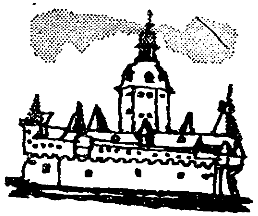
海外社会保障情報 No. 15

JULY. 1971

社会保障研究所

各国のトピックス

社会民主党の医療報酬改正案



（西ドイツ）

4月初め Travemünde でＳＰＤ（社会民主党）保健政策協議会が開かれ，医師の報酬の低いことが問題とされた。ドイツ病院協会事務長 Wilhelm Adam の説明によると，医師は私的患者からは相応な報酬を受けているが，社会保健の方からは，1診療日当り5.50マルクという「おはずかしいほどの」額しか支払われていないという。この両方に同じ処置をするには，医長，主任医，専門医計21,500につき年額8億5,000万マルクを18億マルクの収入になるよう引き上げることが必要である。それと同時に医長のいわゆる会計権 Liquidationsrecht も廃止せねばならない。

これにより1日平均4.30マルクの増加負担が生ずることになるが，これは社会保険が負担しうるはずである，とAdamは述べている。

次に連邦保健局次長 Erwin Jahn 教授は医薬品が高価なことに鋭い批判をあびせた。その主張によれば，製薬会社が宣伝を遠慮すれば，今より25%は廉くなるはずという。彼は80人の代議員に対し宣伝費が莫大なことを強く攻撃し，この費用の大部分を負担せねばならない疾病保険に対し，その市場影響力を行使すべきことを訴えた。

Jahnの意見では，中立的な専門委員会をつくってすべての医師に医薬品に関する情報を提供する，科学的な情報組織を設けるべきだという。この委員会はまた医薬品の効果についての問題も解決できるはずだ，というのである。

さらにまた医薬品の大量消費を規制するために，医学的には必ずしも必要でない薬品は疾病金庫の支払い義務から除くこととする立法措置をとることを，教授は要求した。

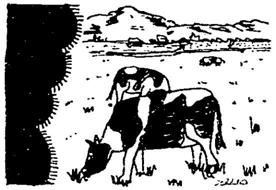
一方これに対し連邦製薬業連盟会長 Hans Harms は，医薬品市場への国の介入に反対し，医薬品市場というのは激しい競争によってはじめて十分に機能するものだと主張した。そして製品について報せ，それを宣伝する自由もまた競争の自由に属しており，医薬品の宣伝は医師の情報にとって不可欠である，と述べた。

またＳＰＤ所属連邦議会議員 Hans Bardens は，ある邦（ラント）の病院建設委員会の設置を，全く勝手なものだ，と批判し，邦は連邦に対し病院建設計画についてほとんど介入させないでおいて，邦と邦の間の建設計画や財政については連邦が手が出せないようにしている，と述べている。

Die Welt, 5 April 1971.

（安積鋭二　国立国会図書館）

年金保険の改善について



（西ドイツ）

連邦議会ＳＰＤ(社民党)社会政策問題スピーカー Ernst Schellenberg 教授は4月6日，連邦政府は今会期中に年金保険給付改善計画を提出する用意がある，と言明した。この計画には次の4点が含まれる。1. 自営業者への年金保険開放，2. 可動的老齢限度制の導入，3. 婦人の年金給付額の改善，4. 被保険者の給付請求に関する相談所の設置。

可動的老齢限度制については労働市場の状態からみて問題ない。というのは63歳ないし65歳の高齢被保険者150万人のうち現在就業しているのは41万6,000人にすぎず，その半数が早期受給者となったとしても，全就業者の1％以下にすぎないからである。Schellenberg は，老齢限度の引下げを年金受給権の削減と結びつけることは反対しているが，しかし他面早期年金を受けつつ，就業してその賃金を全額受け，それを年金に算入しない方法は認め難い，とのべている。

また Schellenberg は，1985年までに年金事情が著しく改善されるとしている，新しい連邦政府の年金報告を提案中である。勤労者1人当り賃金，所得総額が，本年は9.7％，1975年までは年平均6.3％，1985年までは年平均6％上昇するという推定で，保険機関の積立金はいずれの年も10カ月支出分以上となる。政府の予測では1985年には1,320億マルク，14.3カ月分の積立額に達する。このうち労働者年金保険は120億マルク，2.3カ月分，職員保険は1,200億マルク，30.8カ月分に達する。したがって年金保険の最大の財政危機(いわゆる年金の山)の時期には，職員年金保険から労働者年金保険への調整支出が必要である。さもないと労働者保険の積立金は2カ月分不足することになるはずだからである。

連邦政府は報告にふれて，年金保険の老齢年金を6.3％，労災保険の年金を12.7％引上げを考慮している。この提案は，ＣＤＵ（キリスト教民主同盟）議員 Katzer が過日述べたように，年金法の機構に適用している。政府の責任であるが，この「嘆かわしい物価騰貴」のため，年金受給者は実際にはごく僅かしか生活水準を上げられないでいる。だから政府としては年金保険の財政見通しについてはっきりした態度を表明してもらいたい，と Katzer は述べている。

Die Welt, 7 April, 1971.

（安積鋭二　国立国会図書館）

ようにし，年金額は基準賃金の 50％（現行40％）に引上げる。

③ 職業条件による就労不能の度合に応じて，正常年金受給資格年齢をさらに引下げることができるかどうかを検討する。

④ フランス経団連との協議を通じ，老齢者の職業再訓練事業の前進。

⑤ 社会保障金庫の社会活動資金の割当てを引上げ，老人に対するあらゆる援助活動を強化。

⑥ 一般的な住宅扶助手当の創設。

ブーラン社会保障相は，これらの措置は決して思いつきではなく，長期にわたって細心に考案された政策だと言明しているが，実際には，ＣＧＴとＣＦＤＴの２大労組が計画している老齢年金の改善要求に関する全国的キャンペーンを消し止めるために持ち出した消火器だといわれている。

これら二大労組の主張している主たる要求は，次の点にある。

① 老齢年金に関し，政府，使用者，労組による三者会談を開催すること。

② 退職年齢（正常年金の受給資格年令）を一率に60歳へ引下げること。

③ 年金額を就労期間中の最高の賃金10年間の平均額の75％とすること。

④ 老齢給付最低額を月額800フラン（現行270フラン）とすること。

前述の首相言明を見ても分るように，政府はこうした労組の要求を不合理なものとしているが，これをかなり気にしているのは事実である。事実，ブーラン社会保障相も５月20日の国会における答弁の中で，労組の要求の非合理性を次のように長々と説明している。

「一部の労組が提起している案は，果してまじめなものであるかどうか疑わしい。経済的社会的な均衡を大きな立場から維持していかなければならない政府としては，退職老齢の引下げ，年金額の引上げ，労働時間の短縮といった事項をすべて一挙に行うことはできない。従って政府のやるべきことは，優先順位を定め，選択の範囲を提示することである。

諸外国の例が何よりも反省の材料を与えてくれる。退職老齢が早いのは，社会水準の高い先進工業国であるが，これらの国においても退職年齢は65歳（米国，フィンランド，オーストリア，英国，デンマーク）から67歳（スウェーデン）の範囲にあり，なかには70歳になっている国（カナダ，ノルウェー）もある。

退職年金制度においては，退職者のために支払を行っているのは現役の労働者たちである。従って，退職者の数をふやしたり，年金の給付額をふやそうとする新たな措置はすべて，現役の拠出者をへらし，現役の労働者の負担をさらに重くすることになる。

計画本部が1975年度について予測した老齢年金関係の経費は870億フランに上るが，退職年齢を引下げると同時に年金額を引上げると，これに加えてさらに1,000億フランを必要とする。こういった労組の要求をもしそのまま受入れると，現行の拠出率8.75％を1975年までに36％にまで引上げなければならなくなる。」

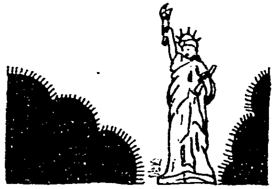
ブーラン社会保障相の弁明は一見もっともだと思われるが，それでもなお労組側のあらたな批判を免れることはできないであろう。

Le Monde, 4, 10；4, 22；5, 21.
Le Figaro, 5, 21.

（平山　卓　国立国会図書館）

政府の国民健康保険法案提出

（アメリカ）



連邦政府の発表によれば，1969—70会計年度の国民総医療費は672億ドルであり，対前年比が12.2%と急増している。このことはわが国の国民総医療費の約10倍であり，国民1人当りにすれば，わが国の約5倍の医療費をアメリカ国民は支出していることになる。

さる2月18日，ニクソン大統領は議会に対し，新しい国民健康保険案を提案する「保健に関する特別教書」を送付したが，そのなかでも「過去1年間で国民総医療費は，約630億ドルから約700億ドルへと11%の上昇を示している。1960年時のそれは260億ドルであったから，以後約170%上昇したことになる。また1960年時には国民総生産の5.3%を医療費に支出したが，現在ではそれが約7%となっている」と述べている。

しかし，このようにアメリカ国民は世界一の医療費を支出していながら，乳幼児死亡率は世界で13位，女子の平均寿命は11位，男子のそれは18位で，国民50人に1人は医師にかかれない状態であり，国民保健の実情はきわめて低い。現行の老人健康保険制度および医療扶助制度の欠陥は，年々増大する有様であり，「ゆりかごから墓場まで」の全アメリカ国民をカバーする広範なサービスにもとづく政府の医療保険プログラムを要求する世論が，ここ1～2年の間に国民の中で急速に高まっている。これの具体的な圧力となったのは次の2要素，つまり，医療費および入院費の急上昇と，医師・看護婦およびその他の医療関係従事者の払底，病院・その他の類似施設の不足等を含む現行医療制度の欠陥に関する国民の認識の普及，とであった。こうした国民の要求に応えるべく，各関係筋も新しい医療保険のプログラムをそれぞれ発表しているが（本誌第12号参照），このほど大統領の提案にもとづき，政府案もかたまり，さる4月に議会に提出されたのである。

政府の国民健康保険案

ニクソン大統領は1月22日に発表した年頭教書において，新年の施政抱負の〝6大目標計画〟の1つとして，合衆国の現行医療サービスを改善し，より多くの国民を対象とする制度の確立を強調した。なお大統領は，この医療制度改革計画を〝最優先〟して行なう，とも述べたのであった。そして2月18日の議会への「保健に関する特別教書」において，大統領は70年代の保健政策として，すべてのアメリカ国民に医療を保証する新しい国民健康保険の立法化を要求した。大統領は，現行医療制度が瀕している危機回避のための全面改革には，全国民をカバーする医療保険制度の創設とともに，医師の充足，広範な公的医療サービスの提供，予防医療の完全実施をも

同時にめざさねばならないとし，新しい国民健康保険プログラムの主内容として，次の事項をあげている。

1. 国民健康保険基準法（National Health Insurance Standards Act）を制定すること。同法にもとづき雇主は，従業員の健康保険の基本料金の支払いを要求される。従業員1人以上の事業所は，入院費，外科治療費，医師報酬，出産および家族計画の費用をカバーするところの家族保険を提供しなければならない。同保険は，年収約5,000ドルまでの従業員の，年間50,000ドルの費用を要する「破滅的疾病」をもカバーする。

   保険料金は，年約300ドルとし，雇主は最初の2年半は65%を支払い，以後は75%を支払うものとする。同計画は1973年7月1日から発効させる。

2. 1のプログラムでカバーされないもの，とくに要扶養児童のいる貧困家庭には，新しい家族健康保険計画（Family Health Insurance Plan）を適用すること。公的扶助の受給家庭の場合には，ちょうど現行の医療扶助制度とおきかえられる恰好になる。同計画の行財政的措置は，完全に連邦政府によって運用されることになる。同計画にもとづき，より貧困家庭の場合には基本的な医療費の支払いは免除される。一定の所得水準，たとえば4人家族で年収3,000ドルのケースでは，若干の医療費を負担しなければならない。同計画も1973年7月1日から発効させる。なお同計画は，現在州が負担している医療費を連邦が引き継ぐことを意味し，同計画の実施によって各州は，相当な財政負担から解放されることになる。

3. 近年発達した保健サービス分配機構を再編成すること。現在西部で活動している保健維持組織（HMO）は，予約によりあらかじめ支払われる契約料にもとづき，主として予防医療活動を行なっている。HMOを拡大するため，公・私の健康保険の加入者に，必要に応じてHMOの会員資格を得させやすくすること。活動資金の一部として2,300ドルの政府援助を行なう。さらに初年度には約3億ドルの連邦ローンを行なうこと，などが予定される。

4. 医師および歯科医師の増員を目的とする連邦プログラムを実施すること。同プログラムにもとづき，医師および歯科医師の養成課程にある学生には，1人当り6,000ドルの補助金を提供する。なお低所得層および小数種族出身の医学生には，養成課程の最初の2年間に年額3,000ドルまでの奨学資金を提供すること。

この大統領提案は，その後政府起草により「国民健康保険組合法 National Health Insurance Partnership Act」として，4月22日に上院に提出された。同法案の予算は，連邦政府支出による年約55億ドルに，使用者および被用者からの保険料がプラスされたものが考えられている。民間保険会社やブルークロス，ブルーシエルドのような非営利団体のプログラムは，連邦規則にもとづいて運用されることになる。無制限な入院サービス，医師報酬，検査およびX線料，母子保健，子供の眼科医療等がカバーされる。患者は医師報酬の最初の100ドルおよび入院費の最初の2日分については全額支払う。それからは保険がカバーし，5,000ドルまでの付加医療費の75%を支

払う。そして45,000ドルまでは「破滅的疾病」について全額保険がカバーする。

この保険プログラムが適用されるのは，全被用者および65歳未満のその扶養家族で，州および地方政府職員，自営業者，パート・タイマーや季節労働者は除外される。しかしながら適用外のものは〝購入によって〟この保険プログラムに加入できる。65歳以上のものは老人健康保険制度でカバーされる。貧困な老人，盲人および障害者については，現在適用されている医療扶助制度を継続する。しかし要扶養児童のいる貧困家庭で医療扶助をうけているものには，家族健康保険計画が適用される。そして年収3,000ドルまでのものは，全額無料とし，それ以上の収入のものは医療費を一部負担し，年収5,000ドルを越える場合には国民健康保険基準プログラムに参加することになる。

その他の諸案

政府案と匹敵するものには，民主・共和両党議員によって支持されている数案がある。これらの案は，貧困者に対する無料医療プログラムをともなう，全国民をカバーする国民健康保険プログラムから，民間保険の加入に対する税額控除プログラムまで，内容は多様である。

エドワード・M・ケネディ上院議員および進歩派の民主・共和党議員により提出されている法案は，政府法案よりもより広範なもので，AFL-CIOの支持をうけている。この案によれば，アメリカ国民の全医療費をカバーするが，歯科治療，ナーシング・ホームの入所期間，精神医学治療および要指示薬については若干の制限がある。予算は，一部は連邦の一般歳入から，一部は年間410億ドルから770億ドルに引上げられる社会保障税によってまかなわれる。これについて同法案の支持者達は〝新規徴収金〟はかからないと主張している。なぜならば，同案の必要経費と同額の資金が，これまでも各個人，雇主および各政府によって支払われている実情だからである。適用対象をより広範にし，予防医療を促進するよう医療制度を改善するために，各種基金や奨励策が準備されている。

アメリカ医師会の支持する案は，各個人が民間の健康保険の加入資格を得るについて税額控除をしようというものである。貧困者の医療費については，政府が制限つきでカバーするものとする。このための予算に年間160億ドルをあてる。

その他の案では，老人健康保険制度をすべての年齢層に拡大適用し，貧困者の医療費については連邦と州で分担するというのがある。

医療費の見通しと法案実現への要望

政府に対する医療保障制度を要求する声は，最近の医療費の急上昇とともに高まっている。1960年以降，医療費の上昇は実にアメリカのすべての消費者物価の上昇の中できわだっている。国民総医療費については先にもふれたが，さらに1980年には1,890億ドルに達するものと見込まれている。

入院費は上昇する医療費の相当部分を占めている。1960年以降，入院1日当りの費用は平均162％上昇して55ドルになった。1980年には入院費は現在の約3倍になることが予想される。医師の診療報酬は，現在年にして144

億ドルであるが，10年後には約2倍半の365億ドルになるかもしれない。

医療費の上昇原因として専門家達は，病院および医療センターの建設費や維持費の値上り，人件費の上昇，設備費の増大，および医師，歯科医師のサービスや入院医療への要求の増大等の諸要因をあげている。

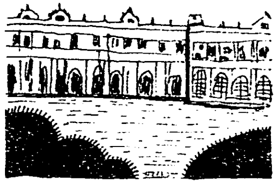
ミシガン州のブルークロスの Bennett J. McCarthy 会長が1月26日の上院小委員会に提出した数字によれば，デトロイトの新規病床設備費はそれぞれ5万ドルかかり，その運営費は年間25,000ドル要するという。彼はなお，病院従業員の人件費は1946年から1967年までの21年間に320%上昇していることも証言し，ミシガン州の病院の平均人件費は，2年以内に37%上昇したと付言した。こうした病院の実情に加えて，入院患者の処遇には，現在，より多くの人手を要する状態にある。入院患者1人につき病院従業員の数は，過去8年間に倍以上になり，現在患者100人につき190人の従業員を必要としている。また各人の病院利用が頻繁になっており，アメリカ病院協会は，入院者が1960年時には2,500万人であったのが，1970年時には3,200万人になったと発表している。外来患者については1962年時に1億人であったのが1970年時には1億8,000万人になっている。

しかし医療費の問題は，医療問題の一部にしかすぎない。専門家達は，アメリカの医療制度改革には，困窮者へのサービスの分配を改善せねばならないということで意見の一致をみている。医療関係職員の不足は深刻化し，公衆衛生局の報告によれば，1970年時においてアメリカ全体で48万人の医師，歯科医師，技師，その他医療職員が不足していた。これが1980年までには725,000人に達しよう。アメリカ医師会の発表によればアメリカの131郡は無医地区であるという。入院患者数が増加しながら，病床数は10年前とほぼ同数の160万病床のままである。

こうした現状にかんがみ，議会は，できれば来年中，さもなければ1972年までには新法の成立を期待している。アメリカ医師会の態度も，かつてはほとんどの会員がそうであった，このような構想に対する公然たる反対は示さなくなった。現在は，下院の歳入委員会も本年中に政府提出法案をはじめとし，諸提案に関する公聴会を開催する準備に着手している段階である。

Christian Science Monitor,
U. S. News & World Report.
（藤田貴恵子　国立国会図書館）

ストライキと社会保障法案



（イギリス）

ストライキと生活保護

1966年社会保障省法第10条の規定により，労働争議に参加する者はその参加期間またその理由により失業給付の受給資格を欠く者は，その者自身の個別需要について補助給付（生活保護）をうける資格を失うが，その者の被扶養者および家賃については補助給付が支給されると定められている。しかし，労働争議参加者および争議により受給資格を失った者の税リベートとストライキ手当およびその他の個人所得については，その者の被扶養者に対する補助給付の収支認定の際4.35ポンドまで収入として認定しないのが長年の慣例となってきた。その結果，被保護家庭の総所得が往々にして補助給付レベルの全額に達することがあった。

労働争議が終れば，第10条の適用がなくなり，15日間までは本人もその被扶養者と同様に補助給付をうける資格を取得するが，15日を過ぎればその一家は通常第2週末に支払われる賃金をうけとることになる。この賃金が支払われかつ使用者から前払金が支払われていたので，過去においては，補助給付をうける必要性はかなり限られた場合にすぎなかった。しかし，近年，とくに1969年のストライキ以来，被用者は使用者による前払金をやめさせることに成功したので，前払金（賃金から差し引かれる）が補助給付（賃金から差し引かれない）に代替されることが多くなった。これが，その後の数々のストライキにより補助給付支出の急増に大きな役割を果してきており，1968年には大きなストライキだけで約8万ポンド，1969年と1970年にはそれぞれ67万ポンド，90万ポンドの支出増となっている。もし全部のストライキについてみればこれらの数字はもっと多くなるとみられている。

社会保障法案

スト参加者の補助給付に関する調整を主たる内容とする「社会保障法案」（The Social Security Bill）が3月29日の下院においてケイス・ジョセフ（Keith Joseph）社会サービス大臣により明かにされた。

本法案は，スト参加者の補助給付に関する慣行の一部を変更し，業務上の過失により6週間の失業給付資格を欠く者を対象とするものである。

第1に，スト参加者の個人収入は他の補助給付請求者の収入認定と同様に扱うこととし，従来の4.35ポンド控除の扱いを廃止し1ポンドのみを収入認定しないこととする。第2に，スト参加者の賃金支払いまでの適切な

方法は使用者の賃金前払いの方法によるべきものであり，スト参加者本人が補助給付の受給資格を取得し得ない期間である争議が終って職場に復帰してから支給される15日間の給付は回収さるべきこと（ただし，生活困窮にならない程度）とする。第3に，自己の意志で離職したり又は過失があって解雇されるとか，自己に適した職に就くことを拒むなどの理由により失業給付の受給資格のない者に支給される補助給付の減額分を2.05ポンド（現在は75ペンス）とすること，第4に，地方社会保障助言委員会（現在4,000人の委員から構成される141の委員会が設けられている）を廃止する。

4月26日の下院第2読会におけるケイス・ジョセフ社会サービス大臣の本法案の提案理由と趣旨説明は要旨つぎのとおりであった。

「本法案の主たる目的は社会保障制度のなかにいつのまにか住みついてしまった乱用，陳腐化し改善の必要ある若干の要素をつみとることである。

政府は，ストに参加した者の被扶養者に対する補助給付についての査察を行ってきたが，現在のところ，スト参加者に関する補助給付の主な原則はそのまま変更しないこととしている。スト権はしばしば無責任に行使され，納税者がスト参加者の生活資金調達の手助けをするのは不条理であると多数の人が考えている。スト参加者はその被扶養者に支給された金銭を返却すべきである。

今年度についての確定数字はもたないが，推計しうるかぎり，スト参加者のうち被扶養者について補助給付の支給をうけたスト参加者数は近年数か年の2.5％という常態的な数字から最近では25％強にハネ上った。これは，異常事態であった郵便ストとフォード・ストのためであった。第2の未曾有の驚くべき数字は，1971年の第一4半期において，大規模なストだけの結果として約375万ポンドが支出された。これは，戦後から1970年末までのストに関連して支出された補助給付の総額を上まわるものであった。

こうした状況において，われわれがなしうる最小限のことは，スト参加者の家族の補助給付に関して議会の決断をまつべきものであると考える。郵便ストにおいては，組合はスト手当を支払わないでストに突入したので，通常の状態を遥かに上まわって人々は補助給付に殺倒した。

収入認定のひきしめ

補助給付委員会は，請求者が給付請求の際に税のリベートとスト手当について週4.35ポンドまで収入認定しない国民扶助委員会の長年の慣行を踏襲してきた。本法案は，この扱いを廃止し通常の控除額である1ポンドに止めることを定めるものである。その結果，スト参加の補助給付請求者の世帯収入において，その世帯が税のリベートとストライキ手当の合計額で週4.35ポンド以上うけている場合には週3.35ポンドがカットされることになる。スト手当をうけたスト参加者の割合については明確な数字は不明であるが，ストライキの約95％はunofficialなのでスト参加者の約5％がスト手当をうけているにすぎないとみられる。したがって，スト手当をうけない限りこの切下げの影響はうけないであろう。また大家族を擁する低賃金所得者または中級の賃金所得層は税リベートをうけていないし控除の対象となる余分の収入源をもたないか

ら，同じく影響をうけまい。

15日間のつなぎ資金の回収

失業，疾病またはストライキによるとをとわず，就業の中断期間を終わって職場に復帰した後の本人及びその家族の生活を維持する通常の方途は使用者からの前借金であった。使用者から前借金が予定されないケースに具えるため，働らいていない者に対しての補助給付の支給禁止規定は職場復帰後の最初の15日間について緩和されている。1969年以来，奇妙な傾向が生れた。すなわち，使用者から前借金をうけると返却せねばならぬし課税対象となるのに，補助給付は返さなくとも課税収入ともならないので，ストライキが終って職場に復帰した後2週間について使用者に前借金を支払わせないようにする人々がだんだん増えて補助給付委員会に足を運ぶようになってきたことである。その結果，1964年においては労働争議後の補助給付支出額は 4,000ポンドであったのに，昨年は約90万ポンドに達し，今年の始めの4か月間に43万ポンドとなっている。これは，政府として容認しえない制度の乱用である。労働争議後に職場に復帰した人々に対する最初の15日間についての補助給付の支給分は使用者から回収すべきと考える。この措置により，労働者は労働争議後の期間の生活をのり切るための前借金に応ずるという伝統的慣行に戻ることを納得するであろう。

法案にたいする賛否

ケイス・ジョセフ社会サービス大臣が下院で本法案を明かにした際，本法案は補助給付が労働争議を賄うための手段として利用されないようにしようとする政治的法案であるとして労働組合出身議員の怒りをかった。労働党議員の指導層は，「本法案は悪法である」と強く非難し，「スト参加者の家族を懲罰せんとする決定は，公式的にも非公式にも労使関係法案にもとづいて強行せんとする労働組合に対する攻撃の手をゆるめまいとする追い打ちの典型であり，使用者団体によって進められる要求に即応せんとするものである」とのべている。

また，チャイルド・ポバティ・アクション・グループのフランク・フイルド会長は「社会保障法案は，社会保障省法にもとづき補助給付委員会が被保護者の福祉増進の機能を増進せんとすることを不可能にするものである」と評している。

なお，4月27日の下院第2読会での賛否論議の要旨はつぎのとおりである。

Mrs. Shirley Williams（労働党）　本法案の最も著しい特色は，スト参加者を懲罰せんとする差別性にある。野党は本法案に反対投票をする。

Bruce-Gardyne（保守党）　産業不安を醸成し，選挙民を職場からしめ出すストライキを推進し，少数の組合闘士に利するため補助給付の費用に寄与することを税を通じて義務づけられている選挙民のことを思うと，我慢のできないものがある。

Ur. Prentice（労働党）　政府は，スト参加者の子供を通じてストを鞭うとうとするケチで卑劣なことをしようとしている。スト参加者を被告席におき全部のスト参加者を悪者ときめてかかろうとしている。労使関係法案の

二番せんじをやろうとしているのだ。

Mr. Curran（保守党） 本法案は，妻子を飢えさせることによって労働者を職場に復帰させんとしているものではない。しかし，労働者がストをした場合，彼はその結果に責任を負うのは当然と考えねばならない。労働者がストをした場合，その面倒をみるのは組合のビジネスであって納税者ではない。もし納税者がスト中の労働者の妻子を扶養することを納得したとしても，ギフトでなく貸付けであっていけないという理由はない。いかなる国家もスト参加者に即興に金銭を与えるべきではない。

Mr. Omalley（労働党） 本法案は，低賃金所得者を鞭うつものである。働らく母子家庭の母親に影響を及ぼすことになり，貧しい暮しを送っている児童に影響を及ぼすものである。

本法案は203票対155票で第２読会を通過した。

The Times.

（田中　寿　国立国会図書館）

社会保障こぼれ話

健康保険法案について

（アメリカ）

アメリカの第92議会（1971年）には，13の健康保険法案が提出されている。これらの法案の中には，第91議会にも提出されたものも少なくないが，それはともかく，第92議会に提出されている13法案の中には，政府（Bennett Bill—S. 1623），アメリカ健康保険協会（Javits Bill—H. R. 4349），全国健康保険委員会とAFL-CIO（Kennedy Bill—S. 3），アメリカ医師会（Fulton-Broyhill Bill—H. R. 4960）などの支持する法案が含まれている。アメリカ医師会の支持する法案は，昨年の案をかなり修正してあるが，かって公的健康保険制度の採用に強く反対してきた同医師会が，積極的にある健康保険法案を支持しているのは，各種の状況が，健康保険制度の採用を避けられないものとしてきたことを物語るものである。

ところで，第92議会に提出された13の健康保険法案は，それぞれ各種の内容をもっているが，一般に，使用者は Bennett Bill を，また，労働組合は Kennedy Bill をそれぞれ支持しており，これらの２法案をめぐる動きが注目されている。これら法案は，前者が公的制度と私的制度を組合せた形で，また，後者が主として公的制度で実施されることになっている。それら両者のうち，前者には，被用者を事業所別に設ける制度でカバーし，その他の人びとを公的制度でカバーする２本建の方式が用いられ，それぞれの被保護者に各種の給付を用意しており，労使双方が被用者の制度に財源を調達し，被用者以外への制度では，被保険者の拠出（低所得者は拠出免除）と連邦政府補助金で財源が調達されることになっている。また，Kennedy Bill では，全アメリカ市民を適用する１本の統合的な方式が用いられ，歯科医療（青少年）を含む各給付が用意されており，財源は被用者，自営業者，使用者の拠出と連邦政府補助金で調達されることになっている。これら両法案の詳細や，その他の法案は省略するが，各法案は，前述したように，適用対象，給付，財源調達などについて詳細な内容を計画している。それら以外に，管理・運営では従来実施してきた各種の制

（23頁へつづく）

ニュース断片

フランスの障害者福祉政策 (1971―75年)

第6次計画 (1971―1975) の策定に当って社会福祉政策委員会 Commission de l'Action Sociale がおこなった現状分析と提案の一部――とくに障害者政策について――を紹介する。

I 社会福祉政策全般について

前回の第5次計画では，保健・社会福祉施設委員会 Commission des Equipements sanitaires et sociaux が設けられた。しかしそこでは，(イ)保健と社会福祉の関連性のみが強調され，教育，雇用，社会保障などの政策との結びつきが不明確であった，(ロ)計画の実施に際して保健対策に偏りがみられた，などの批判があった。そこで今次計画では上記の委員会が設置され，改善が試みられた。

1 社会福祉政策の目標

社会福祉政策の中心的目標は，人と社会の間に常に，相互的に存在する不適応を究明することである。いいかえれば，個々人の自律 autonomie が失われないように予防し，維持し，そして自律がそこなわれた場合にはできる限り回復させる試みともいえる。

この目標を達成するには予防活動を効果的に――早期に，体系的におこなうことが必要である。また自律のそこなわれやすい人々(老人，不適応児，外国人労働者やその家族など)が住みなれた生活の場から離れないでいられるように，最低収入の保障や各種の在宅サービスが必要である。重度障害者については短期の収容がのぞましい。

2 具体的対策――予防の重視

これらのサービスを実施するには，職員の養成，人件費の確保，そして対象者への経済的援助が必要である。

職員の養成は地方の学校を中心として再組織化し，同時に国が学校の運営費を負担し，奨学金制度を進展させるのがのぞましい。

人件費については社会保障金庫と地方自治体の責任が強調されうる。

対象者への継済的援助として，(イ)移民労働者の子どもへの奨学金，(ロ)障害者（成人）については現行の救済から保険給付への移行，(ハ)老人，障害者に対する最低保障収入額の設定などが必要である。

また現在最も不足しているのは障害者施設(保護工場など)，働く若い母親の施設(保育所など)である。

II 障害者福祉対策について

――障害者対策部会 Intergroupe "Handicapés-Inadaptés" の提案――

障害者はその数，人口に対する比率ともに増加している。その原因として，一方には急速な都市化，産業化による変化の影響が，他

方に医学の進歩による死亡の減少があげられる。

このような現状に対して，最も優先させるべき対策は予防――出生前後の医学的予防，教育，雇用による問題悪化の予防……などあらゆる形態を含めて――である。

いまひとつ強調されるのは障害児に比べ，障害者（成人）の対策のおくれが目立つことである。障害児については，決して満足すべきものとはいえないが，第4次および第5次計画によってかなり改善されてきている。

したがって障害児についてはやや対策のスピードを落し，障害者（成人）対策をより強化する必要がある。それぞれについて対策をやや詳しく記すとつぎのようになる。

1　障害児対策

(A) 予防――医師養成制度の改善，妊娠中の健康管理の改善，危険の予想される妊婦のための専門出産施設の設置……など，出生の前後を通じての事故による障害児発生の予防策が必要である。

(B) 教育――国家教育制度のなかで特殊教育を受けうる障害児については特殊学級の設置が優先目標とされる（政府案は，第5次計画をかなり上まわるが，なお同部会案以下にとどまっている。第5次計画によって設置された初等特殊教育をうけた児童が引きつづいて中等教育に進めるようにと今次の計画での特殊教育の半数は中等教育レベルに当てられている）。

いまひとつ，教育への不適応の原因が本人よりむしろ教育制度そのものに存する児童，あるいは一時的な障害をもつ児童に対して「適応」教育を行う必要がある（但し政府はこの提案に対し，初等教育の改革により解決しうる問題とみなし，採用していない）。

(C) 社会福祉施設への収容――教育制度が提供できない治療やサービスを必要とする児童は40万人近くいる。これらの児童は社会的性格を帯びた専門機関に収容しなければならない（第6次計画では15～21万万人の定員を考えているが，これは同部会の提案をはるかに下まわる数字である。その他，需要算定の基礎となる推測があやふやであること，オープンシステムの治療サービスが進められることとなっているが，その対象や，効果について予め明確な規定がなされていないままであること。あるいは，施設への収容サービスが無料であるのに対して，その家族への経済的援助が選択制であることなどの問題が残されている）。

(D) 保健施設への収容――重度障害のため家庭養育が兄弟や親にとって困難を来す児童については，収容施設の定員を増すことが目標となる（しかし人数は少なくとも高額の費用がかかるので，満足すべき対策は得られにくい）。

2　障害者（成人）対策

ここでの優先目標は職業的リハビリテーションである。機能訓練から職場復帰までの過程を，個々のケースの条件に応じて行うことである。

保護工場の定員は現在1,500人であるが，第6次計画終了時には21,000人に達する見通しである。

障害者への経済的援助については家族の収入とは無関係に本人の収入によって算定するのがのぞましい。

補完的対策として疾病保険の給付対象に障害者をすべて含めるべきである。

施設については保護工場以外に定員増加は予定されていない。しかし刑務所関係施設の改善の必要があきらかである。

Henri de Lapparent, L'Action Sociale, Handicapés et inadaptés, *Information Sociales*, Jan. 1971. pp. 19—24 および pp. 25—28.

（阪上裕子　国立公衆衛生院）

アメリカの急増する医師養成費用

アメリカの1医学校あたりの運営費は，1961年の260万ドルから1968年の550万ドルへと急増した。費用についての資料の有効性については問題はあるが，医学校費用の急増傾向をみるのが本稿のねらいである。

学生あたり経費

医学校における経常経費総額を学生総数で除したものでもって，学生1人あたり経費としてみる。1957年から1968年にかけて，これは，5千ドルから1万4千ドル（年）へと増加した。表1に示すように，1968年以前の5年間，前年比10％台の増加率であった。12年間の平均の前年比増加率10.1％が今後も続くとすれば，1980年には約44,000ドルになろう。過去における最低の前年比増加率5.4％が続いたとしても，1980年には，学生1人あたり年間26,000ドルを越す経費となるであろう。

学生登録数

以上で示した経費は，医学部アンダーグラデュエート学生にたいするものだけではない。卒業後教育や研修費用も含んでいる。この後者の費用増加が著しい。表2でみるように，1959—60年から1967—68年にかけての増加率は，学部学生では14.8％であったのにたいし，レジデントや卒後研修生は83.6％も増えた。マスターや Ph. D取得をめざす学生の増加がめだつ。そのほか，歯科医学生や看護学生あるいは医療技術関係学生の増加率も顕著である。

課程別費用

上記2年度についての特別調査から，学部教育や卒業後教育ごとの費用の比較ができる。表2に示したように，学部学生の1人あたり費用は3,700ドルであるのにたいし，インターンのそれは7,000ドルである。レジデントや卒業後の研修生の登録数そのものふえている。基礎課程の学位取得コースの登録数も急増をみた。結局，医師教育費用の増加は，これら卒後医師教育費用の増加が大きく

表1　医学生1人あたり経常運営費・全学生

年次	学生あたり平均費用（ドル）	前年比金額	増加額 %
1957	5,026	—	—
1958	—	438	8.9
1959	5,902	438	8.9
1960	6,387	485	8.2
1961	7,069	682	10.7
1962	7,712	643	9.1
1963	8,132	420	5.4
1964	8,942	810	10.0
1965	9,858	916	10.2
1966	11,207	1,349	13.7
1967	12,842	1,635	14.6
1968	14,218	1,376	11.0

表2　登録学生数と課程別学生1人あたり費用

項目	登録学生数			課程別費用	
	1959—60	1967—68	1960—68までの増加率	1959—60	1967—68
学部学生	30,084	34,538	14.8	1,905	3,700
臨床 インターン	3,673	4,338	18.1		7,000
臨床 レジデント	12,504	17,630	83.6	2,305	
臨床 卒後研修生*		5,322			11,400
基礎 マスターコース	1,099	1,939	76.4		
基礎 Ph. D コース	1,961	5,482	179.6	3,126	7,200
基礎 卒業研修生*	603	1,383	129.4		11,400

* postdoctoral student

影響していることになる。

なお，1968年から4年制医学校登録数がふえたので，1人あたり費用は減少した。さいきんの研修・修練にたいする連邦のファンドの減少もその傾向に拍車をかけた。

George Entwisle, Medical School Expenditures And Student Enrollment, *Journal of Medical Education*, Vol. 46, No. 2, 1971, pp. 117—123.

（前田信雄　国立公衆衛生院）

西ドイツ保険者団体の提案

——時間外手当等の取り扱いについて

ライヒ保険法（Reichsversicherungsordnung）第160条の規定によって，俸給または賃金とともに，利益配当，現物給与およびその他の給与（被保険者が俸給または賃金の代わりにまたはそれと一緒に雇主または第三者から受けるもの）は報酬（Entgelt）に含まれることになっている。また，保険料算定にあたって，1回限りの手当は，それが報酬とみなされる限り，それが支給される時期においてのみ考慮される。時間外手当は，定期的に受ける報酬に属する。すなわち，超過勤務が行われた当該賃金計算期間の報酬に算入される。それは，後の賃金計算期間の報酬に算入することは法律上許されない。

こうした問題等に関連して，できるだけ現状に合った事務処理方法を検討するために，最近，疾病金庫中央会，ドイツ年金保険保険者連合会および連邦労働事務所が協議を行い，疑問点を把握するとともに，以下のような提案を行なった。

1　時間外手当について

時間外勤務の時間数が確定するときにすでに俸給または賃金計算を完了している事業主は，時間外勤務が行われた当該賃金支払期間についての保険料を新たに計算しなければならない。しかし，こうしたやり方は，労働者に対する賃金継続支給制度の導入によって意味がなくなった。したがって，保険者は，保険料算定の対象となる時間外手当を当該賃金計算期間の報酬ではなく次の賃金計算期間の報酬に入れて計算しても，もはやなんら疑問

をもたないであろう。

ところで，やり方を変えるとすれば，次に掲げる原則が守られなければならない。

(1) 一般的な算定方法

時間外手当に対する保険料は，従来どおり，時間外勤務の時間が計算される月に算定する。ただし，時間外手当は，当該賃金計算期間の報酬ではなく次の賃金計算期間の報酬に算入する。

(2) 保険料算定報酬限度額および保険料率の改正の場合

時間外手当は，保険料算定報酬限度額または保険料率の改正があったときも，次の賃金計算期間についての保険料算定の場合に考慮する。

(3) 報酬継続支給期間中の考慮

賃金継続支給法 LFZG 第2条により，労働不能期間中ももし労働不能にならなかったならば規則的に時間外労働が行われたはずだと思われる場合に限り，継続支給報酬に時間外手当も入れる。実際に規則的な時間外労働を決める場合には，一般に労働不能になる前のもっとも近い賃金計算期間において行われた時間外労働の時間数を基礎とする。

(4) 保険料免除期間の考慮

時間外労働時間が計算される賃金計算期間において保険料免除期間が生じた場合には，保険料納付義務部分期間に応じた保険料算定報酬限度額が時間外手当に対する保険料の算定の場合にも考慮される。

2 1回限りの手当について

1回限りの手当は，ライヒ保険法第160条第3項の規定により，社会保険料の算定の場合つねに当該賃金計算期間の報酬のなかに含められることになっており，その他の賃金計算期間の報酬，たとえば前月のそれに含めることは許されないことになっている。

しかし，企業から，1回限りの手当をその支給時期の報酬のなかに算入することは，超過勤務を招くことになるとたびたび指摘されている。1回限りの手当の支給時までに，保険料算定報酬限度額の点でそれと一緒に考慮される当該賃金計算期間の報酬がわかっていないために，手当の支給の際にそれに課せられる被用者負担分の保険料がまだ正確につかめないので，とりあえず手当の額が算定されざるをえない。したがって，手当に課せられる保険料も，賃金支払時期の報酬計算の際に算定される。このような難点は，保険料の算定にあたって，1回限りの手当をその支給時期ではなく，その前の賃金支払時期に属させ，その賃金支払時期の報酬に算入することによって解消されよう。

ところで，その具体的方法として次のような手続きがなされるべきである。

(1) 一般の場合

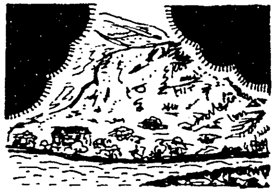
1回限りの手当は，その支給前の賃金支払時期の報酬に属することとする。ただし，その報酬の計算までに1回限りの手当が支給される場合に限る。

(2) 保険料算定報酬限度額および保険料率の改正の場合

保険料算定報酬限度額または保険料率が改正された場合にも，1回限りの手当は，その支給前の賃金支払時期の報酬に算入する。

Beitragsrechtliche Behandlung von Überstundenvergütungen und von einmaligen Zuwendungen bzw. Zahlungen, die wie einmalige Zuwendungen zu behandeln sind, *Die Rentenversicherung*, Januar 1971, S. 3—6.
（石本忠義　健保連）

西ドイツの農業者社会保障の拡充



1970年10月22日，連邦内閣は，農業者の疾病保険の法律規定について，次のような原則を決定した。

I 連邦政府は，重要な課題として，農業者およびその家族の社会保障の拡充を考慮している。連邦政府は，農業者および老齢共働者が公的疾病保険の保護を必要としているという理解に立っている。そして，老齢共働者のための疾病保険保護は国の財政的援助なしには保障されえないと理解している。

その場合，連邦政府は次のような認識に基づいている。

(1) 農業経営の労働力構造および労働力供給の変化により，経営主の疾病による脱落はリスクの増大を意味する。

(2) 農業所得は増大しているが，個人的には医療費は，通常，保険による保護なしにはもはや負担できなくなっている。

(3) 農業者自身が集団で疾病リスクに対して連帯保障を行わざるをえなくなっている。

よって，連邦内閣は，連邦労働社会大臣Walter Arendt氏に，すみやかに次の原則にそって農業者の疾病保険に関する法案を作成することを委任する。

II 農業者疾病保険の法律規定に関する原則

(1) 農業経営者，その被扶養者および老齢共働者は，疾病事故について公的に保険保護を受けるべきである。

(2) 民営疾病保険に加入していて十分な給付を受けている農業者および老齢共働者には，その保険にとどまる可能性が与えられるべきである。

(3) 農業者およびその家族の保険は，もっぱら保険料によってまかなわれるべきである。これに対して老齢共働者の保険の財源は，連邦によって負担されるべきである。

(4) 給付の範囲は，原則として公的疾病保険の現物給付に相当するものとする。ただし，経営主の長期入院による労働力脱落に対しては必要な補償が考慮される。

(5) 農業者の疾病保険は，長期にわたってリスクを調整しうる能力のある自治管理団体によって運営されるべきである。

(6) 疾病，災害および生業不能の場合の被保険者の社会的保護は，地方の領域においても農業者社会保障の実施者の緊密な協力によって保証されなければならない。

Ausbau der sozialen Sicherung der Landwirte, *Zeitschrift für Sozialreform*, März 1971, S. 160—162.

（石本忠義　健保連）

西ドイツの
診療報酬値上げか

エアハルト政権が補充金庫診療報酬規定から公定の医師診療報酬規定を定めてから6年になる。また，医師団体が政府の要請に基づいて時代に適応した診療報酬規定案を作成してから4年になる。この医師側の診療報酬規定案は，連邦保健省内に設けられている専門委員会もしくは関係部局または関係省庁と医師の診療報酬に特別の利害関係をもつ公的疾病保険の保険者が新しい診療報酬規定について合意しようとする努力をしなかったためにその作成が要請されたものである。

ところで，この医師側の診療報酬規定案についての審議がなおもお預けのため，医師側はあえて改めて妥協しようとしているようである。しかし，こうした観測が連邦保健省内部において行われているが，医師側の頭の中には，疾病金庫と金庫医（保険医）との間の協定による個々の診療報酬の中間の引き上げの中で，その間改善された補充金庫診療報酬規定 Ersatzkassen-Gebührenordnung を公定の診療報酬規定として改めて受け継ごうという考えがあるようである。そうなると結果として30%の診療報酬引き上げとなる。しかし，6年間の据え置き，就業者所得の60%上昇および物価の約20%上昇を考え合わせると，もしこの間最低額を基礎とする診療報酬（最低料金）の引き上げもなかったとすれば，この演出はあながち誇張とはいえまい。それ故に，とくに疾病金庫は，最低診療報酬（最低料金）を改めて30%引き上げることおよびそれによって協定診療報酬（協定料金）もかなり引き上げることには，慎重に反対している。

いまやっと始まったボンの関係省庁間の協議および専門委員会での審議で，どのような結論が出されるか，もっか関係者は注目している。たとえ医師側の要求しているものよりいくらか低いものが医師側に与えられることになったとしても，良識ある助言が行われ，事がすみやかに処理されれば，医師と金庫の間で果てしない反発や激しい論争が再び行われるということはないであろう。

Gebührenordnung : 30% mehr für Ärzte?
Arbeit und Sozialpolitik, Mai 1971,
S. 139.

（石本忠義　健保連）

ベルギーの 自営業者年金と資産調査

1944年12月28日の法律に始まるとされるベルギーの社会保障は，他のヨーロッパ諸国の場合と同じく，この20数年間に著しい発展を遂げてきた。これを被用者のための社会保障でみると，その被保険者数は，1947年の124万人が65年に209万人（同年の総人口は950万人，職業活動人口は377万人）となり，社会保障費は，これを国民所得に対比させた場合，1948年に8.5%であったものが65年には13.5%となった。67年から68年にかけて，労働者，鉱山労働者，船員につき別々に設けられていた各年金制度が一本化され，制度間の格差の是正や運営機構の合理化がおこなわれたことも一つの重要な発展であろう。

しかしながらこの20年間におけるベルギー社会保障の歴史は比較的に平穏であったといわれる。つまりこの国の社会保障は1944年以来ほとんど根本的な変革を受けていないのである。ところがベルギーでも，近年における社会経済条件の変化は著しく，新しい社会にみられる特殊な形の貧困が発生しつつあることが指摘されている。この新しい形の貧困は，従来から社会保障の対象とされてきた「労働者」というよりも，むしろその周辺人口つまり老人や自営業者にみられる。かくしてベルギー社会保障の今後の課題は，このような新しい形の貧困にいかに対処するかにあるとされ，老人とか自営業者をとりまく新しい形の社会的ニードの充足が主要な目標と考えられるようになっている。

1956年には自営業者のための年金制度が設けられ，69年4月29日の法律で年金制度の適用を受けない老人や雇用期間が短いため年金権に結びつかない老人などに対して「保証収入制度」が導入されたこと，あるいは最近，自営業者のための一時的労働不能に対する所得保障制度が検討されていることなどは，ベルギー社会保障の新しい流れを示すものに他ならない。

ところで，1956年に設けられた自営業者の年金制度であるが，この制度は保険方式をとりながら，他方，その加入につき資産調査を前提とする限定的な，自営業者年金保険制度として発足したものである。今回この制度に改正が加えられ，1972年1月1日から制度加入についての資産調査の条件が撤廃されることとなり，あわせて同年7月1日から支払われる年金額の改訂がおこなわれることとなった。

まず年金額の改訂については，自営業者年金制度の発足時（1956年）以来保険料の最高額を16年間継続して払込み，1972年に65歳に達した者に支給される完全年金額が7,630ベルギー・フラン（月額）とされた。また，新立法のもとで支払われる年金のうち，保険料の

納入期間が16年間に達しないで，その納入期間に応じて支給される減額年金の額は，1972年7月1日より支払われるものにつき，命令がその算定方法を定めるものとされている。しかしながら現在のところ，保険料納入一年につき夫婦養老年金（定時改定ならびに社会計画法にもとづき，1972年7月1日よりその年額は53,000ベルギー・フランとなる予定）の1/45に相当する額が最低額になるものと考えられている。そこでこの制度発足時つまり1956年から16年間保険料の最低限額を納入した場合に1972年7月1日から支払われる年金額は53,000×16/45つまり18,844ベルギー・フランとなり，これが最低額となる。

年金制度への加入についての資産調査が廃止された結果，年金制度はすべての自営業者に拡張されることになるが，この制度が保険料方式をとるところからいくつかの困難な問題が生ずることになる。とくにいままで資産調査を条件としたため年金権から除外されていた人びとの取扱いの問題がある。いわばこの人びとの一種の過去勤務債務をどうみるかということである。今回の当局の方針によると，これらの人びとで65歳以上の老人には18,844ベルギー・フランの年金が保証されることになっている。すなわち，これらの老人は過去16年間に毎年保険料の最下限額を納入したものとして取扱われ，年金の最低限額が支給されるわけである。

しかしながら以上のような方法によると，従来から実際に資産調査を条件とするこの年金制度に加入して保険料を納入してきたものの，納入保険料額が低額であった者，あるいは保険料納入期間が短期間である者に支給される年金額が，保険料負担があるにしては相対的に低いものとなる。つまり従来制度にまったく加入せず保険料負担をしていない者に支給される年金額と比較したとき，両者の間に妥当性を欠く結果が生ずることになり，場合によっては両者が一致することも考えられるのである。これらの諸問題については，資産調査制の72年廃止をひかえ，さらに慎重な検討がおこなわれることになっている。

Le mutualiste neutre, mars 1971.

（上村政彦　健保連）

（14頁より）

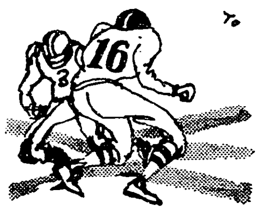
度との関係，拠出や適用に対する収入基準や最高額，給付の基準，医療費の措置なども，色いろと計画されている。

いずれにしても，ニクソン政権には，健康保険制度の実現が，次期政権を賭ける次回の大統領選挙にも，重要な影響を与えるものとされており，健康保険の実現は各種の政策の中で，第1位の優先順位をもつ各政策の1つに数えられている。もとより，ニクソン政権はこれら以外に，ヴェトナム戦争の処理，大量の失業者，景気の沈滞やドル防衛，人種問題，貧困問題など政治的，経済的，および社会的な多数の諸問題を抱えている。そして，永遠の繁栄を期待されたアメリカは，その繁栄を誇る栄光の座を守れるか，それとも，落ちた偶像の立場に甘んじるのか，いずれかを選択する瀬戸際に立たされ，この国には，もう一度新らしいニュー・ディールが必要とされている。このような状況のもとにニクソン政権は各種の問題の解決を要請されており，その問題の中には，長年の懸案となっている健康保険制度も含まれ，前述したように，その実現は重要な課題の1つとなっている。

（平石長久　社会保障研究所）

海外文献紹介

生活保護と麻薬中毒患者



（アメリカ）

この研究は，1970年6月，ニューヨーク市民生局統計調査所（Office of Research and Evaluation, New York City Department of Social Services）において，調査官のロザリィ・バーンスティン（Rosalie Bernstein），およびケースワーカのオリバー・グレイ（Oliver Gray）の協同のもとに行なわれた。最終的に調査は，当調査所の監督官であるパトリシア・M・ペティフォード（Patricia M. Pettiford）女史により編修された。

1969年11月，ニューヨーク市民生局は，麻薬中毒患者への生活保護給付の実施を開始した。この実施は，現在ニューヨーク市に属している薬物治療センターで，リハビリテーションを受けているもの，あるいは，それに類するプログラムを受けようとしている者など，あらゆる〝公認〟の薬物中毒患者（drug Addicts）がその生活保護の受給対象になった。1970年3月，ゴールドバーグ局長（Commissioner Goldburg）は，生活保護における麻薬中毒患者の統計的な実態についての情報提出を求めた。しかし，生活保護受給者人口におけるこの特殊で，かつ少数であるグループについての詳細は得られなかったのである。この時点において，生活保護受給者にある麻薬中毒患者が，一般人口における麻薬中毒患者の性格と同一であると認めてしまうのは，いささか早まりすぎるのではないかということになったのである。

この研究のためのサンプルは，民生局所属の中央麻薬登録所（Departments' Central Narcotics Registry）より引用したものである。3月中旬に入り，生活保護を受けている麻薬中毒患者はざっと3～4千人に上っているのではないかと算定された。調査法については，このうちの頭数字を組み合せ，無作為に選んだ後，合計484ケースを中央麻薬登録所より抽出することに決定した。

調査対象者の居住分布については，51.1％がマンハッタン島に住んでおり，23.8％がブルックリン地区，21.0％がブロンクス地区，3.0％がクィーンズ地区，スティトン島1.1％となっている。また，平均26.4％のケースが1970年5月1日までに終了した。このように大きな比率のケースが終了したにもかかわらず，結果的には終了ケース（closed cases）と未終了ケース（open cases）との間にはさほどの違いは見られなかった。

終了ケース，未終了ケース双方のカテゴリーともに，最も比率の大きいのがPAD（傷害者への緊急援助 Pending Aid to the Disabled）である。しかしながら，興味深いことは，終了ケースのうち比較的高い割合い（72.1％）をPADケースが占めており，逆に未終了ケースでは，ADケースが大きな位置を占めてい

る。この現象に対していえることは，未終了ケースでのＰＡＤ対象者は，長い期間登録されているので，彼等のＡＤに対する要求が高まっており，そして終了ケースにおいては，ＡＤが先に遂行されるのである。

予想通り，中毒患者は，圧倒的に男性が多かった（79.7%）。人種別に見ると，黒人が31.5%，プエルトリコ人が30%とほぼ同数を示しているが，すでに終了をしたケースにおいては，黒人（26.2%）よりもプエルトリコ人（36.9%）の方が多く表われている。我々がここで注意しなければならない点は，たった一度限りの援助金を受け取った経験があるからと言って，プエルトリコ人が黒人よりも多く生活保護層に位置していると認めてしまってはならないことである。全体の性別，および人種について要約すると，顕著な現象として，まず，終了ケースの36.1%はプエルトリコ人の男性である。そして更に，最もケースが早く終了するのもプエルトリコ人の男性に多く見られる。

結婚の有無

サンプルにおける患者の結婚の状況は，その理由が離婚，死別，別居中であろうとも，大多数（84.7%）が現在全くの単身者であった。この84.7%のグループ中，過去に結婚の経験の無い者が57%も占めているが，その理由は明らかではない。

子供について

すでに終了したケースのうち48人（39.3%），および未終了ケースの115人（33.8%）の患者は，21歳以下の子供であった。終了ケースでは，８人の患者のみが21歳以上の子供を持っている事が判明した。そのうち６患者は各々１人づつ，１患者は３人，残りの１患者は４人もいた。終了ケースの中には，21歳以上の子供を持った患者はゼロであった。

年齢分布

中毒患者の年齢の幅は広く，14歳から65歳までとなっている。しかし，終了ケースの患者の平均年齢は，未終了ケースのそれよりも低かった。

出生地

患者の52.6%は，ニューヨーク市に生まれており，次いでプエルトリコ島23.8%であった。しかし，プエルトリコ人として登録されている人々の大多数は，実際には，ニューヨークで生まれ育っている。

教育程度

全体の60%は11年生（高等学校２年）の教育か，あるいはそれ以下の教育程度であった。平均教育年齢のレベルは，10年生（高等学校１年）程度であり，特に未終了ケース，終了ケースとの間での差異は見られなかった。

就労歴

8.9％の中毒患者は，全く就労の経験がなく，就労の経験者は全総計サンプルのほぼ66%であり，307人中の147人の勤続日数が最も長く，１年間となっている。10年，あるいはそれ以上長く勤務をした経験のあるケースも見受けられたが，それらは，患者が麻薬中毒にかかる以前，つまり正常な生活状態の中

で勤務をしていたと認めなければならない。また，就労歴が明確につかめないケースも大分あったが，これらの多くは，おそらく全く就労歴がないものではないかと思われる。以上の点より，就労歴ゼロのケースの比率は，8.9%よりも多く，20～25%前後にあるのではないかと推測される。

最終就労における賃金

回答者は，終了ケースが166ケース（48.8%），未終了ケースが59ケース（48.4%）であった。週平均収入は，未終了ケースで77.24ドル，終了ケースでは81.93ドルであった。

但し，未終了ケースでは低所得の患者が多く，同時に，また終了ケースよりも高額所得者も多くかかえている。（低額所得と高額所得の幅は，手取り週給31ドル～197ドルである。）

職　種

サンプルの63.8%が正常な職業にはついたことがない。これらのケースの大多数は，不熟練労働者であった（24.6%）。

生活保護受給経験

44%の患者は，現在に至るまで一度も生活保護を受けた事が無いと答えた。最近，保護を受けたなかでは，家族手当（Home Relief）が最も多く，30.5%を示している。

逮捕歴

全体の73%の人には逮捕の経験があった。そのうち，58.7%が薬物（drugs）に関する行為によるものであり，逆に，14.0%が全くこれとは無関係な行為で逮捕されていた。ここで興味深いのは，未終了ケースの方が逮捕経験をもっている者が少なく，しかも，薬物によるものはごく一部であったことである。

初逮捕時の年齢

最初に逮捕された時の彼らの平均年齢は，22.9歳となっている。

麻薬使用開始年齢

サンプル中，60.6%の患者は，平均20.2歳でヘロインを使い始めている。年齢の幅は，11歳から40歳までとなっている。しかし，ヘロインの使用開始は，数ある初期使用段階における薬物リストのうちで，最も高い年齢（20.2歳）に位置しているのである。年齢順に若い方からゆくと，①バービチュレイト（16.9歳），②マリファナ（17.4歳），③アンフェタマイン（17.6歳），④その他アヘン類（18.0歳），⑤サイケデリック（18.1歳），⑥コカイン（18.3歳），⑦ヘロイン（20.2歳）となる。更に，これら諸薬物を使う平均年齢は，年齢が重む程，先細りの傾向がある。

ヘロインを使用し始める年齢が，平均20.2歳であるのに対し，調査対象である患者の平均年齢が30.6歳であることは非常に注目すべき点である。つまり，一般に薬物（i. e. ヘロイン）を常用する患者は，それらを事実上10年も使用し続けていることになるのである。

更につけ加えると，最初に逮捕された平均年齢が，22.9歳であるという結果は，彼等がヘロインを使用してすでに3年を経ていることを意味している事に他ならない。

全体サンプルの50%の患者は，今までに麻薬中毒に関する何らかの治療を受けた経験が

あると著している。しかし，現実には，これらの治療は，ほとんどその効果が見られず，半数以上の患者が再び麻薬を使用してしまっている。

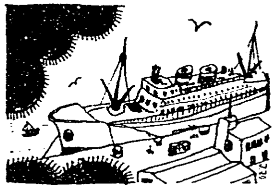
この調査は，統計的な指数を把握するために計画されたのであるから，ここで，特定な結論を引き出そうとするのは無理である。がしかし，少くとも我々は次の事が言えるのではないであろうか。つまり，これらの調査結果より，麻薬中毒の患者に関する問題を解決する鍵は，治療期間，治療方法そのものにかかっているということである。

The Department of Social Services of the City of New York. *Welfare*, Vol. Ⅱ, No. 1, 1971.

（松本文子　国際社会福祉協議会・日本国委員会）

家族扶助計画における郡の役割

（アメリカ）



全国地方公務員協会（The National Association of County Officials）は現在47の各州に支部をもち，21,000人の会員をもつ団体であるが，この協会の特別委員会（Task Force）で起草された福祉改革案が，1970年3月に協会の福祉運営委員会（Welfare steering committee）と理事会で承認された。これは6月のジョージア州での全国大会に提出される。

この特別委員会の福祉改革案は，公的福祉プログラムを次のように2つに分けている。

その第一は，雇用保障制度であり，これには充分に働きうる能力のある失業者と，潜在的に働く能力はあるが，しかしリハビリテーション・サービスの必要な失業者と，働く貧困者を包括するものである。

第2は，所得保障制度であり，これは老齢者，盲人，障害者，働きうる能力のないと判断される失業者，および児童やその他の被援護者の保護のために家庭にとどまらざるをえない人びとに適用されるものである。

福祉改革案が実施されるには数年かかるかも知れないが，その方向の第一歩として委員会は老齢者，盲人，障害者および単一の受給資格のあるニードをもった一般扶助受給者を含めた，単一のカテゴリーによるプログラムを考えている。また，特別委員会は現行の「被保護児童のある家族に対する扶助」（AFDC）に代る「家族扶助プログラム」に好意をいだいている。

連邦と地方の責任

現在，雇用保障制度については，全国レベルでは労働省が，地方レベルでは各州の雇用局（課）が管理している。

特別委員会は「雇用保障制度」が，個人や家族のニードを満たすために財源増額の権限を持つなら，職業訓練や就労にもっと多くの関心をはらうであろうと考えている。

現在失業保険制度を除いて，雇用保障および所得維持プログラムの財源は連邦基金を通じて全てまかなわれている。そして通常の雇

用が見つけられない場合には，公共事業による雇用が準備されている。

そこで特別委員会はこれらの連邦と地方の責任について次のようなことがらを提案している。

まず第1には，連邦政府が貧困者に対するあらゆる扶助プログラムの財源および管理上の責任を負うこと。

第2は，社会サービスの管理は地方のレベルに残されること，および所得維持プログラムの管理が地方レベルに残されるかぎりは，これら二つの機能が区別される必要のあることである。

また特別委員会は，社会サービスはそのコミュニティに住むあらゆる人びとが利用出来るようなものであり，そのセンターは貧困者家族だけが利用できるようなサービス施設と同一視してはならないという考えである。

このようなセンターを通じて利用されるサービスには，インホメーションや紹介，家族カウンセリング，保護サービス等々がふくまれるであろう。児童や成人の保護サービスをのぞき，これらサービスの受け入れは自発的なものである必要があろう。

これらのサービスについて，他の機関の責任であることがはっきりしているサービスはその機関にまかせるべきであり，とくに公的福祉機関において重複してはならない。

例えば，児童のデイ・ケアーは福祉事務所によるよりはむしろ教育機関で準備される必要があるし，バスコントロールサービスは保健機関にまかせるべきである。

以上に述べたことが全国地方公務員協会の特別委員会案の要約である。

あらゆる人びとのためのサービスセンター

私は，現在，郡(county) にあるような福祉事務所 (Welfare department) は廃止するべきであると考えている。地域への社会サービスの提供は，一般の人びとだけでなく福祉の対象者の支持のないような制度を通じては基本的に不可能である。

医料扶助 (Medical Assistance) をふくみ，おそらく5年以内に財政援助プログラムについての全ての責任を，連邦政府が負うようになるであろう。

社会サービスのプログラムは地方の責任として残されるであろう。福祉事務所の廃止とあらゆる人びとに利用されるようなセンターの設置によって，社会サービスはより適切なものになるであろう。

結婚の問題や児童養育の問題，あるいはその他の問題をもった人びとは，現在の福祉事務所を通じてよりも，このようなセンターによるサービスを求めるようになるであろう。

同時にこのようなセンターは，もっとコミュニティの協力を得て，コミュニティ全体の生活の改善にさらに効果的な役割を果たすことができる。

コミュニティの参加

それには，それぞれのコミュニティにおいて注意深い研究と計画が必要とされる。このようなコミュニティ研究がおこなわれなければ，この危険な時代には感情的な訴えにもとづく解決に陥いりがちである。

福祉事務所が25年前のナチスドイツの親衛隊 (S. S. Troops) に似ているという印象を残したくないが，しかしコミュニティや人びと

の参加がないことでは類似性がある。親衛隊では「これが君たちの仕事である。それをやりたまえ，けれど我々を仔細なことでわずらわしてはならない」ということが言われていた。

現在福祉事務所は全国に設置されている。そこで働らく職員は，福祉プログラムがもはや役にたたず，変えることが必要であると言っているが，当局は，仔細なことでわずらわされたくないのである。

しかしながら我々はいろいろな問題についてもはや無知ではない。

地方のコミュニティで働く我々は，我々のプログラムについて事実を知らせる責任がある。

私は，コミュニティは独自で研究しうること，さらに，そのコミュニティの必要なサービスにもっと意味があり役に立つように，社会サービスの新らしい配分制度を再びつくりかえるようになることを確信している。

州や連邦の政府に，地方のコミュニティが当面している数多くの複雑な問題の解決をまかせることは出来ない。

各地方のコミュニティが，経験と調査と準備するべきサービスの新らしい方法を計画する必要がある。この責任はそれぞれのコミュニティにまかされているのであり，このことが，70年代における郡の役割であると考えている。

Allen Sigafus, The Role of the Counties Under the Family Assistance Plan, *Public Welfare*, January. Vol. XXIX, No. 1. 1971, pp. 80—83.

（門脇久子　社会保障研究所）

家庭政策の動向

（西ドイツ）

以下は家庭に対して行われる種々の給付ならびに恩典について，児童，家庭，保健省(Bundesministerium für Jugend Familie und Gesundheit）が示した最も新しい統計である。

1 児童手当（Kindergltd）制度

• 児童が2人またはそれ以上いる家庭には児童手当が支給される。ただし，児童がすでに他の法律による類似の給付を受けている場合には対象から除外される（類似の他の給付とは，公務員に対する児童加算給付，災害保険法による児童加算，年金法による児童加算等である)。また，ただ2子のみを有する家庭に対しては，前年度の収入が夫婦合わせて13,200 DM（1,100DM 1カ月）を超えない場合のみ給付の対象となる。

の参加がないことでは類似性がある。親衛隊では「これが君たちの仕事である。それをやりたまえ，けれど我々を仔細なことでわずらわしてはならない」ということが言われていた。

現在福祉事務所は全国に設置されている。そこで働らく職員は，福祉プログラムがもはや役にたたず，変えることが必要であると言っているが，当局は，仔細なことでわずらわされたくないのである。

しかしながら我々はいろいろな問題についてもはや無知ではない。

地方のコミュニティで働く我々は，我々のプログラムについて事実を知らせる責任がある。

私は，コミュニティは独自で研究しうること，さらに，そのコミュニティの必要なサービスにもっと意味があり役に立つように，社会サービスの新らしい配分制度を再びつくりかえるようになることを確信している。

州や連邦の政府に，地方のコミュニティが当面している数多くの複雑な問題の解決をまかせることは出来ない。

各地方のコミュニティが，経験と調査と準備するべきサービスの新らしい方法を計画する必要がある。この責任はそれぞれのコミュニティにまかされているのであり，このことが，70年代における郡の役割であると考えている。

Allen Sigafus, The Role of the Counties Under the Family Assistance Plan, *Public Welfare*, January. Vol. XXIX, No. 1. 1971, pp. 80—83.

（門脇久子　社会保障研究所）

家庭政策の動向

（西ドイツ）

以下は家庭に対して行われる種々の給付ならびに恩典について，児童，家庭，保健省(Bundesministerium für Jugend Familie und Gesundheit) が示した最も新しい統計である。

1　児童手当（Kindergltd）制度

• 児童が2人またはそれ以上いる家庭には児童手当が支給される。ただし，児童がすでに他の法律による類似の給付を受けている場合には対象から除外される(類似の他の給付とは，公務員に対する児童加算給付，災害保険法による児童加算，年金法による児童加算等である)。また，ただ2子のみを有する家庭に対しては，前年度の収入が夫婦合わせて13,200 DM（1,100DM 1カ月）を超えない場合のみ給付の対象となる。

児童手当の変化

（単位：DM）

	第2子	第3子	第4子	第5子とそれ以上
1954年 以前	児童手当存在せず			
1955年1月1日	—	25	25	25
1957年10月1日	—	30	30	30
1959年3月1日	—	40	40	40
1961年4月1日	25	40	40	40
1964年1月1日	25	50	60	70
1970年9月1日	25	60	60	70

児童手当総額（経費を除く）

（単位：MioDM）

1955年	446
1960年	906
1962年	1,562
1964年	2,064
1968年	2,596
1969年	2,675
1970年	2,843

1970年11月～12月現在の児童手当受給者数	
第2子手当	2,053,182人
第3子手当	1,765,917人
第4子手当	718,140人
第5子とそれ以上の手当	533,802人

2 課税の免除（Sseuervergünstigungen）

課税免除額

（単位：DM）

	1953年	1958年	1962年
第1子の場合	600	900	1,200
第2子の場合	600	1,680	1,680
第3子以上の場合	840	1,800	1,800

課税対象とならない月収入の限度

（単位：DM）

	1953年	1959年	1962年	1965年
児童1人の家庭	261	460	485	530
児童2人の家庭	311	600	625	670
児童3人の家庭	382	750	775	820
児童4人の家庭	413	900	925	970
児童5人の家庭	524	1,050	1,075	1,120

児童非課税の適用による減税額

年収16,000DM以下の場合税率は19%であるので児童非課税の適用を受けた場合の減税類は次の通りとなる。

（単位：DM）

児童数(人)	1	2	3	4	5
減税額	19.00	45.60	74.10	102.60	131.10

1953年と1970年の平均的工場労働者の減税の状態（1カ月）の比較

（単位：DM）

	月収入	児童数（人） 1	2	3	4	5
1953年	374.00	8.58	15.41	21.08	22.33	24.75
1970年	1,289.00	19.00	4570	74.20	102.70	131.20

3 児童手当と課税の免除

児童手当と非課税の恩典をともに受けた平均的工場労働者の実収入の増加（1970年7月現在の平均月収入1,289DM）は次の通りである。

（単位：DM）

	児童数（人） 1	2	3	4	5
1953年	8.58	15.41	21.08	22.33	24.75
1970年	19.00	45.70	159.20	247.70	346.20

4　公務員に対する特別給付

児童加算給付（Kinderzuschläge）（月額）

（単位：DM）

	1953年	1956年	1963年	1964年10月1日以後
6才未満の児童	25	30	40	50
14才未満の児童	30	35	45	50
25才未満の児童（1965年より27才未満）	35	40	50	50

地域加算給付も児童数の増加によって変化する

職員の場合（Ortszuschlag）

（単位：DM）

	1968年7月1日	1970年1月1日
第1子に対する加算	31	40
第2子～第5子まで1人につき	38	47
第6子以上1人につき	49	58

労働者の場合（Sozialzuschlag）

（単位：DM）

	第1子	第2子～第5子	第6子以上
1965年1月1日	15.00	一人につき15	一人につき20
1966年4月1日	25.00	25	30
1968年7月1日	28.00	29	36
1969年1月1日	30.50	37	48
1970年1月1日	40.00	47	58

5　社会保険と公的扶助による家族給付

労働者，職員年金保険法による給付

児童加算（1人当り月額）

（単位：DM）

1953年	20.00
1964年	56.00
1968年	76.70
1971年	91.40

遺児年金（平均月額）

（単位：DM）

	1953年（全遺児・半遺児）	1970年1月 全遺児	1970年1月 半遺児
労働者年金保険	38	149	114
職員年金保険	38	172	126

寡婦年金

（単位：DM）

	1955年	1970年1月
労働者年金保険	57.50	249.20
職員年金保険	73.30	370.00

災害年金法による給付

月収1,000DM以下で傷害保険による災害年金の受給者に対する児童加算給付額は次の通りである

（単位：DM）

稼働能力の減退度	児童数（人） 1	2	3	4	5
50%	33.35	66.70	126.70	186.70	256.70
60%	40.00	80.00	140.00	200.00	270.00
80%	53.40	106.80	166.80	226.80	296.80
100%	66.70	133.40	200.10	266.80	336.80

戦没遺家族援助法による給付

児童をもつ**寡婦の年金**（平均月額）

（単位：DM）

	基礎年金	調整年金	結婚一時金
1953年	40	60	1,200
1963年	100	120	5,000
1967年	150	150	7,500
1971年	198	198	9,900

戦争遺児年金

（単位：DM）

	全遺児 基礎年金	全遺児 調整年金	半遺児 基礎年金	半遺児 調整年金
1953年	15	50	10	26
1963年	60	90	30	60
1917年	85	110	45	80
1971年	104	135	55	98

親に対する年金

（単位：DM）

	1953年	1963年	1967年	1971年
一方の親	60	100	135	166
両親	84	150	200	245

罹災援助法による給付

（Lastenausgleich）

生計費援助における**児童加算給付**

（単位：DM）

1953年	27.50
1957年	42.00
1965年	65.00
1970年	80.00

失業保険法による給付

扶養家族一人当りの**家族加算給付**（一週）

（単位：DM）

1953年以前	3
1953年	6
1961年	9
1967年	12

社会援助法による給付

公的扶助の基礎額（Regelsatz）は地方により変動が見られるが，1971年1月現在の平均給付額（1ヶ月）は下の通りである。

（単位：DM）

7才以下	73
7～14才	110
14～18才	134
18才以上	120
世帯主	155

6 住宅政策と財産づくり

住宅貸付金の児童加算

（単位：DM）

	独立家屋	アパート形式
児童数2人	2,000	1,500
〃 3人	5,000	3,000
〃 4人	8,000	4,500
〃 5人	11,000	6,000
〃 6人	14,000	7,500

6人以上は児童一人につき独立家屋の場合は，3,000DM，アパート形式の場合は1,500DMが加算される。

住宅手当法

1965年4月1日から施行された住宅手当法は，自己の収入からだけでは十分家賃を支払い，独立家屋やアパートの新築，購入の際の貸付金の返済を行い得ないものに対して適用される。住宅手当の額は家族の収入の状態，家族の必要とする住居の広さ，家族数により異る。費用は国と県が折半して負担する。そのうち1969年の国庫支出は580MioDMであり，1970年は960MioDMであった。1971年に法律が改正されその結果所得制限が次のように引き上げられた。

単身の年金受給者	1,000DM
夫婦で子どもなし	1,297DM
夫婦と子ども2人まで	1,822DM
夫婦と子ども4人まで	2,432DM

預金奨励法 (Sparprämiengesetz)

6年ないし7年間毎年一定の金額を銀行に積み立ててゆくと，家族の大きさに応じて預金額の20パーセントから30パーセントの奨励金を得ることができる。

(単位：DM)

	積立額(年)	奨励金の率
単身者	600	20%
夫婦	1,200	20%
夫婦と子ども2人まで	1,364	22%
夫婦と子ども5人まで	1,600	25%
夫婦と子ども5人以上	1,600	30%

特別の恩典として，低所得者，すなわち前年度の課税所得が6,000DM（夫婦就労の場合は12,000DM）をこえないものに対しては奨励金を預金額の40%まで与えることがある。6年間の満期になる前に本人が結婚すれば2年間積立てした後であれば預金額と奨励金を受けることができる。

住宅積立預金の奨励

住宅資金の積立についても同様の恩典が与えられている。すなわち家族が多きくなるに従い奨励金の率は良くなる。課税所得が年6,000DM以下であれば，奨励金の他にその30%が割増金として上積される。期間は6年間である。

(単位：DM)

	積立額(年)	率	奨励額	低所得者のための割増奨励金
夫婦	1,600	25%	400	120
夫婦と子ども2人まで	1,481	27%	400	120
夫婦と子ども5人まで	1,334	30%	400	120
夫婦と子ども5人以上	1,143	35%	400	120

Familienpolitik in Zahlen aus, *Jugendwohl*, Mai 1971.

(春見静子　上智大学)

社会政策の展望

(EEC)

現在では，ヨーロッパ経済共同体EEC，ヨーロッパ石炭鉄鋼共同体ECSCおよびヨーロッパ原子力共同体EAECは，その発展の結果として，ヨーロッパ共同体ECの新体

制に移行している。共同体の出発点となっている「ローマ条約」に表わされた共同体政策は，経済および通商問題を主として扱うものではあるが，それのみにとどまらず，共同体における社会的側面の進歩をも目的とするものである。ここに紹介する小論は，西ドイツ連邦労働社会秩序省政務次官のヘルムート・ローデ Helmut Rohde が，EEC における社会政策はいかにあるべきか，またそこにおいて西ドイツ政府は何をなすべきかを論じたものである。以下，その概要を紹介する。

I

「ヨーロッパの」社会政策について語ることは困難な事である。種々の活動にもかかわらず，EEC の発足に際して期待された程には，社会政策の分野においては，大きな効果はもたらされていない状態である。西ドイツ政府は，1969年10月28日の政府声明において，共同体の強化および強力な政治的協力のために効果的な措置を講ずるという政府の意図を表明した。EEC諸国の共同発展は社会政策的規範の段階的統合なしには考えられないのである。この趣旨は，1969年12月1，2日の両日ハーグで開かれたEEC加盟諸国の国家および政府首脳会議 Konferenz のコミュニケに，その結実を見たのである。問題は，この目標設定がいかにして実行に移されうるかということである。

西ドイツ政府の新しい指導は，EEC 設立条約（ローマ条約）の第117条にある目標設定から出発している。同条によれば，加盟諸国は被用者の生活条件および労働条件の改善を目ざし，それによる進歩の過程においてその統合を可能ならしめることになっている。この目標の達成のための従来の努力においては，統合は超国家的な法制定によってのみ達成されうる，と考えられたようである。しかし，その際に，共同体の諸機関の法制定権限が社会政策分野に関しては狭く限定されているという困難が生じた。この点における変化は，議会 Parlament の権限も超国家的なレベルで本質的に強化されたときに初めて期待されうるであろう。

しかしながら，生活条件および労働条件の改善と統合は，国家的な法規の超国家的なものへの置換によってのみ可能であるのではなく，加盟諸国が特定の目標設定に関して同じ立場をとることによっても可能となるのである。

II

この方向で前進するために，まず西ドイツ政府によって2つのことがなされた。第1は，共同体全体のために出来るだけ統一的な観点から作成された分析的数理作業が必要であるという考えから出発している。このような数理的作業は，貨幣価値で表わされる限り，社会保障および他の社会政策的方策の量的な面を認識せしめうる。西ドイツにおいては，この目的のために新らしい社会予算 Sozialbudget が作成された。

今後は，共同体レベルにおいても，このような手段が必要であると思われる。それはヨーロッパ社会予算とでも呼ばれるものであろう。それはさらに，共同体の次元で，国民経済の全体計算および中期経済計画に統合されなければならないであろう。委員会 Kommission の加盟諸国の社会保障制度に関する最新

の状態における比較検討とともに，評議会 Rat は共同体における社会政策とくに社会保障の分野における課題の必要に応じて検討し結果を注視する立場に立つであろう。

III

上述の第1のものが特にヨーロッパ社会政策の前提条件を改善することを目的とするのに対して，第2のものは，このような政策の方法論に立脚している。委員会の従来の努力は，まず第1に，異なった社会秩序において使用されている概念および定義を一致させることに向けられていた。それはたしか有益な仕事であった。しかし，社会保障のそれぞれの概念，定義または制度を比較し一致させようとするときには，国家制度全体がただちに問題となってくる。

そこで，我々は社会政策の協力を他の側面から促進するような考えから出発した。すなわち，加盟諸国における社会保障の異なった制度の行政機構から出発すべきではなく，将来において加盟諸国の異なった制度においていかなる共通の目標が設定されるべきかを問題にすべきである。そうすれば，数十年来発展してきた各国の法構造および行政慣習は，個々の場合にふれられずにすむ。目標に関して一致すれば，個々の加盟国においてこの目標がいかなる方法で達成されるかは，さして重要なことではない。

次に問題になるのは，共通の目標設定に関する一致がいかなる分野においてまず第1になされるべきか，ということである。それは，いかなる目標が近い将来において達成されそうであるかにかかっている。全てのEEC加盟国において，目下のところ，社会保障によってカバーされる人間の範囲に関して議論されているように思われる。このような理由から，我々は，まず第1段階として，社会保障の人的適用範囲に関する委員会の報告を吟味することを評議会に委託することを提案した。

我々の提案は，西ドイツ労働大臣ヴァルター・アレント Walter Arendt を議長として各労働・社会大臣によって構成される評議会によって取り扱われることになるだろう。我々は，このようにしてEECの社会政策分野における活動がなされることを望む。社会保障の根本規範および個々の給付範囲に対する権利に関する共通の目標設定を求めることが望ましい。社会保障の目標設定を越えて，さらに共通の社会的構造政策もまた必要である。特に緊急の問題は労働保護の分野における急速な進展であり，労働法の発展のための共通の基準線制定に対する努力がなされなければならない。

EEC加盟諸国における被用者の生活条件および労働条件を改善し調整するという最終目標に近づくために，我々は非常な努力をしなければならない。これとの関連において，重要な一歩は，1970年7月27日に西ドイツ労働大臣アレントを議長とする評議会の決定によって生じたヨーロッパ社会基金 Sozialfonds の新しい任務の分担である。これによって，もしも共同体の政策または共同で決定された活動によって労働市場が影響を受けまたは危機にさらされた場合には，評議会の特別の決定にもとづいて基金が活動することになる。さらに，基金は，長期的に継続する構造的失業または低雇用状態の除去のため，高度の資

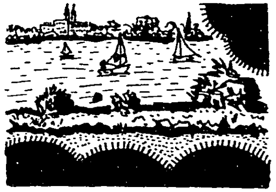
質を有する労働力の養成のため，障害者のリハビリテーションのため，また老人・婦人・若年被用者の地位の改善のためにも活動しうる。

ヨーロッパ共同体は，社会的進歩の空間として成立し，社会的エネルギーをその政治的発展のために委ねるための有益な前提をもたらすものである。共同体はかなりの経済力を意のままにしうるし，社会的伝統および発達した構造を有し，また社会保障の中で生活を形成するという加盟諸国における広い層の意志に基づきうるのである。ヨーロッパの政治に新らしい刺激を与えるということは，その社会的発展の新たな出発点を求めるということである。西ドイツの新政府は，そのことと真剣にとりくもうとしている。

Helmut Rohde, Aspekte europäischer Sozialpolitik ; *Soziale Sicherheit* (*Zeitschrift für Sozialpolitik*), 19. Jahrgang Heft 10 (Oktober 1970), S. 289—291.

（伊達隆英　健保連）

社会保障と行政権の介入



（フランス）

フランスの社会保障では各種の金庫 caisses が実施主体となり，国が保健社会保障省を通してその監督に当たる。この場合，各種の金庫は労使双方の代表者を中心として構成される私法上の独立の法人とされており，社会保障の運営と監督が完全な形で分離しているわけである。このような社会保障システムのもとでは，必然的に金庫の独立性と国の監督権との間に衝突がさけられず，両者の間にはほとんど恒常的にといってよいぐらいに緊張関係が支配している。

1969年1月31日の参事院訴訟部の判決事件も，このような金庫の独立性と国の監督権との間の緊張関係を示す一つの事例であって，Droit social誌1971年1月号はこの問題をとりあげている。そのタイトルは「社会保障金庫の選任行為に対する行政府の後見」というものであるが，社会保障金庫理事会のある議決に対する行政権の干渉の限界をとり扱ったものである。ごく大ざっぱにいえば，わが国の健保組合の理事会の議決に対する厚生大臣の介入する限界を問題としたものである。

同誌では，まずこの事件についての参事院の判決が紹介され，つづいてこの判決に大きな影響を与えた政府委員 Baudouin の長文の見解，最後にトウールーズ大学Mandevilleの考察が掲載されている。

事件の発端は古く1963年9月にさかのぼるが，同月27日に，事件の一方当事者たるパリ地区初級社会保障金庫理事会は同金庫事務局の幹部の選任をおこなうに当たって，一部使用者代表の出席を得られないまま，ポスト数17につき被用者代表13，使用者代表4の配分を決議した。このような金庫理事会の活動は原則として，すべて社会保障法典の規定にもとづき「社会保障機関の組織上の基本原理」に従っておこなわれるべきものとされている

が，当時の労働社会保障大臣は，当該金庫の議決はこの基本原理に反しておこなわれたものであるとして，63年11月12日にその命令で同議決の無効を宣言した。パリ地区初級社会保障中央金庫は，この大臣の命令が金庫理事会の自主決定権を侵害するものであるとして，パリ地方行政裁判所を経由して参事院に対してその無効確認を訴求し，69年1月31日に最終的に大臣の命令が無効である旨の判決が下されたのである。

この事件には，社会保障金庫の自主性と国の監督権の及ぶ範囲またはその限界，社会保障金庫の組織上の基本原理，社会保障金庫の内部規約の拘束力，あるいはこの種の事件に関する裁判管轄権限の問題など，多くの興味ある問題点が含まれている。

ところで，労働大臣が当該金庫理事会の議決を無効とした根拠はどのようなものであったかであるが，それは次の点にある。すなわち，事務局幹部のポストの選任手続きをおこなった同金庫理事会では，使用者代表が，その希望する役席の重要性についての他の理事会メンバーとの意見が一致しないため退席したまま，残りの理事(被用者側)だけで議事がすすめられ，いちおう使用者側代表のために四つのポストをあけて置いて，他の13のポストについて選任議決をおこなったのである。労働大臣は，同理事会におけるこのような選任手続きは社会保障機関の組織上の基本原理，すなわち被用者側と使用者側はその議決機関において均衡のとれた方法でそれぞれの代表を出すものとする「基本原理」に反するものとして，社会保障法典第171号を根拠にして同選任手続きが無効であるとしたのである（同法典条によると，大臣は，社会保障機関理事会の決定が法に反するものと考えられるときにはそれを無効とすることができるとされる)。

参事院は，この社会保障機関の組織上の基本原理違反の問題について，一方では使用者側代表のための4ポストを空席にして置くのは使用者側の代表権を奪う結果をもたらすので事務局の構成の点で基本原理違反であるとしながらも，他方で結果的には残りの13ポストの選任手続きについてはこれを容認する態度をとっている。このような参事院の態度に影響を与えたのは政府委員の基本原理についての考えかたである。それによると，この基本原理は金庫理事会の理事の構成に関する社会保障法典第23条にいう「比例制の原理」であるとする。すなわち金庫理事会構成員の$^3/_4$は被用者代表の理事で，残りの$^1/_4$が使用者代表の理事であるから，金庫事務局幹部のポストのうち被用者側および使用者側に配分されるポストの数は$^3/_4$対$^1/_4$でなければならないというのである。この事件では17ポストのうち13ポストを被用者側に，4ポストを使用者側に配分しているのでこの基本原理には反していないというわけである。Mandeville はこれに対して，1960年2月24日の破毀院判決を引用して，事務局メンバーの選任は必ずしも代表される選出母体間の単純な算術比だけに依存するのではなく，さらに「内在的重要性」や「歴史的普遍性」の考慮を加えることがこの基本原理のより妥当な理解ではなかろうかと疑問を提起している。

しかし実際に参事院が労働大臣の命令を無効としたのは，実はこの基本原理の適用によってではない。参事院が根拠としているのは労働大臣のこの問題に対する監督上の越権に

ある。すなわち私法上の法人とされる社会保障金庫理事会の事務局幹部の選任行為に関する争訟は普通法上の事件として司法裁判所で処理されるべきものであり，社会保障法典第171条に規定する大臣の監督権限の対象となるものではないとするのである。つまりこのような選任行為は金庫の内部問題であり，行政権の介入する問題ではないとするのである。

このように理解するとすれば法律的にはこの事件をどのように処理されることができるであろうかとして，Mandeville は一つの仮説的な議論をおこなっている。それは金庫の内部的違反の問題についてである。すなわちこの事件の当事者たるパリ地区初級社会保障中央金庫の1963年の内部規約はその第7条で，金庫事務局における労使各代表の構成に関する原則は理事会の構成をもととしなければならないと定めている。従ってこの内部規約の拘束力を検討することによってもこの事件の処理が可能ではないかと問題の提起をしているのである。しかし参事院はこの問題について，社会保障機関は自から定めた規約に服従させられるものではないと判断した。それは社会保障機関を私法上の法人とみるところからくるものであって，その種の規約違反は規約の変更と理解されるのである。この点についてはフランスの判例の一般的態度であって，一般的規制の効力をもつかあるいは公権力自体がその起草者となっている場合を別として，「私法上の規約に反する議決に対しておこなわれる異議申立ては法律違反の異議申立てとみなされない」のである。しかしながら他方，この事件の判断に当たって，参事院が当該金庫事務局の「構成」は社会保障機関の組織上の基本原理に反するとしているところをみると，あるいは当該金庫の上記内部規約に一般的規制力をもたせたものと理解することができるかも知れない。もしそうだとすると，一方で社会保障機関の公法的性質を否定しながら，他方でこれを肯定していることになり，この事件は社会保障金庫の法的性質についての従来からの理解に大きな変化をもたらすことになるのではなかろうかというのが Mandeville の最後の指摘である。

La Autelle ministérielle sur les operations électorales des Caisses de sécurité sociale, *Droit social*, Janvier 1971, pp. 57—69.

（上村政彦　健保連）

社会保障制度の拠出上限

——5カ国の比較による——

（アメリカ）

本稿には，主として，オーストリア，フランス，西ドイツ，スウェーデン，およびアメリカを対象として，社会保障制度の拠出で対象とされる収入の上限にかんする比較と検討が示されている。

拠出（また，給付にもあてはまる）の対象とされる収入の上限には，(1)　総収入，(2)　各労働者の全収入，および　(3)　常傭被用者の全

収入が考えられる。しかし，(3)には，資料が不足しているので，これは検討の対象から除外する。ところで，ここで取上げる収入は，基本的な現金による賃金（補足的な諸手当を含む）と現金以外の報酬が含められる。いずれにしても，上限はオーストリアと西ドイツがダイナミックな仕組みで，また，スウェーデンが消費者物価指数により，それぞれ生産性や生計費などの上昇のような経済的変動に対応させて，完全な自動調整を行なっている。フランスは半自動的調整で，アメリカは必要に応じてそれぞれ調整している。このような方式の中で，アメリカの上限は他の4カ国より低く，他の4カ国では，大部分の労働者の収入が上限以下となっている。

上限の高低はともかく，上限と収入との具体的な扱いについて多数の国々の状況をみれば，各国の間では，(1) 上限以上を除外する，(2) 拠出と給付算出の最高収入額を定める，(3) 上限を全く設けない，もしくは，(4) 他の制限方法を使用する（拠出に上限なし，給付に上限あり）などの方式が採用されている。(1)では，アメリカは必要に応じて，フランスは労使の全国的交渉で，それぞれ上限を次第に引上げ，西ドイツは上限を廃止した（1968年）。(2)は最も一般的に用いられる方法であるが，全収入を対象とするのは政策的に困難で，使用者と高額取得者（給付上限に反対）のグループによる圧力を加えられる傾向がある。(3)は理論的には各方式の中で最大の再分配効果をもっているが，しかし，大部分の国では拠出に上限がないのに対して，給付は低い。ちなみに，医療給付は過去の収入の大きさと全く無関係な例である。(4)は少数の国々が採用しており，給付上限も設けているが，しかし，この方式を用いる国で給付が上限に達するのは，たとえば，ベルギーとフィンランドが2000年，また，デンマークが1996年と予想されている。

本稿で対象とした5カ国における製造業の平均賃金（男女）と収入上限の対比は，国や年によって異なり，とくに，アメリカは年により比率が大きく変化する。たとえば，上限の対平均賃金比（1968年－ＩＬＯの資料による）では，西ドイツが179％，オーストリアが168％，フランスが162％，スウェーデンが234％で，アメリカは122％にすぎない。また，この比率は各国の平均賃金の算出方法によっても異なるが，各国はそれぞれの方法で平均賃金を算出している。平均賃金の算出では，オーストリアは，ブルーとホワイトの被用者を対象に，1967年以降の毎年1月と7月に平均賃金を検討し，翌年初めから賃金水準を調整しており，この全国的平均賃金は製造業平均賃金の約85％に相当する。西ドイツでも，ブルーとホワイトの被用者を対象に，平均的総収入（男女）で全国的平均賃金が示され，算出時より数えて，それ以前における第3，4，5年目の3年間が評価と対象となっており，この方式による上限は平均の約2倍に当る。スウェーデンでは，所得比例方式の年金を併設したとき以後，現在の上限決定方式が定められており，その上限は「基本額」の7.5倍となっている。この基本額は，所得比例方式を採用する時に，年額4,000クローネを基礎として定められ，これはこの年額を採用した当時に，この金額を全国的平均賃金の2分の1として決定され，上限は，ブルーとホワイ

トの被用者のうち90%をカバーするものとされた。現在，上限は平均賃金の約2.3倍に相当している。アメリカでは，現在，上限は平均賃金の約1.2倍に相当しているが，かつて上限のある基準として月収250ドル(年額3,000ドル）の水準が設定された。これは労働者の大部分をカバーするもので，工場労働者の平均賃金の約3倍とされ，カバーされた全労働者の97%がそれぞれ取得する総収入に相当するものであった。これらの関係からいえば，1970年の水準は約18,000ドルということになる（訳註　1971年現在の上限は年額7,800ドルで，1971年3月17日付の公法92—5号により，1972年1月よりこの金額は9,000ドルとなる)。

賃金や生計費の上昇に対応するように，上限を引上げるのに失敗すれば，低賃金グループに対して，拠出負担は重いものとなるであろう。したがって，経済的な変動に対して，上限を調整する必要が生ずる。その調整に各国は各種の方法を用いており，たとえば，オーストリアと西ドイツは全国的平均賃金の変化を用いている。スウェーデンも全国的な平均賃金の変化を使用しているが，その平均賃金を算出する基礎に，消費者物価指数が用いられている。フランスは全国的平均賃金指数を用いる例である。これらに対して，アメリカは必要に応じて法律で上限を決定しており，議会の決定には，賃金や物価の指数はなんら直接的な関係をもっていない。これら各国の調整方式の中では，スウェーデンの方式が経済的な変化に最も早く対応しており，この例では，指数の変化が3上昇すればいつでも自動的な調整が行なわれ，1年間のあるなんらかの特定な時期とはなんら関連をもっていない。しかし，この方式は調整の頻度が高くなる傾向があり（訳註　本誌第14号の52頁参照)，しかも，調整には実質的賃金の上昇が反映されていない。なお，オーストリア，フランス，および西ドイツは毎年1月1日に，それぞれ調整が行なわれることになっているが，これらの国々の方式では，調整にタイム・ラグがあり，それらの期間はそれぞれ2年，3—15カ月，および3年となっている。これら3カ国の調整は，調整の必要性を検討し，かつ勧告する自主的な機関の発言にもとづいて提案されるが，この方法は，一方では経済的な変化に対応するのに有利とされ，他方では使用者や高額所得者グループの圧力をうけることがあり得る。

社会保障制度の拠出対象とされる賃金支払い総額を，支払われた賃金と俸給の合計と対比させると，その比率はドイツが94%，フランスが81%で，アメリカが71%であった（それぞれ1965年)。オーストリアの比率は統計上の操作困難から，この比率を示すことができないが，各種の操作を加えたスウェーデンの比率は65%にすぎなかった。

Max Horlick and Robert Lucas, Role of the Cotribution Ceiling in Social Security Programs : Conmparison of Five Countries, *Social Securty Bulletin*, No. 2, 1971, pp. 19—31.
(U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare ; Social Security Administration ; Office of Research and StatisticsのCeife of International Staffs である Mr. Paul Fisher より上記論文の抜刷りが，別に届けられた)

（平石長久　社会保障研究所）

ISSA海外論文要約より

社会保障の将来と可変的な年齢制限の諸問題

S. Eike（西ドイツ）

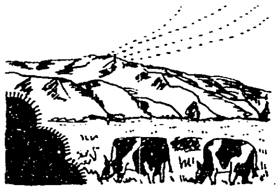
本稿には，技術革新の結果から生ずる労働力の解放にかんする諸問題が，可変的な退職年齢の手段で解決できるという方法の討議が示されている。

技術革新は経済と社会の完全な変質をもたらすであろう。コンピューターで操作された大量生産が，人間の労働を大幅に排除できるであろうということは，ほぼ想像できる。ある完全に技術化された経済は，十分な購買力にもとづく需要を要求し，その購買力は保証された大衆の立場を守る所得を意味する。それはそのような所得が社会によって稼げるか，あるいは再分配されるかのいずれかの生産の再編成を行なう目的に，重要な関係をもっていない。諸問題は失業者の場合に生ずるが，かれらが社会から所得をうけるために，失業の状態が社会的に不名誉なものとみなされるかも知れない。さらに，これは雇用にとどまっている人びとが，重い拠出を負担しなければならないであろうということも意味しており，そして，これは満足すべきことではない。

その問題に対するある解決は，企業がただちに，しかも直接的に支払う給付を，社会的給付として認めることかも知れない。人間の努力に対する要求と，利用可能な労働の可能性との間における関係は，各人それぞれの生涯における雇用期間を変えることによって，

巧みに処理できる。労働時間の減少とより長い休日の規定とは別に，最も大きく保証される期待は，退職年齢の引下げにおかれているようである。オートメイションの10項目計画で，ドイツ俸給取得者労働組合は，1965年に賃金労働者と俸給取得者が老齢年金の請求を選択する場合に，かれらが60歳から自由に決定するのを認めるべきであるということを要求した。適切な医学的助言を与える施設と併せて，50歳以後から実施される予防的な検討は，賃金労働者と俸給取得者の決定で，かれらを助けるべきである。政府がより高い上限とより低い下限との間に予想される退職年齢の幅を設けるのは，適切であると思われ，その幅の間で，各人は当人の退職年齢を決定することになるであろう。この選択の幅は，環境に応じて，なんらかの時期に範囲を広げたり，あるいは縮めることができるように，より大きな利益をもたらすことになるであろう。その決定は国会の役目で，かつ経済政策と社会政策の新らしい手段を提供することになるであろう。

Die zukumftige soziale Sicherung und die Problematik einer flexiblen Altersgrenze, *Deutsche Versicherungszeitschrift*, No. 6, 1969, pp. 140—143 ; No. 57, '70.



社会保障こぼれ話

身障者の雇用対策

（オーストリア）

1969年の法律により，1970年５月から，身体障害者に対する特殊な雇用対策が実施されている。

この対策は労働災害，職業病，戦傷による廃疾度50％以上の身体障害者の雇用促進を企図している。廃疾度が50％以下でも，25％以上の労働不能と，その労働不能のために適職につくことができないのを条件として，この雇用対策の適用をうけることができる。

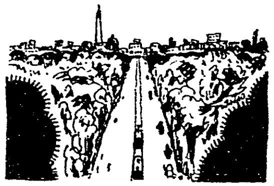
ところで，この雇用対策では，所定の被用者数に応じて，使用者に身体障害者の採用を義務づけることである。つまり，民間の使用者は，まず従業員20人に１人の割合で身体障害者を雇用し，20人以上では，従業員25人毎に１人の割合で，さらに身体障害者を雇用しなければならないことになっている。農林業でも，家族以外に20人以上を雇用すれば，身体障害者の雇用が義務づけられる。中央および地方自治体の場合には，職員25人に１人の割合で，身体障害者の雇用が要求されている。ちなみに，身体障害者に対する適切な職場を十分に提供できないとか，あるいは，技術的な条件から，義務を果せない事業所の場合には，特殊な規定を用いて，身体障害者を雇用する比率は，一応調整される。なお，身体障害者の雇用数を算出するには，たとえば，盲人２人が被用者１人として計算される。また，女子労働者が半数以上の事業所では，軍人などの遺族である寡婦は，身体障害者雇用の割当分のうち，半数までを最高として，身体障害者に対する雇用対策の割当に含めることができる。さらに，使用者は身体障害者用に，労働の激しくない仕事を用意しなければならないことになっている。

以上のような雇用対策に対して，正当な理由もなく，身体障害者の雇用義務を怠った使用者には，雇用しなかった身体障害者数の１人当り月額 250シリングの解雇税が課せられる。もっとも，なんらかの妥当な理由が認められるならば，その解雇税の徴収は免除される。ちなみに，解雇税の収入は解雇税基金と呼ばれる基金に納められ，その基金は連邦社会省が管理し，身体障害者の保護，身

（47頁へつづく）

早期退職選択の研究

Richard Barfield
George Katona
James Morgan
（アメリカ）



本稿は早期退職の決定にかんする研究の第１章から抜き出した要約で，それには，調査によって発見された事実と結論の要約が付けられている*。

早期退職に対するある誘因は，OASDHI(訳註　老齢・遺族・廃疾・健康保険）の給付引上げと，私的年金制度の普及，とくに自動車や農業機械産業における UAW（訳註　全米自動車労働組合)と，各種の企業によって設けられた私的年金制度により育ってきた。早期退職を歓迎したり，あるいは反対する環境の研究は，経済と数百万人の福祉にかんする将来の傾向と，それらの傾向が与える影響の予測を助けるかも知れない。

研究の第一義的焦点は，自発的に退職するか，あるいは仕事にとどまるかを決定するのに重要な要因を発見することであった。調査された諸要因には，雇用に対する態度，退職後に期待される諸条件（とくに，所得），およびレジャーに対する認識もしくは反感が含まれた。調査の計画は２つの資料源から得られる資料収集で，それらの資料源は，全人口の中から選ばれた代表的なサンプルと，自動車産業（比較的に魅力的な早期退職制度をもつある均質的なグループとして選ばれた）の高齢労働者達（ほぼ60歳）の無作為に選ばれたサンプルである。全国的なサンプルの面接は1966年の間に行なわれ，1966年には自動車産業労働者と郵送による接触が行なわれ，さらに，1967年には，個人的面接が実施された。

全国的サンプルと自動車産業労働者のサンプルによる双方の資料から，調査で発見された主要な事実は，期待された退職後の所得が，退職決定にとって基本的に重要であり，大部分の人びとが扶養家族，住宅の所有，およびその他の資産に比例して，年額約 4,000ドルを「出発点」と考えているようにみうけられるということである。他の可変的な状況は，健康に対する主観的な評価について見出だされ，かれらの健康が低下していると信じている人びとは，他の人びとが計画しているよりも，より以上に早期退職を計画する傾向があるようにみうけられた。

全国的なサンプルの分析では，リクリエーション活動(趣味，スポーツ，旅行など）への関心は，退職したがる意見を抱かせるかも知れないし，反対に，仕事に対する不満かあるいは労働の嫌悪が，そのような傾向をもたらすかも知れない。退職するようにしむける使用者からの圧力とか，あるいは，同僚からの圧

力は，反対の効果を招くかも知れない。現在の所得，職業，教育，仕事への責任，通勤時間のような事柄には，直接的な関係がなんら発見されなかった。

自動車産業労働者のサンプルに対する分析では，具体的な退職と退職に対する計画の双方が調査された。また，利用することのできる退職後の所得は，最も重要な要素で，すなわち，その所得は，62歳以後における社会保障と私的年金給付の双方からの所得であった。また，他の要素として指摘されるのは，仕事を継続することの困難なことである。たとえば，各人の個人的な関係，反復する労働，仕事の早さのような他の要素は，機構的には早期退職と関連をもっていると思われない。他方，65歳以前に退職を計画するのは，高齢な労働者が若い人びとに仕事を残し，より少なく働くか，あるいは，全然働かないことを希望すべきであると感じ，またレジャー活動の計画，通勤の不満のように，他の意見によって影響をうけていた。全般的に，自動車労働者は，当人の退職後における所得が適度に十分ならば，積極的に早期退職をする傾向がある。

全国的なサンプルと自動車労働者のサンプルでは，双方とも約4分の3が退職後の生活に満足しており，とくに比較的に早く退職した者には，これがいえる。住宅の所有は自動車労働者の間では重要で，健康，レジャー活動などにも，同様なことがいえる。退職を計画してきた人びとは，思いがけなく退職した人びとよりも，より以上に満足していた。

結論として，早く退職する人びとの比率は増加しており，かれらは退職を計画してきた人びとで，退職に備えて財政的に準備しているといえる。これは適切な所得もないのに，思いがけなくも退職した人びととの対照をもはっきりさせているであろう。OASDHI は，退職給付を引上げるか，あるいは，正式の年齢まで延期した退職に対して，退職給付を引上げるか，あるいは，より高い給付を支給するために，任意制の補足的な拠出を採用するかも知れない。自動車労働者に設けられたそのようなある制度への反応は活発であったが，しかし，年金水準は改善されたが早期退職の採用を幻想させるとは，考えられない。

退職は，もし大部分の人びと，もしくは，多数の人びと，とくに大量生産を行なう産業の人びとにとって，生涯のうちまことに満足すべき時であるということがいえる。しかし，将来の生産性上昇の大きな部分を，退職年齢で行なうという決定が賢明であるかどうかには，疑問がある。高い経済成長の必然的結果として，より多くの時期を教育に当てるべきであるということが示唆されている。退職により可能となる満足にかんする今後の調査は，価値があるが，しかし，より以前に，レジャーに対する時間の配分について，ある決定が行なわれるであろう。

※ University of Michigan Institute for Social Research がまとめた報告(Early Retirement : The Decision and the Experience) による

Study on Early Retirement Decision, *Social Security Bulletin* No. 8, August, 1969, pp. 23—26 ; No. 53, '70.

児童の治療手当
—社会保障のある新給付—

（フィンランド）

本稿には，国民年金制度によって支給される社会保障給付について，新らしく採用されたある形の給付が紹介されている。

児童にある治療手当を支給するために，1970年1月1日からある法律が実施されるであろう。この手段により，5,000 人以上の身体障害児と長期疾患のその他の児童は，家庭における世話を援助するために採用された手当をうけるであろう。手当は国民年金公社によって支払われ，その支給額は国民年金法で支給される補足的な介護手当と同一とされるであろう。現在，この金額は月額94マルカである。家庭で看護されている児童達は，3—16歳の者に手当の受給資格が与えられ，かれらの大部分は，16歳以後から廃疾年金の受給資格を取得する児童達で，かれらの大多数は，廃疾による特殊な児童手当を受給してきた子供達である。新らしい治療手当は従来の特殊な児童手当と取かえられることになり，しかも，新手当の金額は従来の手当の３倍となる。しかし，新手当の受給者には，その特別手当を支給されてきた受給者のうち，ある児童達は含まれないことになっており，除外されるその児童達は糖尿病患者，あるいは，法律に示された意味から判断して，正常な健康状態とみなされる同一年齢の児童と比較して，特殊な管理と処置の必要とされない児童達である。

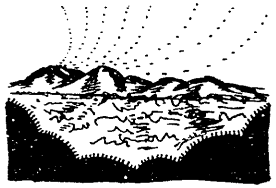
治療手当は，疾病，不具，あるいは傷害のために，最低６カ月以上の間特殊な管理と処置の必要な児童達に支払われるであろう。この特殊な世話の必要性は，基本的には，正常な健康状態にある同一年齢の児童に対する世話よりも，より大きくなければならない。盲目と身体障害の児童は，当人が特殊な管理もしくは世話を必要とするかどうかに関係なく，その手当の受給資格を取得する。受給資格は次のような場合に認められている。すなわち，手当の対象とされる状態は，盲目，つんぼもしくは幼少時に蒙むったいちじるしい難聴，精神薄弱・精神病もしくは重症の精神障害，骨もしくは関節の欠損のような先天的奇形，痙れんのように，先天的またはごく幼ない時期に発生した神経系統もしくは筋肉の疾患あるいは障害，消化機関の主要な疾患，（リューマチスによる状態のときのように）骨や運動機能の疾患，一般的な病弱である。治療手当は家庭で世話される児童にだけ支給を認められ，病院，あるいは政府，地方の行政機関もしくは自治体の連合体に所属する施設で治療をうける児童の場合には，支給されな

いし，また，主として公的な基金が，経費を調達する看護施設もしくは訓練機関に収容された児童にも支給されない。家庭から上述した各機関や施設に移された児童の場合には，治療手当は児童が病院や施設に収容された3カ月目の翌月始めから，支給を中断される。

治療手当に必要な支出は，政府が30%を，また国民年金公社（この基金は被保険者，使用者および自治体が財源を調達する）が70%を負担する。毎年の経費は550—610万マルカと予想されている。治療手当を受給している児童は，今後特殊な廃疾手当を受給しないので，後者の手当に要する支出は，毎年 180—200 万マルカずつ減少するであろう。

Lapsen hoitotuki : Uusi sosiaaliturvamuoto, *Sosiaalivakuntus*, No. 9, 1969, pp. 19—20; No. 28, '70.

医療計画の諸問題



I. D. Bogatyrev（ソ連）

本稿には，将来の健康保護にかんする予想を容易にする観点にもとづき，ソ連で実施された研究にかんする討議が示されており，その討議には，討論から得られた幾つかの結果について，若干の解釈が加えられていた。

医療の範囲と内容は，多数の要素また時には現実と矛盾した諸要素によって影響をうけ，人口統計の分野で最も重要な要素の1つには，全人口の罹患率が含まれている。ソ連の保健省は，全国民の罹患率の範囲と内容について，より綿密な研究の実施を最近決定した。調査は医療上に多少完全な組織をもつ選ばれたセンターを対象として実施された。これら幾つかの研究は，次に示されるように，疾病がそれぞれの性質と各年齢層における頻度によって，3つのグループに分けられるということを示していた。すなわち，3グループのうち，第1グループには，急激でしかも激しい疾患，とくに，インフルエンザと咽頭炎が含まれており，若い年齢層にはある特殊な疫病が指摘された。第2グループは，虫垂炎，胃の疾患，あるいは産婦人科の疾患のように，中年グループの中により以上によくみうけられる病気である。第3グループは慢性疾患で，これは高齢者グループに件数が多く，かつ頻度が高い。全人口の罹患率のもつ性格，構造および範囲にかんするこれらの客観的な対象別の考察は，地方と地区におけるニードの決定に用いられる計画について，その規範と基準の改善を政府当局に可能ならしめている。

これらの基準がすべての地方で，しかもいつもどのようにして遠くまで適用することができたかという問題については，変化がきわめて段階的であるということを，長期的研究が明らかにしてきた。各種の都市では，性別と年齢別，産業発達についての所定の性格，

および都市において医療をうける農村人口数によって，人口分布に応じた調整が行なわれなければならないであろう。大きな地区では，調整は都市もしくは農村によるその地区の人口の分布，各開拓地間の距離，通信手段，輸送方法，利用の可能性などの特殊性を考慮に含めなければならないであろう。計画作成にきわめて重要なある事項は，病院の病床数とそれら病床のネットワークである。ソ連における現在の入院率は，人口1,000人当り年間200—210件で，この比率は将来230—240件に増加すると予想される。計画化を目指すに当って重要な他の問題は，1件当りの入院期間で，その理由は，この期間が各都市に必要とされる病床数とそれらの特殊化された利用数を決定するからである。研究は特殊化された利用と都市の型によって準備されなければならない病床総数の配置と，都市における専門化された診療所の数，型，およびネットワークを示すモデルを作りあげた。

全人口の罹患率の予測は，予想することが困難である。慢性疾患はしばしば年齢と性別に密接な関係をもっているので，慢性疾患の罹患率に予想される変化が，考慮に含められるべきであるが，しかし，慢性疾患は予想された人口動態の変化にかんする現在の知識にもとづいて，予測することができる。伝染病については，科学の発達，流行病と戦かう保健当局の準備，および近年における伝染病の発生が，考慮に含められなければならないであろう。

第1の結論は，慢性疾患の増加が予想されるであろうということを示している。これは医療供給組織の機構的修正を要求するであろう。すでに結核の場合に実施されているように，サナトリュームが慢性疾患の治療として第2番目に分類された施設となるであろうかどうかという点について，問題が生ずるであろう。

Nekatorie metoditcheskie problemi planirovania bolnitchnoi pomotchi, *Sovietskoe zbrahookhranenie* No. 11, 1969, pp. 8—11; No. 34, '70.

（以上４編の「ISSA 海外論文要約より」は，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）

（42頁より）

体障害者の雇用に必要な設備や器材を用意する使用者への補助金，および，戦争犠牲者年金法（1957年）や軍人年金法による受給者の保護に，資金を支出することになっている。

なお，上述した新らしい雇用対策に関連して，ある廃疾委員会が設けられるが，この委員会は政府，労使双方，受益者などの代表で構成され，ある所定の場合における，廃疾の認定や雇用の促進に限権をもっている。

（平石長久　社会保障研究所）

解説

ヘルスマンパワー・スタディの国際的動向

国立公衆衛生院　橋本正己

第2次大戦後とくに60年代以降の社会的変動の進行のもとで水準と効率の高い保健医療サービスを支えるべきHealth Manpowerの量と質の計画的確保は，世界各国に共通する切実な課題となっている。筆者は1970年11月2から10日までGenevaで開かれたWHO主催のヘルスマンパワー・スタデイの発展に関する専門家委員会に出席する機会を得たので，その際の諸報告，諸資料などを中心に主題の国際的な動きをその方法論に視点を置いて御紹介することとしたい。なお前記委員会のメンバーは，Dr. E. M. Backett（イギリス・ノッチンガム大学医学部教授），Dr. R. Bergman（イスラエル・テルアビブ大学教授），Dr. I. D. Bogatyrev（ソ連・連邦社会衛生・保健組織研究所長），Mr. K. N. Butani（インド・応用マンパワー研究所長），Dr. C. Ferrero（アルゼンチン・医学教育研究所理事長），Dr. S. Halter（ベルギー・公衆衛生家族省次官），橋本（日本・国立公衆衛生院部長）の7名で，コンサルタントとしてDr. R. F. Badgley（カナダ・トロント大学行動科学講座主任教授），Dr. T. L. Hall（アメリカ・ジョンスホプキンス大学国際衛生学部副教授）が出席した。また討議は予め配布されたコンサルタントの主報告，7名の委員のワーキングペーパーおよびWHO関係の主要文献などを中心に，事務局によって周到に準備された討議日程によって進められ，委員のほかWHOの関係部門の担当者，ILOの代表なども随時討議に参加したことを付記しておく。

主題に関する国際機関の活動

WHOは創設以来この問題に重大な関心をよせており，4回に亘るWorld Health Situaton の刊行，関連諸委員会による Technical Report Series などの中でくり返しこの問題に関する討議が行なわれている。とくに第21回総会（1968年）ではこの問題に関する決議がなされ，第22回総会では Brain Drain の討議，昨年第23回総会では技術討議の主題としてこの問題がとりあげられている。このほかWHOの地域事務局のレベルでもILO, UNESCOなどの協力を得て，1965年だけでもこの問題に関するゼミナールや会議が10数回にも及び，またとくに中南米，アフリカ諸国などを対象として各国レベルの研究調査に対する技術援助が積極的に行なわれている。

研究調査の事例と方法論の評価

ヘルスマンパワーの研究調査の視点ひいてはその方法論は，第2次大戦後大きく変化しつつある。その最大の要因は人口の都市化，老齢化，疾病像の変化，医療の社会化と技術革新などのもとで，包括的な保健・医療サービスシステムの必要性がとみに高まったこと

である。すなわち，従来のこの種の研究調査は単一の職種とくに医師を対象としたものが多かったが，このような考え方の変化によって医師は保健・医療サービスのモザイクの一部として位置づけられ，複合的な職種を対象とし，社会的，心理的，経済的諸要因を重視し，多数の variables に対する multiple regression の技法を導入した研究が注目されるようになった。

前記委員会では，過去10年間にみられる研究の方法論としてつぎの6つがとりあげられ，若干の研究事例を中心にそれぞれの方法についての討議が行なわれた。

1)　Health Personnel-Population Ratio

最も初歩的な方法として保健・医療技術者の人口に対する比率を用いるもので，例えば医師について，アフリカ諸国では20,000人に1人，USA では750人に1人，イスラエルでは400人に1人といった類のものである。この方法の最大の欠点は与えられた比率と望ましい比率の間における社会経済的，心理的，技術的諸要因の変化が無視されることである。

2)　Demographic Projection

人口集団の社会的，人口学的特性を明らかにして Indices of Growth を設け，必要技術者数を算出する方法である。しかし現状では健康指数，サービス利用指数などとリンクしたものはきわめて少ない点に問題がある。事例として1967年台湾で実施されたプロジェクトが討議に供されたが，これは全国規模の世帯調査を基礎とし，multivariate analysis によって人口集団の特性の重みづけを行ない必要医師数を算定したものである。[1)]

3)　Need for Health Services

この方法はサービスに対するニードを測定して技術者の必要数を算定しようとするものである。1933年アメリカのCCMC報告における方法が改めて評価されている。これは多数の専門家の意見によって "good medical practice" の内容を定め，住民の健康調査の結果から必要な医師数として人口10万対135人を算定している。[2)] 同様の方法が60年代になって cost-benefit analysis として注目を浴びたことはよく知られている。ソ連でも "standards for optimal care" の考え方に基づき，代表的地域標本を対象とする専門家の分析により必要人員の算定が行なわれている。また1965年ベネズエラ大学は，Pan American Health Organization の援助を得て，特定疾患による死亡をなくするために必要な経費と人員を算定しているのもその例である。

この方法は科学的といえるが，アメリカの Baker & Perlman は実際的な困難としてつぎの点を指摘している。①正確な罹病・死亡の統計資料がない。②治療予防の方法に代替があり必要人員の算定が困難である。③need が測定されたとしても public demand の測定が困難である。[3)]

4)　Supply and Demand

Herbert E. Klarman はヘルスマンパワーの必要数の算定における経済学的視点の重要性を強調し，アメリカにおける最近の傾向として，公衆衛生のプランナーと経済学者の共同研究を重視している。[4)] 一般に Supply については，現存する人員供給源の規模，特性，教育訓練のボトルネック，施設の能力などが着目され，demand の指標としては GNP に占めるヘルスサービスの比率，技術者の養成

費，人件費，医療施設のコスト，病床利用率，保健サービス利用率などが用いられている。例えば1964年のカナダのMedical Manpower Study では，①1961年の人口対医師数，②51～61年の増加傾向，③61年の住民1人当り平均医師利用率，④医療保険拡大による患者の医師訪問率の増加率（25%），の4種類の仮定によって15年後の医師必要数を算定している。[5] しかし Supply-demand model に対する批判として，supply については技術者の機能と生産性の変化を無視して数の増のみを考える傾向，demand については，医療に対する社会の要求の変化が無視される傾向のあることが指摘されている。

5) Functional Analysis

これは技術者の資格要件と遂行すべき仕事の内容をマッチさせようとすることがねらいである。しかし従来の研究では，分析の時点と応用の時点にタイムラグがあり，分析の結果によってプログラムやシステムを変化させようとする考え方が欠けているところに問題がある。この方法を実際に応用した事例として，民間医師が日常行なう簡単な仕事を実施しうる訓練を受けた看護兵を用いたアメリカ海軍の研究，医師の生産性を高めることによって医療を受ける対象の増大をはかるワシントン大学の Medical Extension Program 等がある。

6) Target Setting Approach

これは目標年次における一定の target を設定し，これを実現するための criteria を選定して必要な技術者の数を算定する方法である。

Frederick Harbison & Chales Meyors は，Target Setting Formulation についてつぎの諸点を提案し，これに基づいて各国の相対的な manpower needsを測定している。[6]

①実現すべき target は，パブリック・リーダー，職能団体，公衆衛生専門家などの諸報告を参考として明確にすること。

②諸外国との合理的な比較研究を基礎とすること。

③これら targets を実現するためのプランニングは総合的なものであること。

④この方法は予報ではなく，goal を明確にすることにより将来の発展方向に影響を与えるものであること。

この方法のひとつの発展として Thomas L. Hall はペルーにおける Health Manpower Need の推計に際し，つぎのような “Rationalized Demand” の概念を導入している。[7]

①Health Manpower Demand に関係のあるさまざまの要素を実際的に可能な限り数多く分解する。(disaggregation)

②それぞれの要素ごとに tatget year における projection を独自に行なう。

③これらを総合する。(re-aggregation)

この際その前提としてつぎの3つの仮定が採用されている。

①対象期間中には保健省による保健計画が採用される。

②病院病床の利用と医師勤務時間を規定するものとして，総医療費中における私的および公的支出のバランスに変化はない。

③医学教育について改善が行なわれる。

2，3の国の特色ある事例

1) インド

インドはマンパワープランニングについてすでに20年の経験を持っている。その大きな特色はマンパワー問題について国としての恒常的な研究機能の導入を制度化していることである。すなわちインドでは Planning Commission 自体がマンパワースタディを行なっており，研究調査の結果が政府によって全面的に活用されている。またその方法の特色は具体的な問題解決を指向していることであり，公的セクターについては normative, programatic approach, 私的セクターについては effective demand approach に力点が置かれている。

2）ソビエト連邦

ヘルスマンパワープランニングが構造的にヘルスプランニングの一環として組みこまれ，連邦・共和国・地方を通じて一元的に行なわれている。またその方法論の特色はすでに触れたとおりである。

3）コロンビア

この国では1970年の失業率が20%で，85年にはこれが30～35%に及ぶと推定されている。1970年に国連の援助により，27人の専門家の調査団を迎え，①health and production, ②health and labour force, ③health and migration, の3つの観点から保健と雇用の関係についての研究プロジェクトが進められている。

4）チリー

1969年以来チリーでは大規模なヘルスマンパワー・スタディが進められている。これは保健・医療に従事する11種の職種についてこれらの供給の現状と将来供給の projection を行ない，一方公的セクターの拡大についての2つの代替的仮説によって，マンパワーに対する総体的な需要の増大を分析するものである。このため45,000人の標本調査により，保健医療サービスに対する met demand および unmet demand, 費用の支出などについて調査が行なわれている。この研究の特色は，他の多くの研究と異り，supply よりは demand の分析と projection に重点が置かれ，政府のマンパワー吸収能力にリンクした供給を重視していることである。また研究計画の中心課題が，ヘルスマンパワーに関する代替的政策の長所と意味を速かにテストできるようなチリー全国のヘルスセクターの model を作成する点に置かれていることでも注目すべきものといえる。

今後の課題

前記の専門家委員会の討議のなかで強調された若干の課題はつぎのようなものである。

1）基礎となる統計資料の整備

経常的な health statistics の一環として積極的に整備されるべきものであり，現状ではきわめて不備な国が多い。

2）ヘルスマンパワー・スタディ自体の評価

研究報告における勧告がどの程度実行されたか。その影響，効果はどうか。研究費がどこから出たか。などについて評価する。

3）プランニングの前提条件の分析

効果的プランニングの前提として，①問題に対する一般的認識，②value system が変化を受けることについての準備，③行政当局の支持，などの諸条件が必要であり，これらについての situation analysis が必要である。

4）保健・医療の職種の国際分類の確立

ILO, WHOによって努力がなされているが，国際比較に耐えるような職種の分類については未だに多くの問題が残されている。

5） マンパワープランニングにおける model の開発と活用

代替的保健行政の執行についてシステムへの影響をテストするため model の意義は大きいが，保健・医療分野ではその開発と活用が遅れている。

6） 恒常的な研究部門の確立

国のレベルの行政機構におけるヘルスプランニングの組織の一環としてマンパワー・スタデイの恒常的 unitを確立する必要がある。

7） プランニングに対する教育訓練

post-graduate の public health generalist 教育訓練の一環として，主題に関する教育訓練を積極的に行なうべきである。

8） 主題に関する文献資料の組織的な収集と活用

この点は現状ではとくに言葉の相違などによって研究成果の交流と活用がいちじるしく阻げられており，WHO 等が早急にとりあげるべき課題といえる。

参考文献

1. Baker, T. D. & Perlman, M., *Health Manpower in a Developing Economy : Taiwan, A Case Study in Planning*, The Johns Hopkins Press, 1967.
2. Lee, R. I. & Jones, L. W., *The Fundamentals of Good Medical Care*, The University of Chicago Press, 1933.
3. Baker, T. D. & Perlman, M., *ibid.*, The Johns Hopkins Press, 1967.
4. Klarman, H. E,, Economic Aspects of Projecting Requirements for Health Manpower, *Journal of Human Resources*, 4, 1969.
5. Judek, S., *Health Manpower in Canada*, Royal Commission on Health Services, 1964.
6. Harbison, F. & Myers, C. A., *Education, Manpower and Economic Growth*, McGraw-Hill Co., 1964.
7. Hall, T. L., *Health Manpower in Peru : A Case Study in Planning*, The Johns Hopkins Press, 1969.

社会保障こぼれ話

社会保障と団体交渉

（スウェーデン）

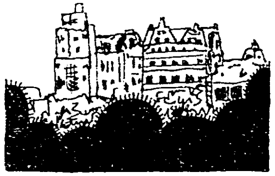
労働組合連合（ＬＯ）の提案により，1970年に，年金の早期受給について，新しい規定が採用された。この新規定の特長は，従来のように，医学的要素を重要視しないということである。今後重要視されるのは，労働条件などの労働市場における諸条件と関連づけられることになるであろう。また，特殊な疾病や肉体的な欠陥が存在しない場合には，受給者が長年にわたり困難な労働に従事して，労働能力を損耗してしまったならば，年金を早く受給できる。しかし，適切な雇用を手に入れるために，再訓練をうけたり，あるいは他の地域に移動させるために，年金の早期受給には，上に示したように，受給資格と労働の内容を結びつけないことになった。

なお，年金制度にかんする労使双方の中央交渉で，年金制度の問題に対する解決策が討議さ

（56頁へつづく）

海外だより

見事なファイリングと お粗末な台帳処理



厚生省年金局　竹内邦夫

イラクの国民は非常にすぐれたファイリングの能力をもっている。

これは私自身が直接見たものではないが，レジデント＝オフイフと呼ばれる役所には，短期旅行者と特殊な待遇をうける一部の人を除くすべての外国人の居住登録がなされているが，ここではすべての書類が個人毎にファイルされて保管されている。であるから，この国へ出入りの回数が多くなればなる程，この人のファイルは部厚いものとなる。この国は，現在，革命政府によって統治されており，政府転覆計画を非常に警戒していることや，イスラエルとの関係が非常に不穏であること等から，通信に対する検閲が厳しい。また，日常品の入手が非常に困難なために，国外に出かけることの多い在留日本商社員等は，出国ビサをもらう度に，このファイルのために気持の悪い思いをさせられている。この国の通貨イラキデナーを外貨に替えることには可成り厳しいコントロールがある。しかし，ややこしい手続をふめば一定の額までは中央銀行から承認書がもらえることになっている。この中央銀行にはまた立派な個人ファイルがあって，申請書等の一切の書類がすべて保管され，何課は何月何日いくら，何月何日いくらの外貨を買ったかがわかるようになっており，通貨管理の強力な手段として働いている。

しかしながら，この様な立派なファイルは，必ずしも，前述の例のように非常に大きな目的を達するためにのみ保有されているものではないようである。

この国の被用者に対する社会保障制度は，1964年法により導入され1966年４月より実施された。この制度は，疾病給付（我が国の健康保険制度でいえば傷病手当金），母性給付（同，出産手当金），分娩費，埋葬料を規定する疾病部門，障害年金，老齢年金，遺族年金，老齢一時金，遺族一時金を規定する年金部門，及び療養の給付，業務上障害給付（休業手当），廃疾年金，遺族年金，廃疾一時金を規定する業務上障害部門の三つの部門より成り立っている総合保険制度である。このうち，業務上障害部門の療養の給付は実際上行なわれておらず，業務外の疾病と同様に，公的医療機関における無料の診療で代替されている。また被保険者はその月収に応じて五つの等級の何れかに格付けされ，それぞれの等級に応じた保険料の印紙を被保険者手帳に貼付することによって納付することとなっているが，その費用の分担は，事業主２に対して被用者１の割合である。

さて，業務上障害部門の諸給付を除き，殆

んどすべての給付は，その支給をうけるために一定の保険料拠出期間が要求され，またその給付の額も，特定期間のその者の報酬等級に関係づけられている。その為には，我が国における一般的な考えからすれば，被保険者台帳が設けられ，それにその被保険者の生年月日を始め，性別，被保険者資格の取得喪失の状況，保険料納入の記録等が記入されているべきであると考えられるのであるが，今のところ，この様な被保険者台帳のでき上る見込は全くといってよい程無い。被保険者の名前，生年月日，使用主（最初の被保険者資格を取得した際の），被保険者番号だけを記入した被保険者手帳の卵のようなものは作成され保管されているが，これには，その後の被保険者資格の得喪の記録も，保険料納入の記入も全くない。

であるから，給付を請求する場合には，被保険者であること，または被保険者であったことを示し，その間の報酬等級を示すためには，被保険者手帳を給付の請求書につけて提出しなければならない。この場合，手帳の数は1冊であるとは限らないのである。

保険料の印紙は，事業主が社会保険庁又はその支所にきて購入し，被用者の手帳に毎月貼付してやることとなっているが，これがまたきわめてあぶないものである。そのため，調査官が居て，時折，事業所へ出向いて，すべての被用者が手帳を有しているか，その月の分まで正確に印紙が貼付されているか等を調べて廻るのである。その結果，被保険者手帳を持っていない者については，資格取得届の提出をさせ，印紙のはっていない分については，いくらいくらの印紙を貼るようにという指示がなされる。調査官は，この監査の結果報告を作成するが，これがまた丁寧に，事業所毎に，数年間に亘って，完全なファイルとして保管されている。厚いものになると，一事業所分でも数糎は充分ある。しかしながら，社会保険庁の本庁にも支所にも，事務所毎にそこに雇われている人の氏名（実はこの国の多くの人は名前しかもっていないが），生年月日，性別，報酬等級等を一括して示すような何等の台帳もない。

実は，つい先頃，非常にショックを受けるような出来事が見付かった。それは，この国の最大の適用事業所である国有鉄道のある従業員（勿論労働者であるが）が病気で仕事を休み，給料を受けることができなくて疾病給付（疾病による休業に対する所得の保障＝我が国の傷病手当金に当る）の請求をしたのであるが，その被保険者の手帳には全く印紙が貼付されていなかったのである。よく調査をして見たところ，国鉄は数年に亘って，被保険者の給料からは保険料を差引いていたが，財政不如意のため，全く印紙を購入せず，被保険者手帳にこれを貼付していなかったのである。この様なことは当然調査官によって見出されるべきであるが，これがわからなかったのは調査官による調査が，事実上，国鉄については出来なかったからである。なぜなら，17,000人という被保険者数は，手帳を調らべるにはあまりにも多いし，且つこれらの人々が駅に分散していたり，乗車していたり，家にいたりしているのであるから。

お金の出し入れには非常に厳しいイラクでも，印紙の売捌きについては，大福帳式で，何月何日，だれだれに，何等級の印紙何枚売ったというような記録が残されているのみで

あって，個々の事業主が，印紙を必要なだけ買っているかどうか一目で見得るような何等の台帳も備えていないのである。

前述のように，給付の請求には，被保険者台帳が全く役に立たないので，是非とも，自分の資格を証明するために被保険者手帳を添えなければならないが，その他にも，いろいろの書類を裁定請求書に添えなければならない。それ等は事業主の休業証明であったり，医師の診断書であったり，更には，妻や子供の出生証明書（我が国でいえば，戸籍謄本にあたろうか）であったりするが，文字の読み書きのできない人の多いこの国の国民にとっては大変なことである。給付の決定が行なわれたあとは，これ等のうち返還しなければならない出生証明書や被保険者手帳（被保険者資格喪失を条件とする老齢年金や遺族年金の場合には被保険者手帳は返還されない）等をのぞいて，すべての書類は個人ごとにファイルされる。

短期給付についてさえ，この様なファイルは10年もの間完全に保管されることになっているが，年金受給者については，またこれが大変なことになる。年金額が法改正によって変更されれば，これに関する個人ごとの決裁文書はすべて，この個人のファイルに追加されるし，子供が大きくなって年金支給の対象とならなくなればまた一枚書類が追加される。年金受給者が死亡して遺族年金に移行する場合には更に数枚の書類が追加ファイルされるといった調子である。すなわち，このファイルには，その者に関するすべての情報が納められているのである。

この様なファイルが各種年金を合せて，おそらく現在は数千に上るであろうが，これから特定の年金について，その年齢別の受給権者数と年金額を知ろうというような簡単な統計表でさえ作表することは容易なことではない。なぜなら，その人が生れた年と，年金をもらっているかどうかを示す記録と，その年金額とは，それぞれ異った紙の上に書かれていて，それがどの紙の上に示されているのかはそう簡単には判断できないからである。私は，1枚の紙の少くとも裏表の中に必要なすべての事項が記録されているような受給権者台帳を作ることを勧告したのであるが，ついにその意見はうけ入れられなかったようである。彼等はその必要性を全く感じないらしい。

この様に，イラク国内においては，あらゆるところで立派なファイルを見出すことができる。この様な能力を誰が教育し，誰が訓練したのかは私は知らない。古い英国の委託統治のなごりであるかも知れないし，独立後の政府そのものが考え出したものかも知れない。

外国人の居住登録や，中央銀行の外貨取得に対する個人ファイルは実に見事であり，その目的とするところも殆んど理解できるし，それをほぼ完全に達成しているように見受けられる。また，年金受給権者に関するファイル等については，公務員の詐欺，横領，収賄等を防ぐための手段として，多くの人のサインを必要とする文書の決済とともに有力な武器の一つであるという人もあり，この見解もある程度理解できるのであるが，調査官による調査の監査報告書が事業所毎に長年月に亘ってファイルされているのは何を目的としているものであろうか，彼等は，あるいは，特殊な目的を達するためでなく，ただ漫然と習慣に従ってやっているのかも知れない。

一方ではファイリングや文書の決裁に多大の時間と労力とをかけながら，被保険者や年金受給者の現勢を見るのに是非とも必要な被保険者台帳や受給権者台帳を一向に作ろうとしないのは，誠に解せないことであるが，要するに，この様なファイルがすべての金銭受授の完全な根拠資料を提供しているということと，金銭の出入以外には全く数字の価値を認めない後進性の故であろうか。

そういえば，ここでは，「統計表を作成すれば金がもうかるのか」というような反論をしばしば聞かされたものである。

（52頁より）

れたが，この交渉で，ＬＯはＬＯと使用者連盟（ＳＡＦ）に関連を有する全被用者が，現在の年金年齢とされている67歳の代りに，65歳の年金年齢を採用するように要求した。ちなみに，俸給取得者の場合には，団体交渉により，65歳で年金を受給できることになっている。また，ＬＯは疾病時の現金給付について，現在給付を支給されない資格取得期間中にも，給付を支払うように要求し，さらに，給付を減額される長期的疾患に対する特殊な疾病（現金）給付の支給を要求した。

（平石長久　社会保障研究所）

編集後記

青葉の季節なのに，木の葉が芝生に散っていた。足をとめて，葉の少なくなった梢をながめている姿を，不審そうにふりかえる人びとがいた。かれらは，時ならぬときに木の葉が散る狂った自然の摂理に，気がつかないのだろうか？　これは無気味な人類滅亡の予告かも知れない。それは思い上った人類への報いであろう。地球という宇宙船の上で，人類はかれらだけを中心にして，同乗者である他の生物をほとんど無視してきた。人類は，それらの他の生物を，この宇宙船上の共同生活者として意識したことがあるだろうか？　自分の存在を主張するために，他の存在を無視したり，あるいは軽視してきた人類が，昨今では，「自然保護」という言葉を用いているが，その言葉はいかにも空々しく聞える。（平石）

海外社会保障情報　No. 15
昭和46年７月25日発行
編集兼発行所　社会保障研究所
東京都千代田区霞が関
３丁目３番４号
電話（580）2511～3
研友社印刷　納