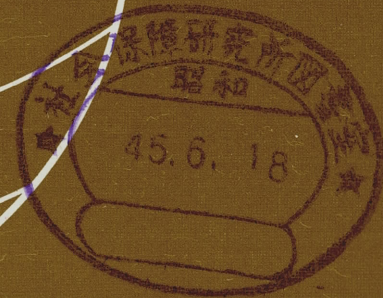
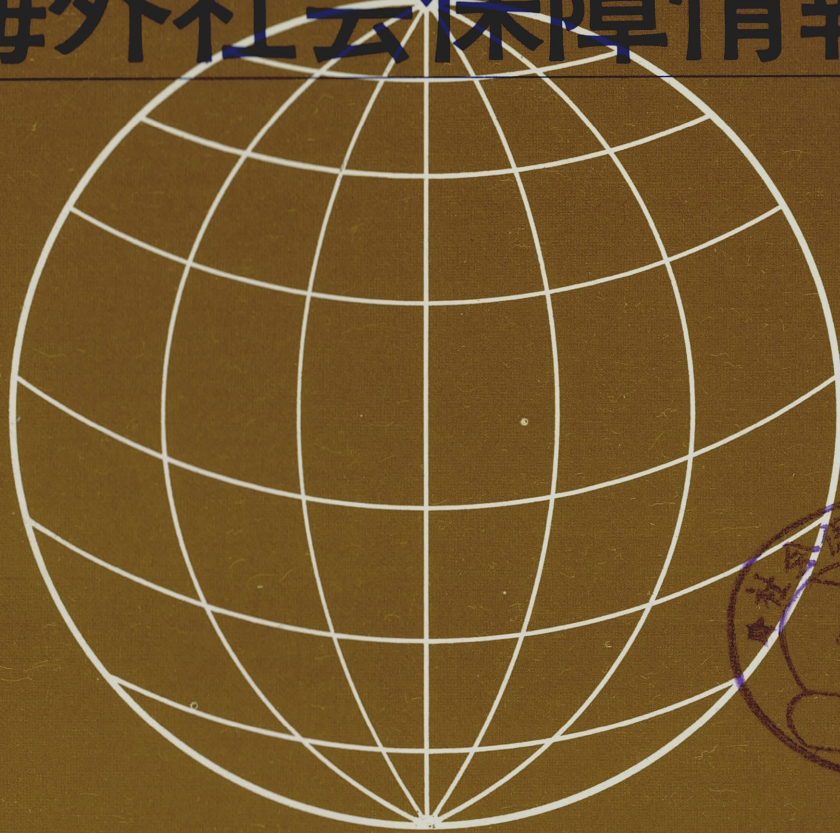


海外社会保障情報 No. 10

APR. 1970

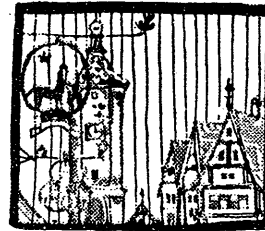


社会保障研究所

各国のトピックス

病院への財政援助

(西ドイツ)



連邦青少年・家族及び保健相 Käte Strobel は議会の夏期休暇後病院財政に関し決定する筈である。

議会が中期財政計画でこれについて変更を行わないときは、連邦は1971年中期以後、病院の投資額の3分の1をカバーしなければならないことになる。予定では連邦は、1971年2億マルク、1972年4億マルク、1973年4億6,600マルクを病院のため集め、その利子と償還の処置をしなければならない。

準備中の法案は連邦の病院融資を法的に確定し、さらに連邦資金の配分の条件その他を決定すると共に、残りの費用の調達について

命令を施行する権限を与えることになる。

連邦政府がこのような処置をするのは、国民に十分な奉仕をする病院制度を備えること

は公的な任務であると考えためであり、このため連邦と各ラントは共同して、病院の建設及び維持のため財政援助をしなければならないとするのである。このため現在既に病院が利子及び償還を行なっている限り、それを連邦と各ラントが引受けることもできる筈である。

なおこの場合 Strobel 案では、病院の看護基準の設定には全くの利用費しか算定されていない。

Die Welt, 5. Februar.

(安積鋭二 国立国会図書館)

医学の進歩に合わせた保障を
—疾病保険法改正をめぐって—

(西ドイツ)

連邦労働相 Walter Arendt の発表によると、連邦政府は疾病金庫、医師、及び担当者

と学識経験者よりなる、疾病保険の改善発達のための専門家委員会を召集した。委員会の

任務は、被保険者と家族が医学の進歩の恩恵を全面的に受け得ると共に、経済的に耐えるように疾病保険を改めるにはどうするか、という問題を検討することにある。

Arendt は、疾病保険には今後ますます金がかかることをはっきり知ると共に、患者にせよ廃疾者にせよ、上昇してゆく一般の生活水準から取り残されることがあってはならない、と指摘する。連邦労働省では目下職員及び雇用主に関係ある法案を作成中で、現在月額1,200マルクの保険義務加入限度を引き上げると共に、これを賃金の上昇に応じて、一定の間隔をおいてスライド化する、というものである。

義務加入限度のスライド化については、連立与党間で了解がなされており、FDP（自由民主党）では年金保険の拠出測定限度（1970年、1,800マルク）の75%に上げることを考えており、これだと疾病保険では、1970年に1,350マルク、1971年には1,425マルクとなる。これと同時にこの法律は、義務加入限度以上の俸給の職員は、疾病保険の保険料について雇用主の拠出負担をも予定している。

このための費用としてはさまざまな要素を考慮しなければならないが、その中でも、職員の俸給はどのように階層づけられるか、任意継続保険の職員数の割合はどれくらいあるか、職員中既に雇用主の拠出負担を賃金その

他の形で受けている者がどれくらいあるか、等が問題である。

Die Welt, 14. Februar

（安積鋭二 国立国会図書館）

最近の医療制度の問題点



（アメリカ）

「1965年社会保障改正法」において確立された老人健康保険制度および医療扶助制度は民主党議員や老人層・貧困層などの非常な期待にもかかわらず、実施後1年にして信じられぬほどの不評をかってアメリカ国民を驚かしたことはあまりにも記憶に新しい。

もとより「医療の社会化」については、共和党や医師会は根強い反感をもっていたのであるが、同制度が実施されてからの同制度に

対する支出の急上昇および受益者の医療の濫用等の事実によって一般国民の反感をもちってしまったのである。なお、このような事態の影響はいろいろな形であらわれ、とくに医療費の上昇、医師および医療関係従業員の不足、医療施設の不足や不備等の現象を引き起したのであった（本誌第3号参照）。もちろんこれらの問題に関する効果的な施策については、政府や関係筋では真剣な検討を重ねて

きたものの、効果ははかばかしくなく、問題はさらにエスカレートする一方である。そこで今回は主として、さる2月9日に発表された上院財務委員会の老人健康保険制度および医療扶助制度に関する報告にもとづいて問題点を紹介しよう。

＜上院財務委員会の指摘および勧告＞

現在、老人健康保険プログラムおよび医療扶助プログラムは、重大な財政的危機に直面しており、そのうえ、これらのプログラムは「安価な医療費」という当初の目的とは逆に作用している等の指摘が委員会によってなされた。

老人健康保険制度は、1966年7月1日に施行されたが、施行後1年もたたぬ中に、議会は、当初の予想よりもはるかに上回る病院費用の増加に適合させるために約25%の同制度の社会保障税の引上げが必要であることを認めねばならなかった。さらに大統領は今後の25年間に、同制度の社会保障税をさらに1,360億ドルを追加する提案を昨年9月に行ない、この提案はすでに予算案にくみこまれたので

ある。この税の追加がなくしては、老人健康保険制度の病院保険給付の財政は1973年までに破綻するだろうと予測されたのであった。というのは、老人健康保険制度発足当初の1966年7月1日時には病院保険給付の給付額は法の要請にもとづいて少なくとも入院費用の最初の40ドルの支払い責任を有していた。それが1969年1月1日に44ドルになり、今年の1月1日には52ドルに上げられた。社会保障庁の首席保険数理士の言によれば、この給付額は、1971年には60ドルに、1972年には68ドルに、1973年には76ドルに、そして1974年には84ドルに上げられそうだとということであり、こうした事情から前述の社会保障税の追加が必要とされたのである。

補助的医療保険給付の財政負担もまた急上昇している。というのは、同制度発足当初の月額3ドルの保険料が現在4ドルに上ったことである。そしてこの財政は、個人の保険料と同額が連邦財務省の一般歳入から支出せしめることが規定されているため、保険料の引上げは連邦支出の引上げになるのである。昨年12月に保健・教育・福祉省長官は、この保

険料を1970年7月1日から月額5.30ドルに引上げる旨を発表した。この引上げ分は年額6億ドルになり、そのうち3億ドルは連邦支出から、残りの3億ドルは保険料の徴収分である。

現行法下で老人健康保険制度および医療扶助制度（大部分がそう）にもとづく保健サービスとしての施設処遇は、経費の如何にかかわらずいかなるサービスでも提供されている。そして医師報酬は、基本的には保険の償還という形で支払われている。それが大部分の地域は経済事情が異っており、医療扶助制度に関しては州負担が多くなるので、高価な保健サービスの提供を奨励しない所が多い。それと反対に病院および総合医療施設の医療は、保険の償還として連邦政府によって支払われるので、濫用という弊害に陥りやすい。

医療支出の迅速にして継続的な緩和策を講じなければ、老人健康保険プログラムおよび医療扶助プログラムの拡大に関しては、現在同制度の恩恵をうけていない者からの圧力が増していくことを相当に予想しなければならない。

同プログラム拡大に関する圧迫は、現在ブルークロス、ブルーシールドおよびその他の民間の健康保険に加入している中産階級の市民から行なわれている。これらの者達は、老人健康保険制度や医療扶助制度によって引上げられた医療費の大勢に合わせて、それぞれの加入保険の保険料の引上げという憂き目にあっており、その負担は多くの労働者の経済能力をこえる段階にまで迫りつつある。現在労働者は以下の具体的事実と直面している。

- 1) 老人健康保険に対する社会保障税の引上げ
- 2) 現在加入している民間健康保険の保険料の引上げ
- 3) 医療扶助支出の膨張に伴う州および地方税の引上げ
- 4) 彼等の連邦税の連邦医療扶助支出への移行
- 5) 医療費の増加に伴う彼等の共同保険の保険料の引上げ
- 6) ほとんどが健康保険サービスでカバーされない歯科治療等の費用の急上昇に伴う彼等の支出の増大

現在のままで老人健康保険制度および医療扶助制度を単純に拡大することは、多額の経費と混乱を伴うことである。これは上昇する支出の問題解決にはならず、むしろ悪化させるものである。そして結局、各人はより高くなる保険料を払い、より高くなる税を払うことになるだろう。

老人健康保険制度および医療扶助制度を改善する観点にたつて、上院財務委員会のスタッフは、現在拡大しつつある医療的危機を回避するために次の重大な指摘と勧告を行なった。

つまり現行制度をより有効に発展させる鍵は、医師及びその社会であること。現時点において政府は、医療の実際を効果的に検討する能力もなければ、公的な財政プログラムをもって責任ある職能を医師に付与する能力もないこと。多くの医師の間に、その職務に関する効果的な政策および養成の必要の認識が広がっているか、それに関する策がまるで貧弱であること。医療サービスおよび支出の改善のために迅速な医療の再編成が必要であること。また、このような努力なしには、患者

および医師の正当な要求に対し、見当外れな現行手続の改善発展は望めないこと、などである。

＜老人健康保険プログラムおよび医療扶助プログラムの支出の急上昇＞

老人健康保険制度が制定された1965年には病院保険給付プログラムの財源として社会保障税の1.23%が見積られた。しかし同制度発足のわずか3年後にして、医療費の値上りと当初の予測に反する保険サービスの濫用による支出の上昇等によって、この見積りは簡単に裏切られたのであった。最近では病院保険給付プログラムの財源は、社会保障税の2.27%が当てられている。

インフレーションの増進により1970年の予算は、31億ドルという当初の額よりもかなり増額されて58億ドルになっている。1970年以後は、当初の見積りと実際の支出との差が年々拡がる一方であろう。

病院保険給付プログラムの実際の支出と、現行法にもとづく財源との差額は、今後25年間に1,310億ドルになるものと予想されてい

る。

また、各種の公的扶助プログラムにもとづく医療扶助プログラムの対象者および給付額の増大に伴い、州、地方および連邦政府の負担は莫大な額であった。

1965会計年度には、連邦—州の医療扶助プログラムの支出は全部で13億ドルであり、このうち連邦支出は5億5,500万ドルであった。それが1970会計年度については、保健・教育・福祉省は全部で55億ドルを見込んでおり、このうち連邦支出分には28億ドルを見込んでいる。まさに医療扶助プログラムに関する連邦支出については、1965会計年度から1970会計年度までに約5倍に膨張しており、州および地方政府の支出分についても同様な膨張ぶりがみられる。

<医療の濫用・その他>

老人健康保険プログラムの管理者は、通常民間保険会社が保険加入者に支払う以上の額を医師に支払ってはいけないとする法令の規定および明白な議会の意図は維持されなかった。議会での審議は、医師への支払いについ

ての「相当な対価」は慣例や一般的報酬額にもとづくべきだとしている。実際、老人健康保険の規則によれば、医師への支払いはもっぱら慣例や一般的な報酬額にもとづいてなされるべきであり、民間保険の規則は老人健康保険の支払い額に関して何等影響を与えるべきでないことになっている。

それが結局、老人健康保険は、労働者の加入がその大部分であるブルーシールドが支払う以上に高い給付額を老人に支払うことを事実上認めており、かくして医師の収入は増加する一方である。この証拠として、多くの医師が自分等の保険の給付額を多くするために、必要以上にナーシング・ホームや入院患者を訪れている事実があげられる。そして1人の医師が1施設内で1日に30人から50人の患者を診察する結果を生んでいるが、患者のなかには医療の濫用者も含まれている。医師は患者1人につき300ドルから400ドルの請求書を、ナーシング・ホームを通じて請求している。そのうえ多くの医師に、以前には請求の対象にならない診療所への訪問料、実験室での病理検査等を別途に請求する傾向があらわれはじ

めた。こうした医師と患者との両側からの医療の濫用の禁止、医師の不当な請求に対する制限に関し断固たる措置をとることがこの際望まれる。

その他の問題点として、老人健康保険制度の龐大な保障範囲、不手際で、費用ばかりかさみ、そのうえ議会の意図とは矛盾する同制度の行政等があげられる。多額の公的資金を無駄に消費していることは最早疑いない。これらの無駄は、社会保障庁の警戒、認識および迅速な行政によって回避できうるものであるといわれる。

医療扶助プログラムに関しても、その運用行政・指導面での欠陥があげられる。典型的な医療扶助のパターンは、保健関係物品およびサービスに対する支払いが遅延していることである。

最後に重要な事項は、医療サービス行政に従事する職員の資質について、ダイナミックで高まいなリーダーシップの兼備が要望されることである。

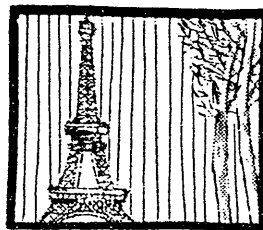
以上のような諸欠陥を克服し、新しい観点に立脚した大規模な現行医療制度の改革こそ

70年代のアメリカの医療に期待されるものであろう。

The Christian Science Monitor, Jan. 14,
Feb. 11, *U. S. News and World Report* Feb. 16.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

医療の異常消費



(フランス)

最近発表された専門家の予測によると、フランスの社会保障一般制度疾病保険部門は、1970年度にほぼ9億フランに上る赤字を出すものと考えられている。この予測には、春には必至だとされている医療費の値上げが考慮されていないので、赤字の幅はこの額を上回することはあっても、下回ることは考えられない。1967年の改革によっていくぶん好転したかに思われた社会保障財政はこうして再び、疾病保険を中心とする財政危機を迎えようとしている。

このような財政悪化の背景には、当然のこ

とながら医療費の急激な上昇がある。いささか古い統計であるが、1964年度にフランスの国民総医療費は263億フランに及び、国民消費支出総額の8.9%を占めている。しかもその上昇率は年8%を超える勢いであり、10年でほぼ倍増するといわれている。

フランス消費調査研究センターが行った調査によると、この医療費年平均上昇率8%のうち7~8割が、医療技術の進歩にもとづくもの、1割が人口の増加によるもの、残りの1~2割がその他の社会・経済的要因に起因するといわれる。このうち人口増という要因

は、平均余命の伸びにより、罹病率の高い老人層がふえたことを意味し、社会・経済的要因というのは、生活水準の向上、人口の都市集中化等による医療需要の増大を示す。社会保障制度の整備とその適用人口の拡大による受診率の向上も、この社会・経済的要因のなかに数えることができる。しかしこれはほとんど無視してもよいほど影響力の低い要因だと考えられる。なぜなら、医療保障制度の適用範囲がきわめて限定されている米国のような国においても、総医療費の上昇率は、フランスとほぼ同率(7.7%)を示しているからである。

従って、医療費激増の主動因はなによりも医療技術の進歩だと考えざるを得ない。医療技術の進歩と一概に称される要因には、大別すると医学研究の高度化、医療施設の近代化、新技術の普及といった内容が含まれており、さらに具体的にいえば、医療内容の専門化(専門医に対する需要の増大)、生化学的検査およびレントゲン検査等による診断技術の高度化、外科的処置の増加、医療器具・資材の精密化、医薬品の多様化等があげられる。

以上に掲げたような医療技術の進歩そのものはもちろん悪いことではない。また技術の進歩に伴い医療のコストが上昇することも事実である。こと人命に関する問題であるから医療技術の進歩は一層推進すべきであるとしても、しかし、それにもとづく現在の医療費の伸びは避けられないと結論することは早計である。現在いわゆる医療技術の進歩にもとづく医療費の上昇と見なされているものの中には、細かく見ればきわめて不合理な内容が含まれており、技術の成果も真に患者の利益に役立てられているとはいえない場合が多い。このような点から、医療費の激増に対する医師の側からの専門的な見解と、その真摯な反省が望まれる。

その意味で、ボルドー大学医学部講師ペロ一博士がさる1月、ル・モンド紙上に2日にわたって公表した「医療の異常消費」と題する論考は、きわめて注目に値する。以下はその要約である。

危険な薬剤とその異常消費

フランスには、現在約8,500種の特許剤

(spécialités)がある。その多くは主として心理的作用をもたらすものである。また同様に多いものに実験段階では効果が示されているが、実用性には異論のある薬剤がある。こういった医薬品の消費が、薬剤費総額の恐らく50%を占めている。残りが抗生物質等の有用かつ効果的な薬剤である。しかしこの効果的な薬剤は、処方を誤まって重大な事故の原因となる場合が多く、入院患者の1割近くは、この種の事故によるものと考えられる。この種の薬剤を使用する際には、使用により引き起される可能性のある傷害の危険度と、期待できる効果とを比較してどちらが高いかを考慮しなければならない。従って重症には必要不可欠なものでも、軽い疾病にはむしろ有害である場合すらある。また病症が進行している部位を考慮しなければならない。投薬を決定づけるのは疾病そのものであるとしても、副作用の危険にさらされるのは生身の病人だからである。

いずれにしても、社会保険による償還の対象となるこれら特許剤の処方には、きわめて配慮に欠けた場合が多いと思われる。

薬剤の異常消費の犠牲になるのは誰よりも患者そのものであり、利益を得ているのは中・小の製薬企業である。これらの企業は研究投資は全くしないで、ほとんど何の効果もない無用な製剤を市場へ出し、厚かましい広告を巧みに利用して販売し、実利をあげる。これが科学的には何の利益ももたらさない、経済的成長の源泉である。大企業も医学的には効果のない製剤を大々的に販売しているが、それによって得た利益を研究に投資し、医学的には効果があるが、商業的には利益のない薬剤の発見と製造に寄与している。

薬剤に関する情報は元来、客観的なものとはいえない。なぜならそれは診療技術よりもむしろ商業技術に習熟した人々の手で流される情報だからである。製薬業者にとっては、治療率が高いという実験結果が示されればそれでよく、臨床上の危険性などは大した問題ではない。実験結果に付される著名な学者の名は何よりの宣伝になる。年間4億5,000万フランに及ぶ宣伝費を用いて、製薬企業は医師たちに薬剤に関する情報をもたらしており、ある意味では製薬企業が医師の大学卒業

後の研修費を一手に引受けているといえる。ところが製薬企業の代理者が、病院や大学の廊下を往来し、彼等のやり方であらゆる説得手段を弄し、医学生、インターン生を教育し、これら医師の卵たちが将来行う処方をも都合のいいように条件づけようとしている。治療のあらゆる権利を手中にしているのは医師であり、医師はこの権利を利用して薬剤士と同等の資格で、薬剤の供給者となることができる。診察は、患者が購入した医薬品の償還を受けるために必要な医師の署名を得るための単なる手段になっている。

大衆の方はといえば、薬剤の医学的な効能に関しては全く無知であり、効能と価格を同一視する傾向が強い。例えば、普通のアスピリンはあまり売れないが、これに若干のビタミン剤を配合し、豪華な容器に入れ新しい商品名にするとよく売れる。実際の治療効果は全く変わっていないのだが。

このようなさまざまな原因による、薬剤の不当な消費にあてられる金額は、正確に算定することは困難だが、恐らく診察等を除く医療の消費の30ないし40%に当るであろう。

濫用される入院と検査

薬剤費とならんで、あるいはそれ以上に社会保障財政を脅かしているのは入院費である(疾病給付費総額のほぼ41%)。入院費の高い地域病院センターに、その必要もなさそうな軽症患者がむだに長く入院させられていることがある。回復期の病人を収容する施設が不足しているなどの社会経済的な理由によるものである。また2日間を要する検査のために入院している患者の中には、検査室が混んでいるという理由だけで1~2週間も入院させられている者もいる。

生物学的検査および放射線による検査の量が、近年来大幅にふえているが、これは必ずしも医学の進歩による需要の増大に対応しているわけではない。それはむしろ、検査技術そのものの改善、とくにその自動化と、医師の知的判断より物的なデータに重きを置く心情が一般化したことに起因する。たしかに最近の検査技術ないし装置の改善はめざましく、例えば血中の12の構成物を同時に定量できる施設もある。このように各種の検査が容

易にできるようになったために、医師はきわめて安易に検査を要求する傾向がでてきている。例えば、今の所はただ一つの生物学的データしか必要としない症例の場合にも、医師はありとあらゆる補足的検査を要求する。現在行われている検査の99%までが、厳密に考えればこの種の不要な検査だと思われる。それでも検査料は、社会保障機関によって保障されるので当事者は一向に気にかけない。レントゲンによる検査も同様に濫用される傾向があるが、これは検査料の濫費に止まらず、患者の生命そのものに危険を及ぼす場合すらある。

啓蒙活動の欠如

医療の異常消費には数多くの理由が考えられるが、もっとも重要なのは、医療に関する社会教育および情報活動がほとんどなされていないことである。医学の進歩はどんなにめざましくても、大衆の医学知識はいまだにきわめて乏しい。学校では保健教育の名に値する授業はほとんどなされていない。新聞もこの問題に関しては一般に、断片的かつ表面的

にしか取上げず、きわめて特殊な医学上の業績か悲劇的な事故だけに関心を示す。数種の保健専門誌はあっても、その編集方針は商業主義に偏し、大衆の啓蒙にはあまり関心を示さない。

医師界も医学上の知識を大衆に啓発することには関心が薄い。それどころかそんなことは無用だと考える向きが多く、中にはそのような啓蒙は危険だという者すらいる。こうして疾病に関する無知と迷信がはびこり、それが患者の恐怖と苦痛の原因となり、また医療に一種の魔術性をもたらしている。その結果あらゆる検査が前に述べたように、その料金や患者の不便宜など全く顧慮されることなく実施されることになる。一種の典礼のように患者は意味もなくそれを受入れねばならない。投薬に関しても同様なことがいえる。

社会的要因

現代文明のあり方もまた医療の異常消費の一因となっている。すなわち、利潤追求が至上命令の現代社会においては、生産を阻害する要因は直ちに排除するよう要求されるため

経営者も技術者も労働者もちょっとした病気にいかかっても直ぐに高度の治療法を医師に要求し、できるだけ早く生産活動に復帰しようとする。その結果、高価な療法が無制限に用いられることになり、医療費の増大を招く。

貧乏人や弱者、肉体的にも精神的にも高度産業社会の束縛と害に適応できない人々にとって、現代社会はますます嘆かわしいものになっている。こうして豊かな文明にいわば遺棄された人々の数、そしてこれと併行して精神身体医学的な障害又は神経症的な症状に冒される人々の数がいよいよふえている。これらの人々は、心の平安を求めて、麻薬、アルコール、煙草の消費量を増大させる。

現代社会に完全に適応しているかに見える人々も、画一的な生活形態に慣らされた結果無責任になり、協調性を欠き、連帯感を喪失するに至る。こうして彼等は、非個人的で活気のない、しかし快適ではある社会に孤立して生き、最大限の物的利益のみを追求している。祭日が近づくとやたらと病休がふえ、入院が不当に延長されたりする原因の一部はここにあるかも知れない。

もし現代文明の目的と患者の無知が、医療の異常消費をもたらしているとすれば、現代社会が保健問題に関し客観的な情報を大衆に与えるような企てを全く行なわないのはしごく当然である。なぜならこの社会を条件づける権力の所有者にとっては、保健・医療機構の周辺に迷信を残しておく方が有利だからである。

医師の責任

医師にも、この医療の異常消費には責任がある。現在実施されているような現代的な検査技術に関しては、現役の医師たちは十分な教育を受けていず、補足的検査の正確な意義や実際の効用を知らないことが多い。医師たちは各種検査の相互間の関係を必ずしも正しく理解していず、検査室から受けたデータを正確に組み合わせることがいつもできるとは限らない。このような情報不足を糊塗するため医師たちはやみくもに多種多様の検査を要求している。

上にあげた一例からも分るように、診療に関する異常消費は、日常患者に接している医

師の大部分が示している誤まった態度に由来する。

多くの医師は、患者を診察する際、病状全体に気を配るよりも、ともかく既知の病名で診断を下すことのできる徴候を見出すのに大童である。まるで診療行為の唯一の目的が病名をつけることにあるかのような状態である。ところが10人中6人の患者は、はっきりした器官上の症状を呈していない。しかしともかく診断は出されねばならず、出された診断に対しては一定の治療が要求される。証拠の不十分な疾病に対し、温泉療法を含むあらゆる療法が処方され、数カ月あるいは数年にわたり患者は医薬品をつめこまれ、放射線にさらされたりする。

明確な診断が下せない障害の多くは、神経又は精神身体医学の病理に属し、従来の医学教育には含まれていなかったものが多い。しかし開業医たちは最近、ますますこの種の患者に接する機会がふえており、必要な教育を受けていないのでその治療には常に困難さを覚えている。そこにも医療費を異常に増大させる原因が潜んでいる。

臨床的データ、つまり医師が直接患者に接して質問と検診によって得られる情報を医師自身および患者が軽視する傾向が広まっており、これが生物学的検査やレントゲン等の補足的検査を倍加させる原因になっている。これは、医学に対する誤まった科学的観念から人間自身のもたらす情報が不当に過少評価されているためである。また医師の側からいえば、高度の能力を要求される臨床的な考察にもとづいて問題を解決するよりも、数々の補足的検査の結果を待って、一見いかにも客観性のあるデータによって診断を行う方が容易だからでもある。

大部分の医師は、自己の経済上の責任について明確な意識をもっていない。一般に一人の患者を傷つける医療技術上の過失については、医師はきびしく非難されるが、社会全体を傷つけ、その発展を阻害し、間接的に大多数の人々の健康の維持を阻害する経済的過失については、ほとんど咎められることがない。

しかし5万人の医師は、1医師当り50万フランに及ぶ疾病保険財政に関し、共同責任を

負うべきである。

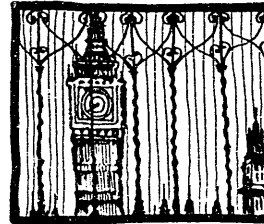
(ペロー博士の論考はこの後、こういった医療の異常消費の救済手段にふれた部分が続き、示唆に富む見解が数多く示されているが紙幅の関係上割愛した。)

Le monde 3, 4-5 janvier 1970 ほか。

(平山卓 国立国会図書館)

「国民退職年金及び社会保険法案」

をめぐる政府と野党の攻防



(イギリス)

1972年4月から導入を予定されている新しい所得比例年金制度を内容とする「国民退職年金及び社会保険法案」National Superannuation and Social Insurance Bill が12月12日下院に提出された。本法案は、1月19日下院第2読会に上程、審議可決され、目下下院の本法案に関する Standing Committee で審議中である。

この法案は全文129条と別表9からなるがその内容はすでに公けにされている2つの白書——「国民退職年金及び社会保険：所得比例による社会保障の提案」(44.1.28)と「国民退職年金：国民退職年金制度の一部適用除外に対する条件」(44.11.5)を立法化したものである。(本誌 No. 6とNo. 9に紹介)

この2つの白書が公表されて以来、年金問題は重大な政治的課題となってきた。クロスマン氏の「国民退職年金構想」はきわめて膨大で複雑な内容をもつものである。その意味するところは、老後の国民生活にとって重大な影響——強制的に結ばされる契約はどんなものか、その契約によりどんな権利がもてるか、その権利は老後のニードを充たすためにどれだけ信頼しうるものか——をもつものである。また、国民経済的にみて、3つの重要な課題——消費者に及ぼす影響、財源調達方式の基本原則、貯蓄に対する意味づけ——を提起する。

これらの観点から、野党は政府が法案を提出する以前にこれらの課題について政府の考

え方を質し論議をつくし国民の前に明らかにすべきであることを強調してきた。政府は、法案提出以前における議会審議を回避する態度であったが、ようやく12月5日、これら年金問題について議題とする審議に応じた。

政府、本法案に賭ける

クロスマン社会サービス相は、「国民退職年金及び社会保険法案」を労働党の総選挙対策軍の第一線の旗印とするものであると、高らかな進軍ラッパを吹き鳴らしている。この法律のメリットは、保守党と労働党の政策判定の材料とされ、選挙の帰趨をきめる酸性反応テストとなるであろうと、下院第2読会への法案提出の際、クロスマン氏はのべている。氏によると、「本施策は、いかにせば、老後の貧困をなくするかという20世紀における内政上最大の社会問題を扱うものである」とする。クロスマン氏の言辞からして、この法案は選挙綱領の主要項目であり、かれがすべてを賭けている一つの論点となることは明らかである。クロスマン氏は、同法案を不必要なものだとする反対論は不当きわまる偽ま

んだとのべ、本法案こそベヴァリッジ報告以来の国民保険の制度面における最大の改革だとする。それは、国民のすべてに影響を与え、保険事業に関係をもつ大規模で強力な団体に大きな不安と不利益を与えずにはおかない施策である。しかし、クロスマン氏にはこの不安と不利益を気の毒がっている様子は全くみられない。氏は、若干の点において、この立法が国家にとっても私的使用者にとっても熟練労働力の面で経費のかかるものであることは否定していない。

保守党の社会サービス担当のスポークスマンであり本法案に対する最も精力的で強力な反対者の1人である Balniel 卿は、この施策を目して「たくみな詐欺行為」であり、政府発行の大規模な約束手形にすぎないと評している。同氏によると、本法案はニードの最も大きい所に重点をおくことに失敗しているのは全く悲劇的であるとのべている。それは、国家制度における現状の老人の立場を他の社会成員と比してだんだん悪化させてゆく状況を創り出しているとする。保守党は、若い人や中年層を国家の所得比例制度に強制加入さ

るべきとは考えていないとのべ、かれらが国家の所得比例年金制度を欲するか、私的企業制度を欲するか、又、公共企業年金制度を欲するかの選択は自由たるべきであるとする。本法案の諸々の欠陥について、同氏は、若年令層に有利で既裁定年金受給者に不利な差別的装置だとし、将来の貯蓄の伸びを損うものであり、すでに赤字に苦悩している現状の打開を図っている際に将来へのべら棒な累犯を重ねようとしており、産業費用をも増やそうとしているとのべている。

法案の要旨

本法案は、年金（基本的には給付と拠出の均一定額を廃止する）に関する規定とは別に社会保障給付の濫給防止のための新しい運用措置を定め、女子については女子自身に男子の給付権と同等の資格を付与せんとしている。

年金。各被用者の年金は、満19歳から年金年令に達するまでの平均勤労所得によって計算される。本制度が発足する時点で19歳をこえる者については、その平均は施行日から計算

されることになる。本制度は20年の成熟期間をもつものであり、1972年4月以降すべての被用者は新制度による完全年金による退職年金をうけることになる。現在価格で、年収1,250ポンドの男子は1週15ポンド5シリング（現在5ポンド11シリング）、年収1,900ポンドの男子は13ポンド8シリング（現在5ポンド11シリング）の退職年金を得ることになる。

拠出。使用者は支払報酬の7%を納めることになるが、その内訳は国民退職年金につき4.5%、国民保健サービスにつき0.6%、離職者基金につき0.2%である。被用者が企業年金制度の加入者であり国家制度の部分的適用除外者であれば、使用者の拠出総額は被用者の勤労所得（上限額は年収1,900ポンド）の1.3%～5.7%に減額される。被用者はその勤労所得（上限額は年1,900ポンド）の6.7%を拠出することになるが、その内訳は国民退職年金につき4.75%、社会保険につき1.7%、国民保健サービスにつき0.3%。部分的適用除外をうける被用者の拠出負担は5.45%に減率される。現行制度では、各被用者毎に使用

者の拠出負担は国民保健サービスにつき週8シリング使用者は3シリング2ペンスであるが、本法案によればこの負担のウェイトは使用者が被用者の2倍になっている。

年金と給付は、生活費の変動に調節するため2カ年毎に審査されることになる。一定の給付について特に定められる所得制限も全国平均勤労所得の変動を考慮して改訂されることになっている。

子供のいない寡婦が年金を取得できる最低年齢は50歳から40歳に引下げられ、年金額は年齢に応じスライディング・スケールにもとづくことになる。

各使用者年金制度については、当該制度を離れた加入者に対し、かりに本人が30歳以上で少なくとも5カ年の未払い年金権を有する場合には本法案の施行時から年金権を取得せしめる。使用者年金制度により本法案の施行以前に発生した年金権の保持は妨げない。

新制度による所得比例年金は、年収630ポンドまでは全被用者期間の平均勤労所得の60%、年収630~1,900ポンドの所得部分についてはその25%が保障されることになる。

野党の議会闘争

「国民退職年金及び社会保険法案」は、1月19日夜、下院第2読会を304票対244票の60票差で政府案どおり可決された。野党が提出した「本法案の第2読会での審議打切り」動議案は307票対236票の71票差で否決された。

「本院は、老後の保障を確実に保証するという国家の役割を認め、寡婦及び重症障害者に対する改善措置を歓迎するものであるが、公共企業体および企業年金制度の育成及びこれら諸制度が蓄積する貯蓄に損害を与え、既裁定年金受給者を救済せず、個々の国民と産業に対する課税及び拠出の負担を大幅に増やそうとする本法案の第2読会での審議を打切ることを提案する」

本法案の下院における審議打切り動議を否決された保守党は、1月29日、修正法案（企業年金制度を国家制度から全面的に適用除外せんとする）を下院に提出した。2月に入ってから下院の本法案に関する常任委員会段階においても、「使用者の拠出負担引下げ」に関する修正案、「拠出を一般物価水準にリレー

トさせること」に関する修正案、「休業中3日間についての傷病または失業給付の遡及支給を停止すること」に関する修正案を矢つぎ早やに連発したが何れも否決された。

これら一連の修正案提出による議会斗争とともに、保守党は総選挙運動を目ざして保守党の年金に関する代案を明らかにするため160頁に及ぶ多くの修正点をあげている。このように、本法案をめぐる大々的な議会斗争が予想されるが、野党の委員会段階での引き延ばしの予言が確実だということになれば、政府としてはギロチンを用いることを考慮せざるを得ない状況にある。保守党は、自己の代案が政府案よりも安上がりだとはいいないが、使用者に対する拠出負担を引下げ、均一額年金制度を改善して企業年金制度の育成を図り、使用者が年金制度をもっていないか不十分な制度しかもっていない者に対する積立方式の所得比例による国家制度を考えている。

もし保守党が総選挙に勝てば、同法案のうち障害者、寡婦および社会保障給付に関する条項は採用するだろうが、年金に関する規定

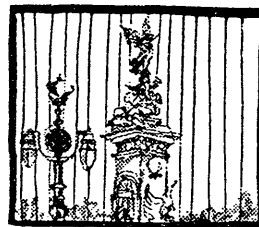
を廃止して保守党案を導入することになるとみられている。すなわち、保守党議員の社会保障に関するスポークスマンである Paul Dean 議員は、2月27日夜、「保守党政権は、クロスマン氏の所得比例年金制度を廃止する」ことを公約している。曰く、「クロスマン案は、年金の国家独占への確固たる途をひらくものである。われわれは、これに反対しこれを廃

止せんとするものである。幸いにして、本制度はどんなに早くても1972年までには発足しないので、次回の総選挙における保守党の勝利によって本制度が実現されないことを意味するものである」と。

The Times.

(田中寿 国立国会図書館)

私的健康保険の発展の是非 について議会論争



(イギリス)

12月10日、Macmillan (保守党) 議員は下院に「私的健康保険制度の発展を歓迎する」動議を提出した。これは、最近クロスマン社会サービス大臣が公けにした私的健康保険に対するはげしい非難と警告について保守党が

正式に政府の見解を求めたものといえる。

昨年12月公刊された「社会サービスに対する負担」Paying for the Social Services (Fabian Tract 399) において、クロスマン氏は「増大してやまない社会サービスに対する需要にと

もない、どのようにしてその費用が負担されるべきか」について論じている。このなかで、保健サービスに関しては「無償の国営サービス原則を不動のものとし、増大する費用負担の解決策として大部分を使用者拠出にまつことによって財源を調達するフランス型方式に求めたい。B. U. P. A などの私的健康保険制度では決してその回答を用意することにはならない」とのべている。

この私的健康保険制度に関する下院の審議において、Dunwoody 保健・社会保障省次官はクロスマン氏が私的診療の発展に関する調査研究を経済社会計画研究所 Political and Economic Planning Unit に委託する用意があるとのべた。Dunwoody 氏によると、クロスマン氏は私的診療の発展の程度、範囲などについて自主的客観的な調査研究を行うことは有意義であると考えているとのべ、この調査研究は役所がこの作業に着手または実施する領域ではないので独立の機関に委ねることが重要である点を強調した。

クロスマン氏の最近の私的制度に関する批判のはげしさをめぐり、保守党の最後のより

どころに捲きおこされていた不安は「現在、私的診療によって供されている便益を排除するものではない」とする政府の保証によって僅かながら軽減されたといえる。

George Thomas (ウエールズ担当国務大臣) は、これら私的制度の発展を歓迎することを求める保守党の提案した動議に関する当日の審議において、「私的健康保険制度の発展には意を尽すが、これらは現行の包括的ヘルス・サービスの財源調達方式に代りうる適切な方策たりうるものではないことの承認」を求める修正動議を提出し、その趣旨説明のなかで「政府部内の何人と雖も私的制度の廃止を提案したものはいない」とのべた。「政府は、個々の選択はデモクラシーの不可欠の要件であり、何人もその選択を妨げんとするものではない」と。

しかし、保守党の社会サービスに関するスポークスマンである Balniel 卿はクロスマン氏の言動は、国家サービスと自分自身によるアレンジメントとの選択権を英国民から奪い去る道をひらく政府陰謀の別の兆候だと解釈している。Macmillan 氏は、国民保健サービ

スの費用を5億ポンド増額する必要があり、過去10年間における私的制度の増加は、問題のスケールと需要の規模を示すものだとのべている。

「私的制度は、国民保健サービスの現行財源調達方式に代る方策たりうるものではない」とする政府修正案は296票対225票(71票差)で可決された。

野党動議と政府修正動議の要旨

Macmillan・最近のクロスマン社会サービス相が公けにしている見解に反対する。国民の健康保障における私的診療の役割については疑問の余地はない。医師側からすれば、おそらく、私的診療の最も重要な側面として、私的診療がなければ一般医、専門医の待遇と報酬はまことに惨めなものといわざるをえない。国民保健サービスは、患者の terminal case と長期入院患者に必要とされている。これは私的診療の立ち入る領域ではない。私保険は、大部分、医療の急性的な側面に関与している。私的資源がこの面に専ら用いられれば、つねに税収で賄われねばならない部分

——長期入院患者、精神薄弱者、精神病患者など——を改善するためには、納税者の税収をよく多く必要とする。野党は、クロスマン氏の「私保険制度の無計画な発展は国民保健サービスの破壊的要因となる」という考え方を否定し、私的診療の発展を制限すべきであるという考え方を否定する。政府は、私保険をヘルス・ケアにおける一要件として考慮すべきである。国民保健サービスは、もしその水準をつねにあるべき所までもってゆくには、莫大な追加費用(約5億ポンド)を必要とする。

過去10年間における私的制度の増加は、問題のスケール、需要の規模を示すものである。約200万の人々が現在私的保険制度によってカバーされ、おそらくその他200万の人々が私的診療を利用しているとみられる。これは、保健サービスからの資源の流出を示すものだというのはおかしい。それは、精々、人口の8パーセント弱である。また、それが将来への脅威を示すものだとするのもおかしい。政府は、改善への提案、新しいアイデア、将来に対する抜本的な思索がないし、社

会サービス体系のさまざまな部門間の優先順位にはまだ混乱がみられる。もし私的保険制度の発展が奨励されるならば、医療を最も必要とする者に対しもっと多くの資源をあてられるであろう。私的保険の成長は、国民保健サービスに充当される総資源の増強に資しうるものであり、納税者の税金を最も必要とする所に集中せしめることに活用すべきである。

George Thomas・私的制度は、自分の都合のよい時間に自分の選んだ顧問医の診療を受ける。一般に私的条件において費用を支払う制度である。しかし、私的制度が増強されても、技術の不足、資源の不足という点からして、これら制度では何らの解決策にはならない。私的制度は、国民保健サービスにとって僅かな費用節減にはなるが、納税や拠出による国民保健サービスに対する費用負担の代替策とはなり得ない。技術をもった人的資源や諸資源には限りがあるので、私的医療部門を大幅に拡充すれば国民保健サービスに活用しうる諸資源が少なくなることを意味せざるをえない。同じように、もし多数の指導的な顧問医、一般医や看護婦がヘルス・サービ

スから出て行き、私的患者だけを扱う私的部門が増えれば、もはや、すべての国民がその資産に関係なく同一の医療水準を獲得することができなくなるであろう。すなわち、包括的なヘルス・サービスは崩壊することになる。適正な医療サービスの利用は、医療のニーズによるものであって支払い能力によるべきものではない。野党の論理は、私的制度に加入する負担能力のあるすべての者はそうすべきであり、ヘルス・サービスにより保障される対象は、極貧者のみとすることである。政府は、このような理解と政策を拒否する。野党はこれまで国民保健サービスを嫌悪してきた。しかし、政府部内のだれ一人として、現在、私的診療によって供されている便宜の排除を提案している者はいない。われわれは私的保険制度の発展に注目する一方、私的保険では、現在、われわれが世界に冠たる包括的医療サービスを維持している方法に代わる適切な方策とはならない。また、なり得ないと確信するものである。

The Times.

(田中寿 国立国会図書館)

娘一人に婿二人

適齢期人口

(西ドイツ)

キールの人口学者 Hans W. Jurgens が 1月26日発表したところによると、25～30歳の独身者人口群について、男子100万に対し女子は42万にすぎないという。この一つの原因は、一般にこの年齢の女子の98%はこの年齢群より上の男子との結婚を望むためだという。25歳までの人口群についても同様に、独身の男子350万に対し、女子は280万であり、30～35歳では40万の男子に対し30万の女子となり、35～40歳になってようやく25万ずつと男女がつりあっている。それ以上の年齢群ではだんだん女子の方が多くなり、60歳以上では20万の男子に対し、女子90万となっている。

Die Welt, 26 Januar.

(安積鋭二 国立国会図書館)

ニュース断片

フランスの1970年度

財政法案その他

毎年、年度末に国会に上提される新年度の財政法案のほか、国会で審議中の社会保障関係の法案のなかから、主なものを2,3とりあげてみることにする。

1. 1970年度財政法案

1970年度財政法案には、とくに社会保障に限定されるような新しい計画は盛られていないが、政府が予算計上している社会福祉関係の項目のなかに、経済成長からとり残される人々を救済しようという配慮が読みとれる。その主なものを紹介すると次のようなものである。

(a) 高齢者および身体障害者に対する扶助

高齢者と身体障害者の最低所得水準を1969

年10月から2,600フランを2,700フランに引上げ、さらに1970年1月には2,900フランに、10月には3,000フラン(約218,760円)に引上げる。これを対1969年の上昇率でみると、1970年全体では11.4%のアップとなる。

(b) 身体障害者のための新事業

1970年度予算では、廃疾の原因となる疾病の予防、身体障害児のための施設と教育、職業訓練などのための施策を行なうために9,900万フランの補助金が計上されている。これらの施策のうちには、身障者教育にあたる専門職員の教育機関の建設、医療と教育を行なうことのできる施設、医療と職業教育を行なうことのできる施設、身障者用工場などへの収容人員をふやすことが含まれている。

(c) 家族手当

1969年には家族手当に関する多くの改訂が行なわれた。すなわち、2月から家族手当は全体で4.5%増額されたほか、第3子と第4子に対する児童手当等は、3月から33%から35%に引上げられた。1人または2人の子(そのうち1人は2歳未満であること)と配偶者に対する扶養手当(単一賃金手当)の率も20%または40%から50%に引上げられた。

11月からは、3人以上の子を扶養し所得税ゼロの者について、100フランの特別手当が支給され、第4子からは1人につき30フランが増額されることになった。

1970年度の予算は、8月から前年と同様、家族手当を全体で4.5%増額することを予定している。政府は、1970年度で、全国家族手当金庫に対し、約41,200万フランの赤字補填を行なうことになろうと考えている。

(d) 農民のための福祉事業

農業関係予算では、その財源の40%以上を福祉関係事業にあてることが認められている。1970年度の農民に対する福祉事業は、72億1,800万フランに達し、1969年度に比べて

10%以上の増である。その内訳は、大きく分けて次の3つから成っている。

- 目的税、国民連帯基金および一般予算によって負担される農業福祉支出は、約8%、すなわち4億6,600万フランの増で、63億5,400万フランとなる
- 農業構造改革のための福祉事業基金からの受入れは、5億3,000万フラン（1969年に比べて56%の増）となる
- 山村部活動基金からの補助金は、3,800万フラン（1969年に比べて3.5%の増）となる

(e) 住 宅

1970年度に国庫補助によって建設される住宅は375,000戸にのぼる。これは第5次5カ年計画で予定していた数よりはるかに多い。公団住宅（H. L. M.）においても減額家賃などの住宅の増はかなりの数が予想されている。

(f) 戦傷病者

戦傷病者に関する予算は、1969年に比べて3.8%の増で、65億7,000万フランとなる。

2. 老齢年金支給開始年齢の引下げ

現行の社会保障法は、老齢年金の受給年齢を60歳と定め、被保険者期間が30年以上の場合には、基準報酬年額の20%のほかに60歳をこえる1年につき4%の加算をきめている。現実には、大多数の被保険者は65歳で退職して年金を請求するから、基準報酬年額の40%の、いわゆる完全年金の支給を受けることになる。ところが、改正案は、この完全年金の受給年齢を65歳から60歳に引下げを提案している。というのは、現代生活においては、とくに精神的緊張の連続であり、その結果被保険者は、身心ともに老化を早められているからである。

しかし、この65歳を60歳に引下げることによって、当然社会保障財政には大きな負担となろうから、段階的に引下げてゆく。すなわち、1978年1月までに、男子63歳、女子62歳に、1975年1月からは男子62歳、女子61歳に、さらに、1977年1月に、男子61歳、女子60歳に引下げ、1978年1月からは男女とも60歳で完全年金を受給できるようになる。

また、被保険者期間30年以上の被保険者については、30年をこえる1年につき基準報酬

年額の0.75%を加算する。しかし、この年数加算は、1978年から報酬年額の60%を上限とする。また、何人もの子供を育てた働く女性については、男子に比べて2重の労働をしているという理由から、3人から5人までの子供を育てた者は1年、6人以上の子を育てた場合は2年だけ年金開始年齢を繰上げる。

戦時中強制収容所等に収容されていた者についても、捕虜の期間1年につき6カ月づつ完全年金支給開始年齢を繰上げる。

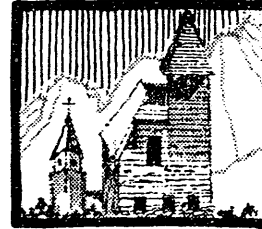
3. 製薬産業の国有化

これは、共産党系議員団の提案によるもので、製薬産業において、生産および技術の双方に外国資本、とりわけ米国資本の浸透が著しく、国の保健政策を危機に陥れかねないという理由から、製薬産業を国有化して「フランス化学会社」という国営の会社を創設し、薬品の製造、販売および研究を行なうというものである。

Actualité Parlementaire, *Revue de la Sécurité Sociale*, Octobre 1969.

(藤井良治 厚生省)

ポーランドの社会保障改正



最近、ポーランドで労働者およびその家族のための一般年金制度が改正されるとともに、業務災害給付の特別制度が導入された。以下、これらの動きの概要を紹介しよう。

老齢・廃疾・遺族給付の改正

1968年1月23日に、労働者およびその家族のための一般年金保障に関する新しい法律が公布され、1月1日にさかのぼって施行された。一般年金保障制度は、すべての労働者を対象とする強制加入保険である。年金受給年齢は通常男子65歳、女子60歳である。また、年金受給に必要な就業年限は通常男子25年、女子20年である。これらの点についての改正

は行なわれなかったが、つぎの諸点について改正が行なわれた。

(1) 老齢年金額（月額）が、基本賃金月額
の1,500ズロティまでの80%、1,500～2,000
ズロティの55%、2,000ズロティを越える部
分の25%（必要就業年限20年を越える1年につき
1%加算。ただし、最高加算は（10～15%）に引
上げられた。家族加算および完全廃疾加算以
外の加算を加えた額が、所得税および老齢年
金保険料控除後の平均賃金の95%を越えるこ
とはできない。

(2) 廃疾労働者は、廃疾の程度に応じて3
つのグループに区分されているが、それぞれ
のグループに対する廃疾年金額（月額）が、

第1および第2グループについては基本賃金
月額の1,500ズロティまでの65%、1,500～
2,000ズロティの30%、2,000ズロティを越え
る部分の20%、第3グループについてはそれ
ぞれ45%、20%、20%に上げられた。この
年金額は、健康上有害な仕事に従事していた
者の場合には5%、航空機乗務員または造船
所の特定職種についていた者の場合には15%
ほどさらに増額される。

(3) 遺族年金については、老齢年金の受給
要件が若干改められた。すなわち、寡婦の場
合、夫の死亡前に50歳（以前は55歳）に達し
ているか、または夫の死亡後5年未満で50歳
に達することが受給要件となった。また、か
ん夫の場合、16歳（以前は8歳）未満の子ど
もをもっていることが受給要件となった。

(4) 遺族年金額（月額）が、基本賃金の
1,500ズロティまでの45%、1,500～2,000ズ
ロティの30%、2,000ズロティを越える部分
の20%（被扶養者が2人または3人以上いる場合
には、1,500ズロティまでのそれぞれ50%と60%）
に上げられた。

(5) 年金加算には、家族加算（子および妻

について家族手当と同額のものが支給される)をはじめ各種の年金加算があるが、これらの年金加算がつぎのように改められた。すなわち、学術的および科学的仕事に従事していた場合の加算は年金額の25% (以前は50%)、傷痍軍人の場合の老齢年金加算は年金額の10~15%、第1グループの廃疾者の場合の廃疾年金加算および老齢・遺族年金加算はそれぞれ300ズロティと200ズロティになった。

業務災害給付特別制度の導入

業務災害の場合に支給する現金給付に関する新しい法律が1968年1月23日に公布され、1月1日にさかのぼって施行された。そしてこの法律の規定を職業病に拡大適用する政令が9月1日より施行された。

新しい法律は、業務災害を受けた公共機関従業者およびその遺族に対する現金給付特別制度を導入した。この特別制度は、災害が従業者の故意過失等による場合には給付を支給しない。このような災害は、疾病保険、一般年金制度、鉱夫年金保険または鉄道員年金保障制度によってカバーされる。新しく導入さ

れた特別制度の給付は、社会保険機関によって支給される。

廃疾年金は、業務災害の結果廃疾者になり、どこからも収入を得ることができない者に対して支給され、その額は廃疾の程度(第1~第3グループ)に応じて報酬の100%、90%、65%である。第1グループの廃疾者には、月300ズロティの年金加算がある。第2および第3グループの廃疾者の場合、年金額が災害前の報酬額と災害後の報酬額との差額を越えてはならないことになっている。

業務災害によって従業者が死亡した場合には、その遺族に対して第2グループの廃疾年金の60%、75%、85% (遺族の人数によって異なる)に相当する遺族年金が支給される。この遺族年金は、受給者がなんらかの所得を得ている場合には支給停止される。ただし、一定の条件を満たす寡婦の場合には、年金は支給停止されない。

年金額の10%に相当する一時労働不能手当加算が、社会保険諸手当を受けている被災者に対して、病院またはサナトリウムで療養している期間支給される。ただし、この手当加

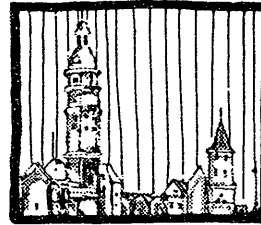
算は、当該被災者が報酬に等しい社会保険諸手当を受けている場合には支給されない。このほか、被災者には所属機関から諸手当および加算の合計額と災害前の報酬額との差額に等しい補償手当が支給される。ただし、第3グループの廃疾者の場合には、この補償手当は上記差額の80%相当額である。

以上の諸給付のほか、所属機関から補償一時金(稼得能力の減少度に応じて額が異なるが、最高額は40,000ズロティ)、死亡一時金(20,000ズロティ)および補償給付(少なくとも25%の稼得能力を失い、どの廃疾グループにも認定されていない者に支給される。給付額は、災害前の平均報酬額の90%と災害後の平均報酬額との差額で、災害前の報酬額の15%を限度としている)が支給される。

Poland : Recent Social Security Legislation,
International Labour Review, August 1969,
pp. 167~171.

(石本忠義 健保連)

スイスの老齢・遺族保険改正



1969年1月1日より、老齢・遺族保険改正法が施行され、老齢・遺族保険の保険料と給付が大幅に引き上げられた。すなわち、保険料は報酬の4%（被用者2%、雇主2%）から5.2%（被用者2.6%、雇主2.6%）へ、また給付は通常の給付については約30%、補足給付については約25%それぞれ引き上げられた。

スイスでは、老齢・遺族保険の給付はほぼ3年ごとに約1/3ずつ引き上げられてきたが、保険料は20年間すえ置かれている。最近適用範囲の拡大、給付の定期的引き上げ、退職年齢の引き下げなどによって、老齢・遺族保険の支出が収入より急激に伸びているので、保険

料の引き上げが行なわれることになった。

給付の引き上げ

既裁定年金は約30%の引き上げであるが、最低年金はそれ以上の引き上げである。すなわち、老齢年金の最低額は、単身者の場合月200フラン、夫婦の場合月320フラン、寡婦年金の最低額は月160フランになった。

また、1969年1月1日以降の年金は、新しい方式により計算されることになった。すなわち、それは、いままでのように平均年間保険料によって計算されるのではなく、平均年間収入によって計算されることになった。こ

れにより、老齢年金は、単身者の場合月200～400フラン、夫婦の場合月320～640フラン、寡婦年金は月160～320フランとなった。

さらに、1969年1月1日より、新しい給付として、身寄りのない廃疾者に対して月175フランの手当が支給されることになった。

なお、廃疾保険の廃疾年金も、老齢・遺族年金と同じ程度引き上げられ、また廃疾手当も重度の場合月175フランとなった。

年金スライド制の改善

改正法は、年金の購買力、および年金と賃金とのバランスを維持するようにすることによって、年金を経済の動向に合わせる機構を強化、改善した。すなわち、物価の変動に対する調整と賃金の動きに対する調整が別々に行なわれることになった。保険財政の収支均衡および物価に対する年金の相対的地位が今後3年ごとに検討されることになった。もし消費者物価指数が3年間の最初の年のそれを8%以上上回る場合にはもっとたびたび検討が行なわれることになった。同時に全州議会は、年金権開始までに受けた賃金の価値回復

率の再検討を行なうことができるとともに、6年ごとに連邦老齢遺族廃疾保険委員会に賃金に対する年金の相対的地位について検討させることができることになった。そして、もし必要ならば、全州議会は国民議会に対して法改正を要求することができることになった。

保険料の引き上げ

以上のような諸改善にともない、より多くの財源が必要となり、1969年1月1日から老齢・遺族・廃疾保険の保険料がつきのように改定された。

被用者：報酬の2.9%（老齢・遺族保険2.6%，廃疾保険0.3%）

雇主：総支払賃金の2.9%（老齢・遺族保険2.6%，廃疾保険0.3%）

自営業者：所得の5.2%（老齢・遺族保険4.6%，廃疾保険0.6%）。年間所得が16,000フラン未満の場合には、低い料率が適用される。ただし、最低保険料額は年間44.80フラン（老齢・遺族保険40フラン，廃疾保険4.80フラン）

その他の者：年間の最低保険料額44.80フラン，最高保険料額2,260.40フラン（老齢・遺族保険2,000フラン，廃疾保険260.40フラン）

公的負担方式の改善

スイスの老齢・遺族・廃疾保険は、住民を対象とする強制加入保険で、保険料、公的負担（国庫負担および州負担）および積立金利子によって賄われているが、改正法により公的負担の方式が改正された。すなわち、向う3年間についてあらかじめ各年の負担額が決められることになった。この負担額は毎年異なっており、まず1969～71年の3年間については、69年5億7千万フラン、70年5億9千万フラン、71年6億1千万フランとなっている。

公的負担の財源は、州の場合一般収入、また国の場合原則としてタバコおよびアルコール収入である。

補足給付支給最高所得額の引き上げ

十分でない老齢・遺族・廃疾年金を補足し、年金受給者の最低生活を保障するために

一定所得額以下の者に対して補足給付（1965年3月の連邦補足給付法によって設けられた）が支給されているが、この一定所得額が約18%引上げられた。すなわち、補足給付が支給される最高年間所得額は、単身者の場合3,300～3,900フラン、夫婦の場合5,280～6,240フラン、孤児の場合1,650～1,950フランとなった。このほか、この所得額の計算の際の各種控除が引上げられた。

補足給付の支給対象となる所得の最高額は、単身者の場合一般平均賃金の23%（1966年）に相当している。1968年に、最低保障年金を設ける意図から、補足給付の廃止が提案されたが、結局、国民議会で拒否された。

Die "Schweizerische Lösung" : Neue Verbesserung der staatlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung, *Soziale Sicherheit*, März 1969, ss. 87~90.

Switzerland : Seventh Revision of the Old-Age and Survivors' Insurance Scheme *International Labour Review*, June 1969, pp. 650~652. Contribution and Benefit Increases in Switzerland, *Social Security Bulletin*, March 1969, pp. 22~23.

（石本忠義 健保連）

海外文献紹介

雇用促進法とその意義



(西ドイツ)

ドイツ連邦議会は1969年5月13日雇用促進法 (Arbeitsförderungsgesetz, AFG) を決議した。この法律は同年7月1日から有効となり、その日をもって1927年以來の「雇用斡旋法」と「失業保険法」は効力を失った。

雇用促進法を見ると、労働行政が現代的なサービス業へと発展したあとをはっきり見ることができる。つまり助言指導的業務が増えて、市民と労働行政の間に温かい血の通った雰囲気を作ろうという努力が見られる。

新立法により積極的な雇用政策の基礎がおかれた。その中心は時宜を得てなされる職業の促進である。そのための前提はすべての市

民がその年齢によらず、総合的な労働と職業の促進についての請求権を得ることである。従来の労働斡旋法と失業保険法が「保障の原則」にもとづくものであったのにたいして新立法は「予防の原則」にもとづいている。

雇用促進法によりニュールンベルクの「雇用斡旋と失業保険のための連邦機関」は、「ドイツ連邦労働機関」(Bundesanstalt für Arbeit) と改名された。これは公法による団体で、連邦労働事務所、県労働事務所、地方労働事務所の組織をもち、自治の原則が貫かれている。労働者、雇用者、公共団体の代表がそれぞれ定員の3分の1ずつを占めてい

る。連邦労働機関の目標とするところは労働の斡旋、職業指導、職業訓練の促進、職場の確保と開拓、失業保険を用いて「高い雇用水準」を実現し、経済の発展を促進させることである。法律が失業の予防を強調しているのに労働機関の目標を「完全雇用」でなく「高い雇用水準」にしていることは残念ながらこの法律の社会政策的欠陥といわなければならない。

労働開発は労働斡旋を補足する

昔も今も労働の斡旋は労働機関の非常に大切な業務のひとつである。しかし労働の斡旋には全職業生活中続けられるべき労働に関する助言指導が伴っていないなければならない。また労働を斡旋することが困難な場合には労働の開拓を行って新しい職場を用意する。斡旋の困難な労働者のための職場の開発には高齢労働者の職場の開発についての規則が含まれる。高齢労働者を雇用する企業主にたいして労働機関は賃金の50%以内で無期限の補助を行う。もし全企業または企業の一部を老人だけのために提供すれば貸付金や補助の特別な

措置が講じられる。

労働の斡旋や開発の仕事は労働行政が労働者の失業状態を正しく把握しているときにはじめて有効に活用される。そのために企業側には通告の義務が課されている。すなわち、経営者はさしせまって分っている労働者の大量の解雇と配置転換を県労働事務所に書面で通告しなければならない。

職業指導には諸機関の協力が義務づけられる。連邦労働機関は労働の斡旋と開発の他に職業指導を行う。とくに青少年にたいして、個々の職種についてその発展と見通し、その職業訓練や継続訓練や再訓練の可能性と方法、企業内での職種の発展、労働行政、労働市場等について総合的な職業指導を行う。そのような職業指導のために企業の訓練施設、経営者団体、労働組合、学校、専門大学、社会福祉団体の協力が義務づけられることとなった。総合的職業指導とそれにたいする各方面の関係機関の協力により、労働者が誤った職業選択を行い、そのために職場に不満をいだくということを未然に防ごうとするものである。

個人にたいする職業訓練助成

職業訓練の助成は雇用促進法の中心ともいうことができる。助成には個人にたいするものと企業にたいするものの2通りがある。すべての人は一般の成人を含めて職業訓練、継続訓練、再訓練の請求権を得ることになった。また養成期間中は年齢に無関係に生計費が保障される。個人に対する職業訓練の助成は、職種の向上、職種の要求する知識と技術の習得、以前の職業訓練の完結（資格試験）訓練指導員の養成と継続訓練、高齢求職者の職業生活への復帰に関して行われる。職業訓練の助成は原則として「補足性の原則」にもとづいて行われる。つまりこれらの規則が適用されるのは、他の公的機関がその役割を引きうけない場合に限られる。労働者の側には請求権があっても、実施機関がなかなか定まらず、長時間待たされて、けっきょく請求権を放棄して継続訓練や再訓練を受けることをあきらめてしまうことがあるのではないかとということが心配される。雇用促進法による給付は社会援助の給付に優先する。

再訓練はできるだけ早期に行なわねばならない

就職希望者で自分により良く合った職種に転向することを希望しているもののために、また職業的流通をはかるためにも再訓練が必要である。現在就職中のものも、将来の失業を避けるためにもしその必要があれば、再訓練をできるだけ早期に開始しなければならない。再訓練の年限は2年間である。

施設にたいする職業訓練助成

連邦労働機関は職業訓練、継続訓練、再訓練に必要な施設の建設、拡張、設備にたいして貸付けや補助を行う。助成の対象となる諸施設としては会議所、労働者団体、経営者団体、民間社会福祉団体がある。

給付の種類と範囲の拡大

労働者自身と社会や経済の要請によって行われる継続訓練や再訓練の期間中一定の要件を満すものにたいして労働機関は生計費の給付を行う。その額は失業保険の120%で最高

は実収入の90%に押えられる。機関はその他にも見習い期間中の費用の全部または一部負担、教材費、通勤費、被服費、住居費、医療費の負担、疾病保険、災害保険の掛金の給付を行う。生計費の補助が失業保険の20%増に押えられていることは、労働者が早期の適切な時期に継続訓練や再訓練を受けることを躊躇させるにちがいない。

技能習得中のもので一定期間後はじめて一人前の仕事ができる見込みのあるものにして労働機関は1年間雇用主に賃金の60%を職業習得補助金として支払う。また永続的な職場を得ることが困難な労働者をもつ企業主には適応援助金として2年間同じく賃金の60%を支払う。

建設業者には労働者の「悪天候補助」を行う。補助額は同職種の政府の公定賃金の5%以内で不就労の全時間について計算される。

冬場の建設事業を促進するために建設業者に12月から2月の間労働時間1時間につき0.60 DM から2.70 DM の補助を行う。

短期間労働者（部分的失業者）に対しては従来どおり失業期間中賃金の62.5%が単身労働

者に支払われる。適応範囲は従来より拡大された。つまり、企業が経済構造の変化に順応しようとして生じた部分的失業者を出す場合にも、適用されることになった。さらにいままでも給付を受ける条件として、企業内の全労働者の33⅓%が4週間以上にわたり労働時間の10%以上失業状態になる場合であったものが、新法律によれば労働者の10%以上が労働時間の10%以上失業状態に至った時と緩和された。しかしなお部分的失業状態にあるものがその企業内で規定のパーセントに足りない場合は、けっきょく労働者が自分でその損害を背おい込んでみずからの生活水準が脅かされることになる。この事実は社会的に決して望ましいことではない。その事態は労働者に責任があるのではなく、政府の経済政策のうえでの欠陥と企業経済的失敗が労働者にしわ寄せられているからである。

失業保険の給付額には変化がみられなかった。1967年の改定以来・単身労働者に賃金の62.5%が支払われるという線が守られた。労働の斡旋の意味があるのは満65歳までであるという見解から保険の支払いは65歳まで行

われることになった。またいくら作業能率が悪くとも、まだ仕事を行えるものにはたいしては失業保険の給付が行われる。こうして就労不能者を対象とする「障害年金」と失業保険の間に切れ目のないように配慮された。

失業保険の家族附加手当は配偶者が国外にいる場合も、男子の失業者の子どもが結婚外である場合にも支払われる。子どもが障害者である場合には年齢による制限はない。

間接的に労働争議のために失業した労働者に失業保険を支払うことについては、いろいろ議論がたたかわされたが、結局、争議中は保険の適応はうけない。これは、争議中の労働者は労働条件の改善のために戦っている労働者と同様に見なされるからである。しかし、失業保険の給付の決定は、争議そのもので左右されない。間接的に争議により失職したのものには、すべて失業保険を受ける権利が認められた。

政策的解決のための研究機関

労働市場と職業構造の長期的傾向をより正しく評価するために、エルランゲルの労働市

場・職業研究所は、各種の調査研究を行なう。社会構造的な研究は、その中でもとくに重要であり、それらの研究の成果を基礎として、政府は今後の職業政策を打ち出すことになるであろう。

適当な財政上の解決策が見つからない

雇用促進法の泣きどころは財政問題である。法律が考えている財政計画は社会的にみて決して模範的なものではない。従来まで雇用者と被雇用者が一緒に支払って来た掛金は、これからは雇用者、被雇用者からべつべつに同額づつ徴集されることになる。つまり掛金の対象となる賃金の1%を雇用主が1%を被雇用者が支払う。より良い労働市場を実現し、全経済、全社会の各領域の労働者の職業訓練、継続訓練、再訓練を徹底するという法律のもつ広大な理想を考えるとその負担を労働者と雇用者にだけまかせるということは納得し難い。とくに雇用者の負担金はけっきょく企業経営上経費の一部として商品価格に入れられるので、それも消費者、多くは労働者により負担されていることになる。

雇用促進法は決してすべての点について完全な法律であるということとはできないかも知れない。しかしそれにより連邦議会と県議会は近代的で前進的な労働市場政策の基礎づくりを行ったということができよう。そしてドイツの社会政策はより大きい一歩を踏み出し

たのである。

G. W. Brück, Arbeitsförderung, Ausbildungsförderung und Berufsbildung Hand in Hand. *Neues Beginnen*, 1969 Nr. 4, ss. 133~144.

(春見静子 上智大)

「保証収入」制度



(ベルギー)

ベルギー政府は、68年6月25日、同国の社会政策に関する新しい方針を発表したが、それはすべての市民に社会的最低限の収入を保障しようとする革新的なものであった。

ところで、この新政策実施の第1段階として、69年4月29日の法律で、社会的に保護の薄いすべての老人に対する「保証収入」制度が設けられ、同5月1日より実施されること

となった。69年4月29日および5月1日のベルギー・モニターは、老人に対するこの「保証収入」(revenu garanti) 制度の実施に関する新しい法律および命令を紹介しているので、以下にその概要を述べよう。

制度の目的

この制度の目的は、ベルギーの老人で、無収入の者または十分な収入のない者約10,000

人に対して、いわゆる社会的最低限の基礎収入 (un revenu de base) を支給することである。この基礎収入の額は、当面毎年10%ずつ増額されることになっている。なお、この制度は新しい年金制度を創設するものではない。

制度の対象と受給要件

この制度の対象となるのは、いかなる年金制度の適用をも受けない者、または雇用期間が短いため年金を受けられなかったり、最低年金しか受けられない者などである。ただし、これらの老人が生活するに十分な収入をもつ場合には、この新制度は適用されない。

保証収入は、65歳(男)または60歳(女)に達した者に支給される。そのほか、この支給を受ける者は、次の要件の一つを満すことが必要とされる。

- (1) ベルギー人であること、またはいずれの国籍をもたない者
- (2) ベルギーが互惠条約を締結している国出身の者

ただし、その他の外国人であっても、実際にベルギーに、本法施行前少なくとも5年間居

住した者にも支給される。

給付額

この制度で支給される基礎額は、家族につき年額30,000ベルギー・フラン、ひとり者につき20,000ベルギー・フランである。この額は小売物価指数の変動にリンクされるが、その結果として、早速69年5月1日より、上記の年額はそれぞれ31,224ベルギー・フランと20,000ベルギー・フランに引き上げられる。

資産調査

この制度の給付は資産調査を要件とする。つまり、もっとも貧困な状態にある老人がまず第一に援護されるということである。対象となる者の資産の評価に当たっては、その性質または出所のいかなを問わずすべての資産が考慮される。ただし、次のものは除外される。

- (1) 家族手当
- (2) 公的および私的扶助の範疇に属する諸給付
- (3) 子または親からの金銭援助
- (4) 両大戦中の兵役またはレジスタンス運動に関連する特別年金(通常の戦争年金は

除外されない)。

世帯主につき年間9,000ベルギー・フランを越えない収入、または単身者につき6,000ベルギー・フランを越えない収入は考慮されない。つまり、老人の収入がこれらの額を越えない場合には、保証収入が全額支給され、また年間収入がこれらの額を越える場合でも、その越える部分を差し引いて支給される。

支給方法

保証収入の支給を受けるためには、該当者は、65歳(男)または60歳(女)に達する日の早くとも6か月前に、居住する市町村役場に申込みをしなければならない。この法律は65年5月1日に施行されるが、当日すでに同年齢に達し、この制度の給付を受け得るものと思われる者は、直ちに申込みをしなければならないものとされる。

ただし、任意保険の被保険者の資格で年金を受け、すでに65歳(男)または60歳(女)に達している者は、自分で受給申込みをする必要はない。また、受給する年金総額が保証収入の額を下回る者も申込みをする必要がな

く、これらの者の保証収入への権利はそれぞれの年金担当事務局が審査する。

資料 Union national des Fédérations Mutualistes neutres, le Mutualiste neutre, decembre 1969.

U. S. Department of H., E., & W. ; Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, September 1969.

(上村政彦 健保連)

精神薄弱者の保護工場



(フランス)

現在フランスには約70万人の精薄児（5～19歳）がいるが、彼等に対する専門的施設の不足が問題となっている。とくに精薄児の収容・教育施設の年齢の上限（14歳）をこえたものに対する施設、さらに就労へと結びつけるサービスが欠けている。

従来から精薄児の従容施設や職業訓練学校をいくつか創設してきた「ロレーヌ地方精薄児の親の会」の依頼により、同地方経済情報

研究所が精薄者の労働に関する調査を実施した。その結果が「Informations Sociales」（家族手当金庫全国連盟による月刊誌）、1969年10月号に紹介されている。

この精神薄弱者の労働・特集号の主な内容はつぎの通りである。

前文と第一章——精神薄弱の全般的問題と精薄者にとっての労働の意味（労働への権利，社会，経済生活への参加……）。

第二章——精薄児の職業訓練学校（最近つくられはじめたが、まだその数は少ない。対象は14～20歳）の現状，活動についての調査分析。労働に対する精薄児の感情，期待，好み，能力，態度など。精薄児の労働を可能とするための条件の整備の必要性が強調されている。

第三章——精薄者の労働の諸形態。一般企業内での就労と保護的職場での労働に二分し，それぞれについて現行施策と実情が示されている。

第四章——保護工場に対する調査の結果

第五章——企業での雇用の可能性の検討

第六章——保護工場の仕事の獲得について，

ここでは第四章の内容の一部を要約する。

工場に対する調査の結果（カッコ内は施設数）

調査対象——アンケート送付先き（47），解答（29），うち精神病院（1）を除外。

開設時期——1960～1961から1967まで。

入所条件——精薄が必要条件である（12），身障者でもよい（1）。てんかん，重度の性格障害，重度精薄，一般企業への就労可能の

ものなどは一般的に忌避される。IQ下限なし(6), あり(下限40~50)(15), 日常生活および労働に必要な自立能力と健康が要求される。この他地域的条件のあるもの(2)。

定員——27施設の合計1,235名, うち男940名女295名, 20~50名のものが81%を占める。

年齢——年齢条件の下限17歳(27), 上限はない。実際の入所者の年齢分布は17~23歳が大半で, 最高年者は20~46歳。平均34歳。

入所者の送迎——(27)のうち通所(26), 寮制(1), 小型バスなどで送迎する(18), しない(8)。

給食——給食をおこなう(25), その形態は所内, 近隣の青少年労働者施設の利用などさまざまである。

設備——他の目的の建物の転用(一時的なものを含めて)が多い。敷地面積は(21)につき30~1,500m², 1人当たり1.5~27m²のばらつきがある。うち5m²未満のもの(11)。

入所費用——11.10F~34Fを基礎として算出。¾が15~25F。格差が大きい。社会的扶助費によって全額負担される入所者が½以上であるが, まれに家族の全額負担がみられ

る。

作業時間——年間210~270時間。平均235時間, 一週34時間で一般の平均より短い。一日7時間弱が大半。5日制(21), 6日制(6)。

職員——(26)につき, 総数133名, うち指導員22名(17%), 教員または作業場の長111名(83%)。職員1人当り入所者数, 5~22(平均8名)。専門教育をうけた指導員は少ない。

作業以外の活動——大半がなんらかの作業外活動を組織している(20)。休み時間, 昼休みのレクリエーションが多いが, その他戸外での半日, 日曜の利用, 夏冬のバカンスなど形態はさまざまである。現在おこなっていないところでも「計画中」が多い。

家族の協力——家族の訪問(16), 親の会(14), 手紙, 報告(4), とくになし(3)。

施設内教育——特に養成部門をもたない(16)職業訓練学校での養成(6), 観察, 適応部をもつ(3)。一般に現場教育にたよっている。

給料——見習いおよび観察期間中は無給。作業につくと有給となる。障害の程度を配慮し

て配分されている。

生製品の販売——請負仕事のみ(17), 単一商店へ(1), 知人にのみ売る(1), 上記三つの方法を併用(2)。

Les ateliers d'aide par le travail, *Informations*, 1969. 10, (*Le travail des handicapés mentaux* 特集号) pp. 31~48.

(阪上裕子 国立公衆衛生院)

イギリスにおける病気欠勤と失業との関係



(イギリス)

いままで、完全雇用時には、労働者は病気を理由に必要以上長く休むのではないか、という報告があった。イギリスの炭坑、アメリカの電話会社でもその関係がみられた。しかし、これらの報告は、失業率が特に高い時期をとったり、特定企業にかんするものであった。

この論文は、これら諸論説の真否を、戦後イギリスの資料にのっとって統計的に分析したものである。

毎月第1火曜日にえらばれた労働者を対象にし、全国年平均病欠日数を計算した。社会保険給付統計からもいくつかの欠勤率を算定

した。

年間100人あたり傷病手当金給付件数は、1950年の4.5から1968年の4.9へと上昇してきている。失業率も、1950年の約1.5%から1968年の2%強へと増してきているが、両者の相関係数は0.24であって、有意の相関をみることはできない。

地域ごとの統計で両者の関係をみると、(1961~1962年)、失業率3~4%のスコットランド及びウエールズでは、年間傷病手当金支給件数は百人中30~39件であるのにないし、失業率1%台のロンドンなどでは支給件数20~30件である。両者は有意な正比例関係

を示す。このような関係は、都市を単位としての指標間でもみられるし、年齢階級ごとに標準化した指標のうえでも明らかである。

従来の諸論説には、データのとりかた、その対象のえらびかたのうえで問題があったと考えられる。

両指標間の地域ごとにみださいのはっきりしたつながりは、その地域の産業構造のような社会経済的および環境的要因によっても影響されてできたものと考えられる。過去20年間の推移でみれば、失業水準は必ずしも労働不能の頻度に影響を及ぼしてはいない。

P. J. Taylor & S. J. Pocock : Post-war Trends in Sickness Absence and Unemployment in Great Britain, *The Lancet*. Nov. 22, 1969, pp. 1120~1123.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

ISSA海外論文要約より

1980年における退職老齢者の経済状態



James H. Schulz (アメリカ)

本稿には、シュミレーション方式により、1980年にアメリカの老齢人口は、経済的にいかなる動向を辿るかを示す試みが行なわれている。

1966年には、約500万人（全国の老齢者のうち約30%）に及ぶアメリカの老齢者は、社会保障庁により貧困線とみなされる所得以下の生計費で生活していた。これら老齢な市民達の貧困は、1930年代の大不況が、現在の老齢者のその当時における貯蓄を阻害し、かれらの稼得活動の最も盛んな時期に、不利な影響を与えたという事実により、また公的および私的年金制度の発達が遅すぎて、かれらに

対して、十分な保護を与えることができなかったという事実によって、ほぼ説明されている。しかし、近年では、収入水準の上昇、社会保障法の改正によって生じた給付額の引上げ、および私的年金制度のめざましい成長によって、退職後において従来よりもより高い所得が、可能とされるようになってきた。これらの要素は、将来における退職者達の経済状態を改善するであろうと予想されるが、しかし、どれだけの人がとが、このような援助を受けるであろうかということは、ほとんど推測にもとづく仕事に属していた。より正確な予測を得るために、高速で演算する電子計算機を用いて可能とされる最新式のシュミ

レーション方式が用いられた。1960年における45歳から60歳までの人びと33,000人以上の状況にもとづいて、死亡、労働力の引退と新規労働力の参加、職業の移動、失業と年金の適用のように、発生が予想される変化を、20年間の各年について統計的に現わすことにより、現実そっくりシュミレートされた。

計算機によって示された結論は、以下に示される結果を含んでいる。現行年金制度は、退職者の所得分配に明白な上昇を示す変化をもたらすと期待されるかも知れないが、多数の老齢者は1980年に依然として、きわめて低い年金を受給するであろう。現行制度になんらの変化がなければ、老齢な夫婦者のうち約50%は、各種の年金を合計して年額3,000ドル未満の所得を取得すると予想することができる。単身の老齢者のうち86%以上は公的および私的各種の年金を合計して、2,000ドル以下になると予想することができる。社会保障給付に4%（過去におけるよりも高い上昇率）の引上げが行なわれると仮定すれば、退職した夫婦者のうち3分の1以下が、社会保

障給付で年額 3,000 ドル以上を取得すると思われるが、70%以上は毎年少なくとも 2,000 ドルの所得を期待することができるであろう。貯蓄しようとする強い傾向を仮定すれば、1980年の老齢者は、今日における各種の資産合計よりかなり大きな資産を合せた財産を蓄積していると思われるが、しかし、かれらはほとんど家屋の資産を加えられるであろう。たとえば、老齢な夫婦者のうち僅かに 1%が、20,000 ドルの評価資産をもっているとしても、しかしもし所有している家屋を含めるならば、老齢な夫婦者のうち39%が、この資産額をもつことになるであろう。私的年金の給付水準におけるある引上げは、退職者の所得を改善することができるが、しかし、より寛大な受給資格取得の規定から、ほとんど変化が生まれまいであろう。シュミレーションでは、100%の資格取得を仮定したために、年金の分配にはなんらの変化も発見されなかった。所得の適切性について各種の方法を用いるならば、全人口のうち他の残りの人びとについて予想された所得上昇を測定する場合に、老齢者の所得には、年金および資産

からほとんどもしくはなんらの改善も期待できないということを見出した。

The Economic Status of the Retired Aged in 1980: *Simulation Projection, Research Report No. 24 Current Series*, Office of Research and Statistics, Social Security Administration, Washington, D. C., 1968, 72+vi,

pp. 26 tables; No. 62, '69.

* ニュー・ハンプシャー大学助教授

第 5 回 ポーランド統一労働者党の 社会政策に対する決議

Henryk Borkowski (ポーランド)

本稿は、社会政策および今後数年間における社会政策の目標について、1968年11月11～16日の間に開催された第5回統一労働者党大会の議事録と決議の要約である。

大会の関心事は、まずイデオロギーと政治的教育の諸問題に集中され、今後数年間における社会的および政治的發展にかんする諸問題についても、討議が行なわれた。大会が

開催される以前に、討議される論題は党組織内部に配布され、討議されたが、それらの論題には、有給休暇にかんする諸規定の統一や労働時間の削減が含まれていた。これらは今後数年間に取組まねばならない社会的および政治的諸問題として提出された。

W. Gomulka は、かれの報告の中で、現在筋肉労働者と非筋肉労働者に対する労働法

に規定されている差別は、時代錯誤であることを指摘した。基本的には、有給休暇 (holidays) や有給の疾病休暇 (leave) にかんする諸規定は、統合されるべきで、これは 1969～70年に実現できるはずである。新しい規定は、雇用が10年未満の労働者達約 320 万人に対して、改善をもたらすことになるであろう。統合のもつ基本原則の実現には、たとえば、科学的作業に従事する労働者に対して行なうように、合理的かつ必要な除外を排除することなく、緊密な分析が要求されるであろう。疾病給付は雇用期間の長さに応じて等級をつけるべきで、この方式は、有給休暇の期間にも適用すべきである。労働時間は依然として1日8時間、週46時間であるが、約130万人の労働者達は、より短い労働時間を享受している。危険なしかも骨の折れる雇用では、労働時間はすでに1日6時間制が採用され、多元記録の作業に従事する雇用では7時間制が用いられているが、これらの雇用には1日4交替制が使われてきた。今後2年間に4交替制は、継続的な作業が行なわれるすべての雇用に導入されるであろう。労働時間の

全般的な減少は、生産や開発の減退を招かないということを条件として、1971～75年に実現が企図されるであろう。

党の社会政策計画にかんするさらにより以上の説明は、I. Loga-Sowinsky によって示されたが、疾病給付について現在実施されている筋肉労働者と非筋肉労働者との差別を、今後とも継続するという理由は、なんら存在していないことを、かれは強調した。詳細な点は、必要な分析が行なわれた後においてのみ決定することができる。しかし、給付の支給率が雇用期間に依存して決定され、そのような方法により、所定の期間以後には、最高が純賃金の90%にまで達するように、等級をつけられるということは確実である。雇用開始後の最初3年間と、発病後当初3日間における給付は、一般的な支給率以下となるべきである。

採択された決議は有給休暇の方式を統一しようということを定めており、その決議によれば、有給休暇は雇用1年以後で14労働日、

雇用3年で17日、雇用6年で20日、10年以上で26日となるであろう。また、決議は労働時間削減について W. Gomulka によって強調された考えも承認し、産業安全サービスや医療サービスを改善し、かつ食品販売店やリクリエーション施設とともに、企業の中において保健サービスをさらにより以上に開発する必要をも強調した。また、決議は退職した旧従業員に対するサービス、とくに、食品販売店においてかれらに食物を提供するような活動、およびその他の施設を提供することを、企業に奨励した。

Achievement of the Vth Congress of the Polish United Workers' Party in the Field of Social Security, "Dorobek V. szjazdu polskiej zjednoczonej partii robotniczej w dziedzinie polityki socjalnej", *Praca i zabezpieczenie społeczne*, No. 12, 1968, pp. 1～7; No. 7, '69.

西ドイツの産業医療

Hanne Schreiner-Huber (西ドイツ)

本稿には、西ドイツにおける産業医療について、批判的な評価が示されている。

産業医療の諸問題は、近年異常に広範な大衆の関心をひくようになってきたが、現実の状況は、産業医療が依然として未開発な分野におかれているということを示している。ドイツの大学には、産業医療の講座が12以下という状態である。また、企業に雇用された医師（事実上診療を目的とする医師）の数は、約1,500人と推測され、そのうち僅かに500人が全日制で雇用されているが、このような状況に対して、労働人口は2,600万人もいるのである。しかし、基本的なディレンマは、この分野ではほとんど知識を活用できないという事実があり、そのような事実が医学訓練を

形成する一部に産業医療を含めないという事情が存在するということである。産業医療の講義は強制されているにもかかわらず、しかし、その主題は試験の対象に含まれていない。ドイツの大学の機構に熟知している人びとは、そのように制度化された調整の結果について知っている。医師は産業医療にかんする最低の知識さえも身につけないで職業につくが、それは学生達が現実的な試験の対象となる部門の修得に専念し、試験の対象とならない部門を排除するからである。

さらに、かてて加えて、企業の医師は一般に5,000人以上を雇用する企業で働らいており、すでに人数の少ないこれらの医師は、通常の用語のもつ意味では、産業医療に属して

いない役割を担当し、かれらの診療活動に負担がかかっている。通常企業の医師は、雇用時の医学的な検査、法的に規定された検査、および災害時の救急活動に、その役割を制限されている。しかし、産業医療の重要な仕事は、労働者の健康に与える被害を避けるために予防的手段を講じ、もし被害が発生した場合には、それに処置を施し、そして、なんらかのリハビリテーションの処置を受けた人びとの肉体的および社会的再調整を、労働環境に対して順応するように促進することである。やや統一化しすぎた用語で表現すれば、産業医療の医師に関心をもたない企業には、ほとんど何も用意されていない。産業医療の目的について行なわれる広範な解釈の実際的な適用は、産業医療サービスにおける基本的な制度上のまた職員の改善を、中小企業の今まで恵まれていない従業員に対するこれらのサービスの拡大をも、要求している。

Industrial Medicin in Germany, "Arbeitsmedizin in Deutschland", *Zeitschrift für Sozialreform*, No. 10, 1968, pp. 589~594 ; No. 69, '69.

保健制度改革への提案

本稿には、健康保険制度改革について、医師の見解を述べた医療担当者からの提案が示されている。

近い将来に社会保険の疾病保険部門に行なわれると予想される全面的改革についての見解では、全国医師会連盟 National Federation of Medical Associations (FNOOMM) のある研究グループによって、幾つかの提案が行なわれてきたが、この組織は、1947年以來他の専門的な医師の組織とともに、各種の研究や法案を準備してきた。しかし、立法措置では、政治的路线に従いながら参照されたにもかかわらず、ほとんどかれらの活動は考慮されな

かった。現在、FNOPMM は疾病保険のある包括的改革に提案を用意しているが、この提案は相互扶助保険の性格をもっている現行制度の変則的な点と欠点を矯正するように工夫されている。提案された制度の主要な基本原則は、以下に示されるとおりである。

制度は予防的および治療的な双方にわたるイタリアのすべての仕組みを含むであろう。予防的手段、衛生、リハビリテーションおよび保健教育は、特殊な根拠にもとづく補助金で、財源を調達されるであろう。その金額と目的は、法律によって定められる。外来診療施設もしくは自宅における一般的小さい専門

(イタリア)

的医療処置、産科と回復期の治療、薬剤の供給、温泉療法、および補綴は、財源のすべて、もしくは一部を拠出で調達されるであろう。

予防・医療サービスは各地方に設けられる保健ユニットに責任を託される。それらのユニットの活動には、土壌、水および空気の汚染を予防し、住居や食品供給の公的な保健基準を保証する検査のサービス、伝染病のコントロール、雇用傷害と職業病のコントロール、出産および乳幼児福祉、託児所の施設の検査、学校保健サービス、精神衛生、社会的に有害な疾患の研究と予防、結婚と性教育に対する準備、およびリハビリテーションが含まれている。地方保健ユニットは、それぞれの地域に住居をもっているか、あるいは一時的に居住する全市民をカバーし、その財政的負担は各ユニットが15,000人から50,000人を含むように考案されたある全国的な計画によって決定される。さらに、各地域は人口2,000人から6,000人をもつ地区に分けられるであろう。それぞれの地区の医療担当官は、サービスの効率を保証し、公衆保健のチームや

予防的検査および衛生の検査に必要とされる技術的補足的サービスを、提供するであろう。各地方の保健ユニットは、主席保健担当官と、医師、心理学者、獣医科の外科医師および補助者で構成されるある公衆保健チームを含むことになり、これらのうち、補助者には訪問保健婦、ソーシャル・ワーカー、助産婦、訓練された看護婦、保健検査官および技術者が含まれる。なお、これらの職員は、外部の仕事に従事することを許されない全日制の公務員で、病院の勤務医が取得する収入にもとづき、適正な俸給を支払われるであろう。地区医療担当官は、パートタイマーの公務員という地位を与えられ、居住、寄与する能力、および他の部門の医療担当者が取得する収入の水準にもとづいて、俸給を支払われる。

診断と治療処置は以下の基本原則にもとづき、すべての人びとに利用可能となるが、これらの処置はその基本原則から離れることを許されない。つまり、その基本原則によれば、管理機関と一般医もしくは専門医との関

係は、一般医、専門医および処置の場所について患者に自由な選択を与え、医療担当者に自由な参加を認める契約にもとづいている。医師はある緊急な場合を除き、患者を拒否することが認められる。資格を有する医師は、処方と処置に対して、専門的な秘密にかんする自由をもちながら、被保険者を処置するために登録される権利をもち、かつ医師の合理的な配置を保証させるある仕組みをもつべきである。提供するサービスの基準と財政的な諸条件は、管理機関と医療担当者との間における協約に定められるべきで、その協約には、サービスの報酬と質が規定される。給付は各事例に応じて、直接的にあるいは間接的に支給されるべきである。年 960,000 リラ以上の課税所得を取得し、かつ扶養家族をもっている被保険者は、間接的な医療保険を用いるのに対して、より低い所得を取得する被保険者は、直接的医療を用いるべきである。間接的な制度では、処置の費用は法定料金の75%以上を償還されるべきだ。病院における処置は、一般病棟の基本的な料金で償還され、薬剤の供給は、直接的制度による事実上の費

用と同一の料金で償還されるべきである。直接的制度による給付は、薬剤に対する料金のうち20%の負担を条件として、直接的および間接的の双方により、一般医、専門医および処置の提供される場所について、患者に選択の自由を認めるであろう。一般病棟における基本的な病院処置は、直接的な原則にもとづきすべての被保険者に提供され、ある間接的な原則により付加給付が支給されるであろう。病院における勤務医の雇用条件や俸給は、現在実施されている病院法の第40条によって定められ、それは FNOOM が参加する団体交渉の全国的協約にもとづいて行なわれる。

提案は、結論に幾つかの勧告を含めているが、これらは、現在存在している相互扶助組合を統合する方法と、提案された新しい機関の管理組織の構成にかんする事項である。

Proposal for Reform of the Health Scheme, "Progetto di Riforma sanitaria", *Federazione medica medica*, No. 10, 1968, pp. 5~21; No. 33, '69.

年金保険の基本原則

M. Prelic (ユーゴスラヴィア)

本稿には、現在準備されている年金改革の基本原則に焦点をあてながら、年金改革とその改革が、それらの基本原則にそって行なうことができるか、あるいは行なわれるべきかの限界にかんする討議が示されている。

それらの基本原則には、まず次の点が示されている。つまり、それらは相互依存と連帯責任、被保険者の平等、年金保険の権利と拠出との間における相互関係である。相互依存と連帯責任の基本原則によれば、受給資格の適格は、年金年齢や資格取得期間のような資格条件と、支払われた拠出とは無関係に、被保険者に襲いかかった不慮の事故の事実上の

存在に依存している。同一金額の年金は、受給資格の適格に対する同一の資格取得条件を満たした全員に支払われるべきである。ある人びとは当人の拠出より大きな給付を受給し、他の人びとは拠出より少ない給付を受ける。連帯責任のもつ基本原則は、危険なあるいは骨の折れる労働環境で労働する被保険者、もしくは女子を優先的に扱う処置や、給付の社会的な最低および最高についての決定のような他の事項も、含めることができる。相互扶助と連帯責任の基本原則は、軍人や復員軍人が社会的評価を表現する対象となっていないので、これらの人びとなどに対する優遇を含んでいない。これらの基本原則からし

て、被保険者の個人的資産と経済的な状態との間における関係（すなわち、資力調査を条件として、年金に加えられている社会的な増加分）は、将来においては次第に廃止すべきである。

権利と保険拠出との間における相互関係の基本原則は、十分に適用できない。何故ならば、その基本原則は、相互扶助と連帯責任の基本原則の適用により制限されるからである。もし、相互関係の基本原則が適用されるならば、以下の事項を考慮する必要がある。つまり、年金の評価に対する基礎を決定するには、すべての保険期間が考慮に含められるべきである。賃金制度は比較的に安定的となるであろう。十分かつ確実な証拠は、個人所得の上昇と、評価対象に用いられる全期間中に、各被保険者について支払われた保険拠出に利用することが、可能でなければならない。

ユーゴスラヴィアの制度には、これらの前提条件はほとんど存在していない。評価の基礎として用いられる期間は短い（退職直前の5年間である）。証拠や資料となる文書など

は信頼できない。現在検討中の年金改革は、現在の年金受給者と将来の年金受給者をもつ諸問題に、それぞれ別々に取組まねばならないであろうということが、明白であると思われる。将来の年金受給者については、次のような選択方式の制度が示唆されている。すなわち、年金受給資格の評価は、同一額の年金に対して受給資格を与える保険拠出の代りに、500ディナールから600ディナールまでの統一された定額制の基本年金にもとづいて行なわれるべきで、この制度には、より高い基本年金が任意方式の保険で可能とされるべきである。あるいは、無資格の筋肉労働者に対する600ディナールから、大学卒の学位を有する被用者に対する1,600ディナールまで、変化をもつ資格取得条件にもとづき、別な基本年金の制度が資格取得の評価に用いられるべきである。より高い年金額は任意方式の保険でカバーされるべきで、強制的な基本年金と任意保険による年金は、双方とも毎年その年の初めに調整されるべきである。もし各人が年金の基本部分から他の年金に移る場合には、ある平均額が計算されるべきである。他

に選択される制度は、各人の所得に関連させた年金にみられる無意味な格差（たとえば、政府各省のタイピストは、公立中学校の校長より高い年金を取得している）の廃止であろう。

5年間の経過的期間には、年金は旧制度と新制度の双方で計算され、両者のうちより有利な年金の受給が認められるべきである。現行の老齢年金は引続き実施される現在の方式による年金か、または正式に調整された年金かのいずれかとなり、その年金には、各人の自由な選択が可能とされるべきである。

制度にある単一性をもたせるために、新しい年金制度の基本原則を、連邦法が定めるべきである。保険拠出、年金に含まれる部門の数などは、各共和国が決定すべきである。

Basic Principles of Pensions Insurance
"Osnovna nacela penzijskog osiguranje", *Socijalna politika*, Nos. 2~3, 1968, pp. 40~44; No. 55, '69

(以上の5編は、ISSAのAdvisory Committee——1967年10月、ウィーン)による了解にもとづき、*Social Security Abstracts*より採用した)
(社会保障研究所 平石長久)

社会保障こぼれ話

アイヴォリー・コースト

の社会保険

アイヴォリー・コーストには、1968年に統合的な社会保険が制定された。この制度による給付には、家族給付（出産手当、産前後の手当、家族手当）、女子労働者への母性給付（喪失賃金の補償）、家族保健と福祉、労働災害給付（現金・現物給付）、退職給付（老齢・遺族年金）が含まれている。

財源調達は家族給付と労働災害補償が使用者負担で、退職給付が労使双方（労働者40%、使用者60%の負担割合）の負担とされ、拠出率は最高9%までと一応定められている。なお、拠出収入の10%以上が、毎年準備基金に貯えられることになっている。また、制度の管理は、労使双方の代表が参加する特殊な委員会が担当する。

(社会保障研究所 平石 長久)

公衆衛生対策と社会保障計画

—1969年1月国際社会保障協会
円卓会議討議資料を中心に—

前田 信雄
(国立公衆衛生院)



1 はじめに

工業化の進展の遅いアジア・アフリカ諸国などでは、こんにちでもマラリアと赤痢、結核などの脅威にさらされており、これに立ちむかうべき経済力、社会的施設などが大きく

不足している。社会保障制度の普及も緒につきはじめたばかりである。いわゆる先進国においても、病気の多くは、心臓病とか循環器のようななかなか治りにくいもの、ガン、精神病、あるいは交通災害や「公害」による傷病によって占められるようになった。いずれ

の国においても、病気の発生を未然に防ぎ、病気にかかったら発病や症状悪化と他の病気の併発を防ぐ手だてが社会的に必要である。広い意味の公衆衛生対策の強化が求められている。いっぽう、医学と関連諸科学の発展に応じて診療技術がすすみ、それをうけるためと、そのさいの所得保障のための社会保障が各国で大きくとり上げられるようになってきた。しかし、それぞれめざす課題は大きく、また、健康で良好な生活の維持増進という点では公衆衛生と社会保障ともに同じ目的をめざすものである。

国際社会保障協会の円卓会議の資料をもちいて、国際的にみて公衆衛生対策と社会保障計画とはいかなるかわりあいをもつのか、の点を解説することとしたい。なお、この円卓会議では、公衆衛生対策への社会保障の貢献はいかなるものか、を中心に論じたものである。

2 デジャーダン報告の概要

「社会保障政策についての序論的報告」と題する国際社会保障協会医療社会常任委員会

議長 J. Dejardin 博士（ベルギー）の報告は次のようなものである。

過去25年間の科学ならびに医学の発達は、いろいろな病気を防げるようにした。しかし、これが本当に効果を発揮し役だったためには、コミュニティの組織化が必要である。新しい手術方法や新しい薬が開発されても、それが実際に使えなければその効果はでてこない。人間の生きるうえでの権利実現のさいのこういった格差をなくし是正することがコミュニティに課せられているが、格差は大きく、その解消はひとり限られたコミュニティだけではなしえない。そこでつかえる諸手段は制約されている。そのことから、病気をなくし治すためには、社会のなかにある各種の制度、諸機関や施設、専門従事者などの提げいがどうしても必要になってくる。

〔社会保障計画と公衆衛生〕

社会保障計画は、拠出制と所得の再分配によって多数の人口集団が医療をうける権利を保障する最も今日的方法の一つである。このなかには社会連帯性が貫ぬいており、したがって、提供される医療サービスの内容は、個

々人の拠出額の程度にかかわってくる。

公衆衛生は、多少とも国の責任ですすめられるものである。必要不可欠な医療に接することを保証する手段の一つである。その国でどれだけの公衆衛生をやれるのか、それを決めるのは、その国の経済発展の度合ならびにその国で疾病対策にむけられる財源である。

この二つは矛盾するものではなく、たがいに補完しあい、協調することによってよりいっそうの成果をあげうるものである。

〔各種国際会議でとり上げられたこと〕

1944年の国際労働機構 ILO 総会（フィラデルフィア会議）での「医療にかんする勧告」Recommendation on the Medical Care では、医療施設の発展、健康教育の普及、栄養と住宅の改良などを通じて人民の健康を改善することの必要性が強調された。1961年のアメリカ諸国機関 Organization of American States の集まりでは、国民の健康と一国の経済発展との関係に論議の焦点がしぼられ、公衆衛生の10カ年計画がたてられた。世界保健機構の地域組織である汎アメリカ保健機構では、1964年にメキシコで会議をもち、公衆衛

生サービスと医療計画との結びつきを検討すべきことを勧告した。そのさい、社会保障は全国民にたいし責任をもつ疾病予防対策の確立をめざす方向に歩調をあわせて各種施設の活動をすべきだ、と位置づけられた。

〔社会保障の発展過程と公衆衛生の役割〕

成立当初、社会保障は、なにはさておき、一定人口にたいし基本的に必要な診療をうけさせるためのものであった。その後だんだん各階層にたいしてそれを拡充してきた。サービスの質と内容をたかめる段になると、そのサービス実施上の優先性と使用可能財源とを勘案して、社会保障拡充計画をたてる必要がでてくる。と同時に、社会保障計画拡大と全国民への公衆衛生対策とを一体化させること、社会保障施策を国と地方自治体さらには各種機関の活動とよく結びつける課題に当面する。

社会保障は、もともと貧困な病人にたいする公的医療扶助から出発したものであるが、しだいにそれをうけることが個人の権利とみなされるようになってきた。時代とともにその見方は変り、ある社会が福祉と経済発展の

両方を保つに必要な健康確保のための手段と考えられるようになった。

しかし、社会保障がいかに発展しても、だからといって、公衆衛生当局のなすべき責務がなくなるものではない。公衆衛生は、疾病金庫とか健康保険などからもれた人たちにサービスし、それらではなしえない部門をうけもたねばならない。たとえば、環境衛生、伝染病予防、大気汚染対策、栄養、病院の施設と機能充実、医療関係者の教育と訓練などである。社会保障と公衆衛生は、実際には重複の問題がおこることがある。ある仕事にたいしていずれが責任をもっているものかをはっきりさせておくことが必要である。

〔疾病予防と財政問題〕

医療の発展は費用の増加をもたらすが、予防、患者追跡、病気の早期診断は、これを相対的に節減する作用を及ぼすと考えられる。もっとも社会全体の医療費用が減少するのを見るためには、予防活動は国民全体に働きかけなければならない。いっぽう、社会に危害をおよぼす病気の追跡とその管理は公衆衛生の責任である。

しかし、かりに各人がかなり良い環境条件のもとで生活できるようになったとしても、社会保障には、特異な病気治療だけでなく発病前の病的状態に事前に働きかける医療を個々に提供する特別の役割もある。個人レベルでの予防といったものは、地域対象の集団検診のようなものでは必ずしもいきとどくものではないからである。この個人予防は、医療というものの一構成部分となることが多い。

疾病対策にあたっては財政問題が重要である。これはその国の経済発達との関連が強い。

先進国では、国民の大多数が社会保険計画に加入しており収入の途をもたない少数のものをこの制度の中に入れることが可能である。それは、国民のなかに、社会連帯感をつよくするうえで一定の意味をもつし、行政当局も財源にそうこと欠かないので、そういった社会の少数グループの人たちの医療費負担は不可能ではない。

そういった国のばあい、行政当局が自ら行政的技術的サービスをもつのではなく、それは社会保障組織に任せる、つまり、行政と個別の医療制度づくりがのぞまれる。国の介入

はあくまで財政援助にかぎられる。

工業化のおくれている開発途上国では、社会保険計画に加わる人口は少ないので、事情は大きく異なる。

ここでは、もしも、少数の基幹的労働者の加入する社会保険の財源を他の多数の国民への給付にまで広げたとなるとたちまち財政破たんにおいやられる。行政当局の財源もきわめて限られているから、そのむけ先はもっぱら農村人口になる。したがって、この種の国で保健サービスを普及させるためには、財源をもっとも効果的につかうための計画的対処がより必要である。

社会保障拡充にあたって、先進国では貧困者の医療無料化もしくはかれらの保険料減免といった方向にむかう。その先、給付内容の質的均等化をめざして組織の統合にすすむのが常であると考えられる。それよりややおくれた工業化の過程にある国でも、稼働人口の拠出をもって低所得者グループの最低必要給付を支払うことがやられるであろう。

こういったことは、経済発展の低い国および医療そのものがない国ではあてはまらな

い。もっとも、そうはいつでも、これらの国でも限られた財源ではあるが大多数の国民の最低必要なサービスを用意すべきであると考えねばならない。基幹的産業の労働者には若干の付加的給付が与えられる。行政当局に一定資金があるばあいには、それはさしあたり求められている緊急的医療にふりむけられるとよい。

〔保険と医療〕

公衆衛生対策の確立にたいする社会保障の貢献については別に留意しておかねばならない側面がある。

医療費負担の可能性が医療の進歩と有効性の発揮を左右する。つまり、社会保障がどんな医療の給付方式をとるのか、そのサービスの性質によって、診療の方向がきめられてくる。

疾病保険計画の進みぐあいによっては、医療が保険計画の線にそったものばかりになる。限られた診療しかうけられなくなり、ひいては医療そのものの沈滞と荒廃をもたらしかねない。その事前の防止に留意しなければならない。

社会保障制度の存在は、病院、外来診療所

および保健センターの管理と運営のうえで、保健行政当局に心配ないように十分なる財政確保を保証することが大事である。社会保障制度の存在は保健行政当局に医療機関などの財政基盤をかためるように働らくものであるとよい。

3 各国の実情と問題点——参加者の主な発言から——

〔アフリカ〕

アフリカ諸国については、これらの国の保健従事者の著しい不足状況、限られた一部の労働者への社会保険適用などの実情が紹介された。社会保障以前の諸問題、つまり緊急な伝染病対策と衣食住など最低生活条件の確保などの必要性が強調された。「マリの国民社会保険施設と保健省の共同」では特定疾病ぼくめつキャンペーンとして展開されている住民の健康教育の実情が紹介された。チュニジアには、植民地支配の変化にともなうところの複雑な各種医療施策や社会保険の存在がべられた。

アフリカ諸国では、総じてみると、公衆衛

生と社会保障の区別・分化はなく、保健と福祉が一諸になって、公的サービスとして提供されているが、多くの国では、社会保障機関の参加をともなって予防活動が展開されているのが実情である。サービスの量的拡大・能率向上が課題である。

〔アジア〕

アジア諸国のうちインドについても医師、パラメディカルスタッフおよび病床不足が焦びの問題である。社会保障の未発達と国民保健事業の欠如の下で、都市部の市民は私的病院を利用するか、地方自治体の外来診療所にかかるかである。農村部ではそれさえもない。国の第一の義務は、栄養と生活水準の向上、公衆衛生の改善である。インド憲法によれば、公衆衛生や病院・外来診療所をそなえることは、国の課題だとされているが、その実行には多くの困難と遅れがみられる。「雇用者国家保険制度」はインドの工業労働者にだけに適用されているものだが、さいきんになってようやく、予防事業たとえば健康教育と家族計画にとりかかるようになった。伝染病流行時には、この保険制度下の医師が、予防

接種に参加する。

〔西ドイツ〕

西ドイツにおいては、疾病保険はもっぱら診断と治療あるいは薬剤投与などにかぎられ、予防活動は公的サービスとしてなされる。Dejardin 博士の予防活動と治療との連けいにかんする理論は、このようなドイツの実情を勘案するとき、実行がなかなか難しい。

〔ラテンアメリカ〕

ラテンアメリカでは、1969年1月に第1回汎アメリカ社会保障医療にかんする総会がひらかれ、そこで若干の準備的な保健と社会保障にかんする概念整理がなされた。しかし、ラテンアメリカ各国では、工業化の進ちよくは遅々としている。社会保障にカバーされている人々は、労働人口の29%でしかない。各国とも経済発展が当面の課題であるが、社会と経済、技術と行政との間の協調・連らくにかんするいろんな努力がなされている。たとえば、社会保障機関と保健省間合同委員会、予防と治療の共同計画（結核・母性死亡などへの）、国家病院建設基金の設置などである。

〔イタリア〕

イタリアの疾病保険制度は非常に複雑である。そのうち、最も多くの被保険者をカバーしているのが国家疾病保険 National Sickness Insurance Institute (INAM) である。これは、全国一本化され、労働者とその家族にたいし現金ならびに現物給付をするものである。この制度は、さいきんもいくつかの改正をへているが、五カ年計画によると、保健のうえでの施策は、予防、治療、リハビリテーションとにわけられている。医療については、イギリスのような国民保険事業の組織化が提案されている。予防にかんしては、予防と社会衛生および健康教育をおこなう1,113カ所の地方保健地区 local health unit から構成される特別の組織が計画されている。イタリア人の約8割が疾病保険に入っているので、社会保険をとうしての健康保護は大きく発展できる段階にある。

〔世界保健機関〕

世界保健機関の L. Bravo 博士からは、さいきんまでの WHO の活動の実情と彼の考えとがのべられた。

1954年の総会では、病院治療と社会保障との問題討議がされ、あわせて保健衛生費の国際比較研究がなされた。その後、汎アメリカ保健機関では、医療こそ基礎的な保健サービスの一つであるという規定がなされた。公衆衛生対策については、WHO は次の六つのサービスを基礎的なものと確認している。すなわち、環境衛生、疾病の追放、保健統計づくりと分析、母子福祉、健康教育、および医療である。WHO は、これらのサービスはその国に最低必要なものとする。

Dejardin 博士の主張のとおり、社会保障機関はすでに予防活動をやりだしている。古いよそおいを感ずる「疾病保険」という言葉は「健康保険」とよばれるように、変容が求められている。これは社会保障にとってきわめて大きな変革となる。

保健対策の実行の条件について重要なことの第一は、統合化されるためには計画が大事だということである。第二には、予防と治療はバラバラでなく、これまた一体化さるべきだということである。第三は実現性、第四は、サービスをうけるコミュニティの参加である。

4 公衆衛生対策にたいする社会保障 計画の貢献についての勧告 (抜粋)

こんどのILOの会議において最終的に確認され、勧告として声明されたことは、以下のようなことである。

<確認されたこと>

1. 社会保障計画は、広い保健政策の諸目的実現を可能とするものであること。
2. 人間生活全体の保護の方向に向っての社会保障施設の発展は、保健面で大きく役立ち、国民を直接の医療を用意することになったこと。
3. 社会保障における社会連帯性の機構は医療の質をたかめることに寄与すること。
4. 社会保障はこんにちでも保健衛生の標準をあげるようにしなければならないこと。

<声明>

1. 公衆衛生サービスと社会保障機関との共同システムをつくること
2. 保健計画策定へ社会保障機関が参画すること

3. 目的達成のため社会保障は、物的技術的人的資源を適当なところに配置すべきこと
4. 全国民への予防医学を普及すること
5. 職員の養成と再教育につとめること

6. 医師との協調 (以下略)

Round Table on the Contribution of Social Security Schemes to Public Health Programmes: *International Social Security Review* Year XXII, No. 3, 1969.

社会保障こぼれ話

バーミュダーの社会保障

ここに社会保障制度を導入する試みは、第2次世界大戦直後の1948年より続けられたが、制度の導入を実現するために、具体的な動きが現われて、委員会が設けられたのは、1962年であった。その後、1965年には、まず労働災害補償にかんする法律が採用され、また、1968年8月から、その他の制度も実施されることになった。

1968年から実施された社会保障制度は、義務教育終了(16歳)以上から年金年齢(65歳)までの稼得活動に従事する者を、すべて強制適用の対象としている。約5万人がこの制度で保護を受けているといわれ、約2,700人には、経過措置による無拠出の老齢年金の受給資格が、すでに与え

られているといわれる。

給付には、老齢年金と遺族年金が含まれており、前者は拠出制と無拠出制の2本建てで、無拠出制はとくに経過措置の役割を果たしている。年金は定額方式とされ、65歳より支給される老齢年金には、年金年齢以後の就労に増額年金が支給され、寡婦年金には、16歳未満の子女1人毎に、定額給付が加算される。

制度の財源は、スタンプ方式(郵便局が販売)を用い、労使双方が定額の拠出を行ない、自営業者は労使双方の負担分を支払う。

なお、この国の社会保障制度は、また給付活動の範囲も狭く、また経験も浅いが、今後の発達が企図されており、病院保険の採用も、検討されている。

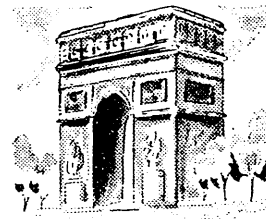
(社会保障研究所 平石 長久)

海外たより

パリ市民の 生活と社会保障

■上村政彦

健康保険組合連合会



地下鉄をトロカデロで降り、シャイヨー宮の高台に立つと、セーヌをこえ、シャンドマルス公園にそびえるエッフェル塔、そして、かつてナポレオンが学んだという歴史の古い士官学校まで、一直線にその光景が見通せる。そのやや左寄りに、マロニエの木立ちにかこまれた、古びた大きな建物の並ぶ街の一角がある。そのあたりは、かつて貴族が住んでいたところだそうで、今でも、いくらかその名

残りはとどめているが、世の移りかわりとともに、建物は貴族の手から新興ブルジョアジーへ、そして、中流の労働者層へと受けつがれて、今日に至っている。

社会保障について専門の勉強をするためにパリにきて、ここで生活を始めた69年4月から、私はこの一角のある通りに面した三流ホテルに暮していた。近くには、全国疾病保険金庫や社会保障を取り扱う社会問題省なども

あって、いろいろと便利でもあり、また、セーヌに近く、環境の点でも、ここはパリのなかで最高の方に属するのではないかと思う。とくに、アルマ橋からイエナ橋の間のセーヌの両岸を散歩するのは、私の異国生活の疲れをいやすに十分で、ときには、ロマンチックな気分になったりする。

しかし、それだけに、月に450フランとられるこのホテル住まいは、フランス政府がくれる月900フランの給費では、どうみてもつり合いがとれないなと思った。給料のなんと半額を住居費にとられるわけであるから、そこでの暮しは容易ではない。

ところで、食事の方は、ホテルだから、朝食は別として、そのほかはすべて外食しなければならない。ホテルの近くには、いくつかのレストランがあるが、やはり場所がよいため、割り高で、そこで食事をすれば、どうしても一食につき最低15フランから20フランは出さなければならない。といっても、これはもっとも安いツーリスト・メニューによるものか、あるいは、比較的安い中華料理のことであって、普通の食事をすると20ないし30フ

ランはどうしてもかかる。毎度こんな食事をしていては、とても生活して行けない。一度出かけたことのある、コンコルド広場の近くにある「レストラン・マキシム」では、一人当たり150フランとられたことがある。

しかし、近年、パリではセルフ・サービス形式のレストランが増え、一食につき6ないし8フランぐらいで食べられるため、片道60センチメートルの地下鉄に乗ってよく食事に出かける。時間があるときには、20分ばかり歩いて、シャンゼリゼ通りからピエール・シャロン通りへはいったところにあるセルフ・セルビスへ、よく出かけた。セルフ・セルビスと普通のレストランの食事代に、相当なひらきがあることから理解されるように、フランスの食事代が高いのは人件費に原因がある。だから、食料品店から材料を買って来て、自分で料理して食べれば、かなり安く食べれることになる。これから察すると、フランス人は大食で有名だが、それでも、普通の家庭の食生活では、一人一日当たり5フランもかければ十分ではないかと思われる。事実、その後、知人の世話で、このホテルからそれほど

遠くないゲルネル通りの普通のアパートへ引越して、自分で食事をつくる生活をしてみると、その通りであることがわかった。

ところで、フランス人が住んでいる普通のアパートだが、私が住んだアパートでいえば、一般に、ステュディオといわれる単身者または子供のない若夫婦向きの部屋で、サロン、食堂、寝室がひとまとめになった広間に調理場、洗面所、シャワーがついており、これで月の家賃が450フランである。話しによると、この家賃は少し安い方らしいが、日本と同じように、入居するときには、一般に権利金、敷金などそれぞれ家賃の1～2か月分を払わなければならない。それに、普通の場合には周旋屋を通して借りるので、その方に家賃1年分の10%を、手数料として支払わなければならない。もちろん、アパート探しは新聞広告を利用する方法もある。私のみた限りではアパート広告では、「フィガロ紙」がもっとも充実しているようだが、一般に、日本と同じく新聞広告にはあまり信用がおけない。結局、周旋屋を利用するのが、もっとも無難な方法といえるであらうが、これにもまたいろ

いろあって、小さな店をかまえて一人でやっているのから、コンピューターを使って大々的にやっているのまで、さまざまである。

しかし、たいいていの場合、周旋屋へ行けば200フランぐらいの屋根裏のステュディオから、1,500ないし2,000フランぐらいの大型アパートまでいろいろあり、パリの中心部でサンロヤ調料室を別に3室ぐらいをもつアパートの場合、1,000フラン前後ではいれるようだ。もっとも、これは私が見た古い建物のアパートの場合であって、高級住宅街の豪華アパートや、最近パリ市周辺に建設されつつある近代的アパートは、もっと高価らしい。

もちろん、これらがパリ市民の生活のすべてではない。所得の面からみると、地下鉄掃除人夫の労賃に相当するものとみられる月546フランの最低賃金から、エコール・ノルマル出身者の月額数千フランに達する俸給まで、著しい格差がみられ、実際の生活水準には、相当の差異がある。現役から退いた老人には年金があるわけだが、ここにも大きな開きがみられる。通常、年金月額が341.67～544フランの水準が、大多数の例となってい

る。つまり、公的年金には最低限が定められ、他方、給付額の算定基準となる賃金に上限が付されているために、年金額にも上限が画されこのような結果になるわけである。しかし、一般に、雇用労働者には、全国協約による補足年金制度が適用されるため、法定年金額の約半額程度が上積みされると考えられる。ニームの家族手当金庫で研修中に知り合った、ある香水店の支店長の場合には、退職すると補足年金の月額が1,500フランにのぼり、公的年金はほとんど頼りにならない額にしかすぎないということであった。

生活水準の低い方の話しになると、実際は全く極端で、これがパリ市民の生活だろうかと思われる情景が、いくらでも目につく。パリは1区から20区までに分かれているが、なかでも、もっとも生活水準の低いのは11区といわれている。ちょうど私の所属した社会保障研究所が、この近くのベルビルにあったので、パリの貧困層の実生活を眺める機会には十分めぐまれていた。その実情は、11区の社会保障金庫がおこなった調査によっても明らかである。それによると、60歳以上の39,592

人の老人のうち、その大多数は1日に5.70フランの生活費しかもっていないそうである。これらの老人には、おそらく公的年金制度の適用がないのだと思うが、この区の住民の大部分が、アルジェリア人やチュニジア人などのアラブ系の人たちであることを考え合わせると、それは事実ではないだろうか。この調査によると、同区の住民はその38%が筋肉労働者で、平方キロ当たり53,000人が居住し、とくにフォリ・メリタール通りやロケット通りなどでは平方キロ当たり人口は150,000人に及ぶそうである。彼等の生活は極めて非衛生的で、この地区の9万戸の住居の50%は1人当たり面積が極端に狭く、53%は、風呂はもちろん、シャワーも水洗便所も備えていないそうである。そして、フランス全体としては、恒常的な出生率の停滞に悩んでいるにもかかわらず、逆に、この人口周密地区では、むしろ望まれない子の出生が相次いでいるといわれる。伝染病等の罹患率も相当に高いといわれ同調査は、もはや社会保障によるこれらの実情の改善は望み得ないとして、絶望的な結論を出している。

社会保障こぼれ話

チリーの被用者医療基金

この国の疾病保険は、賃金労働者と俸給取得者によって、それぞれ仕組みが異なっている。たとえば、前記の制度は現金給付と現物給付が双方とも含まれているのに、後者の制度は、現物給付だけで、現金給付の代りに、労働不能の間にも俸給を支払うことが、使用者に要求されている。ちなみに、そのようにして支払われる俸給は、労働不能の当初1月間の100%から、4カ月目の25%まで、次第に引下げられる。なお、賃金労働者の現金給付は、過去6カ月間における賃金平均額の100%が、52週間（特殊な場合78週間）支給されることになっている。

ところで、賃金労働者の現物給付、つまり医療給付は、国民保健サービスの施設を用いて提供されることになっているが、1968年から実施された法律により、被用者に対して医療を提供するために、医療基金が設けられた。この医療基金による医療

は、疾病保険の被保険者、18歳未満で家族手当の対象となる扶養家族、共済組合の受給者、寡婦、遺児年金の受給者に対して提供され、上記の被保険者には、稼得活動から引退した者も含まれることになっている。以上に示されるように、医療基金による医療は、かなり広範な人びとに提供されるが、公務員や海員、国民保健サービスに従事する職員を扶養家族などは、対象から除外されている。提供される医療は、一般と専門医の診療とされ、内科、外科、産科、歯科の各部門による医療サービス、救急医療、病院医療などかなり広範な給付が含まれている。もっとも、このように広範な医療は、必要な資金が確保されるならば、という条件がつけられており、さらに、財政的に可能な場合には、大統領の決定により、上述した給付に含まれていない眼鏡、整形外科の補装具、補聴器および薬剤も、給付に含めることになっている。なお、医学的な必要性から要求されたミルクやその他の栄養のある食物を、被保険者の子女に

支給されることも、法律で規定されている。

この医療基金の財源は、疾病保険の被保険者と保険者が調達することになっている。それらのうち、被用者が課税対象となる所得の1%を拠出し、もし、被用者が社会保険などの給付を受給している場合には、保険者がその拠出を負担することになっている。なお、年金受給者の場合には、当人の拠出負担分として、保険者が年金の1%に当る拠出を支払い、それ以外に、各保険者は、保険者自身の負担分として、年金の2%に当る拠出を支払うことになっている。ところで、医療基金の給付は、患者に一部負担を要求しているが、受給者には、一部負担分を調達させるために、医療基金から貸付金が提供されることになっている。

(社会保障研究所 平石 長久)

編集後記

ビルの谷間に、タンポポがさわやかなそよ風に揺れていた。東京は砂漠に近い状態となっており、砂漠に適した植物が、生えるようになったそうだ。あるいは、この大都市は、やがて、人間の住めないところになるかも知れない。人間が、みづからの手で、自分の住む所をなくしてしもうとは、まことに困った話である。それはともかく、印刷所の交替から、本号の発行が遅れたことを、お詫びする次第である。

(平石)

海外社会保障情報 No. 10

昭和45年4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

は、疾病保険の被保険者、18歳未満で家族手当の対象となる扶養家族、共済組合の受給者、寡婦、遺児年金の受給者に対して提供され、上記の被保険者には、稼得活動から引退した者も含まれることになっている。以上に示されるように、医療基金による医療は、かなり広範な人びとに提供されるが、公務員や海員、国民保健サービスに従事する職員を扶養家族などは、対象から除外されている。提供される医療は、一般と専門医の診療とされ、内科、外科、産科、歯科の各部門による医療サービス、救急医療、病院医療などかなり広範な給付が含まれている。もっとも、このように広範な医療は、必要な資金が確保されるならば、という条件がつけられており、さらに、財政的に可能な場合には、大統領の決定により、上述した給付に含まれていない眼鏡、整形外科の補装具、補聴器および薬剤も、給付に含めることになっている。なお、医学的な必要性から要求されたミルクやその他の栄養のある食物を、被保険者の子女に

支給されることも、法律で規定されている。

この医療基金の財源は、疾病保険の被保険者と保険者が調達することになっている。それらのうち、被用者が課税対象となる所得の1%を拠出し、もし、被用者が社会保険などの給付を受給している場合には、保険者がその拠出を負担することになっている。なお、年金受給者の場合には、当人の拠出負担分として、保険者が年金の1%に当る拠出を支払い、それ以外に、各保険者は、保険者自身の負担分として、年金の2%に当る拠出を支払うことになっている。ところで、医療基金の給付は、患者に一部負担を要求しているが、受給者には、一部負担分を調達させるために、医療基金から貸付金が提供されることになっている。

(社会保障研究所 平石 長久)

編集後記

ビルの谷間に、タンポポがさわやかなそよ風に揺れていた。東京は砂漠に近い状態となっており、砂漠に適した植物が、生えるようになったそうだ。あるいは、この大都市は、やがて、人間の住めないところになるかも知れない。人間が、みづからの手で、自分の住む所をなくしてしもうとは、まことに困った話である。それはともかく、印刷所の交替から、本号の発行が遅れたことを、お詫びする次第である。

(平石)

海外社会保障情報 No. 10

昭和45年4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