

海外社会保障情報 No. 43

September 1978



社会保障研究所

福祉支出増大に拍車をかける 私生児急増問題

(アメリカ)

止まるところを知らないような私生児出産の風潮の高まりは、全アメリカの役人や家庭カウンセラーの頭痛の種となっている。

最近の国勢調査局の発表によれば、1976年には未婚の母から46万8,000人の子供が出生したという。黒人と白人の双方からの全出生児に対する正当な婚姻によらない者の出生児の割合は、1960年代中頃から倍増した。そして、これら私生児の大半は経済的に子供の扶養能力を欠く女子からの出生であった。母親達は、ほとんどが10代から20代の初めの年頃の者で、おおかたが貧困者で黒人であった。

多数の私生児の出生は、多数の若者とその親達に悲惨をもたらすばかりでなく、公的福祉の支出に対する批判の激化をもたらしている。

<私生児増大の問題>

全米保健センターが最近発表した数字は、合衆国における全黒人乳児の半数以上が私生児であったことを示している。1976年には、私生児は黒人の新生児の50.3%に相当し、1965年における当該割合の約倍であった。これは避妊器具の普及が、単身者よりも結婚している黒人女子からの出生率を急激に減少させたことにもよる。

白人の間でも、また、私生児の割合は1965年の全出生率の4%から、1976年には、7.7%と約倍増している。

こうした状況で「私生児、公的福祉の経費および大半の社会問題の多くは、

それぞれ高い相関があることが明らかである」と保健・教育・福祉長官補佐代理のPeter Schuckは述べている。

私生児問題に関連して、連邦、州および地方のAFDCプログラムが、年間117億ドルを支出している事実が最も明白な打撃である。

ワシントンD.C.にある都市研究所(Urban Institute)による調査は、私生児の母親が10代の女子になっている傾向のため、公的福祉の支出からそれに年間約60億ドルを支出していることを見出した。

メリーランド大学の社会学者Harriet B. Presserによれば、未婚の母親の半数は、妊娠の時学生であり、その半数は退学しているという。また約3分の2はハイ・スクールの卒業資格をもっておらず、44%のみが就労経験をもっている。結局、わずかに50%が母親になってから、10人中9人が公的扶助をうけていながら、4年の間、暫定的な仕事についていた。公的扶助をうけている者の数は、結婚して子供をもっている女子の当該割合の約5倍である。

なお、家族を扶養すべき夫がいない母子家庭は崩壊の道を辿り、子供は養護に欠けるため野放しとなり、母親は貧困、アル中、薬物乱用または児童虐待の生活に陥るようになる。

ティーン・エージャーの未婚の母達は、子供が生まれる前に結婚しようとしているが、そうした結婚は離婚の危険性が高い。従って、非常に多くの若い家庭は不安定であり、黒人の子供の全体の52%と白人の子供の14%は、父親のいない家庭で育てている。これらの者達は、彼らを扶養するためばかりでなく、彼らの行く社会的、経済的損害の回復のためにも、アメリカの大きな負担となってきている。こうした現状にかんがみ、カーター政府は、結婚や妊娠中絶を「試みる」ことを助成するよりも、むしろ若者の妊娠の予防とケアを強調する新法案を提案した。この法案は、カウンセリング、避妊、妊娠に対する階層別ケア及びディー・ケア、ならびにカリファノ保健・教育・福祉長官が「現在、わが国が当面している最も重要で複雑な人間的問題の1つ」としている未婚のティーン・エージャーに対する予算支出を認めている。

同プログラムの見積り経費は、年間6,000万ドルである。これは保健、教育、福祉省が連邦議会に要求しているティーン・エージャーの妊娠対策費全額で3億4,400万ドル—現在のレベルよりも1億4,800万ドルの増額—をもたらすことになる。

増税にうんざりした有権者達の最近の強い反感を認めつつ、カリファノ長官は、さる6月14日に、連邦議会に「ティーン・エージャーの妊娠の予防について政府は奇跡を行うことができない」と語った。

それにもかかわらず「社会経費及び問題の結果が非常に大きなものであった場合、われわれは、可能な措置を講ずることに失敗してはならない」と彼は語った。

〈途方にくれる対策〉

何故、この問題は悪循環して規制することができないように思えるのか？ 上院小委員会での証言でカリファノは、1960年代に始まった性革命の弊害として未婚の母親のことを述べた。「性の自由化を要求する者は、多くのティーン・エージャーの不幸な結果をもたらした。これは自由化ではない。これは子供と母親、母親と子供ということの束縛の様式である」とつけ加えた。

15歳から19歳までの未婚の女子の性経験のある者の割合は、1971年に30%で、1976年には41%であった。19歳までには、白人の未婚の少女の全体の半数と黒人のその5分の4は、保健・教育・福祉省の発表した調査によれば、すでに性経験があるということである。

1976年における調査は、性経験をもつティーン・エージャーの30%のみが、常に避妊器具を使用していることを明らかにした(1971年のそれは18%であった)。これらの数字は、毎年、15歳から19歳までの女子の10人中1人が結婚しないで妊娠していることを示している。また最初の出産から1年以内に、4人のうち1人が再び妊娠している。

こうした事態への1つの対策として、多くの学校が低学年からの性教育課程

をもっている。しかし、これらは再生産や避妊のメカニズムのみを教えて、倫理的効果がないという批判がある。従って、専門家達は、当該プログラムは未婚の母親に婚前の性交渉を止めさせるものになるか、反対に助長することになるかで対立している。

若干の分析学者達は、かかる私生児多産の現象は、かつての1960年代初期のベビー・ブームの時の世代がその後の低出生率の世代と入れかわることによって緩和されようとしている。また、楽観主義者達はティーン・エージャーの避妊器具の使用の増大は、婚前出産の数を減少させるかもしれないとみている。

昨年成立した貧困女子の妊娠中絶に対する連邦補助の制限に関する法律は、今後の私生児の急増事態を招くかも知れない。この法律が発効する前に、1年で約30万のティーン・エージャーが中絶を行ったが、これにはおそらく連邦補助の3分の1を要したであろう。

さる6月13日に、下院は中絶反対規定を強化することを票決したため、連邦補助は、今後立証が困難な母体の生命救助の必要のある場合にのみ、支給されることになろう。

現在、中絶を制限する立法規定は、母体に重度の身体的損傷を与えるおそれのある妊娠、強姦または近親相姦による妊娠に対する連邦補助を認めている。

未婚の母に対するサービスに多額の連邦補助を支出することは、事態を良くするかもしれないが悪化させる可能性もあるという批判もある。

厳しい連邦予算とこうした大きな社会問題との板ばさみにあって、立法者、為政者、学者、ソーシャルワーカー、その他の関係者達の苦悩は深刻なものがある。

U.S. News & World Report, June 26, 1978

年金改正法案成立の見込

(西ドイツ)

第21次年金調整法および第10次戦争犠牲者年金調整法は春以来成立が危ぶまれていたが、このほど連邦参議院の多数党CDU/CSUが法案への反対を断念したため、成立の見通しがついた。これにより今後3年間の年金収入の発展および新規年金の確定は総報酬連動制とは切り離して行われることになる。

1982年までに330億マルクを越す恐れのある年金保険赤字を回避するため、年金および農民老齢退職手当は1979年1月1日に4.3%だけ、また1980年と81年の初めにそれぞれ4%だけ上げられる。年金保険がこのように財政的に難しくなったのは経済発展が思わしくないためである。

総報酬に連動する年金上昇率を今後3年間7.2%、6.1%、6.2%に留めて年金調整を減じると共に、新法により1981年初めの拠出率は要すれば18.5%に上げられ、さらに年金受給者疾病保険は1982年から新しく規定され、年金受給者は当初付加的に年金を上昇されて、疾病保険契約を結ぶことになる。なおこの法律では新しく任意被保険者について規定される。

バーデン・ヴュルテンブルク州保健相 Griesinger 女史は連邦参議院で、総報酬連動制の年金調整を放棄すれば、年金について勝手に措置する道が今後ますます進められることになるという野党連盟CDU/CSUの意見を強調して、与党連合が総報酬原則の維持に関連して法律を改正することを全く考慮しようとしなかったことを遺憾なこととしている。野党連盟が抗議を断念したのは、与党の態度が頑固で、連邦参議院の同意を必要としない法律を補足的に改訂する機会がないからだというのである。

連邦労相 Ehrenberg はこの非難を反駁し、野党側の代案があれば与党は無視できなかったはずだとのべ、連邦参議院の多数党の野党提案の疾病保険に対して年金の2%を拠出する案では、330億マルクを越える必要経費の4分の1しか補うことができず、野党連盟案が実現しても年金保険の最低積立額は1979年で早くも不足することになり、1980年には90億マルクの法定積立額は15億マルク足りないが、このようなことは到底受け入れ難いと述べている。

連邦参議院ではまた病院財政法案の審議も対立しており、昨年発効した保健領域における費用節約措置を病院面にも及ぼそうとする政府案は、多くの州の反対にあっている。そのスピーカーであるラインラント・ファルツ州社会相 Göltner はこれを連邦の原則の許し難い制限であると反駁している。

Süddeutsche Zeitung, 1978, 7, 7

(安 積 鋭 二 国立国会図書館)

外国旅行で疾病保険を利用する場合

(西ドイツ)

公的疾病保険で病休をとる場合に必要な形式は簡単で、電話で申し込むだけで、疾病金庫から自宅に所要の証明書が送られてくる。

西ドイツ国内ではどこでもこれですむ。被保険者は大抵保険手帳をもっているため、行った先で病気をしてもこれを使えばよいのであるが、もし手帳を持ってこなかったか、4年期毎の期限になっている証明を使い切ってしまうとしても、証明を送付して貰うまで医者に行けないわけではない。医者は普通は証明なしで診療してくれ、私費の支払いを要求された場合は、10日以内に証明を

もっていけば払った費用は償還して貰える。薬については疾病金庫が後で償還してくれる。

外国旅行の際は事情がことなる。オーストリアやベルギー、デンマーク、フランス、アイルランド、イタリア、ルクセンブルク、オランダ、それにユーゴスラビア、ルーマニアおよびスウェーデン、スペイン、ギリシャ、ポルトガル、トルコに旅行するときは、事前に証明書を疾病金庫に請求しておかねばならない。これらの国では証明の書式が交換されていて、無料か安い費用で保険給付が受けられることになっている。東ドイツ、イギリス、北アイルランドは証明は必要でなく、国の保健官庁が費用を一切負担する。

病気の場合余分の金を払わないようにするにはどうすればいいかということとは金庫が証明書と一緒に出す注意書きに記されている。外国の疾病金庫の手を煩わさないで被保険者が自分で医者 of 費用を支払う場合は(例えばオーストリアではなおそうであるが、政府が決めた条件では医者にかかりたくないようなとき)、金庫に直接計算書を持参し、償還を受けるわけである。

これは社会保険協定を結んでいない国の医者にかかり場合も同様である。この償還は通常は全額行われぬ。残りの、運賃をも含む部分について補償してほしいときは、民間の外国旅行疾病保険に入らなければならない。

この場合相当な保険額に対して1週間当たりほんの数マルク払いだけでよい。この特別保険は保険会社で直ぐ簡単に処置してくれ、旅行社や自動車クラブでもこの種の私的保険を扱っている。

民間の疾病保険に加入している者はこうした余分の心配は必要ない。全欧どこでも、また他の大陸なら1カ月以内は、西ドイツ国内と同じ保険保護があることになっている。

Süddeutsche Zeitung, 1978, 7, 4

(安 積 鋭 二 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

社会保障制度の改正

(フィリピン)

フィリピンは社会保険の仕組みを用いて、老齢、廃疾、遺族、疾病、出産および労働災害補償の諸給付を実施している。これらのうち、老齢退職給付と廃疾給付は大統領令第1202号により、1978年1月1日から訂正され、たとえば、給付額が若干引上げられた。このときの訂正により、従来、労働法で使用者の責任を規定していた出産時の現金給付と出産休暇が、社会保障制度に導入された。

新しく採用された出産時の現金給付は、分娩予定日前の12カ月間に3カ月以上拠出を支払った被用者(女子被保険者)を対象としている。給付は分娩予定日前の12カ月間において最も高かった賃金の6カ月を算出対象として計算され、支給率は平均賃金日額の100%である。この支給率は労働法で規定した支給率と同一である。給付の支給期間は45日間である。労働法支給期間は6週間(出産前の2週間、後の4週間)だから、上記の新しい支給期間は労働法の期間よりやや長い。財源調達では、10段階の賃金等級を用い、拠出率は賃金支払総額の0.4%である。この制度で拠出給付算定基礎とする収入の最高は月額1,000ペソである。

ISSA, Asian News Sheet, Vol. VIII, No. 3,
july 1978, P. 21.

(社会保障研究所 平石長久)

国民保健サービス30年の審判

(イギリス)

国民保健サービスが1948年5月5日に施行されてから30年、イギリスの保健・医療は大きな変化をとげてきた。しかし、その30周年記念にあたって問われるべき疑問は果してわが国の医療制度がシステムを異にする他の諸国の制度とくらべてすぐれたものであろうかということである。国民保健サービスは、政治家たちがいりように、いまなお世界の羨望の的となっているかどうか。

過去30年にみられた実績は、一面、ドラマチックではあった。結核や小児麻痺（1948年の死亡数は2万3,000人であった）などの伝染病は消滅の一途をたどりつつある。くる病その他の栄養失調は現在のところ影をひそめているし、妊娠・出産・人工妊娠中絶による若い女性の死亡数は年間1,000から100以下に減少している。だが万事がうまくいっているわけではない。交通事故による死亡数は年間4,000から6,000に増えているし、1948年には1万人であった肺癌の死亡数は現在では毎年3万人をこえている。とはいっても、国民保健サービスが主な伝染病の大部分を駆逐し慢性疾患（青少年時の病弱に起因する）の治癒に貢献してきた。

国民保健の最善の指針の一つは乳幼児死亡率である。1948年にはスウェーデンが世界でのベスト記録（出生千対23）であった。

イギリスではイングランドで34、スコットランドで45であった。後、保健衛生全般ならびに母子衛生サービスの改善により、乳幼児死亡率はスウェーデンの率に迫っている。これは国民保健サービスの功績である。だが、乳幼児死亡

率への影響はなにも医療サービスによるだけではなく、住宅、栄養その他社会的要因も等しく重要である。

医療の進歩で特筆すべきは腎臓病患者に対する治療である。イギリスにおいて、人口百万対約60人の患者が人工透析もしくは移植手術かのいずれかによって治療を受けている。これを他の諸国との比較数字でみると、オランダで90人、フランスで100人、デンマークとスイスで130人となっている。すなわち、イギリスはヨーロッパ諸国のなかでは中位に属し、ギリシャやユーゴスラビアには先んじているがEEC諸国やスカンジナビア諸国には後れをとっている。

さらに、国全体の平均的な統計では、国内各地域にいまなお存在する大きなバラッキ — 国民保健サービスの創設者たちが全国民に対する統一的な医療水準を意図したにも拘わらず — がかくされている。死亡率はイースト・アングリアよりもウェールズの方が30%高いし、社会階層間の差異は、国民保健サービス30年の間に狭められずにむしろ拡大している。ロンドンのセント・トーマス病院のような大病院に入院できる幸運な人は世界にひけをとらない内科的、外科的治療を受けられる便益をうけるが、イングランドの北西部の産業荒地では話はちがう。入院待期間が長く病院の多くはビクトリア時代の古びた建物で設備も悪くスタッフも揃っていない。

金の値うちという点になると、国民保健サービスは成功している。イギリスの医師はヨーロッパの仲間たちにくらべると甚だ低賃金であるし、薬剤費も大部分のヨーロッパ諸国に比してかなり低い。

イギリスの保健支出は国民総生産の5.5%にすぎないが、ドイツ、フランスおよびスウェーデンなどの諸国（国民総生産はイギリスよりも高い）の保健支出は7%以上である。

この相違は、一面、医療費を賄う財政システムがさまざまであることによって説明される。国民保健サービスの財政は直接税によって賄われている部分が多いが、大部分の西欧諸国は健康保険制度によるもので患者が一旦医療費を支払ってから国または私保険会社が償還する方式をとっている。

健康保険制度は管理費用が高くつくとはいえ、医療サービスの収入を増やす傾向がある。

だが、国民保健サービスとアルプスの北側にあるヨーロッパ諸国（イギリス以外の）の保健サービスの本質的相違はきわめて明らかで、保健・医療従事者の間で不満を増す原因となっている。たとえば、新生児の集中ケア・ユニットなどの設備不足のため患者を死亡させる例などは医師や看護婦に強いフラストレーションを与えている。（フランスでは、児童のハンディキャップを減らすキャンペーンに高い優先権を与えている）ごくきまりきった手術をうけるのに長い間待期せねばならないなどは現在のサービスのあり方が需要にこたえられていない明確な証拠である。

イギリスは、単に経済不況を理由として、その貧しい医療保障を弁明することはできない。スカンジナビヤ諸国との著るしい相違の多くは、疾病、傷害および障害の効果的予防手段をとらなかつたことによる。たとえば、イギリスはシートベルト使用を義務づけていないヨーロッパ諸国唯一の国であり、酒酔い運転に関する法規の実施が不十分であり、酒の消費量が価格低下とともに漸増している。これらの欠陥はすべて、イギリスの立法者が外国での予防医学の科学的成果をとりいれる先見の明を欠く点にもとめられよう。

30周年記念祝典は結構だが、この日は国民保健サービスの実績を再評価する日ともすべきであり、国民保健サービスはその競争相手たる他の諸国の制度におくれをとるに至ったと判断せざるをえない。

The Times, July 5 1978

(田中寿 国立国会図書館)

アメリカ連邦社会保障審議会の 新たな選出(1978)

(アメリカ)

1978年2月26日アメリカ保健教育福祉省長官カリファノは、新たな社会保障審議会のメンバーの任命を発表した。この審議会は社会保障法のもとで設立を義務づけられているものが、今度新たに選出された審議会に課せられた問題は、社会保障信託基金(Social Security Trust Fund)の現状に関する検討、つまりその適用範囲、ベネフィットの適切性、あるいは社会保障プログラムのその他の諸問題についてレビューをしてほしいというものであった。

この審議会はこれらの問題を検討した上、遅くとも1979年10月1日以前に、諮問を寄せたカリファノにたいし何らかの答申を出すことを要請されている。

委員の選出に当ってカリファノ長官は「信託基金の財政調達に特に注意をはらってメンバー選出をおこなった」と述べている。その他いくつかの分野についても言及することを諮問されている。たとえば社会保障基金制度の下において現金給付制のレベルをどうするか、婦人に関する社会保障をどうするか、廃疾年金制度の検討、すべての公務員に関する適応範囲の問題、あるいは信託基金とメデケアとの関係をどうするか。そういったような種々の問題点があげられている。

審議会の議長に選ばれたのは、スタンフォード・G・ロスであるが、かれはワシントンD・C・の弁護士でもあり、さらにまた元貿易省の幹部を勤めた人でもある。その他メンバーの多くは雇用主、労働組合の代表、あるいは自営者その他の代表となっている。

審議会のメンバーは以下の通りである。

ガドナー, アクレイ政治経済学教授ミシガン大学, 元連邦経済審議会議長
 ロバート・M・ボード, 医学研究所顧問, ナショナル アカデミー オブ
 サイエンス, 元社会保障コミッショナー
 エブリン・M・バウンズ, コロンビア大学社会福祉名誉教授
 メルビン・A・グラッシャー, 米国自動車労働組合社会保障部部長
 ベルナ・ヒール, アメリカ教員連盟副会長
 モルト・ミラー, 連邦生命保険協会常任副会長
 グレイス・モンタネス・デイビス, ロスアンジェルス市副知事
 ジョセフ・A・ベックマン, ブルクリン研究所経済研究プログラム部長
 ジェス・カフェル・フェバー, IBM広報担当元副社長
 ジョン・ウエルソン・ポーター, ミシガン州教育長
 バーツ・サイドマン, AFL-CIO 社会保障部長
 GW・バン・ゴールカム, トランスユニオン会社社長 1975年社会保障審
 議会委員

Social Security Bulletin

May, 1978 Vol.41 No.5 P.1,

(前田 信雄 国立公衆衛生院)

イギリスの医療保障の運営組織

(イギリス)

イギリスの医療保障は国営医療によって行われていることはよく知られている。この国営医療の正式の名称は、「国民保健サービス(NHS)」という。

国民保健サービスは1948年に実施されて以来、その基本的基調は変わっていないが、その内容は社会経済の変化や国民の医療に対する要求の変化に応じて少しずつ変わってきている。とくに1974年以後、経済情勢の変化にともない有効な医療資源の配分という観点から、管理運営組織の改革や保健医療資源配分計画の策定が行われ、よりよい国営医療への努力が進められてきている。

1974年以降の国民保健サービスの運営組織は図のとおりである。国民保健サービスの第一線機関は、人口20~30万人ごとに設けられている「保健地区」を管理する「地区管理チーム」である。この地区管理チームは、開業医、病院専門医、地区行政担当官、地区財政担当官、地方医務官、地方看護担当官によって構成されている。

保健地区は全国に200~300カ所あり、開業医、総合病院、看護婦、保健婦、助産婦等の協力によって初期的な保健医療サービスを行うものである。この保健地区はよりきめ細かいサービスを実施するためにできるだけ小さくつくられている。

「地域保健局」は人口50~75万人ごとに設けられており、2.3カ所の地区管理チームの活動の管理、調達を行っている。この地区保健局は全国に90カ所あり、各保健地区の予算配分を行う。また「地方保健局」は人口300~400万人ごとに設けられており、地区管理チームや地域保健局の要求に基づき各地方の予算配分計画を立てる。

地方保健は4～5カ所の地域保健局を管理しており、全国に14カ所設けられている。そして「保健社会保障省」は、企画立案、方針の設定、予算配分などを行う。

地域ごとに設けられている地域社会保健協議会、合同相談委員会、家庭医委員会、地区ごとに設けられている地区医療委員会は地域保健局、地区管理チームと地方公共団体の関係部局、医療従事者、地区一般病院との間の橋渡し役を行っている。各家庭医は家庭医委員会を通じて地域保健局と契約を結んでいる。

現在、このような運営組織によって国営医療が行われているが、これにより運営組織改革前より有効適切にサービスが行われているとの評価が一般的である。すなわち、お役所仕事のになりがちであった面が改善され、病院、家庭医、その他の医療従事者等によるサービスがうまく調整、連けいされ、経済的かつ有効な保健医療サービスが国民に提供されている。

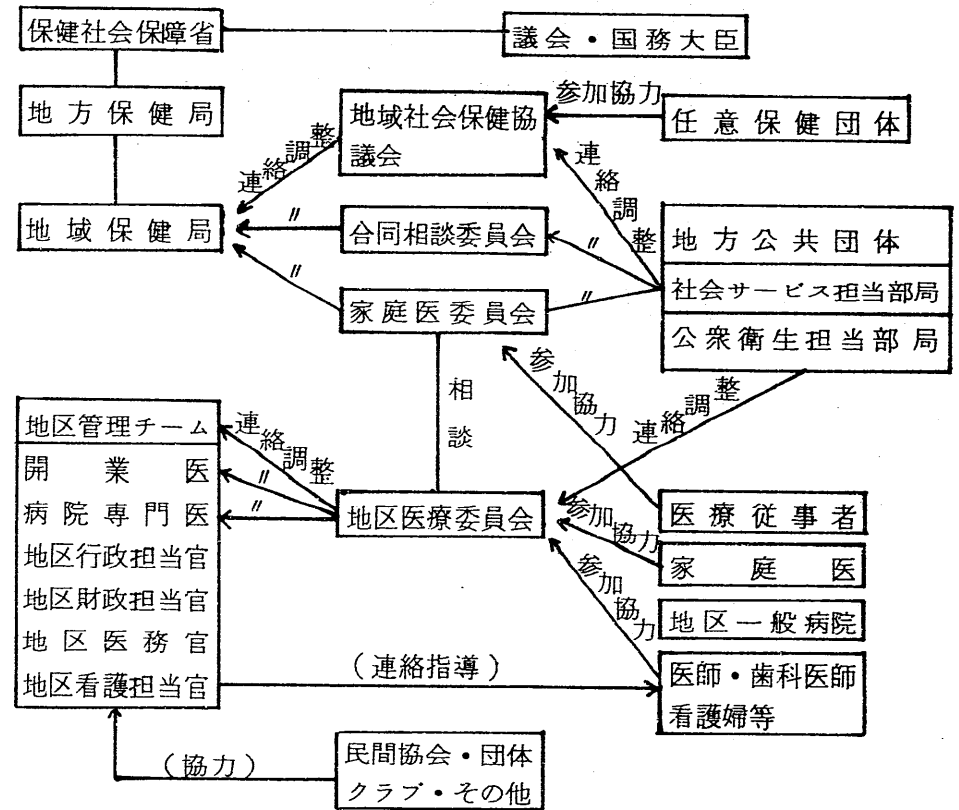
とくに1974年まで存続していた病院を管理する病院委員会が廃止され、地区ごとの地区医療委員会が病院を含めた地区医療供給体制を管理することになり、きめ細かい、よく調整された総合的な地区医療サービスが実施されるようになった。しかし、運営組織の改革だけでは十分な保健医療が確保できない。

そこで国民の医療需要に応じて病院や専門療養施設の再整備を行う計画が立てられ、その具体的な実施をするための短期ならびに長期の需要調査が1978年から行われている。

この調査の結果に基づき、医療施設の再整備実施計画がつかられ、今後逐次医療施設の再整備が行われていく予定である。実施計画は短期(3年計画)については毎年、長期(10年計画)については4年ごとに需要調査により見直しをすることになっている。これにより医療資源の有効配分が期待されている。とくに老人や障害者のための医療施設を優先的に整備することになっている。

なお、家庭医委員会は家庭医の配置について権限を持っており、都会に集中しないように各家庭医に辺地へいくよう勧めている。辺地の家庭医には特別手当が支給される。また、田舎では家庭医は薬剤の処方、投与をすることができる。

国民保健サービス運営組織図



海岸地方は老人が多いので、この地方の家庭医の基本診療手当(このほかに報酬として各種の手当や実費が支給される。基本診療手当は診療報酬の中で約37%を占める)は高い。

(石本忠義 健保連)

国の年金制度と 職域年金制度の関係

(イギリス)

I

ここでは、イギリス保健・社会保障省の次官補(Second Permanent Secretary)であるアトキンソン氏の論文を紹介する。

一方で所得再分配効果を持つ国の年金制度を設け、他方で職域年金制度の加入者にその適用を除外することは、一見不可能であるかに見える。所得の高い階層が職域年金に流れ、国の年金には低所得層のみが残り、国の年金が持つべき所得再分配の機能が阻害されると考えられるからである。

しかし、1950年代中ごろに見られたこのような議論は、その後の事実によってくつがえされていった。1961年には、国の制度が再分配的特徴を備えていたにもかかわらず、適用除外が認められた。新しく生れようとする比例年金制度でも、全く異なる形の適用除外が導入されようとしている。

このような状況をふまえて、著者は改めて、国の年金と職域年金の関係に関する基本的な問題を検討している。

II

まずはじめに、著者は、職域年金の利点について次のように議論している。

第1の利点は、職域年金は普遍的な国の年金と比べれば、より柔軟性があり、給付も拡張しやすく、加入者にとって好ましい制度であることである。この点については疑問の余地はない。国の年金よりも若い年金受給年齢を採用していることや、就業期間中の死亡に対して相当額の一時金を支給していることなどはこの点を例示するものである。

第2の利点は、蓄積された保険料を投資に活用することができ、国の生産力

を高める上で大きな役割を果たしうることである。事実、近年職域年金が急速に発達した結果、保険料収入と利子収入は給付費を大きく上回わり、その貯蓄効果はかなりの規模にのぼっている。

しかしこの第2の利点については、次のような疑問も出されている。一体職域年金を通して生み出される貯蓄は、将来の生産増大に本当に寄与しうるのであろうか。その答えは否であらう。そもそもケインズが明らかにしたように、貯蓄と投資との関係はそれほど直接的ではない。さらに職域年金を通して新たな貯蓄が生れるかどうかは、保険料収入や利子収入が、どの程度給付支出を上回るかにかかっている。加入者数の増加がとまり、年金が成熟した段階では、その余剰は大きく低下するであらう。

そのような疑問にもかかわらず、発展する職域年金が現にもたらしつつある貯蓄が、経済の成長や発展にとって重要な意義を持つものであることは否定すべくもない。このことは現在のように経済的な不振が続く中ではとりわけ重要である。最近では職域年金制度によってもたらされている貯蓄額は、個人貯蓄総額の30~40%をしめている。これを廃止することは深刻な問題を引き起こすことになるであらう。

また、より実際的な賛成論としては、職域年金があればそれだけ全体として高い年金額が約束され、多くの国民がより高い年金を受けられるようになると主張する人も多い。さらに無視できないのは、職域年金が、この国ではすでに相当の規模にまで発展している点である。これまで保険料を積立ててきた加入者が、その廃止を喜ぶはずはない。

このような理由から、出来る限り職域年金が発展するよう政府がこれを手助けすることが大切である。そのためにはどのような方法がとられるべきであらうか。次にその方法を検討する。

III

その前にまず前提として、民間の職域年金では、その年金を賃金や物価の上昇に応じて引き上げることは不可能である、との公理を確認しておかなければ

ならない。職域年金で積立てられた保険料は投資にまわされ、その限りで企業の利潤に見合うような利子収入が確保されるようになっている。このことから職域年金も、インフレーションに対する価値の保護機能を有していると考えられることもあった。しかし今日これを確信する人は少ないであろう。何らかの形で政府がそれを保障する場合は別であるが、職域年金がその年金額をインフレに応じて引き上げてゆくことはできそうもなく、まして賃金上昇にみあう年金を約束することなど不可能なことである。

このような前提に立って、次に適用除外の在り方を検討してみよう。適用除外には多くの形がありうるが、ここでは次の二つの種類のみ取り上げる。

第1は国の年金のうち、職域年金にまかせられそうな部分を設定し、この部分について適用を除外する方法である。職域年金は、適用除外となった国の年金部分に等しいか、あるいはそれに相当する年金を提供し、適用除外を受ける被用者とその雇主は、その部分についての保険料を免除される。

第2は国の年金の中に、適用除外となるような特定の部分を設定しない方法である。職域年金はそれぞれ一定の年金水準を保障し職域年金はその水準まで国の年金を代行する。そして職域年金加入者は、その水準に相当する国の年金の保険料を免除されることになる。

通常適用除外の制度は1961年にはじまったと考えられているが、実際には1926年の拠出年金法がその最初のものである。この法では公務員、公共企業体の職員に適用除外の途を開き、また年金に等しい所得のある個人にも適用除外が認められる旨定めている。その適用除外の方法は上に述べた第2の種類のものであった。

1948年に国民保険が生まれると、その後13年間は適用除外の制度は存在しなかった。この間、適用除外を求める声がほとんど見られなかったのは、国の年金の水準がそれほど高くなく、職域年金と競合しなかったこと、職域年金がまだそれほど発達していなかったこと、などによるものと考えられる。しかし1961年には、職域年金も大きく発展するようになり、また新しく所得

比例の年金部分が追加されることになり、これに適用除外制度が設けられるのはごく当然のことであった。

1961年に保守党が採用した適用除外の方法は、上に述べた第1の種類のものである。国の年金は定額年金の部分と比例年金の部分とからなり、比例年金の部分についてのみ適用が除外された。そこで重要な点は、適用除外の対象となった比例部分の内容は、職域年金でも保障しうるものに限定されていたことである。国の年金の比例部分は、インフレに対する何らかの保護も備えるべきではないのであって、それは民間の職域年金がそうした保護をなしえないからであった。

ところでこのような国の年金の在り方には賛否両論がその後の保守党、労働党政府の間で戦わされた。1973年の保守党政府の法律は、職域年金制度を中心に比例年金を支給することを主なねらいとし、国が用意する比例年金制度はそれを補足するもので、インフレに対する保護を完備するものではなかった。この制度は結局実施されなかった。

これに対し、やはり実施されなかったのであるが、1969年の労働党のクロスマンの計画は、第2番目の種類の適用除外の方法を採用するものであった。適用除外の対象となるような特定の部分は国の年金に設けられておらず、職域年金が保障しようとする年金部分に相当する国の保険料が、その職域年金加入者から控除される仕組であった。その仕組が複雑であることや、控除される保険料額の決め方には議論があったものの、受けいれられる素地は十分にあったように思われる。

これに対し1978年から発足する年金の適用除外の仕組は、クロスマン計画の考え方を発展させながらも、保守党政府の方法をも組み込んだものであった。すなわち一方では、適用除外のための特別の考慮を国の年金自体に取り入れようとはしていないが、他方では、国の年金は定額部分と比例部分に分割されており、後者について職域年金に対する適用除外が認められている。

新しい制度の適用除外の特徴は次の二点であろう。第1に、職域年金制度が

適用除外を受けるためには、年金計算の基礎となる賃金として、最終の賃金かもしくは平均賃金の上昇に応じて再評価された平均賃金を採用しなければならないという条件が付されたことである。これははじめに述べた公理に反する条件であり、実際にも議会での論議はこの点に集中していた。第2は、職域年金制度の既載定年金については、その価値が維持されるよう国が援助するという点である。

この方式では、職域年金を維持してゆくための雇主の責任は重く、これに不安をいだく雇主も少なくない。しかしその不安を取り除くための措置も講じられようとしており、秩序ある、稔り多い新しい発展段階の基礎を提供するものとして、大方の支持も得られているように思われる。

J.A. Atkinson, *The Developing Relationship between the State Pension Scheme and Occupational Pension Schemes, Social and Economic Administration*, Vol. 11, No. 3, Autumn 1977, pp. 216-225.

(一 圓 光 弥 国立公衆衛生院)

H M O の 近 況

1 はじめに

ニクソン政権の医療政策の目玉商品として、前払いグループ診療システムを推進するため、1973年12月29日、HMO_s 法にニクソンがサインをしてから4年半たった。ニクソンがHMO_s (Health Maintenance Organisations) 育成方針を打ち出した1971年から数えれば、7年が経過したことになる。

このHMOの近況について、ローレンス・メイヤー (Lawrence Meyer) が『ワシントン・ポスト』紙に、1978年1月1日から3日にかけて、相当に長いレポートを載せている。

1月1日には、「Prepaid Medical Plans Millions」という題で、Kaiser-Permanente Medical Care Programをとりあげ、成功の要因と、現在かかえている問題点を分析している。1月2日には、「Group Health in Trouble」という題で、カイザー・パーマネントと同じくらいに古い歴史をもつ、Group Health Association of Washington をとりあげ、主に困難に直面しているHMOの例として分析している。1月3日には、「Health Plans Grew in Seven Years, but Not as Much as Expected」という題で、HMO全体の現状と、当初の目標とのギャップを示し、メイヤーの意見のまとめを行っている。

以下、主な事項について記事の内容を紹介しよう。

2. HMOの狙いについて

メイヤーは、7年前にニクソン政権がHMO_sを育成する方針をとった理由として、ニクソンがアメリカの医療供給制度を変えようとした点を重視している。彼は、ニクソンが1971年の議会に対する教書の中で「さて、われわれが直面している問題は、どれだけを支出すべきかではなくて、どう支出するかであり」「われわれの目的は、より高額な医療システムをまかなうことだけではなく、より効率的なシステムを組織することでもある」と述べている部分を引用している。メイヤーは、HMO_s法の歴史的意義として、ジョンソン政権が、メディケアとメディケイドという、従来の供給制度には変更を加えない。支払い面のみの政策にとどまったのに対比して、HMO_s法は、医療供給制度の変更に着手したことを強調し、この意味でHMOを基本的には支持している(1月3日)。

3. HMOの現状

ニクソン政権は、当初、1980年までにはアメリカ全土にHMOを展開させ、アメリカ国民の90%に対して、彼らがHMOに加入する機会を与えると述べた。1976年までに、HMOは全国に1,700あり、そこには4千万人が加入している予定であった。メイヤーは「しかし夏の日の夢は冬の現実に道をゆずる」と表現しているが、現実はどうであろうか。

1977年末で、165のHMOに、わずか650万人が登録されているにすぎなかった。

こうした現状をもたらした要因について、ハーバード大学特別研究員のPaul Starrの以下の指摘を引用している。「政治的にはHMO_sは新たな議論や新たな証拠のために犠牲となったのではなく、その敵対者たちの頑張り、支持者たちの出過ぎた熱中ぶり、議会における特別な弁護、政府部内の不一致、これらが混合したものによって犠牲となったのである。これらの諸々の影響のために、内的に支離滅裂な法律が実現したのであり、おそらくは前払い制プランの発展を促進しようとする目論みなのであるが、実際には、それらの成長を

妨げる何ものかなのである」(1月3日)。

こうした矛盾を内包する法律が1973年に、ニクソンによって署名されるに至った経過の中で、メイヤーは、アメリカ医師会の動きを重視している。メイヤーは、HMOの眼目は、給料制で働く医師であり、彼らは、治療以前に患者が定額制で支出した基金から給料支払いを受けるのである。

アメリカ医師会は、給料制について反対の態度をとっていたし、今でも一部の地方医師会はそうである。しかし、1971年のニクソン案から1973年の立法化までに、内容が大きく後退した主な理由は、ニクソン再選とアメリカ医師会との関係にあるとメイヤーはみている。保健・教育・福祉省(HEW)の前次官、Venemanは次のように語っている。ニクソンの主治医でもあり後にアメリカ医師会会長になったMalcolm Toddは、「大統領再選のための医師委員会」の議長となった。トッドは、HEW長官のElliott L. RichardsonがHMO_sを擁護した1973年3月の会見の後に、医師たちはニクソン支持の態度を変えたのだと、ジャーナリストに語った。トッドは、リチャードソンの態度を変えさせるために、ニクソンへ何度も手紙を書き、ホワイトハウスの高官へも工作を行った。こうした結果として、ニクソンが再選されてからの、ニクソン政権のHMO_sへの熱意は相当に冷えたのだと、ヴィーンマンは語っている(1月3日)。

つまり、1973年のHMO法は、連邦の援助を受けるための資格が厳しくされ、そのために、現在のHEW長官Joseph A. Califano Jr.の顧問官をしているAlain Enthovenから、連邦政府が7年間にやってきたことは「政府の反HMO政策」と書かれるほどである。

政府の態度の変化や、1月2日の記事で詳しく分析されているGHAに見られるようなHMOの欠点などにもかかわらず、全体としてはHMOは前進しつづけている。その代表格であるカイザー・パーマネントの場合、1977年の収入が9億700万ドルであり、今年度は10億ドルを超えるであろう。カイザー・パーマネントは、アメリカ合衆国における非政府立の保健ケア供給機関

としては最大のものであり、会員は300万人以上、医師3100人、26の病院と5700床を有し、他に66の各種施設を保有している。もし、フォーチュン誌の企業ランキングに登場できるなら（実際は、非営利団体なので登場していない）、250位を占めるのである（1月1日）。

メイヤーは、1月1日の記事でカイザー・パーマネントの歴史、現状、医師と執行部との関係、運営上の特徴と今後の問題点などを報じている。注目すべきことは、シアトルには、Group Health Cooperative of Puget Sound という、22万5千人の会員（シアトル周辺の医療市場の18%）を有し、会員自身によって運営される、医療協同組合が存在していることである。メイヤーは「カイザー・パーマネントはHMOの一つの形態にすぎない」（1月1日）と述べ、HMOのあり方の多様性を強調している。

4. 今後の動向

メイヤーが既に引用したハーバード大学のスターの文中では、HMOの現状について次のように述べられていた（1976年の文）。「HMO_sは様々な形をとって、国中のコミュニティにおいて成長しつつづけてはいるが、それらはもはや連邦の保健政策の主要な要因を示すものではない」と。しかし、メイヤーは次の点を強調する。「HMO_sに対する連邦の政策の歴史において非常に著しいのは、同時に、医療費の増加に対する関心が成長していることであり、適切に運営されるHMO_sが、現行の出来高払い制よりも低い費用で包括的な良質の医療を提供できるという証拠がひろがり続けていることである」（1月3日）。

そしてメイヤーは、カイザー財団の首席副理事長のArthur Weissmanが1976年8月に開かれた「賃金と価格安定に関する諮問委員会」で、適切な医療が安価であるという結論に導くことはできず、組織化された保健ケアシステムが保健費上昇の現在の傾向を転換すると結論づけるのも誤りであると述べたことを引用している。但し、ワイスマンが、「カイザー・パーマネント

・医療プログラムの経験から私が学んだことは、組織化されたシステムは保健費用を適度なものにできるし、そうしているということである」と述べた部分も全文引用している。メイヤーの結論も、ワイスマンの上述の部分にあると言えよう（1月1日）。

最後にカーター政権の役人たちの態度をみておこう。メイヤーは、彼らがHMO運動を、もっと連邦の援助や注意を与えることによって、救済することを今のところ約束していると報じている。しかし、HMO_sが、ニクソン政権が7年前に示したようなテンポで成長できると考えている者は殆んどいないことも確かだという（1月3日）。

Lawrence Meyer

“Prepaid Medical Plan Reaps Millions”

Washington Post. 101:1 January 1, 1978

“Group Health in Trouble”

ibid

January 2, 1978

“Health Plans Grew in Seven Years, But Not as Much as Expected”

ibid

January 3, 1978

（日野秀逸 大阪大学医学部）

負担の水平的公平性の測定

社会保障制度による給付を向上させる場合に、その財源負担を国民諸階層にどのように配分するかは、所得再分配効果に大きな影響を及ぼすことになる。しばしばなされる分析は、所得階層別に拠出と給付を調べ、当初所得による平等度と再分配所得による平等度とを比較することである。これは垂直的な再分配効果を測るものであり、焦点は平等化・平準化にある。それに対して、個々の世帯の行動への影響という視点から拠出・給付を分析するものとしては、適正な保険料、租税の超過負担、生涯にわたる消費と貯蓄の配分などの分析をあげることができよう。

ここに紹介するローゼン論文は、所得税負担の公平な配分に関するものである。所得税課税に関する基準として能力説と受益説がよく知られているが、ローゼンは、新しい課税規範を唱えているというよりは、「評価基準」を模索しているように思われる。

むしろ、ローゼンも触れているように、租税負担は公共支出の帰着と切りはなせない問題ではある。さらに、「水平的公平」の概念を社会保険料負担にどのように導入するかは租税の場合とは別の視点から観ることが必要である。しかし、高負担を個々の家計の行動との関係で検討する際に、ローゼン論文はひとつの参考資料となしうるのではないかと考え、紹介する次第である。

原論文には、計量経済学上の立ち入った議論も含まれているが、それらは割愛した。

1 序

伝統的な水平的公平のとりえ方は、等しい立場にいる者の等しい扱いということである。そして、等しい立場がどうかを判断する目安としては、所得・支出・富などの外から観察可能な担税能力の指標を用いることが多い。しかし、水平的公平の議論を最適課税と同じ平面で行なうためには、担税能力ではなく効用により水平的公平を定義することが必要であろう。そのような定義として Feldstein によるものがあり、それは

- A. 課税されていない場合に 2 個人が互に同じ効用水準に位置するならば、課税されたあとも 2 人の効用水準は互に同じでなければならない。
 - B. 租税は、効用水準ではかった各人の順位関係を変えてはならない。
- という内容のものである。

水平的公平の効用論的定義のもとで課税の影響を検討するには、諸個人が余暇と消費に対して様々な「好み (tastes)」をもっていることを無視するわけにはゆかない。さらに、労働供給が内生的である限り、所得水準をそのまま厚生水準の適確な指標とすることはできなくなる。

2. 効用関数と好みの多様性

[効用関数]

水平的公平の効用論的定式化を試みるには、各家族間での比較可能な家族の効用関数を想定しなければならない。効用の比較可能性を前提することは、Atkinson や Feldstein や Mirrlees などの最適所得課税論ではあたりまえのことになっており、Stern はこの前提が「科学的」であるか否かを論ずることはあまり少ないことであると主張している。この前提はひとつの価値判断であり、公平に関する諸問題においてこの前提を取り除いてしまうならば、興味あることがらを検討することがむずかしくなってしまうのである。

ところで、各々の家族の効用は、夫と妻の余暇と家族の消費水準に依存し、しかも、一般的な CES 関数の型をとると前提しよう。

$$(1) U_i = [\alpha_{1i} (T - L_{hi})^{-\mu_i} + \alpha_{2i} (T - L_{fi})^{-\mu_i} + (1 - \alpha_{2i} - \alpha_{1i}) y_i^{-\mu_i}]^{-1/\mu_i}$$

但、 U_i は第 i 番目の家族の効用水準。 L_{hi} と L_{fi} はそれぞれ第 i 番目の夫と妻の1年間の市場活動時間。 y_i は家族の所得。 T は持ち時間で各人とも 5824 時間とする。

つぎに家族の所得制約を

$$(2) y = W_h L_h + W_f L_f + A$$

但、 W_h と W_f はそれぞれ夫と妻の純賃金。

A は非勤労純所得。

とし、この制約のもとでの(1)の最大化の必要条件は、

$$(3) \ln[(T - L_h)/y] = -\epsilon \ln W_h - \epsilon \ln[(1 - \alpha_1 - \alpha_2)/\alpha_1]$$

$$(4) \ln[(T - L_f)/y] = -\epsilon \ln W_f - \epsilon \ln[(1 - \alpha_1 - \alpha_2)/\alpha_2]$$

但、 $\epsilon = 1/(1 + \mu)$ となる。

[サンプル]

1967年の妻年齢30~44才の2510家族である。

[パラメーターの推計]

効用関数のパラメーターの推計に際しては、全家族が共通の好みをもっているという想定の場合とそうではない場合とに分けている。

後者の場合には、人口学的基準に従い、白人黒人という次元と、未就学児童の有無という次元とによる4つのグループに家族を分類して推計した。

また、夫と妻の労働時間の推計式は(5)(6)式ようになる。

$$(5) L_h = \frac{-C_h A + T + C_f W_f T - T C_h W_f}{1 + C_f W_f + C_h W_h}$$

$$L_f = \frac{-C_f A + T + C_h W_h T - T C_h W_f}{1 + C_f W_f + C_h W_h}$$

但、

$$C_h \equiv \left(W_h \frac{1 - \alpha_1 - \alpha_2}{\alpha_1} \right)^{-\epsilon}$$

$$C_f \equiv \left(W_f \frac{1 - \alpha_1 - \alpha_2}{\alpha_2} \right)^{-\epsilon}$$

3. 水平的公平の測定

効用関数の推計されたパラメーターと(5)(6)式を用いれば、課税されない場合の労働時間と所得とを計算できる。そして、課税された場合とされない場合の余暇と所得を(1)式へ代入することにより、それぞれの場合の家族の効用を算出し得る。

[測定上の概念的問題]

第1の問題は、水平的公平を測定するには、課税前の家族の効用(U_b)と課税後のそれ(U_a)との2つのベクトルをどのように比較すればよいのか、という点である。

Feldstein は、先にあげた水平的公平の効用論的定義のBに合致する尺度として、 U_b と U_a の順位相関をとりあげている。すなわち

$$r_s = 1 - 6 \sum d^2 / [n(n^2 - 1)]$$

但、 d は U_b と U_a の順位差。 n はベクトルの要素数。

である。

しかし、課税の前後で任意の家族の順序関係はかわらなくとも、効用水準の格差が大幅に変化しているのでは水平的公平にもとら思われる。そこで効用水準の差を考えよう。

まず、 U_b の要素から家族を無作為に抽出して並べ、つぎのような2つのベクトルを作成する。 $DU_{b,i} = |U_{b,i-1}|$ 、 $DU_{a,i} = |U_{a,i} - U_{a,i-1}|$ 。そして、 DU_b と DU_a の単純相関 ρ を水平的公平からの乖離の指標としよう。仮に ρ が1に近いならば、課税前に平均に近い(遠い)効用水準をもっていた家族は課税後にも平均に近い(遠い)効用水準にいることになり、水平的公平が保たれたとみなし得る。

第2の問題として、 r_s と P の解釈に関して、両指標がどれくらい小さい値があるならば租税体系が不公平であると判定し得るかという問題がある。

これを考えるには、水平的公平をかなり阻害している税制のもとで r_s と P がどれくらいの値をとるかを知ることが必要である。その値がここでの水平的公平の尺度の最低値となる。そのために無限定な人頭税(random head tax)を想定しよう。この税制のもとでは、家族数を n としたとき、各家族が総税収の $1/(n/2)$ の一括税を支払う確率は $1/2$ で、支払いがゼロの確率は $1/2$ である。

〔結果〕

まず、所得税の課税の前後における効用の順位相関は、画一的好みでは0.9951で、多様な好みでは0.9972であった。同じく所得の順位相関は、画一的好みでは0.9955で、多様な好みでは0.9941となり、いずれも課税による順位の入替えはわずかであるといえる。それに対して、無限定な人頭税の場合の課税の前後の順位相関は所得税の場合に対応した順で記せば、0.7527、0.8337、0.8628、そして0.9082であった。したがって、所得税の場合に順位相関が高い水準の値を示したことは、順位関係というものが変化しにくい性質をもっているからではなく、所得税の公平性に基く結果であると思われる。

つぎに U_b と U_a の単純相関は、所得税に関しては、画一的好みと多様な好みに関係なく、0.99をこえている。それに対して無限定な人頭税に関しては、0.70よりも小さい。

計算の諸結果の解釈にあたり、所得税が社会的に無視し得ないほどの水平的不公平をもたらしているか否かの判断は下し得ない。というのは、そうするためには社会的厚生関数の特定化が必要だからである。

また、さらに具体的な分析のためには、個人のutilsと水平的公平のトレード・オフを扱うことが必要である。そして、水平的不公平とバランスをするのに必要なutils(つまりutilsと水平的公平の限界代替率)がドルに変

換されねばならない。

4. 議論の限定

以上の分析からわかったことは、(1)租税によりもたらされる効用の変化は所得における変化とはやや異なっている。(2)水平的公平からの乖離に関し、好みのちがいはさほど強い影響を与えない。(3)現行所得税が水平的公平を大幅に阻害しているとは断定し得ないということなどである。

むしろ、ここでの議論は試みにとどまり、上に述べた3点についても例示の域を出ない。しかし、方法論的には、所得のみでwelfareの水準や分布を扱うことは不十分であり、水平的公平の検討のためには、効用がもっと吟味されねばならないであろう。

Harvey S. Rosen, *An Approach to the Study of Income, Utility, and Horizontal Equity*, *Quarterly Journal of Economics*, May 1978, pp. 306-322

(岸 功 社会保障研究所)

社会保障制度合理化への動向—— 家族手当および労働災害給付

(ISSA)

どの国の社会保障をみても、おおむね多数の制度が乱立しており、かつ複雑多岐な機構のもとで管理・運営されている。社会保障の専門家ですら、システムの動きを理解することは困難なばあいが多い。それゆえ、国民全般にとっては制度を理解することはなおさらむずかしい。行政担当者は、現行の社会保障制度を合理化および単純化するために、もっと努力が必要なことを幾度か主張してきた。

ところで、最近合理化の促進にはずみを与えた要因の一つは、各種の制度の社会的有効性に対する関心の高まりである。おおむね、いずれの国の社会保障制度も改正と修正のプロセスをくりかえすことにより発展してきており、新しい対策が導入されたり、現行の制度につけ加えられたりして、結局はきわめて厄介な管理構造をうみ出すに至っている。社会保障制度に過重な財政的制約が課せられるという最近の情勢の変化がなかったならば、このような状態は、多くの国々で恐らく改善されないままできたであろう。近年の財政上の圧迫は行政担当者に制度の再検討を余議なくさせ、規定を調整および単純化して費用を節約する方法を考えさせるにいたった。

最近数年間に、この方向を目指す努力として、社会保障法を体系的に成文化することから、いくつかの異なる制度を単一の管理のもとに統一することに至るまで、多くの形の試みがなされている。

合理化は現行制度を再組織する方向のみならず、多くのばあい、社会保障政策の重要な革新を達成する方向へ向けられた。多くの国々で実施された家族手

当制度の最近の改革は後者の傾向を示す例である。一般に、これらの改革は家族手当制度と国の税制を調整することをねらいとするものであった。ほとんどのばあい、税制の児童扶養控除は廃止または漸次縮小されたが、その代り、家族手当は大幅に増額されることになり、かつ支給範囲が扶養児童のいるすべての家庭（すなわち第1子から支給）に拡張された。両制度を調整する目的の一つは、大多数の家庭の受けとる手当額を改善することであり、もう一つは、低所得の家庭のほうが高所得の家庭よりも税制の扶養控除から受ける便益が少ないという状態を打ち破すことにある。

他方、労働災害および廃疾保険の領域でいっそう合理化を進める動きがあるが、これは、長期的な影響力においてははるかに効き目があるであろう。社会保障制度の歴史が古い国々では、おおむね個々の制度に歴史があり、労働災害および廃疾という偶発的な事故をカバーする別個の制度をもっており、廃疾は雇用に関連しない疾病と労働不能をカバーしている。これらの制度の管理は通常、異なった立法と異なった基準に基づいて、異なった制度によってなされている。概して、労働災害制度のもとで支払われる短期給付および年金のほうが廃疾保険の給付よりも著しく高いのである。

しかしながら、ある国々では両制度が行政上分けられていることが問題となってきた。というのは、“仕事に関連あること”の解釈および廃疾年金の保障基準がますます広義になり、ゆるめられてきたからである。これら二つの領域の保険の統合または調整の促進に影響を与えたもう一つの要因は、目営業者、主婦、または労働不能者のような、従来は保護の与えられなかったカテゴリーに対して、廃疾の保護を拡張する必要性が考えられるようになったことである。

労働災害と廃疾給付を調整および併合するという改革はむづかしいし、かつ非常に費用のかかるものであるから、新たな立法を遂行した国はまだ少ない。しかしながら、このような改革は社会保障の合理化および調整の特筆すべき例の一つであり、今後何年間かの間には、多くの国々で引続いて実施されること

になるであろう。

ところで、最近家族手当と税制の扶養控除の一元化を実現したのは次の国々である。

1975年には、西ドイツで両制度の統一が行なわれ、従来の第2子以降にかわって、第1子から家族手当が支給されることになった。給付額は相当増額された。

同様の改革はイスラエルでも、1975年に実施された。税制の児童扶養控除は廃止され、ユニバーサルな児童手当（非課税）が支給されることになった。なお、新しい手当は消費者物価指数にリンクされ、給付はこの指数の変化にしたがって調整されることになった。

オーストラリアにおいても1976年に改正が行なわれ、その結果、家族手当額はかなり増額されることになった（たとえば第1子については週0.50ドルから3.50ドルへ、また第2子については1.00ドルから5.00ドルへ増額された）。また、この改正により、学生に対する手当の支給年齢の上限が21歳から25歳へ上げられた。

イギリスでも、1975年に児童給付法が制定され、1977年4月より、両制度の完全な統合が行なわれる予定であった。しかし、児童手当をめぐる制度の改正は、厳しい経済情勢の影響を受け、実施にいたるまでに幾度か転回し、結局、1977年より3年間に段階的に税制の児童扶養控除を児童手当におきかえていくことになった。従来の家族手当は第2子以降に支給されていたが、第1子にまで拡張され、とくに片親家庭の第1子の手当額はいっそう増額された。

オランダでも、家族手当と扶養控除を統一するためかなり活発な議論がおこなわれた。この方向への第1段階は1976年より開始され、児童の扶養控除が部分的に減額され、家族手当が増額された。平均所得よりも所得の低い家庭では家族手当の増額から利益を得るが、平均所得よりも所得の高い家庭では総家族給付は減少することになった。

労働災害給付の領域での重要な改革の一つは、1974年、ニュージーランドで実施されたユニバーサルな“無過失”災害保険制度である。災害補償法は被用者および自営業者に関しては、業務災害であろうとなかろうと、事故による稼得能力の喪失または減少に対して所得比例の補償を与える。さらに、災害補償法は、従来は給付を与えられなかった国民のかなりの部分にも適用されることになった。すなわち、被用者でないもの——主婦・児童・学生・および老人などである。ニュージーランドへの訪問者もニュージーランド国内にいる限り、適用を受けられる。これらのカテゴリーについては、所得比例の補償給付またはその他の継続現金給付の受給資格はないが、他のすべての給付（リハビリテーション、一時払いの給付、葬祭支出等）は受給できる。この制度の財源は労働人口については使用者および自営業者からの所得比例の拠出により調達され、その他のものに対する給付は国庫の負担とすることが規定された。

Developments and Trends in Social Security,
1974-1977, International Social Security
Review, No. 3, 1977

（都村敦子 社会保障研究所）

社会保障の不適切な受給

J. M. G. Kuin (オランダ)

本稿には、社会保障の不適切な受給にかんする論述が示されている。

法律はカバーしようとしていないことが明らかであるにもかかわらず、人びとが合法的に社会保障給付を請求する場合に、社会保障の不適切な受給が行なわれる。

社会保障の管理・運営では、そのような例は、法的には非難できないが、腹立たしさと不愉快な感じを抱かせる。

この状態は失業・疾病・失業保険の分野における調整に端を発している。しかし、これらの各保険制度の目的は大幅に異なっており、この事実はなんら考慮されていない。たとえば、音楽家と芸術家は、かれらが自営業者である場合を除いて、疾病と廃疾に対して保険をかけられるべきであるということは容認できるが、失業の場合には、その通りという訳にいかない。被保険者のうちこの分野の人びとは、ある点では、かれらの特殊な専門的職業のもつ正常な特長として、仕事をしていない期間が存在するが、かれらの失業期間には、賃金労働者の一般的な組織と共通点をもっていない。

同様に、失業保険の資格取得期間の短縮は、6週間労働者達を雇用するある

企業で就労させ、かれらがその後6週間失業手当を受給すると述べている。

疾病保険では、法律が賃金の80%だけの給付を規定しているのに、大部分の例では、労働協約により、疾病給付が賃金の100%であるから、疾病保険は欠勤を奨励するかも知れない。社会保障に対する不適切な受給の他の例は、海外からの移住労働者の雇用前における検診で発見された病気が、疾病保険の費用になっているという規則にも見受けられる。オランダで働いたことのあるこれらの移住労働者に必要とされる費用は、公的保険サービス当局の担当事項のように、政府によって調達されるべきである。

他の例は廃疾保険と失業扶助に見ることができる。

管理・運営機関は、その立場からして、法律が通過され、かつ、重い負担を必要とする法律の適用に対して、法律に注意を喚起すべきである。

各金庫は実際に必要とする人びとに十分に支出し、かつ給付を提供すべきである。社会保障はまだ再評価の必要がある。

Het Oneigenlijk Gebruik van de Sociale
Verzekering, Gids voor Personeelsbeleid,
No, 9, March 1972, pp, 227-233; No, 16, '72/73.

社会保険予算

(ソヴェト)

本稿では、筆者は社会保障予算の収入、内容および活動について、説明を論述している。

社会保険予算は労働者と職員の社会保険のために、社会主義国によって計画された資金の徴収と配分の仕組みを示している。それは全国にわたる社会保険の所得と支出を統合する連邦政府の予算である。つまり、それは各共和国と各地方の社会保険予算を統合したものである。反対に、これらは国民経済の各部門における個別的労働組合団体（共和国、地方、地区および市の労働組合委員会）の予算の所得と支出を統合している。

予算の収入は次のように構成されている。

- 閣僚会議により決定された比率による企業と組織の保険拠出。
- とくに有利な条件で与えられたサナトリウム治療、回復期や他のホーム、旅行のセンターやキャンプに対する旅行や他の費用の一部を返済するために被保険者によって支払われた金額。
- 現在の法律に従う各種の他の所得。

予算の支出は次について行なわれる。

- 疾病、妊娠および分娩による一時的な労働不能に対する給付、および出産と死亡への一時金。
- 被用者と雇用されていない年金受給者への年金。

- 労働者、職員、およびかれらの子供に対するリクリエーションおよびサナトリウムの治療。
- 社会保険の組織化と管理・運営。
- 投資。
- 現行法に従う他の支出。

ソ連の閣僚会議は、一方では、社会保険に対する全般的な所得の総額、および拠出、他の資金および共和国の補助金からの詳細な所得を、他方では、年金にかんする支出の詳細を含む全般的な支出総額を承認する。詳細な予算は中央労働組合評議会によって承認されるが、年金にかんする支出は除かれる。疾病と出産の給付のために計画された金額は、前の期間における労働不能の発生率および、ソ連（連邦政府）の財務大臣と協議し、決定される。

サナトリウムの治療とリクリエーションにかんする支出は、予算の7.6%として決定される。一時的労働不能にかんする支出の経済について、1972年1月1日から、「予防活動改善基金」が当初総額18490万ルーブルで発足された。

拠出と被保険者から返済された所得の超過分（計画された所得の超過分）は、「健康状態改善基金」に移される。1969-1971年の期間に、約12000万ルーブルがその基金に集められた。その金はサナトリウム治療、リクリエーション、夏季児童キャンプなどのような現物による追加的な諸給付の購入に用いられる。

雇用されていない年金受給者に対する年金支払いをカバーする資金は、政府の社会保障管理部門に送られるが、雇用されている年金受給者の年金（老齢、廃疾、および退役軍人の年金）にかんする資金は、企業と労働組合機関によっ

て分配される。

予算は社会保険の運営、技術的な検査、医学上の監督、個人の教育と訓練、社会保険の疑問にかんする教育と広報、功労のある職員への賞品に対する費用もカバーしている。

予算は特殊な建設企業によって行なわれ、適切な保険者によって計画され、かつ、資格をもつ計画機関によって承認された投資をカバーする。

予算編成の全組織は、1971年1月1日から実施されている中央労働組合評議会の規則によって設けられている。

予算は絶えず金額が増えている。1962年には87億ルーブルが計画されたが、しかし、1973年には、予算は214億ルーブルであった。被保険者1人当りの費用は1972年に126ルーブルであったが、1973年には、216ルーブルが計画されている。

Budzet Socialovo Strakhovaniya,
Okhrana Truda i Social noe Strakhovanie,
N. 5/1973, pp. 26-27; No. 22, "74/75.

1972—73年の社会福祉費

Alfred M. Skolnik and Sophie R. Deles
(アメリカ)

本稿には、社会福祉費の推移の比較が論述されている。

公的な制度による社会福祉費は、事実上では、1973会計年度には1972会計年度と同一率(12%)で増加した。社会福祉費は1973年に国内総生産の17.6%であったが、1972年には17.5%であった。

もし合衆国の男子、女子および児童の1人当りで分配すれば、1973年に社会福祉に支出された2152億ドルは、1人当たり1,007ドルで、その金額は1972会計年度には909ドルであった。インフレーションについて調整した後でも、1人当りの費用は1972年から1973年に7.4%の増加を示していた。実質的な平均年間増加率は1960年代前半の5%から、1965年以後1972年までの9%に上昇した。

ここで規定された社会福祉に割当てた政府支出(連邦、および自治体の合計)も、ある増加——1972会計年度の53%から1973年度の55%に——を示した。この増加のすべては連邦政府予算に帰するものとするができるが、その半分は現在社会福祉に支出される。1972年には、その比率は47%であった。

この論述で規定しているように、公的社会福祉費は各個人と世帯に対するように、公的社会福祉費は各個人と世帯に対する直接的な給付を規定した公法に

よって運営されるすべての制度の現金給付、サービス、および事務費を示している。含まれている各制度は社会保険と公的扶助による所得維持策と、保健、教育、住宅、および他の福祉サービスの公的な手段の諸制度を含んでいる。

1973会計年度の社会福祉費は1972会計年度とほぼ同歩調で増加したが、各分野は異なる増加のパターンを示していた。たとえば、最も大きな増加率——15%——を示した例は社会保険部門で記録された。保健と医療の制度、および退役軍人の制度はそれに近い増加率で14%と13%を示していた。これらの状況に対して、前年の1972年における最大の増加率は公的扶助制度(22.5%)で見うけられ、それに次ぐ重要なものは保健と医療、および社会保険であった。公的扶助費の増加率に現われた低下は異常に急激であった。この現象の主要な原因は、公的扶助制度による現金の支払いが、1973会計年度に3億ドル以下の増加で、1972会計年度に11億ドルであったということであった。全般的に言えば、合計283億ドルに対する公的扶助費の増加22億ドルは、社会福祉費合計の1973年度増加分の10分の1に相当していた。その前年では、公的な援助はその割合の2倍以上でかなり大きかった。

社会保険については、現在、社会福祉費総額の5分の2である。このグループの支出における1973年の増加は、同年における公的な制度による社会福祉費総額の増加の半分に相当していた。

ここに示した2年目では、教育はすべての主要な部門のうち最低の増加率を示した。1970年と1971年にそれぞれ16%と12%の増加率を示した後で、その後の2年における教育への支出は7%増加したにすぎない。1973会計年度における学生数に現われた事実上の減少で頂点に達したが、入学者数に生じた緩慢な増加率が、主として小学校と中学校に対する公的な支出に緩慢な減少をもたらした。

社会福祉費の増加で最も重要な要因の1つは、インフレーションであった。物価の変化という要素を取除けば、1965年と1973年の間における1人当たり社会福祉費では絶対的な上昇は157%であるが、ドルを一定の価値にした場合の上昇は98%にすぎない。後者の比率は、人口と物価の変化を割引いた後に、公的に財源を調達された社会福祉の現金とサービスによる給付の水準で、実質的な増加を測定したものである。

Social Welfare Expenditures,
1972-73, Social Security Bulletin,
No.1, 1974, pp. 3-43; No.23, '74/75.



ウィーンとカルンテンにおける 予防的検診の実験

O. Voelkel (オーストリア)

本稿には、オーストリアの一部の地区で行なわれた予防的検診の実験が概説されている。

予防的検診はしばしば発生する疾病(糖尿病、心臓疾患、がんなどのような病気)の時宜を得た発見と、それらの初期段階における治療をできるだけ可能にしようとしている。

1973年に、予防的検診のある実験計画が、オーストリア全国に予防的検診の制度を採用する以前に、そのような検診にかんする医学的な発見を可能とするために、ウィーンとカルンテンである限られた期間実施された。同時に、実験の一部に参加した医師は、これらの検診で得たかれらの経験を詳細に述べるように求められた。

本稿は実験の一部を担当した医師の反応を論述している。それらの反応は、一方におけるウィーンの都市と、他方におけるカルンテンの農村地帯の間で異なっていた。ウィーンでは、医師のうち約62%が実験に参加し、かれらの反応を寄せてくれた。かれらのうち約3分の2は一般医だったが、内科と婦人科の専門医はほぼ同数の状況を示した。

かれらのうち大部分の医師は、かれらが将来予防的検診に喜んで協力すると述べた。さらに、かれらのうち大部分の者は、検診の結果がかれらの期待に

っていたと述べた。かれらの基本的な勧告は、精密検査、レントゲン検診および電子式心電図などを含むより完全な検診であった。かれらは市民の大部分の参加を保証するために、計画に参加する人びとの利益について、情報計画を伝える広報活動を組織する必要があるということも考えている。

疾病金庫と契約している医師とより大きな診療を行なう医師は、他の医師よりもこれらの検診についてかなり多くの活動を行なったということが示されている。かれらの検診は一般医の82%、また専門医の50%では、本来の診療時間以外の特殊な診療時間に行なわれた。その場合においても、正常な診療時間に検診を行なった人びとの間では、大部分の人びとは、かれらがそれほど困難を覚えることもなく実施したと述べている。

検診を受けた人びとのうち、89%は女子で、3分の2は50歳から70歳までの人びとであった。大部分の人びとは、かれらの通常利用する医師以外の医師の所に出かけたということが明らかにされた。ウィーンでは、それらの人びとは家庭医をもっていないか、あるいは、具体的には、見知らぬ医師による検診を受けようとしたかである。しかしながら、カルンテンでは、検診を受けた大部分の人びとは、かれらの家庭医の所に出かけた。

ウィーンの医師は予防的な検診の一般的な重要性と、実験の組織化と実施のいずれについても、農村地区のカルンテンの医師よりもより高く評価していた。

この実験は国民の健康について予防的医療の重要性を、医師と同様に一般大衆に示すことができた。

Projektstudie Vorsorgeuntersuchung in Wien und Karnten, Oesterreiche Arztezeitung, No.19, 1974 pp. 1058-1063; No. 37, 74/75.

社会保障発達への考察

H. Boroaz (フランス)

本稿には、次第に増大する効果的な社会的保護への願望と、フランス経済によって生み出すことのできる社会的支出の最高額との間における均衡を求めながら、社会的給付の発達を分析した論述が示されている。

経済的には、保健への支出は社会的なカテゴリー、つまり、医療担当者と医療補助者に対する、全国民から所得の移転を示している。この費用は、あらゆる種類の保護を求める人びとを取扱わなければならない医学的知識の普及と医学の成功によって、増大が避け難いものとなっている。

同様に、老齢保険——拠出を支払ってきた人びとを保障し、かつ生産的部門を通じて再分配された所得——への費用は、フランスが生計に必要な最低の支えもない人びとで、65歳以上の約700万人を抱えているから、増大は避けられないものとなっている。

家族手当については、実施されてきたものは、現在なおざり取扱うのを許されない。

このような状態だから、社会保障に充当する金額の最適な配分を行なう点について、公的な機関は活動にある限定された余裕をもつだけにすぎない。

保健の分野では、費用の重要な項目は病院医療と診療である。前者については、病院の改革が各金庫を設けてよりすぐれた利用を認めることができるかも知れないし、診療の費用では、選別方式の適用は望ましくないかも知れない。もし医療の独断的な減少が回避される場合、医師と患者はそれぞれの責任を知るようになるのが基本的なことである。

老齢保険については、最も悪い生活をしている人びとの社会的な立場を改善する方向に向う動きが現われるべきである。

家族政策は全般的に再検討されるべきで、現物の給付とともに所定のニーズを満す手当を提供すべきである。

全国的な社会連帯の手段によってのみ、この問題に対する解決が可能であろう。基本的に必要なことは社会保障費の合理化である。政府と社会的協力者のすべての協定した努力は、増大する医療費の問題に解決を見出だし、最も裕福でない人びとに最低限の福祉を提供し、かつ、社会保障制度にある程度の安定を回復させるために必要である。

これらの各種の問題は解決されさえすれば、その場合、社会保障は他の分野で人間の環境の改善に寄与するかも知れない。

Quelques Réflexions Sur les Perspectives
Dévolution de la Sécurité Sociale, Revue Française des Affaires Sociales, April - June 1971,
pp. 287-290; No 2, '72/73.

英国における医師の診療報酬制度，医療施設の再整備計画，国民保健サービスの運営組織

健康保険組合連合会 石本忠義

医療保障の1つの理想と目され、発足以来30年、種々の問題をかかえながらも一貫して全国民を対象に包括的な保健医療サービスを提供してきている英国の国民保健サービス制度は、目下社会経済の変化や国民のニーズに対応しながらよりよい方向を模索している。国民保健サービス制度の運営組織が1974年に改革され、各機関の間の連携、各種サービスの相互調整が一段と図られるようになったが、同時に国民保健サービス制度に参加する家庭医や病院勤務医の報酬の改善、ならびに国民の保健医療ニーズに合った医療施設の再整備が行われている。ここでは最近の家庭医および病院勤務医の報酬制度と病院等医療施設の再整備計画について解説する。

医師の診療報酬制度

(1) 家庭医の診療報酬

家庭医は、患者とその家族についてその背景、生活・労働環境などを詳しく知っていると同時に、病院やその他の機関との密接な連携を保っており、保健医療において重要な役割を果たしている。家庭医は単独開業の場合3,500人まで登録患者を受けもつことができるが、1975年における家庭医の平均登録患者数は2,365人である。

家庭医の診療報酬は、1965年に保健大臣と一般医の代表の間で取り決められた方法に基づいて算定され、支払われている。現行の診療制度はつぎのようになっている。

まず診療報酬はつぎのものから成る。

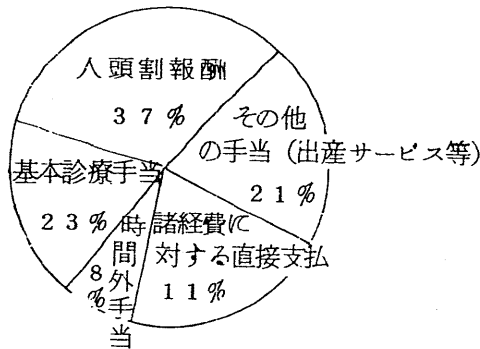
- ① 基本診療手当
- ② 特別手当（年齢・経験、グループ診療、指定地域での診療、職業訓練を考慮したもの）
- ③ 登録患者1人当たり報酬（人頭割報酬）
- ④ 時間外手当（補足診療手当、補足人頭報酬、夜間往診料を含む）
- ⑤ 予防接種等、一時居住者の治療、出産に伴う医療サービスの提供に対する手当
- ⑥ 土地・建物の賃借、補助者の雇上げ、疾病等の期間中の代診医の雇上げに対する支払
- ⑦ 女医補佐人制度のもとでの支払

診療報酬の基準額は、国民保健サービス制度に従事する医師および歯科医師の診療報酬について首相に対して助言する「医師・歯科医師診療報酬王立委員会（Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration）」の勧告にそって設置された「医師・歯科医師診療報酬検討委員会（Review Body on Doctor' and Dentists' Remuneration）」の勧告に基づいて決められる。診療報酬基準額の具体例は省略するが、基準額はかなりこまかく定められている。たとえば人頭割報酬についても患者の年齢によって額がちがっている。すなわち、患者が65歳未満の場合2・45ポンド、65～74歳の場合3・30ポンド、75歳以上の場合4ポンドである。

家庭医の年間収入は著しく異なっているが、1976年度の平均収入は約13,000ポンド（約520万円）である。このうち4,500ポンド（約35%）が経費である。したがって純所得は8,500ポンド（約340万円）である。所得税は一般の者と同じ税率が適用され、純所得から各種控除（家族控除など）

をした額に課せられる。しかし、経費である4,500ポンド(約180万円)はあとで償還される(医業経費は国が負担することになっている)ので、実際の手取り額は税引後の額に4,500ポンドを加えたものである。1976年度における家庭医の診療報酬の種目別構成は図のとおりである。これによると、人頭割の報酬の占める割合がもっとも大きい。基本診療手当やその他の手当の占める割合も無視できない。診療報酬基準額の引上げにあたっては物価や賃金の伸び率が考慮される。

図 家庭医の診療報酬構成比
(1976年度)



(資料) イギリス保健社会保障省内部資料(1978年)。

(2) 病院勤務医等の診療報酬

一方、病院勤務医等に対する報酬も、医師・歯科医師診療報酬検討委員会の勧告に基づいている。報酬額は医師の職務階級や勤務状態によってかなりちがう。また、病院、地域医療、地域保健サービス、地域歯科医療のいずれに従事するかによってもちがう。相対的に地域医療に従事する医師の報酬が高い。その次が病院勤務医である。病院勤務医の場合、1976年において医長クラス専門医で8,500ポンド(約340万円)～10,689ポンド(約428万円)プラス報償金(130ポンド=52,000円)、医師資格取り立ての勤務医で年間3,075ポンド(約123万円)～3,294ポンド(約132万円)であ

る。地域医療に従事する地方医務官の場合、当該地域の居住人口によって報酬額が異なるが、人口350万人以上の地域では12,936ポンド(約517万円)～13,170ポンド(527万円)である。また、地域歯科医療に従事する地方歯科医務官の場合、人口350万人以上の地域では10,347ポンド(約414万円)～10,671ポンド(約427万円)である。

このように病院勤務医等の報酬は、相対的に家庭医のそれより低い。他の国にみられるほど大きい格差はない。1977年から公営病院での私費診療(公営病院の入院患者のうち個室を希望する者に対して、部屋代のみならずあらゆる診療費を患者の個人負担とするもので、国民保健サービス制度発足当時政府と専門医団体との話し合いで設けられた制度)が廃止された(病院労働者から強い批判をうけて廃止されることになり、その代わりとして私費診療を求める患者に対してはそれを提供する私立病院を設けることになった)ため、専門医の収入が減り、これが専門医団体と政府の間で問題となっており、長い間話し合いが続けられているが、まだ決着はついていないようである。現在、公営病院勤務の専門医は約12,000人であるが、このうち約3分の1の専門医が非常勤のかたちで診療に従事しており、私費診療も同時に受け持っている。その他の専門医は原則として私費診療を行っていない。公営病院の私費病床が廃止され、私費診療患者は私立病院で診療を受けることになったため、これまで私費診療を担当してきた専門医は、同じ場所で国民保健サービス診療と私費診療を行なうことができなくなり、実質的な収入減となった。

医療施設の再整備計画

1974年の国民保健サービスの運営組織の改革は、よりよい運営により有効的なサービスを提供することが第一のねらいであったが、運営組織の改革だけでは十分とはいえない。そこで国民の医療需要に応じて病院や専門療養施設の再整備を行なう計画が立てられ、その具体的な実施をするための短期および長期の需要調査が1978年から行なわれている。この調査の結果に基づき、医

療施設の再整備実施計画がつくられ、今後逐次医療施設の再整備が行なわれていく予定である。実施計画は、短期計画（3年計画）については毎年、長期計画（10年計画）については4年ごとに需要調査により見直しすることになっている。

医療施設の再整備の目的は、資源の有効配分を行ない、よりよく調整された総合的な保健医療サービスを実施することである。その場合、資源（歳入および資金的資源）の急速な増大なしには急激な変革は望めないとの観点から、当面少なくとも地方における保健医療サービスのための資源を増やす努力をすることが目標となっている。とくにこれまで地方における保健医療サービスは低いレベルのものであったため、それを引き上げるための特別資源を確保することが1つの重要な目標となっている。それとともに児童、老人、精神病患者、精神障害者および身体障害者のためのサービスを改善すること、ならびに治療の新しい進歩のために資源を投入することが目標となっている。

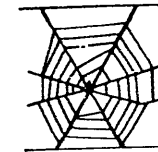
ところで短期計画および長期計画は、各々の地方保健局（Regional Health Authority）、地域保健局（Area Health Authority）および地区管理チーム（District Management Team）が立てる。こうした計画策定にさきだって、保健社会保障省は医療施設再整備計画に関するガイドラインを示しており、これに基づいて各段階の保健局や地区管理チームがそれぞれ計画を立て、上級の保健局がこれをまとめることになっている。すなわち、計画は、地区管理チーム→地域保健局→地方保健局→保健社会保障省の順にまとめられる。保健社会保障省のガイドラインは、「保健・社会サービスにおける優先（Priorities in the Health and social Services: The Way Forward）」と題するもので、1977年に公表されている。このガイドラインにさきだって、1976年に資源配分作業班による「イギリスにおける保健のための資源配分（Sharing Resources for Health in England）」と題する報告書がまとめられ、これをもとに保健社会保障省によって、「イギリスにおける保健・対人社会サービスのための優先（Priorities for Health and Personal Social Services

in England)』と題するガイドラインの案が示され、これについて保健局や地区管理チームの意見や要望が聴取され、これを加味して前記のガイドラインが策定された。

また、保健社会保障省は、短期計画および長期計画の策定にあたって、「国民保健サービス計画システム（The N H S Planning System）」という、いわゆる計画策定の要領を1976年に示しており、具体的な計画策定の手続きなどが詳細に定められている。

なお、1978年の短期および長期の需要調査の結果、医療施設の再整備実施計画が立てられることになっているが、1974年以降現在まで簡単な病院等整備計画に基づき、大病院の設置など病院の量的拡大が図られてきている。

こうした医療施設の再整備計画に基づく改善の効果が現われるのはさきのことであるが、よりよい国営医療を目指して各種の努力が続けられていることは確かである。



社会保障こぼれ話

税制改革と労働組合

(スウェーデン)

この国の租税負担が重いことは、わが国でもよく話題にされる。その租税負担はかなり重いといえる。しかし、重い租税負担を語るときには、租税が市民生活を守っているとか、極端に幅の広い所得較差が比較的少ないことなども、話題に加えなければならない。

ところで、社会民主党に代って政権を担当する現政府は、租税制度の改革を計画しており、この計画について、3通りの異なる考察を提供した。労働組合総同盟（LO）はこの租税制度改革に批判的で、LOの示唆により設けられた税制改革にかんする委員会では、LOは基本的な立場として次の点を考えていた。つまり、その委員会の基本方針として、LOは租税の減免に対する申請の不正な使用の減少や異なる所得グループと資本保有者の間における租税のより公平な負担によって、この国の脱税を少なくすることを求めている。なお、LOは現政府が示した3種類の考察について、それらが納税で不正直者の増大する問題になんらの努力もしていないとして、とくに批判的であった。

LOは租税について訂正すべき多数の諸問題を早くから示してきた。たとえば、それらの諸問題には、付加価値税の支払いにかんする脱税、全国的な社会保障・保健制度に対する使用者拠出の不正な不払い、租税の減免に用いる範囲の不正な適用、および資本収入の租税に対する減免の不正などが含まれていた。これらの問題はLOが以前より規制の強化を求めていたものであった。

この国では、各カテゴリーの人のびとや収入源を対象とする課税について、社会連帯と平等を保証するために、租税負担のより公平な負担を達成しようとする試みには、その試みを阻害する困難が存在しており、LOはそれらの困難にも注意を喚起してきた。さらに、LOは租税の不公平な領域を取除き、また、たとえば、すべての資本収入が課税されるべきだということを理解させるには、この国の社会ではなんの力もないことも指摘してきた。

資本所得について、LOはよりきびしい課税が行なわれるべきだと要求し、従来、それは多くの機会に主張してきた。この主張でとくに対象とされるのは、主として不動産市場からの所得である。LOの見解によれば、それに対するよりきびしい課税は、資産の価値が急速に増える問題と取組むのに効果的であるとされている。また、現在、ローンは租税の減免を得る手段に利用されているが、LOは現在のような形で租税の減免に利用されるのを防止するために、クレジット制限の採用を検討する用意をしている。

News of the Swedish Trade Union Lo, Confederation,
No 4, August 1978, Stockholm.

(社会保障研究所 平石長久)

イギリスの福祉権運動を訪ねて

岡山大学助教授 河野正輝

去る5月30日から7月1日まで約1カ月、フランス、イタリー、イギリス、西ドイツの4カ国を訪問。イギリス(ロンドン)には10日間滞在して、社会福祉サービス(personal social services)の法制と福祉権運動(action for welfare rights)について実情を見聞し、いくつか資料を入手することができたので、短期間の見聞にすぎないが、イギリスの福祉権運動について書きとめておきたいと思う。ただ入手した資料はすべて船便で送って、それらにまだ目をおせないでいるので、これから書くことは単なる印象記にすぎない。そのつもりでどうか読みながしていただきたい。

ご承知のように、国際社会福祉協議会日本国委員会では、去る4月、エセックス大学のピーター・タウンゼント教授を招き、講演会を開催されたが、その際、同教授がイギリスの福祉権運動として児童貧困問題活動グループ(Child Poverty Action Group)と申請者同盟(Claimants' Union)にとくに言及されていたことに注目された方々も少なかったと思う。実は、ちょうどその頃イギリスの社会福祉サービスの法制を調査するため渡欧の計画をたてていた筆者は、この機会に、ぜひ福祉権運動団体についても紹介状を得たいと思い、当時ピーター・タウンゼント教授の世話をされていた日本国委員会の根本嘉昭氏、ローレンス・トムソン氏にご相談したところ、両氏のご援助で、ピーター・タウンゼント教授の親切な紹介状を得ることができた。こんなわけで現地では丁寧なご案内をいただき、要領よく調査を進めることができた。本誌を

かりてご援助いただいた方々に厚くお礼を申し上げます。

ピーター・タウンゼント教授の紹介状を得て、筆者が廻って見た福祉権運動団体は、先述のC. P. A. G. およびC. U. のほか障害者連合(Disability Alliance)、かつてケース・コン(Case Con)に属したハリー・フレッチャー氏である。C. P. A. G. は多子家庭の貧困問題を解決するために、一方で社会保障の権利ハンドブックなどを発行して、不当な行政に泣き寝入りしないよう啓蒙し、あるいはそうした人びとの苦情や相談に応じて、ときには補足給付不服審査会(Supplementary Benefit Appeal Tribunal)に不服申立てをすることで面倒をみたりするとともに、他方で調査活動をすすめて、こうした苦情や問題が出てくる原因を調べて、政府に法改正を求めるなどの理論的な活動を行なっている民間団体である。筆者が訪ねたルース・リスター女史の話では、C. P. A. G. のメンバーは現在全国で約2,500人、約60の地方支部をもち、年間予算約6万ポンド(日本円にしておよそ2,500万円、このうち約4分の1は政府の補助金による。イギリスでは一定の成果を上げた団体には、それが自主的運動団体でも補助金を支給する)ということであった。ロンドンのC. P. A. G. の事務所は大英博物館の近くのマックリン通りの一画、古いレンガ造りの建物のなかであって、もはや廃屋かと思えるような入口をはいると、2階がCitizens Right Office、3階がC. P. A. G. の事務所になっている。屋内は暗く、また出版したパンフレット類も狭い廊下を利用して並べてあり、やはり苦しい財政の事情のなかで自主的な活動を運営している様子がかがわれた。

障害者連合(D. A.)は、C. P. A. G. の成果にならって、障害者のかかえている主に所得保障問題からさらに福祉サービス、教育、職業問題にも及んで、C. P. A. G. と同じような個別的な啓蒙、相談の活動と理論的な調査活動を行なっている民間団体であるが、その組織は地域別障害別にわかれている50の障害者団体が連合して1975年につくられたもので、まだ実績がないだけに政府の補助金は引き出せないし、初めの2年間は非常に苦しかったと、オルガナイザーで理論的な調査活動も担当しているアイリーン・ローチ女史が述懐

していた。だから、初め、企業の出資あるいは故人の遺産からなる慈善基金に申し込んで補助金を受けて、ローチ女史1人の給料と印刷費を維持してきたが、ようやく本年度にはいって障害者の権利ハンドブックを発行するなどの啓蒙活動で一定の評価を受けて、しだいに軌道にのってきたということであった。

この二つの運動団体はいずれもピーター・タウンゼント教授の着想と指導によるもので、教授はこの二つの組織のいずれも議長を務めている。

ところで、この二つの団体がイギリスのミドル・クラスを組織した比較的穏健な運動体であるのに対して、申請者同盟 (Claimants Unioo) は、社会保障給付で生活している人びと、もしくはそれを受けなければ生活できない人びとが、自分たちだけで直接行政と闘うためにつくった、よりラディカルな組織である。こういう性格の組織であるから、C.P.A.Gよりもっと地域に草の根組織がはりめぐらされているのは当然であるが、しかしその組織は日本の労働組合などに比べると驚くほどゆるやかに見える。

同盟員の資格として4カ条の憲章(第1. 我らは生活できるだけの所得を請求する権利を有する。第2. その給付は我ら自身によって管理されるものでなければならぬ。第3. 我らは社会主義の政権を要求する。などの4カ条からなる)をかかげるだけで特別の組合規約はないし、全国で何人の同盟員がいるのかとたずねても、地方の支部によっては、まだ毎週一回の定期会合を持ってないところがある。また定期会合をもっている、その週によって会合に来る人の数は異っていて、要するにその時の会合参加者がイコール同盟員なのであるから、はっきり数はわからないといった返事である(全国の申請者同盟一覧表が手もとに届いていないので、正確ではないが、支部数はすでに100近く組織されていたように思う。同盟の会費も週一回の会合の途中で司会者が空カン^①を廻して各人の可能な拠出を求めるという方法によっていた。

筆者が直接訪ねたのは東ロンドン地区申請者同盟で、ちょうど週一度の定期会合を開くところであった。そこでの発言は早いやりとりがあったり、労災の被災者で発音の不鮮明な人がいたり、貧しい筆者の会話力ではほとんど

聞きとれなかったのであるが、2週に1度の給付の支払いを1週に1度に改めさせるためにどう行動するか、という共通議題から始まって、しだいにその週の会合に参加した1人1人の個別の要求、たとえば補正給付を受けている人の燃料費の支給の問題、退職婦人の年金と補足給付の関係の問題とかがあいついで出され、不服申立のやり方が検討されていた。

自分で給付の申請書や不服申立書を書けない人については、その週の会合を指導していた、いわゆる未婚の母たちが代って書いてやっていた。C.P.A.Gでも、D.A.でも専従で働いていた専門職員、ケース・ワーカーはすべて女性ばかりで、ヨーロッパではこのように女性の職場への進出を随所でみかけたが、クレイマンツ・ユニオンの運動では未婚の母がきわめて重要な役割を果たしていた。彼女たち自身、社会保障の専門教育を受けたわけではなく、生活に困って、このクレイマンツ・ユニオンの門をたたいて援助を受けているうちに、今や法制度に通暁して組合の運動を指導する役割を果たしているということであった。「夜はこのようにボランティアで活動して、昼はどういう職についているのか」と尋ねてみたら、「昼はずーっと母親よ」という返事がかえってきた。つまり彼女たちは働いてはいないわけである。これをイギリス病のあらわれとみるべきかどうか、クレイマンツ・ユニオンの運動自体に貧乏人の勝手なエゴイズムを排し、本来の生活の主体性を取り戻すだけの力量がそなわっているかどうか検討すべき事柄であろうが、ともかく筆者の会った未婚の母たちは、真面目で、子供思いで、他人の生活問題にも優しく真剣だったように思う。

その夜の20数名の参加者のなかには、そうした「未婚の母」が4、5名、若い失業者が1名、黒人が数名のほか、労災の被災者、退職婦人、長期療養者などがみられた。2、3名を除くと全体としてこれらの人びとの外観からうける生活水準は低く、一般勤労世帯の消費生活水準との落差はわが国のそれをすぐ連想させるほどであった(もちろん、これはその夜の印象にすぎないから、日英の保護基準の比較はより全体的、客観的にみなければならない)。ともかく、ありあわせのカンにつめた「きざみ煙草」をうんと細く紙にまいて大事そうに

口にはこんでいた光景は印象に残っている。その夜、10時半頃に会議が終了したあと、未婚の母たちとパブに出かけた。パブではビール小ジョッキ1杯いが約30ペンス(約130円)。東ロンドンのクレイマンツ・ユニオンのあった地区は貧しい下町を再開発し、団地にかえつつあるような一画だったが、彼女たちが「こここそ本当のロンドン。あなたが泊っているマープル・アーチはロンドンではない。」と言い放ったのを記憶している。

さて、ラディカルな若いケース・ワーカーたちの組織、ケース・コンは尋ねていってみると、すでに一定の役割を終えて1977年に解消、これらのケース・ワーカーたちは公務員組合(NALGO)に加入して、労働組合運動のなかで福祉権問題がとり上げられるように行動しているということであった。クレイマンツ・ユニオンの人たちとケース・ワーカーたちの間には抜きがたい不信、敵愾心があるが、しだいにクレイマン・ワーカーにも労働組合と連帯、共同行動をとっていくごきみられるということであった。

こうした各階層の社会保障の権利運動(イギリスで Action for Welfare rights という場合、社会保障=所得保障に対する権利運動をさして、ほとんど社会福祉サービスを含まない。その点で、わが国で、Welfare rights を「福祉権」と訳すことには若干問題がないわけではない)をこなしているオルガナイザー、調査研究員は、筆者が紹介を受けた範囲内ではすべて労働党員であって、同党に批判をもちながらも、その中で行動している人たちであった。同党のそのような幅の広さをあらためて感じたしである。

帰国の途上、森嶋通夫・ロンドン大学教授の「イギリスと日本」を読んで、旅行中見聞したことと考えあわせ大いに参考になった。森嶋教授が強調されるように、我々もイギリス病をこそむしろ積極的に受け入れるべきなのであろう。市民1人ひとりの人間性を大事にし、自由尊重し、かつそれを社会保障制度の思想的基盤とするためにも。(1978年7月31日)

フランス雑感

亜細亜大学 藤井良治

総選挙の終わった直後の3月末から4月末までの1か月、フランスに滞在しました。わが国でもその前後の状況は詳しく報道されていますが、フランスでは新聞、雑誌が総選挙に敗れた左翼陣営の内紛、とくに共産党のそれを連日報じていました。左翼連合勝利の夢は曇気楼のように消え、結局はお互いを批難する罵声だけが残ったようです。

訪仏の目的はいくつかありましたが、今回の目的の1つは、10数年ぶりでフランス厚生省(私が最初に行ったとき、労働、人口、保健、社会保障を統括する社会問題省でしたが、現在は、保健と社会保障が1つの省で労働と別になっており、官房や人事、予算局は共通である)を訪問することでした。しかしかつて私が世話になったブロック女史はじめ、何人かの知人は皆定年で退官しており、やや心配でしたが、社会保障局の手紙では、P氏がよろしく取計るであろうとのことでした。フランス到着後、早速P氏に電話すると、愛想のよい声が電話の向うから響きました。月曜日に役所の方へ来るようにとのことで、ちょうど週末だったので、もし退屈だったり困ったことがあったらP氏の家に電話するよう自宅の電話番号まで教えてくれました。当日厚生省にP氏を訪ねると、改めて当方の関心事についてやフランス滞在の目的などを話し、とくに財政調整について聞きたいという希望を伝えました。仕事については午後から関係者に連絡をとろうということになり、午前中は10数年まえのフランスで

の勉強のことや、わが国のことなど手短かに話したりした。P氏は、最近日本から厚生省を訪ねる人が多いこと、国鉄関係のN氏、M氏、医事評論家のM氏が訪ねて来たことなどを話しましたが、これらの方の中には面識のある方もいらっしゃるのでは、世間（というより世界）の狭さを改めて感じました。

社会保障財政担当課長のシャドゥラ氏に連絡すると午後が都合がいいと云うので、それでは昼食でもしてゆっくり話をしようというP氏は近くのレストランを予約してくれました。きょう1日フランス語しか口にできないことを考えるとちょっと憂うつになったけれど、P氏は親切に私の話に耳を傾けてくれました。レストランは厚生省から遠くない静かなブローニュ風のレストランで、家族のことや政治・経済のことまで駆け足で話し、ずい分と打ち解けることができました。P氏の仕事は国際関係で、もともと国際公務員として外国勤務が長く、父親の任地アルゼンチンで生まれたのでスペイン語が、また母親がイタリア人なのでイタリア語が母国語同然であり、また父親はコルシカ出身なので、（P家はもとはフィレンツェの出で、ルネッサンス期の枢機卿だったとか）自分もフランスのcitoyen（市民）であるが、フランス人ではない、あくまでもコルシカ人であるとその後も口ぐせのように云っていました。そうしたP氏の背景は厚生省内でも反映されているようで、同僚や上司に対する気づかいにもそれが感じられました。そうしたとき、けげんそうにする私に、いろいろdelicat（微妙）でね、と肩をすぼめて弁解するのです。予定していたシャドゥラ氏は会議が招集されたので後日にしてくれないかと云うので、診療報酬関係のプレボー女史に会うことになりました。彼女の部屋は会議室のように大きく、彼女の地位が察せられました。プレボー女史は昨年バカンス旅行で日本へ行き、日本では大阪の医師会関係者の世話になったと云っていました。こちらの質問も良くなかったのかもしれませんが、診療報酬改訂手続きのこまかいことは余り聞かれず、僅かに印象に残っているのは医療費改訂はmarchand de tapis（絨毯売り）に似ているということばでした。万事合理的に解決するお国柄かと思いましたが、いづれも同じように売り手と買い手の駆け引きだ

ということでしょうか。

翌日、シャドゥラ氏を訪ねてみました。シャドゥラ氏はまだ30そこそこでしたが、財政調整その他は彼のところですべて作業をしていると云うことで、私はこれまでフランスの社会保障財政とその操作についてフォローしてきたし、また今日の財政調整施行前後の手続きも調べたが、いままでも問題のあった全体的な財政調整が可能になったのかよく分らない、日本でも医療保険の財政調整が何度か問題になったが実現しなかったと説明すると、フランスでも厚生省内部で今日の財政調整に賛成している者は1人もいないと云っていました。今回の財政調整は大蔵省が一方向的に推進したもので、彼個人としてはナンセンスだと思うという返事でした。何故かと聞くと、黒字制度と赤字制度が存在するならば調整の意味があるが、財政調整における最大の負担制度である一般制度そのものが赤字というのでは、赤字のたらい回しにすぎないからだということでした。財政調整のフィロゾフィーといったものはあるのだろうかと聞くと、そんなものはないとのこと。でも現在のような人口要因財政調整方式が採用されるまでにはいろいろな方式が検討され、とくに私もお世話になったことのある会計院のネットル氏に相談してきたとのことでした。しかし、わが国に比べて正確な被保険者統計がとりにくいフランスでよくそれを基礎に財政調整が行われるものと感じましたが、それについては後日全国金庫の財政部長デュラン氏が、いや不正確な基礎統計をめぐって、各制度の関係者がシャドゥラ氏のところで喧喧ごうごうの議論を毎回闘わしているんですよ、と云ったことばで、舞台裏の一端が覗けたような気がしたのです。

財政調整のメカニズムは、一部特別制度と一般制度との間の財政調整（とは云っても一般制度が一方向的に負担するためのものですが）を一般化したもので、被用者間の財政調整方式は目新しくありませんが、ある意味で画期的なのは自営業者制度と被用者制度の間の財政調整です。前出のデュラン氏は、被用者間の財政調整は止むを得ないし納得もするが、こと自営業者制度との財政調整はさまざまな基盤（被保険者構成、所得等）が違うので納得できないと述

べていました。デュラン氏が挙げた反対論の主な理由は、①拠出努力が違う（所得把握がいい加減である）こと。②被用者の場合、その家族が被用者である場合は全員が被用者に数えられるのに対し、農業自営者らの場合、農業に従事していても被用者と算定されないこと。このことは、場合によっては被用者制度を財政調整の受取制度とするほどの大きな要因であること。③さきにも触れたが、統計がいい加減で、100万人も誤差が出るような統計を基礎にして負担額が算定されるのは不合理であること、などです。とに角、各制度とも自制度に有利に事を運ぶために、財政調整の基礎数字を確定するために招集される委員会の討議は大変であるとのことでした。

ところで、フランス医療保険の財政状況は赤字続きで、主として保険料率の引上げによってカバーしようとして来たが、1977年度だけは特別で、赤字が大幅に減りそうだとしたことでした。その理由の1つは、パール・プランと呼ばれる政府の物価政策により診療報酬の引上げが少なかったことで、ちなみに一番上昇率の激しい入院費は1975年度35%、1976年度28%に対して、1977年度は16%だということもあります。もう1つの理由は、経済の停滞が需要を抑えたとともに、供給側の意識にも作用したと見られること、新聞やテレビで医療費問題がよく知られるようになったことあるとのことでした。しかし、今年に入って、再び医療費は上昇し始め、医療保険財政にとって苦しい年になりそうだとデュラン氏は語っていました。

医療保険の赤字と云えば、この赤字の処理はどうしているかが長いこと疑問でした。以前は、年金や、特に家族手当とのどんぶり勘定でやってきたようだけれど、一体どうなっているのか聞いたところ、財政調整の被用者間調整による負担分は別として、自営業者制度との財政調整分は全額国庫負担となっており、また、赤字に対しては国庫からの借入金によってやって来ており、借入金を返済したことは一度もないとのこと、それで済むのかと聞きますと、皆が忘れるんですよとデュラン氏は片目をつぶって笑って見せました。

フランスで訪ねたもう1人は CREDOC のミズライ氏です。CREDOCは消費調

査研究所ですが、ミズライ氏は完全な民間機関だと云ってはいますが、実質は半官半民的な組織のようです。CREDOCの前医療経済部長のローシュ氏とは10年以上前から文通をしていましたが、今回始めて訪ねようと思ったら急死されたばかりで、そのあとを継いだミズライ氏はフランスでも珍らしく小柄な人で、あご髯を生やしていました。10年ほど前にローシュ氏のフランスの医療消費に関する論文を雑誌に抄訳したのを送ったことがあります、その写しを取り出してローシュ氏に貰って持っているのですよ、と見せられたときには私の方が驚いてしまいました。CREDOCは3つの研究部門に分れ、その1つが医療経済部でマイクロ経済に関する研究をミズライ氏が担当し、マクロ経済に関する部門をサンディエ女史が担当しています。医療消費に関する調査は、ちょうどわが国の家計調査と同じような大規模なもので、INSEE(大蔵省統計経済研究所)の調査員ネットワークを使っての訪問調査ですが、この他の研究は厚生省、大蔵省、それに全国医療保険金庫等の調査研究が主で、その集計、解析の多くはINSEEのコンピュータをフルに使ってやっていました。今日は Wife が家の用事で来られないので紹介できないけれどと云うので、よく聞きますと、ミズライ氏の論文は必ず A. et A. ミズライとなっていますが、その一方の A は奥さんで、もう一方がミズライ氏とのこと、しかも2人とも CREDOC に入って以来机を並べているのです！

もしよかったら安食堂だけれどいつも自分たちが食事をするところで昼食をご馳走したいのですが、と云ってくれ、昼食を一緒にしました。たまたまそこにサンディエ女史たちも来ており、彼女と一緒に居たル・モンド紙の医療担当記者に紹介してくれました。昼食の間、私がフランスで会った厚生省のシャドラ氏や全国金庫のデュラン氏のことを話すと、皆よく知っている人たちだと云いまた全国金庫の前事務総長のミシェル氏とも親しかったけれど、68年の社会保障改革で追われた形になり、大蔵出身のブリウール氏になったことなど話してくれました。いろいろ話して、ミズライ氏は最初トボロジーをやって学位をとったけれど、後に統計に変わり、そして現在の医療経済の仕事をするように

なり、現在医療経済で学位論文を書いているとのことで、私も統計研究所のデュゲ教授についたことがあると云うと、ミズライ氏の指導教官もデュゲ教授だったと云うので一層話がはずみました。

その他、社会保障予測モデル作成を担当している大蔵省のローネー氏に会うことも目的の一つでありましたが、一向に連絡がとれず、日本の経済研究所に来ていたことのある INSEE のソッテル氏を通じて連絡をとってもらいました。ローネー氏は第6次と第7次の5か年計画における経済予測モデルの社会保障サブモデルを担当している中心的人物の一人です。約束の時間に行くと、選挙後の大臣説明資料の作成が間に合わないからとか会議が終らないとかで3度目にやっとゆっくり話しをすることができました。最初るとき、彼のオフィスのドアに "Pe jense, donc je ne suis pas" という貼り紙があり、私がドアの前で戸惑っているの、通りがかりの同僚が「きみにお客さんだよ」と取り次いでくれましたが、結局駄目で、二度目は会議から帰らないので彼の秘書である中年の婦人と30分程話をして帰りました。彼女は、息子に買ってやるバイクをホンダにしようかスズキにしようかと迷っていると云うので、私はブジョーの自転車にのっていると云うと、同僚に「この日本人はブジョーの自転車を使ってるんですって、私のところは日本製のバイクにしようとするの」なんて喜んでいました。3度目の正直で、帰国を目前にしてやっとローネー氏と落ち着いて会うことが出来、いままで使っていた経済モデル DECA モデルから DMS にレベルアップしたので、社会保障モデルも一部手直しをしているのと、四半期ごとの新データによるパラメータ修正が7月頃に出てくるので日本に送ろうとのことでした。帰りぎわ私の持っていた日本語の資料の表紙を見て「それは日本の文字ですね。とても美しい。私の親しい画家 マチュウも日本の書が大好きなんですよ」と云うのでした。

この他にもまだまだ報告したいことはいろいろありますが紙数の関係もあり他の機会にしたいと思います。最後に、ル・モンド紙のトップ扱いの2頁にわたる「われわれはいかに日本人たりうるか？」という論文に触れたいと思いま

す。これは日本人の目からも興味あるもので、資源問題、社会体制、賃金、公害、価値観、宗教等さまざまな側面から日本を考察し、最後に日本人（だけでなく東洋人）の思考法が、アリストテレス以来西洋文明を支えてきた2値論理と異なる3値論理であり、この思考様式に三百年來世界を支配してきたデカルト精神を超越する何ものかを期待しているが、百年來われわれが追いつこうとしてきたデカルトの国の、自信喪失の声と聞こえて、感慨深いものがありました。



低所得高齢者の健康状態

(アメリカ)

調査の結果では、老齢扶助の受給者は女子、黒人、および低学歴者に多くまた、南部および南部出身者に多かった。なお、受給者は夫との死別、別居、離婚の女子に多い。受給者の健康状態では、50%が「貧しい」状態で、この比率は扶助を受給していない高齢者の2倍を上まわる。また、健康を損じていたり、体の動きに困難を訴える者も多い。疾病に多いのは循環器、精神、および筋肉の疾患であった。

都市と農村では、受給者数の色いろな状態は、一般に、都市より農村の方が悪い。健康状態も同様な傾向が現われている。保健サービスの利用では、予想に反して、都市と農村に大きな変化は見られなかった。その理由として主な2つの例が示されている。

調査は低所得高齢者の健康状態について、一応予想の正しかったことを示した。この調査報告には、従来発表された各種の報告や論文などを参照しながら、今後さらに検討すべき事柄が、色いろ加えられている。

Health Status Among Low-Income Elderly Persons:
Rural-Urban Differences, Social Security Bulletin,
Vol. 41, No. 6, June 1978, PP. 14-26.

(社会保障研究所 平石長久)

編集後記

今年の夏はとくに暑く、その暑さは記録的だった。雨の降らない日も多かった。東京では、雨のない連日の猛暑に、葉が変色し、枯死寸前にあえぐ街路樹も現われてきた。しかし、9月になれば、ピンクや白の小さな花をつけた百日紅の枝の上に広がる空に、早くも秋の雲が流れるようになった。日中の陽ざしには、まだ残暑がきびしかったが、朝夕の風は秋の気配を感じさせるようになってきた。能因法師が「……風の音にぞおどろかれぬる」といみじくも詠んだように、雲や風は秋の訪づれを知らせてくれる。

(平石)

海外社会保障情報 No. 43

昭和53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
