

### 種々の立法案

健康保持組織を連邦行政のなかにひきこむことは、議会のいろんな人によって試みられてきた。

P. M. エルウッド氏は、新しい健康保持組織についての考えの持主と目されている人であるが、連邦政府がこの組織の実行に手助けせねばならない理由に関して、次のように述べていた。「健康保持戦略は、政府の購買力をあげるテコとなり、競争的な保健産業をつくることであった」。

### 上院の諸法案

上院の労働福祉委員会の保健分科会で、7つの健康保持組織と保健諸資源とが考慮されている。この分科会はすでに12日間のヒアリングを終ったが、その後もひき続き行う予定である。

上院に提案が予定されている法案のうち主な3つは、施設・事業にたいする補助金と融資、地域の総合保健サービスへの援助等々に関するものである。そのほか、医学校や地方教育病院への補助金制度についてのものもある。

### 下院の諸法案

下院の公衆衛生・環境小委員会でも、健康保持組織についてのヒアリングをする計画をたてている。ここでも、種々の内容の法案が

用意されている。

*Congressional Quarterly*, Apr. 1, '72, p. 731-734.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 社会保障制度と社会制度



(アメリカ)

イギリスのロバート・ピンカー氏はその著『社会理論と社会政策』(Pinker, Robert, *Social Theory and Social Policy*, London, Heinemann, 1971)において、社会保障に対する多くの考え方を分類し、大別すれば residual model (残余としての社会保障) を主張する思想と、institutional model (制度, 組織を重んじる社会保障) を主張する思想とに分けられると述べている。しかし現実の社会保障制度は、思想上のこのモデルが示すほど明確に区分できるものではなく、このモデルを実際の社会保障にあてはめて分類することは不都合であるというのがピンカーの考えであった。

ここに紹介するシカゴ大学のシュロンスキ

氏は、いわばピンカーが思想上のモデルとして提示したものを、現実の社会保障制度を把握するための概念として用いているのである。

彼は現実の社会保障のうちあるものは最低水準の原則 (principle of minimum) にのっとり、また他のものは最適水準の原則 (principle of optimum) にのっとり実施されていると説いているのであるが、この論文のメリットは何故そのようにそれぞれ原則が異なるのかをある程度説明できている点ではないかと思う。ともあれこのような分類方法が次第に一般化しつつあるのが現状のようである。思想を分類するためのモデルとしてではなく、現

実の制度を分析するための概念としてこれを用いることには若干疑問が残るのであるが、このようなドラスティックな分類が社会保障を理解する上で一つの手がかりとなることは事実であろう。以下シュロンスキー氏の論文を要約する。

社会保障に関する用語 social welfare, social services, public assistance, public welfare など、各国でその意味内容が異なるだけでなく、社会保障にたずさわっている各方面の人人や学者の中でもその解釈は各人各様であるのが現状である。このように用語法が混乱している一つの理由は、この分野で用いられている用語が概念として確立していないためである。つまり、公的な制度か私的な制度か、対象となっている人々がどのようなグループの人々か、等々によって各種の制度や組織が分類されているのが現状である。このような叙述的なあるいは説明上の定義では、社会保障制度がどのような原理にのっとって作用しているのかを示すことはできないし、その他の制度とどう異なるかを明らかにすることも

できない。さらには社会保障制度に含まれる各種の制度、各種の組織、各種の活動が、それぞれどのような基準に従って運営され、相互にどう関連し合っているかを明らかにすることはできない。

このような混乱を解決するためには社会保障制度に関する用語を概念化する必要があるのである。ところで、社会保障(welfare)は、財、サービス、権益等の資源を配分するための、公的ならびに私的な仕組であると考えることができるであろう。とすればその配分には当然何らかの基準があり、その基準にしたがって資源が配分されているはずである。そしてその基準には当然それに対応する考え方または根拠があるであろう。このような観点から西欧社会の社会保障をみると、それは大きく分けて二つに分類することができるのである。

(1) 西欧の産業化社会で社会保障が正当化される一つの根拠は、それが「必要悪」であるという考え方からきている。理想としては各人がそれぞれ独立し、健全で、かつ市場経済に対する適応性を持っていることが望まし

い。しかし実際には市場経済の制度に適応できない人も出てくるであろうし、その結果そうした人は栄養、住宅、教育等にわたって最低限度の水準を維持できなくなるであろう。またそうした人々は生産者または消費者として十分な役割を果すことができず、社会にとって経済的な問題をひきおこす原因となったり、政治不安や犯罪の原因となるであろう。このような潜在的な危険を防止するために、彼らに現金、サービス、財等を支給することは、市場経済社会の自己防衛のために不可欠の措置なのである。このような考え方にもとづいて社会保障が運営される場合、その基準は生存にとって不可欠な最低限度のものになるのである。

(2) 社会保障が正当化される根拠の第二のものは、最適水準の原則に結びつくものである。この場合も前者と同様、市場は資源の配分を十分におこないえないという考えが前提となっている。しかし前者の場合、市場経済の継続をはかることがその目的であったのに対し、後者の場合には、市場経済で果しえない部分をおぎなうことに目的がある。人々に

とって欠くことのできないサービスなどのうちあるものは、個々人にまかなわせるには費用がかかりすぎるため、市場を通しては供給することができない。したがって、そうしたサービスは政府その他の機関や組織を通して支給されることが好ましいのである。

このような場合の給付の水準は、少なくとも理論的には、科学的な知識や、専門的な技術、あるいは財政能力に基づいて決定されるのであり、常に上昇する傾向がある。さらに第1の場合には対象者はできるだけ少数者に限られるのに対し、第2の場合には必要と認められるできるだけ多くの人々に、その人が経済上果す役割とは無関係に支給されるのである。

この分類は、支給されるものが財なのかサービスなのか、専門的な社会福祉従事者の手をかりるのかそうでないのか、などとは一応無関係である。しかし一般的に言って、現金を直接支払うような制度は最低水準の原則に基づいていることが多く、保健、教育、カウンセリング等現物を支給する制度の方は最適水準の原則に基づいてなされることが多いの

である。

この理由は次の点にある。西欧の工業化社会では、健康や教育の問題よりも所得の方が社会的地位を決める決定的条件であり、なによりも所得が社会的地位を表示するシンボルである。高度の医療やレクリエーション施設を個人に保障したからといって、それは市場を通しての報酬分配メカニズムとは矛盾しない。しかし地位を表わすシンボルである現金の支給は、市場機構と結びついた現行の社会的秩序を破壊するおそれがある。現金の給付が最低水準になる傾向があるのは高い現金の給付が市場社会の経済機構を混乱させないためである。それとは逆に社会的地位とは関係のないサービスなどは最適水準になることが多いのである。

サービスの多くは社会的地位の序列に影響を与えないといっても、それには自ずと限界がある。したがってそのようなサービスは、個人を対象とするのではなく、地位のはっきりとしたグループを対象とする場合に典型的に最適水準の原則をとってあらわれる。たとえば特定産業の全被用者に対して住宅、

医療、児童教育等高度のサービスや財が支給されることがある。また公的な制度の場合でも特定のグループ（たとえば老人や児童）を対象とする時にこの傾向があらわれる。産業社会においては、老人や児童に対してはもともと低い地位しか認められておらず、彼らに対する高い給付も全体としての社会的地位の秩序に大きな響影を与えないからである。

西欧の産業化社会において社会サービスの支給が最適水準の原則で実施される傾向があるのはこのような理由によるのであり、またその場合にも社会サービスは特定の範疇に属する人々を対象として支給されることが多いのである。

Hagith R. Shlonsky,

Welfare Programs and the Social System:  
A Conceptual Examination of "Social Services" and "Income Maintenance Services",  
*The Social Service Review*, Vol. 45, No. 4,  
Dec. 1971, pp. 414-425.

(一圓光弥 健保連)