

海外社会保障情報 No.23

JUY. 1973



社会保障研究所

各国のトピックス

「国民保健サービス病院に おける私的診療」に関する白書

(イギリス)



4月3日に公表された白書（「国民保健サービス病院における私的診療」 *Private Practice in National Health Service Hospitals*）によれば、病院における私的診療は国民保健サービスにとってためになるものである、とする。政府は、おおむね、病院における私的診療の現状維持を支持する、としている。

この白書は、私費患者に対する国民保健サービスの施設提供に関する下院支出委員会 *Commons Expenditure Committee on NHS Facilities for Private Patients* が去る3月に公表した報告にもとづいて作成されたものである。政府は同委員会の勧告の四点すべてをうけいれている。

公私診療の完全分離は、国民保健サービスを傷つけるような方向において、別箇の医療サービスを出現させることになる、と白書はのべている。国民保健サービスの枠外での私的医療の需要は乏しい専門職の技術を国民保健サービスから流出させかねない。

同一の病院内で私費患者と国民保健サービスによる患者を診ることができ救急患者に容易に対処できるパート・タイム顧問医の通勤時間の節約ならびに私費患者による必要がないときの国民保健サービス患者による個室または小病棟の利用を含む、現行システムの利点が白書において列挙されている。

訪問時間の自由や献立の選択などの点にお

いて、「国民保健サービス全体が模倣すべきパターンとなり基準となる点は私的診療の利点の一つである」、と白書は示唆する。私的診療に提供される施設は、外国人の私費患者などに医療機会を与えるものであり、ひいては「わが国の医師の地位をすぐれた国際的メディカル・センターとして維持・高揚する」刺激を医師に与えるものとする。

政府は、権威のない私的診療のためにベッドを用いるなど、国民保健サービスにおける私的部門の濫用が存在するとする委員会の見解には同意している。政府は、そうした濫用がはびこり又は増大しているとは考えていないが、病院におけるコントロール手続きがもっと厳格に守られるべきであることは認めている。

若干の顧問医が国民保健サービス患者を軽視しているという主張はまことに重大な批判だ、と白書はのべているが、政府としては病院内部での職員処置手続きが診療行為を規定していると考えている。

国民保健サービス病院における有償ベッドの存在について最も論議のある論点は、医療

上緊急を要しない状態に対する私的診療が国民保健サービスによる診療よりも迅速に扱われているという事実である。しかし、白書では、有償ベッドの存在は「ウエィティング・リストに及ぼす影響は全くとるに足らぬものであった」とのべている。国民保健サービス病院にしめる有償ベッドの割合は1963年以後2パーセントを少し上回るにとどまっていることを指摘する。

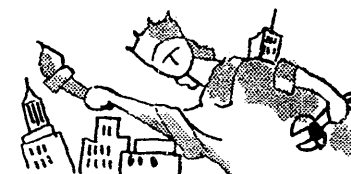
だが、政府は、一部の国民保健サービス患者の体験してきた診療待ちについて早急に検討を進めている。近い将来には、とるべき行動が公表されることとなろう。

イギリス医師会では、昨日つぎのようにのべている。「イギリス医師会は、つねに、医療の国家独占に対する結構な代替策として私的診療を支持してきた。医師の大多数は政府の結論を歓迎するであろう」と。

労働党の保健に関するスポークスマンであるシャーリィ・サマースキル博士 Shirley Summerskill は、「労働党は、現在審議されているヘルス・サービス再組織法案の委員会段階でこの私的診療には反対するつもりである。」

とのべている。

H M O 関 係 立 法 の 審 議 始 ま る



(アメリカ)

について紹介しよう。

法案提出の背景

最近の目ざましい医療費の上昇は、単一分野の専門医による出来高払いの医療という従来の型の医療と違う HMO の利点をクローズ・アップした。HMO は医療費の前払いを前提とする集団診療組織であり、多様な保健サービスを提供している制度である。HMO の原型はすでに1900年代から存在し、最近では約700万人のアメリカ国民と契約を結んでいる。そして HMO の前払いの原則は、結果的に安価な医療費を患者にもたらしており効果的に運用されている。

さる4月27日、上院の労働および公的福祉委員会は、第93回連邦議会における新しい大規模な保健関係の立法活動のための第一歩を踏み出した。しかしながら、同委員会は保健維持機構(HMO)の完全な設立と拡張のための連邦補助を規定した法案(S14)について思い切った経費削減を行なったのである。同法案(S14)の主要内容は、HMO、郡部向け保健サービス機構(HSO)、新しい保健教育センターおよびその他の保健医療給付制度における多様性と水準を向上させるためのメカニズム等に対する補助金と貸付の提供を規定するというものである。

以下、同法案提出の背景および審議内容等

The Times, Apr. 4, 1973.

(田中寿 国立国会図書館)

HMO に補助を提供しようという提案が第92回連邦議会においても多く提出されたが、上院を通過したのは唯一の一案であった。エドワード・M・ケネディ上院議員の支持することの上院通過法案は、3年間で51億ドルを要するものであった。そしてこれは1973年になってケネディ議員によって再提出されたS14とほとんど同じ内容のものであった。

1971年の連邦議会に送付した保健特別教書においてニクソン大統領は、HMO に対する連邦補助に関する広範なプログラムを主張したが、今年になって政府はこれを支持することから手を引いてしまった。それに代って、最近、政府は、HMO の限定されたメンバーにだけ連邦政府の補助を提供することを試験的に実施するという法案(HR 4871)を提出している。そして1974会計年度の予算で HMO の発展のために6,000万ドルを要求している。

なお HMO 関係の立法をめぐって、別のタイプの医療制度に対する補助金を要求するアメリカ医師会が活発な議論をたたかわせている。今年になって上院ではもはや新たに HMO に関する公聴会を開催しないが、下院の保

健小委員会は2日間の公聴会を開催している。

主な HMO 関係法案と必要経費

今後連邦議会で審議に付される主な HMO 関係の法案が必要とする予算はどの位になるであろうか？ 以下に紹介する主な法案は、連邦補助を得て患者に提供せねばならぬサービスの定義にそれぞれの違いがあり、そのため必要経費も違っている。

1. ケネディ議員提出法案(S14)

HMO は精神医療サービス、眼科治療サービスおよび処方箋薬剤サービス等をも提供しなければならないことを規定しており、保健・教育・福祉省の見積りによれば、そのための必要経費は患者1人当月額38.61ドルとなるであろうということである。

2. 下院保健小委員会提出法案(HR51)

基本的な治療からケネディ議員案に規定されるサービスを除くが、補足的サービスとして HMO がそれらの諸サービスに関して契約により提供することを承認する案であり、必要経費に関する見積りは月額26.50

ドルとなっている。

3. 政府提出法案(HR4871)

保健・教育・福祉長官が最小限度の基本的なサービスを設定するものとするが、この法案には他の法案に規定するサービスに含まれている児童の歯科治療は除外されることになる。必要経費の見積りは月額21.35ドルとなっている。

上院委員会の見解

上院の労働および公的福祉委員会の報告は現行医療制度を「現行制度下においては、患者は、それぞれ離れた場所にいるので訪問するためには長時間を要する各分野の専門医師達から、あまりにもしばしば、統一をかく医療を受けなければならない」と批判している。さらに委員会報告は、新しい HMO の制度は医療における選択を患者に提供するものであると論じている。地方の医師会によって HMO を規制することを専ら州法が規定するものとした法案(S14)の特に議論を喚起している条項については、委員会は、HMO と組織医療との協同は望ましいことであるが、州法

	会 計 年 度 (単位 100万ドル)		
	1974	1975	1976
HMO			
立案補助金	10.0	15.0	20.0
当初の発展のための補助金	15.0	25.0	30.0
建設補助金	15.0	30.0	40.0
当初の運営補助金	5.0	30.0	50.0
建設貸付	10.0	20.0	30.0
当初の運営貸付	5.0	30.0	50.0
小 計	60.0	150.0	220.0
HSO			
立案補助金	5.0	7.5	10.0
当初の発展のための補助金	7.5	12.5	15.0
建設補助金	7.5	15.0	20.0
当初の運営補助金	2.5	15.0	25.0
建設貸付	5.0	10.0	15.0
当初の運営貸付	2.5	15.0	25.0
小 計	30.0	75.0	110.0
地域保健教育・サービス・センター			
開発補助金	5.0	15.0	30.0
建設補助金	3.0	5.0	7.0
当初裁定医療 貧困者の医療に関する補助金	25.0	50.0	150.0
リスクの高い患者の医療に関する補助金	25.0	50.0	150.0
小 計	73.0	170.0	487.0
医療の質保証委員会	15.0	40.0	70.0
総 計	178.0	435.0	887.0

による規制はできない、と断言している。

また委員会は、法案(S14)の必要経費を35億ドル削減して、15億ドルとし、次の大きな修正を行なった。

1. 地域または州の総合的な保健立案機関が HMO の補助金に関する検討を行なうこと。
 2. 資金がすべての認可された申請者をカバーできない場合には、保健・教育・福祉長官は、まず第一に「経済的に見込みのある」申請者に補助金を提供すること。
 3. HMO プログラムの運用の最初の3年間は、HMO に対する特別な1人当たり補助金を制限すること。
 4. 特別なマンパワーを欠く HMO で、3年以内に当該サービスの提供を計画している場合については、保健・教育・福祉長官は、基本的な保健サービスに関する要請を差控えることができる。
 5. 保健・教育・福祉長官は、インディアンの保健サービスに関して HMO と契約を結ぶことができる。
- なお委員会は、保健医療給付に関する国立研究所の設置をも法案に規定した(これは後で

HMO 法案から切離され単独立法案となった)。

少数意見

だが、HMO 理論を支持することについて Peter H. Dominick (共和党・コロラド州選出) 上院議員は、法案(S14)を「費用の点からも範囲の点からも非現実的」であると語った。彼は、同法案の予算の約半額を「断片的な国民健康保険」に相当する一般保健給付に当てることを主張した。

さらに彼は、法案に規定される HMO の定義はあまりにも厳格で、要求される保健サービスの範囲はあまりにも広範であると指摘した。現在最も進んだ型の HMO ですらも、法案に規定されるすべてのサービスを提供していないので、今後の HMO の運用のために連邦は「巨額な連邦補助金」を提供しなければならないことになる、と付け加えた。

保健給付研究所

上院委員会は、保健医療給付の国立研究所を設置する規定を「この提案に明確性を与え世論を喚起するために」HMO 法案から引込

め、代りに単独の法案(S723)とした。

S723は、保健・教育・福祉省の内部に独立機関としての新しい保健医療給付研究所を設置するために、およびその他の特別なセンター設置のために、3年間で4億3,000万ドルの歳出を計画している。同研究所は、進歩する医学とアメリカの国民に給付される医療との拡大するギャップを埋めるための医療給付の研究および実験プログラムを行なうことになる。

法案S14の諸規定

上院委員会で報告されたS14の主規定は次の通りであった。

1. HMO および HSO に関する立案, 当初の発展, 建設および当初の運営のための補助金を承認すること。
2. 大学の保健センターおよび地域の保健教育センターを発展させ建設するための非営利グループに補助金を提供することを承認すること。これらのセンターを発展させ、運営し、支持するための貸付の保証を承認すること。

3. HMO および HSO の当初の発展および建設のために貸付を承認すること。
4. 通院施設の建設, 輸送およびコミュニケーション・サービスの取得, ならびに当初の発展もしくは運営費のために, HMO および HSO に貸付を保証し援助すること。
5. HMO および HSO の設置または運営を制限することは, もっぱら州法によること。
6. 地域または州の保健立案機関による HMO および HSO への補助金または貸付に関する検討を要請すること。
7. HMO および HSO によるサービスの質規制に対する年次裁定を承認すること。貧困患者の医療について, HMO および HSO に1人当りの扶助を支給すること。
8. 保健・教育・福祉長官が, インディアンの保健サービスに関して, HMO または HSO と契約することを承認し, 非首都圏地域における保健サービスを援助するために, 特別なプロジェクトに補助金を交付することを承認すること。
9. 医療の質の全国基準を設定しモニタリングするために, 独立の医療の質保証委員会

(Commission on Quality Health Care Assurance) を設置すること。

10. 医療の質規制基準に合致する病院等のような医療提供者による行為から生じる損害を負担するための, 連邦の再保険プログラムを設けること。

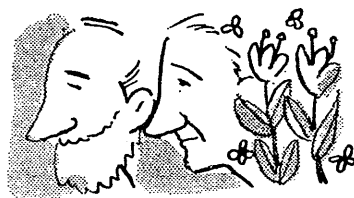
次に法案(S14)にもとづく必要経費は表の通りである。

だが上院の労働および公的福祉委員会は, 同法案の当初の必要経費51億ドルを15億ドルに大幅削減したので, 法案に規定される多様な高度なサービスの給付の実際は, より困難になるものと予想される。今後のS14に関する下院での公聴会および委員会審議, ならびにHMO関係の下院提出法案および政府提出法案についての審議等が期待される。

Congressional Quarterly Weekly Report, May 5, 1973. 他。

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

早期年金受給者の 就業継続問題



(西ツイド)

昨年の年金改革の要点の一つであった可動老齢限度制についてはその後も論議が続いている(一般の老齢年金受給資格は65歳で生ずるが、希望した場合63歳で減額受給が可能となった。しかし年金を受給しつつ継続して何らか就業を認めるかどうかという点で与野党の意見が対立している)。

与党案では、65歳になる前に早期年金受給を決定した者は無制限に賃金を受けることはできないとするもので、これについて大統領は3月31日改正案に署名した。連邦議会は野党案を押し切ったが、連邦参議院では野党の支配する各州が多数であるため、この案を拒否したのであった。

大統領はこれに対し、政府と与党の立場を支持し、連邦参議院の同意を要しないとした

のであって、ラインラント＝ファルツ州は連邦憲法裁判所に訴えようとしている。

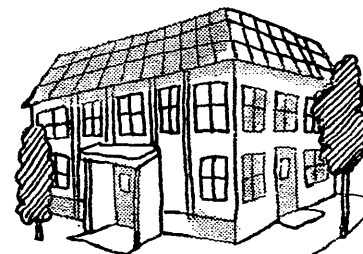
年金改革改正法が公布されると、1973年1月1日にさかのぼって、次のように早期年金

受給の際の所得制限が行なわれる。すなわち、早期年金と併行して正規の就業により許される所得は毎月拠出測定限度の10分の3をこえてはならない。これは1973年690マルク、74年750マルクとなる。ただし3カ月以内の臨時的就業はこの制限を要しない。なお法律発効の場合は、現在就業中の者は超過所得を還付する要はないが、就業継続の場合年金は停止される。

Die Welt, 31, März 1973.

(安積鋭二 国立国会図書館)

重度障害者の 就業助成計画



(西ドイツ)

西ドイツ連邦政府は3月21日職業教育促進法改正法と重度障害者法案とを承認した。

労相 Walter Arendt によると、重度障害者法(Schwerbehindertengesetz)は従来の重症傷

害者法(Schwerbeschädigtengesetz)に代わるもので、就業に対する特典、解雇保護の拡充、6日間の休暇増加を内容とし、すべての重度障害者はその障害の原因に関係なく保護を改

善される。

すなわち職業生活への復帰への包括的援助を定めて、すべての雇用主は、公的私的をとはず、15以上の作業所をもつときは、その作業所の6%は重度障害者に提供しなければならない。提供しないときは、1か所当り100マルク（従来は50マルク）の補償税を支払い、これはリハビリテーション助成に使用される。ただし30作業所以内の中小企業は、その作業所が重度障害者に適していない場合、この税は免除される。

解約保護については、4週間以上でかつ主管の保護事務所の同意があった場合にしか、解約が認められない。さらにこれと共に、重度障害者は年齢が進むに従って作業能力の低下が著るしいので、高齢被用者の作業所は特に保護されなければならない。

職業教育促進法は、1974年8月1日から外国人労働者の子弟を含めて、外国人職業訓練生を職業専門学校に入学させると共に、外国人の職業教育は個別に行なうことを規定したものである。

Die Welt, 22. März 1973.
(安積鋭二 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

年齢別の医療費（1977年）

（アメリカ）

アメリカでは、1972年度における医療費の年齢別による考察が行なわれた。その一部は次に示されるとおりである。

1972会計年度に、個人的な保健に要した全国的な医療費の合計は約719億ドルで、この金額は各人が提供された医療サービスなどを含み、医学的研究、医療施設の建設、予防などの公的保健サービスを含んでいない。719億ドルの支出は、15.9%が19歳未満（全人口の36.9%）、56.6%が19—64歳（53.6%）、残りの27.5%が65歳以上（9.5%）であった。全国民の約10%に当たる65歳以上が27.5%を占めていたのは、かれらが他のグループより罹患率が高く、しかも、より高い医療費の医療サービスを用いているという理由で説明されている。

全国民の1人当り医療費は339,56ドルで、3グループの年齢別による医療費は19歳未満が146,86ドル、65歳以上が981,42ドル、両者の中間から358,25ドルであった。

1972年度における医療費の増加率は9.4%

で、これは過去6年間における最低であった。このように増加率が低かったのは、部分的な説明として、1971年8月に始まった経済安定政策の影響が指摘されている。このような増加率を年齢別でみれば、65歳以上の11.6%が最も高く、19歳未満の6.5%が最も低く、両者の間が9.2%であった。

医療費を調達した方法では、約63%が私的な手段を用い、残りを連邦、州政府、自治体の基金が調達していた。私的な手段による負担分は、19歳未満が72%、19—64歳が74%、65歳以上が34%であった。65歳以上で私的手段が少ないのは、社会保険制度の一部で65歳以上の高齢者に給付を提供する高齢者の病院保険と補足的医療保険の2制度が実施されていることで説明されている。

なお、連邦政府、州政府、自治体の資金による財源調達では、66.3%が連邦政府の基金で、残りが州政府や自治体の基金によるものであった。連邦政府の資金による部分の年齢別では、19歳未満で57.9%、19—64歳で51.2%、65歳以上で80.8%がそれぞれ充当されていた。また、19歳未満のグループに連邦政府、州政府、自治体の資金で提供された医療は、公的(医療)扶助が40%、軍人の扶養家族に対する医療が24%、総合病院医療やその他の医療給付が13%を占め、残りが母子保健、

（15頁へつづく）

ニュース断片

西ドイツの医療費の増加について

連邦労働省の推定によると、1973年の公的
疾病保険の支出は400億マルクの限度を突破
するものとみられる。1972年は346億マルク、
5年前は僅かに205億にすぎなかったもので、
1972年に対し73年の増加は15.9%になる。最
近6年間で支出はほぼ倍増したことになる。
支出の最も多いのは病院、薬局及び医師に対
するもので、入院のため被保険者は1972年、
2年前に比して半分以上の55.6%多く支払っ
ている。これが1973年には1970年に比し、
統計で86.4%に達する見込みである。医薬消
費は2年間に34.7%、1973年は53.9%増加す
るであろう。最後に医師に対しては被保険者
は1970年に対し、1972年は38.3%の増で、最
近3年間の費用は52.1%の増加と推定され
る。

このような増加率はいずれも国民総生産や
賃金の伸びに比し著しく上まわっている。



1968年205億から1973年402億マルクの支出に
は事務費は一切含まれていないのである。そ
こでボンでは疾病保険の財政をどうするかと
いう問題が強く再燃している。4月初旬には
ドイツ職員組合議長が疾病保険の改革案を提
出するはずであり、労働省でも専門家委員会
を考えている。

党では疾病証(受診の時3か月期限の疾病証を
金庫から受け、これを利用しなかった時は保険料

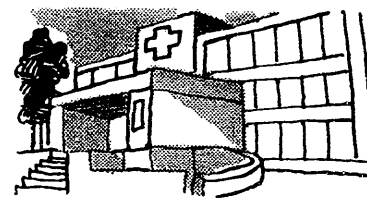
の割戻しがある)の還付制廃止の法案を準備し
ている。

しかし一方与党が1974年に予定している法
案では、約4,400億マルクの費用増額を生ぜ
しめるものと考えられる。この増加の原因
は、入院看護の期限を無制限にしようとする
もの、および疾病金庫は必要の場合(家庭内
で患者のため手をとられる場合など)生計補助を
しようとするもの、また子どもの病気のため就
業できなくなった母親に賃金の補償をしよう
とするものである。

Die Welt, 28. März 1973.

(安積鋭二 国立国会図書館)

西ドイツの職員年金



1980年までの年金

連邦職員保険事務所の計算によると、賃金
・俸給の上昇に応じて職員の年金は1980年ま

で87.69%上昇するものとみられている。
連邦職員保険事務所は、一般算定基礎(労働
者年金保険および職員保険の全被保険者の過去3
年間の平均賃金)が1973年の13,371マルクから

1980年には22,538マルクへ上昇するとみており、これによって保険料算定限度(保険料の算定基礎となる報酬の最高額)は3,800マルクとなり、保険料最高額は月684マルク(1972年においては月357マルク)になるとみている。

1972年において月収1,000マルクの場合に支払われる12回分の保険料170マルクは、月額13.49マルクの現行年金価値をもつ。これが1980年までに約2倍(25.32マルク)になるとみられている。

将来の賃金上昇の予測(1971年11.9%, 72年7.5%, 1973-76年各年7.25%, 1977-86年各年6%)に基づいて、連邦職員保険事務所が予測した1980年までの一般算定基礎(年金計算の場合の重要な要素となる全被保険者の過去3年間の平均賃金)の上昇率および年金額(月額)はつぎのとおりである。

年金調整と年金受給者の実質収入

このように職員保険における今後の年金の上昇は著しいものが予測されるが、1957年の年金改革以後今日までの年金受給者の実収入の上昇率はつぎのとおりである。これによる

表1 1980年までの年金上昇

(単位 マルク・%)

年	一般算定 基 礎	対 前年比	対 1972年比	年金額(月額) 指数 (1972=100)
1973	13,371	11.35	11.35	111.40
1974	14,775	10.50	23.04	123.10
1975	16,066	8.74	33.79	133.80
1976	17,243	7.32	43.60	143.60
1977	18,493	7.25	54.01	154.10
1978	19,834	7.25	65.17	165.20
1979	21,184	6.81	76.42	176.50
1980	22,538	6.39	87.69	187.70

(資料) 連邦職員保険事務所調べ。

と、年金受給者の実質収入の伸びは必ずしも大きくない。最近では実質収入の伸びは低下傾向にある。インフレ的傾向にある今日、こうしたデータは、年金受給者の生活が楽でないことを明確に示しているといえよう。賃金上昇に即した年金スライド制がとられている西ドイツにおいても年金受給者の生活水準の向上はそれほど大きくないということである。

表2 年金調整と年金受給者の
実質収入の伸び

(単位 %)

年	年金 調整	年金受給 者の実質 収入の伸 び	年	年金 調整	年金受給 者の実質 収入の伸 び
1959	6.1	4.9	1966	8.3	4.0
1960	5.9	4.3	1967	8.0	6.5
1961	5.4	2.8	1968	8.1	6.5
1962	5.0	1.6	1969	8.3	4.7
1963	6.0	3.0	1970	6.35	2.5
1964	8.2	5.3	1971	5.5	0.3
1965	9.4	5.2	1972	6.3	0.3

Renten steigen bis 1980 um 90vH,
Arbeit und Sozialpolitik, Dezem-
ber 1972, S. 407-408.

(石本忠義 健保連)

イギリスの社会保障給付の 濫用に関するフィッシャー委員会勧告

3月28日に公表された「社会保障給付の濫用に関する委員会の報告」*Report of the Committee on Abuse of Social Security Benefits* (Command 5228) をうけた政府は社会保障給付の濫用に対しきびしい施策をとることになった。増員のめどがつけばできるだけ速かに特別査察員を任命し、これら査察員は指定地域に集中的に配置されることになる。

本委員会(委員長は、商業銀行家でかつて高等裁判所判事であったヘンリー・フィッシャー卿である)は、「この問題は重大な課題である。濫用の防止と摘発に多大の努力をすべきことは当然である。関係部局は一般国民の批判をおそれて遠慮すべきではない」とし、「不正受給の判明している請求割合は多くはないが、多

額の金銭が毎年横領されているわけである」と報告している。

一部の人々が、自らの努力によるよりも国の保護をよしとするため、不正な請求をしているとはいえ、多くの人々は切羽つまりあるいは他に出口をみつけることができないで保護の請求をしている。

「こうした人々は同情に値いし、われわれとしてもこの人たちが保護の道を選ばなくてもよいような援助の方策をよしとするが、犯罪者の窮状に対する同情から制度の濫用を大目に見るべしとは考えない。もし不正行為が結構なことだとみられるようになったり、その取締り措置が不十分であれば、社会が損害をうけるであろう」と。

この委員会は、濫用について世間が騒いだ2年前に任命された。委員会設置の決定には社会福祉団体が非難をあげ、証拠資料の提出を要請された120団体のうち僅か35団体が回答した。

委員会は独自の調査はせず、市民相談所や婦人研究所からチャイルド・ポパティ・アクション・グループや救世軍にいたる幅広い諸団体によって提供された資料はバラバラであると結論している。委員会は、政府機関、国会議員を含む個人、保健・社会保障省や雇用省の何人かの役人から証拠資料を集めている。

本報告は、保健・社会保障省が濫用の程度を知るための組織的な努力をしていないことを批判しながらも、概して当を得た措置がとられてきており濫用の防止と摘発のために資源は適切経済的に活用されている、と結論している。また、保健・社会保障省と雇用省は給付請求者に対し迅速かつ温情的に対処しているともみている。

「両省は、これまで、二つの側から世の批判を浴びてきた。濫用の処理に十分なことを

していないしそれほどタフではない、と一部ではいい、余りにタフで請求者の個人生活にふみこみすぎる、ともいわれる。

本委員会の主な勧告は、特別査察員の増強を別として、政府のとるところとはならなかった。委員会は、フィッシャー委員会の作業を継続して濫用取締り措置を指導し監督し、あわせて濫用の程度を知るためのシステムチックな無差別抽出調査をする特別委員会を支持している。特別委員会ではなく、ポール・ディン社会保障次官が中央での調整・指導の任にあたる特別の責任が与えられることになろう。

無差別抽出標本調査は罪のない人の感情を害し罪人の疑いをかけるものであるとして拒けられた。そのかわり、集中的な運動を行うことにしたのである。

しかし、政府は、定期的に多額の勤労所得をうけているのではないかと疑われるケースをとりあげよとする委員会の勧告をうけいれ、一部の失業者や同棲者のケースに適用される「4週間ルール」に若干の手直しをすることとなろう。

委員会は、勤労所得を明かにしないのがあらゆる濫用のなかで最もけしからぬ重大なことだ、と確信する。「われわれは、この種の濫用の取締りを保健・社会保障省の配慮において最重点項目であるべきであり、必要な増員スタッフはそこに配置さるべきである、と勧告する」

二つの給与袋をぬかりなくうけている者——一つは国家からうけ、もう一つは常用被用者または実質的に常用被用者としてうけとる——に対する世間の同情は殆んどない。

単身者の場合、職業安定所により請求者に特定の職業が通告されないかぎり、「4週間ルール」で給付を却下すべきではない、熟練労働者は、補助給付(生活保護)水準以下の手取り賃金を支払う職業の就業を強いるべきではない。委員会は、条件が請求者に明らかにされるならば、このルールは正当化されると結論している。政府は、実現可能だと提案された制限をうけいれないが、このルールの不明確さを取り除くため立法措置をとることになろう。

同棲ケースに関し、委員会は、隣人や家主

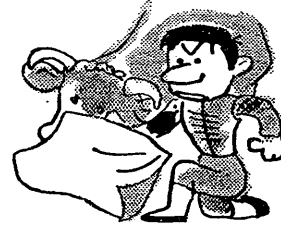
には最後の手段として様子をたづねるべきであり、特別査察員は保護支給手帳を取上げるべきでないがさし出されたら受けとるべきだ、と勧告している。

政府は、査察員を保護支給手当を取上げるべきではないとする勧告をうけいれたが、他の勧告を拒けている。

The Times, Mar. 29, 1973.

(田中寿 国立国会図書館)

スペインの社会保障改正



1972年に、この国は社会保障制度をかなり大幅に改正した。この改正は1966年の社会保障基本法が制定されてから初めて行なわれたもので、適用拡大、給付改善、給付算出方式の段階的改正、給付の自動的調整採用、ある給付の資格条件緩和などを主要な柱としている。また、構造的失業に対処するために、失業保険の改善も加えられていた。このような改正は、EEC諸国における社会保障制度の発達に刺激され、その後を追うものである。主要な改正は以下に示されるとおりである。

この国の社会保障制度は、賃金労働者と俸給取得者および自営業者をカバーする一般的な社会保障基金を中心としているが、被保険者は多数の集団に分れており、その集団はかなり複雑であった。したがって、今回の改正には、制度の簡素化を目指して、被保護者の

集団を整理統合することが企図されている。たとえば、農業部門などのように特殊な基金は、一般的な被用者の一般的な基金に統合され、また、特殊な補足的給付を支給するために、各集団ごとに設けられていた労働者の特殊な組織を段階的に整理して、将来、それらの組織は中央の単一の機関にまとめられる。なお、別々に定められていた拠出も1本に統合される。

年金水準の主要な問題として、年金は事実上の賃金より低い仮定的な平均賃金にもとづいて算出され、また給付と収入記録はインフレーションや生活水準の上昇に対応するように、組織的に調整されていないということが指摘されていた。これらの欠点を除去するために、年金はある上限までを条件とし、事実上の収入にもとづいて算出され、また、購買

力を維持し、かつ経済成長の分配をうけるように、定期的に調整されることになった。なお、従来の年金算出では、10年以上の拠出で、65歳から受給できる老齢年金は、(1) 基本賃金の25%に、(2) 拠出期間の11年以上35年までの1年当り基本賃金の1%を加え(最高は合計の50%)、その年金は1年間に14回支払われることになっていた。年金算出に用いる賃金には、12の賃金等級が設けられていた。上述した年金以外に、労働者の団体は同一額を支給することになっていたもので、各目的には、一応、基礎賃金の100%が支給されていたことになる。しかし、基礎賃金は事実上の賃金の半分で、しかも、賃金等級の賃金は賃金水準の上昇に調整されていなかったもので、事実上の年金水準は低かった。したがって、今回の改正は1975年を目標として、算出方式の根本的な改善を企図している。たとえば、社会保障による年金と労働者の組織による年金を併合し、収入上限は年額28万ペセタ(工業の平均賃金の4倍)とされる。喪失所得の補償率はまだ明示されていないが、80—100%の目標が考えられる。

給付の定期的な調整も詳細な点はまだ示されていないが、賃金の平均的な水準、生計費指数、経済の全般的な成長、社会保障制度の財政状態を考慮して、調整が行なわれる。その調整方式として、準自動的な方法が予想されている。

社会保障制度の財源は被保険者と使用者の拠出、および政府の補助金で調達され、各給付部門を合計した労使の拠出率は、使用者が42%、労働者が8%、両者の合計は50%で、事実上の賃金を反映していない賃金等級（上限は年額216,000ペセタ）に、これらの拠出率は用いられていた。

今回の改正では、上限を年額28万ペセタとし、事実上の賃金水準を用いた拠出を徴収することになったが、拠出は次の2つの部分で構成される。つまり、拠出は、(1) 賃金等級にもとづく部分と、(2) 基準となる基礎賃金と上限との間を対象とする補足的部分で、両者の拠出率合計は1972年から1974年まで60%で、1975年以後には、70%が予定されている。

廃疾年金では、10年間に1,800日の拠出と45歳以上という資格条件が要求されていた。しかし、改正により、上述した年齢の条件は廃止された。

また、遺族年金では、たとえば、寡婦年金は、40歳以上、廃疾、あるいは、遺児年金を受給できる子供の養育を条件として、支給を認められていた。現在では、年齢や労働能力に関係なく、また、子供を養育していない場合にも、寡婦年金は支給されることになっている。

ちなみに、資格条件の緩和と関連させて、適用拡大をみれば、従来の健康保険では、賃金等級の最高に属する者は、私的保険の利用が可能であるという理由から、健康保険の適用から除外されていた。しかし、改正により、現在では、かれらも適用をうけることになった。もっとも、上限以上の者はまだ適用をうけていない。

Social Security Revisions in Spain,
Social Security Bulletin, Vol. 36,
No. 4, April 1973, pp. 36-39.

(平石長久 社会保障研究所)

(9頁からつづく)

学童保健、経済機会法の制度などで提供されていた。19—65歳グループにおけるこれらの状況は、公的扶助が31%、総合病院医療やその他の医療が24%、復員軍人対策が16%、国防省の負担が31%であった。

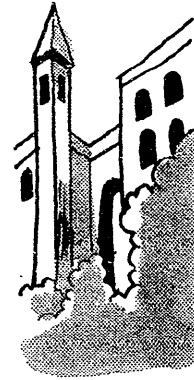
医療の内容では、全体の状況は病院医療の45.1%、医師による診療の22.5%、薬剤などの11.0%が上位を占めていた。年齢別では、65歳未満が上と同一の傾向を示していたが（比率は異なる）、65歳以上では、病院医療の49.3%、医師による医療の18.0%、ナーシング・ホーム収容の15.1%が上位を占めていた。

Barbara S. Cooper and Nancy L.
Worthington, Age Differences
in Medical Care Spending Fiscal
Year 1972, *Social Security Bulletin*,
Washington, Vol. 36 No.5, May 1973,
pp. 3-15.

(平石長久 社会保障研究所)

海外文献紹介

保健所の評価



(WHO)

保健所 health centres といってもその意味することは様々である。それを明らかにし、文献的に評価について論及し、今後の研究方向を指し示すのがこの報告書の目的である。

1. 保健所の機能上の定義

保健所は、機能、職員構成、所在地、経営主体に応じて分類されることができ、機能によるのが主である。この点からは、保健所は次の三つに大分類ができよう。

- (1) 第一線ケアのセンター（予防・治療サービス）
- (2) 特定疾病もしくは特定人口集団にたいする特殊サービス（結核、学童、産業労働者）
- (3) 第一線ケアと専門的医療サービスとが結

びついた総合的ポリクリニク。

第一線ケアのセンターは、さらに、(a) 予防サービスのみ、(b) 治療サービス中心、(c) 予防と治療の統合、に分類される。実態はこのように明白な区分によらないが、この報告では主に第一線ケアの統合形態をとる保健所に焦点を絞ることになる。

歴史的背景

最初に第一線保健所 primary health centre の考えをとり上げたのは、1920年のドーソン卿が議長の医療・関連サービス助言委員会報告である。1926年にはロックフェラーの援助でセイロンに施設が建設されるが、その仕事は全く予防的なものであった。1931年国際連

盟保健機関は農村衛生に関するヨーロッパ会議をひらき、そこで農村保健所 rural health centres の設立を進言した。この当時の保健所はとくに農村での活動、母子衛生、衛生教育、環境衛生、救急的患者への治療を内容とするものであった。

ドーソン卿の考えが最初に実行に移されたのはソビエト連邦においてである。1918年の革命後、予防と治療を統合した保健所網を全国民にゆきわたらせる仕事が始められた。ポリクリニクと病院とを含んだ広域的サービス態勢の一部分としてこの第一線保健所が位置づけられた。これが発展していき、都市においては、一般医に加えて専門医が入ってのポリクリニクとなる。このような方向は、東欧の社会主義国にうけつがれる。

第2次大戦後、このような第一線統合サービスの方向は、インドでも指向される。人口6~10万人に1カ所の施設を建設するという提案の報告書が出された。それより遅れて統合サービスの考えはラテン・アメリカにおいてもとり上げられるが、1950年代半ばまでは、それは予防中心のものであった。予防中心の

思想は北米からの影響によるもので、その影響はギリシャと占領下日本にみられる。

現況

保健所は純然たる予防サービスを提供するところだ、という考えは現在でも多くの国でとられている。アメリカ合衆国、コロンビア、エジプトなどである。発展途上国では、市部の保健所は予防中心、農村部のそれは統合されたサービス提供する形態がみられる。アフリカのウガンダでは、少ない職員でもって、病院でやられる業務以外のすべての保健サービスを家庭に提供するところを保健所として、医師補助ほか五つの職種を配置している(人口2万人に1か所)。エチオピアでは、第一線保健所と広域保健所 regional health centres とは別のもので、後者は50床以上の病床を有している。

先進国の保健所

ドーソン卿の提案は、1935年パイオニア保健所 Pioneer Health Centre という名称でのロンドン・ペックハム地区のモデル的保健所設

立につながるが、この実験的試みは大戦によって中断される。NHSF では、地方保健当局の予防サービスのための一般医の共同施設となるであろうものであった。しかし、1958年において、このような施設は普及せず、一般医をひきつけるものでもなかった。1960年代になって、新しい考えがとられるようになった。一般医の共同化の進行によって、だんだん医師自身も組織化されたものに慣れるようになってきた。1966年一般医の25パーセントだけが個人開業とみられる。1968年、93施設の保健所があり、69が建設中、67が計画中である。施設の充足も一定程度みられる。予防と治療両方の機能をもった第一線保健所のタイプが、イギリスでは最近急速に普及する方向にある。政府もイギリス医師会共にそれに同意している。スコットランドでは人口1万人に1カ所の施設を建設することが提唱されている。

フランスでは開業医の共同化傾向がみられる。一つの屋根の下で関連職種を共用するユニット利用であり、このユニットが保健所 centres de santé であるが、これは政府立のも

のではない。一般医と専門医の両方が一諸になり、母子、性病、がん検診、精神衛生、歯科衛生などの予防サービスを提供し、フランス社会保障制度からの料金を収入とする。約2,000施設が開業中と推定される。ベルギーにも同名のものがあるが、地方自治体もしくは民間団体によって開設・運営されている。

アメリカ合衆国の保健所は、主として地方自治体の公衆衛生局のある建物を指すものである。実際の予防活動は、私的な開業医の共同診療施設(グループ・プラクティス)によって担われている。グループ・プラクティスは、200万人の加入者をもつカイザー健康保険という民間の前払い保険と結びついているものである。アメリカ大都市のスラム街において最近設立されてきているのが、地区保健所 neighbourhood health centres で、発展途上国でみられるものに近いものである。貧困者を対象とし国家財政で運営される。現在50施設ほどであるが、この施設の目的は、都市の病院外来部の高度専門アプローチに代る貧困者向け第一線保健ケアを提供するものである。

2. 第一線保健所評価の経緯

ここでは、評価というものは一連の施策の価値の決定、を意味する。保健プログラムの最終目的である対象人口の健康改善に至る様々の段階があるが、評価のレベルは下記のようになる。

- (1) 資源提供
- (2) 提供し授与されたサービスの量
- (3) 推定されるサービスの質
- (4) サービスから得られた健康の改善

資源提供に基ずく評価は、人員・施設・設備などの単純な記述をするものである。これらから提供されるサービスひいては国民へのベネフィットの情報を得ようとする。保健従事者によって提供された年間業務量の報告はまみられるが、その対象人口が知られていないと人口対比の投下業務測定が困難である。各国または WHO のスタッフによってなされた諸調査においても、正確なものでは必ずしもなく、設置されている資源の記述にとどまっているのが一般的である。いずれにしてもこの種の評価からは利用率を得ること

は困難である。

提供し授与されたサービスの量にもとづく評価は、提供組織側からのアウトプットを量化する管理的調査研究 operational research とサービスを受けとる国民の側の利用率分析となる。前者は保健所内の情報の収集にとどまる。特定サービスの利用量だけ、つまりたとえば1966年のインドでのデータでは保健所受診件数100のうち1例が病院紹介であった、というデータである。保健所健診の正味の時間(2.5分とか)、受診者の疾病分類、受診者の保健所までの距離(61%は1マイル以内)などが知られる。インドにおけるある調査は世帯面接調査であり、これによると利用率把握が可能である。後者は、人口をベースにした利用率調査であるが、それだけでなく疾病の発生状況も知ることができる。大がかりな利用研究は、WHO の援助によるジョンス・ホプキンスグループ(K. L. ホワイト教授)によってなされる。イギリス、合衆国、ユーゴの国の間の各サービスのタイプごとの利用率比較研究を行なったものである。

合衆国では、疾病と保健サービス利用にか

んする世帯調査が1957年より継続的になされている。国家的規模でのこの調査から、貧困者の多くが受ける外来診療は病院外来部もしくは保健当局のクリニックであることが知られる。さいきん、地方的もしくは各国であるいは WHO でこの種の調査が種々に行われている。

サービスの質にもとづく評価は、医療評価 medical audits にもとづくものであるが、これはオープンスタッフ制というルーズな病院医師形態をとっている合衆国で発達した制度である。そのほか患者からデータを集める、という方向もある。検査室データなどもサービスの質をある程度示すものである。

健康改善の評価は最高に難かしいものである。1952年のエジプトのデータ、日本の宮坂による調査などがある。よくデザインされた調査は1961年から1967年にかけてのエチオピアの調査である。世帯対象に3年半の追跡調査をしたものである。

費用を基礎にした評価もあるが、これは提供されたサービスの効率性を示すものである。発展途上国ではこれに関するデータはな

い。エチオピアでなされた WHO のデータによると、人口密度が疎である地域での保健所への1訪問あたり費用は、人口密度が高い地域のそれより高価につくことが明らかであった。保健サービスの費用は、結局は人件費に

依存することが知られている。

3. 提案された調査 (略)

Milton I. Roemer : Evaluation of Community Health Centres. WHO. *Public Health Papers* 48. 1972. pp. 42.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

1971年私的健康保険の現状



(アメリカ)

I

アメリカの社会保障について考える場合、私たちが常に念頭に置いておかなければならないのは、私的な保険制度や私的な社会福祉事業の重要性である。厳密な意味では、社会保障は公的な制度に限られるであろうが、国民生活のあらゆる局面で、その生活を支えている諸制度を包括的に捉え、その中で社会保障制度の意義を明らかにするためには、私的な諸制度についてもその役割を正しく評価しておく必要があるのである。

ことにアメリカのように私的な諸制度の役割が大きい国では、このことは一層重要性をおびてくる。この国では、1965年に老人を対象とした健康保険制度が制定されたものの、今なおその他の国民には公的な健康保険制度は存在していない。私的な健康保険制度の持つ意味がアメリカ国民にとっていかに大きいかは容易に想像できるのである。

ここに紹介する文献は、私的な保険制度が国民の医療に果たす役割を、いくつかの統計をもとに分析したものである。必ずしも私的

な健康保険の意義ないし限界を十分に解明しているとはいえないが、将来の公的な健康保険制定への動きを占なう上でも、一つの手がかりを与えてくれるものである。

II

一口に私的な健康保険といっても、それには大きく分けて三種の種類がある。

第一は、ブルークロスとブルーシールドである、前者は主に入院時の諸経費をカバーする制度で、全米に約80の地域的な組織を持っている。後者は主に医師の診療費をカバーする制度で、やはり全米にほぼ同数の地域組織を持っている。両者は共に営利を目的としない組織である点が、次の保険会社とは異なる点である。

第二は、保険会社による健康保険である。各個人が保険会社と契約を結ぶ形も少なくないが、被用者等の団体による団体保険の形をとる場合がはるかに多い。

第三は、独立制度と呼ばれるもので、これには、被用者団体や労働組合が運営するもの、地域的な組織や消費者組織が運営するもの、医療団体が運営するもの等が含まれる。

III

それでは一体これら私保険はどの程度利用されているのであろうか。医療費の主な項目別にその適用状況を1971年末の推定値で見ると、入院費を私保険でカバーしている人々は全人口の77%におよんでいる。また外科医診療費については全人口の74%が、入院時の医師の往診費については72%の人々が、レントゲン費・実験検査費は71%の人々が私保険を利用している。その他の診療費、処方箋薬剤費、看護費等では私保険を利用している人々は全人口の50%前後にすぎず、歯科医診療費にいたっては適用率は8%弱となっている。

この数字でも明らかなように、健康保険の中心は比較的高額な入院費等の医療費であって、それ以外の医療費についてはまだまだ適用人口は限られているのである。最近の傾向としては、健康保険も次第に医療を包括的に捉えて、各種の医療費を一括してカバーする保険が重視されるようになってきている。例えばレントゲン費・実験検査費、処方箋薬剤費、看護費等については、私保険に加入している

人々の全人口に対する割合は、1962年以来約倍増している。また歯科医療費についてはその適用率は15倍にもなっている。しかしこうした傾向にもかかわらず、今なお私保険の総給付支出のうち64%が入院費によってしめられており、医師の診療費としては31%が支払われ、その他の医療費は5%程度にすぎない。このことは次のことから明らかである。すなわち、総医療費のうち私保険で支払われたものは42%におよんでいるが、入院費と外科医診療費を除いた医療費だけをとると、それら医療費のわずか6.2%しか私保険で支払われていなかったのである。健康そのものの維持ではなく、高額な経済的負担に対して予防することを目的とする私保険の考え方が強く現われている。こうしたことから、国民健康の維持を目的とする国民健康保険制度が各界から強く求められているのである。

さらに適用人口についても一つ注意すべき点は、どの健康保険にも加入していない人々の存在である、65歳未満の人々についてみるとその数は20%にもおよんでいる。それに対して65歳以上の人々についてはその数は3

～4%にすぎない。ほとんどの老人が公的な老人健康保険を利用しているからであって、老人健保の果たしている役割がこれらの数字にも明確に現われているのである。

IV

私的な健康保険の中でも、最もよく利用されているのは保険会社によるものである。入院費を私保険でカバーしている人々のうち、ブルークロスやブルーシールド加入者は全体の36%、保険会社と契約を結んでいる者は60%、独立した制度に加入している人々は4%となっている。こうした比率はその他の医療費の項目についてもほぼあてはまる。例外としては、歯科医療費について、独立した制度に加入している人々の割合が全体の41%と高いのが目だつ程度である。また全体を通して、個人契約よりも団体契約の方がはるかに多いのは、多くの被用者が職場を通じて健康保険を利用しているからであって、将来何らかの国民健康保険制度が実施される場合にも、これらの団体保険がその中心になると考えられる。

保険の種類別分析で興味深い点は、その種

類によって、適用者一人当りの給付額、管理費等に違いが見られる点である。例えば適用者一人当りの年間支出を入院費についてみると、ブルークロス76ドル、ブルーシールド59ドル、保険会社の団体保険52ドル、保険会社の個人保険16ドル、独立制度の場合は60ドルとなっている。これは各保険によってカバーしている入院費の内容が異なるからであって、より包括的に入院費をカバーしているブ

ルークロス加入者の病院利用度が一番高く、したがって一人当りの入院費支出も一番高いのである。

Marjorie Smith Mueller, Private Health Insurance in 1971: Health Care Services, Enrollment, and Finances, *Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. 2, Feb. 1973, pp. 3-22.

(一圓光弥 健保連)

1971年の私的な労働福祉制度



(アメリカ)

各企業において、労使双方もしくはそれらのいずれかが実施する私的な労働福祉への財源調達支払いは、1971年には対前年比で16.1%の上昇を記録し、この上昇率は1950年以来の最高であった。つまり、任意方式による私的な退職、健康、生命、および一時的廃疾の各保険の財源に対する労使の支出は402億ド

ル(対前年56億ドル増)で、その増大は1971年における賃金や俸給の上昇を大幅に上まわっていた。このような増大は1971年8月の賃金・物価凍結の影響によるものと思われる。なお、給付に要した支出は約300億ドル(対前年36億ドル増)であった。

このような労働福祉は死亡、(1) 災害、疾病、退職、もしくは失業によって、定期的な所得を中断された場合の所得維持と、(2) 疾病や傷害によって生じた医療費を調達する諸給付に大別され、前述したように、任意方式の私的な制度をして実施されている。これらの制度に対して、上述したように、1971年には財源を調達するために、402億ドルが支払われており、これは前年よりかなり大幅な増大を示している。この増大の主要な原因は私的な健康保険の費用が増大したことである。退職給付制度でも、財源の調達に大幅な増大が記録されており、この部門の増大は対前年では18.8%増で、これは最近5年間における最高であった。その他の各部門でも、財源調達は膨張しているが、それらは健康保険や退職給付制度ほど大きくない。

これらの財源調達を賃金や俸給の支払総額と対比させた比率をみれば、1971年における健康保険では、財源に支払った支出は賃金や俸給の総額の2.9%(1966年では2.1%)で、退職給付制度では3.7%(同上2.9%)となっている。このような比率の上昇は、部分的に

は、賃金の上昇が横ばい状態となっているという事実を反映するもので、また、給付の範囲が広くなり、しかも、諸給付の費用が上昇していることによるものである。給付費の上昇では、とくに、健康保険が指摘される。

給付の費用は1971年に294億ドルが記録されており、これは5年前の約2倍で、対前年比では14%の上昇となっている。この数年来を比較すれば、費用増大の上昇率は若干小さいが、部分的には、上昇の小さい1つの原因として、健康保険の給付増大が緩慢になったことが指摘される。また、1971年8月に連邦政府が病院と医師の料金について、一般的に上限を定めたことも指摘される。ともかく、それらの要因により、1971年には、前年の上昇率より低下していた。

一時的廃疾給付の費用も増大する比率が鋭化しているが、これには賃金凍結の影響が指摘される。つまり、この給付は賃金に比例しているが、賃金凍結により、給付の上昇が抑制された。退職給付制度の費用は、対前年比で17%の上昇が記録された。

とくに、私的年金制度をみれば、財源に対する支出は166億ドルで、これは1950年の6倍に相当する。対前比は18.8%の上昇で、使用者の支出は被用者よりもさらに大きく、その負担分は91%（前年は84%）であった。

私的年金で給付を支払った支出は、86億ドルで、約520万人（前年は48%）の受給者に給付が支払われた。支出増の原因には、受給者の増大とともに、給付の改善、賃金や俸給の上昇なども指摘される。

なお、私的年金の財政で付言すれば、1971

年に私的年金は総額1,500億ドル（前年より140億ドル増）の資金が記録されていた。ところで、労使双方による財源調達急増にもかかわらず、資金の増加率は、毎年の平均が11%を記録した1960年代より低かった。

Walter W. Kolodrubetz, Employee-Benefit Plans, 1971, *Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. 4, April 1973, pp. 27-33.

（平石長久 社会保障研究所）

1972年度の社会予算および

国家予算における保健支出



（フランス）

国の社会予算の増加率は、1972年度では、国家予算（追加予算を除く）の増加率よりも高

い。過去3年の数字は次の通りである。

(単位：百万フラン)

	1970	1971	1972
G N P	729,226	803,516	886,500
国家予算	158,161	169,877	185,860
社会予算	154,213	173,168	193,488

GNP に対するパーセンテージは次の通りである。

	1970	1971	1972
国家予算	21.6	21.1	29.9
社会予算	21.1	21.6	21.8

これからわかるように、国の社会予算は、国民総生産のほぼ5分の1に当る。この割合は、年々増加している。

1. 国の社会予算における保健支出

a 1972年度に推定される社会支出は、1,881億8,800万フラン（種類別にみた場合）と1,972億1,100万フラン（制度別に見た場合）の間である。しかし、後者の数字には、農業被用者の支出と国鉄制度の疾病支出とが含まれている。

種類別の社会支出を金額の大ききの順に並べると次の通りである。

	金額 (百万フラン)	割合 (%)
廃疾, 老齡, 死亡	72,721.90	38.68
保 健	45,778.82	24.33
家 族	34,765.43	18.47
分離不能な共通のサービス	8,680.19	4.62
労働災害および職業病	8,430.00	4.44
住 宅	7,690.59	4.09
政治的事件および天災	7,414.44	3.93
職業教育, 失業	2,707.33	1.44
計	188,188.70	

出典：国の社会予算，1972

b 社会支出のうちで一番大きなものは、廃疾、老齡、死亡に対する支出である。この支出は、過去3年間に次のように変っている。

(単位：百万フラン)

	1970	1971	1972
廃 疾	2,271	2,567	2,663
老 齡 (年金)	27,342	31,259	35,059
死亡その他	28,233	31,170	35,003
計	57,846	64,996	72,722

老齡支出は、年金およびそれに付随する給付のみを含み、その他の老齡給付は除かれている。この支出の比率は、1970年度では47.7

%であるが、1972年度では48.2%になる。

反対に、廃疾支出（年金および診療）の比率は、1970年度の3.9%から1972年度の3.6%と僅かに減少している。

c 第2番目は保健支出であるが、その中味を過去3年間について見ると、次の表の通りである。

	1970	1971	1972
入 院	12,331	14,406	16,570
薬 剤 および 検 査	7,296	8,267	9,502
診 療	7,275	8,250	9,159
そ の 他	9,437	9,575	10,548
計	36,339	40,498	45,779

入院支出は、入院患者の移送費、入院料および公的部門の診療報酬（入院患者と外来患者）を含んでいる。外科手術、医療看視および放射線療法について民間病院施設で医師に支払われる診療報酬は、診療の項に含まれている。

本当は、公私とも入院費はすべて同じ項に分類し、また外来診療の診療報酬は診療の項に分類する方が分類の仕方として当を得てい

よう。

「入院」費は、社会予算では独立の項目として分類されているが、実際には入院支出の一部分しかカバーしていない。しかし、入院費は、全保健支出の3分の1以上となっており、その割合は年々増加し、1970年で33.6%、1971年で35.5%、1972年で36.2%となっている。

検査および輸血を含めて、薬剤支出はかなりの額にのぼり、ごく僅かではあるが増加している（1970年で20.0%、1971年で21.4%、1972年で20.7%）。

眼鏡、補整・補装具などの費用は薬剤支出に含まれていないが、それらの費用は、薬剤支出のほぼ4%となっている。

一般診療、放射線治療、歯科診療および義歯の費用は、保健支出のほぼ20%を占め、ほとんど変化していない。

d 家族の項目は、支出額としては3番目に大きなものであるが、家族給付のほか、出産にかかる費用をも含んでいる。後者は、産前産後の往診、休業手当金、出産施設での診

療および入院、各種手当金などを含む。それらの費用は次の通りである。

(単位：百万フラン)

	1970	1971	1972
出 産	1,540	2,073	2,345
家族手当その他	26,498	29,423	32,420
計	28,038	31,496	34,765

出産費の割合は、年々増加し、1970年で5.4%、1971年で6.5%、1972年で6.7%となっている。

e 保健、出産、労働災害および職業病を広い意味での保健支出としてまとめれば、次表のようになる。

(単位：百万フラン)

	1970	1971	1972
保 健	36,339	40,498	45,779
労働災害	6,917	7,677	8,430
出 産	1,540	2,073	2,345
(広義の)保健	44,796	50,248	56,554
その他の社会支出	105,414	118,168	131,634
合 計	150,210	168,316	188,188

広義の保健支出は、全社会支出の30%を占めており、1972年ではごく僅か増加してい

る（1970年と1971年では29.8%である）。

労働災害と職業病が保健支出に占める割合は、僅かに減少の傾向を示し、1970年で15.44%、1971年で15.27%、1972年で14.90%となっている。厳しい労働関係立法や労働災害および職業病予防基金の増加などは、こうした減少傾向をいっそう促進するのに与かるであろう。

一般制度では、労働災害予防のための支出は少ない。

(単位：百万フラン)

	1970	1971	1972
総支出	5,589.51	6,274.80	6,956.45
予防支出	90.16	100.00	110.00
百分比	1.6%	1.6%	1.5%

予防支出の比較的高い坑山制度でも、1970年から1972年にかけて減少している。

	1970	1971	1972
総支出	719.00	787.50	846.00
予防支出	19.59	18.80	18.00
百分比	2.7%	2.3%	2.1%

以上の数字を検討すれば、保健支出と社会支出全体とは同じ歩調で増加していることが

分る。社会予算では個別項目として上っていないが、予防活動の活発さが社会予算の保健および廃疾支出のかなりの部分を減少させていることは十分考えられる。

2. 国家予算における保健支出

a 1972年度の財政法第56条の適用により、国家予算の事業項目別支出がはじめて発表されたが、これによって、主要項目のどれとどれに国がどのような努力を払っているか知ることができる。支出額の大きさの順に、主要項目9つをまとめた次の表は興味を惹く。

	1971		1972	
	支出 (百万フラン)	割合 (%)	支出 (百万フラン)	割合 (%)
2 教育・文化	39,613	23.32	44,380	23.91
3 福祉、保健、雇用事業	31,006	18.25	33,676	18.14
9 国防	30,904	18.19	33,386	17.99
1 公務	18,589	10.94	20,944	11.28
7 工業およびサービス業	11,338	6.67	11,469	6.15
6 運輸・通信	9,388	5.53	10,502	5.66
8 外国	7,944	4.63	8,855	4.77
5 住宅・都市計画	7,015	4.13	8,234	4.44
4 農業その他	5,632	3.32	6,294	3.39

0 その他の支出	8,448	4.97	8,180	4.40
合計	169,877	100.00	185,860	100.00

国の予算のうち、もっとも大きなものを4つあげると

- 教育・文化
- 福祉および保健事業
- 国防
- 公務

これらのうち、第1と第4のものはやや増加し、第2と第3は減少している。

b 福祉、保健および雇用事業では、それらの細目は次の表のようにになっている。

(単位：百万フラン)

	支出	%	支出	%
34 福祉制度および社会保障	11,940	38.5	13,101	38.9
32 福祉事業	9,366	30.2	10,084	29.9
36 戦傷病者	6,808	21.9	7,142	21.2
31 保健	1,221	3.9	1,335	3.9
35 労働および雇用	752	2.4	942	2.8
37 職業訓練	214	0.7	230	0.7
38 研究	180	0.6	223	0.6
30 その他	525	1.7	619	1.8
計	31,006	99.9	33,676	99.8

ここで、まず「福祉、保健、雇用」の項目

の中で、「保健」は全体の4%ならず、「労働および雇用」は3%ならずであることに注目しよう。

福祉制度および社会保障、ならびに福祉事業は、全支出のほぼ69%を占めている。社会保障費の93%、福祉事業費の97%は公的制度にあてられている。これらと戦傷病者（この場合の公的制度への支出は97%である）とを合わせると、福祉、保健、雇用の90%を占める。

1972年度の保健支出を次のようにまとめてみよう。

(単位：百万フラン)

31 保健	1,334.92
37 医療従事者およびパラメディカル教育	228.62
39 研究	211.70
計	1,775.24

国の保健支出は、「福祉、保健、雇用」の項の5.26%、国家予算全体の0.95%にすぎない。

施設(5億9,600万フラン)その他の支出を別にして、保健支出の内訳を見てみよう。

母子保護を含めた予防全般	574.20	49.3%
診療および入院	148.67	12.8

教育 および 研究	440.32	37.9
計	1,163.19	100.0

予算医療支出は、上掲の保健支出の50%近くを占めているが、「福祉、保健、雇用」支出のうちの1.7%、国家予算の0.7%にしかすぎない。

3. 社会予算と国家予算の比較

国の社会予算に計上されている支出は、部分的には、福祉の名目ないしは使用者負担の名目で国家予算に現われている。社会予算は、国のこうした支出や負担のほかに、地方公共体の支出や社会保障機関等の支出を含んでいる。

収入のなかで、国の拠出は次の通りである。

(単位：百万フラン)

	1972
使用者としての国の拠出	13,115
公共体としての国の援助	38,861
計 (社会予算の28%に相当)	53,016

国のいかなる福祉支出も、「福祉、保健、雇用事業」の項(1972年で、336億7,600万フラン

にすぎない)には計上されていない。したがって、国の福祉関係の拠出は他の項目に割り振られている。

社会予算における保健支出を見ると、すでに指摘したが、保健支出は、福祉支出全体の30%を占めるにも拘らず、後者より増加のリズムが鈍い。国家予算では、保険支出は1971年に対して1972年度は僅かではあるが減少傾向を示しさえしている。すなわち、1971年で国家予算の0.72%であったのが、1972年では0.71%となっている。

予防医療支出のごく僅かな増加が、保健および廃疾支出の著しい減少の原因となったと考えられ、またこれはほぼ確実であろう。逆に、このことが、高齢関係の支出増をひき起したと考えられる。経済的観点からすれば、企業も医療担当者も、予防医療をもっと重視する方向へその努力を払うべきであるといえよう。

社会予算の各項目や国家予算の各項を見ると、福祉関係費の細分化が難しいだけでなく、そうしたさまざまな機能を独立した個々の制度の形に分離することがもっと難しいこ

とがわかる。

所得の再分配、社会的リスクの保障、保健事業、住宅扶助等は、きわめて社会的な機能ではあるが、これらはまた、教育文化、公安、工業および農業生産、さらには海外サービス、国防なども深くかかわりあっている。

分類というものは、いかなる場合にも恣意的な部分がかかなりあるということを十分認識する必要がある。社会支出をわれわれを次のように解釈することにする。「生存ないしは何らかの状況の発生によって生じる費用をカバーする目的をもつ一切の支出であって、受益者の対応する反対給付をともなわずに、第三者の介入をうながすものである」。

Les Dépenses de santé Dans le Budget Social de La Nation et Dans le Budget de L'État en 1972 / Jean-Simon CAYLA / *Revue Française des Affaires Sociales*.

(藤井良治 亜細亜大学)

67年改革後の社会保障

(フランス)



67年改革を定めたオールドナンス(大統領令)は、フランス全国経営者協会(CNPF)に設けられた「社会保障委員会」がその意見をまとめて65年7月1日に発表した「社会保障とその将来」に端を発するものである。そこでは、フランス経済がしだいに緊迫化する国際競争からの要請に対応できるように、「社会保障制度全体の支出」、とくに「設備投資の発展に欠くべからざる貯蓄」を阻害する支出を合理的に抑制すべきことが提案されたのである。そして、一般的生活水準の上昇は、労働者が彼等に提供されている保証に自からそのための負担を受けもって行くことによってはじめて可能となる、として「保険」への回帰が強調された。

このような基本的な見解の上に立って CN

PF は、つぎのような社会保障改革のための提案を行なった。

(1)疾病保険、老齢保険、家族手当、労働災害の4部門に別々の金庫制を設けて、予算、保険料、機構を分離させ、4部門相互間の調整を廃すること、

(2)法定給付を制限して、各金庫は限定された予算に拘束されるものとする、

(3)社会保障が償還しない給付部分(医療保険)を共済組合や任意保険に負担させること。

(4)各金庫の理事会機構を改め、とくに疾病保険部門については被保険者の代表数を保険財政への貢献度に比例させること。

67年社会保障改革の性格なり意味は、その発端となったCNPFのこのような考え方と提案を考慮してはじめて正しく理解されること

になる。

67年改革の基本原則

67年に行なわれた社会保障の改革には次のような基本原則がみられる。

(1)リスクの分離

運営上および財政上の統一性をなくして部門制をつくりあげ、3部門相互の連帯の原理を廃棄した。

すなわち運営組織の点では従来の全国社会保障金庫が廃止され、これに代わり、

全国疾病保険金庫

全国老齢保険金庫

全国家族手当金庫

の三つの全国金庫制が設けられ、全国疾病保険金庫は疾病、出産、廃疾、死亡、および労働災害・職業病について、全国老齢保険金庫は老齢について、そして全国家族手当金庫は家族負担についてそれぞれ運営の任務を負うものとされた。なお、財政組織の点でもこれら三部門ごとに財源が充てられることとなったが、全国疾病保険金庫については、労働災害・職業病の財源が別建てにされた。

(2) 疾病保険の財政均衡策

全国疾病保険金庫は疾病保険制度の財政的均衡を維持しなければならないものとされた。そのため全国金庫には初級金庫および地方金庫に対する指導権限が付与され、全国金庫が給付の引締め、保険料の増収、またはこの二つの方法の組み合わせによって財政的均衡を維持し、あるいは回復することができるような制度がつけられた。

また財政均衡策の一つとして保険料の算定基礎となる賃金の上限を一部撤廃する制度が導入された。この制度は一面において上限額を越える収入を受け被用者に負担の増加をもたらすこととなった。というのは、共済組合の保険料は疾病保険法制の保険料と同じ基礎賃金にもとづいて徴収されるからで、とくに給付面で、疾病保険の患者一部負担部分全部をカバーすることができないとされたことによって不当な差別が引き起された。

(3) 同数代表制の導入

従来、社会保障機関はすべて選挙された被

用者代表が多数を占める理事会によって指揮されてきたが、67年改革で選挙制度は廃止され、理事会はもっとも代表的な労使団体に指名された同数の労使代表から構成されることになった。

任意保険制度創設の方向

67年社会保障改革の契機は、政府および経営者側の見解によれば、一般制度に危惧される財政的不均衡を解決することにあつた。このような認識が仮りに的を射ているとしても、その時のオールドナンスにこめられた意図はもっと深く、別のところにあるようにも思われる。実際に、リスクの厳格な分離は、長期的にみた場合、医療費が継続的に上昇しているという事実から疾病保険部門に脅威を与えることとなる。1975年には、疾病保険部門の収入は456.98億フランになるのに対し、支出は561.90億フランとなり、約100億フランの赤字が既に予測されることからしても明らかである。国があらゆる手段を用いて社会保障の財政上の参加を少なくしようとするかぎり、疾病保険部門は遅かれ早かれ思い切った措置

を必要とする困難な事態に直面することになる。かくして、改革によって採用された新しい機構は、しだいに疾病保険を連帯というよりも扶助の精神に結びつく最低限保険に改めるために利用される恐れがある。このようなことは、結果的には私保険への期待を強めることとなり、十分な収入をもつ者でなければ安心できる保障を受ける可能性を得られないこととなるであろう。それでは社会保障の目的がつぶされてしまうことになる。

社会保障の赤字はあるのだろうか？

社会保障の赤字の問題は67年改革の際に議論の中心に置かれ、公式的な理由として役立った。われわれはここでもう一度、社会保障の赤字といわれるものについて、その言葉の意味するものがなんであるかを正確に考えてみる必要がある。

ところで67年改革は、経済的視点からみると、ある重大な誤解の上に組み立てられたものであるということが出来る。それは、疾病保険の赤字が制度内における再組織という措置によって回復することのできる人為的な赤

字であるとする点である。実際には、赤字は社会保障組織自体の外側にある原因によって発生してきたものである。すなわち、まず第一に医療費従って医療保険費の増加は基本的には医療技術の絶えざる発展によってもたらさせているものである。第二に赤字の存在は負担の移転によって提起された問題に結びついている。例えば社会保障一般制の疾病保険部門は71年でみると、財政事情の悪化した鉄道勤務員、鉱山労働者、船員などの特別制度のために、財政調整費として9.5億フランの財政負担を余儀なくされている。

これら二つの要因のほかに、第三の要因として、むしろ一般政策の結果としての物価等の継続的上昇があり、これが疾病保険の赤字に大きく寄与している。

このような状況からすると、67年改革は恐らく疾病保険の赤字を解決することはできないであろう。長期にわたって収支の均衡を維持し得るような唯一の解決方法は、医療支出の絶対額および相対額を削減して医学研究や医学の進歩を抑えるのみならず、むしろそれらを停止させることである。この事態を避け

なければならないとするならば、財政不均衡の悪化を軽減する方法としては、薬品産業の膨大な利潤を抑え、またはその付加価値税を免除して医療費の支出を軽減するか、あるいは医療給付額に制約を加えるような制限措置を採用するかという代案をとるほかはない。67年改革が採用した施策はいうまでもなく後者の措置である。

改革後の二つの重要な措置

社会保障制度の適用を受けている人口とこれを費用面で負担している「拠出者」数とを対比させてみると、前者は後者の2.22倍で、拠出者一人が2.22人分を支えていることになる。他方、ある研究によると社会保障総支出は総賃金の約40%に相当するといわれており、それは購買力の一つの大きな要素となっている。67年改革はこのような拡大した社会保障費の規模を安定化させることをその本質とするもので、このことが社会保障給付費の軽減をもたらす措置の採用を可能にしたのである。67年改革後、その延長線上で採用された基本的な二つの措置がみられる。それは保

険者と医師団体との間の全国協定制と新しい病院組織法である。

71年7月3日の法律で認可が与えられ、同年11月1日に発効した全国協定制は疾病保険の支出を抑えることを本質的目的としている。この協定制は制度の任意的性格を残しながら、別々の適用様式をもつ二つの医療部門の併存を導入した。その一つは余裕のある被保険者に、他は資力の乏しい被保険者に向けられたものである。この二つは経済的側面で深刻な結果をもたらすことを見逃してはならない。それは、医師の権限によって協定料金を上回る場合が出てくること、プロフィール医療制が設けられたことによるものである。

すなわち、協定は全国一本のものとしたため、開業医は患者がいかなる階層に属していてもすべて協定事項を遵守しなければならないものとされたが、実際には協定料金を越える延長診療が比較的簡単に認められたため、患者の収入の大きさとその要望に則した医療が行なえることとなった。

プロフィール医療は、その支持者による

と、疾病保険が負担している2～3%の開業医の医療の濫用に目をつけたものといわれる。しかし実際のところは、このプロフィール医療は、総体としてあるいは個別関係においてあらゆる形で医療消費を抑える目的をもつので、これによって医師団体に課された束縛は患者と医師との関係を変化させ、しだいにある範疇の被保険者に向けられる医療の「暗市」を発展させることとなるであろう。

70年12月31日の法律およびこれを修正した72年5月4日の法律で導入された病院改革は、フランス病院制度に新しい法規制を加えるものである。その内容は三つからなるが、公的病院サービスの合理的な組織化、病院の公的部門と私的部門との間の調整、および公的病院の管理方法の改定である。

これらの諸点のうち、ここでの検討の対象となる問題は、私立病院の開設許可、および公的部門の病院への私立病院の参加について設けられた法規定の問題である。これらの諸規定は、事実上、営利を目的とする病院に対して、政府との契約で公的サービスの譲渡を受けられる可能性を提供することになる。このよ

うな契約は、ある場合にはこれらの私立病院に独占の機会を確保してやることになる。

営利を目的とする病院への公的サービスの譲渡は、病気がもうかるという空気をつくりだし、労働組合が「医療資本主義」と呼んできたものに通ずることとなる。被保険者の立場からすれば、この改革は、彼等が負担しなければならない費用を増加させ、疾病の前にいくつかの社会的部門間の不平等を強めることになる。

Antoine Ferry, *La sécurité sociale depuis les Ordonnances de 1967, Revue d'économie politique*, septembre-octobre 1972, pp. 983-997.

(上村政彦 名古屋市立大学)

社会保障こぼれ話

労働災害補償法の改正

(アメリカ)

1972年に43州とプエルトリコが労働災害補償にかんする法律について、100以上の法律を改正した。これらの改正は、各州の労働災害補償法を検討するために、連邦議会により1970年に設けられた委員会が提出した勧告に応じたものであった。

それらの勧告の中には、労働災害を蒙った労働者と扶養家族に対する現金給付の改善を取上げたのもあった。たとえば、1973年には各州における平均賃金の66 $\frac{2}{3}$ %また、1975年には各州における平均賃金の100%の最高給付額を条件として、給付は労働者の取得した平均賃金の66 $\frac{2}{3}$ %と同一水準にすべきであるとしている。現在、この基準に該当する州がすで幾つか存在している。しかし、法定給付額よりも、「動的」給付額を支給する方式を採用する動きは緩慢な傾向をもっている。動的給付というのは、各州の平均賃金(週額)の変化に対応させて調整された給付を指している。このような給付には、各種の方式(38頁へつづく)

社会福祉の計画



L. Ristic (ユーゴスラヴィア)

本稿には、社会福祉を計画する場合の基本原則と方法が論述されている。

組織された社会の発展が計画されるべきである。計画を通じて、近代社会にその発展の方向を定め、主要な構成要素に大きな影響を与える。したがって、われわれは社会福祉を社会経済発展のある恒常的な社会的機能とある重要な要素とみなしている。社会福祉の目的は、戦争から生じたあるいは過去の社会から与えられた社会的な諸問題を解決することであり、また、社会経済発展、生物学的や人口統計的な変化(老齢、廃疾)などから生じた新しい諸問題を解決することである。

社会福祉は社会開発の水準や社会の経済的

基盤により、観念的にまた文化的に決定される。その最終的な目的はある完全な社会保障制度の展開で、それには社会扶助のもつ一時的に普及した特色は何でも含まれる。

われわれはしばしば社会福祉の完全かつ複雑な描写を忘れて、各部門で制度化され、また特殊化された個別的な構成要素だけに注意している。これは社会的な資源と成果の好ましくない「雲散霧消」を招くかも知れない。

社会福祉の計画された発展は、毎日の生活と労働のすべての部門を見通しながら、一般的な社会生活の状況に適用されなければならない。

社会福祉発達の計画に用いられる主要な基本原則は、次に示されるとおりである。

社会福祉は単なる社会的消費の一部門ではなくて、資源と要員のニードをともなうある制度である。

社会福祉の型はわれわれの社会制度のもっている基本原則、社会政策の目的、および社会福祉の機能に調和していなければならない。

これらの基本原則と衝突しないことを条件として、社会福祉の伝統的な型は認められるであろう。

上部機関と社会的な存在(使用者、政府の医療サービスなど)の施設と資源は十分に利用されるべきである。

社会福祉を強化するためには、地方レベルで行なわれる特殊なサービスの開発が必要である。

社会福祉制度におけるある困難と時代遅れを克服し、また、計画期間中に社会福祉の発達を推進するために、計画は社会福祉の立場、役割および機能を決定しなければ

ならない。

社会福祉発達の計画に用いられる展開の段階は次に示されるとおりである。

1. 現在存在している統計的な情報と文書、その他の資料や研究にもとづき、前回の計画期間に実現された社会福祉発達の分析。
2. 計画期間全体にわたる社会福祉各部門の将来のニーズがもっている傾向の予測。この予測は次にもとづいて行なうことができる。

各ニーズの確認とそれらの発達の予想。

前回の計画期間におけるそれらの各ニーズの分析。

社会的な各ニーズと関連をもつその他の傾向（人口の年齢構成、出生率などの変化）への注目。

3. 各ニーズが確認された場合に、次期計画期間に対する目的と優先順位を決定することができる。

4. その場合には、全期間に必要とされる資源を決定するために、計画の最初の説明は明確に述べられるべきである。
5. さらに、計画の最終的な説明が設計され、資格を有するすべての機関はその計画を知らされ、その計画の討議が行なわれる。
6. なんらかの必要な調整が行なわれた後で、その計画は最終的な承認のために提出される。

これらの段階は相互に密接な関係をもっている。経済的および社会的な傾向は、いつでも心にとめておかれるべきである。国民所得の増大に特殊な注意が払われなければならない。その場合にだけ、社会福祉発達は社会全体の発達と一致するであろう。

Planiranje socijalne zastite, *Socijalna politika*, No. 3-4, 1970, pp. 22-24; No. 8, '71.

農村の労働者と社会保障

Robert Weise (ブラジル)

疾病、老齢・廃疾に対して、ブラジルで農村の労働者を保護するある「基本的な制度」は、従来では、1969年9月5日にブラジル政府によって発表されたある政令で規定されていた。当初、その制度は砂糖きび産業の労働者だけを対象としていたが、最終的には、そ



の制度は農業的な企業の全労働者、農産物原料の生産者と供給者、および季節的に雇用される農業労働者に適用されるであろう。

ブラジルの農業労働者とかれらの扶養家族に対する健康保護制度は、「農村福祉・社会

保障特別基金」つまりFUNRURALと呼ばれるある準自治的な機関によって監督される特殊な基金により、1963年に設けられた。この基金は一般的な社会保障制度とは別に運営されている。その基金は第1段階の販売で支払われる農産物価格の1%というある租税で財源を調達される。農村の労働者達は自動的に保険をかけられるが、かれらは制度に拠出することを要求されない。制度の実施された当初の数年間、FUNRURALは管理・運営上の諸問題と実施上の諸問題に悩まされた。1966年末まで、その収入は予想された所得の20%にすぎなかった。1967年には、ブラジルの社会保障制度の統合に続いて、全国社会保障公社(INPS)が租税の徴収と制度に参加している病院や診療所に対する基金の支払いという双方の業務について、FUNRURALを代行するようになった。管理・運営業務の統合と租税徴収業務の簡素化から生じた財政上の節約は、FUNRURALの財政状態を収善した。現在、制度は健康保護と病院医療の保険を、1,800万人の農村労働者とその扶養家族に拡大していると報告されている。

農村労働者に対する社会保険の基本的な制度を規定した1969年9月5日付の政令は、1969年5月1日付と7月24日付のすでに設けられていた2政令を修正し、かつ拡大した。完全に実施された場合に、その基本的な制度は、より広い内容をもつINPSの制度にすでに拠出している人びとを除き、農業的な企業の全労働者に適用されるであろう。その制度は疾病、廃疾、および老齢の諸給付を提供している。死亡給付、遺族年金、および被保険者の入獄中における扶助は、扶養家族に支払われる。INPSに12カ月間の拠出が支払われた場合には、30日間の労働不能以後、被保険者は居住する地方の最低賃金の70%に相当する疾病給付もしくは廃疾給付の受給資格を取得できるであろう。給付の支払いは被保険者が労働不能の間続けられるであろう。居住する地方の最低賃金の70%に相当する老齢給付は、被用者がINPSに60カ月間拠出を支払い、かつ最低65歳(女子は60歳)になったときに支払われるであろう。医療給付は診療所、外科、および歯科の各診療を含み、それらの診療には、FUNRURALの資金から支払われ、また、

各地方の病院の状態が許す限り提供される。

基本的な制度の財源は次の収入源から調達される。

1. 被保険者：各地方の最低賃金の4—6% (当初、より低い拠出率が要求されるであろう)。
2. 使用者：被用者の支払う額と同一額(4%)に、労働災害保険に対して従業員1人当り各地方の最低賃金の2%を加えられる。
3. 政府：管理・運営費に、もし必要な場合には、他の拠出者による不足部分の補填を加えられる。

基本的な制度に含まれる会社もしくは企業は、FUNRURALに対する支払いを含めて、各地方の被用者に対する他の社会福祉拠出の支払いを免除される。INPSは拠出収入の25%をFunruralに移転し、それは医療給付に充当されるであろう。この金額が不十分な場合には、INPSはその差額を埋め合せ、それに

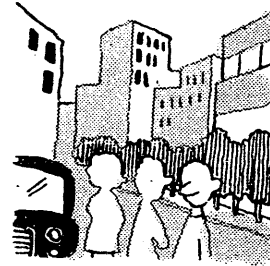
応じて拠出率を調整するであろう。

Social Security for Rural Workers in
Brazil, *Social Security Bulletin*, (U.

S. A.), No. 6, June 1970, pp. 18-20;
No. 20, '71.

農民の疾病保険

Julius Andresen (西ドイツ)



本稿には、農民に対する疾病保険制度は、絶対的な必然として登場するという意見の一致に刺激されて、いかにしてこの制度を最もうまく設けることができるかということ、筆者は検討している。

農民は長年にわたり疾病に対する保険の必要性を感じてきた。今日、圧倒的に多数の農民とかれらの扶養家族は、疾病に対する保険をかけられている。保険者達は私のおよび公的な疾病保険制度の双方を含んでいる。しかし、大部分の例でみられるが、疾病保険制度に拠出を支払うことのできない農業から引退

した農民の疾病保険で提供する保護は、全く不十分である。

農民に対する疾病保険の問題は、次の3つに大別することができる。

- (a) 働らいている農民とかれらを助ける家族への疾病保険。
- (b) 農業から引退した農民の疾病保険。
- (c) 有資格保険者の機構改革。

(a)にかんする論議は、制度化が予定された合理的な疾病制度について行なわれる提案か

ら消えてしまった。現在討議されているのは、保険を適用する場合に、職業にもとづいてか、あるいは一般的な義務かのいずれにより強制適用にするかということである。事実上では、全般的な議論は、圧倒的に多数の農民が任意方式で法令による疾病保険制度に加入することのできるようにした法的な諸条件がすでに存在しているので、全般的な議論は不必要である。

問題とされる(b)の解決は議論の余地もなく緊急を要する。まず、年金受給者の疾病保険を管理する基本原則により、何故引退した農民が疾病に対する保険でカバーされるべきであるかということは明白でない。

現在では、最も大きな困難をもたらす原因は組織の問題であると思われる。ある人びとは、労働者にはある特殊な疾病保険制度が連邦レベルで設けられるべきで、引退した農民を含む自営業者には、ある別な制度が設けられるべきであると考えている。その他の人びとは、1つの制度で労働者と自営業者を一緒

に保護するが、しかし、少なくとも、管理・運営上の地域 (Regierungsbezirke) には新しい機関を設けたいと考えている。

この観点では、結論として、新しい保険制度をもつ新しいタイプを設けるには、納得のゆくなんらの理由も存在していないということになる。

含まれた諸問題に対する簡単で、効果的な、しかも適切な解決は、次に示されるとおりである。

1. 農業の全被用者 (自営の農民とかれらを助ける家族を含む) に対して、ある強制的な保険が設けられるであろう。適切な保険の保障を設けられている場合には、適用の除外を認めることができる。
2. 引退した農民は強制的に被保険者となり、かれらの拠出は老齢保険制度によりかれらの全員に支払われるであろう。
3. 疾病保険制度の管理・運営では、現在存在している制度が引受けるであろう。

Die Krankenversicherung für Landwirte, *Die Krankenversicherung*,

No. 10, 1970, pp. 243-245; No. 33, '71.

年金の法令にみられる 均一性と差別

V. A. Atcharkan* (ソ連)

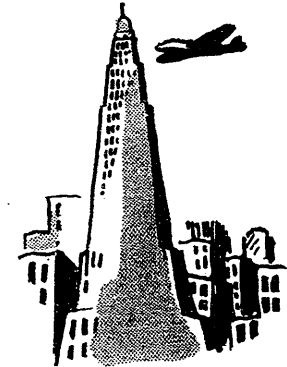
筆者は被用者と集団農場の農民(コルホーズ構成員) に対して設けられた各年金制度で支給される年金の資格条件と年金額を標準化するということについて、ある諸問題を論述している。

コルホーズ構成員の年金と諸給付を規定した法律は、事実上では、被用者の制度と同一の基本原則をもっている。基本原則の同一性は実施上に大きな価値をもっており、望ましくない除外や実施上に生ずる幾つかの不必要な複雑さを除いている。その同一性は生活環境や労働条件の違いにもとづく区別と、コル

ホーズ労働の量と性質にみられる相違を取除いていない。

各制度間における重要な相違は、コルホーズ労働と家族を扶養する義務の評価と関連をもっている。

各年金は雇用期間と過去の収入によって決定される。2つの制度におけるこれらの考察に与えられた重要性には、相違がみられる。コルホーズ構成員に対する裁定は、雇用契約による雇用期間を考慮するが、過去のコルホーズ構成員は被用者に裁定された年金に含め



られていなかった。他方、北辺で雇用された人びとはより寛大な資格取得条件——これらの地方では、所定の労働期間以後、より短い資格取得期間とより低い年金年齢が認められていた——を得ていたが、コルホーズ構成員はそのような規定から利益を受けていない。コルホーズ構成員は骨の折れる難儀なまた危険な環境で従事する労働に認められている増額された年金額や補足的給付からも、利益を受けていない。コルホーズ構成員の労働は、事実上では、工場の労働とそれほど異ならないということが論議されている。取扱いの格差は望ましくない環境の永続的な労働に対するインセンティブとして、十分なものとはいえない。年金額を決定する要素からこの判断基準を取除き、かつ別なしかも独立した年金を考慮するように判断基準を明確にするのがより一層現実的であるだろう。2つのケースだけ——コルホーズの議長、専門家など——にコルホーズ構成員の年金を裁定したり、また評価する場合に、なお、事実上の就労日数ではなくて、コルホーズにおいて全期間に就労したある最低の就労日数を条件にし

て、所属していた全期間で、コルホーズの季節的な労働を評価する場合に、労働条件が考慮される。

コルホーズ構成員の制度による年金支給額の仕組みは、被用者の制度より複雑でない。全般的には、この点にかんする統合は、コルホーズ構成員の制度の方に、被用者の制度を同化させる方向を取るべきである。

扶養家族に対する義務は被用者の制度で認められており、コルホーズの制度では範囲が被用者の制度より狭い。しかし、コルホーズ構成員の31.7%は扶養されている子供らである。そのような取扱いの違いは、僅かではあるが、理論的および経済的な正当性を含めて、「被扶養者」の定義に用いられる異なった言葉づかいから生じている。さらに、農村地帯の世帯のうち25%が被用者とコルホーズ構成員の「混合」世帯であるという事実は無視されており、また、このようなことは幾つかの望ましくない結果を生み出している。

年金制度に加えられるある将来の改革は、次の各基本原則を含めるべきである。

社会保障の普遍性とすべての労働不能の者に対する均一的適用。

労働の性質と労働条件に認められる相違を含めて、過去の労働に対する政府評価の平等。

年金を区別するために、生産における労働環境以外の諸要素に対する均一的な政府の評価。

年金額と継続的に上昇する市民達の生活水準との間における安定した関係。

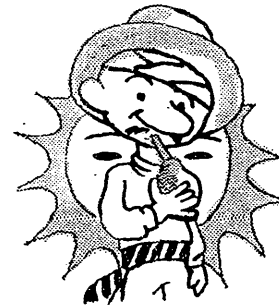
組織と財源調達の一統。

ソ連邦の各共和国に実施される社会保障を統合するためには、ソ連邦全体のある組織が望ましい。

* モスコの労働研究所に所属。

Edinstvo i Diferentsiatsia Pensioninova Zakonodatelstva, Gosudarstvo i Pravo, No. 2, 1970, pp. 32-39; No. 47, '71.

雇用災害法の 給付事故と範囲



Humberto A. Podetti (アルゼンチン)

本稿には、雇用災害法の全般的な研究が示されており、この研究は社会保険のこの部門に現われた現代の動向について、歴史的な解説も含んでいる。

法律によって規定された使用者の責任は、災害が発生した時点に、使用者と労働者の間で雇用契約によって示されたある法律上の関係が存在することに依存している。雇用災害にかんする法律と実務は、双方とも発生した傷害と使用者により組織された活動との間に、多少直接的な結び付きのあった初期の状態から離れる傾向があった。

不可抗力もしくは通勤途上の場合を雇用災

害に含めるのは、リスク(危険)を社会化した後使用者の責任を依然として要求する正当性について、論議を招くことになった。この議論は使用者に当人の方策を超えた責任を負うように要求するのが不公平であり、したがって、社会保障制度に固有な社会連帯の基本原則により、廃疾に対する強制的な保護の手段で、社会が補償すべきであるという場合に適用される社会的なリスクの理論という結果を導き出した。

社会保障制度に雇用災害を含める場合に生ずる困難があったにもかかわらず、その当時に貫かれていた考え方は、これと同一の線に沿っていた。

アルゼンチンの国法は従業員に生じた労働災害と職業病に対して、使用者に責任を負わせている。補償の最高額は、死亡事故もしくは永久的完全廃疾の場合における60万ペソである¹。一時的労働不能に対する補償は、賃金日額の75%と定められ、これは傷害の発生した日から支払われる。労働不能が30日以上であれば、支給率は賃金の100%に引き上げられている。

さらに、いずれの場合にも、使用者は災害を蒙ったり、職業病に罹った人びとに、無料の医療と薬剤を提供し、また、死亡の場合には、最高5万ペソまでの葬儀給付を支払うことが要求されている。

規定された手当を受給する直接的な受給者について、最近採用された改正のうち、ある改正は退職給付制度で保護された人びとのリストが併せて用いられるべきであるということの規定しており、そのような方法により、被保護者についてだけの場合でも、全社会保障給付のもつ概念上の統一を強調している。

範囲について雇用災害法に用いられた当初の判断基準は、労働の性質がとくに危険な特色をもつとみなされない場合で、しかも、機械が支配的な要素となっていない作業活動を含むように発達してきた。現在の条文は危険にかんするいずれの指示をも放棄し、他人によって雇用される者が、かれらの従事する仕事やあるいは使用者の活動に関係なく、すべてカバーされるということだけを考えている。

現行法の解説はILOの条約や勧告に含まれた関連を有する諸規定とともに、現在廃棄されてしまった諸規定を参照している。

筆者は直接的にか、あるいは雇用から生じた各種の役割と関連して、社会的な役割を取消されている人びとの起した災害の場合を引用して結論を述べている。また、かれは自分で起した傷害や責任を除外する場合にも論及している。

注1 1USドル=4新ペソ。

Contingencias cubiertas y Campo de Aplicación de La Ley de Accidentes

del Trabajo, *Legislacion del Trabajo*, Year XIX, No. 219, March 1971, pp. 219-243; No. 59, '71.

(以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、ISSA

(30頁からつづく)

が採用されている。

医療給付にかんする勧告は、期間もしくは金額を制限しないで、完全な医療と肉体的なりハビリテーションを提供することが不可欠であるとしている。現在、45州がそのような規定をもっており、各州の現状では、たとえば、ペンシルヴェニアは完全な医療の提供を使用者に要求し、医師の選択を労働者に認めている。ヴァージニアは必要な限り、医療給付を支給することを規定している。なお、コネティカットは顔や頭部に傷害を蒙った場合に、コンタクト・レンズと補聴器の交換や修理を使用者に義務づけている。

職業病について、勧告はすべての州が労働に関連して生じた疾病をすべてカバーすることを求めている。現在、43州は職業病の全部をカバーする規定を採用している。

適用について、法律の実施地域で幾つかの勧告が出されている。たとえば、実施によりカバーされるのは、選択より強制方式とすべきで、使用者にも、または従業員にも適用を拒否する権利を与えられるべきでない。なお、

の Advisory Committee—1967年月10—による了解にもとづき、Social Security Abstracts より採用した)

(平石長久 社会保障研究所)

いかなる職業のグループも法律の適用から除外されるべきでないし、法律は1人以上を雇用する全使用者に適用されるべきである。これらの勧告に対して現在36州はそれらの基準に該当している。しかし、一部の州は適用される事業所の従業員数を多くしたり、ある職業グループを除いたりしている。

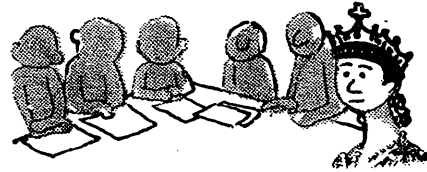
上述した以外に、後遺症や管理・運営と調査活動にかんする勧告も出されているが、後遺性症では身体障害となった労働者に対する特殊な基金が設けられることになっており、各州でそのような基金が設けられている。管理・運営と調査活動では、各州で改革が進められている。

Florence C. Johnson, Changes in Workmens Compensation Laws in 1972, *Monthly Labor Review*, Washington, Vol. 96, No. 1, Jan. 1973, pp. 45—45.

(平石長久 社会保障研究所)

解説

負の所得税



負の所得税研究会

I はじめに

社会保障の政策目標は、ナショナル・ミニマムの確保による社会的公正の実現にあるが、その実現にあたっては、効率的であることが絶えず追求されていかなければならない。

国民が所得の減少または支出の増加などを契機として生活上の困難に直面した場合には、すべてナショナル・ミニマムが保証されていることが必要であるが、現実の社会保障がこの意味でシステムとして有効であることは当然の要請だからである。また、社会保障支出が、社会的に当然に負担しなければならないものとしても、その負担能力には限界があり、目標を達成する効率的な政策手段を選

択する必要があるからである。

ところで、以上の問題状況は、まさに経済学を中心課題と同一である。すなわち、与えられた目標を達成する最も有効な手段の選択こそが、究極的な経済問題だからである。このことは、経済分析の諸成果の一部が、以上の観点からみて、社会保障の分野にも応用できるということである。負の所得税案が経済学者から提唱されたのは、原理的には当然のことなのである。

負の所得税は、ある一定水準以下の低所得者に対して、政府が税収のなかから給付する手当である。所得税が納税者の所得の一部を強制的に政府に移転するのと正反対に、政府が国民に一定額の現金を反対給付なしに移転して、その可処分所得を引き上げるものであ

ることから、この名称がつけられたものである。

本稿では、負の所得税案について一般的な検討を加えたあと、昨年イギリスにおいて政策プログラム(5年後の実施を期している)として登場した「タックス・クレジット・システム」の内容を詳しく紹介することとしたい。

II 負の所得税の概観

1. 負の所得税案登場の背景

負の所得税案が、他国にさきがけてアメリカにおいて登場した背景について、簡単に述べておこう。

M・フリードマン(シカゴ大学教授)、J・トービン(エール大学教授)などによって提唱されていた負の所得税が注目をあびるようになったのは、ジョンソン前大統領が貧困問題の解決を一つの柱として、偉大な社会の建設を呼びかけた1964年以来である。

豊かな生産力を有するアメリカに重大な貧困問題が存在するのは、客観的事実として、一つの矛盾といえよう。しかも、経済成長から取り残されている階層(黒人、少数民族等に

多い)の問題が依然として解決困難な状況であるうえに、加速度的に変化している=生産力はますます高まる=社会に適合して行けない階層が増大する兆しさもある。社会のシステムが適切であれば、豊かな生産物は、すべての人びとに高度の生活を維持するに足りるだけ存在するが、アメリカ社会はそのように構成されてはいないし、ときには、貧困が存在するという認識すら弱くなるという社会構造になっている。

一方、私的保険制度を重視するアメリカの社会保障制度には、多くの問題点が指摘されている。

まず、現行の公的扶助では、受給者が扶助金以外に一定の所得を稼得すると、その分だけ給付が減額される仕組みとなっているが、この稼得所得に対する100%減額が、受給者の勤労意欲を不必要に減退させている。したがって、公的扶助の受給者も、働けば所得が増加する仕組みが必要ではないかということである。

第2には、現行制度の多くがその運営を州政府に委任しているが、このため州ごとに給

付資格や給付額に差が認められている。したがって、貧困者すべてに平等な給付が行なわれるようにすべきではないかということである。

第3には、現行制度が総合的な計画によってつくられたものではないので、同じく貧困であっても、高齢者とか盲人といった特定の貧困者には給付が与えられても、それ以外の低所得の者には給付が与えられていない。したがって、貧困対策として有効かつ公平に機能する制度が必要ではないということである。

第4には、公的扶助等を受給する場合に行なわれる資力調査等が、受給者に恥辱感を与えている。したがって、基本的人権としての給付に、抵抗感を与えないような仕組みが必要ではないかということである。

第5には、各種の制度を運営するために、複雑な行政機構が必要となっており、これはまた受給者にとっては煩雑な手続きを必要としている。したがって、総合的計画に基づく効率的な制度を創設し、手続きの簡素化、行政費用の節減をはかる必要があるとううこと

である。

このほかに、裁定にあたって主観的判断が入りやすいなどの欠陥も指摘されているが、要するに、貧困の除去という機能からみて、現行の社会保障制度はそれほど有効ではなく、貧困が再生産されているといわれている。

アメリカの以上のような貧困者状況を背景として、負の所得税案は急速に注目をあびるようになったものであり、ついには、先の大統領選挙では、マクガバン候補がトービン・プランを土台にした政策で論争するまでに至ったものである。

2. 負の所得税案の内容

負の所得税の基本的構造は、次式で示される。

$$\text{負の所得税} = (\text{課税最低限} - \text{課税最低限未満の実際の所得}) \times \text{負の税率}$$

したがって、課税最低限までの所得水準を最底所得として保障しようとするならば、負の税率を100%とすることになる。

現行税制とは、課税最低限以下の所得の取り扱いが異なっているし、現行公的扶助とは、

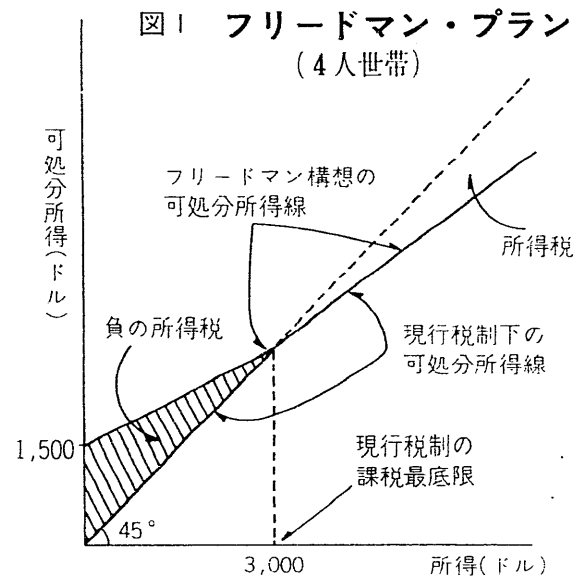
低所得水準であれば、他の条件にかかわらずなく給付されるという点で異なっている。

以下では、フリードマン案とトービン案の概要を図示してみよう。

(1) フリードマン案

M・フリードマンの提唱した構想を図示したのが、図1である。負の税率は、勤労意欲の阻害を考慮して、50%とされている。

したがって、所得が2,000ドルならば、500ドルが、所得がゼロならば、1,500ドルが、それぞれ負の所得税として給付される。



フリードマン案は、受給額の可処分所得が課税最底限以下にとどまる点に特色があるといえる。

(2) トービン案

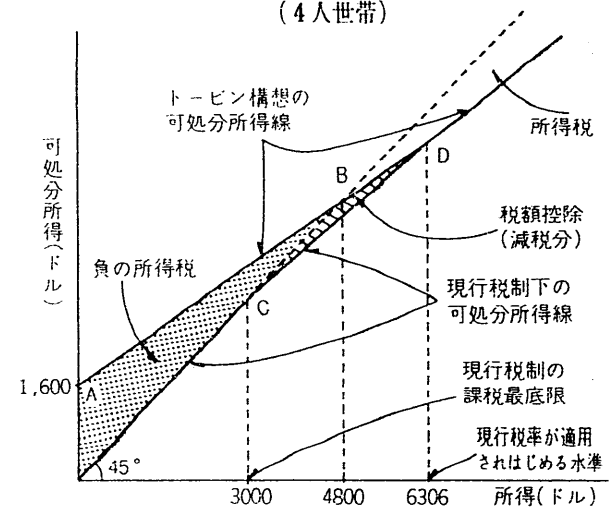
J・トービンの提唱した構想を図示したのが、図2である。

1,600ドルが基礎給付であり(家族1人当たり400ドル, 800ドル案もある), 課税前の所得があれば, 33.3% (50%案もある)の税率で課税される。

したがって、課税前の所得が3,000ドルであれば、1,000ドルを負の所得税の減額にあてられ、可処分所得は3,600ドルとなり、課税前の所得が4,000ドルであれば、1,333ドルを負の所得税の減額にあてられ、可処分所得は4,267ドルとなる。負の所得税がゼロになる収支均等所得水準は4,800ドルである。図2のD点は、現行の税制と負の所得税とが接合する点で、これ以上の高所得者には現行の税率が適用される。OABが負の所得税によって必要な財源である(CDBは、現行税制で財源となっている)。

トービン案は、基礎給付という仕組みを持

図2 トービン・プラン (4人世帯)



つこと、税率がフリードマン案と異なることのほか、給付額の大きいこと、税額控除によって現行税制と接合していることなどに特色がある。

なお、マクガバン案は、トービン案を土台にしたものであるが、さらに膨大な財源を必要とするものである。

3. 負の所得税案の効果

負の所得税案の長所は、そのねらいからしても次の諸点にあることは明らかである。

(1) 所得再分配政策を統一的に実施でき

る。

- (2) 受給手続きが簡素化されるとともに、受給者の抵抗感が緩和される。
- (3) 行政費用が節減できる。
- (4) 自由裁量を廃止し、行政の公正を確保することができる。
- (5) アメリカにおいては、とくに地域間の不均衡が是正される。

負の所得税案は経済的には、次のような機能を果たすこととなろう。

負の所得税総額は、景気との関連では、貧困・所得ギャップと正反対な動きを示すこととなろうが、高所得者層から低所得者層への効率的な所得再分配の過程で、本来ならば貯蓄されたはずの所得が消費に支出されることとなり、有効需要水準を引き上げる。この効果の大きさは、負の所得税総額の大きさに依存することは当然であるが、さらに財源調達方法にも影響されることとなろう。いずれにしろ、負の所得税は景気刺激の効果を持つことは確かである。他制度と比較しての計量的な効果測定は、未だなされていない。

このほかに、所得再分配効果、勤労意欲に

与える効果などもあるが、これについての分析も現状では十分になされていない。

4. 負の所得税案の問題点

負の所得税案の有する問題点のうち、主要なものは次の諸点である。

第1は、必要財源をどう調達するかということである。負の所得税に要する費用は、貧困水準、負の税率、行政費用などによるが、社会保障研究所の試算によると、負の所得税を昭和40年度に実施していたとすれば、負の税率50%の場合（貧困世帯約900万）で、生活保護費の5倍（医療扶助分を除くと11倍）の財源となっていたと推計されている。

第2は、税制面での公平をどう確保するかということである。効率的な所得再分配を主目的とする本制度の前提として、所得税制の制度面および執行面で公平が確保されている必要があるが、とくにわが国の場合、クロヨンといわれる現状では、不公平を増大させる面があるといわざるをえない。

第3は、給付を所得面だけに着目して行なってよいかということである。資産面からの生活安定の要素を、帰属家賃等の方法で所得

に算入しなければ、不公平な所得再分配となるおそれがある。

第4は、現行社会保障制度とどう接続するかである。所得水準の上昇、価値観の変化等に即応して、社会保障サービスの提供の仕組みは新しく生れ変わる必要があり、国民に選択の自由を与えるようなシステムなどがつくられていくであろうが、たとえば、負の所得税と社会福祉サービスとの関連をどう位置づけるかは重大な問題である。負の所得税のやり方によっては、社会福祉サービスは市場での取り引きに委ねるということもありうるからである。高齢者や障害者にとって必要なものは、きめ細かな福祉サービスであるという局面も多くなっている今日、慎重な検討が必要とされる。

また、年金における所得比例部分をどう接続するのも大きな問題といえよう。

第5は、行政機構の改革の問題である。

5. むすび

いくたの難問題があるとはいえ、制度的整備が一応完了した社会保障を今後新しく飛躍させるためには、所得水準の上昇、国民意識

の変化などを長期的にみきわめるとともに、住宅、雇用、税制などの関連施策との斉合性を保持しながら、総合的な体系を新しく構築する必要があるのであり、効率的な所得保障をねらいとして登場した負の所得税案は、十分な検討を加える必要のある課題といえよう。

Ⅲ タックス・クレジット・システム

1. 新制度提案の背景

タックス・クレジット・システム提案の背景となっているのは、次の諸点にある。

(1) 源泉徴収課税方式の複雑さ

現在のイギリスにおいては、賃金などに対する所得税課税は、源泉徴収方式によって行なわれている。この方式のもとでは、各被用者の控除額に応じてコード・ナンバー（現在450）が定められ、被用者の確認のうえ雇用の源泉徴収カードに記入され、コード・ナンバーごとに作成されている税額表によって税額が決められる。さらに、給与支払日における実際の税額決定においては、前述のコーディング作業によって決められる課税年度開始

時以後給与支払日までの税額から、前給与支払日までにすでに源泉徴収された税額累計を差し引いた残額が、源泉徴収すべき税額となる。残額がマイナスになる場合は、雇用者はその分を被用者に環付しなければならない。源泉徴収課税方式の複雑さは、このコーディング作業と累計計算によるものと考えられており、この制度のために約3万5千人の税務所職員が必要であるとされている。

(2) 所得税制度と社会保障制度の重複

所得税制度と社会保障制度との間には、有子家庭の取扱いにおいて重複があるとされている。すなわち、税の分野では子女控除を受けられ、社会保障の分野では、二人以上の子をもつ人々は家族手当を請求でき、また国民保険の受給者には扶養加算があり、低所得者は家族収入補足給付(FIS)を請求できる。しかも、これらの手当は、あるいは子の人数や所得によって制限され、あるいは子の年齢によってその額が段階的に区分されているので、家族援助のシステムは多くの管理費用を要し、必要以上にわかりにくいものとなっている。

(3) 低所得階層の存在

現在、低所得者は家族収入補足給付を受けられるが、これらの者の所得が1ポンド増えた場合給付は50ペンス引き下げられ、さらにある場合には、そのうえ所得税と国民保険料が35ペンス増加して結局家計が15ペンスしか改善されないこともある。

また、年金受給者については、約200万人が補足給付(Supplementary Benefit)を受け、また受給資格水準よりほんの1ポンド程度所得が多いために、補足給付を受けられないでいる者が約20~30万人いる。これらの年金受給者の多くは、その所得が免税点以下であるため、税上の諸控除も受益できず、生活の困難を感じていると指摘されている。

2. 新制度の概要

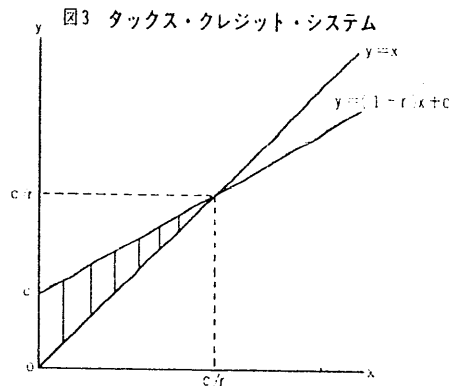
(1) 制度のポイント

提案された新制度は、所得税における主たる税控除及び家族手当に代替することになるクレジットを、制度の対象者にその所得等にかかわらず一律に給付しようとするものであり、その給付の仕方は、このクレジット額と税額とを比較し、クレジットが多い場合

は、その差額を給与などの所得に付加して支給し、税が多い場合は、その差額を所得から差し引くものである。

したがって、タックス・クレジット・システムを適用される前の所得を x 、タックス・クレジット・システム適用後のいわゆる可処分所得を y 、税率を $r(0 < r < 1)$ 、クレジット額を c とすると、 $y = (1 - r)x + c$ という関係になる。

すなわち、図3において、税およびクレジットがないとした場合の x と y との関係である $y = x$ と、前記のタックス・クレジット・システムの関係を示す $y = (1 - r)x + c$ との両直線で囲まれる部分が、税額とクレジット



額の差額を示し、両直線の交点 $(c/r, c/r)$ を分岐点として、それ以下の所得においては差額付加、それ以上においては差額差引となる。したがって、所得が分岐点以下の者については、負の所得税の考え方に即した所得保障の機能が働くことになる(斜線部分)。

(2) 制度の対象者

この制度の適用を受けるのは、当面、次の3者とされ、これによって成人人口及びその扶養家族の90%がカバーされると推定されている。自営業者、雇用に関係ない者等の制度の適用を受けない者は、クレジットに相当する税上の控除などを受ける。

① 被用者 ただし、最低所得限度額以上の所得を有することを必要としており、その水準は「年金計画」白書において、報酬比例の保険料を支払うことになる所得としている。「年金計画」白書によれば、その額は製造業における男子平均賃金の $1/4$ とされており、現在では週約8ポンドに相当する。

② 国民保険制度の主たる給付の受給権者 これらの者がクレジットを受けることに伴って、国民保険制度による給付のうち現在非

課税である失業給付、傷病給付、出産手当及び病弱者年金は課税される。

③ 職域年金受給者 国民保険制度における退職年金受給年齢に到達する少し前に退職し、職域年金を受給している者は、週8ポンド以上の所得を条件として適用を受ける。

(3) クレジットの水準

クレジットは、単身者に対するもの、夫婦に対するもの、児童に対するものの3つが考えられている。結婚や子の誕生のように対象者の状況に変化があった場合には、対応するクレジットが、その変化が生じた週から与えられる。また、子を養育する責任を有する片親には、夫婦に対するクレジットが与えられる。

クレジットの水準は、次のように例示額として示されるいるが、その額は、1972年水準において、この制度の主要な目的、すなわち主たる人的税控除、家族手当、家族収人補足給付および短期国民保険給付の扶養加算に代替することを達成するに十分な水準と考えられている。

① 単身者のクレジット 週4ポンド

基礎控除(3.43ポンド)と概算経費控除(0.17ポンド)との合計額3.6ポンドに代替するものとして選定されている。

② 夫婦のクレジット 週6ポンド
 単身者のクレジットを4ポンドとして、夫婦に対する最低必要額として選定されている。

③ 児童のクレジット 週2ポンド
 児童のクレジットは、税上の子女控除および家族手当に代替するものであり、相当額は1.88ポンドである。しかし、最近では、主要な国民保険給付の扶養加算額は、この額を超える2.1ポンドとなっているので、これに相当する額として選定されている。なお、児童のクレジットは、子供の年齢、人数、所得にかかわらず、1人当り一律に2ポンドとされている。

(4) 制度の所得保障機能

タックス・クレジット・システムの所得保障機能の原理については(1)で触れたが、本項ではこれをいくつかの具体例に則して説明する(表参照)。なお、タックス・クレジット・システムにおける税率は、1973年に施行され

る統合所得税制度における基本税率30%としている。

(a) 家族を有する低所得者

妻と3人の子供を持ち、週20ポンドの所得がある男は、 $y = (1 - r)x + c$ により、タックス・クレジット・システムの適用によりその可処分所得は26ポンドになる。現在、彼は無税であり、1.90ポンドの家族手当と約1ポンドの家族収入補足給付があるので、その可処分所得は22.9ポンドである。したがって、タックス・クレジット・システムによって約3ポンドの所得が増えることになる。

(b) 平均以上の所得者

(a)の例において、所得が週30ポンドの場合は、同様に、新制度適用後の可処分所得は33ポンドになる。現在の可処分所得は、税が約2ポンド、家族手当が1.90ポンドであるので、約30ポンドである。したがって、約3ポンドの増加となる。

(c) 国民保険の年金受給者

定額年金の基本額週6.75ポンドが唯一の所得である単身の年金受給者は、新制度により、1.98ポンド増加し8.73ポンドを受けとる

ことになる。



表 タックス・クレジット・システムの働きについての説明

(1) 被用者

(2) 定額給付及び所得比例給付を受けている失業者・傷病人

単位：ポンド

単位：ポンド

区分	毎週の 給与等	家族の 現在の 純所得 (1)、(2)	タックス・クレジット・システムの場合			
			毎週の 給与等	30% の税 (控除)	クレジ ット (付加)	税とクレジ ット相殺後 の給与等(2)
独身者	10	10	10	3	4	11
	15	13.93	15	4.50	4	14.50
	20	17.43	20	6	4	18
	25	20.93	25	7.50	4	21.50
	30	24.43	30	9	4	25
	35	27.93	35	10.50	4	28.50
	50	38.43	50	15	4	39
100	73.43	100	30	4	74	
夫婦者	10	10.	10	3	6	13
	15	14.97	15	4.50	6	16.50
	20	18.47	20	6	6	20
	25	21.97	25	7.50	6	23.50
	30	25.47	30	9	6	27
	35	28.97	35	10.50	6	30.50
	50	39.47	50	15	6	41
100	74.47	100	30	6	76	
夫 子供2人(11才未 満)	10	15.90	10	3	10	17
	15	19.	15	4.50	10	20.50
	20	21.50	20	6	10	24
	25	24.56	25	7.50	10	27.50
	30	28.06	30	9	10	31
	35	31.56	35	10.50	10	34.50
	50	42.06	50	15	10	45
100	77.06	100	30	10	80	
夫 子供4人 (2人は11~16才 (2人は11才未満))	10	17.90	10	3	14	21
	15	22.	15	4.50	14	24.50
	20	24.50	20	6	14	28
	25	27.90	25	7.50	14	31.50
	30	31.48	30	9	14	35
	35	34.98	35	10.50	14	38.50
	50	45.48	50	15	14	49
100	80.48	100	30	14	84	

区分	現 在			タックス・クレジット・システム			
	国民保険 給付	家 族 手 当	総所得	国民保 険給付	30%の税 (控除)	クレジット (付加)	総所得
(a) 以前の勤労所得が週20 ポンドの場合							
独身者	10.70	—	10.70	10.70	3.21	4	11.49
夫婦者	14.85	—	14.85	14.85	4.45	6	16.40
夫婦(子供2人)	17.85(3)	0.90	18.75	14.85	4.45	10	20.40
夫婦(子供4人)	17.85(3)	2.90	20.75	14.85	4.45	14	24.40
(b) 以前の勤労所得が週30 ポンド以上の場合							
独身者	13.75	—	13.75	13.75	4.12	4	13.63
夫婦者	17.90	—	17.90	17.90	5.37	6	18.53
夫婦(子供2人)	21.20	0.90	22.10	17.90	5.37	10	22.53
夫婦(子供4人)	23.40	2.90	26.30	17.90	5.37	14	26.53

(3) 退職年金、ないしは他の標準定額給付受給者

単位：ポンド

区分	現 在		タックス・クレジット・システム			
	国民保 険給付	総 所 得	国民保 険給付	30%の税 (控除)	クレジット (付加)	総所得
独身者-----	6.75	6.75(4)	6.75	2.02	4	8.73
夫婦者-----	10.90	10.90(4)	10.90	3.27	6	13.63

(4) 子供のいる寡婦

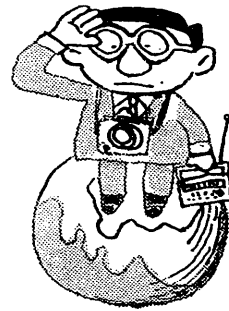
単位：ポンド

区分	現 在			タックス・クレジット・システム			
	国民保 険給付	家 族 手 当	総所得	国民保 険給付	30% の税 (控除)	クレジ ット (付加)	総所得
子供1人-----	10.05	—	10.05(4)	8.05	2.41	8	13.64
" 2人-----	12.45	0.90	13.35(4)	9.35	2.80	10	16.55

海外だより

世界かけめぐりの記

厚生省大臣官房企画室 寺松 尚



I
私が3カ月の世界かけめぐり旅行のため羽田を後にしたのは残暑でむしむししていた昨年の9月初めのことであった。この旅行をご気嫌にさせてくれたのは訪れる国が米英ソ、それにチェコ、オランダ、西ドイツ、スウェーデンの7カ国で、しかも経済的、社会的バックグラウンドがそれぞれ異なっていることである。さらにいいことには団体旅行でなく、1人旅である。そこで思い出すまま、旅の記を記してみたい。しかし、何分にも思い違いあり、language barrier ありで間違いの危惧もあり、ご指摘いただければ幸いである。

羽田から約10時間、アエロフロートで着いたのが、モスクワ郊外のシエレエメーチエボ空港であった。この10時間も機内で10年振り

に日ソ文化交流でソ連に行く旧友に逢い、ウオッカやロシアコナヤックで旧交を温めたためか短かく感じたほどであった。ソ連の保健省には前もって到着時間やフライトナンバーを電報で知らせていたため、迎えの人が来ていてくれて一般乗客や日ソ文化交流団の人々をしり目に税関等の手続きもスムーズにすまうことができ、わが国では味えぬ役人の役得を共産主義国家で十分堪能できたのは皮肉であった。これは国際課の渡部さんのご忠告によったもので今なお感謝しているところである。私の滞在2週間ずっと通訳をしてくれたのはモスクワ大学出たてのレーナで、英語が上手で、歴史、文化、美術となかなかレパトリーが広い。もちろん美人で、はにかみ屋である。滞在中何度も美術館や博物館に案内

されたわけであるが、それは彼女のレパトリーの広さだけでなく、これら美術品や芸術品がソ連国民の誇りであり、精神的糧であることを私に教えるためであったようである。確かに、モスクワではあちこちに美術館、博物館、劇場、プールなどを見かけ、そのストックの厚みには敬服したところである。

9月とはいえ、モスクワだから涼しいだろうと思っていたところ、暑くて暑くて扇子をバタバタやらねばたまったものではない。よく聞いてみるとこの夏は80年振りの猛暑とか、しかし、私のホテルではどこにも冷房は見附からなかった。

ご承知の通り、ソ連は今第9次5カ年計画が進行中であり、昨年はその2年目にあたっていた。その目的は労働者の生活水準の向上であり、昨年9月1日には医師の給与が23%以上もあがったのをはじめ、60万人以上の保健関係者も飛躍的にあがったとのことで国内はもちきりであった。私が聞いた若い医師の給与は約150~200ルーブルということであるから、日本円で約6万円でそう高い給与ではない。この5カ年計画の成功が云々されてい

るなかで、農業の不振が著しく、食糧の不足は深刻で米国から多量の小麦を輸入する話が出かけていた。あるホテルのバーであった英国人がこれで当分平和共存だよといていたのが記憶に残っている。街を歩いてみると、店頭ショーウィンドウに飾られた商品は数種類も少なく、午後の4時半頃からほとんど女性からなる行列が店頭並ぶ。しかし、デパートや商店も夜遅くまで開いている店もあり利用者には都合がいい。ソ連人はよく働くともみえて夜12時近くでも地下鉄や街路を清掃している老婆をよく見かけた。保健省、研究所、病院を訪れてみると、そこで働く医師や研究者にやたらと女性が多いのに気付く。

性比を聞いてみると、医師では80%が女性。その理由は保健医療や福祉の仕事は女性に向くからとのこと。因みに、医師の人口10万対の数は世界最高で、1965年44万人であったのが年々大幅に増加し、1971年には66万人、人口10万対300に達しており、米国の2倍、英国、スウェーデン、わが国の3倍で医師不足に悩むわが国にとってはうらやましい話である。その上に、中国の裸足の医者に相当す

るフェルシャは1965年36万人いたが、今は9万人ぐらいとのことであるが、へき地で住民の身近にいて大いに活躍しているそうである。しかし、ある高官の話では質の良い医師をどんどん養成しているから、今後はフェルシャは養成しないとのことであった。米国ではまったく同種のものではないが副医師(Physician's Assistant)をどんどん作るといっていることと合せ考えるとなかなか興味深い。医師の養成、医療の質、医療供給システムがいずれもよくまとまり立派であるが、一つだけ気に入らぬことがある。それは患者の医師選択権である。患者が医師を選べないのはけしからんと私がいうと、不思議そうにして、ある高官は「わが国は質の高い医師をつくる努力をしており、心配はいらない、どの医者にかかっても同じこと」といったのには驚き入った次第である。

モスクワの夜に移ると、レストランの食事のサービスには時間がかかることは聞きしに優るもので1時間はだまって待つ、この辛抱が必要である。しかし、よくしたものでドル、マルク、円を使う気なら、食事も早いし、肉も

うまいところはインツーリストホテルの地下など何か所がある。おみやげも品物が豊富で、高価な琥珀などを売っているドルショップも市内各地にあり便利であるが、メイド・イン・ジャパンも多いので十分注意が必要である。

ソ連、特にロシア共和国では独りっ子家族が多い。通訳のレーナも独りっ子だし、友達も皆独りっ子だそうである。その理由はソ連婦人は主婦、妻、職業婦人の3役をやっている上に、アパートが狭い、幼稚園サービスが悪い、家族手当が低いなどだそうである。あるソ連記者が書いた英字新聞の記事によると、独りっ子家族は良い家庭生活、妻には流行服、黒海へのバケーション旅行を約束することだから、今、ソ連政府はやっきになって独りっ子家族撲滅運動を展開中だが、その成果は今のところ上りそうにもない。また。離婚率も高く、わが国の2倍もあり、それは労働力不足が慢性的であり、職業婦人が多いのが原因であろうか。モスクワを離れる時もレーナに助けられ、出航手続きもスイスイと終え、保健省の人々に感謝しつつシエレーメーチェボ空港をストックホルムに向け飛び立

った。快音を発しながら上昇をつづける機内から見える美しい森に囲れたこの空港で2カ月後あの日航機の大事故が起り、私の従妹夫妻一家4人が全滅するとは夢にも思わず、早や私の心はストックホルムへと飛んでいた。

II

スウェーデンは世界最高の福祉国家といわれている。訪れてみると、確かに地方自治を尊重し、豊かさを感じさせる国である。国土は45万平方キロであるからわが国よりも広く、人口は800万、わが国の8%にすぎぬ。ベッド数は15万、そのうち4万が精神病床であることが特徴で、豊かさは精神的苦悩を癒すことができないことを示すのであろうか。全国を人口100万程度の7つの医療区にわけ、ベッド数1,200~2,300の Regional Hospital があり、各州には Central General Hospital、そのしたに Local District Hospital、さらに Health Center やナーシングホームがあり医療供給体制は実にきめ細かくできている。ソ連では私のスケジュールをタイプしてくれるよう何度も頼んでも希望が入れられなかったが、ここスウェーデンではスケジュールを打

ち合せしながら、タイプが出来上るのに驚きもし、その手際のよいのに感心した。何事もスピーディである。幹部の人ほどエネルギーでよく働く感じであるのに対し、若者達は昼間から酒を飲み、ヒッピースタイルで街をのし歩いている姿をよく見かける。豊かな国、高福祉社会が迎える将来を暗示しているように思えてならない。過度の危惧ならよいが。

スウェーデンでも後半、田舎を訪れるチャンスを持つことができた。ところは中北部のノルウェー国境に近いエステルズンドである。夕方出発の国内航空に乗ろうとしたところ、徹底的な身体検査を受ける破目となった。

どうもテルアビブ、ミュンヘンや私の入国直前に起った国内航空のハイジャック事件のせいであるらしいが、私が日本人であるためと思うのはひがみであろうか。軽装の私を別室に入れ特に念入りにやられたのはこの旅行中最も不快な事件であった。しかし、湖の中の島に着陸しようとしている機内からみるエステルズンド周辺の景色は紅葉が夕日に映えてすばらしく、磐梯スカイライン、十和田湖のそれと劣らず、私の安物のカメラではその

美しさを到底十分に写し出すことはできないのが残念であった。このヘルスセンターのリハビリテーション部を訪れた時、「このようなすばらしい施設でリハビリテーションに励めるスウェーデンの老人は幸せですね」という私に、所長は小声で「スウェーデンでは老人を大事にしすぎるのではないだろうか。この施設では1人1日150~200クローネかかるが、老人の負担はわずかの30クローネです。年金があるので大した負担感はありません。私は給与の60%近くを税金などでとられます。私が老人になった時、今の子ども達は同様に払ってくれるかどうか、心配しています」といったのが印象に残っている。この言葉を聞いた時、手厚い老人福祉サービスを各地でみて、スウェーデンの老人は幸せだと思っていた私の頭上に冷水をぶっかけられ、一瞬目のまえが真暗になるのを感じざるを得なかった。われわれが志向する高福祉国家の建設に水をさす気はさらさらでないが、これは後代の負担を考え、国民の合意を十分得て進めるべきことを教えていると思う。保健や福祉の問題についてはこの国では County Council

が責任を持っていて、病院の建設計画、地域保健計画の企画、立案、実施、評価を行っており、国はガイドラインを作成し、相談にのり、資金の援助をしているにすぎない。

III

この後、デンマークを経て西ドイツ入りをする事となるが、ボン、デュッセルドルフ、ウィスバーデンをたずねてこの国の地方自治の強さ、州の強さをこの肌で十分感じることができた。

ライン、インゲルハイムではワイン祭に出くわし、ミスワインのお酌で歌、ダンス、ワインを堪能し、純朴な西ドイツの土の香りを満喫した。デュッセルドルフの研究所のある教授の忠告で、その後はビールよりもワインを飲むこととしていたが、帰国後、十分その教えを守れずにいるのをかの教授に申し分なく思っている次第である。

チェコの滞在はわづかの5日間となったが、プログラムオルガナイザーの勤勉さが手伝ってたいへんなハードスケジュールとなり、充実していた。しかし、観光シーズン中であり、ホテルがなかなかとれず、やっとヴ

ルタヴァ河に浮ぶ船のホテル、アドミラルをとることができた。このホテルは西欧風で、バーもレストラン・もあり、ピルゼンビール(チェコ語ではプルチェンという)やワインがうまくと気嫌のところである。ホテルから見える悠揚としたヴルタヴァ河の流れ、点々と浮ぶ白い水鳥、対岸の丘に立つフラジンの寺院と旧宮殿の眺めはわれわれ旅の者を魅了する。プラハは歴史の街であり、荘重なプラハ城など歴史的遺跡にはことかかず、かつて人は黄金の都と呼び、ショーペンハウアーはパリにたとえ、彫刻家ロダンはローマにたとえたといわれるほど美しい都であったそうであるが、私のみたプラハはその面影とは別の顔であった。

やたらに老人が多く、公園でもラッシュ時の市電のなかにもずいぶん老人が多い。足を踏んでもそしらぬ顔の老人、チップが少ないと請求する年老いたベルボーイ、おいしいビールとはうらはらに何となく淋しい気持であった。

オランダで訪れた都市はアムステルダム、ウトレヒト、ハーグ、アーネムなどである

が、この国の首府ハーグはアメリカのワシントン、西ドイツのボンと同じく、国内最大の都会ではなく、静かな森に囲れた美しい街である。一口に云ってこの国は自由闊達で、National Hospital Institution の病院建設をとってみても、Sick Fund Council による健康保険をとってみても国民自ら自分達の健康を守るという強い意気込みが感じられる。

IV

英国ではちょうど国民保健事業改造法案が議会に提出された直後であり、オックスフォードの Regional Hospital Board をたづねた時、その内容や実施の具体的方法等についての研究会が行なわれていた。国中がこのための準備に追われていて、関係者の健康が心配であるという大臣談話が新聞に載るほどであった。1948年に始った現行国民保健事業は一般医サービス、病院サービス、地方自治体の行なう対人保健サービスの三本建ての縦割であるものを、新しく設けたAreaのレベルで一本化し、効率的に運用しようとするものである。

看護婦の量の不足と質の低下はこの英国でも大きな問題であり、確か昨年8月 Asa Bri-

eggs 教授を委員長とする看護に関する委員会
は教育問題のほかある専門領域と地域におけ
る不足を指摘し、既存資源の再組織化が望ま
しいと述べている。その勧告の中でおもしろ
いのは男性の看護師の養成をふやすことを提
案している。その理由としてパートタイムが
少ない、看護婦になる前他の仕事を経験して
いる、離職率が低い、貢献の多様性などをあ
げている。

わが国でなじむかどうか疑問だが、検討し
てみてはどうだろ。現在、英国では全看護
婦35万人のうち1割が男性である。

ロンドンに行けば一度は飲みに出掛けるこ
とをおすすめしたい古い有名なパブ・アンカ
ーがテムズ河畔にある。前述のモスクワの日
航機事故のI氏とこの酒場で遅くまで2人で
痛飲し、政治のこと、経済のこと、国際協力
のこと大いに語り合った。彼の熱つばい、低
い声が今でも私の耳に残っている。私が渡米
する前夜、最後に一緒に飲みに出かけた時こ
のパブで、米国経由で帰ること、パブリック
・スクールに学んでいる長男を英国に残すべ
きことなど何度も提言したが、彼は聞き入れ

なかった。虫の知らせか、今となつては無駄
であるが残念でたまらない。一家の冥福を心
から祈りたい。

V

ロンドンのヒースロー空港を正午すぎに飛
び立った私は夕方にワシントンのケネディ国
際空港に着いたが、11月初めということでワ
シントンはそろそろ冬支度といったところであ
った。私のホテルはユニオン駅、中央郵便
局近くにあり、昔はおそらく名門だったので
あろうことはその名が示すが、昔日の面影はな
く、周辺は黒人の住区となっていてさびれて
しまっている。因みに、ワシントンの登録人
口の8割が黒人であるといわれている。

日本料理店のことで一言。ロンドンを除く
ヨーロッパ各都市ではフランス料理、中華料
理には遠く及ばず、ほとんどは日本人客であ
り、観光客であり、地についていない感じだ
が、ロンドン、ワシントン、ニューヨークで
は外人客が多く、むしろ日本人はすみで少さ
くなって食べている。米国では中華料理に追
いつき、追い越す勢である。

飛行機に乗るのにあいたのでワシントン、

ニューヨーク間の超特急メトロライナーに乗
ってみることにした。この超特急はバスや飛
行機に乘客をとられ退潮著しい米国の鉄道の
再興の期待を一身にあつめて、1971年設立の、
半官半民の公社アムトラックの花形である。
ダイヤもほぼ正確で乗心地は新幹線よりよ
く、字も書くことができ、飛行機よりも若干
安く、スピードも毎時200キロ、所要時間も
3時間余である。飛行機旅行の折、わづらわ
しいのはハイジャック予防の身体検査であ
る。話に聞いたところによると、全米で504
の商業空港、毎日15,000便のため3,000人の
ガードマンを雇い、年間5,700万ドルを支払
っているそうである。その検査の磁力計はペ
ースメーカーやクレジットカードでも引っか
けるほど精功でいろいろトラブルを起してい
る。ハイジャックのない空の旅ができる日が
一日も早く来るよう望みたい。

私が訪れたところはワシントンではWHO/
PAHO, Dhewのほかジョンス・ホプキンス大学
(バルチモア)、ピッツバーク大学、カリフォル
ニア大学(バークレイ)、カイザー財団(オ
ークランド)、それに全米公衆衛生学会の第100

回大会開催地アトランチックシティなどである。米国でも医師不足は指摘されているが、内容は異なり、一般医に比べて専門医が2倍以上多い。女医が少ない、少数民族出身医師が少ないなどここなりに深刻である。そこで連邦政府は一般医コースの創設、修学年限の短縮、補助医の養成、少数民族出身医学生定員の拡大など補助金などをもって推進を図っている。一般に、大学生のうち40%が医学や法律に進んでおり、この傾向は強まりつつある。一方、連邦政府は大学などの教育機関に対する一般の養成補助金は打ち切りつつあり、授業料は高く大学への志願者は減りつつあるとのことである。

夏は行楽地のアトランチックシティで開催された全米公衆衛生学会は今回で100回目だそう、記念として立派なメダルをいただいたのは幸運であった。その学会の運営方法はわが国とよく似ているが、発表時間、討論時間も少し長いようである。GNPの7%を占める医療費の高騰は米国でも国民的課題となっており、この学会でもメディケイド、HMOなど医療費関連問題が演題の中で大きなシェ

アを占めており、公衆衛生学関係者が真剣に討議をしていた。米国における保健計画は理論はあるが、実体はないと教えられたが、大学の教授や助教授が進んで地域の保健計画の策定に審議会委員として参画し、大学院学生などはワーキンググループとして参加しているのは敬意を表したい。

VI

今回、ヨーロッパ、ソ連、米国をかけめぐって感じることはどこの国も老人が多く、重要問題として老人問題をとらえている。ソ連、チェコには経済計画の中に保健計画が入っているが、数字など詳細は聞き出すことはできなかったのは共産主義国家の秘密主義のためであろう。高騰を続ける医療費、ヘルスマンパワーの不足など各国とも苦しんでおり、限られた資源の効率的活用のために保健計画が必要であるということ各国とも計画策定に取り組んでいるが、未だ国民のニーズに即応した保健計画の模範答案は出ていない状況にあるようである。

編集後記

太平洋に頑固な高気圧が坐り込み、30度以上の暑い日が続く。照りつける太陽に道路も融け、はっきりなしに車のかきまわす風は、まるで砂漠の熱風である。このようにうだるような毎日でも、夜明けのひとときは涼しい。空はようやく明るくなっていた。雲ひとつない空は、日中の暑さを偲ばせた。しかし、ひんやりと心地よい風は、その暑さを忘れさせた。人影も見えない道に、紫陽花があでやかに咲きこぼれていた。そして、通い馴れた散歩道に、雑草が朝露にしっとりぬれていた。マッチをすれば、ぱっと燃え上りそうなほど、からからに乾いた日中の空気にあえぐ夏草に、朝露の光っているのにほっとする。 (平石)

海外社会保障情報 No. 23

昭和48年7月25日発行

編集兼発行所 社会保障研究所

東京都千代田区霞が関

3丁目3番4号

電話 (580) 2511