

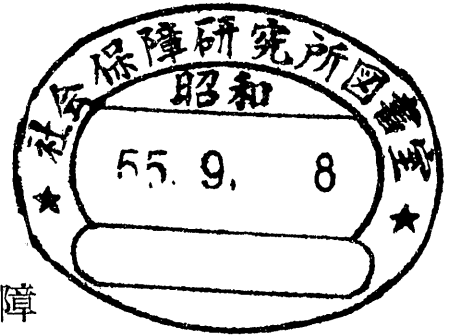
季
刊

社会保障研究

Vol. 16, No. 1

社会保障研究所

1980



高 齢 化 と 社 会 保 障

小 山 路 男

わが国は現在急速に高齢化しつつあり、その速度と規模は欧米先進国にも例をみない。1980年で、1,000万人あまり、総人口の8.9%の65歳以上人口が、21世紀初頭では2倍の2,000万人、14%程度になると推計されている。その上、65歳人口のうち、75歳以上の後期老人層の増加率のほうが高いという。高齢化のこのような進行は、国民の社会保障への需要を高めざるをえないであろう。

来るべき高齢化社会における国民生活の姿はどのようなものであろうか。われわれは推量する以外に方法はないのであるが、相対的に減少する生産年齢人口に老人扶養の負担が重くのしかかることだけは確実である。さらにまた、高学歴化が進むとすれば、実際の労働力人口はさらに減るから、実際の負担はその分だけ重くなろう。高齢化社会はハイ・コスト社会である。それは年金についてのみではなく、医療費においてもそうである。さらに、後期老人層の増加は対人社会サービスや社会福祉施設の需要を増大させるであろう。

高齢化社会は高負担社会となること確実であるが、予想されるような高負担は次の世代は果して耐えることができるのであろうか。厚生省年金局の推計によれば、年金給付費の対国民所得比は1980年度で4.0%であるが、90年度には6.5%、2000年度には10.2%、2010年度には14%前後にまで達するという。このほかに、医療費と社会福祉サービスの費用を考慮すると、このように重い費用負担は国民経済的に不可能であるとする意見も少なくない。

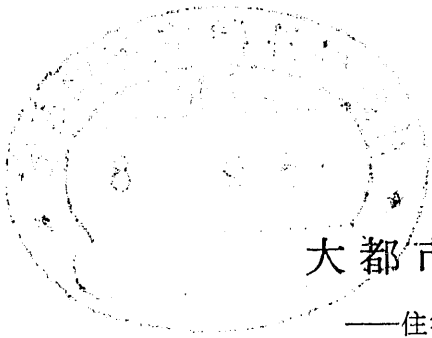
80年代の課題は、予想される高負担社会の到来に対して、考えられるあらゆる対策を準備することであろう。この場合、重要なのは、財政的見地のみから費用節約を図って肝心の福祉水準を切り下げないことである。このような考え方は国民の合意を得がたいのみならず、社会保障本来の目的に逆行するものである。われわれは、現行制度が果して来るべき高齢化社会において合理的かつ効率的に機能するかという観点から、その見直しを行うべきであろう。

現行の諸制度はそれぞれ独自の沿革をもち、独自の発展を遂げてきている。しかし、高齢化の進行と社会的・経済的環境条件の変化に対して、それらのあるものはすでに対応能力を失っているものもある。制度というものはそれ自体硬直的であり、独自の利害関係をもっている。社会保障全体の立場から、総合的に斉合性のある制度全体の見直しの試みに対して、個別制度の関係者は強硬に反対している。政治的利害打算がこれに絡むとき、われわれは理論的な政策思考の可能性について、しばしば絶望的にさえるのである。

しかし、翻って考えてみると、制度全体にわたる根本的改革が一挙に可能であるはずはない。現行の諸制度はすでに国民生活の中に根深く定着し、それぞれ独自の方向に向かって走っている。この事実を認識した上で、漸進的合理的な改善の努力を積み重ねて行く以外に方法はないのである。

定年制の延長や高齢者の職場開発問題が、かつてなく大きく問題とされているのは、年金財政の将来とかかわっているからである。あるいは、部分年金の構想もこの脈絡の中に位置付けられるであろう。年金給付の合理化効率化への歩みはまことに遅々としているが、制度全体が成熟化するにともなって、無理のない形で解決されて行くであろうし、またその方向で努力するであろう。

老人医療の現状が医療費保障に偏重している現状に対して、予防とリハビリテーションを含めた保健対策の重要性が強調され、またその方向に地域保健対策が動いている。福祉対策における地域福祉の強調などもまた、高齢化社会への対応に他ならない。年金、医療、福祉を個別的にとらえるのではなく、総合的な対策を講じる必要があるのである。



大都市老齡雇用者階層の住宅

——住宅政策と年金制度の関連づけのために——

山 崎 清

まえがき

核家族として自立生活を維持すべき老齡者世帯が急増する中で、年金保険給付の効果的な機能と、年金制度を機軸とする高年齡期生活の早急かつ広範な社会慣行化がのぞまれる。もっともこれには若干の前提条件が必要とされ、住宅・住生活の最低限保障はその一つだといってよい。しかし日本の住宅政策は、個人努力による持家取得の奨励・援助中心であって、こうした最低限保障に乏しく、今後いずれこれが一つの論点となり、住宅政策と年金制度との関連が問われてゆくことになると思われる。小論の試みは、大都市の雇用労働者階層に属する老齡者世帯について、主に社会階層性という視点から住宅実態を検討し、老齡期の住生活面から住宅・住生活の最低限保障の必要性にふれようというものである。

このため随時一般統計を援用しつつ、主としては国民生活センター調査研究部がおこなった大都市老齡夫婦世帯の生活に関する調査の結果を用いる。この調査は一連の生活に関する調査で、住宅調査そのものではないので制約は大きいが、今はこれによる。

この調査の結果は「大都市老齡者世帯の生活」(1979年3月)として公にされているが、その概要は(1)東京都大田区東南部および世田ヶ谷区西北部に居住する60~74歳の男で、夫婦で生計を維持している者およびその世帯を対象とし、(2)対象数1500人・世帯、回収集計数1057人・世帯、(3)調査時期1978年10月、(4)調査方法は面接調査によるというものであった。ここで用いるのはこの調査対象のうち、生涯歴からみて雇用労働者階層に属するとみなされた者およびその世帯(668人・世帯)の住

宅に関する部分である。

ここで便宜のため以下小論でいう社会階層概念についていえば、これは経済上のもっとも基本的な社会集団として、経済面での社会的な機能と地位を等しくする社会集団を指し、さし当り職業集団をあてている。各社会階層は、それぞれ所得や消費の水準を等しくし、部分的に意識をも共にするという傾向にあると考えられる。もっとも老齡期の社会階層は基本的に若壮年期のそれに左右されるところが大きく、雇用労働者層ではとくにそうである。そこでこの調査では、老齡期の社会階層は、原則として55歳前後までの職業状況によるものとされている。

社会階層分類の指標には、一般統計上の用語でいうと、経済上の機能をあらわすものとしての産業ないし職種、社会的な地位をあらわすものとしての従業上の地位、雇用形態、企業規模を用いている。なお以下に示される便宜的な企業規模区分は、大企業雇用者=①第一次、第二次産業および第三次産業中の運輸・通信業、電気・ガス・水道業の従業員規模1,000人以上企業、②その他第三次産業の500人以上企業、中小企業=①の30~999人企業、②の30~499人企業、零細企業=①②の29人以下企業、官公=公務、公社、というようである。

ここで念のためいえば、この調査はあくまでも大都市の老齡夫婦世帯に関する事例調査であり、その結果には老齡者住宅を一般的にあらわす統計的代表性はない。したがってここでは、このようなものとしての調査結果の範囲内にみられる相対差とくに社会階層差という視点から論点を導くことになる。

I 住宅政策と年金制度

(1) 住宅・住生活の最低限保障政策

商品として生産される住宅には、二つの面からして、みたされるべき必要な条件があるとみられる。まずその第一は使用価値面における機能にかかわっている。その一つは一定の居住性機能を果たしていること、すなわち住宅建物自体が一定の質量水準をもち、社会の支配的な仕方による消費生活を通じ、市民としての家族の維持・再生産を可能にするものであり、かつ適切な自然的、社会的居住環境条件を具えていることである。また他の一つは、住宅立地が地域的な労働力供給に適していることである。

必要な条件の第二は、住宅居住者の立場からする価格および所有面にかかわっている。その一つは、住宅が雇用労働者層の支配的な賃金水準に照らして合理的な価格ないし家賃で供給されることであり、他の一つは、賃貸住宅であっても居住者が無過失にもかかわらず意に反して移転を迫られることなく、安定的に占有し居住できることである¹⁾。

住宅は住生活のみならず生活全般にわたる物的基盤となるものであるから、もしこれらの条件が必要最低限までみたされていなければ、住生活はもとより、生活全般が貧しく不安定なものにならざるをえない。しかし資本制社会では、このような事態は経験的にいってむしろ多かれ少なかれつねに生じるところであったといえよう。

例えば第一に、住宅は本質的に高価格であり、長期にわたり償却されるほかないうえ、土地に密着している。これに対しこの社会の最も主要な成員である雇用労働者諸階層では、労働力の価値としての賃金の本質とその支払形態からして、住宅商品の一括的購入は概して困難であり、低賃金の下層労働者層では特にそうである。そのうえ労働力供給に際しては、しばしば居住地移動も必要になる。これらからして、雇用労働者層にとり持家住宅はしばしば合理性を欠くことになり、本来住

宅は賃貸住宅を基本とすべきものとなる。

そこでいま賃貸住宅に限ってみるなら、賃貸住宅は家賃収入を目的とする資本の一投下形態であるから、使用価値面での居住性機能水準と価格面での家賃額とは、およそのところ照応し合わねばならない。居住性機能のすぐれた住宅は高家賃となり、下層労働者層に可能な住宅は、概して質量水準、居住環境条件ともに劣った居住性機能の低い住宅となる。そのうえ下層労働者層では、この種住宅でさえも所得に比ししばしば相対的に高家賃となり、過重な家計負担のため生活が圧迫され、不安定となる。もっとも家賃額は個別多様な諸事情に左右されるから、高低さまざまとなり、家計負担も多様となるのはいうまでもない。

ついで第二に、住宅はただ建築物としてだけでなく、一定最小限の自然的ないしは社会的な居住環境条件を必要とする。ところが商品としての住宅生産は、自由な商品市場での競争のもとで、絶えずコスト節減を強いられつつ、総体として無秩序、無計画におこなわれるほかない。このため勢い社会的共同消費手段や自然環境への配慮が薄れ、それだけ居住性機能が低下しやすい。

このように自由な商品市場のもとでは、住宅に必要とされる上記のような諸条件は容易にはみたされにくく、住宅問題が拡大・深化する中で、欧米の先進諸国では、住宅の必要諸条件を充足し維持するための政策が、社会政策の重要な領域を形成するようになってきた。これら諸国の住宅政策に多かれ少なかれ共通するものとして、おそらくつぎのような点をあげることができよう。

その第一は、何らかの方法により、一定最低限の居住性機能をもつ住宅つまり住生活を公的に保障することである。例えば一定の居住性機能を持ち、低価格ないし低家賃の持家住宅や賃貸住宅を公的に供給するのはその直接的な方法である。また民間賃貸住宅供給者に対する低利の公的融資による低家賃化、ないしはその居住者への家賃補助などにより、家賃面から一定最低限の条件をみたく住宅居住を可能にするのは、その間接的方法となる。もっともこうした最低限保障の主な対象が、

1) このほか住宅には、地域生活面にかかわる必要条件があるが、ここでは省略する。

なканずく社会の下位階層にあるのはいうまでもない。

第二は、社会総体としての住宅・住生活水準の維持・改善である。例えば都市政策、宅地政策と関連づけられた宅地の公的造成や民間主体による住宅建設への内容規制、この規制に実効性を与えるための、民間持家住宅の建設・供給者ないしは取得者への低利な公的融資や利子補給などの援助はこれに当らう。この種の政策は、本来都市とくに大都市では不可欠のものであった²⁾。

もっとも住宅政策は、こうしたいわば社会政策としてだけおこなわれたわけではなく、例えば不況対策ないし高成長・高蓄積のための住宅建設促進という、経済政策的性格を色濃くしているのは、周知のとおりである。

ところでここでの関心は、これらのうち主として第一の最低限保障策にある。これには一定最低限の住宅・住生活の公的保障を通ずる生活保障の一環だという、いわば住宅政策自体としての機能のほか、社会保険給付にかかわる他の機能が与えられていよう。それというのは、社会保険は社会政策上の保険制度として、拠出や給付について個々の選択を許さない一定の条件により、広く強制適用される。勢いその給付、さし当っていえばいわゆる「所得保障」としての給付は、多かれ少なかれ生活の個別事情にかかわりのない、いわば一種の標準化された給付とならざるをえない。

ところが住宅費もしくは家賃のような支出は、住宅の所有形態をはじめ、多様な個別事情に左右され、とりわけ個別差が大きく、かつ住宅には家賃に応じて選択するという可能性が比較的乏しい。このためその家計負担度もさまざまとなり、上記のような標準化されたものとしての社会保険給付の「所得保障」機能を妨げることになりやすい。しかしもし何らかの形で住宅・住生活の最低限保障がおこなわれるなら、さもなければ生じたであろう住宅費ないし家賃の個別差が緩和され、その限りで個別生活費が平準化されて社会保険給付の

「所得保障」機能が効果的とならう。かくしてこの最低限保障政策には、第一の住宅政策自体としての機能のほか、第二に「所得保障」としての社会保険給付の効果を高める前提的与件ないし補完ともいべき、いわば社会保障的機能が与えられる。

(2) 年金制度と住宅・住生活の最低限保障

近代の市民社会では、いわゆる核家族化により、老齡核家族の増加が不可避であった。他方市民社会では、雇用労働者層を含め、人々は自主独立の市民として自立生活を維持すべきものとされており、すでに賃金所得が低下し失われた老齡雇用者家族であっても、その例外ではなかった。こうした老齡者家族の増大のもとで、欧米の市民社会において、老齡期の自立的な市民生活維持のための手段として経験的に見出されてきたのが、年金制度、特に社会政策による所得再分配を伴った法定の公的年金制度だったといえよう。この年金制度が広く支配的に定着し機能するようになるとともに、第一に全国民に共通する一定の年金受給資格年齢になるまでは就業・雇用により勤労所得で生活し、第二に年金給付年齢に達した後は原則として年金を受給してこれを機に退職し、以後は主に年金に依存して生活しつつ引続き市民としての自立性を維持してゆくという、いわば年金制度を機軸とし基礎にする高年齢期生活が社会慣行化してきた。

しかしこうした状態の実現のためには、若干の満たされるべき条件がある。その第一は公的年金制度が全国民に、それも基本的には同等の給付資格条件で適用され、かつ給付年齢に達するまでは、本人の意に反し老齡を理由に解雇されることがないという雇用慣行が定着していることである。第二は当然ながら、年金が主としてそれに依存して自立生活しうる程度の水準に維持されていることである。

これらはいわば直接的条件だが、他に間接的な条件もある。おそらく医療保障とともに、その主要な一つとなるのが、前述の住宅・住生活の最低限保障政策だといえよう。それというのは、この最低限保障政策は、第一に前記の住宅政策的機能

2) 諸外国の住宅政策については、さし当り横田清「欧米諸国の住宅政策の特質」水本浩他編『住宅政策の提言』(1979年)所収、通産省住宅産業室編「欧米諸国の住宅政策」(1973年)を参照。

表 1 着工新設住宅の構成（一都三県）

（単位：％）

	総数(千戸)	持家	分譲住宅	賃貸家	うち、公営、 公団住宅	給与住宅
1965 歴年	259	39.3	4.4	50.4	6.8	5.8
70	506	31.8	11.8	50.9	9.7	5.5
75	370	42.9	21.6	32.9	4.9	2.5
77	430	35.0	29.6	33.6	4.1	1.7

（注） 1. 1965年の公営・公団賃貸住宅には若干の分譲住宅が含まれる。

2. 一都三県は東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県。

（資料）建設省「建設統計年報」

面において、勤労所得が失われる高齢期になるほど、その必要度が一層高まるほか、第二に社会保障的機能面において、社会保険給付とくに高齢者が主にそれに依存すべき年金保険給付が効果的に機能するための前提条件になるからである。もとより住宅・住生活の最低限保障政策は、これら二つの機能をめぐり、広く一般に求められるところだが、高齢核家族世帯ではとりわけそうであり、その増加とともに、これへの要請が一層強まるところとなる。

II 住宅政策と住宅条件の改善

（1）日本の住宅政策

かつて日本の都市住宅は、その多くが借家であった³⁾。しかし大都市の借家は、第二次大戦時の戦災でほとんど壊滅した。加えて厳しい地代、家賃統制令のため賃貸住宅供給が低迷して極度の住宅不足が生じ、これを機に公営住宅(1951年以後)、公団住宅(1955年以後)などの公共賃貸住宅が建設・供給されるようになった。もっともこの公共賃貸住宅はもともと供給量がごく限られているうえ、近年ではむしろ減少傾向にさえある。

これに対し民間住宅では、大企業による大規模な住宅供給はこれまでのところほとんど分譲住宅に限られている。賃貸住宅は零細家主がかつての長屋にかえて供給するようになった、いわゆる「木賃アパート」に代表される零細単位の低質量住宅が主であり、若干の改善をみつつも、これが今日に至るまで賃貸住宅の主流を占めてきた（以上表1）。

こうして賃貸住宅は多くが民間主体により供給されてきたが、一部以外これへの低利な公的融資はみられず、勢い民営賃貸住宅は高家賃となる。このため低所得の下位社会階層では、かなり過重な家賃負担を強いられもする。しかしたとえ高家賃、過重負担であっても、これに対する家賃補助は、例えば生活保護による「住宅扶助」など一部にとどまり、一般性を欠く。以上要するに日本の住宅政策は、諸外国のそれにくらべ住宅・住生活の最低限保障策に乏しい。

他方こうした賃貸住宅事情のもとでは、住宅条件改善のもっとも重要な方法は、個人努力による持家住宅取得となるほかない。こうして本来賃貸住宅居住が合理的だとみられる雇用労働者層、とくに大都市の雇用労働者層を含め、持家志向が熾烈である。これに対し持家住宅の建設・供給は、一部公共主体によってはいるものの、主としては民間主体に委ねられており、自由な住宅市場での個人努力による持家取得を奨励、援助するというのが戦後住宅政策の基本であり、近時ますますそうなりつつある。こうした政策に助長され、一方では分譲住宅に代表される住宅の資本制生産が急成長すると同時に（表1）、他方住宅条件の改善を求めて持家取得が広範に一般化するところとなった。

しかし自由な市場での持家住宅需給の奨励策のもとでは、勢い住宅の建設ないし供給に対する規制はなおざりになりやすい。このため無秩序な住宅建設により、地価上昇やそれに伴う宅地の矮小化、あるいは社会的、自然的な居住環境条件の悪化が生じてきたのは、周知の通りである。

結局日本の住宅政策は、自由な市場での持家需給の奨励・援助中心であることにより、二面の悪しき結果をもたらしてきたといえよう。その一つ

3) 厚生省「大都市住宅調査」（1941年）によれば、住宅中に占める借家の比率は、人口15万人以上24都市平均で75.9%、6大都市平均78.4%、東京市73.3%であった。

表 2 所有形態別住宅面積、設備 (東京都) (1973年)

	総 数	持 家	借 家					
			計	民 営 借 家 (設備専用)	“ 共 用 ” (設備共用)	公営住宅	公団・公社 住 宅	給与住宅
住 宅 数 (千住宅)	3,812	1,541	2,231	1,187	446	216	154	228
一住宅当り延べ面積 (m ²)	54.5	88.5	31.0	30.8	13.3	38.6	43.4	50.8
“ 室 数	3.3	4.9	2.2	2.2	1.2	3.1	2.8	3.2
“ 畳 数	19.0	29.3	11.8	11.8	5.8	15.4	15.0	18.2
一 人 当 り 畳 数	6.5	7.8	5.0	5.0	4.5	4.6	4.8	5.5
一 室 当 り 人 員	0.88	0.77	1.06	1.05	1.08	1.08	1.11	1.02
専用炊事用流し保有率	97.0	99.9	96.7	100.0	84.8	100.0	100.0	97.9
専用水道保有率	95.8	98.6	95.6	98.8	83.3	99.4	99.9	96.8
専用水洗便所保有率	71.0	78.5	67.1	82.9	0.3	76.8	97.9	84.8
浴室保有率	64.7	89.7	48.6	49.0	1.3	73.9	97.7	81.4
専用の炊事用流し・水道・便所、および浴室保有率	64.2	89.4	47.9	48.8	—	73.8	97.1	79.4
日照3時間以上住宅率	78.9	83.6	77.1	75.6	60.9	93.4	94.1	88.8
“ 5時間以上住宅率	53.0	61.3	48.2	46.6	28.0	65.6	65.1	67.6

(注) 民営借家の設備専用ないし共用とは炊事用流しおよび便所が専用であるか共用であるかをいう。

(資料) 総理府「住宅統計調査」

は住宅・住生活の最低限保障に乏しく、このため社会の下位階層の住宅・住生活をとりわけ貧しいままに放置してきたことであり、他の一つは住宅建設への公的規制がおろそかであることにより、個別にはともかく、社会全体としての住宅・住生活を低位なままにおき、その向上を妨げてきたことである。

(2) 所有形態別の大都市住宅

住宅政策がこのようなとして、ともあれ住宅条件の改善は主として個別努力に待つところとなる。これについてみるべく、まず大都市の住宅条件からはじめるが、いま大都市東京の住宅、とくに賃貸住宅について、表2に居住性機能をあらわす若干の指標をあげた。表上段のように、住宅面積は住宅形態によって違い、もとよりもっとも基本的な違いは持家と賃貸住宅との差にある。しかし賃貸住宅の限りでも、民・公営による差があり、民営借家とくに設備共用住宅はとりわけ狭小である。もっともこれを一人当り畳数ないし1室当り人員でみると、そう違いはない。もちろん世帯人員の違いによるわけで、設備共用民営借家は、単身者ないし小家族用の6畳1室住宅で代表される。表下

段に設備状況をあらわしたが、これにも面積同様持家と借家、民営借家と公共借家との差が大きい。専用の炊事用流し、水道、便所、浴室といった本来住宅としては不可欠の設備を全部具える住宅は、その定義からして設備共用民営借家には皆無であるほか、設備専用とされた借家でも半ばにとどまる。もっとも公営住宅でも7割しかなく、日本の公営住宅の質量が問われる。居住環境条件の一端として日照時間が調査されているのでこれをみると、全般に不十分な中にもこれまで同様な違いがあって、いかにも顕著である。

居住性機能とともに住宅の他の一面をなす価格面について、住宅形態別家賃額を表3とした。特殊な目的のための住宅である給与住宅は別とし、民営住宅の家賃は高低広範にわたり、平均的にみて、「受益者負担」原則故に高家賃だといわれる公共住宅にくらべ2倍余、住宅面積差を考慮して1畳当りであらわすと、実に3倍に及ぶ。

以上持家住宅は、居住性機能の点で賃貸住宅にくらべ概して数等まさり、たとえそうでないにしても、所有面からして住宅の欠かせない条件の一つである居住の安定性が確保される。民営賃貸住宅は通常劣悪かつ高家賃であり、そのうえ居住の

表 3 所有形態別専用住宅家賃額(東京都)

(単位: %)

	専用住宅計	公営・公団・公社住宅	民営借家	給与住宅
計(千住宅)	(2,126)	(369)	(1,543)	(214)
1 万円未満	18.5	34.8	6.2	78.8
1~2 万円未満	28.8	43.2	27.5	13.6
2~3 "	20.4	11.9	24.8	3.5
3~4 "	13.7	7.1	17.0	1.4
4 万円以上	18.1	2.8	24.0	1.6
平均家賃額(千円)	25.2	14.9	30.1	7.3
1 世帯当り家賃額(円)	2150	980	3020	400
1973年平均家賃額(千円)	14.4	8.4	17.1	5.1

(資料) 総理府「住宅統計調査」

安定性に乏しく、当初のべた住宅の必要条件に著しく欠ける。これに対し公共賃貸住宅は、いずれの面でも民営賃貸住宅にまさるという意味で、質量水準がなお持家住宅に劣るにもせよ、それなりに住宅・住生活への最低限保障という機能を果たしているものといえよう。もっともその質量水準が概して持家住宅に及ばないという点は別にしても、公営、公団・公社住宅いずれを問わず供給量がいかにも過少かつ近時大都市では一層減少傾向にある。このため、たとえ一定の最低限保障の機能をもつにしても、その社会的効果は余りにも頼りなく、かつ一層心細くなっている。

(3) 住宅条件の個別改善としての住宅間移動

大都市賃貸住宅は、住宅としての必要条件に欠けるところが大きく、とくに民営住宅ではそうであった。このような中で個々人は自身の努力で住宅条件の改善をはからねばならない。それは例えば持家住宅の増改築としておこなわれもするが、より一般的なのは有利な住宅条件を求めての住宅間移動であろう。

しかして住宅には、上の表でみたように所有形態により、居住性機能や価格、居住の安定性など、住宅条件に大きな違いがある。したがって住宅条件改善のための移動は、基本的には異なる所有形態間の移動となり、民営賃貸住宅から公共住宅、あるいは賃貸住宅から持家住宅への移動が広く一般化している。これにくらべ、民営賃貸住宅間の

移動は、その高い頻度にもかかわらず、概して他形態の住宅へ移動するまでの過渡段階にとどまり、副次的なものという性格をもつといえよう。もっとも近年の住宅の大量生産・大量流通の進展につれ、従来は一般的でなかった持家住宅間移動も急増しつつあり、大都市圏ではとくにそうである。

そこで小論のはじめにその概要を示した大都市の雇用労働者階層に属する高齢者世帯についての調査結果から、対象者（ほとんどが世帯主）の35歳時以後の住宅形態推移をみるべく、表4をあげた。これは、いわばこれら高齢者世帯の生涯住宅歴の骨格を形成する。この生涯歴は、本調査時に60~74歳であった対象者の年齢に応じ、第二次大戦中から戦後混乱期をへる25~40年に及ぶ。例えば35歳時は1939~53年にわたり、この間戦災による極度な住宅難が生じたほか、公営住宅の建設（1951年）、住宅金融公庫融資（50年）が開始され、この時期の終りには民営アパートが建設されるようになった。45歳時は49~58年であり、この時期には公団住宅の建設がはじまり（55年）、賃貸住宅が多様になってきた。また55歳時は59~73年にあたり、この間の後半は首都圏で建売分譲形式での資本制住宅生産が本格化した時期にあたる。本表の住宅形態間移動は、当然こうした住宅供給ないしその背後にある住宅政策に拘束されている。したがって表の各住宅形態の比率は、大都市のこれら世代の対象者に固有のものという一面をもつから、この調査資料が一つの事例調査結果だという点は別にしても、なおこれが後代世代にも直ちに妥当するわけでないのは、いうまでもない。

まず表上段で対象者全体の35歳から調査時（60~74歳）までの住宅の所有形態別構成をみると、35歳時に多かったがその後大幅減少したものには民営借家、給与住宅がある。逆に大幅増加したのは持家であり、絶対量は小さかったが公営、公団・公社など公共賃貸住宅も増加しており、これはこの間の公共住宅建設開始によるところも大きい。しかし第三に、民営アパート・借間の比重はほとんどかわっていない。

そこでつぎに表中段は、35歳時住宅形態別にその後の形態別構成の推移をみたものである。これ

表 4 高齢雇用者世帯の特定年齢時住宅所有形態推移

(単位: %)

		対象数		持 家	民営借家	民営アパート・借間	公営住宅	公団・公社賃貸住宅	給与住宅	親 の 家 そ の 他
計		668	35歳時	25.7	31.3	11.2	2.7	1.0	16.2	11.6
			45 "	49.1	15.4	10.5	5.5	2.8	12.9	3.7
			55 "	60.9	9.6	10.8	6.3	6.1	5.4	0.9
			調査時	60.7	3.1	10.3	12.6	7.9	3.7	0.7
35 歳 時 住 宅 形 態 別	持 家	172	45歳時	90.1	2.3	3.5	0.6	0.6	2.3	0.6
			55 "	86.0	2.3	7.0	0.6	2.9	1.2	—
			調査時	78.5	0.6	8.1	4.1	4.1	2.9	1.2
	民 営 借 家	209	45歳時	38.8	38.8	4.8	5.3	4.8	6.7	1.0
			55 "	55.5	21.5	4.8	5.7	7.7	4.8	—
			調査時	58.9	6.7	6.7	13.9	8.6	3.3	1.0
	民営アパート・借間	75	45歳時	18.7	2.7	60.0	6.7	2.7	6.7	2.6
			55 "	28.0	4.0	49.3	8.0	8.0	2.7	—
			調査時	29.3	2.7	36.0	14.7	14.7	2.7	—
	公営住宅, 公団・公社賃貸住宅	25	45歳時	20.0	—	—	56.0	16.0	8.0	—
			55 "	32.0	—	8.0	52.0	8.0	—	—
			調査時	28.0	4.0	8.0	52.0	8.0	—	—
	給 与 住 宅	108	45歳時	40.7	3.7	1.9	2.8	0.9	50.0	—
			55 "	68.5	3.7	2.8	2.8	5.6	16.7	—
			調査時	71.3	1.9	4.6	7.4	6.5	6.5	—
	親 の 家, そ の 他	78	45歳時	35.9	15.4	9.0	3.8	1.3	9.0	25.6
			55 "	50.0	10.3	10.3	9.0	7.7	5.1	7.7
			調査時	52.6	1.3	9.0	20.5	10.3	5.1	1.3
調 査 時 住 宅 形 態 別	持 家	391	35歳時	33.0	30.2	5.6	1.0	0.8	18.7	10.5
			45 "	73.1	9.7	1.8	0.8	0.8	10.5	3.3
			55 "	95.9	1.8	0.3	—	0.3	1.3	0.5
	民 営 借 家	21	35歳時	4.8	66.7	9.5	—	4.8	9.5	4.8
			45 "	9.5	76.2	4.8	—	—	4.8	4.8
			55 "	4.8	85.7	9.5	—	—	—	—
	民営アパート・借間	69	35歳時	20.3	20.3	39.1	1.4	1.4	7.2	10.1
			45 "	11.6	13.0	59.4	1.4	—	11.6	2.9
			55 "	7.2	13.0	72.5	—	1.4	4.3	1.4
	公 営 住 宅	84	35歳時	8.3	34.5	13.1	15.5	—	9.5	19.0
			45 "	8.3	25.0	9.5	38.1	—	11.9	7.1
			55 "	3.6	25.0	13.1	48.8	—	7.1	2.4
	公団・公社賃貸住宅	53	35歳時	13.2	34.0	20.8	—	3.8	13.2	15.1
			45 "	7.5	22.6	18.9	—	28.3	20.8	1.9
			55 "	3.8	11.3	13.2	—	69.8	1.9	—
	給 与 住 宅	25	35歳時	20.0	28.0	8.0	—	—	28.0	16.0
			45 "	20.0	8.0	12.0	—	—	56.0	4.0
			55 "	12.0	4.0	4.0	—	—	80.0	—

(注) 住宅形態無回答および表側調査時の同居・その他は省略。

はこの間の東京への流入いかに左右されるところも大きい、今は問わない。35歳時の持家居住世帯は、当然ながらその後調査時までほとんどが持家のままであった。一部は民営アパートや公共住宅に移動していたが、子への持家の贈与などによる。35歳時民営借家世帯は、震災のためもあってその後急減し調査時には皆無に近くなり、過半以上が持家にかわり、2割程度が公共住宅に移転していた。民営アパート・借間世帯は、調査時にはそれぞれ3割程度が持家または公共住宅に転じていたが、しかし4割弱はそのままアパート・借間住いを余儀なくされ、これに滞留してめぐまれぬ住宅条件に耐えていた。公共住宅世帯は3割程度が持家となったが、多くはこれに定住している。また給与住宅世帯は、その後とくに通常の定年退職年齢である55歳時には急減しており、一部は公共住宅住いとなったが、多くは持家住宅を取得していた。親の家・同居世帯は、常識的だが45歳時にはすでに急減し、直接にか民営の借家、アパート住いを経てか、調査時には持家ないし公共住宅に転じていた世帯が多い。

観点をかえて表下段に、調査時住宅形態別に、それに先だつ各年齢時の住宅形態をあげた。これによると、調査時持家住宅世帯の35歳時住宅は多様だが、賃貸住宅としては民営借家と給与住宅が比較的多かった。この持家世帯はかなり早い時期から持家を取得しており、35歳時で3分の1、45歳時では4分の3にも達していた。調査時民営借家世帯はすでに少数になっていたが、目を引くのはその主要部分が35歳時以後ずっと借家住宅住いだったことである。民営アパート・借間世帯の多くは、35歳時以後になってアパートのわび住いとなったものだが、しかしこの場合にも4割は35歳時以後ずっとこれにとどまったままであった。公営住宅世帯についていえば、これへの入居資格所得範囲は公団住宅よりずっと低いので、これからの移動はみられない。また持家からの移転も少ないほかは、当然移転源は広範にわたり、それも35歳時からの定住者は少なく、高年齢になって移転した世帯が多かった。公団・公社住宅世帯についても、これと類似のことがいえる。中高年齢期に

なつての給与住宅入居は、中小企業雇用者層など一部に限られ、調査時これに居住する世帯はごく少ない。一部は35歳時以後ずっとこれにとどまっている。

以上のところを合わせて期間中の各住宅形態への移転流入を整理しよう。第一に持家住宅では、絶対的にも相対的にも流入が大きいのに対し流出は小さく、定着度がきわめて高いのはもとよりである。第二に公共住宅は絶対量は小さいがそれへの相対的な流入度は大きく、一部は主に持家に転ずるが、概して定着度が高い。第三に民営アパート・借間では、流出入もあるが定着、というより滞留世帯がかなりある。第四に流出が多く流入が少なく、定着度の最も低いのが民営借家、給与住宅、親の家である。はじめに表上段でみた全体としての各年齢時住宅形態別構成は、このような流出入移動もしくは定着、滞留の総結果であった。

この調査資料は事例調査によるもので、統計的代表性には乏しい。しかしここでは紙幅の関係で省略するが、例えば総理府「住宅統計調査」により1974～78年の一都三県（東京都、埼玉、千葉、神奈川各県）の住宅移動世帯についてみても、住宅形態間移動の流れに関する限り、これと類似のところがみられる。そこでこの大都市雇用労働者階層に属する高齢者世帯の住宅形態間移動から、その生涯住宅歴についておそらくつぎのようになっていることができる。

異なる住宅形態間の移動は、もとより種々の要因から生じるが、一般にそのもっとも主たるものは、個人努力による住宅条件改善を求めているものといつてよい。この種の移動は、もちろんより有利な条件を求めて民営賃貸住宅間でも頻発しているが、しかしそれはどちらかといえば経過的なものの域を出ず、結局基本となるのは、第一に公共賃貸住宅入居への途であり、第二に持家取得への途だといえよう。

この第一についていえば、公共賃貸住宅は住宅に必要な諸条件を十分には満たしていないが、しかしそれでも、居住性機能、家賃、居住の安定性、いずれの面からみても、民営賃貸住宅にくらべ余

程ましである。当然公共住宅への入居が、住宅条件改善に際しての一つの到達点となり、これへの移動が住宅移動における一つの流れを形成することになるわけである。もっとも公共住宅は、先のようにその供給量がいかにも小規模に過ぎ、それも近時一層減少する傾向にある。そのうえ持家住宅にくらべ、概していえばまだ質量水準が低く、大都市では公団住宅が「高・狭・遠」といわれて不人気になってきている。公共賃貸住宅への途は、持家住宅に至る第二の途にくらべ、か細く不確かであり、いずれ第二の途に合流すべき迂回路的性格をも内包している。もっともこの点、同じく公共住宅といっても公営住宅と公団住宅とは違い、下位社会階層向けの公営住宅ではこれへの定着度が高いのに対し、公団住宅では流動性が高く迂回路的性格が一層強いのは周知の通りである。

このようだから、住宅条件改善を求めての住宅移動の一層抜本的な途は、概して民・公営を問わず賃貸住宅にくらべて居住性機能が数等まさり、所有面からして安定的に占有し居住しうる持家住宅の取得であるほかない⁴⁾。もっとも補足していえば、持家住宅といえども、近時大都市圏では地価高騰から新設住宅の居住性機能が急落しており、このためよりましな住宅条件を求めて持家住宅間移動が急増している。

しかしこうした住宅条件改善のための住宅移動の中であって、第一、第二いずれの途からも疎外され、必要条件にまるで欠ける民営賃貸住宅、なかんずく「木賃アパート」の類に生涯滞留・沈没せざるをえなかった第三の存在を忘れることができない。

III 住宅条件改善・住宅移動の社会階層性

住宅条件改善といっても、改善の能力には社会階層差があり、このため改善を求めての移動にも階層による違いが伴う。そこでつぎにこれについ

表 5 35歳時の住宅所有形態への滞留率

(単位: %)

		35歳時	45歳時	55歳時	調査時
民 営 借 家	計	(209)100	38.8	21.5	6.7
	職 員	(106)100	32.1	13.2	5.7
	現 業 労働者	(103)100	45.6	30.1	7.8
	官 公 雇 用 者	(48)100	29.2	8.3	—
	大 企 業 雇 用 者	(53)100	30.2	17.0	3.8
	中小・零細企業雇用者	(108)100	47.2	29.6	11.1
民 営・ ア パ ー ト 借 間	計	(75)100	60.0	49.3	36.0
	職 員	(20)100	40.0	35.0	20.0
	現 業 労働者	(55)100	67.3	54.5	41.8
	中 小 ・ 零 細 企 業	(56)100	69.6	60.7	44.6
給 与 住 宅	計	(108)100	50.0	16.7	6.5
	職 員	(54)100	46.3	7.4	1.9
	現 業 労働者	(54)100	53.7	25.9	11.1
	官 公 雇 用 者	(21)100	38.1	—	—
	大 企 業 雇 用 者	(36)100	63.9	19.4	5.6
	中小・零細企業雇用者	(51)100	45.1	21.6	9.8

てみるが、簡単化のため対象を上記二つの主要な住宅移動の流れと、第三の民営アパート等への滞留に限ることとする。なおここでいう社会階層とは、当初にのべてある通りである。

(1) 民営住宅滞留の社会階層性

先述のように、35歳時以後急速に減少してゆく住宅形態は民営借家、給与住宅、親の家などであり、これにつぐのが民営アパート・借間であった。そこで住宅形態間移動の社会階層性をみるはじめに、35歳時にこれら住宅に居住していた世帯のその後の移転流出状況を、逆にそれへの滞留率として表5にあらわした。

諸階層全体として滞留率のもっとも高いのは、民営アパート・借間であり、給与住宅は一般的な定年年齢にあたる55歳時になると急減するのは当然のところである。しかしそのような中で、どの住宅形態をみても、職員層あるいは官公、大企業雇用者層のようないわば上位階層にくらべ、現業労働者層あるいは中小・零細企業雇用者層のような下位階層の滞留率が高く、この階層差は民営アパートの場合とりわけ大きい。いいかえれば、それだけ公共住宅や持家住宅への移動による住宅条件改善に階層差があることになる。

4) もとより持家取得の契機は多様であり、かつこれには社会階層差がある。大局的にみて最も主要な契機となるのは、上位社会階層では居住性機能の改善であり、下位階層では住宅費節減のような経済性および居住の安定性への希求だといつてよい。これについては若干の例証も可能だが、ここでは紙幅の関係で割愛するはかない。

表 6 35歳時または調査時住宅所有形態、特定年齢時民営アパート・借間居住率（35歳時または調査時民営アパート・借間居住世帯）（単位：％）

		35歳時民営アパート・借間居住世帯			調査時民営アパート・借間居住世帯		
		計	現業労働者	中小・零細企業雇用者	計	現業労働者	中小・零細企業雇用者
対 象 数		(75)	(55)	(56)	(69)	(57)	(62)
調査時住宅所有形態は35歳時	持家	29.3	23.6	16.1	20.3	15.8	19.4
	民営借家	2.7	1.8	3.6	20.3	24.6	21.0
	民営アパート・借間	36.0	41.8	44.6	39.1	40.4	40.3
	公営住宅、公団・公社賃貸住宅	29.4	29.1	32.2	2.8	1.8	3.2
	給与住宅	2.7	3.6	3.6	7.2	7.0	4.8
	親の家、その他	—	—	—	10.1	10.5	11.3
民営・借間居住率 アパート	35歳時	100	100	100	39.1	40.4	40.3
	45	60.0	67.3	69.6	59.4	61.4	62.9
	55	49.3	54.5	60.7	72.5	73.7	77.4
	調査時	36.0	41.8	44.6	100	100	100

（注）上段住宅所有形態の左欄は調査時の形態、右欄は35歳時の形態。住宅形態無回答は省略。

ところでアパート・借間居住世帯の滞留率が傑出して高い。住宅条件改善を求めて住宅形態間移動が頻発する中で、生涯を通じ蔑称「木質アパート」に代表される低質量、相対的高家賃住宅に滞留・沈没する世帯が少なくないわけだが、これについて社会階層性をみておこう。もっとも民営アパートは、これへの居住自体に階層差が大きく、居住世帯は主に現業労働者層ないし中小・零細企業雇用者層である。例えば35歳時のこの種住宅居住世帯（75世帯）の73.3%が前者、また74.7%が後者であった。同じことを調査時についてみると、69世帯中82.6%が前者、あるいは89.9%が後者というようであった。したがってこの種住宅をめぐる移動あるいは滞留とは、事実上これら下位階層のそれだといってよい。それは表6の通りで、上段左欄のようにこれらの階層で35歳時にこの種住宅に居住していた世帯の調査時住宅形態は、持家住宅2割、公共住宅3割で、4割は引続きこれにとどまったままであった。また右欄の通り、これら階層の調査時この種住宅居住世帯の35歳時住宅は、公共住宅以外多様だが、やはり4割は同じくアパート居住だった。これらの世帯は、生涯を通じて基本的に住宅条件改善から疎外されたままであったわけで、下位階層では個別努力による住宅条件改善がどんなに困難かを示す好事例となっている。

（2）公営住宅入居の社会階層性

住宅条件改善を求めての住宅形態間移動の第一の途は、公共賃貸住宅への途であった。しかし同じく政策的に建設・供給される公共賃貸住宅でも、政策意図からして入居資格所得条件は公営住宅と公団住宅とでは違い、前者は低所得の下位社会階層向けとなっている。したがって居住世帯には社会階層差があり、例えば後掲表11のようである。

もっともこのような違いにもかかわらず、これへの移動経過は前掲表4下段のように、大よそのところ類似している。そこでこれら両者を一括して、調査時のこれら住宅居住世帯につき、35歳時住宅形態を社会階層別にあらわすと、表7の上段の通りだが、官公雇用者世帯は該当数が少ないので除けば、そう階層差はない。ただ民営住宅の場合、上位階層は下位階層より借家が多くアパートが少ないというだけである。

しかし表中段あるいは下段でその後の住宅形態をみると、これら世帯の到達点である公共住宅居住率は、上位階層では45歳時すでに半ばに達していたのに対し、下位階層では55歳時以後になり漸く半ばに達する。下位階層には、この間民営借家ないしアパートに滞留した後、高年齢になって公共住宅住いとなった世帯が多かった。このため公

表 7 特定年齢時住宅所有形態別構成 (調査時公共住宅居住世帯)

(単位: %)

		計	職 員	現業労働者	官公雇用者	大企業雇用者	中小・零細企業雇用者
対 象 数		(137)	(51)	(86)	(12)	(31)	(94)
35 歳 時	持 家	10.2	9.8	10.5	—	6.5	12.8
	民 営 借 家	34.3	43.1	29.1	58.3	38.7	29.8
	民 営 ア パ ー ト ・ 借 間	16.1	11.8	18.6	8.3	9.7	19.1
	公営住宅, 公団・公社賃貸住宅	11.0	9.8	11.6	8.3	12.9	10.7
	給 与 住 宅	10.9	7.8	12.8	8.3	16.1	9.6
	親 の 家, そ の 他	17.5	17.6	17.4	16.7	16.1	18.1
45 歳 時	民 営 借 家	24.1	15.7	29.1	25.0	12.9	27.7
	民 営 ア パ ー ト ・ 借 間	13.1	9.8	15.1	8.3	3.2	17.0
	公営住宅, 公団・公社賃貸住宅	34.3	43.2	29.1	50.0	51.6	26.6
	そ れ 以 外	28.4	31.4	26.8	16.7	32.3	28.7
55 歳 時	民 営 借 家	19.7	7.8	26.7	8.3	12.9	23.4
	民 営 ア パ ー ト ・ 借 間	13.1	5.9	17.4	—	6.5	17.0
	公営住宅, 公団・公社賃貸住宅	56.9	80.4	43.0	83.3	71.0	48.9
	そ れ 以 外	10.2	5.9	12.7	8.3	9.7	10.7

(注) 住宅形態無回答は省略。

表 8 特定年齢時別公共住宅居住率

(単位: %)

	対象 数	35歳 時	45歳 時	55歳 時	調査 時
計	668	3.7	8.3	12.4	20.5
職 員	315	4.1	9.5	14.6	16.2
現 業 労 働 者	353	3.4	7.4	10.5	24.4
官 公 雇 用 者	123	4.9	9.7	11.4	9.7
大 企 業 雇 用 者	179	3.4	9.5	12.3	17.3
中小・零細企業雇用者	366	3.6	7.3	12.9	25.7

共住宅居住世帯以外を含む全体の、特定年齢時公共住宅居住率をみても、表8のように下位階層では55歳時以後になり急上昇している。この調査資料の限りでのことだが、住宅・住生活の最低限保障の主要な一環となるべき公共住宅のあり方として、いささか問題があろう。

(3) 持家取得の社会階層性

先のように、内容上からも量的にも、もっとも主たる住宅移動となるのは持家住宅への途であった。しかしこれにも社会階層性が大きく、その程度は公共住宅入居のそれの比ではない。もっとも表9上段に、調査時現在の持家住宅居住世帯の35歳時住宅形態別構成をあらわしたが、これにはほ

とんど階層差はない。また表下段のように、これら世帯の35歳時以後の持家率をみても同様で、階層にかかわらず7割程度は40歳代半ばまでに、そしてほとんどが50歳代半ばまでに持家取得していた。つまり、実際に持家を取得した世帯だけについて、これに至る経過をみる限りでは、社会階層による違いは認められず、ほとんど一様に持家取得している。

しかしながら持家取得つまり持家住宅への流れの大きさが違う。表10に持家住宅居住世帯以外を含む全体について、35歳時住宅形態別にその後の持家率をあげた。ただし35歳時持家住宅世帯はその後も多く持家住宅居住なので除外し、また公共住宅居住世帯は少数なので省略してある。まず第一に持家率は、35歳時のどの住宅形態またどの社会階層についてみても、55歳時までは上昇するが、その後は余り変らない。当然とはいえ、この年齢時以後の高年齢期になると、持家取得は困難だからである。しかし第二にどの社会階層の場合でも、35歳時の住宅形態ごとに持家率が著しく違い、概して給与住宅であった場合がもっとも高く、民営借家と親の家がこれにつぎ、民営アパートがもっとも低い。これは、一つには賃貸住宅形態いかん

表 9 35歳時住宅所有形態、特定年齢時持家率推移（調査時持家住宅世帯）

（単位：％）

		計	職 員	現業労働者	官公雇用者	大企業雇用者	中小・零細企業雇用者
対 象 数		(391)	(221)	(170)	(97)	(129)	(165)
35歳時住宅形態	持家	33.0	31.7	34.7	28.9	33.3	35.2
	民営借家	30.2	31.7	28.2	35.1	27.1	29.7
	民営アパート・借間	5.6	4.1	7.6	6.2	5.4	5.5
	公営住宅、公団・公社賃貸住宅	1.8	2.8	0.6	4.1	1.6	0.6
	給与住宅	18.7	19.5	17.6	15.5	20.9	18.8
	親の家、その他	10.5	10.4	10.6	10.3	11.6	9.7
持家率	35 歳 時	33.0	31.7	34.7	28.9	33.3	35.2
	45 "	73.1	70.6	76.5	67.0	72.1	77.6
	55 "	95.9	95.9	95.9	95.9	93.8	97.6
	調 査 時	100	100	100	100	100	100

（注）住宅所有形態無回答は省略。

表 10 35歳時住宅所有形態別持家率

（単位：％）

35 歳 時 住 宅 所 有 形 態		計	職 員	現業労働者	官公雇用者	大企業雇用者	中小・零細企業雇用者
計	35 歳 時	25.7	27.9	23.8	23.6	28.5	25.1
	45 "	49.1	56.2	42.8	57.7	57.5	42.1
	55 "	60.9	73.0	50.1	80.5	73.2	48.4
	調 査 時	60.7	72.4	50.5	83.0	74.9	46.5
民 営 借 家	45 歳 時	38.8	42.5	35.0	43.8	45.3	33.3
	55 "	55.5	64.2	46.6	66.7	62.3	47.2
	調 査 時	58.9	67.9	49.5	75.0	69.8	46.3
民営アパート・借間	45 歳 時	18.7	30.0	14.5	57.1	25.0	12.5
	55 "	28.0	40.0	23.6	71.4	58.3	16.1
	調 査 時	29.3	45.0	23.6	85.7	58.3	16.1
給 与 住 宅	45 歳 時	40.7	48.1	33.3	47.6	33.3	43.1
	55 "	68.5	81.5	55.6	85.7	69.4	60.8
	調 査 時	71.3	85.2	57.5	85.7	75.0	62.8
親の家、その他	45 歳 時	35.9	44.1	29.5	41.7	57.1	24.4
	55 "	50.0	67.6	36.4	83.3	71.4	31.1
	調 査 時	52.6	67.6	40.9	83.3	71.4	35.6

（注）35歳時住宅所有形態計には、持家、公営住宅、公団・公社賃貸住宅、無回答が含まれる。

により、家賃差からして持家取得のための貯蓄能力に差ができることにもよろう。とはいえ第三に35歳時住宅形態ごとに持家率の社会階層差をみると、どの住宅形態の場合にも、職員層あるいは官公、大企業雇用者層のような上位階層では、現業労働者層あるいは中小・零細企業雇用者層のような下位階層よりずっと高く、階層差が大きい。

このようにして、調査時までには持家率が高まっていたのは、上記上位階層で35歳時住宅

が給与住宅であった世帯で8割に及び、これに比べると同じ階層の民営借家、親の家だった世帯となる。もっとも低いのは、下位階層の民営アパートだった世帯で、2割程度でしかなかった。これは先にふれた木賃アパート居住世帯のこれへの滞留・沈滞の一裏面であるのは、いうまでもない。このように社会階層および住宅歴という視点からみると、持家取得にはいかにも千差万別があって一様ではない。

表 11 社会階層別住宅所有形態

(単位: %)

	計	持家	賃 賃 住 宅						
			計	民営借家	民営アパート	公営住宅	公団・公社住宅	給与住宅	同居、その他
計	(668)	60.8	38.5 (100)	3.1 (8.2)	10.3(26.8)	12.6(32.7)	7.9(20.6)	3.7(9.7)	0.7(1.9)
専門・管理職員	(162)	74.7	23.4 (100)	1.9(7.9)	1.9(7.9)	2.5(10.5)	14.2(60.5)	1.9(7.9)	1.2(5.3)
事務・技術職員	(153)	69.9	29.4 (100)	3.9(13.3)	5.9(20.0)	8.5(28.9)	7.2(24.4)	2.0(6.7)	2.0(6.7)
生産・運輸労働者	(271)	53.9	45.7 (100)	3.3(7.3)	16.6(36.3)	17.3(37.9)	5.2(11.3)	3.3(7.3)	—(—)
販売・サービス労働者	(27)	40.7	59.3 (100)	7.4(12.5)	14.8(25.0)	14.8(25.0)	14.8(25.0)	7.4(12.5)	—(—)
単純労働者、臨時雇、日雇	(55)	38.2	61.8 (100)	1.8(2.9)	14.5(23.5)	29.1(47.1)	1.8(2.9)	14.5(23.5)	—(—)
官公雇用者	(123)	83.0	15.4 (100)	0.8(5.3)	0.8(5.3)	1.6(10.5)	8.1(52.6)	3.3(21.1)	0.8(5.3)
大企業雇用者	(179)	74.9	24.6 (100)	1.1(4.5)	3.4(13.6)	12.3(50.0)	5.0(20.5)	1.7(6.8)	1.1(4.5)
中小企業雇用者	(204)	52.5	46.5 (100)	4.4(9.5)	12.7(27.4)	16.7(35.8)	9.3(20.0)	2.5(5.3)	1.0(2.1)
零細企業雇用者、臨時雇、日雇	(162)	38.9	61.1 (100)	5.6(9.1)	22.2(36.4)	16.0(26.3)	9.3(15.2)	8.0(13.1)	—(—)

(注) 住宅所有形態無回答は省略。

(4) 老齡期住宅形態の社会階層性

これまで幾つかの面から、住宅条件改善のもっとも重要な方法としての住宅形態間移動とその社会階層差をみてきた。生涯住宅歴の骨格ともいうべき住宅形態間移動、あるいはある住宅形態への定着ないし滞留、それらの社会階層差は、当然その後の老齡期の住宅形態や住宅条件を左右し、その階層差を規定する。

いまこのようなものとしての老齡期の住宅形態を社会階層別にあらわすと、表11のようになる。概して居住性機能水準に段階的な差のある持家住宅、公共賃貸住宅、民営賃貸住宅別にみると、職員層あるいは官公、大企業雇用者層のような上位階層とその他下位階層との間には顕著な違いがある。第一に持家率がまるで違い、そのうえ第二に、賃貸住宅居住世帯であっても、上位階層には居住性機能をはじめ、住宅条件が比較的ましな公共住宅が多いのに対し、下位階層では住宅条件の劣る民営住宅が比較的多い。このような諸階層による住宅形態の違いが、各階層の住宅条件を基本的に規定するのは必定であり、それはつぎにみる通りである。

IV 老齡期の住宅条件

住宅の諸条件は住宅の所有形態により違い、とりわけ持家住宅と賃貸住宅との相違が大きい。しかして長い住宅歴を経た後の老齡期の住宅形態は、

社会階層によりまるで違い、このため住宅条件にも階層差が生じる。これに加え、同じ所有形態の住宅、例えば持家住宅あるいは民営借家でも、これがまた居住世帯いかんで住宅条件が違い、これらが重畳し合って、同じく老齡雇用者階層の夫婦世帯でも、社会階層により住宅条件はいかにも多様となる。この点についてみよう。

持家住宅は概して賃貸住宅より住宅諸条件が有利であり、住宅条件改善の方法として、何よりも持家取得がのぞまれている。そこで雇用者階層であっても、長い生涯住宅歴の帰結として、老齡者世帯の持家率は全般にかなり高い。しかし同じ持家住宅といっても、その質量水準は社会階層によりまるで違う。ここでの調査資料では住宅面積しかみれないが、表12のように、職員層、官公、大企業雇用者層といった上位階層にくらべ、現業労働者層、中小・零細企業雇用者のような下位階層の住宅は、平均的にみて3分の2にとどまる。上位階層では多くが20坪以上で、30坪以上ということも少なくないが、下位階層では過半ないしそれ以上が20坪未満である。中には10坪未満という、民営賃貸住宅なみでしかない狭小持家住宅もあり、これが少なくない。

このように持家住宅といっても、居住性機能面で必ずしもつねに賃貸住宅にまさるとは限らず、同程度ないしそれ以下のこともある。しかしたとえそうであるにもせよ、このような場合は、持家

表 12 社会階層別持家住宅延べ床面積

(単位: %)

	計	34m ² (10坪) 未 満	34~67m ² (10~20坪) 未 満	67~100 (20~30) "	100m ² (30坪) 以 上	無回答	平均 面積 (m ²)
計	(406)	7.6	33.8	31.3	24.2	3.2	82.3
専門・管理職員	(121)	0.8	21.5	38.8	36.3	2.5	96.6
事務・技術職員	(107)	5.6	27.1	38.4	24.3	4.7	88.7
生産・運輸労働者	(146)	13.0	43.0	20.5	16.5	2.1	69.0
販売・サービス労働者	(11)	27.3	36.4	18.2	18.2	—	65.9
単純労働者, 臨時雇, 日雇	(21)	9.5	33.1	33.3	9.6	9.5	69.6
官公雇用者	(102)	5.9	30.4	31.4	28.4	3.9	89.9
大企業雇用者	(134)	3.7	23.9	35.1	32.8	1.5	90.5
中小企業雇用者	(107)	9.3	37.4	29.0	18.7	5.6	74.7
零細企業雇用者, 臨時雇, 日雇	(63)	15.9	47.6	26.9	8.0	1.6	65.5

表 13 所有形態別賃貸住宅面積

(単位: %)

	計	17m ² (5坪)未満	17~34m ² (5~10坪) 未 満	34~50m ² (10~15坪) "	50m ² (15坪) 以 上	平均面積 (m ²)
計	(257)	18.7	39.3	27.6	14.0	33.1
民営借家	(21)	23.8	47.6	14.3	14.3	30.2
民営アパート・借間	(69)	53.6	39.2	4.3	2.8	20.2
都営住宅	(84)	—	48.8	41.7	9.6	37.2
公団・公社住宅	(53)	1.9	28.3	45.3	24.6	40.8
給与住宅	(25)	20.0	32.0	16.0	32.0	37.7
同居, その他	(5)	—	—	(2)	(1)	62.3

(注) 住宅形態および面積不明は省略。

住宅は価格面で賃貸住宅より住宅費が低廉であり, そのうえ所有面からして安定的に占有し居住できるので, それだけ生活が安定するものと考えられているわけである⁵⁾。

ついで賃貸住宅につき同じことをみよう。表11の括弧内は, 賃貸住宅世帯の住宅所有形態を階層別に示したものだが, 下位階層には上位階層より住宅条件に劣る民営賃貸住宅とくにアパートが多く, 公共住宅とくに公団・公社住宅が少ない。

これら所有形態別の住宅面積は表13の通りで, 先の表2と同様, 住宅形態による違いが大きい。例えば民営借家の7割は10坪未満, アパートとなると過半が5坪未満, つまりおおそ6畳1室以内にとどまる。これら住宅形態別の居住設備や日照時間は, 表2でみた通りである。以上2表のところから, 賃貸住宅は表14のように, 階層ごとにか

なり広狭差を伴ってあらわれる。下位階層には5坪未満ということも多いのに対して, 上位階層では15坪以上も少なくない。間接的ながら表2の居住設備等から推論して, とりわけアパート住いなどの多い下位階層には, 夫婦世帯としてはいかにも狭小で, 最小限の居住設備や日照にも欠け, 本来住宅ともいい難い劣悪住宅居住世帯が少なからずいるのがわかる。

他方住宅費を家賃の限りでまず住宅形態別にあらわすと, 表15のようで, ここでも前掲表3のように, 住宅形態による違いは決定的といってよい。表下段に「ふだんの月」の生活費に占める家賃の比率をあらわした。もっともここでいう生活費は, 回答者の主観の限りによる臨時あるいは季節的支出を含まない生活費で, おそらく年間平均月額よりは低い一応のものである。しかしともあれこの比率が15%以上にも及ぶ賃貸住宅世帯がかなりあ

5) 注4)を参照。

表 14 社会階層別賃貸住宅面積

(単位: %)

	計	17m ² (5坪)未満	17~34m ² (5~10坪) 未 満	34~50m ² (10~15坪) 〃	50m ² (15坪)以上	平均面積 (m ²)
計	(257)	18.7	39.3	27.6	14.0	33.2
専門・管理職員	(38)	2.6	26.3	42.1	28.8	46.9
事務・技術職員	(45)	13.3	35.6	33.3	15.5	34.9
生産・運輸労働者	(124)	23.4	43.5	24.2	8.9	29.2
販売・サービス労働者	(16)	25.0	37.5	37.5	—	27.3
単純労働者, 臨時雇, 日雇	(34)	23.5	44.1	11.8	20.5	33.4
官公雇用者	(19)	5.3	36.8	31.6	21.1	37.0
大企業雇用者	(44)	2.3	38.6	38.6	20.4	40.8
中小企業雇用者	(95)	18.9	39.0	31.6	10.7	33.5
零細企業雇用者, 臨時雇, 日雇	(99)	28.3	40.4	18.2	13.1	29.0

(注) 面積無回答は省略。

表 15 住宅所有形態別家賃額等

(単位: %)

	計	民営借家	民営アパート・借間	都営住宅	公団・公社 住 宅	給与住宅
計	(257)	(21)	(69)	(84)	(53)	(25)
家賃額						
1 万円 未 満	29.5	4.8	13.0	21.4	39.6	92.0
1~2 万円 未 満	42.4	33.3	34.8	66.6	39.6	4.0
2~3 〃	15.9	33.3	28.9	10.7	7.6	—
3 万円 以 上	12.1	28.6	23.2	1.2	13.2	4.0
平均家賃額 (千円)	16.1	27.2	21.9	13.7	15.1	3.5
m ² 当り平均家賃額 (円)	490	900	1,080	370	370	90
ふだんの月の生活費 (千円)	116.6	129.5	107.0	107.9	141.0	105.6
生活費に占めるの家賃率						
5 % 未 満	12.8	4.8	4.3	2.4	5.7	80.0
5~10 〃	24.1	9.5	7.2	23.8	60.4	12.0
10~15 〃	21.8	23.8	21.7	33.3	13.2	—
15~20 〃	19.1	19.1	23.2	28.6	9.4	—
20~30 〃	9.7	9.5	21.7	8.4	—	4.0
30 % 以 上	9.3	28.6	20.2	—	5.7	4.0
平 均 比 率	14.2	21.1	21.1	13.0	10.4	3.6

(注) 1. 住宅形態「同居, その他」, 家賃額および家賃比率不明は省略。

2. 「家賃の比率」の平均比率は, 個々に算出した比率の平均であり, 家賃, 生活費のいずれかが無回答の世帯を除いているので, 上掲の平均家賃額, 平均生活費を用いて算出した家賃比率とは合わない。

って, 高齢者世帯としては家賃負担が重い。とくに民営住宅世帯では, これが20%を越える世帯が4割前後もあり, 30%以上という過重負担に耐えている世帯も少なくない。これにくらべ公共住宅世帯では, おおよそ10%前後にとどまっていたり, 20%を越えることは稀であり, 民・公営による違いが余りにもあらわである。

こうした住宅形態別家賃額の違いは, 当然社会

階層別家賃額にも投影され, 表16の通り比較的民営賃貸住宅居住の多い下位階層世帯では, 比較的公共住宅居住の多い上位階層世帯よりも, 居住性機能の悪さとは裏腹に, むしろ高家賃であり, 単位面積当りでは決定的である。表17は表15の下段と同じ方法により, 「ふだんの月」の生活費に対する家賃額の比率をあらわしたもので, 平均比率でみても個々の比率別構成でみても, 生活費の低

表 16 社会階層別家賃額

(単位: %)

	計	1万円未満	1~2万円 未 満	2~3万円 "	3万円以上	平均家賃 額(千円)	m ² 当り 家賃額(円)
計	(257)	29.5	42.4	15.9	12.1	16.1	485
専 門 ・ 管 理 職 員	(38)	42.1	42.1	5.3	10.6	15.1	322
事 務 ・ 技 術 職 員	(45)	33.3	31.2	24.4	11.1	16.8	481
生 産 ・ 運 輸 労 働 者	(124)	21.0	46.8	17.7	14.5	17.5	599
販 売 ・ サ ー ビ ス 労 働 者	(16)	37.6	37.5	18.8	6.3	12.8	469
単 純 労 働 者, 臨 時 雇, 日 雇	(34)	38.2	44.1	8.8	8.8	13.3	398
官 公 雇 用 者	(19)	47.3	42.2	5.3	5.3	11.6	314
大 企 業 雇 用 者	(44)	25.0	52.3	13.6	9.1	15.0	368
中 小 企 業 雇 用 者	(95)	29.5	44.2	16.9	9.5	16.5	493
零 細 企 業 雇 用 者, 臨 時 雇, 日 雇	(99)	28.3	36.3	18.2	17.2	17.2	593

表 17 生活費に占める家賃額の比率 (賃貸住宅居住世帯)

(単位: %)

	計	平 均 家 賃 額	ふだんの月の生活費に占める家賃の比率						
			5 % 未 満	5 10 % 未 満	10 % 15 "	15 % 20 "	20 % 30 "	30 % 以 上	平 均 比 率
計	(257)	116.6	16.1	12.8	24.1	21.8	19.1	9.7	14.2
専 門 ・ 管 理 職 員	(38)	143.8	15.1	18.4	50.0	10.5	13.2	2.6	11.2
事 務 ・ 技 術 職 員	(45)	127.4	16.8	15.6	31.1	11.1	17.8	13.3	13.0
生 産 ・ 運 輸 労 働 者	(124)	111.9	17.5	8.1	14.5	32.3	21.0	8.8	15.7
販 売 ・ サ ー ビ ス 労 働 者	(16)	103.3	12.8	18.8	25.0	12.5	25.0	6.3	13.0
単 純 労 働 者, 臨 時 雇, 日 雇	(34)	94.2	13.3	17.6	20.6	14.7	17.6	17.6	14.1
官 公 雇 用 者	(19)	136.8	11.6	26.3	31.6	21.1	15.8	5.3	8.6
大 企 業 雇 用 者	(44)	131.9	15.0	15.9	27.3	22.7	20.5	6.8	11.5
中 小 企 業 雇 用 者	(95)	118.3	16.5	9.5	29.5	22.1	20.0	9.5	14.1
零 細 企 業 雇 用 者, 臨 時 雇, 日 雇	(99)	104.2	17.2	12.1	16.2	21.2	18.2	12.1	16.5

(注) 表 15 の注 2 参照。

い下位階層の方が生活費の高い上位階層よりも家賃負担率が高い。苛酷にも老齡期になり、生活費の20%あるいは30%を越える過重負担を強いられる世帯があり、しかもそれが下位階層に多いという事実には、その多寡や事情のいかんにかかわりなく、目をおおうわけにいかない。

以上低所得のため、ないし何らかの理由で持家住宅を取得しえなかったか、取得しなかった賃貸住宅世帯の住宅条件を垣間みた。上位階層では公共住宅居住が比較的多く、このためよりましな居住性機能と、より低額で家計負担度の小さい家賃という住宅条件にあることが多いのに対し、低所得の下位階層では、民営住宅居住が多いことから、

これとは全く逆の住宅条件におかれるという、皮肉にも冷酷な実態がみられている。

これまでにみた所有形態いかんによる住宅条件差、社会階層による住宅所有の違い、はたまた同じ形態の住宅にみられる住宅条件の社会階層差、これらが諸階層の平均的な住宅条件を左右するところとなるのは、いわでもがなである。いま与えられている限りで、諸階層の平均的住宅条件の一端を、若干の関連事項とともに表18とし、これをさらに図にあらわしてみた。社会階層区分はこれまでより若干細分してあるほか、図では便宜上諸階層を任意に順序づけてある。

住宅の居住性機能面については、この調査資料

表 18 社会階層別住宅諸条件等

		(1) 世 帯 数	(2) 持 家 率	(3) 社 宅 公 営 公 団 公 居 住 率	(4) (2) + (3)	住 宅 面 積			(8) 世 帯 収 入 (千 円)	(9) 夫 婦 の 公 的 年 金 ・ 恩 給 (千 円)	(10) ふ だ ん の 月 の 生 活 費 (千 円)	賃貸住宅居住世帯		
						(5) 平 均 面 積 (m ²)	(6) 三 四 m ² 未 満 住 宅 の 比 率	(7) 五 〇 m ² 未 満 住 宅 の 比 率				(11) 家 賃 (千 円)	(12) 生 活 費 に 占 め る 比 率	(13) (11) / (9)
計		668	60.7	20.5	81.2	63.0	26.9	42.5	216	77.4	128	16.1	14.2	18.3
専 門 ・ 管 理 職 員	計	162	74.7	16.7	91.4	84.3	7.4	18.5	308	113.1	169	15.1	11.2	13.4
	官 公	59	79.7	13.6	93.3	85.4	6.8	15.3	343	189.4	179	12.2	8.7	6.4
	大 企 業	49	87.8	6.1	93.9	100.0	2.0	6.1	338	83.4	178	8.6	5.2	6.2
	中 小 企 業	54	57.4	29.6	87.0	68.1	13.0	33.4	250	60.4	149	17.7	13.5	22.4
事 務 ・ 技 術 職 員	計	153	70.0	15.7	85.7	72.5	18.3	30.7	247	81.4	136	16.8	13.0	20.6
	官 公	45	88.8	4.4	93.2	85.1	6.7	13.4	275	112.6	146	12.6	8.7	7.7
	大 企 業	57	73.7	15.8	89.5	76.5	17.5	28.0	260	83.5	133	15.7	12.8	15.3
	中 小 零 細 企 業	51	49.0	25.5	74.5	56.5	29.4	49.0	211	51.8	129	18.2	14.1	27.2
生 産 ・ 運 輸 労 働 者	計	271	53.9	22.5	76.4	50.6	37.6	57.2	167	62.5	111	17.5	14.1	28.0
	官 公	10	80.0	—	80.0	50.9	30.0	60.0	174	70.8	127	4.0	3.4	4.8
	大 企 業	55	69.1	21.8	90.9	67.1	10.9	34.5	194	84.3	118	17.1	12.5	14.8
	中 小 企 業	100	53.0	23.0	76.0	49.2	42.0	61.0	174	72.5	110	17.5	15.1	20.8
	零 細 企 業	106	44.3	24.5	68.8	43.3	48.1	65.2	147	41.1	106	18.0	17.5	42.6
販 売 ・ サ ー ビ ス 労 働 者		27	40.7	29.6	70.3	43.0	48.1	74.0	169	62.0	101	12.8	13.0	21.0
単 純 労 働 者、臨 時 雇 ・ 日 雇		55	38.2	30.9	69.1	46.4	45.5	58.2	141	47.4	91	13.3	14.1	29.7

(注) (12)は賃貸住宅居住世帯個々に算出した比率の平均であり、(10)、(11)により比率を算出してもこれとは合わない。

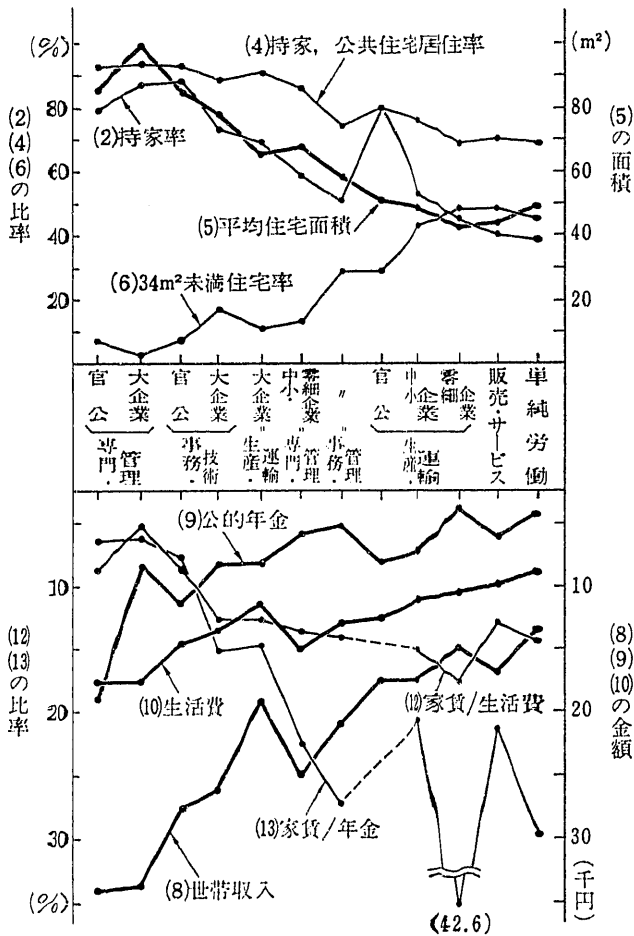
で与えられているのは住宅面積だけだが、その限りでも、平均住宅面積は持家率にほぼ照応し合い、これに規定されるところが大きく、階層ごとにまるで違っている。しかも下位階層では、過半程度が10坪未満の狭小住宅住いであり、その階層差は驚くべきものである。これに表2の一般統計による住宅所有形態別の居住設備、環境条件を加えて推論するなら、持家住宅や公共住宅居住の多い上位階層と、民営賃貸住宅居住の多い下位階層とでは、居住性機能に雲泥の差ともいえるべき違いがあるといっても、何ら誇張ではなからう。

住宅の価格・住宅費面についていえば、持家取得のためには、事前の貯蓄、借入れのいずれによるにせよ、家計負担が大きい。低所得の下位階層ではこれが過度になり、持家取得は容易でない。これに取得後の維持費や租税を加えるなら、通俗的にいわれるほど賃貸住宅より経済的かどうか疑わしい。しかしともあれ持家住宅についてはおき、賃貸住宅の家賃負担の限りで住宅費をみると、す

でにのべたように民営住宅居住の多い下位階層の方が、概して高家賃である。

これに対し平均的にみた世帯収入、その一部をなす公的年金・恩給、それらに規定されるところの大きい「ふだんの月」の生活費は、図のように高齢者世帯とはいえ階層により高低さまざまである。試みに年金額および生活費に対する家賃額の比率を示したが、いずれも下位階層になるほど高率となる。年金に対する比率ではとりわけそうだが、いうまでもなくそれは、実態として受給されている年金額の違いに負うところ大きい。

住宅の所有面についていえば、自ら所有し居住する持家住宅は、賃貸住宅なканずく民営住宅にくらべ、安定的に占有し居住できる。下位階層においては、なканずくこれが持家取得欲求の機軸になっているといつてよい。この点、公共住宅にもある程度類似のことがいえよう。したがって各社会階層の持家率あるいは公共住宅居住率いかんは、その住生活はもとより、この限りでみた生活



(注) 表 18 による。

図 1 社会階層別住宅条件等

全般の安定性をもあらわすものとなる。

このようにして、同じく大都市の生涯歴からみた雇用労働者階層に属する老齡夫婦世帯であっても、その住宅条件は全く多様である。公的年金を含めて世帯収入が比較的高く、当然生活費にも一応めぐまれているような上位社会階層では、過去の累積結果として持家率が高く、これに伴って住宅面積をはじめ居住性機能のまじな住宅で、安定した住生活を営むことが多い。賃貸住宅住いであっても、家賃の限りでみた住宅費は、絶対額でも年金や生活費との相対比でみても、比較的輕易にある。要するに当初のべた住宅に必要なとされる諸条件は、下位階層にくらべ、ずっとまじに充されているといつてよい。これに対し下位階層では、これらすべての面でこれとは裏腹にあり、生活費や年金のより多くを費して貧しい住生活を強いられており、要するに住宅に必要な諸条件は余り充

足されていないといつてよい。

結 び

調査報告的なこの小論では、大都市の生涯歴からみて雇用労働者に属する大都市の老齡夫婦世帯の住宅・住生活について、実態調査資料により主にその社会階層性を検討した。当初にのべた通りこの調査資料は一つの事例調査結果であつて、直ちに統計的一般性をもつものではないが、しかしそれにしても調査対象の範囲内でみられる住宅・住生活の社会階層差は余りにもあらわであつた。下位社会階層の住宅・住生活は貧しく高価・高負担かつ不安定である。こうした状態のもとでは、はじめに述べたような「所得保障」としての社会保険給付、さし当り年金保険給付の効果的な機能、あるいは年金制度を基礎とし機軸とする高年齢期生活慣行の実現、定着は不確かである。このような事情は、もとより主としては、持家取得の奨励・援助中心で、住宅・住生活の最低限保障に乏しいという住宅政策のあり方に帰因しよう。

老齡期になり勤労収入が低下し失われても、なお自立して市民的生活を営むべき老齡者世帯の急増のもとで、年金制度を基礎にした高年齢期生活慣行の早急な定着がのぞまれる。このためには、老齡期の住生活自体の維持・改善、年金保険給付の効果的な機能という二つの面からして、住宅政策の転換により、居住性機能、価格両面にわたる住宅・住生活の最低限保障政策を強化することがのぞまれる。個人努力による持家取得で住宅条件を改善することが困難な下位社会階層については、とりわけそうである。そのようなものとしてこの最低限保障政策は、おそらく第一に公共住宅の供給拡大、第二には民営賃貸住宅の居住性機能改善と低家賃化のための供給者に対する低利の公的融資、あるいはその居住者への家賃補助など、賃貸住宅を通ずる保障策を基本とすべきもので、持家取得援助によるそれは補完たるべきであろう。ともあれ今後住宅政策には、その一面として年金制度やそれに依拠する高年齢期生活との関連性維持が強く要請される。

もっとも上記のような最低限保障政策は、老齡

者世帯のみを対象とする限定的なものであるのは困難であろう。おそらくそれは、住宅の建設・供給への公的規制を含む居住性機能の全般的改善策とならぶ住宅政策の一環として、全国的なものとしておこなわれるほかならう⁶⁾。

6) 最近建設省は、住宅審議会住宅部会の住環境整備に関する一連の報告を受け、第4次住宅建設5ヵ年計画(1981～85年)の柱として、大都市地域での公共賃貸住宅の供給力増強方針を決めたという。これは近時大都市圏での地価高騰による持家取得の困難化から、持家取得促進中心の住宅政策を反省するものでもあるといわれる(朝日新聞、5月5日付朝刊)。ともあれこうした手直しは、少なくとも大都市に関する限り、いずれ不可避のところといえよう。

1970年代の生活保護

——イギリス補足給付と対比して——

小 沼 正

さきに1960年代、1970年代初頭などについて生活保護を論じたのであるが¹⁾、80年代の幕開きであるこの時期に、あらためて70年代を通じて概観しておく必要がある。

まず1970（昭和45）年からの10年間は、どのような時期であったのであろうか、それまで5年近くつづいた経済好況は、昭和45年後半からかげりが見えはじめ、にもかかわらず物価の上昇傾向はやまなかった。47年には多少回復の兆しが見え始めたものの、その後半にはトイレット・ペーパーなどに代表される買溜め、売り惜しみが激化し、物価は一段とその上昇を甚だしくした。48年11月のアラブ諸国の石油輸出削減の発表は、オイルショックを決定的ならしめ、消費者物価指数（東京都）の対前年増加率は表1のとおり、47年4.8%に対し、48年11.7、49年22.7、50年12.1と高騰をつづけている。ただその後は51年9.6、52年8.3、53年4.3とやや沈静の傾向を示している。

また一つの視点として、従来どおりイギリス補足給付のもつ問題と対比していきたい。イギリスでは近年とくに、わが国生活保護に当たるといってよい補足給付の見直しが問題となっている。76年9月に社会サービス国務大臣 Secretary of State for Social Services によって、政府部内に検討委員会が設けられ、78年7月にその報告書 “*Social Assistance—A Review of the Supplementary Benefits Scheme in Great Britain*” が保健社会保障省 Department of Health and Social Security から刊行されている。127ページにおよぶ冊子である。これを公刊して制度改正について世論に問うたのである。

この検討委員会は進んで、補足給付の中央本省、地方各段階の事務所、補足給付不服審査局 Appeal Tribunals のそれぞれの関係担当官、さらに外部有識者、受給者や圧力団体、学界、地方社会サービス部局、地方住宅部局、その他公的各機関の代表などと、100回にもおよぶ頻繁な会合を催し、その意見を聴取している。加えて1,000通に上る意見書を受け取っている。これらが補足給付見直しの基礎資料として用いられている。

上述の検討委員会に参加し、その資料を入手している Supplementary Benefits Commission でも意見を取り纏め、79年6月に *Response of the Supplementary Commission to ‘Social Assistance: A Review of the Supplementary Benefits Scheme in Great Britain’* を発表している。さらに同 Commission は79年10月の ‘Supplementary Benefits Commission Annual Report 1978’（以下略して各年次の「年報」とする）に、第1章 the Commission’s Priorities および第2章 the Review of the Supplementary Benefits Scheme として上述の Response の概要をふまえて、たとえば自由裁量についての不服申立の範囲縮小などという検討委員会の提案には反対しながら、補足給付の将来構想を掲げている。

以上の検討は労働党政府の下で開始されてきたのであるが、その結果である Social Security Bill は皮肉にも保守党政府の下で提案され、11月末に審議開始されたことを、“*New Society*” 79年12月6日号はその巻頭に Making the Poor Pay として報じている。

本稿では、上述の見直し論議の過程で取り上げられた諸点をも考慮に入れながら、したがって日英を対比しながら、わが国生活保護の動向を見ていきたい。

1) 拙著『貧困—その測定と生活保護—』（第二版は昭和55年9月）、昭和49年3月、東京大学出版会、158ページおよび183ページ。

I 保護給付水準

保護基準は表1のとおり、近年は必ず毎年1回の改訂が行なわれており、標準4人世帯についてはあるが、この表によって対前回比すなわち対前年増加率を見ることができる。前述のとおり消費者物価指数（東京都）の上昇傾向は甚だしく、表1より換算すれば昭和53年は45年の212.0と倍増している。もっとも基準は同期間に309.3と3倍増となっている。この表によれば、米価補正は別としてこの暴騰に対処して、年度中間に臨時措置による物価補正あるいは特別一時金を給付している。これは急激な物価上昇に対する新しい試みといわねばならない。昭和23年頃のマーケット・バスケット方式草創時のインフレ対応策が、必ずしも1年1回引上げを原則とせず随時基準改訂を行っていたのとは、異なったやり方を始めているわけである。ただこれについても望むらくは、一種の“摺り金”式のものではなく、ルール化することが必要であろう。その意味では後掲の表6に見るイギリスのごとく、基準と4半期ごとの物価との対比を試みることもよいであろう。

イギリスにおける物価動向との対比は、後掲の表6のとおりである。小売物価指数（住宅費を除く）や年金受給者物価指数（住宅費を除く）のいずれをとってみても、給付基準の方がそれらを上回っている。イギリスと対比するため表1を換算すると、わが国では48年に対し53年は物価170.3、基準208.8となっていて、基準がイギリス以上の物価上昇を超えて引き上げられていることがわかる。格差縮小方式の一つの功績といってよいであろう²⁾。とにかく日英ともに物価と基準とはいたちごっこで上昇を競っているなかで、常に基準が上回っている。

表1によれば55年4月に第36次改定が実施されている。まず表2の第36次生活保護基準（1級地）の改定内容の詳細を前回基準と対比して掲げ、さらに表3に最低生活保障水準（1級地）の具体的

表1 生活扶助基準の推移

(標準4人世帯, 1級地)

	実施年月 日	基準額 円	対前回 比	消費者物価指 数(東京都) 対 前 回 比
第26次	昭45. 4. 1	34,137	114.0	107.2
第27次	46. 4. 1	38,916	114.0	106.3
第28次	47. 4. 1	44,364	114.0	104.8
米価補正	47.10.1	44,679	—	—
第29次	48. 4. 1	50,575	114.0	111.7
補正	48.10.1	52,796	—	—
特別一時金	48.12.	8,000	—	—
特別一時金	49. 3.	8,000	—	—
第30次	49. 4. 1	60,690	120.0	122.7
補正	49. 6. 1	63,725	—	—
米価補正	49.10.1	65,295	—	—
特別一時金	49.12.	10,600	—	—
第31次	50. 4. 1	74,952	123.5	112.1
米価補正	50. 9. 1	76,042	—	—
第32次	51. 4. 1	84,321	112.5	109.6
米価補正	51. 9. 1	84,961	—	—
第33次	52. 4. 1	95,114	112.8	108.3
臨時措置	52. 5. 1	20,000	—	—
米価補正	52. 9. 1	95,794	—	—
第34次	53. 4. 1	105,577	111.0	104.3
臨時措置	53. 6. 1	24,000	—	—
米価補正	54. 2. 1	105,877	—	—
第35次	54. 4. 1	114,340	108.3	103.5
米価補正	55. 2. 1	114,590	—	—
第36次	55. 4. 1	124,173	108.6	—

(注) 1. 標準4人世帯(35歳男, 30歳女, 9歳男, 4歳女の稼働世帯)。
2. 第14~24次については本文注1)の拙著165ページ, 25次については187ページ。

(資料) 厚生省社会局保護課『生活保護関係資料要覧』

事例として標準4人世帯をはじめ4種の事例を掲げておこう。

保護世帯と一般世帯との消費水準の格差は表4のとおりで、53年度には58.3%と、目標の60%にかなり近づいてきている。上述のとおり基準引上げ率は物価上昇率を上回り、消費水準もまた近づいてきたわけである。

さて問題は、最低生活保障水準の高さをどのように考えるべきであろうか、である。前述 Commission の78年年報で水準の高さを論じている。つぎに要約しておこう。

イギリスのような都市化した工業国では、貧困者の生活水準は極めて低いために、貧困者をその Community から排除し孤立化させる惧れがあり、これを防ぐために、貧困者の最低生活水準維持の

2) 格差縮小方法については、曾原利満「生活保護基準の格差縮小方式について」『季刊社会保障研究』15巻3号、昭和55年1月号。

表 2 第 36 次生活保護基準の改定の概要（1 級地）

	第35次改定(54年4月1日)	第36次改定(55年4月1日)	摘 要		第35次改定(54年4月1日)	第36次改定(55年4月1日)	摘 要
1. 生活保護基準 〔基準生活費〕	円	円		一 般 基 準	円以内 17,000	円以内 17,000	
(1) 居宅(1類+2類) 標準4人世帯	114,340	124,173	第36次級地別 標準4人世帯基 準額 1級地 124,173円 2級地 112,996 3級地 101,818	特 別 基 準	円以内 25,000	円以内 25,000	
(2) 期末一時扶助費				被 服(平常着)	円以内 6,500	円以内 7,500	
居 宅	(54.12.1) 8,820	(55.12.1) 9,500		常時失禁患者等 おむつ			
収 容	3,160	3,400		布 お む つ	円以内 10,000	円以内 10,000	
〔収容保護基準〕				紙 お む つ	円以内 15,000	円以内 15,000	
(1) 救 護 施 設	36,850	40,020		出産準備のため の被服等	円以内 33,000	円以内 34,000	
(2) 更 生 施 設	39,040	42,400		配電・水道等設 備費	円以内 65,000	円以内 65,000	
〔加 算 等〕				入院患者特別介 護費	円以内 日額1,000	円以内 日額1,000	◎基準看護以外の 病院に入院して いる入院患者に ついて特別基準 により支給
(1) 妊 産 婦 加 算				(1) 入 学 準 備 金			
妊娠6ヵ月未満	5,920	6,380		小 学 校	円以内 26,000	円以内 27,000	
妊娠6ヵ月以上	8,910	9,600		中 学 校	円以内 30,000	円以内 31,000	
産 婦	5,500	5,920		2. 教育扶助基準	円	円	◎基準額のほか、 学校給食費、通 学のための交通 費、クラブ活動 に要する用具類 等については実 費支給
(2) 老 齢 加 算				小 学 生	1,330	1,390	◎学級費等につい ては特別基準に より小学生 300 円、中学生 400 円以内の額を一 般基準に上積み して支給
70歳以上	11,700	12,600		中 学 生	2,670	2,770	
68歳以上70歳未 満の病弱者	8,800	9,500		3. 住宅扶助基準			
(3) 母 子 加 算	15,200	16,400		(1) 家賃・間代等	円以内 9,000	円以内 9,000	
児童が2人の場 合に加える額	1,220	1,310		(2) 住 宅 維 持 費			
児童が3人以上 1人増すごとに 加える額	610	660		一 般 基 準	円以内 65,000	円以内 65,000	
(4) 障 害 者 加 算				特 別 基 準	円以内 100,000	円以内 100,000	
障害等級表 (1, 2級)	17,600	18,900		4. 医療扶助基準			◎国民健康保険の 診療報酬の例に よる
障害等級表 (3級)	11,700	12,600		5. 出産扶助基準			
重度障害者家族 介護料	6,340	6,340		一 般 基 準			
介 護 加 算	6,250	8,000		施 設 分 娩	円以内 62,000	円以内 63,000	
重度障害者他人 介護料	円以内 30,000	円以内 30,900		居 宅 分 娩	円以内 72,000	円以内 82,000	
(5) 在宅患者加算	8,590	9,250		特 別 基 準	円以内 75,000	円以内 85,000	
(6) 放射線障害者加 算				衛 生 材 料 費	円以内 3,000	円以内 3,000	
負傷または疾病 の状態にある者	16,500	26,000		6. 生業扶助基準			
負傷または疾病 の状態に該当し なくなった者	8,250	13,000					
(7) 多子養育加算	6,000	6,500					
(8) 人 工 栄 養 費	7,710	8,300					
(9) 入院患者日用品 費	円以内 14,920	円以内 16,070					
(10) 一 時 扶 助 費							
布 団 類 新 規	円以内 16,000	円以内 16,000					
再 生	円以内 9,600	円以内 9,600					
蚊 帳	円以内 4,800	円以内 4,800					
家 具 什 器							

(1) 生 業 費	円以内 30,000	円以内 30,000		(1) の職種(内職)	円 13,760	円 14,820	
(2) 技 能 修 得 費	円以内 25,000	円以内 30,000		(2) の職種(日雇)	18,330	19,740	
(3) 就 職 支 度 費	円以内 20,000	円以内 20,000		(3) の職種(土工)	23,070	24,850	
7. 葬祭扶助基準				(2) 特 別 控 除	円以内 93,900	円以内 101,100	
大 人	円以内 80,000	円以内 85,000		(3) 新 規 就 労 控 除	6,000	6,000	
小 人	円以内 64,000	円以内 68,000		(4) 未 成 年 者 控 除	8,000	9,400	
8. 勤 労 控 除 等				(5) 不 安 定 就 労 控 除	4,000	4,000	
(1) 業種別基礎控除			◎稼働日数が21日以上で一定額以上の収入を得ている場合は、収入に応じて控除額を増額	(6) 実 費 控 除	実 費	実 費	◎社会保険料、組合費、通勤費等

表 3 最低生活保障水準の具体的事例 (1 級地)

	4人世帯		母子3人世帯		老人2人世帯		老人1人世帯	
	35歳 男 (日雇)	30歳 女 (無職)	30歳 女 (無職)	9歳 男 (小3)	72歳 男 (無職)	67歳 女 (無職)	70歳 男 (無職)	
	9歳 男 (小3)	4歳 女	4歳 女					
	54年度	55年度	54年度	55年度	54年度	55年度	54年度	55年度
総 額								
世 帯 当 り	143,000	154,303	111,811	120,789	87,803	94,924	63,744	68,909
1 人 当 り	35,750	38,651	37,270	40,263	43,902	47,462	63,744	68,909
生 活 扶 助	114,340	124,173	85,061	92,689	67,103	73,324	43,044	47,307
加 算 (別 掲)	—	—	(母子加算) 16,420	(母子加算) 17,710	(老齢加算) 11,700	(老齢加算) 12,600	(老齢加算) 11,700	(老齢加算) 12,600
勤 労 控 除	18,330	19,740	—	—	—	—	—	—
教 育 扶 助	1,330	1,390	1,330	1,390	—	—	—	—
住 宅 扶 助	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
(特 別 基 準)	(31,700)	(34,600)	(31,700)	(34,600)	(31,700)	(34,600)	(31,700)	(34,600)

- (注) 1. 住宅扶助特別基準は一般基準により必ずかしの場合に適用されるもので東京都での最高基準を掲げている。これを適用すると、たとえば4人世帯総額は54年度 165,700 円、55年度 179,903 円。
2. 上記金額のほか、学校給食費、通学のための交通費等の実費が支給され、社会保険料、労働組合費、通学費等の実費が収入より控除される場合がある。

表 4 一般勤労者世帯と被保護労働者世帯との消費水準の格差 (東京都)

年 度 次	1人当り1ヵ月消費支出（円）				格 差 (B) (A) × 100
	一般勤労者世帯		被保護労働者世帯		
	実額(A)	指 数	実額(B)	指 数	
昭和26年度	3,621	14.7	1,984	15.7	54.8
30	6,084	24.7	2,726	21.6	44.8
35	9,039	36.7	3,437	27.2	38.0
40	14,636	59.4	7,351	58.1	50.2
45	24,639	100.0	12,648	100.0	51.3
47	30,524	123.9	15,935	126.0	52.2
48	35,128	142.6	19,657	155.4	56.0
49	43,788	177.7	24,705	195.3	56.4
50	49,071	199.2	28,421	224.7	57.9
51	55,953	227.1	31,934	252.5	57.1
52	58,259	236.5	34,054	269.2	58.5
53	63,535	257.9	37,390	295.6	58.8

(注) 44~46年度は本文注1)拙著188ページ表5をみよ。

(資料) 厚生省社会局保護課『生活保護関係資料要覧』、ただし各数値は総理府「家計調査」、厚生省「被保護者生活実態調査」。

ための収入は、Community の一般生活に参加しうる高さでなければならない。

具体的には、たとえば適切な食事、自尊心を維持しうるに十分な服装、そして職業は確信をもって話合えるものであり、住宅は程よく温暖であり、子どもたちには衣服の点で辱しさを感じさせず、家族の親戚と訪ね合いを可能とし、誕生やクリスマスに贈物の交換ができ、新聞を購読し、テレビを視聴し、労働組合や教会の会員権を保有しうるものでなければならない。社会的には、公務員、医師、教師、地主その他から、Community の成員としてふさわしい差別なき応待を受ける生活で

ある。これらを可能とするためには、補足給付基準は稼働者の収入水準とあまりかけ離れたものであってはならない、と。

つづけて78年年報は、イギリスの現行基準には年金年齢以上の受給者、あるいは年齢以下にしても、失業ではなく2年以上補足給付を受けている者が受給する長期基準と、それ以外の者の一般基準とがあるのであるが、その現行基準について、年金受給者と長期給付受給者すなわち長期基準は概して上述の水準に達しているが、残りの多くの者とくに失業者、中でもとくに長期失業の子持ち受給者、あるいは子どもそのものへの給付などで

表 5 イギリス国民保険給付基準と補足給付基準(週当り)

(単位: £)

	単 身				夫 婦			
	一 般		長 期		一 般		長 期	
	国 保	補 足	国 保	補 足	国 保	補 足	国 保	補 足
1948 年 7 月	1.30	1.20	1.30	1.20	2.10	2.00	2.10	2.00
70 11	5.00	5.20	5.00	5.70	8.10	8.50	8.10	9.00
75 4	9.80	9.60	11.60	12.00	15.90	15.65	18.50	18.85
75 11	11.10	10.90	13.30	13.70	18.00	17.75	21.20	21.55
76 11	12.90	12.70	15.30	15.70	20.90	20.65	24.50	24.85
77 11	14.70	14.50	17.50	17.90	23.80	23.55	28.00	28.35
78 11	15.75	15.55	19.50	19.90	25.50	25.25	31.20	31.55

(資料) 年報 1977 および 1978 年。

表 6 イギリス補足給付基準、物価および可処分所得の指数

年 次	4 半期 中央時	一 般 基 準		長 期 基 準		小売物価 指 数 (住宅費 を除く)	年金受給者物価指数		平均可処分所得	
		単 身	夫 婦	単 身	夫 婦		単 身	2 人世帯	全 数	最低10分 位 層
1973	4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
74	3	117.5	117.2	127.6	127.2	113.5	112.5	112.5	112.2	111.1
75	2	134.3	134.3	147.2	146.7	139.7	139.2	138.8	131.7	133.3
75	4	152.4	152.4	168.1	167.7	150.1	150.3	149.6	143.3	144.0
76	4	177.6	177.3	192.6	193.4	173.4	177.5	176.3	161.4	163.2
77	1	177.6	177.3	192.6	193.4	182.1	185.5	185.3	164.5	166.4
	2	177.6	177.3	192.6	193.4	189.7	193.7	192.9	174.0	178.8
	3	177.6	177.3	192.6	193.4	193.2	198.0	196.2	176.1	180.3
	4	202.8	202.1	219.6	220.6	196.6	201.2	199.2	182.5	186.5
	1	202.8	202.1	219.6	220.6	200.6	204.7	202.8	187.9	190.3
	2	202.8	202.1	219.6	220.6	205.2	209.8	208.1	201.5	203.6
	3	202.8	202.1	219.6	220.6	208.5	212.5	210.9	206.4	208.4
	4	217.5	216.7	244.2	245.5	211.6	214.6	213.2	210.9	212.9

(注) 1. 年金受給者物価指数は住宅費を除く。

2. 補足給付基準は住宅加算を含まない。

3. 平均可処分所得は全産業成人男子完全就労被用者の平均粗収入から所得税、国民保険拠出、家賃、地方税を除き、家賃および地方税リベートを加えている。

(資料) 年報 1978 年。

ある一般基準では、一般世帯との格差が大きかつ現に拡大しつつある、と懸念している。

そもそもイギリスでは、Beveridge 報告の考え方を踏襲して表5のとおり補足給付基準と国民保険給付基準とは、最低生活保障水準としてほぼ歩調を揃えて推移している。もっとも一般基準では後者がやや高く、長期基準では逆に前者がやや高くなっている。遺憾ながらわが国では年金水準と生活保護基準と並行して最低生活を確保するという仕組みにはなっていない。

表6はイギリス補足給付基準（住宅加算を含まない）と、物価指数との対比で、わが国のを示す前掲表1に当る。加えて平均可処分所得の推移を被用者全数および最低10分位層に分けて対比している。補足給付基準の上昇率がやや上回っている。

イギリス成人男子平均純収入（粗収入から所得税、国民保険拠出を除く）と、補足給付基準（住宅加算を含む）とを対比したのが表7である。わが国での表4に対応するといつてよいであろう。前述のほぼ水準に達しているという長期基準についてみると、78年11月に夫婦2人世帯で純収入の55.4、4人世帯で63.5、6人世帯で70.6となっている。問題ありという一般基準では夫婦2人世帯47.6、4人世帯56.5、6人世帯63.4というのである。いうまでもなくわが国の目標60%と直ちに結びつけることはできない。しかしわが国でも、国民の貧困意識は年とともに進むはずであり、78年報告のいう Community 成員にふさわしい基準という観点から、そもそも目標60%のもつ意味を考え直す必要があろうし、その場合イギリスのように世帯構成の別に考察する必要がある。

もっともイギリスでは現に給付基準に長期、一般の2種の別があることが問題となっている。

生活保護給付水準を考える場合、実施要領の改定を無視するわけにはいかない。昭和45年以来今日まで年次ごとに確かに多くの改訂が行なわれている。しかしその多くは従来の方法をより精緻に規定するという方向にあったように考えられる。ここでは大きな改訂として、51年1月からの老齢加算等の改訂と53年度からの4級地撤廃とを挙げておこう。

表7 イギリス成人男子平均収入と各種世帯の補足給付基準（週当り）

年 月	補足給付基準 (1)	純収入 (2)	(1)/(2) (3)
	£	£	%
(a) 単 身 住 宅 居 住			
1948年10月	1.69	5.81	29.1
70 11	7.79(8.29)	22.50	34.6(36.8)
75 4	13.18(15.19)	40.70	32.4(37.3)
75 11	15.47(17.65)	44.90	34.5(39.3)
76 11	18.17(20.40)	50.20	36.2(40.6)
77 11	20.65(23.23)	56.40	36.6(41.2)
78 11	22.13(25.60)	65.20	33.9(39.3)
(b) 夫 婦			
1948年10月	2.59	6.22	41.6
70 11	11.81(12.31)	23.70	49.8(51.9)
75 4	19.62(22.61)	42.60	46.1(53.1)
75 11	23.06(26.11)	46.80	49.3(55.8)
76 11	26.83(30.11)	52.50	51.1(57.4)
77 11	30.53(34.42)	59.70	51.1(57.7)
78 11	32.72(38.04)	68.70	47.6(55.4)
(c) 夫婦と5歳以下2児			
1948年10月	3.36	6.90	48.7
70 11	14.26(14.07)	25.80	55.3(54.5)
75 4	26.03(29.15)	46.50	56.0(62.7)
75 11	30.18(32.96)	50.60	59.6(65.1)
76 11	35.06(36.39)	57.20	61.3(63.6)
77 11	39.94(43.87)	64.60	61.8(67.9)
78 11	42.85(48.18)	75.90	56.5(63.5)
(d) 夫婦と5歳以下2児 5～10歳2児計4児			
1948年10月	3.26	7.40	47.6
70 11	17.78(17.67)	28.30	62.8(62.4)
75 4	31.85(35.75)	50.90	62.6(70.2)
75 11	37.29(40.46)	55.10	67.7(73.4)
76 11	43.41(47.61)	62.50	69.5(76.2)
77 11	49.20(53.77)	69.80	70.5(77.0)
78 11	52.75(58.78)	83.20	63.4(70.6)

- (注) 1. 平均収入は完全就労者についてである。純収入は粗収入から所得税、国民保険拠出を除いた額。
 2. 補足給付基準は住宅加算を含む。()は長期基準。
 3. 48年の純収入のみは男子筋肉労働平均収入。
 4. 78年は暫定数字。

(資料) 年報1977および1978年。

老齢年金、母子加算、障害者加算は昭和34年11月、国民年金による福祉年金が発足して以来、その年金額そのままを採用することとしていた。老齢年金を例にとろう。老齢福祉年金は発足当初月額1,000円であり、生活費保障には遙かに及ばず、老人の小遣い的ないわゆるアメ玉年金と呼ばれていたものであった。しかし老齢福祉年金の性格が時とともに変わり、生活保障的色彩を多少とも持つ

表 8 被保護世帯人員, 保護率, 扶助別人員

(1ヵ月当り)

年 度 (昭和)	被 保 護 世 帯 数	被 保 護 実 人 員	保 護 率	扶 助 別 人 員				
				生 活	住 宅	教 育	医 療	そ の 他
26	700	2,047	2.42%	1,862 (91.0)	998	705	283 (13.8)	7
30	661	1,929	2.16	1,704 (88.3)	845	585	386 (20.0)	13
35	611	1,628	1.74	1,425 (87.6)	656	496	460 (28.3)	9
40	644	1,599	1.63	1,438 (89.9)	728	433	616 (38.5)	11
45	658	1,344	1.30	1,143 (85.0)	643	263	701 (52.2)	7
46	669	1,325	1.26	1,116 (84.2)	635	244	723 (54.6)	6
47	703	1,381	1.29	1,164 (84.3)	667	248	763 (55.2)	6
48	697	1,346	1.24	1,144 (85.0)	667	234	763 (56.7)	6
49	689	1,312	1.19	1,120 (85.4)	665	223	756 (57.6)	5
50	708	1,349	1.21	1,160 (86.0)	705	229	785 (58.2)	5
51	710	1,358	1.20	1,174 (86.5)	737	234	793 (58.5)	5
52	724	1,393	1.22	1,210 (86.8)	779	244	819 (58.8)	5
53	739	1,428	1.24	1,246 (87.4)	824	256	847 (59.4)	5

(注) 1. 扶助別人員の()は構成比で被保護実人員を100.0とする。

2. 47年度以降は沖縄を含む。本文注1)拙著183ページの前年度数字と比較するために47年度の沖縄を含まない数字を掲げると、上表左からそれぞれ692千, 1,349千, 1.27%, 1,134千(84.1%), 655千, 238千, 759千(56.3%), 6千である。

(資料)「厚生省報告例」

にいたり、50年10月には月額目標1万円を超えて1万2,000円(51年10月より1万3,500円)に引上げられた。これに対し50年度の70歳女子生活扶助基準(1級地)2万5,572円(4級地ならば1万8,658円)であり、扶助基準の中に福祉年金額が最低保障として果たして妥当に位置付けられうるかが問われることとなった。結局は51年1月以降は、生活保護独自の立場から加算額を定め、それは生活扶助基準とくに一類額の一定割合の額とし、生活扶助基準と同一に引上げられることとなった。51年1月以降の額は高齢加算8,500円、母子加算(子1人)1万1,000円、障害者加算(障害等級表1・2級の場合)1万3,000円であった。

4級地撤廃は、50年度以来年次的に進められ、大幅に4級地から3級地への格上げ措置が図られてきたのが、53年度すなわち4月から4級地は全部3級地に格上げされることとなった。これによって4級地の対1級地格差73.0という開きはなくなり、すべて3級地としてその格差は82.0と縮められたのである。拙著『貧困—その測定と生活保護—』46ページに32年4月第14次改訂に当って、それまでの(1)6大都市、(2)その周辺都市および他の大都市、(3)中都市、(4)小都市、(5)町、(6)村の6段階であったものを、(1)大都市、(2)中都市、(3)小

都市、(4)町村の4段階と減じたのであるが、それから約20年を経て3段階に改めることとなったのである。わが国の異常なほどの経済発展は、全国的に消費水準の縮小を招来していることに即応するものといってよい。

II 保護人員, 保護率の動向と保護世帯の性格

昭和45年度の対人口保護率は上の表8のとおり1.30%であり、26年度以来大きくは漸減の傾向を示してきている。もっともかつて本稿冒頭に注記した諸論文で述べたとおり、保護基準大幅引上げの36年以降のしばらくは多少の動きがあったのであるが、問題の45年度以降についてみると、47年度に沖縄返還があり、そのため0.02%の微増を示したのであるが、49年度までは大きく漸減、その後横這い、52, 53年に微増ということができ、とくに大きな変化は見られない。

前述したオイルショック時の激動、それと裏腹な福祉政策の拡大なども、少なくとも生活保護の動向に大きな影響を与えなかったように見受けられる。被保護実人員について見るならば、45年度以降横這いであったものが53年度に入って微増となっている。もっとも被保護世帯数について見ればつねに漸増の傾向を示してきたといつてよい。

45年度より約10年間に、世帯、人員ともに漸増、保護率はむしろ漸減というこの傾向を、どのように解するかが問題である。オイルショックを中心とするインフレその他の急激な経済変動は、何故に大きな影響を生活保護に与えなかったのであるか。保護基準の引上げ、大きく福祉政策の飛躍的拡大などがあったのに対し、一方では従来も生活保護に大きく影響していた老齢、医療の両問題はどのような影を投げかけているのであろうか。

保坂哲哉教授などの提唱する保護衰退仮説 wit-

表 9 日英の保護率 (単位: %)

	日 本 (A)	イギリス (B)	B/A
1950 (昭30)	2.30	3.9	1.70
55	2.16	4.4	2.04
60	1.74	5.3	3.05
65	1.63	5.4	3.31
70	1.30	7.7	5.92
77	1.22	8.7	7.13
78	1.24	8.4	6.77

(注) イギリス 77, 78 年は筆者推計。

(資料) 日本は厚生省報告例, イギリスは "Poverty" No. 20~21, 1971 年冬号。

表 10 世帯類型別被保護世帯数および世帯保護率

年 次 (昭和)	総 数	高齢者世帯	母子世帯	傷病・障害者世帯	その他世帯
実 数	32年	532,110	106,960	84,230	340,920
	35	574,350	123,430	76,170	374,750
	40	605,140	138,650	83,100	205,540
	45	629,220	197,250	64,920	141,180
	46	640,230	198,520	63,840	97,560
	47	671,890	230,420	65,490	81,530
	48	673,600	232,270	63,240	378,090
	49	657,450	232,860	62,230	81,210
	50	680,600	233,290	64,380	69,510
	51	683,370	230,360	66,510	83,250
	52	695,660	223,580	74,110	85,570
	53	713,100	235,420	78,960	90,100
構 成 比 (%)	32	100.0	20.1	15.8	64.1
	35	100.0	21.5	13.3	65.2
	40	100.0	22.9	13.7	29.4
	45	100.0	31.4	10.3	35.9
	46	100.0	31.0	10.0	43.8
	47	100.0	34.3	9.8	43.8
	48	100.0	34.5	9.4	56.1
	49	100.0	35.4	9.5	42.8
	50	100.0	34.3	9.5	46.1
	51	100.0	33.7	9.7	44.4
	52	100.0	32.1	10.7	44.9
	53	100.0	33.0	11.1	43.3
世 帯 保 護 率 (%)	32	2.57	22.76	17.81	1.76
	35	2.55	24.60	17.95	1.77
	40	2.32	17.35	24.82	1.55
	45	2.10	16.52	17.62	1.30
	46	2.07	14.57	17.58	1.30
	47	2.10	16.70	18.04	1.25
	48	2.08	15.28	17.62	1.24
	49	2.01	15.32	16.33	1.18
	50	2.07	14.41	17.35	1.24
	51	1.99	12.16	16.14	1.21
	52	2.02	11.64	18.67	1.24
	53	2.07	11.61	20.04	1.24

(注) 1. 各年次ともほぼ 7 月 1 日現在である。

2. 高齢者世帯: 男65歳以上, 女60歳以上の者だけか, またはこれらの者に18歳未満の者が加わった場合。

母子世帯: 現に配偶者がいない18歳以上60歳未満の女子と18歳未満のその子(養子を含む)だけで構成している場合。

傷病・障害者世帯: 在宅患者加算を認定されている者, 障害者加算を認定されている者などがある世帯。

その他世帯: 上記以外の世帯。

3. 47年以降は沖縄を含む。

(資料) 厚生省社会局保護課『生活保護関係資料要覧』, 算出は「被保護者一斉調査(個別調査)」, 「厚生行政基礎調査」による。

hering away assumption がある³⁾。時代が進むとともに福祉政策は広範に重厚に実施されることとなり、したがって生活保護受給者は漸次減少するというのである。確かに一つの見方であろう。しかし教授も指摘しているとおり、それだけでは解釈できないところに問題が存する、といってよいであろう。

いつも述べるとおり、表9でもイギリス補足給付の受給率は77年8.7%、78年8.4%とわが国対人口保護率より遙かに高くなっている。確かに経済事情その他が両国で大きく異なっているにしても、この開きは問われねばならないであろう。

表8の医療扶助人員について見るならば、その実数は45年度以降も変りなく漸増傾向を示し、依然として医療保障制度の欠陥を生活保護がカバーし、そのカバーの度合いが漸次高まってきていることがわかる。これを表10の世帯類型別に見るならば、確かに傷病・障害者世帯は実数において増加を示しており、世帯保護率でみても最近はやや増加気味であるといってよい。

表10によれば高齢者世帯は構成比でみて47年以降横這いであり、51、52年にはむしろ減少の傾向

表 11 年齢階級別保護率 (単位: %)

年次	総数	～14歳	15～19	20～59	60歳～		
					計	60～69	70歳～
昭和30	2.39	3.27	1.45	1.79	3.45	2.83	4.44
35	1.85	2.58	0.84	1.41	3.02	2.44	3.93
40	1.61	2.30	0.66	1.19	3.05	2.68	3.68
45	1.28	1.47	0.63	0.94	3.20	2.70	3.97
46	1.24	1.33	0.65	0.90	3.26	2.74	4.03
47	1.26	1.31	0.72	0.90	3.33	2.80	4.11
48	1.22	1.23	0.74	0.88	3.25	2.82	3.86
49	1.15	1.12	0.72	0.84	3.07	2.63	3.71
50	1.16	1.13	0.84		3.00	2.56	3.61
51	1.16	1.13	0.85		2.85	2.41	3.49
52	1.17	1.16	0.87		2.76	2.33	3.35
53	1.20	1.21	0.90		2.69	2.39	3.26

(注) 本表の対人口保護率は表8のそれとは一致しない。

(資料) 厚生省社会局保護課算出、被保護者全国一斉調査(基礎調査)、総理府統計局「年齢別推計人口」による。

を示している。世帯保護率では明らかに漸減している。45年ごろまで漸減し16%台であったものが、51、52年には11～12%に低下している。さらに表11の年齢階級別保護率は、60歳以上で昭和48年以後漸減している。そのことは60～69歳、70歳以上に細分してみるとさらに顕著である。福祉元年といわれている昭和48年以降に、老齢無料医療給付

表 12 イギリス補足給付受給人員数

(単位: 1,000人)

受給者数	1970年 11月	1975年 12月	1978年11月			
			受給者(1)	構成比	被扶養者 (2)	受給人員計 (1)+(2)
補足年金計	1,902	1,679	1,738	59.3%	305	2,043
退職年金受給および国民保険寡婦年金受給(60歳以上)	1,745	1,586	1,631			
その他	156	94	107			
補足手当計	836	1,113	1,195	40.7		
失業計	239	541	598	20.4	654	1,252
拋出制給付あり	73	135	93			
拋出制給付なし	166	406	505			
疾病障害計	323	242	223	7.6	84	307
拋出制給付あり	164	77	67			
拋出制給付なし	159	165	156			
国民保険寡婦年金受給(60歳未満)	63	30	22	0.8	8	30
片親世帯(上掲を含まず)	191	276	322	11.0	593	915
その他	20	24	30	1.0	22	52
補足給付総計	2,738	2,793	2,932	100.0	1,666	4,598

(注) 70年11月は該当期間以前に補足給付未受給の失業者をも含む。

(資料) Department of Health and Social Security; Sociol Assistance — A review of the supplementary benefits scheme in Great Britain, page 111, July 1978. ただし 1978年11月は、年報1978年。

3) 保坂哲哉「欧米4ヵ国の公的扶助水準」『厚生の指標』25巻4号、昭和53年4月号。

表 13 世帯業態別被保護世帯数

年 度 (昭和)	総 数	世帯主が働いている世帯					世帯員 が働いて いる世帯	働いてい る者のい ない世帯
		総 数	常 用 者 労 働 者	日 雇 者 労 働 者	内 職 者	そ の 他		
実 数	26	699,423	386,566	62,771	137,838	59,910	126,047	312,857
	30	661,035	322,244	50,307	122,128	57,725	92,084	311,892
	35	604,752	236,713	32,171	81,477	37,064	86,002	97,031 271,008
	40	639,164	213,004	36,547	71,546	25,804	79,106	89,703 336,457
	45	654,550	151,021	33,709	42,506	19,131	55,675	69,109 434,420
	46	666,051	135,189	32,849	36,900	18,400	47,040	62,306 468,557
	47	689,470	130,340	33,664	34,405	18,033	44,238	61,159 497,791
	48	693,536	124,745	32,159	32,985	17,589	42,012	58,332 510,458
	49	685,960	113,397	29,406	29,611	16,098	38,282	52,599 519,954
	50	704,785	109,542	29,936	27,637	15,230	36,740	51,226 544,017
	51	706,995	106,785	31,049	26,403	14,751	34,582	49,802 550,408
	52	721,050	107,693	33,533	26,259	14,423	33,479	49,758 563,999
	53	736,902	110,025	36,767	26,417	14,353	32,489	49,962 576,915
構 成 比 (%)	26	100.0	55.3	9.0	19.7	8.6	18.0	44.7
	30	100.0	48.7	7.6	18.5	8.7	13.9	51.3
	35	100.0	39.1	5.3	13.5	6.1	14.2	16.1 44.8
	40	100.0	33.3	5.7	11.2	4.0	12.4	14.1 52.6
	45	100.0	23.1	5.2	6.5	2.9	8.5	10.5 66.4
	46	100.0	20.3	4.9	5.5	2.8	7.1	9.3 70.4
	47	100.0	18.9	4.9	5.0	2.6	6.4	8.9 72.2
	48	100.0	18.0	4.6	4.8	2.5	6.1	8.4 73.6
	49	100.0	16.5	4.3	4.3	2.4	5.6	7.7 75.8
	50	100.0	15.5	4.3	3.9	2.2	5.2	7.3 77.2
	51	100.0	15.1	4.4	3.7	2.1	4.9	7.0 77.9
	52	100.0	14.0	4.7	3.6	2.0	4.6	6.9 78.2
	53	100.0	14.9	5.0	3.6	1.9	4.4	6.8 78.3

(注) 1. 被保護世帯数は保護停止中の世帯を除く。

2. 47年度以降は沖縄を含む。

(資料) 厚生省社会局保護課『生活保護関係資料要覧』, 原資料は厚生省報告例による。

などをはじめとする老齢対策の多くが、やはり効を奏してきていると見てよいであろう。

また表10にみる母子世帯は、45年ごろ低目になったものが、50年以降漸増傾向を示してきている。戦後一段落した戦争未亡人問題に代って、母子問題が別の意味で大きく浮び上ってくる傾向が見える。

イギリス補足給付受給人員割合を表12で見ると、78(昭和53)年補足年金受給すなわちほぼ高齢者は174万総数の59.3%に上っている。表10のわが国53年の生活保護高齢者世帯23万5,000, 33.0%と絶対数でかなり異なっている。イギリス78年年報ではイギリスのこの高割合を年金制度の不十分さの表われと説明している。この点でも扶助と年金でともかく隙間なく全国民の最低保障を具現す

るという意欲がイギリスでは明らかに見られる、
と見てよいであろう。

同じく表12では、イギリス片親世帯の受給は32万2,000, 11%に及んでいる。表10のわが国母子世帯は7万9,000, 11.1%と、絶対数でかなり開きがみられる。

また表12では、イギリス疾病障害世帯の受給は22万3,000(うち15万6,000は拠出制給付なし)、7.6%に上っている。表10のわが国疾病障害者世帯は30万9,000, 43.3%で、絶対数でもイギリスを凌駕している。

イギリス受給者の一つの特色は失業者の受給者の多いことで、表12のとおり59万8,000(うち50万5,000は拠出制給付なし)、20.4%に上っている。イギリスでは完全就労者は受給しえない。また拠

出制給付ありの受給は9万3,000と比較的少ない。

表13では残念ながらわが国の失業者世帯はわからない。むしろ世帯業態別として稼働者の有無を問題としており、非稼働世帯の絶対数、割合ともに増加傾向をつづけている。受給世帯を見る一つの見方ではあるが、失業対策の資料とすることはできない。

ここで、全国的視野に立つ貧困実態の把握の必要性について述べておこう。官庁がこれを究明し、これを公表し、行政効果の予測や結果測定に役立てるべきことについて折にふれ述べてきたのであるが⁴⁾、両国調査の考え方の相違がかなり明確に出ているといつてよい。わが国の表10、表13は確かに保護世帯の性格を知る貴重な資料ではあるが、イギリスの表12のような、たとえば拠出制給付の有無に分ける、さらにその金額階級別に分けるなど行政と密着した問題把握の考え方はとられていない。この点でわが国では検討の余地ありというべきであろう。調査目的をどのように設定するか、全国民の最低生活保障を実現するためには、社会保障制度体系との関連で、また、受給者の側からという視点をふまえて、どのような資料が必要であるかを改めて検討すべきであろう。この方向こそ行政の科学化、合理化を進める一つのよすがであるといつてよい。

なお、イギリス補足給付で、1935年失業扶助以来引継がれ、最低保障の権利侵害として悪名高かった賃金制限条項 wage stop は75年7月以来廃止されていることを付言しておく⁵⁾。

III イギリスにおける権利意識の明確化

——漏給推計と不服申立て——

いうまでもなくわが国生活保護は、健康で文化的な最低限度の生活を、国民の権利として、国家の責任において保障することを目的としている。問題は、これを推進する行政の側がその明確な認識を持つと同時に、それを受給する貧困者の側に

も牢固とした権利意識が確立されていなければならない。イギリスにおける行政の側からの補足給付漏給の推計と受給者の側からの補足給付不服の申立てとは、正にこの問題に対する両者の側からの接近であるといつてよく、わが国とあまりにもかけ離れているのではあるが、この距離の甚しさに対して、わが国では厳しく検討され反省されねばならないであろう。

(1) 補足給付漏給の推計

Supplementary Benefits Commission の年報が、それまでの Department of Health and Social Security の年報から独立して刊行されることになったのは1975年分からである。この初発である75年年報から受給率 'take-up rate' が大きく取上げられている。ここにいう漏給問題である。また78年に同 Commission の Take-up of Supplementary Benefits が HMSO から公刊されている。

漏給問題については、Peter Townsend が強い関心を示している。彼は昨79年に1,200ページの大作 *Poverty in United Kingdom* を著わしている。これはイギリスで68～69年に彼を中心にして行なわれた貧困調査の報告書であるが、その第24章を Eligibility for Supplement Benefit と題して詳細に 'Take-up' を取り上げている。

彼によれば、未だ国民扶助 National Assistance の時代であった1950年代から60年代早期にかけて、受給資格がありながら受給していない者の存在、したがって筆者のいう漏給問題が表面化した。最初は高齢者のそれであり、100万に近い退職年金受給者が漏給であったと伝えられ、66年には政府が約85万と推計している、と。

彼はさらにつづけていう。66年の国民扶助から補足給付への切替えの一つの理由もここにあった、といわれている。補足給付では、受給手続を単純化し、保険行政と扶助のそれとの関係をより密接にし、さらに高齢者のための長期基準が設けられた。政府はまた数十万の人を数週間動員してその周知徹底をはかっている、と。

彼はまたいう。退職年金受給者以外についても、それほど明確でないにしても Abel-Smith と彼と

4) たとえば「官庁実施の貧困調査について」『現代の福祉政策』昭和50年1月、また「官庁の貧困調査がおちいりやすい陥穽について」『厚生指針』20巻4号、昭和48年4月号など。なお前者は注1) 拙著の289ページ。

5) 1975年年報19ページ。

表 14 イギリス補足給付漏給についての世帯種別推計 (1977 年)

分 類	受給資格ありと推計 (1)	受給資格あって受給していない数(2)	受 給 割 合 (1)-(2)/(1)	受給していない推定金額(年額)	受給していない週 当たり給付額
年 金 受 給 者	2,280,000	610,000	73%	100m	3.10
年金非受給者計	1,760,000	420,000	76	245m	11.00
疾 病	240,000	30,000	87	15m	8.00
失 業	920,000	170,000	81	90m	10.10
片 親 世 帯	370,000	40,000	89	20m	10.50
そ の 他	220,000	180,000	19	115m	12.60
計	4,040,000	1,030,000	74	340m	6.30

(資料) 年報 1978 年。

表 15 イギリス補足給付漏給についての世帯構成別推計 (1977 年)

分 類	受給資格ありと推計 (1)	受給資格あって受給していない数(2)	受 給 割 合 (1)-(2)/(1)	受給していない推定金額 (年額)	受給していない週 当たり給付額
年 金 受 給 者 計	2,280,000	610,000	73%	100m	3.10
夫 婦	440,000	150,000	66	25m	3.10
単 身	1,850,000	460,000	75	75m	3.10
年金非受給者計	1,760,000	420,000	76	245m	11.00
夫婦 子どもなし	140,000	40,000	74	25m	12.20
夫婦 子どもあり	310,000	70,000	76	65m	17.10
単身 子どもなし	930,000	270,000	71	135m	9.40
単身 子どもあり	380,000	40,000	89	20m	10.00
再計: 夫 婦 計	450,000	110,000	76	90m	15.50
単 身 計	1,310,000	320,000	76	155m	9.50
再計: 子どもあり計	690,000	120,000	83	85m	14.50
子どもなし計	1,060,000	310,000	71	155m	9.70

(資料) 年報 1978 年。

の *The Poor and the Poorest* などに散見されるように、しばしば取り上げられていた、と。

筆者もまた、イギリス政府の66年実施の貧困調査で、調査終了の後に政府職員が基準を下回る世帯を戸別に訪問して扶助受給を勧奨して歩いた例を指摘したことがある⁶⁾。

前述のように行政は、75年以後その年報にこの問題を取り上げている。国民の権利としての最低生活保障の確保は、上述の経緯を経てその受給率、すなわち漏給は権利侵害と受取り、政府自身がその改善に努力することとなったのである。

表14は78年年报に掲げられた補足給付漏給について同 Commission が行なった世帯種別推計である。受給資格ある者404万世帯(扶養者である妻や子ども数は含まれない)に対し漏給103万世帯、したがって26%の漏給と推計し、それを埋める年

間経費3億4,000千万ポンドと算出している。漏給率の低い順にみると、片親世帯、疾病世帯、失業世帯、年金受給世帯の順となっており、労働能力欠如などのその他世帯は81%と極めて高い。観点をかえてそれを埋める年間経費についてみると、分類ごとの世帯数の大きさが関係し、その他、年金受給、失業の順となっていて、片親、疾病はそれほど多くはない。これを埋める推定週当たり平均給付額でみると、その他が最も大きく、片親、失業、疾病とつづき、年金は極めて小さい。すなわち年金受給世帯は61万と数が大きく、漏給率も27%と依然として高いのであるが、これを埋める推定週当たり平均給付額は年金の補足にすぎず極めて低いことがわかる。

表15は世帯構成別推計である。年金非受給世帯を子どもの有無に分けてみている。漏給率の最も低いのは単身子どもありの11%であり、単身子ど

6) 注 4) の前者すなわち注 1) 拙著の295ページ。

表 16 イギリス補足給付不服申立て件数と処理結果

	総 数	審査局以前 に 却 下	審査局以前に改定		審 査 局 理 受	審 査 局 改 定		審 査 局 再 確 認
			実 数	対 割 総 数 合		実 数	対 割 総 数 合	
1971	39,150	5,460	11,270	28.8%	22,420	4,186(27)	10.7%	18,234
75	68,975	12,029	24,187	35.1	32,759	6,568(24)	9.5	26,191
76	101,112	22,131	23,856	23.6	55,125	10,450(33)	10.3	44,675
77	114,734	23,531	28,307	24.7	62,896	12,071(66)	10.5	50,825
78	115,467	21,079	32,080	27.8	62,308	12,526(66)	10.8	49,782

(注) 1. () 内は申立て人に不利な裁決となったもの。

(資料) 年報 1975 および 1978 年。

もなしは29%と高い。夫婦については子どもの有無はあまり大きな差がなく、いずれも25%内外である。夫婦、単身の別でみれば、年金受給では漏給率夫婦34%と単身の25%を凌駕しているのに対し、非受給ではともに24%と差がない。非受給で子どもの有無で分けると、子どもあり17%、子どもなし29%とかなりの開きがみられる。

これを埋める年間経費では、年金非受給では単身子どもなしが最も大きく、夫婦子どもあり、夫婦子どもなし、単身子どもありの順となっている。これを埋める週当り平均給付額では、夫婦子どもありが最も高く、夫婦子どもなしがこれに次ぎ、単身は子どもあり、なしともにやや低い。

ともかく権利意識からいって漏給は存在するべからずとの考え方にしたがって、行政の側からこのような推計を行なっていることに着目すべきであろう。

(2) 不服申立て

漏給推計が権利意識に対する行政の側からの接近であるとすれば、不服申立ては受給者の側の権利行使である、といってよい。

扶助における不服申立ての歴史は古く、1935年開始の失業扶助以来つづいている。今日にいたるまでには長年月を費しており、それだけに多くの議論が繰り返され、改善が加えられてきている。

現在は全国に126の補足給付審査局 Supplementary Benefit Appeal Tribunals があり、314人の委員長 Chairmen と2,423人の構成員がその運営に当たっている⁷⁾。

筆者はすでに昭和30年過ぎに、その頃のイギリスで年間不服申立て件数は8,000を越えている(もっとも逆に申告不正その他による告発も1,000内外に達している)、ことを指摘したことがある⁸⁾。

表16は不服申立て件数と処理結果の最近の年次推移である。78年には総数で11万5千に達している。そのうち審査局受理は6万2千に上っている。わが国のこれに当る「審査請求に対する裁決件数(却下をも含む)」は、昭和53年に78であり、51年の733を除いては、45年以後を見ても30内外に止まっている。不服申立てについて、両国では制度の相違その他比ぶべくもないにしても、申立て件数のこの雲泥の差については、わが国でも受給者の立場に立って深く考えてみる必要がある。

なお申立ての処理結果であるが同じ表16によれば、改定率は審査局以前と審査局自身とを合わせて40%内外となっている。ただし審査局において申立て人に不利な裁決となったものも若干は存している。

表17は不服申立てにおける付添、代理人の種類とその効果である。

CPAG は以前から権利獲得闘争の一環として、不服申立ての場に専門弁護士などの付添いを認めることを提唱していた。素人である申立て人が単独で場に臨んだのでは、専門家である当局に到底対等に渡り合えず、それだけ権利が侵害されるから、という理由によってである。

表17によれば、付添も代理人もなしというのが大部分であるが、solicitor という下級弁護士やソーシャルワーカー、ボランティア団体などの援助

7) 1978年報 75ページ。

8) 注1) 拙著の265ページ。

表 17 イギリス補足給付不服申立て審査と付添、代理人およびその効果

付添または代理人	審査局 受理総数 (1)	申立て人 出席 (2)	申立て人 欠席 (3)	審査局 改定			
				申立て人出席		申立て人欠席	
				実数	(2)に対する割合%	実数	(3)に対する割合%
計	62,308	30,515	31,793	9,625	32%	2,835	9%
下級弁護士	317	272	45	110	40	14	31
ソーシャルワーカーまたはウェルフェアワーカー	2,441	2,137	304	1,115	52	144	47
友人または親戚	9,435	7,708	1,727	2,477	32	556	32
受給者組合、労働組合またはボランティア団体	2,399	2,157	242	958	44	107	44
付添、代理人なし	47,716	18,241	29,475	4,965	27	2,014	7

(資料) 年報 1978 年。

も若干あることがわかる。またその中で友人または親戚はかなりの数に上っている。成功率の高いのは、弁護士、ソーシャルワーカーまたはウェルフェアワーカー、受給者組合、労働組合、ボランティア団体などいわゆる専門家の援助の場合で、友人または親戚などいわば素人の場合は成功率がやや落ちている。申立て人出席の場合は、欠席の場合より遙かに高くなっている。

むすび——生活保護の今後の方向

筆者は「1960年代の生活保護」⁹⁾において、保護対象にとり残された低賃金層あるいは稼働力ある貧困層をもあえて取り込む方向を考えてよいこと、保護水準の高さは National Minimum 的な最低生活水準の計画的な実現であるべきこと、医療保障、高齢者対策を拡充すること、などに加えて官民双方からの権利意識の確立を説いたのであった。そしてこれらの上に、所得保障行政の手続きの簡素化と、これに対応して分離された福祉サービスの強化とを説いたのであった。

つぎに「1970年代初頭の生活保護」¹⁰⁾では、生活保護の基底にある権利意識が根づいておらず、根源に立ち戻ってこのような意識構造を打破するのなければ問題が進展しないことを述べ、官庁による貧困実態の調査とその公表、国民の連帯意識の明確化、住民運動とくに福祉関係者および低所得層の参加、などの必要を掲げたのであった。

それ以来約10年、1970年代の生活保護の動きは以上に述べてきたとおりである。

確かに周辺の医療保障、老齢保障の各施策は、問題を孕みながらもかなり進展したといつてよい。とくに保護受給の高齢者なり高齢者世帯なりにその影響が表われている。

保護水準も、この10年に一般世帯消費水準の60%という目標に甚だしく接近してきている。しかし Community の成員としてふさわしい最低生活水準とは何かは、わが国においても受給者の側に立って問い直されなければならない、合わせて一般世帯の消費水準との対比、イギリス流の世帯構成別その他をも勘案したキメ細かい配慮が払われねばならないであろう。

保護対象として果たして低賃金層なり稼働力ある世帯が取り込まれることとなったであろうか(イギリスでは完全就労世帯は別の家族所得補足 Family Income Supplement によっている)。この点ではイギリスでは受給者として失業世帯がかなり大きいウェイトを占めているのに、遺憾ながらわが国では明らかでない。わが国で、働いているから受給しないでも食べられるはずである、という既成の観念を打破し、受給対象の範囲を拡げる方向にむかってよいのではなかろうか。被保護階層の非稼働化や保護率の横這い傾向などは、今までの対象把握の考え方と決して無縁ではないであろう。

権利意識の明確化、それは社会保障における個人権利の確立につながる、については、イギリス

9) 注1) 拙著の180ページ。

10) 注1) 拙著の202ページ。

の漏給推計や不服申立てについてはかなり詳しく述べたのであるが、そこに見られているとおり、筆者にはわが国と格段の開きがあると考えられる、意識変革の重要性は今さら説くまでもなく、いかにそれを体得するかであろう。さらに筆者は、このような意識変革なくしては、提唱する福祉サービスと最低生活保障との分離も成立しえない、と考えている。

先に述べた官庁による貧困調査の実施とその公表については本文中にも触れたのであるが、国民

連帯意識の明確化や住民参加については別のところで説いている¹¹⁾。

80年代初頭に当って、上述の諸問題の存在を再確認しておきたい。

11) たとえば「福祉政策を進めるために」『厚生指標臨時増刊、昭和53年国民の福祉の動向』25巻11号、昭和53年11月の第1編第4章の3、や「現代社会福祉小論—福祉推進の基本的方向の一つ、住民参加を中心として—」『週刊社会保障』32巻997号、昭和53年11月6日号など。これらは注1)拙著の345および364ページに収載。

第 14 回社会保障研究所シンポジウム

テーマ「社会保障と財政」

レポート 大 野 吉 輝（大阪府立大学教授）

“ 土 田 栄 作（自治省財政局指導課長）

コメント 地 主 重 美（社会保障研究所研究第二部長，現千葉大学教授）

“ 京 極 高 宣（日本社会事業大学助教授）

司 会 馬 場 啓 之 助（社会保障研究所長）

〔レポート〕 社会保障の財源調達のある方

大 野 吉 輝

「社会保障の財源調達のある方」というテーマについて，報告をさせていただきます。

社会保障の財源調達はいかにあるべきかという問題は，すぐれて価値判断の問題である。また実際においても，社会保障の財源構成はきわめて多様である。よく知られているように，租税，社会保険料など，各種の財源調達手段の組み合わせ方は，国によってさまざまに異なっている。この私の報告では，そのような性格を持った社会保障の財源政策について，一つの考え方を述べさせていただきたいと思う。

社会保障の財源調達問題については，大きく分けて二つのタイプを区別することができるのではないかなと思う。その一つは，社会保障全体としての財源調達の基本的なあり方に関するものである。いま一つは，社会保障を構成する個別的な制度の財源調達のある方に関するものである。

もちろん，個々の制度の問題を抜きにして，全体の問題があるわけではない。しかし，個別制度の問題を考えるに当たっても，全体についての基本原則とでも言うべきものが，予定されていることが望ましいのではないかと考えられる。

その一つの理由は，個々の制度のあり方を，その原則に照らして，システマティックに考えることができるという点に求められる。

またいま一つの理由として，次のようなことが考えられる。今日の先進諸国，とりわけヨーロッパの先進諸国では，社会保障財源の対 GNP 比率，ないしは GDP，すなわち国内総生産に対する比率が，20%を上回ってい

る場合が少なくないという事実があるが，そのような状況の下では，社会保障全体としての財源調達のある方を考えるということは，それ自体としても，意味のあることではないか。

そのような問題意識に基づきながら，この報告では，社会保障全体としての財源調達の問題に焦点を絞って，そのあり方，あるいは基本原則ともいうべきものを考えてみたい。

その場合，まず問題になるのは，社会保障のどのような制度体系を前提にするかということである。というのは，前提される制度体系のいかんによって，財源調達のある方は当然に，異なったものになってくるからである。

今日の先進諸国の社会保障においては，いわゆる普遍主義の建て前に立つ制度が，中心的な地位を占めている。今日の社会保障の2本の柱とされている公的年金と医療保障は，たいていの場合に，そういう普遍主義の制度になっている。そうした現行制度に対して，たとえばアメリカの自由主義の経済学者として有名なミルトン・フリードマンの負の所得税プランのように，選別主義に重点を置いた改革案が提案されている。しかしこの報告では，そうした現行制度の給付に関する改革の問題には立ち入らないで，普遍主義の制度を中心とする現行の先進諸国の社会保障を前提とすることにしたい。

そうした普遍主義中心型の，現行の社会保障の財源調達のある方を考えるに当たっては，まずもってその基本的性格を明らかにしておく必要があるかなと思う。細かく見るといろいろの違いが認められるが，今日の先進諸国の社会保障には，幾つかの共通の特徴があるように思

う。いろいろな特徴が考えられるが、財源調達問題を考える上で、特に重要な点として、次の三つをあげることができるのではないかと思う。

その第1は、社会保障の対 GNP 比率が、あるいは GDP 比率が、したがってまたその費用を賄うために徴収される社会保障関連の政府収入の対 GNP 比率が、著しく高い水準にあるということである。

先にも触れたように、ヨーロッパの先進諸国では、その比率が20%台の水準に達している場合が少なくない。最近出た ILO の統計で社会保障関連収入の対 GDP 比率を見ると、1974年において、たとえば西ドイツでは20.6%、フランスでは21.7%、イタリアでは21.5%、特に高いスウェーデンでは28.8%、デンマークでは21.5%という値になっている。対 GDP 比率が高い国だけをあげたわけだが、そのように20%のレベルに達している場合が少なくない。

第2の共通点は、社会保障の主な受給者、あるいは受益者が中間層に属する人々であるということである。これにはいろいろな側面が含まれている。主なものを列挙すると、まずその費用のかかなりの部分が、受給者自身によって負担されている、あるいは自弁されている。この自弁的な部分を除いた、正味の所得移転、トランスファーでは、中間層の間での、いわゆる水平的な再分配が大きなウェイトを占めている。

個々人の年次所得ではなくて、生涯所得を基準にとると、そういう性格はいっそう強まってくる。つまり、自弁的で、かつ水平的な性格は、生涯所得などを基準にとってみると、一段と強くなるのである。というのは、ある特定の年度では退職、あるいは失業などの理由で、低所得層に属する人々でも、生涯所得で見ると、その大部分は中間層に属する、という面があるからである。

これを財源調達問題との関連で見ると、問題は誰から財源を徴収すべきかということにあるのではなくて、必要な費用を国民一般の間にどのように配分すべきか、割り当てるべきかという点にある、ということになるかと思う。

次に第3の特徴として考えられるのは、先にも触れたことであるが、いわゆる普遍主義の性格を持った公的年金とか、医療保障など、予防的な安全保障制度が中心的な地位を占めていて、公的扶助のような、事後的な救済措置は副次的な地位を占めるに過ぎないということである。これはしばしば指摘をされている点である。実際、所得保障に占める公的扶助の割合を見てみても、10%以下になっている場合が多い。この点も、今日の社会保障

の財源調達問題を考えるに当たって、見落とすことのできない事実である。

以上のような性格を持っている、現在の社会保障を前提にして、その財源調達問題を考えるに当たって、まず言えることは、それを政府財政全体としての財源調達の一環として捉える必要があるのではないかということである。その経費が国民所得の40%前後、国によっては50%程度にも達している、今日の先進諸国のいわゆる高価な政府の支出の半分程度は、社会保障費によって占められている。したがって、社会保障の財源調達問題は、政府財政全体としての財源調達のあり方を規定する、重要な要因になっているということが言える。

ところで、この政府の財源調達のあり方については、いわゆる能力原則、すなわち支払能力あるいは負担能力に応じて負担するという原則と、政府の公共サービスから得る利益に応じて負担するという利益原則との、二つの基本原則がある。

これらの原則は、もともと租税の配分原則として提示されたものだが、社会保険料をも含めた政府の財源調達一般にも適用することができるのではないかとと思われる。というのは、社会保険料の強制的性格とか、あるいは社会保険料と社会保障給付との間に、対価としての関係が一時的には成り立っていないという点に着目すると、社会保険料も一種の租税とみなすことができるからである。

そのように二つの原則があるが、今日の高価な、非常に高くつく政府が必要とする費用のすべてを、いずれか一方の原則にしたがう財源調達手段だけで賄うのは、たとえば所得税のような租税だけで賄うのは、実際問題としては不可能なことであろう。とすると、実際の政策においては、いやおうなしに、能力原則と利益原則との何らかの混合方式を採用することにならざるを得ない。かりに基本的には能力原則による財源調達が望ましいとしても、利益原則による調達を部分的に導入せざるを得ない、という関係にあると見ることはできるのではないかと思う。

そのようなわけで今日の財政においては、利益原則を部分的に適用せざるを得ないという状況にあるわけだが、その利益原則にある特定の施策の財源調達に適用するに当たっては、それへの適合性ということが、当然問題になってくる。そういう意味での、利益原則への適合性があるための要件として、次の二つの点をあげることができるのではないかと思う。

その一つは、当該施策がもたらす便益の帰属、特に個人への帰属が比較的はっきりしているということである。

いま一つは、その便益に応じた負担配分が、当該施策の目標と矛盾しないということである。

どのみちこの利益原則を部分的に適用せざるを得ないというのであれば、それへの適合性の高いものから、順次適用することが望ましいということになる。

そのような観点から社会保障を見てみると、今日の先進諸国で行われている社会保障は、政府のいろんな施策の中では、利益原則への適合性が比較的高いタイプに属すると言えるのではないかと思う。現金給付あるいは現物給付のいずれの方式を取るにしても、社会保障給付は、その便益の個人的帰属が政府部門の中では比較的確な、あるいはもっとも明確な部類に属するという性格を持っている。

また、先に指摘をしたように、主たる受給者は中間層に属する人々であるから、利益に応じた負担と、個人生活の安全保障という社会保障の基本目的との間に、根本的な矛盾が生じるということもないと考えられる。もちろん細かく言えば、公的扶助、社会福祉の一部の分野など、両者が両立しない制度もあるが、少なくとも今日の社会保障の中心をなしている普遍主義の諸制度に関する限り、利益原則を適用しても格別の問題はない、と見ることはできるのではないか。

このように考えてくると、社会保障の財源調達の基本は、利益原則に置くことが望ましいということになる。その場合、能力原則にしたがう財源調達手段は、いわゆる純粋公共財など、利益原則の部分的な適用が困難なタイプの施策の財源調達に振り向けることができる。この考え方は、能力原則にしたがう財源には限りがあるという、いわば消極的な理由に基づいている。つまり、財政全体としては、どのみち利益原則を部分的に適用せざるを得ないというのであれば、それへの適合性が比較的高いと思われる社会保障には、それを適用することが望ましいという、そういう消極的な論拠に基づいている。

しかし、社会保障の財源調達に利益原則を適用することについては、もっと積極的な理由をあげることもできる。つまり、効率とか、公平、ないし公正といった価値基準に照らしてみても、能力原則よりもむしろ利益原則のほうが優っていると考えられる面が認められるのである。もちろん、問題の性格からして、全面的にそういう見方ができるというわけではないが、社会保障の中には、そういうふうに評価のできる面も含まれているということである。

まず効率について見ると、次のような見方ができるのではないかと思う。

社会保障の諸給付のように、一面においてプライベートな性格が強い給付を行う施策においては、その受給者ができるだけ明確な費用意識を持つことが望ましいと考えられる。というのは、そういうプライベートな性格が強い給付の場合には、費用意識の欠如や費用の過小評価が、過大な需要とか、要求を誘発する傾向が特に強いからである。

そういった費用意識の強さ、あるいは費用と便益との対応関係の明確さという点では、一般に能力原則にしたがう財源調達手段よりも、利益原則にしたがう財源調達手段のほうが優っているというふうに見ることができるのではないか。

次に、公平の基準について見てみると、この面でも、利益原則のほうに軍配が上がる場合が少なくない。周知のように、今日の社会保障においては、報酬比例型、ないしは所得比例型の給付が少なくない。ある程度まで報酬に比例するタイプの給付が少なくないのである。公平の基準からすると、その種のタイプの給付においては、その費用負担も当然所得に比例させる必要がある。つまり、そのような場合には、公平という価値基準が利益原則の適用を要求する、ということになるのである。

そういう見方からすると、社会保障の財源調達に利益原則を適用することについては、積極的な論拠をあげることもできるということになる。ところで、一口に利益原則による財源調達と言っても、その具体的な手段とか、方法は多様である。その主なタイプとしては、社会保険料、狭い意味での目的税、使用料、医療保障などにおける自己負担ないしは一部負担などをあげることができる。なお、社会保険料も一種の目的税とみなす立場もあるが、ここでは狭義の租税を目的税として利用する場合と区別して取り扱うことにしたい。

また、社会保険料の性格づけについても、いろいろ見方がありうるようだが、拠出制とか、いわゆる「上限」が設けられているといった点に着目すると、社会保険料は基本的には、利益原則にしたがう財源調達手段、あるいは利益原則を建て前とする財源調達手段というふうに見ることができるのではないか。

それらの手段の中で、現物給付に伴う自己負担は、いつでも政府の収入になるとは限らない。その現物の供給主体が民間の施設とか、機関の場合には、それは当然に民間の経済主体の収入になる。けれども、社会保障に関する費用の一部を賄っているという点では、いわゆる公的な第三者支払いのための費用負担との間に、本質的な違いはないと考えられる。

その上、一種の割引価格ではあるが、無料化などと比べると、自己負担には費用意識の強化とか、あるいは過剰需要の抑制などの点で、積極的なメリットが認められる。

にもかかわらず今日では、自己負担の導入とか、適正化は、福祉に反するものとして、毛嫌いされる風潮が強いようである。この福祉と無料化とを混同する風潮は、これを是正する必要があると考えられる。そのためには自己負担、使用料など、現物給付に伴う一種の当事者負担をも社会保障の財源政策の中に、積極的に位置づけるべきではないかと思う。また実際の面から言っても、わが国では今後人口の老齢化が主因となって、社会保障費が急増するものと予想されているが、その場合、自己負担などの当事者負担への依存度をいやおうなしに高めざるを得ないのではないか。そうした実際の必要などの点は別にしても、今日の社会保障は無料化の方向に傾斜し過ぎているのではないかと思う。

以上の議論においては、利益原則を基本とすべきであるという点を強調してきたが、しかしそのことは能力原則、ないし応能負担の要素を加味することを決して否定するものではない。というよりむしろ、応能負担の要素を取り入れるところに、私保険などの私的な安全保障制度と区別される社会保障の特徴、ないしは存在理由の一つがあると言える。

そこで、利益原則を建て前とする財源調達方式に、応能負担の要素をどの程度導入すべきか、あるいは加味すべきかということが問題になる。この問題を考えるに当たっては、応能負担について、次の二つの種類を区別する必要がある。

その一つは、個人生活の安全保障という目的の達成に必要なものであり、いま一つは、その必要な程度を上回って、いわゆる垂直的再分配、あるいは所得格差の縮小、是正、そういったものそれ自体を目的とするものである。その二つのうち前者は、社会保障にとって、いわば不可欠のものであるとすれば、問題は後者に対してどのような態度をとるべきかということになる。

これはまたすぐれて価値判断の問題である。つまりどのような価値基準を重視するかによって、答えは当然違ってくるという、そういう性格の問題である。

能力原則を適用できる財源に限界があるということや、効率や公平の点での利益原則の先ほど言ったメリットなどを重視する立場からすると、必要な限度を上回る応能負担は、これを最小限度にとどめることが望ましいというふうに言えると思う。その種の負担が大きくなればそれだけ、利益原則にしたがう手段としての性格が、弱ま

ってくるし、それと同時に、そのいろんなメリットも失われるからである。

このような考え方によると、社会保障は個人生活の安全保障の手段に徹するべきだということになる。その場合、所得再分配政策のいま一つの目標である所得格差の是正、あるいは所得配分の平等化に対しては、所得税とか、相続税とか、あるいは教育の機会均等など、格差是正それ自体を主な目的とする再分配手段を割り当てればよいということになる。つまり、所得再分配政策の分野において、一種のポリシー・ミックスを採用するわけである。

最後に、以上のような考え方を、あるいは原則を、社会保険に適用してみたいと思う。

社会保険という制度には、いろいろな側面があるが、先にも触れたように、その本質的な特徴の一つは、利益原則を建て前とする財源調達方式という点に求めることができる。そのような見方からすると、今日の普遍主義の社会保障制度がたいいていの場合に社会保険方式をとっているのは、好ましい、あるいは適切な選択であるといえる。

なお、その種の選択については、租税で賄うという意味では公費負担方式と、社会保険方式との間の選択、そのどちらを選ぶべきかということが問題になる。この問題については、次の三つのケースを区別することができる。その第1は、拠出制を建て前とする社会保険方式にはなじまない場合である。その具体例は、公的扶助や社会福祉などである。第2のケースは、公平の基準からすると、むしろ社会保険でなければならないという場合である。具体的には、所得比例型の給付を行う年金とか、失業手当などをあげることができる。3番目のケースは、公費負担および社会保険のどちらの方式をとっても格別の問題はないという場合である。具体的には、普遍主義の医療保障とか、定額の公的年金などがそれに当たる。一般的にいうと、普遍主義的な性格を持ち、かつ所得比例的でないような給付を行なう制度の場合には、どちらをとっても格別の問題はないということになる。利益原則を積極的に評価する立場からすると、第3のケースにおいては、できるだけ社会保険方式をとることが望ましい。社会保険方式をとった場合に、次に問題になるのは、その中での財源構成をいかにすべきかということである。よく知られているように、社会保険の財源構成の実際は非常に多様である。社会保険料の被保険者負担、事業主負担、それから国庫負担、ないし国庫補助などの組み合わせ方は国によって、また同じ国でも個々の制度によって、さまざまに異なっている。中にはわが国の「国民健

保」のように、公費負担分のほうが、保険料よりも大きな割合を占めているものもある。またスウェーデンの医療保険のように、被用者の被保険者負担が存在しないものもある。そこで、この社会保険の財源構成のあり方を、改めて問い直してみる必要があるということになる。

ところで、そういった社会保険の財源構成のあり方が特に多様なのは、医療保険であると考えられるので、その医療保険の場合を例にとって、これまでの私の報告の考え方を適用してみたい。そうすると、次の四つの原則を導くことができるのではないかと思う。

その第1は、国庫負担、あるいは国庫補助などの公費負担はこれを最小限度にとどめるということである。第2は、社会保険料における事業主負担の割合を、過度に高めないということである。第3は、保険料の算定における「上限」は、先ほど言った意味では、必要な応能負担に見合う程度の高さに押えるということである。第4は、医療保障の目的に反しない範囲で、一種の割引価格としての自己負担、あるいは一部負担を積極的に活用するということである。

この場合、事業主負担については、その大部分が転嫁され、また個々の被保険者によって直接にはほとんど意識されない、という見方を前提としている。そのような見方からすると、事業主負担の割合が高いほど人々の費用意識は弱くなるし、また利益原則の長所である負担の個別的な調整、すなわち個々人について負担を調整することも困難になる。つまり、事業主負担の割合が高くなり過ぎると、利益原則を建て前とする財源調達方式の一つとしての社会保険方式のメリットが、それだけ失われるということになる。

公費負担をミニマムにすべきであるという点についても、基本的には同じことが言えるのではないかと思う。

というのは、特に一般税からの公費負担の場合には、用途を指定せずに徴収した租税の一部を社会保障の目的に振り向けるわけだから、人々が強い費用意識を持たないのは当然であるし、また負担の個別的調整も、実際問題としては不可能であるといっていよい。

4番目のところで、自己負担の活用という点を強調したが、一部負担という形で存在している自己負担は、医療の場合だと、医療への資源配分の効率を高めると同時に、過剰医療の抑制を通じて、国民の平均的な医療費負担を軽減する効果を持つと思う。

それから「上限」を必要な応能負担に見合う程度のものに押えるということについては、先ほど言ったポリシー・ミックスの考え方のほかに、次のような理由もあげることができるのではないかと思う。

生活に必需的な性格が強い財としては、医療のほかにも水道だとか、いろいろのものが存在しているが、そういう他の生活必需品と区別して、医療の安全保障の料金についてのみ、特に大きな応能負担の要素を取り入れるべき、積極的な理由は乏しいのではないかというのがそれである。少なくとも個々人の直接的な負担に関する限り、被用者の医療保険などの場合には、事業主負担によってかなりの軽減が行われているし、その上、場合によっては、公費負担による軽減も行われているから、被保険者負担というのは、大幅に割引された料金という性格を持っている。その上さらに「上限」というものを使って、ある程度の応能負担を取り入れているわけである。だから、医療についてのみそういう大幅な割引を行うことが果たして必要かどうかという点から見ても、「上限」の高さを必要な応能負担の程度に押えることに、それなりの理由があるのではないかと考えるわけである。

これで私の報告を終わらせていただきます。

〔レポート〕 社会保障と地方財政

土 田 栄 作

ただいまご紹介いただいた自治省財政局指導課長の土田です。本日このシンポジウムにお招きいただき、私はもっぱら財政、特に地方財政のサイドから社会保障の問

題について、話を進めてまいりたいと思う。ただ私は何分にも財政担当の実務というのは相当長くやっているが、社会保障関係の問題について、特別勉強をしている者で

保」のように、公費負担分のほうが、保険料よりも大きな割合を占めているものもある。またスウェーデンの医療保険のように、被用者の被保険者負担が存在しないものもある。そこで、この社会保険の財源構成のあり方を、改めて問い直してみる必要があるということになる。

ところで、そういった社会保険の財源構成のあり方が特に多様なのは、医療保険であると考えられるので、その医療保険の場合を例にとって、これまでの私の報告の考え方を適用してみたい。そうすると、次の四つの原則を導くことができるのではないかと思う。

その第1は、国庫負担、あるいは国庫補助などの公費負担はこれを最小限度にとどめるということである。第2は、社会保険料における事業主負担の割合を、過度に高めないということである。第3は、保険料の算定における「上限」は、先ほど言った意味では、必要な応能負担に見合う程度の高さに押えるということである。第4は、医療保障の目的に反しない範囲で、一種の割引価格としての自己負担、あるいは一部負担を積極的に活用するということである。

この場合、事業主負担については、その大部分が転嫁され、また個々の被保険者によって直接にはほとんど意識されない、という見方を前提としている。そのような見方からすると、事業主負担の割合が高いほど人々の費用意識は弱くなるし、また利益原則の長所である負担の個別的な調整、すなわち個々人について負担を調整することも困難になる。つまり、事業主負担の割合が高くなり過ぎると、利益原則を建て前とする財源調達方式の一つとしての社会保険方式のメリットが、それだけ失われるということになる。

公費負担をミニマムにすべきであるという点についても、基本的には同じことが言えるのではないかと思う。

というのは、特に一般税からの公費負担の場合には、用途を指定せずに徴収した租税の一部を社会保障の目的に振り向けるわけだから、人々が強い費用意識を持たないのは当然であるし、また負担の個別的調整も、実際問題としては不可能であるといっていよい。

4番目のところで、自己負担の活用という点を強調したが、一部負担という形で存在している自己負担は、医療の場合だと、医療への資源配分の効率を高めると同時に、過剰医療の抑制を通じて、国民の平均的な医療費負担を軽減する効果を持つと思う。

それから「上限」を必要な応能負担に見合う程度のものに押えるということについては、先ほど言ったポリシー・ミックスの考え方のほかに、次のような理由もあげることができるのではないかと思う。

生活に必需的な性格が強い財としては、医療のほかにも水道だとか、いろいろのものが存在しているが、そういう他の生活必需品と区別して、医療の安全保障の料金についてのみ、特に大きな応能負担の要素を取り入れるべき、積極的な理由は乏しいのではないかというのがそれである。少なくとも個々人の直接的な負担に関する限り、被用者の医療保険などの場合には、事業主負担によってかなりの軽減が行われているし、その上、場合によっては、公費負担による軽減も行われているから、被保険者負担というのは、大幅に割引された料金という性格を持っている。その上さらに「上限」というものを使って、ある程度の応能負担を取り入れているわけである。だから、医療についてのみそういう大幅な割引を行うことが果たして必要かどうかという点から見ても、「上限」の高さを必要な応能負担の程度に押えることに、それなりの理由があるのではないかと考えるわけである。

これで私の報告を終わらせていただきます。

〔レポート〕 社会保障と地方財政

土 田 栄 作

ただいまご紹介いただいた自治省財政局指導課長の土田です。本日このシンポジウムにお招きいただき、私はもっぱら財政、特に地方財政のサイドから社会保障の問

題について、話を進めてまいりたいと思う。ただ私は何分にも財政担当の実務というのは相当長くやっているが、社会保障関係の問題について、特別勉強をしている者で

表 1 国の社会保障関係費予算

(単位：億円)

事 項	55年度	前年度	比 較
生活保護費	9,559	9,223	336
社会福祉費	13,698	12,318	1,380
社会保険費	51,095	47,087	4,008
保健衛生対策費	3,981	3,866	115
失業対策費	3,791	3,772	19
計	82,124	76,266	5,758

はない。したがって本日お集まりの、この問題について非常に造けいの深い皆さま方に、ご納得のいただけるような、十分なお話ができるかどうか、自信がないが、京極先生のお助けも得て、このシンポジウムを勤めさせていただきたい。

国と地方というのは、車の車輪にもたとえられているが、相互に非常に密接な関連を持ちながら、あい助け合って、社会保障関係の行政を進めている。そこで最初に国、それから地方、それから国と地方が同時に関係する社会保障に関する財政というのを見てゆきたい。

国については、表1に出ているが、国の予算の主要経費別分類において、社会保障関係費として位置づけられているのは生活保護費、老人、児童、身体障害者の福祉に関する社会福祉費、それから社会保険費、保健衛生対策費、失業対策費、この五つである。その総額が55年度の国の予算総額に対して占める割合は19.3%となっている。この中では、社会保険費のウエイトが非常に高いというのが特徴である。

それではこういう国の予算に対応する、地方財政の計画とか、予算とかという分類があるかどうかということであるが、これはそういう形での、予算ベース、計画ベースでの分類はない。もう少し詳しく言うと、国の予算と対比して、地方財政の姿を見ることができるものとして、地方財政計画がある。この地方財政計画の中には、国の補助金の区分に対応して、幾らの歳出があるということがわかる。たとえば生活保護費だと、国の予算で9,559億円というものが組まれているが、その地方負担分を加えると、生活保護費としては、1兆1,944億円になるという数字は出ている。それから老人福祉とか、老人医療とか、そういうものを合わせて、地方ベースでの、要するに国の補助金見合いでの歳出は、55年度の地方財政計画だと、2兆5,755億円ほどになる。そのほかに単独分があって、それが1兆2,695億円という数字もある。ただ地方財政計画の立て方は、国の主要経費別の

表 2 国の社会保障関係費決算

(単位：億円)

目 的 別	53年度支出済歳出	地方歳出における分類
社会保険費	42,445	厚生
生活保護費	8,436	
社会福祉費	11,815	
住宅対策費	5,780	住宅
失業対策費	950	その他
保健衛生費	5,360	衛生
試験研究費	158	その他
災害対策費	19	
その他	764	
計	75,727	

立て方と違って、人件費とか、一般行政経費という形の、経費の性質別分類になっているので、ズバリ国の予算に対応する形での分類はないということである。

それでは国と地方とを通じる、社会保障に関する財政の姿が見れないのではないかという問題があるわけだが、それについては私どもは、決算統計ベースで、国と地方とを連結するということをやっている。

その場合、注意いただきたいことは、国の財政においては、目的別分類における社会保障関係経費、これが主として決算統計に使われるわけだが、それと予算に使われる主要経費別分類のそれとは違っているということである。その主な違いは、住宅対策費がはいっているかどうかということだが、目的別分類によるものでは、これを含めた形での分類になっている。したがって予算ベースよりも、構成比が上がって、53年度決算ベースで比べると、国の社会保障関係費は7兆5,727億円で、一般会計歳出決算額34兆960億円の22.2%を占めている。

それでは地方財政において、これに見合う地方財政の社会保障関係経費が幾らであるか、それからこれと国とつないでみた場合にどうなるかというのが表3である。

まず表2に国の決算の社会保障関係費が、7兆5,727億円というのが出ているが、これが表3のいちばん上のところの、一般会計の7兆5,727億円ということになる。そのほかに国については、厚生保険特別会計の児童手当勘定分等があって、特別会計で1,434億円ある。これを合わせると7兆7,161億円になるが、この中で特別会計と、一般会計の重複分があるので、その重複を引くと7兆6,438億円になる。これに対して地方の歳出は、8兆1,671億円である。一方、国から地方に対する補助金で出ているものが、2兆7,960億円あるので、この重複勘定を消去しないと、本当の姿は出ない。

表 3 53年度決算による国・地方を通ずる社会保障関係費の状況

(単位: 億円・%)

区 分	歳 出 合 計						国から 地方に 対する 支 出 ③	地方から 国に 対する 支 出 ④	国・地方を通ずる歳出純計額						総額中 地方の 占める 割 合 ⑥/⑤	国の統 計に占 める地 方に対 する支 出の割 合③/④
	国					地 方 ②			国		地 方		総 額			
	一般 会計	特別 会計	合計	う ち 重複項	差引 純計 ①				A—C ⑤	構成比 ⑥	B—D ⑦	構成比 ⑧	E + F ⑨	構成比 ⑩		
社会保障 関 係 費	75,727	1,434	77,161	723	76,438	81,671	27,960	—	48,478	23.6	81,671	21.5	130,149	22.3	62.8	36.6
民生費	62,695	1,275	63,970	723	63,247	44,253	20,185	—	43,062	21.0	44,253	11.7	87,315	14.9	50.7	31.9
衛生費	5,360	—	5,360	—	5,360	24,060	3,289	—	2,071	1.0	24,060	6.3	26,131	4.5	92.1	61.4
住宅費	5,780	—	5,780	—	5,780	11,331	3,585	—	2,195	1.1	11,331	3.0	13,526	2.3	83.8	62.0
その他	1,892	159	2,051	—	2,051	2,027	901	—	1,150	0.5	2,027	0.5	3,177	0.6	63.8	43.9

そこでその重複勘定を引き、最終支出者としての社会保障関係費の姿はどうなるか、つまり国の地方に対する補助金も、地方分とした社会保障関係費は国 4 兆 8,478 億円、地方 8 兆 1,671 億円である。表 3 のそれぞれの金額の右に構成比があるが、これは国の純歳出総額に対して、国の社会保障関係費の割合は 23.6%、それから地方の純歳出総額に対して、社会保障関係経費の割合は 21.5%になるということである。

この両者を純計した国と地方を通じる社会保障関係経費のウエイトは、22.3%である。その中では民生費の割合が一番高く、14.9%、衛生が 4.5%、住宅が 2.3%、その他が 0.6%となっている。この「その他」の主たるものは失業対策関係の経費である。

それから最終支出者という形で見た場合の社会保障関係費の総額中、地方の占める割合は 62.8 で、逆に国は 37.2 となっている。

次は国と地方とでは、社会保障関係経費の支出について、内容的にどういう違いがあるかである。

国の財政支出の主体は、社会保険料に対する国庫負担と、地方団体に対する生活保護とか、社会福祉のいろんな施策に対する国庫負担が主体であるのに対して、地方団体のそれは、住民に対する扶助費の支出、社会福祉施設の運営、人件費、施設建設費、それから住民に対する給付、こういうものが主体になっている。そういうことで中味が違う。

地方財政における社会保障関係費の内容は非常に多岐であるが、今後の財政負担として、特に問題になるのは、わが国の高齢化社会への移行、住民が年をとってくるとに伴う老人対策費の増加ということがある。そのほかに地方団体は 300 万人を超える職員を雇用しているので、その地方公務員の高齢化と、その退職後の給付に対する負担の増大ということが、財政的には大きな問題として、

クローズアップされてくる。

社会保障関係費というのは、ピシャッとした定義づけがあるわけではないので、公害対策関係経費などと同じように、広狭両面に使われる。広く使ったり、狭く使ったりしている。先ほど民生費、衛生費、住宅費と言ったが、いちばん問題になるのは衛生費で、この中には普通考えられている衛生費のほかに、清掃費が 1 兆 77 億円は入っている。昔は清掃行政というものの割合は少なくて、ゴミ集めも、し尿処理もしないという地方団体があり、特に衛生処理のために清掃費が社会保障関係経費に含まれ、またそのころだと清掃費の歳出総額に占める割合も 1%ぐらいしかないということで、ウエイトが小さかったために、そういう取扱いになっていたわけだが、現時点においては、やや問題があると考えている。

そこでそういうような問題を捨象して、ダイレクトに社会保障関係経費の動きを見るためには、扶助費を見るのがいいと思う。扶助費は、直接住民に対する給付となる地方財政の支出で、社会保障制度の一環として、生活困窮者、児童、老人、身体障害者等を援助するための経費である。

この扶助費の決算額を見ると、53年度の決算額は 2 兆 8,315 億円で、歳出規模の 7.4%を占め、52年度に対し 3,706 億円、15.1%を増加している。この扶助費の状況を時系列で見ると、歳出総額に占める割合は、38年度は 5.2 であったものが 43年度 5.4、48年度 6.3、53年度 7.4 と年を追ってシェアが上がってきている。

ただ、その場合、都道府県と市町村を分けてみると、都道府県はあまりシェアが変わらないというか、むしろ落ちてきている。一方市町村分というのは、非常にウエイトが高まってきている。これはどういう理由かということ、次に説明したい。

これは都道府県と市町村との社会保障関係施策に対す

表 4 扶 助 費 の 状 況

年 度	歳出総額に占めるシェア(%)		
	純 計	都道府県	市 町 村
38	5.2	4.3	6.0
43	5.4	3.9	7.0
48	6.3	3.6	8.9
53	7.4	3.5	10.8

る行政の分担範囲というものと、需要の拡大のテンポが違ったということによる。かつて社会保障の主力というのは生活保護であり、それから精神衛生、結核医療であった。この三つがウエイトとして非常に大きかった。まず生活保護については、レベルアップがあっても、国民所得の水準の段階的な向上によって、対象者数はあまり増えていないという状況がある。レベルでいうと昭和36年ごろは160万人ぐらいいたが、47年度は140万人ぐらい、53年度も140万人ぐらいということで、生活保護対象者の数というのはあまり増えていないということが、相対的に生活保護のシェアというものは低下するという傾向がある。

またそれとともに、行政の守備範囲の変化という問題がある。生活保護は都市であれば市の行政になるが、町村だと、県の行政という分担になっている。したがって県がやっている生活保護行政というのは、町村部だけになる。わが国全体における都市化の進行に伴って、市部人口が増える。また町が市になるということで、市が行う生活保護行政が増えてきた。

ちなみに、50年の国勢調査人口で、市と町村とを分けてみると、市部の人口は76%で、町村の人口はわずか24%しかない。昭和25年という時点までさかのぼってみると、市が38%、町村が62%となっている。つまりこの時点では日本の人口の3分の1ぐらいしか、市に住んでなかった。それが現在では人口の4分の3が市に住んでいる。そういう変化に伴って、生活保護行政におけるシェアが、県から市へ移った。

それと同時に、県行政として、精神衛生と、結核医療があるが、精神衛生はそれほどの違いはないが、結核医療は、医療の進歩に伴って、行政の守備範囲が、非常に小さくなった。そういうことから県については、社会保障関係経費の占める割合は、趨勢的に落ちる傾向がある。

これに対して市町村は、市になると生活保護行政を引き受ける。それとともに市町村は特に保育所とか、児童保護関係の仕事を中心として引き受けているので、そ

表 5 扶助費の構成比の推移

年度	生 活 保護費	老人福祉費	児 童 福祉費	結 核 対策費	社会福祉費	教育費
38	58.9	N. A (39=3.0)	10.6	17.1	N. A (39=0.6)	2.7
43	56.3	3.9	13.8	12.6	1.4	2.9
48	40.8	19.7	21.8	5.7	3.5	1.7
53	37.4	22.0	21.7	2.8	6.6	2.3

ちらのほうで非常に増える要素がある。

そういうことから、県と市町村とについて、社会保障行政に占めるウエイトに大きな変化があった。もちろんそういう行政需要の変化があれば、それに伴う財政負担というものが当然起こってくる。そのような財政負担の動きについては、地方交付税、基準財政需要額の算定を通じて、県と市町村との間で、財源調整を行ってきている。

そういうことで市町村行政は、非常にウエイトが上がってきている。15年前の昭和38年には全体の歳出規模の中で占める割合は、県が6、市町村が4という割合であった。正確に言うと昭和38年には県が61%で、市町村が39%であった。それを昭和53年度の決算統計で見ると、ほぼ半々に近くなっている。正確に言うと県のほうが52%、市町村が48%になっている。

ですから地方の社会保障関係施策の内容と主体が変わってきたというのか、それは表5にも出ているが、一つの問題であろうと思う。つまり行政の主体が県から都市へ移ってきた、また、生活保護行政から、老人、児童対策に移ってきたということである。

それから扶助費の目的別内訳を見ると、現在でも生活保護費が1兆592億円で、総額の37.4%を占め、最も大きい。それから老人福祉、児童福祉という順になっているが、昭和38年当時は全体の中で58.9%が生活保護費になっている。老人福祉費と社会福祉費は、N. A と書いてあるが、12. アベイラブルで、昭和38年には私どもの決算統計としては、老人福祉とか、社会福祉というのをとっていない。それくらいウエイトが決算統計上小さかった。それを昭和39年度から分けるようになって、昭和39年には老人福祉が3.0%、社会福祉が0.6%となっている。その後の伸びをみると、老人福祉は、40年代の前半は大したことはなかったが、40年代の後半から50年代にかけて、非常に伸びてきている。これは施策の充実もあるし、同時に高齢化人口の増加があるということである。児童福祉関係経費については、児童手当の創設のときに、大きく増えたという影響があるのだが、昭和48年までは、

急激に増え、その後はだいたい横ばいの傾向にある。結核対策費は、昭和38年には17.1%であったが、昭和53年度には2.8%となっている。社会福祉費、その内容は主として身障者対策分であるが、これについては昭和39年の0.6%から、昭和53年には6.6%と、これも非常に高い伸びというのが特徴である。教育費についてはあまり変わっていない。

扶助費の中に補助分の単独分があるが、その単独施策分は2,611億円で、扶助費総額の9.2%を占めている。だいたい扶助費の1割ぐらいが単独であるということである。これを団体種類別に見ると、都道府県は537億円で、都道府県の扶助費総額の7.3%、市町村は2,074億円で、9.9%となっている。

これで見ると、市町村の単独が非常に大きいと見られるかもしれないが、実は単独施策2,611億円で、都道府県が537億円というカウントをするときには、最終支出主義でやっているのだから、県が単独で市町村に補助して、市町村から出させるという分が、722億円ある。つまり県から市町村へ補助金が出ている分が722億円あるので、これを戻して、純負担ということで考えると、やや市町村分が多いが、県と市町村とはだいたい同じぐらいで、単独の財政負担をしていることになる。

なお、この単独施策は、特定の団体、特に都に片寄っている。537億年に都道府県が出す722億円というのを足すと、都道府県が財政負担をするのは1,259億円ということになるが、この1,259億円のうち、東京都の負担

している金額は508億円である。ですから都道府県としては単独施策の4割ぐらいは都がやっているという勘定になる。

この単独施策は生活保護は少なく、老人福祉、児童福祉、社会福祉、こういう分野について多い。

次に扶助費総額は、財政的に何によって支えられているかだが、国庫支出金が1兆8,849億円で、66.6%、3分の2が国庫支出金である。それから一般財源で負担しているのが29.0%となっている。

これらの経費について、特に今後の問題としては、生活保護費は、あまりウエイトは増えないが、老人福祉費が非常に増えてくる。児童福祉費については、児童手当のレベルをどうするか、保育所をどうするかという政策選択になるだろう。結核はほとんどゼロになってしまう。社会福祉費は今後増えていくだろう。こういうのが今後の趨勢であると思う。

なお、扶助費に対する一般財源等は8,223億円である。8,223億円というのは、かなりの金額だが、相対的なウエイトというか、一般財源全体の中に占める割合としては、大きくはあるけれど、これだけでは今後増えてもそんなに大変な問題になるほどのシェアを占めてる金額ではないと思う。

以上対住民サービスでの地方財政の支出の状況と財政負担の話をしたが、それとともに地方公共団体は、全体として300万人を超える、わが国最大の雇用主体であるので、その年齢構成と、職員に対する福祉厚生、老後を

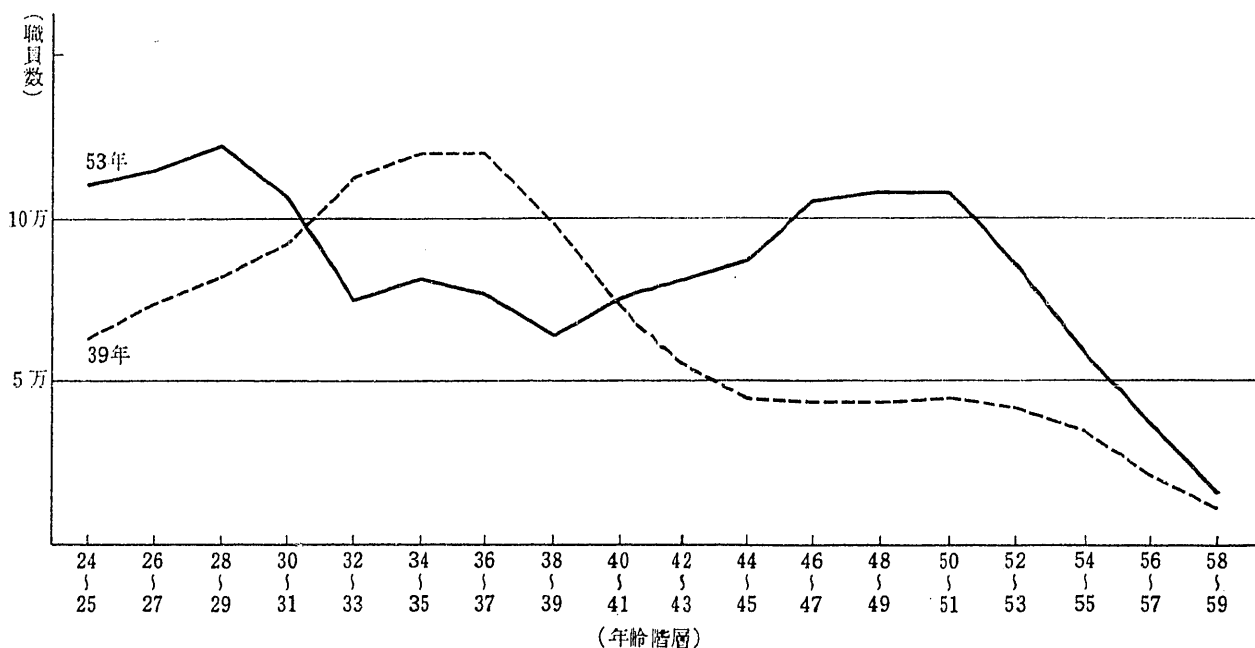


図 1

含めた経費の支出のレベルをどう決めるかというのは、地方財政負担にとって、非常に大きな問題である。

まず、職員数は全地方公共団体で15年前の昭和38年は211万人だったが、昭和53年には306万4,000人ということで、非常に増えているのが、一つの問題である。しかしこれは一般行政部門で増えるよりも教育とか、社会福祉関係の施設の職員が増えているというところに、大きな原因があるわけだが、それにしても非常に数が増えているというのが問題である。その中では都道府県よりも市町村で増えているというのが特徴である。

そういうふうに入数が増えてきているが、平均年齢はどうかというと、昭和39年は35.8歳だったが、昭和53年には37.8%と2歳ほど上がっている。その中では都道府県の年齢構成が2.4歳上がっているというのが、今後財政負担として問題になる。

都道府県の年齢構成の推移は図1に示すとおりである。この図では昭和38年が統計上うまく使えない数字があるために、昭和39年で代位している。この山の構成を見ていただくと、昭和39年には都道府県の職員構成は、34から35、36から37歳というのが高く、高年齢の職員は非常に少ない。この状況はなぜかという、一つは戦後の6.3制の実施によって、学校の先生が増えたということである。それから戦後は農地関係とか、いろんな行政事務が急増して、都道府県で大量に職員を採用した。その採用された職員が、昭和39年ごろには中堅になって、山となってきているということである。

それが14年たったときの形というのを見ると、その山

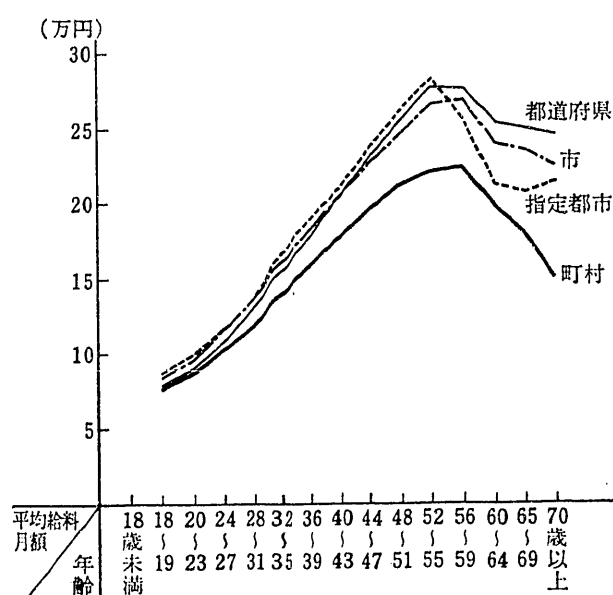


図2 団体区分別、年齢別平均給料月額
(一般行政職・全学歴)

はそのまままきっているわけで、46~47歳、48~49歳、50~51歳という、この辺のところは現在ピークになっている。この山というのは確実に右のほうに動いていく。そこで、この山を越すときの退職金、それから年金の負担の問題、その辺は今後大変な問題になる。

また、図2は昭和53年の給与実態調査の数字ですが、18歳から19歳というところが8万円から9万円位で、53歳ぐらいのところがいちばん高く27万円位ということで、完全な年功序列型の賃金体系になっている。年功序列型の賃金体系であるということは、職員構成が高齢化すれば、必然的に人件費負担が上がっていく。そこで職員構成が高齢化したことに伴うコストの増というものを、どこで負担するかという、非常に深刻な問題を抱えているのである。

これは全団体一律ではなく、都道府県は山があって、その山がずうっと動いているが、町村とか市は、それほどでもない。ただ、市町村はいろいろバラエティがあるから、過疎団体などで職員が採用できないところは、平均年齢が40歳を大分超しているということもある。逆に人口急増の市町村だと平均年齢が30にも満たないところがある。そして平均年齢が30にも満たないところだと、1人当たりの人件費コストは、13万円ですむ。それが40歳を超しているところだと、20万円になるということで、同じだけの労働をしながら、住民のコスト負担というのは50%も違うということで、年齢構成の差による大きな問題というのは、現在すでにある。

都道府県について言うと、先ほど申した人々というのは、50年代の後半から、60年代の前半にかけて、大量にリタイアすることになる。このような期間が10年ほど続くと推定されるが、この期間中の退職金は、現在よりほぼ倍増する。現在の時価で8,000億円から1兆円位増える。つまり現在の社会保障関係経費の地方団体の負担分位は、職員分で消えてしまうという、大変な問題を持っているわけである。

しかしそれは一方において職員構成が若返ることであり、人件費の節減効果があると思われる方もあると思うが、これはいろいろ計算してみると、相当なタイムラグがあって、たとえば退職金の金利などを計算してみると、その新陳代謝効果というものがあっても、とても引き合わない。

それからもう一つは、このような大量退職は、必然的に地方公務員共済組合の年金の成熟度を高める。成熟度が高くなるということは、その公的負担も、勤務している職員の負担も増えるわけで、こちらのほうでも財政負

表 6 年齢構成の変化

年齢階層	39. 4. 1 現在				53. 4. 1 現在			
	島 根 県		埼 玉 県		島 根 県		埼 玉 県	
	教員数	構成比	教員数	構成比	教員数	構成比	教員数	構成比
23未満	250	3.7	582	3.9	152	2.8	3,218	11.3
24～27	651	9.7	1,609	10.8	409	7.6	7,054	24.7
28～31	956	14.3	2,226	14.9	430	8.0	5,361	18.7
32～35	1,301	19.4	3,895	26.1	374	6.9	2,145	7.5
36～39	1,459	21.8	2,486	16.7	457	8.5	1,256	4.4
40～43	754	11.2	1,141	7.7	749	13.9	1,615	5.6
44～47	466	6.9	794	5.3	938	17.4	2,819	9.9
48～51	419	6.2	812	5.4	1,097	20.4	2,904	10.2
52～55	434	6.5	826	5.5	605	11.2	1,436	5.0
56以上	16	0.2	535	3.6	178	3.3	793	2.8
合計	6,706	100.0	14,906	100.0	5,389	100.0	28,601	100.0

担は何千億か増えるということになる。

そしていま申したような傾向は、都道府県の大部分が持っているが、市町村においては非常に多種多様である。高齢化の進行は人口減少団体について、非常に顕著なので、これらの団体がこれにいかに対応すべきかということが、今後の大きな課題であると思う。

そこで一つ具体例を挙げる。県の中でも代表的な人口減少団体と、人口急増団体を比べると、その人件費はどうかという試算をした。小中学校の先生の給料を例にとって、昭和39年の4月1日現在で比べると、島根県の平均給料月額が3万5,956円という数字が出ている。同じ時点における埼玉県の前平均給料月額は、3万5,301円となっていて、財政負担としては、島根と埼玉は、この時点では同じである。平均年齢は島根は36.6歳で、埼玉は34.7歳である。それを14年たった昭和53年4月1日で見ると、島根県は23万9,698円、埼玉県は18万4,920円で、島根県は埼玉県に比べて、先生1人を雇うために30%高い財政負担をしなければならない。そういう差が出てきている。

このような差を生ぜしめたものは、主としてそれぞれの県における、小中学校の児童生徒数が著減、著増したからである。島根県は子供の数が16万1,117人いたのが、7万8,066人に減ってしまった。その結果学校の先生は6,706人から5,389人に減った。埼玉県は小中学校の児童生徒数が、45万6,000人から81万2,000人と増えたので、先生が1万4,906人から2万8,601人となり、倍近く増えた。そのために若い先生を採ることができて、高齢化が進行しなかったのである。

次に昭和39年4月1日現在で、全体を100としたとき

の、島根県の先生の主力は、36から39のところ、ここが21.8で、32から35が19.4と、ここに主力がいた。同じように埼玉県も32から35、それから36から39というところが主力であった。ということは両方とも小学校、中学校は30代の先生に教えてもらっていたということになる。

次にそれから15年たった昭和53年の状態を見ると、かなり様変わりになる。埼玉県については非常に若返り効果が働いたというか、24から27、28から31というところが、今度は主力になっている。つまり現在はだいたい埼玉県では20代の先生から、子供は教育を受けているということになる。これに対して島根県は、40代のところが主力になっている。そこでだいたい40代から、さらには50代の先生に教えてもらっているということになる。

これは、学校の校長先生の数も入れているので、校長先生はどうなっているのか、また教頭先生のこと考える必要があるし、もう一つはへき地については、いちばん最初に就任した先生が行くので、へき地に若い先生が行くという問題もあるので、これが直ちに標準的な姿というものを示すことにはならないが、こういうふうな平均的な分布で考えると、島根については小中学校の教育9年間を通じて、40代の先生に3年間教えてもらい、50

表 7 小学校の学級担任の一実例

(年) (組)	(性 別)	(年 齢)
1—1	女	53
2	男	49
3	女	50
2—1	女	26
2	男	46
3	女	47
3—1	女	40
2	男	46
3	女	51
4—1	男	53
2	女	49
3	男	30
5—1	男	43
2	女	51
3	男	40
6—1	男	43
2	男	45
3	女	44
音 楽	女	53
体 育	各 担 任	

代の先生に3年間教えてもらい、20代、30代の先生には、比較的接しにくいという形になる。埼玉県については、むしろ若い先生にうんと教えてもらえる。こういう大きな差が出てきている。

なお、いまの両県ではないが、表7にある県の先生方が1年から6年まで、男女別にどういところで担当しておられるかというのを調べてみたのがあるわけですが、これを見ると、20代の先生はこの学校では2年1組の女の先生が1人おられるだけで、30代は4年3組の男の先生が1人おられるが、そのほかは40代と50代になる。体育は50代の先生も含めて、各先生が担任される。

そうすると、先ほど言った3割の財政負担の増という問題よりも、これはどうかすることができわけではないか、学校の先生の高齢化が、今後どんどん進行していくので、子供達が非常に高齢の先生に教えてもらう形の県と、非常に若い先生に教えてもらう形の県と、二つに分かれていく、地域によって分かれていく。それがどういう形で教育に影響が及ぶかはわからないが、15年間の積み上げによって、こういう大きな差が生じていることを、この図は示している。

最後に、これは別の角度の話であるが、いわゆる福祉聖域論というものがある。福祉には必要なだけの金をかけて、それについては極端に言えば財政はノータッチ、予算査定をすべきではないという議論もあるわけなので、福祉と予算査定技術についての、一つの問題提起をしたい。

$$110\text{円} \times \frac{10}{11} \times 10\text{回} \times 12\text{月} = 1\text{万}2,000\text{円}$$

$$1\text{万}2,000\text{円} \times \begin{matrix} (40\text{万人} \times 0.8) \\ \downarrow \\ \text{70歳以上人口} \end{matrix} = 40\text{億円}$$

この数字は都のシルバーパスについての、一つの試算を示している。必ずしもこのとおりピシヤリではないが、一つの予算査定の技術について示唆されるところがあるので、問題点にしているわけである。

現在の70歳以上の老人無料パスの仕組みを考えると、老人の人口は、その年の1月1日現在の都内の70歳以上の、住民票台帳に載っている人口を基礎にして計算する。そうすると現時点では、70歳以上の都内の人口は40万人おられるという勘定になっている。この40万人という人には、年次進行によって、大まかにいって、毎年5%2万人位ずつ増えていく。そういうことが統計的な必然性として考えられる。

しかしこの40万人全体が、全部老人無料パスというものを利用するという想定はされていない。その中には寝

たきりの方、その他がおられるので、80%位が利用されるということで、32万人なら32万人という設定をしている。

その場合に、それでは1人当たり単価はどうなるかという、これは都営バス、民間バスというがあるので、それぞれが複雑な計算をやっているが、簡単にいうと、都バスの例をとると、1回110円かかるが回数券を利用するという計算をして、11回回数券を使うとすれば、110円に $\frac{10}{11}$ を掛ける、1回当たり単価を、100円という設定をする。1回100円として、このお年寄りの方々が毎月どのくらい利用されるかという計算をすると、1月平均10回というデータが出ると、1月70歳以上の方が平均して、バス利用について1月1,000円かかるという計算をする。1,000円かかるのが12ヵ月分だから、年間1万2,000円になる。そこで1万2,000円掛ける32万人で、年間40億円ということになる。こういう計算をしている。

その場合に、われわれが予算査定するとき、予算技術的に考えると、まず政策決定をする場合、32万人というのは動かせないと思う。たとえば寝たきり率はどうかというのは、調べれば手はいれるのかもしれないが、そこはちょっとなかなかやりにくいと思う。それから毎年2万人ずつ増えるという、このところも手が触れにくいと思う。ただ、予算査定技術的にいうと、一つはまず値引率がわずかに回数券並みでいいのかどうかということ、一つ問題になる。

実際に、非常にシビアにいうと、バスのコストは、乗った人の数の分だけコストがかかるというより、それに伴ってバスを増発をしたときにコストがかかる。お年寄りでも、一部丈夫な方はラッシュアワーに乗られるかもしれないが、普段は昼間のガラガラバスに乗られると思う。そうすればやはり昼間割引とか、そういうものがあるといい。つまり民間でも、公営でも、そのために特別のサービスをしなくてもいいわけで、かかる経費は乗られる方の重さに伴うガソリン代ぐらいだけだから、昼間の割引きということで、 $\frac{10}{11}$ というのは、いまやっているから仕方がないが、予算査定をするとき考えるとすれば、この $\frac{10}{11}$ という値引率というのは、低過ぎるのではないかということが、議論としては、当然起こりうると思う。

もう一つの問題は回数の問題である。これは当初は7回という査定をしていた。最初7回でやっていたのが、無料化に伴って乗られる方の数が増えるということで、

10回という査定をしているわけである。非常にやかましい問題を起こした所得制限、これを入れると12%ぐらい対象者が減るといわれている。その12%分というのは、この回数の1回分ぐらいに相当する。だから財政当局が7回というのを、10回というふうにいっぺんに認めなくて、8回にすれば全部無料化にしてもお釣がくる。9回にしておけば所得制限を導入しなくても、それと同じ金でやっていける。

そういうことで、福祉のレベルとか、対象とか、そういうものについて予算査定技術というものを生かす余地はないか、こういう単価査定の問題とか、あるいはいろんな乱受診の問題などが起こっているが、受診回数の問題とか、予算査定技術というものは、福祉施策というものの予算の査定についても生かされていいのではないか。そうすることによって、全体としての福祉予算というものの効率化をはかって、国民の負担増というものを食い止めていくのが、今後の高齢化社会への対応であり、それが財政の使命ではないかというふうに考えている。

つたない話を申し上げたが、長時間ご清聴いただきありがとうございました。

司会 ご報告承りましたあと、今度はコメントを地主さんからお願いしたい。

コメント

地主重美

私のコメントは大野先生に対するもので、土田先生に対するコメントのほうは京極先生におまかせするという、こういう分業体制でやってみたい。

本日の大野先生のご報告は、財源調達問題で、社会保障にとっては、古くして新しい問題であるが、財源調達問題についての理論的な基礎、理論的な根拠を、非常に見事にまとめていただいたわけである。

全体の流れからすると、私もかなりの点について共感を感じる。現在非常に厳しい財政状態にあり、今後さらに財政危機というものは、深刻化していくと思われるが、そういうことを考えると、いま出された理論的な根拠というのは、われわれとしても非常に教えられるところが多い。

先生は現在の社会保障というのが、普遍主義に乗っか

っている、主として普遍主義に立脚して展開されているという判断、あるいはそういった現状認識に立たれ、まずそういう形で展開されている先進諸国における社会保障に共通な幾つかの特徴を挙げている。その特徴というのは、第1に社会保障の費用においても、収入においても、規模が非常に大きくなっているという事実、それから第2に主たる受益者というのが中間層である、いわゆる低所得者層というより、むしろ中間層であるということ、それから第3に、社会保障が主として社会保険を中心にして展開をされているということ、つまり事前的な安定保障といったものが、政策の中核をなしているという、事実判断といったものを基礎にして、そこから財源調達については、むしろ利益原則に基づいた方策が必要であると、結論を出されている。

いわゆる利益原則がなぜ現在の社会保障における財源調達の、基礎的な原理として、妥当するかということ、非常に克明に、しかも体系的に述べられている。

私もその限りでは、社会保障における財源調達の原理的な基礎として、利益原則の優位性に反対すべき理由はないと思う。ただし、ここでひとつ社会保障の基本的な目標が何であるかということ、少し考えてみる必要がありはしないかと思う。

私は社会保障というのは、最低生活水準保障ということと、もう一つは機会の均等化だろうと思う。最低保障を行うということと、機会均等を保障するという、そういう社会保障の基本的な目標といったものが、もしまちがっていないとすれば、こういうふうな基本的な目標を実現するための政策として、社会保障を考える場合には、その財源調達というのは、いったい応益主義でやるのが妥当であるかどうかを考える。むしろこういった最低保障なり、機会均等というものは、応益原則より、応能原則になじむものではあるまいかと思う。

現に年金問題についても、いわゆる基礎年金構想というのが出ている、あるいは基本年金構想というのが出ているが、それは社会保障についての考え方について、一つの立場というものを提示していると思う。つまり社会保障というものは、従前の生活水準の維持ということよりは、最低保障に重点を置くべきだという考え方であると考えた上での構想ではないか。もしそうだとするならば、そういう意味での社会保障の財源調達の理論的な原則としては、むしろ応能主義で貫いたほうが、よろしかろうと考える。基礎年金構想で財源に租税を当てるという考え方は、まさにそれであろうと思う。

それが第1点。第2は、仮にしかし年金といったもの

についても、現実にはたしかに所得比例的な要素が非常に強く織り込まれていて、その意味では現実の所得保障の施策というものも、財源調達においては、利益原則に基づいたほうがよろしいという判断が成り立つわけだが、しかし仮にそのことを認めても、医療についてはどうだろうかと考えるわけである。医療保険なり、医療保障のための施策を展開するに当たって、財源の調達を利益原則に基づいてやるのが、果たして妥当かどうかということである。

ご承知のように、現在医療費の増大の大きな要因の一つはやはり、人口の高齢化であろうと思う。わが国でも医療費全体の4分の1ぐらいは、65歳以上の高齢者に支出されている。また欧米の先進諸国では、40%ぐらいのものが、そういう年齢階層に当てられている。

もちろん高齢者が即、低所得者というふうに考えるのは、必ずしも妥当ではないかもしれないが、一般論としては、相対的に所得の低い階層と考えても、決して誤った判断ではなからうと思う。もしそういった高齢者の医療の需要というものが、これは余儀ない需要というふうにいえる面が非常にあるわけだが、そういうふうな需要に伴って、医療費が増大するということであるならば、そういう医療費の調達を、いったい応益主義というか、受益に伴う負担ということで賄うというやり方が妥当かどうかということである。

ここでは医療一般をいっているわけではなく、特に老人の医療ということを考えているわけである。医療一般についてという、たとえば医療費を完全に無料化するということが、しばしば過剰医療につながるということは、これは容易に理解できることであるし、それをチェックするために、ある程度の自己負担なり、一部負担を導入しなければならないということも、当然なことだと思いが、それ以上にここで指摘したいことは、高齢階層の急速な増大である。そういう人口構造の急速な変動に対応するような財源調達方法としては、どうも利益原則を強く前面に出すということで、はたして問題を解決できるかどうか、やや疑問に思う。

しかも医療における受益者負担の強化ということだけでは実は、医療費の増大をチェックできないことは、これまた事実であって、そこにはいろんな問題があるかと思う。

まず第1に、これもわれわれの経験から明らかなことであるが、いわゆる受益者負担、一部負担なり、自己負担なりの強化というのは、かなり負担の率を高めるということであるならば、あるいは受診抑制の効果はあるか

もしれないが、しかしながらわずかなだけの引き上げでは、ほとんど効果はない。

したがってその実効をあらしめようとするためには、いまいったように負担率を相当程度高めるということが、必要になってくる。ところが負担率を高めるということになる、これは特に所得の低い階層に対して、かなりきつい受診抑制の働きをすることになるので、そこにはどうしてもかなり厳しい制約がある。だから自己負担という政策手段を操作するということは、たしかに一つの方法ではあるが、それはやはり限界があるというふうに考えたい。

それから高齢者の場合だが、日本では診療所が高齢者で埋まっているということが、よく言われている。こういう高い受診率というのは、年齢階層特有の健康の衰えと関係があるかもしれないが、同時にまたもう一つ考えてみなければならないことは、老人層のいわば時間プライスと関係がありはしないか。つまり老人層というのは、余暇時間の機会費用というのが非常に低いわけで、そういうことが医療に対する需要を高めているかもしれない。したがってもし仮に、働く能力と意思のある老人層が、しかるべき仕事を持つ、雇用の機会を持つということになると、時間プライスも高まり事柄はかなり変わってこないだろうか。こういうことである。

医療の問題について、もう少し申し上げたいことの一つは、このような医療費の増大を、自己負担の増大ということで、ある程度抑制することが可能かもしれないが、しかしより抜本的な対策ということになると、たとえば予防医療の充実とか、そういうことのほうが、もっと効果的かもしれない。もちろん予防体制をどうするかということは、非常に厄介な問題だが、たとえばしばしば例に引かれるように、沢内村とか、八千穂町のような例がある。最近出た沢内村の統計を見ると、受診率は非常に高いけれども、1人1人の医療費はかなり下がっている。そういうことを考えてみると、自己負担を高め受診率を低下させるということだけで、はたして効果的な抑制をはかることができるかどうか疑問がある。

しかもこの医療費の増大というのは、どうも需要だけでは事が片づかないということである。つまり需要誘導的な供給というのが、大いにありうる。医療機関に行って、診察を受けるというところまでは、患者たる個人の判断かもしれないが、その先どの程度の医療をいかなる形で受けるかは供給側の判断にゆだねられている。つまり医師というのは二重の性格を持っている。医療を供給するという性格と、医療を需要する患者のエージェント

というか、代行者という、そういう性格もある。そういうことで考えてみると、医療の需要を抑制するというだけでは、そういう医療費の増大に対する対応策としては、部分的な効果しか期待できないし、場合によっては重症状態に人々を追いやって医療費の増加を導く可能性もあると思うわけである。

次に第3の問題は、応益原則に基づいた財源調達の方法として、現在最も活用されているのは、おそらく社会保険料だろうと思う。社会保険が社会保障の中核をなしているという指摘のあったとおり、日本でも社会保険料が、最大の財源になっている。

この社会保険料に基づく財源調達をめぐる、ここで大野先生は上限の問題を出されている。これは非常に重要な問題を含んでいるように思う。展開されている考え方というのは、つまり上限というものは、必要な応能負担の限度というか、そういったものとの見合いで決めるべきものだと、こういうふうに言われている。私もそのとおриだと思う。そのとおりだと思うが、いったい必要な限界というのは何かということになると、ここでいろいろ意見が分かれてくる。

たとえば必要な限界という場合、安定した財源を確保して、制度を安定的に維持するということにとって必要な負担ということになるかもしれない。そうなるとうしろ上限などというものは撤回したほうがよろしいということにもなるかもしれない。事実上限を撤廃した場合の幾つかのメリットというものも、われわれは検討してみる必要があろうかと思う。

第1に上限を撤廃するというに伴う、メリットともいうべきものを挙げてみると、第1に、現在上限はかなり高いところに決められているが、その上限以上にある階層というのは、かなり高い所得者であると言うことができようと思うが、そういう被保険者にとっては、上限を撤廃して、つまり所得比例で保険料を徴収されることに伴う、心理的な負担感というか、心理的な圧迫感というものは、それほど大きいとは言えないのではないか。しかもそれによって財源の規模が大きくなるわけだから、それは一つのメリットと考えていいのではないか。

それから第2番目は、所得の高い階層は、病気に伴う機会費用ということは、非常に大きいわけだから、むしろそういった階層は、高い保険料を出すということを、理論的には肯定できないだろうかということである。

第3番目は、ここで他の生活必需品と比べて、特に医療についてのみ応能負担を導入する積極的な理由に乏しいと述べられているが、これも先ほど申し上げたように、

高齢者というものを考えてみると、必ずしもそうは言えないのではないか。つまり高齢者にとっては医療というのは、ある意味では、他の生活必需品とは違った意味で、非常に需要の高いものである。だんだん需要が増えていくものである。食料についてはそんなことはないが、こと医療について言うと、高齢者にとっては、年齢が高まるとともに、平均的に言うとこれに比例して需要が高まっていく。こういう性格を持っている。そういう意味では、他の財貨サービスとは性格が違う。こういうふうに考えてよろしいと思う。そういうことを考慮に入れると、ここで言っている必要な上限についての必要な応能負担についても、かなり厳しい指摘をなさっているが、はたしてこれでよからうかと、やや疑問に感ずるわけである。

第4番目に、その上限の設定について言うと、上限を設定するということは、要するに高い所得階層に対する保険料の料率体系が逆進的になるということだが、それはたとえば低賃金労働者を雇っている部門にとっては、高賃金労働者を雇っている部門に比べて、相対的に不利になるということにもなる。そういうものが資源配分に与える影響というものをどういうふうに考えたらいいか。それに加えて申しますと、労働インテンシブな産業部門、しかも特にかなり高給勤労者を雇っており、また資本と労働との代替が非常にむずかしいような、そういうセクターにとっては、こういう上限の設定というのは、かなり不利に働くというふうに考える。

最後に第5番目として、財源調達というのは、今日のライフサイクルの変化、ライフサイクルそのものが変わってるということとの関連で考えてみる必要があるはしないか。それはどういうことかということ、現在児童に対する親の支出というのは、非常に高い。特に教育費というのが非常に増えている。一方、高齢者に対していまの若年層はそれほどの高い負担はかなわんという意見を持っている。これはどうもおかしいと思う。ライフサイクルの変化に対応して、世代間の公平を保つという意味では一つこんなことも考えられないか。

たとえば、児童に対する教育費については、教育債とでもいったものを発行して、それは親が買う。そしてその教育債の元利償還といったことを子の世代が行ない、それを年金に当てる。こういうことになるとライフサイクルの変化に対応した、しかも世代間の公平の原則にも見合うような、そういう財源の調達も、一つの案として考えられないだろうか。

以上5点ばかり申し上げたが、しかし全体の先生の非常に整理された理論的な展開というのは、いままでしば

しば財源調達問題については、理論的な基礎づけが非常に弱いという関係者からの批判に十分応えてくださる、非常に明快な回答を与えていると思う。したがって私はコメントという形で、そういうことを十分に承知した上で、二、三蛇足的補足的な意見を述べさせていただいたわけである。

コメント

京極 高宣

日本社会事業大学の京極です。私は経済理論を勉強していて、社会福祉に関しては、日本社会事業大学でいわば門前の小僧を通じて、関心を持ってきたわけで、本日の主題である社会保障と地方財政という問題に関して、必ずしも適切なコメンターかどうか自信はありません。いわば役者不足かもしれないが、幾つか勉強させていただいた点、および日ごろ考えている点をもって、コメントに代えさせていただきたい。

なお、地主さんと私で、コメントの役割分担をすることなのですが、つい先ほど役割分担が明確になった関係もあって、むしろ私の関心はどちらかというと、費用負担のほうにあります。そこでお手元に資料をお配りしております。1枚は「80年代福祉の費用負担のあり方」で、図表が載っている。それからもう2枚は手書きの表のコピーだが、「社会福祉の費用負担に関する意識調査」というもので、これは日本社会事業大学地域福祉計画調査班で行った調査の一部である。具体的には足利市の意識調査で、市民3,000名を対象とした。非常に細かい調査で、これを参考資料としてお配りして、あとで、補足的に触れさせていただきたいと思います。

さて土田先生の報告についてですが、特に自治省のお立場ということもあり、地方財政に対する国の考え方という面からの接近かと思われます。主として大野先生のお話が財源調達という問題からの接近であるのに対し、土田先生の報告は、支出の側、使うほうの側からのアプローチであると言っているかと思います。その際特に広い意味の国の福祉財政に占める、地方自治体の役割、あるいはむしろその位置づけというものが、統計的に大変よく浮きぼりにされたのではないかと。しかもその際、県と市の関係についても、興味深い数字が出されたかに、見受けられました。

特にその数字のことに関してですが、今日社会福祉財

政の効率化ということも議論されるわけで、いわば国を一つの企業体というか、経済単位として考えた場合、そのコストに占める人件費の問題に光を当てて分析をして、事例としても、教育の例であるが、大変ユニークな分析をなされたのではないかと思います。諸外国では、イギリスで言うところのソーシャル・サービスズを例にとると、教育なども、広い意味ではいって来るので、そういう面ではわが国の社会保障、ないし社会福祉とは違った意味で、広い視野から捉えられているわけです。土田先生の報告もその意味で、何らかの形の示唆を与えているのではないかと思います。

具体的な問題にはいりますと、特に地方の格差というか、教育の例で分析されていた教員年齢の構成比の違いというものが、財政負担に大変大きなのしかかっていること。その意味で適正な人員配置、人的資源の確保ということが必要になってくるが、その際最後に強調されたことと関係してきて、社会福祉の領域は従来、“聖域”とされていたけれども、自治省でおやりになっている予算査定技術というものが、福祉予算に生かされているのではないかと、大胆な問題提起をなされたと思います。

この点をどう受け止めるか、いろいろ議論のあるところですが、社会福祉が従来は、いかに使うかというところに焦点があった時代から、その費用というものを考えながらやっていく時代にはいつてきた。またそういう時代的背景があるかと思っています。

さて、いろいろ詳しい数字が挙げられているが、私の感じる問題点について触れさせていただくと、第1の問題点は、これは地方の時代という言葉がよく言われているが、たしかに市町村のウェイトが非常に高まっている点で、数字的に70年代の特徴というものが示されたものの、こういう時代の動きをどう捉えたらいいのか。予算が増えてくるから、押えるということではなくて、自然の流れというか、水が高いところから、低いところに流れるような形で、身近な生活の問題というものは、市町村レベルがやっていくという向きもあり、諸外国と比べても、決して不思議な現象ではないと思います。そういうものをどう捉えていったらいいかということである。

2番目の問題点について国の行政もやはり経費の問題ということを考えざるを得ないわけですが、いわゆる企業体との比較において、どこまで妥当性があるかということです。たとえば社会保障というより、狭い意味の社会福祉に限定させていただくと、福祉の領域もさまざまだが、一種の石油コンビナートみたいなものであって、コスト計算にしても、福祉体系として見た場合に、なか

なか一つの単価というものも、厳密にははじきだしにくいものもあるかと思います。

さらに年齢構成の問題にからんで、地方自治体というものも、職員が高齢化してくると、一種の中小企業化するということになります。ところでそういう人的構成の変化というものがあることはたしかだが、そのことがはたして、押えればいいということで解決できるかどうか。とりわけ地域差の問題に対してですけれど、一種のローテーションの問題として解決できるのではないのかとも思われます。島根県と埼玉県の違いというものも、お互いに交流できれば解決できる問題で、全体のコストを押さえる要因とはたして言えるかどうかということです。

それからさらに付け足しますと、この問題は社会保障、あるいは社会福祉の中でもそうですが、政策間の代替効果みたいなのが、どの程度考えられるかということでもあります。ある政策、たとえば結核対策費は減ってくるが、それは一つには医療の充実というものがあってこそであって、そういう変化ということが、他方で医療費を急増させるという、マイナス効果もあるわけですが、政策間のやはり代替的なものも、見ていく必要があるのではないのでしょうか。

次に、土田先生の報告で、全体としておそらく背後にある考え方は、やはり福祉の効率という視点であるので、その効率についてどう考えたらいいかということに関して、若干の問題点に触れてみたい。

社会福祉の効率を考えていく場合、いわば二つの基準みたいなものがあって、一つは絶対的基準と言ってよいかと思いますが、要するにコストをこれ以上増やさないという形で考えていく見方です。もう一つは相対的基準とも言えるか、少ない費用でいかに大きな効果を上げるかということです。

絶対的基準という点では、急増するところをなるべく押えていくということになりますが、しかしそのことで本当の社会福祉の水準アップ、そして社会福祉ニーズの解決ということが、どれだけ達成されるかという点がないと、やはり福祉効率としては、片手落ちになる恐れもあります。もちろん思い切って無駄なところを省くということは当然必要になってきて、絶対的な基準というものも、意味がないということではありません。しかしながら効率的ということを考えていくと、これから高齢化社会を迎える折、少ない費用で大きな効果を上げるという視点が必要になってくるが、その際どういう効果、効率というものを考えるかということは大問題で、福祉効率という概念がはたして成立するかどうかということか

ら、総論から検討をしていかなければならないのではないのでしょうか。

その場合またさらに二つに分かれてくるかと思いますが、一つは主観的な基準というか、意識面をどう捉えるかということであり、もう一つは客観的基準、たとえば施設の数だとか、マンパワーだとか、というもののから捉えるという、二つの基準があって、それらを組み合わせて考える必要があるといえましょう。しかしここでは意識の問題を考えると、たとえば市町村で自分の市の特定の福祉サービス、老人福祉なり、児童福祉なりについて、市民がどの程度満足をしているかということを、比較検討をしてみる必要があるのではないかと思います。

先ほどの教育の例でも、たしかに高齢の先生についている児童は、ある意味ではマイナス効果が大きいかもしれないけれど、逆にそれなりの落ち着きとか、いま礼儀のよさなどがいろいろ言われていますが、プラスの面もあるだろうし、実際どの程度、子供達の教育的なニーズを充足しているか、そして子供達の意識はどうなっているかをみなければなりません。

意識の面というのはきわめて大事なことであって、ある市では比較的少ない財源で、大きな満足度をつくり出しているが、他の市ではたくさんお金をかける割りには不満が多いということもあります。もちろんここにはおそらくいろんな客観的な諸要因がからんでくるでしょう。たとえば一つは、社会福祉施設の物的水準がどうなっているかということがあるだろうし、あるいは福祉主体の広報活動がどの程度浸透しているかということもあるし、さらには住民参加みたいなものがどうなっているか、あるいはボランティア活動みたいなものがどうなっているかという、こういったさまざまな条件が重なりあって、福祉の満足度みたいなものを構成していくかと思われますが、そういう面で社会福祉費用というものの財政というものが、有効に生かされる道、つまり積極的な効率化ということが、これからもう一つの軸として、考えられなければならないのではないのでしょうか。

最後にシルバーパスの具体的な例が出され、大変興味深く、私どもは具体的な算定の基礎は知らなかったのだが、こういう問題についても、市民の中の感情がどうなっているか、具体的に所得制限がなされた場合に、そのはね返りがどうなっているかという意識の面の問題もやはり、取り上げてみる必要があるのではなからうかと思われれます。

こう考えてくるとやはり、社会福祉というものは、経済学というだけではなくて、非常に広い意味の社会科学的

なアプローチが必要なような気がしてくるが、なかなか問題がむずかしいので、手に負えないところもあります。

特に費用の問題について考えていく場合、福祉サービスの費用徴収という規定があります。もちろん費用徴収の規定については、法律によって異なった表現が使われていて、児童福祉法では消極的な規定が、そしてその他の福祉法ではかなり強い規定があり、障害者の場合は明確な規定が必ずしも見受けられません。そういう違いがありながらも、現行の福祉サービスは、応能負担をとっていると思われます。

このことの意味を考えていく場合、割引価格という概念が、お二人の先生から出ましたが、価格というのは、サービスだとか、財貨の対価ですが、その場合市場での対価というふうに考えていくと、福祉の利用料といったものはたして市場での対価、ないしは公共料金みたいな意味合いだけかどうかですね。その面と同時にもう一つ、一種の権利金的な要素もあるのではないのでしょうか。つまり能力に応じて、たくさん所得を持っている人は、たくさん負担する、そのことによって福祉サービスを受ける権利ができるという要素があります。

価格という限りは、基本的には同一サービスに対しては、同一価格ということになるわけだから、そういう二重性がやはりあるのではないのでしょうか。その二重性は政策の目標とか、現実の社会構造上の基盤から生じてくるものと思われるが、社会福祉の費用の自己負担については、そういうむずかしい問題がはいっています。

ちなみに応益主義、応能主義の区別についても考えてみると、これは自己負担、ないしは私的負担の中における区別なわけですから、公的負担、あるいは公的負担を裏返せば、直接租税に基づいて取られる負担ということになるから、これもその市民が税金を払えば、一種の自己負担には違いないのだけれど、こういうものは一応議論の対象からはずした上で、整理をしていく必要があるのではないのでしょうか。そうしないと、応益主義が一種の自己負担ということで、応能主義は税金的なものだということになってしまうと、議論がなかなかうまくいかないということもあるかと思っています。

そしてその場合の実施条件というものがどうなってくるかですが、ちなみにお手元の「社会福祉サービスの受益者負担をめぐる問題構造」という資料をご覧ください。その丸印が実は社会福祉の受益者負担をめぐる問題点で、縦軸のほうには概念そのもの、サービス内容、負担内容、負担内容については原則について、具体的方法についてとがあって、さらに政策効果はどうな

のか、実施条件はどうかというのがあって、横軸のほうにそのサービスを需要する側、そして1行おいて供給サイドから見た問題、真ん中にそれを取り巻く社会や国民の状況みたいのがはいっています。

必ずしも明確に、マトリックスに問題点が位置づけられるとは考えられないが、しかしご覧になっていただくとおわかりのように、大変多くの問題が現実問題としては、社会福祉の受益者負担に含まれています。まして医療、教育という、広い意味のソーシャル・サービスズを考えていく場合、それごとに相当違いもあるかと思われます。したがって原則から一つは考えていくという見方も、もちろん大事かと思いますが、逆に積み上げ方式で、フィードバックさせながら原則を照らし出すということも、非常に重要な視点ではないでしょうか。そのへんでやはり、歴史の厚味のある、社会保障の分析が必要なのではないかと思われます。

実施条件についても、表1のEにあるが、やはり応益主義をとる場合について見ると、公的扶助だとか、年金の拡充はどうか、あるいは完全雇用の確保、最低賃金制の確立はどうか、あるいは不公平税制と言われている現状をどう変えていくかというような問題がはいってくるかと思っています。これらの問題はしばしば、社会福祉の領域では、受益者負担反対の議論としてなされているが、直接的受益者負担の考え方ではないにせよ、自己負担的な考え方をとる場合に、むしろ実施する際の実施条件といったほうがいいのではないかとと思われることもあります。

いずれにしても社会福祉の具体的な水準についての国民的合意というものが必要になってくるので、その意識状況がどうなっているかということについて、私どもで調べた調査を最後に触れさせていただいて、コメントを終わりにしたいと思います。

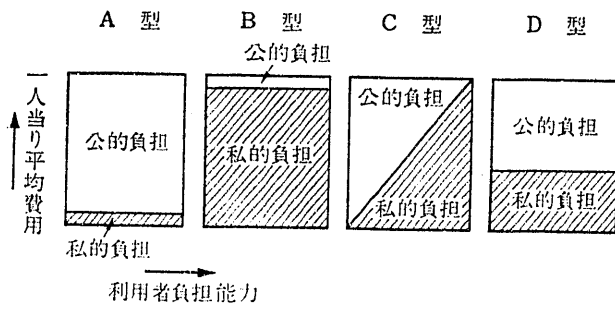
はじめに、先ほどの問題構造表の下に、図の3というのがあるが、これはNIRAの報告書から、私が自分なりにつくり変えたものですが、全国→宮城県→愛知県→東京都と、それぞれ住民の福祉意識を調査したものがあって、社会福祉を充実させるためには税金を高くしていいかどうかということについて聞いてみました。それは時点が1年ぐらいちょっと違うが、昭和49年、50年という前後のときで、比較自体としてはほぼそろっているのに、並べてみたところ、都市化の進んでいる地域ほど、“税金を高くしては困る”という結果が出ました。逆に農村地域にいくほど、全国が農村地域を代表しているわけで、“高くしてもやむを得ない”という人が増えてくる。

表 1 社会福祉サービスの“受益者負担”をめぐる問題構造表

	I 需 要 サ イ ド	II 国 民・社会・行政等	III 供 給 サ イ ド
A 概 念 そ の も の （“受益者負担”とは何 か、等について）	○（自己負担は税外負担であるか、事実上の税であるか） ○開発利益があるか否か ○現行応能負担の実感になじむ概念か	○“受益者負担”の本来的概念は何か ○（“受益者負担”の運用は公共サービスのどの範囲に拡大されるべきか） ○目的税・公共料金等とどこが違うか	○措置費との関係は？
B サ ー ビ ス 内 容 （社会福祉サービスの性 格等について）	○福祉ニーズの高度化・多様化にどう対応するか？ 貨幣的ニーズから非貨幣的ニーズへの変化等 ○（社会福祉サービスと他の公共サービス・市場ベースの民間サービスとの関係はいかにあるべきか） ○（普遍主義的サービスと選別主義的サービスとのどちらかのぞましいか） ○受給資格要件はどうあるべきか	○国民意識と福祉額の変化をどうみるか ○（社会福祉における公私の役割分担はいかにあるべきか）	○貧困対策から対人的福祉サービスへの転換をどうみるか
C 負 担 内 容 （だれが何に対して どのように自己負担 をおこなうか等 について）	C-1 原則について ○（サービス給付と費用負担は直結させて考えるべきか否か） ○（市場価格メカニズムでいくべきか非市場メカニズムでいくべきか） ○（自己負担は応能原則でいくべきか応益原則でいくべきか） C-2 具体的方法について ○本人の権利と家族扶養とのどちらに力点をおくか ○応能原則を機会費用の考え方で適用できるか否か ○（自己負担は“負担金”あるいは“利用料”のどちらの性格をおびるか） ○被生活保護世帯をもふくめるか ○自己負担でどの費用部分を負担すべきか（食費等ばかりでなく人件費もふくめるか等） ○社会福祉ニーズのどの要素を負担すべきか ○（利用者の自己負担能力はどの程度まであるか） ○高額所得者をどう扱うか	○所得水準あるいは年金水準は相対的に向上したか ○企業負担をどう考えるべきか	○行政守備範囲はどこまでか ○ナショナル・ミニマムをこえる部分に地方行政がどこまで責任をおうべきか ○社会福祉サービスのすべての分野に当てはめるか ○公的責任でどの費用部分を負担するのか、投資基準の策定について等 ○負担能力の測定方法をどうするか
D 政 策 効 果 （自己負担による行政効 果等について）	○無料の利用者にあるスティグマの解消になるか ○負担増により非利用状況をつくらないか ○家族扶養・養育によい影響を及ぼすか否か ○（社会福祉サービス利用者とその未利用者・非利用者との不公平が是正されるか）	○婦人の就労等に困難をもたらさないか ○（資源配分の効率化を達成できるか否か）	○社会福祉従事者の利用者への差別意識はどうか ○福祉財源の拡充になるか福祉予算切り詰めになるか ○超過負担を解決できるか
E 実 施 条 件 （いかなる前提条件のもの とで実施するか等につ いて）	○扶養義務者負担のあり方の改善（ただし、さしあたり児童扶養を除く）	○国民的合意の保障 ○完全雇用の確保・最低賃金制の確立 ○公的扶助・年金の拡充 ○不公平税制の是正を必要とするか ○財政構造の改革	○措置費の適正化 ○負担基準の客観化 ○措置施設から利用施設への転換

(注) 1. 『季刊社会保障研究』(Vol. 12, No. 4, 1977年)の「社会保障問題シンポジウム(3)」における議論を中心に若干の論点を追加して筆者が作成した。

2. タテ軸は問題群の項目で、ヨコ軸は社会福祉サービスの供給関係からみた区分であり厳密にはすべて相互関係にある各問題点を主なものに限って便宜的にこのマトリックスに位置づけた。



(注) 総合研究開発機構「公共サービスの内容と負担」(1978年197ページ)の「負担ボックスのパターン」を若干修正したものである。

図1 費用負担ボックスの4類型(概念図)

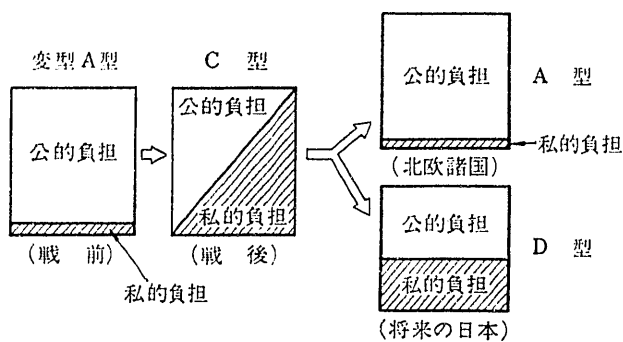
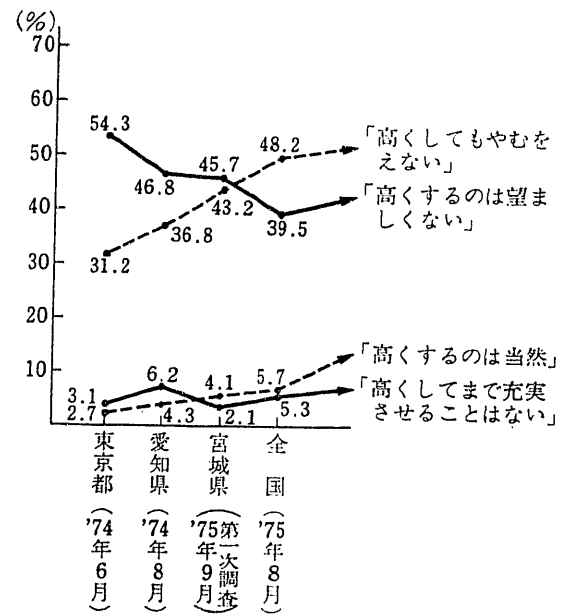


図2 わが国における費用負担ボックスの史的展開(概念図)



(注) 総合研究開発機構「地域計画における福祉重点施策の展開方向に関する研究」(76年9月)の表1-5(46頁)から筆者作成。

図3 福祉充実と税負担の関係についての国民意識状況

表2 足利市における市民の福祉意識調査(高福祉高負担観)

Q15		必要なら税を高くしてよい	税を高くせず別な方法で	費用をかけることに反対	NA	計
性	男	131 (9.2)	1,184 (83.9)	46 (3.4)	50 (3.5)	1,411 (100.0)
	女	71 (4.7)	1,328 (88.4)	37 (2.6)	66 (4.3)	1,502 (100.0)
	計	202 (6.9)	2,512 (86.2)	83 (3.0)	116 (3.9)	2,913 (100.0)
年 齢	20代	37 (6.1)	540 (89.1)	13 (2.1)	16 (2.7)	606 (100.0)
	30代	51 (7.4)	599 (87.5)	14 (2.2)	20 (2.9)	684 (100.0)
	40代	37 (6.5)	496 (87.1)	19 (3.5)	17 (2.9)	569 (100.0)
	50代	30 (6.6)	384 (85.5)	19 (4.4)	16 (3.5)	449 (100.0)
	60代	27 (7.5)	297 (87.2)	13 (3.7)	22 (6.1)	359 (100.0)
	70代以上	19 (7.8)	195 (80.0)	5 (2.0)	25 (10.2)	244 (100.0)
	NA	1 (50.0)	1 (50.0)	()	()	2 (100.0)
	計	202 (6.9)	2,512 (86.2)	83 (3.0)	116 (3.9)	2,913 (100.0)

Q9 \ Q15	必要なら税を高くしてよい	税を高くせず別な方法で	費用をかけることにも反対	NA	計
1. 慈善論	53 (7.6)	606 (86.9)	14 (2.1)	24 (3.4)	697 (100.0)
2. 無用論	1 (2.7)	29 (80.5)	5 (14.1)	1 (2.7)	36 (100.0)
3. 権利論	140 (7.3)	1,682 (88.1)	41 (2.2)	46 (2.4)	1,909 (100.0)
4. 相互扶助論	3 (2.7)	85 (77.2)	15 (13.8)	7 (6.3)	110 (100.0)
NA	5 (3.1)	110 (68.3)	8 (5.0)	38 (23.6)	161 (100.0)
計	202 (6.9)	2,512 (86.2)	83 (3.0)	116 (3.9)	2,913 (100.0)

Q40 \ Q15	必要なら税を高くしてよい	税を高くせず別な方法で	費用をかけることにも反対	NA	計
100万円 未満	17 (4.5)	327 (87.6)	14 (3.9)	15 (4.0)	373 (100.0)
100～200万円未満	52 (5.5)	818 (88.0)	26 (3.0)	33 (3.5)	929 (100.0)
小 計	69 (5.3)	1,145 (87.9)	40 (3.1)	48 (3.7)	1,302 (100.0)
200～300万円未満	37 (5.6)	567 (86.9)	15 (2.9)	33 (5.0)	652 (100.0)
300～400万円未満	35 (8.6)	347 (86.1)	11 (2.5)	10 (2.4)	403 (100.0)
400～500万円未満	23 (12.2)	159 (84.5)	2 (1.2)	4 (2.1)	188 (100.0)
小 計	58 (9.8)	506 (85.6)	13 (2.2)	14 (2.4)	591 (100.0)
500万円 以上	25 (11.0)	183 (80.6)	12 (5.3)	7 (3.1)	227 (100.0)
(うち1,000万円以上)	9 (16.9)	38 (71.6)	4 (7.8)	2 (3.7)	53 (100.0)
NA	13 (9.2)	111 (78.7)	3 (2.2)	14 (9.9)	141 (100.0)
合 計	202 (6.9)	2,512 (86.2)	83 (3.0)	116 (3.9)	2,913 (100.0)

(注1) 社会福祉とは、豊かな人が困っている人に対して慈善的に援助の手をさしのべることである。
 社会福祉を必要とする人は、自分自身の行いが悪いんだから、とりたてて援助してやる必要はない。
 社会福祉は憲法25条にも規定されており、国や地方公共団体（市町村）が責任をもってやるべきである。
 日本には、昔から親・兄弟が互いに助け合うという考えがある、だから、社会福祉を必要とする人がいる場合には、
 親類縁者が助け合えばよい。

(注2) 昭和54年7月1日現在（未発表のもの）

表3 費用負担感

		税金の他に費用負担はよくない	特定の人から利益に 応じその人が負担	利用者が所得に 応じ負担すべき	NA	計
性	男	728 (51.5)	204 (14.4)	336 (24.0)	143 (10.1)	1,411 (100.0)
	女	693 (46.1)	219 (14.5)	352 (23.6)	238 (15.8)	1,502 (100.0)
	計	1,421 (48.7)	423 (14.5)	688 (23.8)	381 (13.0)	2,913 (100.0)
年 齢	20代	306 (50.5)	76 (12.5)	152 (25.1)	72 (11.9)	606 (100.0)
	30代	340 (49.7)	88 (12.8)	188 (27.6)	68 (9.9)	684 (100.0)
	40代	267 (46.9)	91 (15.9)	143 (25.3)	68 (11.9)	569 (100.0)
	50代	212 (47.2)	68 (15.1)	98 (21.9)	71 (15.8)	449 (100.0)
	60代	174 (48.4)	64 (17.8)	64 (18.0)	57 (15.8)	359 (100.0)
	70代 以上	121 (49.9)	35 (14.2)	43 (17.5)	45 (18.4)	244 (100.0)
	NA	1 (50.0)	1 (50.0)	()	()	2 (100.0)
	計	1,421 (48.7)	423 (14.5)	688 (23.8)	381 (13.0)	2,913 (100.0)
		すべて無料にす べき	受益者が利益に 応じ負担すべき	利用者が所得に 応じ負担すべき	NA	計
100万円 未満		187 (50.1)	52 (13.9)	76 (20.5)	58 (15.5)	373 (100.0)
100~200 万円未満		457 (49.1)	129 (13.8)	220 (23.9)	123 (13.2)	929 (100.0)
小 計		644 (49.5)	181 (13.9)	296 (22.7)	181 (13.9)	1,302 (100.0)
200~300 万円未満		329 (50.4)	90 (13.8)	150 (23.1)	83 (12.7)	652 (100.0)
300~400 万円未満		195 (48.3)	67 (16.6)	93 (23.2)	48 (11.9)	403 (100.0)
400~500 万円未満		84 (44.6)	25 (13.2)	58 (31.1)	21 (11.1)	188 (100.0)
小 計		279 (47.2)	92 (15.6)	151 (25.5)	69 (11.7)	591 (100.0)
500万円 以上		98 (43.2)	38 (16.7)	64 (28.2)	27 (11.9)	227 (100.0)
(うち 1,000 万円以上)		17 (32.0)	12 (22.6)	19 (36.0)	5 (9.4)	53 (100.0)
N. A		71 (50.3)	22 (15.6)	27 (19.3)	21 (14.8)	141 (100.0)
合 計		1,421 (48.7)	423 (14.5)	688 (23.8)	381 (13.0)	2,913 (100.0)

(注1) 社会福祉は憲法で保障されているものである。したがって税金のほかに経費を負担させるのはよくない。すべて無料にすべきである。
社会福祉を必要とするのは特定の人なのだから、かかる費用はその人たちが受ける利益に応じて負担するのはあたりまえである。
社会福祉サービスを特定の人利用するとしても、その経費は利用者がその所得に応じて負担すべきである。

(注2) 昭和54年7月1日現在、足利市、日本社会事業大学(未発表のもの)

この傾向についてこの報告書によると大変いいことであって、これからの社会福祉の方向を示していると指摘されていましたが、どうも数字を並べると、報告者の結論と違った傾向が予測されてきます。つまり今後の社会が、先ほどの土田先生のお話にあったように、都市化が進んでくるという中で、直接税金を通じての負担については、日本の国民はかなり減しくなってくるのではないかと、ということが、都市化の進行というものを前提にした場合、今後の予測としては考えられるのではないのでしょうか。

さらに2枚目、3枚目の手書きのコピーですが、足利市の住民の福祉意識調査によると、やはり税金を高くせず、別の方法でというのが、86.2%と圧倒的多数を占めています。それでは何をもって福祉を充実させるかということについては、詳しくは調査をしていませんが、その他の項目から勘案すると、一つはやはり自発的負担という形で、住民のボランティア、チャリティ、そういうものに依存する考え方、それからもう一つは自己負担ということについて、多少のことを考えてもいいのではないかとということです。

自己負担については、2枚目の費用負担感というのを、見ていただきます。全体としては無料にすべきだというのが、かなり多いことは事実で、48.7%になっており、とりわけ社会福祉は権利だからという人たちに多いわけですが、しかしそれでも半数には満たないのです。もちろん、受益者が利益に応じ負担すべきだという考え方はまだ少数派で、14.5%ですし、利用者が所得に応じて負担すべきだという応能主義が23.8%という傾向になっています。

これは所得の動きとかなり対応していて、無料にすべきだという考え方は、低所得者層に比較的多い。高額所得者、年間所得1,000万円以上の人32.0%、3人に1人が無料にすべきであると答えていて、むしろ積極的に払ってもいい人が36.0%います。もちろん自分のことではないからということもあるかもしれないが、そういう数字になっているわけです。所得に応じて負担すべきだというのは、いま言ったように、まったく逆の動きになっています。

こういった所得階層によつての、現実の負担感というのは違っているので、国民一般で考えるだけではなくて、階層的な問題を入れる、あるいは年齢的な問題も、考えに入れる必要があるかと思われます。

蛇足になりますが、年齢的な問題について触れると、税金を高くせず別の方法でというのは、先ほどの都市化

の傾向と関係してか、若年齢ほど多い。ということは今後も世相を占う上で一つの意味があるのではないのでしょうか。もちろん所得は若年齢は少ないわけだから、先ほどの所得と相関関係が強いのか、あるいは年齢との関係が強いのか、この数字だけからは、はっきり申し上げられないが、しかし一つ頭に入れておくべき数字かと思います。

詳しい説明はご質問があれば申し上げるとして、そういう現実の実態と意識とのかかわり合いの中で、社会福祉のあり方、福祉財政のあり方も考えていく必要があるのではないかとということで、時間を大変オーバーして恐縮ですが、これでコメントを終わらせていただきます。

司会 それではコメントに対して、大野さんひとつお願いしたい。

大野 適切な答えができるかどうか自信はないが、一応お答えさせていただきたい。

まず第1の問題は、最低生活の保障とか、機会の均等などの目標を重視する立場から見ると、多少また考え方が違ってくるのではないかとのご指摘だが、それはご指摘のとおりだと思う。私は最初にお断りしたように、いわゆる従前生活の保障に重点に置いたような現行の制度一般を念頭に置いて、考え方を述べたので、たとえばいわゆる基本年金というものを念頭に置くと、当然考え方は変わってくる。

私の報告との関連で言うと、公費負担方式と社会保険方式との選び方について三つのケースを分類した場合の、第3番目に属するわけで、社会保険方式でも、公費負担方式でも、どちらをとっても、格別の問題はないと思う。というよりむしろ、定額年金の場合だと、給付は定額であるにもかかわらず、保険料のほうには応能負担の要素を加味するというようなことをするよりも、私の主張の趣旨には反するけれど、一般消費税などで費用を賄うほうが、かえってすっきりしているという面があると言えるかもしれない。

ただ、その場合でも、最終的な負担の性格にはさしたる違いはないのではないと思う。というのは、一般消費税の場合、その負担の絶対額を見ると、高額所得者ほど大きくなるわけで、「上限」がついた保険料などで賄うのと、実質的には同じような性格を持っていると見てよいからである。だから、公費負担にすれば、負担が軽くてすむということには必ずしもならないということに留意する必要があるのではないか。問題は、最終的な負

担の性格がどうかということにあるとすると、そういう見方ができるのではないか。

次に、医療保障に関することだが、いろいろとご指摘があったので、全部にお答えできるかどうかかわからない。私は医療保障一般を念頭に置いて議論をしたが、老人医療の場合に特殊事情があるということは、そのとおりだと思う。

それから自己負担の医療需要抑制効果についてだが、これと受診率との関係があまりはっきりしない、ということは確かにそうだと思う。ただ、無料化については、たとえば老人医療の無料化によって、受診率がかなり高くなっているというデータが出ていたのを記憶している。だから、自己負担の問題については、無料化から一部自己負担にするという場合と、すでに部分的な自己負担がある場合に、それを引き上げる場合とでは、若干質的な違いがあると見るべきではないか。

私は、無料化を一部有料化するという場合には、かなり需要抑制効果があるのではないかと考えている。この場合には、受診率だけではなくて、供給サイドからの、いわゆる過剰医療の問題が関連してくる。無料化から有料化すると、過剰医療性向がかなり低くなって、いわゆる乱診乱療がかなり抑制されるという効果が期待できる。そういうふうに分けて考えた場合、少なくとも無料化を一部有料化する場合には、かなりの抑制効果が期待できるのではないか。わが国のように、私営中心型の供給体制をとっている場合には、特にそういう効果が大きいのではないか。

それから最近新聞に載っていた、岩手県の例をあげられたが、私もあの記事を読んだが、公立病院だからこそのようなことができたのではないか。だから、私営の医療機関が中心のわが国の現在の供給体制では、あの種の効果を一般外に期待するのは無理ではないか。

いずれにしても、自己負担の強化だけでは、過剰医療の抑制に限界があるということは、そのとおりだと思う。したがって、供給サイドでも、何らかのもっと積極的な抑制措置を導入することが望ましいと考える。

供給サイドに対する自己負担の効果として特に評価すべき点は、自己負担が存在すれば、これといったコストを伴うことなしに、自動的に、供給にブレーキがかかるということである。これが何よりの利点だと思う。健保連ではいろいろと情報を集め、それを被保険者に通知したりして、過剰医療抑制活動をしているようだが、自己負担はそういう情報の収集や伝達の費用をかけることなしに抑制効果を発揮するわけである。そういう点から言う

と、老人医療の無料化とか、本人の10割給付などが自己負担との関連では最も問題になる点かと思う。

3番目の「上限」に関する問題だが、私の考え方では、保険料というものが一種の料金の性格を持っているところから、「上限」が設けられているのだと思う。そして先ほど必要な応能負担と言った場合に私が念頭に置いていた「必要」の意味は、低所得層の支払能力とか、あるいは負担能力から見て、必要という意味である。だから、財源の確保にとって必要というふうな意味では使っていない。

上限を撤廃することにもメリットがあるというお話だが、それはたしかにそれなりのメリットがあるのだろうと思う。特に事業主負担の場合には、「上限」を設定することのはっきりした意味づけができないという見方もある。しかし、「上限」を撤廃してしまうと、先ほど言った料金という性格が非常に弱くなって、社会保険料が租税としての性格を、一段と強く持ってくることになるかと思う。そういう場合には、保険と呼ぶのがそもそも適切ではないということになるのではないか。と同時に、いわゆる保険制度が持っているメリットも、それだけ少なくなるということが言えるのではないか。

それから「上限」と老人との関連だが、老人は多くの場合退職しているという前提で考えると、「上限」の問題と老人の問題とは、直接にはあまり関係がないのではないかと思う。

4番目に、人的資源のミスアロケーションを招くというご指摘があったが、この点は私はよくわからない。

最後に、5番目のライフサイクルの問題だが、適切なお答えになるかどうかかわからないが、それに関連する一つの考え方を、簡単に述べさせていただきたい。

今日の社会保障の下では、ほとんどすべての人が、一種の二面的性格を持っている。つまり、社会保障の受給者としての面と、費用負担者としての面との、両面を備えている。たとえば医療保険の場合には、同じ時点で同時にそういう二面的性格を持つという面が強くて出ているかと思う。同一の年次において、一方では受給者であり、他方ではその費用負担者であるわけである。それから公的年金の場合には、異時点間において、そういう二重性が認められる。つまり、就業時には費用負担者として存在し、退職後は受給者として存在するという、二面的な関係にあるわけである。

その場合、費用負担者の立場から見ると、費用の負担率はできるだけ低いほうが望ましいということになり、受給者の立場では受給率、あるいは給付水準ができるだ

け高いほうが望ましいという矛盾した関係に置かれている。いわゆるトレード・オフの関係にあるわけである。そういうトレード・オフの問題にどう対処するかということが、この種の問題の一つのキー・ポイントではないかと思う。

最初のほうで指摘のあった老人医療の問題もやはり、そういう生涯所得の異時点間配分、あるいは同一人が生涯において異時的に受給者と負担者の立場におかれるなどの観点からも問題にする必要があるのではないか。

司会 それでは土田さんどうぞ。

土田 京極先生から多方面にわたって、いろいろ適切など指摘をいただきました。いちいちお答えをすべきかもしれないが、本日、私一人があまりに時間を取ることになるので、財政面のアプローチからの、基本的な考え方で、1点申し上げさせていたいただきたい。

私は長期的にみて、高齢化社会の進展というのは、結局経費の負担者が非常に少なくなって、社会保障、社会福祉関係の受益者が増えていくということを意味するわけだから、完全積立方式でなければ、これからの若い人達の負担は、構造的に増えていく。そういう構造的な負担増を、また自分達も受益するからということで、若い人に納得してもらえるかどうか、長期的な一つの問題だろうと思う。

それから短期的には、現在国も地方も非常な財源不足で、その財源不足を埋めるために、いろんな借金でやりくりしている。そこでそういう借金でやりくりしている財政を再建するために、経費を削減するという方法で今後やっていくのか、あるいは租税負担増によって、さらに新規政策をやっていくのかという、政策選択の問題になっていると思う。

いま意識調査の話もうかがったが、たとえば一般消費税というものをつくるという動きがあっただけでも、現在の行政経費の効率性というものについて、国民全体からいろいろ批判があって、国民の負担増に対するアレルギーというものは相当強いということも、私どもは十二分に認識しているわけである。

そこで財政的に考えると、一つは総体の資源の中から、福祉にどれくらい割り付けるかという、政策選択の問題が政策論としてあり、それから、国民の負担のレベルについて、どれだけのところでコンセンサスが得られるかということで、この両方を見極めながら、今後の施策を進めていくことになるであろう。

討 論

司会 それでは時間がありませんが、皆さんのほうからご意見を出していただきたい。

平田 (日本社会事業大学) 大変有益な、刺激的なお話をうかがいました。私が申し上げるのは意見というより、私自身もちょっとわからない、こういう点はどうかなと思っている点について、お教え願いたい。

きょうの大野教授の場合は社会保障、土田課長の場合は社会福祉ということで、その関係をどういうふうに噛み合わされて展開されるのかということを目指していたのですが、その点については、私は聞き落としが非常に多かったのだと思うのですが、先ほど地主さんからお話があったように、社会保障では中核的な部分として社会保険を考えている。そうするとこれは高福祉、高負担というような建て前をもしとれば、応益負担主義でいくので、どうしても多く拠出した者は、医療の場合はちょっと別枠として、年金を考えると、広益主義でいけば負担できる者は多く出し、そしてはね返りとして多く受けるという仕組みが、どうしても出てくる。

社会保障の基本的な性格が、もしナショナルミニマム、いわゆる最低保障、そして機会均等であるということになると、その場合、多く出せば、多くはね返るという問題を、どういうふうに受け止めるかということになる。

それから多く出したから、多くはね返るといっても、はね返りの限度を設定しようじゃないかということになる。最近の傾向のように、そんなに多くやる必要はない、頭にカンナをかけるというような場合に、いったい財政的な見地からのみ見てカンナをかけるということか。何かそこに社会保障という観点から、説得力のある理屈を、どういうふうに押し出されるか。これをどういうふうに考えていったらいいかという問題がある。

社会保障というものは、能力に応じて負担をし、必要に対応して配分する、支給するということ、その基本的な性格、仕組みであるとするならば、必要のない者には、たとえば総理大臣に年金を100万円もやるというようなことは、しなくてもいい。もっと必要なところにそういうものは回したらいい。そういうことで社会保険というものと、社会保障というものは基本的に系譜が違ふものなのだという、そういう考え方がいったいできない

ものなのかという点が、私には疑問である。

というのは社会保障の中核は社会保険であるといっても、最近の社会保障はできるだけ多くのリスクをカバーする、そのリスクから発生する経済的な困窮というものを、できるだけ高い水準でカバーしていこうということである。そうすると先ほどお話があったように、出すものはできるだけ少なくし、受けるものは多く受けるというのが、普通の考え方である。だから社会保険の、たとえば年金にしても、完全積立方式などというものは事実できない、修正積立でやっていかざるを得ないわけで、社会保険の原則というのは、もう崩れてきていると思う。財政的な面においてもそうである。

ではどうしてそれをカバーするかというと、これは国庫負担である。国庫負担は一般税である。そういうことで社会保険の仕組みが崩壊してきている。このまま経過していった場合、社会保険の崩壊がどういうふうに展開していくか。いや、これが社会保障だという見方、捉え方があるか、どうも社会保険の仕組みで考えていく場合には、最近の傾向というのは、理解しがたい面が出てきている。そこで社会保険の系譜と、社会保障の系譜とは、違うものではないかという疑問が、最近私にあるものだから、そのおたりの問題をひとつ、報告者、コメントにおうかがいしたい。

もう一つは、たとえば国民福祉年金は無拠出である。これをわれわれが考えたときは1,000円だったが、いまは2万円で、2万1,000円、2万2,500円ぐらいの案が出ている。そうすると20年も保険料をかけて、拠出制の国民年金が3万円だ、3万5,000円だ。その他を合わせて5万円か、せいぜいそこいらをちょっと超えるという程度である。福祉年金は政治年金だと言われているが、無拠出年金と拠出年金との関係をどういうふうに考えるか。これは財政的な面から見ても、問題点だと思うのだが、理論としても、無拠出の国民福祉年金と、拠出制の国民年金というものの関係をどういうふうに理解するか、あるいは調整するかという点をお教えいただきたい。

この2点が私としては最近疑問に思っている大きな問題でありまして、きょうせっかく出ましたテーマなので、お教えいただければありがたい。

司会 お答えはあとでまとめてしていただくとして、どなたかほかにご意見はありませんか。

曾田 (国立公衆衛生院) 経済のこと等については素人で申し訳ないが、いま平田先生からお話があったので、まことに初歩的な未熟な意見かもしれないが、ちょっと申し上げさせていただきたい。

何と申しますか、税金による社会保障というか、最低限の生活を保障するという考え方と、これはどちらが先か知らないが、自分達でとにかく保険金を出して、何か事故があったときには、それ相当の便益を受けるという保険の考え方、それでいっても、どちらでいっても、うまくいかないから、他の面も考えなければならない、と。大野先生はポリシー・ミックスという言葉が使われたが、それがそういうものとして考えられるのかどうか知らないが、とにかくいまのように政府が責任を持って、必要なことは何でもやるんだ、そして必要なものは税金で取っていくのだと、これはどちらが古いのか、どちらが基礎なのか知らないが、それでうまくいかないというので、社会保険というものが大きく導入されていった。

ところが社会保険に重点を置いて、そこでもっと筋を通そうとすると、いま医療保険は別だとおっしゃったけれど、医療のことになると、私は素人とはばかり言えないので、多少責任があるのだが、その医療でもこのごろの医療は、病気になったときに治療するというのが、スタートだったと思うのだが、それではすまなくて、ある程度予防も考えなければならないとか、あるいは防ぎようのない老化だとか、子供の特種な病気とかということになると、単純に病気を治すということだけではなくなる。またさらに、いまちょうどオリンピックが問題になったりしているが、病気ではないけれど、能力を最大に発揮するということが、健康の度合いのより高いものだということになると、平田先生も前にはいっておられましたが、中鉢先生だとか、そういう方々がおはいりで、医者仲間も1,2はいったかと思うが、医療というものの、あるいは保健サービスというものの範囲がどの程度に及ぶのかというお話があって、欲を言い出すと、いくらでも丈夫な、より高い健康度ということになると、際限がなくなる。私は医療というものの、あるいはメディカル・サービスというもののうちにも、文化性というか、そういうものがどうしてもはいってくると思う。

そうすると今度は経済のほうで、金のことを心配ならなければならない方々になると、そんな余計なことまで考えるのははね上がりだ、そういうものを取り上げるかどうかいうことは、もっとあとの問題にしていって、こういうふうにおっしゃるが、やはりそういうものが時々出てくるような感じがする。

そこでどちらがベースか知りませんが、どちらでいってもいまのように矛盾が出てくる、足りないところが出てくるというので、それに他の考え方も加味していかなければならないという、こういうことになるのではない

かと思う。

私もただそれだけのことなので、さてそれじゃそれをどういうふうに混ぜていくのか、どっちのほうが強いか、それからどの程度の範囲までいったら、もうそれ以上はやめると、こういうことになるのか。ひとつ平田先生も中に加えて、先生方のご意見をお教え願いたい。

司会 どうもありがとうございました。大変重大な問題を出されましたが、それに対して報告者とコメントに、さあ意見を言えと言っても……。

平田 あなたの意見でもいい。(笑い)

司会 私の意見はすでにいろいろの機会に発表しているように、応能原則とか、応益原則とか、二つの原則を対峙させて、どちらかに割り切った議論では、社会保障の問題は解けないというのが、私の考え方である。結局どちらか一方に力点を置いた議論だけでは困る問題が出てくるので、両方をコम्バインしなければいけないということで、そのコम्バインの仕方がどうなるかということが、社会保障の基本的な問題だと思う。

きょうの議論を聞いていると、いまの時点で相当社会保障に対する希望とか、要求が強くなってきて、財政的に非常に困難になっているといういまの状況の下では、利益原則を中心として、合理的に徹した議論というものを展開することが必要ではなかろうかというのが、大野先生のご意見だったと思う。しかし大野先生もはじめから、利益原則だけでよらしいということを言ってるのではなくて、応能原則と応益原則というものをコम्バインしなければいけないということを前提にして、いまの状況の下ではおっておくと、大変な財政上の問題が起こってきているし、経済が耐えられない問題になるので、ここでひとつ応益原則をもう一度考え直す必要があるのではなかろうかというお話として、私は聞いておったわけである。

したがって平田先生がおっしゃるように、社会保険と社会保障とは違うだろうというのは、まさにそのとおりだが、いまの場合、保険的要素というものを考慮しなければならないような状況になっているということで、そもそものはじめの話の発端としては、コスト原則を考えざるを得なくなっているという状況判断に立って、きょうのようなシンポジウムを企画したわけである。社会保険と社会保障とは違うのだということは前提として、しかしいまの場合、保険をやはり相当重要視しなければならない状況だというのが、このシンポジウムの企画があるので、そういう点をお含みをお願いしたい。

先生にそう言われると、何か踏み絵みたい、踏み方

が悪いと、また叱られるのではないかと、(笑い)あまりうまく答えられないのだが、そういうことである。

それから土田先生もおっしゃったように、とにかくいま高齢化社会がはじまってきている。そして社会福祉の面で、地方の時代とか、何とかと、いろんなことを言っているが、しかし福祉聖域論では押し切れない問題がありますよという、ご指摘だというふうに私は受け取りましたし、非常に丹念な資料をご紹介いただきましたことを、ありがたく感謝申し上げたい。

むずかしい問題を先生方がお出しになられ、それに対してパッと答えられないところに、(笑い)社会保障の問題の性格があるのではないかなと思う。非常に明快な議論は展開しても、明快な議論とは、議論の世界だけの議論であって、どうもそうでない場面が、いくらでも指摘すれば出てくるところに、こういう研究課題の独特の性格があるのではないかな。

司会者が勝手にしゃべりましたが、司会者はいつも最後に意見を言って、ご質問を受けないことになっておりますので……。

平田 社会保険はそれで納得するのだが、社会福祉関連の受益者負担については、まだ疑問がある。社会福祉の受益者負担の原則については、私はまだちょっと疑問があるが、どうもありがとうございました。

司会 こちらこそありがとうございました。(笑い)

平田 先生方にはいろいろご意見があると思うけれど、時間の関係上あなたにうかがいました。

司会 まだちょっと時間があるので、どなたかごいませんか。

小山 (上智大学) これは質問なのだが、国民健康保険費用を一般会計から持ち出して負担しているケースがあるが、それはこういう統計ではどこに反映されるか。それから社会福祉施設の地方の超過負担ということがよく問題になるが、そういったような費目はこういう統計に、どういうふうに反映されているのか。ちょっと技術的というか、細かいことだが、おうかがいしたい。

土田 民生費の内容は社会福祉、老人福祉、児童福祉、生活保護、災害救助と分かれ、また、その中身として、それぞれ人件費、扶助費、普通建設事業費というふうに分かれている。

したがってたとえば社会福祉施設の建設だと、社会福祉費の普通建設事業費に上がってくる。昭和52年度のその額は875億円で、内訳を見ると補助事業284億円、単独事業というのが590億円ある。この場合に、福祉施設の関係については、ご承知のように補助金が非常に少な

いので、超過負担がある。超過負担については一定のルールで分けて、一定部分は補助事業費に入れ、残りの部分は単独事業費に入れるという考え方である。基本的には、たとえば単価差は補助事業に入れ、面積差は単独事業に入れるという、そういうふうな分け方になっている。

小山 国民健康保険は。

土田 国民健康保険事業に対する一般会計の負担については、一般分は社会福祉費に、直診分は保健衛生費に分かれて入っています。

司会 ではほかに何かございませんか。

曾田 わけのわからない、答えようのない質問をたびたび申し上げて申し訳ないが、時間がないので簡単に申し上げるが、私はいままでもこういうシンポジウムに出ると、いつも同じようなことを申し上げて恐縮ですが、きょうも出た老人問題だが、とにかく60なら60、70なら70という年齢以上の人間が、増えるということは、はっきりしてる。それだからこれにはどうやってももう手はないのだというお考えが、多少でもあるとしたら、これはひとつ別の機会に、是非お考えいただきたい。

これは経済のことで恐縮だが、生産力が、あるいは生産性がどんどん上がっていくということは、進歩であり悪いはずはないので、いくらでも上がっていいはずだということを、おっしゃっているが、例のローマクラブの報告以来だが、それには結局資源の限定という問題がある。

ところで老人の問題について、いまのように65なり、70以上はもう年寄りで、役に立たないのだということは、これは違うと思う。たとえば生命表にしても、65の年齢の人の死ぬまでの平均余命、それから70の人の平均余命というのは、先へ行けば短くなっているが、各年齢別の死亡率の改善から、余命は一定の年齢が延びていってる。その場合、これは私ども医学関係の者に責任があると思うが、なおどれだけ活動力があるか、能力があるかということについて、一人一人についての的確な判定をする方法というのを、いま医学は持っていない。

だが延びていることはたしかであって、それは可能性ということを考えればあるはずなのです。またそのための努力をしなければならない。

そしていまの資源の問題は別として、これは一部の先生方がおっしゃっているが、労力というものはないのではなくて、労力というものはこれからどんどん増えるのではない。増える可能性がある。また生産性も上がっていく。そちらが低いということを、その向上が困難だということに心配するよりも、むしろ資源の極限ということが心配になってくる。

こういうようなことからいくと、年を取って、世話がやける人口が増えるということだけでなしに、それと同時に、一方においては、少なくとも徐々に労力は幾分ずつ余ってくるのではない。そこでその余った時間を、単にレクリエーションなり、何なりに使ってしまったのかということである。その労力、それから休息の時間というものを、今日の人口の全体をにらんで、適当に仕事を分配し、あるいは休息を分配するということを、考えていただきたい。

また技術系統の者としても、長生きすることはけしからん、問題をつくるばかりだというのでなしに、解決のほうにこれを差し向けていってもらいたい。経済のほうの方々も、そういうことをより前向きに、積極的に考えていただきたい。また考えていただいたら、開ける道があるのではない。こういうことを感じている。

これはただ意見だけである。

司会 どうもありがとうございます。いま重要な問題を経済学をやっている方々に出されたわけだが、この場でもってどう答えるかということで、回答を出すような問題ではないので、皆さんこれから考えられることと思います。

それでは長時間にわたりましたが、これでシンポジウムを終えたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

〈昭和54年度社会保障問題調査研究報告〉

医療政策の効果測定に関する理論的枠組みについて

——とくに予防医療の効果を中心に——

本研究は、昭和54年度において社会保障研究所が当面する社会保障の諸問題のうち、予防医療の効果を中心にして医療政策の効果測定に関する理論的枠組みについて、外部の研究者の参画を得て研究した成果である。

なお、本報告の執筆分担は、次のとおりである。

- 第1章 医療政策検討用シミュレーターの開発
(辻 正重)
- 第2章 予防医療の経済分析 (地主重美)
- 第3章 健康管理の費用と効果 (市川 洋)
- 第4章 勤労者家計における保健医療費支出と診療代支出の動向 (田中 滋・三上芙美子)

研究会構成員：

- 主 査 西 三郎 (国立公衆衛生院衛生行政室長)
- 委 員 市川 洋 (筑波大学教授)
- “ 田中 滋 (慶応義塾大学大学院経営管理
研究所助手)
- “ 辻 正重 (青山学院大学専任講師)
- “ 三上芙美子 (慶応義塾大学大学院)
- “ 地主 重美 (千葉大学教授、元社会保障研
究所研究第2部長)
- “ 城戸 喜子 (社会保障研究所研究員)

序

本研究は、社会保障部門をサブセクターとして含む社会・経済モデルを作成し、社会保障諸部門間の相互依存関係、社会保障部門と経済諸部門間の相互関係を明らかにすることを目的とするマスター・プランの一環を担うものである。これによって社会保障政策の効果を定量的に判定することが可能になり、政策の有効性を高める上で欠かせない判断材料を提唱することが期待される。

われわれは、前年度、医療セクターをモデル化し、こ

れを経済システムに連動させる試みを行った。本研究では、一方でこのモデルの改善を試みるとともに、他方では、とくに重要性を強めている予防医療の効果を医療システムの中で解明していくために、その理論的検討と実証的な分析を行った。

辻 正重「医療政策検討用シミュレーターの開発」は、第1のマスター・モデルの改善を行ったものであり、これによって予防費用増大の直接的・間接的效果を把握する準備立てができたことになる。問題は、予防医療のビヘービアをモデル化できるに十分な資料を欠いているため、この開発が今後の課題になる。

地主重美「予防医療の経済分析」は、予防医療の需要について、経済理論的な考察を行ない、消費者が福祉(効用)の極大を図るという観点から期待効用モデルを提示した。これによって、予防のもたらす効果を定量的に把握するための理論的アプローチが明らかにされた。これを実証するために、健康水準指標と他の資料の整備と開発が必要であろう。

市川 洋「健康管理の費用と効果」は、集団検診等による健康管理に関し、具体的実験例にもとづく分析を行ない、費用と便益を試算したものである。この場合、健康管理システムのあり方が費用や効果に大きな影響をもつことに留意すべきであろう。

田中 滋・三上芙美子「勤労者家計における保健医療費支出と診療代支出の動向」は、ベルヌイ・ラプラス型効用関数から需要関数を導出し、これを用いて勤労者家計の医療サービス需要を明らかにしたものである。

以上の報告は、医療セクターのモデル化という第1次の課題に対する第1次接近である。モデルの総合化、資料の蒐集・整備、実証分析など、今後の残された問題が少くない。この課題を解決していくために、計画的な研究への取り組みが必要であろう。

医療政策検討用シミュレーターの開発

辻 正 重

I はじめに

高度経済成長の許されない環境下での、国民医療費の膨大化、健康保険財政の悪化、国家財政の緊迫化は、従来からの医療政策の有り方の再考を促している。老人医療無料化の見直し、保険料率の引上げ、保険制度の改変、出来高払制の導入、予防医療の充実などの各方面での志向が、これである。したがって今後の問題は、これらの個々の医療に関する政策の全体的観点からの検討、およびそれらの量的水準設定の検討である。これがためには、医療に関する諸政策と患者数、医療費、保険財政などの諸変数とを関係づけたシミュレーション・モデルが手段として必要である。前稿「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——」¹⁾は、このモデルの開発を試みたものであった。

本稿はこのモデルをより発展させることを狙っている。発展の方向は3つある。第1は、実際の政策に関連づけられるように、受療率、患者数、1人当たり医療費、医療費、保険関係の変数に保険種別の導入を行なうことである。第2は外生変数であった医師数を内生化することである。これは医師数についてすでに出来上っているモデル²⁾を当モデルに組み込むことである。第3は、今後の政策として重要視される健診システムをモデル内に考慮することである。

本モデルは前モデルと同様にダイナモ言語で表現されている。上述のモデルの発展方向に示されるように、ダイナモ言語はモデルの組み込み、拡大に便利さを示している。

II モデル作成の基本的認識

医療費は患者負担、医療供給などによって押えられる一方、医療の無料化政策、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大幅な伸びを示している。この医療費の増大が健康保険財政、国家財政を圧迫している。この財政危機は経済運営の自由度を狭め、経済成長の1つの制約要因となる可能性がある。財政再建のための保険料率や税率の引上げは、医療費の増加を

押える作用をするが、また経済成長の制約要因となりえる。他方医療費の増加は、医薬品産業、医療機器産業の成長をもたらす側面もある。

医療費増加を押える政策として、予防医療の整備が期待されている。これによって受療率を減少させると同時に、早期発見による回復率の向上および治療費の減少を期待するのである。これの実現には、人的資源、財政との関係が問題になる。

以上の基本的な関係のなかには大きく4つのループが存在する。第1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2は、医療需要→医療費→医療産業→経済成長(→歳入)→医療需要のループである。第3は、医療需要→医療費→医療費保健負担→保健財政→国庫負担→経済成長→所得→医療需要のループである。第4は、予防医療→医療需要→医療費→財政→予防医療である。これら医療・財政・経済の関係を反映したモデルを設計することが必要である。しかし財政と経済との関係づけが困難であるので、経済成長は外生変数としてモデル化せざるを得ない。

当モデルは健康保険種別の観点を入れているが、モデル全体との調和とデータとの関係から、すべての保険種に区分することはできない。そこで所属人口数(家族も含む)の多さに注目して、国民健康保険、政府管掌健康保険、組合健康保険、および残りを一括したその他健康保険の4つに区分した。

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、患者セクタ、医療供給セクタ、健診セクタ、医療費セクタ、保健財政セクタ、財政セクタ、GNPセクタ、医療産業セクタからなる。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、保険種別健診政策(健診対象人数)、保険種別保険料率、医療費患者負担率、医療費保険種別保険負担率、医科学士定員、租税率、診療報酬などである。代表的な内生変数は、保険種別年齢階層別の患者数、医療費、保険積立額、医療費国庫負担額、医薬品産業および医療機器産業出荷額などである。それ

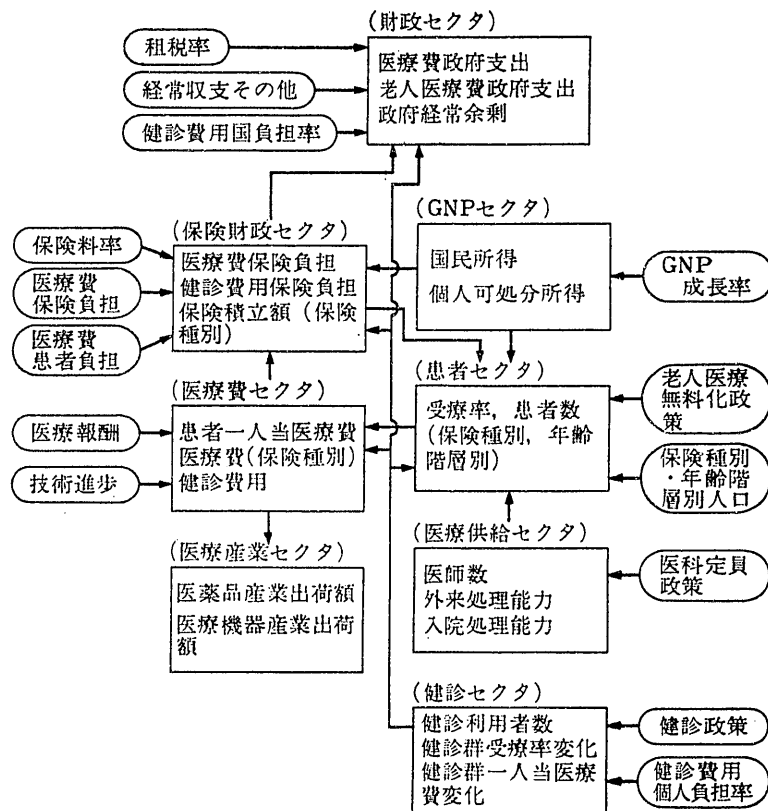


図1 モデルの全体像

に対して保険種別年齢階層別人口, 医療技術進歩, GNP 成長率などは, 外生変数として与えられる。

III モデルの概要

1. 患者セクタ

当セクタは, 保険種別・年齢階層別の患者数 (年間), 入院外来別・年齢階層別の患者数, 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。ここで 60 歳未満における受療率は, 時系列的に変化がほとんどないので, 60 歳未満で一括しても正確性を欠くことはないと考えられる。また入院外来別は, 両者の医療費の相違を反映させるためである。しかし本来ならば, 保険種別・入院外来別・年齢階層別の患者数を算出すべきであるが, データの関係から直接算出することはできなかった。本モデルでは, この患者数を算出する場合には, 保険種別・年齢階層別の患者数を, 入院外来別・年齢階層別の患者数で按分する。

各保険種の年齢階層別患者数は, 保険に所属する各年

齢階層の人口にその階層の受療率を乗じて算出する。60 歳未満の患者数 (変数名を患者数若とする) を例にすると次式になる。

患者数若 $j \cdot K = (\text{受療率若 } j \cdot K) (\text{人口若 } j \cdot K) (K \text{ はある時点を示す。} J \text{ は } K \text{ より一期前, } L \text{ は } K \text{ より一期後の時点を示す。} JK, KL \text{ はそれぞれ } J \text{ から } K, K \text{ から } L \text{ の期間を示す。} j \text{ は健康保険の種類である。人口若は 60 歳未満の人口数である。})$

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 40~51)^{3)・4)} 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 は保険種別・年齢階層別の指数と受療率の関係を示した例である。また入院外来別・年齢階層別の指数と受療率の関係は, 前稿¹⁾ ですでに示してある。これらの関係から受療率を医療費自己負担指数の Table 関数とする。

しかし受療率は, 老人医療無料化政策と健診システム

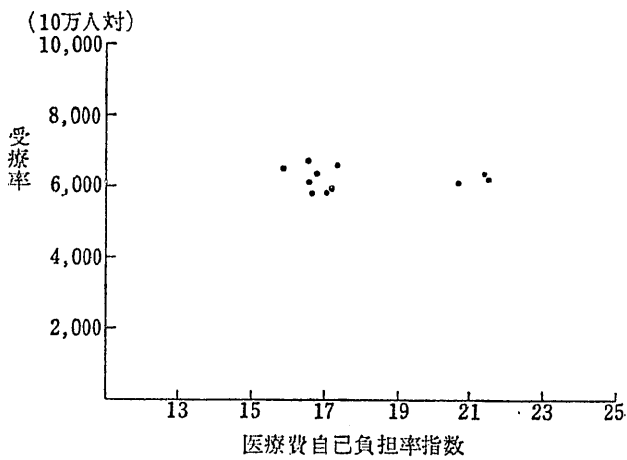


図2 受療率 若年，政府管掌保険

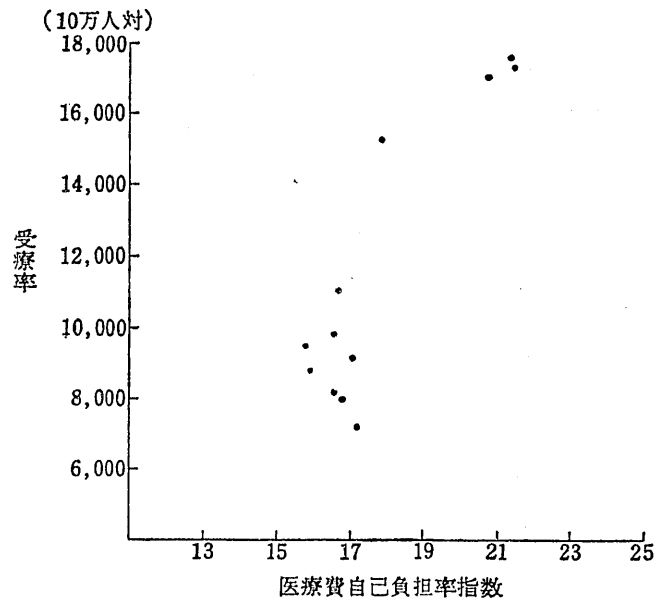


図5 受療率 70～，政府管掌保険

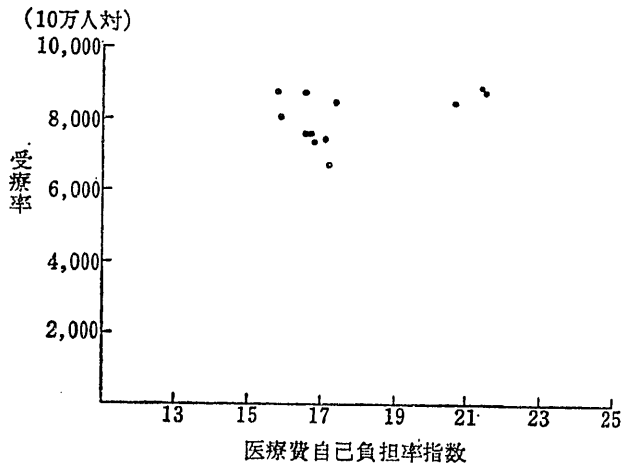


図3 受療率 60～64，政府管掌保険

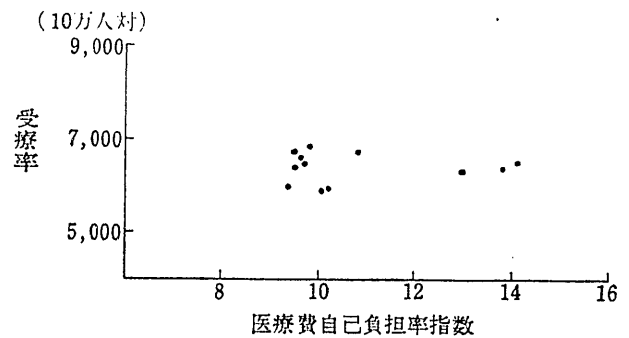


図6 受療率 若年，国民健康保険

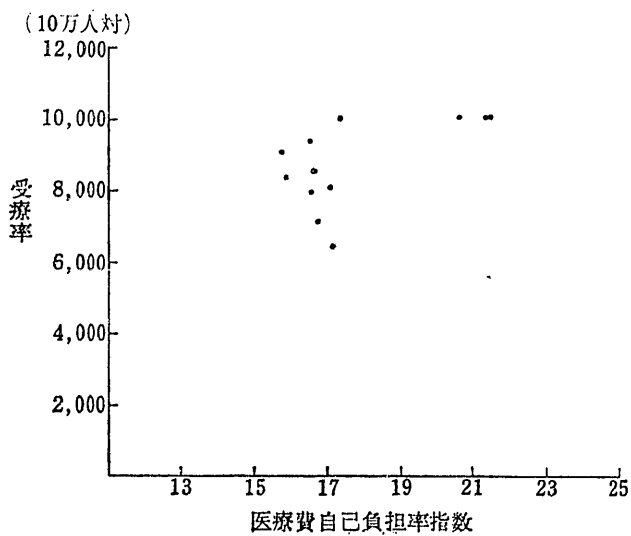


図4 受療率 65～69，政府管掌保険

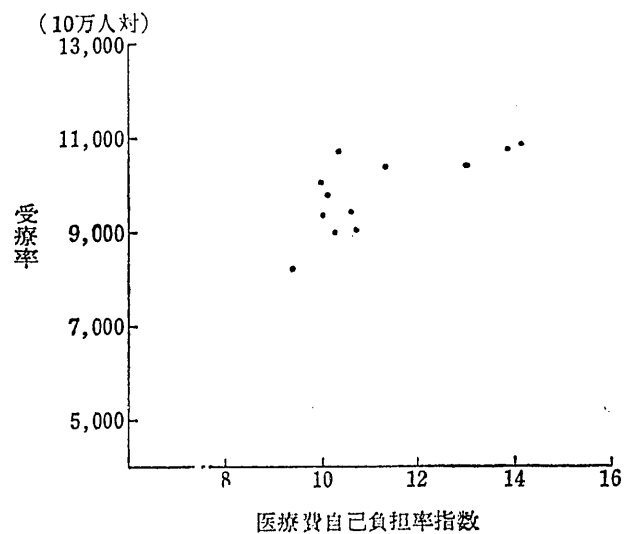


図7 受療率 60～64，国民健康保険

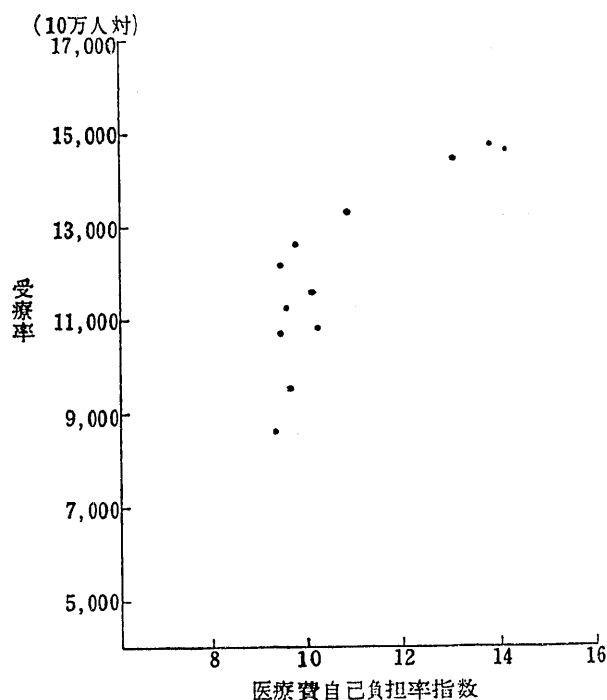


図8 受療率 65～69, 国民健康保険

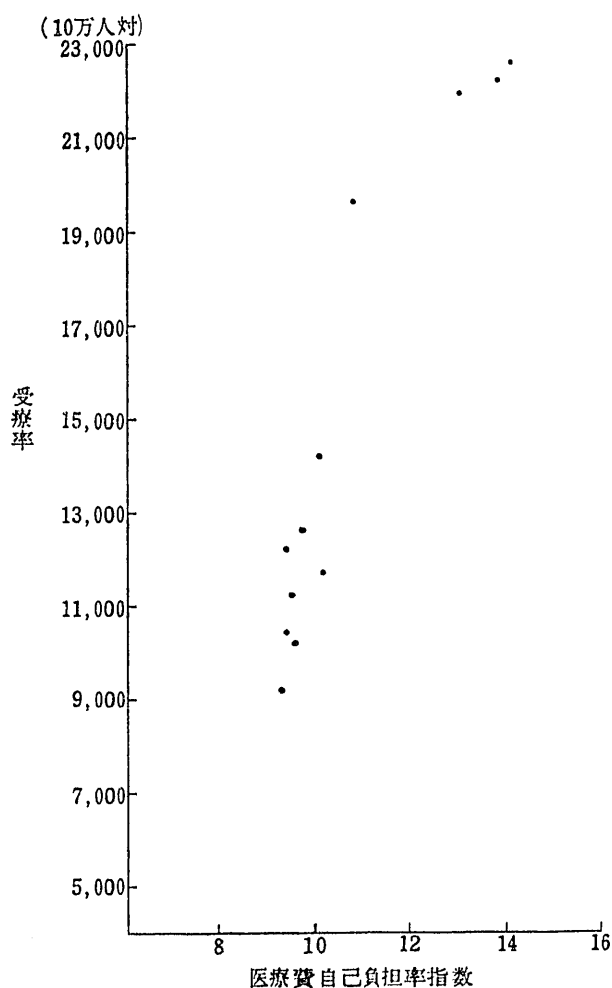


図9 受療率 70～, 国民健康保険

の影響を受ける。70歳以上の医療無料化政策が昭和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。そこで受療率は無料化政策が実施された場合、その対象となる階層の受療率は定数倍されるものとする。さらに健診を受けた人の受療率は変化する。変化する内容については健診セクタで説明する。この変化分を受療率に影響させる必要がある。そこで患者数は次式によって算出する。例として65歳以上70歳未満の階層・政管健保（政管患者数65とする）について示す。

政管患者数 $65 \cdot K = \text{政管健診群患者数 } 65 \cdot K + \text{政管非健診群患者数 } 65 \cdot K$

政管健診群患者数 $65 \cdot K = \sum_i (\text{政管健診政策 } i \cdot K) (\text{健診利用率} \cdot K) (\text{政管受療率 } 65 \cdot K) (\text{無料化政策 } 65 \cdot K) (\text{健診群受療率変化 } i \cdot K) (\text{政管人口 } 65 \cdot K) / (\text{政管人口} \cdot K)$

政管非健診群患者数 $65 \cdot K = (\text{政管人口 } 65 \cdot K - \sum_i (\text{政管健診政策 } i \cdot K) (\text{健診利用率} \cdot K) (\text{政管人口 } 65 \cdot K) / (\text{政管人口} \cdot K)) (\text{政管受療率 } 65 \cdot K) (\text{無料化政策 } 65 \cdot K)$

ここで i は、健診政策を検討してゆく各年度である。これについては健診セクタにおいて詳しく説明する。政管受療率 $65 \cdot K$ は、前述の図2～9から作成される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。無料化政策65は、この年齢階層の無料化政策を実施しない場合1、実施する場合(1+増加率)の値をとる政策変数である。健診群受療率変化は、健診を受けることによって影響を受ける受療率の変化率である。これについても健診セクタでその内容について説明する。

他の保険種別・年齢階層別の患者数も同様にして算出する。入院外来別・年齢階層別の患者数も、前稿で示したようにほぼ同様にして求める。

2. 医療供給セクタ

当セクタは、医師数を求め、それから入院患者処理能力、外来患者処理能力を算出し、患者セクタとの関係から実患者数を求める。

医師の流れは、一般につぎの4つのコースがある。

1) 大学卒業後開業医になる。2) 教育病院研修後開業医になる。3) 勤務医を経て開業医になる。4) 勤務医にとどまる。教育病院研修医は實際上、病院勤務医の一部と考えられること、また3)のコースのように病院勤務医の一部が開業医になることを考え合わせて、モデル上研修医セクタを設定した。そこで医師の流れは、図10の

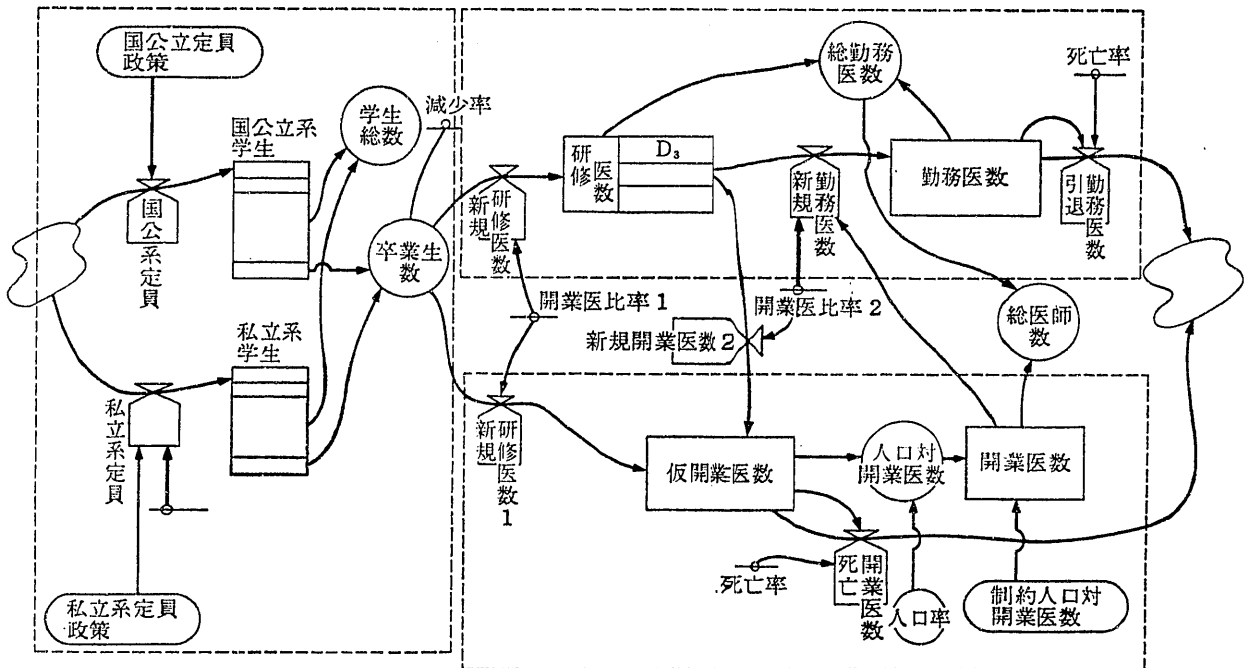


図10 医師の流れ

ようになる。すなわち大きく、学生サブセクタ、開業医サブセクタ、勤務医サブセクタに分かれる。

学生サブセクタは、国公立系と私立系において定員政策や定員の増減などの点で相違があるので、両者を区別する。学生入学者は、政策変数としての学生定員によって与えられる。入学者は6.5年内ではほぼ全員が医師の資格を取得するのが実態であるので、卒業と同時に医師になるとする。ただし退学者などが一定の割合でいるのでその分は除く。毎年度の入学者から卒業生を出すのは、6個のボックスカー、1年のシフト間隔とするBOXLIN(時間経過とともに変数値を移行する)を用いた。学生総数は6個のボックスカーの数値の合計で表現できる。

勤務医サブセクタでは次式で勤務医数を算出する。

新規研修医・ $KL = (\text{卒業生} \cdot K) (1 - \text{開業医化率} 1 \cdot K)$ (KL は K 時点からつぎの L 時点までの期間を示す)

開業医化率1は、医療技術進歩とともに研修に進む者が多くなり、時間の減少関数になっている。

当期研修医・ $K = \text{前期研修医} \cdot K + \text{新規研修医} \cdot JL - \text{研修修了医} \cdot JK$

研修修了医・ $KL = \text{DELAY } 3$ (新規研修医・ JK , 平均研修期間) (DELAY 3は3次指数遅れを示す)

勤務医・ $K = \text{勤務医} \cdot J + (DT)$ (新規勤務医・ $JK - \text{引退勤務医} \cdot JK$) (DT は時点 J から時点 K の間の時間間隔)

新規勤務医・ $KL = (\text{研修修了医} \cdot JK) (1 - \text{開業医化率}$

$2 \cdot K) + (\text{仮開業医} \cdot K - \text{当期開業医} \cdot K)$

開業医サブセクタでは以下の式で開業医を算出する。

新規開業医・ $K = (\text{卒業生} \cdot K) (\text{開業医化率} 1 \cdot K) + (\text{研修修了医} \cdot JK) (\text{開業医化率} 2 \cdot K)$

開業医化率2も、開業医になる期間が年々長期化しているので、時間の減少関数とする。この新規開業医がそのまますべて開業医となるとは限らない。最近の開業医数の増加に伴い人口に対する開業医数が増加し、開業魅力が減退しているからである。そこで開業医数は、前期開業医数と上述の新規開業医数および死亡開業医数から仮開業医数を出し、これによる「人口10万人当り仮開業医数」が、「制約人口10万人当り開業医数」を越えないように開業医数が決まる。

仮開業医・ $K = \text{前期開業医} \cdot K + \text{新規開業医} \cdot K - (\text{前期開業医} \cdot K) (\text{死亡率} \cdot K)$

人口10万人当り開業医・ $K = \text{MIN}(\text{人口10万人当り仮開業医} \cdot K, \text{制約人口10万人当り開業医} \cdot K)$

当期開業医・ $K = (\text{人口10万人当り開業医} \cdot K) (\text{人口} \cdot K)$

総医師数は、当期研修医数、勤務医数、当期開業医数の合計となる。

患者処理能力は、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1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、病床数から

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	5.42	0.92	26.19
31	5.82	0.86	24.50
32	6.09	0.86	31.11
33	6.32	0.89	31.56
34	6.53	0.87	32.59
35	6.66	0.89	37.62
36	6.87	0.88	39.65
37	7.14	0.91	40.99
38	7.46	0.92	44.60
39	7.71	0.96	43.63
40	7.99	0.93	45.67
41	8.29	0.92	49.73
42	8.63	0.92	49.22
43	8.83	0.93	51.44
44	8.91	0.91	52.40
45	8.93	0.91	52.74
46	8.79	0.90	43.90
47	8.82	0.92	44.67
48	8.91	0.94	53.41
49	8.93	0.92	50.45
50	8.79	0.89	51.72
51	8.78	0.92	52.11
52	8.73	0.92	51.47

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。同様に医師数から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、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。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。

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

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

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

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 は両変数の小さい方の値をとることを示す)

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

実患者総数・ $K = \text{入院実患者総数} \cdot K + \text{外来実患者総数} \cdot K$

保険種別, 年齢階層別の実患者数は, 実患者総数・ K

/患者総数・ K で修正する。政管保険の 65 歳～70 歳階層で例を示すとつぎのようになる。

政管実患者数 $6.5K = (\text{政管患者数 } 65 \cdot K) (\text{実患者総数} \cdot K / \text{患者総数} \cdot K)$

他についても同様の処理を行なう。

3. 健診セクタ

当セクタは健診制度を普及させた場合の諸影響をアウトプットする。

健診政策として保険種別に健診対象人数を与える。これは時系列的に増加させていってよい。政管保険を例にするとつぎのように与える。

政管健診政策 $1 \cdot K = \text{TABLE} (\text{政健策 } 1, \text{TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

政健策 $1 = 500/500/500/500/500$

政管健診政策 $2 \cdot K = \text{TABLE} (\text{政健策 } 2, \text{TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

政健策 $2 = 0/500/500/500/500$

政管健診政策 $3 \cdot K = \text{TABLE} (\text{政健策 } 3, \text{TIME} \cdot K, 1980, 1984, 4)$

政健策 $3 = 0/0/500/500/500$

⋮

政管健診政策 $5 \cdot K = \text{TABLE} (\text{政健策 } 5, \text{TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

政健策 $5 = 0/0/0/0/500$

これは政管健保の健診対象人数を 1980 から 1985 まで 1 年ごとに 500 人ずつ毎年増加させることを意味する。

健診費用は 1 人当り昭 48 年ベースで 1 万～1.2 万円とする。これは全国的平均値である。

健診の対象になった人がすべて健診を受けるとは限らない。またこの健診を受ける率は、個人負担によっても相違すると考えられる。そこで健診個人負担率を政策として与え、健診利用者を以下のようにして算出する。

政管健診利用率・ $K = \text{TABLE} (\text{政健利用率}, \text{政管健診個人負担率} \cdot K, 0, 1, 0.5)$

政健利用率 $= 0.95/0.85/0.70$

これは図 11 を表現したものである。

政管健診利用者数 $65 \cdot K = (\sum_i \text{政管健診政策 } i \cdot K) (\text{政管健診利用率} \cdot K) (\text{政管人口 } 65 \cdot K) / (\text{政管人口} \cdot K)$

これは健診利用率は各年齢階層で同じであると仮定している。この健診利用者数は患者セクタへインプットされる。

つぎにこの健診を受けたことの影響率および 1 人当り

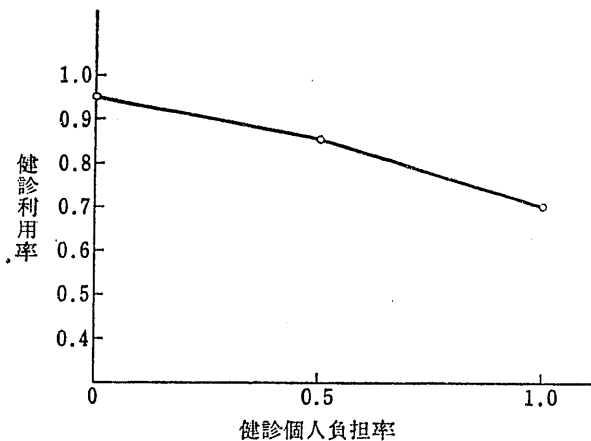


図 11 健診負担率と健診利用率の関係

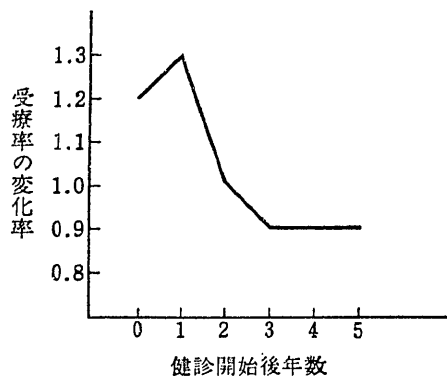


図 12 健診後の受療率変化

医療費への影響が問題になる。

受療率は一般に健診直後増加し、徐々に低下すると考えられる。そこで資料⁶⁾を参考にして図12のように仮定する。したがって健診利用者の受療率は変化する。それを健診群受療率変化とする。将来5年について健診政策の影響を検討するとつぎようになる。

健診群受療率変化 $1 \cdot K = \text{TABLE (健受変 1, TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

健受変 $1 = 1.2/1.3/1.0/0.9/0.9$

健診群受療率変化 $2 \cdot K = \text{TABLE (健受変 2, TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

健受変 $2 = 1/1.2/1.3/1.0/0.9$

健診群受療率変化 $3 \cdot K = \text{TABLE (健受変 3, TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

健受変 $3 = 1/1/1.2/1.3/1.0$

⋮

健診群受療率変化 $5 \cdot K = \text{TABLE (健受変 5, TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

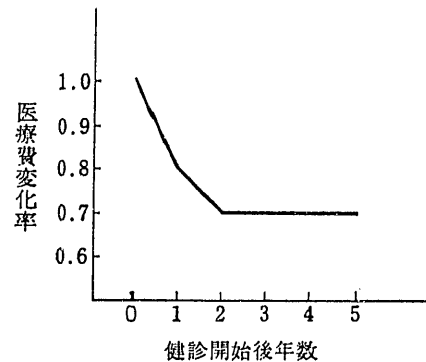


図 13 健診後の医療費変化

健受変 $5 = 1/1/1/1/1.2$

健診群受療率変化と前述の健診利用者数は、既述の患者セクタへインプットされる。

つぎに1人当り医療費への影響であるが、図13のように健診によって減少するものと考えられる⁶⁾。そこで受療率変化と同様に健診群1人当り医療費変化をつぎのように表現する。

健診群1人当り医療費変化 $1 \cdot K = \text{TABLE (健医変 1, TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

健医変 $1 = 1/0.8/0.7/0.7/0.7$

⋮

健診群1人当り医療費変化 $5 \cdot K = \text{TABLE (健医変 5, TIME} \cdot K, 1980, 1984, 1)$

健医変 $5 = 1/1/1/1/1$

この変化は、医療費セクタへインプットされる。

また各健保の健診費用負担は、政管健保を例にとるとつぎようになる。

政管健診費用負担額 $\cdot KL = (\sum \text{政管健診利用者 } i \cdot K) (\text{健診費用} + K) (1 - \text{政管健診個人負担率} \cdot K - \text{国庫健診負担率} \cdot K)$

この健保負担、国庫負担は財政セクタへ入る。

4. 医療費セクタ

当セクタは保険種別医療費、総医療費を算出する。年齢によって患者1人当り医療費にかなりの相違があるので若年・老年別に医療費を求める。またこれに入院・外来別も考慮すべきであるが、データの関係から別々に求め、保険別・年齢階層別・入院外来別医療費は、保険別・年齢階層別医療費を、入院外来別・年齢階層別医療費で比例配分して算出する。なおここでの医療費は医療に要した費用で、患者が直接支払う費用ではない。この医療費の支払は、保険、公費、患者によって負担される。政

管健保を例にして示すと以下の通りである。

政管医療費若・ $K = \sum (\text{政管健診政策 } i \cdot K) (\text{健診利用率} \cdot K) (\text{政管受療率若} \cdot K) (\text{健診群受療率変化 } i \cdot K) (\text{政管1人当り医療費若} \cdot K) (\text{健診群1人当り医療費変化 } i \cdot K) (\text{無料化政策若} \cdot K) (\text{政管人口若} \cdot K) / (\text{政管人口} \cdot K) + (\text{政管人口若} \cdot K - \text{政管健診利用者数若} \cdot K) (\text{政管受療率若} \cdot K) (\text{政管1人当り医療費若} \cdot K)$

ここで～若とは、60歳未満の年齢階層である。また上式よりわかるように健診を受ける率は、各年齢階層とも同じであると仮定している。

政管1人当り医療費若・ $K = \text{政管1人当り医療費若} \cdot J + (DT) (\text{政管1人当り医療費若増分} \cdot JK)$

前稿¹⁾と同様、この増分を出す増加率を医療費増加指数(診療報酬増加率×技術進歩増加率)の関数とした。この両者の関係は、図14～図15のようになる。保険種別に細分したことによって、図からわかるように前稿の場合よりも両者の関係は不明確になっている。

5. 保険財政セクタ

当セクタは、保険種別の保険財政状態を算出する。健

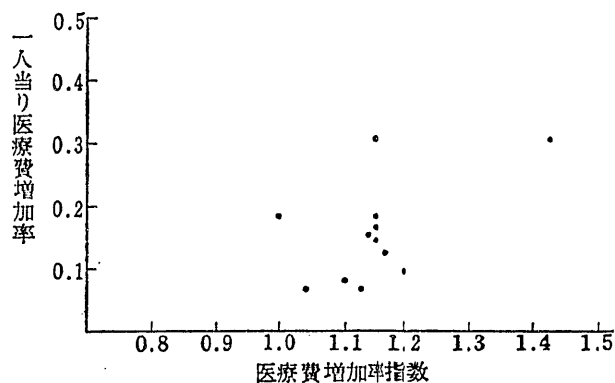


図14 患者1人当り医療費増加率, 組合健康保険, 若年

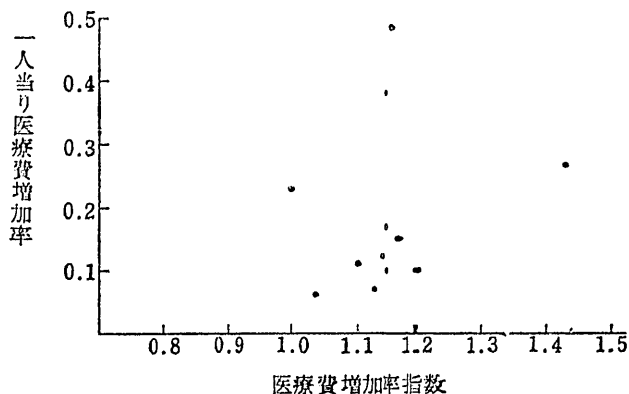


図15 患者1人当り医療費増加率, 組合健康保険, 老年

表2 保険別保険料と保険料率
(政府管掌健康保険, 組合健康保険)

(単位: 億円, %)

年度	政 府 管 掌		組 合	
	保 険 料	保 険 料 率	保 険 料	保 険 料 率
40	2,210	3.50	1,852	4.22
41	2,730	3.59	2,281	4.35
42	3,295	3.70	2,669	4.14
43	3,908	3.63	3,144	3.97
44	4,514	3.57	3,738	3.85
45	5,232	3.51	4,566	3.75
46	5,900	3.62	5,414	3.86
47	6,641	3.47	6,171	3.71
48	8,121	3.49	7,750	3.71
49	10,862	3.77	10,623	4.01
50	12,878	3.96	12,572	4.17
51	14,937	4.08	14,741	4.37

(国民健康保険, その他の健康保険)

(単位: 億円, %)

年度	国 民		そ の 他	
	保 険 料	保 険 料 率	保 険 料	保 険 料 率
40	944	0.82	1,065	2.72
41	1,066	0.81	871	1.96
42	1,266	0.82	721	1.34
43	1,544	0.86	687	1.12
44	1,829	0.87	762	1.20
45	2,181	0.88	1,216	1.64
46	2,590	0.94	523	0.66
47	3,014	0.95	1,994	2.36
48	3,583	0.96	1,389	1.34
49	4,768	1.05	8,872	6.84
50	5,912	1.16	14,723	9.89
51	7,501	1.33	16,508	9.39

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となる。政管健保を例とする。

政管健保積立額・ $K = \text{政管健保積立額} \cdot J + (DT) (\text{政管保険料} \cdot JK - \text{医療費政管負担分} \cdot JK - \text{政管健診費用負担額} \cdot JK)$

ここで政管保険料, 医療費政管負担分は次式による。なお政管健診費用負担額は健診セクタからインプットされる。

政管保険料・ $KL = (\text{政管国民所得} \cdot K) (\text{政管保険料率} \cdot K)$

政管国民所得・ $K = (\text{国民所得} \cdot K) (\text{政管国民所得比率} \cdot K)$

医療費政管負担分・ $KL = (\text{政管医療費} \cdot K) (\text{政管医療費保険負担率} \cdot K)$

表 3 保険別患者負担分

(政府管掌健康保険, 組合健康保険)

(単位: 億円, %)

年度	保険別	政 府 管 掌		組 合	
		患者負担額	患者負担率	患者負担額	患者負担率
40		560	5.0	388	3.5
41		652	5.0	451	3.5
42		756	5.0	547	3.6
43		915	5.1	674	3.7
44		1,055	5.1	810	3.9
45		1,210	4.8	988	4.0
46		1,282	4.7	1,101	4.0
47		1,670	4.9	1,451	4.3
48		1,929	4.9	1,731	4.4
49		2,269	4.2	2,090	3.9
50		2,657	4.1	2,468	3.8
51		3,108	4.1	2,863	3.7

(国民健康保険, その他の健康保険)

(単位: 億円, %)

年度	保険別	国 民		そ の 他	
		患者負担額	患者負担率	患者負担額	患者負担率
40		1,017	9.1	347	3.0
41		1,134	8.7	383	2.9
42		1,313	8.7	458	3.0
43		1,535	8.5	521	2.9
44		1,760	8.5	527	2.5
45		2,020	8.1	603	2.4
46		2,161	7.9	625	2.3
47		2,770	8.1	736	2.2
48		3,104	7.9	862	2.2
49		3,588	6.7	1,022	1.9
50		4,159	6.4	1,218	1.9
51		4,772	6.2	1,493	1.9

表 4 保険別保険者負担分

(政府管掌健康保険, 組合健康保険)

(単位: 億円, %)

年度	保険別	政 府 管 掌		組 合	
		保険者負担額	保険者負担率	保険者負担額	保険者負担率
40		2,443	20.8	1,509	12.9
41		2,861	21.2	1,735	12.8
42		3,251	20.2	1,984	12.7
43		3,788	20.6	2,367	12.9
44		4,423	20.6	2,832	13.2
45		5,351	21.0	3,566	14.0
46		5,684	20.5	3,934	14.2
47		6,884	21.3	4,910	13.6
48		8,183	20.7	6,012	15.2
49		11,694	21.7	8,499	15.8
50		13,870	21.4	10,288	15.9
51		16,471	21.5	12,169	15.9

(国民健康保険, その他の健康保険)

(単位: 億円, %)

年度	保険別	国 民		そ の 他	
		保険者負担額	保険者負担率	保険者負担額	保険者負担率
40		2,015	17.2	1,475	12.5
41		2,425	17.9	1,728	12.8
42		3,034	19.4	1,945	13.0
43		3,860	21.0	2,266	12.2
44		4,464	20.7	2,588	12.0
45		5,357	21.0	3,046	11.8
46		6,135	22.1	3,119	11.3
47		7,817	21.5	3,790	12.4
48		9,332	23.6	4,240	10.8
49		13,077	24.3	6,031	11.3
50		16,280	25.1	7,495	11.6
51		19,711	25.7	8,952	11.6

政管医療費・ K = 政管医療費若・ K + 政管医療費老・ K

他の健保についても同様の型で定式化される。

ここで国民所得, 各保険国民所得比率は外生変数である。また各保険の保険料率, 医療費保険負担率は政策変数であるが, 過去の実績値は表2～表4に示す通りである。

6. 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, 健診費用政府補助の合計である。それぞれ次式から算出される。

非老人医療費政府負担・ $K = \sum_i (\text{医療費 } i \cdot K) (1 - \text{保険負担率 } i \cdot K - \text{患者自己負担率 } i \cdot K)$

i は各保険である。

保険補助・ $K = \text{政管健保補助} \cdot K + \text{組合健保補助} \cdot K + \text{国民健保補助} \cdot K + \text{その他健保補助} \cdot K$

各保険補助はつぎのように出す。

もし (政管保険料・ $JK - \text{医療費政管負担分} \cdot JK) \geq 0$ なら

政管健保補助・ $K = 0$

もし (政管保険料・ $JK - \text{医療費政管負担分} \cdot JK) < 0$ で,

もし (政管健保積立額・ $J + (\text{政管保険料} \cdot JK - \text{医療費政管負担分} \cdot JK)) \geq 0$ なら 政管健保補助・ $K = 0$

もし (政管健保積立額・ $J + (\text{政管保険料} \cdot JK - \text{医療費政管負担分} \cdot JK)) < 0$ なら 政管健保補助・ $K = \text{医療費政管負担分} \cdot JK - \text{政管保険料} \cdot JK$

他の健保補助も同様にして算出する。ただしこの定式化はダイナモ言語では不能なので、FÖRTRAN 言語で表現し、ダイナモ・プログラムの中に FÖRTRAN 関数として組み込む。

老人医療費政府負担・ K = 政管老人医療費政府負担・ K + 国保老人医療費政府負担・ K + 組保老人医療費政府負担・ K + その他老人医療費政府負担・ K

政管老人医療費政府負担・ K = 健診群政管老人医療費政府負担・ K + 非健診群政管老人医療費政府負担・ K

健診群政管老人医療費政府負担・ K = (政管実患者数 $60 \cdot K$) (老人医療無料化政策 $60 \cdot K$) + (政管実患者数 $65 \cdot K$) (老人医療無料化政策 $65 \cdot K$) + (政管実患者数 $70 \cdot K$) (老人医療無料化政策 $70 \cdot K$) ($\sum_i$ (政管健診政策 $i \cdot K$) (健診群受療率変化 $i \cdot K$) (健診群 1 人当り医療変化 $i \cdot K$) (政管健診利用率・ K) (政管 1 人当り医療費老・ K) / (政管人口・ K))

非健診群政管老人医療費政府負担・ K = ((政管人口 $60 \cdot K$ - 政管健診利用者 $60 \cdot K$) (政管受療率 $60 \cdot K$) (老人医療無料化政策 $60 \cdot K$) + (政管人口 $65 \cdot K$ - 政管健診利用者 $65 \cdot K$) (政管受療率 $65 \cdot K$) (老人医療無料化政策 $65 \cdot K$) + (政管人口 $70 \cdot K$ - 政管健診利用者 $70 \cdot K$) (政管受療率 $70 \cdot K$) (老人医療無料化政策 $70 \cdot K$)) (政管 1 人当り医療費老・ K)

ここで添字 60 は 60 歳以上 65 歳未満、添字 65 は 65 歳以上 70 歳未満、添字 70 は 70 歳以上をそれぞれ表わす。またここでの各老人医療無料化政策は、無料化政策を実施しない場合は 0、完全実施する場合は 1 の値をとる政策変数である。

健診費用政府補助・ K = ($\sum_i$ (健診利用者数若 $i \cdot K$ + 健診利用者数 $60 i \cdot K$ + 健診利用者数 $65 i \cdot K$ + 健診利用者 70 数 $i \cdot K$) (国庫健診負担額・ K) (1 人当り健診費用・ K))

財政状況は政府経営余剰で見るとして、定義より次式になる。

政府経常余剰・ K = 租税・ K + 保険料・ K + その他の経常収入・ K - 医療費国負担・ K - その他の経常支出・ K

租税・ K = (国民所得・ K) (租税率・ K)

ここでその他の経常収入、経常支出は、外生変数として与えられる。

7. GNP セクタ

当セクタは、GNP 成長率を外生変数としてを求め、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 の一次式として、昭和 30~48 年⁴⁾の実績値によって回帰分析を行なった。その結果次式を得た。

国民所得・ K = (0.08) (GNP・ K) + 1675.2

可処分所得・ K = (0.67) (GNP・ K) + 3470.4

それぞれ重相関係数 0.99 である。可処分所得は、定義から次のようにしてもよい。

可処分所得・ K = 国民所得・ K - 租税・ K - 保険料・ K - その他支出・ K

その他支出は外生変数となる。外生変数を減少させるために本モデルは前者の式を採用する。

この国民所得、可処分所得は患者セクタへ直結する。

8. 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

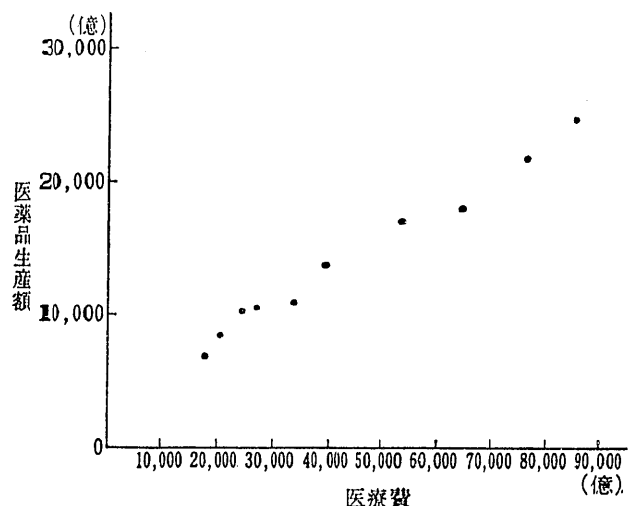


図 16 医薬品生産額と医療費の関係

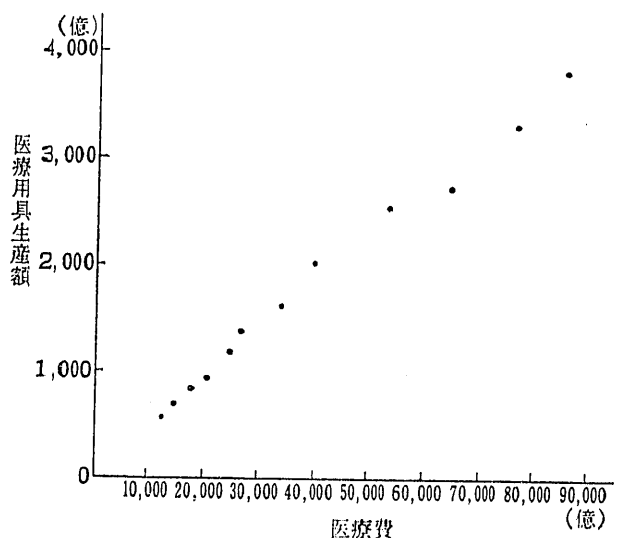


図 17 医療用具生産額と医療費の関係

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は言うまでもなからう。図15～図16は、それぞれの関係を示したものである。そこで両産業の生産額を、医療費のテーブル関数とする。

IV 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、

財政などの内生変数の説明を試みた。シミュレーション期間は、昭和40年から昭和52年まで、計算単位時間(DT)を1年とした。これはデータとの関係を考慮してである。

このシミュレーションでは、医師数、技術進歩、GNP成長率、各保険の年齢階層別人口などの外生変数、および老人医療無料化政策、保険種別保険料率、医療費患者負担率、医療費保険種別保険負担率、医科学生定員、租

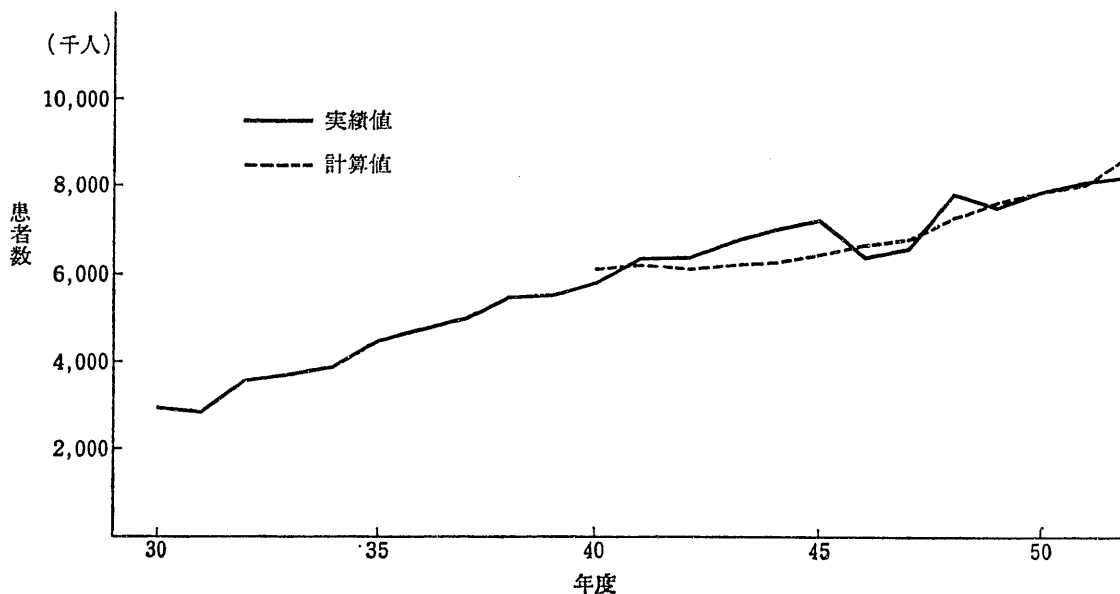


図 18 患者数の実績値と計算値

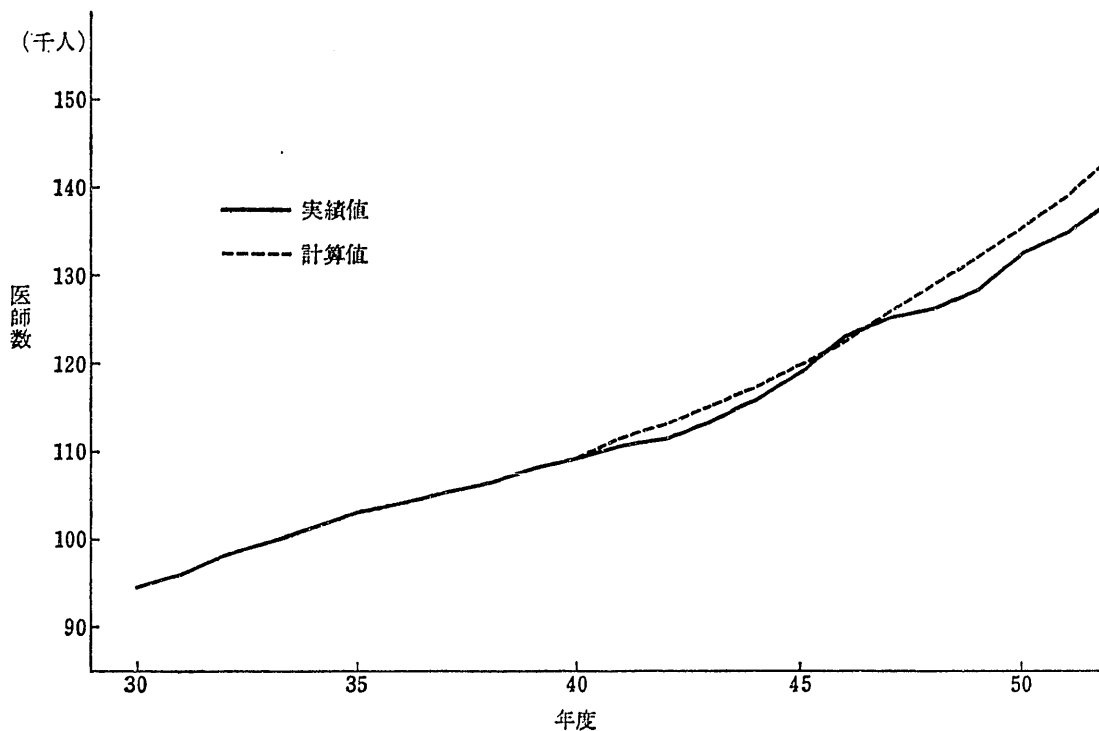


図 19 医師数の実績値と計算値

税率などの政策変数は、過去の実績値を用いる。また各受療率と医療費自己負担指数との関係、各患者 1 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 2～9, 図 14～15 などから得た Table 関数である。さらに健診セクタはこのシミュレーションでは影響のないようになっている。

以上のような条件下でシミュレートした主な内生変数についての計算結果を、その実績値と比較したのが図 18～図 19 である。図からわかるように計算値は実績値を説明していると思われる。

V おわりに

前稿の「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——」を大幅に改善して、医療政策検討用シミュレーション・モデルとしてよりよいものが開発されたと言えよう。とくに健診システムの影響が検討できるように健診セクタを組み込んだが、これによってモデルは大幅に複雑になり、ほぼ全面的なモデルの変更となった。また健診群の受療率の時間的変化を組み込むのにプログラム上の工夫がなされた。

しかしながら今回はモデル設計の段階で、過去の実績値を説明させることで終わっている。つぎにこのモデルを用いて健診政策を含む諸政策の将来への影響を検討し、

諸政策に関する意味論的な結論を得ることが必要と考えられる。

モデル上の今後の問題は、患者 1 人当り医療費のよりよい説明が必要かと考えられる。また各政党が出している保険に関する政策が検討できるようにミクロなモデルにすることが考えられる。

最後に資料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・森永耕吾氏、森野敦夫氏に感謝いたします。

参考文献

- 1) 辻 正重；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——，季刊社会保障研究，Vol. 15, No. 2, pp. 47～56, 1979.
- 2) 辻 正重，西 三郎；システム・ダイナミッ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)，pp. 458～459, 1977.
- 3) 厚生省統計協会；国民衛生の動向（昭和 54 年度版），大蔵省印刷局，1979.
- 4) 総理府統計局；日本統計年鑑（昭和 54 年度版），日本統計協会，1979.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部資料；国民医療費.
- 6) 石川島播磨重工業健保組合事業年報，昭和 53 年度版.

予 防 医 療 の 経 済 分 析

地 主 重 美

I はじめに

人口高齢化の進行とともに医療費が急増し、国民総医療費の対 GNP は、わが国でもすでにほぼ 5 % の水準に達している。人口高齢化率の比較的低い現状から推測して、今後 20~30 年後の高齢化のピーク時における国民医療費の規模が、現在の先進諸国の水準をはるかに上回るようなものになることは確かである。医療保障の財政問題が深刻化しているのは、ひとりわが国だけのことではないが、高齢化の将来を展望するかぎり、わが国のそれは、他の先進国に比べていっそう重大であるとみななければならぬ。

医療費の増大をもって、ただちに治療に必要な社会的な疾病とみるのは誤りであろう。これによって国民の健康水準が改善され、人々が高水準の国民医療費を拒否しないかぎり、これは、他の部門への支出、他の部門への資源配分よりも医療部門へのそれを選択したことを意味するからである。しかし、各種の世論調査をみるかぎり、必ずしも高医療費が人々の正しい選好の表明とみなすことはできない。

高齢化社会において、医療費の上昇は避けられないとするならば、この上昇率を抑制し、しかもその効率化を図ることが今日最も重要な課題であるといわなければならない。予防医療への関心が急速に高まってきた理由の 1 つはそれである。

ところが、予防の効果について、現在必ずしも明確な結論がでていないわけではない。理論的にも実証的にもなお考察すべき多くの問題がのこされているのである。ここでは、主として理論的な側面から、予防効果を検討するための枠組を考えてみることにしよう。

II 予防と期待効用効果

わが国では、医療費総額の約 70 % が医療保険を通して支出されている。医療ニードと、これに対応する医療費の支出は、この大部分が不確実な確率事象だとみることができる。A. マーシャルは、「危険回避型の個人は、

数理的に公正な保険料のつく保険を購入することによって福祉が向上する」とのべているが、K. アローはこの考え方をさらに押しすすめて、保険の経済モデルを提起した。

いま、単純化されたモデルによって説明してみよう。まず、ある代表的家計が、将来（期末）について 2 つの可能性を予想するものとしよう。1 つは家族全員で医療費は零になる、という予想であり、もう 1 つは家族員に病気が発生し、 E 円の医療費が必要になるかもしれない、という予想である。第 2 に、期首、この家計の所有資産は W 円であったとしよう。このとき、期末の所有資産は第 1 の予想では、 W 円、第 2 の予想では $(W - E)$ 円になる。第 3 に病気発生確率を $\rho (0 < \rho < 1)$ とする。したがって、期末における所有資産の数学的期待値は、

$$\rho(W - E) + (1 - \rho)W = W - \rho E \quad (1)$$

となる。

以上のことから、もし危険回避型の家計が年初に ρE の保険料を支払い、病気のときに E 円を受取り、健康のときには全く保険金が 0 になるような数理的に公正な保険によって、不確かさと確かさを交換するならば、家計の福祉は増大するであろう。

いま、家計が期待効用の極大を求めて行動するものとしよう。期待効用は、健康時の効用 $U(W)$ と病気発生時の効用 $U(W - E)$ の加重平均値にひとしい。また、公正保険に加入したときの効用は $U(W - \rho E)$ である。したがって

$$U(W - \rho E) > (1 - \rho)U(W) + \rho U(W - E) \quad (2)$$

保険に加入せず、 E だけの費用発生によって生ずる期末資産の効用は AD 、病気の発生しないときの期末資産の効用は CG であるから、 ρ の確率で病気が発生するような場合の期末の期待効用は BF である。このとき保険に加入し ρE の保険料を支払うような場合の期待効用は BE であるから、保険に加入したときには、保険に加入しないときよりも期待効用が高くなる。これは、家計が危険回避的であること、すなわち資産について限界効用逓減が仮定されているからである。

右辺は、病気発生確率の予防費用弾力性を表わしている。(12)の左辺の数値がこの弾力性の絶対値をこえるとき、予防の効果は正である。これが成立するためには、(11)の必要条件に加えてさらにきびしい条件を満たさなければならぬ。簡単にいうと、予防費用の増加による効用効果が、病気発生確率の低下による効用効果を大幅にこえていることである。

III 予防・健康水準・期待効用

上記の分析では、予防が期末資産に影響を与え、これが期待効用を変化させる場合を扱ったが、予防によって人々の健康水準が高まり、これが期待効用を高めるようなケース——この方がより一般的と思われるが——は考察の外におかれている。ここでは、健康水準が資産ないし所得と同様に期待効用に影響する、より拡大されたモデルを考えてみよう。

消費者の効用関数は次のようになる。

$$u = u(H, x)$$

ここで

H : 健康

x : 消費財

また

$$H_t = H_{t-1} - l + g(P, m) \quad (13)$$

l は病気であり、これは確率変数である。 P は予防費用、 m は医療サービスであるとすれば、 g は健康増進関数である。予防、医療、および消費財の単価をそれぞれ p_p, p_m, p_x とする。また、予防、医療、消費財の消費にはそれぞれ t_p, t_m, t_x の時間がかかるものとする。消費者の利用できる時間総数を T 、賃金率 w とする。また病気したときには利用可能な時間が喪失するのでこれを L とおく。このとき、消費者の予算制約条件下の期待効用は次のようになる。

$$\begin{aligned} E(u) = & (1-\rho)\{u[x, H+g(K)] - \lambda_1[-wT \\ & + (p_x + wt_x)x_1 + (p_p + wt_p)P] + \rho\{u[x, H-l \\ & + g(P, m)] + \lambda_2[-w(T-L) - (p_x + wt_x)x + (p_p \\ & + wt_p)P + (p_m + wt_m)m]\} \end{aligned} \quad (14)$$

これを P で微分し、均衡の必要条件を求めると次のようになる。

$$\begin{aligned} \frac{\partial E(u)}{\partial P} = & (1-\rho)\{U_H g_p + \lambda_1[P_p + wt_p]\} + \rho\{U_H g_p \\ & + \lambda_2[P_p + wt_p]\} - \frac{\partial \rho}{\partial P}[U(x_1, H_1) - U(x_2, H_2)] \\ = & 0 \end{aligned} \quad (15)$$

予防の最適条件は、健康状態と疾病状態のそれぞれの一

次条件の加重値に、予防による病気発生確率の減少効果をプラスしたものにひとしい。

ここで予防による期待効果への影響は、3の効果の合成であることがわかる。すなわち

$$\begin{aligned} V = & (p_m + wt_m)E(\Delta m) + wE(\Delta T) \\ & + p_H E(\Delta H) \end{aligned} \quad (16)$$

である。右辺は左から病気減少による所得(および時間)効果、可処分時間の増加の経済効果ならびに健康水準の上昇による経済効果である。

IV 予防の問題点

予防医療の拡大に当たって、関係者の利害は必ずしも一致しているわけではない。

1. 保険と予防医療

予防の結果、医療費が低下していくものと仮定すれば、医療保険の保険者もその利益にあずかることになり、積極的に予防給付を行うことになるかもしれない。しかしこれは、予防の効果が、短期的にかつ顕著にあらわれる場合のはなしである。もしも効果が長い期間を経過してはじめて表われるような場合には別である。とくにわが国のように、保険制度が群立し、被保険者が就業形態や職場の移動によって制度の間を移動するようなときには、むしろ予防給付の導入には消極的になる。なぜならば、自分の保険による予防給付の効果が他の保険に漏出し、当該保険者の利益にならないからである。また事業主も、このような予防給付の費用調達のために保険料負担が増大することには反対するであろう。

2. 予防的検査の信頼性

予防給付が保険にとり入れられると、しばしば、検査の過度利用が行われるばかりでなく、検査の信頼性に問題が生ずる場合がある。端的にいうと、第1は患者を見落すケース、すなわち“false-negative”であり、第2は患者でないのに誤って患者とするケース“false-positive”である。予防費用に自己負担が伴わず、保険給付されるか、あるいは別の形で公的支出で行われる場合には、むしろ第2のケースが問題になる。false-positive は、予防的検査の純期待費用であり、いわば一種の浪費である。これは

$$W = f(p_m + wt_m)m \quad (17)$$

にひとしい。ここで f は false-positive の発生確率である。したがって、false-positive についての十分な情報をもっている患者や医師にとって、予防的検査の価値 V_n は次の通りである。

$$V_n = V - f(p_m + wt_m)m \quad (18)$$

表 Results of Automated Multiphasic Health testing, Health Evaluation Centre

	Initial Testing			Followup of abnormal results				
	検体数	Abnormal		追跡数	False Positive		Confirmed Abnormal	
		数	%		数	%	数	%
Vision	1,098	488	44.0	378	118	31.6	260	23.7
Spirometry	1,078	332	30.8	329	93	28.3	236	21.9
Audiometry	1,153	332	28.8	263	52	19.8	211	18.3
Blood Chemistry	1,135	273	24.1	264	89	33.7	175	15.4
Weight	1,155	246	21.3	246	0	0	246	21.3
Urinanalysis	1,138	221	19.4	213	97	45.5	116	10.2
Blood Pressure	1,155	184	15.9	184	12	6.5	172	14.9
Chest X-ray	1,123	178	15.9	178	14	7.9	164	14.9
Electrocardiogram	1,149	144	12.5	144	1	.7	143	12.4
Tonometry	986	31	3.1	28	26	92.9	2	.2

資料 B. Holland, et al., Automated Multiphasic Health Testing, *Public Health Reports*, April, 1975.

検査の増加とともに、false-positive 比率も増加するものと予想されるが、この場合に、次のような問題が発生するであろう。第1は、予防そのものへの需要が減少する、という可能性がある。第2に医療費の高さと、予防医療需要との関係がかえって逆転してしまうおそれがある。

予防検査で false-positive の危険性について多くの人々から指摘されてきたが、これを裏づけるような資料は、内外ともに少なく、したがって、計数的にこれに対する的確な判断を下すことは難しい。上表は、この点で、数少ないきわめて貴重な資料である。これをみると、異常と判定された患者の 36% 以上が追跡調査では false-positive であったことが明らかとなる。

3. 強制検査の一般化

事前のチェックなしに、全国民の一斉検査を行うことの是非が問題になる。最近アメリカで行われた調査によると、検査を受けたグループと検査を受けないグループを、喪失労働日数、臥床日数で比較しても、有意な差が見られないという。この理由は、第1に異常が発見されても、さらに医師の診断を受けるなど、次の行動に移ることなく放置されている場合が多いからであり、第2にこれとは逆に、異常を発見されることによって、かえって自分の健康についての自信を喪失しこれが健康の悪化を招く可能性がある、ということである。

V 残された問題

予防医療の必要性が、人口高齢化のなかで強調されているのは、第1に成人病のように症状のあいまいな疾病が増加して医療費の激増している現状を打開するために、予防の経済的効果に期待がかけられているからである。

第2に予防によって健康水準そのものの向上、改善が意図されているためである。

われわれの理論モデルによると、これら2つの理由について予防医療はむしろ肯定的な解答を与えている。ところが、数少ないいくつかの調査によると、予防の費用節約効果が期待されているほど顕著であるとの結論をひき出すような資料を欠いている。またこれによって健康が改善されたかどうかについても、多くの面でまだ検証されないままに終わっている。とくに、全国民に対する予防の一般化を推進するに当たっては、まず false-positive test に関連のある問題を徹底的に調査し、その功罪を見きわめることが先決である。この準備なしに、たとえば予防給付を医療保険にとりいれることは、いたずらに費用拡大効果を産み出すだけで、費用節約につながるものではない。予防を名目にした検査の急増する現状において、false-positive 比率を実証的に確認することが今日最も必要な課題であろう。

参考文献

1. Arrow, K.; Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, Dec., 1963.
2. Nordquist, G. et S. Y. Wu; The Joint Demand for Health Insurance and Preventive Medicine, in *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector*, ed. by R. N. Rossett, N. B. E. R.
3. Holland, B. et al.; Automated Multiphasic Health Testing, *public Health Reports* 90, April, 1975.
4. Phelps, C. E.; Illness Prevention and Medical Insurance, *The Journal of Human Resources*, Vol. XIII, Supplement, 1978.

健康管理の費用と効果

市 川 洋

I 目的と方法

健康づくりは、検診による病気の早期発見、早期治療を行う健康管理と、スポーツを中心とする健康増進に大別される。酒とタバコをつつしみ、早寝早起きを励行すること等は、健康管理と健康増進の中間に位置すると考えられる。ここでは、主として健康管理を実施している所について、その施策を検討し、実施費用と効果を測定する。健康管理の効果のうち、医療費節約効果を取り出して、その計数を国民医療費にあてはめ、健康管理を全国的に実施した場合に得られるはずである国民医療費の節約効果と、それに要する費用を推計する。これらの推計は、乏しいデータを大胆に活用して概算を行うものであるから、粗い数字ではあるけれども、健康づくり運動の効果のうち、医療費の節約効果だけをとり出しても、それに要する費用は半分位ですみ、健康づくり運動の推進は十分採算のとれるものであることを明らかにする。もちろん、人々がより健康になることはそれ自体が価値であるから、医療費の節約効果は副産物にすぎぬ。ここでは、その副産物である節約される医療費の約半分を健康づくり運動費にまわすだけで、健康づくり政策が実施できることを概算によって示すものである。

概算推計に使用できるデータはあまり多くない。ここでは、健康管理を熱心に行っている東京都管工業健康保険組合（以下「管工組合」あるいは単に「管工」と略称する）、石川島播磨重工業健康保険組合（以下「IHI組合」あるいは単に「IHI」と略称する）、長野県南佐久郡八千穂村の有名な例、および健康管理と健康増進を推進しているK健保組合のデータを使用する。

管工組合は零細企業・中小企業で作られている総合組合であって、その実態は政府管掌健康保険（以下「政管健保」あるいは単に「政管」と略称する）適用事業所に類似している。そこで、被保険者について、管工組合と政管健保を比較して、医療費の差を、管工組合の健康管理活動に基づく結果とみなして、健康管理の効果を年齢別に計測する。IHI組合は被扶養者、特に主婦を対象とする検診とアフターケアおよび健康増進を行っている。

IHI組合のデータでは、健診群と非健診群に分けて、受診率、1件当り医療費等が示されているので、健診群と非健診群の医療費格差を、健診が原因であるとみなして、健診の医療費に与える効果を測定する。この効果を、全被雇者健保の家族（被扶養者）に拡大適用して、国民医療費の節約概算に使用する。

K健保組合は、健康管理と健康増進の両施策を推進しており、被保険者1人当り医療費が健保組合全国平均を下廻っているため、その格差を健康管理・健康増進活動を原因とする結果とみなして、医療費に与える効果が測定される。この節約率は、国民医療費節約推計上、組合健保および共済組合の被保険者について拡大適用される。長野県南佐久郡八千穂村について、若月俊一先生をリーダーとする佐久総合病院のチームが20年来実施している健康管理活動の輝かしい結果は、あまりにも有名であるから、本稿では計数を示すにとどめるが、国民医療費節約推計上は、国民健保に八千穂村の節約率を適用して概算推計が行われる。

すべての計算は歯科を除外して行われるが、これは上記4団体において歯科の健康管理活動が行われておらず、必要な基礎データが得られなかったためにすぎない。歯科の健康管理は幼稚園あるいはおそくとも小学校段階で十分に行われなければならないであろう。そして、基礎データさえ得られれば、歯科分の医療費節約概算推計を本研究に追加することができよう。おそらく、健康管理と早期発見・早期治療の効果は、「むし歯」については大きな値を示すと予想される。

II 管工組合の健康管理

管工組合の設立は昭和33年4月である。発足時の運営規模は、308事業所で、被保険者数3,833人、1事業所平均12人であった。昭和54年8月現在の事業所規模別現況を表1に示す。30人以下の零細事業所が半分以上を占めているため、加入事業の実態は政管健保適用事業所に類似している。昭和47、53年の年齢別被保険者構成を政管健保と比較した計数を表2、3に示す。管工組合は、冷暖房・給排水工事の施工およびそ

表 1 事業所規模別管工組合人員 (昭和54年 8 月)

(単位: 人)

	事業所数	被 保 険 者 数			被 扶 養 者 数			被保険者 1人当り 被扶養者 数
		計	男	女	計	男	女	
計	1,035	46,229	39,465	6,764	69,295	21,442	47,853	1.5
1～4 人	154	466	370	96	697	209	488	1.5
5～9 人	300	2,062	1,715	347	3,175	970	2,205	1.5
10～19 人	232	3,088	2,640	448	5,010	1,536	3,474	1.6
20～29 人	87	2,110	1,842	268	3,330	1,058	2,272	1.6
30～49 人	87	3,295	2,868	427	5,163	1,591	3,572	1.6
50～99 人	73	5,162	4,365	797	7,768	2,441	5,327	1.5
100～199 人	48	6,881	5,772	1,109	9,972	3,148	6,824	1.4
200人～	54	22,989	19,736	3,253	33,894	10,416	23,478	1.5
任意継続者		176	157	19	286	73	213	1.6

(注) 参考文献(1)～(4)による。

表 2 昭和47年 4 月分被保険者数比較

被保険者の 年齢 (歳)	管 工 組 合		政 管 健 保	
	被保険者 数 (人)	構 成 比 (%)	被保険者 数(千人)	構 成 比 (%)
～19	2,566	6.0	892	6.7
20～24	9,771	22.9	2,658	20.1
25～29	7,620	17.8	1,804	13.6
30～34	6,104	14.3	1,612	12.2
35～39	4,898	11.5	1,538	11.6
40～44	3,504	8.2	1,336	10.1
45～49	2,854	6.7	1,092	8.2
50～54	1,750	4.1	764	5.8
55～59	1,571	3.7	680	5.1
60～64	1,136	2.7	483	3.6
65～69	579	1.4	246	1.9
70～	352	0.8	148	1.1
合 計	42,705	100.0	13,253	100.0

(注) 参考文献 (4)～(13) による。

表 3 昭和53年 4 月分被保険者比較

被保険者の 年齢 (歳)	管 工 組 合		政 管 健 保	
	被保険者 数 (人)	構 成 比 (%)	被保険者 数(千人)	構 成 比 (%)
～19	1,176	2.6	493	3.6
20～24	6,175	13.4	1,716	12.5
25～29	9,491	20.6	2,166	15.7
30～34	7,517	16.3	1,611	11.7
35～39	5,962	12.9	1,681	12.2
40～44	4,945	10.7	1,666	12.1
45～49	3,631	7.9	1,510	11.0
50～54	2,906	6.3	1,121	8.2
55～59	1,923	4.2	825	6.0
60～64	1,248	2.7	534	3.9
65～69	683	1.5	292	2.1
70～	432	0.9	143	1.0
合 計	46,089	100.0	13,758	100.0

(注) 参考文献 (4), (13)による。

れに必要な機械器具の製造販売業を営む企業よりなっている。水道衛生および冷暖房工事が約7割、保温保冷工事およびその他の管工事約1割弱、機械器具の製造販売は2割弱(事業所数)となっている。ビルの配管工事が多いため、被保険者の8割は社外労働の多い工事業者である。政管健保と比較して、20歳代の被保険者がやや多いのは、配管工事施工の現場勤務者が大部分を占めるためであろう。

中小零細企業の労働者の定着性の問題であるが、管工組合の被保険者の異動はかなり激しく、昭和53年度においては新規参入者6,551人、脱退者6,173人であった。被保険者数は4.6万人程度であるから、昭和47、48年前後の1万人を超える新規参入、脱退者数に比べれば、昭和53年度の異動数は落ち着いているものの、この異動の激しさは継続的な健康管理を著しく困難にしている。

管工組合が健康管理を開始したのは、昭和35年9月であり、長野県南佐久郡八千穂村の開始よりわずかに後である。当初は組合の経済基盤は未だ確立されておらず、一時的には患者を洗い出す結果をもたらす健康診断の実施に、時期尚早を唱える向きもあった。しかし、長期療養を要する結核、高血圧等の循環器疾患や悪性新生物の占める比率は高く、全体の4割を占めていた。このため、健康管理による疾病の発病防止、早期発見・早期治療が、被保険者の福祉のためにとどまらず、健保組合財政安定のための恒久策としても必要との結論に到達し、健康管理がスタートしたものである。当時は健康管理への認識が浅く、中小・零細企業の健康管理については未だ誰も着手していない時期であった。

健康管理開始当時の規模はささやかなものであって、

医師1人、看護婦1人、X線技師1人、臨床検査技師1人の計4人であった。業務としては、肺結核対策をねらいとした呼吸器管理と、高血圧・冠硬化症等の循環器疾患の管理が主たるものであった。一方、各社幹部の理解と協力を得るため、40歳以上の希望者を対象に人間ドックが実施された。これらの一次検診は、多くの事業所がビル内にあることが多いため、ライトバンに間接X線撮影装置をのせて巡回し、身長、体重、視力、色神、胸部間接撮影と40歳以上の血圧測定が行われた。一次検診の結果、精検を要する者に対する精検の実施や、引続き経過観察を要する者への事後管理と保健指導には細心の注意が払われた。

昭和47年から、家庭の主婦の検診が開始され、「家族ぐるみの健康管理」がその第一歩をふみ出した。受診しやすいことを考えて、実施時期は学校や職場が休みに入る7月後半から8月末までとし、対象を40歳以上の主婦で、管工組合健康管理センターへ1時間半以内に来室可能な者に限定した。検査項目は問診、身体計測、血圧、検尿、胸部ならびに胃部間接X線撮影、血液検査（貧血、肝機能）、子宮がんおよび乳がん検診と、成人女性に多い疾病を主な対象とした。受診者は、該当者4,283名中944名にすぎなかったが、その3割に異常が発見され、異常の4分の1は治療を必要とするものであった。

現在、管工組合健康管理センターでは、専従医4人が、それぞれ呼吸器、循環、消化器、糖尿病の4科目を担当している。このほか、定期的に31人の顧問医の応援を得て、検診、アフター・ケア、健康相談等に当たっている。医師以外のスタッフとしては、保健婦7人、看護婦1人、薬剤師1人、放射線技師6人、臨床検査技師5人、事務員5人をかかえている。

定期健康診断は、年に一度は必ず受けることになっているが、毎年被保険者の7割が受診している。検診車による巡回健診を主体に実施しているが、健康管理センターでも毎日予約なしで実施している。東京都外勤務のため、センターに来れない人には、検診費用の助成が行われている。検査項目は身長・体重測定、視力・色神検査、血圧測定、尿検査、胸部X線間接撮影。また、40歳以上の者に対しては、消化器定期健康診断を毎年受けるよう指導が行われ、胃部X線撮影が実施されている。

定期健康診断の結果、病気の疑いが認められると、精密検診が行われる。精検は呼吸器、循環器、消化器、糖尿病に分類される。精検の結果、病気が発見されると、医療機関で治療を受けることとなる。単なる異常や、病気の下地になる状態が発見された場合は、定期的な管理

検診によって健康状態の経過観察を行うとともに、療養指導が行われる。管理検診対象者は6,700人が該当している。このほか、主婦検診が肺結核、胃がん、高血圧、糖尿病、子宮がん、貧血を重点に行われる。また、保健婦が健康相談に当たっている（本項は参考文献(1)～(4)による）。

III 健康管理の効果と費用

管工組合では、患者の発生に関して詳細な分析が行われているが、そのうち結核と循環器に関する結果を示しておこう。昭和37年から41年までの5年間、継続して定期検診を実施している事業所と、1回も実施していない事業所を、規模別に無作為抽出して、被保険者総数が月1,000人（年間12,000人）となるようにし、前者を検診群、後者を非検診群とする。検診群と非検診群を比較したものが表4であるが、非検診群の発生率は約2倍となっている。

表5に循環器疾患についての検診群と非検診群の比較を示す。表5における検診群とは、管理群と受診群を指し、非検診群とは、非受診群と非定検群を指す。管理群は、検診の結果なんらかの異常が発見され、その後引続いて管理を受けている群、受診群は検診を実施している事業所の受診者のグループである。非受診群は、事業所は検診を実施しているにもかかわらず本人が受診していない群であり、非定検群は事業所自体が検診を実施していない群である。対象は昭和37年から昭和41年までの5年間の受診状況により、母集団の総人数は両群ほぼ同数

表4 結核検診の効果

	検 診 群	非検診群
年 間 被 保 険 者 延 数 (人)	12,867	11,752
肺結核症発生数 実 数 (人)	70	148
発生率 (%)	0.54	1.26
診 療 延 実 日 数 (日)	641	1,216

(注) 参考文献(1)による。

表5 循環器管理の効果

	検 診 群	非検診群
脳 事 故 発生件数 (人)	33	186
死亡者数 (人)	6	32
心 事 故 発生件数 (人)	28	113
死亡者数 (人)	2	9

(注) 参考文献(1)による。

になるように抽出された。表5では検診群と非検診群の差は表4の差より大であるが、これは両群の内容を表5の方が厳密にとらえていることもその原因の一部であるだろう。

検診の受診状況と医療費の関係を明らかにするために、対象1人当たり医療費を表6に示す。これは、昭和40年から44年までの5年間、管工組合に在籍していた被保険者8,556人を、5群に分けて6年目の昭和45年度の医療費を調査したものである。なお、管工組合は中小零細企業が多いため、被保険者の異動は激しく、昭和40年度の被保険者中、その後5年間在籍したものはわずかに8,556人にすぎなかったのである。表6の①から⑤までのグループは次の定義により分類されている。

- ①：定期検診を5年間全く受けていないグループ
- ②：5年間に定期検診を1回ないし4回受けたグループ
- ③：5年間毎年きちんと定期検診を受けたグループ
- ④：5年の間に検診によりなんらかの異常を発見され、その後引続いて管理を受けているグループ
- ⑤：5年間を通じてずっと管理を受けているグループ。

表6 対象1人当たり医療費（昭和45年度分）

	対象数 (人)	全疾病 (100円)	管理疾病 (呼吸器、 循環器) (100円)	管理外疾 病 (100円)
① 定期検診 5年間未受診	1,693	254	105	149
② 定期検診 受診1～4年	4,297	158	34	125
③ 定期検診 受診5年	1,730	132	8	124
④ 管理検診 受診1～4年	585	318	194	124
⑤ 管理検診 受診5年	251	508	327	181
⑥ ②～⑤ 平均	6,863	179	52	127

(注) 参考文献(1)による。

表7 被保険者1人当たり健康管理費
(昭和48年度)

	健康管理費 (円)
疾病予防費	366
巡回検診車費	87
健康管理センター費	2,849
合計	3,302

(注) 参考文献(1)による。

表6によれば、なんらかの異常が発見され、あるいは治療を受けている者の割合の高い④、⑤において、年間医療費が高い。これは当然の帰結であろう。毎年定期検診を受けているグループ③は、異常が発見されると④または⑤に移行するから、医療費が低くてすむのは当然といえる。そこで、②～⑤グループの平均を⑥に示す。全疾病についてみると、医療費は⑥において179百円、①グループで254百円であり、その差は75百円である。これは検診・管理という原因から発生した結果と考えられる。なお、②と③の医療費にあまり大きな差がみられないのが著しい。

管工組合の健康管理成績はすばらしいが、中小・零細企業からなる総合組合においては、あまり多くの費用をかけることは財政上できない。その費用は表7に示される。被保険者1人当たり3,302円ですんでおり、これはごく軽い病気の治療費程度の負担と思われる。管工組合では精検費用等について疾患別に計算を行っており、例えば循環器検診については表8のとおりとなっている。管工組合で行っている検査項目の全部について、その検診費用を表9に示す。消化器検診がかなり多くの費用を要

表8 管工組合100人当たり循環器検診費用
(昭和48年度)

	単価 (円)	人員 (人)	費用 (円)
血 圧	100	100	10,000
心 電 図	1,100	*7	7,700
眼 底 カ メ ラ	810	7	5,670
コレステロール	270	7	1,890
中 性 脂 肪	660	7	4,620
合 計			29,880

(注) * 要精検を7%とみる。
参考文献(1)による。

表9 管工組合1人当たり検診費用
(昭和48年度)

	検診費用 (円)
呼 吸 器	291
循 環 器	299
消 化 器	2,689
糖 尿 病	140
腎 臓 病	77
肝 臓 病	992
貧 血 検 査	210

(注) 参考文献(1)による。

表 10 管工組合被保険者1人当り費用

(単位: 円)

		昭47年度	昭48年度	昭49年度	昭50年度	昭51年度	昭52年度	昭53年度
保 險 給 付 費								
法 定 給 付 費	①	43,231	52,424	78,408	94,644	114,368	124,752	141,787
付 加 給 付 費	②	6,329	6,353	4,882	6,263	7,761	8,833	10,323
計	③	49,560	58,777	83,290	100,907	122,129	133,585	152,110
保 健 施 設 費								
保 健 指 導 宣 伝 費	④	491	688	620	803	925	735	1,204
疾 病 予 防 費	⑤	384	368	610	1,001	1,358	1,575	1,793
体 育 奨 励 費	⑥	238	223	246	299	322	320	324
直 営 保 養 所 費	⑦	172	239	261	570	798	785	649
そ の 他	⑧	837	970	1,258	1,442	1,758	2,490	2,087
計	⑨	2,122	2,488	2,995	4,115	5,161	5,905	6,057
組 合 債 費	⑩	108	97	93	90	87	84	396
営 繕 費	⑪					573		
病 院 診 療 所 費	⑫	2,587	3,272	3,964	3,842	5,230	5,801	4,604
健 康 管 理 費 ⑨-⑦+⑫	⑬	4,537	5,521	6,698	7,387	9,593	10,921	10,012
比 率 ⑬/③(%)	⑭	9.2	9.4	8.0	7.3	7.9	8.2	6.6

(注) 参考文献(4)による。

しているが、これは間接撮影と、要精検率18%とみて直接撮影を行う費用がその大部分を占めている。

表7, 8, 9の費用は、直接費用だけを測ったものである。これに対してマクロ的に健康管理センター関係経費を全部測ったのが表10である。これは管工組合の収支決算書から作成したものであって、参考のために保険給付費も示されているが、健康管理費は保険給付費の1割にも満たないことが理解されよう。健康管理費は、保健施設費から直営保養所費を控除したものと、病院診療所費の合計額である。管工組合会館は、1階が組合事務室で、通常の健康保険組合の業務が行われている。2階から4階までが健康管理センターで、検診、検査、健康相談が行われ、治療は行われていないが、手続上診療所の認可がとられている。5, 6階は会議室になっている。表10の「保健施設費 その他⑧」は、建物借料、火災保険料等を含んでいるから、健康保険組合本来の業務の事務費の一部まで含んでいる。したがって、健康管理費⑬はわずかに過大であるが、マクロ的にみて、大体「健康管理費⑬」程度をかけ、それに担当者の熱意がプラスされれば、管工組合なみの健康管理ができると考えられる。

健康管理費は広義にとらえる方法と狭義にとらえる方法がある。表10において、直営保養所費を控除した保健施設費に病院診療所費⑫を加えた健康管理費⑬は、広義の費用である。狭義の費用は「疾病予防費⑤」に「病院診療所費⑫」を合算したものである。表7, 8, 9の費用は、計算ベースが異なるけれども狭義の費用である。表10から、健康管理を十分実施したとしても、それに要す

表 11 被保険者1人当り本人分医療給付

(昭和53年4月診療分)

(単位: 円)

本人の年齢(歳)	管 工 (含歯科)	政 管 健 保		管 工 医科分	比 率 管工/政管
		医 科	歯 科		
15~19	2,645	2,190	782	1,863	0.851
20~24	3,507	3,051	960	2,547	0.835
25~29	3,940	3,706	895	3,045	0.822
30~34	3,326	4,804	788	2,538	0.528
35~39	4,199	5,540	770	3,429	0.619
40~44	6,376	6,109	935	5,441	0.891
45~49	7,907	7,904	1,154	6,753	0.854
50~54	9,597	9,695	1,181	8,416	0.868
55~59	10,339	11,049	1,232	9,107	0.824
60~64	16,791	14,979	1,121	15,678	1.047
65~69	20,845	19,092	872	19,958	1.045
70~	23,000	27,557	723	22,277	0.808

(注) 参考文献(4), (13)による。

る費用は保険給付費に比較すると1割に満たないことが理解されよう(本項は参考文献(1), (4)による)。

IV 管工組合と政管健保の比較

管工組合と政管健保を、受診率および1件当り医療費についてそれぞれ比較検討するのが本来であるが、ここでは受診率と1件当り医療費の積である被保険者1人当り医療について検討を行うこととする。表11に管工組合と政管健保の、被保険者1人当り医療費の比較を示す。管工組合の受診率、医療費は入院、外来、歯科別に集計されていない。いままでの説明で明らかなように、管工組合は歯科については対策を特に講じているわけではない。そこで、政管健保の被保険者1人当り歯科医療費を

表 12 被保険者 1 人当り医療費 (除歯科) 比較

(単位: 円)

被保険者の年齢 (歳)	昭和47年 7 月		昭和48年 4 月		昭和51年 4 月		昭和52年 4 月		昭和53年 4 月	
	管 工	政 管	管 工	政 管	管 工	政 管	管 工	政 管	管 工	政 管
～19	346	1,361	469	1,423	1,308	2,486	982	2,297	1,863	2,190
20～24	914	1,381	858	1,503	1,813	2,565	2,005	2,617	2,547	3,051
25～29	1,031	1,781	1,229	1,681	2,202	3,244	2,217	3,434	3,045	3,706
30～34	1,032	2,023	1,628	2,111	2,190	3,934	2,551	4,189	2,538	4,804
35～39	1,627	2,395	1,931	2,598	2,828	4,308	3,553	5,239	3,429	5,540
40～44	2,106	2,880	2,355	3,153	3,685	5,606	3,963	5,851	5,441	6,109
45～49	2,284	3,230	2,941	3,460	5,939	6,611	5,581	6,965	6,753	7,904
50～54	3,027	4,141	4,247	4,388	6,157	8,020	6,704	8,403	8,416	9,695
55～59	3,913	4,333	4,553	4,573	8,491	9,360	10,041	10,341	9,107	11,049
60～64	5,197	5,609	6,092	6,031	9,349	13,365	12,956	13,463	15,678	14,979
65～69	6,395	6,898	7,624	7,549	11,428	16,059	18,483	19,203	19,958	19,092
70～	7,837	8,775	7,266	9,134	19,264	18,729	18,517	22,287	22,277	27,557

(注) 参考文献 (4), (13) による。

被保険者 1 人当り被保険者分医科 (除歯科) 医療費。

表 13 管工対政管医科節約率

被保険者の年齢 (歳)	昭和47年 4 月	昭和48年 4 月	昭和51年 4 月	昭和52年 4 月	昭和53年 4 月
～19	0.254	0.330	0.526	0.428	0.851
20～24	0.662	0.571	0.707	0.766	0.835
25～29	0.579	0.731	0.679	0.646	0.822
30～34	0.510	0.771	0.557	0.609	0.528
35～39	0.679	0.743	0.657	0.678	0.619
40～44	0.731	0.747	0.657	0.677	0.891
45～49	0.707	0.850	0.898	0.801	0.854
50～54	0.731	0.968	0.768	0.798	0.868
55～59	0.903	0.996	0.907	0.971	0.824
60～64	0.927	1.010	0.700	0.962	1.047
65～69	0.927	1.010	0.712	0.963	1.045
70～	0.893	0.796	1.029	0.831	0.808

(注) 被保険者 1 人当り被保険者分医科 (除歯科) 医療費の, 管工分を分子, 政管分を分母とする比率, 表12より算出。

管工にも適用して, 管工の計数から控除して管工の医科分医療費とみなし, 表11のとおり医科分 (除歯科) について管工と政管を比較する。管工の計数を分子, 政管の計数を分母とする比率を「節約率」と考えることとする。

これは, 政管健保においても, もし管工組合なみの健康管理を実施したと仮定すると, 被保険者の健康状態が向上し, 副産物としてこれだけの医療費の節約効果があるはずである, という意味である。

同様の計算を昭和47, 48, 51, 52, 53年 4 月分について比較した結果を表12に示す。表12の管工の計数を分子, 政管の計数を分母とする比率は, 医科分節約率であるが, これを表13に示す。いずれも管工組合の歯科分被保険者 1 人当り医療費は, 政管分と等しいと仮定して合計額から控除されている。表13の節約率は必ずしも安定した値を示していない。分子, 分母の両計数とも標本数の少ない高齢層において, 誤差を含むためと思われる。一般に

表 14 政管健保被保険者数×被保険者 1 人当り医科 (除歯科) 医療費

(単位: 100万円)

被保険者の年齢 (歳)	昭和47年 4 月		昭和52年 4 月		昭和53年 4 月	
	管 工	政 管	管 工	政 管	管 工	政 管
～19	309	1,214	499	1,168	918	1,080
20～24	2,429	3,671	3,547	4,630	4,371	5,236
25～29	1,860	3,213	4,969	7,696	6,595	8,027
30～34	1,664	3,261	4,095	6,724	4,089	7,739
35～39	2,502	3,684	5,768	8,504	5,764	9,313
40～44	2,814	3,848	6,506	9,605	9,065	10,178
45～49	2,494	3,527	7,998	9,982	10,197	11,935
50～54	2,312	3,162	7,272	9,115	9,434	10,868
55～59	2,662	2,948	8,046	8,286	7,513	9,115
60～64	2,512	2,711	6,928	7,199	8,372	7,999
65～69	1,576	1,700	5,129	5,329	5,828	5,575
70～	1,157	1,295	2,679	3,225	3,186	3,941
合 計	24,291	34,234	63,436	81,463	75,332	91,006
管工/政管	0.7096		0.7787		0.8278	

被保険者数の多い20歳～39歳の年代の節約率が著しいが、管工組合の健康管理自体は、医療費単価が高価な成人病に重点をおかれている。

表2の政管健保の年齢別被保険者数に、表12の管工および政管の被保険者1人当り医科分医療費を乗じたものを表14に示す。下端に年齢を総合した節約率が示されている。管工の計数は、政管の計数に表13の節約率を乗じることによっても求められる。

これは、政管において管工なみの健康管理を実施したとすれば、各年齢階層において、どの程度の医療費が総額として節約できるかをみるために作成されたものである。昭和47、52、53年と、全体としての節約効果が弱くなる傾向が大まかに読みとれるようにみえるが、その原因はよくわかっていないと思われる。

表14の昭和53年4月分年齢別医療費を、昭和52年度政管健保被保険者分医科医療費に換算する。昭和52年度被保険者分医療費は総額のみ集計され、年齢別に求められていないから、表14の計数で総額を割り振るのである。総額としては決算額を用いるのがより正確であろうが、簡単にここでは「社会保険診療報酬支払基金」の確定点数によった。割り振り計算をした結果を表15に示す。この表15の計数は、国民医療費の節約計算を行う際、再び割り振り計算を行うベースに使用される。管工ベースの計数は、政管の計数に節約率を乗じて求められる。

V IHI 組合の家族健診

石川島播磨重工の健保組合は、以前は地域別に東京、名古屋、相生、呉の4健保に分かれていたが、昭和49年4月に健保が統合し、IHI 組合は一本化され、これを契機として従業員の健康管理と、特に主婦の健康管理を重

点とすることとなった。これは、「医療費支払いの健保」から「健康管理を重点とする健保」への脱皮を意図するものであった。

IHI 組合における組合健保の考え方は、次のとおりである。「健保組合とは社会保障制度の中心である医療保険制度を分担し、社会福祉を築く担い手として『健康という幸せ』を守ることを任務とする。家族健診は、『健康で明るい幸福な家庭を築くこと』を目的とする具体的行動の第一弾である。健康管理活動の理念は、『本人自ら健康を管理する心構え、すなわち自己管理の精神を基本とし、健保組合はそれを専門的、組織的に助成援護する』ことである。企業健保は被保険者である従業員が、日常安定して仕事に従事できるためには、まずその家庭が円満かつ健康でなければならぬ。特に家庭をあずかる主婦が健康であることが必要である。

この意味で、IHI 組合としては『明るい家庭は主婦の健康から』のスローガンを掲げ、主婦の健康管理を行ってきた。その結果として、疾病率の逓減や医療費の支出減が期待できるのであるが、そのようなことは健康管理活動の目的ではない。IHI 組合の究極の目標は、健康管理、保健指導、医療相談等を通じ、人と人との心のふれあいと、人間生命と健康は何よりも尊い、ということを目指すことが、健康管理活動の基本であると考えている。

家族健診の実施経過をたどってみることにしよう。昭和49年度は初年度で、試行錯誤を重ねつつ健診が実施された。主婦は家事に追われて健診が受けにくいので、どのような対策を講じたら主婦が健診を受けやすいか、いろいろな角度から検討が行われた。その結果、①主婦の居住地に出向いてゆくこと、②会社の休日に実施すること、③健診時間を午前9時30分から12時までとすること、の3方法を設定し、各地区により条件、習慣等が異なるため、特殊性を生かしながら健診が実施された。

昭和50年度は健診を受ける率の目標を60%に設定した。それは以下の理由で約40%の人は受診しないであろうと推定されたためである。

①主婦で共働きの人は勤務先で健康診断を受けている……………10%

②現在病気で医療機関にかかっている……………10%

③健診日がどうしても都合がつかない……………10%

④健診を受けるのがイヤだ……………10%

なお、各年の受診、精検、アフター・ケア等の状況は表16のとおりである。健診受診率は昭和50年度に59%と、ほぼ目標を達成している。家族健診の結果判定後における有所見者のアフター・ケアが行われなければ、単なる

表 15 政管健保本人分節約推計

本人の年齢 (歳)	昭和52年度ベース給付費 (億円)		
	管工ベース	政管医科	政管歯科
計	8,475	10,239	1,477
15～19	103	122	43
20～24	492	589	185
25～29	742	903	218
30～34	460	871	143
35～39	648	1,048	146
40～44	1,020	1,145	175
45～49	1,147	1,343	196
50～54	1,061	1,223	149
55～59	845	1,026	114
60～64	941	900	67
65～69	656	627	29
70～	358	443	12

表 16 IHI 組合家族健診5ヵ年の実施状況

	昭和49年度	昭和50年度	昭和51年度	昭和52年度	昭和53年度
一次健診					
対象者数	21,859	26,625	27,671	28,053	28,117
受診者数	10,850	15,587	16,913	18,699	18,616
健診受診率(%)	50	59	61	67	66
二次健診					
精検対象者数	2,952	3,325	2,909	2,503	2,262
精検者数	2,946	3,293	2,905	2,503	2,262
精検率(%)	99.8	99.0	99.9	100	100
健診結果(有所見者数)					
要治療者数	1,546	1,774	1,664	1,755	1,657
発見率(%)	14	11	10	9	9
要生活指導者数	1,737	2,574	3,949	3,803	4,400
発見率(%)	16	17	23	20	24
アフターケア状況					
訪問指導件数		639	773	752	672
率(%)		15	14	14	11
電話指導件数		1,327	2,651	3,097	3,559
その他指導件数		519	2,192	1,709	1,596
率(%)		43	85	87	85
要治療者の治療状況					
治療者数		423	297	391	205
率(%)		24	18	22	12

(注) 参考文献(5)による。

健診屋にしかすぎないことになる。健診を実施して最も重要なのはアフター・ケアなので、次のようなシステムが設立された。

①保健婦による家庭訪問、電話による指導および文書指導

②有所見者に対する疾病別に医師、保健婦および栄養士による健康教室の開催。

昭和51年度は3年目をむかえ、健診システムも整備充実され、基盤もでき上がった。そこで受診率60%の定着化が目標とされた。昭和52年度は、単に家族健診受診率の向上を目指すだけでなく、すべての地域で受診率60%確保の定着を目標にした。表16のとおり、52年度は全地域平均受診率は67%と向上している。昭和53年度は家族健診も5年目に入る。健診受診率も66%と高く、要治療者発見率は表16のとおり14%から9%に低下してきている。昭和53年度の家族有所見者内訳は表17のとおりであり、これに対して行われたアフター・ケアの状況を表18に示す。その結果、「異常なし」「要生活指導」「要治療」の3区分に分けられるが、その推移状況を表19に示す。ここで例えば「昭和52, 53年連続受診者」とは、昭和52年と昭和53年に、この2年間について連続して健診を受診

表 17 昭和53年家族の有所見者疾病内訳

(単位: %)

疾病 年齢	計	高血圧	心疾患	貧血	その他	異常なし
平均	100	7	4	10	12	67
20~24	100	1	1	9	8	81
25~29	100	1	2	8	10	79
30~34	100	2	2	10	10	76
35~39	100	4	3	10	11	72
40~44	100	6	4	12	11	67
45~49	100	12	6	11	14	57
50~54	100	17	7	6	18	52
55~	100	23	12	3	17	45

(注) 参考文献(5)による。

した者のことである。

移動健康教室は昭和51年度から各地域で一斉に開始された。家族健診は、「健康で明るい家族づくりは、まず主婦の健康から」をモットーに健診、精検による早期発見・早期治療を行うものである。これに対して移動健康教室は家庭の健康をあずかる主婦との“よろず相談の場”であり、健保との対話の場である。その対話は、さらに地域のお互い同士が知り合う等の、親近感を深め、

表 18 昭和53年度 IHI 組合有所見者に対するアフター・ケア状況

保健婦活動		要治療	病 名	要生活指導	保健婦活動	
訪問指導	367人	572人	高 血 圧	748人	訪問指導	305人
電話指導	1,046	124	心 疾 患	632	電話指導	2,513
主人または 文書指導	235	597	貧 血	1,147	主人または 文書指導	1,361
計	1,648人	22	高脂血症	1,007	計	4,179人
		62	肝 疾 患	178		
		97	糖 尿 病	56		
		54	消化器疾患	197		
		23	呼吸器疾患	98		
		106	その他疾患	337		
		1,657	計	4,400人		
健康教室					健康教室	
高 血 圧	197人				高 血 圧	86人
心 疾 患	50				心 疾 患	157
貧 血	62				貧 血	62
糖 尿 病	6				糖 尿 病	5
計	315人				計	310人

要治療者の加療と転帰		
未加療者		394人
加療者		1,263
加療者の 転帰	治癒または軽快	205人
	治療継続	974
	治療中断	84

(注) 参考文献(5)による。

表 19 家族健診連続受診者の結果推移

前年度	後年度	計	異 常 値	要生活指導	要治療
昭和50,51年連続受診者					
計		8,965	5,890	2,137	938
異常なし		6,305	4,861	1,181	263
要生活指導		1,602	755	684	163
要治療		1,058	274	272	512
昭和51,52年連続受診者					
計		12,743	9,040	2,568	1,135
異常なし		8,518	7,221	1,037	260
要生活指導		3,013	1,489	1,249	275
要治療		1,212	330	282	600
昭和52,53年連続受診者					
計		14,019	9,378	3,358	1,283
異常なし		9,905	7,896	1,697	312
要生活指導		2,895	1,190	1,410	295
要治療		1,219	292	251	676

(注) 参考文献(5)による。

連帯感を深める所まで移動健康教室はねらっている。しかし主婦の参加実績は未だ十分ではないので、①各地域の特性を加味しながら移動健康教室の内容充実を図る。②医療コーナー、栄養指導コーナー、健康体操コーナー、

救急法コーナーの4コーナーを開設する。③健康体操、体力測定等の健康増進のための施策を検討する。④移動健康教室参加率向上のための施策に工夫をこらす(内容の充実、平日開催の適否等)。いずれにせよ、“家族そろって気軽に参加”という雰囲気高めながら参加率の向上を図り、奥さま教室としての定着化を図るよう努力が払われている。表20に昭和53年度の移動健康教室の実施状況を示す。

移動健康教室とは別に、有所見者のための健康教室が、昭和49年度から行われている。健診の結果心疾患、高血圧、貧血(いわゆる主婦の3大疾患)の有所見主婦に対して、疾患別に健康教室が開催され、医師、栄養士から病気についての基礎知識、対策、今後の生活指導について専門的アドバイスが行われ、主婦の好評を得ている。これは主婦と健保医師のホームドクターとしてのチャネル強化と考えられており、医療相談も重視されている。

IHI 組合は主婦健診を実施していることが大きな特色であるため、今までの説明はすべて主婦を対象とするものであった。被保険者に対する施策については、もちろん強力に推進されており、被保険者の健康管理活動は次の事項が推進される。

表 20 IHI 組合各地区移動健康教室実施状況 (昭和53年度)

	東 京	武 蔵	横 浜	名古屋	相 生	呉
実施回数 参加者数(率)	42回 7,452人 1,730人(23%)	6回 701人 88人(13%)	30回 5,662人 1,338人(24%)	4回 251人 161人(65%)	20回 782人 257人(35%)	10回 2,374人 905人(38%)
医療相談	274件 高・低血圧、胃弱、皮膚、貧血等	16件 高・低血圧、心疾患、肥満、鼻血等	274件 消化器、貧血、高血圧、糖尿、腰痛等	71件 主として成人病の相談	67件 内服薬、治療の進め方	52件 貧血、胃弱、高・低血圧、糖、肝等
栄養相談	382件 貧血、胃潰瘍、高・低血圧、高脂血症等	6件 夏バテ食品分類、高脂血症の食事	30件 発ガンと食品、食中毒、蛋白質等	21件 高血圧、胃弱、貧血等の食事療法	257件 高血圧、肝臓、高脂血症等食事献立	43件 高血圧、肥満、貧血等の食事指導
育児相談	5件 離乳、栄養等		42件 アレルギー湿疹、夜尿、扁桃腺等	18件 離乳、栄養等	271件 高血圧、心疾患等	263件
体操相談	65件 肥満防止と体操の効果等	6件 年齢に合った体操と肥満	8件 成人病とスポーツ、高血圧とマラソン	16件 体力づくり		41件 体力づくり
構成メンバー	医師、栄養士、体操講師各1人、健保5人	医師、栄養士、体操講師各1人、健保4人	医師、保健婦、体操講師各1人、健保3人	医師、保健婦 各1人 家族会2人、健保1人	医師、薬剤士、保健婦各1人、栄養士2人、健保3人	医師、栄養士各1人、保健婦2人、健保4人
教 育 内 容	○健康保持の話 例：家族健診の諸項目について、疾病の原因と予防法についての説明と相談 ○フードモデルを用い献立に必要な食品構成、食事療法 ○家庭で仕事の合間に手軽にできる主婦体操の紹介	○健康保持の話、日常の健康管理と医療よろろず相談 ○献立に必要な食品構成と食事療法 ○日常いつでもできる主婦体操の紹介と相談	○医療についての話と栄養についての食品指導 その他 VTR (糖尿病)を交え、具体的に指導 ○健康体操の実技指導を行い、明るい家庭づくりを進める	○医師、保健婦による主婦の健康管理、家族における療養等に関する話と個別相談 ○救急法の実習 ○体操講師による健康体操の実技指導	○医師、保健婦による各疾病ごとに集団、個別指導を行い、家族会の強化交流の推進。家族会と共に健康増進のため、食生活等の実習指導 ○試食会 ミソ汁の調理実習とモデル食品展示	○医師による衛生講話、健診結果をスライド化し、それを基に成人病予防と治療の指導 ○相談コーナー 血圧測定、医療、保健、栄養、育児、交通事故、保険給付、体力増強

(注) 参考文献(5)による。

表 21 家族健診の効果

効果	年度	49	50	51	52
受診率					
健診群		332	388	313	303
非健診群		299	303	293	277
1件当り診療日数(日)					
健診群		2.87	2.78	2.71	2.75
非健診群		3.02	3.04	2.98	2.96
1件当り診療費(円)					
健診群		4,203	4,848	4,906	5,927
非健診群		5,285	6,770	7,096	8,438
1日当り診療費(円)					
健診群		1,465	1,744	1,810	2,152
非健診群		1,741	2,229	2,383	2,852
1人当り診療費(円)					
健診群		1,396	1,601	1,535	1,793
非健診群		1,579	2,053	2,077	2,338
節約率		0.8841	0.7798	0.7390	0.7669

(注) 参考文献(5)による。

節約率は、1人当り診療費について健診群/非健診群の比率。

①定期健診、特殊検診、成人病・消化器検診等を同時に実施する統一検診をなるべく行うよう努力する。東京地区については、昭和53年度から統一検診を実施する。

②人間ドックは現在すべて外部医療機関に委託しているが、近い将来健保直営病院においても人間ドックが実施できるようにする。

③直営医療機関として、病院2、診療所5を保有しているが、病院利用率の向上、診療科目統廃合の検討、前述の人間ドックの開設、その他の内部合理化を図る。

IHI組合の実施している健康管理活動の医療費への効果が、健診群と非健診群に分けて集計されているので、表21に示す。受診率(健診を受ける率ではなく、病気のため診療機関で治療を受ける率)は健診群の方がかなり高い。これは早期発見にもつながるであろう。診療日数にはあまり大きな差はみられないが、1件当り診療費に大きな差が観察され、健診群の方が少額で済んでいる。受診率と1件当り診療費を乗じれば、1人当り診療費が得られるが、1件当り診療費の差が大きいため、1人当り診療費についても、健診群の値はかなり小さい。なお、この効果は年齢別には明らかにされていない。

表21のような医療費効果をあげるための必要コストを表22に示す。IHI組合においては一次検診は外部委託に出しており、検診業者に支払う検診費用は明確にされている。精密検査は一部は健保診療機関で行われ、残りは外部の診療・検査機関で行われている。内部機関で行われる精検の費用を、外部委託と同額とみなして一次検診お

表 22 IHI 組合家族検診受診者1人当り健診費用
(単位: 円)

地域	年度	49	50	51	52	53
東 京		8,133	11,994	12,089	11,903	11,802
武 蔵		7,975	11,222	12,571	11,636	12,760
横 浜		6,273	9,937	10,833	11,204	11,734
名 古 屋		9,540	10,813	10,768	9,611	8,329
相 生		7,771	9,442	7,813	10,536	10,576
呉		6,046	6,163	7,497	8,130	8,064
平 均		8,039	9,907	10,139	10,664	10,764

(注) 参考文献(5)より推計。

よび精密検査の費用を推計したのが表22である。地域差がかなりあり、また費用が切下げられている所もある。表10の管工組合のマクロ的コストと大体同じ位の値になっているが、管工組合でも家族健診を行っており、これが被保険者分につつまみで計算されていること、および管工組合の費用はマクロで測られているため、アフター・ケアの費用やその他宣伝広報費まで含まれていることに留意を要する(本項は参考文献(5)による)。

VI 医療費の節約計算

健康管理活動の効果測定は、政管健保の被保険者に類似している管工組合の被保険者、および組合健保被扶養者であるIHI組合主婦について必要計数が得られた。ここで、管工組合の節約率は、政管健保被保険者全体に適用し、表15のとおり医療費の節約額が年齢別に推計された。IHI組合の節約率は表21に示されているが、この節約率は被扶養者に関する計数であるので、政管健保、組合健保、共済組合、船員保険、日雇健保の全被扶養者に延長適用し、後で被雇者健保被扶養者分医療費の節約計算を行う。ただし、IHI組合の節約率は主婦を対象として測られているから、25歳以上の者にのみこの節約率を適用し、24歳以下の被扶養者については、節約率が得られていないので、節約計算を省略する。

組合健保の被保険者については、大手のK健保組合の節約率を適用する。K健保組合については参考文献(6)に詳述してあるので、ここでは省略して、K健保組合と健保組合全国平均の被保険者1人当り被保険者分医療給付額を表23に示す。K組合は歯科については特に健康管理活動を行っていないので、歯科については節約計算は行わないこととする。表23において、K組合と全国平均との差が節約額であるとみなして、以下の計算を行う。

表24は表23の計数を使用して節約計算を行い、その結果を健保組合と共済組合の合計に拡大して割り振り計算

表 23 被保険者 1 人当り本人分医療給付 (K 健保組合と健保組合全国計比較)

(単位: 円)

本人の 年 齢	K 組 合 医 科		全 国 計 医 科		全 国 計 歯 科	
	男	女	男	女	男	女
15~19	2,093	1,783	1,885	1,983	348	594
20~24	2,085	2,375	2,066	2,593	481	1,210
25~29	2,204	3,378	2,301	3,980	588	1,190
30~34	2,431	4,454	3,774	3,732	580	1,081
35~39	2,776	4,070	3,618	4,111	608	860
40~44	4,193	4,688	5,523	4,687	688	1,124
45~49	5,145	6,841	6,808	6,764	821	880
50~54	7,031	6,446	6,847	7,560	779	919
55~59	7,440	9,852	13,693	11,963	1,326	1,096
60~64	10,788	9,098	16,571	12,621	1,201	1,178
65~69	(16,844)	(12,571)	22,120	15,409	791	1,673
70~	(20,720)	(15,820)	27,210	19,392	1,411	1,661

(注) 参考文献 (6), (7), (11) による。

表 24 健保組合および共済組合本人分医療給付

本人の 年 齢	健保組合被保険者数(千人)		本 人 分 医 療 給 付 (億円)			節約率 (医科)
	男	女	節約後医科	健保組合および共済組合		
				医 科	歯 科	
計	7,583	2,585	6,407	7,876	1,305	0.813
15～19	175	279	145	149	38	0.973
20～24	861	876	653	682	248	0.957
25～29	1,543	412	807	874	235	0.923
30～34	1,213	176	628	881	150	0.713
35～39	1,124	182	651	811	141	0.803
40～44	921	210	815	1,022	147	0.797
45～49	716	191	840	1,038	127	0.809
50～54	551	125	787	794	91	0.991
55～59	263	76	457	761	73	0.601
60～64	117	35	265	400	31	0.663
65～69	62	18	216	280	14	0.771
70～	37	6	144	188	10	0.766

をしたものである。表24の「健保組合被保険者数」に表23の1人当り医療費を乗算する。K組合の単価を乗じた値は、もし全国の健保組合がK健保組合なみの施策を実施したと仮定すると、ここまでは医療費を下げる事ができるはずである、という意味をもつ。全国計の男女別単価をそれぞれ人員数に乗じて得られた医療費を、総合計で割り算して割り振り比率を求める。一方、社会保険診療報酬支払基金の確定点数を組合健保および共済組合の被保険者について求め、その合計額を上に乗られた割り振り比率で按分したものが表24の計数であり、節約後の値はそれぞれ年齢別節約率を適用することによって求められる。

国民健保については、節約率を長野県南佐久郡八千穂村の計数に求める。八千穂村の有名な例については参考文献(8),(9),(10)に詳述されており、(6)にも簡単に述べられているので説明を全部省略し、最新の計数

表 25 国民健保 1 人当り医療費 (八千穂村と他の南佐久郡 7 ヲ町村比較)

昭和 年	八千穂村 A (円)	南佐久郡 B (円)	比 A/B
34	2,520	2,037	1.24
35	2,919	2,165	1.35
40	6,071	5,880	1.03
45	12,071	14,925	0.81
50	33,045	47,879	0.69
51	39,743	58,195	0.68
52	52,158	64,755	0.81

(注) 参考文献 (8), (9), (10) による。

のみ表25に示す。比 A/B は節約率であるが、これは昭和52年に上昇して1に近づいており、その原因は担当者に問い合わせなければわからないが、表13(管工)、表21(IHI 組合)、表24(K 組合)の節約率と比較して、むし

表 26 昭和52年度年齢別医療費 (医科分)

節約前

(単位: 億円)

	政管本人	組合本人 + 共済本人	社会保険 家族	国民健 保	計
計	10,239	7,876	18,590	27,422	64,127
0~4			2,005	1,195	3,200
5~9			1,576	813	2,389
10~14			935	571	1,506
15~19	122	149	738	594	1,603
20~24	589	682	584	811	2,666
25~29	903	874	1,095	1,215	4,087
30~34	871	881	866	1,053	3,671
35~39	1,048	811	898	1,108	3,865
40~44	1,145	1,022	788	1,513	4,468
45~49	1,343	1,038	766	1,611	4,758
50~54	1,223	794	672	1,775	4,464
55~59	1,026	761	901	1,984	4,672
60~64	900	400	1,091	2,671	5,062
65~69	627	280	1,393	3,099	5,399
70~	443	188	4,283	7,411	12,325

(注) 参考文献(7)による。

表 28 歯 科

(単位: 億円)

	政管本人	組合本人 + 共済本人	社会保険 家族	国民健 保	小 計
計	1,477	1,305	2,597	2,439	7,818
0~4			139	64	203
5~9			379	171	550
10~14			211	142	353
15~19	43	38	194	144	419
20~24	185	248	139	128	700
25~29	218	235	288	213	954
30~34	143	150	262	160	715
35~39	146	141	228	152	667
40~44	175	147	171	200	693
45~49	196	127	126	181	630
50~54	149	91	106	185	531
55~59	114	73	98	205	490
60~64	67	31	64	161	323
65~69	29	14	59	142	244
70~	12	10	135	190	347

(注) 参考文献(7)による。

ろ八千穂村の昭和52年度の計数0.81はそれほど不自然ではなく、適当と考えられるので、昭和52年度国民健保の節約率として0.81を採用する(あまり大きな節約率は、卓越した指導者の下にはせまじい、情熱にもえたる人人の献身的活躍の結果かもしれない、一般のとは言えないかもしれない)。

国民健康保険実態調査および国民健康保険医療給付実態調査の昭和52年分計数から、年齢別診療費を被保険者数に1人当り診療費を乗算して求め、合計額で割り算して割り振り比率を求め、この割り振り比率を昭和52年度国民健保医療費(一部負担を含む)に適用して求めた年

齢別国民健保医療費が、表26の「国民健保」の計数である。この計数に八千穂村の昭和52年度の節約率0.81を乗じたものが、表27節約後の国民健保の計数である。

表26、27の政管健保被保険者(表26以下では「本人」と略称する)分計数は表15の計数である。組合健保および共済組合の被保険者(表26以下では「組合本人+共済本人」と略称する)の計数は表24の計数である。

表26、27の「社会保険家族」は、政管健保、組合健保、共済組合、船員保険、日雇健保の、いわゆる被雇者健保の被扶養者分医療費である。政管健保と組合健保の年齢別被扶養者数に、組合健保の被扶養者1人当り医療費

表 27 昭和52年度年齢別医療費 (医科分)

節約後

(単位: 億円)

	政管本人 (管工)	組合本人 + 共済本人	社会保険 家族	国民健 保	計	節約前	節約率
計	8,475	6,407	15,617	22,088	52,587	64,127	0.820
0~4			2,005	962	2,967	3,200	0.927
5~9			1,576	654	2,230	2,389	0.933
10~14			935	460	1,395	1,506	0.926
15~19	103	145	738	478	1,464	1,603	0.913
20~24	492	653	584	653	2,382	2,666	0.893
25~29	742	807	840	979	3,368	4,087	0.824
30~34	460	628	664	848	2,600	3,671	0.708
35~39	648	650	689	892	2,879	3,865	0.745
40~44	1,020	815	604	1,219	3,658	4,468	0.819
45~49	1,147	840	587	1,298	3,872	4,758	0.814
50~54	1,061	787	515	1,430	3,793	4,464	0.850
55~59	845	457	691	1,598	3,591	4,672	0.769
60~64	941	265	836	2,151	4,193	5,062	0.828
65~69	656	216	1,068	2,496	4,436	5,399	0.822
70~	358	144	3,284	5,970	9,756	12,325	0.792

(注) 参考文献(7)による。

表 29 昭和 52 年度国民医療費

	人 口 (千人)	医 科		歯 科 (億円)	国 民 1 人 当 り (千円)		
		節 約 前 (億円)	節 約 後 (億円)		医 科		歯 科
					節 約 前	節 約 後	
計	114, 154	77, 742	63, 703	7, 943	68. 10	55. 80	6. 96
0～4	9, 605	3, 684	3, 415	206	38. 36	35. 55	2. 14
5～9	9, 634	2, 750	2, 566	559	28. 54	26. 63	5. 80
10～14	8, 411	1, 734	1, 606	359	20. 62	19. 09	4. 27
15～19	7, 961	2, 073	1, 893	426	26. 04	23. 78	5. 35
20～24	8, 270	3, 446	3, 077	711	41. 67	37. 21	8. 60
25～29	10, 927	5, 283	4, 353	969	48. 35	39. 84	8. 87
30～34	9, 134	4, 746	3, 360	726	51. 96	36. 79	7. 95
35～39	8, 796	4, 997	3, 723	678	56. 81	42. 33	7. 71
40～44	8, 424	5, 776	4, 731	704	68. 57	56. 16	8. 36
45～49	7, 716	5, 840	4, 754	640	75. 69	61. 61	8. 29
50～54	6, 462	5, 479	4, 657	539	84. 79	72. 07	8. 34
55～59	4, 891	5, 734	4, 409	498	117. 24	90. 15	10. 18
60～64	4, 363	6, 213	5, 144	328	142. 40	117. 90	7. 52
65～69	3, 720	6, 089	5, 005	248	163. 68	134. 54	6. 67
70～	5, 840	13, 901	11, 010	353	238. 03	188. 53	6. 04

(注) 参考文献 (7) による。

を乗じて年齢別医療費を求め、総合計で割り算して割り振比率を求める。支払基金の「社会保険被扶養者分確定点数」をこの比率で割り振ったものが、表26の社会保険家族の計数である。この計数の25歳以上の年齢層に、IHI 組合家族節約率0.7669 (表21 昭和52年分) を乗じたものが、表27の節約後の計数である。同様の割り振り計算により表28の歯科分も算出される。ただし、歯科については節約計算は必要データが得られていないので省略されている。

VII 国民医療費の節約計算

国民医療費の大部分を占める政管健保、組合健保、共済組合、国民健保分の年齢別医療費についての節約額推計計算が表26, 27, 28のとおりできたので、これを基礎として国民医療費の節約額を概算する。ここまでの過程で推計されていない部分は公費医療を主とするもので、生活保護、精神衛生、結核等よりなる。これらの人々に管工組合や IHI 組合のような健康管理をそのまま適用するわけには行かないであろう。しかし、まさにこれらの人々にこそ適切な健康管理が最も重要なのである。どのような対策が適切かは、専門家の検討にゆだねるほかないが、表27から得られる総合節約率を公費医療関係に延長適用を試みることは、概算としては許されるであろう。

国民医療費は、一般診療について20~14歳、15~44歳、45~64歳、65歳以上の4区分に分けられている。そこでさらにその4区分を5歳階層に、表26の「節約前」の計数を使用して割り振る。年齢別に割り振った値は表29の

「医科 節約前」の計数である。節約前の計数に表27の節約率を適用すれば、表29の「医科 節約後」の値を得る。

医療費は年齢の上昇とともに急上昇する。日本の人口構造は2000年には現在のヨーロッパ諸国なみの高齢人口割合になり、2025年には、65歳以上人口が20%を超えることになる予測するむきもある。そこで、昭和52年の1人当り医療費を固定して、人口構造のみが2000年および2025年になったと仮定すると、国民医療費はどの位になるかを計算することができる。

2000年および2025年の推計人口は、昭和53年安川推計の1.75児のケースを使用する。すでに最近の出生率は1.8児を割り込んでいるようだから、1.75児のケースが比較的良好に利用されている。表30, 31は、安川推計1.75児のそれぞれの人口に、昭和52年の1人当り国民医療費 (表29) を乗じて算出したものである。これは、昭和52年に人口構造のみが2000年および2025年なみになったと仮定すると、国民医療費は表30, 31のとおり、それぞれ、11.8兆円、12.7兆円となる。昭和52年度国民医療費8.6兆円よりかなり増えるが、このうちのある部分は人口増によるものである。

ここで費用と効果をまとめることとしよう。管工組合の昭和52年度の1人当りコストは10,921円、IHI 組合の1人当りコストは10,664円であった。これを人数で加重平均するのであるが、節約計算においては家族は主婦を対象と考えたため、節約率は25歳以上の被扶養者に適用した。そこで政管健保と組合健保の被保険者数 2,383

表 30 2000 年人口構成の昭和 52 年ベース国民医療費
(単位: 億円)

年 齢	2000年 人 口 (千人)	医 科		歯 科	国民医療費	
		節約前	節約後		節約前	節約後
計	127,534	108,859	88,544	9,137	117,996	97,681
0~4	7,734	2,967	2,749	166	3,133	2,915
5~9	7,347	2,097	1,957	426	2,523	2,383
10~14	7,094	1,463	1,354	303	1,766	1,657
15~19	7,429	1,935	1,767	397	2,332	2,164
20~24	8,543	3,560	3,179	735	4,295	3,914
25~29	9,883	4,778	3,937	877	5,655	4,814
30~34	8,828	4,587	3,248	702	5,289	3,950
35~39	8,149	4,629	3,449	628	5,257	4,077
40~44	7,768	5,327	4,363	649	5,976	5,012
45~49	8,782	6,647	5,411	728	7,375	6,139
50~54	10,290	8,725	7,416	858	9,583	8,274
55~59	8,616	10,101	7,767	877	10,978	8,644
60~64	7,566	10,774	8,920	569	11,343	9,489
65~69	6,939	11,358	9,336	463	11,821	9,799
70~	12,566	29,911	23,691	759	30,670	24,450

(注) 参考文献(7)による。人口は昭和53年安川推計 1.75児による。

表 31 2025年人口構成の昭和52年ベース国民医療費
(単位: 億円)

年 齢	2025年 人 口 (千人)	医 科		歯 科	国民医療費	
		節約前	節約後		節約前	節約後
計	121,819	118,916	96,288	8,466	127,382	104,754
0~4	6,286	2,411	2,235	135	2,546	2,370
5~9	6,160	1,758	1,640	154	1,912	1,794
10~14	6,269	1,293	1,197	268	1,561	1,465
15~19	6,793	1,769	1,615	363	2,132	1,978
20~24	7,478	3,116	2,783	643	3,759	3,426
25~29	7,653	3,700	3,049	679	4,379	3,728
30~34	7,265	3,775	2,673	578	4,353	3,251
35~39	6,991	3,972	2,959	539	4,511	3,498
40~44	7,274	4,988	4,085	608	5,596	4,693
45~49	8,285	6,271	5,104	687	6,958	5,791
50~54	9,449	8,012	6,810	788	8,800	7,598
55~59	8,255	9,678	7,442	840	10,518	8,282
60~64	7,357	10,476	8,674	553	11,029	9,227
65~69	6,610	10,819	8,893	441	11,260	9,334
70~	19,694	46,878	37,129	1,190	48,068	38,319

(注) 参考文献(7)による。人口は昭和53年安川推計 1.75児による。

万人と、25歳以上の被扶養者数 1,242 万人で加重平均して、国民 1 人当たり平均健診費用を 10,832 円とする。費用と節約額を表32に示す。人口のうち、節約率を適用すべき人口は国民健保についてはあまり明らかではない。しかし 0~19歳の年齢層はもともとあまり医療費を要しないこともあり、いま仮りに 0~14歳人口の全部と、15~19歳人口の半分について健診を行うことなく、表32の節約額が得られるものとみなし、健康管理費用を概算した。

医療費節約額と健診費用を比較すると、2025年では 2

表 32 費用と効果の比較
(単位: 億円, 万人)

	昭和52年 1977年	2000年	2025年
国民医療費			
節約前	85,685	117,996	127,382
節約後	71,646	97,681	104,754
節約額	14,039	20,315	22,628
人 口			
合計	11,415	12,753	12,182
子 供	3,163	2,589	2,211
大 人	8,252	10,164	9,971
健康管理費用 (大人×10,832円)	8,939	11,010	10,801

(注) 子供は 0~14歳の全部と、15~19歳人口の半分とする。

倍以上の開きがあり、節約額の半分以上を健康管理費用にまわすことにより、大きな効果が得られるのである。もちろん、医療費の節約は健康管理活動の副産物にすぎないが、その副産物の半分以上でモトがとれることは注目に値すると思われる。

参 考 文 献

- (1) 高山孝光『当組合における健康管理事業の実際』東京都管工業健康保険組合、昭和51年。
- (2) 『健保ニュース No.108 健康管理特集号』東京都管工業健康保険組合、昭和54年。
- (3) 『幸せを守る健保組合』東京都管工業健康保険組合、昭和53年。
- (4) 『医療給付状況』東京都管工業健康保険組合、各年。
- (5) 『健康保険組合事業年報』石川島播磨重工業健康保険組合、各年。
- (6) 市川 洋『健康づくり運動の効果と測定』『季刊社会保障研究』Vol.15, No.2, 昭和54年。
- (7) 市川 洋『健康管理の医療費に与える影響』『健康保険』第34巻第3号、健康保険組合連合会、昭和55年。
- (8) 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、昭和53年。
- (9) 若月俊一「予防は治療にまさる」『農村医療』No.18, 昭和52年。
- (10) 若月俊一「プライマリー・ケアと農村地域医療」『日医ニュース』431号、昭和54年。
- (11) 『健康保険組合医療給付実態調査報告』健康保

險組合連合会, 各年。

(12) 『社会保険診療報酬支払基金月報』社会保険診療報酬支払基金。

(13) 『医療給付受給者状況調査報告』社会保険庁,

各年。

(14) 『国民健康保険医療給付受給者実態調査報告』厚生省保険局, 各年。

勤労者家計における保健医療費支出と診療代支出の動向

——年間収入階級別および勤務先企業規模別の分析——

田 中 滋・三上芙美子

I はじめに

本稿は、勤労者家計の保健医療費支出と診療代支出を、(1)年間収入階級別、ならびに(2)勤務先企業規模別に分析した結果の報告である。健康保険制度別にみられる需要指標の動向の差を検討した昨年の報告〔文献(11)〕、および消費実態調査報告個票を使用し、年齢を調整したクロス・セクションで家計の各種所得の医療需要への影響を分析した理論計量経済学会における報告とあわせ、下記の2項目を目的とする、医療需要の経済分析の試みの一環を成す。

- (1) 「医療需要」概念の実証的把握の仕方に関する方法論上の整理、および具体的対応物の指定による実証作業
- (2) 対象集団の区分ごとの、景気変動や価格変化に対する感応の度合の差の測定と分析

本報告の具体的目標としては、次の2点を検討することが中心課題となる。

1. 名目値でみた1人当たり医療費は一貫して上昇を続けてきたが、1件当たり価格で調節した実質額ではどうか。実質支出額に与える所得、ヘルス・サービス価格、および一般物価水準の影響の相対的な大きさはそれぞれどれだけか。
2. 対象期間の途中で被用者保険被扶養者への保険給付率が5割から7割へと改善された。これまでの研究では、この2つの数字を直接的に医療需要指標と結びつけて分析している場合が多い。これを、診療1件当たり患者自己負担額の変化として、率の変更だけではなく、“価格”の絶対水準の変動とあわせて指数化し、需要分析に用いるとどのような結果が得られるであろうか(手続についてはⅡ節 §2で説明される)。

II モデルとデータ

§1 理論モデル

辻村〔文献(1)～(3)〕, 続〔文献(4)～(5)〕, 牧〔文献(6)～(9)〕によって開発された、ベルヌーイ・ラプラス型効用関数に基づく線型需要方程式を用いる。ヘルス・サービスに対する需要分析への応用は、文献(11)の補論で詳説されているため、ここでは本報告の理解に必要と思われるモデルの骨格だけを示す。

家計の選好関数は、(2.1)式で表わされる、ベルヌーイ・ラプラス型¹⁾におく。

$$U = U(H, X) \\ = \alpha_h \log(\alpha_h + H) + \alpha_x \log(\alpha_x + X) \quad (2.1)$$

U : 効用指標

H : 家計によるヘルス・サービス消費量(本報告の場合、保健医療費支出もしくは診療代支出額に特定化)

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

(2.1)式の特化から明らかなように、限界効用が正値をとるためには、 $(\alpha_h + H) > 0$, $(\alpha_x + X) > 0$, および $\alpha_h > 0$, $\alpha_x > 0$ が要求される。従って、もし、 H および X が家計にとって必需品であるとすれば(最低でも $H > 0$, $X > 0$ となるため)、 a_h と a_x は負値となる。反対に、もし、 H および X が家計にとって非必需品であれば、それぞれの消費量がゼロであっても効用指標は正の値をとることになり、 $a_h > 0$, $a_x > 0$ とならざるをえない。以上から、 $-a_h$, $-a_x$ を理論的生活最低必要量と呼ぶ。計測の結果、 $a_h < 0$, $a_x < 0$ が確認されれば、それは当該家計集団にとって H および X が必需品であるということである。

一方、予算制約は(2.2)式で示される。

$$Y = P_h H + P_x X \quad (2.2)$$

昨年に引続き、本報告のための資料収集・加工、回帰計測作業、計測結果の整理について多大な協力を得た、中央大学経済学部笠原隆・小山文代の両君に感謝する。

1) ゴッセン型選好関数が飽和点を持つのに対し、この型では、後述のように最低生活必要量が明示される。

Y: 観察期間の可処分所得

P_h : ヘルス・サービスの価格 (保健医療価格指数もしくは診療代価格指数——後述——が該当する)。

P_x : Xの価格 (消費者物価指数を使用する)

一方, 効用最大化のための限界効用均等条件は (2.3) 式で表わされる。

これを (2.2) 式と連立し, H について解けば, ヘルス・サービスに対する需要関数 (2.4) 式が導かれる。

$$\frac{\partial U / \partial H}{P_h} = \frac{\partial U / \partial X}{P_x} = \lambda \quad (2.3)$$

λ : 所得の限界効用

$$H = A_0 + A_1 \frac{Y}{P_h} + A_2 \frac{P_x}{P_h} \quad (2.4)$$

ただし, $A_0 = \alpha_x a_h / (\alpha_h + \alpha_x)$, $A_1 = \alpha_h / (\alpha_h + \alpha_x)$, $A_2 = \alpha_h a_x / (\alpha_h + \alpha_x)$ である。従って, $A_0 < 0$ の場合 H は必需品, $A_2 < 0$ の場合 X は必需品といえることがわかる。ヘルス・サービスが劣等財でない限り, A_1 は正值をとる²⁾。

最後に, 所得弾力性および価格弾力性を (2.5) 式, (2.6) 式に示す。

$$\frac{\partial H}{\partial Y} \cdot \frac{Y}{H} = \frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} \cdot \frac{Y}{P_h H} = A_1 \frac{Y}{P_h H} \quad (2.5)$$

$$\begin{aligned} \frac{\partial H}{\partial P_h} \cdot \frac{P_h}{H} &= - \frac{\frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} (Y + P_x a_x)}{\frac{\alpha_h}{\alpha_h + \alpha_x} (Y + P_x a_x) - \frac{\alpha_x}{\alpha_h + \alpha_x} P_h a_h} \\ &= - \frac{A_1 Y + A_2 P_x}{A_1 Y + A_2 P_x + A_0 P_h} = - \frac{A_1 Y + A_2 P_x}{P_h H} \end{aligned} \quad (2.6)$$

§2 使用データ

本報告の分析対象は前述のように勤労者家計である。それは, (1) 勤労者世帯に関しては多種類の所得データが存在する, (2) 多様なグループの集まりである一般世帯にくらべ, 勤労者世帯は母集団として相対的に均質的である, の2つの理由による。世帯人員数や, 非核労働者の収入による影響を排除するため, 4人世帯 (うち有業人員1人) からのデータのみを使用する。資料としては, 家計の支出額と所得については「家計調査報告」, 消費者物価指数と保健医療価格指数に関しては「消費者物価指数年報」を利用し, さらに診療代価格指数は「社

2) ベルヌーイ・ラプラス型の特徴として, 所得の係数 A_1 が価格 P_h , P_x と無関係な形に需要関数が導かれる。言い換えれば, 支出拡張線の勾配が相対価格のいかんによらず一定となるわけである。

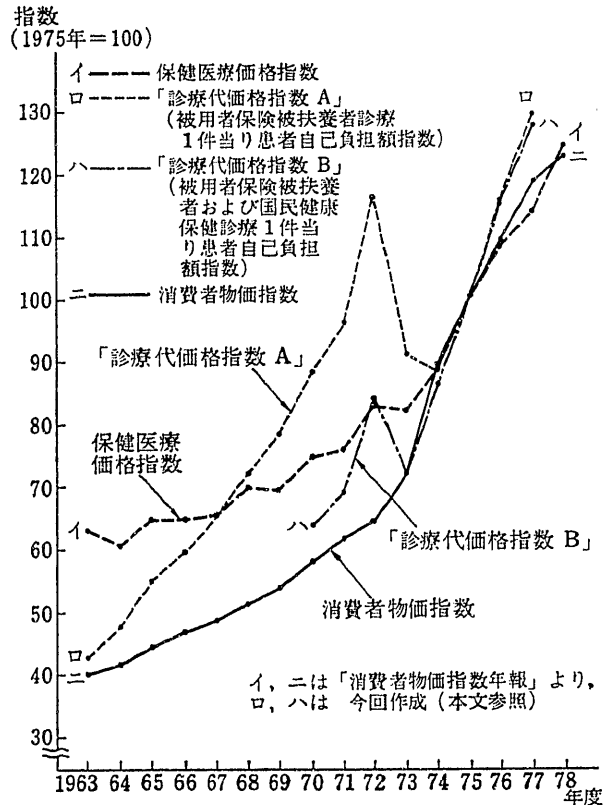


図 2-1 保健医療価格指数および「診療代価格指数」

会保障統計年報」ならびに「保険と年金の動向」の諸データより作成した。

最後の, 診療代価格指数とは, “被用者保険被扶養者診療1件当り³⁾ 患者自己負担額指数”に当るもので, 以下に述べる手順で計算された⁴⁾。

(a) 1963年度—1972年度:

- (イ) 政府管掌健康保険被扶養者自己負担額 Z_1' = 政管被扶養者分診療費保険給付額 I_1'
- (ロ) 組合管掌健康保険被扶養者自己負担額 Z_2' = 組合被扶養者分診療費保険給付額 I_2' - 付加給付額 F_2'
- (ハ) 被用者保険被扶養者診療1件当り平均患者自己負担額 $S' = (Z_1' + Z_2') / (\text{政管被扶養者分診療件数 } Q_1' + \text{組合被扶養者診療件数 } Q_2')$

3) ある観察期間の医療費は“1件当り医療費”と“件数”の積であるが, “1件当り医療費”は“1日当り医療費”と“1件当り日数”に分解できる。さらに, “1日当り医療費”は,

$$\sum_{i=1}^n (\text{診療行為 } i \text{ の価格}) \times (\text{診療行為 } i \text{ の回数}) \text{ から成っ$$

ている。本報告では, “1件当り医療費”を診療の価格とみなして分析をすすめている。

4) 計算があまりに繁雑になるため, 政管健保と組合健保で勤労者の健康保険を代表させ, 共済組合と船員保険データは使用しない。

(b) 1973 年度:

(イ) $Z_1^{73} = I_1^{73} \times 5/7 - \text{政管被扶養者分高額療養費支給額 } C_1^{73}$ (注: 5/7 は、年度央で保険給付率が 5 割から 7 割に改善されたため)

(ロ) $Z_2^{73} = I_2^{73} \times 5/7 - F_2^{73} - \text{組合被扶養者分高額療養費支給額 } C_2^{73}$ (注: 同上)

(ハ) $S^{73} = (Z_1^{73} + Z_2^{73} - \text{老人医療費公費支給額被用者保険分 } E^{73}) / (Q_1^{73} + Q_2^{73})$

(c) 1974 年度—1978 年度⁵⁾:

(イ) $Z_1' = I_1' \times 3/7 - C_1'$

(ロ) $Z_2' = I_2' \times 3/7 - F_2' - C_2'$

(ハ) $S' = (Z_1' + Z_2' - E') / (Q_1' + Q_2')$

(d) 1975 年度の S^{75} を 100 とし、 $S^{63} \sim S^{78}$ を指数化。

消費者物価指数、保健医療価格指数、診療代価格指数は図 2-1 にまとめられている⁶⁾(同図では、前述の被用者保険被扶養者診療代指数が A、ほぼ同様の手順で作成された、国保診療費自己負担分をも包摂する総合指数が B として表示されている)。

収入階級は 16 に分けられているが、第 1 階級はデータ不足のため今回の作業の対象とはしていない。従って、第 2 階級が最も低所得層であり、第 16 階級が最高所得層である。一方、企業規模は 7 階層に分かれ、以下の文中では①～⑦で示されているが、下からそれぞれ従業員数 5～9 人、10～29 人、30～99 人、100～299 人、300～499 人、500～999 人、1000 人以上の企業を指す。⑧は官公庁等である。

表 3-1 年間収入階級別にみた勤労者家計における診療代支出の回帰係数

計 測 対 象	定数項	説 明 変 数		R^2	D-W 比	構造パラメタ推定値			
		所 得	物 価			α_h	α_x	α_h	α_x
総 合	482 (1.83)	0.0218 (13.06)	-1,908 (4.00)	.954	2.33	.0218	.9782	-493	-87,523
年間収入階級 (2)	743 (.90)	0.0181 (3.05)	-1,340 (1.02)	.541	2.13	.0181	.9819	-756	-73,992
" (3)	-296 (.27)	.0220 (2.21)	-123 (.07)	.411	1.80	.0220	.9780	303	-5,570
" (4)	3,548 (3.07)	.0274 (2.42)	-5,248 (2.41)	.348	2.24	.0274	.9726	-3,648	-191,743
" (5)	1,012 (1.68)	.0280 (4.32)	-2,466 (1.99)	.704	3.13	.0280	.9720	-1,041	-87,977
" (6)	1,739 (4.20)	.0325 (6.85)	-3,924 (4.23)	.833	2.84	.0325	.9675	-1,797	-120,738
" (7)	2,197 (5.67)	.0372 (9.09)	-5,579 (6.16)	.894	1.37	.0372	.9628	-2,282	-150,135
" (8)	2,426 (5.50)	.0333 (8.61)	-5,798 (5.77)	.884	1.71	.0333	.9667	-2,510	-174,062
" (9)	1,807 (4.08)	.0246 (6.82)	-4,081 (3.93)	.861	2.78	.0246	.9754	-1,853	-165,692
" (10)	1,581 (2.42)	.0288 (6.84)	-4,921 (3.49)	.859	2.63	.0288	.9712	-1,628	-170,808
" (11)	1,244 (1.68)	.0196 (4.44)	-3,250 (2.01)	.753	1.34	.0196	.9804	-1,269	-165,479
" (12)	-165 (.19)	.0216 (4.38)	-1,857 (.97)	.821	2.10	.0216	.9784	169	-85,813
" (13)	-1,838 (1.17)	.0030 (.36)	4,325 (1.25)	.448	1.44	.0030	.9970	1,844	1,427,393
" (14)	-3,158 (1.66)	.0005 (.07)	6,644 (1.90)	.431	2.12	.0005	.9995	3,160	12,533,484
" (15)	-5,233 (2.11)	.0101 (.91)	6,938 (1.66)	.475	1.80	.0101	.9899	5,286	690,348
" (16)	-4,978 (2.27)	.0247 (2.50)	1,803 (.40)	.649	1.89	.0247	.9753	5,104	72,966

注) 1 計測対象期間は 1963—1977 年 (ただし年間収入階級 (2) については 1972 年の数値を除いた計測)。

2 () 内は t 値。

5) たとえば 1976 年度の保険給付率 $(1 - Z_i / (I_i + F_i + C_i + Z_i))$ は、政管では 73.3%，組合では 81.0 % であった。

6) 疾病構造や診療行為の変化によって、価格指数が受けるであろう影響の意味について、社会保障研究所研究第二部長 (現在千葉大学教授) 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。

表 3-2 年間収入階級別にみた勤労者家計における保健医療費支出の回帰係数

計 測 対 象	定数項	説 明 変 数		$\bar{R}^2$	D-W 比	構造パラメタ推定値			
		所 得	物 価			$\hat{\alpha}_h$	$\hat{\alpha}_x$	$\hat{d}_h$	$\hat{d}_x$
総 合	979 (.56)	.0268 (.22)	- 2,088 (.50)	.884	2.29	.0268	.9732	- 1,006	- 77,823
年間収入階級 (2)	11,960 (2.23)	.1046 (2.41)	-20,480 (2.10)	.417	1.67	.1046	.8954	-13,357	-195,793
" (3)	- 286 (.10)	.0176 (.68)	1,082 (.20)	.327	1.89	.0176	.9824	291	61,512
" (4)	- 727 (0.20)	-.0137 (.40)	5,301 (.71)	.096	1.58	—	—	—	—
" (5)	2,639 (2.42)	.0452 (4.02)	- 5,366 (2.19)	.785	2.32	.0452	.9548	- 2,764	-118,822
" (6)	610 (.45)	.0221 (1.50)	- 64 (.02)	.604	1.03	.0221	.9779	- 624	- 2,919
" (7)	231 (.19)	.0217 (1.81)	262 (.09)	.738	1.06	.0217	.9783	- 236	12,083
" (8)	- 686 (.38)	.0081 (.55)	3,409 (.81)	.595	1.34	.0081	.9919	- 691	420,812
" (9)	- 612 (.60)	.0102 (1.31)	2,853 (1.17)	.825	1.72	.0102	.9898	619	279,159
" (10)	- 118 (.10)	.0205 (2.81)	412 (.15)	.878	2.25	.0205	.9795	121	20,132
" (11)	- 1,998 (1.52)	.0080 (1.04)	4,897 (1.58)	.850	2.44	.0080	.9920	2,014	612,508
" (12)	4,374 (2.17)	.0344 (3.08)	- 8,327 (1.73)	.672	2.05	.0344	.9656	- 4,530	-242,064
" (13)	- 3,164 (1.91)	-.0027 (.31)	9,266 (2.39)	.720	1.92	—	—	—	—
" (14)	-10,440 (2.30)	-.0295 (1.45)	26,310 (2.47)	.558	1.76	—	—	—	—
" (15)	- 8,593 (5.19)	-.0159 (2.04)	20,473 (5.33)	.849	2.49	—	—	—	—
" (16)	- 7,856 (2.77)	-.0058 (.46)	18,570 (2.67)	.707	1.56	—	—	—	—

注) 1 計測対象期間は1963—1977年 (ただし年間収入階級(2)については1972年の数値を除いた計測)。

2 () 内はt値。

III 計測結果

勤労者世帯年間収入階級別の、診療代および保健医療費を従属変数とした医療需要関数の計測結果を、表 3-1 および表 3-2 にそれぞれ掲げる。一方、勤務先企業規模別の保健医療費について計測した結果は、表 3-3 に示すとおりである。また、観察期間についてこれらの従属変数の実際値と理論値(推計値)をそれぞれの分類について求め、グラフに表わしたものが、図 3-1 および図 3-2 である。

最初に収入階級別計測結果をみると、総合(全収入階級について加重平均したもの)では診療代についても保健医療費についても、回帰式のあてまはりが良好であり、特に診療代については $\bar{R}^2$ が、.954 と高い。所得のパラメタは正、物価のパラメタは負といずれも有意に推計され、よく知られている平均的家計消費行動パターンとコンシステントである。診療代についてこれを収入階級別

にみると(表 3-1), $\bar{R}^2$ の値は、階級(5)から(12)までが高く、(2)から(4)までの低所得階層および(13)から(16)までの高所得階層では低く計測されている。階級(5)から(12)までの中所得階層では、所得、物価ともにパラメタの符号は理論値とコンシステントであり、階級(12)の物価パラメタを除きすべてt値も大きい。低所得階層では、パラメタの符号はコンシステントに推計されたが、物価のパラメタ推定値は階級(2)と(3)について有意ではない。他方、高所得階層では物価のパラメタが正と推計され、さらに所得のパラメタは階級(16)を除きt値が小さく有意でない。

同じく収入階級別の計測結果を保健医療費についてみると(表 3-2), 回帰式のあてまはりが良好でパラメタ推定値の符号もコンシステントに示された階級は、(5), (6), (12)の3グループのみである。階級(2)と(3)は $\bar{R}^2$ が低い。階級(4)はパラメタ推定値が有意でない。

表 3-3 勤務先企業規模別にみた勤労者家計における保健医療費支出の回帰係数

計 測 対 象	定数項	説 明 変 数		R^2	D-W 比	構造パラメタ推定値			
		所 得	物 価			$\hat{\alpha}_h$	$\hat{\alpha}_x$	$\hat{\alpha}_h$	$\hat{\alpha}_x$
勤務先企業の従業員数が5~9人である家計	540 (.71)	.0206 (3.55)	- 362 (.21)	.951	2.18	.0206	.9794	- 551	- 17,635
同 10~29 人の家計	1,215 (1.32)	.0258 (4.04)	- 2,106 (1.03)	.953	0.77	.0258	.9742	- 1,247	- 81,628
同 30~99 人の家計	- 105 (.25)	.0204 (6.90)	274 (.28)	.985	1.60	.0204	.9796	- 107	13,951
同 100~299 人の家計	2,064 (2.98)	.0319 (6.41)	- 4,531 (2.69)	.970	1.49	.0319	.9681	- 2,132	-141,993
同 300~499 人の家計	544 (.51)	.0198 (3.08)	- 574 (.24)	.941	2.81	.0198	.9802	- 555	- 29,064
同 500~999 人の家計	2,347 (1.47)	.0294 (3.12)	- 4,758 (1.29)	.902	1.50	.0294	.9706	- 2,418	-161,837
同 1,000人以上の家計	1,949 (2.42)	.0249 (5.46)	- 3,580 (1.92)	.970	1.89	.0249	.9751	- 1,999	-144,006
勤務先が官公庁等である家計	1,780 (1.11)	.0207 (3.33)	- 2,829 (.87)	.957	2.15	.0207	.9793	- 1,818	-136,799

注) 1 計測対象期間は1963—1978年。

2 () 内はt値。

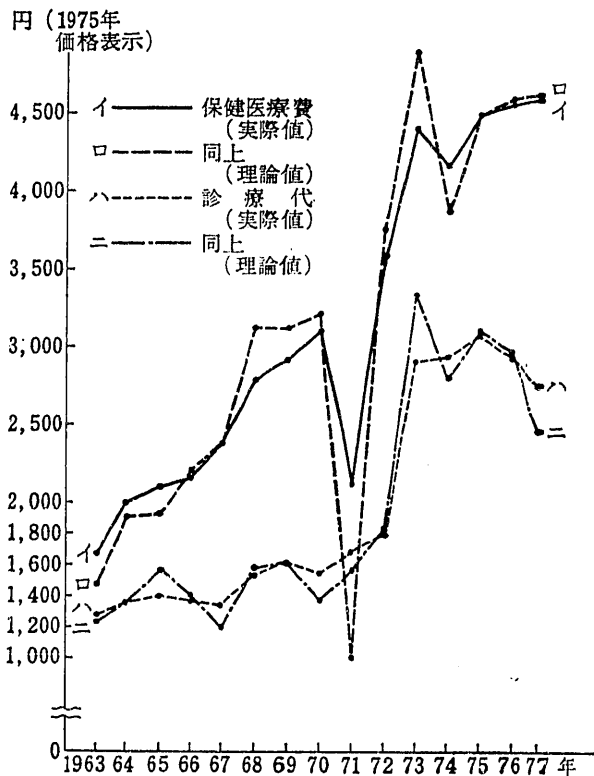


図 3-1-1 年間収入階級別にみた1世帯1ヵ月当りの実質保健医療費および診療代支出額：実値と理論値〔階級総合〕

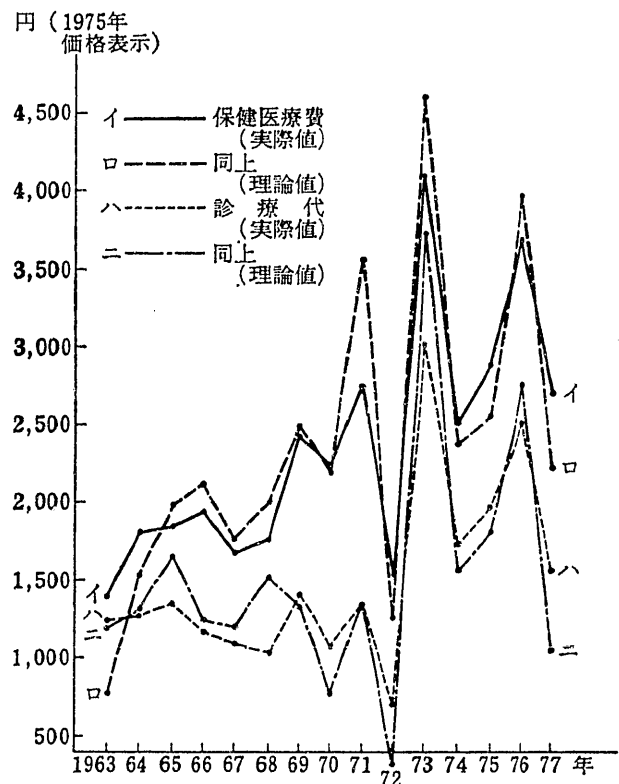


図 3-1-2 〔年間収入階級(5)〕

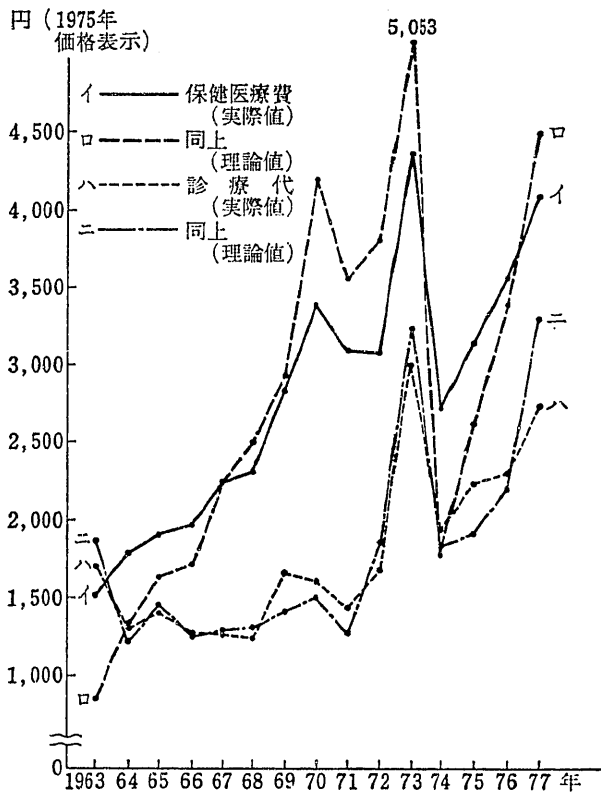


図 3-1-3 〔年間収入階級(6)〕

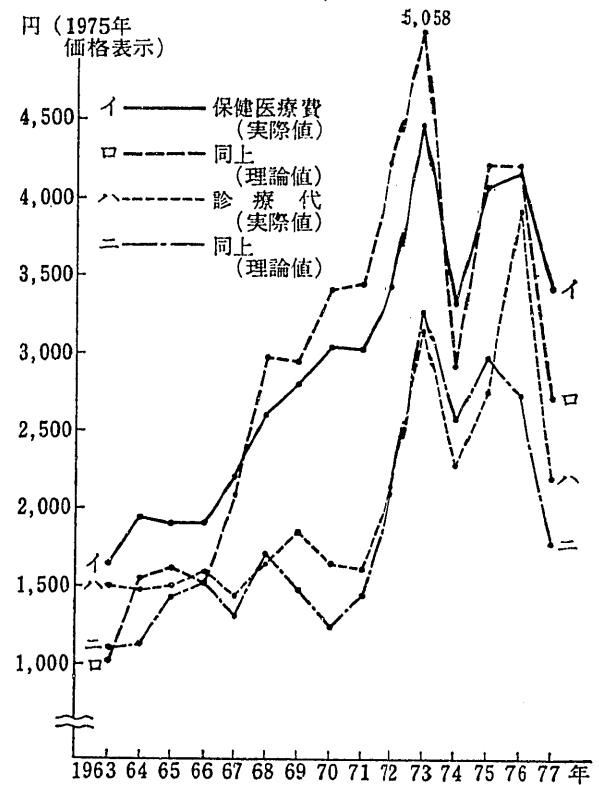


図 3-1-4 〔年間収入階級(7)〕

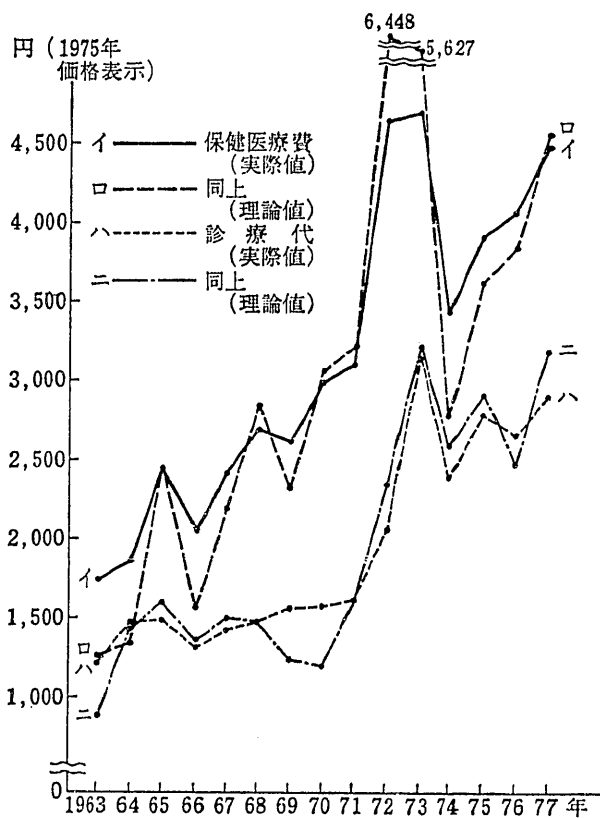


図 3-1-5 〔年間収入階級(8)〕

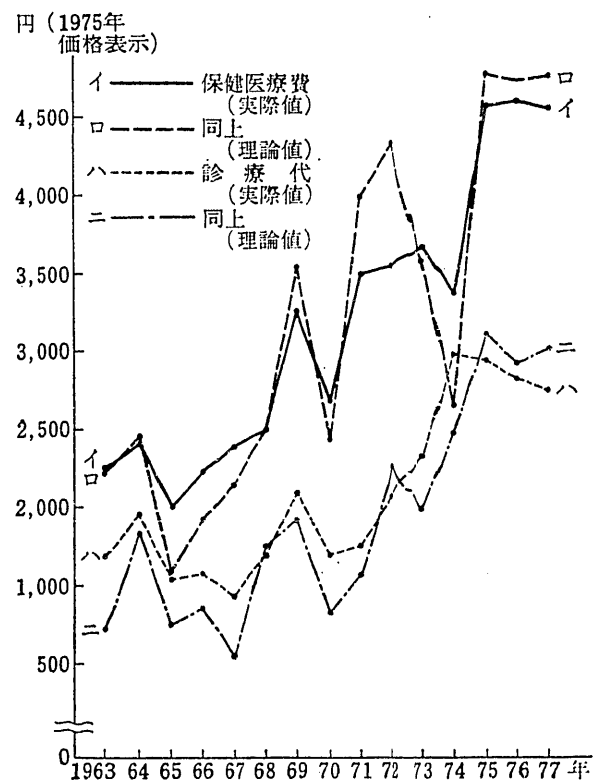


図 3-1-6 〔年間収入階級(9)〕

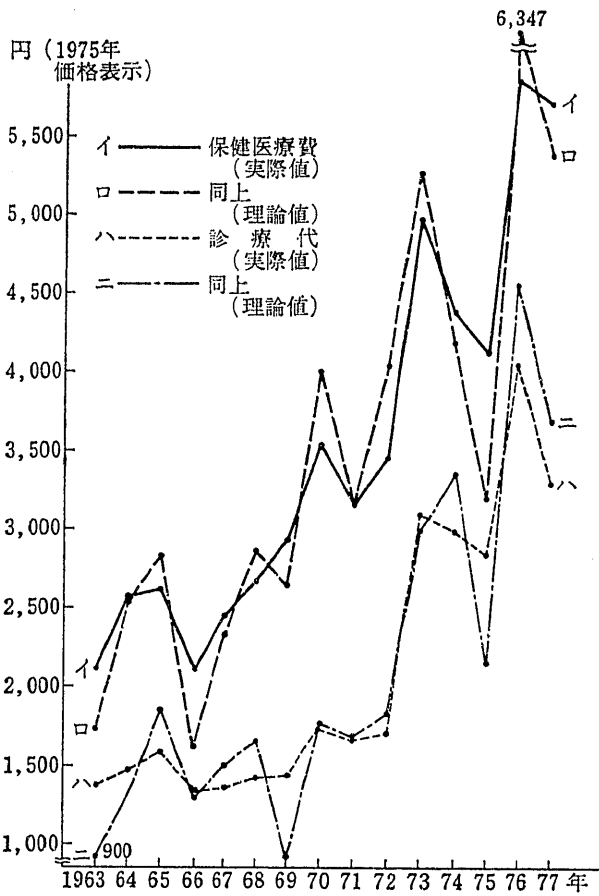


図 3-1-7 〔年間収入階級(10)〕

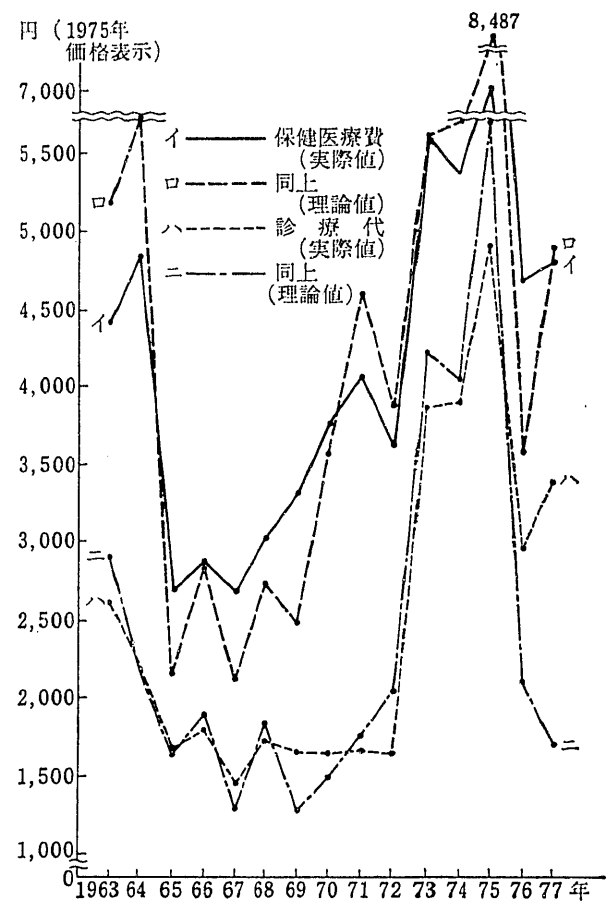


図 3-1-9 〔年間収入階級(12)〕

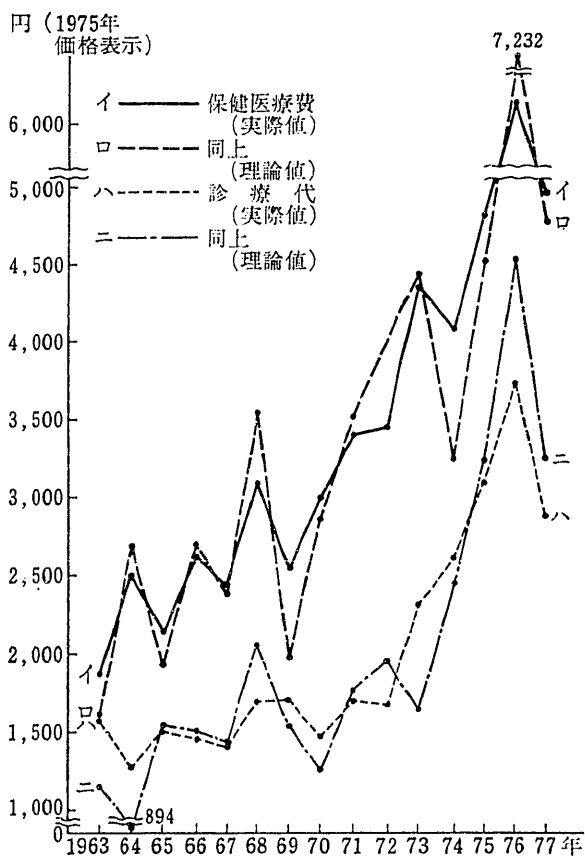


図 3-1-8 〔年間収入階級(11)〕

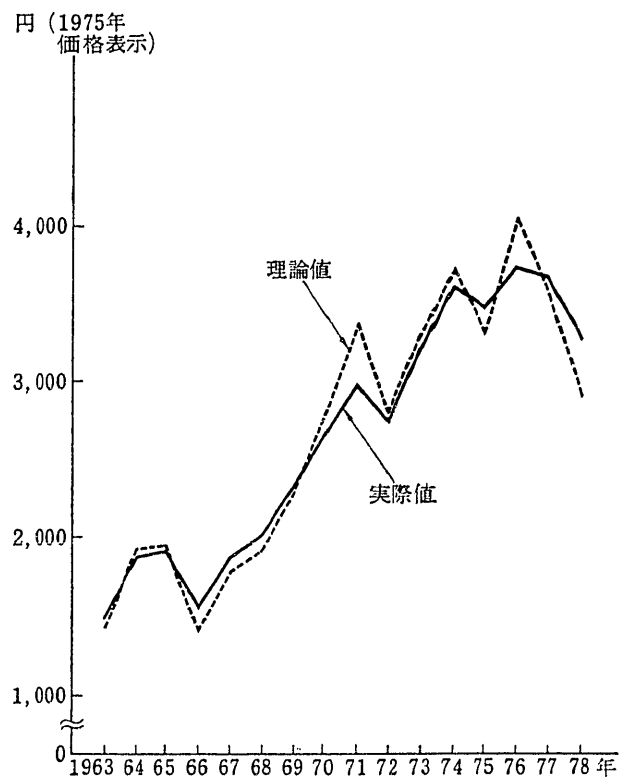


図 3-2-1 勤務先企業規模別にみた1世帯1ヵ月当りの実質保健医療支出額：実際値と理論値〔従業員数5～9人〕

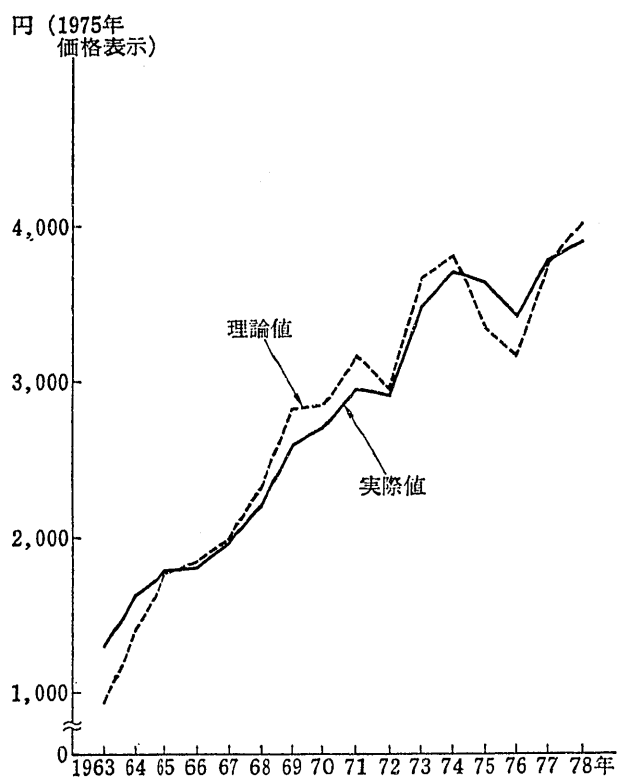


図 3-2-2 〔従業員数 10~29 人〕

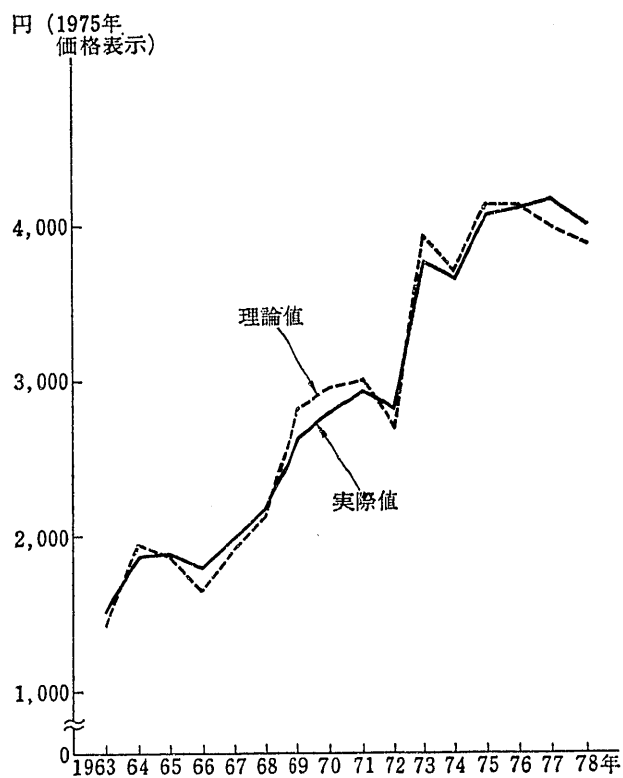


図 3-2-3 〔従業員数 30~99 人〕

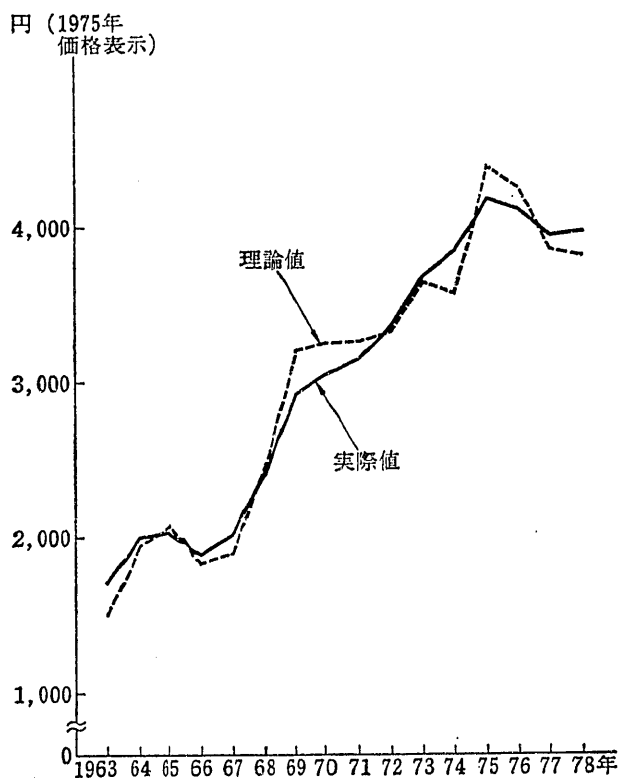


図 3-2-4 〔従業員数 100~299 人〕

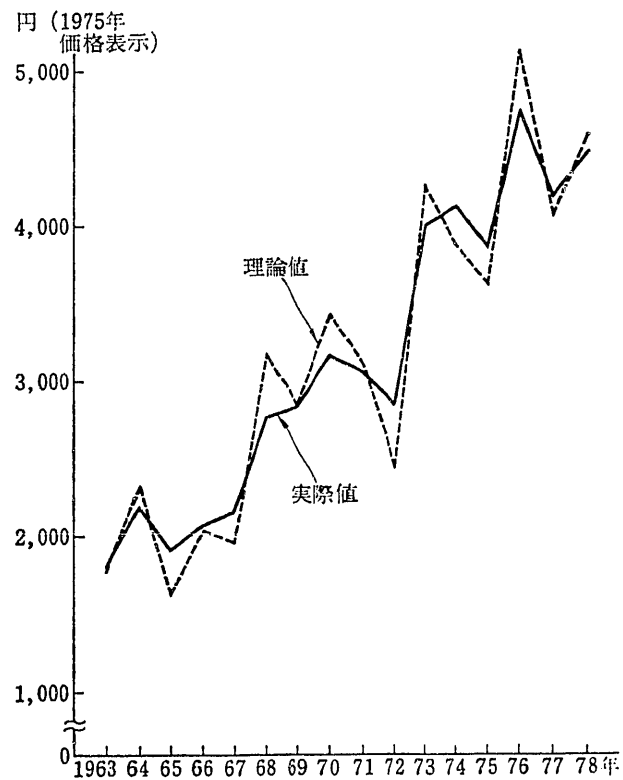


図 3-2-5 〔従業員数 300~499 人〕

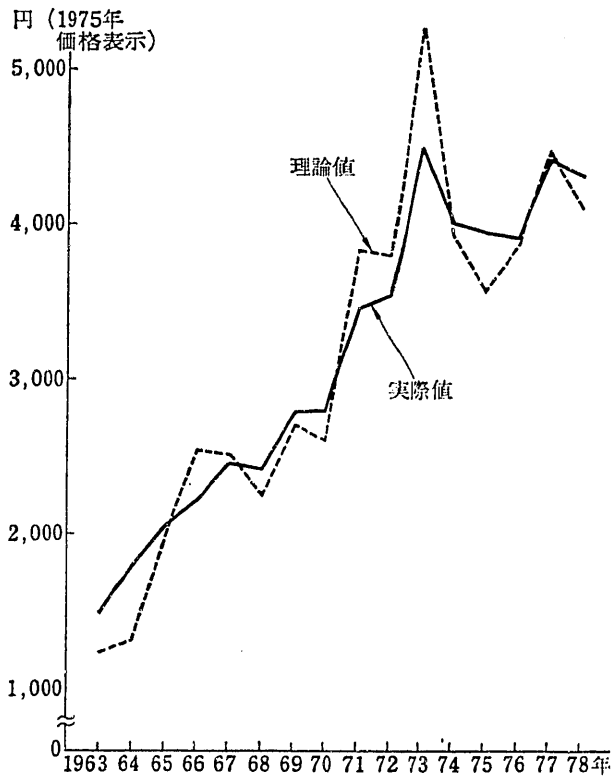


図 3-2-6 〔従業員数 500～999 人〕

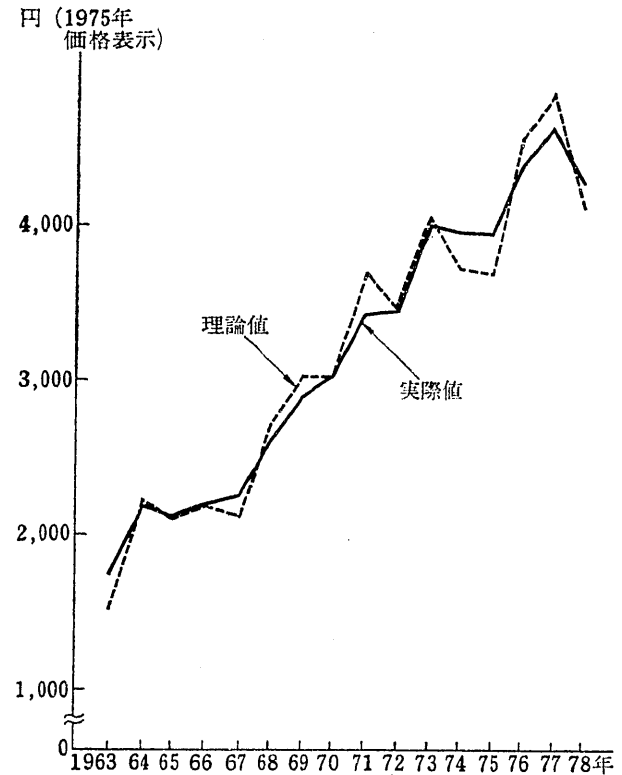


図 3-2-7 〔従業員数 1,000 人以上〕

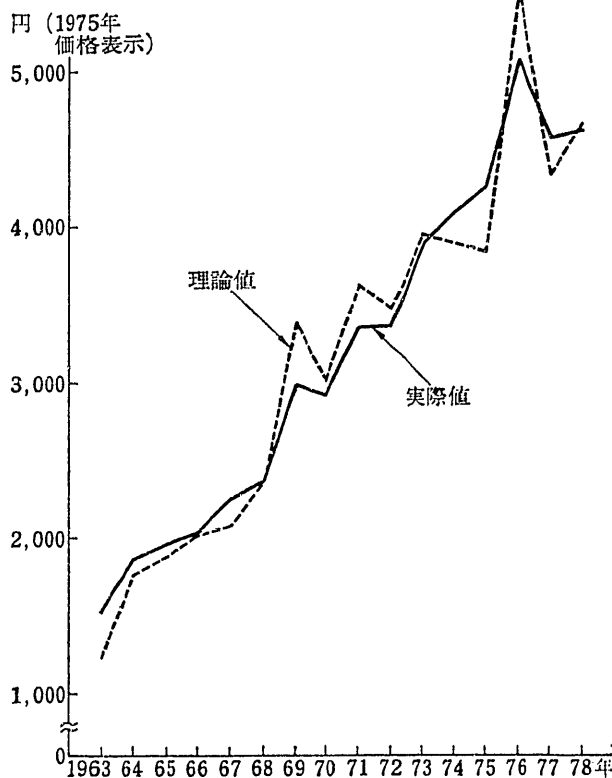


図 3-2-8 〔勤務先官公庁等〕

階級(7)から(11)までについては、 $\bar{R}^2$ は高いが、物価のパラメタ推定値は正となり t 値も低く信頼しがたい。階級(13)から(16)までの高所得層においては、所得が負の効果、物価が正の効果をもつと推計され、いわゆる平均的家計消費行動とは逆の結果が示された。特に物価のパラメタは有意に正と推計され、 $\bar{R}^2$ も決して低くない。

次に勤務先企業規模別計測結果を概観してみよう(表3-3)。ここでは、すべての規模グループについて決定係数がきわめて高い。図3-2からもあてはまりの良いことが、一見してわかる。そして、規模グループ③を除きすべてのグループにおいて所得のパラメタ推定値は正、物価のパラメタ推定値は負となっており、勤務先規模の大小にかかわらず、平均的家計消費行動パターンとコンシステントであるという結果を得た。規模グループ間の比較をすると、物価の保健医療需要に及ぼす効果は、勤務先企業規模の大きいほど大であるが、所得のそれに及ぼす効果はどの規模グループについても大差はないことが示された。

なお、計測された医療需要関数の回帰係数から効用関数パラメタ、 α_h 、 α_x 、 a_h 、 a_x の推定値を間接的に求めた数値も、それぞれ該当の表に示しておく。これらの構

造パラメタ推定値からみても、勤務先企業規模別の計測結果は、満足すべきものであるといえよう。すなわち、効用関数パラメタの制約条件($\alpha_i > 0$, $\alpha_i + q_i > 0$, $i = h, X$)がすべての規模グループについてほぼ満たされており、また $\hat{a}_h$, $\hat{a}_x$ の符号がグループ③を除くすべての規模グループにおいて共に負であるから、保健医療とその他の財がいずれも必需財であることがおおむね示された。

以上、計測結果の概要を述べたが、次節では若干の吟味を加えていく。

IV 若干の考察

§1 計測結果の検討

収入階級別の回帰式では、診療代と保健医療費のいずれに関しても、中所得階級において最もあてはまりが良いことがわかった。このことは、それらの階級の勤労者世帯が最も敏感に所得や物価という経済諸変数に反応して医療需要量を決定する、という傾向を示唆するものである。他方、低所得階層について回帰式のあてはまりが良くないのは、医療費扶助や各種の社会福祉による影響も大きく、医療需要行動が経済変数、特に物価にそれほど感応しないためであろう。これに対して高所得階層において経済変数、特に所得に対する反応が有意に認められない理由は、年々のフローの所得がフローの医療需要量に効果をもつというよりも、むしろ、何らかのストック的変数、たとえば習慣形成効果や金融資産などが影響力をもっているためであるかもしれない。さらに、高所得階層の診療代に関する計測結果では、構造パラメタ推定値 $\hat{a}_h$, $\hat{a}_x$ が共に正の符号となっており、従って定義によれば、医療もその他の財も、双方とも非必需品ということになる。明らかに高所得階層については、少なくとも診療代を従属変数とした場合、この医療需要モデルが妥当するとはいいがたいのであろう。

ところで、この医療需要関数において、物価変数は、医療価格(指数)に対する一般物価(指数)の相対的な大きさ、という形で表わされている。計測にあたってこの物価変数のパラメタが負の値に推定されると期待されたのは、所得変数のパラメタが正の値をとる限り、医療を除いたその他の財が必需品とみなされるためには($\alpha_x < 0$ を満足するためには)、物価変数のパラメタ値が負でなくてはならないからである。すなわち、相対的に一般物価が上昇すると、食料、衣服、家賃、水道・ガス・電気などの生活必需財により多くの支出を要し、保健医療サービスの消費量が削減されるわけである。特に低所得階層および中所得階層に属する、生活水準が相対的に

あまり豊かでない世帯においては、このような行動がとられることは不思議ではない。実際、計測結果からも、物価変数のパラメタ推定値が負となっているのは、主として低・中所得階層についてである。計測結果をみると、高所得階層においては反対に物価変数のパラメタが正の値に推定されている。特に保健医療に関して、たとえば収入階級(15)についてみると、この傾向が有意に表われている。

しかしながら、今回の需要分析だけでは、所得階層間の行動の相違について、これ以上立ち入った分析を進めることはできない。また、上に述べたことから、もちろん他の条件を不変と仮定した上での議論であることはいうまでもない。むしろここでは、社会福祉の恩恵をほとんど受けず、かといって生活水準が著しく高いというわけでもない中所得階層が、年々変化する経済変数に最も敏感に反応するであろう、という指摘にとどめておく。

次に、今回の計測で最もあてはまりの良い結果が得られた勤務先企業規模別の保健医療需要回帰式について、若干の検討を試みたい。収入階級別にグループ分けした場合よりも、勤務先企業規模別にディスアグリゲイトした場合の方が、あてはまりが良く、平均的家計消費行動パターンとのコンシステンシーを明確に示している理由には、以下の3点が挙げられよう。

第1に、企業規模別では、当該グループに属するサンプル世帯は皆ほぼ同じ種類の保険に加入しているから、健康保険の種類の違いによる影響、たとえば付加給付率の差異による影響をほとんど受けない。規模グループ①から⑥までは、従業員1,000人未満の中小企業に勤務する者の世帯であり、その大部分は政管健保に加入している。グループ⑦は大企業に勤務する者の世帯で、組合健保の加入者であり、グループ⑧の官公は各種共済組合に加入している世帯である。収入階級別の計測では、同じ収入階級に属していても、相異なる種類の健保に加入している世帯が混在しているため、この影響が含まれてしまう。

第2に、勤務先企業規模別の方が、時系列のサンプルが相対的に安定しているといえる。すなわち、観察期間中(1963~1978年)勤労者が転職して異なる規模の企業にはいる割合はさほど大きくないと思われ、同じ規模グループについては年々同質のサンプル世帯をフォローしている確率が相対的に高く、変数とデータとの対応に問題が少ない。これに対して収入階級別の方は、「収入の大きさが相対的に同じグループ」を毎年フォローしている

ため、同一サンプル世帯がいつの年にも同一収入階級に属している確率はかなり低い。すなわち、ある世帯がひとつの収入階級から他の収入階級へとその所属グループを移動する確率は、勤務先企業規模が変化する確率よりはるかに高いと思われる。従って、ディスアグリゲートしたグループ別に医療需要行動を観察しようとする際のデータの一貫性は、企業規模階級別の場合の方が相対的に良好である。

第3の理由は、そしてこれが最も大きな要因かもしれないが、世帯所得のサンプルの散らばりが、勤務先企業規模の各グループ内で相対的により大きく存在することである。すなわち、同一グループに属していて企業規模が同じところに勤務していても、個々の勤労者の所得水準には差があるであろう。従って所得の散らばりの比較的大きいサンプル世帯から成る勤務先規模別の計測では、おのおののグループについて、平均的家計消費行動を反映するような結果が出たということである。収入階級別の診療代および保健医療費についての計測においても、全収入階級のサンプルを含めた「総合」の回帰結果は、あてはまりの良い平均的パターンを示している。

§2 ヘルス・サービスに対する需要の所得弾力性と価格弾力性

Ⅱ節 §1で述べた弾力性値を、各年の実際値の近傍で計算したものが図4-2～図4-4に示されている⁷⁾。いずれのケースについても、ヘルス・サービスの価格 P_h よりも所得 Y に感応的である点が特徴である。これを別な観点からみると、(4.1)式で表わされるように、他財価格 P_x との交差弾力性が大きいということになる。

$$\left| \frac{\partial H}{\partial Y} \cdot \frac{Y}{H} \right| = \left| \frac{\partial H}{\partial P_h} \cdot \frac{P_h}{H} \right| + \left| \frac{\partial H}{\partial P_x} \cdot \frac{P_x}{H} \right| \quad (4.1)$$

その場合、 X の価格変化により H への需要量は大きな影響を受ける。 P_x 変化による H の量の変化を図4-1に示す。前節の大部分の計測結果でみられたように、 X は必需品とする。従って、 X^* が最低生活必要量である。 H

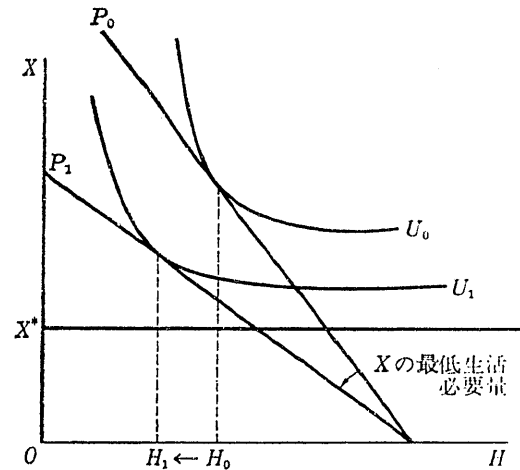


図 4-1

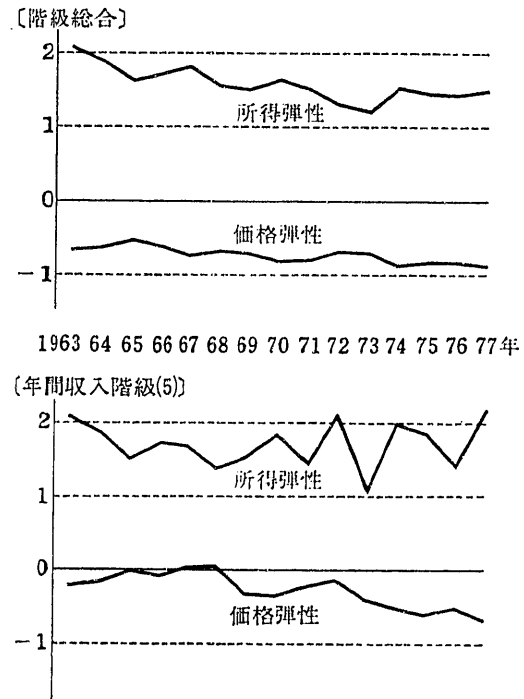


図 4-2-1 年間収入階級別にみた勤労者家計診療代支出額の価格弾力性と所得弾力性：各年の実際値の近傍における弾力性の推移

7) 牧〔文献(8)、(9)〕による、保健医療費と診療代の所得弾性と価格弾性の値は次のとおりであった(階層区分はなし)。

年次	所得弾力性		価格弾力性	
	保健医療費	診療代	保健医療費	診療代
1960	.489	2.347	-.604	-2.674
1965	.418	1.843	-.460	-1.877
1970	.399	1.710	-.389	-1.561
1975	—	1.728	—	-1.167

と X の相対価格が P_0 線を表わされる状態の時、当該家計は U_0 の無差別曲線に接し、 H_0 のヘルス・サービスを消費する。しかし、 X の価格が上昇し、相対価格線が P_1 になった時には、効用指標は U_1 に低下し、 H の消費量も H_1 に減少する。観測された弾力性値は、この経路の影響が大きいことを示唆している。ただし、全体の傾向としては、所得弾性の絶対値が縮小ないし横這いであるのに対し、価格弾性の絶対値は拡大しつつあることが

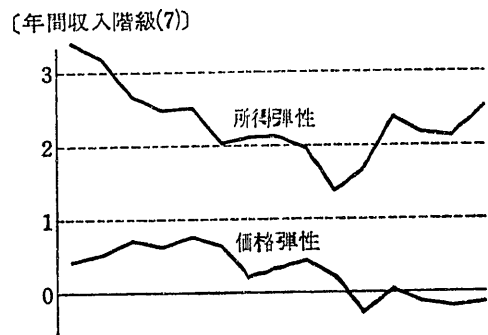
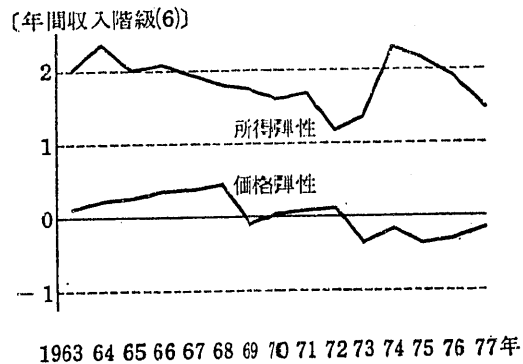


図 4-2-2 〔年間収入階級(6)および(7)〕

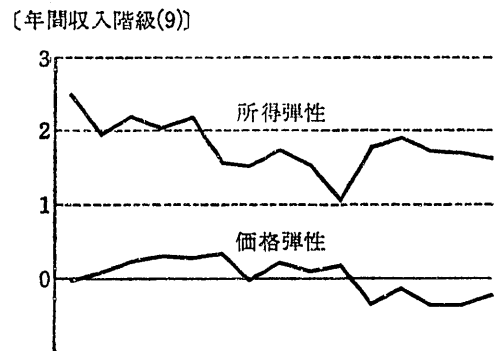
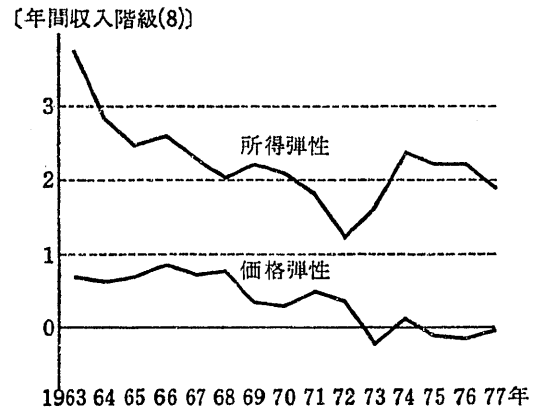


図 4-2-3 〔年間収入階級(8)および(9)〕

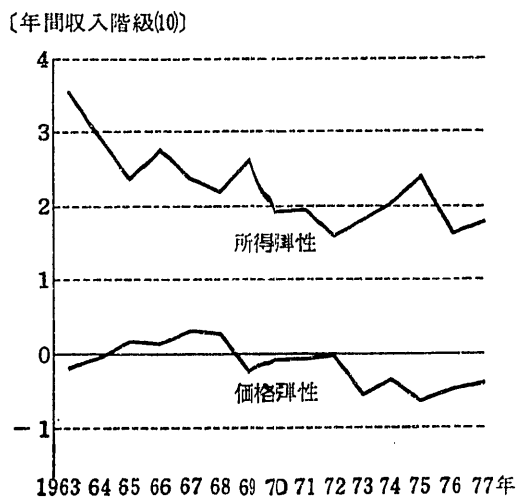
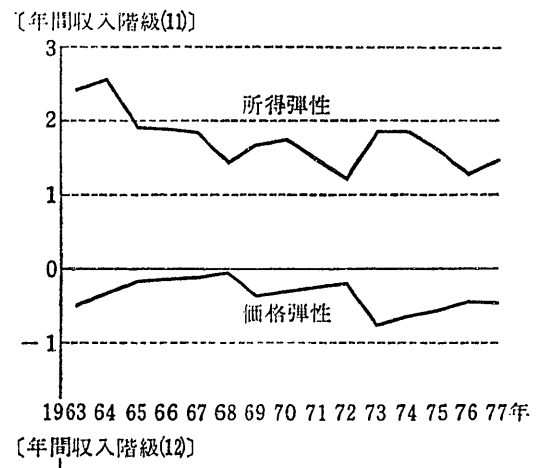


図 4-2-4 〔年間収入階級(10)〕



〔年間収入階級(12)〕

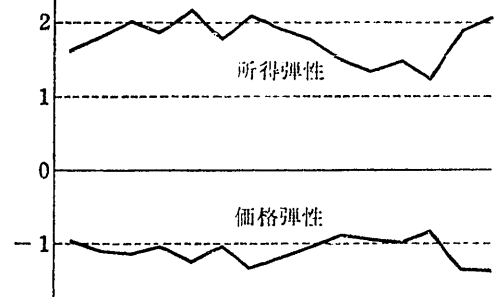


図 4-2-5 〔年間収入階級(11)および(12)〕

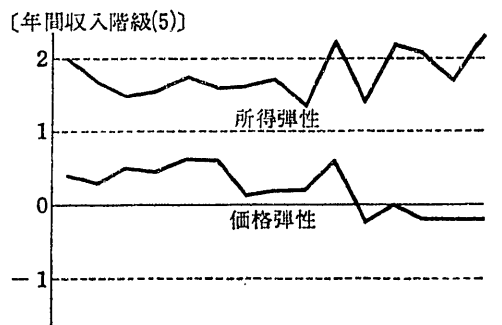
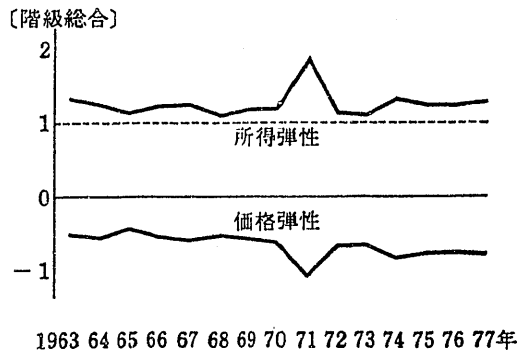


図 4-3-1 年間収入階級別にみた勤労者家計保健医療費支出額の価格弾力性と所得弾力性：各年の実際値の近傍における弾性値の推移

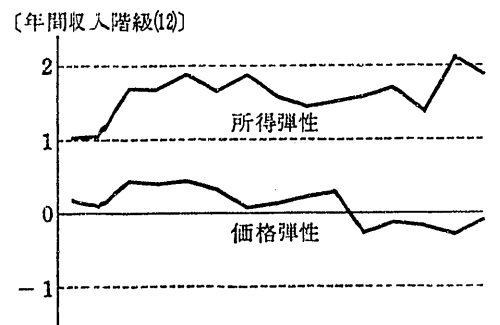
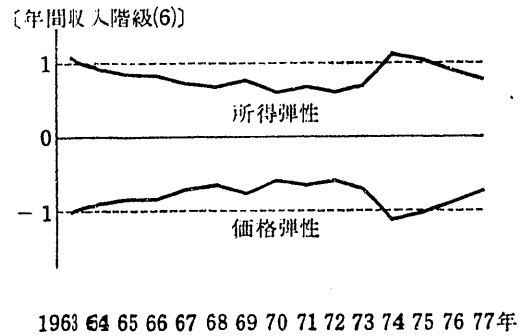


図 4-3-2 〔年間収入階級(6)および(12)〕

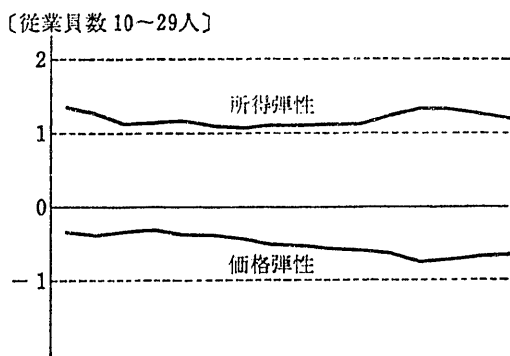
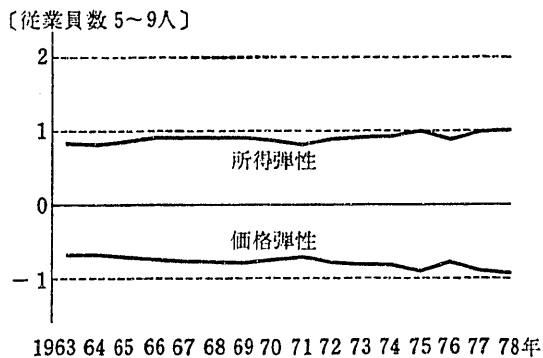


図 4-4-1 勤務先企業規模別にみた勤労者家計保健医療費支出の価格弾力性と所得弾力性：各年の実際値の近傍における弾性値の推移

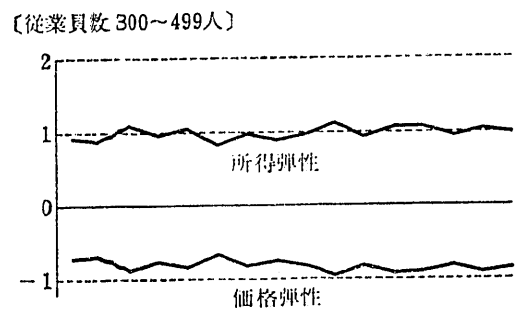
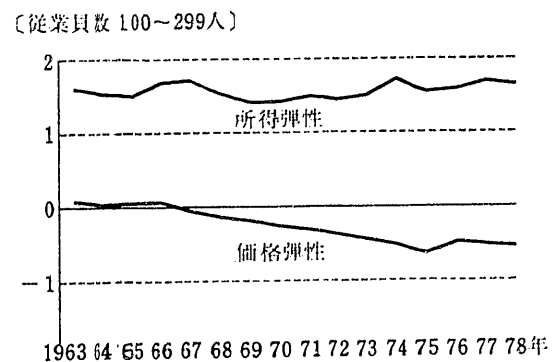


図 4-4-2 〔従業員数 100～299 人および 300～499 人〕

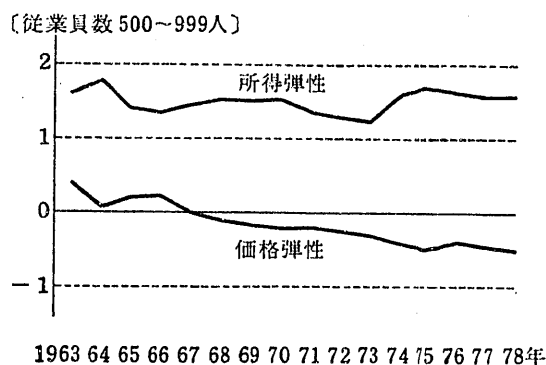


図 4-4-3 〔従業員数 500~999人〕

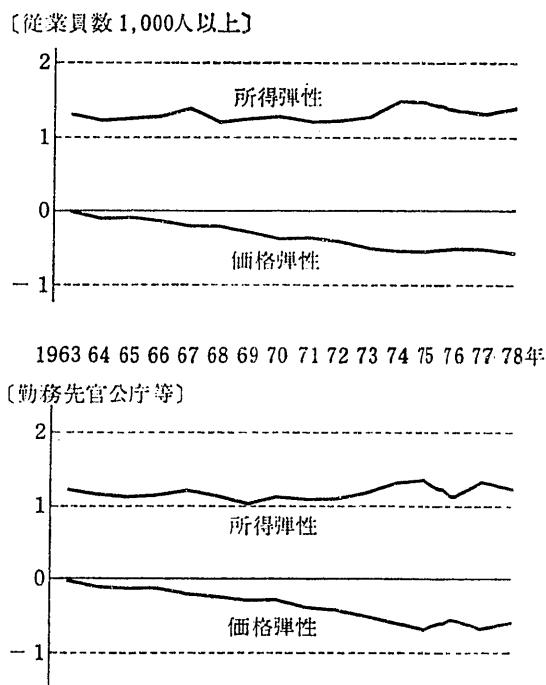


図 4-4-4 〔従業員数 1,000 人以上および官公庁〕

観察される。

収入階級別に診療代の弾性値をみると(図 4-2), 相対的に低所得である階層で価格弾性の絶対値が小さく, ヘルス・サービスがより必需品的であることがわかる。反対に, 相対的に高所得である階層では, ヘルス・サービスは非必需品に近くなる。一方, 企業規模別の弾性値推移(図 4-4)では, 小企業従事者世帯の方が, 大企業従事者および官公庁勤務者の世帯より価格 P_h の変化に感応的である(最近年ではこの差は縮小しつつあるが)。この点については, 「組合健保(従業員 1,000 人以上の企業の勤務者)や共済組合(官公庁勤務者)の被扶養者にはさまざまな形の付加給付等の保護があるため, それらの世帯では相対的に価格に非感応的になる(なれる)の

に対し, 小企業従事者世帯では, 価格変化に敏感にならざるをえない」という仮説を提示したい。

V おわりに

国民総医療費は急増を続けているとはいえ, 名目値ではなく実質値でみた保健医療費と診療代の動向を観察する限り(図 3-1-1 および図 3-2-1 参照), 家計からのヘルス・サービスへの実質支出額は, 1973 年以降ははっきりと頭打ち傾向を示している。それが, 国民の健康水準の上昇に起因するのであれば全く問題はないし, また, 健保や公費でカバーする部分が増加したためだとすれば, 財政上の問題は別として, 各世帯構成員の健康の維持という点に関してはやはり好ましい出来事とみなせよう。しかし, 実質支出額頭打ちの理由がこの点だけで説明できるとは言い難く, 価格上昇の影響を考えざるをえない。この支出抑制圧力については, ヘルス・サービスの価格上昇もその原因の一部ではあるが, 前節 §2 における弾性値の分析からわかるように, むしろ一般物価水準の上昇によって, ヘルス・サービスに向けられる可処分所得が減少したことの方が主因であるとみなせよう。政管健保の赤字が予想を下廻ったことが報じられているが, このような一般的インフレーションの影響による受診抑制圧力が働いていることを忘れてはなるまい。なぜなら, 医師数・病床数・薬剤生産額等で代表される医療サービス供給量が増加を続けている以上, 物価上昇がないとすれば, 必ずヘルス・サービス消費量は増えるはずだから

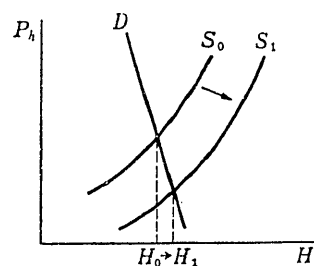


図 5-1

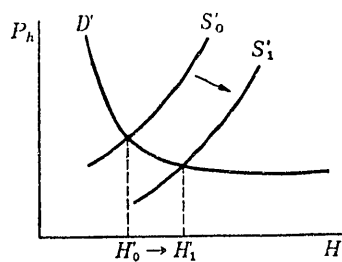


図 5-2

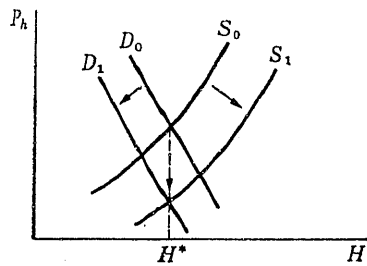


図 5-3

である(図 5-1 および図 5-2 参照)。需要曲線が弾力的であるほど(図 5-2)、供給増(供給曲線の右シフト)による消費量増加は大きい。しかし、インフレーションによって(交差弾力性の大きさを通じ)、ヘルス・サービスに向けられる可処分所得が減少すると、図 5-3 にみられるように需要曲線は左シフトし、交点で決まる消費量は、供給量上昇にもかかわらず増大しない(一般財の市場と異なり、診療サービスでは、需要側に対する価格は保険で決められているので低下しない。しかし、医師実質賃金の一般勤労者賃金に対する比率や、薬剤価格といった供給面の指標は下降しよう)。

本稿で報告した作業に加え、国民健保加入者も含めた全世帯を対象とした、都道府県別の時系列分析からも興味ある結果を得た⁸⁾。今後については、3 財(診療代・その他の医療サービス・他のすべての財貨サービス)モデルによる消費行動の把握とともに、供給側の経済分析もすすめていく予定である。最後に、2 年にわたりこの研究作業の機会を与えていただいた社会保障研究所に感謝の意を表したい。

参考文献

- (1) 辻村江太郎『消費者行動の理論』、有斐閣、1964 年。
- (2) 辻村江太郎『消費構造と物価』、頸草書房、1968 年。

8) 本報告のより詳細な内容とあわせ、文献(12)に発表されている。

- (3) 辻村江太郎・黒田昌裕『日本経済の一般均衡分析』、筑摩書房、1974 年。
- (4) 続 幸子“スタグフレーション期におけるトイレット・ペーパー市場の分析”，*Keio Economic Observatory Review*, No. 1, pp. 35-75, 1975 年。
- (5) 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。
- (6) 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』19 巻 6 号，pp. 19-47, 1977 年。
- (7) 牧 厚志“The Analysis of Consumption Demand Using the Estimated Preference Function”，*Keio Business Review*, No. 15, pp. 147-177, 1978 年。
- (8) 牧 厚志“60 費目分割による消費者選好場の測定と結果の分析”，*Keio Economic Observatory Review*, No. 3, pp. 107-216, 1978 年。
- (9) 牧 厚志“サービス関連費目を細分化した消費者選好場の測定と結果の分析”，『三田商学研究』22 巻 2 号，pp. 89-130, 1979 年。
- (10) 都村敦子“医療サービスに対する需要と供給の見通し”，『季刊社会保障研究』14 巻 1 号，pp. 2-17, 1978 年。
- (11) 田中 滋“医療政策の効果測定の理論的枠組について”，『季刊社会保障研究』15 巻 2 号，pp. 31-48, 1979 年。
- (12) 田中 滋“勤労者家計保健医療費支出の計量分析”，『慶應経営論集』2 巻 2 号，1980 年。
- (13) 社会保障モデル開発委員会『社会保障の計量経済学』、大蔵省印刷局、1979 年。

資料

- [1] 家計調査報告
- [2] 消費者物価指数年報
- [3] 社会保障統計年報(総理府社会保障制度審議会事務局)
- [4] 保険と年金の動向：『厚生指標』増刊号(厚生統計協会)

高山憲之著『不平等の経済分析』東洋経済新報社刊

江見康一

1. 社会保障の経済分析にとって、個人所得の分配面の掘り下げた解析は基本的課題であるにもかかわらず、従来これに対して本格的に取り組んだ文献はほとんど無きにひとしい状態であった。戦後日本の経済成長志向の局面では、分配問題は、パイを大きくすればひとりでに解決するという立場から経済分析の主流にはなりにくかったという理由からかもしれない。高山憲之氏はこの分野に精力的に取り組んで来た第一線の研究者であるが、これまで所得分配と社会保障の問題に関し個別に発表して来た諸論文を同氏の立場から集大成し、それを1つの体系として提示することによって、氏の同問題に対する理論的枠組みと実証分析、およびそれにもとづく政策提言を首尾一貫した形で世に問うという心づもりであったものと受けとれる。

本書は大きくⅠ部とⅡ部に分れる。「戦後日本の人的分配」と題した第Ⅰ部は、戦後日本における所得不平等の実態分析で、第1章は経済成長に伴う所得分布の不平等度の推移、第2章は同じく資産分布の推移であり、第3章は、第1、2章における統計的観察だけでは解明できない貧困問題に光をあてることによって、1、2を補う形となっている。したがって第3章はⅠ部とⅡ部をつなぐ橋渡しの役をしているといえよう。

第Ⅱ部は、第4章で分配政策の基本的枠組みを設定し、本書でいう公正規準が最低所得の保障であることを明らかにしたあと、第5章で最低所得水準の決定が論じられ、それとの関連で日本における現行制度の主要なものが批判的に取り上げられる。このような批判を踏まえて第6章は現行制度の代案としての負の所得税の導入問題、第7章は公的年金制度のもつ所得安定化措置、第8章は不平等是正の手段としての税制、とくに相続税・贈与税の問題がそれぞれ取り上げられる。以下章を追って各章ごとに簡単なコメントを加えよう。

2. 第1章は、経済成長と所得分布の関係についてのクズネッツ仮説の戦後日本における検証を通じて、「成長が分配の平等をもたらすか」を見ようとしたものである。具体的には、不平等尺度としてのジニ係数および豊田尺度等の家計調査、農家経済調査へのあてはめである

が、統計調査利用上の注意や計測方法など行届いた説明があり、本章は所得分布分析の入門書の役を果している。分析の結果見出された著者の事実認識についてもほぼ妥当と見られる。

第2章は、著者が「日本の経済成長を、土地をめぐる膨大なキャピタル・ゲインと切り離して語るとは適切でない」との判断をも含めて、従来所得分布研究に比して未開拓な資産分布研究に取り組もうとした部分で、経済成長によって農家・非農家間の資産較差がどのように変化したかを、金融資産・土地・住宅の3資産について見ようとしたものである。しかし資料の制約から十分な分析は困難で、問題点の指摘に止まっているのは止むをえまい。農家・非農家の比較にさいしては、農家のもつ企業家的要素を考慮しなければならず、また勤労家計の住宅資産については地域差の視点が重要であり、また住宅資産と金融資産（負債）とのリンケージにも留意することが必要だろう。著者が資産分布に関し、制度的要因について言及している点は、第8章との関連で重要である。

第3章は、「現代の貧困」につき、被保護世帯を念頭におきつつ、貧困発生要因と貧困の尺度を簡潔に述べたもので、第Ⅱ部への予備的考察といえるが、「現代の貧困」としては取扱いが軽すぎる感がする。

3. 第4章「分配政策の基本的枠組」は、第Ⅱ部の総論的部分であり、分配政策の依拠する理論的基礎である「公正規準の検討」にあてられる。著者は従来の公正規準のうち、功利主義的立場が、「多数の利益のために少数の不利益をぎせいにしてみなさない」とすることも、またロールズの公正規準が「最も恵まれない人々に無限大のウェイトを付与せよ」ということも、いずれも不十分であるとして、本書の公正規準を、最低保障規準に優先順位を置き、その上に所得の安定装置を重ねて、公正と効率のバランスをはかる、というのが大すじの考え方と思われる。この考え方は、著者のみならず現時点における大方の合意であり、評者自身も同様である（拙文『社会保障における資源配分と所得再分配的視点』『経済研究』25巻2号、1974.5）。ただ著者のすぐれているの

は、この立論を踏まえ、一貫した立場で現行制度についての評価を下した点であろう。第4章ではほかにも、「現金給付と現物給付」「財源調達」の2項目があげられている。公正規準の理論的基礎を検討したあとに、給付のあり方や財源調達の規準など、現実の制度と関連する内容が出てくるのはやや唐突の感じもするが、前者において現物給付を公共財の性質と結びつけて説明しているのは一つの着眼点である。後者については、第8章の序論として出したものと思われるから説明不足は止むをえないが、ここで財源としての租税と社会保険料との関係について一言ふれておいたほうがよいと思う（第7章、155ページに関連叙述あり）。

第5～第8章は、評者から見て、著者の独自性が最も強く出ている点であり、それだけに本書の目玉部分かもしれない。第5、第6章はいずれも「最低所得の保障」をタイトルとしているが、第5章は「現行制度の基本的問題点」であり、第6章はその問題点を克服するための代案としての「負の所得税の検討」である。まず現行制度の問題点の第1は、日本における最低水準＝貧困線（生活保護基準で代表される）が、経済成長の進みに応じて算定方式も変り（1961年）、その定義も「絶対的なものから相対的なものになった（1965）」が、そのようにして到達した現在の水準のもつ意味である。1つは、現行保護基準は、一般勤労者世帯の平均所得の6割に達しており、（国際的に見て）「最低水準としては最も高いランクに属している」という認識であり、他は、国の定める保護基準は一律にして級地別格差は認めるべきでなく、地域差は地方自治体のレベルで処理すればよいとの提言である。いずれも社会保障はナショナル・ミニマムの設定であり、それ以上は資源配分上の効率規準を導入すべしとする著者の後段の展開に結びついている。生活保護法の問題点としては、過去における保護の適用要件が厳しすぎたことからくる低い捕捉率、金融資産の保有を認めていないことからする自助努力の阻害、差額支給方式から生じる勤労意欲の消失、就労者排除による保護の世帯単位原則の抛棄などが指摘される。これらのデメリットはいずれも著者が第6章で展開する負の所得税導入の根拠に結びつけられているようである。もう1つ重要な指摘は、生活保護が医療保険の「尻ぬぐい」をしているという点であるが、それは「貧困と疾病」とが依然として密接な関係にあるということであって、尻ぬぐいかどうかは、扶助と保険との境界区分の問題であろう。

いずれにしても著者は、最低保障を意図して作られた個々の制度が、制度創設の本来の目的にかなうように機

能しているかどうかには焦点をあてて、最低賃金法、賃金補助政策、農産物価格支持政策を狙上に乗せている。この検討については実証分析というより、過去の経験にもとづく定性的判断であるが、いずれも制度の意図した効果が現われず、時に逆の結果が導かれるとして、それを直すための補完的政策の必要性が説かれており、それなりに説得力をもっている。児童手当についても、第3子からの支給という方式が、最低所得を大幅に上回る多子世帯にも手当が及ぶ一方で、3人未満の貧困世帯がそれに浴さないという矛盾があり、所得税における児童扶養控除と合わせて、一元化の方向を考える西ドイツ方式を奨めている。それと関連して所得税・住民税における所得控除制度が高所得者に利益を与え、それが低所得者には及ばないという欠点からすると、負の所得税で考えられる基礎給付金制度の方がすぐれているとして、第6章の「負の所得税」のメリットが展開される。負の所得税は、現行所得税の累進税率が果している所得較差の一般的縮小機能に止まらず、最低所得を保障する機能を合せており、それを財政支出という形でなく税制の一環として取り込むものである。それについて挙げられる4つの長所というのは、先きにあげた現行制度のもつ欠陥の裏返しとして出てくるものである。したがって負の所得税導入が勤労意欲を阻害せず、現行生活保護や賃金補助政策よりすぐれ、かつマクロ的にもそのような所得移転が国民所得増大につながるのであれば、その導入は理論的に是とされる。問題は制度導入のための費用計算であり、著者の1つの業績はそれを実際に試算して、その実現可能性を提示したことである。いくつかのケースのうち、最も実行可能性のあるケースの純費用（新制度の導入費用から老齢福祉年金・児童手当制度廃止によって生じる政府支出減を差引いたもの）はNNPの1%程度に止まること、ただし生活保護制度は、基礎給付額が生活保護基準を上回るまで新制度への組み入れを待つ必要があると述べ、新制度への移行の手順にまで言及している点は周到といえよう。

4. 第7章は、年金を中心とした「所得の安定」についてであり、年金が公的年金でまかなわれることの必要性、基本年金構想の受け止め方、賦課方式と積立方式の長短、社会保険料の転嫁と帰着などが論ぜられる。これらについて著者の主張する要点は次のようである。

（1） 強制加入である公的年金が低所得層に不利益にならないよう過去の所得水準とは独立に一律年金給付制度を併設する必要がある。

（2） 一律年金は社会保障制度審議会の建議で示され

た基本年金に当り、それが全額国庫負担であることは、負の所得税における基礎給付金の考え方に符合している。

(3) 基本年金構想はその財源を賦課方式による年金税(目的税としての付加価値税)に求めており、それは世代間の再分配機能を組み込んだものである。

(4) ただし賦課方式は、人口の成長率がここ数十年にわたりマイナスをつづけ、かつ積立金の運用利回りが低水準に抑えられる予想の下ではうまみがないから、積立方式の見直しも必要である。

(5) 結局公的年金の一律定額給付分については賦課方式を、また所得比例給付部分については積立方式に基づいて運用されるべきで、その場合積立金の運用は競争入札で民間に委ねたほうがよい。(ナショナル・ミニムを超える部分については民間保険の活用も考えられる)。

(6) 年金給付の物価スライド制は、一律年金部分については導入の意義が大きいが、所得比例部分については導入する必要はない。

著者の主張はこの6点に整理できるが、大すじの考え方は制度審のそれと一致しており、評者も同意見である。問題は、公的年金の給付と負担のあるべき姿だけではなく、現実には、そのあるべき姿に、現行の分立した制度をどういう手順で収れんさせていくか、ということが同時に提示されるべきだと思う。著者がその点にふれていないのは、現実の政策提言としては弱い。

著者はつぎに、公的年金の経済的インパクトにふれているが、そこでの主題は被保険者と事業主の負担割合の比重を後者に移していても、それは社会保険料の物品税的性格によって生産物価格へ転嫁し、その一部は労働者の実質的負担に帰着するという問題と、公的年金の充実が個人貯蓄率に及ぼす影響については、企業・政府貯蓄をも含めて分析しなければならぬとの指摘である。前者は著者自身の年来の主張であり、後者はP. ケイガンがともに述べている点である。むしろ評者は、著者が「社会保険料を公的年金の財源調達手段に採用するわけにはいかない」(p. 155)と言い切っている点、および公的年金の経済的インパクトの考察において資本市場の機能がふれられていない点などが問題点だと考える。前者については、「基本年金部分は」という注釈を当然つけねばならないが、比例部分についてはどうなのか、ということと、同じ考え方が医療にもあてはまるかどうかについて著者の見解を聞きたいものと思う。後者については年金の貯蓄に与える経済効果の問題に直接結びつくも

のであるから、いっそうの展開は著者の今後に期待しなければならない。雇用保険や労災についての問題点の指摘については評者も特別異議はない。

5. 最後の第8章で、著者は相続税・贈与税に関する現行制度の問題点を厳しく指摘し、両税の一本化と累積課税方式の採用に加えて、取得者の年齢差を考慮すべしと主張している。この箇所は著者の正義感かもしれないが、やや性急の感もある。資産承継における血縁関係の連続性を税によってどこまで断ちきるか、という場合にも、現在の社会経済体制を前提とすれば、公平性のあくなき貫徹というだけではなく、他の税との差はあれ効率性その他の要因を配慮する余地があってよい。とくに自営業の再生産が維持できるインセンティブは必要である。

土地キャピタル・ゲイン税については、評者も著者の意見にかなり近い。「貯蓄の増強・資本蓄積の推進という政策目的」のための租税特別措置は、「不当な代物」(p. 181)として退けられている。本措置に限らず、批判の対象となっている各種の税の評価は、つねに現在の目で見られているように思う。しかしたとえば上記の租税特別措置は、経済成長のどの段階においても制度の意図した機能を何ら果さなかったであろうか。これらの点について、若干の補足的説明がほしいと思う。

6. 著者は最後に「終章」をもうけて、「要約と提言」を巧みに行っているが、それによって著者の一貫した立場を、より整理された形で理解することができる。とくにこの提言において、たとえば「負の所得税を早急に導入すべきである」というようないくつかの重要な事項が積極果敢になされていることに注目すべきであろう。

各章別のコメントはすでに述べたので、評者自身の総括的意見を補足しておこう。

(1) 著者が力点を置いた「公正と効率」については、ロールズ規準などとの関係で理論的整理をするだけでなく、やはり歴史的背景と関連づけて理解する必要がある。少なくとも20世紀に入ってからフェビアン協会の思想の流れにおいては、単なるロジックの構築ではなく、資本主義の中で社会政策がどこまでやれるかという妥協の所産として組み合わせられた面があるからである。

(2) 個別に展開された1つ1つの制度の改善についてはそれぞれ納得できたとしても、それらを集め合わせた時に、自から浮び上る日本の社会保障像が一体どのように描けるかということである。たとえば負の所得税導入後の全体像について著者の体系試案が提示されればなお説得力を増すであろう。

(3) 著者は社会保障のかんがりの分野を視野の中に入

れているが、医療についてはなお本格的に取り扱われていない。医療分野が著者の体系にどう接合されるかが今後に期待される。

(4) 著者は終章の最後に「法制度の有する経済的側面に光をあて」たと述べている。事実本書の第Ⅱ部は著者の制度に対する造詣の深さを物語っており、経済学者の従来の実証分析に対する啓発的示唆を与えている。

(5) 本書は、「はしがき」にあるように「入門的参考書」という部分もあるが、全編を通じてきわめて高い水準の内容であり、随所にチャレンジャブルな問題提起が読者の知的関心を誘っている。今後この分野の問題に取り組む研究者にとって、著者の問題整理と政策提言は、それを踏まえることなしには前進がむずかしいほど、基本的なものといえよう。

 執筆者紹介(執筆順)

こ	やま	みち	お	
小	山	路	男	上智大学教授
やま	き		きよし	
山	崎		清	国民生活センター調査研究部調査役
こ	ねま		ただし	
小	沼		正	駒沢大学教授
つじ		まさ	しげ	
辻		正	重	青山学院大学講師
じ	ぬし	しげ	よし	
地	主	重	美	千葉大学教授
いち	かわ		ひろし	
市	川		洋	筑波大学教授
た	なか		しげる	
田	中		滋	慶応義塾大学助手
み	かみ	ふみ	こ	
三	上	美美	子	慶応義塾大学大学院
え	み	こう	いち	
江	見	康	一	一橋大学教授

次 号 (Vol. 16, No. 2) 予 告

研究の窓	松 原 治 郎
論 文	伊 藤 秋 子
”	”
”	石 橋 敏 郎
書 評	小 林 良 二
昭和 54 年度研究プロジェクト報告	
社会保障問題調査研究報告(Ⅱ)	
社会保障統計	

昭和 55 年度研究プロジェクトについて

社会保障研究所

研究課題 I

社会保障と税制との相互調整ならびに給付配分の効率性に関する理論的実証的研究

(研究目的)

社会保障費用の効率化を図り、生活安定機能を高めるためには、とくに類似機能を営む税制との調整を図り、福祉政策の一元化を行うことが必要である。

また、給付の配分についても、効率性の高い方式の模索が望ましい。本研究は、これを理論的に追求し、わが国の最近数年間の資料をもとにして、実証していくことを目的にする。

(研究項目)

1. 財政システムと社会保障
 2. 税制と社会保障との関係についての理論的・実証的研究
 - (1) 社会保障と税制との関係——主要な論点——
 - (2) 社会保障と税制との調整問題
 - 給付の調整
 - 短期給付の課税
 - 長期給付の課税（年金と税）
 - (3) 社会保障の財源調達方法——その経済的・社会的効果——
 - 拠出方法による社会保障の財源調達
 - 租税による社会保障の財源調達
 3. 給付配分の効率性に関する理論的・実証的研究
 - (1) 海外における給付帰着仮説の検討
 - (2) 所得再配分的視点に基く給付配分の効率化指標
 - (3) 日本における帰着パターンの時系列分析
- (研究実施計画)
1. 専門委員、研究員、外部協力者等で構成する研究会を設ける。
 2. 相互調整については、とくにライフ・サイクルにわたる所得保障と税制の現状を把握し、理論モデルを設計して実証的検討を行なう。

給付の配分については、帰着パターンの時系列分析を通じて、効率化指標を検出し、配分の有効性を明らかにする。年度の前半では、主として理論的検討と統計資料の整理を行い、後半でモデル設計とこの実証化を進める。

3. 研究会開催予定

第1回「厚生省・所得再配分調査結果(昭和53年)について」

第2回「公正な分配と効率的な移転形態」

第3回「所得階層別財政の受益分布および所得階層別租税負担分布について」

第4回「税制と社会保障との関連について」

第5回「税制と社会保障との関連について」

第6回「財政支出の所得階層別帰着の国際比較」

第7回「分配政策の理論と現実」

第8回「社会保障と税制との相互調整に関する実証的分析」

第9回「社会保障給付配分の効率性に関する実証的分析」

(研究会の構成員)

主 査 江見 康一（一橋大学教授，社会保障研究所専門委員）

研究会委員 地主 重美（千葉大学教授，社会保障研究所専門委員）

飯野 靖四（慶応義塾大学助教授）

深谷 昌弘（成蹊大学助教授）

高山 憲之（一橋大学助教授）

粥川 正敏（厚生省児童家庭局児童手当課長補佐）

都村 敦子（社会保障研究所研究員）

城戸 喜子（社会保障研究所研究員）

(研究期間)

昭和55年4月～昭和56年3月

研究課題 II

重度障害者に対する福祉対策の在り方についての研究
(研究目的)

1981年は国際障害年とされている。ところでわが国の障害者対策は年々拡充整備されてきたとはいえ、とくに重度障害者に対する福祉対策の面では、なお検討すべき多くの課題がある。例えばその所得保障もその1つであり、その所得保障は必ずしも十分ではない。この他重度障害者に対する教育・就労あるいは介護等の問題についても改善すべき多くの課題がある。この研究では重度障害者の福祉対策の現状と問題点を明らかにし、上記の諸点について、改善の方策を探求する。
(研究項目)

1. 重度障害者の実態とその対策の現状
2. 重度障害者の所得保障について
3. 重度障害者の住宅および生活環境対策について
4. 重度障害者に対する社会福祉対策について
 - (1) 施設福祉
 - (2) 在宅福祉
5. 重度障害者に対する保健・医療、就労・教育等の対策について
6. 重度障害者と地域社会・企業・家庭について

(研究実施計画)

1. 上記の主題にもとづき、2つの研究小委員会、すなわち所得保障研究小委員会と在宅福祉対策研究小委員会を設ける。
2. 所得保障小委員会では、
 - (1) 重度障害者の所得保障の実態を把握する。
 - (2) 外国における重度障害者の所得保障の実態を把握する。
 - (3) 上記の2つをもとに、研究小委員会において所得保障研究を行う。
3. 在宅福祉対策小委員会では、主として、重度障害者の在宅福祉サービスのあり方について研究を行う。このために、
 - (1) 重度障害者の在宅福祉サービスの事例を収集し、
 - (2) その評価を行い、
 - (3) それをもとに重度障害者の在宅福祉サービスのあり方について検討を行う。

4. 研究の進め方

上記の研究項目のうち、とくに55年度は、この重度障害者の所得保障についてと、4の(2)の在宅福祉を重点的に研究する。そしてこの2つの研究項目との関係において上記の他の研究項目すなわち1、

3,4の(1)、5,6等に言及する。したがってこれらの研究を進めるために2つの研究小委員会を設け、研究を実施し、必要に応じて全体会議によって研究の調整を全体的に取りまとめを行うこととする。

(1) 所得保障研究小委員会

① 構成メンバー (○は小委員長)

庭田 範秋	三重野 卓
京極 高宣	高橋 紘士
板山 賢治	大本 圭野
小林 良二	○三浦 文夫

② 調査項目と方法

- 1) 重度障害者およびその世帯の経済的ニーズについて
 - ア 既存資料の蒐集と分析
 - イ 障害者および世帯からのヒアリング
 - ウ 障害者およびその世帯のケース・スタディ
在宅障害者およびその世帯については約30ケース
施設入所者およびその家族については約30ケース
- 2) 重度障害者に対する所得保障の評価
 - ア 関係者からのヒアリング
 - イ 資料分析
- 3) 諸外国の重度障害者に対する所得保障の実例
 - ア 資料蒐集
 - イ 関係者からのヒアリング
- 4) 重度障害者に対する所得保障のいくつかの代替案について

③ 研究のスケジュール

1) 研究会開催予定 (※は全体会議)

- 第1回「研究のすすめ方」※
- 第2回「重度障害者の所得保障の仕組と現状」
- 第3回「障害者およびその家族のケース・スタディ」の結果報告
- 第4回「障害者およびその家族からのヒアリング」※
- 第5回「諸外国の所得保障の動向」
- 第6回「障害者に対する所得保障の構想について」
- 第7回「障害者に対する所得保障の構想について」
- 第8回「障害者の福祉対策のあり方、とくに障害者に対する所得保障について」※

2) ケース・スタディについては、8～9月にか

けて行う

大都市 (例 東京, 特定都市から 2 ヵ所),
地方都市 (西部および東北部から 2 ヵ所),
農村部 2 ヵ所

- 3) 3 月末公聴会を兼ねて, 公開研究報告会を予定

(2) 在宅福祉研究小委員会 (○は小委員長)

① 構成メンバー

○三和 治 三浦 文夫
杉森 創吉 大本 圭野
伊藤 洋 高橋 紘士
矢口 雄三 三重野 卓
小林 良二 河野 康徳

② 調査項目と方法

- 1) 重度障害者の在宅福祉ニーズについて
 - ア 既存の資料蒐集
 - イ 対象者からのヒアリング
 - ウ ケース・スタディ
- 2) 重度障害者に対する社会福祉対策の展開と現状
 - ア 資料分析とヒアリング
- 3) 重度障害者の在宅福祉施策の前提と関連施策について
 - ア 資料蒐集とヒアリング
- 4) 重度障害者に対する在宅福祉施策の事例について
 - ア 現地調査
 - イ ヒアリング
- 5) 諸外国の事例
- 6) 重度障害者に対する在宅福祉の体系

③ 研究のスケジュール

- 1) 研究会開催予定 (※は全体会議)
 - 第 1 回「研究の進め方」※
 - 第 2 回「重度障害者に対する社会福祉対策の展開と現状」
 - 第 3 回「重度障害者及びその家族からのヒアリング」※
 - 第 4 回「ケース・スタディ」の結果報告※
 - 第 5 回「国内及び外国の事例」の紹介
 - 第 6 回「障害者福祉対策の前提と関連施策について」
 - 第 7 回「障害者に対する在宅福祉の体系についての構想」
 - 第 8 回「障害者に対する在宅福祉の体系につ

いての体系」

第 9 回「重度障害者の福祉対策の在り方, とくに在宅福祉の体系を中心に」

- 2) ケース・スタディは上記の所得保障研究小委員会のケース・スタディと合わせて行う
- 3) 国内の事例蒐集は, ケース・スタディ対象地 6 ヵ所の外, 必要に応じて 4~5 ヵ所を選定
- 4) 3 月末, 公聴会を兼ねて, 公開研究報告会を予定

(研究会の構成員)

主 査 三浦 文夫 (社会保障研究所研究部長)
幹 事 高橋 紘士 (社会保障研究所研究員)
研究会委員 三和 治 (明治学院大学教授)
庭田 範秋 (慶応義塾大学教授)
杉森 創吉 (日本社会事業大学助教授)
京極 高宣 (日本社会事業大学助教授)
小林 良二 (都立大学助教授)
伊藤 洋 (全社協障害者福祉担当)
矢口 雄三 (全社協地域福祉担当)
板山 賢治 (厚生省更生課長)
河野 康徳 (厚生省更生課専門官)
大本 圭野 (社会保障研究所研究員)
三重野 卓 (社会保障研究所研究員)

(研究期間)

昭和55年 4 月~昭和57年 3 月

研究課題 III

社会保障の政策効果測定に関する研究

(研究目的)

わが国では, 人口構成の高齢化に伴って, 社会保障給付費が急激に増大し, 国民経済や生活に及ぼすその影響はきわめて大きいものと予想される。そのような状況のもとで, 社会保障への資源の配分や負担の問題を検討するためには, 社会保障が経済や生活に与える影響の大きさを客観的にとらえることが是非とも必要となる。

そこで本研究では, 社会保障が国民経済や国民生活に及ぼす経済的効果をマクロレベルで計測する方法を検討する。その際, EC のトランスファ・モデルの利用可能性の吟味や改善などをさしあたっての研究課題とする。

(研究項目)

1. EC のトランスファ・モデルの再検討
EC モデルにおける部門分割および各部門の所

得配分などは、日本の資料をそのままあてはめるのが困難である。そこでトランスファ・モデルの趣旨を生かしたもので、日本にも用いるモデルを開発する必要がある。

2. 新しいモデルの開発

社会保障給付の増大が、日本経済にどのような影響を及ぼすかを検討しうるトランスファ・モデルを開発する。このモデルにより物価等への短期的影響をとらえ、次に受給世帯の実質的家計構造にどんな影響を及ぼすかを検討しうるサブ・モデルを作る。サブ・モデルとしては、さしあたり、高齢者世帯の家計を考えたい。そのためのデータ作成も課題である。

3. ダイナミックス・モデルの改善

EC モデルはトランスファ・モデルとダイナミックス・モデルから成っている。このダイナミックス・モデルを改善し、社会保障給付のちがいに応じた長期予測を試みる。

(研究実施計画)

1. EC トランスファ・モデルの再検討及びダイナミックス・モデルの改善

昭和54年度社会保障問題調査研究の成果を踏まえて、トランスファ・モデルの再検討(4～6月)とダイナミックス・モデルの改善(4月～昭和56年2月)を行う。

2. 新しいモデルの開発

サブ・モデルの高齢者世帯の家計についてのデータ作成(4～9月)を行い、次にトランスファ・モデルのシミュレーション(10～11月)と高齢者世帯への影響の検討(12月～昭和56年1月)を行う。

3. 報告書作成

昭和56年3月31日までに作成する。(ただし、(1)、(2)において、最新データを用いた計算をする場合若干遅延する)

(研究会の構成員)

主 査 市川 洋(筑波大学教授)

林 英機(経済企画庁経済研究所主任研究官)

岸 功(社会保障研究所研究員)

(研究期間)

昭和55年4月～昭和56年3月

研 究 会

研究課題ごとの研究会のほか、社会保障についての基礎的研究、社会保障政策の現実的動向を把握する等のために、次の研究会を置く。

・経済・社会研究会

・政策研究会

社 会 保

社会保障費用

	会計年次	人 口 (百万人)	1人当り GDP (米ドル)	収 入 (100 万 各 国 通 貨 単 位)					
				拠 出		社会保障税	公 費 負 担	資 産 収 入	
				被 保 険 者	事 業 主				
スウェーデン	1974	6.44	7,355	7,221.9	4,674.9	—	7,226.7	1,232.6	
スウェーデン	1974	8.16	6,884	7,882.7	17,768.3	—	40,874.1	5,096.2	
スウェーデン	1973-74	211.15	6,414	43,767	65,771	—	68,524	10,290	
スウェーデン	1974	62.04	6,139	61,304	86,409	994	47,517	4,215	
スウェーデン	1974	3.99	5,888	6,133.0	10,291.1	136.2	8,942.6	343.6	
カナダ	1973-74	22.13	5,875	1,659.0	2,468.5	—	13,944.9	1,122.7	
カナダ	1973-74	5.02	5,572	787.2	2,246.5	—	32,099.4	521.5	
カナダ	1974	9.77	5,495	89,107.0	203,161.9	—	128,699.1	12,772.9	
オーストラリア	1973-74	13.49	5,485	656.1	662.5	—	4,280.6	171.5	
オーストラリア	1974	13.54	5,226	20,952.5	22,957.1	—	7,271.1	3,784.0	
フランス	1974	52.56	5,037	49,478.8	162,578.3	6,324.6	55,176.3	2,687.1	
フランス	1974	4.69	4,773	1,411.9	6,694.2	—	5,229.4	694.1	
フランス	1974	7.53	4,358	31,733	58,236	—	24,348	744	
ニュージーランド	1973-74	2.96	4,035	52.9	52.5	—	1,035.9	26.4	
ニュージーランド	1973-74	108.70	3,847	2,690,616	3,007,669	—	3,146,543	896,019	
日本	1973-74	55.91	3,214	2,229	2,914	—	5,775	218	
日本	1973-74	3.28	3,177	688.2	1,593.0	—	1,640.5	309.4	
日本	1974	55.41	2,754	2,739,961	12,534,221	17,482	4,563,260	421,807	
アイスランド	1973-74	3.05	2,159	53.8	77.4	—	281.0	1.9	
アイスランド	1974	8.96	2,099	16,360	29,589	6,067	8,521	2,339	
メキシコ	1974	58.12	1,120	23,255.57	—	—	6,149.31	795.81	
ブラジル	1974	103.35	1,017	—	—	—	—	—	
ブラジル	1974	11.65	779	518.92	—	—	318.64	236.00	
マレーシア	1974	39.07	769	6,984.5	10,086.1	—	385.3	1,745.9	
チリ	1974	10.08	756	179.46	568.98	15.52	362.41	11.02	
エルサルバドル	1974	3.89	405	15.35	55.96	—	66.77	3.73	

	会計年次	給付支出 (100 万 各 国 通 貨 単 位)					
		社会保険	家族手当	公務員	公的保健	公的扶助	戦争犠牲者
スウェーデン	1974	12,445.0	60.2	995.6	2,513.6	1,539.2	—
スウェーデン	1974	29,710.6	3,039.2	3,206.5	14,804.6	8,814.3	23.9
スウェーデン	1973-74	79,358	—	16,458	11,384	36,054	10,377
スウェーデン	1974	139,886	3,054	31,112	970	8,651	9,368
スウェーデン	1974	15,702.5	1,351.9	1,409.7	1,951.8	1,355.8	339.4
カナダ	1973-74	10,102.7	1,105.6	376.3	1,610.7	2,723.5	518.1
カナダ	1973-74	15,504.7	2,046.4	1,256.0	6,279.9	8,681.7	83.3
カナダ	1974	250,115.2	54,308.3	56,938.3	12,512.1	19,193.4	10,013.0
オーストラリア	1973-74	3,454.3	—	419.5	871.3	167.8	475.1
オーストラリア	1974	31,753.9	3,591.8	6,212.2	—	2,594.7	337.8
フランス	1974	157,680.6	32,801.4	31,201.0	—	23,379.2	—
フランス	1974	5,786.2	498.8	1,641.1	2,711.3	1,232.7	380.8
フランス	1974	69,425	9,871	21,315	536	2,634	3,553
ニュージーランド	1973-74	641.7	—	62.1	318.8	—	43.0
ニュージーランド	1973-74	3,640,864	74,989	838,858	280,586	877,611	448,187
日本	1973-74	4,050	359	805	2,715	1,595	168
日本	1973-74	1,719.6	530.2	161.9	481.0	197.6	245.9
日本	1974	13,830,782	1,700,797	2,913,966	32,264	247,021	424,422
アイスランド	1973-74	164.6	34.2	48.7	129.4	22.0	—
アイスランド	1974	35,603	—	13,090	2,857	1,169	1,948
メキシコ	1974	15,336.42	—	5,761.73	2,061.04	424.48	—
ブラジル	1974	27,241.8	1,977.1	4,040.8	581.7	—	—
マレーシア	1974	119.09	—	177.00	313.00	5.64	—
チリ	1974	4,339.2	—	6,175.5	253.7	18.2	—
エルサルバドル	1974	292.19	156.52	307.30	37.92	—	—
エルサルバドル	1974	27.85	—	22.82	46.62	2.30	—

資料 ILO "The Cost of Social Security, 9th International Inquiry, 1972-1974, Basic Tables" 人口は国際連合「世界人口年鑑 1977」, 1人当り GDP は United Nations "Yearbook of National Accounts Statistics 1977"

- 注 1) 合衆国とオーストラリアの会計年度 1973-74 は7月1日から6月30日までの1年間, カナダ, デンマーク, ニュージーランド, 日本, 連合王国, イスラエル, アイルランドの7ヵ国の 1973-74 は4月1日から3月31日までの1年間, その他の国は1月1日から12月31日までの1年間
- 2) この表では掲載の都合上, 「国庫負担」と「その他の公費負担」を合計して「公費負担」として示している. また, 「他制度からの移転」と「他制度への移転」はそれぞれ「その他収入」と「その他支出」に含めている. 主な国について「他制度からの移転」と「他制度への移転」をその順に示すと, ドイツ連邦 19,586 と 19,586, ノーデルランド 1,360.2 と 1,360.2, フランス 12,320.7 と 10,617.4, オーストラリア 5,094 と

障 統 計

		支 出 (100 万 各 国 通 貨 単 位)						
その他収入	収入合計	給 付				管 理 費	その他支出	支 出 合 計
		医 療	医療以外現物	現 金	計			
430.7	20,786.8	...	...	...	17,553.6	489.0	566.8	18,609.4
43.3	71,664.6	18,085.6	5,821.4	35,692.1	59,599.1	1,153.2	24.8	60,777.1
1,030	189,382	36,615	13,842	103,175	153,631	4,770	6,308	164,710
24,409	224,848	57,305	...	135,736	193,041	7,200	21,342	221,583
11.7	25,858.2	7,283.3	1,415.5	13,412.3	22,111.1	853.5	3.4	22,968.0
802.7	19,997.8	6,060.4	544.2	9,832.3	16,436.9	458.8	44.6	16,940.3
—	35,654.6	8,203.5	7,833.8	17,814.7	33,852.0	805.7	21.1	34,678.8
11,490.7	445,231.6	...	...	...	403,080.3	21,104.9	10,650.1	434,835.3
20.8	5,791.6	...	...	...	5,388.0	143.7	31.9	5,563.7
1,614.2	56,578.9	9,519.8	80.8	34,889.8	44,490.4	1,556.3	1,392.6	47,439.3
14,413.4	290,658.3	62,084.8	4,508.6	178,468.8	245,062.2	11,432.3	30,713.0	287,207.4
90.4	14,120.0	3,290.0	1,093.9	7,867.0	12,250.9	498.4	13.5	12,762.8
6,890	121,953	15,956	4,983	86,398	107,336	3,403	6,153	116,890
—	1,167.7	395.6	—	670.0	1,065.6	18.7	12.6	1,096.9
624,528	10,365,375	3,418,758	272,742	2,469,595	6,161,095	210,150	889,312	7,260,559
26	11,162	2,706	717	6,269	9,692	337	397	10,426
380.1	4,611.2	1,267.6	100.0	1,968.6	3,336.2	256.3	491.8	4,084.2
1,882,716	22,159,447	5,819,975	3,911	13,325,366	19,149,252	748,903	2,474,865	22,373,020
5.3	419.4	150.2	3.9	244.7	398.7	16.0	4.2	419.1
1,695	64,571	11,058	405	43,204	54,667	2,102	753	57,522
1,099.00	31,299.69	17,070.15	551.00	5,962.52	23,583.67	3,159.60	938.82	27,682.09
...	42,090.1	...	67.4	...	33,841.4	3,862.9	592.7	38,296.8
10.60	1,084.17	313.59	—	301.14	614.73	10.94	39.00	664.67
1,175.3	20,377.1	2,153.3	—	8,633.3	10,786.6	670.3	372.3	11,829.2
319.83	1,457.22	158.47	—	635.47	793.94	71.33	312.01	1,177.28
2.25	144.06	72.20	0.20	27.19	99.59	18.11	6.38	124.08

		1 人 当 り 給 付 支 出 指 数 (実 質 値, 1970 = 100)					
合 計	給付支出の対 GDP 比 (%)						
		1960	1965	1970	1972	1973	1974
17,553.6	13.1	48	70	100	112	138	144
59,599.1	23.9	39	62	100	112	119	140
153,631	11.7	53	65	100	124	134	137
193,041	19.4	60	77	100	119	125	137
22,111.1	17.2	42	60	100	122	132	136
16,436.9	13.5	53	65	100	113	131	139
33,852.0	20.5	43	61	100	130	140	144
403,080.3	19.4	52	70	100	120	131	141
5,388.0	10.6	66	81	100	116	131	145
44,490.4	...	...	...	...	...	...	...
245,062.2	19.1	56	84	100	140	150	156
12,250.9	14.8	41	61	100	124	135	147
107,336	17.4	54	74	100	110	114	122
1,065.6	12.2	94	96	100	108	125	135
6,161,095	5.5	36	64	100	119	138	147
9,692	13.6	63	77	100	107	114	115
3,336.2	8.0	44	54	100	125	125	140
19,149,252	19.7	44	70	100	126	129	145
398.7	15.0	54	70	100	123	133	164
54,667	9.5	...	59	100	112	112	110
23,583.67	2.9	44	73	100	117	121	124
33,841.4	4.7	...	59	100	164	185	214
614.73	3.1	79	86	100	135	128	134
10,786.6	2.7	29	43	100	117	124	125
793.94	8.0	...	...	...	...	...	...
99.59	8.0	73	89	100	112	118	121

4,654, イスラエル 254.6 と 254.6, イタリア 1,201,992 と 1,495,320, チリ 289.26 と 289.26, エルサルバドル 1.70 と 2.01 である。
その他の国は0かあるいは総額の1%未満である。

- 3) 人口は1974年央(7月1日)推計人口。ただし、会計年度が1973-74になっている国については、合衆国とオーストラリアは1973と1974年央推計人口の平均値、その他の国は1973年の年央推計人口を示してある。
- 4) 1人当り GDP については“Year book of National Accounts Statistics”の計数は原則として1~12月の1年間の計数であるから、その年度を本表の会計年度に合わせるために、合衆国については1973年と1974年の平均値、カナダ、デンマーク、日本、連合王国、イスラエル、アイルランドの6ヶ国については1973年の4分の3と1974年の4分の1を合計したものを示した。