

の患者により早く病院から自宅へ帰るのを認めたり、病棟の利用が1週間のうち平日に当たる5日間で、週末を超えないように調整したり、あるいは、適切な場合には、1日で手術を実施させたりのいずれかの方法を用いる。さらに、経済性の追求は、たとえば、個々の例について別々な料金を必要とするよりも、多数の同一計画に対する同様な建築計画を用いることにより、紙上作業を切り詰めたり、あるいは努力の重複を除くことによって、達成されるかも知れない。

最後に、節約は幾つかのサービスかあるいは手段を併せて、それらを中断することにより達成されるかも知れない。扁桃腺切除術はそれらの手術が必要とされているよりも、20%以上の手術が実施されていると評価されてきた。時々、レントゲンは医学的に必要がないと考えられるが、しかし、法律上の理由が考慮されない。現在処方される薬剤のうち、幾つかの薬剤は、とくに、睡眠薬では、廃止することができる。そして、NHSの3者構成は医療の必要な重複（たとえば、出産前の分

野において）に幾つかの例が存在することを意味しており、それらは単一の機関によってより一層巧みに提供することができることになる。

一般に、NHSの仕組みの中に存在する各種の機関や組織のもっている自治は、より一層経済的に配分される健康保護を妨害している。意志の決定と実行においてより一層大幅な共同分担が実現されなければならないし、また同時に、専門的なそして社会的な責

任のもつ1つの例面として、経済的な効率をもつ管理運営が受けいれられるようにならなければならない。健康保護の論議は長い間引き延ばされているが、上述したような事は健康保護の分野における優先順位について、より一層幅広い討議の展開を刺戟するかも知れない。

Cutting the Cost of Health Care, *The Lancet*, 19 September 1970, pp. 601-603; No. 45, '71.

高齢者の経済保障と年金の役割



J. Nadolski (ポーランド)

本稿には、2,714人のサンプルにもとづき、65歳以上の高齢者の所得と栄養の源泉について行なわれた社会学的な調査結果が論述されている。

1965/1966年に、サンプルに含まれた人びとのうち、45%がなんらかの種類による社会保険の年金を受給していた。その比率は農村地方(23.7%)よりも都市地域(68.9%)の方が高かった。その比率は女子よりも男子の方が

高かった。都市と農村地区の間における区別が「農民—非農民」の関係に置きかえられるならば、両者間における比率の相違はさらに驚くべき結果になり、それぞれの比率は73.9%と11.3%になっていた。「男子—女子」に対する同様な数字はほとんど相違を示していない。社会保険の管理機関によりカバーされた65歳以上の年金受給者の比率が、1965年に39.3%であったということは注目されるべきである。

より正確な姿をとらえるためには、それらの数字は年金額にかんする資料で補足されなければならない。年金のために政府により特定の用途のために充当された膨大な資金があったにもかかわらず、実状は非常に心強い状態といえるほどではなかったのを、資料が示している。農村地域における女子の80.7%と男子の48%は月額800ズロティ以下の年金を受給し、都市地域では、それらの数字は男子が25.6%、女子が69.3%である。1,500ズロティ以上の年金は、農村地域では、男子の2.0%と、女子の1.1%に支給を認められ、都

市地域では、65歳以上の年金受給者のうち、男子の14.0%と女子の5.0%に支給されていた。平均的な年金額は、農村地域の男子で900ズロティ、女子で660ズロティ、また、都市地域の男子で1,130ズロティ、女子で770ズロティとなっている。

高齢者の生計に対する年金への依存度では、65歳以上の高齢者のうち45%の人びとは年金が主要な所得源となっていることを示し、32.3%の人びとは年金が唯一の所得源となっている。同様な数字は、都市地域では65.6%と46.8%になり、農村地域では20.7%と19.2%になっている。

年金受給者のうち約39.0%（都市の10.3%と農村の66.0%）は農業で労働を続け、6.6%は（都市の10.4%と農村の3.2%）非農業の労働に雇用されている。約7.3%（都市の8.9%と農村の5.8%）はなんらかの援助を子供らに依存している。

最も興味深い資料は、高齢者が1人で（も

しくは配偶者と）暮しているか、あるいは、1つの世帯に他の人びとと暮しているかにより所得分布を示す資料と思われる。最初のカテゴリーでは、65歳以上の年金受給者で、都市の48.3%と農村の34.1%は1人でかあるいは配偶者と暮していた。都市の高齢者は所得を主として年金に依存していたのに対して、このグループで農村の高齢者は所得を主として労働に依存していた。第2番目のカテゴリーでは、都市の高齢者の50.6%と農村の65.7%は1つの世帯に他人と同居し、都市における年金からの所得とは別に、また農村における労働からの所得とは別に、かれらはある程度家族からの援助に依存していた(14.3%)。

年金の受給資格を取得できない人びとについては、かれらは主として自営の農民で、農村地域の高齢者の76.4%と都市地域31.3%がそれらの該当者であった。都市地域では、年金の受給資格を取得できない人びとのうち、大部分の者は自営業者、自由業者のカテゴリーに属している。

調査の結果として得られた姿は、大して楽観的なものといえない。しかし、土地を国や協同組合に移した農民達に対して、ポーランド政府が新しい制度を採用した1968年以後、多くの変化が現われた。その制度はある改善を求めているかも知れない。

最後に、年金が年金受給者のニードをどの程度カバーしているかを示すことは興味のあることである。年金受給者の財政的なニードがかれらの年金により57.2%という程度しかカバーされていないことを、その調査は明らかにした。

結論として、筆者は次のようなことを示し、本稿を終えている。つまり、国の経済的諸条件が許す場合には、生計費を稼ぐ能力を失なった者は、かれの経済的なニードを完全に保証するに十分な社会保障給付に対する受給資格を与えられるべきである。その場合においてのみ、高齢者が従事した労働生活という観点から資格を与えられるので、高齢者はかれらの基本的な社会的ニードを保証され

ま、た、地域社会の他の構成員と平等になるであろう。

Rola rent; emerytur w zabezpieczeniu materialnym ludzi strarych, *Praca ; zabezpieczenie społeczne*, No. 4, 1970, pp. 34—

44; No. 52, '71.

(以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、ISSAのAdvisory Committee—1967年10月—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)

社会保障こぼれ話

疾病時の現金給付改正

(デンマーク)

デンマークでは、従来、疾病時の現金給付はやや制約されたグループに、発病6日後から支給されていた。しかし、社会福祉制度の全般的な改正の一環として、疾病給付が改正された。

その改正により、疾病給付は自営業者を含む全稼得従事者(所定の条件により主婦も含める)に適用が拡大され、給付は発病した日から支給されることになった。労働者の例では、給付は発病前4週間に当人が取得した平均賃金(週)の90%で、4月1日現在による全国平均賃金(工業労働者)の90%を上限とし、受給期間は制限されない。給付は当初5週間に使用者が支払い、これは費用の

約2分の1に当ると予想されている。5週間以後、地方公共団体が給付を支払い、その費用の75%を政府が償還するが、政府の基金は一般的な租税の税率を1%引上げて調達することになっている。

(U. S. Dept. of Labor, *Monthly Labor Review* Vol. 96 No. 7 July 1973, pp. 49—500.)

(平石長久 社会保障研究所)