

海外社会保障情報 No.24

Oct. 1973



社会保障研究所

タックス・クレジット案に関する 下院特別委員会の報告

(イギリス)



昨年10月に公表された政府の「タックス・クレジット・システム案」(本誌No.21 '73-1参照)について鋭意検討中であった下院特別委員会は、73年7月20日、政府にその報告書を提出した。

バーバー蔵相は、「特別委員会は本案を承認し、本案を促進するよう勧告した」とのべ、政府は同勧告を受け入れることを明らかにした。ただし、政府のいう勧告とは、5対4で支持された多数者報告のことをさすものであり、カースル Castle 女史、ジョエル・バーネット Joel Barnett 氏およびロバート・シエルドン Robert Sheldon 氏(いずれも労働党側

の委員で労働党議員)は政府案に反対する少数者報告を提出している。なお、ジョン・パードウ Jhon Pardoe (自由党側委員)氏は棄権したが、労働者側の委員であり労働党の社会保障に関する「最高権威者」であったダグラス・ホートン Douglas Haughton 氏は他の労働党委員と意見を異にし、多数者報告案に支持投票している。

タックス・クレジット制度による児童クレジットは、すべての母親、または児童の日常の世話をする者に対し、郵便局を通じて支払うべきである。これが、政府によって正式に採用された主要勧告の一点である。

政府のタックス・クレジット案に関する

「グリーン・ペーパー」では、第1子から支払われる児童クレジットの支払いは父親になされるか又は母親になされるか、については未決定のまま残された。政府が委員会勧告を受け入れたことは、父親がその雇用主からうける手取り収入が少なくなる場合もありうることを意味するが、TUC は母親が受給者たるべしとする論議の強力な支持者であった。

また委員会は、政府原案を修正し、働いている配偶者ある女子が本制度加入の資格者であれば単身者クレジットを受けられ、もしその勤労所得がないか又は低いためにクレジットを受け資格がなくても、そのクレジットの半分をその夫に移転する権利を有すべきである、とも勧告している。

その他の勧告は次のとおりである。

「片親家庭は、片親家庭に関するファイナー委員会 Finer Committes の提案(まだ公表されていない)にそって、特別な社会保障給付を受けらるべきである。その給付は本制度による資格を取得する所得源として扱わらるべきである。盲人および妻が廃疾者であって子のいる男子に対する二次的的控除は、社会保障制

度による措置がなければ、タックス・クレジットによって代替されるべきである」と。

バーネットおよびシェルドン両委員は政府案に反対する勧告案を提出した、それによると、現行の源泉徴収方式の方が大部分の納税者に対する単一税率に依存するタックス・クレジット案よりも弾力性がある、と主張する。また、本制度は44あるミーンズ・テストによる給付のうち僅か一つしか代替しないこと、ならびに本案が租税再分配の累進性が無い、または不十分なものである、として反対している。

カースル委員は全然新しい独自の構想を提出している。同委員は同氏案の社会的目的一貧しい人々に対する所得維持体系の改善、社会サービスにおけるミーンズ・テスト条件の縮減、納税するほどに十分な所得のない人々に対する税控除の利典の延長——を達成しない政府案には反対する、とする。カースル委員は政府案の撤回を要求している。

多数者報告はつぎのように主張している。本制度案の効果は、最もニードをもつ者に選

別的援助を与えることによりかつ高額所得者に対する格差的課税を課すことによる差別措置の余地をもたせながら、国民の大多数に同じ扱いを与えることであると。すなわち、「それはシステムチャリィにフィジカル・ポリシーの効果を広げることになる。したがって、本案は採用されるべきである。しかし、勧告においては、われわれは、税またはクレジット等についての特定水準には賛否を表明しない。これら水準の選択は、その時点の政府施策の基本的構成要件に帰属するものであろう」と。

なお、「ザ・タイムズ」紙の社説では次のようにのべている。

「昨秋、政府がタックス・クレジット・システム案に関するグリーン・ペーパーを提出した際、このような税制および社会保障体系の抜本的改革には与野党一致の支持を必要とする、とのべた。これが、下院特別委員会設置の目的の一つであって、単にさし迫る立法手続上のためではなかった。特別委員会の報告が行われた現在、一般的支持がどの程度な

されているのか疑問がある。特別委員会の4人の労働党側の委員のうち、カースル女史は反対の立場に立つ少数者レポートを提出し、バーネット氏とシェルドン氏もこれに同調した。それには委細かまわず、政府は強行にふみ切った。政府の強行策は妥当であるのか？

主な批判の数々は次のような論点である。グリーン・ペーパーに示される政府案はきわめて金がかかるという点であり、その金の多くが必要のない者に対する支払いにあてられることになる点であり、クレジットを低くしたケチケチ版が導入されるならば貧困者にとって殆んど助けにならないどころか若干の貧困者の生活状況は前より悪くなるであろうという点であり、費用の一部を増税によって賄われねばならぬとすればその純効果はグリーン・ペーパーに示された効果とは全く相違するものになるかもしれないという点であり、そんなことならもっと危介でない手段によって貧困者にとって同一の利益をもたらさうであろうという点である。これらの論点は、すべて、それぞれのメリットにもとづいて検討されるに値する傾聴すべきポイントであ

る。

本案が金のかかるものであろうことは確かである。現在価格で年に13億ポンドというのが、グリーン・ペーパーが示したクレジット水準での推計であった。そのクレジットが低額に引下げられれば、本プランの社会的価値の多くがうしなわれるであろうことも事実である。この13億ポンドの財源を直ちにみつけねばならぬとすれば、イギリス経済にとって負担過重であることは明らかである。今のところ、ひきしめの余裕はないし、即効的な公的支出の削減を強化する見通しもない。さらに、本案の全体的な効果は貯蓄性向の殆んどない階層のポケットに金銭を移転することである。それは社会的には望ましいことではあるが、経済には圧迫を加えるものとなる。

しかし、実際には財源は直ぐにはみつかるものではない。特別委員会は、本案が1978年以前に完全実施できるものではない、と結論している。一時に全面実施することは必要でもないし賢明でもない。賢明な方途はその費用を時差的にずらすことであろう。まず、第1子に家族手当を支給（これは、管理上、2年

以内に実現することは明らかに無理だが、その時までには近年の公的支出削減の効果があらわれるだろう)し、その後、全部に新規レベルの児童クレジットを与え、本案の完全実施は第三段階としてのみ考えられることにする。児童クレジットは、その両親が本制度に加入しているか否かとを問わず、すべての児童について、切離して、支払うべきであるとする勧告がうけいれられたからには、本プランのこの部分が他の部分を待つべき理由はない。母親への児童クレジット支払いに関する一般的同意は、この特別な修正に対するすべての社会的反対論を排除するものである。

もしこのように年余にわたって時差的に費用がずらされているならば、経済の自然的浮揚力によって一度に少しづつ賄える妥当なチャンスがある。もし必要ならば、5,000ポンド以上の勤労所得者には改革の利得が及ばないように税率を引上げる調整をすることによって、13億ポンドの総額から、4,500万ポンドの削減が可能であろう。本制度の導入時に5,000ポンド以下の所得水準に対する税率引上げから発足することにより、だれの生活も

悪化されないで、より以上の節減が可能であろう。このように修正すれば、貧困線をかなり上回る人々に利益が及びすぎるといふ非難に答えるのに幾らか役立つこととなろう。しかし、貧困のわなを縮小することを大きなねらいとするいかなるプランも、貧困線以下の者にも以上の者にも金銭を支給せねばならない。それが、所得が増えてもその生活は前より少しもよくなるといった、その利益の多くをうしなわしめない唯一の方策なのである。

これこそ本制度案全体が単に家族手当や国民保険諸給付を引上げることによって達成せられる以上に貧困者に役立つことを意図するもろもろの理由のなかの一つなのである。

もし労働党が本案に完全に反対するとすれば残念なことである。なぜなら、議会を通ずる立法過程においての建設的な対話の中から多大の収穫が可能だからである。

The Times July 20 '73.

(田中 寿 国立国会図書館)

社会保障財政方式の改革をめぐる 政府および労組の攻防



(フランス)

I

フランスの2大労組、CGTおよびCFDTは最近、「真の社会保障をめざして」と称する共同綱領を採択し、政府が被用者の社会保障制度に対する幅の広い新たなる攻撃を準備しつつあるという考え方を明らかにした。

これらの労組は現在においても、社会保障改革に関する1967年8月の大統領令(本誌No.1参照)を断固として拒否している。労組の意見によると、この大統領令は、社会保障制度を企業主と政府の手元に引き渡し、手も足も出ないような状態にしたものにほかならない。現在これら大労組が非常に警戒の念を抱いているのは、首相が今年に入ってから幾度

となく示唆した社会保障の財政方式改革および機構統一に関する提案である。

この点に関する首相の発言は何度もなされているが、さる4月11日国民議会における施政方針演説を例にとると、次のような言明を指摘することができる。

「とくにわれわれは、社会保障の財政方式全体を早急に再検討する必要がある。なぜなら、労働力をとくに多数使用する企業が社会保障費を過重に負担しているという問題を別にしても、各種制度の財政方式の改革と調整を実行しない限り、社会的給付の一本化ということは不可能だからである。政府は、この困難な領域において、大胆な改革にとりかか

ることを決定した。この改革の結果、社会保障費の一部を租税収入によって負担することになっても、あえていとわない覚悟である。」

以上のように首相の発言は、具体的なものではない。財政方式に何らかの改革を加えようという意図は明らかであるが、その具体的な方策として国庫負担を当面の課題とするという主旨の発言では決してない。上記の演説の他の個所に次のような言明があるところから察すると、首相の真意はむしろ、社会保障費用の過重負担に悩む企業の救済にあるのではないかと思われる。すなわち首相は、最低賃金を7月1日より月額1,000フランに引き上げる方針を明らかにした上で、次のように述べている。「しかし最低賃金の改善が、失業の増大という結果を招いたのでは何にもならない。したがって、この改善は苦しい立場にある企業に、さらに新たな負担をもたらすものであってはならず、全国民の努力によって達成されるものでなければならない。そのため、社会的費用の分担を改正する法案が、議会に提出されることになろう。現在の制度は、賃金負担率がとくに重い企業に対して、

過度の重圧を及ぼしている。」

しかし一般には、首相の発言は社会保障費用の国庫負担化 (Fiscalisation) をめざす提案だと受けとられており、さまざまな議論がなされている。

II

いずれにしても、政府は少なくとも今年中には何らかの具体案を示してくるものと思われる。2大労組は、この政府のイニシアチブの先手をとってさきに述べた共同綱領という形で逆襲の矢を放ったわけである。この綱領は他の労組および共済組合連合会へ通知された後、野党各派へ提示されることになっている。労組側の主たる目的は、社会保障の問題をめぐって大衆闘争を組織化するためのキャンペーンを開始することにある。

共同綱領の中味そのものには、大した新味はなく、これまでも幾度も提唱された次のような提案がくり返されているに過ぎない。

- ・ 疾病保険=診療費の80%および100%償還制への復帰。長期疾病および老人医療の一部負担金全額免除。第3者払い制の推進と普及。賃金と同額の傷病手当金の保

証。

- ・ 家族給付=手当額の33%引上げ。賃金スライド制の実施。家族扶養負担の全面的補償。
- ・ 退職年金=年金額を60歳で基準賃金の75%とすること。年金の最低保障額を最低賃金の80%に引上げ。
- ・ 財政方式=1971年度で130億に上る「不当負担」の国家による返済。使用者拠出金の滞納30億フランの早期徴収。薬剤に対する付加価値税の廃止。使用者拠出金の増額

と配分の適正化。被用者の社会保障制度財政に対する国庫負担。

以上のような提案を行った後、次のように述べている。「これらの諸目標が実現し、かつこれと併行して、非被用者制度の調整と統一化がなされれば、全国民に、社会的事故に対する十分な保障を与えることのできる統一的な制度を樹立する道が開けてくる。」

Le Monde, 25 juillet, 12 avril 1973.

(平山 卓 国立国会図書館)

人口と社会の福祉



(西ドイツ)

西ドイツの連邦人口問題研究所は、連邦青少年・家族・保健省の委託による調査結果を発表したが、研究所長 Hermann・Schubnell は

この結果について次のように解説している。

1960年から1972年にかけて連邦共和国の人口は5,540万人から6,170万人と約6百万人、

11.3%増加した。もっともこの増加はもっぱら60年代中頃以来の外国人の流入によるもので、これに対して出生数は、1960年代に最高であった1964年に比し約36万4千人少なく、また1960年より26万8千人少なくなっている。このような持続的な減少の原因は、その影響とともに、非常に複雑であって、これを「ピル」の普及だけに帰するわけにはいかない、と Schubnell は述べている。

ピルを定期的に服用している婦人の数は、推定では、1964年の2%から1972年には25%に増えていると思われる。ピルが他の手段ほどの程度とってかわっているかについてもはっきりしたことは言えない。Schubnell の意見では、機械的な予防具の売上げの増えているところからみて、1966年以後の出生数の数の減少はあらゆる種類の予防手段が広範に用いられたためと考えられる。この場合個々の手段の優劣について公に、とりわけ若い夫婦の間で、議論されたために、自由に選択するようになったのであろう。

このような非タブー化は、多くの人々にモラルの低下として嘆かれるが、Schubnell は

これを家族計画との関連で肯定的に考え、これは人間が、自ら自身について、家族について、社会について判断するに当たって成人化する過程であるとしている。

この過程が今後どこまで進むか。人口の中に約300万の外国人が流入してきている1973年の初頭から2000年までの人口増加の見積りには、2つの可能性が考えられる。第1の可能性は、連邦人口が6,170万人から5,380万人に、4.4%減少するものである。第2の可能性は人口減少がさらに強度になって、西暦2000年には5,690万人、7.4%減とするものである。

この推定には多数の不確定要素が含まれているにしても、仮に第2の可能性をとるとすれば1夫婦1.5人平均というのは少なすぎる。そうだとすれば、1980年には1972年より入学児童は36万人少ないことになる。またこれだと上級の学校教育を受ける青少年と、生産能力のある男女の比率は、1972年の56%から2000年には38%に落ちる。同様に今後20年間に老人、年金受給者による「負担」は減少し、2000年頃になってほぼ3%増える。

公的年金保険の給付能力が人口減少のため危うくなるという主張は根拠がない、と Schubnell は言う。今後30年の拠出者率は、可動的老齢限度制の年金給付及び保険料収入への影響を予想しても、また完全雇傭が進むことからみても、減少することはないと推定されているのである。

要するに、「公的年金保険の財政の伸びは1980年代中頃までは現在の出生率低下によって影響を受けない。その後財政負担の増大の時期が来るが、2020年以後は、年金受給者数の減少により、再び軽減する」と報告書は述べている。

1970年代末までの第一次の「年金の山」(受給者の増大期)に続いて、2010年頃に、現在の出生率低下による、第二次の「年金の山」が来ると予測される。その場合年金保険の財政方式は変更されず、かつ初め保険料を拠出しその後年金を受ける外国人がこれ以上流入しない、ということが条件である。こうすれば2000年までは平穩に発展を続けることができよう。

この調査は、青少年・家族・保健省の家族報

告 (Familienbericht) の一部として公表されるが、その中では大臣 Frau Focke は、社会の福祉と進歩は先ず第一に文化的科学的要素、教育の普及、社会的秩序にかかっており、

「多くの人口やその不断の増大は進歩にとって重大な危険を齎らす」と述べている。

Die Welt, 2. August, 1973.

(安積鋭二 国立国会図書館)

国民健康保険立法に関する その後の動き



(アメリカ)

すでに本誌第12号および第15号で紹介済みのアメリカにおける国民健康保険立法推進の動きは、連邦議会での他の緊急重要法案の審議および国民健康保険諸法案に関する公聴会開催についての下院の反対等によって、少くともここ当分中止の気配を見せている。

第92連邦議会で審議未了となった主要な法案のほとんどは、今議会に再提出されている。しかるに、再検討のため保健・教育・福祉省に差し戻しになった政府の国民健康保険法案

は、8月の連邦議会の休会もあって、いまだ委員会に付託されていない。

昨年から、国民健康保険関係諸法案の多くに、若干の修正がなされてきたが、政府案は完全な再検討のために、起草委員会に差し戻されている。そして新しい法案の提出は、この9月に期待されている。

昨年、ミルズ下院歳入委員長は、今年初めに若干の法案を報告することを歳入委員会に指示しているが委員長の見込みよりも審議

は遅くなり、歳入委員会は、これから議会で財源調達の方法から着手しなければならない。だが議会審議の最優先立法、例えば通商改正法案、税制改正法案およびおそらく私的年金改正法案等が、今議会のあらましの期間を占めることになるだろう。

歳入委員会の審議スケジュールが、このようにいっぱいなので、今議会においては下院の州際・対外通商委員会の保健小委員会が、国民健康保険に関するある種の公聴会を開くかもしれない。しかし、同委員会が健康保険法案を検討するという問題について、下院では若干の論議を喚起している。

立法の背景とこれまでの経過

医療費の急激な上昇および現行医療給付制度に関する不満が、国家の医療政策の大改正の要求を促進せしめていることは今も変りない。1972会計年度に、アメリカ国民は834億ドル、つまり国民総生産の7.6%を医療費に消費している。この金額は、1965会計年度のその2倍以上となっている。1965会計年度から1972会計年度までの増加分の約52%は、サ

ービスの増加によるものというよりもむしろインフレによる医療費の上昇ということになっている。

また現行医療給付制度に対する不満は、保健関係職員および保健サービスの利用の不公平な分布に根ざしている。郡部は医師不足に相変らず悩み、貧困者および少数部族は医療をほとんどうけていない。

現行の健康保健諸制度により提出されている適用状態もまた不公平である。一方、65歳未満の1億8,500万人のアメリカ国民の85%は、長期のまたは破滅的の疾病についてはカバーしないという民間保険に加入している。これらは入院医療に代る予防医療についてもほとんどカバーしていない。

トルーマン大統領が最初に国民健康保険立法を提案したのは1945年のことであり、以後AMA（アメリカ医師会）が20年間「社会化医療」についての反対をエスカレートしてきた。トルーマン政権の間に、この提案が立法化されなかったことは、AMAおよび民間保険会社の大勝利と考えられる。

AMAのAime J. Forand下院議員は、1957

年に一つの妥協措置を提案した。同提案は、老人の入院医療をカバーすることに国民健康保険を限定するというものであった。これについてもAMAは国家的規模のキャンペーンを行なって反対し、歳入委員会ではミルズ委員長がForand法案を数回抑えににかかった。しかしながら、1965年にミルズ委員長の反対がやぶれてメデケアの制定となった次第である。1970年に国民健康保険の問題が再び議会でスポットを浴びた。上院保健委員会のエドワード・ケネディ委員長およびマルサ・グリフィス下院議員が、国民健康保険法案を提出した。AMAも独自の法案を提出している。さらに1971年2月18日の議会への教書で、ニクソン大統領は連邦の国民健康保険法案に関する提案を行なっている。

これら各種の国民健康保険法案に関する公聴会は、第91議会および第92議会において開催されたが、最終的に歳入委員会を通過しなかった。

再提出された諸法案

国民健康保険制度創設に関してこれまで出された諸提案のほとんどは、第93議会の開会

早々に再提出されている。多くの提案は、この9月に再提出を予定されている政府の法案を除いて、昨年以後若干修正が加えられた。今年再提出された主要法案は以下の通りである。

(1) ケネディ議員提出法案(S3)およびグリフィス議員提出法案(HR22)。

患者負担金なしの連邦政府による広範な給付を保証する強制健康保険制度。財源は使用者から3.5%、被用者から1%の社会保障税とこれと同額の一般歳入からの補助金によりまかなう。新たに高度な医療を保証するための若手の給付とメカニズムに関する提案が加えられた。

(2) AMAのメデクレジット案(S444およびHR2222)。

標準健康保険を所得税の控除にしたがって購入させる。これには長期の疾病をカバーするための保険費用が含まれる。医療の実際については連邦の介入を禁じており、新たに児童の歯科治療給付が加えられた。

(3) アメリカ健康保険協会およびThomas J. McIntyre上院議員ならびにOmar Burleson

下院議員提出法案 (S1100, HR5200)。

使用者の医療保険計画を奨励するもので、同計画を採用している使用者に税控除の恩典を与えるもの。連邦政府は貧困者の保険料をカバーするために補助金を提出することになる。

- (4) アメリカ病院協会および Al Ullman 下院議員提出案 (HR 1)。

これも税控除を基礎とするもので、使用者は被用者の保険料の75%をカバーしなければならない。総合サービスを提出する保健公社の創設を提案している。

- (5) ジャコブ・K・ジャビッツ上院議員案 (S915)。

終局的にはすべての合衆国居住者をカバーするために、連邦メデケア・プログラムを2段階に分けて拡充する。より秀れた制度を採用していないかぎり、使用者への適用は強制される。

- (6) 上院財政委員長ラッセル・B・ロング案 (S1416)。

破滅的疾病的費用のみをカバーしようとするもの。65歳未満で社会保障給付の適用

資格を有するものとその扶養家族のみを対象とする。

政府法案

ワインバーガー保健・教育・福祉長官は、7月10日に、新法案の2つの基本的なアプローチについて説明した。

第1は、破滅的疾病的については連邦補助金を提出するところの使用者強制保険である。政府は、被用者、自営業者および一定額以上の収入のある者について、同計画が任意制であるか強制であるかに関して発表していない。

同提案にもとづき、従来のメデケイドは終了し、おそらくメデケアも改正されよう。保健・教育・福祉省は、同提案の必要経費として1975会計年度に90億ドルを見込んでいる。

第2は、「連邦被用者保健給付プログラム Federal Employees Health Benefits Program」に関するもので、これにはほとんどの連邦保健サービス・プログラムが盛り込まれることになる。貧困者に対する給付の種類および連邦補助については公表されていない。

度重なる連邦議会からの要請にもかかわらず、ワインバーガー長官は新法案の提出期日

または詳細について説明することを拒否してきたが、7月10日の発表で以上のような大まかな枠が判明した。なお、近日中に新法案が提出され詳細が判明することになる。

国民健康保険立法に関するこれらの興味深い法案をめぐって下院歳入委員会はその審議日程および公聴会開催を明確にしなければならないが、今のところ、それが何時になるのか誰一人正確にいけない状態である。

法案提出者の Al Ullman 下院議員は「今年中に公聴会を開催することはあきらめざるをえない」と語っている。その他のものも、1974年までに公聴会を開催することはとても無理だと思っているようである。

こうした議会の現状から、国民健康保険立法が制定のはこびになるのは1975年頃に遅れそうだというのが大方の思惑である。

一般のアメリカ国民も、少なくとも1977年頃までは現行医療制度の改革は行なわれないことになりそうだと見ているようである。

Congressional Quarterly Weekly Report,
Aug. 4, 1973 他。

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

ニュース断片

アメリカにおける企業年金 と公的年金



社会政策の研究家は、今まで企業年金制度に関心を抱いていなかった。しかしながら、この制度が社会全般に及ぼす影響は大きく、また、社会政策にきわめて重要な関連をもついくつかの問題点を含んでいる。すなわち、

- ① 企業年金制度は、その巨大な規模、費用、力からいって、公の福利に大きな影響を及ぼしている。
- ② 企業年金のこれまでの運用を見ると、この制度は厳しい選択性の原理に立っており、そのための欠陥が顕著にあらわれている。
- ③ 巨大な企業年金制度の及ぼす経済的影

響は非常に大きい。したがって、社会資源の再分配に当っては、この制度の経済的影響を当然考慮に入れなければならない。

企業年金制度の現状

現在 2,800 万人の労働者（現役労働者の半数以上）が、企業年金に加入している。10 万人以上の加入者をもつ大きなものが 18 あり、これで全体の 5 分の 1 をカバーしているが、しかし全体としては、小規模のものが大部分で企業年金の総数は現在 17 万を越えている。

これらの制度は、第二次世界大戦以来大い

に発展したもので、1940 年以前のもの、わずかに 2% で、1940 年の時点でも、わずかに 400 万人の労働者が加入していたにすぎなかった。企業年金全体の規模を、財政的にみると、1968 年に、370 万人の労働者が合計 50 億ドルの年金を受けた。一方拠出の総額をみると同じ年に雇用者側が 94 億ドル、労働者側が 13 億ドル、合計 107 億ドルという巨大な額を支払っている。また、1970 年までには、積立金の総計は 1,300 億ドルとなり、さらに 1980 年には、2,140 億ドルになると予測されている。なお、この巨額な資金は、現在アメリカ合衆国における最大の企業投資源になっている。

企業年金制度の巨大さは、OASDHI* と比較すると一層明らかになる。1967 年において、企業年金受給者の数は 160 万人（夫婦は 1 人として計算）で、平均受給額は 900 ドルであった。一方 OASDHI では、1,240 万人が平均 1,097 ドルの年金を受給した。1968 年の両制度の給付総額は、企業年金 500 億ドルに対し、OASDHI は 1,500 億ドルであって、1 対 3 程度のものであった。しかし、積立金総額で見ると、OASDHI は 280 億ドルにすぎず、しか

もその90%は、連邦債に投資されているのに対し、企業年金は、4倍以上の1,150億ドルの積立金をもち、しかもそれを投資市場において自由に投資している。また、企業年金は、税法上の規定により税金控除扱いになっている。現在、その控除金額は、総計で1年間に10億ドル以上にも達しており、歳出予算としては表われないが、明らかに無視しがたい公の補助金になっているといえる。

年金の目的

企業年金を公的に認め援助する具体的な目的は、いうまでもなく、老人の退職後の収入を保障することである。ところが実際には企業年金はこのほかにも、副次的な目的をたくさん持っているため、多くの矛盾が生じている。たとえば、使用者は企業年金があると、高齢労働者を定年退職させるのに都合がよいと考えたり、あるいは、賃金統制下において、労働者を雇い入れる時のよい条件の1つになると考えたり、また労働者の退職率を下げるのに都合がよいと考えたりしている。一方、組合側でも企業年金を賃上げの代償とし

て用いる傾向があった。第二次世界大戦や朝鮮戦争中の賃金統制期などは、その良い例である。

選択性原理の影響

企業年金制度の最も重要なポイントは、年金受給資格を得るための加入年限の長さである。拠出が使用者だけの場合、この年限は一般に15~20年であり、それ以下では受給資格はない。それ以前に退職したものは、本来賃金として受取ることのできたものを失うことになる。企業年金に加入していたにもかかわらず、年金を受給できない人がどのくらいいるか、ということは、正確にはわからないが、およその推計では、50~60%にもなるであろうと思われる。

退職者調査

1970年後半から、1971年前半にかけて、フィラデルフィア地域で行われた退職者の企業年金についての調査によると、非受給者の75%は一度も年金制度に加入したことがないために、年金の恩恵に浴せなかった。しか

し、残りの25%は、企業年金に加入していたにもかかわらず、その恩恵に浴していない人達である。これらの人たちの6割は、11年以上の加入年数をもち、また29%は20年以上の加入年数を持っていた。この調査から得られる結論はまことに明確である。すなわち、企業年金を受けられない理由は、個人的欠陥ではなく、むしろ仕事の特殊性や、きびしすぎる年金受給資格要件にある。

資源の再配分

企業年金の金額のきめ方は、通常三通りある。すなわち、①均一給付、②就業年数と収入に応じてきめる、③その年の総拠出金額及び、それから得られる投資収益の総計によって決める、のいずれかである。ところが、実際の企業年金受給者の実態をみると、明らかに高額所得者は高額、低額所得者は低額の年金を受けており、その較差は明確である。たとえば報告されたもののうちで、最低は、レストラン従業員の年額144ドル、最高は、銀行員の12,000ドルである。なお、年金額の決定には、加入年数が加味されるが、こ

のような条件をつけたからといって、職業自体の安定性（仕事を変えない事）を左右することができるはずはない。

年金制度のもたらすもの

これまでの議論で明らかなように、企業年金は、長く働き、多くの収入を得ていた労働者に対し、より多くの年金を給付している。いってみれば、これは企業年金の本質である。だが、企業年金制度は税金控除という形で、公共の資金の直接的な援助を受けており、しかも公共の福祉に甚大な影響をもっている。したがって、これは私的な制度であると同時に、公的な制度でもある。このような性格の企業年金に対して、公的政策——その目的はできるだけ平等な資源の配分を実現することにある——が支持を与えるということは、大きな矛盾といわねばならない。

Jeffrey calper, Ph D., Private Pensions and public policy. *Social Work*. May. 1973. PP. 5~12.

*OASDHI: The Old Age, Survivors, and Disability Health Insurance Program
(染谷倭子 東京都老人総合研究所)

西ドイツの社会法典の編纂進む



連邦労相 Walter Arendt の報告によると、専門家の中で「世紀の法」と呼ばれている社会法典 (Sozialgesetzbuch) の第一部が1974年には刊行される。国民の「社会的基本権」を規定した総則編は既に連邦議会に付託されているが、次いで「社会保険共通規定」も本年中に閣議にかけられるはずである。

この社会法典ができると、国民の社会的権利は展望し易くなり、理解し易くなる。現在編成中の第二部により、社会保険の3部門（年金、疾病、災害）の全体にわたる共通規定が統合され、簡易化され、また部分的に改訂され

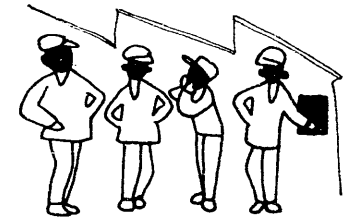
る。1911年のライヒ保険法 (Reichsversicherungsordnung) 以来このような包括的規定は初めての試みである。

「共通規定」は社会保険の基本的観念と原則を明らかにしており、外国における就業を規定している。またとくに新らしく規定されるものとして、労働賃金に関する規定、給付と拠出、および社会保険の自動的継続についての規定がある。

Die Welt, 26. Juli, 1973.

(安積鋭二 国立国会図書館)

高くなる西ドイツの社会保険



労働者・職員年金保険の最高拠出額は明年は450マルクとなる。これは拠出測定限度が

2300マルクから2500マルクに上げられるためである。拠出率（賃金に対する保険料の率）

は18%で変わらない。今年の最高拠出額は414 マルクであったので36マルクの増加である。

拠出測定限度が200 マルク上がるのは賃金俸給の水準が上がったためである。この結果年金もまた上がることになる。一般年金測定基礎は1974年は14,870マルクとなり、今年より11.2%上がる。これに応じて年金は1973年および1974年7月1日以前についてこの率で調整を受ける(1973.7.1:11.3%)。

賃金俸給水準の上昇は疾病保険にも影響する。疾病保険の所得限度も現在の1725マルクから1875マルクに上がり、この月額所得までの職員は強制加入となって、一般の保険料を差し引かれる。この新しい額で、強制加入の拠出最高額及びこれに基づく継続保険の拠出額も算定される。この拠出最高額は疾病金庫により異なっているので絶対額ではいえない。

疾病保険の拠出率はたえず上っており、1973年1月1日現在平均9.01%となっている。地域金庫と企業金庫では既に10%を越えているものがある。1974年には平均10%に達

するとすると、1875マルク以上の新しい強制加入限度の者の拠出額は月額187.50マルクとなる。

こうしてみると年金保険と疾病保険の共通最高額は来年637.50マルクとなり、これにさらに失業保険の拠出も加わる。政府はこれを1.7%を越えないよう努めているが、それにしても拠出測定限度は自動的に上昇し、丁度2,500 マルク となり、この結果毎月の拠出額は42.50 マルクとなる。

そこで1974年の社会保険拠出の最高額を合計すると月額680 マルクとなるが、実は上限はこれではない。疾病保険の拠出測定限度は現在年金保険のその75%となっているが、これを100%上げることが労働組合の側から要求されており、こうなると拠出率10%の場合の最高拠出額は250 マルクにはね上がることになるのである。

Die Welt, 25. August, 1973.

(安積 鋭二 国立国会図書館)

上昇する西ドイツの薬価



急騰する薬価について疾病金庫は強い不満を表明しているが、製薬業界はこれに対して反論している。たとえばペニシリン製剤についてその費用をみると、スイスで1.76マルクであるものが、西ドイツでは14.40マルクとなっている。また、抗糖尿病剤の費用がスイ

スでは9.042マルクであるのに、西ドイツでは13.05マルクである。さらに抗リウマチ剤の「タンデリール」がスイスでは4.85マルクであるのが、西ドイツでは7.70マルクである。これからすると、西ドイツの薬価水準は高い、というのが疾病金庫の言い分である。

これに対して製薬業界は一つ一つ反論している。すなわち、各品目とも総取引価格で比較すればさほど差はないとしている。

薬務当局の発表した「生計費と薬価の推移」(表1)をみると、薬価の上昇率が生計費の上昇率を下回っている。しかし最近薬価の上

表1 生計費と薬価の推移

| 年 | 薬価の上昇率 % | 生計費の上昇率 % |
|------|-------------|--------------|
| 1965 | 1.7 | 4.0 |
| 1966 | 2.6 | 2.9 |
| 1967 | 1.0 | 0.6 |
| 1968 | 2.0 | 2.5 |
| 1969 | 1.6 | 2.9 |
| 1970 | 4.3 | 4.0 |
| 1971 | 4.0 | 5.8 |

昇率はいままでになく高い。こうした状況に対処して疾病金庫は、適切な消費者の代表であることを宣言した。また、連邦保健省はガラス張りの価格のきめ方へ努力することを表明している。製薬業界による独立した価格表示—独占—を改めようとする動きがある。製薬業界に対し、社会予算や国民経済の伸びと

調和した価格設定をすべきだという要望も強い。いずれにしても薬剤の費用の増大が疾病保険財政に与える影響が大きいだけに薬価の問題は疾病金庫にとってきわめて重要である。合理的な薬剤市場の設定と薬価のきめ方

が望まれている。

Sind Arzneien zu teuer geworden?

Arbeit und Sozialpolitik, Februar 1973.

S. 47—48.

(石本忠義 健保連)

社会保障こぼれ話

健康保険の現金給付改正

(スウェーデン)

スウェーデンの健康保険制度では、出産時に乳児の世話で仕事ができない母親に、喪失所得を補償する所得比例方式の現金給付が6カ月間支給されている。従来、この給付は女子被保険者の給付であったが、1973年5月16日の法律により、1974年1月1日からこの給付は「両親」の給付になる。

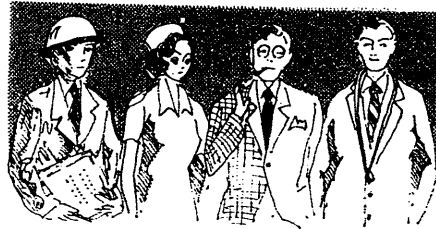
つまり、母親が早く職場に帰り、父親が乳児の世話で家に残ることを決めた場合に、夫婦の希望により6カ月の受給期間は母親と父親の両者にそれぞれ分けられ、父親にも給付が支給されることになる。その給付は家庭に残る者の所得にもとづく金額となる。

なお、この改正では、10歳未満の子供が病気のために、子供を世話するために、両親のいずれかが仕事を休むことが認められた。その休暇期間は1世帯1年当り10日で、休暇期間中には健康保険の現金給付が支給される。さらに、第2子以降の誕生には、年長の子供を世話する父親の休暇を認め、この休暇にも現金給付が支給されることになった。

(U. S. Dept. of Labor, *Monthly Labor Review*, Vol. 96, No. 8 Aug. 1973, p. 78.)

(平石長久 社会保障研究所)

欧州各国の医療費



医療費とりわけ社会保障における医療給付費の急激な上昇が各国で大きな問題になっている。急増する医療費を誰がどのように負担すべきかの問題は、現在の医療保障をめぐる重要な課題となっている。

医療費が何故このように上昇するかを分析することはそれなりに重要な意味を持っている。しかし医療費の問題を明らかにするためにはそれだけで十分であるとは言えない。医療費が社会保障の仕組みを通して国民に提供されている以上、医療費問題は医療保障制度との関係において解明されなければならない。

ここに紹介する論文は、欧州各国の医療費を医療保障制度との関連で分析したものである。医療保障の制度的な差異にもなって医

療費の各部分の割合や上昇傾向にも大きな違いが認められる。しかしそれらの差異を強調してどのような仕組みがよりよいかを明らかにすることがこの論文の目的ではない。むしろ制度上の違いをこえてどのような共通した問題があるのかを明らかにしている。さらに各国におけるグループ診療の発展や病院の役割の増大に着目し、医療保障の将来をも展望している。

1. 各国の医療給付費

著者はまず主な医療給付費（薬剤給付費、一般医による医療給付費ならびに病院給付費）についてISSAが実施した調査をもとに、その国際比較をおこなっている。これは医療保障

の対象となっている人口1人当りの年間医療給付費を1967年から70年にかけて米ドルに換算して表示したものであるが、ここには1968年についてのみ次表のように紹介しておくことにする。

一般医による医療給付費は、国民保健サービス制度をとるイギリスや、疾病保険が全国民をカバーしているデンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェー、スウェーデン等で比較的低い。反対に疾病保険による保護が特定の労働者に限られているようなEEC6か国では、一般にこの給付費は高くなっている。

病院給付費の方はEEC6か国の方が概して低いといえる。デンマークやスウェーデンのようにほとんどの病院費を国が負担しているところでは病院給付費は極端に低くなっている。アイスランドやノルウェーでも国の負担は相当大きいために病院給付費は低くおさえられている。イギリスは最高を示しているが、これには外来患者の診療費も含まれていることに留意されなければならないであろう。

医療保障の対象となる人口1人当りの年間医療給付費 (1968年) (単位ドル) (%)

| | 西ドイツ | フランス | イタリア | ベルギー | オランダ | ルクセンブルグ | デンマーク | フィンランド | アイスランド | ノルウェー | スウェーデン | イギリス |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| 薬剤給付 | 14.00 (26.8) | 32.69 (31.2) | 19.57 (33.4) | 14.80 (26.2) | 9.30 (17.7) | 21.22 (46.8) | 6.20 (31.2) | 4.20 (—) | 5.78 (15.8) | 3.02 (7.4) | 9.67 (45.0) | 7.37 (13.5) |
| 一般医給付 | 19.45 (37.3) | 15.86 (21.0) | 16.55 (28.2) | 27.63 (49.0) | 14.49 (27.6) | 16.25 (35.8) | 10.79 (54.4) | 2.53 (—) | 6.19 (16.9) | 10.01 (24.6) | 9.60 (44.7) | 5.51 (10.1) |
| 病院給付 | 18.75 (35.9) | 36.08 (47.7) | 22.48 (38.4) | 14.00 (24.8) | 28.69 (54.7) | 7.96 (17.6) | 2.86 (14.4) | — (—) | 24.57 (67.2) | 27.66 (68.0) | 2.22 (10.3) | 41.79 (76.4) |
| 合計 | 52.20 (100) | 75.63 (100) | 58.60 (100) | 56.43 (100) | 52.48 (100) | 45.33 (100) | 19.85 (100) | — (—) | 36.54 (100) | 40.69 (100) | 21.49 (100) | 54.67 (100) |

薬剤給付費は EEC 6 国が他の国々よりもはるかに高い値を示している。

2. 医療保障制度の仕組み

医療費の問題については経済学者や統計学者による分析も多く発表されている。しかし著者は「保健市場」という言葉で表明されるような医療費問題への接近方法には批判的である。それは著者が、医療における人間の心理的な側面を重要視するからである。「健康

を守る権利の重要性を強調することではなく、この権利をどのように実際に適用するか」というのが著者の問題意識である。

それでは国民に医療を提供する仕組みのどのようになっているのであろうか。著者はとりわけ社会保障機関と医師との関係に注目し、各国に共通する一般的な特徴を次のようにまとめている。

(1) 患者および医師には選択の自由が保障されている。

(2) 医師には職業上の完全な自由が保障されている。一方社会保障機関は定められた基準に従って診療費を支払っている。

(3) デンマーク、西ドイツ、イタリア、オランダ、イギリスを除いて、患者は診療費の一部を負担している。

(4) 医師と社会保障機関の間には医療保障との関係で、診療費や診療時間等について一定の取り決めが結ばれている。

(5) 医師の診療報酬は一定の支払方式に従って支払われている。a) フィンランド、フランス、ルクセンブルグ、ノルウェー、スウェーデン等では出来高払方式をとっており、患者に診療費の一部が償還される。b) イタリア、オランダ、イギリスでは社会保障機関が直接医師に報酬を支払っているが、その額は主として登録患者の数に対応している。c) 西ドイツでは医師は一定の基準に従って出来高に応じて金庫医協会から支払を受けるが、金庫医協会はその費用を疾病保険機関から毎年契約にもとづいて受けることになっている。

ところで最近の医療費の急激な上昇は当

然医療保障にもいくつかの問題をひきおこすわけであるが、とりわけ次の3つの点で問題は顕著にあらわれている。①医療給付には経済的な限界があり、その費用の一部を患者が拠出や税以外の形で負担することが一般化しつつある。②疾病保険機関と医師との間には財政上の問題が断えない。③医療技術の複雑化にともなって、病院を再組織する必要が高まっている。

3. 注目すべき制度的変化

一般医による診療について注目すべき変化はグループ診療の発展である。医療技術の発展は高額な医療機器を必要とするようになった。これらの設備はすぐ時代遅れになるおそれがあるばかりでなく、維持するだけでも相当の費用がかかり一人の医師がその全費用をまかなうことは不可能になってきた。こうして医療機器は何らかの形で集中化せざるをえなくなったわけである。こうしてグループ診療はフランスやイギリスを中心に発展してきたのであるが、この発展には公的当局による寄与も大きい。社会保障機関や公的当局が財政

面での援助をしている場合が多いからである。

薬剤給付については各国とも多かれ少なかれ何らかの制約が設けられているが、消費量の増加や価格の上昇のため医療費の中でも薬剤給付費はより大きな部分をしめるようになってきている。しかし他面で薬のもたらす害も大きな問題となっており、予防医療の必要性は一層高まっている。このような事情から著者は、国がその限られた財源を予防医療の分野に集中する必要を説くとともに、一般医による医療給付費や薬剤給付費の一部が患者に帰せられるのはやむを得ないと考えている。

病院給付費は大幅に上昇しているが、これについては別の見方が必要である。各国とも病院の増設について計画がたてられ実施に移されているのであるが、その費用は多く国が負担している。病院サービスの範囲は非常に包括的になって専門医サービスだけでなく、予防医療や一般医の診療施設をも含むようになってきた。病院の機能は広がり、患者に関する資料を集中的に管理すること、技術面、医学面で中心的な役割を果たすこと、地域の

医療施設に対して便宜を提供すること等をも含まなければならなくなっている。

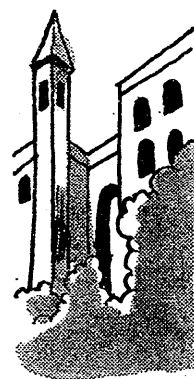
病院サービスの範囲が広まるに従って、病院給付費は当然増大する。これらの病院を商業ベースで維持することは困難になっている。病院給付費の上昇についてはむしろこれを社会的費用の観点からこれをみなすならならなくなっているのである。

これらの病院が将来社会保障の中心的機能を果たすであろうとの考えにたって、著者は各国が隣接諸国と協力しつつその病院計画を調整してゆかなければならないと述べている。

Fanco Illuminati, *The Cost of Health, International Social Security Review*, Year XXV, No. 4, 1972, pp. 376—394.

(一圓光弥 健保連)

第VI次経済・社会発展計画における社会保障の財政問題



(フランス)

第VI次計画における社会保障の財政均衡の予測の特徴は、大きな危機感である。というのは、1966年から67年にかけての財政危機は、いまなお誰れの記憶からも忘れられていないからである。第VI次計画によれば、社会保障一般制度は、1971年以降再び赤字となり、1975年には100億フラン以上の赤字を覚悟しなければならない。自営業者制度も、第VI次計画の終了を待たずして財政的困難を迎えることは確実であり、これに対し、特別制度や農業経営者制度は、国の強力な援助を得てはじめて財政的均衡を維持することができる。

これらの悲観論は、部分的には当を得ていないことが今日では明らかになっている。と

いうのは、被用者医療保険は、たしかに1971年度は赤字であったが、一般制度全体では、1970年、71年とも財政はバランスを保っているからである。

このように社会保障の予測は難しい。保険料の増加は所得、とくに賃金の上昇によっており、さまざまな経済的複合要因に依存している。ところが給付の増加は、比較的安定している人口的要因によっているが、また被保険者の行動や流行性感冒などの事故などによってきまり、これらの予測はきわめて不確定である。

経済成長のおかげで保険料収入の大幅な増加によって、過去2年間に予測と実績の間かなりの開きが生まれはしたが、社会給付委

員会の提起した基本的な問題は依然として存在している。すなわち、給付の増加は、インフレとは無関係の要因により、保険料の増加よりも早い独自のスピードで増加しているとき、社会保障制度の財政的均衡をいかに確保すべきかという問題である。

以下に、第VI次計画社会給付委員会の作業にもとづくデータとともに、提案された解決案と政府が採用した解決案を検討する。

I 基礎データ

社会保障の勘定は、被用者一般制度、特別制度、農業被用者および経営者制度、自営業者老齢保険制度、老齢年金補足制度、自営業者医療保険制度、各種共済制度から成る。社会給付委員会が確定した最終的予測によれば、前記主要制度の1975年における収支は表1の通りである。

法令にのっとって、自営業者制度は、表1では完全に収支が均衡するか黒字になるようになっている。

社会福祉制度全体では、赤字は1975年で48億9,200万フランになる。

収入は、2,174億フランに達し、その内訳は表2の通りである。

II 対極的な解決案

案として2つの両極端の場合が考えられた。1つは、すべての赤字を国が負担する場合であり、もう1つは、財政均衡を保証するために支出に何らかの抑制を加える場合である。

1 国が赤字を負担する場合

一部で、フランスも他のEEC諸国と同様に、国が社会保障支出をもっと負担すべきであるという意見が出されている。

しかし、こうした提案は採用されなかった。というのは、EEC諸国との比較にあたっては、企業の全支出を考慮しなければならないからであり、INSEEの調査によれば、こうした意味での支出はいずれも全体として同じである。

第VI次計画で社会保障に対する国の財政負担増加の方向をとらず、「とくに、一般制度については、財政補助金に訴えることなく、何らかの方法で支出をカバーされるべきであ

表1

(単位：百万フラン)

| | 一般制度 | | | 農業制度 | 特別制度 | 自営業者 制 度 | 補足制度 | 自営業者 医療保険 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|--------|--------------|
| | 疾 病 | 老 齢 | 家 族 | | | | | |
| 収 入 | 46,754 | 21,893 | 32,366 | 13,908 | 22,898 | 5,151 | 18,261 | 2,337 |
| 支 出 | 56,185 | 24,439 | 25,812 | 13,908 | 23,484 | 4,921 | 17,443 | 2,337 |
| 収 支 残 | -9,430 | -2,546 | +6,554 | — | -586 | +230 | +813 | — |

表2

(単位：百万フラン)

| | 金 額 | 指数 (1975/1970) | 平均年増加率 |
|-------------|---------|----------------|--------|
| 保 険 料 | 182,928 | 158.7 | 9.6% |
| 補 助 金 | 16,473 | 163.7 | 10.3% |
| 税 | 4,160 | — | |
| そ の 他 の 収 入 | 2,710 | 138.5 | 6.7% |
| 振 替 | 11,126 | 164.8 | 10.4% |
| 計・平均 | 217,400 | 158.5 | 9.62% |

る」。

2 支出抑制

企業の負担も、国の援助も受けずに財政均衡を確保しなければならないのであるから、ある制度の赤字を他の制度の黒字で詰め合わせ、また支出を収入に合わせるようにする必要がある。

一般制度についていえば、これは、家族給付から老齢および医療給付に2.5ポイントの振替を意味し、また医療費を制限したり償還率

を下げることによる給付の抑制を意味する。

しかし、経済政策としては常道ではあっても、こうした方策は採用しがたい。医療費の減少は歓迎すべきことではあるが、社会的既得権や給付の再検討が老人、身体障害者、貧困家庭などを圧迫することは許されないだろう。

III 採用された方策

こうした矛盾した要請に直面して、第VI次

計画社会給付委員会は、ある種の支出の増加を抑えながら給付を改善し、社会財政的な面での増加を図ることによって全制度の均衡を維持するよう努めた。

こうして社会給付委員会は2つの仮定を設け、それぞれ指数145.5と143.5とした。

委員会内部で厳密な計画をたてるための十分なコンセンサスが得られなかった。そこで委員会には妥協案を提示しとくに一般制度についてののみ以下のような表3を作成し採択した。しかし、一般制度に社会保障制度の主要な問題が集約されている。

1 表の注釈

まず、表3の数字はすべてが同じ重みをもっていないことに気づかれるだろう。赤字の額や新たな収入と支出に対する措置が真びよう性を持っているとしても、支出の「節約」36億フランは不確かな数字である。家族手当の抑制についても疑問がある。

他方、収入の確保も経済的な現実を十分に反映しているとはいえない。国民連帯基金の援助のほか、住宅手当の25%国負担、目的税の創設、家族手当を課税対象に含めること等

表3 1975年における一般制度の財政均衡

| (単位：百万フラン) | 指 数 145.5 | 指 数 143.5 |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 支出 | | |
| 自然増による赤字 | 5,450 | 5,450 |
| 新たな給付 | 6,100 | 3,650 |
| | 老 齡 1,700 | 老 齡 850 |
| | 身障者 600 | 身障者 300 |
| | 家 族 3,800 | 家 族 2,500 |
| 他給付の振替によるマイナス | 700 | 800 |
| 計 | 12,250 | 9,900 |
| 収入 | | |
| 支出の抑制 | 5,500 | 5,450 |
| | 医 療 3,600 | 医 療 3,600 |
| | 家 族 1,900 | 家 族 1,950 |
| 新たな収入 | 7,000 | 4,400 |
| | 家族手当を課税対象とする ことによる 1,350 | 家族手当を課税対象とする ことによる 1,350 |
| | 保険料の伸び 1,600 | 国民連帯基金 2,050 |
| | 国民連帯基金 2,050 | 目的税 1,000 |
| | 住宅手当に対する国庫負担 (25%) 1,000 | |
| | 目的税 1,000 | |
| 計 | 12,550 | 9,950 |
| 一般制度の収支残 | +300 | +50 |

は、公共財政にとって負担の直接的な増加を意味している。

2 第Ⅶ次計画における社会保障の財源

こうした矛盾の中であって、社会給付委員会は、きわめて形式的な妥協案しか採択しなかった。給付の抑制の方針は採択したが、具体的方策は明確ではなく、また家族給付収入の振替も長期的な解決を何ら意味していない。

しかし他に方法があるかと聞かれれば、答は恐らくないだろう。問題はまず、いくつかの社会制度の赤字をカバーすることである。しかし、そのためには当然不愉快な措置を講ずる以外に途はない。いずれにせよ、社会保障の財政均衡は、収入の増加と支出の減少以外にあり得ないことは明白である。

結論

結論として社会保障の財政問題は袋小路に陥ってしまった。だがこれは訂正しなければならない。

まず、社会保障は構造的に赤字となるという確認は、給付水準を上廻る保険料収入の増

加によって赤字発生時期を延ばしているからである。

社会給付委員会の作業はまた、社会保障問題は、現在の与件のもとでは解決不可能であることを示した点で大きな価値を持っている。したがって、危機の到来を受身で待つよりも、たったいま現在より、真の問題提起を行ない、生産よりも早いスピードで、年率11から12パーセントのリズムで社会的振替が進行しているのを何の制限もせずに受け入れることができるのかどうか考えるべきであるろう。

一つは、収入を支出に合わせることである。そのためには、企業が支払う直接賃金を抑えて間接賃金部分を増加させ、あるいは国の収入の増加したことを社会保障に当てることであろう。この場合、直接生産に関する財源や公共投資は犠牲にしなくてはならない。

反対に、経済成長を維持するために間接的所得の伸びは抑える必要があるとするならば、当然社会給付を制限し、社会保障の一部を、たとえば共済扶助組織や補足制度など個人自衛手段に訴えることである。

これら2つの途のいずれをとるかということは、恐らく第Ⅶ次計画の成否の鍵となるろう。

Le financement de prestations sociales dans le VII^e plan : Jean-François de MARTEL
Droit Social, No. 4—5—Avril-Mai 1972,

(藤井良治 垂細垂大学)

税制と社会福祉



(アメリカ)

税制は、所得再分配という観点からは、社会福祉施策と表裏一体の関係にあって、低所得家族の生活を豊かにするか、それともますます貧しくするかのカギをにぎっている。

ところで、近年アメリカ合衆国では、州税及び地方税の急速な膨張と OASDHI 保険税 (payroll taxes) のはげしい増大のために、税制全体が以前より逆進的になり、それが低所得家族の生活に打撃を与えるようになっている。

筆者は、この論文において、まずこうした税制をめぐる最近の動向を所得階層ごとの税負担の実態を概観した上で、税制改革がはらんでいるいくつかの争点について論じるとともに、税制全体をもっと累進的なものにし、貧困者の税負担を軽くするための改革を提案している。

税制の最近の動向

下の表にみられるように、販売税と財産税は極端に逆進的になっている。というのも、これらの税率は形式的にいえば比例的に定められているのであるが、実際には、高所得家

族よりも低所得家族の方が、所得の中で日常の物品購入や住居にあてる費用の割合が大きいために、それらにかかる税の割合も大きくなるからである。更に、一般に高所得家族が所有していることの多い株式や債券には財産税が全くかからないことも、これらの税の逆進性を強める原因になっている。

法人所得税も、表にみられるように、7,500～9,999ドルの所得階層までは逆進的であり、これ以上の階層ではじめて累進的になっている。しかも、法人所得税は、価格引上げによ

各種税の所得階層別税率 (1965年)

| 税の種別 | (年) 所得階層別税率 (%) | | | | | | | | | 総計 |
|----------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------|------|
| | 2,000 ドル 未満 | 2,000 ～ 2,999 ドル | 3,000 ～ 3,999 ドル | 4,000 ～ 4,999 ドル | 5,000 ～ 5,999 ドル | 6,000 ～ 7,499 ドル | 7,500 ～ 9,999 ドル | 10,000 ～ 14,999 ドル | 15,000 ドル 以上 | |
| 個人所得税 | 2.5 | 3.7 | 5.3 | 7.3 | 7.8 | 8.6 | 9.9 | 11.2 | 18.3 | 9.4 |
| 不動産税・贈与税 | — | — | — | — | — | — | — | — | 5.9 | 0.6 |
| 法人所得税 | 4.5 | 4.3 | 5.5 | 3.6 | 3.9 | 3.4 | 3.4 | 5.3 | 10.9 | 4.6 |
| 販売税・国内消費税・関税 | 9.4 | 8.6 | 8.9 | 8.4 | 8.1 | 7.6 | 7.0 | 6.4 | 4.1 | 7.3 |
| 財産税 | 6.9 | 5.2 | 4.7 | 4.2 | 4.2 | 3.8 | 3.5 | 3.3 | 2.4 | 3.8 |
| 社会保険税 (OASDHI, 労災補償, 失業保険) | 4.7 | 4.8 | 5.2 | 5.5 | 5.3 | 5.1 | 4.7 | 4.4 | 2.4 | 4.7 |
| 総計 | 28.1 | 26.7 | 29.7 | 29.1 | 29.4 | 28.5 | 28.5 | 30.6 | 44.0 | 30.4 |

資料： 税制研究財団 (Tax Foundation) 「1961年及び1965年、所得階層別の税負担と政府支出給付」
1967. p. 20.

って消費者に負担が転嫁されるか、賃金稼得者の賃金圧迫としてはねかえってくるかのいずれかであると主張する財政専門家もあり、いずれにしても逆進性の強い税である。

OASDHI 保険税も、次のような理由から逆進的である。①課税対象である賃金や俸給に上限が定められている(現行は、10,800ドル)。②家族全体の保険税額は、稼働人員の数によって異なり、稼働人員が多いほど——普通低所得家族の方が稼働人員が多い——税額は高くなる。③課税対象が稼働収入に限られており、普通高所得家族の収入源になっていることが多い賃借料、利子、配当金、資産売却収益などには課せられない。④連邦所得税には認められている個人免除 (personal exemptions) や最低基準控除 (minimum standard deductions) が認められていない。⑤使用者の拠出分が、消費者に転嫁されたり、被用者の賃金・俸給にはねかえることが多い。

次に、連邦個人所得税は、純粋な累進税のひとつとなっている。しかし連邦租税計画では70%までの高い累進税を定めているのに比べると、表にみられるような、2.5~18.3%

という幅では、累進性は弱いといわねばならない。これには、3つの理由が考えられる。

①表に示されている税率には、逆進性の強い州の所得税率が含まれている。②連邦所得計画でいわれている税率は、「限界」税率("marginal" tax rates) ——課税対象所得の特定の追加分に対して適用される税率——であるのに対し、表の税率は「実行」税率("effective" tax rates) ——課税総額の課税対象所得総額に対する割合——である。ある納税者の実行税率は、その人の課税対象所得における最後の追加単位に対して適用される限界税率よりも常に低い。③特定の納税者——その多くは中流及び上流の所得階層——に対して、免除、控除、資産売却収益 (capital gains), 及び資産分離 (capital splitting) などの特恵的税待遇 (preferential tax treatment) が認められている。免除は別にして、これらの特恵的税待遇の規定が廃止されれば、実際の実行税率は、現在よりもずっと累進的になるにちがいない。

税の負担

前の表の総計の項に示されているように、最高及び最低所得階層を除けば、アメリカの税制は、全体としてほぼ比例制 (proportional schedule) をとっているが最低の所得階層の人々は、次に高い所得階層の人々より高率の税を納めており、だいたい6,000~10,000ドルの階層とほとんど同率の税を納めていることがわかる。強い累進性は、15,000ドル以上の階層にしかみられない。総じて、合衆国の税制は、膨大な中流階層に比例的な税が課せられるという点に特徴をもっており、所得再分配の機能は弱いといえる。

ところで、このような累進性の弱い税体系は、次の二つの要因によって最近一層促進される傾向にある。一つは、州税と地方税が最近急速に膨張していることである。例えば、州及び地方政府の歳入総額の連邦政府歳入総額に対する割合は、1951年の11.9%から1968年の21%へと伸びている。ところが、州税及び地方税は、総計で15%から9%へと高い階層ほど税率が低くなる逆進税になっているので——連邦税は13%から35%におよぶ累進税——、これらの税の膨張が税制全体を逆進

的なものにするというまでもない。税制全体を逆進的なものにしていくもうひとつの要因は、OASDHI 保険税の急増である。1960年から1967年の間に、この税の連邦歳入総額に占める割合は、14%から20%へと伸びたし、1971年には、保険税収入総額は、個人所得税収入総額の45%にもあたるようになった。しかも、このような保険税の増大は、課税対象所得の上限の引上げによってではなく、むしろ、税率全体の引上げによってもたらされているために、上に指摘した通り本来逆進性の強いこの税をますます逆進的なものにし、ひいては税制全体を逆進的なものにする大きな要因になっている。Pechman, J. A. の報告によれば、貧困者は、連邦所得税としては年に2億ドルを納めたのに対して、保険税としては15億ドルも納めており、貧困者にとって保険税の負担がいかに大きくなっているかがわかる。

税制改革をめぐるいくつかの争点

(1) 州税・地方税か連邦税か

上にみたように、州税・地方税の比重が増しているために、低所得家族の負担は10年前

よりも大きくなっている。税制全体を累進的なものにするためには、州税及び地方税を連邦個人所得税に代えていく必要がある。

(2) 保険税か所得税か

一般国民は、OASDHI の財政は、積立原理に基づいて実際に運営されていると思っているが、現実には、ほんの少額の予備金しかもたない賦課方式 (pay-as-you-go-basis) で運営されているのである。したがって、現役労働人口から65才以上の退職人口への大衆的な所得再分配はおこなわれていることになる。しかし、このことは、現役中に相対的に多額の保険税を納めた者が、退職後相対的に多額の給付を主として現役の労働者の拠出の中から受けとるということであって、保険の仕組み自体を変えるものではない。OASDHI の財政は、私的保険のように、保険数理にもとづいて運営されるのではないということが一旦受け入れられるなら、あとは所得再分配の目的をより十分に果すような財政方式の選択だけが問題となる。ここでも、保険税を連邦個人所得税に代替させていく方向がまず考えられてよい。筆者の知るかぎりでは、この方向

は法的にも支障はないはずである。また保険税の仕組み自体をかえなくても、保険税が所得税を超過する低所得者に対して、政府がその超過分を所得税収入の中から払い戻すという一種のクレジットの制度をとり入れることによっても同様の効果をあげることができよう。

(3) 控除 (deduction) かクレジットか

所得税法は、医療費、州税及び地方税、慈善団体・教育団体への寄附などの特別個人経費は、課税対象所得から控除することを認めている。しかし、この所得控除によって軽減される税額は、個々の納税者の最高所得部分に課せられる限界税率によって決まるので、累進的な所得税のもとでは、同額の控除がされても高額所得者の方がより多額の税の軽減をうけるという皮肉な結果になる。

これとは対照的に、タックス・クレジットであれば、課税対象所得からではなく、税額そのものから特別個人経費の全額あるいはその一定額を控除することになるので、低所得家族の税軽減にはこの方が効果的であることは明らかである。

(4) 税による奨励(tax incentives)か直接援助か

連邦所得税法は、上記した控除のほかに、「社会的に望ましい」とみなされる一定の経費を課税対象所得から除外(exclusion)することを認めている。例えば資産売却所得の2分の1、及び州・地方政府発行の債券の利子全額は除外される。しかし、この除外による税の軽減も限界税率の高い者ほど有利になるようになっているので、税制によって「社会的に望ましい行動」を奨励しようとするこれらの政策は、所得再分配という目的にとっては逆効果になっている。それだけでなく、これらの税による奨励は事実上政府からの「補助」と同じ効果をもっているにもかかわらず、この補助にはその用途や方法について政府の監督権が及ばない。これらの点を考えると、所得再分配の観点からは、現在もすでに一部で実施されている直接連邦援助の方が適切な方法であるといえる。

Ozawa, M. N., Taxation and Social Welfare, *Social Work*, Journal of the National Association of Social Workers, May 1973.

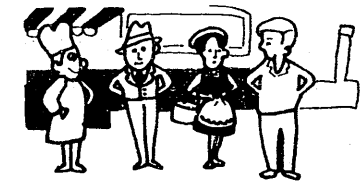
* OASDHI (Old-age, Survivors, Disability and Health Insurance: 老齢遺族障害健康保険制

度)

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

西ドイツとイギリスの

民営健康保険



もっかアメリカにおいて政府による国民健康保険 *national health insurance* の導入について議論されているが、いくつかの提案は、現行の民営健康保険の存続のみならず、政府の行なう制度との関係のなかでかなりの拡大さえも主張している。

こうした情勢にあって、西ドイツおよびイギリス(両国は古くから総合的な公的医療サービス制度をもっている)における民営健康保険の役割をみることは興味あることである。

西ドイツにおいては民営健康保険の役割はかなり大きい。というのは公的医療保険の適用範囲が拡大されつつあるといいながらも、

いまだ人口の約10%*が民営健康保険に加入しているからである。また、この国ではもっか公的医療保険の諸給付に追加したサービスを求める者を対象とした、補足医療を供給する民営健康保険のシステムが急速にふえつつある。このシステムに加入契約している者は、現在人口の約1/6である。他方、イギリスでは民営健康保険に加入している者の割合はこれより小さい。

西ドイツの民営健康保険

民営の補足医療保険に加入している者の数は、近年増加しており、1963年の700万人

(人口の約12%)から1967年の1000万人(同16%)になっている。西ドイツの国民がなぜこのような補足医療保険を考えたかということには種々の理由がある。まず第一にこの保険によって私的的患者として高い料金の個室に入院することができるということである。また、私的的患者であることの伝統的な誇りと他の患者よりも医師によってより注意を払ってもらえるという考え方があるということである。さらに、有名医師に早くかかれるということである。加えて公的医療保険とは契約していない大学教授やその他の高度な医療技術をもつ専門医にもみてもらえるということである。そして最後に、一般医にみてもらうよりはより多くの個人的注意を払ってもらえるという考え方が広く伝わっているということである。

推計では、医師はこれらの患者から総報酬(所得)の $\frac{1}{3}$ ~ $\frac{1}{4}$ にあたるものを引き出している。これらの患者の料金は、公的医療保険のもとでの患者の料金よりも数倍高くきめられている。

なお、民営健康保険の保険料は保険対象の

範囲によって異なっている。

イギリスの民営健康保険

現在のイギリス民営健康保険は、1948年の国民保健サービス(NHS)の導入前にあった拠出組合と厚生組合が基になっている。後者は、中産階級以上を対象とし、国民保健サービス導入後は私的な医療および入院療養を行なってきている。一方、拠出組合は、低所得階層を対象とし、国民保健サービスの無料医療に加えて、非常に低い拠出金による制限された補足給付を支給してきている。現在拠出組合は、約1100万人の加入員およびその家族を擁している。給付としては余後ホームでの療養、入院中の小額の現金給付、ホーム・ヘルプ(家庭看護)の費用に見合う扶助、めがねの費用に見合う給付金などがある。1964年におけるこれらの組合によって支払われた1件当たり平均給付額は約6ドルである。これに対して拠出金は月額25セント弱である。

国民保健サービス導入前の拠出組合は、厚生組合よりも重要であったが、現在では逆になっている。厚生組合は近年急速に成長して

おり、1960—64年に加入者(家族を含む)は2倍になっている。現在、イングランドおよびウェールズの総人口の約4%にあたる200万人が厚生組合に加入している。最近では厚生組合は、従業員にフリンジ・ベネフィット(企業福利給付)としての企業の一部負担による団体保険と提携するようになってきている。

イギリスにおいてこのような民営健康保険が存続している理由は、西ドイツの場合と全く同じである。

* 1972年10月より農業者疾病保険が発足したので、それまで民営健康保険に加入していた農業者およびその家族が農業者疾病保険に移り、現在では人口の約1.5%(約90万人)が民営健康保険から減っている。

Private Health Insurance in West Germany and Great Britain, *Social Security Bulletin*, October 1970, pp. 39—42.

(石本忠義 健保連)

社会的諸給付の財源調達



Heinz Allekotte

(西ドイツ)

社会調査委員会の考えた社会的諸給付の性格と社会政策の概念を説明した後で、筆者は社会的諸給付の財源調達的手段について、いずれが適切であるかを論じている。

社会的諸給付のもっている性質により、それらの給付の財源を調達するある単一的手段を、誰も述べることのできないほど、社会的諸給付はそれぞれ異なっている。異なった環境が異なった社会的諸給付をもたらすことになり、それらの諸給付は異なった手段により財源を調達される。

社会調査委員会は社会的諸給付の型に応じて、各種の社会的環境を自己防衛(社会保険)、傷害もしくは身体障害の補償(社会的保護)、

およびニードの除去(社会扶助)に分類した。異なった分野が適用のもつある基本原則と財源調達方式のあるタイプと結びついているので、上記の分類は有意義である。社会政策のもつ強調された概念も疑問の余地がない。

論述の中に示された4つの概念について、社会調査委員会は「所得比例給付」の概念を選んだ。そのような選択の理由は、その給付が主として今までドイツ共和国連邦に実施されてきた社会保険と一致し、現存する経済秩序にうまく適合し、しかも、全人口のうち大部分の人びとのもっている考え方と調和しているということであった。

この選択がもつ論理的な結果は、財源調達

の資金を用いるには、1つのある区分の存在するというものである。

基本的には、社会的諸給付の財源を調達する3つの手段が検討されている。

- 1 社会保険制度と私的保険制度の拋出。これらは各拋出者に各保険の受給資格を取得させる。
- 2 財政当局もしくはこれに準ずる機関に対する租税もしくはその他の拋出。これらは各人の申請に対して、反対給付の根拠となるものではない。
- 3 公的な制度や社会的な制度によって提供される各サービスへの支払い。

社会保険が基本的にはある特殊な種類の「保険」とあるという問題には、ほとんど議論の余地がないし、そのような事情から、社会保険の財源を調達する適切な手段は、拋出を用いることである。

しかし、社会的保護と社会扶助という補償

制度の財源調達には、異なった別な基本原則が適用されるべきである。この点について、集団的な援護のもつ側面は、自己防衛のもつ側面よりもより一層はっきりしている保護と扶助では、被保険者の拠出と保険者の諸給付との間に結びつく等価が欠けている。このタイプの社会的諸給付では、適切な基盤は保険の対象となる所得ではなく、総所得である。

拠出により社会的諸給付の財源を調達する方法では、2つの適切な提案が論議されている。それらのうち、1つは社会保険の負担が長期的な方法による経済に移されるべきであるという提案である。計算に用いる妥当な算出基礎として、実質的な資本か賃金合計かのいずれかが選ばれる。しかし、この場合には、拠出は拠出算出において費用のある要素という形でとらえられ、したがって、消費者に転嫁されるだろう。消費者はさらに当人自身の拠出を支払わなければならないが、その差額について、かれはそれがどれだけであったのか、またどのような目的をもっていたのかをなんら知らないだろう。2つ目の提案は

直接税によって社会的諸給付の財源を調達することであり、社会的な諸給付の全般的な仕組みに、より一層大きく反映させるには、この方法も近代的な社会政策の機能と相容れない。

結局、財源を調達する方法で考えられるあるなんらかの判断は、社会政策の基本的な概念に依存するということが指摘される。もしある人が社会連帯の枠組みの中に自己防衛の

もつ不愉快な方法を用いるのに賛成しないならば、その人は財源調達に拠出方式を支持する傾向をもつであろう。しかし、ある人が国の援助というより気楽な方法を選ぶならば、拠出によって社会的な諸給付の財源を調達する考えは拒否されるであろう。

Die Finanzierung der Sozialleistungen, *Sozialer Fortschritt*, No. 5/6, 1970, pp. 117—120; No. 15, '71.

罹患率低下の社会経済的影響



G. Tzaregorodtsev* (ソ連)

本稿には、罹患率低下の社会経済的影響にかんする研究で見出だされたある幾つかの事実が論述されている。

ソヴィエトの医療給付制度は、経済発展に基づいて保健サービスの投資効果が増大して

きたことを示している。

労働生産性、また、結果的には、それによってもたらされる社会の社会経済的な成長に影響を与える多くの要素の中で、次第に重要性を増大させているある役割は、労働者の健

康とかれらの労働能力にかんするものである。

科学的な研究は小児麻痺とそれによって生ずる障害を根絶する運動の支出と成果の間における関係が、1ルーブル対42ルーブルであったことを示している。つまり、報酬は投資の42倍であった(老齢年金が考慮される場合には、その比率は1対41となる)。同様に、疾病の慢性的な後遺症を含めて、ジフテリアの分野に対する投資は、1ルーブル対44ルーブルであった(老齢年金が考慮される場合には、その比率は1対39となる)。

平均的には、工業労働者の疾病は1年当り8.5日である。その例のうち、30%から50%は、疾病が好ましくない労働環境により生じていた。好ましくない労働環境によって生ずる疾病を2.5—3%ずつ減少することは、労働生産性を1%以上ずつ上げることが意味している。

疾病により喪失した1労働日は、経済的に

は12ルーブルずつを喪失していたことになるということを、調査が明らかにしている(その内訳は新しく創出された価値の4ルーブル、剰余価値の4ルーブル、疾病給付の3ルーブル、医療費の1ルーブルである)。

これは生産のある重要な潜在的保留であることを示しており、その保留は人民の健康と国民経済の利益のために利用されるべきであった。これは国内の健康保護と医学の発展を改善する手段について、ソヴィエト共産党中央委員会と政府が求めていた最近のある解決の目的とするところであった。現在の目的は地方レベルの医療給付制度を通じて、企業が自由に使える保健施設をもっていない企業に雇用される全労働者に対して、医療を保証することである。

この点について、現在の実施状態にはあるギャップがある。ある地方では、特定の処置に対する権利を除いて、関連企業の労働者に対して地方レベルの各科診療所が提供する優先的な医療サービスは、定期的な医学的検査

に限定されている。

労働能力損失の過度発生に対処する運動では、ある経済的な誘因はまだ弱い。たとえば現在、疾病の発生率は賃金基金の配分のような指標になんらの影響をもっていない。疾病給付の支払いは賃金基金のうち支出されなかった準備金を増大させており、若干の例では、その資金は工場に利益を与えている。僅かな部分が医師、経営担当者、および職員に支払われているが、かれらは平均的な生産率を減少させている。

改善は法令を用いて達成されなければならないであろう。現在、医師の発行した疾病の証明書は、証明書を提出した患者の健康について、事実上の状態を正しく伝えていない。時には、仮病が黙認されている。法律はこれを阻止するために、妥当な医学、衛生学、経済、および人道の見地からみた原因を規定しなければならないであろう。

1966年の解決では、ソヴィエト共産党中央

委員会は増大してきた産業安全と衛生の重要性を強調した。もし生産と技術的な過程が衛生的な基本原則とニードに応じて機能を発揮するならば、労働不能は減少し、かつ労働生産性は向上するであろう。

われわれが本当に重大な状況となっている人びとの健康の問題を取扱う場合においてのみ、あらゆる種類の疾病を減少することが達成される。

産業安全と衛生における投資の経済的効果が、まだ本気で研究されていないということは認められなければならない。労働組合中央評議会の労働研究所はその問題の研究を行ってきた。

* 労働組合中央評議会社会保険委員会委員長。

Socialno-ekonomicheskie znatchenie snizheniya zaboлеваemosti, *Okhrana truda; sotsial noe strakhovanie*, No. 9, 1970, pp. 6—7; No. 36, '71.

全市民に対する健康保護の提供をめぐる障害



Melvin A. Grasser* (アメリカ)

本稿には、公的および私的な制度の失敗について詳述し、包括的な健康保険を採用することができるようにするためには、「なんらの制度ももたない」健康保護の再編成に対する各種の提案の論述が示されている。

1968—69会計年度に、保健に対する支出合計(603億ドル)は、国民総生産の6.6%に相当し、1949—50年における支出121億ドル(GNP 4.6%)の5倍であった。1968年末には、私的な健康保険業は1種類以上の型による私的健康保険で16,900万人以上のアメリカ人をカバーしていたが、広範囲に及ぶこの適用は、私的な健康保護に対する全消費者支出の35.7%を調達したにすぎなかった。したがって、消費者の健康保護に対する支出の約3

分の2(64.3%)は、個々の市民達によって支払われた。個人的な保健サービスに対する公共支出はメディケア(Medicare)とメディケイド(Medicaid)の採用により、急激に上昇した。メディケアは高齢な男子と女子に重要な保護を提供してきたが、しかし、1968年末現在で、メディケアは高齢者の個人的な保健費の45%を賄ったにすぎない。メディケイドも公的扶助の受給者に対する健康保護のニードを含めて、医学的な保護を欠いている人びとの健康保護のニードに対して、高い費用がかかるし、しかもますます非効率的となる手段であることを証明した。

現在における健康保護の危機と改変に対する障害の主要な原因のうち、1つはアメリカ

の医師達の大多数が「小住宅型」産業機構の型として機能しているということである。健康の保護を提供するあるすぐれた方法があるが、しかし、300万人もしくは400万人の人びとがその方法により利益をうけているにすぎない。つまり、その方法は契約者が要求するかあるいは使用する診療件数に関係なく、毎月保険料を支払う契約者に対して、ほとんど全部門にわたる健康保護を提供する組織化された前払いグループ診療制度である。診療は俸給を支払われた医師のグループによって提供され、かれらは医療を提供する医師およびその他の保健専門家によって構成された保健チームという概念により組織化されている。

過去1年半に各種の全国的な健康保険の仕組みについて、数種類の主要な提案の採用に証言が行なわれてきた。アメリカ医師会による後援をうけたメディクレディットは、私的健康保険の費用を相殺するために、各人の所得税に対して租税控除を認めるだけで、最も変り映えのしないものである。ほとんど納税の義務を負わないか、あるいは、なんら納税

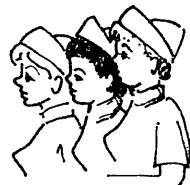
義務を負わされない貧困な人びとは、私的な手段による健康保護を購入するために、連邦政府の「医療保険証明書」を発行されるであろう。Aetna Life and Casualty Company の Pettengill 案は政府の補助金を支払われ、かつ私的な保険者が管理・運営する保険基金を通じて、貧困な人びとや関連を有するグループに特殊な健康保険を設けることを提案している。Jacob Javits 上院議員により提出された国民健康保険法案 (National Health Insurance Bill) はすべてのアメリカ人にメディケアの諸給付を拡大し、社会保障収入の基盤に現われる増大により財源を調達されるものであった。財源調達の全般的な収入は公的扶助や失業者に対する諸給付について保険をかけることになるであろう。Martha Griffiths 下院議員により提案された健康保険法案は、診療の過剰利用を阻止するように考案されたある最少限度の控除可能な患者の共同負担による支払いを特長としており、全市民に対して広範囲な分野にわたる医療を提供しようとするものであった。それも社会保障により財源を調達されるであろう。

国民健康保険委員会(Committee for National Health Insurance) は包括的な適用にもとづく健康保障制度の後援者で、その制度は私的な診療を継続する医師への支払いを認めるが、しかし、財政的およびその他の刺戟を用いることにより、診療担当者達にチーム医療の手段を選択させるように促進するであろう。その制度のもっているある独特な特長は、信託基金のうちある比率の部分を、ある資源開発基金に配分するということである。この基金はグループ診療制度を発達させるのを優先させ、保健の担当者と施設の供給を増大するために使用されるであろう。

* 全米自動車労働組合 (United Workers Auto Workers)

The Approaching Struggle to provide Adequate Health Care for All Americans, *Social Work*, No. 4, 1970, pp. 5-14; No. 39, '71.

国民保健サービスの費用節約



Dr. Peter Draper (イギリス)

本稿では、筆者は国民保健サービス(National Health Service-NHS)が提供する医療の水準を損なうことなく、NHSの費用を減少する方法を論述している。

公共支出の減少を託されてイギリスで行なわれた新政府の選挙は、健康保護費用の検討が必要とされているときに、ある機会を提供している。NHSの費用は1968年に約175,000万ポンドであった。国際的な用語では、費用が結果に関連づけられているのであれば、上述した費用は工業化された国にとって高価なサービスではない。しかし、それでも、同様な(もしくはよりすぐれた)サービスが僅か1%の節約を達成することができるならば、これは公費を1年間に1,700万ポンド節約するこ

とになるであろう。また、公的な費用のある分野(研究のような)における1,700万ポンドは、実にきわめて大きな資金である。

節約を達成するためには、3つの主要な方法がある。第1はより大きな費用を必要とする他の形の医療への要素を減少させる方法で、新しいサービスを提供するか、あるいは現在実施されているサービスを拡充することによって行なわれる。ある最良の1例は家族計画で、それは多くの分野において実質的な節約を生み出すことができる。家族計画が人口増加を制限する限りでは、それは増加する人口が要求する財貨やサービスの全部門への圧力を減少する。狭い分野においては、住居の家族計画サービス費用は高くつくと思わ

れるが、世話しなければならぬ子供の数をいちじるしく減少させることを示してきた。他への支出を節約するあるサービスの中で行なわれる投資のうち、その他の例は飲料水の弗素添加で、結果的には、それは歯科医療の費用を節約させる。その他の例は施設に入ろうとする高齢者のニードを除くような保護された住居や意識的に建設された小フラットの開発である。幼児保育園も母親と子供の情緒上の健康を改善し、医療のニードを減少することができるであろう。この類の節約を達成する方法において、必ず現われる実施上の困難は、超過支出を負担しなければならない当局が、必然的に結果として節約の生ずる機関でないということであり、また、資源の必然的な移動を行なわせるためには、中央に集中的に管理された計画が要求される。

節約を達成する第2番目の方法は、現存するサービスをより以上に経済的に実施することによって行なわれる。ある主要な例は、入院患者の保護について切り詰める各種の方法の中に見つけられるであろう。それは手術後

の患者により早く病院から自宅へ帰るのを認めたり、病棟の利用が1週間のうち平日に当たる5日間で、週末を超えないように調整したり、あるいは、適切な場合には、1日で手術を実施させたりのいずれかの方法を用いる。さらに、経済性の追求は、たとえば、個々の例について別々な料金を必要とするよりも、多数の同一計画に対する同様な建築計画を用いることにより、紙上作業を切り詰めたり、あるいは努力の重複を除くことによって、達成されるかも知れない。

最後に、節約は幾つかのサービスかあるいは手段を併せて、それらを中断することにより達成されるかも知れない。扁桃腺切除術はそれらの手術が必要とされているよりも、20%以上の手術が実施されていると評価されてきた。時々、レントゲンは医学的に必要がないと考えられるが、しかし、法律上の理由が考慮されない。現在処方される薬剤のうち、幾つかの薬剤は、とくに、睡眠薬では、廃止することができる。そして、NHSの3者構成は医療の必要な重複(たとえば、出産前の分

野において)に幾つかの例が存在することを意味しており、それらは単一の機関によってより一層巧みに提供することができることになる。

一般に、NHSの仕組みの中に存在する各種の機関や組織のもっている自治は、より一層経済的に配分される健康保護を妨害している。意志の決定と実行においてより一層大幅な共同分担が実現されなければならないし、また同時に、専門的なそして社会的な責

任のもつ1つの例面として、経済的な効率をもつ管理運営が受けいれられるようにならなければならない。健康保護の論議は長い間引き延ばされているが、上述したような事は健康保護の分野における優先順位について、より一層幅広い討議の展開を刺戟するかも知れない。

Cutting the Cost of Health Care, *The Lancet*, 19 September 1970, pp. 601-603; No. 45, '71.

高齢者の経済保障と年金の役割



J. Nadolski (ポーランド)

本稿には、2,714人のサンプルにもとづき、65歳以上の高齢者の所得と栄養の源泉について行なわれた社会学的な調査結果が論述されている。

1965/1966年に、サンプルに含まれた人びとのうち、45%がなんらかの種類による社会保険の年金を受給していた。その比率は農村地方(23.7%)よりも都市地域(68.9%)の方が高かった。その比率は女子よりも男子の方が

高かった。都市と農村地区の間における区別が「農民—非農民」の関係に置きかえられるならば、両者間における比率の相違はさらに驚くべき結果になり、それぞれの比率は73.9%と11.3%になっていた。「男子—女子」に対する同様な数字はほとんど相違を示していない。社会保険の管理機関によりカバーされた65歳以上の年金受給者の比率が、1965年に39.3%であったということは注目されるべきである。

より正確な姿をとらえるためには、それらの数字は年金額にかんする資料で補足されなければならない。年金のために政府により特定の用途のために充当された膨大な資金があったにもかかわらず、実状は非常に心強い状態といえるほどではなかったのを、資料が示している。農村地域における女子の80.7%と男子の48%は月額800ズロティ以下の年金を受給し、都市地域では、それらの数字は男子が25.6%、女子が69.3%である。1,500ズロティ以上の年金は、農村地域では、男子の2.0%と、女子の1.1%に支給を認められ、都

市地域では、65歳以上の年金受給者のうち、男子の14.0%と女子の5.0%に支給されていた。平均的な年金額は、農村地域の男子で900ズロティ、女子で660ズロティ、また、都市地域の男子で1,130ズロティ、女子で770ズロティとなっている。

高齢者の生計に対する年金への依存度では、65歳以上の高齢者のうち45%の人びとは年金が主要な所得源となっていることを示し、32.3%の人びとは年金が唯一の所得源となっている。同様な数字は、都市地域では65.6%と46.8%になり、農村地域では20.7%と19.2%になっている。

年金受給者のうち約39.0%（都市の10.3%と農村の66.0%）は農業で労働を続け、6.6%は（都市の10.4%と農村の3.2%）非農業の労働に雇用されている。約7.3%（都市の8.9%と農村の5.8%）はなんらかの援助を子供らに依存している。

最も興味深い資料は、高齢者が1人で（も

しくは配偶者と）暮しているか、あるいは、1つの世帯に他の人びとと暮しているかにより所得分布を示す資料と思われる。最初のカテゴリーでは、65歳以上の年金受給者で、都市の48.3%と農村の34.1%は1人でかあるいは配偶者と暮していた。都市の高齢者は所得を主として年金に依存していたのに対して、このグループで農村の高齢者は所得を主として労働に依存していた。第2番目のカテゴリーでは、都市の高齢者の50.6%と農村の65.7%は1つの世帯に他人と同居し、都市における年金からの所得とは別に、また農村における労働からの所得とは別に、かれらはある程度家族からの援助に依存していた(14.3%)。

年金の受給資格を取得できない人びとについては、かれらは主として自営の農民で、農村地域の高齢者の76.4%と都市地域31.3%がそれらの該当者であった。都市地域では、年金の受給資格を取得できない人びとのうち、大部分の者は自営業者、自由業者のカテゴリーに属している。

調査の結果として得られた姿は、大して楽観的なものといえない。しかし、土地を国や協同組合に移した農民達に対して、ポーランド政府が新しい制度を採用した1968年以後、多くの変化が現われた。その制度はある改善を求めているかも知れない。

最後に、年金が年金受給者のニードをどの程度カバーしているかを示すことは興味のあることである。年金受給者の財政的なニードがかれらの年金により57.2%という程度しかカバーされていないことを、その調査は明らかにした。

結論として、筆者は次のようなことを示し、本稿を終えている。つまり、国の経済的諸条件が許す場合には、生計費を稼ぐ能力を失なった者は、かれの経済的なニードを完全に保証するに十分な社会保障給付に対する受給資格を与えられるべきである。その場合においてのみ、高齢者が従事した労働生活という観点から資格を与えられるので、高齢者はかれらの基本的な社会的ニードを保証され

ま、た、地域社会の他の構成員と平等になるであろう。

Rola rent; emerytur w zabezpieczeniu materialnym ludzi strarych, *Praca ; zabezpieczenie społeczne*, No. 4, 1970, pp. 34—

44; No. 52, '71.

(以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、ISSA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

疾病時の現金給付改正

(デンマーク)

デンマークでは、従来、疾病時の現金給付はやや制約されたグループに、発病6日後から支給されていた。しかし、社会福祉制度の全般的な改正の一環として、疾病給付が改正された。

その改正により、疾病給付は自営業者を含む全稼得従事者(所定の条件により主婦も含める)に適用が拡大され、給付は発病した日から支給されることになった。労働者の例では、給付は発病前4週間に当人が取得した平均賃金(週)の90%で、4月1日現在による全国平均賃金(工業労働者)の90%を上限とし、受給期間は制限されない。給付は当初5週間に使用者が支払い、これは費用の

約2分の1に当ると予想されている。5週間以後、地方公共団体が給付を支払い、その費用の75%を政府が償還するが、政府の基金は一般的な租税の税率を1%引上げて調達することになっている。

(U. S. Dept. of Labor, *Monthly Labor Review* Vol. 96 No. 7 July 1973, pp. 49—500.)

(平石長久 社会保障研究所)

解説

第102号条約

ILO東京支局次長 高橋 武



はしがき

ILOの第102号条約は、1952年の第35回国際労働総会で採択されたもので、正式には1952年の「社会保障の最低基準に関する条約」(第102号)と称され、また略して「社会保障(最低基準)条約」といわれる。社会保障といわれるものの内容なり範囲は、今でも、国によって少なからず差異がある。しかしこの条約ができたおかげで、国際的に通用する社会保障の概念は、今日ではコンセンサスが得られるようになった。そればかりでなく、この条約は、世界の社会保障の歴史において、一時期を画するものである。そこで少しく条約制定の前史をふりかえってみよう。

周知のように、社会保障の先史は、一方で

は1880年代にドイツに始った社会保険と、他方では16世紀乃至17世紀に成立した救貧法とが、第1次大戦後の社会政策への関心の高まりの後に、1930年代の世界恐慌期にアメリカで1935年の社会保障法に収斂したのであった。また1942年のベバリッジ報告とILOの『社会保障への途』は、「社会保障」という新しい概念を世界に普及させることに大いに役立った。

1944年のILO総会(フィラデルフィア)は、戦後世界の復興と新しい出発を目前にして、「所得保障勧告」(第67号)と「医療勧告」(第69号)を採択した。その実績にかんがみて、ILOでは社会保障専門家委員会による技術的準備をへて、1951年の総会が社会保障の最低基準案を審議し(第1次討議)、翌1952年総会が

(第2次討議)この条約を採択したのである。

この条約は、社会保障をもって大きく一つの体系(system)と考え、重要な給付部門をすべて、一つの条約の中で採上げた点に、何よりも特徴がある。しかし社会保障はすぐれて技術的な仕組(組織化)を必要とするため、具体的にどのように組み立っているか、つまり社会保障の保護組織や保護方法の点では、国によっては永い沿革があって相当の違いがあった。そのためこの条約は、こうした組織化の面では単一のアプローチをとることはしなかった。いわゆる社会保険や社会扶助といわれるものも、理論的には社会保障の組織化の方法であるが、その中味は時々刻々(例えば毎年の法改正で)内容がかわりつつあるし、したがって性質も変ってくるからである。

このような配慮もあって、この条約の全文は15部87条、付属規定という長大なものになった。そればかりでなく、選択規定も多くあって、内容は甚だ複雑である。

とにかくこの条約が「社会保障の国際法典」として唯一のものであることは、ヨーロッパ会議(The Council of Europe)加盟国が

1964年に「ヨーロッパ社会保障法典」と同議定書採択した際に、この条約の規定を殆んどそのまま採用したことからわかる。

社会保障の9部門

この条約は、社会保障の給付部門として9つを定めた(表1「各給付部門の概要」をみよ)。もっとも社会保障の全部門を網羅したわけではなく、主要な給付、それも医療給付と定期的支払金とを採上げたため、死亡に伴う埋葬の如き一時金給付は、採上げられていない。前記のヨーロッパ社会保障法典と同議定書は「社会保障の高度な基準」と目されるもので、こうした欠陥を補っている。

条約の第2—10部の各部では、(1)適用すべき事故(contingency)の定義、(2)その事故につき保護すべき者(被保護者と称される)の範囲と、この条約の批准にあたって達成すべき保護の割合、(3)給付の型体、(4)受給のための資格取得期間または要件、(5)給付期間、がそれぞれ定められる。

そのうちの(2)被保護者の範囲と達成すべき保護割合に関する各条は、その適用を被用者

にするか、就業者にするか、又は全住民とするかは、加盟国が選択してよい。この選択規定は、社会保障を実際に組織化するにあつて、実際問題として被用者保険にするか、就業者保険にするか、それとも国民保険(又は公的サービスあるいは社会扶助)にするかという問題に関係がある。注意すべきことは、こうした表現はこの条約には全く出ていない。上述のように、例えば社会保険という概念とその性質は、国によってまた時代によって相当に違って来るからである。

もう一つ注意すべきことは「全住民」への適用については、第1に、「国民」という語が使われていないことである。これは社会保障の内外人平等の原則(第12部、第68条)が謳われるからである。第2に、第2部医療については、社会扶助(ミーンズ・テストを伴う)という手段だけでこの条約を批准することは認めない。従って「国民」保険か「公的サービス」を採用することが必要になる。

なおこの条約では、第6部業務災害給付、第7部家族給付、第8部出産給付(ただし休業補償)を除く他の給付部門では、法令で強

制的なものとしていない保険、つまり任意的保険によって実施してもよいとされる。もっともそのための要件として、(1)公の機関の監督または労使共同経営のもの、(2)熟練労働者の所得を超えない大部分の労働者に適用されるもの、(3)適当な場合には他の保護形式と組合せて、この条約の規定を満すことが要求される。この規定は、例えば労働協約による産業別年金制度の発達を考慮したものであつて、いわゆる「非法定社会保障」という概念がそれである。

医療給付

この条約は、第2部医療で病気に対する医療と出産の場合の医療とを定め、第6部業務災害給付で業務災害と職業病の場合の医療を定め、更に第8部出産給付で被用者または就業者たる婦人について出産の場合の医療を扱う(その内容は前記第2部の場合と同じ)。これからすると、この条約は社会保障医療として、(1)病気医療、(2)出産医療、(3)業務災害医療の3種類を定めたことになる。

こうして定められたものが「医療給付」

表1 各給付部門の概要

| 給付部門名 | 部 (条) | 適用事故対象の内容 | 被保護者の範囲※1 (達成すべき割合) | 給付の型体 | 資格取得の期間または要件 | 給付期間 |
|--------|----------|--|--|--------------------------------|---|---|
| 医療 | 2(7-12) | あらゆる病的状態(原因を問わない)と妊娠、分娩およびそれらの結果 | 1.被用者(全被用者の50%以上たること)とその妻子 2.就業者(全住民の20%以上たること)とその妻子 3.住民(全住民の50%以上たること) | 医療の供与(現物給付でも医療費の支給でもよい) | 濫用防止に必要な期間を設けてよい | 病気の場合は1件につき26週、但し疾病給付の支給がある限り停止してはならない、長期療養の規定を設けること |
| 疾病給付 | 3(13-18) | 病気による労働不能で所得停止を伴う場合 | 1.被用者(全被用者の50%以上たること) 2.就業者(全住民の20%以上たること) 3.全住民、但しミーンズテストを伴う | 定期的支払金 | (同上) | 待期3日で、1件につき26週 |
| 失業給付 | 4(19-24) | 労働能力あり且つその意思のある被保護者にして、適当な雇用口を取得できないことによる所得の停止 | 1.被用者(全被用者の50%以上たること) 2.全住民、但しミーンズテストを伴う | (同上) | (同上) | 被用者の場合は1年につき13週(離出期間又は過去の給付による差をつける場合は、平均13週)、全住民の場合は1年につき26週、いずれも待期7日とする |
| 老令給付 | 5(25-30) | 一定年令以上の生存、有償労働からの退職を条件にできる | (第3部に同じ) | (同上) | a(完全年金)、離出または雇用30年、あるいは居住20年、就業者に対する制度では所定の離出期間と所定の年平均回数に達したことを支払ったこと b(減額年金)、離出または雇用15年、または居住5年 | (事故の全期間) |
| 業務災害給付 | 6(31-38) | 就業に伴う事故または所定の職業病に起因する次の場合 (1)病的状態 (2)この種の事情による労働不能で所得停止を伴うもの (3)所得能力の全部喪失または所定程度を越える一部喪失で永久的なもの、あるいはそれ相当の身体機能の喪失 (4)扶養責任者の死亡による妻子の喪失(寡婦給付は国内法規に従い自活不能と見做される場合に限ってよい) | 1.被用者(全被用者の50%以上たること) 2.遺族給付に関しては被用者の妻子 | 医療の供与(現物給付でも医療費の支給でもよい)と定期的支払金 | 事故又は職業病発生の当時に国内で雇用されていたこと | 労働不能に対しては1件につき待期3日 |

(medical benefit)ということになるが、それは、医療という形による「直接給付」でも、また「関係者が負担した費用の償還」という形の「間接給付」でもよい(第1条2項)。なおわが国では、後者の「間接給付」のことを「現金給付」という人が多いが、ILOで

「現金給付」という用語は、専ら所得保障に限って使われる。

まず「病気医療」の場合の医療給付としては、次の内容が定められる。(1)一般医の診療(往診を含む)、(2)病院における(また利用できるところでは病院外での)専門医の診療、(3)

欠くことのできない薬剤、(4)必要がある場合の入院。こうした病気の治療は、被保護者とその家族に等しく(何らの差別もなしに)与えられるものであって、「過重にならない費用分担」を要求してよいものである。

「出産医療」については、(1)医師または有

| | | | | | | |
|------|-----------|--|---|--|---|-------------------------------|
| 家族給付 | 7(39-45) | 子女の生活をみる責任 | (第3部に同じ) ※2 | 定期的支払金または(および)子女のための食事・衣服・収容施設・休暇または家事手伝いの供与 | 離出または雇用3ヵ月あるいは居住1ヵ年 | (事故の全期間) |
| 出産給付 | 8(46-52) | 妊娠・分娩およびそれらの結果と右による所得の停止 | 1.被用者(全被用者の50%以上たること)たる婦人、出産医療給付については被用者の妻を含む 2.就業者(全住民の20%以上たること)たる婦人、出産医療給付については就業者の妻を含む | 医療の供与と定期的支払金 | (第2部に同じ) | 12週とす、但し長期療養を要した場合は認められた場合を除く |
| 廃疾給付 | 9(53-58) | 所定の程度の有償労働に従事し得ないこと、この労働不能は永久的なものか、あるいは疾病給付の終了後も引続いたものなること | (第3部に同じ) | 定期的支払金 | a(完全年金)、離出または雇用10年、あるいは居住5年、全就業者またはその妻子に対する制度では本人または扶養責任者が3年間に所定の年平均回数離出を支払ったこと b(減額年金)、離出・雇用または居住5年 | (事故の全期間) |
| 遺族給付 | 10(59-64) | 生計扶養者の死亡による妻の蒙る扶養喪失(寡婦の場合は国内法規に従い自活不能と見做される場合に限ってよい) | 1.被用者(全被用者の50%以上たること)たる生計扶養者の妻子 2.就業者(全住民の20%以上たること)たる生計扶養者の妻子 3.扶養を失った住民(但しミーンズテストを伴う)たるすべての妻子 | 定期的支払金 | (同上) | (事故の全期間) |

※1 これは選択規定である。

※2 但しこの家族給付の「ミーンズ・テストを伴う全住民」は、第3部疾病給付の「ミーンズ・テストを伴う全住民」と同じ表現であるが、家族給付の性質上、ミーンズ・テストの内容を異にする。(備考)後進国に対しては、適用範囲の確保、医療給付の内容と期間等の点で暫定的例外規定がある。

資格助産婦による分娩の介助と産前産後の手当、(2)必要がある場合の入院が定められる。特に注目すべきことは、費用分担を許す規定がないことである。このため間接給付の形をとる場合でも、全額償還が原則になることであらう。

「業務災害医療」は、前記の「病氣医療」とは違って、歯科診療、家庭・病院その他の医療施設での看護、サナトリウムなどでの療養、補装具などと眼鏡の支給、関連職業(パ

ラメディカル)の者による治療も含まれていて、「完全な医療給付」が意図される。なお身体障害者の職業更生については、関係施設との協力が謳われるだけである(第35条)。

以上の医療給付を受ける権利は、この条約では既述のように、ミーンズ・テストを条件とする社会扶助(わが国の生活保護法)を認めていないところから、いわゆる社会保険、国民保険または国民保健サービス(例えばイギリス)によらねばならない。もっともこの権

利は、その事故が刑事上の罪、故意、非行などに起因したものである場合には、給付を停止してよいとされる(第69条)。

現金給付

この条約では、医療給付を別にすれば、給付の型体は原則として「定期的支払金」である。一時金という形の現金給付は、第6部業務災害給付で、一定の条件下に定期的支払金を一時金に振り替えてよいことが認められる

だけである。これらの定期的支払金の給付水準は、第11部「定期的支払金の計算」(第65~67条)で一括して支出される(第2表参照)。

ただし第7部「家族給付」では「定期的支払金」または「子女のための食事、衣服、収容施設、休暇または家事手伝いの供与」となっているため、第2表には出ていない。しかも家族給付は、個々の具体的な給付額ではなしに、全体として家族給付部門に「加盟国が」支弁すべき総額の形で出されている。このような規定の仕方は、1つには家族給付の扱う「事故」の性質が「失った所得を補填すること」(つまり所得補償)ではないことによる。そればかりでなく、いわゆる家族手当が社会保障として確立した国は当時としては必ずしも多くなかったことや、ことに開発途上国では児童福祉の側面が重視される傾向も関係しているといつてよい。

ところで表2の給付水準をみる際に、3注意しておくべきことがある。

第1に、この表の給付水準は、一定の家族構成をもつ「標準的受給者」に対するものであって、それ以外の受給者については、これ

と均衡の保った給付水準を国内法で定めるべきものとされる。

第2に、ここにあげた給付水準は、給付額そのものではなく、家族手当がある場合にはそれを含んだ水準である。例えば、

$$\text{疾病給付} 45\% \leq \frac{\text{給付額} + \text{家族手当}}{\text{賃金(給与)} + \text{家族手当}}$$

表2 給付水準(条約第11部の付表)

| (事 故) | (標準的受給者) | 給付水準 (%)※ |
|---------------------|-------------|--------------|
| 疾 病 | 妻と2子をもつ男子 | 45 |
| 失 業 | 同 | 45 |
| 老 令 | 年金年令の妻をもつ男子 | 40 |
| 業務災害 労働不能 療 疾 | 妻と2子をもつ男子 | 50 |
| | 同 | 50 |
| 遺 族 | 2子をもつ寡婦 | 40 |
| 出 産 | 女 子 | 45 |
| 療 疾 | 妻と2子をもつ男子 | 40 |
| 遺 族 | 2子をもつ寡婦 | 40 |

※ 例えば疾病給付は、次の如きものでなければならない

$$45\% \leq \frac{\text{給付額} + \text{家族手当}}{\text{賃 金} + \text{家族手当}}$$

なお「賃金」については、本文を参照。

であるから、実際の給付額は、45%という価値よりも低くなる。

第3に、現金給付の決め方として、この条

約は、給与比例制(第65条)、均一給付制(第66条)、社会扶助制(第67条)の3つのうち、加盟国はどれを選んでもよい(ただし社会扶助は業務災害給付、出産給付には許されない)。そのため表2の給付水準は、給与比例制と均一給付制の双方に関するものである。そこで注意すべきことは、均一給付制の場合にも、「賃金」が算定基礎になっていることである。

ところで給与比例制は、いうまでもなく「本人の給与」に比例した給付額であるが、この場合によく問題になることがある。それは高額所得者の存在を口実にして、「基礎とすべき給与」が往々にして不当に低目に決められることである。ことに毎年の賃金上昇が常態になった今日では、「上限賃金」の扱いはデリケートな問題になる。この条約はこの点を配慮して、「賃金の上限」は熟練男子成年労働者の賃金(つまり熟練賃金)とし、その確定のために詳しい規定を定める。換言すれば、標準的受給者と等しい家族構成の熟練労働者の場合には、「常に」本人の給与にほぼ正比例した給付(賃金等級で表示してよいた

め文字通りの正比例にはならないこともある)が得られねばならないという考え方である。

他方、均一給付制の場合には、給付額は各人共通であるが、この場合にも上述のように給付額の算定基礎は賃金である。この場合もとより「本人の賃金」ではなく、いわば「賃金相場」が使われる。すなわち代表的な普通男子成年労務者の賃金(いわゆる非熟練賃金)が基礎にされる。ここでもそれを確定するために、詳しい規定が定められる。注意すべきことは、いわゆる最低賃金が採上げられるのではなく、非熟練労働者が多くいる(経済活動)中部門の実勢賃金(生きた賃金)が採上げられる点である。

他方、社会扶助の場合には、補足性の原則があるため(第67条b項)、実際には支給される給付額は、ケースごとに違ってくる。この条約では、「完全給付額」(受給者に資産が全くない場合は、右の均一給付制下の給付額に少なくとも等しくなければならないとされる。もっとも他に選択規定もある。

以上のうち給与比例制と均一給付制については、いわゆる長期給付(年金)の場合には

「生計費の相当な変動によって、一般の所得水準に相当な変動があった場合には」給付額に検討を加えることが要求される(第65条10項、第66条8項)。これは給付調整(いわゆるスライド)規定である。右の「給付額の検討」を確保するためには、批准国がILOに毎回提出する適用報告には、過去1カ年間における生計費の変動、賃金の一般水準の変動、年金額の変動に関する統計数値の提出が求められてきた。ILOとしてこの三者間の動きを比較検照するためである。

社会保障の組織原則

この条約では、被保護者が受給資格要件を満たした場合には、給付への権利があるものとの考え方に立つ。そのため給付の停止は、厳密に限られた期間とケースにしか認められていない。また給付を拒否された場合の権利救済機構も定められる。

社会保障の財源については、第1に、保険拠出金または課税によって「集团的に負担されねばならない」こと、この場合「小資産者の過重な負担を避けること」が要求され

る。これからすれば、例えば労災の場合によくある「傭主責任法による直接給付」は、ここにいう社会保障にははまらないことになる。

第2に、被用者が負担する保険拠出金は、彼らとその家族に割当てられる給付総額の50%を超えてはならないとして、被用者負担の限界が明らかにされる。この50%という限界の確定にあたっては、家族給付と業務災害給付(それが特別部門である場合)の2つを除いて、全部門を合算して判定してよい。

社会保障の管理について、一定の場合に被保護者代表の参加が要求される。また管理と給付の支払[確保]については「国家の一般的責任」が要求される。つまり社会保障に対する国家の究極的責任という原則である。

結び

この条約の批准国は表3の通りである。ILO条約勧告適用専門家委員会は、1961年に理事会の決定に基づき、全加盟国におけるこの条約の適用状況を全面的に検討した。その結論では、現行法のまま、または若干の手直

しで批准ができる国として、日本のほか18カ国があがっていた。またこの条約の暫定的例外規定（いわゆる後進国規定）を利用すれば、批准可能の国が10カ国あった。

専門家委員会が日本の当時の現行法でこの条約の水準に達したものとみていた部門は、医療、疾病給付、失業給付、老齢給付、出産給付、廃疾給付、遺族給付である。つまり業務災害給付と家族給付の2部門は、当時とし

ては不適合とされていたのである。この専門家委員会の検討は加盟国政府からの報告に基づいたものであるため、細部の点は留保していた。わが国の社会保障をもって大筋では条約の線に近いとみたのは正しいが、二、三の点で重要な問題がないわけではなかった。

その1つは、「出産医療」である。この概念自体がわが国の社会保障では成立していない。また「無料の出産」は健保にもない

（上述のようにここでは生活保護法は援用できない）。第2に、遺族給付の給付水準は条約の線に達しない。第3に、老齢給付や廃疾給付についても、批准によって毎年の給付額の調整というが必要になってくる。

この条約に盛り込まれている原則や技法を理解することは、今後の社会保障の発展にとって大切である。第1に、社会保障という概念や用法がそうである。第2に、医療については、出産医療を教えられる。病気医療では費用分担の限度の問題がある。上記のヨーロッパ社会保障法典と同議定書は、この点を具体的に打出していた。第3に、現金給付が均一給付制の場合にも、一般の賃金水準を基礎にしていることは教訓的である。例えば、今後の福祉年金の改善を考えるに当たって、大いに参考になろう。第4に、「上限賃金」の毎年の改訂という問題についても、この条約の考え方は参考になる。

わが国がこの条約を批准することになれば、こうした考え方や仕組みが日本の社会保障の体質の中に取り入れられることになる。

表3 第102号条約の批准状況（1971. 1. 1現在）

| 国名 | 批准年月日 | (×印)は批准に当り採用した部門 | | | | | | | | | | 計 |
|----------|------------|------------------|------------|-------------|-------------|---------------|------------|------------|-------------|--------------|-----------------------|---|
| | | 2部 医療 | 3部 疾病給付 | *4部 失業給付 | *5部 老齢給付 | *6部 業務災害給付 | 7部 家族給付 | 8部 出産給付 | *9部 廃疾給付 | *10部 遺族給付 | | |
| オーストリア | 69. 11. 4 | × | — | — | × | — | × | × | — | — | 4 9 5 9 8 | |
| ベルギー | 59. 11. 26 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | |
| デンマーク | 55. 8. 15 | × | — | × | × | × | — | — | × | × | | |
| 西ドイツ | 58. 2. 21 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | |
| ギリシャ | 55. 6. 16 | × | × | × | × | × | — | × | × | × | | |
| アイスランド | 61. 2. 20 | — | — | — | × | — | × | — | × | — | 3 3 3 9 | |
| アイルランド | 68. 6. 17 | — | × | × | — | — | — | — | — | × | | |
| イスラエル | 55. 12. 16 | — | — | — | × | × | — | — | — | × | | |
| イタリア | 56. 6. 8 | — | — | — | × | — | × | × | — | — | | |
| ルクセンブルグ | 64. 8. 31 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | |
| モリタニア | 68. 7. 15 | — | — | — | × | × | × | — | × | × | 5 7 9 4 6 | |
| メキシコ | 61. 10. 12 | × | × | — | × | × | — | × | × | × | | |
| オランダ | 62. 10. 11 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | |
| ニュージーランド | 66. 8. 9 | — | — | — | × | × | × | × | — | — | | |
| ノルウェー | 54. 9. 30 | × | × | × | × | × | × | × | — | — | | |
| ポルトガル | 61. 8. 23 | × | × | — | × | — | — | × | × | — | 5 3 6 6 7 | |
| スペイン | 62. 10. 22 | — | — | — | — | × | × | × | — | — | | |
| スウェーデン | 53. 8. 12 | × | × | × | — | × | × | × | — | — | | |
| 英国 | 54. 4. 27 | × | × | × | × | × | × | — | — | × | | |
| ユーゴスラビア | 54. 12. 20 | × | × | × | × | × | — | × | — | × | | |
| 計 | | 13 | 12 | 11 | 17 | 14 | 13 | 13 | 10 | 11 | 114 | |

* 条約の規定によっては、批准に当ってこのうちどれか1つを採用しなければならない部門である。

海外だより

「保健経済学」セミナー出席者の 印象記



国立公衆衛生院社会保障室 前田 信雄

I

私は、去る7月2日から16日まで、ジュネーブにおける世界保健機関主催の保健経済学に関するセミナーに出席しました。これは地域間セミナーということで、15か国から18人の参加者がいました。

3人のコンサルタント（経済学者）の方々から一般的な発言があり、それに引きついで出席者が一語に議論をし、まとめると、こういうようなやり方をとりました。議長は互選で出席者のなかから選ばれ、副議長としてコンサルタントのだれかが一人そばにつくというやり方です。このセミナーの主催者のWHOのスタッフがセクレタリイというかたちでつきまして、会議の進行とかじ取り役をしました。

II

なぜ保健経済学をやるか、医療経済学というのは、やはり病院とか診療所という医療のものの施設や人員、仕事というものを中心とする、つまり診療を中心とする。ヘルスエコノミックスは、それに加えて病気とその原因となる経済的な諸問題あるいは諸条件との関係、それから疾病というものが経済発展にどのような関係や影響を持つものであるか、あるいはまた逆に経済発展、一国の経済的な状態は国民の健康や保健事業に対しどんな影響や因果関係を持つかという点を大きく議論しようというものだ、と主張されました。

第二の大きな議論の柱は、費用と保健経済学に対する経済的なインセンティブはなにかという議論でした。保健費用がはたして充分

に有効に使われているか、のぞましいヘルスサービスを展開するためには、どのような資源配分をすればよいかという点でした。この辺あたりで、かなり特徴的に議論されたのは、農村医療あるいは一般医サービスに対して人や施設を導入するにはどうするか、という問題です。15か国の多くは、スウェーデンやソ連その他若干の国をのぞいては、ほとんどが開発途上国の国から来た人たちです。アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ、という国々からは代表が参加しませんでした。ヨーロッパではすでにこの種の会合を持っていたということもありますし、なるべく社会的、経済的な発展段階がそう違わない国々が一堂に会してセミナーを持とうというのが、今度の趣旨で、当然話はそういう都市と農村との間の医療サービスの格差あるいは保健サービスの不均衡という問題が大きくとりあげられました。医師の報酬はいかにあるべきかも大きくとり上げられました。出来高払い制および薬の問題点が何人かの出席者あるいはコンサルタントから指摘された点です。話はだんだん各論に入ってきました、病

院サービスと外来サービス、あるいはリハビリテーションはどうあるべきか、といったような議論になってきました。第三番目の柱になるものは、保健サービスのコストベネフィット・アナリシス、コストエフェクティブネスといった問題です。今度の参加者のなかでは、PPBSの考え方を実際に適用するのはむづかしいという議論になりました。コストベネフィットの考え方でいきますと、あるサービスというのは初めからおこなわれない方がよいものが出てきます。医学的な観点や、公衆衛生的な観点からみて非常に重要なんだけども経済的観点からいうと非常にむだであって、おこなわない方がよいというようなサービスもあるんだという問題が指摘されました。老人保健などその一例になるでしょう

開発途上国における保健経済学の話題が中心だったせいもありまして、今度は会議のなかから事例的にコレラとか天然痘、マラリヤ、さらには家族計画の事例がWHOのスタッフなどから報告されました。

第四番目の柱になりますテーマは、保健経済学というものが、結局はマクロに考えなけ

ればならない、大きな経済的発展との関係で考えなければならないということで、一国の保健政策、あるいはいくつかの一般的政策のなかで、どのように位置づけられなければならないかといったような点です。しかし、これらの点は必ずしも十分に資料にもとずいた議論というわけではありませんでした。出席者の多くは各国保健省の上級医官であり、国の政策決定に近い所で仕事をしている専門家である関係上、卒直に当面している行政上の悩みが出されたわけです。最後は将来保健経済学をどう発展させていくべきか、ということでした。これについてほとんどの出席者が発言しました。みんなから保健経済学は重要であり、さまざまな期待を持っている、ということが出されました。医者だけでなく、看護婦、保健婦、環境衛生職員となるものにもたいして、大学の学部段階、あるいは卒業後に保健経済学の教育をなすべきであるという結論でした。

Ⅲ

会議は終始デスクッションを中心としてやられました。私はスピードのあるこみいった

議論には充分についていけない面があったわけですが、各国の出席者の多くは、かなり資料を用意してよく発言しておられました。いろんな見方での討論がなされたわけですが、このような会議では書記になる人が大変です。討論のなかの重要な点をメモをして2・3日後には印刷をして出席者にくばるといったようなやり方をとりました。

エーベル・スミス教授、ワイズブロード教授それからワルシャワ大学の経済学を専攻しているクルナール教授、この3人のコンサルタントから一般的発言やコメントがあったわけですが、そのうち重要な部分も発言のテープをおこして、会期中にみんなにくばるといったようなやり方をとっており、非常によく組織化された会議だったという印象です。

さらに会議のやり方としては、出席前にすでにWHOの担当部局がいろんな資料を事前に用意してくばっておりました。出席者がいくつかの点についてどのように考えるかという質問形式のスティミュレーション・ペーパーというものも事前にくばっておりました。みんなの問題意識をもち上げた形で会議に出

席させるという形態をとっていました。WHOへの要望ということでは、いろんなことがでてまいりまして、資料集収の面でも骨をおってほしいということや、保健経済学に関する文献を系統的に集めてほしい、保健経済学の資料の基礎になる諸指標を出してほしいというような、要望がいくつか出されました。

IV

つぎに出席者のプロフィールといったようなことをのべましょう。順序は不同で会議場でくばられたリストの順です。

イソコスキー教授がフィンランドから参加しました。大学の公衆衛生学の教授で、40歳ぐらいです。2、3年前モスクワで開かれました。保健計画のセミナーにも出席しておりますし、ヨーロッパを中心とした国際学会に何回か出席をしている教授です。

今度の会議は大きくわけて二つのグループから出席者をもとめております。第一は、このイソコスキー教授や私が該当する公衆衛生学校の教師および保健経済学の教育部門を担当している人です。イソコスキー教授は、大学からの唯一の出席者です。彼ともよく雑談

をしたりしました。彼の大学では、単に日本の公衆衛生学教室と同じように学部学生を教育するというだけでなく、卒業後の教育、つまり保健所や保健衛生部門に勤めている人たちの再教育ないしは公衆衛生の専門教育をするというようなこともしております。教授はヘルスセンターを兼務しておりまして、いろんな実務的な教育にタッチしており、この夏もそのために何週間も学生と一諸に実習にいくと話しておりました。彼の広い意味での公衆衛生関係の講義はかなり多く、年に数10時間、実習を入れると100時間近くになると苦笑しておられました。各種の委員会のメンバーも兼ねておりまして、公衆衛生の教授というのはどこでも同じようです。しかしこの夏はスペインのバロセローナに家族ご一諸にあってゆっくり休暇をとるということです。フィンランドの結核の病床がかなり多いのはどうしてですかと質問しますと、彼はその資料をていねいにまとめてお話してくれました。統計では少し以前のことが記載されており確かに多かったのだけれども、最近急んへっており、結核病床をリハビリテーショ

ンやいろんなものに転用しているのだということでした。

ソ連のプストホイ教授は、保健省勤務の教授です。保健省が公衆衛生技術者に対するポストグラフィーコースを持っていて、彼は、その保健計画コースの主任です。モスクワでの保健計画コースというのはWHOの援助をうけてロシア語と英語とでやる二つのコースを持っております。東欧、北欧からの公衆衛生従事者の参加があるわけです。プストホイ教授は今度のセミナーでは、一番最初の議長に選ばれました。はじめてのフランクで、フリーなディスカッションをしましょうという提言をして議長をつとめました。みなさんの発言をていねいに聞いて運営をはかっているのが印象的でした。農村医療や医師への報酬、あるいは伝染病対策、保健計画は勿論のこと、いろんな面で発言する方でしたけれども、やはり国情の違いということなのでしょうか、健康保険をめぐる医師に対する報酬や、出来高払がどうかといった討論、あるいは薬剤の問題になりますと、発言がありませんでした。彼は保健経済学の教育は医師が

やるべきだ、という意見でした。というのも彼自身は医者であって保健計画コースのなかでは財政問題まで講議しています。医師以外の職種がやることに対して反対論をとらえたわけではないのですが、エコノミストが当然やるべきだ、という私の発言とやや対象的な意見でした。

スウェーデンからは、スウェーデン保健省の上級医官のベンストローム先生が参加しました。彼はヘルスマンパワーの養成を中心に手がけているということですが、保健省のなかのスタッフ、専門家として長年仕事されている方だとききました。積極的にスウェーデンが当面しているマンパワー、費用、病院計画あるいはリージョナリゼーションのことを発言していました。ほかの出席者と違うニュアンスと感ぜられたのは、たとえば老人への福祉とヘルスサービス問題とは切っても切れない関係にあるという発言です。あるいは精神病、アル中毒者のこと、農村医療のことを話していたのですが、日本にもよく紹介されるダンデリイ・ホスピタルを中心とするコンピュータをもちいた医療情報収集システムに

ついては、わりと楽観的な意見をもっていました。医療というのは、ある程度は中央化、集中化されていかなければならない、とくに入院サービスは、集中化されていかなければならないといったような意見のようでした。その方向は、例の7クロネ改革後、政府が意識的に追求しているテーマで、結局、ナショナルヘルスサービスというものをスウェーデンに実現していこうというような意見のようです。このベンストローム先生とはいろいろな機会に雑談することが多かったのですが、エーベル・スミス教授の書かれたものをよく読んでいたり、ノルウェーのカール・エヴァングのことはよく知っておりました。北欧、イギリスといったところでは、著名なこれらの先生方との間のいろんな意見の交換は、日常的になされている印象です。

薬に関しては、エーベル・スミス教授と同じようにスウェーデン政府も重要な問題としてこれを取り上げているんだということでした。WHO としてもいろんな援助をしてほしいといったニュアンスの発言がありました。

ゴンダ先生はハンガリー保健省の医師ですが、長く WHO ヨーロッパ事務局に勤務していたという自己紹介です。自分の国だけでなく、よその国やヨーロッパの事情について明るい英語の達者な先生でした。農村医療については、非常によくまとめて発言していました。ハンガリーではそう大きい医師不足ということはありません。医師の配置の上での問題はあるけれども、追加するとしても一校ぐらいの追加で充分ハンガリー国内の医師の必要数はみたされるといったような発言をしていました。ソ連と違ってヘルシャーという制度はないわけですが、別にハンガリーとしては必要がないといった意見をもっているようでした。ハンガリーならびにポーランドでは医療保険という制度がいまでもつづいているそうです。これには歴史的な経過があるわけです。傷病手当金というようなことだけでなく、医療そのものを企業や国あるいはコルホーズが負担する制度です。討論のなかではハンガリーにおける伝染病対策でのいくつかの成功事例を紹介しておりました。

ゴンマ先生はエジプトからの出席者ですが、彼も政府の保健衛生関係の上級の専門家として働いている方です。非常にいろんな面について明るく、この会議では一番の理論家であり、議論の推進役であり、かつ書記としても要領のよいまとめ方をした人でした。最初から発言用のメモを用意しておきまして、それを適切な時間に手みじかに発言するやり方をとりました。同時にその後の議論にも積極的に参加し、コンサルタントの意見を引き出していく人でした。WHOへの期待も積極的に出していました。エジプトは現在いろんな形でWHOから援助をうけております。伝染病対策はもちろんのこと、公衆衛生従事者の卒後の教育についてのスタッフの援助、その他のさまざまな援助を受けているようです。エジプトそのものも保健に関する5か年計画を立てておりましてその線でいろんな政策検討をおこなっているわけです。

ゴンマ先生のエジプトにおける医療施設の配置計画の話をめぐるには、エベル・スミス教授と若干の論争がありました。エーベル・スミス教授は、もう少しエジプトの特殊な地理

的な人口分布のことを考えて、それに応じた独特な配置計画でいいのではないかというニュアンスの発言だったようです。どちらかといえばゴンマ先生の方は、従来のプランニングにもとづいた、ある意味では、紙の上に書いたようなオーソドックスな配置計画の考え方をのべたわけです。これは1つの例ですけれども、その他いろんな議論がこのゴンマ先生とほかの出席者、ほかの専門家との間で展開されました。また、パキスタンやインドの出席者からもあいついで出される意見ですが、保健経済学的研究やその成果の応用を単に一般的に考えるのではなく、あくまで開発途上国での問題として考えようという発言が出されました。エジプトでの農村保健医療の事例研究も資料に基づいて紹介されました。これについてずいぶん多くのコメントがありました。私は日本の八千穂村における若月先生たちの農村医療の活動の実情を紹介し、若月先生たちの仕事の資料を上げてきました。

パキスタンからはハリポーター先生が参加し、第二回目の議長をつとめました。ゴンマ先生の発言を受けたような形で、開発途上国

での問題をよくしぼって話される方でした。日本という国は非常に進んだ経済発展の国なんだから少し別なんだらうという発言をする先生でした。医師の頭脳流出についてどのような歯止めをするかというよな非常に深刻な問題について問題提起をしていたのが印象的です。この先生は、外国への出張は今度がはじめてだということです。議長としてはなかなか上手な運営だったと思います。しかし、こういう会議での議長はかなり重い責任を感じさせるものだったためでしょうか、あるいは、気象条件や環境の違いでしょうか、少し風邪をひかれて休んでおられたりして、その後元気がありませんでした。ハリポーター先生だけでなく、このように各国からの参加者がある場合、たとえばアルゼンチンなどは今真冬ですし、長旅に加えて、こういったことで少し身体の具合を悪くされる人が2、3出るのは当然のようです。遠方の人々は、会議の2日前の日に到着というスケジュールも必要かと思いました。スピーキャン先生はイランの厚生省のかなり上の方のようです。世界保健機構の年次総会、理事会に殆ど出席し

ておられるということです。積極的な発言をされる方で、はじめから議長の指名やいろいろなことで発言され、場慣れした感じでした。ゴンマ先生の方は、わりと資料をもとにして発言されるのに対して、このスピーチン先生は、数字は少々あげられますけれどもほとんどメモや資料なしでしゃべりまくるというタイプです。彼の発言で大変興味がありますのは、経済発展との関係でヘルス・サービスはいろいろやり方がなければならない、という発言です。保健サービスを全体の経済発展計画のなかに正しく位置づける態度をとらないと伸びない、という意見です。イランも計画経済的な方向をとっている国です。WHO からいろんな援助を受けております。そういう援助において有効で計画的な財源の配分をしなければならない、という背景があるようです。

VII

ポイヤー先生は、アルゼンチンから来た若い医師です。DPH をロンドン・スクールオブ・ハイジーンでとっておりまして、保健経済学、あるいはソーシャル・アドミニストレー

ションのようなものについては、エーベル・スミス教授から講義をうけたそうです。ロンドン・スクールオブ・エコノミックスの方には、何人かお医者さんが各地から留学をしたり、共同研究をしているようです。ポイヤー先生は、上手な英語を話し、途中で議長をしました。PAHO (汎アメリカ保健機関) やアルゼンチンでの保健計画の研修や研究施設のことを紹介されました。彼はそこでの中心的な医者ですのでヘルス・エコノミックスについての的を射た発言が多かったようです。私となりてに坐って、ときどき1人ごとを言っていました。全体会議よりは、スモール・グループに分けてやった方がよいのではないか、といったことなど。彼は私に対して、かつては医学を専攻したのだが、現在はヘルス・エコノミックスの専攻者なのだ、と話しておりました。医師数が多いアルゼンチンでは、境界領域に進む医師が出るのは当然でしょう。PAHO のなかでの教育研究計画の資料を参加者全員に配って説明していました。PAHO の保健計画とのものは成功したというような評価よりもむしろまだ成果をあげているもの

ではない、これからの課題が多い、という控え目な発言をされる先生でした。ランザ先生はアルゼンチンのとなりのウルグァイから来た保健医官です。彼は私より以上に少ない発言じゃなかったかと思いますが、しかし、発言するときには要点は非常に要領よくわかり易くまとめていました。ウルグァイが当面している経済不安の進行、買い占め投機とこういったもののなかで、医療や医薬品あるいは医療従事者の賃金問題に至るまで全体が不安定になっている、という実情紹介でした。いろいろな点で同情やら共鳴を得る発言がありました。医療というのは教育と同じように私的なもので売り買いされるものでなくて、なんらかの公的サービスの内容のものである、とコーヒーブレイクのとき話しておりました。

VIII

アルマゾル先生はナイジェリア保健省の女医さんです。紅一点でしたが、最後の議長をつとめておりました。エジンバラ大学卒業で、ながく公衆衛生をやっており、最近保健省に入ったという方です。ナイジェリアの場合、頭脳流出がかなりあるわけですが、保健

省には、かなりの数のお医者さんがいるようなことです。ほかによい働き場がないといったような面もあるようです。仕事そのものは非常に多くの困難をかかえているということです。ナイジェリアの北部地域は、南部と同じくらいの人口数を持ちながら、沢山の伝染病が発生し、医師はほとんどいません。母子衛生、家族計画、環境問題、医療サービスのすべての点で大きな格差を持っているわけです。教育と経済、つまり基礎的な社会の諸条件というものを改善しないと何もできないと発言をしておりました。保健経済学における技術や手法といったものについては余り期待されず具体的な保健活動の進め方に関心をもっているような発言でした。

カミング先生は私と同じ西太平洋地域からの参加者です。保健省国際課のようなところに勤務しておられる方で、日本の厚生省国際課の岡本先生を知っておられる方です。最初、書記をやられ、後では保健経済学の教育問題についての小グループ討論のときの議長兼書記をされました。なかなか有能ですし、早口で沢山発言される方でした。医療保険制度につ

いては日本と同じなんだと発言をしておりました。医師の配置や農村医療の討論のさい、フライング・ドクターのことなども2、3紹介されました。なかなかフランクなお医者さんで、後の方になりますと、ほかの国から来ている先生方との間で、ボブとかジョーと呼ばれて、冗談を交えながら話される大変面白い感じの先生でした。今度の労働党がオーストラリア政府を担当したわけですが、何かナショナル・ヘルス・サービスの方向に向うのではないかといったようなお話でした。いままで自分たちが政府のなかで、予算要求をした場合、われわれはこの点ではいつも負けているんだという話を会議のなかで出していました。タイのソンプー先生もながく保健省に勤める医師です。前に日本にも来られ、ジュネーブも何回目かの上級医官です。タイではWHOからスタッフを得て保健経済学あるいは保健計画について教育やあるいは卒業教育や指導のようなことを受けているわけです。当面する問題は、農村医療あるいは、輸入に全面的にたよらざるを得ない薬やあるいは医療器械の一部、そういったことの悩みも強調し

ておりました。彼は何年か前に保健計画のコースを受けているのですが、そのときの受講者のうちいまも保健省のようなところでかいているのは私一人なんだということを話しておりました。教育をするということ、その人たちを公衆衛生分野にひきつけることとのむすびつきを強調していました。

Ⅱ

インドからのデイシュ先生は、インド政府の保健省の上級技官です。もう1人のインドからの出席者クッティ氏に代って、発言は1人でしているという感じで、すでに印刷され、タイプで書かれているような原稿を持っていて、これをいっきに読みあげるような感じの発言で、連邦と各州との関係を保健サービスの上でどのように考えるか、ということ新しい話題にしてほしい、と提案しました。そのための時間をとり、とくに米国からの出席者に対してコメントを求めましたが、それぞれ国の事情、政治的な背景が違うこともあって、この点は深い討議にはならず終った感じです。

今度の出席者の中には、国の代表というよ

りは、WHO スタッフとして参加した方が2人おりました。1人はインド地域事務局に勤務しているカンパ先生で、もう1人はタイに駐在しているベーカー先生です。この方々は、ずい分いろいろ発言され、一国のことだけでなく、自分が担当している数ヶ国の実情を発表していました。

インドネシアからのチャンダーグミン氏は経済学者で、ドイツのハイデルベルグ大学の経済学部で12年おられたという経歴をもち、経済学を専攻した人です。今はインドネシア政府のヘルス・エコノミクス関係の専門的なアドバイザーになっているようです。とくに病院の経営問題、あるいはヘルス・サービスの経営分析的な、いわゆる費用分析的な面でいろんな蓄積がある人です。黒板をもちいて費用曲線、費用の構成のようなことをいろいろレクチャーに近いような発言をしたのが印象的です。農村医療とか、あるいは外来と入院との関係とか、についてはあまり発言されません。

X

助言者のエーベル・スミス教授は、保健問

題では沢山の著を世に出している人で、広いレポートリーの教授です。医学教育、医療施設の配置、医療支出の費用分析、あるいは薬の問題など、どんな問題についても発言する教授でした。コレラやチフスといった事例発展のときにいたるまで、欠さずに発言する方です。この4月にティトマス教授ががんで亡くなりました。彼は未だ40歳台ですが、イギリスのソーシャルアドミニストレーションの中心的な教授になっていくと思います。

アメリカのワイズプロド教授は、エコノミックス・オブ・パブリックヘルスの著者として有名な教授です。以前政府の経済専門家として働いていたという経験もあるということです。公衆衛生サイドのことについてもよくご存じの若い教授です。ここまでがエコノミストの仕事なのだ、と力点をおいた発言をよくしていました。討論や一般問題提起のなかでは、事例としてよく教育の例をひきました。彼はエーベル・スミス教授にくらべると各国の実状、とくに開発途上国の実状については、あまり知らないような印象を受けました。セミナーの後半は、イスラエルでの講義

があるとかで出席されませんでした。

ワイズプロド教授は、公衆衛生の経済学という角度から、討論の面でも大いに寄与したと思います。しばしば機会的費用、つまり同じ金でも他に使ったらどうなるか結果になるかを考えよ、という発言をしました。現在と将来との資源配分問題もよく説明しました。

ワルシャワ大学のクルナル教授は、ご自分では保健経済学そのものをやっているわけではない、という話でした。マネジメントが専攻のようで、保健サービスにもシステムアプローチとかシステムアナリシスを積極的に導入しようという考えを述べていました。セミナーの最初のころは、計画経済のなかの保健計画の重要性を話し、自分の国ではこういう観点でなっているという発言をしておりました。途中からは、自分の国というよりは一般論で助言し、みんなの討議を大変よくまとめてくれました。

エーベル・スミス教授が議論を熱っぽく喚起し、クルナル教授が冷静にまとめるという役の配置みたいになりました。

XI

WHO のマニング先生は、しばしば短かく早く発言されて、会議をひっばっていきました。このセミナーでの報告と討論は、WHO のテクニカル・レポート・シリーズとして出されるということです。マニング先生は、オーストラリアの出身で、疫学も手がけられ、WHO のスタッフとしての経験も長い方です。どちらかという理論的かつ学問的に問題を整理していくような感じの人です。諸指標のようなものを立てることの必要性なんかも討議のなかで、しばしば強調していました。クレツコフスキー先生もWHO のスタッフです。マニング先生と共にこのセミナーを準備された医師です。ポーランド出身で、お話が少しかたい感じでしたが、大変人柄のすぐれた医師だということです。リハビリテーションのことについてレポートしました。もう1人のWHO のスタッフは経済学専攻のゾーリナー氏ですが、彼はドイツ出身です。ドイツ人らしく論理的な筋の通った理論展開を好まれる人で、あいまいな点があるとよく質問したり、自分のご意見を何回もくりかえしました。ファミリー・プランニングをめぐる

て、これと経済発展との関係についていろんな角度から発言していました。疾病の費用という概念はあるだろうかというゴンマー先生の発言に対して、疾病の費用というのはこういことだ、という説明を何回かくりかえしていました。

私としては、はじめてのWHO 本部での国際会議でした。以上のようにいろいろな人と接触し、沢山のことを学びました。得ることばかりで、私の方からみんなに寄与できた点が少なかったのが、かえすがえすも残念です。2週間というちょうど手頃な期間で、後半になると言葉の点でもかなり慣れてきました。お互いに親しくなって、市内を一諸に散歩したり、レストランに行ったりしました。そういったときのいろんな雑談を通してお互いの国の実情や考え方やらを聞いたのも有益でした。読者の皆さんにお伝えしたい、と思う点を中心に書いたのですが、あるいは聞きちがいや記憶の間違いもあるかも知れません。単なる印象記としてお読みいただければ幸いです。

(September 10. 1973)

編集後記

空の美しい季節になった。大陸から高気圧が張り出してくると、朝早く真白な雪を全身にまとった富士山の見える日も多くなる。そのような日には、空を流れる雲も美しく、雲をながめていると飽きない。美しい雲は、それをながめることも忘れはてた人びとの心に、あるいは、何かを語りかけているのかも知れない。それはともかく、秋も深まり、今年も山小屋から誘いの便りが届いた。紅葉も終り、やがて山は雪と氷に閉される。世事に追われる毎日では、雪の中を1人ではいずりまわったり炬火をはさんで山の人びとと語るとは、今年もできないだろう。

(平石)

海外社会保障情報 No. 24

昭和48年10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