

海外社会保障情報No. 30

JULY 1975



社会保障研究所

社会保障年金財政の危機

(アメリカ)

このところ、合衆国最大の公的年金制度である社会保障年金制度(OASDHI)の財政の将来について悲観的な意見が取り沙汰されている。

かつて1940年に給付の支給を開始して以来、社会保障年金制度の財源は、ほとんど使用者および被用者ならびに自営業者の拠出する社会保障税で成り立ってきた。給付額の引上げがあっても、社会保障税の上げ幅は一定限度をこえるものではなかった。

しかしながら、最近の急激なインフレの昂進、年金受益者数の増大、および出生率の低下は、短期的・長期的観点から、いかにして社会保障年金制度の健全な財政を維持できるか、ということに関して世論のもりあがりをもたらした。

1972年6月に成立した公法律92-336号は、生計費にスライドした給付額の支給を1975年から実施することを規定しているため、最近の高いインフレ指数は高い給付額の支給を義務づけることとなった。だが、生計費の上昇に見合せて税率も上げられたものの、増加した連邦の一般歳入は、年金給付額の引上げのために当てることはできない。

さらに、出生率の低下は、将来OASDHIの財政を支えるべき人口が少なくなることを意味し、これに反して、予想される受益者数の増大は、いっそう危機感を高める要因となっている。拠出者数に対する受益者数の割合は着実に増加しており、保健・教育・福祉省の統計によれば、1955年には受益者1人につき拠出者7人の割合であったが、21世紀の初めには、受益者1人につき拠出者はわずかに2人ということになるであろうということである。

専門家達は、年金制度の財源の赤字は1976年には少額であっても、数年先には拠出額をはるかに上回る給付額を要するようになり、これは膨大な赤字を招き、

ひいては年金制度の崩壊につながるのではなかろうかとみるむきが強い。

こうした問題について、連邦議会および政府は、現在、社会保障年金財政を今後とも健全に維持する方法を模索中であり、すでに多くの提案も行なわれている。そこで今回は、この間の事情について若干紹介することにしよう。

諮問委員会の提案

上院の老人問題特別委員会による社会保障年金制度の将来に関する公聴会が、さる3月18日および19日に開催されているが、席上、各証人達は、近い将来連邦議会は年金制度の赤字を防止するために、何等かの財政改革を行なわなければならないと証言した。

公聴会は、年金制度の評価のために保健・教育・福祉長官によって任命された13人の市民からなる社会保障年金制度諮問委員会が提出した3月7日の報告書について検討した。

報告書において諮問委員会は、今後75年間に、年金制度の財政は、少なくとも3%の赤字を生ずることになる。それをうめるためには、給料差引きの社会保障税は、今後35年間に約20%引上げ、さらにその後の40年間に40%引上げなければならない(2月12日発表)という見解のほか、若干の勧告を行なっている。

主要な勧告は、経済の変動を敏感にうけないように給付額の計算方式を練り直すことであった。現行方式にもとづけば、受益者の給付額は自動的に生計費指数によって調整されることになっており、もしインフレが継続すれば、給付額は引上げられようが、給付額が算定される基礎である賃金も上がりであろう。

多くの例をあげて、現行制度下では、退職前の賃金収入よりも、社会保障の給付が多いという結果になる、と諮問委員会は述べている。

かかる事態による財政的赤字を予防するために、諮問委員会は、給付額を計算する前に、および退職後の変動に給付額を調整する前に、生計費の変動に応じて平均収入月額を調整することによって、安定した財源の補充率をもたらす方式の採用を勧告した。

なお諮問委員会は、経済変動に影響をうけやすい給付額の計算方式であってはならないことを結論としたので、フォード大統領は、3月7日、保健・教育・福祉長官に、連邦議会に対する大統領の立法案のベースとして、財政を安定させる方法を勧告するよう求めたと発表している。

この点に関して委員会の見解を不満とするもののなかに、ブランダイス大学の福祉経済の助教授であるJames H. Schulzは、しばしば退職前の収入の半分またはそれ以下にしかならないこれまでの給付額レベルの率を維持することに反対を唱えて「もしそのような政策が採用されれば、私的年金の適用をうけない退職者、および不十分な私的年金の給付額をうけている退職者達に、現在多くの高齢者達が経験している生活水準のドラスチックな下落を同様に迎らせることになろう」と語った。

メデケア財政に関する提案

第2の主要な勧告は、メデケアの病院費用を、社会保障税でまかなうよりもむしろ、仕組みを変えないで、財源を一般歳入で調達しようというものである。病院費用の財政を一般歳入でまかなうことは、退職者への給付に、直接的に社会保障税の1%を当てることができるようになり、かくして社会保障税の引上げなくして、財政的赤字を緩和することができよう。

就労期間中に稼得した金額に直接的に関係する社会保障の諸年金とは異なり、メデケアの病院給付は病院及び関係保健費用によって決定されている。「こうした状態では、賃金に関する税によって、当該費用の財源とする理由とはならないようである」と諮問委員会は語っている。

メデケアの一般歳入による財政に関する勧告は、プログラムについての規制を弱め、その他の一般歳入の財源によってまかなわれている連邦扶助プログラムと競合することになろう、と諮問委員会の5名のメンバーによって反対されている。

Charles H. Percy 上院議員（共和党・イリノイ州選出）は、公聴会の証言のなかで、財政構造における実質的改革を行なう前に、国民健康保険プロ

ラムのなかでメデケアの役割は何かということ、連邦議会が決定すべきであることを主張した提案に反対した。

その他の提案

Percy上院議員は、有配偶者の夫に社会保障の給付額を自動的に50%引上げるのは、妻が完全に扶養家族である場合のみに限定し、その扶養加算をうける前に妻が扶養家族であることを夫が証明したケースに限ることを示唆した。

だが諮問委員会は、実際扶養家族であると否とにかかわらず、全ての夫婦世帯に扶養加算を支給し、夫に対する扶養家族調査を除くことを勧告している。また、諮問委員会は、妻および寡婦と同じく、夫およびかん夫を、給付の受給資格を有する子を保育する期間中、扶養加算の対象者とすることを提案した。（この勧告は、同扶養加算を寡婦のみに支給する規定は違憲であるとした3月19日の連邦最高裁の判決に適合するものである）。

しかしながら諮問委員会は、夫婦共稼ぎの世帯について、それぞれ退職前の稼得収入に応じて計算された給付額を支給することを認める上院特別委員会の法改正案に反対している。こうした改正の採用は、特別なグループに費用を多くかけることになり、また、特別なグループに都合の良い扱いとなろうというのである。

諮問委員会の立場と見解を異にして、上院老人問題特別委員会のメンバーであるRita Ricardo Campbellは、働く妻の数がドラマチックに増加しており、しかも彼女らは全般的に低賃金で、その賃金から社会保障税を支払い、そしてしばしば公的扶助の世話をうける者達であることを認識しない案だと述べている。

諮問委員会は、また、財政の赤字を緩和するために社会保障税率を上げる方向で課税賃金ベースを24,000ドルに引上げる提案を拒否している。その代り諮問委員会は、現行の9.9%の社会保障税率（被用者および使用者に同等に分けられている）から、1976年には10.9%に引上げ、2025年まで16.1%に、漸次引上げていくことを提案している。

その他の主要な勧告は、退職者について社会保障年金の給付額を失うことなく受取ることのできる別途の収入制限の緩和、および21世紀における定年の延長の考慮等を含むものであった。

以上の提案にかんがみ、政府は社会保障年金財政を健全に維持するためのアプローチを次の諸点から求めようとしている。

1. 給付額の増額について、まだ退職していない被用者には増額支給するための法の執行を打ち切ること。
2. 退職年金の支給開始年齢をおくらせること。
3. 社会保障税を増額すること（これはすでにこれまで行なわれてきている）。
4. 社会保障税を打ち切って、連邦の一般歳入から給付額の財源を調達する方法（これは富める者や企業への負担を多くする方法でもある）の採用。

これらのなかでは、社会保障税を個人の所得税に合併させ、連邦の一般歳入からすべての年金給付を支出するという計画が支持されている。

社会保障税の引上げについては、若干のヨーロッパ諸国との比較において、20%の年金税ですらも巨額なものではない。しかし、アメリカの基準では現在の倍額の税は歓迎すべきものではない。

そして、多くの経済学者達は、社会保障税は、すでに低所得世帯にとってあまりにも費用のかさむものになっていると指摘している。社会保障税は、これらの批判が指摘するように、賃金のみにもとづいており、配当や利子のような投資による所得に課されていない。さらに社会保障税の最高限度額は、所得の多い者の拠出を制限している。

しかし論議の焦点は、社会保障税を“改革”すべきか否か、改革するならばいかに改革すべきかということであろう。諸般の事情から社会保障税率の大幅引上げについては、連邦議会での審議は難航することが予想される。

The Christian Science Monitor, Mar. 10, 1975.
U.S. News & World Report, Feb. 17, 24, 1975.
Congressional Quarterly Weekly Report, Mar. 1, 22, 1975.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

疾病保険料上昇の見込

(西ドイツ)

ドイツ職員疾病金庫(DAK)ではその創設以来最高の保険料上昇を決定した。350万の加入者をもつDAKは1975年4月1日以降その保険料を従来の賃金の9.8%から11.2%に上げた。月額2,000マルク以上の月収で最高拠出額の者は月に53マルクの値上がりとなる。これは10年前の疾病金庫全体の最高額と丁度同じ額である。

DAK代表者会議は12月の会長決定でこれを承認した。バウム代用金庫では既に1月1日からその拠出率を9.9%から10.6%に上げており、DAKは1973年1月1日に8.7%から9.8%に上げている。

西ドイツの保健関係支出はここ数年息もつかせぬほどの勢いで増加してきた。1960年にはドイツの疾病金庫全体で95億マルクであった。それが昨年は約500億マルクに達している。1974年だけで一般の疾病保険では入院治療に28%、歯科治療に19%医薬品に12%、医師の治療に10%と費用が上がっている。

この傾向がいつまで続くか見通しはつかない。専門家の意見では公的疾病保険の支出は1978年までなお350億マルクから450億マルクまで上がるものと見られている。労相Walter Arendtは昨年被保険者の負担力の限界に既に達していると述べたが、保険料は今後もなお上昇せざるをえないことであろう。

労相がどう言おうと、1964年には賃金の10%以下であった平均拠出額は、1974年までに14%に上がることを、被保険者は覚悟していなければならないのである。その場合金庫毎に拠出率は11.5%から16%の間になるが、代用金庫は17.5%になることもありうる。地域疾病金庫は既に現在ほぼ13%に達しているのである。

このような情況に面してDAK会長Korbatは、立法府を含めて関係者に対し、この「圧倒的な費用洪水」を解決するよう訴えた。「われわれは被保険者の名において保健給付の価格形成の改善を要求する」とKorbatは述べている。つまり被保険者が沢山支払わねばならぬということが問題なのでなく、「今後はもっと合理的に意識して自分の健康を護り、保険の資金を節約すること」を要求するというのである。

Die Welt, Februar, 10.

(安積鋭二 国立国会図書館)

社会保障の現状に対する 野党の批判

(西ドイツ)

西ドイツの野党CDU/CSUは政府の社会政策を批判して、現状を次のようにのべている。

1969年以来連邦政府は堅実な社会政策財政の原則をだんだんと逸脱するようになってきた。今日既に社会保障は、老齢、就業、保健、家族といった主要な部門において、恒久的に給付を確保しうる状態にはない。年金保険の財政状態はインフレと失業のため決定的に悪化している。疾病保険においては、拠出をさらに高めるかそれとも給付を制限するかの瀬戸際にある。また連邦労働公社は財政的に行き詰っている。

昨年の租税負担および社会保障拠出は国民生産の約38%に上った。1972年は

34.5%、また1970年は33.2%であった。労働者と職員は1974年その平均所得20.941マルクのうち、所得税、疾病・年金・失業保険に6,020.56マルク、すなわち28.75%を支出している。このような社会負担の増加は個々の国民ならびに国の能力を明らかに越えている。

このため党は社会政策の財政について真剣な現状認識と現実な評価を要求する。党の専門家が特に憂慮するのは社会保障の財政状態である。1971年以来膨張した保険収入は、時間的なずれを伴って年金支払いの増大に至る一方で、保険料収入が著しく低下してきている。

年間25万の失業だけで年金保険では10億マルクの保険料減収を生ずる。保険料は高くなったにもかかわらず、疾病金庫の実際の給付能力もまた一層悪化している。地域疾病金庫の支出増だけで1969年以降80%に達しており、これは昨年既に3億9,000万マルクの赤字を金庫にもたらしているのである。

年金保険への拠出は1975年から月504マルク(労使折半)となっているが、現在の給付を維持するにはスライド的拠出によっても、従来の18%の拠出率をさらに高めることは止むをえない。連邦政府が、年金・疾病保険の負担を疾病金庫に転嫁することによって、18%の率を維持しようと考えているのだとすれば、これは明らかに疾病保険の拠出の方が被用者にとって年金の拠出に比較して重圧感が少ないだろうということを期待してのことである。

政府は1978年についてもなお疾病保険に対し11.5%の料率を考えているが、この率を維持することは明らかに無理である。地域疾病金庫連合ではこれをたとえば14.5%に引き上げることを計画している。

Die Welt, 1975, Februar, 18.

(安積鋭二 国立国会図書館)

EC諸国の社会保障費

(E C)

各国の社会保障費の統計については、ILOが調査・発行している“*The cost of social security*”（邦訳「世界各国における社会保障の費用」社会保障研究所編・発行）が広く知られ、活用されており、1972年刊行のものが現時点では最も新しいが、残念ながら、これには1966年分までしか載っていないため1967年以後のデータを知ることができない。

ILOが世界中の加盟国を対象としているのに比べ、範囲は狭いが、ECも加盟国の同じような統計を集め、これを毎年刊行している“*Exposé sur l'évolution de la situation sociale dans la Communauté*”の統計要覧で社会勘定として載せている。ここで1973年版から、おもな国々について社会勘定を紹介してみよう。断わっておくが、ここで言う社会勘定とは、大体、社会保障と同義だが、事業主の任意給付が含まれている点が、ILO社会保障費とは異なる。なお、政治的事件犠牲者に対する給付、自然災害犠牲者に対する給付などは含まれている。

試みに、1966年当時のEC加盟国（連合王国とオランダは未加入）について、ILO社会保障費とEC社会勘定を支出総額の対国民総生産比によって比較してみると、

ベルギーは	EC統計16.5%	ILO統計16.4%
西ドイツは	19.0%	17.1%
フランスは	18.2%	15.6%
イタリアは	18.1%	15.6%
オランダは	18.2%	16.6%

となっており、ベルギーはほぼ一致するが、他の国は1.6～2.6パーセント・ポイントEC統計の方が大きい。

また参考までに、日本の社会保障費（ILOの定義による）の対国民総生産比・対国民所得比をあげる。

社会保障費	1972年	(%)
対GNP比		6.0
社会保障給付費		
対GNP比		5.1
対NI比		6.4

（厚生省大臣官房企画室の推計による）

表1. 支出総額の対国民総生産比・対国民所得比

(%)

	年	ベルギー	西ドイツ	フランス	イタリア	オランダ	連合王国	デンマーク
支出総額の対国民総生産比	1970	18.0	20.3	18.3	18.7	20.4	16.2	19.3
	1971	18.4	21.2	18.5	20.1	21.6	16.6	21.1
	1972	19.2	22.1	18.7	22.4	22.7	17.1	20.8
支出総額の対国民所得比	1970	22.9	26.4	23.9	23.1	25.0	21.2	25.3
	1971	23.3	27.6	24.1	24.7	26.6	21.6	27.7
	1972	24.1	28.9	24.4	27.3	28.0	22.1	27.4

表 2. 給付費の対国民所得比 1972年

(%)

	ベルギー	西ドイツ	フランス	イタリア	オランダ	連合王国	デンマーク
疾病	5.3	7.7	6.3	6.3	7.3	5.6	7.4
老齢, 死亡, 遺族	8.4	11.2	9.1	8.6	10.3	10.2	9.5
廃疾	1.0	1.3	0.3	3.1	2.5	0.7	2.7
労災, 職業病	1.2	1.3	1.0	0.9	—	0.3	0.4
失業	1.2	0.3	0.3	0.4	1.1	1.1	0.9
家族	3.9	2.4	4.6	2.6	3.5	2.0	4.4
その他 1)	1.8	2.9	1.4	1.9	2.4	1.4	1.3
計	22.8	27.1	23.0	23.8	27.1	21.3	26.6

1) 身体障害, 政治的事件, 自然災害に対する給付など。

表 3. 収入総額の項目別構成比 1972年

(%)

	ベルギー	西ドイツ	フランス	イタリア	オランダ	連合王国	デンマーク
事業主拠出	46	50	62	54	43	34	10
被保険者拠出	20	24	20	15	36	18	6
政府負担	30	23	16	24	13	40	81
利子収入	4	2	1	3	8	8	3
その他	0	1	1	4	0	0	—
計	100	100	100	100	100	100	100

(唐木英雄 社会保障研究所)

新 拠 出 制 年 金 制 度

(ニュージーランド)

ニュージーランドが社会保障法を制定したのは1938年のことである。同名の法律は1935年にアメリカが制定していたのでその点では決して新しくなかった。しかし法律の中身にまで立ち入って検討すると、その名前に値する体系と内容を持つ社会保障法の最初のもはニュージーランドのそれであるといえる。

1938年法は現金給付部門と保健サービス部門の二つからなっていた。このうち

現金給付部門は、それまでバラバラに支給されていた各種給付を統合するとともに、給付の種類とその対象を拡げ、ニードを持つすべての人々に、国の負担で各種給付を支給しようとするものであった。

それら給付の中には資力調査を条件とするものとそうでないものがあったが、いずれにせよ制度のたてまえから、各種給付額は定額を基礎とせざるをえず、そうした伝統は今日まで続いていた。

老人を対象とする給付についてこれを見ると、65歳以上のすべての老人に一定の居住条件さえ満たしていれば定額（夫婦週35ドル—1973年）の年金が支給される国民年金と、所得調査にもとづいて60歳以上の老人に支給される老齢年金（最高額は国民年金と同じ）との二種類の給付が実施されていた。

ところで1974年8月にニュージーランド国民年金法が制定された。これは上に述べたニュージーランドの社会保障に、拋出制の所得比例年金を新たに追加するもので、これにより所得調査をとまなう老齢年金は廃止され、ニュージーランドの年金は、これまでの普遍的な定額年金とそれを補足する所得比例年金の二本建となることになった。以下簡単に新しいニュージーランド国民年金制度を説明する。

適 用 範 囲

18歳ないし65歳のすべての被用者には強制的に適用され、政府管掌制度かあるいはそれに匹敵する民間制度に加入しなければならないことになっている。自営業者の場合は任意加入制で、加入しなくてもよいことになっている。

ただし経過的な措置として、法実施時点（1975年4月）で10年間の居住条件を満たす55歳以上の人々は適用をまぬがれることもできる。

支 給 開 始 年 齢

定額年金も所得比例年金も65歳から支給され、その際は退職を条件としない。つまり65歳以上であれば就業中であっても両年金が受けられることになる。60

歳以上65歳未満の者については、退職を条件として所得比例年金が支給されることになっているが、定額年金は支給されない。

給 付 額

定額年金の額はこれまでどおり、製造業平均賃金の1/3とされている。

比例年金の月額額は、本人の保険料の積立総額とその利子の合計額を基礎に決定される。また既裁定年金は消費者物価によりスライドされることになっている。政策立案者の推計では両年金の合計額は、製造業平均賃金の6割程度になるものと見積られている。

年金受給資格者は積立てられた年金原価の一部を一時金の形で受けることもできる。

寡婦には寡婦年金が支払われるが、その他の遺族にはこの制度による給付はない。

財 政

定額年金の方はこれまでどおり一般財政でまかなわれる。

比例年金の財政方式は積立方式でその財源は保険料でまかなわれる。保険料は労使折半で、料率は1975年で労使とも賃金の1%であるが、その後毎年引き上げられ、1980年以降は労使それぞれ4%を拋出することになっている。拋出された保険料は個人名の勘定に積立てられる。

被保険者は保険料率を自由に引き上げ、年金額を高めることもできる。

New Contributory Pension Program in New Zealand, Social Security Bulletin, March 1975, Vol.38, No.3, pp.15-17.

イギリス・新児童給付制度案

4月15日、ヒーリー蔵相が下院で1976年度予算案を発表した。この来年度予算案は、直接税および間接税の引上げと9億ポンドの公的支出削減計画が盛り込まれており、総需要抑制により2万人の失業者がみこまれている。その代価の一部は現在のインフレを償うためのものである、と蔵相はのべている。2時間余におよんだ蔵相演説に労働党議員はせきとして声がなかった。サッチャー女史によると、前代未聞の重税予算だとコメントしている。1976-77年度における3億ポンドの赤字を埋める手段として、公的支出の削減と増税が強化された。

このきびしい予算において、社会保障面での新規措置として“新家族手当制度”——第1子を含むすべての児童に対する児童給付——が提案されている。この制度は1977年4月実施が予定されており、週1.50ポンドの手当が片親家庭の第1子にも拡充されることになっている。

以下、蔵相の予算演説から、“新児童給付”に関する部分——他には、社会保障・保健関係についてはふれていない——を紹介する。

「私は、政府が児童をかかえている家庭の特別なニーズについて十分に承知していること、を強調したい。その理由は、私が昨年11月の予算ステートメントで発表したように、家族手当の週1.5ポンド引上げを実施した。

これは1968年以来据置かれていた家族手当をはじめて引上げたことになる。

また、政府は、財源および事務的な実施の準備がととのい次第すみやかに、第1子を含むすべての児童を支給対象とする“児童金銭手当または児童給付”の新制度を導入するという政府公約を実施する、と昨年11月に申しあげた。

さて、政府は、所要の立法につき議会の承認を得て、本制度を1977年4月に導

入するよう決定した。(保守党議員、爆笑)この時点は、受給資格をもつ700万家庭のすべて——現在、家族手当をうけている家庭をこえること300万——に家族給付を拡充することが事務的に可能な最も早い時期である。

もちろん、この制度には経費がかかる見通しである。すでにのべたような経済見通しと支出抑制をふまえて、その費用は予算全体の枠内におさめる必要がある。

この制度の完全実施は、1977年以後になるが、片親家庭のようなケースについてはもっと早い時期に援助の手をさしのべることができよう。(労働党議員、拍手)そこで、政府としては、議会の承認を得て、片親家庭の第1子——これまで、この種の給付をうけていない——に対し週1.50ポンドの家族手当を拡張実施する暫定給付を導入することを提案するものである。この給付は家族手当と同じく課税対象となる。

この暫定給付は1976年4月から実施し、1年後には新制度に切替えたい。したがって、片親家庭は各家庭の第1子に家族手当を拡張するというわが党の公約の利益をうける先陣となる。1976-77年度の費用は約2,300万ポンドとみている。」

The Times, Apr. 16, 1975.

(田中 寿 国立国会図書館)

西ドイツ・疾病保険改正法案

1974年11月連邦政府が閣議決定した疾病保険改正法案の内容を紹介する資料が手に入ったので要点を記してみよう。

法案の目的

- 1 金庫医による外来診療サービスの改善。とくに、金庫医協会の計画機能、政策手段を強化して供給の確保をはかること。

- 2 とくに憲法（基本法）裁判に関連して必要な金庫医関係法規定の整備。
- 3 年金受給者疾病保険の財政的基礎の整備と財政安定化。
- 4 年金受給者疾病保険に関する法規定の不備を改善。

なお、金庫医サービスの改善措置については、金庫医協会と金庫の自主活動に委ね、医師の自由な職業活動が保証されるという、疾病保険医療の基本原則が再確認されている。

おもな改正提案

ここでは、年金受給者のための疾病保険の改正案は省略して、医療供給の確保対策のための改正案を中心に取り上げる。この関係の改正点は6項目ある。

- 1 疾病保険の目的として医療の確保を明記
被保険者に対し平等、ニードに応じた医師診療を行う責任が確認される。
- 2 医療確保のための中・長期計画の作成
疾病金庫と協力して金庫医協会は需要計画の作成とその不断の調整を行う義務を負う。計画の一般的枠組は連邦医師・疾病金庫委員会が決める。
州医師・疾病金庫委員会は、金庫医協会に対して需要計画に関して勧告できる。プランニングには、とくに地域計画と病院計画を所管する州当局の参加が予定される。
- 3 医療の確保を促進するための金庫医協会の措置
 - a. 金庫医協会は金庫医診療サービスの確保を保障、改善、促進するのに適合したあらゆる財政的、その他の措置を講じなければならない（この場合、とりわけ収入保証、投資金融、グループ診療などが考えられている）。
 - b. 金庫医協会は、疾病金庫と協定して被保険者に対する直接的な医療サービスを行う施設を運営することができるようにする。
- 4 短期的な医療確保のための措置
すでに実行されている慣行の法的保障と明文化により、加入認可を受けた金庫医や保険診療に従事する上級病院医のほかに、金庫医ではない医師の保

険診療への参加の道を開くほか、医師が管理する機関の保険参加も認める。

- 5 医療供給不足ないしそのおそれをなくすための特別措置
 - a. 金庫医協会がとった上記3、4のなんらかの措置が成功しなかった場合には、州委員会は特定の領域で供給不足が起きていないか（そのおそれがないか）どうかを検討しなければならない。その場合、判断の基礎とすべきものは、需要計画、連邦委員会の指針および実態である。
 - b. aに関連して州委員会は事態改善の期限を金庫医協会に対して指定する。
 - c. bの措置が成果を収めない場合には、州委員会は、金庫医認可委員会に対して金庫医の加入認可の制限を指令することができる。これによって一ないし複数地区（認可委員会の管轄地区）において、供給不足地域でない地域で開業する金庫医志願者の加入申請を、供給不足地域への加入認可を続けた結果供給が確保されるにいたるまでの間拒否できるようになる（加入制限を専門医グループに限ることもできる）。
 - d. これらの措置によっても所期の成果があがらない場合、疾病金庫は、金庫医協会の同意をうることなく自己の責任で、自己の機関で自ら、または適当な機関と契約を結んで、供給を確保することができる（供給確保責任の疾病金庫への移行）。
- 6 供給確保効果をもつ他の改正案
医師が、代用金庫の被保険者しか取り扱わない（代用金庫のほうが他の法定金庫に比べて有利な報酬がえられるため）ケースが起り易いため、ライヒ保険法にもとづく法定疾病金庫への同時加入をさせる。
そのほか、なお4項目にわたる改正案が盛り込まれているが、比較的重要度が低いと思われるので省略する。

Bundesarbeitsblatt, Feb. 1975, S. 115 – 117.

（保坂哲哉 社会保障研究所）

イギリス・老人と Gift-Relationship

——研究の新しい方向——

イギリスにおける老人問題対策が、従来の経済給付、施設保護から、できる限り老人を社会に参加させようとする方向に変わってきたことは良く知られている。こうした状況に対応して、研究の動向も、漸次、老人の「生活の質」をどのように考えるか、といった方向に向ってきている。

R.M.ティトマスが、“Gift-Relationship”という概念を用いて、輸血サービスを行なう場合に、経済市場組織を用いることが色々な面での欠陥を露呈してきたこと、そしてここではむしろ、コミュニティ組織を活用すべきであることを論証したことは良く知られているが、老人問題においてもこうした視点からのアプローチが必要である。

さて、Gift-Relationshipを老人問題の分野に導入する場合には、次の二つの領域がさしあたって問題として浮び上がってくる。

第1の領域は、職業における老人の参加＝ギブ・アンド・テイクの関係がどこまで作れるのか——その可能性はどの程度存在するのか、という問題であり、第2の領域は、家族の中における老人の役割をどのように評価するのか、という問題である。

第1の領域の問題については、老人の労働が可能な職業領域を明確にすると共に、従来老人に対して抱かれてきたイメージ、例えば、老人は頑固であって、一たんこうと思ひ込んだら意見を変えないから、新しい事態に対応できない、とされているが、こうした見解がどこまで正しいのかについては、経験的な解明が必要であり、実際、最近西ドイツで発表された論文によると、老人がこうした心理的特質を備えているということにかなり限定を加えなければならず、特に、教育

程度や一定の訓練を受けた老人は、かなり周囲の状況に対して適応的である、という結果が出ているのである。

もう一つの領域である家族の中における老人の役割については、家族のもつ統合機能をどのように考えるのかという点が重要である。従来の議論では、核家族を議論の前提としており、核家族の経済生活を成立させるにはどのような条件が必要であるのか、という形で問題がたてられ、老人がそうした核家族から切り離されるのは止むを得ないことであるから、それに対応した対策を立てるべきである、というように考えられてきた。

しかし最近の研究の方向としては、老人の持っている経験的知識やそれを生かした「サービス」が、家族の安定的な生活にとってきわめて重要であり、家族の統合的機能の一端を充分果たしうる、という面が目ざされてきた。これにともなって、最近の社会学の分野では、family network, social networkという議論がかなり注目をあびている。この研究では、家族を一つの孤立したシステムとして扱うのではなく、家族と社会各々をネットワークの総体として取扱うことになる。具体的には、個々の家族およびその家族をめぐる社会的ネットワークについての詳細な実証的研究を行ない、その中から幾つかの類型を構成しようとするのである。こうした類型を構成することによって、どのようなネットワークを持っている家族が、最も安定的であり、どのようなタイプが不安定であるか、というような問題を解きうるのである。

例えば、社会的ネットワークから極端に切り離されてしまった家族は、家族内での役割関係はきわめて明確にされ、結合力はつよいが、家族そのものとしては、きわめて不安定なものたらざるをえなくなる、等々である。

幾つかの一般的命題を得るには、細かい研究が必要であるが、従来の研究が、家族の経済的機能遂行のための条件は何々であるのか、といった問題を先行させていたのに対して、こうした研究においては、社会的ストレスに対して対応してゆくには、どのような型の家族が最もよいのか、ということを中心的な問題としているわけである。そしてこの時に、老人がそうしたネットワークの一環としてきわ

めて重要な位置を占めてくることは明白であり、そうした面での位置づけをしないおす必要があるのである。

こうした老人問題の研究は、老人ホーム、デイ・ホスピタル、給食、老人クラブ、ホームヘルプス、などを中心とする研究よりも、老人を、家族や社会の中に「参加」させるにはどうしたらよいか、またそれはどの程度可能であるか、という点を重視することになる。このような研究は、先に述べたティトマスのいう、Gift-Relationship の各分野における具体的研究の一環であり、大きな意義を持ちうるのである。

New Society 13 March, 1975.

(小林良二 社会保障研究所)

社会保障こぼれ話

所得比例年金の採用

(ニュージーランド)

この国には、1974年の長老年金にかんする法律によって、従来の定額方式の年金に加えて支給する所得関連方式(正確には、所得に比例していない)の年金が新しく採用された。この改正は最終的には退職者に妥当な所得させることを企図している。

新しい制度は1975年4月から発足し、当初5年間は調整期間とし、この間に、労使双方が負担する拠出率は8%まで上昇することになっている。拠出は被用者の賃金や俸給から拠出を控除し、使用者負担分を加えて、使用者が支払い、拠出はニュージーランド長老年金委員会に送られる。この委員会は制度を運営するとともに、基金の利率を決定する権限をもっている。なお、自営業者は任意方式でこの制度に拠出することができるし、被用者も任意方式で追加的な拠出を支払うことができる。

この制度では、受給者の選択により、60～65歳でも受給を開始できるし、医学的や職業上の理由による早期受給が認められる場合には、60歳未満でも年金を受給できる。受給者は拠出合計と利子の最高25%までを受給され、受給中の死亡には、寡婦の給付は所定の比率で減額される。また、給付は生計費の変化に対応させて毎年調整される。なお、私的年金との調整により、拠出免除が認められている。

(Earnings-related Superannuation Fund enacted, Social and Labour Bulletin. No. 1, 1975, pp. 75 - 76).

(平石長久 社会保障研究所)

海外文献紹介

最近の西ドイツ疾病金庫の状況

(西ドイツ)

西ドイツの疾病金庫は、1883年の疾病保険法（1911年に災害保険法、老齢・廃疾保険法とともにライヒ保険法Reichsversicherungsordnung に統合された。現在は同法第2篇疾病保険）によって設立されることになり、今日まで疾病保険の唯一の運営機関として維持されてきている。以下、疾病金庫の最近の状況を紹介します。

現在、西ドイツの疾病金庫は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、鉱山従業者疾病金庫、農業疾病金庫（1971年までの州疾病金庫が改組されたもの）、職員補充金庫、労働者補充金庫および海員疾病金庫の8種類がある。疾病金庫の総数は年々少しずつ減っており、1973年現在1,636である。1910年以降の種類別の疾病金庫数の推移は表1のとおりである。

このように疾病金庫の数が減っているのは、合併、廃止、改組などによるものである。西ドイツの疾病金庫はわが国の健康保険組合に近いものである。わが国の健康保険組合の数は1975年5月1日現在1,632なので、数の点では両国ほぼ同じといえる。

つぎに疾病保険の保険料率は各疾病金庫の必要に応じてきめられており、1973年7月1日現在の保険料率の階層別の分布状況は表2のとおりである。これによると、地区疾病金庫では約80%の疾病金庫が8.1～10.0%、企業疾病金庫では約65%の疾病金庫が7.1～9.0%、同業疾病金庫では約90%の疾病金庫が7.1～10.0%の保険料率である。

ところでこれらの疾病金庫の給付費の状況は表3のとおりである。これは各給付費を構成比（支出総額に占める割合）で表わしたものである。これによると、

表1 疾病金庫数の推移

年	地区 疾病金庫	州疾病 金庫	企業 疾病金庫	同業 疾病金庫	鉱山従業者 疾病金庫	補充 疾病金庫	合計
1910	...	...	...	...	...	...	23188
1913	...	...	...	...	...	...	21300
1914	2788	595	5524	947	146	67	10067
1922	2484	485	4451	831	88	45	8384
1926	2165	432	4203	804	19	56	7679
1934	1857	408	3135	710	33	47	6191
1937	918	365	2975	298	35	29	4621
1949	396	102	1166	123	22	16	1815
1951	396	102	1320	134	30	14	1996
1955	396	102	1394	139	24	15	2070
1957	398	102	1395	143	20	16	2074
1960	400	102	1343	155	12	16	2028
1963	402	102	1302	166	9	16	1997
1968	401	102	1176	180	8	15	1882
1973	395	19	1027	172	8	15	1636

(注) 1. 1910年の数字には鉱山従業者疾病金庫と補充疾病金庫は含まれない。

2. 州疾病金庫は1972年以降農業者疾病金庫に改組された。したがって1973年の数字は農業者疾病金庫の数字。

(資料) Arbeit und Sozialpolitik 8/9, 1974, S. 288.

いずれの疾病金庫の場合も1960年に比べて1972年には現金給付の割合が著しく低くなり、現物給付の割合が上昇している。とくに入院給付の割合の上昇が目

につく。疾病金庫の種類別にみた場合、構成比にさほど差はみられないが、給付費の伸びに多少差がある。すなわち、1962 - 70年において給付費の伸びは、企業疾病金庫の場合3.25倍、全平均3.85倍であるのに対して、職員補充金庫の場合6.22倍である。

表2 保険料率階層別疾病金庫数（1973年）

保険料率	地区 疾病金庫	企業 疾病金庫	同業 疾病金庫	労働者 補充金庫	職員 補充金庫
6%まで	-	38	-	-	-
6.1～7.0%	3	142	9	-	-
7.1～8.0%	41	327	52	2	-
8.1～9.0%	115	338	53	2	-
9.1～10.0%	186	151	54	4	7
10.1～11.0%	48	26	4	-	-
11.1～12.0%	2	2	-	-	-
12.1～13.0%	-	3	-	-	-
計	395	1027	172	8	7

（資料）表1と同じ。

なお、西ドイツRheinland-Pfalz州の社会省に設けられた社会政策プロジェクトチームの推計によると、西ドイツにおける1978年の疾病保険の費用は約930億マルクに達し、平均保険料率は13.1%になるとみられている。

表3 疾病金庫の給付費の状況（構成比）（単位 %）

	年	傷病 手当	医療 給付	薬剤 給付	入院 給付	給付費 指数
一般地区疾病金庫	1960	33.40	19.79	14.04	17.77	100
	1972	10.54	20.86	20.27	29.20	337
企業疾病金庫	1960	37.86	18.66	13.70	14.58	100
	1972	12.09	22.00	20.19	26.05	325
同業疾病金庫	1960	38.21	19.57	11.20	16.03	100
	1972	12.75	21.37	17.02	27.57	495
労働者補充金庫	1960	39.17	19.73	12.36	12.79	100
	1972	11.37	23.66	18.81	22.85	439
職員補充金庫	1960	8.10	29.48	17.13	17.24	100
	1972	7.36	24.64	19.13	22.44	622
計	1960	29.98	20.90	14.57	17.49	100
	1972	9.94	21.95	20.06	27.09	385

（資料）表1と同じ。

- Köhrer, H., Krankenkassen in Für und Wieder der Gliederung, Arbeit und Sozialpolitik, August/Sept. 1974, S. 287-293.
- Siebeck, T., Einheitsbeitrag und Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeit und Sozialpolitik, August/Sept. 1974, S. 301-308.

（石本忠義 健保連）

アメリカの社会保障費

(アメリカ)

毎年Social Security Bulletin 誌の12月号ないし1月号には、前年度の社会福祉総費用に関する分析が紹介される。ここで取りあげるのはその最新号である。この社会福祉総費用には、社会保険費、公的扶助費、保健医療費、社会福祉費、教育費、住宅費、退役軍人諸給付費が含まれている。ここでは社会保険、公的扶助、保健医療、社会福祉の各費用を中心に最近の推移を紹介する。

過去9年間の推移

1965年以後の推移が注目される理由は、その年を境にして社会福祉総費用の増加率が大きく変っているからである。1965年から1974年にかけての9年間の社会福祉総費用の年平均増加率は13.6%にのぼり、この数値は1960年代前半のほぼ倍になっている。

しかしこのことはそのまま実質的な社会福祉総費用の増加を意味しない。物価の上昇も1965年ごろを境として上昇率は大きく変っている。1960年代前半の年平均物価上昇率は1%程度であったが、1965年以降1974年までのそれは4%にのぼり、物価の面でも1965年ごろが一つの境になっている。

1974年の社会福祉総費用は2,424億ドルで、この額は国民総生産額の18.0%に相当する。この対GNP比は、1965年で11.8%、前年の1973年で17.5%であった。

社会福祉総費用のうち社会保険費は985億ドルで一番高く、全体の40.6%をしめている。これについて高いのは教育費で全体の30.0%をしめ、公的扶助費13.9%、保健医療費5.8%、退役軍人諸給付費5.7%、社会福祉費2.9%、住宅費1.1%の順になっている。

1965年から1974年の9年間に社会福祉総費用は214%増加している。9年間にその費用が3倍強になったわけである。この間の物価上昇と人口増加を考慮に入れ、1人当り社会福祉総費用の実質増加率を見ると、9年間の増加率は103%であり、約2倍に増加したことになる。

社会福祉総費用の中でも公的扶助費の伸びが最も顕著である。1人当り公的扶助費の実質増加率は9年間で245%であった。これはメディケイド(医療扶助)の導入、有子世帯に対する扶助の増額、職業訓練費の増加、補足的保障所得制度(SSI)の発足などに起因していると考えられる。

次に大幅な増加率を示しているのは社会保険費で、9年間に126%増加している。この社会保険費の増加に大きく寄与しているのは老齢・遺族・障害・健康保険(OASDHI)であって、OASDHI費の社会保険費全体にしめる割合は、1965年の60%から1974年の67%に増大している。このOASDHI費の増大に寄与しているのは老人健保(メディケア)の発足で、この費用は1974年には社会保険費全体の11.5%、OASDHI費の17.1%をしめるに至っている。

このほか1人当り保健医療費は9年間に実質45%増加し、退役軍人諸給付費は49%、教育費は67%、社会福祉費は117%それぞれ増加した。保健医療費の増加率は最も低くなっているが、これはメディケアが社会保険費の中に、メディケイドが公的扶助費の中に含まれるなど、上昇傾向の激しい部門が他の費用項目に分散していることにもよると考えられる。今保健医療関係の諸費用を他の費用項目からもぬき出して集計してみると、その1人当り実質増加率は9年で180%にのぼり、2.8倍に増加したことになる。またこの保健医療関係費のGNPにしめる割合は、1974年で3.1%に相当する。

各費用がGNPにしめる割合は、保健医療費の例外を除けば一様に増大している。過去9年間に、社会保険費はGNPの4.3%から7.3%に、公的扶助費は1.0%から2.5%に、社会福祉費は0.3%から0.5%にそれぞれそのシェアを拡大している。保健医療費だけは1.0%の水準にとどまり不変である。今これら4つの費用を合計してアメリカの社会保障費とみなすならば、GNPにしめる社会保障

費は1965年で6.6%, 1974年で、11.3%になる。2年ごとに1%ずつそのGNPに対するシェアを引き上げて来たことになる。

連邦政府の支出と州・地方政府の支出

以上の社会福祉総費用はすべて連邦、州、地方政府が負担している。もっともその中には保険料や特別税などを源資とする公的基金からの支出も含まれている。こうした公的基金の負担分はわずかではあるが着実に増加しており、1965年では全体の34%であったものが1974年には38%になっている。

社会福祉総費用に占める連邦政府負担分の割合も過去9年間着実に増大している。1960年代前年ではその割合は49%程度で安定していたが、1965年以降は毎年ほぼ1%ずつその割合を高め、1974年には約58%の水準にまで達している。残る42%は州ないし地方政府の負担である。

連邦政府の負担率を各費用項目ごとに見ると、社会保険費の84%、公的扶助費の63%、保健医療費の57%、社会福祉費の54%であり、このすべての費用項目について連邦政府の負担率は1965年の比率を上回っている。

これとともに連邦政府総支出に占める社会福祉総支出あるいは社会保障支出の割合も上昇している。連邦政府支出に占める社会福祉総支出の割合は1965年で33%であったが、1974年には52%に達し、上に定義した社会保障支出の割合は同じ時期に25%から43%に増加している。

私的な社会福祉支出

以上、公的制度にもとづく社会福祉について述べてきたが、これに私的部門を加えるとどうなるであろうか。上の社会福祉総費用に、国民が所得維持、保健、教育、福祉のために費した費用を加えると、1974年で約3,360億ドルに達するが、これはGNPの約25%に相当する。

公私合わせた社会福祉総費用に占める私的部門の負担割合、連邦政府の負担割合、州・地方政府の負担割合を1965年、1970年、1974年について見ると、州・

地方政府の割合は33%, 32%, 30%と減少しつつも大きな変化はない。これに対し私的部門の費用負担割合は36%, 32%, 29%と大幅に減少し、その分だけ連邦政府の負担割合が増加し、1965年の31%から1970年36%、1974年41%にと推移している。

公私の負担割合を医療関係の部門と所得維持関係の部門について見てみよう。

公私合わせた総医療費は1965年でGNPの5.9%であったが、1974年には7.7%に達している。その間老人健保(メディケア)が発足するなど公的部門も整備されてはきたが、国民の大多数にはまだ健康保険が適用されていないなど医療分野での公的部門の比重はまだまだ低い。公的部門の割合は1965年の25%から1974年の40%に増加したものの、国民医療費の6割はまだ私的部門がまかなっている。

これに対して退職、廃疾、失業、死亡等に対する現金給付部門を見ると、公的部門の果たしている役割ははるかに高くなる。1974年の公的部門の比重は85%であって1965年ごろからほとんど変化がない。残りの15%をしめる私的部門には、被用者を対象とする各種フリンジベネフィットが含まれている。

なお各費用項目の内訳については原典ならびに『国際社会保障研究』9号(社会保障費推計方式の比較研究)を参照いただきたい。

Alfred M. Skolnik and Sophie R. Dales, *Social Welfare Expenditure, Fiscal Year 1974, Social Security Bulletin*, Jan. 1975.

(一圓光弥 健保連)

ワーカーの専門性の法制化

(アメリカ)

アメリカ全国ソーシャルワーカー協会 (NASW) の機関紙, 1975年3月号は, 今年の総会にむけて, 現在, NASWが当面している課題を, 以下のような項目にわたって問題提起している。

1. 組織上の問題
2. 専門職等の問題
 - (1) 法制定
 - (2) 福祉サービス実践と教育との関係
 - (3) 雇用と安定
3. 公的施策の課題
 - (1) 提案されている社会サービス
 - (2) 少数民族の問題
 - (3) 保健サービス
 - (4) 妊娠中絶対策
 - (5) 麻薬対策
 - (6) 児童の人権
 - (7) 所得配分
 - (8) 税制改革
 - (9) 無条件な公費補助
 - (10) 平和と社会福祉
 - (11) 情報の活用と機密保持

ここでは, 専門職等の問題のなかから, ワーカーの専門性確保のための法制定

に関するNASWの見解を抜粋して紹介する。

1960年代から70年代にかけて実施された貧困追放戦争プログラムが失敗した一つの原因は, 貧困者や不利益をこうむっている人は, 関心のある人ならば, だれによってでも援助されるという考え方を強調した点にある。しかし, 現実に要求されたものは, 有効で専門的な援助であった。実際に身体的に病気になれば, もっとも優れた医療ケアを要求されるのは当然のことである。同情や善意だけでは, 必要とされる援助資格とはならない。このことは, すべての社会福祉サービスにもあてはまることである。

NASWの見解では, 他人を援助する「才能のある人」, 人びととともに働き「平気で」他人と関係をつけることができる人は, その能力を, 専門的知識と価値観により, さらに高めることが必要であると考ええる。

背景

米国内におけるワーカーの職業について最初に立法化されたのは, 1934年, フェルトリコにおいてである。そこでは, ワーカーになるために必要な資格, 免許が義務づけられていた。それ以後しばらくの空白期間があり, 1945年, カリフォルニア州が, 修士過程終了の資格を求める法律を定めた。1960年代に入ると, ワーカーの専門性を規程する法律を有する州は8カ所, さらに1972年に3, 74年には2カ所が追加され, 現在ではフェルトリコを含み, 14州となっている。

1968年には, カリフォルニア州では, とくに臨床の直接処遇ワーカーになるためには修士号に加えて一定の勤務経験が要求されることになった。既存のものより, さらに厳密なワーカーの職務規程が求められるようになった一つの結果である。このときから, ワーカーの専門資格を義務づける動きが強まった。

1969年, NASWの総会において免許制を要求する決定がなされた。70年, NASWは「社会福祉事業の法制化」に関するガイドラインを策定したが, そこでは専門資格について, 免許制と登録制の二つの必要を提示している。しかし, その後の関係者の関心は免許制の方へと移っていった。1972年, NASWはガイド

ラインを改定し、「社会福祉サービス実践に関する法制化」として再提案した。

ソーシャルワーク免許の目的

専門的社会福祉事業の法制化は、基本的にサービスの利用者、サービスの実践家およびチェンジ・エージェントとしてのワーカー、さらにサービス遂行時に協力する各分野の専門家に影響を与えるものである。福祉サービスの内容をたかめ、ワーカーが職務効率をあげて納税者としての一般市民から信頼され、さらに専門性をたかめるために、免許制は、もっとも効果ある方法といえよう。とくに、次の4点が、免許制の主要な目的である。

(1) 専門性を公的に法律で定義することにより、多様に行なわれている社会福祉サービスの内容を段階をおって明確にできること。

(2) 機関または個人を通じて行なわれている福祉サービスの内容を向上し、また利用者の権利をまもること。

(3) 恣意的、私的基準でなく、公的な専門基準にもとづく福祉サービスの提供についての責任を明確にして、さらにワーカーの実践を保障すること。

(4) 社会福祉以外の各種サービス分野にたざさわる専門家の専門性をたかめること。

1970年代に入ってから、NASW本部は、各支部を中心に各州ごとに専門性の法制定運動を展開するように指導した。1974年6月、NASW理事会は、その法案を作成するために基本となる6つの目標を決定した。

(1) 法律は、単に一定の肩書を確保するというのではなく、実践の内容とみあった免許取得をめざすものであること。

(2) 法律は、社会福祉事業の専門的原則と知識にもとづいて実践される社会福祉・社会サービスのすべての分野を包含するものであること。

(3) 法律は、自主的または個人的ベースの社会福祉、および私的または利用料に依存するサービスについても、一定の基準を明らかにすること。

(4) 社会福祉事業の免許の立法は、個人的実践を含むすべての社会福祉サービ

スは、確実な根拠ある資格、知識、免許取得のための能力を、特別な教育経験に加えて要求するものであること。

(5) 法律制定は、免許の定期的更新と、免許取得者に対する継続的教育を要求するものであること。

(6) 法律に規定された社会福祉サービスは、利用者とワーカーのコミュニケーションは信頼と、利用者によって認められたものであることを要求するものであること。

免許制に関して当面する課題

1. 社会福祉サービスを提供するためには、専門的に訓練を受けた職員を適切に活用することが必要であるという、一般市民の理解をたかめること。

2. 社会福祉サービス実践の免許制を確立する運動は、総合化され、強化される必要がある。不一致で矛盾している各州の法律の効果は、全国的な法制定のなかでは最小限となるようにすること。

3. 各州レベルにおいては、免許制を確立するために現実の努力を行なっているが、これらの努力は、その効果と資源の点で非常に差異がある。影響の及ぶ範囲も、限られた専門家に比重を置いているところもあれば、広範な職員を対象にしているところもある。また現在の各州の法律は、国全体のことを考慮し、全国組織の注意を喚起している。ここでの問題は、NASWの資源が、どのようにしたらもっとも効果的に専門家と一般国民の関心をたかめるために活用されるのか、ということである。

4. 社会福祉の免許制を確立するための現在の運動は、主としてNASWの組織を通じて推進されているが、NASW以外の他の社会福祉関係団体も活発な活動を続けている。いくつかの州レベルの臨床ソーシャルワーカー協会などのような団体は、その目的は異なっているが、NASWと同様に免許制確保の方向をめざしている。専門的職業の発展と法制定の過程で、社会福祉の関係者、従事者が法制定とその内容についての目標を決定するうえで、一致することが非常に重要

である。

5. 「援助的職業」, 「保健サービス職業」の広い分野には, 多くの職業集団があり, その守備範囲は重複したり, 社会福祉分野と密接な関係をもったりしている。また, それぞれ免許制を志向している。一つの職業分野だけが免許制を確立する努力をしたとしても, それは他の団体の要求と矛盾し, おたがいに効果のないものとなろう。

6. いくつかの州によって実施されている伝統的な口述または筆記試験においては, 差別が介入するおそれがある。免許試験の方法について, 差別のないかたちでだれもが公平に受けられる方法を開発することが必要である。

7. 現在14州において免許制または試験委員会が存在しているが, これら各州政府間のコミュニケーションの方法が確立していない。したがって, 職員の知識の程度も多様であり, 社会福祉の職業についての理解も異なっている。社会福祉の実践に関する豊かな情報網を確立することは重要である。

8. 専門的職業実践に関する州レベルの免許制がいくつか存在し, 現在の状況を規定しているというものの, たとえば全国的な資格や免許発行によって, サービス実践家の資質をたかめることは可能である。

Legal Regulation of Social Work Practice Policies
for a Continuing Effort, NASW News, vol. 20, No.
3, March 1975, pp. 5~22.

(根本嘉昭 全社協)

西ドイツ・中期社会予算

(1974—78)

(西ドイツ)

1968年以後毎年将来5年間を見通した社会予算が連邦政府によって作られ公表

されている。最新の社会予算はすでに1974年11月26日決定されていたが, ようやくその概要がわかったので, その要点をここに記しておこう。

社会給付の伸び率はGNP成長率よりも高い——1973—78年間にGNP(名目)は年9.7%の割合で増加するのに対して, 社会予算総額の伸びはそれを上回り年平均11.3%になると予想されている。1968—73年の年平均伸び率は, GNP11.5%, 社会予算12.3%であった。その結果, 社会予算の対GNP比の拡大傾向はやや加速化され, 1968年26.2%, 1973年27.1%に対して, 1978年には29.1%に達する。

なお, ここでいう社会予算は, ILOの社会保障費よりは範囲が広く, 財産形成, 任意または労使協約による企業給付, 租税控除, 住宅間接給付をも含んでいる。いま列挙した項目が社会予算の中で占める割合を示しておく, 1973年18.8%, 1978年14.7%である。

被保険者負担も高まるが国民経済は負担に耐えうる——社会保険の被保険者負担分の拠出料率は, この間に14.5%から15.5%ないし16%にふえる。しかし, 物価の上昇を考慮しても, 実質手取り所得(社会保険拠出金と租税控除後の)は年約3%の割合でふえるから負担増加に耐えうる, と連邦政府は判断している。

社会予算の3分の2は高齢と保健・医療のために使われる——社会予算は, 労働者年金保険, 職員年金保険, 疾病保険などといった制度別に分けて示されるほか, 制度にはかかわりなく目的別にも分類されている。この目的別分類によってみると, 高齢・遺族が全体の3分の1をやや上回り, 保健・医療(労災, 障害を含む)が大体3分の1位を占めており, ついで家族15%前後, 残りは雇用, 住宅, 貯蓄奨励などにあてられている。

1973—78年の変化としては, 保健・医療が32.1%から34.1%へとわずかにふえているのが唯一のもので, 他はほとんど横ばいである。

制度別にみると, 被用者年金保険, 農民高齢扶助, 公務員年金を合わせたもの

は、1973年39.6%、1978年39.9%とほぼ横ばいであるのに対して、疾病保険は同じ期間に、17.2%から19.3%へと上昇する。

病院診療費の増加がとくにいちじるしい——疾病保険支出は、1973-78年の5年間に90.9%ふえることになっているが、連邦政府の予測では、とくに病院診療費と歯科補てつ費の伸びがはげしく、5年間の伸びはそれぞれ136.4%、125.6%となっている。なかでも、病院診療費は金額的に目立ち、1973年には疾病保険支出総額の26.5%を占めているので影響は大きい。1978年にはこの割合が32.8%に達するものと予想されている。これらの2項目に比べると、医師診療費、歯科医師診療費の伸び率は低く、それぞれ56.9%、51.9%でこの期間のGNP伸び率58.9%を下回っている。

このような疾病保険支出のいちじるしい増加に対応して、疾病保険の拠出料率も引上げられることになり、事業主負担分を含めた割合は、1973年7月1月現在の平均9.16%（疾病金庫ごとに異なる料率が決められている）から1978年には11ないし11.5%になるものと予想されている。

児童手当と税制の統合は1975年から実施された——すでに本誌でも紹介されたとおり、所得税にかかる児童扶養控除制度と児童手当が統合され、第1子から児童手当の支給が行われることになった。そのため、児童手当制度の費用は、1973年の32億マルクから1978年には実に161億マルクへとふえるものと予想されている。しかし、これに対しては税制における児童扶養控除制度の廃止にともなう税収の増加が対応しているから、児童手当の費用増加だけを見ていたのでは正しい比較はできない。社会予算では、すでにのべたとおり、早くから社会給付と同じ性格をもつ租税減免措置を「間接給付」と称して計算のなかに含めており、今回のような制度改革の場合にはそれが役に立つのである。租税減免措置の総額は、1973年から1978年にかけて絶対額で増加する。すなわち、1973年に234億マルクであったのが、1978年には311億マルクへと77億マルク増加する。しかし、増加率は5年間で33.2%であり、GNPの58.9%、賃金俸給所得の64.7%、さらには

社会予算全体の70.6%に比べてはるかに低くなっており、1975年の制度改革の影響を認めることができる。

Johannes Brakel, "Sozialbudget 1974", Bundesarbeitsblatt, Jan. 1975, S. 10-29.

(保坂哲哉 社会保障研究所)

西ドイツ疾病保険の費用の動向

(西ドイツ)

西ドイツRheinland-Pfalz州の社会省に設けられたCDUの社会政策プロジェクトチームは、1974年9月、疾病保険の費用の将来推計値を発表した。これによると西ドイツにおける1978年の疾病保険の費用は約930億マルクに達し、平均保険料率は13.1%になると推計されている。

1960-73年の実績値として1978年の推計値は表に示すとおりであるが、プロジェクトチームの詳しい分析によるとつぎのとおりである。

1960年から1972年までの地区疾病金庫の支出増加のうち、12.4%は一般加入者および年金受給者の増加、17.4%は罹患率の増加、21.3%は診療報酬の値上げ、48.8%は1件当たり給付費の増加によるものである。したがって、これからもわかるように診療報酬の値上げが費用増加の主たる原因とはいえない。

表に示すとおり、1960-78年における医科診療費の増加率は約800%であるのに対して、入院費の増加率は約1700%で非常に高い。また、薬剤・治療用具費の増加率もかなり高い。こうした医療費の増加に伴い、将来保険料もきわめて高いものになると予測される。

なお、1972年7月に病院財政改革法(KHG)が制定され、連邦・州による公

的負担が病院の資本的費用について行われることになったが、これがすぐに入院費の増加の歯止めになるとはみられていない。

公的 疾病 保険 の 支出 の 推移 (単位:10億マルク)

費 目	1960年	1969年	1973年	1978年
入 院 費	1.6	5.1	11.3	28.6
医 科 診 療 費	1.9	4.8	8.8	16.3
薬 剤 ・ 治 療 用 具 費	1.3	4.5	8.4	18.0
歯 科 診 療 ・ 補 修 費	0.7	2.2	4.5	9.0
傷 病 手 当 金	2.7	4.3	3.9	6.4
疾 病 予 防 措 置 費	0.1	0.2	0.8	2.0
そ の 他 の 給 付 費	0.7	1.7	3.3	5.0
小 計	9.0	22.8	41.0	85.3
事 務 費	0.5	1.1	2.0	3.7
新 しい 措 置 お よ び 計 画 中 の 措 置 に 伴 う 費 用	-	-	-	4.2
計	9.5	23.9	43.0	93.2

(注) 新しい措置および計画中の措置に伴う費用とはリハビリテーション統一化法に基づく費用、予定されている埋葬金の引上げに伴う費用などである。

CDU-Analyse-für men?, Arbeit und Sozialpolitik,
Dezember 1974, S. 445 - 446.

(石本忠義 健保連)

国民経済計算と福祉の測定

Richard Stone (国 連)

国民経済計算体系(SNA)の統計に、家庭内の家事・教育サービスが含まれていないこと、政府の非市場的活動につき効果測定が行われていないこと、公害防止支出などの遺憾な必需品が含まれており、福祉的観点からは国内総生産の過大評価であることの三点は、SNAの福祉尺度としての適性を論ずる際の基本的疑問である。第18回国連統計委員会(1974年10月)は、SNAの計数が適切な経済福祉尺度で補完されるべきであることの立場から出発し、SNA及び社会・人口統計体系(SSDS)の発展に大きな貢献をしたProfessor Richard StoneによるSystem of National Accounts: Supplementing the National Accounts for Purposes of Welfare Measurementと題する資料を中心に検討を行なった。

同資料は福祉関連項目の適切な尺度を作るためにどのような情報が新たに必要か、既存の情報をどう組み合わせるべきか、又それは如何にして可能か等の問題を扱っている。特に必要な情報は入手できるか、そうであるとしてもそれは国民経済計算の計数の修正によるべきか、あるいは他の方法によるべきか、又最後に述べられる提案を実施する場合にどのような困難があり、どのような優先順位にすべきか等を論じている。

ストーンは国民経済計算の修正・拡張について今迄なされて来た提案を国民経済計算の基礎概念との関連で体系的に整理することが望ましいと考え、問題を生産、所得・消費・富の分布、社会・人口統計及び環境統計の順序で分析し、最後に結論及び勧告の形でまとめている。この最後の部分は、1. 国民経済計算及び同補完統計に含まるべき項目 2. 社会・人口統計ないし環境統計に含まるべき項目 3. 現状では実行不可能な項目 4. 更に研究が望まれる項目の四つに分

けられているが、ここでもその順序に従って紹介したい。

このような結論と勧告とをまとめるに当たっては二つの側面から検討がなされている。第1には問題が現在の知識で解決可能であるかどうか、もし可能ならば如何にして可能かということである。第2にその解決によって得られる利益が、これに要する費用を償うに足るかどうかという点である。こうした観点から以下に四項目について述べてみたい。

1. SNA及び同補完体系に含まるべき項目

- (1) 減価償却、再生産可能な有形資産については算出可能。その結果、純生産物の計数が従来より重視されることになる。
- (2) 機能分類、国連統計局の作業計画には、適切な機能分類を作ることが既に含まれている。その際次のような項目を生産コストの他に特掲すべきである。第一は従業員福祉のための支出である。例えば医療、レクリエーション施設等である。所得・消費・蓄積分布補完統計の中で国民総消費を算出し、生産者が従業員の福祉に果たす役割を確かめるため、これらの支出を独立項目として推計することが必要である。これらの計数は、SSDSに於ける職業満足度と志気の研究にも用いられる。しかし計測が困難であるためこの研究に高い優先度を与えるべきではない。又、研究開発支出もある。しかし研究開発の成果が不確実であり、その成果を評価し償却する際の際念上・計測上の困難が大きいことを考えると、これらの支出を資本支出とすべきではない。
- (3) 所得分布及び関連統計、国連補完統計案のように所得分布関連統計が、国民経済計算の枠に合わせて作られ、各段階毎に統一的な再分配の状況を示し得ることが望ましい。
- (4) 再生産不可能な有形資産、富の重要な構成要素であり、生産資源であり、又環境問題と関るため。
- (5) 耐久消費財、主要な耐久消費財の家計保有状況は、SNAの資産勘定やSSDSの所得・消費・富の分布の付表で示されることになっている。
- (6) 国民経済計算計数の国際比較、基準年次の比較や結果の将来延長についての簡便法を開発することは大いに価値がある。

2. 社会・人口統計又は環境統計に含まるべき項目

- (1) 環境汚染、環境汚染についての情報を総合的且つ体系的に記録するため、国民経済計算とリンクした環境統計体系を整備すべきである。これは複雑な問題であるから、二段階に分けて接近する方が良い。第一に家計の所有する暖房、自動車等を含む装置、及び産業の生産過程からの汚染因子の発生についてその情報をまとめねばならない。第二に汚染を防止又は処理するための投入コストについて或る程度の資料を集めねばならない。しかし信頼し得る総合的汚染統計の作成は、汚染制御の総合的規程の枠内でのみ実現可能である。汚染コストの中間投入と最終支出とへの分類については、日常の人間生活機能の遂行から生ずる制御費用を最終支出とするのが合理的であろう。
 - (2) 生活水準、SSDSは生活水準の諸側面及びこれに関連する社会的サービスについての、比較可能な総合的・体系的・相互関連的基礎資料、社会指標、その他の尺度の発展に有益である。SSDSの持つ情報は社会サービス、所得分布及び関連統計、住宅統計についてのサブシステムを通じて国民経済計算と結び付く。
 - (3) 家庭経済、家族が自己の便益のために営む家事、教育、余暇等の活動へ配分される時間のデータはSSDSに含まれる。これらのデータは、住宅や家計の保有する耐久財についての情報、家計の取得する消費財サービスについての情報と一緒に家庭内活動の生産物を評価するモデル作成の基礎となる。
- ### 3. 現状では実行不可能なこと
- (1) 非市場的活動の生産物測定、現在の方法及び資料に関する限り、非市場的活動について便益を生産物として計測することは不可能である。何が最終的な生産物であり、又それを如何に評価すべきか今のところ分っていない。非市場的活動が齎す便益は、その活動以外の多くの環境条件や受益者の特性によって異なる。しかし非市場的活動の様々な側面についての数量的指標を集め、それらを活動への投入費用で加重して求められる数値に基いて改善することはできるだろう。又、福祉の状態、変化の指標を、それらの変化の原因となった要素のデータや、合成された指数に回帰させて非市場的活動の影響を見ることが出来る。これは、SSDSにおける方法である。

- (2) 収益率の帰属計算, 非市場的活動に用いられるが報酬を受け取らない生産要素の収益率を帰属計算することについては, SNAの改訂前に長時間検討されたが, 大勢はこの帰属計算に強く反対であった。
- (3) 遺憾な必需品, いわゆる遺憾な必需品の生産, 消費はひき続き国民経済計算及び福祉指標に含めらるべきである。
- (4) 人的資本, 生涯に亘る所得稼得能力の現在価値を示すものとして人的資本という語を用いると, それ又は所得稼得能力を増大させると思われる教育, その他の支出を固定資本形成とする考え方はSNAに導入さるべきでない。個人の将来所得の流れを評価することには困難が多く実行不可能である。各種の支出や要因がどれだけこの能力を長期的に増大させるか明確に立証することはできない。又, 例えば教育支出には効果が長続きしない部分が幾分含まれ, それは消費の一種とみられる。しかし, これらの問題を一層研究することは必要である。所得稼得能力の維持増大に役立つ教育その他のサービスへの支出は, SNA, SSDSの両者において特掲される。

4. 更に研究が望まれる項目

- (1) 非市場的活動の生産物の測定, 非市場的活動の生産物を, 数量的活動指標に基づいて測定することの意味, 内容を更に研究すべきである。又, 新しい測定法を工夫する必要がある。そのために市場的活動のプログラミング・モデルを作ることが必要であろう。同モデルは, 厚生関数又は効用関数の形で表される目的に沿って資源の最適配分を計画する。
- (2) 総合生活水準, SSDSにおけるこれまでの作業は, 各サブシステム毎の, 又は生活水準全体についての総合的合成指標をまとめるというところまで行っていない。SSDSとSNAとの関連データに基いて, 総合生活水準指標を作成する種々の方法について, 可能性, 方法, 必要情報量及び問題点が究明されねばならない。
- (3) 家庭経済, SSDSの情報を用いて, (余暇を含む) 家庭経済をモデル化しようという作業は有望であるが, まだ操作不可能である。それが家庭経済を描く有益且つ実的な基礎となるかどうか, そのためにはどのような統計が必要かを

知る上で一層の研究が必要である。

- (4) 環境統計, 次の情報を整備する必要があると言われている。(a) 産業, 政府, 家計のそれぞれの活動に関して環境汚染因子の発生, 及びその減少, 回収の費用。(b) 環境媒体を通じての汚染因子のフロー, 環境媒体の汚染状況, 及びその国民福祉への影響, これらの問題を含む環境統計の整備については, 国連の文書, [E/CN.3/452]に詳しい。
- (5) 所得・消費・富の分布, 通常用いられる不平等の尺度には尚問題があり, より適切な尺度を開発すべきである。又, 所得発生 of 単純なマルコフ・モデルを更に精緻化するための研究も必要である。なおこの研究の進展とは別に, income transition についての情報を集める作業が進められねばならない。

System of National Accounts (SNA); Supplementing the National Accounts for Purposes of Welfare Measurement (E/CN.3/459, 1974年7月9日)より抜萃

追記; 校正の段階で, 本文献の全訳が経済企画庁経済研究所国民経済計算, No.31, 50年第2号に掲載されたことを知った。関心をお持ちの方は参照されたい。

(城戸喜子 社会保障研究所)

農業部門の社会保障

René Juri* (スイス)

本稿では、農民に対する社会保障から生ずる特殊な諸問題を再検討し、いかにして農業部門のためにある適切な、しかし、取扱いにくい形をした組織が計画され得るかという点について、ある解決が見出だされるべきであるということを、筆者は提案している。

農民の組織がもっている活動的な制度は、最初では、明確な所得保証を得ることに関連をもっており、現在では、ある本当の意味をもった農業分野の社会憲章を新らしく作り上げることに関連をもってしている。基本的には特に関心を抱いていなかった農民達は、現在、かれらの社会保障を保護するために保険に契約しなければならないが、しかし、一般的には、保険に必要な費用はかれらの財政的な能力を超えている。したがって、われわれはできるだけ最も望ましい諸条件で農民に保険を取得させることのできる解決策を求めている。この特殊な解決は、職業別の保険と疾病・災害保険に対する新しい連邦全体をカバーする制度が実施されるようになる時までに、用意されるように望まれているであろう。

社会保障によってどのような各種の諸問題が生ずるであろうか？

老齢・廃疾・遺族保険

法令で設けた公的な老齢・遺族保険(AVS)による年金制度は、ある最低生活水準を保証することができるが、しかし、職業別の制度は農民にとって2つの特殊な問題をもたらしている。1つは農業部門の作業におけるきわめて高水準な

投資が、重い負債を負わせている。これは資本が主要なリスク、つまり、死亡、重度の廃疾に対して保険をかけなければならないことを意味している。2番目に、もし農民がAVSの年金年齢に到達する以前に農業を断念する場合に、暫定的な年金や早期受給できる年金が存在しているであろうか？ 職業的な立場がきわめて特殊な農業労働者の場合には、農業部門に対するある別な年金基金を創設すべきであるということが提案されている。

疾病・災害保険

新しい制度では、災害保険は農業を助けている家族構成員を含めて、すべての被用者に加入を強制されるであろう。農民達自身も制度に加入できる筈である。基本的には、災害保険に加入する被用者も疾病保険に加入する。かれらは毎日支給される手当に対して強制的に保険をかけられ、拠出は賃金に対するある比率を労使双方が半分ずつ負担する。

農業労働者と同様な農民の家族手当

これには、経済的な状況がかなり異なるので、自営の農民について、所定の所得制限と家族手当の財源調達に対する拠出が、ある微妙な問題をもたらしている。

農業部門にとって必要なものは、農業部門の保険がもっているニーズを調達するある共通の分母により、各種の手段を組合せるある解決であるが、しかし、事務費は制限されている。疾病・災害給付、遺族給付、廃疾給付、毎日支払われる手当、および医療費は、被保険者のカテゴリーに応じて段階を設けられるべきである。たとえば、農業の部門では、それらのカテゴリーは農民とその妻、未婚の扶養家族、農業に依存する家族構成員、常傭の被用者、季節的な労働者、臨時傭いの労働者である。

したがって、必要とされるものは、保険会社もしくは疾病基金との団体契約の

仕組みの中で、特殊な必要条件に応じて各種の手段で対応する可能性を検討することである。その場合に、多数の農家にとってきわめて重い負担となる非常に多額の費用を必要とする問題が残る。なんらかの種類に平等化が実施されなければならないが、平等化は公的扶助以外の手段では達成できない。この種の扶助は、自営の農民の所得と準都市地区もしくは都市部の被用者の所得を比較する場合に、はっきり正当化される。

農業部門の社会憲章を創設する意図をもっている研究は、農業部門の保険がもっているニーズをカバーしたり、公的扶助を取得させるだけでなく、ある適切ではあるが、取扱いにくい形をもつ組織の創設をも含んでいる。スイス農民連盟は、ある職業別平衡基金の創設が適切な解決策ではないと信じている。唯一の適切な解決は、県単位の基金との協力で組み上げられるであろう。これはAVS制度と家族手当ですでに実現されている。これらの基金は合同の各支部をもっており、かつ、それらの協力は最も賢明な解決策の例となるであろう。

※ スイス農民連盟の会長

Prevoyance sociale dans l'agriculture,
RCC, No. 8/9, 1973, pp. 430-436 : No. 99, '72/'73.

外国人労働者と年金保険—— 将来の諸問題は？

Karl Ladwig (西ドイツ)

外国人労働者と年金保険については、3つの問題がある。すなわち、それらは全般的な給付適用と部分的な給付適用の間に見うけられる関係、拠出による収入と給付に要する支出の間に生れる関係、および年金保険法の適用で、これらの諸

問題は、ドイツ連邦共和国で就労する外国人労働者の雇用によって年金保険の分野に生じたもので、本稿には、それらが論述されている。

ドイツ連邦共和国における他のドイツ人労働者と同様に、外国人労働者は社会保障法の規定でカバーされている。国内に留まる労働者の場合には、法令による公的年金の諸給付は、同一の保険で保護されたドイツ人労働者の諸給付と同一である。永久的にドイツ連邦共和国を離れて、外国で居住する場合には、多岐的もしくは2国間の協約が締結されている場合を除き、諸給付の支給はかなり制限される。ドイツ連邦共和国の外国人労働者のうち、約20%はそのような協約の調整でカバーされていない。

年金保険に拠出を支払う外国人労働者の義務では、かれらのうちかなり多数の人びとが受給資格条件によって取得した給付と異なる給付を受けているが、かれらの拠出義務は年金保険の分野に将来の問題を提起しており、それらの問題には、できるだけ解決が発見されなければならない。

そのような解決は、任意保険および拠出の償還にかんする諸規定について提案された改正に見出だすことができるかも知れない。それらの提案は連邦労働・社会省が用意し、公的年金保険に対する権利の拡大を定めようとした法案に含まれている。

この法案では、ドイツ人と同等な待遇を規定する協約でカバーされない外国人で、外国に住む人びとは、一方では拠出の任意的な支払いに権利をもっていないが、しかし、他方では、かれらが任意保険に受給資格をもっていないので、待期の条件を満たしてさえおれば、本人自身の拠出について払い戻しの資格を取得する。

拠出に対する権利回復と払い戻しは、恐らく将来解決されるかも知れないが、しかし、第1段階では、外国人労働者に対する年金の支払いも、財政的見地から考慮しなければならない。

現在、外国人労働者の雇用のために支払われた拠出の収入は、ほとんどドイツ人の給付に用いられている。

外国人労働者の年齢構成のために、このような事情は将来の基金の変化に影響を与えるであろう。もし外国人労働者の人数が減少すれば、初期段階で雇用され、ドイツ人の拠出は年齢の高くなった外国人労働者に対する給付の財源を調達する必要が生ずるかも知れない。さらに、これらの年金支払いは外国にも実施しなければならないだろう。

年金保険法の適用にかんする困難は増大するし、しかも、その困難は給付の受給資格を取得して、外国に居住する人びとが増加するにつれて増大するし、さらに、より一層重大な意味をもつようになるであろう。

Der Ausländische Arbeitnehmer und Seine
Rentenversicherung-Zukunftsprobleme?,
Zeitschrift für Sozialreform, 17th Year,
1971, No. 12, pp. 705-714; No. 122, '72/73.

家計負担平等化への 合理的な制度の考え方

Ralf Zeppernick (西ドイツ)

本稿には、家計負担平等化への理論的な概念が論述され、ある合理的な制度のモデルが示されている。

現在、家計負担の平等化は多数の異なる法律で規定されている。多くの例では、家計負担平等化の要素はある特殊な法律の中に組み込まれている。たとえば、それらの法律には、財産形成法もしくは住宅資金法がある。これらの法律は平等化について、全く異なる基本原則にもとづいているので、現行の諸規則は相互に一致していない。その結果、家計負担の平等化について、きわめて多様な諸給付が全く同一の財政的な状況のもとに支払われている。家計負担平等化にかんする各法律は絶えず改正されているので、すでに存在している差別待遇は悪くなる危険性をもっている。

それらの法律がそのように望ましくない結果を回避すべきであるのならば、政治家は家計負担平等化が如何にして機能させられるべきかについて、明白な考え方をもたなければならない。この目的のためには、家計負担の組織的な平等化に対するある合理的な概念を開発する必要がある。その概念は同時に数種類の基本原則を満たしていなければならない。

この一連の基本原則に対する基盤は、次のようなものである。つまり、家計負担平等化の制度は各種の変化し得る要素に依拠しているということである。したがって、複雑な仕組みについて総合的な見解を得ることは、とくに困難である。

その制度が各種の政治的に望ましい基本原則という観点から検討されるならば、その制度自身にきわめて重要な困難が生れる。その結果として生ずるのは、給付にかんする差別だらけの状態である。これを回避するには、反対の方法を採用することである。まず、政治的に望ましいと考えられる諸要素もしくは各基本原則が設けられる。その後、それらの基本原則は相互の調和を検討される。最後に、その制度が技術的に開発される。その手段は各目的が達成されることによって実現される。この過程はある制度が内在的な矛盾を免がれるのを保証するだろう。

家計費負担平等化の制度に対する次の基本原則は、できるだけ合理的なものであり、あるモデルの形でここに示されている。

目的は負担の平等化について、世帯の相互関係を考慮するある制度を設けることである。

制度は15歳までのすべての子供に適用すべきである。

すべての子供は制度から給付を受けるべきである。

子供1人当りの給付は、子供の人数に関係なく、同一でなければならない。

子供1人当りの給付は、子供の年齢によって変るべきである。

子供1人当りの給付は、両親もしくは子供の所得が増えるにつれて、減額されるべきである。

考慮される家計負担の割合は、両親もしくは子供の所得が増えるにつれて変るべきである。

給付の支給額は所得税を免除されるべきである。

残るすべてはこれらの基本原則に対する優先順位をもつあるスケールとある技術に実行可能な制度を設けることである。

Alternative Konzeptionen eines rationalen Systems des Familien-lastenausgleichs, Sozialer Fortschritt, 20th Year, No.11, 1971, pp. 247-253, No.133, '72/73.

早期退職制度

Philipp Latty (フランス)

本稿には、早期退職制度にかんする論述が示されている。1972年の1年間に、賃金取得者に60歳で支払う退職年金は、労働組合によって最も支持され、かつ最も一般的な要求の1つになった。この要求に反対して、政府と使用者は改正によって生ずる費用、および雇用された人びとの数が、急激に減少する国民経済と生産に与える影響を指摘した。

確かに、賃金取得者の老齢保険を管理する諸規則は、60歳の退職を認めているが、しかし、その年齢で受給する年金は、65歳とされた正式の年金年齢より低い1年当り10分の1ずつを減額される。

したがって、ある早期退職制度は、該当者を労働の義務から解放することにより、当人達のために60歳から65歳までの間に所得を保証するなんらかの仕組みである。

早期退職の制度は次の2つのカテゴリーに分けることができる。

- 1 企業以外からの拠出援助で財源を調達される制度。
- 2 すべての財源を企業によって調達される制度。

最初の例では、所得保障は引退の予想を用意されるか、あるいは失業保険の範疇に入ることによって提供される。

早期退職を申請するか、あるいは強制的に退職させられる賃金取得者は、社会立法の観点では退職者と考えられ、社会保障給付の権利を保有する。このようにして、所得保障は企業がきわめて小さな費用を負担する。たとえば、1973年1月17日付のルノー協約は、勤続5年以上で、かつ、早期退職しようと切望するすべての賃金取得者に、63歳で退職することを認め、補足的な終身年金によって、企業は社会保障年金と補足的年金の双方に行なわれる減額を補償する。

60歳以後に解雇され、雇用を見付けるのがきわめて困難な賃金取得者は、適切な例では、65歳3ヵ月まで失業給付を受給し、その後、正常な状態による当人達の退職年金を受給することになっている。もし適切な失業保険給付や政府からの給付を提供されない場合には、公的扶助制度は全国雇用基金の手当や使用からの抛出で補足される。

状況に応じて、この方法は早期退職者が退職前に取得した賃金の80%から90%を取得することを確保している。早期退職した期間について、退職した人びとは半分退職し、半分失業した状態になっているので、かれらは社会保障により正当にカバーされている立場を維持している。

2番目の例では、早期退職者は早期退職に財源を調達する企業に、賃金取得者をして留まっているかも知れないし、あるいは、留まっていないかも知れない。

ある幾つかの企業は賃金のある比率もしくは年金に相当するある手当を保証する制度を設けてきたが、その年金は賃金取得者が退職年金の受給を申請するか、あるいは失業給付を受給するために雇用の申請者として登録することもなく、65

歳で受給できる給付である。この方法は現在の雇用契約を継続することにより、企業が早期に退職した労働者に対する社会的賦課金を依然として支払うので、費用が高くなる。

他の企業は雇用契約の切れた後にだけ、すべての財源を負担するある所得保障制度をもっている。早期退職者は早期退職契約によってのみ企業に従属を続けており、当人はもはや企業の賃金取得者ではないので、かれは「任意保険」の手段を通じて社会保障制度に加入すべきである。

これらの各制度では、関連をもつ人びとは各職業相互間の特徴をもつある早期退職制度だけが除かれ得るといふ危機に直面させられている。この点について、60歳以上の失業者に対する所得保障を取上げた1972年3月27日の協約により、ある第1段階が踏み出された。

Les systèmes de pré-retraite en France,
Droit social, avril 1973, pp.255-267; No.126,
'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)

雑談 社会保険

——オランダ・西ドイツ・フランス——

社会保険庁総務課 熊田真澄

昨年10月に3週間ばかり、オランダ、西ドイツ、フランスの三か国について、社会保険制度の運営状況を調査する機会が与えられた。なにしろ田舎者にとっては見るもの聞くものすべてが珍らしかった。そのうち驚いたと云えば大げさであるが、日本の制度と比較して考え方や仕組みの多少異なる点を中心に報告する。

I

ヨーロッパの最初の訪問国はオランダであったが、午前6時半にアムステルダムに到着した。体の調子が時差のためおかしかったが、早速日本大使館に出かけたら引越したあとで空家だった。例のハーグ事件のあった間もなくで心細くなって困っていたら、タクシーの運転手さんとパトカーのお巡りさんが引越し先まで連れていってくれた。有難かった。

日本大使館では担当者がいろいろと世話をしてくれたが、オランダの人達はみんな親切だった。社会福祉省や社会保障銀行の応待者、街で会った人々などみんながそうだった。

おそるおそる下手な英語でやってみると、大形なポーズで答え、良くわからなくて聞き返すと紙に書いたりして教えてくれた。試運転としてはまあまあ、自信がついた。

オランダの老齢年金制度は国民皆保険で、15才以上65才未満の者はすべて年金制度に加入義務があり、この50年間の保険料を拠出したときは完全年金が支給され、保険料未納期間があればその年数分だけ年金が減額される仕組みとなっている。

る。

したがって、年金制度には長期の被保険者記録を管理する必要があるが、オランダでは被保険者記録はなく、市町村の住民登録によって年金が支給される。保険料率は10.6%で被用者でも全額被保険者負担であるが、年金額は納める保険料額には関係なく、保険料の拠出期間だけにリンクさせているので、住民登録によることが可能なわけである。現在年金制度として固有の記録を管理することを計画しているが、記録するのは、保険料納付期間ではなく、保険料未納期間として年金から差引くべき期間が検討されている。

障害者、失業者等は老齢年金の保険料は免除されるが、学生も免除になる。これは学生は社会人となれば上級職員、技術者などの高給者となり多額の保険料を納めてくれるからだそうで、賦課方式ならではの発想である。

65歳になる数月前から地方の労働委員会で老齢年金の請求手続きを行うことができるが、年金の請求が遅れたときは1年以内であれば年金の支給開始時に遡及して支払われ、1年以上経過しているときは年金の請求時から支払われることになっている。

オランダの医療保険制度は、被用者を対象に一般的な疾病の医療費を保険する健康保険(ZFW)と、全国民を対象に精神病、結核などのほか一年以上の長期疾病の医療費を保険する特殊医療補償制度(AWBZ)がある。

健康保険の保険料率は9.5%、労使折半負担で、これは1974年に財政悪化を改善するため8.9%から引上げられたもので、短期疾病の医療費のみの保険としては高率である。

健康保険に対する国庫負担はないが、老齢年金受給者は任意加入で、この老人分の医療費の伸びが年15%を上回る場合には、その上回る分の2分の1を国庫が負担することになっている。この15%の決め方は、毎年の保険料収入は賃金の伸びや上限額の引上げによって年10%位の増加があり、これで老人分の医療費の15%程度まで賄うことができるからである。しかし実際の老人医療費の増加は著しく、毎年約20%となっている。

II

日本の年金制度では、毎年一回現況届を提出させ、年金受給者の居住の確認や障害年金であれば障害の程度の確認がなされているが、西ドイツではこの届出が廃止されている。

西ドイツでも年金の支払いは銀行、郵便局の口座振替によって行われており、預金口座から現金を引き出す際には受給者本人のサインが必要なため、本人以外の者が不正受給することはほとんど不可能だからである。

西ドイツの場合、事務費も保険料から支弁されているので、不正防止のため受給者全員から届書を出させてチェックする手間や経費を考慮すれば、保険料の合理的使用という観点からこのような処理方法は当然としているし、たまたま不正を知っても回収はしていない。もっとも、この届を廃止して五年目になる1977年には全受給者から現況届を提出させ、届出廃止の結果を確認することを予定しているが、日本のように年金の受領にハンコを使用し、そのハンコを他人が使うことも可能な状況では、現況届を廃止することは困難であろう。

年金の被保険者記録は、被保険者が初めて加入した年金保険者で管理される。被保険者となって初めて年金制度に加入すると最初の保険者で一生涯を通じて使用される年金番号が定められ、他の年金制度に加入したときでもこの年金番号によって最初の保険者に記録が送付され、追記録されることになっている。

このような処理が行われるのは、労働者年金、職員年金、公務員・船員などの特別制度と各種の制度に分かれていても、保険給付や保険料率は統一されており、二以上の制度に加入していた場合でも老齢年金の支給は全被保険者期間を通算し、原則として最後に加入していた保険者でまとめて年金を支給することになっているからである。

年金の通算に伴って保険者間においては、積立金の移管は行われず、また、年金原資の繰入れもない。ただし毎年度の決算の結果剰余金があれば赤字保険者に資金を繰り入れ、全体として財政調整される仕組みとなっている。

被保険者には最初の保険者から三枚一組とし、10組を綴った年金手帳が交付さ

れ、事業主は毎年末にはこの一組に雇用期間、報酬額などをタイプライターで記入し、一枚を被保険者に渡し、一枚を事業主の控とし、一枚を保険者に提出する。提出された届書は分類し、読み取り、記録テープにして最初の保険者に送付されるが、この間の作業はすべて機械により処理されており、電子計算機室を見学したがその状況は非常に壮観で機械化がかなり進んでいる。

年金記録届には年金番号をあらかじめ印刷し、また、事業主の記入する報酬額はタイプライターでアラビア数字のほか、eins, zweiとアルファベットで再度記入させ、機械でこの両方を読み取り、誤りのないようにしている。

III

フランスの健康保険も赤字財政に悩まされており、いろいろと対策が講じられている。

保険料率は15.95%で、うち使用者2%、被保険者1%分には報酬の上限の適用はなく総報酬に賦課されているし、報酬の上限額は毎年賃金の上昇に伴って引き上げられている。

赤字財政の原因は、医療費の上昇にあり、特に薬剤費の増加によると理解されているが、その対策として薬剤の必要性を調査するため全国で8,000名もの専門官が地区疾病金庫に配置され、医師、薬剤師等の指導が行われている。

1974年からアルコール税が健康保険に繰り入れられることになったのは前々号の小山教授のレポートにあるとおりであるが、フランス人はお酒が大好きで、このお酒が病気の大きな原因となっており、たまたまアルコール税額が健康保険の赤字額に近似していたこともあって財源が繰り入れられることとなったものである。また、自動車事故保険からも財源繰り入れがあるが、これは自動車事故による医療費を保険会社に求償しているもので、我国でも社会保険事務所、健康保険組合等で行われている自動車損害賠償責任保険に対する求償事務と同様である。

疾病保険でも、年金保険でも被保険者記録は身分証明書の番号により整理されている。フランス国民には写真入りの身分証明書を交付して常時携帯することを義務づけられているが、この身分証明書には、性別、生年月日、出生地によって

定められた番号が記載してあるので、この番号を利用して台帳が整理されている。

IV

各国の運営機構を通じて感じたことは、早いテンポで機械化が進んでいること、相談体制が充実していることである。

オランダの社会保障銀行、西ドイツの連邦職員年金保険などでは、被保険者記録や受給者記録をビデオ装置で即座に調べることができる。フランスの健康保険は償還制で、一般医、専門医あるいは医師の居住地区などで診療酬の単価が異なり、またケースによって償還率も違っているなど内容が複雑であるが、1日12万枚（つなぎ合せれば山手線一周に相当する）もの請求書の内容審査、支払額の決定、小切手の作成は機械により即日処理している。

職員数などは、一般に日本よりも人手不足が深刻だといわれるヨーロッパ諸国のほうが多いようである。定型的な業務はできるだけ機械化し、節減した人員を窓口事務や相談業務に思いきって振りむけているからである。

西ドイツ連邦職員年金の西ベルリン本部の相談室は立派である。大きな建物の二階全部が相談室で、正面玄関からエスカレーターで上ると受付、待合場所があり、明るい色のカーペット、ソファ、植木鉢など、さながら一流ホテルのロビーのようである。担当者は、女性、年輩者が中心で23名おり、衝立てで仕切った室でビデオ、計算機、法令集などをおいて、1日600人の来訪者と対応している。

日本においても社会保障制度が充実されるにつれ事務量が年々増加しつつあるが、一方、被保険者の側からはよりきめの細かいサービスが要望されているので、機械化（省力化）および相談体制の整備について一層検討を進める必要がある。

社会保障こぼれ話

短期給付の平準化

近年、現金による疾病給付、労働災害と職業病の給付、および失業給付のように短期的な所得喪失に対する給付を、平準化する国々が現われている。通常、これらの諸給付はそれぞれ別な制度で支給され、それぞれの事故が異なるので、資格条件、支給額、および支給期間も異なる。しかし、比較的新しい傾向では、原因が異なるという観点ではなくて、共通の社会的な問題という立場から、短期的な所得喪失を取上げる動きが現われてきた。

ところで、疾病保険、労働災害補償、失業給付は別な制度で実施するのが通例で、疾病時の現金給付は労働災害補償の給付より低い。また、疾病給付は主として特定グループと特定の状況を対象とする労働災害補償よりも、より広範な人びとや、雇用外の人ほとんどすべての疾病や傷害を対象としている。労働災害補償は歴史的には使用者責任を含んでおり、疾病給付より対象も狭く、給付を支給する事故も限定されていた。しかし、最近では、状況が若干異なり、通勤途上災害にも給付が支給されるようになったので、事情が変り、疾病給付と労働災害の給付水準を調整する動きが現われた。そのような調整はより高い水準に他の給付を引上げる傾向が見うけられる。失業給付は、本来、他の給付と調整するのが困難であるが、失業給付は疾病給付より水準の低い国が少なくない。しかし、失業中に無料もしくは無料に近い医療を提供したり、失業者の再訓練や再配置を行なう例が増えており、調整の可能性が現われている。

(Leif Haanes-Olsen, Standardization of Short-term Benefits, Social Security Bulletin. Vol. 38, No. 4, 1975, pp. 40 - 42).

(平石長久 社会保障研究所)

ケニアの保健・医療事情瞥見記

国立公衆衛生院 芦沢正見

ことしの2月、国際協力事業団（JAICA）からケニアに行ってきたほしいという急な依頼があり、落ち着いて準備をするひまもないまま飛び立った。用向きはケニア政府とのとりきめによって、日本から派遣されている医療チームの活動状況を視て意見を述べてほしいということであったが、滞在は僅々1週間、有名な国立の自然動物園は別として、大阪大学医学部から医師、看護婦、臨床検査技師が派遣されているナイロビのケニヤッタ国立病院の集中医療ユニット（ICU）とナイロビから北西160キロのナクルにあるリフトバレー州立病院——ここには数年前から長崎大学医学部および同付属熱帯医学研究所の医学者、医師・臨床検査技師の方々が派遣されている——の二つの病院を訪れたにとどまった。ケニアの保健・医療事情を云々するにはまことにおこがましく、瞥見とする次第である。

ケニア共和国は1963年12月にイギリスの植民地から完全に独立し、当時の反英独立運動の指導者ケニヤッタ氏を大統領とする建国10年の赤道直下の新興国—人口約1,100万、面積日本の1.6倍の60万平方キロ——である。

まず、医学・看護教育事情はおおよそつぎのようである。はじめ、ケニア・ウガンダ・タンザニアの互いに隣りあう三国は東アフリカ連合（共同体）を結成し、大学教育も各国がそれぞれカレッジを分担してもち、三国共通のディプロマを出すことにした由で、医学教育はウガンダのマケレレ大学で行ない、その卒業生が医師として三国では平等の資格をもって働くという考え方でスタートしたので

あったが、やがて三国間の協調が必ずしも円滑にいかず、それぞれ総合大学をもつようになってしまったということで、ケニアのナイロビ大学に医学部ができたのも近々、1967年のことで、最初の卒業生16名を出したのも、1972年という最近なのである。しかしナイロビ大学の教育レベルはロンドン大学に範をとった由で、かなり高いといわれる。国立大学の授業料はフリーで、卒後官公庁の医師になる者には相当の奨学金も与えられるということであるが、一般教育の普及も不十分なこの国では医師を志す者はごく一部に限られ、しかも奨学金を受けても、医師になると、奨学金プラスベンルティを返しても、より高い収入の得られる都市での開業の途を選ぶ者が跡を断たないということで、この点はわが国の公衆衛生修学生の場合とよく似通っている。

医師、パラメディカルの要員は絶対的に不足していて、医師の数は1,000人そこそこ、人口1万3千人に1人の割合であるが、ほとんどが都市に集中し、人口のまばらな東北部、北部の農耕に適さない乾燥草原地帯は全くの無医地区といっていそうである。ケニアは産業からいうと農業国で、人口の9割は農村人口であり、ヘルスセンターが、6万人に1カ所の割合に設けられてはいるが、医師不在で、Medical Assistantという一種の代用医を置いている。ヘルスセンターはWHOのてこ入れもあり、今後2万人に1カ所の割合を目標に拡充していく計画のようで、これをケニア政府は保健・医療の第一線の要と考えている。

この医師約1,000人のうち黒人は100人位であとの9割はインド人であり、ことに英国流の医学教育を受けた彼らが、いまのところ院長・医長クラスを牛耳っているが、アフリカナイゼーションの新しい波の抬頭は、彼ら英国籍をもつインド人にとってこの国は必ずしも安住の地とはいえず、彼らが総引揚げでもすれば、たちまちケニアの医療は破たんし頻することになる。ケニア政府はこの深刻なギャップを埋めるためもあってか、Medical Assistantの養成に力を注いでいる。Medical Assitantは第一線のヘルスセンター、あるいは治療所（ディスペンサリー）で、たとえば周期的有熱患者に対するクロロキン（マラリヤ特効薬）の投与などの簡易な診療、病院での外来患者の予診によるふるい

わけ、簡単な臨床検査、病床の管理などの重要な役目を果たしている。ただし彼らには手術は許されていない。

Medical Assistantはほとんどの州立病院に置かれているMedical Training Schoolで養成されるが、その入学資格は7年の小学校、4年の中学課程を終えた者で、修業年限は3年、国家試験を経て資格が与えられる。授業料は宿舎費をふくめ一切無料で、その上、若干の奨学金も支給されるが、卒業後は3年間は政府機関で働く義務を課している。医師になれる途は与えられていないこともあってか、政府職員としての歩留まりは大変よろしいそうである。ナクルの養成所で教鞭もとっておられる長崎大学の方の話によれば、なかには医科大学生に劣らない優秀な学生もいるとのことで、運営よろしきを得れば、中国の「はだしの医者」のように、ケニヤのような開発途上国では国民の保健・医療の向上に大きな力となるのであるまいか。

臨床検査技師あるいは衛生検査技師の養成は7年の小学卒業後3年間の訓練でよいとされているが、学歴の差は歴然たるものがあるようで、検査成績の信頼性、集計の能力など他の国々の同じ職種の技師に比し大いに遜色があるようである。

看護婦の教育は独立以前はすでに1949年から全面的にイギリス人のナースによって教育が行なわれていたといわれる。1951年から71年までのKenya Registered Nurse 公認看護婦（日本の正看に相当）がおよそ3,800、公認助産婦約1,700、准看にあたるEnrolled Nurse、登録ナース約4,500人、登録助産婦約2,000、登録ヘルスナース260、日本の保健婦にあたる公認ヘルスナースは国内ではその養成所がないため、すべて外国で免許を得た者で41名という状況である。公認ナース養成所の入学資格は7+4年の一般教育修了者で修業年限3年半、一方、登録ナースは初等教育7年の後2年半というこれまた短期の養成である。

1,000床を擁するケニヤッタ国立病院は唯一の国立の総合病院で、英国風のモダンな建物であるが、他方7つのProvinces（州）のなかで、日本の半分の広さをもつフトバレーのナクル州立病院は木造平屋の病棟がならば、一般病棟は

いずれも見通しのきく広い病室になっている。真中に通路が通りその中央にナースの机があり、両側にベッドが置かれているが、常に満床で仮設の臨時ベッドが所狭きまでにおかれ、一見難民患者収容所の観を呈している。患者のなかには個人衛生の知識が全くなく、医師や看護婦をてこずらせたり、動物の血液を飲む食習慣のある部族の患者は輸血用の血液を飲みそうになったりするので看護婦は目をそらせられないそうである。ケニヤは言語・風習が異なる部族が、6つ、細分すると30以上もあり、ある程度教育歴がないと東アフリカ共通の公用語であるスワヒリ語さえ分からないので、ケニヤ人の職員でさえ、問診に難渋するケースもしばしばだそうである。基幹病院の役目をしているナクル州立病院の傘下には、22の区立病院（District Hospital）、135のヘルスセンター、若干のミッション立等の私立病院、診療所があるが、前に述べたように大多数の病院に医師がいないので、既述のMedical Assistantの手に負えない患者や、手術を必要とする患者、医師からの検査、診断依頼の患者などが州立病院に集まってくるので、1日の外来を訪れる者は500人を下らない。

医療費は、政府立病院では外来はフリー、入院は16才未満はフリー、成人は入院時に15ケニヤシリング（≒600円）を払えばあとはフリーである。わずか300床のナクル病院にしてみれば、圧倒的に大きな医療需要に応じきれず、いきおいベッドの回転率も考えなければならず、検査も十分にしないまま、急性期の症状が鎮まれば退院させることもいたし方ないという状況のようである。

入院患者には病院給食が行なわれるが、部族によって食習慣が異なるので、しばしばトラブルがおこるようである。なお栄養士はどの病院にもおかれていないようである。

へき地や遊牧の部族などを対象として、巡回移動診療車が派遣されることもあるようであるが、スタッフや資材が不足していて、この種の活動はまだこれからという観がする。またあとで述べるように、ケニヤで案外多い交通事故で移動検診班が最近難にあったということもあり、スタッフ・車・資材の損耗をおそれてのせいか、ナクルの病院長は推進には消極的であった。

公的な医療保険には National Hospital Insurance と National Social Security Fund による保険とがあるようである。前者は年間 600 ケニヤポンド（約 48 万円）以上の収入の者に強制的の保険で、本人、家族を対象として、有料の病院に入院中の医療費を支給するものである。ちなみにケニヤの労働者の平均的な賃金がおよそ年収 400 ケニヤポンドといわれる。後者は被用労働者が政府立の病院の普通病室に入院した場合に限り、その医療費を使用者拠出制の社会保障基金が負担する制度である。

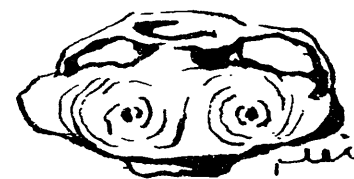
ケニアではどんな病気が多いかということについては公的の病院の統計によるしかないが、熱帯アフリカの病気の特徴をすべてもっているといえよう。開発途上国共通の現象として母子保健の低水準、低栄養（乳幼児の^{*}クワシオコール、貧血）、急性伝染病の多発（しばしばコレラの国内での流行がある。筆者が滞在中も、ウガンダに近いビクトリア湖のあたりに発生があり、ナクール病院の防疫班が活動していた。）、結核、性病、寄生虫病（とくにマラリヤ、住血吸虫症が多い。放牧民の間にはエヒノコックスによる包虫症が少なくない。）が広くまん延している。

ナクール病院内科入院患者の最近の疾病別統計をみると、1位 肺炎、2位 マラリヤ、3位 胃十二指腸潰瘍、4位 結核、5位 気管枝炎、6位 胃炎、7位 下痢腸炎、8位 貧血、9位 肝硬変、10位 糖尿病となっている。

外科では重くなるまで放っておくか、呪術師に頼るかしているので、手術例は重症例が非常に多いことが特徴ということである。また道路は舗装されたハイウェイが主な都市間を結び、乗用車はもちろんバス・トラックも 100 キロ以上のスピードで疾駆している有様で、交通事故による死傷者が増加しているなど文明の余弊も容赦なく、雄大な大自然をもつこの国にもひしひしと押寄せていることを感じさせられた。

筆者の乏しい見聞を補足すべく海外技術協力事業団（国際協力事業団の旧称）にあるケニア国派遣医療専門家諸賢の報告書を参考にさせていただいた。謝意を表す次第である。

* Kwashiorkor: ガーナの地方語で“red boy”の意味、毛髪の色素が抜けて赤くなることに由るといいう乳幼児の重い栄養障害性疾患で、成長の阻害・浮腫・腹部の膨隆、無気力・無関心などの症状を呈する。食事の蛋白・熱量の慢性的欠乏が原因である。



社会保障こぼれ話

最低所得保障

(ベルギー)

1968年に、ベルギー政府が発表した社会政策の新らしい方向は、「社会的最低」所得に対する全市民の権利を意味している。この権利によって、まず高齢者のグループが新制度から給付を受給し、最終的には、不利な立場に立たされたすべての人びとを保護することが企画されている。

したがって、第1段階として、1969年に、資力調査を条件とする保証所得給付が働いたことのない人びとや強制的社会保険制度でカバーされたことのなかった者で、かつ高齢な人びとに支給された。その後、適用は身体障害者のような他のグループに拡大された。さらに、1974年8月に制定された法律は資格を有する全居住者にそのような給付の権利を拡大しようとしている。また、1974年中に水準を10%引上げ、その後、容認できる最低水準まで水準は引上げられることになっており、しかも、給付は物価指数の変化に対応させて調整される。

この国では、一部の人びとが生計を支える資金を取得できないという問題が指摘されていた。たとえば、従来、そのような人びとには公的扶助委員会に援助を申請する方法が用いられ、現金による扶助は、扶助を受けるべきかどうかとか、どれ位の扶助を支給されるべきかなどについて、個別的に各地方で決定されていた。そして、この国では、そのような扶助の支給に対する権利が、法的な概念としてまだ確立されていなかった。

現在の新制度では、そのような給付の支払いが、受給資格をもっているすべての人びとの権利として実施されている。

また、従来失業、疾病などの給付を社会保険などの制度から受給できない者は、公的扶助の仕組みを通じて、自治体の委員による決定で給付を受け、医

療扶助も提供されていた。新らしい法律による制度は、従来の制度と取替えられるのではなくて、従来の制度を補足するように計画されている。

新らしい保証所得のもっている最も重要な性格の1つは、その制度の受給資格が資力調査にもとづいていることであり、この方法は受給者に対して、ある上限まで所定の収入源から生じた所得の全部もしくは一部を保有させ、しかも、給付の全部もしくは一部の受給を認めている。この方法の意図は保証所得への権利を行使することのできる以前に、貧困な状態になるのを回避するということである。

保証所得を推進する政策は今後も続けられ、また1978年が過ぎるまでに毎年約10%ずつ増額するように計画されている。つまり、夫婦では、1975年の72,000フランが1978年に100,000フランに、年少の子供を世話する単身者では、52,000フランが72,000フランに、また年少者では、36,000フランが50,000フランになると予定されている。これらの金額は消費者物価指数の変化を用いて、毎年調整される。なお、計画によれば、1974—78年に保証される最低の水準は、平均賃金の約3分の1の水準を維持させようとしている。

この制度による給付を受給しようとする者は、当人が病気などの理由により労働できない場合を除き、労働能力をもち、かつ喜んで就労する意思をもっていることを示さなければならない。なお、当人は援助をうける正当性を判断されるだろう。

資力調査では、他の社会的な制度から受けた給付を考慮に含められるが、しかし、一般的な所得にはきわめて低い制限が定められている。低所得グループに除かれる社会保障関係の給付の中には、家族手当、住宅補助、および医療・病院扶助が含まれ、公的扶助の給付も対象から除かれる。これらの除

(36頁へつづく)

(35 頁からつづく)

外は、受給者に生存に必要な水準以上の生活水準を推進させることを企画している。なお、所得にも、所得の上限が定められている。

(Frankie Taylor, Guaranteed Income in Belgium,
Social Security Bulletin, Vol. 38, No. 5, 1975,
pp. 30 - 32).

(平石長久 社会保障研究所)

編 集 後 記

鮮やかな若葉に、明るい陽ざしの映える季節が、あっという間に過ぎて、今年もまたうとうしい梅雨が続いている。しかし、間もなく梅雨も明けるだろう。梅雨の明ける頃になれば、海拔2,000メートルの山小屋に1人で暮していた頃を思い出す。山の雨はすさまじいが、梅雨明けの雨はとくに激しかった。屋根を突き抜けるように大きな音をたてて、雨は屋根に叩きつけ、窓ガラスも破れるほどの勢で、雨は横なぐりに吹きつけた。尾根や谷を渡る風に山はどよめき、木の葉はふるえ、草は低く地面に伏していた。近くの沢では、あっという間に水がふくらんだ。そんな雨の日には、耳を澄ましながら、1人黙然と物思いにふけていた。そして、梅雨末期の激しい雨が降った後、からりと晴れた日が続き、山にも本格的な夏がきた。その山には、色あせた石南花の花に混って、美しい花がまだ咲いていた。

(平 石)

海外社会保障情報 No. 30

昭和50年7月25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