

# 海外社会保障情報No. 27

---

Oct. 1974



社会保障研究所

## 各国のトピックス

## 労働者災害補償法の改正

(アメリカ)

連邦議会の上院労働・公的福祉小委員会は、さる5月16日および17日に、各州の労働者災害補償法に連邦の最低基準を設ける法案(S2008)に関する公聴会を開催した。

同法案に関する公聴会の開催は、5月15日にニクソン大統領が、州の労働者災害補償法の改正を促進させるためのタスク・ホースを特別に設置することを発表した時に考えられていたものであった。

大統領は「各州の労働者災害補償制度は、受益者のニーズからいえば、明らかに遅れているという評価がある。また同制度は時代に即応するものではないし、当初の労働者災害補償という目的をいまだ十分に遂行していない」と述べている。

なお今回設置されたタスク・ホースは、1975年末までに連邦議会に対し州法の改正に関する建議書を送付する任務を有しており、その段階で大統領は州に対する勧告および適当と思われる連邦の活動についての勧告を行なうことになる。

大統領は演説のなかで、連邦政府の圧力なしに州が独自の法改正の責任を負うよう州に立法責任の優先権を与えている。

特別なタスク・ホースを任命する大統領の決定を称賛しつつ、労働・公的福祉委員会の委員長であるウィリアム・ジュニア Harrison A. Williams Jr (民主党・ニュージャージー州選出)とS2008の共同提出者であるジャビッツ Jacob K. Javits (共和党・ニューヨーク州選出)上院議員は、5月15日に、もし実際に、大統領の勧告にもとづいて各州が迅速に行動を起さなかったならば、早急に連邦の最低基準を設置するために、連邦議会で法案の審議を引き続き行なうべきであることを強調した。

この Javits 議員の意見は、公聴会開会中の5月16日に AFL-CIO の立法局々長のビエミラー Andrew J. Biemiller によって支持された。彼は、合衆国のすべての労働者は国の統一基準にもとづく効果的な労働者災害補償制度の保護が必要であることを主張し、AFL-CIO は S2008 の早急な立法化を全力をあげて支持すると語った。

## 法案の概要

1970年職業安全・衛生法(Occupational Safety and Health Act of 1970)によって設置された州労働者災害補償法に関する全米委員会の1972年勧告にもとづき、S2008は一定の連邦最低基準に合致する州の補償プランを要求するものである。もし労働省が州プランを承認しない場合には、1927年波止場人足および港湾労働者災害補償法(Longshoremen's and Harbor Worker's Compensation Act of 1927)を改正して実施することになろう。何故ならば、波止場人足法は補償基準を設置している唯一つの連邦法であったからである。

S2008の最低基準は次の通りである。

1. 職業に関連しまたは職業によって生ずる傷害および疾病に対する保護をすべての労働者に強制的に適用する。
2. 完全障害に対する最低給付は、州平均週給の50%以下ではない額または傷害労働者の平均週給かいずれか少ない方と同額とする。
3. 1978年までに最高給付額は、労働者の平均週給の3分の2とするが、州平均週給の200%を限界とする。
4. 最高限度の現金給付を伴わないまたは時間の制限なしの完全医療給付、およびリハビリテーション・サービスの提供。

「州労働者災害補償法は、全般に不適當で効果的ではない」とする全米委員会の結論を指摘しながら、Biemiller氏は「S2008の立法化によってすべての労働者およびその家族は、怪我の状態または雇用されている企業の規模にかかわ

りなく、労働による怪我または疾病のさいにほとんど同等の保護をうけられるようになる。また、これは現行制度では行ない得ない同等の義務をすべての雇主に對して課することになり、進展する産業の変化に州プログラムをスムーズに対応せしめることになる」と語った。

全米委員会の調査で、現在33州における給付レベルが標準以下であること、および1,500万人以上の労働者が補償法による保護を適用されていないことが明らかになった。

#### 法案への反対意見

法案は公聴会で数人の証人によって鋭く批判された。S2008は「重大な欠陥」のあるもので「気がすまない」と結論づけながら、シカゴ大学商学部の教授で全米委員会の前委員長であるバートン・ジュニア John F. Burton Jr. は、連邦の活動に関する提案された日程表、提案された基準の若干の範囲、および必要経費について批判した。

Burton は、委員会により提案された19の基本的な基準を遂行するために、1975年7月1日までに州に与えられる勧告について「私の考えでは、1975年には連邦基準が完全に支持されるようにすることは重要なことであろう。したがって、連邦議会や政府の活動の日程を無理に急がせることで、連邦基準についての十分な理解に達しないまま完全な支持を得られないような事態になることはさけるべきである」と、公聴会を開催するための小委員会の動きを批判している。

また、アメリカ保険協会のジョーンズ T. Lawrence Jones 会長は、連邦の最低基準を設けるという見解は支持するが、S2008は労働者災害補償制度の完全な運用に非常に有害な影響を及ぼすことになると述べている。彼は、連邦基準に応じていかなる州にも波止場人足法を適用するという規定について「これは採用する必要がないと思う……単に若干の被用者に保護を拡張するために、種々の問題のある補償制度を適用するのは考えものである」と批判した。

今後の法案審議が注目される。

## 労働市場と婦人、 高齢者の問題

(西ドイツ)

連邦労相アレント Arendt は新聞記者会見で最近の西ドイツの労働力の逼迫と労働市場について次のような見通しを述べた。

連邦政府が現在問題にしているのは完全雇傭の確保ということで、このため失業率が、今のところ2.4%程度で比較的安定しているが、これを0.7ないし1.2%にまで下げることが目標である。そこで長期的には次の点が政策の重点として考えられる。

1. 1980年の就業人口は2,700万人と推定される。もっとも失業者の60%は季節的、摩擦的なもので、さほど影響はない。職業教育、職業紹介を強化してゆかねばならない。
2. 特に重要なのは婦人であって、このうち35~50歳の婦人はかなり労働市場に復帰してくるが、若い女性で幼児をかかえているのは獲得が困難である。いずれにせよ広範に職業教育の必要がある。
3. 比較的高齢の被用者に対しては職場の確保に努めなければならない。教育のない労働者、見習い労働者に比較的高齢の失業者が多いことは常に認められることである。高齢の就職者は、可動的老齡退職年制度があるがさらに数年就業し、退職を先に延ばすとかパートタイマーとして働くようにすることが期待される。
4. 障害者は極めて限られた条件で、外国人労働者その他の労働市場の補ないとしてしか考えられない。しかしリハビリテーションその他の予防的処置は改善

してゆかねばならない。

5. 外人労働者の問題は長期的には極めて困難である。流入、滞在あるいは移動の場合の処置が問題である。外人労働者の家族は重要な労働力となるが、さらに重要なのは融合問題で、住宅、ドイツ語教育、職業紹介、不法行為の撲滅等である。
6. 政策上の問題としては、景気や季節的変動の影響を受けない、高収入の長期的職場をつくり出すことである。

Die Welt, 1974, 6, 1/2,

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 新年度予算にみる社会保障

(イギリス)

1974年3月27日に行われたヒーリー蔵相の予算演説は、近年の予算演説としては最も長いものであった。この演説で、蔵相は、英国の経済困難に対処し、過去数年に著しく欠けてきた国民の連帯観を回復せんがための戦略のあらましをのべている。彼は、積極的なインフレ対策に組織労働者の支援を得ることを望みかつ年金引上げ、食糧補助金の増額および税の再分配についてのTUCの要求を遂行することを明らかにした。

「本予算案に概略しめられた社会保障諸給付について検討すれば、国民保険制度が最も大きく伸びている」とカースル社会サービス相が述べている。それは、12億5千万ポンドの費用で1,150万の人びとをうるおすことになっており、その迅速さとそのスケールは殆んどの人びとが可能とは信じ難いものだ、と自賛して

いる。

「それは、年金受給者およびその他の受給者の生活水準を恒久的に押し上げんとする現政府の決断を立証するものである。その対象となる人びとは、恵まれない境遇にある人びと、低所得者、つねにわが国の経済困難の犠牲となって谷間に残されている人びとである。」とし、「これらの人びとこそ、最優先の受給者であって最後にとり残さるべきではない」と述べている。

年金の平均引上げ率は29パーセントとなり、将来は毎年、平均勤労所得に応じて引上げられることになろう。来年の給付再審査は秋でなく夏に行うとし、「今回の大幅引上げは、将来は勤労所得の伸びにあわせることこそ単なる生活費に対応させることよりも年金受給者を助けることになることを約束しているものだ」と述べている。

今回、カースル社会サービス相が明らかにした社会保障給付改善の詳細によると、一時的な社会保障受給者と長期的な受給者とは将来きわめてはっきりした区別がなされることを示している。また、使用者に国民保険の費用の大きな割合を負担せしめる方向にむかうことになる。

退職年金、寡婦および廃疾年金などの長期給付は失業、傷病の給付、および補助給付よりも週1ポンド多く引上げられる。大臣としては、その区別が社会保障の恒久的特徴とするかどうかについてはまだ決めていない、と述べている。

国民保険拠出の改正は8月5日施行の予定とされ、使用者の負担は定額で44ペンスとなる見込みである。被用者の定額分負担は9ペンス減るが、その大部分は比例年金拠出率の引上げで相殺されることになろう。被用者への影響は、325万人が負担減、同数が現在と変わらず、1,600万人は負担増となる。

施行後の1974-75年の8か月における国民保険基金の収入内訳は、使用者より4億500万ポンド、被用者より8,500万ポンド、自営者より2,500万ポンド、国庫より1億ポンドとなる。

年金受給者に対する所得制限は週3.50ポンド引上げて週13ポンドに緩和される。これに要する費用は平年度で900万ポンド。補助給付制度にもとづく暖房手当そ

他の手当の改善も考慮されており、近く発表の予定である。暖房手当については、今秋の電力料金30%値上げをみこして引上げるよう、年金受給者の議会工作が行われる模様である。

「エイジ・コンサーン」のデービッド・ホブマンDavid Hobman 会長によると、「年金が平均勤労所得にあわせて引上げられるのは結構だが、給付の再審査が6か月毎に実施されないことに失望している。」と述べている。

The Times.

(田中 寿 国立国会図書館)

## 国有化薬局事業の発足

(スウェーデン)

スウェーデンでは、さきに1971年新しい国家機関が設立されて、医薬品の販売・流通の面の活動の国有化が企図された。西ドイツの社会政策に関する中立的月刊誌Sozialer Fortschritt誌の最近号に載った記事によりその状況を紹介してみよう。

1970年5月のスウェーデン議会の決定にもとづいて、AB(Apoteksbolaget)と略称される国営企業が設立され、1971年1月1日から営業を開始した。ABは、医薬品の購入と分配を合理化する目的をもって設置され、従来から民間任意団体として活動してきた薬剤師会の仕事の重要な部分を引き継いだ。しかし、薬剤師会は今後も存置され、ABの株の3分の1を保有する、残り3分の2は政府

が保有する。収益は、研究、教育、専門図書館の維持、国内・国外の同業・同職者間の交流の促進にあてられることになっている。

ABの業務のなかには、薬局の設置、薬局長の任命のほか、薬局が行なう所定の調剤業務が含まれる。そのほか、製薬部門を有する医薬品卸販売会社 Vitrum と製薬企業 Kabi の国有化により、製薬活動にも手を広げるにいたった (Kabi の医薬品生産高シェアは1/10)、かくて、流通面では国家独占が成立したが、生産面では国家は私企業と競争する立場に立つわけである。

新しい国有化組織は与党社民党のイデオロギーにもとづくものではなく、野党の支持をもえた純粋に実地的な措置であることが強調されている。そのことを示すものとして、ABの任務には、医薬品のコストをできるかぎり低く保つこと、薬局および他の医薬品供給機関の地域的配置を決定すること、医薬品の入手を保証することが含まれているという事実をあげることができる。医薬品のコストの引き下げは、業務の中央集中と事務の能率化による費用の節約ないし抑制によって達成するほかはない。以下、この点にしぼって、新しいAB組織のもとでいかなる努力が行なわれているかをみてみよう。

医薬品価格の決定は、医薬品の登録の際に行なわれ、全国に対して一律の価格が適用される。これまで、登録は社会省の医薬品委員会で行なわれ、その際、申請手数料1,750 クローネと年間登録料700 クローネが徴収された。1972年10月1日から登録業務はABを通じて行われることになった。ところで、個々の消費者は医薬品の価格をそれほど問題にしない。というのは、医師の処方する薬剤費のうち、患者が直接負担しなければならないのは、最初の5クローネの金額と5クローネを越え25クローネまでの半額、すなわち最高でも15クローネだけだからである。しかも、糖尿病、結核、ぜんそく、緑内障など24疾病については自己負担を要しないことになっている、したがって、消費者が価格の決定に介入したり影響を与えたりということは起こらない、また、医薬品の性質上売り上げをふやして収益性を高め、価格の引き下げを図るということも許されない。

コスト引き下げのためのABの努力は、まず中央集権的組織の利点を活用して、



職員数の増加を抑えることであった。そのためにはあとでふれるように事務の効率化が必要になってくる。国有化以前に100人、200人とふえていた人員増加は、A Bになってからかなり抑制されたといわれている。ただ、人員の増加はおさえられたものの、草創期の経過的事情のため比較的高い給与引き上げを強いられ、1971年において実質730万クローネの赤字を出している。したがって、この点についての成果はなお今後の努力に期待しなければならない。1972年1月現在A Bは635薬局(うち18は病院薬局)を持ち、薬剤師800人、薬局助手2,600人(1973年統計年報によると1971年末現在の各職種の総数に相当する)その他の職員8,100人、合わせて11,500人の職員を雇用している。

薬剤の消費状況の情報は、各薬局に置かれた末端装置から中央のコンピュータへ随時詳細に送られ統計の作成に役立てられると同時に在庫管理の目的にも使われる。コンピュータ・システムは、このようにして職員の節約に貢献するばかりでなく、在庫管理と迅速な供給に対しても効果的な手段となっている。

薬局事業の国有化のメリットについては、こうした個別的な効率化の現象よりも、むしろ私的経営ではどうしても短期的視点から活動が営まれる傾向があるのが、国有化によってより長期的観点が重視されるようになるということをおげる見解が有力である。

Karl-Richard Kern, "Das verstaatlichte Apothekenwesen in Schweden", Sozialer Fortschritt, April, 1974, S. 92-94.

(保坂哲哉 社会保障研究所)

## 社会保障こぼれ話

### 失業保険の改正

(スウェーデン)

1973年の改正により、この国の失業保険は1974年1月から拡充された。

この失業保険は労働組合が管理・運営する任意方式の制度で、制度の財源には、政府がかなりの資金を提供している。労働組合の組会員は強制的にこの制度に加入することを要求され、労働組合員以外の者も任意に加入できることになっており、労働力の約60%が加入していた。

従来の制度では、1日当りの支給額を最低の18クローネから最高の60クローネまでの12等級とされていたが、今回の改正により、等級は10等級で、支給額は最低の40クローネから最高の130クローネに上げられ、各受給者の取得できる給付の上限は、当人が取得していた賃金の $\frac{1}{2}$ とされることになった。また、最高の受給期間は従来の150日から300日に倍増され、とくに55歳から66歳(正常な年金年齢の直前)までの者には、450日とさることになった。

なお、労働市場扶助制度を採用し、失業保険でカバーされていない者に、給付が支給されることになったが、資力調査を条件として支給されるこの給付は日額35クローネである。さらに、失業時に支給される給付は、疾病や労働災害の給付と同様に、課税対象に含まれるし、年金の算出にも利用されることになった。

U.S. Dept. of H.E. & W., Social Security Bulletin,  
Vol. 37, No. 3, March 1974, pp. 41 - 45.

(平石長久 社会保障研究所)

## 西ドイツ・医師会議の動き

### 1. 医師会議と医師の収入

6月24日ドイツ医師会議がベルリンで開かれ、医師の収入の問題がとりあげられ、多方面からみた意見が提出された。意見書の起草者は社会改良協会（Gesellschaft für sozialen Fortschritt）の作業部会で、学者、労組及び雇用主代表、民間保険及び社会保険委員14名のほか、医師会から3名が加わっている。医師を除く委員の多数意見は、医療行為を決定する基本的要因が収入をあげることにあり、診療報酬制度ないし規定が医師の診療の範囲、種類に影響していると指摘している。もちろんこれと共に患者の態度もさらに根本的に検討を要する。

医療費調査についてみると、外来治療が著しく増加しており、それが一般開業医の異常な収入増となっている。自由診療医の純収入は平均して1959年に被用者総収入の5.46倍であったのに対し、1971年には6.52倍となっているのである。

また1959年から71年の間に医師の診療に対する疾病金庫の支出は、16億7千マルクから68億マルクに、4.07倍増加しているが、この間国民総生産は185%増えているにすぎない。

このような診療報酬の増加は、報酬規程の単価の上昇と共に、医師の診療の生産性上昇に、つまり処置件数の増加と1件当り給付数の増加に帰せられる。

Die Welt; 24, June, 1974.

### 2. 医師会議の保健・社会計画

ドイツ医師会議は6月27日全ドイツ医師団の名において保健・社会計画を公表した。西ドイツの医療制度は最近医療費の急増の危機に当面しているが、会議では医療費の増加が保健制度の破綻に至るとみることに反対し、費用増加の理由として次の点をあげている。

- 医学、医療技術の急速な進歩
- その進歩の結果生じた分業、専門化、協力、及び統合の必要
- 人間と健康の関係が変わったこと、そのため医療の要求が高まったこと
- 知識、情報の増加と社会保険の構造から生まれた、医学への需要と期待との間の緊張

この医師会の計画に対して、国民所得のうちのどの程度が健康の保護、維持ないし回復にふり向けられるべきか、ということが問題とされる。さらに、国と社会保険と個人の負担割合も決定しなければならない。

医療費は、特に公的医療保険の中で今後増大するものと考えられるが、その財政危機を回避するために、年金保険の資金を用いるべきで、労働者・職員保険は年金受給者の疾病の費用の大部分を引き受けるべきである、と医師会は主張する。

しかしながら、現在労相が準備中の年金受給者疾病保険改正法草案は、年金保険との負担配分は考えられておらず、それをやるとすれば保険料負担が18%を超えることになるが、これはどこからも支持されないだろう。むしろ年金受給者に要する費用は、いずれの疾病金庫に所属するかを問わず、金庫加入者の全体で負担するのが適当と考えられている。

Die Welt; 28, June, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## アメリカ・医療の質審査機関の 設置にAMA 反対

メデケアおよびメデケイドの患者に提供する医療の質を審査するための「専門基準審査機関 Professional Standards Review Organizations (PSRO)」設置の問題について深刻な意見の対立を示しながら、国内の医師達は同問題の支持を促進する代りに、1972年社会保障改正法(公法律92-603号)の地方の審査機関の設立を要求する規定の全面改正または全面廃止を要求している。1972年社会保障改正法は、1976年1月1日までに医師グループが自らを律するための地方機関であるPSROを設立するよう規定している。

アメリカ最大の医師グループ組織であるアメリカ医師会(AMA)は、同問題についてのグループ内の混乱を示すために、さる5月8日および9日に開催された保健問題上院財政小委員会の公聴会に3人の証人を送った。AMAのローズ Russel B. Roth 会長は、PSROに関するAMAの公式見解は、もし満足のいくような改正が採択されないならば廃止した方がよいとするものであることを発表した。同時に、AMAのPSROに関する諮問委員会のハンター Robert B. Hunter 委員長は、1972年社会保障改正法の実施に協力するグループの努力について説明している。また、AMAの立法委員会のベディングフィールド Edgar T. Beddingfield Jr. 副会長は、グループにより支持されている多くの改正点の概要説明を行なった。

1973年12月にAMAの総会で「患者の最高の利益は法のPSRO規定を廃止し、同時に廃止による不利益を除くための法改正作業について、AMAにリーダーシップを命ずることである」という内容の宣言が採択されている。

1972年法のPSRO規定の立役者であるベネット Wallace F. Bennett

(共和党・ユタ州選出)上院議員は、無益に医師達を法に反対せしめているAMAのヒステリー的態度を批難し、AMAとは別の多くの医療特別グループおよび州医師会によるPSROについての支持を引用しながら、「われわれは今PSRO設置の仕事に着手している。AMAがわれわれの作業を中止することができるとは思わないし、AMAはこれを利益とするよう考えるべきと思う」と語った。

1972年法に反対する説を要約すれば、医師達が特にPSROの設立を怖れていることに根ざすものであることを数々の証言は示している。その怖れを分類すれば次のようなものになる。

1. 法規定により、秘密の医療記録の保存が十分でなければ、医師と患者との信頼関係が妨害されること。
2. 法規定は保健・教育・福祉長官に、医療の質に対するノルマを設置するための終局的な権限を与えていること。
3. 法規定は「cookbook medicine」を導き出すものであること。

こうした医師の権限の縮小についての怖れから、AMAの他に14の州医師会もPSROの設立に反対であり、法規定の廃止を要求する政策を採用した。

上院財政委員会および下院歳入委員会のメンバー達は、PSROの法規定の廃止は近い将来不可能なことになるかとAMAに伝えている。

法改正の展望についてははっきりしたことは云えないが、Bennett 議員はAMAの19条の改正要望には配慮すると語っている。

Congressional Quarterly Weekly Report,  
May 11, 1974. 他。

(藤田貴恵子 国立国会図書館)



# 疾病保険漸進的發展への道

(西ドイツ)

## I

Adenauer 政権下で着手された西ドイツ疾病保険改革の仕事が、Erhard 政権に引継がれてなお難行していたとき、同政権はこの問題を一時学者の手に預けることによって事態を打開する方途を探ろうとした。かくて1964年、Welter Bogs を委員長としほかに4人の学者を加えて社会調査委員会が組織され、現行社会保障制度とその社会的・経済的効果を概観・評価するという任務が与えられた。委員会は1966年報告書を提出したが、疾病保険に関しては、西ドイツのシステムは自律的に成長を遂げる機能をそなえているから、根本的な制度改革は必要でないという考え方をとった。この部分の執筆担当者は、世代間連帯契約という観念を基礎において動態年金を提唱し、1957年年金改革に重要な役割を果たした Wilfrid Schreiber である。

社会調査委員会の作業に側面的に参加し、疾病保険をテーマに教授就任論文をまとめた Philipp Herder-Dorneich は、最近オーストリアで開かれた研究会議で、上記の社会調査委員会の考え方に関連する問題について報告を行なった。この会議の報告と討論は、Theodor Tomandl が編者となり『ウィーン労働法・社会法論集』の第1巻に収められ1972年に刊行された。やや古い資料であるが最近手に入ったので、彼の議論の主要な点を紹介しておこう。

Peter Rosenberg らによって提唱されている労働総同盟系ないし社会民主党系の健康保障構想と対比してみると、予防給付の意義などいくつか主要な点で意見の違いがみられ興味深い。しかし、もっとも重要なのは、Herder-

## II

Dorneich が西ドイツ疾病保険システムが自律的な發展機能をそなえているという社会調査委員会の見解を支持すると同時に、動態理論によってそれを根拠づける必要性を重視していることである。実は、社会民主党の主導下にある現政権の方針も、Rosenbergらの活動にもかかわらず、根本的改革の実現ではなく發展の継続に向けられており、そうした政策の基礎として、疾病保険の發展メカニズムについての科学的知識が不可欠である

Herder-Dorneich は、公的疾病保険の「動態理論」を開発するという仕事が容易ではないことを強調し、その理由の一つとして理論的基礎がなお十分固められていないことをあげている。そこで当面の仕事として、この問題がそれほど困難でないことを示すか、もしくは難しい問題をやさしく表現することを試みるのである。

まず第1の問題として彼が取り上げたのは収入と支出の相互関係である。収入と支出のいずれか一方が与えられているとして、他方をそれに均衡させるという考え方を排し、収入・支出を動態的にとらえようとする。そのため最初に収入と支出に分けておのおのの規定要因を列挙し、それぞれについてそれがいかんして決まるかなどを考察している。

収入の決定要因としてあげられているのは、基本賃金、拠出料率、強制加入所得上限額、被扶養者数に対する有配偶女子被保険者数の比率、および被保険者数である。被保険者数は、年齢構成が高年齢に片寄るか若年層に片寄るかによって、収入面に不利となったり有利となったりする点で重視される。周知のとおり、西ドイツでは、拠出料率は2,000に近い疾病金庫がそれぞれ独自に決める仕組みになっている。その場合、一応上限が法的に決められているが、それよりも実質的に重要なのは、いわば心理的な限界があって、それ以上拠出料率を引き上げることは不可能であると一般に考えられ、また実務家もそう確信していることである。

支出を決定する要因の第1に、Herder-Dorneich は要求水準をあげる。

彼は、要求水準という概念を準拠集団という概念に結びつけることによって、公的医療保険の発展メカニズムの心理学的・社会的側面にも注目する。西ドイツには3とおりの要求水準が現実存在する。すなわち、民間疾病保険、医療費償還制をとり医師に高い報酬を支払って公的医療保険を実施する職員代用金庫、および地域疾病金庫の各被保険者の要求水準がそれである。水準の高さは、いま並べた順番になっていて民間保険がもっとも高い。下位のグループは上位のグループを準拠集団として、給付水準を引き上げようと努力する。かくて、もう一つの支出規定要因である金庫間の給付競争が問題とされる。その存在を立証する例として、拠出料率の引き上げが他の金庫に波及し支出面にも影響すること（あとで述べる拠出料率引き上げを容易にするため給付改善を組み合わせたという慣行を参照）、地域金庫が代用金庫になって診療報酬支払方式を一括払いから件数払いに変え支出増加をもたらしたことが引用されている。さらにもう一つの支出規定要因として平均余命の延長にも言及されている。

次に収支相互間の関係について二つの現象に注目している。一つは給付改善と拠出料率引き上げが金庫の政策において結合されることである。これは、拠出料率引き上げに対する被保険者の抵抗を和らげ引き上げを容易にするのがねらいであり、ほとんど常套手段として使われる。もう一つの現象はFourastieの定理といわれるもので、サービス業は経済発展の初期の段階では未発達であるが、のちいじりしく成長する現象をいい、それが現金給付の役割が減少した現在の西ドイツ疾病保険にも確認できるというのである。第1の現象は、財政均衡化のための努力が不可避的に財政規模の拡大をもたらすという点で重要であるが、それと並行して第2の現象が現われるところに問題の重要性がある。Fourastieの定理によれば、第3次産業としての疾病保険はサービス給付の実質的増加と価格上昇を通じて、国民所得の成長を相対的に上回る拡大を遂げる傾向をもつ。

### III

以上のような考察を基礎として、Herder-Dorneich は、これら諸要因

の変化が疾病保険の収支関係のなかでいかなる効果をもたらすかを検討しようとする。もっとも、彼の検討は最初にもことわったとおり、本格的な分析的研究ではなく、例示的にあるアプローチの可能性を説明し、問題の性質を説明することにある。

一般的な経済成長のなかで、疾病保険に対する要求水準は相対的にも上昇する。それに反して、拠出金収入は、既婚女子労働力の予備が涸渇し、完全雇用が達成された現在、相対的に（支出サイドへの効果より以上に）有利な改善は期待できない。拠出金算定基礎賃金の上限額が賃金変動にスライドされたとしても、拠出金収入は賃金と同じ割合でふえるにすぎず、もし上限額が固定されていたりその引き上げが賃金上昇よりも遅れると、拠出金収入の伸びは相対的に低くなってしまふ。こういう状況のなかで収支シェーレ（鉢を開くように収支が次第に拡大する傾向）と呼ばれる事態が進む。Herder-Dorneich は、このことをグラフを使って示しながら、政策の可能性を示唆するのである。たとえば、被保険者数に比べてはるかに早い速度で支出総額がふえることを図示し、被保険者数をふやすという政策が疾病保険財政の改善に効果がないことを主張するのである。これは、労働総同盟が掲げる所得上限の撤廃による高所得者への強制適用という政策に対する批判にほかならない（反対理由には公・私保険の協働の必要性という後述の論点も含まれる）。不断の支出増加に対処できる決定的な財政手段は拠出料率の引き上げであり、事実この手段は頻繁に使われ、1951年から1969年までの間に平均拠出料率は55%近く引き上げられた。ところで、拠出料率の引き上げには限界があると考えられていることが指摘されたが、それに関連して（直接それに結びつけてではなく）1969年から1970年へかけて料率が引き下げられたという事実注目する。この現象は、もちろん賃金継続支払の拡大による一時的なもので、1971年以降料率はふたたび上昇に転じていることは周知の事実である。Herder-Dorneich のねらいは、この一時的現象を無理に拠出料率引き上げの限界に結びつけることにあるのではなく、たとえ一時的な効果しか持たないにせよ、疾病保険の負担を軽減する手段がとりうるという証拠を示すことにある。

収支シェーレという現象が厳然として存在し、Fourastieの定理があてはまる以上、拠出料率引き上げの抵抗を和らげるため給付改善を組み合わせるといふ常套手段は、ただ収支シェーレを強化するだけで意味がない、とHerder-Dorneichは考える。そしてこれが、予防措置を重視する社会民主党の政策を批判する一つの論拠になっている。彼自身は、収支シェーレに対応する方策として、たとえ一時的手段にしる賃金継続支払のような疾病保険財政負担の他者による肩代りを積み重ねることを奨める。この種の方策の別の例は年金受給者の疾病保険費用を年金保険機関が負担していることである。かくて、同じ線に沿うものとして彼自身の案が提示される。児童手当受給者の疾病保険費用を児童手当制度の管理者、費用負担者である連邦政府に肩代りさせるというのがその一つである。支出面では、入院治療が3等病室に制限されているのに対応して、補足的な保険給付が急速に発展してきたという事実に着目して、一つの政策方向を示唆している。すなわち、公的疾病保険の給付水準を基本保障の水準に凍結し、それを越える保障ニードの充足は民間保険に委ねることにより、公・私両保険の協働関係を確立・促進し、増大する医療保険ニードに応えるというのがそれである。

Philipp Herder-Dorneich, "Reform oder Weiterentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung?", in Theodor Tomandl (hrsg.), Von der Krankenversicherung zur sozialen Vorsorge, 1972, S. 27-54.

(保坂哲哉 社会保障研究所)

## 疾病保険の給付改善

(西ドイツ)

1974年1月1日から「公的疾病保険の給付改善に関する法律」Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung - KLVGが施行されたことにより、各種の給付改善が行われた。

給付改善の内容は、(1)期間制限のない入院給付、(2)家政援助、(3)子どもの世話のために収入が得られない場合の疾病手当(傷病手当)の支給を行うことである。一方、診療券報償制度(診療券を使用しない場合に報償金が支払われる制度)が廃止された。

この給付改善による支出増は、1974年において家政援助分約2億2,600万マルク、疾病手当分約1億1,400万マルク、入院給付分約1億マルク、合計4億4,000万マルクと見込まれている。他方、診療券報償制度の廃止による支出減は約3億9,000万マルクと見込まれている。

連邦政府としては給付改善による疾病保険の財政負担増を避けるために、診療券報償金制度の廃止による費用節約を図った。Arendt連邦労働大臣は連邦議会でこの辺の事情をつぎのように語っている。

「もちろんこれらの改善は、疾病保険の財政状況に応じたものでなければならぬ。疾病保険の財政状況は満足すべきものではない。上昇しつつある保険料にブレーキをかけるために一層の努力が払われなければならない。連邦政府はこのために努力してきている。われわれは疾病保険における社会的前進が財政的にも保障されるようにしたいと思っている」。

この法律の社会的意味は、疾病保険で家政援助と子どもの世話のために収入が

得られない場合の疾病手当の支給が行なわれるようになったことである。

今回の改正の概要はつぎのとおりである。

(1) 入院給付が期間に制限なく支給される。すなわち、医学的に必要である限り、入院給付はいかなる場合でも支給される。したがって治療の目的が他の方法で達せられないかまたは入院給付の中止が継続治療の目的を阻む限り、入院給付は中止されない。

(2) 家政援助が新しい給付として導入された。この給付は従来農業者疾病保険においてのみ行なわれていた。そこでは金庫規約で定める給付である。改正法は、家政援助として請求要件がある限り代替労働力を提供することを定めている。疾病金庫は、家政援助のため自ら要員を雇うかまたは適当な施設とこの給付の提供のための契約を結ぶことができる。代替労働力が提供できないときは、自己調達で代替労働力に対して費用が支払われる。その場合代替労働力が被保険者の親族から得られたかどうかは問題にされない。その費用は妥当な額で支払われる。

この新しい給付の導入によって疾病金庫に大きな業務負担がかかってきており、短期間に必要な人員を確保することが緊急の課題となっている。

(3) 病気の子どもの監視、世話または看護のために賃金が得られない場合も、被保険者は疾病手当の請求をすることができる。すなわち、疾病手当は病気の子どもの家を監視または看護しなければならない場合のみならず、たとえば医師による治療を受けるために母親が子どもを医師のところへ連れて行かなければならない場合も支給される。請求要件が満たされれば、被保険者は1歴年において子ども1人につき最高5日まで疾病手当を受給することができる。また、使用者に対しては同じ要件のもとで賃金が支払われない労働の免除の請求ができる。夫婦(子どもの両親)が受給権者である場合には子どもの世話をする者を自ら決めることができる。

Verbesserte Leistungen in der Krankenversicherung,  
Die Krankenversicherung, Januar 1974, S.3-4.  
(石本忠義 健保連)

## 社会保障の改革試案

(フランス)

フランス社会保障のいくつかの部門では財政的不均衡が引きつづき、国の財政負担は1973年に115億フランに達した。75年には、保険料収入の増加および疾病保険部門の支出抑制がなければ、制度全体の赤字が73億フランに達し、さらに国庫負担の増加が予測される。また、議会の監督を受けないところの「国の社会予算」は72年以降国家予算を上回っている(72年の国家予算は1,872億フラン、社会予算は1,935億フラン)。

したがって事態の建直しがどうしても必要である。しかしこの建直しは、国民によって受入れられ理解される方法によって、そしてまた保険料算出の基礎となる各人の所得、報酬あるいは資産について間違った考え方をとっている現在のシステムから由来する不公平をなくすという方法によって初めて可能である。

そのためにはいかなる選択が行われなければならないか。それは明らかである。すなわち、寄せ集めのフランス社会保障に定期的に若干の財政補給をするという短期政策、つまり不公平、不公正あるいは財政窮迫という事態をつくり出している根本の問題を解決しないまま、それらを覆いかくし、ただ混乱を継続させるような姿勢をとり続けるか、それとも、1945年の社会保障制度の創設時に確認されたにもかかわらず特殊な圧力で下げにされた諸原則、すなわち国民的連帯とか社会保障制度の統一性という諸原則の上に、はっきりとした同質的な全体的統一体を再建するかのいずれかである。

成長経済のもとでは、すべての経済活動部門あるいはその上につくられたそれぞれ個々の社会的諸制度というものは、いずれは経済的あるいは人口的に衰退をみることになるものである。実際にはそれらはすべて相互依存の関係にあるのであって、したがって長期的にはいうまでもなく第二の方法が有効的であると思われる。

このような政策の基本となるものは、(1)国民的連帯の考慮、(2)基本となる統一制度の確認、(3)そのような統一制度に対してすべての国民に支給される社会的最低限を保障する機能をもたせることの3点にあるが、以下に社会保障の主要な部門としての家族手当、疾病保険、老齢保険について、その現状と改革の方向を提示しよう。

## 家族手当

### (1) 現状

全国家族手当金庫は72年に10億フラン以上の剰余金を出し、制度財政の均衡は十分にとれている。この剰余金は同年の他の制度部門の赤字の一部をうめるために流用された。しかし73年には、給付支出の増加および手当の地域減率制が撤廃されたことにより、剰余金は半分以下に減少することになる。

家族手当部門の現状は概要以上のとおりであるが、この事態は必ずしも健全とはいえない。それは家族手当部門が受給者の現実的ニードを充足する形で機能していないからである。

### (2) 改革の方向

まず初めに、家族手当金庫が住宅手当を支給することを取りやめること。いうまでもなく住宅手当というものは多人数家族の場合と同じように、資力の不十分な高齢者についても考えなければならないものだからである。

つぎに、家族手当の手当額は、これを子どもの養育のために家族が負担する都合に応じて定める方がよい。そこで例えば、家族手当の手当額を所得額に応じて段階づけることとして、現行の手当額を100～0%まで漸減させる段階的給付

率表を作成して支給する(100%減率の適用を受ける家族は最低賃金の約7倍の所得をもつものとする)。あるいは家族手当の受給総額を課税所得のなかに含ませ税金の対象とする(課税所得に平均12.5%の税金を課税すると200億フランの給付支出が25億フランの税収を生み出すことになる)。

## 疾病保険

### (1) 現状

疾病保険部門はすべて財政的に不均衡状態にあり、かつ法制的に複雑である。

財政の不均衡は、例えば一般制度の疾病保険部門だけでも、70年に477百万フラン、71年に472百万フランの赤字であり、72年には20億フラン以上の赤字が予想されている。家族手当部門の剰余金は減少しており、これまでのようにその援助を期待することは難しくなっている。

一般制度は農業被用者、国鉄勤務員、鉱山従業員、パリ地下鉄勤務員、船員などを対象とするそれぞれの特別制度の疾病保険部門に生じた赤字を年々負担しており、その額は72年に約20億フランに達している。さらに一般制度は病院における研究費、設備の償却費、教育費などを負担しており、その額は72年に約30億フランにのぼる。

### (2) 改革の方向

このような疾病保険部門の現状に対しては従来の制度ごとの複雑な給付構造を改めて新たに3段階の給付体系をつくりあげ、それに対応した新しい財政システム、とくに国民的連帯を重視する財政システムを導入することが望ましい。

まず3段階の給付体系であるが、第1段階の給付はすべての者に平等な最低保障を提供する制度によって確保される。ただし、「小さなリスク」に要する費用については本人の資力に応じた一部負担を設ける。この基本となる制度の財政面を考えるに当たっては、高額所得者よりも低所得者に重くなるような保険料負担をもたらすようなものであってはならず、また制度収入を労働の収入だけに頼るようなものであってはならない。

第2段階の給付は基本となる制度によってカバーされない部分を取り扱う補足制度によって確保される。この部分の財源はこの補足制度に固有の保険料によってまかなわれる。

第3段階の給付は付加保険制度を設け、純粋に契約的保険制度によって確保される。その財源はもちろん契約保険料によってまかなわれる。

ところで第1段階の給付制度の財政システムについては具体的に次のような2点が考えられる必要がある。

第1は、保険料、またはその算定基礎にこれまで適用されてきた上限の撤廃である。ある作業結果によると、上限を撤廃し、所得の全体を基礎として保険料を算定徴収した場合には11%の保険料率で現在の財源に相当する額を徴収することが可能であるといわれる（注—現在の保険料率は労使合わせて15.95%）。自営業業者の場合には年間所得2,000フランに相当する額に11%の保険料率をかけたすると被用者の場合と同じになるとされている。

第2は保険料の算定基礎の範囲を拡大することである。すなわち、家賃、利子収入、配当金、小作料などの金銭収入にも4%程度、あるいは被用者が現にその賃金総額について負担している保険料程度をかけて保険料を徴収する必要があるということである。

このような方法によると、疾病保険部門の全体は、現在に比べて80億フラン以上の新たな財政能力をもつことになろう。

## 老 齢 保 険

### (1) 現 状

老齢保険の現状は、年金の前にフランス人が不公平であり、主要な老齢保険制度が財政的に困難な状況にあることで特徴的である。制度の財政状況は、平均余命の伸長による年金支出の継続的増加とこれに応じ切れない収入面の不足によって特徴づけられる。主要な老齢保険制度はその財政を再編するなんらかの措置がとられないかぎり、75年にはすべてに赤字が出るものとみられる。被用者を対象

とする全国老齢保険金庫だけでも、68年から75年までに、その累積赤字見積額は50億フランを上回るものとみられる。

### (2) 改革の方向

老齢保険部門の改革は、疾病保険の場合と同じく、3段階からなる給付体系をつくりあげ、それに対応した新しい財政システムを導入することにある。

第1の段階は、すべての国民を対象として公平な社会的最低限を設け、一定年齢に達したすべての者に人間的最低生活の保証を行うことによって確保される。この場合の基本となる給付の財源は、疾病保険の保険料の場合と同じ算定基礎をもととする保険料によってまかなわれることになる。

この第1段階においては、現行の法定最低限額（老齢手当額）と国民連帯基金の補束手当を合計した額に相当する社会的最低限額を仮定したとき、その費用総額は350億フラン前後にのぼると思われる。

第2段階は、いわば強制的補足制度の役割をもつものである。すなわち、主要な年金制度が社会的最低限を越えて支給する年金部分と従来の協約による補足年金制度の退職年金とを集めたものとなる。この段階の年金の補足部分は、もっぱら拠出制的性格をもち、保険料拠出者の財政的貢献度に応じて決定される。

第2段階の費用は、協約による補足年金制度分を含めて、現在老齢年金制度全体が支払っている年金給付費総額と社会的最低限という名目で支給されることになる年金給付費総額との差額に相当し、約300億フランと予測される。

第3段階は、私保険契約の任意的申込みによって確保され、可能であれば積立方式で、さもなければ賦課方式により保険料でまかなわれることになろう。

改革の方向のなかにもり込まれた諸原則の実現は疑いもなく重大な障害にぶつかることであろう。既存の社会機構や確立した慣行を全く無視することはできないし、一つの社会的保護制度を簡単にひっくり返すこともできない。

一方では、いくつかの社会階層が彼等だけの特別の社会保障の独立に固執している。ところがその社会保障収入の半分以上あるいは80%以上が公費負担によ



てまかなわれているということになると彼等の独立の主張も矛盾だらけのものとなる。そこには真の国民的連帯の上に築かれた単一の社会保障システムの創設を正当化する理由がうかがわれる。

他方、改革を通しての社会保障の改善には疑いもなく左右両陣営の保守主義者の反対がみられる。しかしだからといって、一般化したインフレ状態への挑戦に基本的と思われる全般的所得政策に通ずるような、社会保障の方法による所得政策に着手しないという理由はなにもない。この政策こそは、公正な方法で犠牲をつぐなうことができよう。

André Armengaud, *Suggestions pour une réforme financière équitable et équilibrée de la sécurité sociale. Droit social*, novembre, 1973. pp. 530~534.

(上村政彦 名古屋市立大学)

## 民間社会福祉団体の将来

(アメリカ)

これまで、社会計画や政策立案担当者を中心に、民間の社会福祉団体 (Voluntary Service Organization = VSO) について、とくに公的セクターとの関係で、いくつかの意見がだされてきている。ここでは、VSOの役割を仮説的な枠組と性格づけをすることによって考えてみたい。

組織・団体を取りまく状況は、組織の目的、内部構造、その自主性や変革の可能性などに影響を与える。組織は、その置かれている環境との関係で、その資金、対象、情報、支援、その他必要なインプットを獲得する。アメリカのコミュニテ

ィにおいて、将来、組織・団体をめぐる状況は困難さが予測され、組織運営上の不安定さ、コンフリクト、それに必要な経費と規模は、さらに増大するといわれている。さらに公私関係の複雑さ、団体間の競争、相互依存性、協同関係などにより、団体自身の変化と分極化傾向が生ずるともいわれている。組織理論学者や未来学者は、この傾向に対処できる団体は、問題解決のシステムに必要な適応性、反応性、柔軟性をもち、官僚性を排除し、民主的なものであるとしている。VSOの将来に影響を与えるいくつかの傾向を指摘することができる。

### 1. 公的セクターの拡大

公的セクターの著るしい伸展は、VSOのサービス量を低下せしめた。過去40年間の公的セクターによるサービスの伸びは、民間のそれに比べて3倍であるといわれる。現在、保健福祉のサービス提供者は、VSOに加えて、公的機関と商業ベースのものが存在している。VSOを、その競争相手である公的または商業ベース機関のサービスと比較して、その特徴を明らかにし、存在理由を明確にすることは難しい。サービスの主催者はどこであれ、サービスはその消費者と社会全体への貢献を共通の目的としている。VSOは、政府やマーケットで提供されない何をサービスするかという疑問に答えることは、決して容易なことではない。

### 2. 募金額の横ばい状態

VSOが獲得する資金が、比較的横ばいの状態であるため、政府資金を導入する傾向が生じている。過去10年間にわたり、民間募金はインフレやコストの増高に追いつけないことが明らかになった。さらに教育・文化・レクリエーション活動を含む民間活動財源のうち、社会福祉の占める割合は、かつての15%から6%に減少した。VSOの運営費は、利用者の利用料に加えて、400を越える政府主導のプログラムから生ずる公費援助を受けている。VSOはこれらの資金を、主として政府との間で結ばれるサービス売買契約に基づくサービスの実施に充当させるが、この他にも、公費は長期低利のローンによる建物の建築、調査・研究の資金としても活用できる。この一例として、全米共同募金会・社会福祉協議会(

United Way of America)は、長い間の伝統を破り、公費の積極的受け入れの方針を打ち出した。その結果、共募・社協で集めた1ドルは3ドルの連邦資金を活用できることになる。しかし、多額の公費導入の結果、とくにコミュニティレベルにおいて、共募・社協傘下の施設・機関の自主性と民間性の存続に関して、深刻な問題が派生してきた。このことは、一般のVSOにもあてはまる現象といえる。

### 3. 新しい形態

ボランティアとその考え方について、新しい動きが出ている。新しいボランティアを推進する2つのタイプの非政府団体が生まれた。第一のタイプは“現代風組織”または“代替的組織”と呼ばれるもので、無料診療所、家出青少年保護施設、麻薬治療センターなどが、これに属する。これらの機関は、その発生当初からボランティアを強調し、官僚主義や専門主義を排除しようとしている。機関の利用者をプログラムの策定や実際のサービス活動に参加することを意図している。

第二のタイプは、コミュニティ・アクション・プログラム(CAP)、モデル・シティ・プログラム、コミュニティセンター、保健サービスセンターなど、その運営費を全面的に公費に依存しているが、その運営はボランティアな市民によって行なわれるものである。以上のような状況のなかで、VSOはボランティアを達成するうえでユニークな存在として評価されつつある。公の行なう巨大なサービスは、人道的で責任ある方法で社会サービスを行うには適さないという意見が強く、再び私的で小規模なサービスに回帰しようという動きがみられる。ボランティアの思想は、中央集権的でなく、自主的で利益を追求しないことをその基調としている。ボランティアの傾向は、新連邦主義のなかから生じたといわれ、公による中央統制的なプログラムの立案や運営への介入を避け、地方分権を強調している。

## VSOの性格と役割

一方、このような傾向のなかで、VSOについての批判があることも事実である。そのいくつかを列挙すると

- ・貧困層から漸進的に離れてきていること。
- ・対個人処置を重視しすぎること。
- ・社会変動に対する無関心さ。
- ・官僚主義的で責任の所在が明確でない。
- ・ボランティアの役割の後退。
- ・民間資金獲得の限界。
- ・少数非差別グループや貧困者のニードに対応しなくなっていること。

VSOは、つねに革新することを求められている。すなわち、治療・救済活動よりも予防を；市民参加の促進を；サービス対象として中流・貧困その他特別なニードをもつグループを；総合的なサービスを行ない、その内容を充実強化すること；サービス間の格差をなくすこと・・・。

VSOが将来とも存続するための戦略として、以下の4つをその役割とすべきだといわれている。

#### 1. 先導的役割

柔軟性、責任性、指導性というVSOに固有の性格のゆえに、VSOは、先駆性、革新性、実験性、宣伝、調査などにすぐれているとみなされている。つまり、VSOはパイロットプランを開発し、そこで開発された実践を、後に政府機関がより発展させて行なうという役割である。

#### 2. 改良的役割

VSOは、継続的に公的サービスの質と内容を強化し、拡張し、改良するという役割をもつ。公的サービスは、一般市民からの圧力がないと改善されない。政府機関、法人など法律に規定されている機関の実施するサービス水準を向上させ、ニードに対応した新しいサービスの創設を行なわせることが課題である。また政

府と地域住民との橋わたしも、重要な役割である。

### 3. 価値の守り手としての役割

VSOは、社会的信条、民間性などの価値、市民参加、指導性の開発の確保、さらに宗教および文化的少数グループの利益を守ることをその役割としている。

### 4. 補足的役割

VSOのほとんどは、本来なら政府機関が責任をもって果たすべきサービスで、現時点では政府がそれを実施することが不可能またはやりにくい場合、それを補完する役割をもつ。このような補足的役割は一時的なもので、公的機関がそのサービスを実施するようになるまでの経過的なものである。

## VSOの存在理由

以上の原則は、VSOの性格とその存在理由に関して経験的に認められている。次に、VSOの存在する原理について考えてみる。

第1に、イデオロギー的なものがある。VSOは、政治および宗教的に一定の価値観をもつ団体である。VSOとそれを支援するものとの関係は、道徳的義務であり、それは宗教やヒューマニズムに根ざしている。このことはアメリカという社会のなかで、ただ認められるというより、積極的に保護されてきている。

第2に、政治上の正義は民主主義によって確立する。民主主義制度の目的は、自発的な市民行動が勇気づけられ、政府は国民が彼らだけでは不可能な部分のみを推進する場合に、もっとも効果的に展開されるものである。VSOが市民参加の機会を市民に提供し、コミュニティサービスを実施し、社会権力を地方に分散させることによって、多元的で民主主義的な方向が達成される。

第3に、多種多様なVSOが存在し、市民に対し代替的な選択の余地を保障することは、利用者に広範な機会を与え、また各市民に、他人に対する関心を多様に表現する方法を保障する。

第4に、現実的な理由として、政府が社会福祉プログラムを推進する唯一の機関とみなすことは実際的でない。福祉国家の考え方は、必ずしも国はすべての福

祉サービスの唯一の源であるということではない。また、現実のアメリカ政府には、サービスを独占するために必要な財源、組織上の可能性も存在していない。したがって、政府に対して、つねにその革新を促がし、公正さや反応の正しさを監視し、その資源を国民全体の福祉に環元するようにさせるVSOの存在理由がある。

Ralph M. Kramer, *Future of the Voluntary Service Organization*, *Social Work*, Vol. 18, No. 6, November 1973, pp. 59~69.

(根本嘉昭 全社協)

## ボランティア社会サービス

(西ドイツ)

### I

第一次大戦後、ドイツ連邦のボランティア社会福祉事業団体は、「ボランティア福祉事業団体同盟」*Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege* として組織されたが、1933年に解散させられた。1949年にこの同盟は、「ドイツボランティア福祉事業団体連合」*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Deutschlands* として再建された。1961年になってやっと現在の「ボランティア福祉事業連合会」*Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege* という名が

用いられることになった。1966年6月には、それまでのゆるい福祉協議会であったものが、法的に認められた機構となったのである。

この連合会の主な目的は、個々のボランティア団体が、社会福祉及び児童福祉の分野で活動する際に、それに対して助言したり調整したりすることである。更に、複雑化した社会における社会的責任感を自覚させ強化するために、あらゆる努力を払っている。この連合会の最も重要な機関は総会であり、最低年5回開催される。個々の上部団体は、代表を一人指名することができ、彼が投票に参加する。また、個々の上部団体は特定の問題について発言するためにいろいろな代表を送ることができる。上部団体の長は、1年任期で連合会の議長をつとめる。

民間の団体・協議会あるいは財団が行う福祉活動、およびそれらの福祉組織はすべて、(ボランティア)福祉サービス(協会)の指導をうけている。この意味で、民間福祉活動は今なお欠くべからざるものであり、それはこの活動がまったく自発的に行われているということに現われている。こうした活動は宗教的・人道主義的立場によって基本的な差異はあるが、6つの大きな上部団体が一緒になって、ボランティア福祉事業連合会 *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege* を作っている。この6つの団体とは、「労働者中央福祉委員会」(ボン)、ディアコーン(シュトゥットガルト)、ドイツ慈善協会(フライブルク)、ドイツ無宗派福祉協会(フランクフルト)、ドイツ赤十字(ボン)、ドイツユダヤ人中央福祉会(フランクフルト)である。

## II

現在のボランティア福祉サービスは、もともと教会の慈善活動に原型があり、人道主義的な理想によってできた社会的要求に基づくものと、労働運動内部の連帯の理想に基づくものがある。様々な社会的組織や団体が現在のようなボランティア福祉協会の指導という形にまとまったのは、長い発展の所産であり、何世紀にもわたる過去の教会制度と関連をもっている。幾度となく立派な人々が出て重要な発展への原動力を与えたが、この人々は、自分の受けた強い召命の自

覚や人道主義的な動機に基づいて、自分達の同僚にその時代の社会的悲惨をなくすようにと訴え、新しい援助の方法を発見することに成功したのである。第一次大戦と、戦後の困難な時期には、民間の社会組織の多くが存続の危険にさらされたが、かえってこの時に、それまで全くバラバラだった民間の慈善活動と組織とが統合されたのである。ボランティア福祉サービスを行う上部団体が、それに属する地方の各組織や特殊な協会の正統な代表という現在のよな性格を与えられたのは、まさにこの時のことであった。

上部団体が結成され発展するに伴ってボランティア福祉組織を敏速に活動させるための機構ができ、必要な活動を行い、第二次大戦が作り出した特別に広汎な問題に対処することができたのである。この時代の巨大な社会問題、例えば、難民に対する援助、戦争捕虜への援助、子供の本国送還、家のない児童への援護、その他多くの仕事、これらは、ボランティア福祉団体や何10万というこれに関与した人々の協力がなければ、対処しうるものではなかった。1945年にすべてが崩壊したあとでドイツがなめた苦しみは、今では過去のものとなっている。あの時代はほとんどの政府機構が全く役に立たなかったのである。あらゆるところで援助が必要とされたが、ボランティア福祉団体だけが援助を行うことができた。しかもそれは外国からの救援が行われてのち、初めてできたことであった。

今でこそ最も重要な必要物資は満足に与えられ、国家は戦後の多くの悲惨を救ってきたことははっきりしているが、ボランティア福祉事業はその特別な存在意義を獲ち得てきているのである。個々人の活動を別にすれば、ボランティア福祉団体は現代社会の中で重要かつ本質的な役割を担っており、公的な援助への期待に応えてきている。国家や行政体と相互に依存関係を保ちながら、こうした団体は常に新しい社会的挑戦に応えている。多くのヨーロッパ諸国や他の国々とちがって、ドイツの慈善団体は社会福祉の種々な分野で、公的な社会組織と協力しながら活動を行っているのである。

### III

ボランティア福祉協議会の仕事は、普通の専門的な職務と特別な仕事とに分けられている。普通の職務はボランティア福祉がこれまでに広く経験を積んできた分野である。特別な仕事とは、急を要する問題や緊急事態に対処する短期間のものである。ボランティア福祉協議会の仕事は、社会的扶助の分野にかかわるもの、及び、その形式的な面に関わるものの二つだと言いうる。ボランティア福祉協議会それ自体は、要約すれば3つの側面をもっている。すなわち、健康保持のための援助、教育援助、経済福祉援助である。この3つの分野すべてにおいて、いろいろな組織を通じて、又直接に対象者との連携を通じて、仕事が行われている。1970年に行われた調査によれば、ボランティア福祉協議会は200万以上のベッドを自由に使うし、52,478の組織に使用しうる施設があり、そこに309,121人の常勤専門職員と72,767人の非常勤職員が雇用されている。彼ら職員たちはさらに約180万人の自発的な男女ヘルパーによって支えられているのである。

事業に必要な資金を集めるために、ボランティア福祉協議会では募金を行っており、それは一年中、各州政府 Lander の協賛によるスケジュールに基づいて行われている。ドイツの人々が以前ほど気前がよくないのは、彼らが「第三帝国」時代に被った苦しみによるのであろう。このため、各々の福祉団体は、一般の援助をおおぐ別の方途を見つける必要があった。テレビ雑誌「子供と老人に陽のあたる所を」、「問題児のために」などはこの例に属する。福祉郵便切手も、連邦郵政省の協力を得て行われ、ボランティア福祉協議会が利益をあげられる様に、値段を高くして発行・発売されているのである。

ボランティア福祉協議会は、目的・活動範囲・方法、資源の使途などを固定して考えることはしないのに対して、公的な福祉行政当局は、かなりの程度、法律によって決められる命令の範囲内で、援助を与え資源を利用しなければならない。しかし、ボランティア福祉団体は、今日、公的な協力と支援ぬきでは、重要な社会的業務を遂行できなくなっている。公的な福祉の中に引き入れられ、公的な責

任と補助金とを正式に受けることによって、ボランティア福祉協議会は国からの広汎な補助をうけているのである。他方でボランティア福祉協議会は、ヘルパーと組織とに関して、公的な福祉活動を改善・補足し、それによって国の財政を援助しているのである。

### 新しい立法

1962年まで施行されていた社会保障法は、1924年にできたものである。

新しい連邦社会保障法は1962年6月1日に施行されたのであるが、(略称BSHG)、これによって社会保障は調整を受け、さらに発展させられた。

すでに1924年にできた公的社会保障にかんする法律では、ボランティア福祉団体の地位が定められている。これによれば、各地方の福祉行政当局は、その職務の幾つかをボランティア福祉協議会に譲ってもよいことになっている。公的福祉行政当局は、ボランティア福祉団体で十分賄える限り、自分で新しい組織を作つてはいけないうことになっているのである。各地方の福祉協議会は、公的な福祉事業と民間のそれとの連携を保ち、両者が相補なうようにすべきだ、とされている。

連邦社会保障法の規定では、ボランティア社会福祉団体が、広汎な活動ができるように保障している。ボランティア福祉事業に関する最も重要な規定は、同法の10章及び93章におかれている。この二つの章と切っても切れないのは、要援護者が第3章の2及び3にしたがって選ぶことのできる権利である。要援護者の要求はできる限り考慮されなければならない、特に彼が特定の組織に入れてほしいとか、自分の宗教的信条に合致したところで援助をうけたい、とかの希望がある場合そうしなければならない。

第10章では、教会及びボランティア福祉協議会が、その社会的職務を遂行するものとして、法的にあまり縛られないようにすべきである、という点が特に強調されている。法を適用する場合には、社会福祉行政当局は、教会やボランティア協議会と一緒に事業を行い、それぞれの独自性を尊重しなければならない。両者の事業は要援護者の利益に合致する様に行われなければならない。社会福祉行政

当局はボランティア福祉協議会を助けるものである、等々である。もし、ボランティア福祉協議会が同意すれば、社会福祉行政当局に代って職務を遂行を依頼されるが、要援護者に対する責任は当局側にある。もしある場合に、ボランティア福祉協議会が援助を承諾したときには、福祉行政当局は、現金給付に関係のない限り手をひかなければならない。93章によれば、社会福祉行政当局は、あらゆる必要設備が手に入るよう保証しなければならない。もし、ボランティア福祉協議会に属する適当な設備が使えるならば、新しい設備を導入することはできない。この設備を利用するばあい、社会福祉行政当局が支払いを行うのである。

ボランティア福祉事業団体連合会は、援助を必要としている人々の声を代表する重要な機関である。毎日およそ200万の人々が、6つの上部団体を通して、行政当局に対して援助を要請している。これに関する広汎な仕事が毎日様々なボランティア組織とその職員によって行なわれているが、それに加えて、ボランティア福祉協議会は、その存在があまり表面に出てこない人々や、切実な要求があまり受け入れられていない人々、生産中心の社会で置き去りにされた人々など、そうしたすべての人々の声の代表の役をつとめている。こうした努力は、団体連合会に関する法律によって保証されており、この中で、「人々の社会的責任を養い強化すること」が特殊な職務の一つだ、と述べられている。だが、一般の人々にある目的を達成しようとしてアピールを行なっても成功することはそれほど多くない。多くの変化が法を通して行われなければならないのである。こうした改革が行われるには、数週間、数ヶ月いや数年もが必要であり、そうこうするうちに基礎ができあがり結果が評価されてゆくのである。ボランティア福祉協議会は、社会法が作られ施行される委員会での発言権を持っている。最初は全く合意が得られなくても、多くのばあい、援助を望む人の為になる様な有効な解決が得られるのである。こうした業績があるからといって、以前から同じことであるが、団体連合会に属する上部団体の将来が保証されているとは決していえない。新しい問題が常に待ちかまえている。そうした問題を発見し、解決してゆくことが、

すべての協議会に課せられた共通の目標であることにはかわりはないのである。

Social Service Quarterly, Winter, 1973-4.

pp.93 - 96.

(小林良二 社会保障研究所)

## 失業者に対する政策

— 援助か抑圧か —

(イギリス)

### I

一般に失業は各人が防ごうにも防ぎきれないものである。各国で失業保険制度が社会保障の一環として取り入れられるようになったのも、失業による貧困が決して個人の責任に帰することができないと一般に認められるようになったからである。しかしながらすべての失業が非自発的なものかというとは限らない。自発的な失業と非自発的な失業とを区別することは実際には非常に困難なことであるが、何らかの方法でこれを区別し、非自発的な失業にその給付を限定しようとするのが失業保険制度の一般的な運営方法である。

ここに紹介する文献はイギリスの問題を扱ったものである。失業者に対する失業給付と補足給付の制限的な支給が、それらの給付を最も必要としている人々を抑圧する結果になっていることを批判したものである。

### II

失業者は一般に二つの社会保障給付を受けることができる。一つは国民保険制度の下での失業給付であり、他は補足給付である。



失業給付を受給したいと思う人は職業紹介所に出頭し登録しなければならない。職業紹介所自体は雇用省の管轄下にあるが、失業保険給付の支給は保健社会保障省にかわって雇用省の方が取り扱っているわけである。失業者は、ここで労働が可能であることまた就業できることを示せば、毎週失業給付を受けることができる。しかし次のような場合には6週間を限度に失業給付の支給が停止されている。一つは正当な理由なしに就職を拒否したとみなされる場合である。この理由で給付を停止される例は実際には少ない。1971年では失業給付総申請件数の0.5%であった。給付が停止される他の理由は、失業の責任が本人に帰せられると考えられる場合である。これには失業が本人の「自発的」な辞職によるとみなされた場合や、本人の「不始末」によるとみなされた場合がある。これらの理由による給付の停止件数は少なくない。1971年では前者の場合が総申請数の7.8%、後者は4.4%であった。

### III

失業者は失業給付（国民保険）とは別に、あるいはことに追加して補足給付を受けることができる。この場合にも労働可能な者は職業紹介所で登録することが受給の要件になっている。

ところで一般に失業者が補足給付を申請するには次のような場合が考えられる。

(1)失業給付期間（最高1年）を越えた場合や、それまでの抛出が不十分なため給付額が低額である場合。(2)失業給付だけでは不十分である場合。所得比例補足（失業給付）が得られない場合や高い家賃を支払っている場合などが考えられる。(3)失業給付を停止された場合（最初の6週間に限られているが）。この場合にも低額であるが補足給付は受給できる。

補足給付を申請する者は、失業給付受給者のように単に雇用省での手続だけで給付を受ける訳にはゆかず、書式をそろえて保健社会保障省に申請しなければならない。申請者は地方事務所面接を受けまたは自宅訪問を受け補足給付を受けることになる。

しかしながら特に失業者に対する補足給付の支給には、4週間後に特別面接を行なってその後の支給を抑制したり、3か月後に詳しい事情聴取を行なうなど、これを規制する方針が取られている。これは若者が休暇を楽しみながら、失業を理由に補足給付を受給するなど、補足給付の悪用を規制する目的で採用されているものであって、就業する機会が多いと認められる地域に住む45歳未満の単身不熟練労働者がこうした規制の対象となっている。

### IV

雇用省が失業給付を停止する場合の判断の根拠は、以前の雇主または紹介した雇主の証言である。そしてこの仕組みは権利意識にとぼしい、失業におちいるような状況をコントロールすることができない人々に最も重いインパクトを与えることになっている。より賢明な者は失業給付を受けられなくなるような状態を避けるよう注意をはらうことができ、失業給付と所得比例補足を受け、さらに剰員整理支払金や所得税の払戻を受けるかもしれない。これに反しこのような注意を十分払えない人々は、失業給付を停止されるだけでなく、最も再就職の機会に恵まれない不熟練労働者でありながら、補足給付からも4週間後にはしめだされてしまうのである。

### V

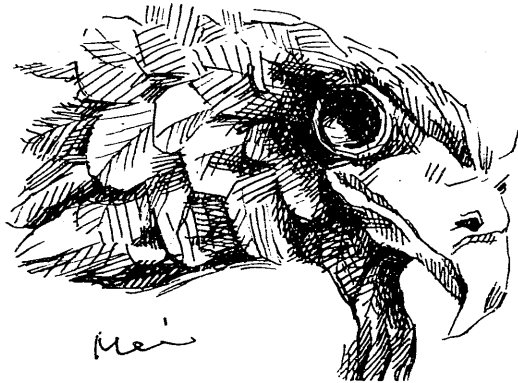
失業給付の支給に関する規制は6週間という期間に限定され、法律に定められた範囲内で実施される。これに対し補足給付の規制は運用上の規則で定められており、その抑制効果ははるかに高い。そしてこれら両制度が互いに作用しながらもたらされる結果は、失業者の間に二つの階級を作ることである。失業給付だけで維持できる階級と、補足給付にたよらざるを得ない階級とを生みだしている。前者の場合でも失業が長期化し就職の機会がますます遠ざかれば、補足給付に依存せざるをえなくなり、ますます抑圧的な規制を経験しなければならなくなる。

保険の原則にこだわることなく、非自発的な失業者には無期限に十分な給付を

支給するとともに、妥当な額の、そして普遍的なタックス・クレジット制度を採用することが必要で、これではじめて失業者の間の二つの階級をなくすことができる。これが著者の結論である。

Michael Hill, Policies for the Unemployed: Help or Coercion? (Poverty Pamphlet 15), Child Poverty Action Group, April 1974.

(一圓光弥 健保連)



## 社会保障こぼれ話

### 企業福祉制度

(アメリカ)

この国の企業福祉制度は、従業員とその扶養家族に対して、所得維持の現金給付や医療費の給付などを提供している。この制度は多種多様な形をしており、各種の活動は拡充を続けている。しかし、その活動のいわゆる成長率をみれば、1972年の成長率は前年より若干低くなっているが、このような低下が現われたのは1967年以来初めてのことといわれる。

たとえば、拠出では、1972年には対前年比が12.9%であるが、1971年の対前年比は約14%で、この比率は1970年より2%高かった。もっとも、上述したような低下が現われているにもかかわらず、賃金や俸給が上昇しているので、拠出収入は、確実に増大している。また、給付の費用は1972年に総額325億ドルを記録しており、これは前年より約35億ドル増大している。しかし、対前年比では、1972年の11.9%という上昇率はその直前4年間における比率と比較すれば、若干低くなっている。1972年の比率が低下しているのは、1971年における経済安定政策による物価上昇のカーブが、1972年における医療費の支出増大を若干制約したからであろうとみなされている。ちなみに医療費の支出は給付費合計の約50%を占めていたといわれる。

ところで、企業福祉制度のうち、私的年金の部門だけをみれば、私的年金に対する労使双方の拠出は、1972年にかなり増大し、拠出収入は約185億ドルで、これは10年前の3倍以上に相当する。この拠出は対前年比で11.4%になるが、この比率は1971年の比率を若干下まわっていた。もっとも、1972年の比率は、この数年間の動向からみれば、ほぼ平均的な数値といえる。1972

(36頁へ続く)

## 社会保障の改革を求めて

Maurice Piraux and Gilbert Liekens

(ベルギー)

本稿には、現行社会保障制度のもつ欠点とそれらを除去することのできる手段の評価が示されており、また、それらの欠点を除去するために経済省に所属する企画庁が行なった提言の検討も添えられている。

社会保障が多数の悲惨な状況に対する救済策であることは確かに真実であるが、社会保障が大多数の人びとの生活水準を維持してきたのに、その仕組みはすべての人びとにある生計に必要な水準を保証できなかったということもほぼ真実であるといえる。事実、賃金取得者達に設けられた制度の中には、相違するところが多いし、また、その制度と自営業者達の制度の間には、より多くの相違がみられる。

社会保障の複雑さはその仕組みで次第に人間性を奪われるようになるので、社会保障の基本的な特性、つまり、連帯責任が見失われ、しかも、その結果として連帯責任が忘れられる。

1969年に、経済省の企画庁（その後、経済企画庁となった）は、社会的所得にかんする純粋に国内的な性格をもつある研究に着手し、1991年に、その機関はある報告書を提出したが、その報告書は特定の事実という形を用いる考え方で資料を提供するように企画されていた。

この報告は社会保障のうち、年金、家族手当、医療の主要な3部門を取上げて

おり、技術的な細かい事項のすべてに立入ることをしないで、執筆者達は主題の基本的な要素を明らかに書き出している。

年金については、色いろな事柄の中でも、とくに、執筆者達は高齢者の所得保障を制定した1969年4月1日付の法律で提供される年金額が、疑う余地もなく低すぎることを指摘した。とくに、ときどき発生することだが、純粋に管理上の性格に属する理由から、十分な労働生活を果すことのできなかつた年金受給者の場合には、年金は生計に必要な水準よりはるかに低い。

さらに、異なった年金制度の間に存在する不一致のために、不安な点があるかも知れないし、また、少なくとも生計に必要な所得を提供するようなある単一の基本的な年金制度を設けるのが得策であるかどうか疑問であろう。この点について、企画庁は460億から753億（訳註 通貨単位は示されていない）の費用を必要とする色いろな制度について、各種の仮定を検討し、金額を示していたが、報告に詳述された中で、この部分は最も重要な部分であった。

家族手当については、企画庁は4種類の提案について費用の見積りを行うのに努力したが、それら4種類の提案は賃金取得者、自営業者、および公務員の子供達に全く同一の手当を支給するある単一の一般的制度を設けようとするものであった。その4提案は報告に詳述されている。それらの提案は第1番目の子供を対象から除いているが、もし子供が遺児、身体障害、もしくは廃疾者の子供の場合には、対象に含めることになっている。財政については、制度の全費用を政府が調達するか、あるいは、費用の全部もしくは一部を市民の全員が調達することになっている。

健康保険は確かに社会保障の一部門であるが、この部門では、収支の均衡が常に困難な問題を生み出している。この件について、企画庁は本質にかかわる意見

を述べないで、純粹に情報を示すために、次の2つの方法を提言している。すなわち、それらの方法は費用を国が調達するか（その場合には、費用の全部か、主要なリスクによる費用だけを国が負担し、小さなリスクを任意保険で調達する）、あるいは、市民達が課税所得により異なる拠出で費用を調達するかにより、主要なリスクと小さなリスクの双方について、全市民に択一的な適用を行なうことである。

年金以外の所得移転については、労働者が失業するか、あるいは、通常の業務外による疾病や災害もしくは雇用上の災害や職業病で廃疾になるかに応じて異なる方法で労働者に補償を与えるには、その所得移転が正しいかどうかということは疑問であるかも知れない。正常な所得の一時的もしくは永久的な喪失の原因が何であろうとも、所得は同一であるべきだということを認めるのは、より以上に論理的ではないだろうか？

企画庁はまず第一に新しい補償制度が失業もしくは業務外の疾病や災害によって生じた所得の喪失に限定されるだろうという理解にもとづいて、毎月の賃金の全額を補償する仕組みの導入を提案している。その理由は雇用上の災害や職業病に対する補償が、異なる法律の原則の適用によるものであり、しかも、異なった方法により支給を認められるからである。

生計に必要な所得への権利について、各種の手段の中でも、すべての人びとに生計に必要な水準で諸手当を保証する手段を用意するように、この報告は提案している。

財政的な技術は比較的少ないが、それらの技術のうちある1つの技術もしくはそれ以外の他の技術を選ぶか、あるいはそれらを組合せるかの重要性は大きく異なるだけでなく、決して無視できない。企画庁はこの点を証明する幾つかの研

究を実施してきた。それらの研究は、本報告にかんする全般的な討議を展開する初めの部分に示した単独の主題の部分に分析されている。

Une Autre "Sécurité Sociale" ?, Revue Belge De sécurité sociale, No. 5, March 1972, pp. 551 - 568 ; No. 1, '72/3.

## 1970年の疾病保険

—— チェコ社会主義人民共和国の成果 ——

(チェコスロヴァキア)

本稿には、1970年に支払われた疾病給付およびその他の諸給付にかんする統計の要約が示されており、この資料は労働組合の年次大会に使用するために用意されたものである。

この年の7月1日に新しい形の母性給付が採用された。女子被用者に対するその手当は、その手当が疾病保険給付というよりも、事実上では、むしろ、政府の年金であるが、労働組合によって管理・運営されている。この手当は最も幼ない子供が2歳未満で、2人以上の子供を養育しており、出産休暇中の母親に支給される。

疾病保険給付の支出は、1966年の590万コルナから1970年には950万コルナに増加したが、その増加は主として2つの要因によるものであった。つまり、それらの要因は疾病の罹患率上昇と疾病の子供を看護する母親に対する支払いであった。喪失所得を補償する疾病給付の支払いは、1966年から1970年までに140万コルナ増加したが、その増加は主として罹患率の上昇によるものであった。疾病の

罹患率は1966年に4.27%で、1970年には5.12%に上昇していた。しかし、1970年の罹患率は流行性のインフルエンザ（1,000人当たり113.7件）による例外的に高いものであった。疾病休暇の平均的な長さは16.44日で、この数値はきわめて高い。短期的な呼吸器疾患の増大という見地からみれば、このような状況はとくに驚ろくべきことである。疾病の子供を世話する人びとへの諸給付（看護給付）にかんする支出も、同一期間に5,410万コルナ増加していた。その金額は予算総額の1.37%に相当している。全般的な支出増大の主要な原因は「非生物学的」な欠勤によるものである。このタイプの欠勤を減らすために試みられた一連の手段が1970年に採用された。労働条件、安全手段、および保健を改善することにより、罹患率を引下げするために、新しい手段も必要とされた。

人口政策を支持するように工夫された諸給付（母性手当と家族手当）の支出も増加した。1946—50年の1,000人当たり21人から1969年の1,000人当たり13.9人と1970年の14.9人に出生率が低下した好ましくない状況のために、これらの諸給付は必要である。（家族手当の受給者1人当たりでは、平均1.69人の子供が養育されていた）。最近の増加は人口構造の変化によるものである。

新しい現物給付は追加的な温泉療法に限られているが、損なわれた健康の回復を助けたり、あるいは健康を損なうのを予防するような処置に対して、1970年には15,590万コルナの支出が認められた。これらの支出は医療の一部を形成する通常の温泉療法に加えて支払われたものである。

現金による出産手当は1月当たり約20,000人の女子被用者に支給を認められた。1971年春に、その人数は27,000人に増加し、その水準で安定した状態になっているようである。その費用は月額で約1,400万コルナである。

なお、本稿には、支出より10%少ない収入の詳細な状況も示されている。

Nemocenske Pojisteni v Roce 1970-vysledky  
hospodareni v CSR, Narodni pojisteni, No.  
7, 1971, pp. 14 - 19 ; No. 29, '72/3.

## 年金制度の改革

Andrzej Tymowski

（ポーランド）

本稿では、筆者は現在実施されている被用者とその扶養家族にかんする年金制度の利点を論述している。しかし、最低生計費という見方からみて、また、すでに支給されている年金の価値低下という観点からみて、筆者は平均賃金もしくは少なくとも生計費指数の上昇に応じて、年金を再評価するためにある提案を明確に論述している。

1968年の法律は年金受給者の生活水準を上げるのに寄与した。1968—70年に、平均的な年金額は12%上昇し、その金額は1,610ズロティになった。支出は1967年の49億ズロティから1970年の95億ズロティに増加した。公式の統計によれば、生計費は同じ期間に5%上昇していた。年金の増額がいかんにかんして年金受給者に分配されたか、またPiotrowskiによって明示された2つの基本的な判断基準が固執されているかどうか問題がある。

それらの判断基準は次のとおりである。

年金額はその国の社会的かつ文化的な発達の水準に応じて社会的な最低基準であると承認された基本的必要性をカバーするものでなければならないし、また、年金受給者とその扶養家族にとって十分なものでなければならない。年金額は年金受給者が稼得活動を行なっているときに、当人の取得した賃金の水準を反映しなければならない。

筆者は社会的な最低基準が何を留意しなければならないかを示している。年金受給者は妥当な設備をもつ政府の住宅基準に合致するアパート、年金の受給開始後の期間を平均12.5年という観点からみた新しい衣服と靴（稼得活動に従事するのに要求される基本的な品目）について妥当な金額、妥当な水準による基本的な栄養、休日の、もしくは家族や友人を訪問するために行なう年に1回の旅行、および日刊紙、ラジオ、月1回の映画や劇場の入場券などのような基本的文化のニーズを享受することができるべきである。

その社会的な最低基準は月額1,202ズロティであると評価されている。しかし、1970年には、年金受給者の24.8%が月額1,100ズロティ以下で、1,100ズロティから1,249ズロティの人びとは13%であった。年金の支給が認められた年と関連させて年金額を検討すれば、以前に支給を認められた年金額は最低の年金額より低いことが判る。

さらに、年金の支給認可は本人自身の権利で年金の受給資格を取得できない被扶養の妻を考慮していない（年金受給者の妻のうち、25%がこれに該当する）。

また、年金は支給の認可以前にどれだけ稼いだかという点を考慮して計算されるが、しかし、部分的には生計費の上昇による賃金の平均的上昇を考慮していない。

筆者は現行年金制度の弱点について、次のように要約している。

- a 少なくとも社会的最低基準をもつ年金額保障が欠けている。それは年金の支給認定時だけでなく、年金の支給期間を通じて指摘される。退職した男子がその後12.5年の平均余命をもち、女子が19年であるという事実からみて、これは欠くことのできない点である。
- b 年金は扶養家族を考慮しない方法で支給を認められている。働らいていない

妻は本人自身の名前で年金に対する権利をもっていないが、かれらを援助する必要がある。これらの高齢者は年金受給者の約25%に当り、かれらの物質的な立場はきわめて困難な状態におかれている。

- c 年金は支給を認められた年により異なるべきでない。人びとは、たとえば、かれらの経験、熟練などのように、労働期間中における貢献を考慮して年金の支給を認められている。かれらの経験に何も考慮しないということは変ってしまったが、かれらは新しく認可された年金と比較すれば、より低い年金を受給している。これはとくに高度な熟練をもっている人びとに影響を与えており、さらに、かれらは年金総額の評価に対する制限を定めた規則により、最も大きな影響を受けている。
- d 年金制度は賃金上昇に対して年金を自動的に調整する規則をなんらもっていない。その結果、年金受給者は生活水準の上昇による分配分を得ることが認められていないし、受給している年金の価値の低下をもたらす社会的な最低基準の変化（物価上昇）に対する自動的な調整もっていない。

このような状況を修正するには、何をなすべきであろうか？

最も効果的な手段は平均賃金の変化に対して、同一の比率で年金を自動的に調整することであろう。これは年金受給者にとって生活水準の上昇から十分な利益を与えることになるであろうし、また、古い年金受給者と新しい年金受給者の間に平等化を認めることになるであろう。

しかし、これは最高の必要条件である。もし、この国のもっている現在の可能性からみて、現実的でないことが発見されるならば、よりおだやかな選択が提案される。すなわち、それは物価上昇に対して年金を自動的に調整することである。これは年金の実質価値を保証するであろう。



その他の解決すべき問題は、被扶養の妻を扶養する人びとに利益となる年金に変化をもたせることである。

O dalsze doskonalenie systemu emerytalnego,  
Pracai zebezpieczenie społeczne, No. 12, 1971,  
pp. 2-7; No. 45, '72/3.

## 職業安全と社会保障

Risto Saarinen

(フィンランド)

本稿には、フィンランドにおける職業安全の組織と発達、および職業安全と社会保障の関係が論述されている。

職業安全は近代的な社会政策にとって何よりも優先すべき基本的な任務であるが、その費用は比較的小さい。1972年に、政府と自治体によって調達された職業安全の支出は450万マルカで、それは社会保障支出総額の約0.1%にすぎなかった。フィンランドでは、職業安全は労働時間、年次休暇、および労働協約にかんする法律の行為の監督も含んでいる。その監督の仕事は社会・保健省、同省に従属する各職業安全機関、および自治体の労働監督官に属している。

労働災害と職業病の発生件数を示す統計は、件数が上昇してきたことを示している。1968年には、災害の発生件数が162,945件で、そのうち死亡が327件、永久的廃疾が2,218件であったが、1971年における状況を予測でみれば、約213万人の経済活動に対して、災害の発生件数が約28万件、死亡が400件であった。この災害件数は約50万人の農民と自営業者を含んでいない。災害の発生件数は職業

別によって異なる。最も危険な職業は、毎年の平均で労働者1人当たり1件の災害が発生する港湾労働者である。職業病は災害に匹敵し得る。しかし、1年当りで支払われた補償件数は一般的な状況を反映していない。毎年約1,200—1,500人の人びとが補償をうけているが、職業健康協会によれば、災害件数は少なくとも5,000件である。

1917年以来、被用者は強制的な災害保険でカバーされてきた。災害による労働喪失日は毎年約650万日である。被用者は約8,000万マルカの賃金を喪失しており、使用者は拠出として約4億マルカを支払っている。災害保険の補償支払い額は約14,800万マルカとなっている。

労働災害の発生件数と補償の支払い額、およびそれらによる損失は、職業安全に対する判断基準として検討することができる。職業安全の維持に要求された各基金は、補償費のほんの一部を示すにすぎない。

法令による職業安全の組織と内容は、1927年の労働監督法に規定されている。しかし、商工業の急速な発達により、この法律はもはや必要条件を満たしていない。さらに、その法律の制定以後、職業安全にかんする多数の規則が制定されてきた。これらの理由から、昨年秋に、社会・保健省により2つの政府委員会が設けられ、職業安全の運営と管理にかんする新しい法律を設けるために幾つかの法案が用意され、現在、それらは国会に提出されている。

Työsuojelu ja Sosiaaliturva, Sosiaalivakuutus, No. 6, 1972, pp. 22-25; No. 54, '72/73.

# 失業中の所得補償

Werner Hoppe

(西ドイツ)

本稿には、雇用促進法により減額された手当を採用させることになった基本的な論議のアウトラインが示されており、併せて、資格取得条件が記述されている。

雇用促進法の効力発生により、その結果として、所得維持手当が改正された。

高級な訓練や再訓練のコースをうけていた者が、そのようなコースのために用意された所得維持手当を受給している場合には、かれがそのコースを終了して後にも失業しているならば、コースの終了後における特定期間について、減額された金額でそのような手当が引続き支払われる。延長された訓練コースをうけていた者が、もはや失業給付の受給資格を取得できないという事実からみて、この規定は必要である。

訓練をうけるある誘因がなければならぬという理由からだけを考えてみても、失業給付への依存というのは不適切である。

雇用促進法の第44条第5項によれば、より高級な訓練もしくは再訓練のコースをうけていた者が、そのコースの終了後6カ月以内に失業した場合には、15%の減額を条件として、所得維持手当が支払われる。

その手当の支給される期間は、  
訓練期間が1年未満ならば、78日間、

訓練期間が1年以上ならば、156日間である。

子供を養育している既婚男子には、減額された所得維持手当の支給額は、一般に、当人の適用される失業給付とほぼ同一である。

減額された所得維持手当は、訓練コースの終了した時と試験をうける間にも支給されるであろう。

訓練期間中に所得維持手当をうける資格を取得した者は、当人がそのような訓練を終了した直後の6カ月間に失業者となり、職業紹介を利用できて、また所得維持手当の受給を申請するならば、法律の第44条第5項によって、減額された手当を受給する該当者となる。

「訓練の終了」という用語は、全コースが定められたとおりに実施され、完了したことを意味している。

減額された所得維持手当は、受給の申請が行なわれた場合にのみ支給を認められる。給付を算出する基礎はすでに支給された手当を対象としている。あるなんらかの追加的な所得が考慮される。

*Unterhaltsgeld Während Der Arbeitslosigkeit,*  
*Deutsche Versicherungszeitschrift, No. 4,*  
1971, pp. 84 - 88 ; No. 56, ' 72/3.

以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対する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)

## フランスの医療保険と税制

横浜市立大学教授 小山路 男

ヨーロッパ諸国で、医師の社会保険診療報酬に対する租税特別措置が行なわれているのは、フランスのみである。現行の方式は1971年の「医師に関する全国協定」の実施にあたって採用されたものであるが、細かい経緯は一切省略して、以下ではフランスの医療保険における償還制についてややくわしく説明し、つぎに全国協定の内容と租税特別措置の概要を述べることにしよう。

### I

フランスでは伝統的に「自由医療の原則」が尊重されている。それは、(1)患者が医師を選択する自由 (2)医師が診療方法を決める自由 (3)料金に関する医師と患者の直接協議 (4)患者による医師に対する料金の直接支払 の4項目を主な内容としている。開業医は患者を自由に診療し、その料金は診療内容と同時に患者の経済的負担能力を考慮して決定する。医療保険はこの場合、患者が医師等に直接支払った料金の一部を償還するにとどまるのである。

フランスの償還制は、このように自由医療の原則にもとづくものである。患者が医療機関にひとまず料金を支払い、疾病金庫は公定料金表の料金の一定率を償還する。したがって、この方式では償還率と公定料金の決定方法が問題になる。

まず、償還率について説明する。償還率は一般に100%未満であり、被保険者は費用の一部を負担しなければならない。この一部負担は「抑制券」(ticket modérateur)といわれ、乱受診を抑制する機能をもつとされている。

医師、歯科外科医および補助医(マッサージ師、看護婦を含む)に対する診療費の償還率は75%、入院に要する各種の費用(入院料、診療料金、検査等)および公立病院における外来診療費は80%、一般薬剤70%、特定薬剤(治療に必要不可欠であり、とくに高価であると認められているもの)90%、その他の医療サービス(検査費、治療器具費等)70%、というのが一般の償還率である。

ただし、この償還率には重要な例外がある。すなわち、疾病金庫が100%償還する場合であって、つぎのようなものがあげられる。

- 外科手術で、一連の診療行為がK50以上の係数(これに単価を乗じて費用を計算する)に対応する同一の期間内に行なわれる場合、また、手術に直接関係のある診療行為および器具の供給。
- 30日超の期間入院が必要な場合の第31日目からの入院料
- 3か月超の期間病気で労働を停止する場合、労働停止の第4か月の1日からの診療費
- 一定の条件に適合する長期療養を要する病気で、かつ治療費が高くつく場合、この場合、疾病金庫は病人の特別検査を行うことができる。
- 廃疾者年金、遺族年金受給者である場合
- 60歳以上で廃疾者年金にかえて老齢年金受給者である場合
- 戦争障害者年金又は戦争犠牲者年金の受給者である場合
- 労働災害において2/3以上の不能者手当の受給者である場合
- 早産児保育器で保育している早産児の病気
- 血液、血漿、それらの派生品および母乳の供給

以上のように、高額医療、長期疾病、各種年金受給者、乳幼児、血液等の場合に、償還率が100%であることは注目をひく。また、国家連帯基金(Fonds National de Solidarité)の追加手当を受ける資格のある被保険者(つまり低所得者)の一般薬剤は80%と普通よりも10%高く償還率が高められていて、低所得者保護の途も講じられている。もっとも、以上の特例は、わが国とは制度の仕組みが異なるので、簡単な比較はできないが、かなり参考になろう。

## II

入院について説明すると、患者はつぎの二つの留保の下に病院を選択することができる。

- (1) 緊急の場合を除き（緊急かいなかは疾病金庫の顧問医の認定による）、非公認の私立病院の入院料は償還されない。
- (2) 入院に要する諸費用の償還は、患者の状態を考慮して、患者が受け入れられることができる、自宅にもっとも近い病院で実施されている料金に制限される。

以上を原則として、各病院の費用負担はつぎのようになる。

- 公立病院 入院中の費用は実額の80～100%の率で疾病保険金庫が直接負担する。患者の希望により特別室を利用した場合は、差額は全額患者負担となる。
- 公認協定私立病院 原則として病院で要した費用の80～100%が償還される。ただし、入院料は疾病金庫が直接に病院へ支払う。医師の診療料金については患者が病院に対して前払いすることを要する。
- 公認非協定私立病院 病院でかかった実額費用にもとづいては償還されず、協定料金表よりもずっと低い公定料金を基準として還付される。患者は病院に費用の前払いをしなければならない。

以上である。私立の協定病院、非協定病院については、後の協定医と非協定医のところの説明に譲る。なお、施設内分娩についてもほぼ同様の償還が行われているが、公立病院では最長12日間につき現物給付であるから、償還は行われない。公認協定私立病院の場合も最長12日間につき100%償還であるが、入院費は疾病金庫が直接病院へ支払い、診療費については償還制である。公認非協定私立病院の場合は、一般の入院と同じ扱いとなる。

償還制の場合、問題は償還率のほか、償還基準料金である。医師が自由に患者から診療費を請求し、償還される金額が慣行料金と著るしくかけ離れてい

る場合には、医療保険の効果は形骸化せざるをえない。実支出額と償還額との格差が大きく、実際の償還率は50%程度にさえなってしまう。そうしてこれが、1945年以前の実態であった。

したがって、当局は1945年以後、公定料金表にかえて医師に対しても拘束力ある拘束料金表を設定しようと試みてきた。この料金表は各県の医師会と社会保険基金との協議によって定められることになっていたが、医師会の抵抗のため、効果があがらなかった。また、各県ごとの協議がととのわない場合は、全国料金委員会が料金表を定めることになっていたが、この料金表には医師は服従の義務を負わなかった。

1960年、政府は政令によって各県料金表による協定の強制をはかったが、医師会は激しく抵抗した。1960年医療紛争は政府が協定に参加する協定医に、若干の課税上の優遇と医師年金制度に補助を増額することで、やっと終息したが、協定制の実態はあまり改善されず、患者の不満は大きかったのである。

1971年、政府は県単位の任意協定制を廃止して、あらたにすべての全国協定制を採用することになった。1971年10月の「医師に関する全国協定」(La convention nationale des médecins)がこれである。この全国協定は三つの全国疾病金庫（一般制度、農業制度、自営業者制度）と医師会側との間で締結されたが、それまでの細かい事情や医師会の分裂さわぎなどの説明は、いまは触れないことにする。

## III

全国協定の目的は、社会保険診療に参加する医師（協定医）に公定料金を守らせることである。協定医は超過料金を特別に請求できる場合を除いては、協定料金しか患者から請求できないこととしたのである。

超過料金が認められるのは、つぎの場合である。

- (1) 患者の特別な要求による例外的な時間または場合の診療
- (2) 大学教授または病院医の資格を持つ特別医

じく白色申告のようなもの)との選択がみとめられ、それ以上の所得のある者はすべて管理申告方式が適用される。なお、一般の自営業者は年収15万フランを限度としているので、この点でも協定医は有利となっている。

#### (1) 行政見積方式

経費はつぎのように3分され、控除される。

第1グループ——制限的に列挙されたつぎの諸項目について、経費を実額控除する。すなわち、基礎的施設費（診療所の取得費、賃借料又は不動産税、借入利子、償却費等）、人件費、第三者によるサービス費（代診費）、設備費（設備類のほか自動車費）、租税、抛出金掛金、一定の病院施設の支払使用料、特別の学会の費用、がこれである。

第2グループ——このグループの費用は証明したり評価するのがより困難なものであって、かつ開業医ごとにそれほど変化しないものである。第2グループの費用は、第1グループの費用を除くすべての費用を含む。ただし、実際の費用控除にかえて、専門別・収入別に定められた一定率を控除することが認められる。

この控除率は、一般医、専門医、外科医及び専門外科医、資格のある放射線医についてそれぞれ収入段階別に定められている。また、この定率控除は、協定医が自由診療を行なった場合でも、協定料金の範囲内において受けることができる。

たとえば、一般医の場合、年収6万フラン以下の場合には15%、以後2万フランごとに段階をつけて第7段階の16万フラン超では8%となっている。専門医は6万フラン以下が18%、最高17万フラン超で8%、外科医及び専門外科医は6万フラン以下18%、最高20万フラン超で10%、放射線医は10万フラン以下34%、最高34万フランで28%である。

第3グループ——これは協定医が協定制度に束縛されるという「特殊な従属的地位」を考慮して、収入額から一定の実額を控除するものであって、純然たる

(3) 病院医として働いたか、個人的な業績があるか、または卒後教育に関係した期間により医学上の証明書をもっている場合で、医師・金庫合同委員会で認める者

(2)と(3)が協定料金免除医といわれるものであり、(1)の場合には患者の経済状態等を考慮することになっている。

以上の場合を除いては、協定医は協定料金表を守らなければならないから、医療料金の決定が大問題となる。料金は原則として毎年、疾病金庫と医師会が合意し、政府が承認することによって改訂される。具体的には、毎3月1日以前に料金改訂の申入れが行なわれ、両者協議の結果、成案がえられると、大蔵大臣、厚生大臣、農林大臣に3月31日までに通知される。政府がこれを承認すると、5月1日から改訂が実施される。

このように、料金は毎年改訂され、その上げ幅は7~8%で、ほぼ賃金の上昇率に対応している。また、このやり方が全国協定に対する医師の不満を緩和するのに役立っている。なお、協定の合意ができない場合には、厚生大臣が大蔵大臣の合意を得て仲裁することになっているし、両者の合意ができた場合でも、厚生大臣は高すぎると反対できる権限がある。しかし、いずれの場合もいまだかつて例がない。

#### IV

さて、全国協定の実施にあたって、政府は医師団体に社会的優遇および税制上の特別措置を認めた。社会的優遇としては、疾病および出産保険については、本人および家族に対して給与所得者と同様の償還を認めたこと、老齢年金については、当時疾病金庫から2/3の率によって資金援助を行なっている任意的補足制度があったのを、医師の希望によって強制的な性格を持たせることができるようにしたこと等があげられる。

税制上の特別措置の内容はやや複雑である。まず、年収17万5,000フラン以下の協定医には管理申告方式（わが国の青色申告のようなもの）と行政見積方式（同

政策減免措置である。第2グループと同じように、専門別・収入別に控除金額が表示されているが、上限が高く、段階のつけ方が多くなっている。一般医の場合、6万フラン以下の5,000フランから始まって、最高は20万フラン超の2万フランの9段階になっている。同様に、専門医の上限は21万フラン超、外科医及び専門外科医が24万フラン超、放射線医が42万フラン超であって、控除額の最高はともに2万フランである。

## (2) 管理申告方式

年収17万5,000フラン超の協定医は、この方式が適用され、すべての経費につき原則として実額が証明されなければならない。ただし、協定医の交際費、職業上の贈物、自己の研究費等は、実額控除にかえて、収入の2%の概算控除が認められる。また、第2グループの恩典を受けられない代償として、協定料金収入の3%の控除が認められる。また、協定医に対して行なわれている第3グループの実額控除は、管理申告方式の場合にも認められる。

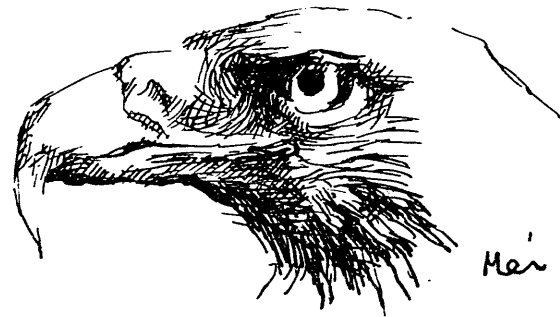
## V

以上が特別措置の内容である。これによって協定医の経費率は約50%となり、非協定医の約40%と比較すると、10%ポイント程度の優遇ということになる。だが、この優遇措置は、発明家の特許権収入の30%、作家や作曲家の40.5%（本業以外は32.5%）の収入控除と比較してみても、とくに大きいというわけではないように思われる。

政府はこの譲歩によって医師の90~95%が協定に参加することを期待していたが、実際はこれを下まわっているらしい。まず、さきに説明した協定料金免除医が、県によって異なるが、一般には5~10%程度に達している。患者は免除医には自由料金を支払うが、償還は協定料金表にもとづくから、従来よりは償還率がよくなったという効果があるだけである。さらにまた、パリ、リヨン、マルセイユなどの大都市地域では約50%の医師が協定に参加していない。非協定医から保

険診療を受けると、金庫は協定料金よりもはるかに低い公定料金にもとづき、同じ比率で償還する。したがって、患者や被保険者の立場からすれば、全国協定によって事態はかなり改善されたものの、保険医療についての不満はまだ大きいといわなければならない。

税制特別措置を受けるのは開業医のみであり、歯科医、看護婦、マッサージ師なども同様の特典を要求する声強いが、政府は反対している。また、医師への特別措置に反対の声があまり強くないのは、給与所得者が20%の所得控除をうけて税制上もっとも優遇されていることにも原因があろう。医療制度や税制の仕組みがわが国とはまったく異なっているのであるから、以上はほんの参考すぎない。





## パリの印象

——8年ぶりの訪仏から——

亜細亜大学 藤井良治

## I

この3月、用事があってパリに3週間ほど滞在した。1965年から1966年にかけて1年間滞在していた私にとって、8年ぶりのフランスであった。8年前のフランスは、私の胸をときめかせるに十分魅力ある国であったが、今度のフランスは、色あせて見ただけでなく、現実的な面ばかりが目についたのは、フランスが変わったのか、観察者である私の方が変わったためだろうか。もちろん、8年間のあいだにフランスそのものも変わったけれど、日本ほどには変化は激しくない。かって私が住んでいたパリの町の界わいは、以前あった店がなくなって、新しい店が出来ていたりしていたけれど、殆んど変わってはいない。ただ驚いたのは、自動車が通りを埋めつくすほどに増えたことで、日本のように駐車場の新設もままならぬパリでは、大通りからちょっと入ると、道の両側に駐車している自動車のため、くるま一台通るのがやっとといった有様である。

パリの3月はまだ冬から完全に抜けやらず、くもりや雨の日が多い。そのためか、観光シーズンの端境い期でもあって、比較的観光客は少ないということであったが、日本人の観光客でごった返している感じであった。ルーブルへ行くと、日本人のグループが部屋から部屋へ駆け抜けるように名画を觀賞して行く。記念写真屋は「シャチョウサン、シャチョウサン」といって呼びとめる。デパートも、三越、高島屋、大丸があって日本語で買物ができる。雑誌には、NIKON, CANON, YASHIKA, NISSAN, TOYOTA ……等の広告が並び、フランスに

はカメラや自動車がいないのだろうかといふかったりしたくなる。

こんなフランスではあるけれど、以前1つしかなかったテレビのチャンネルは3つか4つに増え、民間放送もでき、少しずつ古い建物が新しい近代的な建物に変わり、以前はカフェにしかなかった電話も、日本のように通りに電話ボックスができて、日本もパリもだんだん変わりなくなってしまうのではないかという感じが強くした。

## II

フランスの春はまた賃上げ要求 *revendication* の季節でもある。連日ラジオのニュースはストライキと賃上げでもち切り、ニュースを聞き逃したため、電力ストで食堂が閉まって弱った。この春の賃上げ要求は日本同様フランスでも激しかった。というのは、世界中を捲き込んだ石油危機のおかげで例年にないインフレのため物価上昇が激しく、それだけ賃上げ要求も大幅であった。

日本ではごく当り前に思われていた値段の取りかえはフランスでも大騒ぎであった。二、三日前に買ったものをまた買いに行く値段が変わっていたという話は方々で聞いた。事実、私も *petrole hahn* という安い整髪料を一週間後にもう一つ買おうと思って行ったら、4,50サンチーム上っているのには驚いた。衣料品は以前から高かったが、日本でならせいぜい3千円前後で買えるジーンズが100フラン(約6000円)はする。所得水準はもう日本の倍ということはないであろうから、やはり高いのであろう。それに引きかえ、食料品や食事はそれほど高くなっていない。学生食堂は、以前1フラン40サンチームだったのが2フラン50(約150円)で、食事の内容は、サラダ、肉、ポモフリと称する揚げジャガ、デザートと、見た目は悪いが、日本で食べたら絶対に500円では食べられないだろう。ベル・エポックの頃の名残りを止めているモンマルトルのレストランでワン・コース取って14フランちょっとで、戦前の映画の世界にいる気分になれる。同じくらしい内容の食事を、フランス慣れした外国人らしい男が、ア・ラ・カルトで8フランちょっとであげていったのは口惜しかった。

8年前には、日本人たちの間では「ダメなフランス」ということばがよく聞かれたが、今日でも本当にダメなフランスなのだろうか。すでに8年前から工事に取りかかっていたモンパルナッス駅界わいは、ほとんど完成したとは云え、まだ整備が完全に終わっていないのに驚く。日本では駅ビルと称するのであろうTour Monparnasse (モンパルナッス・タワー) が高くそびえ、パリの近代化の象徴のようでもある。高層化の進む反面、都市高層化に反対する人たちの大集會も開かれ、高層化が緑地や空地を増大させていないこと、家賃の高騰に拍車をかけていることなどを声高に叫んでいた。

### III

ところで、今回の目的の一つは、4、5年前から翻訳する予定になっていたクセジュ文庫のSociologie de la vieillesse (老年の社会学) の著者であるポール・バイヤ氏に会うことだった。ハイジャックやパリ郊外での飛行機墜落事故などがあつたため、急に出発が早まり、出発の朝、翻訳し終えた原稿を出版社に郵送するような次第だった。私の語学力不足のため、ところどころバイヤ氏の原文は難解な個所があつたので、それを直接質したかった。

ホテルはオデオン座のそばで、朝食付き27フラン(約1,600円)とやや高かったが、エレベータ付き(定員3人というのは初めてだった)なので我まんした。ホテルに着くと、早速連絡してあつたバイヤ氏に手紙を書いた。バイヤ氏からはすぐ返事が来た。バイヤ氏は、INED(人口問題研究所)で老人問題を担当されている。INEDは、パリの南、シテ・ユニヴェルシテールのそばの小さな裏通りとでも云うべきコマンドゥール通りにある落ち着いた近代的な建物だった。1時すぎに行く約束だったのでその時間に行くと、どの事務室もまだ昼休みと見えて空っぽ、向いの部屋から女の人たちの声がするので、声をかけると、昼食中のジバン姿のバイヤ氏の秘書嬢が出て来て、バイヤ氏は昼食に外へ出てまだ帰らないという。10分ほど廊下で待っていると、ロシア人のような帽子をかぶった老人が来るので、こちらから声をかけようと思うと、向うから、Bonjour, ムッシュ

・フジイという声がかかって来た。老人と云ったが、バイヤ氏は1920年生れだから、まだ老人と云うにはほど遠い筈だが、フランス人は年をとると齢よりふけて見える。早速バイヤ氏の本についての翻訳上の質問を浴びせたが、こんなやさしいことを何故質問するのだろうかと思ったかも知れない。バイヤ氏の文章は、ときどきわかりづらいところがあると云うと、自分の文章が悪いからだろうと云って私をなぐさめてくれた。例えば「文明社会を志向する社会において dans une société qui se veut policée」という文章で、どうして policedee などという耳なれないことばをつかったのか解せなかったが、バイヤ氏も、ほかの部屋からプチ・ロベールの辞書を持って来て、civiliséeと云いかせてくれた。そして自分の文体を知ってもらうようにと、百科辞典の抜き刷りをくれた。スペイン語の翻訳も出ているが、スペイン語に自信のある自分から見るとスペイン語版は誤訳だらけだが、自分は日本語が出来なくて残念だと云うから、私にとってはかえって幸いだということ、vous avez de la chanceと云って笑った。INEDには、日本から研究生が2人来ていて、フランス語が素晴らしくよく出来る云々ほめちぎっていた。バイヤ氏は国連にも関係していて、ニューヨークでの同僚の日本人は、頭が切れる上に、ずば抜けた語学力を持っていると称賛していたが、たどたどしいフランス語の自分が恥しくなったほどだ。バイヤ氏は、日本の社会保障、とくに老人問題にも関心を持っていた。フランスの年金問題については、多種多様な年金制度についてこんな不合理なことはない、既得権を持っていたり、強い組織の者が得をし、その上、職員と非職員の身分上の差がいつまでも存続するのは馬鹿げているといい、かつてのラロック委員会の作業メンバーとして参加した氏の信念の一面をうかがわせ、日本の厚生年金が、大部分の被用者を、それも何ら身分上の差がないことを羨ましがっておられた。JAPONと書かれたエール・フランスの大きなポスターがバイヤ氏の部屋の壁に貼ってあつたが、そのポスターを指しながら昼食を約してバイヤ氏に別れを告げた。

## IV

バイヤ氏のほかにフランスで会ったのは、もう一人CNAM（医療保険全国金庫）のシアンサラ=嬢である。CNAMからは、若い男の声で電話がかかり、それがまた、ツァ、ツィツッ、ツェ式の不思議な学生なまりで、シアンサラ=嬢が火曜の9時に待っている、ということを理解するのがやっとだった。CNAMの建物は、以前のCNASS（社会保障全国金庫）をそのまま引き継いでいた。応待に出て来たのは例の青年で、パンタロンにハイヒール、それにペンダントまでしているのには少々びっくりした。シアンサラ=嬢はスペイン系かと思うような黒髪のおちびさんで、この部屋は空いているから毎日来ないかという。私は最近の医療保険に関する情報やフランスの病院制度について知りたかったので資料を見に1日おきに通うことにした。時々、地方から出張して来た医療保険金庫の人たちが資料のことで訪ねて来て、かつてのFNOSS（社会保障全国連合会）時代の資料が継続刊行されていないことを云うと、急にシアンサラ=嬢は感情的になって、vous savez, écoutezを連発した。察するに、例の5月危機前後の社会保障制度改革によって、いまだに各社会保障機関の調整がうまく行っていないようであった。診療報酬のことで、料金超過の限度について質問すると、彼女は医師が無制限に診療費を請求できると云うので、そんな筈はないと云い合いになり、医療保険の担当者に電話するとやはり私の云ったような返事だったが、彼女は、自分もそう思ったが確認のため電話したのだと格好をつけている。それから私はいささか大きな顔で(?) いろんな資料を読ませて貰うことにした。CNAMの「年次報告書Rapport Annuel」は大部で参考になるものだったがどうしても余部がないから写して行けという。私は毎回コピーしてくれるように頼むので、とうとうどこからか探して来て一部いまいましそうにくれた。翌日、私はバイヤ氏にと持って来た唯一の日本のおみやげを彼女に贈ると、シアンサラ=嬢は飛び上らんばかりに喜んで、私を抱いて両方の頬にキスされたのには、こちらが当惑したほどだった。彼女はパリ生れのコルシカ人、父親は退職官吏でコルシカに引退し

ているとのことだった。コルシカは海も空もすばらしい。テレビでよく見る東京の過密と、汚染された空の下でどうやって暮しているのかと憐まれたりした。その反面日本はとても金持ちだと思っており、私がそんなことはないと言明してもげげんそうだった。

あまり社会保障とは関係のない話ばかりになってしまったが、複雑多様化している現代社会に適合するため、世界中が同じような方向に向っており、フランスも日本もさして変わりなくなりつつあるのではないかという印象が強かった。

10年かかっていまだに未完成のモンバルナッス界わいを見ていると、ダメなフランスと息の長いヨーロッパとがダブってくるが、パリ西郊のニュータウン、ラ・デファンスを見るとことにその感が強い。まずパリとニュータウンの間を10分とかからない直通高速地下鉄道を通して、徐々にニュータウンを整備している姿は、日本とは全く逆の発想で、しかもゆっくりだけれど、すぐ色あせてしまうようなことのない街づくりは、やはり短距離選手のわれわれの社会とは違うのだという感を強く持った。



(22頁より続く)

年における労使の拠出は使用者が約169億ドル、被用者が約16億ドルをそれぞれ支払っている。これから双方の拠出のうち、使用者の負担分は91%に当るが、10年前の負担分は86%で労使双方の拠出状況では、使用者の拠出が被用者よりも急速に増大している。

1972年には、1年間に約560万人の退職者と遺族が給付を受給しており、受給者数は、前年より9%増加していた。これからの受給者に対して、合計約100億ドルの給付が支払われているが、この支出は対前年比で16.4%の増加を記録しており、その増加率は近年5年間の比率と同一である。1972年の支出増とこの2,3年の増加率の状況は、給付の改善、賃金や俸給の上昇、および年金の受給資格を取得する人びとの増加を原因としている。ちなみに、給付の改善と関連させて、1972年に支払われた年金の平均額は年額約1,880ドルであったが、10年前の平均額は1,160ドルで、これらの10年に、平均額は15%上昇したことになる。

私的年金の支払いに用意された準備金は、1972年に1,680億に達しており、対前年の純増加分は164億ドルで、過去10年間の比較では、10.8%増えたことになる。

Walter W. Kolodrubetz, Employee - Benefit Plans,  
1972, Social Security Bulletin, Vol. 37, No. 5,  
May 1974, pp. 15 - 21.

(平石長久 社会保障研究所)

## 編集後記

秋も深まるある日、明るく晴れた空に、美しい雲が流れていた。雲をながめながら、ふと目を移した隣のビルの屋上に、赤とんぼが羽根を休めていた。そのとんぼは周囲を囲ったコンクリートの上にとまり、その先にもう1つ赤とんぼがいた。かれらは連れだってビルの林の間を遊びまわり、何の風情もないビルの屋上で休んでいたのだろう。秋になれば、ビル街でも、時々赤とんぼを見かけるが、屋上で休んでいるのを近くで見かけるのは珍らしい。それにしても、かれらはどこからやってきたのだろうか？ もっとも、そんなことはどうでもよいことである。無心に遊ぶとんぼは無心にがめるだけでいいだろう。

(平石)

---

## 海外社会保障情報 No. 27

昭和49年10月25日発行

¥350.

編集 社会保障研究所

発行所 和光企画出版株式会社

〒100 東京都中央区銀座1-10-1 (法研ビル)

電話 03(564)0338

---