

年 度	患者の直接 負 担	私保険に よる負担	公費(政府) の負担	慈善組織と 企業福利厚 生負担
65 歳 未 満				
1965	51.1	27.3	19.4	2.2
1966	48.1	28.0	21.7	2.2
1967	46.0	28.7	23.3	2.1
1968	44.2	29.8	24.1	2.0
1969	43.3	31.0	23.9	1.9
1970	41.1	32.6	24.5	1.8
1971	38.4	33.0	26.8	1.8
1972	37.8	33.4	27.1	1.8
1973	35.5	34.2	28.6	1.8
65 歳 以 上				
1965	53.2	15.9	29.8	1.1
1966	37.0	5.9	56.4	0.8
1967	27.5	5.3	66.6	0.6
1968	28.0	5.4	66.1	0.5
1969	32.6	5.5	61.4	0.5
1970	34.2	5.4	60.0	0.5
1971	35.6	5.2	58.9	0.4
1972	34.8	5.2	59.7	0.4
1973	34.1	5.2	60.3	0.4

私保険の役割は65歳未満の階層を取ると増大傾向にあるが、65歳以上の階層の場合には老人健保が普及して以降はほとんど変化がない。慈善組織や企業の福利厚生による支出部分は減少する傾向を示している。そして患者が直接支払う一人当たり負担額は1973年度で、65歳以上の場合415ドル、65歳未満の場合117ドル、全人口平均で147ドルとなっている。

M. S. Mueller and R. M. Gibson, "Age Differences in Health Care Spending, Fiscal Year 1974," Social Security Bulletin, Vol, No.6, June 1975, pp. 3-16.

(一圓光弥 健保連)

主婦の経済的価値

(アメリカ)

疾病の経済的費用を把握するためには、社会の様々な成員の経済的価値が、かれらの生産性というかたちで数量的にははからなければならない。そのさい賃金とか給料とかのかたちでの報酬が支払われることのない主婦のばあいは、ユニークな問題がいくつかでてくる。

このような非市場部門での経済的アウトプットについて、1964年に、モルガンは、GNPのなかで38パーセントを占める金額であろうと予測した。同じようなデータをベースにして、シラーゲルディンは、1969年の論文のなかで、年間1家族のなかの非支払い部分はおよそ4,000ドル、可処分所得の約50パーセントと推計した。

最近の研究接近方法としては次のようなものがある。

- “支払うことがふさわしいもの”を用いた方法
- 機会費用による方法
- 市場価格方法

これらのうち、市場価格法による年間の主婦の経済的価値は次のようなものであった（非労働力部門の主婦，1972年）。

年 齢	合 計	白 人	非白人
総数	\$ 4,705	\$ 4,705	\$ 4,708
15-19	5,389	5,285	5,801
20-24	6,061	6,032	6,252
25-29	6,417	6,434	6,221
30-34	6,416	6,434	6,221
35-39	5,892	5,903	5,766
40-44	5,908	5,919	5,795
45-49	5,222	5,222	5,224
50-54	5,222	5,222	5,224
55-59	3,618	3,664	2,892
60-64	2,942	3,001	2,163
65-69	2,250	2,306	1,611
70-74	1,602	1,628	1,158
75-79	1,090	1,102	814
80-84	634	638	516
85以上	359	358	371

Wendyce H. Brody: Economic Value of a Housewife.
Research and Statistics Note (DHEW) No.9
 1975.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

スウェーデンにおける 脳性麻痺の状況(1954—70年)

(スウェーデン)

スウェーデン・ゲーテボルグの小児病院のB.Hagbengらは、1954年から1970年までの脳性麻痺(Cerebral Palsy:以下C.P.と略す)の発生頻度を調査し、頻度が有意に減少していることを認めるとともに、その減少の原因を分析した。

スウェーデン西部のゲーテボルグ市、ウプサラ州他4州で、1954年から1970年までの間に出生し(但し、1954-58年の間はゲーテボルグ市のみ)、生後2年間観察して、C.P.の症候と認められた児は総数560人であった。この間、低出生体重児の頻度は4.3%で変化しなかった。またスウェーデンでは、分娩の約99%は、産科施設で行われている。

1) C.P.全数の発生頻度

1954-1970年を4期間に分け、出生数1,000に対する発生頻度を求めると、1954-58年、1956-62年、1963-66年、1967-70年の各期間でそれぞれ、2.24、1.89、1.67、1.34であり、0.5%の危険率でこの減少傾向は有意である。同様の結果が、デンマークの登録から明らかにされた(1973年)。これに登録された例数は2,310であり、1940年から1967年の間、調べたものである。デンマークでは、1950年代初期には、C.P.の発生頻度が約3であったが、1960年代中期には2になった。

2) 症候による発生分布

C.P.を痙性片麻痺、痙性四肢麻痺、両麻痺(痙性と失調性とともを含む)先天性運動失調、運動障害の5群に分け、それぞれの発生頻度の変化を求めると、両麻痺の群は0.05%の危険率で有意に減少し、運動障害の群でも減少が認