

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

1 わが国社会保障の推移と現状

社会保障の国際比較にはいる前に、わが国の社会保障がこれまでどのような推移をたどり、現在どのような段階にあるのかを概観しておこう。ここでは、社会保障の発展と現状を制度面と費用面との両面から分析することとしたい。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

1 わが国社会保障の推移と現状

(1) 制度面から見たわが国社会保障の推移と現状

わが国に社会保障の理念が定着し、福祉国家実現の意欲にささえられてその発展の歴史を歩み始めたのは戦後のことである。もちろん、戦前あるいは戦争中においても、医療保険・年金保険などの諸制度が存在してはいたが、それらはまだきわめて不完全なものであり、また、必ずしも社会保障の理念が貫かれているとはいいがたいものであった。したがって、ここでは戦後における発展に限定し、社会保障の歩みをふり返ってみたい。

いうまでもなく、社会保障は、国民生活の中から生ずるニードをは握し、それを政策体系の中に取り入れることによって発展していくものであるため、社会保障の発展は、基本的には、国民生活ないしそれを規制する社会経済的諸条件の変動と密接な関連を有している。この意味で、ここでは、国民生活などの変動過程をも考慮しつつ、社会保障の発展段階を説明してみよう。

第1期は、戦後から昭和25,6年ごろまでの間で、経済は著しい混乱状態にあり、国民生活も極端な食糧難と生活難にあえぎ、きわめて不安定な状態にあった。このため、社会保障の分野においても、生活困窮者や戦災孤児など社会的に保護することの必要な階層に対し、緊急処理的な措置を講ずることが強く要請され、(旧)生活保護法(21年)や児童福祉法(22年)の制定など公的扶助や社会福祉面の施策が重点的に進められた。さらに、25年には、保護請求権の明確化、給付の改善、実施機構の整備など旧法を全面的に改正した(新)生活保護法が制定された。一方、衛生状態も劣悪で、医薬品の不足、医療施設の不備、国外からの多数の引揚者による伝染病の侵入など悪条件が重なったため、発疹チフス・痘瘡・コレラなどが爆発的に流行した。このため、これらの疾病の防疫が最大の課題であり、予防接種法の制定(23年)をはじめ、各種施策が強力に推進された。その他、この時期には、各種の医療および公衆衛生関係の法律が制定され、現行体制の基盤が整備された。これに対し、社会保険の分野では、失業保険法、労働者災害補償保険法の制定(22年)があったが、医療保険や年金保険については、インフレの進行などにより保険財政が極度に悪化し、種々の改善策が講じられたとはいえ、いずれも対症療法の域を出ず、制度の再建整備は、次期以降に持ち越された。ただ、この期における国民生活の困窮は、国民に保険診療を積極的に利用せしめる大きな契機となったという点で、この後における医療保険発展の基盤はこの期につくられたともいうことができよう。要するにこの時期は、戦後の混乱に対する緊急処理的段階であったといえよう。

第2期は、25,6年ごろから30年ごろまでの間で、経済は自立経済の確立と戦前水準への回復を果たし、国民の生活水準も戦前水準への復帰を達成した時期である。社会保障の分野では、インフレの終熄をまって、社会保障の再建整備策が進められた。

すなわち、医療保険では適用範囲の拡大などを内容とする健康保険法の改正、初めて国庫補助の導入を規定した国民健康保険法の改正あるいは日雇労働者健康保険法の制定(28年)が行なわれ、また年金保険でも保険給付の充実、国庫負担の増額などを内容とする厚生年金保険法の改正(29年)が行なわれ、それぞれ30年以降の社会保険充実の基礎づくりが行なわれた。また、戦争犠牲者に対する援護対策の確立(27~28年)や軍人恩給の復活(28年)、あるいは戦争未亡人などに対する母子福祉対策など第1期で忘れられていた階層に対する援護対策も進められた。保健衛生の分野でも、第1期で解決できなかった結核対策が最大の課題であり、このため、26年に制定された結核予防法により、結核医学の飛躍的發展を背景とした結核予防体系が確立

され、その強力な推進が行なわれた。要するに、第2期は、以後の本格的展開のための態勢準備の時期であったといえよう。

第3期は、30年ごろから36年ごろまでの間で、経済は技術革新を中核として著しい発展を遂げた時期である。この間、国民生活水準も大幅に上昇したが、反面では所得格差が拡大し、低所得階層の問題が大きく登場してきた。社会保障の分野でも社会保険を中心として拡充強化が進められた。すなわち、医療保険については、32年度を初年度とする国民皆保険4か年計画が策定され、市町村に対する国民健康保険の実施の義務化、国庫負担の強化を主要内容とする国民健康保険法の全面改正(33年)などを行なってその推進をはかった結果、36年4月には国民皆保険体制の確立を見るに至った。また、年金保険についても、国民年金法の制定(34年)により、34年11月から福祉年金の支給が開始され、引き続いて、36年4月から拠出制国民年金の保険料徴収が開始され、ここに国民皆年金体制が発足することとなった。また、同時に老齢(退職)年金については、分立している各種年金制度の資格期間の通算調整措置も講ぜられた。社会福祉の面では、全体として対象の拡大と専門分化の進行とが行なわれた。まず、低所得階層に対して政策的配慮の必要性が強く認識され、前期末に出発した世帯更生資金の充実などが推進された。児童福祉については、精神薄弱児・重度心身障害児など新たな種類の要保護児童が対象として取り上げられたし、その他の社会福祉については、身体障害者福祉法の改正(33年)、精神薄弱者福祉法の制定(35年)などの諸施策が行なわれた。また、児童福祉の面の新しい傾向として、単に問題のある児童のみではなく、一般児の健全育成が政策テーマとして登場し、児童館・児童遊園など児童厚生施設の整備が進められたことも注目に値しよう。保健衛生については、前期からの結核との戦いが、死亡率の減少という面で大きな成果をあげたことに伴い、施策の重点も伝染病対策から成人病や精神衛生の問題へしだいに移行していった。総じてこの時期は、前期までの準備態勢の上に本格的展開を開始した時期であり、特に、社会保険については、適用範囲の全国民への普及を中心とした量的発展の時期であったといえるであろう。

第4期は、36年ごろ以降現在までの間で、経済の高度成長とそれに伴うひずみの発生が大きく取り上げられ、国民生活面でも各種のアンバランスが注目されてきた時期である。社会保障の分野では、医療保険・年金保険・生活保護などの給付内容の向上が大きな課題として取り上げられた。すなわち、医療保険では療養給付期間の制限が撤廃され、また国民健康保険については、世帯主の7割給付(まず結核および精神病について、次いで全疾病について)を実現し、引き続き家族の7割給付が4か年計画で39年度から進行中である。年金保険では福祉年金の給付額の引上げや年金受給資格の緩和などが毎年講ぜられているほか、厚生年金保険法についても、このたびの改正によるいわゆる一万円年金の実現をみた。また、生活保護基準については、36年度以降大幅な引上げを行ない、40年度では、35年度当初基準に比し、約2倍の上昇となった。社会福祉の面では、前期に引き続き、専門分化の進展が一段とはかられたが、特に激化する老人問題に対処するため老人福祉法が制定され(38年)、続いて母子福祉法(39年)の制定が行なわれたことが注目される。また、児童福祉については、家庭対策の重要性が強調されてきたことが特徴的である。保健衛生の分野では、人口資質や人間能力の開発に対する要請が高まったことに対応し、疾病の治療予防と並んでリハビリテーション対策の強化が呼ばれ、また、体位体力の向上など積極的な健康増進対策にも大きな関心がもたれるようになってきた。要するにこの時期は、前期に引き続いて、社会保障の本格的展開が進んだ時期であり、また特に、社会保険については、給付内容の改善を中心とする質的发展が進行した時期であったといえるであろう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

1 わが国社会保障の推移と現状

(2) 費用面から見たわが国社会保障の推移と現状

次に、費用面からわが国社会保障の発展のあとをふり返ってみよう。ここでは、後述するILO(国際労働機関)の「社会保障の費用(The cost of Social Security)1964年」における定義にしたがって、わが国の社会保障給付費(社会保障制度が行なう給付に要する費用であって、一般会計歳出予算における社会保障関係費とは異なる。)の推移を見ると、第2-1-1表に示すとおりであって、30年度の4,046億から逐年増加の一途をたどり、38年にはついに1兆円の大台を突破して、1兆1,615億円(30年度の2.9倍)にまで達した。給付費の対前年伸び率で見ると、31年度を除き各年度とも10%以上となっており、しかも、漸次伸び率は増加傾向を示しているといえる。特に、36年度以降は20%前後の高率となっていることが特徴的である。しかし、このような36年度以降の高い伸び率は、消費者物価の急騰を反映した面もあると考えられる。いまかりに、社会保障給付費を総合消費者物価指数でデフレートしてみると、38年度では16.6%と著しく高いが、36,37年度は、物価上昇により伸び率がかなり縮小し、それぞれ13.4%、10.7%となっている。

第2-1-1表 わが国における社会保障給付費の推移

	30年度	31	32	33	34	35	36	37	38
社会保障給付費	4,046 億円	4,128	4,545	5,041	5,816	6,605	7,970	9,357	11,615
社会保障給付費 国民所得	6.0 %	5.4	5.5	5.9	5.8	5.5	5.6	6.0	6.4
対前年度伸び率	—	2.0	10.1	10.9	15.4	13.6	20.7	17.5	23.9

厚生省企画室調べ

また、社会保障給付費の国民所得に対する割合(以下「社会保障給付率」という。)を見ると、36年度ごろまでは若干上下はあっても、ほぼ横ばい傾向で推移したとみられるのに対し、それ以降急速な上昇傾向に転じ、38年度には6.4%と30年度以降の最高を示し、36年度に比して0.8ポイントの増加となっている。社会保障給付率は、社会保障給付費と国民所得との両方の要素で影響を受けるものであるため、一時的な数値ですう勢を判断することは妥当ではないが、36年度以降、国民所得が10%以上の高い伸び率を示したにもかかわらず、対国民所得比が上昇傾向を示したことを考えると、社会保障給付率は、すう勢的にもようやく上昇気運を示し始めてきたものと思われる。

次に、社会保障給付額の推移を制度別構成の視点からながめて見よう。第2-1-2表は、制度別の社会保障給付費を示したものであるが、これによると、38年度において医療保険の5,001億円(総給付費の43%)が最も大きく、恩給の2,042億円(17.6%)がこれに続き、生活保護も1,000億円を突破し、1,009億円(8.7%)となっている。これに対し、年金保険は981億円(8.4%)とまだ総給付費の10%にも達していないことが注目される。

第2-1-2表 わが国における制度別社会保障給付費の推移

第2-1-2表 わが国における制度別社会保障給付費の推移

	30年度	38	38年度 30年度	構 成 費		30 ~ 38 寄 与 率
				30年度	38	
総 計	4,046 ^{億円}	11,615 ^{億円}	2.9 ^倍	100.0 [%]	100.0 [%]	100.0 [%]
医 療 保 険	1,393	5,001	3.6	34.2	43.1	47.7
年 金 保 険	170	981	5.8	4.2	8.4	10.7
失 業 保 険	321	978	3.0	7.9	8.4	8.7
労 災 保 険	171	454	2.7	4.2	3.9	3.7
生 活 保 護	466	1,009	2.2	11.4	8.7	7.2
児 童 保 護 其 他 社 会 福 祉	90	333	3.7	2.2	2.9	3.2
保 健 衛 生	158	743	4.7	4.5	6.4	7.7
恩 給	1,122	2,042	1.8	27.6	17.6	1.22
戦 後 処 理	155	74	0.5	3.8	0.6	1.1

厚生省企画室調べ

(注) 社会保障制度の範囲は、ILOの「社会保障の費用」によっているが、制度の分類区分は若干異なっている。

30年度から38年度までの推移を見ると、伸び率の最も高いのは、年金保険の5.8倍であり、以下保健衛生の4.7倍、児童福祉その他社会福祉の3.7倍、医療保険の3.6倍と続き、戦後処理は逆に約5割に減少している。一方、制度別構成比の推移を見ると、医療保険の比重の著しい増大が目だつほか、年金保険の増大、恩給や戦後処理の減少なども特徴的傾向として認められる。このような動向は、この8年間の給付費増加額に対する制度別寄与率によってもはっきりと示されている。すなわち、給付費増加額のうち、約5割は医療保険によってしめられ、30年度以降の社会保障の発展の主導力は医療保険にあったことが明瞭に読みとれる。

次に、これらの動きを個別的制度の段階にまで細分して検討してみると、この期間に給付費の増大した制度としては、政府管掌健康保険・国民健康保険・組管掌健康保険が特に大きなものであり、これに失業保険・生活保護・福祉年金などが続いている。厚生行政の面に限定すれば、国民健康保険の給付改善を初めとする医療保険各制度の給付費の増大、福祉年金の創設とその改善、生活保護基準の引上げが社会保障給付費の増大を導いた主要な要因であったということができよう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

2 制度面から見た社会保障の国際比較

社会保障制度の国際比較を行なおうとする場合いろいろの方法があるが、ここでは(1)事故又は危険別にそれに対処するための制度ができていないかどうか(制度の種類)、(2)制度ができていないとした場合、それが国民にどの程度普及しているか(適用範囲)、(3)その制度により保障されている給付の内容(給付内容)はどうなっているかの3種類の分析を行なうこととしよう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

2 制度面から見た社会保障の国際比較

(1) 制度の種類

現在世界各国で社会保障制度が制度別にどの程度実施されているであろうか。ここではアメリカの保健教育福祉省の作成した「世界各国の社会保障制度(Social Security Programs throughout the world)1964年」に基づいて、老齢・廃疾・遺族、疾病および出産、業務災害、失業、児童手当の五つの事故(危険)別に制度の実施状況を見てみよう。

第2-1-3表は、前記資料において調査対象となっている112か国について、制度別の実施状況を示したものであるが、1964年において最も広く実施されているのが「業務災害」で、ほとんど全部の国に設けられており、次いで、「老齢・廃疾・遺族」が78か国、「疾病および出産」が64か国、「児童手当」が62か国と続き、最も少ないのは「失業」の32か国である。また、これを制度普及の沿革という点から見ると、最も古くから発達していたのが「業務災害」であり、これについて「老齢・廃疾・遺族」と「疾病および出産」とがあるが、あとの二者はほぼ並行して着実に増大してきている。一方、「失業」も1930年前後から発達した制度であるが、近年では伸び悩みの状態にある。これに対し、「児童手当」は、これらの五つの部門の中では最も新しい制度であり、1940年代以降に急速に普及した制度である。

第2-1-3表 世界各国における社会保障の制度別実施状況

第2-1-3表 世界各国における社会保障の制度別実施状況

	1940年	1949	1961	1964
老齢・廃疾・遺族	33 か国	44 か国	64 か国	78 か国
疾病および出産	24	36	59	64
業務災害	57	57	100	111
失業	21	22	30	32
児童手当	7	27	60	62

資料：アメリカ保健教育福祉省「世界各国の社会保障制度(1964年)」

(注) 1964年の調査対象国は112か国である。

次に、これを大陸別に見ると、実施状態にかなりの格差が認められる。すなわち、西ヨーロッパでは、各制度ともほとんどすべての国に普及しており(ポルトガルに「失業」がないだけ)、東ヨーロッパでも、「失業」を除き他の4種類の制度は、すべての国に普及している。その他の大陸では、各国にはほとんど普及している「業務災害」を除くと、「老齢・廃疾・遺族」や「疾病および出産」が比較的普及しているのに対し、「失業」や「児童手当」の普及が遅れているのが目だっている。ただし、アフリカ(特に、以前フランスの管理の下にあった諸国)で「児童手当」が普及しているのは注意を要する。

最後に、これらの普及状況を国別に総合してみると、5種類すべてを有する国が25か国に達している。その内訳は、ポルトガルを除く西ヨーロッパ17か国、東ヨーロッパ3か国(東ドイツ、ハンガリー、ユーゴスラビア)のほか、カナダ、チリ、オーストラリア、ニュージーランド、アルジェリアの諸国となっている。次いで、4種類を有する国は21か国となっている。わが国について見ると、「疾病および出産」と「老齢・廃疾・遺族」が戦前より設けられ、「失業」と「業務災害」も戦後すみやかに発足し、4種類が整備されているが、「児童手当」については、その創設準備が進められている段階でまだ発足を見ていない。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

2 制度面から見た社会保障の国際比較

(2) 適用範囲

次に、社会保障制度の適用を受ける者の範囲を社会保障の三大支柱である「老齢・廃疾・遺族」、「疾病および出産」および「児童手当」について見ておこう。

さて、制度の適用範囲は、その制度が公共サービス・社会扶助・社会保険のいずれの方式を採るかによって基本的に制約される。公共サービスは、所定の事故が発生した場合に、従前の抛出とか雇用状態とは関係なく、すべての住民に対し、所定の給付を行なう制度であり、したがって、その適用範囲は、原則として全住民に及ぶこととなる。社会扶助は、所定の事故が発生した場合に、資産調査に基づき決定される低所得者に対し給付を行なう制度であり、したがって、その適用範囲は、潜在的には全住民に及ぶが、現実には、特定時点で国又は地方公共団体が定めた所得限度の高さによって影響を受けることとなる。社会保険は、所定の事故が発生した場合に、その制度が規定する受給資格を有する被保険者に対し、給付を行なう制度であり、したがって、その適用範囲は、被保険者となる資格――たとえば就業状態とか居住地域など――をどのように規定するかによって決定される。

ア 老齢・廃疾・遺族

現在年金制度を実施している78か国のうち、その3/4をこえる約60か国で社会保険方式を採っている(これらの国のうちには、受給資格のない者や給付水準の低い者に対して、補足的に社会扶助方式を採用している国もある)。この方式を採る国では、制度の管理運営や財源確保の観点などから、制度の発足当初においては、適用範囲が適用の容易なグループに限定され、経済の発展や就業構造の近代化に伴って、漸次、その範囲を拡大していく傾向が強い。この場合、一般的には、工場労働者 右矢印 工業および商業被用者 右矢印 被用者全部(農業被用者も含む。) 右矢印 就業者(被用者のほか自営業者などを含む。) 右矢印 全住民(就業者のみではなく無業者を含む。)という拡大方向をたどっているように見られるが、全住民にまで適用範囲を拡大している国は少ない。また、このような就業状態による段階とは別に、中東やラテン・アメリカの諸国では、地域的範囲による適用範囲の限定――少数の都市からしだいに地域を拡大していく――が行なわれている国も少なくない。

次に、公共サービスの方式を採っている国としてはカナダ、デンマーク、ニュージーランド、スウェーデンなど7か国があり、これらの国では、全国民に年金制度が適用されている。また、社会扶助の方式を採っている国もオーストラリアなど4か国がある。その他、これらの主要な方式とは別に、各企業に退職準備金を積み立てさせる方式や事業主に直接支払義務を負わせる方式を採る国が6か国ある。

わが国の年金制度は、厚生年金保険や国民年金(抛出制)など社会保険方式を支柱とし、これを社会扶助方式にあたる福祉年金制度が補完するという体制を採っているが、適用範囲は、第1節で述べたとおり、全国民普及を達成している。ただ、被用者保険の被扶養者には適用が強制されていないため、被保険者となっていない者もいるが、遺族年金の受給資格は有しており、年金制度のわく外に置かれているとはいえないであろう。

いま,EEC諸国の年金制度の適用状況を,労働力人口中の被保険者比率によって見ると,1959年でオランダ100%,フランス98.9%,ルクセンブルグ95.2%,イタリア90.2%,ベルギー87.3%,西ドイツ76.2%となっている。これに対し,わが国は,国民皆年金によって,労働力人口に対しては完全適用が実現されており,この面では最高の水準にまで到達しているといえよう。

しかし,年金制度の適用状況を見る場合,以上のように制度の適用を受けている者がどの程度いるかということとともに,現に年金給付を受けている者がどの程度いるかということが重要な指標となる。このような意味から,次に,老齢年金受給者が老齢人口に比してどの程度の割合をしめているかについて,国際比較を行なって見よう。第2-1-4表は,ILOが行なったパイロット調査に基づくものである。この調査は,調査時点が若干古く,その後の各国の改善措置が織り込まれていないなど注意を要すべき点も多いが,一応国際的な水準は概観できるであろう。この調査の対象となっている国は,おおむね先進的な社会保障制度を有する国であるため,年金受給者の65歳以上人口に対する割合は,フランス,オランダ,ニュージーランド,スウェーデン,スイスの各国が90%以上となっているほか,いずれも60%以上を示し,かなり高い水準となっている。

第2-1-4表 主要諸国における65歳以上人口にしめる年金受給者の割合

第2-1-4表 主要諸国における65歳以上人口
にしめる年金受給者の割合
(単位:%)

	年次	総数	男	女
ベルギー 1)	1,957	66	—	—
デンマーク 2)	1,957	61	55	60
	1,958	77	73	80
フランス	1,956	90	—	—
西ドイツ 2)	1,957	63	69	59
オランダ	1,954 ³⁾	46	49	43
	1,958	98	100	95
ニュージーランド	1,955	92	—	—
スウェーデン 4)	1,958	100	100	100
スイス	1,955	86	87	85
	1,956	100	100	100
イギリス	1,957	74	69	78
アメリカ	1,956	68	—	—

資料: ILO 「Old-Age Protection under Social Security Schemes-A Statistical Study of Selected Countries」

- (注) 1) 自営業者に対する制度を含まない。
 2) 公務員に対する制度を含まない。
 3) 公務員および鉄道員に対する制度を含まない。
 4) 67歳以上人口に関する数字である。

これに対し,わが国の現状を見ると,老齢年金受給者数は,漸次増加してきたとはいえ,37年度末において354万人であり,このうち補完的な機能を有する老齢福祉年金受給者数を控除すると107万人(このうち恩給受給者が約81万人をしめ,厚生年金保険の受給者は,37年度末で8万人,38年度末で10万人にすぎない。)となる。これをかりに,65歳以上人口に対する比率で見ると,それぞれ62%および19%となり,前者では一応先進諸国の水準の下限にまで達するが,後者ではかなり低いことがわかる。しかし,このような比較では,年金制度が成熟期に到達しているかどうか,年金給付が資産調査とか退職を条件とするかどうか,年金の支給開始年齢が何歳であるかなど,制度の仕組みの違いを十分に考慮する必要がある。わが国の受給者数が少ないのは,年金制度の中核をしめる厚生年金保険において,積立方式を採っているうえ,制度の歴史が浅いため,まだ受給資格者が十分に現われていないことや,いま一つの柱である国民年金(拠出制)についても発足直後であるため,全然受給資格者が現われていないことによる6国民皆年金体制が確立された現在,年金制度が成熟期に達すれば,原則としてすべての老人が年金受給資格者となりうるわけであって,潜在的には,先

進国並みの水準に達しているといえるであろう。ちなみに,厚生年金保険の受給者は,45年で47万人,55年で185万人に達し,国民年金(拠出制)の受給者は,46年にまず16万人が受給を始め,55年には230万人に達するものと思われる。

イ 疾病および出産

現在,疾病および出産に関する給付を行なっている国は64か国(そのほか出産給付のみを行なう国がアフリカを中心に18か国ある。)となっているが,その大部分は,社会保険方式を採っている。この場合,適用の範囲は,年金制度の場合と同様,広狭いくつかの段階に分れるが,医療給付についても,現金給付についても,一般的に,被用者に限定されている国が大部分で,自営業者にまで適用の及んでいる国は少ない。ただ,医療給付については,大多数の国で,被保険者ととも,その被扶養者をも適用範囲に含めている。

また,ヨーロッパ以外の国,特に中東とラテン・アメリカの諸国では,地理的範囲を段階的に拡大している国もあるが,地域の拡大は,医療機関の普及などに対応して進められている場合が多い。

次に,ニュージーランド,スウェーデン,イギリスなどのような若干の国では,全国民を対象とする国民保健サービス(公共サービス)の方式が設けられている。また,アフリカやアジアにある若干の国では,病院や診療所の施設が及ぶ範囲内で,政府が医療サービスを提供している。

このような諸外国の動向に対し,わが国では健康保険(政府管掌および組合管掌)と国民健康保険を二つの柱とする社会保険方式を採っているが,すでに国民皆保険体制が確立されている。

いま,医療給付の適用状況に関する国際比較を行なってみると,第2-1-5表のとおりである。

第2-1-5表 主要諸国における医療保障人口の割合

第2-1-5表 主要諸国における医療保障人口の割合 (単位:%)

	年次	A	B	C
ベルギー	1960	73	75	—
デンマーク	1960	90	—	—
フランス	1960	66	68	99
西ドイツ	1960	—	80	—
イタリア	1960	79	—	91
オランダ	1960	75	—	—
スウェーデン	1960	100	100	100
台湾	1961	7	22	—
コスタリカ	1961	18	27	—
インド	1961	1	1	—
メキシコ	1960	10	10	—
トルコ	1960	—	4	20
ベネズエラ	1961	10	11	18
エルサルバドル	1961	—	5	7

資料: ILO 「Medical care protection under Social Security Schemes : A Statistical study of selected countries」

(注) 1 以上の諸国のほか、公共保健サービスの方式を採るブルガリア、チェコスロバキア、ニュージーランド、イギリス、ソ連はABCの各指標ともおおむね100%となる。

2 A指標 被保障全人口(被扶養者を含む。) ÷ 全人口

B指標 被保障労働力人口 ÷ 全労働力人口

C指標 被保障被用者 ÷ 全被用者

これはILOのパイロット調査に基づくものであり、計数は握の困難性から厳密な国際比較は行ないがたいが、そこからおおむね次のような結論を得ることができるであろう。すなわち、国民保健サービス(公共サービス)の方式を採る国と社会保険方式を採る若干の国では、ほとんど全人口を適用範囲としており、また、社会保険方式を採る他の諸国についても、西欧先進国では、少くとも50%以上となっているのに対し、後進国では、20%以下という低水準にあって、両者の格差はきわめて大きい。後進国では、一応制度ができていても、それはほんの一部の国民に対して適用されるのみで、実質的には形だけともいえる状況にある。ただ、この調査においては、これらの後進国では、資料は握が不完全なため計数が過少評価されているおそれのあることや、労働力人口または被用者に対する被保障人口の割合によって見ると、適用水準はかなり高くなっていることが注意される必要がある。これに対し、わが国は、国民皆保険により、いずれの指標についてみても、ほぼ100%の水準に達している。

ウ 児童手当

児童手当制度を有する国は、現在62か国に及んでいるが、その大部分は、社会保険ないしそれを中心とする方式によっており、公共サービスの方式を採っている国は、10か国あまりにすぎない。公共サービスの方式を採っている国としては、カナダ、デンマーク、ノルウェー、スウェーデン、イギリス、西ドイツ(1964年に社会保険方式から公共サービス方式に転換)などがあるが、これらの国では、原則として、一定数の児童を有するすべての家族に対して、児童手当が支給される。社会保険ないしそれを中心とする方式を採っている国では、通常受給資格が受給者の就業状態に関連づけられている。その大部分の国では、その対象が被用者に限定されているが、そのほか自営業者も適用範囲に含めている国が10数か国あり、さらに、フランス、オランダなどのように、無業者にまでその範囲を拡大している国もある。以上のほか、社会扶助方式を採る国や事業主に直接支払義務を負わせる方式を採る国も若干ある。

EEC諸国における児童手当の普及状況を労働力人口に対する制度適用者数によって見ると、1959年におい

て、フランス99.5%、ベルギー89.2%、オランダ77%と続き、イタリアの32・8%(自営業者には適用されていない。)を除くと8割ないしそれ以上の普及率となっていることがわかる(西ドイツは不明)。また、対象児童数の15歳末人口に対する割合を見ると、1962年現在で、ベルギー94.1%、オランダ67.7%、フランス66.2%、イタリア(1960年)59.7%、西ドイツ19.3%となっている。

この割合を、前述の労働力人口に対する制度適用者数と比べると、国によりかなり大きな違いがあるが、これは、支給制限年齢、支給対象児童の範囲などの支給要件の差異が大きな原因として考えられるほか、資料の調査時点の差異も影響していると思われる。なお、この割合は、そのまま児童手当の発展の度合を示すものではなく、その国の賃金水準や賃金理論(特に賃金でカバーする児童数についての考え方(などをも含め、総合的に判断されるべきであろう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

2 制度面から見た社会保障の国際比較

(3) 給付内容

社会保障の充実度を示すもう一つの基準である給付内容については、単に、一つの指標のみで比較できるものではなく、給付率・給付額・給付期間など種々の指標を総合して判定されるべきものである。ここでは、そのうちいくつかの基本的な要素を取り上げ、その比較を試みてみよう。

ア 老齢・廃疾・遺族

ここでは、「老齢・廃疾・遺族」の三つの事故のうち、最も重要なものとして「老齢」に焦点を置いて比較してみよう。まず第1に、年金受給開始年齢については、各国により全くまちまちであるが、このうち多いのは60歳と65歳である。年金支給開始年齢は、平均寿命や労働可能年齢の限界などを考慮して定められるべきであり、一般的には、老齢による稼得能力の喪失の時期とこの開始年齢との間に時間的間隙が生じないことが望ましいといえる。この点、わが国では、厚生年金保険で男子60歳、女子55歳(今回の法律改正で繰り上げ減額支給の実施を規定している。)、国民年金(拠出制)で65歳(60歳までの繰り上げ減額支給が認められる。)となっており、定年年齢と若干ギャップがあるとはいえ、ほぼ標準的な水準にあるといえる。

第2は、老齢年金の受給資格期間についてであるが、社会保険方式を採る場合、老齢年金の完全額の支給を受けるためには、最低の拠出または適用期間を満たすことが必要である。各国の現状は、制度の仕組みの違いに応じ、5年から45年まで非常に異なっている。また、公共サービスの方式を採る国では、拠出や適用期間についての制約はない。わが国では、厚生年金保険が20年、国民年金が25年(制度発足にあたり期間短縮の経過的特例がある。)となっている。

第3は、給付方式についてである。各国の方式には、均一年金方式と賃金比例方式とがあるが、社会保険の方式を採る大多数の国では、賃金比例方式を採っている。逆に、公共サービスの方式を採る国では、おおむね均一年金方式といえる。しかし、これらの諸国においても、イギリス、スウェーデンなどのように、最近では、補足的な比例年金制度を採用する傾向が強い。わが国についてみると、厚生年金保険では、年金額は定額部分と報酬比例部分とから構成されているのに対し、国民年金では、均一年金方式が採られている。

第4は、年金額の自動調整についてである。近年、物価水準の変動などの経済変動による年金額の実質的な下落を防ぐため、生計費指数や賃金指数に応じた年金額の改正を自動的に調整している国が若干ある。年金制度に年金額の自動調整を導入することは、そのときの就業者が保険料又は税金のかたちで、無制限に費用を負担して、そのときの老齢者を扶養する賦課式の財政方式をもたらすことになる。このためには、強固な社会的連帯感の存在と高度の経済水準が前提要件となろう。これらの要件が満たされているデンマーク、フランス、西ドイツ、オランダ、スウェーデンなどがその例である。この点、わが国の年金制度を見ると、国民年金と今回改正された厚生年金保険において、国民の生活水準などに著しい変動が生じた場合には、必要な調整を行なうべきことが法律上明文の規定をもって宣言されているし、また、恩給制度などは、法律の改正により既裁定年金の引上げ措置が講ぜられてきたが、いずれも、自動的に年金額が調整されるような仕組みにはなっていない。

第5に、以上の諸点をもある程度含む総合的な指標として、年金給付額が一般的な所得水準に比し、どの程度の水準になっているかを見てみよう。給付水準の比較の方法としては、現実の年金給付額を基準とする方法と理論的に算出される年金給付額を基準とする方法とが考えられるが、ここでは、年金制度の歴史の違いなどの諸要因を捨象するため、後者の方法を用いることとする。第2-1-6表は、EEC諸国とわが国の年金給付水準を比較したものである。ここで、平均所得は、国民所得を生産年齢人口(15~64歳)で除した数値、すなわち、生産年齢人口1人当たり国民所得によって算出されている。また、年金給付額は平均所得をその国の標準的な制度、すなわち、産業労働者に適用される制度における年金額算出方式に代入して計算されたものである。これによると、1961年現在で被扶養者のある受給者(男子)の老齢年金月額所得に対する割合は、被保険者期間15年の場合で30~60%、30年の場合で50~80%、40年の場合で60~100%となっている。ここでの所得は、稼得時の平均的な所得水準を意味しており、必ずしも退職時の所得水準とは一致しないが、EEC諸国では年功序列型の賃金体系が採られていないので、両者の差はそれほど大きくはない。これに対し、わが国の厚生年金保険における給付水準を同様な方法で算定すると、今回の改正前までは、被保険者期間15年の場合で22.5%、30年の場合で31.5%、40年の場合で37.5%となっており、その水準の低さが目だっていたが、改正後においては、それぞれ41.3%、66.7%、87.2%となり、稼得時の平均的な所得水準との比較で見ると、ほぼEEC諸国並みの水準に達することとなった。

第2-1-6表 被扶養者のある受給者に支給される老齢年金月額所得に対する割合

第2-1-6表 被扶養者のある受給者に支給される老齢年金月額所得に対する割合 (単位：%)

	被 保 険 者 期 間		
	15 年	30	40
ベルギー	31.2	48.4	59.8
西ドイツ	43.8	66.3	81.3
フランス	45.8	58.1	58.1
イタリア	34.1	78.4	102.4
ルクセンブルグ	60.7	81.5	95.3
オランダ	33.7	50.0	58.1
日本改正前	22.5	31.5	37.5
・改正後	41.3	66.7	87.2

資料：EEC「Etude Comparée des prestations de la Sécurité Sociale dans les Pays de la C. E. E. 1962」

(注) 退職年金は65歳と仮定した。

イ 疾病および出産

次に、「疾病および出産」の部門は、大きく疾病給付(傷病手当金)、出産給付および医療給付に分かれるので、それぞれの給付について、いくつかの指標を取り上げて比較して見よう。まず第1に、業務外の疾病により労働不能になった者に支給される疾病給付(傷病手当金)について見ると、給付率は賃金の50~75%が普通であり、給付期間の最高限度は26週間が多いが、行政的裁量で延長が認められることになっている場合も多い。この点わが国では、傷病手当金の給付率は、賃金の60%であり、給付期間の最高限度も6か月(結核性疾患については1年6か月)となっており、国際水準並みといえる。

第2に、女子労働者に対する出産給付については、各国とも労働者保護の一環として早くから発達しており、また、アフリカ諸国などでは、医療給付に先立って出産給付の制度が設けられているが、わが国には、出産に

関する現物給付は行なわれていない。また、女子労働者に対し、産前産後の一定期間支給する出産手当金については、各国では、給付率が賃金の50～100%であり、給付期間は、出産予定日のおおむね6週間前から、出産後おおむね6～8週間までとなっている。わが国では、出産手当金の給付率は、賃金の60%であり、おおむね国際的水準となっているほか、給付期間の限度についても、産前産後6週間(合計12週間)までとなっており、国際的にみて低いとはいえない。

第3は、医療給付の継続期間についてである。各国の現状を見ると、給付期間に制限のない国もあるが、疾病につき26週間というような制限をしている国もある。給付制限を行なっている国では、特に入院期間についての制限が多く見られる。しかし、重要な疾病とか特殊な疾病については、この給付期間の延長を認めている国もある。これに対し、わが国では、国民皆保険体制に即応して、38年4月から、各制度ともこのような給付期間の制限を撤廃し、現在では、すべての国民が必ずいずれかの医療保険制度によって医療給付を受けることができることとなっている。

第4に、医療給付における被扶養者の取扱いについてであるが、公共サービスの方式を採る国では、当然、被扶養者も世帯主と同様の給付を受けることができるし、社会保険の方式を採る国でも、一般に、被保険者と同様の医療給付が行なわれている。

ただ、被扶養者については、入院期間の最高限が短縮されているとか、費用の一部負担の割合が高いなど、被保険者より給付の制限が強くなっている国もある。わが国では、医療の給付割合が低い(健康保険の被扶養者は5割給付)が、医療内容については、このような差は全くない。

第5に、医療給付における患者の一部負担の割合については、各国の制度の仕組みの違いから、比較が困難な国もあるが、主要諸国における標準的な制度について見ると、第2-1-7表のとおりである。これによれば、社会保障の先進国でも一部負担制を採るものが多く、また、薬剤あるいはこれに関係するもの(たとえば処方)について特別に一部負担を設けている国が多い。わが国の健康保険制度では、現在、被保険者については、初診料100円、入院時1日30円という一部(自己)負担制度が行なわれているのみであるが、被扶養者については、50%の一部(自己)負担となっている。

第2-1-7表 主要諸国の医療給付制度における一部負担(本人)制度

第2-1-7表 主要諸国の医療給付制度における一部負担(本人)制度

	療養の種類	一部負担の割合又は額	備 考
オーストリア	往診 歯科 薬剤	3シリング(約41円) 20% 処方1項目につき2シリング(約28円)	
ベルギー	医科	25% (償還制度)	所定の疾病, 入院の専門医サービス等については自己負担なし
フランス	医科 歯科 薬剤	20% (償還制度) 薬剤の種類により10~30%	所定サービス, 長期疾病については自己負担なし
西ドイツ	薬剤	0.25~0.5 マルク(約22~45円)の処方箋料負担	
イタリア	歯科	50%	
ノルウェー	医科 歯科	25~30% (償還制度)	
スウェーデン	医科 歯科 薬剤	25% (償還制度) 3クラウン 3クラウン(約210円)まで 100%それを越える額 50%	公立病院への入院等については自己負担なし, 長期疾病に必要な薬品については自己負担なし
イギリス	歯科 眼鏡 義歯 薬剤	1ポンド(約1,008円) 10シリング(約500円) 50% 処方1項目につき2シリング(約100円)	

資料: アメリカ保健教育福祉省「世界各国の社会保障制度(1964年)」。
 (注) イギリスの薬剤についての一部負担は1965年初頭から廃止された。

第6に、医療給付水準を直接的に示すものとして、医療保険適用者1人当たり医療給付費が1人当たり国民所得に対してしめる割合を比較して見よう。第2-1-8表は、国際社会保障協会(ISSA)の調査結果に基づいて国際比較を行なったものである。この調査は、時点が古く(現在得られる最新の資料だが)、調査の方法にも若干の問題があり、厳密な国際比較に耐えるものではないが、一応の動向を見ることはできよう。これによると、この割合はおおむね3%から4%の間にあり、年次推移を見ると、漸増傾向にあることが認められる。わが国の動向を見ると、近年急速に上昇して、1963年には3.1%に達し、おおむねフランスや西ドイツと肩を並べるようになった。

第2-1-8表 医療保険適用者1人当たり医療費の1人当たり国民所得に対する割合

第2-1-8表 医療保険適用者1人当たり医療費の
1人当たり国民所得に対する割合
(単位: %)

	年	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
フランス		2.40	2.62	2.83	2.81	2.82	3.02	3.11	3.05
西ドイツ		2.57	2.66	2.73	2.71	2.59	2.63	2.78	2.93
イギリス		4.22	4.29	3.96	3.85	3.96	4.01	4.03	—
日本		—	—	—	—	—	2.70	2.66	2.77

資料: 国際社会保障協会 (ISSA) 「現物および現金による疾病給付の量と費用」による。

(注) 日本については、1959年2.64%、1960年2.51%、1961年2.69%、1962年2.91%、1963年3.13%となっている。

ウ 児童手当

わが国では児童手当制度はまだ発足していないが、児童手当制度の重要性を認識するため、それに関するいくつかの指標を取り上げ、国際的な水準を示しておこう。第1は、児童手当の支給対象児童についてであるが、制度を有する62か国のうち、50か国は第1子から手当の支給対象としているのに対し、8か国(イギリス、フランス、西ドイツなど)では第2子以降に限定しているし、ソ連など若干の国では第4子ないしそれ以降の児童についてだけ手当を支給している。

第2に、手当額については、受給資格児童の人数に関係なく均一額になっている国もかなりあるが、受給資格児童が増加すれば、あとの児童ほど手当額が増加されるようになっている国も多い。また、児童の年齢が高くなるに伴って、手当額が増額される国もある。

第3に、児童の通例の制限年齢については、一般的には、15歳ないし18歳となっているが、児童の就学、技能修得、廃疾などの場合には、年齢延長の特例を設けている国も少なくない。

第4は、手当額が所得水準にしめる割合についてである。資料の制約上、EEC諸国について見ると、手当額は所得水準と関連なく定められているため、所得に対する比率は、低所得層ほど高くなる。いま、産業労働者に対して適用される一般制度について、1961年現在で、児童3人(6か月、3歳半、6歳半)の家庭に支給される児童手当額が平均的所得水準(生産年齢人口1人当たり国民所得)にしめる割合を見ると、西ドイツの15.6%(西ドイツは、1965年から新たに教育手当が支給されることとなったため、給付水準も大幅に上昇した。)を最低に、オランダで16.9%、ルクセンブルグで23.4%、ベルギーで30.5%、フランスで34.4%、(共かせぎでない世帯などに対して行なう単独賃金手当を含めると45.7%)、イタリアで40.6%となっており、かなりの開きが認められるが、賃金に対しかなり高い割合をしめているといえる。この点、性格は全く異なるが、わが国において給与の一部として支給される家族給(妻なども含む。)が、1963年で、給与の約2.6%をしめるにすぎないことを留意する必要がある。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

3 費用面から見た社会保障の国際比較

社会保障費の国際比較を行なう場合には、社会保障の範囲が国際的に統一されていることが必要であるが、社会保障の概念が必ずしも明確に確定されていないうえ、社会保障に含まれる制度や、サービスの種類が多く、しかも国によりいろいろな仕組みをとって行なわれていることなどの事情もあって、社会保障費の範囲が各国ごとにかなり異なっており、このことが社会保障の国際比較を困難にしている大きな要因となっている。ここでは、ILOが3年ごとに調査し、国際比較の最も標準的なものとされる「社会保障の費用」の結果に基づいて、社会保障費の収入面と支出面(特に給付費)の国際比較を行なってみることとしよう。

なお、社会保障と同様な生活保障機能を有するが、法令に基づくものではないため社会保障から除外されている諸制度(たとえば企業年金制度など、も少なくない。ILOが、以前、西欧の主要諸国について行なった調査研究によると、その規模は、国によりかなりの差異があるが、社会保障全収入の10~20%、社会保障における保険料収入の20~50%程度にも及んでいる。したがって、社会保障費の国際比較においては、これらの諸制度を考慮することが必要であるが、統計資料の収集の困難性から、ここでは、社会保障に限定して検討を進めることとする。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

3 費用面から見た社会保障の国際比較

(1) 社会保障給付水準の国際比較

社会保障給付水準の国際比較を行なう場合、種々の方法が考えられるが、国民1人当たりの社会保障給付費で見る方法とその国の国民所得との相対的な関連で見る方法とによってながめてみよう。

ア 国民1人当たり社会保障給付費で見る場合

社会保障給付費を国民1人当たり平均額にならし、これを公定為替ルートで米・ドルに換算して国際比較してみると、各国間の差はきわめて著しいものがあり、10ドルにも満たない国もかなりある。反面、社会保障が進んでいる西欧先進国では1人当たり100ドルから200ドル程度に達している(第2-1-9表参照)。わが国では、1960年で19.7ドル、1963年でも33.6ドルであり、西欧先進諸国の1/3から1/6程度にすぎない。ただ、公定為替レートは、必ずしも実質的な消費購買力の比率を示すものではないので、この点国際比較にあたって十分注意する必要がある。

第2-1-9表 主要諸国における社会保障給付水準

第2-1-9表 主要諸国における社会保障給付水準

	年次	1人当たり 給付費	社会保障給付費 国民所得
ベルギー	1960	168.6 ^{ドル}	15.3 [%]
カナダ	1960	179.6	11.6
フランス	1960	167.5	17.4
西ドイツ	1960	186.7	19.9
イタリア	1960	75.1	15.2
オランダ	1960	100.6	12.6
ニュージーランド	1959	183.1	14.8
スウェーデン	1960	199.1	13.6
イギリス	1960	140.0	12.9
アメリカ	1959	162.9	7.3
日本	1960	19.7	5.5
#	1963	33.6	6.4

資料：ILO「The Cost of Social Security(1964年)」

(注) この調査において「社会保障」とは、①治療的又は予防的医療の給付、所得が自己の意志によらないで喪失した場合の所得の維持および扶養義務者に対する補足的な所得給付を目的とし、②法規によって個人に特定の権利を附与するか公共的機関に特定の義務を課するものであり、③公共的機関によって管理されているという三つの条件を基準として定められている。

また、各国の1949年以降の年平均増加率を見ると第2-1-10表のとおりであって、各国とも名目額によっても、実質額によっても、かなりの増加傾向が認められる。この増加傾向について明確な特徴を見いだすことは難しいが、一般的にいて、各日額では年率6~12%、実質額では年率4~8%の間に大部分の国が含まれるものと認められる。これに対し、わが国の年平均増加率は、1955年から1963年までの間において各目額で14.1%、実質額で10.4%となっており、各国に比べて高くなっている。さらに、1960年以降についても、名目額で20.7%、実質額で13.5%と従前以上の伸び率を示していることが注目される。

第2-1-10表 1人当たり社会保障給付費の年平均増加率の国際比較

第2-1-10表 1人当たり社会保障給付費の年平均増加率の国際比較

	総数	%							
		4.0 3.9	6.0 5.9	8.0 7.9	10.0 9.9	12.0 11.9	14.0 13.9	16.0 15.9	
増加率 (名目)	か国 26	0	2	6	5	6	3	2	2
増加率 (実質)	か国 26	5	6	10	3	0	1	1	0

資料：ILO「The Cost of Social Security(1964年)」

(注) 1 年平均伸び率は1949年から1960年までのうち、各国ごとに資料のえられる期間について算出したものである。

社会保障給付は究極的には、その国の経済的生産活動からもたらされるものもあるから、国民所得の水準の高い国と低い国では、当然1人当たりの社会保障給付費も異なってくる。このため、国民所得のうち、どれだけを社会保障給付に振り向けているかによって社会保障の給付水準を比較することが一般に行なわれている。

いま、ILOの「社会保障の費用」によって、社会保障給付費の国民所得に対する割合、すなわち社会保障給付費を見ると、1%前後の国から20%程度の国まで非常に大きな差がある。一般的傾向としては、1人当たり国民所得が高くなるにしたがって、社会保障給付率も高くなっていることが認められる。特に、西欧先進諸国ではほとんど10%以上であり、なかでも、西ドイツ(19.9%)、フランス(17.4%)、ベルギー(15.3%)、イタリア(15.2%)などEEC諸国が一般に高水準を示していることが特徴的である(第2-1-9表参照)。

わが国は、1960年で5.5%であるが、これは、同調査で比較可能な国36か国のうち第22位に属し、ポルトガルとほぼ同程度の水準になっている。この調査時以降、わが国の社会保障はかなりの改善をみたが、この順位にはほとんど影響がない。

次に、社会保障給付率の年次推移を見ると、各国とも一般に増加の傾向を示しているが、なかでもイタリア、ノルウェー、デンマーク、カナダなどの諸国では、1950年から1960年までの10年間に、この割合が5ないし6ポイントに及ぶ著しい増加を示している。これに対しわが国では、さきに述べたとおり、社会保障給付費の著しい増加があった反面、国民所得も大きく伸びたため、社会保障給付率は、1961年ごろまで、ほぼ横ばいに推移しており、それ以降において増加の傾向をみせ始めてきたとはいえ、1950年から1963年までの増加は、3ポイントに満たない状態である。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

3 費用面から見た社会保障の国際比較

(2) 社会保障給付水準と社会経済的諸指標との関連

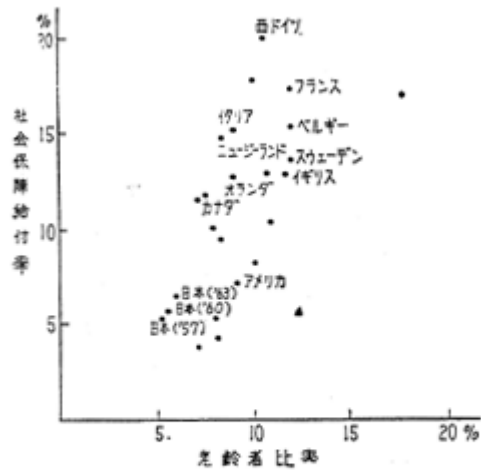
前述のように、各国の社会保障給付水準は、国により著しい格差が認められる。このことは、種々の複雑な要因が重なって生じたものではあるが、なかでも、社会経済の実態がどの程度の給付水準を要求しているか、また、経済力がどの程度の給付水準まで可能にしているかという社会経済的背景と関連づけて考えることが必要であろう。

ア 1人当たり国民所得との関連

前にも述べたように、国民所得は、社会保障給付の源泉であるとともに、他面では、国民所得水準の上昇は、社会保障の給付水準の上昇をも要請してくる。いま、1人当たり国民所得と社会保障給付率とを相関させてみると、第2-1-1図に示すとおりであって、これら二つの指標に正の相関が認められるとともに、1人当たり国民所得がほぼ600ドルを基準として、それ以上では、社会保障給付率がおおむね10%以上に達していることがわかる。わが国の1人当たり国民所得は、38年度で526ドルに達し、600ドルの水準に急速に近づいていることを考えると、わが国の社会保障給付率の増加の可能性はかなり大きいといえる。

第2-1-1図 社会保障給付率と1人当たり国民所得との関連

第2-1-1図 社会保障給付率と1人当たり国民所得との関連



資料：ILO「The Cost of Social Security(1964年)」

日本の国民所得は「国民所得白書(1964)」

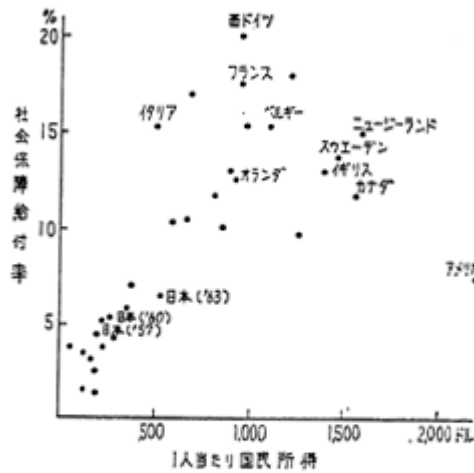
(注) わが国の1人当たり国民所得は、1968年には830ドルに達するものと見込まれている(中期経済計画による)。

イ 経済成長率との関連

経済成長率と社会保障給付率との関連は、相互に影響しあうものであり、影響の仕方も経済の発展段階に応じて異なるものではあろうが、両者を相関させてみると、第2-1-2図に示すとおりであって、現実にはおおむね正の相関が認められる。これは、一方では経済成長の速いことは、社会保障にまわすべき経済的余力を生み出しているとともに、社会保障は、有効需要の下ささえ、人間能力の培養などにより、経済成長を直接、間接に支援していることによるものと考えられる。このことはまた、「高成長、高福祉」の可能性のあることを示すものであろう。いずれにしても、経済成長率に関するかぎり、高い水準をいくわが国は、社会保障給付率増大の可能性を蔵しているものといえるであろう。

第2-1-2図 社会保障給付率と経済成長率との関連

第2-1-2図 社会保障給付率と経済成長率との関連



資料：ILO「The Cost of Social Security(1964年)」

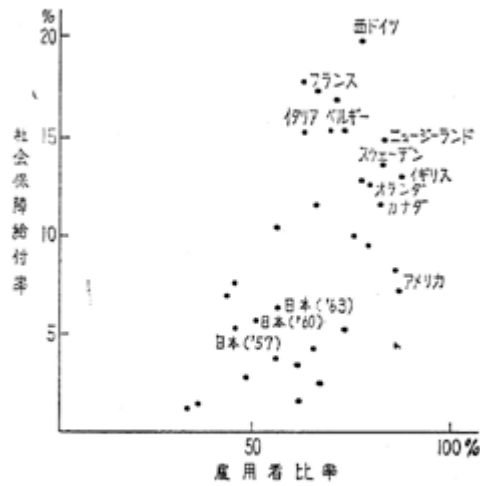
- (注) 1 経済成長率は、1955～60年の平均による。
 2 わが国の1963～1968年度における経済成長率は8.1%と見込まれている。(中期経済計画による)

ウ 就業構造——雇用者比率——との関連

各国の社会保障(特に医療保険および年金保険)の発展のあとをたどると、まず、雇用者に対する制度として発足し、以後漸次、その範囲を拡大するという過程をとる場合が多いが、これは、社会保障を適用すべき必要性からみても、また、社会保障の適用の可能性(容易さ)からみても、まず雇用者に社会保障が適用されるという事情に基づくものであろう。このような社会保障における雇用者重視の傾向は、「業務災害」と「失業」とがほとんど雇用者についての制度といえることと並んで、社会保障給付費における雇用者のウエイトを相対的に大きなものとしている。このような観点から、雇用者比率と社会保障給付率とを相関させてみると、第2-1-3図のとおりである。この図の示すところによれば、二つの指標の間におおむね正の相関の存することが認められるとともに、雇用者比率が60～70%の水準に達した国ではおおむね社会保障給付率は、10%以上となっていることがわかる。

第2-1-3図 社会保障給付率と雇用者比率との関連

第2-1-3図 社会保障給付率と雇用者比率との関連



資料：ILO「The Cost of Social Security(1964年)」

および「国際労働経済統計年鑑(1963年)」

(注) わが国の雇用者比率は、1968年には63%に達するものと見込まれている(中期経済計画による。)

わが国の場合、雇用者比率は1960年で51.0%、1963年で55.9%となっており、西欧先進諸国に比べるとまだ低い。現在急速にその水準に接近しつつあるので、これに遅れないような社会保障給付の改善が必要であるといえよう。

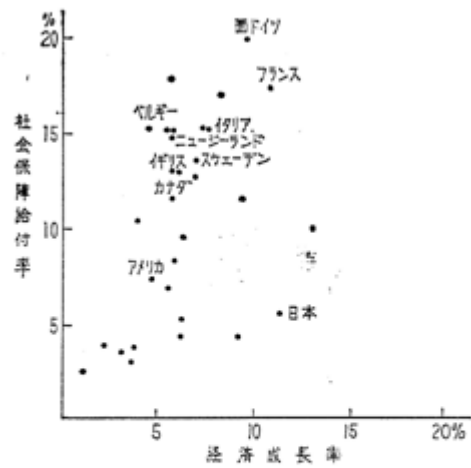
エ 人口構造——高齢者比率——との関連

高齢者は、児童と並んで社会の被扶養人口を構成するものであり、したがって、1国の人口の中にしめる高齢者の比重は、社会的な扶養制度としての性格を有する社会保障——とりわけ年金制度——と密接な関連を有している。そこで、いま、高齢者比率と社会保障給付率とを相関させてみると、第2-1-4図に示すとおりであって、両者の間には正の相関関係が認められる。

わが国の社会保障給付率が低いのは後述のように年金制度の立遅れが最大の原因であるが、これはわが国で人口の老齢化が急速に進みつつあるとはいえ、西欧諸国の老齢者比率(65歳以上人口の総人口に対する比率)がおおむね8%をこえていることと比べると、わが国は1960年で5.7%、1963年で6.0%と、まだその比率が低いことに原因している面のあることも否定できない。しかし、わが国の老齢者比率が急速に増加しつつある現在、社会保障給付率もこれに劣らない速度で改善されることが必要であろう。

第2-1-4図 社会保障給付率と老齢者比率との関連

第2-1-4図 社会保障給付率と高齢者比率との関連



資料：ILO「The Cost of Social Security(1964年)」
及びUN「Compendium of Social Statistics(1963年) Statistical papers Series K No. 2」

(注) わが国の高齢者比率は、1968年に6.8%、1975年に8.1%に達するものと推計されている。(人口問題研究所の「将来人口の推計」による。)

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

3 費用面から見た社会保障の国際比較

(3) 社会保障給付費の制度別構成

次に、社会保障給付費が制度別にいかなるパターンをとっているかについて制度類型別構成と事故(危険)別構成との二つの視点から国際的な比較を行なうこととしよう。この比較は、各国の社会保障の特徴を明らかにするとともに、社会保障の発展段階についての一つの示唆を与えるものであるということができよう。

ア 制度類型別構成

社会保障給付費が制度類型――すなわち、社会保険、児童手当、公務員に対する特別制度、公共保健サービス、公的扶助、戦争犠牲者に対する給付

――別にいかに構成されているであろうか。

ILOの「社会保障の費用」によると、社会保障給付費の制度類型別構成は国によってかなり大きな違いが認められるが、ごく大まかな傾向としては、第2-1-11表に示すとおり、社会保障給付率がある程度の段階(8%前後)に達するまで、社会保障給付率の上昇とともに、社会保険ないし、児童手当の割合が増大し、社会保険で50%前後、社会保険に児童手当を加えたもので60%前後の水準に達するが、その後はその水準で横ばいに推移していくことが認められる。逆に、社会保障給付率の低い段階では、一般に公共保健サービス(公共保健サービスのなかには、先進国に見られるような医療保障発展の一形態として公共サービスの方式を採ったものと、後進国に見られるように諸種の制約から一般的な医療保険が実施できないためにこの方式を採っているものが混合しており、ここでは主として後者のタイプのものに該当するといつてよかろう。)や公務員の対する特別制度の比重が大きいことが認められる。また、公的扶助では、社会保障給付率の最低グループと最高グループで低く、中間グループで高くなっており、戦争犠牲者に対する給付は社会保障給付率に関係なくほぼ同一のウエイトをしめてる。他方、各国ごとの年次推移を見てもほとんどの国で、社会保険の相対的比重が増加傾向にあることが特徴として認められる。

第2-1-11表 社会保障給付費の制度類型別構成比の比較

第2-1-11表 社会保障給付費の制度類型別構成比の比較

(単位:%)

	社会保険 給付率	制度類型別構成比					
		社会保険	児童手当	公務員に対する 特別制度	公共保健 サービス	公的扶助	戦争犠牲者に対する 給付
第1グループ	17.46	56.12	13.09	19.45	0.64	4.66	6.24
2	14.36	48.79	11.93	8.97	18.32	7.87	4.12
3	11.82	46.85	13.19	11.58	16.79	8.38	3.20
4	8.64	54.78	7.21	5.89	16.79	8.91	6.42
5	5.22	28.93	4.16	22.63	27.86	11.63	4.81
6	3.16	18.33	—	18.40	59.17	4.13	—

資料: ILO 「The Cost of Social Security (1964年)」

(注) グループ分けは、社会保障給付費の国民所得に対する割合の大きい順に5か国ずつ区分して行なった。

第1グループ 西ドイツ、ルクセンブルグ、フランス、オーストリア、ベルギー

第2グループ デンマーク、イタリア、ニュージーランド、スウェーデン、イギリス

第3グループ ノルウエー、オランダ、フィンランド、カナダ、アイルランド

第4グループ アイスランド、オーストラリア、スイス、イスラエル、アメリカ

第5グループ パナマ、日本、ポルトガル、南ア連邦、キプロス

第6グループ マラヤ、セイロン、ガテマラ、ベネズエラ、エルサルバドル

わが国は社会保障給付率から見ると、第5グループに属するが、社会保険のウエイトは他国よりかなり高くなっているし、また近年の推移をみても国際的な傾向と同様に、社会保険の相対的な増加傾向が認められる。すなわち、社会保険の社会保障給付費総額に対する割合は、1955年で41.4%であったのが1960年49.6%、1963年には54.0%と増加している。

イ 事故(危険)別構成

次に、社会保障が対象とする事故(危険)——すなわち、老齢・廃疾・遺族(以下「年金部門」という。)、疾病および出産(以下「医療部門」という。)業務災害、失業、児童手当、公共保健サービス——別に見て社会保障給付費はいかに構成されているであろうか。ここでは事故(危険)別に給付費の配分を行なうことの困難な公務員に対する特別制度、公的扶助および戦争犠牲者に対する給付を除き、他の社会保険、児童手当および公共保健サービスに限定して検討を進める。

さて、事故(危険)別構成を国際的に比較してみると、国によりパターンに大きな違いが認められるが、全般的な傾向としては、第2-1-12表に示すとおり、社会保障給付率の高い国では年金部門が最も重要な地位にあり、これに医療部門や児童手当が続いていることが特徴としてあげられる。また社会保障給付率が低い国では一般に公共保健サービスがきわめて大きな比重をしめている。業務災害と失業とは、いずれもウエイトが低く、またそのウエイトは社会保障の発展段階にほとんど関係がみられない。

第2-1-12表 社会保障給付費の事故別構成比の比較

第2-1-12表 社会保障給付費の事故別構成比の比較

(単位：%)

	社会保 給付率	事 故 別 構 成 比					
		老齢・廃疾 ・遺族	疾病および 出 産	業務災害	失 業	児童手当	公共保健 サービス
第1グループ	17.46	43.0	26.4	7.4	3.4	18.8	0.9
2	14.36	41.4	15.3	2.5	2.7	15.0	23.1
3	11.82	36.4	14.5	3.8	6.4	17.1	21.9
4	8.64	39.2	23.5	6.6	3.4	8.3	19.0
5	5.22	10.3	26.4	5.2	7.0	8.4	42.6
6	3.16	3.8	10.6	7.7	—	—	77.9

資料：ILO「The Cost of Social Security (1964年)」

(注) グループ分けは、前表と同じである。

以上のような全般的傾向を前提として、次にわが国の社会保障がその目標として設定している欧米先進諸国の社会保障給付費のパターンについて若干つつこんだ分析を行なっておこう。第2-1-13表は、欧米の主要諸国における社会保障給付費の事故別構成比とその特化係数を示したものである。まず、事故構成比では各国のパターンの相違が大きいが、各部門で最大のウェイトをしめている国は、年金部門ではアメリカとドイツの60%、医療部門ではオランダと西ドイツの30%、公共保健サービスではイギリスの40%、児童手当ではフランスの35%となっている。次に、特化係数を用いて、各国のパターンの特徴をながめてみよう(業務災害と失業については、そのウェイトが小さいため各国の特徴づけから除外する。)。ここで特化係数とは、各国の社会保障給付費の部門別配分を各国の平均的な配分に対する比率で示したもので、それが1である場合は平均的な配分を示し、1より小さい場合は平均的な配分よりその国の配分が少ないことを示し、1より大きい場合は平均的な配分よりその国の配分が大きいことを示している。いまこの特化係数の示すところによれば医療部門重視型は西ドイツとオランダ、これに類似の性格を有する公共保健サービス重視型はカナダ、スウェーデン、イギリス、年金部門重視型はアメリカと西ドイツ(西ドイツは医療部門・年金部門重視型といえる。)、児童手当重視型はフランスとなっており、ニュージーランド、ベルギー、イタリアはいずれにも属さないいわば中間型ということができるとはなかろうか。これに対し、わが国の制度別構成は1963年で年金部門が7.9%、医療部門が61.4%、公共保健サービスが10.6%であり、特化係数で見ると、それぞれ0.2, 3.4, 0.8となっている。このことは、給付費の構成から見るかぎりわが国が医療部門重視型に属し、逆に年金部門の比重がかなり低いことを示している。

第2-1-13表 主要諸国における社会保障給付費の事故別構成

第2-1-13表 主要諸国における社会保障給付費の事故別構成

(1) 構 成 比 (単位:%)

	年 次	総 数	老齢・廃疾・遺族	疾病および出産	業務災害	失 業	児童手当	公共保健サービス
ベ ル ギ ー	1960	100.0	32.2	26.9	6.6	9.9	21.2	3.2
カ ナ ダ	1960	100.0	29.5		4.7	16.7	19.7	29.4
フ ラ ン ス	1960	100.0	30.8	26.4	7.6	0.2	35.0	—
西 ド イ ツ	1960	100.0	59.3	30.2	5.2	1.9	2.9	0.5
イ タ リ ア	1960	100.0	40.9	23.9	4.2	3.8	25.8	1.4
オ ラ ン ダ	1960	100.0	46.5	30.3	3.1	2.1	18.0	—
ニュージーランド	1959	100.0	37.6	16.4	2.5	0.2	24.1	19.2
スウェーデン	1960	100.0	40.8	16.9	1.3	1.6	13.1	26.3
イギリス	1960	100.0	39.3	8.1	2.4	1.7	6.8	41.7
アメリカ	1959	100.0	64.0	1.8	6.8	15.1	—	12.3
平均値		100.0	42.1	18.1	4.4	5.3	16.7	13.4
日 本	1960	100.0	11.1	62.7	7.7	11.3	—	7.2
・	1963	100.0	7.9	61.4	6.2	13.9	—	10.6

(2) 特化係数

	年 次	老齢・廃疾・遺族	疾病および出産	業務災害	失 業	児童手当	公共保健サービス
ベ ル ギ ー	1960	0.8	1.5	1.5	1.9	1.3	0.2
カ ナ ダ	1960	0.7	—	1.1	3.2	1.2	2.2
フ ラ ン ス	1960	0.7	1.5	1.7	0.0	2.1	—
西 ド イ ツ	1960	1.4	1.7	1.2	0.4	0.2	0.0
イ タ リ ア	1960	1.0	1.3	1.0	0.7	1.5	0.1
オ ラ ン ダ	1960	1.1	1.7	0.7	0.4	1.1	—
ニュージーランド	1959	0.9	0.9	0.6	0.0	1.4	1.4
スウェーデン	1960	1.0	0.9	0.3	0.3	0.8	2.0
イギリス	1960	0.9	0.4	0.5	0.3	0.4	3.1
アメリカ	1959	1.5	0.1	1.5	2.8	—	0.9
日 本	1960	0.3	3.5	1.8	2.1	—	0.5
・	1963	0.2	3.4	1.4	2.6	—	0.8

資料: ILO 「The Cost of Social Security (1964年)」

以上見てきたような給付パターンの差異は単に社会保障の発展段階から説明されるものではなく、各国における社会保障の歴史的沿革や特殊な社会経済的条件(ニード)の差異が強く影響しているものと考えられる。したがって、わが国の給付構成についても、わが国の社会経済的条件(ニード)を十分には握したうえでの検討が加えられるべきではあろうが、各国のパターンの比較分析はその検討の有力な手がかりを与えるものとして十分留意する必要がある。

次に、社会保障給付費の相対的構成割合の検討に続いて、各部門ごとの絶対的水準(各部門別給付費を対国民所得比で示したもの)による比較に若干触れておこう。第2-1-14表は主要先進諸国の各部門別給付水準の国際比較を試みたものであるが、部門別構成割合についてと同様に各国ごとにかかなり大きな違いが認められる。後進国を含めると、この格差はさらにいっそう大きなものとなる。いま、部門別の分散の度合を見ると、医療部門(これに類似の性格を有する公共保健サービスを含む。)の分散が比較的小さいのに対し、年金部門や児童手当部門という所得保障の部門での分散は大きくなっている。このことはまた、社会保障給付率の国際的格差が主として年金部門や児童手当部門の発展の度合によって大きく影響されていることを示すものであろう。

第2-1-14表 主要諸国における社会保障の事故別給付水準

第2-1-14表 主要諸国における社会保障の事故別給付水準(対国民所得比)

(単位:%)

	年次	総数	老齢・痲疾・遺族	疾病および出産	業務災害	失業	児童手当	公共保健サービス
ベルギー	1960	10.9	3.5	2.9	0.7	1.1	2.3	0.4
カナダ	1960	9.2	2.7	—	0.4	1.5	1.8	2.7
フランス	1960	11.7	3.6	3.1	0.9	0.0	4.1	—
西ドイツ	1960	13.7	8.1	4.1	0.7	0.3	0.4	0.1
イタリア	1960	11.1	4.5	2.7	0.5	0.4	2.9	0.2
オランダ	1960	10.0	4.7	3.0	0.3	0.2	1.8	—
ニュージーランド	1959	12.7	4.8	2.1	0.3	0.0	3.1	2.4
スウェーデン	1960	11.1	4.5	1.9	0.1	0.2	1.5	2.9
イギリス	1960	9.8	3.9	0.8	0.2	0.2	0.7	4.1
アメリカ	1959	4.6	2.9	0.1	0.3	0.7	—	0.6
日本	1960	3.1	0.3	1.9	0.2	0.3	—	0.2
・	1963	3.8	0.3	2.4	0.2	0.5	—	0.4

資料: ILO 「The Cost of Social Security (1964年)」

(注) この表では、「公務員に対する特別制度」が除かれているが、わが国の場合についてこれらの制度も含めた事故別給付水準を見ると、1963年度において老齢・痲疾・遺族が0.5%、疾病および出産が2.8%、業務災害が0.3%となる。

これに対し、わが国では1963年で医療部門が2.4%、年金部門が0.3%となっており、西欧先進諸国と比べると、医療部門での差異が少ないのに反し、年金部門の差異は大きくなっており、これが児童手当の欠如と並んでわが国の社会保障給付率を低いものとしているということができよう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

3 費用面から見た社会保障の国際比較

(4) 社会保障収入の財源構成

次に、社会保障収入がどのような財源——すなわち、被保険者拠出保険料、事業主拠出保険料、国庫負担、その他公費負担、利子収入その他——から調達されているかについて国際比較を行なってみよう。一般に、社会保障収入の財源構成における差異は、社会保障給付の制度別構成、制度の形態、保険料の分担割合などの諸要因が複合して生じたものと考えられるが、ここでは、これらの結果として現われた財源構成に見られる各国の特徴を明らかにすることとしよう。

まず、欧米の主要諸国における社会保障収入の財源構成を示すと第2-1-15表の(1)のとおりであり、国によりかなり大きな差異が認められる。そこで、前述した給付費の部門別構成の場合と同様にここでも特化係数を用い、各国の財源構成における特徴を明らかにしてみよう。前述の第2-1-15表の(2)はその結果を示しているが、それによれば、ニュージーランド(国庫負担割合91.5%)、スウェーデン(66.9%)、イギリス(59.3%)は、国庫およびその他の公費負担重視型に属しており、社会保障特別税の比重の大きいカナダもこの型に含まれるといえる。また、フランス(事業主負担割合61.5%)、イタリア(59.1%)は、事業主拠出保険料重視型を示し、オランダ(被保険者負担割合40.4%)は被保険者拠出保険料重視型を示しているといえよう。他方、西ドイツ、アメリカ、ベルギーの3か国は、保険料負担にある程度のウエイトをかけているとはいうものの、ほぼ中間型に属するといつてよからう。これに対し、わが国の財源構成を見ると、1963年度において国庫およびその他の公費負担が25.0%、事業主拠出保険料が40.1%、被保険者拠出保険料が25.6%となっており、また、特化係数で見るとそれぞれ0.6、1.2、1.4となっている。このような財源構成は西ドイツと類似していて、中間型に属するが、若干事業主拠出保険料と被保険者拠出保険料とにウエイトをかけているといえることができる。

第2-1-15表 主要諸国における社会保障収入の財源別構成

第2-1-15表 主要諸国における社会保障収入の財源別構成

(1) 構 成 比 (単位:%)

	年 次	保 険 料		公 費 負 担		そ の 他
		被 保 険 者	事 業 主	国庫およびその 他の公費負担	特 別 税	
ベ ル ギ ー	1960	18.5	41.5	31.0	0.4	8.6
カ ナ ダ	1960	11.5	12.1	50.2	20.3	5.9
フ ラ ン ス	1960	15.4	61.5	17.3	2.5	3.3
西 ド イ ツ	1960	24.9	41.2	24.6	1.4	7.9
イ タ リ ア	1960	11.9	59.1	22.9	0.0	6.1
オ ラ ン ダ	1960	40.4	39.2	12.7	—	7.7
ニュージーランド	1959	2.7	4.3	91.5	—	1.5
スウェーデン	1960	20.5	11.0	66.5	—	1.6
イギリス	1960	18.8	17.0	59.3	—	4.9
アメリカ	1959	24.0	38.3	32.1	—	5.6
平均値		18.9	32.5	40.9	2.5	5.3
日 本	1960	25.9	42.2	24.5	—	7.4
	1963	25.6	40.1	25.0	—	9.3

(2) 特 化 係 数

	年 次	保 険 料		公 費 負 担		そ の 他
		被 保 険 者	事 業 主	国庫およびその 他の公費負担	特 別 税	
ベ ル ギ ー	1960	1.0	1.3	0.8	0.2	0.6
カ ナ ダ	1960	0.6	0.4	1.2	8.1	1.1
フ ラ ン ス	1960	0.8	1.9	0.4	1.0	0.6
西 ド イ ツ	1960	1.3	1.3	0.6	0.6	1.5
イ タ リ ア	1960	0.6	1.8	0.6	0.0	1.1
オ ラ ン ダ	1960	2.1	1.2	0.3	—	1.5
ニュージーランド	1959	0.1	0.1	2.2	—	0.3
スウェーデン	1960	1.1	0.3	1.6	—	0.3
イギリス	1960	1.0	0.5	1.4	—	0.9
アメリカ	1959	1.3	1.2	0.8	—	1.1
日 本	1960	1.4	1.3	0.6	—	1.4
	1963	1.4	1.2	0.6	—	1.8

資料: ILO 「The Cost of Social Security (1964年)」

- (注) 1. ニュージーランドの国庫およびその他の公費負担の大部分は住民および企業が一定率の拠出を行なうもので純粋な国庫およびその他の公費負担とはいえないが、その性格が保険料より租税に近いため、ここでは国庫およびその他の公費負担に含まれている。なお、このほかに純粋な国庫負担も若干含まれている。
2. 国およびその他の公共団体が事業主の資格において拠出する負担分は国庫およびその他の公費負担のなかにはなく、事業主拠出保険料のなかに含まれている。したがって、ここでの国庫およびその他の公費負担の額は実際に国およびその他の公共団体の財政から支出される額よりかなり低くなっていることになる。ちなみに、わが国の場合について、事業主として国および地方公共団体が拠出している額をこの表の国庫およびその他の公費負担に移し替えると、1963年度で事業主拠出保険料の構成比は23.0%、国庫およびその他の公費負担の構成比は42.2%となる。

次に、社会保障のうち財源構成の特徴がより明確にあらわれる社会保険および児童手当の両制度に限定して、各国の財源構成の現状を分析してみると、構成比では保険料負担の比重が増大し、逆に国庫およびその他の公費負担の比重が減少しているが、特化係数で各国の特徴づけを行なうと、以上見てきたのとほぼ同様の傾向が認められる。ただ、イギリスについては、全額国庫負担となっている公共保健サービスが除かれるため、国庫およびその他の公費負担の比重が減少し、逆に被保険者負担の比重が高まっている。わが国について見ると、1963年度における特化係数は、被保険者拠出保険料が1.4、事業主拠出保険料が1.0、国庫およびその他の公費負担が0.6となっており、社会保障収入全体の財源構成の場合とあまり相違はない。

このような財源構成におけるパターンの差異は、主として各国の社会保障の歴史的沿革や社会経済的環境に基づくものである。したがって、わが国の財源負担についてこの現状の評価や将来の方向を国際比較から、ただちに導き出すことは不可能であるが、各パターンの利害得失の検討を通して一つの手がかりをうる

厚生白書(昭和39年度版)
ことはできるであろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

3 費用面から見た社会保障の国際比較

(5) 社会保障給付費と振替所得

国民所得倍増計画や中期経済計画などわが国の経済計画においては、社会保障給付費の動向を示すものとして国民経済計算上の概念である「振替所得」を用いている。振替所得とは、国または地方公共団体がその財政を通じ労働力や商品に対する反対給付としてではなく、国民に対して行なう給付をいうものであり、具体的には、健康保険(健康保健組合を除く。)、国民健康保険・厚生年金保険・国民年金・失業保険・労災保険・生活保護・恩給などの制度による給付金(現物給付を含む。)が含まれる。したがって、この概念は本来は国民福祉の指標を示すものではないが、その内容を見ると振替所得と社会保障給付費とは、おおむねその範囲を等しくするものであり、振替所得の動向をもって社会保障給付費の動向を示すものと考えても大過なからう。

いま、国際連合の「国民所得統計年鑑1963年」により振替所得の規模(国民所得に対する比率)の国際比較を試みたのが第2-1-16表であり、全体の傾向は社会保障給付率の場合とほぼ同様のものとなっている。すなわち、西欧先進諸国は1960年においておおむね10%をこえており(イギリスは国民保健サービスが振替所得に含まれていないため、10%を割っているが、これを含めると実質的には10%をこえているといえる。)。特に、フランス(17.2%)、西ドイツ(16.3%)の水準の高さが目だっている。一方、わが国では1961年ごろまで5%前後で推移してきたが、その後この比率は上昇に転じ1963年には5.4%になった。この比率を国際的な水準に比べてみるとまだかなり低い水準にあるといえる。しかし、今回の中期経済計画においては、社会保障の充実を重要な政策課題として取り上げ、振替所得の額を1963年度の9,614億円から1968年度には2兆1,100億円に引き上げるものとしている。この額は、振替所得が過去10年間の年平均伸び率17%と同じ伸び率で今後も増加するという前提の下に算出されたものである。この結果、国民所得に対する振替所得の割合は、1963年度の5.3%から1968年度には7.0%にまで引き上げられることとなる。この目標水準は、国民所得倍増計画が1970年度に6.1%と見込んでいたのに比べるとかなり前進したものとなっているが、前述の西欧先進諸国の水準に比べるとまだ十分なものとはいえないであろう。

第2-1-16表 主要諸国における振替所得の対国民所得比

第2-1-16表 主要諸国における振替所得の
対国民所得比 (単位:%)

	1960年	1961	1962
ベルギー	13.0	13.4	13.5
カナダ	11.4	12.1	12.0
フランス	17.2	18.2	19.3
西ドイツ	16.3	16.3	16.4
イタリア	12.3	12.3	12.7
日本	4.7	4.7	5.0
オランダ	12.1	12.5	13.0
ニュージーランド	9.5	9.4	8.8
スウェーデン	9.5	9.5	10.0
イギリス	8.1	8.2	8.8
アメリカ	6.3	7.1	6.8

資料: UN 「Yearbook of National Accounts Statistics (1963年)」

(注) 日本の1963年は、5.4%である。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第1節 社会保障の国際比較

4 国際比較の点から見たわが国社会保障の今後の課題

以上において、わが国社会保障の推移と現状を踏まえたうえで、それが国際的に見てどのように位置づけられるべきであるかを検討してきたが、最後に以上の結論を要約するとともに、その中からわが国の社会保障が十分に考慮しなければならない若干の問題点について述べておくこととしよう。

(1) わが国の社会保障は、近年著しい発展を遂げてきたが、西欧先進諸国の水準と比べると全般的に見てまだかなり低い水準にある。すなわち、制度面から見ると制度の種類では児童手当が欠けていること、適用範囲では医療保険、年金制度とも制度の適用においてはいずれも全国民普及が達成され、国際的にも高い水準にあるが、年金制度については受給者の割合がいまだかなり低いこと、給付内容では医療保険は、国民健康保険などの給付率がまだ低いという点もあるが、かなりの水準に達しているのに対し、年金制度の給付水準は国際的にかなり低くなっていることがあげられる。また費用面から見ると、社会保障給付率は6.4%程度で、西欧先進諸国が10%以上の水準となっていることに比べると著しい格差があり、給付費の制度別構成においては医療保険が大きな比重をしめ、年金制度の比重が低いことが目だっている。

(2) わが国の1人当たり国民所得を見ると1963年度においてすでに500ドルをこえ、また、中期経済計画の目標年次である。1968年度には830ドルの水準にまで達するものと予想されているが、西欧諸国が現在のわが国と同一の所得水準にあった段階において、すでに10%をこえる社会保障給付率を達成していたことをみると、わが国が今後社会保障給付率を大幅に引き上げていく経済力を蓄えたことを示すものであろう。また、高齢者比率、雇用者比率、経済成長率などとの関連で見てもこの水準を大幅に引き上げていくことの必要性と可能性があることを裏付けている。したがって、今後、西欧先進諸国の水準への接近を旨として社会保障の充実を一段と推進していくことが必要であろう。なお、社会保障の充実、給付面の充実のみで達成できるものではない。それと並んで社会保障給付費には含まれない保健福祉サービス、老人・児童・心身障害者などの収容施設や医療機関の整備などがこれに伴わなければならない。わが国において立ち遅れの著しいこれらの諸施策の充実も給付面の充実と並行して積極的に進められることが必要であろう。

(3) 今後このように社会保障の充実をはかっていく場合には、わが国社会保障の現段階についての正しい認識がその前提とされなければならない。さきに見たように、わが国の社会保障、特にその中核をしめる医療保険、年金制度については、適用範囲の面では西欧諸国並みに達しているのに対し、給付水準の面では立ち遅れている。36年4月に制度の全国民普及も終わったのであるから、いまやわが国の社会保障は量的拡大から質的向上(給付水準の向上のみでなく、各種制度間に見られる格差の是正も含めて)の段階にはいったといえよう。換言すれば、わが国の社会保障の発展は、まず、「より広く」普及することに重点を置いた第一段階を終え、「より高く」、「より公平な」給付水準の達成に目標が置かれる段階に入ったといえよう。今後の社会保障の充実、このようにわが国の社会保障が現在大きな転換期に立っているという認識のうえに進められることが必要であろう。

(4) また、社会保障の充実にあたっては、単に社会保障費の量的な規模の拡大のみを追うことなく、質的にも均衡のとれた発展をはかることに十分な留意が必要である。このためには国民生活の将来のビジョンを前提とした「社会保障像」を設定し、長期的な見通しの上に立ってその目標の実現をはかっ

ていくことが必要であろう。この場合、わが国の社会保障を国際的観点から正しく位置づけ、その進むべき方向を見定めることも重要な手がかりとなろう。

特に、制度別給付パターンを将来いかに進めるべきかは基本的な課題であろう。国際的に見て、わが国の給付構成の現状は、医療部門重視型に属している。このような傾向は、医療が国民の生命・健康にとって不可欠のものであり、何よりもまず医療部門の充実を推進すべき必要性が強かったこと、疾病が貧困の最大の原因であり、貧困から脱出し、また貧困への転落を防止するためには医療部門の充実が必須の要件であったこと、企業の労務管理上の必要性が強かったこと、医療面の著しい技術革新に伴って医療内容の向上があったことなどにより医療部門の方がその他の部門より早いテンポで増大したことにそのおもなる原因が求められる。また、わが国の年金制度はまだその成熟期に達していないこともあって、老齢年金受給資格者が少なく、またその給付水準も低いため、年金部門のウェイトを低いものとし、逆に医療部門のウェイトを相対的に高める一つの要因となっている。今後給付パターンをどのような方向に進めるべきかについては、その適確な判断はむずかしいが、少なくとも社会経済的条件の変化については十分配慮する必要がある。たとえば、家族規模の縮小に伴う高齢者の私的扶養機能の弱化は、高齢者の就業条件の悪化や高齢人口の増大ともあいまって高齢者に対する社会的扶養制度としての老齢年金制度の充実を強く訴えているし、教育費などを中心とした児童養育費の増加や幼少人口の減少に伴う児童の資質向上の要請などの社会経済的条件は、家族扶養負担に対応した所得の社会的調整機能を有する児童手当制度の創設と充実とを必要としている。したがって、今後は年金制度の改善、児童手当制度の創設などによりこれらの部門の相対的ウェイトは増大していくであろうと思われるが、反面医療部門についても国民健康保険などの給付率の引上げ、医療内容の向上などによってその改善向上は進行していくと考えられるので、医療部門は今後においてもなおいぜんとして大きな比重をしめることが続いていくであろう。

また、社会保障の財源をいかにまかなうべきかという問題もまた重要である。この場合、財源構成別のパターンのあり方、特に国庫負担と保険料負担の配分のあり方が検討される必要があるが、それは所得格差や財政規模・財政構成などの動向や国民感情を正しく見定めるとともに、その社会経済的影響を十分には握したうえで慎重に行なわれることが必要である。しかし、そのいずれによっても、負担のないところに給付は生じないということをこの際改めて確認することが必要であろう。今後社会保障給付を増大させるためには、どのような負担方式をとるかという問題はあっても、租税ないし社会保険料の負担の増大が伴うことは避けられないであろう。このことは一面で国民生活に対して圧迫感を与えることとなろうが、他面、社会保障のための負担は生活上の事故に対する国民の社会的ないし共同的備蓄としての性格を有するものであり、事故が発生したときに社会保障給付としてその負担者に還元されるものであることを認識することも必要であろう。このような観点から、今後は政府としても国民の納得できる形で財源の確保につとめることが必要であろうが、同時に、社会連帯思想を基盤とした国民の積極的な協力が強く望まれる。

(5) 社会保障の将来像の設定に当たっては、国際的観点からの位置づけが必要であるとともに、他方では社会保障がその国の社会経済の実態と離れては存在しえないものであることも忘れられてはならない。特にわが国の社会経済が第1部で見たとおり、人口構造の老齢化、就業構造の近代化、都市化の進展、生活構造の高麦化、家族構造の近代化など多くの局面でいま大きな構造的変動を遂げつつあるという認識が必要である。このことは、わが国の社会・経済が、一方の近代化された分野において先進国的な問題に直面すると同時に、他方の前近代的分野においては後進的な問題にも悩まされるという二重の負担をかかえていることを示している。また、これらの変動は、その過程において社会的摩擦をもたらし、国民福祉を阻害するおそれも少なくない。このようなわが国の現在当面している社会経済的条件を十分に老慮しつつ、前向きの姿勢で、計画的に社会保障の諸施策を推進していくことが必要であろう。

(6) このような観点に立つ場合、わが国経済における二重構造の存在と消費者物価の上昇に留意する必要がある。まず、第1に経済の二重構造と社会保障との関連についてである。各国ともその発展の過程において前近代的分野と近代的分野が併存するいわゆる二重構造の時期はあったが、わが国においては前近代的分野が比較的広範に残っていて、このことが反映して社会保障において制度相互間の給付水準などの格差が生じている。医療保険における組管掌健康保険と政府管掌健康保険と国民健康保険、年金保険における厚生年金保険と国民年金などに見られる給付水準の格差はその例であろう。現在財政力の弱体な国民健康保険や国民年金に対して大幅な国庫負担が導入され給付水準の引上げに努力が払われてきたが、近時労働力不足を契機として経済の二重構造の緩和傾向が現われ、

総合調整実現の経済的基盤が整備されつつあるので、いまこそ総合調整の具体的プランに本格的に取り組むことが必要であろう。

給付水準の向上をはかるにあたって留意すべきいま一つの点は、所得保障においてまだ低い現行の給付水準を実質的に引き上げていくとともに、現行水準の絶対的相対的低下を防ぐ必要があるということである。このためには、消費者物価の上昇による給付水準の絶対的低下および一般的な所得(賃金)水準の上昇による給付水準の相対的低下に対処して給付水準の引上げをはかることが必要である。特に、消費者物価の上昇は、年金給付などに対して大きな影響を及ぼす。近年におけるように、物価水準の上昇が著しい場合には、それに敏速に対処しうるような配慮が積極的に講ぜられる必要がある。

(7) このような要請にこたえつつ社会保障を充実させていくには、社会保障に関する社会経済的分析が行なわれることが必要である。これまで社会保障が低い水準に低迷していた一つの原因は、社会保障の研究水準の低さにあったということもできる。この点昭和40年1月から社会保障研究所が発足し、社会保障と社会経済との相互関連や社会保障の国際的動向など社会保障に関する本格的な研究が進められることとなったのは、きわめて大きな意味を有するものである。

(8) わが国の経済は、いま開放経済体制へ急速に移行しつつあり、国際社会において先進国の一員として認められるようになってきた。したがって、今後わが国が国際社会においてすぐれた福祉国家を建設するためには、国際的な経済競争に勝ち抜くことのみでなく国際的な福祉競争にも積極的に乗り出し、福祉水準の遅れを取りもどすことに努めることが必要であろう。この意味において、わが国の社会保障の水準が西欧先進諸国の水準にできるかぎりすみやかに追いつき、さらにそれを追い越すことが、わが国に課せられた今後の大きな課題であるといつてよからう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

わが国の国民の健康水準を国際的に比較することは、世界において、日本の健康水準がどのような位置にあるかを知るうえで必要であるばかりでなく、今後の保健衛生対策をどのような方向に進めるかの指標を得るためにも必要なことである。

世界保健機関(WHO)は、健康を定義して、「健康とは、単に疾病または病弱の存在しないことではなくて、完全な肉体的、精神的、および社会的福祉の状態である。」とし、「到達しうる最高水準の健康を享有することは、万人の有する基本的権利の一つである。」と述べている。

そこで、健康水準の国際比較を行なうにあたっては、その指標をどのように設定するかが問題となる。

健康の指標としては、体位・体力や栄養の水準などのように積極的に健康を高めるための指標(プラスの指標)、と、疾病や傷害の量や質、死亡の量や質の度合いなどのように健康をそこなう指標(マイナスの指標)とがある。

なお、これに関連して、平均寿命を指標として考えることができるであろうし、また、健康を育てる場としての生活環境の水準を指標とすることもできよう。これらのおのこの指標を用いることによって、健康水準を計量化し、国際的に比較することにしたい。しかし、健康水準を国際的に比較するとしても、その国の今日の健康水準を保っている社会的、経済的背景にはおのこの差があり、また各種統計資料についても、すべての国で画一的な様式を定めているわけではないので、比較にあたっては相当に困難な問題があるが、細部のことは別として、大綱をは握することに意義があろう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

1 体位・体力・栄養水準

(1) 体位

体位には、身長・体重をはじめ、胸囲・座高などがあるが、今わが国の25歳以下の男子および女子の発育を身長について見ると、第2-1-17表のとおりであって、国民の体位は、戦後、栄養指導の徹底や生活水準の上昇などとあいまって、各年齢を通じて年ごとに上昇を続けて今日に至っている。この間身長の伸び率が最も大きいのは、男子は13,4歳、女子は11,2歳である。今、昭和30年を中心として、その前の8年間とその後の8年間の二つに分けて、前後の8年間の伸び率を比較してみると、各年齢を通じて、男子は概して前後ともほとんど同じ率で伸びを示しているのに対し、女子では後半の伸び方がより大きい。

第2-1-17表 性別、年齢別身長の平均値

第2-1-17表 性別、年齢別身長の平均値

(単位: cm)

	男							女						
	昭和22年	30	38	1) 45年の推計値	22年を100.0とした場合			昭和22年	30	38	1) 45年の推計値	22年を100.0とした場合		
					30	38	45					30	38	45
0歳	64.4	65.2	65.5	66.9	101.2	101.7	103.9	63.3	64.2	64.9	64.7	101.4	102.5	102.2
1	75.4	76.4	78.5	79.4	101.3	104.1	105.3	72.9	75.2	77.5	77.1	103.2	106.3	105.8
2	83.5	84.8	87.3	87.6	101.6	104.6	104.9	82.3	84.1	86.1	85.9	102.2	104.6	104.4
3	90.2	92.0	94.0	94.8	102.0	104.2	105.1	86.7	90.2	93.0	93.2	104.0	107.3	107.5
4	96.2	97.9	100.6	101.1	101.8	104.6	105.1	95.0	97.2	99.8	99.6	102.3	105.1	104.8
5	101.7	104.0	106.1	107.0	102.3	104.3	105.2	101.0	102.6	105.5	105.7	101.6	104.5	104.7
6	107.1	109.8	111.5	112.7	102.5	104.1	105.2	106.0	108.5	110.8	111.3	102.4	104.5	105.0
7	111.8	114.9	116.8	118.4	102.8	104.5	105.9	110.8	113.9	116.5	116.9	102.8	105.1	105.5
8	116.2	120.2	122.1	123.6	103.4	105.7	106.4	115.7	118.9	120.9	122.5	102.8	104.5	105.9
9	121.5	124.2	127.4	128.8	102.2	104.9	106.0	120.5	123.2	126.3	128.1	102.2	104.8	106.3
10	125.5	129.4	131.5	133.5	103.1	104.8	106.4	125.5	123.4	132.5	134.7	98.3	105.6	107.3
11	129.7	133.4	136.7	139.0	102.9	105.4	107.2	129.9	133.6	139.2	141.3	102.8	107.2	108.8
12	133.6	138.1	142.3	145.2	103.4	106.5	108.7	134.8	140.6	144.9	146.9	104.3	107.5	109.0
13	138.6	145.3	150.1	152.3	104.8	108.3	109.9	139.6	144.8	148.8	150.6	103.7	106.5	107.9
14	143.8	151.2	156.3	158.4	105.1	108.7	110.2	144.0	148.3	151.0	152.4	103.0	104.9	105.8
15	150.3	155.3	161.1	161.9	103.3	107.2	107.7	147.9	150.0	152.8	153.4	101.4	103.3	103.7
16	155.6	159.5	163.9	164.0	102.5	105.3	105.4	149.3	151.2	153.7	153.9	101.3	102.9	103.1
17	158.9	160.5	164.2	165.4	101.0	103.3	104.1	150.2	151.4	153.4	154.1	100.8	102.1	102.6
18	160.1	162.1	163.7	166.2	101.2	102.2	103.8	150.3	152.2	152.7	154.2	101.3	101.6	102.6
19	160.9	163.3	164.0	166.2	101.5	101.9	103.3	150.6	151.4	152.3	154.1	100.5	101.1	102.3
20	161.5	162.2	164.4	—	100.4	101.8	—	150.4	151.7	152.9	—	100.9	101.7	—
21	161.0	162.2	163.7	—	100.7	101.7	—	150.2	151.6	152.6	—	100.9	101.6	—
22	161.3	162.2	164.3	—	100.6	101.9	—	150.3	151.1	152.1	—	100.5	101.2	—
23	161.4	162.1	163.7	—	100.4	101.4	—	149.4	150.9	152.7	—	101.0	102.2	—
24	161.0	162.3	164.8	—	100.8	102.4	—	150.1	151.0	151.9	—	100.6	101.2	—

資料: 厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

(注) 1) は栄養審議会の策定

36年に厚生省の栄養審議会が策定した45年における性別、年齢別の身長、体重の推計値と比べてみると、女子の0~2歳および4歳では、38年すでにこの推計値を突破しているが、他の年齢においても、今後、栄養水準の上昇、体育の増強などによって、年ごとにさらに上昇が考えられる。

ここで、身長および体重について諸外国と比較すると第2-1-18表のとおりであり、この表から明らかなように、わが国の青少年の体位は、アジア、アフリカの青少年とともに、欧州や北米のそれに比べて、かなり劣っている。このような発育の差は遺伝的、民族的要因にもよるが、社会的、経済的要因の違いによっても変化することであることが明らかにされており、たとえば、アメリカで生まれ、アメリカで生活している日本人2世・3世と、日本生まれの日本人とを比較してみると、乳幼児期にまずかなり差ができ、特に発育が急増する10~15歳ごろまでの間に、両者に画然とした差がみられ、日本生まれの日本人の1割にも満たない人がもっているすぐれた体格を、アメリカ生まれの2世や3世の5割以上の人たちがもっている。

第2-1-18表 性別、7,10,15歳の身長および体重の国際比較

第2-1-18表 性別, 7, 10, 15 歳の身長

			アフリカ		北米		南米		
			エチオピア	リビア	カナダ	アメリカ	チリ	コロンビア	ウルグアイ
男 子	身長 (cm)	7歳	115.0	111.8	122.1	125.2	116.8	113.0	121.4
		10	127.5	126.0	138.3	141.4	131.3	128.0	134.9
		15	155.0	154.4	167.0	172.4	159.2	151.0	163.6
	体重 (kg)	7	19.1	18.0	24.3	24.6	24.0	20.0	23.8
		10	24.9	23.6	33.4	34.1	30.5	26.0	30.9
		15	41.3	44.9	57.5	58.6	55.0	42.7	53.8
女 子	身長 (cm)	7	114.0	—	121.2	124.2	116.3	112.0	120.5
		10	129.5	—	138.0	141.6	133.3	127.0	136.0
		15	153.6	—	158.4	162.5	150.0	151.0	156.1
	体重 (kg)	7	18.6	—	24.1	24.5	23.0	19.0	23.4
		10	25.4	—	33.1	34.7	31.5	26.0	32.6
		15	43.5	—	52.6	55.1	51.5	47.8	53.3
調査年次			1958年	1957	1953	1960	1960	1960	1962

資料: Falkner, F., Pediatrics, 1962

Pett, L. B., Am. J. Pub. Health, 1955

Boyne, A. W., et al., Nut. Abst. & Rev., 1957

Tanner, J. M., "Growth at Adolescence", 1962

Wijn, J. F. & Haas, J. H., Verbandelingen, 1960

Kopczynska, J. & Brzezinski, Z. J. BOCZ, Paristwowego Zakt, Heg., 1961

Ferro-Luzzi & Proja M., Quad. Nutr., 1962

Interdepartmental Committee on Nutrition for National Definese, Nutrition Surevy RePort, 1957-1963

日本は厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

および体重の国際比較

ア					欧州				
レバノン	ヨルダン	ビルマ	日本	タイ	西ドイツ	イタリア	オランダ	ポーランド	イギリス
117.0	117.0	112.5	116.8	110.0	126.0	122.0	124.7	122.5	124.0
133.0	127.0	125.7	131.5	124.0	139.0	137.9	139.0	137.0	139.2
160.0	155.0	152.4	161.1	148.8	169.0	167.0	167.5	164.0	167.6
23.0	21.0	18.1	21.2	17.1	25.0	24.2	23.9	24.3	25.0
29.8	26.5	23.6	28.1	22.8	33.0	33.2	30.6	32.0	33.2
52.5	45.6	39.0	50.7	40.5	57.0	57.4	54.0	54.1	57.5
116.0	115.0	111.5	116.5	109.2	125.0	121.5	122.8	121.0	122.4
133.0	130.0	124.5	132.5	123.3	139.0	137.5	138.9	136.2	138.4
157.0	154.0	147.3	152.8	147.5	162.0	159.5	161.4	158.0	161.3
22.5	20.6	18.6	20.6	16.7	24.0	23.3	23.0	23.1	24.3
29.0	26.2	22.2	28.5	22.0	33.0	33.3	31.4	32.0	33.1
52.0	47.5	41.7	47.8	40.7	54.0	53.6	52.1	52.2	54.2
1961	1962	1961	1963	1960	1953	1959	1956	1958	1954

この社会的、経済的要因は、生活様式・労働条件・スポーツ・レクリエーションなどとも関連をもつが、この中でも栄養関係が最も大きなウエイトをしめる。したがって、特に発育期である乳幼児および学童の栄養水準を向上させることが最も必要であるといえよう。

国民の体位の向上を考える場合に特に注目すべきことは、国内でも地域別、職域別(業態別)に差が見られ、農家世帯と非農家世帯、農村と都市、へき地とへき地以外とを比較すると、農家・農村・へき地では、いずれも一般的に体位が劣っていることである。たとえば、東京都の19歳以下の男子および女子では、ほとんどの年齢において、身長が、前述の45年の全国推計値をすでに上回っているのに対して、へき地や農村では、38年の全国平均値をはるかに下回っている現状が見られ、これは栄養水準の差とも密接な関係をもっており、これらの地域に対する重点的対策の実施が必要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

1 体位・体力・栄養水準

(2) 体力

体力の増強は健康の増進にとって最も重要な領域であるが、それとともに、今後幼少人口を中心とした人口資質の向上をはかるためにも、また産業・経済上の要請に基づいて労働密度をあげ、生産性を高めるためにも必要なことである。

日本人の体力の現状を見るため、日本と外国のスポーツ選手の体力を比較した昭和38年の厚生科学研究報告によると、スポーツの種目によって若干の差が見られるが、一般的について、日本の選手は、1)体位において劣り、2)背筋力・握力など筋力において劣り、特に上しの筋力において劣るが、脚力は比較的発達が良好である。3)柔軟度においてはまさることなどが指摘されている。

一般国民の体力については、国際的にも比較しうる資料はないが、わが国の児童・生徒について、文部省が24,29,32,34および39年の5回にわたって調査した運動能力テスト(50メートル走、走り幅とびなど5種目)と体力診断テスト(垂直とび・背筋力・握力など7種目)によると、一般に年を追って学童の運動能力および体力は向上しているが、1)学童の体力・運動能力が、目ざましい身長や体重の伸びに伴っていないこと。2)都市では農村よりも一般に体力や運動能力が劣り、これには、激しい進学競争が運動不足に迫込み、また子供の遊び場の少ないことも関係していること。3)勤労青少年の体力・運動能力は、一般に同年代の学生・生徒に劣り、また、全日制高校の場合は、定時制高校よりもすぐれていることなどが指摘されている。したがって、今後青少年にスポーツなど体力増強の機会を十分に与え、たくましい身体と体力をもつようにすることが必要である。

日本人は中年を過ぎると、外国人に比較して体力の低下が目立ち、老化の進行が激しいといわれている。わが国では、一般に学校を出ると、特別な人を除いては、体操やスポーツなど、体力の保持・増強の機会から遠ざかり、また、これを行なおうとしても、具体的にどうしたらよいかについての方法が一般化されていない。

このような現状において、厚生省では昭和39年度の厚生科学研究において、「中年以上の体力増強・老化防止に必要な健康増進に関する研究」を課題として設定したが、その研究の結果として次事項が報告されている。

第1に、中高年者が長期にわたって継続的に体操を行なった場合に認められる効果を知るために、中高年者のみからなっているある体操クラブのメンバーについて検討を行なった。その結果として、1)被検者全員が身体的に好調で、中高年者に多く見られる肩こりなどによって代表される一般的訴えがほとんどないこと。2)一般的基礎体力測定においても柔軟度など動作機能は良好であること。3)尿中の電解質を測定することによって、筋疲労の状況を見るため、体操経験者を長期経験者(平均9年)と短期経験者(平均6か月)とに分け、これを一般学生群、一般中高年者と比較すると、最も筋疲労の少ないのは学生群であり、これにつづいて長期経験者、短期経験者、一般中高年者の順序となっていて、長期・継続的体操は、中高年者の機能向上と老化防止のうえでみるべき効果をもつこと。第2に、中高年者の筋の老化防止については、上し筋よりも下し筋の方の老化が著しいので、特に下し筋の運動・訓練に重点を置くべきこと。第3に、中高年者が体力の増強を目的として運動を行なう場合には、実施者の健康・体力に応じた至適運動量についての専門医師の運動処方に基づいて漸進的に実施する必要のあることなどが指摘されており、その結論として、最も基礎的

で、かつ毎日行なうに適した運動方式として歩行および体操をあげ、その強度によって具体的に数コースを定めて推しようしている。したがって、今後、この方式を参考にして、中高年者が日常生活の中で、具体的に健康の増進をはかるための施策を進めてゆく必要がある。

なお、今後生産工程のオートメーション化により、作業密度の高い仕事や、精神・神経的に緊張度の高い仕事が必要されるので、特に中高年者の体力の増強、適応能力の開発のための対策を構ずる必要がある。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

1 体位・体力・栄養水準

(3) 栄養水準

栄養の改善、栄養水準の上昇は、単に疾病の予防のためのみならず、体位の向上、健康の増進のうえにもきわめて重要である。国民栄養の年次別推移の状況を見ると、わが国の栄養摂取の状況は近年著しく改善されてきた。すなわち、国民1人1日当たりの栄養摂取量について見ると、動物性たんぱく質および脂肪の摂取量が毎年増加しており、また重要な栄養成分としてのカルシウム、ビタミンA、ビタミンB₂、ビタミンCなども増加を示し、一方摂取過多の傾向がある含水炭素の摂取量が漸減の傾向をみせるなど全般的に改善の傾向をみせている。

しかし、日本人の栄養摂取を諸外国のそれと比較してみると、第2-1-19表のとおり、先進国に比べて重要栄養成分の摂取において劣り、熱量においても、たんぱく質、特に良質の動物性たんぱく質においても、日本人はきわめて低い状態にある。また熱量摂取の内容にしても、外国人の場合、その大部分を油脂類、動物性食品に依存しているのに対して、わが国の場合、穀類、いも類にもその多くを依存しており、これが国際的に低い水準にある一因と考えられる。

第2-1-19表 1人1日当たり熱量およびたんぱく質の平均摂取量の国際比較

第2-1-19表 1人1日当たり熱量およびたんばく質の平均摂取量の国際比較
(1960/61)

	熱 量 cal	たんばく質 g	
		総たんばく質	動物性たんばく質
カナダ	3,150	96	65
アメリカ	3,120	92	65
セイロン	2,150	47	9
フィリピン	1,950	49	15
日本 ¹⁾	2,083	70.6	27.7
オーストリア	3,010	88	47
デンマーク	3,340	94	59
フランス	2,940	98	52
西ドイツ	2,940	80	48
イタリア	2,740	80	28
オランダ	3,080	80	47
ノルウェー	2,980	82	49
スウェーデン	2,920	81	53
スイス	2,980	85	51
イギリス	3,290	87	52
オーストラリア	3,260	93	61
ニュージーランド	3,490	110	75

資料：U N 「Report on the World Social Situation」

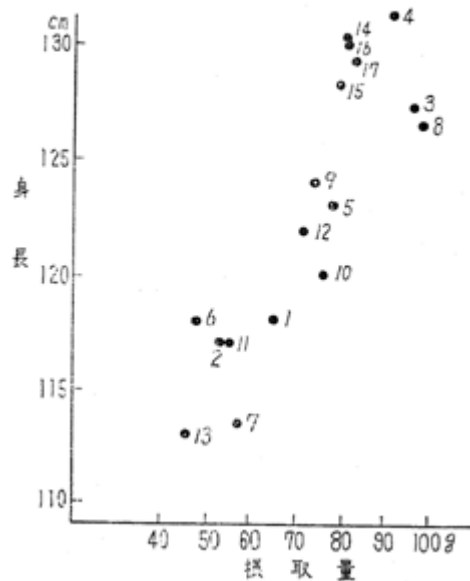
日本は厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

(注) 1) は1963年

前述のように、栄養が発育に大きな影響を与えることはいうまでもないが、特にたんばく質の影響はきわめて大きい。良質の動物性たんばく質の摂取や、カルシウムビタミンなどの摂取が、その国民の発育にどのような関係にあるかを見たのが第2-1-5図～第2-1-8図である。

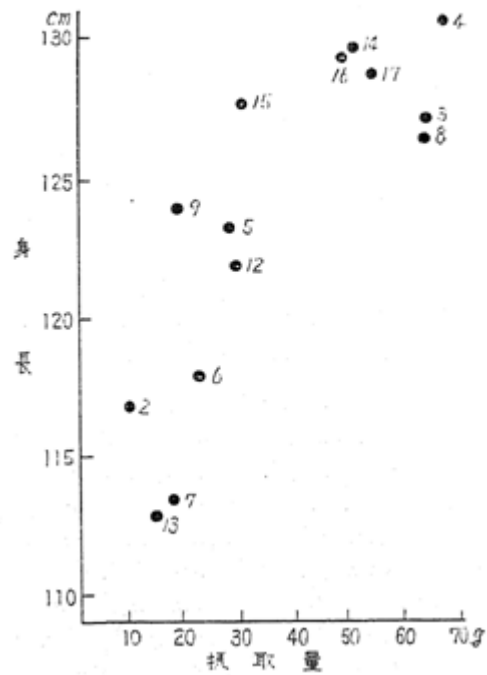
第2-1-5図 発育(8歳男児身長)と総たんばく質摂取量との関連

第2-1-5図 発育(8歳男児身長)と総たんばく質摂取量との関連



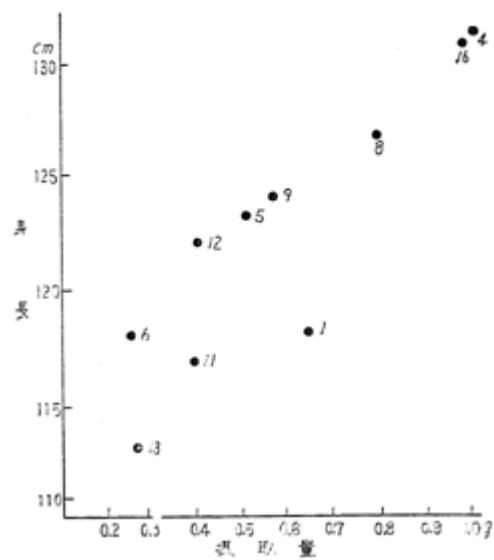
第2-1-6図 発育(8歳男児身長)と動物性たんばく質摂取量との関連

第2-1-6図 発育(8歳男児身長)と動物性たんぱく質摂取量との関連



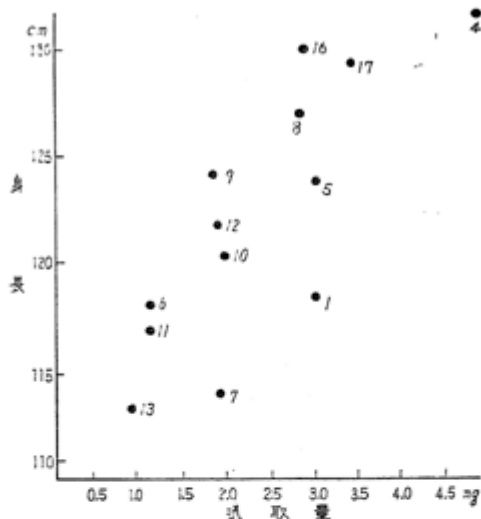
第2-1-7図 発育(8歳男児身長)とカルシウム摂取量との関連

第2-1-7図 発育(8歳男児身長)とカルシウム摂取量との関連



第2-1-8図 発育(8歳男児身長)とビタミンB1,B2摂取量との関連

第2-1-8図 発育(8歳男児身長)とビタミンB₁、B₂摂取量との関連



資料: Falkner, F, Pediatrics, 1962
 Pett, L. B. Am. J. Pub. Health, 1955
 Boyne, A. W., et al., Nut. Abst. & Rev, 1957
 Tanner, J. M., Growth at Adolescence, 1962
 Wijn, J.F. & Haas, J.H., Verbandelingen, 1960
 Kopczynska, J. & Brzezinski, Z. J.
 BOCZ, Paristwowego Zakt, Hig., 1961
 Perro-Luzzi, [&] Proja M., Quad, Nutr., 1962
 Interdepartmental Committee on Nutrition for
 National Defense, Nutrition Survey Report, 19
 57-1963

日本は厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」

(注) 1 エチオピア 7 エクアドル 13 タ イ
 2 リ ビ ア 8 ウルグアイ 14 西ドイツ
 3 カ ナ ダ 9 レバノン 15 イタリア
 4 ア メ リ カ 10 ヨルダン 16 オランダ
 5 チ リ 11 ビルマ 17 イギリス
 6 コロンビア 12 日 本

ここでは、17か国の8歳の男子について、身長と重要栄養素との関係が示されているが、この図で明らかのように、これらの栄養素の摂取の多い国ほど体位においてすぐれた結果を示しており、ここに栄養指導上の重点指向がある。

このように、わが国の栄養水準が国際的に見て低い原因の一つは、地域別、職域別に格差があり、農家世帯、農業地区および漁業地区、日雇および家内労働者世帯、ならびに低所得世帯では、動物性たんぱく質や脂肪の摂取が少なく、食品別に見ると、穀類に対する依存度の高い反面、動物性食品の摂取が低いなど、格差が存在するからである。したがって、わが国の全般的な水準の上昇とともに、この格差を縮めることが、国際的栄養水準に一歩近づくための方法となる。

栄養水準の引き上げには、国民の栄養についての関心を高めることが最も重要であり、そのために栄養指導の徹底をはかるべきであるが、生活水準の上昇もこれに関連していると思われる。しかし、生活水準の上昇が強調されるあまりに、栄養指導の重要性が軽視されることのないよう厳に注意を要する。第2-1-20表に示されるように、アルゼンチン、チリ、パラグアイ、ギリシャ、ポルトガル、南アフリカ連邦などの諸国は、1人当たりの国民所得においてはいずれも日本よりはるかに劣るにもかかわらず、栄養摂取量については、熱量、総たんぱく質、動物性たんぱく質ともにわが国の水準を抜いていることは、栄養水準の引き上げについて示唆するところがきわめて大きい。今後わが国における栄養水準を上昇させるための方向としては、食生活の改善が長期的に必要であり、そのためには、幼時期における集団給食指導が有力な拠点となるであろう。なお、食構成に応じた生産態勢の整備や流通機構の合理化なども配慮されなければならないであろう。

第2-1-20表 国民所得と栄養摂取量との国際比較

第2-1-20表 国民所得と栄養摂取量との国際比較

	1人当たり国民所得 (1962年)	1人1日当たり平均 摂取量(1961年)		
		熱量 cal	総たんぱく質 g	動物性たんぱく質 g
アルゼンチン	315	2,950	91	48
チリ	402	2,570	77	26
パラグアイ	119	3,120	92	65
ギリシア	385	2,900	93	27
ポルトガル	261	2,420	70	27
日本	526	2,083 ¹⁾	70.6 ¹⁾	27.7 ¹⁾
南アフリカ連邦	421	2,560	72	30

資料：U N「Report on the World Social Situation (1963年)」

日本は厚生省公衆衛生局「国民栄養調査(昭和38年)」経済企画庁「国民所得白書(38年度)」

(注) 1) は1963年

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

2 死亡の推移

健康の度合を評価するためのマイナスの指標として、疾病量や傷害量の比較が考えられる。わが国では、国民健康調査や、患者調査その他のすぐれた調査、指標があるが、諸外国ではこのような統計が整備されていないため、これらの比較をすることができない。そこで今一つのマイナスの指標である死亡について国際比較をすることとする。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

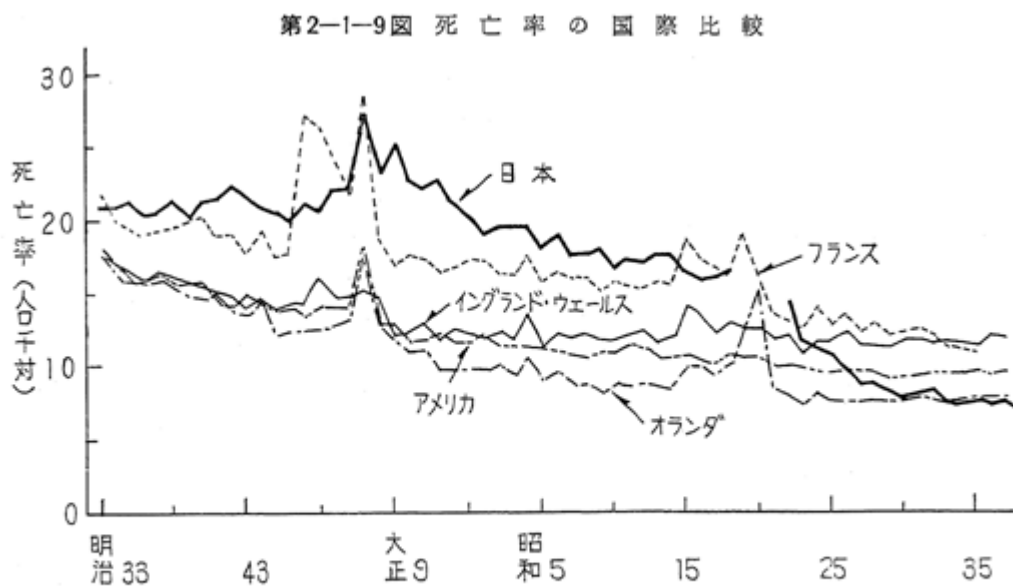
第2節 健康水準の国際比較

2 死亡の推移

(1) 死亡率

先進諸国との比較において、わが国の死亡の状況の年次別推移を国際比較したのが第2-1-9図および第2-1-21表である。

第2-1-9図 死亡率の国際比較



資料：UN「Demographic Yearbook」
日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

第2-1-21表 諸死亡率と死因別死亡割合の国際比較(1962年)

第2-1-21表 諸死亡率と死因別死亡割合の国際比較(1962年)

	粗死亡率 (人口千対)	1) 訂正死亡率 (人口千対)	乳児死亡率 (出生千対)	新生児 死亡率 (出生千対)	2) 総死亡に対する 伝染病死亡のしめる割合(%)	3) 総死亡に対する 成人病死亡のしめる割合(%)
カナダ	7.7 ⁴⁾	5.5 ⁴⁾	28.0	19.0	1.0	64.9
アメリカ	9.5	5.9	25.3	18.6	1.1	68.3
日本	7.0 ⁵⁾ (6.9) ⁶⁾	6.0 ⁵⁾ (5.8) ⁶⁾	28.2 ⁵⁾ (20.4) ⁶⁾	13.8 ⁵⁾ (12.4) ⁶⁾	4.5 ⁵⁾ (4.4) ⁶⁾	60.2 ⁵⁾ (60.8) ⁶⁾
フランス	11.6	5.3	25.7	16.9	2.3	64.7
西ドイツ	11.4 ⁴⁾	6.4 ⁴⁾	33.1	21.2	1.7 ⁴⁾	63.9 ⁴⁾
オランダ	7.9	4.6	15.3	11.1	0.8	68.9
イングランド・ウエールズ	11.9	5.6	21.4	15.1	0.9	67.5
オーストラリア	8.7	5.6	20.4	14.7	1.0	66.9
ニュージーランド	9.0 ⁴⁾	5.7 ⁴⁾	20.3	12.7	1.1	64.3

資料: UN 「Demographic Yearbook」

WHO 「Epidemiological and Vital Statistics」

日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

(注) 1) 訂正死亡率は昭和10年の日本総人口を基準として計算した。

2) 伝染病は国際簡単分類番号B₁—B₁₇のことである。

3) 成人病は国際簡単分類番号B₁₈, B₁₉, B₂₀, B₂₁₋₂₃, B_{45a}のことである。ただし、諸外国はB_{45a}としてとれないのでB₄₅全体とした。

4) 1961年

5) 1963年

6) ()内は1964年

図に見られるように、わが国の死亡率は、大正末期頃から低下に転じ、以来多少の起伏を示しながらも低下の傾向を続け、昭和16年には戦前の最低、人口1,000対と16.0なった。戦後は、公衆衛生施策の成果、抗生物質をはじめとする医学の進歩、医療保障制度の進展などにささえられて、世界各国でも例をみないような急激な低下を示し、この間、23年にはフランス、24年にはイングランド・ウエールズ、26年にはアメリカを下回り、30年以降はオランダとほぼ同率となり、39年に6.9とわが国の最低を記録し、世界の中でも死亡率の低い国の一つとなった。

しかし、これは粗死亡率での国際比較であって、各国により老人の人口の割合は異なり、わが国より人口の老齢化が進んでいる国では粗死亡率は高くなっている。したがって、各国の人口構成が日本の昭和10年の総人口の年齢構成と同じであったと仮定した場合の訂正死亡率で見ると、日本は5.8で、第2-1-21表に見られるように他の国よりも高く、最低国オランダの約1.3倍であり、なお改善の余地が大きい。

次に、死亡のうち、特に乳児死亡率と死因別死亡率に重点をおいて取り上げてみよう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

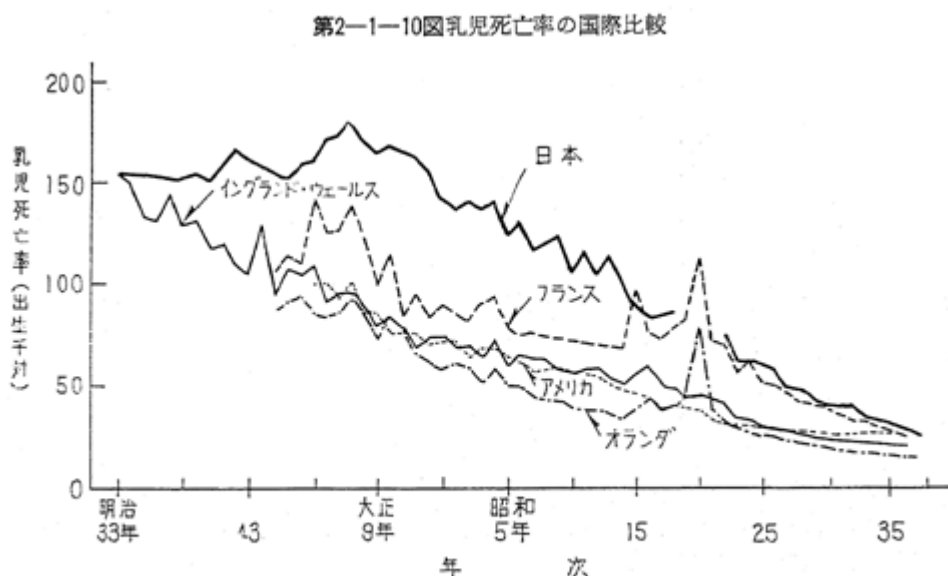
2 死亡の推移

(2) 乳児死亡率

生後1年未満に死んだ乳児の多くは、母子衛生の向上や、母体の栄養および生活環境の改善などにより克服できる要素が多いので、乳児死亡率は、国の衛生・生活水準などを鋭敏に反映するといわれている。

わが国の乳児死亡率は、第2-1-10図に示されるように、明治から大正時代にかけて出生1,000対150を示していたが、大正末期から低下の傾向に転じ、昭和15年には100を割るに至った。しかし、諸外国の乳児死亡率の歩みと比べるとかなりへだたりがあった。

第2-1-10図 乳児死亡率の国際比較



資料：U N 「Demographic Yearbook」
日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

戦後は諸外国より低下の速度をはやめ、30年には30を割り、さらに、39年には20.4と従来の最低値を記録した。この値は諸外国の中で中位の乳児死亡率であって、最低国オランダやスウェーデンの死亡率と比べると、わが国の乳児死亡率はいま一步という段階にある。新生児死亡率についても、乳児死亡率の場合とほぼ同様なことがいえる。

このように、乳児死亡率が改善されてきたにもかかわらず、次の二点に問題があるといえよう。第1には、妊産婦死亡率が先進各国に比して高いことで、39年の妊産婦死亡率は、出生10万対97.8と遂に100の大台を割るに至ったが、第2-1-22表に見られるように、先進諸国に比較すれば2~3倍の高率であり、特にスウェーデンの5倍に近く、しかも、乳児死亡率がわが国の1.5~2倍も高いイタリア、ベネズエラなどとほとんど同じ妊産

婦死亡率をしめしているところに問題があり,妊産婦に対する保健指導が特に重要である。第2には,乳児死亡率に地域差が見られ,概して東北および四国・九州の一部などで高く,今後は改善速度のおそい地域に目を向けて,地域差を克服してゆくのが公衆衛生の一つの課題となろう。

第2-1-22表 妊産婦死亡率の国際比較

	年次	死亡率 (出生10万対)
アメリカ	1962	35.2
日本	1963	102.5
	1964	97.8
フランス	1962	42.8
西ドイツ	1962	86.9
イタリア	1961	105.7
オランダ	1962	33.4
スウェーデン	1961	21.0
イギリス	1962	35.6
ニュージーランド	1962	29.2

資料: WHO [Monthly Report of Epidemiological and Vital Statistics]

日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

2 死亡の推移

(3) 死因別死亡率

次に、主要死因別死亡率を国際比較したのが第2-1-23表である。表から明らかなように、先進諸国に比較して、わが国の死因別死亡率では、結核・赤痢などの伝染病がなお比較的高いこと、中枢神経系の血管損傷が高いこと、および胃・十二指腸の潰瘍・胃腸炎などの胃腸疾患が比較的高いことなどがあげられるであろう。

第2-1-23表 死因別死亡率の国際比較

第2-1-23表 死 因 別

		カナダ	アメリカ	セイロン	日 本		フィリピン	オーストリア
		1962年	1962	1961	1963	1964	1961	1962
総 数		772.6	941.2	858.1	697.6	692.3	733.1	1,274.6
伝染病疾患	全 結 核	4.2	5.1	16.4	24.2	23.5	87.1	22.8
	赤 痢	0.1	0.2	6.0	0.8	0.5	3.4	0.0
	麻 疹	0.4	0.2	0.4	0.8	0.9	4.7	0.5
	その他の伝染性疾患	3.2	5.0	42.4	5.4	5.7	30.4	4.8
悪 性 新 生 物		131.8	149.2	22.3	105.5	107.2	20.2	250.9
糖 尿 病		11.7	16.7	2.4	4.1	4.7	1.4	10.6
中枢神経系の血管損傷		82.3	105.8	8.4	171.4	171.4	6.6	184.9
心 臓 の 疾 患		257.6	335.0	52.9	70.4	69.5	21.5	307.7
高 血 圧 症		20.8	40.3	10.7	18.2	18.7	14.4	22.6
肺 炎		28.3	30.3	59.2	24.0	23.5	82.6	43.8
気 管 支 炎		5.0	2.5	8.3	6.0	5.8	39.7	7.6
胃および十二指腸の潰瘍		5.0	6.6	1.6	10.0	9.6	2.3	10.2
胃炎・十二指腸炎・腸炎および大腸炎		4.8	4.4	43.1	15.7	14.3	57.5	9.3
肝 硬 変		5.7	11.7	4.0	10.1	10.1	2.7	21.9
じん炎およびネフローゼ		7.9	6.9	6.2	13.1	11.7	13.5	6.5
不慮の事故		54.3	52.1	30.0	41.3	41.3	11.2	64.2
自殺および自傷		7.2	10.8	9.9	16.1	14.9	0.7	22.4
その他の全死因		142.3	158.4	528.9	160.5	159.0	328.2	276.9

資料：U N 「Demographic Yearbook」

日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

死 亡 率 の 国 際 比 較

(単位人口10万対)

チェコスロバキヤ	デンマーク	フランス	西ドイツ	イタリア	オランダ	スウェーデン	スイス	イングランド・ウェールズ	オーストラリア	ニュージーランド
1961	1961	1962	1961	1961	1962	1961	1961	1962	1962	1962
917.1	938.1	1,144.1	1,095.4	938.7	793.1	978.1	928.0	1,194.9	870.3	888.4
21.6	3.8	19.2	14.2	16.3	2.5	6.7	11.2	6.6	4.5	5.4
0.1	—	0.0	0.0	0.1	0.0	—	0.0	0.1	0.1	0.0
1.0	—	0.2	0.3	0.4	0.2	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2
6.0	3.9	7.0	4.6	9.6	3.5	3.2	6.6	4.4	4.0	4.4
184.9	213.5	199.5	209.5	150.3	172.4	184.3	188.5	217.7	131.4	144.7
14.3	8.9	13.9	13.3	13.4	14.0	14.4	15.7	8.2	12.5	11.1
93.3	118.5	139.7	173.3	130.1	99.3	132.0	119.8	167.8	113.7	109.8
199.6	285.8	216.1	215.1	226.8	220.9	317.9	246.6	369.7	304.8	290.0
37.4	15.4	10.6	18.8	31.6	15.4	30.1	29.4	34.6	23.0	19.9
31.4	24.9	31.4	27.6	37.7	13.9	37.7	18.2	66.2	28.5	49.0
26.7	7.8	4.9	14.0	24.7	11.7	4.3	5.0	71.3	17.4	23.3
4.3	5.9	3.0	5.7	6.4	4.6	7.7	6.1	10.1	5.7	6.0
4.5	3.3	1.0	3.9	11.7	3.2	3.8	4.5	5.5	4.6	5.2
8.3	8.0	31.2	18.6	18.6	3.5	6.0	12.4	2.8	5.1	2.5
7.2	4.2	8.1	7.4	8.5	7.2	8.9	7.7	7.3	8.2	5.8
49.0	46.8	66.2	57.8	44.4	41.8	45.0	63.4	38.6	52.5	46.6
20.6	16.9	15.1	18.7	5.6	6.6	16.9	18.2	12.0	13.7	8.4
206.9	170.5	377.0	292.6	202.5	172.3	159.2	174.6	171.9	140.5	156.1

公衆衛生が進み、衛生・生活水準が上がると、一般に伝染病の死亡が減り、相対的に成人病による死亡の比重が増大するのであるが、総死亡中に伝染病死亡のしめる割合を見ると、第2-1-21表のように、先進諸国では1%前後を示す国が多くなっているが、わが国では、改善されてはきたが、39年にはなお4.4%をしめている。

これに反して、総死亡の中で成人病死亡のしめる割合は、諸外国では60%をこえているが、わが国でも成人病

はいずれも年々増加し、39年には60.8%となった。今後さらに人口の老齢化が進行すれば、この比重の高まるであろうことが憂慮される。成人病を諸外国と比較する場合でも、国によって、その中味が若干異なることは第2-2-23表より明らかなどであるが、さらにこれを明確ならしめるために、成人病死亡率を抜き出したのが第2-1-24表と第2-1-11図である。表および図に示すとおり、わが国の成人病の死亡率は、イングランド・ウェールズの約半分であって、先進諸外国の中でも最低率となっているが、成人病死亡の種類を諸外国と比べると、わが国では、脳卒中が非常に多くて全体の約4割をしめている。これは、わが国の気候・風土や食習慣を含めた生活様式に関係があるとみられ、これに反して、心臓病が諸外国より比較的少ないことが注目される。アメリカやオーストラリアでは、成人病死亡の半分以上が心臓病でしめられており、わが国でも、今後生活の近代化が進むにつれて増加することが懸念される。また、がんは諸外国とも大きなウエイトをしめている。したがって、これらの疾病の予防・診断および治療に関する医学研究、開発を含んだ成人病対策の強力な推進は、働き盛りにある人々の健康を確保するために最も緊急である。

第2-1-24表 成人病死亡率の国際比較(1962年)

第2-1-24表 成人病死亡率の国際比較(1962年)	
	成人病死亡率(人口10万対)
アメリカ	643.1
日本 1)	420.6
フランス	740.2
西ドイツ 2)	700.4
イングランド・ウェールズ	805.2
オーストラリア	582.2

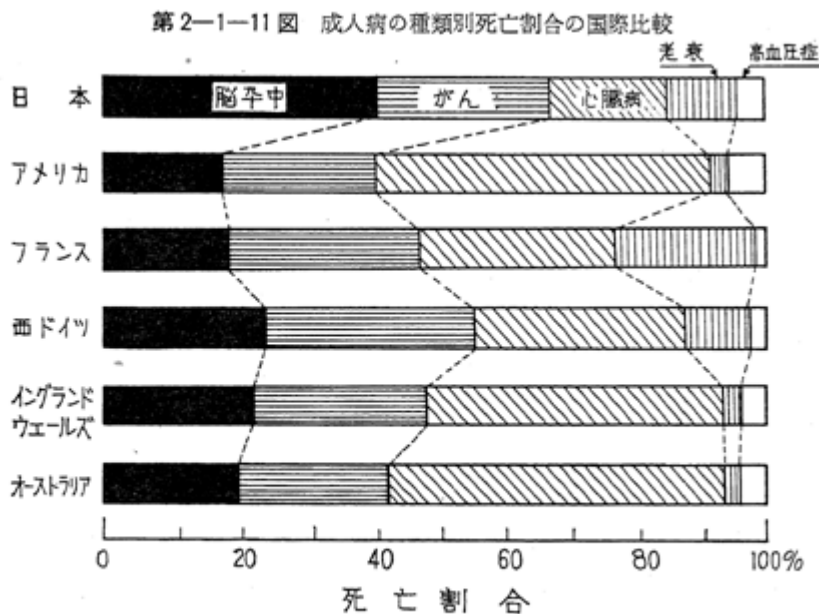
資料：U N 「Demographic Yearbook」

日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

(注) 1) 1964年

2) 1961年

第2-1-11図 成人病の種類別死亡割合の国際比較



不慮の事故による死亡率も、交通災害の増加などとともに近年増加しており、今日大きな社会問題である。39年の人口10万対死亡率は41.3で、このうち、自動車事故による死亡率は17.1であり、また自動車事故以

外の交通事故を加えると、39年は人口10万対死亡率は20.7であって、死亡者数も2万人をこえている。

また、総死亡に対する不慮の事故死亡の割合は、30年の4.8%から39年には6.0%と増加し、不慮の事故防止が大きなウエイトをしめていることに留意しなければならない。

第2-1-25表に、不慮の事故による死亡率を国際比較している。この表から明らかなように、自動車事故による死亡率は、先進諸国に比べて決して低い値とはいえない。特に、総死亡に対する不慮の事故死亡の割合は、先進諸国に比べて最も高いグループに属しており、また、不慮の事故死亡に対する自動車事故死亡の割合も各国に比べて低くない。

第2-1-25表 不慮の事故による死亡率の国際比較

第2-1-25表 不慮の事故による死亡率の国際比較

	年次	不慮の事故死亡率 (人口10万対)			総死亡に対する 不慮の事故死亡割合	不慮の事故 死亡に対する 自動車事故死亡割合
		総数	自動車事故	その他の事故		
カナダ	1962	54.3	23.3	31.0	7.0	42.9
アメリカ	1962	52.1	21.9	30.2	5.5	42.0
日本	1963 (1964)	41.3 (41.3)	15.7 (17.1)	25.5 (24.2)	5.9 (6.0)	38.1 (41.4)
オーストリア	1962	64.2	20.9	43.3	5.0	32.6
チェコスロバキア	1961	49.0	13.5	35.5	5.3	27.6
デンマーク	1961	46.8	18.8	28.0	5.0	40.2
フランス	1962	66.2	21.5	44.7	5.8	32.5
西ドイツ	1961	57.8	25.6	32.2	5.3	44.3
イタリア	1961	44.4	19.4	25.0	4.7	43.7
オランダ	1962	41.8	17.6	24.2	5.3	42.1
ノルウェー	1961	49.0	10.4	38.6	5.3	21.2
スウェーデン	1961	45.0	15.2	29.8	4.6	33.8
スイス	1961	63.4	23.4	40.0	6.8	36.9
イングランドウエールズ	1962	38.6	13.5	25.1	3.2	35.0
オーストラリア	1962	52.5	24.6	27.9	6.0	46.9
ニュージーランド	1962	46.6	16.9	29.7	5.2	36.3

資料：U N 「Demographic Yearbook (1963)」

日本は厚生省統計調査部「人口動態統計」

わが国の不慮の事故による死亡率を、諸外国と比較した場合に注意すべき今一つの点は、1~4歳の幼児期の不慮の事故による死亡率が高く、先進諸国の約2~3倍をしめていることであり、死亡の約80%は溺死、自動車事故その他の交通事故である。今後産業の発展、都市化の進展、自動車台数の増加などの事態に直面して、歩行者尊重のための交通規制の強化、歩道の整備、子供の遊び場の整備、児童の保護などによって交通事故防止の徹底をはかることが、人間尊重を現実に行為のうえで示すために最も大切なことである。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

3 平均寿命

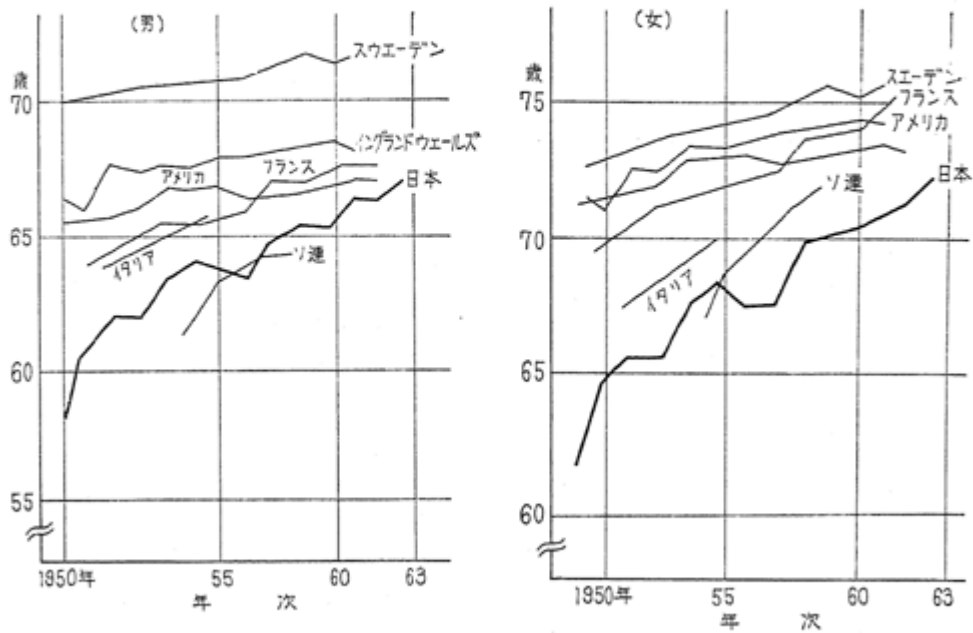
平均寿命は、国民の健康水準を表わす指標として最も信頼できるものの一つといえることができる。

わが国の平均寿命の年次別推移を見ると、明治・大正を経て昭和の初期に至る間は、40年をやっと上回る程度で、長い間足踏み状態を続けていた。終戦後は、死亡率の改善によって驚異的な伸びをみせ、特に22～26年(1947～51年)の4年間は、約10年も一挙に上昇し、その後30年頃からは伸長速度がやや鈍化した。堅実な歩調で伸長し、38年には、男子67.21年、女子72.34年となった。

日本の平均寿命を諸外国のそれと比較したが第2-1-26表および第2-1-12図である。図のようにわが国の平均寿命は急速に先進諸国に近づいてきたといえる。第2-1-26表では、外国の資料は、日本と比べて年次が若干古いので、年次を新しくした場合には、外国の寿命がやや長くなることが予想されるが、これによると、世界で最も寿命の長い国は、オランダ、スウェーデン、ノルウェー、デンマークなどの北欧諸国、およびイスラエルであって、これらの国々では、男女ともに70歳をこえている。わが国は、カナダ、アメリカ、チェコスロバキア、フランス、スイス、イングランド・ウェールズなどの諸国とともにこれに続いている。

第2-1-12図 平均寿命の国際比較

第2-1-12図 平均寿命の国際比較



資料: U N 「Demographic Yearbook (1962, 1963)」

第2-1-26表 平均寿命の国際比較

第2-1-26表 平均寿命の国際比較

	年次	男	女
カナダ	1955~57	67.61	72.92
アメリカ	1962	66.8	73.4
イスラエル	1962	70.78	72.80
日本	1963	67.21	72.34
チェコスロバキア	1960~61	67.64	73.12
デンマーク	1950~60	70.38	73.76
フランス	1962	67.29	74.14
西ドイツ	1959~60	66.69	71.94
オランダ	1956~60	71.4	74.8
ノルウェー	1951~55	71.11	74.70
スウェーデン	1961	71.56	75.35
スイス	1959~61	69.5	74.8
イングランド・ウェールズ	1960~62	68.0	74.0
オーストラリア	1955~57	67.14	72.75
ニュージーランド	1955~57	68.20	73.00
ソビエト	1960~61	65	73

資料: U N 「Demographic Yearbook (1963)」

また、いずれの国においても、女子は男子に比べて長寿であるが、女子の寿命について見ると、わが国では35年(1960年)に70歳に達したが、カナダ、アメリカ、イスラエル、デンマーク、フランスなど20に近い国は1950年台ですでに70歳に達している。

これらの平均寿命の伸びに貢献している因子を分析したのが第2-1-27表および第2-1-28表であって、第2-1-27表は、37年に対する38年の平均寿命の伸びの年齢別寄与率である。これによると、ほとんど全年齢において寄与しているが、特に乳児死亡率の減少が最も大きく貢献していることがわかる。また、第2-1-28表は、主要死因別に寄与率を求めたものであるが、これによると、肺炎・気管支炎および全結核による死亡率の減少が平均寿命の延長に大きな寄与をしており、逆に脳卒中・がん・不慮の事故による死亡の増加が伸びに対してマイナスの働きをしていることがわかる。

第2-1-27表 平均寿命の伸びに対する年齢別寄与率

第2-1-27表 平均寿命の伸びに対する年齢別寄与率 (単位：%)

	男	女
0 ~ 4歳	30.9	25.1
5 ~ 9	0.7	2.1
10 ~ 14	1.3	2.0
15 ~ 19	2.6	1.4
20 ~ 24	3.8	2.8
25 ~ 29	2.9	2.8
30 ~ 34	1.1	3.1
35 ~ 39	0.5	2.0
40 ~ 44	1.5	2.0
45 ~ 49	1.8	1.9
50 ~ 54	4.8	4.8
55 ~ 59	5.3	4.1
60 ~ 64	5.0	5.4
65 ~ 69	9.2	5.6
70 ~ 74	7.7	8.0
75 ~ 79	8.2	11.0
80 ~ 84	6.3	11.6
85 以上	6.4	4.5
再掲0歳	24.6	21.9

厚生省統計調査部調べ

(注) 昭和37年に対する38年の平均寿命の伸びの年齢別寄与率

第2-1-28表 平均寿命の伸びに対する死因別寄与率

第2-1-28表 平均寿命の伸びに対する死因別
寄与率 (単位:%)

	男	女
全 結 核	+ 23.0	+ 13.7
悪 性 新 生 物	- 19.3	- 7.3
中枢神経系の血管損傷	- 27.1	- 15.9
心 臓 の 疾 患	+ 15.3	+ 11.4
高 血 圧 症	- 1.2	- 0.8
肺炎および気管支炎	+ 42.5	+ 33.9
胃炎・十二指腸炎・腸炎	+ 5.2	+ 2.9
および大腸炎		
肝 硬 変	- 2.0	- 0.9
精神病の記載のない老衰	+ 4.8	+ 4.3
不 慮 の 事 故	- 6.2	- 0.1
自殺および自傷	+ 7.1	+ 5.2
その他の全死因	+ 57.9	+ 53.5

厚生省統計調査部調べ

(注) 昭和37年に対する38年の平均寿命の伸びの死因
別寄与率

今後、これらの平均寿命の延長を妨げている因子を除くために、公衆衛生および医療対策の推進が必要であるが、それとともに、単なる寿命の延長だけでなく、健康水準を維持したうえでの延長が最も望ましいことである。したがって、中年においても、太り過ぎを避けるとともに、体力の項で述べたように、自らの健康の度合に応じた体操の実施、歩け歩け運動の展開などの、健康の保持・増進のための施策が必要である。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

4 生活環境および医療施設の水準

健康生活の確保,および健康水準の上昇のためには,生活環境を向上させるための施策を推進しなければならないが,国民の健康を育てる生活環境の基礎的要件としては,1)適当な暖房・採光・照明・清浄な空気環境・防湿などの基礎的,生理的な要求が満足され,2)個人のプライバシーの確保,家族の団らん,精神的,情緒的条件の満足,子供の教育や人格形成の場の確保,身体の清潔・保持のための設備などの基礎的な生活的要求が満足され,3)安全で豊富な給水,伝染病の感染防止と快適な生活のための水洗便所,安全な屋内排水設備,屋内感染を防ぐ十分な広さの寝室などの疾病の予防が確保され,4)事故防止が確実に行なわれるような住宅が確保されていることが必要であり,さらにこれらの住宅を囲む生活環境,すなわち,散歩や,レクリエーションやスポーツの場としての公園・緑地・運動場・児童の遊び場などの利用が便利ないように計画的に配置され,大気汚染・水質汚濁・騒音などの公害のない環境が造成され,高度の医療施設などが整備されていることが必要である。これらの要件が満たされなければ十分な健康水準の保持および向上は望めないといわなければならない。つまり,水準の高い「健康住宅環境」は,健康をはぐくみ育てるための場ともいうことができよう。

これらの住宅を含む生活環境および医療施設のすべてを,国際的に比較することは資料の点で困難であるが,二,三の点について分析しよう。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

4 生活環境および医療施設の水準

(1) 上・下水道の完備した住宅の整備状況

資料は若干古いが、第2-1-29表に、諸外国における住宅が、水道設備や水洗便所設備の整備状況を中心にして示されている。日本では、水道の整備されている住宅は67.9%で、他は井戸水などによって給水を受けており、また水洗便所の整備された住宅は7.2%にすぎないが、ここに示された諸外国では、水道の普及率は、都市・農村を通じてみると、ニュージーランドの99.5%を筆頭に、カナダ、デンマーク、フランス、オランダの80%台を除いてはいずれの国も90%台と非常に高い値を示している。

第2-1-29表 水道設備、水洗便所設備つき住宅比率、1戸当たり平均部屋数および1室当たり平均人員の国際比較

	年次	住						宅		
		水道設備つき			水洗便所つき			1室あたり平均人員数		
		総数	都市	農村	総数	都市	農村	総数	都市	農村
カナダ	1959	86.9			82.0			0.7	0.7	0.8
アメリカ	1960	93.9	99.4	81.2	89.7	98.1	70.3	0.7	0.7	0.7
日本	1963	67.9			7.2			1.2		
デンマーク	1960	88.2	100.0	63.5	73.6	91.6	36.0	0.7	0.7	0.7
フランス	1962	81.5	89.3	70.3	86.5	93.6	76.5	1.0	1.0	1.0
西ドイツ	1960	96.7	99.2	95.0	75.3	93.9	63.1	0.9		
オランダ	1956	89.6	96.7	78.3	67.5	82.9	42.9	0.8	0.8	0.8
スウェーデン	1960	91.4	97.2	74.5	75.8	88.0	40.1	0.8	0.8	0.8
イギリス	1951	94.5	97.9	79.9	92.3	98.1	67.7	0.8	0.8	0.8
ニュージーランド	1961	99.5			88.4			0.8		

資料：U N 「Statistical Yearbook (1963年)」

日本は総理府統計局「昭和38年住宅統計調査」

都市だけを見ると、フランスの89.3%を除いて、デンマークの100%を筆頭にいずれも100%に近く、農村でもドイツの95%、アメリカの81.2%、デンマークの63.5%を除いて、いずれも70~80%となっている。

また、水洗便所の普及は、都市・農村を通じて、イギリスの92.3%を筆頭に、カナダ、アメリカ、フランス、ニュージーランドの80%台、その他はオランダを除いていずれも70%台である。都市の整備率を見ると、オランダ、スウェーデンの80%台を除けばいずれも90%台で、特にアメリカ、イギリスは100%に近い。農村でも、フランスの76.5%、アメリカの70.3%に続いて、西ドイツ、イギリスはいずれも60%台である。

なお、特に注目すべきことは、チリ、コスタリカ、キューバ、エクアドル、ギリシャなどの諸国においては、水道設

備つき、水洗便所設備つき住宅の普及が進んでいるにもかかわらず、1人当たりの国民所得がわが国よりも低いことであって、ここに、生活環境を健康生活の確保のための容器と考え、また労働の再生産過程の重要な一環と考える欧米の考え方と、日本の現状との間に大きなギャップのあることがわかる。

イギリスでは、1850-1900年の50年間に都市生活環境の悪化に対応して衛生改革が行なわれ、上・下水道の整備など、生活環境施設の整備がなされ、今日、前述のように、上・下水道ともに90%をはるかにこえる整備状況にある。これに比して、わが国では広い意味の生活環境の整備に大差をつけられて遅れていることが、疾病の上で前述のように、先進諸国と比較してなお高い消化器伝染病を発生させている原因の一つとなっている。また、特に下水道の普及率の低いことが河川の汚濁を発生させ、生活を不便・不快化ならしめている大きな因子となっており、生活環境の総合的整備の重要性が痛感される。

水道の普及が、健康水準の維持に重要な役割を果たすことは前述のとおりであるが、それとともに、水道水の量的確保もまた清潔の保持と疾病の予防にとって欠くべからざるものであることは、昨年夏の東京の水不足の際を想定すれば容易に理解できることであろう。一般的生活水準の上昇とともに、水の使用量は飛躍的に増大している。

このような条件下にあつて、1人1日当たりの給水量は、わが国の都市ではいずれも上昇を続け、特に生活水準の上昇がこれにはく車をかけ、しかも、今後の急速な増大が予想されるが、これらの需要の増大に応ずる供給の態勢が整備されているとはいいがたく、そのために、生活の基礎となる家庭用水の確保そのものを困難ならしめる事態を発生させている。

第2-1-30表に示すとおり、1人1日当たりの給水量を都市別に国際比較すると、外国の諸都市と日本のそれとの間には相当に大きな開きが見られ、この格差を急速に縮めなければ、健康水準の維持、清潔の保持が困難であつて、水資源の開発、広域的な水利用計画の設定、水道設備の先行的投資などを積極的に進めなければならない。

第2-1-30表 大都市の1人1日給水量の国際比較

第2-1-30表 大都市の1人1日給水量の国際比較

	給水量 人口	最大 給水量	平均 給水量
	千人	ℓ	ℓ
シカゴ	4,471	1,265	890
ニューヨーク	7,866	690	581
ロサンゼルス ¹⁾	2,500	—	670
フィラデルフィア	2,040	800	608
サンフランシスコ	745	735	534
東京 ²⁾	7,739	399	342
グラスゴー	1,213	385	350
ゲルゼンカーヘン ¹⁾	2,000	500	400
ミラノ	1,524	—	490
オスロ	475	—	500

厚生省環境衛生局調べ

(注) 1) 1960年

2) 1963年

なお、健康水準に関連するものとして、暖房の問題がある。

外国では中央暖房や地域暖房が多い中であつて、わが国では各戸暖房というよりも各室暖房が行なわれているが、これは冬に多い疾病の予防、ガス中毒の防止、火災防止などの見地からも望ましいものではない。わが国でも、今後新たに集団住宅などを建設する場合においては、中央暖房方式を採用することを考えるべきであろう。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

4 生活環境および医療施設の水準

(2) 住宅の規模および居住状況

住宅の大きさについては、諸外国と日本の間では大きな差があり、1住宅当たりの平均規模および1室当たりの規模も、わが国では先進諸国に比して大差があるのみならず、1室当たりの平均人員数は、先進諸国では第2-1-29表に見られるように、0.7~0.8人程度であるのに対し、わが国では昭和38年に約1.2人であり、諸外国に比べて、わが国の住宅が過密な状態にあることは明らかである。このために、家庭の情緒や精神面の健康保持や、伝染病その他の疾病予防のうえでも支障があるのみならず、子供の教育やプライバシーの確保の面でも障害を生じており、特に、過密住宅は健康をそこなう一因ともなっている。

アメリカの公衆衛生協会の住宅衛生委員会は、1946年に、すでに健康住宅の基本原則を定め、伝染病のみならず、基礎的・生理的要求の満足、基礎的、生活的要求の満足、事故防止などについて30項目を示し、肉体的、精神的、社会的健康のための必要最低限度としている。

また、イギリスでは、1936年に定められた住居法において、住宅を構成する室数と室の床面積によって許容人数を定め、過密状態を防止する措置をとるとともに、保健衛生上の見地から住居の不適合条件を定め、地方公共団体の住居監視員が住居の監視・指導を行っており、保健衛生上の観点に立って、住宅の質の向上に特に力を入れている。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

4 生活環境および医療施設の水準

(3) 医療施設の整備

疾病や外傷によって、もし健康がそこなわれた場合、医療によって健康の回復をはかることが、健康水準を維持するために最も必要なことである。

わが国における昭和38年末現在の病院数は6,621、病院の病床総数は794,434で、病院数および病床数ともに年々増加している。諸外国との比較のために、1ベッド当たりの人口、つまり一床でカバーする人口を国際的に比較すると、第2-1-31表のとおり、スウェーデンの70を筆頭に、スイス、カナダ、ルクセンブルグ、オーストラリア、ニュージーランド、チェコスロバキア、アイスランド、西ドイツ、イングランド・ウエールズ等の100以下に対して、日本は、デンマーク、フランス、ソ連とともに120をしめている。しかし、これは総病床数で比較したものであるが、病床種別ごとの比較あるいは病院施設の内容で比較すれば、なお見劣りのする面があることは否定できない。したがって、今後病院の一般的整備とともに、医療施設の近代化を進め、特に、疾病構造の変化に相応ずるよう、がんなどの高度の診療技術を要する疾病についての専門病院その他の医療部門の整備や、不足している精神病床の整備および救急医療体制の充実などをはかることが必要である。

第2-1-31表 病院病床数、医療関係者数の国際比較

第2-1-31表 病院病床数、医療関係者数の国際比較

	病 院 病 床 数			医療関係者中、医師・歯科医師数					
	年 次	病院数	病 床 数	病床1床 当たりの 人 口	年 次	医師数	医師1人 当たりの 人 口	歯 科 医 師 数	歯科医師 1人当た りの人口
カ ナ ダ	1962	1,354	204,236	90	1961	21,290	860	5,469	3,300
ア メ リ カ	1962	7,028	1,689,414	110	1962	244,795	760	105,252	1,800
イ ス ラ エ ル	1961	136	16,116	150	1962	5,755	400	1,179	1,900
日 本	1963	6,621	794,434	120	1963	106,512	900	34,517	2,800
オーストリア	1962	315	75,309	110	1962	13,012	550	2,360	3,000
チェコスロバキア	1962	634	173,625	100	1962	25,823	540	2,227	6,200
デンマーク	1959	313	46,118	120	1959	5,650	810	2,380	1,900
フランス	1961	5,630	618,303	120	1961	50,725	910	15,450	3,000
西 ド イ ツ	1961	3,476	564,061	100	1962	81,751	670	30,820	1,800
アイスランド	1960	424	60,293	100	1961	205	860	47	3,700
ルクセンブルグ	1962	46	3,970	90	1962	369	860	114	2,800
オランダ	1961	345	88,133	130	1961	13,027	890	2,653	4,400
ノルウェー	1961	562	38,339	110	1961	4,346	830	2,595	1,400
スウェーデン	1961	955	119,609	70	1961	7,359	1,000	5,233	1,400
スイス	1956	466	68,367	80	1962	7,493	750	2,247	2,500
イングランド・ウェールズ	1961		478,360	100	1961	3) 58,000	3) 910	12,100	3,800
オーストラリア	1962	1,908	119,401	90	1962	12,166	880	3,499	3,000
ニュージーランド	1961		28,174	90	1962	3,581	690	1,123	2,200
ソビエト	1961	26,812	1,845,400	120	1961	445,116	500	34,677	6,400

資料: W H O 「Annual Epidemiological and Vital Statistics (1961年)」

日本は厚生省統計調査部「病院報告(1963年)」 「医師、歯科医師調査」

(注) 1 国により病院の定義が同一でないが、ここでは W H O の定義のもとに Hospital and other establishments が一括して計上されている。

2 日本の病院の病床数の欄には有床診療所の病床が含まれていない。

3 イングランド・ウェールズ、北アイルランド、スコットランドの合計分

4 1960年

医療従事者の中では、特に医師・歯科医師を取り上げることにしよう。わが国の医師は、38年末現在で10万6,512人、医師1人当たりが受けもつ平均人口は約900人である。第2-1-31表で諸外国の医師1人当たりの人口と比較すると、イングランド・ウェールズ、フランスはほぼ日本と同様であるが、これ以外の国はいずれも医師1人当たりの人口は日本より少ない。

歯科医師については、38年末現在3万4,517人で、1人当たりの歯科医師は約2,800人の人口をカバーしており、国際的に見て特に低いとはいえない。

第2部 厚生行政の現状

第1章 国際比較から見たわが国社会保障と健康水準の現状はどうなっているか

第2節 健康水準の国際比較

5 健康水準上昇の方向

以上、わが国民の健康水準を諸外国のそれと比較しながら、健康を確保し、増進する積極的なプラスの指標と、健康を低下させ、そこなうマイナスの指標とに区分して、各指標を量的、質的に分析するとともに、プラスの因子をさらに高め、マイナスの因子を低下させる方向について検討を加えてきた。その結果、国際比較においては、種々の点において格差の存在すること、および格差を生じた理由が明らかになった。

したがって、今後、わが国民の健康水準を向上させ、名実ともに先進諸国の仲間入りをするためには、従来行なわれてきた健康を保持し、かつ増進させる場としての公衆衛生施策の進展、健康を育てる場としての生活環境施設の整備、健康を回復させ、確保させる場としての医療施設および医療保障の充実などが、関連する他の分野の諸施策とともに、より積極的に進められなければならない。なお、物的施設の整備のみならず、きめの細かい対人保健・福祉サービスを行なうための機構および職員の充実が必要であり、特に重要なことは、国民が自分の健康を自分で高める理解をより深めることであろう。

わが国の健康水準を高めるために必要なことは、第1に健康についての概念を従来の消極的な考え方から積極的な方向へもってゆくことであろう。

従来、健康は疾病との関連においてとらえられた反面、疾病のないことがそのまま健康だというように考えられていたが、冒頭に述べたWHOの健康の定義をまつまでもなく、健康は疾病などマイナスの要因との関連においてのみならず、栄養・体力や快適な生活環境などプラスの要因との関連において、より積極的にとらえられなければならない、そのための施策の推進が肝要である。

第2には、地域間、職域間の健康水準の格差を是正することを重点指向とすべきである。特に都市と農村とを考えた場合、都市がまさっている水準もあれば、逆に都市化に伴っておこる種々の健康障害を考えた場合、都市が劣っている水準もある。したがって、今後、都市・農村の両面にわたって、地域の特性に応じて、健康水準を引き上げるための適切な総合的な施策が必要であろう。

このようにして、国民が最高の健康水準を保持できるようにすることは、国民の福祉の向上を念願し、人間尊重を旗印とする社会開発の最大の課題であり、使命であるといわれなければならない。