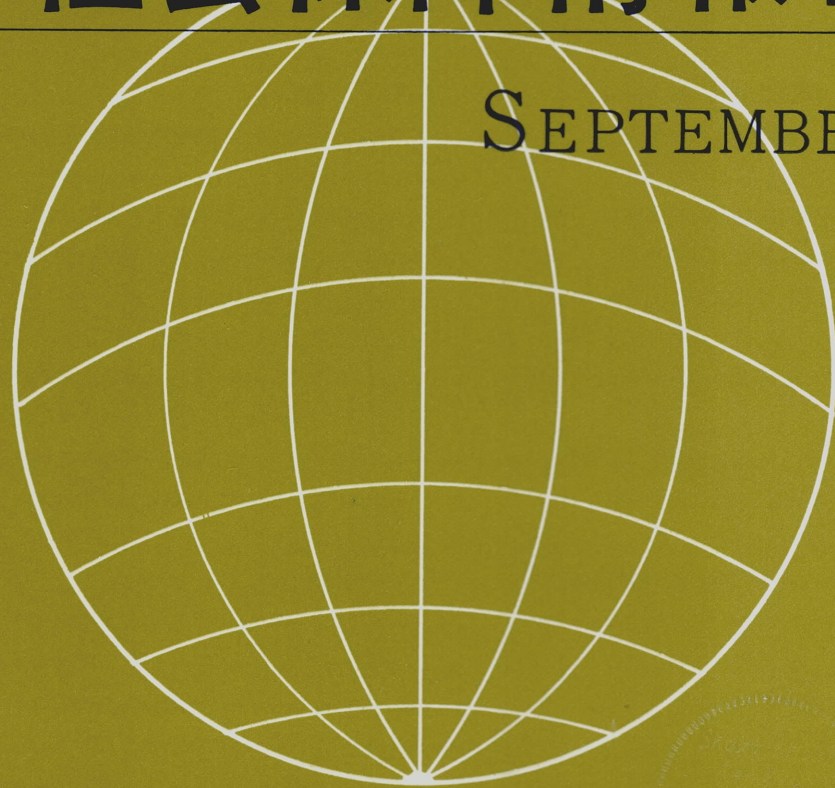


# 海外社会保障情報 No.39

---

SEPTEMBER 1977



社会保障研究所

# 社会保障年金制度の財政改革に関するカーター教書

(アメリカ)

連邦所管の社会保障諸年金制度の財政建直しに関しては、以前から検討されているが、現政権もこれを緊急かつ重要課題として取り組んでいる。

1977年5月9日、カーター大統領は同問題に対する特別教書を連邦議会に送付したが、議会の同教書に対する反応は冷淡といわれる。

問題の緊急性にもかかわらず、妥当な打開策の確立は相当困難をきわめっていると見受けられるが、とりあえず、今回はカーター案の要旨を紹介しよう。

## 背景部分の概要

社会保障諸年金制度は、多くのアメリカ国民の生活に影響を与えており、現在受給者は約3,300万人、別に1億400万人が拠出者となっている。

しかるに社会保障諸年金制度の信託基金管財人委員会は、同制度の破産状況につき、短期間のうちに財政援助を必要としている報告書をまとめた。それによれば、最近の高い失業率は社会保障諸年金制度の歳入を減じさせ、一方給付額はインフレの昂進とともに増大しており、1975年度以降支出は収入をこえ、現在の残額は間もなく使いつくされようというのである。

今、何等かの措置を講じないかぎり、障害保険(DI)信託基金は1979年に使い果され、老齢および遺族保険(OASI)信託基金は1983年に使い果されることになる。

基金不足になる原因の一端は、わが国の人口構成の変化によるものである。すなわち、高い平均余命と低い出生率は、全体として同制度の収支バランスをくずすものである。別の原因は、1972年に採用した給付額の生計費自動調整方

式における技術的欠陥によるものである。

大統領選挙戦の間、私は、現在中間所得層ならびに低所得層の労働者に最も過重となっている社会保障税の課税率計画をさらに引上げることをさけるために、最善をつくすと公約した。

## 提案された措置

私は社会保障諸年金制度の短期的・長期的問題を解決するための次の措置を提案する：

1. 現在予想される信託基金の欠損を防止すること。
2. 1978年には同制度の収支のバランスがつくようにし、20世紀末までこの方法を維持すること。
3. 失業または他の経済不安によって引起される同制度の歳入の急減に対処するため、十分な予備費を設けること。
4. 21世紀までを通じて今後75年のうちに起ることが予想できる範囲まで、同制度の財政的健全性を保護すること。
5. 同制度の基本的構造について秩序立った審理と検討を実施すること。

以上の措置を講ずるために、さらに次の特別措置をとることを要求する：

1. 経済不況が厳しい間、同制度の失われる歳入につき、連邦の一般歳入から社会保障諸年金制度の信託基金に補償すること。一般歳入は、6%をこえる失業率の結果失われる社会保障税の収入を回復するための方法として使用されることになる。この一般歳入使用の措置は一定の状況時につき慎重に検討されてのみ使用されるべきである。
2. 使用者に対する社会保障税の課税賃金ベースの上限を除くこと。現行法に基づけば、使用者および被用者は、賃金の最初の16,500ドルに対してのみ課税されている。今回の提案は使用者に対する課税上限を3年間のうちに引上げ、1981年までに上限を除くことにする。
3. 1979年、1981年、1983年、および1985年に被用者に対する社会保障税の課

税賃金ベースを600ドル引上げること。それ以降は現行法に従う自動的引上げとする。

4. 病院保険信託基金からOASDI信託基金に歳入を移転すること。この移転は、部分的に、メディケア制度に対する病院費用からの実質的な節約をすることになる。
5. 自営業者に対する社会保障税率を7%から7.5%に引上げること。
6. 性に基づく差別である社会保障法の年金額に関する若干の技術的規定を改正すること。このことは新たに受給資格要件を検討することを意味する。最近の最高裁の判決は、この改正を促すものであった。

以上の特別措置は、すでに現行法の規定に含まれるものでもあり、短期の財政措置を除き、社会保障諸年金制度を全体的に公平なものになおすものである。

21世紀までに社会保障諸年金制度の財政的健全性を保証するために、さらに次の2つの措置を連邦議会に要求する：

1. 現行法に規定されるインフレ対応のための社会保障諸年金給付額算定方式を修正すること。この修正は、退職前の賃金を算定基礎として、退職後の給付額を算定する方式においてなされるべきである。
2. 現行法ですでに規定されている社会保障税率の引上げ時期を調整すること。現行の2011年までの社会保障税の1%引上げ計画を、1985年に0.25%引上げ、1990年に0.75%引上げること。

これらの諸措置を共に講ずるよう勧告することによって、財政的安定を社会保障年金制度にもたらすことを狙いとするものである。

Congressional Quarterly, Weekly Report, May 14, 1977.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 養子斡旋制度の改正

(アメリカ)

### I

少なくとも10万人から30万人の児童が、養子斡旋の口を待って合衆国内のフォスター・ホームまたは施設にいたることが、最近発表されている。

連邦および州政府は、これらの児童のために年間12億ドルを支出しているが、養子を希望する家庭を探す努力は、養子斡旋機関との協力の欠如、州間のコミュニケーションと統一的基準の欠如、不安定な州財政と中央のリーダーシップならびに情報の欠如のためにはばまれているという。

あたかもこのことを裏書きするように、ニューヨーク市の会計監査院は、約11,000人の児童が市内のフォスター・ケアに付託されており、必要とされる期間よりも平均して5.5年も長びいており、必要経費は21億3,300万ドルであるという調査を発表した。

こうした状態の理由に関しては、会計監査院の調査は、民間機関の努力の欠如、責任ある市および州機関の指導性の不足、また児童をフォスター・ケアに付託するための機関には資金を支出するが、フォスター・ケアから児童を解放するための機関には報いないような財政構造や、適当とする時期にフォスター・ケアから児童を恒久的に安定した「家庭」に移してやらないことに対して罰を与えないこと、などであると述べている。

ニューヨーク市は、家のない児童の養子制度にからむ全国的状況の典型ともいえる。一方、該当児童の多くは、適当な家庭をうるのに困難な者である。その理由には、10歳以上の者であったり、多くの兄弟があつたり、障害者であったりすることがあげられる。だが多くの児童福祉当局は、現在の養子斡旋機関

がより効果的に機能すれば、これらの子供のほとんどが恒久的に安定する家庭をみつけることができると信じている。

## II

現在連邦議会に提出されている養子制度に関する法案の狙いは、まさにこの効果的斡旋ということである。最も主要な総合的法案は、アラン・クランストン上院議員によって提出されたもので、これはすでに人的資源委員会によって認可されている。他の法案のなかには、養子として子供を引取る家庭に補助金を提供しようというもの、適当な子供に関するデータを集め配布する国の情報バンクを創設しようというもの、およびこれらの子供達を歓迎する家庭のための国の登録所を創設しようというものが含まれている。

クランストン法案は、ジョージ・ミラー下院議員によって下院に提出された法案の事実上の片割れである。一方、ウィリアム・ブロードヘッド下院議員は、公的扶助改正法案に養子制度の改正法案をつけて提出し、これがさる6月14日に下院を通過している。ブロードヘッド改正案は、クランストン——ミラーのアプローチよりも総合的なものではなく、限定された範囲でのみ補助金を提供しようとするもので、国の養子斡旋事務所を設立しようとするものではない。

公的扶助法案の一環としてのブロードヘッド改正案は、当然のことながら現在上院財政委員会に付託されている。上院財政委員会は、クランストン法案が、医療給付に関連して、養子をむかえる家庭に対するメディケイド給付に影響を与えるからして、同法案に対する管轄権を主張するかもしれない。そうしたら、財政委員会がブロードヘッド改正案をいかに処理するかを見届けるまでは、クランストン法案は本会議に付託されないことになろう。もしも財政委員会がブロードヘッド改正案を見送ったら、より大規模なクランストンの改正法案を歓迎しないことを立証するからである。しかしブロードヘッド改正案を採用したら、多くの上下両院議員は、もはやクランストン法案は必要ないと結論づけるかもしれない。

初め、養子制度の改革は1979年から1980年頃までにやればよいというのでは

なく、全児童福祉制度の総合的な改革を待つべきだという理由で、クランストン法案は反対された。しかし6月9日に、カリフォルニア保健・教育・福祉長官はクランストン法案の支持を発表し、カーター大統領ならびにモンデール副大統領が現在の養子斡旋制度を若干改革したい希望であることを語った。なおこのさい彼は改革の詳細とか政府がクランストン法案について十分な支持をするか否かについては言及しなかった。

だがカーター大統領のクランストン法案を支持するという明確なメッセージがあれば、今年中に法案通過の必要が生ずるかもしれない。

改正を要する主たる点には以下の事項があげられている。

- ① 実施初年度の必要経費2,000万ドルとはなっているものの、クランストン法案は実質的に経費節約をすることになる。なぜならば、改正のための補助金額は、現在連邦の年間支出4億5,350万ドルを要するフォスター・ケアおよび施設ケアよりもはるかに少ない金額である。
- ② 改正のための補助は、養子斡旋を努力している40州もの多くの州において、該当児童に恒久的に安定する場所を得させることに効果的であることが立証されている。ニュージャージー州とカリフォルニア州は成功している例であるが、他の多くの州では金の使途が広範であり、資金が足りなくて成功していないともいえるからである。
- ③ 結局、10万人から30万人といわれる家のない子供達が、現在必要としている活動は、手まひまのかかるお役所仕事や、法的に混乱した仕事ではないということである。

The New York Times, Weekly Review ; June 26, 1977.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)



# 保健費節約法の成立

(西ドイツ)

保健関係費用節約法 (Gesetz zur Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen) は与党連合内や与野党間の激しい折衝の後7月1日からようやく発効することとなった。この法律の目的は疾病金庫の支出が拠出収入より急速には増大しないようにするもので、労相 Ehrenberg の意図は、完全ではないにしても、実現することになったわけである。

年金受給者の疾病保険の費用に対して年金保険から疾病金庫への補助金が制限されたため、疾病金庫は本年約30億マルクの欠損を処置せねばならない。この負担は1978年には70億マルクにも達する。このため拠出を増額するしかないが、金庫連盟では本年末までに1%以上は拠出を上げざるをえないとみており、労相は0.5ないし0.6%とみていたが、連邦参議院で拠出測定限度の上昇を妨げたため、これでは無理とみられる。

法律改正の主要なものは次の点である。

1) 医療報酬の上昇、金庫の医薬品支出の制限について勧告をするため、連邦労相を中心に疾病金庫、民間疾病保険、医師、歯科医、病院、薬局、医薬産業、労働組合、使用者同盟、州、市町村ならびに保健相、経済相が集まって協議し、保健制度の医学上、経済上の指針を定める。

2) この協議で有効な結論の出ないときは、疾病金庫と金庫医が連邦全体についての医療費の上昇の勧告をし、各地域の組合は今後はこの勧告に拘束されるが、個々の金庫の特殊性や地域的差を考慮できるよう、法律で定められている。

これまではライヒ保険法により報酬協定に当って疾病金庫の事情を考慮しな

ければならないことになっていたが、今後は疾病金庫の平均基本賃金額(つまり被保険者の拠出義務のある賃金)、診療費、金庫医の仕事に用いられる時間の予想される推移その他の点を考慮しなければならない。労相が連邦参議院に提出した資料によると、以上のほかさらに医療技術の進歩に伴う処置の高価になったこと、患者の医師への要求の過大化もあげられている。

3) 医師と金庫は毎年医薬品支出の増大に関して報告しなければならない。これでもって医師は医薬品を“経済的に”処方することとなろう。医薬品の最高額の測定に当っては、薬価の推移、処置数、基本賃金の上昇が考慮される。この最高額を超えたときは、個々の医師の処方点検し直される。“不経済な”処置をした医師は責任を問われ、報酬請求を削減されることもある。一定の枠を越えた場合の補償については金庫と金庫医の間で協議するが、実際問題としてこれは極めて困難である。平均から逸脱しているものについては正当な理由がなければならない。

政府は独立の専門家委員会を招集し、医薬品についてリスト (Transparenzlist) を作り、このリストにより医薬品の価格と効果が示される。

4) 被保険者の薬価自己負担が新たに定められ、今後は処方箋毎に1マルクを払うことになる。従来は処方箋毎に20%、最高2マルク半と定められていたのは廃止される。今後はすべての被保険者は、子供を除き、負担しなければならないが、年金受給者の自己負担は大いに問題であろう。

5) 疾病金庫は今後義歯と金冠の費用の80%を負担しなければならない。残りの20%は被保険者が負担する。従来は金庫の負担率はまちまちで、特別な場合被保険者は全部か一部を免除されていたのである。顎整形処置の場合も被保険者は20%負担する。自己負担は1977年は462.50マルクまでで、この額は平均賃金と共に上がる。

6) 金庫が旅費を補償するのは3マルク半以上を要した場合に限られる。少額の場合は被保険者は自分で負担しなければならない。

7) 出産のときはこれまで金庫は50マルク以上を支給していたのが、100マル

クと改められた。

8) 家族の保険給付は今後は比較的少額の収入の者に限られ(1977年月370マルクを限度), 子供も両親に一定の収入のある場合保険給付を除かれる。

9) 母親が入院し, 家庭に8歳以下の子か障害児がいて手伝いを頼まねばならないときは, これまで金庫は世帯扶助を払っていたが, 近くの親類に子供の世話が頼めるときは支給されない。ただし旅費および収入の欠落については金庫は補償する。

10) 療養のための費用は大巾に削減され, 顧問医が認定した場合に限り金庫はその費用を支給する。外国への湯治は特別な場合に限り例外的に補助が出される。

11) 病院については入院前の診断と退院後の治療が許される。つまり患者は病院で, 即座に入院しなければならない場合でなくとも, 診断が受けられ, 退院後も病院で治療を受けられる。これで入院期間が短縮できるわけであるが, このためには患者は開業医から病院を指定されなければならない。

12) 疾病保険の新しい規定として, 例えば看護婦による, 在宅看護が行われることとなった。この結果不必要な入院をしなくてもいいこととなる。

13) 病院の主任医のみならずその他の専門医も通院医療(ambulante ärztliche Versorgung)を, 直接にか, または金庫医の委託で, 行えるようになった。この場合病院はこのような副業的活動で病院の仕事が支障を受けないことを証明しなければならない。開業医がこうして病院で働くこと(Belegärzte)を助成すること, および報酬についてこれらの医師の特殊性を考慮すること, を法律で定めている。

14) 疾病保険における各種の報酬規定は統一する。これは疾病保険で医師の処置を統一的に評価するためであるが, 個々の金庫毎に別々の報酬率を医師と協定することは許される。評価の基準は金庫と金庫医が平等に代表を出す委員会で詳細を定める。

15) 代用金庫(Ersatzkasse)はこれまで非常に独自の立場を保ってきたが,

評価基準を統一するに当っては, 報酬および医薬品最高額の協議について同一歩調をとることとする。

Süddeutsche Zeitung, 1977, 7, 1.

(安積鋭二 国立国会図書館)



## 社会保障改革案のコスト

(イギリス)

“開かれたる政府”の実験的な試みとして、社会保障関係の2人の担当閣僚であるエナルズ(Ennals)社会サービス相とオーム(Orme)社会保障相が100人以上のゲストを迎えて、社会保障支出の優先順位を論議する1日セミナーがロンドンで7月5日に行われた。両相は、あらかじめ、現在国民の間でもっとも一般的に流布されている諸改革案のコストについて試算した資料を用意していた。

ゲストには政治家、福祉権の専門家、圧力団体、教育関係者や消費者団体が含まれ、将来10年ないし15年の社会保障の方向について論議が進められた。オーム社会保障相は、「政府は皆さんのすべての御意見を傾聴するものであるが、個別の関係諸団体の要望が競合し、各自が全部おのれの主張が第1順位であると主張されることが最も頭の痛いことだ」とあいさつしている。

たとえば、障害者団体はこの10年以上にわたって総合的な障害者福祉制度を力説してきている。1970年以来、各種の給付が新設されているにも拘わらず、政府資料によると、すべての障害者に対し労災による障害者に対する給付と同様の給付を与えんとする制度を実施するためには年に約20億ポンド(現在価格)のコストを必要とすることが示されている。

片親家庭団体は、ファイナー(Finer)報告が3年前に勧告したような、特別な社会保障給付を望んでいる。もしファイナー案をミーンズ・テストなしで実施すればそのコストは5億ポンド、母子手当金に類似する給付を全部の片親家庭に支給すれば3億5千万ポンドの費用を要することになる。

政府資料は、現在の社会保障総予算112億ポンド(国民総生産の約10パーセ

ント)でもってあまり経費をかけずに幾つかの有効な改革が可能であることを明らかにしている。失業給付の受給期間を1年から1年半に拡充するための年5,500万ポンドの費用は補足給付の節減分で相殺される。

政府資料に示された最近の数字によると、1977年2月現在で失業者の僅か45%が失業給付をうけていたにすぎなかったこと、1月現在における失業者の25%以上が1年以上失業していること、若年失業者では18か月以上が急増していること等の理由で、この提案は妥当である。

現行の補足給付制度では、失業者は他の労働年齢層に対しては受給期間2年をこえれば支給される高率の長期給付額をうける資格がない。失業者にもこの長期給付をうける資格を与えれば年に1700万ポンド、2年でなく、1年後に受給資格を得させれば3500万ポンドのコストを必要とする。

諸改革案の費用は、TUCの主張する「夫婦2人の年金を平均賃金の50%、単身者の年金を平均賃金の $\frac{1}{3}$ 」とし年金年齢の男女平等をうけいけた場合の費用に比べれば、とるに足りない。TUCの年金戦略目標は、今年11月に、夫婦2人で35ポンド、単身者23ポンド(政府案はそれぞれ28ポンド、17.50ポンド)を実現することである。その追加費用は20億ポンドとなるが、他の全給付についても類似の引上げを行うとすれば30億ポンドにも達しよう。

男女ともその年金年齢を同じく60歳とすれば年に20億ポンドの追加費用を要し、63歳とすれば年に6億8千万ポンドの追加費用を必要とする。

年金費用はすでに社会保障総予算の3分の2以上をしめており、退職年金の支出は世紀末には20%増が見込まれるから、TUCの年金改革案のどれにも高い優先性を与えられそうもない。

年金受給者に対する所得制限の廃止に要するコストは1億5千万ポンド、10億ポンドのクリスマス・ボーナス再導入のコストは1億ポンドとみこまれる。現行の高齢者加算(80歳以上の者に週25ペンス)を75歳に引下げても2千万ポンドの費用で、相対的に安くてすむ。

障害者に対する少部分の改革も比較的安くてすむ、この11月から発足する移

動手当 (mobility allowance) を週7ポンドから10ポンドに引上げるには年に2700万ポンドの追加費用を必要とする。無拋出の重症障害者年金 (全く労働不能の障害者に支給される) を国民保険の該当する年金の基本レベルに引上げるには2千万ポンドの追加費用を要する。

重症障害者介護手当 (近親者である障害者を世話するため、就業できない者に支給) を妻とその他の近親者にも範囲を広げるのに3500万ポンドの追加費用を要する。

家族所得維持制度は非常に経費がかかる。家族所得補足 (Family income supplement) — 児童を有する低賃金所得者に対して支給 — を廃止するコストは50億ポンドとなる。それは、週8.50ポンドの児童給付 (Child Benefit) の新設によるものである。

政府資料には、タックス・クレジット・システム、短期給付への課税についての費用推計、あるいは国民保険基金の巨額な余剰金を減らす処置などについて全くふれていない。これらの点にふれることは、建設的な意見の場であるセミナーを政党政略の争いにまきこむ懼れを配慮したからであろう。

The Times, June 30, 1977.

(田中 寿 国立国会図書館)

## 児童給付制度をめぐって

(イギリス)

英国では、1975年8月7日、児童給付法 (Child Benefit Bill) が制定された。これは1977年4月より、家族手当と児童扶養控除を統一して、すべての児童に児童給付を支給することを決めたものであった。その第1歩として、すでに片親家庭の第1子には週1.5ポンドの児童給付が支給されていた。

しかし、1976年5月、政府はこの新しい制度がインフレを克服するための政府の政策に過度の重圧を課すことを理由に、撤回したい旨を表明した。

Child Poverty Action Groupは、他の多くの組織の支持をうけて、児童給付制度の実施を要求するための国民運動に乗り出した。計画の変更は政府の側での約束の不履行とみなされてきた。政府の方向転換により誘発された怒りは、完全児童給付制度に対するたたかいに勝利を得るまで、くすぶり続けるようにみえた。

1976年9月23日、国務大臣はこの目的に向って一步をしるす妥協案を表明した。「児童給付制度は1977年4月から段階的に実施されるであろう。11歳未満の児童に対する扶養控除を廃止し、その代り免税の児童給付を母親に支給する。1978年には児童扶養控除の対象児童をさらに減らし、1979年にはそれを完全に廃止し、全児童に児童給付を支給することとする」。

Social Administration Digest, Journal of Social Policy, April. 1977.

(都村敦子 社会保障研究所)



# 片親家庭手当の創設

(フランス)

フランスでは、1976年7月9日、家族の社会的保護に対する各種の施策を採用または補強するための法令が制定された。新しい施策の一つとして、“片親家庭手当”と称する家族給付が創設された。これは全く新しいタイプの給付として注目されている。というのは、この手当は児童のために必要とされる養育費の単なる“補償”ではなく、まさに賃金そのものに代るものを意図しているからである。

・片親家庭手当の定義——フランスに居住しており、1人以上の子どもに対して単独の責任を負う、無配偶のものは、収入のある仕事に従事しているか否かに関係なく、家族所得をうける権利がある。家族所得の額は子どもの数によって異なり、かつ政府が決める“家族手当算定基準額”の規定により定められる。

片親家庭手当の受給対象となるものは、家族所得と本人の総資力の差に等しい額の手当をうけられる。ここでいう資力とは、家族給付および社会的給付のことである。ただし、特別教育手当と補足手当、産前産後手当、入学児手当、疾病保険の現物給付、および死亡一時金は除かれる。

・片親の概念——次のものは片親とみなされる。寡婦、鰥夫、離婚したもの、別居しているもの、遺棄されたもの、または未婚のもので、フランスに居住している1人以上の子どもに対して単独の責任を負うもの、および妊娠の届出をして、法定の産前検診を受けている妊婦で、独力で生活しているもの。

・手当の支給期間——受給資格期間は末子が3歳に達するまでの期間とする。

・疾病・出産保険の適用——一般制度のもとでの疾病・出産保険に適用されていないもので、片親手当をうけられるものは、一般社会保険制度の疾病・出産

給付（現物給付）の強制適用をうけられる。拠出は家族給付制度が肩代りしておこなう。

・実施——この新しい給付は1976年10月1日より実施される。

International Social Security Review. No.3. 1976.

(都村敦子 社会保障研究所)

## 社会サービスにおける 組織ボランティアの実態

(イギリス)

英国ではAves Reportの発表(1969年)、ボランティアセンターの設置(1973年)、ボランティアビューローやボランティアオーガナイザーの急増等、ボランティアに関する最近の動きは活発を極めているが、それにも係わらず、ボランティア自体の様子を知る資料はほとんど皆無とされている。そこで、最近設置されたWolfenden委員会(今日のイギリスにおけるボランティア組織の役割を調査)は、昨秋実施されたNational Opinion Polls Ltdの全国調査にボランティア関係の質問項目を入れてもらった。その調査結果は今年の後半に委員会報告として公表される予定だが、ここでは、それに先立って、主な事実のみが要約されている。

社会福祉(social welfare)やケア(care)は、普通、私的市場(private market)のほかに、法令(the statutory)、任意制(the voluntary)および非公式(the informal)の3つの領域(sector)を通じて供給される。従来、社会サービスに関する議論は、statutory sectorに最も多く集中してきたが、ケアについてみるなら、家族はいうに及ばず、近隣とか友人といった、いわば非公式の活動によって支えられている部分がかなりの割合を占めているはずで

ある。事実、1967年に実施されたBradfordの調査結果からもこのことはいえるが、ここでは、あくまでも statutory と voluntary の組織に加わっているボランティア・ワーカーの実態の一端にふれるに止める。

調査結果によると回答者(2,114)の16%は、調査前12カ月の間に voluntary 活動に参加し、そのうちの多くの者は組織で活動した。調査前1週間の活動時間は、平均6時間であったが、これらの結果を補外法を用いて全人口に適用してみると、毎年500万人もの人間が組織ボランティアとして、また、300万人の人が、およそ1,800万時間毎週活動していることになる。この数字は、サンプル・エラーを考慮したとしても、40万人のフル・タイムスタッフと同等の時間数になる。ところで、中央・地方政府は、社会サービスに200万人以上の人間を雇用しているのである。

しかし、調査結果をよくみると、ボランティア活動全体の3分の2近くは、対人サービス(the personal social services)の領域に携さっており、statutory sector でこのサービスに雇用されている者は約20万人にすぎず、恐らく、有給ワーカーよりボランティアの方が多いのではないかと思われる。勿論、以上の指摘は、質の問題にふれず量的規準によって単純化したにすぎないが、だからといって軽視されてよいものではない。

では、ボランティアの活動の種類はどんなものか。活動全体の半分以上は募金活動(fund raising)であり、残りは、訪問活動、輸送サービス等の世話にあたった。またボランティアの注意を引いた対象者の第1は老人(ボランティア・ヘルプ全体の3分の1)、第2に、児童と少年(4分の1)、ついで身体障害者(6分の1)であり、ボランティアのうちほとんどの者は精神病患者や精薄者を活動対象に選んではいなかった。

つぎに、だれがボランティアになっているのか、といった問題にふれる。一般的には、無職で育児から解放された中流階層の婦人がボランティア活動の中心にいるという仮説があるが、この仮説はいくつかの点で成立しなかった。調査の結果、ボランティア活動に参加したと答えた者は、婦人より男性に多かっ

たし、無職の婦人より有職婦人の方が割合は高かった。また年齢をみても、明確ではないが、むしろ55才以上の人は少ないように思われる。ただし、調査前の1週間に10時間以上活動した人についてみるなら、それは無職で高齢婦人という特徴を見出すことができる。ボランティア活動参加者のうち、最も顕著な差異を示したのは社会階層差である。すなわち、調査前の1年間に活動したと答えた者は、上流の中クラス(upper middle class)の30%に比べて非熟練および公的年金生活者はわずか9%にすぎなかったからである。

以上の結果、ボランティア活動は、基本的には、中産階級の人々が自分達に係わる範囲で組織化し、直接援助を行っていたといえよう。それは、結局は、裕福な者がより裕福でない者を援助しているのである。しかし、将来について考えると、社会階層を超えたところでボランティア組織が注意を払わなければならないケースがある。それは、ハンディキャップをもった児童に対する組織の問題である。現在、このような組織は、statutory サービスとは異なった支持を提供し、組織のメンバーはほとんど児童の両親である。ここには、愛他的熱望(altruistic aspiration)を組織的に表現しようとする全ての人々にとってのモラルがあるといえるからである。

Stephen Hatch and Ian Mocroft (Hatch is Senior Research Officer, and Mocroft Research Assistant for the Wolfenden Committee),  
Findings Voluntary Workers, New Society, 7. April 1977.

(萩原清子 長野大学)

## 海外文献紹介

# 西ドイツの薬剤消費と 医薬品産業

各国において医療費増大にともない薬剤費の動向が注目されている。西ドイツではとくに薬剤消費の状況に関心がもたれ、国内で研究調査が行われているほか、国際機関を通じて各国の薬剤消費量と供給量について調査を行ったこともある。最近の資料から西ドイツにおける薬剤消費の動向と医薬品産業の現状を紹介しよう。

まず表1は、全国製薬業連合会(BPI)が各国との比較のために人口1人当たり消費額を計算したものである。これによると、

表1 1人当たり薬剤消費額 (単位：マルク)

国	1960年	1969年	1970年
西ドイツ	45	105	117
フランス	51	141	...
イタリア	52	95	...
日本	28	127	141
オランダ	29	85	...
スウェーデン	41	101	111
スイス	71	128	134
ハンガリー	60	118	...
アメリカ	80	131	125

(資料) BPI, Pharma-Daten 74.

1969-1970年においてフランス、アメリカ、スイス、日本の1人当たり消費額が高い。相対的にみて西ドイツの1人当たり消費額はそれほど高くない。それにしても1960-1970年において1人当たり消費額は西ドイツにおいて2.6倍、いずれの国においても約2-3倍になっている。

表2 1人当たり薬剤消費額の推移 (単位：マルク, %)

年	疾病保険の被保険者		全人口	
	消費額	対前年比	消費額	対前年比
1967	96.06	—	90.00	—
1968	111.89	16.5	104.00	15.6
1969	127.12	13.6	105.00	1.0
1970	136.45	7.3	117.00	11.4
1971	158.05	15.8	139.00	18.8
1972	175.29	10.9	165.00	18.7
1973	202.48	15.5	180.00	9.1
1974	235.30	16.2	195.00	8.3

(資料) 表1と同じ

つぎに1人当たり消費額を西ドイツだけについてみると、表2のとおりで、1968-1974年において疾病保険の被保険者の場合年平均13.7%、全人口の場合11.8%の増加率となっている。疾病保険の被保険者の場合、一般被保険者と年金受給者とは消費額に大きな差があるばかりでなく、その年平均増加率の点でも差がみられる。すなわち、表3のとおり、年金受給者1人当たり薬剤消費額は一般被保険者のその2倍以上であり、また前者の年平均増加率は、約20

%, 後者のそれは約15%である。また, 民営疾病保険の被保険者1人当たり薬剤消費額と公的疾病保険のそれとを比較すると, 1973年において前者が103.20マルクであるのに対して後者は202.48マルクで, 前者の約2倍となっている。増加率の点でも前者と後者との間に差があり, 1967-1973年において前者が12.6%(年平均)であるのに対して, 後者は24%である。

表3 疾病保険の被保険者1人当たり薬剤消費額

(単位: マルク)

年	一般被保険者	年金受給者
1967	79.62	155.27
1968	89.54	177.75
1969	101.31	200.49
1970	105.18	230.84
1971	118.99	267.19
1972	133.93	306.18
1973	149.49	343.84

(資料) Arbeits- und Sozialstatistik.

一方, 薬剤の供給側である製薬業の現状についてみると, 表4のとおり年間総売上高が400マルク(約4億8000万円)未満の企業が全体の約63%を占めている。1億マルク(約120億円)以上の総売上高がある企業は12社(3.5%)にすぎない。第二次世界大戦が始まる前までは, ドイツは「世界の薬局」とまでいわれ, 世界の薬品貿易の約43%のシェアを占めていたが, 現在は生産額で世界第3位(1972年において78億9500万マルク), 輸出額で世界第1位(24億9000万マルク)である。

表4 総売上高規模別企業数(1970年末現在)

総売上高規模	企業数	構成比
1 ~ 200	44	12.6%
200 ~ 500	47	13.5%
500 ~ 1000	35	10.1%
1000 ~ 2000	45	12.9%
2000 ~ 4000	47	13.5%
4000 ~ 7000	31	8.9%
7000 ~ 10000	20	5.7%
10000 ~ 20000	25	7.2%
20000 ~ 50000	29	8.3%
50000 ~ 100000	13	3.8%
100000 ~	12	3.5%
計	348	100%

(資料) Chemie Revisions- und Beratungsgesellschaft, Bericht über die Mitgliederbefragung des B P I.

市場に出回っている薬品の数は, 西ドイツ8,800, アメリカ140,000, スイス28,000, フランス11,000, イタリア26,000である。また, 総生産額に占める特定薬品の生産額の割合は表5のとおりである。日本は抗生物質の占める割合が大きい, 西ドイツやフランスはそれほどでない。西ドイツやフランスは心臓循環器治療薬の占める割合が大きい。アメリカは精神安定剤等の占める割合が大きい。西ドイツにおけるビタミン剤とホルモン剤の占める割合は小さい。

ところが西ドイツにおける年齢階級別の薬剤消費の状況をみると表6のとおりである。これによると年齢に応じて薬剤消費量が増えることがわかる。また, 男性と女性との比較では女性の方が消費量が多い。

表5 薬品総生産額に占める特定薬品の生産額の割合

(単位:100万ドル, %)

	西ドイツ	日 本	アメリカ	フランス	イタリア
抗生物質	220 (8.8)	720 (22.6)	670 (12.7)	160 (8.4)	190 (11.2)
心臓循環薬 器治療薬	380 (15.3)	330 (9.8)	410 (7.8)	280 (14.7)	140 (8.3)
ビタミン	80 (3.2)	320 (9.5)	330 (6.3)	140 (7.4)	170 (10.0)
精神安定 剤 等	130 (5.1)	180 (5.3)	800 (15.2)	130 (6.8)	80 (4.8)
ホルモン剤	70 (2.8)	100 (2.9)	450 (8.5)	80 (4.4)	140 (8.3)

(注) ( )は構成比。

(資料) Dietrich Nord, Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland, 1976, S.47.

表6 年齢別性別薬剤消費状況(投薬期間別件数分布) (単位: %)

年 齢	1 日	1 週間以上	1 ヶ月以上	投薬なし
14 ~ 24 歳	7	6	16	71
25 ~ 34	6	4	23	67
35 ~ 44	11	9	26	54
45 ~ 65	23	17	22	38
66 歳以上	45	14	16	25
男 子	13	7	19	60
女 子	24	14	22	40

(資料) MARPLAN 1974, S.8.

B P I., Pharma-Daten 74.

Arbeits-und Sozialstatistik.

MARPLAN 1974.

(石本忠義 健保連)

## 西ドイツにおける 老人医療問題

わが国ではもっか老人医療の無料化による諸問題を発端として有料化問題が議論されているが、西ドイツでも老人疾病保険の財政問題をめぐって政府、疾病保険の保険者および年金保険者の間で議論が行われている。

西ドイツではすべての年金受給者(通常65歳以上であるが、被保険者期間が35年以上の者は63歳以上、重度廃疾者は62歳以上)を対象とした年金受給者疾病保険があり、各疾病金庫(わが国の健康保険組合に相当するもの)によって運営されている。1975年現在の加入者数は962万人で疾病保険の全被保険者の29%を占めている。1969年においてこの割合は26%であったことを考えると、年金受給者の割合は相対的に高まってきているといえる。「年金の山」(年金保険の成熟期の頂点)に到達するといわれる1979年においては、その割合は29.2%に達すると予測されている。

こうした年金受給者の増加も1つの要因となって、年金受給者疾病保険の費用の増大は著しい。表1のとおり、1970-74年においていずれの給付についてもほぼ一般被保険者の割合の増加率よりも年金受給者の場合の増加率のほうが高い。とくに薬剤、治療用品、入院の各給付の増加率が高い。



表1 年金受給者疾病保険給付費の増加率

(単位:%)

	1970	1971	1972	1973	1974	1970-74 年平均	一般被保険 者分の同期 の年平均
医科診療	14.9	26.5	14.1	17.0	20.0	18.5	14.5
歯科診療	11.6	20.1	10.4	15.2	20.9	15.6	17.4
補てつ	20.1	51.8	25.5	32.6	19.2	29.8	22.9
薬 剤	18.6	19.6	18.9	20.4	19.2	19.3	13.2
治療用品	22.4	34.2	34.3	41.8	33.1	33.1	28.2
入 院	20.2	27.5	25.2	29.0	34.3	27.2	23.3
傷病手当	—	—	—	—	—	—	14.7
出産給付	1.9	16.3	△2.4	△1.2	8.4	4.6	14.4
死亡手当	11.8	28.9	18.0	18.2	12.1	17.8	12.6

(資料) Sozialbudget 1976 (1976年社会予算)。

このような費用の増大にともない、年金保険の保険者が負担する繰入れ保険料の増加や疾病保険の保険者(疾病金庫)が一般被保険者の財源によってまかなう部分の増加が著しい。原則として費用の80%を年金保険の保険者が負担し、残りの20%を疾病金庫が負担することになっているが、1969年以降、年金保険の保険者の負担分は年金支払総額の10.98%とされたため、年金支払額の伸びを疾病保険の費用の伸びが上回っていることによる疾病金庫の著しい負担増が生じている。すなわち、表2のとおり給付支出と年金保険の保険者が負担する保険料との差がますます開いてきており、疾病金庫の負担分が増大している。またこのため各疾病金庫間に年金受給者の占める割合のちがいによる負担の不公平が生じている。費用の20%までは負担調整が行われているが、それを超えた部分については調整がなされていないため、著しい不公平が生じている。10.98%という数値は、1968年における年金保険の負担額の年金支払総額に対する比率(実績値)で、その負担額が費用の80%に相当したことから用いられるようになった。このまま放置すれば疾病金庫の負担分はますます増大し、1978年ま

では費用の50~75%に達するとみられている。これにより疾病保険財政への影響はきわめて重大なものとなろう。

表2 年金受給者疾病保険の収支状況

(単位:100万マルク)

	年金保険の負 担する保険料(A)	給付支出 (B)	疾病金庫の 負担分(B-A)	疾病金庫の 負担率(%)
1968	3468	4335	867	20.00
1969	3873	5046	1173	23.25
1970	4215	5985	1770	29.57
1971	4559	7583	3024	39.88
1973	8937	12435	5298	42.60
1974	10719	15551	4832	31.07
1975	13313	18645	5332	40.05

(注) 鉱山従業者分を除く。

(資料) 表1と同じ資料およびArbeit und Sozialpolitik, 8/9 1973.

このためかねてより疾病金庫から強く要望されていた年金受給者疾病保険の財政対策が具体的に検討されることになり、連邦政府によって、(1)年金保険の保険者は疾病金庫に対し、年金支払総額の11%を保険料として支払うこと、(2)各疾病金庫と各被保険者が年金受給者疾病保険に必要な費用を平等に負担すること、(3)年金申請前20年以上にわたって疾病保険の被保険者でなかった者は、追加保険料を負担すること、(4)年金保険の財政状態に応じて法令によって保険者の追加拠出を定めること、などを骨子とする法案が国会に提出され、審議されている。これによってある程度の財政的改善が図られる見込みであるが、抜本的な財政対策でないため、近い将来再び深刻な問題を迎えることになろう。

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1976.  
Arbeit und Sozialpolitik, 8/9 1973. (石本忠義 健保連)

# スタグフレーション下の 経済と社会保障

## I

インフレーションと不況が併存する今日の経済情勢が、社会保障に与える影響は大きい。1976年9月に国際社会保障協会が、「不況とインフレ下における社会保障」と題する専門家会議を開催するに至ったのも、各国の厳しい状況を反映してのことであった。ここに紹介する論文も、この専門家会議に提出された報告書の一つである。

## II

著者はまずスタグフレーションが社会保障に与えている影響について述べ、現在提起されている社会保障の問題を整理している。

〈スタグフレーションは社会保障の必要性を高める〉

スタグフレーションの下では、貧しい人々の状態は一層悪化し、新たな不平等が出現し、社会保障の果たすべき役割は一層増大する。この関係は最近の失業対策の発展に最もよく現われている。一般に失業時の給付は引き上げられ、その資格要件は緩和されてきている。例えば西ドイツでは企業の破産による失業には、3カ月間の所得保障制度が導入され、フランスでは経済的な事情による失業については賃金の9割を保障する措置が、労使の全国協約によって定められている。

GNPに対する失業給付費の割合も以下の通り増加しており、1972年以降の3年間で、その比率が倍増した国も少なくない。

	1972	1975
ベルギー	1.0 %	1.7 %
デンマーク	0.7	1.3
西ドイツ	0.2	0.9
フランス	0.2	0.6
アイルランド	0.7	1.3
イタリア	0.3	0.6
ルクセンブルグ	0.0	0.1
オランダ	0.9	1.6
イギリス	0.8	1.0

〈スタグフレーションにより社会保障は新たな財源を必要とするようになる〉

インフレーションが社会保障財政を好転させる場合がある。例えばフランスの第6次計画(1970-75年)の期間を見ると、当初の計画では、比較的安定した物価上昇率の下で、社会保障制度全般に相当の赤字が出るものと予想されていた。ところが、実際には物価は予想をはるかに越えて上昇し、社会保障は大幅な黒字を記録する結果となっている。

これはインフレーションに対する拠出と給付の対応の仕方の違いに原因している。拠出はほぼ賃金の上昇に応じて引き上げられるのに対し、給付のうちでも家族手当や無拠出制給付などがインフレーションにうまく対応できないためであった。

しかしより一般的には雇用水準の低下が社会保障の財政に大きな問題をなげかけている。不況は退職件数を増大させ、退職をめぐる事情を変化させ、社会保障の財政を悪化させている。とりわけスタグフレーションが失業に対する補償の費用を増大させ、社会保障費を増大させている点は重大である。

〈社会保障の課題〉

スタグフレーションの下での社会保障については次のような点を再検討する

必要があるであろう。

第1は財政方式の問題である。積立方式は、給付の実施を遅らせ、その貨幣価値を減退させることから、現在のような状況にはますます不適切となり、賦課方式の優位性が一層明らかになってきている。

第2は適用範囲の問題である。スタグフレーションは全ての人々に影響を与え、とりわけ社会的弱者に深刻な影響を及ぼす。社会保障の適用範囲は一層拡大し、一般化しなければならないというのが一つの主張となって現われる。しかし他方では、社会的な支出に対する国民の負担は限度を越えており、これを削減させることこそ必要であるとの主張も強くなっている。

第3は社会保障の各部門の統合に関する問題である。社会保障が取り扱う各種の危険は、同一の一般経済情勢に基因しており、今まで以上に多くの人々の間での、あるいは諸制度間での連帯が必要となっている。この意味で、スタグフレーションは社会保障の統合を推進していると考えられる。

第4は財源の問題である。失業の増大や経済の停滞、社会保障における国民的連帯の強化等は、社会保障の公費依存を高め、それを正当化するものであると考えられる。

最後の問題は給付の在り方に関するものである。スライド制を再検討する必要が生れ、最低保障所得制度や負の所得税制度についても十分に検討する必要が生じている。特定の給付が経済活動を阻害していないかどうかを改めて問われなければならないとなっている。

### Ⅲ

次に著者は社会保障が経済に及ぼす影響について、以下のような点にしばって論じている。

<社会保障はインフレーションを悪化させるか>

この問に明快に答えることは不可能である。社会保障が存在しないとしたらどうなっていたかを推論することは実際に不可能だからである。ただここでは次の三点を指摘する。

(a) すでに例示したような、インフレーションの下で社会保障の財政が好転するような状況下では、社会保障はインフレーションを抑制する効果を果たしていると考えられる。

(b) 現代の経済理論は、これまでも増してインフレーションを社会心理的要因で説明することに努力を払っているが、インフレーションを富の分配に関する争いの現われであるとする立場から社会保障を見るならば、次の二つの相対立する考え方が導き出せる。

第1は社会保障が社会階層間の利害対立を助長しているという立場である。拠出や給付の在り方をめぐって社会保障は国民各層間の利害を対立させており、社会保障によってもたらされる所得再分配の効果など非常に限られたものでしかないと主張する。

第2は、国民のコンセンサスを固め、連帯を推進する上で社会保障は重要な役割を果たしているとする立場である。たとえ裕富な人と貧しい人との間の再分配に寄与するところは少なくとも、就業している人とそうでない人、病気の人と健康な人、大家族と小家族等の間で、社会保障は重要な所得再分配効果を発揮していると主張する。

(c) 以上のように社会保障によって国民的連帯が推進されていることを認めたととしても、他面医療保障の場合のように、社会保障が明らかにインフレーションの要因となっている部分を無視することはできない。

フランスにおける物価ならびに各種医療料金の上昇を1969年から1974年の5年間について調べると、一般物価は1.44倍の上昇であったのに対し、診療料金は1.99倍、入院料金は2.45倍、薬代は1.85倍、傷疾手当金額は1.85倍、全体としての医療給付費は2.12倍となっていた。

もちろん医療支出の増大は決してそれ自体批判されるべきものではない。しかしもしそれが過剰な病院投資や医師の不正請求や薬剤の多用、過剰包装、過剰宣伝等によってもたらされているとするならば問題である。このような状況下では、社会保障費の増大は物価上昇の大きな要因になりかねない。

<社会保障が失業に及ぼす影響>

(a) ビグーとケインズとの論争で代表されるような古典的な意味での社会保障と失業との関係は、理論的にも実際の経験からも決着を見ている。社会保障は失業の原因ではなく、むしろ経済の回復に必要な有効需要を生み出す役割を果たすものであると考えられている。

(b) しかし最近では、社会保障が投資に及ぼす影響に着目して社会保障と経済活動との関係を明らかにしようとする、より複雑な議論が展開されている。

まず最初に考えられる推論は、社会保障が貯蓄率を低下させ、これが投資の減退を招くというものである。しかし実際の経済の動きを見ると、社会保障が拡大する中で貯蓄も増加しており、この推論は当を得ていない。

他方、社会保障は労働費用を増加させ、より労働節約的な投資を誘発し、これが失業の増加を導くとの議論がある。しかし、たとえこの議論が正しいとしても、投資に与える影響という点では、利子率を大きく越える物価上昇の方が社会保障などよりもはるかに決定的であるということを見過してはならない。

(c) 社会保障による心理的な安心感と物質的な援助が人々の労働意欲を減退させ、生産性を低め、失業を奨励しているとの議論がある。しかしこのことは正確に実証されたためしはないし、これまでヨーロッパでは実際に社会保障の発展と経済成長とが共存していたのである。

同様に失業給付の存在が、失業者の再就職を遅らせる作用を持つとの批判がある。しかし失業率の決定要因が、失業給付の存在にあるのではなく、産業活動の水準にあることは明らかであろう。

<社会保障がスタグフレーション下の経済に及ぼす影響は比較的小さい>

以上から、社会保障がインフレーションや失業の原因の一端を担っているとしても、その影響はごくわずかであると結論づけることができるであろう。現在のスタグフレーションには多くの説明が試みられているのであるが、どのような立場をとるにしろ、その問題は社会保障の問題をはるかに越えている。

またこれまで、社会保障には景気の自動調整機能が期待され、現に西ドイツ

でも1975年9月に、景気回復のテコとして社会給付による消費奨励措置が実施されている。しかし、現在のように経済政策が錯綜し、短時間で転換する状況下では、社会保障が有効な景気調整機能を果たし得るか大いに疑問である。

#### IV

以上の議論から、社会保障のとるべき途としては、次の二つが考えられる。

社会保障が経済に及ぼす影響が不確である以上、社会保障に特別な役割を期待することは避けるべきだというのが「用心深い」第1の途である。

第2は「革新」をめざす積極的な途である。スタグフレーションは一方で社会保障の必要性を高めているが、他方ではその財源や給付の在り方に大きな問題をなげかけるようになった。その有効性をより一層高める努力が必要であろう。また、スタグフレーションによって深刻化した我々の社会の諸問題そのものの解決策として、社会保障をもっと積極的に活用してゆく途はないものであろうか。たとえばスウェーデンでは、公共支出を通して新たな雇用の創造を図り、これを通して社会保障の収入増と支出減を図り、インフレーションと失業の抑制をめざしている。このように、社会保障は単なる「補償」の手段から「予防」の手段へと発展しうるのであり、これまで以上に経済問題にも社会的ニードにも対応できるものとなるであろう。

L. Fabius, *The Economy and Social Security in a Period of Inflation and Recession*, *International Social Security Review*, Year XXIX, No. 3, 1976, pp.215-227.

(一圓光弥 健保連)

## 老人の地域サービス

### — 欧米8カ国比較調査 —

最近完了した、社会サービス・システムに関する欧米8カ国比較調査(ディ

レクター—Alfred J. Kahn (米コロンビア大学教授)は、多くの興味深い結果を生み出した。ここでは、そのうちから老人の地域サービスに関する調査結果を紹介する。

調査の対象となった8か国とその老人人口比率(65歳以上)は次の通りである。イスラエル 7.3%, ユーゴスラビア 7.8%, カナダ 8.0%, ポーランド 8.5%, アメリカ 10%, イギリス 13%, フランス 13.1%, 東ドイツ 13.5%。

(データの年次は1973年から1975年にわたっている)

### 類似点：ニード、サービスの目標および方法を中心に

(1) 老人人口比率が同じ水準にある国々の間では、全般的に老人のもつニードはあまり変らない。そこで、ここで問題にしようとする老人の地域サービスの多くがその中に含まれるパーソナル・ソーシャル・サービス(personal social services)に対するニードのあり方は、その国の所得、医療、住宅等の既に確立している主要な社会サービスが、老人の基本的ニードをどの程度適切かつ十分に充足しているかによって異なる。そして各国に共通した経験から明らかなのは、これらの主要な社会サービスのいずれが不十分であっても、それは、他の社会サービスに過重な負担を強いることになるし、またパーソナル・ソーシャル・サービスだけでその代替を引き受けることはできないということである。

(2) 次に8か国で共通に確認された老人のニードの第1次的カテゴリーは、①退職後の所得に対するニード、②医療および保健サービスに対するニード、③家族のない自立生活困難な老人がもつ保護とケアに対するニードであった。このことから推し測ると、地域サービスに対するニードについては、各国ともいわゆる保護的なニードに重点を置いていることが分かる。

(3) サービスの目標については、イギリスにおいて最も早く打ち出された居宅処遇原則が、ニュアンスに若干の違いはあっても各国に共通の政策原理となっ

ていることが分かった。

(4) サービスの方法についても各国間で共通していることが非常に多い。所得保障や医療についてはとくにそうである。これに対して、住宅対策とパーソナル・ソーシャル・サービスは、イギリスでは、所得に応じた利用料を徴収することはあっても、いわゆる普遍的サービスとして提供されているが、他の国々では現在なお過渡期にある。しかし、これらの国々でも、それは従来のミーンズ・テストに基づく選別的サービスから普遍的サービスへの移行過程にあることがはっきり認められた。

(5) 居住施設およびケア施設に関する新しいサービス・モデルとして、共通して次の2つの主要な傾向があることが認められた。1つは、居住性とケアの機能をかね備えた多機能の複合施設で、相互に関連をもちながらも、ケアの程度およびレベルに応じていく種類かに分かれている。しかし、この種の施設に関連して生じている1つの問題は、利用老人がより広範なケアを必要とするようになったとき、別の施設に移すことが果して好ましいかどうか、また、たとえ好ましいとしてもどのような方法によって移すべきかということである。

もう一つの傾向は、多様なサービスを総合的に提供する地域サービス・センターで、これには、社会福祉関係の団体・機関が単独で運営するものと、医療施設が付属施設として設けるものがあるが、運営主体のいかにかわらず一連の地域サービスの拠点と考えられている。

### 相違点：地域サービスを中心にして

(1) 政策展開の上でどのサービスに重点を置いているかを見てみると、国によってかなり相違がある。例えば、カナダ、フランス、ポーランド、ユーゴスラビアでは、長期ケア施設の増設に重点が置かれているし、またこれら以外の国々では、主に地域サービスに重点が置かれている。

一方、地域サービスの発展程度を比較してみると、最も包括的なサービスを提供しているイギリスの例から、まだ実験的・パイロット的の事業としてとりか



かったところの国々の例までさまざまである。

(2) 老人の地域サービスの運営主体について見てみると、ポーランドで最も典型的に見られるように、保健関係の団体・機関によって運営されている国が多い。これは、保健・医療サービスとパーソナル・ソーシャル・サービスを単一の運営体制のもとで統合して提供する上で好条件を備えているからであるが、他方では、こうした運営方式は、医療に偏重したサービス提供となる危険性をもっていることも見過してはならない。

一方、イギリスでは、純粋に医療的なサービスだけが保健・医療関係の団体・機関で提供され、他のほとんどのサービスは、統合的なパーソナル・ソーシャル・サービスの提供組織のもとで提供されている。またアメリカでは、保健団体・機関、地域活動機関など多様な種類の団体・機関によって提供されている。

(3) 次にサービスの運営主体を公・私別に見てみると、国によってかなり大きな違いがある。例えば長期ケア施設の場合、イギリスでは施設の90%が公立であるのに対して、イスラエルでは54%（在籍人員の80%）が民営（voluntary）、アメリカでは77%（定員の67%）が私営（proprietary）である。

(4) サービスの量的な普及程度も国によって大きな差がある。しかし、これはその国の老人人口比率とりわけ75歳以上の高齢老人人口比率の違いによって、また前述の通り他の諸サービスとりわけ基礎的な社会サービスの発展程度によって異なった意味をもってくるので単純に比較することはできない。そこであくまでも参考資料としていくつかの例をあげておくと次の通りである。まず長期ケア施設については、ユーゴスラビアでは65歳以上老人のわずか0.04%しかカバーしていないのに対して、イギリスでは3%、アメリカおよび東ドイツでは5%、カナダでは実に9%となっている。ホーム・ヘルプ・サービスについては、イギリスが最もよく普及して人口約700人に1人のフルタイムのホームヘルパーがいる勘定になる。これに対して東ドイツでは6,000人に1人、フランスおよびアメリカでは7,000人に1人で、イギリスと比べて大きな差がある。また給食サービスについてみると、アメリカと東ドイツでは65歳以上老人の約

1%をカバーしているにすぎないのに対して、イギリスでは6%をカバーしている（データはいずれも1973年）。

(5) 前述の通り、老人の地域サービスは、趨勢としては共通に普遍的サービスとして提供される方向に向っているが、現状ではイギリスが最も進んでおり、フランスと東ドイツでは選別的サービスと普遍的サービスの混合形態、アメリカ、カナダ、イスラエルではなおほとんどがミーンズ・テストに基づく選別的サービスとして提供されている。なお、ポーランドとユーゴスラビアでは更に対象者が限られている。ところでこの点に関連して注目すべきなのは、イギリスのホーム・ヘルプ・サービスについて、現行の所得額に応じた費用徴収制度を廃止すべきであるという勧告が最近行なわれていることである。その理由は、利用老人の所得が少ないため、彼らの73%は無料になっており、その結果費用徴収のための管理費が費用徴収による財政収入を越えているためである。このことは、費用徴収制度が有効に機能するための大前提として、老人のための所得保障が充実しなければならないことを現実に証明したと言えよう。

### ＜ 老人のための社会サービスの今後の課題 ＞

老人のための社会サービスが次第に拡充するにしたがって、各国で今後共通の課題となると考えられることがらは次の通りである。

(1) まず第1に、各種のサービスに対するニーズを確定する上での指標と、サービスの実施計画および資源配分における優先順位を何に求めるのかという問題がある。例えば、長期ケア施設、短期間断続的に利用する施設、更には在宅サービスの間で老人のニーズをどのように区別し、それらのサービス間のバランスをどのように保つかといった問題である。

(2) 次に長期ケア施設が量的に拡大するにしたがって、ケアの質に対する関心が高まり、一定のケアの質を確保・維持するためのサービス基準の設定とそれに関する規制の問題がもち上がってくる。そして、この問題と先の(1)の問題の双方に関連して、ニーズとケアの質を確定する上での個人的選好の果たすべき役

割が問題となろう。

(3) 現在、現物給付としてのサービスを補ったり、あるいはその代替をしたり、国によってまちまちの機能を果たしている特別現金手当 (special cash allowances) がどのような役割を果たすべきか、今後問題となろう。しかし、ここで注目すべき1つの動向は、東ドイツで現物給付が拡大していることで、その理由は、市場メカニズムではある種のサービスに対する需要に十分こたえられないこと、また老人は現金給付では充足されないニーズを多くもっていることに求められている。

(4) 最後に、地域サービスの提供組織 (delivery system) に関連したいくつかの課題が指摘できる。そのひとつは、老人だけを対象にしたサービスと老人を含んだより一般的・統合的なサービス、あるいは家族を基礎単位としたサービスのどちらを推進していくべきかという問題であり、いまひとつは、保健・医療、住宅、パーソナル・ソーシャル・サービスなどの間でのサービスの分断化 (fragmentation) をなくし、より統合的なサービスの提供組織をどのようにして確立するかという問題である。

(5) 地域サービスの提供組織に関連した第3の課題は、収容ケアとコミュニティ・ケアを2分法的に捉えるのではなく、両者をサービス全体のスペクトルの中で捉え実施していくことである。

(6) イギリスで名付けられた「社会的ケア・サービス (the social care services)」— ホーム・ヘルプ・サービス、配食サービス、雑用サービス、付添サービス、電話確認サービスなどからなる一連の practical な援助方法— の重要性が各国で共通に確認されているが、この分野のサービスの提供組織は、どの国でもまだ確立していない。あるものは医療関係の団体・機関が提供していたり、あるものは社会福祉関係の団体・機関が提供している。また各サービスがバラバラに提供されていることが多く、それらを統合的に提供する組織体系を欠いている。イギリスを除いて、この社会的ケア・サービスが、老人の地域サービスの中核的位置を占めるべきであるという認識をもっている国はまだ

ない。しかし、今回の8か国調査を通じて明らかになったことは、老人が快適で尊厳を保ち得る生活を続けられるように援助する上では、社会的ケア・サービスが、老人の地域サービスの支柱としての重要性をもっているということであった。

Sheila B. Kamerman, Community Services for the Aged: The View from Eight Countries, The Gerontologist Vol. 16, No. 6. 1976. pp. 529-537.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

## キューバの医学教育カリキュラム

—— ハバナ大学における総合プラン ——

1. ハバナ大学医学部精神科科長の Armando Cordova と Calixto Garcia Hospital のデイ・ホスピタル主任の Jose Galigarcia の両氏は、ハバナ大学における医学教育プランを紹介している。現行のカリキュラムであるが、実施された年月日は記されていないので明確には言えないけれども、1971年に医学教育上の最近年の改革が行われたので、それ以後のことであろう。社会主義諸国の医学教育における理念と実際のカリキュラムを知る一助として興味深いものと言える。

2. キューバでは1962年1月10日に「高等教育改革法」(The Reform Law of High Education) が公布され、大学は人民の利益のために存在し、労働者、農民の手の届くものとなった。そして医学教育も大きく変化してきた。

革命直後の数年は、改革も限られていたが1年間のインターンを含む6年制が採用され、ハバナ大学以外に2つの医学部 — オリエンテ大学とラス・ヴィラス大学 — が新設された。

本格的展開を示すのは1965年以降である。キューバの歴史上初めての医学教育理念構想が定められ、その後1967年、1968年、1971年に修正されて今日に至っている。これに基づいて1969年～1970年には新しい6年制が導入された。

以上の展開を両氏は1959-1964年：第1期。1965-1969年：第2期。1970年-現在：第3期としている。これらの発展はキューバ社会における新しい生産関係を示すものであり、社会主義への移行とそれに伴う保健サービス機構の必然的变化の結果でもある。

3. キューバの教育は全面的に発達した調和のとれた人格形成を目標としている。革命はすぐれた革命家を「作る」(make)ことのみを目的としているのではなく、人民が働く分野で科学と技能(Technique)をマスターできるようにすることも目的である。それはキューバの新しい社会を多面的に発展させるのに人民が貢献できるようにすることである。こうした一般的理念に基いて、医学教育では以下の理念構想が確立されている。

- 革命的医師を養成する
- マルクス・レーニン主義を教える
- 学習と労働の両立
- 医療実践を国際主義者として理解する
- 科学的思考方法を発展させる
- 統一的理念をもった総合的教育
- 理論と実践の統一
- 学際的統合による教育・学習
- 基礎・臨床科学の統一
- 心理学的観点と生物学的観点の統一
- 侵略や自然現象の際に祖国を守ることができるように医師を一般的に訓練する
- 公衆衛生機構とその運営の知識
- 一般的文化的教育

◦ 体育とスポーツ。

4 この理念構想に基づいて具体的カリキュラムが編成される。教育は、知識単位システム(system of units of knowledge)によって行われる。それぞれの知識単位は水平的統合と垂直的統合がなされる。それぞれに対応して、水平的統合委員会(horizontal Committee of Medicine)と垂直的統合委員会(vertical Committee of Medicine)が設置され、カリキュラムの作製・検討、その実施に必要な教材、フィールド、教育スタッフ等の準備にあたる。

知識単位は一般単位(general unit)と特殊単位(particular unit)とに分けられ、それぞれが3段階(phase)に組み込まれている。各段階は2年で構成され、それぞれHemiphaseとして1年ずつに細分されている。一般単位は「人間と環境」として一括され、以下の11の側面が含まれる。

- (1) 心理学的側面
- (2) 社会的側面
- (3) 文化的側面
- (4) 予防的側面
- (5) 疫学的側面
- (6) 人類学的側面
- (7) 人口学的側面
- (8) 基礎的統計学
- (9) フィールド活動とポリクリニック活動
- (10) 科学方法論
- (11) 公衆衛生機構。

一般単位は、総合的能力を備えた医師を養成するために、学生の医学に対する態度を変革するものとして企画されている。

特殊単位は次の17である。

- (1) 医学入門
- (2) 細胞組織生物学

- (3) 神経運動システム
- (4) 心血管システム
- (5) 呼吸システム
- (6) 腎, 排出路システム
- (7) 生殖システム
- (8) 血液リンパ液造生システム
- (9) 内分泌代謝システム
- (10) 消化システム
- (11) 積極的: 消極的適応性 (攻撃と応酬)
- (12) 調節感覚器官
- (13) ホメオスターシスと生物学的統合
- (14) 組織
- (15) 精神医学
- (16) 耳鼻咽喉科学
- (17) 眼科学。

5. 以上の知識単位を中心として, 各半段階 (Hemiphase) 毎に以下のカリキュラムが組まれている。

**第1段階 正常構造機能**

半段階 I A

(特別単位) (1年次)

8週間,	8週間,	9週間,	9週間
医学入門	細胞組織生物学	中枢神経システム	神経運動感覚器

一般単位: 『人間と環境』

3週間	1週間	5週間	5週間	18週間
健康と社会的要因	第1次子防とポリクリニック計画	保健集団論	科学方法論入門と基礎統計学	フィールド活動

<教育活動>		<実践活動>	
1	マルクス・レーニン主義	学生は保健区 (ポリクリニク) へ赴き, 連続して4時間公衆衛生省の保健計画に参加する。	
2	学生の科学活動		
3	軍事訓練		
4	体育スポーツ		
5	文化活動		

半段階 I B (2年次)

特別単位

10週間	7週間	9週間	8週間
消化代謝と栄養, 内分泌	腎・生殖器	心血管器と呼吸器	血液リンパ液造生, ホメオスターシスと生物学的統合

一般単位: 『人間と環境』

14週間	18週間
人格	調査・フィールド活動

<教育活動>

- 1 マルクスレーニン主義
- 2 学生の科学活動
- 3 軍事訓練
- 4 体育スポーツ
- 5 文化活動

<実践活動>

半段階 I Aとは少し異なる内容で, フィールド活動を継続する。

**第2段階 病的構造機能**

半段階 II A (3年次)

(特別単位)

13週間	5週間	6週間	5週間	6週間
攻撃と応酬	呼吸器	心血管器	腎排出路	消化器





11	血・リンパ器	140		3	4					
12	ホメオスタシスと生物学的統合	40		5						
13	攻撃と応酬	299			13					
14	精神科	324							9	
15	耳鼻咽喉科	105							3	
16	眼科	105							3	
17	皮膚科	105						3		
18	内科	300							10	
19	小児科	300							10	
20	産婦人科	248							8	
21	外科	320							8	
22	『人間と環境』	646	14	18	14	18	5	18	18	18
23	マルクス・レーニン主義	64		16		16				
24	一般軍事訓練	144	18		18					
25	特殊軍事訓練	98	8	15		12	7		7	
26	体育	216	18	18	18	18	18	18		
27	フィールド活動	1068	12	18	12	18	5	18	18	
28	看護実習	96							12	
29	予防補助活動	220								5
30	学生の科学活動	432				18	18	18	18	18
31	自由選択の垂直単位時間	176								4
32	インターン	2024								23
	総計	9100								23

以上のカリキュラムを実施するにあたっては、次の4つの特徴をもった教育法が採用される。まず、講義は入門的単位か特殊な単期コースにおいてのみ用いられる。第2に、小グループ制、第3にCPCや、統合的ミーティング（関連をもつ各教師が参加する）を重視する、第4に理論的情報に関する学生自身の活動、教育を前面に出す。

中南米で唯一の社会主義国として、また、公衆衛生水準が中南米で第1位といわれる国として、また世界で最も若い社会主義国として、注目される医療活動を行っているキューバの医学教育の背景をなしている考え方と実際のカリキュラムを紹介した。

Armando Cordova, Jose Galigarcia

「Place of Social Sciences in the Medical Curriculum  
- An Integrated Study Plan for the Teaching of Medicine in  
the University of Havana -」

『Social Science and Medicine』 Vol.11. No.2. 1977, 2, pp.129-133.

（日野秀逸 大阪大学医学部）

# ソーシャルワークへの 統一理論導入を批判す

(イギリス)

最近、イギリスではポスト・シーボーム改革が話題とされているようだが（たとえば、本紙№38参照）、社会福祉理論の領域においても、システム理論を用いた「統一理論」(unitary approach) (Allen PincusとAnn Minahanの提唱による)が改革以降の現状にマッチした理論として福祉の随所にとり入れられ、流行しているといわれる。この統一理論は、理論と実践の統一を図るために、また、技術主義に対する科学主義の立場から、ソーシャルワークを量的に処理しようとするものであり、さらに、specialistにとってよりも generalistにとって有効な理論とされている。しかし、統一理論は、理論的にはメリットをもってきたが、いざ実践に移す段になると、「統一」のあり方、方法について問題がないわけではない。とくに、ワーカー・クライアント関係にシステム理論を導入した場合には援助の後退を来すことになる。この点を指摘したのが本論文である。以下、ソーシャルワークへの統一理論導入の現状と批判点について記した本論文から要旨を紹介することにする。

ソーシャルワークの領域に統一理論が導入された背景として、1970年の地方行政改正によるシーボームレポートの具体化がある。それは、社会サービスの総合化という課題に応じて、社会サービス部の新設と資源の効果的利用を企図したもので、その結果、ソーシャルワーカーは、70年以前には警官、保護監察官、家賃集金人等の行っていた仕事まで担当するようになった。したがって、地方自治体に社会サービス部が新設されて以来、ソーシャルワーカーは、種々雑多な自分たちの仕事を包括的に説明できる理論的根拠を模索してきた。この問題に応える理論として「統一」(unitary)ないし「統合」(integrated)

的アプローチが、計画やマネジメントに関する研修、ソーシャルワーク教育の領域に急激に導入され、一種の流行になっている。この理論がアピールしているのは、たんにソーシャルワークの役割に関するものだけではなく、組織としての社会サービス部の統合をも問題にしているからである。

では、統一理論とはどのようなものか。それは、システム理論から採用されたもので、社会サービス部の設置以来とりあげられてきた社会福祉の介入 (social work intervention)、コミュニテ・ニードの評価・充足といった問題や社会問題を最小限にするための計画等について、多様で広範な概念を適応させることができる理論といわれている。そこでは、個々のクライアントの情緒的・物質的ニードが、種々の満足度ではかられる社会システムの部分として位置づけられ、ソーシャルワークは、個人とシステムとの間の相互作用に関係するものとされる。ソーシャルワーカーは“変化をもたらす実行者”(change agent)と呼ばれ、従来の狭いケースワークと違い、ワーカーが影響を及ぼそうとしている“標的システム”(target system)に合わせて、“介入”(intervention)のレベルを計画することができるというのである。

このような統一理論に対する批判点は何か。何よりも、“介入”とか“標的システム”といった考えは、あまりに漠然としているので、どのような行動をとるべきかといった問に対する解答にはならない。また、統一理論は共通性のない断片を吸収し統合するものであるから、そこでは、たんに人間と資源を必要な時に結びつけるのがソーシャルワーカーの仕事であるとさえいわれる。しかし、一つの大きな社会サービス部が各種の人間に関する問題をシステム化する方法としては、この理論はきわめて合理性を維持していることは確かである。ただし、組織にとって意味のある方法も、クライアントにとっては——秘密内容がコンピューターにかけられたり、事務所の閉所時間に間に合わなかったために、権利として緊急ニードを要求できない場合もでてきたりして——必ずしも意味をなしているとはいえない。さらに、統一理論は社会的・政治的問題に幅広い展望を提供すると主張するが、それは、社会的・政治的内容を伴って

ないので、分析をすることはできず、たんに叙述するにとどまっているのである。

一般に、社会サービス部へ来る人びとは、困難や不利な状況におかれている場合が多いものだが、もし、サービス部の応答がシステム理論に基づいて行なわれるなら、人間として、また、市民としてクライアントを扱うことはできないだろう。統一理論の信者は、彼らの理論的展望とおうへいな組織的行動の例を結びつけるものが間違っているというだろう。しかし、われわれは、実際に使われている方法によって理論の是非を判断しなければならないのである。

シーボーム改革以来、地方行政体のソーシャルワーク（local authority social work）にとって決定的な弱点は、多種多様な仕事のバッチワークに広範囲の理論的システムを押しつけようとしてきたことだろう。社会サービス部は、専門主義（児童、精神病、老人に対する活動）から生じるソーシャルワークの諸サービス部は、エンジニアリング、ビジネス・マネジメント、自然科学の領域から福祉とは異質の考えを持ち込み、これによって困難にある人びとの援助活動としてきているのである。

結論として、ソーシャルワークへの統一理論導入の試みは、local authority social workの維持にとって決してプラスにならないだろう。なぜなら、システム理論はソーシャルワークを組織に服従させ、一層硬直化させるからである。その上、クライアントとの出会いにおいて、個人的、情緒的、道徳的要素を明らかにせず、“資源システム”によって“介入のレベル”を決めるような理論は、ソーシャルワーカーから効果的な援助を引き出すことができず、結局はソーシャルワーカーを無能力にしてしまう。このような事態は、まさに社会サービスの官僚制作用を反映したものである。ソーシャルワーカーの本来の役割とちぐはぐな理論を身にまとっているワーカーを、信用することはできない。そして最後に、少なくとも、クライアントの個人的なニーズが社会学的なきまり文句（sociological cliché）によって消滅されるとする問題の立て方自体に疑問が呈せられる。

以上、本論文に提出されている福祉状況とその批判点は、そのままわが国においても検討に値しよう。

Bill Jordan (Lecturer in Social Work, University of Exeter),  
Against the unitary approach to social work, New Society, 2.  
June, 1977.

（萩原清子 長野大学）



## 所得政策と低所得

—— 老齢年金と社会扶助との併給 ——

VAN LIER (オランダ)

本稿には、老齢年金を補足する検討が取上げられている。Van Lier は各世帯で生活する全人口のうち5%から1%が、純最低賃金の水準にほぼ相当する所得を得ていると計算していた。このカテゴリーの人びとは、主として、高齢者で構成されている。かれらは、ある最低の水準で容認できる所得の分配が達成されるまで、低所得が平均的な増大よりもはるかに大幅に毎年増えていると主張している。この最低の水準における各種の所得は、ある純粋な基本額に関連させるべきである。

筆者は一方における純社会保障給付と他方における純最低賃金の間に設けられる恒常的な結合に対して、多数の反対理由を述べている。

- (1) もし最低賃金が引上げられるならば、その結果はそれに対応して社会保障給付の引上げをもたらす金額が、要求された当初の金額の倍数となるであろう。2つの社会的な最低が採用されるのには、大きな反対があると考えられる。つまり、それらは労働者に対する最低と、賃金を支払われる雇用で働いていない人びとに対する最低である。
- (2) その結合は最低賃金において望ましいとされる機構的引上げを妨害する。しかし、最低賃金を引上げる手段だけで所得の水準を引下げる可能性は、過大に評価されるべきではない。水準の低下は、高い賃金と低い賃金に異なる百分率で示した引上げを用いることによって達成され、また、これは最低賃金の金額を決定するのであって、その反対ということはありません。

筆者に対するある重要な指摘は、約10年間にわたる努力が、社会保障の最低と純最低賃金との間における純粋な基盤に平等を育てる方向に動いてきたということである。もしこの平等が達成された途端にそれが失われるならば、上述したことは理解されないだろう。

*Socialism en Democratie*, No.6, 1974, pp. 265 – 272 ; No. 14, '74/75.

## 社会変化と遺族の社会保障

V. Vergeiner and E. Tumova

(チェコスロヴァキア)

本稿には、遺族年金が女性の新しい経済的および社会的な立場からみて、妥当な役割を果たしているかどうかの問題を詳細に調査するために行なわれた研究の結果が示されている。

統計的な分析にもとづいて、女性の経済的活動の範囲は、根本的には遺族年金と関係のないという結論が得られた。遺族年金の存在する理由は、性別による全般的な経済的および社会的な不平等にあり、それは階層的な社会に典型的なもので、その社会では、女性は労働の分野、世帯の機能の分野、また、さらに資産、権威および権力の分野からみて、男子に依存している。

事実上では、社会主義はこれらの不平等の掃を促進している。しかし、それは生産力発達のレベルによって決定される限界を超えることができないし、その生産力発達は、最終的には、社会における労働の分野がもつ性質、範囲および安定を決定する。したがって、労働の分野から生れた性別による不平等は、

家庭内で存在し続ける。同時に、家庭内では、法律と経済の双方に存在する平等化の推進は、事実上の発達を達成してきた。

世帯内における夫の死亡は、家族の基盤を混乱させ、また、労働の社会的な分野で女性のもつ不平等を強めるが、それらは遺族にとって要求される生活水準を侵害し、ときには、生計の手段を欠くことさえもあるようなあらゆる結果を伴っている。

遺族に対する社会保障では、生計を提供する機能は後退するが、労働条件と生活環境について男女両性の条件に不平等が存在する限り、また、社会と経済の双方において労働の分野のもっている明らかな表示が、男子よりも女子にとって不利な状態を続ける限り、平等化の機能は重要性をもち続けるであろう。

女性の雇用が益々増えるということは、その問題を解決していない。われわれの新しい社会では、女性の雇用は就労可能な年齢の女性のうち72.5%に増加しており、扶養されている女性の数は80万人に減っている。しかし、男子の賃金水準の変化と比較した場合、女性の賃金水準の変化は、余り印象的ではないし、平等化の進行にみられる速度では、予想は楽観的でない。

寡婦の相対的な人数は、事実上では、1930年以来と同一水準を維持しているが、かれらの絶対的な人数は、既婚女性と比較したかれらの相対的な人数と同様に（戦後の時期における婚姻率の大幅な上昇により）、やや増えている。寡婦は高齢な女性の宿命で（80%が60歳以上である）、かれらの相対的な人数は、各年齢グループでみれば増えている。寡婦の82%は寡婦年金の受給資格をもち、かつ、寡婦年金の受給を認められている。年齢によるそのような分布状態は、最も年齢の高いグループ（80歳以上）を除けば、すべての寡婦の年齢分布に対応している。80歳以上のグループの比率は70%に低下するが、これは

過去の制度の名残りを示している。それらのグループの寡婦は社会年金を受給する例が多い。

受給を認められた寡婦年金のうち、僅かに16%だけが経済活動に従事していた人びとに残された寡婦で、残りは年金受給者に残された寡婦であった。遺族年金と当人自身の加入した保険からの老齢年金の双方を受給していた寡婦の人数は、40%に増加していた。つまり、寡婦のうち60%だけがかれらの寡婦年金に依存していた。寡婦（2種類の年金を受給する寡婦を含めて）の平均的な所得水準は、男子の平均的な水準に達していなかった。寡婦が2種類の年金を受給するという議論は、寡婦年金の存在に反対する確信的な理論ではない。若い寡婦でさえも大きな社会的ハンディキャップをもち、そのハンディキャップは雇用から取得する平均的な所得を比較することによって証明される。夫の死亡した場合に、寡婦は一般にその世帯が稼得従事者の死亡で失った所得の3分の2に相当する雇用からのある所得に依存する。

若い寡婦に対する雇用率は、既婚女性の比率より高い。かれらの住んでいる場所は社会的な重要性をもつということが発見されている。つまり、かれらは田舎に住んでおり、また、大都市よりも小さな町に住んでいる。35歳未満のすべての寡婦は子供を養育しており、寡婦の居住する町の規模が大きくなるにつれて、子供の人数は少なくなる。調査は寡婦年金が生計の資金を提供する機能を制約されており、また、男女両性の社会的な条件の相違の結果であり、かつ、稼得従事者の喪失によって生ずる生活水準の相違を、次第に平等化する機能を引受けている。

寡婦年金の受給を認められる主要な判断基準は、引続き次のようなものとなる。つまり、それらは稼得従事者の死亡した翌年における無条件の権利、および、それ以後における完全な廃疾、子供の養育、所定年齢の到達である。



Zabezpečení Pozostalých ve Svetle Společenských Zmen,  
 Zpravodai Vusuz, No. 3, 1973, pp. 21 - 31 ; No.61,  
 '74/75.

## 年金受給者の雇用は 望まれるべきか？

**Ursula Slawinshi** (東ドイツ)

本稿には、筆者が実施した調査研究の結果が示されており、その調査研究には、Rostok 大学の多数のスタッフが参加した。

年金受給者の雇用は高齢者と企業の双方が関心をもっている。それはその雇用が、何故無視されるべきでない社会的な必要性をもつようになったかということである。

ドイツ人民共和国（以下東ドイツ）の北部にある数カ所の企業で行なった調査を通じて得られた結果にもとづき、筆者は年金受給者が強い関心をもっており、社会的に有益であるようになろうと努力していることを発見している。医師達は社会的に有益な年金受給者の仕事が、直接的には、寿命を延ばすのに役立っているという事実に注目している。また、平均余命が長くなれば長くなるほど、雇用されたいという高齢者の願望はますます強くなるともいわれている。東ドイツの市民達は、65歳以上の平均余命では、全世界の人口のうち第3位に属している。1963-1966年の期間における寿命の統計は、出生時の平均余命が約70歳のあたりであるということを示している。これは徐々に高くなり、次第に高齢者の適職に対するニーズがさらに増加する状態をもたらすであろう。また、年金受給者とかれらが最後に従事した雇用との間を結びつけるのが、密接

になれば密接になるほど、年金受給開始後の雇用について、高齢者の関心はより一層大きくなるのも真実である。

調査は経済的活動の継続を決定する場合に、一般的な年金受給者は、質問表に理由を示した欄の一番上に報酬をあげていないことを示している。理由は色いろに異なっており、企業は一連の刺戟策を決定する前に、各企業の老齢な労働者がもっているニーズと関心を分析すべきである。

筆者はそのような分析について、次のような段階を勧告している。

- (1) 年金年齢に近づいた全従業員登録とかれらのもっている資格と労働経験の分析。
- (2) 従業員の経験を考慮したかれらの代表的な例の選別、および労働を継続しようとするかれらの関心、かれらをそのような労働延長に誘う動機、および有利な決定を下す条件についての調査など。
- (3) 事実上残っている労働能力と決定を下される該当者の健康状態を示すために、同時に行なわれる医学的な検査。
- (4) 事業所内とその他の場所の双方における高齢者の雇用がもつ可能性の検討、高齢者に対する仕事の適切性の観点からみた利用可能な仕事、および必要とされるかも知れない労働条件と設備の調整にかんする分析。
- (5) 事業所内における雇用の可能性の分析は、高齢者の職場がもつ適切性の観点からすべての職場の検討も含むべきである。
- (6) 包括的な分析は、関心を抱く老齢な労働者に、事業所が十分な雇用機会をもっているかどうか、あるいは、高齢者が他の場所で仕事を探すのを選ぶかどうか、また、そのような動きがどの程度であることを示すべきである。
- (7) 一度高齢者のニーズと関心が記録されると、政府と事業所は引下げた労働時間を含む各種の手段を通じて、高齢者達の経済的な活動について経済的および精神的な双方の誘因を開発すべきである。

そのような分析は、高齢者のニーズと希望を決定することができるし、事業所と地方の双方のレベルで行なう社会計画では、高齢者を満足させる手段を併せて含んでいる。

Ist Rentnerbeschäftigung Erwünscht?, Arbeit und Arbeitsrecht, No. 2, 1974, pp. 39-41; No. 57, '74/75.

以上3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。

## 社会保障こぼれ話

### 社会保障の一部改正

(デンマーク)

デンマークの疾病保険は、かつて、所得により2つのグループに分けられていたが、1975年7月から、そのような方法が改正された。つまり、かつて、所得が所定の水準以上の人びとは、医療給付を制約されていたが、改正により、その制約が外されて、これらのグループも、自分の選択により、所得が所定水準以下の人びとのグループに参加し、一般医の診療を無料で受給できるようになった。

また、疾病・出産の現金給付では、出産時の給付が養子にも認められ、被用者は6週間、自営業者は4週間、出産時と同一条件で、給付が支給されることになった。疾病時の現金給付では、疾病期間中に、引続き賃金を使用者から支払われる被用者は、基本的には、疾病保険の現金給付に受給資格を取得できる。もっとも、引続き支払われる賃金が、給付の支給額を上まわれれば、給付は支給されない。しかし、賃金が給付を下まわる場合、給付より不足している部分を、賃金に加えて、保険から支払われることになった。疾病保険には、これら以外にも、若干の改正が加えられている。

なお、失業給付でも、対象とする年齢を18歳から17歳に引下げるとか、受給資格の取得期間を12カ月から6カ月に減少するなどの改正が行なわれた。さらに、家族手当でも、色いろな改正が加えられた。

Amendments to Social Security Legislation, International Social Security Review, No. 3, 1976, pp. 294-297.

(平石長久 社会保障研究所)

# 模 索 す る W H O

## — 予算の動向を中心に —

厚生省大臣官房企画室 水田邦雄

1975年3月末から2年間、Associate（「準専門職員」と訳すべきか）としてWHOに派遣され、在ジュネーブの本部、予算・財政部に勤務して見聞したものは、いわば彼岸に立つ「超国家的」（Super-national）機関としてのWHOではなく、あるいは南北問題の現れの場の一つとなり、あるいは国連システム、二国間・多国間協力の長足の発展の中で、自らの役割を問い直し続ける、正しい意味での「国際」（Inter-national）機関としてのWHOだった。本稿においては、このようなWHOのプロフィールを、そのプログラム・ポリシーの動的な側面に焦点をあわせつつ、描いてみることにしたい。

### 1. 1978年予算の歴史的意味

去る5月にジュネーブで開かれた第30回世界保健総会においては、別表1のとおり1978年予算が承認されたが（総会決議30,31）、この予算の内容は、WHOの直面する問題を明瞭に反映している点で興味深いものである。その特徴を要約すれば次の3点となる。

- (1) 予算総額が、1億6500万ドル（450億円）と対77年予算比で、12.1パーセント増と異例の伸びを見せていること（例年は6～8パーセント増）

別表1

Regular budget for the financial year 1978

Appropriation section	Purpose of appropriation	Amount 'US\$
1.	Policy organs .....	3,056,900
2.	General management, coordination and development .....	17,118,285
3.	Development of comprehensive health services .....	24,527,839
4.	Health manpower development.....	20,873,990
5.	Disease prevention and control .....	36,235,524
6.	Promotion of environmental health .....	8,165,580
7.	Health information and literature .....	15,987,400
8.	General service and support programmes...	20,800,800
9.	Support to regional programmes .....	18,233,682
	Effective working budget	165,000,000

(2) 本部予算を大幅に削減し、そのうち460万ドルを地域事務局に移管することとしていること。

(3) 削減による予算上の余裕が、技術協力予算に充当すること以外に用途が限定されていない事務局長又は地域事務局長の「開発プログラム」(Development programme)として計上されていること。

第一点の予算規模の異例の伸びについてはここで詳しく立ち入る余裕はない。しかし、プログラムの拡大による伸びが、わずかに1.61パーセントであるのに対し、プログラムの拡大を伴わない単なるコスト増が7.76パーセントに昇っていることは注目に値いしょう。このコスト増には、一般的な物価の上昇のほか、予算が「弱い通貨」である米ドル建てであり、しかも本部が最も「強い通貨」を持つスイスにあることもあざかっている。伸び率の残余は、ジュネーブ採用職員の給与引上げ及びソ連で開催が予定されているプライマリー・ヘルス・ケア会議(Primary Health Care、「第一線医療」と訳すべきか)の経費にあてられるものである。

78年予算を際立たせるものは、しかし、第二の特徴だろう。すなわち、前回の第29回総会においては、いわゆる第三世界グループのイニシアチブにより、WHOの通常予算の、少なくとも60パーセントを、1980年までに開発途上国に対する技術協力(technical Cooperation)にあてるものとするとの決議(総会決議29.48)が採択されており、1978年は、その決議を履行するにあたっての初年度となっているからである。計算の基礎とされた1977年予算ベースでいえば、技術協力予算は全体の51.2パーセント、7500万ドルであり、これを60パーセントとするためには、1300万ドルの追加が必要となる。この差額(約37億円)は、額としては小さく響くかもしれない。しかし、人件費が1億ドルを越すWHOの予算において、このような財源を捻出するためには、定員の大幅な削減以外にとるべき方途はなく、具体的には5年間で通常予算負担の定員3288名の内363名の削減が提案されるに至っている。とりわけ、技術協力に直接には従事しない職員の多い本部においては、1350名のうち313名が削減されるこ

ととされている。定員4.5名の内1名が削減の対象とされた。本部に与える影響はきわめて深刻なものといえよう。

このような動きの背景に南北問題があることは前述した。しかし、それがWHOにおいて現実化したということは、同時にWHO自体の開発途上国に対する協力のあり方が問われたものといえることができよう。この問題について考えるためには、まずWHOの事業において技術協力がどのような位置にあるのかを見る必要がある。

## 2. WHOの事業

WHOの目的が「すべての人々が可能な限りの最高の健康水準に到達すること」(憲章第1条)であることは、よく知られている。またWHOの予算はプログラム別になっているため、そのプログラム体系は予算の構成から、そのおおよそを伺うことができる。したがって、ここでは、WHOの事業をその内容から分類し、考案してみたい。

WHOの事業で、今日特に強調されているものを大別すると、次の三つに区分できよう。

- 1) 保健関連情報の収集、規格化、整備及び提供
- 2) 特定の伝染病に対する世界戦略の立案及び実施
- 3) 開発途上国に対する技術協力

第一の分野では、国際伝染病情報、衛生関係諸統計の収集及び提供、国際疾病分類の編集、食薬品の国際規格の設定、国際衛生規則の施行がその典型例といえようが、このほか専門家委員会(Expert Committee)などの開催による専門家間の情報交換の場を設定することも、このカテゴリーに含めることができよう。これらはいずれも、「国際保健事業において指導・調整の権威として機能する」(憲章第2条a)というWHOの第一の役割に合致するものであり、また、国際機関でなければ行うことができないか又は困難なものであり、かつ、行うことにより全世界が利益を受けるという意味で、WHOの固有の事業とい

別表2 チュニジアにおける技術協力プロジェクト

TUNISIA	Project No.	Man-years/months				Estimated obligations				
		1976	1977	1978	1979	1976 US\$	1977 US\$	1978 US\$	1979 US\$	
GENERAL HEALTH SERVICES										
<u>Health services development</u>										
	Advisory service.....	HSD 001	0/1	0/1	0/2	0/2	3 000	3 500	8 000	9 000
<u>HEALTH MANPOWER DEVELOPMENT</u>										
	Medical education.....	HMD 002	5/0	5/0	3/9	3/9	301 900	306 900	322 400	347 500
	Auxiliary training(training of instructors)	HMD 003		0/1	0/1	0/1		11 500	35 000	37 000
	Fellowships.....	HMD 099					60 000	65 000	75 000	85 000
<u>COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL</u>										
<u>Malaria and other parasitic diseases</u>										
	Malaria eradication programme.....	MPD 001	1/0	0/2	0/4	0/4	71 700	43 000	65 000	72 000
	Schistosomiasis control.....	MPD 002		0/2				7 000		
<u>NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL</u>										
<u>Cancer</u>										
	Cancer control.....	CAN 001	1/0	0/3	0/1	0/1	28 700	19 500	16 000	16 500
<u>Biomedical aspects of radiation</u>										
	Radiation protection.....	RAD 001			0/1				8 000	7 000
<u>PROMOTION OF ENVIRONMENTAL HEALTH</u>										
<u>Provision of basic sanitary measures</u>										
	Environmental health servis and training.....	BSM 001		0/4				31 000		
<u>HEALTH STATISTICS</u>										
<u>Development of health statistical services</u>										
	Advisory services on vital and health statics.....	DHS 001		0/3				14 300		
<u>ASSISTANCE TO COUNTRY PROGRAMMES</u>										
	WHO representative's office.....	AEM 200	3/0	3/0	3/0	3/0	65 900	70 000	77 800	95 300
	<b>Total - TUNISIA</b>		10/1	9/4	7/6	7/5	531 200	571 700	607 200	669 300

(原文のまま)

えよう。

第二は、全世界の資源を集中的に動員して、世界の広い地域において人々の健康に深刻な被害を与えている特定の伝染病の根絶又は抑止を図ろうとするものである。成功裏に終ろうとしている「天然痘根絶計画」(Smallpox eradication programme)の企画と実施が、その好例であるが、結核、マラリアについても同様の計画があるほか、これらを発展させるかたちで「予防接種拡大計画」(Expanded programme on immunization)も現在準備段階に入っている。この領域の事業は、WHOが国際的協調のフォーカルポイントとなり、同時に、人々の健康水準の向上に直接寄与するものであるだけに、WHOになじみやすいものといえよう。

第三の技術協力をWHOの事業の中に、どのように位置づけるかは難しい問題である。たしかに、憲章上も「加盟国政府の要請に基づき、保健サービス強化のため、加盟国政府を援助すること」(憲章第1条C)との規定はあるが、開発途上国の社会・経済開発については二国間・多国間援助が先行しており、さらに、国連システムにおいても、開発そのものを目的とし、資金量も大きい、世界銀行グループ、国連開発プログラム(UNDP)が存在するからである。しかし、国際社会の大きな流れの中で、WHOにおいても、この技術協力を中心に据えようとする動きがあることは初めに述べたとおりであり、この問題を抜きにしてWHOの今後を考えることはできない。

### 3. 開発プログラムの展開

WHOの技術協力について考える場合の与件の一つは、WHOの予算レベルの低さである。すなわち、いわゆる開発途上国の数は優に100を越しており、前に記した1977年予算の60パーセントを技術協力に配分するとしても一国当たり単純平均で80万ドル(2億2000万円)となり、さらにここから本部及び地域事務局の国際プログラム分を除くと、一国当たり55万5000ドル(1億5000万円)にしかならないことである。(この額に最も近い技術協力の配分を受けているチ

ュニアの例を参考として別表2に掲げることにする。)したがって、このように極めて限られた資源から、最大限の効果を引き出す方途が探られねばならない。

これまでのWHOの技術協力において、プロジェクト自体の効率性が強調されてきたことは、上の課題に対する一つの回答であったが、この結果として、援助対象が明確で、成果も比較的容易に出る自己完結的な小規模プロジェクトが採用されるという傾向が生じていた。このようなプロジェクトでは、しかし、その自己完結性の故に、相互の関連性が見失なわれて断片的なものとなる傾向があり、WHOの技術協力が、各国の抱える問題のうち周辺的なものの解決にしか役立たないという指摘がなされるに至っている。

このような事態に対する反省のうえにWHOが技術協力の新たな方法として打ち出しているものが、総合的なカントリー・プログラミング(Country programming)である。このカントリー・プログラミングとは、国ごとにそれぞれの保健問題を、社会経済上のコンテクストとの関連で評価し、解決の優先度の高い領域を把握し、優先的なプログラムを形成するためのシステムティックな過程と理解されており、このようにして設定されたプログラムに沿って技術協力を展開しようとするものである。この新たな技術協力へのアプローチを支えるものは、次の諸点である。

- (1) 予算編成の柔軟化
- (2) 開発途上国に駐在するWHO代表(WHO Representative, 通常WRと略称される)の機能強化
- (3) 通常予算外の資金(Extra budgetary fund)の位置付けの明確化とその積極的導入

第一の点は、予算編成のやり方を従来のプロジェクトの積み上げから、予算段階ではプロジェクトを特定化せずプログラムを基本単位とするように改めようとするものである。この改正の背景には次のような事情があった。すなわち、従来の予算編成作業においては、例えば1978年に執行されるプロジェクトの予

算が理事会、総会で承認されるのが77年、地域委員会 (Regional committee) で承認されるのが76年秋であるため、相手国政府と具体的なプロジェクト設定の協議に入るのは75年から76年と、決定から履行までの期間が3～4年 (WHOでは予算の複年制 (biennial budgeting) がとられているため後年次においては4～5年) と開き、実情にそぐわなくなったために他のプロジェクトに切り換えられるものが多数にのぼるといふ非現実性があり、また、このような長期のタイム・ラグにも耐えるプロジェクトを選ぶとすれば、対象がきわめて限定的なものになりやすく、その結果として、前に述べた協力の断片化をもたらす一因ともなっていたものである。(初めに述べた多額の用途不特定の開発プログラムが予算に組まれたこと背景には、このような予算の編成方法にもよると思われる。) 今回の改正により、1980年予算を例にとると、1979年春の総会でプログラム別の予算配分が行われ、同年秋の地域委員会でプロジェクトが決定され、翌年には執行されることとなり、予算の現実性プロジェクト間の整合性の高まりが期待されている。

第二点は、WRの本来の機能の再確認とも言えるものであり、駐在国の保健担当部局に対するアドバイザーとしての職務を、カントリー・プログラミングの積極的参画という方法をもって実現しようとするものである。(カントリー・プログラミングの主体はあくまでも各国政府にあり、方法論上のアドバイスそれ自体技術協力の一つととらえられている。そして、この協力事業を荷う者がWRであるとされる。) プロジェクトの決定と実施の間の時間のズレの解消は、WRの機動的な活動の幅を拡げ、その機能の強化に寄与するものと考えられる。

WHOの国際保健事業における調整機能は、世界のレベルのみならず、各国に対する技術協力においてもはたされるべきだとする理念に基づいて上記の第三点は主張されている。すなわち、カントリー・プログラミングによって、各国が強化すべき保健サービス全般が明らかとなれば、WHOの技術協力のみならず二国間、多国間援助、UNDPなどの国際機関による協力に一定の方向性を与え、さらには、相互の調整を図ることが期待できるからである。資金調達

能力の低いWHOにおいては、このような外部資金との間の調整がきわめて重要なものであることは論をまたないが、とりわけ、WHOのプログラムの範囲を超える資本投資との間に有機的な関係を設定することが、WHOの技術協力に対する開発途上国の評価を決定する鍵であるように思われる。

以上、私見も含めながら、WHOの動向について述べてきたが、紙数の関係から、WHOの財政に大きな比重を持つに至っている外部資金の分析に深く立ち入れず、またWHOの抱えるもう一つの大きな問題である専門職員の国籍配分の問題に触れ得なかったことを記しておきたい。なお、本稿をまとめるにあたって参考とした文献を以下に記しておく。

- WHO憲章，“BASIC DOCUMENTS”(26th edition, 1976年刊)
- 1978年予算 “PROPOSED PROGRAMME BUDGET FOR THE FINANCIAL YEARS 1978 and 1979” Official Records No236, 1976年刊
- WHOのプログラム “SIXTH GENERAL PROGRAMME OF WORK COVERING A SPECIFIC PERIOD(1978 - 1983)” Official Records No233 Annex 7 (別刷り有り), 1976年刊
- 総会決議 29.48の履行 理事会文書 EB59/6
- 一般的なWHOの紹介 “INTRODUCING WHO”, 1976年刊

## イギリス人の生活感覚

社会保障研究所 小林 良二

イギリスに住んだり訪問したことのある人々がその印象を問われて、「確かにイギリスは経済的には落ち目であるが、植民地時代に貯えた蓄積があるから、割合いゆったりしてられるし、人々の態度にも余裕がみられる」と言った評価を下しているのを、よく耳にする。筆者もまた2年近くの滞英生活を通してこのことを実際に見聞きしたのであるが、細かい事実の穿鑿——どの地域のどのような階級の人々にどの程度そうした態度がみられるかという点——は措くとしても、何かそうした説明だけでは割り切れないものを感じるのである。

この割り切れなさは、筆者が滞英中よく接していた英国人に対しても感じていたのであるが、ここではそれが典型的に見られた事例を紹介して、問題の糸口とすることにしたいと思う。

第1の例は、筆者がイギリス南西海岸のコーンウォール地方に旅行した時のことである。コーンウォールは大西洋とドーヴァー海峡に面するイギリス南西端の半島部であり、海岸の美しさ、気候の温暖さ、空気の新鮮なことなどの理由で、イギリスでも屈指の保養地である。今年のイースター休暇に家内とこの地方に行く計画をたて、イギリスで大変よく知られているBed and Breakfastという安い民宿を探し、そこに何泊かしたことがあった。こうした民宿では夕食後（Bed and Breakfastでも頼めば夕食を出してくれるところがある）よく客を居間に招いて会話を楽しむのであるが、我々もまたくつろいだ感じの居間でテレビを見、お茶をごちそうになりながら、この宿の主人夫婦と話をする機

会を得たのであった。話しが進んで、いつこの土地に来て、この様なBed and Breakfastを始めることになったか、という話題になったのであるが、40才位のこの主人の説明によると、結婚してしばらくは北ロンドンのある会社で技術関係の仕事をしていた。しかし5年程前にロンドンでの生活が退屈になり、環境もあまり良くなかったので、その会社を退職し、この家を買って移り住んだのだと言う。住んでみると環境等は極めて良いし、ロンドンに行こうと思えば車で6、7時間かければ出られる。経済的な面では、夏場は海水浴のできる砂浜が近くにあり、最盛期には、13人位まで客を泊めて稼ぐ、シーズンオフはぼちぼち客が来るだけで、特に冬場にはほとんど客がない。しかしこの時期には失業手当がもらえるから夏場での稼ごと合わせれば十分維持できる、とのことであった。イギリス人が混雑する都会生活を嫌うことは、我々の比ではないのであるが、経済的にはそれほど贅沢できないとしても一定の生活の基礎——ここでは失業手当を含めて——があれば、むしろ退屈な（boring＝うんざりする＝という言葉をイギリス人は特徴的に用いる）都市生活に見切りをつけ、脱出を企てるという点に強い印象を受けたのである。

紹介するもう一つの事例は、筆者が席を置いていた、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクスでのことである。指導教官が約束の時間に現われず、しばらく隣の部屋で待たされることになった。そこへ同じゼミナールに属している学生がやってきて、彼も待つことになり、いろいろな学生生活の状況を聞くことになった。話題が将来の抱負に及んだ時に彼は次のように答えたのである。“僕は将来大学で研究生活を送りたい。労働運動の歴史について研究するつもりだ。現在は、大学を始めとする研究者のポストを得るのが大変難しいことはわかっているが、ミ・マム・ウェルフェア・コンディション（という表現をこの学生はしていた）さえあれば、現在の生活を続けてゆく予定である”とイギリスの学生の大多数は、政府からの奨学金で生活しており、その額は決して多いものではなく、休みにはアルバイトをしたり、補足給付（Supplementary Benefits）を受けたりしているわけで、決して楽ではない。彼らの着てい



る服装を一目みただけでそれがわかる。そうした学生の口から、経済的に富裕になることよりも、むしろ自分の好きな生活をしたい、その為には若干の経済的困窮は今のところ構わない、という話を聞き、我々の感覚とは随分ちがうなと思ったのであった。

こうした事例によく似た話を筆者はイギリス滞在中に比較的良好に耳にし、何か我々のもつ感覚と異質なものを感じとっていた。イギリス人はあまり働かない（とイギリス人自身が特殊なニュアンスをこめて言うのであるが）とはよく言われることだし、また事実彼らが働いているのを見ると、どうみても効率的であるとは思われない。日本から行った当初は生活のスピードの遅さに大分いらいらしたのであるが、しかし、何か月か住んでいるとその中に何か別の意味があることに気づいてくるのである。そして、彼らの生活態度には単に“働かない”ということだけでは済まされないなにかがある、と思い始める。

前にあげた2つの事例をみると、それらに共通して言えることは、彼らがある程度経済生活を犠牲にしても、あるいは一定の経済的裏づけさえあれば、経済よりもむしろ、生活の質あるいは、意味のある生活、を意識的に選択している、という点であろう。何が意味のある生活であるか、ということは勿論、個人によって異なる。各々が自分で自分の生活の意味をみつけてゆく、という点では、イギリス人はきわめて明確な態度を持っている。さて、しかしそれをどこに見い出すか、ということになると、多くの問題が出てくることになる。彼らの中には、そうした生活を実現しうる可能性は、industry、従って又都市生活の中では少ない、industryはboring（退屈）で、dirty（きたない）、という考え方が強い様であり、それが子供達の場合には増幅されて出てくる。勿論これは、年齢・階級・身分・地域など、様々な条件によって大いに異なるであろうし、全部がそうだということではない。しかし、それを考慮に入れた上で、やや大袈裟な言い方を許していただけるならば、何かそこに、市民社会の爛熟という問題が潜んでいると思われるのである。

このことを考える上での素材をもう一つ提供しておこう。経済的な地盤沈下

がポンドの急激な下落に気の毒な程はっきりと現われ、インフレのひどい昇進、失業率の増大と相俟って、経済面での明るいニュースがおよそみられなかったこと2年間のイギリスであったが、そうした状況の中でこの4月に、“New Society”という週刊紙が、「イギリス人は本当に裕福になりたいと思っているのか？」という題の調査記事を書き、その内容が日刊紙にもとりあげられ、時期が時期であることもあって、かなりの反響を呼んだのである。読者のどなたかは既に御承知であるかも知れないが、簡単にその内容を紹介してみたい。結論的には次の2つのことが大切であるとのこと報告はいう。

「（イギリス人は）物質的な面ではあまり多くを望まないということが顕著である。ほとんどの人が裕福でありたいと本当には思っていない。大抵の人々は金の面では多くを欲しいとは思わないし、又、期待しているわけでもない。たとえ、より多く（金）手に入れることができるとわかっていても、大多数はその為に一生懸命働こうとはしない。大抵の回答者は、ただ気持ちのよい（pleasant）生活ができるに必要なだけ働けばよいと考えている」。更にもう一つの結論は、

「イギリス人は1973年以来（この年に、この調査と同じ内容の調査が行なわれている）生活の標的を下げたように思われる。1977年では、4年前よりも、自分たちの物質的基準に対する満足度が減ってはいるものの、多くの人たちは、自分たちが4年前に要求していたものと同じものを受取るに値しないと考えている。これは、新しい現象であり（と言って更に皮肉げくつけ加える）、期待水準低落革命とも言うべきものである」（New Society, 28 April, 1977. P. 158）。

この様に調査結果を要約したあとで、更に、自分たちの経済状態が過去5年間どの様に変化し、今後5年間どうなるか、という見通し、将来に対して楽観的か悲観的か、現在十分な生活ができるには更にどれくらいの金が必要であるか。現在の生活水準にどの位困っているか、等々の質問結果を、年齢、階級、性、地域等の差異を折り込みながら紹介したあとで、イギリス人の経済生活水

準への期待が下降したとのべ、シニカルに「この調査の回答者たちは、国は危機に瀕してはいるが、自分たちはまあまあのことを行っている、と言っていると思われる」と注釈しているのである（op. cit, p. 160）

イギリスが、一応の社会保障の水準に達した国であるのは事実であるが、その保障・サービスが十分であるとは言えないし、国民保健サービスを始めとして、平等化の問題、人種問題、低賃金問題、マンパワー問題等々、問題が山積しており、どれをとっても、短時日で問題がかたづくとは決して思われぬ。にも拘わらず、イギリス社会のある一面では何か別のロジックが、社会の成り立ちそのものに問題を投げかけていることを感じるのである。

筆者は以前、マックス・ウェーバーの「プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神」という論文を読んだことがあるが、その中に、伝統主義の勤労観は、1日に必要なものだけ働いて得たら、それ以上は働かないこと。従って、賃金をたとえ2倍、3倍に上げたとしても、より一生懸命働こうとはしない、という点に求められる、とあったのを思い出す。先に紹介した事例及び調査報告を思い出していただく。彼らは、ある程度の経済的保障があれば、あとは自分の好きなことをしたい、ただ、気持が良い生活ができるに足るだけの金があれば良く、それ以上、働こうとは思わない、と言っているのである。マックス・ウェーバーが近代資本主義発祥の地としたイギリスで、まさしく、伝統主義とも呼べる様な生活意識が、支配的になっているとも言うるのである。これは、もともと、イギリス人の生活の中に、産業革命にも拘わらず流れていたものが、復活してきたということなのであろうか、あるいは、生活意識の大きな転回があったのであろうか。

この問題を解くには、経済・社会・文化等様々な領域について細かい検討が必要であらう。が、さしあたっては、1949年に、T.H.マーシャルが鋭く問題提起していた「市民権の拡張とその内的必然性の限界」という議論が、この間の変化を説明する1つの鍵になるのではないかと思う。

それはさておき、イギリスの社会が危機に瀕していることは事実であり、そ

れはイギリス人自身も口にしているところである。経済生活が逼迫してゆく中で、先に紹介したような意識がどこまで持続してゆくかは必ずしも明らかではない。しかしまた、イギリスの社会には、何か不思議な安定が感じられることも事実である。この社会はいったいどうなってゆくのであろうか。こうした問題はなかなか興味深いものであり、やはりそこに、巨大な実験が行なわれている、と筆者は思うのである。

English people's sense of life.

## 社会保障こぼれ話

### 年齢別による医療費

— 1976年 — (アメリカ)

人びとの年齢は、健康保護やそれを手に入れるのに必要な費用に大きな関係をもっている。したがって、19歳未満、19-64歳、65歳以上の各グループ別に、健康保護の型と人びとがそれらに支払った費用について、医療費の分析が行なわれている。この分析で調査の対象とされた医療費は、公的な制度と私的な手段によるものを含んでいる。医療費の動きをみるこの調査は、メディケア制度が開始された1967会計年度から現在まで続けられている。

1976会計年度、つまり、1975年7月1日から1976年6月30日までの間に65歳以上の2,200万人が必要とした健康保護に対して、総額349億ドルが支出された。同様な金額は19歳未満のグループで179億ドル、19-64歳のグループで677億ドルであった。このような年齢グループ別による医療費の傾向は、1人当り医療費を反映し、1人当り医療費は19歳未満では249ドル、19-64歳のグループでは約2倍(547ドル)で、65歳以上のグループでは約3倍(1,521ドル)であった。また、全人口の約3分の1に当る19歳未満のグループの医療費合計は、総医療費の15%を占めるにすぎないが、65歳以上のグループはその約2倍(29%を占めていた。残りの56%が19-64歳のグループによって占められていた。

私的な手段による費用は、主として、若いグループが占めていた。高齢者の場合、公的な資金がかれらのグループに要した費用の3分の2以上を調達していたが、かれらの費用の4分の1以上は、当人達が自分で賄っていた。

なんらかの方法により、政府の制度で財源を調達した各人への医療費は、1976年度に484億ドルで、これは同年度に人びとに要した医療費の40%に

当る。公的な制度のうち、主要な2つの制度はメディケアとメディケイドで、これらの費用は315億ドルになっており、これは公費による医療費の65%で、各人に提供された医療の費用のうち、26%に相当する。メディケアは第一義的には高齢者を対象としており、メディケイドも38%が高齢者のために支出されていた。したがって、65歳以上のグループに対する医療費のうち、38%、つまり、236億ドルが公的な制度により調達されたことになる。ちなみに、公的な費用は19-64歳のグループに要した費用のうち30%で、19歳未満では26%になる。

提供された医療は、年齢別のグループで異なっており、19歳未満では、31%が医師の診療で、薬剤や歯科医療などは少ない。19-64歳のグループでは、病院医療が比較的によく、約2分の1の費用はこれに支出されていた。65歳以上のグループでも、病院医療は45%を占め、ナーシング・ホームが25%で、医師の診療が17%であった。

R.M. Gibson, M.S. Mueller, and C.R. Fisher, Age Differences in Health Care Spending, Fiscal Year 1976. Social Security Bulletin, August 1977, pp. 3-14.

(平石長久 社会保障研究所)

## 社会保障こぼれ話

### 年金制度の採用

(バーレン)

ベルツァ湾の西岸にあるバーレンは、1880年以來イギリスの保護領であったが、1971年に独立した新興国である。この国は古い時代からアラビア湾の貿易の中心地で、現在でも、豊かな石油資源と中継貿易で、アラブ土候国の中では、経済的に恵まれた方に属し、工業化を目指している。

各新興国は社会保障制度の導入に積極的で、このバーレンも同様に、独立後間もない1976年8月から、社会保険法を実施した。この法律は民間の一部の被用者に対して、老齢・廃疾・遺族給付と労働災害補償給付を用意している。なお、疾病・出産、失業、家族手当の諸給付も、将来採用が計画されている。

採用された諸給付のうち、たとえば、老齢年金は、男子の場合に、180ヵ月以上の拠出と60歳の年齢を条件として支払われ、女子の場合には、それらが120ヵ月と55歳になる。しかし、年金年齢以前に退職するときには、男子で240ヵ月、女子で180ヵ月以上の拠出が要求される。年金は受給直前の2年間における賃金の平均月額の60分の1に、拠出を支払った年数をかけて計算される。制度の財源は労使と政府が調達し、使用者は賃金支払総額の11%を年金制度に、3%を労働災害に支払い、労働者は賃金の7%を年金制度に支払う。

ILO, Social and Labour Bulletin, No. 2, June 1977, pp. 169 - 170.

(平石長久 社会保障研究所)

## 編集後記

9月に入っても、残暑がきびしかった。しかし、9月も終りになれば、風に秋の気配が濃くなってきた。早い所には、霜が訪づれているようだ。間もなく、あちこちから、初氷の便りも届くだろう。また、深い山々では、やがて、高い所から低い方へ、燃えるような紅葉が、次第に降りてくるだろう。麓では、葉の落ちた枝先の柿が、秋の陽に一際赤く映えるようになるだろう。1人歩きの山歩きの途中で、ふと足をとめて、重いリュックサックをゆすりながら、抜けるように青い秋空に映える赤い柿を、仰いだものだ。そのようにして、柿を見なくなってから久しい。それはともかく、秋は馳け足でやってきて、馳け足で去って行く。

(平石)

## 海外社会保障情報 No. 39

昭和52年9月30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