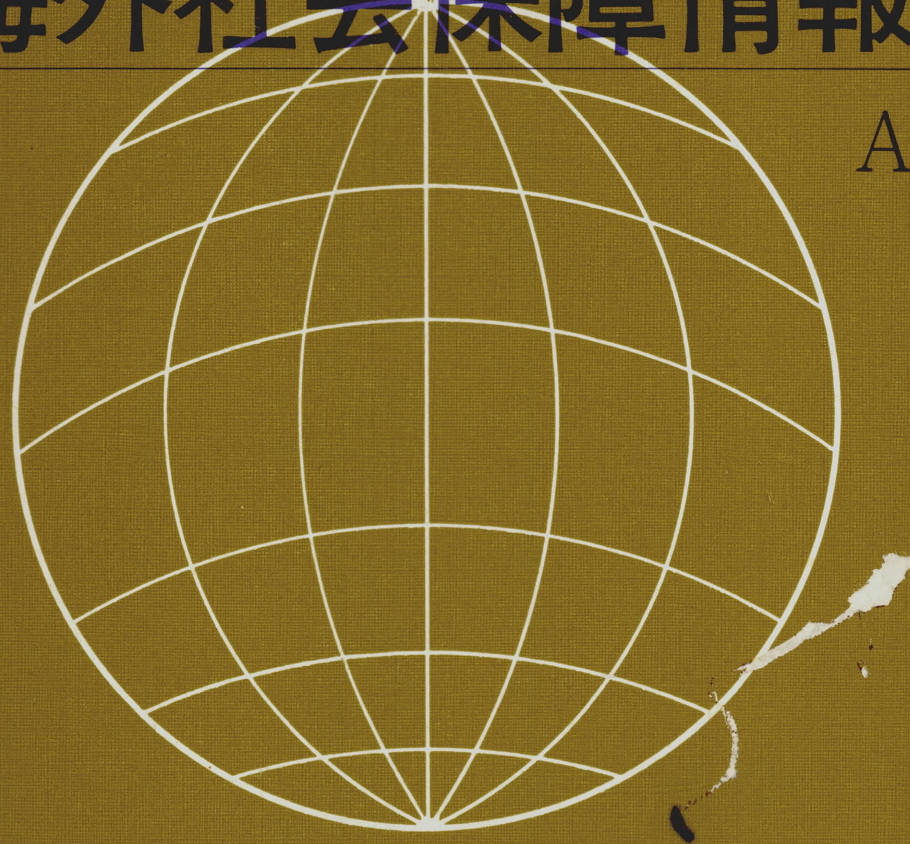


# 海外社会保障情報 No. 18

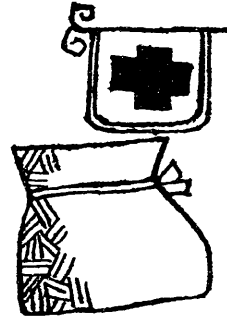
APR. 1972



社会保障研究所

## 各国のトピックス

# 西ドイツの年金改革計画



(西ドイツ)

10月中旬から連邦議会は年金保険の改革をめぐって論戦が行なわれている。政府は労相の可動的老齢限度案を提案しているのに対し、野党のキリスト教民主・社会同盟は全面的な年金増加額を提出しているのである。

1957年の年金改革に当って将来の賃金の上昇を予測し、それに対応する保険拠出率も算定して計画されていたのであるが、最近の賃金の上昇は当時の予測をはるかに上廻っており、これに応じて保険収入も増えているので、必然的に保険財政も好転してきた。

しかも連邦議会は、前の政府の時に既に、年金受給者の急増（年金の山）の時期を見越

して、拠出率の増加を決めており、現在17%となっているのを、1973年から18%とすることとしているため、年金財政では、今までと逆に、この収入増による剰余の処置をどうするかということが問題となっているのである。

簡単に言うと、政府案はこの余った金を被保険者に優先的にまわそうとしているのに対して、野党案は現在既に年金を受けている人人を優先させようとするのである。現在被保険者は2,200万人、年金受給者は1,000万人であるが、果してこの両者を対立させねばならぬものであろうか。

× × × × ×

前労相 Hans Katzer（キリスト教民主同盟）は11月3日ボンで記者団に対し、政府の第2次年金改正を批判し、同盟の推定する剰余金の額だと、年金水準を全面的に上昇することが可能である、と述べた。

Katzer は、政府は可動的老齢限度を主張しつつ、年金生活者の現状を顧慮していない、と非難する。年金水準を全面的に上げない限り、どのような改革案も失敗するといっているのである。来年度の高額の年金改正案にしても、年金と賃金の較差を埋めるに至らない。現在年金水準は40年の被保険者期間をもつ平均勤労者の場合、賃金の41%である。今後予想される賃金の上昇を考えると、よくても精々44.1%にしか達しないはずである。

政府の第2次年金改正に対する批判として、Katzerは次の諸点を提案している。

<小額年金> 35年という被保険者期間は長すぎ、とりわけ婦人の場合大多数はこの期限に達しない。

<年金保険の拡張> 自営業者は不利に扱われている。1956年までの分を後払いする拠

出額は野党案に比して著しく不利である。主婦や老齢自営者の場合これではほとんど期待がもてない。政府は一体こんな拠出をだれが払えると考えているのか。

〈ベイビー・イヤー〉 被保険者でない婦人の800万人と、既に年金を受けている被保険者の婦人の250万人とは、子ども1人当たり1年の付加被保険期間の算定を除外されている。

〈可動老齢限度〉 政府案は不満足である。野党による学識経験者の意見聴取によると、老齢者の生活状況は非常に多様であり、政府案がこのまま提出されるなら、野党は独自の可動老齢限度法案を提出する用意がある。

*Die Welt*, 22, Oktober: 4, November.

政府と野党はそれぞれの年金計画の展望を提示しているが、年金受給権の根本的改正により生ずる増加支出は一応別にして、可動的老齢限定制導入の政府案と年金水準の全面的上昇をとなえる野党案とで、著るしい対照がみられる。

政府案は、63歳で退職金受給の資格の生ずる人の8割はこの権利を行使するものと推定してかかっており、1973年にはこれは約25万人にのぼる。一方野党案は、1973年1月1日に9.5%の年金調整を行なうのを1972年7月1日にくりあげることとし、これで約1000万人の年金受給者が恩恵をうけるとみる。

野党キリスト教民主・社会同盟の委嘱した保険数学専門家の意見だと、年金水準上昇案の他に3つの方法があって、これらは次の議会で審議の的になると思われる。この4つの方法の内容は次の通りである。

a) すべての年金受給者は1972年から年1回半月分の年金の特別支払いを受ける。これだと4.17%の年金上昇になる。

b) 第15次年金調整は1972年7月1日とする(キリスト教民主・社会同盟案)。これで新年金と既存年金の問題は半年縮まる。専門家は1973年1月1日の調整率を9.27%とみている。

c) 第15次年金調整は1月早めて1972年12月1日とし、その後11回の調整はそれぞれ1カ月早めると、1983年までに較差は消滅

する。

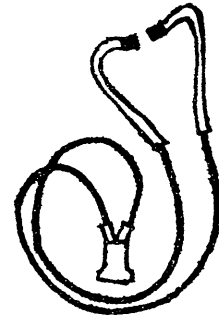
d) 第15次年金調整は3カ月早め1972年10月1日とする。その後の調整はそれぞれ1カ月早めると、新年金と既存年金の時間的差は1981年までになくなる。

このようにしてゆくと1985年迄で、a案では465億マルク、b, c, d案では335億、459億、541億マルクの費用を要することとなるのに対し、政府案では、665億マルクに達する。これは今後の賃金上昇その他経済状況の見通しに関連してくるが、議会の重要な問題となるものと思われる。

*Die Welt*, 6 November, 1971.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 病院財政法案審議さる



(西ドイツ)

患者を1人部屋とか2人部屋に収容することは患者と個々の医師間の治療契約と基本的には結びつけてはならない。

このような原則が、病院財政法 (Krankenhaus-Finanzierungsgesetz) の最終草案にふくまれており、この法律は2月初め本会議で可決のはずである。

野党は、病院の主任医のプライベートな会計権による患者の収容を認めるよう主張したが、与党はこれを拒否し、これに代えて議会は財政法と関連して公布される新入院料規定を決定するよう、政府に勧告することとした。

与党が専門委員会で主張したところでは、新財政法は病院の財政状態を根本的に改善す

ることになる。この法律はまた、個々の病院利用者が病院の治療について包括的に注文し、自分の希望に応じた入院ができるような条件、をつくっている。

委員会の審議に当っては、国民を医学的、経済的に合理的な保護を与える根拠を病院が与える必要を確保し、このため政府は、経済的に独立し学問的にすぐれた病院がどのようにすればできるかを検討しなければならない。

病院は、1月1日の草案によると、その資本を連邦から援助される。国の補助をうけ、また入院患者の納める入院料から解放されれば、病院の自立を大いに促進することであろう。

*Die Welt*, 29 Januar, 1972.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 新会期迎えた

### 公的福祉制度改革の展望

(アメリカ)



昨年の政府提出法案である公的福祉制度改革法案(HR I)は、6月に下院審議を通過し、

その後上院財政委員会に付託されたが、まともや審議未了のまま会期切れをむかえてしま

ったのであった。

1969年8月にニクソン大統領が公的福祉制度の全面改正を提案して以来、しかもあらゆる関係筋から早期改正の実現を要望されているにもかかわらず、実に満3年にもなろうとする現在、いまだに改正は実現していない。この間、Russell B. Long 上院財政委員長は、昨年、一昨年と2度も下院通過法案を廃案にしている。この慎重な上院の態度はそのまま、この法案のもつ意義の重大さを物語るものであろう。

さて新会期をむかえて、連邦議会における長い改正への努力は、そのクライマックスに達しつつある。すべての兆候は、まもなく連邦議会が、公的福祉給付のより寛大な額の引上げという改正を行なうか、または貧困者に対する政府の所得保証という方向へ態度を強めるかに関する基本的な決定を行なうだろうことを示している。

### 絶望的な現状

現在、公的福祉制度改革の最大の圧力となっているものに次の二つの事実があげられ

る。

1. 州および地方政府は、容赦なく上昇する公的福祉費の重圧による財政機能麻痺を防ぐため絶望的闘いを続行している。
2. もっとも最近の報告書は、公的福祉制度の受給者数が1,400万人以上であることを示している。これは10年前と比較して倍増となっており、公的扶助の支出分についても10年間で4倍となっている。

若干の地域では、これらの統計が示しているよりも悪い状態であり、メリーランド州では、1960年以降公的福祉費は7倍にもなっている。ペンシルバニア州では、公的扶助の給付費は、1960年以降600%に上昇した。ニューヨーク市では、公的福祉の受給人数が昨年10月には1年前よりも88,000人も増加しており、専門家達は、1973年6月までには全部で130万人（市民6人につき1人の割合）に達するであろうと予想している。ロサンゼルス市の受給者数の100万人は、サン・フランシスコ市の全人口よりも多い。

多くの地域で、公的福祉費の上昇は税収の上昇を上廻っている。

納税者の高税に対する反感を考慮して、若干の州および地方政府は、公的福祉の給付額を勝手に削減したり、あるいは受給者名簿を整理したりすることによって、財政危機をのり切ろうとしている。最近の数か月で、少なくとも10州は公的福祉費の大幅削減を実施し、他の9州は受給資格要件のしめつけを行なった。カンサス州は、公的福祉の給付額の20%を削減し、アラバマ州では、受給者名簿から33,000人を整理した。昨年の春までにカリフォルニア州では、公的福祉の受給者は月約4万人の割合で増加した。しかし州当局は、受給資格要件のしめつけ、受給申請についての綿密な調査、および家族を遺棄した父親の捜査などの処置を強化してきた。その結果、昨年12月までの9か月間でカリフォルニア州は、約17万6,000人を受給者名簿から除き、連邦、州および地方財政から約1億2,000万ドルを救済した。

しかしながら裁判所の諸判決は、上昇する公的扶助費を減少させるための努力を坐折せしめている（本誌16号参照のこと）。

1969年に連邦最高裁は、公的扶助の受給資

格要件として一定の居留期間を要求することを諸州に禁じた。このためニューヨーク州およびコネチカット州は、その後、緊急費を適用することで問題を回避できる新しい州法を制定した。しかし再び連邦最高裁は、一定の居留期間を受給資格要件から削除することを1月24日に満場一致で判決した。この判決の影響などで今後の公的福祉費の上昇はどれ程になるか見当もつかない有様である。

州によっては、連邦規則が奨励している唯一つの受給資格要件である就労要件を適用することで費用を節減しているところもある。ミシガン州 Midland 郡は、昨年、時間給1.65ドルで週2～3日就労することによって健康な男子は公的福祉の給付をうけることができるが、そうでなければ給付を失うという試みを2か月間行なった。その結果、約6,000ドルを節減でき、受給者名簿を80%整理できたために必要な多くの公的プロジェクトの遂行が可能となったのであった。

1972年1月25日の上院財政委員会におけるイリノイ州の Richard B. Ogilvie 知事の証言の抜粋から同州の苦しい努力をうかがい知る

ことができる。

「昨年10月、公的福祉の現行予算10億5,300万ドルを決定したことで、イリノイ州の現行プログラムの財政に1億8,000万ドルの不足をもたらすことになるだろう。

州における最初の所得税を1969年に立法化した。そして課税第1年度で約10億ドルを取立て、州一般歳入を約50%増加せしめた。そのほか州税における引上げも、逆進課税の売り上げ税を除いて、同年立法化した。しかし満3年後の現在、再び財政危機となっている。理由は全く簡単であり、次の事実の引用で証明されよう。1972会計年度の州歳入の増加分の84%が公的福祉予算にあてられているが、それでもなお現在不足である。1971年に約20万3,000人が新規に公的福祉の受給者名簿に加えられた。また給付月額が全部で6,800万ドルから9,100万ドルに上昇した。」

#### 連邦議会における動き

連邦会議における公的福祉制度改革への努力は、昨年については法案HR I を支持し推進することであった。これは1970年に下院を通過したが上院で審議未了となった政府案を

若干修正したものであった。現在法案は、3月に本会議提案が予想されている上院財政委員会の審議に付されている。

法案の主な改正要点は次の通りである。

1. 公的福祉制度を就労奨励プログラムに改革し、それを完全に連邦政府の所管事項とし、中央集権化すること。したがって州によるそれぞれの扶助基準は廃止される。
2. 働らく貧困者に所得を補充すること。もはや就労によって公的扶助の受給資格が妨害されることはない。
3. 公的福祉の受給者は、就労または職業訓練参加の登録を要求される。支給される給付額は所得の増大にともない低減される。
4. 就労の如何をとわずすべての者が、貧困基準より上に所得を維持するための保証所得をうける対象になりうる。その額は例えば4人家族で年2,400ドルである。

法案に関する反対の主な論拠は、これを実施することで翌会計年度には公的福祉費が40%上昇し、受給者数は倍増するだろうということである。他の反対意見は、政府案では十

分な所得を保証しえないこと、および就労要請があまりにも厳しいというものである。

Abraham Ribicoff 上院議員（コネチカット州選出・民主党）は、ニクソン案よりも高額な保証所得計画を支持していたが、保証所得プログラムを国内全域に適用するに先立って試験的に実施することを主張している。

ロング上院財政委員長は、下院通過案に冷淡な態度を示している。彼はとくに、家族を遺棄して失踪した父親および私生児の問題に関する法案の欠陥に批判的であった。彼は、要扶養児童のいる家庭への扶助（AFDC）をうけている世帯の44%が私生児を対象としたものであるという政府調査を指摘し「思うに、家族の遺棄および私生児の問題の解決には、まず公的福祉制度の抜本改革が必要であり、今日みられるこの馬鹿気た状態を1日も早く停止させねばならない」と語った。これに対して受給者側のスポークスマンは、さる2月2日の上院財政委員会の公聴会において「われわれには、委員会がAFDCの対象児童はすべて私生児だといっているように聞こえる」と非難した。

カリフォルニア州のリーガン知事は、2月1日の上院財政委員会で、法案HR Iの通過は「行財政的破壊」をもたらすものであるとして反対した。さらに「個人の創造性の上に基礎をおかない政府の保証所得構想は、アメリカ国民の自己と自尊心の喪失を条件とした福祉構想である」と付言した。

超党派の市民院外団である Common Cause の Jack T. Conway 委員長は、法案はあまりにも就労要請がきびしく、所得水準の基準があまりにも低く設定されていると証言した。

婦人有権者同盟の Lucy W. Benson 委員長は、就労要請を設けることで公的福祉制度の諸問題を一挙に解決するだろうという誤解があまりにも大きいと語った。この裏付けとして彼女は、公的扶助受給者のわずか1%のみが、実際に就労可能なもので就労していないものであるという政府調査を引用している。

全米受給者権利団体のスポークスマンは、法案を「後退の悲しい一歩」とか「まやかし」の法案とか呼んでいる。

公的扶助を拡充するか、それとも厳しく制限するかについての上院本会議での最終決定

は、財政委員会の到達する結論によって左右されよう。

実務家達は、連邦議会が早急に改正法案を承認することを要求しているが、内容としては、財政の現状にかんがみ、政府原案の大部分を削除あるいは規模を縮小することを望んでいる。

ある有力上院議員は「いまだ道程は遠いけれども、今年こそわれわれはある種の改正にこぎつけられよう」と述べている。

*The Christian Science Monitor, U. S. News & World Report.*

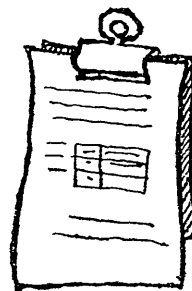
（藤田貴恵子 国立国会図書館）

## ニュース断片

# アメリカにおける

## 自由診療所の全国調査

(1967~1969)



新しい形の保健医療施設として、無料の篤志による診療所が、現われて来た。これらの施設の多くは、僅かの財政的支援のもとで、保健医療専門家及び地域の人々の篤志活動によっている。現在135の診療所があり、全米及びカナダにあまねく普及し、特にカリフォルニアに約42(1970年末)と最も多い。

### 調査目的と方法

カナダおよび全米の全自由診療所95(1969年末)を対象とし、設立主旨と目的、開設方法と時期、活動対策と内容などについて、質問紙郵送と電話又は訪問の調査を行なった。

### 自由診療所(Free Clinics)の定義と形式

無料の診療活動は慈善団体、公的機関を通じて行なわれ、最近ではOEO(経済機会局)の近隣保健センター、PHSの総合保健センターなどがあるが、ここでは自由診療所として次の7つの規準を置いた。(1)直接に医療、心理、麻薬指導を実施し、(2)関連した専門家が存在し、(3)お役所的な審査無く、誰にでも門口を開放し、(4)一般に無料、特殊なサービスでも50セントか1ドル又は寄附金のみで、(5)少なくとも職員に篤志家の専門家が何人かいて、(6)サービス時間を定め、(7)施設を有するとし、収容施設や簡単な相談施設及び診療所に関連する大学、病院、衛生部さらに疾病や対象者を初めから限っているものも除いた。形式としては、近隣型、街

路型、青年型、その他とした。近隣型の多くは、保健医療施設が無く、少数民族地区などにあり、住民団体又は政治的な団体の設立又は後援によっている。街路型は麻薬等薬剤服用、性病、妊娠等の問題で心理学者が参加しているのが多く、また、運営委員会等の組織が明らかでなく、職員によって方針が決定されている。利用者は19~24歳の年齢層が多い。青年型は、公私の団体によって組織され、主婦、その他の民間人を含めた運営委員会が置かれているものが多く、利用者は16~18歳が多い。59施設のうち1967年5、68年24、69年30開設され、9施設は現在活動をしていない。

### 診療所サービス時間

医師、設備により違いが多く、一部では患者が多過ぎたり、定められた時間でのサービスが違った医師によるという施設も見られる。

医師による医療は、急性症は全施設、救急、性病は多くの施設で、街路型及び青年型は救急、性病が多く、近隣型は母子保健、健



康診断が多い。

その他の医療は、処方箋に限るものから、薬剤を十分に用意しているものまでいろいろある。近隣型では総べてで予防接種を、多くで家族計画を実施している。臨床検査は、45施設に検査室を有し、限られた検査を実施しているが、民間検査室、病院等をも利用している。

歯科医療は、11施設のみに限られている。

麻薬等薬剤ケアは、総合的ケアとして、相談、教育、解毒、リハビリテーション全部をしているのは12施設のみであるが、教育や資料提供、他の機関紹介等は35施設で、その他の施設でも何等かの活動をしている。

精神医学的心理学的サービスは、35施設で個人指導が可能で、28施設でグループ指導、11施設で長期心理学的サービスを行なっている。

その他の各種のサービスを、さらに保健以外の法律相談等をも実施している。

診療所の業務時間は平均週 14.5 時間、4.1 セッションで81%は夜間、15%昼間、4%土曜日である。

### 医師等職員

917名の医師が53の施設でサービスに従事し、その内訳は、インターン、レジデント26%、精神科10%、一般医12%、内科専門医15%、小児科10%、産婦人科8%、その他専門医12%、その他となっている。全医師の働いた時間の約7%が報酬として支払われているに過ぎず、残り月約6,000時間相当以上は寄附となっている。診療所の管理医も同様に各種の医師よりなり、少数の施設では、主たる方針を決定するが、多くは、運営委員会、職員、地域住民によって方針が決定されたものに従う。

他の職員も、特に専門職は篤志家が多く、殆んど施設が基金によらないため、当初は無報酬であることがみられる。その後後援者が得られても一般に給与は低い。

著者は最後に、自由診療所の“Free”は単なる無料の意味のみでなく、官僚的面を持たず、適格者審査等も無く自由に利用できるという点にあるとし、貧困者、その他保健医療サー

ビスを受け難い各種の人々に対し新しい型のサービスと位置づけている。この運動は、資金、篤志家特に医師以外の専門職の篤志家の確保、施設の貧困、過剰な利用者など多くの問題を残している。しかし、この施設は、近隣の人々に率先して実行する気持さらに組織作りに発展するようにしむけた。この診療所の真の成功とは、患者と提携することによって、さらに患者が診療所を自分達のものとして行くことにあると言える。この自由診療所は、新しい医療を提供する型を示しているといえよう。

SCHWARTZ J. L., Dr. P. H.: First National Survey of Free Medical Clinics 1967-1969, *HSMHA HEALTH Reports*, 86(9), 775-787, Sept., 1971.

(西 三郎 国立公衆衛生院)

## 西ドイツ連邦協議会

### サリドマイド児救護施設を決定



西ドイツ連邦議会は11月4日圧倒的多数をもって「身障児救護」の施設設置に関する法律を決定した。これにより先ず約3千人にのぼるサリドマイド障害児の両親の請求権が法的に根拠づけられたことになる。またこれと同時に、連邦内で約5万人と推定されるその他の障害児にも、その救護の改善の道が開かれたわけである。

サリドマイド児について法律は次の通り定める。主障害の補償は2万5千マルクまでまた100ないし450マルクの終身年金、15年以内の間自宅で営業できるための融資、金銭給付の免税、その他。

法律は、Grünenthal 化学会社が1億マルクを施設に納めた時、発効する、サリドマイド児の管財人と代理人は両親の意見を求めており、連邦法相 Gerhard Jahn は両親に、議会

の提議を受け入れ、自分の子とその他の障害児すべてのための永続的で信頼しうる救護活動が妨げられないように、と訴えている。

法律が発効した場合、連邦は Grünenthal 化学会社の資金にサリドマイド児のため5千

万マルクを上積みするはずである。またさらに5千万マルクを連邦は、その他の障害児全部のリハビリテーションに管理するはずである。

政府及び各政党は、このような経済界その他の寄金による基本がさらに増大するよう期待しており、また連邦議会は政府に、すべての障害児が完全に平等な取扱いを確保されるような法律草案をつくるよう要請している。

*Die Welt*, 5 November. 71.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 西ドイツの

### 第2次年金改革案



連邦政府は、1971年10月20日 Walter Arendt 連邦労働大臣によって提出された年金改革案を決定した。この改革案は、(1)弾力的年金受給年齢の導入、(2)少額年金の引き上げ、(3)年

金保険の女子被保険者に対する「出産年限加算 Babyjahr」の導入、(4)就業していない婦人、手伝いをしている家族および自営業者に対する年金保険の開放、(5)離婚の場合の保護

調整の個別的規定、を骨子とするものである。改正法は、1973年1月1日から施行される予定である。

この改革法案が議会で可決されれば、いままで問題となっていた点はかなり解決されることになる。Arendt労働大臣によると、これらの改善を現行の年金保険財源の枠内で行なうので、被保険者・雇主の追加負担はないし、また年金保険の安定性も害されない、とされている。改革案の概要はつぎのとおりである。

#### 弾力的な年金受給年齢の導入

固定化されている65歳という受給年齢制限は、時代に応じた弾力的な規定によって緩和されることになる。35年以上の被保険者期間を有するすべての被保険者は、満63歳に達したのち、年金で生活していくかまたは続けて働くかを自由に決めることができる。63歳または64歳で年金を受給しても、なんらの減額もされない。しかし、年金額は、保険料算定基礎と被保険者期間によってきまるので、63

歳で受ける年金の額は、65歳で受ける年金の額よりも高くなることはない。この年金額の差は、被保険者期間が40年以上の場合5%である。すなわち、この場合、平均年金額は63歳の570マルクに対して65歳の600マルクである。

重要なことは、被保険者個人の意志決定の余地と自己決定権が拡大されたことである。そして、年金生活へ入りやすくなった。この弾力的な受給年齢を利用した者でも、パート・タイムなどで継続して働くことができる。この場合、保険料算定限度額の25%までの報酬は、年金支払いになんらの影響もしない。その報酬額は、1973年において月575マルクである。

弾力的な受給年齢を利用できる者の数は、1973年において約32万人とみられている。そしてその数は1985年には170万人に達すると予測されている。

#### 少額年金の引き上げ

少額年金の引き上げは、低い年金を受けて

いる者を救うものである。とくにこの改善は早期年金を受給している婦人にとって効果がある。被保険者期間が35年以上でありながら相対的に低い年金を受給している者はすべてこの改善によって恩恵を受けることになる。たとえば、被保険者期間が40年以上の場合年金は月300マルクから400マルクへ引き上げられる。この改善によって恩恵を受ける年金受給者は、約46万人とみられている。

#### 出産年限加算の導入

自己の被保険者資格を有する母親は、1973年から生きて生まれた子ども1人につき1年の被保険者期間加算が行なわれる。これによって、子どもを育てなければならないすべての女子被保険者の年金請求権が改善されることになる。現行法では、子どもの世話をするために就業することができず、また保険料も払うことができない女子被保険者は、この期間を失うことになり、そのためそれだけ低い年金を受ける結果となっている。このたびの改善は、こうした不十分な状態を解消するも

のである。

### 広い社会階層への年金保険の開放

就業していないすべての主婦、すべての自営業者およびすべての手伝いをしている家族は、将来公的年金保険に任意加入することができる。これによって、強制加入被保険者である労働者および職員とともに、いままで加入の道をとぎされていたその他の市民も将来公的年金保険の保護を受けることになる。そしてすべての市民への開放によって、公的年金保険は国民保険としての性格をもつことになる。また、就業していない主婦にとってこのことは、自分たちの社会保障の一つの前進として大きな意味をもつ。

任意加入者も、強制加入者と同じように保険料を報酬に応じて支払えば、同じ給付を受ける。収入がない者は、いずれの保険料等級の保険料を選んでもよいので、主婦にとって自己の老齢保障への道は容易になる。

この公的年金保険の開放によって、約700万人の婦人と75万人の自営業者に加入の機会

が与えられることになる。

これに関連して1956年から1972年までの保険料後払いが可能になる。保険料後払いは、満16歳以後の期間についてできる。また、分割払いが6年間のあいだにできる。

### 離婚の場合の保護調整

「年金分割」によって、結婚期間中に得た保護請求権は離婚の場合に調整されることになる。すなわち、結婚期間中に得た年金請求権は、離婚の場合夫と妻にそれぞれ1/2ずつ分割される。これによって年金請求権の分割を余義なくされた者は、保険料の支払いによって全部または部分的に欠けた部分を補うことができる。

### 財政効果

以上の年金改革によって生ずる労働者年金保険・職員年金保険の支出増は、1973年において約27億マルクとみられている。1985年までには支出増の累計額は約930億マルクに達

するものとみられている。ただし、このなかには、就業していない主婦および自営業者への年金保険の開放にともなう財政的影響は含まれていない。というのは、これにともなう収入増と支出増が均衡するとみられているからである。

鉱山従業者年金保険の支出増は、1973年において約6,600万マルクとみられている。そして1985年までに支出増の累計額は約15億マルクに達するものとみられている。この支出増は連邦によって負担される。

労働者年金保険および職員年金保険における支出増は、現行の収入によってまかなわれる。すでにきめられている保険料引き上げによって十分まかなっていける予定であり、保険料の追加引き上げは必要ない見込みである。

Schwerpunkt der Reform der gesetzlichen Rentenversicherung, *Die Rentenversicherung*, November 1971, S. 246-248.

(石本忠義 健保連)

## イギリス社会保障の動向



本稿には、New Society 誌が要約した1971年後半期のイギリス社会保障の動向が紹介されている。

### I 保健・福祉サービス

1971年後半に入り、国民保健サービスを目指して、いくつかの進展がみられた。ケイス・ジョセフ社会サービス相は、まず最初に、地方保健当局、執行委員会および地方医科委員会の出席をもとめて、一連の地域会議を開催し、地方保健サービスの強化・改善方法にかんする協議を重ねた。次いで、社会サービス相は、提案されている新しい保健当局と地方公共団体との協調関係のあり方を検討するために、作業委員会を設置した。さらに、新

設された専門委員会において、国民保健サービス再編成にかんする草案 consultative document をもとにして、包括的な保健サービスの管理運営問題の検討が始められた。

6月には、白書「精神障害者サービスの改善 Better Services for the Mentally Handicapped, Cmnd. 4683」が発表された。白書は、イングランド・ウェールズの12万人の重症精神障害者の処遇について、従来の病院サービス中心から、コミュニティ・サービスを重点とする方向にすみやかに改めるよう提唱している。社会サービス相は、心身障害者対策改善の必要性をことあるごとに強調しているが、障害者の中でも特定の者に対しては、新たに現金給付が提供されることになった。

保守党政権下で、保健・社会保障省が行な

った最初の行政改革は、中央ソーシャル・ワーク教育・訓練協議会 Central Council for Education and Training in Social Work の設立であった。この協議会は、シーボーム報告の提案に従って、地方公共団体のソーシャル・ワーク訓練、ボランティア活動、さらに、病院、教育、保護観察、アフター・ケアなどの諸々のサービスの総合的な推進母体として設置されたものである。

1970年に制定された慢性病患者・廃疾者法 Chronically Sick and Disabled persons Act の第1条が、10月に実施された。これは、地方公共団体に対して、その地方の障害者を登録し、かつ利用可能なサービスの広報宣伝を行なうことを義務づけたものである。同じく10月には、「グループ・プラクティスの機構 The Organization of Group Practice」が発表された。その骨子は、コミュニティ・ヘルス・チームの必要性と、相談業務の強化を提唱するものであった。なおこの間、地方公共団体が申請していた152の施設の建設が認可された。その内訳は、慢性病患者・身体障害者用の50の収容施設、および高齢者・身体障害

者用の71のデイ・センターと31の合同センターであった。

処方箋料、一部負担のあり方について、政府は、現行の一律負担方式を改め、調剤される薬剤の価格に応じた負担方式 graduated prescription charges を提唱した。しかし、関係団体との協議の結果、政府はこれを白紙に戻した。

## II 所得保障

9月には、毎年改定されている補足給付、および2年間隔で改定されている国民保険給付が、それぞれ大幅に上げられた。けれども、現在の激しい物価上昇のもとでは、この上げは必ずしも実質的な改善を意味するものではない。

政策的な観点からみれば、低賃金労働者のための家族所得補足 Family Income Supplement-FIS、および重症の廃疾者のための4.80ポンドの介護手当 Attendance Allowance の導入は、大きな前進を意味するものであった。

FIS は8月に実施された。当初の反応はきわめて低調であったが、その後の31万ポンドを投入したキャンペーンの結果、受給者が次第に増加している。1971年末現在、受給者数は7万人をこえており、平均的な給付額は週1.70ポンドである。給付額からみて、厚い保護を要する階層の受給がかなり伸びていると推測されるが、それでもなお要保護者全体の半数近くがとり残されている。なお、FISの創設にともなって、2万6千の失業者世帯の状態が、間接的ではあるが改善された。これは、FISにより貧困労働者 working poor に対する所得補足が行なわれることになり、彼らが失業した際の賃金停止 wage-stop の衝撃が緩和される効果をとまっていたからである。

FIS とは対照的に、対象者の受給申請の面で介護手当は、注目すべき成功をおさめた。これは次のような事情によっているものと思われる。まず、常時介護を要する状態にあること、という介護手当の資格要件の方がFISのそれと比べて、はるかに簡単でわかり易い。また、介護手当の支給は、ミーンズ

・テストを条件としないで行なわれる。なおFISの資格要件は、通常の総所得が、週18ポンド+第2子以降各1子につき2ポンド、以下であること、となっている。理由はともあれ、当初介護手当の対象者は5万人と推定されたが、すでに4万9千人の申請が受諾されており、さらに現在3万8千人が申請中である。

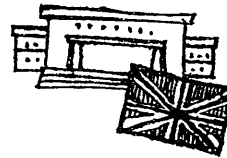
9月半ばには、「年金白書 Strategy for Pensions, Cmnd. 4755」が発表されたが、この白書は私的年金関係者を喜ばせた。その1週間後国民保険の拠出額が大幅に上げられた。さらに年末には、これ迄2年間隔で行なっていた年金額の改定方式を改め、今後は毎年行なうという方針が打出された。

*New Society*, 23 December, 1971. pp. 1256 and 1257.

(山崎泰彦 社会保障研究所)

## イギリスのヘルス・サービス・

## コミッショナー



国民保健サービスにおける苦情処理のため政府はヘルス・サービス・コミッショナー Health Service Commissioner を任命する予定であると、72年2月22日の下院でキイス・ジョセフ社会サービス大臣が公表した。このコミッショナーはイングランド、ウェールズおよびスコットランド担当の3人がおかれることになるが、とりあえず同一人により3つのポストが兼ねられることになろうとのべている。

### キイス・ジョセフ大臣の趣旨説明

「国民保健サービスにおける苦情処理アレンジメントの一部として、ヘルス・サービス・コミッショナーを任命することに政府は決定した。苦情の大多数は地方保健当局によって十分に処理されているが、市民がヘルス・

サービス当局によってとられる措置に満足しない場合に完全に中立的な人に委ねるようにすべきであるとする若干の要求がある。コミッショナーは、この中立的機能に奉仕し、ヘルス・サービス当局の責務を妨げず、国民保健サービス従事職員によって果される業務に影響を与えることなく、ヘルス・サービス利用者の権利を増強するものである。

ヘルス・サービス・コミッショナーは、行政に対する国会監察委員 Parliamentary Commissioner for Administration が立派な先例を示している苦情に関する中立的な監察機構の重要な拡充である。だが、政府は、ヘルス・サービス・コミッショナーおよび国会行政監察委員の任務は密接に関連しており、これらのポストがすべて同一人によって占められる

べきであるかどうかについて強力な議論があることを承知している。

ヘルス・コミッショナー任命の決定に達する前に、国会行政監察委員に関する特別委員会の意見を求めることになろう。

コミッショナーの任命は女王の特許状によることになろう。任命および任期は国会行政監察委員の先例を踏襲することになろうが、その機能の遂行は同一の独立性をもつことになろう。

ヘルス・サービス当局は、その全般的な行政責任の一部として、自らうけた苦情の監察業務を担当することは従来通りである。コミッショナーは、患者により又は患者に代って申立てられた苦情（すでに、所管当局に対してなされているが、苦情申立人の満足を得ていない）のみについて審査することになろう。コミッショナーは、個人が不当な管理又は必要な療養をうけていないことによって、不当な取扱い又は災難をうけたと苦情が申立てられたヘルス・サービス当局の処置を審査する責務がある。だが、コミッショナーは、職員の給与や勤務条件についての職員の苦情、ある

いは契約または他の営利的取引に関する苦情は扱わない。また、一般医、歯科医、薬剤師、眼鏡士については、ヘルス・サービスと雇用関係になく契約関係にあるので、その行為については審査権がない。

医師と患者との関係にかかわる苦情について、医師代表と十分に建設的な討議をしてきた。その結果、個々の患者の診断、治療または看護の過程においてとられる行為については、コミッショナーの審査の権限外とすべきであるとの結論に達した。

国会行政監察委員は、その権限内のケースにおいて、その苦情が不服申立機関に対し不服申立権を有するか又は法廷における法の訴訟手続き方法による救済がある場合、当該ケースの特殊事情によりその方法を苦情申立人に期待するのは妥当ならざる場合を除き、その苦情について審査を行わない。ヘルス・コミッショナーは同様のやり方に従うことになろう。コミッショナーが審査権を行使するその手続きは国会行政監察委員と同様とする。コミッショナーは、苦情申立人（所管の保健当局に対し苦情を申立てた者）に審査結果報告

を送付し、国務大臣に年次報告書を提出する義務があり、大臣は議会の両院にその報告書を提出する義務がある。

ヘルス・サービス・コミッショナーの任命には、立法措置をとることが必要とされよう。

### その背景

3年前、Ely 精神病院に関する Howe 委員会は、同病院の患者に対する不当処遇、コン泥的で「弛緩した旧式な看護基準」について報告した。昨年、Farleigh 精神障害者病院に関する Watkins 委員会（3人の看護婦による患者虐待事件後に任命された）は、一病棟での「有効な医療看視の欠如」と「患者間の暴行沙汰」について報告した。この2月の Whittingham 精神病院に関する Payne 報告は、結局、前者と全く同じストーリーを語っている。どの報告も、はげしい憤激をぶちまけ何らかの措置をとる必要のあることを勧告している。Payne 報告は、「多数の患者に対する不適切な医療と看護、誤った欠陥だらけの管理対策と方法、看護婦による苦情申立ての抑

圧」を摘発し、「不当処遇の申立ての多くは正当であり、組織的腐敗ではないとしても、若干の職員による大規模な弛緩ぶりがみられる」との結論に達している。

これら調査委員会の明らかにした最も陰さんな証拠事実は、不当行為が行われていてもそれに対処し苦情を処理する運営機構に欠けていることであった。Ely 病院では、病院管理委員会（その委員の半数が素人であり、「消費者たる患者」の利益を代表すべき人達で構成されていた）が苦情の追求をしていない。もっと悪いことは、苦情を申立てた人達が病院を迫出された看護婦たちであり、苦情をもつ当の患者ではなかったことである。いずれの病院の場合も、管理委員会がこの危険信号に対する対処の仕方を誤ったことである。これら委員会の委員は消費者たる患者の利益を適切に代表していなかったかのようである。Ely では、多くの委員は多忙な人たちであり、半数は60歳以上、1/4以上が75歳以上の人たちであった。

ともあれ、これら3病院事件は、キイス・ジョセフ社会サービス大臣が国民保健サービ



スにおける管理改革を促進する理由としての証人台に立たされたとは、はっきりいえる。

### その批判

2月22日の下院でのキイス・ジョセフ社会サービス大臣の趣旨説明に対し、Castl 労働党議員は「苦情申立ては、患者、その身内の者、看護婦が最初に所管機関に申立てねばならないといわれても、Payne 報告その他の報告が示しているように、多くの患者は多くの場合その立場が弱いし、看護婦はもしそんな苦情を申立てれば犠牲になるおそれがあるため、多くの苦情は出てこないのではないか？ 病院サービスにおいては、特殊事情があるという点からすれば、これは重要なことである」とし、また、「医師と患者との関係についての苦情に関する審査権が明確でない」ことを指摘している。後者の疑問について、大臣は「われわれは、医師と討議した後、家庭医、歯科医などについてのおびただしい苦情を扱うことは繁雑に堪え得ないし、これらの苦情処理は裁判所や General Medical Council において扱うことになっている」とのべてい

る。

2月23日の「ザ・タイムズ」社説は要旨をつぎのようにのべている。

「ヘルス・サービス・コミッショナーがいつかは任命されねばなくなるだろうことは明らかであった。それがこれまで実現されなかったのは、主として、自分たちの仕事に対する不当な干渉の脅威とみた医師側の長年の反対闘争によるものであった。しかし、Whittingham 報告により、病院の内部的な苦情処理手続きでは万事が安心して任かされ得ないという厳然たる確証が示されたのである。ヘルス・サービス・コミッショナーの必要性を認めることにおいて、政府は正しい方向への重要なワン・ステップをふみ出しつつある。しかし、それは第一歩であるにすぎない。コミッショナーの権限は、幾多の点において、余りにも制限的である。たとえば、コミッショナーは一般医とか歯科医に対する苦情を審査することができない。少なくとも、あらゆる疾病事件の90%にかかわりのある者を除外している。その説明はこうである。曰くこれらの者はヘルス・サービスの employee

でなく契約した者であると。真相は、これは medical politic の圧力への譲歩なのである。これらケースについては、既存の苦情審査手続きがあるのは事実だが、（病院に対するよりも行き届いている）完全に満足を与えるまでにはいっていない。病院への苦情についても、コミッショナーは既存の内部手続きが終らなければ審査することができない。たしかに、コミッショナーは、直接の所管機関がなければ、雑多な苦情に忙殺される懸念がある。その懸念はわかるが、もしこれが最善策であるとするには大いに疑問がある。患者は、自分の世話をしてくれる者に対して、心身ともに弱い立場におかれている。したがって、患者は自分たちの世話をする責任者に公式な苦情を申立てることができる立場にあっても、大いにためらうことは当然である。患者のために最も苦情を申立ててくれそうな人は職員である。だが、最近の事件にみられるように、そうした良心的な職員が犠牲となる危険がある。コミッショナーの目的の一つは、これらの人々が苦情を訴えることを容易にし安全にすることでなければならない。だが、もしか

れらが最初にその上司に正式な苦情を訴えねばならない場合そうはなりそうもない。一つの可能性は、患者のためコミッショナーに直接アップルする権利を職員に与えることである。もう一つは、いかなる苦情も責任機関によって最初に審査されねばならないとしても、だれかにコミッショナーに直接アップルさせることを認めることである。コミッショナーが、医師独自の診断においてとられた決定を審査することを禁止されるのは意外なことではない。しかし、診断の境界を定義することは全く容易ならざることだ。長期間をかけて、コミッショナーができるだけ厳密にその未知の領域を限定する判例体系を構築しようよう望みたい。しからずんば、苦しみに喘ぐ患者たちが訴訟という厄介で金のかかる仕事をやらなければ何の償いも得られないままの状態がつづく危険がある。勿論、コミッショナーに対する苦情は法廷ケースの試運転であってはならないという医師側からの当然で適切な要望がある。しかし、適切な苦情を有する者で裁判に訴える意図のためでなく単にそうする権利があるという理由で、コミッ

ショナーへの訴えを却下される危険がある。要は、コミッショナーがその運用領域を拡大するために、どれだけその裁量権を活用しようとするかに大いにかかってくる。政府が立

法化の作業の際に僅かの制限縮小にも応じないかぎり。』

*The Times*

(田中 寿 国立国会図書館)

## フランスの病院改革



1971年1月2～3日のフランス共和国官報で病院改革法が公布され、フランスの病院制度に関する新しい法制が作りあげられた。

### 1. 病院改革法の目的

この改革法の目的は、従来の病院制度にみられた欠陥を除去して病院の機能をより有効的なものとするところにある。従来のフランスにおける病院制度には、公的部門と私的部門との間の整合がとれていないこと、ニードに対して十分な対応をしていないこと、そして公的病院の経営に赤字が出ていることなどの欠陥があった。そこで新しい病院改革法は、公的病院サービスの合理的組織化、公的部門

と私的部門との間の活動の整合、および公的部門病院の経営方法の改善、の3点を内容としている。

### 2. 公的病院サービス制

まず今回の病院改革法は、国立病院と厳格に定められた基準を満たす私立病院とによって提供される公的病院サービス制をつくりあげることとしている。場合によっては軍の保健サービスもこのサービス制の実施に参加することとして、これにつきのような役割を与えている。すなわち傷病者や妊産婦(入院または外来)のための診断や治療をおこなうこと、在学中または卒業後の医学および薬学訓

練を実施している大学と協力すること、パラメディカル要員の訓練を促進すること、医学および薬学の研究と保健教育に参加すること、予防医学分野での活動を援助し、場合に依りてその整合をおこなうことなどである。公的病院サービス制に属する病院はすべて、医療が継続的ベースで活用され、診療の受入れについても治療についても、患者間に差別がおこなわれないうように確保しなければならないものとされる。

病院改革法はまた病院について新しい二分類をおこなっている。その一つは中央病院で、これは救急医療、診断、短期入院または重大な伝染病の緊急入院、出産のための入院、巡回診療などについて責任を負うものとされる。もう一つは特殊病院で、これは回復期医療、継続的治療または長期入院を必要とする者のために用意された特別の治療およびリハビリテーション・コースの実施について責任を負うものとされる。中央病院は通常の内科医療、外科医療、整形外科医療のそれぞれにつき別々の診療科をもち、場合によっては高度に専門化された処置、回復期医療、処

置またはリハビリテーションのためのそれぞれの診療科をもつとされる。

公的病院サービスの組織は地域をベースとして配置される。このため、フランス保健地図が地域および地区を定め、フランス全土が保健目的のために地域または地区に区分される。同一地区または同一地域で公的病院サービス組織に属する病院は、それぞれの地区または地域内病院集団を形成する。これらの病院集団は、地区病院集団の場合には地区内の病院施設代表から構成される理事会、また地域病院集団の場合には各地区代表から構成される理事会をもつものとされる。

これらの病院集団をもととして病院協会を設立することができるものとされるが、これが設立されると、それら協会は法人格をもち、公的病院サービスに結びついた諸活動に従事し、合同サービス、要員訓練の設定と実施、ならびに病院環境改善計画の研究および実行を担当するものとされる。

### 3. 公私病院間の活動の整合

公的部門と私的部門の活動の整合に関しては、公的および私的病院のネットワークを緊

密なものとし、これら両部門間の関係を改善し、かつ病院費の基準を設定することを目的として、次のような三つの措置をとるための規定がつけられている。

(1) 既存のすべての病院施設とそれらの利用範囲を示すフランス保健地図によって、病院の基礎条件や拡大計画のベースとなることのできる保健ニーズのパターンや望ましい病院環境をつくりあげることが可能となる。このような整合の手段は単に病院建設に対してのみならず、また主要な設備についても適用されることに注目しなければならない。

(2) 公的部門と私的部門との間の関係を改善するために、私立病院の開設許可とそれが公的病院サービス制へ参加するについての許可に関する新しい規則の導入が計画されている。病院の開設許可については、病院が保健のための設備をもち、要員資格にみられるような患者保護のために設けられたいくつかの基準を満たしている場合には許可が与えられる。この許可は、これらの要件が守られていないという場合には、簡単な手続きで停止され、または取消されることができる。原則と

して、開設許可によってはじめて診療を開始する可能性が出てくるのであるが、料金が誰の目から見ても不当に高い場合には、この可能性が取消しの対象となる。

私立病院が公的病院サービス制に参加するには三つの方法が与えられる。

まず営利を目的としない私立病院は、公的病院と同じ利益（国庫補助金、医療要員などの点で）を受けて、公的病院サービス事業に簡単に参加することができる。国は、その他の私立病院が公的病院サービスを実施する許可を与えることができる。この種の病院はその施設設備について国の補助を受けることはできないが、公的病院について課されると同じ種類の義務を遵守する場合にはある種の保証が与えられる。例えばある一定の地域においてすでに保健ニードが充足されている場合には新たに私立病院の開設許可が与えられないというような保証である。もう一つの参加形態は、社会保障機関と協定を締結している私立病院と公的病院サービスとの間の協力協定によるものである。この協定により、私立病院は地区または地域病院協会がおこなう合同

サービスを利用することができる。

(3) 公的病院と私立病院の1日当たりの料金を一線に並べるために、これら病院でおこなわれる診療の料金を1年以内に改定するための措置がとられている。この改定は、病院の各診療科でおこなわれる各種サービスの実際の価格を明るみに出さなければならない。

#### 4. 公的病院の運営について

最後に、公的病院の運営を規制する新しい準則が導入された。すなわち従来の管理者委員会制が廃止され、新たに運営委員会がつけられ、社会保障機関代表、病院スタッフ代表、当該病院のスタッフでない1名の医師を含む医師資格所有者など、選挙で選ばれた委員がこれを構成することとなった。諮問機関たる医療委員会（後出）の委員長、および医学教育、医学研究部門が置かれた病院の場合にはそれら部門の長も運営委員会の職権上の委員となる。

運営委員会の議長は、反対がないかぎり、県段階の規模の病院にあっては県議会議長がこれをつとめ、市町村段階の病院にあっては市町村長がこれをつとめる。

運営委員会議長の職務は、病院の理事長の職務と同様に詳細に定められている。なお同理事長は運営委員会議長の意見にもとづいて保健大臣がこれを任命する。また運営委員会の議事はすべて管轄官庁の認可を受けるものとされている。

運営委員会は2つの諮問委員会を置かねばならない。その1つは医療委員会で、予算および医療サービスに関する諸問題はこの委員会に諮問されなければならない。もう1つは合同専門委員会で、病院サービスの組織化と実施、ならびに職員の勤務条件に関する諸問題はこの委員会に諮問されねばならない。

今回の改革で1つの重要な点は、病院の経営および財政に比較的柔軟性をもたせた措置をとったことである。特別の事情がある場合公的病院は一般の市場レートで資金を借入れてその事業の財源に充てることが可能とされている。さらに、病院の各部局の長はそれぞれの部局の経営に参加し、経営上の責任を負わなければならないものとされている。

ILO, *International Labour Review*, Vol. 104, No. 5-November, 1971. (上村政彦 健保連)

## オーストラリアの 国民保健改正



1970年に、オーストラリアの国民保健法は改正され、その改正の主要な内容は、医師の料金・医療給付および患者の自己負担分の間関係、低所得者への連邦政府扶助、および管理・運営にかんする事項を含んでいた。

この国は、私的保険、政府からの給付、および患者の自己負担を組合せた形で、1953年に任意方式の医療保険制度を採用している。この制度では、非営利的な私的保険者が国民保健法で登録され、この保険の加入者は、医療費の支払いで政府から補足的な現金を支給されるが、当人には医療費の一部負担が要求されている。この仕組みの特色は、私的保険の加入を条件として、政府から給付が支給され、また、医療サービスの利用過剰を抑制するように企図された患者の一部負担である。

ところで、法律によれば、保険者の給付と政府の給付を組合せた部分は、医療費の90%

以下になるように規定されており、したがって、患者は少なくとも、10%以上を負担しなければならないことになっている。しかし、事実上では、患者の自己負担は大きくなり、平均的な自己負担は30%を上まわり、1970年では、保険者と政府の負担分はそれぞれ35.6%と28.9%で、患者負担分は35.5%になっていた。患者負担が大きくなった理由には、医師の料金が高くなったことと同時に、よりすぐれた医療を求める人びとが、複数の保険者に加入しても、この場合に支給される政府の給付が、ある単一の保険者に限定することに由来するという点も指摘されている。なお、従来、各保険者の用いていた多数の給付表によって、給付の格差が生れたり、管理・運営を困難にしていた。

これらの問題を処理するために、1970年の改正は採用されたが、改正の中で、給付と医

師の料金の関係では、最も妥当な慣行料金とリンクさせたある新しい医療給付体系と、患者が当人で負担するある所定額の共同支払いの仕組みが創設された。最も妥当な慣行料金というのは、1970年にオーストラリア医師会が行なった調査にもとづいて定められている。医師はこの料金に必ずしもしぼられるわけではないが、しかし、医師は提供した診療について、上述した料金を患者に知らせなければならないことになっている。なお、共同支払いの形による患者負担の最高は、料金が40ドル以上となる場合の5ドルとされている。段階的に定められたこの患者負担額は、すべての州に共通なものとされており、各州によって定められ、それぞれ異なる慣行料金では、保険者と政府負担分がそれぞれ異なることになる。

改正に含まれた低所得者への扶助では、1969年以前の仕組みによれば、私的保険に加入できない低所得者は、国民健康保険制度から自動的に除外されていた。したがって、1970年には、全人口のうち21%が病院保険から、また25%が医療保険から除かれていた。

もっとも、これらの人びとの一部は、年金受給者の医療給付制度のような他の仕組みでカバーされていたが、いずれにしても、健康保険制度と所得の間には、このような関係が存在していた。

この状況に対して、1969年10月に国民保険法が改正されて、喪失所得を補償する失業給付と疾病給付の受給者、移住後2カ月未満の者、および法定の最低賃金以下の賃金を取得する者は、無料で健康保険を利用できることになった。1970年の改正は、最低賃金をやや上まわる低所得者にも、無料で健康保険を利用させることを企図している。しかし、上述した人びとの保険料がすべて政府によって支払われるのに、低所得者の保険料では、42.50～48.50 オーストラリア・ドルの所得に段階的な政府負担分が示され、週42.50ドル未満の賃金に政府が100%を負担し、48.50ドル以上の場合には、政府負担が認められないことになっている。

管理・運営の改正は、病院保険と医療保険の双方に関連をもっており、1971年1月1日より効力を発生した新しい法律では、これ

ら両保険のすべての保険者に、毎年の財政状況の報告を国会に提出することが要求されている。この報告では、各州にそれぞれの基金を設けている保険者は、各基金毎に報告を提出しなければならない。なお、保険者の管理・運営費には、規則によって上限が定められており、支出がこの制限を超えた保険者は連邦政府の補助金を減額される仕組みになっている。また、医療保険では、すべての保険者は同一の給付を提供しなければならないことになっているが、保険料は州によって異なっている。ところで、改正は保険者が蓄積する準備金を制限しており、給付予想と保険料収入のバランスを超える部分は、保険料収入の3カ月分までの規模に、次第に縮小されることになっている。

ところで、1970年の改正には、いろいろな予想と期待が寄せられており、たとえば、最も妥当な慣行料金というのは、医療に対する料金と医療給付の間における関係を、安定させようという企図が含まれている。この安定は健康保険の採用以来追求されてきたが、改正法の特長はこの目標に次第に接近すること

となるであろうと期待されている。つまり、患者負担を定額にして、標準化することにより、医療サービスの料金はもっと安定するであろう。また、健康保険に参加する医師は、各医療サービス毎に最も妥当な慣行料金を患者に知らせることを要求されているので、理論的には、患者はその慣行料金より高い料金の医師による医療サービスを拒否することになるであろう。さらに、改正法による新しい制度では、全国的な教育・宣伝の広報活動が展開されることになっており、最も多く用いられる医療サービスについて、各州の慣行料金の改正やリストが広く伝えられることになるであろう。

それはともかく、料金と給付の再検討に対する政府とオーストラリア医師会との協約では、2年毎に再検討が行なわれることになっていたが、この協約は今後も続けられる。

U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Vol. 34, No. 12, December, 1971, pp. 28-31, 33.

(平石長久 社会保障研究所)

## 海外文献紹介

## 精神障害者は一般病院へ



—精神医療の包括化メモ—

(イギリス)

イギリス保健社会保障省は、昨年暮(1971年12月)に、精神障害者に対する包括的サービスの諸要素をメモのかたちでまとめた。精神医療は病院と地域とにわけて行われてきているが、今後は、患者と地域との密着をはかり、リハビリテーションに強調点を置くことを通じ、地区レベルで再構成されるべきだという見解がだされた。省の案によると、地区一般病院の特殊部門が、外来と入院サービスをおこない、地方当局は、ソーシャル・ワーカーや老人用住宅などの提供をする。各地区では、精神科医、その医師の病院スタッフ、地方自治体のワーカー、できたら心理学者と臨床心理療法の専門家によって構成される治療チームが仕事をする。そこでは、家庭医との密接な接触が保たれる。そのチームが全面的に地区内の精神障害者をみることになる。一

般医は、どこにおいても患者紹介ができるしくみになる。

保健社会保障省は、精神病院医療を一般病院をベースにしたシステムに移す考えをうちだした。地区中心、各分野の統合したチーム医療の展開の下で、包括的サービスがめざされる。新しい体制の下では、すべての入院・再入院は一般病院がうけもつことになる。長期療養者を精神病院に移すことはしないだろう。診療チームは、一般病院を拠点にして仕事をし、同時に、従来から入院している精神病院の患者も診ることになる。精神病院の患者が少なくなっていけば、精神病院のスタッフは、リハビリテーションの仕事に集中できることになろう。リハビリテーションができない患者は、究極的には、どこか自宅に近い所にでも移されるであろう。ついには精神病

院は門を閉ざすことになる。もちろん、この移行にあたっては、病院行政担当者は、精神病院に残って働らく職員のモラル低下をきたさないような配慮をしなければならない。

一般病院の医療はあらゆる患者に対する積極的治療を提供するものであるので、新体制では、精神病院でのばあいよりもより多くのスタッフが必要であろう、と勧告している。整備された病棟が大多数の精神病患者に用意されようが、アルコール患者・薬物中毒患者用の特殊ユニットも必要である。精神障害をもつ小児は、一般の小児病棟の近くで診療を受けられるべきである。

患者退院後の医療継続のうえで、家庭医と精神科医との身近かな接触がのぞましい。患者と地域とのふれあいは、ボランティア・ヘルパーの努力に負うところが大きい。

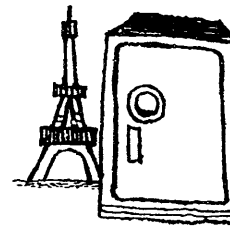
このメモに盛りられていることのあるものはすでにいくつかの地域では実行に移されている。

Hospital services for the Mentally Ill. *THE LANCET*. Dec. 18, 1971, p. 1368.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

# 保険者（金庫）と医療機関

## との間の全国協定制



（フランス）

保険者（金庫）と医療機関との間の関係に関する71年7月3日の法律に基づいて、この両者の間で作成された全国協定が、10月29日に政府の認可を受け、11月1日から効力を発することとなった。この全国協定制が発足するまでは、保険者と医療機関との関係が県ごとの協定に基づいて設定され、きわめて複雑な制度となっていたが、今回これが全国一本の制度に改められたわけである。

周知のとおりフランスの医療保険は医療費の償還制をとっている。従って、保険者と医療機関との間の協定は、保険者が被保険者に医療費の償還をおこなう場合の基準となる医療料金表をその主な内容とする。

ところで従来の県協定制のもとにおいては、協定の締結が医療機関の側に義務づけられていなかったために、この協定制は十分に機能

していなかったといわれる。実質的にみた場合、この協定では、保険者が医療機関に対して償還基準とする医療料金表を提示してその遵守を依頼することになるから、保険者の立場はきわめて弱いものとならざるを得ない。他方、医療機関の側としては、保険制度のわくに抑えられた低医療金では経済的な困難ともなうという事情がある。この県協定の締結状況を65年現在で見ると、フランス全体で協定を締結している「協定医」*médecines conventionnés* が41,727人で、協定を締結していない「非協定医」*médecines non-conventionnés* が4,476人となっており、地域的にみた場合、パリ地区は全医師の50.6%しか協定を締結しておらず、そのほか、リヨン、ニース、カンヌなどフランス南部地域では協定医の割合がきわめて低くなっている。

このような協定の締結状況のもとで、従来の県協定制はいくつかの問題をかかえていた。例えば患者が非協定医に診療を受ける場合には、その医療料金が医師の自由にまかされ、通常協定医よりも高い料金を支払わされることになり、さらにその医療費の償還に際しては、かなり低い水準に定められる公定料金が償還の基準とされるため、患者の負担分が相当に高くなるという傾向がみられた。また従来の協定制のもとでは、医師団体だけが協定の当事者となるのではなく、一人の医師も単独で協定の当事者となることが認められていたため、協定制がきわめて複雑なものになるという点も問題の一つとして挙げられていた。

新しい全国協定は、その冒頭で、「全国金庫と医師団体とは、たび重なる協議の中で、被保険者と医師双方の利益を考慮するための共通の問題を検討して次のような結論に達した。すなわち協定両当事者に付随する諸原則を尊重するという条件で、自由に締結された全国協定は金庫と医師との間の関係を定めることとし、以下のことを喚起する」としてい



る。その全体は前文と6章の29条から構成されている。主要な項目としては、「被保険者への医療の給付」、「医療料金表について」、「県社会医療委員会」、「全国社会医療委員会」、「社会および財政規定」、「協定の適用期間と条件」などが列挙されており、これにより71年11月1日から全国一本の協定制が発足することとなった。

政府はこのような全国協定制について、71年5月に声明を発表し、「すでにフランスに確立している自由な医療慣行は、医療の質と医師・患者間の人間関係を確保している。政府はこの医療慣行を維持し、その二つの側面の調和ある発展を確保することが、被保険者の利益にとって基本的なものとする。そのため政府は、とくに患者による医師の自由な選択、医師の処方自由、職業上の秘密、そして直接払い制（償還制）などの基本的諸原則に固執することを再確認する」としている。今後4年間にわたって効力を有するものとされるこの協定が、従来の協定制の問題点をどのように解決し、難かしい保険者と医療機関との関係を改善するためにどのような機

能を果たすことになるか、注目される場所である。

La convention nationale entre la sécurité sociale et le corps medical, *Droit social*,

numero special, Nos 9~10-Supplément au N° de septembre-octobre 1971.

(上村政彦 健保連)

## 重度精神薄弱児の 家庭養護



(フランス)

里親はパリから60km離れた半農村地域の家庭から選ばれた。この地域には1960年から重度精神薄弱児を収容している病院があり、家庭養護についても緊急入院や医師の常駐、定期診察（月4回、1人あたり月1回）など医療が保障される。全職員の会合が定期的にもたれる。

対象とされるのは18ヶ月～10歳、IQ50以下の精神薄弱児で、IQの下限はなく、また重複障害・疾病による制限もない。家庭養護の費用（1日45、35フラン、入院80～130フラン）は全額社会保障がカバーする。

### 1 概要

パリ地方重度精神薄弱研究保護委員会が1966年以来4年間にわたって試みてきた重度精神薄弱児のための家庭養護の報告。

貧困家庭の重度精神薄弱児は治療や保護をうけずに自宅で育てられるかまたは施設に入所したままになるかのいずれが多い。これらの児童に対して里親家庭での養育と医療を提供することによってその精神的身体的社会的発達を促し、同時に家族の負担を緩和しようとしてこの試みがはじめられた。

職員の構成は現在32人の里親と治療スタッフからなる。治療スタッフは、現地チーム（ソーシャル・ワーカー、事務員、保母各1人と非常勤OT1人からなり、里親家庭の訪問、在宅訓練、グループ指導・保育、実親との接触などを行う）とパリチーム（精神科医1人、リハ医2人、心理士1人からなり、月4回の診察日に派遣される）とからなる。里親の年齢は25～60歳にわたる（30才未満・7人、30～40才・15人、41～50才・7人、50才以上・16人）。家庭の主な職業も一様ではないが工場労働者が多い（26人）。1人を除いて全員が子どもをもつ母親で、うち数人は孫がいる。婚姻状態は全般的に安定している（離婚2人、死別4人）。里親の選択は厳密におこなわれ、定着率は当初の予想を上まわっている（最初の19人中13人が続行、また4年間の中断者は13人）。

## 2 4年間の実績と現状

4年間に97人の子どもがこのサービスを受けた。その期間は6ヶ月未満17人、6～12ヶ月17人、1～2年31人、2年以上21人である。その他初期には短期緊急養護（実親の病

気や休暇のため3～6週間の里親家庭養護）が試みられたが（37人）、その後中止された。

97人のうち半数以上が社会的問題をもつ家庭の子どもである（母子家庭15%、移民労働者25%）。年齢（家庭養護開始時）は18ヶ月から9歳まで含むが年少児が多い（4才未満58%、4～6才33%、7才以上9%）。障害の程度はIQ 20未満・17%、20～35・31%、35～50・30%、50以上15%である。このうち特にIQ 20未満の子どもにとって家庭養護はすぐれた保護と教育の手段といえる。またIQ 50以上は原則として対象外であるが、精薄を伴う身障児が入れる施設がない、家族のない精薄児には施設入所に先き立って家庭養護をうけるのがぞましい、などの理由から受け入れざるをえなかったものである。80%がなんらかの重複障害を伴っている（残る20%は家族的問題を重複してもっている）。

家庭養護に対する実親の拒否は少なく、協力的で満足するものが多い。また実親の不安や攻撃に対して里親が予想以上に治療的に対応している。

家庭養護の効果は評価しうるとされる。

問題行動の消失、歩行や言語の発達など著しい改善14人、IQは伸びなかったが問題行動の消失など改善47人、変化なし21人、悪化11人であった。また6人が入院した。実親の家族の均衡への影響は、改善58人、悪化4人、変化なし21人であった。このほかこの試みの効果として、やや閉鎖的な半農村地域の住人である里親に社会的文化的水準の向上をもたらしたことがあげられる。（その後より都市化の進んだ地域でも試みられたが、里親の確保がはるかに困難であった。）

S. Tomkiewicz, Y. Biny and E. Zucman, *Le Placement Familial Spécialisé pour enfants Arriérés profonds, Sauvegarde de L'enfance*, Avril 1971, pp. 214～223.

（阪上裕子 国立公衆衛生院）

# 社会保険における

## 自治管理と国家の監督



(西ドイツ)

西ドイツにおいて、社会給付はその受領権者に対して国家の行政を通じて与えられる。しかしその管理は国家または自治体の一般行政による場合もあるが、多くの場合、自治的公法人により行なわれ、国家はそれに対して監督を行なうにすぎない体制をとっている。この体制は、自治管理法その他の諸法に基礎を有する。社会保険の保険者の場合、一般には、被保険者および使用者の各グループから選出された代議員会があり、さらにその代議員会において理事が選出される。これら2つの機関が当該法人の意思決定、業務執行等を行なうわけである。

ここでとりあげる論文は、Dr. Dieter Kraushopf が、このような自治管理と国家の監督との関係について、実務的にも問題になるようなことについて論述したものである。以

下、その概要を紹介する。

自治管理と国家の監督の関係については、重大な問題が含まれている。かつて、連邦社会裁判所は、国家の監督は国家権力と自治団体との間の調整につきるということを強調した。社会保険の保険者は公的使命を執行するために、大幅な自治と形成の自由 (Gestaltungsfreiheit) を与えられるべきである。

### I

自治管理ということが實際上どのような意味を持つかということ、地区疾病金庫に例をとってみる。たとえば、理事会と代議員会が保険料額を減ずることを欲し、その場合に生ずる不足額は準備金によって補充されうるとしても、監督官庁は保険料の減額によって

不足額を生じさせてはならないという理由で承認を拒むであろう。

また、ある地区疾病金庫で代議員会での規約変更の決議によって給付の最高額を引き上げようとした場合、監督官庁はたとえ同一地域内での労働者・職員補充金庫での最高額引き上げをすでに承認していたとしても、その引き上げに承認を与えることはしないであろう。

### II

上のような例をもって、監督官庁が恣意的にまたは違法に行動しているというのではない。上記のような拒否は全て法律の規定に基づいているのである。しかし、これによって自治管理の余地は大幅に制限されることになる。非難は、監督官庁に対してよりも、法律・命令等における立法の傾向に対して向けられるべきである。疾病予防・疾病扶助・管理組織等の分野においては、個々の疾病金庫が適態能力を有すべきであり、形成の自由は不必要にせばめられてはならない。

1881年11月17日の皇帝の告示においても、

組合組織（従って疾病金庫も）はその決定活動において他の団体——たとえば補充金庫——に劣るものではない、と言っている。自治管理機関の重要な機能には、予算の定立、許容される附加給付（Mehrleistung）、合目的かつ時代に適合した管理組織の形成等が含まれているのである。

### III

先の例においても、国家の監督の協力が必要なことがわかる。監督官庁の承認なしには保険料の引き上げも引き下げもできない。したがって、自治管理機関は、望ましい協力すなわち承認を得るために国家の監督との接触および協同作業をせざるをえない。実務上は疾病金庫の業務執行者（Geschäftsführer）は——多くの場合理事と共に——自治管理の計画の前に監督官庁の意見をきくということになる。通常の場合、この事前協議は、誤解を排除する等の役割は持つ。また、監督官庁の見解を事前に知るにも有用である。

もしも、自治管理機関が監督官庁の見解に反する見解を貫ぬきたい場合には、社会裁判

所の救済を求めるより他に手はない。しかしこの場合には、拒否の決定に対する訴えは直ちに望ましい法律状態を生ぜしめるものではないことを知らねばならない。凡ゆる審級を通るうちに、法的効力を有する判決が出るまでに少くとも5年位経過してしまうであろう。したがって、訴訟を起こそうとする場合には、その結果を熟慮する必要がある。

### IV V

国家の監督の協力という面は、日常の実務からみると、重要なものを持っている。この分野——これはまた、法律的監督とも名づけられるが——では、監督官庁は法律および規約が順守されているか否かを監視する。ここにおいては、監督は便宜主義 Opportunitätsprinzip によって行なわれ、干渉が公共の利益のために必要か否かの判断の後に官庁の監督が行なわれる。

疾病金庫の設立、解散、合併、分割等の場合には、国家の監督がその手続に関して行なわれる。合併、分割、解散等の手続は、関係疾病金庫の申出の後に法律に則って行なわれ

る。

### VI

立法の傾向を注意深く追跡してみると、将来において自治管理の範囲は大きくなるよりもむしろ小さくなるであろうことを認めざるをえない。それは、社会保障のメカニズムからそうなるのである。

それでは、現在の条件の下で自治管理の範囲はどの程度のものであろうか。まず、保険料と附加給付は、監督的規制があるにしても代議員会によって決定される。また、自治管理組織は、立法機関または連邦政府もしくはラント政府に相対してイニシアティブをとるときには、被保険者および使用者の代理人的立場に立つ。

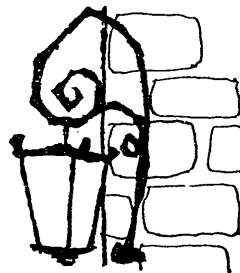
これに対して、保険料等級等はそれほど自由に決定することはできない。せめて、地区疾病金庫に関していえば、任意加入者についてはより広い自由を与えられることが望ましい。また、疾病金庫のラント連合会は疾病金庫の業務執行・会計等に関し検査権を持つことがよかろう。

自治管理と監督の関係について考察してみると、法律は自治管理機関に対して形成の自由を与えていないという結論に達せざるを得ない。これに関しては、監督官庁の狭量が非難されるべきではなくして、立法者に対して次のような勧告がなされるべきである。「形成の自由を与えよ。」と。

Dr. Dieter Krauskopf; Soziale Selbstverwaltung und staatliche Aufsicht, *Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen*, Dez. 1971. S. 329-335.

(伊達隆英 健保連)

## 医療従事者の問題



(西ドイツ)

### 医療従事者の数

健康は、われわれの人生の幸福にとって本質的前提条件である。世界保健機構の要求によって、それは完全に肉体的、精神的、社会的に健全な状態であることとされている。

ところで、保健事業に従事する者への需要は常に増大している。これは、本質的には医

学医術の発展による。とくに看護要員に対する需要は大きい。保健事業におけるサービスの制限ができないかぎり、従事者の不足は重大問題である。すべての市民は、健康の維持・回復のために今日の医学水準に応じたサービスを受ける権利を有する。

1969年12月末現在、93,934人の医師が職業活動をしていた。これは、651人の住民に対

して医師1人の割合になる。学術会議の見解によると、1972年には医師の数は97,000~101,500人になり、住民630~600人に対して医師1人の割合になるとされている。かりに住民630人に対して医師1人の割合で国民の医療が保障されるとすると、1980年には100,100人、1990年には105,000人、2000年には111,600人の医師がおればよいことになる。そうだとすると、向う20年間の後継者の必要数は毎年4,000人となり、これを充たすために4,500人の医科大学新入生が必要となる。ところが、1961年の新入生は5,812人、1969年の新入生は3,029人であった。

また、1969年12月末現在、31,220人の歯科医師が職業活動していた。したがって、住民1,960人に対して医師1人の割合であった。学術会議は、住民2,000人に対して歯科医師1人の割合であるべきであるとしているが、そのためには毎年1,520人の歯科卒業生が必要である。また、歯科入学生はもっと多く1,900人必要である。ところが実際、1969年の入学生は1,100人であった。このままいくと6~7年のうちに1:2,000の割合は保た

れなくなるであろう。そしてそれによって国民に対する歯科サービスは後退せざるをえなくなるであろう。このため、この分野の教育の促進がなによりも望まれるところである。

看護分野における人材需要をカバーする問題は、世間できわめて関心の強いものとなっている。現在、約35,000人の看護要員が不足している。連邦政府は、医療施設における看護職の身分の改善のために、職業訓練での看護職についての特別の配慮、教育改革、労働条件および昇進の改善ならびに医療施設におけるパート・タイム労働の促進が焦眉の急とみている。

クリニックでの分娩が増えたことにより、助産婦制度はますます発展してきている。1952年に全分娩の47.4%であった施設での分娩は、1968年には91.6%になった。しかし一方、定着する助産婦の数は年々減少傾向にある。こうしたところから、助産婦法の改正が必要となっている。もっか連邦および州によって新しい法律が準備されている。

#### 医療従事者の養成

医師の養成は根本的な改革を必要とした。養成の合理化および開業についての原則が1970年10月28日の医師免許規則によって打ち立てられた。そして、これによって医師の養成は6年間の大学教育によることになった。従来の医療助手としての予備期間はもはや必要なくなった。したがって、医師の養成年限は短縮されたことになる。これまで医師の養成は、11学期の大学教育と2年間の医療助手期間(1970年1月以降1年間)を必要とした。こうした構造改革により医師の養成は合理化され効果的なものとなった。予備臨床講義は将来5学期から2年間になる。この養成期間の短縮は、学生ができるだけ早く実地臨床教育を開始し、患者と接触すべきであるという判断に立つものである。臨床講義は将来4年間になる。臨床講義の最後の年は医療施設において実地教育が行なわれる。

薬剤師の養成の改革は、1968年6月3日の連邦薬剤師規則によって行なわれた。そして1971年10月1日には新しい薬剤師免許規則が施行された。薬剤師の養成の改革は、調剤技術助手の新設と関係がある。これによって、

薬剤師は将来技術的な業務から解放されることになるだろう。

新たに連邦政府によって提出された「医療における技術助手に関する法律」案は、連邦議会で可決された。これは、技術助手の扱うべきことがら非常に多くなってきていることから、理化学治療および放射線治療の部門における分業を行なうためである。また、この法律案では獣医療技術助手も規定されている。医療技術助手の養成期間は2年以内とされている。

看護要員の養成は、この分野における変化を考慮して長期的展望に立って行なわれなければならない。

このほか新しい職種の養成が必要となっており、その連邦による統一的な法規定が望まれるところである。また、すべての医療従事者の常時の再教育も欠かせないことはいうまでもない。

Helmut Wegner, Probleme der Heilberufe, *Zeitschrift für Sozialhilfe*, Oktober 1971, S. 291-292.

(石本忠義 健保連)

## ISSA海外論文要約より

## 社会構成員としての高齢者



J. Helander (スウェーデン)

本稿には、老人学の発展に対して心理学が果たした寄与に関する研究が示されており、とくに、高齢者の労働に対する潜在的能力が上げられている。

その研究では、勤続20年後に解雇されたある会計検査関係の企業のある従業員を、手掛かりの事実上の参考例として、作業が行なわれた。かれの解雇理由は、当人が無能であるからではなくて、72歳に達したからであった。使用者は当人の仕事に非常に満足していたことを確認したが、その従業員の年齢が雇用の継続と一致しなくなってきたという評価を下した。使用者は雇用の終了がその従業員にとって最も利益になると考えた。この例は高齢な状態における労働に対して現在強調さ

れているある考え方と態度を示しているが、このような決定の正しいことを、誰も証明できない。問題はそのような決定を採用する人びとが、通常では、高齢者の労働能力についてほとんど知らない若い人びとであり、その結果として、かれらの結論がしばしば個人的な理由にもとづいているということである。

高齢の問題は、長年にわたり、純粹に医学的な観点から研究されてきた。最近では、高齢化の過程に伴って現われる多数の他の要素に関する知識が、老人学の創設を導き出してきた。科学の分野におけるこれらの部門間の密接な協力が最も必要である。老人学の発達には、心理学によって大幅に促進することができる。ある心理学者は、ある人の労働に対

する潜在能力と傾向の研究を進展させることによって、ある重要な寄与を行なうことができる。かれの役割は労働能力、精神運動調整、創造的思考、目標の学習と処理および同様な諸機能を詳細に述べることである。現在、これらの問題はほとんど知られていない。この分野における研究は、労働に対する潜在能力と傾向の研究にかんする上述した線に沿って開発されるべきで、それらは、直接的には労働と日常生活における各人の個人的な反応の研究を導き出すことになる。これと関連して検討されなければならない他の部門は、労働とレクリエーションに対して、高齢者のもっているニーズを調整することである。

労働に対する能力と傾向の変化についてわれわれが現在もっている知識は、きわめて少ない。しかも、最も顕著な調整は退職の手段に依存している。この研究の初めに示したように、ある会計検査関係の企業におけるある従業員の例が手掛かりになっているが、その従業員を退職にいたらしめた仮定は、当人の労働能力が雇用の継続するには、労働過重の

状態になっているということであった。しかし、与えられた年齢における労働への潜在的な能力と傾向を余りにも軽く評価してしまうのは、余りにも重く評価してしまうのと同様に、有害であるかも知れないということが了解されるべきである。老齢になるに従って、この潜在的な能力は2つの方向から脅威をうける。もし労働が潜在的な能力にとって余りにも重くなるのであれば、その潜在的労働能力は間もなく使えなくなってしまうし、また、労働がその潜在的な能力にとって余りにも軽くなるのであれば、活動を欠いている状態が労働能力の標準を低下させることになるであろう。基本的な問題に関する討議は、今まで最初に示した危険の形を観察してきたが、しかしながら、第2番目の形の危険も取上げないわけではない。社会は老齢者から何も期待するものがないという境遇に、かれらをおくべきではない。老齢者のうち大部分の者はかれらもはやなんらの機能をも果さないものであると感じさせられるならば、少しでも生きているのが、悪いと思う良心の苛責を増大することにさえなるかも知れない。

個人に関する心理学的な影響はどうであろうとも、この状況は経済的な重要性ももっている。仕事のない年金受給者はこれ以上にも生産しないだけでなく、かれらは社会の超過支出の原因にもなっている。したがって、心理学的な老人学の役割は、老齢者の労働に

対する潜在的な能力と傾向に関する諸問題をより一層追求して検討することである。

Forskning om den Äldre som Samhällsmedlem, *Socialnytt*, No. 5, 1969, pp. 22-30; No. 59, '70.

## モデルコルホーズ規則と

## 社会保障



### V. Babkin\* (ソ連)

本稿には、コルホーズ構成員の第3回全国大会により採用された新しいモデル・コルホーズ規則の観点から、コルホーズ社会保障委員会のもっている新しい役割が論議されている。

23回共産党大会の主要な決議に含まれたある決議にしたがって、1964年に中央集権化されかつ社会化された。

コルホーズ構成員に対する社会保障は、農業の急速なしかも安定した成長と、それによる市民の生活水準上昇を保障するために、第

コルホーズ構成員に対して政府が実施する社会保障制度の法律的な根拠は、次に示されるとおりである。つまり、それらの法律は1964年4月15日付のコルホーズ構成員に対する年金と諸給付の法律と、土地を国有農場お



よびその他の事業や組織に移された旧コルホーズ構成員の年金について、ソ連閣僚会議により採用された1965年の政令第258号である。1968年1月1日現在で、コルホーズ構成員に対する年金年齢は、被用者に適用される年齢（訳注 男子60才、女子55才）に引下げられ、最低廃疾年金は増額され、また、第3グループに属する廃疾年金（そのような廃疾が雇用傷害のために生じたものであることを条件として）が採用された。

法律の適用と関連を有する主要な仕事は、コルホーズ・レベルの社会保障委員会によって行なわれる。多数のコルホーズでは、年金の裁定に必要な記録を保存するために、これらの委員会は常傭の管理者を雇用することになった。そのような職員は「検査官」と呼ばれている。かれらのすぐれた価値は大きい。必要な文書の欠如については、かれらはコルホーズの就労期間、所得額などの組織的な登録を示す各構成員の記録を保存する仕組みを、次第に作り上げてきた。

コルホーズに対する新しいモデル規則は、政府により保証された社会保障に対するコルホーズ構成員の権利を保障し、最近の発達をもたらした。前の第2回大会により採択されたモデル規則は、1条(article)だけで構成されており、その章では、コルホーズは老齢者と廃疾者、遺児および託児所に対する社会扶助へのある基金の設立に義務をもっているだけであったが、しかし、新しいモデル規則は、コルホーズ構成員の社会保障に関する基本的な規定をもっているある包括的な章を含んでいる。

新モデル規制の第39条に従って、コルホーズ構成員は、実施中の法律により、老齢、廃疾、および遺族年金を受給し、女子も出産および分娩給付を受給しており、これらはコルホーズ社会保障について、中央に統合されたすべての基金から支払われる。コルホーズ農民のある大きな目標は、一時的労働不能に対する社会保険の採用であった。したがって、コルホーズ構成員は、中央に統合された基金から支払われる資金により、疾病給付および

サナトリウムと温泉における治療の受給資格を、取得できるようになるかも知れない。

コルホーズ構成員は、コルホーズ生産のヴェテランであるという名誉に値するような義務の遂行を承認しており、多数のコルホーズは、「コルホーズ功労メンバー」の称号を与えるとともに、独自の基金から支払われる補足的な年金を支払っている。

最近、ロシア共和国コルホーズ社会保障委員会は、Ust-Labinsk 地区コルホーズ社会保障委員会の活動を調査した。この地区委員会は、モデル規則により現在カバーされている多数の方式のうちでも、早く設けられたものである。その委員会の発意により、モデル規則は第40条で、コルホーズがその評議会の決定によって、コルホーズ経済の発展にとくに功労のあった人びととともに、コルホーズ生産のヴェテランに対して、すべての一般的年金と個人的年金に補足的給付を認めることができということを規定している。第19条にしたがって、コルホーズ評議会はサナトリウ

ム、レクリエーション施設、パイオニア・キャンプ、および高齢者と廃疾者のホームを提供するために、ある基金を別に保管することができる。また、コルホーズ評議会が地方機関もしくは国営かあるいは協同組合の企業と協力してそのような活動への財源調達を決定することができる。

コルホーズ社会保障の発展は、ソ連邦の共産党によるプログラムにしたがっており、そのプログラムには、国民所得の増大に応じて、政府機関、労働組合およびコルホーズは、年齢もしくは廃疾またはに労働能力を失う全市民の経済保障に対して、漸進的に責任を負うであろうということが述べられている。

現在、すべての社会保障委員会は、モデル規則にもとづくそれぞれ独自の規則、とくにコルホーズ構成員の社会保障に関する諸規定をよりすぐれたものに前進させるために、コルホーズを援助し、また、コルホーズ社会保障委員会の設置を助けるべきである。

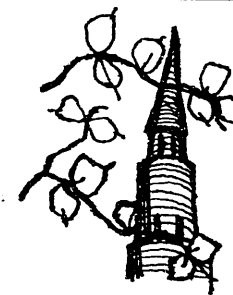
※ 社会保障省次官 (RSFSR)。

Primernyi ustav Kolkhoza i Sotsialnoe obes-

## 寡婦年金と

# 女子の社会保障改革

Horst Fenge (西ドイツ)



本稿には、女子の社会的保護、とくに、不満足であり、しかも時代遅れであると考えられる老齢と廃疾に対する社会的保護の改革が提案されている。

基本的には、社会保険は雇用関係にある人びとの行なった稼得活動にもとずいている。家庭にいるかあるいは子供を養育中の女子によって支払われた拠出は、社会保険の参加を正当化する活動として承認されていない。事実上では、主婦の保護は夫の年金受給資格取得に依存しており、また、夫の年金から引出されている。

寡婦年金では、受給申請が当人の年齢、収入能力、もしくは結婚期間と無関係に行なわれているが、現在の無制限な形による寡婦年金は、支給額については不十分であるとみなされるかも知れないが、年金の受給資格条件では寛大すぎるかも知れない。

女子に適した年金保護を保証するある仕組みの創設は、現在の形では疑問のある事柄に、社会保険と寡婦年金を通じて行なわれる二重方式の仕組みのもつ価値を与える。そのようなある仕組みは必要とする費用が高いという観点から、そのように大きな費用が要求されるので、したがって、なんらかの新らしい

仕組みは、社会政策の必要条件からみて、女子がその制度に適合するかどうか、また、これまでこの目的に対して提供された割当分が、適切に維持され得るかどうかを決定するために、女子の部分に行なわれた従来のすべての申請の検討を要求するであろう。

現行制度に修正を行なうように刺激しようと企図する多数の改革案が、以下に要約されている。配偶者年金の受給資格取得を分割する提案は、1961年に現われている。この改正では、各配偶者が取得した年金の受給資格で平等な分け前を持つであろうということになり、かれらが結婚した日から適切な金額がクレジットされるであろう。その場合には、夫婦を併せて合計された年金が支払われ、いずれか一方の配偶者が死亡した場合には、遺族になった配偶者がその合計額の60%を受給する。この法案には多くの反対意見があり、それらの中で主要なものは、離婚の場合に、女子が男子よりも有利な立場におかれているということであった。

主婦を強制的な被保険者として、かれらに対する完全に独立した保険の提案も行なわれ、早くも、これは1960年に姿を現わしている。この保険は15歳未満の子供を養育中の主婦を、拠出から除外するのを建前としており、その他の主婦では、夫によって財源を調達される。1968年に、主婦が当然その役割を断念すると予想される限界に応じて、年金額が決定されるべきであるという助言を得て、上述した保険の考え方は1968年に一歩前進した。その前進には、連邦家庭・青少年省の科学的な諮問機関によって述べられてきた考え方と、ある程度一致していると思われる。

年金法が改正されるべきであるならば、主婦に対する無制限な年金を止めるように助言されるであろう。雇用の場における活動に参加するには労働不能の女子とともに、寡婦となり、しかも、子供を養育している母親だけが、保護を受ける資格の取得者となるべきである。その他のすべての寡婦は、かれらを家庭と仕事との間における順応の困難に慣れさせて、特殊な環境にもとづく一時的な扶助を

与えられるか、あるいは、かれらは実質的かつ不合理な相対的困離を予防するために、補償としてある年金を受けべきである。さらに、他の提案は単身者の年金に対する寡婦年金の適応を要求しており、その年金保険制度がより大きな支出を生じないのであれば、費用は生計を維持している人びとによって調達されなければならないであろう。さらに、他の要求は、経済的な活動に従事する女子と比較して主婦が常に不利益な立場におかれているので、寡婦に対する無制限な年金が継続されるべきであるということである。主婦は夫の稼得活動を援助し、夫の年金権取得を助けてきたので、夫の年金受給資格取得への参加を主婦に認める可能性も討議された。この方法は、段階的な拠出方式を用いて、被保険者に生ずる年金に主婦の補足を加えることによって、実施することができる。これらの提案のうち、幾つかの案の中では、提案にいたるまでの過程で行なわれた多数の妥協も指摘される。

結論として、次のように基本的な考え方を

要約することができる。社会保険制度による女子の社会的保護に採用されるなんらかの修正は、寡婦に対する保護制度ときわめて密接に関連させて、検討されなければならない。寡婦に対する無制限な年金は、現在の形を維持することができないであろう。寡婦に対する規定を取扱うには、保護に対するニーズが特殊な目立ったものに与えられるべきである。幼ない子供を育てている寡婦への社会的

給付は、寡婦が財政的な理由で雇用を求める義務がないように定められるべきである。原則的には、かん夫は寡婦と同様な社会的保護を享受すべきである。

Witwenrente und Reform der sozialen Sicherung der Frau, *Soziale Arbeit*, No. 2, 1970, pp. 49-59; No. 94, '70.

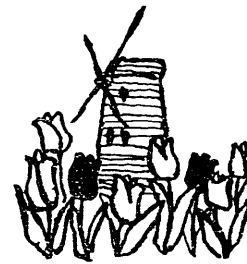
の手続きを観察する義務をもっている。社会保障の改善にみうけられる満足は、恐らく、制度の簡素化に失敗したためであろう。

現在の複雑な仕組みは、制度の効率についても問題をもたらしている。とくに、簡素化の欠如は、各種の団体と関係をもたなければならない制度の参加者、つまり、使用者と被保険者の双方を混乱させている。使用者の場合には、これは拠出がかれらに用いられる拠出率ばかりでなく、また保険の異なった部門の事故発生率によっても異なるということの意味している。

これらの理由に対して、労働党の科学部は現行社会保障制度を簡素化する可能性を検討するために、ある作業グループを設けた。その報告で、その作業グループは多数の方法を主張しているが、そのうち最も重要な方法は次に示されるものであった。

家族手当保険はある全国的な制度に変えられるべきで、その制度では、世帯の賦課金に

## 社会保険の簡素化



(オランダ)

本稿には、オランダにおける社会保障制度の主要な改正を取扱っているオランダ労働党によるある報告の評価が示されている。

現在実施されている社会保障制度は、それが現われて以後における重大な社会的対立の

跡を示している。時の流れとともに行なわれた改善と拡張は、しばしば理解するのが困難な法令を生んできた。管理・運営は多数の行政機関の手に委ねられており、それらの機関は諸給付に対する権利を決定するために複雑な諸規則を適用したり、また、冗長な運営上

対するリポートが併合される。この合併は給付のことをいうのではなく、社会保障制度のみならずまた企業の財政的な管理・運営をも簡素化することになる。補足的年金のある単一の制度は、別々の企業や産業、あるいは産業の各部門に対する各制度に代って<sup>1)</sup>、全賃金労働者をカバーするであろう。廃疾保険は全人口に拡大されるべきである。

賃金労働者に対する保険制度の管理・運営は、ある単一の組織による全国的な国民保険に合併される。その合併は職業別の組合、つまり、現在、賃金労働者に対する疾病、廃疾および失業保険の管理・運営の責任を担当し、協力している団体の消失を意味している。現在産業毎に異なる疾病、失業保険の拠出は、すべての社会保障拠出を租税徴収機関によって徴収できるようにして、ある統一的な拠出率にすべきである。単一の機関による管理・運営の体系は、無数の地方事務所を包括すべきである。その理由は、すべての拠出者が社会保障について必要とする情報を、すべてある単一の事務所で手近に見つけることができ

るようにすべきであるという重要性をもって  
いるからである。社会扶助と職業紹介は同一  
建物に配置されるであろう。その組織は賃金  
労働者、自営労働者および使用者の各代表に  
より管理されるべきである。

作業グループは、その提案が法律の実施に  
また、社会保障制度のみならず、産業の経済

的な立場と同様に、恐らく法律の立場にもよ  
り大幅な簡素化をもたらすであろう。

注1 1968年の Abstract No. 98 参照。

Vereenvoudiging van de Sociale Verzekering,  
Wiardi Beckman Stichting, Deventer, Kluwer,  
1970, 77 pp.; No. 101, '70.

## 賃金支払継続と労働組合



Alfred Tschmidt (西ドイツ)

本稿には、最近の疾病保険法に関する労働  
組合の見解が述べられている。

賃金支払継続法は、疾病の場合に、賃金労働者  
と俸給取得者を経済的および法律的に同一化させる  
手段の採用に対して、長年にわたって西ドイツ労働  
組合により提出されてきた要

求を実現させている。疾病金庫に対する医学  
的助言者のサービスの承認は、ある重要な前  
進となっている。同時に、労働組合が後退と  
みなす疾病金庫改正（費用分担の増大、年金受  
給者の拠出支払いなど）により、諸規定が出さ  
れた。

賃金支払継続法の実施に併せて、政府は少なくともある1つの重要な地域において、従業員のある単一のカテゴリーのもつ緊急事態を承認した。したがって、その法律は大きな社会的意義をもっている。それにもかかわらず、労働組合は賃金労働者と俸給取得者を差別する残り幾つかの規定を批判している。それらの批判は、つまり、強制的登録の取扱いと賃金支払継続のもつ基本原則の除外である。疾病保険金庫の改善された財政的な状況は、疾病の予防と早期発見の方向に対して、より一層増強された努力を提供するという結果をもたらすべきである。労働組合は賃金労働者と俸給取得者を同化させることが、現在、強制保険の収入制限を廃止することにより、全般的な強制保険適用の方向を目指して、拡大されるべきであると信じている。

医学的助言者のサービスには、重要な修正が行なわれた。従来、このサービスでは、大部分は純粋に監督的な機能とされ、その技術的また職員配置の状況は不適切で、しかも、そのサービスは完全に労働過重となってい

た。労働不能の最初の報告以後における医学的な検診を廃止することにより、来訪者数は80%以上も削減することができるであろう。また、現在の経験から判断される限りでは、疾病を報告する人びとの数は増大しないであろう。これは、そのサービスが純粋な医学的検診のもつサービス本来の固有な機能を、現在回復することができるということを意味している。各労働組合の間に配分された質問状は、患者と医学的助言者の双方が、適合性の証明書を単純に発行するだけという従来の制度化された役割に反対していたことを示した。経験的な観察からみれば、とくに改善を要求しているものは、物的な諸施設と検診に出頭することを患者に要求している仕組みで、医学的助言者のサービスに適用された診察の実施について、地域的な標準化を行なうことであると思われる。

被保険者が支払う疾病費用の負担分増大は、疾病保険改革における悪い第1歩であるとして、ドイツ労働組合連合により非難された。同連盟は、疾病カードを返還する仕組み

は、直ちに廃止されるべきであると要求しているが、それは失敗であることが証明されたからである。

Die Lohnfortzahlung aus der Sicht Der Gewerkschaften, *Die Krankenversicherung*, No. 12, December 1969, pp. 293-297; No. 112 '70.

## 薬剤費の諸問題

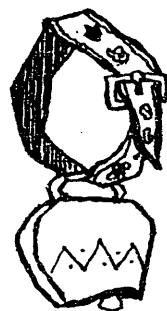
Tomislav Markovic (ユーゴスラヴィア)

本稿には、薬剤の価格を決定する一般的な諸条件と若干の諸要素に照明をあてながら、薬剤費を決定する諸要因の考察が述べられ、併せて、ある統一的な小売価格に対する幾つかの提案も示されている。

他のヨーロッパ諸国のように、ユーゴスラヴィアには、薬剤費およびその結果として生じた薬剤に関する疾病保険支出には、かなりの増大が現われており、この国では、事実、1964—1968年の期間に支出が2倍になっている。価格上昇の一部は、その原因を薬剤の質と新製品の採用における改善に帰せられるべきであるが、薬剤が、二重の性格をもっているという事実も指摘される。一方では、他の工業製品と同様に、工業は大量消費に対する

財貨の生産に関心をもっている。他方では、消費の段階で、とくに小売りの商業において、その質のためにではなくて、薬剤がしばしば医師の処方依存しており、それがなければ販売されないかも知れないという理由から、薬剤は異なった性格をもっている。これは通常の認識における市場経済の機能を制約しており、その代りに、薬剤消費の限界と機構は医学的に決定される。

現在、薬剤のもっている本当の性質と特長にある調査を行なうニードは確かに存在しており、この調査は薬剤の生産と消費の間における矛盾を解明できるかも知れないし、また、生産と卸売りの規制をもたらしかも知れない。そのようなある調査は、製造業者達の



営業にある秩序を設けるのに、寄与するある重要な役割を果たすであろう。大企業を除いて、大部分の製造業者達は、薬剤師によって調合され、価格の動かない基礎的な化学上の基本製品を生産するたりも、むしろすでに調合された薬剤がそれ自身で価格を決定するので、あるいは科学的な研究という理由をもっている。調合された薬剤に生産を集中している。

新しい経済改革の採用以後、薬剤の価格は次の諸要因による影響を受けた。古い薬剤の価格は生産者と社会保険公社の間で交渉されている。部分的には、これは価格の新設、決定および管理に関する1967年法の法律条文によるものである。しかし、この手段は新しい薬剤を規定していない。したがって、1967年以後数百の新しい薬剤が市場に姿を現わしてきた。新しい薬剤の価格はきわめて急速に上昇したのに、その他の薬剤は同一水準のままにとどまっている。パテントの保護では、新しい薬剤の製造業者達は市場の独占を取得しているし、なんらの制限もな





## 解説

# フランス社会保障の 成功と失敗

社会保障研究所 保坂哲哉



ドゴール將軍を首班とするフランス共和国臨時政府は、1945年10月4日と19日に社会保障組織に関する2つのオルドナンスを公布し、1945—46年にかけて制定される社会保険、家族手当、労災保険に関する一連の立法の枠組をつくった。それから25年、フランス政府社会関係2省によって発行されている *Revue française des Affaires sociales* は、1971年第2号をフランス社会保障25周年記念号としてフランス社会保障の展開のあとを回顧し、評価している。

全体は4部からなり、第1部では、歴代の社会保障長官 (P. Laroque, J. Doublet, A. Barjot, M. Guillaume) が、在任中の期間について社会保障展開のあとを論じている。第2部

では各部門ごとに専門社会保障機関の代表者が、それぞれの活動を回顧し、第3部は、国民生活における社会保障と題して、経済生活および保健の面から社会保障の成果を評価している。第4部は、国際動向からあるいはそれとの関連でフランス社会保障をみようとしている。

ここでは、この記念号の内容を紹介するのではなく、25周年を機会にフランス社会保障の戦後の歩みを、いくつかの点に限定してふりかえってみたいと思う。最近フランス社会保障についていろいろの本を読みはじめてみて、フランス社会保障の展開のしかたに非常に興味をそそられた。そのシステムや問題の

解決方法がすぐれているからというのではなく、むしろ問題が多く対立がはげしいという現実と、それを克服しようといろいろと試みられる努力が、社会保障一般の問題に関する多くの示唆と研究への強い刺激誘因を提供するからである。標題は、そうしたフランス社会保障の苦闘の姿を表わすために選んだ言葉であって、1945年の社会保障計画や、1960年の小改革、1967—68年の大改革の一つ一つについて、成功と失敗の判定を下す能力は筆者にはない。しかし、それら現実の経験を分析してある社会保障システムが成立し発展への道を辿りうる条件を探求することはわれわれに与えられた仕事である。

フランス社会保障は、1945—46年にその体系をととのえたのち、しばしば小さな修正と改革を繰返えしてきた。その間、未適用の分野に制度が拡大されるなど発展した面もある。しかし、1958年ドゴールが政権の座に返り咲いてのち、次第に当初の構想に対する改革の動きが広がり、ついに1967年の大改革にまで進んで一応の区切りがついた。それは1968年の国民議会の批准において重要な修正

が加えられたが、いずれにしても、1967—68年の社会保障改革が1945年の社会保障構想を重要な点で変えるものであるという事実を覆すことはなかった。

1967—68年の社会保障改革については、日本でも何人かの人々によって紹介され、批評されている。一般的には後退した点を指摘するものが多い。しかし、評価の拠りどころはかならずしもすべての場合に明確ではない。ラロク計画や1945年の構想を比較基準にとりそれを絶対視することはもとより正しくない。むしろ、過去25年の間にフランス社会保障が経験した大小の改革を通じて、当初の社会保障構想が正しかったか、間違っていたのかを評価することが必要ではないかと思われる。同じように、フランス社会保障が、情勢の変化と新しい困難に当面して、大小の改革を通じていかにその任務を貫徹することに成功または失敗したかを評価しなければならない。F. Seiller は、「技術としての社会保障をもたらし組織化と統一化の必要は、こんどは逆に、それに関与する社会グループの間に反作用と葛藤をもたらす」とのべているが

社会保障制度の誕生によって社会グループ間の関係にひき起される不可避免な変化は、進歩にも後退にもつながりうる。しかも、それは、全般的な社会変動がたえず進行する中で行なわれるから、社会保障システム自体も、自らの起こした変化と外的条件としての社会変動に、たえず適応させてゆかなければならない。P. Massé のいうとおり、プランニングにおいては将来に対する不確定性を完全にとり除くことができず、常に冒険の要素を含んでいる。それはいかなる社会保障改革にもつきまとう宿命である。それをいかにして「熟慮され計算された冒険」(P. Massé)に進歩させうるかが問題なのである。

過去の社会保険システムや救貧制度のもとの経験にもとずき、それらに対する反省のうえにつくられた社会保障システムは、普遍性、統一性という新しい原則を採用したが、それはいまのべたようにあくまでも経験に基礎をおいて導き出されたものであって、決して先験的にきめられたのではないことは、A. Barjot が指摘するとおりである。しかし、この原則を具体的に特定の国に適用する仕事

は容易ではない。それは常に冒険を伴ない、試行錯誤を繰返すことは避けられない。さらに困難な問題は、普遍性・統一性の原則を適用する社会的条件がそなわっていない場合に起きる。その場合にはたんに技術の問題ではなく、社会保障の理念と原理が、現実の社会に定着しえないこと、人々、少なくとも相当部分の人々に受け入れられないことを意味している。

一元的な社会保障システムという構想は、フランスではすでに発足の当初からくずされた。システム全体についていえば、一般制度といくつかの特殊制度という多元的形態が、また社会保険と家族手当の分割が、恒久的な組織構造として定着した。フランスの社会保障システムの普遍化は、非雇用者に対する適用拡大を通じて漸次進められたが、その過程で組織が漸次一元化されることなく、むしろ複雑になった。そのうえ法定制度のほかに協定による補完制度が誕生したことは、制度の構造をさらに複雑にした。幹部職員の統一的システムに対する反対運動の成果として1947年誕生した補完退職年金制度は、法定制度の

拠出算定標準賃金の上限額を越える部分についての退職年金保険であったから、もしこの法定制度上限額を大巾に引上げて法定制度の発展を図ろうとすれば、幹部職員のはげしい抵抗に会う。事実、賃金上限額の引上げに対する反対運動は1968年のグルネル協定に終る運動を含めてしばしば起った。補完退職年金制度は、1961年の協定によって一般労働者にも適用されることになったが、J. Brunet-Jailly は、この2つの補完制度によって行なわれる所得再分配が、幹部職員と一般労働者という2つのグループ内部に限定され、しかも、両グループ間で賃金格差より年金格差のほうが大きくなっている点を問題視している。

P. Laroque は、パリ解放直後の状況について、老いた社会上層階級の動揺・傷心と労働者の活動性・希望とを対照させている。そして、社会保障の役割についてつぎのように記している。「(解放によってもたらされた)新しい社会秩序から希望が生まれた。社会保障はこの希望にこたえる一つの要素である。……長年にわたる生活不安ののち、労働者は、将来どんな場合にも自分と家族の最低生活が確保さ

れているという保証をえたいと願った。彼等は、生活保障の不平等の排除を要望し、それによって社会階級間の差別の要因を撤廃しようとした。フランスでは、他の国と同様、社会保障は労働者の状態を改善する手段であるばかりでなく、新しい社会秩序の建設における一つの要素である。」(文献1) Brunet-Jailly は、このような社会保障の目的に照して老齢年金、疾病保険、家族手当の給付が、異なる社会グループに対して効果的であったかどうかを分析して、社会保障支出の増加は、各社会的リスクに対する保護の改善を絶対的には保証しなかったと結論している。彼は、この結論にもとづいて、社会保障がその目的・形式・手段を再定義する必要に迫られて直面する基本的問題は、異なるタイプの世帯間、各社会グループ間の関係のそれである、とのべている。

J. Brunet-Jailly の分析によると、1950年から1970年までの種々のタイプの世帯の生活水準は、子供の多い世帯よりは一般的に子供のない世帯または少ない世帯のほうが、一般労働者よりは熟練労働者のほうが相対的により

大きく向上し、または低下の度合いが少ない。注目すべきことは不変価格で表わした生活水準は、彼が例にとった有子世帯(2人および4人の子)では絶対的に減少している点である。家族手当の給付改善が、一般制度の枠の中で相対的に抑えられたことは、家族手当の拠出料率が1951年10月1日に16%から16.75%に引き上げられたのを唯一の例外として、1959年1月1日から2.5パーセント・ポイント、1962年1月1日から0.75パーセント・ポイント、1967年10月1日から2ポイントと次第に減らされて1970年8月からは遂に10.50%になったことから明らかである。このように、家族手当が軽視され犠牲にされた理由としては、フランスの給付水準が他の近隣諸国に比べて比較的高いという判断があったためかも知れない。しかし、もっとも基本的な理由は3つある。一つは、全体としての拠出料率の引上げが困難であったこと、第2は、疾病保険の医療費が賃金や国民所得の伸びを上廻る速度で急騰を続け社会保険財政を脅かしたこと、第3は、家族手当よりは老齢年金のほうが重視されたことである。

老齡者対策に関しては、P. Laroque を委員長とする委員会が組織され1962年一連の改革を提案した。しかし、実際に採用されたものは少なく、政府は、老齡被用者手当、国民連帯基金補足手当など所得制限付きの最低保障給付の水準を大巾に引上げるといふ選別的な方法に頼った。前記2種類の手当の合算額は配偶者児童加給を除くと1960年現在年額1,072フランであったが、1966年には1,900フランとなった。第5次計画社会給付委員会のプログラミングでも、拠出制年金の給付水準の年平均上昇率を賃金に合わせて3%としたのに対し、無拠出制の最低保障老齡給付のそれは6% (いずれも実質) という高い率を与え、所得再分配効果を強化することをうたった。たしかに、最低保障老齡手当額は1966年の1,900フランから、1970年10月には3,000フランへとふえた (所得制限額も3割強引上げられた) が、最低保障手当の受給者数は年々減少している。一般制度についていえば老齡被用者手当受給者数は、1958年の82万人に対して1968年には35万人と半分以下に減り、給付額はそれぞれ5億4,900万フラン、5億5,200万

フランとほとんど変わっていない。同じ期間に一般制度の拠出制老齡年金受給者は倍近くにふえて270万人を数え、給付額は5倍強くふえて75億フランに達した。拠出制老齡年金の給付総額の増加年率は、およそ17%ぐらいであるからかなり高率といえる。それを反映して、老齡保険の年金・手当受給者 (無拠出老齡被用者手当受給者を含む) のうち、国民連帯基金の補足手当併給者の割合は漸次減少し1960年の50.3%が1969年には27.7%となった。

M. Guillaume によれば、1965年の赤字は10億フラン、1966年には20億フランになると見込まれ、さらに第5次計画の予測作業において1970年の赤字は80億フランに達すると推定された。M. Guillaume のあげたもっとも重要な赤字原因は、医療費償還の急増であった。J. J. Dupeyroux の著書に掲げられている表から計算すると、一般制度の疾病保険医療費の1959—67年の間における年平均増加率は17%強である。これは、平均賃金の上昇率 (1956—70年年平均8.7%——時間当り) をはるかに越

えるものであり、財政均衡を維持するためには、給付水準を下げるか拠出料率を引上げるか、または政府一般財源からの補助を受け入れるか、いずれかの方法または2つ以上の方法の組合わせによらなければならない。フランス一般制度の拠出料率は、労災を別にすると1949年当時家族手当16% (全額事業主負担)、社会保険16% (老齡・疾病保険——事業主10%, 被保険者6%), 合計32% (事業主26%, 被保険者6%) であったが、1967年改革の直前の時点では、家族手当13.5%, 社会保険21% (事業主15%, 被保険者6%), 合計34.5% (事業主28.5%, 被保険者6%) であった。被保険者の料率は全く固定され、事業主の負担にかかる拠出料率が2.5パーセント・ポイントふえているだけである。フランス一般制度とその展開をたとえば西ドイツの対応する制度と比べた場合、拠出料率の上り幅が小さいことは明らかである。はじめて社会保障の長期財政予測を行なった Dobler 委員会報告は、1960年を基準年次として1970年の財政収支 (収入は拠出金のみ) を推計し、拠出料率を大巾に引上げなければ政府財源の導入が避けられないこと

を示した。また、同じ頃行なわれた Mabit 報告でも、老齢保険に関連して、被保険者拠出料率を現在の 9% から 1975—85 年には 11.5% に引上げる必要があると指摘されている。さらに、第 5 次計画社会給付プログラミングでは、事業主の拠出料率は据置くが、被保険者の料率は現行の 6% を 6.5—7.0% に引上げるという案をもち込んでいる。事業主の拠出負担増加は、フランス経済の競争力を高めるのに差障りがあるから、現在以上に拠出料率を引上げることはフランスの国民経済にとって有害である、というのが第 5 次計画の思想で、それは年来の経営者団体の主張に合致していた。すでに 1950 年代からそういう主張がされていたにもかかわらず、実際には事業主の拠出料率だけが引上げられてきた。そして、1966 年 8 月 1 日に 0.75 パーセント・ポイントの引上げが行なわれて以後は、事業主の拠出料率は据置かれている。

被保険者拠出料率の引上げに対する反撥は、たとえば第 5 次計画に対する労働総同盟 (C. G. T.) の意見によっても明らかである。上記のような提案に対して、C. G. T. は、こ

れを一方的に被保険者の負担に帰するものとして非難し、政府一般財源によるカバー、企業粗利潤に対する課税強化によって賄うほか、医療コストの高騰を政府の投資や介入によって抑えるべきだと主張している。そして、財政不均衡を招いた原因は、こうした点での政府の怠慢や、筋違いの負担を一般制度にしわよせしていることにあると指摘した。

政府は、もともと一般制度の財政には原則的に参加していない。老齢補足手当については最初政府の一般財源によってこれを賄っていたが、1958 年の財政改革で補助金削減の方針が実行に移されて以来、一般制度に関しては保険料収入の中から賄うこととし、さらに財政状態の悪い農業労働者制度と鉱業制度の負担をかぶることになった。この点は、M. Guillaume が一般制度の財政不均衡の原因の一つとしてあげているところである。第 5 次計画社会給付委員会報告では、政府が一般制度の財政に参加する場合について議論が行なわれているが、一般的な表現を使えば、制度固有の費用とみなされない、いわば制度外的な負担について政府の負担を考慮するという思

想が出されている。そこにやはり政府の補助金を極力控えようという態度が明白に現われている。

このように、被保険者、事業主、国が、社会保障費の増加分を積極的に負担しようとする意志をもたないとすれば、医療費や老齢年金など今後も引続き国民所得や賃金の成長率より早い速度でふえ続けると予想される費用を極力抑制しないかぎり、財政の均衡は達成されない。「1945 年にフランスの社会保障計画を設計した Pierre Laroque は、社会保障の財源調達方式について、イギリスのような *fiscalisation* 方式をとらずに、*cotisations professionnelles* 方式を採用したことについて……

『その理由としてあげられることは、まず社会保障が国の予算にたよるということは、社会政策の有効性を国の財政的考慮に従属させることになり、それではしばしば社会的努力が抑えられる恐れが生ずるからである』というのである」(上村政彦「社会保険実務と法令」9 巻 10 号)とすれば、そういう労使の社会的努力が現実には十分育たなかった原因をどうみる

べきか。ここでは財源が政府を通して間接的に出るか、労使が直接拠出するかの違いによって生ずる負担の公正、不公正が問題なのであって、負担能力だけが問題なのではない。あるいは、多元的なフランス社会保障システムの中に位置づけられた一般制度の特殊な地位と役割が、労使の積極的な努力をはばむ原因をつくる源となっているのであろうか。それとも、一般制度に対する政府の介入が十分排除できなかったこと、そして実際に行なわれた政府の介入が、労使の積極的な社会的努力への意欲をはなはだしくそぐような性質のものであったのだろうか。

1967—68年の社会保障改革の中心テーマであった管理機構、財政システムの改善は、一般制度財政やとくに問題の多い疾病保険についての、会計検査院、Canivet 委員会、Friedel 委員会などの提案の線にそって、リスクによって金庫を分割するという内容のものであった。また管理にあたる conseils d'administration の構成や選出方法の改革も実行された。さらに新しい財源を自動車損害保険に求めたり、拠出算定基準賃金上限を料率の一部について

廃止するという新機軸も現われた。しかし、これら一連の措置にもかかわらず、第6次計画の option 作業段階では、1975年における一般制度の赤字は約100億フラン、拠出金収入の約25%になると推定された。結局、医療コストについて40億フランの引下げを実施し、赤字は55億フランに抑えられるという計画が立てられた。

医療コストの引下げについては、すでに第5次計画の際にも、病院投資によって病院入院費用を削減し、薬剤使用の制限や薬業利益の賃金、医師所得の伸びを上廻る部分の還元などによって薬剤コストの引下げをはかることが提案された。最後の措置については、1968年2月の全国金庫と薬剤師協会との間の協定によって、価格引下げの代わりに薬剤売上げの2.5%を被保険者に還元することになった。(1976年4月以降、薬剤師会が金庫の還元率引上げ要求を拒否したため、協定は更新されなかった。)

社会保障システムは、法令の規定にしたがって運営されるけれども、そこでは個人やグループや団体の自主的なしかし社会保障の目

的に適合した行動が前提とされている。したがって、長期的な観点からみれば、社会保障政策は、これらの社会保障主体の好ましい行効を刺戟、誘導する効果を狙わなければならない。

1967—68年のフランス社会保障改革とくに管理機構と財政システムの改革がそういう効果をもっているかどうかについては大きな疑問が残る。疾病保険の会計を切り離して財政状態を明確にし、財政不均衡が生じれば拠出金をふやすか、または給付を抑制する、というルールをつくることによって、たしかに疾病保険の財政状態と財政不均衡の是正の方向は関係者にとっていままでよりはっきり分るようになった。しかし利害関係者の関心はむしろ不均衡是正策によって自らの蒙る損害や負担とくに受ける利益との関係における負担の重さにある。たとえば、C.G.T. の第5次計画に対する意見の中に、それに見合った便宜がなんらないのに拠出料率を上げるのは反対だ、という表現がある。つまり改革を通じて負担と受益の関係がどう変わるのか、それが問題である。しかも、この点は、事業主の

負担、医師や薬剤師などの所得と比較したり一般制度と特殊制度との関係で問題とされるから事は簡単ではない。M. Guillaume が多元的制度間の望ましい調和をフランス社会保障の今後の課題の一つとしてあげているのは、その意味で適切であろう。しかし、いっぽうでは、フランスにおける開業医の社会保障への適応過程にみられるように、政府を含めた各社会保障主体の新しいニーズと変化する状況に対する適応が、Guillaumeの指摘する制度体系の改革と並行して行なわれようような原理と組織の探求が不可欠である。社会保障改革の成否はそうした進歩につながっているかどうかという観点から判断すべきであろう。

おもな参考文献：

1. *Revue française des Affaires sociales*, 25<sup>e</sup> année n° 2, avril-juin, 1971.
2. Jean-Jacques Dupeyroux, *Sécurité sociale*, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> éditions, 1967 et 1969.
3. Commissariat général du Plan d'Equipe-ment et de la Productivité, *Ve Plan 1966-1870: Rapport général de la Commission des Prestations sociales*, 1966.

(41頁からつづく)

ブルに55% (52%), 100ルーブル以上に50% (55%) となった。

この改正により、たとえば、最低年金は従来12ルーブルから20ルーブルに引き上げられた。また、50ルーブル未満の者は、年金額が従来より大幅に引き上げられることになり、従来と同一である50—60ルーブルのグループは別として、60ルーブル以上のグループでも、年金額は増額されることになった。もともと、所得が高くなるにしたがって、支給率の低下する方式が用いられている。それはともかく、このような年金の算出方式が用いられるようになり、コルホーズ構成員の年金も、国営企業の賃金や俸給取得者に適用される最高の支給率を用いられることになった。

廃疾年金と遺族年金でも、新しい算出方式により、20~25%を増額されることになった。また、最低廃疾年金では、労働災害や職業病による廃疾の場合に、廃疾の程度により、最も重い例の30ルーブルが35ルーブルに、20ルーブルが25ルーブルに、そして、最も軽い例の12ルーブルが16ルーブルにそれぞれ引上

げられた。通常の廃疾の場合には、廃疾の程度により、重い例の25ルーブルが30ルーブルに、軽い例の16ルーブルが20ルーブルに増額されている。なお、最低遺族年金では、遺族3人が15ルーブルから30ルーブル、2人が12ルーブルから20ルーブル、1人が8ルーブルから16ルーブルにそれぞれ引き上げられた。

さらに、特殊な場合の年金年齢下げが認められることになり、15年以上寒冷な北部のコルホーズで就労した者、あるいは20年以上困難な地域のコルホーズで就労した者には、男子で60歳を55歳に、女子で55歳を50歳にそれぞれ年金年齢が引下げられた。もともと、年金の受給資格を取得する期間は、従来通りに、男子で25年、女子で20年とされている。ちなみに、同時に改正された国営企業の最低老齢年金について付言すれば、年金額は月額30ルーブルから45ルーブルに引き上げられた。

ILO, *International Labour Review*, Vol. 105, No. 2 1972, p.p. 186—187.

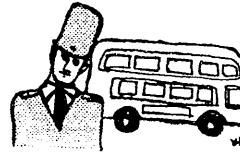
※ 33—35頁に関連記事あり。

(平石長久 社会保障研究所)

## 海外だより

## WHOのことども—ジュネーブから—

木村正文（国立公衆衛生院衛生人口学部・在ジュネーブ）



建物：今のWHOの建物は1966年5月に約6,250万スイスフランを投じて完成したもので、スイスの建築家 Tschumi の設計になるものです。地下2階地上8階の巨大なボックスがいくつかの支柱にささえられたもので地上2階から7階までが各部門の仕事のためにわりあてられています。これだけでは拡大した事業にたりないので、疫学および行動科学研究部は、“アネックス”という別の建物で仕事をしています。

地上1階には郵便局、銀行、旅行代理店、新聞雑誌店などがあり、それにつづいて図書館があります。

地上8階は食堂、娯楽室などにあてられ、ここからは晴れた日にはレマン湖、モンブラ

ン、サボイ山峰、ジュラ連山を望むことができます。

機構：WHOは3つの機関から成り立っています。1つは世界衛生大会（World Health Assembly・日本語訳はWHO総会）で、これはWHOに参加しているStateの代表で構成されます。第2に執行理事会は24人で構成され、大会の決定や政策を助け、総会の執行機関となります。

第3は事務局で総長、5人の副総長、14の部から成立っています。この中央事務局の外に世界を6つの地域にわけ、それぞれの地域に地域事務局をもうけてあり、さらに国際がん研究機関が国内にとくにもうけられています。

事務局本部はジュネーブにあり、地方事務局は、東南アジア、アメリカ、アフリカ、ヨーロッパ、東地中海、西太平洋の地域にそれぞれ1つづつおかれております。西太平洋地域事務局はマニラにあり、日本もこれに参加しています。中国が参加すると多少地域の構成が変わるかもしれませんが、それは1972年5月の総会で討論されるでしょう。現在WHOの執行理事会で台湾からの代表を認めず、北京政府をただ1つの中国の政府として認めた決議を出しております。

WHOの仕事はWHO大会で決定しますが、このなかには他の国際機関との協力が多分に含まれております。国際連合の開発プログラム、児童基金、世界食糧プログラム、世界人口プログラムなどをはじめ、難民救済機関、国際労働機関、食糧農業機関、ユネスコ、原子力機関、世界銀行などおおよそ人間の生存と健康に関係する種々の機関は、それぞれ基金なり人材なり資材なりを出しあってWHOの仕事を手助けしています。

仕事：WHOの仕事は1946年に61カ国によ



って採択された憲章にもとづいて行なわれます。憲章のなかにはWHOの仕事の目的が明白に記されています。

“すべての人々が最高の健康水準をうること”と。

この目的を達するために国際協力機関として、各国政府の要求にもとづきその行政を助け、急性・慢性、その他の疾病をなくすためのあらゆる事業を援助し、事故を防止し、栄養、環境衛生の改良を推進し、国際間に必要な規則や会議を提案し、研究を推進し、食糧、生物製品、薬剤などの基準を確立するなど多岐にわたる事業を行なうことになっています。

現在中央事務局ではこれに見合うための部があり、

疫学および情報科学研究部  
 伝染病部  
 家族保健部  
 マラリア部  
 薬学および中毒学部  
 環境保健部  
 保健統計部  
 公衆衛生行政部

健康保持および増進部  
 教育および訓練部  
 調整および評価部  
 編集レファレンス部  
 総務人事部  
 予算財政部

があります。

その外に広報部が総長の下に独立してついています。

この部の構成はかなり変化が多く、その事業の変化にともないたえず流動しています。

たとえば健康保持および増進部にはもともと労働保健、栄養、放射線衛生が入っていましたが、それぞれ他部にうつり、現在では歯科保健、精神保健、がん、血管心臓病の4つの課があるのみです。

これらの部の仕事をたすけるために専門助言会議が行政部門としてついています。たとえば

大気汚染  
 抗生物質製剤  
 細菌性疾患  
 生物学的基準

再生産生物学  
 がん  
 母子保健  
 精神保健  
 寄生虫  
 保健統計

といったような部の活動にもっとも基礎的な助言がえられるような会議が構成されています。

そのほかに専門家会議、科学グループ、作業部会、臨時専門家グループ会合など種々の会議や部会が構成され、これらの助言と勧告にしたがって事業がすすめられて行きます。

予算は1969年の大略では

一般予算	60,645,000	アメリカドル
国連開発プログラム	13,650,000	“
健康増進基金	6,500,000	“
全アメリカ保健機関	17,000,000	“
ユニセフ	20,000,000	“
国際がん研究所	1,750,000	“
WHO 研究プログラム	5,830,000	“
各国政府支出予算	375,000,000	“

で、1949年500万アメリカドルで出発したWHOは20年後に12倍以上の予算をもち、全体の事業は約100倍に達する程になっています。

出版物：まず公式記録 (official Record) があります。これには事業の内容がすべて細かく記入されています。

次にブレチン (Bulletin) で、技術上の論文が掲載され、毎月発行されます。

技術レポートシリーズには専門家会議や、科学者グループ会合や、助言機関の会議などの記録がのります。

モノグラフシリーズにはそれぞれ独立したまとまった意見が単行本として発行されます。

公衆衛生論文集 (Public Health Papers) は国際的な立場に立って個人が意見を展開する小冊子です。

4期にわかれて衛生法規ダイジェストが出されています。

世界保健統計報告は月刊で統計数字がシリーズとして掲載され、世界保健統計年報には

年間の主要な保健統計が3巻にわかれて報告されます。

週間の疫学記録 (Weekly Epidemiological Record) は主要な伝染病情報を早くつたえるもので、検疫の記録が世界中に知らされま

この外に

WHOの10年

WHOの第2期の10年間

WORLD HEALTH (一般向)

などのWHOの事業の大略をつたえる単行本や月刊誌が発行されています。

今日、WORLD HEALTHは日本語にもほん訳され、多くの人々に読まれています。

現在、本部のジュネーブには日本人は8人働いており、一番長期間働いている人はすでに18年になります。部長の席もいま日本人が1人しめており、課長も1人おられます。日本からの専門家の参加も多く、世界の健康のために日本人の働く役割がますます重みをまして来たことはよろこばしいことです。

### 社会保障こぼれ話

#### 緊急失業補償制度

(アメリカ)

1971年12月31日に、ニクソン大統領は失業保険給付を改正する公法92-224号に署名した。

この国には、連邦政府が補助金を支出し、州法で実施される失業保険制度が設けられている。上述した改正には、この制度による給付をすべて受給しつくし、しかも、失業状態が続く者が失業率の高い州にそのまま居住を続ける場合に、失業保険給付の支給を延長する内容が含まれていた。この法律は1971年の緊急失業補償法と呼ばれているが、この特殊な給付は1972年9月30日で打切られることになっているので、一時的な性格をもっているにすぎない。

なお、1972年7月1日から9月30日までに支給される給付は、7月1日以前における1週間以上の給付に対して、受給資格をもっていた者に限定され、しかも正式な給付と次に示す受給期間を延長された給付の双方とも受

(52頁へつづく)

(51頁からつづく)  
給しつくした失業者に支給されることになっている。

そもそも、正常な失業保険の給付を受給しつくした者には、1970年の雇用保障改正によって、受給期間を延長することが認められていたが、この場合の支給期間延長は、恒久的な性格をもつ対策である。ところで、恒久的な対策による失業保険の支給期間延長は、正式な期間と合せて39週間に限定されていた。しかし、ここに示す緊急失業補償給付制度は、支給期間もさらに13週間延長することになった。

1972年1月30日から発足した緊急失業補償給付は、この制度に参加することを認めた州において、過去13週間における失業率が6.5%もしくはそれ以上の場合に支払われる。なお、この緊急補償給付を受給するには、被保険者の失業率と正常な給付を受給しつくした者の比率の双方が、検討の対象に含まれることになっており、正常な給付を受給しつくした者の比率というのは、最近12カ月間に給付を受給しつくした者の4分の1を、当該州に

おける毎月の平均被保険者数で割ることによって算出される。ちなみに、この緊急失業補償給付にかんする法律が実施されたときに、州やその他の行政区画のうち、13地域が上述した基準に該当していたといわれている。

緊急失業補償の給付は、正常な支給期間の給付と同一で、受給者は賃金の50%を最高13週間分まで受給することができる。正常な給付以外の延長された緊急給付は、1970年の法律で設けられた連邦繰延失業補償勘定から支払われることになっており、この勘定には特殊な租税が定められていないので、所定の条件にもとづき、連邦政府の一般税収入から前払いで資金を提供される仕組みになっている。

なお、ここに示した新しい制度について、労働長官は5月1日までに包括的な調査と報告の提出、1972年6月30日以後にも継続すべきかどうかの勧告を提出することが要求されている。

U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Vol. 35, No. 3, 1972, p. 31.

(平石長久 社会保障研究所)

## 編集後記

1日毎に蕾のふくらんだ桜は、あっという間に散ってしまった。今年の桜は、花の咲いているのが短かったようである。昨今では、桜の短かいのも公害のせいだろうかと思う。ともかく、桜の後に白い梨の花が咲きこぼれていた。自然の摂理は狂っていないらしい。あるいは、狂っているのは人間かも知れない。

今年の5月の連休には、日本人の25%が、追いたてられるようにどこかに出かけるそうだ。多くの人が、人の波にもまれることだろう。これで余暇を楽しんでいるといえるだろうか？ 確かに、何処かで何かが狂っているようである。

(平石)

## 海外社会保障情報 No. 18

昭和47年4月25日発行

編集兼発行所 社会保障研究所

東京都千代田区霞が関

3丁目3番4号

電話 (580) 2511~3

納 研友社印刷