

人口構造の高齢化と日本の福祉政策の状況

城戸喜子

まえがき

日本の社会保障水準について、制度整備面では既に欧米並みになっているものの、人口構造の高齢化が欧米諸国ほど進んでいないため、実際の社会保障給付受給者が少なく、そうした事態が例えば対国内総生産（GDP）比で測った日本の社会保障給付総額を前記諸国に比べ低くしているとの主張がなされたり、あるいは特に年金給付について制度の成熟に至るほど十分な時間が発足時から経過していないため、対 GDP 比で測った年金給付総額が低目に現れているといった議論の行われることがある。

こうした主張については三つの点を明確にしておく必要があるだろう。第1の点は社会保障の制度と言っても、それを医療とその他の福祉（所得保障と福祉サービス）との二つに大きく分けて議論すべきだということである。何故ならば、社会保障の支柱は従来、医療サービスと所得保障（特に年金）の二者であったし、今後の人口構造高齢化の進展に伴い、これらにもう一つ狭義の社会福祉サービス（特に老人福祉サービス）が加わるにしても、一方の医療保障と他方の年金・老人福祉サービスを中心とするその他の福祉とでは、高齢化要因の作用の仕方が異なると思われるからである。従って各国の対応の仕方も両制度では異なるだろう。例えば対 GDP 比で測った給付水準自体あるいは給付水準の変化（推移）が国別の時系列でも一時点での横断面比較でも医療とその他の福祉とでは相異を示すと思われる。

第2の点は欧米並みと言ってもそれら諸国が制度の性格上、あるいは給付の対 GDP 比水準でも幾つかのグループに分かれているから、どのタイプの欧米国であるのかをはっきりさせておかねば

ならないということである。

第3の点は人口構造の高齢化と制度の成熟とを別個の要因として、それぞれが給付総額増加に与える影響の大きさを区別したいということである。人口構造の高齢化は年金制度の発達を促し、一国全体の年金給付総額増大へとつながってゆく。しかし年金制度の成熟には、何年間かの拠出期間を受給要件とする限り、制度発足時からの時間の経過が必要であり、同じような高齢化水準にある国国の間でも早くから拠出期間の長い制度を作った国と、相対的に遅れて同種の制度を採択した国とでは給付総額水準（例えば対 GDP 比）に差を生ずるのは当然である。

こうした三つの点に注意を払いながら、日本の社会保障給付水準の1960年から1970年代半ばにかけての変化を国際比較することが本稿の一つの課題である。このとき社会保障の給付あるいは支出額を新 SNA の枠組で把握し、同時に社会保障以外の福祉的支出（例えば教育支出）の水準や推移との関連を探りたい。

社会保障給付（支出）額を新しい国民勘定体系で把握しようとの試みは、この勘定体系が一国経済の一年間にわたる全支出額の算出に当たって重複や洩れを生ずることなく計上できるように作られており、社会保障の給付や支出もその中の一環として押さえることができるからである。また、社会保障の給付や支出を経済分析の規則下に置くことは、今後、他の経済諸変数との関連をみてゆく場合に役立つと思われる。ただ社会保障給付費に関しては伝統的な ILO 統計が存在する。それとの関連をつけておくことが必要であろう。これが第二の課題である。

社会保障以外の福祉的支出の水準や推移との関連を探る理由は、財源に大きな制約がある場合の

福祉的支出間相互の競合の可能性を検討したいからである。近年、総合的福祉政策の必要が説かれているが、社会保障だけに視野を限定せずに他の福祉をもとり入れた総合的分析が必要になって来ていることの現れである。

第三の課題は日本における社会保障の水準あるいは状況を労働力配分の側面から国際比較することである。この場合にも他の福祉的施策に携る人々をも含めて検討したい。これも限られた人的資源の配分問題と考えるからである。また、今後の経済分析とのつながりをつけるためにも労働力の経済活動別分類 (ISIC) を用いて比較検討を行う。当然のことながら、ある国の社会保障給付（あるいは支出）の対 GDP 比が大きいから、あるいはその国で福祉的活動に従事している人々の割合が高いから、その国の福祉水準が高く、有効性の観点からも効率性の面からも問題がないという議論をするつもりはない。制度や政策の有効性や効率性の評価には、また別のアプローチや分析が必要であろう。ここではあくまでもインプット指標の点検という側面に限定したいと思う。

以下で上記三つの課題を検討するが、最初に ILO の社会保障統計と国連国民勘定による社会的消費との対比を行い、両種統計の特徴及び異同をみ、第二に高齢化要因の影響を探り、最後に人的資源の配分状況を検討する。欧米諸国の選択に当っては、慣例に従って、経済的にも福祉面でも先進的な国々の中から、福祉制度の幾つかの類型をそれぞれ代表するような国々を 1～2 ヶ国ずつ選んだ。具体的には西独、フランス、スウェーデン、イギリス及びアメリカの五ヶ国である。すなわち最初の二国は大陸型の社会保険中心の制度を、スウェーデン及びイギリスは国庫負担重視の制度を、そしてアメリカは独自の社会保障制度を代表するという意味を持つ。また、ヨーロッパ四国が高齢化の最も進んでいる国々であるのに対し、日本はそれが最も遅れており、ちょうどその中間にアメリカが位置していることも考慮されている。

I 社会保障給付費 (ILO統計) と社会的消費 (国連統計) との比較

社会保障の給付額や支出額の国際比較に、ILO の編纂した社会保障費用の統計が用いられていることは周知の通りである。同じ基準の下に各国で推計された統計集であるから、それを用いた国家間比較は有用であろう。しかし各国の社会保障費推計をそれぞれの国の別種統計でチェックして見る必要はないだろうか。すなわち別の目的で推計され、しかも社会保障費に相当する項目を含んでおり、それだけ取り出すことのできる統計集との比較により、両種統計の問題点が明らかになるのではないと思われる。直ちに考えつく統計集の一つに国際連合編「国民勘定統計年鑑」がある。すなわち同書中の政府サービスの目的別分類表と、社会保障基金及び社会扶助金という二項目である。後者はいわゆる政府からの対家計経常移転に当る。問題は旧国民経済計算体系中にあった「政府から家計への振替支出」の目的別分類が新 SNA には存在しないことである。もしこの点を各国固有の資料に基づき推計・補修することができれば、経済分析の枠組内で社会保障費を把えて ILO 統計との照合に役立つのみならず今後の経済諸変数との関連を考察してゆくのにも有用であろう。

このような観点から前記六ヶ国について、基本的には国連「国民勘定体系」中の数値を用い、不足部分は新 SNA を基準として各国固有の資料から独自に推計を行い、ILO 統計との比較に備えた。用いた資料は次の通りである。

西独, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht, 各年。

フランス, Ministère de L'économie et des Finances, Statistique et Etudes Financières, Le Budget Social de la Nation 各年。

Ministère de la Santé et de la Famille, *Economie et Santé* Avril 1979, Les Comptes de la Santé Methodes et séries 1950-1978.

日本, 経済企画庁編「国民経済計算年報」, 1979。

社会保障制度審議会事務局「社会保障統計年報」, 昭和 43 年までの各年。

自治省「地方財政統計年報」, 昭和 43 年までの各年。

経済企画庁国民所得部「政府支出の経済的・機能的分類について」, 昭和 45 年 6 月。

スウェーデン, National Central Bureau of Statistics, Information Unit による推計値。

イギリス, National Income & Expenditure 各年。
アメリカ, Dept. of Commerce, Survey of Current Business, 各年, National Income Issues.

これらの資料に基づき、医療・保健に関する政府から家計への経常移転、福祉に関する家計への経常移転及び、場合によっては両者の政府消費をも国毎に推計し、それに、国連「国民勘定統計年鑑」中の当該国における医療・保健の政府サービス及び福祉の政府サービスをそれぞれ加えたものを医療・保健及び福祉の社会的消費とする。すなわち医療・保健に関する家計の純費用あるいは私的消費に対応しそれを補う政府の医療・保健支出とみなすのである。但し福祉に関する私的消費はないものとする。念のため注意を書き添えると新 SNA では社会保障機関は政府部門に含まれている。言い換えると、社会的消費は社会保障に関する経常支出を経済計算体系内で表現するものである。ただ、ILO 統計では社会保障給付と社会保障支出とを区別できるが、社会的消費の場合には給付額のみを抽出することはできない。家計への経常移転は全部給付額とみなせるが、政府消費には給付とそれ以外の費用とが一括計上されており前者のみを分離することはできないのである。

逆に ILO 統計では政府消費的なものと経常移転的支出とを区別できないし、場合によっては投資的経費も含んでいる危険がある。ここで、政府消費と対家計経常移転とを区別する基準について述べておこう。その基準は消費者主権の成立度合である。すなわち消費者主権の働く余地が大きければ移転に、消費者主権の成立しにくい場合には

後者に含めるのである。例えばフランスのように医療費の償還制を採択している場合には、各個人が先ず自分の判断で医療サービスの提供者を選び、同サービスを自分の所持金で購入した後、かかった費用の約 70 % (平均) を社会保険機関から支払って貰う仕組みだから、かなり私的消費に近い性格の支出であると言える。これと反対の極にイギリスの国民保健サービスが存在し、登録医制度を通じて消費者主権の機能する余地は制約される。西独や日本の場合はこの両者の中間的性格の制度と言えよう。すなわち医療保険の制度をとり消費者主権が十分に機能し得るという点ではフランスに近いが、医療費を後で払い戻すという方式をとらず医療サービスの現物給付に依拠しているため、反対給付の伴わない貨幣の一方的移転とはやや異なる。むしろ医療サービスそのものを提供しているという側面を見れば、イギリス方式に似ているとも言えよう。しかし繰り返しになるが、国民保健サービスに存在するような家計と医療提供者との間の固定的な関係のないことならびに一般財源によらない社会保険方式をとっていることは、政府消費よりも対家計経常移転への分類を正当化する。

ILO 統計と国民勘定統計との相異の第三点は、両者に含まれる制度の相異である。すなわち ILO 統計には公務員関係の医療・年金保障の制度が含まれるが、他方には公務員の年金制度は含まれない。それは年金基金及びその他の金融制度という項目中に私的年金基金と共に計上される。また、公務員の傷病休暇やその他の短期給付も新 SNA では、「賃金・俸給」の下に入れられる。

これらの相異を念頭におきながら以下で医療・保健に関する両種統計の実際の数値を比較してみよう。ILO, Cost of Social Security, 1972-74, comparative tables は 1960 年から 1974 年にかけての各国の社会保障給付を医療、医療以外の現物給付及び現金給付の三種に分けて表示している。しかし実際に上記六ヶ国がこの表章形式に従って数値を記入しているのは 1972 年以降であり、西独に至っては 1974 年においても未だ医療と医療以外の現物給付とが一本のまま記入されている。な

表 1 医療・保健の社会的支出(百万各国通貨単位)

	ILO 統計	国民勘定統計社会的消費		
		移 転	政府消費	小 計
1973 フランス	52,389	52,812	5,780	58,592
1973 西 独	47,242	43,713	6,334	50,047
1973.4~1974.3 日 本	3,419	2,851	462	3,313
1973 スウェーデン	14,897	2,405	11,653	14,058
1973.4~1974.3 イギリス	2,706	19	2,632	2,651
1972.7~1973.6 アメリカ	32,252	9,877	5,914	15,791
1973.7~1974.6	36,615	19,738	6,433	26,171

ILO, Cost of Social Security, 1972-74.

UN, Yearbook of National Accounts Statistics, 1977 他, 本文参照。

(注) 日本のみ 10 億円。

お、国連統計は暦年計数であるのに対し、ILO 統計では、日本、イギリス、アメリカの三国が財政年度の数値を報告している。従ってここでは国連統計の 1973 年の数値と ILO 統計の 1973~74 年の数値とを比べることとする。

表 1 は前記六ヶ国の医療・保健の社会的消費(政府消費+政府から家計への経常移転)と社会保障給付費とを並記したものである。第一に言えることは医療・保健に関する限り、国連統計の方が管理費的支出分だけ ILO 統計より大きく出るのははずだということである。第二の可能性は、逆に ILO 統計の医療給付の中から投資的経費がうまく除去されていなければ国連統計よりも過大に推定されるという点である。こうしたことを念頭に置いて各国毎に比較すると、先ずフランスと西独との両国で社会的消費総額(国民勘定体系による数値)が他方より大きく、特にフランスでは両者の差がほぼ政府消費額に相当することに気付くだろう。しかしこの差全額が管理費的なものかどうかのチェックが必要である。ILO, Cost of Social Security, 1972-74, Basic Tables には、1974 年の制度別・給付の種類別支出の重複分類表があるから、それを使って 1974 年の管理費的支出の大きさを知ることができる。問題は、医療についての管理費だけを取り出すことができない点にあるが、医療給付が大きな比重を占める制度について、その制度からの医療給付額が同制度からの全給付額に占める割合を、同制度の管理費総額に乗じて、同制度の医療に関する管理費と仮りにみなすこととする。このような推定を行うと 1974 年の医療に

関する管理費は約 4,500 (百万フラン) となるから、1973 年についてはそれより幾分低目と考え、政府消費中の大きな部分を管理費的なものとみなして構わないだろう。残りの差については医療保険を通さぬ公的扶助の医療給付と考えられる。ちなみに 1974 年の同給付額は 4,268 (百万フラン) であり、1973 年分はこれよりやや低目であろう。従って暫定的には、国民勘定体系に基く移転的支出に公的扶助からの医療給付を加えて、伝統的な社会保障統計からの医療給付とみなし、更に政府消費を加えた場合には管理費的な支出を含むものと考えてゆきたい。

西独の場合も移転支出のみを取り出して ILO の給付費と比較してみよう。というのは仏独両国の場合は制度上、移転支出が医療給付の中心だからである。但し、西独の場合には、ILO 統計が医療給付と医療以外の現物給付とを一本で計上しているので、国民勘定統計からの移転的支出より大きく出るのは仕方がない。これを二本に分割することと政府消費的医療支出の究明が必要であろう。その一部は管理費的なものだろうが、残りの部分についての解明が必要である。

次に日本に目を移すと、ILO 統計からの数値が他方より大きいのは主として時点が 3 ヶ月ほどずれているためだと思われる。そこで 1972, 3~1973, 4 期の数値 2,794 (10 億円) と表中との差、すなわち年間増額 625 (10 億円) が 12 ヶ月間に均等に分けられるとし、9 ヶ月分 469 (10 億円) を 2,794 (10 億円) に加える。この結果である 3,263 (10 億円) を国民勘定からの数値と比較すると両者の差は約 50 (10 億円) に縮小し、管理費分としてはやや少なすぎるように思われる。

イギリスの場合も日本のケースとほぼ似ている。3 ヶ月間のずれがあるため前財政年度の計数 2,407 (百万ポンド) との差、299 (百万ポンド) を用いて、その 9 ヶ月分すなわち 224 (百万ポンド) を算出し前年度計数に加算する。こうして新たに得た暦年計数 2,631 (百万ポンド) との差は僅かに 75 (百万ポンド) である。管理費的支出はこの位のものであろうか。

スウェーデンの場合は状況がかなり異なる。

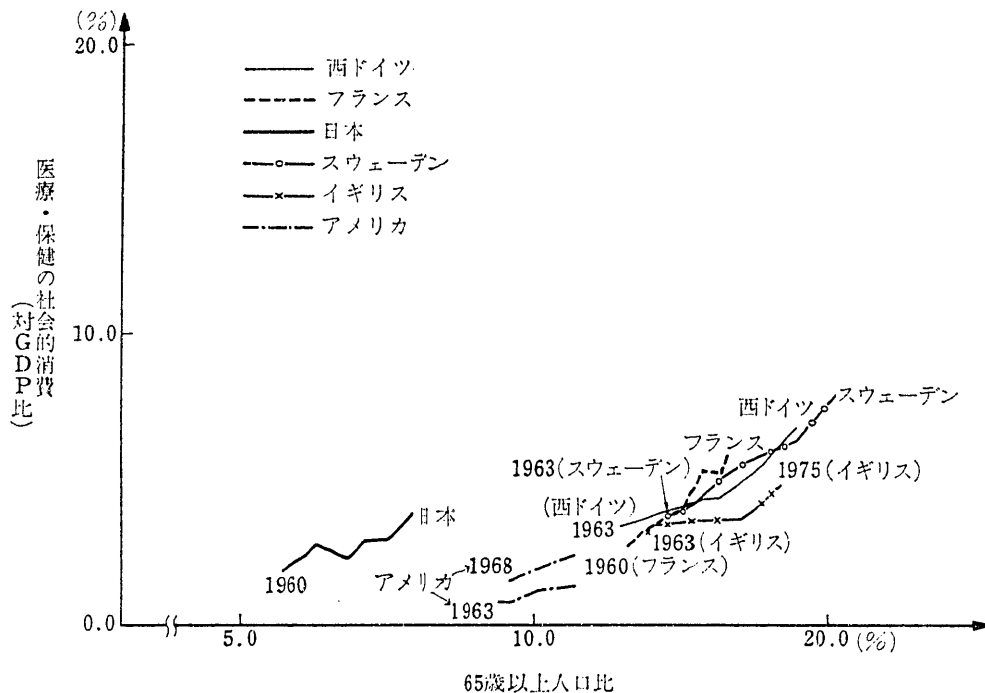
ILO 統計からの数値が他方より大きい原因を探るため一つ大胆な試算をしてみよう。先ず国民勘定による対家計経常移転 2,405 (百万クローネ) を ILO 統計の数値から控除する。残差は 12,492 (百万クローネ) である。次に ILO 統計により、スウェーデンの制度別・給付の種類別統計を参照すると、公的保健サービスという制度下の全給付は医療の欄に計上され投資的経費の含まれる“その他の支出”という欄は空白である。すなわち医療給付の欄には病院建設の費用等も含まれていることになる。それでは医療給付費の何パーセント位を投資的経費と考えれば良いであろうか。例えば同じ時期のアメリカの医療の社会的消費を推計する場合に明らかになったことだが、医療に関する政府の財貨サービスの購入中、投資的経費は約 11% を占める。そこでスウェーデンの場合も投資的経費を同じく 11% 位と仮定して 12,492 (百万クローネ) から差し引くと、政府消費とみなされる額は 11,118 (百万クローネ) となる。これは国連統計からの政府消費 11,653 (百万クローネ) より幾分低目であり、その差 535 (百万クローネ) は管理費的なものとみなされ得る。但し医療に関する投資的経費がその財貨サービスの購入の 11% であるという仮定については、もう少し他の資料からのチェックが必要であろう。ここでは投資的経費の扱いの差が両統計に差を生ぜしめていることを一つの試算で示してみた。

最後にアメリカは財政年度が 7 月から 6 月なので、暦年とはちょうど半年ずれ正確な比較はできない。そこで続く 2 財政年度の数値を掲げておいた。また、国連統計からの二種の数値は、少ない方が、Hospital and Supplementary Medical Insurance (任意保険分) を含まないものであり、多い方がそれを含むものである。ILO 統計にはそれが含まれているから両方のケースを並記した。しかしこの任意保険分を含む場合でも 60~110 億ドルの差が生じているのは何故であろうか。それには三つの理由が考えられる。第一の理由はスウェーデンのケースと同じく ILO の医療給付額中には投資的経費が含まれていることである。1973~74 年を例にとると、その額は約 24 億ドル程度と見積

られる。これは国連「国民勘定統計年鑑」に報告されている同国の医療サービスの政府消費額と、アメリカ国内向国民所得統計中にある、政府支出の目的別・経済性質別再分類表から得られる医療の政府消費額とを調和させる作業の過程で得られた数値である。

第二の理由も同じく国内向統計から医療の社会的消費を推計する過程で判明したことであるが、政府支出として計上した医療費から Health & Hospital Charges という政府収入を差し引く計算がある。これはちょうどその額 50~58 億ドルが個人消費に計上されているので重複計算を避けるために行われる。ILO 統計についてはこの二種の調整を行わねばならない。さらに第三の修正要因として ILO 統計には Temporary Disability Insurance, Workmen's Compensation 及び Medical Vocational Rehabilitation の医療給付が計上されているのに対し、国民経済計算の数値にはそれが含まれていないことを記しておく。これらの修正を行うと、国民勘定からの数値は 2 財政年度の数値の中間に落ち着く。

アメリカの医療に関する社会的支出には基本的に三種の数値があり、それら相互間の対応と関連及び相異を知るのにかなり困難を来した。第一は国連「国民勘定年鑑」中に報告されている医療の政府消費である。第二は、アメリカ国内の国民所得統計, Survey of Current Business, National Income Issue (毎年ほぼ 7 月号) に掲載される政府支出の目的別・経済性質別再分類中の医療の項目である。同表の経済性質別分類は、財貨サービスの購入、家計への移転、補助金、及び州・地方政府への交付金である。社会的消費としては前二者をとれば良い。しかし困ったことに、アメリカの国内統計では、政府は資本形成を行わないという前提で推計がなされており、実際には病院建設等の費用が含まれているにもかかわらずそれらは消費とみなされている。従って同表からそのまま政府消費を推計しても、国連統計の数値とは一致しない。この二種の統計を調和させるには種々の修正が必要であり、非常な困難を極めたが、幸いにも商務省国民所得部係官の教示を得ることができた。



資料：人口の年齢構造については、国連、篠崎信男監訳、世界人口統計年鑑、1976。
社会的消費については本文参照。

図 1 医療・保健の社会的消費 (1960～1975)

こうして国民所得統計を用い、SNA 基準に従い医療の社会的消費を推計し ILO 統計と上記のような差異の調整を行う。第三段階として、保健・教育・厚生省による Social Security Bulletin の医療保障費統計がある。この統計に基づく Statistical Abstract of the United States 掲載の公的医療費と ILO 統計とには再び幾分かの差があり両者の調整も必要である。ただ、この場合の調整は簡単で額も大きくはない。

以上のように各国別検討を行うと、最初に見えた国毎の兩種統計の差の大きさはそれぞれ縮小し第一次接近として医療・保健の社会的消費を ILO 医療保障費に対応するものとして用いることは差し支えないように思われる。医療以外の福祉給付については、長くなるので次の機会に比較を譲りたい。

II 人口構造の高齢化と医療・保健に関する社会的消費水準の推移

図 1 は、医療・保健の社会的消費を縦軸に、人口構造の高齢化を全人口に占める 65 歳以上人口の割合で表して横軸にとり、各国毎に 1960 年代

の初めから 1970 年代半ばにかけての動きを辿ったものである。

アメリカについて二本の線が見られるのは前節で述べたように、任意保険の給付（支出）を入れない場合（低い方の線）と、含めた場合（高い方の線）とが描かれているからである。但し後者は 1968 年以降についてしか数値を得られないので、1960 年代前半の動きや位置は分らない。

アメリカについてどちらの数値を採択するにしろ、日本、アメリカ、ヨーロッパと高齢化が進むにつれ、医療・保健の社会的消費水準（対 GDP 比）が上昇しているのは明らかである。しかし、特徴的なことは、ヨーロッパ各国の曲線の位置がほぼ同じであること、しかし 1970 年代に入るとイギリスがやや下方に離れて来ることである。

こうしたヨーロッパ諸国の動きに対し、アメリカの曲線がどのようにつながってゆくか、もし任意保険給付を含めた場合でもイギリス的な水準や動きを辿るのか、それとも他の三国の動きに類するのか知りたいと思われる。

さらに高齢化段階の低い日本の場合、過去の実績を伸ばしてゆくと、高齢化がヨーロッパ並みと

表 2 高齢化と医療・保健の社会的消費水準に関する回帰式

西	独	$Y_1 = -8.66 + 1.025X_1$	$R^2 = 0.8494$
フ	ラ	$Y_2 = -16.47 + 1.656X_2$	0.9150
日	本	$Y_3 = -1.57 + 0.636X_3$	0.7170
ス	ウェーデン	$Y_4 = -13.64 + 1.410X_4$	0.9552
イ	ギリス	$Y_5 = -4.34 + 0.623X_5$	0.9564
ア	メリカ	$Y_6 = -3.31 + 0.436X_6$	0.8973
		$Y_7 = -6.26 + 0.812X_7$	0.9880
クロス・セクション(1975)		$Y_8 = -2.78 + 0.619X_8$	0.5315
		$Y_9 = -1.73 + 0.551X_9$	0.5799

但し、 X_i は各国における65歳以上人口比を

Y_i は、医療の社会的消費水準（対 GDP 比）を表す。

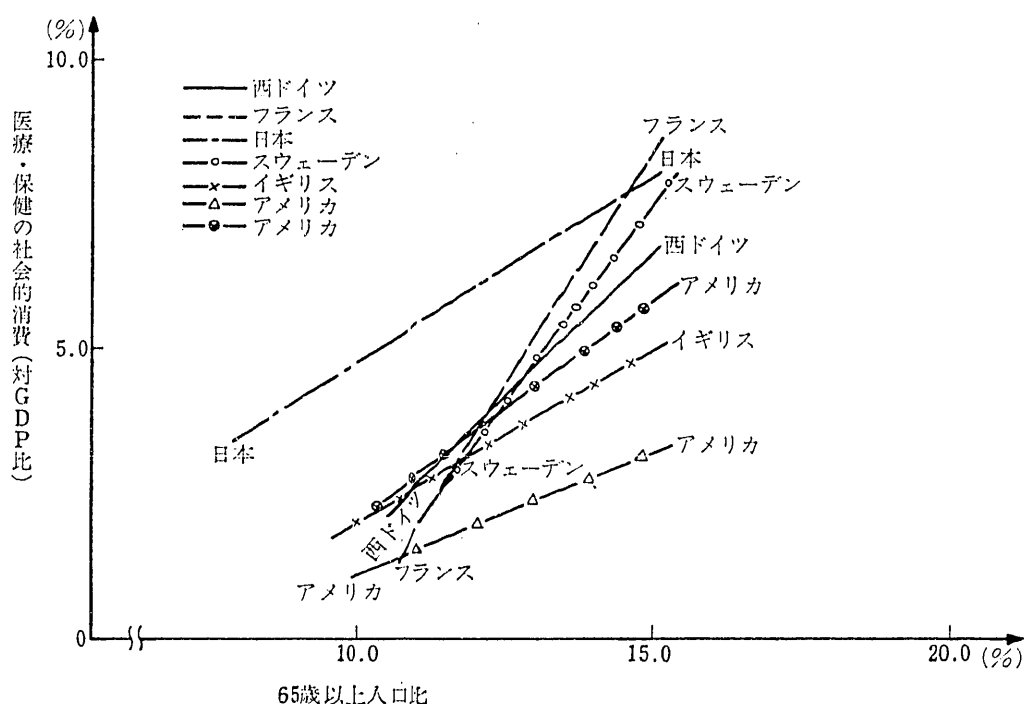
資料：図1に同じ。

なった時に、ヨーロッパ三国並みになるのか、イギリス型となるのか予想してみたい。このため六ヵ国についての時系列値(1960年代初め～1975年)の七本(アメリカについて二本)の回帰式と1975年時における六ヵ国のクロスセクションデータからの回帰式二本(アメリカが二点得られるのでその各々について一本ずつ)とを算出し表2にまとめておいた。但し X_i は各国の全人口に占める65歳以上人口比を、 Y_i は医療・保健に関する社会的消費の水準(対 GDP 比)を表す。

直ちに言えることは、クロスセクションの式よりも各国別の回帰式の方が直線としての適合度ははるかに良いということである。それは各国別の回帰式の位置と勾配とを表す定数及び係数を比較することにより、あるいは図1及び次に掲げる図3からも明らかなように、アメリカ、イギリス及び日本の位置が他の三国の平均的位置とはずれているためである。

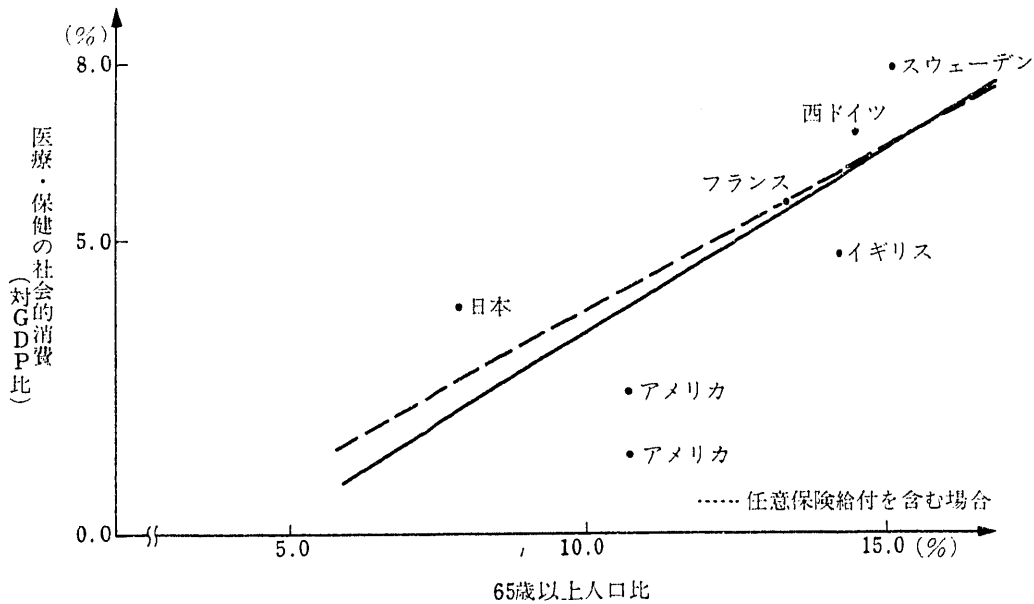
次に図2として各国別の回帰線を描いておいた。図3は1975年についてのクロスセクションからの回帰線である。

表2及び図2から分るように、ヨーロッパ三国の回帰線の勾配は急で、人口の高齢化が僅かに進むと急激な医療の社会的消費の上昇を見ている。しかし残り三国、英米日の場合には勾配がずっと緩やかで、人口構造の高齢化に伴う医療の社会的消費の上昇はそれほど激しくない。特にアメリカの任意保険給付を含まないケースは非常に低水準での推移を示し、イギリスより遥かに下位のところに留まっている。しかしもし任意給付を含むならば、西独よりもやや低目の水準にまで達するであろう。しかし、いずれにしても人口構造の高齢



資料：表2及び図1参照。

図2 各国別医療・保健の社会的消費の回帰線



資料：表2及び図1参照。

図3 1975年における医療・保健費の回帰線

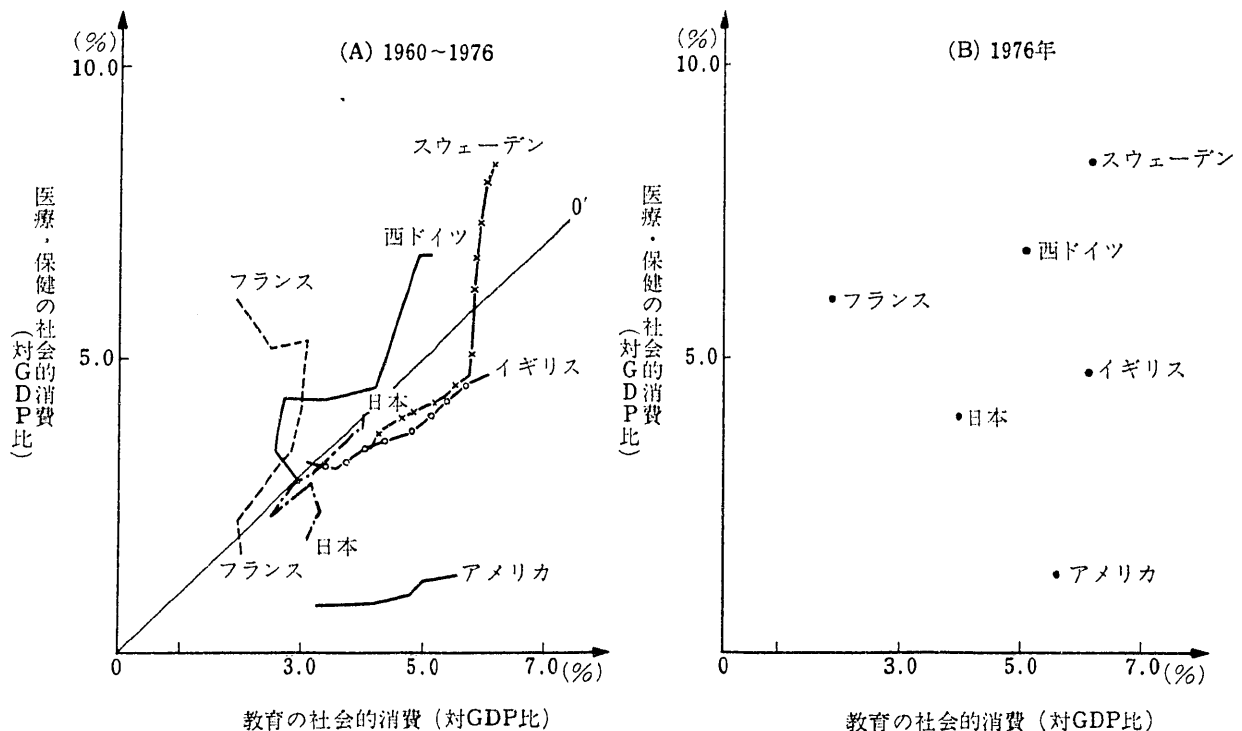
化との関連でみれば医療・保健の社会的消費の水準や推移はヨーロッパ型と英米型とに分けられるように思われる。これに対し、日本の場合には人口構造がまだかなり若い段階で医療の社会的消費は既に相当の高水準にあり、高齢化がスウェーデンのレベルに達すれば、スウェーデン、フランスといった最も医療の社会的消費水準の高い国々のレベルに達することとなろう。ということは、今後高齢化が進むにつれ膨大な医療保障費を必要とするであろうから、また人口構造の若い割合に医療保障費が高水準にあるのだから、医療保障費の効率的で有効な使い方が検討さるべきだということである。あるいは日本の医療保障費の水準が既に高いのは、高齢人口以外の要因の影響が大きいということだろうか、その要因の究明に当るべきだとも言えよう。

しかもこうした回帰線は、過去の実績値から算出されたものに過ぎず、その延長による予測は、現在までの趨勢が将来も変化しないという前提に基づいている。もしも何らかの理由により、趨勢が変化すれば、例えば老人1人当たり医療保障費を増やすような制度を設けるならば直線の勾配はより急となる。医療保障費のみに膨大な資源を向けることは、社会保障以外の福祉的支出例えば教育

の社会的消費への資源配分を必ず圧迫することとなる。

図4はこうした可能性を論ずるための予備的資料整理の一つである。すなわち横軸に対GDP比で測った教育の社会的消費水準を、縦軸に医療・保健の社会的消費水準を刻み、両種の社会的消費水準を同時に観察したときに、時間の経過につれ両者がどのような関係を保ちながら推移して来たか(A)、また、最近年次をとって横断面比較を行うと両者がどのような関係にあるか(B)を示している。

先ず(A)図から言えることは、時間の経過につれ、全般的に両種の社会的消費水準が共に上昇して来たということである。これは医療・保健や教育といった価値財的サービス一般が次第に社会的に消費される傾向を強めて来たあるいは強めてゆくということの反映に他ならない。注目すべき点は、各国の曲線の位置と動きとであろう。今、両消費水準が相等しい点を結んだ直線 $00'$ を中心に各国の位置付けをみると、英、米、日はほぼ一貫して教育の消費水準の方が高く、スウェーデンも1973年頃までは教育の社会的消費水準の方が高いが、最近年では医療・保健の消費水準の方が高くなっている。とは言え教育の社会的消費水準も



資料・図1と同じ

図4 医療・保健と教育の社会的消費水準

依然として高く、六ヶ国中最高で特異なケースと考えられる。

これら四ヶ国に対し西独、フランスの二国ではほぼ一貫して医療・保健の社会的消費水準の方がより高い。すなわち社会的消費の中味が英米は教育中心型、仏独は医療・保健中心型であるように思われる。

日本は前述のように、どちらかと言えば教育の社会的消費に重心を置いているように見えるが、前節でみたように人口構造の高齢化段階を考慮に入れるならば、医療・保健の社会的消費水準はもっと低くても構わず、教育の社会的消費により大きな比重がかかっているように思われる。さらには独仏日といった医療・保健中心型の国々の場合に、両種の社会的消費の時間的変化が一貫した同時的増加を示さず、一方の消費の減少や停滞を伴っている点に注目したい。他の三国の場合、イギリスの一時期を除き両種の社会的消費が共に一貫して増大していることに比べ、著しい対照をなす。

次にB図に目を移すと、最近年次においてはやはりスウェーデン、イギリス、アメリカ、教育の社会的消費水準を高く保っており、西独、フランスは医療・保健中心であることが分る。また、日本は人口の年齢階層別分布を考慮に入れるならば、もっと教育の社会的消費に比重をおいても良いように思われる。すなわち人口構造の若い割合には医療・保健の社会的消費が多く、そのために教育の社会的消費が伸び悩んでいるように思われる。

視点を医療・保健の社会的消費自体に戻し、その総額の水準や推移から構成あるいは構成の変化に目を転じよう。図5～6は医療・保健の社会的消費を政府消費と移転支出とに分け、人口構造の高齢化に伴う二種の支出の推移を描いたものである。明らかにイギリスとスウェーデンとは政府消費中心の国庫負担型、仏独日本は移転支出中心の社会保険型を示している。また、アメリカも低水準ながら移転支出型であることが分る。二つの図を比べたときに顕著な特徴は、スウェーデンが基本的には政府消費中心でありながら移転支出の増大も顕著だということである。

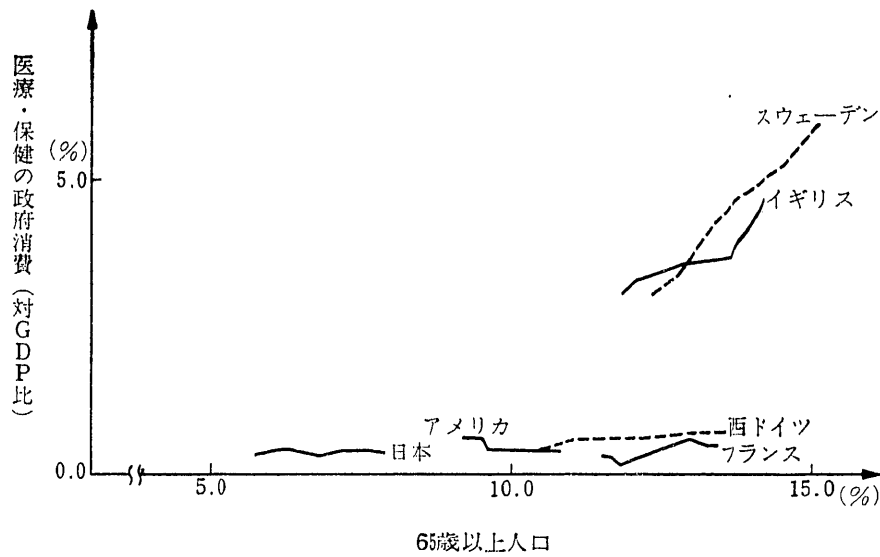
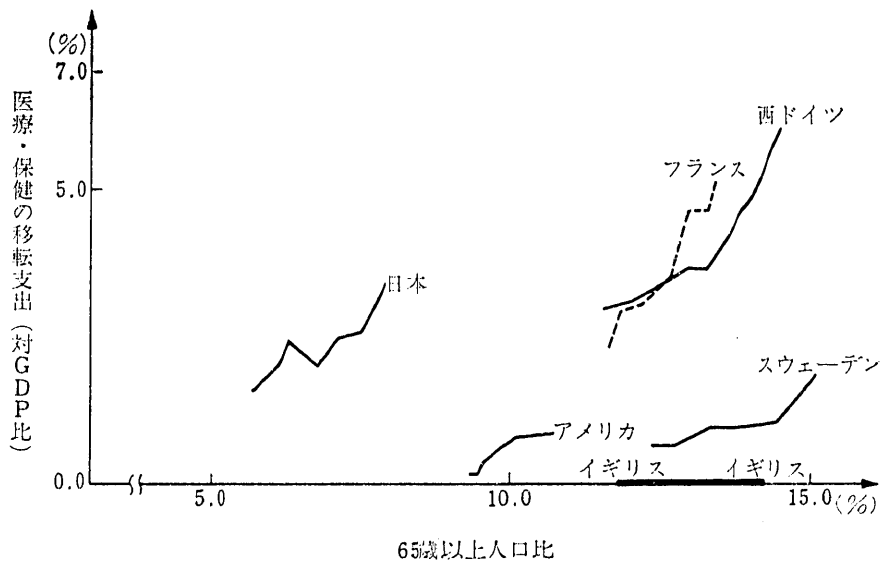


図 5 医療・保健の政府消費（対GDP比）



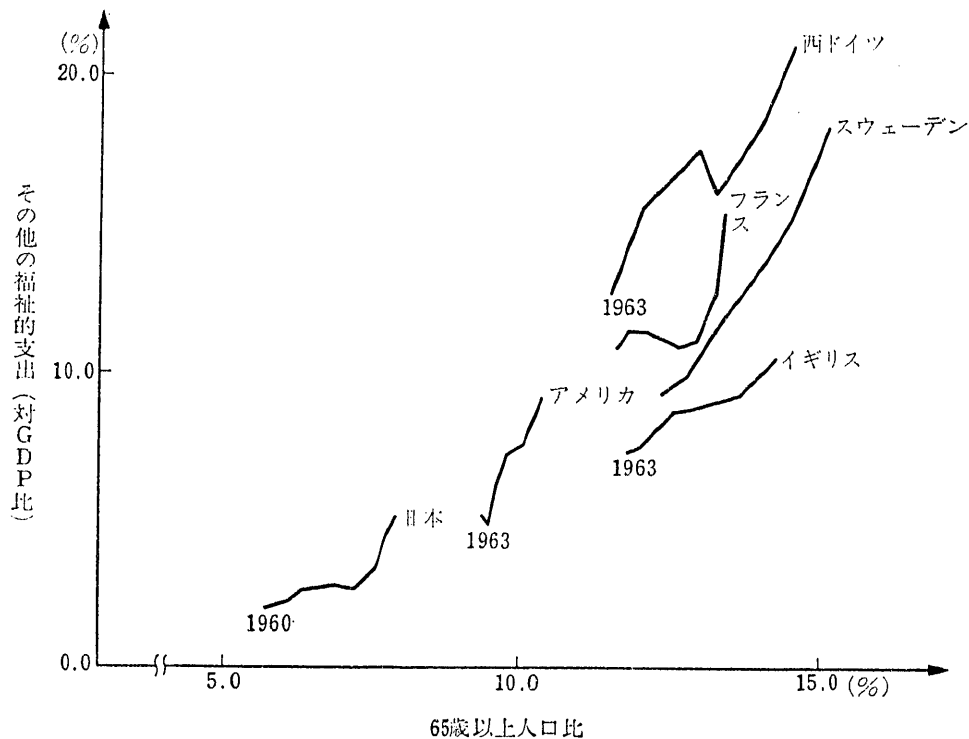
資料：図1に同じ

図 6 医療・保健の移転支出（対GDP比）

移転支出中心か政府消費中心かで社会的消費のタイプを二つに分ける理由は、資源配分への公的介入法が直接的かあるいはより間接的かという点に注目するからである。すなわち独仏米及び日本がより自由主義的な経済運営をしているという一般的な印象は医療・保健の社会的消費についてもあてはまると言えよう。

III 人口構造の高齢化とその他の福祉支出（所得保障及び社会福祉サービス）の推移

図7は、医療・保健の場合と同じように、横軸に65歳以上人口比を、縦軸に医療以外の社会保障的費用の対GDP比をとって両者の関係を各国別に描いたものである。医療・保健以外の社会保障的費用とは所得保障（年金・生活保護・失業・労災給付、児童手当等）と社会福祉サービス（老人福祉、障害者福祉、児童福祉等）とであるが、中心は年



資料: 図1に同じ

図7 その他の福祉的支出（所得保障及び社会福祉サービス）の推移（対GDP比）

金と老人福祉サービスであろう。前者が現金給付で移転支出に対応するのに対し、後者はサービス中心であり政府消費の計数として整理される。従って先ずその他の福祉支出全体の動きをみた後で、二種の支出形態あるいは保障形態に分けて両者の特徴または相異を検討することにしよう。

周知のように人口構造の高齢化は、ヨーロッパ四国、アメリカ、日本の順序で進んでいる。

しかし同図から明らかなように、ほぼ同段階にある四国の中でも、福祉支出の水準（対GDP比）は相互にかなり異なっている。細かい相異をみると、高齢化の順序は、1975年の時点でスウェーデン、西独、イギリス、フランスであるのに、福祉支出の水準は西独、フランス、スウェーデン、イギリスの順となっている。あるいは水準の上昇の仕方が、西独、スウェーデンのような急勾配型と、イギリスのような緩慢型とに分けられそうである。フランスは一次式の適合しない特異なケースのように思われるが1960年と1975年の二時点と比較するならば、かなりの急上昇であろう。

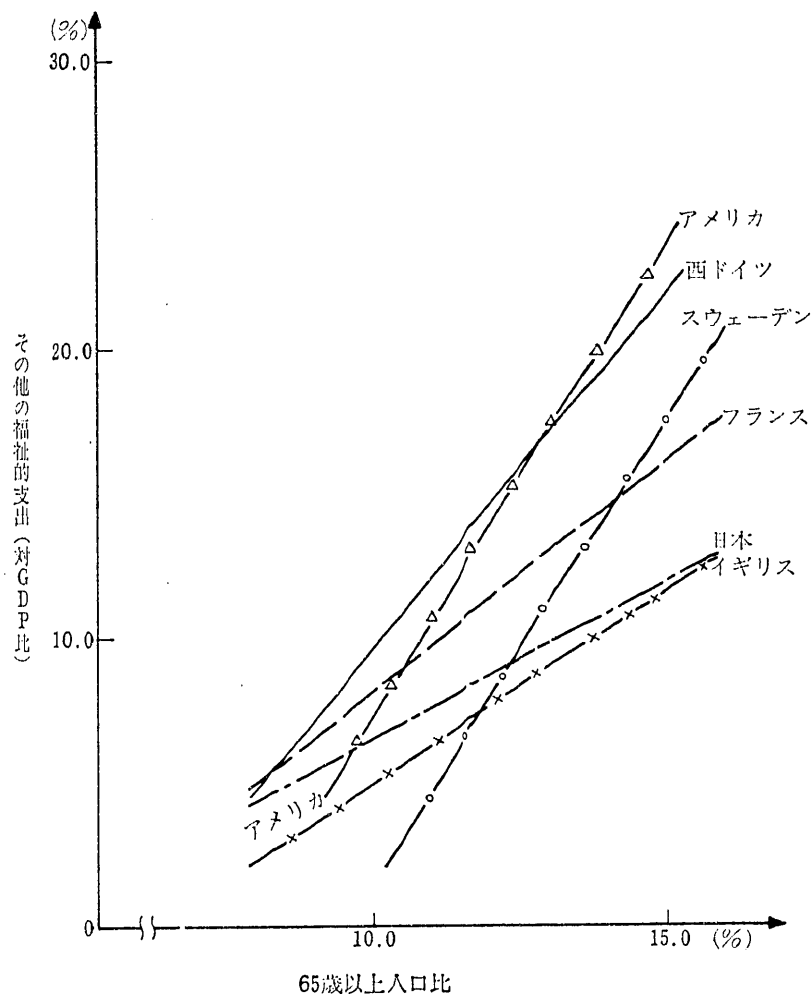
各国の直線あるいは曲線の位置が、高齢化段階

のほぼ同じ国々の間でも異なること、この点が医療・保健の社会的消費の場合と全く異なっている。また、医療・保健の場合よりもどの国の上昇も急である点が第二の特徴である。

それでは日本やアメリカがこれら四国のどの国のタイプと類似しており、日本の高齢化がヨーロッパ並みとなったときに、どの国の水準に近づくのかをみるために、医療・保健の場合と同様に、国別の直線回帰式と1975年時点での横断面の直線回帰式とを算出し一括して表3として次に掲げておいた。

先ず回帰直線の適合度から見てゆくと、国別ではフランスと日本との適合度が低い。フランスの場合は前述のように、一次直線をあてはめることにもともと無理があるものと思われる。また、日本の場合は直線のあてはめに際して1960年代と1970年代とで異なる傾斜の二本の一次式が必要である

1) フランスと日本とについてはそれぞれに二次式のあてはめを試みたが、どちらの場合も適合度は改善されない。むしろ日本については1960年代と1970年とに分け、二本の回帰直線を別々にあてはめると、適合度は大きく改善され、決定係数は0.95前後となる。



資料：表3及び図1参照。

図8 所得保障及び福祉サービスの各国別回帰線

ようにも思われる¹⁾。次にクロスセクションの式を見ると、医療・保健のそれよりも遥かに適合度が良く、福祉支出の中心が年金福祉サービスで医療よりも人口構造の高齢化と直接的に結び付いていることが現れている。

図8～9に国別の回帰直線と1975年の横断面回帰線とを描いておいた。表3の国別回帰式と図8から分るように、アメリカ、スウェーデン及び西独では人口構造の高齢化に伴う福祉水準の上昇は急速であるのに対し、イギリスと日本の上昇は、より緩慢である。フランスの場合は、今後の検討課題としたい。

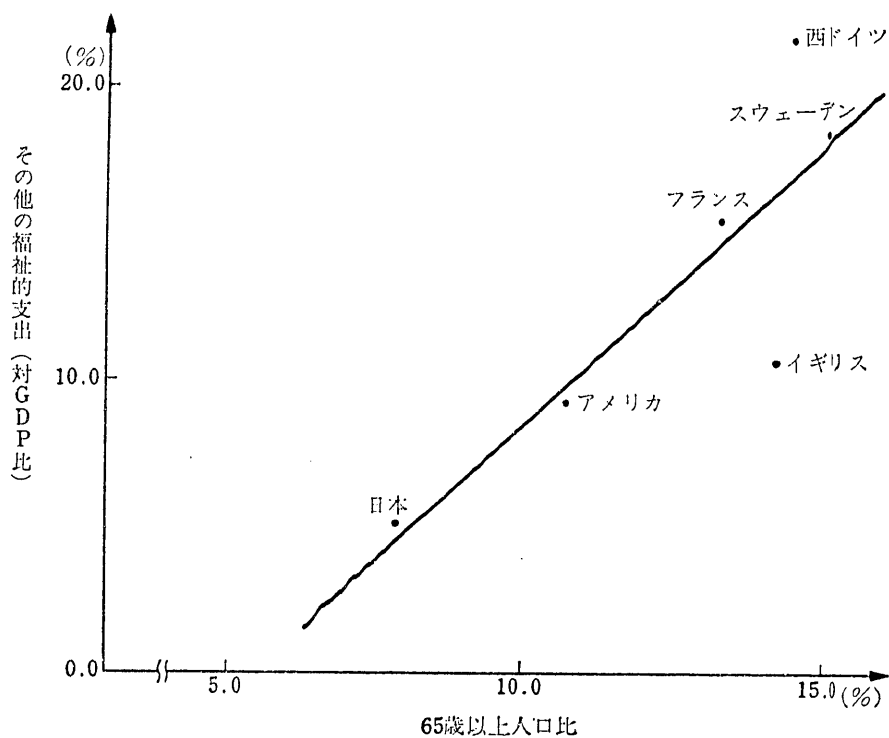
このように過去の実績をもとに、人口構造の高齢化に伴う福祉支出の上昇を推定するという方法をとるならば、日本は高齢化の現段階では福祉支

出が六ヶ国の平均的水準にあるが、高齢化の段階が進んだ時に、ヨーロッパ四国の現水準やアメリカの将来水準に到達するとは思われない。むしろイギリスの水準に留まるのではないかとと思われる。但しここでは人口構造高齢化の影響だけを計測しているのであり、これに制度成熟要因が加わり、受給資格所有者の割合が高まったときに、水準や

表3 高齢化とその他の福祉支出とに関する回帰式

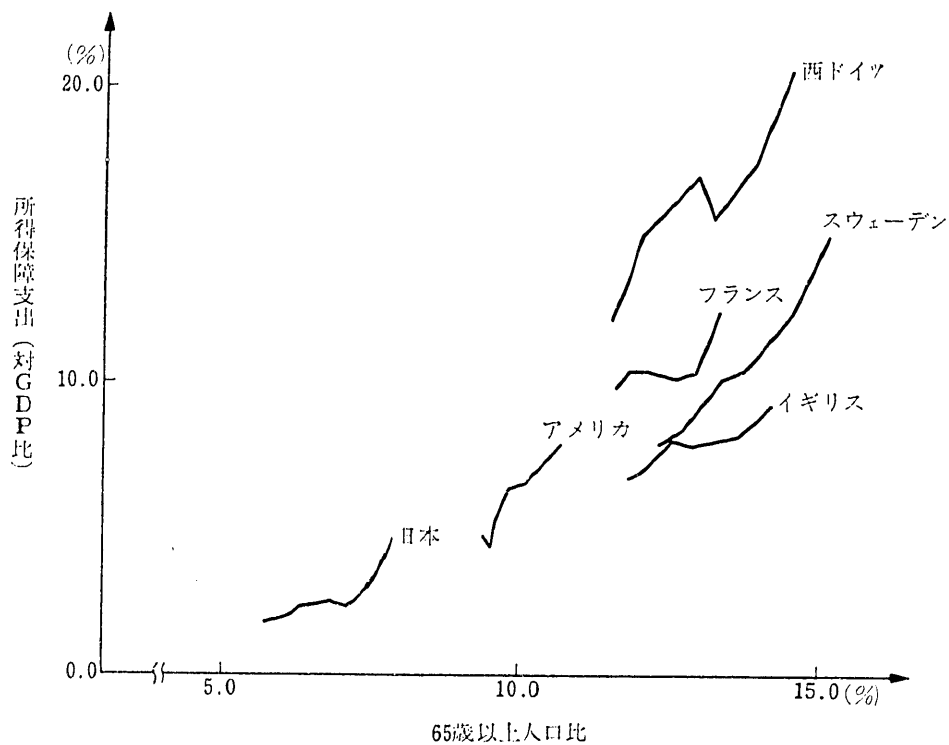
西	独	$Y = -15.07 + 2.465X$	$R^2 = 0.8627$
フ	ラ	$Y = -7.89 + 1.591X$	0.4353
日	本	$Y = -4.28 + 1.074X$	0.6999
ス	ウ	$Y = -30.18 + 3.170X$	0.9782
イ	ギ	$Y = -8.48 + 1.338X$	0.9547
ア	メ	$Y = -25.48 + 3.265X$	0.9170
クロスセクション		$Y = -10.27 + 1.872X$	0.7020

資料：図1に同じ



資料: 表3及び図1参照。

図9 その他の福祉的支出 (対GDP比) 1955年



資料: 図1に同じ

図10 人口構造の高齢化と所得保障支出 (対GDP比)

推移がどのように変化するかについては何も語っていない。すなわち高齢化要因による影響はこの程度、成熟要因による影響はこの位という区分をするための一つの試算にすぎない。

また、過去の実績に基づいている以上、制度的変更により将来の推移はどのようにでも変り得る。逆に言えばこの種の制度改変はこのような推移の変化を齊すといった試算の余地が幅広く残されているのである。

以上、政府による福祉支出計について述べて来たが、次にこれを政府消費と移転支出とに分け、観察が続けたい。というのは政府消費は福祉サービスを、移転支出は年金中心の現金給付をその内容としており、国によって年金やその他の現金給付水準が高くても、福祉サービス（例えば、老人福祉サービス）はそれほどではないかもしれないし、

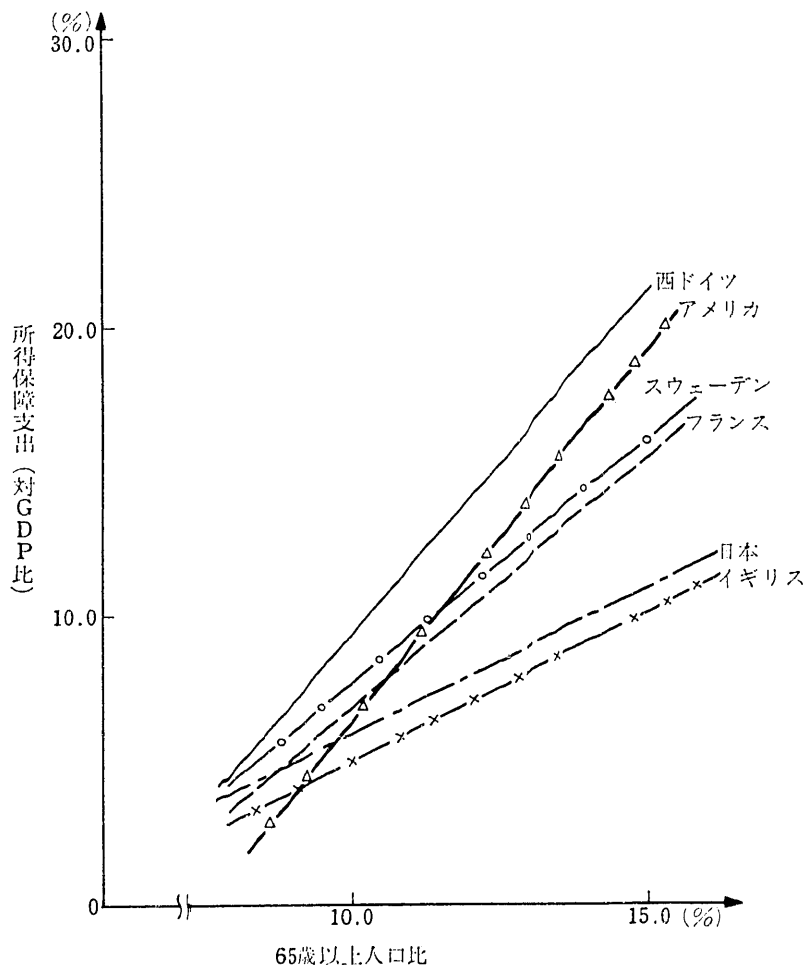
逆に他の国では福祉サービスに比較的、支出が行われていても、現金給付の水準はそれほど高くないかもしれない。あるいは両者についてかなり多額の支出が行われている国も存在し得る。その中で日本がどちらのタイプに属しているかも知り得よう。

図 10 は人口構造の高齢化の福祉と移転支出す

表 4 人口構造の高齢化と所得保障支出との回帰式

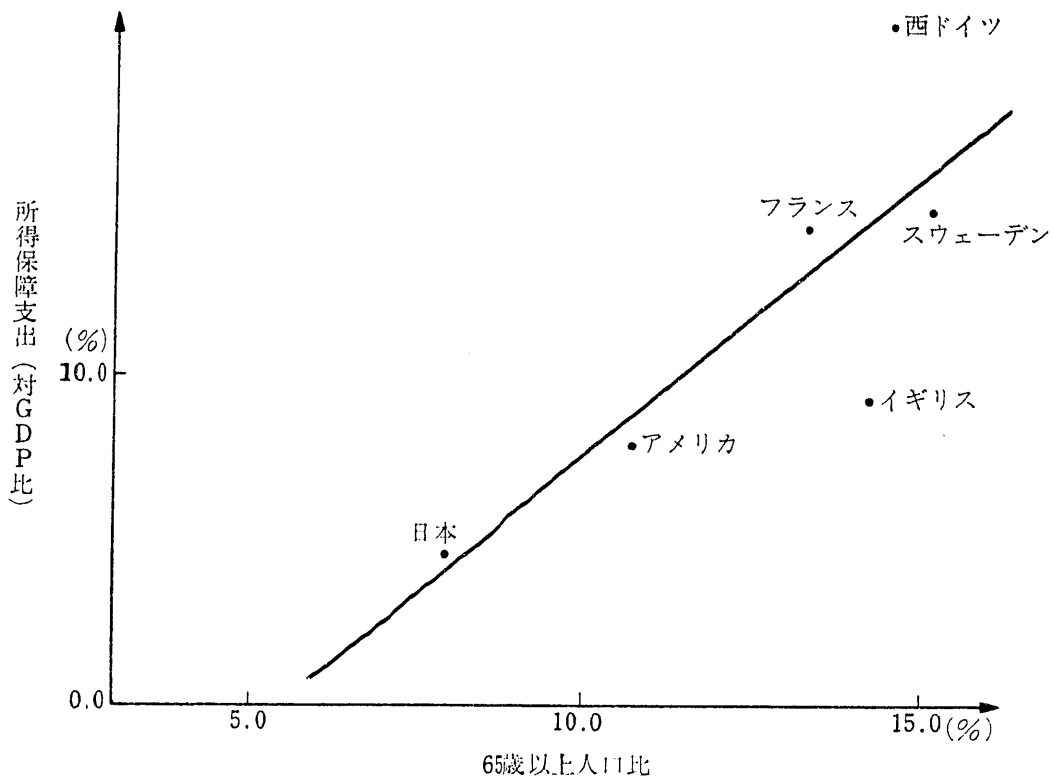
西	独	$Y = -14.15 + 2.340X$	$R^2 = 0.8754$
フ	ラ	$Y = -10.33 + 1.710X$	0.5033
日	本	$Y = -4.07 + 0.997X$	0.7267
ス	ウェーデン	$Y = -22.25 + 2.419X$	0.9618
イ	ギリス	$Y = -5.21 + 1.016X$	0.9177
ア	メリカ	$Y = -19.21 + 2.547X$	0.9155
Cross Section		$Y = -9.05 + 1.664X$	0.6272

資料：図 1 に同じ



資料：表 4 及び図 1 参照。

図 11 人口構造の高齢化と所得保障支出（対GDP比）の各国別回帰線



資料: 表4及び図1参照

図12 人口構造の高齢化と所得保障支出の回帰線

なわち年金を中心とした所得保障の現金給付との関係を国別にプロットしたものである。どの国の場合も福祉の政府支出合計における移転支出の比率が大きいため、国別推移の形は、図8のそれぞれと基本的には変わっていない。ただ、支出の上昇速度が幾分緩やかになっている。しかし国の順位にも変りはない。従って人口構造の高齢化と現金給付水準との間の国別の直線回帰関係も基本的には変わらないだろう。そこで国別の回帰式と1975年における回帰式とを表4にまとめ、国別の回帰線を図11に、1975年におけるクロスセクションの回帰線を図12に描いておいた。

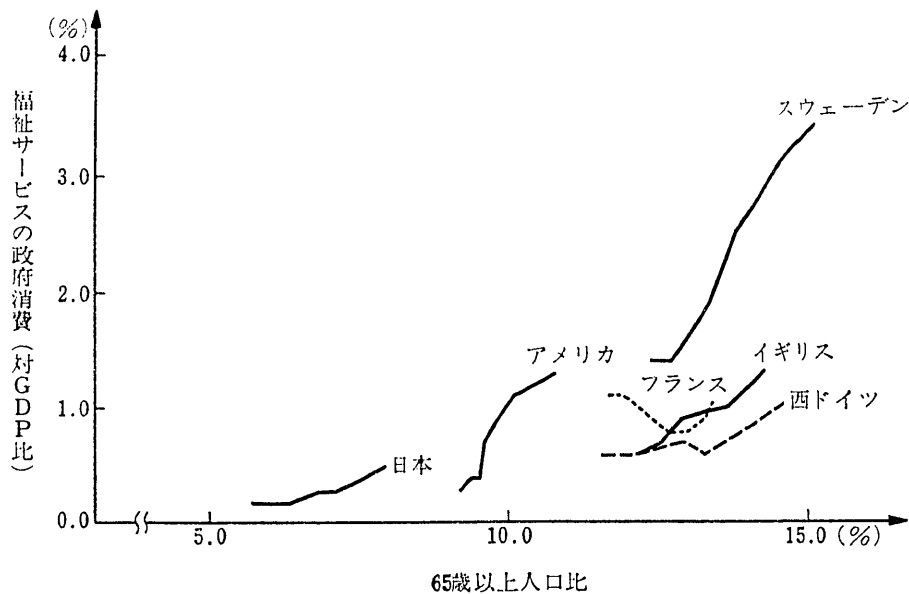
表4と図11とから言えることは、第一に福祉の政府支出合計の場合よりも、国別回帰直線は勾配が緩やかでかつ決定係数が大きいこと。第二に支出の上昇速度の急速な国、西独、スウェーデン、アメリカの三国グループと上昇速度の緩慢なイギリス、日本グループとが福祉支出計の場合よりも、はっきりと二分されることである。フランスの場合、一次回帰式を想定することに無理が残ってい

る点は変りない。

クロスセクションからの式は逆に決定係数の値が小さくなっており、各国の回帰線からの散らばりを、福祉の政府支出全体の場合よりも大きいことを示している。それは図12に表されたクロスセクションの場合と図9とを比較することにより明らかであろう。

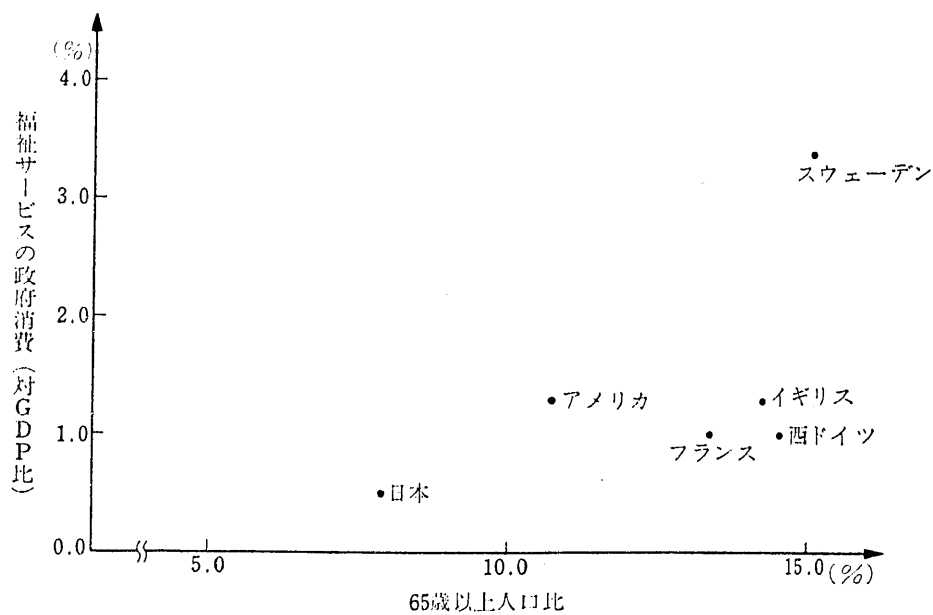
図13~14は上述の現金給付に対して、サービスを中心とする福祉の政府消費について人口構造高齢化との関係を描いたものである。図13は国別の場合であり、図14は1975年におけるクロスセクションの図である。

図13をみると、西独、フランスといった所得保障給付の高い国々で、福祉サービスに関する支出水準が極めて低いことが分るであろう。また、これら両国ではサービス支出の増加速度も速いとは思われない。これに対しスウェーデンとアメリカとの場合には、増加速度が極めて早く、特に近年のスウェーデンではサービス給付の水準がかなり高い。アメリカは現金給付のみならず、福祉サ



資料: 図1に同じ

図 13 福祉の政府消費 (対GDP比)



資料: 図1に同じ

図 14 福祉サービスの政府消費 (対GDP比)

サービスの給付についても急速な支出増を予想させる。この中においてイギリスはサービス給付の水準も低く、増加速度も余り早いとは思われないが、西独やフランスよりはサービスの比重が大きいように思われる。日本はこの場合も人口構造が高齢化するにつれイギリス並みの水準に達するよう思われる。また、スウェーデン、アメリカのようにサービス支出の急速な増加は予想されない。た

だ福祉の政府消費については回帰式の推定による確認は行わなかった。

IV 福祉関連部門への人的資源の配分

前2節で検討した結果に従えば、日本の場合、高齢化の進展につれ対GDP比で測った給付総額が福祉先進国のトップグループ並みになるのはむしろ医療保障の分野であり、福祉サービスや所得

表 5 労働力の経済活動別分類

	西 独	フ ラ ン ス	日 本	スウェーデン	イ ギ リ ス	ア メ リ カ
1970年						
1 農 林 漁 業	8.6	14.3	17.4	8.0	2.8	4.5
2 鉱 工 業	1.3	1.1	0.4	0.5	1.7	0.7
3 製 造 業	40.5	27.8	27.0	27.5	36.5	26.4
4 電 気・ガ ス・水 道	0.7	0.8	0.5	0.6	1.6	*
5 建 設	7.9	9.8	7.7	9.6	6.8	6.1
6 卸売・小売・レストラン	14.7	15.9	20.2	14.4	12.9	20.3
7 交 通・通 信	5.7	5.5	6.4	6.9	6.7	6.8
8 金 融・保 険・不 動 産	4.2	4.7	4.9	5.0	4.1	6.8
9 公共的及び社会的サービス	16.4	20.1	15.5	27.5	27.0	24.1
0 そ の 他						4.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1975年						
1 農 林 漁 業	7.4	11.3	12.7	6.3	2.7	4.1
2 鉱 工 業	1.4	0.9	0.3	0.5	1.4	0.9
3 製 造 業	35.8	27.8	25.8	27.9	30.9	22.7
4 電 気・ガ ス・水 道	1.0	0.9	0.6	0.8	1.4	*
5 建 設	7.7	9.0	9.2	7.1	6.9	5.9
6 卸売・小売・レストラン	14.5	16.7	22.4	14.4	16.9	21.8
7 交 通・通 信	6.0	5.6	6.4	6.6	6.5	6.6
8 金 融・保 険・不 動 産	5.3	5.8	5.3	5.3	5.7	7.5
9 公共的及び社会的サービス	20.9	22.1	17.2	31.4	27.5	25.6
0 そ の 他			0.1			4.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: OECD, Labour Force Statistics, 1967-76. Statistical Abstract of the United States, 1978.

* 7交通・通信と合算。

保障の面ではない。年金給付について制度の成熟要因がどの位の影響力を持つか、また、(また1970年以降のデータだけから計測した傾向線が幾分高めの予想水準を与えるにしても) 過去の実績からはイギリスに類似した推移を辿ってイギリス並みのヨーロッパでは低い方の水準に達するように思われる。福祉サービスの面でも、スウェーデン、アメリカのような高水準に達するとは到底予想できない。やはりイギリス的な推移を辿るのではないかと思われる。

さらに医療の場合もその他の福祉の場合も移転支出中心型であることが確認された。こうしたフロー面でのあるいは支出面での検討を終り、次に人的資源の配置面から、上記六カ国の福祉制度あるいは福祉施策の比較を行い日本の特質を把握したい。あるいは支出面での特質との関連をつかみたい。

表5は国際標準産業分類(ISIC)による労働力の経済活動別大分類である。OECD, Labour Force Statistics, 1967-1976から引用した。但し同書にしてもILO, Yearbook of Labour Statisticsにしても、こうした分類は大分類までで中・小分類を得ることはできない。しかしわれわれが関心を持つのは、社会的サービス部門内の教育、医療・保健及び社会福祉といった領域である。従って、中小分類については各国別のあるいは別種の統計によらざるを得ない。それらの資料に基づく細分類は表6にまとめた。問題はこうした別種統計による中小分類からの合計がOECD統計の大分類と一致せず多少の相異が生ずることである。ここでは原則として中小分類からの合計を基礎に大分類の数値を修正してある。というのは、OECDへの報告に際して各国が必ずしもISIC基準に厳密に従っているとは限らず、例えば日本の場合、6, 卸売小売・

表 6 社会的サービス部門における労働力配分

	西 独		フランス	日 本		スウェーデン		イ ギ リ ス		ア メ リ カ	
	1970	1976	1968	1970	1975	1970	1975	1970	1975	1970	1975
9 公共及び社会的サービスの	16.4	21.8	20.6	15.5	17.2	27.6	31.5	25.7	29.7	24.1	25.6
一般公務及び防衛他	3.0	4.1	7.1	3.5	3.9	6.1	6.8	6.6	7.3	5.7	5.6
社会的サービス	8.0	12.5	9.1	7.4	8.8	16.0	19.9	12.9	15.6	14.5	16.5
教育・研究	2.7	3.9	4.1	3.0	3.3	5.3	6.3	6.8	8.5	7.8	8.1
医療・保健	2.9	4.5	3.0	2.0	2.4	6.1	7.7	4.6	5.5	5.7	6.9
社会福祉	0.4	0.9	0.9	0.5	0.8	3.8	5.0	0.6	0.6	}1.0	}1.5
その他の専門サービス	2.0	3.2	1.1	1.9	2.3	0.8	0.9	0.9	1.0		
娯楽及び家庭向サービス	5.4	5.2	4.3	4.6	4.5	5.5	4.8	6.2	6.8	3.9	3.5

資料：西独，Statistisches Bundesamt，内部資料。

フランス，Eurostat，Working Conditions in the Community，1975。

日本，総理府統計局，国勢調査，昭和50年。

スウェーデン，National Accounts 1963-1977。

イギリス，British Labour Statistics Yearbook 1976。

アメリカ，Statistical Abstract of the United States，1978。

注：イギリスの場合は雇用者のみ。他の国は全就業者。

レストラン・ホテル部門に後者二つが含まれていない。また，8，金融・保険・不動産・対事業サービス部門に対事業所サービスが入っていないように思われる。しかしこうしたことは小分類からの積み上げを行わない限り分らない。

次に西独は小分類レベルでの推計の可能な資料が1970，1973，1976の三ヵ年なので1976年を採り上げた。1975年との一年の差は僅少であると思われる。フランスの場合も小分類は1968年についてしか得られない。また，イギリスは小分類統計が全就業者についてではなく雇用者についてしか得られず，大分類と一致しない。また，他の国々ともこの点を考慮して比較されねばならない。しかしおよその傾向を読みとるには充分であると思われる。

表5の大分類(1975年)から言えることは，9，公共的及び社会的サービス部門に従事する人々の割合がスウェーデン，イギリス，アメリカにおいて高く，フランス，西独では中位，日本において低いということである。1970年にさかのぼって時間的変化を観察するとどの国でも同部門での就業者は増加しているが，西独，スウェーデンの二国における増加が大きく，その他四国では余り大きくない。従って1970年には西独と日本との差は僅かではほぼ同水準だったのに，5～6年後には開きが大きくなっている。しかしそれでも日本に最も

近い数値を与えているのは西独である。社会保障的支出（社会的消費）の対GDP比で測れば両国の差は大きいのに，人的資源の配分面でさほどのギャップがないのはどうしてだろうか。さらに福祉の支出面では西独，フランス，スウェーデンが最も高い水準にあるのに，何故，労働力配分を比べると西独では公共的，社会的サービス部門への配分が相対的に少なくて済むのだろうか。また，英米で同部門への就業者が多いのは支出水準が比較的低いこととどう調和するのだろうか。これらの理由を探るためには表6を利用せねばならない。

先ず福祉的サービスに最も近い概念の中分類は社会的サービス部門である。この中分類で比較すると，同部門への配分比率が高いのは，スウェーデン，アメリカ，イギリス，（恐らくフランス），西独，日本の順になる。アメリカが二番目に位置するのは少し意外の感を与えるが，それは小分類に下って比較することで明らかとなる。第一に教育・研究部門への配分比率が非常に高い。第二に医療・保健部門への配分比率もスウェーデンに次いで高い。しかし社会福祉部門になると，別掲されていないため正確には分らないが余り高いとは言えまい。恐らくアメリカの場合は，大学教育ならびに研究に従事する者と，医師・看護婦の比率が高いものと思われる。それは福祉や社会保障的考え方によるというよりも1人ひとりが教育に投

資することにより将来高い報酬を得られるとの発想から高等教育従事者を社会的に大量に必要としているためであり、また、医師やRegistered Nurseの社会的地位が経済的報酬と共に高いためであると思われる。支出面の分析でアメリカの医療保障水準が余り高くなかったことを想起すれば理解できるだろう。イギリスの場合も社会的サービス部門内での人的配置の構造はアメリカに似て教育・研究及び医療・保健への配分率が高い。特に教育部門への配分率が他国に比べまた、同国の他の社会的サービス部門に比べ非常に高いのが特徴的である。

スウェーデンの社会的サービス部門内の人的配置は教育・研究、医療・保健及び社会福祉の三小部門で揃って相対的に高く、特に後二者への配分率が他国に比べ極めて高い。支出面で測った福祉水準が教育・医療・福祉の三分野で共に高かったこと及び医療以外の社会保障支出について政府消費の水準が他国に比べ高くさらに、上昇速度の速かったことと斉合的である。老人福祉サービスを中心とするサービスの給付に力を注いでいることがよく現れていよう。

これら三国に対し、西独、フランスでは、第1に教育・研究分野への配分率が英米・スウェーデンに比べかなり低いこと、医療・保健の分野には、他の社会的サービス部門に比べ人的配置が多くなされているにしても、英米・スウェーデンに比べれば少ないこと、さらに社会福祉の分野になると、スウェーデンのようなサービス重視型の国とははっきり異なり、労働力の配分比率は非常に小さくなる。

このように見て来ると、支出面での分析と一致する結果が随所に出ていることが分る。繰り返しになるが、第一に英米は教育重視型で、医療・保健の分野よりも教育・研究分野への配分比率が高い。第二にこれとは反対に西独及び1970年以降のスウェーデンは医療・保健中心の福祉政策をとっていること。第三にアメリカは別として、スウェーデンの福祉サービス重視の労働力配分と対照的に西独・フランスは医療以外の社会保障では現金給付中心の施策を行っていること等である。この第三の点と教育の分野に余り労働力を配置していな

いことの二つが、西独・フランスにおいて社会的サービス部門への労働力投入を比較的少ないままに保っている大きな理由であろう。

医療・保健の分野でも西独での労働力配分比率は例えばイギリスに比べてかなり低い、これは少ない労働力で効率的に医療が行われているためなのか、あるいは報酬の相対的水準が低いため、労働力を大量に吸収できないということなのか、今後の検討課題であろう。アメリカの場合は前述のように医療保障費の水準は余り高くなくとも、家計や私的保険による医療費分担の割合が大きい、ため、総医療費の額を押し上げ、また医師や高等看護婦の報酬や社会的地位が高いから、こうした部門へ労働力が流入すると言える。スウェーデンの場合は西独よりも医療保障費水準がかなり高いから、ある程度、医療部門への人的資源配分もより多くなるとは言え、西独との差は余りに大きい。西独の医療制度の方がより効率的なのか、イギリスとの比較と共に今後の課題としたい。

最後に日本が他の五ヶ国に比べどのような特質を持っているか述べてまとめとしたい。先ず何よりも社会的サービス部門への配分比率の著しく低いことが上げられる。教育・研究分野においても医療・保健の分野においてもそうである。教育支出に余り比重を置いていなかった西独やフランスよりも教育・研究分野への労働力配分が低いのは何故であろうか。より少ない人的資源で効率的に教育政策が行われているとは思われない。医療・保健の分野でも何故このように少ない人的資源で賄って来たのか、効率的施策が行われていると言えるのか、あるいは看護婦等にみられる報酬を含めての労働条件の劣悪さの故か、この点を今後究明してゆきたいと考えている²⁾。人口構造が若い割合には日本の医療給付水準は高かった。それなのに何故、人的配分比率は低いのであろうか。社会福祉部門への配分比率はスウェーデンを除けば他の国とほぼ同じと言えようが、今後の高齢化に備

2) この表の基礎となっている計数によって、日本の医療・保健部門での就業者数を、厚生省統計情報部、『医療施設調査病院報告』昭和45年及び50年中の病院従事者数、一般診療所の従事者数及び歯科医師数の合計と比較すると、ほぼ一致する。

え、この程度の配分で済むのかどうか問題である³⁾。

ところで、高齢化社会への到来にそなえ社会的サービス部門への労働力配分を増やすとしたら、他のどの部門からの移動が可能であろうか。表5の大分類に戻って他の国々と比較すると、農林漁業及び6、卸売・小売・レストラン部門における配分比率の極めて高いことが目につく。農林漁業部門の就労者を急速に減少させること、あるいは同部門から直接に、社会的サービス部門へ移動させることは困難であろう。しかし徐々に就業構造全体を変え、社会的サービスに比重を置いた労働力の配置を齊すことは可能であろう。特に6、卸売・小売・レストラン部門はいわゆる流通業界の合理化を通じて人的資源をも他部門へ移転させることができると思われる。また、レストラン・ホテルといった料理飲食関係部門に大量の若い労働力が流れているのをわれわれは日常生活の中で見聞している。こうした人々を社会的サービス部門に吸収することは可能ではないだろうか。

初めに断ったように、社会的サービス部門への労働力配分比率が高いからと言って福祉水準が高いことにそのまま結び付くわけではない。アメリカが良い例であろう。逆に配分比率が高くないからといって福祉水準が低いとも言えない。この場合は西独を良い例として挙げるができる。しかし国民がどのような福祉政策を選択するかによって、各種の福祉的支出の水準が定まり、それに対応した人的資源の配分が定まる。それ故どのような福祉政策を望み、どのような労働力配分を行うべきかあらかじめ計画しその方向に進めること

3) 社会福祉部門のホームヘルパーについては、非常勤者の比率の非常に高い国(西独、スウェーデン)とそうでない国(アメリカ)とがある。更に日本は逆に常勤者の比率が非常に高い国である。こうした相異を無視して社会福祉部門に就業している人の割合をそのまま比較することに抵抗を感じる向もあるが、日本の場合、非常勤者の多かった1970年頃でも、それらの労働力が3や6の部門に吸収されていたことを想起するならば、基本的にはこうした比較で充分なことが認められよう。

はできるだろう。

日本の医療保障費は人口構造が若い割合には高水準にある。しかし医療・保健部門への人的資源の配分比率は非常に小さい。年金を中心とする所得保障の水準については、制度の成熟化要因の作用を測らねば将来の動向を正確に予想できないが、高齢化のみの影響を考えれば、それ程高水準に達するとは思えない。現時点でも高いとは言えないだろう。さらに老人福祉サービスを中心とする社会福祉サービスについても現在、将来とも高い給付水準は考えられず、労働力配分からみても重視されているとは考えられない。

人口構造の急速な高齢化が予想されるならば、人的資源の配分も含め、社会保障以外の福祉的施策との補完・代替、競合関係を考慮に入れた総合的な福祉政策を打ちたてるべきである。

付表1 政府支出に占める移転支出の割合(1976)

	(1) 教 育	(2) 医療・保健	(3) 福 祉	(4) (2)+(3)	(5) (1)+(4)
西 独	22.5	89.4	95.5	94.0	83.0
フ ラ ン ス	0.0	88.9	93.3	89.3	84.6
日 本	1.9	90.0	91.3	90.8	65.0
スウェーデン	11.6	25.6	68.7	58.9	47.3
イ ギ リ ス	17.6	0.3	86.1	51.4	42.2
ア メ リ カ	4.8	69.6	85.0	83.0	56.9

資料：図1に同じ

付表2 移転支出の多い順位(1976)

	(1) 教 育	(2) 医療・保健	(3) 福 祉	(4) (2)+(3)	(5) (1)+(4)
1	西 独	日 本	西 独	西 独	フランス
2	イギリス	西 独	フランス	日 本	西 独
3	スウェーデン	フランス	日 本	フランス	日 本
4	アメリカ	アメリカ	イギリス	アメリカ	アメリカ
5	日 本	スウェーデン	アメリカ	スウェーデン	スウェーデン
6	フランス	イギリス	スウェーデン	イギリス	イギリス

付表1による。