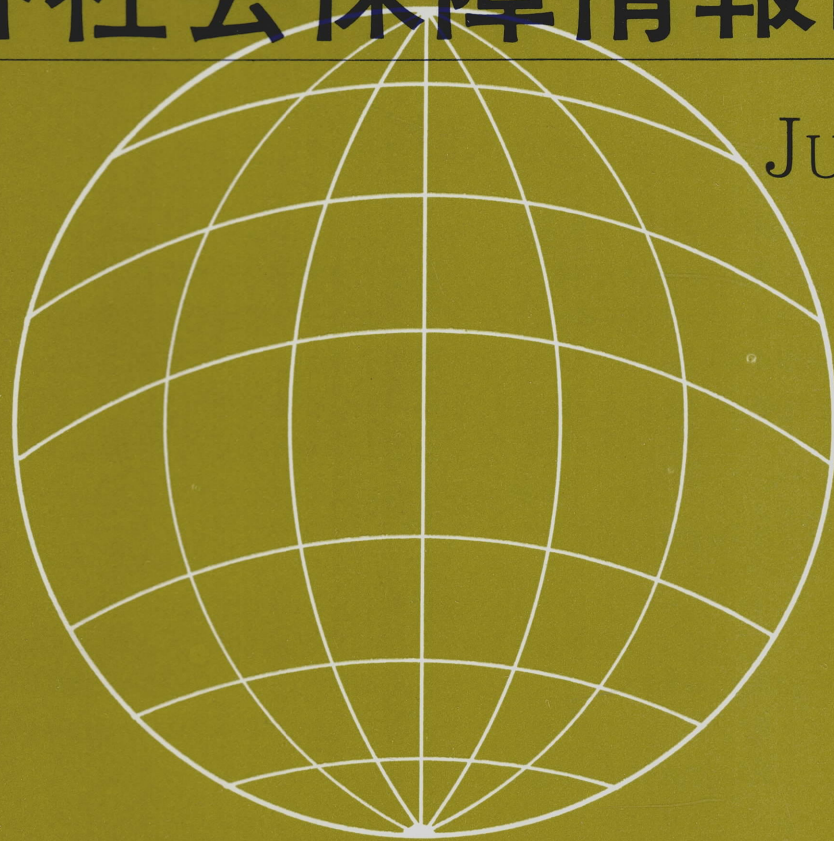


海外社会保障情報 No. 34

JULY 1976



社会保障研究所

社会保障年金財政 再建策をめぐる最近の動き

(アメリカ)

昨年2月から3月にかけて社会保障年金制度諮問委員会が提出した、社会保障年金財政の危機に関する報告書は、この分野における重要緊急課題として、連邦議会および政府に対し、対策の早期樹立を要求した(本誌№30参照のこと)。

年金財政の危機をもたらした要因は、同報告書の指摘によれば、急激なインフレの昂進、年金受給者数の増大と生産率の低下等であり、さらに同報告書の対策提案は、給付額の算定方式の改正、メデケア財政を現在のOASDHI(老齢・遺族・障害・健康保険)プログラムから切り離すこと、給料差引きの社会保障税の引上げ、社会保障年金制度の財政を連邦の一般歳入でまかなうこと等を主とするものであった。

その後、インドシナの撤退等の外交上の大問題、また内政の大問題であった大量失業の問題およびニューヨーク市等の地方財政建直し問題等に押されて、年金問題は大きく取り沙汰されないままになっていた。

しかし、これらの外交・内政上の最重要課題が一応收拾された現在、議会審議の焦点は、国民生活に大きな影響を及ぼすものとして、年金問題にあてられてきたのは当然の成行きであろう。

以下、最近のニュースによって、同問題に関する動きを紹介する。

社会保障税の引上げ・国庫負担

OASDHIプログラムに加入している被用者および使用者は、1976年中に、

社会保障税を723億ドル拠出することになり、また連邦社会保障庁は、3,200万人の受給者に780億ドルの給付を支給することになるだろうといわれている。

この拠出額と給付額との差額は、430億ドルの社会保障信託基金から埋められることになる。今年の差額は57億ドルであり、このままでいけば、この財政赤字は大きくなる一方であることは、すでに昨年に指摘されていた。

政策者達は、気が進まないながら、年金制度の打開策を検討しはじめた。彼等の気が進まない原因は、この問題の審議が、複雑で感情的なものを含んでおり、財政的にも政治的にも100%の解決の見通しが立たないからである。現行の給付額を引下げるとは、インフレが続いている今日、さらに大統領選挙を控えた今日、とても政治的に考えられることではない。他に考えられる対策としては、社会保障税の引上げ、社会保障税の課税賃金の上限の引上げ、および国庫の一般歳入からの援助等がある。これらの対策のうち、フォード大統領および共和党議員は、社会保障税の引上げを支持している。民主党議員の方は、一般的に、課税賃金の上限の引上げおよび国庫からの財政援助の方法を支持している。

これにつき、具体的に述べるならば、上院財政委員会のRussell Long委員長(民主党)が、社会保障税の引上げ提案について意見を求められた時の回答は、間接的に「ノー」であった。理由は「社会保障税は、現在でも十分すぎる程高額」であり、保険数理士が示した数字をあげ「現在11.7%の社会保障税(労使折半)は、あと50年たてば2倍になる。現在年収15,300ドルまでの者が課税されているが1977年1月1日以降は、それが16,500ドルになる」というものであった。

老齢および遺族年金保険プログラムが制定された当初、社会保障税は2%であった。その1935年以降、インフレや受給者数の増大による給付額の引上げのために、連邦議会は10数回にわたって社会保障税の引上げを行なった。リベラルな民主党議員等は、とくに今後の引上げに反対して、年金プログラムに加入している労働者が、国民全体の所得層からみれば、少ない所得層であるから

して、社会保障税の引上げは「逆累進的」であると論じている。

こうした意味合いでLong委員長は、一種の「民衆の声」を代表している。別の「民衆の声」として、下院歳入委員会の社会保障小委員会に属するWilliam Archer 下院議員（共和党）は、次のように語った。Archer 氏の地盤はヒューストンの西部郊外の高所得層を含んでおり、「自分の地盤の者達は、社会保障年金制度を財政的不健全な地位から救助するよう連邦がのり出すべきであることを要求している」と。

第2次世界大戦の「終戦ベビー」達は、2005年には退職しはじめることになり、1960年代および1970年代、そして多分1980年代も、出生率が低かったので、2005年頃には比較的少数の抛出口となることが予想される。その結果、保険数理士は受給者対抛出口の割合を、現在30：100として、2005年には45：100になろうと計算している。このことは、社会保障税で年金プログラムの財政をまかなうためには、さらに50%の引上げを行なわねばならないことを意味するものである。

民主党議員の大部分と若干の共和党議員は、Long 委員長の社会保障税の引上げ反対に同意している。そして民主党議員や労働組合は、数年後には、年金財政を国の一般歳入でまかなうこと、または年金給付額の大部分を一般歳入から補助すること、になるだろうと語っている。

社会保障年金問題は、民主党が多数を占める連邦議会と共和党政府との間の政治的な重要争点である。財源調達方式の現状維持のためにフォード大統領は、連邦議会に対し今年、社会保障税（労使折半負担分）を12.3%に引上げる立法措置を要請している。また保健・教育・福祉長官David Mathewsは「一般歳入で年金財政をまかなうことは、労働で得られた権利を侵害するものであり、最終的にはプログラムの必要経費の増強を招来することになる」と、国庫負担に反対している。

前述のArcher 下院議員は、別の方法を推して「国民は年金制度を公的福祉プログラムに転ずることを望んでいる。なぜならば、そうすれば財政は一般歳

入でまかなわれることになるから」と語った。なお、年金制度に関するArcher 氏の専門的理解は、連邦議会の大半の議員の遠く及ばないところであり、彼は高所得ベースに対して社会保障税の引上げを提案するものでもある。

下院社会保障小委員会のJames A. Burke 委員長（民主党）は、数字をあげないまでも「もし失業率が5%以下になったならば、今年は赤字になることはあるまい」と主張した。

民主党議員達は、大統領選挙の後までフォード大統領の社会保障税の引上げ提案の実施を延期するよう望んではいるが、早晩、議会審議は年金財政を取りあげねばならないとみている。この問題の審議には、以前からの不満、つまり、年金制度は若い被用者には不利益なものであり、一方、退職者にはあまりにも寛大な制度であること、現行制度は、実際的にはあるべきでないような保険制度であること、私的貯蓄投資から金の流れを生産性の向上、雇用の拡大および生活水準の引上げに転換していること、等の不満についての議論も含まれることになろう。現在、これらの問題に関しては議論がまだ出ていない。

社会保障年金制度は、今日ではアメリカの経済的・社会的構造の完全な一部をなしている。基本的には、若い者が老人の援助のために抛出する仕組みであり、かつてルーズベルト大統領が期待したように、制度は止まることができないものである。

給付額自動調整の修正・その他

技術的な問題として、連邦議会の大部分の者達は、インフレに給付額を調整することを狙った1972年算定方式の修正を望んでいる。

この1972年方式は1975年の給付額について生計費増の自動調整をもたらす反面、現在の労働者達の将来の給付額算定に変動基準をもたらすものでもあった。多くの立法者達は、この2つの効果は、それぞれ切り離すべきであったと考えている。

その他の検討事項には次のものがあげられよう。

(1) 遺族年金制度の賦与する寡婦の権利。

連邦最高裁判所は、扶養家族調査が女子をのぞく男子に要求されることは適法であるか否かを判示しようとしている。昨年、社会保障制度諮問委員会は同調査の廃止を勧告していることも事実である。

(2) 破滅的疾患に対する保護を含めて、現在社会保障年金制度の一環としてのメデケアの財政。

(3) 受給者の稼得収入に関する制限の緩和。

Russell Long 氏は、これらの事項に関して最も影響力の強い上院民主党議員である。彼は、年金資金を容易に引出すことを止めるべく、また、65歳以上の者でも健康な者が多い事実を認識して、定年を65歳以上に延長することを提案している。さらに彼は、国庫の一般歳入から給付を支給することには反対であり、むしろその財源を、例えばアルコールや煙草に対するような特別税に求める方法を推している。1972年の給付額自動調整方式の廃止も支持しており、給付額の変更は、その都度、連邦議会が審議すべきであるとしている。

以上のように財政再建築をめぐって、種々の提案・構想があるが、今後の議会審議の成行きに関する政府の有力な見解は、連邦議会は、常に、有利な給付をめざす企画を避けられまい。とくに国庫資金を給付にあてる提案については同調するであろうというものである。

The New York Times Weekly Review, Mar. 7, 1976.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

医療制度の崩壊に面して

(西ドイツ)

西ドイツでは医療費の高騰に面して、医師と患者の関係が著しく悪化してきた。このため2月中旬ハンブルクでは2,500人の医師が集まって、医師に対する中傷に抗議し、26日もウェストファーレンの3,000人の医師が190万枚のピラを撒いて医師の立場を説明するというようなことがあった。

西ドイツ国民6千万に対して、12万人の医師がおり、このうち5万人が開業の認可を受けて医療に従事している。Die Welt 紙はこれらのうち開業医連盟(Berufsverband der praktischen Ärzte)議長Werner Haupt, ウェストファーレン・リップ地域疾病金庫長Horst Ruegenberg および医師連盟から、それぞれの主張を聞いている。

Hauptは現在の医療制度の問題は費用の点でなく、専門医(Facharzt)やスペシャリストに対して開業医(praktische Ärzte), 一般医(Allgemeine Ärzte)が社会的にも報酬面でも冷遇されているところにあるという。特殊な器具を使い、研究とか専門的な診療に当る者は尊敬され、報酬規定でも有利なのに対し、助言(Beratung), 往診(Besuche)その他直接患者に接する開業医は収入も少なく、仕事は激しい。このため最近十年間に開業医は1割も減り、平均年齢も60歳に近くなっている。これに対し研究医は4倍半も増え、報酬は7倍半になっている。

保健制度は崩壊の危機にある。差し当り必要なことは、政党も疾病金庫もこの危機を認めること、大学では一般医学を軽視しないこと、報酬規定を抜本的に改めることである。

Ruegenberg は最近金庫医が診療件数の増加や高価な器具を用いる治療その

他で、報酬の増加が激しく、疾病金庫の財政が非常に苦しくなっていることを、具体的な数字をあげて説明している。

例えば1975年の勤労者1人当りの賃金俸給の増加は7.1%で、月額にすると平均124マルクである。一方金庫医連盟の報告では報酬の上昇率は7.47ないし7.11%で、これだと低目にみても月1,000マルク以上の増加となるはずであるとし、この原因は専門医による高価な器具や補助員を用いた診療が増大し、一方助言や往診のような一般医にとって必須であるが安価な診療件数が著しく減少している点をあげている。

このような状態では現在の医療制度が崩壊する恐れがある。一部では医療の国営化を叫ぶ極端な主張もあるが、われわれはなんとか現在の制度を維持するよう努めねばならぬ、としている。

一方これに対して金庫医連盟は、医師の平均的収入だけを見て医師を非難するのは不当であると反駁する。医師の所得は処置件数、個々の処置の値段、医師の年齢構成、雇用している補助員と機械の数等で非常に違ってくるというのである。

ウェストファーレン・リップの金庫医連盟会長Dr. Gustav Nitzによると、医師の全体について月々の平均を出してもほとんど意味のないことであるが、ウェストファーレン・リップの6千以上の医師について74年第4四半期と75年第1-3四半期の収入を調査したところ12億6,530万7,811マルクとなり、平均収入は21万5,000マルクであるが、しかし実際にはこの統計に現れた医師全体のうち53.10%は20万マルク以下の収入で、20万-30万マルクの間にあるのが25.3%、30万-50万が4.1%である。

これを専門科別にみると(ウェストファーレン・リップの例)、この期間の年間総収入は、内科2億2,070万1,567マルク(17.44%)、婦人科9,482万8,082マルク(7.49%)、眼科6,512万8,847マルク(5.15%)、小児科5,334万3,796マルク(4.22%)、耳鼻科5,283万6,983マルク(4.18%)、整形外科4,749万1,522マルク(3.75%)、外科4,591万8,356マルク(3.63

%)その他となり、専門医合計7億5,074万1,097マルク(59.33%)、開業医計5億1,456万6,714マルク(40.67%)である。

これに医師数と診療件数を合せて考えると報酬の実情が明らかになる。これによると総費用の46.6%が開業医に、53.4%が専門医に支払われている(1968年まではこの比率は逆で開業医69%、専門医31%であった)。

これに加えて診療件数、診療単価も専門医、研究室医は多く、収入もはるかに良い。また内科医も診療単価は開業医のほとんど2倍になっている。

Die Welt, 1976, 2.26.

(安積鋭二 国立国会図書館)



負担の公正——“不当負担”を 分析したグレゴワール委員会報告

(フランス)

社会保障財政調整法第10条と“不当負担”

1974年12月24日に公布された法律第74—1094号(本誌№33参照)第10条は、次のように規定している。

「社会保障担当大臣の要請に基づき、一委員会が組織される。同委員会は、1976年1月1日までに、社会的保護諸制度および国の負う負担の問題に関し完全な報告書を提出しなければならない。

この規定に基づき、政府は、国事院判事(コンセリエ・デタ)であるロジェ・グレゴワール氏を長とする委員会を設置した。同委員会の主たる責務は、いわゆる「不当負担」(charges indues)を分析し、検討することにある。

社会保障の財政危機が顕在化する度に、労使双方から持ち出されるのが、この「不当負担」という用語である。その意味するところは、一般商工業の被用者を主たる構成員とする一般制度が、不当に課されている負担金にほかならない。労使の主張に基づいて、その内容を見ると、次の通りである。その最大の項目は、他制度(農業被用者、国鉄職員、鉱夫、農業経営者等の制度)の赤字を補てんするために負わされている負担である。第2は、病院等の設備投資資金の償却費、医療従事者の教育費、および老人、身障者等に対する最低手当の支給費など、その主旨から見て、国が当然に負担すべきだと見なされるにも拘わらず、一般制度に負わされている費用である。

このような不当負担の総額は、経営者団体の推計によると160億、CGTによれば170億、CFDTによれば230億近くに上っている。

最近公表されたグレゴワール委員会の報告書は、不当負担に関する詳細な分析を試みたものではあるが、この問題をめぐる論議に一点の疑念も残さないような裁決を下したものではない。同委員会自身が認めているように、いわゆる不当負担の重要性をめぐる論争を審理し、一刀両断にこれをさばくような資格は、与えられていなかったからである。

以下は、グレゴワール報告の主たる内容である。

国の負担すべき費用

制度成立後30周年を迎えた戦後社会保障制度の歴史的概観、社会保障の定義等に関する一般的考察を述べた上で、グレゴワール委員会報告は、負担の公正を図るためになすべき社会保障財政改革の必要性について、委員全員の一致した意見として次のように述べている。社会保障制度は、強制的に徴収される拠出金によってまかなわれるものであり、その給付総額は、いまや1世帯当年額平均1万5,000フラン以上の巨額に達している。一方この給付の原資を増大させる新しい財源が得られる見通しはほとんどない。このような時期にあるため、なおのこと財政負担の問題に関する考え方を改めることが望ましい。

次にグレゴワール氏は、「不当負担」と呼び得るものの選別に努めつつ、まず次の点に着目している。費用負担を直接の受益者のみに負わせる方式には、出費の性質からいっても、また現在では社会保障の収入と支出が完全に分離しているという事実から見ても異議が多い。個々の給付種別に関しては、次のように言及している。まず家族給付に関しては、人口政策あるいは所得政策上の要請に基づく家族給付は、国が負担すべきだという理論に対し、委員会は不同意を表明している。すなわち1975年度で186億100万フランに上る単一賃金手当、56億9,000万に上る住宅手当等は、所得政策ないし住宅政策上の要請に基づく給付であり、また産前産後手当等は、人口政策的配慮から出たものではあ

るが、しかしそれだからといって、一方的に国の負担とすべきだと主張し得るほどはっきりした性格を持つ給付とは言えないというのが委員会の意見である。

次に保健・社会活動費という名目で各社会保障金庫の予算に計上されている費用は、公的な社会福祉施設の重要な建設資金となっているが、これは国が負担すべきだとしている。重症者の任意保険による給付費についても同様である。

老人に最低限の所得を保障するための給付（老齢被用者手当、国民連帯基金追加手当等の無拠出年金）については、委員会内部にも異論が多く、そのため報告書は次の事実を指摘するに止めている。国は、多年来一般制度に対しては、1956年に創設された国民連帯基金追加手当の給付費のごく一部分しか償還していない（1975年度の給付費総額27億6,700万のうち、国の負担は1億1,300万）。ところが他制度に対しては、その全額を償還している。その結果、1975年における国民連帯基金追加手当の給付費総額は、76億4,400万であり、そのうち国の負担は49億9,000万である。

入院料金に含まれる病院の施設投資償却費も、「不当負担」で呼ばれるものの一つであるが、これについては次のような分析がなされている。1974年度においてこの償却費は、病院経営費総額の4.6%にすぎず、その額は9億2,500万であるが、そのうち7億4,000万フランは社会保障制度の負担である。病院の管理者の意見によれば、この負担率は過重とはいえない。なぜならこの償却費は、施設の運営そのものに密着したものだからである。

病院における医師の教育費は、年間約6,000万フランであり、国が負担すべきものとされているが、実際に文部省がこの項目で支出しているのは1,500万にすぎない。また現在病院が負担しているパラメディカル従事者の教育費は、約2億5,500万に及ぶが、これも国に移管するのが妥当だと委員会は判断している。これが実施されると社会保障制度は、2億500万フランの負担減となる。

受益者負担の引上げ等を図るべき費用

失業者および職業教育の研修生に関する給付費、単一賃金手当または主婦手当の受給者たる母親を老齢保険へ強制加入させるための費用（拠出金は、家族手当金庫の負担）等は、受益者の拠出金等、その給付の裏付けとなる収入はなしに負担されている経費であり、これも不当負担に数える者もいる。委員会報告は、これらの費用については、例えば失業者に関する給付費が1975年で25億8,000万フランに上るという事実を指摘するに止め、その裏付けとなる財源をどこに求めるべきかという点には言及していない。このほか、学生の名目的な保険料と国庫負担金とでまかなわれる筈の学生の疾病保険が、1975年度1億1,500万の赤字を出し、任意保険制度も同様に10億3,000万の赤字を出しており、結局は一般制度により補てんされている事実が指摘されている。また成人心身障害者に対する給付は、約9億5,000万フランと推計されており、これも不当負担と見なされる費用である。

次に、委員会報告は、一般制度が他制度のために負っている負担金にふれ、一般制度以上に恵まれた給付を行いながら赤字を出している特恵的な制度のために、一般制度が年々ますます重くなる負担を課されるのは矛盾しているという判断を示している。委員会の分析結果によれば、1975年において一般制度にもっとも重い負担を課している制度は、次の通りである。

農業被用者制度＝約40億（疾病11億2,400万、家族手当11億1,200万、老齢保険17億）

鉱夫制度の労働災害＝10億800万

海外諸県における家族給付＝1億2,200万

公務員制度＝一般商工業被用者の場合と同一の要件に基づいて拠出金を支払うとすれば、1976年度において国家公務員制度は7億5,000万、地方公務員制度は3億3,000万を、それぞれより多く拠出すべきである。

鉱夫、船員、国鉄職員の疾病保険＝これらの制度は過去3年間、疾病保険全国金庫に対し本来支払うべき拠出額より1億フランずつ少なくしか支払っていな

い。

被用者制度と非被用者制度との財政調整も、明らかに不平等な基礎に基づくものだという指摘がなされている。

グレゴワール報告は、結論として次の数値を掲げている。国が負担すべきであるにも拘わらず、一般制度が負担することになる費用は、1976年度において62億8,500万フランである。その内訳は、老人に最低限の所得を保障するための給付費60億1,500万、医療およびパラメディカル教育費2億7,000万である。他方、国は、諸制度が本来負担すべき費用69億1,500万を財政調整差引残高の見返りという名目で負担することになる。

拠出基礎と拠出率の公平化が図られれば、一般制度は1976年度で25億500万の増収を見ることができるといえる。

グレゴワール委員会は、社会保障における責任の分担をより明確にしなければならぬという意向を表明しながら、報告書を次のように結んでいる。

「いかなる不当負担も存在しないという状態になった場合においても、社会的保護の費用を増大させることは、やはり重大な経済問題であり、根本的な改革がなされない限りこれに対処できない。」

Le Monde 4 février 1976.

(平山 卓 国立国会図書館)

貧困、失業、不況

(アメリカ)

失業は貧困の主要な原因ではないが、この2つは関連している。失業率が增大する時には、貧困者数が増加する傾向にある。我々が今日経験している厳し

い不況は、比較的激しい貧困の増大をもたらした。以下、貧困と失業及び最近の不況について考察する。

まず、貧困家庭の世帯主の就労経験を1959年と1973年についてみると、それぞれ15.6%、11.6%が失業のために、フルタイム以下の就労をしていた。残りの80%以上の低所得の原因は失業によるものではなく、したがって、失業率の減少は、いわゆる working - poor の貧困を減らすことにはならない。たとえ完全雇用を達成したとしても、貧困者の大部分はなお貧困のままであることは明らかだろう。

ところで1959年以來の貧困傾向をみるなら、59年のほぼ4,000万人から69年の3,600万人まで貧困者数が漸減してきた。最も大きな減少は65~69年の間に生じており、3,600万人から2,400万人を少し越えるところまで減少した。この時期は、またいつになく失業率の低い年でもあったことに注意する必要がある。これらのことから失業が貧困の主要な原因ではないが、2つは大いに関連していることがわかる。1974年と75年については、1959~73年までの失業率と中位の家族収入に対する貧困発生(全人口中の%)の関係を使うことによって見積りをした(中位収入1%の上昇に対して貧困発生は1.6%の減少、また失業率1%の減少に対しては約0.2%の減少によって算定した)。これによって、1974年は73年よりも200万人多い2,500万人、75年には2,710万人に貧困者が増大する。これは1968年以降では、最も大きい貧困者数となる。

次に不況と貧困の関係についてみるために、1975年について失業率をかえて見積りをした。我々が完全雇用経済と呼んでいる4%の失業率で算定すると、貧困者数は2,390万人、貧困ギャップ(貧困者の現実の所得と貧困線で生活するのに必要な所得との差)は109億ドルとなる。我々が用いた8.7%の失業率で算定すると、上記した貧困者数となり、貧困ギャップは136億ドルに達し、この両者の差の27億ドルあまりが不況のコストということになる。

ところで不況を正当化する根拠は、不況がインフレーションをおさえるところにあると一般に言われる。そして、インフレーションは低所得層、特に貧困

者に大きな損失を与えているとしばしば言われている。この点について吟味してみよう。

インフレの尺度にCPI (Consumer Price Index) が用いられているが、これはまた物価上昇に対して、貧困水準を調整するのにも使われている。だがCPIは中所得の家庭の消費パターンによって決定されているので、中流家庭と違って、食物や住宅に所得の大部分を費している貧困者にとっては適当な尺度でない。そこでPPI (Poor Persons' Price Index) を用いると、1960~72年までは、この2つの指数はほぼ同じ率で動いており、貧困者の購買力が他の集団に比べて、とくに減退しているわけではない。だが、1973年はじめからの急激なインフレによって、72年から74年6月にかけてPPIで19.4%の上昇CPIで17.4%の上昇がみられる。したがって、貧困者は最近のインフレによって、貧困でない者よりも購買力を失ったといえるが、その差は非常に小さく、失業の影響に比べたら、インフレによる負担の方が小さいといえる。

インフレによる富 (wealth) の目減りも貧困者に特に厳しいといわれている。ほとんどの貧困世帯は、最も目減りしやすい固定ドル資産 (現金、債券、預金) の形態で資産をもっているため、実質正味価値はインフレの間に下がる。しかし、結局のところ、貧困者はごくわずかの富しか持っていないために、インフレによる損失はかなり小さいものである。また実質所得におけるインフレのインパクトも、もともと収入が少ないために、取るに足りないといってもさしつかえない。しかしながら、貧困者のうちでも、少数のもの、特に老人にとっては、状況は違っており、確かに最近のインフレが経済的困窮を引き起している。

移転所得は、貧困世帯の総収入の重要な部分を占めている。60年代と70年代のはじめにかけて、私的なものであろうと、政府によるものであろうと、移転支出で物価上昇に自動的に対応したものはなかった。だが、ほとんどすべての移転プログラムにおいて、平均給付の成長率は物価上昇を越えていた。1972年以降、この傾向はやぶられたが、中位の社会保障給付の実質価値はかなり一定

であった。また、過去2、3年に、貧困老人へのインフレの不利な影響は、SSI (Supplementary Security Income) の導入によって補てんされた。インフレは、いくつかの移転所得の価値を下げはしたが、受給者の実質生活水準の低下は、不況から生じる生活水準の低下に比べたら小さいものである。

比較して、インフレのコストは、貧困者にとって小さいものである。そのため、一般に不況、特に最近の不況がインフレを退治するという理由で正当化されるばあいには、少なくとも貧困者の観点からみて、この薬は病気よりも悪いといえる。

Irwin Garfinkel & Robert D. Plotnick, Poverty,
Unemployment, and the Current Recession;
Public Welfare, Vol. 33. No. 3 Summer 1975.

(中野いく子)



イギリス国民 保健サービスの問題

(イギリス)

I

国民保健サービスは発足以来の最大の危機に直面しているといわれている。そうした中で1975年12月に国民保健サービス生みの親アナーリン・ベバンをしのぶ講演会が開かれ、バーバラ・カースル社会サービス相が「国民保健サービス再訪」と題する記念講演を行なった。カースル氏の選んだこの標題は何よりも現在の状況を表現している。「最近数カ月の動きを見ると、訪れるべき国民保健サービスがすぐにもなくなってしまうかのように考えられかねなかった」と氏は標題の意味を語っている。

彼女はこの講演の中で、国民保健サービス発足当初の事情をふりかえり、国民保健サービスの目標が何であったか、これらの目標を実現して行く上でベバンは医師とどのような妥協をしたのかを論じ、これらの目標の正当性を再確認するとともに、医師の理解と協力を改めて訴えている。

II

ベバンが国民保健サービスを通して実現しようとした目標は何であったのであろうか。

第1はすべての国民が受診時の経済的負担なしに必要な医療を受けられるようにすることで、そのためには包括的な医療サービスを公費で提供することが必要であった。

第2は高度で専門的な医療をすべての国民に提供することであり、そのため

には病院を公営とすることが必要であった。

第3は家庭医のサービスを全国民に提供することであり、このためには開業権の売買を禁じ、彼らの報酬の中に若干なりとも基本給部分を導入することが必要であった。

医師達はベバンの考えに強く反対した。しかし彼らの反応は必ずしも統一されていたのではなかった。そしてベバンの仕事の重点は最も指導的な一部の専門医の協力を取り付けることにあった。こうして国民保健サービス病院の中に私費ベッドが維持され、ここで彼らは私的医療を続けることができるようになった。

国民の強い支持とベバンの忍耐強さが効を奏し、結局医師は新しい制度に参加した。

こうして発足した国民保健サービスは、当時としては正しかったとしても決して完全なものではなかった。病院サービス、家庭医サービス、地方当局の保健サービスの三つの構成部門はばらばらであったし、病院の運営は非民主的であった。

彼の壮大な計画を実施するには財源が限られており、ヘルスセンターも建設できなかった。家族計画の問題は全くふれられなかったし、私費ベッドの存在も平等の原則と矛盾していた。

にもかかわらず、国民保健サービスは国民の保健を推進する上で大きな成果を達成することができた。何よりも、国民保健サービスは国民のゆるぎない支持を勝ち取ることができたのである。

III

大きな成果を残し、国民の強い支持を得、発展し続けてきた国民保健サービスが、何故今になって「危機」に直面したのであろうか。

カースル氏はその背景として次のような点をあげている。

1. 人口は増加し過去5年間に $1\frac{1}{4}\%$ 増加した。特に老人人口の増加は顕著で、75歳以上老人は年2%の割合で増えており、10年後にはさらに50万人が追加される。これら老人の医療サービスを維持するだけで、国民保健サービスの支出は年 $\frac{1}{2}\sim 1\%$ の割合で増加しなければならない。

2. 医療の発達や寿命の延長により障害者の数が増大し、そうした人々に対する高価な看護や医療が必要となった。

3. 医学技術の進歩にとともに、医療施設は急速に高度化し高価になった。

4. 保健サービスは高度に労働集約的な「産業」であるが、職員の労働時間は短縮する方向にあり、たとえば、病院看護婦の一昼夜のサービスを確保するのに1948年では3人の看護婦でよかったが、今日では4.5人を必要とするようになっている。

5. 保健サービスの内容は常にふくらんでいる。心臓ペースメーカー、人工透析、腎臓移植などが広く利用されるようになっている。

以上のような理由から、国民保健サービスは支出の実際の伸びにもかかわらず、需要に十分応じられていないのが現状である。国民保健サービスに対する資源の配分は、住宅サービスや教育サービスに対する配分と比べても、決して十分ではなかった。住宅や学校の平均年齢と病院のそれとの間にも大きな差が出来た。住宅や学校のうち戦後建設されたものは約半数にのぼるが、地域病院の場合には $\frac{1}{4}$ 程度にすぎないのである。

病院建設が学校や住宅の建設に遅れを取った主な理由は、国民保健サービスの運営が民主的でなかったことによると考えられる。教育サービスや住宅サービスの部門では、その責任は地方当局にゆだねられ、それだけ地域住民の要求を反映できる状態にあった。これに対し病院の運営は特別に任命された委員によって運営され、地域住民の声は十分反映されていなかった。

IV

病院サービス、家庭医サービス、地方当局の保健サービスと三つの部門に分かれて運営されて来た国民保健サービスを統合し、三部門の連携を強化しようとする動きは、保守党政権下で国民保健サービス再組織法が成立することにより一応終止符が打たれた。ところがこの新しい組織は管理を強化するものであっても、民主的な形態を強めるものではなく、一部の医師はこれまで以上に委員会の仕事で多忙となり、他の人々はこれまで以上に管理から遠ざかることになった。新しい組織に対して医師が抱いている不安が、現在の「危機」を招いた一つの原因になっている。

しかし最近の不満のより直接的な原因は報酬の問題である。これは保守党政権から引き継いだものであるが、労働党政権下で病院職員のストライキが続発するようになり、過去にはストライキをしたことがなかった看護婦をもまきこみ、最上級の専門医であるコンサルタントまでが労働条件の改善を要求する動きを示すようになったのである。

指導的な医師達は国民保健サービスの資源不足をなげき、さらに進んではその原因を公費に大きく依存する保健サービスの仕組みそのものに求めようとしている。彼らの国民保健サービスに対する批判は、必ずしも具体的な提案となって提示されている訳ではない。しかし労働党政府が国民保健サービス病院の私費ベッドを廃止させようとする、こうした政策には彼らの不満は強い抵抗となってあらわれるのである。彼らは私的医療を通して多くの資金が国民保健サービスに流れ込んでいると信じているようである。

しかし財源の不足に悩んでいるのは単に国民保健サービスだけではない。その意味では私的医療を拡大したからといって解決する問題ではないであろう。経済的な不振と新たな社会的状況に国民保健サービスを適応されてゆくことこそ必要となっている。ところがこの経済的、社会的な適応という点では、国民保健サービスの指導的な地位にある人々は十分訓練されていないしその資質を得ていない。

最近国民保健サービスの分野で資源の配分ということが議論されるようになった。問題はその仕組である。個々人の経済的な能力に応じて配分されるのではなく、必要に応じて全国民に可能な最高の医療を提供することが必要である。この原則こそベバンが求めたものであった。

この原則を推進し、国民保健サービスを一層発展させるためには、政府と医師との間での建設的な討議が不可欠である。人材の最適利用を図り、効率の高い施設の建設、利用を進め、経済的制約の下での資源の最適配分を実現するためには自由意志にもとづく医師の協力が不可欠である。このような医師と政府の協力によってはじめて、ベバンの夢は実現されるであろう。

Barbara Castle, NHS Revisited, Fabian Tract 440, Jan. 1976.

(一圓光弥 健保連)

最近の不況が 貧困におよぼす影響

(アメリカ)

近年の激しい不況は、貧困な人々にどのような影響をおよぼしているのだろうか。先進資本主義国では、失業は貧困の主要な原因ではないと言われて久しいが、この説は今日猛威をふるっている不況のもとでもそのまま当てはまるのだろうか。

この論文は、政府統計と一定の推計に基づいて把握したアメリカでの最近の失業と貧困の実態分析を通じて、上の興味深い問題に一つの答えを提供してい

る。

貧困の原因としての失業

表1にみられるように、貧困世帯の世帯主のうち、何らかの理由で1年間通して完全就業をしなかった者の割合は、1959年の61.5%から1973年の77.8%へと増大している。しかし、その主要な理由が失業であった者の割合は、それぞれ15.6%と11.6%で兩年とも小さく、しかもこの間に減少してきている。言い換えれば、完全就業をしなかった貧困世帯主の大半は失業以外の理由をもってのであり、なかでも家事、傷病、障害、退職、在学などの理由で全く就業せず、また求職もしなかった者が多く、しかも彼らの割合はこの兩年間に29.4%から46.4%へと急激に増大しているのである。

表1 貧困世帯の世帯主の就業状態 (%)

世帯主の就業状態	年	
	1959	1973
I 完全就業はしなかった	61.5	77.8
A その主な理由が失業	15.6	11.6
1. 1-49週就業した	14.4	9.8
2. 全くしなかった、仕事が見つけれなかった	1.2	1.8
B その主な理由が失業ではない	45.9	66.2
1. 1-49週就業した	16.5	19.8
2. 全く就業しなかった、仕事をさがさなかった	29.4	46.4
a 家事従事	10.9	20.7
b 病气、障害	9.5	15.5
c 退職、在学中、その他	8.9	10.2
II 完全就業した(50-52週)	38.5	22.1

資料：大統領経済報告、1975年2月、
最近の人口報告、シリーズP-60、1698、1975年。

以上の実態分析から、長期的な傾向としては、確かに、貧困の原因の一つとして、失業の占めるウェイトはますます小さくなりつつあるといえる。したがって政策的には、完全雇用を達成したとしても貧困の大部分はなお解消しないだろう。しかし、このことを認めることと、最近の激しい不況がこの間の貧困の増大に多大の影響をおよぼしたことを確認することとは必ずしも矛盾しないだろう。

1959年以降の貧困の推移

表2に見られるように、1959年から1969年までは、貧困者の数は着実に減少したが、とりわけ65年から69年にかけての減少が著しい。そして失業率も65年から69年にかけてかなり減少した。その後貧困者数は70年と71年に増加に転ずるが、72年、73年と再び減少する。失業率についても同じ傾向がみられる。

一方貧困世帯の中央値所得は、59年から69年にかけて着実に増大し、それに並行して「総貧困格差 Total Poverty Gap」（政府が設定した貧困線と実際の貧困世帯の所得額との差の総計）はかなり大幅に縮小した。そして70年と71年には、中央値所得減少、総貧困格差拡大へとそれぞれ転じ、72年と73年には、再びその逆の方向に転じることになる。

それでは激しい不況に入った74年と75年についてはどうか。両年については利用できる政府統計がまだないので、ここでは、59-73年の貧困者数と、失業率および中央値所得との関係から得た一定の数式に基づいて推計値を求めた。それによると同じく表2に見られるように、貧困者数はこの2年間にそれぞれ200万人ずつ増加し、59年以来最大の増加となる。そしてこの貧困者数の急増は、失業率の急増、中央値所得の急減、総貧困格差の急激な拡大と並行しているのである。要するに、この推計が正しければ、60年代にゆっくりしかし着実に進んできた貧困減少化の趨勢は、この2年間にかなりの程度ぬぐい去られてしまったと言えるのである。

表2 貧困者数、総貧困格差、失業率、
世帯中央値所得、1959 - 1975年

年	貧困者数 (100万人)	総貧困格差 (1971年の貨幣 価値でデフレート ；10億ドル)	失業率 (%)	世帯中央値所得 (1971年の貨幣価 値でデフレート ；ドル)
1959	39.5	19.0	5.5	7,524
1960	39.9	19.0	5.5	7,688
1961	39.6	19.2	6.7	7,765
1962	38.6	18.1	5.5	7,975
1963	36.4	17.1	5.7	8,267
1964	36.1	16.3	5.2	8,579
1965	33.2	14.9	4.5	8,932
1966	28.5	12.6	3.8	9,360
1967	27.8	12.8	3.8	9,683
1968	25.4	11.5	3.6	10,049
1969	24.1	11.3	3.5	10,423
1970	25.4	12.1	4.9	10,289
1971	25.6	12.6	5.9	10,280
1972	24.5	11.6	5.6	10,766
1973	23.0	10.9	4.9	10,983
1974	25.0 ^a	11.9 ^a	5.6	10,684 ^b
1975	27.1 ^a	13.6 ^a	8.7 ^b	10,273 ^b

- (注) a. 1974 - 75年の貧困者数、総貧困格差はわれわれの行なった推計値
 b. 1975年の失業率は、1975年6月の実態値に基づいた行政予測値
 1974年-75年の世帯中央値所得は、われわれの行なった推計値

1975年の貧困と不況

それでは、推計値で見て最も急激な貧困の増大をみせた1975年における貧困と不況の関係はどうか。すなわちこの年の不況はどの程度の貧困の増大を生み出したことになるか。

表3は、失業率と中央値所得にそれぞれモデル値を設定して、先に用いた算式にあてはめ、各モデル値に対応した貧困者数と総貧困格差を求めたものである。

表3 異なった失業率と中央値所得増加率のもとでの1975年の貧困者数および総貧困格差の推計値

失業率 (%)	中央値所得増加率 (%)	貧困者数 (100万人)	総貧困格差 (1971年貨幣価値でデフレート; 10億ドル)
4	+3	23.9	10.9
5	+1.5	24.6	11.5
6	0	25.3	12.1
7	-1.5	26.1	12.7
8	-3	26.6	13.2
8.7	-4	27.1	13.6

それによると、完全雇用水準と言われる失業率4%の場合(その時の中央値所得は3%増)には、貧困者数2,390万人、総貧困格差109億ドルとなるから、75年の実態(推計値)である失業率8.7%の場合(中央値所得4%減)には、これよりも貧困者数で320万人、総貧困格差で27億ドルもの大量の貧困が追加されたことになる。言い換えれば、先に述べたように完全雇用に達したとしても今日の貧困の大部分が解消しないことは確かであるが、それにしても、最近の不況(=失業率の増大)がもたらした貧困の増大は決して見過しにできるものではないということである。

不況の影響はインフレほどではないか

それでは、不況が貧困者に与える影響を、インフレのそれと比較すれば、どちらがより大きいと言えるだろうか。

確かにインフレは、(1)物価上昇による貧困世帯の生計費の増大、(2)貧困者の資産価値の低下、(3)移転所得その他の非稼働所得の実質価値の侵食などによって、貧困者の福祉を減退させることは知られている通りである。

例えば、表4に見られるように、一般の消費者物価の最近の急上昇もさることながら、貧困者の消費パターンによって修正した「貧困者物価指数」の方はそれ以上の上昇を示している。また、資産のうちでもインフレによる減価の影響が最も大きい fixed dollar assets (現金、債券、銀行預金、保険)以外

表4 物価指数の比較

1960 - 1974年 (1970年=100)

年	貧困者物価指数(PPI)	消費者物価指数(CPI)
1960	76.9	76.3
1961	77.7	77.0
1962	78.4	77.9
1963	79.5	78.8
1964	80.4	79.9
1965	81.5	81.2
1966	84.1	83.6
1967	85.8	86.0
1968	89.3	89.6
1969	94.3	94.4
1970	100.0	100.0
1971	104.0	104.3
1972	107.8	107.7
1973	116.0	114.4
June 1974	128.7	126.5

にはほとんど資産をもっていない貧困者の場合には、資産の面でも相対的により大きな影響をうける。更に、貧困世帯の多くが依存している各種の移転所得についてみても、表5にみられるように、いずれも1973年から実質価値が低下してきているのである。ようやく1974年から、年金、補足的保障所得(SS I)、食糧切符事業については、給付額を生計費の上昇に自動的にスライドさせることになったが、AFDC、失業保険、労

災保険、退役軍人給付などのその他の移転所得については、なお生計費の上昇

に見合う給付額の調整がはかられていない。

表5 受給者1人当りの平均移転所得額^a

年	退職年金	老齢扶助	AFDC	失業保険
1960	\$ 96	\$ 77	\$ 37	\$ 43
1962	97	79	37	44
1964	96	79	39	45
1966	100	81	43	47
1968	111	78	47	49
1970	118	78	50	50
1971	127	74	50	52
1972	151	74	50	52
1973	143	66	49	51
June 1974	145	... ^b	46	49

(注) a 1970年の貨幣価値でデフレート(表4のPPIを使用)

b 補足的保障所得(SS I)にかわる。

しかし、インフレによる貧困者へのこれらのマイナスの影響は、その程度において比較するならば、先の不況の影響ほどではないと言えないであろうか。それは、表4におけるCPIとPPIの差や、表5における減価の幅にも示唆されているし、また資産についても、fixed dollar assets が減価をこうむるといっても、もともと貧困者は、そうした資産すらわずかしかもっていないのでその影響も大したものではないと言えそうだからである。

いずれにしても、インフレは貧困者にとくに深刻な被害をもたらすと言われるけれども、それは決して不況による被害を過小評価するものであってはならない。貧困者の立場からするならば、インフレを緩和するという大義名分のために、ある程度の不況を正当化するということはあってはならないのである。

Irwin Garfinkel and Robert D. Plotnik, *Poverty, Unemployment, and the Current Recession, Public Welfare, summer 1975.*

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

ソヴェト保健制度の創設者— セマシュコとソロヴィエフ— に関する2つの文献 (ソヴェト)

社会主義諸国の保健制度は、資本主義諸国のそれと比べると少なからぬ特徴をもっている。そして、その原型となったのがソヴェトの保健制度であることは周知のことである。特に、予防と治療の統一や、生活点と生産点における第一線施設の重視とその系統的整備、行政における医療専門家と勤労者、住民の密接な協力の原則などは、今後の日本の保健医療の方向を考える場合に、切実な意味を持つであろう。

ソヴェトの保健制度を形成するにあたって極めて重要な役割を果たしたN.A.セマシュコ初代の保健人民委員(保健大臣)とZ.P.ソロヴィエフ初代の副保健人民委員(保健政務次官にあたる)の仕事と理論・思想を研究することは、上記の意味で、少なからぬ今日的意義を持つと言える。

セマシュコは1874年にオリョールに生まれたが、その生誕100年を記念して東ドイツのフンボルト大学で開催された式典における、K.ヴィンターの記念講演が、「Nicolai Alexandrowic Semaschko—Festvortrag aus Anlaß seines 100. Geburtstages am 21. September 1974」という題で『Zeitschrift für ärztliche Fortbildung』69. Jahrgang, Heft 2. (1975. 1. 15) SS. 102—107に掲載されている。

更にソロヴィエフのドイツ語版著作集が、同じくK. ヴィンターの編集、ウルリヒ・ブレヴィングの訳で、昨年ベルリン（東ドイツ）のVerlag Volk und Gesundheit社から出版された。書名は『Fragen der Sozialhygiene und des Gesundheitswesens』（Ausgewählte Werke）、B6版308ページである。

本稿では、この2つの文献を紹介する。

1. 「ニコライ・アレクサンドロヴィチ・セマシュコ」

〔グロートヤーンとセマシュコ〕

ヴィンターは、この講演の目的を次のように述べている。「私の解説が、セマシュコの指導の下になされたソヴェトの社会衛生学のマルクス主義的学派的理論的実践的成果の大きさと広がりについて、一つの印象を伝えるならば、私は幸福に思うであろう」（S.106）と。ここから理解できるように、ヴィンターは、社会衛生学に焦点を合わせて、セマシュコを論じている。

その際に、ブルジョア的、小ブルジョア的社会衛生学とマルクス主義的、社会主義的社會衛生学との対比を、そしてそれぞれの代表者としてのグロートヤーンとセマシュコおよびソロヴィエフとの対比を基調にして論じている。東ドイツの代表的社会衛生学者であるヴィンターによる、各々の社会衛生学の性格づけと、グロートヤーンの評価は興味深い。

〔セマシュコの成長過程〕

セマシュコの成長過程が略述されている。彼の母がロシアのマルクス主義の父とされるプレハーノフの看護婦であったことの影響も論じられているし、セマシュコ自身の回想によって、彼に与えたレーニンの『「人民の友」とはなにか、そして彼らはどのように社会民主主義者とたたかっているか？』の深刻な思想的影響とマルクス・レーニン主義者への思想的前進が述べられている。

又、1906年のスイス亡命以来の長年に亘るレーニンとの交友や、「労働者保険綱領」として有名な1912年のロシア社会民主労働党第6回全国協議会（プラグ協議会）で採択された「国営労働者保険にかんする国会法案にたいする態度について」という決議の作成に対するセマシュコの重要な貢献が示される。

〔ソヴェト保健制度の形成における指導者〕

1917年10月の社会主義革命勝利の直後から、セマシュコはソヴェトの保健制度を、極めて劣悪な条件のもとで建設する事業の先頭に立ち、1918年6月に創設された全ロシア的統一的行政機関である保健人民委員会の責任者に選出された。この激動期におけるセマシュコの仕事が紹介されている。

〔セマシュコの歴史的業績のまとめ〕

ヴィンターは、「N.A. セマシュコの歴史的業績はどの点にあるのか、という問に対する答を与える試みを行う」（S.104）として、大略次のようにまとめている。

1) 疫病の克服における業績

「しらみが勝つか社会主義が勝つか」で知られる有名なレーニンの演説をまつまでもなく、発疹チフスや赤痢や天然痘は、幼年期のソヴェトにとって、まさに死活の問題であった。1920年だけで、発疹チフスが350万件、回帰熱とチフスと赤痢の合計が600万件、天然痘が15万2千件登録された。ヴィンターは「疫病の克服における前例のない業績だけでも、永遠にソヴェトと医学の歴史にセマシュコがその席を確保するに足るであろう」（S.105）と述べている。

2) 社会衛生学の発展

1) 理論的展開 この点では、まず、マルクス主義が社会衛生学の理論的基礎であることを明らかにしたことを挙げている。セマシュコの「カール・マルクスと社会衛生学」という論文にこの点が集約されている。次いで、

この一般的基礎の上に、専門的なソヴェト社会衛生学を築いたことが挙げられる。

なお、セマシュコが、上記の論文で、ソヴェトの若いマルクス主義者が、マルクスの豊かな遺産を、社会衛生学の発展のために、十分に利用しつくしていないことを指摘しているのは、我々にも示唆的に聞こえる。

ロ) 理論から実践への根本的転化

ヴィンターは資本主義的社会衛生学の特徴の一つとして、社会的実践との遊離を挙げているが、セマシュコが社会衛生学を健康に関わる全実践に実現したことを高く評価している。

これに関連して、セマシュコが、全医学領域において、社会衛生学が共通の基本的科学的土台であるという見解を展開し、この立場から、医学教育においても、社会衛生学を重視したことを、ヴィンターは指摘している。

ヴィンター自身が述べているように、この講演は、決して全面的なセマシュコ論ではなく、社会衛生学との関わりを中心にしてなされたものであるが、それだけに、社会衛生学者としてのセマシュコを理解するには役立つであろう。

2. ソロヴィエフ、『社会衛生学と保健制度の諸問題』

本書は、1970年にモスクワで出版されたソロヴィエフの『社会衛生学と保健制度の諸問題、選集』から、その第I部をドイツ語に訳出したもので、原書のII部は赤軍における医学的諸問題——軍陣医学に関する論文である。

〔編者序文〕

編者のヴィンターが4ページの序文を書き、東ドイツにおいて出版する意義との関わりで、ソロヴィエフの諸論文の意義を次のように述べている。「ソロヴィエフの諸論文は、まず歴史的に特別な関心を惹く。それは保健制度創設期

にあたっての諸問題と諸困難、そしてその解決の道を、極めて卒直に述べている。ソロヴィエフの先見性は、更に彼の論文を、ドイツ民主共和国の保健制度のもとで我々が努力を行うにあたって、今日なお特に重要な理論的基礎たらしめている」(S. 6)。

〔ロシア語版編者によると思われる評伝〕

9ページから23ページに亘って、「Z.P. ソロヴィエフ—傑出した社会衛生学者、ソヴェト保健制度の組織者」と題する評伝が続く。執筆者名は不明であり、原書の編者によるもの(個人名は記載されていない)と思われる。そこではまず、ソロヴィエフの著作の内容と意義が次のように述べられる。「我々はソロヴィエフの諸著作中に、革命前のロシアとソ連邦とにおける保健制度建設の現実的諸問題についてのマルクス主義的分析と一般化、ソヴェト医療の諸原則の定式化、社会衛生学の理論的諸問題の解明を見る。彼の文献的諸遺産は時の審判に適い、今日なおその現実性を失っていない」(S. 9)。

この評伝は、彼の生涯を略述しているが、特に、ゼムストヴォにおける医療活動の部分が詳しく、ソロヴィエフのゼムストヴォに対する評価も伝えている(S. 11-12)。

社会主義革命後では、ディスペンセール方式に関する彼の貢献や、ソヴェト保健制度の原則についての彼の理論的活動などが興味を惹く。ソロヴィエフの言う原則は、計画性、統一性、予防の重視—予防と治療の統一、病因の社会的性格の重視、としてまとめられている。

最後に、医学と医療の一般的理論思想問題に関するソロヴィエフの業績が示される。ここでは、生氣論と生物学主義、機械論、ブルジョア的優生学、これらへの批判と、ブルジョアの医学者たちの唱える「科学の非政治性」、「客観主義」のもつイデオロギー的性格の解明が挙げられる。

〔本文より〕

本文は、35編の論文を収めている。原書編者の評伝で、その内容は紹介されているが、注意を惹く若干のもののタイトルを紹介してこの小論を締めくくることにする。

まず、ソヴェト保健制度の創設期における組織建設に関するものとして重要なのは、「ソヴェト医療衛生部大会によせて」（1918）、「保健人民委員会の課題と機構」（1918）、「第12回全ロシア・ソヴェト大会と保健制度」（1925）、「農村医師全ソ同盟大会の課題」（1925）であり、そしてソロヴィエフが自らの死の1年前に、第6回全ロシア保健部大会において行った講演「保健制度の基本課題」（1927）は、この種のテーマに関する彼の総括である。

社会衛生学や医学一般についての理論的内容のものとしては、「治療の予防的課題」（1924）、「講演“治療の予防的課題”へのテーゼ」（1926）、「農村医療の予防的原則」（1926）、「講演“農村医療の予防的原則”へのテーゼ」（1926）、「臨床科目の学説における予防の問題」（1927）、「そして第1モスクワ国立大学における現代医学の危機というテーマの討論会での講演「現代医学の進路と岐路」（1927）が教えられる。

この他に、ソヴェトにおける医師像を論じた「どんな医師を医科大学は養成すべきか」（1924）も、日本で医学教育をめぐる変動期を迎えている我々には注目すべきものである。

以上を要するにこの2つの文献は、社会主義保健医療、特にソヴェトのそれを研究する場合に、大きな利益を与えてくれるものと言えよう。

(1976.4.20)

(日野秀逸 大阪大学医学部)

保健経済学

(WHO)

1973年7月に3週間にわたって開かれたWHOの地域間セミナーのまとめがこの文献である。日本から筆者が参加、全体で30人余の構成で、保健経済学というテーマでの国際的会合はWHO本部としては初めてであった。^{*1}

Public Health Papers No.64というかたちで出版されたこの報告書(44ページ)のうち、興味深い点を中心に紹介する。

1. 序

このセミナー開催にあたってのWHO事務総長マーラー氏のスピーチは、医療支出というものについての情報が貧弱であり、これでは国民的協力をうるに不十分、といった発想から出発し、保健サービスが“消費者”にいかなる「便益」を与えているかを明らかにすることの重要性に及んだ。消費者がサービスからうけとるのは金銭的価値なのかどうか。健康保持のために支払うべきリーズナブルな価格があるとすれば如何なる額のものなのか、といったことなど。

2. 保健経済学の目的

このセミナーでは、保健経済学の目的は、「保健サービス提供に用いられる資源の一定年次にわたっての数量化ならびにその財政」であるとされた。保健サービスの資源の効率性と効果とを明らかにしようとするものだ、と定義づけられた。

*1 セミナーの概要については、「海外社会保障情報」No.24, 1973.10および雑誌「公衆衛生」37 (10) 1973に紹介した拙稿を参照されたい。

どういう理由から、今日、保健経済学をとり上げるのかについては、大方以下の諸点が指摘された。

1) 保健行政担当者および計画官らと財政当局との間の検討の機会をつくるため(保健経済学はその媒介的トピックスであること)。

2) 保健計画過程に専門技術を導入するものであるから(たとえば、コスト・ベネフィット分析)。

3) 経済学や経営学分野で専門分化が進み保健経済学の理論と応用がすでに独立化できる段階にきているから。

3. 保健経済学の巨視的視点

第2章では、保健経済学の巨視的側面をとり上げている。

健康そのものの保持のための費用と保健サービスの費用との違いが一つの論点である。前者は、疾病費用といいかえてもよいが、①保健ケアの費用(患者の直接負担)、②所得の喪失(患者負担のほか、家族の損失、衣や食のうえでも)、③労働不能もしくはリハビリテーションの費用(普通人が生活に必要な費用を越えるもの)、などが区分して把握されねばならない。

保健サービスの費用は、その諸資源にたいして費やされた貨幣で表現されるが、これらの金額のなかには、患者の交通費といったようなものが全く入っていないことがあるので、必ずしも実態の全部を示すものでないことがある。とくに国際比較するさい、これらの点に留意しなければならない。

この国際比較にあたっては、保健費用といってもその構成や範囲のとり方は国ごとにまちまちである。かつて、アーベル・スミス教授が行った国際比較研究^{*2}でも、費用区分の統一化は課題として残されたものである。しかし、現在国連レベルで社会勘定基準が作成されつつあり、およそ1980年頃になれば、保健サービス部門での費用の国際比較が容易となろうと考えられる。

* 2 Abel-Smith, B. An International study of health expenditure and its relevance for health planning, Geneva WHO. 1967 (Pub. H. Papers No. 32)

保健に費やす財政は、資本・耐久財、運営費(院内外)、環境対策、教育・研究などに区分されるが、全費用のうち、資本財に向けられるのは、各国ともまちまちで、3ないし12パーセントという範囲あたりであろう。入院サービスへの支出は多くの国で増加しており、病院のコストは全体の半分を占めているところもある。薬剤への支出も多くなりつつある。富裕な国では、ますます多額の保健費用支出の傾向が強まっていて、2000年以前に、その費用は国民所得の10パーセントに達しようという勢いである。

4. 費用増加の諸要因

人口増によるものが一つであるが、この現象はとくに発展途上国で著しい。出生の増加、死亡の減少に伴う人口爆発に追いついていくだけでも一定の保健資源を増やすことが最低必要である。先進諸国では、老人人口の保健需要増からくる費用の増加がみられる。

保健サービスにおける専門労働への依存ということも、費用増をもたらす要因である。器械や設備の導入によっても、労働の占める部分を代替できない部門である。社会全体の経済成長は、勤労者全体の賃金をおし上げることになりひいては専門職を多く擁している保健サービス部門の費用増につながる。

第三の要因は、サービスの質の向上である。各種の高度な診断と治療とが導入されてきているが、これらがすべて医療上の効果につながったかどうかは別とし、ともかく費用増をもたらしたことは事実である。

一般国民もしくは患者からの期待、たとえばより高い水準の施設への要望、新しい治療方法への期待ということも費用増の一要因である。また、社会経済発展に伴う疾病構造の変化により慢性疾患が増し、長期受療を要する人がふえたということもある。

保健提供システムの組織と構造とがうまく調整されたり重複を避けたりしていないために、現存の諸資源がいわば浪費され、ひいては費用全体を高くしている、という面もある。新しく拡大された保健サービス分野、たとえばへき地医療とか慢性入院患者向けのリハビリテーション施設とかでは、より多くの追

加的支出が必要である。従来は、効率的かつ効果的事業が新たに手がけられてきたとすればなおのこと、新規事業に当っては相対的に高価な資金投入が求められる。

5. 費用抑制の方法

費用節約は目標でなく、より少ない費用でもって高い効果をあげるのが目標であるけれども、ここでは「便益」は一定とし、そのなかで費用節約を考えるとすれば、以下の点が事例的に指摘できよう。

1) 各専門職の業務区分を明確にすること、ひいては関連職種を採用すること、たとえば国民の保健行動の変容を重視して、衛生教育従事者をもっと増員すること。

2) 地域にみあった社会資源の上手な利用、たとえば伝統的な保健事業の従事者の利用

③ 無駄の排除、たとえば特定部門の従事者、病床、稀にしか使わない器械、薬剤など。

このような抑制方法を実際に達成するためのインセンティブとしては、費用管理と経営の分権（分散）化とが考えられる。医療費支払団体の努力も効果的な役割を果たすことがある。

6. 保健サービスの全体的便益

(1) 保健ニーズ対応というかたちの便益

保健サービスのもたらす便益は、国民のニーズに対応して得られるものである。病気の状態、苦痛などをなくしてほしい、というニーズであるから、結局保健サービスは、健康問題 health problem に対応するものである。これら健康問題いかにえれば健康障害は、教育、住宅、食生活、労働の環境などの社会経済的諸条件からひきおこされ、影響される。従って、疾病予防や治ゆ、社会復帰にたいして効を奏するのは保健サービスばかりでなく、個人の生活を取りまく条件と地域や社会の状況である。

また、保健サービスの保健問題への対応もしくはインパクトは、いつに住民

自身によるサービスの利用、支持、協力、意識いかにかかっている。だから、いかに進んだ医学あるいは疫学などの手法をもちいても、保健サービスによる国民のり患率などをどれだけ減らしたかの証明は困難である。ニーズ対応というかたちでの保健サービスの便益を考えるさい、このことがはっきりされねばならない。

(2) 経済発展に寄与する直接的便益

保健サービスがどのように経済発展に寄与するかであるが、一つは、保健サービス拡大によって、このサービスに必要なマンパワーの雇用ひいては賃金としての分配が増大する。その一部が貯蓄部分にまわされ、投資として役立てられることを通じての経済成長の方向がある。第二には、環境衛生面でのサービス拡大の例であるが、たとえば上下水道整備による水利用拡大と伝染病減少による経済発展がある。第三は、家族計画による国民所得の増加（とくに1人あたりまたは世帯あたり）という寄与のタイプであるが、この便益実現のためには、出生減少によって余裕ができた部分が貯蓄ひいては投資にまわされるということが前提となる。

(3) 健康状態改善による経済発展の便益

これは主に保健水準の向上を通じてえられるもので、ときには保健サービスが間接的に経済発展につながると考えられる分野である。発展途上国における伝染病対策における死亡率の急激な減少がその一つであるが、とくに乳幼児の死亡率減少が著しい。このことは便益には相連ないが、しかし、国によっては、いわゆる人口爆発となり、経済発展を困難にさせることがある。家族計画が同時に広く実施される必要がある。第二に考えられるのが労働力の質の改善であるが、結局このことを通じて生産性向上が実現されると予測されるが、実際には、基幹労働力集団は全体としてり患率が低く、若干の改善があってもそれが生産性向上に必らずしもつながらない例がみられる。

労働力以外の年齢層たとえば子どもや老人にたいする保健サービスは、経済的な負担のようにしかみえないけれども、しかし、逆に基幹労働力中心主義の

サービスをとった場合、退職後にそなえてのたとえば年金のようなものの保有と蓄積にたいし、ネガティブな影響を与えかねない。ひいては経済発展のための原資としての部分を用意できないことになる。

保健サービスが間接的であれ経済発展に寄与するのは、伝染病多発地域のばあい顕著である。コレラなどの、国際貿易や観光に及ぼす影響は看過できない。

(4) 保健サービスの便益の総合化について

健康および社会的な発展という便益を貨幣もしくは所得というかたちで数量化できるばあいはなくはないが(例・マラリヤ多発地域の人口再生産)、しかし、多くのばあいは、これらは貨幣という物さしで数量化できないしまたすべきでもないものである。経済学者のなかに人間の生命を貨幣換算しようとする人たちがいるが、しかし、このことは正しい方法とは見なされないことを銘記せねばならない。代って社会的選好度のようなものが便益の総合を表現するものとして用いられようが、しかしこれも実際に如何なる方法でやるかとなるとはっきりしない。結局、すべての便益を総合化する方法として一般にうけ入れられるような方法は今のところない。

7. 保健経済学の微視的側面

保健サービス全体でなく、ここでは、この分野のうち個別的な要素について経済的考察を加える。

(1) 保健サービスの効果 effectiveness

保健サービスの結果における産物ということで便益と効果との間の差異をみると、効果の方は、主に予防と健康増進でみられるが、ある目標についてめざしたこと(計画指標)と実際の達成(最終的)とのあいだの関係である。便益の方は、単に健康保持とかだけでなく経済社会発展やほかのかたちでもたらされた利益と減らされた不利益のことである。

保健サービスの効果は、経済学でいう生産関数というかたちで示すことができようが、その対象は、保健サービスの資源もしくは構成要素、サービスのプログラムそのもの、そして健康そのもの(およびサービスに伴う社会経済的便

益)などになる。健康というアウトプットをひき出すのが保健サービスの大きな目標であるから、保健部門の生産関数は、インプット-アウトプットのマトリックスというかたちの三次元でとらえられようが、その実際適用にあたっては、資料も不足だし、方法論も未だ未解決であることが多い。このように一般論としては問題はあるが、特定の病気もしくは症候(たとえば下痢)対策の効果といったことはアセスメントが可能であろう。

コスト費用分析とコスト効果分析との異同は下記のようにまとめられよう。

	コスト便益分析	コスト効果分析
特 色	ある保健事業の正当性を示す根拠として用いられる。 例：経済発展への寄与度	一定の費用でもって行う事業のなかの、各要素の組み合わせによる効果のちがいをさがす(代替案提示) 例：特定疾病対策の評価
サービスの結果(outcome)	社会的に関連しあった結果の全体(貨幣化できないものも含む)	ある特定の部分的結果 例：ある病気のり患率減少

World Health Organization. HEALTH ECONOMICS
public health papers No. 64 1975 Geneva.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

西ドイツの疾病保険財政

(西ドイツ)

わが国でも医療保険財政の悪化が表面化し、健康保険法の改正などによる対策が行われているが、西ドイツはもっと深刻な事態に至っている。というのは医療費の増大にともない、各疾病金庫の保険料は年々上昇している。とくに地区疾病金庫の場合は財政状態が悪く、1976年における最高保険料率は14%に達するとみられている。以下、最近の状況を中心に疾病保険の財政状況を紹介しよう。

表1は、1975年第1・四半期における地区疾病金庫(全国に約400ある)の給付費の伸びを示したものである。これによると、被保険者1人当たり給付費の伸びは、給付費全体で一般被保険者の場合19.8%、年金受給者の場合17.4%となっている。両者の間にあまり伸びの差はみられないが、歯科治療および補てつについては一般被保険者の場合著しい伸びが目立つ。これは1975年4月1日からそれまで費用の三分の一しか給付されなかった補てつ給付の給付率が80%に引き上げられたためである。このことはすでに予想されていたが、このように伸びるとは予測されなかったようである。賃金の伸びは8.2%なので、給付費の伸びが11.2%上回ったことになる。1975年における保険医の診療報酬の引上げは、り患率が5.7%上昇するとみてわずか2.3%にとどまったが、結果的に医科診療費は11.6%の伸びを示している。また、保険歯科医の診療報酬の引上げは約14%であったが、歯科診療費の伸びは23%(年金受給者は16%)となっている。

表1 被保険者1人当たり給付費の伸び(1975年第1・四半期)

	一 般 被保険者	年金受給者
給 付 費 合 計	19.8%	17.4%
医 科 診 療	11.6	12.7
歯 科 診 療	23.0	16.0
補 て つ	137.2	44.7
薬 剤	14.6	13.3
治 療 用 品	27.0	29.9
入 院 手 当	16.0	17.5
傷 病 手 当	12.5	-
事 務 費	9.5	9.4
支 出 総 額	19.3	17.0

(資料) Arbeit und Sozialpolitik, Januar 1975, S. 5.

つぎに表2は、1971-75年における疾病保険の給付費および支出総額の伸びを示したものである。これによると、最近5年間に支出総額は2.4倍に達している。給付費についてみると、補てつと治療用品の給付費の伸びが大きく、それぞれ4.2倍と3.6倍になっている。このように疾病保険の給付費は年々増加の一途をたどっており、1980年までに保険料率はさらに3%引き上げざるをえないであろうとみられている。すなわち、地区疾病金庫の場合1975年の平均保険料率は10.87%（年末現在。1976年初め11.3%）であるが、1980年までの年平均賃金上昇率が7.3%と予測されることから、1980年の平均保険料率は13.7%、最高保険料率は15.7%に達するものとみられている。

率の格差がないようにすること、(4)医療費を抑えること、などの主張が行なわれている。

これらの主張は、具体的には社会民主党(SPD)の保健政策要綱に掲げられている医療技術センターの設置による効果的医療の実施、疾病金庫間の財政調整、保険医(保険歯科医)や病院の代表も入れた疾病保険財政審議会を設置し、毎年、政府または国会に財政状況に関する報告をさせるとともに、必要な場合には費用の伸びの調整についての可能性を示させるようにすること、などを提案している。いずれにしても早急になんらかの対策が講じられなければならない現状である。

表2 疾病保険給付費および支出総額の伸び (単位・%)

Arbeit und Sozialpolitik, Januar 1976, S. 5-8.

(石本忠義 健保連)

	1971	1972	1973	1974	1975		地区疾病 金庫 1975年
					対前年比	1970 =100	
医科診療	24.1	10.4	12.1	13.9	10.5	193	11.6
歯科診療	18.3	11.3	19.0	25.6	20.5	237	23.0
補てつ	43.3	26.5	17.2	12.0	77.0	421	137.2
薬剤	16.2	14.0	14.9	14.6	12.5	196	14.6
治療用品	33.0	31.5	36.8	24.5	21.0	361	27.0
入院	27.3	20.8	22.6	28.2	16.5	281	16.0
傷病手当	19.9	16.1	13.4	10.7	13.0	197	12.5
支出総額	23.4	16.6	19.0	18.6	18.3	241	19.3

(注) 1975年は上半期の実績に基づくもの。ただし、地区疾病金庫の場合は第1・四半期の実績に基づく被保険者1人当たりのもの。

(資料) 表1と同じ。

このため地区疾病金庫の関係者を中心として、(1)立法によって保険料率の上限を設けること、(2)疾病保険財政審議会を設置すること、(3)疾病金庫間で保険料



国民健康保険制度は 望ましいのか？

J. van Mansvelt (オランダ)

本稿には、オランダに、統一的な強制的健康保険制度の採用は望ましいかということが論述されている。

疾病に対する費用では、統一的な強制的保険制度の採用は、オランダの制度に現存する諸問題を解決するのに適切でない。その理由は次に示されるとおりである。

- (a) その制度は保健サービスの消費を促進し、総支出を増大させるだろう。
- (b) また医療の分野において、それは短時間の就労や交替制勤務を促進し、すでに他の部門（たとえば、看護）で問題となっているように、患者にかんする医療上の資料をある担当者から他の担当者に移すのに困難が生ずるだろう。なお、それは医療の質に非人間的な影響を与えるであろうし、しかも、患者と医師の関係を徐々に損なうことになるであろう。
- (c) それは裕富でない人びとよりも優先的な権利を有する人びとにより多くの好都合をもたせるようになるし、また、現在の保健制度に存在していないある型の実質的な差別をもたらすであろう。

現行制度に固有な欠点のすべてに対して、万能薬もしくは包括的な治療はなんら存在しないという事実について、多数の事情通はすでに気づいている。現

在の仕組みに存在する管理上の諸問題のうち大部分の問題に対する解決は、保健の分野に働らく人びとの精神的な心構えとともに、すべての訓練と組織における患者の精神的な心構えに、まず変化を求める。大衆が医学や治療の目的や可能性について知らされる方法は、急速に変る筈がない。

Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, No. 9, 1974, pp.302—306,
328 ; No. 24, '74 / 75.

医師の状況

R. Piaty, F. Daume, G. Lechner, L. Bischof, K. Winkler

(オーストリア)

本稿は第50回医師会議に提出された報告で、オーストリアにおける医師と医療の状況が詳述されている。

医師の立場は将来の医学の発達と社会的変化の双方によって影響をうける。多くの研究は紀元2000年には約50%以上の医師が必要であろうということを示している。現在、オーストリア人の95%は公的な社会保険でカバーされており、多数の医師は今日の傾向が示している中央集権化の方向に反対している。医師達は疾病金庫の各機関に共同の決定権を要求している。かれらはより多くの所得を得るために、より一層魅力的な医学的専門職の立場を求めている。さらに、かれらは医療の診療活動にかんする組織的な形（グループ診療、設備共同管理など）を通じて、かれらの仕事が合理化されることを望んでいる。また、かれらは継続的なより一層多くの医学的訓練の必要を強調している。かれらは近代的な保健政策と社会政策にかんする医師の見解について、なんらかの包括的な概念の欠除を指摘している。

オーストリアにおける大多数の医師達は、社会保険機関の契約による協力者であり、社会保険制度に協力している。社会保険機関の施設で働いている医師達は雇用されている。訓練期間中に病院の診療に従事する期間をすごした後、医師達はそれぞれの所属する医師会から支給される給付に加えて、社会保険給付にも受給資格を取得するために、任意方式によりかれらの年金保険に加入を継続することができる。

しかし、大部分の例では、オーストリアの医師達の社会保障は、医師会の運営する手段を通じて提供される。医師が他の州に移り、その結果、他の医師会に所属するようになったときに、各種の困難が発生しやすい。したがって、医師達はある全国的な制度によって提供される基本的な保護を要求してきた。

疾病時の包括的な治療的診療と、医療を必要とする高齢者やその他の人びとに対する医療は、将来では、ある社会的な医療制度で提供されるべきであるということが考えられている。社会的医療のために要求される組織の仕組みは、無料の診療を担当する医師達によって設けられなければならない。一般医達も、予防医療を実施したり、またある危険に対する制度を実施するために必要な組織的な仕組みを創設するように要求されるだろう。

オーストリアには、住民の420人当たり1人の医師がいるということを統計は示している。10年以前には、オーストリアの医師の数は19%ずつ増加していたが、その数字は一般医の数が7%ずつに低下し、専門医の数が21%ずつに上昇している。

Die Situation der Ärzte in Österreich, Österreichische Ärztezeitung, No.20, 1974, pp. 1113–1117, 1118–1120, 1121–1122, 1125–1128, 1136–1138 ; No.40, '74/75.

連邦老齢・遺族保険制度における女性の立場

Sylvia Arnold-Lehman (スイス)

本稿では、法律の比較研究を試みる代りに、筆者はスイスの老齢・遺族保険制度がもっている特殊な特色と、女性に対する効果的な保護を保証するために法律に定められた手段について詳述している。しかし、この分野における社会立法の発達は、民法の発達と歩調を合せる場合においてのみ可能である。憲法の第4条第4項と、老齢・遺族保険制度にかんする1946年12月20日付の法律の基礎となっている基本的な概念は、法律的な夫婦の単位と給付に対する夫の権利付与をそのまま維持している。しかしながら、老齢・遺族保険の制定以後、男子と女子の間における平等を認めるある傾向は、法律に引続き加えられてきた改正にはっきり見うけられていた。法律的な分野の権威者達は、婦人の団体から提出された無数の要求を検討し、老齢・遺族給付に対する女性の権利を次第に改善してきた。この発達の概要を簡単に示した後、筆者は1973年1月1日に実施された老齢・遺族保険の8回目の改正によって行なわれた単身女子、既婚女子、寡婦および離婚された女子の立場について詳述している。

女性の権利は強制保険と任意保険の双方について確かにかなり改善されてきたが、しかし、夫と妻との間における関係への接近手段には、ある程度の父権主義が残っている。権利におけるこの従属性は、妻が夫と一緒に暮してきたかなりの期間に稼得活動に従事してきた場合に、結婚した夫婦の年金にとくに明白である。老齢・遺族保険制度に対するかの女の寄与は、夫婦の年金をこの給与の最高額まで増額することができるにすぎない。このような既婚女子によって支払われる老齢・遺族保険拠出の大部分は、社会連帯の拠出を作り上げるも

のであって、資格取得を確保するものではない。夫婦2人の年金および妻と子供に対する補足的な年金に資格を取得させるのは、依然として夫である。婦人団体のもっている現在の目的の1つは、老齢年金に対する既婚婦人自身の権利を承認させるように保証することである。その承認では、家計の維持と子供の養育に妻の尽してきた長年の年月が、老齢・遺族保険制度において、本人自身の権利で資格を取得できる老齢年金を計算する場合の事実上の拠出期間として考慮されるべきであろう。

Die Stellung der Frau in der Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung,

Schweizerische Zeitschrift Für

Sozialversicherung, 18th year, 1974, pp. 41 et seq.; No.48, '74/75.

家族手当

——基本的な目的と法令の発達——

Anne Spitaels-Evrard (ベルギー)

本稿には、社会福祉省によって、1972年3月4日にブリュッセルで開催された家族手当にかんする1日セミナーに提出されたテキストが再録されている。本稿は家族手当を採用した法律上の目的と、制度の発達してきた諸段階を論述している。

家族手当にかんする最初の法案が、1924年1月3日に下院に提されてから、この制度の分野において議会で行なわれた各種の手段を回想した後で、報告は全被用者に家族手当の適用を拡大した1930年4月4日の法律と、使用者と自営

業者をカバーするように制度を拡大した1937年6月10日の法律について、ある程度のスペースを当てている。

筆者はその当時に希望されていた社会的な考え方について論述し、1920年と1927年の間に、出生率がBrussel地区で26%、Antwerp地区で25%、Liege地区で24.6%、Ghent地区で24.1%ずつ減少したことを追想している。その期間に生じた出生率の低下は、ベルギーの人口密度がとくに高かったにもかかわらず、多数の国会議員の間に不安のたかまりをもたらした。そのような状況のために、1930年4月4日付の法律を討議したとき、工業・労働・社会福祉省の大臣は、質疑で述べられた不安に対する答えとして、状況が過剰な警報への原因となっているのではなくて、家族手当制度の普及が多数の理由 — つまりその1つがもとより出生率を保護したり、また刺戟することであった — にとって基本的であると述べた。しかし、かれは「ベルギーにおける出生の型が比較的に大家族 — つまり、4人以上の子供を有する家族 — の世帯数の少ない」ということを強調した。

ところで、一般的な考え方では、家族手当の採用は出生の上昇をもたらしたが、ある人びとは、発生した上昇の原因を分離するのが困難であったと考えていたし、また、現在でも、分離するのが困難であると依然として考えている。これらの理由として、ベルギーのある国会議員達は、1929年当時において、出生率に影響を与える心理的な要素が一般に信じられていたよりもかなり複雑であり、また、出産の計画的な調整が子供の出生によって生ずる家計費への追加的な負担に大きな原因となっていると論じていた。

1930年には、全女性のうち23.7%が稼得活動に従事する雇用についていたが、ある国会議員達は、工場環境が有害な心理的影響をもちやすいと論じて、女性の雇用のもっている基本原則に依然として好意的でなかった。

今日では、女性の雇用にかんする条件はかなり緩和され、今では、工場環境が女性の心理的な性格に不適切であるという立場から意見を述べる国会議員を想像することは困難である。

ところで、ある国会議員達は、最初2人目までの子供になんら家族手当を支払うべきでないし、これは3人目以上の子供に支払われる手当の支給額に実質的な増額を認めるという見解をもっている。この提案は反対された。しかし、1930年8月4日付の法律は1人目の子供から開始して、それ以上の子供について手当に累進的な段階を設けることを規定した。

他の国会議員達は、家族手当の金額が各地方別に定められるべきだということ提案した。この提案も拒否された。もっとも、家族手当について完全な資料を材料にして報告を書いたフランスの社会学者 Alfred Sauvy は、各地方の状況に家族手当の支給額をなんらかの方法で調整する可能性を考えていた。また、同様に有益な報告の中で、社会福祉省の事務総長 Mr. Delpe'ere は、人口政策に結びついた諸給付が各地方の環境に適用できると主張した。

筆者の結論は以下に示すとおりである。

1930年以降の出来事は、家族手当が人口増加を刺戟するという点について、ほとんど何もなかったか、あるいは、全く何もなかったことを示していた。

女性や母親の雇用について大いに論議的となる問題は、今日では、より広い背景で考えられており、各種の態度はより一層均衡がとれている。家族に対する援助について包括的な政策を工夫する時期がやってきた。そのようなある政策を採用する方法の討議では女性の役割を果す場所が家庭であるという論題

主張の擁護者と反対者は、恐らく社会教育手当の厄介な主題と取組むのを続けてゆくことになろう。しかし、1930年には、事前に予想された偏った確信で問題と取組んだり、正しく他の見解を理解できない人びとがいた。しかし、近年に観察された家族の性格に見うけられる変化は、きわめて重要であり、無視することができない。

Les étapes Législatives et les finalités originels des Allocations familiales, Revue Belge de Sécurité sociale, No.1, 1974, pp.1-15; No. 67, '74/75.

(以上4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)

社会保障と医療費支払方式

亜細亜大学助教授 藤井良治

フランスの法律雑誌“Droit social”1975年3月号は、「社会保障制度30周年を前にして」と題して、社会保障法公布後30年を経過したフランスの社会保障が抱える問題のいくつかをとり上げて特集している。Jean-Jacques Dupeyrouの「社会保障とインフレーション」をはじめとして、「財政調整」「社会保障離れとその行方」「危機の年」等、制度的にも財政的にも社会保障が転換期を迎えようとしていることがこれらの論文からうかがえる。ここに要約する「社会保障と医療費支払方式」もその一つで、この中で出来高払いを原則とするこれまでの診療報酬支払方式が、医療の荒廃ないしは不必要な医療費の暴騰を招いたと強く指弾し、いわゆる「一括払い」方式こそが社会保険医療の危機を救う一つの方法であるという提案がその中でなされている。

* * *

社会保障は醜く齢をとった。30年目の誕生日を迎えるにあたって、その現在の姿には到底満足しえないものがあることを誰もが認めよう。

たしかに制度の一般化という点では社会保障の進歩が見られたが、これから述べるようなさまざまな問題点に関して重大な批判が加えられている。

第1点は、老齢年金の問題で、最近改善がなされてはいるが、最低賃金をやっと上回る程度の拠出年金しかフランスでは支給していない。もっとも、低額の基礎的給付を大いに補っている補足年金が存在するけれども、社会的公正の点から見れば、無拠出年金しか受けられないような人々との差が大きくなっていくという重大な問題が生じている。

第2点は、健康の問題で、精薄児・身体障害者、不治者など、あらゆる種類の障害者を無視している点である。

第3点は、制度が複雑で、また法規が難解である点である。手続きとか受給要件とかいった規則などは、継続的な職につけない者やことばの不自由な外国人などにとって不利である。

1. 財政的な原因

上にあげたような欠点は、いずれも財政的な理由によるものである。とくに保健部門の過度なまでの膨張によって、制度の財政は辛うじてバランスを保っている状態である。保健支出は、他の社会保障部門を崩壊させるほどである。国民全体の健康を保障するように拡張された結果であるこれら支出の伸びを、ここで保健支出の増嵩を批判するつもりは毛頭なく、むしろそれは国民すべての健康を護るからだと考えられるべきだ。しかし、わが国の医療制度はあまりにも高きつきすぎ、これだけの金を国が使っているほどには効果をあげていないという点で、支出が行き過ぎであることを指摘できる。量の医療は供給できても質を必ずしも保証していない。要するに、こうした医療制度は社会的不公正である。何となれば、それは、金のある人間にしか健康を本当に保証せず、また当然に富める者の医療と貧しい者の医療とをつくり出す方向に発展するからである。

これは、社会保障の最大の失敗であるように思われる。社会保障は、すべての保健上の要求を満足させたいと考える患者と、所得をふやす手段を手にしたと考える医療担当者の双方の間違った欲求に抗することができなかった。社会保障は、基本的医療の上に間違った制度を築き上げるのに力を貸したのである。

医療担当者もその点に関しては同罪である。時代の趨勢に反して自由医療を擁護しようとしてその表面的な主張に固執し、自由医療の本質を完全に危機にさらしてしまった。医療の貴さ、医師の責務等、医術を医術たらしめているすべてのものは失われているのに、医師選択の自由とか診療報酬支払方式とい

った旗印は、自由医療のカリカチュア以外の何ものでもない。

そこで、まず現行の医療制度を患者と医師それぞれの観点から眺め、次に出来高払方式の問題点を指摘して、他の支払方式をとるべきであることを論ずるつもりである。

2 全国協約

1971年に調印された全国協約は、政府の声明により支持された自由医療の4原則なるものを基礎としている。

患者による医師選択の自由は、フランスの制度では厳しく守られている。専門医にみてもらう場合、主治医が指示するということはあっても、それはさしたる制約とは云えない。だがこの結構な原則も現在では無意味なものとなっている。患者は医師を次々とかえ、休職の診断書をくれたり、薬をいっぱい処方してくれる医師に出会うまで医師をかえることも稀ではない。この原則は、医療行為の数や処方箋の数を増加させるように変化してしまった。この点で、社会保障と医師は製薬産業の犠牲者と云える。薬剤の生産および販売は非合理的である。医師は自らそれを規制する余裕ももたずに、患者に過剰なまでに薬剤を処方している。

次に診療報酬の支払いであるが、現金による医師への直接支払い方式は、労災や入院の場合、第3者（社会保障等支払機関）による支払が行なわれるようになって、大きな制約を受けるようになっていく。医師の半数以上は、その収入の全部または一部を患者からではなく、第3者機関から受け取っていると思われる。報酬額については、医師の個人的裁量が許されず、全国医療保険金庫（というより大蔵省と云うべきだろう）との協定によって毎年引上げを行なうことによるのみ決定できる。

出来高払方式は、自由医療の名において医師会がしがみついて離さない不可侵の原則である。ところが、この出来高払いの基礎となる医療行為とは何か誰も明確にしていない。簡単なものと複雑なもの、一時的なものとするのでないもの、そのみで完結しているものと付随的な行為（検査、放射線治療等）を含

むもの等あらゆる種類のものがある。社会保障も医師もこうした区別を一切無視して一律に行為の率をきめてしまった。妥当かどうかは問題ではなく、すべてのものが、償還するための料金をきめる口実になっている。最初の診断を医療行為と考えるのが適切であるとするならば、放射線透視の判定をする2回目の診療（最初の医療行為の単なる継続）、患者の容態をみるための往診等はどうか考えるべきだろうか。ご丁寧にこの往診1回1回に料金が決められているのだ。また患者の死亡を確認するための最後の往診についてはどうか考えたらよいのだろうか（医師の中には埋葬許可証の作成料金を平気で請求する者がいるが）。医師の多くは、比較的医療行為料金が安いことを考慮して、できるだけ収入を多くするため医療行為の数をふやしているように思われるが、これは社会保障にとっては大損害である。

次に医療市場についてふれる。市場ということばが悪ければ、医療の需給関係と云ってもよい。医療需要は患者の側から発生する。この需要は、さまざまな患者によって構成されている。すなわち、医師の診察室または患者の居宅で治療できる軽症患者、入院を必要とする重症患者、精神身体的原因に基づく仮病患者等である。とくに最後のカテゴリーに属する患者は医師との対話を多く必要としている。しかしまた、これらの者は不必要な病気休暇の需要層である。いずれにせよ、本来は患者の状態を見極め、ブレーキをかけなくてはならない医師たちは、これらの需要に押されて善意から医療を供給することになり、その結果さらに多くの利益が保証されることになる。患者の圧力は国に転嫁して、必要とあればストライキをも辞さず、自分たちが自由医療の本質と信じているものを守ろうとするため、医療市場は過度の需要とそれを満足することが自らの利益ともなる供給とを固く結びつけている。こうして、医療費は極度に膨張し、保健支出が他の社会保障部門を踏みつづすようになっても不思議ではない。

さらに重大な事態は、現在の医療の質が悪化していることである。これには、出来高払いを基礎とする協約方式が直接責任を負っている。

協約（医療保険）制度の枠内で行なわれる医療の質は、ますますあやしくな

っている。過剰なほどの処方になされ、軽い病気をなおすための抗生物質等の「奇跡薬」が使用されていることなど、その例にこと欠かない。処方の中には、自信がないため2ないし3種類の治療法を処方し、うまく行けばその中のひとつが当たるだろうといったものまである。

大都市とその近郊の保険医たちの医業活動をみると、医療の質に疑いをもちたくなる。1日50人もの患者をみたり、夜の1時まで往診しながらどうやって本当の診断を下し、治療法を決めるのだろうか。患者のところに10分いるうち、5分は書類の記入と治療費の支払いに費やされているというではないか。

医術の進歩に不安を抱く医師の中には、適正な医療ができないからといって保険医となることを拒む人たちがいるというのは納得できることである。彼らに云わせれば、患者をみて、診断を下し、適切な治療を処方するには30分は少なくとも必要である。その結果、豊かな者だけをみる医者として、しかるべき収入の保証を奪われる医師の2通りの医師ができてしまう。

要するに、現在の医療保険制度下では、出来高払いによって、医療行為が容易に累積される結果、医療費は大巾に増加し、同時に医療の質は低下してそれに汪ぎ込んだ額に見合った生産性は期待できなくなる。

3. 医師に対する影響

こうした診療報酬支払方式が医師にどのような影響を与えているのだろうか。まず、収入の不安定要素をあげねばなるまい。医師の収入は、働いている限りにおいて保証される。医師が健康を損ねたり、休暇をとったりすれば収入が減ることを意味する。だから、老後を保障するためにも早く金を貯めこまなくてはならない。

医師の教育については、教育の方法が適切かどうか別に、教育そのものはペイする。未来の医師は病院で実習するけれど、そこでは症例を学ぶだけであって、病状とは別に診断がなされるものであるということは学ばない。そのことを学ぶのは「実地」についてからで、患者と医療の質とを犠牲にして可能

なことである。早く成功を収めるためには患者の要求を飲まねばならない。自分だけ良心的にしても他の医師が患者の要求を容れるということが分っているからだ。いちど医療市場のジャングルに嵌りこむと、医師は保険制度に毒されてしまう。

急速に技術の進歩している医療においては再教育や生涯教育がきわめて重要であるが、医師はあまりにも忙しすぎる。そのために時間をさくどころではない。自分が学校で学んだことは、正しくなくなったり疑わしくなったりしていることも多い。だから診断に自信がもてなくなって、専門医や病院に患者をすぐ送りこむことになる。それでいて、それまでの間に報酬はたっぷりと頂くことは忘れない。

こうした実情は、国民全体の立場からも、また医師自身の立場からも大きなマイナスである。医療保険は、社会保障から膨大な金額を吸い上げて、それを医師に流している。だが、その一部分は不適當に支払われていることを忘れてはならない。もちろん医師もその犠牲者には違いない。

4. 出来高払い

出来高払いは危機的状況をつくり出したすべての責任を負っている。医師会と自由医療の支持者は、出来高払いこそ医業の自由を保証するものだとして主張しているが、彼らが依存しているものが医療の独立性を奪い、彼らを給料生活者と同じようにしつづめるのだ。

医業の自由とか独立性というものが、医療行為の数をふやしたり、患者を失いたくないために、にせ病人を診療したり、にせ患者をつくり出している。要するに、医師は現在の診療報酬体系の奴隷になってしまい、また薬の売り子になり下り、蛇口を取り替えるたびに50フラン貰う工事人のようになってしまった。こういう報酬の支払い方を「技術」は、低級な「技術」である。自由業の中でこのような報酬の支払い方をされているのは医業だけである。他の自由業は、主として全体的報酬を前提としている。歯科医、弁護士、建築家などはみなそ

うなのに、「もっとも高貴な技術」者である医師だけがもっとも嫌悪すべき報酬の受け方をしている。

どんな点から、出来高払方式がもっとも責任ある診療報酬の支払方式と云えるのか分らない。多くの技術者は、その技術の結果に責任を負うけれど、医師は諸判例から見ても例外で、その技術の適用に責任を負うので、その結果には責任を負わないのが普通である。倒壊するような家を建てた建築家はいくらでも非難されるが、無罪にならないからといって、あるいは病気がなおらなかったからと云って弁護士や医師に賠償を要求することはできない。しかも、自分の行為に対して責任意識をもっている医師はほとんどいない現状である。むしろ、責任を回避するために患者をすぐ病院へ送りこむが、これは医師の倫理が問われる問題でもある。もっとも、これは医師だけに見られる問題ではなく、今日の社会全体にそうした無責任が拡がっている。要するに、出来高払い方式は、医師の責任や医業の自由とは無関係なものである。したがって、この支払方式にかわるものを真剣に考え出す必要がある。

5. 提 案

まず、フランスにおいて、自由医療体系に手を触れることは不可能であるということと、他の職業にまして高度な教育と経験に基づく医療においては、高い収入が保証されるべきであるという前提を認めるにしても、それが現在の診療報酬体系と不可分なものではない。むしろ、個人的にも社会的にも適正かつ効率的な報酬体系に基づくものでなければならない。同時に、医師に余暇や研究や再教育の時間を保証するものでなくてはならない。

まず考えられるのは、現行の出来高払方式を維持するやり方である。そのためには、医療行為の量をいたずらにふやすことをなくすため、医療行為の価格（単価）を引上げる。総額は変わらないから、患者1人あたりの診療時間は多くなり、不必要な投薬もなくなる筈である。現に自由診療を行なっている医師はこのことを実行している。しかし、このやり方が成功するには、医師自身の規

制がなければならないが、医療行為の数をふやせば収入がふえるのだから、その誘惑を振り切ってそうした自己規制がなされることを期待するのはほとんど不可能なことである。

出来高払い方式の一種として、簡単な医療行為と複雑な医療行為とを区別しようとする方法がある。たしかに風邪やハシカのようなありふれた病気の診断と難病の診断には大きな隔りがある。しかし、現実これらを区別しようとする、医療行為の難易の境界をどこに設けるか非常に難しいから、この支払方式も実際的ではない。

もう一つの方向は、グループ診療である。個人診療におけるいろいろな無駄をなくし、合理化をはかることによって健全な医療活動が行なえるようにはなるけれど、出来高払いに内在する問題の解決にはならない。

これらの問題を解決するには、出来高払方式をやめる以外にはなく、そのためには、一括払方式が唯一の解決策であるという結論に達する。すなわち、収入をふやさんがために医療行為の数をふやすことも、患者をつくり出す必要もなくなるといった多くの長所のほか、医師の休暇や再教育も医師は無料で享受できるようになる。

しかし、この支払方式において、支払者に対する医師の治療の自由と濫診濫療の抑制とが両立しなくてはならない。この場合、支払者は社会保障であるが、医師と社会保障との間には、西独に見られるような医師組合が介在すべきであろう。ただし、医療の自由を制限するような患者の登録制や医師の管轄区域設定などは一切行なわないことにする。

次に報酬の額の決め方である。これには、患者数等に比例させる方式、一括払方式、あるいはその併用方式、資格、経験年数を加味する方式、医療保険の実績とリンクさせる方式、研修等医師の努力を評価する方式などさまざまなやり方が考えられるが、いずれにせよ、患者数と収入とを結ぶ鎖を断ち切るものでなくてはならない。したがって、西独で実施されている患者数と比例させるやり方は好ましくない。むしろ、費用の理論値と実績とを数理的に評価し、全

国レベルないしは地区レベルでその成果に対する配分を行なうような方式が望ましいだろう。要するに、全体的な成果と、医師個人の努力とを評価できるような一括払方式が最良の支払方式であると考えられる。声も出せないような医師会にあって、各人が自由に発言できさえすれば、この支払方式に大多数の医師が満足の意を表明してくれると信じている。

以上、決して完全なものではないけれど、医師だけでなく、国民全体にとって不幸な現在のような事態を解決するために、また欠点を補うほどに多くの長所をもつと信ずるがゆえに、敢えてここに、一つの提案を述べた次第である。



社会保障こぼれ話

医療給付と費用

近年、医療給付の支出増大が大きな関心事となっており、とくに、それは先発グループの諸国でよく見うけられる。その支出増大の重要な要素として考えられるのは、まず適用の拡大であり、また、最近では、とくに、診療などの医療そのものや病院医療の費用が、急激に上昇したことである。

医療費の増大には、上述したように、適用の拡大、インフレーションによる影響などが指摘される。それらのうち、ここでは、適用の拡大は一応除くことにして、医療そのものへの費用、つまり医療費の上昇を取上げると、これはいずれの国でも経験されており、医療費の上昇は1人当り国民所得の上昇よりも急速であった。ところで、治療や処置の分野における技術的な発達、より一層精巧な設備とそれを操作するのにより一層熟練したスタッフを必要とする。また、医療担当者の俸給は、処方された薬剤、検査、および病院の費用と同様に上昇してきた。

いずれにしても、1960年代の後期から1970年代の初期にかけて、医療費の上昇は関心の的となり、多数の国々は急激に上昇してきた費用について、特定の要因を明確にし、かつ、収入に加えることのできる追加的な財源について助言するとともに、採用することのできる処置を勧告するために、特殊な委員会を設けた。これらの国々の中には、オーストリア、オーストラリア、フランス、日本、およびアメリカ合衆国が含まれていた。これら各国では、このように、問題を検討する委員会が設けられたが、しかし、それらの委員会は上昇する医療費の問題に対して、総合的な解決をなんら発見することができなかった。

西ドイツ印象記

厚生省大臣官房企画室 丸田和夫

2月末から3月上旬にかけて、イギリス、西ドイツ、フランスを訪れる機会に恵まれた。僅か10日間で3か国を回るといふあわただしさであり、しかも3日間の滞在で西ドイツについて語ることはおこがましい限りであるが、ここでは西ドイツで印象に残ったことや感じたことを思い出すがままに書き綴ってみることとした。

ケルン空港では社会保障制度調査員として駐在している国際課の船橋さんに出迎えて頂いた。早速翌日以降の予定について相談する。というのは、日本を出発する直前、西ドイツの日本大使館から、労働社会省及び青少年家庭省の訪問はカーニバルのため非常に難しい状況にある旨の電報を受け取ったため予定の省庁を訪問できるかどうか今回の出張の中で一番気にかかっていたからである。幸いなことに、ボン、ケルンのカーニバルもこの日で殆ど終わり、労働社会省の社会予算担当の参事官と会う約束がとれたとの話でホッと安心する。カーニバルの期間中は小学校は休みとなり、同時に官庁も休みとなることが多く、関係省庁への訪問を申込んでも多分応じて貰えないであろうと考えて連絡したとのことであった。

なるほどボン市内に入ると、宿泊予定のホテルの近くでは仮設のメリーゴーランド等が設けられ非常ににぎやかであり、レストランのウェイトレスもカーニバルのおどけた感じの服装や化粧のままで対応していた。また、ベートーヴェンが生まれた家の前の街路では、夜が更けているにもかかわらず学生とおぼしき男女が酒を飲みながらアコーディオンに合わせて大勢でダンスに興じて

おり、見ているこちらまで愉快的気分となってきた。翌日訪問した労働社会省でも、階段や廊下にカーニバルの名残りのテープが垂れ下がっているなど、ボン街全体が祭りを祝っているように感じられた。それにしてもカーニバルのために、連邦政府まで休みになるとは我々日本人の感覚では到底考えられぬことである。やはり宗教観や長い伝統と文化に根ざした国民性の違いであろうかと考える。

ついでながら、公務員として感じたことを一つ。それは、訪問した労働社会省がボン街から離れているように、西ドイツでは一つの省庁が幾つかに分かれている場合があるとのこと。我が国の場合中央官庁はほぼ霞が関にまとまっていることを考えれば、西ドイツのように一つの省庁がタコ足的に分かれていたのでは、日常の連絡や会議等の面でさぞ不便なことが多かろうと他人事ながらいささか気になった。もっとも私が考える程にドイツ人は会議などは開かず、不便を感じることはないのかも知れない。

今回の出張の目的の一つは、我が国と同様に不況、インフレの状況にある西ドイツが今後の社会保障の動向をどのように予測しているかを知るため、1975年の社会予算（Sozialbudget）について調査することであった。

西ドイツの社会予算は、毎年社会保障給付等について将来の5年間を見通した予測を行うことによって、社会保障の現状と将来の変化に関する情報を提供するとともに、政策決定の基礎となることを目的として1968年から発足した制度である。制度的に大別すると、(1)狭義の社会保障、(2)住宅補助、勤労者財産形成、労働協約による企業給付等の制度、(3)租税控除から成り立っており、一般的に我が国の社会保障の概念よりも対象は広範なものである。

ボンに着いた翌日、労働社会省を訪問する前に大使館の岡部参事官にお会いした。岡部参事官の話では、西ドイツの社会予算は例年なら10月か11月には公表されるはずであるが、1975年の社会予算は見通しが非常に暗く、しかも秋に総選挙を控えていることもあってどのように発表するか現在検討中であり、今回の社会予算については途中の作成経過しか聞けないであろうとのことであ

った。また、新聞はここ連日、増大する社会保障の費用について論評しており、社会保障は今秋の総選挙の最大の争点になるであろうと話しておられた。このことは、西ドイツの社会保障が社会経済の中でいかに大きな比重を示しているかを雄弁に物語るとともに、それだけに今後の動向に厳しい目が向けられていることを示しているものと言えよう。

労働社会省では、社会予算担当のブラッケル参事官に紹介された。挨拶を終わった後ブラッケル参事官は傍らのテーブルの分厚い書類の一群を指さして、これが1975年の社会予算の基礎資料であり、現在作成を急いでいるものであると説明された。

今回の社会予算の最大の焦点は、何と言っても医療保険と老齢年金の費用の増大にいかに対処していくかであり、失業保険は景気の上昇とともにそれ程問題でなくなってきたとのことである。

その中で話題はもっぱら医療保険に集中した。医療費の増加は、一般的には診療行為の増加や医療内容の質的向上等によりその費用が増大してきたこと、また、医療を受ける側も健康に留意するようになって受療する機会が増えてきたこと、更に、人口構成の老齢化に伴って高齢者の医療のコストが増大してきたことなどに起因しているという。その中で、医師の費用の増加要因としては、医師会が診療点数の引上げを図ったこと、診療行為の増加によって1件当りの費用が増加してきたことなどが指摘された。また、歯科医師の費用の増加は、医師と同様の要因のほか、義歯等の材料費の価格の上昇が大きく影響していることがあげられた。

病院の費用の増加要因としては、病院財政安定法に施設基準がなかったことなどのため過剰な設備投資が行われたこと、看護婦等の人件費の増加が著しいことなどが考えられるとのことである。入院期間については、我が国は諸外国と比べ非常に長い、西ドイツでも問題となっているそうである。入院についてのコントロールの措置が全くないため近年長くなる一方であり、特に高齢者のベッドの占領期間は長期化する傾向にあるとのことであった。

このような西ドイツの事情は従来から我が国にも紹介されているが、話を詳細に聞けばきく程我が国が現在直面している悩みや問題点と共通している面が多いことに改めて驚く。ブラッケル参事官はこれらの問題を解決するためには、医師と病院との診療機能の分担、薬剤の価格管理、行政的介入などが必要であると話していたが、これらを実施するには多くの利害が錯綜して非常に困難であると話していた。

今回の社会予算の予測では、社会予算の国民総生産に占める比率は1974年約30%、1975年32.5%、1979年30%となる見込みとのこと。このように増大する社会保障の費用に関し、国民総生産のうち社会予算に振り向けることができる限度というのがあるのか、あるとすればどの程度が望ましいと考えているかとの質問に対して、ブラッケル参事官は事態は全く分りづらい状況にあり、個人としては社会予算について絶対的な限界・基準があるとは考えられないとの返事であったが、仲々難しい問題である事を強調していた。

社会予算の予測に際して、政策目標としてどの範囲のものまで見込んでいくかは興味ある点であった。政策目標としては、既存の制度は当然のこととして、現在議会で法案審議中のものなど既に政府の方針として決定したものはとり込んでいるが、抜本的な改正は予測の対象としていないとのことである。その意味では趨勢型の非常に現実的な予測手法のように思われた。しかしながら、近年、予測と実績値の乖離が甚だしいという。その原因はいろいろ考えられるが、最近の物価上昇による価格の高騰は著しい影響を与えており、また、医師会、製薬会社等の圧力など不確定な要素に左右されている面もあることをもらしていた。

社会予算は、1967-68年の西ドイツの不況に際して制定された経済安定・成長促進法に基づき中期財政計画が策定されてから導入されたが、中期財政計画と社会予算との関係は我々が考える程明確に位置付けられていないようであった。

このほか、年金問題、社会保障と財政等いろいろ聞く予定でいたが、なにぶん時間の制約もあって話すことができなかつたのは残念であった。

ボンからフランクフルトへは飛行機の手配を変更して、車でまずハイデルベルグへ行き、その後フランクフルトへ行くこととした。この旅は、豊かなラインの流れと両岸に展開する古城を眺めながら行く誠に情緒ある旅であり、予期した以上の楽しみをもたらしてくれた。

ハイデルベルグは西ドイツで最も古い大学のある街であり、これらの街並みと古城が一体となって旧市街全体が一つの歴史的環境として保全されているように感じられた。中世の都市が現代においても利用され立派に機能していることは一種の驚きであるがこのような環境が保持された要因の一つは、建築物等が石で構築されていることにあるように思われた。逆に、石という半永久的な素材を利用して都市なり建物を建設していくためには、長期的な展望と合理的な考え方が要求され、このことがひいては人々の精神なり、文化を形造ってきているのではなかろうかと考えさせられた。またネッカー川河畔にのんびり寝ころんで中世の美しい橋や古城を眺めていると、よく言われていることが、自分自身の行動を含めてどうも日本人は何事につけても性急すぎる傾向にあるのではないかと自省の念がわいてきた。

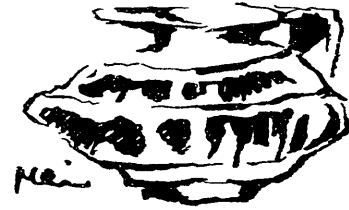
フランクフルトの街を歩いているとやたらにA P O T H E K Eと大きく書いた看板が目につく。最初は気にもとめずにいたが、よく見ると薬局であった。このことをジェトロの駐在員として滞在しておられる鏡味さんにお会いした時話すと、西ドイツでは医薬分業が発達しているため処方箋さえあれば薬はどんな薬局でも、手に入れることができるということである。また、夜間、休日是一定の地域毎に当番制で店を開いており、閉っている店に行った場合でも店先に開店している店の名前と場所が明示されており、いざという場合に困ることはないそうであった。

しかしながら、鏡味さん自身はドイツの医療保険の適用もなく、加入もしていないため、病気になれば自由診療となり、風邪程度でも医師の費用などで1万円はすぐかかってしまい大変困ることであった。

また、西ドイツでは日本と比べ医師が診断書を書きすぎる傾向にあり、風邪

のように軽い病気の場合でも1週間の休養を要する旨の診断書が出され、使用している人に仕事を休まれることがあるとのこと。休養も治療の一種かも知れず、また、健康に対する考え方の相違があるかも知れないが、ある面で西ドイツの医療問題の一面に触れた思いであった。

短い滞在であったが、社会予算などの動向を聞くにつけ、今後西ドイツでは高い生活水準を維持しつつ国民生活の安定を確保していく上で社会保障はますます重要になってくると同時に、その進む道は決して容易なものではないように思われた。このことは明日の我が国の姿でもあろうかと考える。しかも、我が国は西ドイツの例を参考にしつつ独自の道を歩まざるを得ず、そこでは絶えず長期的な展望と合理的な考え方が要求されていることを感じた次第である。



社会保障こぼれ話

32頁からつづく

もっとも、幾つかの国々は、医療への料金表を設けることにより、診療に対する償還率のコントロールを締めつけるために、ある規定を設けた。また、数カ国は、イギリス（連合王国）のように、国民保健サービスの制度を再編成したり、あるいは、イタリア、スイス、アメリカ合衆国のように、全国的な医療給付制度の再編成を全国的な検討事項としている。なお、収入について他の財源を求めるといふ点では、医療給付の財源を援助するように、他の目的から特殊な税金を徴収する途を開いて、政府補助金を増やす提案や、医療給付費の赤字を救済するように、社会保障の他の部門から余剰金を利用する方法が採用された。

病院や保健センターの運営では、技術部門のスタッフをより一層よく訓練したり、また、薬剤担当者の利用を最高に活用する双方を通じて、効率の増大を図る方向に注意が払われた。医師について自由な選択を認めている国々や件数払いを採用する国々では、所定の料金表により診療費をコントロールする方法で、保険者と医療担当者代表が協約を結び、医療費の上昇を抑制することが考えられた。

本稿は、Martin B. Tracy, *World Developments and Trends in social Security*, *Social Security Bulletin*, April 1976, pp. 14-22のうち、19-20頁の部分を参照した。

（社会保障研究所 平石長久）

編集後記

うっとうしい梅雨があけて、真白い入道雲の美しい季節になった。果しなく広がる海の上に湧き上がる、あるいは、高い山々の上に壁のようにそそり立つ雄大な積乱雲には、うだるような連日の酷暑も忘れるし、気分も壮快になる。真白に輝やくその積乱雲は絶えず変化し、まるで生き物のように見える。上の方は青い空に融け込んで消えたり、あるいは、青い空から滲み出るように現われたりする。また、その下の方でも、あたかも、雲全体が呼吸をしているかのように、様々に形が変っている。そのような雲の動きは、いつまで眺めても飽きない。

（平石）

海外社会保障情報 No. 34

昭和51年7月25日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞が関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社03(564)0338
