

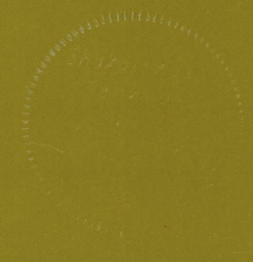
# 海外社会保障情報 No.32

---

JANUARY 1976



社会保障研究所



## 失業給付に関する最近の動き

(アメリカ)

アメリカの失業者数は、このところ780万人で落ち着いてはいるが、連邦労働省の10月3日の発表によれば、9月中の合衆国の失業率は約8.3%であるという。7月および8月の失業率は8.4%であった。9月の失業率8.3%という統計は、この間の雇用状態に何等向上のきざしがないことを示した。

しかしながら、9月の失業率は、1974年から1975年にかけての不況期中、最高の失業率を示した5月の9.2%に比較すれば、大分回復したことを意味するものである。だが大量の失業者の問題は、当然ながら失業補償の問題にからんでくる。失業補償に関する最近の連邦議会の動きを紹介しよう。

### <給付支給期間・最低給付額に関する動き>

さる6月30日に連邦議会は、失業補償給付の支給期間を65週とすると法律を制定している(公法律94-45)。これによれば、技能失業者は65週の失業補償給付を受ける対象となりうる。しかし1976年には、給付の支給期間は、各州の失業の状態によって検討されることになっている。

若干の労働組合は、給付支給期間を65週以上にしよう働きかけている。だが9月30日の上院予算委員会で、労働長官 John T. Dunlop は、政府は失業給付の支給期間を、現在認められている65週をこえることには反対であると語った。「失業保険制度を公的扶助プログラムにまき込むようなことは正しくない」というのがその理由である。そして同長官は、65週をこえてもなお失業状態にある者は、失業補償制度からよりもむしろ公的福祉プログラムの適用を受けるのが妥当である、としている。

また、下院の歳入委員会の失業補償に関する小委員会は、9月29日に、失業者に対する最低限度の給付額を州が支払うことを義務づけた政府案および組織労働者の提案を否決した。

5対5の票決をもって小委員会は、失業者にその週給の半額を州が支払うことを義務づけた政府案(HR8614)を拒否した。このさい、民主党議員のみが同案を支持している。同案によれば、州は州平均週給の3分の2を最高限度の週給付額とすることができる、という規定も含むものであった。

小委員長の Corman により提出され、組織労働者によって支持されていた法案(HR8366)に含まれているより寛大な最低限度の給付額の規定は、3対7の票決で否決された。同法案は、失業労働者に対して彼等の通常の賃金の最低3分の2を支払うことを州に義務づけたもので、給付の最低限度額を州の平均週給の4分の3におくものであった。

これらの結末についての反響は、雇主グループと労働者によって異なる。

「われわれはやっとの思いで勝利を得た」と連邦商工会議所の Michael

Romig は述べている。ほとんどの雇主グループは、連邦が最低給付額を決めることを望んではおらず、連邦がこうした基準を設けることは、州の規制と権限を犯すものであり、終局的には全ての失業補償制度の連邦化を導くものであると反対している。また雇主グループは、州が適当な職種についてその失業補償給付額の引上げを行なってくれば、連邦の最低限度額の基準を設けることは不必要である、と主張している。

彼等が内心怖れたことは、連邦が最低給付レベルを設置することは、雇主の制度への拠出額を引上げる結果をもたらすであろう、ということであった。

一方、失業補償制度を終局的には連邦化することを望む労働組合は、多くのケースにおける州レベルの給付額の引上げは、現在のインフレ経済のペースでは十分ではないと論じている。事実、半数以上の州では、最低限度の給付額ではなくて最高限度の給付額ですら、4人家族の非農業世帯に対する連邦政府規定の貧困レベルにみえない、と労働組合は述べている。

AFL-CIOのスポークスマンは、委員会審議の全期間中に、連邦の最低限度の給付額設置提案のいずれかを立法化する「十分な機会」があらうと思う、と期待しているようである。

以上のように、失業補償に関する小委員会は、大量失業時の失業給付支給期間を扱った政府案およびCorman案の双方を否決しているものの、それで問題が片付いたわけではない。むしろ大勢は、小委員会が問題の再検討をするよう望んでいるむきが強い。

委員会審議で、同補償を農業労働者、家事労働者、および州ならびに地方公務員について適用を拡大することが承認された。財政についての議論の対立は、今後の審議で煮つめる予定である。その後の小委員会の日程は、10月20日に最終的に結論を出すよう予定されている。

Congressional Quarterly Weekly Report, Oct. 4, 1975.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 高 血 圧 対 策 月 間

(アメリカ)

1972年から保健教育福祉省の音頭とりで始った高血圧対策月間は、米国では5月、連邦諸機関や民間の協力を得て、「国民高血圧教育プログラム」としてとり組まれた。

このプログラムの情報センターは、住民教育と専門家(医師・看護婦ら)教育の両方の教育資材を用意したり、検診や発見患者の紹介のうえでの地域の組

織化に必要なものを準備した。また、このプログラムの地域相談サービス部門では、職員研修や技術援助、諸資源の巡回サービスなどを提供する。

米国全体でおよそ2千7百万人と予想される高血圧患者のうち、その半分は自分が高血圧だと気づいていないといわれる。その人たちに働きかけるマス・キャンペーンが、教育という点を重点に広く展開される。

The Nation's Health April 1975 P.3. (American Public Health Association)

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 「第一次保健ケア」勧告

(WHO: UNICEF)

1975年2月にジュネーブで開かれたユニセフと世界保健機関の保健政策に関する合同委員会は、下記のような勧告文を採択した。世界保健機関はまたこれとは別に、タンザニア、インドネシア、キューバ、中国などの農村を多くもつ国々を事例的にとり上げ、保健政策の発展について論じた「人民による保健」と題する206ページの報告書を刊行した。具体的に発展途上国や農村での医療と公衆衛生事業をどう確保し定着させていくかについて、本格的な提言が出されたわけである。これらは、日本での農村医療・保健の確保と包括化のうえでも何らかの参考になるし、今後種々の国際協力や医療機器・薬剤の輸出・援助にあたって、各国で真に追求されているこのような努力について、正しい認識が必要である。

「第1次保健ケア」勧告

発展途上国における国民の基本的保健ニードに対応する諸対策に関する世界保健機関・国際連合国際児童緊急基金の共同研究成果をまとめた勧告

(UNICEF-WHO合同の保健政策委員会による)

1. WHOとユニセフは、発展途上国における国民、とくに農村や僻地の住民、スラム街の住民、遊牧民などのような保健ケアから不適当に隔絶されている人々にたいして、第1次保健ケアを拡充することを目的とする実際の事業を採用すべきである。その事業は、本来選択的なものでなければならず、選択基準として、次のうち1つもしくはそれ以上のものを包含すべきである。

(a)このような方向(つまり第1次保健ケア発展という)に沿って進む国の決定が存在すること。

(b)改革の可能性

(c)国の改革が次の段階で実現可能な地方での保健確保努力

2. 一層進んだ第1次ケアを達成するための保健サービスの発展と重ねてのオリエンテーションにあたっては、次の諸原則が地域の実状にみあったかたちで採択されるべきである。

(a)第1次保健ケアのサービスは、発展と保健プログラムとの間の相互関係を考慮に入れて、全体的発展の一部として認識されねばならない。

(b)企業の方針、優先順位および計画は、ここで提案された第1次保健サービスに寄与するように樹立されるべきである。

(c)保健制度のそのほかすべてのレベルは、第1次保健ケアのレベルに援助(紹介、研修、助言、監督、設営)を提供するように新しい方向を与えられるべきである。

(d)それぞれの地方の第1次保健ケア制度の設計、人員確保および機能化そしてこの制度のその他の援助形態においては、その地域社会が干与されるべきである。

(e)第1次保健ケア従事者は、地域社会自体によるかもしくは少なくとも地域社会に諮って、そして単純な研修を通じて選ばれるべきである。

(f)特別の重視策が次のことがらに置かれるべきである。(i)予防的手法、(ii)健康・栄養教育、(iii)母子保健ニード、(iv)簡易化された医療と保健技術形態の利用、

(v)なんらかの伝統的保健ケアの形態との協力および伝統的従事者の利用、(vi)文化的パターンの重視と保健と地域開発における自覚的ニード、

3. この種のプログラム提案は、WHOとUNICEF加盟国すべてによる細部にわたる認識と理解を必要とし、そして新しい改革に対応する個人と組織の適応力が求められる。従って、情報を伝え、教育をし、採択された方策への従事者の方向づけをするように、積極的な計画化された各段階がWHOとUNICEFとによってとられるべきである。

4. 以下11まで省略(研究、教育、要員確保など)

WHO Chronicle 29 July, 1975. P.262.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 年金保険財政急激に悪化

(西ドイツ)

国民の9割がその老後や廃疾、扶養者の死亡に拠り所としている年金保険の財政状態が急激に悪化している。労働者年金保険の支払い能力の保証者でもある連邦職員保険庁は、昨年なお88億マルクの余裕を残していたのに、今年16億の赤字を予測しているという。職員年金保険は1974年末に368億の資産をもっており、これは1982年までは手をつけなければならぬであったが、既に1975年にそれが始まっているのである。この原因は要するに労働者保険との財政調整が法的に義務づけられていることで、この財政調整は1975年には恐らく105億に上るとみこまれている。

これは昨年10月政府が15年間予測で立てたものより70億ドルも増えている。このように予測が狂ったのは保険料収入の減少と労働者の年金申請増加によるもので、これではごく最近の年金財政についても全く見通しが立たないわけで

ある。

これについて職員保険側では議会に短・中期の予測だけでなく、長期予測の必要を切実に訴えている。連邦政府は10月末までには1976年年金調整報告を提出することになっているが、政府、社会保険、連邦銀行の間で、今後15年間の年金財政に必要な基本的予測（賃金、就業、利率など）について意見が一致しないしており、この遅滞が政府関係者の動揺を示しているといわれている。

賃金の高騰による保険料の増収が70年代初めには数千億台の積立金を予測せしめていた。1972年の年金改革はこうして行なわれた。これに対して職員保険幹部は逆の推定を警告している。現在の保険料の行き詰まりは今後もずっと続くというのである。もっとも18%の保険料率を上げるという差し迫った危機については、その場合何も述べられてはいない。

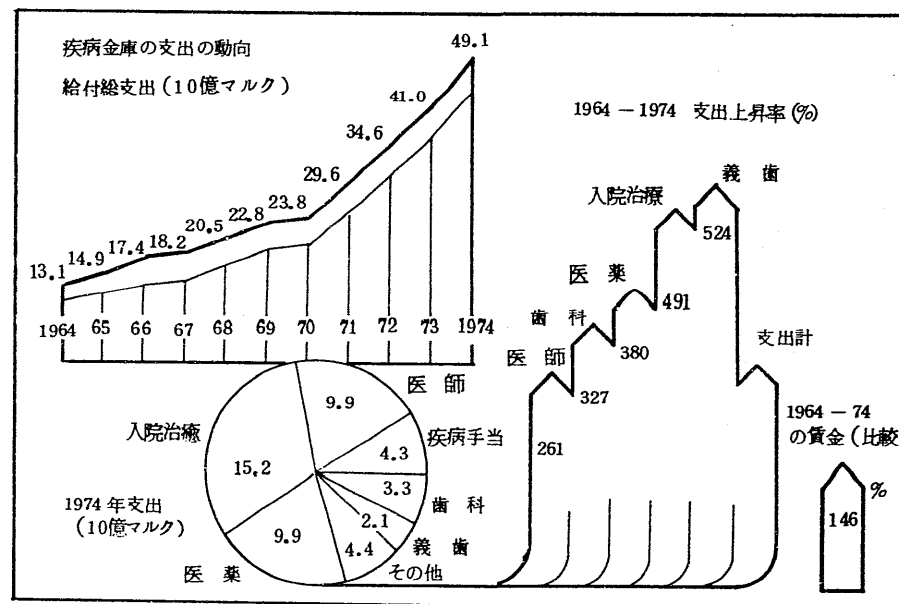
職員保険側では既に3年前にその資産を長期的に積立てることを計画していた。この予想は現在破綻してしまった。

既に1976年の見通しは暗い。決定的なことは連邦議会が年金生活者の医療費の再配分に関する労相の法案（1975年169億マルク、1978年については291億を見込む）を議決するかどうか、にかかっている。議会はこれについて控え目な態度をとっているようである。

いずれにせよ年金および疾病の両保険部門は、お互いに費用を負わせあおうとしている。職員保険では3つの可能性のうち、差し当って来年は職員保険に126億の財政調整を決定した。これだと連邦議会が1976年について一切負担免除を認めないという最悪の場合には、90億マルクの支えを要することとなる。しかしその場合でも年金保険の財政融通は行なうことになる、と職員保険側では述べている。

（Welt紙は以上のMiiller記者の論説に続いて疾病保険の状況に関する次のグラフを掲げている）。

時限爆弾は現在の疾病保険制度の中で響いている。昨年だけで被保険者に対する給付の支出はほぼ4倍になっているのである。実際のところこの進展は爆発的



である。1970年から国は疾病手当の支給のかなりの額を引き受け、また使用者に負担をかけてきた（労働者の疾病の場合の賃金継続支払い）。これを除けば、それ以外の疾病保険支出は1964年から1974年にかけて5倍となる。

Die Welt, September, 1975.

（安積鋭二 国立国会図書館）

## 生活水準，過去20年間で 最低となる（イギリス）

今年第2四半期の生活水準は最近20年間のどの期間よりも低下している。

戦後，続いてきた生活水準の上昇記録は今年になって阻まれることになるのは確かだ。この傾向が労働者側に明確に認識されることになれば，政府の賃金政策に対する労働組合側の姿勢の硬化を招くことになりかねない。

昨日発表された公式数字によると，今年第2四半期における実質可処分所得は，2.5～3パーセント低下したことを示している。この数字は，物価上昇をみこんだ税引き所得であり，通常，生活水準の基準として用いられるものである。ただし，一定の政府サービス・給付（ヒューリー蔵相が“社会賃金”とよんでいる）は除かれている。社会賃金なる概念には，社会保障，教育および保健，食糧補助金や国営産業への補助金などの支出が含まれている。

社会賃金は，就労者人口一人当り一週およそ20ポンドと推計され，急速に増大してきた。だが，この社会賃金が増大しても生活水準の低下を平均的個人に補償していそうもない。それは，どのみち抽象的概念にすぎず，個人々の生活水準の計算には役立たない。

第2四半期における実質個人可処分所得の低下は，1955年ベースでの数字がとられてきて以来，各年4四半期毎でみる最大の低下である。今後数カ月にはもっと低下することが不可避とみられる。

物価上昇の持続時期にあっては，失業，労働時間短縮，超過勤務のないことが，勤労所得へのプレッシャーに輪をかけているとみてよい。

さらに，第2四半期には，所得税と国民保険拠出の負担をあわせると約3.5パーセント（賃金・俸給の伸び率よりも高く）の高い伸び率であった。

1975年全体で見れば，生活水準の低下は4～5パーセントに達するとみこまれる。これは，1953年以来はじめての低下（年率）となり，戦後国民が慣れてきた傾向からのラジカルな変換となろう。

こうした状況にも拘わらず，恐らく雇用見通しへの懸念のせいから，異常なほど強い貯蓄性向が顕著である。

個人可処分所得に対する貯蓄の割合は，記録的な高水準を持続し，第1四半期における14.2パーセントのピークから第2四半期には13.4パーセントとなっている。

公表された数字では，国民総生産の急激な低下（第2四半期において約2.5パーセントの低下）を裏づけている。このことは，4月～6月期には，前の数カ月におけるアウトプット40ポンドにつき僅か39ポンドしか生産されていないことを意味する。

これは，同期の消費者支出の約2パーセント低下に反映されている。タバコ，ビール，衣服および靴の購入ならびに乗用車にかかる支出の急低下となっている。そうした需要低下が労働市場に及ぼした影響には時間的遅れがあるから，輸出水準が大幅に増大しないかぎり，当分は失業が急上昇しつづけることは間違いない。

今年の第1および第2四半期の間に増加を示した国家支出のなかでの唯一の項目は公的機関の物・サービスの経常的支出であった。今日の経済不況のきびしさは過去35年間に体験した最大のものであることは今や疑う余地はない。

The Times, Oct. 20, 1975.

（田中 寿 国立国会図書館）

# 発展する歯科治療保険

(アメリカ)

現在合衆国では、被用者の歯科治療費を「フリンジ・ベネフィット」としてカバーする保険制度が長足の進歩を遂げつつある。

そして最近の労働契約には、歯科治療費のある種の前払い保険の規定をも含むことが多くなっている。その結果、多くの雇主は、被用者に当該保護をボランティアに提供している。最新の関係ニュースは次の通りである。

- 1) この8月1日に鉄鋼労連の職員約45万人とその家族(総数約1,500万人)は、10の主要な鉄鋼企業との協定にもとづき歯科治療保険を獲得した。
- 2) 来年の1月1日から、Bell Telephone Systemとその家族約100万人は、企業の支払う歯科治療保険の適用をうけることになる。
- 3) Sherwin-Williams Company は、さる1月に被用者に対する歯科治療保険制度のモデル・プランを発足させ、目下、パート・タイムの労働者に対する補償も検討中である。企業側スポークスマンの言によれば「機はまさに熟した」ということである。
- 4) 公務員は当該給付の支給を当然と主張している。7月中旬に、ロスアンジェルス市のUnited Firefightersのメンバーは、市の補助金による歯科治療保険に関する協定を獲得し、来年4月1日からこれが発効する予定である。

IBM, First National City Bank, Allis Chalmers, Avon Products, Baxter Laboratories, Brigg & Stratton を含む民間企業の当該プランが最近採択されている。シカゴのある調査によれば、約300の民間企業の3分の1は、被用者の一部または全部をカバーする歯科治療保険

を提供しているとのことである。調査担当者によれば「企業は歯科治療保険に非常に積極的に取り組んでおり、多くの企業は歯科治療保険の提供を不可避なものとしているようである」とのことである。

こうした企業側の考え方は、自動車労連が、自動車工、パートの配達員、および航空機企業と被用者ならびにその扶養家族の歯科治療費をカバーする制度を拡充する契約を結んだ1974年時に強化された。

1965年時には、200万人足らずのアメリカ国民が何等かの種類の歯科治療保険に加入していた。それが1974年の年末には、11,000の別個のプランにもとづいて2,200万人のアメリカ国民が歯科治療費をカバーされることになっている。アメリカ歯科医師協会は「当該プランでカバーされる数は、今年末までに2,500万人になり、1980年までには、およそ6,000万人になるだろう」と見積っている。

## <発展の理由・問題>

歯科治療保険制度がこのように発展し、または発展を期待されている理由のなかで主要なものは、何といたっても最近の歯科治療費の目ざましい上昇ぶりであろう。

政府発表によれば、歯科治療費はこの10年間に約75%上昇したという。

そして歯科治療保険証券は広範な差異があり、あるものは各処置について固定料金を支払い、またあるものは、各年の請求書について支払い限度を決めて保険償還を行なっている、といった具合である。若干のものは自動的に「自己負担」を決めている。

鉄鋼労働者とその家族をカバーするプランは、洗滌も含めて予防措置に対する「適正で慣行の」料金について100%を支払い、その他の大部分の歯科治療措置についての通常料金の85%を支払う。ブリッジと義歯については50%、19歳以下のものの歯列矯正およびその関係処置の50%をカバーし、はじめの3事項に対する最高限度の給付額は、1人年間750ドルとなっている。

約150の私的保険機関およびブルークロス・ブルーシェールドが、現在、前払いの歯科治療保険証券を発行しており、購入者は増加する一方であるという。

しかしながら、歯科治療保険の発展は、歯科医師ならびに関係職員の問題を抜きにしては考えられない。

若干の歯科医師達は、保険の請求が、時として、歯科治療技術の質の十分な考慮なくして承認されたり、承認されなかつたりしていることに不満を述べている。またある者は、若干の保険が予防歯科医術の費用を無視する傾向にあると発表している。

しかし大部分の開業医達は、前払いの歯科治療保険プランが技術の進歩の里程碑を示すものであり、その拡充発展は、おそらく、歯科医師および患者の双方にとって良いものになるであろう、という一致した見解をもっている。「一年に歯科医師を訪れる者は、全人口の半数で、4人につき1人は再治療のため訪れている」と公衆衛生局長は語っている。

歯科治療保険の増大とともに、前述のような治療費の決定についての歯科医師の不満およびマンパワーの欠如等が、今後の発展についての最大のネックと目されている。

U.S. News & World Report, Sept. 8, 1975.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 疾病金庫の給付 についての与党案 (西ドイツ)

最近予算の縮小、節約について政府は非常な努力をしているが、社会関係予算についても政府与党は、政府が既に決定している以上の節約案を考えている。SPDの専門家が記者に語ったところでも、疾病保険の給付もその例にもれな

い。この節約案は1976年前半にも公表されるはずである。

与党の中でもSPD(社会民主党)とFDP(自由民主党)とは疾病保険の節約の方法について意見が異なる。その詳細はまだ明らかにされていないが、いまのところ次の点が論議されている。

○世帯援助の支給(母親の入院の場合)は、近親者がいないときに限る。

○義歯に対する金庫の補助は計算額の80%以下とする。

○外国での保養は廃止する。SPDはさらに一切の保養について医学上の厳しい条件をつけている。

○現在最高2.5マルクの処方料報酬を上げる。これについてFDPは4マルクを主張している。さらに社会的見地からの報酬の段階別も考慮されている。

○処方更新に当たって医師の費用を節約するため、処方反復制を導入する。

○健康障害あるいは副作用の恐れのある医薬品の処方止める。

○例えば精神療法や整形治療その他のように、それが適切と認められるものは、被保険者に費用を分担させる。この意見は特にFDPが推進している。

○出産手当の支払いは、婦人が法定の準備検査を受けた場合に限る。

以上の項目は両党がそれぞれ力点を異にしているが、特に批判されているのは、FDPが推進している患者による医療費の負担で、SPDと連邦労相Arendtはこれを拒否している。目下連邦議会の社会委員会で疾病保険継続発展法(Krankenversicherung-Weiterentwicklungsgesetz)を審議しているが、これをもって被保険者の請求は限定されることになろう。

両与党がこの問題に真剣にとり組んでいるのは、年金保険の財政状態の悪化と共に、疾病金庫の支出が増加の一途をたどっているためである。

Die Welt, September, 30. 1975.

(安積鋭二 国立国会図書館)



# 西ドイツ——医療費爆発

(西ドイツ)

西ドイツの週刊誌Der Spiegelが今年のはじめ「医療費—『時限爆弾はカチカチと鳴っている』」という見出しを掲げて、4回にわたる連載記事をのせ西ドイツ保健サービスの問題を論じている。第1回は「巨額の保険費用との闘い」、第2回は「開業医の一致団結した抵抗」、第3回は「病院—デラックス価格による医療」、第4回は「薬業コンツェルンのちから」というテーマがそれぞれかかげられている。ここではこのうち第1回分について紹介してみよう。なお、Spiegel紙は以前にも数回にわたって疾病保険と医療の問題について連載記事を載せたことがある。年金問題に一応の目途がついた西ドイツ社会保障にとって、いまもっともさし迫って重要ではあるが困難な課題は、医療と疾病保険の改革問題である。

今回の連載の冒頭でSpiegel紙は、西ドイツの医療は世界で最良というわけでもないのに値段だけは世界最高だ、と言い切っている。そしてこうした高い医療費のつけは被保険者にまわされているが、いまや医療問題は社会政策上の引火物となっていていつ爆発するか分らないと警告する。警告は医師団体に向けられ、シュミット連邦首相の「医師達に対しても、必要ならば断固たる措置をとる」という言葉に期待をかけている。しかし批判の矢は疾病金庫にも向けられ、そのなりゆきまかせの怠慢なやり方が糾弾されている。

医療費高騰の要因は、そのまま各回の見出しとして掲げられているのであるが、いまSpiegel紙にまとめられたところを紹介すると次のとおりである。

(1) 保健サービス・システムの欠陥とくに外来診療と入院診療の厳格な分

離

(2) 病院体制の欠陥—ベッドの過剰供給といちじるしく高い入院料のために医療費増加にとくに貢献している。

(3) 毎年毎年行われる自由開業医師、歯科医師に対する報酬の国民所得の成長率を上回る引き上げ

(4) 長年にわたって生計費よりも急速にふえ続ける薬剤支出

(5) 疾病保険給付項目の拡大、たとえば予防検診、歯科補てつ、そしてウェイトとしては小さいが年金受給者のふえ続ける医療費

これらの諸要因のうち、各回の見出しにもなっている医師報酬、病院費、薬剤費は量的にとらえることができる。すなわち1973年の状況によると傷病手当金を含む疾病保険給付費は430億マルク(1マルク=約110円)で、うち病院費が26%、金庫医報酬が20%、薬剤費が15%である。1974年へかけての増加は77億マルク、18%であるが、病院費の伸び率が32.4%と断然高く、歯科医報酬、薬剤費、医師報酬もそれぞれ14.6%、14.4%、12.3%と大幅にふえている。フランクフルトのノルトウェスト病院の1ベッドの費用は、ヒルトンホテルの1ベッドの費用の3倍、1日当り231マルクだという。開業医もけっこうやり甲斐のある職業で、ハンブルクのある内科医の純所得(すべての経費と税金を差し引いた)は月10,000マルクになるという。しかし、こうしたデラックスな病院や医師の高所得を支えているのは、被保険者にほかならない(若干の例外を除いて西ドイツ疾病保険は国庫補助を財源とせず、労使の負担する保険料だけで賄われる)。もっとも高い拠出金をとっているドイツ職員代用金庫は、史上初めての最高拠出金を今年(1975年)の4月1日から適用することにした。それは4半期分235.20マルクで53マルク、28%の引き上げである。15年まえの1960年にはこの額か42.90マルクであったから6倍近くまで上昇したことになる。これはもっとも負担の大きいグループの話であるが、ともかく被保険者の負担はもはや限界に達したといわれるほど高くなった。医療産業は1974年の総費用500億マルク、1975年にはおよそ600億マルクに達し、売上高でみると電

気、自動車、化学と並んで巨大産業の仲間入りをするにいたった。それを支えるのが被保険者である。

それでは疾病金庫は一体なにをしているのか。西暦2,000年頃までいまの状態が続けば、西ドイツの国民はすべて医療サービスの仕事だけをする事になるだろうとある人は皮肉っている。フランクフルトの一般地域金庫の理事長 G. Kraushaarによれば、「そうなれば、われわれはみな健康だ。だが、そのとき餓え死にするほかはない。」こうした危機意識をもちながら実際には疾病金庫は、医療費の急増に対してまったく無力であった。ザールブリュッケンの Elizabeth Liefmann-Keil教授は、疾病金庫は医師が必要だといえ、ただその通り支払をしているだけにすぎない、と指摘する。金庫は医師の提供するサービスに値段をつけたり、金庫のサイドから費用分析を行ったりといった努力をしないで、ただ医師からのツケを被保険者にまわしているだけにすぎない。実は疾病金庫は医師や診療機関が提出した診療券の束をかかえており、それらは医療費増加要因を分析するための材料となり、医療費や疾病保険をめぐる議論の際の資料となりうるものである。それにもかかわらず金庫はそれを活用せずただ死蔵している。

医療費の増加要因については、すでに冒頭で引用したが、Spiegel紙は第1の要因、すなわち外来診療と入院診療との厳格な分離について、それが医療費増加に結びつくメカニズムの1例をあげている。もし病院も外来診療を許されればその検査施設やレントゲン装置、コンピューター診断設備をもっと合理的に使い患者も自宅にとどまることができる。開業医の外来診療独占制度は金庫医自身の負担を重くし、その結果やむをえず患者の迅速な処理方法を工夫せざるをえなくさせる。かくて医師は投薬に頼り薬剤消費がふえるのである。かつては思いもよらなかったような数の患者を1人の医師が扱うことができるようになったのはそのためである。薬剤費は1960年から1972年へかけて4.5倍にふえたという。被保険者1人当りの年間支出額は1960年当時40マルクであったが、1972年には181マルクにふえているのである。いまあげたのはただの1例

にすぎないのであって、こうした医療費増加の実態分析を関係者が怠り、ただいたずらに他を非難し合っていることをSpiegel紙は批判したわけである。疾病保険によって誰が一番得をし、誰が最後にジョーカーを握られるか、それを明らかにするだけでは問題は解決しない。そこからさらに一步つっこんで現在の制度・組織の欠陥を明らかにしなければ解決の糸口はつかめない。

もっとも費用を食う病院診療の高級化は、3億マルクをかけたベルリン自由大学病院や、シュタンベルガー湖畔にある、80ヘクタールの庭園とボーリング場、プールなどの設備をもつリハビリテーション施設、ヘリコプター発着場を屋上にもつ病院といった、誰でもそれとみて分る事実である。しかし、さらに突っ込んでみると、国際的に比較しても長い在院日数(17.6日)、無計画な病院建設、増床、混乱した病院経営といった事実が明らかにされる。病院予算の70%以上は人件費で、勤務医師の給与は着実にふえているが、その数も1960年以来2倍に増加した。医師のなかでも医長(Chefarzt)の給与は非常に高水準で、国全体でみても最高級所得層に属し、年100万マルク以上をかせぐ医長は1ダースを数えるという。病院医はただぼう大な人件費を食うだけでなく、その仕事ぶりが保守的で各診療科への合理的なベッド配分、チーム・ワークによる効率的な医療などを妨げるなど費用増加の要因ともなっている。

医療費増加に対して責任があるのは、もちろん病院医だけではない。Spiegel紙は開業医の責任のひとつとして、彼らが現状維持によって利益をえており、あらゆる疾病保険改革の努力に対して反対する点をあげている。約8万人を数える金庫医、金庫歯科医の平均粗所得(経費は控除)は、1974年でそれぞれ約16万マルク、18万マルクであった。金庫医の数はほんのわずかしかふえず、労働時間も長くなっていないのに、売上げを増加させることができたのは、補助労働力の投入と患者を診ることなく医師サービスが行われたとみなされる処方箋発行をふやしたからである。もちろん、すべての医師が診療料金表のもうかる項目に流し目をくれないながら治療をやっているわけではなく、なかには入念な診療を行う医師もいる。ところが、彼等に対して与えられるもの

といえば収入減少という罰にほかならない。1人の患者の診察に3分以上費す医師の所得は月6,000ないし8,000マルクにしなければならないという。かくて金庫医団体は、最小限の制度改革に対してすら、医業の社会化、国家統制を企図するものだとヒステリックに反対する。

医療費の不断の増嵩にもかかわらず、西ドイツの開業医診療の水準は向上していないと Spiegel 紙は批判する。その例として、都市近郊と農村地域における一般医、専門医の不足、長い待ち時間と短時間の診療、医師再教育の不足のほか、特定疾患分野での診療体制の不備が列挙されている。こうした現状に対する医師団体の反論は、いまの疾病保険が患者の過剰受診傾向をもたらすという点に向けられ、したがって患者による一部負担の強化がそのための対策として提唱される。1969年の賃金継続支払法も当然批判の対象となる。Spiegel 紙は、賃金継続支払法の実施後受診はふえていないから、この批判は当たらないとのべており、いくつかの対策の方向を示唆している。それは、ひとつには、グループ診療など医師相互の間の協力を強化すること、第2には、診断・予防センターや、家庭ケアを援助する職員をおくコミュニティ駐在センターの設置、および病院の外來サービスへの参加、第3には、医薬品市場の再検討、といったものである。

( Krankheitskosten: "Die Bombe tickt" —Das westdeutsche Gesundheitswesen (1): Der Kampf um die Kassen-Milliarden, Der Spiegel, Nr. 19. 1975.)

(保坂哲哉 社会保障研究所)

## 社会保障こぼれ話

### 1975年前半の雇用と失業

(アメリカ)

1974年後半以後1975年の初期を通じて、雇用状態は悪く、失業はこの35年間で最悪の状態になり、1975年の春には、失業は大不況以来最悪の事態に陥ってしまった。

雇用では、1974年10月から1975年3月までの間に、非農業で賃金を支払われる雇用は急激に減少したが、4月から6月にかけて、雇用はやや好転した。雇用の著しい低下が記録されたのは一次製品の金属、電気関係を除く機械、電気器具、輸送施設、紡績、および衣服であった。また、建設業は景気後退の強い打撃を蒙り、1975年前半の6カ月間に、約38万人が職を失ったが、これは1974年後半における失業の20万人に次ぐ規模である。

失業では、1974年6月における480万人の失業は、1974年12月の660万人に増え、1975年5月には、約800万人になっていた。20歳以上の成人男子では、1974年後半における失業の増加分は925,000人であったが1975年前半にさらに875,000人が加わり、1975年6月の失業者は約356万人で、これは全失業者の45%に当る。成人女子の失業では、男子と同一年間に約100万人増えて、1975年6月の失業者は約269万人となっており、これは全失業者の約3分の1になる。10代の若い世代の失業は伝統的に平均的水準より高い失業率を示しているが、10代の失業では、通常より高い失業率が記録され、失業率は1974年6月の15.8%が同年12

28頁へつづく

## 第 1 回 E E C 社会予算

E E C 委員会は、各国の専門家たちにより作成された、1970年から1975年までの期間の第1回 E E C 社会予算を承認して、これを理事会に送付した。この社会予算は、1972年9月、理事会が委員会に対して行なった要請にもとづいて作成されたもので、E E C 諸国の社会予算をもとにし、1970年から72年までは実績を用い、1973年から75年までは推計によっている。

第1回 E E C 社会予算は、E E C 加盟国の現在の傾向を、福祉政策全体（その大部分は社会保障である）の収支に反映させ、予想される経済発展との関連において明らかにするのがその主目的である。したがって、「予算」ということばは、ここでは公共予算で使われる支出とそれを賄う収入に関する認可行為といった厳密な意味のそれではない。

### 主旨

この社会予算は、加盟国の福祉政策、とりわけ福祉を知る一つのよい手がかりである。福祉政策は、それぞれの国の事情によって異なった発展をとげてきているから、必ずしも同じ立場からそれらと比較することはできない。E E C 社会予算によって、各国および E E C 当局は、加盟国間の経済協力と並行して、社会面での進歩を推しすすめることができよう。

この社会予算は、福祉政策の一部しか扱っていないという点を考慮すれば、この第1回 E E C 社会予算は、上述の目的に向っての第1歩であるにすぎない。事実、これは、通常の社会保障費、政治的事件または天災の犠牲者に対する給付およびその他の福祉事業のための給付しか含んでいない。広義の福祉政策は、

たとえば福祉的住宅、職業訓練、さらには国によって教育全体をも含むかも知れない。かかる政策はまた福祉施設、病院、住宅および児童施設の建設、障害者に対するサービス等も含むであろう。

1973年から75年を基準とするこの社会予算の推計は、現行の制度が変わらないという前提で行なわれたが、制度の改善および発展を考慮すれば、各部門の推計は最低限のものであると考えられる。その一例はイタリアの場合で、1974年に採択された措置は、1973年を基礎にしている1975年の推計では大幅な差を生じる。イタリアの場合、全体の給付はほぼ28%増加した。同様のことは、他の国の場合にもいえる。

上述のようなことのほかに、経済事情の大幅な変化、とくにインフレの加速に関して、委員会は、社会予算のデータを急いで実情に合わせる作業を行なうよう理事会に提案している。この実情に合わせるという作業は、1975年度については予測の修正を行なうことであるが、1976年度の予算についてはさらに拡張することであろう。1974年1月の決議の中で、理事会は、E E C 社会予算の履行を強く要望している。

### 結論

ルクセンブルグを除き、どの国においても実価格での社会支出は、国民所得よりも急速な伸びを示している。なかでも、現物給付と医療給付の確実な増加が目立っている。同様の傾向は、老齢給付の場合も明らかに見られるが、逆に家族給付は減少してはいないが固定しているように思われる。西独、イタリア、ルクセンブルグ、オランダおよび英国が、老人に対して一層の努力を行なっているのは、それらの国々の人口的推移にもとづくものであろう。逆に、ベルギー、デンマーク、フランスおよびオランダでは、家族給付に対して特別の努力が払われている。

収入に関しては、国の補助の大きさによって3つのグループに分類することができる。フランスおよびオランダではその果す役割は小さく、ベルギー、西

独、イタリア、ルクセンブルグおよび英国では比較的大きく、国の補助が大きな役割を果たしている国は、アイルランドおよびデンマークである。

表1 国民総生産に占める社会支出の割合  
(通貨による)

	ベルギー	デンマーク	西独	フランス	アイルランド	イタリア	ルクセンブルク	オランダ	英国
1970	18.0	19.7	20.1	18.3	12.9	18.4	17.3	20.7	16.0
1972	19.3	20.8	21.5	18.7	13.0	22.2	19.5	23.1	16.7
1975	19.4	22.9	22.1	19.3	15.3	23.0	18.1	26.3	16.4

表2 国民1人あたり社会支出  
(計算貨幣による)

	ベルギー	デンマーク	西独	フランス	アイルランド	イタリア	ルクセンブルク	オランダ	英国
1970	484.8	629.4	620.6	526.3	174.6	320.6	520.1	501.6	356.4
1972	645.1	810.1	826.4	652.2	238.2	446.9	667.8	724.5	458.1
1975	893.6	1166.7	1138.7	932.3	435.3	684.3	880.9	1127.8	602.3

(藤井良治 亜細亜大学)

## 西ドイツ社会民主党の 長期医療政策要綱

社会民主党(SPD)は、1975年2月、1975~85年の経済政策大綱を決定した。この中で「保健制度の改革」が1つの重要な項目として掲げられている。以下、これの概要について紹介する。

### 医療保障の自治管理

社会民主主義的な保健政策の目標は、すべての市民に対して経済状態に関係なく、平等なよりよい健康保障と医療保障を行うことである。この目標は、健康増進措置、健康相談および予防措置によって達成されるべきである。その際、被保険者、医師等および官庁の代表で構成する各団体または審議会が相互に協力し合わなければならない。われわれの目標の実現にとって責任があるのは、必要な法律的根拠をつくる国家である。しかし、医療保障の任務は、被保険者、医療従事者および地方公共団体の共同決定によって定められるべきである。また、疾病保険の自治管理は被保険者によって行われるべきである。このことは、使用者はもはや参加すべきでないということを意味する。

### 対象者の範囲

疾病保険はすべての者を包括し、それによって本当の国民保険になるべきである。これは古くからの社会民主主義的社会政策の目標である。疾病保険は全国民に対して開放されなければならない。すべての者に対して同じ現物給付およびサービスが、その者の経済状態に関係なく提供されるような給付制度によって、すべての市民によりよい同じ程度の医療を、自由な医師選択を前提に行うことが可能である。

### 疾病保険の給付

疾病保険の給付は、さらに心臓疾患、循環器系疾患および代謝疾患の早期発見のための措置にまで拡大すべきである（注：現在、成人に対するがん検診と幼児に対する特定疾病の検診が疾病の早期発見措置、いわゆる予防給付として法定給付の中に組み入れられている）。疾病の場合にすべての市民は、できるだけよい診療結果がでるまで継続して総合的な外来診療および入院診療を受けるとともに、必要である限り、社会復帰のための措置を受ける権利を約束されるべきである。

### 統合的医療保障

かつて既存の医療施設網では、医療保障の任務は果たされ得ないという指摘があったが、まさにこれが医療保障の欠陥に通じており、また医療制度の費用を増大させる結果となっている。医療保障のそれぞれ異なった部門を相互に組み合わせることによって、よりよい医療保障が少ない費用によって達成されるであろう。これは医療保障の総合的システムを実現するにすぎない。医療給付の提供は、全国統一的な規準に沿って法律的根拠に基づき各地域で行われる。これについて連邦は必要な権限を有すべきである。計画は、連邦水準、州水準ならびに地域の3段階において実施されなければならない。

### 外来診療

外来診療は主として開業医によって行われるべきである。それは可能な場合にはグループによって行われるべきである。広い専門分野にわたるグループ診療は、医師による協働の可能性とみることができる。開業医および病院勤務専門医ならびに臨床心理学者は、このようなグループ診療においては、科別の診察をやらないですむ。医師および疾病金庫の所有する医療施設に勤務する医師も外来診療を部分的に引き受けるべきである。したがって、外来診療はもはや開業医だけに限定して考えるべきではない。

### 公立医療センター

医療保障の総合的システムの要素として、市町村立の医療センターが必要で

ある。これらは、外来診療施設と密接に協力し、従来の市町村立ナーシングホームの機能をもつとともに、予防サービスの中心となるところである。これらのセンターのその他の重要な点は、社会事業であり、老人および病人の看護保障であるということである。

### 入院保障

外来部門で適切な治療ができない患者に対しては、入院部門で治療を行う。しかし、すべての治療が患者の入院収容を必要とするわけではない。病院は、一定部門の患者を一定時間（昼間または夜間）収容し、治療できるように設備されるべきである。病院は、通常の診療、第二、第三段階の診療を行うほか、外来診療も一部引き受けるべきである。内部構造の改革は、病気の種類と重さだけが病院における治療の尺度となるよう保証しなければならない。医師による特別サービスはもはや特別に必要とされることはない。このため最初の措置として指導的立場にある医師の診療報酬請求権は病院に移転すべきである。民主的諸団体は、病院におけるこれまでの聖職階級的な制度をやめさせるよう手助けすべきである。

### 精神病患者のための施設

一般診療制度の中に精神病患者の診療のための施設をより強力に組み込む必要がある。これらの患者のための入院診療は、通常、一般病院制度の中で行われるべきである。病院でこれらの患者の外来診療ができるようにすべきである。精神病患者のための特別の病院が今後必要と思われる。居住地区での病院における社会的精神治療サービスまたは、公的保健事業の枠内における社会的精神治療サービスについて努力が払われ、開業医との密接な協力がなされることが必要である。

### 医療技術センター

すべての診療部門に——とくに複数の専門サービスをさけるために——経済的合理的な方法で現状を改善し、かつそれぞれ異なった医療施設で診療を行っている医師が診断および治療のために自由に利用できるような医療技術センタ

一を設置すべきである。これらの施設は、地域の実情——通常、病院に対する場所的關係を考慮して設置されなければならない。

#### 資料・情報サービスシステム

各地域ごとに資料・情報サービスシステムが必要である。異なった調査結果や現状などが他の地域でも参考にされるべきである。このシステムは、地域ごとの資料・情報サービスシステムの間でデータの交換をすることが目的である。その際、患者の個人的秘密は守られなければならない。公的保健サービスは所与の任務を完全に果たすような状況におかれるべきである。それは伝統的な衛生業務とともに、青少年保健サービス、社会衛生サービス、保健福祉サービス、公害からの健康保護およびその他の予防業務を行うべきである。社会保障給付を行う各機関の社会医療サービス——相談医サービス、災害保険取扱医サービス、医療扶助等取扱医サービス、労働事務所医サービス——は、これらの機関から独立した共通の社会医療サービスに統括されるべきである。社会保障給付を行う機関の社会医療サービスとは、これらの機関と相談し、社会保障給付を受けている各人について保健的予防の可能性を医師の鑑定によって示すものである。それはさらにリハビリテーションについて指針を示す機能をもつべきである。企業医のいない小企業に対しては、同業組合の自治管理の枠内で組織し、費用をまかなっていく共同の企業医サービスが必要である。

#### 薬剤サービス

国民に対して安い価格で薬剤を供給することは努力目標である。薬剤の安全性と効能を高めることへの要求が強まっている。新しい治療用の医薬品の開発は、国家的な研究および研究促進によって強力に進められるべきである。薬剤価格のコントロールが行われるべきである。このため、販売価格の引下げが、連邦カルテル局によるメーカー別の公表された原価計算を基礎とした、国内および国際的価格比較に基づいた生産者に対する強力な価格政策コントロールによって行われなければならない。

#### 保健制度における医療従事者

新しい医療・社会専門職が保健制度における要員問題に役立つようにすべきである。すべての医師職およびその他の医療専門職について法律で定められた継続教育が行われるべきである。

#### 新しい構造

保健制度における新しい構造をつくり、また任務を拡大するためには、労働組合および社会保険との密接な協働が不可欠である。統合的な制度について、社会保険の保険者、教会、病院、保健委員会などの代表に、まず国民の保健的需要にとって意味のある有効なものとして理解させなければならない。

#### 費用の抑制

最後に費用増大の抑制を前提として以上のような諸提案が行われていることを忘れてはならない。1つの改革が国民のための保健制度の質を改善し、経済的なしくみを実現することが実証されるべきであろう。その際、とくに疾病保険における異常な費用増大およびそれと結びついた保険料の引上げが歯止めされるべきである。

Gesundheitspolitik im SPD-Langzeitprogramm,  
Die Krankenversicherung, April 1975, S. 85-87.

(石本忠義 健保連)

## 年齢階層別国民医療費

(アメリカ)

### I アメリカの国民医療費

ここに紹介する資料は1974会計年度におけるアメリカの国民医療費を、特に三つの年齢階層に分けて分析したものである。本文の紹介に先だち、日本の

医療費とのおおまかな比較をしておきたい。

アメリカの1974会計年度は1973年7月1日に始まり1974年6月末日に終る一年を指す、従って以下ではこれを1973年度と訳し、日本の昭和48年度の国民医療費と比較することにする。

ここで紹介するアメリカの医療費とは、医療施設建設費や医学研究費、公衆衛生関係費あるいは、公的な各種医療保障や私的医療保険等の事務費を除いた、いわば個人的保健医療費であって、ここではこれを国民医療費と呼ぶことにする。この国民医療費は、すべての医療費を含む総医療費の約87%をしめている。

厚生省が毎年発表している日本の国民医療費には、買薬費、正常分娩費、健康維持等を目的とする健康診断費、差額ベッド費などが除かれているから、日本の国民医療費の方がアメリカのそれよりそれだけ低く見積もられていることになる。

こうした点を一応無視して、昭和48年度ないし1973年度の両国の国民医療費を比較すると、日本は3.9兆円であるのに対して、アメリカは903億ドルでこれは約27兆円となる。

人口一人当たりの国民医療費は、日本が3.6万円であるのに対し、アメリカは約12.6万円(420ドル)で日本の約3.5倍となっている。

また国民総生産に対する国民医療費の割合は、日本は3.4%であるのに対してアメリカは6.7%であった。

## II 年齢階層別国民医療費

全人口を19歳未満、19-64歳、65歳以上の三つの年齢階層に分け、それぞれの国民医療費の状況を見ると表1のようになる。

65歳以上の人口が全人口にしめる割合は1割にすぎないが、その医療費は全体の30%に達している。これとは逆に、19歳未満階層は全人口に対する人口の割合が34%に達しているのに対し、医療費の方は全体の15%にすぎず、この階層の一人当たり医療費は全人口平均一人当たり医療費の2分の1以下になっている。

表1 年齢階層別国民医療費

	医療費		人口割合 (%)	一人当たり医療費(ドル)
	実額(億ドル)	割合 (%)		
全人口	903	100.0	100.0	420
19歳未満	134	14.9	34.1	183
19～64歳	502	55.6	55.7	420
65歳以上	267	29.5	10.2	1218

65歳以上老人の一人当たり医療費は1218ドル(約365,400円)にのぼり、全人口平均あるいは19～64歳平均の3倍になっている。

アメリカに限らず老人の医療費は一般に全人口の平均よりも高くなっている。それは高齢になればなるほど病気にかかる率が高くなるからである。しかしたとえ罹病率が高かったとしても、収入の少ない老人のための何らかの医療保障制度がなければ、老人の受診率あるいは一人当たり医療費はそれほど高くない。

周知のようにアメリカには65歳以上の老人を対象とした老人健康保険がある。この制度が、65歳以上年齢層の一人当たり医療費を引き上げる上で少なからぬ影響を与えていたであろうことが想像できる。事実、老人健保が発足した当初(1965年度)の数字を見ると、一人当たり65歳以上老人医療費は446ドルで、全人口平均183ドルの約2.4倍にすぎなかった。ところが1973年度では表1でも明らかなように65歳以上老人の一人当たり医療費は全人口平均の2.9倍に達している。

そこで次に医療費の公私負担割合を、年齢階層別に見ることにする。

## III 年齢階層別公費負担割合

年齢階層別に見た公私費用負担の割合は表2の通りである。



表2 年齢階層別公私費用負担割合(%)

	私費負担	公費負担		
		連邦政府	州及び地方政府	合計
全人口	62.1	25.8	12.1	37.9
19歳未満	73.1	22.9	14.0	36.9
19～64歳	71.0	16.4	12.6	29.0
65歳以上	39.7	48.4	11.9	60.3

人口全体で見ると国民医療費の62%は私的財源でまかなわれ、連邦、州、地方政府の負担は38%になっている。しかし年齢階層ごとに負担割合を見ると、65歳未満と65歳以上で大きな違いがある。前者では公費負担は30%未満にすぎず、後者では60%に達している。

19歳未満の階層について公費負担の中身を見ると、その半分以上(52%)は医療扶助でしめられている。またその21%は国防省の軍人家族医療保障の支出であって、他の17%は一般的な病院医療支出でしめられている。一般的な病院医療支出の内訳は、州立病院や地方自治体立病院の経常費から医療扶助による収入や患者負担分などを差引いたもの、ならびにインディアン医療サービス支出等の連邦政府の直接支出からなっている。

19歳～64歳の階層について公費負担の中身を見ると、医療扶助がその33%を占め、一般的な病院医療支出が21%、退役軍人医療保障による支出が15%、国防省の軍人およびその家族のための医療保障の支出が13%、労災補償支出が10%等となっている。

65歳以上の階層について、公費負担の中身を見ると、63%が老人健保の支出、24%が医療扶助の支出、7%が一般的な病院医療支出等となっている。

Ⅳ 私的医療保険の役割

表2でも明らかなように、国民医療費のうち私費負担分は約62%に達して

いる。しかしこの費用のすべてを患者が直接、受診に際して支払っている訳ではない。多くの国民は私的な各種の医療保険制度を利用しているからである。

この私的医療保険制度の支払が私費負担分にしめる割合は、全人口をとると41%、65歳未満の階層では48%、65歳以上の階層は13%となっている。65歳以上老人の私費負担にしめる私保険の比重が低いのは、老人健保制度の普及によるものと考えられる。また公的健康保険制度を持たない65歳未満の国民は、私費負担分の約半分を私保険を通して支払っていることになるのである。

最後に医療費の負担割合の年次別変化を表3に示しておく。患者自身が受診の際に直接支払う部分は次第に低下し、反対に公費負担分(政府負担分)は年とともに大きな比重をしめるようになってきている。こうした傾向に大きな影響を及ぼしたのは医療扶助の発展と老人健保の発足である。

表3 国民医療費の年次別負担割合(%)

年 度	患者の直接負担	私保険による負担	公費(政府)の負担	慈善組織と企業福利厚生負担	全 人 口				
1965	51.5	24.7	21.8	2.0					
1966	45.4	22.6	30.1	1.8					
1967	41.1	22.5	34.8	1.7					
1968	39.8	23.2	35.5	1.6					
1969	40.4	24.0	34.2	1.5					
1970	39.1	24.9	34.6	1.4					
1971	37.6	24.9	36.1	1.4					
1972	36.9	25.1	36.6	1.4					
1973	35.1	25.6	37.9	1.4					

年 度	患者の直接 負 担	私保険に よる負担	公費(政府) の負担	慈善組織と 企業福利厚 生負担
65 歳 未 満				
1965	51.1	27.3	19.4	2.2
1966	48.1	28.0	21.7	2.2
1967	46.0	28.7	23.3	2.1
1968	44.2	29.8	24.1	2.0
1969	43.3	31.0	23.9	1.9
1970	41.1	32.6	24.5	1.8
1971	38.4	33.0	26.8	1.8
1972	37.8	33.4	27.1	1.8
1973	35.5	34.2	28.6	1.8
65 歳 以 上				
1965	53.2	15.9	29.8	1.1
1966	37.0	5.9	56.4	0.8
1967	27.5	5.3	66.6	0.6
1968	28.0	5.4	66.1	0.5
1969	32.6	5.5	61.4	0.5
1970	34.2	5.4	60.0	0.5
1971	35.6	5.2	58.9	0.4
1972	34.8	5.2	59.7	0.4
1973	34.1	5.2	60.3	0.4

私保険の役割は65歳未満の階層を取ると増大傾向にあるが、65歳以上の階層の場合には老人健保が普及して以降はほとんど変化がない。慈善組織や企業の福利厚生による支出部分は減少する傾向を示している。そして患者が直接支払う一人当たり負担額は1973年度で、65歳以上の場合415ドル、65歳未満の場合117ドル、全人口平均で147ドルとなっている。

M. S. Mueller and R. M. Gibson, "Age Differences in Health Care Spending, Fiscal Year 1974," Social Security Bulletin, Vol, No.6, June 1975, pp. 3-16.

(一圓光弥 健保連)

## 主婦の経済的価値

(アメリカ)

疾病の経済的費用を把握するためには、社会の様々な成員の経済的価値が、かれらの生産性というかたちで数量的にはからなければならない。そのさい賃金とか給料とかのかたちでの報酬が支払われることのない主婦のばあいは、ユニークな問題がいくつかでてくる。

このような非市場部門での経済的アウトプットについて、1964年に、モルガンは、GNPのなかで38パーセントを占める金額であろうと予測した。同じようなデータをベースにして、シラーゲルディンは、1969年の論文のなかで、年間1家族のなかの非支払い部分はおよそ4,000ドル、可処分所得の約50パーセントと推計した。

最近の研究接近方法としては次のようなものがある。

- “支払うことがふさわしいもの”を用いた方法
- 機会費用による方法
- 市場価格方法

これらのうち、市場価格法による年間の主婦の経済的価値は次のようなものであった（非労働力部門の主婦，1972年）。

年 齢	合 計	白 人	非白人
総数 .....	\$ 4,705	\$ 4,705	\$ 4,708
15-19 .....	5,389	5,285	5,801
20-24 .....	6,061	6,032	6,252
25-29 .....	6,417	6,434	6,221
30-34 .....	6,416	6,434	6,221
35-39 .....	5,892	5,903	5,766
40-44 .....	5,908	5,919	5,795
45-49 .....	5,222	5,222	5,224
50-54 .....	5,222	5,222	5,224
55-59 .....	3,618	3,664	2,892
60-64 .....	2,942	3,001	2,163
65-69 .....	2,250	2,306	1,611
70-74 .....	1,602	1,628	1,158
75-79 .....	1,090	1,102	814
80-84 .....	634	638	516
85以上 .....	359	358	371

Wendyce H. Brody: Economic Value of a Housewife.  
Research and Statistics Note (DHEW) No.9  
 1975.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## スウェーデンにおける 脳性麻痺の状況(1954—70年)

(スウェーデン)

スウェーデン・ゲーテボルグの小児病院のB.Hagbengらは、1954年から1970年までの脳性麻痺(Cerebral Palsy:以下C.P.と略す)の発生頻度を調査し、頻度が有意に減少していることを認めるとともに、その減少の原因を分析した。

スウェーデン西部のゲーテボルグ市、ウプサラ州他4州で、1954年から1970年までの間に出生し(但し、1954-58年の間はゲーテボルグ市のみ)、生後2年間観察して、C.P.の症候と認めた児は総数560人であった。この間、低出生体重児の頻度は4.3%で変化しなかった。またスウェーデンでは、分娩の約99%は、産科施設で行われている。

### 1) C.P.全数の発生頻度

1954-1970年を4期間に分け、出生数1,000に対する発生頻度を求めると、1954-58年、1956-62年、1963-66年、1967-70年の各期間でそれぞれ、2.24、1.89、1.67、1.34であり、0.5%の危険率でこの減少傾向は有意である。同様の結果が、デンマークの登録から明らかにされた(1973年)。これに登録された例数は2,310であり、1940年から1967年の間、調べたものである。デンマークでは、1950年代初期には、C.P.の発生頻度が約3であったが、1960年代中期には2になった。

### 2) 症候による発生分布

C.P.を痙性片麻痺、痙性四肢麻痺、両麻痺(痙性と失調性とともを含む)先天性運動失調、運動障害の5群に分け、それぞれの発生頻度の変化を求めると、両麻痺の群は0.05%の危険率で有意に減少し、運動障害の群でも減少が認

められなかった。

### 3) 出生時体重による発生分布

C.P.の患児を、出生体重によって2,500g以上、2,500g以下1,500g以上、1,500g以下の3群に分けると、後2者の群に有意な減少が認められた。C.P.の患児の中で、低出生体重児は、1954-58年間では、46%を占めたが、1967-70年間では32%であった。低出生体重とC.P.は関係がなお強いことがわかる。

### 4) 原因による発生分布

C.P.の原因もその発生時期によって、出生前期、出生期(分娩直前から分娩後7日まで)、出生後期(分娩後7日以降2年間)及び原因時期不明の4群に分けると、出生期に原因を有するC.P.が、有意に(危険率0.05%)減少した。出生期の原因によるC.P.は、1954-58年間では、50%以上を占めたが、1967-70年間では、40%に減少した。出生期の群に、低出生体重をすべて含めたので、この群の減少は、主に低出生体重のC.P.患児が減少したことによると考えられる。

### 5) 知能による発生分布

C.P.の患児をIQ70を境に2群に分けると、両群ともに有意にC.P.の発生頻度の減少が認められた。

### 6) 地理的発生分布

ゲーテボルグ市と他の州でのC.P.の発生頻度に差は認められなかった。但し、ゲーテボルグ市では、その頻度が1.76%で他の地域の1.57%より高かったが、これは、同市で低出生体重の発生頻度が他の地域よりも高かったためと説明されよう。

この調査から結論づけられることは、新生児黄疸、仮死、重症の分娩時外傷による脳障害を予防しようとする近年の努力によって、かえって従来死亡していた重度の障害を持った児を増加させているというより、むしろ障害を持った児を減少させているということである。

ところで、日本の厚生省の調査(1965)によれば、脳性麻痺の児(18才未満)は全国で約30,900人いる。また諸家の報告によれば、人口1,000人に対し1.9人から2.2人の脳性麻痺患者がいる。しかし、地域レベルで長期にわたって、出生に対する発生頻度を調査した報告は、未だ日本で見当たらない。精神薄弱と並んで小児の心身障害の多くを占める脳性麻痺は、予防と早期発見・早期治療が重視されつつあるが、そのための基礎となる正確な発生頻度が、我が国でも把握され、追跡調査されることが望まれる。

Hagberg, B., Hagberg, G., Olow, I.: The Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. Acta Paediatrica Scandinavia 64:187-192, 1975.

(三宅貴夫 国立公衆衛生院)

## 社会保険制度の動向

(イラン)

最近、社会福祉省が新設され、同省では、各種の社会福祉機関が活動し、社会的サービスを提供する。同省の果す役割は次に示されるとおりである。

- (1) 全市民に対する健康保険制度の提供。
- (2) 各種の諸給付を必要とする人びとやその扶養家族に対して、それらの諸給付を支給する社会保険のような社会保障サービスの提供、および積立金制度の制定とその発達。
- (3) 子供と高齢者に対する家族福祉のセンターとホームの設置や拡張を通じて、すべての年齢の人びとやその家族に対する福祉サービスの提供。
- (4) 身心障害者などへのリハビリテーションの提供。

- (5) 政府による公的機関以外の福祉機関の監督, および基準, 制度, 運営方式の制定。
- (6) 麻薬常用やアルコール中毒の処置と患者のリハビリテーション提供。
- (7) 国際的機関との交流や社会福祉にかんする国際会議への参加。
- (8) 社会福祉の審議会に承認されたその他の福祉サービスの導入。

新設された社会福祉省では, 同省の一部門である社会保険機関が活動を展開し, 労働災害・職業病と疾病・出産に対する各種の医療給付と短期および長期の現金給付, 退職・廃疾・稼ぎ手の死亡に対する現金給付(年金), および結婚手当の諸給付が同機関により提供される。ちなみに, 上述した諸給付はかなりの増額が検討されている。

現在, 社会保険機関が運営する制度は, 450万人以上の被保険者と扶養家族をカバーしている。社会保険の諸給付のうち, 患者に対する医療と処置は, 社会保険機関の所有する保健施設で, 同機関の医師により与えられるか, あるいは, 同機関と関連をもつ医師と医療施設で提供される。そのような医療を提供するために, 社会保険機関は医師(一般医と専門医), 看護婦, 薬剤師, 技術系職員, 管理業務職員を含む1,500人以上の職員を雇用している。かれらによる各種の保健サービスは, 次のような施設で提供される。

- (1) 主要な都市と人口の多いセンターに設けられた190の特殊な診療所。
- (2) 診療所を完全に操業させるほど十分な需要のないより小さな都市で, 契約を結んでいる110の診療所。
- (3) 5,000病床以上をもつ十分な設備を備えた17病院。
- (4) 需要があれば, いつでも利用できるように契約を結んだ84病院。

これらの医療機関を用いた医療の利用状況では, 平均的な数字は1年間に

1,600万件の外来患者と, 15万件の入院が記録されている。また, 社会保険機関が提供した医療と保健サービスの費用は, 40億リアル(6,000万USD)を超えている。なお, 社会保険機関の医療チームは, 世界中の最新の水準に遅れないでついて行き, 100件の心臓切開手術とその他の主要な手術を行っており, 誇るべき成功を記録している。

さらに, 社会保険機関は家族計画, 社会福祉活動, および最適の環境衛生と家族の福祉を保証するために行なう工場の健康診断のような各種のサービスを実施している。

ところで, 社会保険機関は今後3年間に達成を目指す計画をもっているが, それらの計画は次に示されるとおりである。

- (1) 被保険者と扶養家族を併せて, カバーされる人びとを150万人増やし, その結果, 社会保険制度を適用される人々を600万人にする。
- (2) 部分的にカバーされた人びとを, 完全適用に移す。
- (3) 異なった社会的グループに, 保険の適用を拡大する。
- (4) 医療サービスを改善するために, 容認できる基準を導入する。
- (5) 保険原則と保険数理的研究にもとづいて, 財政状態を評価する。
- (6) 人的資源の技術的な能力を増進するために, 教育計画を拡充する。

Social Insurance Organization (Iran), *Social Insurance in Iran*, *Asian News Sheet*, Vol. V, No.1, 1975, pp.10-11.

(平石長久 社会保障研究所)

# 最低の生活水準と 不適切な所得のグループ

M. Hiral (チェコスロヴァキア)

本稿には、この国の社会保障研究所が、最低生活水準にかんする調査研究で発見した主要な点の要約が示されており、その調査結果は1971年に発表された。

まず初めに触れているのは、雇用されていない年金受給者の生活水準を測定するために用いた統計的概念が、経済活動中の人びとを含めるように拡大されたということである。1967年に行なわれたあるサンプル調査は、全人口の12分の1が最低生活水準以下であったことを明らかにした。その比率がしばしばより大きい大部分の発達した資本主義諸国の状況と比較すれば、上述した調査結果は有利な立場を示している。

最低の水準以下と評価された人びとのうち、多くの人びとは年金受給者を世帯主とする世帯で占められていた。つまり、扶養家族を抱えるすべての年金受給者のうち、5分の1はこのカテゴリーに含まれていた。しかし、1967年の調査は、このような形が老齢な人びとのもつ問題ではなくて、子供を扶養している家庭の問題であることを明らかにした。成人に対する子供の比率が平均より高い場合には、最低生活水準以下に転落するいちじるしい傾向のあることを、調査結果の証拠が示している。年金受給者を世帯主とする世帯と、子供の扶養に責任を有する世帯の双方が一緒に組合わされている世帯では、資産をもっていないのが最も一般的な形であった。したがって、十分な所得を得ていないし、扶養する子供をもっていない成人の数は、子供を抱えており、しかも、十分な所得を得ていない世帯の数より少ない。

適切な資力ももっていないし、扶養する子供も抱えていない成人については、その大部分が農民か自営業者で見うけられた。十分な資力をもたない者の問題は、全人口のうち、経済活動に従事する以前とその活動を終えた人びとによく見うけられるので、そのような事情からみれば、解決策は保証された最低賃金を通じて見出だされるのではなくて、むしろ、保証された最低年金と最低の世帯所得という政府の社会政策を通じて達成される。

1955年と1967年の両年における低所得グループの範囲と構成を比較するために、平均所得の統計から得たある概念を用いて、最低生活水準以下の人口が示す相対的な比率を、9年間について計算するある試みが行なわれた。利用できる資料にもとづいて得られたその結論は、最低生活水準以下の資力をもつ人びとの占める比率が、一般的にみれば、私的部門から社会化された経済の部門に人口の移動を生じた期間に、減少してきたということに到達した。しかし、その9年間には、年金受給者と自営業者の間で、適切な所得を得ていない人びとの人数が増加していた。このような姿は、過去10年間に少ない年金を引上げる努力が十分でなかったということを示している。年金受給者達はニードを認められている人びとの中で、最も重要な社会的集団となっていた。かれらの占める比率は、資力が最低生活水準以下となる人びとのうち、18%から51%に上昇してきた。

子供をもっており、かつ十分な所得を得ていない世帯の数は、自営業者の間だけでいちじるしく増えてきたが、扶養する子供を抱えた筋肉労働者の世帯における増大は、きわめて僅かである。

その結果、考察された期間に生じた最も重要な変化は、適切な資力をもたない年金受給者の人数が増えたことであった。たとえば、1958年に、適切

な資力をもたない年金受給者と経済活動に従事する成人の人数は、事実上では等しかったが、しかし、1967年には、生計困難な年金受給者の人数は、子供のいない経済活動従事者の4倍に増加していた。

したがって、問題は低所得の問題を減らすことができないことであった。低所得グループは自営業者についてだけ明白な要素になっていた。生活困窮の問題は最低賃金政策を通じてのみ達成されるべきではなくて、最低の老齢年金と世帯の所得の制度を通じて実現されるべきである。

Existencni Minimum A Skupiny Obyvatelstua S  
Nedostatecnymi Prijmy V CSSR, Politicka  
Ekonomie, No. 6, 1971, pp. 511-532; No. 17,  
'72/73.

## 家族手当の分析と提案

**Martha N. Ozawa** (アメリカ)

本稿には、家族手当の社会的、経済的、および政治的な正当性が論述されている。筆者は家族手当制度に含まれた重要な論点を伝え、かつ、合衆国に採用を考えられるような制度についてある提案を示している。

一般に、家族手当は子供の養育による負担を平等化することによって、社会的公正を確立するために発達してきた。その制度は子供のいない世帯から子供のいる世帯に、所得の水平的再分配とある程度の垂直的再分配を行なうある分配方法である。統計はある世帯における子供の養育が、極端に重い負担になって

いることを示している。たとえば、1966年に合衆国で貧困な総数2,970万人のうち、1,250万人、つまり42%が子供であった。これらの貧困な子供達は、すべての子供の18%に当り、全世界帯の7%に集中していた。

家族手当には、多くの社会的正当性があるが、しかし、最も多く指摘されているうちの1つは、そのような手当が賃金制度と、賃金比例の給付を支払う社会保険制度の双方に存在する各世帯のニーズを考慮しないで作り上げられているということである。

政策的には、家族手当が出産のコントロール政策と結びつけられるならば、この手当は質的および量的な面において、ある建設的な人口政策を発達させるのに、ある役割を果たすことができる。もっとも、家族手当が上昇した出生率をもたらすということを示す証拠は、なんら存在していない。家族手当制度が賃金制度と所得水準と関係をもっていない場合には、家族手当制度の仕組みは、労働に対する刺戟を弱めるとは思われない。他の国々における経験は、制度の財源調達と管理・運営が雇用関係や賃金制度と関係をもっていない場合に、一般的な状況では、家族手当に対する労働組合の反応が好意的であったということを示している。

筆者は家族手当制度の導入に伴う主要な論点のうち幾つかを検討しており、たとえば、それらの論点は手当の水準、制度の財源を調達する方法、および、支払いが第1子から開始されるべきか、それとも、家族がある人数の大きさになってからかということである。なんらかの調整が必要な場合に、子供をもっている世帯の租税取扱いに調整が行なわれるべきだという問題も、イギリスとカナダの家族手当制度を参照しながら論述されている。カナダとイギリスの例にもとづいて、子供に対する租税控除を用いる累進的な所得税の仕組みは、子供をもっている高所得の世帯を優遇するという結論を、筆者は示している。世

帯の所得が増える場合には、累進的な所得税のために、当然、その世帯は家族手当について低所得の世帯よりも高い税率で支払わなければならない。しかし、租税控除のもっている純粋の価値は、一般的には、課税以前における家族手当よりもきわめて高い。さらに、租税控除が第1子を含むすべての子供に認められるのに、少なくともイギリスの例では、家族手当は第2子から支払われるだけである。

合衆国が貧困予防策として家族手当制度の採用を選択する場合について、筆者は最も望ましい形として次のような制度を提案している。つまり、その制度は子供1人当り月額50ドルの統一的な支給額を用いる包括的な適用を用いるべきで、その支給額は扶養されている子供を養育するのに必要とされた貧困ラインの所得にほぼ等しい。また、資力調査は用いられるべきではないが、手当は課税対象とされるべきである。子供に対する租税控除の現行制度は、社会保険と公的扶助による児童への給付と同様に廃止されるべきである。制度の財源(約285億ドルと評価される)は、累進的な連邦所得税によって実施されるべきである。

Family Allowances for The United States: An Analysis and A Proposal, Social Work, No. 4, October 1971, pp. 72~84; No. 61, '72/73.

## 租 税 と 社 会 福 祉

(オーストラリア)

本稿は租税検討委員会に対する意見の本文で、現行租税制度のうち、社会福

祉部門を示しており、かつ、社会的公正の選択が必要な場合には、より多くの社会的公正の選択を行なうことを提案している。税金の役割と社会福祉の目的に対する税金の関係にかんする要約は、租税改正の詳細な提案を含んでいる。

主として、審議会は低所得グループに対する租税の効果とその社会的公正に関心を抱いている。税金は社会政策を実施するのに必要な力を与える強力な道具として役立てることができるし、さらに、所得と富の不公平を減少し、かつ各種の手段(社会保障、保健、住宅など)に再配分するのに用いることができる。公正(平等の公平な取扱い)は租税制度にもとづくべきである。

現在、オーストラリアの租税制度のもっている効果のうち、ある幾つかの部分は脱税、および例外と抜け穴により蝕ばれている。全般的にみれば、そのようなことを実施するのは、高所得グループだけが可能である(詳細な例が引用されている)。社会福祉の観点からみれば、納税の単位は、女性の権利の主張者によって主張されているように、女性に対する別な査定額の選択をもたせながら、世帯単位とすべきである。子供に対する控除と児童手当支払いの2つの財政的な制度は、最低の所得を得ているグループの福祉を保証するという目的で、より一層うまく調整されるべきである。扶養家族に対する現在の控除手当は余りにも低いし、社会的には不公平である。(1972年10月のU.K. Green Paper on Tax Credits に提案されたような)租税クレジットのように、各世帯を援助するのに用いる選択方式の方法が研究されるべきである。

所得税の現行制度は、家屋の購入と所有に有利なように工夫されている。それらの制度は無数の控除を認めているが、しかし、居住設備のもっている価値の配慮を含んでいない。そのような居住設備のもつ価値について配慮が行なわれるべきか、あるいは、所有するかもしくは借りている住居のすべてについて、ある標準的な控除が採用されるべきである。



保健支出の控除は、よりすぐれた健康保護を受けることのできる者が、全般にみれば、国によって補助を与えられていることを意味している。租税控除を認められた任意制の国民保健サービスに対する拠出が、高くなれば高くなるほど、効果的な租税の補助がより一層高くなる。

任意団体に政府支出の負担を転嫁するように工夫された福祉機関への寄付控除は、定義を改める必要がある。「福祉機関」について現在用いられている定義は、慈善の概念を反映しており、完全に改正する必要がある。

教育費に対する控除も不適切である。社会的諸給付は免税方式を維持すべきでない。資本からの所得と富裕に対する税が検討されるべきである。

消費に関連する租税、つまり、販売税と付加価値税は、低所得者を冷遇しており、インフレーションの傾向をもたらす。それらはある隠匿された租税の形となり、それだけでも非民主的である。遺言による資産と遺産に対する税も、富裕者による税金逃れを増加させる。

社会福祉は特殊な用途を示した租税によって財源を調達されるべきでないが、しかし、その費用は独立した収入で賄われるべきである。この方法は所得の再分配をより一層大幅に保証する。

租税制度のある一般的な簡素化が勧告されている。

Taxation and Social Welfare : Submission to Taxation Review Committee Prepared by Australian Council of Social Service Standing Committee on Economic Factors and Social Welfare, Australian

Social Welfare, Vol. 3, No. 2, June 1973 ;  
No. 94, '72/73.

## 健康給付の改善—— 費用と正当性

Theo Thiemeyer (西ドイツ)

本稿には、健康保護を提供する制度の重要な部分の発達に見うけられる特徴が、病院、病院以外の医療、薬剤保護の項目について論述されている。

健康保護の需要は、高度に工業化された国々できわめて大幅に増大している。一連の予想された理由は、この事実を明白にしている。

つまり、健康保護に対する施設の供給は、質的および量的な双方の見地から改善してきた。科学と医学の発達は、改善された方法で、しかも通常ではより一層費用のかかる方法を使用させるようになった。

所得が上昇し、かつレジャーが増えているので、人びとは「健康」の価値について、より一層意識するようになっていく。

医学的な発見を普及させる出版物の数が増大したこと、全人口のうち広範なカテゴリーの教育水準が上昇したことは、疾病が避けられないものではなく、科学的かつ技術的には治すことのできるものであるという認識をもたせるようになってきた。

健康給付に対する需要の急速な上昇は、通常では、必ずしも明らかに紛れもない状態を維持するものでないという2つの側面をもつ形で展開されてきた。つまり、一方では、供給はいかにしてこの需要を満すことができるかという疑

問がある。しかも、その需要は望ましいものとして、また増大された福祉の証拠として、基本的にはうけ入れられている。また、他方では、不合理でしかも不真面目な申請と、本来の目的を超える供給を、いかにして避けるかという問題がある。

病院医療、疾病保険による医療、および薬剤保護の3部門における発達の動向を提示することは、健康保護の問題について、ある可能性を明白にすることである。

#### 病院医療

病院部門の拡大は避けられない。現在の傾向は大規模な施設を促進しており、それらの大規模な施設は医療担当者の専門化、資本集中的な診断・治療センターの使用、および全部門の計画的調整を容易にしている。これらの傾向は、医師達が困難で、しかも、時間のかかる症例を病院に送り込む傾向を示しており、また、家族による世話の可能性が急速に減少している事実によって強化されている。

病院医療の増加は費用の増大をもたらしている。費用をカバーする支払いはうまく実施できるものではない。それに対処する方法は、施設と技術を適切に使用させる観点から、病院部門の投資計画を調整することである。

#### 疾病保険による医療

医師の診療報酬は、国民所得もしくは比較可能なグループの平均的所得の変化以上に上昇してきた。疾病と医師に対する診療報酬の仕組みは、供給と需要の要素がなんらの影響をもたないその仕組み自身の力学的な動きを示している。医師自身は診療件数を定めることにより、供給と需要をある程度調整している。

この力学的な動きの影響は2つの要素をもっている。つまり、一方では、部分的には、医師がある与えられた時間内により多くのサービスを提供することをできるようにする技術的および医学的な発達によるものであるが、それぞれの医療給付に増大傾向の現われた結果として、所得が上昇している。さらに、2つ目の要素は、個別的な診療に対する診療報酬と経済的な検討の間には、なんらの関係もないということである。

#### 薬剤給付

社会保障の仕組みとは無関係に、薬剤に対する需要はすべての国々で増大している。

薬剤にかんする問題は、主として、生産の側にあり、次の事情から引き起されている。つまり、それらは次に示されるとおりである。

- (i) 薬剤の多様性、薬剤には同じ物が多い。
- (ii) 薬剤の効能について医師に知らせるのは、生産者自身に託されているという事実。
- (iii) 販売者に直接に呼びかけられた広告の金額。
- (iv) 社会全体の観点から警告されており、しかも、商品の間に見られる競争による価格と生産費の上昇。

今までのところでは、国会は薬剤の問題を処理できなかった。現在では、問題をコントロールするために、新しい方法が発見されなければならない。

Entwicklung der Gesundheitsleistungen deren Kosten und ihre Gründe, Die Betriebskrankenkasse, 59th Year, No. 10, 1971, pp. 253 - 258 ; No. 111, '72/73.

# 中年被用者の退職に対する態度

Lawrence Crawford and Jean Matlow

(カナダ)

本稿には、オンタリオ高齢者実態調査の結果が示されている。その調査は1959年から1978年までの期間が予定されており、退職（訳注 稼働活動からの引退。以下同）に対する中高齢者の態度、および働かないという点にかんするかれらの見解について、48歳と54歳の男子被用者1,214人に面接が行なわれた。両年齢グループからの回答は、54歳における退職への態度に影響を与えたかも知れない若干の諸条件と併せて検討されている。4つの諸要素について行なわれた研究の中で、所得水準だけは、退職に対する態度に確実に関連をもっていることが発見された。

その調査はある与えられた時点で異なる2つの年齢グループを比較することよりも、むしろ、長期にわたり同一グループに生ずる態度の変化を追跡することが試みられている。生涯の最終段階について、社会老人学者によって知られていることは十分ではない。きわめて多くの短期的な研究が実施されてきたが、しかし、それらはいずれも重大な欠点をもっている。老齢化の動的な進行は複雑で、学際的な基盤にもとづいてのみ研究することができる。

老齢な人びとの人数は増えており、しかも、かれらはますますより健康になり、かつ、技術の加速的な変化が老齢者を「社会的廃棄物」とした時代における人間の潜在的な寿命まで生きることが、より一層可能になっている。退職に対して、退職を希望する態度をもつことは、退職に対応する調整を促進させているということが示されている。

高齢者実態調査は各種の態度に影響を与えると思われる無数の要素——たとえば、健康状態の変化、所得、雇用の変化、家族の立場など——を測定しようと試みた。研究は、48歳から54歳にいたる6年間の期間にわたり、退職に対して積極的な態度をもつ人びとの比率が、41%から58%に増えたことを示している。都市と農村の間には、重要な差はなんら存在しないし、職業別のグループ間にも大きな差は見うけられない。

「生活満足度指数」も相違をなんら示していない。大きな相違は所得グループによって示されるだけであった。退職を望ましいと思う態度は、所得の上昇に歩調を合せて増えていた。つまり、「低」所得グループでは半数が退職を求めているのに対して、「中」所得グループでは62%、「高」所得グループでは67%が退職しようとしていた。

48歳では、ほぼ4分の1が適切な退職年齢を指摘できないが、しかし、54歳では、ほぼ全員がある適切な年齢を回答した。48歳における40%に対して、54歳では、かなり多くの人びと、つまり、67%が65歳以前の退職を選んでいった。適切な年齢は調査対象とされた人びとの年齢が高くなるにつれて、次第に低くなった。使用者の退職政策と被用者が求める方策との間には、かなりの相違があると思われる。

退職しようとする動機も検討された。毎日しなければならないものをもたないで、職場で人びとに逢うこともなく、そして十分な自由時間を持ちながら、家に留まっているということには、48歳の人びとよりも54歳の人びとがより多く賛成の意思表示をしていた。

しかし、労働の場に対する依存は少なくなる傾向をもっているにもかかわらず、調査によれば、54歳では、被用者の半数以上は毎日の決まった仕事もなく、また職場で人に逢うこともなく、家に居るということに同意できないと回答し

た。

他の研究は退職に対する態度が、労働に関連する諸要素よりも、むしろ、レジャー活動への参加のように、非労働要素により影響をうけていることを示した。労働に関連する役割と関係に余りにも大きな依存を抱くことは、中年およびそれ以後の生活に適応する場合に、成功する例を減少させてしまうかも知れない。これは新しい「産業老人学」という分野に対する糸口をもっているかも知れない。

Some Attitude to Retirement among Middle-Age Employees, Industrial Relations, Les Dossiers de L'Université Laval, Quebec, Vol. 27, No. 4, 1972; No. 129, '72/73.

(以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対する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)

11 頁からつづく

月には18.1%になり、さらに、1975年6月には19.2%になっている。1975年6月におけるこれらの失業は約165万人で、これは全失業者の約21%に当る。

ところで、全失業者の失業率は1974年6月の5.2%が同年12月に7.2%になり、1975年5月には9.2%に上昇したが、9.2%の失業率は1941年以後最高を記録している。もっとも、翌6月には、失業率は8.6%に低下している。しかし、この失業率低下は実質的な経済的好転の影響によるというよりも、むしろ、季節的調整手段の欠点によって生じたものと信じられている。したがって、1月当りによる失業率よりも、5月と6月の2カ月間の平均で失業率を示した方が妥当で、この方法によれば、失業率は8.9%になる。いずれにしても、1973年平均と1975年6月では、失業率の上昇は1.8倍になっている。なお、失業率の上昇は製造業と建設業でいちじるしく、とくに、ブルーカラーの失業率が高いが、ホワイトカラーも異常な失業率を経験している。たとえば、ホワイトカラーの失業率(1958年以後毎月記録されている)は、1974年以前には3.7%を超えることがなかったのに、1975年5月には5.4%になっていた。また、景気後退により黒人労働者の失業は1974年末から急激に増えており、1974年6月に9.0%の失業率は同年12月に12.5%になり、1975年5月には14.7%になっていた。

失業の期間は、経済的な影響により平均的な期間が長くなっており、1975年6月には、平均的な失業期間は15週間以上であった。この月の失業期間は5週間未満が33.3%、5-14週間が30.9%、15-26週間が19.3%、27週間以上が16.4%であった。

33 頁へつづく

# オーストラリアの新医療保障制度

## ——メディバンク制度——

社会保障研究所 山崎泰彦

オーストラリアでは、1975年7月1日からメディバンク（Medibank）制度と称される、新しい医療保障制度が実施された。これまで、この国の制度は、民間の任意健康保険基金を主体にしていたため、様々の弊害が指摘されていた。これに対して、新制度は全ての費用を租税で賄うメディバンクを主体にして、疾病の際の医療費負担を大幅に軽減、ないしは無料化しようとするものである。本稿では、今回の改正に至るまでの、オーストラリアの医療保障制度の歴史的展開を素描したうえで、新制度の概要を紹介する。

### I 医療保障制度の形成と展開

オーストラリア連邦が誕生したのは1901年であったが、早くも1908年には、障害・老齢年金法が制定され、ついで1912年には出産手当法が制定された。いずれも国庫負担によって財源が賄われ、年金についてはミーンズ・テストを条件にしていた。两大戦間には、社会保険方式による総合的な社会保障制度の可能性をめぐって、活発な議論が展開されたものの、本格的な制度改正は実現しなかった。たとえば、1938年の国民健康・年金保険法は、老齢、障害、寡婦、遺児、疾病に対する現金給付と共に、医療給付を含んでいた。けれども、当時の野党労働党は無拠出制を主張し、友愛組合は既得権の維持のため、また医師会は条件を不満として、いずれも反対したため、法律は実施されなかったのである。

その後、1941～49年には労働党が政権につき、薬剤、病院、医療の諸給付に関する立法を制定した。（1944年——薬剤給付法。1945年——病院給付法。1947年——新薬剤給付法。1948年——国民保健サービス法）。けれども、薬剤給付法と国民保健サービス法は、医師会の協力がえられず、完全実施には至らなかった。ただ一つ完全実施されたのは病院給付法であった。これにより、公立病院の一般病室での入院医療が無料化され、連邦は州に対して、公立病院の占有1ベッド当り1日6シリングの補助を行なうことになった。また、公立病院の一般病室以外への入院、および私立病院でも患者負担が6シリングほど軽減されることになった。

1949年12月の下院総選挙では、労働党政府に代って、新たに自由党と地方党の連合によるメンジス政府が誕生した。そして、この新政府による1950年代の一連の立法によって、今回の改革前の医療保障制度の骨格が形成されたのである。当時の保健相は、これらの立法が「医療の社会化に対する効果的な砦」であり、州政府、医師、任意健保基金と連邦政府との間の強固なパートナーシップによって築かれたものだとして、これを賛美していた。

まず1950年には、1947年の新薬剤給付法が、医師の協力をえるため、当初の予定より給付の範囲を縮小して実施に移された。しかし、ともかく基本的な薬剤については、全国民に無料で提供されることになった。その後、1959年の法改正では、カバーされる薬剤の範囲が拡大された。ただし、この改正では同時に、薬剤費用の上昇を抑制するために、年金受給者とその被扶養者以外の者については、1処方につき5シリングの自己負担が導入された。

1951年には、年金受給者とその被扶養者の一般医療サービスが無料化された。なお、これにともなう連邦政府の医師への診療費の支払いは、出来高払い（fee-for-service）方式で行なわれた。

ところで、メンジス政府の医療保障政策は、任意健保基金の普及を奨励し、基金からの給付と政府の一定額の補助によって、国民の医療費負担を軽減することであった。

ちなみに、1951年の病院給付法では、連邦政府は公立病院の占有1ベッド当日1日8シリングを補助し、任意健保基金から1日6シリング以上の給付を受ける者に対して、連邦政府はさらに4シリングを補助した。また、医療給付については1953年の国民保健法によって立法化されたが、これも病院給付法と同様に、任意健保基金の加入者の医療費について、連邦政府が補助を行なうものであった。給付は医療費償還方式によって行なわれ、連邦政府補助と任意健保基金給付を合せて、償還率は最高90%であった。

このように、オーストラリアの医療保障制度は、民間の任意健保基金に大きく依存しながら形成された。基金加入者の全人口に占める割合についてみると、1972年当時で、医療給付部門が78%、病院給付部門が80%であった。なお、人口の約10%は年金受給者医療サービスによってカバーされていた。したがって人口の約10~15%が、いずれの制度によってもカバーされていなかったわけであり、その大部分が貧困者、移民、原住民であった。

しかしながら、1960年代に入ると、インフレーションの進行と医療費の急上昇を背景にして、任意健保基金を主体とする医療保障制度に対する批判が高まった。その内容は次のようなものであった。任意健保基金の仕組みは複雑で、一般国民には理解し難い。基金では保険料が所得にかかわらずフラットであり、また保険料や医療費支出が租税控除の対象とされるため、低所得者よりも高所得者の方が有利である。保険料の急上昇が続く、低所得者の負担が次第に困難になってきている。基金の非加入者には、加入者に与えられている政府補助がない。たとえ基金の加入者であっても、償還される給付額は、実際の費用をかなり下回っている、などというものである。

最後の点について付言すると、1960年代末での、基金加入者の医療費の負担割合は、政府、基金、被保険者がそれぞれ約3分の1ずつであった。被保険者の負担率は、当初の目標では10%であったから、これを大幅に上回っていたことになる。

このような世論の批判のなかで、政府は1968年4月、ニムモ(J. B. Nimmo)

を議長とする調査委員会を発足させ、上院も同年初めに特別委員会を設け、それぞれ問題の検討を始めた。このうち、翌年3月に提出されたニムモ委員会報告は、各種の改革を提案し、その直後の改正にも影響を及ぼした。

まず1970年1月に、低所得世帯、失業または疾病給付受給者、移民の最初の2カ月については、医療給付および一般病室での入院が無料化された。また同年、政府補助および基金給付が改正されたが、その際基金加入者の自己負担額に最高限度が設けられた。これにより、公定料金にもとづく医療サービスについては、高額医療であっても自己負担は5ドル以内に制限されることになった。なお、公定料金をめぐる問題はたえないが、1970-71年度では、約75~80%の医師がこれを遵守していたといわれている。1971年には薬剤の自己負担が、1処方につき50セントから1ドルに引上げられたが、低所得者については据え置かれた。

これらの改正によって、患者負担の割合はかなり低下した。基金加入者の医療費の負担割合についてみると、1971-72年度で、政府が44.5%、基金が36.6%、被保険者が18.9%であった。

しかしながら、任意健保基金を主体とする制度体系の基本には、変更は加えられなかった。野党労働党はこの点をつき、1960年代末から、より抜本的な改革を求めて運動を展開し始めた。

## II メディバンク制度の経緯と概要

1968年に設けられた上院特別委員会における、メルボルン大学のスコットン(R. B. Scotton)とディーブル(J. S. Deeble)の提案は、委員会では支持されなかったが、その後の労働党の医療政策の基礎となった。両氏の提案は次のような内容であった。(1)標準病室医療の完全な無料化。(2)任意健保基金を廃止し、代って法定の委員会によって管理される単一の健保基金の創設。(3)医師に対する診療費の支払いは、従来通り出来高払い方式とする。ただし、給付の方法については、償還方式(公定料金の85%の償還)とするか、あるい

は現物給付（給付率100%）とするかは、個々の医師の選択にまかせる。（4）必要な財源は全て租税によって賄う。

当時、ホイットラム（E.G. Whitlam）の指導のもとで医療政策の再検討を始めていた労働党は、1968年秋、若干の修正を加えてスコットンディール案の採用を決定し、翌年の労働党大会でこれを正式に採択した。この労働党案に対して、任意健保基金や医師会が激しい反対論を展開したことはいうまでもない。また当時のゴートン政府は、一定の改善策を打ち出しながらも、任意健保基金を主体とする現行制度の体系を堅持することを表明した。こうしたなかで迎えた1969年10月の下院総選挙では、医療政策が重要な争点となった。選挙では労働党は敗北したが、医療政策に関しては、選挙前のギャラップ世論調査によれば、58%の支持を獲得していた。前述した1970～71年の改正の背景には、ニムモ委員会の勧告の他に、このような医療をめぐる政治的緊張がからんでいたのである。

1972年12月の下院総選挙の結果、労働党は23年ぶりに政権を獲得した。つづく74年5月の下院総選挙でも労働党が勝利し、労働党政府による医療保障改革が具体的な日程にのぼった。しかしながら、上院では保守連合の勢力が強く、加えて「選択の自由」と「国営医療反対」をスローガンとする、任意健保基金や医師会の反対運動があった。また、6つの州のうち、労働党が与党となっているのは2つの州にすぎない、ということも改革の進展を一層困難にした。こうして、改革は予想外の難航を続けたが、やっと1975年7月1日から実施されたのである。

新制度では、メディバンクと称される、全費用が租税によって賄われる一種の基金が設立される。そして、この基金によって、全国民を対象にして、疾病時の医療費に対する給付が提供される。改革を推進した前社会保障相ヘイドン（Bill Hayden）は、新制度について、「医療サービスから経済的保障壁を除去し、教育や年金と同様に、社会的事業としての医療を確立しようとするものである」と述べている。以下では、この制度の概要を紹介しよう。

## 病院以外の医療

若干の自己負担を除けば、その他の全ての費用についてメディバンクの給付が提供される。給付の方法は、医師の協力がえられる場合には現物給付、そうでない場合は医療費償還による。

償還方式による場合、対象になるのは公定料金にもとづく診療費であって、そのうち33ドルまでの診療費の85%が償還される。診療費が33ドルをこえる場合は、患者負担の限度が5ドルとされているから、償還率は85%以上になる。ただし、医師が公定料金をこえる診療費を請求する場合には、当然のことながら、患者負担はこれより高くなる。

現物給付方式では、医師が公定料金を遵守することが前提になり、メディバンクは医師に対して公定料金通りの診療費を支払う。したがって、患者負担はゼロになる。この方式は、個々の患者に対して請求書を送付する煩雑な事務の軽減を望む医師が、すすんで採用するであろうと政府は考えている。

公定料金は従来と同様に出来高払い方式をベースにして、連邦政府と医師会の協議、独立した機関の調査、医療給付諮問委員会の意見などを尊重して決定される。

患者の一般医の選択は完全に自由である。専門医については、従来通り一般医の紹介を条件としているが、その場合にはメディバンクは専門医療に対するより高い給付を提供する。これに対して、紹介なしで専門医療をうけた場合の給付は低額である。

新制度により最も改善されるのは、年金受給者医療サービスである。旧制度では年金受給者は、一般医によって提供される。ごく限定された範囲の医療サービスについてしか無料化されていなかった。一方新制度では、一般医の他に、専門医および顧問医によって提供される全ての範囲の医療サービスが無料化される。

メディバンクは、視力検定医による視力検定相談の給付も提供する。また、年金受給者については、補聴器などの特定の器具が無料で支給される。

なお、メディバンクは、歯科サービス、一般医による物理療法などの補足的医療サービス、眼鏡などの給付は行なわない。これらのサービスは、今後とも任意健保基金の活動領域となるであろう。

### 病院医療

メディバンクによる病院医療は、連邦直轄地域（北部特別地域と首都特別地域）、および連邦との病院協定に合意した州において提供される。最初に合意に達したのは、クイーンズランド、南オーストラリア、タスマニアの3つの州だけであったが、実施直前にニュー・サウス・ウェールズ州とビクトリア州が参加を決めた。現在なお参加していないのは西オーストラリア州のみである。なお、この州は伝統的に保守勢力の強いところである。

新制度に参加する州および連邦直轄地域の病院医療は次のようになる。

公立病院の標準病室での、勤務医による入院医療は完全に無料化される。また、医学的にみて、プライベート・ルームなどの非標準病室が必要とされる場合も無料である。

公立病院への私費患者（すなわち非標準病室の患者）としての入院を希望する者の入院料については、任意健保基金の加入者の場合には1日18ドル（メディバンクから16ドル、連邦から2ドル）、非加入者の場合には16.80ドル（メディバンクから16ドル、連邦から80セント）の補助がある。また、公立病院の私費患者は、プライベート・ドクターを選ぶことができるが、その際の診療費についても、公定料金の範囲内でメディバンクの給付をうけることができる。

私立病院の入院患者に対するメディバンクの給付は、公立病院の私費患者の場合と同様である。

このように、公立病院の私費患者、および私立病院の患者は、新制度の下でもある程度の自己負担をしなければならない。任意健保基金の病院給付は、今後はこれらの階層を対象として再編成されるであろう。

非営利病院（宗教病院、慈善病院、コミュニティ病院など）については、メ

ディバンク制度は特別制度を用意している。非営利病院が特別制度に参加する場合には、病院の大部分のベッドでの入院料および診療費が無料化される。

病院の一般外来施設での医療も無料で提供される。

連邦との病院協定に合意しなかった西オーストラリア州の住民は、メディバンクによる無料の病院医療の受給資格をもたない。この州では、年金受給者、および若干の階層を除いて、従来通りの患者負担が要求される。ただし、入院の際の診療費については、参加する州と同様に、メディバンクからの給付を請求することができる。しかし、入院料については、メディバンクの補助はなく、連邦政府の補助としての、任意健保基金加入者に対する1日2ドル、非加入者に対する80セントのみである。

以上が、新制度の概要である。今回の改革について、反対者たちは「医療の国営化」だとして批判していた。しかし、正しくは、医療需要の社会化による医療機会の平等化を目指したものであって、医療供給の社会化ではない。改革は、医療の供給体制にはほとんど手をつけていない。唯一つの変化である現物給付方式の採用にしても、医師の自由選択に委ねている。また、患者の一般医の選択の自由も従来通りであり、したがって、医師-患者関係の基本にも変化はない。

医療需要の社会化という意味では、むしろ任意健保基金に少なからず影響を及ぼしたと思われる。しかし、それでも、私立病院の患者、公立病院の私費患者、あるいは歯科やその他のサービスを求める人々は、今後も基金への加入を続けるであろう。また、連邦政府も今迄と同様に基金加入者にはより厚い給付を約束しているように、基金加入の奨励策を継続している。この点は、基金の廃止を主張していたスコットン-ディーブル案の大きな修正である。

こうしたことは裏を返せば、医師会や任意健保基金の反対運動、議会での野党の抵抗に対して、労働党政府が妥協した点とみられなくもない。

しかし、いずれにしても、相対的に遅れていた医療保障部門が、この改革に



よって、一応形をととのえたことは確かである。また、社会保険方式を採用せず、全て租税負担によって費用を賄うというのも、この国らしい特徴である。

なお、入手した資料で不明な点は財政問題である。改革前の1971-72年度のオーストラリアの総保健医療費は、対GNP比で5.6%であった。これはかなり高い数値である。今回の改革で、この比率はさらに高まるであろう。加えて、連邦政府の負担割合が一層高まるとすれば、国家財政にも無視できない影響を及ぼすであろう。しかし、この点について資料では何も論じていない。

#### 参考資料

T.H.Kewley, Social Security in Australia, 1900-72, Sydney Univ. Press, 1973.

Australian Dept. of Social Security, Medibank and you, Australian Government Publishing Service, 1975.

Derick Fulcher, Medical Care Systems, ILO, 1974.



#### 28 頁からつづく

失業の理由では、景気後退が大きな原因になっていると思われるが、1975年前半の6ヵ月間に仕事を失ってしまった半分以上が、景気後退の影響を蒙ったものと思われる。1975年前半以前では、景気後退の影響をうけた失業者の比率がこのように高かったことは、1967年初めからの記録で決してみうけられない。なお、上述した理由により仕事を失った者は1975年6月に約481万人で、これは前年6月の約1.5倍に当り、全失業者の59.3%を占めている。

民間労働力の状況では、増加率が低下しているが、1975年第2四半期に、労働力に参加していない者は約5.849万人で、この90%は仕事を求めている。仕事を求めない者のうち、59%は家政を担当しており、その他は退職者、就学中、病気などになっている。仕事を求めている者でも、就学、家政担当、病気などがそれぞれ22%以上を占めていた。

Employment and unemployment in the first half of 1975, Monthly Labor Review, Vol. 98, No. 8, August 1975, pp. 11-13.

( 社会保障研究所 平石長久 )

## 不況下のイギリス社会保障

社会保障研究所 地主重美

「いま、英国には不況の台風が吹き荒れている。これに耐え、これを持ちこたえよう。日ならずして英国と英国人は、暗雲を脱し、新しい地平に立つであろう。」ウィルソン英首相は、こう言って大量失業と超インフレのはさみ打ちにあっていく英国人の自重を促している。2カ月あまりをロンドンで過し、経済危機のなかで呻吟しているイギリスの現実にふれたが、その影響はしだいに社会保障の分野にまで及んでいるように思われる。

しかし他面では、そのときどきの経済状態の好・不調にかかわりなく、長期展望に立った社会政策構想を探究し、足もとをみつめながら、着実にこれを現実政策に移している。漸進的改革を真髄とするイギリス経験主義のありように、今さらのように強い感銘をうけたものである。

### 長期的と短期的

1975年10月の半ばごろからはじまった若手病院医師連合（JHSA）による診療拒否斗争は、わが国の保健医総辞退にも比すべきものであり、一部には国民保健サービスの存立にかかわる事件として報道された。救急部門を除き、全国病院の機能をほとんどマヒ状態に追いこんだ若手病院勤務医による争議行為は、まぎれもない不況の産物である。政府は、さきに不況による歳入不足を理由に、病院に対する財政支出の枠を拡大しないことを決定したが、保健社会保障省は、これを前提にして勤務医の新しい給与体系を設定した。これによると、勤務

医の正常勤務時間をこれまでの週40時間から週44時間とし、これ以上の超過勤務に対しては、時間手当の料率を高めるというものである。この結果、週40～44時間の勤務医は、旧給与体系で超過勤務手当を支給されたが、新給与体系ではこれが支給されないことになり、その分だけ44時間以上勤務医にカネが流れるという、いわば超過勤務の再配案が新契約内容として提示されたわけである。この新契約によって、若手医師の約3分の2は利益にあづかるが、3分の1は収入減になるといわれ、これが若手勤務医、とりわけ戦闘的な医師グループの憤激を買ったというものである。英国経済の実情を考え、世論の動きをみて若手病院医師連合の執行部は当初、新契約に同意したが、その後強硬派のまきかえしで不信任され、強硬派執行部と保健社会保障省の激突になって、事態が悪化したことも否定できない。ない袖はふれぬ、という社会サービス相バーバラ・キャッスル女史と、年率20%のインフレ下で給与引下げに強硬に抗議する医師団との交渉は、難航に難航をつづけ、争議行為はいつ果つるともされない。不況の傷が、ついに保健部門にまで浸透しはじめたのである。しかし、この事件は、不況を直接のきっかけにはしているが、根は深くNHSの本質にふれるような問題にかかわっているようである。紛争のはじまる直前に、医師の海外流出の報告書が発表され、今年は従来とちがってコンサルタントとよばれる上級専門医の流出が見られることが明らかになり、NHSの将来に対する不安感が若手医師の間に高まっていた、という事情がある——医師流出の研究者として著名なサセックス大学のギッシュ（Oscar Gish）教授のように、流出した医師は数年後にもどってくるという傾向があるからあまり心配はいらぬ、という楽観論者もいるが——。これが第1の背景。第2に、キャッスル大臣が国会で、自由診療の範囲をせばめるため、現在総ベッド数の約5パーセントというプライベート・ベッドを大幅に削減する必要があることを強調し、これが病院勤務医に深刻な反応をよんだことである。プライベート・ベッドは、NHS発足の代償として、当時の担当大臣ベヴァンと英国医師会の妥協の産物であったことは周知のところであるが、それだけにこの存在は微妙な勢力バランスのお

もりであり、これを動かすことは、すなわち勢力バランスそのものを決定的に変えるほどの重大な意味を含んでいる。これをあえて持ち出したキャッスル大臣の真意は、党内外の複雑な政治的状況への政治的ジェスチャーのように思われるが、いずれにせよ、勤務医がこの発言をNHSの既定路線の変更と受取り、危機感を深めたことは否めない。第3に、やはりキャッスル大臣の国会答弁であるが、医療施設の地域差是正のため、医療密度の高い地域——主として大都市——の医療機関を部分的に廃止したいと述べたことである。この正論も、直接にその対象になるかもしれない、と噂された医療施設従事者から猛反撃をうけたばかりでなく、地域差の解消に政治の過剰介入の可能性を危惧して、勤務医に不安感を植えつけたことも事実である。したがって、今度の診療拒否も、NHSの在り方、その将来像をめぐる両者の疑惑と懸念に根ざしており、不況がその触媒になったとみるのが至当であろう。

不況の荒波をまともにかぶっているのは、社会福祉サービスである。イギリスのソーシャル・サービスが、主として地方自治体の管轄に属し、その財政支出に大きく依存していることは、いまさらいうまでもない。ところが地方財政は、この不況で窮迫し、また中央政府からの交付金・補助金も削減されている。失業者の増加でその対策に政策上の優先順位を与えなければならない地方自治体にとって、福祉サービス部門にしわ寄せがいくことはもはやさげがたい。ソーシャル・サービスが、支出削減の矢面に立たされているのは、社会福祉サービスにふりむけられる国民資源のシェアが、ここ数年来急速に拡大している、という事情によることはもちろんであるが、福祉サービスの質的な性格によることも少なくない。すなわち、福祉サービスを量的に表示することが、他の部門に比べて困難であり、それだけに削減の対象になりやすい。第2に、ソーシャル・サービスの削減は、教育や、住宅への支出削減ほど不人気ではないということ、第3に、ソーシャル・サービスは、教育や住宅等とちがって資本支出とのつながりが薄く、教師のいない学校にみられるような明白な社会的損失を一般市民に印象づけることが少ない、ということである。しかし福祉サービスの削減が、

不況による福祉サービスへのニード増大と対立するだけではなく、たとえばホーム・ナースや、ホーム・パースのサービス費用の削減によって、老人をかえってより高価な福祉施設に送りこまざるをえないという誤りをおかすことになる。これは、居宅主義か施設主義かという根本的かつ基本的問題をもちこむ、という点で、不況という短期的な視野からの接近ではすまされない問題を含んでいる。

このような不況への短期的な対応とは全くうらはらに、社会保障の改革を内容とする大胆な試みが進行している。その第1はNHSの再編成（1974年施行）であり、第2は「新年金改革—いわゆるベター・ペンション」（1975年実施）である。NHSの基本的な考え方が、医師と患者の間の直接的な経済関係を排除することと普遍主義にあることはよく知られている。ところが、20数年を経過したNHSは、組織の上で非能率性が目立ち、医療資源の効率的な活用がさまたげられ、さらに地域市民の意見を反映する点で不十分であった、との批判が強くなってきた。1973年に制度化され、74年から実施に移された「NHS再編成」は、このような欠陥の是正を目的として、根本的な改革を行ったものであり、すでにわが国でも紹介されている。簡単にイングランドの例でいうと、14の圏（region）保健機構、その下に90の地域（area）保健機構、さらにその下に保健区（Health District）を設け、その各々に、病院、開業医、地方自治体（住民を含む）の代表が構成する審議機関が設置されている。これによって保健組織の統合化、効率化が図られたばかりでなく、管理組織の強化によって民主的運営が阻害されないように、他方で審議機関の権限の強化と人選の民主化に最大の努力が払われている。「審議機関に多額のカネを使うのは、ムダの制度化だ」とする批判に対して、キャッスル大臣が、これこそ民主主義の費用であるやりかえしたが、そこに再編成のねらいの一端をくみとることができるであろう。再編成こそは、効率化と民主化という、公的制度によって宿命的な対立の解消をめざす1つの試みであったとみることができるであろう。

1975年4月からスタートしたいわゆる「ベター・ペンション」は、平均所得スライドの基礎年金と、物価スライドの個人所得比例年金から合成されたものであり、イギリスの年金観を大幅に軌道修正する、という思いきった内容をもりこんでいる。最低生活水準の保障を社会保障政策のゴールと考えていたベリッジ原則からの離脱が、この改革案に最もよく象徴されている。不況の渦中で、この改革をスタートさせたイギリスを、身のほど知らずと非難することもできようが、長期の問題をまさに長期展望に立って、着実にかつ計画的に押し進めるやり方にイギリス社会政策の本領があるとみるのはいいすぎであろうか。

#### さかんな平等化論

ここ2、3年このかた、「平等・不平等」に関する文献が急激に出版され、平等化論がさかんになったことも、イギリスの、イギリス人の考え方をさぐる上で興味がある。9月～10月といえば、イギリスの各政党が年次大会を開く時期であり、場所もまたブラックプールときまっている。今年は、不況を反映して、経済問題がメイン・トピックスになったが、他方では平等化論も例年になく活潑に討議された。国有化の推進、富裕税の創設、社会保障の充実、教育改革等で、イギリス社会の不平等化を大幅に是正しようという労働党に対して、サッチャー女史を党主に迎えて意気の上る保守党は、「不平等である権利」をもち出して、戦後30年間の平等化路線の変更を求め、これまで両党間で大筋のコンセンサスがあったと思われる社会的平等化に異議申立てをした。

また学界においても、最近の平等論の研究は、部外者にはやや異常と思われるほどの盛況であり、所得分布の分析研究にとどまらず、富の分布を対象にした広汎な研究が着々と進められている。その中心をなす若手の優秀アトキンソン教授は、これをイギリスにおける社会改革の一環であるとし、権力構造との関連にもメスをいれようとしている。さらに社会学者の不平等論、社会政策学者の不平等論など、社会科学の全領域にわたって、平等論が共通のテーマとして取扱われている。

わが国でもひところ社会的公正を旗じるしに、この問題への関心が高まっていたが、不況の嵐の前に現在では、やや沈静化しているように思われる。ところが英国では、まさに経済危機の中で、この問題を堂々と論じているのである。もちろん、その背景には英国特有の事情のあることも否めない。沈滞を社会的流動性の低さに由来するとする見方は、今日でも有力であり、したがって平等化論は、再生英国のための社会改革として大きな関心をつないでいる。このことは、いわゆる複合社会に対するきびしい批判が、産業組織、労働組織の改革を主張する意見として、かなり有力になっていることからもうかがい知ることができる。いま1つの理由は、おそらく、旧植民地系イギリス人の急増である。これらの英国人は、いわゆるダーティ・ワークの大半を受けもっているが、伝統的な社会秩序に大きな衝撃を与えていることは明らかである。彼らをインディグレートした英国社会の在り方を考えるとき、不平等化はさけて通ることのできない問題である。「植民地系英国人に社会保障費の大半を吸いとられている」といった、やや誇張した意見が保守党大会の舞台うらでしかれた、というが、これが、サッチャー党首の開き直り演説の一因とも考えられるが、異人種の統合化に深刻な問題がひそんでいるようである。

いずれにせよ、平等化論が、最低生活水準の保障に最高の優先順位を与えてきた社会保障政策を、より平等化政策に軌道修正させる発火点になる兆候は、すでにみえている。しかし、この政策をどのようなペースで、どの程度おしすすめていくかは、英国経済の動向と深くかかわっている。

社会改革を志向しながら、現実を見落さないイギリス経験主義が、社会保障改革の実験をどのようにやり終らせるか、注目したいものである。

## 社会保障こぼれ話

### 年金額の引上げ

(スウェーデン)

スウェーデンの年金制度では、「基本額」を用いて定額方式の基本年金が決定され、また、所得比例方式の補足的年金の年金点や年金額が算出されることになっている。この「基本額」は消費者物価指数の変化を用いて、指数の変化が所定の水準を超える場合には、いつでも「基本額」は修正されることになっており、その修正により、年金額も自動的に調整される仕組みになっている。

1974年4月に、「基本額」はそれ以前の8,100 クローネ(年額)から8,500 クローネに引上げられたが、同年12月には9,000 クローネになり、1975年7月には9,400 クローネになった。1974年4月の修正に用いたのは2月の消費者物価指数で、それは309と記録されており、同年12月の修正は10月の指数328を用いており、1975年7月の修正は5月の指数342を使用している。修正の作業は前回用いた指数と今回用いる指数の間に生じた変化を、そのまま「基本額」にかけて、100 クローネの単位で、新しい「基本額」を決定するが、事実上の作業では、消費者物価指数は小数点以下2位までの数値が用いられることになっている。

それはともかく、「基本額」が引上げられたので、「基本額」に対するある所定の支給率で決定される基本年金も、自動的に調整されて、各年金の年金額は引上げられた。たとえば、正式の年金年齢である67歳で受給できる単身者の老齢年金は、それ以前の8,550 クローネ(年額一以下同)から8,930 クローネに引上げられた。妻に対する主婦手当は

5,400 クローネから7,614 クローネに増額された。また、16歳未満の子供に対する補足的な加算は、子供1人当り2,250 クローネから2,350 クローネになった。なお、実施後約10年を経過したばかりで、まだ未成熟な段階の所得比例年金を受給できない者などに支給される補足的な給付は、1,620 クローネから1,974 クローネになっている。

ところで、この国の年金制度では、前述したように、「基本額」に所定の支給率をかけて、各種の年金額や補足的な給付の支給額が決定される。たとえば、1962年の公的年金法では、単身者の老齢年金は90%、夫婦の老齢年金は妻の50%を加えて140%の支給率を用いられることになっていた。しかし、この支給率はすでに修正されており、今回の「基本額」修正以前では、単身者に95%、妻に対して60%の支給率が用いられていた。しかし、今回の「基本額」修正時に、単身者の支給率はそのまま据え置かれたが、妻に対する支給率は81%に引上げられている。ちなみに、子供に対する補足的な給付の支給率は25%に据え置かれている。なお、所得比例方式の年金を受給できない者に加算して支給される補足的な給付は、次第に引上げられることになっており、「基本額」修正前までに18%になっていたが、今回の修正時に21%に引上げられた。

老齢年金以外の年金も「基本額」を用いて算出されるが、たとえば、廃疾年金の基本年金は単身者に90%、夫婦には妻の加算50%を加えた140%の支給率が、1962年の法律で規定されていた。しかし、現在では、この支給率も単身者に95%、妻に対して81%に引上げられている。子供には、25%の支給率がそのまま用いられている。また、廃疾手当には、「基本額」の30%が支給率として用いられていたが、現在では、この手当

## 37 頁からつづく

の支給率は完全廃疾が60%（5,640 クローネ）になっており、この支給額は廃疾度により減額される。寡婦年金の支給率も90%であったが、現在では、95%が用いられている。遺児年金の支給率は片親喪失が25%、両親喪失が35%であったが、現在では、前者が据え置きで、後者が40%になっている。7月の「基本額」引上げにより、上述した支給率の支給額はそれぞれ引上げられている。

資料は国民社会保険公社の連絡による。

（社会保障研究所 平石長久）



## 編集後記

元日を迎え、20世紀の残り4分の1世紀が始まった。ところで、今後の見通しについて、明るい話題は乏しいが、そんなこととは無関係に、元日の空は明るく晴れ、真白い富士の姿が美しかった。そして、松の内には、正月というのに、桜の季節を思わせる陽気が続いていた。幸いにも、春夏秋冬の四季に恵まれたわが国では、人びとの生活の中で、季節は重要な意味をもっている。寒気のきびしい折に、花の季節を思わせる陽気が続くと、奇妙な感じのする人びとも多いだろう。寒いときは寒いように、自然の移り変わりというのは、摂理にかなっている方が、人びとの心も落ち着くのかも知れない。

（平石）

## 海外社会保障情報 No. 32

昭和51年1月25日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞ヶ関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社