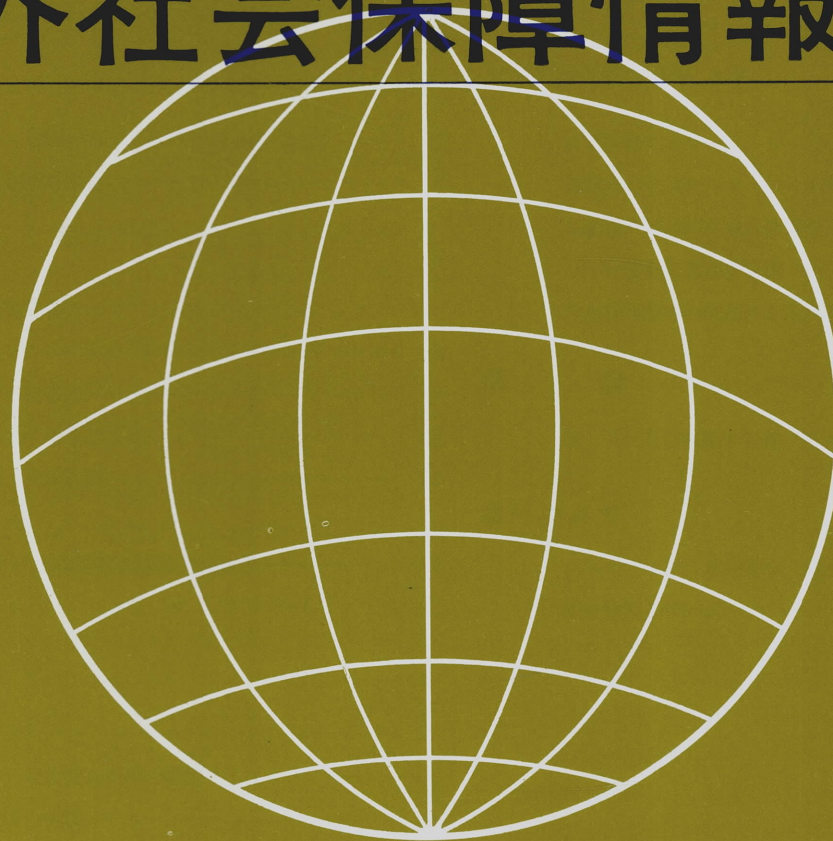


# 海外社会保障情報No. 28

---

JAN. 1975



社会保障研究所

分の企業年金制度は、傷病により早期に退職させられる加入者にたいして適切な具えをしていない。

新制度への第一段階

政府が政権を担当して最初の大きな決断は、僅か9か月前にきめられた単身者につき週7.75ポンド、夫婦につき週12.50ポンドの定額の国民保険年金をそれぞれ10ポンドと16ポンドに引上げ、これらの新給付額を一般勤労所得水準に関連づけることであった。

これは、新年金制度案への第一歩であり、政府の年金政策推進の一部をなすものである。

新制度の導入とともに、既存の年金受給者のポジションは経済発展にてらしてさらに再検討されよう。

将来の年金受給者は、政府の新制度により、より高い年金をうける資格をもつことになろう。新制度は年金は給与の後払い(deferred pay)たることを反映する所得比例(earning-related)となろう。完全な保険記録(insurance record)を有するすべての人にとって、新年金は基本レベル(制度導入時に施行されている単身者にたいする定額年金額となる。1974年現在でいえば、週10ポンド)が基礎額となる。新年金はこの基本レベルのうえに勤労所得に対応するポンドで示されることになろう。基本レベルをこえる勤労所得について20年間積立てられることになり、基本レベルと勤労所得上限額(基本レベルの7倍である週70ポンド-1974年現在)との間の平均勤労所得の1/4が加算される。

たとえば、週40.92ポンドの全国平均勤労所得をもつ男子が本制度に20年処出してきたとすれば、現在支給される年金は週あたり17.73ポンド(単身者)(10ポンド+30.92ポンド×25%)、23.73ポンド(夫婦)(17.73ポンド+その妻の6ポンド)となる。

夫婦の年金は、妻に勤労所得があった場合には増額される。(表B参照)

基本レベル以下の勤労所得に対する100%の反対給付と基本レベルをこえる勤

労所得に対する所得比例の反対給付の組合せは、本制度が低賃金所得者を有利に扱うことに重点をおく効果をもつものである。また、基本レベル年金の改善が自

表A 完全年金

拠出者の週勤労所得(ポンド)	単身者の年金(ポンド)	勤労所得対比(%)	夫婦の年金(夫のみ被保険者)(ポンド)	勤労所得対比(%)
20	12.50	62	18.50	92
30	15.00	50	21.00	70
40	17.50	44	23.50	59
50	20.00	40	26.00	52
60	22.50	38	28.50	48
70	25.00	36	31.00	44

表B 夫婦(両方が勤労所得者)の完全年金

夫(又は妻)の週勤労所得(ポンド)	妻(又は夫)の週勤労所得(ポンド)	夫(又は妻)の年金(ポンド)	妻(又は夫)の年金(ポンド)	年金の合計額(ポンド)	夫婦の勤労所得額と年金合計額の対比(%)
20	15	12.50	11.25	23.75	68
30	15	15.00	11.25	26.25	58
40	20	17.50	12.50	30.00	50
50	20	20.00	12.50	32.50	46
60	30	22.50	15.00	37.50	42
70	30	25.00	15.00	40.00	40

動的に年金総額に組みこまれることになるので弾力性の利点をもつことにもなる。

表Aは、新制度によるその成熟時の各勤労所得水準ごとの年金規模を示すものである。各表およびこの白書を通じての諸事例は1974年現在で示されているものであるが、定額年金が年々引上げられれば新制度が10ポンドよりも高い基本レベルから発足すること及び金銭的にはその給付はそれに関連してもっと高くなることを意味する。

新制度の特色は次の諸点である。

- (1) 国の制度も適用除外される制度のいづれにおいても、稼働期間中 (working life) に積立てた年金権は一般所得水準との関係を保持するよう保証し、既裁定年金はインフレーションから完全に守られること。
- (2) 女子は、同一の勤労所得レコードを有する男子と同一の年金を保証されること。
- (3) 40年以上もの被用者期間を条件とせず、20年の新拠出を納付すれば最初の完全年金を支給すること。
- (4) 寡婦に対する死亡および長期傷病ならびに障害年金を退職と同じ条件で、カバーすること。
- (5) 適用除外制度が具えねばならぬ審査は、その加入者本人ならびにその妻にたいし適切な措置を確保せしめるようにすること。

新制度の要点は、積上げとそれにもとづいて支給される年金権がインフレーションに完全に対抗する点である。現行のグラジュエイト制度の大きな欠陥はそうした防備をもたないことである。前政府のリザーブ年金案もインフレ防衛を保証しない。新制度による所得比例年金権の価値は、勤労所得一般の伸びに応じて過去の勤労所得を再評価することによって、働稼期間中の所得を維持する。すなわち、平均勤労所得者の勤労所得額はどの年次についても再評価されるので、それは本人が退職する年の平均勤労所得を意味する。一たん、年金が裁定されれば、基本レベル部分は現時点の勤労所得水準との関連を維持するように引上げられ、残りの部分は物価上昇から完全に守られることになる。

表C 被用者および使用者の拠出 (1974年現在価格)

週勤労所得 (ポンド)	1975年4月		新制度 非適用除外		新制度 適用除外	
	被用者 (ポンド)	使用者 (ポンド)	被用者 (ポンド)	使用者 (ポンド)	被用者 (ポンド)	使用者 (ポンド)
15	0.82	1.27	0.97	1.50	0.85	1.30
30	1.65	2.55	1.95	3.00	1.45	2.20
45	2.47	3.82	2.92	4.50	2.05	3.10
70	3.79	5.86	4.55	7.00	3.05	4.60

- (注) 1. 自営者は、週2.41ポンドの定額拠出 (1974年価格) 所得が週30ポンドをこえる場合、こえる部分 (70ポンドまで) につき8%の比例拠出ができる。
2. 被用者、自営者および非被用者とも、10ポンド未満の勤労所得者は強制拠出免除、但し、本人の希望により週1.90ポンドの任意拠出ができる。

The Times, Sept 12, 1974

(田中 寿 国立国会図書館)

## 私的年金改正法の成立

(アメリカ)

さる8月22日、連邦議会は、私的年金プランに連邦の最低基準を設置する法案 (HR 2) の最終審議を終了し、大統領のサインを貰う手続を行なったが、これに対してフォード大統領は9月2日の「労働の日」に法案にサインをするつもりであると8月23日に発表している。

企業の破産、合併および無法な雇主のために、被用者が年金受給権を失うことを防ぐためのHR 2は、第93回連邦議会に付託された主要法案の1つであり、被

用者の年金権を保証する連邦の最低基準を私的年金プランに設置しようとするものである。

私的年金プラン改正に関する連邦議会の7年間の努力は、私的年金プランに対する初めての連邦の規制法という形で示された。

合衆国における2,300万から3,500万の労働者は、現在、少なくとも1,500億ドルの資産を有すると目される私的年金プランでカバーされており、今度の改正法によりこれらの労働者の福祉がいっそう増強されることになった。

### 主な改正点

法案は、企業に年金プランを設置することを義務づけてはいないが、もしも企業が年金プランをもっている場合、またはもとうとしている場合には、一定の連邦基準に従うことを要求している。一般に、雇用後1年を経過した25歳の被用者は全て企業の年金プランに加入しなければならない。雇主は、定年まで同一の企業に就労したか否かを問わず、一定の期間被用者が就労したあとは、年金権を被用者に保証する3つの方式(この内容は後述する)のうちいずれか1つを選ぶことができる。

また、年金基金が給付を支給するために十分な資金をもつことを保証するために、HR 2は最低の財政基準に関する規定、ならびに企業の破産においても給付の支給を保証する連邦経営の年金プランの保険公社の設置に関する規定を有している。さらに法案は、年金基金の管財人によって従われるべき規則をも設けている。

このほか目立つ改正点は、年金プランによってカバーされない者について、特別な税を徴収することによって退職年金の受給資格を取得させる規定を設けたことであった。また自分自身の年金プランを設けている自営業者に関する規定をあげることができる。従来では、自営業者は年額2,500ドル以上にはならない収入の10%までを無税扱いで年金プランのためにとっておくことが認められていた。それが今回、彼らは7,500ドルの上限で収入の15%までを年金プランのため

に無税で用意することができる。低所得の自営業者については、この金額が750ドルか収入の10%で、いずれか低い方の額となっている。しかしながら、年収10万ドル以上の自営業者は年金プランをもつことが認められない。

なお、年金プランに加入している高給の被用者の給付年額を75,000ドルまたは最高賃金時の3年間に對する平均補償額の10%か、いずれか低い方の額を限度としたことがあげられる。

この新法実施の効果について8月26日付の「U.S. News & World Report」誌は、合衆国のほとんどすべての被用者および自営業者は、私的年金制度に関する今回の画期的な改正の影響をうけることになると報じている。そして次のように実際的影響をあげている。

1. 今までよりも多くの被用者、とくに若年被用者は私的年金プランに組み込まれ、退職年金の積立を開始することになる。
2. 転職する被用者のほとんどは、現在までほとんどの者が、これまでの企業の年金権を失ったが、今後は年金権を保留することになる。
3. 年金基金は、より適当に財政を運用されることになり、もし企業が破産するような場合ですらも、年金給付は保証されよう。
4. 生存配偶者は退職労働者が死亡した場合でも、私的年金による保護をうけられることになる。
5. 自営業者および自由業の者ならびに農業従事者は、退職年金への積立分が無税になり、給付額においてもドラマチックに増額されよう。
6. 私的年金プランでカバーされない被用者は、無税の給付を後にうるように個人の年金制度のための拠出ができるようになる。

### 両院協議会の審議

#### 1. 年金プランへの加入・受給資格

25歳で1年の就労年数を有していれば、企業の年金プランに加入することができるとした年金加入資格に関する下院の見解に事実上両院協議会は同意した。

25歳未満で雇用された場合、被用者が25歳に達した時に年金プランへの加入が認められる。しかし新規の被用者の年金プランへの加入は3年間延期することができる。3年が経過して年金プランに加入した場合、その3年間も拠出によって加入期間にみなされることができる。

比較的高齢の被用者については、企業の通常の定年に達する5年以内の者でないかぎり、年金プランから除かれることはできない。またパートタイマーおよび季節労働者も保護されている。彼らは、年間少くとも1,000時間を就労すれば、年金プランでカバーされなければならない。いったん就職したあとで、再び以前の職場に戻った場合には、雇主は被用者に給付のロスがない形で職場の年金プランを再適用しなければならない。

なお雇主は、被用者の年金権について次の3つの方法のうちいずれか1つを選択できるようになった。

- (1) 就労後少くとも5年を経過すれば、25%の年金権を取得できるものとし、次の5年間はそれぞれ毎年5%の増加、さらに次の5年間は毎年10%ずつ増加して、全部で15年を経過すれば完全年金の受給資格を有するものとする。
- (2) 就労後10年を経過した場合にのみ、以前の職場での年金権を加算できるものとし、それまで転職せず、就労後10年を経過したものは完全年金権を有するものとする。
- (3) 被用者の年齢と就労年数が合計で45年に達する場合には、少くとも50%の年金権を有するものとし、以後毎年10%ずつ加算し5年であとの50%を取得できるものとする。

両院協議会は第3の方法について、被用者の年齢と就労年数の合計が45年にならなくとも、就労後10年を経過するものであれば50%の年金権を有するとして下院案を訂正した。

## 2. 年金給付保険会社の設置

両院協議会は、企業の破産または年金基金の不足によって、給付額を支給できない場合の年金プランの保険に関する上院案に同意した。HR 2の最終審議は、労働長官、商務長官および財務長官によって指導される「年金給付保証公社 Pension Benefit Guaranty Corporation」を労働省内に設置することについてであった。この場合労働長官が委員会の長となる。

法施行後1年間は、単一の雇主の年金プランは、加入者各自に1ドルの保険金を払い込むよう要求することになる。多くの雇主のプランは加入者各自に50セントの保険金を払い込むよう要求することになる。その後の保険料については、下院の見解によるところとされる。

下院の見解は、労働省内に労働長官と省内のその他のもの2名とに指導される年金給付の保険公社を設置するというものであった。下院見解にもとづけば、この保険料率は初年度に1人当りのレートを要求しない方式で決定される。

年金プランは、全般的に、保険会社によって保証されることを要請する法律にもとづいてカバーされる。公社によって保証される年金給付額は、被用者の最高賃金時5年間にうける平均補償月額額の100%をこえない額、または月額750ドルかいずれか低い方の額である。

## 3. 年金権の移転

被用者が1つの職から別の職に移る場合、自分の年金権を移転できるよう雇主に強制できる規定を下院も上院も設けようとはしなかった。しかしながら、上院案は「年金給付保証公社 Pension Benefit Guaranty Corporation」によって管理されるべき年金権移転に関する任意的な制度を設けていた。そこで両院協議会は、この事項について、被用者が離職するにあたっては60日以内に、今までの年金積立分を無税の個人の退職年金制度に移すことができる規定に同意した。そして新たな雇主の許可があれば、被用者は個人の退職年金制度に移した年金積立分を新たな企業の年金プランに移すことができるようになった。

つまり、新法実施の効果として、被用者は雇主の許可があれば、別の会社に移

るさいに年金権の移転も可能となったが、この場合に年金権の移転に関する雇主の許可は強制できるものではない。

### 新法に対する批判

新法は全般的な支持は得ているものの、若干の議員による批判も見うけられる。Michael J. Harrington (民主党・マサチューセッツ州選出)は、1人の雇主から別の雇主に年金権を移転することを強制する規定が欠けていることを指摘して「この立法は雇用の完全な自由を妨げている制限の若干を改正するにせよ、被用者に年金権を取得させるために、一定の期間1か所の雇用場所に止まる必要を認めることで被用者の就労を完全に自由にしていない」と語った。

またJames M. Collins (共和党・テキサス州選出)は「連邦政府は私的年金の分野にまで介入すべきでない、なぜならば連邦の干渉は私的年金プランの自由な発展を妨げ、政府規制を強化する事態になるであろうから」と批判している。

The Christian Science Monitor, Sept 4, 1974.

U.S. News & World Report, Aug 26, 1974.

Congressional Quarterly Weekly Review, Aug 24, 31, 1974.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

### 社会保障こぼれ話

#### 社会保障法の改正 (1974年)

(アメリカ)

1971年に、社会保障の分野では、7月の公法93-335号と8月の公法93-368号による改正が行われた。これらの改正は次の主要な内容を含んでいた。補足的保障所得制度 (SSI) の給付では、社会保障の現金給付に物価指数の変化を対応させた自動的調整が行なわれる場合、同一の調整率を用いて同じ月の給付から自動的に給付額と所得制限の上限を、上げられることになった。また、州政府がSSIの給付を受給できる該当者に、前払いで暫定的な支払いを行った場合に、連邦政府がその州政府に給付費を払い戻すことになった。

健康保険の医療給付では、医師の養成に当る学校や教育病院で教育や指導を担当する医師の医療サービスについて、医療費をカバーする期間の延長が含まれている。

また、社会保障制度で所得とみなす範囲に、農場を貸したときの地代は所得に含まれていたが、農業管理者を用いて農業を経営する場合や、農場主が商品である農産物の生産に事実上参加しない場合には、農場から得た所得が対象に含まれないことになった。

なお、前述したSSIの制度による受給者には、生活困窮者に支給する食料切符を支給していなかったが、所得が所定の水準以下の場合には、高齢者、盲人、廃疾者を対象に食料切符が支給されることになった。

さらに、失業率の高い州では失業保険給付の受給期間を延長する改正も含まれていた。

Social Security Amendments, 1974, Social Security Bulletin, Vol.37, No.10, Oct, 1974, pp. 40~41 and 50~51.

(平石長久 社会保障研究所)

# 国連：社会・人口統計の体系化

## ——医療を中心として——

### I

国連統計局は、1970年に発表した *An Integrated System of Demographic, Manpower and Social Statistics and Its Links with the System of National Economic Accounts, E/CN, 3/394, 1970* を土台に、社会・人口体系の作成に努めてきたが、1973年7月、*Towards a System of Social and Demographic Statistics* (略称 *SSDS*) の *Preliminary Version* という形でその結果を公表した。*SSDS* の目的は、社会システムに関する知識の改善と、より良い社会政策の実行であり、国民経済計算 (*SNA*) の社会版であるといえよう。また、*SNA* との統合も考えられているものである。そこには社会生活のすべての分野——政策なり救済措置なりの必要が考えられる部分も共に——が含まれる筈である。しかし実際問題としてそれは不可能であるため、多数の国が共通に関心を持っている問題たとえば人口成長、人口密度、教育、健康、貧困、住宅、犯罪等に限られることとなる。ここでは健康に関する問題を扱った部分を紹介したい。

### II

健康 (のみならず教育、犯罪) の場合には、一国全体で巨額の支出がなされ、市場外での公共機関によるサービス提供も多いため、政策選定には、費用と便益とのかね合いを考慮する必要がある。従って健康に関する社会統計と、サービス提供を行う機関の経済勘定とを結合することが重要であろう。また、社会的情報と、種々の贈与や補助を受給している受益者に関する情報とを結合することも重

要であるから、*SSDS* の資料は経済の生産及び消費の二側面に関連することになる。

*SSDS* における健康及び医療の範囲は、一般的保健状況、その変化、利用可能な医療及び保健サービス、その利用法、医療及び健康サービスの費用とその財源であり、次のような情報が必要となる。

- (1) 健康状態、種々の病気へのかかり易さ、身体障害、傷害等に関する情報 (年齢別・性別・その他の特性別分布)
- (2) 健康状態の変化と病歴、環境、経済状態との関係についての情報
- (3) 医学知識の進歩と病気の予防、軽減、治療へのその応用に関する情報
- (4) *SNA* が報告しているような各種医療サービスの経済計算に関する情報。ここには保健教育に関する情報も含まれる。
- (5) 医療サービスの提供に当たっている人的・物的資源に関する情報
- (6) 各種医療サービスを受ける人間の数、及びその受け方に関する情報

### III

一般的保健状況は (1)身体状況——身長、体重、血圧等、(2)個人の習慣 食事の適切さ、アルコール、タバコ等の消費、(3)環境状況——居住条件、通勤時間、(4)不健康度——各種疾病の発生、(5)事故及び傷害——労災及び交通事故、(6)等級別廃疾者、(7)原因別死亡者分類、等の情報の収集によって表される。ここでは健康と、健康を保つための保健サービスとの区別がなされているのである。

保健サービスの利用の場合には、利用の程度と利用の目的に関する情報が集められる。それらは、或る時点における病院の数のようなストックと、或る期間に起った病院数の変化、及び各科間移動数のようなフローの両指標を含んでいる。そこに含まれる項目は、予防医療、受診、外来患者数、入院患者数、特別施設の利用、待機者数の6つであるが、予防医療については、予防接種またはレントゲン検査を受けている人の数と、有効な予防接種証明書を持っている人の数が、年齢、性、地域、都市・農村別、社会・経済階層別、世帯収入額別に記録される。

受診の項目では、医師、歯科医、精神医等にかかった人の数と、各診療科別受診件数とがやはり年齢、性等々の特性分類に従って記録される。外来患者数のところでは外来治療を受けている人の数、外来治療の終了した人の数等が傷害や疾病の種類別に記される。入院患者のところでは、入院治療を受けている人の数、退院者数、入院加療中の死亡者数を記す。特別施設の利用という項目では、たとえば外科利用者数とか放射線治療、脳外科等々の利用者数及びそれらの治療件数が採られる。これらについても傷害・疾病の種類及び年齢、性、地域等々の分類に基く統計が必要とされる。最後の待機者数という項目についても同じ分類に基く統計がとられる。

保健サービスに当る人及び施設については医療のマンパワーの項目として等級別の医療、看護、技術職及び補助的職務に新しく従事し始めた人の数、上記の活動に現在従事している人の数、職業の変更、隠退、死亡及びその他の原因によって上記の活動をやめた人の数の三種類が職種別、病院の種類別及び年齢、性、地域、都市・農村別に記される。医療施設については、病院や同種施設の新設または他の方法による収容能力の増加がスタッフ数に見合ったベッド数をもって表される。第2に現存の病院や同種施設の収容能力がスタッフ数に見合ったベッド数で表される。第3に病院や同種施設の廃止等に基く収容能力の低下がスタッフ数に見合ったベッド数の減少によって表される。これらはすべて地域別、都市・農村別に記される。

最後に上記保健サービスに関する収支の表がつけられる。この表については、SNAの方針に沿って資料が集められる。またそれらの情報は、できるだけ不変価格かあるいは物的なタームでも表されねばならない。

UN, Towards a System of Social and Demographic Statistics (Preliminary Version), ST/STAT. 68, 24 July, 1973, pp. 1-9, 29-27, 303-327.

(城戸喜子 社会保障研究所)

## 西ドイツ・東ドイツとの 保健条約

西ドイツと東ドイツの間で1974年4月25日保健条約が締結された。西ドイツではさらに立法機関によって承認されなければならない。

条約の効果は完全に西ベルリンにも及ぶ。この条約の内容はつぎのとおりである。

### (1) 旅行滞在中の医療扶助

この条約の実際の利益は、両国に滞在中の旅行者に外来および入院医療の請求権を与えたことにある。これらの扶助の内容は、④急病、災害もしくは慢性疾患の急な悪化の際の、悪化防止または鎮痛を含む必要な外来または入院診療、(b)薬剤、整形外科的な補助用具、めがね、補聴器、補てつもしくは同様な補助用具の支給、(c)患者移送（国境を越える場合を含む）、ただし国境を越える場合には患者による若干の負担がある、(d)医師の証明がある場合の、初診地への帰還、である。

### (2) 特殊治療・療養

急病の場合と並んで、特殊治療・療養による相互援助がある。この場合は相応の費用計算が相互に行われる。この分野では今後内臓移植者の交換も行われることになろう。

### (3) 薬 剤

この条約のもう一つのポイントは、大災害の際の、医薬品、医療用消耗品および医療技術製品の供給である。旅行者は個人的利用のための薬剤を携帯する権利を有する。正当な事由のある場合、追加治療または再治療のために一方の国から



薬局へ必要な許可された薬剤を送付することができる。さらに医薬品の副作用および薬種、興奮剤その他の薬剤の乱用に関する相互教示も行われる。

#### (4) 伝染病の情報交換

伝染性疾患の防止および克服の問題について定期的な情報交換が行われる。重大な場合には両国の保健大臣の間で即時に行われ、場合によっては必要な措置に関する取り決めが行われる。このことに関して東ドイツ政府は条約調印の際、条約発効とともに旅行者がみやげ物として帯行した古い衣類の消毒証明の提示を廃止することを明らかにした。

Gesundheitsabkommen mit der DDR, Die Krankenversicherung, Juli 1974, S. 171 - 172.

(石本忠義 健保連)

## 西ドイツにおける 児童手当の改正届出

(連邦政府は明年1月からの児童手当の改正に伴い、その届出のための公示を次のように Welt 紙上に数回にわたり掲げている)。

連邦政府より次のように通知します。

1975年1月1日より税制改革が発効します。これにより130億マルク以上の減税が行われ、中、低所得の世帯の負担を非常に軽減することになります。

従来の扶養児童控除、公務員児童加算および従来の児童手当に代えて新児童手当が行なわれます。これは両親の所得に関係なくすべて平等に支給されるものです。これによりすべての児童は社会的公正と均等な機会を保障されるわけです。

児童手当は第1児から支給されます。これまで手当を申請していない方は、申

請しなければなりません。所得と無関係です。

手当の額は、

第1子に50マルク、第2子に70マルク、

第3子以上は1人当たり120マルクです。

次の方は申請して下さい。

18歳以下(就学中は27歳まで)の1子ないし2子だけで、これまで児童手当または児童加算を受けていない方、

これまで教会または民間の雇用主で公務員給与規則を適用されるものから、児童手当または児童加算を受けている方。

次の方は申請を要しません。

労働局 (Arbeitsamt) から既に児童手当を受けている方。

公務員の家族として雇用主から児童加算を受けている方。

以上の場合労働局および雇用主は新児童手当を自動的に支払います。

申請を要するか否か疑問のある方は雇用主または労働局におたずね下さい。

申請用紙は労働局にありますので、御希望により郵送します。市町村役場にも、またたいいは事業所にも、置いています。

手当は明年1、2月分から2か月毎に支給されます。即刻決定し支給されますので、遅れるとそれだけ損です。

Die Welt; 1974, September, 14 (その他数回掲示)

「簡単な質問表」とうたっているが、全体で600万人に上る権利者のうち多くの者は、新児童手当の書式の記入に戸迷っており、青少年・家庭・保健省の言明によると既に3割もの者が記入不備のため書類を戻されている。

申請については350万マルクの費用をかけて説明書を配布した後、1200万マルクで二つ折の立派な書類を該当世帯に送り、またそのうち1割位と思われる特に複雑なケースの所には特別の書類を送っている。

労働局では書類の発送、記入不備の調査等で人員も増やし、来年初めから始まる支払いに備えている。

Die Welt, September, 19, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 西ドイツ・年金者医療費と 代用疾病金庫の立場

(西ドイツ)

8月12日連邦労相 Arendt は疾病保険の改正について法案を発表した。これは年金受給者の医療費を年金保険と疾病保険および疾病保険の内部で区分しようとするものであるが、これに対し保険者の一部である代用金庫 (Ersatzkasse) の側から猛烈な反対の声があがっている。代用金庫はこのため750万にのぼるその職員被保険者の保険料を著しく上げなければならぬことになるからである。

代用金庫の計算だと、Arendt 案だけでその支出は約10億マルク増えることになる。従来は職員の保険料から約17億5千万マルクを年金受給者の費用の不足分にふり向けさせられていたのが、来年は新規準で27億ドルになるというのである。

この負担増は、入院費規準の爆発的上昇の影響を受ける、通常の支出増の上に加わるのである。その上1975年は新しい社会保障法が疾病金庫に対しては全面的に影響しはじめるため、医療費の増加は非常なものになる。これにはリハビリテーション給付義務、妊娠中絶条項改正に伴う処置、学生の強制保険加入等の問題が含まれる。

このような医療費の拡張はいずれの疾病金庫も例外なくかぶってくるが、代用

金庫の場合、年金受給者疾病保険法 (KVdR) の財政新規定は非常に不利な影響を受けることになる。これに対して、年金保険と疾病保険の費用分担を、計画では50対50となっているのを、従来通り80対20に留めるようどの疾病金庫も主張している。しかし労相はじめ各党とも財政危機を回避しようとしているので、この見通しは暗い。さもないと年金保険の拠出は18%以上にあげざるをえないことになるからである。

代用金庫にとってこれより困難な問題は、疾病保険の内部での負担調整の規定で、他の多数の年金受給者を擁している金庫はこれを是認しているのであるが、年金受給者の医療費はすべての金庫とその拠出支払者の間で基本賃金の統一の率で均等に配分する (連帯拠出) という案は、代用金庫の場合年金受給者の割合が非常に低いので、こうして調整されるときわめて苦しいことになるわけである。この新規定だと代用金庫はその保険料率を平均0.67%上げざるをえないで、例えば大きな金庫だと、現行の9.9%を10.57%にあげなければならないことになる。年金受給者の割合の少ない金庫ほどこの年金受給者医療費共同負担の額は多くなり、代用金庫加入被保険者1人が年金受給者医療費を年平均123.06マルク負担することになる。

いずれにせよ代用金庫は原則的に財政調整制に反対しており、年金受給者や学生に対する費用均衡制の後にはさらに家族負担調整とか部門別罹病率の調整を企てる恐れもあって、結局各金庫の特色を無視し、金庫の統合ということにもなりかねない、と危惧しているのである。

Die Welt, August, 13, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

# 開発における参加

## —第17回国際社会福祉会議から—

第17回国際社会福祉会議は、去る7月14日から20日まで、ケニア・ナイロビで開催された。今回の主テーマは、「開発と参加——社会福祉の役割——」である。世界80カ国から約2,000人が参集し、150にのぼる公式の会合で、このテーマについて、あらゆる角度から追究した。この会議がアフリカでもたれたのは、これが最初であるだけに、開発途上国と先進国との「対立」が、テーマに関する価値観、方法論、また会議の主催団体である国際社会福祉協議会の運営など、いろいろな面にわたって、みられた。

ここでは、その一つの例として、総会講演の一つを担当したインドのガンディ研究所長のスガタ・ダスグプタ氏の講演「開発における参加」の要旨を紹介したい。これは、参加者の大部に、少なからぬ衝撃を与えたもので、賛否両論、議論の波紋をよびおこしたものである。講演の内容は、開発の障害的要素をいくつか紹介し、それと参加がどのように関わっているか、また社会福祉に課せられる役割とは何か、について考察している。

### 開発の神話

1960年代という開発の10年は、開発によって、それを最も必要とする人びとや国々を援助することができるという希望的観測を、みごとに打ちこわした。それどころか、開発は多くの悲劇的弊害をもたらした。第1に、第三世界にエリート層を定着させた。彼らは先進国のエリート層の支配下におかれ、新たな植民地的関係が生じたのである。第2に、開発によって、地球上の大多数の人びとが所属する第三世界というものを定着させ、そこにエリートとそうでないもの、富める

ものと貧しきものの格差を生んだ。第3に、開発は、発展途上国の政策決定過程から、一般民衆を疎外し、その結果、私腹を肥やす一部エリートと大衆の間に、絶えざる暴力や紛争を生んだ。したがって、第三世界にとって、1960年代から今日までに起ったものは、開発ではなくて「悪開発(mal development)」というべきものであった。

偉大な試みであったはずの開発が失敗した原因は、次の四つによる。①エリート・モデルによって開発を推進したこと、②法制改革の失敗、③開発の成果が富めるものから貧しいものへ流れていくという浸透理論の誤り、④開発に活用できる資源に限界があること。

マクナマラによると、世界人口の25%が世界資源の75%を獲得し、その繁栄を享受しているという。したがって、残り25%の資源しか利用できない75%の人口が、先進国の生活水準を達成できないことは、明白な事実である。人類が利用できる資源の総量は有限である。現在のままでは、先進国の生活水準をすべての大衆に保障することは不可能であり、また現在それを享受している人びとにとってさえ、将来は危くなることも考えられる。第三世界の将来は、これまでのタイプと異なった社会を創造し、資源を確保し、貧富の差がなく、だれもが必要な文化・生活水準を保障していく必要がある。この意味で、新しい理論と実践が要求されている。

また、単なる法律の制定・施行は、その過程に一般大衆、とくに極貧層の意志が加わらないかぎり、社会福祉の実現という課題が失敗に帰するということも、明らかになった。開発によってすべてに高い生活水準が浸透していくということを吹聴しながら、法律を施行推進していくなかで、エリートとそうでないものとの間の対立が一層深まってきている。

エリート、政治家、テクノクラート、土着リーダーは、一般大衆にとって最善であるものを熟知しており、開発計画を担当するのに適格であると、信じられていた。これが誤りであることも、開発の10年の間に明らかになり、大衆の生活が向上しない事実のなかで、いらだたしさや矛盾が強まってきている。

### 対応策としての参加

開発＝悪開発は、その恩恵を受けられなかったすべてのものに、疎外感を与えた。その結果、各地に暴動や対立が発生した。これらの状況に対処するため、またエリート・モデルを合法化するために、新たな方策がとられた。それが参加である。開発分野への参加は、エリート層が触媒的に利用する意図と、大衆からのものと、二つの相異なる力が作用しており、これら二つは目ざす方向が違っているため、そこにまた多くの問題が生じてきている。

第三世界においては、参加によって資源を発見し、資源を創出し、さらにそれを維持することによって、開発に貢献できると考えられてきた。しかし、そこでの問題は、そういった開発への参加を要請された人びとが、そのプロセスから生じたものの受益者にならなかったことである。日本の東南アジアに対する工業開発計画は、この典型的な一例である。日本は台湾に工場を設置し、そこで生産された商品をタイで販売している。それは、たしかに台湾人に職を与え、タイのエリートに消費物資を提供した。しかし台湾には公害がもちこまれ、安い労働力が期待され、その逆に日本には多大な富が輸入されているのである。開発は、新たな帝国主義的侵略を生み、それは、第三世界の内部にある植民地的構造のうえに成立し、土着のエリートや外国資本の投機的志向によって推進されてきた。開発の過程に参加させられてきた労働者、土地を所有しない農民にとって、それはまさに悪開発であったのである。

### 参加の新しい意味

参加プロセスの不当性に気付いた第三世界の民衆は、自分の意志を反映させるための参加を要求しはじめた。参加について新しい考え方が生まれ、エリートだけでなく開発に関係するすべての人びとが、政策決定の責任を実質的に分かち合うべきだと要求するようになった。この新しい参加の概念は、次の基本的原則に基づいている。

1. 開発計画は、一般大衆とくにとり残された人びとのニーズを反映しなければならない。そのためすべての国民が、その計画樹立にあたって参加しなければならない。
2. 参加とは、政策決定過程のコントロールそのものを意味するものであり、ここでは、トップグループと社会の底辺にいる人びととの役割交替の可能性もありうる。
3. 参加は、一階層グループに所属する人びとの水平的参加を意味するのではなく、すべての国民、とくに極貧層の参加でなければならない。
4. 計画樹立や優先順位の決定にあたっては、地域から離れて操作してきた中央エリートによってではなく、その地域に住む人びとによって決められなければならない。

参加に対するこのような新しい要求は、貧困者や社会的弱者の台頭を生じ、彼ら自身、疎外されないものとして自己決定する権利を強調した。その結果、歴史はゆさぶられた。ウェールズとスコットランドの問題、バングラディッシュの新興、朝鮮問題、ビアフラの悲劇、東インド問題など、最近各地に生じている問題は、この文脈のなかでとらえることができる。

新しい概念の参加は、平等を要求した。それは機会の平等だけでなく、得るものの平等である。しかし、このような参加を実際に保障する社会構造は、いかにして実現可能なのであろうか。トルストイが述べたように、少数独裁が結果として起こるマジョリティ・ルールが、それを保障するものでないことは明らかである。また、これまでの第三世界には機構、制度上の欠陥があり、これが開発と参加を成功に導びかなかった一つの理由になっている。制度上の変革を求めて、新しい参加を導入する一般大衆の動向は、各地でみられる抗議運動の形をとって現われてきた。そこでは開発の新しい哲学が示された。参加は、そこから生じる成果が問題なのではなく、参加自体が開発の真の目的であるという考え方である。

## 前向きな参加と社会福祉

しかし、抗議はネガティブな参加の形態である。開発推進のために、これまでの制度や機能に実質的な変化をもたらそうとするなら、参加は、ネガティブなものにとどまっているべきではない。大衆の高まる要求を吸収できる社会は、相互関係が分散しているマス社会でないことは明白である。それは、人と人が直接にかかわりあっているコミュニタリアン社会でなければならない。

開発のキイである政策決定プロセスへ、直接住民の声を反映させる小規模のユニットやコミュニタリアン社会が、現在、世界各地で展開されつつある。ユーゴスラヴィア、中国、パキスタン、バングラディッシュ、フィリピン、スリランカ、イスラエルなどにみられるそれらの試みは、そのアプローチに誤りがあったとしても、たしかに一つの方向を目ざしている。マスからコミュニタリアンへ、一部による政策決定から小規模ユニットによるそれへ、少数代表制から直接参加へ、という方向である。そこでは、かつて古いパターンとして捨てられたものが、現在でも有効な組織として復帰してきている。

新しい社会の機能と機構を、私は次のように考える。それは農業を基本とする社会であり、コミュニタリアンな組織によって構成される。そこでの経済、政治組織の規模は小さく、家族、親族、宗教団体など各層から成りたつ既存組織を通じて、社会福祉サービスが実施される。この組織、運営にあたっては、すべての人の参加を可能にする。

変化しつつある開発や参加の理論との関係で、従来よりも広範な課題をかかえている社会福祉の役割をいくつか考えることができる。社会福祉は、もはや従来のように社会的弱者を一定のプロセスに従わせる方向で救済するものではない。彼らがみずからの努力によって、自己の生活を向上させるように援助することが、社会福祉の役割である。そのためには、まず、人びとを束縛している政治・経済的な障害に目を向ける必要がある。誤った教育、因襲的制度、官僚政治機構など、社会福祉の推進に有害なものは、変革されなければならない。社会福祉の重要な

課題は、貧困者のニードに適した社会政策を引き出すことである。第三世界の人びとは、ほとんどが村落で生活している。社会政策は農村開発と絶対的貧困の一扫を、その第一の主眼とすべきである。そこでは、住民全体が参加しうる小規模な政治・経済組織が必要である。

社会福祉はまた、施設建設、社会教育およびその事業遂行の方法として、ソーシャルアクションを確立しなければならない。新しい施設は、コミュニタリアンの社会からこのアクションによって創出されたものでなければならない。その効果ある運営のために地域のすべての人は、アクションのなかで教育訓練されなければならない。この場合、第三世界における社会運動の諸経験を十分に生かし、中央政府との民主的なつながりをつけるために、その下部構造として十分な力量をもたなければならない。この直接的かつ非暴力のアクションによって、社会的弱者の自立を促進し、住民全体が統制できる社会機構を再編成することが可能になるであろう。

Participation in Development

Sugata Dasgupta

Director, Gandhian Institute of Studies

(根本嘉昭 全社協)

# 強制私的年金制度

(ス イ ス)

1972年12月に実施されたスイスの国民投票により、老齢、遺族、廃疾保険を含む私的雇用給付制度創設を事業主に義務づける憲法改正が承認された。強制私的年金制度は、1975年に施行、5年後の1980年から給付開始の予定である。スイスの社会保障制度は、1948年に施行されているが、制度の重要な改正には憲法改正が必要とされている。

## I

今回の制度改正は、年金受給者が年金受給前と同じ程度の生活水準を維持するために必要な給付をすることを目的としたものである。最終的には、社会保障制度と私的年金制度の一体化が考えられているが、現在のところ後で記してあるような問題がある。社会保障制度は、施行当初から生活の最低保障をその眼目としてきたが、スイス政府は、1964年老齢、遺族、廃疾保険を含む強制社会保障、雇用給付制度及び私的貯蓄・保険の三大政策を考案した。

しかし、これら政策をいざ実行する段階になって多くの国民がこの政策実施に必要な条件に該当せず、また、所得が社会保障の最低給付水準に達していない状態であった。そこで、連邦及び州の公的財源による所得制限のある給付制度が創設された。

新しい2つのアプローチは、(a) 社会保障給付を賃金水準の上昇率より早く上げること及び(b) 私的年金制度創設を義務づけることであった。これによると、1972年～1975年の3年間で社会保障給付は2倍になる予定である。憲法改正により創設されることになった私的年金制度は、年金受給者の所得水準を退職前

の水準に保つに必要な付加給付を行なうという、いわゆる社会保障給付の付加給付制度である。

## II

社会保障制度は、拠出要件を満たす全国民を適用しているが、私的年金制度は、社会保障給付の最高額相当(1975年で1万2千スイス・フランと推測)を稼ぐ賃金労働者だけとなっている。自営業者については、社会保障給付の最高額を稼ぐ賃金労働者と同程度の収入のある場合だけ任意に加入できる。

この給付水準は、老齢年金の最低保障額の変更に伴って調整される。大多数の労働者はこの賃金条件に該当すると思われるが、パート・タイマー等の低稼働労働者は、本制度から除外される。これら適用除外者には、所得制限のある給付受給権が与えられる。担当官の計算によれば、社会保障制度加入の3分の2の者は私的年金制度への加入権を有し、非適用となる残り1/3は自営業者あるいは低所得労働者となる。

労働者の大半が受ける社会保障の老齢給付が今まで退職前所得の20%程度であったのを、今後は、私的年金制度による付加給付により退職前3年間の平均収入の60%(夫婦で80%)となるよう計画している。60%の内訳は、40%が社会保障給付、20%が私的年金給付となっており、この額は退職前の生活水準を維持するために必要なものである。

私的年金制度からの恩恵がない者又は少ない者に対しては、社会保障給付が60%ないし80%増額されることになる。

## III

社会保障制度と私的年金制度の一体化については、報酬の上限の相異(社保は3万6千、私年は2万4千)、又、老齢年金額の算定方法の相異(社保は職歴年数再評価方式、私年は最終3年間の平均賃金方式)といった問題があり、今後論議をよびそうである。

新しい法律では、18歳未満であっても、完全廃疾の状態（社会保障制度での廃疾の程度が $66\frac{2}{3}$ ）であればその者に社会保障の老齢給付相当額が支給される予定である。寡婦年金は、老齢給付の60%相当額、また、遺児年金は老齢給付の20%相当額が支給される予定である。

私的年金の給付は40年間の拠出で、65歳から支給されることになっているが、5年後の1980年から経過的に減額された年金が支給される。私的年金の給付を満額うけるための経過措置をみると、年間所得が2万フラン以下の者については10年間の拠出、所得の多い者（上限3万6千フラン）については20年の拠出があればよいことになっている。後者の者は他の者より拠出年金が多くなっているが、その年数を満たさなくとも、20年に満たない1年毎に一定の率が減額された給付を受けられるようになっている。

年金給付は、消費者物価指数の変動に応じて調整されることになっているため資金力のない私的小規模基金は、中央合同機関に統合されるようになる。

私的年金は、債権の直接管理を前提としており、労働者が退職した場合、その労働者は退職迄の積立の保留、社会保障への切替及び一時金請求のうちからいずれかを選択することができる。

第2番目の政策である雇用給付制度の財源は全額拠出金によりまかなわれることになり、一切の公的補助はない。事業主は、費用の50%の負担をし、財政的安定を図るために従業員は支払賃金の8~11%の拠出金を負担することになっている。

#### IV

現在、労働者の大半が1万7千ある私的年金基金に適用されており、過半数の基金では老齢、廃疾、遺族給付を行なっている。基金の運営は、基金毎に定められている規約に基づいて行なわれている。今回の憲法改正により、これら基金の一層の強化が図られることとなった。基金は、事業主と従業員の代表者で構成される委員会により監督される。公けには各州が監督を行なっているが、制限が加

えられている。

基金連合会とは別に、企業毎に基金を設立、グループ保険への加盟などができる。

中央機関として、事業主と労働組合が運営する協同組合のようなものが考えられており、財源は個々の基金からの拠出によりまかなわれることになっている。憲法には私的給付の最低保障水準設定及び各機関の連絡に必要な事務所設置のための法律を要請している。

Social Security Bulletin · Oct. 1973, Vol. 36, No. 10  
pp. 46 - 49

（丸山史朗 沼津社会保険事務所）

## プロフェッショナリズムと 公的資金利用の問題

（アメリカ）

〔アメリカでは、精神分析を中心とするソーシャル・ワークが、専門的職業としてはっきりした基盤を形成している。しかし、その基盤をさらに強固なものとし、その役割を強化してゆくためには、その拠って立つ基盤を常に再確認してゆかなければならないし、専門性を危くする要素とは斗ってゆかねばならない。公的資金利用の問題もその一つである。〕

ソーシャル・ワークの領域で専門化のプロセスが進行しているときに、公的資金を用いることで、専門性という考え方にどのような影響が出てくるであろうか。はっきり言えるのは、この問題が民間団体のあり方と大きくかかわっているということである。この点、公的機関に対する公的資金援助とは異なるからである。この問題を、主として三つの観点からとりあげてみよう。

第1。民間社会サービスを支える為に公的財源からの調達を増加することによって、民間社会事業の自律性が損われることはないか、またそれによって専門性が脅かされることはないか。

第2。公的資金利用の増加によって、倫理的規則を維持することにひどい妨げとなることはないか。

第3。公的資金利用の増加によって、訓練を受けていない職員や、他の分野で訓練を受けただけの職員が強制的に導入され、専門的知識の基礎が何であるのかという問題に混乱をきたさないか、以上の三点である。

### 自律性の喪失

サービス提供に必要な財源をコントロールできるものは、サービス提供の目的およびその目的を達成する手段をもコントロールできる。或る人々の考えでは、民間団体はできるだけ公的財源の使用をわずかに抑えるか、あるいは少なくとも、民間資金と半々程度に抑えるべきだという。だが、この様に数字をあげつらってみても、真の回答は得られない。公的資金が、特別に認められた計画に対して与えられるのは避けがたいことであろう。だが、こうした傾向が続けば、計画の財政的基礎がだんだん減ってくることになり、各団体は計画を推進するために、ますます多くの自主財源を用いざるを得なくなる。多くの団体がすでにこうした問題を経験してきており、政府からの資金で推進してきた公的な計画を遂行するために、今までやってきたサービスの提供が犠牲に供せられる傾向がある。それにまた、公的な機関の方からしても、財政援助が切れても、すべて自分の費用で計画をまじめに遂行するべく努力するであろうということを、ますますはっきりと期待するようになってきているのである。

おそらく、ソーシャル・ワーク諸団体は政府による統制にあまり巻きこまれないうちに、自主財源について真剣に考えるべきであり、そうでないと専門家がコントロールするという意味での自律性が幻想になりうることを認識する必要がある。

ろう。理事会はたいてい素人と数人の利用者によって構成され、地方の諮問委員会は地域の指導者および利用者で構成されており、共同募金と財源および、彼らの決定する優先順位の評価によって、実際の活動と政策はすでに強くしばられているのである。政府による要求や規制がふえれば、新しい統制集団ができるだけのことであろう。財源を提供し経営に参加するこうしたすべての団体の要求が出されれば、専門家による指導は完全に損われる可能性がある。

〔社会事業団体〕が持っている弱点のうちどうしても避けるべきことは、肥大化して言うことをきかなくなり、時間ばかりかかって何の役割も果さなくなった組織に安易になじんでしまうことである。これを避けるには、責任範囲についての計画を作る努力をすればよい。それによって仕事の範囲の確定と評価とが明確になれば、ソーシャル・ワークの専門家たちは、その支援者たちは独自の評価と責任の基準を持っていない、ということに彼らに説得できるのである。サービスの効果測定基準を決定するにあたっては、たいていの専門的活動は、不幸な状態に陥った人々の苦痛をやわらげることに捧げられてきたということを記憶しておかねばならない。ケースワークの有効性が熱狂的に信じられている間は、どうしても回復しえない精神・身体障害者や終生の病人たちのことは簡単に忘れられてしまう。こうした人々はやはり以前と同じ様にサービスを必要とするのであり、こうした対象者に何年ケアをしたからこれこれの成果が現われたということを計る基準はないのである。これを決めるのはやはり、ヒューマニズムでしかありえない。

ソーシャル・ワーカーは、精神分析の用語を用い、自己を反省し、自分自身の貢献を否定し、自分たちがいらなくなる為に協力する、という点で、彼らを攻撃するものと同じ立場にある。専門性の基本原則を再確認し、あらゆる種類のソーシャル・ワーカー、医者、ソーシャルワーク研究者間の結合によって、連帯感を確立していくことは、大切なことであろう。この方法によってのみ、我々の専門家としての連帯感が維持されるのである。

結果測定や効果測定が、こうした連帯感を強める重要な手段であることも明らか



である。

人々がよく攻撃する第3の点は、旧来の考え方に頑固にしがみつき、新しいやり方を考慮しようとしない、という点である。シャーロット・タウルを引用していえば、「社会に対する責任を顧慮するあまり、福祉管理担当者は、自分の身を投げ出して欠点とぶつかろうとせず、自分のやり方を墨守しようとする」のである。周倒に準備された調査が、効果はあまりはかばかしくないという結論を出したら、ソーシャル・ワーカーたちは、サービスのやり方を再検討し、計画を練り直すようにつとめるべきである。

最後に予防の問題がある。もし、政府の財源を必要とするような計画を作る場合でも、計画作成者たちが注意を払って、金のゆえにソーシャルワークの機能を歪めるような方向には向わせないとすれば、そうした計画が不当な評価を受ける理由は何もないのである。

### 倫理的規則の維持

専門的職業として守るべき倫理に関する第2の問題は、部分的には先に触れておいた。しかし、対象者に関するデータを政府のデータバンクに集中することから発する様々な問題については、どれだけ集約方法に注意を払い、専門家の資格をどれだけ厳しくしても、問題をなくすわけにはいかないであろう。政府からの資金を用いるために、対象者の名前、社会保障番号、診断結果、治療についての情報等が必要なのだとすれば、ソーシャル・ワークの倫理はガタガタになってしまうことになる。

この問題に対するはっきりした回答はない。ある機関では、記録を二つつけたり、社会保障番号の代わりに、コード番号を用いたりしている。ある場合には詳細であることをあまり損わない程度で、標準化した診断用語や一般的用語を用いたりしている。こうしたやり方はある程度対象者のプライバシーを守ることに役立つであろうが、集積されたデータを任意に用いるというより大きな問題に答えることにはならない。警察力の強い政府が勝手な決定をして、アルコールのことで

カウンセリングを受けた人はすべて公的扶助や公営住宅、その他に対する資格がないと決定する可能性は、恐るべきことではあるが、ありうるのである。こうした情報が悪用される可能性は無限にある。現在の状態では、すべての団体は、結束して、情報をデータバンクに集中することに対して闘うべきである。調査や統計の利用も、まったく同様に、匿名性を守る様な仮名又は記号による方法を用いるべきであろう。対象者にはそうした手続きについて十分な知識を与えておく必要がある。彼らは、ソーシャル・ワーカーがそうした戦いをする時の最強の同盟者となりうるのである。

### 職員に必要な訓練

専門訓練を受けていない職員や別の専門家が強制的に導入される危険性については、解決の方向に向っている様である。大学卒業者がとるソーシャル・ワークの単位は、今では、ソーシャル・ワーカー全国協議会会員資格基準によって認定される専門的職業につくための、通過点となっているのである。ソーシャル・ワーク教育会議は、学部教育に資格を与えようとしている。ソーシャル・ワークの準資格だけでもっていたり、正規の訓練を受けていないワーカーたちについては、いくつかの民間機関が準専門職として彼らを雇い、訓練し、使用している。雇用や資格基準について、もっと全国的な基準をこうしたワーカーについて決めることが必要なのであるが、彼らがきわめて役に立ち、ソーシャル・ワーク教育をほどこして新しいワーカーを補充する豊庫であることは、すでに立証済みである。天賦の才のある男子あるいは女子ワーカーを探し出すことによって、ソーシャル・ワークの仕事は新たな活気を与えられる。この問題に対して正しく答えるには、準専門職の力量について心配することをやめ、専門的職業としての水準を高めることを追究すればよい。大学院での訓練を延長することは、こうした目的から考えてみて当然の帰結であろう。なにしろ、ソーシャル・ワークに必要な基礎知識は日毎に増加しているのである。ソーシャルワークの学校におけるドクターコースの時間割は、専門性の要求に沿って再整備する必要がある、中世的な大学の水準に

合わせるべきではない。

公的な財源使用をふやして民間社会サービスを援助することの積極的な面は、公的機関と民間団体との間の再統合・同盟関係が生ずることであろう。まず第一に、両方の機関ともに共通の問題をかかえている。公的機関がここ40年間格闘してきたむずかしくて骨のおれる問題はすべて、いまや民間団体にとっても同じようにのっぴきならない問題となってきたのである。

官吏の思いつきに対抗して計画や政策をどうやって立ててゆくか、仕事の負荷の大きさ、サービスの質、倫理的水準の破壊など、これらは、専門家全部がその力量をかけるべき問題なのである。ソーシャル・ワーカーは政治的な知識をもち、対象者のニーズや関心、そうしたニーズに対処する社会や専門家の状況について、政治的な発言をする必要がある。もしあらゆる専門家が人々の為に力を合わせて働くならば、ソーシャル・ワークは大きな貢献をするであろうし、更に重要なことは、対象者が必要とし、また、それにふさわしい質のサービスを得ることができるということなのである。

W. J. デイリー, *Social Case Work*, July, 1974, Vol. 55,  
Nr - 7, pp. 432-434 (部分訳).

(小林良二 社会保障研究所)

## ナーシングホーム退所患者の 生活コース

(アメリカ)

わが国の場合、例外を除くと特別養護老人ホーム(以下特養と略称)の退所はすなわち死亡を意味している。したがって退所後の生活コースを調査する必要性は今のところ高くない。しかし、この事態は医療・療養・介護といった機能を

未分化のまま混在させ、その上での機能も不十分なままにある現在の特養のあり方から由来していると思われる。このようなわが国の特養に対して、アメリカのナーシングホームは医療施設の一部ないし医療扶助支出の対象として位置づけている。そこでは今やホーム退所後の送致後の生活状況が問題となり、同時に退所を決定する規準そのものが適切であるかどうか問われている。今後、わが国でも後期老年層の問題はいま以上に深刻な様相を呈するであろうため、ここでは特に慢性病患者となった老人のナーシングホーム退所の経緯について、アメリカの調査結果を紹介することにする。

### 調査の目的と調査方法

本調査の全体的な目的は、ナーシングホームの退所計画をたてるにあたって、適切な基準を研究することであり、特別な目的としては、退所した患者のADLと基礎的な病理の進行状況等について検討し評価することであった。本調査を待つまでもなくこれまでも病院を退院した患者やナーシングホームの患者の死亡に関する調査は行われてきた。しかし、ナーシングホームを退所した患者の状況を明らかにする決定的な研究は実施されてこなかった。

本調査は長期にわたる追跡調査で、1963年～1972年の9年間にニューヨーク市郊外のWhiteplainsの2つのナーシングホームを退所した693人の患者について、その保証人に調査票を郵送して行われた。両ホームはともにskilled nursing homeとして許可されており、病気の老人をケアするために設立されたのである。患者の平均年齢は81才で、在所期間の平均は2年である。看護はmedical directorおよびassistant medical directorによって調整され、全て専門的な活動に委ねられている。たとえばリハビリテーション、ソーシャルサービス、それに集中的にソーシャル・リハビリテーションを伴った活動プログラムが組まれている。この両施設では患者1に対してスタッフ1の割合でパターン化されている。記入された調査票は合計224で、この回答率は調査対象693の32%に当る。

## 調査結果の概要

224 の回答のうち33%は調査時に生存しており、67%はすでに死亡していた。ホーム退所理由の第1は患者の回復33%、ついでホーム入所を患者と家族が不幸だと感じて退所させた22%、そして19%は経済上の問題をあげていた（特にこのグループの半数以上はメディケア給付が満期に達していた）。通常、病院の場合には医師が退院計画をたてるものだが、ナーシングホームでは、家族が退所要求を出したケースが非常に多かった。ホーム退所患者のおちつき先は、33%が自宅、25%は他のナーシングホームへ、18%は親戚の家へ、そして17%が病院であった。このように半数が個人的な家庭へ退所したにすぎず、残りの半数は違った背景をもつ機関へ送致された。

ナーシングホーム退所後の医療および入院費の支払いについてみると、医療支出額の19%がメディケアによって支払われた。この場合、メディケアによる本人支払分は収入状態に応じてメディケイドが負担している。その結果メディケイドは病院入院料の28%を、ナーシングホーム入所料の21%、医師料金の25%、そしてその他療術料の7%を支払った。

退所後の諸活動では、老人センターの利用者6%、訪問看護サービスの利用者12%、ホームメーカーサービス利用者4%であったが、温食配達サービスの参加者はいなかった。自立状態をみると、退所後だれからもエスコートされずに外出できたもの30%、自宅から50マイル以上の旅行をしたもの28%となっている。ADLについて家族は次のように評価している。半数は自分でトイレに行くことができ、また3/4はトイレへの要求をコントロールできた。衣服の着脱については半数以上のものが自分でできたが、風呂にひとりで入れるものは半数以下ということである。

保証人の評価のうちで鍵となる質問は、ナーシングホーム退所計画の妥当性についてである。保証人の79%は退所は適切だったと感じ、8%は退所しなかった方が好ましいと信じている。この家族の評価に対してホームの treating staff

は224ケースのうち63%のものに退所計画を賛成したにすぎなかった。

死亡率についてみると、回答者全体の67%は調査時点ですでに死亡していた。ナーシングホーム退所から患者の死亡までの期間を分析すると、21%は退所後1カ月以内に、54%は1年以内に、そして退所後3年までには83%のものが、5年では96%が死亡している。この事実は、ホーム退所者の病状がいかに予断を許さないものであったかを示している。患者の死亡場所については、50%は病院で、30%は他のナーシングホームで、11%は自宅ないし親せきの家となっている。つまり死亡者の80%は制度的背景をもつ施設で死亡したのである。

## むすび

以上みてきたように、ナーシングホーム退所後1年以内に死亡するものが半数を超えている事実から、患者をホームから移動させることは死につながる問題と思われる。たとえばホームを離れて1カ月以内に死亡したものの70%は病院で死亡したが、この点からすると病院は最も危険な送致先といえそうである。これらのデータは、一般的にナーシングホームでの死亡を患者の終点としている短期間の調査に対してその錯誤を指摘している。つまりナーシングホームからその他あらゆる背景へと送致された患者については、長期にわたる追跡調査が重視されなければならないのである。そして通常、医師よりも家族の意見によって退所が決定されているが、家族は患者の機能面の回復を認めることができても病理を評価することはできないことに注意する必要がある。特に重要な点は、患者がある環境から他の環境へ変化するにつれて、患者の状態は身体的、社会的、情緒的に変化するということのみきわめることである。この点からも、退所後最初の1年を生きられなかった人びとに対する退所計画は poor であったことが明らかになった。しかし、health care resources と function を評価するという問題は、たとえどこから資料が提出されようと、それを確実なものとするとはきわめて困難な問題といえる。

Dulcy B. Hiller, Ada Jacobs, and Shirley S. Wood-  
ruff, Life Course of Patients Discharged from Two  
Nursing Homes, "The Gerontologist", October, 1974.  
Part I P. 408~413.

(萩原清子 長野大学)



### 社会保障こぼれ話

#### 社会政策の新しい路線

(フランス)

1974年5月に登場した新しい政府は、この国が社会的公正と人間性を追求するために、各種の目標をかかげ、その目標を達成するのに必要な社会計画を発表した。新しい社会政策を盛込んだその計画は、長期的な手段を直ちに実行する2つの分野に分れていた。

直ちに着手する手段は、主として、労働者や社会保障給付の受給者を対象とするもので、最低賃金や給付の改善などが企図されていた。すなわち、労働者の最低賃金は1時間当り6.40フランに上げることになっており、この賃率では、平均的な労働時間である週43時間で計算すれば、賃金の月額は約1,200フランということになる。社会保障の給付では、老齢年金の最低額を日額14.25フランから17.26フランに上げることになっており、廃疾、老齢、労働災害に対する年金や退職給付は、1974年1月の水準が約7%上げられることになっていた。また、家族手当も12.2%の上げが示されていた。

長期的な手段は雇用、労働、および生活の諸条件を改善することを企図している。雇用の諸条件では、雇用保障にかんする労使交渉などが含まれている。労働や生活の諸条件では、夜間労働やコンベアベルト作業を次第に少なくすることなどが含まれていた。

これらの各政策以外に、幼稚園を必要とする母親、保護が必要な子供、身体障害者、病院の入院患者などに対する対策も、この社会計画に加えられていた。

ILO, Social and Labour Bulletin, 1/74, pp.1~3.

(平石長久 社会保障研究所)

## 疾病保険の将来

J. Van Langenbonck

(ベルギー)

本稿には、ベルギーにおける疾病保険改革の基本的な特長にかんする論述が示されている。疾病保険の財政的均衡を回復するために過去に実施された各手段は、効果のないものであることが証明された。その理由は、それらの手段の考案者が赤字を一掃するために純粋に一時的な効果をもつ方法をもつように、それらの手段自身を限定し、制度の効力を改善するか、あるいは緊要なニーズとされるより長期的な改善を実施することなく、赤字が永久的なものとなったからである。

短期的な手段は、疾病保険の財政的な赤字の清算に対してなんらの可能性をも提供しなかった。とくに急速な医療費の上昇は、長期にわたり依然として続くであろう。したがって、長期的な均衡化を追求する手段の採用を検討する必要があるし、また、明らかにこれは根本的な構造的改革を必要とするであろう。

赤字は疾病保険に生ずる唯一の問題ではない。つまり、被保険者自身の直面するかなり大きな諸問題もある。かれらが発病したときに、保険の諸給付が規定された諸条件を満足させないのに、他の例では、保険制度が大きな支出、とくに歯科治療や薬剤の特殊性に対する重い負担を、引続きつきつけられているので、ある強制的な被保険者達は保険給付を受給することができない。さらに、処置に必要な外科病院と諸機関の地理的な分布はきわめて不均衡で、しかも、異なった各種の治療とそれぞれの医師の間には、調整が一般的に欠けている。

したがって、現行制度の根本的な基本原則は必ずしも顧慮しないで、しかも、

医療のニーズと将来の財政的な資金に一致する場合には、ある全般的な保健政策に医療処置の供給を適合させるある改正を計画する必要がある。新しい仕組みは、イギリスの国民保健サービスや将来に計画されているイタリアの国民保健サービスのように、より一層よく似ている仕組みとなる筈である。

将来、保険制度による補装具や歯科補綴と同様に、病院の治療費の支払いは医療の管理サービス担当者が発行した証認にもとづいて行なわれるべきで、また、患者はベルギーで現在行なわれている例のように、一般に薬剤、歯科補綴および補装具の一部を支払うべきである。他のすべての諸条件は廃止されるべきである。

医療費の資金調達については、保険制度は医療の提供者に直接的に支払いを行なうべきである。現在、この支払いは事実上ではすべての薬剤、病院医療の半分以上、およびパラメディカルな処置の大部分を支払う調整が行なわれている。しかし、医師はこの調整に強く反対している。

直接的な方法か、あるいは任意保険の方法を用いて、患者に医療処置の費用の一部を支払わせる主張がしばしば行なわれている。しかし、ベルギーでは、この方法が採用されないだろうということは確実に予言ができる。この国では、個人的な患者だけに応じることを求めない人びとの全員を拘束する全国的な団体協約にもとづいており、しかも、将来のヨーロッパ各国に設けられる制度と全面的に一致する医療の提供者と関係をもつある組織を作る傾向が現われている。

将来、疾病保険は医療担当者の適切かつ継続的な訓練、各制度のすぐれた組織、および必要な技術的設備の制度による成果を作り上げるであろうが、しかし、医療の監督について行なわれる改革は処置の質を改善する方向により一層重点をおかれるであろうということも予言することができる。

現在、医師を含む大部分の医療担当者については、料金と等級はベルギーの規則もしくは協約によって定められている。しかし、従来の経験は疾病保険の財政的均衡を保証していないことを明らかに示しており、もし制度の完全な破産が避けられる筈であれば、すべての医療担当者は俸給を支払われる職員によって占められなければならない。

制度の財源調達については、報酬の判断基準を所得税の計算基礎とされる総所得の判断基準に取替える傾向があると思われる。ともかく、拠出の算定に用いる収入上限はなくなるか、他方で、なんら拠出を支払わないより低い収入の下限が定められるかも知れないということは、自信をもって予言されるであろう。制度の発展で後の段階では、所得税のように段階をつけた拠出を考慮する必要があるだろう。そして、租税と拠出を合併することはより一層良い方法であるかどうか問われるかも知れない。ベルギーでは、医療の支出が公的な補助金により40%以上をすでにカバーしているので、より一層そのようなことがいえる。

L'avenir de l'assurance-maladie, Orientation Mutualiste, No. 4, July-August 1971, pp.144-152;  
No. 30, '72/73.  
, '72/73.

## 高齢者の保健サービス

H. Weil and T. Natan

(イスラエル)

本稿には、高齢者にかんする医療サービスの効果とニーズについて、評価が論述されており、その評価は高齢人口のグループについて実施された包括的な考察で発見された事実にもとづいて行なわれている。

年齢グループのうち年齢が高ければ高い階層ほど、医療サービスに対するかれらのニーズはより一層大きくなる。この仮定から出発して、1966年に65歳以上の施設に収容されていない人びとについて、全国的な考察を共同で指導した筆者は、次の2点の基本的な問題に焦点をあてながら、かれらの発見した事実を検討した。それらの諸問題は、(a) ニーズについて現在行なわれている保健サービスの提供、および、(b) これらのニーズに対して具体的に対応する現在の法律的、財政的、および行政的な手段である。

とくに、考察は次の3点の問題を明らかにする必要がある。すなわち、それらの諸問題は、(a) 高齢者の保険適用、(b) 高齢者が必要とする特殊な保健サービスの種類、および、(c) これらのサービスを高齢人口のすべて、もしくは大部分の人びとが手に入れることができるかどうかということである。

イスラエルの健康保険は任意制で、各疾病基金は将来の加入者に対する資格取得条件を自由な裁量により決定する。それらの基金は非営利団体であるが、それらの基金は当然赤字を避けようとしており、したがって、高齢者のような危険率

の高い加入者数に制限を設けたり、あるいは、加入者となるのに「制限」条項を加えている。その結果、なんらかの種類による保険でカバーされた65歳以上の人びとのうち80%以上の中では、45%の人びとだけが健康保険で与えられる完全な給付を享受している（すなわち、かれらの必要とするサービスは無料である）。疾病基金により直接的にカバーされた79%に加えて、他の8%が福祉局を通じて医療サービスを受けている。高齢者のうち15%はなんらの方法でも保険でカバーされていない。

男子被保険者の73%が保険で完全にカバーされるのに対して、女子被保険者では、47%だけが包括的な適用を受けているにすぎない。経済的階層による分析は、低所得グループがほとんど完全な適用を受けられない傾向をもっているか、あるいは、全く保険でカバーされていないことを示している。筆者は任意制健康保険の保険教理的な基本原則が、被保険者達の中の若い人びとやより健康な人びとのグループと比較すれば、高齢者にとって損になる事実を強調している。

高齢者のもっている特殊なニーズの中には、予防的サービス、リハビリテーション、および看護サービスがある。医療サービスに対する個別的なニーズは、これらのサービスが誰にでも公開されている場合でも、全人口のあらゆるカテゴリーに属する人びとがこれらのサービスを享受できる機会がほとんどないということがなければ、情報と訓練事業の組織を必要としている。たとえば、視力を失った少なからぬ高齢者が2年以上の間も眼科の専門医を訪ねていないか、あるいは、全く診察を受けていなかったということが発見されている。医療サービスの非効率的でかつ選択性のある利用について指摘されたより注目すべき事実の1つは、視力の検査を決してうけなかった65歳以上の人びとのうち、回教圏の諸国からの移住者の比率が高く（30%）、それに比べると、ヨーロッパ生れの人びとの比率が7%にすぎないということである。この現象は教育水準のギャップによって説明される。すなわち、ヨーロッパ生れの文盲に比較すれば、回教圏生れの多

数の文盲な移民は、かれらが眼鏡を必要としていると感じていない。

考察によって得られた事実は、高齢者（65歳以上）の47%が歯の状況について不平をいっていることを示している。かれらのうち50%は補綴を行っていないし、これは高齢人口のほぼ半数が不適切な歯科治療の被害を蒙っているか、あるいは、全く治療をうけていないことを意味している。

また、調査の結果で得られた他の事実は、3,000人の高齢者が自宅に寝たきりであったということも明らかにした。他の700人は病人で、かれらは公立や私立の施設、予後保養所（精神病院を除く）に入院患者として収容されていた。これは4,000件を下まわる看護サービスが必要で、それらのうち、6分の1だけが病院に収容されていることを意味している。これらの資料はそのようなサービスに対する需要と検討した期間中において利用可能な施設との間に、かなりのギャップのあったことを示している。

第一次的な不足は、イスラエルでは高齢者に対する包括的な健康保険の欠如である。提案された健康保険法は強制保険により設けられ、現在実施されているすべての制限を廃止することにより、ギャップが埋められるであろうと考えられている。このようにして、保険の負担を支払うすべての人びとは、現在実施されるすべてのサービスに受給資格を取得するであろう。

Sherutei Briuth belsrael, Paul Baerwald School of  
Social Work, The Jerusalem Hebrew University,  
Jerusalem, May 1971, 22 pp.; No. 39, '72/73.

# 任意制の補足的年金保険制度

## —— 動向と直接的役割 ——

( 東 ド イ ツ )

本稿には、任意制の補足的な年金保険制度を改善する1971年1月29日付の政令により、制度の発達をもたらされたことについて論述が示されている。

任意制の補足的な年金保険制度の改善にかんする1971年1月29日付の政令が採用されてから以後の6カ月間に、労働者と同様に労働組合指導者や管理職の職員も、任意制年金制度を含む社会開発に責任を有することを、かれらにより一層知らせるために、より多くの政治的・理念的活動が必要であろうということが明らかになった。

その間に得られた実績は、責任の認識について次のようなことを示している。

- (a) 任意制の補足的な年金保険制度に加入する労働者数は増えている。その理由は廃疾と退職後の期間に改善された保証を労働者達に提供するために、かれらはこれらの手段の必要性を理解しているからである。
- (b) 労働組合指導者と政府や企業の管理職者達は、かれらの担当する、平常の管理上の義務に、任意制の補足的な年金保険のために行なう宣伝を含んでいる。

1971年7月31日まで、約551,000人の労働者が任意性の補足的保険に契約していた。この数は有資格者、つまり、月収600マルク以上の所得を有する労働者の30.5%に相当している。

任意制被保険者の加入者数は地方によって異なり、また、制度の宣伝活動を行なう強さに依存している。7月30日には、被保険者数の比率は24地区で20%以下となり、他の29地区では50%以上を示していた。

労働組合の中央指導部は、任意制による制度の新規加入者について加入状況を定期的に通報されており、運営の経過段階に生じたなんらかの問題を解決するのに必要な手段を直ちに実行している。

当初、地方政府当局は任意制の制度がもっている本質を理解しなかったし、その制度を支持するかれらの宣伝活動の努力が違っていた。

労働組合と社会保険管理機関の支持する手段の仕組み(制度)を公布する1971年2月22日付の政令以後、地方政府当局の態度に現われた変化は、任意制の補足的年金制度を運営する努力である。

企業の管理職者と他の政府機関の指導的な立場の人びとは、正式な方法ではあるが、組織的な方法でない方法だけを用いて、任意制の補足的制度のために示すかれらの努力によって労働組合を支持した。そのような方法は制度に対する宣伝活動が不足しているからであった。制度に加入して被保険者となる労働者の加入状況では、大企業は中小企業より遅れている。多数の中小企業では、有資格者のうち50%以上が制度に加入しているのに、62の代表的な大企業を対象とした調査は、有資格の労働者の約22.4%だけが任意制の補足的制度を通じてかれらの保険をかけていたことを明らかにした。また、これらの大企業は任意保険の有資格者の全部のうち10%以上を雇用している。宣伝活動で良好な結果を取めた大企業はまれである。

宣伝活動の最も効果的な方法は、任意的制度で保険に加入資格を有する人びとと個別的に討議することである。600マルク以上の所得を有する各労働者が、任



意的拋出を通じて老齢・廃疾年金を増やすことの可能な事実を、労働者達は容認している。多数の被用者は、かれらが各人で達成した生活水準を、補足的年金によって退職後に保有することのできるという結論を得た。30歳未満の若い被用者達は、かれらが保険をかけるのに十分な時間をもっているし、また、適切な住居と子供を育てるのに必要なニードがますます圧力を加えているという意見をもっている。

政治的・理念的分野における主要な役割は、とくに個人を対象とする宣伝活動や討議を通じて、任意制の補足的な年金保険制度がもっている利点を被用者に納得させること、任意的制度の本質について労働組合指導者達と企業の管理職者達により一層の訓練を行なうこと、保険の諸条件、および仕組みのもっている利点である。企業では、制度の宣伝活動は管理者側と労働組合の間で行なわれる日常の協力活動の重要な部分でなければならない。

Zum Stand und zu den nächsten Aufgaben der  
Freiwilligen Zusatzrentenversicherung,  
Sozialversicherung-Arbeitsschutz, No. 9,  
1971, pp. 2-3; No. 43, '72/73.

## 社会保障制度の仕組みと 家族手当の発達

Z. Molnar

(ハンガリー)

本稿には、社会政策、賃金政策および人口政策に家族手当の果たした役割の再評価が論述されている。

1人当りによる家族の所得は、同一世帯で経済活動に従事する人びとの所得よりは、むしろ扶養家族の人数によって決定される。大家族を取上げる場合に、上述したことは同一労働同一賃金という社会主義者の基本原則を実現するのに否定的な影響を与える。しかし、適切な家族手当は世帯の所得に公平な幅をもたせるし、また、家族構成員の1人当りによる平均的な所得を増やすことになる。

ハンガリーの人口増加率は低い。適切な住宅と併せた十分な家族手当は、人口増加を決定する重要な要素になる。近代的な家族手当は包括的でなければならないし、子供が経済的に自立するまで継続されるべきである。従来、家族手当は国民のうち限られた部門にだけ適用されていたが、手当は次第に拡大されてきた。1960年には、家族手当は農村の人びと、農業協同組合の構成員、年金受給者および1人の子供を養育する母親のいない世帯をカバーするように拡大された。現在のハンガリーの制度は、自営業者と自由業者以外のすべての人びとに適用されている。手当の金額は所得で決定されるのではなくて、16歳（就学中には19歳）未満の子供を2人以上養育するすべての世帯に適用されている。家族手当の適用を拡大することは計画されていないが、しかし、所得についてより一層適切な分配を行なう道具として家族手当を用いるために、家族手当を従来よりもさらに利用できると感じられている。

ハンガリーの出生率は1950年の21.9から1969年の14.9に低下し、より一層積極的な人口政策の必要性が生じている。もし子供を有する世帯の経済的な立場が改善されないならば、人口増加率の大きな変化をなんら期待することができない。現行制度のもっている他の主要な欠点は、母親のいない世帯を除いて、第1子にはなんら手当が支払われないということである。各世帯の1人当り所得は第1子の出生で低下し、もし人口増加率が促進されるべきであるならば（全世界の31%は子供がいない）、1人当り所得の低下は家族手当によって補償されるべきであ

る。他の欠点は、たとえば学生であるが、事実上まだ独立しているわけではないのに、他の子供らが年齢の制限を超過してしまった場合に、各世帯が最後の被扶養児童に対する家族手当を失ってしまうことである。

理想的には、社会政策のある効果的な道具を作り上げるために、家族手当が子供の教育と食事に要する費用の3分の2（もしくはある妥当な最低食費の4分の3）になる場合には、家族手当は増額する必要がある。これは1月当たり約400～500フォリントになる。そのような増額は、国民所得のうち、社会政策の他の分野に支出を求められる他の需要への費用を想起しながら、徐々に採用されるべきであろう。改革に要する経費の合計は30～40億フォリントで、その費用は今後の5カ年計画で調達さるべきであろう。

Casalabipotlek-renbzserunk kialakulasa, színvonala  
es fejlestesenek irányai, Munkaugyi szemle, No. 6,  
1971, pp. 27 - 32; No. 59, '72/73.



以上4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)

## 西ドイツ社会保障の近況

健康保険組合連合会 石本忠義

西ドイツではここ数年の間に社会保障に関するいくつかの大幅な改正が行われた。主なものとしては1972年の第2次年金改革（1973年1月1日より実施）、同年（7月1日）の農業者疾病保険の創設、1970年（71年1月1日より実施）と1973年（1974年1月1日より実施）の疾病保険改正がある。これらの改正についてはすでにその概要が本誌に紹介されてきている。ここではこれ以外の小さな動きを解説することにする。

### 1972年7月1日現在の疾病保険の保険料率

1972年7月1日現在の疾病保険の平均保険料率は、最低6週間の賃金継続支払請求権を有する強制加入者の場合基本賃金の8.37%である。保険料率の幅は4.5%から11.4%までと非常に大きい。これによって被保険者の保険料負担にも大きな格差が生じている。地区疾病金庫の場合保険料率の幅は6.6%から10.5%までで、平均は8.4%である。企業疾病金庫の場合保険料率の幅は4.5%から11.4%までで、平均は7.76%である。また、海員疾病金庫の場合6.2%である。

疾病保険の強制加入者の98%は賃金継続支払請求権を有するが、約386,000人は請求権をもたない。これらの者の保険料率は少し高く最低6.4%（海員疾病金庫）、最高13.2%（職員補充金庫）、平均11.23%である。

### 年金受給者の所得

1971年4月のマイクロセンサスの結果によると、980万人がもっぱら年金によっ

て生活している。980万人のうち520万人が被保険者年金の受給者、210万人が遺族年金の受給者である。これは1970年に比べ2.3%の増加である。これらの年金受給者の全住民に対する割合は1961年には14.5%であったが、1971年においては16.1%となっている。これに対して約300万人が年金だけでなく、生業収入または家族の収入によって生計をたてている。

もっぱら年金によって生計をたてている者の27%は2種類以上の年金を受けている。もっぱら年金によって生計をたてている者の月収は表1のとおりである。これによると、男子の場合約55%の者が月収600マルク以上である。また、女子

表1 もっぱら年金によって生計をたてている者の数と月収

	各年 3月	人数 (1000人)	月収(単位マルク)			
			150未満	150~300	300~600	600以上
(男子)			%			
被保険者年金	1971	2958	0.6	6.0	37.7	55.7
遺族年金	1971	52	36.2	27.2	23.7	12.8
その他の社会年金	1971	821	7.4	11.8	20.1	60.7
私的年金	1971	203	13.0	17.8	33.0	36.2
(男子合計)	1971	4034	2.8	7.9	33.9	55.4
	1966	3405	3.2	18.6	51.2	27.0
(女子)						
被保険者年金	1971	2268	5.6	25.3	48.1	21.0
遺族年金	1971	2049	2.0	15.0	62.8	20.0
その他の社会年金	1971	1098	7.5	20.3	38.0	34.2
私的年金	1971	329	14.3	25.9	32.9	26.9
(女子合計)	1971	5742	5.1	20.6	50.9	23.5
	1966	5118	10.3	40.8	41.3	7.6

(注) 被保険者年金と遺族年金は公的年金、その他の社会年金には公務員年金を含む。

の場合約51%が月収300～600マルクである。

### 1971・72年末現在の年金保険の財産

1972年の年金保険の保険料引上げ(17%から18%へ)によって、年金受給者疾病保険の保険料拠出(11億3千万マルク)および年金調整(19億5千万マルク)にもかかわらず、労働者年金保険および職員年金保険の準備金は18%増加し、351億マルクに達した。この増加は、職員年金保険の準備金が29.3%増加し、253億マルクに達したことによるところが大きい。労働者年金保険の準備金は3.8%増加し、98億マルクに達している。

職員年金保険の流動性資産は39.6%増加し、61億5千万マルクに達している。これによって流動性準備金が11.6%増加し、20億7千7百万マルクに達している。1971、72年末現在の財産状況は表2のとおりである。

表2 1971、72年末現在の年金保険の財産 (単位 1,000ドイツマルク)

	労働者年金保険		職員年金保険	
	1971年	1972年	1971年	1972年
流動性資産	4,313,848	4,013,714	4,406,634	6,150,840
うち				
流動性準備金	3,850,637	3,508,059	1,860,900	2,077,000
預貯金	27,160	12,160	14,000	7,000
国公社債証券	3,127,117	3,218,358	5,101,840	6,779,562
債務簿債権	-	4	3,340,300	4,124,669
貸付金	1,543,160	1,403,037	4,754,941	5,856,852
土地質権・土地・配当	1,188,813	1,164,516	1,911,919	2,339,834
現金および投資財産				
管理財産を含まない	10,200,098	9,811,789	19,529,634	25,258,757
管理財産を含む	11,746,953	11,474,557	19,964,334	25,811,901
債務	192,793	268,146	18,793	19,402

### 疾病早期発見措置

1971年7月1日から疾病の早期発見措置(いわゆる疾病予防)が疾病保険の法定給付となってから、健康の回復・保障に貴重なチャンスが与えられたが、この医師による予防的診査への要求はまだ十分なものとはいえない。予防給付は、老人よりも若い受給資格者に多く利用されている。1,220万人の受給資格者(女子30歳以上、男子45歳以上)の3～4人に1人が受診している。受給資格のある女子被保険者(年金受給者を除く)の場合29.3%が受診している。510万人の受給資格のある男子被保険者(年金受給者を除く)の場合14%(7人に1人)が受診している。

老人はしばしば早期発見診査をきらっており、女子(年金受給者)の場合14人に1人(受給資格者の7.1%)しか受給していない。男子年金受給者の場合でも11人に1人(9%)しか受診していない。

疾病の早期発見措置は成人に対して行われるだけでなく、4歳未満の児童に対しても行われる。成人の場合ガン検診(年1回)に限られているが、児童の場合正常な肉体的精神的成育を阻む疾病の検診(7回)が行われる。最初の2回の検診は出生後定期的に行われる。あとの5回の検診は25～35%の児童が受けている。

1971年下半年期における受診件数は約350万件(女子約210万件、男子50万件、児童90万件)で、これに要した費用は8,400万マルク(全給付費の0.55%)である。

連邦政府は、疾病保険の拡充のための専門家委員会の報告をうけて、疾病の早期発見措置の拡充と健康保護の拡充に一層の努力を払うことを言明している。

### 年金水準とその保障

第16次年金調整法(1973年7月1日より施行)の可決にともない、この法律によっていわゆる年金水準保障条項が改正されるため、年金水準問題が新たに政策論議の対象となっている。

ここでいう「年金水準」とは、就業者の賃金・俸給に対する年金の割合をいう。この割合の決定にはモデル年金を利用する。すなわち、40年の被保険者期間を有する年金受給者の年金とその者の就業期間における全労働者・職員の平均収入が用いられる。このモデル年金の平均総収入（労働者・職員の平均総労働報酬）に対する割合は、1973年下半年期において44～45%である。また、平均純収入に対する割合は60.5%である。この割合の改善が当面の課題である。

賃金・俸給の上昇率と同じ率で年金調整（引き上げ）が行われれば、年金と総賃金・俸給の関係はコンスタントであるはずである。しかし、実際には賃金・俸給の上昇と年金調整との間には時間的ずれがあり、そのようにならない。1969年から72年にかけて賃金は平均を上回る伸びを示しているのに、年金調整は1966、67年の景気後退期を含む時期の低い賃金上昇率をもとにして行われている。これによって生じた年金水準の一時的下降が、CDUとCSUをして第6回ドイツ連邦議会において年金改革法の枠内でいわゆる年金水準保障条項を年金法に組み入れるようにさせたのである。

しかしこの条項に対しては目標設定のうえからもまた発展のうえからも疑問があった。主たる異論は、年金水準を測る尺度が各年の予測される賃金・俸給の額であるところにあった。したがって、連邦政府の提案に基づき、第16次年金調整法によって年金水準保障条項に新しい規定がとり入れられた。これによって年金水準の正しい率は、最も新しい（直近の）公表された平均総賃金・俸給をもって表わすことになった。

## 社会法典

近代的な社会法典をつくる作業は大きな進展をみせている。この作業は連邦労働省で行われているが、1970年に設置された専門家委員会の協力のもとに現在「社会保険総則」の作業が完了している。連邦労働大臣は1973年にさっそくこれを内容とする法案を内閣に提出している。社会法典の「総括篇」を内容とする法案はすでに連邦政府によって連邦議会に提出されている。この「総括篇」と「社会保

險総則」は社会法典の最初の大篇として1974年中に公布される予定である。

連邦労働大臣は社会法典を市民の「社会憲章」としたい意向をもっている。その主たる目的は、市民に社会法規を大観させ、判らせるようにすることである。社会法規は今日多数の単独法および命令に分かれている。それゆえに一部の市民しかそれを正しく知ることができない状況である。社会法典によってすべての社会法規が統一的な原則に基づいて総括され、調整、簡素化される予定である。

「総則」は、社会保険のすべての部門（年金保険、疾病保険および災害保険）に適用される諸規定を総括し、簡素化するとともに必要な範囲で新たに作ったものである。1911年のライヒ保険法Reichsversicherungsordnungの制定以来、個々の保険部門の共通事項を一本に統一して定めようとする包括的な試みはこれが初めてである。社会法典では社会保険とともに、雇用・教育促進、戦争犠牲者援護、児童手当、住宅手当、社会扶助および青少年扶助もとりあげられる。これらの分野はもっか作業中である。

## 年金受給者疾病保険の財政

疾病保険の拡充のための専門家委員会は、連邦労働大臣に年金受給者疾病保険の財政に関する新規定についての答申を提出している。この専門家委員会は、疾病保険、医師会等の代表および学者によって構成されている。答申の内容はつぎのとおりである。

### 1 現状と問題点

(1) 疾病保険の費用に占める年金受給者疾病保険の費用の割合は、1968年の20%から1972年の40%に上昇している。このままていくと1987年までにこの割合は50～75%に達するであろう。これにともなって年金受給者疾病保険に必要な保険料率は現在の1.1%から2.0～4.0%になる見込みである。

この原因は、保険料計算の基礎となる支払年金総額よりも年金受給者疾病保険の給付費の伸びの方が大きいことにある。

(2) 現在の年金受給者疾病保険の財源拠出方式は、20%の疾病保険による財源負

担を基礎としている。このため疾病保険による財源負担が20%を超えた場合、疾病金庫ならびに被保険者の間に不平等な負担が生ずることになる。この疾病保険による財源負担がますます増大している現状からみて、この不平等な負担は一層はげしくなるであろう。

(3) 疾病保険は、年金開始前に疾病保険に加入していなかった年金受給者についても財源負担をしている。このため疾病保険は1973年において年金受給者1人当たり約500マルクを負担しなければならないであろう。自営業者および主婦への年金保険の開放によって適用者の範囲はさらに拡大している。

## 2 構造的問題の解決のための提案

(1) 年金受給者の疾病保険は、今後、年金保険と疾病保険が連帯して財源負担すること。

(少数意見)

年金受給者の疾病保険の費用は、疾病保険かまたは年金保険のいずれかが財源負担すべきである。

(2) 年金保険と疾病保険の財源負担割合は、将来固定されるべきである。この固定化は、年金保険による財源負担割合を法律で固定することによって保障すること。

(3) 疾病保険と年金保険の財源負担割合を最終的に政策決定する際、つぎの事情を考慮すること。

年金受給者疾病保険の新規定に立法者は1968年の年金保険の財源負担割合を80%と定めた。その後のこの割合の低下にかんがみ、1972年に年金保険の財源負担割合が長期にわたって65~70%の水準に固定されるような連帯イニシアティブを設定した。

年金保険の保険料算定報酬限度が疾病保険の保険料算定報酬限度のほぼ上回っているため、年金保険の本来の財源負担割合の低下によってマイナスの分配政策効果が増大している。さらに年金保険の長期的な保険料率固定化に対し、疾病保険においては短期的または長期的な保険料率引き上げが予測されていることに

注意すべきである。疾病保険において必要な保険料率引き上げは、疾病保険と年金保険の負担割合の変化によって長期的にはほぼ均程度になるであろう。

こうした事情を考慮して年金保険と疾病保険の財源負担割合は80:20にすべきである。

(4) 疾病保険による財源負担は、年金受給者以外の一般被保険者の連帯保険料によって行われている。連帯保険料は全被保険者に対し同じ率で課すこと。

(5) 疾病保険による財源負担への請求権は、年金受給前一定期間疾病保険に加入していた年金受給者のみ有すべきである。この要件を満たさない年金受給者は、保険加入義務免除でない限り、疾病保険による財源負担相当額の保険料を支払うべきである。年金受給者の負担する保険料は、一般保険料率に応じた保険料に限られる。暫定措置として規定の施行の際年金を受給している者はこの保険料支払いを免除する。

以上が疾病保険の拡充のための専門家委員会の答申であるが、連邦政府がこれをどのように取り扱うかが注目される。

**Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung,  
Sozialpolitische Informationen: Sozialpolitik in  
der 7. Legislaturperiode.**

## ロスアンゼルス身辺雑記

国立公衆衛生院 前田 信雄

### I

私は、世界保健機関の研修ということで、カリフォルニア大学・公衆衛生学院に1年滞在してきた。こういった経験は珍しいものではなく、文部省でもあるいは諸々の奨学生制度でもずい分多くの人を1年間アメリカにおくりだしている。私のばあい、特色あることといえば、家族連れだったことと、社会保障と医療の研究・実情見聞ができたことになろうか。ロスアンゼルスでの身辺事を通して、留学生活のあれこれのことを断片的に書くことにする。

1年間居るとなると、まず住むところが問題、その家探しにはだいぶ苦労した。6月末か8月末には空家が多いが、12月という時期は転勤時期ではないので、方々自動車アパートを探してみたが、vacancyのサインのところのみつからない。空きがあっても、猫、子どもはおことわりとくる。子どもは動物と同じ扱いというわけではないが、要するに、はねまわり大声を出すのでいやがられるだけ。有色人種だということで貸すのをことわることは建前上は禁じられているので、そういう面での障害はないものの、いいなと思うところは400ドル(月・12万円位)と高家賃だったりする。仕様がなく、大学新聞に広告をだしてみた。“当方交換研究員・家具付一軒家求む”といったような内容をのせた(1ドルと少しの広告料)。無料で学生・職員の殆どみんなの手に渡りよく読まれる新聞なのに、反応はさっぱり。一つだけ積極的な電話応待があってその家に行ってみたが、2寝室で400ドル。居間・食堂広く家具一切付き、プールもあり(但し小さなもの)、という熱心なすすめだったが、高い家賃のわりには狭い間どりなので遠慮申し上げる。しかし縁は奇なもので、このお話しにからんで、家内が大学に勤めている日本人教授夫人らと知り合いになり、

後に大変お世話になることになった。あれこれしているうち、結局大学の宿舍あっせん部のような所で、サバーティカル(7年勤務後1年間の休暇をもらえる制度)でバリに行く同じ大学の先生の家が見つかった。丁度私達の借りたい時期と合っていたし、値段も300ドルとまあまあ線の。実は12月の前3カ月間は、同じく300ドルで、私の指導教授の家を借り、かつ留守番みたいなことをして、そのときの値段とも同じ家賃。東京ほどではないが、向うも家賃は高くなるいっぽう。家具つかずの所は安いけど、部屋のなかは本当にガラソウで、カーテンから下手するといすや毛布、ちょっとした鍋・釜の果てまで買わなければならないこともある。1年ぐらいの滞在だと、とてもわざわざ買って後で二東三文でおいてくる気はしない。やはり家具付に限るということになる。家具付きといってもケースごとちがうが、私のばあい、幸いに、ステレオはとりはずしていったことを除いてあとは全部、タオルからシーツ、スライドプロジェクター、台所用品一切を借りることができた。敷金のようなものはドルあとで返却。

### II

ロスアンゼルスは本当にだだっ広い街。千葉・東京・神奈川に匹敵するような広さの土地に地下鉄・鉄道(人を運ぶ)はなく、発達した自動車道を利用するしかない。バス路線は限られ、子どもの学校へは下手すると1時間半もかかってしまう不便さ(車で15分)。そこで次の問題は車をどうやって買うか、である。日本では、3年乗って未だ2万キロのスバル1100を13万円ほどで手離していったからというわけではないが、どうせ9カ月しか乗らないだろうと思い、予算は500ドル(15万円)前後とたててみた。まず、新聞(大学のロスアンゼルス・タイムズと地域新聞)をみて電話、個人のところやディーラーに出かけてみるが、安ければ悪く、良ければ値段が高く、こっちの希望の小型車は石油危機もあってなかなかみつからない。しかし、このときの新聞での探索は、あとで売るときに役立った。結局、知りあいの日本人から、古い大型車(1965年型)をゆずってもらうことになった。買った値段以上に修理費のかかる車で参ったが、わりと良い値で売れたので、これまた結果的には良い線を行ったところ。

しばらく国際免許だけで乗っている日本からきた先生もいたが、1年いるときは免許証そのものが身分証明書になるので、やはり向うの免許をとるべきである。道路交通法をおぼえる意味でも……。職場の同僚からテキストを借り、試験問題集（薄いパンフ・「構造」なし）と一夜漬けでとりくむ。こちらが用意した車で、30分ばかり練習したあとすぐ路上運転で試験。日本人の教習所教師に指導してもらったのだが、“あんたしばらく運転してなかったね”とおこられる始末。いきなり慣れない車で右側通行はやはり非常にとまどうのは当然。おかげで法規も頭に入り、実地試験も心臓で？何なくパス。それでもその後2度ほど反対車線（左）に入る失敗をした。アメリカでレンタカーでも借りて運転してみたいという希望の方にドライバーとして最も気をつけるべきことを少し書かしてもらおうと、第一にゆったりした車間距離をとること。高速で走り、もし追突したばあいまず責任は全部こちらにありと考えるべきだから。前にわりこみで入られても気にしない。次は車線をかえるときは必ずウinkerを出し、首をまわしてわきを確かめてからハンドルを切ること。車を買った時点から即刻保険に入ること（電話でも可能）。万が一の事故に備えるため、レンタカーでも私は保険に入った。

### III

4人で1年間滞在となると、だれかが病気にかかる確率がやや高くなる。外用薬などは向うで買えるから問題はそうないが、万が一の入院に備えて大学の健康保険に加入した。日本でも共済組合の掛金はとられているので、奇妙な二重拠出を余儀なくさせられたわけだが、向うでそれを言い出しても仕様がな。年間家族4人で約250ドル（日本円で7万円ほど）。しかも一時払いなのでかなりの重い負担である。入院を中心の給付ポリシーをえらんだので、唯一の受診であった子どもの歯科診療の際、これは全く役立たなかった。結局、「無受診世帯」として保険料掛捨てになるが、いわば「無病世帯」だったことの方を評価せねばなるまい。

外国生活上最大の難関であるコトバの問題についても様々の試みと結果を経験したが、結論としては、米語を話す上達度は必ずしも各人の努力と比例しない、という変なことになる。小学校1年生の下の子は、ロスアンゼルスに着いた翌々日から近くの公立学校に入った。一番先に聞かれたのは *What's your name?* だったと、後で語るのであるが、その日は全く一切のことが、わからず、しゃべらず帰宅。日本で米語教育は皆無。この子が英語の寝言をいうようになったのは3カ月後。身体でおぼえるともいうべきか。学校以外特別の米語教育は全くなし。その子が、隣り近所の子らとも、こちらにはわからないロスアンゼルスっ子の俗語を使って遊びに余念がない。この子にくらべ父親の方は、積極的にコースもと取り、同僚と議論し、新聞を三種類も読み、テレビ・ニュースも欠かさないように聞けども、その上達度はさっぱり。“*ダデイ！アールはあまり気にしないでウルールー……と発言すればよいよ*”なんて子どもから“助言”される始末。親父のコトバ上の頼りがいが家の中でいくらか証明されるのは、下水がつまった時の修理依頼（電話）とか、職場の同僚から聞いたおいしくて安い食物の入手方法の知識とか、日本からもっていったカラー・スライドの説明（たいてい自宅でのパーティで）のときぐらいのものである。米語のなぞなぞ（*riddles*）で“答え役”はたいてい親の方で、もっぱらひやかされるだけ。中学2年の上の子も普通の公立学校に入る。こっちは「語学上のハンデ」ということで、「社会」そして大好きな「理科」の選択を許してもらえなかった。頼みに頼んで選択できた「数学」は、始めはコトバでさんざん苦勞したらしいが、途中からは親父からの援助をわずらわさなくなった。「数学」の内容は、たとえば「1年前に500ドル借金、月5%の利子、6カ月後350ドル返還、元利とも今何ドル借金しているか」といった極めて実用的なもの。ところが、中学のサマー・スクールでは、*Computer Mathematics* を選択。家でも夢中になってプログラム書きなどにうちこむ変りよう。この子のケースも、興味につられて自然にコトバが身についたというところであろうか。



## IV

私のいた大学はすべての点で開放的な大学で、授業も教師と学生間の質問・討論が盛んであった。これと、教授とのアポイントメントをとっての1時間ほどの1対1での話しあいとはとても有益。自分でアポイントメントをとり方々を見学するのも、時間はかかるし気を使うことなのだが、だれかからおぜん立てをしてもらうことをしないほうが、要領もおぼえるしコトバも慣れる。オフィスでの電話の授受はコトバの練習だけでなく、すべての用事を効率的にするし、アメリカ人とのコミュニケーションの重要な手段である。文献のことを図書館に聞くことから、前にも書いた広告掲載のこと、旅先でのモーテルの予約・確認まで、電話の便利さをできるだけ活用した。もっとも、私のオフィスの電話番号はある大きなピアノ会社と同じで、そこが出すテレビ広告の後ジャンジャンかかってきて参ったが……。 「お前はチャイニーズか」なんて余計なことをきく人までいた（地域番号違い）。

文献の貸し借りも研究生活上の基本的なことであるが、自己流の借用書をゼロックスでつくり、なるべく早く読んで帰すことにした。ときには山ほどの文献を前にして大変なときもあるが、「ツンドク」のはかの国でも余り好まれない。私のばあい「貸す」方は少なかったが、これには、日本でやっている私の「図書貸出簿」の英語版はつくらずじまいだった。但し、私よりももっと組織的に、学生貸出用論文を用意し、秘書がその一切を管理するという教授がいて、「さすが」と感心させられるとともに、それを通して学生の関心を知り、かつ勉強をプッシュするうまい方法とみうけられた（既に医師などの資格ある卒業後学生）。

本の購入は、こちらのように、丸善にハガキを出せば配達、まとめて後払い、というわけにはいかない。大学の購買部に申込む方法と、あとはチェック同封の上郵便注文という方法の二つがある。前者は1カ月近くの日数がかかるが「見計り」が可能（多少の交渉技術が必要）。後者は自分で手紙を書かねばならないが2週間もかからないで入手可能。しかし、市販されているものでも、「こちらは

コレコレの研究者、貴方の本は研究上大変有意義、寄贈されれば幸甚……」てな意味のことを書いてやると（公文書的な少しかたくるしいもの）、ちゃんとタダで寄贈してくれることもある。政府・行政関係のものはその点殆ど無料なので、ハガキ申し込みもきくようである。

## V

いま米国は全国民対象の「国の健康保険」法をめぐる論議が盛んである。医療費だけ投じてもその効果はあまり上っていないじゃないか。医療の質そのものを評価するハカリのようなものを工夫しなければならない。もっと入院外と予防に力を入れなければ……。 「アメリカ医療は危機そのもの」いや「医療をうける不公平があるだけ」といった議論の洪水のただ中の一年間だった。たくさん勉強すべきことのなかでは、この一年間は短か過ぎ、生活もまた小さな工夫と享受を実現したにとどまったという実感である。

(1974・10・6)



## 社会保障こぼれ話

### 老齡者（60歳）の就労と所得

#### I (アメリカ)

アメリカの社会保障庁は、1971暦年に60歳以上であった老齡者について、就労と所得の状況を調査した。

この調査報告によれば、1971年にこの国では、60歳以上の約2,195万人のうち、夫婦は46%で、54%は単身者となっていた。単身者では、全体の13%が男子で、42%が女子であった。これらの老齡者を年齢のグループでみれば、最も多いのが65歳以上の72%で、62-64歳が16%、60-61歳が12%になっており、65歳以上のグループは65-72歳と73歳以上がほぼ同一であった。

1971年に就労した状況をみれば、単身者グループでは、年齢の低い方が就労しており、60-61歳グループは67%（39%は通年や全日制で就労—以下同じ）が、また、62-64歳グループは57%（29%）が就労していたのに、65歳以上のグループは18%（6%）が就労していたにすぎない。もっとも、65歳以上のグループでも、73歳以上の9%（2%）が就労していた。夫婦の例では、60-61歳グループの93%（76%）が、また、62-64歳グループの89%（66%）が就労し、65歳以上のグループも49%（21%）が就労していた。夫婦のうち、双方が就労しているのは、61-62歳グループ（42%）と62-64歳グループ（38%）が多く、夫だけ就労したのは上とほぼ同一（それぞれ46%、44%）であるが、65-72歳グループも33%が就労していた。妻だけ就労した例は65-72歳グループが多かった。

通年や全日制で就労したのは、夫婦と男子単身者の場合に、60-61歳、62-64歳の両グループとも過半数を占めているが、女子単身者では、62歳以上で多くなっていた。

1971年に全くあるいは一部しか就労しなかった者について、就労しなかった理由をみれば、一般的には、失業と疾病や廃疾が最も大きな理由になって

いた。もっとも、これらの理由も年齢グループによって状況は異なる。たとえば、夫婦の場合、疾病と廃疾を理由とするのは、男子では、60-61歳が75%、62-64歳が49%で、65歳以上が20%になっており、年齢の低いグループにこれらを理由として就労しない例が多い。年齢の高いグループに就労しない理由が多くなるのは、当然なことながら、稼得活動からの引退で、この理由は年齢が低いグループでは、当然少なくなる。これらの状況は単身の男子でもほぼ同一の傾向が見うけられる。女子の場合には、夫婦でも単身でも家政担当を理由として就労しない例が多いが、夫婦の例ではその理由がとくに多くなる。女子のこの傾向はいずれの年齢グループでもほぼ同様であった。

#### II

単身者の収入では、通年や全日制で就労した者が、年間の一部やパートタイムにより就労した者より高い。これは当然なことであるが、年齢グループでみれば、65歳未満の方が高く、それ以上は低くなり、とくに、73歳以上のグループは大幅に低くなる。このような状況は、65歳以上のグループが通年や全日制で就労する比率の低くなることによるとともに、賃金水準も低くなることによるものであるのを物語っている。これらの傾向は単身の男子と女子ではほぼ同一であるが、両者の相違は前者が後者より賃金がやや高いということである。夫婦の場合にも、同様な傾向が示されているが、夫婦の収入では、夫婦の双方が就労する例は、当然なことながら、単身者より高い収入を得ている。なお、通年や全日制の就労でみれば、男子は夫婦の方が単身者よりかなり高い収入を取得しており、女子は夫婦と単身に余り差がみられないが、どちらかといえば、年齢が高くなると、夫婦の女子は女子単身者より収入が若干多くなる。

年齢グループや就労状況などを含めて、収入の状況をみれば、就労による収入と総収入の関係はきわめてはっきりした形を示している。単身者の例で

(36頁へつづく)

(35 頁からつづく)

は、1971年に公式に用いられた貧困ラインを使用した貧困率は、65歳以上のグループの場合に、通年や全日制で就労した者が14%、年間の一部就労した者が25%、また、就労しなかった者が56%であった。このような結果は65歳未満のグループでも同様であるが、通年や全日制で就労した者と就労しなかった者の間では、いずれの年齢グループも比率の差が大きく開いている。また、通年や全日制で就労した者だけを年齢のグループでみれば、上述した比率は73歳以上の20%、65-72歳の12%、62-64歳の4%、60-61歳の5%という数値を示していた。上述した状況は単身の女子と男子に同様な結果を示している。夫婦の状況ではいずれの年齢グループも貧困率の数値が低くなっており、就労しない例でも、それほど高い数値を示していない。

### III

ところで、調査結果によれば、夫婦は就労する傾向をもち、しかも通年や全日制で就労するが、夫婦と単身の間には、年齢グループで就労に大きな相違はない。また、夫婦の共稼ぎは年齢が高くなれば少なくなる。年間の部分就労では、夫婦と単身の就労が異なり、一般に、65歳以上が就労する傾向を示しており、失業や疾病により就労阻害された報告がより少ない。なお、就労状態は収入に影響を与えており、夫婦の場合にとくに強く作用している。就労、総収入(中央値)、および貧困率にはきわめて明確な関連がある。

要するに、調査は高齢者に適切な所得を維持するには、就労と収入が重要な要素になっていることを示した。年金は所得を減少したか失った人びとにとって重要な保護を提供するが、しかし、それではまだ不十分であるということになる。

Gayle B. Thompson, Work Experience and Income of the Population Aged 60 and Older, 1971, Social Security Bulletin, Vol. 37, No. 11, Nov. 1974, pp. 3~20.  
(平石長久 社会保障研究所)

## 編集後記

真冬には珍しい暖かいある日、午後から急に北西の冷たい風が強くなった。窓の外には、ビルの上に遠く東京西郊の山々が見えていた。平素の汚れた空の下では、そんなビルの上に山が見えないので、山はもう見えないのかと思っていたが、強い風が汚れを吹きとばしてしまえば、美しい夕映えの流れる空の下に、くっきりと、黒い山々が連なっていた。それは当り前の何でもないことである。しかし、とげとげしい木枯しのように、人を突きとばしてでも歩きまわる都会の人びとの中に住んでいると、ビルの間からでも、まだ山々が見えるということは素晴らしい、また嬉しいことである。  
(平石)

---

## 海外社会保障情報 No. 28

昭和50年1月31日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞ヶ関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社

---