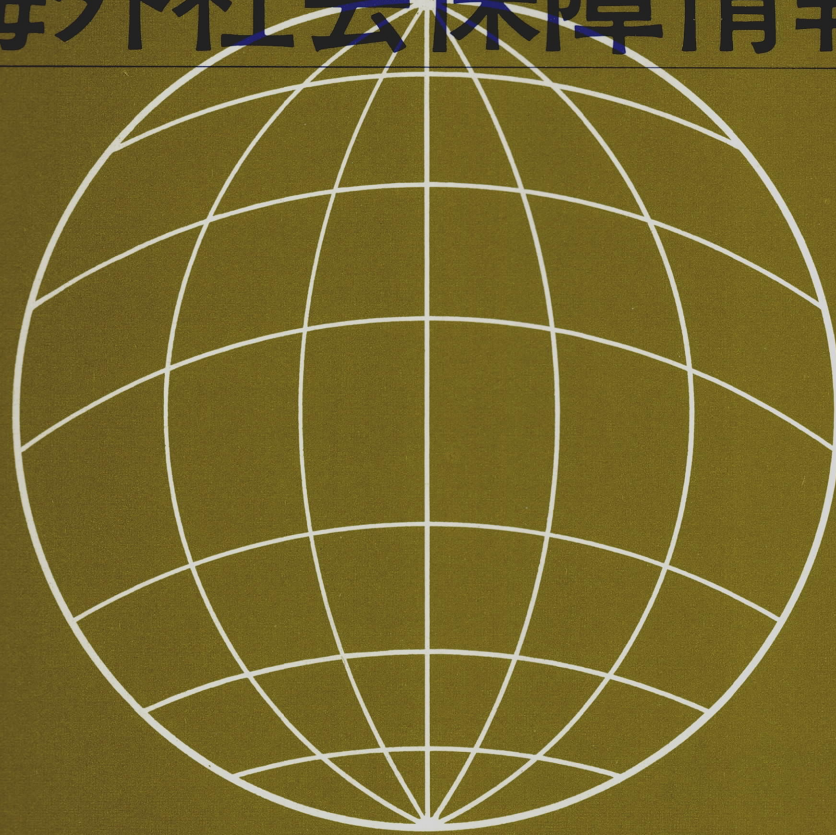


海外社会保障情報 No.17

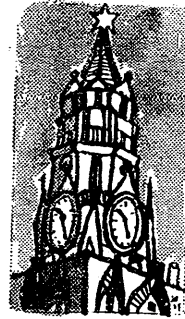
JAN. 1972



社会保障研究所

「年金戦略」白書とその反響

(イギリス)



かねてから保守党政府が公約していた年金制度改革案が9月14日に白書として発表された。この白書 (Strategy for Pension, The Future Development of State and Occupational Provision) は、保守党綱領にも示されていたように、年金制度改革の戦略に関する3つの方針が貫かれている。すなわち、政府案によれば、(1)国の年金は均一定額の基本給付をベースとし、2年ごとに審査される所得比例拠出 (現行の均一定額拠出を廃止する) によって賄われる。(2)職域年金制度 (約1,200万人の被用者が加入している) の育成を奨励する。(3)職域年金制度に加入できない者にたいして

国の比例年金制度 (State Reserve Scheme) を新設する。

年金改革案の概要

大部分の被用者は2種類 (国の基本年金制度と職域年金制度または新設の国の比例年金制度) の拠出をすることになり、使用者の拠出負担は被用者よりも多くなり低賃金労働者の拠出負担は現在より少なくなる。配偶者のいる女子の国の基本年金制度にたいする拠出の任意選択制度には手をつけませんが、認可職域年金制度に加入していない21歳をこえるすべての被用者は国の比例年金制度に拠出せねばなら

ない。現行の比例年金制度は廃止されるが、現行制度によって取得した年金は最終の年金に加算される。

国の基本年金制度の財政方式はひきつづき賦課方式で賄なわれることになるが、拠出は源泉徴収方式 PAYE により徴収され現在のスタンプ・カード方式は廃止される。国庫拠出は使用者と被用者の合併拠出額の18%にあたる現在レベルに据置かれるが、所得比例方式に関連をもつから、勤労所得の増加にともなって増加する。

退職年齢は現在の男子65歳女子60歳のまま据置かれるが、退職延期者はひきつづき増額年金を取得する。被用者が所得比例拠出を始める最低水準は平均勤労所得の約4分の1に定められる。低所得者で本制度の適用資格を欠く被用者は、従来どおり産業傷害給付の適用を受けられ、もし本人が希望すれば均一定額拠出を納めることになる。基本制度の適用除外を選択する配偶者のいる女子は従来どおり産業傷害給付制度に拠出するとともに国民保健サービスに少額の拠出をせねばならない。自営者は従来どおり均一定額拠出により

均一定額給付をうけることになる。非被用者にたいする強制拠出は廃止されるが、任意拠出ができることになる。

職域年金委員会を設置する。委員会の任務は、所定の基準に達しその加入者および使用者が国の比例年金制度への拠出を免除される職域年金制度に認可を与えること、早期退職者の年金権保持の監督および新提案に即した規約に改めるよう職域年金制度を助成することである。

21歳から年金支給年齢までのすべての被用者は、もし職域年金制度に加入していない場合、国の比例年金制度に強制拠出をしなければならない。拠出はPAYEによって徴収される。この制度は国庫および国民保険基金とは独立した管理委員会によって運営される。

使用者は拠出の半分以上を負担するが、これは被用者負担分には税控除がないためその分を補償するためである。この制度は加入者本人と寡婦の年金にそなえるもので、使用者と被用者の拠出および運用収入のみで財政が賄われる完全積立方式となろう。国庫補助はなく、本基金は政府の用途にはあてられな

い。本制度は年齢にリレートした給付構造をもち労使間の利益配分的要素を含んでいる。年金額は給付した拠出額によらないで、年金受給者の加入時の性別および年齢による。

政府の新構想は1975年4月から施行の予定とされている。その間、使用者および関係団体と協議されることになっている。

政府の年金プランに対する反響

「政府の年金プランは、前政府のクロスマン提案よりも穏当で現実的である」と9月14日の「ザ・タイムズ」社説はその論旨を展開している。しかし、政府案による所得比例年金は成熟に若干の年数がかかるとみられ、既裁定年金受給者を無視しているものだとし、多くの関係諸団体から非難されている。このような非難は、保守党が昨年の選挙に勝利をおさめた時に葬り去ったクロスマン年金プランに向けられた非難でもあった。また、本プランの女子に対する措置にも一部の非難がむけられている。リチャード・ティトマス教授は、11月10日、「政府の年金政策は、原則的にはアンチ共同市場的であり、EC域内

の社会保障制度の調和化にとって有害な危険性がある」と批判している。以下、各界の批判の要旨を紹介する。

「ザ・タイムズ」社説：「政府のアプローチには幾多の利点がある。それはクロスマン・プランよりも簡単で、費用が少ない。適切な基本国家年金の財源は、もしすべての拠出が所得比例となれば容易に調達されうる。所得比例方式は、低所得者にその応じうる以上の高い拠出を要求するという厭な問題を回避できるものである。

もし基本国家年金が現行の均一定額方式であればその拠出は容認し得ない高水準に定めなくてはならないであろう。基本国家年金制度は源泉徴収方式を踏襲するが、これは賢明である。稼働時に拠出をしておくことは退職してからの国家年金の十分な保証を与えるものである。新しい基本制度は卒直にあって再分配的でありより、平等主義的となっている。全国平均を上回る所得者は給付は増えないがより多くの拠出をせねばならない。これは、健全な年金戦略に対応する受容し得る対価として妥当なものとみなされる。しかし、

その戦略の成否は時間をかけた職域年金制度の発展にまたれよう。職域年金制度の多くはかなり不十分な保険事故しか対象としていない。もし職域年金制度が恒久的にイギリスの年金制度の大きな役割をしめるものとなれば、この制度の大幅な体質改善が必要となる。白書は、本制度の改善を妨げようとはしていないが、助成策にみるべきものがない。本制度は、寡婦に対して退職時についても勤務時と同様の年金を国の比例年金制度（歓迎すべき進歩である）と同様に考慮すべきであろう」。

Age Concern（前の全国老人福祉協議会）「年金白書は老後の貧困に対する解決になっていないし、老後の二つの国民をそのまま残存させるものである。老人すなわち貧困といった状況は、財源の広汎な再分配のみによって治癒し得るものであるが、本プランはそれをよくなしえない。既裁定年金受給者には何の足しにもならない。現在の生活費とインフレを2年おきに審査するのでは危機的状態を解消できないであろう。白書は、男女の老後の差別を廃止していない。寡婦および一般に女子

の低い年金に対する職域年金または国の比例年金が男子の半額以下である原則は全く公正を欠くものである。これは、女子の長命、高齢時の特別支出に対する大きなニードとあわせ、女子は少なくとも男子の年金に相当する年金を必要とし低い年金たりえないことを意味するものである」。

チャイルド・ポバティ・アクション・グループ：「本プランは、どの年金構想のもっている最低条件をも具えていない。すなわち、既裁定年金受給者に対する配慮がなく、将来において彼等がミーンズ・テストによる補助給付（生活保護）に依存しなくてもよいという保証がない。」全国婦人協議会：「白書は、女子に関するかぎり、既存の変則を継続している。」ディスエーブメント・インカム・グループ：「白書は、障害者への年金について前向きな考え方を示していないのに失望した。障害および付添手当など若干の改善があることは事実だが、これらは包括的な障害者への所得給付とは程遠いものである」。

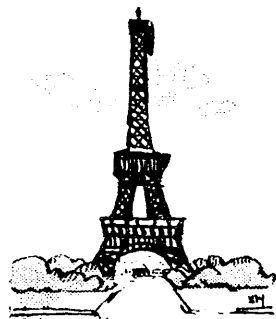
リチャード・ティトマス教授「政府の年金白書による提案は、EEC 諸国における動向

とは正反対の方向に積極的に志向している。EEC では、公的年金が主導的であり賃金の45~50%に相当するインフレに耐えうる年金となっている。そのうえに、私的年金が10~20%つみあげられる。逆にイギリスでは、将来、公的年金が小さな役割しか果せざるをえなくなっている。2年おきの改訂がなされるとしても、イギリスの年金はつねに貧しい年金たらざるをえないし、基本年金が補助給付（生活保護）=貧困線を下回ること週およそ2ポンドといった状態を続けざるをえないだろう。EEC 諸国の比例年金は職域年金よりも劣り、EEC 諸国とは異なり、国の補助もなく税控除もなく、インフレからも守られないコマーシャル・ベアにもとづいて運営されることになっている。この完全に劣った年金をうけるために、男子は44年、女子は39年間も強制的に拠出をさせられる。EEC 諸国の動的年金制度との対照は歴然たるものがある」。

The Times

（田中 寿 国立国会図書館）

診療報酬料金協定の改革



(フランス)

新協定案成立までの経過

フランスの医療料金は、原則として医師団体と社会保障機関との協定によって定められることはよく知られている。ごく最近まで有効であった協定は、1960年に定められたものであり、1971年5月1日には満期を迎えることになっていた。そのためすでに1970年から疾病保険金庫と医師組合との間で、新協定案作成のための交渉が続けられていた。しかし双方の意見の調整が難航し、5月1日の期限までに新協定が成立する見込みが立たない情

勢になった。旧協定が無効になってもなお新協定が発足しないために、被保険者が正規の医療費償還を受けられなくなるような事態を避けるため、政府は1971年4月、政令によって臨時的に旧協定の有効期限を11月1日まで延長する措置をとった。4月末になってようやく協定案がまとまり、同月28日の閣議で政府の承認を得た。この協定案の原則は、その後議会の審議を経て、「疾病保険金庫と開業医および医療補助者との関係に関する1971年7月3日の法律」という形で公示された。

新協定の内容

上記の法律および順次明らかにされた協定の中味を見ると、旧協定と比較して新協定には次のような特色が示されている。

1. 旧協定が県ごとに定められていたのに対し、新協定は全国一率のものである。但し補足協定によって地域ごとに特殊な規定を設けることができる。

2. 新協定は、疾病保険全国金庫と、もっとも代表的な全国医師組合との間で締結される。少なくとも一つの全国的医師組合がこれに調印し、政府がこれを承認すれば、協定は有効となり、その規定はすべての医師に対して適用される。但し協定内容の通知を受けて1カ月以内に、この協定に服することを希望しない医師は、所在地の初級金庫にその旨を通知して、協定を離脱することができる。協定の期限は4年間なので、離脱した医師は4年後でなければ、協定に加入できない。

3. 協定は、診療報酬の料金を定めるとともに、疾病保険金庫と医師とが負うべき義務を定める。その義務の一つとして「医療のプロフィール (Profil médical)」という方式が導入された。これは医師の自主規制による乱診乱

療の抑制を目的とする措置であり、次のような手続きによって実施される。疾病保険金庫は、四半期ごとに電算機により、医師の処方種別とそのコストに関する統計表を作成する。この統計表によって、各地域および各医療部門別の平均医療消費と開業医1人1人の処方に基づく医療費が明らかになる。他方各県には、疾病金庫と協定加盟組合所属の医師との同数の代表によって構成される社会医療委員会 (commissions médico-sociales), および開業医と医師会の代表のみで構成される医療委員会 (commissions médicales) が設置される。社会医療委員会は、前記の統計表を、疾病金庫から受取り医療委員会へ伝達する。医療委員会は、この統計表 (秘密保持のため記号化されている) を検討し、常規を逸した処方を発見した場合には、6カ月以内に次の措置をとる。先づその処方を行った医師から事情を聴取した後、必要な場合は警告を行う。次の四半期の統計表を審査しても改善の徴候が表われない場合は、1カ月以内にその資料 (この場合は記号化されていない) を社会医療委員会に通達する。同委員会は、当該医師の自主規

制が失敗したことを確認した上、疾病保険金庫へ報告する。報告を受けた疾病金庫は、当該医師を協定から除名することができる。

4. 新協定により、診療報酬の料金は、1971年5月1日と11月1日の2段階に分けて、次のように引上げられた。

	A地域 (パリおよび大都市)			B地域		
	旧料金	1971 5.1	1971 11.1	旧料金	1971 5.1	1971 5.1
一般医の診察(c)	F 17	F 18	F 20	F 16	F 17	F 19
専門医の診察cs	29	30	32	27	28	30
一般医の往診(v)	29	26	27	23	24	25
専門医の往診vs	38	39	40	34	25	36
特別出張手当		3	5		2 1	3 2

5. 旧協定では、医師が超過料金を請求できる権利にはきびしい制限が課されていたが、新協定では、かなりこの制限が緩和された。

医師組合の反対運動とその結末

以上のような協定案に対し、医師組合は次のようなさまざまな反応を示した。まずフランスでもっとも古く創設され、最大の規模を

持つフランス医師組合連合会(C. S. M. F.) (組合員31,000人、全開業医の44%) は、もともと旧協定にも機関加盟しており、新協定案作成のための交渉にも積極的に参加した。政府および社会保障機関は、もっぱらこのC. S. M. F. に受入れられる協定案作りに努力を傾けたといつてよい。従ってこの組合の協定調印は、1971年4月の段階ですでに決定していたといえる。しかしフランスにはこのほかに、フランス医師連合会 (F. M. F.), パリ地域医師組合連合会、パリ地域医師組合協会という主要な医師の団体がある。このうちとくに F. M. F. は、全開業医の18%に当る13,000人の医師を傘下に収め、とくにパリ地域に勢力を及ぼしている。旧協定にも加入しなかったこのF. M. F. は10月の段階に入ってもなお新協定反対の態度を変えず、反対運動を展開した。パリの他の2組合もこれに追随した。事実パリ、オードセーヌおよびドロームの医師たちは、10月1日以降疾病金庫の発行する疾病票への記入を拒否する<行政的スト>を開始した (医療費の償還はこの疾病票に基づいて行なわれるので、医師がこれに記入してくれないと、患者

は金庫から償還を受けることができない。)さらに10月18日からは、無期限に診療所を閉鎖するというストにエスカレートするとともに、数多くの宣言や集会等によって新協定反対の意志表示を行なった。

元来新協定の目的の一つは、旧協定に参加しなかった約20%の医師をできるだけ多く協定医にすることにあった。そのため政府は、新協定をより魅力的なものにするため、料金表に高報酬長期診察 (consultation longue mi-eux rémunérée) の概念を導入して料金超過の制限を緩和したほか、伝統的な自由診療制の原則を明文化した。事実、前にあげた1971年7月3日の法律第1条において、社会保障法典第257条は次のように改正され、自由診療制の原則が明瞭に謳われることになった。

「社会保険被保険者および公衆衛生を利するため、医業の自由ならびに医師の職業上および精神上の独立の尊重は、患者による医師選択の自由、医師の処方自由、患者による診療報酬の直接支払い、医師の開業地選択の自由からなる基本的医道の原則に即して保障される」。

しかしこれらの措置だけでは協定に反対する医師の不満を和げるには不十分であった。F.M.F.等の医師組合の指導者たちは、とくに新協定に導入された<医療のプロフィール>による乱診乱療の自主規制方式に不満を示し、これは<電子的スパイ行為>だとなじた。このような措置が行なわれると、医師の処方制限され、患者は大きな病院に赴くことになる。というのが彼等の不満であった。またこの自主規制の上で重要な役割を果たす<医療委員会>に、全国的な機関に属さない地方的医師組合は代表を送れない点にも不満を示した。

こうした医師組合の動きに対し、ブーラン公衆衛生・社会保障相は、医師の1人1人に親書を送り、新協定の真の目的を明らかにするとともに、協定医には税制および社会法制上重大な恩典が与えられることを示して、説得に努めた。また10月末には、前記の社会医療委員会や医療委員会の代議権等に関し、協定案に修正を加えて、妥協を図った。しかしフランス医師連合会(F.M.F.)は10月27日、僅少差ながら協定拒否の方針を表決した。一

方政府は、10月31日付官報に掲載された10月29日の政令によって、疾病保険金庫とフランス医師組合連合会(C.S.M.F.)との間で締結された新協定を承認し、11月1日から新協定が発効することになった。

終始反対の立場を示していたF.M.F.もその後11月5日になって臨時総会を開き、協定調印の権限を会長に委ねた。こうして、新協定はほぼ目的を達したかに見えるが、主たる目的の一つである医師の自主規制による医療費の抑制効果は、1972年第2・4半期以降にしなければ分らない。

Le Monde 2, 7, 20, 30 octobre, 1971,
2, 9 novembre 1971.

Journal Officiel 6 juillet, 1971.

(平山 卓 国立国会図書館)

防貧プログラムの改正 —保育所拡充立法の成立—



(アメリカ)

アメリカにおける中産階層および低所得階層——とくに公的扶助の被扶助階層——の母親達は、就労による自分達の生活水準の向上のために昼間の保育施設の増設が必要であることを訴えていたが、このほど連邦議会は、国内の保育プログラムを広汎に拡充する法案を通過させた。

上院先議で行なわれた同プログラムの審議は、防貧プログラムの改正、すなわち、1973会計年度までの2年間について「経済機会法」を延長し、経済機会局所管のプログラムに対し50億ドルの予算を承認する法案の一部としてなされたものである。つまり9月30日の下

院本会議において、児童の保育プログラムに関する最も重要な改正が最終的に決定したのであった。同プログラム改正の骨子は、一口に云えば、貧困家庭の就学前児童に対し広範な教育、給食、保健等のサービスの提供制度の確立である。

現在、国内の認可保育所は、わずかに約70万人の児童を扱っているにすぎない。就学前児童をもつ働く母親は370万人もいる。そして児童の養育のために働きに行くことができず、結局公的扶助の財政援助をうけている母親は160万人もいるという。

保育所利用の主な理由は、母親達が就労、

就学または家事からの暫時の解放を希望するためとなっており、とくに現在のようなインフレーションの時代には臨時収入を必要とするための母親の就労が目立って多い。就労を必要とする就労可能な成人——とくに公的扶助のA.F.D.C.の被扶助母親——を就労させるためには、現在の保育所プログラムを思い切って拡充することが必要である。

保育所不足の実状をより詳細に説明してみよう。例えばニューヨーク市においては、極貧家庭の児童25万人を含めて6歳以下の児童が80万人いるとされているが、公立の育児院や保育所に入れられているのは26,000人のみである。

ロサンゼルス市では、保育所入所年齢に達しているとみられる児童が数十万人いるといわれるが、地方の学校区によって運営されている保育所に入所しているのは6,300人しかない。

シカゴ市の実状は、保育所入所対象とされる児童数は282,000人であり、この大半は公的扶助の被扶助家庭の児童であるが、実際に保育所に入所しているのは、わずかに12,500

人にすぎない。

1970年の12月に開催された「児童に関するホワイト・ハウス会議」において、より多くの保育所建設の実施および成長する児童の必要に応じた専門職員の充足とが強調されたのであった。

現在、低所得層の母親はもちろんのこと、中産階層の母親達も、収入を得るための就労または技術および能力開発のための就学のために、無料であると否とにかかわらず、保育所増設を要求している。

かくして、国内のほとんどの民間団体は、それぞれの地域社会の需要に応じた保育所増設プログラムに着手している。

まずニューヨーク市では、他の諸都市に先駆けて、約100人から200人を収容する220の保育所の建設が進行中であるといわれる。

特色のあるものとして、ブルックリン地区では、最近、未婚の母親のプログラムでその子供をあずかるための地域社会最初の乳幼児保育所の建設を開始した。この乳幼児保育所は、未婚の母親のための施設の隣に建てられており、ノース・アメリカ国立銀行から110

万ドルの建設資金の貸付を得ている。

同保育所は、150人の就学前児童をあずかる施設であるとともに、40人の学童が放課後に勉強する施設でもある。同保育所が完成すれば、ニューヨーク市の社会サービス省が財政を担当する予定である。

ロサンゼルス市では、同プログラムは地方学校区の所管にあるので、家庭と共同で、学校、家庭、保育所等における子供の全生活体験を考慮に入れて、保育所プランを立てることが期待されている。

かくして、需要と供給のはなはだしいアンバランスの実態の認識にたつて、連邦議会は、保育所プログラムの対象児童数を大幅に増員するための立法を可決したのであった。

連邦議会における審議

経済機会法の改正の一部である同立法の趣旨は、児童に保健、給食、教育または国語の異なる児童に対する2か国語教育および障害児に対する特別な援助を提供しようとするものである。同立法の制定によって、多様なプログラムが地方政府により運営されることに

なる。

保育プログラム支持の主要な一人であるWalter F. Mondale 上院議員（ミネソタ州選出、民主党）は、同プログラムは「アメリカ国民の生活における完全な新時代をもたらすことになるだろう」と語り、新プログラム実施の初年度に20億ドルの割当を勧告した。なお彼は「これは保育所のドラマチックな拡充策である。問題はどんな保育所にするかであると思う。子供らを単に押し込む場所にするか、または子供らの健全育成の場所にするかが問題だ」と述べている。

上院審議で強調された点は、まず保育所プログラムの拡充は貧困家庭の母親を就労させるために必要であること、そして被扶助家庭には、従来の児童に対する諸サービスに加えて保育サービスが拡充されたことの周知徹底を図ること、であった。

もちろんこのことは、同法案に反対する議論——保育サービスの提供によって政府が家庭内情に介入する——を何ら考慮する必要がないということではない。とくに被扶助家庭については、就学前児童をもつ母親で、就労

の必要が明白であり、保育サービスの提供によってのみ問題解決が可能なケースについてだけ適用することが肝心であること。なお、貧富、人種、居住場所等を問わず、すべての家庭について母親の就労の必要性および可能性を決定することを政府が行なってはならない等が強調された。

下院における審議は、John Brademas 議員（インディアナ州選出、民主党）発議の、年収6,960ドル以下の家庭の児童に保育サービスを無料で提供し、次第にそれを中産階層の児童にも適用すること等の提案で開始された。彼は「現在アメリカ合衆国において母親が働いている6歳未満の就学前児童は約800万人もいる。しかし保育サービスをうけているのはこれらの児童の中70万人以下でしかない。これは、1980年までに6歳未満の児童の働く母親が760万人になるかもしれないことから今後の重要問題となろう」と述べて提案の採用を勧告した。

しかし Carl D. Perkins 議員（ケンタッキー州選出、民主党）は、Brademas案に関し、連邦財源によってまかなわれる保育プログラムを

保証するため、地域社会に対し最低人数要件を10万人から1万人に減らす修正を提案し可決された。

無料保育サービスの対象家庭の年収基準要件に関する Brademas 案に反対する大半の共和党議員および民主党保守派議員らは、対象家庭の最高年収を4,320ドルに下げることがを提案し可決された。理由として John N. Erlenborn 議員（イリノイ州選出、共和党）は「下院を通過した福祉制度改正法案（HRI）は、4人家族で年収4,320ドルまでの家庭の児童に対し無料の保育サービスの提供を規定している。われわれが今審議している法案の年収基準としての6,960ドルは、同じサービス内容でありながら高すぎる。福祉制度改正法案に基準を合わせて混乱をさけるべきだ」と発言している。

だがこれに対し Edith Green 議員（オレゴン州選出、民主党）は、最高年収基準としての4,320ドルは低過ぎること、中産階級の家庭の児童をも対象とすべきこと等を主張した。すなわち「私は、今会期において低所得階層に対するプログラムの検討よりもむしろ中産

階層について考慮すべきだと思う。ということは決して低所得階層に対する扶助に反対するものではない」と。

この他審議は諸点にわたって行なわれたが、結局のところ9月30日の下院本会議で最終的に決定した主要事項は次の通りであった。

1. 年収4,320ドル以下の家庭の就学前児童に対して無料の教育、給食および保健サービスを提供し、次第にそれを中産階層の児童にも及ぼすプログラムを確立すること。児童育成サービスは、地域においてプログラム運営のための立案および連邦財源を確保する「児童育成委員会 Child Development Council」によって地域毎に行なわれること。同プログラムには、1972会計年度には2億5,000万ドル、1973会計年度には3億5,000万ドルの予算を歳出すること。人口1万人以上の地域社会は、児童育成プログラムの対象となり、同プログラム運営のための連邦財源を確保できること。
2. プエルト・リコ、グアム、ヴァージン・アイランド及びその他の統治地域は、OEO

によって50州に確立されたと同様な方式を確立されること。

さて経済機会法の改正法案中に盛り込まれた保育プログラムの拡充立法は、かくして両院を通過し制定の運びとなったが、残された重要課題として次のことがいえよう。つまり同立法実施の完全な成功のためには、就労希望の母親達に満足するような就職あっせんサービスの提供を十分行なうことである。

ニクソン大統領は新経済政策として、インフレ抑制策、国際収支の改善と並んで失業克服を最大の狙いあげている。だがいまのところ大した効果が上らず、失業率はいぜんとして高い。こうした現状で無技能かつ学歴の低い母親達に満足な就職は、はなはだおぼつかない状態であり、当局にとってもこの問題は大きな課題であろう。

The Christian Science Monitor; Congressional Quarterly Weekly Report.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

鉄道従業員の補足的年金

(アメリカ)

鉄道従業員には、連邦法(Social Security act)で実施される老齢遺族廃疾保険(OASDI)の年金制度とは別に、連邦法(Railroad Retirement Act-RRA)による特殊な公的年金制度が実施されている。しかも、この制度の年金以外に、鉄道従業員には、法律にもとづいて、ある特殊な補足的年金が支給されている。

この補足的年金は、1966年6月30日以後に、RRAによる年金の受給を認められた65歳以上の者を対象として支給されている。なお、この補足的年金の受給には、鉄道における25年以上の勤続とある特殊な雇用期間が、資格取得条件として要求されている。この場合のある特殊な「雇用期間」では、鉄道を退職した該当者が、他の産業の雇用につくまでの30カ月間以内に、12カ月以上鉄道に雇用されておれば、特殊な「雇用期間」の条件をみたすことになる。また、1970年の改正により、この補足的年金を受給するには、従業員はある所定の時点以前に労働から引退しなければならないことになった。この所定の時点というのは、原則的

には、満65歳となった月の翌月末日ということになっており、すでに65歳以上の者には、経過的な対策として、段階的にある特殊な時点が定められている。

補足的年金の目的は、鉄道における25年以上の長期間にわたる勤続に対し、有利な年金を用意することである。もっとも、ある所定の時点を定め、年金の受給資格をその時点に関連させた退職と結びつけるのは、有利な年金を提供する代わりに、高齢な老廃した労働力を排除するために、高齢者の退職を促進することが企図されているといえる。

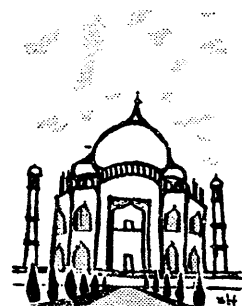
ところで、この補足的年金の支給月額、最低額が勤続25年に対する45ドルで、25年以上の勤続には、1年当り5ドルずつが加算され、最高額が勤続30年以上に対する70ドルである。

この補足的年金の財源には、賦課方式が用いられており、財源は全額を使用者が特殊な租税で負担している。この租税の負担率は、1966年の発足時に従業員1人の1労働時間当り2セントであった。その後、1970年4月1日から6セントに引上げられ、1970年7月1日から7セントになったが、1971年1月1日から再び6セントに下げられてい

(20頁に続く)

ニュース断片

インドの遺族年金採用



1971年2月13日に、インドの大統領は、従業員積立金法と炭鉱積立金法を改正する政令に署名し、これらの法律で実施される制度には、家族年金つまり遺族年金が採用されることになった。この年金を導入することにより、インドの社会保障制度は、大幅な前進を示すことになった。なお、この改正は、積立金制度の財源調達に、中央政府が参加することも含んでいた。

この国の社会保障制度は1948年の州営従業員保険制度と1952年の従業員積立金制度を重要な2本の柱としており、後者の従業員積立金制度は、約120以上の業種で月収1,000ルピーを取得する者に適用されている。この積立

金制度でカバーされるのは、約550万人の一般的な労働者で、これら以外に約40万人が炭鉱積立金制度でカバーされている。

従来、これら従業員積立金制度と炭鉱積立金制度は、死亡一時金と退職給付を一時金の形で支払い、これらの一時金は労使双方の拠出合計と、現在5.7%とされる利子率を用いた利子を加えた合計であった。しかし、今回の改正により、退職前に死亡した労働者の遺族に対する給付は、死亡一時金から年金給付に変わるようになった。この遺族年金は、従業員積立金と炭鉱積立金のそれぞれの基金から支払われるが、年金の月額額は各労働者の収入によって異なり、最低も40ルピー、最高を150

ルピーとする基準が、一応定められている。なお、従来、死亡一時金には、死亡時の救済金として500ルピーの一時金に加えられていたが、改正法でも、この一時金は継続されることになっており、その支給額は1,000ルピーに引上げられた。さらに、従来、退職時には、労働者は一時金を支払われており、その最高額は、保険数理にもとづき、4,000ルピーとされていた。今回の改正では、遺族年金で支払われる最高額にも、この4,000ルピーの上限が用いられることになっている。

ところで、遺族年金の採用は、労使双方で負担する拠出になんらの影響も与えないことになっているので、拠出率の引上げは行なわれない。つまり、現在の拠出率は、原則として、賃金の6.25%で、50人以上を雇用する事業所には、8%の拠出率が用いられており、これらの拠出率はそのまま実施される。遺族年金の財源調達は、このように、従来の拠出率を修正しないで行なわれるが、このような財源調達に対して、改正法は遺族年金の拠出が労使双方の拠出合計の4分の1を超えてはならないと規定しており、具体的には、現在

労使双方が負担する拠出のうち、 $1\frac{1}{6}\%$ が遺族年金に充当される仕組みとなっている。なお、前述したように、今回の改正は、中央政府の財源調達参加を規定しているが、中央政府は従業員積立金制度に対して $1\frac{1}{6}\%$ 、炭鉱積立金制度に対して $1\frac{2}{3}\%$ を拠出することになっている。

遺族年金の採用は、政府当局も数年来の懸案としており、労働組合もかねがねその実現を主張してきた。その背景には、1964年に、公務員の制度が遺族年金をすでに採用していたという事情も指摘される。ちなみに労働組合は遺族年金の採用と同時に、遺族年金を充実させるために、従来の拠出率を上げること、つまり、原則的な6.25%の拠出率を8%に、また大きな企業に対する8%の拠出率を10%に上げることが主張していた。今回の改正では、この主張は採用されなかったが、今後、給付の拡充を求めて、拠出率を上げさせる要求が強くなると予想されている。もっとも、拠出率の引上げには、労働者、使用者、および政府の間で、それぞれ見解が異なり、今後この拠出率引上げをめぐる

論議が大きくなるものと考えられている。

さらに、積立金制度について付言すれば、この制度による積立金は、この国のような発展途上国では、経済的にきわめて魅力のある存在で、基金の準備金もっている機能が期待され、今後もこの仕組みが継続されるもの

とされている。

U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Vol. 34, No. 8, August, 1971, pp. 28-30.

(平石長久 社会保障研究所)

西ドイツの児童手当の近況



家庭の経済状態は、親の収入のみならずしばしば社会保障給付によっても定まる。このことはとくに児童手当やそれに類するものにあてはまる。児童手当は、家庭の生活保障にとってきわめて重要な給付である。以下、西ドイツの児童手当の最近の状況を紹介します。

児童手当の導入と拡充

西ドイツでは児童手当は1954年に導入され、3人以上の児童を有する家庭に支給された。その財源は、雇主および自営業者の拠出でまかなわれた。その後1961年に2人目の児童にも児童手当が支給されることになった。ただしその場合親の年間収入が7,200マルク

以下であることが条件とされた。

1964年4月に連邦児童手当法が制定され、児童手当は連邦財政によってまかなわれることとなった。その後1970年12月に改正が行なわれ、2人目の児童に対する児童手当の支給の際の所得制限額が年間13,200マルクに引き上げられるとともに、3人目の児童に対する児童手当が月額60マルクに引き上げられた。

児童手当の受給要件

児童手当は、他の法律規定で児童手当と同じようなものを賃金、俸給または社会給付に付加して支給される者（たとえば公務員や年金受給者）以外の者で、18歳未満（在学中または職業訓練中の場合には25歳未満。身体障害者の場合にはそれ以上）の子どもを有するものに対して支給される。支給対象となる子どもは、生計を共にする前記年齢の2番目以降の子どもである。ただし、2番目の子どもについては、親の年間収入が13,200マルク以下であることが条件となる。

児童手当の額

児童手当の額は、1970年9月1日より2番目の子どもが25マルク（月額）、3番目の子どもおよび4番目の子どもが60マルク、5番目以降の子どもが70マルクである。なお、児童手当は、課税の対象とならない。

受給児童数と支給対象児童数

児童手当の受給児童数は、1970年12月現在209万人である。また、支給対象児童数は、2番目の子どもが205万人、3番目の子どもが177万人、4番目の子どもが72万人、5番目以降の子どもが53万人で、合計507万人である。

財政と管理運営

児童手当の費用は、1970年において約34億6千5百万マルク（1971年社会報告によると1975年には46億3千万マルクになるものとみられている）であるが、その財源はすべて連邦財政によってまかなわれている。連邦児童手当法の実施は、連邦労働社会秩序大臣の指示のも

とに連邦労働事務所が行なう。

児童手当の受給申請についての決定は各労働事務所が行なうが、児童手当の支払いは連邦労働事務所がみずから行なう。

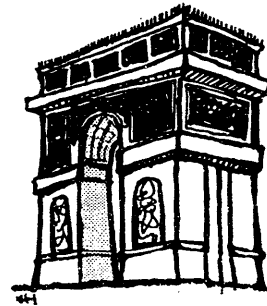
公務員、社会給付受給者 に対する児童付加手当

年金保険の被保険者年金または障害年金に加算される児童加算、各種の社会給付に付加される児童付加手当および公務員等の俸給と一緒に支給される児童扶養手当も、児童手当とほぼ同じような受給要件、額で支給されている。

Das Kindergeld—eine bedeutsame Leistung zur Sicherung der Familie, *Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen*, Juli 1971, S. 209-213.

（石本忠義 健保連）

フランスの家族給付の改訂



70年8月1日の改訂

70年7月30日の命令 (décret) 第70—678号と第70—679号で家族給付の改訂がおこなわれた。すなわち、69年8月1日以来377.50フランとされていた家族手当等の算定基準が70年8月1日から394.50フランに引き上げられ、第3子と第4子以降についての固有の家族手当の支給率が従来の35%から37%へ引き上げられた。その結果、個有の家族手当の支給率は、2人の子につき前記算定基準の22%、3人の子につき59%、4人の子につき96%、そして4人を越える子1人につき33%を上積

みするということになった。

ところでこれらの改訂の際、政府はあわせて71年1月からさらに家族給付を改訂する旨を明らかにし、とくに補償手当 (l'indemnité compensatrice—家族もち労働者に対してその払込んだ税金の一部を払戻すもの) を71年1月1日より廃止すること、および単一賃金手当制度を同じく71年1月1日より改訂し、月収4,000フランを越える家族についてこの手当の支給を廃止するなどいくつかの計画を発表した。わが国では、このフランス政府の計画を最終的な決定と受けとり、一部に誤解が生じているようである。

いうまでもなく、家族給付制度のような国民生活に直接結びついた制度に加えられる改廃はいわゆる法律事項として、なんらかの立法手続きを必要とし、単に政府の決定だけで実施される性質のものではない。フランスの場合には、さらに、仮りに法律によって明確な形で法定化されても、実際には実行されないという事例さえあり、66年に法制化された自営業者の疾病保険制度が、当事者の反対で数年間も実施されなかったという例にその間の事情が現われている。

そこで、フランスの家族給付につき、最終的な改訂がおこなわれ、71年1月1日から実施されている事項をとりあげて、以下に整理をしておくことにしよう。

71年1月1日以降の状況

(1) 家族給付の算定基準

まず各種の家族給付を算定するために用いられる二つの基準であるが、この点は70年8月1日現在と同じであり、単一賃金手当と主婦手当の算定基準が194.50フラン、その他の各種家族給付の算定基準が394.50フランであ

る。

(2)各種の家族給付

産前手当と出産手当についてはまったく改訂がおこなわれていない。すなわち前者は算定基準の22% (86.79フラン) を月額として9か月分を産前3回に分けて、後者は算定基準の2倍を産後2回 (計1,025.70フラン) に分けて、それぞれ支給される。

家計収入が被用者の賃金のみで、妻が家庭内で子どもの養育に当たる家族に対して支給される単一賃金手当、および同じ目的で自営業者の家族に支給される主婦手当は、ともに婦人を家庭内にとどまらせることになるということで、労働力不足に悩むフランスではこれについての改革が早くから検討されてきた。一方にはこれらを廃止すべきであるという議論もあり、政府は70年8月の段階で月収4,000フランを越える家族についてはこれを71年1月1日から廃止する計画を明らかにしたが、結果的には廃止されるまでに至らず、給付率に簡単な改正がおこなわれるにとどまった。

改正の結果、71年1月1日から実施されて

いる給付内容はつぎのとおりである。

まず2歳未満の子がいる家族とそうでない家族とに分け、前者にはすべて算定基準の50% (97.25フラン) の単一賃金手当または主婦手当 (いずれも同額) を支給し、2歳未満の子がいない家族の場合にはつぎのような単一賃金手当または主婦手当が支給される。

単一賃金手当

子1人につき	算定基準の20%	(38.90フラン)
子2人につき	"	40% (77.80 ")
子3人につき	"	50% (97.25 ")

主婦手当

子2人につき	算定基準の10%	(19.45フラン)
子3人につき	"	20% (38.90 ")
子4人につき	"	30% (58.35 ")
子5人につき	"	40% (77.80 ")
子6人につき	"	50% (97.25 ")

他方、固有の家族手当の支給率は、以前とほとんどかわりなく、2人の子につき算定基準の22%、3人の子につき57%とされるが、子が3人を越える場合については、改訂がおこなわれ、1人増えるごとに35%が支給され

ることとなった。そのほか、住宅手当、心身障害児教育特別手当などは従来どおり算定基準の50% (197.25フラン) である。

最後に、家族もち労働者に対してその払込んだ税金の一部を払戻す「補償手当」は廃止される予定であったが、結果的には廃止されなかった。従って、71年1月1日現在で、この補償手当と固有の家族手当とを合算した家族給付(もっとも一般的な受給形態)の額はつぎのようになっている。

子2人につき	96.60フラン	(月額)
子3人につき	257.67	" (")
子4人につき	418.71	" (")
子5人につき	563.98	" (")
子6人につき	709.20	" (")

Liaisons sociales : *Législation sociale*, No. 3659 du 4 août 1970.

Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale : *La protection sanitaire et sociale en France*, 1971.

(上村政彦 健保連)

アメリカの社会保障改正



1971年3月17日に、ニクソン大統領は公法92-5号に署名した。この法律は社会保障法の一部を改正するもので、この改正の主要な点は、給付額、拠出、給付の算出対象とされる収入の上限、および拠出率をそれぞれ上げることであった。

これらの改正のうち、拠出率の上げは、従来、1973年に拠出率が5%に上げられることを予定されていたが、改正により、1973-75年の間の拠出率を5%とし、1976年以降の拠出率は、5.15%に上げられることになった。

また、拠出と給付の算出対象とされる収入の上限は、1972年の初めより、それまでの

7,800ドルから9,000ドルに上げられることになった。最近におけるこの上限をみれば、1958年には年額4,200ドルであったのが、1965年には4,800ドル、また1967年には6,600ドルとなり、その翌年の1968年には7,800ドルとなっていた。1972年より実施される9,000ドルの水準は、この収入上限が14年間に2倍以上になったことを示している。

ところで、給付の上げでは、72歳以上の高齢者に対する特殊給付を除き、全受給者の基本的給付額が10%ずつ上げられることになった。ちなみに、72歳以上の高齢者に対する給付は、1966年法で創設された給付で、社会保障法による制度もしくは経過措置で給

付を受けることのできない72歳以上の高齢者に対して、1966年より支給が開始されている。なお、上述したように、この給付を受給する者には、10%の上げが適用されないが、その代わりに、72歳以上の高齢者に対するこの特殊な給付は、5%ずつ上げられることになった。

このような給付の上げは、1971年1月に遡及して実施され、最初の支払いは5月に手続きが開始されて、事実上、受給者が上げられた最初の小切手入手するのは6月の第1週で、1月から4月までの遡及された4カ月間の増額分は、6月の第2週以降に郵送された。

給付の上げによる影響では、65歳の退職高齢者もしくは廃疾者に対して、各労働者の平均収入月額に比例して算出される第1次保険額は、最低が70.40ドル、最高が295.40ドルとなった。ちなみに、この第1次保険額というのは、各人の収入記録にもとづいて支払われる諸給付を決定するときに、その算出基礎として用いられている。なお、72歳以上の高齢者に対する特殊な給付月額は、単身者で

46ドルから48.30ドルに、夫婦者で69ドルから72.50ドルにそれぞれ上げられた。

それはともかく、1971年4月末現在における老齢・遺族・廃疾保険の受給者は約2,660万人で、改正法による給付の上げは、給付支出が月額で27,500万ドル、また、年額で33億ドル増大することを意味している。この給付支出増大に関連して、事実上は受給者に支払われる給付をみれば、退職老齢者の平均受給額は、改正によって131.10ドルとなり、これは12ドルの増額となっている。また、廃疾労働者の平均支給額は145.25ドルとなり、これは13ドルの増額である。なお、これら退職老齢者と廃疾労働者の扶養家族に対する平均支給額は、それらの増額が廃疾労働者の子女に対する95ドルから、退職老齢者の配偶者に対する6.70ドルにわたっている。さらに、遺族給付では、平均的な増額は、遺児に対する8.25ドルから両親に対する1.35ドルとなっている。

前述したように、この改正による給付の上げは、一般に「10%」増額といわれているが、事実上では、各受給者に支払われる給付

によって、あるいは、受給者の個別的な事情から、保険数理的な立場で加えられる操作により、上げ率は10%を若干上まわっている。たとえば、最も高いのは退職老齢者と廃疾労働者の配偶者、および、身体に障害がある寡婦とかん夫に対する10.9%で、最も低いのは、72歳以上の老齢者を除けば、両親に対する10.0%である。ちなみに、退職老齢者の上げ率は10.4%である。また、全受給者の平均では、上げ率は10.3%である。

鉄道従業員の退職給付制度について若干付言すれば、前述した社会保障法改正と同様な内容の改正が、1971年7月2日付の公法92-46号により、鉄道従業員の退職給付制度にも採用された。なお、鉄道従業員の制度では、1970年8月12日付の公法91-377号により、一時的な15%の給付上げが実施されており、これは1972年6月30日に期限が切れることになっていたが、上述した改正により、この一時的上げの実施期間は1973年6月30日まで延期された。

U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Vol. 34, No. 5 (p. 1), May and 9 (pp. 24-25), September, 1971.

(平石長久 社会保障研究所)

アメリカのナーシングホーム管理者資格授与についての新提案



アメリカ保健教育福祉省社会リハビリテーション部は、ナーシングホーム管理者資格についての新提案をした。いままで管理者資格は、ナーシングホーム管理者自体のグループから管理者資格を授与するという州レベルでの委員会の処理であった。今後は、ナーシングホームの設置基準を連邦レベルで実施させるというニクソンの声明の方向が指向される。その線での一つの提案であるが、管理者自身が委員会のなかで委員の多数を占めることを禁じようとするものである。

同時に、この提案による規制は、資格ある管理者によって、管理基準がまもられている

かどうかの監査を、州・カウンティ・市立の長期療養施設にたいしても及ぼすことをとりきめたものである。

今後は、各種団体代表が、ナーシングホーム改善のための保健教育福祉省の追加的施策についての一層の討論をすることになっている。

Washington Report, hospitals,
Vol. 45, No. 19, Oct. 1, '71, p. 18.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

(12頁から続く)

る。ついでながら、使用者は、他にも私的年金の財源を負担しており、補足的年金の受給者が私的年金を受給する場合には、補足的年金はその一部もしくは全額を減額されることになっている。

補足的年金の支給状況をみれば、1971年6月末現在で、81,600人がこの補足的年金を受給していた。これらの受給者に対する補足的年金の平均支給額は65ドルで、この年金以外に通常の年金が282ドルとなっており、両年金の合計は347ドルであった。ところで、補足的年金の最高は70ドルで、65ドルの平均額はそれに近い水準であるが、これは勤続30年以上の受給者が、総数の83%に当る68,000人いたからである。勤続30年以上のグループだけでみれば、補足的年金の平均支給額は68ドルで、上述した全体の平均よりさらに3ドル高く、この補足的年金と通常の年金を合計した金額は、356ドルであった。なお、勤続25年～29年のグループでは、補足的年金の平均は53ドルで、この金額は全体の平均をかなり下まわり、通常の年金との合計は302ドルにすぎなかった。

Railroad Retirement Board, *The RRB*
Quarterly Review, July—Sept., 1971,
pp.14—19,

(平石長久 社会保障研究所)

海外文献紹介

ヨーロッパ諸国の 薬剤の消費



(WHO)

ヨーロッパ諸国では、薬剤の消費額は、全保健費用の10~15パーセント、国民総生産の約1パーセントにあたる。薬剤使用の急増と保健費用の増加は、多くの国で深刻な関心事となっている。

1968年に国際保健機関の専門家によるヨーロッパ6カ国の薬剤消費についての予備的調査がなされた(その概要は本誌No. 11にて紹介)。この調査にひきつづき、薬剤消費の国際的水準について研究するためのシンポジウムがオスロでおこなわれた。その概要は以下のとおりである。

薬剤の爆発的消費

豊かな社会では、所得上昇と都市化による

ストレスと欲求不満の影響もうけて、ビタミン剤、鎮静剤、催眠剤、向精神薬の大量の消費傾向がみられる。薬剤量の増加にあわせて、新薬のばあいはとくに、毒性検定や臨床的検討のための生産コストが増加してきている。たとえば、スウェーデンでは、店頭販売の薬剤は、1954年7千8百万クローネだったものが、1968年には2億2千7百万クローネへと急増した。病院における薬剤売上げは、同期間3千百万クローネから1億4千百万クローネへとふえた。医師としては、できるだけ安価で同時に有効、安全な薬をのぞむようになるが、製造する側では、市場調査などを通じ、薬剤消費の動向に大きな関心をもつよ

うになった。

薬消費データの国際比較

このシンポジウムでは、薬消費の国際比較にあたっては大きな困難があることが確認された。まず、薬の生産・配分・消費についてのその国の統計に入るべきものの国際的一致がなければならない。そこで、用語の定義、薬の分類、量的測定基準の一致などがこのシンポジウムで問題にされた。薬の定義については、第22回国際保健機関総会にだされた専門家委員会の提案があり、問題はあがるが、これ以上の良い定義はいまの所だされなかった。

薬の分類

様々の分類基準が提示されているが、すでに使われてる分類の多くは、診断・治療上の基準にもとづくものである。このシンポジウムでは、WHOがやった薬剤モニタリング(国際的)のさい用いた治療上基準を参考にすべきことが話しあわれた。この治療上基準による分類システムは、大分類では20ないし50分類、中分類は50~200分類、さらに120~240ほどの特殊分類が加わる。

薬消費額の測定

貨幣表示と量の表示とがあるが、貨幣表示によると、高価薬の少量消費の方が安価な薬の大量消費よりも低く表現されるきらいがある。そこで、量的表示であるが、これにも問題が多い。このシンポジウムでも適当な測定基準を結論づけられなかった。不十分ではあるが、病院支出総額あるいは医療費総額中の薬消費額の占める割合の表示は一国のデータとしては使えるものであろう。

薬消費の情報源

生産額と分配額両方が政府によって把握されている国とそうでない国とがある。

すべての薬が薬局を通して売られる国では、薬局・小売店でのデータが有用であるが、処方なしで薬局外で売られている国もある。自分で使った薬のデータはなかなか得にくい。

保健事業を国全体で実施し、処方箋が中央政府の管理下にあるような国、たとえばイギリスでは、保健事業の記録から薬剤消費量の情報をうる事ができる(表参照)。

そのほか、市場調査や病院資料からも情報

年次	処方箋数 (百万枚)	処方箋総額 (百万ポンド)	処方1枚あたり 純薬剤費用 (旧ペンス)
1950	217,145	34,805	19.3
1955	226,116	50,344	31.0
1960	218,685	79,194	56.5
1965	244,346	126,004	84.8
1968	267,378	151,667	99.0

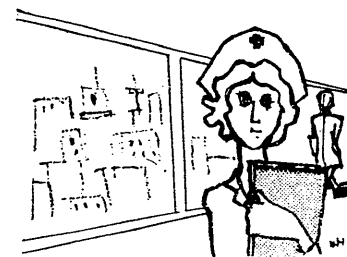
を得ることができる。消費者調査からは、性・年齢別などの資料がえられる。

このシンポジウムでは、そのほか、国別地域別の処方制度の差異や薬消費に影響する諸要因について討論された。

Drug Consumption in Europe, *WHO Chronicle*, Vol. 25, No. 10, Oct. '71, pp. 458-466.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

病院従事者の病欠勤



(イスラエル)

この論文は、イエルサレム郊外アインカレムにあるハダサーヘブライ大学メデカルセンターの従事者の病欠勤を調査研究したものである。

調査対象：病院の常勤職員 1,535 名 (医師らを含む)

調査期間：1965年4月—1966年3月

休業総件数：4,597件 (延16,312日)

調査結果

病欠勤は、年間総休業延日数54,290日の30.0%、有給無給の休暇は62.6%、業務上傷害3.1%、出産のための休暇2.1%となってい

る。1人あたりの病気欠勤日数の中位値は10.6日で、労働者数54人つまり総従事者の3.5%に相当する。このうち、1日だけの休業者は総件数の71.4%にあたり、結局、従事者の約8割が年に少なくとも1回は病気のために休んだことになる。

性別にみると、女子12.2日(平均休業日数)、男子8.9日となっているが、女子の方がいくらか短期間でひんぱんな休暇をとる傾向にある。

年齢別には、男子32歳以下が1人あたり7.6日(同上)、47歳以上が11.8日と、高齢者ほど休んでいることになる。退職前の年齢層にそれが多いのがあった。

職種別にみると、不熟練労働者に長く(13.8日)、医師・歯科医師に短かい(4.4日)という特色がみられる。看護婦は、12.3日、技師らは7日という平均日数である。

配偶者有無別には、男子では有無別の差異は殆どないが、女子では有配偶者10日(46歳以下)、独身者7日となっている。

疾病別には、呼吸器系疾患が第1位で28.7%、性尿器系疾患10.4%、心臓病・高血圧症が7.2%と上位を占めている。

考察

この病院従事者の年間労働者1人あたり病欠日数10.6日は、1959—60年のイスラエル経営センター調査の9.6日(全国サンプリング調査)、同上年ストラウスら調査の15.4日(中企業対象)とそうかけ離れた日数ではない。

しかし、アメリカの1965—66年の同じく病欠日数5.8日にくらべると(国立保健統計センター調査)、著しく長い。もっとも、アメリカのそれは、ヨーロッパ各国の約半分の日数だといわれている。

イスラエルでのこの調査では、短期間の休

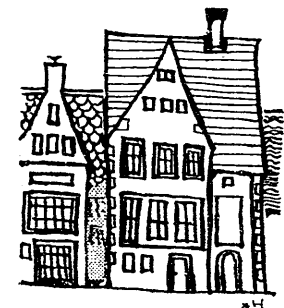
暇がひんぱんととられているという傾向が他の従事者にくらべて著しい。それは休暇日数全体をそう長くするわけではない。短期間の病欠には医師証明不用という制度は、濫用を招くようにも思われるが、実際には、患者申出でが優先するので、この制度だからといって短期間休暇がとくに増すわけではない(この病院では2日以上 of 病欠には証明書必要)。

K. J. Mann et al. Sickness absenteeism in a hospital in Israel, *The Hospital*, Sept. '71, pp. 307-311.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

社会法典の準備

(西ドイツ)



西ドイツにおいては、統一的な社会法典の準備作業が進められているが、本稿は、Dr. Kurt Friede がその社会法典の作成作業の経

過、その内容の理念等について解説をしたものである。以下、その概要を紹介する。

1969年10月の連邦議会における首相の施政

演説において、社会政策の分野に関しては、時代に則した社会法典のための作業が始められるべきことが述べられた。その演説の実行過程において、内閣は、1970年3月に、具体的な決議をした。すなわち、

- (1) 社会法を統一し、国民にわかりやすいようにする目的をもって、社会法典を作成すること。
- (2) この作業の準備のために専門家委員会を設置すること。

専門家委員会は1970年5月に構成され、個別的な作業分野のための数個の作業委員会が作られた。1年間の委員会の作業の結果、若干の具体的な成果が得られた。

西ドイツの社会法はその歴史的な展開によって特徴づけられる。すなわち、恐慌および両大戦の時代の混乱と緊急性による時折の廃止、そして、再建と社会・医療の変化への適応といったことがあった。一般的にドイツの社会法はよくできているけれども、欠陥もある。というのは、その体系性において問題があるし、また、個々の規定の頻繁は改正・変更によって、個々の条文およびそれらの関連

性に対する理解に関し、専門家にとってさえも疑問に思われてきたのである。このような状況からして、労働・社会省がすでに以前から、ライヒ保険法の第1編・総則を新たに法典化しようという意図を持っていたことは驚くに当らない。

1966年以降、この動きは更に活発になり、社会法典の中に社会法の全てが総括され、一体のものとして国民に理解されるようにすべきだと考えられた。ことに社会的分野における国民の法律に対する無知が存在することは、不安定な社会状態だと考えられた。理解しやすい法の制定および各人に彼の社会権に関する十分な情報の保証をすることは努力に値する目標である。労働大臣 Arendt は、専門家委員会の初会議の際の挨拶の中で、次のように述べた。社会的給付は、社会保障制度に結合されている全ての者の相互扶助と連帯の成果を提示するものである、と。

この意図は、しかしまた、批判に会うことにもなる。その批判は全般的な目標設定に関してよりも、むしろ方法に関して向けられる。同時に個々の編の輪郭を定めなくて、社

会法典の第1編・総則をまず第一に扱うことが可能であるかどうかという疑問が出された。このような批判は確かに正当なものである。そこで、専門家委員会は、社会法典の全体の範囲ならびに社会保険法の分野ではまず総則を手がけることにした。ここでとられた方法は、連邦議会の任期中に社会法典の総則が可決されるようにという考慮からである。また、次に掲げる社会分野が社会法典に採用されるべきことでも一致を見た。

社会保険全体
教育・労働促進の法
社会的賠償
リハビリテーション
家族の消費に関するもの
社会扶助・少年扶助
児童手当
住宅手当

1971年7月3日の官報は、専門家委員会は約1年の作業の後に社会法典の総則についての命題を決定した旨を伝えた。

社会法典の総則に関する命題はどのような構造と内容を持つものであるか。第1章は、

社会権を扱う。ここでは、まず、社会法典の課題が次のように規定される。この法は、人間に値する存在を確保し、人格の自由な発展のための平等な条件を創出し、各人に自由な活動によって生活を維持しうるようにし、特別な生活上の負担は均衡させることに寄与するものである、と。このような指導理念はボン基本法の社会国家条項に沿うものであり、またヨーロッパ社会憲章に見られるような国際的な法の発展にも適合するものである。

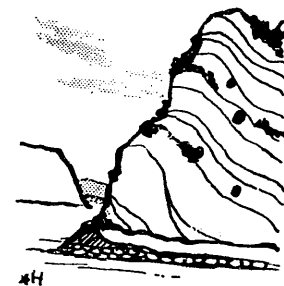
第2章は、社会保険の保険者・官庁等について規定し、第3章には、共通規定が定められる。

原典

Dr. Kurt Friede, Eseen, Ein Sozialgesetzbuch in der Bundesrepublik Deutschland wird vorbereitet, *Soziale Sicherheit* (Fachzeitschrift für die Sozialversicherung, Österreich, Nr. 8 (23. Aug.) '71, S. 244-246.

(伊達隆英 健保連)

1971 年 社 会 報 告



(西ドイツ)

連邦政府は、1971年5月に1971年社会報告 (Sozialbericht 1971) を連邦議会および連邦参議院に提出したが、その内容のおもなものを紹介しよう。

1971年社会報告は、1970年社会報告と同様、社会政策の事業実績状況の報告(第I部)と今後の社会政策の方向の展望(第II部)から成っている。第I部では前年の社会報告に掲げられた事業がどの程度実現されたかが明らかにされ、第II部では今後の社会政策プランの展望が行なわれている。

社会政策の事業実績状況の報告としては、1970年の社会報告に掲げられた計画のうち、たとえば疾病保険関係諸法の拡充に関する法

律、第3次財産形成法、職業教育要綱の制定などかなり多くのものがすでに実現されていることが明らかにされている。また、より一層の社会正義、社会発展におけるより一層の保障およびそれを通じての個人の自己規定のより一層のチャンスという連邦政府の社会政策目標の達成のための社会政策方針としてつぎのようなことが掲げられている。

- (1) 全市民のための社会保障の拡充
- (2) 社会政策による社会変化への対処
- (3) すべての社会的決定分野におけるより一層の民主化による個人のより一層の自己規定
- (4) 国民経済における資産増加分の公平な

分配への寄与

(5) 民主社会における社会政策のより大所高所からの眺望と深い理解

(6) 生活の浮沈のための用意のばあいのより一層の選択の自由

社会政策の今後の方向の展望としては、将来の社会給付費用の推計を示した社会予算 (Sozialbudget) が掲げられている。

社会保障の拡充

連邦政府は、まず社会保障制度の新しい発展は社会的分野と一般社会経済発展が密接な関係をもつ二つの基本方針によって特徴づけられるとしている。

(1) 保障される対象者の範囲の拡大

(2) 変化する国民生活水準への諸給付の水準と内容の適合化

(1)の方針について、連邦政府は、「経済社会の変化が、社会保障の対象範囲と広い社会階層へのその拡大という問題をもたらした。もはや被用者への社会保障の制限は適当でないし、保障される者の範囲を職業によって区別することはあらゆる場合において妥当

でない。

今日なお社会保障の外にある大部分の者は、もはや社会的リスクに対してみずからの力で対処していくことはできなくなっている。これは、経済社会構造の変動が自営業者などの職業的存在基盤を不安定にさせたためである。したがって、連邦政府は、すべての社会階層に社会保障を可能にし、それによってわれわれの時代の必要を満たすべく努力している」とし、これに関してつぎのよう具体例を掲げている。

① 学生、生徒および児童への災害保険の適用拡大 (1971年5月18日の法律による)

これは、すでに前年の社会報告に掲げられていたことがらで、1971年4月1日より実施され、約100万人の児童、900万人の生徒および43万人の学生に災害保険が適用された。これによって各州ごとにばらばらに行なわれていた学生、生徒および児童に対する災害保護が全国一本に統一された。学生、生徒および児童に対する諸給付は、一般の給付に応じたものである。

② 全職員に対する公的疾病保険への加入権の

付与 (1970年12月21日の第2次疾病保険改正法による)

これは、すべての職員が公的疾病保険に加入することを可能にしたもので、1971年1月1日より実施され、俸給が一定限度を越えるため公的疾病保険への加入義務がない新規就職者は、採用後3カ月以内に公的疾病保険へ任意加入することができることになり、また俸給が一定限度を越えるためいままで公的疾病保険への加入ができなかったすべての職員も、1971年3月31日までに任意加入する権利が与えられた。また、これらの職員が公的疾病保険に任意加入する場合または私的疾病保険に公的疾病保険と同じ程度に保障される場合には、保険料に対する補助を雇主に対して請求できることになった。これによって、疾病保護について職員も労働者とほぼ同じ取り扱いが行なわれることになった。なお、公的疾病保険への加入の機会を逸していた年金受給者も、1971年3月31日までに加入することができることになった。

③ 公的疾病保険への自営農業者の編入 (労働社会秩序省において法案作成済み)

これは、前年の社会報告において掲げられていたことがらで、これについては1970年12月22日の閣議決定に基づいて連邦労働社会秩序省が法案を作成した。この法案の内容は、自営農業者、その被扶養者および老齢共働者を公的疾病保険の強制加入者とするものである。この対象となる者は、特定の加入義務免除者を除き、約250万人とみられている。支給される給付は、原則として一般の場合と同じとされている。ただし、傷病手当金と出産手当金は除かれている。農業者およびその被扶養者分の費用は保険料でまかなわれるが、老齢共働者分の費用は連邦財政によってまかなわれることになっている。

④ 長期および重度心身障害者ならびに在宅教育中の未成年者のための社会保険の導入(法案準備中)

これは、現在社会保険に加入させられていない著しい数の低所得または労働能力をもつ心身障害者(児)に社会保険による保護を与えようとするものである。

⑤ 囚人のための社会保険の導入(法案準備中)

⑥ 自営業者、自由業者の被扶養者、手伝いを

している家族、就業していない婦人などいまだに公的年金保険の外にあるすべての者への公的年金保険の開放(法規定が企図されている)

これは、いまだに公的年金保険の外にあるすべての者のための年金保険の導入を意図しているもので、これについては1971年5月11日に連邦政府が連邦労働社会秩序省に広い社会階層への年金保険の開放についての考え方をまとめるよう委任した。自営業者への公的年金保険の開放の必要性は、前年の社会報告でも取上げられたが、これは、これらの者の大部分が収入および生活状態において被用者と同じという事実に基づいている。

就業していない婦人への年金保険の開放は、婦人のための社会保障の改善への一つの重要な前進といえよう。

これらの者の年金保険への加入は、任意加入を原則とすべきであるとされている。また、保険料負担のことも十分考慮すべきであるとされている。

また、(2)の方針については、連邦政府は、「経済社会発展とともに社会給付に対する考え方も変わってくる。すなわち、社会政策お

よび社会的施策は、産業社会においては経済成長と密接に結びついている。いまや社会保障は、困窮状態にある者の保護のみならず、より積極的な生活水準の維持も行なう。このことは、社会給付を、変化する経済事情、とくに一般所得上昇に即応させることによってのみ行なわれうる。このような保障の程度の調整(動化)は、みずからの労働がそれに寄与していないような状態にあるときでも、社会の経済的成果に対する個人の分け前を表現したものである」とし、このことの達成のためにつきのようなことを行なってきたとしている。

① 戦争犠牲者援護給付の調整

1970年1月26日の「連邦保護法の給付の調整に関する第1次法律」およびその後の給付調整法により、1971年1月1日より連邦保護法に基づく諸給付が毎年公的年金保険の年金調整率と同率で引上げられてきている。すなわち、1971年1月1日に5.5%の引き上げが行なわれている。1972年1月1日には6.3%の引き上げが行なわれることになっている。1970年の給付改善、1971年および1972年の給

付調整により、各種年金が30%または40%引上げられることになる。

② 職業教育・再教育の場合の生活手当の調整（賃金上昇に見合った引上げ）

③ 疾病保険における加入義務報酬限度額および保険料・給付算定報酬限度額の自動調整

1970年12月21日の法律（第2次疾病保険改正法）によって、職員の加入義務報酬限度額および保険料・給付算定報酬限度額（両者は一致している）は、公的年金保険の保険料算定報酬限度額の75%となり、これによって毎年自動的に引上げられることとなった。

このほか、連邦政府は、リハビリテーション給付の統一化、重度身体障害者法の拡充、弾力的な年金受給年齢制度の導入、公的年金保険への保険料後払い制度の導入、公的疾病保険の発展のための専門家委員会の設置と同委員会の提案（地方における医療給付の改善、薬剤市場における疾病保険の地位の強化、学生等への疾病保険の適用、疾病保険における保健給付の財源確保など）の十分な考慮などを今後の課題として掲げている。

社会政策による社会変化への対処

著しい経済的、社会的および技術的变化によって、個人および社会は、適応問題や衝突状態と取組んでいかなければならなくなっている。この過程において個人と同様に社会政策にとっても新たな要求が生じている。こうしたことから、経済社会変化に対処しうる社会政策を進めていかなければならないとして、連邦政府はつぎのような諸施策を行ってきているとともに、いろいろな課題と取組んでいるとしている。

- (1) 経済社会変化委員会の設置
- (2) 労働市場・職業研究
- (3) 雇用促進
- (4) 農業人口への適応扶助
- (5) 労働保護および環境保護
- (6) 労働法の法典化
- (7) 職業教育の促進
- (8) 職業教育活動要綱の制定
- (9) 健康保障の拡充（疾病保険と公衆保健サービスによる全国民の健康保障の拡充）

なお、社会報告は、公衆保健サービスを除

く社会保障政策の分野と労働政策の分野について、連邦政府の方針、事業実績状況などを報告したものである。公衆保健サービス（保健政策）については別に保健報告がある。

社会給付の増大

社会報告の第Ⅱ部に掲げられている今後の社会保障費用の動向を示す「社会予算」に、社会給付の今後の予測が明らかにされている。これによると、社会給付は、1970～75年に国民総生産が約40.6%上昇するのに対して約52.2%上昇するものとみられている。これにより、国民総生産に対する社会給付の割合は、1970年の19.9%から1975年には21.5%に上昇することになる。

Die gesetzliche Krankenversicherung im Sozialbericht 1971, *Die Krankenversicherung*, Juni 1971, S. 146-151.

Aus dem Sozialbericht 1971, *Zeitschrift für Sozialhilfe*, August, September, Oktober 1971, S. 228-308.

（石本忠義 健保連）

心身障害児の家族



(フランス)

心身障害児をもつ家族が遭遇する諸困難の特質とそれへの対応を論じた文を紹介する。

(その1) 進行性筋萎縮症児の家族

17ケースに対する面接調査の報告である。これは同病児をもつ50家族に対するアンケート調査において好意的解答をよせた17家族について訪問調査したもので、したがって同病児をもつすべての家族を代表するものとはいえないが。

診断——家族が子どもの様子に異常を感じ医師に相談したときから、専門医による正確な診断をうるまでにかかなりの時日を要する場

合が多い。但し両親の兄弟などに同病者がいる場合には早期に専門医を訪れ診断をえている。また医師によっては、病名を告げるのみに終り、両親が医学辞典などを調べて病気の特質や予後を知ったケースがいくつかある。

親の反応——診断によってほとんどの親が衝激、苦痛、不安に打ちくだかれた経験を経ている。父母とも現実を否定しようと試みているがそのやり方、内容は父と母ではことなっている。

治療——医師が勧める在宅治療のために、必要となる浴槽を買い入れたり、場合によっては浴室のある住居に移転した家族もある。17家族とも医師の指示を守って治療を規則正

しく続けさせている。

養育——治療を必要とするだけでなくその将来に多くの問題がまっている子どもをどう扱えばよいのか、正常な子どもと同じように扱ってよいのかなどの不安が生じている。

両親は、できる限り外に連れ出して他の子どもたちと接触させようと努めている。しかし、過保護に陥りやすい(とくにひとりっ子の場合)傾向を自認している。

学校教育——どの親も子どもが歩ける限り通学させたいと願い、そうしている。しかしつかは専門的施設内の教育に頼らざるをえない時が来る。

家族休暇——病児のために家族休暇(旅行や転地)をやめる家族はいない。但し病気に悪影響を及ぼす海水浴などは、本人に避けさせている。

住居——1階またはエレベーターのある2階以上でなければ、病児を背負って昇降しなければならない。そのために転居した例もあり、大半は病児の条件に適した住居を探し出している。

産児制限——つぎの子どもを産むかどうか

という深刻な問題がおこっている。「第1子の病気が早期に判れば次は産まなかったのに」という親、「医師の忠告により産まなかった」親、「妊娠中絶を敢行した」親など。全般的につぎの出産を避ける傾向が強い。

同病児をもつ家族の特性——共通して過敏さや不安がみられる。病気の宣告による動揺と病気の進行がもたらす情緒不安によるものと思われる。罪障感を抱く親もある。父親の多くが関係機関、医師、心理士などに不満を表明している。

住居の改造、移転のほか、治療、休暇などを病児の条件に合わせるために法外な支出をおしまない親が多い。病児の世話により専心するためにと転職した父もいる。同時に、病児の存在が親の生き方をかえ、夫婦のきづなを強くさせたと述べる親もいる。

結論——とくに強調されるべきことは同病の子どもをもつ親は上記の困難や絶望について話し合える人間を必要としていることである。障害そのものは状況の一面にすぎないが、親はそれだけに関心を集中しがちである。医師、心理士、ソーシャルワーカーによ

るチームによって、親の心理的側面での困難に対応する必要がある。しかしこのようなチームは現実には少ない。

(La famille du myopathe by Y. Lenoble, Réadaptation, No. 182, Juillet 1971, pp. 29-35)

(その2) 肢体不自由児の家族

経済的困難と種々の実際的社会的困難に関するソーシャルワーカーの報告である。

I 経済的困難

医療費——最近1年間に社会保障によってカバーされる医療費の枠が拡げられたためかなり改善されたが、まだ残る問題がある。たとえば一般制度に比べて非被用者特別制度による払い戻しは長期疾病でもリハビリテーションについても低率である。また一般制度では全医師の費用がカバーされるわけではないので医師によっては自己負担となる。とくに経済後進地域、給料水準の低い地域では専門医や入院施設が限られるので、地域外の医師

に依頼せざるをえないが、金庫によっては地域外の診療には払い戻しをしない。さらに作業療法や精神療法など有効な治療法であっても払い戻しを受けられない場合がある。車いすや補装具についても社会保障で払い戻しを受ける価格より高価なものを買わされることが多い。また自宅用と学校用など同一器具を2台用いる場合でも1台しか支払ってもらえない。

医療扶助制度は貴重な資源であるが問題点もある。たとえば両親や祖父母の所得下限がかなり低い、医師の選択が限られる、各県により適用がちがうなど。

教育費——教育、看護をも含めて専門的施設の費用に自己負担はなく、他の障害児に比べてよりよい条件にある。自己負担となるのは週末の帰宅費用である。公的施設、制度を利用できない場合には費用も高く設備も劣る民間施設に頼らねばならず問題が生じる。

衣服費——補装具をつけるため衣服のいたみが激しい。また注文服しか着られない子どももいる。

住宅・輸送費など——住宅が1階でなければ

ならないとか風呂その他の設備に特別の費用がかかる,あるいは病院や施設の近くに転居しなければならない。交通については,車以外では遠くに行けないため,車を買うかタクシーをつかわねばならない。

介護——学齢期に達しても在宅する子どもが多く,母親が外出できない。隣人が好意から手助けしてくれる場合でもたびかさなればお礼の金品が必要となる。介護(または母親の仕事の補助)のために人を雇うとなればさらに費用がかさむ。

休暇キャンプ——障害児キャンプへの参加は子ども自身にとっても家族(ときには休息を求めている)にとっても必要事であるが,健康児なら容易に利用できる制度(費用減免や低費用キャンプ)はいずれも障害児には適用されない。フランス障害者連盟はキャンプに力を入れているが不十分である。健康児に比べて親の負担は2~3倍となる。

両親の収入減少——子どもの学校への送迎,診察,リハビリテーション,手続きなどに時間をとられ,母親の就労はほとんどの場合不可能である。母の就労中断により家計に影響

が及ぶ。兄弟がいたり,障害児が母親の力には重すぎる場合には父の就労にも影響し収入が少なくなる。

II 社会的困難

時間——診察,リハビリテーション,各種の手続き,学校への送迎,装具の着脱や入浴食事の世話のために時間がかかる。ある夫婦は娘の送迎に毎月25時間かかっている。日常生活が自立していなければ毎日その世話に4~4.5時間を要する。このほか病院で診察を待つ数時間など。

疲労——時間の項で記したことはそのまま身体的精神的疲労の源となる。純粋に肉体的な疲労には子どもを抱きかかえて運んだり介護したりすることがある。また夜半に身体の向きをかえてやることは疲労回復を困難にさせる。この面で助けを得ることは金銭的にも,また,適当な人材を見つける点でもむずかしい。

娯楽,休息,休暇——障害が重く,しかも車を購入できない(家計上)場合家族のレジャーに影響する。両親がそろって外出すること

ができない。こうしたことが数年間続くことは家族の精神衛生などに好ましくない。ところで,多くの親は障害児のみを切り離す対策よりは,家族がそろって休暇を楽しみたいと望んでいる。

施設——地域により,また障害の種類により,適切な教育施設や専門家がない。親はこの施設不足を障害物と感じ,また自分の子どもを拒否された感じを抱く。また,リハビリテーションや各種の援助が受けられるという情報が不十分であることも親に対して同様の感情を抱かせる。

(現存の資源,改善すべき点の指摘に触れた部分を割愛した。)

Hourcaillou, La famille de l'enfant handicapé moteur, problèmes financiers et sociaux, *Réadaptation*, No. 171, Juin 1970. pp. 19-27.

(阪上裕子 国立公衆衛生院)

社会保障の25周年



(フランス)

フランスの政府刊行物「フランス社会問題時報」(Revue française des affaires sociales)は、その71年の第1号で「社会保障の25周年」と題する特集号を出した。今日のフランス社会保障がその第一歩を踏み出す時点となった1945～46年からちょうど25年が経過したわけであり、この25年を記念して特集号が出されたのである。

解放直後の45年10月4日と9日に、ド・ゴール將軍の率いるフランス共和国臨時政府は社会保障に関する2つのオルドナンス(ordonnances)を公布している。その1つは「社会保障の組織に関するオルドナンス」であり、もう1つは「社会保障の制度的骨組みに関する

オルドナンス」である。この2つのオルドナンスはいずれもいわゆるフランス社会保障のラロック・プランをもとにするものであるが、前者によって社会保障の一般的、原則的事項が定められ、また後者によってそれまで既に存在していた社会保険、家族手当、および労働災害補償などに関する諸法令が45年から46年にかけて一つの社会保障へ体系化されることになった。

それから25年が経過したわけであるが、その間のフランス社会保障の歴史はけっして単調なものではなかった。そこでこの特集号は、まず第1章「社会保障とその発展」で、この25年間のフランス社会保障の歩みを回顧

している。25年間は4期(44～51年, 51～60年, 60～66年, 66～70年)に分けられており、それぞれの時期について、初代の社会保障総務長官で今日のフランス社会保障の創設に貢献したP・ラロックや、2代目の社会保障総務長官でラロック社会保障計画の本格的な実行に当たったJ・ドゥブレなど、25年間にわたるフランス社会保障の発展に直接関係した人びとが執筆している。

第2章「社会保障とその現状」では、社会保障の一般制度をはじめ特別制度、農業の制度あるいは自営業者の疾病保険制度などについて、25年間に到達せられた現段階におけるそれぞれの実際の機能と問題点などがとりあげられ、第3章「国民生活における社会保障」で、経済的観点と保健の観点からする社会保障の分析がおこなわれ、最後に第四章「フランス社会保障の国際関係」で、ヨーロッパ共同体の社会保障問題、およびフランスが締結している2国間あるいは多国間の社会保障国際協定の問題がとりあげられている。

Le 25^e anniversaire de la sécurité sociale,
Revue française des affaires sociales,
No. 1, 1971, pp. 1-350.

(上村政彦, 健保連)

現代社会における 社会政策の展望



— ILS シンポジウム —

国際労働研究所* International Institute for Labour Studies—IILS は、1969年11月25日～28日にジュネーブで、「現代社会における社会政策の展望」という共通テーマのシンポジウムを開催した。ここでとりあげられた社会政策の内容は、公的または私的ないずれの手段を用いようと、集団的に提供される社会的保護、つまり広い意味での社会保障と考えてよい。シンポジウムの基本的な課題は、保障を求めるニーズを明確にすることと、ニーズを満しうる望ましい政策のあり方を検討することであった。

このシンポジウムに提出された報告は、次のとおりである。

(1) Jan Tinbergen : 「社会保障と包括的政

策の経済的側面」

- (2) Mancur Olson : 「社会政策の新しい問題点 : 社会指標と社会報告の原理」
- (3) Donald V. McGranahan : 「社会計画と社会保障」
- (4) Guy Perrin : 「先進国における保障のニード : 現状と将来」
- (5) Albert Dlpéréé : 「EEC の社会保障」
- (6) Guy Spitaels : 「保障の欲求とニード : ベルギーの調査」
- (7) Theodore R. Marmor : 「将来の社会政策の条件 : いくつかの政治的考察」
- (8) Gerhard Weissenberg : 「オーストリアにおける社会政策の意思決定と社会保障の発展」

紙幅の都合により、本稿では、IILS本部職員である H. Gunter のシンポジウム総括を取り上げて、紹介しよう。

I

シンポジウムでの議論は、先進工業化社会における社会政策の将来にかんする広範囲な問題に及んでいた。先進工業化社会の特徴は、経済的構造、社会的構造、および価値観が加速度的な変化を展開している、ということである。

シンポジウムで深められたある1つの見解によれば、将来の社会政策の課題は、このように激しい変動に対して、社会全体をスムーズに適応させていくことである。このような将来における社会政策の課題と、筋肉労働者を対象としていた初期の社会政策の課題とを比べると、著しく対照的な相違がみうけられる。もし、この見解が正しいとすれば、将来の社会政策の主要な機能は、社会的水準 social level の引上げと社会的流動性 social mobility の改善を指向することになるであろう。そのような段階では、所得格差の是正という伝統的な政策目標ばかりでなく、それと

ともに(むしろ、主たる側面としては)機会、教育、環境および社会的意思決定の面での不平等の改善が重要な政策目標となってくるであろう。「豊かな社会」の到来にともなって、社会政策の意義は、かつて考えられていたように、低下するどころか、むしろ、その反対に、今後ますます重要な役割をになっていくであろう。

II

シンポジウムに参加した人びとの一致した見解では、将来の社会政策は、経済政策やその他の公共政策とより密接に統合されていくであろう、と考えられている。たとえば、社会的給付は、人口、マンパワー、産業等にかんする諸政策と歩調を合わせなければならない。その場合、各政策の間における相互の調整を行なううえで、包括的な社会計画が不可欠な手段となるであろう。つまり、将来の社会計画に対しては、単なる社会的な分野の内部における相互調整機能以上のものが期待されてくるのである。

勿論、包括的な社会計画が可能になるためには、各々の分野とそれぞれの政策のパラメ

ーターの間における機能的な連鎖にかんする知識のレベルが一層高まるが必要とされる。現状では、このような横断的な分析に必要とされる手法が、十分に開発されていない。したがって、特定の政策が社会に及ぼす便益および費用を適確に判断することは、不可能なのである。たとえば、狭義の社会保障の費用はある程度明らかにされているが、社会的給付全般の費用の測定は依然として困難な状況である。社会保障の費用の負担者は、究極的にははたして誰なのか？ 所得再分配の最終的な効果は、何であるのか？ 社会サービスはニーズの高い階層・グループに対して、はたして効果的なサービスを提供しているのか？ さらに、社会政策が経済に及ぼす影響は、どのようなものであるのか？ これらの疑問に対する解答は、今日なお不満足なものばかりである。

もし、経済的尺度と社会的尺度とを相互に関係づけるような手法が開発されるならば、与えられた状況の中で、なんらの矛盾もなく目標を達成しうる指標を提供することができるであろう。

今日、すぐれた蓄積をもっている経済指標に匹敵させるために、社会指標および社会会計の研究が進められている。社会政策の目標がすべて数量化できるわけではないが、これらの研究の前進は、大きなステップとなるであろう。

III

将来の社会的ニーズを明らかにするとともに、それをいくつかのタイプに分類することは、シンポジウムの重要な課題であった。社会的ニーズの把握が、将来の社会政策の発展にとって重要であると考えられたからである。将来の社会的ニーズを考察する場合には、現在すでに現われているニーズと、将来新たに発生するであろうと思われるニーズを包括することが望ましい。

現在すでに現われており、将来も存続していくと思われるニーズのうち、その1つは、個々人の全生涯にわたる所得保障のニーズである。このニーズには、所得の分配に悪影響を及ぼすインフレに対する保護も含まれる。また、疾病、災害および身体障害に対する予防的活動も、一層強化していく必要があるで

あろう。さらに、より広い観点からみれば、完全雇用の目標は、社会政策にとって重要な意味をいぜんとしてもっているであろう。

新しく発生してくるであろうとされたニードは、人口、技術、経済、文化、心理等の多分野に及ぶ変化に結びついたものである。これらのニードは、たとえば、高齢者、青少年および婦人を取りまく社会状態の変化、都市的生活様式の急速な進展、他国からの移住民や少数民族などを含む「限界的」なグループの存在、経済発展にともなう公害の広がり、などから発生してくるものである。また、生活様式や労働のパターンの変化に適応していくためには、心理的なニードも高まってくるであろう。これに対しては、社会保障や福祉サービスの中に、きめのこまかいパーソナル・サービスの拡充が必要であろう。

IV

「社会的ニード」という概念は、欠くことのできないものである。しかしながら、シンポジウム参加者達の指摘によれば、それは十分に分析されていないのみならず、社会政策や社会計画に実際に適用できるような形で

定義されていない。さらに、今後の課題とされたことは、欲求が発生し、それが意識されたニードとして定着していく過程にかんする研究であった。この過程を明確にすることは、社会政策の「ダイナミックス」を理解するうえでどうしても必要なのである。

もう1つの非常に重要なことは、社会政策のプランニングや意思決定の主体となる行政の側が、どのようにして対象者の欲求やニードを取りあげるか、ということである。これについては、政治的要求や種々の階層の支持などの「インプット」と、それが一定の結果として現われるまでの段階的なプロセスの分析を行なってみる必要があるだろう。

シンポジウムの参加者達は、行政の側と政策が便益を与えようとしている対象者との間における隔絶によってもたらされる「疎外」の兆候に注目した。社会保障制度の展開の過程で、高齢者のフラストレーション、青少年の関心の欠如などが問題にされてきた。これは、行政の側のマクロ的な関心と対象者の側のミクロ的な欲求との間のギャップ、として説明されるであろう。また、フラストレーシ

ョンは、社会の文化的変動とそれに対応すべき社会政策との間に生ずるタイムラグから生まれる場合もあるだろう。

将来の社会政策の大きな課題の1つは、このような疎外や社会的抗議をいかにして克服していくか、ということである。そのためには、欲求やニードの調査研究、社会政策の意思決定および実行の過程に、できる限り多くの人々を参加させること、コミュニケーションおよびインフォメーションの方法の改善、などが行なわれなければならない。

シンポジウム全体を通して最も強調されたことは、(1) 将来の社会的ニードの性格、および (2) ニードが発生して政策決定が行なわれるまでのプロセス、にかんする調査研究の必要性である。

H. Gunter, Future Social Policy Requirements of Modern Societies, *International Institute for Labour Studies Bulletin*, No. 8 (1971), pp. 135-138. なお、シンポジウムでの主要報告は、同誌 No. 7 および No. 8 に分割掲載されている。

(山崎泰彦 社会保障研究所)

ISSA海外論文要約より

就労中の年金受給者への
老齢年金支給

G. Smirnova (ソ連)

本稿には、ソ連の閣議で決定された1969年12月31日付の政令第995号の適用を説明する注釈が示されており、その内容は、雇用中の年金受給者に対する年金の支払いを取扱っている。

完全老齢年金は、次のような状況で雇用される年金受給者に認められ、かつ支払われる。

- (1) 筋肉労働者、補助的な労働者、および現場の職長。見習工の学校および同様な施設の職長は上記に含まれるが、宗教団体は除かれる。
- (2) 郵便集配人、通信の交換手、郵便と新聞

の配達人、電信通信士、および Soviet pet-chat (ソ連の新聞—訳註「ソ連の印刷物」の意。

ソ連の新聞を一般的に指している)の販売人。

- (3) 食品供給業における販売員、会計係、給仕人およびその他の従業員。
- (4) 建築労働と建築物保守労働の職長。
- (5) 国営銀行、国営保険および宝くじの会計係、帳簿係および検査係。
- (6) 市民に対する基本的なサービスの筋肉労働者。
- (7) 保健センターなど、保育園と託児所、医療専門家委員会と老人ホームおよび高齢者と廃疾者のホーム、赤十字サービスに雇用

される看護婦、および保健センターなどと高齢者や廃疾者のホームに雇用される医師。

- (8) 農村の初等学校教師、および基礎的な農学校と農村の技術的な分野の大学に勤務する教員。

雇用されている次のような年金受給者は、所定の最低額を条件として、支給を認められた年金に対する50% (ウラル、シベリア、および極東では75%)の支給率によって、年金を支給される。

- (1) 大規模な通信手段の労働者 (完全年金の受給資格を有する者を除く)。
- (2) 工業的施設、建設、部品組立、分解修理、鋳業、輸送(鉄道、自動車と公共輸送、海運、および民間航空を除く)、通信、自治体の所有する産業、および市民への基本的サービスに就労する専門家と技術員。
- (3) 保健サービス、法廷医療専門家サービス、医療専門家委員会、あるいは保育園と託児所の医師。
- (4) 薬剤産業と薬品販売店の従業員。

- (5) 初等学校, 見習工養所の学校, 技能教育の高等学校と大学の教員, および保育園と学校以外の施設における教育者で, 完全年金の権利を有する者を除く。
- (6) 村の評議会(地方の行政機関)における議長, 副議長, および書記。
- (7) 鉄道の検査員と管理者。
- (8) 建設労働者を養成する学校の教師。

これらの規則は新しいものではない。事実上では, それらの規則は1964年以来実施されており, したがって, 各種の労働者を分類する幾つかの規制は, 1965年3月10日に発表された通達に, その起源を求めることができる。

選択方式の支給率と危険もしくは困難な労働環境(表の第1位)におかれた地下労働への諸条件で, 年金の受給を認められる年金受給者は, 支給額に対する50%の支給率で支払われる年金額とは無関係に, 年金を受給するが, 年金額は15ルーブル以上とされている。この規則はなんらかの外国の規定によって,

より高い年金を受給する資格をもたない者に適用される。

上述したすべての例では, 年金と所得との合計は, 最高額を月額300ルーブルとされている。もし合計額がその金額を越えるならば, その制限額となるまで年金は減額されることになっている。この場合の賃金は, 時間外勤務の報酬, 配置転換もしくは特別手当の支払い, あるいは経済的な刺激を増加するために最近採用されたノルマの超過達成に対する毎年の特殊な特別手当を含まない。

300ルーブルの最高制限額は, 総合大学方式の学校と科学研究の機関に所属する教授には適用されない。これらの人びとは, 年金と併せて, 月額350ルーブルを最高として支給される名誉職への報酬金を支払われる。

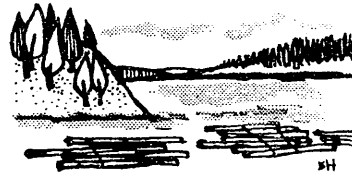
雇用されている他のすべての年金受給者は, これらの年金が月額100ルーブル以下であることを条件として, 月額15ルーブルを受給する。

すべての例では, 扶養家族に対する補足のよう、雇用されていない年金受給者に支給される補足的給付を除いて, 年金が支払われる。

雇用されている年金受給者への年金は, 雇用の場で支払われている。

Vyplata pensii po starosti rabotaiushchim pensioneram, *Sotsialnoe obespetchenie*, No. 4, 1970, pp. 58-63; No. 127, '70.

農民老齡年金の減額給付



Seppo Pietiläinen (フィンランド)

本稿には、農民の所得比例年金に採用されている老齡年金額の「半減規定」が示されている*。

農民は、たとえかれらが従来の仕事が続けていても、65歳で老齡年金の受給資格を取得する。もしかれらが自営業者として農業に従事し、かつ同様な状態で休業を続けるならば、ある特殊な規則により、かれらの年金は半額を減額されなければならない。農民が年金を受給しながら仕事を続けるならば、政府はその農民の年金に対して拠出しないので、そのように年金の半額が減額される。他方、その農民の妻は、たとえかの女が年金年齢以

後に仕事を続けていても、完全年金を受給することになっている。

本質的には、農民年金の半減にかんする規則は、農業政策のもっている特質である。その目的は、年金年齢に達したとき農民に仕事を止めさせ、かれの農業の継続を若い人に譲ることである。

年金の減額は次の場合に適用される。つまり、(1) 退職前に年金受給者が自営業で、(2) 年金年齢以後に仕事を継続する、および (3) 農場の面積が少なくとも2ヘクタール以上の場合である。

最初の条件により、もし農民が退職前に農業の自営業者でなかった場合には、半減は適用されない。たとえば、農民とその妻が双方とも農業から引退し、かつ農民が死亡した場合には、たとえ妻が農場の経営を引きついでとしても、妻の年金は半分に減額されないであろう。

第2番目の条件は、引退後に自営業の状態を継続しているということである。たとえば、農民が農業の経営をかれの息子に譲った場合には、半減は適用されない。その場合には、農民が家族を援助するために農場で働らき、かつ引退前と同様な仕事を行なったとしても、年金額の半減は行なわれない。農作業を永久に停止すれば、当然、半減は適用されない。

第3番目の条件により、農場の面積が最低2ヘクタール以上ならば、年金の半減が適用される。それは、農民が望むならば、かれが土地の一部（多くても、2ヘクタール）を保有し、年金の半減になんらの心配もなく、耕作

することができるということを意味している。

もし、農民が仕事からの引退を望まなければ、かれは年金の受給を延期することができる。もし、年金の受給が65歳以後に延期される場合には、その年金額は、延期された年の1年当りで増額される。

年金の半減は若干の不利益な点をもっている。一般に、小規模な農場は、農民がかれの仕事を譲ることのできる者に依存しながら、仕事をする子女もしくはその他の家族をもっていないので、小規模な経営の農民は、より大きな規模の農民と比較すれば、不利な立場におかれている。もし農民が仕事を続けようとするならば、他に仕事を続ける者がいないので、年金は半減されなければならない。

※ *International Social Security Review*,
No. 1, 1970 を参照。
Isännän eläkkeen puolittamisesta, *Työeläke*, No. 2, 1970, pp. 19-23; No. 136, '70.

保健サービスにおける 医師のニード



Yrjö Salörinne (フィンランド)

本稿には、フィンランドにおける保健サービスの各部門で要求される医師について、将来のニードとかれらの配置にかんする解説が述べられている。

医療サービスの費用は、急速に増大している。その増大は5年毎に約100%となっている。医師の数も増加している。現在、医師1人当りの人口は960人であるが、しかし、5年間でその数は740人となるであろう。

今日、医師の約60%は病院で、約30%は一般的な医療（つまり、私的に開業する一般的診療と自治体の一般的診療）に従事しており、また

約2%は医療を管理する行政機関に、さらに、約6%が研究と訓練に配置されている。これらを除く残りは産業界、軍隊などで働いている。最近の提案により、医師は次のように配置されるべきであるといわれている。すなわち、医師の分布は、病院に25%、一般的な医療に30%、予防的医療に10%、行政機関に5%、研究と訓練に10%、および継続的な研究活動に20%となるようにすべきである。これは完全でないかも知れないが、しかし、それは医療の各分野における医師の分布が、近い将来に実行可能と予想される訓練と変化の現在における基準と取変え得る状況に、いかに遠いものであるかを示唆している。

することができるということを意味している。

もし、農民が仕事からの引退を望まなければ、かれは年金の受給を延期することができる。もし、年金の受給が65歳以後に延期される場合には、その年金額は、延期された年の1年当りで増額される。

年金の半減は若干の不利益な点をもっている。一般に、小規模な農場は、農民がかれの仕事を譲ることのできる者に依存しながら、仕事をする子女もしくはその他の家族をもっていないので、小規模な経営の農民は、より大きな規模の農民と比較すれば、不利な立場におかれている。もし農民が仕事を続けようとするならば、他に仕事を続ける者がいないので、年金は半減されなければならない。

※ *International Social Security Review*,
No. 1, 1970 を参照。
Isännän eläkkeen puolittamisesta, *Työeläke*, No. 2, 1970, pp. 19-23; No. 136, '70.

保健サービスにおける 医師のニード



Yrjö Salörinne (フィンランド)

本稿には、フィンランドにおける保健サービスの各部門で要求される医師について、将来のニードとかれらの配置にかんする解説が述べられている。

医療サービスの費用は、急速に増大している。その増大は5年毎に約100%となっている。医師の数も増加している。現在、医師1人当りの人口は960人であるが、しかし、5年間でその数は740人となるであろう。

今日、医師の約60%は病院で、約30%は一般的な医療（つまり、私的に開業する一般的診療と自治体の一般的診療）に従事しており、また

約2%は医療を管理する行政機関に、さらに、約6%が研究と訓練に配置されている。これらを除く残りは産業界、軍隊などで働いている。最近の提案により、医師は次のように配置されるべきであるといわれている。すなわち、医師の分布は、病院に25%、一般的な医療に30%、予防的医療に10%、行政機関に5%、研究と訓練に10%、および継続的な研究活動に20%となるようにすべきである。これは完全でないかも知れないが、しかし、それは医療の各分野における医師の分布が、近い将来に実行可能と予想される訓練と変化の現在における基準と取変え得る状況に、いかに遠いものであるかを示唆している。

医師のニーズの予測で、行政当局が近代的医学のもつ可能性について、正確な情報を入力すべきであるということは重要なことである。しかし、行政当局は独自の責任をもっていない。社会は技量を利用できる有資格者をすべて必要としており、また、医学の分野では、そのニーズは実用に適した健康保護もしくは医学的研究に従事する人びとによって、最もよく推計されている。

健康保護の基準が各国の間で比較されるときには、たとえば、通常では、ある与えられた人々における医師数に多くの注意が払われる。しかし、これらの数字は話のすべてを告げていない。医療担当者の組織を計画することは、もっぱら全体のニーズの評価に頼るのを許されない。医師の数は変化する（つまり、増加する）ので、健康保護の医療担当者構成（医師、看護婦、助産婦、補助者など）も、絶えず変化している。

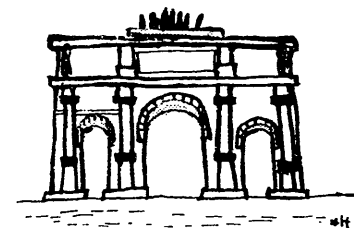
将来では、医師のニーズはすべての医療担当者について同時に行なわれる観察にもとづ

いて実施されるであろうし、また、全般的な訓練計画における考慮を含めるべきである。保健サービスでは、将来における医師訓練とかれらの配置にかんする計画にとって最も重要な仕事は、異なったサービスに従事する各グループのもつ責任の再編成である。この再編成を行なった後においてのみ、医師に対す

るニーズの合理的な推計を行なうことが可能となる。

Lääkäritarve terveydenhuollossa, *Suomen Lääkärilehti*, No. 30, 1970, pp. 2787-2792;
No. 120, '70.

社 会 保 障 費



Fritz Pirkl* (西ドイツ)

本稿には、社会保障費が上昇する原因の全般的な考察が示されており、諸給付をより一層効果的にする方法と、活動を強化すべき地域が指摘されている。

社会保障制度の一般的な目的は、人間の尊厳を維持することで構成されているが、社会

保険のもつ所定の目的は、疾病、廃疾および老齢のときにおいてさえも、ソシアル・ステイタスを維持することである。公的な社会的諸給付の中に社会保険を包括することは、完全にはうけいれられていないが、その理由は、実質的には大きな部分が政府以外の支出で構成されているからである。社会保険における

医師のニーズの予測で、行政当局が近代的医学のもつ可能性について、正確な情報を入力すべきであるということは重要なことである。しかし、行政当局は独自の責任をもっていない。社会は技量を利用できる有資格者をすべて必要としており、また、医学の分野では、そのニーズは実用に適した健康保護もしくは医学的研究に従事する人びとによって、最もよく推計されている。

健康保護の基準が各国の間で比較されるときには、たとえば、通常では、ある与えられた人々における医師数に多くの注意が払われる。しかし、これらの数字は話のすべてを告げていない。医療担当者の組織を計画することは、もっぱら全体のニーズの評価に頼るのを許されない。医師の数は変化する（つまり、増加する）ので、健康保護の医療担当者構成（医師、看護婦、助産婦、補助者など）も、絶えず変化している。

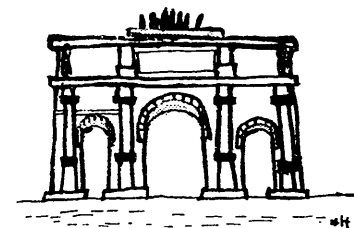
将来では、医師のニーズはすべての医療担当者について同時に行なわれる観察にもとづ

いて実施されるであろうし、また、全般的な訓練計画における考慮を含めるべきである。保健サービスでは、将来における医師訓練とかれらの配置にかんする計画にとって最も重要な仕事は、異なったサービスに従事する各グループのもつ責任の再編成である。この再編成を行なった後においてのみ、医師に対す

るニーズの合理的な推計を行なうことが可能となる。

Lääkäritarve terveydenhuollossa, *Suomen Lääkärilehti*, No. 30, 1970, pp. 2787-2792;
No. 120, '70.

社 会 保 障 費



Fritz Pirkel* (西ドイツ)

本稿には、社会保障費が上昇する原因の全般的な考察が示されており、諸給付をより一層効果的にする方法と、活動を強化すべき地域が指摘されている。

社会保障制度の一般的な目的は、人間の尊厳を維持することで構成されているが、社会

保険のもつ所定の目的は、疾病、廃疾および老齢のときにおいてさえも、ソシアル・ステイタスを維持することである。公的な社会的諸給付の中に社会保険を包括することは、完全にはうけいれられていないが、その理由は、実質的には大きな部分が政府以外の支出で構成されているからである。社会保険における

政府負担分は比較的小さく、また最近では次第に減少してきた。これは社会保険の組織に干渉する政府の努力からみれば、奇妙な対照となっている。そのような試みには、かなりの反対があり、その理由は、政府の干渉は独立した自治的な管理と共同決定の利益を喪失させてしまうであろうし、また、当然の帰結として考えられる政治権力の集中を恐れさせるからであろう。もしこれらの試みがある結論に到達することになるならば、連邦政府当局は500億ドイツ・マルク以上にのぼる統一された年金保険資金を支配し、また約250億ドイツ・マルクの価値を有する資産を処理する力をもつことになるであろう。すべての給付部門において、社会保険費は上昇を続けるであろう。しかし、基本的なしきも欠くことのできないものは、結果として示される経費が、より大きな政府当局の活動によってではなくて、本当のニードについて上昇すべきであるということである。諸施設が切実に必要とされる場合には、それらは拡張されるべきである。たとえば、対麻痺性疾患や脳疾患のようなある特殊な形の疾患の処理、および身

体障害者への住宅建設と自治体のサービスは、上述した状況の例といえる。

他方、管理・運営活動の増加による費用の増大は、異なる各部門を統合することや最適条件の調整を確保することによって行なわれるとともに、とくにコンピューターの使用による再編成の手段によって、長期間のうちには緩和することができる。これは各種の活動をより急速にしかもより合理的に行なわせることができるであろう。

長期間にわたって現われる費用の上昇を阻止する他の手段は、とくに医療の分野における予防的活動で構成されている。カバーされる不慮の事故は、避けることのできるかなり広い範囲までであるから、保健教育と社会的啓蒙に向けられた適切な努力は、潜在的な準備金を利用させるのに、本当の機会を与えることができる。たとえば、頸部もしくは胸部のガンの予防における一般的な指導と予防的検査は、すでにこの方向を進む傾向を示しているが、これらの潜在的な準備金の流用は、

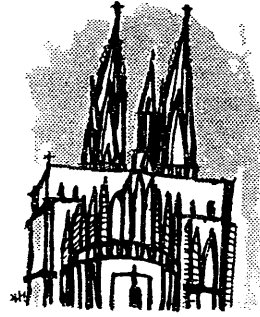
活動にとって主に使われていない資金を提供することができる。

この関係では、社会的給付に対するなんらかの制限について、何も語られていない。しかし、社会保険制度の費用の立場を語る場合においても、適用範囲と給付水準の縮小や引下げ、もしくは年金算出方式の弱体化を企図するのは、間違っているであろう。必要とされることは、治療の手段を改善し、かつ社会的連帯のよりきびしい意識の方向に、直接的な関連をもつ人びとの責任を指導してゆくことである。これらの状況が促進されるべきであれば、被保険者達に縁遠い名前も判らない中央の各機関を増やすのは、間違いであろう。

※ Minister of Social Affairs of the Province of Bavaria.

Kosten der Sozialen Sicherug, *Die Ersatzkasse*, No. 7-8, 1969, pp. 241-244; No. 99, '70.

国民健康保険



George Meany* (アメリカ)

本稿には、他の工業国と比較しながら、健康保護の分野で近年アメリカ合衆国に現われた発達分析されており、また、国民健康保険の採用に対する AFL-CIO の態度が表明されている。

労働者の健康は、労働組合運動のうちでも重要な関心事である。医療処置は医師の仕事であるが、アメリカ人の健康は国家の仕事である。この関係では、AFL-CIOの重要な興味は不必要な疾病を予防し、疾病時に労働者に——そしてすべてのアメリカ人に——最良の可能な処置を確保し、かつ医療費の水準を、だれも否定しないような妥当な水準に保つこと

である。アメリカは医療に対してGNPの約7%を支払っており、この数字は世界中のいずれの国よりも大きい。しかし、アメリカ合衆国は乳幼児死亡率のランクが6位から18位に、男子の平均余命が13位から22位に、また女子の平均余命が7位から10位に、それぞれ低下してしまった。各労働組合は、団体交渉と交渉によって得た健康・福祉制度を通じて、各組合員の健康保護ニーズを満たそうと試みてきた。しかし、組合員によりすぐれた健康サービスを提供するように資金が交渉されるのと同じテンポで、医師は料金と入院費を上げており、その結果、労働者の生活はよくなかなかたし、団体交渉の成果は医師の手に渡

ってきた。医療費は消費者物価指数の他のどの品目よりも早く上昇してきた。労働運動は病院に勤務する従業員の賃金を改善するために努力してきたが、しかし賃金は病院の経費を引上げる重要な理由ではなくて、病院の費用は、主として、病院への支払いで第三者の組織（ブルー・クロス、保険会社および政府が責任をもつメディケアー—老人健康保険の医療とメディケイド—医療扶助）によって運営される経費を加えた仕組みに、主として起因しており、したがって、病院は効率を増やしたりあるいは経費を引下げる要因を欠いている。大部分の医師は件数払い、つまり、医師が1件当りの価格と同様に、医療の件数で決定される出来高払い方式によって料金を支払われている。医師達はかれらの技量とサービスに相応したある適切な所得をうける価値をもっているが、しかし、防止することもできない医療費上昇のエスカレーションは、数百万人のアメリカ人市民にとって必要な健康保護を、かれらにうけさせないようにしている。医療の提供者による不当な利益の取得は、メディケアーとメディケイドにその最悪の影響が示され

ていた。それらの制度は、自分で医療を購入できない人びとに医療を提供することであったが、しかし、これらの制度により料金や報酬をコントロールする代わりに、それらの制度が保護するであろうと期待された不利な境遇の人びとに、負担がかかってしまった。メディケアの制度により高齢者が毎月支払わなければならない保険料は、3ドルから4ドルになってしまい、また7月（訳註 本稿の時期は1970年）には、単身者で5.30ドル、高齢な夫婦でその2倍に引上げられるであろう。反応として考えられるのは、すべてを適格者から貧困な人びとに移し、かつ、かれらはいぜんとしてカバーされているので、サービスを中途で止めることであった。メディケアとメディケイドの実施以前には、医師達は現在カバーされている人びとから全然何も受け取らないか、あるいは減額された料金を支払われていた。

これらの問題に対して、労働運動により与えられた解答は、すぐれた健康を維持し、かつ取戻すに必要なあらゆる種類の処置を含

み、しかも予防とリハビリテーションを含めて、すべてのアメリカ人に包括的な健康保護を提供する国民健康保険 National Health Insurance (NHI) である。このNHIの制度は、社会保険の原則にもとづいているが、しかし、現在 AFL-CIO が社会保障それ自身に対して主唱しているように、政府の拠出を加えて、社会保険のような財源調達が行なわれるであろう。すべてのアメリカ人が人並な健康保護の資格を取得すると信じて、貧困な人びとはなんらの拠出からも除外されるべきで、しかし他の人びとと同一のサービスに対する資格を取得するべきである。医師はなんらの干渉をうけることなく医療の実施を継続することになるであろうが、しかし、NHI制度は医療費を管理しながら、医療のもっている最高の質を促進すると期待されるであろう。これは個別的な診療において医師が用いている通常の件数払いの仕組みよりも、低い費用で高度な質をもつ医療を提供してきたというすぐれた記録をもっている前払い方式のグループ診療を、発達させるように要求することを意味している。AFL-CIOは、多数の都市における

そのような制度の促進で、アメリカ・グループ保健協会 Group Health Association of Americaに協力している。

想定されたNHIの制度はイギリスのように政府が運営する国営の制度ではないが、他の各国の経験が、AFL-CIOによって主唱された制度に影響を与えている。アメリカ合衆国に妥当する切迫した要求は、他の各国の経験により強調されており、現在それらの各国がもっている制度は、アメリカより低い費用を支払っている。NHIの制度は開業医を廃止するように計画されていない。アメリカ合衆国の医師は次の3つの選択を行なうことになるであろう。つまり、それらの選択は、NHI制度以外の分野で診療を行なうか、従来のように私的な方法による診療に従事しながら、NHIの制度で診療活動を実施するか、あるいは、NHI制度による全日制で登録されるかのいずれかで、最後の方法では、俸給、診療毎に支払われる件数払いの料金、あるいは全般的な健康保護を提供する仕組みの1人当たり料金にもとづく人頭方式の報酬のいずれかの支払方

式、もしくは医師がグループで協定を行なう他のなんらかの制度で、医療費が支払われる。各市民は個別的に私的な手段で各人の医師を訪ねるのを続けるか、あるいは当人の前払い制度に加入するかというつの選択を行なう。NHIに対する拠出は強制的で、政府、使用者および従業員が支払うであろう。この制度の総費用は、全国の賃金支払総額の7%であろうと推計されている。従業員の負担分は、団体交渉を条件として、各人の賃金のうち約1%で、使用者と政府が残り6%を分担するであろう。これは現在若干の使用者が負担しているより少なくなるであろう。まして総費用はより一層少ないであろう。病院の病床の使用は、合理的に組織することができるであろう。グループ診療制度は医師不足を解決させる一助となり、しかも大幅な技術的利益を得ることになるであろう。チーム方式の仕組みは医師を専門化させ、かつ医学的な知識の拡大に遅れずについてゆかせるであろう。NHIのもつある重要な当然の帰結は、その制度が薬剤の専門家に、一般的な処方を通じて巨額の金を節約しながら、かれらの仲間

の間に次々に現われてくる薬剤の名前について、遅れないようにさせることができるということである。要するに、現在のなんらの制度ももっていない状態は、ある全国的な制度に統合的に組み込まれるべきである。

※ AFL-CIO会長

The Case for National Health Insurance,
The American Federationist, January
1970, pp. 9-12; No. 113, '70.

(以上5編の「ISSA 海外論文要約より」は、ISA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

ライン河と社会保障 ——社会保障の国際的協力

ライン河を航行する船の乗組員には、社会保障にかんする1950年7月の協約により、流域各国が社会保障の国際的協力を行ない、国際社会保障制度が実施されてきた。

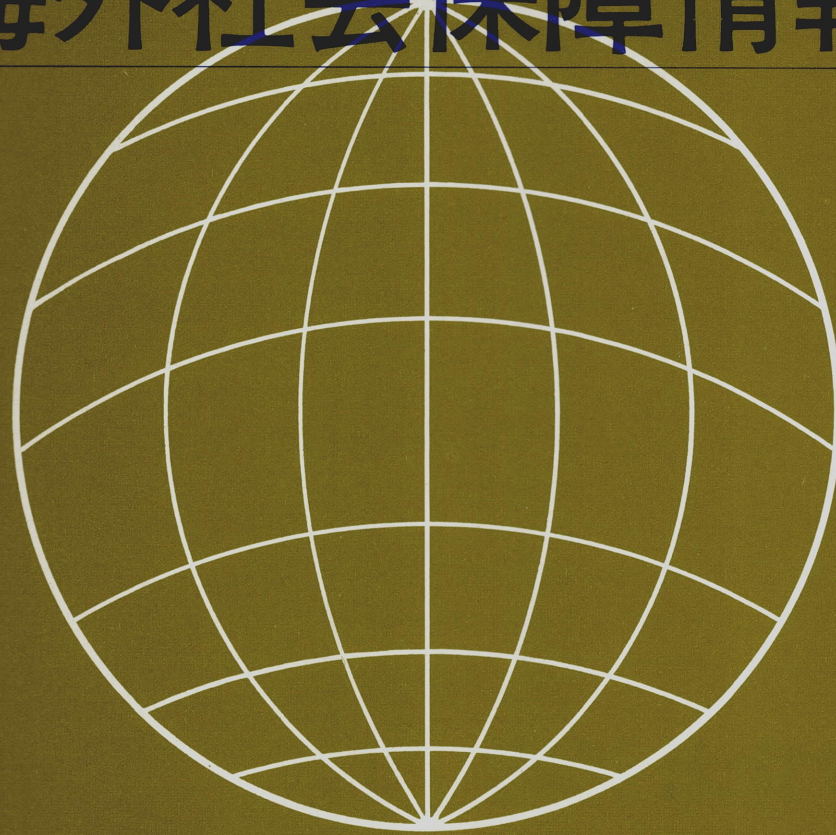
この協約による社会保障の国際的協力は、ライン河を航行する船の乗組員と扶養家族の45,000人をカバーしているが、1961年にライン河航行中央委員会の援助をうけて、ILOがジュネーブで開いた国際会議で、協約の改正が行なわれた。この改正は1970年2月1日より効力を発生し、ベルギー、フランス、西ドイツ、ルクセンブルグ、オランダ、およびスイスの各国がこの改正された協約に批准している。

なお、協約の改正は、ILOの技術的協力を得て設けられたEC理事会の規則第3号と、同一の方向を歩むために実施されたものである。要するに、社会保障の協力活動により、協約を批准した各国の船員と家族は、社会保障のいわゆる平等待遇により、協約に参加する各国で、社会保障の保護を保証されている。

(平石長久 社会保障研究所)

海外社会保障情報 No.17

JAN. 1972



社会保障研究所

式、もしくは医師がグループで協定を行なう他のなんらかの制度で、医療費が支払われる。各市民は個別的に私的な手段で各人の医師を訪ねるのを続けるか、あるいは当人の前払い制度に加入するかというつの選択を行なう。NHIに対する拠出は強制的で、政府、使用者および従業員が支払うであろう。この制度の総費用は、全国の賃金支払総額の7%であろうと推計されている。従業員の負担分は、団体交渉を条件として、各人の賃金のうち約1%で、使用者と政府が残り6%を分担するであろう。これは現在若干の使用者が負担しているより少なくなるであろう。まして総費用はより一層少ないであろう。病院の病床の使用は、合理的に組織することができるであろう。グループ診療制度は医師不足を解決させる一助となり、しかも大幅な技術的利益を得ることになるであろう。チーム方式の仕組みは医師を専門化させ、かつ医学的な知識の拡大に遅れずについてゆかせるであろう。NHIのもつある重要な当然の帰結は、その制度が薬剤の専門家に、一般的な処方を通じて巨額の金を節約しながら、かれらの仲間

の間に次々に現われてくる薬剤の名前について、遅れないようにさせることができるということである。要するに、現在のなんらの制度ももっていない状態は、ある全国的な制度に統合的に組み込まれるべきである。

※ AFL-CIO会長

The Case for National Health Insurance,
The American Federationist, January
1970, pp. 9-12; No. 113, '70.

(以上5編の「ISSA 海外論文要約より」は、ISA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

ライン河と社会保障 ——社会保障の国際的協力

ライン河を航行する船の乗組員には、社会保障にかんする1950年7月の協約により、流域各国が社会保障の国際的協力を行ない、国際社会保障制度が実施されてきた。

この協約による社会保障の国際的協力は、ライン河を航行する船の乗組員と扶養家族の45,000人をカバーしているが、1961年にライン河航行中央委員会の援助をうけて、ILOがジュネーブで開いた国際会議で、協約の改正が行なわれた。この改正は1970年2月1日より効力を発生し、ベルギー、フランス、西ドイツ、ルクセンブルグ、オランダ、およびスイスの各国がこの改正された協約に批准している。

なお、協約の改正は、ILOの技術的協力を得て設けられたEC理事会の規則第3号と、同一の方向を歩むために実施されたものである。要するに、社会保障の協力活動により、協約を批准した各国の船員と家族は、社会保障のいわゆる平等待遇により、協約に参加する各国で、社会保障の保護を保証されている。

(平石長久 社会保障研究所)

解説

イギリスの年金制度改革案

日本団体生命保険株式会社 村上 清



はじめに

さる9月14日、イギリスの保守党政府は、公的年金と職域年金を含めた年金制度の全般にわたり、根本的な改正を加える提案を、白書の形で公表した。これまでイギリスでは、年金制度については労働党と保守党とが、際だった対照的な改正の方向を打出していた。前年春の議会には、当時の労働党政府がスライド制を含む所得比例年金への一本化の法案を提出し、これがそのまま成立するものと一般には予想されていた。ところが意外にも、6月の選挙で労働党が敗退したため、労働党

の改正案はまったくのほごとなった。以来、代って政権の座についた保守党が、どのような提案を行なうかは、一般の深い関心をよんでいたが、今回の白書の公表により、その具体的な内容が明らかになった。

これまでイギリスの年金制度は、長年にわたり不安定な状態が続いてきた。第二次大戦後ベバリッジの確立した一律定額の公的年金は、「通常の生活を保障する最低必要な給付」を広く全国民に提供することを目的にしていた。しかし、年々の生計費の高騰のために、たび重なる年金額の改定を行ないながら、給付は最低生活の維持に追いつかず、高齢者の

うち3人ないし4人に1人は、公的年金を受給しながら、さらに重ねて公的扶助を受けるような状態であった。

このような貧弱な年金でありながら、しかも制度の財政は年々困難になっていった。その理由は、拠出金が一律の定額のためである。拠出金が定額の場合は、その額は貧乏な者にでも負担できる限度に止めなければならない。限られた拠出金で年々増大する給付支出をまかなうことは不可能であり、制度の財政面からの破綻は、だれの目にも明らかになった。

これを救済するために、1961年に保守党政府の下で、所得比例の公的年金が導入された。この制度では、各人の拠出額に応じた所得比例の年金が支給されるけれども、本来の目的は在来の定額年金の財政の救済であり、所得比例拠出金の一部は、定額年金の財政赤字の補填に用いられた。比例年金の導入に際しては、すでに広く普及した職域年金との調整を考えて、職域年金による適用除外を認めた。

しかしこの措置も、結局は一時の手当で、

むしろ問題を複雑にただけであった。定額年金の給付は依然として貧困であったし、その財政は依然として困難であった。適用除外を認めた比例年金については、同じ給付の層の中に公的年金と私的年金が併存したため、たがいに他に制約され、さまざまな障害を招いた。1966年以後は保守党も労働党も、根本的な改定を行なうことを選挙のつど公約してきた。

まず政権についた労働党は、1966年にその構想を公にした。内容は従来の定額と比例との2本建てを比例年金1本に改めるもので、退職時の所得の半額程度の年金の支給を目標にしていた。職域年金については、引続きその発展を助長するものとし、部分的な適用除外を認める方針が示されていた。さらに職域年金について、転職によって給付が失われることのないよう、一定の条件の下で受給権の保護を要請していた。この構想に基く法案は結局は廃案となり、これに代わって今回の保守党の改正案が提示されたのである。この提案は、関係者の意見を聞き協議を行なううえで、1975年4月実施に間にあうよう立法化

される予定である。

改正の目的

白書ではまず、政府の提案の意図が、公的年金と職域年金の目的の区別を明確にし、それぞれの果たすべき分野を確立することにある、と述べている。

現在の定額公的年金は、今後人口が高齢化し年金受給者のふえるにつれて給付支出は増大するが、これをまかなう定額の拠出金は、低所得者層の負担を過酷なものにしないかぎり、増大する給付の支払を維持することはできない。一方、職域年金(企業年金)は年々急速に普及し拡充され、勤労者の多くはこれによって老後に備える途が与えられている。このような、公的年金の費用の増大と職域年金の普及の拡大という背景の中から、明瞭な二つの方向が示される。第一は、低所得層の負担を困難にせず、公的年金の財政を健全な基礎におくことである。これは拠出金を定額でなく所得比例に改めることによって達成される。第二は、主として積立方式の職域年金によって、所得比例の年金をだれもが蓄積

し、しかもこれが職場を移っても失われることのないようにすることである。第一の公的年金は、現在の勤労者の拠出によって現在の高齢者に年金を支給することであり、その財政は賦課方式による。第二の職域年金は、現在の拠出を蓄積して将来の年金にあてることであり、その財政は積立方式の原則による。これまでイギリスでは年金制度に関し、不安定な時期があまりにも長く続きすぎた。年金制度が健全に発展するためには、将来に明らかな確信のあることが必要である。

年金制度の改正に関する政府の主要な目標はつぎの諸点である。

- (1) 公的年金と職域年金の性格と分野を明確にする。
- (2) 公的年金によって、保障の基礎となる定額年金を、拠出に対する権利として支給する。
- (3) 年金の実質価値、少なくとも購買力は維持されるような方策を講じる。
- (4) 公的年金の財源を安定した基礎におく。
- (5) 公的年金の拠出金の徴収を簡単にし、人

手を省く。

- (6) すべての被用者に、職域年金または政管の同様な制度によって、公的年金を補足する所得比例年金を設ける機会を与える。
- (7) 職場を移っても職域年金の受給権が失われることのないような措置を構ずる。
- (8) 新しい条件の下で職域年金が有効にまた円滑に運営されるために「職域年金委員会」を設ける。

改正の内容

現行の定額年金は、これを9月から単身者週6ポンドに上げる。これは公的扶助の給付水準の週約8ポンドに対して2ポンド下回る。しかし、公的年金をすべて8ポンドまで引上げるには、拠出金の負担を大幅に上げなければならず、またこれだけの年金が無条件で与えられることは、各人の将来に備える意欲を減退させる。公的年金は資産調査なしに保障の基本的な部分を支給し、それ以上は各人の貯蓄に期待すべきである。

年金の実質価値を維持するため2年ごとに検討を加え、少なくとも購買力を維持するだ

けの引上げは行なう。それ以上の引上げについては、その時の政府がその時点の経済情勢などを考慮して判断することになる。

現在の定額拠出金は、所得に対する比率でみれば不公平である。これを所得比例の拠出金に改めることは、低所得者には負担の軽減になる。改正案では拠出金率は対象となる所得（男子労働者の平均賃金の1.5倍まで）の12.5%（健康保険のための拠出1%を含む）で、事業主7.25%、本人5.25%の割合で分担する。拠出金はすべて源泉徴収されるので、現行の一部は源泉、一部は印紙の方式に比して、著しく簡素化される。自営者の拠出金は、年収千ポンド未満の者は一律定額、年収千ポンドを超える者は定額のほかに千ポンド超過部分（但し平均賃金の1.5倍限度）の5%が加えられる。国庫負担率は現行（労使の拠出総額の18%）のままとする。年金の受給資格として、勤労期間の90%の期間、拠出のあったことが要求される。

新制度への移行に伴ない、現行の所得比例の公的年金は廃止され、その時点までの加入によって取得された年金額は、据置かれて新

制度の年金に加算して支給される。この据置年金については、2年ごとの見直しによる実質価値の維持は行なわれない。

定額の公的年金を補足する所得比例年金は、原則として職域年金を通じて支給される。但し、企業の性質上独自の職域年金を設けにくい企業、例えば小規模企業や短期雇用の多い企業には、政府が管理する所得比例年金に加入することが義務づけられる。政管に加入せず独自の職域年金による場合には、次の要件に合う職域年金でなければならない。

- (1) 年金額は加入1年につき各年の年収の1%以上であること
- (2) 年金受給者の死後、本人の年金の2分の1が寡婦年金として支給されること
- (3) 既裁定年金の実質価値が、スライド制等の方法で維持されること
- (4) 制度が財政的に健全であること

さらに職域年金については、それが政管への加入を免ぜられたものであろうとなかろうと、すべて職場の移動に際して受給権を保護しなければならない。保護の方法は、勤続5

年かつ26歳以上の退職には、各職域年金内で据置か、または転職先の職域年金に移管する。加入5年未満で転職したときは、その期間に相当する掛金額を政管の年金制度に払込んで、政管から給付を受けることになる。

規定の条件を満たした職域年金に加入していない者については、政管の年金が21歳以上に強制適用となる。掛金は一律に給与(男子平均賃金の1.5倍までの部分)の4%で、本人が1.5%、事業主が2.5%を負担する。年金は男65歳、女60歳から支給され、男子受給者の死後、2分の1の金額が寡婦年金として支給される。

年金額は所定の掛金に対して、掛金拠出時の年齢に応じて定まる。例えば同じ10ポンドの掛金に対して、21歳の男子は週9ペンスの年金になるが、50歳の男子では週3.1ペンスになる。この政管比例年金には政府の補助はなく、財政的には自立したものである。年金額の計算には4%の予定利率、一定の死亡率と5%の経費率が用いられているが、運営の実績が良好であれば、予定の年金額のほかに配当による年金の増額が期待できる。この政管年金は、民間の職域年金と競争関係に立つ

意図はない。政府はまず職域年金の発展を期待し、それでもなおカバーできない部分を政管で受持つのである。

改定案の評価

保守党の改正案の基本的な考え方として、次の2点があげられる。第一は、公的年金の給付を最低保障としての一一定額に止めたことである。そして第二は、一定水準までの職域年金の採用を強制するとともに、すべての職域年金について、転職に際しての受給権の保護を要求したことである。これらの二点は、イギリスばかりでなく、広く各国において年金制度の方向づけに関して論議されてきている根本的な問題点である。

イギリスで労働党が、公的年金を所得比例の相当に手厚い水準に引上げることを提案したのに対して、保守党が一一定額の最低保障を提案したのは、次の理由による。第一は、公的年金の負担を過大にしないためである。福祉国家は重税国家といわれるように、イギリスでは社会保障に対する負担の増大への不満が国民の中にある。保守党案はこの点に関

し、とくに将来の世代にわたって負担が過大にならない点を強調している。

第二は、既存の職域年金との関係である。労働党案では、拡大される公的比例年金の一部につき適用除外を認めてはいるが、全般的にみて公的年金の拡大は職域年金の分野を縮小し、保障の形態を私的な運営から公的な運営に塗りかえる。したがって、職域年金を存続させ普及させようとする意図からは、公的年金は定額という結論になる。一般に企業年金関係者は、この意味で保守党の提案を歓迎している。

給付は定額であるが拠出金は所得比例に改められる。一律拠出が現行の公的年金の貧困の原因であることは労働党の白書にも述べられていたが、保守党の場合も公的年金の財政の建て直しのためには、もっとも必要な措置である。拠出金を所得比例にすることによって定額年金の財政が自立できるようになれば、従来この財源調達のために設けられていた所得比例の公的年金は不要になる。この比例年金はこれまでも、給付の貧困なこと、職域年金による適用除外との関係で管理上面倒

の多いことなどの理由で不評であったので、新制度では廃止されることになる。

職域年金に通算制度を要求し、しかも一定水準までの採用を法的に強制することは、職域年金(企業年金)とは設立も給付内容も当事者が任意に定めうるものという従来の感覚からすれば、きわめて画期的な措置である。しかし、労働党案のように公的年金だけで一応の老後収入の保障される場合と違って、保守党案では職域年金による補足があってはじめて妥当な老後保障が確保される構想であるから、職域年金についてもこれまでの任意な制度とは違った公的な性格の賦与が要請される。かつてスウェーデンでは年金制度の拡充に関し、保守党はこのような構想を提案していたし、またこれを参考として隣国のフィンランドでは、1962年から所得比例の企業年金の採用をすべての企業に強制している。

またアメリカでも数年前から、従来はすべて労使間の任意であった企業年金の受給資格に関し、一定の条件の下に通算を強制する立法への動きが進んでいる。このような規制はすでにいくつかの欧州大陸の国では以前から

施行されており、この点についてもっとも任意な性格の強い西ドイツでさえも、近年は論議の対象になっている。したがって、イギリス保守党の職域年金に関する提案は、いわば各国に共通な時代の流れに副うものであり、公的年金を一律定額に止めるために、公的年金の拡張に代え職域年金への公的性格の要請をとくに強めたものである。

但し、世代間の扶養の仕組みである公的年金とは異なり、個別職域単位で積立方式の原則に立つ職域年金には、公的年金とは異なった運営上の制約がある。転職のつど積立金の保全、移管を行なう通算制度には、実務上相当な繁雑さが伴なうであろう。さらに困難な点は、完全積立方式の下における実質価値の維持である。改正案では、既裁定年金の購買力維持については方策が掲げられてはいるが、裁定までの期間の価値維持については何も述べられていないのは気掛りである。政管の比例年金も、いわば給与の一定率の貯蓄であり、退職後どれだけの保障になるか不確かである。かりに1975年まで保守党の政権が続き、この案通りの改定が行なわれたとして、

これが最終的な年金制度の姿として定着するかどうかにはまだ若干の検討の余地があるようである。

資料

Strategy for Pensions, The Future Development of State and Occupational Provisions, September 1971, H. M. S. O., London.

Implications for Occupational Schemes of the Proposals in the Government's White Paper "Strategy for Pensions", October, 1971, H. M. S. O., London.

海外だより

ヨーロッパかけある記

横浜市立大学教授 小山路男



このたび機会にめぐまれて、かねてから行ってみたいと思っていたヨーロッパに出かけることができた。生れて初めての外国旅行、しかも1人ぼっちというのだから、心細いことおびたしい。おまけにできるだけ何でもみてやろうというわけで、日程もまわる土地も欲張ったものだから、目のまわる忙しさであった。すっかり疲れ果てて、ロンドンからBOACに乗ったときは、正直行ってホッとした。そのくせ、まだ疲れも取れないうちから、また来年も行きたいと考えているのだから、ヨーロッパとは不思議な魅力をもつところだと思う。

まわった都市の名を順にあげると、ストックホルム、コペンハーゲン、ベルリン、ボン、フランクフルト、ローマ、ジュネーブ、パリ、ロンドンの9市7か国である。35日間で1か所平均4日というのだから、ほんの少しばかり各国をのぞいてみた程度のことにはすぎない。しかも、4日のうち1日は移動でつぶれ、1日はアポイントメントのことで大使館と連絡し、1日は官庁その他を訪ねるというわけで、観光どころのさわぎではなかった。とくに辛かったのは移動で、43kgのやせ男が20kgの荷物にふりまわされた。それも航空便が正確に出てくれればよいのだが、フラ

ンクフルト、ローマ間のごときは、9時出発のルフト・ハンザが霧のため欠航になって、アリタリアに乗り換えたのが午後2時をすぎるありさまだった。あのとときの心細さは、忘れられない。このようなわけで、調査と観光は絶対に両立しないと身にしみてわかった。

つぎの問題は言葉である。ホテルやレストランでは英語が通じるが、ローマやパリの市中はほとんどダメである。この点、北欧は楽で、英語とドイツ語で何とかやれた。西ドイツは私のブロークンなドイツ語でも専門家とは充分話が通じたし、わからなければノートに書いてみせるという手をつかった。とくにベルリンの一般疾病金庫(AOK)や、フランクフルトにあるヘッセンの連合基金ではそうであった。ボンのときは、ツイペレルさんという年金の専門家と1時間半ほど話あったほかは、幸いにも日独技術交換で来ておられたご一行と一緒にすることができた。社会保険庁の坂井船保課長や労働省の佐藤失保課長には、大変お世話になった。このときは通訳もついていたので、まったく楽であった。

言葉で一番困ったのは、レストランのメニ

ューである。トリ肉とピースの料理と書いてあったから頼んでみると、あまく煮込んだピースがゴツテリ出されてトリ肉はわずかししか入っていない。何とか食べてはみたものの、ムネヤケがして困った。とくにパリではメニューが全部手書きで読みにくい。その上に私のフランス語というのはひどいもので、肉か魚の区別がやっとである。値だんと相談して注文したら、大きな肉片が二きれと野菜とが煮てある。ポリウムがありすぎて、すっかり参った。しかもデザートはチーズとパンというのだから、少食の私にはとてもつきあえない。向うの連中は平均体重80kg、私はその約半分なのだから無理はない。しかも連中は仲間とシャベリながら1時間以上も楽しんでいるが、1人旅のわびしきは話し相手がいない。そこへ予想もしなかった大量の料理が出されるのだから、ガンバレと気あいをかけて、ワインをチビチビやりながら悪戦苦闘することになる。まったくもって、これではヨーロッパ珍道中であった。

飲食物の失敗談を始めるとキリがないが、恐らくは誰でも最初は同じだろうと思う。そ

れにしても、旅行期間中に和食を食べたいと思ったことは1度もなかった。その土地のものがもっともうまいし、値段も安い。ただたどしくともその土地の言葉を使い、その土地のものを食うことである。1人旅の気安さは失敗を苦しなくともよいし、また誰の迷惑にもならない。やかましい電話もかからなければ、原稿の促催とか会合の心配もない。自分の責任で行動することとは、こんなにも自由をあたえるものか。自由と責任という言葉の重さと、自由の貴重さを痛感したのが最大の収穫であった。

帰って来ると、どこかの国がよかったか、とよくたずねられる。だが、こういう質問にはどう答えてよいのか、わからない。たとえばストックホルムに4泊しても、スウェーデンが理解できるはずはない。西ドイツは比較的長かったのだが、これとても同様である。ちょっとした自分の体験から全体の印象を語るの、まったくもって危険である。とくに社会保険の運営や実態については、その国に相当長期間滞在してみないと判断はできなからう。そういう危険をあえて犯して、私の感想

を書いてみよう。

北欧の福祉国家では税金がひどく高いが、あのような国家像を日本にあてはめようとしても無理だと思った。人口が少なく、国民所得が高い上に平均化している。小さなコミュニティが集まって国家を形成しているのだから、市民が相互扶助とか社会連帯でお互いの生活を保障しあう基盤ができています。あの国の人びとにとっては、福祉国家は現実そのものである。日本の福祉国家論はどれも観念論に走りすぎて、現実の基盤をややもすれば軽くみているのではないかと思う。それにしても、アルコール中毒と麻薬がいまやあの国々でのなやみの種となっている。この問題は個人の自覚をまつ以外に方法はない、とぶ然とした顔をして説明してくれた人の顔を思い出す。福祉国家になったら、問題が片づくのではない。むしろ国家と個人、自由と規律の問題をより一層深刻に考えなければならないだろう。

西ドイツは変な国である。社会保険制度そのものはきわめてすぐれてはいるものの、各ラントはそれぞれ相対的に独立性をもってい

るらしい。だから、ベルリンでは、ヘッセンではという話はできるが、西ドイツ全体の運営状況はこうだったというのは危険である。連邦共和国という言葉の意味は、あの根強い地方分権思想を抜きにしては理解できまい。さらにまた、各疾病金庫が自己管理を強調している姿勢は、日本の小集団方式論よりもはるかに根強い伝統と実績を踏まえているからなのだろう。色々な意味で、西ドイツは非常に興味深かった。

ローマとパリで痛感したのは、わが国の海外社会保障研究の水準の高さである。妙なことを書くようだが、事実なのだから仕方がない。抜本改正の答申の取りまとめのため、私は充分な予備的研究をして出発する時間がなかった。そのため、社会保障年鑑その他の文献を読みながら各地をまわったのであるが、ローマでもパリでも私のにわか勉強の質間に驚いていた。それだけよく知っているのなら、何も聞きに来なくともよいではないか。事実、そう言われたものである。そこで先方の係の人も、もう一步突込んだ話をしてくれた。それは文献上の知識を深めると同時に、

あの国の連中がいまもっともなやんでいること、自営業者への適用拡大とか医療費の増大について素直な意見を聞くことができた。なお、専門用語だけは原語をリスト・アップしておいて、通訳の人の手を借りなかったことが、時間と労力の大きな節約になった。

そうして最後にロンドンである。4泊して3日間はアポイントメントに従って見学したり面会したりしたので、大英博物館とロンドン塔をみた程度に終わったが、収穫は一番大きかった。大使館の平賀書記官とLSEに留学している厚生省の堀さんのお世話になったのだが、随分とご迷惑をかけた。私はイギリスはやや専門的に研究したこともあるので、とくに興味深かったのであるが、やはり机上の研究ではダメだなと痛感した。たとえば、大ロンドン市の中にウェストミンスター市がある。そうして、地域福祉の主体は後者なのである。地方自治の伝統がとくに強固であることは知ってはいたが、実際の見聞はそれ以上であった。それに救貧法史や労働運動史に出てくる地名が、市内のいたるところにあって私をよろこばせてくれた。百聞は一見にしか

ず、である。そうして、私の感想は伝統と基盤のあるところは、それなりに立派だということであった。ヘルス・サービスが完全とはいえないまでも、イギリスは悠々としかも着実に自己の道を歩いている。当面する諸問題もさることながら、あの落ち着きはらった自信の強さは感心してしまった。

旅行中、私の身体には次第に疲労が累積されて行った。フランクフルトでは歯が痛み、用意した薬でやっと治った。だが、ローマではまた疲れて、クタクタになってジュネーブに着いた。あの時、空港に厚生省の渡辺さんとILOの樋口さんのお2人が迎えに来てくれていて、地獄で仏にあったような気がした。ご両氏のご厚意でILOやWHOを見学したり、うまいごちそうにありついたり、本当に有難かった。ジュネーブで元気を回復したからこそ、寒いパリでもロンドンでも、何とか仕事ができたと思う。それにしても、厚生省関係のアタッシェがもう少し各地にいてくれたら、と思う。少くとも北欧1カ所とパリあたりにいてくれたら、どんなに楽だったろう。妙なもので、身内意識がつい働くもの

らしい。

35日間、ヨーロッパをかけ歩いて、さぞへばったろうと帰国後体重を測ったら2kgふえていた。まったくうれしい驚きである。苦しかったが楽しかった。出かけた以上、専門の研究者として恥かしいような仕事はできない。今度は観光ではなく調査なのだ、と何度も自分に言い聞かせながら、見知らぬ街をうろつきまわった。それもまだ1月もたっていない。まるで夢のようである。

社会保障こぼれ話

所得比例方式の給付

今日、多くの国々で、社会保障の必要なことについて、疑問を抱く者はほとんどいないであろう。しかし、社会保障がある最低水準だけをカバーすべきか、または、各個人の特定なニーズをカバーする必要がある、またそれを望ましとし、しかもそれを可能とすべきかどうかについて、議論は2つに分れている。

前者は最低保障原則で、後者は補償原則で、前者の社会的給付では、社会構成員の保護が社会の義務であるとして、ある想定されたニーズに対する給付だけが支給され、後者では、社会的給付を労働期間中における労働への報酬であるとして、人びとの果した労働に対する給付が支給される。これら2つの立場による社会的給付のうち、一般に、前者は社会保障の給付を最低水準の保障に限定して、ニーズのテストを経て給付を支給し、後者は給付の評価がより広い保障のニーズをもカバーしており、ニーズのテストを不必要としている。もとより、最低水準の保証に反対する者はいないが、過去の環境に応じて最低水準を満足させるべきだ、という考え方に反対する者もほとんどいない。

いわゆる社会保障は最低水準を超える保障を意図しており、またそのような機能を託されて

いる。この機能をもつ社会保障は、各人の一生の間における所得を移転する所得補償、社会の各構成員間で事故に応じて所得を移転する事故補償、および社会構成員の間で社会的公正により所得を移転する所得再分配の3つの役割が、色いろに組合されている。

これらの役割には、単なる最低水準だけよりもより高く、かつより広くカバーする所得比例方式の給付が、より効果的であるとされている。元来生計は資産と労働能力に依存しており、大部分の人びとは後者の報酬で生計を支えている。そのような状況では、所得に比例しない、社会的給付は、その機能の一部分を達成するにすぎない。また、本来、賃金は肉体的な生存だけでなく、社会的な生活をも保証しなければならないが、社会保障も同様で、給付は、喪失した賃金を代替すべきで、しかも、給付は少なくとも賃金に比例させるべきである。なお、各種の事情から、賃金はそれぞれ異なっており、社会的な公正と公平の維持には、給付にも異なる賃金がある程度反映させることになる。さらに、社会保障制度は世帯単位で考えられており、所得に比例させなければ、社会保障は世帯の生計保障を達成する機能が十分に発揮できない。これらの事情から、社会保障の給付に所得比例方式を強調する意見がみうけられる。

(平石長久 社会保障研究所)