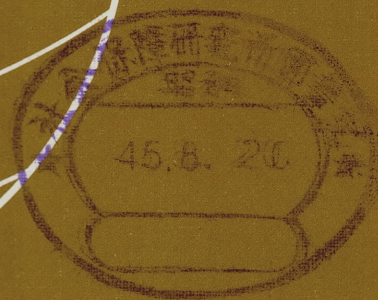
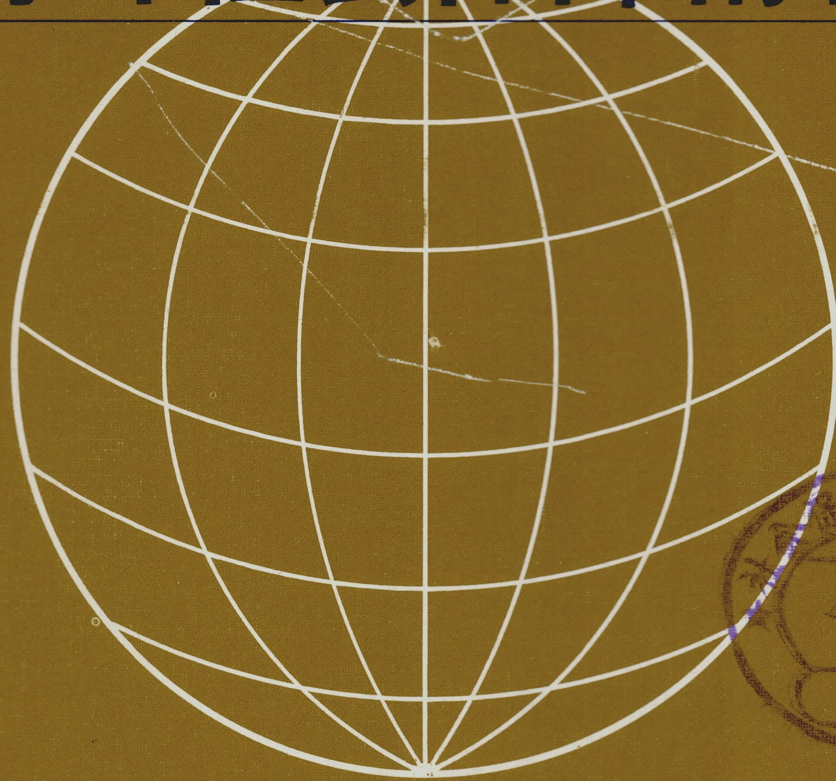


# 海外社会保障情報 No. 11

JULY 1970



社会保障研究所

## 社会報告と社会予算を 閣議で承認

(西ドイツ)



連邦政府は4月16日、1969—70年の社会予算と共に社会報告を承認した。

社会報告は Arendt 労相が今後実現しようとしている一連の社会政策を掲げており、これには職業教育の改善と流動的定年制の導入に最重点を置くこととしている。Arendt の言うところでは、社会政策の強化は経済の今後の成長にまつが、しかし社会政策そのものは成長を妨げるものではなく、むしろ生産的社会給付に重点がおかれる、としている。

社会予算は1968—1973年の5カ年間の数字を掲げている。現行の規定を基礎にすると、社会給付は1973年までに45.3%、社会生産は

46.1%上昇する。1970—1973年の間に社会給付の増加率は社会生産のそれを僅かに凌駕するが、この結果、社会生産と社会給付額の関係を示す社会給付率は今後はそれほど上がらず、1969年から73年までに18.3%から18.9%になる。これは1967年には19.4%であった。このように社会給付率の低下したのは、社会給付の伸びが緩やかなためでなく、過去2年間の経済成長が急速であったためである。Arendt の見解によれば、今後も期待される高い成長のため、社会政策における「今日の決定の余地」は、1968年の社会予算で考えられたほど狭いものではない。勤労者の純所得

は1973年まで実質で毎年4ないし5%上昇しよう。これは1年前には3ないし4%と見られていたのである。

公務員給付と補償給付を含めて一切の公的社会給付を総括すると、1973年に社会保障のため約1,460億マルク支出される。このうち年金保険が約600億マルク、疾病保険が310億マルクを占める。1968年には支出総計1,000億マルクであり、1963年には620億マルクであった。これに雇用主給付、特に賃金継続支払い(有給病休制)の費用と企業付加年金への支出、及び租税上の特典による間接的社会給付を計算に入れると、1973年の社会保障の総費用は、新たな法制がなくとも約1,800億マルクに達する。

一方 Arendt は今後の計画として広汎なプログラムを提示した。それは今年度のものでなく、差当っては社会政策的配慮の輪廓にとどまるもので、計画の細部は示されていない。この内容はほぼ次のようなものである。

連邦職業安定所の職業促進措置の強化。これには1970年14億マルクを準備する。職業調査を行ない、労働市場の需給に関する予測作

業を検討する。全勤労者を包括した広汎な就業統計を備える。労働市場政策は特に農業と鉱業の構造問題に注目する。高齢就業者に生産的職業と職業再教育を行なうモデル施設の設置を労相は考えている。婦人のパートタイム就業を特に促進する。教育休暇制の導入の法案もまた検討する。

すべての身心障害者を労働的環境および社会に復帰せしめるための、積極的なりハビリテーション・プログラムを進める。

固定的な老齢限度の緩和を労相は考えており、可動的な年齢限度のモデルを労働省で作成している。

連邦政府は企業の老齢保護の改善を計っており、就業所の変更とか事業所が支払い不能になった時に年金請求権が消滅しないようにする。現在保障のない自営業者グループは年金保険に組入れ、自営農民は疾病保険に組入れ。また農地放棄年金は増額する。

疾病保険改正については、所得限度すなわち強制加入限度と拠出測定限度の上昇とスライド化を行ない、疾病予防手当を定める。その他の改正点は近日中に開く専門委員会の検

討に委ねる。

社会予算で注目すべき点は、従来部門別の区分であったものを機能別としたことで、つまり給付は現在制度別になっているのを目的別にまとめ、疾病、廃疾、死亡、労働、老齢、家族、住宅に対する給付は、給付の原因、受給者、および給付の性質別に区分されることとなる。予算をこの点からみると、社会保障制度における所得給付（再分配）が大きな役割をもち、これに対し社会給付部分は

僅かに下がって、1963年の83.8%から1973年は79%となる。また給付を人口構造からみると、老齢者数が児童数よりかなり増え、家族給付が減り、他方年金給付が増えることとなる。

*Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 17, April, 1970.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 再燃した社会保障改革論

—社会給付委員会提案をめぐって—

(フランス)



### 今後5年間の財政見通し

フランスが社会保障改革を実施したのはちょうど3年前の1967年夏であった(本誌 No.1

参照)。ところが改革の主たる眼目であった財政均衡は、正味2年足らずで再び危機に瀕している(別表参照)。1967年の改革がその名に値しない単なる“上塗り”であったと称され

る所以である。

たまたまフランスでは現在、来年度から始まる第6次5カ年計画の立案中であり、その一翼を担う社会給付委員会は、さっそくこの問題を検討し、このほど、その提案をまとめた。提案内容はさておき、まず、その前提となった各制度別財政の見通しを、眺めることにする。

財政不均衡の最大の原因である疾病部門では、法制が現状のまま推移すれば第6次5カ年計画の期間における給付上昇率は61.5%となり、その結果、最終年である1975年における赤字額は116億に上る。

従来ほぼ均衡を保っていた老齢年金部門も、1975年までの給付上昇率を42%として40億の不足となる見込みである。

家族手当部門のみは、相変わらず健全財政を続け、1975年までに、57億の黒字を出す見込みである。ただし、手当の上昇率は14%にすぎない。

以上の結果、一般制度全体で1971年から1975年までの5年間で給付費の上昇率は43%となり、収入の伸びは36%にとどまる。赤字

の幅は制度間調整を行なわなければ156億、調整を許したとしても100億に上る。社会相は赤字の予測を200億ないし250億としているが、これは上に述べた100億に、特殊制度（農業者、鉱夫等の制度）に関する国庫負担約120億を加え、さらに政府が予定している老齢年金最低額の引上げに要する経費30億を加えたものである。このほか自営業者制度についても約10億ほどの赤字が予測されている。

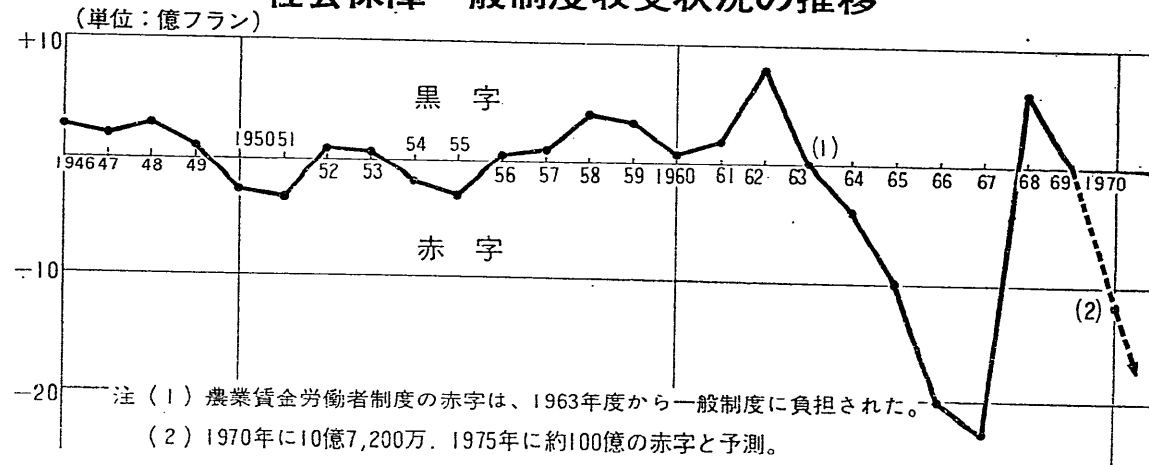
#### 社会給付委員会の提案

以上の見通しをもとに、社会給付委員会は次のような提案を行なっている。つまり、①

疾病保険に関する拠金の上限引上げ、②家族手当制度の剰余金を老齢年金制度へ転移（制度間調整）、③若干の経費の国庫負担、④医療部門の節減。

これらの提案がまとめられる過程で、社会保障財政の均衡をはかるための解決策として提起された案は次の5つの型に分けることができる。1. 負担の転移 2. 給付の削減または改変 3. 被保険者の負担増による増収 4. 医療機構の構造的改革による節減 5. いわゆる《不当な負担》に関する是正（国庫負担）。これらの解決策をさらに要約すれば、次の2通りになる。つまり給付の上昇率を増

### 社会保障一般制度収支状況の推移



収率に見合うようにきりつめるか、それとも給付の延びは自然なリズムに任せ、それに応じた増収をはかるかのいずれかである。

社会給付委員会のメンバーは、使用者代表を含み全員一致で、社会保障の給付率を現状以下に切り下げるのは不可能であることを認めた。とくに問題となる医療給付の大幅削減は、1967年の改革が引き起こした激しい反撥に鑑みても考えられない。それにフランスの医療給付率は他のヨーロッパ諸国と比べて低いとはいわないまでも、だいたい類似しているだけに、国際的な見地からも切下げはあり得ない。したがって、残された解決策は、新財源の確保か、あるいは、給付を切下げないで、その節減以外にない。以下提起された5つの解決策につき、順を追って、その問題点を拾ってみよう。

#### 高齢者への優先策

第1の解決策としてあげられているのは負担の転移、つまり制度間調整である。1967年の社会保障改革令が、疾病、老齢、家族手当の3制度を明確に区分し、おのおのの財政的自

治を宣言し、制度間調整を禁じたのは周知の事実である。社会給付委員会はこの方針に反して、家族手当制度の剰余財源を老齢年金制度へ回すことを提案している。それは次のような理由による。フランスではここ30年来、疾病保険と家族手当に優先権が与えられており、この2制度に割当てられる財源率はヨーロッパ諸国の中で最も高い。その反面、高齢者にあてられる社会保障費は、下表に示すとおり西ドイツと比べるとずっと低い。事実フランスでは、1日8フランないし12フランの収入しかない老人の数が200万以上もいるといわれる。以上の点からすれば、家族手当か

フランスと西独の社会保障費制度別構成比（1966年度対国民所得比）

	フランス	西 独
老 令 年 金	4.8%	9.1%
疾 病 保 険	4.9%	5.1%
労 働 災 害	1.3%	1.0%
家 族 手 当	4.0%	0.8%
計	15 %	16 %

ら老齢年金への移転に関する限りでは、制度間調整は合理的だと思われる。しかし家族手当関係者は、家族給付の購買力は過去10年来低下する一方である事実をあげ、給付率の引上げを要求している。他方、人口問題の専門家の中にも、人口再生産率が規則的に低下している現時点ではこのような制度間調整には反対するという声もある。

政府筋でも老令年金の改善を優先させる必要性が認められているが、それと同時にとくに低所得世帯に対しては家族給付を増額させる必要があることも認められている。そこで具体的な措置としては次のようなことが考えられている。1 老齢年金最低額を最低賃金の50%に引上げる（現行38%） 2 年金算定方式の改善 3 寡婦に対する扶助率の改善。以上の措置に要する経費は1975年までに約35億フランであるが、これには家族手当剰余財源をあてる。他方、家族手当に関しては、給付総額はそのまま固定化する一方、単一賃金手当額に世帯収入に応じた格差を設け、低所得世帯を厚遇する。また家族手当を所得税課税対象収入に算入することにより、所得再分配効

果を強化する。この措置は1975年で約14億の税の増収をもたらすものと思われる。

### 一部負担の引上げ

解決策の第2は給付の削減、つまり疾病保険給付率の引下げである。まず考えられた方式は、軽い疾病に対する償還率を大幅に引下げようとするものである。この案は政治的に見ても実現不可能である。そのことは先の自営業者疾病保険制度改正の際、当事者たちが示した激しい反撥によってすでに実証されている。かりに強力な政治力で実現し得たとしても、この措置は正しいとはいえず、また効果的でもない。なぜなら軽い疾病の場合でも、数多くの低所得世帯にとっては、その治療費は家計に甚大な影響を及ぼすからである。また軽い疾病に要する保障費の全体に占める割合は次第に低下しており、1950年の30%に対し1967年では23%になっていることを考え併せるとその節減効果はほとんど期待できない。逆に軽い疾病に対する保障があることによって生ずる目に見えない疾病予防効果は測り知れない。以上のような理由からこの

方式は取下げられ、社会給付委員会はもう一つの方式を検討した。それは患者一部負担率に、所得額に応じた格差を設ける方式である。例えば世帯収入が拠出対象賃金上限額を上回る者については、現行法制により100%償還を受ける重症患者については10%の一部負担を設け、すでに一部負担を課されている者についてもさらに負担率を10%引上げる。この措置によってもたらされる節減は約12億以上になるものと予想される。しかし、この案は、おそらく政治的な理由によって否決された。

### 拠金上限の引上げ

どのような方式によるにせよ給付率の削減は考えられないとすれば、残るのは第3番の解決策として提示された増収である。しかし、低賃金労働者の現行拠出率と、企業の国際競争力を考慮する限りでは、拠出率そのものを現在以上に引上げることは不可能である。他方、拠出対象賃金以上の所得を得ている高給者については、社会保障に対するその寄与率をもっと引上げるべきである。それは

次の2つの論拠から正当化される。第1に指摘されるのは、1946年7月1日から1970年1月1日までの拠出対象賃金上限の引上げ率（年額12万旧フランから18万旧フラン＝1万8,000新フラン）は、賃金上昇率より低いことである。1948年8月23日の法律によれば、拠出対象賃金年額の上限はパリ地区金属労働者の1時間当賃金の6,000倍と定められていたが、1970年現在のそれは、平均賃金4.23フランスの6,000倍である2万5,380フランではなく1万8,000フランである。その結果、所得がこの上限を超える労働者の数は明らかにふえており、1946年には全労働者の9%にすぎなかったのに対し、今日では21%に及んでいる。

次にあげられる論拠は、高い所得を有する被保険者はその賃金の一部しか拠出の対象とされていないのに、彼らの医療給付費は明らかに平均を上回っている事実である。すなわち彼らに対する医療給付費は、1968年で入院費を除き1人当610フランであり、全被保険者平均額480フランを27%も超過している。また別の調査によると、高給者の平均受診件数は年間4.43であるのに対し、一般労働者は

平均3.48しか受診していない。

計画本部に所属するエブラル夫人がごく最近発表した研究によると、上級職員と一般労働者の報酬格差は4対1であるが、社会保障による再分配が行なわれた後でもこの格差は3.2対1になるだけである。

以上のような理由から、少なくとも次のような措置をとることはきわめて当然だと思われる。拠出対象賃金の上限を少なくとも初級職長の賃金水準まで引上げること。または疾病保険の拠金の少なくとも一部につき上限を撤廃すること。しかし0.1の上限撤廃に対し1975年度で5億フランの増収にしかならないことを考慮すると、かりに全面的な上限撤廃が実現したとしても、この措置だけでは、1975年度における疾病保険財政の赤字を解消することはできない。

したがってこの他に、第4および第5の解決策である医療供給機構の抜本的な改革ならびに国庫負担の問題が考慮される必要がある。第4の解決策に関し最も重要な論点は、医療の需要者は社会化され強制化された機構に組み入れられているのに対し、供給側はほ

とんど自由放任の資本主義的機構にとどまっている事実である。この両者のよりよい調和をはかるには、診療報酬制の改革と製薬業、薬局の体制改善がその鍵となる。

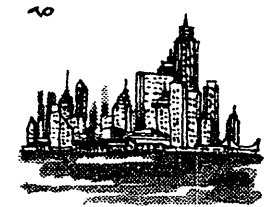
第5の国庫負担に関しては、社会保障給付費の上昇率は賃金上昇率をはるかに上回っていることを考え併せると、長期的に見て社会保障財源を賃金労働者の拠金のみによってま

かなうことは無理であり、その財源をさらに広い国民層に求める必要がある事実を認識しなければならない。

*Le Monde*; 1970-3.3, 3.4, 3.5

(平山 卓 国立国会図書館)

## 公的扶助制度改正法案 難航す



(アメリカ)

昨年8月8日のテレビ演説と11日の議会へのメッセージで発表された「現行社会福祉制度の大改革」に関するニクソン大統領の提案は、その後政府起草により「1935年社会保障法 the Social Security Act of 1935」の改正法案として10月15日に下院歳入委員会に提出

されたのであった。この法案の柱は大統領提案中の現行公的扶助制度の全面改正である。法案起草の段階で大統領提案の内容は若干修正されたが、さらに下院歳入委員会で多少の修正が加えられ、現在上院財政委員会の審議が展開中である。しかし当初の予想に反して

上院での審議は「家族扶助計画 Family Assistance Plan」をめぐる難航しており、法案はふりだしに戻って検討される気配が濃厚となった。

だが中間選挙への政治的配慮等の理由から、与野党とも貧困家庭に対する所得保証 guaranteed income という進歩的な構想には真正面から反対することもできず、法案の成行きは各界から注目されている。そこで今回は、昨年の大統領提案の現在にいたるまでの経過を紹介しよう。

#### 家族扶助提案 Family Assistance Plan

昨夏ニクソン大統領は、州によって不公平な現行公的扶助制度を廃止し、公的扶助支出に関する州の重い負担を軽減せしめ、より多くの貧困者に対する最低扶助基準を設置し、職業訓練およびその他の就労奨励プログラムに被扶助者を参加させることで貧困から彼ら自身が抜け出ることを助成する等を内容とする現行公的扶助制度の全面改正を提案した（本誌第8号参照）。

この改正提案によれば、現行AFDCは家

族扶助計画という新プログラムにとって代られることになる。家族扶助計画の適用対象は要保護児童をもつ母親、父親が失業している家庭および働く貧困者 Working Poor 等である。年収720ドル以下の4人家族世帯では家族扶助計画により連邦最低扶助基準額である年額1,600ドルの給付をうけ、収入のない家庭の場合はさらに800ドル相当の食糧スタンプをうけられる。1,600ドルの内訳は家族2人につきそれぞれ500ドル、残りの者1人につき300ドルとなっている。年収720ドルまでは扶助は削減されないが、収入が720ドルをこえる分については、収入2ドルにつき扶助1ドル削減の方式がもち込まれる。そして4人家族世帯で年収3,920ドルに達したとき、扶助は打ち切られるのである。この場合、家族扶助計画の必要経費いっさいを連邦が負担するが、州は連邦の給付額に付加給付することができる。

この方式により、現在の州による給付額の甚だしい不公平を緩和しようとするものであり、この不公平とは例示すれば、昨年7月現在でアラバマ州の連邦・州のAFDC給付額

は4人家族世帯で月額81ドルであり、ニューヨーク州では313ドルという具合である。新しい連邦最低扶助基準額の1,600ドル以下を現在給付しているのは南部の8州のみで、他の42州は1,600ドルをはるかに上廻っている。最低扶助基準額の1,600ドルを連邦が負担することによって、全州が現行方式による負担を軽減できることが期待されている。すなわち現在1,600ドルを上廻る扶助額を支給している州は少なくとも10%、1,600ドルを下廻る扶助額を支給している州は50%の軽減が見込まれる。

ところで、この家族扶助を適用される貧困者数であるが、国勢調査局による推計では全米で2,540万人としている。このうち1,070万人は児童で他の460万人は成人である。都市部における貧困者数は1,290万人で残りは郡部におけるものとなっている。また全体の3分の1は黒人である。1961年当時には貧困者数の半数以上が黒人であった。彼らは当時よりも収入状態は良くなったが、1968年時における彼らの平均所得は、白人の平均所得の約60%にしかすぎない（黒人5,400ドルに対し



白人8,900ドル)。現在の貧困基準は都市部の4人家族世帯で年収3,600ドル、農業世帯で3,000ドルであり、全貧困者を対象とする家族扶助計画にもとづけば、現行の公的扶助適用数の約1,000万人から2,540万人に増加するのである。そして年間経費は約125億ドルを必要とするであろう（現在は約100億ドル）。その結果、連邦負担のみで年間66億ドルになる（現在32億ドル）。

この龐大な負担を現財政でまかなうことはとうてい無理であると考えた下院歳入委員長のウィルバーD・ミルズは、公的扶助制度の改正法案と社会保障年金（OASDHI）の改正法案との公聴会を同時に開催することによって、国民の関心を社会保障年金の引き上げに集中させ、公的扶助改正法案の審議をできるだけ遅延させようとした。この態度を怒った政府は1月13日にナショナル・プレス・クラブで保健・教育・福祉省のフィンチ長官が議会を攻撃する演説を行なう等の圧力をかけた。そこでやむなく下院歳入委員会は公的扶助改正の政府原案に若干の修正を加えただけで2月26日に可決せざるをえなかったのである。

### 議会審議における批判

提案当時多くの称賛をえた家族扶助計画は、その後の議会審議において種々の批判をうけている。批判の一つは、家族扶助計画では貧困者を貧困から救い出すこともできず、龐大な公的扶助の負担から州を救い出すこともできない、というのである。なぜならば連邦最低扶助基準額の1,600ドルは貧困家庭に相当な生活水準を提供する額としては非常に不適当なものであるからで、800ドル相当の食糧スタンプを付加給付されたとしても4人家族世帯はわずかに年2,400ドルのみで生活しなければならず、これは連邦貧困基準以下の生活でしかない。

オクラホマ州選出のFred R. Harris 民主党上院議員も、家族扶助計画では現行AFDC被扶助者の80%以上に現行額を下廻る扶助額を支給することになり「このように低い扶助基準では貧困から救い出すかわりによりいっそう悲惨な貧困を強制することになる」と批判している。ニューヨーク州のロックフェラー知事も、ニューヨーク州のように現行

扶助額がきわめて高い州の被扶助者は、家族扶助計画に切りかえられることで事実上罰をうけるようなものだと言った。

下院審議の際、ジョージア州選出のPhil M. Landrum（民主党）議員は「われわれはより慎重に法案審議をしなければならない。怠惰な者と就労している者とを問わず貧困家庭全体に最低所得を保証することは正しい方法であろうか」と法案の根本的再検討を促した。ミルズ下院歳入委員長は、被扶助者が就職すると扶助額が収入の程度に応じて削減される制度について「被扶助者の就労意欲を妨害する最大の原因」であるとして、なんらかの改革を要求したのであった。

しかし、前述したとおり政治的理由等から下院歳入委員会は、若干の修正を加えたのみで原案を可決し、本会議でも243対155票でもってさる4月16日に可決されたのである。なお下院での修正で貧困な老人、盲人、障害者扶助は増額され、州はこれらの該当者にそれぞれ月額110ドルを扶助するが、その110ドルのうち65ドルまではその90%を、残額については25%を連邦が支出することになった。

さて下院を通過した法案は、上院財政委員会の審議に付されることになったが、上院ではこれより以前に民主党議員達が公的扶助制度改革について党提案を行なっているので紹介する。

フィンチ長官が議会審議に圧力をかける演説を行なった直後、上院民主党の Fred R. Harris 議員と George McGovern (サウス・ダコタ州選出) 議員は、大統領提案より高い扶助額を必要とする法案をそれぞれ提出した。Harris 議員の「National Basic Income and Incentive Act」法案は、公的扶助の経費を全額連邦負担にすること。標準 4 人家族世帯に対する連邦最低扶助基準額は年額 3,600 ドルで、収入のある場合は収入が 6,300 ドルに達したとき扶助は完全に打ち切られる、等が主内容である。

McGovern 議員による「Human Security Plan」法案は、四部分からなっている。つまり児童手当プログラム、職業保証プログラム、老人および障害者に対する扶助増額プログラム、その他プログラムでカバーされない者に対する特別公的扶助プログラムである。

このうちの児童手当プログラムについては、貧困者のみならず全家庭が児童 1 人につき月額 50 ドルから 65 ドルまでの手当をうけることを提案している。

大統領提案の家族扶助計画にもとづけば、少なくとも現行制度下での連邦支出額の 40 億ドルにさらに 45 億ドルから 55 億ドルを要することになるが、Harris 法案では当初に約 70 億ドル、完全実施の時に約 200 億ドルを要し、McGovern 法案でも Harris 法案同様に連邦支出の大負担を招くもので現財政で実現不可能である。

公的扶助改正法案が最初に議会に付託された昨秋の時点では、最大最強の反対者は下院歳入委員会とミルズ委員長であった。だが結局のところ党利党略のため彼は意を屈して法案を可決してしまったのであった。次に付託された上院財政委員会での可決は容易なものと思われていたが、意外なことに上院での審議は難航し、法案は徹底的再検討を要求される段階まできている。

下院でも問題になったように、家族扶助計画の最大の問題点は上院においても「怠惰な

者と就労している者とにかかわらず貧困家庭に対する同等の連邦扶助」という点であった。ラッセル・ロング上院財政委員長はこの点に関してミルズ委員長よりもはるかに難色を示している。上院委員会の公聴会においてデラウェア州選出の John J. Williams (共和党) 議員は政府に対し、医療扶助プログラム、公共住宅プログラムおよび食糧スタンプ・プログラムのごとき貧困者に対する諸プログラムと家族扶助計画とがどのように関連づけられて検討されたかを示す資料を要求した。そしてフィンチ長官の提出した回答資料は家族扶助計画についての委員会の同意を喪失せしめるものであったという。これは同資料中、現行公的扶助制度下における就労奨励プログラムで貧困者の就労意欲を積極的に促進した証拠がほとんどなかったことで、委員会のメンバーは家族扶助計画も就労奨励を基盤とする点で懸念する気配が濃厚となった。だが、この被扶助者の惰落に早くから気付いていたからこそフィンチ長官はより強力な就労奨励プログラムの樹立を検討して、結局家族扶助計画の提案となったのであった。

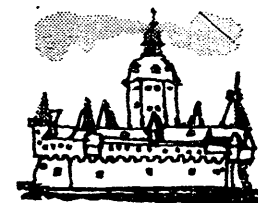
当初、法案は上院を通過すれば、7月頃には法律を公布し、1971年7月より実施の予定であったが、上院委員会での審議がことのほか手間どっている現状であるため、事態がどのように展開するかが危ぶまれている。いずれにせよ与野党とも政治的配慮と、貧困者の要求が高まる「暑い長い夏」を控えて法案可決は回避されないであろうが、問題はその修正である。医療扶助プログラム等の他の貧困者向けプログラムとの関連で家族扶助計画を完全実施するためには少なくとも数年間の整理検討期間が必要だともいわれる。肝要なことは、いたずらに選挙のための人気とり政策を無責任に押し出すことをやめて、実質的な面での検討を進めることであろう。ともあれ、このアメリカの画期的な所得保証政策はアメリカ国民のみならず世界の関心事であるに相違ない。

*Congressional Quarterly Weekly Review, U. S. News & World Report, Christian Science Monitor, New York Times Weekly Review.*

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 貧困家族対策の強化

(イギリス)



積極的な貧困家庭対策キャンペーンを展開している貧困児童対策グループ Child Poverty Action Group は、すでにこれまでも再三にわたって労働党政権下の貧困対策を批判し積極的施策を要望する申入れを政府に対して行ってきたが、5月23日、クロスマン社会サービス相に家族手当の大幅引上げを要求する書簡を送り、間近かに迫っている総選挙運動の一環として「貧困対策宣言」を準備しているといわれる。同グループは、チトマス教授やエーブル・スミス教授らとともに世界的に著名な英国の社会保障学者であり労働党の社会政策面でのブレインとして大きな役割を果たしているタウンゼント教授を中心とする主として進歩的学者グループから構成され、社会的

にも大きな影響力をもっている。

以下は、同グループが投書の形式で「ザ・タイムズ」紙に掲載した政府に対する公開質問書と下院議員グループの回答である。

### 家族手当引上げの予算措置を

われわれは、社会政策に関心をもつ専門家グループである。われわれは、現政府が1964年に政権の座についた当時に比し現在ますます貧しさの度を加えている低所得家庭に対し、今年度予算において特別な優先順位を与える必要性について注意を喚起したい。

過去数年間の失業は戦後の新記録を作った。物価・所得政策は低賃金所得者の賃上げ要求抑制に大きな影響を与えてきた。1964年

以来、生活費は25%上昇し、国民保険拠出は50%上昇した。第4子以後の児童に対する無償学校給食は廃止された。この制度は、貧困家庭の減少をねらいとした政府の1967年パッケージ・ディールの2つの思いやりのある施策のうちの1つであったが、4月には、学校給食の費用は75%上がった。セコンダリイ・スクールの無償ミルク制度は、平価切下げ後に廃止された。処方箋料が、以前よりも高いレベルで再導入された。以上、すべての諸施策が貧困者の生活水準に、不利な影響を与えてきた。

家族手当は引上げられてきたが、政府は、もっぱら、資産調査によって受給資格を得る者に対してのみ、給付を支給することによって、最も貧しい人々を年余の物価上昇から守ることに努めてきた。しかし、多くの貧困家庭は、このような扶助による申請を嫌いつつある。

貧困家庭に生活の資を与える一つの有効な方法は、今年度予算において児童手当を大幅に引上げることである。その引上げは、児童に対する税控除にクロー・バック (clow-back

原則(註)を拡張することによって選別することが可能である。

この方法によって、実質所得を減らさないで、標準税率納税者から増えた利益分をとり返す。

家族手当をきわめて近い将来に引上げるべしとする理由として、そのほかに2つの重要な理由がある。第1に、父親が働いている家庭に対して支給される家族手当は失業した場合には補助手当から差し引かれるので、「疑似失業者」の問題に関する最も有効でヒューメインな方法である。第2に、本年度予算において家族手当を引上げるとは、「貧困者を平価切下げの被害者とはしないと」する首相のまだ履行していない公約を果す最も当を得た方策であろう。

Frank Field, Director, Child Poverty Action Group.

Petter Callison, Newcastle University.

J. B. Cullingwarth, Birmingham University.

David Donnison, Center of Environmental Studies.

A. R. Emarson, University of East Anglia.

Ronald Frankenberg, University of Keele.

Paul Halmous, University of Wales.

3月2日

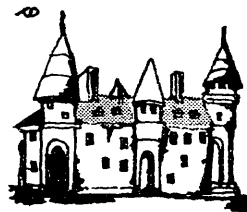
(註) 家族手当は所得に関係なく権利としてうけられる Universal な給付である。比較的裕福な家庭に対する児童の税控除を引下げることによって家族手当の引上げ分を差し引く原則をいうもので、これにより低所得家庭にのみ家族手当引上げの実質的利益をうけさせるようにする。別称を "civilized selectivity" または "give and take" 原則ともいう。

(田中 寿 国立国会図書館)

# 家族手当引上げ論に答えて

(下院の労働党議員より)

(イギリス)



3月2日付けの Frank Field 氏その他諸氏による投書における家族手当引上げ論について異論を存するものではないが、その論拠についてはわれわれの論拠と一致するものではない。諸氏の議論は、多くの妥当な事実をオミットすることによって、「現在、低所得家庭は、現政府が1964年に政権についた当時よりも相対的に貧しさを加えている」という驚くべき結論を導いている。われわれは、以下に諸氏が見のがしておられる若干の事実を列挙する。

(1) 1964年以来、生活費は24%上昇している。しかし、1964年以来、勤労所得は38%上昇し国民保険給付は48%上昇している事実をあげないのはなぜか？

(2) 「第4子以後の無償学校給食が廃止さ

れた」総数にして約60万の児童が(1964年の約30万人に比して)、現在、無償学校給食をうけている事実を無視しているのはなぜか。

(3) 「処方箋料が以前よりも高水準で再導入された」。しかし、児童、老人、補助給付受給者および低所得者、妊産婦ならびに一定の長期療養患者に対する適用除外措置により、処方箋交付総数の半数が支払い免除者に対するものである。1964年にはすべての人が処方箋料を払わねばならなかった。低所得者は払い戻しを請求することができたが、実際の払い戻し件数は処方箋交付総数の約12%のみにとどまった。

(4) 「多くの貧困家庭はニード・テストによる保護申請を嫌悪している」。現実には「慈善」ではなく「受給権」としての補助年

金および補助手当の導入結果として、国民扶助の時代よりも60万人多くの人々が補助給付をうけている。

諸氏は、補助給付基準が引上げられてきていること、老人と失業者の所得比例給付の導入、寡婦への所得制限の廃止、および約100万の家庭が労働党による地方税償還制度の均てんをうけている事実を全く無視している。

家族手当のレベルは1964年以来2倍以上になっている。それは、税控除にクロー・バック原則を導入することによって低所得家庭に対しては特に手厚い措置を行なっている。

家族手当の引上げまたは多数のボーダーライン所得階層の免税点を上げる理由は確かにある。しかし、社会保障部門における政府の業績を諸氏のように選択的に示すことによって正当な理由をスポイルしようとするのはわれわれにとって甚だ残念なことである。

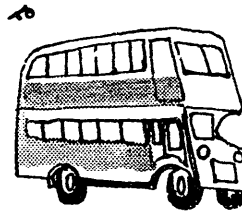
Douglas Haughton, Kenneth Marks, Peter Archer, George Lawson, Toe Ashton, T. Alec Jhones, Ted Leadbitter.

3月5日

(田中 寿 国立国会図書館)

## 国民保健サービスの 使用者拠出引上げ

(イギリス)



Ennals 保健社会保障大臣は、4月23日下院第2読会に「国民保健サービス拠出法案」National Health Service Contribution Bill を提出して、つぎのような提案理由の説明を行った。

「本法案は、均一定額の国民保健サービス拠出をアップ・ツウ・デイトにし、減少しつつある保健・福祉サービスの費用に充当する部分のテコ入れを図るものである。

均一定額システムをもってしては、その収入は毎年ほぼ横這いの状態である。しかし、拠出による収入は横這いでありながら保健・福祉サービスの費用は増加の一途をたどっている。

本法案は、平年で約5,300万ポンドの増収を図るために拠出を引上げんとするものである。しかし、これでも保健・福祉サービス費

用の増加の一部を相殺する程度のものにすぎない。

1960～61年においては、総額9億6,100万ポンドが保健・福祉サービスに支出された。昨年は19億7,300万ポンドで2倍以上の増加となっている。

使用者の負担増は、保健サービスによる使用者の利益を反映させるものである。生産の維持は労働に適し労働可能な労働力に依存する。もし国民保健サービスがなければ、使用者は自らサービスを提供しなければならない。拠出引上げは生活費に大いに影響すると憂慮されているようだが、その全額が労働コストに回されたとしても小売物価指数の0.1%にもあたらない。

受益者負担は、サービスの総費用の5%未満にとどめ、本法案による拠出引上げ分とあ

わせて総費用の約15%にとどめる。爾余の85%は中央および地方の税収にまつ。

本法案は、現在の週8ペンスの使用者拠出負担を1シリング8ペンスに引上げんとするものである。」

審議の要旨はつぎのとおりであった。

Lord Balniel (保守)、1961年に首相は「New statesman」誌において、「年をおって、保健サービスとその拠出は一般税収によるべしとする議論が強力になりつつある」とのべている。現在、政府は全く異なった道をとっており、一般税収による財源調達方式をとるところか均一定額拠出を引上げる方法をとっている。過去において、歴代の政府は産業の負担する拠出引上げについてはつねに慎重であった。その理由は、減税の見地あるいは産業への課税水準の低い社会においては、こうした配慮がなければ、拠出引上げにともなう物価上昇がもたらされることを、意味するからである。拠出引上げ分は、価格に付加されることになる。産業は負担が不可能となり、消費者に転化され、その結果、生活困窮層を苦しめることになる。

自由意志により保健に投資しうる追加的資源が存在するのに政府がそれを阻止するということは信じ難いことだ。もし人々が税のほかに民間健康保険に支払うことを希望するならば、これは奨励されるべきであり阻止されるべきではない。使用者拠出の引上げ分は処方箋料を廃止するのに必要とされる金額とほぼ同額である。これが総選挙を直前に控えた現在の金の行方である。

Shirley Summerskill (労働) 使用者拠出は9年間すえ置かれてきた。今回の引上げによってもまだ使用者負担は被用者拠出の約半分にしかならない。これは、他のほとんどのヨーロッパ諸国における使用者負担よりも少ないのである。

Pavitt (労働) 包括的保健サービスの財源調達方法の最も公平かつ適正な方途は国庫によるものである。使用者は、国民保健サービスという大変安い買物をしている。労働力を保全する国民保健サービスによって使用者は直接的な利益をうけている。

Maurice Macmillan (保守) 政府は、予算に多額に余裕があるのに、保健サービスの費

用を一般税収から賄う考え方を廃棄したのはなぜか。

O' Malley (保健・社会保障次官) 政府が望ましいと考えている計画に財源上の困難がある際、所得比例制度の導入を控えて、短期的な局面を考慮せざるをえない。使用者負担の修正は当然の要請である。使用者およびイギリス産業への最大の負担の一つは、傷病によ

り労働力が失われる日数である。保健サービスの改善により導かれるものは使用者をも保護することになるのである。

本法案は、237票対159票で第2読会を通過した。

*The Times.*

(田中 寿 国立国会図書館)

#### 社会保障こぼれ話

#### 社会的給付負担の平等待遇要求

—スウェーデン—

スウェーデンでは、この秋に予定されている賃金と俸給の団体交渉を前にして、労働組合総同盟の委員長 Arne Geijer が、賃金取得者と俸給取得者による社会的給付の負担について、平等待遇の要求を打ち出した。

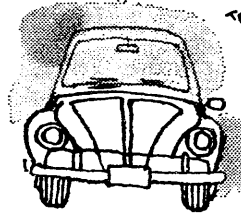
使用者連盟 S A F はこの問題を検討中であるが、Geijer の意見によれば、もし、団体交渉でこの要求が実現できなければ、そのときには、法律を設ける手段による問題の解決が、予定さ

れている。

現在、社会的給付の負担が税込みの賃金(年)に占める比率は、賃金労働者が21.4%であるのに、俸給取得者が31.0%となっており、両者の間には、ほぼ10%の開きが現われている。社会的給付の負担について、このような不平等が存在するのは、工業部門の俸給取得者に設けられている特殊な補足的年金で、かれらは、賃金取得者よりも8%以上の拠出を負担していることによるものといわれている。Geijer の発言は、賃金取得者と俸給取得者にみられるこのように不平等な負担を、除去しようとするものである。

(平石長久 社会保障研究所)

## 西ドイツの疾病保険改正



1969年7月に、「疾病保険の法規の改正に関する法律」——疾病保険改正法が成立し、同年8月1日から一部施行されたが（本誌 No. 9に紹介）、他は1970年1月1日から施行され、(1)現金給付算定基礎最高額の引上げ、(2)報酬継続支払の請求権のない場合の現金給付の支給、(3)処方箋手数料の引上げと免除、対象者の拡大、(4)医療給付の無請求に対する報奨金の支払、(5)職員および自営業者に対する強制加入報酬限度額の引上げ、(6)加入資格者の範囲の拡大、(7)保険料算定報酬最高額の引上げ、などが実施された。これらの改正のうち、おもなものの概要は次のとおりである。

### 給付算定基礎最高額の引上げ

強制加入報酬限度額および保険料算定報酬

最高額と同じように、現金給付の算定基礎最高額（基本賃金、基準賃金）も月990マルクから1,200マルクへ引上げられた。したがって、傷病手当、入院手当、出産手当および埋葬金の計算にあたっての算定基礎最高額は、1日あたり40マルク、1週日あたり46.67マルク、1就業日あたり56マルクとなった。

また、これと関連して、連邦援護法および補償法による諸給付の算定基礎最高額も同じように引上げられた。

### 報酬継続支払請求権のない場合の 経済的保障

労働者、職員または職業訓練生は、労働不能になった場合にも、一般に、その後6週間の報酬継続支払を雇主に対して請求すること

ができることになった。この場合、疾病金庫に対して傷病手当または入院手当の請求はできない。なんらかの理由で例外的に報酬継続支払が行なわれない場合には、疾病金庫から傷病手当または入院手当が支給される。その際、雇主が報酬支払を拒否する権利を有する有しないは、原則として問題にならない。疾病金庫の加入員の場合、雇用の最初の6週間または雇用契約できめられた必要期間において、報酬が支払われない場合にも傷病手当または入院手当が支給される。

なお、この原則は、一般傷病による労働不能以外の場合にも貫かれる。すなわち、一般傷病による労働不能以外の場合で、法律上または雇用契約上、報酬継続支払の請求権がない場合にはつぎのような措置がとられる。①業務災害または職業病による場合、災害保険から傷病手当が支給される、②戦争傷害、兵役・予備役傷夷による労働不能または療養の場合、援護官庁から収入補償金が支給される、③連邦職員保険事務所または州保険事務所の行なう予防、治療・余後療養を受けている場合、年金保険から暫定手当が支給され



る。これらの諸給付も、通常、それぞれの運営機関の委任により、管轄の疾病金庫から支払われる。

### 薬剤費患者一部負担の引上げと

#### 免除対象者の拡大

このたびの改正で、被保険者にとってのもっとも関心をもたれているのは、薬剤費患者一部負担に関する改正である。この改正は、1処方箋当たり1マルクの患者負担が、薬剤費の20%——最高2.50マルクに引上げられたというものである。したがって、1処方箋当たり12.50マルク以上の薬剤費の場合には、患者負担はすべて2.50マルクとなる。

しかし、特定の者はこの患者負担を免除される。従来も患者負担の免除は行なわれていたが、今回の改正で免除対象者の範囲がさらに拡大された。患者負担免除対象者は次のとおりである。

①年金受給者、②年金申請中の年金受給権者、③生業能力が50%以上減退している廃疾者、④傷病手当、入院手当、傷害手当または暫定手当受給者（報酬継続支払期間が終

り、現金給付が支給されるようになってはじめて免除が適用される）、⑤子ども、⑥特定の配偶者およびその他の被扶養者（配偶者およびその他の被扶養者は、原則として患者負担金を支払うことになっているが、被保険者が免除対象者となっている場合またはみずから①～④の免除対象者となっている場合には患者負担は免除される。後者の例としては、たとえば、妻

の生業能力が50%以上減退している場合などがある。この免除の取り扱いには妊娠および出産のさいに用いられる薬剤についても行なわれる）。

Änderungen des Krankenversicherungsrechts zum 1. 1. 1970, *Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen*, März 1970, SS. 72—79.

(石本忠義 健保連)

## ベルギーの社会保障改革



昨年(1969)の末には、ベルギー社会保障にきわめて活発な動きがみられた。というのは戦後、1944年12月28日の法律(l'arrêté-loi)で設けられたベルギー社会保障制度に大幅な改革をもたらした69年6月27日の法律(loi)の実施をめぐって大きな論議がわき起こったからである。

69年6月27日の改革立法の目的とするところは、1944年から今日まで社会保障に関して制定された関係法令を全般的に調整し、あわせて戦後設けられた全国社会保障局(Office national de sécurité sociale)を、現実の社会構造面に増大してきた複雑さともろもろの変化に対応させようとするものであった。

これらの目的を達成するために大きな3つの改革事項がとりあげられた。まずその第1は法律の適用範囲に関するもので、これについては王令(Roi)でその適用を特定の被用者部門に拡張または制限することができるものとされた。第2は保険料の算定基礎となる「報酬」(rémunération)のとり方に関するもので、これについては後に詳しく述べるとおりのことである。そして第3は保険料の徴収方法に関するもので、これについては強制手段をとるもなう新しい手続きが採用された。

この改革立法は1970年1月1日から実施されるものとされたが、問題が重大なだけに、盛んな論議のすえ、当初の案が、多くの再修正を受ける結果になった。その主要な点は、次のとおりである。

第1は、社会保障一般制度の適用対象を拡張する問題であるが、修正の結果、社会保障を全般的または部分的に新しい労働者部門(主として継続的労働契約関係のもとに置かれない労働者)に拡張されることになった。具体的には、この適用が拡張されるのは、演劇人、

臨時雇労働者、タクシー・トラックの運転手、職業再訓練のための特殊な徒弟契約のもとに置かれた障害者、失業手当を受ける失業者以外の者が短期速成の職業教育契約のもとにある者などである。

第2点は、社会保障の保険料に関する問題で、その算定基礎となる報酬の上限を上げたこと、および家族手当の保険料率を引下げたことである。すなわち職員の年金制度および労働者(ouvriers)、職員(employés)の双方の制度の疾病保険部門のうち医療給付に対する保険料の算定基準上限を16,725フランに引上げ(従来13,750フラン)、事業主だけが負担する家族手当部門の保険料を0.25引下げて10.50パーセントとした。算定基準上限の引上げの結果、この上限以上の報酬を得る者についてその保険料負担額を算定すると月額にして110フラン以上の増額となる。他方、家族手当の保険料はもっぱら事業主の負担となっていたため、この引下げは経営側の一致した支持のもとで成立している。

これらの改革の結果、1970年1月1日現在

での、社会保障各部門の保険料および保険料の算定基準となる報酬上限は次のとおりである。なお、ベルギーの社会保障制度では、これらの事項が労働者(ouvriers)と職員(employés)につき別々に定められること、および報酬上限の定め方が社会保障の部門別に定められることに注意しなければならない。また、そのために保険料徴収システムがきわめて複雑となった。

(1)労働者(ouvriers)に関する保険料率(単位はすべてパーセント)とその算定基準となる報酬上限。

①医療給付部門——日給669フラン(週6日制)または803フラン(週5日制)を報酬上限として、負担すべき保険料率を労働者2.65事業主3.10(計5.75)とする。

②傷病手当部門——日給416フラン(週6日制)または499フラン(週5日制)を報酬上限として、負担すべき保険料率を労働者、事業主とも1.45(計2.90)とする。

③年金部門——報酬の上限を設けず賃金総額を基準とし、負担すべき保険料率を労働者

5.75, 事業主7.50 (計13.25) とする。ただし, この保険料率は70年7月1日よりそれぞれ6および8 (計14) となる。

④失業, 家族手当および職業病部門——日給572フラン (週6日制) または686フラン (週5日制) を報酬上限として, 負担すべき保険料率を, 失業につき労働者, 事業主ともに1.20 (計2.40), 家族手当につき事業主だけに10.50, 職業病につき事業主だけに0.75とする。

(2)職員 (employés) に関する保険料率 (単位はすべてパーセント) とその算定基準となる報酬上限。

①医療給付部門——月給16,725フランを報酬上限として, 負担すべき保険料率を職員2.65, 事業主3.10 (計5.75) とする。

②傷病手当金部門——月給10,400フランを報酬上限として, 負担すべき保険料率を職員1, 事業主1.50 (計2.50) とする。

③年金部門——月給16,725フランを報酬上限として, 負担すべき保険料率を職員4.50, 事業主6.50 (計11) とする。

④失業・家族手当および職業病部門——月給14,300フランを報酬上限として, 負担すべき保険料率を失業につき職員, 事業主ともに1.20 (計2.40), 家族手当につき事業主だけに10.50, 職業病につき事業主だけ0.65とする。

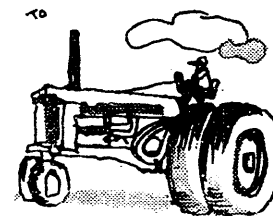
これによると, 労働者部門の場合, 社会保障の保険料負担は労働者11.05パーセント, 事業主24.50パーセントとなり, 職員部門の場合, 職員9.35パーセント, 事業主23.45パ

ーセントとなる。職員部門に比して労働者部門における労使双方の保険料負担がやや重くなっている。さらに, 労働者部門の年金保険料が上限なし賃金を基礎とすることも注目すべき点であろう。

Le Mutualist neutre; organ de l'Union nationale des fédérations mutualistes neutre, mars 1970.

(上村政彦 健保連)

## アメリカ合衆国・1969年における労災補償法制の動き



アメリカ合衆国における労働者の災害補償は連邦法により統一的行なわれるのではなく, 各州においてそれぞれの州法に基づく制度を通じて実施される。したがって, それら各州の制度は, その基礎となる法律の型, 適用方法, 給付額, 保険システム, 事務手続な

どの点に著しい多様性をもっている。

この国で初めて労働者災害補償法が制定されたのは1911年で, カリフォルニア州をはじめ10州に法律が制定されている。もっとも, すでに1909年にモンタナ州, 1910年にニューヨーク州で法律が制定されているが, いずれ

もそのような立法は憲法違反であるとしてその効力が否定されている。その後1920年までには、合衆国全体の6州を除くすべての州がこの種の法律を制定し、1958年の政府統計によると約4,100万人の労働者が、なんらかの形による労災補償法制の保護を受けているとみられている。なお、この数のなかには、連邦法による補償法制の適用を受ける連邦公務員、沖仲仕・港湾労働者が含まれる。

ところで、1969年の一年間においては、47の州がそれぞれの労災補償に関する法律に改正を加え、その数が200以上に上っていると報告されている。改正の主要点としては、補償給付の最高週額を州における平均賃金週額の変化に調整させようとする「上限自動調整給付制」(flexible maximum weekly benefit)を採用する州がこの年に3州増えたことをはじめとして、そのほか給付の改善、職業病の補償面の充実などがあるが、ここでは、給付の改善、リハビリテーション、職業病の点について簡単に紹介することにしよう。

#### 給付の改善

「上限自動調整給付制」は1959年にはじめ

てコネティカット州で採用されたが、その後ケンタッキー、メイン、ミシガン、ニュージャージーおよびヴァーモントの諸州がこれにつづき、1969年にあらたにノース・ダコタ、ロード・アイランドおよびウェスト・ヴァージニアの3州がこの制度を労災補償法制に導入することとなった。かくして、これら9州においては、補償給付額がなんらの立法上の措置をまたずに毎年自動的に調整されることとなった。

つぎに週給付最高額の引上げであるが、21の州で一時的完全労働不能に対する給付額が引上げられ、これらの諸州とメアリーランド州は永久的完全労働不能、部分的廢疾および死亡に対する給付最高額を引上げた。現在、連邦および15州の制度では、一時的完全労働不能に対して週あたり70ドルの給付を最高額として支払っているが、これは単身労働者および妻と2児をもつ既婚労働者を対象とするものである。

これらの給付水準の引上げにもかかわらず、一時的完全労働不能に対する給付はいぜんとして低水準であるといわれる。すなわち、

労災補償法制を管轄する当局の間では、金銭給付の水準は、州内においてこの制度の対象となる全被用者の週平均賃金の少なくとも三分の二に相当するものになるよう指導しているが、現在のところこの目標を達成しているのはアリゾナ、コネティカット、ハワイ、メイン、マサチューセッツおよびロード・アイランドの6州にしかすぎない。全州でみた場合、1969年では、週平均賃金に対する最高週給付水準の比率は平均51パーセントであり、最低がデラウェア州の36.7パーセント、最高がアリゾナ州の125.2パーセントとなっている。

給付水準と関連する待期期間については、これを3日以下とするもの（もしくは災害の初日にさかのぼって支払いが行なわれるのは労働不能が2週間以上引きつづくことを要とするもの）は、1969年前においてはコネティカットをはじめ8州であったが、69年にミネソタ州がこれに加わり、待期期間を1週間から3日に短縮し、第1日目から支払われる場合を労働不能3週間以上から10日以上へと短縮している。

#### リハビリテーション

1969年において、ネブラスカ、ニュー・ハ

ムプシャーおよびニュー・メキシコの3州は、リハビリテーション・サービスを、訓練それ自身を越えたものとして行なう傾向を推し進めている。例えばネブラスカ労災補償機関は、26週のリハビリテーション・サービス(さらに26週間追加されることができる)では、リハビリテーションが自宅を離れて行なわれる必要があるとき生活費の支払いと一時的労務不能手当、および医療監督サービスなどを行っている。ニュー・ハンプシャー州では、1年間に及ぶリハビリテーション・サービスを行なっているが、これは労働コミッショナーの特別命令で延長が認められ、リハビリテーションの期間中に要するそれ相当の生活費と経費とを雇い主が負担しなければならないものとされている。ニュー・メキシコ州では、リハビリテーションのほかその期間中の食費、宿泊費、旅費その他の費用および家族の生活費として1,000ドルまで支払われている。

ノース・ダコタとユタの両州でもこの点についての改善がみられる。ノース・ダコタ州では72週間の最長期間の制約がはずされ、訓練を受ける期間その者の家族に手当が支払わ

れる。ユタ州では、永久的かつ完全労働不能となった者のリハビリテーションのために支払われる最高給付額が830ドルから890ドルへ引上げられ、かつ使用者責任制の下で行なわれるサービスの期間が切れた後に、州の特別基金から支給される週給付の最高額が44ドルから47ドルへ引上げられた。

### 職業病

産炭地として有名なウェスト・ヴァージニア州では労災補償制度を職業性肺塵症へ拡げた。このなかにはとくに重要な「黒肺病」(black lung disease)が含まれているが、この立法措置の採択に当っては州の鉱夫たちの3週間にわたるストライキと州議会へのデモが行なわれている。その他の数州(メキシコ、オハイオおよびテネシーの諸州)においても、職業性肺塵症を労働災害補償制度の対象とする立法措置の採択にこのような鉱夫の影響力がみられる。

他方、1967年までウィオミング州は職業病を労災補償制度のなかにとり入れていなかった1つの州であったため、労働者によっては法廷闘争を通じて補償を勝ち取ってきた。

しかしながら1967年に州労災補償法が改正され、イオン化放射能照射が補償の対象とされた。1969年にはまったく別の法律が制定され、46種の疾病が補償の対象とされ、労災補償法に定められたものと同じの補償が行なわれることとなった。

そのほか多くの州がそれぞれの職業病に関する労災補償法制に改正を加えているが、なかでも完全な形で職業病の保護をおこなっているサウス・カロライナ州では、イオン化放射能照射によるすべての障害または死亡に対する補償を行なう特別法が制定された。なおこの特別法は、この種の災害を受けた者、または、医学的にそのようなものと断定された者で、しかも、その職能の点で、放射能障害を伴わないような職場への配転ができない者について、医療上および職業上のリハビリテーション・サービスが備えられなければならないものとしている。

How workmen's compensation laws changed during 1969, *Monthly Labor Review*, January 1970, pp. 57~61.

(上村政彦 健保連)

## ノルウェーの社会保障改正



1969年にノルウェーの社会保障制度は改正され、その制度は、1970年1月1日より実施された。この改正により、従来、別々に設けられていた疾病保険、失業保険、および労働災害保険が、すでに実施されていた一般的国民年金制度（老齢・廃疾・遺族給を含む）に統合され、拠出は1つの制度にまとめられたが、財政的な分野における基金は、各給付毎に独立して運営される。それら以外に、多くの改正が含まれており、主要な改正のうち、とくに財源調達にかんする部分の要約は、以下に示されるとおりである。

### 各保険の統合と基金

疾病、失業、労働災害保険は、一般的国民年金制度に統合されたが、この統合により、既存の制度は単純化され、その結果、従来、各保険制度に対してそれぞれ別々に行なわれ

ていた拠出は、1本にまとめられた。しかし、各保険制度には、それぞれ個別的に基金が設けられるので、1本にまとめられて支払われる拠出の収入は、徴収後に、それぞれの基金に配分されることになった。

### 疾病保険

疾病保険では、平均所得を基準として、それ以下の所得を取得する者は、所得に応じて低い拠出を支払い、平均所得以上の者は、その所得に応じて高い拠出を支払うことになった。従来、被用者と自営業者は、前者が雇用からの所得だけを対象として拠出を支払い、後者が翌年における予定所得のみを対象として拠出を支払ってきたが、改正により、11段階の所得クラスを用い、被用者と自営業者は、同様にそれらの各クラスに応じて拠出を支払うことになった。

### 失業保険

失業保険では、被用者の拠出は免除され、その結果、この保険の財源は使用者、中央政府と自治体が調達することになった。被用者の拠出を免除した重要な理由は、失業保険を一般的な仕組みの中に統合することにより、たとえば、年金受給者や自営業者のような人びとは、失業給付を受給するなんらの機会がないにもかかわらず、拠出を負担することになるので、この不合理を除去するために、被保険者全員の拠出を免除したものである。

### 労働災害保険

労働災害保険では、従来、職業の危険度に応じて異なる段階で、使用者が財源を調達してきたが、改正により、使用者は職業の危険度に関係なく、同一の拠出率で財源を調達することになり、1970年におけるその拠出率は、賃金支払い総額の0.2%となっている。

### 拠出率

以上の改正により、1本にまとめられた拠出について要約すれば、被用者と自営業者のいわゆる被保険者、中央政府、自治体は課税所得を対象とし、また使用者は賃金支払い総

額を対象として、拠出が算出される。それぞれの拠出率は被保険者が7.0%，中央政府が2.22%，自治体が2.15%で、使用者が11.3%となっている。しかし、これらの拠出率による拠出収入は、それぞれの保険による基金に配分されることになっており、それらの配分の状況は、7.0%を負担する被保険者の拠出が、老齢・廃疾・遺族保険の4.0%・疾病保険の3.0%となる（失業と労働災害への拠出は負担しない）。中央政府と自治体による同様な拠出率の内容は、老齢・廃疾・遺族保険がそれぞれいずれも0.75%で、疾病保険がそれぞれ1.4%と1.3%，失業保険が0.7%と0.1%となっている（労働災害保険の拠出は負担しない）。合計11.3%の使用者による拠出率は、老齢・廃疾・遺族保険が8.8%，疾病保険が1.9%，失業保険が0.4%，労働災害保険が0.2%である。もっとも、これらの拠出以外に、中央政府が負担する家族手当や、公務員、海員、沿岸漁夫、および森林労働者に対する特殊な年金制度が実施されているが、上述した拠出率には、これらの制度に対する財源調達が含まれていない。

### その他

1966年の国民保険法により、年金の受給資格を取得できない高齢者には、1897年以後の出生者を対象として、補足的年金を支給してきたが、これでは1897年以前の出生者には不公平であるから、その批判に応じて、これら高齢な人々にも、補足的年金の支給が認められることになった。また、新しい法律は、1966年法にもとづいて年金額を算出することになっているが、受給対象や給付の新しい最高額、他の年金との併給による減額なども含んでいる。ところで、拠出負担が新しい法律に示されており、その中に、使用者の拠出負担も含まれているが、使用者負担はこの約10年間に増加している。たとえば、工業の成人労働者1人当りで示された使用者の拠出は、1959年に週当たり13.11クローネであったのに、その後次第に多くなり、1969年には、67.05クローネとなっている。このような使用者の負担増は、主として、その間における賃金の上昇によるものである。

Leif Haanes-Olsen, Recent Changes in Nor-

wegian Social Security, U. S. Dept. of H. E. & W., Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Vol. 33, No. 1, Jan., 1970, pp. 43~45, 56.

(平石長久 社会保障研究所)



## 民営疾病保険と公的 疾病保険の動向

(西ドイツ)



今日、疾病によって収入のみちがとだえた場合、重大な障害なしに1週間でも1カ月でも耐えることができる個人の家計はほとんどない。したがって、疾病による経済的損失を保険によって補てんする必要性がここに存在する。

国民の健康保護は、今日、公的疾病保険および民営疾病保険によって行なわれている。民営疾病保険も西ドイツ社会保障の一環と解される。この民営疾病保険は、民間の手で設けられ、国家の保護をうけている。

マイクロ・センサスの結果によると、1967年4月現在、西ドイツ住民5,960万人のうち、1,670万人が公的疾病保険の強制加入者、720万人が年金受給者、540万人が任意加入者である。また、公私疾病保険に家族メンバーとして加入している者2,510万人のうち、2,240万人が公的疾病保険に加入している。したがって、公的疾病保険の適用者総数は5,170万人である。民営疾病保険には、350万人の被保険者と270万人の家族が加入している。残りの80万人は社会扶助を受けて

いる者等である。

このように、今日すべての国民がなんらかのかたちで、医療保障を受けている。それだけに医療費の今後の上昇およびそれにとまなう疾病保険の保険料の上昇は大きな関心事である。医療費の上昇は、一般物価上昇と関係があるようである。このことは、たとえば保健財の市場がきわめて不完全なものであるとしてもいえる。実際、この市場は、国等の種々の調整措置によって操作されている。

### 医療費の動向

1969年の統計年鑑によると、1962～68年において、医療費は71.8%上昇している。すなわち、医療費は毎年10%ずつ上昇している。同じ期間の生計費の上昇は16.4%なので、医療費の上昇はこれをはるかに上回っている。

ところで、医療費上昇の原因としては次の種々のことが考えられる。

- (1)医学の進歩
- (2)費用の高い特別診療の増加
- (3)医薬品の改良
- (4)医薬品消費量のいちじるしい増加



- (5) 保険の分野における一般的価格上昇
- (6) 診療回数のいちじるしい増加
- (7) 診療期間が長くなった
- (8) 平均寿命が伸びた
- (9) 生活水準の改善（健康意識の高揚）

### 公的 disease 保険の費用

保険料および補助金によって賄われる公的 disease 保険の費用は、1960～68年において2倍以上に増大している。すなわち、公的 disease 保険の費用は、1960年96億マルク、1968年216億マルクとなっている。1969年初めに連邦政府によって承認された社会予算は、1972年までの公的社会給付の費用の伸びを予測しているが、そのうち、公的 disease 保険の費用については、1962年を100として1972年には237.6になると見込んでいる。そして、この間の年平均伸び率を約9%、1969～1972年の年平均伸び率を7.5%としている。

### 民営 disease 保険の費用

民営 disease 保険は、過去において医療費のいちじるしい上昇を克服しなければならなかつ

た。民営 disease 保険は、医療の提供者と協定を結んでいないので、医療費の値上りの影響をまともにはうける。

1968年の民営 disease 保険連合会の報告書によると、同連合会加入企業の入院給付の費用は、入院料の引き上げおよび入院保険の部門の拡大により、いちじるしく増大している。民営 disease 保険の保険事故に対する支払総額は、1962年10億マルク、1968年22億マルクで、前者を100として後者は213であるが、入院給付の費用は1955年を100として1961年244、1968年709で、1961～1968年において3倍近くに膨張している。被保険者1人当たり平均入院・外来給付は、1955年を100として1961年163、1968年362である。

### 疾病保険の費用の一層の伸び

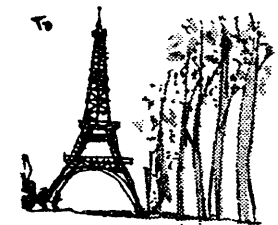
以上のように、公私とわず、疾病保険の費用はつねに増大している。この傾向は、今後も続くことはたしかである。両制度とも、それぞれの方法で、保険給付を物価等の上昇にスライドさせるという問題を解決していかなければならない。社会予算にみられるように、疾病保険の費用は今後さらに増大するものと思われる。

H. Frommknecht, Der Kostentrend in PKV und GKV. *Arbeit und Sozialpolitik*, 3/4, 1970, SS. 101～104.

(石本忠義 健保連)

## 社会 保障 関係 の 法案

(フランス)



フランスでは、1968年8月に長い間の懸案

であった社会保障制度の「抜本的」改正を行

なったが、その後も部分的な手直しや、関連制度の改正が行なわれ、論議的は、自営業者の疾病保険制度である。最近の国会に提出された法案のなかから、その自営業者制度や家族手当などに関する法案を紹介する。

### 特別家族手当の支給

1967年度の所得税を免除された3子以上の子をもつ家庭に対し月100フラン(約7,200円)の特別手当を支給する法案が、昨年10月末の国会を通過した。この提案の際、所得税免除の条件は、家族手当制度に所得の概念を導入することになるという懸念をひき起こしたが、政府は、これは別に家族手当政策の転換ではないと答えている。なお、家族手当全国金庫は、この手当を、所得制限もなく第2子から支給しても現在の財政で十分賄えると発表した。政府は、この特別手当の対象者が143万7,000人で、その費用は、被用者では1億3,900万フラン、使用者と自営業者では1,200万フラン、農業経営者では2,300万フラン、その他合わせて総額1億9,400万フランとなり、もし所得制限なしに3子以上

の家庭に支給すれば、2億8,400万フランが必要であると説明している。

### 自営業者の疾病保険制度

自営業者の疾病保険制度では、本誌 No. 8 にその概要が紹介したが、昨年1月から発足してからも、関係者間で多くの論議が交され、不満が表明されてきた。政府は、この不満を解消するために、数度にわたって制度の改正を企図し、改正法案を国会に提出した。他方、共産党からも同時に自営業者制度の改正法案が提出されている。

政府の提出した改正案は、給付範囲の拡大、管理組織の簡素化、財源調達改善、適用の緩和などからなるものである。給付については、診療報酬点数表のK30(約1万円)以上の医療費しか給付の対象とならず、しかも償還率は60%であったが、今度の新しい案では、ごく普通の疾病も給付の対象となり、一部負担率も引下げられることになる。また附加給付も一般制度を上廻らない範囲で行なうことができるようになる。管理組織については、職種別に地区共済金庫を設けることに

より、金庫の数を減らして事務費の節減を図る。財源については、国庫補助を導入し、国民連帯基金による附加手当受給者の保険料は免除される。退職年金受給者は、直接年金から保険料が控除されることになっていたが、支払方法については年金受給者の選択にまかされる。さらに、収支状況に応じて追加保険料を地区ごと取るシステムを改めて、全国金庫が準備金を基礎に、全国段階で財政的な調整を行なうとしている。

これに対し、共産党の提案は、一般制度と異なる職業形態にある自営業者の一般制度への統合に反対しながらも一般制度と同一条件の給付を保証すべきであるとし、保険料については、拠出に耐えられない者に対しては国がそうした者たちの保険料を負担するために支出を行ない、また、年商50万フラン以上の一般の商工業企業も拠出する義務を負う。管理組織については、老齢保険制度と疾病保険制度を統合して、事務費の節約を図るべきだとしている。ちなみに、現在、自営業者の老齢保険では、170の職種別ないしは共同の金庫が存在し、これに対し、54の地区疾病保険

共済金庫が存在している。したがって、224もの金庫がある勘定になる。

### 個人タクシー運転手の一般制度への加入

1966年の自営業者の疾病保険法は、一般制度の任意加入保険に加入していた個人タクシー運転手も含めることにしたが、かれらはこれを不満としていた。そこで、一般制度にとどまるか、自営業者制度に加入するかを個々にまかせる改正法案が提出されている。

### 第三者行為の損害賠償請求権の拡張

第三者による損害を受けた場合、社会保険

は被保険者に代って損害賠償を請求することができるが、さらに、社会保険の給付の対象とならないような支出や精神的損害に対する賠償についても、社会保障金庫に優先して損害賠償を請求することができるように現行の規定を改正する法案が社会党から提出されている。

*FNOSS, Revue de la Sécurité Sociale,*  
Nov., Dec., 1969.

(藤井良治 厚生省)

## 薬剤の消費（専門家調査 中間報告,WHO)



2人の世界保健機関の専門家によるオーストリア他5カ国の薬剤の消費にかんする調査

研究がなされたが、薬剤消費にかんする情報は国によってとり方がまちまちであるので、国際比較は難しい。しかし、人口1人あたりなどでみた消費量は知られ、その国ごとの格差は大きく、そのなかからいくつかのパターンがみられた。

### 専門家たちのだした結論

1. その国の薬剤費の増加割合は、ここ10年間、国民所得の伸びを上まわっている。それは処方そのものの数の増加よりも1処方単位の費用増加によるものである。
2. 処方箋量の多いのは(人口あたり)、オーストリアとハンガリーのような人口対比医師数の多い国である。
3. 健康保険から薬剤費が支払われる国では、価格機構は需給バランスを左右できず、健康保険計画のない国に比し、その消費量はヨリ多いようである。
4. 薬剤の製造と販売にたいする厳格な国家統制は、必ずしもその消費総量を左右しないし、またその総量は薬剤の多品種化によって影響されているとも限らない。しかし、多

品種の薬品が市場に出まわること、使用薬品の効果減少につながる。

5. 広告は、医師の処方慣習に著しく影響したり、一般人の薬多用をもたらす。医師にたいする非商業的な情報提供がもっと重点的に行なわれなければならない。

### 各国の実態

#### <オーストリア>

医師数人口10万対157人(6カ国中最高)、町の薬局は人口9千人に1カ所。薬剤の95%は処方箋により提供。1965年人口あたり年間薬剤使用推定額は約7.75ドル、1961年から65年までの処方数は5,480万から6,400万へと上昇した(17%増)。同期間中、1処方箋あたり平均費用は20%増、結局総額で40%の増加をみた。

#### <フランス>

1960—61年の調査によれば、1人年間23ドル消費、全薬剤の41%は医師処方によらない。低所得者、老人、女性にその傾向大。一般医の診察した患者の77%にたいし処方、専門医のそれは少なく57%。農村では1人年間

45フラン、都市では73フラン消費する。1950年から62年まで各年17.5%増だったのに、総医療費は1950年から61年まで7.8%の増加にすぎない。

#### <ハンガリー>

医師数人口10万人対155人で高率。薬局は人口7千人対1カ所をつくる政策をとっている。1965年の全ハンガリーの薬剤消費額は1人あたり9.6ドル、そのほとんどは公共薬局をとおしての購入で、15%が店頭販売であった。1960—65年にかけての薬剤消費増加率は57%、価格上昇もあるが、その主原因は消費そのものの増加による。ブタペスト市民は他よりも75%も多く消費するが、その格差はちぢまってきている。1965年ブタペストの人口1人あたり処方数は16である。

#### <オランダ>

疾病保険加入者(全人口の7割)についてみると、1962年から64年にかけての1人あたり年間薬剤費は4ドルから5.6ドルへと38%の増加をみたが、医療費総額はこの間37%の増加であった。1960—64年の15年間に、1人あたり処方件数は46%、1人あたり費用は

265%増であった。が、その増加の第一原因は薬剤の成分の費用そのものの上昇である。

#### <スウェーデン>

国民全体が強制健康保険に加入し(1955年から)、人口10万対医師数は107、人口1万3,000人に1カ所の薬局がある。1952—64年までに、薬剤総額は1億9,500万クローネから6億1,300万クローネへと急増したが、うち、処方によるものは4倍、店頭販売は2倍だけだった。店頭販売割合は相対的に減少しつつある。処方箋数は同期間中ほぼ2倍になり、各処方箋の平均費用は1955—64年のあいだに2倍になった。処方薬品増加は、処方数、薬剤価格にもよるが、健康保険制度がたくさんの処方をもたらしていることにもよる。しかし、1955年の保険制度導入による薬剤の増加はおもったほどではなかった。1958—61年の間、利尿剤400%増、眼の疾患の薬剤は100%増、反対に抗生物質は10%減、駆虫薬も20%減をみた。

#### <英国>

国民保健事業の下で医師による処方薬剤は無料であって、制度発足時から薬の増加が懸

念されたが、実際は保健事業全体の費用増加よりも少ない。1949—65年の17年間に、処方箋数はわずか $\frac{1}{5}$ 、費用は4倍以上になった。その主原因は、薬品の成分が高価になったこと(525%増)、物価上昇、ならびに高価な新薬の使用増加である。市販の薬使用がふえ、国民保健事業以外の処方によるものとあわせ

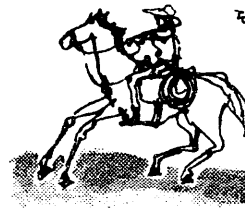
ると、それらは医薬品全体の約2割を占める。1964年の製薬品消費量は、1人あたり9.6ドルであった。

WHO, *WHO Chronicle*, Vol. 24, No. 2, Feb. '70, pp. 68~71.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## ニクソン氏の「スピーナムランド」

(アメリカ)



ニクソン大統領の福祉政策にかんする提案のうち、とくに注目すべきことは、被扶養児童をもつ働く貧困家族 Working Poor に対する援助の在り方を根本的に修正しようとすることである。この提案は、1969年に「家族扶助法」Family Assistance Act として具体化さ

れているが、この提案には、いくつかの問題を含んでいる。

この点を検討する前に、この提案の主要な点についていえば、1つにはこの法律は、貧困者として、働く貧民 Working Poor, 学齢前の子供をもつ失業世帯、および学齢児をも

つ失業世帯を対象とし、全国的規模でこれら働く貧民の稼得収入あるいは賃金の補足を行なおうとするものである。

要するに、この特殊な性格をもつ提案の趣旨は、ニクソンの言葉を借りれば、扶助受給者を Welfare から Workfare に移すということであるようである。そして、この計画は究極のところ働く貧民に対して、過去にみられた差別待遇を是正することを目的としている。

このような考え方は、産業資本主義の発祥の地であるイギリスにおいて、1795年に実施されたスピーナムランド法に類似しているように思われる。そこで、ここではスピーナムランド法について、綿密な研究を行なった Karl de Schweinitz の所説を参考にしながら、今度のニクソン大統領の提案を検討してみよう。

### 1 この計画の費用について

ニクソン大統領は、初年度の福祉計画に追加的に投入する費用は40億ドルとのべ、これは将来において減っていくであろうという意

味のことをのべ、そのかぎりでは健全な当初支出であると述べている。しかし、見込みのある現実性とはいったい何であるのか。Schweinitzの研究によれば、イギリスの場合、スピーナムランド法を実施したのちの1801年までに援助に費した費用は、1760年と比較して、約3倍に増大し、1818年には、1760年の6倍になった。そして1832年には、人口では、1760年当時の人口に比べて2倍にふえているが、援助に要した費用は、5.5倍となったといわれている。ところで、今回の計画では、援助対象に働く貧困者を含めることによって、200万から250万程度の家族が、さらに追加されるということである。しかし、この数は、就学児童をもつ100万の家族が、Workfareへ移行するということを勘定に入れていないので、これを加えると総計350万家族、約1,750万人の増加が見込まれ、費用の見積りは過少にすぎると思われる。

## 2 誰が利益をうるのか

イギリスの経験によれば、スピーナムラン

ド法によって労働者が利益を享受したというよりも、マニュファクチュアの雇用主が利益をえたといわれている。すなわち、スピーナムランド法では、家族の大きさによって、食料費を規定する最低基準が定められたが、実際には、この最低基準が最高基準となり、雇用主は、法の最低基準さえも支払わなくなってしまった。そして、1795年のイギリスでは、このような賃金補足制度は、産業化を促進するために、急速な原始的資本を蓄積する手段として正当化されたが、しかし、1970年のアメリカにおいては、原始的資本蓄積は必要とされるものであろうか？ また、産業利潤が史上最高となっている時代において、資本のより一層の集積は必要とされるのであろうか？ 確かに、ニクソン大統領は石油消費手当 Oil depletion allowances, 戦時原価加算契約 Cost-plus war contract, 税の減免 Tax loophole などに加えて、別の企業補助について考えているはずがない。

真に利益をえられるものが、労働者でもなく、大企業でもないとするれば、このもうけ仕事 Bonanza はいったい誰のために計画され

ているのか？ Schweinitz が「このスピーナムランドは、低賃金雇用労働者に対して、そして彼らのみに適用された」と言っているがこのことは、此度のニクソン計画においても真実である。すなわち、このような労働者は、決して大企業とか組織労働者のなかに見出されるのではなく、主としてアメリカ南部にみられる小企業に見出される。

このことは、つまり1968年の大統領選挙において、ニクソン氏の当選につくしたサービスに対する見返りとして説明することができるであろう。ニクソン氏をえらんだ国のあちこちにいる中産階級の人々や、南部の小企業に従事している人々は、このインフレ時代において、この計画を利用して、いくらか原始的資本の蓄積を行なうことができるのである。たとえば官庁統計によれば、家族扶助の費用の50.1%は、南部へ行くことになっているといわれる。

## 3 完全雇用は結果として生ずるか？

この問題については、ボルチモア・サン紙と George Meany の間で激しい論議がたたか

わされた。サン紙は、よりいっその完全雇用を達成する手段としての低賃金政策をとまなうイギリスのスピーナムランド計画に賛意を表わし、同様な観点からニクソン計画にも賛同しているように思える。これに対して、他方で Meany は、1時間2ドルという最低賃金を主張し、そして、より高い賃金を保障することによってのみ、購売力を増大させ、そのことによって、生産が促進され、より一層多くの仕事が生み出されてくると主張し、低賃金の補足を行い、雇用機会を政府の努力によって拡大させるという考え方に反対している。

#### 4 むすび

要するに、今回のニクソン計画は、1795年当時のイギリスの場合とは、異なった背景の上で行なわれていることはいままでのない。したがって、かつてのスピーナムランドがねらった効果と同じものを、この提案で確保しようとするは無理がある。その意味で、ニクソン氏のねらいは、経済的にみるとまやかし臭いが、しかし、政治的にみると1つの

方法であるように思われる。

Edith G. Levi : Mr. Nixon's "Speenhamland",  
*Social Work*, Vol. 15, No. 1, January 1970.

pp. 7~11.

(三浦文夫 社会保障研究所・遠藤 滋 東横学園女子短期大学)

## 国民のための所得維持 システムの選択

(アメリカ)



従来、貧困問題の解決の最良の方法は、すべての働く能力をもつ人びとに仕事を与えることであると主張されてきたが、今日の雇用プログラムにはいくつかの制約がある。たとえば、いつでも多くの労働者が自分の力のおよばない理由で失業することに対して効果をもちえないということ。多くの働きうと思われの人々 (employable persons) が、労働市場にうまく適合していないということ。また

現在の雇用プログラムは、すでに雇用されている人々の貧困問題をほとんどとりあつかっていないということ (たとえば1966年に430万の男子世帯主の貧困世帯のうち160万世帯は、世帯主が完全に稼働していたといわれている)。このような制約をもつことによって貧困問題を解決するのに雇用プログラムにたよることは、必ずしも現実的であるとは思われない。

ところが他方では今までの所得移転プログ

ラム、たとえば社会保障、公的扶助、失業保険などであるが、これらは決して包括的な体系でもなく、充分なる所得をすべての人々に保障しているとは言えない。

そこで十分なプログラムを立案するために、まずつぎの諸点の検討が必要である。すなわち①カテゴリー別にプログラムを立案すべきか、②ミーンズテストを使用すべきか、③現在仕事についていないが働きうる能力を持っている人々 (employables) を援助すべきか、ということがそれである。

まず第1の“対象をカテゴライズすべきか”という点についていえば、カテゴリーの使用は、人々の個別なニーズに対応できるが、このことは逆に働く気をおこさせるという基本的な問題をとりあつかうことを回避することとなる。

第2の“ミーンズテストを使用すべきかどうか”という点では、ミーンズテストは、対象者の尊厳を損い、かえって働く気をなくさせてしまうということがいわれたりしている。このほか、ミーンズテストを使用する主な理由は、費用の問題である。ミーンズテス

トのない社会保障は、受給者にとっても、一般の民衆にとっても公的扶助よりも受入れやすい。しかしながらニード以外の要因にもとづく給付は、貧困者に対して財源をふりむけることにおいては非能率的である。

第3の“働きうる能力をもっている人々を援助すべきかどうか”という問題については、彼らを就労させること、あるいは高い賃金で就労させることがよりよい解決である点ではほとんど疑問の余地はない。またその方が失業手当をもらうよりも彼らの尊厳と地位を高めるのに効果的であろう。

したがって充分なる所得保障プログラムを検討する場合の原則として、第1に就労意欲をそこなうことのないような所得移転メカニズムを考えるとということ、第2に受給者の尊厳を守ることでできるプログラムであること、第3に家族生活に悪影響を与えることを回避できるものであること、などが確認される必要がある。

以上の原則の確認の上に立って、つぎの所得移転プログラムを提案したい。

(1) 何らかのミーンズテストを伴いながら所

得を保障するプログラム。

(2) 所得水準に関係なくすべての人々に給付を提供するプログラム。

そしてその具体的なものとして以下の3つのプログラムが考えられる。

#### (1) 所得の補足プログラム (Income supplement programs)

このプログラムは年間所得保証制度 (guaranteed annual income GAI) とでもよぶべきもので、政府は、それぞれの家族の所得と社会的に定められた所得の最低水準との差額を給付することになる。このプログラムは、公共福祉に関する審議会 (Advisory Council on Public Welfare) の1966年報告に含められた提案であるが、このプログラムの根本的欠陥は、就労意欲の増進という点を全然考慮していないことであろう。

#### (2) 負の所得税 (Negative income tax)

提案されているすべての負の所得税の性格は、一定の所得水準を保障し、受給者はほんのわずかばかり所得税を差し引かれている稼働所得をつけくわえることによってその保障額を高めることを許すことである。このプロ



グラムは、働くことに財政的な刺激を与えるのであるが、問題は、保障水準をどこにもってくるかということである。たとえば、4人家族の場合、年間3,300ドルの保障水準と50%の還元率とするならば、給付は、6,600ドルまでの所得をもつ人々になされることになり、この為の費用は、年間200億ドルかかる。ただしこの保障水準を貧困線 (poverty line) の半分とした場合、年間60億ドルですみ、その枠内の貧困者のすべてが救済されることになろう。現在のカテゴリー別の公的扶助にこの低水準の負の所得税をつけ加えるならば、カテゴリー別の援助プログラムの適用を受けている人々と適用を受けていない人々との差は縮小するであろう。

### (3) ニードに無関係なプログラム：社会的手当 (Demogrants)

このプログラムは、いかなるミーンズテストもなく、ただ性、年齢というような属性にもとづいて給付がなされる。たとえば、社会的分配給付 (social dividends), 包括的な老令扶助 (universal old age grants), 家族手当 (family allowances) として知られているも

のである。

このようなプログラムの基本的問題は、費用の問題である。たとえば児童手当を通じて児童をもつ家族の貧困を除去しようとすれば1,000億ドル以上かかるであろう。

負の所得税プログラムと社会的手当 (demogrants) は、財源の移転メカニズムにおいて異なっているようにみえるが、形式的には同一のものとみなしうる。というのは、社会的手当 (demogrants) の場合、かなりの給付が選択されたカテゴリーに入るすべての人々になされるが、その所得が一定水準をこえる人々は、このプログラムの費用調達のための正の所得税 (positive income tax) システムを通じてその給付を払い戻さねばならない。要するに、財政メカニズムからみるならば、負の所得税の場合は、予め所得の多寡を調べるのに対して、社会的手当 (demogrants) の場合は、手当の給付の後に、所得の多寡によって正の所得税を払うということになるだけである。ただ問題は、受給者の受取り方である。それとこれら二つのタイプの制度を考えると問題になるのは、限界税率 (marginal tax rates)

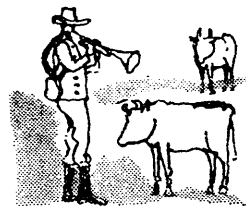
をどこにおくのかということと財政効率はどうなのかということであり、この点の検討は十分に行なわなければならない。

新しいプログラムが制定されるためには、大衆の支持をえなければならない。現在、ここでのべたような所得移転プログラムが実施されるべきだという世論は必ずしも十分に熟しているようには思われぬ。このような新しいプログラムを制定するには、提案者がもっとこのプログラムの必要性やその効果を一般の人々に周知徹底させ、確信をもたせるようにすることが必要である。

Robert Harris, *Selecting a System of Income Maintenance for the Nation, Social Work*, Vol. 14, No. 4, pp. 5~13, October 1969.  
(三浦文夫 社会保障研究所・遠藤 滋 東横学園女子短期大学)

## 社会保障とその発達

Rubén O. Grego (アルゼンチン)



本稿には、アルゼンチンのおかれた環境と、この国の社会保障制度で指摘される傾向に焦点を合せながら、経済発展の各方面における相互依存、および社会保障のもつ客観的かつ主観的な範囲の論議が示されている。

筆者は社会保障を政治的、法律的、技術的および実践的な観点から定義づけており、かつ、これら4つの観点が、異なった認識と関連しているという事実からみて、それらの観点がある特殊な時期に、異なった動きを示す場合においてさえも、これら4つの性格については、当然概念上の一致があると主張して

いる。

アルゼンチンにおける社会保障の発達は、関連を有する法令の規定に現われた一連の変化によって、特殊な性格が形づくられてきたが、それらの法令による修正は、保護の改善と、従来カバーされていなかったグループへの給付の拡充、および対象に含まれる事故の範囲の拡大という方向を辿る傾向を、絶えず続けていた。

アルゼンチンの社会保障の発達には、2つの基本的な傾向がみられる。1904年から1965

年まで、この間における支配的な傾向は、制度でカバーされる人びとの範囲を拡大することであった。公務員に対する最初の退職基金が設立された日から、屋内サービス従事者に対する保護制度が創設されるまで、次のような人びとが、保護対象の範囲に含まれてきた。すなわち、それらは鉄道従業者、船員、商店員、工業労働者、ジャーナリスト、印刷労働者、銀行員、農村の労働者、公共企業労働者、自営業者、使用者、および専門職の人びとである。事実上では、現在、経済活動に従事する人びとのすべてが、1つもしくはそれ以上の制度でカバーされている。

1965年以來、別なリスクの適用を実現する傾向が現われてきた。被用者の扶養する妻や子供に対して、ある手当制度が設けられた。このような発達に対して、他に現われた重要な項目は、低家賃住宅の建設と貧民窟を根絶する計画である。

できるだけ多数の人びとに対して、できるだけ最高の社会的保護を提供するために、雇

用災害、疾病、および失業の各保険制度の改善に、努力が続けられている。

包括的な改革への途を開くために、最近多数の対策が採用されたが、これらの改革は、現在幅広く分散されている制度を、統合することになるであろう。これらの対策は、(1) 管理上の面からグループ分けすること、(2) 拠出数の減少、(3) 給付を定期的に確実に支払う定期的支払い、(4) 拠出徴収のより大きな効率、(5) 業務簡素化への管理手段を含んでいる。

ある特殊な地域の開発と関連を有する社会保障の機能については、検討が加えられなければならない。たとえば、それらの検討には、人口構造、教育水準、住宅施設、就業率、その地方の経済などが含まれる。これらの要素について知ることができるならば、所得を喪失した市民達に対する給付、あるいは疾病、災害、出産、廃疾、老齢、稼得活動者の死亡、失業または家族の扶養に対する支出の補償として支給される給付が、実現されな

ければならない。さらにそれ以外のニードは、予防的および治療的医療を通じて、またリハビリテーション施設によって、基本的な健康水準を護る保護を含んでいる。たとえば、それらのニードには、家族手当および社会的給付の改善が含まれ、なお、特殊な所定の地域には、特殊な優先順位が与えられる。外国人の労働者の場合には、保護はこの国の市民である労働者と外国人労働者に対して、平等な権利を設け、かつ他の国における雇用

期間を認める年金権にかんする相互協約を含んでおり、その相互協約によって、当人の環境に各人の立場を組み込ませることになるであろう。

Social Security and Development, *Revista de Seguridad Social*, (Buenos Aires), No. 6, December 1968, pp. 517~527; No. 76, '69.

## 将来の社会保障制度 の考え方と助言

Wilhelm Frey (西ドイツ)



本稿に示された助言は、ドイツの社会的保護が、管理部門をより単純化し、またより明白とする方向を求めており、それに対する法律の実質的な修正と組織の改革の手段が含ま

れている。

現在存在している多数の保険者とともに、ドイツの社会保障制度がもつ仕組みは、さら

に、次のような特徴をもっている。すなわち、機能にみられる多くの重複、リスクの分裂と組合せ、資格を区別する困難、および各保険者によって定められた給付についての明確さの欠如は、この国の社会保障制度がもつ特色である。これらの特徴は、高い管理・運営費と、当惑するほど複雑な制度の多様性に直面して、被保険者達を感じさせられる混乱という2つの結果を招いている。歴史的発展を経て形成されたこの仕組みの完全な点検は、その問題から生じている。改革への検討は、リスク、保護対象の範囲、財源調達資金、および組織の改革について、現行制度にもとづいて行なわれなければならない。

どのカテゴリーの人びとが、保護対策とされた制度に含まれるべきかということについて、問題が検討されなければならない。疑いもなく、全市民に対する基本的な社会保険の保護が必要である。その理由は、安定した価値を維持するという通貨の概念が、老齢保護のような長期的計画化により、強い打撃をうけてきたからである。通貨の平価切下げと技

術革新もまた、ダイナミックな基本原則を全面的に適用する必要性を指摘している。初期の時期、また、まだ立法者により、十分に検討されもしない当時以来、自主的な社会保障制度は、それらの役割に対して、より正確に対応し、より適切かつスピーディな決定を下すものと期待されるので、社会保障制度の自主的管理を、強化する必要がある。機構的な部分では、諸給付の相互依存の観点から、また、今日コンピューターを用いてのみ達成できる合理的な管理のために、各種の制度を1本にまとめる統合が絶対に必要要素である。

多数の各リスク・グループの完全な統合にもかかわらず、コンピューターの使用も、それら各リスク・グループのもつそれぞれの経済的および財政的独立を維持することが可能である。換言すれば、ある特殊な地域をカバーするある単一の管理機関のもとで、現行制度をひき継ぐ制度は、財政的自主性、自主的な管理、および重要な部分における決定と組織の自由を併せて、法律的に保証された独立を維持することができるであろう。電子的情

報処理方式は、管理業務を同時に行ない、しかも、財政的にまた経済的に独立して再分された部分に応じて、会計上の機能と統計的な機能を配分するのも可能とするであろう。要素を統合する仕組みは、共同のデータ銀行とデータ処理センターで構成されるが、しかし、リスクの各部門は、現在行なわれている方式をそのまま続けられるか、あるいはより以上に混然と組合された形を、続けることさえありうるであろう。

Ideas and Suggestions for A Future Social Security System, "Thesen und Anregungen zu einem künftigen System sozialer Sicherung", *Die Sozialversicherung*, No. 12, 1968, pp. 353~357; No. 82, '69.

# 国民健康保険への 戦いの到来

Bert Seidman (アメリカ)



本稿には、包括的なしきも普遍的な健康保険制度について、ふたたびむし返された関心の理由に対する論評と、そのような手段に対する時機が、今や到来していることを示す主張が示されている。

社会保障法に対する1965年改正の通過は、メディケア Medicare とメディケイド Medicaid を含んでいたが、その改正の通過は、第89議会における1つのすぐれた業績であった。これらの前進がみられたにもかかわらず、すべてのアメリカ市民に対して、包括的な保健サービスの提供は、実現されなかったし、また、その財源も用意されなかった。

AFL-CIOは、次の基本原則を含む国民健康保険制度の制定を、連邦議会に要求している。

つまり、それらの基本原則は、普遍的な適用、包括的な給付、適切な財政、および高度に良質な保健サービスである。医療費の急激な上昇は、市民達がかねらの保健費請求書を支払うのを、次第に困難としており、メディケイドとOEO（訳註 経済機会局）の地方保健センターを含めて、貧困な人びとに対する特殊な制度は、ニードをみたしていない。連邦および州政府によるそれぞれの保健制度には、数十億ドルの資金が惜し気もなく投入されているが、しかし、評価しうるほどの効

果がなんら現われていない。包括的な保健サービスについては、1910年以来の初期の運動に、保健サービスのアウトラインが現われていたにもかかわらず、国民保健制度が1935年の社会保障法から除外されたことに注目すれば、次の事情が思い出される。すなわち、組織労働者およびその他の支持者達は、包括的な保健サービスの制定に対する希望に絶望しながらも、メディケアへの戦いに勝利をおさめ、現在、このメディケアは2,000万人におよぶ高齢なアメリカ市民に、健康保険を提供している。連邦議会は廃疾者に、また最後には、その他の社会保障給付の受給者達にメディケアを拡大するということが期待されるが、しかし、全人口をカバーするには、よりたやすいある1つの方法がある。その方法は、アメリカに現在普遍的な適用を行なう国民健康保険が必要とされていることを、承認することである。

1970年代における国民健康保険制度の主要な特徴は、政府が直接的に手を下して運営する制度ではなくて、すべての人びとに対する

医療費を支払うような財政的なメカニズムを、採用することであろう。つまり、その方式は現在の高齢者に対するメディケアと同様に、医療の診療活動に干渉させないことである。全市民がカバーされ、給付は広い領域にわたり、その医療には、入院、診療所や自宅および病院における医師の診療、看護ホームでの療後サービス、在宅保健サービス、外来および入院患者の精神病治療、検眼、および処方が含まれることになるであろう。医師は1日中その国民健康保険制度によって診療するか、あるいはその制度によって医療費を支払われる人びとの診療と、個人的に自分で料金を支払うのを選択する人びとの診療とを組合せるかについて、または1日中の診療を、制度と無関係に従来どおりに継続するかについて、自由に選択することになるであろう。しかし、大部分の人びとが、国民健康保険制度によって医療を受けることになると思われるので、ほとんどの医師が従事する診療のうち、大部分の診療がこの制度で提供されることになるであろう。医師達は件数払いもしくは人頭払いの支払い方式による報酬の支払い

のうち、いずれかを選択することができる。患者もまた医師や医療費の支払い方法について、選択の自由をもつべきである。すなわち、件数払いと人頭払いとの方式の間における競争は支持されるが、件数払いの方式による医療は、時が経てば、やがてある既存の組織された仕組みを弱めるものと思われる。若干のコントロールに対して、自由放任の方式は途を開いておかれるべきで、その結果、ある規格を示す仕組みを用いることにより、極端に高い医師の料金は耐えられないものとなるし、また、病院の料金は適度な金額となるであろう。

財政についてみれば、現在アメリカの保健支出総額は500億ドル以上で、これはGNPの6.3%に相当しており、世界中における他のいかなる国よりも、経済全体に対する比率が高い。たとえば、イギリスは国民保健サービス制度を実施しているが、この国における支出の比率は5%以下である。ほとんどの他のヨーロッパ各国は、事実上では全市民をカバーする制度を実施しているが、しかし、こ

れらの国々は、GNPに対する保健支出の比率をみれば、すべて合衆国以下となっている。現在の支出状況にもとづいて判断すれば、制度を合理化するためになんらかの対策を講ずるならば、国民健康保険制度の費用を調達するのに、合衆国は豊富な資金をもっている。3者構成の財源調達では、毎年約110億ドルの拠出が、被用者、使用者、および一般税収入のそれぞれに要求されるということが、計算されている。現在、労働者はかれらの保健医療費の約3分の2を支払っているが、国民健康保険制度では、かれらは拠出の3分の1と自己負担の20%を支払うことになり、その合計は53%となるであろう。結論としていえることは、国民健康保険制度が租税負担を引上げることもなく、むしろ、今日大部分の労働者が支払っているよりも、より低い保健医療費の負担で、財源を調達することができるということになる。病院のベッドについていえば、合衆国は人口1,000人当たり3.9床のベッドをもっており、これは連邦政府の基準に対して、近代化が要求される目標の約3分の1に相当する。政府の評価によれ

ば、現在の未組織の制度では、追加分としてさらに75,000病床が必要とされている。しかし、より合理的な医療制度では、病院のベッドが余りにも多すぎると考えられている。通常の件数払い方式と比較すれば、グループ診療の前払い制度は、病院の病床利用のうち、僅かに2分の1を占めているにすぎない。医師の供給でも、同様なことが適用される。前払いグループ診療制度は、医師の診療をより効果的にするので、患者数と比較して、より少ない医師で間に合うことになる。もし人口1,000人当り1人の医師が必要とされるならば、人口2億人には20万人の医師が必要となる。ところで、この国には30万人をちょっと上回る医師がいるが、しかし、かれらのうち一部の人びとは教育や研究に従事しているか、あるいは引退している。看護婦、歯科医師、精神分析学者、および関連のある医療担当者についても、より多くの人びとが必要とされる。グループ診療は、その発達に長年の期間を要するかも知れないということが認められているが、しかし、グループ診療は現在実施される仕組みと併せて、連邦基金により

促進されるべきである。

労働組合主義者達だけが、国民健康保険を求めている人びとではない。問題がかれらに与えられたとき、大多数のアメリカ市民は「全市民へのメディケア」、すなわち国民健康保険を要求する。このような手段で提供が可能とされる保健サービスを実現することにより、アメリカは世界中で最もすぐれた医療を実現できることになるであろう。近代医学の驚嘆すべき内容を、アメリカ市民の全員に提供する時がきている。

The Coming Battle for National Health Insurance, *The American Federatinoist*, Vol. 76, No. 1, January 1969, pp. 8~11; No. 112, '69.

### 社会保障こぼれ話

#### 補足的年金制度の改正 ——アメリカの鉄道従業員——

ニクソン大統領は、1970年3月17日に、鉄道従業員の補足的年金制度を改正する法律に署名した。この改正により、補足的年金制度は恒久的なものとなり、また、財源調達が強化されることになった。

補足的過年金制度は、年金の受給開始前2年半における12か月以上のうち、12か月勤続していたことを条件として、65歳から支給される給付で、1966年から支給が開始された。現在、経過的措置を講じられている期間であるが、給付は定額方式で、支給額は25年以上の勤続期間によって異なり、1970年では、勤続25年で月額45ドル、30年で70ドルとされている。

この補足的年金は、所得比例方式による従来の給付を補足するもので、財源は使用者だけが負担し、使用者は1労働者につき1労働時当り2セントを負担することになっていた。

(45頁へつづく)

# 国民健康保険

—ある不可欠な制度—

Z. Michaeli (イスラエル)



本稿には、全国的な強制的健康保険制度の導入に対して、賛成の態度を示す論議が示されており、またその制度の採用を研究し、かつ別々のある勧告を発表した特殊な専門家委員会による最近の結論について論じている。

イスラエルにおける保健サービスの現状は、積りつもってきた様々な問題が、新らしいものでないという事実を示している。これらの諸問題は、財政的な不安定、機構上の欠点、および人的資源の不足によって生じたのであるが、その諸問題は次第に大きくなり、かつ増大されるようになってきた。イスラエルの労働組合総連合は、現在の状態を支持し

て、すでに独自に次のように宣言している。すなわち、この国で最大の規模をもつ健康保険の機関はクパト・ホリム Kupat Holim で、この機関はその立場を維持すべきである。しかし、集団移住者、絶えず上がり続けている医療費の上昇、医療担当者（主として辺境地区の医師）の不足は、全国的な規模で絶え間なく提供される保健サービスの管理・運営にかんする必要性を、より一層深刻にしてきた。最近の特殊な専門家委員会は1968年に設立され、イスラエルに強制的健康保険を採用する問題を検討したが、しかし、たとえ強制的健康保険が実施されるようになっても、現在の疾病基金の存在は、存続されるべきであると

いうことが、条件として要求されていた指示によって、委員会は制約をうけていた。

これらの勧告は、イスラエルにおける任意制健康保険のもつ本当の問題について、積極的な解決になら新しいものを加えないということが主張された。疾病や老齢による制限の廃止は、おそらくある支出増大を招くと予想され、しかも、この支出増大は、適用拡大に対応する所得の増大によって、埋め合せがつけられないかも知れない。国民保健サービスの採用により、現存する入院施設は政府に移管されるというある新しい計画が勧告された。その結果、病院の職員は公務員となり、移動診療サービスはその責任を自治体に託されるであろう。ヒスタドルツ Hitadrut がその政策を修正し、新しい計画を受け入れる時機は、ますます熟しており、それは丁度職業紹介と教育のサービスが、数年前に国営の機関で行なわれるようになったのと同じである。国民健康保険の採用により、ヒスタドルツがその加入者の一部を失なうという心配は、根拠のないことである。その理由は、数



種の保険者の間における選択の自由が、有益であると証明されるかも知れないからである。政府は保健サービス的手段に、根本的な修正を加えるべきで、全市民を包括するある統一された国民健康保険制度の考え方を、再検討すべきである。政府は政府と自治体によって、管理・運営される国民健康保険のある仕組みの採用について、実際的な可能性を調査するために、ある委員会を任命すべきであ

る。クパト・ホリムの立場については、その一部を構成するヒスタドルツは、提案に注意深い検討を加えるべきで、かつ全人口に対するある健康保険制度の採用に対して、その組織による支持を与えるべきである。

National Health Insurance-An Imperative,  
"Sherut Briut Memlahti-Corah Hasha'a",  
*Hapeol Hatsair*, Tel-Aviv, 1969, Hebrew;  
No. 113, '69.

## 社会保障と企業年金制度

C. S. S. Lyon (イギリス)



本稿には、公的な社会保障に予想される発達、および、とくに社会保障と企業による制度との関係が論述されている。

社会保障の分野には、2つの基本的な問題

がある。それらの1つは、社会保障の給付が全日制の常傭労働で就労する一家の父親に支給されるべきであるという範囲で、ここでは、家族手当のような給付を租税の特典から分離するのは、根拠が不十分である。2つ目

の問題は、給付が選択されるべきであるという範囲である。選別は、ニードのカテゴリー（たとえば、50歳以上の寡婦）、資産の個人的評価（たとえば、公的扶助の補足的給付の例にみられる）、所得の自動的調査（租税の軽減）、あるいはこれら3つの組合せによって行なわれる。また、選別は拠出記録や市民の登録にもとづいても行なわれる。

しかし、理論的には、ニードのカテゴリーを規定しているが、現在の公的な制度には、その適用の不適切な分野が、幾つか存在している。いちじるしい例は、年金年齢未満の廃疾者に対する対策である。批判に対して大いに論議の余地がある現在の仕組みがもっている特色は、次に示されるとおりである。すなわち、第1は無制限な疾病給付の資格を取得するために、3年間の拠出支払いが要求される。第2はもし廃疾者が部分的に社会復帰している場合に、すべての疾病給付が取消され（通常では、条件として、週2ポンド以上の収入が限界とされる）、かつ、ほぼ同一のきびしい収入規定が扶養されている妻への給付増額に適

用される。第3は廃疾が戦争もしくは産業傷害によって生じた場合にのみ、看護手当が支払われる。第4は疾病に対して、当初6カ月以後所得と関連させた給付が支給されない。最後は主婦の廃疾によって蒙る重大な経済的打撃について、(租税の軽減以外に) その影響を認めていない。さらに、次の場合にも、寡婦の給付について、同様なギャップが存在している。すなわち、もし3年間の拠出が支払われていないならば、すべての給付は拒否され、6カ月以後に、所得と関連させた給付は中断され(もっとも、寡婦が60歳以上ならば、僅かな段階をつけた年金が、支給されることがある)、また、戦争により、あるいは産業傷害によって夫を奪われた寡婦には、かなりの特典が与えられている。

年金では、公的制度は無数の企業年金制度で補足されており、その企業年金は加入者および国民経済全体に、より大きな価値を与えている。しかし、それらの私的制度は、欠点をもっているし、また、公的制度(とくに、長期的疾病や寡婦に対して)のギャップに影響を与

える傾向がある。適切な退職年金を設ける手段では、現在、企業年金制度は雇用の移動にもとづき必然的に取得される給付の保護が、比較的少ない状況となっている。法律を制定する立法措置が、この問題に対する唯一の救済策であるかも知れない。

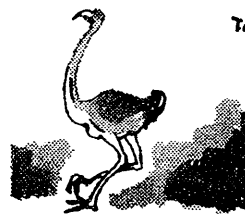
公的制度に対して政府の提案した再建策は、収入とリンクされた拠出と給付(つまり、主として、定額給付に代るもので、しかも、定額給付と拠出に応じて段階的に異なる給付との混合方式による)を含み、さらに、当然取得する年金と、収入もしくは物価の指数との間における結びつきをも含むものと思われる。そのような結びつきは、企業の制度による年金で、公的年金を完全に代替させることを認められている企業年金制度の可能性を除外しており、他になんらの調整も行なわれていないならば、これらの企業年金制度は、事実上では、それらの制度による積立金のうち、大きな部分を政府に移転することについて、いずれかを選ぶ選択になんらの余地も残されないであろう。適切と思われるある調整は、企業

年金制度が当然取得される年金を支給する仕組みで、「部分的減額」として知られた方法で、公的制度は矢張り指数とリンクさせた適切な仕組みに対して、責任をもっている。この種類のある仕組みは、公的制度と企業による制度との間におけるある利害の不一致を処理するに必要な配慮を回避し、かつ2つの制度に引き続いて協力させることができるであろうということが、示唆されている。

Social Security and Occupational Pension Scheme, *Transactions of the Faculty of Actuaries*, Volume 30, Part 4, No. 227, 1968; No. 125, '69.

## 年金制度の最低給付

Edger Schranz (オーストリア)



本稿には、オーストリアの年金保険によって、最低年金に支給される補正的な給付の受給について、ある研究が示されている。

オーストリアの年金保険制度による年金額は、評価のために定められた期間中に保険で対象とされた所得によって、また、資格取得で要求される被保険者期間によって、決定が左右される。この方式による給付の構成は基本額、およびある可変的な補足もしくは増加分とから成りたっている。いずれの場合にも、給付は生計補助の手当と児童手当で補足される。被保険者期間中の評価対象とされた所得で、きわめて少ない所得が対象とされた場合

とか、または、受給資格を取得するのに、ある短い期間だけが対象とされた場合、あるいは、これら双方の状況がいずれも該当する場合には、これらの状況で認められた年金の受給資格では、年金受給者もしくはその扶養家族の生計を支えるのに適切な年金が支給されない。補正的な給付を支給する方式の採用により、拠出支払いにもとづいて年金を支給する仕組みは、保険原則に従って公的な資金から財源を調達されるある保護の要素を取入れるように、拡大されてきた。これら補正的な支払いは、ある程度扶助給付と似ているが、しかし、補正的給付は扶助給付のような公的扶助を意味するものではない。なぜなら

ば、補正的給付には、ちょうど年金保険制度による他の給付のように、補正的給付の支給に対する義務と結びつけられた法的な請求権があるからである。

補正的な給付の制度に採用された基本原則は、年金の受給資格を取得しているにもかかわらず、所得全額では当人の生計を十分に支えることのできない人びとが、補正的な手当を受給するということであり、その給付の金額は、当人の家族状況と世帯の所得によって決定される。その費用は中央政府だけによって調達される。しかし、そのような補正的給付の支払いは、主として地方政府と自治体によって財源を調達される公的福祉機関の負担を軽減するので、中央政府がこれら補正的な手当の形で支払わなければならないものを、中央政府が地方政府や自治体から差し引くことにより、費用を相殺する制度が設けられていることになる。補正的な給付は、総所得と、指標とされる金額との間における差額として算出される。総所得は、年金受給者が資力を取得するに要したなんらかの支出を控除

し、かれらの取得する総所得に、法律で定められた扶養義務を考慮した金額を加えた所得で構成される。しかし、総所得の決定には、社会扶助、児童手当および社会保険制度による特殊な給付のようなある項目、特殊な物質的欠乏についての給付、およびその他の要素は除かれる。指標として示される金額は、年金が被保険者の給付であるか、あるいは遺族への給付であるかによって異なり、また、その金額は遺族の血縁関係の形によっても段階が設けられる。この給付は老齢年金と同一方法で、賃金とコストの動向に応じて調整される。ある被保険者が、年金保険制度による年金以外にも受給資格を取得する場合には、指標とされる金額は最高額が適用される。他の年金受給者に対して用いる指標の金額を定めるときに含まれる有資格者は、補正的給付に対する当人の権利をなんらもっていない。もし、ある被保険者にかんする遺族年金に対して、2人以上の受給申請者がいる場合には、これら複数の申請者に対する複数の指標となる金額の合計は、被保険者が生存しているときに、家族構成を配慮して、当人自身に適用

される増額された指標となる額以下とされる。同時に、被保険者の年金により、当人に対して当然に支払われていたか、あるいは支払われることになっていた児童手当の合計額が、指標となる「仮定的な」金額に加えられる。指標となる金額は、最高限以下で、ある限度まで減額される。離婚者として遺族年金を受給する寡婦に適用される指標となる金額は、無視される。他方、寡婦とみなされる離婚者への指標となる金額は、遺族となった寡婦に対する指数以下とされる。

Austrian Pensions Insurance : The Provision of Minimum Benefits, *Osterreichische "Pensionsversicherung : Die Gdwahrung von Mindestleistungen"*, *Deutsche Rentenversicherung*, No. 2, 1969, pp. 155~159; No. 130, '69.

(以上6編の「ISSA 海外論文要約」は、ISSAのAdvisory Committee—1967年10月—による了解にもとづき、*Social Security Abstracts*より採用した)

(平石長久 社会保障研究所)

### 社会保障こぼれ話

(40頁よりつづき)

しかし、この財源調達では、当初から資金の不足がすでに予想されており、事実、実施中に財源はすでに不足していた。したがって、制度の改正が企図され、議会での検討の結果、1969年9月30日に法案(HR—13300)が下院を、また1970年2月4日には上院をそれぞれ通過し、改正法(公法91—215号)が成立した。

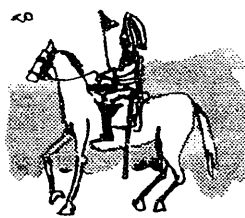
改正の結果、制度は恒久的なものとなったが、支給額と私的年金を受給する場合の減額は、そのまま据えおかれた。また、1973年までの経過的措置により、受給対象は若干拡大され、勤続25年未満でも、所定期間に所定年齢以上の者は、給付を受給できることになった。なお、賦課方式による財源調達は、従来通り使用者負担とされたが(労使の団体交渉で設けられた企業年金は適用除外)、拠出率は1時間当たり11.5セントに引上げられ、1970年4—6月の拠出率は一応6セントとされた。

(平石長久 社会保障研究所)

## 解説

## イギリス国民保健サービスの改革構想について

小川喜一 大阪市立大学



## I 再びグリーン・ペーパーを発表

去る2月11日、イギリスでは国民保健サービスを改革するための提案として、*The Future Structure of the National Health Service* と題するグリーン・ペーパーが発表された。

それは、さきに同じ目的のために1968年7月にイギリス保健省によって公表された *National Health Service—The Administrative*

*Structure of the Medical and Related Service in England and Wales* につづいて、同じ主題に関して発表された第2回目のグリーン・ペーパーである。グリーン・ペーパーというのは、イギリスにおいても最近になって考え出された形式の試みであるが、国民を政府の活動に参加させようとする手段の一つであるといってよい。すなわち、グリーン・ペーパーにおいて、大臣その他は、彼らが抱く改革構想などのアウトラインを描いてこれ

を国民に提示しておき、彼ら自身は一步退きながら、その間に利害関係者たちが提案内容について寄せてくる賛否さまざまな見解を検討し、「消化」した上で、さらにみずからの構想の仕上げとその実施に取りかかるというわけである。

実際、上記の第1回のグリーン・ペーパーが発表されて以来、それに対して400通を超える意見が政府に寄せられたばかりでなく、それをもとに政府自身も約50の関係団体と協議をかさねたといわれる。このようにして明らかとなった批判的諸見解にも配慮を加え、上述のごとく、再び提示されたのが去る2月のグリーン・ペーパーにほかならない。なお、クロスマン社会サービス相は、後者に盛られた内容に基づいて、今年の7月ころに白書をまとめ上げたいと述べ、現在並行して検討が進められている地方自治体の再編成と併せて、1973～4年を目途に国民保健サービスの改革を実施したいとの意図であると伝えられる。

ところで、このように再度にわたるグリーン・ペーパーの発表は、労働党政府が国民保

健サービスの改革に対して極めて慎重な態度をもって取組みつつあることを物語っているが、このことには当然それだけの理由がなければならぬはずである。まず第一に考えられる点は、「福祉国家政策」を唱える労働党政府にとって、いまや国民保健サービスは、いわば、残されたほとんど唯一の金看板であることである。かつてはこの党のかかげる社会民主主義の現実に対して批判が加えられたとき、労働党では「ともかくも福祉国家を見よ……」という紋切り型の答をもって、それに応酬するのをつねとした。しかし、ここ数年来、その応酬の答は「ともかくも国民保健サービスを見よ」という言葉によってとって代られるようになった。なぜなら、1964年秋に政権の座に返り咲いて以来、労働党政府は社会保障制度の建直しをはかるために所得比例制の導入や補足給付制度の採用など、苦心と努力とをつづけてきたことはよく知られるとおりであるが、しかし、いまだ十分な成果を収めるにいたらないのが実情である。このような状況のもとで、ひとり国民保健サービスのみがともかくも今日まで国民の多くの

満足をつなぎとめてきたのであって、それ以外には社会保障政策の分野で労働党がいまも誇るに足るいちじらしい功績は見出されがたいからである。それだけに、このサービスのあり方に重大な改変を企てようとするとき、過去の経験を顧みるまでもなく、労働党としてはよほど用心深い態度をもって臨まざるをえないであろう。

このような事情に加えて、さらにいま一つの理由としては、上の二つのグリーン・ペーパーの副題が示すように、目下、政府が意図しつつあるのは、国民保健サービスが当面する諸課題のなかでも、とくにその管理機構の改革を主眼としていることである。しかも、グリーン・ペーパーに明らかにされたかぎりにおいては、政府の構想は現在の管理機構に対するたんなる手直し程度にすぎないものではなくして、まさに「抜本改正」とも呼ぶにふさわしい内容をそなえており、したがって、国民保健サービスの将来にとって重大な影響をもつことはいままでもないであろう。そのみならず、管理機構の改革は、実は1948年7月に発足した国民保健サービスの歴

史において全く初めての試みであるという事実もまた、見のがしえない点である。

これらの事情を考えあわせるならば、現在まで労働党政府が、一見、慎重すぎるとさえ思われる姿勢をとってきたことも、あながち不思議とするにあたらないであろう。

## II 改革の狙いは何か？

それでは、労働党政府が敢えて国民保健サービスの管理機構に対して大改革を加えようと決意するにいたった究局的な狙いは、いったいいかなる点におかれているのであろうか。

上述の二つのグリーン・ペーパーの内容については、すでにわが国においてもそれぞれ全文が紹介されているので、ここでは立入った説明は差し控えることとしよう（第1回のグリーン・ペーパーは、「実務と法令」1969年9月号から12月号までに平石長久氏による全訳が収載され、また第2回のそれも「週刊社会保障」1970年3月30日号以下に全訳が連載されている）。その改革案のポイントは、一言でつくせば、現在、国民保健サービスの管理を保健相のもと

にあって担当している三つのグループ——執行理事会，地方病院委員会，および地方保健当局から成るが，さらにそれぞれのグループの各種の管理機関をあわせると700を数え，それら相互間の関係も甚だ複雑に入りこんでいる——を一応解体し，あらためてこれらを，「統合」，「総合調整」，「地方の参加」，および「中央統制」の四つの基本の方針のもとに再編成することにあると見なしてよいであろう。そして，このような再組織が不可避とされる事情についても，グリーン・ペーパーにそれぞれ詳しく論じられているが，要するに，既存の管理機関は「1970年代および1980年代における挑戦のために」重要な国家のサービスに十分に適合するものとは，とうてい考えられないからである。

さて，グリーン・ペーパーに盛られた広範にわたる改革構想を個々に検討するとき，人びとはその直接的関心の所在が相違するのに応じて，おのずから改革の重点となるべき課題をそれぞれ異なった部面に見出すかも知れない。例えば，グリーン・ペーパーが改革の基本の方針の一つとして「地方の参加」を打

ち出していることはさきに指摘したが，この点に関して直ちに想い起されるのは，これまでも労働党の年次大会においてしばしば地方病院委員会や病院管理委員会の民主的選出を要求する動議が提出されてきた事実であろう。その背景をなすのは，国民保健サービスの創設以前にあってはとくにいくつかの工業地域では労働組合がかつての篤志病院の管理委員会に少なからず彼らの代表者を送込んでいたのに反して，1948年以後には彼らの多くがその地位を失うにいたったことである。彼らにとっては，おそらく，それらの官僚主義化した管理機構を打破し，民主的改革を保証する措置を講ずることこそ，まさに改革のピボットをなすものと考えられるに違いないであろう。

このように，グリーン・ペーパーに対して人びとが寄せる関心の標的が，ある程度，相違するのは，避けがたいところであろう。しかし，いま，ここで取上げて論じたいと思うのは，それらの差異にもかかわらず，そもそも政府提案の究局の狙いがいずこにおかれているのかという問題である。この問いに答え

るものとして，去る2月13日付の「ニュー・ステイツマン」紙によせられた「保健サービスの改革」と題する一文は，注目されてよい。その筆者はD・グッドであるが，彼は同紙への常連寄稿家ともいべき人たちの1人である。

まず，彼の結論から先に紹介すれば，グリーン・ペーパーの改革構想が狙いとするのはまさに一般医の状態の改善であると，グッドは主張する。国民保健サービスがその目的を十分に達成するためには，一般医が基軸として主要な役割をになうものであることは，この事業の発足当初にあたって，ときの保健相A・ベヴァンによって繰りかえし力説されたところである。いな，彼のみならず，20世紀の初めからイギリスにおいて展開された数々の医療社会化理論が，例外なしに強調してやまない点であった。第2回のグリーン・ペーパーもまた，その第1章において，国民保健サービスが今日まで立脚してきた四つの基本原則をあげ，その一つとして「国民保健サービスの中心は家庭医のチームにおかれるべきである」ことをあらためて確認している。

しかし、現実を眺めるとき、「各個人および各家族の保健に対して必要な一貫性あるサービスを提供し、必要なサービスを動員するという一般医の能力は、サービスの各部門間に横たわる行政上の障壁によって制限されている」と、同じペーパーは論ずる。グッドは、何よりもまず、この障壁を破砕することによって、国民保健サービスの新たな前進の道が準備されなければならないし、またそれが可能であると確信しているといつてよい。実は、彼は2年前に第1回のグリーン・ペーパーが発表された際にも、いち早くそれを歓迎する意を表明した一人であり、終始一般医の現状を改善することの緊要性を主張しつづけてきた論者である。

### Ⅲ 一般医と改革構想

ところで、上述のように、本来一般医に対して期待された能力の十分な発揮が、何故に既存の三分割された管理機構によって阻止されてきたのであろうか。以下、彼の所論の要点のみを紹介しよう。

イギリスにおいては、一般医と専門医との

分離は、古い歴史をもつ。しかし、国民保健サービスの実施以前にあっては、両者の間には、さながら「見えざる手」によって導かれたかのごとくに、それぞれの領域を保ちつつ、調和的な共存関係が維持されていたと、彼はいう。もちろん、ときには両者の間に深刻な葛藤が演じられたことは、歴史において少なからず見られるところであるが、1948年以前には相互の間に取りきめが成立し、専門医は患者自身またはその一般医からの求めがないかぎり、報酬を受取って患者の診療にあたることはなかったし、他方、一般医の側においては、みずからの手におえないと判断した少数の患者を専門医のもとに送るのみで、その他の大部分の患者に対しては彼ら自身の意見と能力とにしたがって診療を行ない、その報酬によって彼らの地位を安定することができたという。この時代においては「すべての医者が幸福であった」とのグッドの言葉は、率直にいつて、いささか牧歌的にすぎることを実証的に指摘するのは容易であろう。だが、この際、彼が重要視するのは、国民保健サービス法の実施とともに、このような状

態のなかにひきおこされた変化であった。

国民保健サービス法は、そのように歴史的に形成された一般医と専門医との間における区別および共存を継承し、その既成事実をたんに法的に制度化したにすぎないように考えられるかも知れない。しかし、グッドが見るところはそうでなく、実際には、同法の実施は両者間の既成の共存関係を破壊し、本来一般医に対して期待された役割が達成されがたくなるような効果をもたらした。彼は、その原因をむしろ国民保健サービスのもとにおける専門医、ないしは病院のあり方に帰せしめて、いまや「病院の門は一般医に閉ざされるにいたった。彼らは手術を行なったり、あるいは入院を必要とする患者に対して病院内で引きつづき彼らが世話をする機会を奪われてしまった。それと同時に、専門的技術をもつ若い医師の評価が高くなると、一般医は彼の患者のますます多くを病院の外来部へ送り、それらの『専門家』の手に委ねることを余儀なくされるようになる。かくて、一般医の地位と職業に対する満足感とは甚だしく低下した」と述べている。



このような悲しむべき現実を遅滞なく改めることのできるものは、彼の見解によれば、国民保健サービスの管理機構の改革以外にはありえない。すなわち、「病院、一般医、保健関係職員、および多くの関連サービスが、あげて地域保健当局——この機関には、その地域の人びと、および関係諸医療職が強力な代表を送ることになる——の管理下に統合されることによって、はじめて上述の有害な分割管理に終止符が打たれるであろう。そして、一般医は全体のなかに復帰させられ、地区病院を基礎とする地域的な保健サービスの理想もまた実現可能となるであろう」。さらに、この新たな保健サービスのもとにあって「一般医が再びみずからを効果的・統一的医療の不可欠の部分であると自覚しはじめるにつれて、彼らはそれぞれの病院と進んで接触を保つようになるであろうし、また、ヘルス・センターに対しても情熱を抱くことになるであろう」というのが、改革構想によせるグッドの展望である。

以上に摘記したように、彼は国民保健サービスの重大な弱点とされてきた一般医の機能

に焦点をおき、その改善と関連づけて管理機構の改革案の最大の意義を見出すのであるが、その際、「これまでは病院がすべての甘い汁を吸ってきた」という彼の言葉が端的に示すように、一般医はむしろ現存管理機構の歪みの犠牲者として捉えられている。だが、このような理解の仕方によって、果して一般医をめぐる課題が完全に把握されているというであろうか。

国民保健サービスの創設にあたって、一般医の占める役割が強調されたことは前述のとおりであり、それはこのサービスのあり方からみて、当然、理論的に要請されるところである。だが、それと同時に、現実的要請として当時の一般医による医療水準の向上が急務とされていた事実もまた、忘れてはならない点であり、その向上の基軸をなすものとして期待されたのが、ヘルス・センターにほかならなかった。それにもかかわらず、政府の側においてヘルス・センター建設の意気込みがやがて急速に衰えて行ったことは、多くの人たちによって理解に苦しむところであるとされているが、その原因について、筆者はかつて

一般医自身のヘルス・センターに対する敵視と反対とを指摘し、これを彼らの保守的体質に帰せしめた。グッドが展望するごとく、管理機構の改革は、このような彼らの体質そのものまでも遠からず改造し、広く一般医を「ヘルス・センターに情熱を抱く」方向へと前進せしめるために、必要にして十分な条件となりうるであろうか。財政問題の困難もさることながら、さらに明日の一般医がどのような姿に形づくられていくかによって、国民保健サービスの前途は大きく左右されることになるであろう。

なお、グッドは「この長年の懸案である改革が、あたかも政権の交替によってすべての政務が停止されるかも知れない時機に提起されたことは、遺憾である」と附言している。

(1970. 5. 15)

## 「喫煙の制限」などについて

厚生省連絡参事官 網 島 衛



世界保健機関 World Health Organization の第23回総会が、去る5月上旬から3週間にわたってジュネーブのパレ・デ・ナシオンで開催された。

この会議で採択された60を超える決議のうち、いくつかについては日本においても従来にないような関心が示されたようである。現に、標題に掲げたスモッキングの制限とか食品添加物の問題とか薬の副作用の監視の問題、さらには公害を中心とする人間環境の問題については、テレビや新聞紙上でかなりのウェイトをもって国内に報道されたとのことである。

WHO の活動は、ILO など国連専門機関のうちでも保健衛生を主として扱うため比較的地味な分野であり、かつ、その活動の重点は、マラリアや天然痘その他の疾病撲滅対策のための技術資材の供与援助の事業であるため、わが国では割合に関心の度合いが少なかったように思われる。

しかし、こうした状況は次第に変化しつつあるという印象を、わたくしは今回の総会で強く受けた。つまり、先進国においても経済の発展とともに、いわゆる発展途上国における異なる様相ではあるが、同様の切実さをもって新しい保健対策の問題が起っており、

適切な対策を打出すためにはWHOこそその任に当るべきであるという加盟諸国の動きがはっきり明示されてきた、ということである。日本代表がジュネーブで日本人記者会見を行なうということも今回がはじめてであったようであるが、WHOの事業がよりよく日本国内で認識され関心を持たれることは、よろこばしいことである。

こうしたいわゆる先進国で切実な問題として採り上げられた問題の一つがスモッキングの害である。これはニュースあるいはトピックとしても興味ある問題であるので、ここに若干紹介してみたいと思う。

喫煙については、すでに去る1月のWHO第45回理事会において採り上げられ、その決議として、理事会の席上では禁煙すること、そして事務総長に対する宿題として「喫煙の害に関するWHOの見解を明らかにし、これをWHOの各種会合において手本として示すとともに、この害についての情報を加盟国ならびに関心ある団体に容易に入手させる方策について検討して第23回総会に報告する」こ

とが要求されていた。これに応じて、今回の総会には「喫煙と健康」という標題の報告書が提出されたのであるが、これは英国の C・M・フレッチャー教授と米国の D・ホーン博士が、WHO の顧問として各種の資料に基づいてまとめたもので、喫煙が疾病に結びつく証拠を要約し、その予防法を略述し、あわせてそのための勧告を述べたものである。

さて、本件に関する決議案が、ウガンダ、英国およびウルグァイの三国の提案によって提出され、これをめぐって諸国代表の発言があったのであるが、そのうち興味あるものを拾ってみる。

〔英〕 「わが国における喫煙の状況は世界最悪であった。イングランドとウェールズだけでタバコのため死期の早まったケースは年間 8 万件であり、15才～65才の労働年令にある者の、喫煙に帰せられる死亡によって19万労働年の損失がある。米国では強力なキャンペーンによって紙巻タバコの消費量が過去 2 年間に 1 人当たり 7.5% の減少を来したが、英国ではこうした改善が見られない。

WHO がシガレットの害をはっきりさせるならば与論が動き出すことは確実である」

〔ポーランド〕 「今回の報告にある以外にも多くの国がタバコの健康に与える影響に関するデータを有している。例えば、クラカウでは慢性呼吸器疾患に対する空気汚染の影響について調査したところ、慢性気管支炎症状の原因となっている単一の最も強い要因は喫煙である、という結果が出ている。

決議としては、単に紙巻タバコだけに限らずスモッキング全般についての制限とすることを提案する」

因みに、前記の報告書によれば、シガレット（紙巻タバコ）の害に比べてその他の葉巻やパイプによる害は非常に低いものとされており、1月の理事会決議でも原案では「シガレット・スモッキングの制限」となっていたものが「シガレット」の字を削ってスモッキングの制限と修正された経緯がある。

〔濠州〕 「喫煙と健康の問題に対処する最良の途は、公衆、特に若年層に対する育教にある。各州の学校における保健教育のほかに一般的にはラジオ、テレビが活用されており、若年層向けの煙草の広告を規制するため1966年にテレビの自主的規制準則が定められている。それは、例えば次のようなものである。

- 広告中に出て、喫煙する人物は25才以上の人でなければならない。
- 児童向け番組中はもちろん、その直前直後でもタバコの広告は不可。
- 家庭内のシーンで両親が子供の前で喫煙するのは不可。
- 若い人に特に人気のある人物がタバコを賞讃する広告は不可。
- 広告の中に過去のまたは現在のスポーツマンが出ることは不可。

こうした手段にもかかわらず、学校の調査結果によれば、1969年において15才の生徒のうち男子37%、女子15%が喫煙の常習者である」

〔ルワンダ〕 「タバコの問題そしてそのコン

トロールの問題は以前から簡単な事柄ではなかった。経済的な面——タバコ生産、マッチ、ライター生産の面——を無視するわけにいかない。経済専門家、教師、政治家が協力してタバコのみならず大麻吸引の危険に対処すべきである」

〔トルコ〕 「自分は愛煙家の一人としてあえて言うが、このような生活の愉しみは簡単にやめられない。したがって未だ喫煙を覚えない若い人々にその害を教育することには大賛成であるが、決議案中にあるように、会合の席上での禁煙というのは反対である。席を立って場外で一服やって戻ってきてもかまわないのはいかにも偽善的であって、これはむしろ逆効果であると思う」

〔セイロン〕 「児童に対する教育の点からすれば、教師はすべて禁煙すべきである。また、タバコの害が明白になった以上は、すべてのタバコの生産を禁止する措置を考えてよいのではないか。タバコが入手できるならば一般の人はいかなるタバコをやめられない」

〔ノルウェー〕 「国によっては自国内での研究結果が得られないこともある。また、教師や両親の子供に対する影響も正確には研究されていない。しかし、もはやこれ以上にタバコの害について証拠を集める必要はない。今回のレポートを各国に配布してこの害の予防に努めるべきである」

〔ジャマイカ〕 「タバコの害について、癌のみならず視覚および性機能に与える影響についても解明されるべきである。これは家庭生活に対して重要な意味をもつからである。さらに、タバコ生産者に対する経済的な圧迫も一つの問題である。そこで、決議のなかには、事務局に対してタバコの生産に代るような作物の生産について検討することを要求することとしては如何と考える。この点ではFAO（世界食糧機構）を通じて各国の協力が得られよう。これは、タバコ消費を制限する以上どうしても必要なことである」

〔ベルギー〕 「今次の報告の基礎となったデータは英・米二国のもので、これ以外の

国では異なった結果が出ないとも限らない、という批判もある。そこで、WHOとしてはまず、これら以外の国での研究を組織的に進めるべきである。

タバコの問題は重大ではあるが、これは広く環境汚染問題の一部であって、いわば個人的汚染ともいうべく、保健当局はタバコにはそれ相当の配慮をすればよい。また、会議場だけの禁煙ということは、かえって偽善的で逆効果であろう。

若年者に対する教育はけっこうだが、これもごく若い時が効果的で、15才～20才となるとかえって好奇心を刺戟して逆の結果になりかねない」

〔ガーナ〕 「適度の喫煙による好影響については十分に周知されていないようである。過度の喫煙の害に対する対策を研究する必要がある」

以上はごく一部を紹介したにとどまるが、それぞれニュアンスの相違はあってもタバコの害とこれに対するWHOの姿勢を明らかに

する点で基本的な反対は見られず、次のような項目の盛り込まれた決議が成立したのである。

- 1) WHO の諸会合においてはその会合の室内で禁煙すること。
- 2) WHO は、加盟国に、喫煙の制限に関する報告書に対する注意を喚起し、その報告書中に述べられている勧告の実施による利点を考慮するよう示唆すること。
- 3) タバコをやめさせるための更に進んだ措置を勧告するためエキスパートの会合を開くことを検討すること。
- 4) 若年層に対して喫煙に近づかないようにする教育方法及びその程度を研究すること。
- 5) FAO に対しタバコ生産国における代替作物を研究する必要について注意を喚起すること。
- 6) 第47回理事会および第24回総会（それぞれ明年1月および5月の予定）に、上記の措置ならびに財政的予測について報告すること。

なお、上記 2) の、報告書のうちに記され

た勧告とは、次のような趣旨のものである。

- 1) シガレットに含有されるタールおよびニコチンの量を包装や広告に明示し、かつ、喫煙の害についての警告を明示することを法律に定める。
- 2) シガレットの広告を最終的に全廃する方向で減ずる。
- 3) 保健関係職員は禁煙の範を示す。
- 4) 保健関係当局および諸団体は病院等の保健的施設内での禁煙のための措置を支持する。
- 5) シガレットの各種成分の許容限度を法定することを検討する。

(1970. 6. 20)

### 編集後記

今年の梅雨は長かった。その梅雨がやっとあけて、夏の太陽が照りつけるようになったかと思うと、光化学スモッグの怪物が暴れだした。この怪物のために、ちぢれた木の葉は舞い落ち、一息入れる木蔭もなくなりそうである。この怪物だけでなく、いろいろな怪物がのさばり、地球上のあちこちから、異変が報告されている。地球はもとより、これを包む大気も侵されてきた。このままでは、地上最強を誇る思いあがった人類が、せいぜい100万年の歴史しかもっていないのに、45億年をかけて、今日の姿となってきた地球を、やがて、人類の住めない廃墟にしてしまうかもしれない。これでは困るのである。

(平石)

海外社会保障情報 No. 11

昭和45年7月25日発行

編集兼発行所 社会保障研究所

東京都千代田区霞ヶ関

3丁目3番4号

電話 (580) 2511~3