

海外社会保障情報 No.20

Oct. 1972



社会保障研究所

社会保障の諸年金大幅に増額



(アメリカ)

社会保障の諸給付と、その財源となる税とは、はからずも今回連邦議会においてドラマチックな引上げという改革に踏み切られた。

約2,800万人の退職年金受給者およびその他の社会保障の年金受給者にとっては、きたる10月3日は重要な日となろう。なぜならば、この日に増額年金の最初のチェックを郵送されることになるからである。

この年金の引上げは、国債の発行限度を引上げる法律の改正にかんするものとして、さる6月30日に連邦議会によって承認されたものである。

通常、連邦議会が政府によって国債の発行限度を引上げることを承認するよう要請される場合、反応は一種の無関心で、熱心な審議

状況はみられなかった。しかし今回ニクソン大統領が国債の発行限度額を4,500億ドルに引上げることを要請したとき、連邦議会は強烈な活気に満ちた審議を展開することとなった。このように突然に関心を集めた理由は、上院の民主党議員が、2,780万人の老齢年金受給者およびその他の年金受給者を対象とする社会保障給付の20%引上げを求める追加条項を法案に付けたからであった。

当初の法案は、単に国債の発行限度引上げ措置にかんするものとして下院に提出された。これは簡単に下院を通過した。しかし法案が上院に付託されたとき、民主党議員は同法案に、社会保障給付のいまだかつてない大幅増額を要求する追加条項を付けた。政府ス

ポークスマンはこれをインフレと実質的な赤字予算となることを理由に阻止するよう議会に要請した。そこで共和党議員は社会保障給付の10%引上げという妥協案を提出した。

しかしながら上院での採決のさい、共和党の妥協案は否決され、20%引上げ案は82対4で承認された。そしてこれが下院に回付されたところ、302対35で20%引上げ案は承認され、政府の阻止運動は失敗に帰したのである。

ニクソン大統領はインフレの昂進を憂慮しながらも、7月1日に同法案に署名したが、この給付の引上げによって、初年度において必要経費は約85億ドルになろうということが現在の大統領の頭痛の種となっている。これは、この7月1日から始まる新会計年度において約310億ドルの支出過多であり、予算の赤字を招くものである。

さらにこれは、第2次大戦時を除く政府の一連の予算赤字に貢献するものであり、インフレ昂進の主要な要素となるものであろう。

そしてこれは大統領の憂慮事の全部ではない。今後数年間、連邦議会は年金および税の最高額を、生活費および平均賃金の増加にて

らして自動的に引上げることを選定したのである。もし現在のペースでインフレが継続すれば、社会保障の最高給付額および税負担額は、いち早く現在よりもはるかに大きなものになるだろう。

年金引上げの内容

今年の9月から発効される給付額の引上げ状況は、ほぼ次表の通りであり、受給者は10月の第1週に増額チェックを手にすることができる。以下の諸点は今回の改正の主なるものである。

就労時における 社会保障税の平均 拠出月額 (ドル)	65歳退職労働者給付月額			
	単身世帯		夫婦世帯	
	改正前 (ドル)	改正後 (ドル)	改正前 (ドル)	改正後 (ドル)
75以下	70	85	106	127
100	91	109	136	163
200	129	154	193	232
300	161	193	241	290
400	194	233	292	350
500	225	270	337	405
600	258	310	387	465
700	285	343	428	514
750	295	355	443	532
800		365		547
900		385		577
1,000		405		607

- 1 退職年金受給者(単身者)の平均給付月額は、現在の134ドルから9月には161ドルに上げられる。
- 2 退職年金受給者の夫婦世帯の平均給付月額は、現在の224ドルから269ドルに上げられる。これで同世帯は年額540ドルの無税の所得を増加されることになる。
- 3 65歳で今年退職した夫婦世帯は、夫の就労期間中、社会保障税の最高額を支払っていれば、給付月額は旧法にもとづく324ドルに代って新法の389ドルが適用される。これは旧法適用時よりも年に780ドルが増額されることになる。
- 4 社会保障の給付をうけないで夫が早くに死亡した80歳になる寡婦は、遺族給付年額が現在の700ドルから840ドルになるだろうといわれている。
- 5 2人の幼児をもつ寡婦については、平均給付額は年額768ドル増額となり、全部で4,632ドルとなる。
- 6 定期的に年金が増額される資格をもたない72歳以上の者の特別給付月額は、単

身者については48.30ドルから58ドルに、夫婦世帯については72.50ドルから87ドルになる。

最高年金額も新法にもとづき大幅に上げられる。たとえば、昨年1月1日に65歳で退職した者で、1950年以降最高年金額に対する社会保障税を拠出してきた者は、現在216ドルの給付月額をうけている。それが9月からは、給付月額は259ドルになる。

今年の初め65歳で退職した者の最高給付額は、1973年には270ドルに、1974年には280ドルに、そして1975年には288ドルになり、1980年には328ドルになるだろう。

有配偶者の場合、65歳で新たに退職した者の平均最高給付月額は、1973年には405ドルに、1974年には420ドルに増額される。そして1980年に退職する者については492ドルという具合に以後増額されることが予想される。

これらの最高給付額およびその他の給付額は、その都度、消費者物価指数に照合して3%まで自動的に増額されることになる。このスライド制は1975年に開始される。

さらに、新しく退職する者の最高給付額は、賃金の上昇にともなって自動的に増額されることになる。

かくして、物価・賃金におけるインフレを内輪に見積っても、退職労働者の最高年金額は、1980年代においては、月額1,000ドルを越すようになるかもしれない。

この巨額な年金制度の実施によって、労働者の給料差引きによる拠出額も大幅に上げられることになる。

だが将来における全般的な税の引上げは、給付額の引上げに比較すればまだ小さいものである。社会保障の諸給付の財源を調達する税の上昇状況は次の通りである。

1 それぞれの労働者の給料から拠出する税および雇主の拠出する税の上昇率は、除々に進行するように計画されている。たとえば今年(1972年)は5.2%に、1973年には5.65%、1987年には6.05%という具合に上昇させられる。かくして1973年における約5.5%の上昇率は1986年には5.6%、1993年には5.7%、そして2011年には6.55%になるであろう。

一つの結論に、年収9,000ドルまでの労

働者の拠出する社会保障税は、2011年までは旧法にもとづく低い額を適用しようというものがある。

2 同時に、連邦議会は社会保障税を課される収入の最高額を1972年の9,000ドルから1973年の10,800ドル、1974年の12,000ドルに上げた。

なお新法にもとづき、将来生計費の上昇にともない増額される年金の必要経費についても、社会保障税は相当の引上げを適用される。

消費者物価の上昇にともなって年金が上げられる場合、社会保障税を課される最高所得額も自動的に上げられる。しかしこの引上げの割合は一定になる様に計画される。

20%年金引上げが、最近上院財政委員会で試験的に承認された公的福祉関係法を含む他の給付引上げ措置と、どのように抵触するかが議会の話題となっている。

昨夏下院を通過した公的福祉改正法案にもとづけば、65歳の寡婦は、夫が65歳で受給し得る年金額の100%を、現行の82.5%に代っ

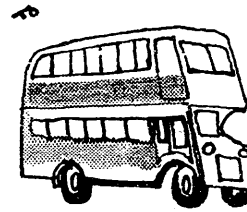
て、受給できるようになる。その他多くの方法でもって社会保障の諸給付の実質的な増額を提案している。連邦議会の主な議員等は、1972年中にこの法案を通すことが重要目標だといっている。

こうした時点にあって、20%の年金引上げ法は、あらゆるその他の年金の改革を推進するものとなろう。

New York Times Weekly Review, July 2, 1972. *U. S. News & World Report*, July 17, 1972.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

医薬品産業の国営化を 検討する労働党



(イギリス)

労働党では、国民保健サービスにしろる薬剤費の規模ならびに「その費用にしろる莫大な利潤率」に憂慮し、今年中にイギリス医薬品産業国営化の可能性について検討する研究グループ設置の意図を肯定した。

この研究グループ設置のニュースは英国医薬品産業協会 ABPI の発行紙によってスッ破ぬかれたものである。

労働党の言によると、「国営化により、競争のはげしい医薬品の開発研究にともなう経済的浪費が切除され、企業の効率化が高められる」という伝統的な議論は支持されているとする。

また、国民保健サービスが民間企業によって供給されていることにも関係がある。すなわち、国民保健サービスは医薬品産業唯一の常得意であることである。

1967年のセインスバリー委員会によって実

施された医薬品産業に関する最近の調査では、国営化反対の線が打ち出されているが、先週公表された労働党の政策文書では「公有化の路線」を開くことを強く匂わせている。

多くの医薬品産業は多国籍産業であるという事実はその事情を複雑化せしめているとはいえ、労働党の一部筋ではいまなおその推進に熱心である。前回の年次大会では国営化を要求する七本の動議があった。

医薬品産業は成長産業の一つである。1970年における生産額は約4億3,300万ポンドで、年間輸出額は1億6,800万ポンドであった。医薬品産業は僅か8万人の被用者しか有していないが、そのプラントの多くは失業率の高い開発地域にある。

ABPI では、昨日、「国民保健サービスがわれわれの唯一の御得意さんではない。労働党は国内にしか目をむけていない。われわ

れが生産額の半ばは輸出向けである。国民保健サービス向け医薬品の利潤は輸出向け利潤の半分にすぎない。

外国での国営による医薬品企業は新薬開発に暗い体験を経てきた。官僚主義的なアプローチは、新薬開発のための研究というリスクの高い投資事業を行うには適さない。」とのべている。

自由企業組織である ABPI の目的は、労働党のいう研究グループを不吉なものときめつけることである。将来の労働党政府が、労働党のいう「民間産業を非効率化」せしめている元凶たるアメリカ資本の接収を敢行しなければ、「イギリスの生産業者だけが巻き添えを食うことになろう」とのべている。

「労働党が産業の競争のはげしい開発研究を切除しようなどというのは驚きいる次第である。医薬品の新案特許を殆んどもたない国の一つは、完全に国営産業化されているソ連なのである」と。

The Times, 7, 12. '72

(田中寿 国立国会図書館)

GPはより大きな単位で



(イギリス)

将来における第一線の医療 Primary Medical Care は、各種のコミュニティ・サービスと戦略的に関連させて、コミュニティにおける比較的規模の大きい単位をベースとすべきである。

これが、昨日公表された中央保健サービス協議会 Central Health Services Council の報告で明らかにされたグループ・プラクティスに関する常設医療諮問委員会小委員会の主要勧告の一つである。

このグループ・プラクティスに関する報告の序文で、キース・ジョセフ社会サービス相は、ヘルス・サービスにおけるグループ・プラクティスの役割に関する今日の思考に貴重な寄与をなすものとして歓迎の意をのべている。

小委員会の勧告の要旨はつぎのとおりであ

る。「コミュニティにおける医療サービスは、ベーシック・ユニットにおいて看護婦と事務職員を補助要員として家庭医中心に組織化されるのが最善策であろう。このユニットは、相互にカバーし合うグループ・プラクティス・チームに結集され、建物や設備の経済的活用を図り、他の諸サービスと効果的に提携し

うる必要があるとされる。

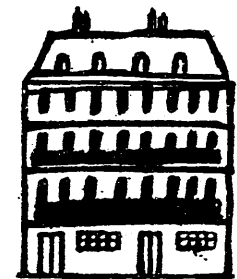
ヘルス・センター建設計画の速度を速めるべきである。コミュニティ・ヘルス・チームのメンバーの普及教育がこの人たちにより広汎な仕事をしてもらうために必要となろう。

ヘルス・サービスの組織再編に関しては、効率的な管理運営に重点をおくとすれば高度の力量をもつマネージャーを要求されよう。この種の人物は極端に少ないので、有能な人人をひきつけるには高給で遇しなければならない。」と。

The Times, 7, 6. '72

(田中寿 国立国会図書館)

政府の当面する社会政策



(西ドイツ)

Brand/Scheel の政府は2年8か月を経過し、いまや内政改革の時を迎えて、重大な局面に遭遇している。議会が夏期休暇を間近に

控えて、経済、防衛、教育、司法等内政問題に関する33の法律を何とか通さねばならないのである。このうち社会政策については次の

点があげられる。

× × ×

財政上の見地からして、政府の社会政策にとって差迫った問題は、年金保険、農家社会保障、家族負担調整に関するものである。このうち政府が重点をおいているのは年金改正計画である。

これには1971年5月1日発効をもって、次の5点がふくまれる。(1)可動的老齢限度制の導入、というのは現実には年金受給権発生を65歳から63歳に引き下げるもの、(2)長期被保険期間の場合の最低所得による年金給付、(3)婦人に対しては子1人毎に1年の付加被保険年、(4)年金保険をさらに広い社会層に拡充する、(5)離婚の際の扶助調整に関連して別れた配偶者に対する年金の改正である。

この第2次年金改革の費用は原則的には年金保険で負担することになる。これは1986年までについては1億9,300万マルクとみられ、その場合に必要な最低積立金以上に2,550万マルクの保障準備金がみこまれる。可動的老齢限度で請求権者が100%でなく、80%しか申請しないようなら、保障準備金は46.9%

だけ増えることになる。

この保障準備金は、さらに、現行の年金が予定の期日以前に増額されるとそれにまわされることもありうる。野党は次回の年金調整を1973年1月1日から1972年7月1日に早めるよう提案しているのである。政府は野党のこの要求を半ば受けいれて、年金改正を1972年10月1日にくり上げるのではないかと議会筋では推測している。もっとも年金改正の場合、年金保険だけで全額負担するのではなく、鉱山従業員年金の大部分は政府予算から支出し、税金からも賄なわれている戦争犠牲者給付は、年金改正と組み合わせられることとなろう。したがって、経済・財政相のSchillerは、年金改正を、6か月にせよ、3か月にせよ早めることには、反対するものと考えられる。

予定では1973年1月1日発効の第15次年金調整法は、約1千万の社会年金を9.5%（災害年金は10.9%）引き上げることになっているが、44億マルクの財政支出を要し、うち連邦は約3億マルクを引き受けなければならない。

農家疾病保険法草案は、自営の農民及びそれと共同して働いているその家族および老

人を強制加入することとしているが、このうち約37万人の老人に対する費用（1人当たり年825マルク）は連邦が支出することになっている。連邦のもつ費用は1972年度前半については1億7,600万マルクである。

このほか農家老齢手当と農地引渡し年金とが増額になる。老齢手当の費用は1972年度最後の4か月については1億1,500万マルク、1973年度については3億5,500万マルクと見積もられている。

戦争犠牲者給付は、社会年金と共に著るしく増えているが、労働者年金保険の年金額に対応して、1973年1月1日から9.5%増額されるはずであり、このための連邦の費用は次年度について5億4,870万マルクである。

リハビリテーション給付の調整に関する法律案は、1973年5月1日発効を目途に政府で作成しているが、この費用は約4億7,000万マルクを要し、基本的には社会保険で負担する。連邦と邦とは1,650万マルクをもつ。

家族負担調整の改革は、政府が声明しているが、これには税制改正をまたなければならない。この中に児童手当の付加的給付により

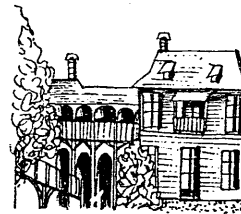
子に対する直接的及び間接的費用の補償がふくまれる。税制改正によると、家族の収入には無関係に新しい児童手当として、第1子については0から50マルクに、第2子は25から70マルクに、第3子以降については60~70から90マルクにとそれぞれ増額されることになる。これと共に公務員の児童手当は廃止され

る。この結果現在50億マルクの児童手当の費用は1974年1月1日から143億マルクに増え、現行規定で1974年まで続く総費用に対する増加支出は40億マルクに達する。

Die Welt, 15 Juni, 1972.

(安積鋭二 国立国会図書館)

疾病保険改善に関する提案



(西ドイツ)

6月22日連邦議会では与党と野党から社会政策上重要な法案が提出された。

これは両親が働いていて子供が病気をし、看護する者が他にいない場合、疾病証払い戻し制（わが国の健康保険証に当る疾病証を利用しない場合の払いもどし）を廃止する、入院の際の保険料全額払込みを止める、及び賃金調整を疾病手当の額まで行なう、とするものであ

る。

野党案によると、介護にあたる家族、通常は妻で母である者に対し、家庭内での看護のため収入がない場合、介護手当を疾病手当の額で疾病金庫に、原則として6週間以内、申し出ることができるとするものである。

与党案は1973年1月1日を目途にしており、

(1) 8歳以下の子または障害児をもつ被保

険者が、入院または治療のため家計を継続し得ないときは、家計扶助またはそのための費用の給付が行なわれる。

(2) 8歳未満の病気の子を扶養しなければならない被保険者は、5日以内で疾病金庫から賃金調整として疾病手当を受ける。雇用主はこの期間賃金を支払うことなく労働から解放しなければならない。

(3) 病院看護のための保険料払いこみの期限は廃止する。この結果被保険者、年金受給者、被保険者扶養家族は無期限の病院看護を受ける権利をもつ。

与党案によると、この疾病保険給付改善は疾病証を利用しない場合10マルクの払い戻しの制度を廃止することで賄われる。この払い戻し制は実験的なもので、疾病金庫はこのため毎年3億マルク以上を負担していたものであった。

Die Welt, 23 Juni, 1972.

(安積鋭二 国立国会図書館)

医療に対する批判に

こたえる保険医師会



西ドイツの連邦保険医師会では、医療制度に対する批判にこたえて、その欠陥を除去するため作業グループをつくって問題を検討した。作業グループが、患者あるいは一般世論よりする批判としてあげている点には次のものがある。

- 1 都市と地方との医療の格差。
- 2 開業医の多くが比較的高齢で十分にいない。
- 3 医師の新規開業は、もうかる所に集中して、本当に必要な所には少ない。
- 4 設備（場所、器具、技術、人員）が多きは不十分である。
- 5 技術や器具が多くあっても、患者のための時間、患者と話す時間が少なすぎる。

（西ドイツ）

- 6 不必要な待時間が長すぎる。
- 7 待時間と待合室については二流の医療で、保険患者には厳しく、自由診療患者には特別扱いである。
- 8 被用者、妊産婦に対し、また法律による予防診査の請求については、特約時間が少なすぎる。
- 9 準備体制の不足、すなわち、医師とくに専門医が少なく、待時間が多く、当番医は不在の電話ばかりで、入院指示が多すぎる。
- 10 治療は少なく費用は多く、疾病保険とくに広義の医師の処置に費用がかかりすぎる。
- 11 利己的な関心から技術の進歩に反対する医師たち。

12 精神療法の治療が確保されていない。

これらの批判に対しては、保険医の側でなしうる限り、自らの責任をもって解決していかなければならないが、これは長期計画の目標である。

一方連邦医師会と疾病金庫中央連盟との間の協議も進められており、両者で無用の攻撃をやめるよう協定が結ばれた。両者は協力関係を進めるよう、いわば和解文書が作成され、これが医師と金庫との関係を今後拘束することになる。3つの作業グループが編成されるはずで、そのテーマは、疾病保険におけるリハビリテーション、医師の治療の確保、医師の報酬の長期的向上である。

Die Welt, 21 Juni, 1972.

（安積鋭二 国立国会図書館）

ニュース断片

西ドイツ社会保障の 最近の動き



農業者疾病保険

農業者疾病保険法案は、連邦議会社会政策委員会において審議されているが、5月の連邦議会本会議での審議ののち、1972年7月1日から施行が予定されている。この法案は、3月初めからの公聴会の意見に基づき、かなり修正されている。とくに家族に対する給付の支給に関する部分の修正が大きい。社会政策委員会は、雇用契約のある家族には傷病手当、賃金継続支給および出産手当について被用者と同等の受給権をあたえ、また雇用契約のない家族には傷病手当の一時金または出産手当の一時金を支給することを決定している。また、保険料については政府案が修正され、農業疾病金庫の最高保険料は、同じ地域

の地区疾病金庫の平均最高強制加入保険料を越えてはならないとされた。そして最高保険料は、最低保険料の少なくとも2.5倍とされた。このため、1972年の最高保険料は月額130.80マルク、事業主の平均保険料は月額85.50マルク、一緒に働いている家族の平均保険料は月額57マルクになるものと思われる。

診療券報償金

ごく最近、診療券報償金および薬剤費の被保険者一部負担の経験に関する連邦政府報告書が公表された。この報告書は、疾病金庫連合会、金庫医協会および薬剤師組合の各実績報告と各調査結果を引用している。これによると、薬剤費の一部負担は、わずらわしさとそれによる薬局取引のある程度の阻害をもた

らし、また実験的な診療券報償金は失敗であったとされている。診療券報償金制度は、高い事務費（1件支払うごとに2.33マルク）と多額の報償費（1970年において約3億4千5百万マルク）を必要としている。

ドイツ労働組合総同盟(DGB)の保健綱領

DGBは、公的疾病保険の拡充と近代化の措置と結びついた保健政策綱領を発表した。これによると、まず保険医の診療にとっても医学・医術センターが必要であるとしている。これは、もっとも近代的な診断の要請は金銭と関係ないという考え方によるものである。また、このようなセンターの拡充も民間資本ベースでは、疾病保険の被保険者の要求を満たすことはできないとしている。この保健綱領は、広範囲の提案と、州地域における医療、企業における労働医療保護および病院医療についてのテーゼから成っている。

年金改革

連邦議会の労働社会委員会は、農業者疾病保険法案の審議後、年金改革法案を審議する

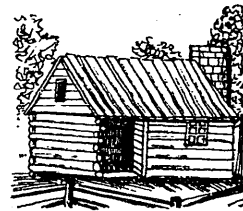
予定である。労働社会委員会のシェレンベルク教授は、同委員会は秋までに法案を可決するために夏休みを返上して審議する予定であると述べている。政府は、政府案のみならず野党提案も真剣に考慮するとしている。その場合、とくに問題にされるのは年金水準の改善であろう。第2次年金改革の骨子は、(1)最低年金の引上げ、(2)出産年限加算の導入、(3)弾力的年金受給年齢の導入、(4)就業していな

い婦人、手伝いをしている家族および自営業者に対する公的年金保険の開放、(5)離婚の場合の保護調整の個別的規定である。改正法は1973年1月1日から施行が予定されている。

Entscheidungen nach der Osterpause,
Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen,
April 1972, S. 61—65.

(石本忠義 健保連)

アメリカにおける心身障害者の ためのディ・ケア計画



老人はそれぞれ個別的な感情をもっており自己の利害を決定する権利をもつべきであるという認識から、老人が自由に選択できる広範囲のサービスについて再検討が求められている。

ボルティモアのユダヤ人居住地では、既

存の諸サービスを統合して、老人が一層効果的にサービスを利用できるように、全体的な計画が討議されてきた。その一つの試みとして、Levindale Hebrew Geriatric Center and Hospital (以下 Levindale と略す) で、対人関係や身体的な障害のある老人のために、ディ

・ケア計画を実施した。この Levindale は、関連諸科学の協力を得て、医療を含む総合的サービスを提供する老人施設である。

ディ・ケアの概念と発展の過程

Levindale のこれまでの経験によると、地域社会の老人は、一般に家族と共に生活することを望んでいるが、将来の準備のために Levindale への入所の申し込みをしている。そして身体的悪化などの結果、一度入所すれば、地域社会に資源がないため、スタッフは老人が施設に適応し、施設に止まるように援助してきた。このような資源の欠除を解決する試みとして Levindale は、過去5年間、地域の比較的自助能力もあり、社会関係を求めている老人のために、ディ・ケア計画を実験的に実施してきた。

さらに、この試みをもとに新たな企画が立案された。Levindale では、患者を精神的、身体的、社会的ニードに応じて若干のグループに分類されていた。したがって、ディ・ケア計画の対象者は、それぞれのニードに対応して、Levindale の各グループに組み入れら

れた。これらのデイ・ケア計画のために、2人の看護婦と運転手さらに1人の非常勤ソーシャル・ワーカーが採用された。この計画を遂行する過程で、対象者の輸送が重要な問題となり、新たな輸送方法が開発された。

対象者

デイ・ケア計画の対象者は、サービスに対する意欲と15分以内で輸送可能という基準で一般から募集された。この計画が実施された最初の9カ月間に、43人の老人がサービスの提供を受けた。これらの対象者の全てが、精神的、身体的に重度の障害をもっていたので、早くも9カ月後に17人が死亡や他の施設への送致などの理由で参加不能になった。

計画の実施と変更

デイ・ケア計画の対象者を、ニーズに応じて Levindale のそれぞれのグループに組み入れたところ、予期しなかったいろいろな困難な問題が生じた。Levindale の患者とデイ・ケアの対象者は、それぞれのグループで同じ処遇を受けられるはずであった。しかし、デイ

・ケアの対象者は、Levindale の患者からもスタッフからも部外者とみなされたため、不満を訴えた。一方、Levindale の患者の中には、彼らが自分達と同じような障害をもつ者が、地域社会で生活できるという事実を受け入れられなかったのである。このような患者と対象者のみならず、両方のスタッフ間のかっとうを解決するために話し合いが行われた。またデイ・ケアの対象者は始めに配置されたグループと関係なく、自分の好きな所内活動に参加できるように計画が変更された。

新たな計画を遂行するために、対象者間および家族間で集団討議がもたれた。対象者は輸送の方法、食事、レクリエーション活動について互いに話し合い、相互に影響しあって次第に集団意識を高めていった。一方、家族同志は、対象者がデイ・ケア計画に参加して、対象者の対人関係が著しく改善されたことを認識し合い、それぞれの家族のもっている問題が特殊なものではないことを見出した。

9カ月の経験の結果、Levindale においては、デイ・ケアの対象者に、緊急の場合を除いて、医療サービスを提供しないことを原則

とし、各対象者の主治医が計画に助言することになった。ソーシャル・ワーカーの役割も変化し、対象者への直接的援助や集団討議への助言へと拡大していった。

態度の変容

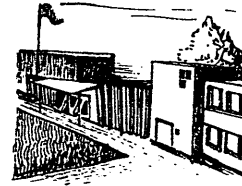
対象者の家族が一様に認めているように、対象者の態度に基本的な変化が生じた。すなわち、地域社会のできごとや時事問題に関心をもち、家族との話し合いに以前よりも積極的に参加し、デイ・ケアに出席することを楽しみにしている。

さらに、デイ・ケアを最初に企画したスタッフは、家族が休養をとれるように、短期収容保護サービスを提供すべく検討している。この試みは、地域社会に住んでいる老人障害者のために、既存の資源を活用すれば、サービスを拡大させ得る一つの方法と考えられるからである。

A Day Care Program for the Physically and Emotional Disabled, *The Gerontologist*, Vol. 12, No. 2, Summer, 1972, Part 1 pp. 134—138.

(小寺清孝 東京都老人総合研究所)

アメリカの施設老人の ための処遇類型



アメリカの老人福祉は、今まで収容保護に重点をおいてきたために、老人に適切なサービスを提供してきたとはいえない。つまり、収容保護施設は、収入階層の低い老人のために医療サービスを提供しているが、そのサービス内容はかなり制限されている。そのため地域社会で独立した生活を希望する老人は、このような直接的なサービスを受けずに、困難にもじっと耐えなければならない。なぜなら、老人が社会福祉制度の援助を得ようとする場合には、独立した社会生活を断念しなければならないからである。

老人のためには、地域社会で独立した生活を維持できるような対策を講じることが望ましいのであるが、このようなサービスはまだ十分に準備されていない。収容保護をより適

切に運営し利用するためには、コミュニティ・サービスを充実させることが必要である。そのためには、居宅サービスをも含めた総合的福祉制度の個々の構成要因をあきらかにしなければならない。

シカゴ大学の Sheldon S. Tobin 等は、老人ホームに入所を希望している老人を対象として、老人が独立した生活を維持するために、適切でしかも必要なサービスをあきらかにするため、10ケースについてケース・スタディを実施した。

調査の概要

調査の対象者は老人ホームに入所を申請している者の中から10人を無作為に抽出した。その内訳は、現在ナーシング・ホームで生活

している者5名、そして地域の共同住宅に居住している者5名であり、性別では男性3名に対し女性7名となっている。

面接者は老人のケースについて経験を積んだ女性であった。面接の内容は、現在の生活様式、最近の諸変化、当面している最善と最悪の事柄、老人ホームへの期待、もしコミュニティ・サービスが利用できるとすれば望ましい住宅施設に関する5領域である。

事例を分析し処置を決定するために、3施設から38人の判定員が選ばれた。その判定員は、施設の理事11名、ソーシャル・ワーカー16名そしてパラメディカル・プロフェッション6名からなっている。

これらの判定員は、10ケースについてそれぞれ、送致を勧告したり、居宅サービスがより適切であると判断すればそのサービスの内容を提案するように求められた。送致は、直ちに入所、将来入所、そして入所の必要なしの3段階に分類された。

ケース・スタディの結果、判定員の半数以上が、直ちに入所を勧告した者はわずかに2ケースであり、また入所の必要なしと勧告し

た者は1ケースであった。残りの7ケースについては、判定員の多くが将来入所することを勧告している。居宅サービスについては、判定員が提案したサービスの内容を、①カウンセリング ②短期収容保護 ③健康管理 (Home-health care) ④老人ホーム以外の住宅施設 ⑤金銭的援助 ⑥医学的診断 ⑦クラブ活動 ⑧職業指導の8つに分類している。

サービス・カテゴリーの要約

居宅サービスの8つの類型は、Lissitz や Lawton の類型と関連づけることができるものであって、これらは名称が異っているだけで同じことを意味している。これらのサービスは、総合的社会福祉制度の構成要素として認められるが、将来どのように発展するのか明らかでない。このようなサービスを含む老人のための総合的社会福祉制度は、民間施設がその価値を実験的に証明し、公的施設がそれを支持し包括的なサービス体系に発展させていくべきであろう。Health Maintenance Organizations のように、保健と福祉を統合して慢性疾患をもつ老人にまでそのサービスの

範囲を拡大させることも必要なことである。老人を地域社会で生活させることを一つの目標とした総合的な制度を発展させるためには、国家的施策として推進することが必要であろう。

総合的社会福祉制度は、収容保護されている多くの老人が地域社会で独立して生活できるように援助すべきであり、また老人福祉施設はディ・ケア・プログラム等のサービスを

地域住民のために提供することを期待されている。したがって、将来の老人福祉制度は、従来のような収容保護中心から、生活様式の多様化に応じられるパーソナル・サービスへと転換しなければならない。

Preferred Disposition of Institutionalized Aged, *The Gerontologist*. Vol. 12, No.2, Summer, 1972, Part 1. pp. 129—133.

(小寺清孝 東京都老人総合研究所)

アメリカにおける

医療料金の統制



先週の(6月末)アメリカ物価委員会の投票結果を聞いて、医師・歯科医師の多くは喜こんだのであるが、その投票は、弁護士や会計士などのような専門職業による料金に限り、上限2.5パーセントまでの価格上昇はみとめる、というものであった。

過去半年間とはくに、保健関係者は、料金統制の下で大きな不満をもっていた。たとえば、この春のデータによると、全生活費は過去1年間、3.2パーセント増だったのにたいし、医療費の方は3.0パーセントでしかなかった。

去年8月のニクソンの物価・賃金凍結政策以前には、医療費は、消費者物価指数上昇の先頭を切っていた。年間6～7パーセントの上昇であるのにたいし、全生活費のそれは、その半分強というところであった。この傾向は、「医療費爆発」とか呼ばれていたことであり、国民健康保険論議がこれと結びつけられていた面もある。

1971年5月から1972年5月にかけてみると、医療面でも急速な物価上昇がみられる。病院費用のあるものでは6パーセント上昇もみられた。手術料は7.8パーセント増だったが、しかし、薬と処方箋費用は、同期間2パーセントだけであった。

価格統制は、医療費高騰をおさえるのに役立つけれども、他方では、医師と病院側から大きな不満が出されることになった。アメリカ病院協会は、物価統制計画に決然と対決の姿勢をとった。理事会議長のカアウフマン氏は、先月、保健施設の必要度からみて、物価統制計画からくる不安・不平等などを連邦の力でとり除くことを要請した。

医師や病院管理者の不満は、彼らと施設の

収入増よりも、賃金や診療所・病院の諸経費がはるかに大きく増加している、ということである。これを一部反映して、医師組合 doctors' union の進展がみられる。合衆国35万人の医師のうち、1万～1万5千人が何ら

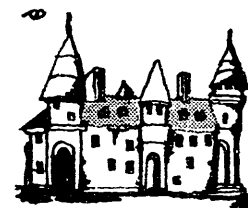
かのタイプの組合に属していると思われる。

“Price Control” *New-York Times*
Weekly. 2 July, 1972.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

西ドイツの老人に対する

保護の改善をめぐって



— 新老人ホーム法案 —

記帳の仕方

- 2 監督官庁に提出すべき報告書の種類
- 3 官庁が行う監査の範囲

その他、職員や施設に関する最低基準をつくり、入所契約のための条件を審査することについても県に権限が与えられた。

しかしこれらの規則にもかかわらず、最近目立っている営利的老人ホームの種々の問題、つまり老人の弱みにつけこんだ搾取、不十分な養護体制等の改善のために、これだけ

老人ホーム、住宅式老人ホーム、要看護者老人ホームで生活している人々の保護に関する法的規制が従来のもので良いのかどうかについてはかねてから疑問が持たれてきた。

1967年8月24日いわゆる営業規則が改正され、老人や身寄のない人々を収容する施設の経営に営業監督が実施されることとなり、県政府に次の事柄に関して規制を行う権限が委託された。

- 1 事業経営者が用意すべき帳簿の種類と

では不足であると一般に認められている。

つまり改正された営業規則によっては、存続している老人ホームに対してはある程度の監督を行うことはできるが、施設の開設のための許可制度はとられていない。開設に際してはただ届出を行うことが義務づけられているにすぎない。つまり経営者または施設長が十分な資格と必要な専門知識を有しているかどうか、建物の広さは十分かどうかをあらかじめ調査することができない。施設が始ってからはじめてそれらについて監督を行うことができるという具合であったので、監査の結果それが不相当であると判断されても老人にとってはもうどうしようもないことが多かった。施設が閉鎖されてもそれだけで問題は解決されない。なんとすれば短期間に適当な施設を老人のために見つけることは容易なことではなかったからである。

こうした弊害のために、専門家の間ではすでに以前から老人ホーム法の制定の必要性が主張され、具体的な検討が行われていた。勿論この立法に対する反対意見もある。それらの中には老人を保護するという考え方そのもの

に疑問をもつものがいて、老人は原則としてホームの中でも自分の権利を主張し、守ってゆくことができると考えた。しかし現実には公立、民間の公共団体のあらゆる努力にもかかわらず、老人ホームや要介護者老人ホームの定員は、日々増大するこれらの施設に対するニーズにとっても追いつかないのが事実である。従って老人にはホームを選択する余地がなく、営利的老人ホームで不都合な入所契約を結ぶことにもなりかねない。ましてやっとの思いでどこかのホームに席を見つければ、そこでのその後の生活が脅かされるような一さいのことを極力避けようと努めるにちがいない。そのために悪意のある施設の規則や経営者の指示に不本意ながらも従うことを余儀なくさせられる。法案に反対するその他の意見として、こうした立法は施設の経営者に良い影響を及ぼさないと主張するものもあったが、施設の監督を行う第一の目的はあくまでも老人の保護にあり、経営者にどのような意味をもっているかは二の次の問題である。

全体的に見てすべての討議の中で包括的的老人ホーム法の制定に賛成する意見が圧倒的で

あった。ここでとくに包括的とことわるのは、この法律は単に営利的施設に向けて制定されるのではなく、地方公共団体と民間公共団体のすべてのホームを対象とするからである。

ドイツ連邦議会のSPDとFDPは、連邦政府に対して、常時営業している老人ホーム、住宅式老人ホーム、要介護者老人ホームの老人を保護するための老人ホーム法案の提案を一日も早く議会に行うよう申し入れた、このため児童・家庭・保健省は各県の社会局の代表者等の協力を得てこの法案の準備を進めてきた。

こうして出来上がった法案によれば、この法律は常時開設されているすべての老人ホーム、住宅式老人ホーム、要介護老人ホームをその経営主体の如何に関係なく拘束する。この法律の拘束を受けないものは、老人住居だけからなるアパートで共同の施設がなく、賃貸契約により普通の家主に課される義務以上の特別なサービスの行われていないものと、障害者の施設および老人の休養ホーム等である。この法律の目的はホームの老人の身体上、精神上、の情緒上の福祉を守り、彼らがだまされたり不利益を受けたりしないよう老人を保

護することである。それゆえに施設住民の福祉が侵害されないかぎり設置主体の目標設定、方法等についてなんら制限を加えるものではない。

県によって施行されてきた従来の施設規則とこの法律の決定的に異なる点は、新老人ホーム法においては施設設置認可制度が設けられたことである。次の場合認可は与えられない。

- 1 設置申請者が施設の経営に要求される信頼性に欠けている疑いのある場合
- 2 施設居住者の身体上、精神上、情緒上の福祉が保障されずに、法律の定める最低基準に抵触する場合
- 3 要求されるサービスと実際になされるサービスの間に大きい差が存在する場合

設置の認可は経営主体が、県、地方公共団体および連邦社会援助法の第10章の範囲に含まれる主体については不必要である。社会援助法の第10章には公法上の宗教団体と6大民間社会福祉事業団体が含まれる。

認可に必要な最低基準は建物については、居間、集会室、食堂、廊下の広さ、保健設備の充実等に関してであり、その他に施設長の

資格、職員の数についても基準が設けられている。この基準は経営主体の如何を問わずすべてのホームにあてはめられる。

管轄の官庁に施設の開始を届出る義務はすべての経営主体に課されている。届出は施設の種類、所在地、定員に関してであり、とくに施設長に関しては学歴及び職業経歴を提出しなければならない。

開始の届出の義務と同時に施設の閉鎖も管轄の官庁に届出なければならない。施設を閉鎖する場合にはとくにその居住者の保護が問題となる。その他各県は規則を設けて、実際の収容人数、施設長の交代、職員の状況、老人の死亡その他必要事項の届出を義務づけることができる。

営利的施設だけに適用される規則として、情報提供義務および監査に応じる義務がある。施設の経営者も施設長もともに法の施行に関して権限のある機関に対して情報を提供する義務を負う。また監査権を委託されたものは常時、予告なしに施設の検査を行うことができる。また施設の居住者および職員と直接連絡をとることもできる。

近代の施設立法において監督権を確立させることは重要なことであるが誰が監督するかについてはいろいろな可能性がある。

新法律案は社会援助法の第10章の意味の社会福祉事業の中央団体が管轄官庁の委託を受けて、この団体に属する経営主体の行う施設の監督を行うことができると定めている。

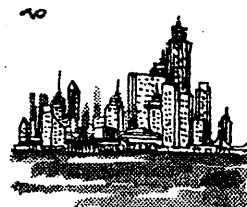
管轄官庁は居住者の福祉を擁護し、彼らがだまされたり不利益を蒙ることのないように、必要な通達や指令を設立認可を受けた施設に対し発令することができる。この指導に従わない場合には認可の取り消しがなされることもある。民間の老人ホームと要介護者老人ホームの広範囲におよぶ実践に統一を与えるために、法律は今後老人に対して宿泊、食費、養護について必要な経費以外の特別の贈与を強要したり、受け取ったりしてはいけないということを定めている。ただしこの寄付は公共的目的や宗教道徳的目的のものであればこの限りではない。

Dr. Hartmut Schubert. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Nr. 2, 1972.

(上智大 春見静子)

海外文献紹介

マイナスの所得税は 労働意欲を減少させるか？



— 実験の中間報告 —

(アメリカ)

所得維持プログラムについての最近の論議の結果、現行公的扶助制度についての基本的な問題点がかなり明らかになってきた。その中でも特に重大な点は ①カテゴリ制をとっているため、これにはずれる多くの貧困者が、その給付をうけることができないこと。②受給条件がきびしすぎ、それをみたすために、たとえば世帯主が家出するというようなケースが少なくないこと。③受給者の働く意欲を失わせていること。④給付額が、最低生活の保障という政策目的を実現するのに少なすぎること、などである。このほか多くの批判がよせられているが、右も左も中道の人たちも、公的扶助にかわる何か別の方式が必要であるということでは意見が一致している。

代案を検討する上での基本的な要素は、①その制度の実施に要する費用の正確な見積り、②その制度が受給者の態度・行動に及ぼす影響、である。この2つの中では後者の態度、行動への影響の方が大きな問題である。というのは、新しい制度が受給家族の經常収入を減らすような影響を与えるとすると、全体の費用の予測そのものが大きくなること、また、新しい制度の結果、労働人口が大幅に減少するということになる、制度の実現が非常にむづかしくなるからである。

受給者の労働意欲については、悲観・楽観の両論があるが、大量に減るということを実プリオリーに予測することはできないこと、また、正しい結論を出すためには直接的な実

験が必要である、ということで多くの研究者の意見は一致している。このような理由から、ここに報告するマイナスの所得税の実験がなされることになった。

この実験は、経済機会局 Office of Economic Opportunityからの助成を受けて、ウイコンシン大学の Institute for Research on Poverty により、1968年に開始された。実験が都市、農村の両方で行われたが、この論文では都市の実験結果についてのみ報告する。

都市実験の概要

ニュージャージー州及びペンシルバニア州の都市居住家族で、雇用可能な男子(18~54歳)を少なくとも1人持つ家族の中から1,200世帯が無作為にえらばれた。なおサンプリングに当たっては、貧困線を一応4人世帯で年3,300ドルとし、その150%以下の収入の家族を母集団とした。

支払は隔週に行なわれ、マイナスの所得税の金額は、以前の収入と扶養者の数によって決められた。

抽出された家族は、再び無作為で、コント

ロール・グループか、もしくは最低保障額 guaranteed minimums 及び税率 negative tax ratesのちがう8つの実験グループの1つに所属させられた。この所属は当該家族が米国外に去った場合を除き、そのまま変更することなく続けられた。

実験の結果

この報告は、実験開始後わずか1年後の結果のとりまとめであり、仮報告的なものである。特に労働力人口についての反応がおこるには時間がかかるので、何らかの結論を出すには時期が早すぎる。また統計的処理も、純粹に記述的な手法によっていることをことわっておきたい。

実験結果の概要

実験開始後1年の間に、コントロール・グループも、実験グループも、収入にあまり変化はなく、両グループともわずかに平均収入で上昇をみせたのみであった。また注目すべき変化として、実験グループの週当りの労働時間がやや減少したが、これは1人当りの労働時間間の減少というより、1家族当りの働き手の人数が減ったことによる。なお、働き手1人当りの労働時間は、コントロール・グループでも実験グループでも共にわずかに減少した。働き手の数はコントロール・グループでは増加し、実験グループでは減少した。その結果、コントロール・グループの収入は、実験グループの収入とほぼ同じように増えた。ただし労働1時間当りの所得の増加は間増加は実験グループの方が大きかった。

所得の変化の原因の一部は、コントロール・グループに、低賃銀の第二の働き手が多いことで説明され得る。しかし、男子の世帯主の時間当り賃金は、コントロール・グループでは24セントしか増えないのに、実験グループでは45セント増えている。これは多分、マイナスの所得税の給付をうけているものは、仕事を変える場合、長い時間をかけてかせぎのよい仕事を見つけようとするためであろう。

第2の働き手については、他の収入の途があると、労働市場から去る傾向が若干みとめられる。しかし、実験の結果からいうと、マイナスの所得税の結果、労働力人口が大量に減少するとか、家族の収入が大幅に減少するとかいう証拠は何もない、といえる。

結論

この種の調査には、調査対象となること自体が一定の反応をおこすという欠陥があるが、得られた結果からは、労働をすることなく得られる収入 work-free payment が労働意欲に大きな変化をおこすという結論は出なかった。労働力人口は、ほんのわずか減少したが、これは家計中心者ではなく、家族内の第2の働き手が労働市場から去ったものであった。

結 論

この結論は、別に意外なことではないが、福祉政策に対するこれまでの疑惑に、何ら根拠がないことを明らかにし得たということは大いに意義があり、貧困に伴う諸々の問題の解決に希望を与えるものである。

Joseph Heffernan, Negative Income Tax Studies: Some Preliminary Results of the Graduated-Work-Incentive Experiment, *The Social Service Review*, March 1972, Vol. 46, Number 1, pp. 1-12.

(前田大作 東京都老人総合研究所)

外国人被用者と年金保険



(西ドイツ)

連邦労働公報 1971年7・8月号に、現在200万人を越える外国人被用者の就業にともなう種々の問題を取上げた論文が掲載され、そこでドイツ語教育、職業訓練、住宅・宿舍、児童の学校教育等あらゆる種類の生活援助について論じられているが、このことはきわめて現実的かつ重要な問題である。ここではとくに外国人被用者に対する公的年金保険の給付について考察してみたい。

保険加入義務

外国人被用者は、西ドイツにおける他の被用者と同様に、社会保険の法律規定の適用を受ける。すなわち、外国人被用者は保険加入義務がある。この保険加入強制によって、保

険料算定報酬限度額（1971年＝月額1,900マルク）までの報酬について17%の保険料（労使折半負担）が徴収される。

国内滞在の場合の給付

西ドイツ国内に滞在している外国人被用者は、他の被保険者と同様に、公的年金保険の給付に対する請求権を有する。

労災の場合には待機期間なしに障害年金を受けられることができるが、その他の労働能力減少に基づく年金および遺族年金に対する待機期間は5年以上である。老齢年金は、被保険者期間が15年以上の者が65歳に達したときに支給される。また、年金受給者に対しては、本人の負担なしに年金受給者疾病保険による

保護が行われる。

国外に滞在する場合の給付

西ドイツ以外の国に滞在する外国人被用者は、給付の請求権について二重の制限を受ける。すなわち、第一は年金保険法の適用外のところに滞在する場合の請求権についての基本的制限で、第二は請求権が外国によって支配されているという制限である。給付は、常時滞在中の場合に支給されるが、リハビリテーション給付は行われぬ。また、年金受給者疾病保険は、国内においてのみ適用される。

条約の効果

海外滞在の場合における退職規定によって定められた目的にしたがって、西ドイツは、ほとんどの欧米諸国と社会保険法律規定を調整している。すなわち、西ドイツは、ベルギー、フランス、イタリア、ルクセンブルクおよびオランダとの間に、社会保険条約および欧州経済共同体法によって移住労働者の社会保障について取り決めをしている。また、デ

ンマーク、ギリシア、イギリス、ノルウェー、ユーゴスラビア、オーストリア、ポルトガル、スペイン、トルコおよびスイスとの間にも社会保険条約が締結されている。

外国人被用者は、超国家的な法律および国家間協定に定められた年金保険の分野における規定によって、西ドイツ人と権利・義務の点で同等に置かれている。

抛出義務

現在西ドイツで働いている外国人被用者のうち約37万人は、国家間協定等による規定がない国の出身者である。これらの被用者は、通常、西ドイツで働いている期間、実際に年金保険の保険料を支払うが、のちに自国に帰った際、この抛出に基づく年金支払請求権を有することはできない。

このような、抛出に対して年金が保障されていない外国人被用者に対する抛出義務は、年金保険の将来に問題を投げかける。この問題の1つの解決方法は、任意保険と保険料償還に関する新しい規定を設けることである。また、もう1つの解決方法として、外国人被

用者が自国へ帰った場合、西ドイツの年金保険に支払われた保険料相当額を、その国の年金保険へ引き渡すことが考えられる。

収入と支出

しかし、将来の可能な解決方法としての保険料償還および保険料引渡し、そしてまた外国人被用者への年金支払いは、財政状態も考慮されなければならない。

西ドイツにいる約200万人の外国人被用者の平均労働報酬月額が600マルクで、現行の保険料率17%を乗じると、月約2億マルク、年間約24億マルクの保険料収入が年金保険に入ることになる。

現在のところ、外国人被用者の年齢構成が若いので、内国被保険者よりもはるかに年金受給者となる割合が小さく、外国人被用者の就業によって、内国被保険者の年金給付も一部まかなわれているような状況である。しかし、将来、外国人被用者と外国人年金受給者の数が同じになれば、著しい支出超過となりまた外国人被用者の数が減少すれば、内国被保険者が外国人被用者に対する年金給付のか

なりの部分をまかなわなければならないであろう。

むすび

以上のように、外国人被用者の就業から生じる年金保険の分野における諸問題として、大きく2つの問題があるが、これらはいずれもできるだけ近い将来に解決されなければならないものである。第一の問題である西ドイツ外に常時滞在している場合における取扱いについては、保険料償還などの方法を講ずべきである。また、第二の問題である保険料収入と保険給付(年金給付)の均衡の問題であるが、将来における財源不足は内国被保険者の保険料によってまかなわざるをえない。

Karl Ludwig, *Der ausländische Arbeitnehmer und seine Rentenversicherung-Zukunftsprobleme?*, *Sozialreform*, Dezember 1971, S. 705—714.

(石本忠義 健保連)

年齢階層別の医療支出



(アメリカ)

この論文は、アメリカの医療支出やその財源について年齢階層別に分析したものである。全人口を19歳未満の年少者層、19歳から64歳までの中間年齢者層、65歳以上の高年齢者層の3つのグループに分け、医療に関して各年齢層ごとにどのような特徴があるかを分析している。またこの分析は単に1971年に限らず、1966年以降の経過を追ったもので、老人健保等の果たした役割をも明らかにしている。なおここでいう医療支出とは個人に対する医療支出のことであって、施設の建築費、医療研究費、公衆衛生サービス費等は含まれていない。

以下いくつかの論点をあげて要約する。

(1) 1971年の総医療支出は651億ドルで各年齢層ごとの内訳は、年少者層は16.1%、中

間年齢者層は56.5%、高年齢者層は27.4%であった。

各年齢層の人口比がそれぞれ、35.7%、54.4%、9.9%であるから、人口の1割をしめる高年齢者層の医療が全体の4分の1をしめることになる。

(2) このことは1人当りの医療費支出にもはっきりとあらわれている。高年齢者層の1人当りの医療支出は861ドルにのぼり、年少者層の6倍強、中間年齢者層の2.7倍となっている。

(3) 次に医療支出がどのように負担されているかを、(a)連邦、州、地方自治の各政府の支出する部分、(b)私的健康保険団体、慈善団体、企業等の団体によって支出される部分、(c)個人が直接ポケットから支払う部分、に分

けて分析している。

総医療支出の中で公的な支出部分(a)のしめる割合は36%であるが、その割合を年齢階層別に見ると大きな違いがみられる。年少者層では27%、中間年齢者層では23%にすぎないが、高年齢者層では68%にのぼっている。

(4) これに対して総医療支出のうちで個人が直接支払う部分(c)は1971年では37%であり、1971年のこの数字を1966年の52%と比較すれば、個人が直接支出する部分は大幅に減少していることがわかる。この傾向はもっぱらメディケアとメディケイドの実施に負うところが大きいのであって、高年齢者層にこの傾向は最も強くあらわれている。高年齢者層の医療支出のうち個人が直接支出した部分は、1966年では53%であったが、1971年には26%にと激減している。

(5) 個人の直接負担部分は比率としては低下しているのであるが、その間医療件数が増加し、医療の価格が上昇したために、1人当りの直接負担額は増加している。1966年の個人負担額は1人当たり94ドルであったが、1971年には116ドルであった。しかし特に高年齢

者層についてみるとその間234ドルから225ドルへとわずかではあるが減少している。

(6) では一体老人医療の中でメディケアのしめる割合はどの程度であろうか。1967年にはじめて実施された時には高年齢者層の医療支出の32%にすぎなかったが、1969年には45%にまで増大している。しかしその後、施設利用の引き締めや開業医に対する償還のサービスを引き締めたことが効を奏して、1970年と1971年にはそれぞれ42%に低下していることが注目される。

(7) 医療支出の内訳をみると、年齢階層によってその構成は大きく異なっている。19歳以上の年齢層では病院医療支出が最も多く、19歳未満の層では開業医に対する支払が最も多い。

(8) 医療支出の増大には、人口増加、物価上昇、1人当りの医療需要の増大、より高価な技術の発展、などの理由が考えられる。1967年から1971年までの1人当りの医療支出の年増加率は、年少者層で10.9%、中間年齢者層で9.1%、高年齢者層は13.0%であった。またその間の物価上昇を考慮にいれて実質伸

び率を算定すると、それぞれ4.1%、2.4%、6.1%であった。この医療費の実質上昇率は、1人当りの医療需要の増大と高価な技術の発展とを反映したものである。

B. S. Cooper and N. L. Worthington, Medical Care Spending [for Three Age Groups, *Social Security Bulletin*, Vol. 35, No. 5, May 1972, pp. 3-16.

(一圓光弥 健保連)

老人福祉計画への地方の参加



— 国連ヨーロッパ・セミナー勧告 —

(西ドイツ)

1971年11月西ドイツの Gummersbach において、国連ヨーロッパ社会福祉部主催の老人福祉計画に関する一連のセミナーが開かれた。ヨーロッパの大部分の国が代表をおくり、高い水準の会議であったと伝えられるが、主眼点は、広い意味の老人福祉政策の介入の方法に対する科学的な基礎を提供することにあったようである。

以下は、セミナー参加者によって採択された勧告である。

(1) 老人1人1人の人格に関わる諸権利は保障されなければならない。そのためには

援助を拒否する権利をも含めて、老人が最大限自由に選択できるように、あらゆる種類のサービスが、十分組織された上で提供されなければならない。

(2) 老人は、常に社会にとって絶対不可欠の存在でなければならないし、またそのような存在として受け入れられなければならない。このことが実行できる社会であれば、当然、老人のためのサービスは、老人を地域社会の外に追いやったり、地域社会から分離させるのではなく、むしろ地域社会の中で積極的に生活させることを目的とし

なければならない。どのようなサービスでもその基本的な目的は、老人をできる限り社会の積極的で独立した成員であり続けるように援助することである。

(3) 老人のための事業計画は、全国的なものであれ、地方的なものであれ、老人1人1人がもっている様々なニーズに応じたものでなければならないし、同時にそれは地域社会の全ての成員や全ての世代集団のための地域福祉計画の中で、不可欠の一分野として実施されなければならない。

(4) 老人の自助組織は、積極的に奨励され、援助されなければならない。そのためには、物的資源の提供だけでなく、老人たちがそのような形で組織化していくのを側面から援助したり、彼らのニーズや願望を関係当局や一般国民に訴える際の橋渡しをするコミュニティ・ワーカーの技術的なサービスが必要となるだろう。

(5) 政策決定のすべての段階に、そしてまた事業の実施段階にも、老人自身が参加し、できればそれに応じた責任が果せるような働きかけがなされなければならない。

(6) 老後の生活に見合う十分な所得は、基本的なものであり、高い優先順位をもたなければならない。無料の、即ち公的に与えられる財やサービスは、現状ではそれを受ける者に歓迎されているが、他方ではそれはひとつの差別を形づくっているのであって、全ての老人に生活に、見合う十分な所得を得させることをめざす経済政策に代わるものとしては受け入れられない。

(7) 新築であれ、改造であれ、老人向きの様々な住まいは、基本的に必要なものである。必要な住まいのタイプは、個々人が夫々異った時点でもつニーズに応じて変化するだろうし、とくにその時点で利用できるサービスや、実際に提供されるサービスの種類や量に応じて変化するだろう。かくして多種多様な居住施設の提供が各地で必要となる。

(8) このほか、老人のために多様な形態の社会的、地域的サービスが提供されなければならない。それらのうち、可能なものについては既に広範なリストが出来ている。例えば、欧州協議会で設定されたリストな

ど。

(9) 老人のための医療サービスは、個々人の能力の欠損した面よりもむしろ活用できる面に重点を置いた積極的な接近方法をもたなければならない。予防的サービス及びリハビリテーションサービスは、とくに重要である。医療に従事する人は、医療・福祉サービスを提供する他の専門分野出身の人と密接な連携を保たなければならない。多数の専門分野にまたがるチーム作業を統合することが大切である。特に次の事項には特別の注意が必要である。

○早期老化の予防と老年期の病理

○一定の地方的基盤で組織される包括的な医療・福祉体系の中での巡回医療サービスの無条件的優先

○居宅医療サービスに加えて、一般病院及び老人病専門のサービス機関が提供する施設医療サービス

(10) すべての人は、若い時から、たえず老後や退職にそなえて準備しておかなければならないものである。老後のための教育や訓練の適切な方法が開発されなければならない。

ないし、この目的のためにつくられている多種多様な団体には、諸々の資源が提供されなければならない。教育の課題は老後及び退職後にまで引きつがなければならない。そこでは不断の社会参加と、社会的・文化的・娯楽的活動を通して、老人が地域社会の中に統合されることが、老人にとっても地域社会にとっても価値があるということが強調されなければならない。

(11) 適切な訓練をうけ、技術を身につけた職員を十分確保することは基本である。医療従事者、ソーシャル・ワーカー、その他に対する補足的な訓練、とくに関連の深い地域事業の面に関しての訓練のためには、基礎的な訓練コースの外に、様々な機会が提供されなければならない。それとともに自己の専門的な分野を批判的にとらえかえし、評価するという必要性にも益々注意が払われなければならない。

(12) ボランティアの補充、活動前の適切な準備、不断の支援とその活動に対するスーパーヴィジョンの提供には特別の注意が払われなければならない。また、ボランティ

アと共に仕事をする人や組織が、目的をもった十全の方法で彼らのサービスを活用できるようにその準備態勢を確立することも必要である。

(13) 提供される事業内容を改善するためには、老化のあらゆる局面を不断に研究することが必要である。現在行なわれている事業を評価するためにも、また新しい事業やサービスが、社会の変化するニーズに対してどのように適合し得るのか、またそれらの事業やサービスが何を要請されているのかを指摘するためにも、種々の方法が開発されなければならない。

(14) 専門的な関心のある人はすべて、いろいろな形のマスメディアと関係をつけ利用する方法や、P. R. の実際的な方法になじんでおく必要がある。このためには、社会事業及び他の関連分野の訓練計画の中に、P. R. をとりあつかうコースを含める必要がある。

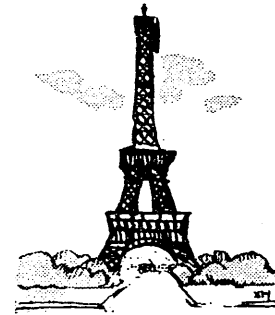
(15) ジュネーブの国連社会福祉部は、老人のための地域福祉計画を推進する常設の作業グループを、多数の専門分野をまじえて

組織する必要がある。

United Nations Division of Social affairs,
European Seminar on Local Participation
in Programmes for the Elderly, *Recommendation*.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

心身障害者と ソーシャル・ワーカー



(フランス)

(その1)

フランス麻痺者協会におけるソーシャル・ワーカーの活動 (1971年)

フランス麻痺者協会 APF の各県支部の大半がソーシャル・ワーカー (以下SWとする) を雇用して社会福祉をおこなっている (78県106人)。APF の社会福祉は社会福祉事業の連絡調整規定で専門的社会福祉とされているので、その対象者には肢体不自由者やその家族のみにとどまらず、多面的社会福祉のSWや、関連機関制度の各種技術者も含まれる。

その活動形態は APF 支部内に事務所をもち、相談事業をおこない、同時に県内各地での巡回相談日を設けているのが通常である。

1 心理的援助——SW の第1の任務は個別の援助である。傾聴、問題への理解、解決の方途についての知識によって、障害者やその両親が自分たちの価値や可能性を再認識して問題解決に向う気力を回復させることである。1971年に APF のSW の援助を受けたのは11,769人の障害者と10,389家族であった。SW はまた障害児の親の組織の結成や育成をおこない、また障害者相互の関係や健常者との関係を保つための活動をおこなっている。

2 治療——治療の可能性は最近著るしく拡大されているが、その情報が十分に障害者に伝えられていない。SW は各種の障害について専門治療機関を教えたり、必要に応じて受診や入院の手続きをとる。リハビリテーション施設や在宅治療についても同様である。家

族が入所 (院) 中の障害者と接触を保つことができるように援助する。

昨年1年間に APF のSW が介入、援助したのは、専門的治療2,323件、入院281件、治療施設入所563件、在宅治療328件、収容施設入所172件であった。

3 学校教育——障害児の教育の可能性は広がってきた (普通教育、特殊施設ともに) が、まだ未就学児童も多く、また教育内容が障害児のニーズに適さない場合も多い。身体的には可能性が限られている障害児については知的な面での可能性を最大限にのばす必要がある。

APF のSW は未就学児や不適当な教育を受けている児童を発見し、適切な教育に結びつける援助をおこなっている。また教育に付随する諸問題——費用、通学の方法、里親への委託などの解決をも援助する。

昨年1年間に APF のSW は1,061人の児童に対して教育問題についての援助をおこなった。その内訳は、普通学校221人、特殊学校260人、施設250人、在宅教育230人であった。しかし成功したのはそのうち350人のみ

であった。現在地域内に特殊学級や施設を設置するために努力している。

4 職業教育——とくに職業経験のない成人と青少年の職業教育とオリエンテーションをおこなっている。昨年の活動は、職業適性検査 1,135 件、障害者職業オリエンテーション委員会への斡旋 1,201 件、職業教育施設入所 381 件、見習い 28 件であった。重複障害児や能力の低い障害児の受け入れ機関が少ないことが援助をむつかしくしている。

5 就労——この分野での SW の任務は、雇用事務所への紹介、障害者自身による求職活動と職業への適応を援助すること、就労のための生活条件（住宅、交通）の整備、そして一般労働市場での就労が不可能な場合には保護工場などへの入所を援助することなどである。

1971年には 637 人の障害者の就労を援助した。その内訳は在宅 117 人、保護工場 247 人、一般企業 237 人である。

企業主に対して障害者の労働の可能性や財政援助について情報を伝える活動、保護就労を増設する活動もおこなっている。

6 日常生活——住宅、車、器機、補助者などの確保と援助のために、個々の障害者への援助と、関係者との情報提供をおこなっている。現在未解決の問題として重度障害者や慢性病患者のニーズを検討している。

7 文化活動、レジャー——障害者ができるだけ広汎な活動に参加できるように、SW は障害者に対して各種の情報を伝え、困難がある場合には解決方法についての情報を与える。APF によるグループ活動、キャンプ、スポーツ、国内外のホテルや施設の情報など。昨年 1,194 人の障害者に対して休暇旅行の援助をおこなった。

8 法制——障害者関係法規が毎年増えており、複雑化している。SW は、法規による可能性、その手続きについて情報を与え、ときには手続きを援助する。昨年 1 年間に 25,598 件について援助をおこなった。また一部の法規についてその実施がむづかしいことを訴え APF が改善のための運動をおこなえるようにした。

ソーシャル・ワーカーの現任訓練——第 1 年目には、(1)ベテランの SW の許で実習 (15

日間)、(2)身体障害に関する知識と APF の社会福祉の方法に関する研修、(3)約 6 か月を経てパリでの施設見学などの研修 (約 15 日間)。その後は(1)各種の刊行物、資料の配布や購入(2)年 2 回の地方研究会 (全国統一テーマで 6 地方に分散)、(3)隔年の研修会(講義、実習、見学)、(4)地方研究会、(5)3 年以上経験者に対する再訓練 (15 日間)などに分けられる。

A. M. HORCAILLOU: Le Service social de l'association des paralyses de France, *Readaptation*, No. 186, Jan. 1972, pp. 5-10.

(その 2)

重度精薄児診察相談事業における ソーシャル・ワーカー

パリ地方重度精薄研究保護委員会(CESAP)による診察相談事業ではその開始時(1966年)以来ソーシャル・ワーカー(SW)が配置されている。現在までの活動の経過は 3 期に分かれる。

第 1 期——事業開始以来 1 年あまりの間、SW 数は 1 人で、その役割はいささか雑多で

あった。すなわち、(1)家族や諸施設に対してはSW、(2)事業内のチームでは連絡調整総合、(3)事業そのものの組織と管理運営、(4)情報提供などをおこなった。診察相談の利用者は1週10~20人であったが、年齢的には比較的年長児が多かった(4歳~10歳以上)。相談内容は施設などへの収容を求めるものが多く在宅援助の要望は少なかった。ニーズにこたえうる施設やサービスがなく、SWは解決方法を指示しえずに傾聴するのみであった。SWは不適応児童対策やチームの他メンバーとともに専門的援助サービスの創設に努めた(専門的家庭養護、在宅教育、託児施設、一時保護など)。

第2期——つづく3年間には診察相談事業が拡張され、SW数も4人となった。チーム(当初は医師、心理士、PT、SW)に生活指導員が加わった。SWはチーム内では各職種からの情報を集め連絡調整する機能と、両親に対しては傾聴により問題を明確化する機能を果たした。事業の管理運営がSWの業務から離れた。この時期には諸事業の新設により、少くとも収容のニーズへの対応はかなり、容易

となり、時間と手間がかからなくなった。同時に、対応しきれないニーズ(重度障害、重複障害、あるいは両親がパリ地方内の収容を希望する場合など)が浮きぼりされた。

第3期——最近数か月間、SWの機能に変化がみられる。事業全体では受診者の年齢が低くなってきた。SWは以前に比し自主的な動きが可能となり、家族との接触を診察と切り離して別個におこなうようになった。とくに初回面接を診察以前にすることで、正確な情報をうると同時に、家族にとって受診が外傷的経験でなくなるというプラスがあった。外部の関係機関と協働する可能性が増した。とくに地区制の実施により各ケースに対する施設さがしがきめこまかくなった。

現状の問題点——約5年間を経て現在はひとつの転換期にさしかかっている。ニーズにこたえうるという点では以前に比し苦しみが減った。活動の可能性も拡大した。

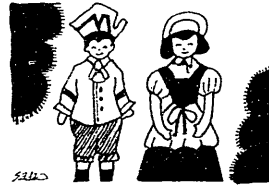
ニーズによりよくこたえるための方法について考えてみる時期である。主としてつぎの課題がある。(1)面接においてSWは終始受身で傾聴すべきか。むしろ、より現実的かつ

指示的な相談を目指すべきか。(2)援助の対象には、障害児、兄弟、両親を別個に単独に想定せず家族全体のための援助を目指すべきだろう。(3)障害児のニーズをより深くきめ細かく把えて、地域社会や社会の問題とする方向を目指すべきだろう。(4)SWの教育はいまだに経験主義的でこの事業のような専門的社会福祉にとっては問題がある。

M. T. GEORGES; Evolution du service social au cours de 5 années de travail dans le cadre des consultations spécialisées du CESAP, Rèadaptation, No. 190, Mai. 1972, pp. 6—8.

(阪上裕子 国立公衆衛生院)

自営業者の社会保障



(ベルギー)

ベルギー社会保障は、他のヨーロッパ諸国と同じく、被用者を中心として発展してきたが、近年、自営業者に関してもかなり整備されてきている。

ところで、1970年12月31日までは、自営業者のための社会保障を定める福祉規約(Statut social)の適用を担当する三つの全国的組織体が設けられていた。すなわち、その第一は全国自営業者社会保険機関 (Office national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants) で、これは一方で自営業者の社会保険への加入、その他種々の義務の履行について監督を行い、他方で退職給付、遺族給付の支給業務、ならびにこの部門の財政上の管理を行うものとされた。その第二は全国自営業者家族手当機関 (Office national d'allocations

familiales pour travailleurs indépendants) で、これは自営業者のための家族手当制度の財政上、運営上の管理を行なうものとされた。そして第三は全国疾病廃疾保険協会 (Institut national d'assurances maladie-invalidité) で、これは被用者のための疾病保険の管理を行なうものであるが、疾病保険にかぎり自営業者も被用者と同じ一本の管理機構のもとに置かれるものとされたのである。

1970年12月21日の法律は、このような自営業者の社会保障についての従来の管理機構に大幅な改革を加え、それが71年1月1日から効力を生ずることとなった。すなわち自営業者の社会保障に関する福祉規約を定めた1967年7月27日の王令第38号が当初予定した基本的目的の一つ、「管理の合理化」を実現するた

めに、前記2機関が廃止され、これに代わり一つの新しい機関として全国自営業者社会保険協会 (Institute national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants) が創設された。この新しい社会保険協会は、従前の機関の諸権限をすべて引きつぐものとされたが、従来から全国疾病保険協会に与えられてきた自営業者のための疾病保険の管理はそのままとされた。

ところで新しく創設された全国自営業者社会保険協会から公表された1970年の年報によってみると、ベルギーにおける自営業者のための社会保障（年金制度と家族手当制度）の状況は以下のとおりである。

1 適用状況

1970年12月末現在で、この制度の適用を受ける自営業者は719,066人で、その内訳の主なものは、自営業を主たる業とする者575,588人、自営業を副業とする者38,916人、退職年金の受給年齢後も引きつづき職業活動にとどまっている者67,727人となっている。この3部門の自営業者は、いわば「現役の自営業

者」であって、その総計は 682,231 人となるが、前年の数字 686,886 人、前々年の数字 689,605 人に比べて、それぞれ 4,655 人および 7,374 人減少している。

適用者総数 719,066 人と「現役の自営業者」の総数 682,231 人との間の差 36,835 人は、聖職者・教区員、長期的疾病廃疾のためにこの制度の適用を受けるものとされる者、その他少数の者からなっている。

これらの適用者はすべて自営業者のために全国に設けられた社会保険金庫 (Caisse d'assurances sociales)、または全国自営業者社会保険協会に併設され、前記 18 の金庫と同じ機能をはたす全国補充金庫 (Caisse nationale auxiliaire) に加入させられることになっている。この全国補充金庫に加入する者は、任意にこれに加入する者のほか、法律に定める期間内に前記の金庫に加入しなかった者がこれに加入させられることになる。70 年末に補充金庫に加入する者の数は 59,562 人となっている。

なお、ついでに 1961 年の国勢調査によるベルギーの人口動態をみると、総人口 9,189,741

人、うち経済活動人口 3,512,463 人となっている。

2 給付状況

(1) 年金制度

70 年末現在の年金受給者数は 269,551 人で、これは前年に比べて 5,607 人の増、前々年に比べて 19,936 人の増となっている。70 年の年金給付決定総額は 6,310,292,601 ベルギー・フラン (以下 BF とする) で、前年に比べて 684,703,893 BF、前々年に比べて 1,118,857,143 BF の増加となっている。従って、平均的な 1 人当たり年金額は、70 年でみた場合、約 23,410 BF (1 BF は 6.87 円) となる。

(2) 家族手当制度

70 年における家族手当受給家族数は 227,027 で、69 年および 68 年にはそれぞれ 227,906 227,748 であるので、ほとんど変化がない。家族手当の支給対象となる子供の数は、70 年で 480,506 人、69 年で 484,432 人、68 年で 483,228 人となっている。70 年には 17,321 人の出生があり、新たに家族手当の受給を開始している。

70 年における家族手当の決定総額は 3,881,356,125 BF で、69 年には 3,569,600,166 BF 68 年には 3,270,742,152 BF であった。

3 財政事情

70 年における年金費 6,310,292,601 BF は前年に比べて 12.17% の増加であるが、この費用は、(1) 自営業者の保険料 3,809 百万 BF、(2) 国庫支出金 3,326 百万 BF、の両者によってまかなわれている。すなわち、自営業者のための年金制度の費用は、彼等自身の保険料と国庫支出金がほぼ折半で負担していることになる。

家族手当制度部門の財政事情をみると、全国自営業者家族手当機関は 70 会計年度に 2,686.1 百万 BF の保険料と 1,009.6 百万 BF の国庫支出金とを収納している。実際に 70 年度に支出した額は 2,941.8 百万 BF であるので、この制度の収支バランスは十分にとられていることになる。

Revue belge de sécurité sociale. fev. 1972, No. 2, pp. 285—288.

(上村政彦 健保連)

FRINGE・BENEFITSの動向



(アメリカ)

FRINGE・BENEFITSは賃金や労働時間などの基本的労働条件を補足するいわゆる付加的労働条件で、社会保障とは異なり、その一部は社会保障を補完するものとして機能している。この資料には、アメリカにおけるFRINGE・BENEFITSの1969年における動向が、調査結果をまとめた多数の表と図を示しながら、要約されており、社会保障制度の一部も含まれている。

FRINGE・BENEFITSに対する支出は、回答を寄せた1,115の会社で大幅に異なり、賃金支払総額の8%以下から60%以上にわたっている。1969年における平均をみれば、その支出は賃金支払総額の27.9%、支払った賃金

の1時間当りでは98.3セント、被用者1人当りでは2,052ドルであった。産業別の賃金支払総額に対する平均支出では、工業は大幅に異なり、卸売りと小売り業は21.7%であったが、銀行、金融・信託業は33.9%を示していた。地域別の平均支出では、東北部が最高で、東北中央部、西部、東南部の順となっていた。企業規模では、大企業が高く、小企業は低い。私的年金に対する支払いは、回答を寄せた企業の86%で実施されており、これらの企業における支出の平均は、賃金支払総額の4.8%であった。また、回答の99%は被用者の保険制度を設けており、その平均支出は賃金支払総額の3.6%であった。諸給付に対する全被用者の賃金控除総額のうち、4.6%

が社会保障制度による老齢・遺族・廃疾・健康保険で、0.1%が鉄道従業員の退職給付制度、州法による疾病給付制度、および同様な制度となっており、0.4%が私的年金、1.0%が病院、外科、およびその他の私的健康保険であった。

上述したように、FRINGE・BENEFITSに対する支出は、回答によって大幅に異なるが、賃金支払総額に対する比率が8%以下となるのは2つの会社で、60%を超えるのも2つの企業だけであった。また、労働時間1時間当り支出では、17の企業が30セント以下で、6企業は2.25ドル以上を支出していた。その支出の年額では、13企業が被用者1人当り600ドル以下を、7企業は4,500ドルを支出していた。なお、10分の1の企業は賃金支払総額の37.7%以上を支出し、4分の1の企業も32.7%以上を負担しており、2分の1の企業は27.1%以上を支出していたが、前述した平均の27.9%は2分の1の企業による比率を若干上まわっている。

ところで、賃金支払総額に対する27.9%の平均支出は、法定負担分（使用者負担分）の6.4%、私的な企業年金と労働協約による支払い分（使用者負担分）の8.3%、有給の休憩、昼食休みなどの2.9%、不就労時間に対する支払いの8.3%、利潤配分、特別手当などの2.0%で構成されていた。なお、製造業の平均は27.0%で、全体の平均より若干低く、非製造業の平均である29.3%は全体の平均を上まわっていた。なお、製造業は老齢・遺族・廃疾・健康保険、失業補償、労働災害者補償、および私的保険に対する支出が高く、非製造業は企業年金、有給休暇、疾病休暇、および企業から購入する物品やサービスへの割引きに対する支出が高い。

産業別の支出で付言すれば、前述したように、銀行、金融・信託会社は平均支出賃金支払総額に対する比率が高く、それは33.9%であったが、石油産業の32.4%がこれに続き、最も低いのは卸売り・小売り業の21.7%であった。1時間当りの賃金では、石油産業の139.2セントに対して、デパートは56.1%に

すぎない。また、被用者1人当たり支出は、石油産業が年額2,938ドルで、デパートは1,128ドルとなっていた。

なお、賃金支払総額に対する平均支出の比率は27.9%であったが、地域別にみれば、北東部は29.1%で最も高く、東北中央部が28.5%であった。西部は27.0%、南東部は25.7%で、これらは全国平均を下まわっていた。

企業規模別に平均支出の賃金支払総額による比率をみれば、従業員5,000人以上の会社では、13の産業が平均以上で、5産業は平均を下まわっていた。従業員が2,500~4,999人の企業では、6産業が平均を上まわっており、1,000~2,499人の企業では、10産業が平均以上で、9産業は平均以下となっていた。500~999人の企業では、3産業が平均以上で、12産業は平均以下となっており、500人未満の企業では、9産業が平均以上、12産業が平均以下であった。

私的な企業年金や保険の制度に対する関心

が強いので、それらの制度に対する企業の負担状況が示されている。154企業つまり14%の企業は企業年金になんら負担していなかった。しかし、企業年金に支出している企業のうち、72企業は賃金支払総額の10%以上を負担していた。ところで、企業年金に対する企業負担の平均は4.2%であるが、その内訳は保険契約や年金契約による保険料が2.4%、保険以外に信託による年金制度への支払いが1.5%、積立てを行なわない年金制度の支払いが0.3%であった。全製造業のうち、17%は企業年金を設けていないが、非製造業ではその比率が10%になる。また、製造業のうち3%は年金に対して賃金支払総額の10%以上を、非製造業では12%の企業が賃金支払総額の10%以上をそれぞれ支出していた。企業年金に対する従業員負担の控除は、24%の企業から報告され、製造業では21%、非製造では30%となっていた。また、製造業では、石油産業が91%でその控除を行なっており、紡績産業などでは9%が控除を行なっていた。保険制度に対する同様な控除は、74%の企業で行なわれており、製造業では64%が、非製造

業では90%がその控除を実施していた。

老齢・遺族・廃疾・健康保険と失業補償に対する支出はすべての企業が負担しており、労働者災害補償への支出は95%の企業が支払っていた。有給休暇と休日支払いはそれぞれ98%の企業から報告された。有給疾病休暇は65%の企業で実施されていたが、この休暇は製造業で46%、非製造業で92%から報告されている。利潤配分の支払いは22%の企業で実施され、これは銀行、金融・信託会社では51%が報告し、公共企業では1例が報告されただけである。離職手当や退職手当の支払い、物品やサービスの割引き、およびその他の諸給付は、回答例が比較的少なかつた。

被用者に対する諸給付について、被用者の賃金から控除する例では、その控除の平均は賃金支払総額の6.1%であった。その内訳は、老齢・遺族・廃疾・健康保険の4.6%、企業年金の0.4%、生命、健康、傷害、外科、医療、病院などの各私的保険に対する1.0%を含んでいた。1時間当りでみれば、この控

除は21.4セントで、被用者1人当り年額447ドルとなっていた。石油産業の平均は7.8%であるが、鉱業（第1次金属産業）の平均は5.1%にすぎなかつた。1時間当りでは、石油産業の33.5セントに対して、デパートは14.4%であった。被用者1人当りでは、石油産業の年額707ドルに対して、デパートは289ドルであった。

1949年から1969年までにおける諸給付の推移では、諸給付に対する支出の賃金支払総額に対する比率は、1949年に17.9%、1959年に25.6%で、1969年には31.7%となり、この20年間に77%上昇したことになる。賃金の上昇により、1時間当りの支出や被用者1人当りの支出も急速に上昇してきた。諸給付に支出された費用は1969年に総額1,210億ドルであった。製造業では、その費用は410億ドル、つまり支払われた賃金や俸給1,575億ドルの26%であった。

Chamber of Commerce of the United States, *Employee Benefits 1969*, Washington, 1970. (上記商工会議所—Mr. F. D.

Lindsey・Senior Associate of Economic Analysis and Study—の好意により、1971年分の最も新しい資料が届いている。しかし、ここでは1969年の資料を用いた。同様な情報は U. S. Dept. of H. E. & W., Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Washington の毎年4月号に最新の状況が示されている)

(平石長久 社会保障研究所)

農民年金制度の採用

Egon Schäfer

(オーストリア)



筆者は最も重要な規定、しかも、農民の年金保険にとって最も特色のある規定について述べている。その規定は1969年12月12日付の法律（農民年金保険法—B-PVC）に示されており、農業と林業の自営業者に対する年金保険を定めている。

その法律は退職給付（Ausgedinge）の形で、労働から引退した農民の老齢給付に、生計費を賄うある補足的給付を加えただけにすぎない1958年の農業補足年金保険法（LZVG）を廃止している。新しい法律は、従来の不適切なしかも時代遅れの補足的な制度を、ある完全な年金保険に取替えている。

拠出は農業的な事業経営のもっている単位で設定された価値に対して、段階的な比例方

式で算出される。被保険者は所得によって20等級に分けられる。これらの等級に応じて、給付額は異なる。

この制度に含まれた最も重要な変化の1つは、所得に結びつけられたあるスケールによる給付の採用である。この分野におけるこの方法により、老齢年金も過去に取得した所得で決定され、その年金は平均的な所得に対応して毎年調整されるであろう。農民年金保険制度は被保険者の拠出、農業および林業による事業の租税、および連邦政府からの補助金で財源を調達する。

オーストリア農民疾病保険公社が農民の拠出を徴収する。最も目立つものは連邦政府による財源負担の参加で、連邦政府は1975年にその制度の年金に要する全費用の約68%を調

達するであろう。この財源調達方式に改正が必要とされるならば、将来改正が行なわれるであろう。

この新しい年金保険制度は、農業と林業における労働力構成に影響を与えるに相違ない。農民は老齢時に多数の児童によって扶養される必要がある。社会的構成にどのような影響があるのかについて、まだ予想することはできない。

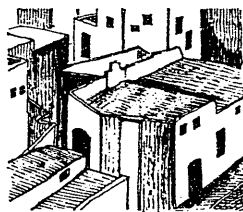
基本的な制度の補足として、新しい法律はより広範なしかも追加的な保険の形で、ある任意的な制度を規定している。

廃疾年金に付随する諸給付について、法律は健康保護とリハビリテーションにかんする規定を含んでいる。

新しい法律がいかに満足すべきものであるかを、将来の成果が示してくれるであろう。

Die Realisierung der Bauern-Pensionsversicherung, *Soziale Sicherheit*, No. 10, 1970, pp. 335—340; No. 49, '71.

社会保障と全国的社会保険の 諸問題、基本原則および政策



Humberto A. Podetti

(アルゼンチン)

本稿には、アルゼンチンにある全国的な社会保障制度を設ける必要性について、幾つかの考察が示されている。

研究は5章に分れており、それらは現在における社会保障の重要性、社会保障と社会政策、社会保障の技術的な基本原則、社会保障の基礎的な基本原則、および全国的な社会保障制度を検討している。社会保障の改革と全国的な社会保険制度について、ある簡単な考察が行なわれており、次のような結論が示されている。

アルゼンチンの市民に対して、ある社会保障制度を設ける必要があり、その制度は包

括的な適用とある共通な管理・運営方式をもっているが、しかし、地域的に地方分権的な上級管理・運営機関をもち、関連を有する各部門にその機関への参加を求める規定が設けられることになる。上述した基本的な概要にもとづく制度の計画では、社会政策と経済計画の双方について、異なった社会的活動の方法を統合するために、規定が定められなければならない。しかし、制度の経済的および財政的な責任は、全般的な国民経済に依存している。社会保障は社会政策のある手段とみなされているので、個人もしくは世帯の生活水準に脅威を与えたり、あるいは低下させるある不慮の事故が発生した場合に、人びとを貧困の脅威から解放するように工夫された社会

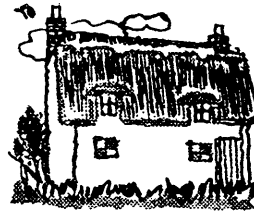
的連帯性と、個人および社会の責任にもとづく技術的および法律的な手順のある結合されたものとして、社会保障は考えられるべきである。社会政策の主要な目的は、各人の所得を保証することであり、また、適切な社会的サービスを提供することである。社会保障はこれらの目的を達成するある手段である。

アルゼンチンで用いられたその手段の分析は、次のようなものである。すなわち、この国の手段は、ある包括的な社会保障制度ではなかったが、そのようなある制度が、現在存在する各組織のある適切な統合によって、組織化することができるであろう。ある特殊な部分は、全国的な社会保険制度の研究に当てられており、その研究は社会保障の技術的な基本原則の観点から検討されている。管理・運営の統合は社会保険基金を幾つかのグループにまとめる方法では達成されないであろう。また、連邦政府の首都に、退職と年金の各制度の管理・運営を集めることは、望ましくないであろう。

特殊な不慮の事故はカバーされてきたが、しかし、全国的な制度は包括的な社会保障制度の方向を目指す基礎的な基本原則も、あるいは技術的な基本原則をも、条件を満たしていないということが認められている。

Los problemas, principios y políticas de la seguridad social y el régimen nacional de previsión social, *Jurisprudencia Argentina*, 17 March 1970, pp. 2—11; No. 2, '71.

社会的手当の改革



E. Harangozo

(ハンガリー)

本稿には、現行制度について若干の詳述を加えながら、重要な改正が述べられており、また、社会福祉諸給付の将来にかんする幾つかの考え方が示されている。

1944年の解放以前には、諸給付は範囲が限られており、また、各種の給付制度は統一的でなかった。したがって、最初の仕事は制度を統一することであった。これは徐々に達成

され、より高い給付水準に達している。制度を改革する過程における主要な特長と諸要素は、次に示されるとおりであった。

諸給付の適用範囲は、拡大されなければならない。

被用者数は増大し、とくに、その増加は女子の被用者にいちじるしいので、支給を

認められる給付の範囲は拡大されなければならないし、しかも、各給付の制度は、子女を養育する世帯を保護するように、再編成されるべきである。

寿命が長くなるので、その結果、老齢年金の受給者数と保健サービスの需要が増大することになった。

上昇する賃金およびより長くなる雇用期間が、自動的により高い諸給付を用意させることになった。

工業と農業が双方とも成長するにつれて、保護される人びとの数は、事実上全人口をカバーするようになってきた。

以上の変化による結果として、社会福祉支出の増大は国民所得よりもより早くなってしまった。社会福祉諸給付から生み出される個人所得の割合は、1950年の18%に対して、1960年には21%となり、また1970年には24%となっている。

社会福祉諸給付制度は現物給付の60%（そのうち、95%は医療である）と40%の現金給付で構成されている。解放後の期間では、現物給付が拡充されたが、それは部分的にはインフレへの対策であった。

家族手当、母親年金と子女への給付、各種の年金、および企業が提供したより重要な各種のFRINGE・ベネフィッツには、特殊な注意が払われた。

児童と年少者は集中的に配分された現物および現金の諸給付（対象は全人口の約3分の1に当たっていた）、およびある財貨や消耗品の選択方式による支給の形で、保護を提供された。

年金については、最近の決定は毎年の支給額に約2%の引上げをもたらしている。今後の5年間に、年金受給者数は20%増加し、今後の5年間に、また、年金額は15%上昇すると予想されている。年金受給者のうち約3分

の1は、当人自身だけの独立した生計をもたないで、他の世代と生計を分かち合っており、これは幾つかの問題を引起している。他の問題は低い年金額によってもたらされるもので、これは雇用期間が不十分なことによって生じている。

労働力の不足と賃金基金の制限に対処するために、1950年代に、各企業はまず社会的諸給付の体系を発達させた。新しい労働者を補充する唯一の方法は、職業に関連させた諸給付のインセンティブを用いることである。その後、制度は発達してきた。1968年に、企業が各種の社会福祉活動に支出した費用は、賃金の約3%であった。その費用は絶えず増大している。社会的諸給付は、被用者の場合に、免除もしくは些少な拠出で資金を調整されている。

将来では、過去の労働に比例させた政府の諸給付は、より急速に増大するであろう。全国民の健康、文化および社会の面におけるニードを満足させる各種の手段も発達されな

ればならないし、とくに、大家族を援助する手段が改善されなければならない。

各企業はより大きな社会的責任も引受けなければならないであろう。企業はそれぞれのFRINGE・ベネフィッツを改善するために、社会全体からの援助を要求するかも知れないが、しかし、結局、その拡充は各企業の経済状態に依存することになるであろう。職業に関連させた福祉制度のもっているある利点は、それらの制度が各地方の諸条件を考慮に入れることができるということである。

A tarsadalmi juttatosok alaklása, *Munkügyi Szemle*, No. 4, 1970, pp. 138—143; No. 14, '71.

コルホーズの安全対策と社会保険



I. Shkuratov

本稿には、過去10年間にコルホーズ（集団農場）で発達してきた産業安全と疾病保険について、もっとも重要な手段の要約が示されている。

コルホーズ構成員の第3回大会で採択されたモデル規則は、コルホーズの発展と民主制に新しい将来の見通しを開くことになった。中でも、各規則は労働安全と疾病保険を含めて、安全かつ健康的な労働環境と農業生産に新しい必要条件を創設した。

モデル規則は妊婦と若い人びとの給付、とくに、出産休暇および有給休暇の規定を含んでいる。

（ソ 連）

コルホーズ構成員の労働組合が設けられ、その組合は各コルホーズと各地方の労働組合との間における労働安全協約の締結を促進してきた。多数のこれらの協約は疾病給付、雇用傷害給付、および有給休暇を含んでいる。約28,500のコルホーズがそのような協約を締結しており、これまでに約4,100万ルーブルが支出された。特殊なコルホーズにおける幾つかのすぐれた結果が、この要約に引用されている。

コルホーズ構成員に対する社会保険のある統一的な制度を促進するために、今後きわめて多くの活動が必要とされるであろう。疾病給付はある期間支払われてきたが、支給率は制限され、各コルホーズによって支給額は異

なっていた。モデル規則は疾病給付、無料のサナトリウム処置、およびその他の短期的な諸給付の集約的な基金管理を行なうある統一的な制度を予想している。

第3回大会の決議に続いて、コルホーズ中央議会はコルホーズ構成員のある中央疾病保険基金を設けることを決定したが、その基金はコルホーズが拠出を支払うことになっている。その拠出は構成員に支払われた報酬総額の2.4%となるであろう。疾病給付は雇用期間によって異なる比率が定められ、その支給率は最低3年まで50%、3—5年に60%、5—8年に70%、8年以上に90%とされている。雇用傷害の場合における支給率は、雇用期間に関係なく、100%である。

これらの給付とは別に、各コルホーズは成人と子供の双方に対するサナトリウムとレクリエーション施設の建設に、ある金額を充当することができる。現在まで、約155のそのような施設が建設されてきたが、それらには8,700床が用意されている。約79のサナト

リュウムと休日の保養施設が建設中で、これらには、14,400床が用意されることになっている。労働組合の監督をうけながら、数カ所のコルホーズが共同で資金を提供する形により、多数の施設が建設されている。これらの対策はコルホーズ構成員とかれらの子供に対して、サナトリウム処置の用意をかなり増加させることになるであろう。

新しい仕組みの採用に含まれた多数の活動は、農業労働組合の加入する各種の労働組合団体に任命されていた。社会保険の監督官は各部門と労働集団毎に選出されて、新しい社会保険制度におけるかれらの重要な役割を訓練される。かれらはその制度の機能を発揮させ、かつ民主的なコントロールをすることに責任を負うであろう。

Okhrana truda i social'noe strakhovanie v kolhozakh, *Okhrana truda i sotsial'noe strakhovanie*, No. 5, 1970, pp. 23—25; No. 34, '71.

可変的な年金年齢の 実現を求めて

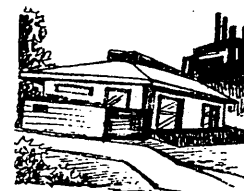
Achim Steffen

(西ドイツ)

本稿の筆者は、連邦政府による選択として提案されてきたある可変的な年齢制限の問題について、4つのタイプの解決策を示しながら、4制度を論じている。

社会・政治的な分野では、連邦政府が目指している改革は、可変的な年齢制限の導入を含んでいる。つまり、公的年金保険制度の被保険者は、ある期間すなわち60歳と68歳の間で、労働を停止し、老齢年金を受給するかどうかを決定することができることになる。

今日では、可変的な年齢制限が採用されるであろうというのは明白であるが、しかし、重大な経済的および財政的な諸問題が発生するかも知れないという理由から、その導入が



どのようにして行なわれるかという点は、まだ明らかでない。まず、現在および将来の年金支払いと経済発展に対応させて年金額を毎年修正する調整は、保証されなければならないし、次に、人的資源は経済成長が低下させられるほど危険にさらされるべきでない。

可変的な年齢制限には、大幅な制限条件がつけられる筈であるから、最も早い時期に退職する誘因が大きくなるということはない。むしろ、65歳以上まで労働を継続するのには価値があると感じられる。また、可変的な年齢制限は資金にかなりの余裕を生み出すようにしなければならないので、公的年金保険には、できるだけ追加的な負担を求めない。

連邦政府の討議に取上げられた2つの制度は、上述した条件を満たしていない。記述は一部不明瞭であるが、記述からうける印象では、保険に加入していたかなりの年数の期間が、年金には取るに足らない増加分だけを生み出すにすぎないので、問題とされているのは、年金年齢の全般的な引下げであるということになる。2制度の違いは、1つの制度が老齢年金と稼得収入の双方を同時に享受するのを許しているのに、もう1つの制度が満65歳に達するまで同時にそれらの双方を享受するのを禁止していることである。

第4番目の制度は、ある年齢への到達に全くなんらの関係ももっていない。その制度では、むしろ、年齢制限はある年数の保険加入を満了した後に要求され、最も遅い年齢は65歳である。年金額について、この制度のもっている適合性が述べられていないことについては、余り多く語られない。

年金保険にかんする報告の中で、この第4番目の制度だけが問題の解決に受け入れられ

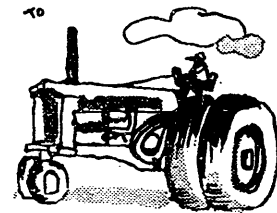
る。その場合に、その制度に期待して、これをまず実施すれば、その実施は年金にある保険数理的に正しいとみなされる年金額のある低下を伴うことになるので、したがって、可変的な年齢制限はその制度自身による財源の調達を大幅に要求される。65歳以後に年金の受給を延期することは、保険数理的に正当な収入を稼ぐことになるので、したがって、労働を継続する実質的な誘因がある。

可変的な年齢制限に対するある保険のそのような接近法は、労働市場に与えるその影響を恐らく制限するであろうし、また、経済成長には影響を与えないであろう。しかし、ある状況のもとでは、ある保険の手段でさえも、財政的な問題を完全には解決できないかも知れない。

60—68歳の選ばれた期間を超えて年金年齢に達するのは、かなり分散されるので、年金の実施によって生ずる拠出の一時的な減少は、年金の受給申請延期に結果として生じた拠出収入の相対的な増大によって、均衡がと

れる場合には、また、その場合においてのみ、年金保険には、なんらの負担も負わされないことになる。さらに、制度の実施によって生ずる財政的な赤字は、連邦政府の資金でうまく処理されなければならないであろう。

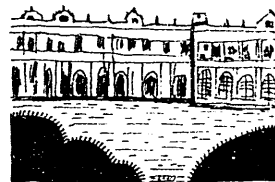
Zur Realisierung einer flexiblen Altersgrenze, *Die Ersatzkasse*, No. 12, 1970, pp. 520—523; No. 53, '71.



産業の合理化や再編成と

被用者の保障

(チェコスロヴァキア)



本稿には、1970年の政令第74号によって設けられた新しい制度が示されている。この制度は合理化やその他の構造的改革によって影響を蒙った被用者に、社会的な諸給付を支給しようとしている。

国民経済の漸進的な発展は、資金を役立たせ、かつ生産性を向上させるために、非効率的な事業所を閉鎖したり、管理や経営を担当する職員の減少する手段を通じて、産業の構造的な変化をもたらそうとしている。新設された制度はこの努力を支えることを意図している。

1970年7月17日以後に雇用を中断される被用者達は、次のような点を条件に、上述した

政令による諸給付と補償の受給資格を取得する。つまり、雇用契約が構造的変化、非効率的な工場の閉鎖、管理職の人員削減、合理化もしくは再編成の場合に、また、母親と妊婦の労働が禁止されているために行なわれる分娩前後の雇用変更によって中断された場合に、上述した受給資格が認められる。この手段は、他の理由によって解雇された者に適用されない。

そのようにして解雇された者は、次のような給付の年金受給を取得する。

1 該当者が新しい雇用に就く場合には、当初3ヵ月間賃金補償が支払われ、その金額は、最高の3,000クローネ（つまり、全国的な

平均賃金の約150%）を条件として、新しい賃金にもとの賃金との差額に等しい金額とされている。もし当人が新しい仕事について再訓練をうけなければならない場合には、支給期間が6ヵ月間に延長される。もし被用者が解雇予告の全期間を要求しないで、新しい雇用に着く場合には、当人はかれの賃金のうち、予告期間の残りの部分に当る賃金部分を補償される資格を与えられる。

2 事業所は解雇された被用者がとくに区別された方法で、その企業のために長年労働してきた場合には、当人に追加的な補償を支払うことができる。そのような追加的補償は、なんら権利にもとづくものではない。

3 解雇された被用者が、当人の健康、能力、および、状況によっては、資格のために新しい雇用をなかなか発見できない場合には、当人が職業紹介の登録をしたことを条件として、当人は雇用契約を結ぶ以前に支払われる特殊な手当の受給資格を取得する。そのような給付は、1,800クローネの最高を条件

として、過去に取得した平均的な純賃金の60%に相当する金額とされている。その給付の支給期間は6ヵ月である。また、その給付は半分に減額して、さらに6ヵ月支給される。

その手当は失業の1週間後に受給が認められる。手当は新しい雇用の契約まで、あるいは本人が職業安定機関による雇用の提供を、妥当な理由もなく拒否した日まで支払われる。もし給付の受給資格を有する者が、地方の政府機関が組織したある季節的もしくは一時的な雇用についての場合にも、かれの受給権はなんら影響をうけない。

4 給付の受給期間中に、有資格者は疾病保険の補保険者となり、疾病の場合には、本人は手当を支給されない6週間に対して、疾病給付を受給する資格を与えられる。その期間以後では、もし疾病が続いている場合には、本人は疾病給付を受給する資格を認められないが、疾病給付の支給率まで引上げられた手当の受給を継続することになる。

5 原則として、手当の受給資格をもっている人びとは、年金制度による本人の権利も保有している。つまり、特殊な状況では、第1および第2カテゴリーの労働によって取得した本人の権利を保有する。また、かれは本人が退職を余儀なくされた雇用で取得した平均賃金から算定される年金の受給資格をも取得する。前述した手当が支給される求職期間は、年金の受給資格取得と年金の算定では、雇用期間中とみなされている。

Zabezpečení pracovníku v souvislosti s prováděním racionalizačních a organizačních opatření, *Narodní pojištění*, No. 10, 1970, pp 19—25; No. 62, '71.

(以上6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)

社会保障こぼれ話

国際社会保障制度の改正

EC加盟国では、労働力の流動化を促進するために、移住労働者に対する社会保障の相互協力活動が実施されている。この活動は1959年1月より効力を発生したローマ条約にもとづくもので、活動は次第に活発になってきた。しかし、社会経済の変化にともない、協力活動を規定した内容に修正を加える必要が生じてきた。そこで、1971年6月にある規則が採用され、協力活動は改正された。

EC加盟国による国際社会保障制度の主要な改正は、適用の拡大、地域の拡大、年金算出の改善、管理の簡素化、労働者・使用者・政府（政労使）の各代表によるある諮問委員会の創設などを含んでいた。たとえば、適用の拡大は自営業を含めるようになり、地域の拡大は失業者が他の加盟国で求職する場合に、失業した国の制度により失業給付が支給される。また、年金受給者の疾病に対する現物給付は、本人が居住した各加盟国の法律で定められた現物給付をすべて受給できることになった。年金算出の改善は、受給者に有利な年金を支給することになった。

ILO International Labour Review. Vol.

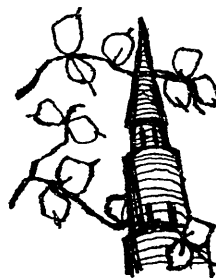
106, No. 1, July 1972, pp, 95—98

(平石長久 社会保障研究所)

解説

国民保健計画の国際的動向

国立公衆衛生院衛生行政学部長 橋本正己



ここに国民保健計画というのは、WHO等によって近年盛んに用いられている national health planning の訳語である。また、この場合「保健」「health」は、従来の公衆衛生と医療を包括した内容をもつ用語であることも混乱をさけるために、最初にお断りしておく。

世界の各国が保健計画に強い関心をよせるようになったのは比較的新しいことであり、またこの領域への計画の導入は、実は高い理想を志向して積極的になされたというよりは各国における医療をめぐる社会問題の深刻化のなかから起ったものであるといえる。すなわち計画と情報化は、戦後の産業高度化と経済開発の要請を契機として登場し、わけでもコンピューターの導入によって急激に促進された。公衆衛生および医療は、その歴史が示

すように、決して計画的に発展してきたのではなく、それぞれの時代ののびきならぬ社会の要求に応じて試行錯誤のなかから形成されたものであった。しかし、第2次大戦後の経済開発と技術開発を軸とする社会変動のなかで、公衆衛生・医療の領域では、これに対する社会的需要とその供給との間のギャップが、各国においてしだいに危機的な様相を示すに至った。すなわち、人口構造の変化、疾病・死亡パターンの変化、医療の技術革新と社会化、病院医療の高度化、生活水準の向上、権利意識の昂揚などの諸要因は、先進諸国では例外なく保健需要 health demand の急増をもたらした反面、施設・設備、財源、ヘルスマンパワーなどの保健資源 health resources には自ら限界があり、とくにマンパワーの危

機的な不足は、保健サービスの供給をきびしく制約するに至ったのである。このことは1960年代に未曾有の激しい社会変動を経験した日本では、とりわけ深刻であるが、保健領域への計画の導入はこの領域の切実な社会問題化のなかから起ってきたことが正しく理解される必要がある。以下に WHO のドキュメントを中心として、最近における国民保健計画の動向を概観しよう。

公衆衛生行政に関する専門家委員報告

WHO は1948年創設されて以来、保健計画については直接間接に積極的な活動を行なっているが、公衆衛生行政 public health administration に関する専門家委員会が、1951年以降5回に亘ってこの問題をとりあげ、報告書を公表していることがまず注目される。

第1次報告：公衆衛生行政の原則と実際 (1952)¹⁾

これは世界各国で公衆衛生行政が当面する重要課題について、一般論的に論じている。各国における公衆衛生計画の財政措置の方法についての研究の必要を述べ、中央政府の政

策と有効に連携した地方分権行政の重要性を強調している。

第2次報告：農村地域における総合的保健プログラム (1954)²⁾

これは農地地域を対象としたものであり、地方計画委員会の重要な役割として、計画に対する地方の関心を喚起することを強調し、また地方計画の国の計画への参加の重要性を強調している。

第3次報告：地方保健サービス (1960)³⁾

この報告書は6つのパイロット的な地方保健調査を概観し、地域保健計画の前提としての研究調査の重要性を強調し、その方法に言及している。また地域保健活動に影響する基本的条件として、有効な地方行政機構と保健サービスの効果的な地方分権化の必要性を強調している。

第4次報告：公衆衛生サービスの計画 (1961)⁴⁾

この報告書は、第1次報告と同様に公衆衛生計画の一般原則をとり扱っている。また国のレベルの長期計画の重要性を強調し、WHOの刊行物としてはじめてつぎのように保健計

画の定着を試みていることが注目される。

「公衆衛生サービスの計画とは、近代的な知識と経験に即して、一国の社会資源のなかでその国のニーズを充足するため、それらの諸サービスを注意深く知的に説明し、また秩序正しく発展させることを意味する。」

またこの報告書は、その勧告のなかでとくに公衆衛生活動のオペレーショナル・リサーチを強調し、行政のあらゆるレベルでパイロット調査を実施するよう奨めている。

第5次報告：都市保健サービス (1963)⁵⁾

これは都市保健に関する諸問題を論じ、業務の機能、体系について系統的に検討を加えたものである。都市における保健計画と業務に対する責任の配分については、それぞれの国の歴史的、政治的、経済的、文化的事情によってそのあり方は一律ではないことを強調している。

第18回世界保健総会における技術討議 (1965)⁶⁾

1965年5月ジュネーブで開かれた第18回世界保健総会は、その技術討議のテーマとして

“health planning” をとり上げ報告を作成した。この報告書は保健計画における最大の困難はヘルスマンパワーの確保と地域への公平な分布であることを訴えている。また保健計画のための前提条件として、(1)国の社会経済発展における保健計画の正しい位置づけ、(2)計画実施のための法的措置、(3)政策立案、意志決定レベルにおける社会経済計画全体の計画組織およびその一環としての同じレベルにおける保健計画のための組織、(4)すべての計画組織間およびこれらの組織と政府の関係部局との間の調整、をあげ、また保健計画の前提としての必要な各種データを列記している。また保健計画とその実施について最終責任をもつものは、内閣に対して責任を負う国レベルの保健省であるが、半面政治家と保健のエキスパートと現場のワーカーとの間の絶えざる対話がきわめて重要であるとしている。さらに WHO がとるべき行動として、(1) “norm” を設定するための研究の推進、(2)保健計画のための教育訓練の推進、(3)保健計画のためのガイドラインの作成、を勧告している。

「開発途上国における国民保健計画」に関する専門家委員会の報告 (1967)⁷⁾

この報告書は開発途上国を主たる対象とし、とくに国のレベルにおける社会経済計画と保健計画の有機的連携を基本として、その原則的な問題を検討している。すなわち、(1) 国の保健計画は一般的な社会経済計画の一環であること、(2) 計画とは多専門的 multidisciplinary な事業であり、また最終的に政府の受入可能なものであるべきこと、を強調している。また“projection”(仮定された一連の行動の論理的帰結の表現)、“targets”(行動の具体的な方向づけの指標)など、計画の主要な用語を定義づけている。さらに計画の技法の興味ある最近の成果として、アメリカにおける P P B (1965) および地域保健サービスに関する全国委員会の“A Community Self-Study Guide for Planning”(1966)の2つをあげている。

「国民保健計画のための訓練」に関する専門家委員会の報告 (1970)⁸⁾

この報告書は、前述の第18回世界保健会議

の技術討議報告および「開発途上国における国民保健計画」に関する専門家委員会の報告における勧告(国民保健計画のための訓練の推進)を受けて組織された専門家委員会の成果である。国民保健計画システムの特質、訓練に関する一般的検討をふまえて、(1) 一般的保健プランナー、(2) 副保健プランナー、(3) プログラムアドバイザー、(4) その他の保健従事者、について具体的に訓練プログラムを検討している。また保健計画に関する教育者と研究者のための卒後教育のあり方、および教育訓練の行政について検討している。

公衆衛生プログラムの計画と評価のための統計的諸指標 (1971)⁹⁾

これは保健統計に関する専門家委員会の第14次報告であり、1968年の第13次報告が公衆衛生行政における計画と評価の重要性を強調した後を受けて、これらとの関連における保健統計の新しい対応を検討したものである。公衆衛生における administrator と planner と statistician の3者の相互関係が一貫して討議の中心課題となっており、あわせて計画と評

価の原則、このために必要な統計的データなどについてかなり包括的に検討され、勧告が行なわれている。また評価 evaluation に関する基本的な用語、たとえば“efficacy”(薬剤のききめのような意味)、“effectiveness”(掲げられた目標に対して)、“efficiency”(費された努力に対して)などの定義が試みられている。

ソビエト連邦における保健計画の諸原則

(G. A. Popov 著, 1971)¹⁰⁾

ソビエト連邦は、社会主義の先進国としてその経済発展における計画性の一環として、保健計画についても豊かな経験と実績を誇っている。本書は WHO の依頼によって、ソビエト連邦保健省の計画・財務局次長であり、またモスクワの中央医学研究所の社会医学・衛生行政学教授でもある G・A・Popov が執筆したものであり、これによって国民保健計画の概論的な部門は漸く確立された感が深い。

本書は、(1) 保健計画の理論、(2) 保健の水準、(3) 外来および入院施設、(4) 医療のためのマンパワー、(5) 医療従事者の訓練計画の方

法, (6)諸ノルムおよび諸基準, の6章から構成されている。第1章は総論的な部分として, これまでWHOの各種専門家委員会などによる保健計画の概念や原則をまとめて紹介しており, 第2章以下では主要各国における保健計画の現状を紹介するとともに, 長年に亘るソ連における保健計画の経験とその諸原則を多彩な資料を駆使して紹介している。

国民保健計画を進めるに当って, その具体的な根拠となっているのは, 各種の“norm”と“standards”であり, これを地域の特性と時代の進展に科学的に適応したものとするために, 長年の間にすぐれたシステムが実現されている。すなわち, 保健に対するニーズを測定するために, 住民が最初に訪れる施設であるポリクリニック, ディスペンサリーの受診に関する統計データが恒常的に整備されており, これを補完する目的で, 立地条件を異にする若干の地域を選んで全住民を対象とするスクリーニングと健康診断を定期的に行なっている。この方法でいわゆる罹患状態の氷山(the Iceberg of Morbidity)の水面下のかくれた部分が明らかにされるわけである。この方

法は保健の必要度測定のための“health need approach”に属するものであるが, これはソ連のように完全に社会化された体制においてはじめて適用可能な方法であることがWHOの関連専門家委員会でも指摘されている。また一方, ヘルスマンパワーの確保とその構成メンバーの機能, 技術水準, くみ合わせ, 各種施設への配置パターン, 組織などについては, 一定の地域を対象とする調査とエキスパートのグループによる定期的な評価がその基準設定と改訂の基礎となっている。このようなソ連の国民保健計画のあり方には, 社会体制の相違が存することは事実であるが, 以上のような“norms”および“standards”の設定過程などについては, 日本にとって貴重な示唆に富むものと考えられる。なお本書の巻末に付録として, 公衆衛生計画および医療の評価に用いられている諸指数300種が収録されており, 参考になるところが多い。

× × ×

WHOの国民保健計画に関する今日までの主要なドキュメントを以上に概観したのであ

るが, この主題については1960年代以降, WHOの各地域事務局, あるいは地域間またはILOなどとの共催で会議やセミナーが数多く開かれており, その記録や報告書は枚挙に暇のないほどである。とくに日本の所属する西太平洋地域事務局では1964年にこの主題に関する会議を持ち, その後毎年3か月程度の訓練セミナーが開かれ, その都度日本からも1~2名が参加している。また本年11月上旬再びこの主題に関する国際会議(23か国出席予定)がマニラで開催され, 筆者もこれに参加する予定であることをつけ加えておく。

む す び

1960年代以降, 激しい社会変動を経験している日本の場合, 公衆衛生および医療についてもその計画的推進の必要性が欧米先進諸国と同じように, 否社会の変化が急激であるだけにより以上切実であるといわねばならない。しかしながら保健計画の具体的な進め方はそれぞれの国の社会, 経済, 政治, 文化の現実の諸条件のなかから生まれてくるもので

あって、計画の諸原則そのものは同じであっても、その社会的適用については決して画一的に論ずることはできない。世界的な国民保健計画の動向と各国の実情を概観して痛感されることは、ひとつの国がその公衆衛生・医療活動に計画を有効に導入することに大きな影響のある条件として、この領域における公的セクターと私的セクターの比率、計画推進に対する中央政府のリーダーシップの度合、行政制度とくに行政法の伝統の強弱、各種の専門職能団体などの変革に対する意識と態度、地域住民の公衆衛生・医療に対する意識と態度などであるということである。また計画を方向づける基本的な政策とその理念の問題がそれらの根底にあることは論をまたない。単的にいって、国際的にみた場合日本の現状は、前述の保健計画を規定する諸条件においてはなほだ不利であることを率直に認めなければならない。この点日本の現状における保健計画の必要性が切実であるだけに、われわれはこれを日本の現実に適用しようとする場合にその前提となる諸条件の評価を十分にすべきであろう。また国民保健計画とい

う場合の“national”という用語は、単に中央政府が計画を作成するというのではなく、それぞれの特性をもったコミュニティや中間的な広地域などのレベルにおける保健計画の存在を前提とし、これらを包括した実体を示すものである。この点で各国の保健計画がその社会体制のいかんを問わず今日共通に志向しているのは、一定の地域ないしは生活圏域を基盤とする計画であり、これは日本の現状にとってもきわめて重要な意義を有するものといえる。

最近日本においても周知のように、公衆衛

生・医療について地域を基盤とする計画的推進の必要性が、保健所改革案、医療基本法案などを契機として関係者の関心と論議の焦点となっている。国民保健計画における国際的な動向をふまえて従来計画への努力を反省し、各種の地域レベルにおける計画と国のレベルにおける計画、現存する数多くのセクトラルな保健のプランとニーズに対応する水平的なプランニングの関係を理論的にも十分掘り上げることが国民保健計画への喫緊の課題であると考えられる。

参 考 文 献

- 1) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 55, 1952.
- 2) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 83, 1954.
- 3) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 194, 1960.
- 4) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 215, 1961.
- 5) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 250, 1963.
- 6) World Health Organization. Report of the technical discussion at the Eighteenth World Health Assembly: health planning, 1965.
- 7) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 350, 1967.
- 8) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 456, 1970.
- 9) World Health Organization. techn. Rep. Ser., No. 472, 1971.
- 10) G. A. Popov, Principles of Health Planning in the USSR, World Health Organization: Public Health Papers, No. 43, 1971.

海外だより

欧米先進国の 精神薄弱者対策をみて



日本福祉大学助教授 秦 安雄

昨年、10月から12月にかけて、約3か月間米国をはじめヨーロッパ諸国の精神薄弱者の教育・福祉の事情をみてくる機会をもちました。ここでは、米国カリフォルニア州、英国、デンマークの精神薄弱者対策について、その印象や特徴を紹介します。

米国；カリフォルニア州の精神薄弱者対策

はじめの1か月は米国に滞在しました。そのうち約20日をロサンゼルスの方約40キロのポモナにある太平洋州立病院(Pacific State Hospital)に滞在し、病院内は勿論のこと地域にある各種の施設、学校を訪問することができました。

太平洋州立病院は、精神薄弱者のための州立病院で、入院患者は約1,800名です。カリ

フォルニア州は、人口約2,800万人、日本の全土よりやや広い面積をもっています。この州に州立病院は12か所あり、精神衛生対策の中心になっています。その州立病院の中、4か所は精神薄弱者のみの病院で、4か所は精神病患者と精神薄弱者を収容し、他は、精神病患者のみの病院です。

太平洋州立病院では、わたしたちが“Hospital”ということばかり受ける印象とちがって、各種の施設を含む総合的な施設です。いわゆる病院・学校・収容施設・研究所・職業教育と授産の施設などを含みます。ちょうど、愛知県のコロニーのように各部門がありますが、病院長のもとに総合された運営がされています。各部門の責任者が協力して、障害の程度や種類、年齢等、個人の必要に応じ

たプログラムが立てられ、治療・教育・訓練が実施され、プログラムごとの責任者のもとに、医師、看護婦、心理学者、教師、ソーシャル・ワーカー、サイキアトリック・テクニシャン(日本では保母、指導員にあたる)がチームを組んで仕事をしています。入院患者の大部分は、中度、重度の精神薄弱者で、重複障害をもっているものを含んでいます。45%は歩行困難、76%が言語障害をもち、17%は視力障害があり、9%のものが聴力障害をもっています。

昨年、1971年7月1日から施行された、ランターマン精神薄弱サービス法によって、カリフォルニア州のサービス体系が整備され、州立病院の位置づけもリサーチセンターに変化してきています。ランターマン・サービス法では、幼児から成人まで、それぞれの年齢、障害の程度に応じ、各人の発達の段階において、精神薄弱のニードにあわせて州で責任をもつことをはっきりさせたのです。法の目標は、精神薄弱といわれる人びとが、知的にも経済的にもあるいは健康の上でも、もっている可能性を完全に実現するよう州のいたると

ころにサービス網を用意することにあるということです。リーガン州知事は「この進歩的な立法は精神薄弱者がもつ能力を最大限に発達させることを保証する総合的な体系を打ち立てるだろう」と期待し、「このような新しい体系は、関係者、すなわち、両親、民間団体、郡の役所や州政府の協力によってできた」とのべています。精神薄弱に対するサービスの体系は、ランターマン・サービス法の施行によって従来の州立病院から新設された地域センター (Regional Center) に移りつつあります。当初地域センターは9か所新設され、完成時には20か所が予定されています。

精神薄弱者をかかえた家族が何らかのサービスを受けるためには、まづ最も近い地域センターにいけます。そこでは、医師、心理学者、ソーシャル・ワーカー、看護婦などのメンバーがチームをつくり、医学的診断、心理学的評価をし、家族と話し合っ、どんな保護や治療が必要かをきめます。州立病院に入院するか、地域にある施設にするか、家庭から通園や通所にするかきめます。その他のサービスとして家族のカウンセリング、就学前

保育・訓練、職業訓練など直接必要とされるサービスが用意されています。従来、地域センターができる以前は、州立病院でこれらの役割を受持っていたのです。このような施策の背景には、何千人という規模の州立病院に入院したくとも2~3年待たないと入院できず入院希望の待機ケースが多いこと、病院の機能や経済的な問題があります。待機ケースが増えてきた一方、収容保護の場合入院したものは殆んど退院することなく一生を病院で過ごすこととなります。家族や障害者の要求を受けとめるためには施設を拡張する以外にないのです。このように施設は大きくなり過ぎたといわれるような規模になってきました。しかも、入所者は、ホスピタリズムが指摘され、地域社会では生活できない人間をつくり出していきます。病院は施設拡張のためにも運営のためにも費用がかさみます。(州立病院では月額1人あたり700ドルかかるといいます。親の負担は最高月20ドルまでです。地域の施設だと月439ドルです。)精神薄弱者も人間であり、できるだけ家族と一緒に地域社会の中で生活することが望ましい。また、地域社会の中で自

然に育てよう、その方が社会的自立の上でも効果的であると考えられます。いわゆる「コミュニティ・ケア」「ノーマライゼーション」の方向が、精神薄弱者の対策にもとられてきたのです。この傾向はヨーロッパの先進国でも同様でした。

州立病院は、入院してもなるべく早く地域に、家庭に帰すよう努めます。一部の重症者をのぞいて、社会的自立のできるよう一定期間、例えば2年~3年の治療、教育、訓練を経て地域社会に帰します。地域には、里親制度や小規模の各種施設が民間・公営を含めて授産施設にいたるまであります。つまり、米カリフォルニア州からみるコミュニティ・ケアの論理は、国連の権利宣言を念頭に基本的には障害者も1人の人間として尊重され、生活においてできるだけ「正常化」をめざしますが、現実的には、経済的にも、社会的適応の面からも一石二鳥の追求といえましょう。

なお、学校教育の制度は、高校まで義務制で特殊学級は高校にもあり、障害児は義務教育年限18歳をこえても21歳まで在籍すること

ができます。比較的軽度（IQ 55～75）の精神薄弱者は（Educable Mentally Retarded といわれ）普通学校に併設されている特殊学級で教育を受けています。中・重度（IQ 25～55）は（Trainable Mentally Retarded といわれ）独立した特殊学校に在籍します。この特殊学校には、今まで教育・訓練をうける施設がなかった在宅の子どものために1965年から出発した発達センターが併設されていました。発達センターは、IQ 25以下の重度・重症のものが対象で、早期教育のためにも18か月から通学することができ、21歳まで在籍できます。精神薄弱児の教育はこの3本立です。

英国；精神薄弱者対策

12月に入って約20日間、ロンドンに滞在し、精神薄弱者のための病院や授産施設、学校などを訪問しました。英国でも、やはり従来の病院中心のサービスからコミュニティ・サービスに重点をおく方向に移りつつありました。コロニーとよばれる大規模の施設に隔離収容されていた時期から1948年の国民保健サービスの出発以来、新しく中央政府直轄の

Hospital Authorities に移管されました。以後、病院として精神病患者とともに精神薄弱者は病院サービスが中心になったのです。しかし、これらの施設の建物・設備も古くなり、一方、対象者の要求をみたすに十分な収容定員もなく、地方自治体では、コミュニティ・ケアの主張とともに多くの訓練センター（日本の通園施設はこれをモデルにしています。）を用意するようになってきました。1959年の精神衛生法により、コミュニティ・サービスを自治体に義務づけ、中・重度の精神薄弱者はこの新しい、設備も近代的な訓練センターや収容施設で処遇されてきました。1971年の4月からは約700の初級・中級の訓練センターが、とくに病院で治療する以上に効果の上る教育・訓練の意義が問いなおされ、新しく学校体系に、つまり保健・社会保障省の所管から教育省の所管に移管され特殊学校になったのです。職員の身分も待遇も教師になりました。英国では従来の特殊学校にあわせて2本立となりました。すなわち、IQ 50～80の精神薄弱児を対象とする特殊学校とIQ 50以下のものを対象とする訓練センターが学校に

なった特殊学校です。これによって実質的に就学猶予免除されることなく制度的にはすべての障害児が学校教育にうけとめられるようになったのです。

キングスベリー特殊学校を訪問しましたが、ここには2歳から16歳までの中・重度・重症の精神薄弱児がスクールバスで通学していました。幼児のクラスは看護婦が中心に世話をしていましたが、それぞれの年齢・障害に応じてクラス分けをして、教育・訓練がされております。16歳からは、保健・社会保障省の管轄の職業訓練センターに通所することができます。

訪問したハーパーベリー病院は約800名の成人精神薄弱者が入院しており、織物、製靴、木工、洋服の仕立、農業まで各種の作業が用意され、そこで生活している様子がうかがわれました。クイーンメアリオ病院は、750ベッドある子どもの病院ですが、学校もあり研究部門もありました。現在、病院のサービスと自治体のコミュニティ・サービスの両方が有機的に協力し合っていくという形をとっています。

英国では、精神薄弱者のサービスのために積極的にとりくんでいるようで、政府や民間の団体の代表は、スウェーデン、デンマーク、またソ連などへ調査団を送ってレポートを出しています。英国の長所を生かしながら進んでいるといわれる北欧の成果を受け入れる努力をしているようでした。また、英国では、施設の不足と1910年代からの古い建物を近代的な施設に改善する課題や職員の不足があるようです。訪問した病院のスタッフは改善の資金の乏しいことを指摘していました。

デンマーク；精神薄弱者サービス・システム

デンマークを訪れる人が最近増えているといわれています。人口4,800万人、面積43,000平方キロの小さな国ですが、社会民主党が第一党を占める王国です。社会主義政策がとられているといわれ社会福祉サービスの費用は、教育、軍事について多いそうです。1959年に新しい法律が施行され精神薄弱に有効な処遇が用意されるようになり、とくに、ここ10年間に充実してきているようにみえます。

精神薄弱者に対するサービスの中心はRegional Center（地域センター）です。地域センターは、米国カリフォルニア州より先にできています。また、内容が同じではありません。12の地域にわけられ半径50キロの範囲に一つの割合で12の地域センターが配置されています。精神薄弱者も他の市民と同様に基本的人権をもつことを明確にかかげ、幼児から成人にいたるどんな重い障害のものも、もれなく法律でカバーできるよう制度上保障しているのが大きな特徴です。1933年の国民援助法（National Assistance Act）は1961年に補強され、さらに盲、ろう、精神薄弱者のための特別法が補足され、1960年のリハビリテーション法のもとでのサービスからもれたものすべてがカバーされることになり、精神薄弱のサービスはデンマーク政府の責任でおこなわれるようになっていきます。

コペンハーゲン地域の地域センターを訪れました。この地域のみは子どもと成人の施設が分離して2つありました。子どものためのバンゲーデ病院は、軽度、中度、重度・重症の325名の子どもが入院していました。この

施設は、1965年に完成し、1人あたり12,000ドルの費用がかかっています。年間運営費に1人約6,933ドルかけているのです。外来のクリニックや、医療施設と同時に幼稚園、学校が併設してあり、収容棟ではできるだけ家庭的な雰囲気をつくりだす努力がされています。建物も、子どもの村を思わせる小舎制になっております。家庭にいて、この病院に通院し治療や教育をうける子どももいます。とくに重複障害の子どもが多いので、機能訓練などの施設・設備が整備されていました。設備の豊かさは米国と共通でした。

成人のためのリレモスガードの施設は、300人を収容し、この国でも一番古い建物が残っています。この20年前から新しい建物に改善しつつあったが、1964年に完成し、そのために1人あたり10,000ドルの費用をかけ、維持し運営には1人あたり3,600ドルかけています。ここも軽度、中度、重度・最重度の精神薄弱者が収容されており、障害者の必要に応じた医療と保護、職業訓練や授産の施設になっています。この施設で生活し、施設内の授産所で働くもの、施設外の地域の授産所にバスで

通勤するものもあります。とくに印象に深かったのは、最も障害の重いと思われる対象者に個々人の障害に応じた治療のプログラムが一覧表として掲示してあり、どんなに障害がおもくとも、治療の意味も含めて作業をやらせていたことです。手足の不自由な、ことばも殆んど出ない、口から唾液を出しているような成人の障害者が、その人にあわせて織機を配置し、簡単な織物を織っていました。自分の作品を壁にかけ、訪れた人に、自分が作ったのだと盛んに訴えていたことです。雰囲気も明るく、案内をしてくれた主任に対しても、大へん慕っている様子がかがわれ、1人1人が大切にされているようにみえました。授産所では、ドラムなどの楽器、織物、洋服、靴など各種の作業があり、市販される立派な製品が作られていました。

デンマークで強調されていたことは、米国のところでふれたように、“Normalization”ということです。現代の精神薄弱者のためのサービスの目的は、彼らの生活を「正常化」することにあるということです。それは子どもにとって、自然な環境の中で生活し、遊び、

幼稚園や学校に行くことです。成人にとっては、両親の家庭をはなれ、訓練され、教育され、雇用される権利をもつべきだということです。大人と同様、子どもも正常な生活の一部として、余暇やレクリエーションを必要とします。可能な限り、最もよい方法で、コミュニティにある精神薄弱者を統合しようとしています。どんな限界があろうとも、彼らが自分の能力を活用するために、援助し、精神薄弱者に他の人びとと同様、最も適切な治療、教育・訓練、リハビリテーションを受ける基本的な権利をもっており、倫理的な方法において接近すべき権利をもっているということです。デンマークでも、また英国でも、スウェーデンがその施策において進んでいるといっていました。残念ながら訪れる機会を持ちませんでした。スウェーデンの施策にならっているところが多いようでした。

社会保障こぼれ話

中国の年金制度

中国（中華人民共和国）の年金制度は、社会保険の仕組みを用いて、老齢、廃疾および遺族の各年金を支給しており、主として、勤労者を適用対象としている。老齢年金は男子60歳、女子55歳（被用者——その他の女子は50歳）から、それぞれ20年および15年の勤続期間（継続的な5年を含む）を条件として、支給を開始される。困難であるか、または不健康な作業に従事した者には、男子で55歳、女子で45歳で特殊な年金年齢が定められている。

年金額は平均賃金に対する所定の支給率で算出されることになっており、支給率の最低は50%である。この支給率は継続的な勤続期間で引上げられ、10—14年で60%、15年以上で70%となる。

年金制度の財源は使用者の拠出で調達されており、被保険者は拠出を要求されない。また、政府は使用者負担分を拠出するだけで、それ以外の負担を求められていない。ちなみに、この拠出は労働災害に対する補償の財源も調達している。なお、制度の全般的な監督は、労働省が担当している。

（平石長久 社会保障研究所）

社会保障こぼれ話

社会保障制度の改正

(アメリカ)

1972年7月1日に、ニクソン大統領は法案HR 15390に署名し、公法92—336号が誕生した。この公法92—336号は社会保障の改正を規定しており、次のような主要な柱を含んでいた。1972年9月から、現金給付は20%引上げられた。この引上げは、正式の給付を受給できない72歳以上の者に支給される特殊な給付にも適用され、この給付は単身者で月額48.30ドルから58.00ドル、夫婦者で72.50ドルから87.00ドルとなった。また、将来における物価上昇に対応させて、諸給付を自動的に調整する仕組みの採用を、改正法は規定している。大統領がとくに強く要求していたこの自動的調整は、全受給者に対して、給付の購買力の給付を保証することとなった。

このような給付の改善と財源調達の関係では、従来の法令は1973年以後に拠出率の引上げを規定していたが、92—336号の改正法による予定拠出率は、老齢・遺族・廃疾保険の場合に、

1973—76年に現行拠出率の4.6%をそのまま実施し、1977—2010年に4.5%、2011年以後に4.35%を予定している（自営業者の拠出率は若干異なる）。もっとも、病院保険では、従来の予定より早いテンポの拠出率上げが予定されている。

拠出と給付の算出対象とされる所得の上限は、1972年に用いられている年額9,000ドルから、1973年には10,800ドルに、また、1974年には12,000ドルに上げられることになっている。なお、1974年以降には、この所得上限は賃金の上昇に対応させて、自動的に調整されることになった。

その他の改正として、保険財政を支える資金の状態にかんする諮問委員会の勧告、拠出率や財政的評価の方式などが含まれていた。

(本稿はアメリカより届けられた公的な資料 *Commissioner's Bulletin* および有力各紙の切抜きによる。付記して感謝の意を表する。)

(平石長久 社会保障研究所)

編集後記

空の美しい季節になった。夕映えの流れる雲も美しい。しかし、それは都市の雑踏を離れた所の話である。空の汚れた都市では、日によって、近くのビルさえもかすんでみえる。プラタナスの葉は、自然の移り変りで色が変わる前に、ちぢれた痛ましい姿になってしまった。その汚れた都市の空の下で、人間はあくせくと歩きまわっているが、人間は植物などよりも強いだろうかそれにしても、空のもっとも美しい季節に、汚れた空の下で生活しなければならないとは、自分で汚したのではあるが、人間とは不幸なものである。この空は再び美しくならないのだろうか？

(平石)

海外社会保障情報 No. 20

昭和47年10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