

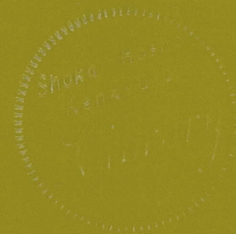
# 海外社会保障情報 No. 48

---

December 1979



社会保障研究所



## 西ドイツの社会保障、 最近の問題

(西ドイツ)

英国の Financial Times は様々な時事問題や世界のいろいろの国をとりあげ、あらゆる面から紹介し検討する特集を時々しているが、10月22日付で西ドイツを20頁にわたって紹介して、その一部で社会保障をとりあげている。周知のように西ドイツは年金の先進国であり、社会保障制度の完備した点で世界の注目を浴びてきたが、最近では年金、医療制度をはじめとして深刻な問題にぶつかっていることも周知の通りである。この記事は西ドイツの現在の制度を全面的に把えつつ、その当面する問題を要領よく解説しているため、その概要を次に紹介する。

全世界の賞賛を浴びてきた西ドイツの社会保障制度にまたもや驕りが見られるようである。保健費は1979年前期は前年比7.5%上がったし、年金保険は寡婦かん夫平等支給のため1984年までに大改革に直面し、弱体の基金財政に打撃を与えようとしている。これらは技術的問題に止まらず政治的な大問題であることは、1976年末に年金問題で Schmidt 首相が辞めかけたことでもわかるが、今回も社会民主党 (SPD) が、1980年代初めには300億マルクの赤字が見越されるため、年金基金が数か月前総選挙の時主張していたようには確保されたいと言い出したので、議会は混乱した。この赤字については対案が出されたが、それがまた野党側から激しい批判が出ている。

対案というのは1979年に4.5%、その後毎年4%ずつ年金を上げるとするもの

で、これだと近年毎年10%は上がっていたのに比べ、将来のインフレの保証がないことになる。然も年金受給者は1982年以降疾病保険への拠出を自分でしなければならないことになっているのである。結局1981年から年金保険の拠出は賃金の18%だったのを0.5%上げることで合意を見たが、これは与党SPD政府にとって相当苦い薬となった。

最近の不況と就業人口に対する年金受給者の割合の増加は、当然社会保障制度に緊張をもたらしているが、それにしても勤労者の85%は賃金俸給生活者で、この制度に依存しており、また自営業の多くも任意加入しているし、その他の者も何らかの点でこの福祉国家の恩恵を受けている。

給付は多岐にわたる。老齢年金は現在平均して月約1,100マルクであり、疾病保険は諸種の治療と3週間の療養休暇を定めており、被用者は病気になると雇用主から6週間給料の全額を受け、以後疾病金庫から引続き減額受給する。これらは近隣諸国の羨望の的である。その他就業婦人の出産前後の諸給付、児童手当、失業手当も完備している。

問題はその費用である。社会保障のため国民総生産のほぼ3分の1が費やされ、連邦共和国成立以来30年で社会支出は200億マルクから4,000億マルクへと飛躍的に上昇している。老齢、遺族給付は社会予算の40%で、保健関係は30%を占めており、公式には1982年までにさらに25%の費用が増加し、約5,080億マルクに達するとみられている。年6.3%の増加で、これが国民の大部分の負担となるのである。そして年金、保健、失業のための国民の拠出は確実に増大していつている。

この増加は2つの面にみられる。第1は、国民の所得の社会保障拠出への割合が増大している点である。1949年には賃金俸給の20%しか社会保障に行っていなかった(被用者と雇用者が折半して)。それが今では33%に達しており、うち3%が失業保険に、約12%が疾病保険、18%が老齢年金に向けられている(これがさらに0.5%増える予定なのである)。

第2は、社会保障拠出測定のための所得上限が絶えず上げられる点である。

明年1月この上限は失業と年金拠出については毎月4,000マルクから4,200マルクに、疾病保険拠出については3,000マルクから3,150マルクに上げられる。この結果個々の被用者が支払う毎月の拠出の最大は(雇用主も同額を出す)現在の600マルクから766マルクとなるわけで、1949年にはこれは50マルク以下だったのである。

最近の年金調整法により拠出の増額は既に計画に入っている。ところが最近遺族年金の問題で憲法裁判所の判決があって、女性は現在死亡した夫の年金の60%しか受給しないことになっているのを、男性と同じに扱うことにされるようになり、このために必要な費用に対処できるかどうか、ということが問題になっている。政府はこの判決に対応する法案を準備中であるが、この問題は同時に女性の社会的地位の全面的見直しを必要とするわけで、委員会では様々な改革案を出している。

ところがこの時になって労働省のAnke Fuchs女史が年金への課税計画及び年金基金への雇用主の拠出割合の増加案を打ち出したため、新しい問題が起こった。女史の意図はこの拠出割合は企業の給料支給総額を基礎とするのでなく、その総取引高によるようにするというのである。もし1981年以後も年金が、政府の約束しているような賃金俸給の増加と歩調を揃えて、増額されていくのなら、財政上の理由でどうしてもこのような措置をとらざるをえない、と女史は説明したのであった。

この計画が具体的に進められているわけではないと、慌てて打消しはしたが、この与えた影響は大きかった。総選挙前の1年間年金論争でわきたった。このように論争が激化したのは社会保障の将来が暗い見通しに覆われているため、労働省の報告によると、20年後には年金への拠出だけで所得の30%に達するという。これは出生率の低下、経済成長の鈍化及び失業のためである。勤労者はこのような大きな負担に耐ええないと考えられるので、政府はこの解決に躍起になっているが、今の所どうしてもサービスの切下げは避けられず、いずれの党が政権を担当するにしても頭の痛いことである。

Financial Times, October 22.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 芸術家の社会保障をめぐって

(西ドイツ)

文学者、画家、彫刻家、音楽家、ジャーナリストといった芸術家について、その社会保障の法制化は長年議論されてきたが、10月12日与野党はこの改善について改めて確認した。もっとも意見の相違も大きく、議会の委員会で関係団体の公聴会が予定されている。

現在の法案によるとすべての芸術家は、法律による老齢または疾病保険に加入していない限り、保険義務をもつ。被保険者は一般の被用者と同様拠出額の半分を負担し、残りの半分は出版者、画商といった人々への割当により、報酬の約8%の額を積立て、それに連邦の補助金を加えて賄なう。法律発効の時に50歳を越えている者、および法定の保険に等しい額の民間保険に加わっている者は保険義務が免除される。

連邦首相 Herbert Ehrenberg は芸術家社会保険は社会保険制度の中の痛い溝を埋めるものだ、と強調している。社会は芸術家を必要としているのであり、だからその社会保障は決して慈恵や扶助ではなく、当然な要求を履行することだというわけである。

野党側の批判は特に草案では現実の社会的事故をカバーしていない点を衝いている。そしてまた特に出版者、画商等による賦課を問題にし、これは一種の擬制的な雇用主拠出という不自然な方法だと攻撃するのである。

これに対し与党は、例えば定価25マルクの小説を書いた場合、出版者の賦課

は20ペニーとなるが、これはドイツ国民が芸術家をそれだけ評価していることになる、と反論している。

Süddeutsche Zeitung, 13/14 Oktober.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 児童保健保証プログラムの審議

(アメリカ)

さる10月16日、17対5の票決で「児童保健保証プログラム」(CHAP)法案(下院提出4962号)が下院商務委員会を通過した。

CHAP法案は、児童に対して現行のメディケイドの検査とフォローアップ・プログラムを増進し、18歳までの児童にそれを強制適用し、最初の間、児童に対するこのサービスを、貧困な妊産婦に対しても拡充することを州に義務づけるものである。また同法案は、受給要件として、多くの州レベルを越える所得水準を設定し、必要とされるサービスの適用、範囲および期間を制限することを州に禁じている。この法案が完全実施されれば、新規の連邦支出にさらに約10億ドルを追加することになる。

同じ内容であるが、より制限的な上院法案(上院提出1204号)が、さる7月30日に議会で報告されたが、いまだ上院審議にかかっていない。

9月27日と10月11日に開催された下院商務委員会の会議で、プログラムの規模を引き下げる修正が拒否された。拒否された修正の1点は、6歳までの児童に対してのみサービスを強制適用を拡充し、1年後18歳までの者に拡充しよう

とするものである。第2点は、児童および妊産婦の双方に対する受給資格としての所得制限を、公的な貧困水準の55%低くしようとするものである。この点につき、商務委員会・保健小委員会は、児童についての所得要件を貧困基準の66%、妊産婦についてのそれは80%の基準に設定した。

CHAPに要する費用の点から考えられたこの修正案は、ほとんどが「貧困労働者」の家庭の約100万人の児童を適用除外にするものであった。このことによって経費の約8%が節約される。しかし、長期的展望に立てば、これらの子供に早く適用することは、かえって安あがりなのかも知れない。

その他の商務委員会の審議は、妊娠中絶が母体の安全を守るため、また強姦もしくは近親相姦による妊娠を中絶するために行われるかぎり、中絶しようとする妊産婦は、CHAPの貧困女子に対する適用から、除くか、ということを取り上げた。

次に開催される委員会の議題は、CHAPを1980-83会計年度の時限立法とすることの可否についてである。

最終的には、CHAPの割当予算を州は全部費消する必要があるが、現在メディケイドの受給資格のない児童と妊産婦については、適用者および給付を州の自由裁量で決定することになるかも知れない、と見る者もいる。

Congressional Quarterly Weekly Report, Oct. 13, 20, 1979

(藤田貴恵子 参議院・社会労働委員会調査室)

# 保健医療の実状

## (アメリカ)

新しい諸統計が、アメリカ国民の保健状態が以前より良くなったことを示しているにもかかわらず、国民保健政策に関する議論は、必ずしも、それと一致していない。

一般に、医学校の卒業生の数の増加、平均余命が73歳になったこと、および乳児死亡率の向上を示す資料等は、全てアメリカ国民がより健康的な生活を送っている証拠として引用されるものである。これらに基づいて、多くの者が、アメリカの現行保健医療制度が「十分」または「良好」とみなすことができると結論づけている。不幸なことに、これらの指標は、保健医療の実状とかみ合わないものがある。実際には、保健資源のいちじるしい偏在や多数の者、とくに貧困な都市部の少数民族の市民ならびに郡部の住民は最も基本的な保健サービスすら欠けている事実がある。

連邦保健・教育・福祉省は、地域社会が適切な保健医療資源をもっているかを決定するために次の2つの指標をあげている。「医療に恵まれない地域」とは、地域社会の住民に対する一般医の割合、乳児死亡率、ならびに高齢者および貧困住民の割合を含む方式によって決める。保健・教育・福祉省の発表によれば、医療に恵まれないアメリカ国民は、現在、5,120万人または全人口の約23%である。

第2の指標である「保健マンパワーの払底地域」は、開業医のみに基づいて決められる。最近、保健・教育・福祉省は4,500地域に関するリストを公表したが、このリストは同地域の3,100万人が一般医に恵まれていないことを示している。

若干の専門家達は、この不足はまもなく満たされるであろうとし、証拠として医学校の卒業生の数を引用した。しかし、この考え方には2つの欠陥がある。その第1は、卒業生の数は増加するかもしれないが、新規開業の医師の大部分が専門的な診療科目に従事する傾向が継続しており、保健・教育・福祉省の資料が実際に必要としている一般家庭医になる者が少ない、という事実を見逃していることである。アメリカ国民は、決定的な地域社会の保健ニーズを満たすための医学教育の再編成を、まだ待たなければならない。

第2は、医学校卒業生数の増加は、医師の偏在の問題を解決することにはならないだろうということである。強力なすすめがなければ、ほとんどの医師は都市で開業したがかり、保健資源のニーズのある郡部には行きたがらない。

また、多数のアメリカ国民が、資格がないために医療をうけていない。保健・教育・福祉省の資料によれば、2,300万人が民間の健康保険、メディケイドまたはメディケアによってカバーされておらず、これらのうちの68%は、世帯の年収が1万ドル以下の者達であるという。これらの世帯は医療市場から締め出されている。

医療保障のない者の問題は話題になっていない。この者達が病気になれば、病院は支払いを要する治療を提供することになる。その結果、費用の徴収が困難なため、病院は前例のない財政不安を経験し、多くの病院は閉鎖される。そして多くの者が不安な将来に直面することになる。

平均余命が73歳になったにもかかわらず、医療に恵まれない地域社会の死亡および伝染病に関する統計は、アメリカ全体の平均よりも何倍か高い障害および死亡率を示している。

しかしながら、これらの事については、次の諸点から、慎重に楽観的見解をとることができよう。

医療に恵まれない地域における外来患者のためのプライマリ・ケア・センターの財政措置を連邦政府が講じたこと。さらに、国民健康保険に関する議会審議も、何時の日か全ての者が質の良い医療を享受できることを示すものであ

る。

確かに、エドワード・M・ケネディ上院議員が考えたような国民健康保険に対する普遍的アプローチは、プライマリー・ケア資源の拡充と結びついて、医療保健制度に再び活力を与える重要な要素をもっている。この医療保健制度の再建は、ニードのある者にケアを提供するために、また、保健医療サービス全般の質の向上のために必要なことは明らかである。

The New York Times, Weekly Review, Nov. 11, 1979

(藤田貴恵子 参議院・社会労働委員会調査室)



## 社会保障こぼれ話

### 25年以上を経た社会保障

(インド)

インドの被用者州営保険制度は1948年に制定され、1950年に修正を加えられて、1952年から一部の州で実施された。それ以後、制度は適用の拡大や改正を加えながら、1977年には25周年を迎えた。

25周年を迎えたこの制度は、1977-78の年次報告によれば、同年に幾つかの前進が記録されている。たとえば、疾病給付は1977年5月から支給期間の56日を91日に延長した。廃疾給付には、生計費指数による増額が採用され、初めての給付は1977年10月に支払われた。その他、医療給付が扶養家族にも支給を認められるようになっている。さらに、廃疾者への医療給付や補装具なども改善されている。

適用拡大などの部分では、1977-78年間に新しく52地区に制度が適用され、約31,900人の被用者が被保険者に加えられた。なお、同年度末には、制度が366センターに実施されることになり、制度でカバーされた被保険者の総数は、新しく加入する者を含めて、約554万人になった。なお、地理的な拡大以外に、適用対象とする企業も拡大している。また、医療給付でカバーする扶養家族にも、拡大が行われている。

Employees' State Insurance Corporation,  
Achievements, 1977-78, Asian News Sheet,  
Vol. IX, No. 3, July 1979, pp. 9-11.

(社会保障研究所 平石長久)

## 国税負担を上回る

### 社会保険料負担

(フランス)

1980年に、その意義からいってもその影響力からいってもきわめて重要な、一経済現象が起きようとしている。社会保障制度がフランスに誕生して以来初めて、国民所得に対する社会保険料の割合が、国税のそれを超えようとしているのである。すなわち国税が国内総生産の17.9%であるのに対し、社会保険料は18%に達する。ここに至るまでには、長い道程があった。事実1970年には、国税は社会保険料よりはるかに重かったのである(18.9%対12.9%)。

他方、地方税も若干ながらふえてきている。すなわち、地方税は10年前に国内総生産の3.6%であったのに対し、1979年には4.5%、来年度は、4.7%を占める。国税のみが、その比重を減少させており、10年前の18.9%が、1979年および1980年には17.9%になる。

全体として、租税(国税、地方税)および税外負担(社会保険料等)の国内総生産に占める比率は、1970年の35.6%から、1979年には40.8%とふえてきており、1980年には41.6%になるものと予測されている。

社会保険料は、1979年度に国内総生産の17.4%に達しており、政府の予測によると1980年にはこれが少くとも18%になりそうだという。1978年には、まだ16.5%であったのに比べると、これは大変な飛躍である。この急上昇は明らかに社会保障の財政再建のために政府がとった諸決定、すなわちこの1月にとられた老齢保険に関する措置、この8月にとられた疾病保険に関する措置(被保険

者負担保険料の1%引上げ、ただし18カ月の期限つき)、さらに疾病保険については来年1月にとられる措置(保険料再引上げ)によるものである。

問題は、財政難のためにゆらぎ、批判されている社会保障制度を立て直すためには、保険料を限りなく引上げるといった安易な解決策に頼るより、精力的に出費の抑制に努める方が賢明であり、効率的ではなかったのかということである。これは軽々しく一刀両断の解決を求めてはならない重要な問題である。フランス国民が他の経費削減に同意しない限り、わが国の社会保障費も、そう長い間国民所得の上昇率以上に増大させておくわけにはいかないだけに、政府はいつかは、この問題に真剣に取り組まざるを得ないであろう。

過去10年間に見られたもつとも著しい経済的現象の一つは、社会保障の拠出金が激増したことである。すなわちそれは、1970年には国内総生産の12.9%であったものが、1980年には18%に達しようとしているのである。この5ポイントほどの上昇は、金額にして1,200億フランほどが過去10年間に新たに増大したことを意味する。老齢、疾病、労災、失業に対するわれわれの安全対策費は、安くはないのである。

このように社会保障の拠出金の比重が大きくなった理由としては、拠出率の引上げが続いたこと以外に考えられない。というのは、1970年には、自営農、商人、職人等、以前は社会保険制度に全面的には加入していなかった層もすでに制度に組みこまれていたからである。

1970年代の始めには、賃金総額に対する社会保障拠出金の比率は3%であり、うち2%が使用者負担、残りの1%が被用者の負担であった。このほか失業保険に対する拠出率は0.4%であり、うち五分の四が使用者負担であり、残りが被用者負担であった。

1975年頃までは、インフレと賃金の急上昇によって、社会保障制度も財政の均衡を保つのがそれほど困難ではなかった。長い繁栄の時期の後にやってきた経済危機の初年度である1975年が、転換点であった。この年の成長率は0に近く(1974年度比0.3%増)、賃金の上昇率は、20.3%から14.8%へと低下した。

それと併行して失業は増大した。失業保険への拠出率は、1974年の0.4%が2.2%へと急激に上昇した。

社会保障拠出金の圧力は、国内総生産の14%から15.3%になった。しかしこの段階ではまだ前年度までの剰余金(1973年64億、1974年35億)をあてにして、爆発的な給付費の増大があれば、それに伴って当然必要となる筈の拠出金引上げをできるだけ押えようとしていた。1976年になると請求書は、きびしいものとなった。拠出率が同年度中に2度も引上げられた。拠出金は、賃金総額の延びを上回る上昇率(+19.7%)を示した。賃金総額に対するその比率は、3%から4%になった。その増額分の中で被用者の負担する部分が増えた。なぜなら使用者負担分の増加が19.2%であったのに対し、被用者負担分は、24%増となったからである。このように新たな負担増加があったのは、やはり給付費の増大によるものであり、疾病給付18.2%増、失業給付33%増、老齢給付21%増が記録されている。

社会保障財政の均衡はそれ以降、どうにかこうにか保たれている。1977年度は、1976年度に決定され実施された拠出金引上げの恩恵を受けた。そしてこのとき、拠出金の比重は、国内総生産に比して1975年の15.9%が16.6%に達している。1978年には、失業保険の拠出率引上げが行われ、従来2.2%であったのが、1月1日から2.4%となり、さらに5月1日からは3%になった。

しかし、こうした拠出金引上げの努力も、今後生じてくる重大な事実、すなわち、賃金総額の延びと給付費総額との延びとの格差の増大を抑えかくすには不十分であった。こうして、社会保障の財政状況が破綻を来すのは避けがたく、1978年には1966年以来始めて構造的な赤字による財政需要——それは少額ではあったが象徴的な意味をもっていた——が生じたのである。

フランスの租税および税外負担は高すぎる水準に達しているのだろうか。租税または社会保障拠出金反対運動が、米国のようにフランスでも起っていれば答えはイエスであろう。しかし、事態はそこまでいっていない。租税および税

外負担は、個人の発意、企業意欲を失わせているだろうか。企業の国際競争力を低下させるほど企業のコストを圧迫しているであろうか。そのようには思われない。OECDが発表した最近の統計によると、租税および税外負担の面でフランスは15年前、スウェーデンやオランダと共に先進国のトップクラスに位置していたが、いまでは地位が低下し、西ドイツなどと共に中位に位置している。

国の干渉は充分過ぎるのだろうか、それとも不十分なのであろうか。それこそ、納税者が提起している問いかけである。この問いに答えようとする前に、やはり次の2つの事実を知っておく必要がある。一つは、外国においては、米国のようにもっとも自由主義的とされている国においても、公権力の介入はきわめて大きいという事実である。次の第2の事実にも注目しなければならない。それは、租税および税外負担が比較的軽い国は、きわめて深刻な社会問題、経済問題、都市問題に直面しており、それらの問題に対しては、個人のイニシアチブではどうにもならないという事実である。それが日本および多少程度はおちるが米国の場合である。日本においては、都市における生活がきわめて困難であり、米国においては、社会的施設があまり発達せず、しばしばその運営うまくいっていない。

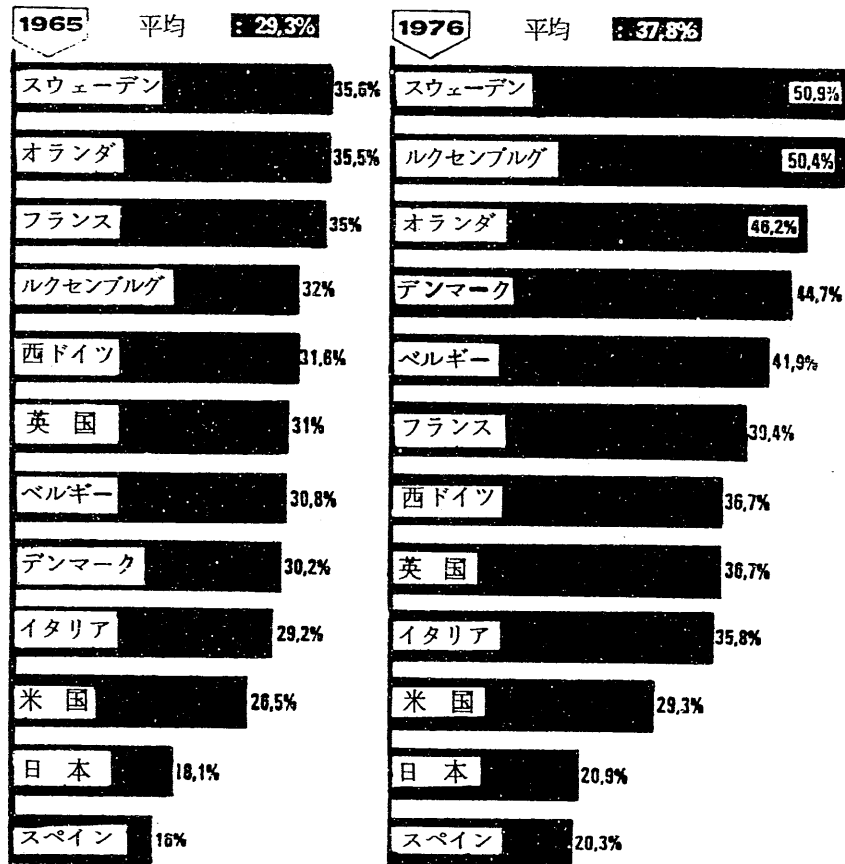
表1 フランスの租税および税外負担率(国内総生産に占める比率:%)の推移

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
1.社会保障拠出金	12.9	13.1	13.2	13.4	14	15.3	15.9	16.6	16.5	17.4	18
2.租 税	22.7	21.9	22.1	22.3	22.3	22.1	23.6	23	22.9	23.4	23.6
うち 国 税	18.9	18	17.8	17.8	17.7	16.7	18	17.6	17.4	17.9	17.9
地 方 税	3.6	3.6	3.8	3.9	4	4.2	4.3	4.4	4.4	4.5	4.7
その他(1)	0.2	0.3	0.5	0.6	0.6	1.2	1.3	1	1.1	1	1
計	35.6	35	35.3	35.7	36.3	37.4	39.5	39.6	39.4	40.8	41.6

注 (1) 国が徴収するが、ECおよび社会保険機関へ供与されるもの。



表2 租税および税外負担率（各国国内総生産に占める比率：％）  
の国際比較



フランスはいままで所、この種の問題を回避することができたのは、よいことである。それだからといって、納税者または社会保険の被保険者の金が、そこで有効に用いられたというわけではない。この点では、1980年度予算作成過程には、十分な再検討の機会が与えられていなかったようである。

Le Monde 25 septembre, 1979

(平山 卓 国立国会図書館)



# イタリアの医療保障改革

## —'80年から国民保健サービス

イタリアでは1978年12月に「国民保健サービス法」が制定され、1979年1月から施行された。これにより医療保険は廃止され、イギリスと同じ国民保健サービスが行われることになった。本格的スタートは1980年1月からで、1979年中に準備が終ることになっている。しかし、大改革であるため完全な準備は望めないようである。

医療保障改革は、1970年代の初めから医療制度面の改革を中心に進められてきた。1972年の法律によって保健及び病院に関する行政の国から州への移管、1974年の法律及び命令によって1975年の保険機関病院の州への移管並びに全国病院基金の設置、1977年の「地方分権に関する法律」によって医療行政権の州への移譲、1977年の法律によって州管轄病院勤務医の公務員化など一連の措置が行われてきた。そしてこれらの医療制度の改革を基礎に、国民保健サービス法によって新しい制度のしくみや運営組織、実施方法などが定められ、新しい制度である国民保健サービス(SSN)への移行の準備が進められてきた。

このような医療保障の大改革の目的は(1)予防、治療、リハビリテーションから成る総合的医療の実現、(2)全国民に対する医療の均等化(南北地域格差や医療保障未適用者の解消)、(3)医療行政の地方分権化、(4)住民の医療への参加、(5)増大する医療費の抑制、とされているが、その背景となったのは、1960年代の初めから掲げられていた「医療保障は最終的には全国民に対して総合的な医療を全国的な単一の制度で保障すべきである」という目標を実現するということがあったが、すでに1960年代から伸び続けていた医療費の一層の増大と医療保険財政の破たん(解消できない巨額の赤字)である。すなわち、掲げられた

目標が実現されるきっかけとなったのは、医療保険の行詰りである。

国民保健サービスの運営組織は、住民5~20万人(平均6万人)を対象とする地方保健単位(USL)が中心である。地方保健単位はイギリスの保健地区に相当するもので、州管轄病院、契約私立病院、契約医などを通して総合的な医療を提供する。すべての住民は、ほとんど無料(保険薬のうち一部の薬について、100~200リラの一部負担と、あまり必要でない薬について全額負担)で医療を受ける。医療制度は、州管轄病院、契約私立病院、非契約私立病院、病院勤務医(固定給の完全勤務医と一部私的診療も認められる部分勤務医)、契約医、非契約医などから成る。州管轄病院の勤務医は公務員である。また、契約医(地方保健単位と契約を結ぶ開業医)は、1,500人を限度とする住民が割り当てられ、人頭払い方式で報酬が支払われる。契約医の報酬は、基本手当(医師の経験年数や住民の年齢によって異なる)、刃地手当、休日手当などから成る。住民1人当たり基本手当の年平均額は15,000リラ(約4,200円)で、最高1,500人を受けもつ契約医は年間2,250万リラ(約630万円)の基本手当を受け取る。

国民保健サービスの財源は、当面、従来どおりの保険料(業種等によって異なり、賃金の9.08~12.08%)。うち被保険者の負担分は0.3%、残りは使用者負担。1976年)と公的負担金(国、地方負担金)である。将来、財源はすべて租税によってまかなわれることになっているが、現在のところそれについても決まっていない。

また、新しい制度は国の「国民保健3カ年計画」と各州の「州保健3カ年計画」によって実施されることになっているが、まだ前者の議会承認もなされておらず、また後者の細目も決まっていない。1979年中に医療保険機関(全国疾病保険会社-INAMや共済金庫等)が解散され、それらの職員や財産が新運営組織に移管され、新しい制度への準備が整えられることになっているが、完全な準備は無理とみられている。それに目指す目的もどの程度達成されるか、現時点では予想しがたいようである。

Ministero della Sanita, Vers le Service Sanitaire National  
en Italie, 1979.

Ufficio Centrale della Programmazione Sanitaria, Proposta di  
Piano Sanitario Nazionale, 1979.

(石本忠義 健保連)



## 社会保障こぼれ話

### 失業給付

(オーストリア)

この国では、失業保険法(1958年法)が1977年に統合されている。

この統合された失業保険法では、制度は被用者、見習中の徒弟、家内労働者などを対象としている。また、葡萄などで季節的労働に雇用される一部の自営業者も、所定の条件にもとづいてカバーされている。

この制度による給付は(i) 失業給付、(ii) 緊急援助、(iii) 年金保険給付の前払い、(iv) 無給の休暇への手当、および(v) 単身の母親に対する特別緊急援助で構成されている。受給者は各給付の資格条件にもとづいて、それぞれの給付を受給する。基本的な受給資格条件は、他の国々の例に見られるように、(i) 労働に適し、かつ就労できる用意ができており、失業しており、(ii) 必要な資格取得期間を満しており、(iii) 所定の資格保有期間に給付の受給権を喪失していないことである。これら以外に、各給付には、さらに、それぞれの条件が定められている。

失業給付は基本額と家族手当で構成されており、家族手当は失業者に扶養されていた扶養家族に支払われ、扶養家族には、配偶者、子供、両親、祖父母、孫、養子、里子、ままた子が含まれる。法律に示された家族手当の支給額は月額1人当たり330シリングで、経済的なるある指数(全被保険者の賃金水準——社会保険法に示されている)により調整されることになっている。失業した労働者に支給される基本額は、社会保険法で示された賃金等級によって計算され(別の資料では、等級は27等級)、支給率は賃金等級によって異なる(別の資料では、30~60%)。給付には最高額が設けられており、また、基本額と扶養家族に対する家族手当加算の合計は、賃

(25ページに続く)

# イギリスにおける最近の貧困

## —P.タウンゼントの新しい調査報告から—

イギリスにおける最近の貧困実態に関する膨大な調査報告が、貧困研究で世界的に有名なP.タウンゼントによって発表された。本文だけでも900ページをこえる膨大なもので、伝統的にすぐれた貧困調査研究が多いこの国で、また新しい発見が付け加えられたことになる。ただ、一部に70年代に発表された貧困関係の報告に基づく分析が含まれているとはいえ、主な内容は、1968-69年に実施された全国調査の結果分析であるので、最近とはいえ、60年代におけるイギリスの貧困実態の研究であるといえる。

全国調査のサンプルは、全人口を代表する2,050世帯、約6,000人と、地域分析のための4地域のサンプル合計4,000人とから成っており、かなり大規模な調査である。貧困の指標も、所得、資産、住宅、労働、その他の生活条件、および社会サービスの利用状況と、非常に広範囲に及んでいる。次に主要な調査結果を紹介しよう。

### 1. 貧困者の総数

国の設定した貧困基準でみて、全人口の9%、約500万人が貧困状態にあり、別の23%がそれに近い状態で生活していた。この数は、比較しうる政府の推計値よりも多い。その理由は、ひとつには、政府の調査サンプルには、貧困者が十分に代表されていないことにあり、いまひとつには、「純所得」が、政府の調査ではあまり詳細に測定されていないことにある。しかし、より重要なことは、今回の調査から広範に明らかとなった様々なタイプの貧困状態に照らすとき、

政府の貧困基準があまりにも低く設定されすぎている——とりわけ児童をかかえる家庭の場合——ということである。もし、より適切な「相対的貧困 (relative deprivation)」の基準が採用されるならば、全人口の26%、すなわち1,400万人が貧困状態にあると推定できる。

### 2. 貧困の「構造」

貧困に陥る可能性は、職業階層と非常に高い相関がある。すなわち、一方の極をみれば、60歳未満の専門・管理的職業従事者の家庭には全く貧困者がいないのに対して、他方の極をみれば、3人以上子どもがいる非熟練の筋肉労働者の家庭の93%が貧困であった。このほか、貧困に陥る可能性は、就業状況や依存状況 (dependency) とも高い相関がある。すなわち、男より女に、有職者より退職者および失業者に、それから、障害のない人より障害者に、さらには、青壮年層よりも老人や子どもに、はるかに貧困者が多い。

それでは、上の貧困の構造を、以下でより具体的にみてみよう。

### 3. 貧困と社会階層

職業および所得を指標として捉えた客観的な社会階層だけでなく、階層の主観的指標である階層帰属意識も、貧困と高い相関がある。言い換えれば、主観的な階層意識は、客観的な経済階層に強く規定されているわけである。

また、諸々の資源を利用できる力 (command over resources) は、非筋肉労働者の方が筋肉労働者よりも大きい。このことは、男のルーティン的な非筋肉労働者と、熟練の筋肉労働者を比べた場合でさえあてはまる。かくして、このことは、熟練筋肉労働者の所得は、下層の非筋肉労働者のそれよりも多いという仮説を反証することになった。

さらに、夫と妻それにそれぞれの父親の職業階層を合わせて考察すると、非筋肉労働者——とりわけ上層の——が多くいるほど、彼らの総資産および総所得の純価値のレベルは高くなることが明らかになった。このことから、家族メンバーのそれぞれがどのような階層に所属してきたか、あるいは現在所属しているかということが媒体になって、資源の悪配分 (maldistribution) が形成

され、永続化され、かつ正当化されることが示唆される。

#### 4. 障害者と貧困

今回の調査によれば、総計 700 万人強の人（うち 480 万人は 60 歳以上）が、重度も含めて何らかの心身障害をもっており、また、別の測定の方法をすれば、実に 660 万人の人が活動に著しい影響を及ぼす障害を持っていることが明らかである。障害についての定義の方法や測定法の違いを考慮に入れるとしても、政府の推計値は、これらの半分にしかならないきわめて少ないものであることが分かる。

階層との関連でみると、障害者は、中流階層よりも、労働者とりわけ非熟練の筋肉労働者とその家族に多い。また、障害の重度化は、現金所得の減少と明らかな相関がある。すなわち、相当重度の障害をもった人の 58% は、政府の補足給付基準以下ないしはそれに近い所得で生活していたのに対して、障害のない人の場合、その割合は 24% であった。

障害者の貧困は、彼らを様々な資源に近づけることを拒否する社会のあり方。すなわち、雇用、賃金体系、社会保障制度などの諸資源のあり方との関連で論じられなければならない。

#### 5. 高齢者と貧困

国の貧困基準でみて、年金受給年齢にある人々の約 20%、170 万人が貧困状態にあり、別の 44%、370 万人がそれに近い状態にある。高齢の貧困者は、全貧困者の 36% を占めている。

今回の調査結果から、高齢者の貧困は、次の 2 つのプロセスを経て形成されることが明らかになった。ひとつは、生涯の階層的地位が低かったが故に貧困となる場合であり、もうひとつは、相対的に低い方の階層の人々の老後に対する社会の対応の仕方が不十分なために貧困となる場合である。低い職業階層に属してきた人、それに父親の階層的地位が同様に低かった人は、そうでない人よりも、高齢になってから貧困になる可能性が大である。かくして、高齢者は、豊かな所得や資源をもった階層から、乏しい所得や資源しかもたない階層にい

たるはっきりしたランクに分けられる。

#### 6. 片親家庭と貧困

今回の調査から、約 53 万 5 千の片親家庭があり、そこに 101 万人の依存状態にある子どもがあると推定された。そして、これらの家庭の 49%（そこにいる子どもの 59%）が、国の基準でみて貧困ないしはそれに近い状態にあることが分った。両親のそろっている家庭の場合、その数値は 26% であったので、片親家庭と貧困の関連はきわめて大きいことがわかる。

これらの家庭が貧困化する原因の主要なものは、男女間の関係が社会的に制度化されるされ方、過去および現在における片親家庭に対する社会的施策の不足、労働市場の選別的な機能などに求められる。

#### 7. 資産調査付きの諸給付

貧困ないしそれに近い状態にある人々の中で、公式に見積もられているよりも高い率の人々が、資産調査付きの諸給付を受けていない。資源に対する接近の拒否と困難は、資産調査付きの諸給付には本来的につきまとしており、それが、少ない受給状況を生み出している。たとえば、100 万人以上の高齢者が、受給資格がありながら、補足給付を受けていないと推定される。

結論的には、社会保障においては、「選別的」体系にかえて、「普遍的」体系を積極的に取り入れていくことが望ましい。

#### 8. 社会サービスの機能

今回の調査では、所得給付とは異なる諸サービスの利用状況が測定され、それらのサービスが果している機能が詳細に評価された。それによると、最も裕福な 20% の人々に現物の社会サービスから帰せられる所得表示の価値は、最も貧しい 20% の人々に帰せられるそのほぼ 4 倍であった。そして、これは、ほとんどが、教育と不動産税の減免によりもたらされることが明らかとなった。このように、公的な社会サービスがもっているはずの富者から貧者への再分配機能は、普通に考えられているよりもかなり弱体化しているのである。

#### 9. 結論

(1) イギリスにおける貧困は、一般に、あるいは公式に見積もられているよりも広範に存在している。

(2) この貧困は、一方ではこの国における複雑な資源構造、資源配分の原理に根ざしており、他方では、この国における生活スタイルの社会的な方向づけに根ざしている。前者は、個人や家族が手に入れる資源を決定づけ、後者は、社会の一員であることに伴う「普通の」状態への期待という枠に、彼らをはめこんでしまう。

いずれにしても、貧困は、上の2つの点に基礎づけられているのであって、決して個人の能力や少数者であることによる不運、あるいはコミュニティの低位文化に根ざしているのではない。

(3) 貧困を根絶ないしは基本的に解消するには、資源配分や、生活スタイルの社会的枠づけを支配している制度や原理をつくり変える必要がある。したがって、ゆるやかな再分配のための社会的施策は、その有効性を減じており、とくにこれからの80年代にとっては全く不適切である。

資料：Peter Townsend, Poverty in the United Kingdom: A Survey of Household Resources and Standard of Living, Penguin Books, 1979. の紹介のため、タウンゼント自身が別に書いた要約（タイプ印刷）より

（冷水 豊 東京都老人総合研究所）

## 今日の対人社会サービス

### ——対人社会サービス協議会の役割——

（イギリス）

周知のように、1968年に発表された「シーボーム報告」は、はじめて、対人社会サービス（personal social services）を独立した社会サービスの一領域として定義した。この対人社会サービスという呼び名はイギリスの用語であり、他方、アメリカでは「6番目の社会サービス」（the sixth social services）ないしは「人間サービス」（human services）と呼ばれたり、あるいは「一般的社会サービス」（general social services）と称される場合もある。いずれの呼び名にせよ、この新しい社会サービスは、国際比較研究を行った結果によると、ヨーロッパ各国に共通に確認された1つのサービス領域であるといわれる。「シーボーム報告」以後、このサービスは各国の福祉サービスにさまざまな形で影響を与えてきたが、社会変動との係わりで概念化し、サービス供給の組織化を図るのはこれからといえよう。

ここでは、対人社会サービスの内容を知る上で参考になると思われる「対人社会サービス協議会」（the Personal Social Services Council = PSSC）の役割にふれた論文を紹介する。

#### 協議会の設置とその活動内容

「シーボーム報告」は、対人社会サービスにふれたか所で、そのサービスを教育、訓練、調査、開発および諮問機能（advisory functions）を備えた包括的で“独立した団体”を設置するよう唱道した。その後の経過は、よく知られているように、1971年に「地方政府社会サービス部局」の発足をみ、翌年、教育と訓練の責任は「ソーシャル・ワークにおける教育と訓練のための中央協

議会」が負うことになった。しかし、政府としては1973年になってはじめて、対人社会サービスに対する全般的な諮問団体を設立させるにいたったのである。

このような経過を経てできた団体が「対人社会サービス協議会」（以下、協議会）であり、1974年の春から運営されることになった。この協議会は、イングランドとウェールズの対人社会サービスに関係したすべての情報と指導を提供するもので、家族、児童、慢性病人、老人、身障者、精神病患者、精神障害者のニーズに関する政策課題を大臣に助言することである。なお、本協議会は、中央および地方政府から資金提供されている。

協議会は、独立した地位を効果的に利用するために、次の諸点を考慮して運営に当たっている。

■協議会の構成員は、中央政府、地方政府、ボランティア組織、専門家団体、公衆の5部門から成り、協議会は、これらの全てに責任をもつものと考えられている。

■ソーシャル・ワークは、新設の社会サービス部局やそのサービスに関連したボランティア団体にとって中心的位置を占めているが、協議会自身の関心は、たんにソーシャル・ワークに制限されることなく、対人サービスに係わるすべての同業者や職業にまで広がられている。たとえば、ホーム・ヘルプ、ケア・アシスタント、セラピスト、リサーチ・ワーカー、マネジャーやプランナーなどである。

■協議会は、児童とか障害者といった異なったクライアント集団のニーズを分離し、その上で協議会構成員の関心を集中させるより、むしろパーソナル・ニーズやパーソナル・サービスという一種の“幅広い共観的考え”をとることを望んだ。

■さまざまなケアの型や政策・運営の問題を研究し、適切なアドバイスを提供するために、協議会は活動の組織化を図ることにより、構成員やスタッフのもつ特別な経験を十分に利用しようとする。

■サービスの提供者やサービス利用者と協議会との間に相互の接近が用意され、

また、活動のスタイルも開かれたものでなければならない。

#### 協議会における応答的活動と独自活動

協議会は、初期の頃、この種の団体が共通にぶつかる問題に直面した。それは、活動を始める場合、外部の要求に応ずることと、団体独自のプライオリティーやプログラムを決定することとの間にどのようにバランスを保つかという問題である。つまり、この問題はresponsive approachとinitiatory approachないしはresponsive workとindependent policyとを区別することである。

協議会は、諮問団体でもある以上、大臣や政策策定者からアドバイスを求められて断わるわけにはいかない。事実、かなりの時間を相談やコメントの形で白書や政策文書に接近してきた。その意味で、応答的活動(responsive work)は確かに重要である。しかし、協議会としては、どんなテーマを研究する場合でも、自由とその研究を遂行するに必要な能力を備えていなければならない。たとえば、研究に対する協議会独自の先導活動としては、中間的処遇(intermediate treatment)の将来、消費者主義、苦情処理、プライオリティーの決定、老人ホームにおける火災予防、それに老人性精神障害のニーズに関する活動をあげることができる。

しかし、協議会の独自活動に関する最大のもののは調査である。調査部員は、協議会の研究活動に貢献してきたのは当然であるが、さらに、委託調査に対してもスーパービジョンや連絡活動を提供してきた。このような委託調査はこれまでに30を数え、その中には、コミュニティにおける長期の精神病的ケアや施設ケアの特性、家なし・単身者、虐待されている婦人や保護住宅に対するアロケーション・スキームといったプロジェクトが含まれている。委託調査に対する協議会の目的は、ニードやサービスの組織化の動向について調査することにある。

協議会活動としての諮問活動と調査活動の関係は、とくに消費者領域、すな

わち、消費者参加と消費者利益の問題の上にあられる。かつて、「シーボーム報告」は、新しい諮問協議会にサービス利用者の意見を伝える人びとが含まれるべきだと勧告した。

さらに、研究と調査活動において協議会は他の組織と協力したりその支持に大きく依存してきた。NCSSとの共同活動として任意団体のマン・パワーと財源調査を行ったり、中央保健サービス協議会とはコミュニティ・ケアに関する研究に着手し、また、保健教育協議会とは家族内暴力についての予防活動を促進しようとしている。

### 新協議会

1977年には、これまでの協議会議長が交代し、同時に、1978年には新しい協議会が発足した。この新しい協議会の構成員をみると、以前にも増して対人社会サービスの中にボランティア・セクターの重要性が直接に反映されたものとなっている。

新協議会となって以来、3年間の活動の中で現在の協議会は次のような活動スタイルを生み出してきた。すなわち、第1に、協議会は、対人社会サービスを一層効果的に推進しなければならない。たとえば、障害者、精神病、虚弱老人などのニーズに関する資源は、予防的方向も含めて新鮮でラディカルな再検討が必要とされている。また、対人社会サービスの必要性を人びとに知らせるには、このサービスが持っている不確かさや懐疑を払拭し、確かな方法や方向に向けて研究を重ねなければならない。第2に、対人社会サービスの調査をより組織的にこなすなら、ソーシャル・ワークとソーシャル・サービスに対する教育・訓練を基本にすえた調査を行なう必要がある。たとえば、われわれは一体何のために、また、どのように人びとを訓練しているのか？この点に関する理論化を進めるにはアクション・リサーチが必要である。また、サービスの効果とは何か？ 給付を受けるのは一体誰か？ われわれはどんな政策を必要としているのか？ それらの政策はどのようにしたら達成できるのか？

協議会とCCETSWは調査に関するこれら3つの関連領域を検討するためにjoint working partyを作った。第3に、政策課題を理解し分析する能力が協議会には欠けている。社会政策という巾広い定義の中で、より狭い部局の政策を扱う協議会は、住宅ないし所得維持政策などの領域で自分たちの政策がどのように決定され、その効果はどのようなものであるかを先取りできなければならない。第4に、協議会には、good practicesを明らかにし促進するような役割と責任がある。なぜなら、協議会の研究・調査によって明らかになった事実は、積極的に応用されなければならないからである。第5に、協議会は、他の組織に容易に利用される資源の保有者である。たとえば、協議会構成員やスタッフは、自分たちの資源や情報をほかの人に使ってもらいたいと願っている。

以上、5つにまとめられた強調点は、協議会の目下の活動プログラムに適用されている。このプログラムには、盲人に関するリハビリテーション調査、老人や後期老年層に関する政策グループ、児童ケアについての苦情の研究といった行動が含まれている。

われわれ協議会としては、公式の(formal)社会サービスは、家族や共通のニードを分担する近隣や集団の間で支持し、示されるケアを打ちたてることであると考える。しかし、1970年代に生じた大きな変化は、statutory servicesに与えられた70年代初頭の積極的評価が、もはや維持されないと同時に維持されるべきではないということである。この状況変化をLewis Waddiloveは次のように描いている。"これまでstatutory servicesはvoluntaryサービスによって支持され補完された第1次資源であると仮定されすぎてきた。しかし、事実はまさにその逆である。協議会の仕事は、コミュニティがニードをもつ人びとに提供する支持を強化するために、資源をできる限り最も効果的に利用するみちを明らかにするよう援助することなのである"と。



Personal social services today: The Role of PSSC, Ronald Bradley and Raymond Clarke, Social Services Quarterly, Volume L11, Number 4, June 1979.

(萩原清子 長野大学)

## NHS施行30年をめぐる最近の文献

(イギリス)

30年といえば、人間が生まれてからどうか1人前になるだけの期間である。イギリス(イングランドとウェールズの意味で用いることが多い)の国民保健事業(National Health Service — NHSと略称)が1948年にスタートしてから昨年で満30年が経った。

1974年のNHS再編から満4年を経過し、その一定の評価も可能になってきた。

こうして、1978年から1979年にかけて、イギリスでは多くの出版物が、NHSの過去と現在と将来を論ずるテーマで公刊された。その全てを読んでいるわけではないが、入手し読むことのできた何冊かを紹介したい。まずこの小文ではBrian Abel-Smithの「National Health Service — The first thirty years」とR.G.S. Brownの「The Changing National Health Service」をとりあげることにする。

紹介に入る前に、NHSへの批判の中心的論点をあげておこう。

1つは平等性の問題である。もっと正確に言えばNHSにおける不平等(inequality)の問題である。これについて、社会学的アプローチをしているのがRobert Dingwallの論文「Inequality and the National Heal-

th Service」であり、Paul Atkinson, Dingwall, Anne Murcott 編著「Prospects for the National Health」(Croom Helm, 1979)に収められている。不平等の問題を階級の問題および医師の間における専門医の支配の問題として、よりラジカルに提起しているのが、アメリカのJohns Hopkins大学のVicente Navaroである。彼は「Class Struggle, the State and Medicine — An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain —」(Martin Robertson, London, 1978)の中で、イギリスの階級間矛盾の表現としてNHSの成立、再編、将来を論じているが、その中心視点は不平等の問題である。

もう1つの大きな批判点は、病院中心主義である。この問題は当然ながら、専門医と一般医の社会的、職業的、経済的格差、医学教育の問題、入院・入所以外の分野のケアをどう評価し、その分野のマン・パワーの評価をどうするか、広義の保健活動における病院と専門医の関与の問題、等へと広がっていく。ここに焦点をあてたのが、Celia Daviesの「Hospital-Centered Health Care: Policies and Politics in the National Health Service」(Prospects for National Health 所収)である。Navaroの本は、直接にはこの問題を扱っていない。

これまでにとり上げた2つの本は、実のところ、イギリスのアカデミーの世界では、殆んど無視されている。アカデミーの世界というよりも、イギリスの保健政策に影響を持っているアカデミーの世界の住人というべきであろうか。ティトマスそしてエーベル・スミスと続くロンドン大学の保健政策関連部局の講義やゼミでは、この2冊は全く参考文献に入っていない。

一方、不平等の存在、病院優先を認めつつも、NHSの漸進性を支持し、今後の漸次的改良を支持することを基本にしているのが、Brian Watkinである。彼の「The National Health Service: 1948—1974 & After」(George Allen & Unwin, London, 1978)は、NHSの30年を

包括的に扱った最初の歴史的概説という評価を得つつあり、各種の講義やゼミでも参考文献にあげられている。

NHSへの大きな批判点と、それへの対応から、Dingwall等の本とNavarroの本を挙げ、Watkinの本を挙げた。しかし、これらの詳しい紹介は次回にまわし、今回は、先述のように、Abel-SmithとBrownのものをとりあげる。

理由は2つある。まず短いことである。前者は66ページ、後者は109ページであり、いずれも小判である。

もう1つは、良い意味でも悪い意味でも、中庸あるいはスタンダードなことである。Abel-Smithの「National Health Service—The first thirty years」は、保健社会保障省(DHSS)が、Abel-Smithに執筆を委託した、NHS 30周年の半公的パンフレットである。

主な目的は著者の序文で次のように設定されている。「本書の主な目的は記述することであって論評や解説が目的ではない」。そして刊行の時期との関連をこう述べている。「30周年という区切りは、事業の成果を祝うのにも、また6章のタイトルとして私がつけたように、未完の仕事の前途を見渡すのにも、丁度よい時期である」。

本書は6章から構成されている。1章はNHS以前の保健ケア、2章は最初の時期(1948年から1960年まで)、3章は成長と発展(1960年から1974年まで)、4章は再編成、5章は短い時期(1974年から1978年まで)、6章は未完の仕事である。その他に附表が12と4ページの文献資料一覧がついている。

目次の構成から、30年間の時期区分がうかがわれる。ラフといえばラフであるが、まずは区分自体には異論のないところであろう。

各章は、よく吟味された、その時期毎の保健問題の中心課題を小項目にして、手際よく記述されている。全体に、序文で言われたように記述であり、論評や評価や解説は少ない。従ってまた、数字が多いのも当然であろう。しかし、記

述だとはいっても、Abel-SmithのNHSに対する基本的態度は、第1章の冒頭に明示されている。

「他の多くの国々は強制的健康保険制度を発展させた。しかしこの制度のもとでは、保健ケアを受ける権利が、一般には保険料を支払う本人とその被扶養者、そして年金生活者に限られた。無料で医療を、全ての人に提供するという(NHS)の原理は全く新しいものであった」(1ページ)。

R.G.S. Brownの「The Changing National Health Service」は、1973年に初版が出され、日本訳もあるものの、改訂版である。すでに日本語版を読まれた方も多いと思うが、第2版の特徴は、1974年の再編成以降を含んでいることである。そして、ブラウンの評価は、再編成がその支持者たちを失望せしめたというものである。

本書も、Abel-Smithのものと同様に、「NHSに現在生起している出来事を実況解説するのが本書の目的ではない」という立場をとっている。そして、同様に数字が多くて、記述的である。

目次は1章、NHS最初の25年、2章、医療に対する需要、3章、施設建設、4章、スタッフ、5章、財政、6章、運営機構、7章、保健サービスと患者、8章、結論—将来への構想、読書案内、文献一覧、となっている。NHSの特に問題別の整理という点に特色がある。Abel-Smithのが編年体であったのと対照をなしている。

記述中心主義とはいっても、随所に「評価」「論評」がみられるのは当然である。本書では、各章の終わりに、章末の論評という項が置かれ、そこに、ブラウンの考えが示されている。NHS全体への評価にもつながる章末の論評は7章の「一般大衆はNHSを好んでいる」に始まるものであろう。

ブラウンは、大衆がNHSに好意を寄せる理由は「コミュニケーション、親切なこと、接近しやすいこと、身体を痛めつけないことなどで、検査や治療の質でない方が多い」(89ページ)と述べ、今後の方向としてこう述べている。

「治療の質と医療組織における進歩改善 — たとえば、看護スタッフの援助を得られるヘルスセンターに、一般医が次第に移行すること — は、専門職の世界内部から生じなければならない」(86ページ)。医療における専門家集団の自覚性を、労働組合や消費者の参加と並んで(50ページ)重視しているのが印象的である。

NHSという、人類の1つの実験が、30年を経た。当事者であるイギリスで大いに論議があるのは当然だが、日本の保健制度にとっても、NHSの経験は見逃すことのできない重要な素材である。

今回は、NHS 30周年にあたって出版された著書の中から、まず標準的、記述的な2冊を紹介した。NHSの全体像を手軽につかむには格好の書物といえよう。

「National Health Service. The first thirty years」

HMSO, London, 1978

「The Changing National Health Service」

Second Edition

Routledge & Kegan · Paul, London, 1978

(日野秀逸 大阪大学医学部)

## 社会保障の未来像

(アメリカ)

本稿は筆者がフランス、西ドイツ、スウェーデン、およびイギリスの各国の社会保障制度を調査し、各国の政労使の担当者などと意見を交わし、かつ、OECDの担当者などと意見を交した結果をまとめた報告から、その一部を取上げたものである。

工業化された国々では、いずれの国々でも社会保障の負担は重く、しかも、中期的および長期的な予想では、その負担は従来認められていた限界を遙かに越えて、引続きより重くなると計画されている。予測は色いろに異なるが、しかし、多くの国々では、負担の増加率は2030年の給付水準を維持するために、現在の負担より30%から100%増大するであろう。

1960年代と1970年初期には、社会保障の拡充が可能と思われたし、また、望ましいと思われたが、そのような考え方を支えた楽観的な予想は、石油危機およびインフレと不況によって、思いがけなくも吹きとばされてしまった。全般的な経済発展は社会保障の財源調達に救済の望みをほとんど与えてくれない。現在では、限定された経済成長が一般的な予測で、社会保障は1980年代およびそれ以後に如何にして乏しい資金を利用するかという問題に直面している。

各国に共通した考え方は、経済的および社会的な発達が予想されないので、社会保障の財源増大が賃金支払税か、もしくは、一般税収入から調達する資金で対処しなければならないであろうということである。これらの選択は苦痛を強いるものであるが、避けられないものと思われる。

将来の社会保障の財源負担について、各国は費用の増大を伴う将来の社会保障改善に対して、従来から考えられた上限を無くそうとしている。社会保障はより大きな社会的妥当性を達成するという名目で精力的に拡充されてきたが、現在では、社会保障は制約と警告をもつ新しい時代に入り、外国の担当者達は時折この時代を「高原」と表現している。

給付の引下げが予想され、多くの国々はその予想をある程度推進しようと期待している。しかし、政治的な現実には主要な給付の引下げが一般的には有望な戦術ではないということを示している。また、最終的な分析では、一般的には、現在の高い給付水準が大きく変化するかどうか疑わしいと考えられている。

各国の社会保障制度は負担の増大が避けられないものと認めて、世代間および異なる所得階層間の社会連帯を促進する重要性を強調している。その社会連帯の概念は、将来の財政的および人口上の問題が直面する危機的状態に対処するものとして考えられている。

限られた成長と負担の増大という新時代によってもたらされた外国におけるもう1つの展開は、社会保障の財源調達が国民経済に、また、国民経済が社会保障の財源調達に与える影響についてより一層吟味するということである。ある政策立案者達は賃金支払い総額にもとづく財源調達方式が、余りにもビジネスのサイクルに密接に結びついているので、経済の低下向現象が社会保険制度を通じて国の経済に影響を与えるだろうと信じている。かれらの中には、社会保障の財源調達が収入源の安定を増大させるように、より一層変化をもたせるべきだろうと推論する者もいる。

社会保障と租税制度の調和という必要が次第に増えており、ある国々では、社会保障給付が所得であると考えて、総所得がある所定の水準以上の場合、給付に課税している。

社会的な制度の効果的な統合の必要性は、私的年金にも適用される。私的年

金は社会保障を補足するものと考えられ、ある国々は法令にもとづく私的年金制度を作ったり、あるいは、労働力の大部分をカバーするという観点で、私的年金を発達させている。

社会保障の耐乏生活という新しい時代の意味はより一層広く理解されるようになるので、補足的な制度の必要性とそれらを網でからげ込む手段に対して、より一層の承認が与えられるべきである。退職給付の適切さは、限られた資金を最高に活用して、公的な制度と私的な制度を統合して活躍させたときにだけ達成できる。

財源調達の窮状に対する各種の解決策を求めらる中で、各国の政策立案者達は、年金受給者に対する拠出者数の比率が減少するのに解決策を求めている。立案者達は年金の増額かあるいは退職年齢の段階的な引上げかのいずれかの方法により、人びとにより長く労働に従事することを促進しようとしている。退職年齢の引上げは人口の問題と密接な関連をもっているが、反対に、労働組合は依然として低い退職年齢を求める要求を強くしており、また、退職年齢の引上げが失業している多数の若年労働者に仕事を与えるのに悪影響を与えると考えている。社会保障は対立する諸条件になんらかの解決策を発見しなければならない。

各国では、政策立案者達は「廃疾」と労働力および活動的な社会から引退する「老齢退職」の伝統的な見解を捨て始めている。廃疾者は他の通常の人びとと異なるものではなくて、能力をもっており、廃疾でない人びとと異なるニーズをもっていると次第に考えられるようになってきている。廃疾者達は次第に生産的な労働に従事することができるような、また、社会の本流から取残されないような方法で、補償をうけるように配慮されるようになってきた。そのような目標をかかげて、立案者達は「労働の分ち合い」のように弾力的な労働市場機

構を発達させようとしている。

労働生活を停止するいわゆる「引退」は、比較的貧しい社会で適切なものと次第に考えられるようになり、そのような社会では、人びとは肉体的にきわめて激しい労働に従事している。工業化された社会は、そのように激しい労働を選択する人びとが、老後に活動の余地を残して、職業を調整する途を発達させている。ある国は60歳と65歳の間で年金の一部を受給する部分年金を受給しながら、パート・タイマーとして就労する部分年金の選択制度を採用した。この制度は画期的なもので、急速に普及するようになるだろう。

男子と女子の役割は変り、両者の間に新しい関係が生れつつある。そのような変化は労働市場に女子の参加が次第に増加し、また、家族構成が次第に変化したことによって生じ、そのような変化は社会保障の修正を促がす力になっている。社会保障は成人男子による扶養を基本的な概念にしていたが、社会のあらゆる部門に対する女子労働者の進出により、多くの各国は、女子自身が自らの権利によって、男子と同等の給付を受給する制度で、古い制度を取替えようとしている。

男女平等が一般的な時代では、離婚の場合における社会保障記録の調整は、古い考え方を捨てるべきである。このような状況に対して、立案者達は離婚の場合における政策上の干渉を、広範かつ根本的な構造的改革への単なる第一歩とみなしており、その改革は年金権に現在存在する先入観を最終的には取除こうとしている。たとえば、社会保障において男子と完全に同等な根拠を女子に与えるためには、家政担当者に給付の提供、育児期間中の年金権取得、および主婦の廃疾給付について議論が行われている。

EECは今後5年以内に男女の給付を同一にすることを、加盟各国に要求した。各国の担当者達は、この目標達成に対する各種の選択の評価では、財政的な負担が重くなるだろうとみている。目標の達成はそれ自身重要であり、かつ

複雑であるが、さらに、その困難は乏しい財源の時期にこれらの目標に到達するという問題により、より一層増幅される。

Stanford G. Ross, *Social Security: A World Issue*,  
*Social Security Bulletin*, Vol. 42, No. 8, August 1979,  
pp. 3 - 10.

(平石長久 社会保障研究所)



# 老人の施設ケア

## —ケアを受けている老人のセンサス—

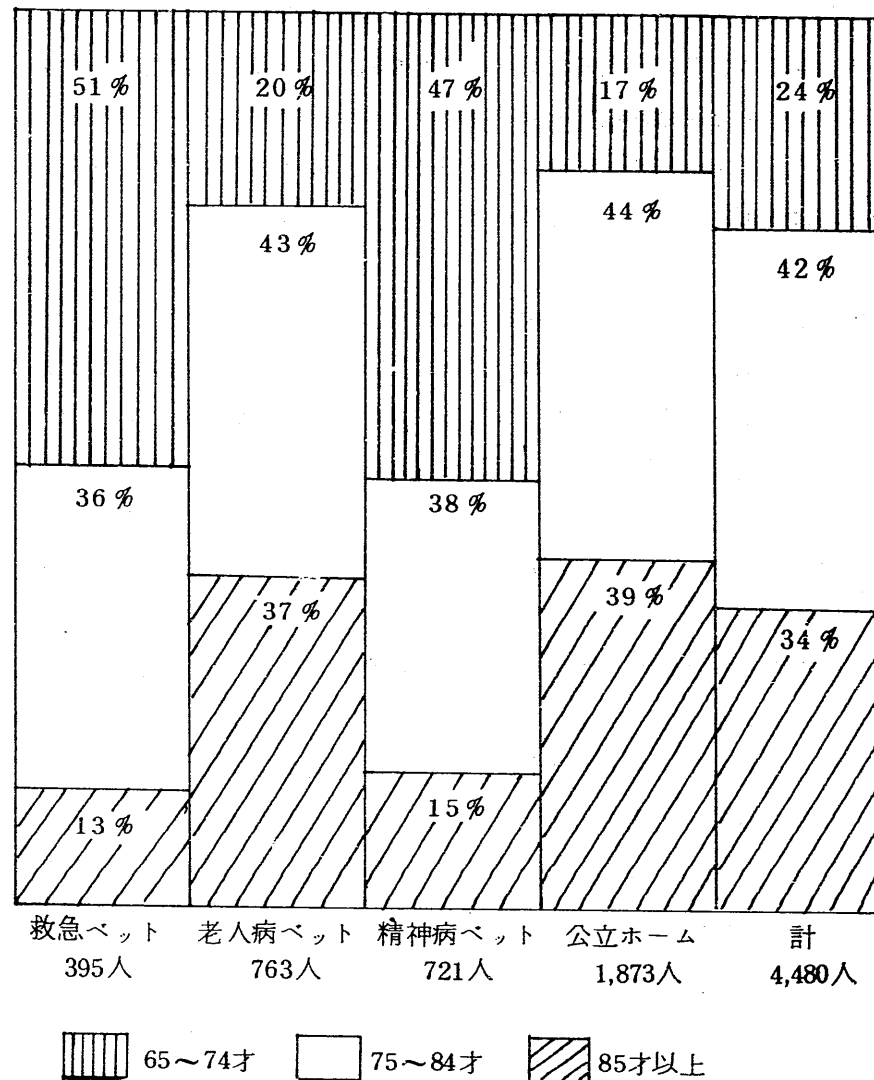
レイセスターシャー ( Leicestershire ) にあるレイセスターシャー・メディカル・スクールの精神医学、地域保健部門は、NHS と地方自治体における保健・社会サービス体系の再編整理の動きに応じて、老人の多様な医療・社会ニーズの把握と、供給されている老人へのケアの評価のための資料を得るために、社会サービスと地域保健の当局の代表者やソーシャルワーク学校の代表者等との討論を経て、その地域の老人に対するセンサスを実施した。

目的は、65才以上の私的・公的ケアを受けている老人の数量的把握と施設居住者の日常生活能力の測定であった。さらには、教育・訓練を受けた施設ケアのスタッフによって、施設老人がそのニーズに適合した施設に収容され、適切なケアを受けているか否かを測定することであった。

調査項目の主要な課題は、多様な施設に居住する老人の基本的な日常生活活動を選び、スケール化することであった。基本的な五つの日常生活活動機能のうち、身体的能力のスケールは次のようになる。

- ① 歩行 ← (各項目の数字はスコア)  
 ・ねたきり (3) ・付添人又は歩行器等利用 (2) ・階段のみ援助が必要 (1)  
 ・自力で (0)
- ② 失禁 (小便)  
 ・週に数回失禁 (3) ・週に1回失禁 (2) ・夜間・昼間とも援助あれば失禁なし (1) ・失禁なし (0)
- ③ 失禁 (大便) ・あり (1) ・なし (0)
- ④ 洗顔・着脱衣

図1 施設別年齢分布



・週に一度してもらう(2) ・監視のもとで自分で(1) ・自分でできる(0)

⑤ 食事

・週に一度食べさせてもらった(2) ・監視のもとで自分で(1) ・自分でできた(0)

このスケールをもとに、スタッフは担当した老人の前週の行動記録から採点した。

対象施設は、NHS 病院(救急、老人病、精神病棟)33、公立ホーム45、民間収容ホーム15、ボランティア・ホーム13、民間ナースングホーム14、精神障害者ホーム5、精神障害者ホステル10の135施設である。うち16施設には老人は居住していなかった。

調査の結果

調査はレイセスターシャーの老人人口の約4%にあたる4,514人について実施された。65才以上老人の42%が公立ホームに居住しているが(表1)、85才以上をみるとNHS 病院利用者の29%に比べ、公立ホームは49%と高い割合になっている。また、この年齢層の老人に対するボランティアホームの貢献が目立っている。

施設別に年齢分布をみると(図1)、公立ホーム、老人病棟により高齢な老人が居住している。75才以上老人が8割強居住している。

表1 年齢別利用施設の分布

	公立ホーム	NHSベット	民間・ボランティアホーム	計(100%)
65才以上	1873人 42%	1884人 42%	723人 16%	4480人 <sup>(1)</sup>
75才以上	1554人 46%	1186人 35%	636人 19%	3376人
85才以上	734人 49%	441人 29%	337人 22%	1512人
95才以上	71人 45%	52人 33%	34人 22%	157人

(1)年齢不明の34人をのぞく。

表2 公立ホーム利用者の日常生活活動の評価

日常生活活動	人数	割合
歩行	1756人	100%
ねたきり	34	2
援助の必要有	795	45
階段以外援助不要	305	17
援助不要	622	35
洗顔・着脱衣	1756人	100%
週に1回援助必要	527	30
監視必要	393	22
援助不要	836	48
食事	1756人	100%
週に1度援助必要	68	4
監視必要	278	16
援助不用	1410	80

表2・3で日常生活能力をみると、公立ホームの高齢化にもかかわらず35%が十分歩行可能である。ねたきりは2%にすぎない。洗顔・着脱衣、食事も48%、80%が援助なしでできる。しかし、失禁の程度は高いといえよう。老人病棟の老人とくらべると、老人病棟の失禁程度の高い老人は公立ホームのその約2倍を示しているが、その数は公立ホームのほうが多いことが示されている。

日常生活能力を0~11点のスコアで現わし依存度をみると、スコア0は援助・監視を不要とする状態である。スコア1~4は中間より若干低い依存状態を示し、たとえば、階段以外は自分で歩行でき、洗顔・着脱衣も援助なしの未亡人はスコア2である。スコア5~8は依存度が高い。失禁予防のため夜間に起さねばならないし、歩行、洗顔・着脱衣にも援助が必要な老人はスコア5であ

表3 公立ホーム・老人病ケア利用者の失禁状態

	公立ホーム	老人病ケア
1. しばしば小便の失禁有	296人 17%	262人 36%
2. 週に1回は失禁	160人 9%	113人 16%
3. 起してやれば失禁なし	122人 7%	74人 10%
4. 大・小便の失禁がしばしばある	170人 10%	160人 22%
合計(100%)	1756人	723人

る。スコア7～8は失禁がひどく、スコア9以上は全くの依存状態にある老人である。

公立ホームと老人病棟間のスコア分布をみると、スケールの不十分さから明確な判定は不可能だが、施設間の活動能力の衰えにかなりの相違がある(表4)。ホーム老人のスコア9以上はわずか7%の割合であるが、これは120人にのぼり、彼らはインテンスブなナーシングケアを受けている。一方、老人病棟では10%の71人がスコア0で、全く依存の状態なしで居住している。また、老人病棟のスコア0～4の老人の割合が39%と高いことが、この調査結果のひとつ

表4 公立ホーム、老人病ケア利用者の日常生活活動スコアの比較

合計スコア	公立ホーム	老人病ケア
0	420 24%	71 10%
1～4	848 48%	209 29%
5～8	368 21%	255 36%
9以上	120 7%	188 26%
計(100%)	1756	723

の特徴になっているが、これは日常生活能力スコアからは、福祉的ケアと老人病ケアの供給における境界が明確にならないことを示しているのかもしれない。

公立ホームのスタッフは、利用老人の7%が、また老人病棟の

スタッフは、利用老人の16%が各々の施設に居住するのは不適切であると考えている。施設居住老人のその施設での居住の適否判定は、スタッフによる老人の活動能力の衰えの把握の程度によってホーム毎に異なる。また、施設内の活動能力の衰えのレベルによっても適否の判定は異なる。故に、同程度の依存度の老人を同規模収容している公立ホームにおいて、スタッフが判定する不適切な居住老人の数はちがってくる。

不適切に収容されていると判定された151人中の26%はスコア9以上であり、30%はスコア0であった。彼らのうち51人は精神医学的ナーシングケア、18人は老人病ケア、25人はホームでは受けられない全般的なナーシングケアを必要とする指摘された。また、19人は他の福祉的収容施設に託され、33人が非福祉的ケアに託された(管理人付フラット=Warden-assisted flat)が最も適切とされている。

公立ホームを中心にセンサスの結果をみてきたが、ホームの現実的な、望ましい機能の検討は、保健と社会サービスのネットワークの考察なしにはすまない。諸サービスは強い相互関連をもっているが、相互に否定的な影響もあたえる。たとえば、居宅ケア、施設ケア、住宅の適切な利用があるなら退院するはずの患者に病院が占領され、患者も早期退院のための処遇とリハビリをのぞんでいるのである。

どのようなサービスも、それぞれ優先性・専門性を有しているケア・サービスの全体構造のなかで強制と圧力を相互に受け、サービス内容の自由な展開と計画化はむずかしい。中央政府・地方自治体は、さらに既存のサービスへの財源割当ての優先をうち出してきている。コミュニティでの特殊な長・短期の老人ニーズに対応し十分に検討され計画された施設ケアが準備され運用される余地は、あまりないことは明らかである。

レイセスターシャー当局は、施設ケアサービスが居住申請老人のニーズに適切か否かを判定する基準を設定したが、その手引きは次のようになっている。



「次のような場合は施設ケアは不適切である。それは、大・小便の失禁のある場合、援助なしで洗顔、着脱衣、食事ができない場合、放浪がちで乱暴な行動をとりがちな場合である。」しかし、この基準は、彼らに用意される施設、そこでのサービスについて、また、活動能力のひどく衰えた老人へのケアについて何も示していない。この消極的な基準の設定は強度の活動能力衰退老人を受け入れているホームに緊張をもたらしめている。ホーム入所のガイドラインは失禁老人、錯乱のある老人の受け入れを認めている。故に、数年前の収容時には援助を不要とした老人が現在援助を必要とするようになったことも考えるなら、施設に重度の能力衰退老人が居住し、そのケアは老人病ケアと重なり合っているというセンサスの結果は当然である。

このような施設ケアの機能の不明瞭さに当局の担当者も同調しているようである。しかし、スタッフは、彼の置かれている状況に現実的に対応し、利用者は重度の能力衰退にもかかわらず、有効な居宅ケアのないなかでは必ずしも不適切に収容されていないと考えている。

ナーシングケア、メディカルケアを受けるべき施設利用者は、75才以上人口が増加する20年後には他施設に移されるべきであることは正しいし、必要なことだが、現実には施設における重度の能力衰退老人の圧力は増加するだろう。当局の担当者は、すでにこのことに気づいており、ケア内容の矛盾のなかで現実的に対処してきている。

すべての施設は同様な問題に直面している。しかし、施設間における重度の能力衰退老人の収容割合の相違、失禁・錯乱への特殊なケアを供給するスタッフの態度、能力衰退のレベルごとに収容の適否が存在する理由などの説明が残されており、今後の調査が不可欠である。

Residential Care of the Elderly : A Census of Elderly People in  
Care : Social Work Today Vol. 10. No. 46. July 31, '79

( 本間信吾 東京都老人総合研究所 )

( 11 ページより )

金の 80% を上限にしている。

年金保険給付の前払いという給付は、廃疾、職業に従事できない労働不能、あるいは、永久的稼得能力の喪失に対する給付、もしくは、老齢給付の受給を申請した者が失業した場合、上記の各給付について受給認定の決定が行なわれるまで、失業保険制度で提供する給付である。

無給の休暇への手当は、たとえば、出産などの場合に、所定の条件に該当する母親に、失業保険制度から支払われる手当である。

緊急扶助は失業者が、失業保険制度による給付を所定の制限期間まで受給し、給付の受給権を喪失した場合などに、国籍、積極的な労働の意思と能力、生計困難などを条件として支払われる給付である。

単身の母親に対する特別緊急扶助は、夫がいなくて、3歳未満の子供を養育する母親に、所定の条件によって支給される。

なお、失業給付の受給者は疾病保険の加入を継続し、同保険加入時と同一の拠出を支払って、給付を受給できる。

Unemployment Insurance (1977-Aus. 2), ILO, Legislative Series, 3-4, 78, PP. 17-37.

## 社会保障と経済発展

Kurt Tantz (西ドイツ)

本稿には、工業化された社会における社会保障の発達と経済発展の関係が、経済的な観点から論述されている。

人びとは社会的な関係の仕組みの中だけに孤立して、生存を続けるのに必要な所得の保障を守ることができない。特殊な場合には、この所得の確保は労働の過程に参加することによって生ずる第一義的な所得と、各人の相互関係や時間外勤務による再分配から生ずる第二次的な所得で構成される。

所得保障は2重の効果をもっている。所得保障は当人の性向と能力を開発し、かつ維持することによって、当人にその生活を続けさせ、また、当人が生計の手段を自分で用意できないときに、その手段を用意させる。同時に、所得保障は各人がある安定した所得を自分で調達する社会的な仕組みとして、また、生産過程の活動に積極的に参加している人びとの所得と、各種の理由により、そのような活動に従事できない人びとの所得との間に、ある適切な関係を維持する社会的な仕組みとして役立っている。

社会保障は人間の生存に欠くことのできない必要なものである。意見の相違は給付の範囲、水準、限界、および型から生ずるし、また、社会保障の制度を組み上げる型からも生ずる。

社会保障で保護される人びとの人数は、次第に増加している。所得保障を確保する目的は、給付の金額、限界、および型に拡大をもたらしている。

現金給付を賃金に関連づけることは、社会保障と経済発達が一緒に結びつけられ、かつその結果、ある最低の判断基準が定められていることを意味している。

保障に対する人びとのニーズは、ある与えられた時点において、当人がその時に置かれた状況と関連をもっている。経済が発展する時期では、現金給付と現物給付は増大する。一般的な表現では、社会保障の給付総額は近年増えてきた。

しかし、基本的には、社会保障が経済変動の諸問題の解決に適切でないということは指摘されるべきである。これは議会によって承認されてきた。

要約すれば、次のようなことがいえるであろう。

経済成長は社会保障の拡大を可能にする。生産過程で活動する人びとの生活水準に生ずる上昇は、労働によって取得された立場を維持するために、ニーズの拡大という結果をもたらすので、経済成長は社会保障の拡充を求める。社会保障は労働力の開発と維持を促進することによって、構造的な諸問題の解決に寄与することによって、また、消費の観点から経済安定の要素として機能することによって、経済成長に役立っている。

Soziale Sicherheit and wirtschaftliche Entwicklung, Die Ortskrankenkasse, 53rd Year, No. 21/22, 1971, pp. 777-780; 72/73, No. 103.

# 病院の費用と医療給付制度

Karen Davis (アメリカ)

本稿には、高齢者を対象とする健康保険の医療給付によって生じた病院の費用の変化が論述されている。

本稿はメディケアとメディケイドの出現以後に、病院の費用と支出に生じた上昇の諸要因にかんする計量経済学的な研究の結果である。

メディケアとメディケイドの制度を1966年に採用して以後、費用に急激な上昇が現われた。コスト・インフレーションの性質とその上昇現象の理由は十分に理解されていない。幾つかの説明が提唱されてきたが、しかし、「本当の」説明は諸要因の組合せに相違ない。

これら別々の各諸要因の役割と影響を区分するために、メディケアの実施以後2年間における病院のコスト・インフレーションについて、各種のタイプの証拠が検討され、それらは病院の収入と支出の全般的な傾向、病院の費用増大に含まれる労働と資本の構成、収入の傾向、および病院の個別的な各診療やサービスの費用を含んでいる。

調査・研究はメディケア実施以前の期間に明らかであった多数の傾向が、メディケア実施後の2年間により強く依然として続いていたことを明らかにした。資本支出は労働費用より早い速度で増大を続けた。経営上の費用のうち、減価償却と利子に振当てられる部分の占める割合は増大した。労働費用の増加のうち、約90%は平均収入の増加による部分で、残り10%は従業員数の増加によるものであった。費用の増大のうち大部分は、基本的な病室と食事のサービスよ

りも、むしろ、付随的なサービスによって生じていた。付随的なサービスにおける収入原価の収益は大幅に異なり、たとえば、それは産室の0.97から薬剤の2.07までにわたっていた。

それらの結果は病院の費用増大にかんする需要促進の見解と、技術の変化や病院の役割の拡大を強調する見解を支持する傾向をもっている。労働費用により増加を促進するモデルは、患者の1人当り費用が、賃金の変化しない恒常的な状態の続いていたときでさえも、年率6%で上昇を続けたので、病院の費用増大を完全に説明していない。全般的な費用増大の中でそれぞれ異なる役割を果たす需要、(病院の型と診療をうけた患者の構成)の「組合せ」、賃金、および技術の変数がもつ相対的な重要性は、モデルに組入れられた各諸要因の組合せの寄与を計算することによって示されている。入院当りの費用で予想された増加のうち、需要変数は増加の45%、件数の組合せは7%、病院の従業員の平均賃金の上昇は全般的な増加の10%を示していた。前述した2年間にわたる上昇は38%であった。

要約すれば、メディケア実施以前の病院費用増大の特徴のうち、多くの特徴はメディケア実施後の期間に対して強化された形で引続き持続されていたということが示された。労働と非労働の双方について、検討に用いられた諸要因がより多く用いられてきたことは、病院費用の増大の重要な部分を依然として占めていたことを示していた。

Hospital Costs and Medicare Program, Social Security Bulletin, Vol. 36, No. 8, August 1973; 72/73, No. 118.

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-による了解にもとづき、Social Security Abstractsより採用した。

(平石長久 社会保障研究所)

## 欧米諸国の医療費問題

健康保険組合連合会社会保障研究室長

石本忠義

### 医療保障の共通問題としての医療費問題

1970年代における社会保障の発展はめざましいものがあったが、その費用の増大や負担の増大も大きかった。医療保障の分野では適用者の範囲の拡大（西ドイツ、フランス、イタリア、アメリカ）、病院医療の近代化と拡充（西ドイツ、フランス）、給付種類の拡大と支給期間の延長（西ドイツ、フランス、イタリア）など各種の拡充が行われたが、それにもない医療費の増大も大きかった。1970年代前半における医療費の増加率はいちじるしく、各国のGNPに対する国民医療費の比率も大きく変化している（表1）。そしてこのことにより、医療保険等の財政問題が生じ、保険料等の連続的な引き上げや財政調整（西ドイツ、フランス）、医療費抑制策（西ドイツ、フランス、イギリス、イタリア、アメリカ）など各種の対策がとられるようになってきた。

このように、各国に多少差があるものの、医療費の増大は一般的傾向であり、それともなう医療保険等の財政問題は共通的問題となっている。そこでEC、OECD、ILO、ISSA、WHOなどの国際機関も医療費問題に重大な関心をもち、重要問題として取り上げ医療費動向の調査分析ならびに医療費問題の検討を行っており、医療費問題への真剣な取り組みを示している。

### 国際機関における医療費問題の取り組み

ISSAおよびWHOにおける医療費問題を含む医療問題への取り組みは早い。

欧米諸国の医療費の対GNP比（％）

	1966年	1975年
西 ド イ ツ	4.8	8.0
フ ラ ン ス	5.1	6.7
イ タ リ ア	3.2	5.2
オ ラ ン ダ	...	8.4
イ ギ リ ス	4.3	5.4
ア メ リ カ	5.8	8.5
デ ン マ ー ク	3.8	6.2

（資料） Brain Abel-Smith,  
The Cost of Health Services, New Society,  
12 July 1979. P. 74.  
Social Security Bulletin, July 1979.

ISSAでは医療疾病保険委員会において1973年以降、医療費の増大原因、医療保障の方式と医療費の関係などについて調査、分析を進めている。また、WHOでは対人保健医療サービスの財政問題について検討を行ってきており、1978年にその結果を「保健サービスの財政」(Financing of Health Service, 1978)として公表している。

医療費問題については比較的最近対応し始めたILO、OECDおよびECにおいてもすでにそれぞれの調査、分析の結果が出ている。ILOでは1977年5月に医療費問題専門家会議が開かれ、「社会保障のもとでの医療費の増大—費用の動向、原因および可能な抑制方法」(The Rising Cost of Medical Care under Social Security: Cost Trends, Causes, and Possible Cost Containment Measures RCMC/1977)について検討が行われた。また、OECDでは経済政策委員会第2作業部会において、資源配分と政府支出の諸

問題を取扱うプロジェクトの一環として、「保健に対する公的支出」(Public Expenditure on Health)について調査、分析が進められ、その結果が1977年7月に公刊された。これは、OECD加盟各国の医療費の推移、医療費増大要因などを調査、分析したものである。そしてOECDでは、これをきっかけに1979年に入って社会問題局に医療問題を扱うプロジェクトチームが設けられ、加盟各国および他の国際機関の資料・情報の収集が行われるとともに、12月に専門家会議が開かれることになっている。さらにECでは、専門家グループによって医療費に関する各種の調査、分析が行われるとともに、医療費問題に関する厚生大臣会議が開かれている(第2回目1978年11月)。各種の調査、分析は、大きな調査研究プログラムのもとに進められており、これまでに「ECにおける医療保障の組織、財政および費用」(The Organisation, Financing and Cost of Health Care in the E.C. 1978)、「入院の費用」(The Cost of Hospitalisation, 1978)、「薬剤の消費」(Pharmaceutical Consumption—Trends in expenditure, main measures taken and underlying objectives of public intervention in this field. Social Policy Series—1978, No. 38, 1978)が調査研究結果として公表されている。そして現在、さらに「医療サービスの費用に関する研究プログラム」のもとで、医療従事者、医療施設、医療従事者の雇用、薬剤の価格・生産・処方、医療サービスの費用の動向、医療サービスの利用、医療料金、プライマリ・ケア、疾病予防活動などについて調査研究の作業が進められている。いずれの調査研究も詳細なものであるが、とくに「ECにおける医療保障の組織、財政および費用」は、加盟各国の調査資料をもとに多角的な視点からEC全体ならびに各国ごとの最新の状況を詳細にとらえ、分析している。そこでは各国の医療費問題が明確にされるとともに、その対策がどのように行われているかが示されている。

### EC諸国における医療費問題とその対策

ECにおいて医療費の調査研究を進めている専門家グループの中心的存在である Abel-Smith教授(London School of Economicsの教授で医療費問題に関しては世界的権威者)によると、EC諸国における医療費問題とその対策はおおむねつぎのとおりである。

- (1) 加盟国(イギリスとルクセンブルグを除く)の医療費の伸び率は高い。
- (2) 1960年代にはこの伸び率は問題にならなかったが、医療技術の進歩、医療保障の適用者の範囲の拡大、保障の範囲の拡大(とくに歯科医療の保障の拡大、対象者の高齢化(GNPの0.5~0.7%のコスト上昇)、賃金上昇、労働時間短縮、人口当たり医師数の増加(医療の量的拡大)、医療従事者当たり病床数の増加などにより1970年代には急速に医療費は伸びた。
- (3) こうした医療費の著しい増大に対して短期的ならびに長期的な対策がとられている。短期的なものとしては、イギリスでの国家予算の伸び抑制(1973年までは年間3~4%の伸びであったが、1974年以降は1.5%に抑えられている)、デンマークでの地方予算の伸び抑制、アイルランドでの国家予算抑制、西ドイツでの医療保険費用抑制、フランスでの医療保険費用抑制(薬剤給付率の引下げ、薬品価格の上昇抑制など)、西ドイツでの医療制度面の調査と病院建設の計画化(建設の限度設定、人口当たり病床数の設定など)、患者一部負担の強化(補てつ費や薬剤費についての一部負担引上げ)、フランスでの保険薬剤数の削減や処方薬剤の抑制、ベルギーでの入院給付期間の短縮(90日を40日に短縮。41日目以降は患者負担)、イギリスでの患者一部負担の引上げなどがある。

また、長期的なものとしては、イタリアでの医療保障制度の改革(医師の診療報酬支払方式を出来高払い方式から人頭払い方式に変更また、薬剤について患者一部負担の導入と処方薬剤数の削減など)、フランスでの入院費の年間予算計画化、一部の国での入院費の支払方式の変更(試み)、西ドイツでの保険医の診療報酬支払方式の変更(検討中。診療頻度に応じて支払う方式に)、フラ、

ンスでの保険医の完全指定病院化（指定病院での入院前検査の重複をさけるために、指定病院をもたない保険医も指定病院をもつようにする）、オランダでのコストの低いナースングホームのような施設の設置（しかし、患者が増えてこれはどうも失敗だったようである）、一部の国での老人のためのデイ・ステイ制度（簡単な手術などを行う）の導入、西ドイツでの在宅看護サービス制度の導入、イギリスでの老人、児童、身体障害者、長期・慢性病患者等に対する保健医療サービスおよび施設の優先（限られた資源の有効配分を目的としている）、一部の国での医師数の抑制（デンマークでは医学生数の定員を15%削減、西ドイツとフランスでは医学部の入学制限）などがある。

### 各国の医療費問題とその対策

#### (1) アメリカ

アメリカにおける医療費の増大はきわめて著しく、1980年には国民医療費は約2,290億ドル（約54兆9,600億円）に達すると見込まれている。そして国民医療費の対GNP比は9%を超えるとみられている（1983年までには10%に達するとみられている）。国民医療費は6年間で2倍になるという。

とくに国民医療費の40%を占める入院費の伸びが著しく、その伸び率は1976年19%、77年15.6%、78年13%となっており、消費者物価の伸び率をはるかに上回っている。このような入院費の急激な増大は、老人等健康保険や民間健康保険の財政負担を増大させるばかりでなく、患者の負担を増大させ、またインフレをこう進させるため、1978年に病院医療費抑制法案が議会に提出された。この法案は、病院医療費（入院費）の伸び率を年間9%に抑え、病院建設や高額医療機器の購入を制限（州ごとに人口分布に応じて設備投資の年間最高限度額を設定）するというものである。この法案に対しては、病院経営者の団体や医療関係者から強い反対があり、アメリカ病院協会、アメリカ医師会およびアメリカ病院連盟はこれの対案として自主的な病院医療費抑制策（医療料金の伸び率を物価上昇率まで下げる、病床を増やさないこと、設備投資の伸び率

を年間20%以下に抑えることなど）を1978年から打ち出した。これにより1978年には、病院医療費の伸び率は1974年以来最低の13%にとどまった。州によってはその伸び率が10%にまで低下したところもあった。しかし、政府の病院医療費抑制法案は修正されて上院を通過したものの、下院では全く審議されないまま廃案となった。

この法案は、1979年3月に再び提出された（病院医療費の伸び率を9.7%に抑制することを目標としている）。カーター大統領は、この法案をインフレ対策の最重要政策として位置づけ、その成立を強く望んでいる。これとは別に9州がすでに強制的な病院医療費抑制法を制定し、病院医療費の抑制を進めている。

他方、保健教育福祉省は医療審査機構（PSRO）で用いる「外科的スクリーニング基準」を作成する契約をアメリカ医師会と結ぶとともに、医療機関や医療従事者の生産性を定義し、測定するための検討委員会を設置した。これらの措置は、質的な面での医療の規制により医療費の抑制を図ろうとするものである。そのほか、同省は老人等健康保険（メディケア）や医療扶助（メディケイド）への病院や開業医の不正請求の増加を防止するため、厳重なチェック体制を整備しつつある。また、ブルークロスなど民間健康保険は、1980年から入院時に行われる各種の検査を制限する方針を打ち出している。これは、諸検査を自動的に行うことなく、医師の特別の指示を待って行うようにするというものである。これに対しては医師側から強い反対が出ている。

このようにアメリカでは入院費を中心に医療費問題が生じており、各種の対策が試みられ、または検討されている。

#### (2) フランス

フランスでは1970年代に入ってから医療費の伸びは著しく、疾病保険の費用の伸び率は1970～75年において年平均21%、1976年18.9%、1977年12.4%、1978年19.4%となっている。そして1979年と1980年も18～20%の伸び率が予想されている。とくに疾病保険の費用の50%以上を占めている入院費の伸び率

が高い。このため1969年以降生じていた赤字は、年々増大し、1977年には累積赤字は206億フラン（約1兆1,330億円）に達し、さらに1978年には約100億フランの赤字が生じ、そして1979年と1980年にも相当の赤字が生じると予想されている。現在のところ1978～80年に生じる疾病保険の赤字は約250億フランと推計されている。

このような疾病保険の財政に対する対策として、社会保険の全部門を対象とした社会保険全体の財政調整と、再三にわたる保険料の引上げが行われてきている。財政調整の結果生じた赤字はアルコール税等の国庫財源で補てんされている。また、保険料は、料率の引上げや総報酬に対する分の料率の引上げ（1979年現在17.95%で、被保険者負担分が4.50%、うち上限付報酬に対する分3.50%、総報酬に対する分1.00%、また使用者負担分が13.45%、うちそれぞれ8.95%、4.50%）、年金に対する保険料賦課（一般年金に1%、補足年金に2%）などにより増収が図られている。1979年9月からはさらに被保険者の保険料率が18カ月の期限付きで1%引き上げられるとともに、1980年1月からその保険料率の全部が総報酬に課せられることになっている。

他方、1976年以降薬価の引下げ、一部薬剤の償還率の引下げ（栄養剤等保健薬剤について償還率を70%から40%に引き下げ、患者負担を30%から60%に引き上げた）、医療費審査の強化、その他の医療費抑制策が試みられているが、薬剤費の伸び率の低下が一時みられたほかはほとんど効果はみられない。そのため入院費等医療費の抑制を強化する措置が政府で決定されており、順次実施される予定である。その中には入院費の中央監査の強化や10月に予定されていた診療料金引上げの中止がある。労働者団体も使用者団体も医療費増大にともなう負担の増大に対して強い不満を示しており、政府に対して医療費抑制の強化、運営機構の改革など根本的な対策を強く要求している。

### (3) 西ドイツ

西ドイツでは1970年代前半における医療費の伸びは著しく、疾病保険の費用の伸び率は1971～75年において年平均19.5%であった。このため1974年以降単

年度において赤字が生じ、その赤字額は1975年に1億4,500万マルク（約1961億円）に達した。そしてこうした疾病保険の費用の増大にともない保険料は毎年引き上げられ、1975年には10.5%になった。

そこで保険料をこれ以上引き上げることは困難であり、疾病保険の費用を抑え、できるだけ保険料を引き上げないようにする必要があるとの判断から、疾病保険の保険者と保険医協会との間で、1976年と77年は、診療報酬の引上げ率を8%以内に抑えるとの合意がなされた。そしてさらに1977年6月に疾病保険費用抑制法が制定され、同年7月から施行された。これにより1978年7月以降保険医の診療報酬の引上げ率と処方薬剤費総額が規制された。診療報酬の引上げ率は予想される賃金の上昇率の範囲内となった。これに基づき1978年7月から診療報酬は5.5%（歯科は6.0%）、処方薬剤費総額は3.5%引き上げられた。また、1979年7月から診療報酬は3.5%（歯科は4%）引き上げられ、1979年1月から処方薬剤費総額は被保険者1人当たり薬剤費の5.7%の範囲内で引き上げられた。このほか、同法に基づき薬剤、補てつ、補器具等に対する患者負担の引上げ、年金受給者疾病保険の完全財政調整、同一州内同一種類の疾病金庫間の財政調整など各種の財政対策が実施されるようになった。そしてさらに入院費や補てつ給付費のようにまだ抑制措置がとられていないものについても、早急に抑制策を実施すべく検討が行われている。

以上のような一連の措置により、1976年以降疾病保険の費用の伸び率は低下し（1976年9.3%、1977年4.3%）、1978年には5.3%となっている。このため保険料率は1976年以降ほとんど変わらず（1976年11.3%、1977年11.4%、1978年11.4%）、今後もしばらくこのままで推移するとみられている。疾病保険の給付費の30%を占める入院費が抑制されることになれば、もっと費用の伸び率は低下することもありうる。現在のところ、疾病保険費用抑制法による効果は大きく現われているといえる。しかし、この効果が長期にわたって持続するかどうかは今のところ確かでない。

### (4) イタリア

1970年代に入って激しいインフレと経済的不安定のもとで、医療費は著しく増大し、疾病保険の慢性的赤字はますます拡大した。1974～77年における国民医療費の年平均伸び率は18.4%、疾病保険の費用の年平均伸び率は19.0%である。そしてこの期間における累積赤字だけでも3兆2,970億リラ（約1兆2,681億円）に達している。1978年においても単年度で7,750億リラ（約2,981億円）の赤字が生じる見込みである。

このような疾病保険の赤字に対しては、国庫がそれを補てんしてきたが、巨額の赤字（1974年収入の28%、1978年13.6%）を補てんしながら疾病保険方式を維持することは、いろいろな問題が生ずることと、1960年代から目標とされていた総合的な医療保障制度確立のために、1974年から医療保障改革が進められ、1978年12月には「国民保健サービス法」が制定された。そして1979年1月から同法は施行され、新しい制度としての国民保健サービス制度が1980年1月から本格的にスタートすることになった。

新しい制度は、イギリスとほぼ同じ制度で各州に設けられた「地方保健単位」によって運営される。この制度の目的は、全国民に総合的な医療を等しく保障するとともに、医療費を抑制することである。この制度のもとでは、州管轄病院が中心になって入院サービスを提供し、また住民1,500人以下を受けもつ契約医が一般医療サービスを提供する。契約医の報酬は、住民1人当たりの基本手当が住民数に応じて支払われる、いわゆる人頭払い方式で支払われる。基本手当は医師の経験年数と住民の年齢によって異なるが、年平均額は1万5千リラ（約4,200円）である。したがって、最高1,500人の住民を受けもつ契約医は年間2,250万リラ（約630万円）の基本手当を受け取る。このほかに休日手当と辺地手当がある。

このような医師に対する報酬の支払い方式の改革（以前は出来高払い方式）は、医療費抑制の大きな効果をねらったものであり、他の各種抑制措置とともにその効果が期待されている。医師の報酬についての抑制のほかに、病院資本投資の基準を設定すること、病院運営について予算による制約を導入すること、

薬剤費を抑制することなどが新しい制度の中に組み込まれている。

新しい制度のもとでどの程度総合的医療の保障と医療費抑制が可能になり、医療問題が解決されるか、今後の成り行きに注目したい。





海外だより

# アメリカの公衆衛生学校 に学んで

前厚生省児童家庭局衛生課課長補佐  
労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課

中原 俊 隆

ジョンズ・ホプキンス大学(the Johns Hopkins University)は、アメリカ東部メリーランド州ボルチモア市にあり、ボルチモアの商人ジョンズ・ホプキンスの遺志により1867年に創立されたものである。この大学は、日本流に言えば大学院に相当する医学関係部門(the Johns Hopkins Medical Institutions)が世界的に有名であるが、文学・理学・工学などの大学部門、応用物理研究所、音楽研究所や国際問題の研究所などがあり、undergraduateおよびgraduateレベルの教育や研究を行っている。医学関係部門は、医学(School of Medicine)、衛生学公衆衛生学(School of Hygiene and Public Health)の研究・教育を行っている大学院と医学図書館、病院(the Johns Hopkins Hospital)で構成されている。私は、1978年から1979年にかけてWHOのフェロウシップを得て、上記衛生学公衆衛生学大学院のM.P.H.(Master of Public Health)コースにおいて学ぶ機会があったので、アメリカの公衆衛生教育の様子などを御紹介しようと思う。

アメリカには、WHOが認定した公衆衛生学校が18あるが、この学校は、アメリカはもちろん世界でも最も古い公衆衛生学校で、その設立は1916年のことである。従って、設立当時範とする学校はなく、まさにパイオニア的な仕事であったが、その目標を一般公衆の健康の維持・増進におき、生物学、生理学、社会学および行動科学の学校としたのである。そして、公衆衛生およびその基

礎となる科学の分野において、教育・研究・実践に携わる人々に最高度の教育を行ってきた。現在、254人の常勤スタッフ、155人の非常勤スタッフがいる。現在の学長は、D. A. Henderson博士で、ジュネーブのWHO本部において天然痘の撲滅事業に携わってきた人である。学生数は約800人で、いずれも大学を卒業し、いわゆる「学士号」以上の称号をもっている。この学校は、留学生を多く受け入れていることで有名で、50か国以上の国から来ている。学生の3分の1以上は博士コースか、博士コースを終った、所謂ポスト・ドクトラル・フェローである。また、45%が女性である。

アメリカの他の公衆衛生学校と同じく、この学校も大学院教育のみを行っており、その教育内容は、大別して修士(Master)コースと博士(Doctor)コースとに分かれているが、研究室での個別の仕事以外は、例えば講義やセミナーなどは区別なく合同で行われる。一般には、修士教育は公衆衛生の実践家となるためのものであり、博士教育は公衆衛生の研究者をめざすものである。修士教育には3つのコースがある。一つはMaster of Public Healthと呼ばれるもので、公衆衛生の分野で基本的基礎的な称号である。このコースの学生は、医師・歯科医師・獣医師、あるいは、工学・看護学などの科学を修め公衆衛生経験のある人であるが、生物科学や保健科学を修め、少なくとも2～3年の公衆衛生活動の経験のある人が優先される。本来、このコースは公衆衛生の実務経験のない人を対象とはしていない。そして、現在の技術や開発中の技術、現在の保健上の問題点や将来起こりうる問題点についての認識を深め、各人の能力を種々の保健分野に適用できるよう、幅広い教育が行われている。また、このコースは、経済学、法律、社会学や行動科学を修めた人達が保健分野に進む場合の入口の役目も果している。従って、カリキュラムは、学生のバックグラウンドや将来の仕事の内容、公衆衛生活動に対するデマンドの変化に見合うよう非常にバラエティーに富んでいる。学生には、その関心のある分野のスタッフがアドバイザーとしてつき、科目のとり方などを指導している。このコースを卒業するには最低限一学年を必要とし、4つある必須科目(疫学、

生物統計学, 保健行政学, および, 環境保健科学または病理生物学) および選択科目を履習しなければならない。

Master of Health Science とよばれるコースは, 大学を卒業してすぐの人を対象としている。すなわち, 公衆衛生の実務経験のない人を対象としたコースで, 1ないし2年の間に, 公衆衛生に関する訓練をも含む教育が行われる。Master of Science とよばれるコースは, 将来研究活動をめざす人のためのものである。

博士コースは, 研究を志向する人を対象とし, Doctor of Public Health (Dr. P. H.), Doctor of Science (Sc. D.) および Doctor of Philosophy (Ph. D.) の3種ある。いずれも, 研究のデザインやその実施方法について訓練, 教育し, 結果の解析・解釈や論文の作成について教育することとなっている。この学校では, Dr. P. H. コースが最も一般的で, 公衆衛生の研究者や実践家をめざすものである。Sc. D. コースは公衆衛生の基礎科目を一つ選び, それについて研究するものである。Ph. D. コースは, よりアカデミックな性格が強いものである。

この学校は, このほか, 博士コースを終った人を対象とするポスト・ドクトラル・フェローや, 予防医学に関するレジデント・コース, 特にどのコースにも属さない特別学生などの制度もある。

この学校に日本人が留学するためには, 通常の入学資格要件の他に, TOEFL テストにより英語能力を証明しなければならない。

この学校には, 行動科学, 生化学, 生物統計学, 環境保健科学, 疫学, 保健行政学, 国際保健学, 母子保健学, 精神衛生学, 病理生物学, 人口動態学の11の学部 (department) があり, いくつかの学部は, さらに学科 (division) に分かれている。この学校は, 他の学校に比較し, 行動科学と衛生教育にちからをいれていることで, 昔から知られている。また, 疫学関係は特に優れているといわれている。

日本ではなじみのうすい2, 3の学部を紹介すると次のようである。国際保健学部は, 端的に言えば国際保健機関に働く人々を養成する所ということになる。この学部の目的は, 世界中の保健サービスに恵まれない人々に対する保健活動や栄養および家族計画サービスのあり方を改善することで, 保健計画, 栄養供給, 衛生教育, ヘルス・マン・パワー, 保健補助者の訓練と監督, 栄養や保健サービスと家族計画との関係, 小児栄養などについて研究し, 海外の各種機関との関係も深い。病理生物学 (pathobiology) は, 病気のプロセスを一般生物学の一部として研究しようとするもので, 生物を集団として観察し, 種々の生物における疾病現象を研究することが特徴である。具体的には, 生態学, 医動物学, ウイルス学などを扱っている。人口動態学 (population dynamics) は, 人口現象や人口問題を扱い, ヒトの生殖現象から人口政策まで幅広い研究を行っている。

さらに, いくつかの学部にまたがるようなテーマについては, interdepartmental programs として, 関係学部が協力する体制がつけられている。これに属するものとしては, 保健計画 (health planning), 感染症と免疫学, 人口研究 (population studies), 熱帯病, 人類遺伝学, コンピュータの利用および栄養プログラムがある。なお, この他の科目であっても, 学部間の連携は非常によく, 内容が重複したり, 基礎科目が応用科目より後に講述されるといったことはまずありえない。一般に, 講師は関連する分野については, 他学部で教えている事柄についてもよく承知している。

一学年は5つに分けられており, 第1から第4までの四半期 (quarter) と夏学期 (summer session) とから成る。通常, 4つの四半期をもって一学年としており, 夏学期は出席を義務づけられてはいない。一つの四半期は長くて3カ月, 短かいと2カ月であり, 四半期ごとに科目がかわり評価が行われる。一つの科目は月水金か火木に行われ, また, 授業時間が一時間単位であるため, 名実ともに短期決戦といったかんじで勉強しなければならない。そして, ほとんどの講師は, 毎回何らかの宿題や読書を要求し, ディスカッションに積

極的に参加することを求め、頻回にテストを行う。非常によく勉強させられるが、逆にいえば、勉強すればただけ評価される仕組みとなっている。この国では、学校を卒業すること自体も重要であるが、どのような成績で卒業したかということがより重要であるとのことである。従って、学生は非常によく勉強する。M. P. H. コースの場合、各四半期に16単位、4つの四半期で64単位とらねばならず、10単位について落第点をとれば卒業できない。追試や再試は行われないのが普通である。科目毎の単位数は、授業時間数や要求される勉強量などにより決められている。

勉学の条件はよく整っている。医学関係部門に属する医学図書館、大学全体に属する図書館の他、各学部の図書館や学部連合の図書館などがあり、深夜まで開いており、図書館によっては夜間も閉めない所もある。土曜、日曜ももちろん開いている。蔵書数も多く、図書カードが完備しているため図書の検索も容易である。また、司書がよく文献検索を行っているし、視聴覚教材やコンピューターの利用も盛んである。さらに、各学部の行うセミナーが学生にも公開されており、毎日どこかでセミナーが開かれている。学外から講師を招くことも多く、時には、中国やアメリカなどから来た演者もいる。多くのセミナーは昼休みに行われ、ハンバーガーなどをかじりながらセミナーを行っている。

学生同士のディスカッションも盛んで、学生控室ともいべき部屋では、いつも学生がおしゃべりやディスカッションに精を出している。また、金曜日の夕方にはhappy hourと称して、学部スタッフと学生がビールなどを飲みながら懇談する時間がある。公式の学生団体として自治会組織があり、新聞を作ったりしているが、学生側の反応は少いようである。ただ卒業式の時、学生が最も教え方が上手であったスタッフを選んで、ゴールデン・アップル賞なるものを贈り、表彰することになっている。

入学式は、オリエンテーションの一部のようなもので非常に簡素であったが、卒業式は盛大なものであった。スタッフも学生も、中世を想わせるガウンを着用し、角帽をかぶり、学長から卒業証書をもらい、フードをかけてもらう。フ

ードは、得た称号により色が異なる。但し、すべて貸衣裳である。父兄が多数つめかけ、卒業を祝う。非常に厳やかなセレモニーではあるが、適当にリラックスした面もあり、なかなか楽しいものであった。M. P. H. コースを卒業したのは138名であり、約半数は医師(M. D.の称号をもつ者)であった。ちなみに、Master of Health Science 卒業生54人、Master of Science 20人、Ph. D. 18人、Dr. P. H. 9人、Sc. D. 13人であった。

ボルチモア市はアメリカの内湾であるチェサピーク湾に面した、商業・漁業の港町である。従って、海産物が豊富で、特に、カニやカキはとても旨い。気候は、夏蒸し暑く、冬はとても寒い。ワシントンやフィラデルフィア、ニューヨークにも近く、また、種々の文化施設もある。わずか一年の滞在であったが、厳しい学問の世界に触れ、また、アメリカ人の生活の一端にも触れることができたのは、貴重な体験であった。

(なかはら としたか)

## ロンドン大学留学記

大阪大学医学部 日野秀逸

9月下旬よりロンドン大学経済政治学部社会科学・社会管理学科の大学院研究生として約1年間研究することになりました。

まだロンドンに着いて1ヶ月ほどなので、まとまったレポートはできませんが、私のとっている保健政策コースの内容や、参加学生の国別構成、問題意識などを報告してみます。

※

※

大学の正式名は、London School of Economics and Political Science, A School of the University of Londonで、通称LSEです。学科はDepartment of Social Science and Administrationです。LSEは全部で16学科から成る社会科学の大学で、経済学科には森嶋通夫教授がいます。

Department of Social Science and Administrationは、4教授24教育スタッフから成っていて、学科責任者はBrian Abel-Smith教授です。LSEから出ている社会科学・社会管理学科の紹介パンフレットによると、この学科の創立は1912年になっています。The Charity Organisation Society's School of Sociologyと、インド人の富豪Ratan Tataが設立した研究所とが合体してできたものです。

こうした成立事情 — 実践団体と研究施設の結合から生じた — は、学科の

伝統となって、アカデミックな研究面での業績と、行政や実務へのアドヴァイス、再教育、政策立案へのコミットという2つの側面が密接に結びついているという特徴を、現在でも学科全体に与えています。

学科の学部学生は350人ほどですが、大学院は50人くらいで、やはり実務経験者や、現在、行政部局のスタッフであって、出向という形で派遣されている人、更には私のような大学教官も若干います。

守備範囲も、社会政策、社会保障、教育行政、都市計画、発展途上国の社会開発、等のように非常に広くて、私は保健関連のわずかな講義やゼミしか出ていませんのでとても全容を伝えることはできません。講義やゼミの要綱をみて、またその参考文献をみていえることは、実践への関心が強いということ、ティトマスの影響が強いということ、フィールドワークが多いことなどでしょう。

この学科の存在を世界に知らせたのはやはり、Richard Titmussの業績でしょう。ティトマスは、1950年から1973年に没するまで、実に24年間、この学科の教授をつとめ、多くの著作を発表し、後進を養成し、各国の社会施策、社会保障の政策立案に関与しました。従って、ティトマスの影響が強いのは当然といえるでしょう。

殆んどのコースで彼の本が基本文献にあげられています。特に次の3冊はペーパーバックで入手できることもあり、学生の間では「ティトマス3部作」と呼ばれ、よく読まれています。

Commitment to Welfare State

Social Policy — An Introduction

Essays on 'The Welfare State'

いずれもGeorg Allen & Unwin社から出ています。

主任教授のAbel-Smithもティトマスの直系であり、上記の本の解説を書いています。パンフレットの紹介文によると、「主な教授内容：社会政策と保

健行政。19冊の著書の著者または共著者であり、その主なものは様々な側面から保健サービスを扱ったものである。彼は、貧困、英国の法制度、発展途上国の社会政策をテーマにした本も書いている。彼は1968年-1970年および1974年-1978年の間、社会保障大臣の顧問を務めた。1978年-1979年には環境大臣の顧問を務めた。1977年以来、EC委員会社会委員会の顧問であり、WHOやILOの顧問を何度も務めた」とあります。

このため、ブラッセルのEC委員会へはよく出かけて、特に火曜日が会議になっています。また、大学が休みの時には、文字通り世界を飛びまわっています。

Abel-Smithを中心としたLSEの保健政策に関連する研究スタッフの問題意識や考え方を論ずるには、まだ日が浅すぎるので、ともかくこれまでに出席した講義とゼミの内容および使用参考文献を書くことにします。

私の指導教官はAbel-Smithで、1学期(10月1日-12月11日)には主に英語をやり、講義とゼミは次のものに出るということを、彼の助言を受けて決めました。

講義1, Social Policy since the Second World War

講義2, Background to Health Administration

ゼミ Health Service: Planning of Health Services and Medical Sociology

講義1は、4人の講師が20回に亘って、イギリスにおける1945年から1979年までの、社会政策に関わる主要な発展を概説するものです。これまでに3回、総説部分が、Howard Glennerster講師によって講じられました。テーマは、社会政策の定義が第1回目、主にT. H. MarshallとR. TitmussとR. Parkerの考え方を検討しました。第2回目は、1939年-1979年の、社会政策のバックグラウンドをなす政治動向、第3回目は同様の経済的背景がテーマ

でした。

講義時間が短く、正味50分くらいなので、要点だけを集中的に述べるやり方で、あとは相当なボリュームの参考文献(親切に指示してあり、大部の場合には、特に読むべき章や節が示されています)にあたって、独習するというシステムです。

1回から3回までの基本文献は10冊です。全部あげるわけにはいきませんので、講義でふれたものを紹介しておきます。

Brown, M. Introduction to Social Administration in Britain, Hutchinson

R. Parker et. al Change, Choice and Conflict in Social Policy, Heineman

T. H. Marshall Social Policy, Hutchinson

" Sociology at the Crossroads, Heineman

R. Titmuss Social Policy, Georg Allen & Unwin

" Essays on the Welfare State "

" Commitment to Welfare "

やはりティトマスの3冊が大きな位置を占めています。

来週から3回に亘って医療(medical Care)の部門をJohn Carrier講師が講義します。詳しくは聞いたあとで書きますが、3回のタイトルは各々、1946年の国民保健事業法通過、1946年から1966年の後退と復活、国民保健事業の再編です。

講義2は、入門的講義で、10回に亘ってイギリスの保健制度を、各側面から概説するもので、やはり1回50分です。講師は全てAbel-Smithです。ここでも膨大な文献リストが最初の日に配られ、43点の本、政府文書、雑誌論文が載せられていました。

内容は、比較的なじみが深いということもあって、理解しやすく、よくまと

まっています。この感想は外国人である私だけではなく、イギリス人の受講者の感想でもあるようです。1回目は歴史的概観を行い、19世紀からNHS成立までの主な疾患の消長を追いながら、健康状態を規定する要因を検討しました。強調されたのは、医療と並んで、あるいはそれ以上に、衛生事業（上下水道など）、教育、栄養の果たす役割が大きいことでした。2回目は、欧米諸国との比較を通じて、NHSの財政を論じました。財政問題や医薬品へのコントロールの問題は、稿を改めて書きたいのですが、講義の結論は、①高額の保健支出は必ずしも死亡率や罹患率の低下を意味しない。②保健事業方式は健康保険方式よりも低費用で同等以上の効果をあげる。③イギリスの問題としては、社会階層間の罹患率の差（NHSのもとでの不公平）を、財源再配分という観点から、どう是正するかである。3回目はNHSの再編がテーマで、まずNHSの特徴として、G.P.との契約関係と病院専門医の公務員身分をややくわしく説明しました。再編後の機構上の体系を述べましたが、印象深かったのは、ロンドン、特に都心部の医療過疎問題でした。4回目は、イギリスのプライマリー・ケアがタイトルでした。これは非常に面白く聞きました。私が個人的にこのテーマに関心を持っているからですが、イギリスのG.P.問題を集中的に論じてくれたので、頭が整理されました。今後の課題として提起されたのは7項目でした。①G.P.同士の横のつながりを強化する。特にヘルスセンターでの協同診療。②専門医とG.P.の各種格差の是正。③G.P.は独立自営業者である。その立場を考慮しつつ、公的システムとの調和をつくり出す。④G.P.の中に生じつつある格差——資格や能力や協同診療への姿勢等々——に、大きくならないうちに対処する。⑤G.P.の地域的配分の適正化——特にロンドンの中心部にはG.P.が少ない、⑥G.P.になるインセンティブを創出する。しかし、保健婦やソーシャル・ワーカーのような、G.P.と同じくプライマリー・ケアに責任を負う職種へのインセンティブを圧迫しないこと。⑦G.P.の質の向上、保証。

最後に、ゼミについて述べます。このHealth Service というゼミは、一定数以上の参加者が無い場合は中止されるもので、今年度は25名前後（出席が一定しないので正確な数はわかりません）です。これは大学院ゼミなので、年配者が多く、また海外からの出席が目立ちます。25人のうち、アメリカ合衆国が6人、カナダが4人、ベネズエラ1人、フィリピン1人、ギリシャ1人、西ドイツ1人、日本1人（私です）、残りがイギリスです。実務や教職、医療経験者が約7割を占めていますが、医師は私を含めて4人だけです。

これまでに3回やっています。1回目はゼミの案内と、Health Service とHealth Insurance の違いをテーマに自由討論しました。チューターはAbel-Smith（これまでは全てAbel-Smithです）です。保険といっても、アメリカの保険と日本の保険では大きな違いがあることを、論議の中で感じました。日本の制度への関心が高く、ゼミの日程を決めるときに、4回目（10月29日）には私が日本のプライマリー・ケアを報告することになりました。2回目は、カナダのプライマリー・ケア、3回目はアメリカのプライマリー・ケアを、各々の国から来ている出席者が報告して討論をしました。どの国でもプライマリー・ケアと財政問題への関心は強く、2時間の間、熱心な質疑が続きます。

これから、講義やゼミの他に、自分の研究テーマとして、イギリスを中心とした先進資本主義国の医薬品消費と公的規制の問題を選びたいと考えています。

（ひの しゅういつ）

1979年10月27日 ロンドンにて

# タシケントのISSA 地域会議に出席して

社会保障研究所 平石長久

## 1. 東京からタシケントへ

国際社会保障協会 ( International Social Security Association — ISSA ) の第5回アジア・オセアニア地域会議が、ソ連のタシケントで9月24 — 28日に開催され、私は図らずもこの会議に出席する機会を与えられた。

当初、社会保険庁の知人からこの会議に出席し、報告をしてくれと頼まれたとき、私は面喰った。コココーラとウィスキーしか英語の判らない私よりも、もっとましな人がいるだろうと思い、より適切な人物を探してくれることを期待して、その話をそのままにしておいた。ところが、正式に話が持込まれ、あれよ、あれよと思ううちに、後に引けない破目になってしまった。しかし、平素の悪い癖で、要求されたリポートをジュネーブのISSA本部にやっと発送したのは、すでに期限を過ぎてからであった。リポートを送ってからは、後はどうにでもなれと呑気に構えていた。しかし、出発が近づくにつれて、気が重くなった。そのようなときには、「少年の頃から憧れた中央アジアに行けるんだぞ」と思い、気をとりなおしていた。

私がタシケントに行けたのは、ISSAの加盟団体に所属する私に、幸運にも間違っても機会を与えられたからである。これは有難いことで、深く感謝すべきである。それにしても、私が自分で行く気になったのは、日本を代表して立派な報告をしようと、殊勝にも意気込んだからではなくて、中央アジアを自分

の眼で眺め、足で踏んでみたいという素朴な子供染みた理由だけにすぎない。

羽田に比べると、腹立たしい位に遠くて、不便な所に新空港を造った大いなる愚策を散々罵りながら、私は成田から出発した。乗込んだアエロフロートのSU 580便は日本海を一気に飛び、シベリアを西へモスクワに直行した。現地時間の17時30分頃、約10時間で到着したモスクワのシェレメチェヴォ空港には、受入れ側である全ソ連労働組合評議会 ( 全ソ労評 ) の国際局から、日本語の上手なリコーノフ氏が出向えてくれた。かれの親切な案内と世話で、入国と通貨の申告以外すべてフリーで空港ビルの外に出て、待機していた車で、美しい夕陽を右に眺めながら、モスクワ市内のホテルに向った。

翌朝早く、他の国々の代表やソ連側出席者など約20数人と、バスでドモドヴォヴォ空港に行き、かなり待たされてから13時すぎに出発して、一路タシケントに向った。タシケントまで大型ジェット機で約4時間の旅である。つまり、東京から約10時間かけて西のモスクワに行き、モスクワから東南に約4時間逆戻りすることになる。小さな灯りが美しく広がるタシケントに着いたのは、現地時間の19時頃で、海拔480mの高原にある都市は、夜の底に沈んでいた。乾燥した高原の澄んだ夜空に、満月近い大きな月が上っていた。空港で下ろされた私達のトランクには、すべてVIPの札がついていた。一行のバスはパトカーに先導され、木立ちの多い市内に入り、カール・マルクス通りにあるホテル・ウズベキスタンに停止した。

今回のISSA地域会議には、日本から9人が参加しており、私達の到着した日の翌日夕方には、日本の7人の参加者が着いて、一同全員が揃った。会議の参加者はすべて同じホテルに宿泊しており、これらの参加者の中で、私は数人の旧知の人びとや古い知人の知り合いなどに逢い、また、絶えず連絡し合っている人びとにも初めて顔を合せた。中には、どうして知っていたのか判らないが、先方から探して、名乗り出てくれる人びともいた。モスクワから付添ってきたユージンという若い通訳 ( 英語 ↔ ロシア語 ) とすぐ友達になり、私がかれに敬称抜きで「ユージン ( 友人 ) 」と大声で呼びかけ、かれは私を名前抜

きで「マイ・フレンド(友人、つまりユージン)」と呼んでいた。

## 2. ISSAの地域会議

タンケントのISSA地域会議には、オーストラリア(2人)、ビルマ(2人)、フィジー(2人)、インド(5人)、インドネシア(1人)、イラク(2人)、イスラエル(4人)、日本(8人)、韓国(4人)、クウェート(1人)、マレーシア(4人)、フィリピン(2人)、スリ・ランカ(2人)、シリア(2人)、ソ連(9人)の計51人の代表が登録されていた。また、アフガニスタン、日本、ヨルダン、パプア・ニュー・ギニア、タイ、および西サモアの6カ国からそれぞれ1人のオブザーバが参加していた。なお、ILO、WHOなどの国際機関の計4人と、ISSAの会長、事務局長、本部要員の計6人が登録されていた。参加者の人数では、日本はソ連に並ぶ規模であった。しかし、ソ連側からは上記以外にも、裏方の色いろな役割を担当する人びとを含めて、多数の人びとが参加していた。

会議は9月24日午前中の開会式から開始されたが、会議場はホテルからちょっと離れた所にある農業協同組合の近代的なビルで、参加者一同はインツーストのきれいなバスで、毎日この会場に通った。会議の期間中、3台の観光バスと数台のタクシーが用意されていた。

今回の会議では、(i) 社会保障制度における予防的医療の役割、(ii) 労働災害補償制度の管理・運営における現在の諸問題、(iii) 高齢者の所得保障の発達、(iv) 全国民のより広い部分に対する社会保障保護の拡大、および(v) アジア・オセアニアにおけるISSAの将来の活動という5項目の主題が用意されていた。これらの主題のうち、(i)から(iv)までについて、レポートが各国の報告者から予めISSA本部に提出されていた。

会議は時間まで細かく計画されたスケジュールに従って、予定通りに進められ、初日の午前中には、開会式で3カ国から1人ずつを選出し、議長が委嘱された。その後、ちょっと休憩して、午前の報告が行われたが、初日は午前と午

後に前述した主題の(i)が取上げられた。つまり、午前中には、全ソ労評の代表が予防的医療の必要性を強調し、また、午後には、インドの被用者保険公社の代表がインドの経験を報告した。それら午前と午後の報告に対して、報告が終る度に討議が予定されており、日本を含む各国の参加者が意見を述べた。この討議は質疑応答というよりも、むしろ、それぞれが自分の意見を述べるという形であった。このような初日の会議の様子は、テレビ局の取材と思われる人びとにより、ビデオに納められた。

2日目は主題の(ii)が取上げられ、午前中には、予め各国から提出されたりポートにもとづき、マレーシアの社会保障公社代表がまとめた各国の労働災害の問題を、同代表が報告した。この報告に用いられたレポートはビルマ、インド、イスラエル、日本、マレーシア、およびフィリピンから提出されており、日本のレポートは労働省労働基準局の藤原氏が作成されたものであった。午後も同一主題が取上げられた。これら午前と午後の報告に対して、前日同様に各国の参加者が色いろな意見を述べ、藤原氏も意見をまとめておられた。

3日目は午前中が主題の(iii)で、ISSA本部のトンプソン氏がアジア・オセアニア各国における老齢給付の最近の動向を中心としたペーパーを報告した。この報告にも各国の参加者が意見を述べ、日本の大村氏(厚生団)も日本の人口の動向や予測、年金制度の問題などを述べておられた。

実は、前夜の食事の折、トンプソン氏は冗談の相手である旧知の私に、「明日の報告をサポートしてくれ」と頼んだが、平素から毎日を遊びの精神に徹し、3度の食事よりいたずらが大好きな私は、「私は不適切だ。他の人に頼んでくれ」とかれの求めを断わってしまった。かれは「日本代表達はお前が最適だといっている。お前がサポートしてくれないか」と私にねばった。しかし、「私は明日自分の報告で忙がしいんだ」と私がまだ応じなかったので、「それでは」と、かれは日本代表が食事をしていたテーブルでかけ合っていた。私はほんのひとかけらしかない良心の呵責により、翌朝、かれの報告をサポートするために、日本の最近の年金制度を例にメモを用意し、当人の報告直前に、「サポ



ートさせて貰うよ」と告げると、かれは喜んでいて。私のサポートを含めて、午前の部が終ると、かれから「お前のメモをくれ」といわれ、私はそのメモをそのままかれに進呈してしまった。

毎日の例により、昼食後の長い休憩を終えて、午後の部は15時から開始された。午後は主題の(W)、つまり、「適用拡大」の問題で、報告者は私とフィリピン社会保障庁代表アロヨ氏の2人であった。私は労災保険と雇用保険の全面適用も含めようと思ったが、結局、健康保険制度と年金制度の2部門だけを取上げて、全国民に適用を拡大した推移をレポートに示しておいた。タイプ用紙15枚に制限されたそのレポートは具合の悪い点、誤解を招きやすい点などを予め除外してあり、また、自画自賛するわけでもなく、要するに、事実の推移を簡単に示しただけのものであった。かなりルーズな私から見ても、そのレポートは学問的にはとくに価値のあるものではなかった。しかし、かつて、ILOの技術援助要員として、ジュネーブのILO本部に社会保障計画部門のエキスパートという名目で登録されていたせいも、私は社会保障制度の導入、適用拡大などについて、なんらかの手がかりをそのレポートに一応含めておいた。

それはともかく、私は出発前にISSAの事務局長である旧知のリス氏から、報告の日時と所要時間を予め通知されていた。かれはその連絡で、「皆はずでにレポートを持っているのだから、要点だけを要約し、15分間で報告してくれ」と求めていた。しかし、出発前に他の用事があり、報告のメモを改めて用意する余裕がなかったので、私はタシケントに着いてから、そのメモを書いた。

報告前の昼食時に、リス氏は私のテーブルに来られて、「貴方の報告は半時間ですか」と笑いながら尋ねられたので、私は「いや。お要望通りに15分です」と答えると、かれは「それは大変結構だ」と喜んでおられた。

かつて、戦時中に、中学教師をして「あの男は大胆というのではなくて、図太すぎるのだ」と嘆息せしめた私は腕時計を外して台に置きながら、議長席、各国代表、会議の裏方諸氏などをゆっくり眺めてから報告を開始した。この会議では、英語とロシア語だけが用いられ、ソ連側で用意したスタッフにより、

同時通訳が行われ、急場の設備のせいも、通訳の声が会議場にも洩れていた。私は報告しながら、報告が同時通訳でロシア語に移されるのを聞き、通訳しやすいように区切りに気をつけ、また、時間に配慮していた。報告は約束通りにほぼ15分で終わった。その報告のメモは、アロヨ氏の求めに応じて、報告の直後にかれに進呈しておいた。結局、私の手許には何も残らなかった。

アロヨ氏はフィリピンの例で適用拡大の報告をした。かれの報告で、予定されたすべての報告は終り、次の1日を見学に当て、28日の最終討議と閉会式を残すだけになった。

この会議を通じて、各国は社会保障制度の必要性を痛感しているが、制度の採用、適用拡大、実施上の諸問題など各種の問題を抱えていることが感じられた。とくに、途上国の社会保障制度も取扱っている私はそれらがよく判り、この会議は色いろなことを勉強するよい機会であった。それにしても、多くの国には、社会保障から取残された多くの人びとが存在し、また、一部の国では、戦乱に追われて苦しむ人びとがいるのに、事実上はともかく、豊かな経済大国といわれる平和な日本で、身のまわりだけを眺めて、社会保障を論じているのが、空々しくも、また、苛立たしくも感じられる。もっとも、それらは社会保障だけを取扱う人びとの手に負えることではない。また、社会保障は安っぽい人道主義や慈恵的な押しつけがましい親切などで成立するものではないし、論じられるべきものでもない。それにしても、今日の日本の繁栄は、日本の絶ゆみなき努力によるところもさることながら、他の国々の犠牲に負うところがあったのも肝に銘じて、日本の役割にも思いを致すべきである。

### 3. 高原の都市・タシケント

今回のISSA地域会議は、ISSA本部当局が準備やその他で大変な御苦勞をされたことであろう。また、受入れ国のソ連側、とくに全ソ労評とウズベク共和国の当事者達の協力に負うところも、きわめて大きかったのであろう。ソ連側の配慮、準備、手厚いもてなしなどは大変なもので、次回、つまり1982年

の第6回地域会議を予定されている東京では、今回のソ連側のように手厚い受け入れは、とても期待できない。色いろな事情が異なるので、それは致し方ない。

タシケントは新興の工業都市で、また、1966年の壊滅的な地震後に再建された計画的な大都市であるが、とにかく緑が多く、美しい都市である。人口150万人以上で、ソ連第4位のこの都市は、ホテルの13階にある部屋のヴェランダからの眺望では、濃い緑がすぐ下から一面に広がり、その間にビルがあちこちに見えた。それらのビルの1つには、国際児童年のシンボル・マークが、壁一面に大きく画かれていた。このように緑が多いのは、木立の深い公園や辻公園があちこちに沢山あり、枝を広げた街路樹が繁っているからで、この都市では、1年間に数十万本の木や草花を植えているそうだ。9月下旬というのに、あちこちの公園や通りなどに、草花が咲きこぼれていた。東の天山山脈（正確には、天山山脈に連なる山脈）を水源地にするオアシスで知られてきたとはいえ、この土地は乾燥地帯で、天山山脈からの豊かな水を利用して、街路樹や草花に水を供給している。たとえば、街路樹などにも、時間的に給水する噴水が設けられている。また、豊富な水を利用して、市内に水量の豊かな小規模の運河が流れ、人造湖も出来ている。なお、天山山脈から注ぐ川は、タシケントの西で、同じ天山山脈に端を発し、キルギス共和国を流れる川と合流して、カザフ共和国を北西に流れ出るシル河になる。このシル河は、帰路に機上から眺めた海のように広がるアラル海に注いでいる。

タシケントは中国北西部にあるシルクロードで有名な新疆ウイグル自治区の北西部、つまり、広漠たるタクラマカン沙漠の広がるタリム盆地の北に岬々として峻える天山山脈が、国境を越えてソ連領のキルギス共和国から西に延び、その山脈の西が切れて高原の広がる所に位置しており、タシケントの西には、キジル沙漠が茫洋たる大海原のように、アラル海まで広がっている。タシケントは古くから水の豊富なオアシスとしてよく知られ、南西のサマルカンドなどととも、2,000年以上の歴史的な記録を誇り、四方への交通の要衝として古くから栄えてきた。交通の要衝としての重要な役割は今日でも変わらず、現在で

は、かつての駱駝や馬の役割を、ソ連および各国の航空機が果している。

かつて、少年の頃、私はいわゆるシルクロードを通じて、古い時代から東西交流の壮大な絵巻物を繰広げてきた中央アジアを、いつか必ず訪ねてやろうと考えていた。そして、戦争末期近いとき、私は何の未練もなく祖国と肉親を捨て、宵暗が次第に濃くなる北京から、数人の人びとに見送られて、単身で中国奥地に向った。目的地は一応蒙古高原と称していたが、本当は遙か西のかなたにある現在の新疆ウイグル自治区で、戦場を避けるために、蒙古の奥を大回りする迂回を秘かに計画した。しかし、不運にも、この旅は失敗した。タシケントはその新疆ウイグル自治区の西にある。

タシケントのホテルで、東向きの私の部屋は美しく荘厳な夜明けの眺望に恵まれ、遠くに見える山から毎朝陽が昇ってきた。その山々の遙かかなたに、私がかつて訪ねようとした天山山脈の連なる新疆ウイグル自治区がある。後日、タシケントを離れ、モスクワに向うとき、空港を舞上がったジェット機から、それらの山々のかなた遠くまで、キルギス共和国に天山山脈へ続く山々が重畳と連なり、中には、雪を頂いているのを遠望することができた。それはともかく、会議の期間中に、私は毎日ホテルの部屋についているヴェランダから遠くの山々を、望郷の想いのような心境で眺め、あたかもコップの中で暮すように窮屈な祖国とわずらわしい家族を、再びさらりと捨てて、その山々を越えたい思いに駆られていた。私は生来の呑気な放浪児で、日本の伝統的ないわゆる農耕民族文化のうっとりしい柵の中に生きるよりも、騎馬遊牧民族のきびしい世界で暮すのが適しているのだろう。

タシケントでは、東や西の様々な顔を見かける。それはこの土地が古くから、また今日でも交通の要衝であったことを示しているのだろう。しかし、この地方の人びとは主としてウズベク人である。ウズベク人はウイグル、キルギスなどととも、広大な中央アジア高原を支配してきたいわゆる騎馬遊牧民族であった。また、トルキスタンは、かつて西に移動し、今日のトルコ共和国を形成するトルコ人の故郷である。それはともかく、タシケントは古来交通の要衝で

あったせいであろうが、「タンケント精神」という言葉がある。この言葉は平和、友情、相互理解を各国民が求めることを意味しており、ここで開かれたアジア・アフリカ諸国作家会議以後、日本でも見かけた。

#### 4. 騎馬遊牧民族の末裔

騎馬遊牧民族は農耕民族と思考や生活などで、異なる点が多い。たとえば、農耕に生きる後者は、雨が降らなければ、土地を離れられないので、「雨乞い」をして雨を待つ。しかし、「雨が降らなければ、雨の降った所に行け」という言葉をもつ前者は、草がなくなれば、土地を捨て、家畜を連れて草のある土地に移動する。時には、他人の領域に移ることもあり、事と次第では、実力を行使しても草の生えた土地に移り、家畜を守る。かれらの生活では、果報は寝て待つものではなかったのである。遊牧というのは草原に家畜を追いながらのんびり遊び暮すのではなくて、きびしい自然と戦い、激しい労働を伴ない、そして時には、他の遊牧民達と血を流し合う生活であったのである。強くなければ生きられない騎馬遊牧民族は、誇り高い自由人で、かれらのきびしい生き方には、私達の周辺でよく見かけるいわゆる「甘え」などの育つ余地はなかったのである。

また、農耕民族は自分の耕地のことを考えればよいが、騎馬遊牧民族は家畜を襲う野獣などが現われると、他人の家畜でも守るために、起ち上がらなければならなかった。そして、土地を離れられない農耕民族は、いわゆる土地に密着した下らない身分制度の中で生きてきたのに、騎馬遊牧民族は身分制度などにとらわれなくて、大草原に生きる自由人であった。したがって、後者には、「肥えた飼犬より、やせた狼の方がました」という言葉が生まれたのである。

タンケントの道路は広く、路面電車、トロリーバス、そしてバスがその道路に共存し、市民の足の役割を果している。また、道路の下には、地下鉄が走り、地下鉄のプラットフォームは大して広くも、また長くもないが、照明が立派で、私達が案内された駅のプラットフォームは、可憐な鈴蘭の花を束ねたように豪華な美

しいシャンデリアの明るい照明で飾られていた。道路には、車が比較的になく、広い道路は更に広く見えた。それにしても、馬や駱駝を捨てた騎馬遊牧民族の末裔達は、今日では自動車や電車を利用しているのである。

通りや広場の然るべき場所では、大勢の人びとを見かけた。また、休日には、公園、広場、通りなどで幸せそうな家族連れの姿も多く見うけた。騎馬遊牧の時代では、騎馬遊牧を離れた者は、土にすがって農業で生きるしかなかったが、農業に生きるのは弱者のすることであるとされた。したがって、騎馬遊牧を離れた者は、哀れになるといわれたものである。現在、タンケントでは、騎馬遊牧を離れた人びとが、どのような職業で暮しているのか知らないが、哀れどころかむしろ幸せそうに見えた。

通り、広場、公園などで見かける人びとは、服装もこざっぱりして、むしろ、立派であるといえる。約50年前に被り物の黒いチャドルを脱ぎ捨てた女性は、近代的な服装で颯爽と通りを歩いている。しかし、民族特有の美しい模様の衣裳を上に羽織っている女性も多い。男性は古い民族衣裳を洋服に変えているが、民族特有の刺繍のついた四角い帽子を頭にのせている姿をよく見かける。一見したところでは、通りや広場で見かける人びとから、草原を颯爽と馬で駆けていた勇壮な騎馬遊牧民族の姿を連想することは、きわめて困難である。しかし、長い歴史を重ねて育ってきた騎馬遊牧民族の思考や生き方などは、今日でもどこかに残っているのである。

その一端を手厚いもてなしにも垣間見たように感じる。会議の終わった後、毎晩なんらかの催し物に招かれ、いつも良い席が用意されていた。また、若者や子供達の民族音楽と舞踊の招待では、出演者一同が入口から建物の中にまで整列して、音楽と拍手で参加者一同を歓迎し、催しの合間には、子供達が参加者全員に花を手渡してくれた。楽しかったこの催しの終了後、出演した可愛らしい子供達が、母親達に連れられて家路を急ぎ、街灯と木立ちの通りに次々に消えて行った。

ホテルの夕食は毎夜22時頃であったが、天井が高く、広いレストランには、

会議関係者の席が一段高い所に特別に用意され、ウズベク共和国の受入れ関係者数人が、全員の食事が終るまでいつもその入口で参加者一同の世話に気を配っていた。元来モンゴル民族を含めて、騎馬遊牧民族は他所者に親切にするが、その伝統は今日の人びとにも残っているのであろう。自分達は食事を後にして、遠来の客人の食事に気を配るのも、その一例といえるであろう。ちなみに、騎馬遊牧民族では、他所者に親切にすると同時に、自分が旅に出たときには、他所で親切にもてなされることになる。それは騎馬で遠くへ旅をする機会のあったかれらの祖先からの伝統的な風習であり、そして他所者に親切を施すのは騎馬遊牧民族のいわば「仁義」であったのである。

それを知っている私は、この土地の人びとが日本を訪れたときに、私達がかれらのもてなしに匹敵するか、もしくは、それ以上のもてなしを提供できると期待できないので、色いろな手厚いもてなしを手放して嬉しがっておれない気もした。しかし、余計なことを考えないで、もてなしは素直に有難く享受させて頂いた。

食事は私が旅に出て最も楽しみにしている1つで、私は多種多様で美味しいといわれるウズベクの民族料理にも期待していた。期待は外れず、各国の代表達と一緒に、3度の食事を毎日楽しませて頂いた。よく冷えたヨーグルトは快く舌を転び、喉を流れるので、大き目のコップで毎度楽しんだ。特有のパンはこねた小麦粉を円くして焼いた例のチャパティと同一で、直径が15cm位、厚さが2cm近くもあり、焼きたての温いのはとくに美味しい。このパンに中国の焼餅を連想した。料理も美味しく、とくに昼食に現われた肉や野菜などの入っているスープは、殊の外に美味しかった。勤め先の近所で、昼食時に、これと同じ料理を出してくれる店があれば、借金しても通いたいと思ひ程である。ちなみに、かつて、勤め先の近くにあって何か共済会館では、ロシア・スープを出していたので、子供の頃の郷愁に誘われて、昼食時に時折試みたが、そのスープは旧満鉄の列車食堂にすら及ばなかったような気がした。タシケントで味わったスープでは、到底比較にならない。

ところで、会議の期間中、昼食は会議場のあった農協ビル2階の近代的なレストランで用意されていたが、1日のうち昼食に最も御馳走が現われたような気がする。テーブルの皿に生野菜に丸ごと添えられていたトマトは、真赤によく熟れて、皮が昔のトマトのようにやや固く、トマトの味と匂いがするので、なつかしくなった。このトマトはトマトがナス科に属しているのをはっきり示して、ナスビそのものの形をしており、トマトの発生、伝来などの歴史を物語っている。

3度の食事によく現われた西瓜や瓜も美味しく、いわば歴史的な遺産である。包丁を入れる前の形は、かつて中国でよく見たように、横に長い。また、食事にはいつも高脚の大皿に姿を見せた何種類かの葡萄も珍味で、この味はとくに忘れない。これも原産地の中央アジアから遠く東に運ばれ、日本にも伝来している。かつて、中国の古人は「葡萄の美酒、夜光の杯、飲まん欲し、琵琶馬上に催す云々」と詠ったが、これらはかつて中国でいわゆるハイカラ属の珍重した西域からの伝来物を、詩に詠み込んである。当時の中国のハイカラ属が珍重する以前から、これらの物は中央アジアの庶民の物であった。しかも、中央アジアには、中国の王侯が淫延おく能わざる物として憧れた例の汗血馬もいたのである。タシケントでは、美味しい葡萄やワインを楽しむことはできたが、汗血馬は遂に見参することができなかった。ある夜招待されたサーカスで、狭い場内を勇壮に疾駆していた馬が、あるいは汗血馬だったのであろうか。

## 社会保障こぼれ話

### 任意制の健康保険

#### (イスラエル)

この国には、クバト・ホリムの健康保険制度が任意制の私的な健康保険として実施されている。この保険制度はテル・アヴィヴにある労働組合の全国的な連合体が設け、かつ運営している私的な制度で、公的な健康保険制度をもっていないこの国の社会保障制度を補足している。

この制度は1978年に約280万人の被保険者を抱えており、この人数は全人口の約77%に当る。保険でカバーされたこれらの人びとは、全国的な組織に加盟する労働組合員とその扶養家族、および、65歳以上の高齢者を含んでいる。なお、この制度は、労働組合員以外に、労働組合に関係のない自営業者とその扶養家族にも、保障の網を広げて、加入を認めている。

全国的な労働組合の連合体に所属し、かつこの健康保険制度を設け、かつ、運営しているクバト・ホリム (Kupat Holim) という組織の最も重要な役割の1つは、健康保険を作っているだけではなくて、保健施設を建設し、所有し、さらに、運営し、また、医師、看護婦、パラ・メディカルのスタッフ、管理・運営や訓練・研究のスタッフを常備の職員として雇用していることがある。(なお、医療、材料・器具、薬剤などの購入と配布も含まれる)。現在、クバト・ホリムは全国の各地に8病院をもっておりこれらの病院のベッド数は全国の約3分の1を占めている。また、これら

の病院の存在しない地域では、被保険者のために、政府と交渉して決定した料金で、国立もしくは他の病院が利用できるし、診療所も同様である。なお、クバト・ホリムは全国に1,400の診療機関(救急などを含む)を設けており、病院外の診療活動を提供している。ちなみに、これらクバト・ホリムの病院や診療所などの医療施設は、地域社会の住民に対する診療や保健関係の活動も担当している。

病院は総合病院と特殊な病院で構成され、リハビリテーションの分野の活動にも従事している。最近では、歯科診療の施設が設けられたが、しかし、歯科はまだ健康保険でカバーされていない。現在、歯科診療はクバト・ホリムの被保険者に対して、私的な開業医より安い料金で利用させている。

この健康保険制度を実施するために、全国は14地域に分けられ、それら各地域の人口は10万人から50万人(平均20万人)にわたっている。この制度は中央集権的に運営され、各種の管理・運営、財源調達、教育・訓練などのあらゆる分野が中央に集中されている。財源調達では、財源は主として拠出に依存しており、毎年の予算は各地区のニーズに応じてそれぞれの地区に配分され、各地区の活動に充当される。

最近の特殊な動きについて付言すれば、1977年7月から、ある名目的な一部負担(1イスラエル・ポンド)が診療所で処方された薬剤に要求されている。もっとも、3歳未満の子供と特殊な慢性疾患、この一部負担を免除されている。これ以外にも、一部の診療に一部負担が要求されるが、これらの一部負担は、診療担当者に直接に支払うのではなくて、管理・運営機関に支払う方法が用いられている。

なお、医療上必要な資材・器具、薬剤などについて付言すれば、これらは国内および各国から集められ、テル・アヴィヴに設けられた施設で集中的に管理され、各地の医療機関の要求に応じて、毎日トラックで配送され

る。それらの中には、日本の製品も含まれている。また、一部の薬剤は外国から原料もしくは半製品を輸入し、この施設で製造・加工している。

資料 主として下記による。

Kupat Holim Health Insurance

Institution (Israel), Asian News Sheet,

Vol. IX. No. 3, July 1979, pp. 11~12.

(平石長久 社会保障研究所)



## 編集後記

晴れた日の朝、雪をまとった富士山が美しい。この季節には、些細なことが死に結びつく雪と氷の山を、よく1人ではいずりまわっていた。泰平の世で安易な暖衣飽食に馴れるのは恐ろしい。そんなものに背を向けて、夏とほとんど同じ姿で、木枯しの東京をうろついている。雪の舞う北海道、東北、上越などにも、その姿で出かけた。そもそも、冬のコートや下着などの贅沢な物はないのである。厳寒に夏のような姿はいかにもみすぼらしく、また、衰れに見えるかも知れない。それは他人から見ての話である。冬山で死と隣合せになる自然のきびしさを楽しむには、平安な日々を送る人びとの意見などはどうでもよいことで、真冬を夏姿で過ごすのもいいものだ (平石)

---



---

## 海外社会保障情報 No. 48

昭和54年12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

---



---