

海外社会保障情報 No. 40

DECEMBER 1977



社会保障研究所

公的福祉に関する 上院委員会案提出さる

(アメリカ)

就任早々カーター大統領が公的福祉制度の改革プランを示したことで、連邦議会においても新しい見解をもって同制度の改革を促進しようとする関心が高まっている。上院財政委員会では、早くも独自の改革プランをまとめ、現在その審議にとりかかっている。

公的福祉制度の中核をなす公的扶助プログラムを、若干改正しようという下院法案(HR7200)に加えて、上院財政委員会の案は、カーター政府案の目的を妨害するような多くの措置を規定している。この上院委員会案は、社会福祉関係者や組織労働者のうけが悪く、下院案(HR7200)に対する批判からも非常にかげ離れているために、下院での風当りの強さも当然予想され、それを裏付けるように「われわれは上院とは違う公的福祉改革案を計画したい」とある下院議員は述べている。

大統領案の予想される困難性

1981会計年度までに実施しようとしている政府の新しい公的福祉制度の目的は、明らかに問題に直面している。AFL・CIO執行委員会は、さる8月29日に「カーター案は、貧困者に相当する職と適当な所得を提供することに欠け、また緊急課題である州および市の財政救済について失敗だ」と語った。

さらに執行委員会は、政府案の給付レベルは不適当であり、公共事業職種に関する規定は「慣行賃金よりもむしろ最低賃金の職種に就くセカンド・クラス

の市民のたまり場」を作ることになると主張している。

政府案を審議している上院財政委員会のラッセル・B・ロング委員長は、政府案は国民を公的福祉の扶助をうける境遇から稼得労働者に転向させるという目的を達成できるか否か甚だ疑問だとし、プログラムの必要経費につき、政府推計の307億ドルとは対照的な600億ドルから、1,200億ドルという数字をあげている。なお彼は、政府プログラムは「2～3年間の」試行期間において実験すべきであり、一方、財政委員会のプランは直ちに実施されるべきであると主張した。

下院案HR7200の見通し

下院案は、主にAFDCとSSIプログラムに技術的な改正を行う比較的不明瞭な法案とみなされている。さらに児童福祉とソーシャル・サービスの関係規定およびAFDCのフォスター・ケア・プログラムに基づき、定着が困難な子供の養子斡旋事業に補助金を提供する規定を含んでいる。同法案は335対64の票決をもって6月14日に下院を通過した。

しかし上院財政委員会の審議で、これらの措置は大幅に再検討された。まずAFDCとSSIプログラムについては多くの改正が追加され、次いで養子斡旋事業補助金関係規定および児童福祉サービス関係規定の改正規定を追加し、州ならびに地方政府に対する財政救済に10億ドルを追加した。さらに社会保障年金制度に対する追加資金を提供するための法改正を推進しようとしているようである。

上院委員会の改正点

(AFDC)

I 就労要件

政府案では削除されることになる現行の就労意欲促進プログラム(WIN)に基づき、AFDCの被扶助者は、法令によって除外されないかぎり、人力開

発訓練および雇用サービスのために登録されることを義務づけられる。なお改正案に基づけば、AFDCの受給資格を継続するために、被扶助者は、雇用活動に登録し参加せねばならない法律による登録から除外されない。また扶助打ち切り前の60日間のカウンセリング期間に関する要件を削除し、労働長官ならびに保健・教育・福祉長官に、WINプログラムへの参加を拒否することで、被扶助者が何時まで扶助受給不適格者となるかを決定する権限が賦与される。

この改正案は3つの実験プロジェクトを州に割当てた。1つは州全体にわたるもので、2年以上継続しない。州は公的福祉の資金を公共事業の雇用経費の1部に支払うことができる。プロジェクトの費用は、連邦補助の対象となりうるが、被扶助者がうけとる額は、AFDCプログラムに基づき被扶助者に別途に支給されうる額をこえることができない。

別の就労関係の改正で、委員会は、州がAFDCの給付額決定にさいし、収入とみなさない被扶助者の稼働所得の額を改正した。つまり常用被用者の稼働所得月60ドルまで(パート・タイマーは30ドル)プラス次の300ドルの3分の1、プラスそれをこえる額の5分の1を収入認定から除いた。児童ケアの経費は稼働所得の算定前に控除される。

II 受給の不正および浪費

プログラムの不正受給と浪費軽減のために、多くの改正案が採択された。主な規定は次の通りである：

- (1) プログラム規制を質的に管理することを州に義務づける若干の修正を加えて、現行規則に組込むこと。節約された連邦資金の1部の州保持を認めることで、州のプログラムの行政エラー率を減らすことを奨励している。
- (2) 保健・教育・福祉省の監察官に、州のプログラム規制の質をモニタリングする責任を負わせる。監査官はAFDCおよびSSIプログラムの不正ケースの数ならびに状況を示す資料を収集する義務を負う。
- (3) AFDCの被扶助者に写真添付の受給者証明書を発行するための州の経費につき、連邦が75%負担する。現行法下では当該経費の連邦補助は50%であ

る。

- (4) 不正を是正するための措置を含めて、AFDCの行政経費の75%を連邦が負う。現行法による当該補助率は50%である。
- (5) 扶助申請時に、報告しないで後で発見された稼働所得をも収入認定の対象とする措置をもって、被扶助者に稼働所得を正確に報告させるよう奨励すること。(委員会は、被扶助者が長期にわたってその収入の報告を怠っている場合でも、現行法には罰則がないことに批判的である)
- (6) 当該制度に関する連邦補助を制度開発のための経費について現行の50%から90%に、制度運営のための経費は75%に引き上げることで、コンピューターで管理する情報システムを州に開発させ、運営させることを奨励すること。(委員会は、このシステムは正当な給付額の査定、不正や浪費の規制を助成することで、プログラムの策定ならびに評価を改善するだろうと述べている)

III 給付

委員会案は保護的な支給方法および現物給付の取扱いについては、下院法案にほぼ沿っている。委員会案によれば州は児童に対するAFDC給付を、児童の後見人が金銭の取扱いに無能であると考えられる場合には、第3者に送付することが認められる。また州は、被扶助者の利益にかんがみ、家主、公益会社あるいは食料品店のような第3者に、直接に給付を送付することもできる。

現行法下では、このような支給方法をとられている被扶助者は、州内のAFDC被扶助者数の10%に満たない。だが若干の州の現物給付は、ケース全負担分の10%をこえている。下院法案は、現物給付および保護的支給措置を講じられる被扶助者数を20%に上げた。上院委員会案は、おおむね下院案と同じだが、これは15%に制限している。

(外国人の取扱い)

公的扶助をうけている外国人の取扱いについて、委員会は、公的扶助をうけることが、将来、出入国管理令の「公の費用」に関する要件を構成するという

改正を承認した。

現行法下では外国人は、合衆国に入国後5年以内に「公の費用」要件を構成する場合、退去を命ぜられる。委員会は、会計検査院の調査が多く外国人が「公の費用」要件を構成しないという裁判所の判決に基づいて、公的扶助をうけていることを示した。

(児童援助, S S I)

委員会は、A F D C および非 A F D C 受給世帯の両者に対して、児童援助と父親を探し出すサービスに継続して連邦補助を提供するという改正を承認した。S S I プログラムについては多くの技術的改正を行った。この改正の若干は下院通過法案と一致するものであったが、委員会は下院規定の若干を削除した。

(養子, 児童福祉)

委員会案は養子斡旋事業に対する補助金、フォスター・ケアおよび他の児童福祉サービス関係の改正を採択した(本誌第39号参照)。

上院委員会案の今後の見通しについては、下院案との協議による妥協等も考えられ、最終的なものと断定できないが有力である。

Congressional Quarterly Weekly Report, Sept. 3, 1977.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

1976年補足給付委員会年次報告書より

(イギリス)

本日発表された「補足給付委員会年次報告書」(Supplementary Benefits Commission Annual Report, 1976)によると、昨年の補足給付請求数は11%増えているが、その主因は失業増加によるという。1976年末現在で、249万世帯(うち168万4千が老齢年金受給者世帯、66万が失業者世帯)が補足給付を受けており、総人口の10分の1が生活保護に頼っている。

しかし、その生活水準は補足給付委員会の目的(被保護者を勤労者と同一の社会システムに参加せしめるに足る最低限の所得を支給すること)を果すに必要な水準以下である。同報告書は、「この人たちの所得水準を上げる前にやるべきことは、子供をかかえている働く貧困者の援助である」とのべている。

その理由として、一部の勤労者の生活状態は被保護者のそれよりも悪いこと、もし多くの国民が失業している方がよいと考えるようなことは容認できないこと、だとする。

“働く者が損をする扶助行政”といった俗説——戦後の生活保護制度が直面した最大の危機的通説——に対し、同報告書はきっぱりと否定する。

危機の主因は失業者による空前の給付請求増にあり、これが被保護者数を膨張させた。1976年の1年間に275万3千人の失業者が補足給付を支給された。

さらに、片親家庭の給付請求数が増加しており、職権裁量による給付、家賃の支給ならびに不服申立て件数が増えている。一部の地方自治体では、財政支出削減のため、補足給付に期待される貧困家庭への援助を縮小しているところがある。

同報告はいう、「世論の“福祉反発”に加えて、新聞による扇動、それらは

社会保障と社会保障に頼っている人びとに対しいわれなき悪口騒をきわめ、散々にこきおろした」と。

「一般に、補足給付水準は未熟練労働者の賃金よりも低い」と同報告はのべている。失業者または傷病者およびその妻は、週 20.65 ポンドの所得でもって家賃を除く衣食その他の支出をやりくりしている。もし2人の子供（2歳と4歳）があれば週 27.85 ポンドでやりくりせねばならない。

最近の資料によれば、この人たちの生活水準は社会一般の人よりもかなり低いことを示している。傷病者や障害者の被保護者の5分の2、失業者の被保護者の5分の3は、補足給付委員会が用いている最低ガイドライン（一時金を支給するかどうかを決めるときのもの）にも達しない衣服しか保有していない。こうした家庭で育てられている十代の子供たちは、一般の年少者よりも早く学校をやめる傾向があるが、それは経済上の理由である。

「大部分の扶助請求者とくに長期失業者は余りにも低い所得で生きてゆかねばならない。きわめて少いケース——ある一時点での稀有な例——において、支給額が、わが国の一部の労働者に支払われているきわめて低い賃金をこえているとしても、困った問題ではない」と報告書はのべている。

しかし、働く貧困者の窮状についても、家庭所得補足（family income supplement）に関する報告の数字で強調されている。所得がきわめて低いため、この補足金をうけている家庭の3分の2は、それにも拘わらず、その賃金に所得税が課されている。なお、1974年3月以来はじめて、この補足金をうけている最大グループとして両親のいる家庭が片親家庭を追い抜いた。このことは、女子の低賃金所得者（大部分が片親家庭の家長）の賃金がフルタイム低賃金労働に従事している有配偶男子の賃金とさほど差がなくなっていることを示している。

同報告は、児童給付と住宅給付の改善を主張している。その理由は、有子家庭の援助と補足給付水準の改善を容易にすることにある。

補足給付委員会のD.ドニソン委員長は、同報告についての新聞記者会見で次の

ように語っている。

「委員会は、特別なニーズのある者についての一時金のような現行の裁量給付をやめて、全部の被保護者に対し6か月単位の一時的制度を考えたい。現行の裁量給付制度は運営に時間がかかるし、必ずしも適切な人びとにゆきわたっていない」と語っている。

The Times, September 15 1977 （田中 寿 国立国会図書館）



今年度社会保障財政の黒字予測

（フランス）

フランス国民にとっては、嬉しい驚きであるが、1977年度は社会保障財政が赤字にならないという。これは、保健省が各金庫へ伝達した予測に基づく情報である。ただし、この良い知らせには、来年度以降は赤字という不快かつ不安な情報が付け加えられている。

ところで、こういった予測というものには、一体どれだけの価値があるのだろうか。というのが大半の国民が抱く疑問である。というのは、ついこの1年前に発せられた約120億の巨額に及ぶといわれた赤字の警告が、まだ記憶に新しいからである。この最初の予測に基づいてとられた政府の対策およびその後の景気や医療消費の変動を考え併せても、最初の予測と最近に知られた数字とのひらきは、きわめて理解しがたい事実だといえる。

まず政府がこれまでにとった赤字対策を見ると次の通りである。1976年度初頭と10月の2回にわたって保険料が、それぞれ1.5ポイントおよび1.4ポイン

ト引上げられている。とくに10月の引上げは、1977年度に無視できない影響を及ぼしており、70億フランもの増収をもたらした。その上政府は、1976年7月に医薬品に関する付加価値税を引下げ、さらに1977年4月に、新規の経費節減措置をとった。その措置の一環としてとられた若干の医薬品（強壯剤、緩下剤等）の償還率引下げは、この10月1日から実施に移され、金庫に有利な財政効果をもたらした。

それにヴェイユ保健相は、さる5月頃から1977年度の赤字は4億フランの小幅に止まるだろうと表明していた。

それ以後、どのような経過で、この少額の赤字が黒字へ変わったのであろう。年2回の収支予測を行う社会保障局は、事情が予想以上に好転したので、仮定を大きく変更したのである。

まず第1に、保険料徴集が予想を上回った。すでにさる1月に、金庫は15億の増収を得た。これは、経費節減をはかった企業主の対応によるものと思われる。すなわち、企業主たちは、1977年度パールプランによって決定された購買力凍結直前の、1976年12月に補足保険料を払いこんだのである。

それにまた賃金の上昇率が、年初予想の9.2%を上回り11%となった。この1ポイント増は、保険料徴集の17億フランの増収に相当する。

この他にも重要なファクターがある。すでに1976年度にも確認されていたことであるが、医療消費の延びが鈍化した。疾病保険のすべての分野で、数字が雄弁にこのことを物語っている。診療費の延び率は、1976年度は前年同期比22%増であったが、1977年には12.4%増に止まった。入院費は34.2%増が22.4%増に落着いた。傷病日別手当さえ、この傾向を追随し、19.8%増から9.8%へ低下した。そして付加価値税の引下げのおかげで、薬剤費が1976年度の15.9%増から、一転して0.9%減となった。

政府の措置、賃金の推移、被保険者および患者がとるようになったよりシビアな態度（これは、まちがいなく経済危機、失業によるものである）、これらが相まって、結果的に社会保障財政に、最良の効果をもたらしたのである。

最近3倍に引上げられた新学期手当の費用は、この予測に入っていない。しかし当局は、これを不安視していない。

ところが、専門家たちは、1978年度については、大きな不安を抱いている。1978年度賃金上昇率9.7%（物価6.8%増）という公式の仮定に基づく、49億の赤字が予測される。1978年12月までには、まだかなりの間があり、賃金の上昇率がもう少し高くなるのは、たしかであろう。しかし、今年度の好転のもととなった要因の一つである医療消費の鈍化は、来年度にはそれほど重要な貢献をなさないものと思われる。というのは、社会保障全体の収支の部門別構成は、次のようになるものと予測されるからである。家族手当部門＝黒字43億、疾病保険＝赤字41億、老齢＝51億。すなわち全体では、49億の赤字となる。保険部門では今後もしよう浪費を避け、経費節減をめざすことが可能だとしても、老齢部門では、節約または経費削減で赤字を補うことは不可能である。この分野でめざさなければならないのは、もっぱらいかにして増収をはかるかである。結局の所、今年度の嬉しいニュースが、来年も更新されるという望みは、うすいようである。

Le Monde, 3 Septembre 1977

（平山 卓 国立国会図書館）

年金を食いつぶす

老人養護費

(西ドイツ)

西ドイツの連邦家庭相 Antje Huber は、この9月28日ルドウィヒスブルクで2日間にわたり開かれた、第50回労働・社会相会議の冒頭で、西ドイツの要保護老人の多数は所要の費用を賄えないでいる、と報告した。

報告によると、養護ホームにいる65歳以上の老人の5分の4は、年金だけではやっていけないので、社会扶助に頼っているという。この場合養護費は月1,000ないし2,500 マルクで、高度の養護の場合4,600 マルクであり、一方労働者年金保険の年金平均は1976年に被保険年数40年以上の男子は約1,150 マルク、740 マルク、職員保険で男は約1,560 マルク、女は1,140 マルクである(月額)。

報告はさらに外来診療の養護活動に非常な欠損のあることと、ホームの多くの内容が十分でないことをあげている。また要養護老人の病床の欠陥を2つあげ、1つは疾病金庫が年金受給者からも入院費を全額とること、および老人の入院が長びきがちであることをあげ、これは養護ホームに入りたがらないとか家では外来診療の看護が受けられないからであるとしている。

1975年の養護費は29億マルクで、これは社会扶助の支出総額の3分の1をこえる。この費用の3分の1は社会扶助への請求権で補われる。

Süddeutsche Zeitung, 29 Sept. '77

(安積鋭二 国立国会図書館)

連邦医療制度の 不正を矯す法案成立か

(アメリカ)

連邦議会下院の2の委員会——州際・対外通商委員および歳入委員会——は、このほどメディケアならびにメディケイド・プログラムの不正、乱用および浪費を抑制する立法案(HR 3)を下院本会議に送付することに同意した。

両委員会は、医学的記録の秘密性に関する規定を除き、基本的には同趣旨の法案を報告している。

この法案の提出は、次第に経費が高くなる連邦保健ケア・プログラムにおける不正と乱用に対する上・下両院の大きな関心に起因するものである。実にこれらのプログラムの不正な給付、不正な請求書および不必要な治療のごとき問題が、最近の連邦ならびに州の調査でも多く摘発されて世論を喚起したのであった。1975年に、これらの不正を矯す立法措置が考えられていたが、第95回連邦議会まで大幅な改正は延期され、メディケア・プログラムについてわずかな改正のみが1976年に採択されている。

さて両委員会によって報告された通り、今回の法案(HR 3)は、不正に対する罰を加重し、PSROプログラムを強化し、プログラムの提供者により多くの情報公開を義務づけ、プログラムのその他の行政改革を行おうとするものである。医学的記録の秘密性に関する両委員会の意見の不一致は、PSROの規定に表われている。

上院財政委員会は、同様な法案(S 143)を8月4日に報告している。

なお、ごく最近の東京新聞夕刊に、この立法の成立が報じられていたことを付記する。

立法の背景

下院通商委員会は、最近の連邦および州の調査で摘発された保健ケア・プログラムの多くの不正ならびに乱用問題を詳細に報告した。この調査は、保健施設、臨床実験室、ナースング・ホームおよび個人開業医等の数多い不正に関するものであった。

まずこの種の不正と乱用の要因をなすものとして債権買収業の活動があげられる。1972年以降、これは禁止されたが、これらの施設においては債権買収業の暗躍がいまだに問題となっている。これはメディケアおよびメディケイド・プログラムに基づき償還されうるサービスを提供する医師ならびに施設は、債権買収機関と呼ばれる組織に彼らの請求書を買却するのである。請求書は、その額面の何割かで買却され、債権買収機関は後で政府から額面金額を徴収する。債権買収機関の暗躍の原因には、医師は提出した請求書に対する政府償還が大幅に遅れるため、若干の者はこれらの機関に依存するようになるという、連邦議会での証言があげられよう。かかる譲渡は、不正の請求書作りや事実上の過剰支払いと関連して、不適當、かつ、サービスに対する請求額をふくらませる重大な要因である。

委員会報告

法案に関する報告書は2つの部分になっており、第1部は6月7日の歳入委員会によるもので、第2部は7月12日の通商委員会によるものである。

報告書で通商委員会は、不正と乱用の2種の違反を区別した。すなわち不正とは、計画的な詐欺、または承認されない給付を引出す意図の誤った意志表示というように定義した。これはうけなかったサービスの請求書への償還ならび請求書の重複についての検討等を含むものである。

プログラムの乱用は明確な定義がしにくく、うけた医療と矛盾し、かつ、プログラムに適正でない費用をもたらすような活動を含めている。

これらの違反は、不必要なケアの提供、または不必要に高価な設備でのケア

の提供を含む。

委員会は、法案は不正に対するより効果的な告発の努力と、より強力な罰則を規定するものであると語った。法案は、プログラムの行政を改善し、不正および水増し請求書を減らすことによって、最近のメディケイドおよびメディケア・プログラムに示されるインフレ傾向を押えるものと期待されている。

(罰則の強化)

両委員会の報告は、5点の重要部分に関する規定についてのものである。5点の重要部分とは、罰則の強化、情報公開の強化、強力なPSRO要件、行政改革、その他の技術的改正である。

今回は紙数の都合上、罰則の強化のみの紹介にとどめる。

メディケアおよびメディケイド・プログラムに基づく、この種の不正行為は、従来軽犯罪とされていたが、これを新たに重罪とし、最高25,000ドルまでの罰金刑、5年までの拘禁刑を科すことに規定している。

委員会は現行の罰則(最高10,000ドルまでの罰金刑、1年までの拘禁刑)は、若干の関係違法行為には不適當であると判断している。

さらに2つの主要な新規定——プログラムに基づく不正で起訴されたメディケイドの被扶助者に給付を停止する権限を州に認めたこと、保健・教育・福祉長官に、プログラムに関係する刑事犯罪で起訴された医師および開業医を、メディケアならびにメディケイド・プログラムに参加させることを中止する権限を義務づけたこと——をつけくわえた。そして保健・教育・福祉長官に、当該停止のケースについて、適当な州の認可当局に通告し、適切な州の処罰を呼びかけることを義務づけている。

Congressional Quarterly Weekly Report, Sept. 3, 1977

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

疾病保険費用抑制法

(西ドイツ)

1977年6月30日に「疾病保険費用抑制法」(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz)が成立し、7月1日から施行された。この法律は、年々増大する疾病保険の費用を抑制しようとするもので、3月から国会で審議されていた。この法律の成立までには関係者の間や国会内で激しい議論が行われ、とくに保険医団体は強く反対した。しかし、所管官庁である連邦労働省の大PR作戦による世論の喚起、国会での与野党の政治的妥協などにより、保険医団体の反対を押し切ってこの法律は成立した。

この法律の効果については未知数であるが、保険者団体をはじめ関係者の間では大いに期待されている。この法律の重要な点は、(1)医師の診療報酬を平均賃金上昇率に応じて引き上げる、(2)現在ばらばらの契約診療報酬基準を統一する、(3)処方薬剤費の総額を決める、(4)連邦労働大臣が「医療保障制度審議会」を設置し、各界の代表によって診療報酬の引上げ率と薬剤費総額を検討させる、(5)年金受給者疾病保険への年金保険からの財源繰入れを法定の年金支払総額の10.98% (実際には17%) から11%にし、繰入れ保険料でまかなえない費用について疾病金庫間の財政調整を行う、(6)薬剤費の患者一部負担を1剤1マルクとし、義歯、補装具の一部負担を費用の20%とする。また、これまで患者一部負担を免除されていた年金受給者等もこれらの一部負担をする、(7)同一州内で同一種類の疾病金庫間の財政調整を行う、ことである。以下、これらの点についての概要を紹介しよう。

(1) 診療報酬の契約方式の変更

西ドイツにおける開業医(保険医)および病院の診療報酬は、疾病保険の保

険者団体と保険医団体、各疾病金庫と各病院の間で契約される。これまで保険医の診療報酬の契約は、全国疾病金庫連合会と連邦保険医協会の間で基本的事項(引上げを含む)が取り決められ、疾病金庫州連合会と州保険医協会の間で診療報酬総額が決められていた。このたびの法律により、1978年から診療報酬総額の契約にあたっては、(a)関係疾病金庫の被保険者の平均基本賃金上昇率、(b)開業経費、(c)保険医療に費やされた労働時間および医療の種類・範囲を考慮することになった。そしてこの診療報酬引上げ率の決定は、連邦労働大臣が召集する「医療保障制度審議会」(Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)が行うことになった。審議会の決定は、勧告のかたちで審議会に出席する疾病金庫の代表、保険医の代表および保険歯科医の代表の同意を得なければならない。この勧告は拘束力をもつものではない。もし当事者の同意が得られない場合には、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会と各種の全国疾病金庫連合会の間で話し合うことになっている。各疾病金庫、各保険医および各保険歯科医は、審議会の勧告を尊重しなければならない。

また、これまで診療報酬基準は、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会のそれぞれと、全国疾病金庫連合会、全国企業疾病金庫連合会、全国同業疾病金庫連合会および全国農業疾病金庫連合会のグループとの間で定められた「保険医契約報酬基準」(1971年)、「保険歯科医契約報酬基準」(1962年。1965年大幅改正)、連邦保険医協会と全国職員疾病金庫連合会および全国労働者補充金庫との間で定められた「契約報酬基準」(1963年。1974年大幅改正)、連邦政府が連邦参議院の同意を得て定めた公定の「医師報酬基準」(1965年)(郵便職員、警察職員、職業組合員など一部の者に適用されている)および「歯科医師報酬基準」(1965年)のほか、個別契約による報酬基準などがあり、統一的な報酬基準によって診療報酬の支払が行われていたわけではなかった。これが、法律によりすべての疾病金庫全国連合会と連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会は、すべての疾病金庫と保険医、保険歯科医に適用する統一的な「契約報酬基準」を定めなければならなくなった。この報酬基準は共通項目(医療行為)

とその点数を示したものである。各疾病金庫全国連合会は、点数単価については、従来のようにそれぞれ異なる契約をすることができる。統一的な報酬基準は医科診療と歯科診療のそれぞれについて定めるものとし、これらを診療報酬評価委員会（7名の保険医代表と7名の疾病金庫代表で構成）で協定すべきこと、その場合、現在の補充金庫の契約報酬基準を基礎とすべきこととなっている。これに関する法律の規定は、1978年7月1日から施行される。

以上のように診療報酬の契約は、これまでのように当事者間で自由に行うことができなくなった。こうした変更について、疾病保険の保険者は大きな改善として評価し、その効果を期待しているが、連邦保険医協会は、診療報酬の契約は本来当事者間で行うべきものであるのに、政治的妥協の産物としてこのような奇異な方法がとられることになり、当事者がいわゆる少数派となり、あまりよい結果は出ないであろうとの見解をもっている。また、連邦労働省は、新しい方法により適切な診療報酬の引上げを行うようにしたいとの意向をもっている。

(2) 薬剤費の総額契約と薬剤費等の患者一部負担の変更

西ドイツでは医薬分業により、入院外の薬剤は医師の処方に基づきすべて薬局で提供されるが、この保険医（歯科医）の処方する薬剤費の総額を、各州の保険医協会、保険歯科医協会と疾病金庫連合会との間で協定することができることになった。薬剤費の総額の算定にあたっては、(a)薬剤価格の動向、(b)診療件数、(c)関係疾病金庫の被保険者の平均賃金を考慮すべきこととなっている。また、軽微な薬剤・治療用品は処方しないかまたは特定の場合のみ処方するものとし、その薬剤・治療用品の範囲は、連邦医師疾病金庫委員会（既存の委員会）で基本方針を決め、その基本方針に基づいて各疾病金庫が定款に具体的に定めることになった。

処方薬剤はこれまで1処方につきその費用の20%（最高2.50マルク）を患者が負担することになっていたが、これが1剤につき1マルクとなった。したがって、たとえば1処方当たり3剤の処方がしてある場合には患者は3マルクを

負担しなければならない。この患者負担は、児童、妊産婦および戦傷病者の場合には従来どおり免除されるが、年金受給者、重度障害者および傷病手当・経過手当受給者の場合には従来とちがって免除されないことになった。

義歯および補装具については、原則として費用の20%を患者負担とすることになった。

(3) 医療保障制度審議会の設置

連邦労働大臣によって「医療保障制度審議会」が設けられることになった。この審議会の任務は、(a)医療・経済的データの策定、(b)医療保障制度の合理化、効果の促進などについての提案、である。具体的には同審議会は年1回3月31日までに診療報酬総額の引上げ率と薬剤費総額について勧告を行う。この勧告について同審議会内の疾病金庫の代表と保険医、保険歯科医の代表の同意が得られない場合には、疾病金庫の各全国連合会と連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会がこの勧告について話し合わなければならない。審議会の委員は、連邦労働大臣が任命する公的疾病保険の保険者、民間疾病保険の保険者、保険医（歯科医）、病院経営者、薬剤師、薬品業者、労働者、使用者、地方公共団体の各代表から成る。

(4) 年金受給者疾病保険への年金保険からの保険料繰入れの変更と財政調整

年金受給者疾病保険の費用は、当初、原則として80%を年金保険の保険者が負担し、残りの20%を疾病金庫が負担することになっていたが、1969年以降年金保険の保険者の負担分は、年金支払総額の10.98%とされたため、年金支払総額の伸びを疾病保険の費用の伸びが上回ったことにより、疾病金庫の著しい負担増が生じている。すなわち、疾病金庫の負担は1968年に費用の20%であったが、1975年には40%になっており、このままでいくと1978年までには50~75%に達するとみられている。年金保険の保険者の負担分も当初は法定の年金支払総額の10.98%であったが、その後これにプラスして追加繰入れが行われるようになり、最近では事実上年金支払総額の17%となっている。それでもこのように疾病金庫の負担は増大してきている。また、各疾病金庫間に年金受給者

の占める割合のちがいによる負担の不公平が生じている。費用の20%までは負担調整が行われているが、それを越えた部分については調整がなされていないため、著しい不公平が生じている。10.98%という数値は、1968年における年金保険の負担額の年金支払総額に対する比率（実績値）で、その負担額が費用の80%に相当したことから用いられるようになった。

こうした状況から、「疾病保険費用抑制法」では、(1)年金受給者疾病保険の費用にあてるため一般被保険者から徴収する連帯保険料の料率を1.1%から、2.2%に引上げる、(2)年金保険の保険者が負担する費用は、年金支払総額の11%（任意加入者等に対する補助金を含めて11.7%）とする。そしてこの11%の繰入れ保険料率を疾病保険の平均保険料率の上昇に合わせて引き上げる必要があるかどうか、3年ごとに検討する（1976年における疾病保険の平均保険料率は11.3%）、(3)1978年7月1日以降新規に年金を申請する者については、最初の就職の時点（ただし1950年1月1日以前）から年金申請の時点までに半分以上の期間疾病保険に加入していた場合に限り、保険料の徴収をしない。その他の場合は任意加入とし、所得に応じて完全保険料を支払うものとする。ただし、実際に支払う保険料を超えない範囲において、年金保険の保険者からその者の年金額の11%相当額を補助する（保険料補助）、(4)地区疾病金庫、同業疾病金庫、企業疾病金庫および補充疾病金庫の間で、年金保険者からの繰入れ保険料でまかなわれない費用について、完全な負担調整を行う（財政調整）ことが定められ、年金受給者疾病保険の新しい財政対策が実施されることになった。これにより、各疾病金庫間の負担の格差は解消されるが、疾病金庫の負担する費用は任意加入者から保険料を徴収するとしても減ることはなく、さらに増大するとみられる。年金保険の保険者が負担する費用を年金支払総額の11%としたのは（実際は17%を負担しているのに）、最近とくに年金保険財政の状況が悪くなってきたためである。

(5) 一定範囲内での疾病金庫間の財政調整

個々の疾病金庫の特別の負担を調整するために、同一州内において同じ種類

の疾病金庫間で財政調整を行うことになった。この財政調整は、被保険者の保険料算定報酬に対する支出の割合（所要財源率）がその州の疾病金庫の平均所要財源率より5%を超えて高い場合に、疾病金庫州連合会によって行うことができる。

(6) その他の措置

以上のほかに、疾病保険費用抑制法は被扶養者の制限を規定している。すなわち、被扶養者の所得が一定額（1977年は月額370マルク＝約44,000円）を超える場合には、被扶養者として認定されないことになった。また、病院財政改革法（1972年）をできるだけ早い機会に見直すべきことが規定された。

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Eine stabile Rentenversicherung und eine gesunde Krankenversicherung. Übersicht über die soziale Sicherung; April 1977. Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.

（石本忠義 健保連）

障害老人に対する地域に 基盤を置いた継続的ケア事業

——計画的、間欠的再入院に対する効果測定——
(イギリス)

近い将来、西欧諸国においても未曾有の75歳以上老人の増加が予想され、それに伴う慢性的障害老人の急激な増加が国の保健医療面での財政を圧迫すると考えられている。ここに紹介するのは、そのための打開策の1つとして期待されている障害老人対策の1つで、地域に基盤を置いた継続的ケア事業(Continuing Care Program)と称するサービスの効果測定調査の報告の概要である。

I 継続的ケア事業の輪郭と調査の概要

老人が障害者になった時、その障害が自立した生活を営むのに必要な基本的行動能力をおかすものであれば、彼およびその家族は長期収容施設に入所するか、地域にあって家族や友人への依存度を高めてゆくかという選択のむずかしい問題に直面する。

西欧諸国において、このような障害老人は従来、ナーシングホームや慢性病専門の病院あるいはその他の長期収容施設へ入所するのがあたりまえとされてきた。しかし、このような施設におけるサービスの過剰供給は、個々人が自立して生活するのに必要な能力を急激に衰えさせてしまう。そこでこの長期収容ケアに対する別の方法として考えられるのが、親族や友人が有効な地域サービスを利用しながら老人の世話をし、地域の中で生活させるというやり方である。しかしこの場合、地域での世話を実際に行なう人の負担量はたいへんなもので

あり、とりわけ障害老人を抱える家族にはつぎからつぎと重荷と困難がのしかかってくると予想されるため、1つ1つはそれぞれに誠実な家族ではあっても、その多くが地域の中で老人を扶養することに躊躇しているようにみうけられる。

しかし、これから述べる障害老人に対する地域に基盤を置いた継続的ケア事業は、家族や地域の援助があればそういった老人の多様なニーズに十分応えうるものである。

この事業は1964年以来、イギリス、オックスフォード州のCowley Road 病院で実施されてきた。この事業の機能は、重度の障害老人に対する地域ケアと、その家族の過労を緩和することを目的とした計画的・間欠的な短期再入院であり、いわば障害老人への総合的接近である。

ところで、この事業はオックスフォード州の老人病棟の不足に端を発して発展してきたもので、1975年時点では217人の患者がその対象となっている。患者は、徹底的な医学的・社会的および機能的診断を受け、家庭にもどると、患者の介護者が肉体的・精神的過労に陥いると判断された場合にのみ、この事業の利用を許可される。

この事業の効果に関して、最近 Griffiths と Cosin 両氏(1976年)によって再調査がなされた。この調査の目的は、病院ベッドを利用したこの事業の効果測定と、患者の介護者に対する影響、および患者の自立した生活を妨げている障害や依存の程度の実態を把握することである。

とくに効果測定は、継続的ケア事業の機能の1つである流動的ベッド入院(the floating bed admission)の利用が、患者や患者の家族にとってどれ位の有効性をもつものかを調べたもので、その有効性の度合によって「絶対必要」(essential)から「有効」(useful)を経て「有害」(a nuisance)までの6段階に区分して測定している。調査対象はこの事業の利用者(217人のうちの50人・無作為抽出)の世話をしている家族や隣人などの非専門家とソーシャル・ワーカー、病院の看護婦および一般開業医などの保健医療の専門家である。

また、この調査対象となった患者50人の延入院日数を算定することも調査目的に含まれている。ここでの入院日数の計算方法は1入院日を24時間とし、入・退院日もそれぞれ入院日数の中に入れていく。この継続的ケア事業の入院方法には以下の3種類がある。

① 流動的ベッド入院 (floating bed admission)

患者は2泊3日の入院を通常2週間ごとにくりかえす。その際、各入院のたびに同一の看護スタッフが同一の病室でケアに当るきまりになっている。この種の入院をするためには患者に対して徹底的な医学的診断がなされるが、それはまたその後の再入院を保障することにもなっている。

また、この入院の前には医療ソーシャルワーカーが患者に面接し、その患者および家族との継続的な接触を図る。作業療法士は治療によって維持される患者の、機能的能力に対する評価をたえず行なう。

この種のサービスに含まれるが間欠的再入院 (intermittent readmission) というのがある。これは頻繁という程ではないが、比較的長い期間 (3ヶ月おきに7日間位)、ニードに応じて入院する方法で、対象となる患者は重度の障害を持った場合が多い。

② 休暇入院 (holiday admission)

患者は、介護者が休暇をとる間、最高2週間まで入院することができる。

③ 緊急一時入院 (acute or unplanned episodic hospital care)

新しい病気の発生、緊急な手術の必要、あるいは肉体的・精神的状態の変化に際して、老人病科やその他の適切な専門科に入院してケアを受けることができる。

II 調査結果——地域介護者および保健医療専門家による継続的ケア事業に対する評価

ここでいう地域介護者とは、患者の家族・隣人および老人専用住宅の職員であり、保健医療専門家とは、ソーシャルワーカー、看護婦および第一次ケアティ

ーム (primary care teams—保健訪問指導員と一般開業医からなる) である。結果の概要は以下のとおりである。

① 地域介護者の評価

回答者全員が、流動的ベッド・サービスを「絶対必要」あるいは「非常に有効」と評価している。この評価は他の専門家グループの評価よりも高いものである。

ある家族は、3年間介護してはじめて家を空けることができたと回答してきた。

② ソーシャルワーカーの評価

50人の患者のうち33人に対しては「絶対必要」、17人に対しては「非常に有効」と評価している。しかし4人の患者については、不十分にしか対応がなされておらず、もっと頻度の高いあるいは別のサービスの対応が必要であることを指摘している。

③ 病院看護婦の評価

46人の患者のうち40人にとって流動的ベッド・サービスは「絶対必要」あるいは「非常に有効」と評価している。のこりの6人のうち4人に対してはただ「有効」と評価し、最後の2人にとっては「全く役に立たない」かむしろ「有害」と評価した。この2人のうち1人については、サービスが不十分にしか対応されていないという点で、ソーシャルワーカーとの見解が一致していたが、他の1人についてはソーシャルワーカーと第一次ケアチームおよびその家族は「非常に有効」で十分対応していると評価しており、看護婦との間に評価の相違がみられる。

④ 第一次ケアチームの評価

流動的ベッド・サービスは、39人の患者の38人に対して十分に機能していると評価している。不十分な対応しかなく評価されたのは1ケースであるが、これは患者の機能的レベルが低下してきたことが検査結果から明らかとなったため、長期入院ケアへの移行が計画された。

以上みてきたように、親族・ソーシャルワーカー・病院看護婦および一般開業医は全体に、流動的ベッド・サービスを高く評価している。家族やその他の地域介護者は、全員が高い評価をしているが、専門家たちは大旨高い評価をしながらも、7つの問題ケースをあげている。このうち2ケースは専門家たちの意見が一致して病院への永久的入院という処置がとられたが、のりの5ケースについては評価はバラバラであった。このことは専門家たちの中で、1人の患者にとって何が問題であるのかを決める際に意見の相違がみられることを示している。

Ⅲ 継続的ケア事業実施のための必要条件

オックスフォード州では、障害老人とその介護者の病院的ケアに対するニーズは、長期収容施設を発展させることではなく、家庭に基盤を置いた継続的ケア事業を発展させることで対応されてきた。

この継続的ケア事業は総合的医学診断、継続的再評価、および患者に対する適切な機能回復上の目標の3つに基づいて成り立っている。そして、先のGriffithとCosin両氏の1976年の調査でも明らかのように、多くの効果を上げ、介護者や専門家から高く評価されている。

したがって、今後の急速な障害老人人口の増加に伴ない、施設収容による対応には限界があることを考え合わせれば、この種の地域に基盤を置いて、病院的ケアを提供するような事業の発展に寄せられる期待には大きなものがある。

そこで今回の調査結果を踏まえて、この継続的ケア事業を実施する上での必要な条件を上げると、以下の4点を指摘できる。

- ① 第1に、個々の対象者の処置をする上での目標を定め、それに沿って定期的に監視し、また対象者の生理面および機能面での変化を見越して処置することができるような一般開業医の存在があること。
- ② 対象者を長期収容施設に収容することが安全かつ便利であることを承知しながら、家族をはじめいろいろな方面に責任とか負担が及び、さまざまな

困難はあっても、障害老人を地域の中で生活させることが望ましいと考えている、第一次ケアチームが存在すること。

- ③ 家庭看護、および身づくろいや移動、排泄の介助、適切な設備の供給、それができない場合は既存の設備を補修するための援助を提供するなど、弾力的で応じやすいサービスが存在すること。
- ④ 他人への依存を余儀なくされた対象者の情緒的、身体的要求に応えうる援助者が家族員の中に存在すること。

障害老人は、家族・地域および保健医療の専門家たちによる適切な援助がなされれば地域の中での生活が可能である。障害老人の移動性や身体的・精神的能力は個別的なしかも家庭に基盤をおいたこのような継続的ケア事業——それは永久的病院ケアに対するものとして位置づけられる——によって、維持されることができるものである。

Duncan Robertson, MB, R. Amos Griffiths, BM, and Lionel Z. Cosin, MA A Community-Based Continuing Care Program for the Elderly Disabled: An Evaluation of Planned Intermittent Hospital Readmission, Journal of Gerontology Vol. 32, No.3. 1977

(本間みさ子 東京都老人総合研究所)

アメリカにおける 社会保障と教育投資

社会保障が貯蓄と投資に及ぼす効果についての研究は、すでにいくつかなされているが、人的資本への投資を増大させる誘因を取り上げて議論したものは見当たらない。この論文は、完全積立方式と比べた場合に、米国の社会保障のような所得移転方式は、親が老後に備えるため次の世代への教育投資を行うような誘因を喚起するものであることを主張しようとしている。以下では大まかに部分的な紹介を試みたい。

I

最近では、Feldstein (1974) が、米国の社会保障は私的貯蓄率と資本ストックを減少させると言い、Munnell (1974) も、老後目的の個人的貯蓄を減少させる効果があると述べている。このような社会保障水準 (social security wealth) と他の資産との間の代替関係は、老後期間が長期化することに備え、いっそう多くの貯蓄をしようとする意欲が高まるにもかかわらず成立している。

総貯蓄への効果はこれとは別であるのに、従来は、社会保障がもたらす(1)公的貯蓄と私的貯蓄との間、(2)人的資本への投資と実物資本への投資との間、それぞれの代替関係の可能性を体系的には研究していないので、この可能性が生じる理由を考えてみたい。

老後資金調達の方法

完全積立方式であれば、老後に受取る給付の保険数理的価値と拠出 (就労期間の貯蓄とその収益) は、個人ごとに等しい。

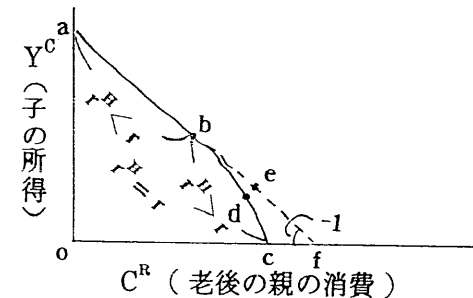
所得移転方式は、就労人口に課税して老人の所得をまかなうものであるから、

各人の就労期の消費水準と老後の所得水準との間に関連はない。だから、各個人ごとにみれば利得者と損失者がある。

ところで親は、子の人的資本への投資、実物資本への投資、そして実物資本の子への譲渡とを行なうことができる。そして、これらが子の所得と消費を向上させ、かつ、それらの主要な決定要因となる。ところで、子の所得の増大は親の就労期と老後の消費を犠牲にするものである。このような、子の所得と親の消費との間のトレード・オフは、老後資金調達の方法に応じてちがったものになる。

完全積立方式の場合

このトレード・オフはグラフ上の曲線 a b c であらわされる。この曲線は親子に関して所与の就労期の消費水準 (C^W) が上昇すれば原点に近づく。また、老後に子から親への援助はないから、 C^R は就労期における労後目的の貯蓄と投資とその収益でまかなわれる。



但し、 r^H (人的資本への投資の収益率)、 r (老後目的の貯蓄の収益率) であり、 r^H は逡減する。

(注) この図は岸が部分的に変更したものである。

点 c ; 教育投資は最小であり、子への資産譲渡もない。

c → b への移動 ; 老後目的の貯蓄と投資を削り、子への投資と譲渡を増やす。

この場合に、 C^R の減少は $1 + r$ 、 Y^C の増加は $1 + r^H$ である。

点 b ; 教育投資の水準は $r^H = r$ となる水準である。したがって、これ以上の

追加的投資による Y^C の増大は非効率なものである。

点 a ; 実物資本への投資はすべて子へ譲渡される。

区間 a b ; 教育投資はどこでも同じ水準であるから、位置のちがいは、実物資本の投資を、子への譲渡と老後消費とにどのように配分するかによって決まる。もし、人的資本とともに実物資本を譲渡する場合には a b 上の点となる。しかし、多くの家族にとって有意義な譲渡は教育投資であり、b c 上の点をえらぶことになる。b より右であれば、 $r^H > r$ であるから、教育投資を増すことにより、投資の総収益を改善しえる。

所得移転方式の場合

$r^H > r$ であれば、老後期間に子が親へ所得移転による援助をすることを条件にして、親ができるだけ教育投資をする、という合意に達する誘因を親子が共有しよう。この合意がまだ成立しない時に親が点 d を選んだとしよう。ここで、上の合意が成立したならば、 $r = r^H$ となるまで、d の場合の老後目的の投資を教育投資へ変更するであろう。つまり、子から親への援助が約束されるならば b f 上の点は到達可能となり、 Y^C と C^R の可能な組合せの軌跡は b c でなく b f となる。

b → f の移動 ; 子から老親への援助の増大である。しかし、 C^R の増大は同額の Y^C を減ずるので、b f の勾配は -1 である。

したがって、 $r^H > r$ ならば、子から老親への援助により、 C^R と C^W の水準を同一に保ったまま、 Y^C を増大させることができるわけである。

これらの潜在的に可能な福利 (welfare gains) は、私的な親子契約をもってしては十分に現実化しえない。その理由として5つ挙げてみよう。(1)法的強制力の欠如。老親扶養を社会の義務とみなす風潮。(2)教育投資の私的収益率は社会的収益率よりも小さい。(3)子供のいない夫婦。(4)貧困者の場合には、 C^R をゼロにまで引下げても $r^H = r$ となるほどの教育投資が不可能であるかもしれない。(5)個別的にはむずかしいリスク・プールが集团的仕組みにより可能となる。

これらの福利を実現するための方法として、公共教育と所得移転方式による老後保障(たとえば社会保障)を考えることができる。先に述べた合意が成立すれば、老後目的の貯蓄が実物資本でなく人的資本へ投資され、前者は増加し、後者は減少し、総資本は変化しないわけである。また、所得移転の場合には、保険会社による低収益の投資でなく、高収益の教育投資に基礎を置いている。

II

経験的に確め得る次のような仮説を考えることができる。「OASDIのような所得移転制度の導入とその成長は、人的資本への投資の増大、老後目的の貯蓄の減少、そして実物資本への投資の減少とを伴うであろう。」

この仮説には2つの分析視点が先立っている。

第1の視点。所得移転と人的資本への投資の関連は因果的である。これは若年者から老年者への所得移転は、それを相殺するような親から子への教育投資(または遺贈)がある、というような場合にあてはまらう。Feldstein も、社会保障制度により創み出された富に対して、いずれの世代も消費と同様に教育投資を増加させるという。

第2の視点。社会保障と公共教育のような教育投資との関連は、因果的ではなく、集会的な世代間移転制度の構成要素である。他の社会制度が人的資本への投資を限定しているような場合に、この制度は、就労・老後の両世代に福利をもたらすのである。

ところで、社会保障制度の成長は教育投資の増大を伴うものであることは、次の事実によって示唆される。すなわち、公共教育に関して、学生1人当実質支出の年間平均成長率は1914-1938年の期間が2.4%で、1938-1974年の期間では4.0%であった。Kendrick(1976)によれば、1929-1969年の期間で人的資本の年間平均成長率は3.1%に対し、実物資本は2.5%であった。この成長率の差異は、米国の資本ストックの構成内容を変化させるものといえよう。

最後に、教育支出を決定する推計を示しておこう。

$$\frac{E}{P} = 609.67 - 79.52 \frac{N}{P} + 0.0066 \frac{Y}{P} + 0.7637 \frac{S}{P} \dots\dots(1)$$

(18.73) (0.0031) (0.0788)

調整決定係数 = 0.986 標準誤差 = 33.01 d.f. = 27

E ; 1970年価格による初等・中等教育への公的支出

P ; 公立小・中学校生徒数

N ; 全人口

Y ; 1970年価格のGNP

S ; 1970年価格の社会保障拠出(社会保障税)

期間は1914-1974の偶数年次。

(1)式の符号は予想通りである。この式によれば、実質社会保障拠出1ドルの増加が実質教育支出を0.76ドル増加させることになるが、教育支出が投資支出よりは経常支出をあらわす限りにおいて、0.76ドルは過大評価である。他方で、高等教育への支出が反映していない。

これらの結果のひとつの解釈は次のようなものである。社会保障と公共教育支出とはいずれも、社会が親世代の老後所得を削ることなく、次の世代が活用し得る人的資本を増加させようとしたのに応じて成長をとげた。この政策は、人的資本の収益率が実物資本の収益率よりもまさっていることにより支持される。

あるいは、過去40年の教育支出の急成長の主原因は人的資本の高収益率であるという主張もあろう。むしろ、社会保障は相対的に生産性が高い人的資本へと投資を導く仕組みのひとつである。

上の回帰式の別の解釈は、教育支出は社会保障制度の成長への反作用として増大したというものである。つまり、若い世代からの社会保障移転を相殺するために、親が子への投資を選んだのである。

これらはまだ試みの段階ではあるが、いずれにせよ、分析結果は、社会保障制度が総投資、総資本ストック、国民所得を減少させるという意見と相容れない。また、完全積立方式への移行は必ずしも総貯蓄、総投資、国民所得を増大

させるものではない。

T. F. Pogue and L. G. Sgontz, Social Security and Investment in Human Capital, National Tax Journal, Vol. XXX, No.2, June, 1977. pp. 157 - 169.

(岸 功 社会保障研究所)



福祉と税制

— 個人所得税と社会保障制度 —

C. P. Harris (オーストラリア)

本稿には、租税の手段が消費の手段を援助するか、あるいは、代替して、社会保障制度のある不可欠な部分を形成することが分析されている。

予算の一部門とされる租税は、5つの主要な目的もしくは効果をもっており、それらの目的や効果は資金の配分を目指したり、所得の配分を修正したり、支出総額の現在における水準を変えたり、経済活動の将来の水準と構成に影響を与えることである。これらの効果は収入、配分、公正もしくは福祉、安定および成長の各種の役割でとらえることができる。オーストラリアの政治機構では、租税政策は主として大蔵省で決定され、大蔵省が租税政策の第一義的な要素とみなしていると思われる主要な役割は、収入と安定の機能である。租税のもっている公正の機能が、オーストラリアの税制の改正で主要な要素になっていたという証拠は、ほとんどみうけられない。各省の支出計画が経済活動の水準をコントロールする手段と対立する方法について、批判を聞くということは珍しいことではないが、福祉の目的を達成する方法で、租税と支出の間における対立について、政策的な批判を聞くことは比較的少ない。

租税と支出効果の間における対立は、児童手当によって最もよく示されている。支出計画(児童手当)は所得に関係なく平等な支払いを行っており、したがって、福祉という言葉では、その制度はある程度累進的である。つまり、所得は上昇するので、所得に対する追加分の比率は低下する。租税にもとづく

制度は課税所得の計算に総収入からの平等な控除を認めているが、しかし、納税者に対するこれらの控除の価値は、税率が累進的な性格をもっているので、所得につれて上昇する。統一的な控除と累進的な税率の組合せにもとづく租税控除は、逆進的な効果をもち、高所得グループに有利な所得の再分配をもたらす。児童に対する手当について、現在実施される複合的な租税と支出の制度に代る完全な現金給付制度のもつ代替は、1965-66年度には、2,400ドル(訳注 オーストラリア・ドル。以下同じ)以上の所得を有する人びとから、それ以下の所得を有する人びとに3,000万ドルを移転したであろう。

公正という観点からみたオーストラリアの租税制度に対する主要な批判は、その制度の中に暗に含まれているが、水平的な公正という命令が特定の環境(妻、子供などの扶養)に対する総収入からの平等な控除か、あるいは、事実上の支出(医療費、私的年金の保険料などの支払い)にもとづいて変化する控除かのいずれかの採用によって満されるという仮定である。税率に累進的な性格が与えられるならば、これらの控除がもっている価値は、納税者の所得に応じて増加する。

この種の公正の対立は、各納税者の課税基礎に影響を与えるように考慮されている特定の環境を認める方法として用いられる所得控除に対して、租税払い戻しという代替によって解決することができた。税金払戻しの制度では、税総額はまず総収入にもとづいて計算されるが、しかし、事実上の税金もしくは純税金は、所定の項目に対する統一的払い戻し(たとえば、夫婦の場合に100ドルの免除)を、あるいは、事実上の支出によりある限度内で変化する可変的な払い戻し(たとえば、年金への保険料の税金の払い戻し)を、税総額から差引くことによって得られる。提案されたこの種の統一的な控除は、重要な所得の再分配を生み出すし、また、恐らく、最も公正な目的を十分に達成するだろう。

払い戻しの方法がもっている主要な欠点は、現行の税制度では、給付が総収入にもとづいて支払われる税金に限定されるであろうということである。したがって、低所得の人びとにとって、大部分の潜在的な給付は、もし負の所得税の制度が払い戻しの制度に組合されていないならば、失われるであろう。ある単一の正と負の所得税の制度は、すべての税金払い戻しが税総額から差引かれた後に、取得された金額が正であるか（納税者により政府に支払われた実質的金額を示す）、あるいは、負であるか（政府により納税者に支払われた実質的金額を示す）ということができる場合の制度である。

Welfare and the Tax System: Personal Income Tax and Social Security Programs, Social Security Quarterly (Australia), Summer 1973 - 74, pp. 9 - 15 ; No. 4, 74/75.

フィンランドにおける 疾病発生の地域的相違

Anna Lillas Harni (フィンランド)

本稿には、労働不能をもたらす病的状態と、そのような疾病の経過を取扱った研究が示されている。

研究の目的は、(1) 疾病の経過と異なる人口グループにおけるこの経過の変りを考察し、(2) 疾病の経過と変りやすい背景との間の関係を明らかにし、かつ、(3) 全国民の健康状態を詳細に示す指数を作り上げることであった。研究の材料は、社会保険公社によって集められた疾病手当と廃疾年金の受給者にかんする統計的資料、中央統計事務所から得た死亡率の統計、およびフィンランド全国統計委員会から得た病院の統計で構成されていた。つまり、これらは通

常集められる定まった統計であった。資料は1968年のものを参照した。

作業で用意された仮定は、人口統計の要素がもつ自明のものと仮定された影響、社会構造の特徴と事故が発生した場合の医療の需要・供給、および労働不能をもたらす疾病の推移を示すことであった。

第1番目の仮定によれば、たとえば、疾病の進行のように、新しい疾病件数への予測が、年齢の高くなるにつれて悪くなるという事実によって、年齢が高くなるにしたがって労働不能をもたらす病的状態の増加が示される。罹病率は1年間の各時点で増える新しい件数の占める比率が、年齢の最も高いグループで多くなることを示していた。この材料は第1の仮定を裏付けている。

第2番目の仮定によれば、疾病の新しく発生する件数の比率は、男女の性別によるグループではほぼ同じであるが、しかし、男子の疾病は女子の疾病より重かった。すなわち、疾病の進行は女子の場合よりも、男子の場合に好ましくなかった。労働年齢人口の中で、毎日当りで新しく支払われる疾病手当の受給者の比率は、男子間にみうけるよりも女子の間で高かったが、しかし、その差は大して大きくなかった。他方、長期間にわたる疾病手当を必要とするか、または、永久的な労働不能になる件数は、女子の間にみうけられるよりも、男子の間でかなり多かった。男子の死亡率は女子の場合の高さよりも2倍高かった。疾病の発生が指数で示された場合には、男子と女子の間にみられる相違はより大きかった。これらの材料は第2の仮定を実証している。

第3の仮定によれば、労働不能をもたらす疾病の発生が多いし、かつ疾病の進行が望ましくないようになるにつれて、地域の工業化や都市化の程度が低くなり、かつ職業別の構成を複雑にする度合が少なくなる。労働年齢人口の中で新しく疾病手当をうける比率は、農村地域よりも都市化された地域で高く、か

つ発達した都市化と一致しているが、しかし、長期間にわたる疾病手当を必要とするか、あるいは、永久的な労働不能をもたらす件数は、都市地域よりも農村地域でいちじるしく高かった。死亡率と疾病発生率の指数は、同様な相違を示していた。このように、これらの材料は第3の仮定を実証している。

第4番目の仮定によれば、労働不能をもたらす病的状態は増加し、疾病の進行は、この国の南部と南西部から東部と北部に移るに従って、より一層好ましくない状態となっている。この仮定もまた支持されている。

第5番目の仮定によれば、新しく疾病手当をうける件数で測定する場合に、病的状態が多くなるにつれて、その地域では医療がより多く利用できる。この調査の結果は、疾病手当の件数が多くなるにつれて、医療サービスの総数、とくに、医師の数が多くなることを示していた。労働能力の減少をもたらす件数の地域的な分布と疾病手当を必要とする疾病の発生は、上述した相違を示す関係を表わしていた。さらに、疾病の進行がより一層望ましくない方向に進むにつれて、その地域によって提供される医療との距離がますます遠くなる。したがって、この結果は第5の仮定を実証している。

第6番目、つまり最後の仮定によれば、疾病の進行が地域的に悪くなれば悪くなるほど、医療サービスの提供はますます少なくなる。新しく疾病手当をうける件数が多くなるにつれて、医師の往診および診察と治療がますます際立って多く提供される。100日間にわたる疾病手当の件数と新規の廃疾年金件数が多く、かつ疾病手当を必要とする疾病の発生が好ましくない状態になるにつれて、提供される医師の診察および診断と治療はいちじるしく少なくなる。薬剤の使用と疾病の進行は、地域的には、それぞれ相互に独立し、関連がない。疾病の進行と総合病院の利用との間における関係には、なんら明白な関連が気付かれなかった。これらの結果は、医師の往診および診断と治療の提供にかんす

る限り、仮定を裏付けているが、しかし、薬剤の使用と総合病院利用にかんする仮定の部分を裏付けていない。

Sairauksien kehityksen Alueittainen Vaihtelu Suomessa, Publications of the Social Insurance Institution, No. A : 10, 1973, pp. 177 ; No. 26, 74/75.

公的災害保険制度の評価

Kurt Brackman (西ドイツ)

本稿は建築業に設けられた災害保険金庫連合会の第25周年記念に関連して配布されたもので、本稿には、公的災害保険の歴史的背景、現状、およびある傾向が論述されている。

ドイツの公的災害保険制度は1884年に創設され、他の多くの国々にとってこの制度の原型となった。この制度は通常では使用者の団体に加入していた使用者に対する公的な法律によって、従業員達が賠償権を認められる代りに、使用者から補償を要求するなんらかの必要をもつ被保険者、つまり従業員達を救済した。この賠償権は被災者側におけるなんらかの不注意に関係なく、また、立証の義務をほとんど要求することなく、危険に対する責任の原則にもとづいている。

この考え方を造り上げるには、その発達する段階では、雇用上の平和を維持する側面と保護を保証する使用者責任の概念が明らかになり、災害保険の機能の拡大をもたらした。公的災害保険制度は、使用者の共通の利益によって集団

を構成した使用者団体に組織された。

法的な規範の刊行に対する準備的な作業と結びつけて、社会的な補償権の概念がもっている限界を明確にする判断基準の討議の関連では、とくに訓練中の者や無給の公職で活躍する人びとを対象として、職業上の傷害以外の他の危険に対し、公的な災害保険を広げる最近の拡大も参照された。

他の公的な制度の適用と関連させて、公的な災害保険制度の限界を明確にする作業で持ち上がった他のある問題は、災害保険制度が、とくに年金の形を用いる重要な長期的給付で、戦争犠牲者の制度より有利なときに、人びとが両制度による諸給付を比較する場合に生ずる。

公的な保険制度による老齢年金の規定と、災害保険、戦争犠牲者保護、および平等化制度の規定との比較では、効果もしくは原因が給付の支給認定にかんして考慮されるべきかどうかという問題が生ずる。1964年に設けられた社会調査委員会は、環境を考慮する基本原則により老齢年金規定の調整を提案し、この提案は各種の被災者グループに対して平等な取扱いを保証するという点で、望ましい意図に適合するであろう。このことは、被災者が健康の喪失によって生じたより高い支出についてある補足的給付を加えて、もし傷害が発生しなければ、年金保険制度によって当人の経歴から予想することのできる限度で受給する年金を決定することを意味する。しかし、原因を強調する災害保険の例は、老齢もしくはその他の保険について設けられるそのようななんらかの統一的な規定が、望ましくもないし、または実施可能でもないということを示している。つまり、もし災害保険制度がそれによって大幅に排除されるならば、合法性の理由から生ずる効果は、数十年間にわたる発達に反して、各人に生じた傷害について補償を請求する市民の権利の復活をもたらすであろう。さらに、たとえば、職業上の活動を行なうのに腕を失った者は、たとえば、家庭内の事故によ

って腕を失った者よりも、より有利な取扱いをうけるであろう。換言すれば、原因にかんする考慮は、異なったタイプの給付がカバーする場合に、制限されなければならない。

法律を実施する点では、貧困な人びとの利益について、絶えず変化する社会的な環境に社会法を適応させるのを裁判所に認めさせるために、最も小さな事に規則を調整する考え方を承認しない場合に、法律は連邦社会裁判所の決定を慎重に考慮してきたことが注意されるべきである。

Die Gesetzliche Unfallversicherung im Wandel der Zeiten,
Berufsgenossenschaftliche Praxis, No. 1/1973, pp. 23 - 27 ;
No. 62, 74/75.

貧 困 の 減 少 — 現在でも関連をもつ古い問題 —

I. katz (イスラエル)

本稿には、動態的な多面的方法による貧困の定義と、貧困を減少するだけでなく、不平等を減少する手段の記述が示されている。

市場経済タイプの「発達した社会」では、人びとがせり合う資源は、経営上や政治的な権力、社会的、文化的小および教育上の遺産や地位を含めて、物質的な財貨とサービスを越えている。3つの障害が社会的なギャップを有効に接近させる途を閉しているようである。つまり、これらは(a) 単に貧困を除くだけでなく、不平等を減少する社会的な目的の明白な定義の欠如、(b) 不利な条件に置かれた各階層への異なった取扱い、および、(c) 生活水準の不平等を減少

させることを目的とする手段について、政治的な支持を促進することの欠如である。

貧困は経済的もしくは絶対的な用語で定義づけることができない。色いかな意味において、一方で富や福祉が多くなればなるほど、他方でそれらがますます少なくなる。われわれの社会は飢餓もなければ、保健サービスの欠如もないという特徴をもつ立場を維持して、社会的なまた政治的な干渉が計画される筈である。この国の貧困は、複合的な広がりをもつタイプの横顔をもっている。当人自身の姿およびかれらの自尊心を回復させる直接的な援助として、福祉の問題はかれらとその家族に対する資金の援助だけでなく、心理的なサービスも要求する。移転支払い、現物のサービスはもはや十分ではないし、雇用と適切な財政政策、住居の明白な適合性、教育、および移住者の吸収——これらすべては貧困な人びとの生活水準を改善するために、基本的なものである。

貧困に対する戦いは、貧困のためだけではなくて、社会の構成員の一部に一般的な福祉から除かれることを許す社会の欠点に対しても行なわれる。アメリカ合衆国の保健制度はある1つの例を示している。この国では、技術的に発達した保健サービスは、商業主義と不平等配分の被害をうけている。

ある地位と発達した社会では、貧困な男子のもつ限定された資産は、かれを当人の周囲だけでなく当人自身を憤慨させるようになり、また、かれ自身のもつ否定的な像は、貧民街でみうけられる社会的な疾病状態の根元になっている。

多数の国々では、財政的な仕組みは多くの方法で裕福な人びとに有利である。たとえば、特殊なまた人目につかない税控除、熟練した税金の相談相手などが指摘される。アメリカ合衆国では、所得税の規則をごまかすことによってうまく逃れる者は、福祉の給付をうける者の5.0%であるが、納税人口のうち33.0

%は本当の税金を払っていない。社会保障給付の支給に対する抛出上限の存在は、所得の不平等について他の1つの原因を示している。

福祉問題の重要性は、事実上では、近代経済学が純粹の経済的福祉に関係をもっており、GNPとの関係だけではないということを反映している。しかし、貧困に対する進歩的な公共政策に対する本当のテストは、貧困な人びとの問題を解決するだけでなく、社会的、文化的、および経済的な不平等を減少する決定を残している。

Reducing Poverty-Old Issues of Current Relevance, Social Security, Nos, 4 - 5, July 1973 ; No. 18, 74/75.

以上4編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対するISSAのAdvisory Committee - 1967年10月-による了解にもとづき、Social Security Abstractsより採用した。

(社会保障研究所 平石 長久)

紹介

ニュージーランドの オンブズマン制度

東京都衛生局 大平 晃司

苦情処理制度として、1809年にスウェーデンで最初に発足したオンブズマン制度は、第二次大戦後、欧米諸国をはじめ多くの国々に導入されてきている。

ニュージーランドは、イギリスより早く、1962年に Parliamentary Commissioner (Ombudsman) Act により設置された。その後、3度の修正を経て、1975年には Ombudsmen Act として、大幅に権限が拡大されるとともに3人制となって、今日に至っている。

ここに紹介するのは、ニュージーランドのオンブズマン制度の概要と保健・医療に関する事例についてである。

なお、今年の8月末にオンブズマン庁を訪問したときには、年次報告書77年度版はできていなかったもので、76年度版を参照した。

1. オンブズマン設置以前

国民は、国会議員または直接に大臣へ苦情を申し出ることによって、行政から加えられた被害の救済を求めることができる。これらの苦情のうち、国会議員に対して申出のあった苦情は、その議員が与党議員であると野党議員であるとかかわらず、担当大臣へ送られる。大臣は、苦情を事務局へ回付し、その回答を求める。

しかしながら、担当大臣が自省の決定に執着しこれをなかなか変更しないため、国民はこの方法による救済に多くの期待をいだいていなかった。

また、裁判所による救済の手段もあるが、この場合、多くの費用と時間、立

証上の困難など多くの負担は避けられない。

このように、オンブズマン設置以前から存在していた救済手段は、国民にとって身近かで安価、手続の信頼性という面に欠陥があった。

2. オンブズマン制度

(1) 職務

オンブズマンは、下院（現在上院は廃止され一院制となっている）の推薦にもとづき、総督によって任命される。したがって、時の政府から独立し、国会にのみ責任を有している。任期は5年である。

その職務は、国民からの苦情または職権により、政府各省、地方自治体や各種行政委員会などの行政機関またはそれらの職員の行った決定、勧告、その他の作為（不作為）を調査することである。この調査は無料である。

しかし、オンブズマンの調査の対象はすべての分野に及ぶわけではない。①上訴権が確立しており、それを妨げる特別な事情がない場合、②大臣の決定（内閣が国会に対して責任を負うという憲法上の要請から）、③裁判所の手続や判決、などについては調査の権限がない。

さらに、次の場合には調査を打ち切ることができる。①苦情者は公正な取り扱いを受けていると判断される場合、②苦情が些細で取るに足らないと判断できる場合、③苦情者に誠意が欠ける場合、④苦情に関して個人的利益を有しない場合。

(2) 調査の方法

オンブズマンは調査を開始する前にその旨を関係行政機関へ通知しなければならない。調査は非公開で行われる。

オンブズマンは必要があると認められる者から事情を聴取することができる。何人も聴問を受ける権利を有するものではないが、自己に不利な報告又は勧告がなされる状況におかれている者から要求があった場合には、これに応じなければならない。また、オンブズマンは、大臣、市長又は委員長の見解を求めることができるとともに、大臣、市長又は委員長から協議を求められたときには

これに応じなければならない。

その上、公務員、苦情者又は法務長官の承諾したその他の者を召喚し、宣誓をなさしめたうえ、尋問することができる。この場合には刑法の偽証規定が適用される。何人も公機密法その他の法令により訴追されることはない。

オンブズマン及びその他の職員は、職務中知り得た情報について守秘義務を負っている。

(3) 調査後の処置

調査の結果、決定、勧告、その他の作為（不作為）が次のいずれかに該当する場合、オンブズマンは、当該機関に対して履行、決定の取消変更、是正、法令の見直し、理由の付与などをなすべき旨の勧告をすることができる。①法令に違反する場合、②不合理、不正義、職権乱用または不当な差別による場合、あるいはそういう法慣行または法令に依拠してなされたものである場合、③全部又は一部が法令あるいは事実の誤認による場合、④権利侵害である場合、⑤不当な目的又は不適切な考慮に基づき自由裁量権が行使された場合、あるいは自由裁量権の行使に際し決定の理由を付与すべきであった場合。

もし、この勧告が十分実施されなかった場合には、政府各省に関してはその旨を首相さらには国会へ報告することができる。また地方自治体及び行政委員会に関しては、その長に対して報告書を住民に公告ののち縦覧させることができる。しかしながら、オンブズマンには是正措置をとらせる権限はなく、ただ勧告し報告するだけである。

なお、苦情を正当なものと判断しない場合には、オンブズマンはその理由を苦情者に対し説明している。

オンブズマンは、その活動を年度ごとに国会に報告しなければならない。

3. 保健・医療に関して

保健省は当初からオンブズマンの調査対象となっており、さらに1968年に病院委員会が、1975年に地方自治体が法改正によって加わり、保健・医療に関するすべての行政機関がオンブズマンの調査対象となっている。

しかし、これらの機関のすべての活動が対象に含まれているわけではない。62年法には医師及び歯科医師の治療に関する行為を除外するという明確な規定があった。この規定は、専門的決定についてはオンブズマンの権限の範囲からはずすために設けられたものである。

しかしながら、75年法にはこれに関する明確な規定がない。その理由は、オンブズマンの権限の根本は行政に関する苦情にあるからである。前の法律の規定の存在は、逆に、「行政」と「専門的決定」との間に法律解釈上の疑義の問題を起こしてしまっていた。75年法が除外規定をはずしたのは、この疑義を解消するためであった。現行法のよりどころは“relating to a matter of administration”に替わっている。

4. 苦情の処理状況

1962年10月1日発足以来、オンブズマンが受理した苦情の件数は12,091件にのぼる。このうち、保健省及び病院委員会に関する苦情の件数は483件である。もちろん、これらすべての苦情が正当であると認められたわけではない。処理の内訳は、権限がないため却下されたもの3,942件（63件）（ ）内の

表 苦情処理状況

行政機関	権限なしと して却下	調査打ち 切り	撤回	調査の結果 正 当	調査の結果 正 当	1976.3.31 現在調査 継続中	総 計
保 健 省	54 (8)	63 (1)	31 (2)	33 (2)	175 (5)	3	359 (18)
病院委員会	9 (4)	31 (11)	16 (7)	13 (0)	48 (6)	7	124 (35)
全 体	3,942 (513)	1,816 (247)	894 (82)	1,220 (134)	3,965 (274)	254	12,091 (1,504)

(注1) 1962.10～1976.3の処理状況。ただし、病院委員会は1968～

(注2) ()内は1975年度の1年間

数字は保健省及び病院委員会に関するもの——、調査完了を待たずに打ち切りとなったもの1,816件(94件)、撤回されたもの894件(47件)、調査の結果正当と判断されたもの1,220件(46件)、不当と判断されたもの3,965件(223件)、1976年3月末現在なお調査継続中のもの254件(10件)となっている。

パーセンテージからみると、苦情申立てを正当と判断されたものは約10%である。

保健省及び病院委員会に関する1975年度の苦情の件名と処理結果は別表のとおりとなっている。

5. 2つの事例

どのような苦情が正当なものと認められ、是正されたのであろうか。調査結果のすべてが国会に報告されるわけではないので、64年度版年次報告に掲載されていた事例内容をここに2つ紹介することにする。

(1) 学校における歯科治療の不履行について

学校の歯科医に登録していた苦情者の2人の子供は来院するようという求めに応じなかった。このことは、私営の歯科医に治療を受けているので、苦情者は子供をその医院に通わせる意志がないものとされ、その結果、苦情者は学校歯科事業のもとで治療をさせる同意を取り消したものとみなされた。

その後になって、苦情者は、最近まで住んでいた場所の学校の歯科医に子供を登録しようとしたとき、学校歯科事業のもとでの治療の同意は既に取り消されており、再登録をするにはその子供の歯が健康であることを保証しなければならぬと告げられた。私営の歯科医に子供の歯を検査させたところ、かなりの治療を要することがわかった。苦情者はその費用を支払うことができないと申し立てた。

オンブズマンに苦情を申し立てる前に、苦情者はその決定の取り消しを求めて保健省地方事務官に陳情したが、失敗に終わっていた。

保健省は、オンブズマンの調査した事実にもとづき、この事件の再審査を行った。そして、学校歯科事業の登録を取り消した後、子供の歯を充分手入れし

ていた苦情者の努力が認められて、保健省は地方事務官よりも寛大な処置をとり、再び学校歯科事業のもとで子供の治療を受けることが認められた。

(2) 弗化物投入を援助するための公金支出について

水道への弗化物投入をめぐる地方の住民投票に保健省が介入したという苦情から、調査が開始された。

苦情者の主張というのは、住民投票で弗化物投入の支持を勝ち得んことを目的として、保健省が地方のキャンペーンに加わり、地方紙に大きく高価な広告を掲載し、郵便その他により資料を配付し、映画広告の援助を行った。納税者の一部の投票に影響を与えんと、すべての納税者から集められた政府の一般財源を支出することは不適當である、というものである。

国や地方の住民投票において、一方を支持するよう国が直接又は出先機関を通じて介入することを禁止する法律上の規定はない。しかしながら、民主主義の基本原則の問題として、政府が地方の住民投票のキャンペーンに直接行動をとることは不当であるし、従来から政府においてもそう理解してきている。

オンブズマンの結論は、弗化物投入に関する投票に先立つキャンペーンにおいてとられた保健省の行動は、事実の情報提供ないし正常な衛生教育の域を超えており、キャンペーンに直接かつ積極的に参加したのに等しいものである。そうした参加は不当であるというものであった。

そこで、大臣に指揮されたものでなければ、保健省は弗化物投入問題に関する住民投票に直接かつ積極的に参加することを慎むべきであると、オンブズマンは勧告した。保健省はこれを受け入れた。

- The Chief Ombudsman, Annual Report for 1976
- The Ombudsman, Annual Report for 1964
- The Ombudsmen Office, What is an Ombudsman ?
- J.F. Northey, New Zealand's Parliamentary Commissioner in D. C. Rowat (ed.), The Ombudsman—Citizen's Defender (1965)

(別表) 1975年度における苦情の件名と処理

- 保健省 (18件)
- 8416 サービスの状態(改善)
- 9725 少年健康キャンプ監督の免職(調査継続中)
- 9782 食品衛生法(1974年)169条の用語(撤回)
- 9836 移転の強制(却下)
- 9841 息子誕生に関する調査の拒否(却下)
- 9854 保証金の減額拒否(不当)
- 9911 西サモアにおける老令退職年金事業の不許可(改善)
- 9955 家庭における可能な病院ケア(却下)
- 10004 事業廃止の保健法規(却下)
- 10156 性を理由とする差別(調査継続中)
- 10210 (a)保証金の返済(不当)
- 10272 専門家の意見に対する大臣の拒否(不当)
- 10324 人工の補助金の費用の支払い能力(不当)
- 10438 新しい書式の紹介(撤回)
- 10440 委任に関する情報の欠如(調査打切り)
- 10505 虐待(不当)
- 10597 精神正常の鑑定の機会の要求(却下)
- 10661 女医に対する出産休暇に関する施策(調査継続中)

病院委員会 (35件)

- 9733 退職金その他の不支払(調査継続中)
- 9746 進級への魅力の喪失(調査打切り)
- 9777 土地の価格(不当)
- 10020 病院の入院期間(調査打切り)
- 10102 息子への待遇(不当)
- 10117 (a)病院の状況(調査打切り)
- 同 (b)治療の欠如(調査打切り)
- 同 (c)研究への援助不足(調査打切り)
- 10122 待遇に関する法解釈(調査継続中)
- 10133 結婚計画の妨害(却下)
- 10183 娘への待遇(不当)
- 10210 (b)保証金の返済(不当)
- 10222 医師の領収書(不当)
- 10257 解職による貧困(調査打切り)
- 10289 不当な免職(調査打切り)
- 10291 告知板の決定(却下)
- 10309 (b)病院費用の支払拒否(撤回)
- 10335 治療の拒否(却下)
- 10356 患者の留置(調査継続中)
- 10362 自由の欠如(撤回)
- 10404 (b)病院費用に関する面会要求の遅延(調査打切り)
- 10423 住民との相談なしの地区の開発(撤回)
- 10461 予約の方法(調査打切り)
- 10472 住民との相談なしの地区の開発(撤回)
- 10486 環境影響報告のない地区の開発(撤回)
- 10507 母の健康に関する情報の不足(不当)

- 10508 病院からの退院要求（調査継続中）
- 10554 無給労働の要求（調査打ち切り）
- 10555 無給労働の要求（調査打ち切り）
- 10556 予 約（撤回）
- 10568 給料返還の拒否（調査継続中）
- 10583 看護婦コースの受講拒否（調査継続中）
- 10589 委 任（不当）
- 10646 研究とリハビリテーションを妨げる自由の欠如（撤回）
- 10669 過 誤（調査継続中）

社会保障こぼれ話

社会保障制度の拡充 （イラン）

この国の社会保障制度は、1931年に一部の労働者を対象とした労働災害補償に端を発している。最近では、労働省と保健省が担当していた各種の制度を、1974年に創設した社会福祉省に移し、同省が社会保障制度を所管している。

制度は社会保険の仕組みを用いて、老齢・廃疾・遺族年金、疾病と出産の給付、労働災害・職業病の給付を用意しており、失業給付を欠いている。また、家族手当は別な制度で実施される。1976年には、約120万人の労働者をカバーしており、扶養家族を含めると、約350万人が制度でカバーされていた。制度は第5次5カ年計画が終了する1978年には、約1,500万人の適用が計画されている。また、第6次計画が終了する1983年には、約3,300万人の全国民に適用を拡大することが計画されている。もっとも、全人口の75%は農村人口で、農村地域への適用拡大が強調されている。

医療給付では、患者は外来で20%、入院で10%、往診で50%の医療費を負担している。また、1本にまとめた財源では、76年に、被保険者が7%、使用者が20%、政府が3%の拠出率で拠出を支払い、それらの合計3%のうち、9%ぶんが健康保険に移される。

ISSA, Asian News Sheet, Vol. VI, No.1, Jan.1976, pp.14-18.

（社会保障研究所 平石長久）

フランス病院改革法その後

—病院地区設定のための調査—

厚生省病院管理研究所 姉崎 正平

すでに本誌においても以前紹介されたごとく、フランスにおいて1970年12月31日に「病院改革法 (Loi n° 70 — 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière)」が制定された。同法において注目されるのは、住民の病院医療に対する必要度に応じ病院地区 (secteur) を設定し、同地区内では公立病院のみならず私立病院をも含め、病院の新設、改善、整備など病院医療計画を総合的に行うことをめざしていることである。さらに、病院地区が集まり病院地域 (région) が形成され、フランス全土にわたって保健地図 (carte sanitaire) が作成される。

周知のごとく、フランスでは、医療費支払い機構については社会保険制度による国民皆保険が実現し、医療供給面の病院医療に関しては公私混合体制であり、わが国と共通性をもっている。したがって、そのフランスが医療供給面の病院医療について、私的施設を含め総合的計画化を導入したことは注目される。そして、具体的にどのようにして病院地区の設定や修正を行っていくかは興味あるところである。

保健大臣による暫定的な第1次の区域設定は1973年11月15日に一応完了した。そして、現在、その区域設定の妥当性について検証のための調査が行われているもようである。本稿では、フランス病院協会の機関誌 “La Revue Hospitalière de France” の1977年6-7月号に載ったパリを含む Ile de France 地方における第1次区域設定の妥当性の検証と修正のための調査の概略を紹介したい。

原論文はイル・ド・フランス地方庁、地方保健監督官名で「入院患者調査と病院地区の設定 (Fréquentation hospitalière et sectorisation sanitaireの意訳)」と題して発表されている。内容はI方法論とII調査結果に大きく分かれている。

I 方法論

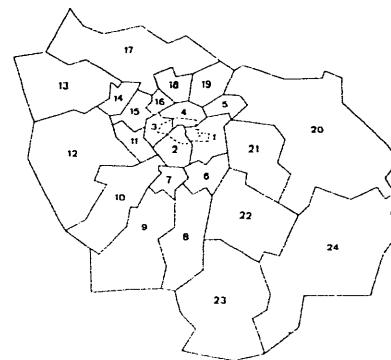
A 研究の目的

1. 具体的目的：病院地区設定の要点

冒頭に記したように1970年12月31日制定の「病院改革法」は各地方の住民の病院医療の必要に基づいて各地方を病院地区に区分けして保健地図を作成することを規定している。暫定的な第一次病院地区設定が1973年11月15日に保健大臣により完了したが、その修正がこの研究の第一の目的である。本研究ではその修正のために当該地方 (イル・ド・フランス地方) の全市町村の住民が現実的に、また、将来どの病院施設に入院するか、その病院が病院地区で設定された住民の居住地と一致しているか、いないか、を調査することである。

2. 総合的結論：医療センターの近接性と入院患者数の間の関係

第一に当該地方内の場所による入院患者数の較差と病院施設による診療圏の広がりに関するこの研究によりもたらされた知見は医療センターの設置場所の重要性を明確にしたことである。 イル・ド・フランス地方



注：同地方は図のごとく24の保健区に分けられている
中心点線内がパリ市
その周辺の比較的小さな区画がパリ小周辺地帯
さらにその外側の大きな区画が外周辺地帯

B 用いられた方法

研究に必要な資料は、1975年1月から7月の間に集められ、1975年7月から1976年3月まで統計的手法と地図作成の方法で整理された。基礎とした第1の資料は現実の入院患者数、第2は“輸送手段”研究による“将来の病院診療圏”の推計であった。

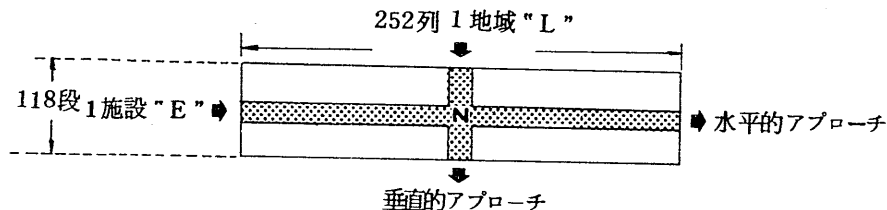
1. 現実の入院患者数

(1) 入院統計資料

理想的には全患者の居住地を当該地方の全施設について全数調査することである。しかし、実際には、保健監督官により行われたアンケート調査に答えたのは118施設であり、これらは当該地方の4分の3の施設であり、全病床数65,156床のうち47,529床にあたる。そして回答した施設の内分けは急性公立病院全部、非営利の私立病院のほとんど全部、そして、150床以上の私立個人病院の約半数に相当する。したがって、この調査が地域的に確定された情報に基づくものと推計に基づくものがあり、それらが区別されねばならない。

(2) 地域的に確定(区別)された入院患者数の処理

今回回答が寄せられた118施設の入院患者の居住地については、当該地方の251区町村とそれ以外の計252地区に区分した。すなわち、パリの20区、パリの小周辺地帯 (petite couronne) 123町村、パリの外周辺地帯 (grande couronne) 108町村、そして、その他の地方と外国をまとめて252番目の地区とした。これらの資料を整理する上で次のような概念が描ける。

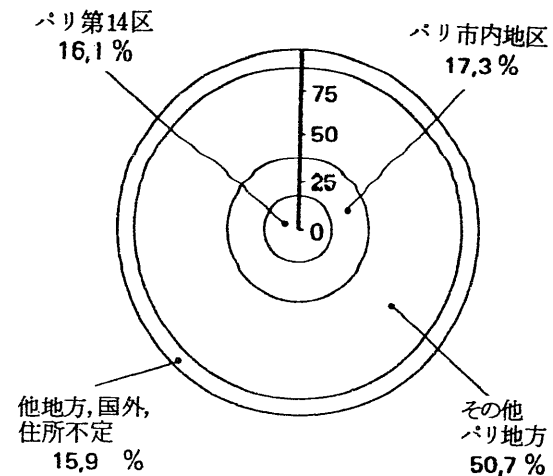


上図で118段は施設、252列は地区に相当する。したがって、上図のNは施設EにおけるL地区からの入院患者数をあらわしている。

①垂直アプローチにおいては、各地区をあらわす252の列が各施設に入った患者の居住地であるから、各地区の住民がどこの施設に入院するかを把握できる。したがって、それぞれの病院地区設定の適否の判定が可能になる。

②水平的アプローチでは各施設をあらわす各段ごとに各施設への入院患者の流れの原点を把握することができる。例えば、パリ75区第14病院地区の第2番目の病院である私立の聖ヨゼフ病院では下図のごとく、同病院区内からの入院患者が16.1%、隣接地区からが17.3%、同一地方の他地区からが50.7%、他の地方と外国が15.9%であった。

聖ヨゼフ病院患者居住地



(3) 地域的に確定されない入院患者数の処理

この場合、私立個人病院の影響を推計しなければならない。調査に回答しなかった私立個人病院については、同じ日の他の施設からの情報により診療圏を推計した。結局、150床以上の個人病院については入院患者の3分の1は施設

と同じ地区、40%が隣接地区、他の27%は同地方の他の地区からと推定された。小さな私立個人病院は3分の2が施設と同一地区、その他が隣接地と推定された。

以上の結果から、現実の入院患者数の算定は次の2重の入院患者率から成っている。

①1975年3月の人口調査の人口数を基にし、今回の調査に解答した施設の入院患者数という実測値に基いて導かれた入院患者率。

②同じく1975年3月の人口調査の人口数を基にし、今回の調査に回答しなかった私立個人病院の入院患者数の推計値を含んだ全施設の入院患者数から導かれた総入院患者率。

2. 将来の病院診療圏の推計

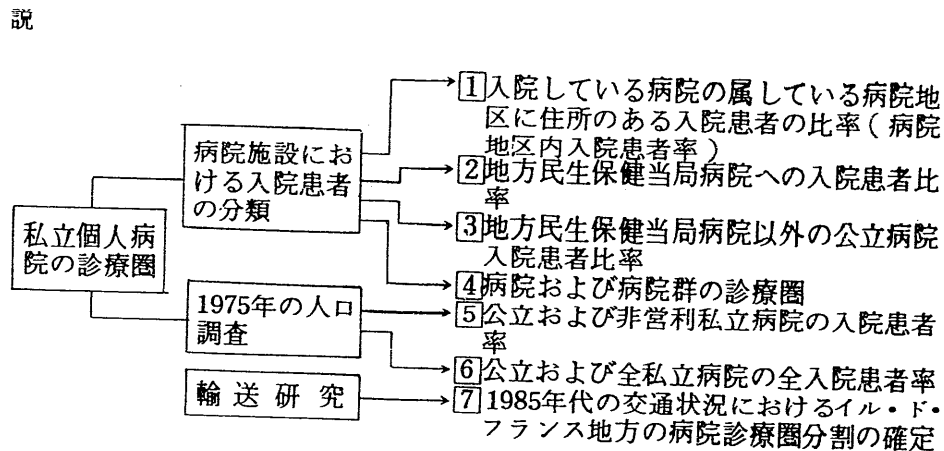
現存および将来建設される病院の診病圏の決定はあくまで理論的なものである。それは一つの与えられた病院から他のいずれの病院よりも近い点すべてを含む範囲によって決められる。今回の研究は1985年頃を将来予測の目処としている。

この際用いられる近接性 (proximité) という概念は、単なる物理的距離ではなく時間的行程である。したがって、この作業のために1985年ごろの交通道路網の発達と交通機関 (受診, 見舞, 入院の際利用されるであろう輸送方法) の平均速度の知識が前提とされる。

上の知識をもとに現存および将来設置予定の各病院施設の周囲にその病院からの所用時間の等しい点を結ぶ等時曲線を描く。そして、隣接病院相互間で最小の等しい時間の曲線の接点を結ぶことにより各病院の診療圏を決定することができる。これにより“病院利用可能等時図”が描かれることになる。

C 研究の指標

以上述べてきた方法論は以下の7つの指標にまとめられる。

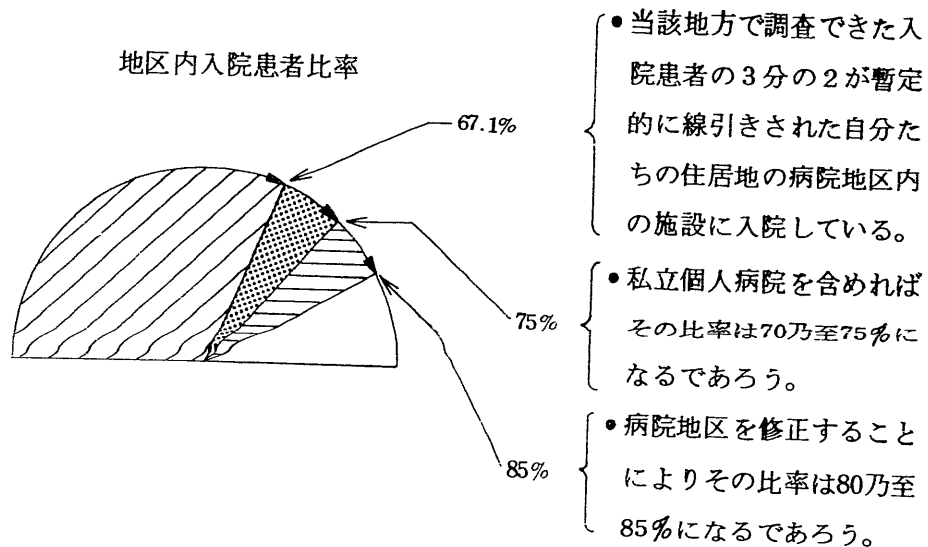


II 調査結果

A 病院地区設定のテスト

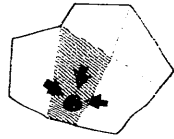
1. 病院地区内入院患者率

重要な結果は、当該地方全体としてほぼ10人の入院患者のうち7人が過渡的に線引きされた病院地区において、その地区内に住所をもっていたという事実である。

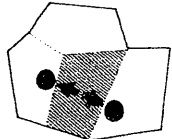


(1) 病院地区内入院傾向の強い地域

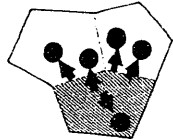
これに該当する地域は3つの型の場合がある。



●パリ外周辺地帯で、その所在地や隣接地に住む住民を独占する病院が存在する地区。



●同じ病院地区内に2つの病院施設が組合わされた影響力をもち、それらが多かれ少なかれ等距離にある。



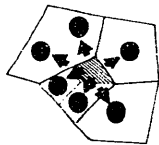
●当該地方の中心部例えばパリ左岸地区とパリ南部近郊のように地区内入院の高率は病院の数の多さと魅力の複合された作用によって説明される。

注 地区境界

これら3つの場合、患者の流れは原則として病院地区内にある。しかし、病院への近接性が必ずしも地区内入院率を高めるとはいえない。その原因としては、①病院施設の能力が低い場合、②建物設備が老朽化している場合、③病院開設後、あるいは、部分的増改築後、日が浅い場合、④隣接病院地区と病院が重複している場合、である。

(2) 病院地区内入院傾向の弱い地域

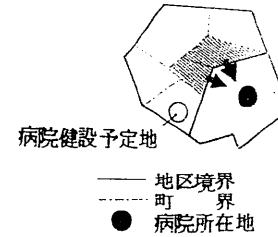
これに該当するのはパリ外周辺地帯と当該地方の中心部に見出される2つの型である。



●パリ第8区のように当該地方の中心部でいくつもの病院の誘引力が入り交り、病院地区の線引きが不可能な場合である。

また、この入院回避拡散の事例として、その地区の病院の能力が低く、魅力に乏しい場

— 地区境界
- - - 町界
● 病院所在地



合である。

病院地区を他の入院患者数の多い地区に連結する必要がある場合

●一つの病院地区内のいくつかの村町の住民がまとまって、暫定的に線引きされた病院地区内の病院ではなく、他の病院地区の病院に入院している場合である。これは病院地区の

設定に誤りがあったので、地区の設定を修正しなければならない。

これら2つの場合はいずれも入院患者の流れは病院地区の境界を越えている。病院地区の線引きの修正の主要な目的は地区内入院率の低い地区と高い地区の差を縮少することである。

2. 病院の診療圏

(1) 現在の診療圏：特にパリ外周辺地帯とパリ中心部の比較

①パリ外周辺地帯

パリ外周辺地帯の市町村の4分の3では、少なくとも住民の半分はただ一つの病院のみに入院している。すなわち、パリ外周辺地帯の住民は、ほとんどが、彼らの至近の病院に入院している。

②パリの中心部

パリ中心部では各町の患者の70%以上を吸収してはいない。一般的にこの地域の病院は地元との結びつきは部分的で限られている。パリにおける入院患者の拡散化の傾向は強く4区のうち3区の割で地元入院患者が30%に達していない。

ついでながらパリ小周辺部では3市町村のうち1市町村で入院患者の拡散化

の傾向がみられる。

(2) 将来の病院診療圏の理論的考察

今回の調査で、病院の近接性は必ずしも入院率を上昇させるとは限らないが、病院からの隔りが病院利用の抑制因子になっている地域のいくつかが明らかになった。そのため、病院の新設により住民の病院へのアプローチを容易にすることを考えての理論的病院診療圏の設定が課題である。

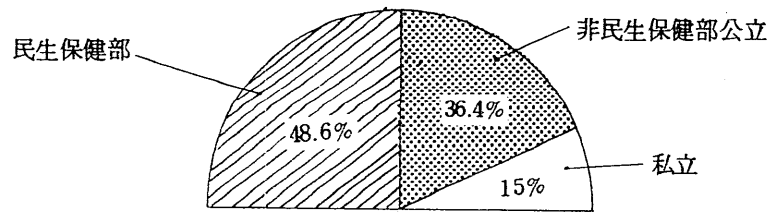
さらに、病院の患者吸引力の要因は変わらず、住民からの近接性だけでなく、病院能力や老朽化に対処しなくてはならない。このように病院の新設計画や改築改善を考慮して、現在の病院地区の評価をする必要がある。

B. 総合的調査結果

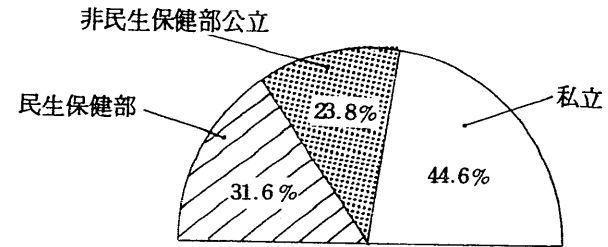
1. 地方民生保健部病院の位置

1973年に、378,000人が地方民生保健部の病院に入院した。

これによれば、当該地方で調査された入院患者の約半数が地方民生保健部の経営する病院に入院している。



さらに調査票の回収不能であった私立個人病院の影響を考慮に入れると次図のごとくなり、地方民生保健部病院入院の患者は全入院患者の3分の1になる。



さらに、地方民生保健部病院の影響はパリに集中している。

パリへの距離が遠くなるほど地方民生保健部病院への入院の比率が減少する。

事実、パリ市内の4つの病院地区の境界を越えると地方民生保健部病院への入院は全入院の4分の1までに減少する。また、パリ外周辺地帯では、その比率はわずか7%でしかない。

2. その他(地方民生保健部以外)の公立病院の位置

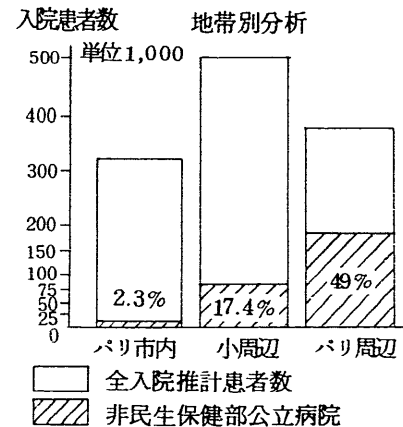
1973年の調査によれば地方民生保健部以外の公立病院に285,000人の入院患者があった。この入院数の今回の調査可能であった全入院患者数に対する比率は36.5%で約3分の1強である。調査票回収不能の私立個人病院の推計値を加

えれば23.8%で4分の1弱である。

地帯別には、パリ外周辺地帯で非民生保健部公立病院への入院患者の比率が高い。

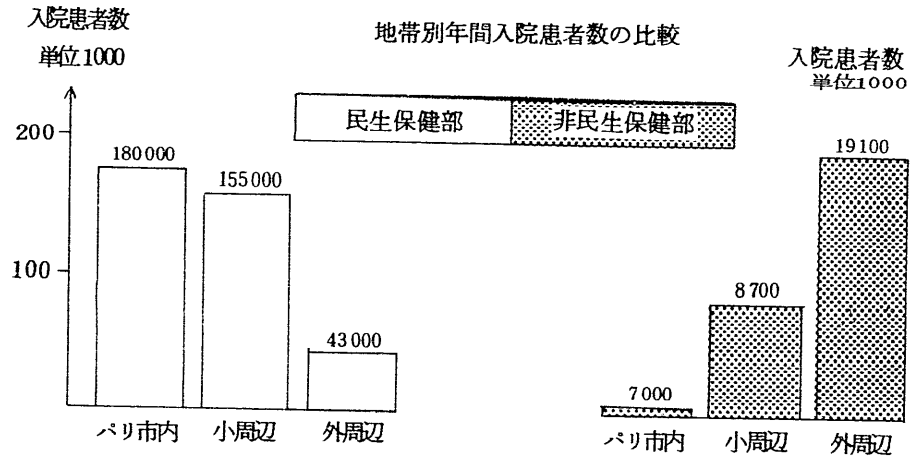
パリ小周辺地帯は中位であるが、私立個人病院への入院が優勢である。

パリ市内では民生保健部病院と私立個人病院で入院を分けている。



3. 公立病院間の入院患者数の配分

民生保健部病院とその他の公立病院への入院患者数を地帯別に比較すると、下図にみるごとく傾向がほぼ反対になっている。

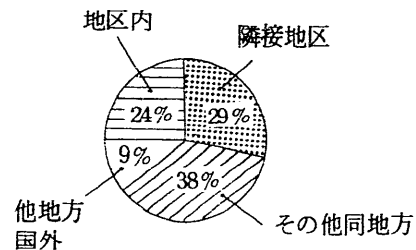


ここでやゝ飛躍があるが、入院患者数は病院と住居の近接性と設備をはじめとする病院の能力により決定される傾向が強いことが結論されている。

4. 病院の診療圏はさまざまな要因により決定される。

(1) 患者の住居地

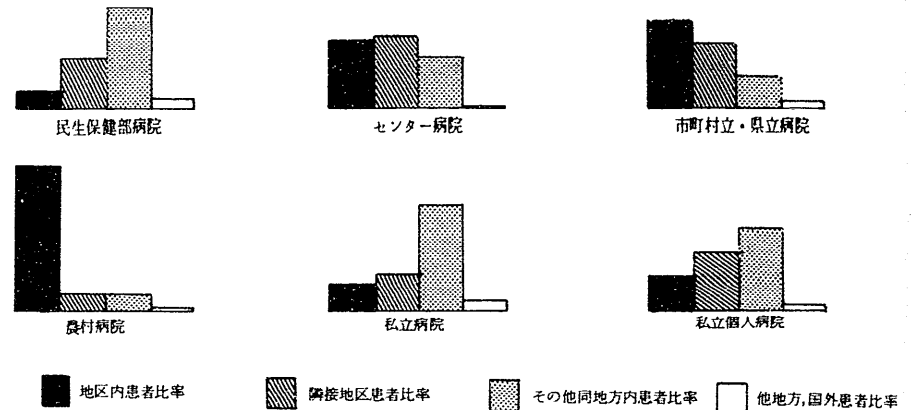
当該地方の入院患者の病院と住居地の関係は次の通りである。病院と同じ地区内



区内が24%、隣接地区からが29%、同じ地方のその他の地区からが38%、他の地方と国外が9%となっている(左図)。

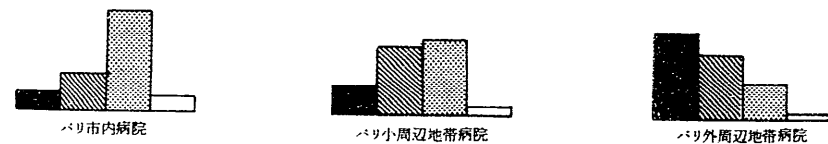
(2) 病院の行政的法的区分。

下図に見るごとく、民生保健部病院は他の公立病院に比し、入院診療圏は広い。その他診療科目が少ない程診療圏は狭い。主要な私立個人病院の診療圏(入院患者の居住地)は民生保健部病院と非営利私立病院よりも狭く、非民生保健部公立病院よりも広い傾向にある。



(3) 病院の地帯別位置

下図にみるごとくパリ市から離れるほど入院診療圏は極限される。パリ小周辺地帯で病院と同じ地区内および隣接地区の患者が56%と41%に対し、外周辺地帯では両者合計して73%である。



5. 病院利用状況の地方内較差

(1) 入院率地方内平均

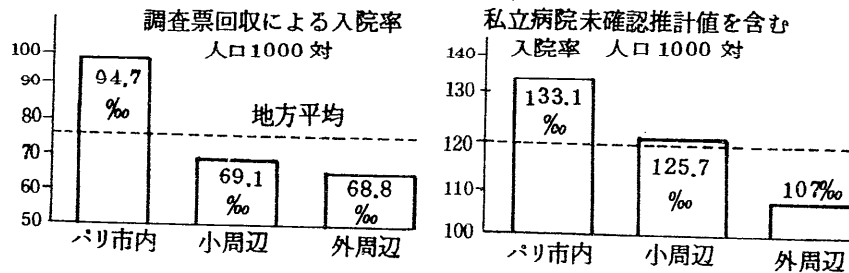


今回の調査票回収による当該地方内の入院率は、公立および私立病院を合わせて住民1,000に対し、入院75人である。未確認の私立病院についての推計を加

えると住民1,000に対し入院121であった。

(2) 入院率の傾斜

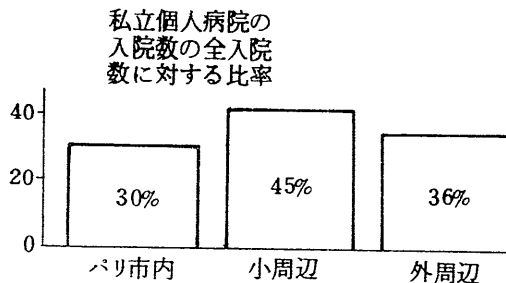
入院率は下図にみるごとく、中心部から周辺にいくにしたがって低下傾向がある。



(3) 病院利用の地方内地域較差

入院について病院利用率の地域較差は大きく、公立および非営利私立病院を合わせて、1から5倍の差があり、私立個人病院では1から8倍の地域較差がある。

(4) 入院率上昇に対する私立個人病院の役割。



今回の調査において私立個人病院の存在が入院患者数を高めることが説明されたとしている。これは左図

からパリ小周辺地帯で顕著であるという。この調査報告の説明によれば、私立個人病院は、しばしば公立乃至非営利私立病院など大病院の近くに建てられるが、その役割は代替よりも補いの役割を演じているとしている。それにより入院数を増やすということのようであるが、この私立個人病院の入院率はセンター的医療機関との距離に関係すると述べられている。

今回の調査報告の概要の結論は、以上のような条件において、地域による病院医療の必要に応じて病院地区の設定と病院の配置が当面の病院行政の目標であるとしている。

以上調査の概要報告をたどってきたが、何分概要であるため調査手法や結論において明確でない点も少なくない。しかし、医業の自由が強調されてきたフランスにおいて、私立病院を含め病院計画を進めようという動向、および、そのために本稿で紹介したような病院調査を進めている状況の一端は理解されよう。だが、その場合も、私立病院特に私立個人病院の実態については必ずしも十分な情報が得られないという点はわが国の場合と照らし合わせて興味のあることである。

後注： フランスの暫定的保健地区では、原則として人口10万乃至15万、所によっては3万乃至4万で一つの保健地区が設定されている。全国では内地284保健地区、外地6保健地区計290保健地区が設定されている。さらにそれらが内地では21地域にまとめられている。本稿は、24保健地区に分けられているパリ地域をさらに区町村に分けての調査であったことを付記しておく。

ISSA総会に出席して

健康保険組合連合会社会保障研究室 一圓 光弥

I

国際社会保障協会（ISSA）の第19回総会が、10月の4日（火）から14日（金）にかけてスペインの首都マドリッドで開催され、岩越健保連会長のお供としてこれに出席する機会を得た。4年前にISSAのアジア・オセアニア地域の医療保障に関する円卓会議に出席したことはあるが、世界各国の代表が集まる総会に出席するのははじめてで、開催地マドリッドも私にとっては初めての土地とあって、新たな経験に対する期待と不安を胸に、9月30日夜ロンドンへ向け出発した。ロンドンで一泊の後、10月2日の昼マドリッドに到着したが、秋の身仕度しかしてこなかった私には、寒いロンドンが真冬に思え、暑いマドリッドは真夏にも思えた。

緑に包まれた豊かな国土というのが、機上から見るヨーロッパの印象であったが、機がイベリア半島に入り、南下するとともに緑は次第に消え失せ、眼下に展開するのはただただ褐色の地肌ばかりとなっていった。その荒れた大地の小高い丘の上に、400万近くの人口を抱える首都マドリッドがそびえていた。

その日の夕刻、市の中心を東西に走るホセアントニオ通り、市の東部に位置する広大なレティロ公園を散歩してみた。立派な高層建築が建ち並ぶ市街といい、いくつもの大掛りな噴水といい、また遠々と続く木立に包まれた公園といい、私を囲むマドリッドはパリにも似た美しいヨーロッパの街の姿をみせ、機上から得た荒涼としたスペインの印象はすっかり消えていった。

その後各国代表やその家族の方々と共に、バス26台を連ねてマドリッドの南方70キロに位置する古都トレドを見に行く機会を得たが、「ヨーロッパ的」な都マドリッドを一步出るや、荒れはてた大地あるのみで、機上で得たスペインがまたよみがえった。そのいずれもがスペインであると言ってしまうとそれまでであるが、滞在期間の短い私には二つの印象別々のものとし映らず、その度に私のスペインは右往左往する有様であった。

同様のことは、トレドで大聖堂やシナゴグを訪ずれた時にも感じられた。その古い狭い城下町に、キリスト教、回教、ユダヤ教といった異った文化が入り乱れてその影響を残し、数時間のかけ足観光をした私には、さながら博物館にでも来たようなめまぐるしさであった。十分な下調べもなく短期間訪問しただけの私には、これら異なる文化が編みなす一つのスペイン像を感じる事ができず、いったいどれがスペインなのかという問いが最後までつきまとった。

II

3日の午後会議場で登録をすませ、欠けていた資料を補い、翌4日朝から総会に出席した。

総会はISSA活動の中でも最も重要な事業の一つで、原則として3年に一度開催され、過去3カ年の活動を検討し、以後3カ年の事業内容を討議し、決定するほか、各専門委員会の委員や報告者を改選し、規約の改正等を行うものである。

前回の第18回総会は、1973年10月に象牙海岸のアビジャンで開かれており、今回に限っては以来4年目の総会ということになる。また今総会は、ISSAの前身である欧州の医療保険関係者を中心とする国際会議が、1927年10月にジュネーブで開催されて以来ちょうど50周年目の記念すべき総会となり、世界百数カ国から1,000名に及ぶ代表が参加するという、かつてない盛況ぶりであった。

日本からは健保連のほか、社会保障庁長官の曾根田氏、労働事務次官の藤縄氏、労働省雇用保険課長の望月氏、全社連理事長の加藤氏がそれぞれ代表として出席した。

会議は市北部にあるパラシオ・デ・コングレスと呼ばれる国際会議場で行われ、10月3日から14日までの間、役員会、評議員会、総会、各専門委員会が、日曜日を挟んで開かれた。

このうち全代表が一堂に会する総会は4日、11日、13日の三日にわたって開かれ、4日には事務総長リース氏による事業報告と十数名の関係代表による地域活動の報告が、11日には規約の改正が、13日には会計報告と各専門委員会の討議結果の報告がなされた。

5日から10日までの間には、10の常設専門委員会と2つの特別委員会が開かれ、それぞれ午前と午後にわたる1日のセッションを通して、これまでの調査研究活動の報告、今後の活動内容の検討を行い、委員の改選を行っている。

その他4日と14日の夕刻には、スペイン保健社会保障相とI S S A会長の主催によるレセプションが開かれ、その間各専門委員会の会議日程と並行して10ほどの関係機関、施設の見学が組織されていた。また観光としては先に述べた9日(日)のトレド旅行のほか、同行の家族のためにも市内見学等が用意されていた。

III

4日午前のオープニング・セッションでは、主催国スペインを代表して保健社会保障大臣が演説した。スペインが政治・社会の民主化を強力に推進しようとしていること、民主化の遅れているスペイン社会にとって社会保障の役割は重要で、民主的な社会保障の推進を通して、スペイン社会自体の民主化を推進してゆかなければならないことを強調していた。長期にわたる独裁制とそれによる国際的な孤立から脱却しようとする新しいスペインの姿勢を印象づけられた。

4日午後の事務総長リース氏の報告は、過去4年間の社会保障の動向をまとめた部分と、その間のI S S Aの活動をまとめた部分とからなっていた。

社会保障の動向については、この時期に各国の社会保障が一層の発展をとげた点を喜ばしいこととしながらも、特に先進国を中心に、社会保障の拡大や前

進をささえる経済的な基盤がこの期間を通して大きく崩れて来ている点を指摘していた。

社会保障の発展をあたりまえのこととして受けとめる時代は終り、これからはその費用をどう抑制するか、限られた資源をどう有効に利用するかについて真剣に取り組んでゆかなければならない。さらに、これまで社会保障は経済的な側面からのみ捉えられることが多かったが、これからの社会保障を考える場合には、雇用意識などのような社会的要因についてももっと検討してゆくべきではないか、などの点を強調していた。

総会には先進国だけでなく、発展途上国や社会主義国の代表も多数参加している。リース氏の報告も当然そうした国々の社会保障の動向を含めていた。しかしそれらにはごく簡単にふれただけで、先進資本主義国を中心とする社会保障の新たな課題が、彼の報告の重要な論点になっていたことは、今総会の事務総長報告の注目すべき点であろう。オイル・ショック以後はじめて開かれる今総会の特徴が、ここにも現われていた。

I S S A活動についてふれた部分では、特に今後の活動のあり方について興味ある考え方が示されていた。I S S Aの活動は大きく分けると、社会保障の各分野ごとに設けられている10ほどの専門委員会の調査研究活動、ヨーロッパ、アフリカ、アメリカ、アジア・オセアニアの4地域に分かれて行う地域活動、I S S A事務局が個々の会員の求めに応じて行う直接的な情報提供、援助活動の三つからなっている。今後ともこれら三つの活動を中心に、I S S A活動を強化推進してゆく考えに変化はないとしながらも、中でも地域活動の強化が特に重要となっているとし、地域活動の比重を一層高めてゆきたいと述べていた。

言うまでもなく、半世紀の長きにわたってI S S A活動をささえてきたのは先進諸国であり、活動の中心は専門委員会であった。専門委員会での調査研究活動は、そこで積極的な役割を果たしてきた先進諸国の高度に発達した社会保障を前提として、専門的、技術的な問題にしばられがちであった。したがってその活動は、発展途上国の問題意識とはそぐわない点が多かった。

I S S Aは今では百カ国を越える世界各国の代表からなる大所帯である。そうした中で発展途上国のニーズにこたえてゆくということが、今後のI S S A活動にとって不可欠の要素となっていることは容易に想像できる。そしてその求めに対するリース氏の解答が、地域活動の強化であったのである。アジアやアフリカの代表の方とお話する機会もあったが、地域活動を強化することは当然のことと受け取って、リース氏の報告を歓迎していた。

その他リース氏の報告には、50周年にちなみ、これまでのI S S A関係者の業績をたたえる部分や、専門家を養成するための奨学金制度設立の提案なども含まれていた。

IV

各種専門委員会のうち、私が出席したのは失業保険・雇用維持委員会、医療保障・疾病保険委員会、老齢・廃疾・遺族保険委員会、共済組合委員会の4委員会である。

共済組合（mutual benefit societies）委員会での議論は他の委員会のそれとは若干趣を異にしていたが、他の三者については、リース氏の報告に見られた2つの特徴が、活発な討議の中に現われていた。

第1は、先進諸国を中心に、厳しい経済情勢の下で、新しい課題に社会保障はどう取り組んでいったらよいかの議論である。第2は、これとは全く異なる社会的背景下にある社会保障の問題を、委員会の調査活動の中に取り入れさせようとする先進諸国以外の国々の主張である。

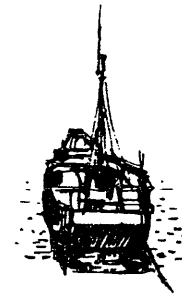
この二つの流れは残念ながら調和を保っているようには思えなかった。むしろ、先進諸国の関心に焦点を合わせて調査を進めれば、その他の国々の問題からははずれてしまい、その他の国々の問題をも広く取り入れて委員会活動を行うと、逆に先進国の問題がぼけてしまう。そんな相矛盾する討議のように思われた。

委員会の調査研究活動は、会員に発送するクエスチョネアーの内容に大きく規制される。そしてその内容がこれまで先進諸国中心になりすぎであったとい

うのが、社会主義国や発展途上国の不満である。これら社会経済的背景の異なるすべての国々を満足させるクエスチョネアーを作成することは決して容易ではなく、結局は、先進諸国を中心に作成された事務局案が、若干の可能な修正を経て採択されていた。

そうした中で、私の出席したどの委員会のクエスチョネアーにも日本からの回答が含まれていなかったことは、残念に思えた。ある委員会の委員長は、社会的な背景が異なればそれだけ、回答を作成するのは容易なことではないと前置した上で、回答を寄せる国が欧州先進諸国中心になりがちなか中で、例えばアジアの、日本からの回答が追加されるようになれば、委員会活動の印象もそれだけ良くなるのだがともらしておられた。

国際的な場での日本の位置をつくづく考えさせられる発言であった。I S S A事務局の方とお話した時も、日本に対する同様の期待を感じさせられた。期待と言えは聞えは良いが、裏を返せば消極的な日本の姿勢に対する不満でもある。I S S Aに対する取り組みが、少しでも改善されるよう、J I S S A内部で可能な限りの工夫が実施されることを強く望む次第である。



社会保障こぼれ話

自営業者の社会保険 (トルコ)

1971年に、自営業者に対する社会保険の法律が制定され、翌1972年から、この法律にもとづく制度が発足した。この制度は職人、商人、医師、技術者などを対象としている。ちなみに、農民には別な制度が適用されるので、かれらは自営業者の制度に加入していない。この制度は、各地域毎に適用を拡大され、76年7月には、約87万人の自営業者がこの制度に参加しており、約25万人が取残されていた。最終的には、約120万人が適用される予定である。

現在、この制度は老齢・廃疾・遺族給付を用意している。たとえば、老齢給付では、年金と一時金を用意され、年金は15年以上の加入と60歳(女子55歳)の年齢を条件として支給される。年金は拠出時に算出対象とされた所得の70%だが、拠出が25年以上ならば、年金は25年以上の1年当り1%ずつ増額される。また、上述した年齢以後、年金を受給しないで続けた拠出にも、年金は1年当り1%ずつ増額される。もっとも、年金は最高を所得の90%に制限されている。

1976年現在、受給者は老齢年金が76人、廃疾年金が23人、遺族年金が合計2,068人であった。財源では、被保険者は対象とされた所得の13%を拠出することになっている。

ISSA, Asian News Sheet, Vol. VI, No.1, Jan. 1977. pp.19-21.

(社会保障研究所 平石長久)

編集後記

去る10月、1人でふらりと北欧を訪ね、紅葉ならぬ黄葉をながめてきた。黄葉は美しかった。気温は思ったより暖かだったが、今頃は寒さがきびしく、葉の落ちた森林にも、雪が舞っていることだろう。東京では、12月に入っても、暖かい日が続いていた。並木の銀杏はいつまでも熟れない葉をつけていたが、12月の中頃、ある日、あたかも風に舞う桜の花びらのように、銀杏の葉が散り急ぎ、道路のあちこちに吹きだまりができた。それから数日の間に、葉はなくなり、空が広くなった。その頃、首都圏周辺のスキー場に、やっと本格的な雪が降った。それにしても、この冬は暖かく、春の訪づれも早いらしい。(平石)

海外社会保障情報 No. 40

昭和52年12月28日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞が関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社03(564)0338