回の研究ではもっぱら既存の集計データにのみ依存したが、労働供給行動のより精密な研究のためには、すでにアメリカで行われているようなマイクロ・データの開発(既存統計の個票の利用を含めて)が切望される。

最後に、男子高齢者と女子の労働市場の競合問題については、さし当って入手可能なデータからは、当初懸念したほどの競合はなく、むしろ労働市場の性別分化のほうが目立つことが確認された(第V章)。しかし、この問題は、近年の西欧社会における性差別禁止立法の効果についての考察なども踏まえて、社会的・政治的・文化的諸側面から、多面的に研究する必要がある。

文献一覧

〔邦語文献〕

- 賃金研究会『定年延長と賃金制度について』, 1972.
 賃金制度研究会「定年延長とこれからの賃金制度」(11月), 1977.
 堀内光子「女子労働力率の国際比較」『労働時報』第32巻第2号(2月), 1979.
 井原哲夫「都道府県別・産業別・年齢階層別女子就業者数の予測——昭和45~50年」佐野陽子編著『女子労働の経済学』, 日本労働協会, 1972.
 井上文彦「国際比較からみた女子労働力率の特徴」『労働統計調査月報』(4月), 西川俊作編『リーディングス・日本経済論: 労働市場』, 日本経済新聞社(1971年再録), 1968.
 雇用促進事業団職業研究所『高齢者雇用問題に関する資料集』, 1975.
 桑原靖夫「職業別・性別労働市場の構造」『年報・日本の労使関係』, 日本労働協会, 1979.
 松原治郎, 松山美保子編『企業の中高年危機』, 日本経済新聞社, 1977.
 宮尾尊弘「女子労働力率の長期的動向」佐野陽子編著『女子労働の経済学』, 日本労働協会, 1972.
 中村, 吉岡, 伏見, 中村「高齢化社会の諸問題」『経済分析』, 第63号(9月), 1976.
 日本経済研究センター「労働問題の将来」, 1977.
 日本経済研究センター『昭和65年の労働市場』, 日本経済研究センター(3月), 1978.
 西川俊作「女子労働力の見通しとその問題点」『経済評論』(4月), 1970.
 西川俊作, 有明民子「女子労働力率の変動要因」『日本労働協会雑誌』182号(5月), 1974.
 小尾恵一郎「労働供給の理論」『三田学会雑誌』第61巻第1号, 西川俊作編『リーディングス・日本経済論労働市場』, 日本経済新聞社(1971年再録), 1968.
 小尾恵一郎「家計の労働供給の一般図式について」『三田学会雑誌』第62巻第8号(8月), 1969.
 小尾恵一郎, 平田浩稔「性別労働需要模型(1)(2)」『三田学会雑誌』63巻12号, 64巻3号, 1970.
 小尾恵一郎「性別労働需要の理論モデル」Keio Economic Observatory Review(7月), 1978.
 大淵寛「労働力率の変遷とその決定要因」南亮三郎・館稔編『労働力人口の経済分析』, 勁草書房, 1968.
 尾崎巖「年齢別女子労働力率の変動要因」『三田学会雑誌』第53巻1号, 西川俊作編『リーディングス・日本経済論: 労働市場』, 日本経済新聞社(1971再録), 1960.
 桜本光「労働需要の実証分析」Keio Economic Observatory Review(7月), 1978.
 佐野陽子「市町村別女子就業率の比較」佐野陽子編著『女子労働の経済学』, 日本労働協会, 1972.
 佐野陽子「年功賃金と定年制」『三田商学研究』第21巻第4号, 1979.
 佐々木孝男「労働力率の変動について」昭和同人会『わが国完全雇用の意義と対策』, 1957.
 島田晴雄「高齢者の労働力需給と老齢年金」隅谷三喜男編『日本的雇用政策の展望』, 日本経済新聞社, 1978.
 島田晴雄「所得保障と高齢者の労働供給」『社会保障研究』Vol. 15, No. 1(6月), 1979.
 隅谷三喜男編『日本的雇用政策の展望』, 日本経済新聞社, 1978.
 東京都老人総合研究所社会学部『老年研究文献目録——社会科学篇』(1960~1973年)(3月), 1975.
 鶴岡勇, 古賀誠, 平田浩稔「産業別労働需要の分析——女子化に関連して」『経済分析』第38号, 1972.
 氏原正治郎「老齢年金における年金支給開始年齢」隅谷三喜男編『日本的雇用政策の展望』, 日本経済新聞社, 1978.
 梅村又次『労働力の構造と雇用問題』, 岩波書店, 1971.
 梅谷俊一郎・桑原靖夫「女子労働市場の構造: アメリカの現状と研究の展開」『日本労働協会雑誌』(1・2月), 1970.
 梅谷俊一郎「既婚女子労働力率の分析」佐野陽子編著『女子労働の経済学』, 日本労働協会, 1972.

〔海外文献〕

- Bowen, William G. and Finegan T. Aldrich: *The Economics of Labor Force Participation*, Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press, 1969.
- Cain, G. C.: *Married Women in the Labor Force: An Economic Analysis*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1966.
- Cain, Glen and Watts, Harold W. eds.: *Income Maintenance and Labor Supply*, New York, N. Y.: Academic Press, 1973.
- Clark, R., J. Kreps and J. Spengler.: "Economics of Aging: A Survey," *Journal of Economic Literature*, Vol. XVI (September), 1978.
- Douglas, Paul H.: *The Theory of Wages*, New York, N. Y.: Macmillan Pub. Co., 1934.
- Long, Clarence D.: *The Labor Force under Changing Income and Employment*, New Jersey, Princeton: NBER and Princeton Univ. Press., 1958.
- Masters, Stanley and Garfinkel, Irwin: *Estimating the Labor Supply Effects of Income-maintenance Alternatives*, New York, N. Y.: Academic Press, 1977.
- Mincer, Jacob: "Labor Force Participation of Married Woman," in *Aspects of Labor Economics*, New Jersey, Princeton: NBER and Princeton Univ. Press, 1962.
- Owen, John D.: "Workweeks and Leisure: An Analysis of Trends. 1948-75," in *Monthly Labor Review*, August 1976, pp. 3-8, 1976.
- Rones, Philip L.: "Older Men—the Choice between Work and Retirement," in *Monthly Labor Review*, November 1978, pp. 3-10, 1978.
- United States, Congress of the *Special Study on Economic Growth*, 95th Congress, 2nd Session, Part 2, June 8, 9, 13 and 14, 1978. the Hearings before the Joint Economic Committee, Washington: U. S. Government Printing Office, 1978.
- Woytinsky, W. S. and Associates: *Employment and Wages in the United States*, N. Y.: The Twentieth Century Fund, 1953.

イタリアの医療改革と国営医療サービス法の成立

須田 和子

I はじめに

1978年12月、イタリアで約30年間の医療改革運動の成果として国営医療サービス法が成立した。

日本の医療制度も各方面から改革の必要性が指摘され、その視点から欧米諸国の医療保障に強い関心が向けられている。中でもイギリスやスウェーデンの制度を対象とした研究は多いが、イタリアについては制度の概要報告以外、ほとんど研究対象とされていない。

昭和52年版の厚生白書が高齢化社会に対応する欧米六ヶ国の社会保障を特集とした中でイタリアを対象としたが、それは現行制度の概要と問題点の指摘にとどまるものであった。この時期イタリアでは、国営医療サービス法の成立は時間の問題とされていたが、その問題については全くふれられていない。

このイタリア国営医療サービス法(以下833号法と略)の概要については著者らの報告がある¹⁾。イタリアの医療改革の目的である医療保険から医療サービスへの転換は日本の医療制度論争でも大きな課題とされている。それゆえイタリアの医療改革運動を分析することは、日本の当面する諸課題にとっても一つの問題提起になると考えた。

ところで、この医療改革に関してはイタリアの医学、経済、労働、行政など各分野から研究が発表されている。そのうち最も体系的な分析として、G. Berlinguerの社会保障と社会医学がある²⁾。これは1968年以前の改革に分析が限定されるが、その医療改革の要因については医療と国民経済との両面から詳細に分析されている。1970年以降を中心とした研究は、D. Fausto³⁾(経済的分析)、D. Franciscono⁴⁾(労働組合の対応に関する分析)、A. Seppilli⁵⁾(医療組織を中心とした分析)らの報告がある。

通史的な文献としては、イタリア労働総同盟(以下CGILと略)から発刊された社会保障百科辞典の中の“イタリア社会保障史”⁶⁾、S. Deloguの“イタリアにおける医療制度の成立と発展”⁷⁾がある。

この他、州や県レベルでの研究や州立病院や県の衛生研究所などでも医療改革におけるそれぞれの役割について検討した文献など、イタリアの医療改革に関する文献は数多くある。

本論は、以上の研究を基礎にして、イタリアの医療改革の運動を分析した一考察である。

II 医療改革の目的

イタリアの医療改革の目的に二つ柱がある。一つは、不平等な医療給付の供給源である産業別、職業別、社会階層別に分立した各種健康保険組合を廃止し、憲法で保障された健康に関する三つの権利(国民の基本的権利としての健康、労働不能な国民の生存権の保障、災害、疾病、障害、老齢、失業に対する生活保障権)の実現を目標とし、すべての国民に単一の医療サービスを供給することである。

第二の目的は、1960年代以降に顕在化してきた医療費の高騰を効果的に抑制するシステムの確立である。

イタリアの医療水準は、EC諸国の中でも高いのに、健康水準は低く、またその医療費は、イタリアよりも医療保障のより完備した英国を大きく上向った上昇である

4) Francisconi D.: Laboratori e organizzazione sanitaria——il contributo del sindacato alla riforma sanitaria, De Donato, 1978.

5) Seppilli A., Mori M. e Modolo M.A.: Significato di una riforma——motivazioni e finalità della riforma sanitaria, Il Pensiero Scientifico Editore, 1976.

6) INCA CGIL: Evoluzione e prospettive del sistema previdenziale italiano, Manuale enciclopedico della sicurezza sociale I, pp. 7-346, 1975.

7) Delogu S.: Nascita ed evoluzione dell'organizzazione sanitaria in Italia, Crisi della medicina, Editori Riuniti, 1974. (上畑, 須田他訳「イタリアにおける医療制度の成立と発展」、『公衆衛生』42巻8号, pp. 531-538, 1978)

1) 須田和子, 上畑鉄之丞, 松田博「イタリアにおける国営医療サービス制度の成立」医療経済研究会会報, No.15, 1975.
2) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, Leonardo Edizioni Scientifiche, 1968.
3) Fausto D.: Il sistema italiano di sicurezza sociale, Il Mulino, 1978.

表 1 EEC 9カ国の医療水準

	年	ベルギー	デンマーク	西ドイツ	フランス	アイルランド	イタリア	ルクセンブルグ	オランダ	イギリス	計
乳児死亡 (出生1000に対する)	1960	31.2	21.5	33.8	27.4	29.3	43.9	31.5	16.5	22.4	30.8
	1965	23.7	18.7	23.8	21.9	25.3	36.0	24.0	14.4	19.6	24.6
	1970	20.5	14.2	23.4	18.2	19.2	29.2	25.0	12.7	18.5	22.0
	1975	14.6	10.4	19.7	13.6	18.4	20.7	14.2	10.6	16.0	16.6
医師数 (人口10万対)	1960	128	127	134	105	105	161	102	122	107	127
	1965	145	135	146	120	104 ¹	170	102	128	115 ¹	139
	1970	161	144	173	134	103	182	107	130	130	153
	1974	176	163 ²	184	147 ²	118 ²	199	108	149	134	168
薬剤師数 (人口10万対)	1960	59	30	29	42	59	61	54	7	40	11
	1970	71	—	37	46	57	66	49	8	31	44
	1974	67	28	40	57	52	69	49	8	31	47
病床数 ³ (人口1万対)	1960	86	96	106	97	148	—	118	—	107	—
	1970	83	96	112	94 ⁴	126	105 ²	115 ⁴	99	96	102
	1974	89	97 ⁵	116	102 ⁵	110	106 ⁵	114	101 ⁶	90	103

- 注: 1. 1966年
 2. 1969年
 3. 精神病, クリニック, 保養施設のベット含む
 4. 1971年
 5. 1972年
 6. 1973年

資料: EC 統計, Fausto D.: Il sistema italiano di sicurezza sociale, p.73.

としはしば指摘されてきたが⁸⁾, その論拠として示したのが次の二つの表である。

まず表1は EEC 9カ国の医療水準の比較を示したものである。その医療サービスの指標をみると、イタリアの医師数(人口10万人当の)は各年とも9カ国中最多数であり、薬剤師数も1970年がベルギーについて第2位となっているが、1960年と1974年は、9カ国中第1位である。イタリアの病床数はやや低いが、それでも、西ドイツ、ルクセンブルグ、アイルランドに次いで第4位である。従って、この基本的な三指標で比較する限りにおいて、イタリアの医療水準は EEC の中でも上位に位置づけられるといえる。しかし、その乳児死亡率は1960年から1975年まで出生1,000に対して、43.9, 36.0, 29.2, 20.7と9カ国中最上位である。

次に表2はイギリスのNHS(国営医療サービス)と、イタリアの各種疾病保険公社中最大で全人口の約55%の商工業被用者を対象としたINAM(全国疾病公社)の医療費との比較である。INAMの保険給付は1年間に180日以内の医療給付と傷病手当というかなり制限されたものであるが、表2をみると、その医療費の支出はイギリスのNHSよりも1人当たり約7千リラ高くなってお

り、一般医療費や薬剤費はイギリスの2倍以上の支出という結果が示されている。

以上のように、イタリアの医療費の高騰と健康水準のアンバランスの根源は、無用な健康保険公社の存在や巨額な浪費や基金を政治的に流用する保険組合制度と、巨額な薬剤費の支出を促進する私的製薬産業にあると、医療改革の推進力である労働組合や政党などから指摘され、改革の重点とされた。

III 医療改革をめぐる運動

イタリアの医療改革の歴史は次の三つの時期に区分できる。

(1) イタリア共和国の成立から1962年まで

表 2 イギリスの国営医療サービスとイタリアの全国疾病保険公社の医療費
(1971年から1972年, 1人当医療費, 単位リラ)

	イギリス NHS	イタリア INAM
病 院 費※	32,371	27,375
一 般 医 費	4,874	10,411
薬 剤 費	5,743	12,114
計	42,988	49,900

8) Nalesso G.: Proposte per superare la crisi sanitaria, Salute fabbrica società, n. 2, 1967, pp. 4-9.

※ イギリスは精神病院含むがイタリアは含まず。
 資料: Nalesso G.: Salute fabbrica società, n. 2, 1976, p. 9.

イタリアの医療改革運動は、共和国憲法成立と同時に開始した。すなわち、産業別、職業別、社会階層別に分立した各種疾病保険組合による不平等かつ不十分な医療給付は、健康をすべての国民の基本的権利と保障した憲法に抵触するという根拠をもって出発した。

その原点は、第2次大戦末、1945年 CLNAI (北部イタリア国民解放委員会) の医療改革委員会が発表した医療計画であり、そこでは、すでに833号法の骨子である国と州、市町村の管理運営による医療サービスの供給が提案されていた⁹⁾。

この計画は、1948年のAragona委員会(注。上院議員、Aragonaの提案により国会に設置された社会保障改革委員会)の提案に継承されたが、国会での承認が得られず、現実には保険組合の新設、拡大という逆の方向への進展がみられる。

1958年には、すべての医療サービスを統一的に管理する目的で厚生省が設置された¹⁰⁾。が、政府機関による医療改革の具体的提案はなく、イタリアでは医療保障の改善はつねに労働組合や、労働者階級の圧力によって実施されてきたと指摘されるように、医療国営化を最初に提案したのは、1958年の国政選挙に対するイタリア共産党(以下 PCI と略)の政策であった¹¹⁾。

翌1959年、CGILの代表である G. Vittorio, Santi, Nonella e Foa によって国会に国営医療サービス法案が提出されたが¹²⁾、この段階では単に提案にとどまり、またその内容も、Aragona委員会の枠をこえるものではなかったと、G. Berlinguer は指摘する¹³⁾。

(2) 1963年から1973年まで

1960年代初めのいわゆる中道左派政権の成立とともに、イタリアの政治、経済情勢に転換が生じたといわれ、S. Delogu は1963年以降を医療改革の制度化の時期と規定した¹⁴⁾。同時にこの時期は改革の重点に、前述の第1期とは異なる特徴がみられる。

まず労働組合、政党の運動をみると1963年、CGILとPCIは合同で新たな国営医療サービス法案を国会へ提出した¹⁵⁾。この法案の特徴は、乳児死亡率の低下を目的と

表3 全国疾病保険公社の医療給付

(※単位: 10億リラ, 1963年)

	年	病院費 (薬剤費 除く)	外来診 療費	一般医 費	薬剤費	その他 の給付	計
※医療 給付額	1952	23.1	14.9	20.0	32.4	4.1	94.5
	1956	46.5	20.2	40.4	62.3	4.7	174.1
	1960	73.3	29.0	65.2	131.8	6.1	305.4
	1964	138.2	38.8	112.9	216.1	15.2	521.2
	1965	164.3	41.3	117.8	239.5	17.2	580.1
1943 年と した 医療 費指 数	1943	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	1948	3.7	2.4	2.6	10.7	5.9	4.1
	1953	5.9	4.2	7.4	17.3	7.4	7.2
	1958	12.6	6.1	13.3	35.1	8.5	13.6
	1963	29.7	11.7	32.6	91.2	15.9	32.5

Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, pp. 249-250.

した母子衛生の重視と、製薬産業の国有化の提案である。とくに後者の問題が提案された背景について G. Berlinguer は以下のような分析を試み、結論を述べている¹⁶⁾。

すなわち表3に示されるように薬剤費は1960年代前半に著しく上昇をはじめ、1943年の医療費を1とすると、全医療費では1958年が13.6、1963年が32.5という上昇率に対して、薬剤費の場合、これを上回り1958年が35.1、1963年には91.2という上昇率である。さらに、1965年のイタリアの製薬産業の生産は3,600億リラに達し、国民所得に対する薬剤費の比率は1.6%、これはイギリスの0.35%、オランダの0.34%を大きく上回っている。しかも表3の医療費の中で薬剤費以外の項目の支出抑制は限界がある。そこで医療費の支出を効果的に管理するためには、薬剤費対策が必要であり、製薬産業の国有化が医療改革の不可欠の手段となったと G. Berlinguer は述べている。このCGILとPCIの法案は廃案となったが、製薬産業の国有化の要求は1978年の833号法の成立までイタリアの医療改革の重要な柱とされてきた。

つぎに同時期の政府機関の対応をみると、まず、政府の委託を受けていた国民経済労働審議会(CNEL)が1963年社会保険制度改革案を発表¹⁷⁾、同じく政府の委託を受けた経済計画全国委員会(PRES)も医療制度改革案を答申した¹⁸⁾。

これらの提案は1964年、政府の“1965年から1969年5ヵ年経済発展計画”のGiulitti計画の中に組込まれた¹⁸⁾。その改革の重点は、a. 全市民対象の医療保障、

9) Berlinguer G. 前掲書 p. 41, Delogu S. 上掲他訳, p. 532.

10) Fausto D.: 前掲書, p. 27.

11) Berlinguer G.: Medicina e politica, p. 31, De Donato, 1973.

12) INCA CGIL: 前掲書, p. 224.

13) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, p. 7.

14) Delogu S., 上掲他訳, 前掲書, p. 535.

15) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, p. 117. Franciconi D.: 前掲書, p. 18.

16) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, pp. 248-252.

17) Berlinguer G.: 前掲書, p. 260.

18) Berlinguer G.: 前掲書, p. 86.

b. 予防対策, c. 国営医療サービス制度の設立の三点である。しかし、この計画は発表2日後の内閣解散によって無効となった。

新政府は、1965年1月 Giolitti 計画に代るものとして、新たに Pieraccini-Colombo 計画を作成した¹⁹⁾。この中で医療制度は、a. 国営医療サービス制度の設立、b. 全市民を対象とする予防、治療、リハビリテーション・サービスの実施、c. 公衆衛生の充実を改革点とし、実施計画は、a. 医療のための単一立法、b. 医療サービスの実施機関として地域保健医療センターの設立、c. 新たに82,000病床の設置、d. 製造工程のみに限定した特許制度の導入によって薬の開発を法的に保護するというものであった。

この Pieraccini 計画と Giolitti 計画との主たる相違点は、Pieraccini 計画がサービスを従来の諸施設ではなく、地域保健医療センターという新しい機関を中心に実施すること、また、製薬産業の国有化の代りに、特許制度の導入を提起したことである。

この Pieraccini 計画は若干の修正の上、1965年6月国会の承認を得て成立した。しかし、その後国営医療サービス制度は検討されず、医療改革は病院部門から着手するとして約3年要した病院改革法が1968年2月第132号法として成立した²⁰⁾。

この病院改革法は、公立病院の建設とその機能に限定したもので、この132号法の実施によって医療費問題や病床数の増加などの改善はみられず、むしろ、より上級病院の格付けを得ようとする(注。州立病院は県立病院より重視され、県立病院は市町村病院よりも重視され、財政的にも優遇される)競争を喚起し、非合理的な再分割を促進する要因となったという²¹⁾。

このように Pieraccini 計画が実施されない状態で、イタリアの三大労働組合の CGIL(イタリア労働総同盟)、CSIL(イタリア労働者組合総同盟)、UIL(イタリア労働組合)は医療改革を含む年金、住宅、南部開発のいわゆる社会的諸改革の要求で統一した運動を始め、1969年4月に第1回医療改革に関する統一見解を発表、続いて、1970年12月、1971年6月と3回にわたって医療改革の統一案を発表し、政府にその実施を要求し続けた²²⁾。

その主な要点をみると、まず、国営医療サービスの基

本は、a. 医療保障を全市民への拡大、b. 市民の直接参加を基礎とした医療政策機関の設置、c. 勤労者組織の介入による労働環境衛生対策の実施、d. 予防、治療リハビリテーション・サービスを密接に関連させた医療サービス、e. 国、州、市町村を実施機関とする、f. 財源は国家予算とすることである。

その制度の構造は、1. 地域保健医療センターを基盤とし、従来の各種社会保険組合の仕事は、地域保健医療センターへ移管し、この場合病院サービスも含む。2. 地域保健医療センターに属さない医療サービス、たとえば、県立および州立病院、大学病院、精神病院、調査機関などは州へ移管する。3. 厚生省の役割は政策の計画化と調整機能とした。

この他、三大労働組合が重視した要求は、地域保健医療センター、州、国のすべてのレベルにおける医療政策の立案に、市民参加を保障すること、また薬に関して、研究(開発)、生産、販売の各部門に緊急な公的介入をすることの二点である。

さらに従来と異なる大きな特徴点は、1971年6月の医療改革の予防に関する統一見解²³⁾に示された労働環境の安全衛生を基盤とする予防の重視である。

この運動は、1964年以降 CGIL がすすめてきたものである。すなわち、1964年 CGIL は、資本主義国の労働組合では、最初という労働環境条件に関する協約化の方針を作成し²⁴⁾、1966年には、その運動の基盤となる有害労働に関する全国資料センターを設立した²⁵⁾。翌1969年9月から約3ヵ月かけて、PCIの提案で、労働組合、医師、学生による366事業所、約30万人の労働者(全産業労働者の5%にあたる)を対象とした労働環境に関する調査が実施された。その結果、近年の工場内の労働条件に関する総合判断として、“改善された”が21事業所でこれは全体の6.3%にすぎず、“不変”が82ヵ所で24.4%、“悪化”が194ヵ所で57.7%、“非常に悪化”が39ヵ所、11.6%という状態が示された²⁶⁾。

1969年、CGILの第7回全国会議は、この状況に対処し、有害労働を克服する運動方針として、“非金銭化の原則”を決議した²⁷⁾。つまり、これは有害条件が除去できない現場では、“危険手当”ではなく、“労働時間の短

19) Berlinguer G.: 前掲書, pp. 262-263.

INCA CGIL: 前掲書, pp. 225-228.

20) Seppilli A.: 前掲書, pp. 111-119.

21) Nalesso G.: 前掲書, p. 8.

Delogu S., 上畑他訳, 前掲書, pp. 536-537.

22) INCA CGIL: 前掲書, pp. 230-248.

23) Fransconi D.: 前掲書, pp. 228-255.

24) INCA CGIL: 前掲書, p. 183.

Berlinguer G.: *Medicina e politica*, p. 33.

25) INCA CGIL: 前掲書, p. 184.

26) Berlinguer G.: *La salute nelle fabbriche*, p. 24, De Donato, 1975.

27) INCA CGIL: 前掲書, p. 184.

表 4 医療給付の推移

(単位: 10 億リラ)

年	病院費	外来診療費	一般医費	薬剤費	その他	計
1965	346.898	57.413	208.464	288.265	53.379	1,025.932
1966	411.490	73.876	235.871	327.654	71.018	1,192.307
1967	501.967	80.809	270.017	377.379	73.339	1,303.601
1968	590.086	90.906	287.464	408.002	81.179	1,457.637
1969	705.697	126.262	276.487	448.109	93.130	1,649.685
1970	981.593	182.496	374.531	481.961	41.479	2,062.060
1971	1,265.887	213.683	364.288	540.899	99.955	2,484.722
1972	1,416.025	251.762	391.911	611.659	115.366	2,786.723
1973	1,575.542	311.253	503.282	803.078	117.524	3,310.679
1974	3,488.215	413.645	613.773	920.130	187.894	5,623.657
1975	3,400.000	531.845	686.668	1,127.232	219.179	6,108.457

資料: P.C.I.: Strutture e costi del sistema di sicurezza sociale, p. 15.

縮”による解決方法を協約化するという方針である。この CGIL の方針は、三大労組連合の設立によって、次のように発展していった。

すなわち、1970 年 5 月労働者憲章の判定によって工場内の労働組合の活動は強化され、従来の三大労組の統一要求運動から組織統一へとすすみ、1972 年 7 月 CGIL, CSIL, UIL の三大労働組合連合が設立された²⁸⁾。この設立前夜の取り組みとして重視されるのが、1972 年春の労働環境における健康の保護に関するミニ会議であり、そこで、非金銭化の原則を第一とする 12 項目の基本方針が決議された。これがいわゆるミニ決議である²⁹⁾。

一方、政府が 1973 年 3 月までに、医療改革法案を国会へ提出するという労働組合との合意を無視したのに対し、PCI は 1972 年 6 月と翌 1973 年 6 月の 2 回にわたって下院へ医療改革法案を提出している³⁰⁾。その骨子は 1963 年法案とほぼ同様なものであったが、この法案はいずれも廃案となった。

(3) 1974 年から国営医療サービス法の成立まで

表 4 は 1965 年から 1975 年までの疾病保険の項目別支出の推移を示した表である。これをみると、総支出は 1965 年から 1975 年までに約 6 倍の増加であり、これは同時期の社会保障全支出の 4.6 倍 (1965 年 58,760 億リラ、1975 年 271,340 億リラ) を上向った上昇である。項目別には病院費の増加が著しく、1973 年に病院費は全支出の

47.6% を占め、医療費高騰の最大の要因となっている。

しかも、この支出の増加は収入増とは平衡せず、表 5 をみると INAM (全国疾病保険公社) のみでも、1960 年 22 億リラの赤字が 1974 年には 8,353 億リラの赤字となった。R. Iuele の計算では 1950 年を 1 とすると 1974 年の INAM の病院費は、114 倍の増加であるという³¹⁾。

1974 年 8 月、政府は初めて国営医療サービス法案を国会に提出すると同時に³²⁾、病院サービスの州への移管と、公立病院に関する保険組合の負債を償却する法案を緊急提案し、後者のみ 386 号法として成立させた³³⁾。

この 386 号法の成立によって精神病院(注: 県の管轄)を除く病院サービスは州へ移管し、外来部門と薬剤サービスは従来通り保険組合の管轄とした。この結果、病院サービスは、最高年 180 日の保険給付の限界と入院料が廃止され、公立病院予算による財政運営となった。

だが、この対象は勤労者とその家族に限定され、しかも 386 号法は制度的改革のみで、病院財政のメカニズムには何ら手を加えていなかった。D. Fausto の信頼すべき見積によれば、1977 年末までに病院と保険組合の負債は約 120,000 億リラに達し、その半分は国庫負担とされたという³⁴⁾。

1977 年 3 月、政府は再び国営医療サービス法案を下院に提出し、その際、具体的な実施方法として次の五点を提案した³⁵⁾。

28) ティツィアーノ・トレウ、山口浩一郎編『イタリアの労使関係と法』日本労働協会、1978。

河野義『イタリアの危機と労使関係』新評論、1976。

29) Marri G.; L'ambiente di lavoro anni '70.

須田他訳『70 年代の労働環境』、『いのち』No. 135, p. 15, 1978。

30) Loiacorno G.: Verso la riforma sanitaria, Sociologia della medicina, Feltrinelli, pp. 377-378, 1977。

31) Fausto D.: 前掲書, p. 94.

32) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale III pp. 465-473.

33) Seppelli A.: 前掲書, p. 5.

Seppelli, A.: La riforma sanitaria, perche, come, quando Il pensiero scientifico editore, p. 46.

34) Fausto D.: 前掲書, p. 96.

35) Fausto D.: 前掲書, p. 101.

表 5 全国疾病保険公社の財政

(単位: 10 億リラ)

	1960 年	1965 年	1970 年	1974 年	1960 年~1973 年 平均伸び率 (%)
拠 出	300.8 [93.9]	708.2 [93.7]	1,369.7 [94.4]	2,807.4 [94.2]	7.3
そ の 他 収 入	19.5 [6.1]	47.7 [6.3]	80.6 [5.6]	171.6 [5.8]	16.8
収 入 合 計	320.3 [100.0]	755.9 [100.0]	1,450.3 [100.0]	2,979.0 [100.0]	17.3
現 金 給 付	35.0 [10.9]	110.6 [13.4]	195.9 [11.1]	564.2 [14.8]	22.0
医 療 給 付	258.8 [80.2]	667.6 [79.3]	1,443.4 [81.9]	2,891.9 [75.8]	18.8
一 般 医 療 費	55.7 [17.3]	135.4 [16.1]	272.9 [15.5]	389.2 [10.2]	14.9
薬 剤 費	93.8 [29.1]	229.4 [27.3]	391.9 [22.2]	613.8 [16.1]	14.4
病 院 費	81.5 [25.3]	234.7 [27.9]	640.7 [36.3]	1,640.1 [43.0]	23.9
支 出 合 計	322.5 [100.0]	841.2 [100.0]	1,764.8 [100.0]	3,814.3 [100.0]	19.3
収 支 差 額 (対収入合計比率)	△ 2.2 (△ 0.7%)	△ 85.3 (△ 11.3%)	△ 314.5 (△ 21.7%)	△ 835.3 (△ 28.0%)	

資料: INAM「Annuario Statistico」,『厚生白書』昭和52年版, p. 125.

注: [] 内は構成比。

1. この改革は議会の承認18ヵ月後に施行し、国営医療サービス制度は5年間で完成する。疾病保険組合の国営医療サービスへの移行は1977年7月1日から実施する。

2. 国営医療サービスは、中央、州、地区組織の総合体を基盤とし、国の役割は、方針、調整、指導であり、州の役割は立法化と計画化である。地区組織は地域保健医療センターをその実施機関とし、人口5万から20万人を1単位として、病院、診療所などの施設をもち、各々の地域保健医療センターは一般医、専門医、病院、薬局、環境衛生、予防サービスを包括する。

3. 利用者は薬価の一部を負担する。

4. 医療サービスは国営医療サービスの雇用医、または協定医によって供給する。

5. 国営医療サービスの財源は国家予算とし、その最大支出はGHPの6%以下とする。

以上の政府案に対して、CNEL(国民経済労働審議会)は次のような修正案を提示した³⁶⁾。

まず、第一に、改革の実施が法案成立18ヵ月後では、長すぎる。改革の実施が長びくほど、従来の制度は延命をはかり、かつ新制度への移行を妨害する。従って、法案成立後の実施開始期間は12ヵ月以内とすること。

二、国営医療サービスの組織に関して政府案は、中央

集権的であるから、市民の参加とイニシアティブの管理運営の機関として州法で規定すること。

三、地域保健医療センターについては、予防、治療、リハビリテーションの総合体とすること。予防と治療が医療の不可分のベースとなっていることに疑問をもつ者はいないが、地域保健医療センターで予防を独占的に実施することに対しては、議論がある。

四、医療サービスの給付内容に関する政府案は、最低レベルを規定しているが、CNELはINAMの基準で全国統一レベルで実施することとした。

五、政府案は、薬の手引き(注、指定薬)とチケット制(年金生活者、失業者除く)を導入している。1977年9月、閣議は医療改革法案の文脈外にこのチケット制を導入した政府案を承認した。この政府案によれば、市民の負担額は、各薬品ごとに最低200リラから最高600リラまでとするものであった。これに対しCNELの提案は、チケット制の対象を治療に不可欠な薬以外とする、と修正した。

六、D. Fausto は一般医と専門医との協定は恐らく国営医療サービス事業の中で最もデリケートな問題となるだろうと指摘しているが³⁷⁾、これについてはCNELは、政府案をすべて認めた。しかし、1978年初めの厚生省と

37) Fausto D.: 前掲書, p. 107.

38) Fausto D.: 前掲書, p. 110.

36) Fausto D.: 前掲書, p. 103.

医師会との協定には、この政府案の規定は一つも受け入れられなかったし、この段階でも、医師は国営医療サービスが効果的な形態で機能するという考えを容認しようとしていない。また、地域保健医療センターの内部でその雇用医と協定医との共存は医療改革の弱点となると指摘されている。

七. 国営医療サービスの予算に関しては、政府案のGNPの6%に対し、CNELはEC諸国との比較で、GNPの6.5%とすべきと提案した。

一方、労働組合は、CGIL, CISL, UILの三大労組連合の修正案を次の要点で1978年2月発表している³⁹⁾。

一. 国営医療サービスの医療政策や計画の審議機関である中央医療審議会の構成員に、政府案は労使の代表を加えていないので、労働者と使用者代表を加えること、また、州の権限と地域保健医療センターの組織と機能の中に、市民の参加する州および地区医療審議会を設立すること。

二. 政府の法案に対して労働組合が最も広範な修正を要求したのは予防問題である。

まず、「労働と社会活動の各々の分野における災害や疾病の予防」という政府案の規定を、「国営医療サービスは、勤労者組織の参加のもとに、労働の安全性を追求し、工場やその他の労働現場に必要な諸サービスを保障すること」と規定することとした。

また、「有害物質、中毒性ガスの製造使用、販売登録、は国の権限」という政府案の規定に対し、「中毒性ガスや有害物質のみでなく、生態系の平衡を乱すエネルギーについても製造、販売、登録は国の権限とする」と修正し、さらに、有害物質や汚染の問題に関しては、政府案の抽象的规定に対し「総理大臣の布令で、生物学的限度のみでなく、労働環境、居住地および外部環境における化学的物理的な汚染の許容量を規定する」ことを要求した。

その他三大労働組合連合は、1960年代後半以降の労働安全運動のすべての成果、すなわち、リミニ決議の導入を目的としたような予防対策を要求した。

三. 薬の製造、実験、研究に対する公共企業の設立を要求した。

四. 現金給付は社会保険制度改革法が施行されるまでINPS(全国社会保障公庫)へ委託するという政府案に対

して、雇用労働者は、国、州、地方自治体へ委託し、統一した基準で、賃金の80%を要求した。

五. 社会保険組合から国への医療サービスの移行について、政府案は規定があいまいなので、三大労組連合は1979年1月1日から国営医療サービス事業への移行を完了することを要求した。

以上の要求に対して、前述の政府案は次のような対応の結果、1978年12月成立した⁴⁰⁾。

まず第一に国営医療サービス法の施行を、1979年1月1日とし、1年間の準備期間の後1980年から改革を具体的に実施する。

二. 国営医療サービス法は、前述のごとく三大労働組合連合の要求した予防対策をほぼ全面的に採用した。しかし、1974年の政府法案の中に、中央医療審議会の構成委員に雇用労働者の代表10人を含み、また州医療審議会にも労働者代表を含むと明記しており、さらに、労働組合の強い要求にもかかわらず、833号法では労働者の参加を排除した。

三. 地域保健医療センターの設置は人口5万から20万人に1ヵ所とし、その機能は、健康教育、環境衛生、母子衛生と家族計画、学校保健、労働衛生、スポーツ、リクリエーション、診療所、病院看護の各サービス、リハビリテーション、薬剤サービスと薬品の監視、食品衛生と畜産衛生と、予防・治療、リハビリテーションサービスを実施することとした。

四. 予防に関してはENPI(災害予防全国公社)を廃止し、州や保健医療センターの予防サービスと協力関係をもつ中央労働安全衛生研究所を設立し、さらに、1979年12月までに労働安全衛生に関する全般的規則の制定を政府に義務づけた。

五. 薬の問題に関しては、大衆に対する宣伝を禁止し、薬に関する科学的情報は国営医療サービスが実施することとし、薬の生産と販売は公営化せず、国の権限は認可と監視という規定にとどまった。

六. 全国民を対象とする医療サービスの給付は1980年1月1日以降とし、その給付内容には、INAMの基準が採用された。また、PCIはつねに無償の医療サービスを要求していたが、833号法は国民に従来の疾病保険料に代る納税を義務づけた。

IV む す び

イタリアの医療改革運動である医療国営化は1959年

39) Osservazioni della Federazione CGIL CSIL UIL sul testo di riforma sanitaria predisposto dalla Commissione igiene e sanità, Rassegna sindacale, XXIV-n. 4, 1978.

40) Istituzioni del servizio sanitario nazionale, Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Gazzetta Ufficiale.

以降、何回も国会へ提出された。政府案のみでも1964年の“Giulitti 計画”、翌1965年の“Pieraccini-Colombo 計画”、1974年の国営医療サービス法案と三度も提案されている。イタリアの医療改革はある時期には近づき、また他の時期には遠去り、また再び接近するというくりかえしであったと S. Delogu は述べている⁴¹⁾。

このような運動における医療改革法 833 号の成立の背景についてのべ、むすびとしたい。

まず第一としては、三大労組の統一要求による改革を推進する勢力の増大である。労働組合の要求は出発点から労働者階級の統一を条件として位置づけられていた。つまり、産業別、職業別、社会階層別に分立した疾病保険組合による医療給付は、労働者階級を分断するものであるとし、健康を国民の基本的権利と規定した共和国憲法をたてに、疾病保険から医療サービスへの改革は、労働者階級の分断を克服する労働組合の統一を目標とした運動でもあったといえる。

この統一要求を実現した条件は、1967年労働者の主導で実施された大規模な労働衛生調査結果にも示されたように、労働条件の悪化と、疾病や災害に対する不十分な保障であるといえる。

1978年10月、著者らがトリノの労働会議所(Camera del lavoro)を訪れた際、CGILの書記は次のようなことを述べており、それによると、1975年11月のイタリア全体の障害年金請求者は299万7,904人に達したが⁴²⁾、トリノ県のみで1976年1月、労働不能の労働者11万5,471人が障害年金の受給とひきかえに解雇されている(トリノ県全体で稼働労働者約80万人、うち約60万人が工業労働者)。この障害年金の受給資格は5年間780週の勤続で、最低保障額は月10万2,800リラで、トリノ県の年金受給者の74%はこの最低額の受給者であるという。

実際イタリアでは、老齢年金に比べ障害年金受給者の比率が高く、D. Fausto はイタリアを“障害”の国であると規定し、1975年6月に、受給資格が従来の $\frac{1}{2}$ の稼働能力喪失度から $\frac{2}{3}$ へと変更されたにもかかわらず、全年金に対する障害年金受給者率は、1965年の31.2%から1975年40.8%、1976年42.2%(5,210,295人)と上昇する一方であるという⁴³⁾。

この1976年の障害年金受給者の実数5,210,295人は

イタリア国民の約10%にもあたる数であり、その大半が稼働労働者である。

こうした実態が労働組合に補償主義を克服した労働環境対策の重視と、医療国営化による医療サービスの充実を統一要求として運動をすすめさせたといえる。

第二点は、イタリアの政治、経済危機の打開を目的とした1978年7月のイタリア6党(キリスト教民主党、イタリア共産党、イタリア社会党、イタリア社会民主党、イタリア共和党、イタリア自由党)の政策協定「医療保健部門全体を合理化し、改革すること、すなわち、施設やサービスや職員をより良く、より経済的に活用できるような医療保健改革が実施されなければならない」⁴⁴⁾として、国営医療サービス事業の設立を確認した。

この背景には、1959年から医療国営化の提案者であった PCI の国会における勢力の増大があるといえる。

第三点は、医療費の高騰と財政問題である。1977年 CNEL (国民経済労働審議会) は医療改革を実施しない状況では、1978年の公的医療費は国民所得の7.21%にあたる102,430億リラに達すると算定し、また保険組合の負債は1977年末で69,900億リラに達するであろうと予測した⁴⁵⁾。そしてこの負債の一部は386号法によって国庫負担とされるため、負債の増加は直接国庫財政を圧迫し、財政的にも限界状態にきており、政府は何らかの改革を実施せざるを得ない状況にあったといえる。

第四点として、医療供給側の問題、とくに都市における医師の過剰と新卒医師の失業問題の深刻化があげられる。

イタリアの医師数は、表1に示したように1975年まで EEC 9 カ国中第1位であり、その数は1976年以降も増加する一方で、政府統計の推定では1980年には20万5,000人の医師数が示されている⁴⁶⁾。

くわえて、潜在失業として医学部の学生がおり、同じく政府統計では、1972年～1973年の新入学生30,806人、登録(在学生)学生数112,272人、新入生は前年(1971年～1972年)より3,402人の増加に対して、登録学生は、14,124人の増加である。また、1971年～1972年のローマ大学医学部学生数は11,500人、これはローマの登録医師数と同数であり、数年後その学生数は2万人になると推定されている⁴⁷⁾。

41) Delogu S., 上掲他訳, p. 535.

42) Francisconi D. の前掲書によれば、1974年の障害年金請求者は102万9,833人で、うち認定受給者は42万2,444人、その認定率は41.02%であった(p. 187)。

43) Fausto D.: 前掲書, p. 34.

44) 「イタリア六党の政策協定」、『世界政治資料』, 1977年8月下旬号, p. 19.

45) Fausto D.: 前掲書, p. 72.

46) Caruso S.: Il medico della corporazione o la socialità privata, Feltrinelli, p. 205, 1977.

47) Caruso S.: 前掲書, p. 14.

このような状況の中で、1972年新学卒医師の失業および潜在失業問題に関する全国会議が開かれた。その報告によると、医師として最低生活の維持可能な保険組合の規模は1,000人以上であるが、4,091人を対象としたローマ近辺の保険組合勤務医の調査では、1,000人以上の保険組合医は462人(11.3%)にすぎず、500人以下が2,931人(71.6%)、100人以下が1,607人(39.3%)という実態であった。こうした実態で医師の兼職が新学卒医師の失業を促進する要因として社会問題化されてきた。

たとえば、1970年保険組合の診療所で働く2万人の医師の80%は兼職者であり、また、1971年10万人の医師に関する所属別分布は、保険組合一般医40%、同専門医30~35%、病院医25%、市町村医10%、その他10~5%であり、この合計は100%をこえた120~125%という結果が示されていた⁴⁸⁾。

48) Caruso S.: 前掲書, p. 30.

イタリアの多くの医師は医療国営化に一貫して反対、もしくは消極的な対応をしてきたが、以上のような状況では、833号法の成立を阻止する力にはなりえなかったといえる。

この833号法成立の背景については今後さらに分析を深める必要があると考える。また、833号法は労働者の不参加という問題を除けば、医療改革の目的はほぼ達成されたと労働組合やPCIに評価されているが、その実施は医療施設や職員の地域格差、および医師の対応などの障害に直面している。このような条件で833号法の適用と医療費の抑制や医療水準の向上との関係についても今後分析すべき課題であると考えられる。

49) 1973年の統計では、県庁所在地の都市が平均、人口1,000人に対し医師数3.6人、その他の市町村では1.2であり(Caruso S., 前掲書, p. 210.), ベット数では1975年人口1,000人に対し、北部が11.8, 中部9.1, 南部7.0という状況である(Fausto D., 前掲書, p. 100.).

社会測定論の基礎概念

三重野 卓

はじめに

何らかの方法論に基づき、分析対象として設定された現象のリアリティを経験的に把握し、その現象の背後にある一般法則を定式化することは、自然科学、社会科学を問わず、科学の共通な目的となっている。

ところで、その方法論については、数量的認識と定性的認識の方法に大別した場合、物理学、経済学、心理学などの先進学問分野においては、その対象を数量的に把握し、分析することによって飛躍的な発展を遂げることができたのは周知の事実である。物理学における速度や質量、経済学における価格、心理学における尺度構成（リッカート尺度、サーストン尺度等）などがその数量化の例である。それに対して、社会学の研究分野では、伝統的に数多くの実証研究が行なわれてきたが、そこでは定性的分析が中心を占めており、数量的認識の方法論は十分な発展をみているとは言えない。その理由としては、対象とする領域が非常に複雑であるため、質的多様性を数量的差異に還元することに対して懐疑的であったこと、および、理論が十分な発展をみていなかったため、数量化の意味づけが必ずしも明らかでなかったという点を挙げることができる。

本稿では、数量的認識の方法を、“何らかの経験的な関係系と形式的な数の関係系を確定し、その両方の関係系を対応づけることによって、当該現象を数量的に把握する方法”と規定し、かつ、社会現象の概念の定義づけ、測定、指標化の在り方を検討することを通して、社会測定論の理論的基礎を明らかにすることにした。

I 数の実在性

数学は、何らかの現象を認識するための普遍的かつ一般的な方法である¹⁾。その数学の発展段階をみると、幾

何学についてはユークリッド幾何学の時代から、公理系として定式化するという伝統があったが、数の数学に関しては、むしろ計算や算術の方法を集積し、定式化するという点に重点がおかれていた。

人間は、自己をとりまく外的環境を構成する事物を客観的に認識するために、先ず最初に自然数を発明したが、その後、計算の法則から零、負の数、有理数、無理数、実数（更には虚数）が必要とされ、順次、数の領域が拡大されていった²⁾。しかし、連続量としての実数の理論的基礎が明らかになるためには、微分積分学の確立、複素関数論の定式化をまたなければならなかった。

このような傾向は、当然、数の実在性についての議論を喚起したことはいうまでもない。その哲学的立場については、①唯名論、②概念論、③実在論、の3つにまとめることができる³⁾。

ところで、数の唯名論においては、数とは抽象的な存在ではなく、何らかの事物との関係で示される必要があると考えられており、その立場は、更に次の3つに細分化される。すなわち、第1の立場は、全ての自然数は、対象となる事物との関連によって示されるという立場であり、物を数えるという作業に対応する。それに対して、第2の立場においては、数字という形をもった符号は、数の名前であると見做されており、それ故、数と数字は同一のものであると仮定されている。このように、数を物とか数字という具体的な形をもったもので示す立場がある一方で、数を精神の中にある具体的な観念であると仮定する立場もある。従って、この第3の立場によると、数は実際の空間の中に存在することはないが、時間の中に存在することは可能であると見做されている。しかし

2) 数の発展については、例えば、Stevens, S. S., Mathematics, Measurement, and Psychophysics; Stevens, S. S., ed., Handbook Experimental Psychology, Wiley, 1951, を参照のこと。

3) 唯名論、概念論、実在論についての詳しい議論は、Barker, S. F., Philosophy of Mathematics, Prentice-Hall, 1964, (赤根也訳『数学の哲学』培風館, 1968) を参照のこと。ここでは同書の論点を要約した。

1) 中山慶子は社会学における数学化のあり方を検討し、数量化は数学の応用のひとつのケースであるが本質的部分ではないとし、公理主義的方法の応用可能性について検討している。中山慶子「社会学における数学的方法」(富永、塩原編『社会学原論』有斐閣, 1975, 所収) を参照のこと。

ながら、数と事物を対応づけるとか、数と数字を対応づけるということを無限に繰り返すことは不可能であるし、また、無限に大きい数を観念の中に想定することも実際には不可能であるため、その意味から、数の唯名論は現在否定されている。

一方、数の概念論においては、数とは人間の精神が作り出した抽象的なものであると仮定されている。従って、数とは数学者が総合的かつ先験的な洞察によって全く自由に作り出すことができると見做されている。しかしながら、この考え方に基づいて数を創造するには、人間の思考力はあまりにも限られており、形式論理によって数を全く自由自在に作ることはそもそも不可能であるし、また、無限に大きい数を思考することも唯名論の場合と同様不可能である。数の概念論は、数の抽象性を認める一方で、数に対して一種の存在性を付与しているように思われる。

それに対して、数の実在論においては、数とは精神によって形作られたものではなく、人間の思考とは無関係に存在している抽象的なものであると仮定されている。従って、無限に長い小数の数字を書く必要もないし、虚数の存在性について思い煩う必要もない。数の数学は、論理的法則にのみ依存しているのであり、論理の法則から数論の法則を導出することが必要とされる。

このように、自然数というものが現実の実在物から一応別個な論理実在物であるという点に合意が得られ、無矛盾性、独立性、充足性の条件を満たす公理系としてまとめられ、更に、計算の法則から必然的に定式化されたより高度な数（実数、虚数）までも公理の形としてまとめられたのは、比較的最近になってからであった。

しかし、ここで注意しなくてはならない点は、数自体が論理的かつ抽象的なものとして抽象化されてきた一方で⁴⁾、何らかのシステムについて数量的に認識を行なうという傾向が一般化してきたことである。その数量的認識は、物理システム、工学システムなどを取り扱う自然科学の分野で先ず導入されたが、その後、社会システムの下位システムを形成する経済システムについての種々の経済指標、および各企業の経営状態を示す経営指標も開発されるようになり、また、心理状態のメカニズムの数量的解析も、心理学の初期の段階から行なわれていた。

ところで、以上のような数量的認識の方法が登場した理由としては、経験的な現象についての説明が進んだ一方で、それとは独立に数の関係系が定式化されたため、

その経験的な現象の特定の次元、範囲を抽出し、数の数学を現象へ適用することが可能となったことを挙げることができる。このような傾向は、当然、経験的な現象と数の系が相互に分離したことを意味するのではなく、現象間の関係を数の形式的な関係に還元することによって、両方の系の相互関係を明らかにすることが可能となったことを意味する⁵⁾。従って、何らかの現象を数量化するという試み自体、当該現象のひとつのモデル化であると規定することもできるのである。

それに対して、より包括的な社会システムのパフォーマンスや行政活動の成果についての数量化は著しく立ち遅れていたが、意思決定を合理化、科学化しようとする趨勢は、社会指標や行政指標の開発をも要請するようになっていく。また、現在、種々の社会調査が行なわれ、社会現象について数量的認識を行なおうという機運がたかまっているのは、社会状態についてのリアリティをより深く知りたいという知的営みの結果によるものであることはいままでもない。このように、現在、われわれは自己を取りまく現象について認識し、何らかの意思決定に基づいて社会システムを制御するために、数量的認識の方法を制度化する時代に入っているといえる⁶⁾。

もちろん、何らかの現象を定性的に分析することも重要であるが⁷⁾、その分析対象となる概念の多義性、多様性ゆえに、その解釈の多義性、主観性は避けられず、また、その概念自体も時間的、空間的に変化するという問題もある。例えば、福祉水準、教育水準、民主制という概念は、社会変動と共に変化するため定性的に記述することは困難であるが、幾つかの指標を設定し、ある時代、ある社会において各指標が有意義性をもち得るか否か、また、有意義性があるとしたらどの程度の数値を示すかを明らかにすることができれば、当該社会現象についての一般的かつ普遍的な認識を行なうことが可能となる。

しかしながら、数量化の傾向が、同時に数量的表現が客観的かつ絶対的なものであるという信念を生み出す危険性を内包している、という事実は否定できない。数量化されたものの背後に如何なる現実があるのか、また、

5) 数量化をめぐる様々な問題点については、竹内啓『社会科学における数と量』東京大学出版会、1971が詳しい。

6) 指標の制度化の問題については、例えば、吉田民人『社会体系の一般変動理論』（青井編『社会学講座』1、理論社会学、東京大学出版会、1974、所収）を参照のこと。また、社会指標の種々の問題点については、例えば、三重野卓『社会指標構築の現状と課題』（『現代社会学』、Vol. 5, No. 2、講談社、1978、所収）を参照されたい。

7) 質を数量化するという問題については、『行動計量学—特集、質を測る』、Vol. 5, No. 2、日本行動計量学会、1977、を参照のこと。

4) 数学の応用可能性については、『科学基礎論研究』、No. 49、科学基礎論学会、1977、の特集が参考になる。

如何なる質的要素があるのか、という点について十分に検討がなされることなく、数がその測定された対象から切り離され、社会状況の中で数自体が存在意義を主張し出したとき、それはかえって逆機能に作用するようになるものと思われる。数自体がもつ明晰性ゆえに、対象を合理的かつ科学的に把握できるというメリットがある一方で、その絶対視は、逆に人間疎外をもたらすかも知れない。自然科学の分野は、何らかの物理的実体を精緻に測定し、数量化することによって発展を遂げてきたが、社会科学の分野においては、あくまでも何らかの価値意識に基づいて数量化しているという点に、注目する必要がある⁸⁾。このような観点から、次の節では社会現象の概念規定の問題から議論をはじめ、数量化の意義を明らかにすることにした。

II 社会現象の測定

何らかの方法によって得られたデータ⁹⁾の測定論上の問題に関しては、当該社会現象に何らかの数量的な性質が備わっており、それを測定することによって数量化するということを意味するのではなく、数によって対象を表現するという点に、注目する必要がある。そのためには、何らかの一定の方法および理論モデルによって、社会現象の特定の側面を抽出することが必要となり、ここでは、何を測定し、数量化するのかという目的意識が重要になる。

ところで、社会現象を測定する場合、先ず社会とは何かという問題について議論する必要があるがその立場は、周知の通り、社会をそれを構成する個人に還元する社会名目論と、諸個人をこえた社会の実在性を仮定する社会実在論に大別することができる。また、何らかの客観的

側面について測定するのか、それとも心理的側面について測定するのか、という問題も生じる。

社会学においては、Durkheimをはじめとして、伝統的に社会実在論の立場が採用されており、個人をこえた社会についてのリアリティが研究の対象となっていた。従って、社会測定においても、地域構造の特性とか、国民ないしは住民の価値観など、個人に還元し得ない当該社会に固有な性質について検討がなされる必要があるが、それらを連続型尺度の水準で直接測定することは極めて困難であるため、一般には、マクロレベルで集計されたデータが使用されている。

例えば、社会状態の客観的な側面の測定については、社会指標の構築が中心となるが、そのデータは、死亡率などのように個人的次元についてのデータをマクロに集計したものと都市公園面積や病院数などのように、個人にとって所与な財やサービスについてカウントしたものに大別することができる。一方、国民の価値観などの心理的な側面については、何らかの方法によって得られた満足度や態度の一次元性が検証されれば¹⁰⁾、その数値をたし合わせ、マクロに集計された数値を求めるという作業がなされている。このような試みが是認される理由は、例え個人的次元について収集したデータであっても、マクロに集計することによって、それ自体、固有の性質をもち得ると仮定することができるという点にある。例えば、死亡率や社会的な満足度は、個人的次元について集計したものであるが、その水準が高いということは、逆に各個人が高い水準を享受できる機会をもつということの意味するのであり、その意味から、当該社会に固有な性質を表わしているものと仮定できるのである。以上のように、マクロに集計されたデータに基づいて構成された指標は、社会測定のためのひとつの有力な代理変数であると見做すことが可能であると思われる¹¹⁾。

ところで、実際の社会測定の手続きについては、次の通り、定式化することができる。すなわち、①社会現象のある特定の次元、範囲を抽出し、②理論モデルないしは概念モデルを構成する。③そのモデルの中に位置づけられた各項目（＝指標項目）について測定を行ない、数

8) 松原望「数と現代社会」(『科学』岩波書店、1978、1月号)を参照のこと。

9) データと指標との関係については、次の通りである。すなわち、データとは、社会現象のある一定の次元について何らかの基準に基づいて収集されたものであるが、それ自体の価値は、指標と比較すると相対的に低い。データから指標を構成するという問題については、例えば統計的データとして「医師数」を考えると、もし医療機会へのアクセシビリティが医療状態の内包であるとする、[人口10万人当り医師数]や「1,000 ha 当り診療所医師数」という指標を作成することができるかも知れない。また、マンパワーの最適性の側面からは、「医師1人当り看護婦数」という指標を作成することができるし、また、医師の労働条件の側面からは「医師1人当り受持ち患者数」という指標も作成できる(もちろん、「医師数」という指標も可能である)。すなわち、ひとつのデータをどのような視点から見るのか、という問題意識、および指標形成の目的によって、様々な指標を形成することができる。

10) もちろん、満足度とか態度というものは個人レベルのものであるが、それを加算し、マクロレベルの指標を構成するという仕方も、一定の条件を満たしさえすれば有意義なものになる。実際、満足度や何らかの態度の平均値とか比率はマクロ変数と見做しうる。富永健一「社会厚生と社会指標」(富永、塩原編『社会学原論』有斐閣、1975、所収)を参照のこと。

11) 社会学における種々のモデルについては、『現代社会学』2、理論モデルと計量モデル』講談社、1974、を参照のこと。

量化を行なう (=測定モデルの構築)。④その項目間の関係性を明らかにするために、何らかの統計数理モデルを設定し、分析することによって、理論モデルないしは概念モデルの妥当性を明らかにする¹¹⁾。

しかし、指標化の対象となる社会現象を明確に定義することは困難であり、また、その概念は粗概念 (gross concept) の水準にとどまっているものが少なくないため、その指標も多数組考えられることが多い。従って、概念化された社会現象と指標との関係は極めて複雑になるが、ここで注意しなくてはならない点は、ある指標をもってその概念の代表指標であると見做すとか、何らかの指標の組み合わせがその概念を表わしているとか見做すことは、簡単にはできないということである。このような考え方が是認されるためには、理論が必要不可欠であるという点を銘記して、以下の議論を進めることにしたい。

まず、何らかの概念を定義づけるという問題については、そもそも定義づけるということは何を意味するのか、そして定義には如何なる種類があるのか、という点について検討する必要がある。なぜなら、概念以上に明確な指標というものはあり得ないため、概念の定義づけは指標化のための最も基礎的な作業であるといえるからである¹²⁾。

実際の定義づけの方法としては、次のようなものが考えられる¹³⁾。①まず、概念をそれ以外の言葉によって定義づけて説明するのではなく、実物ないしは実例を示すことによって定義づける、という方法がある。②言葉による定義づけの方法としては、何らかの真实性を主張する定義と、単なる言語的な習慣を表現する定義を、挙げることができる。前者については、相互の関係が経験的に明らかにされなければならないような現象について定義する場合と、何らかの理念型について定義する場合に細分化することができる。また、後者の方法は、当該社会現象を何らかの方法によって命名しようとするもので、その定義の正誤について検討する余地のないものである。そのひとつの例として、概念を表わす言葉を列挙するという方法があるが、その場合、各要因間に経験的な関係が全くないとか、また、各要因間に共通な属性がないと

いうことも十分にあり得る。③その他に、他の概念との函数関係を明らかにし、定義づけるという函数的定義があり、例えば、概念Xが概念A, Bによって定義づけられる場合、 $X=f(A, B)$ の函数型を定式化することを意味する。この方法は、各事象間の関係性や機能を定義づける場合には便利な方法であるが、社会学的な研究分野においては、その函数型を特定化することが非常に困難である場合が多いという問題がある。このように、上記の定義づけの方法には長所と短所があるため、社会現象の定義づけにとってどれが望ましいかは一概には結論づけられない。恐らくは、当該社会現象の性質によって、いずれかの定義づけを採用するということになろう。

一方、社会現象を数量化、指標化するという観点からは、操作的定義が必要とされる。ただ、ここで注意しなくてはならない点は、指標とは本質的に操作的なものであるが、われわれの立場は、いわゆる操作主義の立場とは異なるという点である。操作主義の立場を徹底させると、測定されるべき概念と指標は同一となり、社会現象とはその指標によって定義づけられたものと規定されるが、指標を実際に制度化し、何らかの意思決定に利用するという点を考慮に入れると、その恣意性に対して批判が集中する可能性がある。

それ故、社会現象を記述するために、先ず理論概念を定式化しなくてはならない¹⁴⁾。理論概念とは、測定のための最も基礎的な要素であり、当該社会現象の範囲ないしは側面と、その分析の次元を特定化するために機能することが期待されている。実際に理論概念を定義づけるためには、理論的定義と操作的定義が必要とされており、前者は、その概念の意味を明らかにするもの、後者は、分析対象とする社会現象を把握するための操作方法や測定方法を明らかにするもの、と規定することができる。一方、各理論概念が特定化されたら、その概念を結合する必要が生まれるが、それは理論的定義を連結する理論連結と、操作的定義を連結する操作連結に分けることができる。理論連結とは、理論言明が成り立つ根拠ないしは前提を明らかにすることを意味し、操作連結は、指標間の関係を特定化し、係数を決定することを意味する。このように、当該社会現象の概念と指標との関連については、両者を全く独立に議論するのではなく、概念と指標との相互関連性を考慮に入れる必要があるものと思わ

12) 三重野卓「社会指標の機能について」(行政指標研究会『行政指標の体系化に関する研究』行政管理庁, 1979, 所収), 三重野卓「社会指標の構築と適用」(青井, 直井編『現代日本の福祉と社会計画』東京大学出版会, 近日常, 所収)を参照されたい。

13) この定義のタイプについては, Zetterberg, H., On Theory and Verification in Sociology (3rd edition), The Bedminster Press, 1963 (安積, 金丸訳『社会学的思考法』ミネルヴァ書房, 1973)を参照のこと。

14) 理論的定義と操作的定義, および理論連結, 操作連結については, Hage, J., Techniques and Problems of Theory Construction in Sociology, John Wileys & Sons, Inc., 1972 (小松, 野中訳, 『理論構築の方法』白桃書房, 1978)を参照のこと。

れる。

以上の検討から明らかなように、分析の対象となる指標は社会学的な理論モデルの中に位置づけられ、操作化されることが望ましい。とりわけ、測定されるべき項目を分離し、選択するためには、社会システムモデルが必要とされ、それによって数量的認識のための基礎づけが行なわれることになる。しかし、そのための理論は十分に精緻化されていないため、理論化と操作化の間に大きなギャップが存在しており、包括的な社会システムモデルを構築するという方法を追及することは、現状においては不可能に近い。このような理論的に未熟な段階において、指標を選択し、測定を行なう場合、われわれは先ず中範囲のレベルで何らかのモデル化を行ない、指標間の関係をきめ細かく検討することによって、理論モデルと測定モデルと統計数理モデルの間の斉合性を逐次的に確保していく、という方針をとる必要がある。解析結果と現実の社会現象との関係を比較しながら統計数理モデルを改良し、その指標の質をたかめ、更に理論モデルを修正するという過程を通して、専門的知識を蓄積することが可能になる。実際の社会現象の複雑性を考慮に入れると、その現象を相対的に単純な何らかのモデルによって定式化するという方法は、社会現象を認識するために有用性を発揮し得る可能性があるといえよう¹⁵⁾。

III 指標の論理構造

既に述べてきた指標は、当該社会がどのような状態にあるかを理解するために標識を与えるという点に重点があり、その社会現象について認識、評価を行なうために利用されることが期待される。もちろん、標識づけという点を考慮に入れると、定性的な標識でも数量的な標識でも良いが、数量化されたもので表示されると、その有用性は極めて大きいものとなるのは、今までの検討から明らかであろう。それ故、測定、数量化の意味を考えるために、社会現象と指標との関係を定式化すると、次のようになる。すなわち、指標とは、①分析対象となる現

象と何らかの法則によって相関ないしは函数関係にあり、かつ、②個別指標間の関係性が、対応する社会現象の関係を再現しているもの、と規定される。そのような指標の定義を、集合論的な論理形式によって明らかにすると、以下の通りである。

先ず、分析対象として設定された社会現象の構成要素の集合を A 、指標の集合を B とおくと、社会現象の関係系 α は $\alpha = \langle A, R \rangle$ 、指標による数量的な関係系 β は $\beta = \langle B, S \rangle$ と定式化することができる¹⁶⁾。ここで、 a_i を社会現象を構成する要素、 b_i を指標とすると、当然、 $a_i \in A$ 、 $b_i \in B$ であり、 R, S は要素 a_i および指標 b_i のそれぞれ集合内の関係性を示す記号であると仮定することができる。

ところで、このようにして設定された社会現象の次元については様々なものが考えられるが、例えば、input、内部変換過程、output に区分することが理論的定義によって明らかにされていれば、集合 A をそれぞれの要素からなる部分集合に分割することが可能になる。また、社会現象の範囲についても、例えば教育、労働、福祉に関する現象というように区分することが理論的に明らかにされていれば、それぞれの要素からなる部分集合に分割することができる。もちろん、次元と範囲をかけ合わせ、部分集合に分割することもできる。その場合、社会現象の構成要素を全体の集合の直和分割と見做し得るための条件は¹⁷⁾、各要素が全体の集合に属しており、かつその集合を幾つかの部分集合（範疇）に分割した場合、その各要素がどれかの部分集合に属し、2つ以上の部分集合には属さない、という点にまとめることができる。

一方、社会現象を指標によって表わすことができるということは、集合 A 中の各要素 a_i を集合 B 中の要素に対応づける写像（函数）を見い出すことができるということの意味する。しかし、ここで注意しなくてはならない点は、理論的定義によって規定された社会現象は、理論的な構成概念であり、直接的に測定されたものではないのに対し、数量化された指標は、何らかの測定方法ないしは調査方法によって顕在化されたものであるということである。このような概念と指標との間に函数関係があるということを、如何にして明らかにすることができるか、という問題については、決定的な方法はありません。

15) 指標との関係で、尺度と指数の定義づけを行なう必要がある。安田三郎『社会調査ハンドブック、新版』有斐閣、1969、は、「広義の尺度」とは、調査の結果えられた生のスコアを変換する仕方の意味し、線型式（1次式）の形をとるものを「狭義の尺度」、その他の代数式をとるものを「指数」と定義し、かつ、指数は「狭義の尺度」と異なり、その式の形や係数がアプリオリに決まってしまうのが特徴であると指摘している。なお、指数の理論的、統計学的な意味については、Allen, R.G.D., Index Numbers in Theory and Practice, Macmillan Press Ltd, 1975（溝口、寺崎訳『指数の理論と実際』東洋経済新報社、1977）を参照のこと。

16) 関係系の考え方については、Coombs, C.H., Dawes, R.M., & Tversky, A., Mathematical Psychology, Prentice-Hall, Inc., 1970（小野監訳『数理心理学序説』新曜社、1974）を参照のこと。

17) 直和分割の考え方については、広瀬和子『紛争と法』勁草書房、1970の序章を参照のこと。

ないが、この両者、すなわち、社会現象と指標を条件づける何らかの共通要因の存在の有無によって、一応規定することができる。この要因は、当該システムを創造し、維持している活動傾向のうちにあり¹⁸⁾、それは社会現象の概念と指標を関係づける理論的根拠になるものと思われる。例えば、「医療の状態」が「人口10万人当り医師数」、「医師1人当り看護婦数」等の指標と函数関係にあると規定されるためには、当該システムの活動において、政府が国民の健康水準の向上のために、医療状態の改善を目指して、医師の養成確保、看護婦数の最適性を図っているという政策的な傾向を見出すことができ、かつ、それが論理的にも実際のにも正しい施策であるということが明らかにされる必要がある。

実際の社会現象の集合 A と指標の集合 B の関係については、1対1の写像、1対多の写像、多対1の写像という3つのケースが考えられる。1対1の写像は全単射といわれており、次の3つの条件が成り立つことを意味する。すなわち、①集合 A の任意の要素 a_i に対して集合 B の指標 $f(a_i)$ がひとつ定まり、②集合 A の2つの要素 a_i, a_i' に対して、 $a_i \neq a_i'$ なら $f(a_i) \neq f(a_i')$ が成り立ち（この場合、 f は単射）、③更に、集合 B のどの指標 b_i に対しても、 $f(a) = b_i$ となる集合 A の要素が存在する（この場合 f は全射）、という条件である。それに対して、1対多の写像は、上記の条件①において、 $f(a_i)$ が複数個定まり、また、多対1の写像は、②の条件で、等式が成り立つ場合があることを意味する。社会現象の指標化の場合、1対1の全単射の写像を見出すことは困難である。既に見た通り、「医療の状態」に対して幾つもの指標を考えることができるし、また、「死亡率」という指標が何を意味するかという点に関しても幾つかの代替案をあげることができる。このような状況において、写像（函数）を特定化するのは、研究目的と理論であることはいままでもない¹⁹⁾。

一方、指標の定義を構成する第2の条件、すなわち、社会現象の要素間の関係性を指標間の関係性が表現する、という点に関しては、

$$a_i R a_i' \text{ のとき, } f(a_i) S f(a_i')$$

が成り立つ、という形で定式化することができる。このような関係は、集合 A, B のそれぞれの要素の直積集合

を $A \times A, B \times B$ で表わしたとき、前者の関係性を後者の関係性に対応づけることが可能であるということの意味する。以上のようにして、数量的な関係系 $B = \langle B, S \rangle$ が社会現象の関係系 $\alpha = \langle A, R \rangle$ を表わし、更に、集合 A から集合 B の逆写像 f^{-1} が存在し、 α が β を表わすことが理論的にも実際のにも確認されれば、 α と β は同型関係（ないしは準同型関係）にあり、当該社会現象は指標によって表現されたと言明することができる。

指標の尺度水準については、様々なものが考えられるが、比率尺度、間隔尺度、順位尺度、名義尺度に分類するのが一般的である²⁰⁾。また、前2者は、いわゆる計量的 (metric) ないしは量的 (quantitative) な尺度と、後2者は非計量的 (non-metric) ないしは質的 (qualitative) な尺度と対応関係にあると規定することもできる。このような尺度水準は、当該社会現象との関係において検討される必要があり、そのタイプは大きく分けると次の通りになる。すなわち、④当該社会現象を構成する要素について何らかの方法でカウントする場合、⑤当該社会現象との関係が線型性の条件を満たす場合、⑥当該社会現象との関係が本質的に非線型の関係にあるが、線型近似の妥当性が高い場合、⑦当該社会現象との関係が非線型の関係にある場合、⑧当該社会現象を構成する要素を他から識別するために数量を与える場合、である。④、⑤、⑥、すなわち、比率尺度、間隔尺度の水準については、多くの分野で開発されている統計数理的な手法を利用することができる、また、何らかの比率尺度で測定されたウェイトによって合成尺度を作成して社会状態を簡潔に表現できるというメリットがある。しかし、社会現象と指標との関係は極めて複雑であり、非線型の関係にある場合も多いため、逆に単純化し、順序尺度や名義尺度のレベルで変換する場合も多い。また、指標間の操作連結について検討する場合、順序レベル、半順序レベルでその関係を明らかにするだけでも有用な情報を得ることができるという点に、注目する必要もあろう。

IV 指標の妥当性

指標の妥当性とは何か、という問題については、“測定されるべき概念と指標との適合性”と定義づけることができる。このような妥当性を検証するための方法については、多くのものを考えることができるが²¹⁾、いわゆる操作主義の立場と、理論を重視する立場で大きな差異があるという点に特に注意する必要がある。すなわち、操

18) この点に関しては、Znaniecki, F, The Method of Sociology, 1934 (下田訳『社会学の方法』新泉社, 1978) の Chap. 6 を参照のこと。

19) 社会システムについて、直積の概念で定式化したものとして、公文俊平『社会システム論の基礎——一般システムの諸類型』学習研究社, 1973 がある。

20) 尺度の水準については、脚注2)の Stevens, S.S (1951), 吉田正昭『心理統計学』九善, 1976, Chap. 1 を参照。

作主義の立場においては、その指標が何かほかの意味を測定していることも十分にあり得るため、その操作手続きが正しいかどうかを検討すると同時に、その指標の意味を多くの場面で検証するという実証的研究の積み重ねが必要とされる。それに対して、理論を重視する立場においては、指標が理論との関係で適切であるかという点についての検討がより重要であり、具体的には、次の2つの点について検討する必要がある。すなわち、そのひとつは、社会現象を構成する要素の選択が、理論モデルとの関連で適切かという問題であり、もうひとつは、理論的定義と指標とのかい離がどの程度かという問題である。

ところで、前者の問題については、指標によって社会現象を数量的に再構成しようとする場合、多かれ少なかれ因果性、システム性が捨象されるという問題がある²¹⁾。また、社会現象は非常に複雑であるため、かく乱要因、媒介要因の介入は避けられない。物理学や心理学の分野では、それらの要因を統制するための実験的方法が開発されているが、社会学的な研究分野においては、その性格上、実験を行なうことが非常に困難であるため、指標間の関連性を解明することが非常に困難であるという問題がある²²⁾。しかし、このような問題点があるにも拘わらず、当該社会システムの作動にとって本質的な事象を理論モデルによって特定化し、その中に指標を位置づけ、選択することは重要なことである。当該社会現象のどの部分に指標が対応しているかを明らかにしておくことは、

指標の妥当性を検証するための必要不可欠な条件であるといえよう。

一方、後者、すなわち理論的定義と指標とのかい離の問題については、次のケースが考えられる²⁴⁾。第1のケースは、社会現象の理論的定義が、概念的に指標および指標以外の何かを意味する場合であり、第2のケースは、指標が理論的定義および定義以外の何かを意味する場合である。それに対して、第3のケースは、指標は理論的定義を意味し、理論的定義もまた指標を意味するが、指標と理論的定義は同じ内容を表わしているのではなく、指標の範囲と定義の範囲の積集合として表わされている部分のみが、真に指標が理論的定義を表わしていると規定することができる場合である。以上のような問題点を解決するための決定的な方法はそもそもあり得ないが、敢えてその方法を探ってみると、次の二つを挙げることができる。すなわち、そのひとつは、論理的に指標の妥当性を検討していく方法であり、具体的には、きめ細かく理論的定義を行ない、指標がその意図することを十分に表わしているかを検討するというような専門的研究によって、逐次的に理論と指標の間のギャップを埋めていくという方法である。それに対して、もうひとつの方法は、実証的な研究によって妥当性を検討していく方法であり、外的基準のある場合と外的基準のない場合に大別することができる。外的基準のある場合とは、当該社会現象を真に表わしている何らかの指標を設定し、それとの相関ないしは関連性の高い指標を妥当性の高い指標と見做す方法であり、外的基準がない場合とは、何らかの方法で内的一貫性の高い合成指標を構成する方法であり、個別指標を因子分析ないしは主成分分析にかけ、抽出された因子、ないしは主成分との相関関係の高い個別指標を選定し、合成指標を構成することが多い。しかし、前者においては、当該社会現象を真に表わしている指標を理論的に設定することは困難であるため、外的基準となる指標は多かれ少なかれ操作的に定義されるが、その場合、妥当性の低い指標を外的基準として各指標の妥当性を検討するという誤りを犯す可能性がある。また、後者の場合、合成指標を構成することによって、概念の理論的定義と指標の間のギャップを相殺するというメリットがある一方で、因子分析ないしは主成分分析において使用されるデータによって結果が異なるとか、社会学的な研究分野では因子軸の解釈、命名が十分に行なわれないことが多いため、合成指標の意味が曖昧であるというこ

21) 社会指標の妥当性については、Stinchcombe, A. L & Wrensd, J. C., Theoretical domain and Measurement in Social Indicators Analysis; Land, K. C. & Spilerman, S., ed., Social Indicators Models, Russell Sage Foundation, 1975. de Newville, J. I., Validating Policy Indicators, Policy Sciences, Vol. 10, 1979, を参照のこと。また、妥当性の基礎となる信頼性の問題については、例えば、三重野卓「意識調査における信頼性について」(『季刊社会保障研究』, Vol. 14, No. 3, 1978, 所収)を参照されたい。

22) この点については、心理学の立場から書かれているものであるが、例えば、内田敏夫「数量化がもたらす制約について」(『科学基礎論研究』No. 42, 1973, 所収)を参照のこと。

23) 従って、社会学の分野では、代替案としてエラボレーションや log linear model などの手法を用いて第3変数の影響を検討する方法(以上、クロス表の分析)や、偏相関係数を使用する方法(連続型データを使用する場合)が考えられているが、必ずしも十分とはいえない。また、数多くの項目からなる因果モデルを開発し、パス解析を使用してその関係をきめ細かく解明していくことも可能であるが、一般に、そのモデルの決定係数が低くなるという問題点があり、また、当該社会現象を同時連立方程式の形で定式化し、シミュレーションを行なうという研究方向も、十分な発展をみているとはいえない。

24) この点については、脚注 13), Zetterberg (1963) を参照のこと。

とがしばしばおこる。結局、個別指標の理論的妥当性をつめていくという作業が最も基礎的な作業であると思われる。例えば合成指標の方が個別指標よりも妥当性が高いと仮定することができても、真に妥当性が高いとは結論づけられないし、また、妥当性の高いひとつの個別指標の方が、妥当性の低い個別指標からなる合成指標よりも望ましいことはいうまでもない。

社会現象は非常に複雑であり、その分析対象自体、曖昧性を内包しているといえる。このようなものを、正確かつ妥当に測定するということは非常に困難であり、結局は、何らかの測定することが容易な現象を抽出し、社会現象のリアリティを指標に反映させているにしか過ぎないという意見も、実際には正しい。しかし、その場合、社会現象のどの次元に注目し、分析対象を設定するのかという点を明らかにしておくことが必要不可欠な条件であり、また、分析対象として設定されたシステムを構成する指標間の連動関係、および、それに基づく予測が、当該社会において仮定された連動関係を反映しているも

のであるか、十分に検討する必要がある。論理的に指標の妥当性を検討する作業と、実証的に指標の妥当性を検証する作業の相互作用こそが、現在、必要とされているのである。

ま と め

以上検討してきたように、社会現象を測定し、数量化しようという試みは、理論的にも方法論的にも極めて未熟な段階にある。社会測定を有意義なものとするためには、測定されるべき概念を理論モデルの中に位置づけ、理論的定義と操作的定義を結びつけて検討するという作業、および、実証的な方法によって指標項目の設定とその項目間の関連性の解明を繰り返すという、きめ細かい研究の蓄積が必要とされる。このような理論の構築と実証研究の相互作用によって、社会現象の本質的な因果関係やシステム性を捨象して数量化を行なうという問題点を最小限に食い止め、妥当性の高い指標を設定することが可能になるものと思われる。

執筆者紹介(執筆順)

小沼	ただし	正	駒沢大学教授
にし西	さお	三郎	国立公衆衛生院衛生行政室長
いち市	かわ	ひろし	筑波大学教授
田中	しげ	滋	慶応義塾大学講師
つじ辻	まさ	しげ	青山学院大学助教授
むら村	かみ	きよし	東京大学講師
まご孫	た	りよう	日本賃金研究センター研究主任
こう神	しろ	かず	横浜国立大学教授
くわ桑	はら	やす	日本労働協会研究員
す須	だ	かず	東京都神経科学総合研究所研究員
み三重	えの	たかし	卓
野			社会保障研究所研究員

次号 (Vol. 15, No. 3) 予告

——社会保障研究所設立 15 周年記念論文集——

論	文	馬場啓之助
〃		保坂哲哉
〃		地主重美
〃		三浦文夫
〃		平石長久
〃		曾原利満
〃		都村敦子
〃		城戸喜子
〃		大本圭野
〃		山崎泰彦
〃		高橋紘士
〃		小林良二
〃		岸功卓
〃		三重野卓

社会保障統計

社 会 保

社会保障費用

	収 入 (100 万円)							
	拠 出		国庫負担	他の公費 負 担	資産収入	他制度か らの移転	そ の 他	収入合計
	被保険者	事 業 主						
社 会 保 険	3,761,226	3,703,185	2,539,073	104,380	1,060,645	昭 和 50		
家 族 手 当	—	41,843	67,257	38,721	—	1,580	901,362	12,071,451
公 務 員	652,659	1,318,793	45,078	95,461	369,299	—	—	147,821
公 衆 衛 生	—	—	377,995	89,139	—	5	13,442	2,494,736
生 活 保 護	—	—	550,738	138,500	—	—	119	467,253
社 会 福 祉	—	—	637,144	234,129	—	—	—	689,238
戦 争 犠 牲 者	—	—	727,589	—	—	—	—	871,273
合 計	4,413,885	5,063,821	4,944,873	700,330	1,429,944	1,585	914,923	17,469,361
社 会 保 険	4,486,494	4,352,740	3,003,282	111,500	1,278,933	昭 和 51		
家 族 手 当	—	49,967	77,789	44,948	—	347	1,224,317	14,457,614
公 務 員	740,119	1,604,359	51,702	115,406	421,560	—	—	172,704
公 衆 衛 生	—	—	420,809	101,166	—	2	20,588	2,953,735
生 活 保 護	—	—	638,588	161,645	—	—	51	522,026
社 会 福 祉	—	—	799,381	283,373	—	—	—	800,233
戦 争 犠 牲 者	—	—	946,642	—	—	—	—	1,082,754
合 計	5,226,613	6,007,066	5,938,194	818,038	1,700,493	349	1,244,955	20,935,707
社 会 保 険	5,421,634	5,059,042	3,545,208	126,823	1,556,149	昭 和 52		
政府管掌健康保険	851,410	851,410	320,069	—	—	0	1,114,112	16,822,970
組合管掌健康保険	727,009	972,985	3,787	—	31,517	—	415,941	2,438,830
国民健康保険	882,437	—	1,485,979	122,237	—	—	109,674	1,844,972
厚生年金保険	1,729,123	1,729,123	356,858	—	1,131,503	—	103,466	2,594,118
厚生年金基金	152,523	355,998	1,861	168	164,540	—	12,825	4,959,433
国民年金	625,941	—	1,098,520	—	110,796	—	—	675,090
農業者年金基金	38,020	—	23,819	—	14,347	—	109,430	1,944,687
船員保険	47,814	89,301	16,729	—	21,719	—	—	76,186
日雇労働者健康保険	12,377	12,627	32,443	—	—	—	1,643	177,205
農林漁業団体共済	35,390	35,390	9,123	5	29,836	—	327,976	385,422
私学教職員共済	40,941	40,941	3,521	4,414	16,794	—	1,009	110,753
雇用保険	278,649	443,326	190,399	—	35,098	0	138	106,750
労働災害補償保険	—	527,941	2,100	—	—	—	7,042	954,514
家族手当(児童手当)	—	56,116	75,942	44,641	—	—	24,968	555,010
公 務 員	858,473	1,943,735	56,512	116,026	490,861	1	5,946	182,644
国家公務員共済	193,231	358,513	38,824	—	124,435	—	106,780	3,572,387
地方公務員共済	525,184	954,831	—	115,780	286,756	1	256	715,259
公企体職員共済	139,389	320,580	—	246	77,685	—	65,390	1,947,942
そ の 他	—	3,376	16,315	—	41	—	18,800	556,700
国家公務員災害補償	—	6,233	277	—	—	—	101	19,833
地方公務員災害補償	0	11,988	—	—	1,945	—	—	6,509
公企体職員業務災害	—	5,073	—	—	—	—	22,233	36,166
国家公務員恩給	668	108,930	1,096	—	—	—	—	5,073
地方公務員恩給	—	174,210	—	—	—	—	—	110,694
公 衆 衛 生	—	—	355,081	117,404	—	—	109	472,595
生 活 保 護	—	—	722,827	183,257	—	—	—	906,084
社 会 福 祉	—	—	937,695	331,966	—	—	—	1,269,661
戦 争 犠 牲 者	—	—	1,108,339	—	—	—	—	1,108,339
合 計	6,280,107	7,058,893	6,801,604	920,117	2,047,010	1	1,226,947	24,334,679

資料：厚生省大臣官房企画室「社会保障給付費」

注：1) この表は、ILO事務局による「社会保障費用調査」の基準に従って算出したものである。

2) 国民年金には福祉年金を含む。

3) 公務員の「その他」は、日本製鉄八幡共済組合及び旧令共済組合等である。

障 統 計

支 出 (100 万円)								収 支 差
給 付				管 理 費	他制度への移転	そ の 他	支 出 合 計	
医 療	医療以外の 現 物	現 金	計					
年 度								
4,249,810	—	3,184,995	7,434,805	284,658	1,271	1,074,242	8,794,975	3,276,476
—	—	144,454	144,454	3,367	—	—	147,821	—
498,403	—	1,100,904	1,599,307	10,395	—	8,230	1,617,932	876,804
405,759	88	11,217	417,065	511	—	49,678	467,253	—
409,174	—	275,966	685,140	4,098	—	—	689,238	—
214,752	503,662	44,344	762,758	7,394	—	101,120	871,273	—
3,121	662	717,366	721,148	6,441	—	—	727,589	—
5,781,018	504,412	5,479,247	11,764,677	316,863	1,271	1,233,270	13,316,081	4,153,280
年 度								
5,098,150	—	4,137,885	9,236,035	322,423	412	1,180,355	10,739,225	3,718,389
—	—	169,008	169,008	3,696	—	—	172,704	—
589,121	—	1,433,979	2,023,099	12,312	—	4,428	2,039,839	913,896
450,224	101	19,141	469,467	571	—	51,988	522,026	—
487,517	—	298,276	785,793	14,440	—	—	800,233	—
263,267	613,393	80,148	956,808	10,101	—	115,845	1,082,754	—
3,486	655	935,287	939,428	7,214	—	—	946,642	—
6,891,765	614,149	7,073,724	14,579,639	370,757	412	1,352,615	16,303,423	4,632,285
年 度								
5,701,627	—	5,086,232	10,787,859	354,948	5	1,452,868	12,595,680	4,227,290
1,823,444	—	158,778	1,982,223	25,529	—	555,468	2,563,220	△ 124,389
1,332,040	—	124,973	1,457,013	48,572	—	161,629	1,667,213	177,759
2,250,951	—	35,433	2,286,385	104,538	—	92,511	2,483,433	110,685
—	—	1,844,897	1,844,897	21,213	0	28,973	1,895,084	3,064,349
—	—	56,656	56,656	17,259	—	40	73,955	601,135
—	—	1,678,179	1,678,179	73,733	—	46,534	1,798,446	146,241
—	—	13,457	13,457	2,241	—	501	16,199	59,988
47,118	—	83,299	130,417	1,969	5	5,948	138,339	38,867
66,856	—	6,871	73,728	1,609	—	309,339	384,675	746
—	—	45,498	45,498	1,446	—	180	47,124	63,629
32,673	—	20,005	52,678	1,911	—	269	54,859	51,891
—	—	756,459	756,459	35,428	—	113,950	905,837	48,677
148,544	—	261,727	410,271	19,501	—	137,525	567,297	△ 12,288
—	—	169,491	169,491	3,965	—	4	173,460	9,184
648,744	—	1,727,213	2,375,957	14,009	1	6,638	2,396,606	1,175,781
145,595	—	325,411	471,005	1,354	—	186	472,545	242,714
384,618	—	720,027	1,104,645	9,892	1	439	1,114,978	832,964
109,343	—	369,649	478,992	288	—	1,373	480,653	76,047
129	—	17,161	17,290	179	—	2,267	19,736	97
3,410	—	2,125	5,536	277	—	697	6,509	—
4,657	—	4,951	9,608	922	—	1,677	12,207	23,959
992	—	4,081	5,073	—	—	—	5,073	—
—	—	109,598	109,598	1,096	—	—	110,694	—
—	—	174,210	174,210	—	—	—	174,210	—
378,169	475	25,164	403,808	730	—	68,057	472,595	—
531,948	—	369,494	901,442	4,642	—	—	906,084	—
311,355	706,335	101,455	1,119,145	10,616	—	139,899	1,269,661	—
3,645	523	1,096,431	1,100,600	7,739	—	—	1,108,339	—
7,575,488	707,333	8,575,482	16,858,303	396,648	6	1,667,466	18,922,424	5,412,255

4) 公衆衛生には結核医療費等の公費負担を含む。

5) 社会福祉には老人医療費を含む。

6) 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。