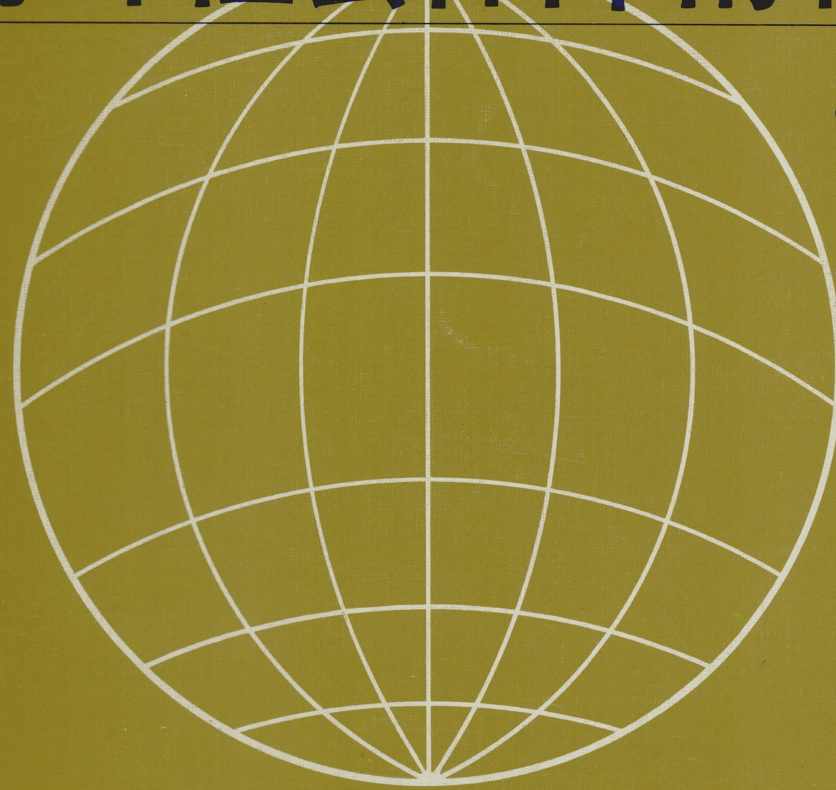


海外社会保障情報 No.25

JAN. 1974



社会保障研究所

新年度における 社会保障改善の方向

(フランス)

暦年制をとるフランスの予算編成の動きは、日本などより一足早く、さる9月19日の閣議で1974年度予算の政府案が決定した。さらに9月27日には、ボンピドウ大統領が記者会見に臨み、この予算案の背景となる諸政策について説明を行なった。

これに先立ち、ポニアトブスキー公衆衛生・社会保障相は9月26日、新年度に予定される社会保障の各種改善措置を提示した。その主たる内容は、総経費60億フランに上る諸給付の改善、および財政方式改革の方針である。以下に、これら改善措置の主たる項目を紹介する。

家族給付

1) 給付額の実質価値維持——家族手当の給付額は、従来も小売物価の上昇率に見合う引上げが行われているが、これに加えて補足的な改訂を毎年実施する。この補足的な改訂が、労組等の主張しているように、賃金の上昇率に見合うものかどうかは明らかにされていず、その都度関係者との協議によって改訂額が定められることになっている。しかし、この方針は、実際上は新措置とはいえない。なぜなら政府は、すでに1972年からこの方針に基づく措置をとっているからである。すなわち1972年8月の6%引上げに続いて、1973年1月には4%の例外的引上げが実施されている。

2) 新学期手当(Allocation de rentrée scolaire)



の新設——所得税非課税世帯の2歳から16歳の児童を対象として、1975年度から児童1人当たり100フランが支給される。対象者は170万世帯340万人と推計されている(必要経費3億4,000万フラン)。

3) 出産手当支給方式の改正——出産手当は、従来、初回の出産の場合は、結婚後2年以内であるか、母親が25歳未満であること、第2回目以降の出産については、その出産が前回の出産以後3年以内であることが受給要件とされているが、今後はこれらの条件が廃止され、すべての出産に対し、給付額の半額が出生時に、他の半額が乳児健康診断の際に支給されることになる。ただし、この措置が効力を発するためには、家族手当法の一部改正が必要となる。また関係者の同意が得られれば、この措置は、外国人にも適用される。必要な経費は約7億フランと見込まれている。この措置は、近年若い夫婦が共稼ぎ等の理由から、出産の時期を遅らせたり、次の出産までの間隔を長くとる傾向がある点を考慮してとられたものである。

4) 育児費手当支給対象の拡大——1972年1

月3日の法律で新設されたこの手当は、3歳未満児を少くとも1人扶養する主婦または单身者であって、職業に従事するものを対象とするが、受給要件として一定の収入上限があり、その上限が余りにも低額に押えられていたため、当初10万人と推計されていた受給者数が、実際には1万3,000人にしか達しなかった。そのため今後はこの上限額の大幅引上げが行われ、2児世帯については従来の20,152フランから27,477フランへ、4児世帯では24,732フランが36,636フランになる。この措置によって、受給者数は当初の計画通り10万人に達するものと思われる(経費約1億フラン)。

5) 主婦の退職年金に関する特典の強化——退職年齢に到達した主婦に対しては、その間養育した児童1人につき2年の被保険者期間の追加が認められる(従来は、この特典が認められるのは2人以上の児童を養育した場合に限られており、1児につき1年の追加であった)。この措置は1974年1月1日から実施される。

6) 遺児手当支給対象の拡大——主として母子世帯を対象として1970年に新設されたこの

手当の受給対象を、遺児を養育する独身の父親にまで拡張しようというのが今回の措置である。現在の支給月額、片親に死別ないし生別した児童の場合は73.50フラン、両親と死別した児童は147フランである。今回の措置により、現在18万の受給者数が47万に達するものと見込まれる(経費1億5,000万フラン)。

7) 住宅手当支給様式の改正——主たる改正点は、支給基準表の改正(とくに家賃上限および基準最低額の変更)、4児世帯への支給拡大、居住要件の簡素化、支給時期を年度始めにすることなどである。実施は1974年7月1日からである(経費約2億フラン)。

8) 住宅改善資金貸付方式の改正——貸付額の倍増(3,500フランから7,000フランへ)、返済期間の延長(30カ月から36カ月へ)等が主たる改正である。

老人に対する所得保障最低額の引上げ

現在フランスのあらゆる老人に最低限の所得を保障している無拠出年金制度は4種類あるが、その基幹となっている老齢被用者手当と国民連帯基金追加手当が、1975年までに一

本化され、支給方式が簡素化される。また現在年額4,800フランの最低保障額は、本立法期末までに9,000フランに上げられる。さらに1974年1月1日以降は、国民連帯基金追加手当の支給に関する扶養義務者の所得に基づく制限は廃止される。

身障者に対する所得保障の充実

近く上程される身障者対策基本法案に、次の措置が規定される。20歳未満の身障者については、特殊教育費の全額免除、医療費の全額公費負担、児童が特殊施設で治療を受けることができない場合の特殊教育手当支給。成人身障者に関しては、当人が職業活動に従事している場合、その収入が不十分な者に対し、一定の補助を行なう。就業していない場合には、一定の最低所得を保障する。この手当は、家族の経済状態のいかんにかかわらず支給される(経費15億フラン)。

財政方式の改革

1) 疾病保険費の一部国庫負担——1974年度には、一般制度の疾病保険金庫に対し、国庫

が10億フランを支出する。その源資は、アルコール税引上げによって求められる。

2) 制度間較差の排除——人口上の不均衡の犠牲となっている諸制度（商人、職人、農業経営者等の制度）は、一般制度および公務員制度から、省令により毎年定められる一定額の拠出金を受ける。この制度間調整額は、会計検査院長が主宰する特別委員会によって決定される。

3) 家族手当制度から老齢年金制度への拠出金の移譲——家族手当に関する拠出率（全額使用者負担）は、1974年1月1日より、10.5%から9%へ引下げられる。老齢年金に関する拠出率は、逆に8.75%から10.25%へ引上げられる。この結果、老齢年金金庫には、39億フランの増収がもたらされる（家族手当金庫の剰余金は、この拠出率改正が実施されなければ、1974年度で57億フランに及ぶものと推計されている）。

4) 労働力企業の社会的経費過重負担の軽減——労働力を大量に使用する企業は、合理化により人手を減らすことのできる企業に比し、社会的費用を過重に負担しており、この

不公平を是正する必要があるという問題は、先にボンピドウ大統領も言及しているが、この点に関しては今回は、具体的な措置は全く示されていない。ただ今後もこの問題の検討が継続されることが明らかにされたにすぎな

年金の展望

（西ドイツ）

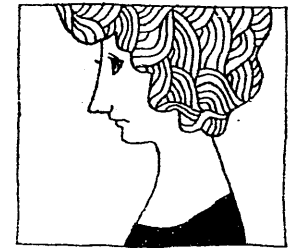
連邦労相 Walter Arendt は10月30日1974年年金調整報告書の閣議承認後、1972年の年金改革以上の給付の改善は年金保険では不可能であると述べ、政府は被保険者にこれ以上の負担をかけないため、あらゆる努力をばらうことを確認した。

労相がこのように言明したのは、1988年まで15年間の年金保険収支見直しによるもので、それによると積立金は650億マルクに達するが、そのうち450億マルクは今後の改正のため法定最低積立として残しておかねばな

い。恐らく経済社会評議会において討議が行われるものと思われる。

Le Monde, 28., Septembre, 1973.

（平山 卓 国立国会図書館）



らず、残りの200億マルクでは十分な社会政策の期待にそえない。

この推定は賃銀の推移の暫定的見積りによるもので、それは総賃銀俸給が本年11.6%上昇するものとし、1974年から1977年までの間に8.5%、その後1988年まで毎年6%上昇するものとしている。

このように推定すると、今後5年間の収入は支出を著るしく上回る事となるが、しかしこの「超過」は、年金受給者と被保険者の数的関係がきわめて不釣り合になる（年金の山）

ため、膨大な支出に面せざるを得ないこととなる。

Arendtによると、1974年年金調整報告書は年金保険の長期的安定と給付の強化を保証している。すなわち昨年の年金改革の処置（可動的老齢限度、最低所得保証の年金、年金調整期間の短縮）は広範囲の抛出上昇なしで賄えることになっており、これにより受給者と被保険者の利益が合致することになっているの

である。

それにしても、この超過分というのは現実には計算上のことで、現実に現金が存在しているわけではないのであるから、今後これが改訂されることもあるということに注意しておかねばならない、と労相は限定している。

Die Welt, 31, October, 1973.

(安積鋭二 国立国会図書館)

増大する 歯科治療 保険プログラム



(アメリカ)

連邦政府および保険業者達は、長い間、歯科治療費をカバーする保険制度の設立を推進してきた。その結果、連邦議会にも歯科治療保険に関する単独立法推進の動きすら見えてきている。今や、アメリカ国民は、時として尠

大な費用を要する歯科治療を、比較的安価に求められる好機会に恵まれようとしている。

以下にその概況を簡単に紹介しよう。

I

現在アメリカでは、歯科治療費をカバーする保険に加入する者の数が増加しているが、大抵の場合は集団に提供される全般的な医療の一環としての歯科治療費のカバーであり、また時には歯科治療費のみをカバーするものとしての保険制度に加入している。

ごく最近の成功した例として、クライスラー株式会社の場合があげられる。全米自動車業界労働組合はクライスラー株式会社と新たに歯科治療に関する契約を結び、この9月から全米的な自動車業界の歯科治療保険を設立することに成功している。

クライスラー株式会社の約定には、全ての労働者とその家族に対して、前払いの総合的な歯科治療保険制度の提供が含まれている。この適用は1974年10月1日から実施される予定である。

クライスラー株式会社の同意を得て、UAW（全米自動車業界労働組合）は、UAWによって認可される一定料金を承諾する「認可歯科医師一覧表」を作成することになっている。そして、それぞれの組合員は、全保険プランに協力する歯科医師の一覧表から医師を選任

できる仕組みになっている。

来年、クライスラー・プログラムが実施されるまでに、フォードやゼネラル・モーターズのような自動車業界の大メーカーも、団体交渉で歯科治療保険に同意することになる。

アメリカ歯科医師協会の見積りによれば、UAW とクライスラー株式会社の契約のみで、労働者の家族を含めて約35万人についての歯科治療費を支払うことになりそうである。フォードおよびゼネラル・モーターズの労働者に対する保険も約300万人を対象としそうである。

II

1965年に、アメリカ歯科医師協会は、ある種の歯科治療保険に加入している者の数はわずかに200万人しかいないと記録している。それが1970年には1,250万人に増加し、1974年には約2,200万人になるだろうと推定されている。

もし連邦議会で国民健康保険法が制定されれば、広範な歯科治療サービスが保険でカバ

ーされることになる。

歯科治療保険が問題になる所似は、何といっても歯科治療費の急上昇である。歯科医師の報酬は、10年前からみれば、生計費のなかでよりいちじるしい上昇ぶりを見せている。現在連邦議会に提出されている一般的な健康保険法案のすべてが、前払い歯科治療サービスの形を若干とり入れている。政府の健康保険法案も、まだ議会に提出されていないが、歯科治療サービスについての適用条項を含むものと予想される。

それぞれの法案の歯科治療サービスをカバーされる対象が異なるため、国民健康保険制度が実施されても、どの程度の者が歯科治療サービスをカバーされることになるかを現時点で推計するのは非常に困難であるとアメリカ歯科医師会は述べている。もしも2歳から12歳までの者にしか適用されない場合には、それらの人数は3,200万人から3,400万人にのぼるかもしれない。

また歯科治療プログラムに現金給付が含まれる場合には、「歯科治療のための年間給付額として、現在のところ、ほぼ5万ドルを目

度にしている」とアメリカの歯科医師会長 Vitus J. Lachnicht 博士は語った。アメリカ歯科医師会の見積りによれば、いかなる国民健康保険プランが採択されるにせよ、年間給付は最高限度が15億ドルであろうとのことである。

III

現在、アメリカ国民が歯科治療保険を入手している基本的な2つの方法がある。すなわち、団体医療給付プランのメンバーとなったり、または民間医療保険会社の大規模な医療政策を通じて歯科治療費をカバーされている。

しかし、標準的な歯科治療保険制度はない。適用対象のニードや要望によって、保険のタイプや給付額は異なっている。

現在最も多く採用されている同保険制度の3つの主要なカテゴリーは次の通りである。

1. 定額給付タイプ

被保険者への給付額が、入歯や抜歯等の治療に対する一定料金を基礎としている。また給付額は、それぞれの地域社会におい

ての歯科医師の報酬（通常の、慣行的で適正料金）に適合するものである。

2. 結合タイプ

給付額の限界は、入歯や抜歯のような個別の手續きについてよりも、むしろ全体の治療費にもとづいている。患者は本人負担分を支払う。

3. 総合タイプ

保険加入者は共同負担の料金と本人負担分を支払う。しかし、適用範囲は広範で個別の歯科治療に対する給付額は年間最高限度 500 ドルまでである。

これら三種のタイプ間の相違は大きい。

IV

また現在提起されている別な問題として、歯科治療に関する保険プログラムが実施された時に、同プログラムを執行する歯科医師の数は十分であろうか、ということがある。希望的な資料に以下の事項があげられる。

1. 開業歯科医師数は急速に増加している。その理由として、1968年時に 9 万 2,000 人だった開業歯科医師数は1973年時には10万

1,000 人となっており、歯科医科大学の学生数も増加している事実がある。

2. 歯科医学生は、衛生技士や歯科医助手と協同作業をするように教育されている。そしてこれらの助手達と責任を分担している。その結果、現代的な歯科医師の仕事量は、以前に比較して30%から40%もの効率を高めることができている。

団体健康保険制度の管理者達は、歯科医療サービスの費用を保険で全米的にカバーすることは、現行制度を変革することによってのみ達成されるだろうとみている。グループ診療に歯科治療サービスが含まれる傾向はますます増大しているが、正確な増加率についての発表はない。この傾向は、とくに東部および西部沿岸部州の大都市にみうけられる。このことから、グループ診療が将来の歯科治療保険制度のタイプに2つの実績を貢献することになるかもしれない。

まず第1は、グループ診療の経験が、それぞれの医療専門職の仕事量の効率を高めていること。第2は、グループ診療が患者との診療報酬の前払い方式の調整によって、そのサ

ービス、職員等を充実してきていること、である。

歯科治療保険の拡張の障害は費用の問題である。例えばニューヨーク市の地域では、「人々は通常健康保険制度に何故歯科治療保険の料金が加算されるのか」と反対している。

一方、連邦レベルでは、65歳以上の者に対する歯科治療費をカバーすることを含めたメデケアの拡充法案を、近年、連邦議会に再三にわたって提出してきた。これらの諸法案は費用の問題で成立しなかった。

歯科治療を含む国民健康保険プログラムの審議は、いまだ連邦議会で審議されていない。

ある民間の歯科治療保険制度の加入者は、「結局、歯科治療に対する保険給付には、現在行なわれている病院給付と同様の補助金を交付することになるだろう」と語っている。

多くのアメリカ国民は、費用が高いため歯科治療を怠っている。例えば入歯の平均費用は、10年前の6ドルから9ドル50セントに上がった。抜歯の場合、1963年時の6ドル75セン

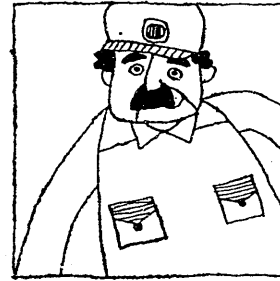
トから現在10ドル50セントになっている。

1974年の連邦議会における国民健康保険法案の審議で、歯科治療プログラムが如何に組み込まれるかが注目される。

U. S. News & World Report, 5,
Nov. 1973 他

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

自由党のタックス・クレジット・システム案



(イギリス)

自由党は、9月11日、党の政策方針を示す「自由党とともに前進する」Forward with the Liberals なる政策綱領を発表した。社会保障に関する大部分をしめるタックス・クレジット・システム案の要旨はつぎのとおりである。

I

自由党は、政府のクレジット・インカム・タックス・システムを採用する決定を歓迎す

るものである。われわれは、このシステムが児童の税控除と家族手当のみに代替するものとして提案されている措置の限定された範囲ならびに提案されている金額の少ないことについて批判を加えてきた。自由党案は、ミーンズ・テスト社会への鉄槌となり、恵まれざる人々やハンディキャップをもつ人々が蒙っている44のミーンズ・テストの大部分に切り替えんとするものであって、より多くの経費を要するものである。自由党案は、クレジット

の金額をより多くするとともに税率も高くなっている。

自由党のタックス・クレジット案は、既存の税控除、家族手当、既存の国民保険諸給付、ほぼ全部の補助給付、並びに、福祉食品、無償の学校給食、住宅補助金、住居費および地方税の払戻し、家族所得補足、母親や児童に対する種々雑多な諸給付のすべてを一掃することによって発足するものである。

すべての所得はピター一文からでも累進課税の対象となるが、すべての人がその状況に応じて各種のクレジットをうける資格がある。クレジットをこえる納税義務をもつ場合、ネットの税を支払うことになろう。クレジットの価値が納税額をこえれば、その差額が個人に支払われることになろう。

II

クレジットには3つの種類——人的、住宅および社会的——がある。最も重要なのは基本クレジットとなる。これはすべての者に支払われその者に対する最低生活を保証するに足る水準に定められることになる。成人に対

するクレジットは児童のよりも大きい。16歳未満の児童の場合には、クレジットは母親に支払われることになる。

住宅クレジットは、個々人が自家または借家に住むかどうかによって異なる。

クレジットの第3のカテゴリーは、国民保険諸給付に対応する。退職年金受給者には老齢クレジットが支払われるので、その退職後所得は基本クレジットと住宅クレジットと老齢クレジットの合計額となる。短期および長期の失業、疾病および障害に対するクレジットがある。

政府案は貧困問題の取組みに資するものではあるが、国からそれ以上の援助をうけられない家庭が十分に暮してゆけるに足る保証を意図していない。自由党案はまさにこのことを果すものである。所得税および40パーセントの社会保障税（現在の36パーセント）と付加価値税免除（但し食品は除外）の撤廃などで本案の実施に十分だと見込まれている。

年金受給者については、基本クレジットと住宅クレジットと年金クレジットを合わせれば、夫婦2人についての全国平均勤労所得の

3分の2の所得になるであろう。

このタックス・クレジット・システムの完全導入の経過期間中は、段階的に、退職年金を夫婦2人について平均勤労所得の50パーセント、単身者については33.5パーセントに引上げる措置をとることになろう。すなわち、数か年にわたって費用の拡散を図るものである。もし全部を一挙にやればその費用は約8億ポンド、他の給付が相応して引上げられれば10億ポンドにのぼるのである。だが、現在600万の年金受給者のうち3分の1が請求者となっている補助給付の大幅な支出節減となるであろう。

The Times, September 12, 1973.

（田中 寿 国立国会図書館）



ニュース断片

西ドイツ・増大する社会予算
—「社会報告」の発表—



西ドイツの社会保障費は著るしく増大しており、国民総生産に対する割合は、1972年は2,180億マルク26.3%であったのが、1977年には3,540億マルク27.1%に達するはずである。この数字は連邦労相 Walter Arendt が社会予算の膨張を展望してのべたものであるが、彼は社会報告 (Sozialbericht) 草案で、労働者は社会費支出の負担を負いきれなくなるだろうし、所得の増加も追いつかないことだろう。社会保障予算は1967年から1972年の間に68%増えたが、1972年から1977年の間に62%増えるはずである、と述べている。

包括的な社会保障、勤労生活の人間化、生活水準の上昇をモットーとして、労相は今議会会期中に次の計画をあげている。

- 労働関係の法制の改正
- 家内労働者保護の強化
- 若年労働保護の改善
- 外国人雇用者の融合
- ドイツ社会法典第一部の完成
- 企業年金の改正
- 賃金不払いの保障
- 被用者の生産財への関与
- 重症障害者立法の改正、リハビリテーション給付の平等化、社会扶助法の改正
- 家族負担調整の改善
- 離婚した配偶者の社会的保障
- 親子関係法、養子法及び青少年扶助法の改正

— * — * — * — * — * —

1973年度社会報告は10月24日閣議で了承されたが、労相 Walter Arendt によると、社会給付費の増大は見通しがつかないほどであるという。

社会支出の著増の原因としては、被用者の割合の増加とそれに伴う被保険者数の増加、賃銀と物価の上昇、社会保障関係の法的改善、及び老人人口の割合の増大である。この結果国民総生産に対する社会給付の割合は26.3% (1967年) から27.1% (1977年) と、既に4分の1を越えてさらに上昇を続ける。

労相はこれについて、「われわれはこの割合がさらに上昇すると考えており、老人の割合が増える限り、保健上の処置が可能な限り、また福祉、保護の処置、保健、教育の処置により社会的不平等が改められてゆく限り、社会給付費の増加は限界がないことを承知している」と語っている。

この社会予算は連邦中期財政計画期間中の社会面での発展を予測したのもでもあり、それは1967年以後5年間を回顧すると共に、1977年までの今後の発展を展望している。社会予算と財政計画の基本的前提は同一で、例

えば総賃銀俸給の増加率(1973: 11.3%, 1974から1977, 各年8.5%)は主として賃銀に依存して変動する社会給付の発展に決定的な影響を及ぼす。

社会予算の範囲は、社会保険、援護、損害補償、社会扶助などの古典的給付のみならず、社会的実情に基づく課税優遇措置の形で企業の給付や間接的扶助にも及んでいる。社会予算の構成は、給付の行なわれる制度別に分けられていると共に、その支出は、家族、保健、就業、老齢、遺族、政治的事件の結果、住宅、貯蓄促進、一般的生計扶助、と機能別分類が行なわれている。

最も増加の激しいのは保健(予防、疾病、労働災害、廃疾)で、1967年から1972年の間に平均14%の成長、1972年から1977年の間に11.5%の成長となっており、さらに老齢と遺族は年成長率が11.4%ないし11.5%となっている。保健部門の給付は1967年から1977年の間に366億マルクから1,219億マルクにより、老齢及び遺族部門の同期間の434億マルクから1,280億マルクの給付にほとんど匹敵する。

65歳以上の老人の総人口に対する割合は、

1967年の12.6%から、14.7%と増えており、
これが老人給付と共に保健給付の増大の原因
となっているのである。

機能別社会予算

(単位: (1)億マルク, (2)割合%)

		1967		1972		1977			
家 保 就 老 そ	族 健 業 族 他	(1)	270	(2)	20.8	(1)	496	(3)	14.0
			366		28.1		1,219		34.4
			34		2.6		127		3.6
			434		33.3		1,280		36.2
			198		15.2		418		11.8
計			1,302		100.0		2,181		100.0
							3,539		100.0

Die Welt, 25, October. (安積鋭二 国立国会図書館)

イギリス・労働党大会の 社会保障論議

10月3日からブラックプールで開かれた労働党大会での社会保障に関する討議内容は要旨つぎのとおりであった。

キヤッスル Mr. Castle 代議員 「無償、包括的、効率的で民主的に管理される国民保健サービスこそ労働党経済政策の不可欠要件である。われわれは国民保健サービスから私

的診療を排除したい。現政府は故意にヘルス・サービスのなかに二つの国民を造出した。社会主義者にとって、小切手帖がコンサルタント・サービスと私的ベッドの優先利用を分ける方法はおぞましいことであるが保守党にとっては、これが当然の社会的理念なのである。だが、無償サービスは一挙に実現するものではない。まづ、第一に処方箋の廃止から

スタートすることになる。

社会的平等の遂行は単に金銭支出の問題ではない。心構え、政治的意志ならびに正しい政治・社会的分析の問題である。国民は、国民保健サービスなどに対する公費支出において私企業社会の出鱈目な採算方法（それは労働者の生産性向上に役立ったとはいえ、資源の浪費とみなさざるをえない）のとりことなってきた。ホフマン・ラ・ロッシュの教訓は、外部から医薬品産業を効果的に看視することができなかったことであった。医薬品産業は余りにも特殊専門化しているからである。研究開発を維持するには十分な利潤を確保せねばならない。医薬品の製造、研究開発、利潤算定ならびに価格政策のため政府自らが医薬品産業部門にのり出さねばならない。もし政府がソーシャル・サービスを推進させるためより多くの資源を確保せんと望むならば、医薬品産業の公有にふみきるべきである。NEC 社会政策委員会では、医薬品産業の限界と構造を検討するワーキング・パーティを設置し報告を行うことになる。

次の議会では、政府の新しいタックス・

クレジット案を審議することになる。現在の保守党政府は貧困をなくすために13億ポンドを支出するという。問題は、貧困は現在存在しているのにタックス・クレジット案は5か年後に実施されるという点である。実施された時点でも、13億ポンドのうち僅か1億5,000万ポンドが本当に必要とする800万の人々に及ぶにすぎない。最大部分の7億4,500万ポンドは平均全国勤労所得をこえる人々の手にわたり、4,500万ポンドは年収5,000ポンドをこえる所得者の手にわたる。これでは貧困をなくすことにはならないという声が政府内部からも出ているのである。

大会の討議では、処方箋料廃止の要求が強く出されたが、私的医療保険制度、私的診療、クリニック、ナーシング・ホーム組織、病院の私的ベットの廃止を要求したフィリップ・シャープ Mr. Philip Sharpe 氏の動議は否決されたが、医薬品産業公有化は強く主張された。

シャープ代議員 「処方箋料(5ペンスから20ペンスに上げられた)は、病人に自己負担

をかけるべきではないとする原則に対する侵害である。医薬品産業の一部が私有されているかぎり、浪費的な重複、競争ならびに高薬価がなくなる。」

ブライアン・スタンレイ Mr. Bryan Stanley 代議員 「補助給付の引上げ(毎年改訂)、ウェッジ・ストップ及び家族補足給付(低所得者に最大の援助を与えるために設計される課税及び家族援助制度に切りかえることによって)の廃止を要求する。家族手当を直ちに1子につき最低2ポンドにまで引上げること。片親家庭、単身者、生別死別の寡婦に対する援助強化。保健・社会保障省の特別査察員の定数の削減。漏給防止に力をいれ、濫給重視をやめよ。看視員の増強でなく、ヘルパーを増員せよ。役所のヒユマナイズこそ重要である。」

シャーリー・サマースキル Dr. Shirley Summerskill 代議員 「ヘルス・サービスが労働党によって創設されたとき、それは政策の中核であった。それは今日でも然りであるが、保守党はいまだかつてそれを望まない。次の労働党政府は保守党の優先順位を社会主義的優先順位にきりかえねばならない。ヘル

ス・サービスの病院には私的ベッドをおかない。私的ベッドは廃止せねばならない。何故に、負担能力のある者と然らざる者とを差別する二つのサービス基準の存在を許すべきなのか。政府のヘルス・サービス再組織プランは資本主義の非民主性をばくろしたものである。労働党は、民主的に責任あるサービスを運営し、利用者たる患者と従事者たる職員のニーズに答えねばならない。ヘルス・サービスは、必要あるときに無償で提供するものでなければならない。人々は経済的余裕があるときに負担し病気のときには負担をしなくともよいような。すべての料金は廃止せねばならない。まず処方箋料の廃止からはじめねばならぬ。」

デービッド・ワーバートン Mr. David Warburton 代議員 「全国的な薬価審査協議会を設置し、国の内外の医薬品会社を召喚する権限をもたせ、国民保健サービスに使用される薬価を正当な価格とする権限をもたせるべきである。」

The Times, October 4, 1973.

(田中 寿 国立国会図書館)

安定した年金水準の保障 ——西ドイツ年金の 新しい調整方法



西ドイツの第2次年金改革は、一部を除いてすでに1973年初めから実施されている。今回の改革に際して、与党と野党であるキリスト教民主同盟・社会同盟 (CDU/CSU) の間の対立とそれに続く妥協の産物として、年金調整方法に新しい変化がもたらされた。第2次年金改革法にもり込まれたこの点に関する規定は、調整の適用日を毎年1月1日から7月1日に変更したこと、それによってもともと1973年1月1日からに予定されていた年金調整を半年繰上げ、それだけ年金水準の改善につながったこと、および、被保険者期間40年の場合の平均年金額は、平均賃金の半分を下回らないことを原則とするが5パーセント・ポイントの差は許容して、この比率の最低を45%とすること、の2点である。

1972年1月1日からは1966—1968年平均の

賃金に対する1967—1969年平均の賃金の上昇率に対応して6.3%の年金調整が行なわれたが、第2次年金改革の一環として、1972年7月1日からさらに1967—1969年から1968—1970年へかけての賃金増加率に対応する9.5%の年金調整が行なわれ、ついで1973年7月1日から第16回年金調整法にもとづいて11.35%の年金調整が行なわれることになった。この率は従来の方式どおり1968—1970年平均と1969—1971年平均の賃金増加率に等しい。

ところで、こうした改正が行なわれるきっかけを作ったのは野党のCDU/CSUであった。1971年、第14回年金調整法案(1972年1月1日施行)の審議に際して、政府はすでに慣行となっていた方法にしたがって年金調整を提案した。それに対してCDU/CSUは修正動議を提出し、1971年裁定年金については

4.7%、それ以前に裁定された年金については11.3%の調整を行なうべきことを提案した。CDU/CSUは、被保険者期間40年の平均年金は現実の平均賃金の41%にまで低下していることを指摘しつつ、年金財政が改善しつつあるときに、不況時の賃金の増加率を使って年金額の調整を行なうことは不相当であり、余裕財源を一般的な年金水準の改善にあてるべきだと主張したのである。

社会民主党 (SPD) は、そういう事態が生じたのは CDU/CSU が政権にあったときに起きた不況の結果にほかならないのであって、いずれ1973年、1974年には SPD 政権下での好況の効果が実って年金は、それぞれ9.5%、10.5%と改善されるはずだと反論した。年金財政の好転によって生じた余裕財源をいかなる目的に使うべきかという問題は、まさに第2次年金改革をめぐる論争の中心で、与党は年金年齢の弾力化、最低保障など年金構造の改革にあてるべきだとし、一方 CDU/CSU は一般的な年金水準の引上げに優先的に使うべきことを主張して対立した。1971年の法案審議において、CDU/CSU 修正案は239票対229

票で否決されたものの、SPD としても野党の主張を揚足とりの反論で無視するわけにはゆかなかった。たしかに被保険者期間40年の平均年金（被保険者期間を通じて平均賃金と同じ賃金水準にあった者の年金額）と現実の平均賃金（統計データの利用上、1年ずれた比較になる）との開きは、1971年には1957年改革以来最低となり、前者は後者の41.5%にさがってしまった。1957年当時はこの率が50.9%であったから、格差は大きく開いてしまったわけである。その原因の1つは、与・野党の議論のやりとりに出てきた点であるが、もう1つは、1958年第1回の年金調整が行なわれるべきときに、それを1年延期してしまったことがあげられる。その当時、1年ずらしたうえで率としては賃金の動きとそれに対応する一般算定標準額の増加率に完全に一致する調整を行なうか、それとも調整率を割引きしてでも1958年に調整を実施するか、いずれをとるかが議論されたのであるが、結局前者が採択され、そのかわりそれ以後の時期において賃金と年金額の並行的引上げという原則は貫徹されることができたのである。その直後一時、

この1年分のずれを取戻すことが検討されたこともあったが実現せず1970年代にいたったのである。年金額算式によれば被保険者期間40年の場合の年金給付率は60%であるが、その基礎となる算定標準額は年金支給開始時点の賃金よりは2～4年古い時点の賃金に対応しているから、現実の賃金に対する比率は上記の年金額算式上の給付率を下回らざるをえない。それが50%という数字になるのであるが、この率は第1次年金改革時の考え方に合致する。

SPD 政権は、一般年金水準改善の要求を受け入れて、前記のような改正を行なうと同時に、16回年金調整法の提案に際しては、一歩進めて完全自動調整の規定を盛り込み、1973年2月9日の連邦閣議で法案を決定したが、自動調整については与党内部の反対もあって実現しなかった。結局前記のごとき年金調整だけに終るが、この結果、年金給付水準（これは新しい指標として定着した）は44.6%とかわろうじて最低限界45%にすべり込むことになる。もしこの限界を下回れば必要な措置を講じて調整率を引上げなければならなくなるの

である。それが今回の改革の新機軸の一つであった。なお、上記の年金給付水準は粗賃金対比であるが、1973年の水準を純賃金（所得税、社会保険拠出金控除後）に対する百分率で推定すると60.5%になるという。

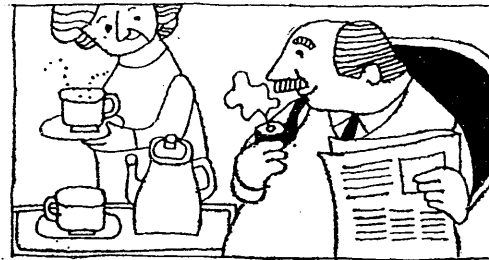
Werner Niemeyer 'Das Sechzehnte Rentenanpassungsgesetz mit der neuen Rentenniveausicherungsklausel' *Bundesarbeitsblatt*, Juli/August 1973, その他同誌他号の諸論文参照

(保坂哲哉 社会保障研究所)

アメリカにおける 社会保険法の改正

1973年7月9日に行なわれた大統領の署名を経て、社会保障法の改正が実現された。その改正は公法93—66号に含まれている。改正の重要な柱は、現金給付の引上げ、補足的な保障所得制度の採用、および医療給付の修正などで構成されている。

まず、現金給付の引上げは、定期的に支払われる現金給付と72歳以上の高齢者に対する特殊な給付を対象としており、1974年6月から引上げられることになっている。引上げは5.9%で、この比率は1972年6月から1973年6月までの期間における消費者物価指数（C



PI) の変化にもとづいて決定されている。

給付と拠出の算出基礎とされる所得の上限も、現在の年額12,000ドルから1974年には12,600ドルに引上げられる。また、給付の受給に評価される所得控除は、1974年以後従来の2,100ドルから2,400ドルに増額される。

1974年7月から、補足的保障所得制度 (supplementary security income—SSI) に用いられる基準が若干引上げられる。つまり、その支給基準は単身者で月額130ドルから140ドルへ、夫婦者で195ドルから210ドルとなる。

この基準引上げ以外に、SSIの制度では、州の扶助を受給している人びとを保護する改正が含まれていた。1974年1月から、1973年12月現在における所得水準で、同月に老齢、盲目、もしくは廃疾の公的扶助受給者として登録されていた人びとの所得を維持させるために、各州は連邦政府の保健・教育・福祉省と協約を結ばなければならないことになる。この協約により、連邦政府の補足的支払いが改正されると、同様に、州の規定も改正されることになる。

医療給付では、公的扶助による医療扶助について、資格条件、適用などの改善を行ない、受給者の保護が配慮されている。なお、上述した以外に、給付の受給者を扶養家族、とくに養子の取扱いにかんする改正も含まれていた。

Social Security Act Amended, *Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. 9.
September 1973, pp. 1—2.

(平石長久 社会保障研究所)

海外文献紹介

ヨーロッパの健康保険制度



ここに紹介する論文は、ヨーロッパ6カ国の健康保険制度について、その特徴や問題点を指摘したものである。一口に健康保険といってもその具体的な仕組は国によって異なっている。今日のような健康保険に至るまでの歴史的背景が各国ごとに異なるからである。それにもかかわらず、興味深いことに、現在直面している各国の健康保険の問題には多くの共通点が見いだせるのである。

わが国もまた各種の医療保険によって国民の医療を保障している。ヨーロッパの健康保険とわが国のそれとの間にはいくつかの共通点があると同時にまたわが国健康保険には他に例のない特徴もある。われわれが直面している健康保険の問題を分析するにあたって、国際的な比較研究の視角から日本の制度の特徴と問題を検討することも無意味ではない。

以下簡単にこの論文を要約する。

社会保障の一環としての健康保険

ヨーロッパ6カ国(もとのEEC6カ国)の健康保険は労働者の相互扶助組織から発展してきた。この相互扶助組織は会員が病気で仕事につけないときに、その家族の生活を維持するため、若干の現金を支給するものであった。その後補足的ではあるが医療費の一部をも支給するようになり、次第にこの医療給付が従来の現金給付(傷病手当金)をしのいで比重を増し、今日のような姿にと発展したのである。ヨーロッパの健康保険が、医療給付とともに現金給付(傷病手当金)をも支給し、従ってまた所得の保障を目的とする社会保障制度の一環として考えられているのも、以上のような歴史的事情によるものである。

健康保険制度の組織

19世紀の相互扶助組織は、地方的、小規模で、その財政基盤は弱かった。この弱点を克服するためにはより大きな組織機構へと改組されなければならなかった。相互扶助的な組織は連合体を結成し、これに再保険的な機能をも持たせるようになった。またある場合にはこの連合体に全権限を委譲し、各組織はその事務担当機関となっていた。

組織の強化や拡大とあいまって、これらの組織は私的なものから公的なそれへと発展した。第1次大戦以前にはこれらの組織は認可組合として法的規制を受けるにとどまったが、第1次大戦後は各国でこれらの組織が公的機関として取り扱われるようになり、さらにある場合には(1945年のフランスのように)法で定められた新しい金庫がこれまでの組織にとってかわることもあった。

いずれの場合にも古い相互扶助組織の機構や管理運営方式は受け継がれており、今でもこれらの金庫は労使同数の代表者からなる委員会によって運営されている。またオランダ

やベルギーでは、金庫の活動は社会保険的性格だけでなく私保険的性格をもあわせ持っている。百年以上にもものぼる伝統がヨーロッパ健康保険の根本的な改革を妨げる障害になっていることも事実である。

適用範囲

相互扶助制度は貧しい人々すなわち賃金労働者を対象としていた。だから、私的な相互扶助組織が強制的な保険制度へと発展した段階で、その適用対象が被用労働者に限定されたのも驚くにたらないのである。オランダやドイツでは今なお一定所得以下の被用者に限定され、その他は任意被保険者である。フランスでは1935年に所得制限は撤廃され、イタリアやベルギーには最初から所得制限はなかった。しかしそれらの国でも主に労働者を対象としていたことに変わりはない。

その後労働者以外の被用者にも健康保険制度が設立されるようになり、「一般制度」や船員、炭鉱労働者を対象とする別個の制度が創設された。

1950年代に入って自営業者にも社会保障が

適用されるようになった。これはまず農民を対象として出発したが、1960年代の終りには多くのヨーロッパ諸国で、全労働人口が強制被保険者として健康保険に加入するようになった。

その後焦点は雇用関係のない、退職者、学生、失業者等に移り、これらの人々も「一般制度」の中に組み入れられつつある。

複雑で硬直的なこれら健康保険制度の最大の問題は制度間に格差が存在することである。この問題はすでに第二次大戦中あるいはその直後から予測されていたのであるが、英国のように一本化された例はなく、戦後30年を経た今も、6カ国ではこの問題は解決されていない。ただ例外としてオランダで特定の給付について全住民を対象とした一般社会保険が実施されたこと、イタリアで全住民を対象とする国民保健サービス制度が1980年以降実施するように検討されていることがあげられるだけである。

財 政

一般に保健費用の財源は労使の保険料拠

出、一般租税、患者の一部負担の三者で構成されている。しかしこれらの役割はそれぞれ国によって異なり一様でない。租税の役割が一般的に高まっており、ベルギーでは40%、イタリア、オランダでは15~20%をしめるようになっているが、自治を重んじるドイツやフランスでは失業者や農民等特別な人々を除けば国の負担はない。

どのような財源に比重を置こうとも、総じてこれら健康保険の財政状態は危機に瀕している。国民所得や賃金の上昇以上に医療費が上昇しているからである。医師は患者の一部負担の増大を主張している。それは財源を増やすためだけでなく、いわゆる乱診乱療を防止できるという理由によってである。しかし実際には何が乱診乱療であるかを判断することは困難であるばかりでなく、調査によると一部負担の増加によって診療件数が低下するという事実はほとんどみられないのである。

財政状態の悪化とあいまって、各金庫間の財政統一化の動きもみられる。ドイツやルクセンブルグなど金庫の歴史が古い国ではその財政的な独自性が守られて、地域的、職業的

結束が強いが、フランスやイタリアでは職域制度を維持しつつも各金庫の財政上の独自性は大きく取りはらわれている。さらにオランダやベルギーでは広い範囲にわたって財政的統一性が維持されるようになっている。

給付

相互扶助制度は本来医療給付を含んでいなかった。その後次第に医療給付が含まれるようになり、今日ではほとんどの国が包括的な医療サービスを提供するようになった。

財政上の理由から簡単な病気に対する給付は除外しようとする提案が出されている。しかしヨーロッパの健康保険がこのような提案を支持する傾向にあるとはいえない。とはいえあらゆる疾病を保険でカバーしようとするのは不可能なことである。そこで現在ヨーロッパの国々は、「合理化」という基準に従って給付を制限する傾向にあるといえる。これは妥当で有益であると考えられないような給付についてはそれを除外しようとするのであるが、この基準はまだ決して確立されたわけではない。

健康保険制度と医療の提供者

医療提供者との関係でみると保険には3つのタイプがある。

まず最も単純な償還制があげられる。保険者は医師や病院、薬局とは何の関係も持たず、患者が医師に支払う額と患者が保険者から受け取る額との間には差があった。ベルギー、ルクセンブルグ、フランスは当初この方式を取っていたが、長い歴史のすえ次のタイプに移っている。

同じく償還制ではあるが、第2のタイプでは、保険者と医療提供者とは医療費について契約を結んでいる。診療上の自由が確保され、また財政的にも安全であるという意味で医療提供者にとって都合のよい制度であるが、そのことは逆に医療費の高騰をうながすおそれを持っている。

第3のタイプは、保険者が直接または間接に保健サービス組織をコントロールするもので、これは支出を制御し、しかも十分なサービスを確保できる唯一の制度である。この場合給付は現金の額ではなく、医療サービスの

利用であり、医療提供者との契約も出来高にではなく利用回数に主として依存する。この制度はドイツ、オランダ、イタリアで採用されているものであるが、ベルギーやフランスでも薬剤や病院費等特定の高額給付について第3の方式を利用するようになっている。

この第3の方式に対して、ベルギーやフランスの医師は、それが診療の自由を制限するものであるとの理由で反対している。しかし実際には第1、第2の方式でも制限は不可避であったのであり、問題は制度面での自由の制限か経済面での自由の制限かの違いにすぎない。むしろ選択の自由は、形式上制限されている第3の方式の方がより大きいと考えられるのである。

結論

直面する財政危機をのりこえるうえで最も重要なものは給付の合理化であろう。ドイツではすでに1930年に保険医療の規制を制度化している。契約にもとづいて保険医協会は金庫から総医療費を受け取り、協会は会員である保険医に医療費を分配している。法外な医

療費を請求した医師にはその説明が求められ、場合によってはその医師に対する分配金は削減される。

最近フランスで取りかわされた医師団体と保険者との契約も同じく合理化への一步を示すものである。

ドイツの1人当り医療給付費はヨーロッパのどの国よりも低い。しかもその給付額はフランスなどと比べてより多くの医療費をまか

なっているのである。財政方式如何によっては医療費の上昇をおさえることも不可能ではないのである。とはいえまだまだ合理化の途は遠く、病院給付や薬剤給付については多くの問題が横たわっているのである。

Jozef Van Langendonck, *The European Experience in Social Health Insurance, Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. July 7, 1973, pp. 21—30.

(一圓光彌 健保連)

1972年のEC域内における 社会保障の動向



社会保障の機構を補完し、あるいはそれを複雑なものとする多くの措置が毎年とられてきているが、それらのなかには、受給者に対して直接的な効果をもたらすという点においてのみならず、発展の動向についての重要な意味をもつという点において、無視できないものがみられる。以下、その特徴的なものに

ついていくつかコメントを加えることとしよう。

(1) 域内諸国における「社会保障の適用範囲」は、はじめ被用者層だけに限られていたものの、しだいに他の階層、とくに自営業者層へ広げられつつある。この動向はとくに過去10

年間に顕著であり、その結果、大多数の国でほとんど全人口が社会的リスクから保護されるに至っている。

(2) 「給付の質および水準」についてみると、発展の動向は三つの方向に向っているようである。すなわち第1は受給者の境遇を改善するため従来から行なわれてきた努力の延長であり、第2はニードの変化への対応であり、そして第3はすべての社会階層間において、与えられる保証についてのある程度のバランスを実現しようとする傾向である。

(3) 心身障害者の保護の問題は各国におけるもう一つの注目の的である。すでに多くの国にはこれら障害者のための給付が設けられているが、1972年にはベルギーとフランスでそれぞれ新しい措置がとられた。すなわちベルギーでは72年6月15日の命令で、重症心身障害者(廢疾度100%)のための介護者を援護する目的をもつ年額6,000ベルギーフランの手当が新設された。フランスでは72年1月29日と12月29日の命令で、次のような二つの新

らしい手当の実施要領が定められた。一つは未成年障害者のため設けられたもので、家族手当の算定基礎の15%に相当する額の手当を支給しようとするものである。もう一つは成人障害者に月額100フランスフランの手当を支給しようとするものである。これら二種の手当は以上の永久的廃疾の状態にある者に対して、資産調査を条件として支給される。成人障害者のための手当を受給する者は、そのほか疾病保険に任意加入することが認められ、その場合の保険料は社会扶助が負担するものとされている。

(4) 「現代社会における婦人を取りまく諸条件」の変化についても、社会保障の側からの考慮が行なわれてきている。西ドイツで、職業活動を行なわない婦人のための年金制度が開始されたことは周知のとおりであるが、これは、社会保障における婦人の個有の権利を認める第一歩である。同時に、年金の最低限度額の決定ということが、まずなによりもこれらの婦人年金受給者に利益をもたらすことになる点にも注目しなければならない。いう

までもなく婦人の年金は一般的に、男子の年金に比して低いところにあるからである。西ドイツではさらに、72年4月17日の法律で、医療施設や教育施設の要員不足問題を解決する措置として、パートタイム雇用を奨励し、パートタイマーの社会保険料を雇主に負担させる措置がとられている。

フランスでは、72年1月3日の法律によって、主婦が働いている世帯(夫婦ともに働いている世帯のほか、主婦だけが働いている世帯を含む)のために、託児所、幼稚園、認可保育所などの費用に当てるための保育費手当が設けられた。この手当は、一定の上限を付して、実際に要した費用の償還という形で支給されるが、その支給は資産調査を条件として、3歳以下の被扶養児がいる場合に行なわれる。この法律はまた、改定された単一賃金手当の割増手当を受給する母親または婦人のために、これに代わって家族手当の支払機関が社会保障一般制度(年金保険部門のみ)の保険料を払込むことを規定している。同時に、この単一賃金手当は、3歳未満の1人または2人以上の被扶養児がいる場合、または4人の被

扶養児がいる場合には、所得額に応じて増減される。すなわち、資産が一定の上限額を越えるときは手当の支払いが停止され、所得額が逆にある一定額を下回るときには手当額が2倍に引き上げられる。もう一つ、寡婦についての措置が73年1月1日から実施されることとなった。それは、寡婦が65歳に代わり55歳から遺族年金を受給できるとするもので、同年金を受給する場合には疾病保険の適用も受けるものとされている。

イタリアでは出産保護が改善された。すなわち、婦人労働者は5カ月の出産休暇(うち2カ月は出産前)と休暇中の出産手当金(賃金の80%)の請求権を有するが、73年1月1からはさらに6カ月間の休暇と、休暇中、賃金の30%に相当する出産手当金の請求権をもつものとされた。分娩した婦人労働者が自営業者の場合には50,000リラの分娩手当が支給される。他方、71年12月6日の法律は市町村立託児所の財政計画を定めている。これによると、基金は国の支出金と年金保険の保険料率を0.1%引き上げることによって得られる収入でまかなわれることとされている。

オランダでは、離婚した婦人をめぐる境遇に関する各省間レポートが作成されたが、そこでは、とくにこれら婦人に対する年金の支払いを確保するため、必要があれば新しい社会保険を創設すべき旨の提案が行なわれている。また、72年7月15日より、避妊処置が疾病保険によってカバーされるようになったことも注目される。

(5) 社会保障の発展のなかにみられるもう一つの傾向は、すべての社会階層間に、与えられる保証のバランスを実現しようとする明確な意欲がみられることである。これは、社会的保護の受益者間の平等取扱いという現代的な要求でもある。72年に採用されたいくつかの措置のなかに指摘される明らかな兆候は、この目標がもはや無視できないことを示すものと思われる。

例えば、ベルギーでは、自営業者の世帯当たり年金額が75年1月1日には75,000ベルギーフランに引き上げられ、かつ資産調査の条件が廃止されるべきであるとする計画のもとに、72年中にまず60,000ベルギーフランまで

引き上げられたこと、あるいは自営業者の第2子のための家族手当額が72年に引き上げられたことなどは、75年1月1日に、被用者の社会保障と自営業者のそれとの間の保護の平等化を実現することを目的としたものである。

(6) 保護の範囲を新しい階層に広げたり、各種制度の給付水準を改善したり、あるいは特殊なニーズに対応しようとするこれらの努力はすべて、そのための財源問題を抜きにしてはすまされないものばかりである。また、とくに医療費を中心として、費用の自然増現象がみられることも周知のとおりである。もちろん、保険料や租税によって新しい財源が確保されているが、このような解決方法には限界がある。この限界はとくに保険料に関して明らかである。その理由は、いうまでもなく社会保障に課される役割りがいまや単にいくつかの種類事故によってもたらされる職業収入の喪失を補償するというにとどまらず、さらに共同社会の全構成員の最低のニーズをカバーすることにまで拡大されてき

ているからである。

このような状況のなかで、新らしく創設されたいくつかの給付を、もっとも緊急なニーズをもつ人びとにまず確保するというやり方で、これを配合していこうとする傾向がみられる。事実、われわれは、資産調査の方法に訴えるような最近のいくつかの対策が打たれていることを見逃すことはできない。このような傾向の延長線上には、むしろ社会保障の概念自体の方向転換さえうかがわれる。

(7) 最後に、共同体委員会は72年10月1日に、域内を移動する被用者とその家族への社会保障の適用に関する新しい規則が実施されたことを強調している。この規則の重要性は次の二つの事実によって例証される。すなわち、現在のところ200万人以上の者がこれから利益を受けており、そのなかには、すべての経済活動部門の労務者から幹部職員までの被用者をはじめ、年金受給者、寡婦、孤児および移住労働者の家族が含まれているということ、そしてこの規則の適用により1国から他国へ移転された基金の額が1.5億(共同体

通貨単位) となっていることである。

Commission des Communautés européennes, Evolution de la situation so-

ciale dans la Communauté en 1972.

C. A. F. mai-1973, pp. 5~23.

(上村政彦 名古屋市立大学)

老年学の緊急課題としての 介護必要性と介護可能性の不均衡

—ケルン社会調査と社会政策研究所の調査結果から—

(西ドイツ)

医学と薬学の進歩が個人と社会集団の社会的生理的状态を改善した反面, 研究者と実践者にまた別の多くの問題を提起するにいたった。老年学にとっていったいそれは何を意味するであろうか。

われわれはすでに10年以上にわたって老人の生活状態の調査を行ってきた。昨年われわれは全体的結果の中に, われわれを極度な不安に落し入れるようなある結果を発見した。周知のとおり工業諸国においては平均寿命は男女ともに非常に高くなって来ている。しかし寿命と密接な関係をもつ次の事実はそれほ

ど認識されていないようである。すなわち過去10年間に常時介護を必要とするものの集団は二倍に脹れ上っているという事実である。この事実はわれわれが1961年と1962年の調査結果と1971年と1972年の調査結果を比較したときに明らかとなった。この傾向はこれから先も続いてゆくことはほぼ確かであると思われるので, 従来よりもいっそう集中的にこの結果と取り組んでゆかなければならないと感じている。

さらにまだ結果が部分的にしか出ていない別の調査のことを考える時にこの警告はもっ

と深刻なものとして受け取られなければならない。その調査とはわれわれがノルトラインウエストファーレン州において, ミュンスター大学附属診療所長ハウス博士とその仲間達とともに行った共同調査研究のことを指している。この調査チームが共通して意図したものは, 老齢市民の健康状態について信頼できるデータを蒐集することであった。この調査計画はとくに県の労働社会大臣の老人問題に関する諮問機関から補助を受けて行われた。

最近見られたいくつかの重大な結果を吟味すると, まず従来行ってきた老齢男女の主観的健康状態に関する調査において, 65歳以上の老人の約2人に1人は真面目に自分は病気であると答え, あるいは規則的に医者通いをしていると答えている。この主観的調査を客観化するために前述のミュンスター大学附属診療所長は実際に数週間ないし数カ月前に標準化された調査票にもとづく健康状態に関する面接調査を受けた65歳以上の調査の対象者を診察した。その結果, 50パーセント以上のものが医者からも病気であると診断された。病気の中でもっとも多かったのは心臓病と循

環器系統の疾患であった。しかし社会学者であるわれわれを驚かせたのはむしろ次の数字であった。すなわち医者診断によれば、65歳以上の8.7%は介護を必要とするものであり、そのうちのごくわずかな部分(2%以下)だけが現在収容施設に入所していて、残りの大部分が家庭において家族による介護を受けているとのことであった。

そうした長期にわたる介護が家族にどの程度負担になっているかについてはただ想像するのみである。ただ上に述べた介護がなぜほとんど家族や近所の人々の手によってだけ行われていて、専門教育を受けた職員によって行われないのかという疑問が生じる。

例えばドイツ連邦共和国において、公的老人福祉のために活用される介護職員の数は非常に小さいので約50,000人の寝たきり老人(これは該当者の10%以下であるが)が居宅で特別な養成を受けた職員から介護されるのが精一杯の実情である。残りの約560,000人の要介護者は他に援助の手段がないために家族または近隣の人々の世話にならなければならない。大雑把に見積ってもドイツ連邦共和国に

少なくとも約40,000人の家庭介護にあたる専門職員が不足していることになる。この数は解決されるべき課題の大きさを示唆しているように思われる。それでは身体的にも精神的にも家族に負担をかけ続けるであろう常時介護を必要とする老人を収容施設、すなわち老人養(看)護施設や老人病院に収容して保護する道は残されていないのかという問題はどうかであろうか。この問いに答える前に、約90,000人の常時介護を要するものがすでにそれらの施設に入所していることを記憶しなければならぬ。しかし常時介護を必要とするものの数はおよそ700,000人を数えるとされるので、ここに想定される危機状態もまた少くとも前の在宅老人の場合と同様に重大であるといわなければならない。とくに要介護老人のためのベッドと職員の数は常に不足しているからである。

介護を要するものの数と介護を行う能力の間の距離がここ数年の間にますます開いて来ているが、しかしそれだけをもって危機的状況のすべてが描きつくされているわけではない。前述の調査では、まだリハビリテーショ

ンを行うことが可能な老人を施設に入所させて治療と訓練を行う必要性についてのデータも蒐集された。それは早期に施設において治療と訓練を行えば、その一時期のために永久的に要介護者となることを免れるような人々の集団に関してである。診療所の医師が慎重にまた近代設備を駆使して診察した結果、13.8%がただちに施設で治療訓練を受けなければ将来リハビリを行うことが不可能となるような程度の病状のものであった。医者によれば、この場合病院に滞在する期間は平均約三週間とのことである。その数を全ドイツの65歳以上の高齢人口にあてはめると、彼らの中で100万人以上がリハビリテーションの可能性を保つために近いうちに病院に入院しなければならないということになる。これに対してドイツ全国に用意されているベッドの数は全部あわせても680,000ベッドにすぎない。

私は社会政策の専門者としての立場から、ただこの莫大な必要性について指摘できるだけである。例え医者のあげるこの必要度が必要度のすべてであるとして評価することは不

適当であるとしても、ここに明らかにされた危機的状況が何ら変わるわけではない。これらの緊急に処置を必要とする患者を開業医がどの程度診察し治療し得るかについては明らかではないが、少なくともこれらの高齢の市民のほとんどは時々かかりつけの医師に相談をしていた事実があるが、彼らが入院加療が必要であると認められたのはこれらのかかりつけの医者からではなく、大学附属の診療所からであったという事実は一体なにを物語っているのだろうか。

それと関連して、緊急に処置を必要とする人々の社会的特徴に関して次のような重大な事実が発見された。それは診療所での診断の結果、低い学校教育しか受けず、条件の良くない職業に従事していた低い社会階層の人々（月収 500 DM以下）の方が社会階層の中位または上位の人々よりも、ただちに入院して治療を受ける必要性が2倍程度高くなっているということである。

それではこれらに対するもっとも手取り早くてもっとも効果的な解決策はなんであるか。そのためにはまったく特別な措置基準を

設けなければならない。この脅威的な危機状態に対処するためには巨万の財力を要する。税率を上げることなしにこの問題を解決することは不可能であろう。われわれはみな70歳近くまで生きてゆけるような機会を与えてくれる医者や努力に感謝の意を持っているのであるから、同時にまた手取り早くて効果的な社会治療があればそれも歓迎して受け入れなければならないにちがいない。人間には将来を見通し過去を振り返るといった特別の能力が備わっているのであるから、納税者としての負担が少し大きくなることもある程度覚悟しなければならぬ。

看護婦、保母、寮母等の職員の不足も深刻である。これらの職員の要請と確保と効果的養成が切実に望まれる。収容能力を拡大することも緊急に必要である。

この関連でとくに指摘されなければならないことはドイツ連邦共和国には大学レベルの老年学の講座や老年学の特別な研究所がまだにひとつも設けられていないということである。その意味で非常に立ち遅れていると言わなければならない。

さらに予防的措置基準を設けることも必要であろう。労働科学の専門家、社会学者、心理学者、社会政策の専門家等が医者と協力するならば、老齢の被用者に対して、その健康状態と職種との関係を決定することができるにちがいない。また大企業にあってはその企業専属の医師がいて被用者の心理的・生理的状态に及ぼす影響について定期的に観察できる状態になっているが、実施している企業は少ない。中小企業では専属の医師を置いている場合が少ないが、例えば開業医があるきまった日に中小企業を訪れて大企業の医師が行うのと同じように老齢の被用者を念入りに診察して、適切な時期に温泉療養をすすめたり、入院加療を指示したりすることができれば非常に望ましいことである。

これらの予防的措置は決して今現在、ここにおいて深刻な問題となっている人々の援助の義務をわれわれから免除するものではないことはいうまでもない。われわれがまず着手しなければならないことは第一にまだリハビリの可能性を残している人々をできるだけ多く適当な時期に診察し、彼らが自立性を失い

常時介護を受けなくても済むように配慮することである。病気の治療は年金や恩給を受けた上に医療として供与されるのに対して、常時介護を要するようになれば、介護施設の1カ月の経費が約1,200DMであるから、いかに高額の年金を得ていても、その費用のために全額を投じなければならないために社会援助の受給者とならざるを得なくなる。第2にすでに常時の介護を要するようになった人々の危機状態を、従来よりももっと満足できるかたちで援助してゆかなければならない。そのためにはより詳細にわたる具体的な計画案が立てられなければならない。

最後に確にいろいろな欠陥を残しているとはいえ、定年の年齢限界が流動的に定められるようになったという事実は老人の問題に大きい影響を及ぼしたに違いないが、それをもってすべてが解決されたわけではない。この領域について政府および公的機関は人間生活を救い、自由の余地を増大させるために巨額な資金を用意している。それならば上の2つの要求についても、それらが市民の多数が承認する要求であるならば、政府の社会政策の

目標として適切な処置を構ずるはずではないだろうか。それともこうした目標は、すでに産業過程から身を引いた人々やその妻や寡婦のためには認められないというのであろうか。

社会福祉の公私関係

(アメリカ)

三つのモデルと社会政策

社会福祉における公、私の制度の区別が、比較的容易な時期があった。そこでは、公的セクターによるサービスは、各級行政機関によるもので、それ以外のものは民間、と単純に定義された。民間サービスは、さらに、利益を追求するものとそうでないものとに分類することができた。しかし、現在では、この区別は適切なものとはいえなくなってきてい

Dr. Otto Blume,
aus: Theorie und Praxis der Sozialen
Arbeit Nr. 3 1973, S. 101~104.
(春見静子 上智大学)



る。

公私関係の不明瞭さは、現代の特徴の一つである。公私の関係が、公費補助に対応する「契約」というかたちで発展してきたためである。社会福祉の公私関係における、公的責任の問題と、民間サービスの自主性の問題は、そこから派生してきている。

社会政策は、広範で長期にわたる資源の配分が、その重要な課題である。社会政策による資源の配分は、一般的に次の性格をもつべきであるといわれている。

(a)その最終目標は、社会・経済的な財貨の公平な分配であること。

(b)分配によって、最大の効果をあげるように、つねに効率を追求すること。

(c)社会における個人の自由は確保されなければならないこと。

(d)同時に、社会全体の利益を守らなければならないこと。

以下、社会福祉の公私関係について、この社会政策の性格と関連させて論じてみたい。

モデル1. 無干渉政策

ルーズベルト大統領以前、社会福祉活動は概して施設における活動と定義され、公的には州や地方政府がそれを担当した。資源の分配は市場で行なわれ、効率は競争原理のなかで追求された。社会からとり残された少数者に対するケアとして、二つのシステムが用意された。「価値ある=Worthy」貧困者に対しては、教会による金品支給や友愛訪問などの私的慈善のシステムがあり、残りの困窮者に対しては、公立の施設が存在した。

社会の最底辺層の問題解決の歴史は、非常

に古く、建国当時まで逆のぼることができ。アダム・スミスが描くように、市場における競争は公平の配分を生み、全体の利益は個人の充実の総計によって確保されると信じられていた時期である。

モデル2. 自由主義

1929年の恐慌は、市場は資源を配分するシステムとして必ずしも効果的ではないことを明らかにした。また、悲惨な状況にいる人びとが多いとき、公平な配分という考え方はそれほど意味をもたない。この産業資本主義システムの劇的な失敗により、連邦政府は、はじめて社会福祉の私的セクターに援助を開始し、今日に至っている。民間サービスは、公的セクターを補完し、さらにそれを創造的に変革するための刺激剤と考えられた。したがって、民間サービスは自主性を重んじ、クライアントの多様な要求にこたえるための柔軟性をもつことが期待された。地域の社会福祉協議会 (local community council) は、民間サービスの計画と調整を担当した。

しかし、ケアの二重のシステムは、いくつ

かの問題を派生した。民間サービスは、復帰の望みの多いクライアントを中心に、その活動を展開し、それ以外の貧困者は、公的扶助だけにとり残された。たとえば、米国南部において、連邦政府以外のどこで、黒人のケアを担当しえたであろうか。その結果、社会改良家たちは、連邦政府のより強い介入を要求したのである。

さらに、ソーシャルワーカーは、連邦政府は産業大衆社会においては、基本的なサービスを提供すべきであると考えはじめた。ウィレンスキーやルポーは、産業社会の社会的ニードは、公的機関で制度化されたものによって解決されなければならないと指摘している。連邦政府だけが、平等な保護と資源配分を行なうことができ、公共の利益を達成することが可能である。この考え方のなかから、基本的なサービスは、市民に対する特別な恩典ではなく、権利であるという概念が生まれてきている。

モデル3. 多様性の社会

現代社会は、脱工業化社会、協同社会、管

理社会など、いろいろな名称でいわれているが、おそらく多様性の社会と称するのが、最も適切であろう。

現在の政府に対する不満は、右から左まで強く湧きおこっている。政府の規模は急速に巨大になった。1929年から1963年までに、各級の公務員給与総額は、国全体の給与支払い額の10%から19%にまでなり、同時に米国経済における連邦政府の役割は強大なものとなった。1966年のGNPの20%は、連邦政府の歳出によるものである。この膨大な歳出の大部分は、国土防衛関係に消費され、社会改良主義者は、防衛以外の政府責任を追求している。また、各級の行政府に内在する官僚・セクト主義に対する批判も強い。連邦主義的システムによる権力の地方分散により、地域では、非効率的なプログラムの競合が生まれている。ウッドの有名な研究によると、ニューヨーク市内では、1,400を越す単独の行政府が存在しているという。このなかで、プログラムの調整は不可能に近い課題となっている。

政府が公共の利益を代表していないという理由で、その権威に対する大衆からの批判が

強い。また、サービスの多元主義も問題で、社会福祉サービスのコストが高い理由の一つは、そのサービスにかかわる多様な人びとの利害によるものである。たとえば、健康サービスを考えてみると、議会は、医者、医療技術者、薬品製造業界、保険業者、病院など、そのすべての利益を確保しようとしたために、コストは上昇し、サービス内容は低下したのである。

巨大企業による影響も大きくなっている。ガルブレイスは、1962年、米国の50の巨大企業が全体の企業資産の $\frac{1}{3}$ を把握していると報告している。そして、企業の効率追求の理論は、かつての市場を通じてのものから、生産プロセスを通じてのものに変化してきた。また連邦政府の資金援助によって、この巨大企業はますます成長してきている。連邦政府は国全体のリーダーなのか、それとも単なる利益者集団の一つにすぎないのかという疑問が湧いてくる。

公か私か

社会福祉の公私の役割は大きな変化をとげ

てきている。1950年から70年にかけて、社会福祉プログラムに対する政府出資は650%の増加を示したが、民間のそれは200%にすぎない。また、民間は、福祉サービスの衰微しつつある部分を担当しているという指摘もある。

公的セクターが伸びる場合、公による直接的なサービス活動を展開すること以上に、民間組織を利用することが多い。現在、民間は公的資金に依存し、政府の目的に利用される傾向が強い。たとえば、コロンビア大学は、1971会計年度で7,430万ドルの連邦政府資金を受けとった。これは、同大学の予算の46%にあたる。政府による資金面からの圧力は、私的な組織としての大学の自主性をそこなうおそれがある。さらに、政府は新しい民間、または準民間の機関を開発してきている。その形態は民間的であるが、本来的に法律で規定された事業を政府出資金で推進するものである。1960年代に成立した多くの試み、たとえば、貧乏追放戦争のなかで住民参加を図るためにつくられたコミュニティ・アクション・カウンシル、権力の分散と権威の共有を目的とした地域協同組合、公的セクターでは展開

できないという理由で民間から購入した保育所や養護老人ホームサービス、官僚セクト主義による弊害を排除するためにニューヨーク州で設立された都市開発公社など、いくつかの解決に向けての経験をみることができる。

ジレンマと今後の課題

一つの中央団体に強い権威を委譲し、国民から手のとどかないような政策決定をされることは、アメリカ人になじまないものである。分野ごとに明確な境界を引かれることをきらい、中央集権化されることは望ましくないとされる。したがって、各種のプログラムは明確に区分されないままに存在し、プログラム間の混乱と矛盾は大きく、あらゆる政策を価値のないものとしている。第一線での責任分野と各級レベルでの権威性が明確にされないかぎり、どのような権威が中央にあらうとも問題は解決しない。

次に、福祉サービスの統合と調整の問題がある。社会福祉協議会は、そのためにつくられた機関だが、本来的に公的セクターで実

施すべき福祉サービスを調整することは不可能といえる。調整という課題は、いわば「賢者の石」である。私的セクターで、政府のために展開している事業を調整できないとすれば、政府出資によるサービスの権威は不明確なものになるし、また、政府が単独に総合的にサービス全体のシステムを調整しようとするなら、個々の施設、機関のサービスについてコントロールしなければならない。個々の施設、機関の力量とニードをみた場合、これもまた困難な課題である。

さらに、政府機関は明確な規準と法律を作成し、サービスにあたらなければならない。行政官は、創造的であるために自由であることと、責任を追求する能力を必要とする。各領域間の明確な境界線は必要であるが、それは決して制限的なものであってはならない。この両者のバランスも難しい課題である。

次に、サービスの責任の問題がある。民間は、ただその理事会についてだけ責任をとるというものでないことは明らかであるが、サービスの受益者や機関の存在するコミュニティに責任をもつべきか、またはもっと多くの

一般大衆に責任をもつべきかという点は不明確である。

また、政策の決定と実施段階が分離することは、サービス効果のうえで問題がある。政府目的である総合的なサービス保障と、それを実施する民間機関の伝統的な柔軟でクライアント本位の多様さとの相克を生みだしている。これが、実施すべきサービスに共通する規準をつくることを困難にしている。

最後の問題は、公的目的のために民間を利用することは、利益を目的として施設経営が行なわれることになりかねないということである。かつては、サービスをしたい願望と利益を得たい願望とは、相対立するものであった。また、原則的には民間は一定の経費で一定のサービスを提供し、協定によってそれに要した経費が公から返済された。そこでは利益や損失の生ずることはなかった。しかし、最近になって開発された民間と連邦政府との協約に基づく協力態勢のなかで、必ずしも十分に財源を用意できていない、財政難に悩む州政府と協同して連邦プログラムを推進する状況下では、また新たな問題を生ずるであらう

う。

現在となつては、社会福祉サービスにおいて純粋ボランティアと公的セクターが独立して存在することは、困難である。民間は、公からの財源を要求しつづけるであろうし、公による民間利用への関心は強い。また、政府の義務とすべきサービス領域が拡大するにつれて、政府の準備状況は十分とはいえず、さらに保育サービスのようにその提供能力に欠ける場合、民間施設との協定が必要になる。公的サービスの目標と計画策定から実施にいたる政府責任の明確な内実と民間の役割について、さらに民間の自主性を保障するシステムについて、国民的合意を得るための十分な論議が必要である。

Eleanor L. Brilliant, "Private or Public: A Model of Ambiguities", *Social Service Review*, Vol. 47, Sept. 1973, p. p. 384~396

(根本嘉昭 全社協)

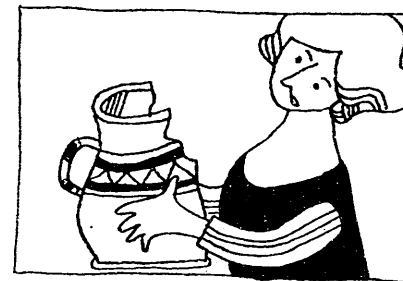
疾病保険の 最近の状況

(西ドイツ)

適用状況

1970年12月の第2次疾病保険改正法(1971年1月1日より施行)により、職員等に対する保険加入義務報酬限度額が年金保険の保険料算定報酬限度額の75%となり、毎年引き上げられることになったこと、職員等に対する任意加入条件が緩和されたことなどで、1971年には3.6%、72年には0.9%被保険者が増加した。とくに目立って被保険者数が伸びたのは職員補充金庫で、1971年には加入義務被保険者が17.4%、72年には5.6%増加している。

1973年4月1日現在の疾病金庫数および被保険者数は表1のとおりである。これによると、金庫総数は1,645、被保険者総数は3,299



万人である。金庫数は年々減っており、1970年4月1,831、71年4月1,811、72年4月1,760となっている。とくに1973年において大幅に減っているが、これは1972年10月1日から農業者疾病保険法が施行され、従来の州疾病金庫(100)が解体、新たに農業疾病金庫(19)が設けられたためである。

全被保険者数の約50%を擁する地区疾病金庫は、被保険者数の点ではあまり変動がない。ただ全年金受給者数の約64%、全任意加入者数の約22%がこれに属しているのが特徴である。任意加入者数をもっとも多いのはいうまでもなく職員補充金庫で、全体の約64%がこれに加入しており、同金庫の全被保険者数の約35%が任意加入者である。また、連邦

表1 疾病金庫数と被保険者数 (1973年4月1日現在)

(単位: 1,000人)

金庫	金庫数	加入義務者数 (年金受給者を除く)	年金受給者数	任意加入者数	総数
地区疾病金庫	397	9,784	5,450	981	16,216
企業 "	1,038	2,834	1,096	356	4,285
同業 "	174	1,172	209	153	1,533
海員 "	1	44	11	14	69
連邦鉱夫組合	1	320	723	39	1,082
労働者補充金庫	8	236	52	63	351
職員補充金庫	7	4,396	1,059	2,979	8,434
農業疾病金庫	19	621	390	7	1,019
計	1,645	19,408	8,990	4,590	32,989

鉱夫組合では全被保険者数の約67%が年金受給者である。

年金受給者疾病保険の財政状況

1973年3月に連邦労働省から公表された1973年度の公的疾病保険の支出見込額(事務費および繰入れを除く)は総額402億マルクで、1972年度の346億マルクに比べ約16%の増加となっている。

疾病保険の支出の伸びと国民総生産、賃金の伸びを比較すると表2のとおりである。こ

れによると、最近3年間における疾病保険の支出の増加率は、国民総生産および賃金の増加率をはるかに上回っている。

とくに年金受給者疾病保険の支出の伸びが著しく、1969年16.4%、70年18.6%、71年26.7%、72年19.2%となっている。

最近数年間の年金受給者疾病保険の収支状況は表3のとおりである。

これによると、年々疾病金庫の負担率が高くなっている。年金受給者の疾病保険の費用は年金保険の保険者と疾病金庫が負担するこ

表2 疾病保険の支出の増加率と国民総生産、賃金・給与の増加率 (単位: %)

年	疾病保険の支出(事務費を除く)の増加率	国民総生産の増加率	賃金・給与の増加率
1969	11.3	12.1	9.2
1970	4.8	13.3	14.7
1971	24.1	10.7	11.9
1972	17.1	9.2	9.4
1973	16.0	12.5	13.5

(注) 1973年の数値は見込み。

とになっており、1967年の財政改正法により、原則として給付費の80%を年金保険の保

表3 年金受給者疾病保険の収支状況

(単位: 100万マルク・%)

年	年金保険の保険者の拠出金 (A)	給付支出 (B)	疾病金庫負担金 (B-A)	疾病金庫の負担率
1968	3,468	4,335	867	20.00
1969	3,873	5,046	1,173	23.25
1970	4,215	5,985	1,770	29.57
1971	4,559	7,583	3,024	39.88

(注) 鉱夫分を除く。

険者が負担し、あとの20%を疾病金庫が負担することとしたが、さらに1969年1月1日より、1968年における支払年金総額に対する年金受給者分拠出金総額（年金保険の保険者が負担する拠出金総額）の比率、すなわち10.98%を今後年金保険の保険者が負担する拠出金の算定係数とし、毎年支払年金総額の10.98%に相当する額を年金保険の保険者が負担することになった。このため支払年金総額の増加にともなう拠出金の増加にもかかわらず、年金受給者疾病保険の支出があまりにも著しいことにより、1971年には支出の約40%を疾病金庫が負担する結果になっている。

年金受給者疾病保険の収支差（疾病金庫が一般財源でカバーする部分）は今後ますます大きくなり、疾病金庫の負担率はよりいっそう高くなるとみられている。1972年の年金改革による給付改善や年2回（1月と7月）の年金調整によって支払年金総額も著しく増加し、年金保険の保険者の負担する拠出金もいっそう増加しているが、もっか疾病金庫の負担率は約42%に達していると推測されている。

こうした状況にあって、地区疾病金庫、企

業疾病金庫、旧州疾病金庫およびドイツ年金保険者連合会は、連邦議会の労働社会委員会に陳情を行ない、そのなかで年金受給者疾病保険財政に関する新しい規定を設けるよう具体的な提案を行なっている。それによると、(1)年金保険の保険者が負担する拠出金の算定係数を10.98%から11.32%へ引き上げる、(2)将来この率を疾病保険の一般保険料率（平均）の上昇に合わせて引き上げる、いわゆる動化させる、ことが必要であるとされている。もしこの提案が実現されれば疾病金庫の負担率は約30%ぐらいに戻るということとみられている。

年金保険の保険者と疾病金庫の負担割合が80:20になるようにすることが望ましいとの声が多いが、なかなかむずかしい問題のようだ。

Korrektur einer Fehlentwicklung,
Arbeit und Sozialpolitik, September
1973, S. 297—299.

Unaufhaltsamer Vormarsch der Ersatzkassen,
Arbeit und Sozialpolitik,
August 1973, S. 259—263.

Mitglieder und Träger der gesetz

lichen Krankenversicherung, *Die
Krankenversicherung*, August 1973,
S. 192.

（石本忠義 健保連）

1962年の補足的現金給付

—所得維持政策の事例研究—

A. Doron (イスラエル)



本稿には、2種類の特殊な所得保障制度がもっている社会的効果の実証に焦点を絞りながら、批判的な評価が論述されており、2種類の特殊な所得維持制度は、いずれも選別方式の基本原則で実施されている。

この論述では、ある数年間という制限をつけて採用され、しかも、全国民のうち経済的に弱い立場に置かれたグループの立場を改善することを目的としている補足的現金給付について、筆者は次の4つの質問を示している。それらの質問というのは、(a) 制度の明白な社会的目的は何であったのか？、(b) どの程度まで目的が達成されたのか？、(c) 経済的な援助を必要とする人びとの福祉にとっ

て、制度はどれだけ寄与したのか？、および (d) これらの発見により確認されたか、あるいは反駁された選択性にもとづく社会的サービスの効率がどれだけあったのか？、ということである。

1962年におけるイスラエル・ポンドの平価切下げによる波紋として、また、そのために必然的に生じた物価上昇の結果として、生計費の直接的費用に対する需要が、全賃金取得者によって引起された。その動きは政府の経済安定政策に打撃を加えるので、大世帯でかつある金額（月額350ポンド）以下の所得を取得する賃金取得者に、物価上昇に対するある特殊な補償（賃金の3.0%）を支払うことが提案

された。この現金給付は3種類の手段を用いて支払われた。それらの手段というのは、使用者による直接的支払い（その使用者には国民保険公社により償還が行なわれる）、Histadrut（訳注 労働組合総同盟）の年金基金による支払い、および、上述した手段でカバーされないグループに対して国民保険公社による支払いである。

制度の実施以前に推計された数字に対して、現金給付を受給した事実上の数字を示せば、次のようなことがいえる。つまり、驚ろくべきことに、給付を受給したのは44.1%（推計の20万人に対して88,000人）で、支出総額は予算の42.0%に対する32.0%にすぎなかった。

使用者によって給付を支払われた人びとの名前を示すリストはなんら要求されないの、各受給者グループの具体的な適用とか、構成に対する数字はなんら利用できない（また事実上の管理もなんら検討できなかった）。

若干の例では、制度の目的が達成されなかったため、補償は従業員の給付というよりも、むしろ使用者のものになってしまったと信じられている。さらに、国民保険公社の職員は福祉援護のある要員になることについて、余り熱心ではないし、それが公社のイメージをこわしているかも知れない。

2つ目の給付はパンの価格上昇が現われて以後、低所得者に対して5カ月遅れて支払われた。福祉の対象とされているすべての人びとと老齢者は、所得に関係なくこの給付を受給し、また、低賃金の被用者グループもこの給付を支給された。なお、使用者の支払いに対する管理手段は、なんら採用されなかった。特定グループに対する給付の包括的な分配は、第1番目の制度よりも大幅に成功したということ、調査結果は示している。この2番目の場合には、低所得グループの90%が恐らく受給者に含まれたであろう。それに対して、1番目の場合には、その数字は44.0%にすぎない。

結論として、資力調査にもとづく選別方式の福祉手段は、その方式によって支給される扶助とサービスに対する受給申請について、若干の人びとをためらわせるように思われるし、またその手段は給付の分配について、不平等、差別および恣意的な配分をもたらすことになる、ということを書者は述べている。

特定グループではあるが、しかしニードの高い大きな集団—老齢者と福祉の対象となっている人びと—に対するより大幅な包括的方

式の基本原則によって実施する場合に、選別原則の実施は社会的な効果をもっている。換言すれば、ニードの程度による積極的な差別は、ある効果的な社会福祉政策として資力調査による消極的なコントロールよりもましである。

Supplementary Cash Grants in 1962—
A Case Study in Selective Income
Maintenance Services, *Social Security*,
No. 1, February 1971, pp. 29—43; No.
12, '71.

工業化社会と雇用されない 婦人の社会的保護

Harry Rohwer-Kahlman

(西ドイツ)

本稿には、工業化された社会において稼働活動に雇用されない婦人を保護するために、現在、どのような要求を行なうことができるか、現存する保護施設がいかに不適切であるか、また改善に対する提案がいかに討議され

ているかを、著者は論述している。

われわれの社会では、従来社会政策の場合に考えられていたよりも、より大きな経済的価値を既婚婦人と母親の労働に依存するとい



うことについて、最近それを容認する動きが次第に明白になってきた。

主婦に対するある保険制度は、家庭における妻と母の報酬が支払われない労働を、かれらが仕事以外に支払われたと同一水準とみなすべきで、それはとくに廃疾や老齢の長期にわたる危険についていえる。この方法では、婦人の経済的地位が改善されるだけでなく、われわれの福祉社会のもっている社会的信望が強められるであろう。

この点について、2つの重要な側面を検討している。つまり、それらは1つが工業化社会によって決定された現存する実体であり、もう1つが社会政策の目的の定義である。

社会保険では、最も支配的な要素は、従来用いられていたように、賃金労働者や世帯の維持者としての夫である。主婦と母親によって行なわれた労働は、その期間と量の双方とも、原則として無視されている。主婦が長年にわたる労働や収入に対して労働不能となっ

た場合においてさえも、主婦を扶養する年金は当人の夫が死亡するまで支給を開始されない。私生児を養育する婦人には、そのような保護に対してなんらの基準も全く設けられていない。

この事項について、修正を行なうのは立法者の義務である。その決定は社会的な考慮以外に経済的および財政的な考慮をほとんど必要としていない。いかなる提案が行なわれても、最終的な分析では、その事項は社会的生産を再分配するということである。

もし問題としている婦人の立場が強化され、かつ、この方法で改善されるべきであるならば、所得を得ている夫、拠出収入を得ている保険者団体、および租税収入を得ている市民の一般的な組織のような他のグループによって、必要な費用は調達されなければならない。

啓蒙のために、諸問題の複雑さにかんする若干の基本原則が次に示されている。

- 1 主婦や母親として婦人の行なう各種の活動は、原則として、家計を維持するために稼得活動に雇用された男子の活動と同一でなければならない。
- 2 夫の疾病と失業に対する保険によりカバーされる妻を組合せた保険が将来開発されるならば、ある主婦保険制度の手段により、主婦と母親の社会的保護が主婦達の労働能力について長期的な危険をカバーするように制限することができる。
- 3 主婦保険はただ主婦の労働の結果としてのみ考えられるべきである。
- 4 主婦保険では、仕事が家庭内に限定される主婦と、子供を育てていないので外で稼得活動に雇用される婦人の間を区別することができるし、その場合に、後者は適用から除外することができる。
- 5 もし夫が主婦保険に対してなんら拠出を支払っていないのであれば、財源調達は家計負担平衡制度を通じて行なわれるべきである。

結論として、主婦と母親の今日における社会的保護の費用について、社会は避けるべきではない。これらの人びとは労働市場でなんら稼いでいないが、しかし、かれらのもっているものは高度に熟練した職業であり、われわれの社会の福祉にとって多大の貢献を果し

ている。

Die soziale Sicherung der nichtberufstätigen Frau in der Industriegesellschaft, *Zeitschrift für Sozialreform*, No. 7, 1970, pp. 389—405; No. 18, '71.

社会政策的観点による 疾病と罹患率



Tapani Purola

(フィンランド)

本稿には、社会政策的性格をもつある問題を、疾病と医療制度が如何にしてより一層明白にしてきたかという論述が示されている。

世界保健機構 (WHO) によれば、健康は完全な肉体的、精神的、および社会的な福祉の状態であり、ただ疾病がないというだけではない。これは疾病が身体、精神、および社会

という3つの要素をもっていることを意味している。それらの各要素は観察することができるし、また、それら各要素に対して、ある人口の罹患率は測定することができる。社会の罹患率は人間の精神物理学的な組織の動揺として、つまり、厳格な意味による医学的罹患率がある主観的な状態として、測定することができる。それらの測定について、別な表

現では、現実に経験した罹患率としてか、もしくは、社会的行為の反動、つまり、疾病休暇の頻度、作業の欠勤者などのような社会的罹患率として測定することができる。

罹患率と関連をもつ問題は、病気にかかったり、病気の治療をしたりするような単なる医学的な諸問題だけでなく、人間とその社会的な環境との間における関係がもっている諸問題でもある。たとえば、それらの諸問題は次のようなものを含んでいる。つまり、それらは労働条件と住宅、年金証券、社会の職業別構成、医療サービスの分配と利用であり、またより一層一般的には人間の行為である。

職業別に示された罹患率の相違点は、人間の内的な精神物理学的組織の適応水準を示しており、また需要に現われた相違点は異なる職業の違いによって示される。この適応水準は職業によって決まる需要に適応する人びとの精神物理学的な仕組みの能力と、精神物理学的な仕組みに適応する。換言すれば治療する医師の能力だけではなくて、たとえば、

他の職業に対して、労働条件、社会の仕組みおよび機会を、当人の立場を変えるために適応する人間の能力にも影響を与える。達成された適応水準も健康保護と社会政策の成功を示すある指標や、健康政策の目標として適応に現われたある上昇とみなすことができる。しかし、適応は人間の精神物理学的な仕組みと関連をもつある事項によって制約されるだけでなく、職業訓練と収入水準、職業と地域による人的資源の供給状態、および職業の変化と関連をもつその他の諸要素の水準に生ずる相違によっても制限される。精神物理学的に身体障害となった人びとが、雇用で競争することができるということは、最も基本的な欠くことのできない条件である。その場合に、その問題は人的資源の政策という問題に変わる。フィンランドにおける職業の構成に現われる変化について、現在みうけられる様相では、衰退してゆく職業から吐き出される余剰労働力の再訓練と再雇用という問題が大きいであろう。身体障害者にとっては、立場はきびしく、また年金政策のもつある問題も提起されてくる。

医療サービスの利用に対する諸条件を確実にすることが、ある中心的な社会政策の問題である。推計によれば、発達した国々は需要と供給の双方における大幅な増加をもちながら、医療サービスの消費水準がより高い方に動いている。高度に発達した国々では、豊かな社会に対する医療サービスの計画化について語る事ができる。しかし、これは十分な

財政および医療従事者におけるサービスとその他の人びとによるサービスとの間におけるバランスのような多くの問題を発生させるであろう。

Sairaus ja sairastavuus yhteiskuntapolitiikan kannalta, *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, No. 3, 1970, pp. 115-120; No. 24, '71.

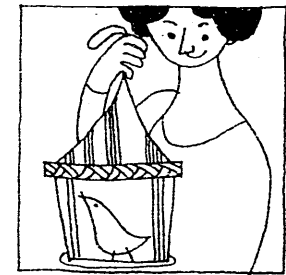
廢疾の経済的考察

— 移転と医療費の規模と構成 —

Monroe Berkowitz and William G. Johnson (アメリカ)

本稿には、廢疾の問題とその経済的な費用について、将来の研究に対するある概念と統計的な基盤を提供しようとする試みが示されている。ある「労働者の廢疾所得保障制度」という概念が導入されており、多数の異なる移転制度の存在が分析されている。労働年

齢人口のうち、公的分野に属しない民間人口のほぼ6分の1は、慢性的な健康上の状態と傷害のために、労働不能な状態を余儀なくされている。労働力人口に含まれない男子のうち、約2分の1は廢疾で、しかも、3分の1以上が重度の廢疾である。多くの公的および



私的な諸制度は、廃疾から生じた社会的および個人的な諸問題を減少するために設けられてきた。各制度は他をほとんど参照しない問題のある側面に適応されている。本稿の1つの目的は、全般的な仕組みを検討することができるように、既存の廃疾移転(訳注 廃疾補償現金給付)と医療費を集計することである。

なんら実質的な資金の費用を伴わない廃疾補償と、実質的な費用を伴う医療が、廃疾によって生ずる経済的損失を概算するのに用いることができるということを支持するには、理由があるのである。これらの費用についてなんら直接的に測定された評価をしないで、全般的なアメリカ経済は組み上げられてきた。移転と医療費の合計はある妥当な評価に対してある最低の境界線になっているということが示唆されている。

廃疾状態の救済もしくは治療に用いられた医療サービスの総費用について示されたある評価は、1967年に340億ドルであった。年齢(18—64歳)に対する調整を行ない、また、予

防的な治療処置を除くならば、その費用は205億ドルに減少する。社会保障庁の統計によれば、医師によるサービスに支払われた消費者支出合計のうち、約38%は1疾患もしくはそれ以上の慢性的な状態であった人びと(18—64歳)によって支払われていた。この結果は廃疾者がそれ以外の人びとよりも医師(および病院)の利用について、より高い比率を示すという推定と一致している。これらの事実は廃疾のもっている経済的な諸問題について社会のもっている認識力に、ある奇妙な両面性を示している。同様な廃疾状態に対する医療費は主として無視されるのに、所得喪失に対する廃疾補償支払いは規制効果を回避するために念入りに制限されている。この両面性のもつ実質的な影響は、廃疾以前に利用された医療サービスに対して、無料の医療サービスの代替が増えるということができる。そのような廃疾補償が存在する限り、廃疾に対して正當に充当される費用は、貧困の一般的なラベルの裏にかくされている。

廃疾に対して行なわれた廃疾補償の総額

は、1967年に137億ドルであった。この金額は廃疾による保険数理的な喪失に関連づけられているかも知れない。使用された手段は、これらの廃疾補償が喪失所得を補償するように考案されている所得水準に対して、数種類の廃疾補償制度合計を膨脹させることになる。主婦によるサービスの損失、管理・運営費、もしくは精神的な費用に対する評価をなんら行っていないので、評価された損失の総額は約210億ドルである。したがって、死亡による損失の評価額14億ドルを含めて、廃疾による損失評価の合計は1967年に430億ドルで、それは同年における国民所得の約7%に相当していた。

一度廃疾補償制度が全般的に調査されさえすれば、問題の範囲を知ることができる。アメリカ合衆国の制度では、重度の廃疾の場合に限定している全般的な廃疾保険制度で行なわれているのと同じ規模の金額による廃疾補償が、2、3日間の欠勤を必要とする労働不能をカバーする疾病休暇制度で行なわれている。これらの制度のうち、それぞれの制度は

Transfer and Medical Costs, *Journal of Human Resources*, No. 3, 1970,

pp. 271—297; No. 57, '71.

労働に関連して生じたすべての傷害をカバーする労働者補償より大きい。賠償の総額はすべての社会保険を合計した金額に匹敵している。医療費の支払いはすべての廃疾補償合計を上まわっており、恐らく所得喪失の合計額に等しいであろう。廃疾補償制度の場合とは異なり、医療費のうち、かなりの部分（3.8%）はなんらかの第三者の干渉を受けることなく消費者によって支払われており、その場合の第三者というのは政府もしくは私的な保険者である。これらの明白な変則的状況が真実であるのか、あるいはそうでないのかを決定するには、多くの調査が必要とされるであろう。異なった各制度に対する根本的な理由の調査は、個々の廃疾移転制度の多様性を正当化する理由にとってある手がかりを与える。しかし、そのような合理化は、これらの制度が廃疾の問題を取扱うのに最も効果的な方法であるかどうかの継続的な調査に対して、本当の意味における必要性を不明瞭にすべきではない。

Towards an Economics of Disability :
The Magnitude and Structure of

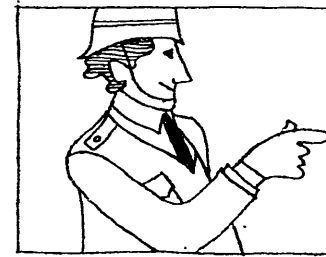
企業の社会政策に 対する資金調達

Klaus Fiedler (東ドイツ)

本稿には、企業内における社会政策に財源を調達する諸問題と、その目的に寄与させる資金を決定する手段が論述されている。

公的な社会保障は全市民を対象とし、かつ基本的なものであるが、各個別企業が提供する補足的給付を用意する社会的な諸政策は、利用可能な資金によって異なる。

企業の社会政策を発達させる重要な問題は、資金を積立てることである。労働と生活の諸条件を改善することは、すぐれた結果をもたらす生産と能率の上昇によってのみ可能



である。労働者とかれの労働能力にかんする福祉は、経済の一側面として容認されるべきで、また、当人の能力開発に必要な資金の金額と財政的な手段を決定するものとして研究されるべきである。当人の福祉は社会主義的な労働法の諸関係がもっているある基本的な部分であり、また、複雑な生産行程のある不可欠な部分と考えられなければならない。

労働者の福祉と当人の労働能力にかんする支出の規模は、社会主義的生産の発達段階お

よび利用可能な諸関係と各手段に依存している。その経済的側面はますます重要性を増大している。その基本的な事項は次に示されるとおりである。

- 1 企業の社会政策的な手段を効果的に開発するのに必要な財政的資金の額を正確に決定すること。
- 2 生産と能率に関連させて、そのような社会保障的手段に利用できる資金を決定する機関を発達させること。
- 3 企業内における社会政策に寄与させる資金を効果的に開発する考えを斬新的に採用すること。

これらの社会政策に必要な資金は、企業の純益からのみ入手することができる。この方法では、企業の社会政策はある経済的な刺激になる。各企業の労働者達は、かれらが純益にある増大を生み出しさえすれば、当人達が求める資金を入手する。

企業内における労働と生活の諸条件がもっ

ている基準と、適切な福祉支出を賄うのに必要な基金の規模を評価する判断基準を決定することは、基本的なことである。過去の経験は、各企業において社会政策的な目的に充当された資金が徐々に増大してきたが、しかし、その資金が最高の効率という判断基準に一致させていつも利用されなかったことを示している。このような状況は確実な判断基準の欠如によるものであった。したがって、そのような判断基準は、労働者達の労働と生活の諸条件に与えられるある特定の水準を示す物質的なニーズと、それに対応する財政的な必要条件の標準について、ある組織をもつ形で作り上げるべきである。この方法では、企業の社会政策は経済発展のある刺激物となることができる。その標準は生産資源とそれらの諸関係の発達水準、市民のニーズ、国民経済の計画的発展、および恒常的な構造的変化の進行を考慮して決定されるべきである。

社会福祉支出を十分に賄うのに必要な基金の規模は、社会・政治および経済の潜在的な生産能力に関連させて、妥当なものでなけ

ればならない。効果的な生産に対するこれらの社会・政治および経済的な諸条件は、健康と安全、労働者の栄養、子供の世話、文化的活動とレクリエーション、住宅などを含んでいる。これらの活動は、純益の金額とは無関係に、企業によって提供されなければならないある最低の社会福祉を示している。

各企業の実施する社会政策の中で、企業が利潤とは無関係にかれらの労働者に提供される労働と生活の諸条件にかんするある最低基準と、純益のうちある比率で財源を調達される追加的な福祉施設を区別するという事は明らかなことである。労働と生活の諸条件について定められるある所定の水準を提供するのに必要な資金の正確な水準を企業に決定させ、また、これらの資金を企業に最も効果的に利用させるために、ある1組の標準が開発されるべきである。社会福祉は国民経済の計画化された発展にとって、障害とはならない筈である。

Zur bildung der Mittel für die betriebliche Sozialpolitik, *Arbeit und Arb-*

etrecht, No. 4, 1970, pp. 109—112;
No. 69, '71.

(以上5編の「ISSA 海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対するISSAのAdvisory Committee—1967年10月—による予解にもとづき、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

高齢な失業者への保証所得

(フランス)

1972年3月に、使用者と労働組合の各連合体による多面的な協約により、60歳以上の失業者には、特殊な所得保障が実施されることになった。この協約はある補足的な失業保険制度を設けた1958年12月の全国的な協約に対する付帯事項となっている。

ところで、高齢な失業者に対する特殊な給付を受給するには、労働者は次の諸条件に該当していなければならない。

労働者は企業から解雇された者でなければならない(しかし、特殊な合同委員会が決定した場合には、ある種の自発的な離職も、該当者であることを例外的に認められる)。

労働者は解雇されたときに60歳以上でなければならない(しかし、60歳の誕生日以前の20カ月以内に解雇され、かつ誕生日に失業給付を受給している者は、新しい制度による扶助の受給を申請することができる)。

労働者は1958年12月31日付の協約でカバーされる経済活動の賃金労働者をして、15

年以上社会保障制度に加入していなければならない。

労働者は各商工業雇用協会(ASSEDICS)が支払う特殊な失業手当を受給していなければならない。その手当の支給期間は解雇時の年齢により異なる(つまり、その期間は解雇が60~61歳で9カ月、61~62歳で6カ月、また、62~64歳で3カ月である)。

労働者は法定の公的失業給付制度による権利を行使してきたという証明を示さなければならない。

労働者は解雇の日以後、社会保障制度による老齢年金の受給を申請したり、受給してはいけぬ。

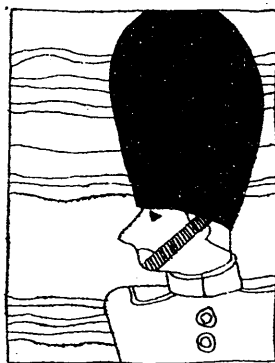
この制度による給付の受給者は、正常な失業給付を補足され、給付合計は失業直前の3カ月間に取得した賃金の70%に相当することになる。しかし、経過措置として、その比率は初年度に66%、次年度に68%を予定されている。なお、給付は65歳3カ月、老齢年金受給、または再雇用時まで支給され、本人が死亡すれば、遺族に給付が支給される。

Guaranteed Income for the Older
Unemployed, *International Labour
Review*, Vol. No. 5, 108, Nov. 1973,
pp. 439—440.

解説

イタリア年金保険 70年の歩みと将来構想

社会保障研究所研究第1部長 保坂 哲哉



イタリアの年金保険・失業保険・結核保険・家族手当の実施に当たっている全国社会保険公団 (Istituto nazionale della previdenza sociale, INPS) が最近創立70周年を迎え、たまたま一般強制年金保険 (略称 IVS) の創設 50 周年と重なることもあって、記念出版物が英語版でも刊行された。31×22 cm, 550 ページで、*Collection of Studies* と副題がつけられている。全体は大きく2つに分かれ、Monograph と Historical-Documentary Part から成る。前者にはローマ大学教授マリオ・アルベルト・コッピーニ (Coppini) ほかに4人の大学教授による論文が収められ、後者はさらに INPS の活動分野全体についての歴史的展開と、同じく年金保険のそれを取扱う部分に分れてい

る。イタリアの社会保障全般についてはもとより、年金制度についても日本では従来原語以外にあまり資料が入っていないため、今回の記念出版は非常に有益である。とくに、冒頭に掲げられた諸論文はイタリア社会保障とくに年金保険に関する異なる見解もところどころ紹介されていて興味深い。しかし、われわれにとっては、まだイタリアの社会保障全般や年金保険の現状と歴史的沿革について十分の知識がないため、まずその点のギャップを埋めることから始めなければならない。ここでは、この書物を中心とし、他の若干の資料も合わせて参照しながら、イタリア年金制度の発展のあとを概観してみたい。イタリア社会保障の将来構想は1963年の国民経済労働

審議会 (Consiglio nazionale dell'economica e del lavoro, 略称 CNEL) によって描かれ、1966—70年のピエラッチーニ計画、1980年の社会経済を展望した Progetto '80 によって長期的改革の日程が組まれ、年金制度については1965—69年の一連の改革によって具体化への道が踏み出された。それゆえ、年金保険の歴史的展開を概観するという場合に、こうして着々と実現されようとしている改革につながる流れを逆にさかのぼってとらえてみる必要があるだろう。

* * *

イタリアの年金保険立法は1898年法に始まるが、これは任意保険というかたちをとった。将来の見通しのうえに立った労働者の自由意志による選択、社会的責任を自覚した使用者の自由意志による拠出、国家の統合的役割にもとづく費用一部負担という原則のもとでの保険原理の適用によって制度が発足した。この制度を管理・運営するために設けられたのが全国労働者廃疾老齢保険委員会という合議制の機関であり、INPS の最初の形態である。

約20年にわたる経験の結果、任意保険の原理原則がうまく働かないことは明らかとなった。一方、運輸・造船業部門における強制保険の実施経験、ドイツなどにおける先例に照して、保険の強制化による加入者の増加と機能の強化が不可欠と考えられ、1919年強制廃疾老齢保険が創設された。この制度は、基本的にはビスマルク的社会保険思想に立脚し、労働者と一定俸給額以下の職員を主たる対象とするもので、年金額は拠出金比例部分と年100リラの定額国庫負担分から成り立っている。ただ拠出金は期間により3つの部分に分けられ、給付率は各部分に対して別々のものが適用される。この給付率は逆進的になっているからその意味では一応平等化効果をもつことになる。これも当時の社会政策思想の一つの要素であったのであろう。老齢年金の受給要件は年齢65歳、480週拠出(ビスマルク社会保険では拠出年は暦年より短くするという原則があるから、これは暦年10年間を意味するのであろう)、で10年間拠出で国庫負担分を除き賃金の23%、40年拠出で50%を保証することを目ざしていた。拠出金は賃金階級別に分けた

ベースに対して定率(約5%)で決められていたようである。強制保険の実施により資産額は1919年末の約900万リラから1920年末には8億リラ強、1923年末には20億リラを越え、さらにその後ふえ続けることになる。

1922年改正により、男60歳、女55歳から減額年金を受けられることになり、また1928年法において年金額算式が変わるが、拠出金比例の原則と100リラの国庫負担はそのまま引継がれた。新しい制度としては、扶養児童加算が1人当たり基本年金額の $\frac{1}{10}$ というかたちで導入されたことがあげられる。1939年改正(1944年実施)で受給開始年齢が男60歳、女55歳と決まり、拠出要件は老齢15年に引上げ(廃疾は5年から1年に引下げ)られ、最低拠出金額が定められたほか、年金額算式の拠出金比例部分の計算方法が改められた。拠出金総支払額を3つの金額階級に分け、逆進的な給付率が適用されることとなり、さらに男女別、職員・労働者別にそれぞれ給付率、金額階級区分が区別された。また1945年実施ということではじめて遺族年金が設けられたのもこの時である。これらの改正が実施されるま

えに、1943年の改正によって年金給付水準の25%、拠出金の50%増額が行なわれた。このときの労使負担割合は労 $\frac{1}{3}$ 、使 $\frac{2}{3}$ となっている。確かではないが、拠出金増額分を使用者が引受けたことも考えられる。この改正に際して行なわれた革新は過去の拠出金に対する再評価である。

このように発展をとげた年金保険は、すでに戦争中の改正にも前兆が現われていたとおり、物価騰貴と財政危機の時代を迎える。第2次大戦後の年金保険の発展は3段階に分けることができる。最初の時期は1952年の制度改革にいたる応急策の時代である。その次が暫定的改革期で、イタリア社会保障構想が現われ、実行に移されるまえの段階である。そして最後は長期構想にもとづく本格的改革の時代(1965年以後)である。この3つの時期を経てイタリア年金保険の新しい諸原則が固まってゆくのである。

第1の応急策が次々と実施される時期には、年金額の物価調整と最低保障が重点的な政策目標として取り上げられる。それを実現するため従来の制度を名目的に残しながら、

実質的には定率の補足手当や定額の危窮手当が導入された。財政手段の面でも、名目的な基本年金のための積立方式を残したまま、応急策はすべて賦課方式によって運営され、国庫補助も大幅に導入される。こうした一連の対策によって年金額はあるていど平等化せざるをえない。また基本年金のための基金のほかに新しい基金が加わって制度は複雑化した。かくてイタリア経済の一応の復興とともに1952年改正が行なわれるのである。

1952年改正はある意味で戦後調整期に現われた諸要素を体系的に整理したにすぎないが、いくつかの点で重要な改正が行なわれている。もっとも重要な点は物価補正の形式が定着したことである。年金額は基本額と補足額から成り、基本額は若干の変化はあるが原則的に1939年改正を踏襲する。いっぽう補足額は基本額に対する定倍率（この場合は44倍、したがって年金額は基本額×45として計算される）とされた。ほかに従来どおりの児童加算が加わり、これらがクリスマス手当を含む13カ月分支給される。最低年金額が規定されているほか、最高年金給付率が最終5年間の拠出金

賦課対象賃金平均の80%と定められた。拠出金は基本額と補足額に分けて賦課され、前者は従来どおり上限つき標準賃金（階級に分類された）に対応した額、後者は総賃金に対して定率（1953年から労3%、使6%）で計算された。補足年金の財源は、労使のほかに国庫によっても負担され、その割合は全体の25%と定められた。

年金額の物価調整はその後1958年改正（倍率55）と1962年改正の際にも行なわれ、最低保障額も改善された。しかし、1962年の改正による倍率72はたんに物価補正にとどまらず実質給付水準の引上げをもり込んだものであった。この年の改正で定められた最低保障額は、65歳以上の者に対して月15,000リラ、65歳未満の者には12,000リラであった。

1962年の改正で一応この時期の制度体系は固まるが、そのあと、もう一つの重要な変化が起きる。それは「社会保険負担のfiscalization」と呼ばれるもので、イタリア経済の危機に際して一時的に労使とくに使用者の拠出金負担を政府が肩代りするるのである。まず最初1964年9月から12月までの3カ月間、使用

者負担分の拠出金の一部を政府が引受けることを決めたのち、1964年10月の法律およびそれに続く1965年、1966年の法律によって、年金保険の補足部分の拠出金について、1964年9月から66年末まで労働者負担分料率のうち0.35%が、1965年4月から66年末まで使用者負担分料率のうち3%が、いずれも政府によって肩代りされた。こうした措置はいわば非常事態に対処するためにとられたものであったとはいえ、社会保険の分野における国家の財政的干渉の原則を再確認したものとして意義が大きかった。

もちろんイタリア年金保険の戦後における発展の一つの要素は制度の普遍化へと向う傾向である。しかし、この動きは新しい制度・基金の創設というかたちで進められた。1957年には農民、1958年には漁民、1959年には漁民といった具合に新しい法律が制定されて強制保険の適用対象がふえていった。

年金制度改革構想

1963年のCNELの社会保険改革構想は、国民保健サービスを究極的には目ざすなど注目

すべき点が多いが、年金保険に関しては、およそ次のような提案を行なっている。

漸進的に non-occupational 制度によって全国民に対して効果的な保護を与える。そのために定額の最低保障給付が支給されなければならない。そのための財源は国の負担とする。

被用者と自営業者に対しては occupational 制度により勤務期間と稼働所得に比例した付加年金が給付されなければならない。ただし自営業者に対しては実際の所得ではなく平均稼働所得を基礎として計算される額を用いる。この制度はできるかぎりすみやかに未適用就業者とくに小商人に拡大する。

できるかぎりすみやかに non-occupational 制度を創設し、occupational 制度にもとづく給付の受給権がなく、しかも一定水準以下の所得の老齢者、障害者、未成年遺児に対して、社会保険手当を支給することが望ましい。それまでの暫定措置として occupational 制度は最低保障給付をも行なわなければならない。

老齢年金の支給開始年齢の引上げが、とくに国民経済の発展と年金額の平均水準の向上のために考慮されるべきである。

各種 occupational 制度の年金と non-occupational 制度による手当は、賃金や稼働所得および1人当たり平均所得の変化があるていど大きい場合それらに対して自動的に調整されなければならない。

occupational 制度の財源は、使用者と労働者が賃金、また自営業者の場合は前述の見なされた稼働額に比例して負担する。しかし、政府はその財政について、当事者グループが財政的危機におちいった場合に援助し、拠出金の一部を負担しなければならない。occupational 制度が過渡的に行なう最低保障給付の費用はすべて政府の負担とする。

以上の年金改革提案は、コピーニが *ISS A Bulletin* に寄稿した論文によったものである。

CNEL 提案が公式の政府方針として文書にあらわれるのは、1967年7月27日の法律によってきまった1966—70年国民経済計画文書においてである。その中で年金関係の要点をひろってみよう。

まず廃疾・老齢・遺族給付を全国民に漸次

拡大すること、そのために各種の組織・制度を再編成し、拠出能力に応じて負担を市民の間に公平に賦課するよう、租税制度の改革とも関連して財政システムにおける政府財政化を漸次進める、という方針が確認された。

年金給付の長期的基本目標は、すべての国民に租税財源による基礎年金に対する受給権を与えることであり、この基礎年金はカテゴリー別の年金保険給付によって補完される、という年金体系も承認されている。

第2次計画の作成に当って1969年4月に1970年代の展望 (*Progetto 80*) を発表した。その中でとくに次の2点だけを取り上げて紹介しておこう。第1点は、社会年金は、最低保障をすべての国民に対して与えることを目的とするが、なかでもとくに労働経験のない障害者、なんらかの年金保険の適用前に退職した老齢被用者・自営業者、受給要件を満さないで退職した就業者というグループを重点対象として取り上げていることである。第2に、社会年金は、漸次最低拠出年金の水準に到達し、自動的再評価制度を導入することが明記されていることである。

CNEL の議論において、無拠出年金の導入をめぐる意見の対立があったようであるが、以上のように普遍的最低保障を租税財源によって行ない、そのうえに賃金または所得（自営業者は部門ごとの平均所得をベースにする）に関連した年金を支給する社会保険が付加されるという体系が最終的に決定した。

年金改革の実行

以上のような年金構想は、すでに1965年の法律によって一部具体化し、1968年と1969年の法律によって改革事業は受け継がれた。しかし、1968年の改正をめぐる労働組合による反対運動が年金ストというかたちで起るなど、改革の足どりは決して順調とはいえない。それでもともかく、労働組合と政府の間には年金改革の方向について合意に達し協定が締結された。

おもな改革だけを列挙してみよう。1965年法により社会基金が設けられ、月額12,000リラ（年に13か月分支給）の定額の社会年金が最初 INPS 管理下の強制保険対象（男65歳、女60歳、無収入）にかぎって支給されることにな

った。1969年末現在の独立社会年金制度の受給者は47万人であった。社会年金の財源を政府がすべて引受けるのは1975年からとされている。1968年法では、年金額の計算が拠出金比例から期間の賃金比例に改められ、賃金は最終5年のうちの最高3年の平均とし、とりあえず40年拠出で最高賃金の60%を保証することとしたが、この給付率は69年改正で74%、1976年からは賃金ベースが最終10年のうちの最高3年の平均と変って最高給付率は80%に引き上げられることがすでにきまっている。1969年法では、35年拠出で被用者から引退することを条件に年齢にかかわらず年金を支給する長期勤務年金が復活（1965年に新設、1968年に一旦廃止）したこと、生計費指数による年金額の自動調整制度の採用などが行なわれた。

* * *

イタリアの年金制度の歴史をたどってみると保険原理の新しい適応と社会政策要素の変化がいくつかの点について認められる。前者に関しては個人勘定ベースによる任意保険から出発して強制保険へ移ったこと、積立方式

から賦課方式への転換、最低保障額の設定、物価調整と実質改善ルールの採用、拠出金比例から期間・賃金比例といった諸側面での変化があげられる。これらの変化をもたらしたのは、いろいろの事情で古い原理が有効でなくなったことによるが、そういう事情の中では、とくに第2次大戦以後の経済危機・経済成長・就業構造ないし階層構造の変化が重要な影響を与えた。このような経済社会変動は同時に、一方で一部の低所得労働者を対象とする再分配対策から、全国民を対象とする普遍的制度へと向う社会政策基調の変化をもたらした。そこで新しく採用されたのは、最低生活保障と就業時の生活水準維持を同時に達成するシステムの実現という構想である。そこではある意味で純粋な給付原則（拠出ではなく期間・賃金に比例した）の復活がみられるのである。

とはいえ、イタリアの年金制度は、社会年金の面でも、拠出年金の場合でも給付水準は低く（一般強制年金保険の老齢年金は1969年末で月平均37,405リラー1リラ0.57円、雇用者1人当たり所得は117,664リラ/月）、制度は複雑で制度

間の給付格差も大きいなど多くの問題を抱えている。さらに医療保障や社会福祉サービスの面の立遅れが大きいことも高齢者の生活保障にとって重大な問題として指摘されている。公的扶助や社会福祉の立遅れについては、伝統的な慈善思想と慈善事業への依存、都市にもなお残る大家族形態、権利の観念が滲透しないことなどがあげられている。それにもかかわらず、イタリア社会保障構想の基礎には、技術的・社会的進歩により、高齢者のケアは社会全体の義務であるという認識をもたらし、一方社会も老人の権利を認めなければならない、という考え方が確立されている。

参考文献

- Istituto nazionale della previdenza sociale, *Seventy Years of the National Social Insurance Institute and Fifty Years of the General Compulsory Insurance for Disability and Old-Age: Collection of Studies*, Rome 1970.
- Mario-Albert Coppini, 'Conclusions of the National Economic and Labour Council on Social Insurance Reform', *Bulletin of I. S. S. A.*, Vol. XVII, Nos. 5-6-7, 1964.

La Documentation française, *Le plan économique italien. 1966-1970*, Notes et études documentaires, n^{os} 3537-3538, 1968.

Dito, *La planification italienne dans la perspective des années 1970*, Notes et études documentaires, n^{os} 3655-3656, 1970.

社会保障こぼれ話

強制的な私的年金

(スイス)

1972年12月の国民投票により、老齢・廃疾・遺族保険の私的な強制的給付制度が採用されることになった。この制度は既存の公的な年金保険制度を補足するもので、1975年から実施され、それから5年後に給付の支給を予定されている。上述した両給付を合せて、過去の生活水準を維持させることが企図されている。

老齢・廃疾・遺族給付について、1964年に、この国の政府は、強制的な社会保障制度、企業による労働福祉制度、および私的な貯蓄と保険の制度という3本の柱を提案した。ところで、実状では、従来、この国は資力調査を条件とする給付で公的な年金制度の給付を補強しており、公的年金の受給者のうち、20%が前者の給付を受給していた。このような状況を改善するために採用された新しい手段は、賃金の上昇より早く給付を引上げて、かつ、私的年金を利用することで、後者が今回採用された強制的な私的年金である。

この私的年金は年収12,000フラン(1975年1月の予定)以上の賃金労働者と俸給取得者を対象とし、自営業者は任意方式で参加することになっている。なお、上記水準以下の者は、制度の適用を除外され、従来の資力調査による扶助給付で、年金を補強される。計画によれば、社会保障制度の拠出者のうち、3分の2が制度の該当者で、残りは自営業者と年収が上記水準以下の勤労者と予想されている。

従来の制度では、年金は過去の収入の約20%で、水準は低かった。しかし、予定では、この水準に新制度の給付を加えることにより、過去の収入に対する補償率は、受給直前3年間における収入の60%(夫婦で80%)になると計画されている。新制度の給付は年収12,000フランから36,000フラン(いずれも1975年の予定)を対象として算出される。制度の財源は拠出に依存し、公費は充当されない。使用者は財源の50%を負担するが、拠出率は8—11%を予定されている。

Switzerland: Compulsory Private Pensions, *Social Security Bulletin*, Vol. 36, No. 10, Oct. 1937, pp. 46—47 And 49.

海外だより

国際社会保障協会 (ISSA) の第18回総会に出席して

健康保険組合連合会社会保障研究室 石本忠義

西欧数カ国を回ったのち、今私は西アフリカの象牙海岸共和国の首都アビジャンにきております。ここアビジャンはもっか国際社会保障協会 (ISSA) 第18回総会が開かれており、世界65カ国とILO、ECなど国際機関から約500名の代表が参加し、盛大に会議が行なわれております。

総会第1日目の全体会議は10月26日午前10時から開かれ、今総会の組織委員会の会長である象牙海岸共和国労働社会大臣 Albert Vannie-Bi-Tra 氏が議長に指名されました。午前中関係者のメッセージがあったのち、午後から「社会保障の発展と動向 (1970—1972年)」がソ連邦社会保障省の代表から報告され、またメキシコ、ソ連邦、インド、アメリカ、ザ

ンビア、スペイン、ルーマニアおよびハンガリーの社会保障機関の代表からそれぞれの国の最近の状況が報告されました。そして最後にISSAの各地域委員会 (ヨーロッパ、アメリカ、アフリカ) の最近の活動状況が各地域委員会の代表から報告されました。第1日目は報告のみに終り、全く討論は行なわれませんでした。

開催地であるここアビジャンは高温多湿で、日本の真夏によく似ています。10月28日の日曜日、会議はなく1日全員で山丘地方へピクニックに出かけましたが、当日の気温が最高40度でした。インドやイランなどからも参加者がいますが、これらの人たちも「暑い暑い」を連発しているほどでした。しか

し、会場にあてられた Hotel Ivoire はフランスやアメリカの資本を導入して整備された象牙海岸の誇る立派な設備をもつホテルです。主要な会議の行なわれる会議場はよく国際会議に使われるそうで、きわめてよくできています。会議の公用語としては英語、仏語、独語、スペイン語およびロシア語の5カ国語が使われています。報告や討論はすべてこれら5カ国語に同時通訳されますが、仏語を用いる参加者が圧倒的に多く、われわれ英語に頼るしかない者はいつもレシーバーをはずすことができません。

第2日目は、共済組合、家族当および社会保障法制の各常任委員会が開かれ、第3日目の10月29日は医療・疾病保険、業務災害・職業病保険および数理統計の各常任委員会が開かれました。私は医療・疾病保険委員会に出席しましたが、1日中非常に熱心な報告および討論が行なわれました。

同委員会での報告は、昨年 (1972年) 秋ジュネーブで開かれた同委員会での報告を修正または補正したもので、報告テーマはほぼ同じものです。念のため申し上げますと、

- (1) 現物および現金の疾病給付の量と費用
(1967—70年) (イタリア)
- (2) 予防医療 (疾病・出産保険) の分野における
社会保障機関の活動 (フランス)
- (3) 薬剤の供給の量と費用 (西ドイツ)
- (4) 疾病保険における医療費の増高の一般的
原因 (フランス)

の4つです。これらの報告をめぐって各国の代表から数多くの意見や質問が出され、かなり充実した会議だったように思います。

今回の ISSA 総会には、日本から河野義男氏 (社会保険庁経理課長)、永場久治氏 (労働省特別雇用対策課長)、野海勝視氏 (健保連企画部長) および私の4名が参加しております。気候と食べ物の関係でやや調子落ちの感がありますが、それでも皆な元気で連日の強行スケジュールをなんとかこなしています。ここアビジャンは気候の関係から正午ごろから午後3時ごろまで官庁および商店が休みになり、ここの人たちは長時間にわたる昼食をとったのち、ゆっくりとからだを休めています。したがって会議もこれにならって午後は3時か

ら始まり、夕方6時すぎまで行なわれます。夕食は通常午後8時ごろから始まり10時ごろに終わります。このペースは初めいささかとまどいでしたが、もうなれました。

第4日目は、業務災害 (前日の続き)、組織・方法および老齢・廃疾・遺族保険の各常任委員会が開かれました。この日の老齢・廃疾・遺族保険委員会では、(1)自営農業者の年金保険 (オーストリア)、(2)農業者以外の自営業者の年金保険 (アメリカ) が報告され、これをめぐって活発な討論が行なわれました。そして第5日目は、老齢・廃疾・遺族保険 (前日の続き) と失業保険・雇用維持の各常任委員会が開かれたほか、全体会議がもたれました。この日の老齢・廃疾・遺族委員会では、(1)繰上げ年金、繰下げ年金および就業継続の老齢年金への影響 (西ドイツ)、(2)廃疾・老齢・死亡のリスクに対する完全な社会的保護が報告されました。また、全体会議では各常設委員会の代表による総括報告が行なわれました。

第6日目の11月1日には、職業危険防止委員会とリハビリテーション研究会が開かれたほか、全体会議が行なわれました。この日の

全体会議は、ISSA の規約の改正をとりあげ、これについて討議するとともに、前日に引き続き各種委員会の代表による報告を聞きました。そして、第7日目の11月2日には、全体会議がもたれ、前日に引き続き規約改正の審議と各種委員会の代表による総括報告が行なわれました。

10月26日から始まった ISSA 総会も明日の評議員会および理事会の開催をもって全日程を終ります。評議員会と理事会は今総会の最大のやま場となるでしょう。というのはもっか ISSA は財政窮迫問題と次期事務局長問題とをかかえており、これらの問題をめぐって各国からいろいろな意見が出されると予想されるからです。第1日目の夜、臨時の理事会が開かれましたが、そこでもこれらの問題について活発な意見が出されたようです。要は ISSA が今後よりよく運営されるようにすればよいのですから、あまりやっかいな議論にならないようにと願っています。次期事務局長問題はなかなかむずかしい問題ですすぐには結論はでないと思いますが、財政問題の焦点である分担金の引き上げは結局やむおえない

ものとして認められることになるだろうと予測しています。

地元の新聞 Fraternité-Matin は連日会議の様態を報道しており、最近のアビジャンでの大きな出来事として取り扱っているようです。事実今回の会議に対する象牙海岸の熱の入れようは大変なもので、全面的協力体制をとってきております。貧富の差が著しく1人当たり国民所得は約200ドル(5万円)といわれていますが、アビジャンに関しては非の打ちどころがないほど整備が行なわれており、まずその近代化の点ではアフリカ随一といっても過言ではないでしょう。政情や治安も他の国に比べてきわめて安定しているようで、まずわれわれの行動にさほど支障はきたしておりません。

今回の会議に出席して得たことは、(1)多くの人が社会保障に熱心に取り組んでいるということを確認したこと、(2)この会議を通して共通の問題を国境を越えて話し合い、多くの人びとと知合いになれたこと、(3)社会保障の国際的動向と、先進国および発展途上国のそれぞれの問題意識の違いが明確に把握できた

こと、そして(4)アフリカを知ることができたこと、です。さすがアフリカでの開催だけに隣接諸国からの参加者も多く、またこれら参加者からの発言も多かったようです。

このたよりの最後にもう少し開催地アビジャンの印象をお知らせしておきましょう。

象牙海岸共和国の人口は1973年現在約500万人ですが、首都アビジャンにその $\frac{1}{10}$ の約50万人が住んでいます。人口のほとんどは現地人ですが、ヨーロッパ人も約1万人います。日本大使館の話によりますと、日本人は100人ぐらいとのこと。日本の自動車会社や電機会社が進出しているようで、その関係者がほとんどのようです。

首都アビジャンへの国の投資は大変なもので、地方との差はきわめて大きいという印象です。街のつくりはヨーロッパ風でとくにフランス人好みのものになっています。むしろフランス人がつくった街という印象が強いといっていいいでしょう。20階以上の高層ビルもかなりあり、これがアフリカかという疑問さえ起こさせるぐらいです。あまりにも今まで

アフリカを知らなすぎたと思いました。とくに今回の会場と宿舎にあてられた Hotel Ivoire は広大な敷地に建てられ、500室(6,640人収容)と数多くの附帯施設をもつ有数のホテルで、日本にはまずこのような規模のものはありません。変化に富んだ入江に面して立つこのホテルからは、全くすばらしい眺望ができます。とくにこのホテルを中心にした地域の環境が整備されており、道路等もきれいにつくられています。将来ここアビジャンをアフリカのリビエラとしてつくり上げていく計画が立てられており、もっか着々とその計画が進められているようです。ホテルも多く、ヨーロッパ人のための観光地という感じを免れないのですが、象牙海岸はまだ農業国であり、人口の80%は農業に従事しています。主要産物はコーヒー、カカオ、バナナ、綿、米などです。米の生産量はかなりなもので、今までに何度か口にしながらはるか日本をしのんでいます。象牙海岸の名が示すとおり、土産品は主として象牙細工です。しかし、価格は決して安くありません。果実物は大変おいしく、いろんな種類が豊富にありま

す。ただ物価が高く生活はしにくいようです。また、ここの名物は伝統的な踊りです。

ところで象牙海岸の社会保障制度ですが、もっか整備中で、現在家族給付制度、業務災害・職業病制度および退職金制度があるだけです。これらの制度は全国社会福祉金庫によって運営されています。これらの制度は主としてサラリーマンを対象としています。全国社会福祉金庫は立派な建物です。このほか病院や社会福祉施設もいくつつくられています。最終日の11月3日には参加者全員で全国社会福祉金庫、社会福祉センターおよび産院を視察することになっています。

短い期間でしたが、アビジャンでの ISSA 総会に出席して大変貴重な経験をしました。

なお、付記しておきますが、ISSA 総会の前にヨーロッパ数カ国を回ったときの印象記は他の機会にまたご披露したいと思います。

—1973年11月2日、アビジャンにて—

社会保障こぼれ話

労働者の福祉測定

(アメリカ)

労働力の状況を示す統計として、雇用と失業の統計がよく用いられ、雇用や失業の概念が発達するとともに、統計にも各種の発達が遂げられてきた。しかし、近年の労働市場では、たとえば、働らく主婦の増加、余裕のある所得や資産の増大、所得移転制度の発達、およびその他の諸諸要素が現われ、これらは失業と本当のニーズとの間における相互関係を次第に減少させてきた。また、あるグループに見うけられる強制的な稼働減少の存在は、完全な稼働を求められている貧困な労働者の直面する諸問題への社会的な関心を少なくしてしまうかも知れないし、しかも、労働統計は前者に焦点を絞っており、後者をほとんど無視している。不遇な労働者や労働の経験を示す資料のような詳細な労働統計は、重大な諸問題の存在することを示しているが、これら多種多様な資料を総合的に取扱ったり、解釈することは困難である。労働力活動にかんする現在の測定を、労働者の福祉という単一の指標に結びつけて合せることが試みられている。その試みでは、従来半雇用状態にある就労について概念を作り上げたり、

また、別々な労働市場統計を合せることにより、適切な賃金を支払われて稼働活動に従事する者と、競争の困難な状況の人びとの状態を測定しようとしている。

収入や雇用の適切性を測定するために、ある指標が用いられるが、その指数は次のような各種の判断基準に該当するものでなければならぬ。

- 1 その指標は収入の最低基準をはっきり示すものでなければならないし、また、それらの最低基準は、低賃金がしばしば間欠的な雇用と結びついている事実を考慮しなければならない。これはある特定の観察された週よりも、より長い期間における所得の流れを示す資料が要求される。
- 2 労働市場における格差が、ある社会的に容認された妥当な生活水準に危険な影響を与えない人びとを除外するために、扶養家族および関連をもたない人びとに対して、最高の基準が規定されなければならない。
- 3 扶養家族を可変的な経済単位とみなして世帯の所得がある妥当な生活水準として、要求された水準を超過する第2次の稼働従事者の雇用問題は除かなければならない。反対に、所得が上述した水準に(次頁へつづく)

(前頁からつづく)

達するに困難な人びとは、よしんば、扶養家族が現在稼得活動に従事しているも、除外されるべきではない。

- 4 経済的な理由からパートタイマーとして雇用される人びとと同様に、仕事を手に入れることができないと信じているので、労働力となっていない人びとの諸問題が検討されなければならない。しかし、労働をほとんど必要としていないか、あるいは仕事をしようとしていない人びとは除外されなければならない。その指数は労働市場への参加に失敗したか、あるいは労働市場から外されたために、労働を断念してしまった人びとだけを含むべきである。
- 5 その指数は特殊な問題の地域とともに全人口に対して適応されるべきである。その指数は異なった年齢、性別、人種、および家族構成のグループから作成され、それらを意味するものをもっていないなければならない。

なお、この試みに用いられる指数には、雇用、収入不適切性 Employment And Earnings Inadequacy (EEI) の指数が用いられる。その指数は次の3の過程を用いて作成される。第1に、従来の指数がもっていた欠点のうち

一部を是正するために求められる手段を利用して、「不完全雇用」が算出される。第2に、妥当であると規定された上限以上の所得を取得する世帯の不完全就労者は、すべて除かれる。第3に、残りは、ある単一の指数を引出すために、現実の労働力参加者と不遇な労働者の数字で、残りを割ることになっている。なお、この指数を作成する場合には、失業者、不遇な抑圧された労働者、現在雇用されている世帯主などについてそれぞれの基準が規定されており、また、16—21歳の就学中の者や65歳以上の者は除外されている。

ところで、1972年3月に、16歳以上の14,300万人のうち、8,540万人が労働力で、約72万人が不遇な立場の労働者となっており、前述した試みによる数値は8,610万人となる。その試みでは、それらについて、雇用と収入の状況を分析している。たとえば、同年同月の失業率は6.1%だが、EEI指数は11.5%となり、その数字は1968年以降で最も高い。また、黒人は白人より大幅に高く(2倍以上)、女子は男子より若干高い。また、都市部より農村部がかなり高い。

Sar A. Levitan and Robert Taggart, Employment And Earnings Inadequacy: A Measure of Worker Welfare, *Monthly Labour Review*, Vol. 96, No. 10, October 1973, pp. 19—27.

編集後記

70日以上も雨の降らなかった東京に、やっと雪が降った。陽かげや細い道路には、その雪が幾日も残っていたが、その雪の翌日から、また晴れた日が続いた。表日本はこのようにカラカラ天気なのに、裏日本のしかも北国では、狂ったように猛烈な大雪が襲いかかり、鉄道は途絶して、交通は混乱し、人びとの生活は脅やかされた。雨や雪は降らないと困るが、降りすぎでは却って厄介である。細長いこの島国では、山々が縦に走り、その背骨が表側と裏側の天候を大きく分け、人びとの生活もまた左右される。人びとの生活は、宿命といってしまうには、余りにも不公平であるといえるであろう。

(平石)

海外社会保障情報 No. 25

昭和49年1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