

運用利子で賄う企業年金制度に比較しても、非常に安上がりである。これは、現在の均一年金を上回る部分の給付と保険料を、代表的な企業年金制度の給付と保険料に比較してみると明瞭である。保険料が非常に低く決められているということもこれの一つの理由である。

幾つかの大きな影響

まず、この制度はイギリス産業に実質的な負担増をもたらす。次に、追加保険料の負担

および生計費の上昇の結果としての賃金の上昇、「拠出に応じた給付」制度の高いインフレ性によりインフレーションがさらに促進され得る。それから、「拠出に応じた給付」制度では財源の積立てが行なわれないので、積立金を産業投資に回すことはできない。

J. M. Jackson, A New Look at Pensions, *Social Service Quarterly*, Summer 1969, pp. 17~20.

(石本忠義 健保連)

貧困・病気・保健サービス利用

(アメリカ)



この論文の結論は、アメリカにおいては貧困者ほど病気がちでありながら、少しの保健サービスしか受けていない、ということである。

社会保障庁 Social Security Administration が用いている貧困者所得水準は、4人家族で年約3,300ドル(都市のばあい)であるが、これはあくまで一つの目安にすぎない。以下で

は、所得金額で区切った階層間で、傷病率やサービス利用がどう違うかをみていく。

健康水準

国立保健統計センターの調査によると(回答者約14万人)、まず急性疾患の有病率 incidence では、世帯所得(以下同様)2,000ドル以下では人口千対2,167,000ドル以上では232である。高額所得者にいくぶん高率である(1962年~63年)。こういう傾向がみられるのは、高額所得者層では、比較的軽い傷病でもすぐ医師受診をするから、自分の主観で病気であると答えたものが多くなったためと思われる。客観的には必ずしもそうではない。

慢性的身体状況

17歳以下の者では、所得と病気との関係ははっきりしないが、高齢者になると両者の関係は顕著である。罹患率 prevalence でみると、17~44歳では、3,000ドル以下の者は最高所得者の3倍、45~64歳では、低所得者は1万ドル以上の者の4倍である。多い病気は心臓病、関節炎、リウマチ、精神病、高血

圧、眼の損傷、整形外科的損傷など、人間の活動力の退行からくる病気である。このうち、関節炎、リウマチ、精神病、高血圧症では、2,000ドル階層の者は、7,000ドル階層の者よりも6倍も高い罹患率を示す。しかし、人間の活動力の限界以外の原因による慢性疾患においては、軽いものについても回答しがちだということもあって、高額所得者層に罹患率がやや高い。

貧困と病気との因果関係

貧困は不適當な食事、不健康な居住条件あるいは保健サービスへの接触の不足などを介して病気をもたらす。他方、重篤な慢性病にかかる時、とたんに世帯所得が低くなるという関係もある。

このことについてはすでに1948年に、P. S. Lawrenceによる研究がある。また、結核の場合のように貧困者ほど疾病の感受性が高い、という相互の関係もある。さらには、貧困者ほど少ししか医師受診せず、そのために病気になりやすい、という関係もある。

活動不能日数

病気の端的な測定は、傷病または事故による年間の活動不能日数で表わされるが、これは、①活動制限日数 *restricted activity day*、②就床日数 *bed disability day*、③労働不能日数 *work loss day* とに分けられる。貧困者は、他よりも50%ほど長い日数である。

保健サービス利用

医師への受診回数は、5歳以下では低所得者層が年間4.4回、高額所得者層7.2回、5～14歳では、前者が1.5回、後者が3.5回である。貧困者ほど医師にかからない。もっとも、高齢者の慢性疾患においては貧富間の大差はみられない。医師受診の中には、幾つかの予防的サービスに含まれるようなかりかた、つまり、自由裁量的なものがある。子どもの病気などには予防可能なものがあり、高額所得者層では予防を目的にして若干多く受診するためと考えられる。老人の場合はそれが余りみられない。

貧困者には、病院のクリニックを利用する

者が多い。産婦人科にかかった者は、低所得者層では年間2.8%、高額所得者層では12.5%となっており、専門サービス利用の上でも貧富間に大きな差異がみられる。

William C. Richardson: *Poverty, Illness, and Use of Health Services in the United States. Hospital*, Vol. 43, No. 13, July 1969, pp. 34~40.

(前田 信雄 国立公衆衛生院)