

海外社会保障情報 No. 41

MARCH 1978



社会保障研究所

社会保障年金財政再建の 最近の動き

(アメリカ)

社会保障年金制度の財政危機が取沙汰されて久しいが、いよいよ財政措置の強力なテコ入れをめぐって連邦議会でも上下両院の改革案が提出されている。今回は最近の社会保障年金制度の危機の状況と改革案等について紹介する。

1977年だけでも連邦政府は社会保障年金制度に基づき徴収する社会保障税と信託基金の利子収入より55億ドル多い額を給付費のために拠出している。この調子でいけば、今後10年で財政赤字は年約460億ドルになるかもしれない。

連邦議会の改革案には、将来必要とする資金のために財務省の一般歳入からの拠出を、という提案もある。また現行の65歳からの完全年金受給資格を68歳もしくは69歳にするという提案もある。諸提案の共通の目的は、社会保障年金制度の運営仕組みをできるだけ現行のままに保持して、しかも急激な社会保障税の引上げを行わないとするものである。

<人口変動のもたらす危機>

社会保障税は、すでに多くの労働者にとって年間ほぼ1,000ドルで、しばしば所得税よりも多い状況である。現在議会で提出されている改革案に基づけば、社会保障税の最高額は今後10年で2倍または3倍になるかもしれない。今日、約3,400万人が年金および扶養給付または遺族給付を得ており、受給者数は合衆国人口の6人につき1人の割合となっている。65歳の退職労働者に対する最高給付月額、1971年時には約200ドルであったのが1977年時には約400ドル

に倍増した。連邦議会が現在課そうとしている追加の社会保障税は、今後7年間のみで約1,000億ドルになろう。労働者やその使用者は、増大する負担に不満を表明している。

しかし年金制度の年間欠損は、これまで信託基金を使いつくし、現在社会保障税収から給付費を拠出しているが、経済不況と失業の増大で、社会保障税収よりも給付費の方が上回っている状態である。

長期的展望としては、現状のままでは20~30年のうちに社会保障年金制度は広範に破綻することが見込まれる。1940年代の戦後のベビー・ブーム時に生れたグループが退職年齢に達する時、社会保障年金制度は、ドラスチックな措置が直ちに講じられないかぎり、全ての給付を支給できないであろう、と保険数理士は語っている。皮肉にも確実な収入不足の1要因は、これらの年齢グループによる1960年代から低下している出生率による社会変革である。

生活様式の変革は、より多くの者が1人暮らしをすること、およびより多くの未婚カップル(同棲者)が出ることを意味している。環境への関心の増大と人口増大の警告は、若い夫婦者に少ない子供または子供なし家庭を助長するようになっている。経口避妊薬の開発も出生率の低下に拍車をかけた。戦後のベビー・ブームは1957年にピークであり、女子1人につき3.8人の子供という出生率であったが、1976年までに出生率は1.8に落ち込み、単純再生産よりも下回った。

これら全ての結果は、退職人口との比較で労働人口の減少という展望をもたらした。なお医学の進歩は、老人の寿命を延ばしたので、より長期にわたる退職年金の支給期間をもつようになった。

別に私的年金制度の普及は、連邦議会およびホワイト・ハウスが定年延長の圧力をかけているにもかかわらず、ますます早期退職を助長している。

<危機要因となった政策>

しかしながら、年金制度の病根は完全に予期しない人口変動の結果によるも

のではない。

例えば、1972年に連邦議会は社会保障年金給付額を消費者物価の上昇に自動的に調整して引上げることを票決した。このインフレ調整のために、受給者は最終労働年に拠出した額よりも多い年金額を得ることができるというのである。かくして年金額は拠出額により近い額であるべきとする原則から何回も逸脱してしまった。

また1950年に連邦議会は、社会福祉負担の若干を社会保障プログラムに移動させる目的で、最低給付額を倍増した。後年の最低支給額の引上げと合せて当該措置は、より広範に経費のかさむ制度にしてしまった。

私的年金制度でカバーされる職業からの早期退職者の多くの者は、現在社会保障年金制度でカバーされる職業に転職しており、彼らは第2回目の年金を得ようとしている。

<発足当初からの財政危機>

1940年に、社会保障年金制度が給付を初めて支給した時に、多くの者が社会保障税拠出後のわずか36月後に支給をうけている。例えば、1940年1月1日に受給者となったある法律事務職者は、それまで給料差引の社会保障税を全部で22.54ドル拠出した。そして1975年1月25日の死亡時には退職年金額21,000ドルであった。

1950年に連邦議会在が1,000万人の自営業者およびその他に年金制度の適用を拡大した時、多くの者達は、18月の短期間社会保障税を拠出した後に受給者となる年齢の者達であった。65歳間近の自営業者は、1951年1月1日から1952年中頃まで全部で121.50ドルを拠出し、月額80ドルの年金受給者となったのである。

<改革案の概要>

現在連邦議会の上下両院で審議中の改革案について、上院案と下院案の概要

を、以下の項目別に対照させて紹介する：

下院案

(社会保障税)

現行よりもより急速に上げられる。被用者および使用者の最高額は、1977年の965ドルから1982年には2,115ドルに、そして1987年には3,025ドルにと、現行の課税計画よりも50%高いレベルで上げられる。自営業者に対するそれも1987年までには約3倍になる。

(所得制限)

65歳で退職した者に対しては、給付額を失わないですむ最高限度の稼働所得は、現行の3,000ドルから1981年には5,500ドルに上げられ、1982年にこの制度は廃止される。

(月所得調査)

働らかなかった月の給付につき所得調査をする規則は廃止される。

(インフレ防止)

以下の制限を設ける：

1. 給付額の引上げ仕組みが生計費の上昇よりも上回るような規定を廃止する。
2. 社会保障年金制度の最低給付額と他の私的年金を合せてうける者に対する最低の当初給付額を約121ドルに凍結する。
3. 早期退職者に対しては、給付額の年生計費調整を彼らの減額給付に応じて行なう。

(定年の延長)

65歳以後の就労1年につき3%増の年金とする。

(国庫補助)

信託基金が年支出の25%以下に落込んだ場合に、国庫から借入れできる。この場合、返済のために必要であれば、社会保障税の引上げの規定を適用する。

上院案

(社会保障税)

被用者よりも使用者により負担増となるように改正する。被用者の最高額は、1977年の965ドルから1982年には1,636ドルに、1987年には2,407ドルに上げられる。使用者に対するそれは、1977年の965ドル(被用者と同額)から1979年には3,068ドルに、1985年には5,288ドルに上げられる。自営業者については、1977年の1,304ドルから1982年には2,276ドルに、そして1987年には3,373ドルに上げられる。

(所得制限)

給付額を失うことのない稼働所得の最高年額は、1977年の3,000ドルから1978年には4,500ドルに、1979年には6,000ドルに上げられる。障害給付をうける盲人に対する制限を廃止する。70歳以上の者に対する制限も、1982年に廃止される。

(月所得調査)

現行法を何等改正しない。

(インフレ防衛)

「2重支給(併給)をうける者」に対する給付額の凍結に関して下院案と同様な制限はない。

自己の私的年金を支給される被扶養配偶者に対する社会保障年金給付額は、私的年金の額によって減額される(申請者に対してのみ適用)。

(定年の延長)

65歳以降の就労につき年金額の割増しはない。ただし、就労1年につき1%の年金額の現行引上げ措置は、生存配偶者にも拡大適用される。

(国庫補助)

国庫からの借入については何等の現定もない。

両案の改正要点は以上であり、下院案は昨年10月27日下院を通過しているが、上院案は、1977年11月現在なお審議中である。

U. S. News & World Report, Nov. 21, 1977.

Congressional Quarterly Weekly Report, Nov. 5, 1977.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

アメリカ人の見た ソヴェト医療システム

1. アメリカの有名な週刊誌「ウォール・ストリート・ジャーナル」に、かなり長文のソヴェト医療システムに関するレポートが1977年5月に掲載された。ジャーナリストティックな手法で、病院やポリクリニックを取材し、保健省や病院・ポリクリニック幹部、外人居留者、入院患者等をインタビューした内容を報告している。ソヴェト保健制度のもつ複雑な諸側面を事実こそくして読者に提示しており、興味深い探訪記といえよう。

2. 現代と中世の同居, その歴史的・地理的背景

筆者のノースラブはまず、「ソヴェトの保健制度は奇形である」という。それは一方ではコンピューターや電子顕微鏡に代表される現代的設備を駆使しながら、他方では『中世』的な蛭を使った瀉血がしばしば行われるし、吸い玉放血法もよく行われるということに端的にあらわれているという。

またノースラブはモスクワ在住の外人科学者のことばとして、「モスクワでは、外交旅券を持っていれば、あなたは西側のと比べることのできる施設に收容されるだろう。外交旅券がなければ:50年前に逆もどりする」と語らせている。同時にノースラブは科学者の次のことばを見落してはいない。「しかし、あなたは、ソヴェト国民がどれだけの道のりを歩んで来たかを思い起こさなけ

ればならない。そして、歴史的特殊性と地理的特殊性から、ソヴェト保健制度の特殊性をおさえている。

「60年前に共産主義者たちは当時の水準からみてすら中世的なシステムを受けついで。政府の公式言明では乳児死亡率は270%という恐るべきものだった。レーニンは革命の地固めの時期に保健分野で100以上の布告に署名したといわれている。多大の仕事が達成された。乳児死亡率は今では恐らく12~22%である。ロシア人1,000人当りの病院病床数12という発表数字は高いものである」とノースラブは書いている。保健支出の推移にもふれて、60年という比較的短期間に達成された諸成果を述べた後に、彼は、保健省のレオニード・ウルバノヴィチの次のことばを引いている。「われわれは依然として解決すべき多くの問題を抱えている」「例えばわれわれは農村でのシステムに依然として満足していない」。

地理的にみれば2億5千万の人口をもつ15の共和国が、アジアの熱帯気候からシベリアの極寒まで、大きな広がりや差異の中に1つの国を形成している。そして、革命以前には人の住んでいなかったところも少なくないのである。こうした所では開発という最優先項目に医療を適合させなければならなかった。かくして一般に農村部で人口希薄地域での医療システムは、それまでにあった材料を活用することが奨励されたのである。このような地方では看護婦がしばしば医師の仕事を行っている。

3. 私的医療の問題

日本でもソヴェトにおける私的医療について関心を集めているが、ノースラブはこの点について、イギリス人学生の「病院の医師や看護婦に対する内密の支払いは非常に一般化しているので正規のものとの区別がつかないくらいだ」という発言を紹介している。それは専門医の診察を受けるには50ルーブル程度であり、上級のクリニックに入所するには100ルーブル程度といわれている。

この問題でのウルバノヴィチ氏の公式見解は、「われわれは私的医業を抱え

ているが、それは国のコントロールのもとにある」というものである。すなわち、医師は自宅で私的に医業を営めるが彼は彼の所有する設備を使わねばならず、収入に対しては課税されるのである。そして、設備を個人で持つことでできるソヴェトの医師はほんのわずかである。

4. 入院の状態

入院した場合のソヴェト保健制度への評価は大きくわかる。同じアメリカ人でも、ノースラブの知りあいでも心臓発作のために入院した人は、「すばらしいとりあつかい」を受けたと語り、年輩の婦人はモスクワ国際空港で転倒して臀部を傷つけて入院したがそれは「恐るべき時間」であったと述べている。

ノースラブは、ソヴェト国民でも、いわば当り外れがあるので、各病院やポリクリニクによって状態がかなり違っていると述べている。例えばモスクワ第67一般病院はよい方のサンプルであって、そこに入院しているブロンドの主婦、ガリナ・カレヴァさんは「私は幸運よ、不満といったらしばらくここに居なければならぬことだけ」と語っている。ウクライナ人でこの副院長のミハエル・コヴァレンコ博士はノースラブを案内しながら、「ソヴェトの病院はディスポーザブル注射器を持っていません。しかし、高圧蒸気消毒機で消毒し、係りの女性達が茶色の紙器に入れ、それを紙クリップで封印しています。このようにシステムは作動しこれによって費用を節約しています」と主張した。

外来ベースの基本施設であるポリクリニクについても、ノースラブはモスクワの南郊外にある第148ポリクリニクを訪れている。外来機能が低下しているアメリカとの比較がノースラブの脳裡にあるためか、ポリクリニクがソヴェトの特徴を示す施設だとみている。そして、比較的詳しくこの第148ポリクリニクの内容と活動をレポートしているが、ここはわれわれの周知のことなので省略する。

5. 医師の給料

ノースラブはソヴェトに医師が多いこと、そのうちの8割近くが女性であることに興味を抱いている。医師数は人口10万対33でアメリカの18.5よりかなり多い。ノースラブはソヴェトの医師養成を紹介している。彼は、医師の給料がアメリカでの高い医師報酬と比べていかに少ないかを強調している。「新卒のソヴェトの医師は月に約105から140ルーブル（\$140から\$187）を支払われる。これは工業労働者よりも30パーセントほど低い」と述べながら、次の要因に注意を促している。まず、ソヴェトの給料体系では家賃や家庭設備費が助成金で補われること、医師は無料で公教育において養成されていること、医師の資格が上昇するのに従って割増給を得ること。

この他に、ノースラブは、ソヴェトでは「国民1人1人が自分を専門家と認めていますよ」という医師の表現にみられるような健康教育の普及をとりあげている。「健康」誌（アフラナズダローフ）は毎月1,200万部出ていることがその指票の1つをなすであろう。

ノースラブは決して何らかの結論を出そうともしていないが、アメリカとソヴェトの問題の所在の違いとか、医療への考え方の違い、また共通している問題や、制度よりもその運用によりウェイトのかかる問題等々、多くの素材をさりげなく読者に提供している。

Bowen Northrup, "Moscow's Medicine:
Soviet Health System Combines the Modern with the
'Medieval'" Wall Street J. May 23, 1977

（日野秀逸 大阪大学医学部）

婦人の社会保障問題

（西ドイツ）

近年、どこの国でも婦人の地位の問題がクローズ・アップされている。社会保障の分野でも、とくに年金について婦人の取扱いが問題となっている。IL

Oでも婦人の年金問題を取り上げ、討議しているが、それぞれの国でも婦人の社会保障問題を検討している。

西ドイツでは1972年に第2次年金改革が行われ、就業していない婦人（主婦等）にも年金保険に加入する機会が与えられ、また遺族年金や低額年金の引き上げが行われたが、まだ一般的に婦人の年金分野における条件は低い。そこでその改善のための検討が行われており、1976年12月に「婦人・社会調査委員会」が連邦議会に中間報告を提出した。この委員会は、連邦議会議員5人と専門家5人で構成されている。この委員会の設置目的は、社会における婦人の完全な法律的社会的同等性を実現するためになされなければならない解決策を準備することである。同委員会報告が検討している主要な点は、教育・訓練、職業・労働市場および公共における婦人の状況である。婦人の社会保障については、とくに1984年までにはっきりした老齢保障を確立すべきであることが提案されている。以下、同委員会報告のうち婦人の社会保障に関する部分の概要を紹介する。

基本的提案

同委員会の基本的提案は、「社会保障制度における婦人の地位を総合的に考慮する必要がある」ということである。そして「出てくる要求を処理したり、支援的な役割を演ずる制度によってのみ、現在の状況の永続的な改善が可能で

ある」との意見が述べられている。また、「婦人に対する保障制度の改善は短期間には無理であろう。というのは、一方でまだ解消されない問題を沢山提起するとともに、他方でそれぞれの件について非常に長期間の暫定的措置を講ずる必要があるからである」との見解も述べられている。

委員会の提案はおおむねつぎのとおりである。はっきりした老齢保障の確立のためには、すべての婦人は婚姻関係とは独立の個有の給付請求権を有する社会保険の被保険者であるべきである。その場合、就業していない婦人の老齢保障の財源はその配偶者が負担する。また、就業している婦人は、各自の労働報酬から保険料を支払う。子どもの世話のために就業できない期間については、家族負担調整のための保険料をもってあてるべきである。各制度ごとに保険料額および年金額が新たに定められる。配偶者のみが就業している場合の保険料額については、相当高いものとなろう。これは、就業している配偶者の所得から2人分の社会保障をまかなうための保険料を徴収することになるからである。また、年金額については、単身者の場合と既婚者の場合ある程度差がつけられるべきである。はっきりした婦人の老齢保障を確立するためには、単身者について年金加算を導入すべきである。

子どもの養育は一つの仕事であり、社会保障制度は、婦人が就業のために拘束されることなしに子どもを養育することができるようにしなければならない。そのために一定期間、調整手当が支払われるべきである。これと関連して、婦人が教育を終了した場合または結婚により中断していた教育を継続する場合、経過手当が受けられるようにすべきである。

今後の課題

以上が同委員会の基本的見解であるが同委員会は、今回の提案は、はっきりした婦人の社会保障確立のための第一歩にすぎない、数多くの山積する問題を今後検討し、立法措置がとられうるような提案をする、と述べている。また連邦政府も、1976年12月16日の政府声明の中で、すべての婦人のためのすぐれ

た社会保障を約束し、そのための方向を明らかにしている。すなわち、「われわれは、今後8年間に社会保障において無権利の状態にある婦人をなくし、終局的にはすべての婦人のためにすぐれた社会保障を確立するよう努力しなければならない。このために相当の準備をする必要がある。政府は、専門委員会を召集し、重要な問題を解決し、次の総選挙までには基本的な考え方を明らかにする予定である」と述べている。

Die soziale Sicherung der Frau,
Die Krankenversicherung 1977.

(石本忠義 健保連社会保障研究室)

社会保障こぼれ話

労働災害補償の改正

(アメリカ)

この国の労働災害補償は、各州の法律で規定されており、それぞれの州によって制度が異なる。

1977年には、49州で約1,700の法案が提出され、そのうち、300以上が法律として制定された。それらの改正は主として適用の拡大、現金と医療の給付やリハビリテーションの改善、管理・運営の改善などを主要内容としている。

オクラホマ州は、賃金支払いが所定の基準に該当する使用者の全被用者に、適用を拡大しネヴァダ州は職業病で除かれていた多数の適用除外を廃止した。メリーランド、テキサス、ワイオミングの諸州は域外適用を拡大し、テネシー、オクラホマ、オレゴン、サウス・カロライナの諸州は職業病の適用を広げている。しかし、カリフォルニア州は従来適用した臨時雇いや家事労働の労働者を適用から外し、ネヴァダやオレゴンの2州も適用を狭くした。

(11頁へつづく)

保険拠出限度上がる

(西ドイツ)

ドイツ連邦参議院は昨年来70日以上論議を経て12月16日、今年度の社会保険の全部門における保険義務と拠出の新限度についての政府案を承認した。この結果年金保険の拠出率18%、鉱山従業員保険の23.5%、失業保険の3%はそのまま、疾病保険は個々の金庫の規定する拠出額が適用され、これは平均して11%ないし11.5%となる。各部門の毎月の拠出測定限度は次の通りである。

労働者・職員保険	3,700 マルク
鉱山従業員保険	4,600 "
失業保険	3,700 "
疾病保険(公的)	2,775 "

これによると被用者の最高拠出額は年金保険で333 マルク、鉱山従業員保険で391 マルク、失業保険で55.50 マルクとなり、疾病保険では11%の拠出率の場合最高拠出額は153 マルクとなる(以上は1月1日から適用される)。

以上のほか、

公的災害保険の年金受給者は7.4%増額される。

農家の老齢手当、農地譲渡年金ならびに遺児年金は9.9%増額される。

児童手当については、第2子に対し国は従来の月70マルクを80%に、第3子とそれ以降の各子に対しては120マルクを150マルクに増額する。

さらに薬剤法(Arzneimittelgesetz)も1月1日から改正された。

従来の薬剤登録手続きに代えて、ほとんどすべての薬剤は認可義務を課せら

れる。除外されるのはホメオパシー薬品だけである。それ以外の薬剤はすべて製造者が品質、効能、安全性の証明をしなければならない。使用法を判読し易く記載しなければならない。製薬会社は障害の生じた場合の責任保険をかけなければならないこととなり、連邦保険局がこれらを監督する。

Süddeutsche Zeitung, 17/18 Dezember, 31,

Dezember, 1977.

老齢限度の引き下げをめぐって

(西ドイツ)

ベルリンのドイツ経済研究所(das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung)によると、年金受給年齢変動制(flexible Altersgrenze)の導入により西ドイツの1975、76年の労働市場の負担は著るしく軽減されたが、年金保険の老齢限度(Altersgrenz)を全般的に引き下げるのはあまり意味がないという。高齢者の稼得活動は近年既に非常に低下しているのである。

年齢変動制を導入した翌年の1972年には60歳から65歳の男子の69%がなお働らいていたが、1976年になるとこの率は52%に下がっている。1975、76年に変動性を利用した人が、もし65歳まで年金開始期を待っていたとすれば、1976年には全体として約19万の職場がさらに必要であったはずである。廃疾年金受給(60ないし64歳)が1976年は少なかったため、年齢変動制の純効果はほぼ16万人であろう。

一方労働市場・職業研究所(das Institut für Arbeitsmarkt-und Berufsforschung)は年金受給年齢を60歳に下げること約1%(1980年24

万4千人)減少させられうると見て、経済研究所の計算を現実的なものとしているが、しかし老齢限度の引き下げは労働市場政策の見地からでなく、社会政策的見地から — 例えば重度障害者の退職年限の引き下げ — 論じなければならぬとしている。つまり原則として国家補助の増加は可能であり、しかもそれによって生ずる年金支出とそれによって節約される失業者への支給との差額だけが帳簿上残るにすぎない、と経済研究所はいうのである。

もっとも老齢限度を全般的に引き下げることは、年をとってからも働きたいという被用者が職場の問題で圧迫をうけることになり、比較的高い年金受給権をもつ被保険者だけが早期の退職をすることができるという矛盾が生ずる。結局のところ1990年になって労働力供給が減少して、そのため老齢者負担率(就業可能年齢の者が賄う年金受給者数)は激増することになる。その時になってもう一度老齢限度を上げようとしても無理だろう。

それよりは経済研究所が考えているように、今後10年内について、人口構造の変化の結果労働力の余剰を期待して、それに対処するようにするのが有意義であろう。

Süddeutsche Zeitung, 5/6 Januar 1978.

(安積鋭二 国立国会図書館)

アメリカにおける失業と AFDC 給付

インフレ抑制政策の結果として失業者が増大した場合に、雇用対策への要求が高まるのにさほど長い時間がかかるわけではない。ところが、かなりの時間的遅れの後に、いわば失業の後遺症が福祉制度に影響をおよぼし始めるとする

ならば、これには注意をはらうべきであろう。

これから紹介しようとするアルビンとシュタイン論文に付された掲載雑誌編集者の解説文を、まず引用してみよう。

「失業状態と福祉受給者との間には正の相関関係が予想されるが、1960年代には、これが負の関係に変化し、しかもクロスセクション・データによる研究の結果でも、福祉システムは労働市場の状態の差異に対して感応的というわけではないことが明らかにされている。それに対して、本研究は、1959~71年の時系列データを用い、つぎのこと、すなわち、4年間もの時間的遅れがあるにせよ、福祉システムは、失業状態の変化に対して比較的よく反応する、ということを見出した。……」

アルビンらは、ここで用いた方法がまだ試みの段階を出ないものであることを強調しながらも、この研究の一般的性質としては、時系列アプローチであること、特殊な性質として公共支出モデルであることを挙げている。そして、救済の諸制度がもっているマクロ経済的な機能とそれに関連する財政活動とに新しい分析視点を投げかけようとしている。

(1)福祉システムのモデル化

ここではAFDCにより福祉システムを代表させて、それをモデル化しているが、便宜的につぎのようにグラフ化してみよう。

E (扶助支出), R^a (受給者数), B (給付水準。ただし、州により、あるいは家族構成により異なっているので、ここでは、 $B = E / R^a$ という平均値), R^d (扶助の需要者数。つまり、潜在的な受給者数。), D (潜在的受給者数に見合う扶助支出, $D = R^d B$)。

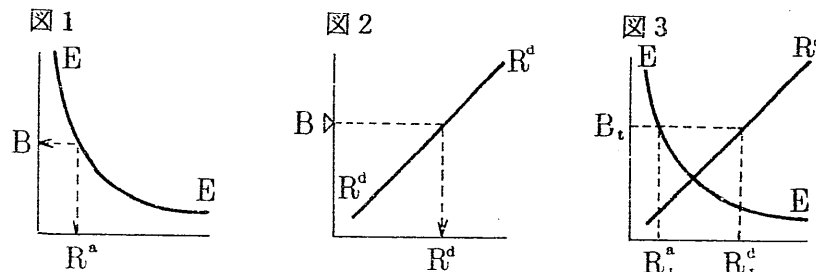


図3における R_t^a と R_t^d との差が t 期における超過需要である。これを解消するために行政的には3つの手段があり、それぞれ administrative stringency mechanism, benefit adjustment mechanism, expenditure adjustment mechanism, と名づける。

①運用引締策 (B_t と E_t とを一定に保ったまま、 R_t^d 線を左方に移動させる)

②給付水準調整策 (E_t と R_t^d 線を一定のままにして、 B_t を引下げる)

③支出総額調整策 (B_t と R_t^d 線を不変に保ち、 E_t の水準を増大させる)

なお、②の場合のみグラフの交点で均衡する。

(2)支出総額調整方程式

扶助財源の対前期増減 $\Delta E_t = E_t - E_{t-1}$ は、前期の $D_{t-1} - E_{t-1}$ と正の相関ををすると思われる。そこで一般的な調整方程式をつぎのように考える。

$$(1) \Delta E_t = \alpha_0 + \alpha_1 (D_{t-1} - E_{t-1}) + \alpha_2 P_t + \alpha_3 UR_{t-2} + \alpha_4 UR_{t-3} + \alpha_5 \Delta E_{t-1} + V_t$$

ただし、 P (連邦政府の負担割合)、 UR (失業率)、 V (誤差項)

上の(1)式における UR は、景気後退期における予算要求圧力の代理変数であり、財源に向けられる代替的需要の影響力をあらわす。 ΔE_{t-1} は予算漸増の傾向をたしかめるためのものである。(1)式中の D_{t-1} は直接に観測できないので、

$$(2) D_t = R_t^d B_t$$

で代用し、かつ、 B_{t-1} で(1)の両辺を割り、

$$(3) \frac{\Delta E_t}{B_{t-1}} = \alpha_0 \left[\frac{1}{B_{t-1}} \right] + \alpha_1 R_{t-1}^d - \alpha_1 \left[\frac{E_{t-1}}{B_{t-1}} \right] + \alpha_2 \left[\frac{P_t}{B_{t-1}} \right] + \alpha_3 \left[\frac{UR_{t-2}}{B_{t-1}} \right] + \alpha_4 \left[\frac{UR_{t-3}}{B_{t-1}} \right] + \alpha_5 \left[\frac{\Delta E_{t-1}}{B_{t-1}} \right]$$

を得る。しかし、右辺第2項の R_{t-1}^d はやはり、直接には観測できないので、その推計を別に考えねばならないことになる。

(3)福祉需要

R_t^d の大きさは、人口学的変数、経済学的変数、制度的変数などに依存して決まるであろう。とくに、経済的な面では、失業や雇用機会が直接間接に影響を与えよう。そこで、まず労働市場の状態を反映させるために失業率(UR)を用い、さらに受給者数の大いさと関連させるため失業者数(U)を活用する。

制度面では実質給付率(RB ; 給付を消費者物価指数で実質化)、人口面では児童養育期の女子人口の変化(ΔF)をとりあげる。

$$(4) R_t^d = r_0 + \sum_{j=0}^m \gamma_{1j} U_{t-j-1} + \sum_{j=0}^m \gamma_{2j} UR_{t-j} + \sum_{j=0}^m \gamma_{3j} RB_{t-j} + \sum_{j=0}^m \gamma_{4j} \Delta F_{t-j} + e_t$$

(4)支出方程式; 測定型式

上で求めた(4)式を(3)式へ代入して(5)式を得る。

$$(5) \frac{\Delta E_t}{B_{t-1}} = A + \alpha_0 \frac{1}{B_{t-1}} + \sum_{j=0}^m (\alpha_1 \gamma_{1j}) U_{t-j-2} + \sum (\alpha_1 \gamma_{2j}) UR_{t-j-1} + \sum_{j=0}^m (\alpha_1 \gamma_{3j}) RB_{t-j-1} + \sum_{j=0}^m (\alpha_1 \gamma_{4j}) \Delta F_{t-j-1} - \alpha_1 \left[\frac{E_{t-1}}{B_{t-1}} \right] + \alpha_2 \left[\frac{P_t}{B_{t-1}} \right] + \alpha_3 \left[\frac{UR_{t-2}}{B_{t-1}} \right] + \alpha_4 \left[\frac{UR_{t-3}}{B_{t-1}} \right] + \alpha_5 \left[\frac{\Delta E_{t-1}}{B_{t-1}} \right] + Q_t$$

ただし、 $Q_t = V_t + e_t$, $A = r_0 \alpha_1 + A_1$ 。 A_1 は考慮されなかった変数の平均的効果をとらえるために追加されたもの。

(5)計測結果と検討

用いられたのは四半期データであり、計測期間は1959年第1四半期から1971年第2四半期である。これは、食糧スタンプが強い影響をもちはじめの直前で終らせたことになる。

需給調整的にみた財源配分に関して、おおむねつぎのようなことがわかった。

景気後退期に福祉財源に対する超過需要がある場合には、この財源に対して継続的に増大する需要、ならびに予算獲得の競争とに関して、つぎのことがあてはまる。つまり、失業状態の結果として、あるいはそれに付随するものとして生ずる諸需要が公共的財源を要求する場合に、福祉財源はそれらの諸需要にも応えねばならなかった。

つぎに、福祉需要については、極端に長い lag が注目されよう。つまり、福祉需要の経済的要因は、通常予想されているよりも長期間を経て作用している。同時に、失業や給付水準の変更の効果は何年間にも及んでいる。このような長期的な lag の構造は、再就職までの求職活動や失業給付を使い果たすこと、資産をくいつぶすこと、離婚や夫の蒸発、あるいは受給申請手続などに要する時間の長さに関連している。したがって、現時点での失業は今後のかなりの期間にわたって福祉システムやその財源に強い圧力をかけつづけると考えなければならない。

いずれにせよ、時系列による本分析によれば、現行の福祉システムは需要に対してかなり感応的である。これは過去になされたクロスセクションによる分析結果と矛盾している。両者を統合的に解するひとつの考え方は、前者の分析では AFD C 支出金額の半分以上が少数の大きな都会型の州（ニードに対して感応的）により説明されているのに対して、後者ではこれら少数の州も、多数を占める小さな農村型の州（ニードに対して非感応的）も同じウエイトで扱われる点に注目することである。

Peter S. Albin and Bruno Stein, The Impact of
Unemployment on Welfare Expenditures, Industrial &
Labor Relations Review, Oct. 1977, Vol. 31, No.1.

（岸 功 社会保障研究所）

現金給付では、ニュー・メキシコは遺族になった配偶者への給付は（最高、以下同）を、50%から $66\frac{2}{3}\%$ に、また、配偶者のいない場合に、遺児の給付を35%から $66\frac{2}{3}\%$ に上げた。ミネソタ州は遺族の給付を、州の平均賃金の100%に、オクラホマ州は一時的な完全廃疾の給付を州の平均賃金の60%から $66\frac{2}{3}\%$ 、永久的部分廃疾を50%、遺族給付を70%にした。このような支給率の修正は他の州でも見うけられる。しかし、アラスカ州は遺族給付の支給率を90%から $66\frac{2}{3}\%$ に引下げている。

なお、コネティカット、オクラホマなどの数州は、寡婦とかん夫の給付を同一にした。

オクラホマとニュー・メキシコの2州は、遺族給付で対象とする遺児の年齢を、全日制の学生では23歳に上げた。ワイオミング州はその年齢を、同様な場合に21歳までにした。

これらの改善以外に多数の州は、すでに受給している給付を上げている。

Any S. Hribal, Workers' compensation

laws—significant enactments in 1977, Monthly Labor
Review, Vol. 100, No. 12, Dec. 1977, PP. 3—24.

（社会保障研究所 平石長久）

新しい社会保障財源調達方式

——付加価値に基づく拠出方式

かなり以前から、社会保障の財源を賃金を基礎とする労使双方の拠出以外によって賄おうとすることが問題になっている。しかし、現行制度のつくり出す歪みの多様さや、問題の所在を明確にできず、労使拠出以外の財源調達もたらさずであろう影響についての確たる知識をもたないために、何らの明確な提案もなされずにきた。

そこで、以下に、現行の財源調達方式に関して批判的検討を行ない、現行方式の歪みに関する計量的研究の要約を紹介しようと思う。われわれの研究が、この問題の論議を煮詰めるための具体的資料となれば幸いであると思う。

労働力利用に関連する負担の不公平について

歴史的には、社会保障制度は、個別労働契約の補完物として発展してきたのであり、それに由来する財政的支出は全部労働費と見なされてきた。社会保障の肥大と福祉の分野における各種の変化は、賃金を基礎とする保険料（多くは拠出に上限が設けられている）による社会保障の財源調達を疑問視させるに至った。非就業人口の数は増加の一途をたどっているが、彼らのニーズは、社会全体によって賄われる傾向にあり、それによって、現行制度における労働費の一方的増加がひき起されている。こうした現象は、企業をして労働費の減少につながるような投資を行なわせしめ、したがって、構造的失業の現出に寄与せしめている。経済の観点からすれば、費用負担の配分は、資本的色彩の強い

企業や部門に有利に行なわれ、労働力型企業や中小企業に不利な形で行なわれる。別の歪みは、労働者と使用者の料率の不平等と、高給者の相対的拠出免除の原因となる拠出上限設定とに起因する。したがって、現行制度は、労働力型企業や、事務職よりも筋肉労働者の多い企業、および低賃金企業に対する明らかな差別であり、またこれらの企業を特徴づけている各種の要因はしばしば累積的に働くものである。さらに、再分配経済体制において、労働費のうちの大きな比率を占める社会保険料の引上げに関する決定は、制度レベルで、しかも福祉的かつ政治的規準に基づいて行なわれる。このことは、市場経済を（新古典派的な意味において）特徴づけている需要、供給および賃金間の関係を断ち切る原因ともなっている。社会保険料は、個々の生産性と賃金の関係を弱め、物価にはね返ることになる労働費の一律的増額に他ならない。労働費を大幅に増加させるこの社会保険財源調達方式は、インフレと失業の同時的出現を惹起してきた。

現行の社会保険財源調達方式を変えることによって、とくに拠出上限を撤廃することによってある種の不均衡を改善することができる。しかし、不均衡は、構造的なものである。すなわち、それは、一時的なものでも偶発的なものでもなく、社会保障制度の本質自体とその財源調達方式に関連している。したがって、算定基礎として賃金を用いず、全生産部門に社会保障支出をより公平に配分することができ、また雇用に無関係であるような財源調達方式を採用することが重要である。広く提案されている方策のなかでも、企業の生産性を表わす指標である付加価値税、労働者1人あたり資本金税、業績によって負担配分させることのできる法人税などを挙げるができる。

アントワープ大学の社会政策研究所は、現行方式を付加価値税方式に代えた場合、1970年においてベルギーの社会保障費用負担の配分がどのように変わるかを研究した。

研究の内容は、さまざまな社会保障財源調達方に関する提案、拠出上限に基づく各種部門間の社会保障負担の不公平、付加価値税方式と現行方式による場

合の比較研究、企業ごとの各種シミュレーションなどである。

そこで、これらの研究の要約を以下に述べよう。

保険料拠出上限に基づく負担の不公平

保険料の拠出上限を撤廃したとすると、使用者の社会保障負担の増は、平均して労働力費の4.6%、総生産費の0.8%の上昇をひき起すであろう。この労働費の増加は、現行制度においては「隠れた補助金」ともいうべきものに対応している。この補助金は、石油精製業においては8.1%、非鉄金属業6.5%、製菓産業6.2%となっている。この増加率がもっとも低い産業は、衣料品および製菓業、タバコ製造業、繊維産業であり、それぞれ労働費の1.9%、2.4%および3.6%となっている。

保険料の拠出上限は、賃金の低い活動部門や事務職員に対する筋肉労働者の比率の高い産業（衣料品製造業、製菓業等）にとって不利に働く。現行制度によって最も利益を得ているのは石油精製業である。こうした不均衡を是正する方法として保険料拠出の上限撤廃があるが、資本型産業を利している条件を取払うことにはならないだろう。拠出上限の撤廃は、1970年において、平均して生産費の0.8%相当の使用者負担の増をもたらすが、とくに労働力型産業において増加は大きく（陶磁器製造業で1.9%、皮革業で1.8%）、資本型産業では小さい（石油精製業で0.4%）。

付加価値税導入による負担の変動

社会保障財源を付加価値税に求める場合、労働者の社会保障収入総額は変わらないとした。その場合の労使による拠出額に相当する付加価値税率は12.4%となる。

現行方式と比べたとき、付加価値税を導入すると、農業、園芸、牧畜業、林業、漁業、石油精製および製菓産業において大幅な拠出増となる。これは、とくに農林水産業では、従業員を使用していない自営者が多く、したがって労

働者の保険料を支払っていないからである。

製鉄業においては負担は変わらない。石炭および加工業の多くは（繊維、ゴム、陶磁器製造業、建設業、製材、タバコ製造業、非鉄金属業）では、負担は減少しよう。

賃金の上限を撤廃するとした場合でも、現行方式に比べると負担の変動はある。

付加価値税を財源とすることによって、各活動部門間の中立性を確保し、資本型産業と労働力型産業との間に見られる不均衡をなくすることができる。

同じ部門であっても、その性質、構造および生産性の違いによって分類し直すことも可能である。われわれの研究の第2部においては、企業レベルの不均衡の分析を試みている。統計データが不足しているため、われわれの研究では、サンプル調査を行なうことができないので、各種の要素（従業員数、労働者対事務職員比、賃金分布、付加価値）ごとに企業（仮想上の）をグループ化したシミュレーション・モデルを用いた。シミュレーションの結果は、社会負担が、労働者1人あたりの付加価値が同じ企業でも企業によって異なること、しかもその不均等の理由は上述の要因に基づくことを明らかにしている。

Douben教授の研究でも、オランダの場合について同じ結果を得ている。すなわち、社会保障負担は、活動部門および企業によって大きく異なり、これは雇用者比率や賃金水準の不均衡が累積した結果に基づくものである、と。

ごく最近のFrank氏の研究は数量的な結果を得ており（1970年のベルギーの37産業部門について）、われわれのものとはほぼ同じような結論を導いている。Frank氏ともども、われわれは、付加価値税による社会保障財源調達方式は、合理化ないしは技術革新のための投資を抑制するものではないことを強調したい。

むすび

われわれの経験的かつ計量的研究は、賃金（一般に上限付きの）に基づく保

保険料算定方式に内在する不均衡を明らかにしている。また、そうした不均衡ないしは隠れた利益の享受がどれほど大きさのものであり、それがどの部門に存在するかを明らかにしている。現行の財源調達方式は、事務職員数が多く賃金水準の高い企業や活動部門にとって有利である。それはとくに資本型企业について云える。これは、拠出上限の撤廃によって是正できる。他方、現行方式は、生産費が労働費の影響をあまり受けない企業や活動部門（同じく資本型の）に有利である。拠出上限の撤廃は公平を何ら保証しない。むしろ、資本型企业よりも労働力型企业の負担を強めるだけである。

ベルギーにおける現在の財源調達方式において、企業の支払う社会保障拠出は、労働者1人あたりの付加価値率で表わせば、資本が大きくなるに従って、すなわち、労働者1人あたり付加価値が増大するに従って、減少することが明らかにされた。賃金以上に、付加価値は社会保障支出を賄うための企業の拠出能力をよく示している。付加価値は、活動部門の性格、企業規模、雇用構造、資本などの不均衡を除去できるという意味で、中立的な基礎となりうる。かくして、雇用を縮小し、労働力の過少利用を可能にするような技術に企業が走ることを促進させるような労働費の一方的高騰を抑えることが可能となるだろう。

Herman DELEECK : Un autre mode financement de la
Sécurité sociale des cotisations
calculées sur la valeur ajoutée
(Droit Social N° 9-10 1977)

(藤井良治 亜細亜大学)

平等と社会政策

I

ここでは、MITのマーティン・レイン氏による、Equality and Social Policy と題する論文を紹介する。Social Policy を今かりに「社会政策」と訳しておくが、ここでいう Social Policy とは社会保険、公的扶助、社会福祉などを指す総称で、経済政策と対比して用いられている。つまり、Social Policy とは所得の再分配や平等化に関する政策体系であって、経済政策とは分配や富の増加に関する政策体系であるというのが、ここでの一応の定義となっている。一方わが国でいう「社会政策」には、労働条件を定めて労働者を保護する法律や、団結権や争議権を認める労働組合法も含まれており、その主な関心事は再分配というよりは分配そのものにあると考えられる。訳語に関しては、まずこの点をおことわりしておかなければならない。

ところで上に述べたような社会政策と経済政策の定義については、この論文の著者自身もこれを認めている訳ではない。そのような定義が慣習となっているが、今やそのような分け方は通用しなくなったというのが著者の立場である。

以下この論文の概要を紹介する。

II

著者はまず分析の前提としてティトマスの理論を検討する。ティトマスによって、所得再分配や平等の問題を論ずる視角は大きく広げられたと考えているからである。

ティトマスは、社会政策の主要な目的は平等の達成でなければならないと考

え、そのような視角から、所得再分配の問題を論ずる場合にも、単に社会保障だけでなく、公共支出の在り方や労働者福祉の在り方にも注意を払おうとした。平等の達成には、これをさまたげるさまざまな要因が常につきまとい、一つの政策が実施されたからといって他と切り離してその再分配効果を論ずることはできないというのが彼の考えであった。

このような観点から、彼は財政による福祉政策、職域での福祉政策、および社会保障等による社会福祉政策の三者を総合して、平等がどのように阻害されているかを常に点検してゆかなければならないと主張した。さらに、積極的な政策提言としては、税制や職域での福利厚生制度や社会保障制度を統合する新しい所得保障制度を構築することが必要であると考え、またそのような有力な社会政策によって、経済がもたらす反平等主義的な動きを償ってゆくことができると考えていた。

このようにティトマスは、社会政策の中に各種の福祉政策を含めはしたが、反面、再分配を達成する上でそれら社会政策が独自に果たす役割を信じて疑っていなかった。彼はまた、社会政策と経済政策とが互いに相互に影響し合っているかを理解してはいたが、依然として経済における交換の論理と社会政策における贈与の論理とを区別し対立させて考えていたのである。

しかしこのような区別はもはや成立しなくなっている。社会政策の発展は今や経済の許容能力が問題となるほど大きくなっているし、また同様に経済が社会保障に及ぼす影響も決定的である。

ティトマスがその社会政策の中に包み込んだ3つの福祉政策は、いずれも、賃金の不平等をもたらししている経済市場の枠の外で作用するものばかりであって、たとえばインフレ抑制策のような、国民経済政策が欠けていることは重要である。平等を達成する上でそうした経済政策が及ぼす影響は、社会的な所得等の移転よりはるかに大きいからである。著者はこれを第4の給付制度とし、さしあたって「政府による給付」と呼んで、ティトマスの3つの福祉政策に追加している。

このように著者は、平等化政策の重要な柱として国民経済政策を組み入れるのであるが、だからといって生産手段の中央統制による経済構造の急進的な改革を考えている訳ではない。「工業化社会の間にもその所得不平等の程度には大きな幅があり、その差異が経済成長率や社会の安定性に影響を及ぼしているようには思えない。……資本主義社会を大きく変えることなく、自由な民主制度の下で、はるかに大きな平等を達成することは可能である」というのが著者の立場である。

III

著者は次に具体的な例としてアメリカの社会保障を取りあげ、ティトマス流の広い視角から、所得再分配や平等化がどの程度達成されたかを検討する。そして社会保障をめぐる議論を検討しつつ、再分配の機構だけによって平等化を達成することには無理があることを明らかにし、低賃金の問題を解消してゆくことの必要性を示唆している。

まず著者は、貧困問題に対する社会学者や経済学者の理解を類型化している。社会学者は「福祉依存層」という階層を想定し、その階層に固有の貧しい生活様式と文化とを強調する。経済学者は、働くことよりも働かないことを合理的に選択する場合に福祉依存が発生すると考える。また別の経済学者は、失業によって貧困が生ずると考え、労働市場の二重構造を明らかにし、サービス業や非耐久財製造業などの産業部門と福祉依存層との結びつきを強調する。

ところで著者は、これらの理解は相互に補完的であって、貧困層に対する政策もこれらの理解を総合し、多様かつ補完的でなければならないと考えている。固有の文化様式による福祉依存は福祉の濫用を生み仕事への復帰を困難とする。従ってこれには対人社会福祉サービスによる不屈で情熱的な努力が必要となる。個人的な選好により福祉に依存するものに対しては、福祉依存よりも就労の方が金銭的に魅力あるものとなるようにすることが重要である。そして労働市場の二重性による福祉依存については、市場の構造を改革して低賃金を生みだす

構造を解消してゆくことが必要となってくる。

さて焦点を福祉と経済との関係にしぼってこれまでの議論を整理すると、その多くは個人的選好論を基礎としていることがわかる。福祉受給をできるだけ困難にしてゆくべきだといった後向の議論はさすがに少ないが、さまざまな福祉制度を統合し、これと税制とを組み合わせ、人々が好んで仕事を選べる環境を整備しなければならないとの意見が色々な形で示されるようになっていく。

しかしながら、負の所得税制に代表されるこうした改革案は、必ずしも福祉制度の簡素化に結びつくとは限らない。むしろそれが福祉をさらに複雑にする新たな要素となるおそれが多い。また仮りに簡素化が可能としても、現在の低賃金構造を放置したまま実施されるとすれば、それは低給付をまねくのみであって、平等化に逆行することになる。その意味で社会民主党下のスウェーデンが負の所得税制度を拒否したことは注目される。賃金の上昇に役立っている既存の制度をおびやかすおそれがあるからというのが拒否の理由であった。

このように述べて著者は、再分配の効果を高めるには、給付制度と税制とを統合し福祉給付の調和を図ることではなく、賃金政策と給付政策との結合が必要であると主張する。

以上は労働年齢にある人々、換言すれば産業予備軍として、低賃金や失業による脅威と同居している人々を対象とする福祉政策をめぐる議論であった。著者はこの外に、老人を対象とする福祉政策、すなわちOASDI（老齢・遺族・障害保険）をめぐる議論をも取りあげている。結論としては、西ドイツの年金制度などと比べても、アメリカの制度は再分配効果が認められると評価しているが、経済政策との関連が必ずしも十分に展開されているようには思えない。

IV

社会保障の規模が増大するとともに、またその増大を可能としていた経済成長が鈍化するとともに、社会保障が経済に及ぼす影響についての議論が多く見られるようになった。もちろん社会保障と経済との関係についての議論は今に

はじまった訳ではないし、その点についてはこの論文でも最後の節でふれられている。

しかしながら、これまでの議論は、独自の目的を持つ社会保障が一方に存在し、それが実態としての経済にどのような効果や影響を持つかを論ずるものであって、いわば両者は別個のものと捉えられていた。

これに対しこの論文の著者は、社会保障の目的は単に社会保障の範囲だけでは達成できないのであって、その達成を図るには社会政策と経済政策とを融合させてゆくことが必要であると主張する。つまり所得の再分配や平等化といった社会的目的に経済政策をも組み込んでゆかなければならないと主張するのである。

これが著者の結論である。ただ具体的に著者がどのようなあるべき経済政策を想定しているかは定かでない。「政府による給付」とは具体的にどのような政策を指しているのか、低賃金の問題にしても、どのような形でその克服を考えているのか。これらの点はすべて今後の課題として残されているようである。

Martin Rein, *Equality and Social Policy*, Social Service Review, Vol. 51, No.4, Dec. 1977, pp. 565-587.

（一圓光彌 健保連社会保障研究室）

離婚のばあいの社会保障給付

(I S S A)

社会保障制度における離婚者とその扶養家族のとり扱いに関する円卓会議が I S S A (国際社会保障協会)の主催により、1977年6月末にジュネーブで開かれた。この会議は1974年に I S S Aが行なった社会保障と離婚に関する調査をフォロー・アップするものであった。会議にはこの調査に協力した機関をもとにして、16カ国から24名が参加した。さらに、国連、ILOのほか次の組織の代表が参加した。国際社会福祉協議会、欧州社会保障協会、国際家族組織連合、国際離婚研究グループ。

会議の目的は3つあった。第1は、離婚率の上昇や離婚法改正の動きにより、社会保障制度が直面している管理上および政策上の諸問題を分析すること、第2は、離婚者に対する現行の社会保障規定に関する情報を比較し、交換すること、第3は、社会保障制度における離婚者とその扶養家族のとり扱いに影響を及ぼす提案を議論することである。

会議は2つの論文の報告と5カ国のケース・スタディからなる。1つは、英国のHull大学の社会学者(離婚問題の専門家)であり、I S S Aの顧問としても活躍しているR. Chester氏の「現代における離婚のトレンド — 各国の検討」と題する論文である。もう1つは、I S S AのD. Hoskins氏の「社会保障政策に対する離婚の問題」と題するI S S Aの調査結果を分析した論文である。これらについて、各国の制度における離婚者のための施策の概要を述べる5カ国のケース・スタディが報告された。

I S S Aの事務局長V. Rys氏はI S S Aの活動のなかでの研究会議の役割にふれて、研究を通して現に起りつつある問題を識別し、検討しようと努めて

いることを明らかにした。離婚者数の増加および離婚状態の変化により、社会保障は新しい問題に直面しており、この種の研究会議によって異なる国のアプローチが検討され、施策の指針となるようなある原理が明確にされるであろうとRys氏は述べた。

Chester氏の報告は離婚の法的、社会的側面をとり扱ったものである。現代における離婚の傾向には各国共通性がみられること、すなわち1960年代半ばから離婚者数が著しく増加したこと、結婚後早い時期に発生する離婚がもっとも多く、その大多数が扶養児童を含んでいること、高い離婚率は一時的な現象ではなく、むしろ家族の変化の指標であることなどが報告された。さらに、離婚は社会関係から分離できないし、また社会保障に対してそれがもつ意味は民法、家族法、離婚法との関連ならびに個人と社会との関係に対する態度の変化のなかで考える必要があることが強調された。とくに、社会保障制度が伝統的に基礎をおいている前提 — 保護される単位は夫と妻と子の核家族であり、また家族の社会保障の適用は夫の労働および社会保険上の状態に依存する — に疑問が出され、かつ家族構造や生活様式の変化に照らして非現実的であることが示された。Chester氏は、離婚から派生するリスクへの対応を計画するとき、家族のどのようなモデルが社会保障制度によって採用されるかが重要な問題であると結論している。

次に、Hoskins氏の報告は2つの目的をもっている。1つは、26カ国における離婚に関する社会保障規定についてI S S Aの調査結果を要約することであり、第2は、離婚が社会保障政策に投げかけた主要な論点のいくつかを指摘することである。I S S Aの調査結果から、離婚をとり扱うためとられた社会保障規定は国により著しい差異があること、および離婚率の上昇に伴ない発生した問題への対応策を求めるときに、各国は他の国の法律や慣行にほとんど影響されていないことが明らかにされた。離婚に関する社会保障規定には重要な多くの改正や改革があったが、問題に対して全面的解決を試みる国はなかったようである。ユニバーサル・システムまたは扶助に基づくシステムをとる国々

では、離婚者も他の国民と同様に給付を受け、老齢年金、医療、家族手当等の受給資格がある。しかし、社会保障給付への権利が配偶者の労働および保険加入状態にもとづく国々では、特別のとりきめがなされない限り、離婚の際に諸困難が生じる。

ISSAの調査により明らかにされた注目すべき事実の1つは、ほとんどの社会保障制度がかなりの程度結婚と家族に関して伝統的な考え方を反映しつづけていることであった。社会保障の適用範囲、給付の受給要件ならびに社会保障政策の他の多くの局面は多くのばあい一度結婚するとその夫婦は結婚状態を一生継続するという前提に基づいている。この前提に動揺が生じて以来、多くの社会保障制度は受給権を失った離婚者の保護の問題に直面せざるをえなくなった。

一つの解決策は有給の職業に従事していない配偶者に適用される被扶養の概念を完全にとり除くことであろう。その他の解決策としては、家庭にいた期間と雇用期間の間のギャップをふさぐ対策（任意適用、主婦の拠出期間の短縮、社会保険拠出の分割等）および雇用についていない配偶者に対して独立の保険適用をおこなうことなどが提案されてきたが、広く受け入れられた単一のアプローチはまだ見出されていない。

次に、各国の代表から報告されたケース・スタディの概要を簡単に記しておこう。

●スイス — スイスでは社会保障制度のなかで明確なとりきめをおこなっている。離婚した婦人はある条件のもとで前夫の死亡のばあい遺族年金を受給できる。主たる条件は結婚期間が10年以上あり、かつ扶養料の支払いが前夫に要求されていたばあいである。その他、離婚婦人に対して、老齢または障害年金が支給される。さらに、離婚した親の老齢、死亡または疾病のばあいには、子どもに給付が与えられる。

●フランス — 雇用関連制度であるため、配偶者と子どもの受給権は夫の保険に依存し、離婚のときに問題が生じる。離婚時の給付は制度のちがいおよび

社会保険の各部門により異なる。疾病・出産保険では受給権は一時的に継続される。離婚した配偶者には遺族年金の受給権は与えられない。子どもの保護をしているのが母親であっても、前夫は離婚後も子どものための家族手当と疾病給付の受給資格を有する。最近の動向として注目されるのは、離婚者に対する社会保障制度の不備を改善しつつある点である。片親手当が1976年に創設されたが、離婚した親はこの給付を受けられる。1978年には「家族補足」が実施されるが、これは幼い子どもをもつ多くの離婚した母親に援助をおこなうものとなろう。その他、社会保障の“一般化”への動きとともに、雇用要件の廃止により離婚婦人も疾病・出産保険の適用を受け、また子どものための家族給付を受けることが可能になるであろう。

●ポーランド — 離婚率は現在も上昇しているが、婦人の労働力率が高く自らの権利で社会保障給付を受けられるため、社会保障への影響は弱められている。それでも、家族が必要な保護を受けられるように特別の施策が存在する。社会保障制度は離婚者に対しては、別れた配偶者の死亡から生じるリスク、疾病、および児童の養育に適用されている。その他、離婚者が前の家族への扶養料支払の義務に応じられないという各国で出されている共通の困難な問題を取り扱うために、最近、社会保障の枠組内に扶養手当基金が設立された。さらに、扶養児童のいる離婚者のための一種の家族年金を設けて、前夫の死亡のばあい適用することが準備されている。

●カナダ — カナダの社会保障には離婚者についての規定がない。離婚法は、扶養の必要のある配偶者と子どもに扶養料の支払を規定しているが、その約75%が支払を履行していない。社会保障制度内に特別規定がなく、かつ前夫による生計維持がおこなわれなければあいは、資力調査を伴う社会扶助に頼ることになる。実際に、子どものいる離婚婦人の大部分は社会扶助を受けている。現在、年金制度を修正することにより、離婚した配偶者に年金権を分割することが提案されている。

●スウェーデン — スウェーデンでも他の国と同様、婚姻率が低下し、他方

離婚率が上昇している。1970年までは20～25歳人口の約40%が結婚していたが、1975年には25%になり、この同じ5年間に離婚者数は2倍になった。スウェーデンの社会保障は基本的に個人主義的であり、結婚関係に基づいていないので、離婚者に特別の規定をする必要がない。他のすべての国民と同じように、離婚者も老齢や廃疾のばあいの基礎年金および医療をうける資格がある。児童手当や児童年金（両親のどちらかが死亡した場合支給）も離婚による影響をうけない。他方、結婚後も就労を続ける婦人がますます増えている点も経済問題に影響を及ぼしている。7歳未満の子どものいる婦人が雇用につく割合は、1965年の37%から1975年には62%に増加している。

離婚により生ずる経済的不安および社会保障の介入の可能性の問題を分析するときには、離婚者は決して同質的集団ではないことに注意すべきである。離婚者の状態を区別して考える必要がある。離婚により社会保障の権利がなくなる、または一時的にのみ維持されるといった状態。離婚後の調整期間を乗り切らせるために一時的援助——訓練手当や失業手当のような——が必要とされる状態。老齢年金や遺族年金の請求権をもたない老齢婦人の問題。西ドイツで実施されたような結婚期間における年金の拠出記録の分割の可能性等。

離婚者の状態を検討するときに必要なとされることはadequacyとequity両者の見地から、現在の施策および提案された施策を体系的に評価することである。離婚はどの程度まで社会保障の介入を必要とする社会的リスクであるかに関する問題は、今後ますます議論されるであろう。

Round Table Meeting on "Social Security Provisions
in Case of Divorce" International Social Security
Review, No.2, 1977, pp. 242-248

（都村 敦子 社会保障研究所）

老人に対する家族援助態勢 ——社会学および人口統計学的考察——

（アメリカ）

老人に対してなされるさまざまな援助の中で、家族による援助が中心であり基本的であることは今も昔も変わりはない。しかし歴史的な変化は、家族による老人扶養をきわめて困難にしてきている。本論は、老人を取り巻く社会情勢を踏まえながら、世代間の血縁関係の重要性とその歴史的断絶という広く知られたところの矛盾する問題を究明することを目的としている。内容は、人口構成の変化、社会的役割の変化・経済構造の変化の順に展開し、それぞれの変化の原因および状況について触れる。各分野での過去と現在の比較は、家族がなし得る“老いたアメリカ人”への身体的・精神的そして経済的援助の効果的な方法や範囲についての資料を提供するだろう。

I 世代間関係に関する人口統計的变化

長い間の人口統計の推移は、親族網に影響を与えるいくつかの問題を暗示している。

第1に、老人の長命化を上げることができる。これは1900年においては出産年齢（20歳）以上女性のわずかに63%が60歳まで生きていられたにすぎないのが、1973年には83%と増加している（National Center on Health Statistics, 1975）ことでも明らかである。第2に、老年人口は若年人口に比して相対的に増大した。60歳以上層は1900年には全人口のわずか6.4%であったのが、1975年には14.8%と2倍以上に増加した（U.S. Bureau of the Census, 以下Census '76と略）。また世代間扶養に関する構成比をみると、1900年には20～59歳100に対して60歳以上13であったのが、1975年には29となった。センサスは、2030年にはこれが44になるであろうと報じている。

このような社会的年齢構成の変化は、社会保障供給の際の国の財政面に及ぼす影響については広く問題にされてきたが、それが家族援助態勢に及ぼす影響についてはほとんど問題にされてこなかった。しかしこの変化は、現在高令にある親が少数の子どもしか生まなかつたことの結果であり、このことはすなわち、老人が援助を求めるべき子孫が少なくなっていることを示している。以上に明らかなように、親族網は、若い世代の親族員が少ないために老人に対する援助源としての機能を弱体化させてきているのである。

このような高齢人口の量的増大に関する問題の外に、質的变化に伴う問題をあげることができる。第3に、無配偶女性老人の増加を指摘できる。1930年ごろまでは、65歳以上人口における性別構成比はほぼ同率であった。しかし、1975年には女性100に対して男性69とかなり差が開いた。しかも男性の $\frac{3}{4}$ は有配偶であるが、女性の場合にはわずかに $\frac{1}{3}$ が有配偶であるにすぎない(Census, '76)。これは女性が男性より長命であること、夫より妻の年齢の方が一般に低いこと、さらに高齢の場合の女性再婚率は男性よりかなり低いことなどによる。そしてこの変化は、不幸に際してかばい合う配偶者を亡くし、しかも低所得で、したがって親族からのひときわの援助を必要とする問題を持った老女性の増大を意味している。第4に、高齢人口内でのさらなる高齢化が進行している。1900年には65歳以上層のうち6%が85歳以上であったのが1975年には8%と倍増した(Census, '76)。このことは2つのことを意味している。1つは、“病弱な老人”の増大であり、他の1つは、それを世話する子どももはや老人の域に到達しているということである。しかもこの老いたる子どもの世代は、その親の世話を分ち合うべき兄弟数が少なく、その重荷を一身に背負わなければならない。以上のような人口比の下で、もしも高齢な親の世話を家族援助態勢だけに委ねるとすれば、限界は明らかである。

II 女性の社会的役割の変化

従来、子が行なう親への援助の仕方をみると、そこには性的分業がみられる。

Lopata (1973) の報告によれば、一般に息子は親に対して社会的な諸手続き(例えば葬式の手配など)や経済的な援助を提供し、娘は身の回りの援助や訪問などによって情緒的な結びつきを提供している。このように老人の心理的、身体的生活に対する主要な責任は、伝統的に家族内の女性によって果されてきた。しかし、今日この種の機能を女性に期待することは困難になってきている。

その要因は2点ある。第1は、女性が高齢な親を世話する責任は、成人女性が担うべき種々の責任のうちの1つにすぎないと考えようになったことである。これには以下に示す女性の結婚と出産に関する変化が基になっている。すなわち、1890~1894年に生まれた女性と1930~1934年に生まれた女性では未婚率が10%から4.5%へと低下し、既婚者の割合が増大している。また、子どものない女性は22.5%から実に5.5%へと激減し、子どものある女性が増大している(Vhlenberg, 1974)。この結果、女性が老人だけでなく、むしろそれ以上に夫や子どもに関心を持つようになり、責任の点でバランスを考えざるをえなくなってきたのである。

第2(むしろこの方が主要な要因であるが)は、家庭外において就労する女性が増加したことである。ちなみにその変化を1973年のセンサスをもとにみると、45~54歳の既婚女性のうち就労している者の割合は1940年には11.1%であったのが1970年には実に47.8%と4倍以上に増加した。そしてこの就労により生じる労働時間は、老人の介護や彼らの家事の援助に費されていた時間に割り込む結果となった。しかし、一定の家事は省くことができないし、夫の援助がとくに殖えるわけでもないから、しわよせは女性自身の余暇や睡眠時間に及ぶことになる。また、就学前の子どもを持つ母親でさえ、その30.8%が子どもを預けて働らいており(Census, 1970)、このことから推測すれば、高齢な親を抱える女性もその世話の責任を他へ委ねて就労するだろう。

以上のような女性の社会的役割の変化に伴う事柄は、援助を必要とするようになった老人に対する毎日毎日の世話が、もはや家族ではなしえないことを示している。

Ⅲ 世代間の相互援助に関する変化

家族員の世代間の歴史的結合は、簡潔に言えば経済的相互依存関係であった。未開社会においては親にとって子どもは自己の高齢期における諸困難に対する保障であったし、子の親に対する敬愛は、親が子の将来を支配する力がある間は継続していた。また農業経済においては、娘に寡婦産を与えるのも息子に農場を譲渡するのも両親の意思次第であり、その際、引退後の親をみることを条件にするのは、慣習や愛情からばかりでなく、世代間の法的な契約にもとづく行為であった。

しかし社会の経済構造における歴史的な変化はこのように高齢な親が成人した子供に及ぼす経済的支配力を減少させてきた。なぜなら今日、生計は一般に自家農業や経営事業ではなく、賃労働によってその糧を得ており、この賃労働は個人の属性である学歴とそれにもとづく就労の機会とに大きく影響されるのである。したがって物的遺産は従来ほど子どもの経済的成功と安定の重要条件ではなくなった。

このように、家族員間の相互援助としての経済的譲渡の重要性は減少してきたが、それに代わって情緒的結合が重要性を増してきている (Shorter, 1975)。たとえば子どもが高齢な親の援助をするのは愛情や感謝や親にみとめられたいと思う気持からで、昔のように経済的強制によって動機づけられたものではない。ただ、親の精神的な面での欲求の充足は、このような親族による心づかい、愛情、援助などによってなされるが、こういった関係がうまく保たれるためには、親自身が家族から経済的に独立していることが必要である。そのために今日では若い世代から老人世代への資源の譲渡として、社会保障というメカニズムがあり、またこれによって老人は家族との結びつきのいかにかわらず、少なくともミニマムな生活は保障されるのである。

結局、経済機構の歴史的な変化は、老人が家族援助に依存する傾向を減少させる一方で、その家族による援助を確実なものにさせていた老人自身の力をも減少させてきたといえよう。

Ⅳ 老人への家族援助態勢の将来

アメリカ社会は福祉国家へとじょじょに移動しており、将来的には高齢な親とその高齢な子の相方がお互いの経済的依存関係から解放されるであろう。したがって多くの老人は世代間のつながりとして、情緒的な結びつきこそが必要であり、望ましいと考えるようになるだろう。

しかしながら、この家族的感情がそれだけで多くのアメリカ老人のもつ介護や世話に対するニーズに十分応じうるという確証はない。なぜなら家族関係はさまざまであり、うまくいっている家庭もあればそうでないものもあろう。したがって、社会保障が老人に対する経済的援助の源泉を家族から社会に移したのと同じように、老人の病気や老衰に対する援助源としても社会的対応がなされるべきである。

すでに家族援助態勢の限界が、定期的な給食サービスや施設ケアを供給するサービス産業や専門団体を生み出している。さらにこのような傾向は続くものと思われる。したがって、世論もまた、この社会的変化に伴う不可避免的な現実によって、老人に対する扶養に公的、私的機関が介入し、しかもそれがますます増大してゆくことを肯定するようになるであろう。

今日、老人に対しては施設収容 (不幸にも芳ばしい評価は受けていない) と直接的援助 (例えば家事援助、デイ・ケア・センター、給食、電話サービスなど) が行なわれているが、今後は、毎日の世話を必要とする老人を抱えた家族に対して、補助金を直接支給する事業が設けられることが必要であろう。そしてこの種の援助 (家族内の世話人への特別手当、課税停止、直接的償還 (direct reimbursements)) によって、社会的、人口の変動によって怯やかされてきている親族的結合を強化することが可能であると思われる。

Judith Treas, PhD. Family Support Systems for the Aged;
Some Social and Demographic Considerations :
the Gerontologist, Vol. 17, No. 6, 1977

(本間 みさ子 東京都老人総合研究所)

ストライキとロック・アウトに 対する傾向 —— 社会的権利の関係

Morc Stern (西ドイツ)

本稿には、社会的権利に対して労働争議のもつ関係の検討が論述されている。

1. 労働争議の様相とストライキやロック・アウト。

好調の経済状態を維持した過去20年間において、労働争議、ストライキおよびロック・アウトは無意味な状態にまで次第に減少した。現在、その状況は変わりつつあり、労働争議は結局通貨の非難のために増加している。

2. 労働への判断基準と社会保険法。

ストライキに参加している従業員が、略式解雇に義務を負うとした以前の見解と反対に、西ドイツ連邦労働裁判所は、公式のストライキに参加している労働者の略式解雇が認められないという判決を下した。

集団的な労働争議への参加は、個別的な労働協約に違反していないので、ストライキは契約の単なる中断となるだろう。つまり、ストライキの期間中に対して、労働者はもはや就労の義務を負わないのである。それでも、ストライキの期間を通じて、契約は正当なものである状態を続けている。その一時的停止は社会保険の色々な事柄では当面の問題として関連をもっていないが、しかし、労働契約は依然として効力をもっているし、一般的には、ストライキの終了後に継続されるだろう。

3. 社会保険と労働契約の関係。

労働法では、当面の問題として関連をもつ労働関係の概念が基本的なものであるが、社会保険法では、事実の基本的性質が決定的で、結果的には、雇用関係に依存する。強制的な保険は、正当な労働契約が存在するか、あるいは、労働契約に類似した協約が存在するかのいずれかにより、稼得活動で雇用された労働者に対する規則をもっている。

4. 公的 disease 保険とストライキの関係。

法令にもとづく公的な疾病保険では、有効な雇用契約と保険の義務を結びつけてある結果として、比較的短期間の労働争議の場合に、賃金を支払われなかった期間を通じて、被保険者が当人の拠出を支払わなかったときでさえも、給付を支払う疾病金庫の義務は存続することになる。しかし、拠出が支払われなかった場合に、給付を支払う金庫の義務は、ストライキ開始から3週間までに制限されるということが明確にされた1971年12月15日の連邦労働裁判所の判決まで、その期間の正確な長さは不確実であった。

ストライキ中の労働者には、3週間以内に、かれが強制保険から任意保険に移り、要求された拠出を当人自身で支払うことを表明した場合にだけ、この3週間の期間以後に、保険の適用は継続される。

使用者はそのような被保険者を公的 disease 保険金庫に報告する義務を負わされている。

5. 年金保険に対するストライキの影響。

公的年金保険では、給付水準は被保険者の拠出によって計算される。拠出がストライキのときに支払われなかった場合、ストライキ中の労働者が任意保険に契約していなければ、将来の年金給付は減額される。

公的 disease 保険では、ストライキが発生したとき、使用者は年金保険金庫に被保険者である労働者を報告する義務を負わされている。

6. 公的災害保険とストライキの関係。

労働時の災害の場合に、労働者に財政的な補償を支払う災害保険は、強制的な保険の他の部門のように、稼得活動に従事する雇用と結びつけられている。労働争議では、保証された保護がもはや行われていない労働であるとして、この適用は終了したものとなる。

ロック・アウトと社会保険への影響。

連邦労働裁判所の決定により、ロック・アウトはストライキの反対のものとしてされている。この場合でも、雇用契約とこれにもとづく保険の適用は維持されている。したがって、ロック・アウトの場合、社会保険に対する関係はストライキについて上述したとおりである。

Die Sozialversicherung, No. 3, 1974, pp. 57 - 60 ; No. 21, '73/74.

産業保健制度

Kaj Husman (フィンランド)

本稿には、産業健康保護制度の現状にかんする考察と、各労働市場機関の協約による将来のその発達が概述されている。

産業保健は労働者保護の重要な一部門である。フィンランドでは、産業保健にかんする特殊な法律は存在しないが、しかし、幾つかの法律はそれに関連をもつ規定を含んでいる。たとえば、それらは労働安全（現在、改正中）、雇用災害保険、職業病（改正中）、若年労働者の保護、労働者保護行政、労働者保護の管理、および公的保健サービスにかんする各法律である。さらに、とくに

産業保護を取扱う保健と医療の法律にかんする部分もある。

現在の産業保健に対する具体的な骨組みは、作業場における健康保護の開発にかんする労働市場機関（フィンランド使用者連盟、フィンランド労働組合連盟、および技能職労働組合）の1971年の協約に見うけられる筈である。協約により、産業健康保護は予防的な性格をもつべきである。健康保護の担当者は作業場の産業衛生に熟知しているべきである。医師の時間のうち最高50%は患者の診療にあてられるということが予備的に協約されたが、従来では、医師の重要な時間が患者に費やされていた。労働市場機関の協約では、患者の治療的活動は、第一義的には社会の責任である。産業健康保護の活動は現在の公的保健サービスと平行する制度を創設しようとするものではない。

企業内の産業保健センターは次の4つの方法のうち、いずれか1つで組織することができる。

1. 企業はそれ自身の産業保健センターをもつ（大部分の大きな会社はこの方法を採用してきた）。
2. 通常の産業保健センターを2つもしくは3つの企業で用意する（従業員1,500人までの小規模や中規模の会社に適している）。
3. 地域保健センターは企業に産業健康保護を提供することができる（これも小規模や中規模の会社に適している）。
4. 産業健康保護は私的な保健センターにより企業に提供することができる（通常では、1970年代の初めから大都市に用いられており、とくに、小規模や中規模の会社に適している）。

労働市場機関の協約により、産業健康保護センターの担当者は全日制で雇用されなければならない。センターについて手がかりとなる重要な数字は、

産業保健婦（従業員 400～600 人に 1 人）と医師（従業員 1,500～2,000 人に 1 人）である。さらに、センターの規模によって、産業衛生士が必要であろう。また、看護婦、医療事務担当者、検査の看護婦、事務職員が必要な筈であり、そして、将来では、労働者保護を専攻した心理学者も恐らく必要であろう。

産業健康保護の基本的な領域は次に示すとおりである。

1. 産業衛生。これは医師や産業保健婦が全般的に作業場に熟知することを含んでいる。産業健康保護の最終的な目標は、医学的および技術的な手段による疾病や災害の予防であり、また、ある程度、労働による疾病や傷害の保護も含んでいる。
2. 仕事内容。仕事の条件と職業的な役割が計画されるときに、従業員の身体上と精神的な特徴とニーズが考慮に入れられるべきである。
3. 健康診断。健康診断には 2 つの種類がある。つまり、1 つは化学的な、身体上の、あるいは生物学的な要素で健康に危険な影響を蒙る人びとに対して法律で要求された検診であり、もう 1 つは一般的な診断と適格を調査する検査である。
4. 労働市場機関の協約により、患者への活動は医師の時間の 5 % 以下とすべきである。患者に対するこの活動は、主として、作業中に急に発生した疾病もしくは災害、職業病の研究と治療、および特定の慢性疾患（たとえば、高血圧）の管理と治療を含んでいる。
5. 予防的および治療的な性質をもつリハビリテーション。
6. 作業時の健康上の危険と一般的な健康保護にかんする事項の情報と教育。

1972年に、220万人の経済活動人口がおり、そのうち65万人は各種の組織的な産業健康保護制度でカバーされていた。現在、その数は約75万人である。約50人の全日制による医師と800人の産業保健婦が、産業保健センターで働ら

ている。産業健康保護の費用の一部は一般疾病保険制度によってカバーされているが、しかし、その費用の大部分は使用者によって調達されている。

フィンランドでは、産業健康保護は大規模や中規模の企業では良好だが、しかし、小規模の企業ではその提供が依然として不適切である。近い将来に、地域保健センターがその活動を次第に増やして、産業健康保護の組織の一部を受け取るようになるであろう。そして、その場合には、注意はとくに小規模の作業場に焦点を絞られるであろう。最終的には、最も大きな健康上の危険をもつ職業や作業場は当然まず最初に取扱われるべきであるということが注意されるべきである。

Tyoterveydenhuolto Suomessa, Sosiaalinen Aikakauskirja, No. 2-3, 1974, pp. 131-137; No. 41, '73/74.

以上2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月一による了解にもとづき、Social Security Abstractsより採用した。

（社会保障研究所 平石 長久）

フランスと西ドイツの医療費問題

健康保険組合連合会 石本 忠義

医療費問題の所在とその背景

1970年代に入って各国とも医療費が急激に増大している。そしてこのことがもはやけっして軽視できないものとなっている。このため各国ともその対策を積極的に検討し、なんらかの措置を講じてきている。とくに医療保険方式をとっているフランスと西ドイツは、いずれも医療費の増大をできるだけ抑える措置を講じながら、医療保険財政の破たんを防ごうとしている。

フランスや西ドイツに限らず、イギリスのような保健サービス方式をとっている国でさえ医療費増大に重大な関心をもち、現に計画的な支出節減を実施している。⁽¹⁾まさに医療費問題は世界各国共通の問題となっている。こうしたことから、ILO（国際労働機関）、ISSA（国際社会保障協会）、OECD（経済協力開発機構）などの国際機関も各国における医療費の動向に関心をもち、医療費の推移、その増大原因、医療費対策などについて専門家会議を開いたり、調査を行ったりしている。⁽²⁾

こうした各国の医療費問題は、医療保険方式をとっている国では医療保険の財政問題や国民の負担増の問題として現われ、また保健サービス方式をとっている国（イギリスや北欧諸国）では国家予算問題（資源配分問題）や社会負担増の問題として現われている。医療費増大それ自身は必然的なことであり、けっして否定すべきことではないが、国民の福祉と資源配分、社会的負担をどう調整するかという問題を考える際、当然検討されなければならない問題なので

ある。

各国において医療費が増大する背景にはいろいろな要因があるが、最近のILOの医療費問題専門家会議での討議の結果によると、医療費増大の共通要因として(1)社会保障の適用範囲の拡大、(2)入院医療の重視、(3)近代社会における生活や労働の変化、(4)医療費の支払方式、(5)医師数の増加、(6)医療施設の建設費の上昇、(7)運営費の増大、(8)管理面のルーズなどがあげられている。

フランスの医療費問題

フランスの国民医療費は、1970～75年において年平均16.5%増加しており、対GNP比は1966年の5.1%から1975年には7.6%上昇している。医療保険の支出は1970～75年において年平均21%増加しているが、医療保険の支出の中では入院費の増加率が最も高く、1972～75年において年平均24.6%である。1969年以降毎年疾病保険の赤字が生じており、1976年において一般制度（商工業被用者を対象とした制度）の累積赤字は175億フラン（約1兆500億円）に達している。こうした一般制度の赤字の最大の理由は、1963年以降一般制度と特定の赤字特別制度および農業被用者制度との間の財政調整が行われ、また1974年以降全制度間の財政調整が行われたことにより、一般制度から他の制度への繰入れが年々増大してきているためである。もちろん、この財政調整は疾病保険部門に限らない。社会保障制度全般の財政調整である。こうした財政調整は、社会経済構造の著しい変化を背景にした特別制度や自営者の制度の疾病保険や年金保険の赤字を補てんすることが目的であるが、ほとんどが一般制度の負担となるため、一般制度の側から強い反対があり、最終的には一般制度の財政調整負担は国庫支出の範囲内とすることで落ち着き、そのための財源として、当面1978年までアルコール製造税が当てられることになっている。

こうした状況から、1976年10月からバール首相による「バール・プラン」（一連の社会保障財政建直し策）が実施され、1977年末までに約160億フランに達すると見込まれた社会保障財政の赤字解消のための措置が講じられた。こ

のプランの内容は、(1)疾病保険の保険料率を上限内賃金について労使とも0.5ずつ引上げる、(2)消化剤、疲労回復薬等保健薬の償還率を40%に引下げ、その代わりとして代替不能の高価薬の償還率を100%に引上げる、(3)入院外の看護士を除くパラメディカルの診療報酬の償還率を75%から65%に引下げ、また移送費の償還率を100%から70%に引下げることである。これにより、1977年においては保険料の増収と疾病保険の支出節減が図られ、当初の赤字額が大幅に減少する見込みである。しかし、1978年以降においては、こうした措置もほとんど効果がなくなり、再び赤字は増大するものとみられている。

したがって、このような表面的な対症療法に対しては常に強い批判がある。最近の社会問題総監察局報告書は、供給側に対する抑制なくして需要に対する抑制だけでは医療費のコントロールは不可能であると指摘している。

なお、疾病保険の保険者は、このような状況に対処して、支出節減や支出抑制に力を入れている。たとえば民間被用者を対象とする全国疾病保険金庫(CNAM)では、診療報酬審査の段階で厳しいチェックをするとともに、各疾病保険金庫の支出について無駄な支出がないよう指導している。しかし、これらの対策も最近本格的に行われるようになったばかりで、その効果は全く未知数である。

西ドイツの医療費問題

西ドイツにおける疾病保険の支出の伸び率は、1969~74年において年平均16.6%、1974~75年において21%である。この期間における経済成長率が10.6%、4.5%、賃金上昇率が11.4%、7%であるので、疾病保険の支出の伸び率がいかに高いかがわかる。疾病保険給付費のうちでは入院費の伸び率が大きく、1970~74年において年平均23.3%である。このため入院費のウエイトは年々上昇してきており、1975年において疾病保険給付費の26.7%を占めている(1969年は19%)。この比率は、他のヨーロッパ諸国に比べて低い、年々上昇してきているので、やがて同じような高さになると考えられる。すなわち、将来40~50%に達することもありうる。

このような支出の伸びに対応して収入も伸びているが、これは収支のバランスをとるために随時保険料の引き上げが行われているからである。これにより、保険料率は年々引上げられ、1976年7月1日現在の平均は11.3%(労使折半負担)となっている(1970年1月1日現在の平均は8.2%)。このままで行くと、疾病保険の保険料は年々高くなるばかりで、他の社会保険料と合わせた社会保険料負担率は1976年の31.3%から1979年には34.0%に達するとみられているので、できるだけ疾病保険の支出を抑え、保険料の引き上げを小幅にとどめたいとの考え方が強くなってきた。また、とくに年金受給者を対象とした年金受給者疾病保険(各疾病金庫によって別勘定で運営されている)の支出の伸びが著しく、一般被保険者の疾病保険の財源から繰入れられる部分が増大しているため、その分の負担増が保険料に影響してきている。すなわち、年金受給者疾病保険に対して年金保険から年金支払総額の10.98%(実際には追加繰入れがあり17%)が保険料として繰入れられてきているが、年金支払総額の伸びより年金受給者疾病保険の支出の伸びのほうが大きいため、年金保険からの繰り入れ保険料のウエイトが下がり、逆に疾病保険の負担部分が大きくなっているため、その分が一般被保険者の保険料に影響してきている。しかも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。近年、年金保険の財政も厳しい状況にあるので、これ以上の負担増はむずかしい。したがって、なんらかの対策を講じなければならないという状況に追い込まれた。

こうしたことから、まず第一に当面、疾病保険の費用を抑制することが必要であるとの考え方に立ち、連邦政府は1977年6月に「疾病保険費用抑制法」を制定し、7月1日から施行した。この法律の内容は、(1)各州の疾病金庫連合会と保険医協会との間で契約する診療報酬総額の引き上げ率を平均基本賃金(1日当たり平均賃金)の上昇率等に応じたものとする。また、従来何種類もあった診療報酬基準(極端にいえば疾病金庫の種類ごとに異なっていた)を統一的な一本の診療報酬基準に改めること(診療行為の共通項目とその点数を示したものの。点数単価については各疾病金庫連合会にそれぞれ異なった契約をする

ことができる)、(2)保険医の処方する薬剤費の総額を、各州の保険医協会と疾病金庫連合会との間で協定することができるものとし、その総額の算定にあたっては、①薬剤価格の動向、②診療件数、③関係疾病金庫の被保険者の平均基本賃金を考慮すること。また、軽微な薬剤・治療用品は、処方しないかまたは特定の場合のみ処方するものとし、その薬剤・治療用品の範囲は一定の基本方針に基づき各疾病金庫が定款で定めること。さらに処方薬剤1剤につき1マルクの患者負担を課すこと(従来は薬剤費の20%で、最高2.50マルクであった)。そしてこの患者負担は、児童、妊産婦および戦傷者については従来どおり免除するが、年金受給者、重度障害者および傷病手当・経過手当受給者については課すこと。義歯および補装具については原則として費用の20%を患者負担とすること、(3)年金受給者疾病保険の財源対策として、①全く費用の負担をしない者の範囲を制限すること、②年金保険からの繰り入れ保険料を年金支払総額の11%とすること(これにより、一般被保険者が年金受給者のために負担する連帯保険料の料率を1.1%から2.2%に引上げる)、③繰り入れ保険料でまかなわれない部分について、疾病金庫間で財政調整を行うこと、(4)個々の疾病金庫の特別の負担を調整するために、同一州内において同種の疾病金庫間で財政調整を行うことができること、(5)各界の代表で構成する医療保障制度審議会を設置し、診療報酬総額の引き上げ率と薬剤総額について勧告を行うこと、(6)被扶養者の所得が一定額(1977年は月額370マルク)を超える場合には、被扶養者として認定しないこと、(6)1972年制定の病院財政改革法をできるだけ早く改正すること(近代的病院網の整備には役立っているが、反面、入院費の増大を招いているので、現在の公的投資のあり方を修正する必要があるとの観点に立って、この改正が規定された)、など多面にわたるものである。

この法律の効果については現在のところ未知数であるが、連邦労働省や保険者は、これによって今後疾病保険の支出の伸びはひとまず鈍化し、財政状況は安定的な方向に進むであろうとみている。これに対して、この法律の制定に強く反対した保険医側は、この法律の効果はあまり大きくないばかりか、従来の

保険医と保険者の自主的契約の方式を阻害するものであるとの見解をもっている。しかし、いずれにしても法律によって疾病保険の費用抑制を図ろうとしたことは、世界でも珍しいケースで各国からその成り行きが注目されている。1977年5月に開かれたさきのILO専門家会議でも、西ドイツでのこの法律の制定への動きが話題になったという。

このほか、近代的保健政策の一環として、1976年8月に新薬事法が制定され、薬事制度の近代化ならびに薬剤価格の引き下げが実施されている。これも疾病保険の費用に少なからず影響を与えるものであり、1978年1月1日からの全面施行により、今後の効果が注目される。また、現政権を支えているSPD(社会民主党)は、長期医療政策要綱を明らかにし、医療保障の異なった部門を組み合わせることによって、(1)経済的効果的な医療保障を行うこと、(2)医療技術センターの設置や開業医・病院勤務医の協力によるグループ診療で経済的効果的な医療を行うことを、疾病保険の費用抑制と併わせて提唱しており、いずれこれらについても具体的な措置がとられるものと思われる。

注：1) イギリス政府は、1977年1月に発表した予算白書の中で、1976~79年度の4年間に国民保健サービス支出のうち薬剤費と運営費・事務費を2.4億ポンド削減する計画を示している。

2) ILOは、1977年5月に医療費問題専門家会議を開き、各国の医療費の動向、原因および対策について検討している。そのときの資料として、Cost Trends, Causes, and Possible Cost Containment Measures: A Discussion Paper Prepared by the Social Security Department, RCMC/1977. がある。

また、ISSAは1973年以降、医療・疾病保険委員会において、各国の医療費増大原因、医療保障の方式と医療費増大との関係などについて検討してきている。レポートとして、(1)The General Causes of the

Increase in Sickness Insurance Expenditure on Medical Care, ISSA/XVIII/Mse/4 (2)The Relationship between Trends in Health Expenditure and the Type of Organisation of Health Care : Guidelines for the Preparation of National Monographs, ISSA/MSXVI/1 (3)Volume and Cost of Medical Care, ISSA/MSXVI/2 などがある。

さらに、OECDは、経済政策委員会第2作業班において、資源配分および政府支出の諸問題に関するプロジェクトの一環として、加盟各国の医療費（とくに公的医療費）の動向、医療費の増大要因などについて分析し、Public Expenditure on Health, July 1977. と題する報告書を公表している。



社会保障こぼれ話

健康保険の採用計画

（イスラエル）

この国には、労働組合総同盟が任意制の健康保険制度を実施してきた。その後、公的な制度として出産時に現金給付を支給する母性保険が採用されたが、いわゆる健康保険は実施されていなかった。したがって、包括的な健康保険制度の採用が、長年にわたり検討されていた。その検討は最終段階に入り、法案を作成し、制度を実施に移す用意が備った。

計画では、その健康保険は自治的な疾病基金を組織し、制度を実施するいわゆる組合方式が考えられている。この方法は既存のそのような組合が、独自の立場で開発した病院などの医療施設、各種の医療担者などをそのまま活用して、制度を運営することが企図されている。

計画では、制度は各保険者に対して、被保険者に所定の給付を提供することを強制することになっている。それに対して、入院を含む各種の活動について、各地方で提供される診療活動に調整、合理化、および経済性などが保証されることになっている。

医療は医療施設の所有者に関係なく、各地方で制度に組入れられ、各地方の診療活動を調整するためにそのような活動の担当機関が設けられる。

保険の保険料や提供される診療は政府の承認を条件とされ、政府は各疾病基金の財政を監督し、診療活動も政府の監督をうけることになる。制度の運営で生じた紛争は、従来の方法を変えて、労働裁判所で取扱われる。

この計画には、各方面から法案の基本原則について、色いろな批判が寄せられたが、結論として、制度は保健サービスの改善、節約、効率化、および監督をもたらすであろうということになっている。

ISSA, Asian News Sheet, Vol. VIII, No. 1. Jan. 1978.
New Delhi, P.8.

（社会保障研究所 平石長久）

米国の地域保健活動

—— 予防を担う人たちを訪ねて ——

国立公衆衛生院 前田 信雄

昨年アメリカの公衆衛生学会に出席した折、いくつかの施設をたずねることが出来た。主に保健サービスの施設や専門家であった。幾人かのエキスパートとも会うこともできた。それらを通じていま米国の保健・医療・福祉が当面している問題・実態・方向などについて印象的に記してみよう。

◎ 保健所

アメリカの保健所は、行政の一環に組み入れられている。地方自治体、向うではカウンティというが、そこの衛生部と同じ建物、あるいは同一の組織内で運営されている。日本と大きく違う点は、保健所の対象が貧困者もしくは低所得階層であるという点である。このなかには、いわゆるノンホワイトといわれるメキシコからの移民の人たち、キューバからの難民、黒人、ときには中国人や日本人なども一部含まれる。日本のように地域全体をサービスするという施設や組織ではない。いわば地域のなかのこれら「点」のような人たちに集中的にサービスがあたえられる。

わたしのたずねたワシントンD.Cの郊外、モントゴメリーカウンティ保健所の実情はつぎの通りである。保健所の全予算の3分の1は精神衛生および薬物乱用予防対策に費やしている。主なやり方は、在宅の分裂病患者を訪問する活動。家族会を月に何回か開くという活動。麻薬あるいはマリファナ中毒患者の回復の援助。その他さまざまな精神衛生面の活動がある。この中には当然アルコール中毒による精神障害者の社会復帰援助もあるし、また、アルコール中毒

予防の活動もある。保健所がその拠点の一つである。保健所の全予算の4分の1を学校保健に費しているという点も日本と大きく違う。学童に対するサービス、学校でのいろいろな事業に保健所がかかわりあう。非行少年、あるいは弱年化するアルコール、マリファナ常飲者に対するいろいろなサービスが含まれる。12歳以下のマリファナや麻薬の耽溺癖のある子供たちは、入所させるわけにいかない。また、病院に入ることを希望しない。そこで、保健所を中心に親たちと一緒に指導、あるいは慢性中毒化の予防の活動がある。

めだった保健所における活動のいくつかを拾ってみる。まず、日本では普通集団検診がその活動の中心と考えられるが、アメリカの保健所では定期的検診というものはほとんどおこなっていない。このモントゴメリーの保健所では、歯科検診車がやってきて年何回か集団検診をするというだけ。いわゆる住民検診のようなものはないが、聴力検査とか視力検査という部分的な検査は、最近おこなわれるようになってきている。その検診を直接おこなう職種としてヘルステクニシャンというものが導入されている。一種の補助者である。1973年あたりから、保健所では従来の単なる予防オンリーということだけでなく、外来部門と救急部門が導入されてきているのであるが、このモントゴメリー郡では、いまもって予防が中心であり、実験的に1ヶ所の保健所で外来サービスがおこなわれている。これは特殊な階層、特定の地域での大学と共同の実験的な試みである。

アルコール中毒対策はアメリカの公衆衛生における一つの大きな対策の柱である。保健所ではアルコホリックアノウマスといわれる日本の断酒会のようなものを頻繁に開いている。現在この郡では40歳～50歳台の人たち、老人、低所得階層にアルコール患者が多い。始終入院、退院、再入院、一時就職、失業を繰返す患者に対して、いくつかの試み、たとえばグループ活動での社会復帰、ハーフウェイハウスのような一時入院施設の活用など試みられている。

ねたきり老人に対するサービスも大変興味あるテーマであるが、保健所がこれにかわるというやり方はとっていない。寝たきり老人に対する訪問看護は、

民間団体もしくは私的な契約にもとづく訪問看護婦および訪問看護協会がこれになっている。この協会の事務室が、保健所のなかの一室にある。保健所保健婦がこの訪問看護婦およびホームメーカといわれる人たちと、ベアーを組んで自分たちのケースを訪問してもらいやり方をとっている。1回の訪問にたいし老人が払う料金は、9ドルないし13ドル。この訪問サービスグループのなかには、一部ソーシャルワーカーや言語療法士も入っているとのこと。日本に比較すると、この言語療法士などをチームの一員に加えられている点は大変うらやましいかぎりである。しかし、全体としてみるとホームヘルパーと訪問看護婦とのチームワークは必ずしもよくはいっていない。そういう声が公衆衛生学会で聞かれた。ここでも福祉と医療との連絡の悪さがある。

「日本の農村では乳児検診や3歳児検診は、ほぼ6割とか8割ぐらいの受診率ですが、こちらではどうですか」というわたしの質問に対して、即座に返ってきた答えは、「何%になるか保健所としては数学はわかりません、多分10%以下でしょう」と。同じレベルで日本とアメリカを比較できないことは、はじめに書いた通りである。あくまでアメリカの保健所の対象というものは、貧困者が対象である。妊産婦、婦人についても黒人あるいは非白人の特定の低所得階層の人たちの利用が中心である。活動は、しかし、さまざまな形でなされている。10歳台の未婚の母の指導、家族計画の教室、障害児の母親の会、それぞれのグループが、午前中とか、午後、あるいは夜同じ部屋を利用する。その部屋の机、椅子調度品などは、それぞれ患者、母親、住民たちが持ち寄ったものだという。ヴォランティアのなかに、こういったグループワークを通じて回復した人たち（元患者）があたっている。

母子保健に関連して、わたくしがこの地域の乳児死亡率についてたずねたとき、保健所次長は大変当惑した。彼の頭には全く自分の管轄内の乳児死亡の数字が頭に入っていなかったのである。後でメモでわたしに送ってくれて、それが15.3%であることがわかったが、実に高いから彼が遠慮して話さなかったわけではなく、そういう数字で地域全体を把握するという習慣自体がないので

ある。それではその郡に住む大多数の、あるいは90%にのぼる子供たちは、どこで健康診断を受け、健康相談を受けているか。これは言うまでもなく民間の医師の診療でなされているということになる。健康保険は健診に給付しないから、結局は、自己負担でそれらを利用している。この90%の人たちの子供の親の頭のなかには、たとえ自己負担しても保健所で相談を受ける気にならないという状況がある。アメリカの保健所は、伝統的に貧困者に対するサービス中心であったからである。

◎ ネーバーフッドヘルスセンター

ボルチモアの郊外にある黒人街に1968年に建てられたネーバーフッドヘルスセンターをたずねる機会にめぐまれた。日本語で直訳すると「近隣保健所」といったことになって、かえってわかりにくくなる表現の施設である。内容は総合外来診療所である。ただし対象はあくまでメデケイドの患者中心。つまり貧困層といっても生活保護（日本流でいえば）対象者向け総合外来診療所ということになる。

この診療所はコンスタントヘルスケアセンターという看板を掲げ、大きなショッピングセンターの中にある。内科、外科、産科、歯科、小児科、精神科などの各科をそなえていて、その活動も文字通り、健康増進から予防、いわゆるプライマリケア、治療、一部リハビリテーション、救急サービスというように、幅広いサービスを提供するところである。一応誰れでもかかれるようになってはいるが、この地域の人たち、そしてメデケイドを対象としているから、一種のメンバー制をとっている。施設は全くの民営、設立は州および連邦の資金によっている。もともとは1965年のOEO（雇用保障局）の援助で建てられたもの。アメリカ全国で約200、一つの州に2～4、黒人街とか、メキシカンが住むところに多く建てられている。わたしは大変異様に感じたことであるが、患者のすべてはマイナリティグループである。ただしスタッフは全部黒人というわけにいかず、何人かの白人の若者、医師、この運動の共鳴者たちが勤務している。

あるいはボランティアとして熱心にこの診療所の活動を支える。ボルチモア郊外のこの外来診療所長は歯科医師であったが、実際の意志決定は地域の委員会 でなされる。いわゆる全面的な住民参加のもとで、さまざまな活動、計画、指針、政策がきめられている。実際の運営資金は医療扶助の費用という型で入ってくるのが主である。さらに足りない部分は地域、郡あるいは州がなんらかの型で援助することになる。しかし、原則としては、この総合診療所が自分で自分たちの経営を維持する態勢を取っている。最近になってさまざまな資金源、あるいは収入源を得るようになってきた。たとえばメデケイドのほかにメデケ ッ患者を引きうけるとか。あるいはメデケ ッとメデケイドの患者を対象にする が、HMOの方式で、つまり人頭請負方式で州および連邦から費用の給付を受けるという契約方式をとっている。HMOの住民1人1ヶ月当りの人頭額は30ドル(1975年)。このネーバーフッドヘルスセンターに登録されているメデケイド患者は約5,000人。給付する内容は一般外来サービス、および前に述べた広い意味の予防活動が入る。さらに投薬の給付も無料でなされ、健康診断は年に1回。出産および歯科サービスも含まれる。入院は30日以内。わたしのもっとも興味があった訪問看護サービスについては、外の団体との契約によって給付されるという話。それについては人頭請負方式ではなく、訪問回数、おこなった診療行為ごとに費用が支払われる。リハビリテーションのほとんども大体同じように間接的に他の施設との契約で一部給付されるだけ。

この診療所のなかでは栄養相談もかなり熱心におこなわれていたし、歯のみがき方などという簡単なことから、足まめ医、あるいは結核予防の活動、聴力検査、そういった個別の地域ニードに応じた活動が組れていた。予防接種も当然含まれる。人口ミルクによるものは95%。母子などの栄養不良のうえで大きな問題は、なんといっても蛋白質摂取不足。および塩の多用。黒人街に住む人 たちであるだけに高血圧患者、アルコール中毒患者、糖尿病患者、脳卒中後遺症の患者の受診が圧倒的に多い。

ここの所長は歯科医師である。積極的に外部に対してこの診療所の活動を紹

介している熱心な黒人歯科医。くわしく聞けなかったが、非常に広範な消費者の団体、地域組織委員会にささえられているようであった。

◎ カイザーの総合健診

日本では、カイザーといえばオークランド、オークランドといえばカイザーの多相式総合健診方式、といわれるほど有名な施設をこのたびたずねることができた。そこで聞いたことのなかから印象的なことをいくつか書きだしてみる。

カイザーのメンバーのなかから、この多相式健康診断を受ける受診者はどのようにえらべるか、えられるか。一つは郵便によって受診を勧め、第二は健康教育のための一種の質問表を見て受診したという人などが含まれる。もちろん、会員であれば誰れでもいつでも年に何回も受けられる。「それでは乱用があるのではないですか」というわたしの質問に対して、「そうことは全くありえない」という単純な答があった。会員であるところの施設を利用するのは、2～4ドルの自己負担だけですむ。外からの受診者の場合わずか8ドルというから、実に少ない費用で総合健診が提供される。一日の検診人数は140～170人。やる検査は大体われわれが日本の東芝、富士通などのコンピューター健診施設やその他人間ドックをやっているところでおこなう検査項目とほぼ同じと思えばよい。というか東芝その他は、実はこのカイザー オークランドでのやり方をまねしたもの。乳癌がアメリカでは大変多いが、誰れでもやたらと人を集めて乳癌の検診をやるというのでなく、一定のハイリスクグループといわれる人たちをえらんで検査を年に一回おこなうというやり方をとっている。ここでは1日約40人の受診者。2人の常勤者でおこなうが、1人は放射線技師である。これと同じような検査のやり方が、血圧、尿、胃、心臓、その他各種全般にわたってなされ、ほぼ午前中ぐらいで、ワンセットのこれら検査が済む。その結果は、その日のうちにナースプラクティショナーからことこまかく説明されるやり方を取っている。日本の場合だとコンピューターを使い、数字が沢山でて、看護婦によって簡単に正常・異常だけが知らされ、医師がほんの数分間申し訳

け程度に説明するというので終るのであるが、カイザーではナースプラクティショナーによる丁寧で綿密な説明がなされて帰宅するということになる。ナースは全体として19人。問題はその日のうちに最終結果がわかるわけではなく、すべての結果が受診者に知らされるのは4週間後とのこと。これでは早期発見、後期治療になるのではないですか、というわたしのいじわるな質問に対して、たいへんすなおな肯定の答えが返ってきた。2週間程度に早く縮めたいと検討中とのこと。カイザー オークランドのこの多相式健診施設をみて、もっとも印象的だったのは、コンピューターが中央化はなされているものの、それはどちらかというと研究的に別棟の研究室に繋がっているだけで、ルーチンの検査は、あくまで個別的になされていたということである。カイザーのなかで、さらに印象的だったのは、ナースプラクティショナーが十分な教育を受け、同じ棟の病院専門医と緊密な連けいを取って保健指導をしている点であった、日本では主に機械設備のことが紹介されてきたのであるが、健康診断の結果、つまりデータというものはひとつの保健教育のための手段にすぎない。この結果を使って保健指導をすることが本命という意識が定着している感じであった。

◎ カイザーでの保健教育

カイザーでは別棟であるが、すぐ近くに衛生教育というか、保健教育の展示館を持っている。そこで各種の保健教育に関する教室や図書、展示などのサービスがなされる。ここの施設での仕事の使命はなんですか、というわたしの質問に対して、所長格の人からはつぎの2つがあげられた。予防、健康増進によって医療費や家計支出を節約する。第二はすでに病気になった者に対して、その病気に対する知識、そして予防の方法を教える、あるいは自己治療、セルフケアについての情報提供をおこなうこと。この第二の点は日本の伝統的な衛生担当者にはやや耳新しい点である。つまり、カイザーの保健教育担当者は、病棟にでかけ患者と対話をし、入院中あるいは退院後のセルフケアについて指導をする。医療のなかに入りこんだ教育が展開される。そういう意味では個別的な教育という手段をかなり活用していることになる。

それだけに大変忙がしい。健康増進のために最近やっているものとして瞑想、あるいはヨーガに似た呼吸法がやられているという話。最近では学校の先生たちとか大学生をグループにしてストレスのコントロールをおこなうというプログラムが入っている。健康増進といってもさまざまなプログラムがあって、精神発育に関する教室、あるいはセルフケアについての教室が開られるとか。ここの展示館をたずねた日本人は大変多い。日本の訪問者はまず建物、機械、設備、物そのものをみて帰っていくと担当者はやや苦笑していたが、実はこの展示館のひとつの特色は、来訪者に対するサービスを全部職員がおこなうのではなく、それはかなりのボランティアによっておこなわれている点である。もちろん外部の人たちも無料で、いつでも利用できる。学校の教師、学生たちの利用も大変多い。保健教育に関する図書、資料、フィルム、カセットその他の貸し出しや利用については、2人の図書司がおり、実に多彩なサービスをおこなっている。

タバコをやめさせる教室も最近のプログラムであるが、月1回1年間とおしての教育の結果50%の中止者をえたとのこと。肥満予防もアメリカでの大きな課題である。1クラスだいたい10~20人が参加する。生活習慣そのものを変えるプログラムであるから、なかなか効果がでてこない難かしい活動対象の一つである。アルコール中毒については今後の課題とか。この展示室や教室にこない人たちには、大量のさまざまな広報活動をおこなう。

展示についても、日本への紹介がよくなされているのであるが、人体についての模型、あるいはいくつかのものは、アメリカ製でなくて、ドイツ製である点がおもしろい。問題を展示し、それを見た人が、保健に関する知識をためすという設備や装置もいくつかある。展示の内容は実にわかりやすい例、たとえば食べものだとか、生活習慣、けがの予防といったことにふれているものが多い。どちらかという母子関係のものも多く、成人病、高血圧といったものについての展示物、資料、図書等は若干少ない感じ。というのもカイザーのメンバーというのは、前に述べたネーバーフッドヘルスセンターと違って、多

くは中産階級あるいは公務員、会社員、大学職員などである。そして老人が少ない、という点も関係しているように思われる。インタビューのなかに興味深かったのは、衛生教育をカイザーは大変重要視していることは一般論としていえるが、スタッフはわずか2人だけ。まだまだ医療、公衆衛生、保健教育のなかでは、医師中心ですといったげな館長の話が、いまでも耳に残っている。

◎家庭医による保健活動

こんどの訪問ではじめて家庭医（ファミリー プラクティショナー）と親しく話し合いをすることができた。場所はボルチモア郊外、新興住宅地のコロンビア地区。ここのブルーノ先生は、家庭医になって1年半。家庭医の認定を得るために5年間研修を積み、150時間の研修単位をおえて資格を得た人である。小児科、内科、産科、産婦人科などを修得。かねがねいったい家庭医というのは、どういう背景のどういう業務をおこなう人であろうかと思っていたのであるが、やはりその中心は家庭的な要因、ないしは家庭全体のなかでの治療を必要とするような患者を受け入れることが一つ。それからやはりかかりつけの医師として家庭内の各成員の保健指導、保健相談に応ずることが第二の役割である。家庭医がどのような研修を受けているかであるが、トピックをえらんでコンファランスにでることがひとつである。ブルーノ先生に関心のあるのは、医療全体がどう変わっていくであろうかといったシンポジウムに好んで出られる由。週に2回ほどいろんなコンファランス、たとえば最近であればターミナルケアについてもたれたコンファランスに出席する。こういったことは容易に受けられる研修である。専門的な心臓病とか、小児科関係の特定の疾患については、自己学習が中心で、オーディオビジュアルのテープ等を使っておられる。ちょうど手元には、血清肝炎についての新しい知見といったようなものを借りて勉強をしていた。大学には普段いききするという関係は特に取っていない。地元の病院についていえば、その病院の運営委員会のメンバーであるけれども、医者としては特に患者を入院させるとか、そこでパートで働くということはないということ。患者紹介は、病院と診療所とかを問わず、グループプラ

クテスをやっている内科、小児科、各科の開業医との間でもよくおこなう。患者のうち30%が慢性患者、あとはどちらともいえないというように分けられる。子供、婦人、成人がそれぞれ $\frac{1}{3}$ づつになろうか。彼をかかりつけとしている世帯は、どれくらいあるかというわたくしの質問に対しては、数100世帯でしょうかという返事であった。つまり500～600世帯、人数にすると約3,000人前後の住民が、彼を事実上、主治医、家庭医として利用しているということになる。病院などに専門的な診療を紹介するのは、あまり多くなく一日に1人～5人といったところ。一日の患者は平均すると30人くらいであるが、かなり変動があって、15人～50人というあたり。どれくらいの処方をする例があるかというわたしの問いに、ややこまった表情であったが、多分20%くらいでしょうかという答えであった。その多くは抗生物質、痛み止め、トランキライザー、血圧降下剤など。ひと通りの検査もおこなう。自分のところでやれない場合は、同じビルデングのなかにある検査所に委託をする。注射は訓練を受けた看護婦にやらせるが、おそらく数10人に1人だけでなかろうかという答え。こういう家庭医の診療所では、看護婦は2人、いずれも有資格者、その他秘書が2人という構成。定期往診もやっているが数はそんなに多くない。患者のなかでもっとも多いのは呼吸器疾患、第二は不定愁訴の患者、第三は消化器系の患者、第四位は高血圧、ときには結婚相談もしなければならないという。

ブルーノ先生が、家庭医をえらんだ動機としては、その方がいろんな患者がきて、いろんな角度からそれを診察、治療、保健指導ができるということであった。彼の家庭医の将来についての展望は明るい。専門医が家庭医に患者を廻して診療や治療を求め、また家庭医がいわゆる専門医を利用するという相互関係でこそ、医療がバランスよく患者に役立つというはなしであった。それにはより一層の研修が必要であることはいままでもない。保健所との連携に力をいれているという点も補足して説明され、いろんな伝染病を即座に報告するように心掛けていますというはなしであった。アメリカの家庭医は、地域の保健活動の第一線において、欠くことのない担い手になっている。

社会保障こぼれ話

インフレと受給者の収入 (アメリカ)

多くの国々は年金を経済的な変化に対応させるために、各種の方法を用いている。アメリカの社会保障庁では、それらの方法を採用する国から6カ国を選び、それぞれの方法を紹介し、また、それらの方法のうち、過去の収入の再評価方式をアメリカに適用した場合を想定して、仮定的な例を検討した研究が報告されている。

その報告のうち、それぞれの方法を用いた各国の例はともかく、それらの方法をアメリカに適用した検討では、受給者の再評価された収入が、再評価しない収入の平均および最後の収入と比較されている。

このように、再評価された過去の収入を、再評価しない平均収入と比較した比率(かりにAと呼ぶ)および最後の収入と比較した比率(同、B)は、各国の方式によって異なる。ちなみに、仮定した平均年収は、当然なことながら、いずれの国の方式にも同一金額を用いている。

ところで、物価と賃金の変化を利用するノルウェーの方法では、Aが137%、Bが138%、賃金を利用するフランスの方法では、Aが126%、Bが129%になり、同様に賃金を利用する西ドイツの方法では、Aが182%、Bが123%である。また、物価を利用するスウェーデンの方法では、Aが126%、Bが127%、物価を利用するベルギーではBが99%になっている。なお、カナダの方法で賃金ではAが114%、Bが115%になり、物価では両者が93%と99%である。一部の例外を除き、AとBの比率は100%以上で、西ドイツを除いて、Bの比率がAより高い。

Elizabeth Kreitler Kirkpatrick, Protecting Social Security Beneficiary Earnings Against Inflation: The Foreign Experience, Staff Paper No. 25, 1977.

(社会保障研究所 平石長久)

編集後記

きびしかった冬は、あっという間に過ぎてしまった。もっとも、3月の初めでは、春はまだ名ばかりで、朝夕は寒く、日中も風は冷い。しかし、よくしたもので、中旬には、陽ざしも柔らかくなり、風も和んでくる。下旬になれば、南国では、桜が満開になり、早い所では、盛りを過ぎてしまう。遅い東京では、毎日の通勤にながめる蕾が次第にふくらみ、先の方はほんのりと紅色に染ってきた。綻びるのも遠くない。「願はくば花の下にて春死なん……」と詠んだ西行ならずとも、人びとは今年も桜に風情を求めるだろう。ところで、花の枝を手折る痴れ人がいるが、無心に咲く花を、無心にながめてこそ、風情を楽しむというものであろう。

(平石)

海外社会保障情報 No. 41

昭和53年3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