

労働者は、それぞれの基金から支出される資金で、正常な支給率による家族手当を受給すべきである。1957年には、工業部門で支給される家族手当の支給額と同一額まで、結核の処置を入院もしくは外来患者として受けている労働者への扶養家族を増額するために、ある一時的な規定が採用された。この増額は、結核による喪失所得に対し毎日支給される補償とあわせて支給されるのであるが、保険者によって財源が調達されている。1965年には、家族手当は農業を含む全部門の失業者に支給を拡大された。また、1965年には、最低額を2,500リラとして、10%の増額が被扶養子女や配偶者を有する人びとの年金にも加えられ、この財源は年金保険制度により賄われている。

家族手当は雇用との関係がますます薄くなり、自営業者と一時的に労働者となることのない人びとの双方にとって、家計負担の保護もしくは補償の手段となる傾向があるということは、前述したところから明らかである。このような発達は、家族手当が国民に対し

て全般的に普及する適用拡大の方向をたどる段階にあるというだけであるかも知れない。このようなことは、一部の市民だけでなく全市民の間における扶養家族への負担の平等化に対してのみならず、社会的な平等と公正の基本原則に対するニードに込め得るであろう。このような期待は共同の責任という伝統的な役割に加えて、将来の世代を育てあげるという政府の共同責任を考えることによって

引出される。

Present Aspect and Future Prospects for Family Allowances in Italy by Luigi Pasi, "Aspetti attuali e prospettive degli assegni familiari in Italia", "Previdenza sociale", no. 5, 1966, pp. 1447-1462; No.139, '67.

(以上4編はISSAのSocial Security Abstracts, 1967より採用したものである)

(平石長久 社会保障研究所)

社会保障こぼれ話

年金制度の医療給付

ブラジルの銀行職員には、特定の職域に対する特殊な年金制度が設けられており、この制度は1950年代の初めに、医療給付の支給を開始している。

本来、医療給付は疾病保険で支給されるのが通例で、年金制度でこの給付が支給されるのは特殊な例である。しかし、疾病保険を欠き、社

会保障制度も未発達な当時のこの国では、このような制度の採用もまた止むを得なかったのであろう。

この制度の医療給付は、内、外科の医療処置、病院の収容などを含んでおり、要するに、健康保険制度の肩代りをして、その不備を補足するものであった。これらの給付は銀行職員を対象として、リオ・デ・ジャネイロ、サン・パウロ、サントスなど多数の都市で実施されたが、事実上では、医療施設や医療担当者の不足から、都市部以外の実施は困難であった。

(平石長久 社会保障研究所)