

定額年金を目指す改革は、必然的な結果としてきわめて重い支出も伴なう。

一般的な年金年齢を引下げる要求が主張され、それはしばしば年金制度の発達と関連して行なわれてきた。これに関連して、65歳というフィンランドの法定年金年齢は、北欧諸国で最低であるという事実について、説明が行なわれている。年金年齢の全般的な引下げはきわめて大きな費用をもたらすことにもなり、もし仮りに年金年齢が5歳引下げられるならば、概算では、賃金の2%から5%が必要になる。さらに、年金の水準は所得水準と比較して、相対的に低い。他方、失業の状況とより低下した労働能力の例は、現在の法令に含まれた失業・廃疾年金によってすでに容認されている。したがって、全般的な年金年齢を引下げる議論は延期されるべきである。

主婦の社会保障は人びとの注意を引きつけてきた。多数の例では、すでに達成した生活水準の維持を目指す夫の年金は、かれが働いているときにかれの収入が行っていたと同様な方法で、主婦に対する保護をカバーする。さらに、主婦の実質的な年金は、夫の死亡後に、かの女の生計を保証する遺族年金である。しかし、主婦の社会保障には、若干の相違がある。たとえば、そのような相違は家族が減ってしまい、世帯中で唯一の稼ぎ手であった夫が労働不能になってしまったときに、主婦に対して、仕事が発見できない例のときに指摘される。現在の年金制度は、そのような例になんらの援助も提供しない。したがって、国民年金と雇用年金の制度により、稼得活動をしていた被用者が失業年金を受給しているのと同様の方法で、主婦に失業年金の支払いを開始するのが適切であろう。幼児を世話しなければならない主婦は、完全な雇用年金を取得する機会を得るために、賃金を取得する労働に数年間従事しなければならないかも知れないという点にも、注意が払われてきた。この異常な事例を救済するために、収入を得る労働から離れているときに、雇用年金にある特殊な補足を加えることが提案されてきた。

Sociaalivakuutuksen kiireelliset undistukset 1970-luvun lopulla, Tröeläke, No.3, 1974, pp.10-17; No.5 '74/75.

何時まで入院できるか？

Arno Surminski (西ドイツ)

本稿には、将来西ドイツの病院医療費に生ずる途方もなく大きな増大を、如何にしてカバーすることができるかという問題の検討が論述されている。

初期段階の時代における状態に対比すれば、公的医療保険制度の病院医療にかんする支出は、一般的な医療の支出の規模に迫っている。この「爆発的な費用の膨張」の主要な理由は、職員を配置することによって生じた費用の増大に発見されるべきである。今日では、いずれの医師も、また、いずれの看護担当者も、以前の例よりも事実上ではより少ない患者を世話している。そして、現在では、病院の支出のうち70%は、職員の費用で占められている。

費用に影響を与える最も重要な要素の1つは、入院の期間である。西ドイツにおける入院の平均的な期間は、ヨーロッパで最高ではないが、しかし、アメリカの2倍より長い。アメリカでは、治療に偶然性をもつ緊急の段階に用いられ、入院患者の医療ができるだけ早く外来医療に移されるので、入院患者の医療は経過的な部分を担当するものと考えられている。

しかし、西ドイツでは、開業医は患者を病院に差し向けて、患者がほとんど完全に回復するまで、開業医は再び患者を見ることがない。当然ながら、アメ

リカにおける入院の平均的な期間がより短いということは、現行の疾病保険が患者の一部負担にもとづいて実施され、患者の負担する割合が入院している期間の長さとともに増えるという事実からも影響をうけている。しかし、西ドイツの環境では、健康保険の領域に対して供給と需要の法則を広げることが、反社会的であると考えられ、したがって、容認されない。

入院期間の長さをコントロールされた状態にし、かつそれによって病院の費用をコントロールされた状態にするある手段は、費用を考慮した価格経済の原則に応じた病院の経営とその再編成にとって、ある完全な合理化をもたらさだろう。最も近代的なタイプの医療処置と、ある理想的な方式としてしばしば提供されている疾病治療の伝統的な概念を組み合わせることは、今日では、費用の理由から取上げるのはもはや望ましいものではない。将来の病院では、唯一の目的はできるだけ早く最新の医学的な手段を用いて、病気の人びとの身体の治療に効果を与えることである。治療の看護と心理学的な要素はできるだけ病院の外で提供されるだろう。公的な福祉サービス、居住用のホーム、外来診療所、および患者の家族自身は、病院よりもより一層安くこれらの諸要素を提供できるだろう。

筆者の考える予想は病院医療に対する補償率の引下げを採用することである。これは比較的長期間にわたって患者を病院に入院させることによって、初期段階の治療に要する高い費用を償おうとする傾向を打消すことになるかも知れない。幾つかの病院によって行なわれた多くの役割が、ある単一の施設に移すことができないかどうかということも考えられる。

アメリカの経験と療後診療所による実験も借りることができる。西ドイツの経験によれば、全患者のうちほぼ半数は療後診療所に移すことができた。この療後診療所は患者が医学的な監督を受けるが、しかし、病院の性格よりも休養

の施設の性格をより多くもっている施設である。しかし、利用可能な資源から職員を配置される場合においてのみ、この仕組みは費用を考慮した価格経済の観点だけからみた満足すべき結果を与えることができる。

本稿に示された提案は、社会的保護の分野における病院の役割を軽くするように考案されているが、包括的な社会福祉の下部構造が、病院体制の枠外に存在している場合にのみ、その提案は適用できるにすぎない。

Die Ersatzkasse, No.2, 1974, pp.60-65; No.34, '74/75.

年金の購買力維持の問題

Prof. Dr. Bruno Molitor (西ドイツ)

本稿には、年金の購買力維持にかんする論争が論述されており、現在の激しいインフレーションの結果として、その論争は急に再び現われてきた。

所得の少ない人びとは激しいインフレーションで不利益を蒙り、大部分の年金受給者はこのカテゴリーに入る。「動態的」年金の基本原則が1957年に初めて導入されたとき、その決定は年金を物価指数よりもむしろ賃金指数にリンクさせるように慎重に考慮されていた。このような選択をした目的は、年金受給者の老齢全期間に、かれらが改善された生産性による諸給付と所得水準の上昇で得られる分け前を、多少とも自動的に与えられるということを保証することであった。同時に、賃金の動きに対して年金を自動的にリンクさせることは、政治的な論議を経て行なわれた年金調整の問題を解消した。しかし、年金は(最近の数カ月間における所得水準の変化よりもむしろ)直前3年間を平均