

社会保障の国際動向

高 橋 武

I 社会保障が確立するまで

ここでは問題を限定する意味で、社会保障を狭く考えておきます。わが国で社会保険とか公的扶助といわれるものを中心にします。古典的なまたはオルソドックスの社会保障は、この2つから生まれたからです。

まず社会保障ということばの由来ですが、この語は、一方では19世紀の終りにドイツで生れた社会保険(social insurance)と、他方では1930年代の世界恐慌期にアメリカで緊急に必要な経済保障(economic security)という考え方が合体して生れた。つまり前者の社会保険から「社会」(social)を、後者の経済保障から「保障」(security)をとって、合成してできた言葉が「社会保障」(social security)です。この語は1935年のアメリカの「社会保障法」で初めて正式に使われ、それが1938年にニュージーランドの「社会保障法」に採用された。

言葉としてはアメリカ生まれですが、社会保障の理念は、1942年11月のベバリッジ報告『社会保険および関連サービス』によって明確なものにされ、ここに社会保障の哲学、つまり基本的な考え方と具体的な内容が結晶します。また同じ年の春に、ILOから『社会保障への途』なる報告書が出ました。この2つの報告は、その後における社会保障の普及に大きな役割を果たしましたし、社会保障の研究にとって不可欠の古典です。その意味で1942年という年、つまりわが国では戦時中の昭和17年は、世界の社会保障発達史にとって記念すべき年です。

ILOでは1944年の有名なフィラデルフィア総会で「所得保障に関する勧告」(第67号)と「医療に関する勧告」(第69号)の2つが採択された。戦後の社会保障の指導指針になったこの2つの勧告は、その内容が極めて野心的なものだけに、いま読んで教えられるところが多い。

1952年にILO総会は「社会保障の最低基準に関する条約」第102号(略称を「社会保障〔最低基準〕条約」という)を採択しました。これは戦後の諸国の経験をふまえて、社会保障の具体的な内容について国際基準を明

らかにしたもので、社会保障といわれるものの内容がここに国際的に確立した。この条約の定めた給付部門は9つですが、それを再分類すると、次の5部門に大別できます。医療、年金給付、業務災害給付、失業給付、家族給付です。

まず医療(medical care)の部門では、いわゆる保健所サービス(general health service)は別として、一応治療本位の医療が中心にされます。とかく社会保障医療は「病氣医療」と思われがちですが、出産給付もカバーしていますので、「出産医療」といえる概念が含まれています。

またわが国で労災といわれる業務災害(employment injury)の部門では、内容の高い医療の支給が定められますから、この条約の定める「社会保障医療」は、「病氣医療」、「出産医療」、「業務災害(労災)医療」の3つです。

こうした医療のほかは、この条約の諸部門で定められる給付の型体は、主に現金給付です。もっとも「家族給付」の部門ではサービスの提供に、また廃疾給付(身体障害)の部門では職業更生に関説していますけれども、中心は所得保障です。

以上のことからしますと、ILO条約では、わが国でいう医療保障と所得保障の2つが社会保障とされているとみてよい¹⁾。これが国際的に通用する社会保障の範囲です。

II 1960年代の動き

そこで主要な地域別に1960年代に社会保障の領域で目立ったことについて、大ざっぱに触れておきます。

1. 欧米先進国

欧米の工業先進国では、社会保障費は既に膨大な額に

1) この条約については、簡単には「解説・ILO第102号条約」(『海外社会保障情報』No. 24, Oct. 1973, 社会保障研究所, pp. 38—44), くわしくは拙稿『国際社会保障法の研究』(昭和43年, 至誠堂)をよよ。

達した。ことに EEC 諸国では、社会保障の給付として支払われた総額が、おおよそ GNP の 15~18%, 国民所得にするとその 20% の線にまで及んだ国も多い。アメリカを別にして、西欧の先進国では、社会保障は、国民経済の中で、あるいは経済に対して、重要な地位を占めるようになった。そのため一部にはそろそろ限界に近づいたのではないかと感じさえもたれた。

いったい一国の経済資源の配分の方法として、GNP の何パーセントまでが社会保障というチャンネルを通して配分されるのが妥当かという問題も起りうるかと思えます。この点を理論的に考えてみますと、仮りに共産主義の経済では国民生産 (GNP) の全部を一応国家 (またはこれに代る機関) が取上げて、それを必要 (ニード) に応じて配分することだとしみますと、実際は、それまでの資本財 (生産施設) の減耗分の補充とか、次年度以後用に新規投資の配分とか、更に国防や一般行政費などが必要ですから、国民の消費に向けられる分は、多くて GNP の 60% ぐらいでしょう。これには賃金に相当する部分や、「社会保障給付」という形のものも含まれることとなります。

このように考えますと、西欧諸国における社会保障が GNP の 15~18% に達する事実は、大いに注目に値します。もっとも、社会保障の給付が真にニードに応じて公平に配分されているかどうかは、この数字からはわかりません。この点に今でも問題があります。

ところで中身をみますと、第 1 に目立つことは医療費が急テンポに上昇しつつあることです。その理由は、医学と医術が進むと、どうしても社会保障医療の面でも、半ば自動的に費用がふえていく。もっとも、わが国の医療保険のように、医療給付の支給方法として医師による医療の「直接給付」というやり方をとる場合と、患者 (被保険者) の支払った医療費を後日に社会保障機関から返還するやり方 (つまり間接給付) とでは、「歯止め」の有無から違いはあります。イギリスは「直接給付」ですが、他の大部分は従来通り「間接給付」です。しかし医療費の上昇傾向は多くの国に共通的です。

2 番目には人口の老齢化が早かったヨーロッパの諸国では、一国の人口構造に占める老齢人口のウエイトは、わが国よりも高い。西欧諸国では労働力人口との対比で老齢人口のウエイトが高いために、老齢年金がそれだけ重要になります。従って財源の点でも国民経済にとって負担が大きい。表 1 (70 頁) で示されるように、廃疾年金と遺族年金を含めた年金給付の総額は、全体の社会保障費の半分以上を上回る国が多い。このためヨーロッパでは

医療よりも年金の点で、例えば西ドイツで財政硬直化が 1960 年代の後半にいわれだした。

ところで注目すべきことは、1960 年代になると、社会保障の考え方に変化がみられだした。ベバリッヂ原則は、生活の最低限の保障という考え方に立っていたのですが、戦後期も終って経済が伸びてきますと、最低限の保障だけではすまなくなりました。所得の喪失時にも、従来の生活水準を維持したいという欲求 (ニード) が出るのも自然です。世間の生活水準が向上しているのですから、年金受給者にもこの点の配慮が必要になってくる。ことに「福祉国家」といわれる時代になると、かつては個人の責任で処理していたことも、国家とか、企業や労働組合という組織体にとにかく依存したくなる。また自分で老後のために準備した貯蓄も、経済成長の時代には通貨価値の恒常的な低下によって、だんだん不利になってくる。とにかく大衆社会がいわれだした 1960 年代には、リーズマンのいう「他人志向型」が支配的になりやすい。そのため社会保障の考え方でもベバリッヂ原則からの脱皮という現象が生じてきた。

具体的には、イギリスや北欧諸国で、社会保障は最低限の保障という考え方、つまり各人に対する均一給付というやり方の上に、能力に応じた給付を上積みする方向に移行したのです。この移行が 1960 年を境にして、北欧諸国やイギリスで見られたことは注目すべき展開です。まさに「戦後は終わった」こととなります。

2. ラテン・アメリカ

中南米諸国は第 2 次世界大戦中に、中立を保ち得ましたので、この戦争を契機にして経済が非常に伸びた。と同時に、ILO の特別の援助もあって、社会保障を計画的あるいは漸進的に進めていくことが意図され、地域レベルで社会保障促進のための機関も設けられた。しかし結果は必ずしも成功的であるとはいえない。そればかりでなく、1960 年代になると社会保障の濫用という問題さえ出てきた。

ラテン・アメリカの多くの国で社会保障を実施するための具体的な制度は、職業などによっていろいろと違う (制度の分立) ため、実際に社会保障の恩恵を受ける人は有業人口の中でも一部に限られる。たとえば公務員とか、特定の条件下の事業所に働く労働者です。

社会保障は一たん設けられると、縮小よりは拡充が常道です。ラテン・アメリカでは歴史が古いだけに、今では GNP の 10% に近いところもある。また全体の社会保障収入の規模が、政府の歳入の半分以上に相当する国

さえある(チリー、ボリビア、ブラジル、アルゼンチン)。そうなると社会保障が国家財政と競争関係に立つとみられる場合も出てくる。

こうして 1960 年代になると、社会保障の再編成という問題がラテン・アメリカ諸国の共通的な課題になった。それを端的に示したのが、1966 年に ILO の「米州地域会議」が採択した「社会保障改革のオッタワ・プラン」です。そこでは、若干の国の社会保障には一連のギャップと欠陥があるため、「社会のおよび経済的進歩を望ましい規模と効率的に進めるにあたって」社会保障が役割を完遂することがむずかしくなったと指摘された。社会保障への努力が結果的に一部の者の特権になった事実や資金の濫用が公式の場で取り上げられたのですから、社会保障の関係者にとってはなほだ教訓的だと思います。

3. アフリカ

今日では社会保障は決して先進国に限った存在ではない。この点でアフリカでの展開は注目に値します。

1960 年代にアフリカで多くの独立国が生れた。旧植民地時代の前史がありますから、社会保障はゼロから出発したわけではありません。それにしても、アフリカの社会保障政策は、まず業務災害、つまり労災補償から進めていく点で、1つのパターンがみられます。と同時に、これと直接関係があるわけですが、保健が重視されています。ここでは、これまでの医療保険のような治療ばかりでなく予防の面も含めて、広い意味での保健重視が特徴にされようとしています。

社会保障における医療の重視は、わが国の場合に典型的に出ています。これは自然の勢いだと思われます。イギリスでも、ベバリッヂ報告の内容はもっぱら所得保障でしたが、実際にはイギリスの社会保障は医療の点で歴史的で、したがって開発途上国が社会保障を構想するに当たって、医療を重視するのは、正しい方向だと考えられています。しかし重大な問題もあります。

戦後、多くの開発途上の国で伝染病対策が普及し衛生状態がよくなったため、死亡率が急速に低下した。その反面、出生率は別に上がったわけではなく、戦前と同じか、または停滞ぎみですが、死亡率が減少したために「人口爆発」という大問題を抱えることになった。アフリカも例外ではなく、ことにモーリシャスという島は人口のネズミ算的な増大で有名です。しかし、人口問題に対する認識は、新興諸国では必ずしも高いわけではなく、ことにフランスの旧植民地系の諸国では、産児制限の出版物は今でも法的に禁止されているところが多い。

これらの国ではフランス型の行政組織の伝統もあって、社会保障の面でもフランス型が続いています。これには、1952 年の「フランス海外領労働法典」の関係規定が 1950 年代に採用されたところが多いからです。フランス型の社会保障の特徴は、1つは適用範囲を企業に働く労働者に限っている点にあります。しかも後述するように、社会保障の財源を大きく使用者の拠出金にまつものです。その好例は財源を専ら使用者拠出金に依拠する家族手当制度です。それも名目的な給付額ではなく相当に高い給付です。

ところで、このフランス型の社会保障をそのまま現地で採用しますと、一夫多妻制が残っているアフリカの国では、当然子供の数が多いわけですから、家族手当はそれらの家族にとって大きな収入源になる。そこで当然財源の問題もあるでしょうが、これは消費者転嫁もありますし、「古い税は税金(負担)とは感じられない」との諺もあるように、出来上ってしまえば大したことはないでしょう。しかし、それ以上に、「労働へのインセンティブ」とか「人口爆発」の方が大きな問題点になるものと考えられます。とにかく、ここでもまた、社会保障はとかく一般大衆や農村の人々から離れた存在になりがちです。

こうした新興国や開発途上国に対しては、ILO や国際社会保障協会 (ISSA) が非常な関心を払っています。もちろん国によっては、ILO の技術援助を受けています。注目すべきことは、今日では国家の独立は国連加入(国際法上の承認)が不可欠の条件になりつつあります。これに関連して、アフリカでの国連の活動が 1960 年代に目立ったわけですが、国連から「国作り」援助があります場合には、社会保障も重要な項目になったことです。

4. アジア

アジアにおける社会保障の発展段階は、アフリカよりは進んでいると思われがちですが、ラテン・アメリカやアフリカには出来ている「地域内の社会保障協定」はまだみられませんし、地域内の協力もそれほど目立っていません。

ここでもまた、医療要員と医療施設の絶対的な不足は大部分の国で共通的です。ことに都市への偏在が顕著です。インドのような、膨大な面積と人口を擁する国で社会保障を構想するにあたっては、医療の面では、医師や看護婦など医療従事者と、医療施設、つまりわが国でいう「医療制度」の面が大きく制約条件になる。制度としての社会保障、つまり具体的には疾病保険とか労災保険

は、一応できている国も多いのですが、それが 1960 年代に実質的に改善されたといえるかどうか、少なからず疑問です。つまり制度はできたが、中身はこれからというのが一般的とみてよい。もっとも、イノベーションもみられます。例えばインドの従業員疾病保険制度が国の家族計画政策の担い手として一役買っていることで、これは他国にない新しい役割です。

特に注意すべきことは、ヨーロッパで生まれた社会保険というやり方は工業化の過程で生まれたものですから、アジアでも都市の近代化部門についてはこのテクニックを相当うまく応用することができますが、伝統的な部門や、ことに農村になると、とてもうまくいきそうにない。もともとヨーロッパの社会保険も都市の労働者が中心であって、農村に働く人々の社会保障はいまでも残されている。農業人口が 80% を占めるような国では、これまでとは違った新しい型の社会保障が必要になるわけですが、この問題については、国際的にもほとんど手がついていない²⁾。

5. 社会主義諸国

社会主義諸国の社会保険も、ソ連をはじめとして、古典的な社会保険から出発した。東欧の場合にも、戦前の沿革もあって、戦後の改革では「社会主義型の社会保障」と特筆大書するのには、少なからず躊躇を感じます。私はこれらの国の社会保障は、いわゆる資本主義諸国との間に、本質的な違いはないとみています。

もっとも、社会保障をもってすぐれて理念的なものに考え、社会主義国と資本主義国とは違うと思っている人も多い。また社会保障を取りまく環境が大いに違うことというまでもありません。しかしここでは、社会保障をもって具体的に存在する制度とみるかぎりでは、カーテンの両側には本質的な違いはない。違いがあるとすれば、社会保障の財源調達面で一般に労働者本人は保険料を負担しないとか、社会保障の一定の事務面で労働組合が担当しているとかという程度です。私はこれらの特徴は社会保障の本質概念にとって決定的とは思われない。むしろ社会主義諸国でも、例えば年金のスライドとか家族手当という点で、これから処理しなければならないものが残されている。これまでのところ経済発展が国家目標でしたから、「社会主義」とはいいながら、実際にはすぐれて「経済主義的」なところがあつたわけです。

しかし中国では、医療の面で新しいやり方が進められ

つつあるようです。たとえば「はだしの医者」があります。若い人々を短期間に集約的に訓練を行なって、医事要員にするやり方です。農村では正規の医者不足ですから、速成訓練で一定の手術もできるようになった「はだしの医者」は、医療制度の面では貴重な存在です。

近代化にあたって、どの国でも西洋医学を導入するのですが、一辺に大量に養成することは費用や教育施設の点だけでなく、時間的にも、とてもできない。そこで過渡期の間は、一時的な弥縫策が不可欠になります。アフリカのある国についていわれたことですが、近代的な医師の少数養成か、それとも中級医療要員の大量養成かという問題について、D・ドアー教授は、日本の明治期の医学校、ことに医専の事例とか、例えば軍隊の衛生兵は除隊後には郷里で医療に活用できるはずだと述べていました。

人民公社という制度は、一種の共同体のようですが、その中で子供たちの世話とか老人の世話をみるやり方は、社会福祉の点で従来とは違ったものが生れてくるかもしれません。とにかく中国では新しい実験が行われつつあるようです。それが将来、他の開発途上国の参考になるかどうかは、もう少し時間が必要のようです。しかしこの国から引出される一番の教訓は、下からの自力更生という点にあります。というのは、先進国からのウケ売りでは、肝心の近代的な制度もなかなか土着化しないからです。

III 医療保障

先ほど申したように、医療費の上昇は、先進国で共通の現象である。EC 当局が 1965 年、1970 年、1975 年について社会保障費の展開を推定したところによると³⁾、医療（給付）の上昇は、どの国でも他の部門に比べて際立っています。疾病給付だけでみますと、1965 年の実績では GNP の 2.6%（ルクセンブルグ）から 4.4%（オランダ）にわたっていたが、1975 年の予想ではルクセンブルグの 3.0% を最低にして、5.0% に近づく国が多く、オランダでは実に 8.2% と予想されています。

ここでちょっとショッキングな話にふれます。イギリスでは、医療は外国からの旅行者にも無料で支給されます。病気は伝染病の例でわかるように人種差別や国籍の区別は問いませんから、当然といえば当然ですが、しかしここまで徹底して進んだ国は他にはない。その当のイ

2) 最近 ILO から次が出された。Robert Savy: *Social Security in Agriculture*, Geneva, 1972, 268 pp.

3) L'évolution Financière de la Sécurité Sociale dans les États Membres de la Communauté, 1965—1970—1975, 1^{re} Partie Rapport de Synthèse, Bruxelles, 1971 p. 33.

ギリスで老人の医療には困りだして、80歳を越えると医療を提供するなという提案が3年ほど前に出されて大問題になった。この提案はドーバー海峡寄りのある地区を担当する保健官から出たのですが、この地区が第1次世界大戦後に住宅開発業者の手によって開発され、(定年)退職者が集ったものですから、だんだん老人の町になってしまった。町の病院の入院患者は、大部分がお年寄で、そのため一般の住民は病氣や怪我をしても、ベッドがふさがっていて治療もできないというのです。いわゆる「寝たきり老人」の問題です。もちろんこの提案は採用されませんでした。が、「老人の町」が出現すると、その医療が大きな影響を受けることは、わが国の過疎地の問題と同じです。とにかく「植物的存在」また「植物人間」は老人問題の中でも最も深刻です。

アメリカの社会保障では、医療は、目下のところ1965年に出来た老人健保(medicare)と医療扶助(medicaid)の2つだけですが、ともに老人が受益者といってよい。それ以外の人たちには、一部を除いて、社会保障としての医療保険はない。そのためここ10年来、医療保険制度の導入が議会で大きく取上げられてきたのですが、どれも実現しない。そこで一般の人達は民間の共済組合とか入院保険などに加入しています。労働組合では福祉プランの名の下に使用者との労働協約で健康保険を導入したところも多い。

最近、注目されたものに「前払い式(pre-payment)のHMO」(Health Maintenance Organisation)というのがあります。この制度の「前払い式」とは保険料の支弁ということで、その特徴は治療ばかりではなく、ふだんから健康維持、つまり予防の面も重視していることです。というのは、予防が十分であると、それだけ治療費が節約されるはずだからです。これまでの社会保険は病氣にかかってからの治療だけですが、HMOは予防と治療とを1本に結びつけた点で、加入者にとっても、また医療費の点でも意義が大きい。

ところで医療保険の場合に、財源分担をどう決めたらよいか、という大きな問題があります。われわれは戦後この問題に悩んできた。この点で、ベルギーが「疾病・廃疾保険法」の1963年の改正の際に、財源の決め方として次の考え方がとられたことは、注目してよい⁴⁾。なお、ここに廃疾とは労働不能の休業補償のことで、身体障害も含むものです。

(1) 労使からの拠出金(いわゆる保険料)は、通常彼らの責任と目される費用、つまり経常的な医療(current health care)の費用を賄う。これには休業補償(傷病手当金)の第1年分も含める。要するに慢性的でない普通の病氣に要する費用と休業保障として当初1年分の傷病手当金とについては、自分たち(労使)でみるということです。

(2) 国家は当事者(本人または使用者)の責任とはみなされないような費用についてカバーする。具体的には、

(a) 全体の医療(health care)の27%までの分

(b) 入院費と社会病(結核、ガン、精神病など)の95%までの分

(c) 休業補償の第2年分と第3年分の50%までの分、それ以後のものは95%までの分

(d) 失業中の被保険者の拠出金について100%まで大ざっぱですが、このような考え方によって、労使拠出金と国庫負担の割合がきめられたことは、われわれにとって大きい参考になると思います。

次にオランダでは1966年に障害保険が導入されました。これは業務災害(労働者災害補償)による障害(廃疾)と一般の障害とを統合して、公傷私傷の区別をなくしたのです。その意味でこれまでの社会保障から一歩先んじた点で、これは資本制諸国では歴史的ですが。

これまで社会保険という伝統と労災とは、どの国でも制度的に別々に発展してきた。怪我はどこで受けても、一般の交通事故で手足を切られても、仕事中に手足を失っても、本人にしてみれば、またその家族にとっても、全く同じ苦悩です。しかも怪我をすれば、当然に医療が必要になり、休業補償が必要になる。これ以上に大切なことは、その怪我が直ってから以後、本人が一人前に働けるようにリハビリテーション、なにかんずく職業更生が不可欠です。そこでオランダの新法では治療、更生医療、職業更生について一貫的に扱うことにした。これも社会保障の歴史の上で画期的です。目下のところ、制度的にこの体制ができているのは、オランダのほかは、ソ連ぐらいでしょう。

なお、オランダには特に結核とか、精神病とか、ガンなど重疾患について、別に重病保険が最近制定された。このように医療面で画期的な処置がなされたために、医療費の上昇が特にオランダで顕著です。これをGNPの対比でみますと1965年は4.4%、70年は6.2%、75年は8.2%という見込です(国民所得対比では、それぞれ、5.4%、7.6%、10.1%)。

4) Albert Delpéré: Social Security in the European Economic Community, in *Bulletin of the International Institute of Labour Studies*, No. 8, 1971, pp. 51-52.

さきほど開発途上諸国の社会保障では、医療の重視が特徴的なことにふれました。この点について ILO と WHO は 1970 年に「対人保健と社会保障」の専門家会議を開きました。この会議では、ことに開発途上国にとって、これまでのような公共保健サービス、社会保障制度、その他の医療関係施設がバラバラに発達することのないように、最初から相互に連絡調整のある一元的なものとして配慮しておくことが大切だと強調しています⁵⁾。

IV 年金制度

1. 英北欧型と大陸型の相互接近

最近では、法律で定める社会保障のほかに、労働者については、労働協約（団体協約）によって別の年金制度を設け、これによって法定の年金制度を補完する傾向が支配的になった。これは、さきにふれたイギリスと北欧諸国（ノルウェーを除く）のように、これまでの均一給付体系に給与比例の年金を上乗せしたのと、軌を一にします。

労働協約による年金制度の導入は、特にアメリカ、フランス、オランダあたりで職業別にまたは産業別に相当みられます。またドイツでは企業別にみられます。これらは「非法定社会保障」、つまり法律に定めない社会保障と表現されています。わが国では「社会保障」といえば、直ちに国家が設けるものとか、法律に定めたものとして、今でも単純に考えられています。学者もそうですが、一般の人もみんながそう思っています。したがって「非法定社会保障」という語は、自己矛盾だとして問題にされない。社会保障という漢字は「社会が保障スル」と読まれやすいし、これに「社会イコール国家」という一元観も作用する。しかし国家が法律で作ったからといって安心できないことは、多くの国の年金史が教えるところです⁶⁾。

老後の社会保障には、いろんな手段があり得る。今日では国家の定めた「法定の社会保障」を、さらに労働協約で設けた（産業別）年金制度によって補完し（補足的年金制度）、そのうえさらに個人として民間保険と契約したり、共済組合に加入することによって、個人年金でカバーすることも多い。その意味で老後に対する「3重

の保障」が考えられる。それは単に給付額の点ばかりでなくて、他に足りないところも補うようにして、体系的に構想することもあります。私はこの点を 20 年近く前に書いたことがあります⁷⁾、今日これが先進国では現実の姿になってきた。

ところで、これら労働者保険の沿革で社会保障を出発させた国では、年金の額は大体、本人の給与に比例することになりますから、賃金の高い人とそうでない人との間に、引退後に年金の点で格差が出てきます。それが余り不公平にならないように、ある程度是正するため定額制（均一制）の最低年金を設けるところも出てきた。フランスやイタリアがそうです。この場合に、給付は「インカム・テスト」を条件にして、所得が一定限度以下の者に限って支給されるのが普通です。この最低年金は「本来の年金」給付を「下駄ばき」の形で下からも支えることになります。形の上ではわが国の福祉年金にある程度似ていますが、「インカム・テスト」の収入上限が高いために「下駄ばき」の役割をはたすわけです。

例えば、フランスの無拠出制の「老齢労働者手当」(AVTS) は、65 歳でインカム・テストを条件に支給され（給付額は 1971 年 10 月 1 日以降は年に 1,950 フラン、65 歳以上の夫婦者には 1,850 フランをプラス）、更に一定収入以下の者に対し連帯国民基金から補足手当が支給され（年額 1,550 フラン）、この両者を合せたものが（年額 3,500 フラン）、いわば最低年金にあたります。これは拠出制の老齢年金が貰えない者（「かつての労働者」という意味で「老齢労働者手当」という）が大部分受けている無拠出制の年金です。

以上のように、一方ではイギリスや北欧諸国のように、均一年金の国が新たに法定の給与比例年金を上乗せすることによって、他方では西欧諸国のように給与比例年金が主体の国では無拠出制の最低年金を新設して、これを下支えしたことによって、両者が相互に接近しつつあります。こうして英北欧型と大陸型はともに、文字通り「皆年金」の方向に進んできた。なおわが国の「皆年金体制」は、制度の適用がすべての国民に及ぶという意味であって、すべての高齢者に年金が及んでいる意味では

5) *Personal Health Care and Social Security*, Report of a Joint ILO /WHO Committee, WHO Technical Report Series No. 480, 1971. 邦訳『対人保健と社会保障』（前田信雄訳、財団法人日本公衆衛生協会、昭和 48 年）

6) これに関連して「公的年金」という用語が必ずしも適切でないことについて、拙稿「厚生年金を考える」（『季刊社会保障研究』Vol. 8, No. 3, 1972. 12）をみよ。

7) 例えば拙稿「年金制度の世界的傾向」（藤林敬三編著『退職金と年金制度』第 3 章、ダイヤモンド社、昭和 31 年）、なお既出の Delpéré 論文によると、EEC 6 カ国で全体の給付総額（公共保健、公的扶助、戦争犠牲者援助を除く）のうち、この種の「補足的制度」、つまり非法定社会保障が占める割合は、1965 年について、西ドイツで 13.2%、フランスで 7.0%、オランダで 6.9%、ベルギーで 1.6%、イタリアで 0.4%、ルクセンブルグで 0 と計算されている（p. 43）。

ありません。

2. 定年制と退職年齢の弾力化

年金制度の1つの問題点に、いつから老齢年金の支給を開始するかがあります。これはわが国では定年問題に直接関係があります。なお定年については、わが国は55歳、欧米は65歳ということをよくききますが、これは誤解です。社会保障用語としての年金支給開始年齢(pensionable age)とか、退職年齢(retirement age)は、「定年」とは違います。

年金支給開始年齢とは、年金が支払われ出す年齢のことで、これまで欧米では大体65歳が多かった。その際、退職を支給要件にする(つまり退職テスト付きの場合も多いのですが(70歳の場合には概してこの要件はなくなる)、年金を申請しないかぎり、退職を強制されることはない。つまり年金支給開始年齢とは、年金への権利が発生する年齢のことです。他方、定年制度は、その年齢に達すると自動的に強制退職させられる年齢のことです。従って両者は本質的に意味が違います。

また社会保障でも退職年齢という語が使われますが、これは年金制度の設計にあたって、被保険者は何歳になったら年金を申請するようになるかを予想する必要がありますので、一応標準の年齢を定めるわけです。この場合、世間の慣行として何歳になったら職業から引退するかが一つの目安になります。またその実績をいう場合もあります。従って退職年齢(retirement age)を「定年」と訳すことは大きな誤解です。

もっとも外国にも定年制は、一部にはあることはあります。多くの場合に公務員がそうです。歴史の古い大企業にもみられます。またことに特権的な年金制度が早くからできていたところ、たとえばフランスの国鉄、炭礦、電気会社では、50歳とか55歳の定年で、年金と引きかえに退職が強制的のようです。さきに指摘しましたラテン・アメリカの社会保障の濫用という問題では、年金支給開始年齢が50歳、55歳という比較的若いことが非難されています。

しかし最近、ヨーロッパでは「退職年齢の弾力化」が非常にいわれるようになった。もっともその種の主張は早くからあったのですが、OECDからレポートが出たのは1970年です⁸⁾。問題がようやく熟したと考えてよい。1つは、65歳の年金支給開始年齢をもっと早めるべきだという労働者の要求です。最近西ドイツで実現しました。

2番目は、労働力不足という背景です。戦後労働力不足が続いたため、一方では出稼ぎの外人労働者がフランス、スイス、西ドイツなどに大量に存在します。イギリスには英連邦諸国からの出稼ぎがいます。他方、経済成長下では、優秀な労働力がとかく不足する。いま多国籍企業が米系にしる、ヨーロッパ系にしる、世界中で大きく伸びていますが、それはどの国でも大学出の優秀な若い連中を雇えるからです。日本もそうです。彼らの意識にはわれわれの時代に経験したような失業問題はそれほどではないし、また自分の能力が発揮できる企業なら、外資系であってもかまわない。とにかく経済成長は企業にとって新しい意味で熟練労働力や人材の確保が決定的になる。それが社会保障や年金制度によって、こうした労働力まで制度的に引退して行くことになれば、経済全体にとっても損である。そこで、退職年齢というものを弾力的なものにして、なるべく制約にならないようにしようというのです。

3番目に退職年齢の弾力化には、個人の権利の拡大という考えもあります。いまの時代は、とかく人間が制度によって支配されがちです——定年制度はその典型——から、退職年齢の弾力化は、人間による制度支配の回復という面があります。これはわが国の定年問題を考えるにあたっての、鍵だと私は考えています。

この点でアメリカだけは最も進んでいます。「雇用における年齢上の差別」の廃止が、1967年の公民権立法で定められたからです。この法律によって、人の募集とか採用にあたって年齢を要件にすることは、公民権法違反だとして禁止された。そのため私設の職業紹介所は大弱りのようです。たとえば旋盤工募集の広告に年齢を書いではいけないからです。

わが国では年齢は、雇用や労働条件の決定にあたって切っても切れないものとされてきただけに、このアメリカ法は非常に徹底した考えだと感心させられます⁹⁾。国情が違うといって、簡単に無視することはよくない。わが国の終身雇用は労務政策上の便宜のために人為的に作り出されたものですから、いつまでも絶対視するわけにはいかないと思います。

3. 婦人への差別

年齢による差別にふれましたから、今度は社会保障における婦人に対する差別に進みたいと思います。実はこれは、多くの国で残された大問題の1つです。寡婦年金

8) OECD: *Flexibility of Retirement Age*, 1970, ここでは日本や米国は扱われていない。

9) かつてこの点を扱ったことがある。拙稿「定年制と雇用問題」(『日本労働協会雑誌』No. 12, 1960年3月)。

は、究極的に廃止すべきだという一種の爆弾宣言が、フランス社会保障の生みの親ピエール・ラロック教授によって最近出されました¹⁰⁾。寡婦年金は、被保険者たる夫の死亡によって遺族たる妻に支給されるものですから、この妻の権利は、夫への従属によって成立するというのです。そのため離婚したり、再婚すると、その〔老齢〕年金権は全くなってしまう。寡婦年金は欧米では一種の老齢年金です。いまのウーマン・リブの時代こそ、婦人みずからの社会保障上の権利と義務を確立すべき好機だとして、ラロック教授は次のように具体的に提案します。

1 つは、夫の死亡で直ちに生活に困ることになるから、生活上の転換を援助するために、その間は一時的な給付や職業訓練を設ける。第2に、妻にも本人固有の社会保障上の、ことに年金への権利と義務を定めて、半人前(the better-half)ではなく、1人前に扱うわけです。ただし子供を育てるため家庭内にとどまる期間については、拠出義務は子供を育てることで満したものとみなす。しかし子供が一定の年齢に達すると、本人は当然拠出義務を引受けるというのが、その内容です。

わが国でも社会保障における妻の座という問題は、社会保障制度審議会がその創設以来悩んできたが、その解決は今でも残されたままです。たとえば「通算年金法」には寡婦年金はありません。また婦人関係の団体も、社会保障一般については非常に熱心ですが、ことが具体的な問題になるとほとんど無関心です。わが国では、お産(正常分娩)は社会保障では面倒みてくれない。健康保険証をもっていても駄目です。ILO第102号条約をわが国が批准できない理由は、大きくは社会保険の給付にお産がないからです。この条約では、「出産医療」として無料の給付が要求されていますが、他方、「病氣医療」については本人に若干の自己負担を許しています。とにかく、お産を社会保険が扱わないのは、わが国社会保障の七不思議の一つです。

4. スライド制

ここでも EEC 諸国の現況がわれわれに参考になります。

- (1) ベルギーでは、(a)消費者物価指数による自動的な換算(revalorisation)——消費者物価が5%上がると、年金も5%引き上げる——と、(b)ある増額係数によって、経済成長に(自動的ではなく)適応させる

こと(adaptation)——たとえば経済成長が10%伸びた場合にその恩恵を年金受給者にも6%だけ与える。——この両者の組み合わせというやり方である。

- (2) ドイツでは、年金を毎年換算しますが、前年の賃金の伸びを考慮してきめるもので、これは自動的換算に近い。
- (3) フランスでは、賃金の伸びを考慮し、毎年の自動的換算です。
- (4) イタリアでは、生計費の変動に対する自動的適応である。
- (5) ルクセンブルグでは、物価指数による自動的換算と賃金の伸びに対する定期的な調整(adjustment)です。
- (6) オランダでは、賃金指数に基づく自動的換算です。

以上やり方からいえることは、年金スライド制には、第1に換算(revalorisation)か、適応(adaptation)か、調整(adjustment)かという区別が使われていることです。それぞれ中味が違うわけですが、換算は、他の規準係数がそのまま年金に使われること、適応は、たとえば経済成長率をそのまま使わないで、ある政策的意図をもって引上係数を決めること、調整は客観的な目安が一応ない場合だと思われます。第2に、自動的か、毎年か、定期的かという改正時期が問題になります。第3に、基礎データとして賃金か、物価か、経済成長率かということが重要になります。

アメリカも1972年の社会保障法の改正で、1975年度から、生計費が3%あがると給付を自動的に引上げることに決めた。1952年のILO第102号条約は年金額の改訂という原則を明らかにしましたから、それから数えて20年目に、この原則がイギリスを除いて大部分の先進国で受入れられたことになります。

V 社会保障の財源

社会保障財政という表現は、国家財政とよく間違えられますので、社会保障の財源調達(financing)といったほうがいい。ファイナンスという動詞を進行形にしたfinancingは、どうして社会保障の財源を調達するかというダイナミックな表現ですから、まさに社会保障時代にふさわしい表現です。戦前は社会保険の「経理組織」(the financial organization)という静態的用語が使われていました。

冒頭に申しましたように、今では国民所得の20%、GNPでは15%にも達する社会保障給付にとって、その財源調達は大きな問題です。これまで社会保障の収入は、

10) ピエール・ラロック「婦人の権利と社会保障」(『ILO時報』24巻3号、1972年)。

イギリスとか北欧型では主に税金、大陸型では労使の拠出金が大きなウェイトを占めてきました。しかしこの違いは、社会保障にとって本質的なものとは考えられません。大切なことは、財源の在り方よりも、給付の方だからです。

1. 3つの要因

社会保障収支の展開を大きく左右する基本的な要因として、3つあります。

- (1) 人口動態と保健医療費の自動的な伸びです。まず人口動態については、その国の人口構造が若い、高齢かによって、またことに生産年齢人口のウェイトの如何によって、社会保障の給付と収入の規模が大きく左右されます。また保健医療費については、人口が増え構成が変わることによって、また医学と医術の進歩、医療施設の発展によって、費用が増えることも明らかです。これらはいわば自然のなりゆきです。
- (2) 社会保障制度の給付の型と程度、適用範囲、その財源調達方法に関する法規定の展開です。つまり社会保障の制度面の改善が重要なファクターです。以下ではこの面を重視します。
- (3) 経済情勢、なにかんずく賃金と所得の伸び、物価、雇用情勢という経済的側面も、いうまでもなく重要です。たとえば失業がふえると失業保険の給付支出がふえます。長い目でみると、経済の変化は、社会保障の面での対応を必要不可欠にさせます。

そこで EEC 6 カ国の社会保障給付の部門別構成をみておきます (表 1)。特徴的なことは、第 1 に老齢、死亡、遺族に廃疾を加えたものが全給付部門の中で、ルクセンブルグでは 61% にもなって、極めて高いことです。これには一時金 (死亡) も含まれていますが、年金部門

表 1 給付支出の部門別構成 (全体の給付支出を 100 とした場合) (1965年)

	ベルギー	西ドイツ	フランス	イタリア	ルクセンブルグ	オランダ
疾病	21.9	29.1	25.2	22.5	16.9	26.2
老齢・死亡・遺族	41.5	49.4	40.5	41.3	61.5	49.2
廃疾(障害)	5.2	5.8	1.9	11.5		5.1
業務災害	3.6	5.3	5.5	3.4	7.9	1.8
失業	5.4	1.2	0.7	2.4	—	2.2
家族手当	22.1	8.9	26.2	18.7	13.7	15.5
雑	0.3	0.3	—	0.2	—	—

Albert Delpérée: Social Security in the EEC, in *Bulletin*, International Institute of Labour Studies, Geneva, No. 8, 1971, p. 47.

とみてよい。またどの国も、この部門が全体のうちで 50% 前後を占めています。また今後の見通しでも、老齢遺族年金がはなはだしくふえる国として、西ドイツ、ルクセンブルグ、オランダの 3 国が予想されています。すなわち 1975 年の予想では、国民所得対比でイタリアが 7.2%, ベルギーが 7.9%, フランスが 8.6%, オランダが 9.5%, ドイツが 10.5%, ルクセンブルグが 13.3% に達するとされています。なおわが国では、あらゆる種類の年金の給付総額が国民所得対比で 1% になったのは、多分 1973 年だろうという状況です。

第 2 に、医療費の上昇見込も大きいのですが、しかし疾病給付でみるかぎりでは、全体の中で占めるウェイトは 20% 台ですから、目下のところその費用は年金部門の半分程度です。しかし今後の見通しでは上述したオランダに典型的に表われているように、1975 年にはこのウェイトがもっと高くなります。

第 3 に、家族手当も、これらの国では相当に高いのですが、今後の見通しではベルギーやフランスでさえ、ウェイトとしては低下の見通しです (国民所得対比で 1975 年にベルギーは 3.6%, フランスは 3.2%)。したがって財源調達の面では年金と医療の 2 つが大切になります。

2. 第 1 次財源

社会保障の財源には、第 1 次財源として労働者保険料、使用者拠出金、国家の資金参加の 3 つがあります。第 2 次財源として、積立金の利子収入などもありますが、年金保険は今ではいわゆる賦課式に立脚していて、積立方式は後進国にみられるだけですから、金額的には無視してよい。

まず労働者の拠出——労働者本人が負担する保険料——のウェイトが高い国は西ドイツとオランダ、使用者拠出金のウェイトが高いのはイタリアとフランスです。国家の資金参加はルクセンブルグ、ベルギー、西ドイツで高く、他方、オランダ、イタリア、フランスでは低い。このように EEC 内部でも、それぞれの三者間の分担には、違いがあります。

そこで例として、フランスの社会保障 (一般労働者用の一般制度) における労使拠出金率の法規定をみておきます (表 2)。なおこの制度には国家の資金参加の規定はありません。

使用者の支弁する拠出金は、賃金 (一部は賃金上限に服する) の 28.7% にも達します。他方 65 歳未満の労働者の場合には本人が支弁する拠出金は賃金 (同上) の 6.5%, 65 歳以上の労働者の場合には同じく 2.5% で、

表2 フランスの社会保険（一般制度）の
拠出金率(%) (1971.1.1 以降)

	使	労働者		徴収対象額
		65歳未満	65歳以上	
疾病・出産	2	1	1	賃金総額
廃疾・死亡	10.45	2.50	1.50	1ヵ月に
老 齢	5.75	3	—	1,650 F
家族手当	10.50	—	—	を上限と
小 計	26.70	5.50	1.50	する賃金
計	28.70	6.50	2.50	

以上のほかに、業務災害に対し使用者の単独拠出金がある。

これは一つには老齢保険への拠出義務がないのも関係します。

とにかく賃金の28%にもおよぶ使用者の拠出金は、社会保険の財源にとって極めて重要です。これが社会保険に対する「企業の社会的責任」ということです。というのは、使用者拠出金は、法規定の上では、その企業が雇っている労働者、つまり従業員について保険料の分担（または支弁）ということですが、実際の性質は、社会保険そのものへの拠出金だからです。わが国では「企業の社会的責任」がよくきかれますが、あまりに理念的で、とかく内容に乏しい議論が多い。フランスやイタリアのように社会保険への使用者の分担割合が高いところでは、「企業の社会的責任」は極めて明解です。もともとフランス語で「社会的」という形容詞は、生活とか労働関係のことを意味するものですから、「社会保険」は、文字通り「生活」保障の意味になります。

3. 技術革新と保険料算定基礎

これまで社会保険の保険料は、その算定の基礎を主に賃金においてきた。しかし今日のような技術革新に支えられた経済成長の時代になると、このやり方に重大な欠点のあることが明らかになる。というのは、技術革新は、当の企業にとっては雇用量が相対的に減ることを意味します。オートメ化すれば労働者はいらなくなる。雇用量が減ると、それだけ社会保険財源へのその企業の貢献度（拠出金）は減ってくる。つまり先端を行く技術革新のはげしい産業、例えば石油産業ではコストに占める労務費（賃金支払総額）が低いから、社会保険の財源調達にはあまり貢献してもらえない。逆におくれた産業ほど労働集約的ですから、労務費のウェイトは高く、従って企業の拠出金も多くなる。このように、これまでのような賃金支払額を基礎とする拠出金の算定のやり方は、今日の産

業状況に合わなくなった。これでは社会保険の将来にとって悲劇的です。

そこで今後は、財源調達の方法として、単に賃金支払額だけでなく、売上高とか、生産高への課税という方法がもっと考えられねばならない。現に国際航空などでは、運賃料金の中にパイロットの年金制度への分担金が入っている。一種の通行税です。またわが国の石炭労働者年金制度でも、出炭1トン当りの使用者拠出金というやり方が使われています。もっとも実際は国庫の補助金ですが。

この事実は、社会保険の本質を考えるに当って重要な意味合いがあります。というのは、今後は従来のような保険原則、つまり「保険料を支払ったから保険金がもらえる」というような私的保険の考え方は、だんだん通用しにくくなる。

4. 所得再分配効果

社会保険の1つの経済的效果として、所得再分配があります。これは給付（またことに受益者）の内容と財源調達の如何によってきます。公平な所得再分配が発揮されるためには、特に社会保険財源のあり方を考究する必要があります。しかし実際にはあまり研究されていない。日本には社会保険に関心のある経済学者が割に多いため、所得再分配効果の実績調査も最近は出ていますが、その割には、どういう形であれば公平な所得再分配になるか、政策的な示唆は乏しいようです。つまり本格的な研究はこれからだと思われます。

ただ注意申しあげておきますが、社会保険による再分配効果は、決して社会保険が狙うべき第一次的なものではないことです。公平な所得再分配という点では、労使拠出金を財源とする社会保険よりも、直接税本位の国庫支弁による社会扶助（公的扶助）の方がはるかに合目的です。しかし多くの国が社会保険を優先させてきたのは、単に歴史的な沿革によるのではなく、所得再分配という経済効果よりも、生活の保障という社会保険本来の効果（アメリカの経済学者はこれを「所得維持」という）の方が大切だからです。

5. 研究テーマ

社会保険の研究が大切なことに関連して、ILOが今後取り上げようとしている社会保険の研究テーマを、箇条的に紹介しておきます。これは1972年のILO理事会が決定したものです。

- (1) 全体の開発目的への社会保険の寄与。

- (2) 経済に対する社会保障のインパクト。
- (3) 移民(外人の出稼ぎ)労働者に対する社会保障保護の促進と改善。
- (4) 社会保障制度下にある医療組織の促進, 他の保健福祉計画との連絡調整, 人口成長の緩和対策における社会保障機関の役割。
- (5) 社会保障と技術革新。
- (6) 社会保障教育(訓練)の提供と社会保障事務の改善。

VI 結 び

1. 制度面の問題点

最後に, 社会保障の主要項目別に, 一言ずつふれてみます。第1に, 社会保障制度の適用範囲の点では, 工業先進国の場合にも農業やその他の限界的な職業に携わる人々については, 今でも社会保障が十分に及んでいないところもある。この点は後進諸国における社会保障のこれからの普及にも悪影響を与えるから, 重大です。

第2に, 給付水準の点では, 老齢年金や問題の遺族年金にスライド制が導入されるようになったが, それでも他に比べて立ちおくれ気味です。労災や短期給付の場合には, 受益者は現に働いている労働者ですから, 低い給付額は改善の可能性も多いが, 年金受給者の場合にはとにかく二義的に考えられやすい。この点で労働組合の役割は特に重要です。わが国のいわゆる「5万円年金」も労働組合の年金闘争や世論の高まりの中で初めて実現した。しかし年金制度があまりに政治に左右されるようでは, 果して技術的に健全な制度か心配にもなる。積立式か賦課式かの議論もその一例ですが, 客観的な研究がことに大切です。

第3に, 社会保障財政の点では, ドイツなど一部で財政硬直化がいわれだしたのは, 自然増が目立ってきたからです。しかし社会保障財政に関する研究はその割には進んだようでもない。第一, これに関する研究書は今でも乏しい状況です。

第4に, 今回はあまり採り上げなかったが, 社会扶助(例えば生活保護法)の運用にあたって, 人権問題が目立って出てきた。離婚していればそれぞれ独立の生活扶助を貰えるが, 同居していれば減額したものしか貰えないとすると, 形式的離婚が出てくる。現にアメリカ, イギリス, ドイツで問題になった。そうすると今度は, 扶助担当の職員が本当に離婚しているかどうか, チェックするために, 夜分に立入り検査をすることも起ってくる。ここに人権問題がおこるわけです。そればかりでなく,

社会扶助では, もともと担当職員の専決で給付の有無が左右されるものだけに, 極めてデリケートな存在です。

理論的には社会保険(国民保険)が普及すると, つまり皆保険が達成されると, それだけ社会扶助のウエイトは低下すると思いがちですが, イギリスの事例でさえ, そうはならなかった。つまり「社会保険と社会扶助の一体化による社会保障」という図式は, 目下のところどの国でも余り見通しがいい状況です。

2. 今後への展望

そこで, これからの展望ですが, 1970年代は, 戦後に発展した社会保障が内省期を迎えたのではないかと感じられる。たとえばアメリカでは, ニクソン大統領はその就任にあたってアメリカの社会保障制度のオーバーホール(根本的再検討)を第1の政策目標に掲げた。もっとも, いまだ手はついていないようだ。ニュージーランド政府は, 2年ほど前に社会保障全体の再検討を行ったレポートを出したようですが, 私は読んでいない。

1970年代になってははっきりしたことは, 公害とか, インフレとか, 人口問題が目に見えて深刻になった。そこから最近では, これまで潜在していた人間疎外が庶民の間に一種の危機意識をかもし出すようになった。かつては仏教の末世思想とか, キリスト教の終末観があったわけですが, 今日ふたたび, 人類は生き残りうるかの危機が叫ばれています。しかし, ルイス・マンフォードによると「危機」という漢字は, 危難の「危」と, 機会の「機」からなるのであるから, 転機をつかむ「好機」にもなり得るといっています¹¹⁾。

1960年代が華やかな経済の高度成長期だっただけに, 1970年代はその逆が目立つのでしょうか。しかし, 反面には, 脱工業化時代(post-industrial age)の到来を展望している人も多い。そこには, これまで経済的利益が人間的利益に対して優越したことへの深い反省もあります。例えばルネ・デュボス博士は医学, 医術, 医師の役割について深い反省を主張しています¹²⁾。公害問題に直面して, 人の生理的な, また精神的な健康確保は, まさしく医師や医療従事者の役割を大いに期待させるところです。戦時中に訳されたルネ・サンドの『社会医学の原理』(上下, 昭和16年, 白揚社)は, この点を見通していたようにも読めます。

11) ルイス・マンフォード(生田訳)『人間の条件』(弘文堂, 昭和46年), p. 400.

12) ルネ・デュボス(野島, 遠藤訳)『人間であるために』(紀伊国屋書店, 1970年), 同(田中訳)『環境と人間』(エンスaikropedia・ブリタニカ日本支社, 1968年)。

3. 変化に対する対応

ところで、これまで社会保障が中心に取上げたのは、基礎的な、基本的な (basic) ニードであった。基本的なニードであるために各人に共通のだから、定型化できたのです。しかし、個人には1人1人それぞれ違ったニードがありますから、独特の personal needs もあるわけです。それをどこまで、どのように、社会がまた国家が取上げうるかは、人権ことに個人の自由との関連で考えられねばならない。例えば人間疎外は、今日の「抽象社会」では多くの人に共通する本質的な問題であっても¹³⁾ 社会保障としてどれだけ制度的に仕組むことが可能か、至難の業だと思います。

とにかく脱工業化社会では、貧困はこれまでのように経済的なものばかりでなく、違ったものも出てくるでしょう。そこで社会保障としては、変化に対する対応が何よりも大切になります。今のところ社会保障の動向としていえるようなことは、業務災害では災害防止や公害防止への方向に、失業保険ではマンパワー政策への一層の接近、家族手当制度では家族福祉や住宅政策、更には家族計画への結びつきの方向、老齢保険では老齢対策との一貫性の強化や余暇計画との関連性ぐらいのところですね。とにかく「積極的社会保障政策」がこれからは開発されねばならないでしょう。

社会保障の領域でも、後進国への援助をどのようにして仕組むか。われわれは真剣に構想をめぐらす時代がくることでしょう¹⁴⁾。社会保障の原理はもととはといえば、仲間 (socius) 同士の連帯性 (solidarity) ですから、一国内に限られる必然性はない。ところが国家が介入してきたものですから、一国内に限られる制度になってしまった。したがって、この限界を極力乗り越えることが大切になる。その第1歩は、国内における社会保障の内外人平等処遇です。第2に、開発途上国への援助がくるとします。後進国援助が経済援助の形をとると、とかく支配と従属の問題を起ししやすい。しかし病院建設とか社会保障面の協力であれば、さほどではないことでしょう。

ことに社会保障にとって、海外援助は特別の意味合いがありえます。ご承知のとおり、今日では援助に「ヒモ付き」は非難されます。ところが社会保障の具体的な仕組みでは、今でも「ヒモ付き」が幅をきかしています。保険料を納入しないと受給権は発生しないというやり方は、明らかにヒモ付きです。国際協力ではヒモ付きをやめようというのですから、社会保障の仕組みもこうしたヒモ付きは極力やめるべきです。具体的には拠出の義務と給付への権利とは別個のものとして、両者の結びつきを断ち切ることです。もちろん拠出の義務をなくす意味ではなく、ただ滞納の場合には税金滞納と同じ処理をすべきだということです。

わが国では医療面の援助は、家族計画への援助が目立っています。家族計画国際協力財団 (会長岸俊介) の手を通じてです。私はさしあたり、人口問題との関連で社会保障面で開発途上国援助を構想する必要があると考えています¹⁵⁾。

これは一種のソーシャル・プランニングに通じます。これまでは経済計画が中心でしたが、福祉優先がいわれるようになって、ソーシャル・プランニングが期待されています。何よりも問題はプランニングの方法にあります。これとは別に、デジシン・トーキングへの市民参加をどう具体化するかが大問題です。これまでの経験では、ILO で開発された政府代表、使用者代表、労働者代表の三者構成というものがあります。しかしこの仕組みも、今日では官僚化と専門職化によって「既成体制化」したため、市民運動が出てきた。しかし1960年代の消費者保護運動でラルフ・ネーダーという個人の出現が目立ったのは、何よりも合法的手段によって成功裡に組織体に挑戦できたためでしょう。

13) Anton C. Zijderveld: *The Abstract Society. A Cultural Analysis of Our Time*, Penguin Books, 1974.

14) この点についてオランダの元社会大臣 G. フェルトカンブ「社会保障のための国際協力」(『ILO 時報』21巻4号, 1969年)は、具体案を提案しています。

15) 拙稿「人口問題と労働」(『日本労働協会雑誌』No. 184, 1974年7月)を参照。