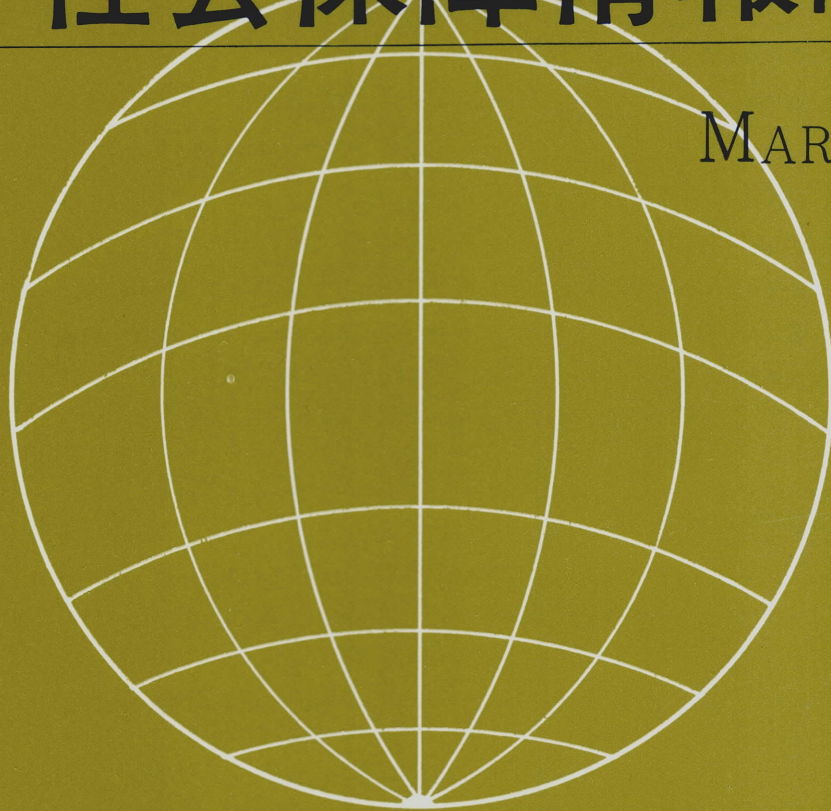


# 海外社会保障情報No.33

---

MARCH 1976



社会保障研究所

## 新米国厚生教育福祉長官

### マッシュューズ博士のプロフィール (アメリカ)

昨年、ワインバーガー退職のあとをうけ、デーヴィッド・マッシュューズが、新しく米国の厚生教育福祉省（HEW）長官に任命された。シュレジンガー国防省長官の更迭が大きくマスコミでとり上げられ、マッシュューズのことは日本でも少ししか支給されていない。米国の厚生行政の動きを知るうえで、やはり、長官のプロフィールは知っておく必要がある。

彼は就任時39歳、閣僚中最年少である。33歳のとき、主要大学の学長のうち最年少の学長としてアラバマ大学学長になった（1969年）経歴の持主だ。将来おこるであろう問題予測を正確にたて、論議のわかれるどんな問題でも、彼の意見に他人をひきよせてしまうという「特技」の持主（同僚からの評価）。もっとも自己評価では、「教師」「歴史学者」と位置づけている。学長時代にも講義を担当していたから、「学者長官」といえるかもしれない。フォード大統領の紹介によれば、彼は理論と行動、アイデアと実行を共に理解した「完成された思索家」だという。

担当省の方針については、必ずしも具体提示はしていないが、雑誌「ホスピタルズ」の欄でインタビューの結果を交えて紹介しているところによると、次のような考えを出している。まず、厚生教育福祉省は、自ら何が出来るかについてもっと正確な知識をもつことが非常に大事だ、と。そして、様々の保健教育福祉問題の唯一の判定者から程遠い位置にあるという事実をみつめるべし。では省の強化に当たって何をなすべきか、という点では、「共同歩調・連帯・結合」を強調する。財政健全化責任を前面に押し出す考え方を示している。

医療や社会保障に関する彼の関心事の具体例として、医師教育の問題がある。

アラバマ大学時代、彼は農村医療の従事者養成のため、アラバマ地域保健科学学部のなかに、新しく家庭医センター（family practice center）を設置した経験をもち、この種の関心は連邦の省レベルでも必要だと強調している。このセンターは青年医師を家庭医として養成しようというもので、第1年目にレジデントは各種専門教育をうける。2・3年目に州の事業の1つに加わり、農村で実施修業をすることになる。大学側では、これらの修業修了後もその地域に残ることを希望している事業である。

この家庭医レジデント事業について、マッシュューズ博士はかつて次のように述べている。「この国が保健上当面する主要な問題について、この研修事業以上にヨリ直接的もしくはヨリぴったりと対応する事業は存在しない」と。

米国の厚生教育福祉省は、行政府であって、長官は必ずしも日本のように与党の国会議員を兼ねることはない。とはいっても、大統領によって任命され、議会の承認が必要なので、その選出には政治判断が加わるのは当然である。また長官はじめ省のトップグループは時の立法府や政党、政策決定者と執行者と直接ふれあう人たちと見られている。新長官はこの点でも少しくユニークかも知れない。彼は民主党と共和党のいずれにも属していないし、自らを中立派だと称している人である。

どっちかといえば、教育畑出身の新長官が、保健医療や社会保障の面で、得意の新機軸をどういうかたちで出してくるか、大いに興味あるところである。米国のなかには、専門家の間でも、連邦にたいして大きくわけ二つの期待がある。一つは、ヨリ強力な保健行政の展開への期待である。州や地方公共団体では、行政指導力にも財政力にも限界がある。厚生教育福祉省のトップには含みの多い政治的アプローチがあって評価を尋常には出来ないが、そのぼう大な官僚機構の中心部隊はいわゆるテクノクラート（専門家集団）であって、かれらは少なくとも現状改革について情報と熱意とをもっている。彼らは、与論や議会の意向、学会からの勧告、専門団体や消費者団体の意見をうけて、新しい政策を実行させる権限と能力をもっている。第2の対照的見方は、州中心の各種実

績を期待し、連邦には調整役財政援助のパートをもってもらおうというもの。前大統領ニクソンが手がけた、「レヴェニュー・シェアリング」財政相互分担政策は、ややそれに似た発想のものであった。新長官が果して、リリーフピッチャーの登場で終わるか、完投投手として監督やナイン、観客の期待に充分こたえられるかどうか、見つめていきたいものである。

HOSPITALS, Sept. 1975,

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 初のインターン・レジデントの 全国組合の結成 (アメリカ)

1975年10月1日、医師全国病棟医協会の総会が、この国で初めてのインターン・レジデントの独立労働組合を結成する案を採択した(Physicians National House-staff Association's)。現在も未組織だが組織化されるのをのぞむ団体は全国で150以上もあり、その会員は15,000人に及ぶと発表されている。

委員長のハーモン医師によると、この協会は自主的な単独組織だが、非医師の団体交渉活動の一部をなすもの、と規定されている。つまり、アメリカ公務員連合、地方自治体公務員連合組織、アメリカ看護婦協会、ソーシャル・ワーカー全国協会などと歩調をあわせようというもの。下院労働関係委員会では、これら病棟医を“勤務者”あるいは“学生”のいずれかで身分規定するものと予想されるが、もしも“学生”扱いをするとき、団体交渉権を得るための抗議活動を続ける、と組合側は宣言している。

エドワード・ケネディ上院議員は、この組合の重要な同調者であって、支持声明を明確にしている1人である。彼の期待は、この組合が医師の権限のため

でなく、国民の権利として見苦しくない保健ケアの質の確保につくすことである。この組合の議事のトップに保健ケアの質をめぐる論議をもっていったほしいと要望している。

アメリカ医学校協会会長ジョン・クーバー医師は、インターン・レジデントを前述労働関係委員会が学生とみなすよう法廷諮問というかたちで動いており、賃金・労働時間などをめぐる団体交渉は教育過程であることをおしこくすることになると述べている。

News at Deadline “HOSPITALS” J.A.H.A. Nov.1, 1975.  
Vol. 49, P.19.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 小児の腎臓病対策

(アメリカ)

州全体に及ぶ事業としては初めての、小児腎臓病対策がフロリダ州でスタートした。早期発見と総合的治療を行う事業であるが、この計画は、州衛生部、フロリダ大学およびマイアミ大学共同の施策で、百万ドルの予算である。

この事業の主たる対象は、州の小児医療サービス部から補助をうけている子どもと州衛生部事業で発見された子である。二つの教育病院に総合的な腎不全総合センターが設置され、15のクリニックが、検診と早期発見、治療そしてフォローアップを目的に州内にオープンした。関連した保健ケア・チームが、これらのセンターで、医療からリハビリテーション、外科的サービス、透析、移植などを盛りこんだ活動を展開するだろう。

この事業は、フロリダ小児科医師協会と、この協会と州とによって任命された州腎臓病諮問委員会とが、イニシアティブをとって進められたものである。

News “HOSPITALS” J.A.H.A. P.101, Nov.1, 1975 Vol.49

## 在宅ケア，是か非か

(アメリカ)

医療関係者は、在宅ケアは入院日数を減らすとしてますます推奨する勢いにある。また最近行なったブルー・クロス（民間非営利の入院中心の健康保険）の調査によると、家庭においてこそ患者はしばしば早く治ゆする、という。慢性患者と老人にとっては、在宅ケアは施設収容よりもよりましたな方策であるようである。

しかし、これは、必ずしも最もよい方策とは限らない。個々のケースにあたって入院か在宅かの決定は主治医がするだろう。また、患者は必要な専門的援助を受けられるところで生活すべきである。アメリカでは、各地の非営利および私的な機関も在宅ケアを提供するようにだんだんってきている。最も信頼のおけそうな施設から援助を受けることがのぞましい。保険が訪問看護についても給付するかどうかともみておくことが必要である。

家庭や家の諸条件も検討しなければならない。患者にとって快適さを確保できるかどうかである。静かなこと、個室があること（バスルーム付）の二つは重要である。ドアなどは車椅子で通れるように広くなければならない。患者がいる部屋には電話とテレビがあれば便利。医療担当者側でちゃんと医療損害補償保険に入っているかどうか事前に確かめておくことも必要である。もちろん、在宅ケアの料金がどれぐらいになるかも……。

U.S. News & World Report, Nov. 17, 1975 P. 101.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 企業プログラムにHMO採用

(アメリカ)

一般にはあまり知られていない連邦保健プログラムで、現在発効している新しい規則は、2～3年のうちに、医療制度を大きく変えるものと目されている。

新しい規制は、一口にいえば、より多くの企業とその被用者をHMOに加入させるものである。つまり新規規則は、25人以上の被用者を有する全ての企業に対し、すでに企業が有している医療プログラムに代るものとして、もしその地域に「認可された」HMOがあれば、それに参加する機会を被用者に提供するよう義務づけるものである。これによって、8,000万の労働者と40万の企業とが、影響を受けることになろう。

以下、これに関して要点を説明する。

### 新制度の内容

企業はHMOに参加する機会を直ちに被用者に提供するのではなく、まず、当該地域の「認可された」HMOの代表者が企業を訪れ、そのプログラムの説明をしなければならない。これは企業の既存の医療プログラムの契約が満了する180日前および組合の契約が終了する90日前までにやられねばならない。そして被用者にHMOか他の医療プログラムかを選択する、いわゆる自由な期間をもたせねばならない。

次に新規規則の発効は保健給付のための費用を増大させるかという問題がある。

予防医療に重点をおき、歯科治療および精神衛生治療を含む病院給付と医療給付とを提供するHMOのサービスは、全般に、伝統的な従来の医療保険プランよりも費用がかさむようである。しかし経費については別の見方ができる。



すなわち、過去においてインフレは、ほとんどの保険機関の保険料を30%から50%引上げた。だがHMOの保険料はわずかに20%しか上らなかった。

企業保険プログラムに参加する「認可された」HMOの必要条件は、一定額の前払い保険料を徴収し、加入者全てに対し次の「基本的」サービスが提供できること、である。

1. 助言および照会を含む医師の治療
2. 病院における入院患者サービスおよび外来患者サービス
3. 必要な救急医療
4. X線診療
5. 完全な身体検査
6. 短期の精神医学治療
7. 家族計画に関する助言とともに薬物乱用およびアルコール中毒患者の治療
8. 12歳未満の児童に対する歯科治療

さらに法律にもとづき、HMOは加入者にナース・ホームでの中間のおよび長期の治療、リハビリテーション・プログラム、拡大精神衛生治療、ならびに無料の処方箋医薬品サービスのような補足的サービスをも提供することを必要条件としている。

これらの必要なサービスの範囲の縮小が、財源その他の理由から現在連邦議会で重要な審議事項となっており、具体的には次の提案となっている。

1. 在宅医療、児童に対する歯科治療サービス、薬物乱用者およびアルコール中毒者の治療を、基本的サービスのリストからはずして、加入者による別途の費用での任意契約事項とすること
2. 提供を継続する補足的サービスをHMOにまかせること

## HMOの活動の現状

現在合衆国内において約180のHMOが活動しているが、このうち連邦の保

健・教育・福祉省による承認を得ているのはわずかに9しかない。他に約100が、目下その承認を得るように努力中であり、保健・教育・福祉省は、これらのうちの35から50が早々に承認されるであろうと見込んでいる。実際問題として、活動しているHMOの数は、これまでにほとんど増加しなかった。

このHMOの増加をはばむ要因は、種々考えられるが、なかんずく急上昇を続けている医療費や、労働組合による反対などが大きなものである。

労働組合は、1973年に制定されたこの新規則が、FRINGE・ベネフィットに関する団体交渉権を被用者から奪いはしまいかと懸念している。しかしながら、この労働組合の反対は、徐々に軟化するものと思われる。

またインフレーションの昂進は、あまりにもいちじるしく、フロリダ州のHMOは、必要経費の急上昇から財政破綻をきたしてしまった。その結果、若干のHMOは、政府の要求を満す十分な加入者数とかサービスの提供ができないままに連邦プログラムから脱落している。

HMOに対する連邦政府の直接的財政援助について最新の報告書は、連邦保健・教育・福祉省が115の将来性あるHMOに対し全部で約1,200万ドルの120項目について補助金を提供していることを示している。補助のほとんど(全体の75%)は、適当とされる研究に対するものであった。

連邦議会および保健・教育・福祉省は、高齢者、心臓病などの慢性病者のようなリスクの高い加入者に対し、HMOが高い料金を課せよう制度を改正することを考慮中である。だがアメリカ医師会は、HMOは現行のままで良いとし、この改正には乗り気でないむきがある。

U.S. News & World Report, Jan. 12, 1976.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

# I L O の 社 会 保 障 費

( I L O )

昨年刊行された国際連合経済社会局の1974 Report on the World Social Situation によれば、前回発行の1970 Reportの時に比べて、世界各国の社会保障は、制度そのものには大きな変化はないが、社会保障支出費の対GDP比<sup>1)</sup>の増大が顕著であるとして、先進国と発展途上国とに分けてつぎのような表を載せている。

表1 先進市場経済諸国  
社会保障支出総額の対GDP比

国名	1966	1968	1969	1970
オーストラリア <sup>a</sup>	8.2	7.9	7.9	8.2
ベルギー	16.5	18.4	18.0	18.2
カナダ <sup>b</sup>	10.8	12.9	13.7	14.9
デンマーク <sup>b</sup>	14.5	16.9	16.8	18.9
フィンランド	11.6	13.3	12.9	13.1
フランス	15.6	19.7 <sup>c</sup>	18.8	18.9
ドイツ連邦共和国(西ドイツ)	17.0	18.1	17.6	16.9
アイスランド	7.3	9.4	9.0	9.0
イタリア	15.7	16.5	16.8	16.7
日本 <sup>b</sup>	5.7	5.6	5.5	5.7
ルクセンブルグ	16.2	17.4	16.3	16.3
オランダ	16.7	18.8	19.8	20.7
スウェーデン	14.7	17.4 <sup>c</sup>	18.1 <sup>c</sup>	19.1 <sup>c</sup>
連合王国(イギリス) <sup>b</sup>	12.7	14.0	14.1	14.2
アメリカ合衆国 <sup>a</sup>	7.3	8.4	8.9	9.7

資料: Yearbook of National Accounts Statistics, 1971 (United Nations publication, Sales No. E.73.XVII.3); Statistical Yearbook,

1972 (United Nations publication, Sales No. E/F.73.XVII.1); International Labour Office, The Cost of Social Security, 1964-1966 (Geneva, 1972); and 1967-1971 (provisional data); European Economic Community, Exposé sur l'évolution de la situation sociale dans la Communauté en 1971 (Brussels and Luxembourg, 1972).

〔註〕

- a 表題の年次は会計年度の終わった年を示す  
b 表題の年次は会計年度の始まった年を示す  
c 数値は一部推計

表2 発展途上諸国

社会保障支出総額の対GDP比 (%)

国名	1966	1968	1969	1970
キプロス	2.2	3.3	3.2	3.3
エル・サルヴァドル	2.4	2.8	2.9	2.9
イスラエル <sup>a</sup>	7.2	8.2	8.7	9.7
ジャマイカ <sup>a</sup>	2.6	2.7	2.9	3.2
スリ・ランカ <sup>b</sup>	3.5	3.1 <sup>c</sup>	3.1 <sup>c</sup>	3.1 <sup>c</sup>
トルコ	1.7	2.0	2.7	2.9
ヴェネズエラ	3.2	3.9	4.2	4.5

資料: Yearbook of National Accounts Statistics, 1971; Statistical Yearbook, 1972; International Labour Office, The Cost of Social Security, 1964-1966 and 1967-1971.

〔註〕

- a 表題の年次は会計年度の終わった年を示す  
b 表題の年次は会計年度の始まった年を示す  
c 数値は一部推計

対GDP比20%を超えるオランダをトップに、一般に各年を通じて、ヨーロッパ諸国の比率が高いのは論ずるまでもないが、他地域で10%を超えるのはカナダ一国に過ぎず、日本は5.5~5.7%と表1の先進市場経済諸国中では大きく水をあけられて最低であり、表2の発展途上国中の最高9.7%のイスラエルよりも大分劣る。また、先進市場経済諸国の1966~1970年4年間の対GDP比

の増減を比較して、上位数カ国と下位数カ国をランクしてその増減幅をみると、

デンマーク	4.4 %ポイント
スウェーデン	4.4 %
カナダ	4.1 %
オランダ	4.0 %
フランス	3.3 %
アメリカ合衆国	2.4 %

西ドイツ	-0.1 %ポイント
オーストラリア	0 %
日本	0 %
ルクセンブルグ	0.1 %

となる。開発途上国については、イスラエルの2.5%ポイントが最高で、他は1.3%ポイント以下である。

社会主義諸国については、採用している国民勘定集計値の定義が異なるため、<sup>2)</sup>正確には市場経済諸国と比較できないが、経済に対する社会保障支出の効果について、ILOが最近集計したデータがあるので参考のために掲げておく。

ILOのThe Cost of Social Security 1964-1966が刊行されたのは1972年のことで、社会保障費について最も広く活用されているものとして、その最新版が各方面から長いこと待たれているが、それも近い中によりやく発行される模様で、それまでの暫定的なデータとして上記のものを紹介させていただいた。

1) 購入者価格による国内総生産

2) 表1、表2の諸国が購入者価格による国内総生産を用いて集計しているのに対し、表3の諸国は市場価格による物的純生産を用いている。これら定義については、

Yearbook of National Accounts Statistics, 1971 (United Nations Publication, Sales No. E.73.XVII.3), vol. I, pp. v-xxxi, ならびに International Labour Office, The Cost of Social Security, 1964-1966 (Geneva, 1972), p.7. を参照されたい。

(唐木英雄 社会保障研究所)

表3 東欧・ソ連  
社会保障支出総額の対NMP比 (%)

国名	1966	1968	1969	1970
チェコスロヴァキア	16.8	16.7	17.7	18.0
ハンガリー	11.0	10.9	10.6	11.1
ポーランド	9.4	10.0	10.7	10.9
ウクライナー	9.6	11.3	11.3	11.3
ソ連	11.2	11.1	11.5	11.3

資料：Yearbook of National Accounts Statistics, 1971;  
International Labour Office, The Cost of Social Security, 1964-1966 and 1967-1971.

## ニュースの断片

# 大統領選挙で 公的福祉問題再燃か

(アメリカ)

アメリカが当面する内政の最大課題である「公的福祉の混乱」は、旧くから保守と革新の意見が衝突している政策分野である。連邦支出の抑制方針で、このところ下火になっていた同問題が、大統領選挙の年である1976年を迎えて、再び活発化しつつあるという。

フォード大統領は、1976年早々連邦議会に提出が見込まれている公的福祉改革に関し、行政の立場から討論を推進させる仕事のために、大統領内政審議会 (Domestic Council) をすでに設置している。

共和党内の大統領候補指名のさいに、フォード大統領の主要な挑戦者と目されるロナルド・リーガン氏は、公的福祉制度全てに関する責任を連邦政府から州政府に移管することを望んでいる。これに反して、全米州知事協議会 (National Governors Conference) は、全ての公的福祉制度の財政をまかなう義務を連邦議会が引受けるべく長年要求していた。とくに最近のビッグ・ニュースとなったニューヨーク市の財政破綻の脅威は、公的福祉に関し多額な財政負担を要する各都市でとみに高まっている現状である。

プログラムに対する連邦補助をうける仕組みになっている各州の社会福祉制度に対する不満は、40年前の制度発足当初から現在に至るまで継続しているものである。これらの制度のうちには社会保障の諸年金制度ならびに退役軍人への給付から、要扶養児童を有する貧困家庭への扶助等の公的扶助プログラムまでにわたっている。

しかしながら、受給者以外の残された貧困者および納税者達は、その膨大な必要経費に激怒し、同制度を最大のミスと指摘する有様である。社会福祉関係

プログラム全てに関する公的支出は、昨年2,420億ドルに相当し、合衆国の男女および児童1人当たりについての平均支出は1,000ドルをゆうにこえていた。昨年の公式計算によれば、これらの支出は、1970年以降、年平均11~13%の増加をみせている。公的扶助の現金給付は、他の社会福祉プログラムよりも、いちじるしく急速な増加ぶりをみせている。

連邦予算の赤字にからんで、公的福祉制度に要する費用の効果への疑問、同制度の浪費、不正、行政上のミスによる費用の無駄の問題が再燃してきた。そしてこれらの要因の全ては、公的福祉問題に関する政治的争点となっている。

同制度改革に対する圧力は2つの基本的な立場、すなわち、1つは公的福祉はあまりにも巨大化しすぎて、適用をうける者があまりにも多すぎ、国民経済にあまりにも大きな緊張を生じせしめていること、他の1つは、同制度は効果的ではなく、不公平であるということから生じている。フォード大統領は財政負担を軽減する必要を主張し、さる9月13日の共和党の全国婦人連盟の会議席上で、「公的福祉制度はわが国の経済全体にとって文字通り脅威であり、もし同制度に関する支出の増大が現在の率で継続するならば、2,000年までに、わが国人口の半数が他の半数の抛出に依存して生存することになるであろう」と語っている。

同制度に対する次の攻撃は、公的福祉制度は不十分で、所期の目的に反するものであるという主張であった。これについては、3年間の調査を実施した連邦議会の合同経済委員会の小委員会によって1年前にまとめられた報告書に要約してある。

小委員会の委員長マルサ・W・グリフィス下院議員 (ミシガン州選出・民主党) は、昨年連邦議会から隠退するまで同調査の指揮をとった。昨年12月に小委員会が最終報告書を提出して以後、一般にきかれる公的福祉制度に関する批判の大半は、同報告事実の繰返しであった。

公的福祉制度の欠点について小委員会は、同制度が断片的、不平等、自立への意欲を促進しないこと、適当な援助についての基準を欠くこと、行政的エラ



が多いこと等をあげている。公的福祉に関する法律および規則は、バラバラに制定され、一貫性がないと報告書は指摘している。

所得保障プログラム (income security program) のみが、少なくとも連邦議会の21の委員会および50州議会、6の行政省ならびに3の連邦機関、54の州および準州の公的福祉機関、1,500以上の郡公的福祉省、合衆国最高裁判所ならびに多数の下級裁判所によって採択実施されていることは注目すべきである。

現在、各種の公的福祉プログラムの欠陥を改善するための多くの法案が連邦議会に提出されている。しかしながら、改正については一部改正ではなくして、現行プログラムの複雑な乱立を単一化するための全面改正を支持する声が強くなっている。

改正および単一化への全面改正に関する話が出る場合、現行措置に代るものとして貧困家庭に対する税額控除または現金手当に関するプランへの転向はほとんど不可避のものである。これは1969年にニクソン大統領が、公的福祉制度におき代えるものとして家族扶助を提案したことを再燃させるものである。かつてニクソン大統領の同提案は、給付額があまりにも貧弱であり、またあまりにも必要経費が膨大だという攻撃をうけた。この案は議会での支持をうけることに失敗し、ニクソン自身は立法化について特別の圧力をかけなかった。1972年の大統領選挙のさいには、サウス・ダコタのジョージ・マックガバン(民主党)上院議員が、最低の所得を維持すべきための各人に対する直接給付を提案した。

同問題が1976年には大統領選挙にからんでどのように展開し、最終的にはどのような法案が採択されるか、今後のアメリカの内政がいかに変革していくのか、大いに注目すべきであると考えられる。

The Christian Science Monitor, Dec. 11, 1975.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 賃金継続支払と疾病の増加

(西ドイツ)

ドイツ経済研究所の調査によると、1970年賃金継続支払い法が成立して、労働者が疾病の場合賃金が引続き支払われることになった結果、企業は数十億の金を余分に負担しなければならないことになった。さらにそれに加えて疾病が著しく増えてきたという。

労働者の疾病は1969年は平均して6.36%であったが、この法律の施行後その1年で8.35%にはね上がり、その後も上昇し続けて1973年には8.94%にまで達した。

景気の悪い時には疾病状態は低下するものであるから、景気の回復に伴ってこの増加は一層明瞭になるものと思われる。

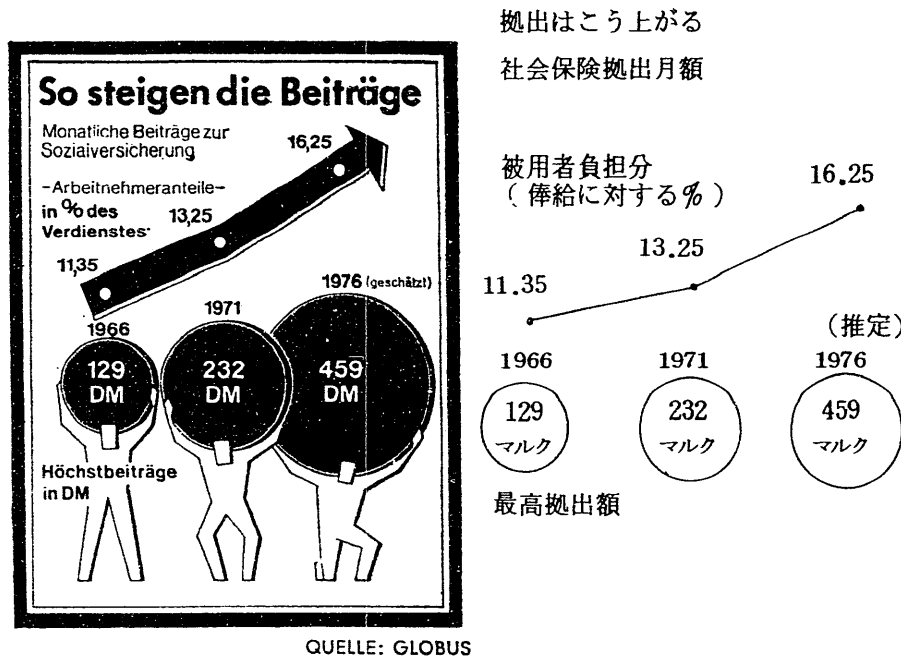
こうして疾病状態は景気と平行して、1966-1969年と1970-1973年の間に年平均して、5.61%から8.57%へと上がっている。この数字は100%確実なものとは言えないにしても、おおよその傾向は確実に映している、とこの調査は述べている。

賃金継続支払いが企業に課した負担の実情もほぼこの通りで、研究所の見るところでは、この費用は1970年には約87億マルクに上り、1973年には132億マルクに達する。すなわちこの間賃金総額の2ないし3%、その年の名目国民総生産の1ないし1.5%である。

賃金継続支払いの純費用をすっかりそのまま物価に転嫁すると、生計費は1970年で既に1ないし1.5%上がっていたはずである。しかし企業ではそれだけ価格を上げるのを得策としなかったため、実際にはそうはなっていない。

## 社会保険の拠出

失業保険と疾病保険の拠出額調査によると、1976年1月1日から社会保険の最高拠出額は前年の390マルクから459マルクとなる（被用者分のみ）。この結果被用者は平均して俸給の16.25%を社会保険のため支出することになる。1966年にはこれは所得の11.35%であった。（これを図示すると次の通りである）



## 病院管理の改革について

1月12日ドイツ病院協会（DKG）が発表したところによると、従来平均して149.50マルクであった入院看護料は、1976年については5ないし8%上げざ

るをえないという。この理由として協会であげているのは、最近半年間に3500の病院で入院患者が上記の率だけ減ったというのである。

協会の事務長Müller教授によると、患者は自分の仕事が非常に忙しくて、長く入院しているのをいやがり、入院日数が3.7%短縮されたという。とりわけ50歳をこした被用者は職場を失なうことを恐れて、手術が間近にあるのにそれを引き延ばすということである。このように入院日数が減った結果どの病院も、規模によるが、100万マルクから250万マルクの減収になっている。

このようなことは患者の健康の問題でもあって重大なことである、と協会は憂慮している。景気が改まり労働市場がよくなれば、入院もまた直ぐ増えることだろう。

これに関連して病床数も問題とされているが、連邦にせよ州にせよ病床数の減少を計る前に、なお需要の実情を詳しく検討する必要がある、とMüller教授は述べている。

さらに教授の意見では、入院患者の減少に伴ない必然的に生ずる看護料の増額と共に、病院の人件費のことが問題になる。現在病院には60万人が働らいているが、患者が減ったからといって職員を減らすことは、看護の質の低下と共に、労働市場にも影響がある。

いずれにしてもこれらの問題を含めて、病院管理の問題が根本的に検討されるべきであり、現在7つの重要な法令が審議されているが、病院財政法の発効後3年も経っているのに、近代的な病院管理の改革にはまだ道が遠い有様である。

看護料は過去25年間に10マルクから145.50マルクに上がった。1973年には91マルクであったが、その1年後には123マルクと実に34%の増となっている。さらに新しい料金になると、1974年には実に53マルクも増加することを、Müller教授は12月18日保健相に宛てた書翰で警告しているのである。

Die Welt, 1975, 1, 13.

（安積鋭二 国立国会図書館）

# 年金制度の改正

(カナダ)

## I

カナダの公的年金制度は大きく分けて三つの制度により構成されている。

老齢保障年金制度は定額の年金を一定の居住条件を満たすすべての65歳以上老人に、一切の所得調査なしに支給する制度である。年金額は物価に応じて毎年引き上げられ、1975年4月では月額1人123.42カナダドルとなっている。

保証所得補足制度は所得調査にもとづいて老人に一定額までの所得を補足する制度で、老齢保障年金の受給者がその対象となる。この最高額も物価スライドされているが、1975年4月では、単身者で、月86.57カナダドルであった。

カナダ年金制度は退職年金、遺族年金、廃疾給付を被保険者やその遺族に支給する社会保険制度で、被保険者の拠出にもとづいて所得比例の諸給付が支給されている。類似の制度を独自に運営しているケベック州を除いてカナダ全土に適用され、一定の所得以上の被用者と自営業者に強制適用されている。1965年に制定され、10年の経過期間の後、1976年から完全年金が支給されることになっているが、物価や賃金水準の上昇が当初予想されていた率を大幅に上回ったため、1976年の制度成熟期を前に制度の見なおしがなされた。

ここでは、1974年11月に制定され1975年1月より実施に移されたカナダ年金制度の改正法の内容を紹介する。

## II

改正点の一つは、保険料ならびに給付額の算定の基礎となる所得の上限に関するものである。

制度が発足した当初、上限所得額は当時の平均稼得年額に相当する、5,000カナダドルに定められていた。この上限額は経過期間の10年については、年2%を限度として物価の上昇にスライドして毎年引き上げられ、1976年からは賃金、報酬の上昇にスライドされることになっていた。

物価や賃金の上昇がゆるやかであれば、この方式でも、上限所得額はある程度賃金の一般的な水準に見合うものとなり、それをもとに算定される年金額も生活水準の上昇にある程度対応することが出来たに違いない。しかし、物価が1966年から1973年にかけて35%上昇し、平均稼得額に至ってはこの間66%も上昇するという状況の下では、年2%の引き上げ枠を設定された上限所得額の伸びは、とうてい生活水準に対応できるものではなかった。上限所得額はこの間年5,000カナダドルから年5,600カナダドルと、単に12%しか引き上げられておらず、1973年の5,600カナダドルは同年の平均稼得年額の67%の水準でしかなかったのである。

こうした状況に対処するため、すでに1973年の改正で、上限所得額は1974年6,600カナダドル、1975年7,400カナダドルと、2年で1,800カナダドルの大幅な引き上げが実施された。これにより、たとえば退職年金の最高月額も1973年年初受給開始者の80.20カナダドルから、1974年年初受給開始者98.33カナダドル、1975年の場合は122.50カナダドルと引き上げられることになった。

これとやらんでスライド率年2%の枠も撤廃され、既裁定年金額の引き上げも、物価の上昇をすべて反映するよう改正されている。

こうした改革をさらに一歩進めたのが1974年の改正である。これにより、1976年以降もとりあえず年12.5%の率で上限所得額を引き上げてゆくことが定められ、上限所得額が平均稼得額の水準に追いついた段階から自動スライド制に切りかえられることになった。

## III

1974年の改正で、上限所得額の引き上げとやらんで下限所得額の引き下げも

実施された。下限所得額とは被用者や自営業者の年収がその額を下回る場合に拋出できなくなる基準額で、これまでは上限所得額の12%の水準（100カナダドル未満を切捨て）に定められていた。今回の改正はこれを上限所得額の10%の水準に改めたもので、1975年の下限所得額を例にとると、年800カナダドルが年700カナダドルに引き下げられたことになる。

この措置により、より多くの低所得者層がカナダ年金制度に加入できるようになったわけである。

#### IV

カナダ年金制度の退職年金は、70歳以上の被保険者については退職と否にかかわらず支給されていたが、65歳以上70歳までの被保険者には退職を条件として支払われていた。すなわち65歳以上70歳未満の者で稼得のある者は、その額に応じて退職年金が減額されていた。

今回の改正はこれを改め、65歳以上の被保険者はすべて完全年金を受けられるように定めている。そして65歳になっても退職せず、引き続き保険料を拋出し、年金受給を延長する者には増額された年金が支払われることになった。

この措置により、1975年で約35,000の老人の年金額を増加することができると政府は推計している。

#### V

このほか遺族年金の給付条件が改められ、女性被保険者の遺族にも男性被保険者の遺族と同様の条件で、かん夫年金、孤児年金が支払われるようになっている。

以上のような改正が、カナダ年金制度の各種給付受給者を増加し、その給付額を改善する上で何らかの効果を持つものであることはいふをまたない。しかしその効果を過大に評価することは危険である。それは各種年金制度の中でカ

ナダ年金制度のしめる役割がそもそも非常に限られたものでしかないからである。

1974年の老齢保障年金受給者は186万人であったが、そのうち108万人もの老人が所得調査をともなう保証所得補足を受給しており、これに対して所得比例の退職年金を受給していた者の数はカナダ年金制度が36万人、ケベック年金制度が10万人にすぎなかったのである。また、経過期間中で完全年金に達していないとはいえ、カナダ年金制度の退職年金平均月額は1974年12月で、月44カナダドルにすぎなかった。

多くの老人が所得調査をともなう各種給付に依存せざるを得ないという現状は、しばしば問題視されてきたところではあるが、今度の改正をもってしてもそれほど改善されないであろう。

Robert W. Weise, "Canada Pension Plan Amended", Social Security Bulletin, Aug. 1975, Vol. 38, No. 8, pp. 34-39.

（一圓 光弥 健保連社会保障研究室）

## 職員疾病金庫の財政状況と 年金受給者疾病保険の財政対策

（西ドイツ）

西ドイツの疾病保険も医療費の増大にともない財政状況は悪くなってきている。とくに年金受給者を対象とした疾病保険部門の財政状況が悪いために各疾病金庫では保険料を引き上げたり、年金保険からの財源繰入れを増やすなどの財政対策を講じざるをえない状況にある。以下は、これまで比較的財政状況が

良いといわれてきた職員疾病金庫の財政状況と現在検討されている年金受給者疾病保険の財政対策である。

### 職員疾病金庫の財政状況

職員疾病金庫はホワイトカラーを対象としており、比較的給与は高い。しかし支出の増大により保険料率を1975年4月1日から11.2%（それまでは9.8%）に引き上げている。表1に示すとおり、職員疾病金庫の収支のバランスは1974年に崩れており、1975年においてもわずかながら赤字が予想されている。被保険者1人当たりでみた場合、支出より収入の方が伸びが大きい。しかし、全体としては収入より支出の方が伸びが大きい。また、給付費の中では義歯、入院、薬剤の順に伸びが大きい。1975年に義歯給付費が大幅に増えると予想されるのは、4月1日から義歯費用の80%を職員疾病金庫がもつようになったからである。それまでは義歯費用の1/3しか給付されなかった。

表1 職員疾病金庫の収支状況

(単位: 100万マルク)

	1973年	1974年	1975年	被保険者 1人当たり 増加率(%)
収 入	4,991.9	5,257.8	6,452.2	19.3
支 出	4,385.4	5,349.2	6,454.7	17.3
医 科 給 付	945.7	1,125.3	1,267.7	9.5
歯 科 給 付	344.5	473.5	550.5	13.0
薬 剤 給 付	592.0	711.1	834.1	14.0
治 療 用 品 給 付	193.2	248.5	310.9	21.6
義 歯 給 付	218.1	233.4	355.4	48.0
入 院 給 付	941.2	1,268.4	1,592.3	22.0

(注) 1975年は見込み。

(資料) Arbeit und Sozialpolitik, 3/1975, S.105.

こうした財政状況から1975年は大幅な保険料引き上げが行われたわけである。1975年は、保険料算定報酬限度が月額2,100マルク（1974年は1,875マルク）になったこともあって、最高保険料は表2のとおり、月額235.20マルク（1974年に比べて50マルク以上高い）となっている。これまでにない大幅な引き上げである。こうした財政状況の推移からして今後さらに保険料の引き上げが行われることが予想される。

表2 最高保険料(月額)の推移

1970年	106.80 マルク
1971年	124.38 マルク
1972年	137.02 マルク
1973年	169.06 マルク
1974年	183.75 マルク
1975年	235.20 マルク

(資料) 表1と同じ。

### 年金受給者疾病保険の財政対策

西ドイツのすべての年金受給者を強制適用者としている年金受給者疾病保険は、年金保険の保険者と疾病保険の保険者（疾病金庫）が財源を負担しているが、医療費の増高にともない疾病金庫による負担部分が増大し、これが一般被保険者の疾病保険の財政に大きく影響している。というのは、原則的には必要な費用の80%を年金保険、20%を疾病保険が負担することになっているが、実際には年金保険は年金支払総額の10.98%（原則的な負担割合が将来大きく変わらないようにするために、1968年における年金保険の負担額の年金支払総額に対する比率であるこの係数が1969年から用いられることになった）に相当する額を負担しているため、年金の伸びを上回る医療費の伸びで、年金保険の負担割合は年々低下し、逆に疾病保険の負担割合が上昇しているからである。1972年現在、疾病保険が負担する費用の割合は40%に達しており、このままでいくと1978年までにはこの割合は50~75%に達するであろうとみられている。

このため連邦労働大臣は、疾病保険拡充専門家委員会の答申を受けて、年金受給者疾病保険の財源調達に関する新規定を含む疾病保険拡充法案を国会に提出している。法案に盛り込まれている新規定の骨子は、(1)年金受給者疾病保険に対する年金保険の保険者の拠出金の額を年金支払額の11%とする、(2)1971~74年における年金保険の保険者による過払を疾病保険の保険者から返還しない、(3)1975年について年金保険から疾病保険に25億マルクを追加して繰り入れる。1976~1977年についての追加拠出は年金保険の財政状態に応じて法令によって定める、というものである。Arendt労働大臣は、この法令に関連して疾病金庫間の負担の均衡を意図していることを表明するとともに、「年金受給者疾病保険は、勤労生活から引退した市民に対する就業者の大きな連帯活動を基礎としたものであり、われわれはこの社会的コンタクトをさらに拡大すべきである」と述べている。法案には、年金保険の被保険者期間が20年未満の年金受給者に対する年金の2%相当額の追加保険料の導入が盛り込まれている。そしてこれによって連帯性を強化させることが意図されている。

Arbeit und Sozialpolitik, März 1975.

(石本忠義 健保連)

## 社会的負担の国際比較

(EC・OECD)

各国において租税および社会保険料の負担は年々増大する傾向にあり、福祉国家への発展過程における必然的傾向ともみられる。ここではECおよびOECDの最近の資料から各国における租税および社会保険料の負担状況を紹介しよう。

表は各国の国内総生産または国民総生産に対する租税および社会保険料の割合を示したものである。これによると、各国とも社会的負担が増大するなかで、

表 各国の社会的負担状況

(単位:%)

国	年	計	租 税	保 険 料
西ドイツ	1969	35.1	24.7	10.4
	1972	35.5	23.9	11.7
	1973	37.7	25.3	12.4
イギリス	1969	37.1	32.2	4.9
	1972	34.6	29.2	5.4
	1973	33.0	27.4	5.6
フランス	1969	36.6	23.5	13.1
	1972	35.6	22.2	13.4
	1973	35.8	22.2	13.6
イタリア	1969	30.3	19.4	10.9
	1972	30.9	18.7	12.2
	1973	30.0	17.9	12.2
オランダ	1969	39.8	25.5	14.2
	1972	43.1	27.6	15.5
	1973	45.0	28.0	17.0
ベルギー	1969	35.0	24.9	10.2
	1972	37.2	25.5	11.7
	1973	38.1	26.1	12.0
デンマーク	1969	34.3	32.5	1.8
	1972	42.8	40.8	2.0
	1973	43.1	42.0	1.1
スウェーデン	1969	40.7	32.8	7.9
	1972	43.9	35.0	9.0
	1973	...	...	...
スイス	1969	23.8	18.2	5.7
	1972	24.1	18.5	5.6
	1973	...	...	...
日本	1969	19.5	15.8	3.7
	1972	21.1	17.0	4.1
	1973	...	...	...
カナダ	1969	33.4	30.3	3.1
	1972	33.5	30.6	2.9
	1973	...	...	...
アメリカ	1969	29.1	23.8	5.2
	1972	28.1	22.3	5.8
	1973	...	...	...

(注) 西ドイツ、イギリス、フランス、イタリア、オランダ、ベルギーおよびデンマークは国内総生産に対する割合、その他の国は国民総生産に対する割合。

(資料) EC, Steuerstatistik 1968-1973, 1974. OECD, Revenue Statistics of OECD Member Countries 1965-1972, 1975.



とくにオランダ、デンマーク、スウェーデンの場合が目立つ。西ドイツ、オランダ、ベルギー、スウェーデン、日本の場合は租税、保険料ともに増大しているが、イギリス、フランス、イタリア、アメリカの場合は、保険料は増大傾向にあるものの、租税はむしろ減少しており、保険料と租税を合わせた社会的負担は減少傾向にある。その他の国のうちデンマークは、とくに租税の増大が目立つ。スイスとカナダは保険料、租税ともほとんど変化がない。これらの国で社会的負担率が最も高いのはオランダ、次いでスウェーデン、デンマーク、ベルギー、西ドイツ、フランス、イギリス、カナダの順となっている。日本は最も低い。

ここで特徴的なことは、社会保障を中心とした福祉を、保険料のほかに多くの租税を財源として行っている国（スウェーデン、デンマーク、イギリス、カナダ）の社会的負担率が高いことである。これらの国は、とくに医療と年金に国庫負担金が多く支出されている。社会保障等への国庫負担金の支出が相対的に少ない国（オランダ、フランス、西ドイツ、ベルギー）は保険料負担率が高い。これらの国は労使の負担による社会保険を軸として社会保障を行っている。

制度のたて方によって福祉の財源の内味は異なっているが、相対的に社会負担率の高い国は福祉の充実度が高い。

EC, Steuerstatistik 1968-1973, 1974.

OECD, Revenue Statistics of OECD Member Countries 1965-1972, 1975.

(石本忠義 健保連)

## 西ドイツの薬局の収入

(西ドイツ)

西ドイツにおける薬局の数は、1972年現在12,908に達している。この数は1956年の6,486の約2倍である。このように薬局の数が増加したのは、1958年6月11日の連邦憲法裁判所の薬局判決（すべての薬剤師に好きな場所で自由に開業することを認めた判決）以後のことである。したがって薬局の数が多いのはこの判決が原因である。この判決のためにヨーロッパ共同体（EC）における薬局に関する協定も不調に終わっている。というのは加盟国の多くは薬局の自由開業についての協定に反対しているからである。

ところで1薬局当たり住民数は、1950年の9,587人から1972年には4,778人となっているが、都心に集中しているため地域的格差が著しい。これが一つの問題となっている。1972年における薬局の平均売上高は年間約70万マルク、1日当たり2,500マルク（邦貨にして265,500円）である。売上高別の薬局の分布は表1のとおりである。これによると売上高に相当の差がみられる。これは規模の大きさをそのまま反映している。都市には大規模の薬局が集中しており、辺地にはいわゆる1人薬局が典型的なものとして散在している。1日当たり60マルク（邦貨にして約6,370円）から29,259マルク（約310万円）まで大きな差があるが、こうした両極端の薬局数は少なく、全体の約90%は1日当たり1,431マルク～4,504マルクである。

つぎに売上高100マルクについて費用および利益をみると表2のとおりである。これによると、商品仕入費と人件費の上昇により利益は減少している。売上高について他の業種と比較すると表3のとおりである。これによると薬局の年間平均売上高は婦人用品店のそれに近い。これで見ると限り薬局より化粧品店

表1 売上高別薬局の分布

売上高		薬局数
年間	1日当たり	
16,800	60	57
37,000	132	410
71,500	255	438
171,800	614	554
400,700	1,431	2,547
716,900	2,560	6,653
1,261,200	4,504	2,088
2,583,500	9,227	145
8,192,500	29,259	16
702,800	2,510	12,908

(資料) Arbeit und Sozialpolitik, März 1975, S.87.

の方が売上高が大きい。こうしたことから薬局は決してもうけすぎているという主張が関係者によって行われている。

薬局の売上高のうち疾病金庫からの支払分は、1967年54%、1971年59%、1973年63%と上昇している。疾病保険の1処方箋当たり売上額は、1969年の11.40マルクから1973年には17.80マルクに上昇している。これは疾病保険の薬剤費の増加に見合うものである。被保険者1人当たり薬剤費は、1971年90.73マルク、72年102.75マルク、73年116.16マルクと上昇している。西ドイツにおける薬局の売上高は疾病保険の薬剤支出にきわめて大きい影響を受けている。

Arbeit und Sozialpolitik, März 1975, S.87.

(石本忠義 健保連)

表2 売上高100マルク当たり費用と利益

	1969年	1973年
商品仕入費	54.70 <sup>マルク</sup>	55.60 <sup>マルク</sup>
取引経費	27.90	29.20
人件費	16.20	17.10
賃貸借料	1.90	1.90
支払利子	1.20	1.20
減価償却費	1.20	1.20
営業税	2.00	2.00
その他の費用	5.40	5.80
利益税	9.80	9.80
利益	7.60	5.40

(資料)表1と同じ。

表3 業種別売上高(1972年)

薬局	700,000
化粧品店	1,000,000
照明器具店	1,600,000
敷物店	2,725,000
織物店	2,000,000
婦人用品店	685,000
家具店	4,500,000
傘店	500,000

(資料)表1と同じ。

## チェコの医学教育改革論

(チェコスロヴァキア)

チェコでは、医学生および近年の卒業者が増えたことに伴って、教育の質的改善の問題、卒業後教育の問題が論議されている。プラハにある「医師・薬剤師卒業後教育研究所」のDr. Ales Satánekは「未来志向型の、医師教育・卒業後教育に関する条件と要請」という論文の中で、学校教育と卒業後教育を有機的な一つの総体として把握することを強調し、医学教育改革の目的、教育の質を高め合理的にするための諸課題、および試験制度について、彼の所論を展開している。ここでは、論文の骨子の紹介と、興味深いと思われる3つの問題をまとめることにする。

A. 改革の目的：大前提として、医学部および卒業後教育施設において、教育過程の計画と実施に合理化(Rationalisierung)の原理と具体的な方法を科学的根拠(教育学的、教授学的、教育政策的)に基づいて応用する可能性

の追求が要請されている。より具体的な改革の目的は、今後の専門化にとって前提となり基礎となるような知識、熟練、行動様式の必要なミニマムを確実に与えることである。

#### B. 教育の質を高め効果を高めるための基本的課題：

##### B-1. 教育制度の形成とその全体の指導。

ここでは、水平的、垂直的な相互関係を考慮した上で、完全な制度を形成することと、指導においては計画性を重んじることが強調される。

##### B-2. 教育施設の内的構成、教育施設に対する指導、教育施設の組織。

内的構成を定める場合に出発点となるのは科学の指導と組織に関する一般的原则を尊重し応用することである。教育施設の指導・組織については、自然科学者としての経験、教育者としての経験に富む指導者を合理的に、適切に配置することが強調される。

##### B-3. 教育過程に対する直接的影響行使、その内容と方法。

ここでは内容の精選、必要にして不可欠な情報をよく選択して伝えることと、教育・情報機器の使用による効果上昇が中心的に述べられる。

#### C. 試験制度：

従来ややもすると試験が、管理的・選択的機能の面からのみ把握されていたことを指摘して、むしろ、試験のもつ教育的、動機づけの機能を発揮させることが強調される。

全体を通して繰り返し強調されているのは次の3点である。

1. 未来志向性、
2. 教育内容の精選、
3. 教育・情報機器の積極的導入。

1.については、Aの改革の目的と関連して次のように述べられる。「教育の質そのものの向上は、……専門家の養成、再教育を不断に質的に高めるための将来の諸課題を成し遂げるのに要される科学の発展にかかっている」。「現在

の教育内容を考えるだけでなく、「社会的実践と科学と技術の予測される将来の発展への必要も」考慮されることが不可欠である。「最近の医学の成果と結びつけて、医療ケアの望ましい発展を調べることが必要である」。

B-1についても、計画性のなかに、科学の長期的発展計画と予測を含めて論じており、B-2では、科学の指導と組織に関する一般的原则を実行する場合に、科学の急激な変化や社会的要求の変化や社会全体の社会経済的变化によってもたらされる内的外的諸条件の変化を考慮して行うことを最重視している。

2.についてはAにおいてすでに、「今後の専門化にとって前提となり基礎となるような知識、熟練、行動様式の必要なミニマム」という形で示されている。B-3では、授業時間数の適正化の問題において内容の精選が提起され、更に「教育内容の合理化の根本要素はまず第一に情報を量的、質的に適切に選択することである」と述べている。授業内容や教材を論じた部分では「潜在的な大量の情報から慎重に選択することが要請される。本質的でないものや実践にとって古くなった情報は授業から放逐しなければならない」と述べられる。

3.については、まずB-2の指導の改善を助けるものとして、情報機器が述べられる。主に登場するのはB-3の教育方法においてである。教育者と学生という2つの人的要因の考察に続いて「今日では教育過程において、機械的技術的教授手段も組み入れられていて、その際に機械的技術的教授手段は教師の労働を軽減すべきものである」と述べられる。Šatánekは、新しい教授方法と技術が教師の機能を変えるであろうし、授業内容を改善するであろうと主張している。

ともあれ、教育機器の導入については実験がなされており、その経験は、どの教育領域が最も目的にかなった技術的手段による置換が可能であるかを、深長に考慮すべきであるということを示している。

Ales Šatánek, "Randbedingungen und Forderungen einer zukunftsorientierten Aus- und Weiterbildung von Ärzten" Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 69. Jahrgang, Heft 17. 1. September 1975. SS.936-939

(日野秀逸 大阪大学医学部)

## 市民参加と特別歳入調整

(アメリカ)

ニクソン内閣は歳入調整(revenue sharing)を彼らの主唱する「新連邦主義」の柱であると同時に、地方政府レベルにおける市民参加を高める1つの手段であると宣言した。果して歳入調整は市民参加を引き起したであろうか。また、社会計画への投資に何らかの影響を与えただろうか。

歳入調整計画はすでに4年目に入っており、その更新をめぐる、議会討議が始まろうとしている。したがって、今が参加についての評価を行う適当な時期であろう。この論文では、カリフォルニア州の場合を、1974年のはじめに行われた調査に基づいて吟味する。

市民参加を助長するために、地方政府によってとられた政策は、公聴会をはじめ多様なものであった。特別な地域集会は、最も効果的な宣伝機構として28(57.4%)の郡(county)で開かれ、ついで頻繁に用いられた方法は、直接提言を求める方法であった。ほぼ30%の郡が公式にコミュニティ・グループを招請しており、そうした招請は、人口規模の大きな郡ほど多くなされていることに注意する必要がある。

地方政府が、こうして得られた提言を受け入れるにあたっては2つの自由選択の方向があった。すなわち、正規の予算手続を通して受け入れるか、あるいは

はそれを修正し、拡げるかという2つであるが、ほとんどの地方政府は歳入調整資金を一般歳入に組み入れて、スタンダードの予算手続を通して割当てをした。しかし、大きな市や郡では、とくにコミュニティ・グループからの挑戦をうけて、正規の予算手続を修正せざるを得なかった。そこで、いくつかの地区では修正予算モデル——歳入調整の割当ての決定権は行政側にあるが、割当て過程は市民の批評機会をふやし、ソーシャル・ニーズの検討を保障する——というような手続が生まれた。

さらに、いくつかの地区では、公開予算モデルと呼びうるような手続——私的なセクターにある個人が、特別歳入調整支出の性格にかなり直接的な影響を与え得るような計画化と割当ての手続——が発達した。

たとえば、サン・ディエゴのように市と郡が合同で歳入調整政策委員会をつくって、地域組織からくる要求をふるいにかけて、見積りをする市民組織をつくったところもある。また、オレンジ郡のように、特別歳入調整資金の中から、社会計画のために一定の割当て分を予め決めるというユニークな例もあった。

ところで、調査結果から、郡が資金を認可する場合に、一般に私的機関よりも公的機関の方により多く与えていることが明らかになった。とくに人口5万人以下の小さな郡では、データが得られた19郡のうち、47%は公的機関に資金を与えていたが、私的機関に資金を与えていたところはなかった。人口規模の大きい郡ほど、社会計画に対して認可される傾向にあり、私的機関への援助も増大している点に注目する必要がある。

結論的にいえば、特別歳入調整は、市民が自分たちの関心事を追求する上に利用できる機会を拡大したといえる。とくに大きいコミュニティでは、特別歳入調整が地方諸政策を促し、地方政府体と市民との相互関係を活発にした。コミュニティ・グループは「自由な」資金を利用できることに注意をのがさなかったし、市民が歳入調整資金を確保しようとする結果、計画や予算をたてる地方制度へ注意がむけられ、改革をもたらすことにもなった。市民の関心の高まりは、また同時に、ソーシャル・プランニングを地方諸サービス種目の中

のもっと通常のものにする必要があること、公的資金を出すサービスを計画したり、運営したりするにあたってはコミュニティ資源を利用する必要があることなどを行政側に痛感させた。

ところで、カリフォルニアの歳入調整の場合、市民参加を妨げるたくさんの障害物があったことも見のがせない。

まず最も明らかなように、保健ないし社会サービスに歳入調整を向けることについては、市民参加が成功していない。それは市や郡の役人が歳入調整計画の初期の段階で、ヒューマン・サービスよりも、もっと他の特別なプロジェクトに資金の用途を指定してしまったことに原因がある。また、農村では、ごくありふれた、基本的な障害として、歳入調整についての情報が不相当であり、ニュースが十分普及していなかったという問題があった。

さらに重要な問題点として、地方政府のスタンダードな予算書は、熱心な素人でさえもやっと理解できるようなものであり、市や郡はめったに特別歳入調整を単独項目として明らかにしていないということがあげられる。

以上のような問題点はあるけれども、特別歳入調整は調査した大多数の地域では、市民参加の有益なインパクトとなったと結論せざるを得ないだろう。

Paul Terrell, "Citizen Participation and Revenue Sharing," Social Work, Vol. 20, No. 6, November, 1975.

(中野いく子)

## 社会保障こぼれ話

### 健康保険の採用

(アメリカ)

アメリカ合衆国には、高齢者を対象とする健康保険以外に、連邦法で規定する強制的な公的健康保険制度は、毎年の努力にもかかわらず、まだ実施されていない。

ところで、ハワイ州は1974年6月12日の法律により、全国で初めて州法による強制的な健康保険制度を1975年初めから実施し、各使用者は従業員の入院費と治療費に対して、保護を提供することを要求されることになった。つまり、使用者は従業員に医療を提供するか、あるいは、医療費の支払いか医療費の償還の形をとるかのいずれかの方法を実施するために、保険証券を購入するか、あるいは医療機関の団体か非営利団体との間で契約を行なうことを要求される。

この健康保険制度は、常傭の労働者を1人以上雇用する全使用者に適用される。しかし、公務員、農業の季節労働者、1週間の労働時間が20時間以内かあるいは賃金月額が州の一般的な1時間当り最低賃金の86.67倍以下の労働者、他の連邦法による制度でカバーされるか公的扶助を受給する者、家族労働者の従事者、保険や不動産のセールスマン、手数料だけを支払われる仲買人などは、適用対象から除外される。この制度による適用は強制的で、労働者は法律による保護を放棄することができない。

ところで、使用者の前払いグループ保健制度は、基本的なタイプの前払い保健制度が提供する保健給付、もしくは、医学的に妥当とみなされる給付を提供するものであれば、法律で要求された条件に該当することになる。この部分について、法律では第24条から第32条までに各種の規定を示して

## アジア発展途上国の社会政策

はじめに

国連の Report on The World Social Situation は、1952年に予備報告が刊行されて以来の歴史をもつ、その間1955年には政策・プログラム面から取扱った International Survey of Programmes of Social Development がまとめられている。60年代に入ってから、1961年、1963年、1965年、1967年と2年間隔で刊行されてきたが、その後間隔が3年にのびて1970年版が現われ、そして今回1974年版が出たわけである。このうち1961年版については、厚生省官房企画室による邦訳がある。そこでは「バランスのとれた社会・経済発展」というテーマを掲げて興味深い分析が行われ、日本での議論にも影響を与えたものである。国連の発展戦略の考え方はその後ややニュアンスを変え、「統合された発展 (integrated development)」から「統一的 (unified) アプローチ」へ、さらに今日では「経済的、社会的、政治的な発展パラメーターとそれらの間の関係を探求する「全体的 (wholistic) アプローチ」の必要性が唱えられているという。この最後のアプローチが具体的にどのようなものをいい、これまでのアプローチとどう違うのかは、十分明らかではないような気がする。なんらかの示唆を与えるものとして、以下報告書冒頭の「序論と概観」のなかの「社会政策決定」と題する項の最初の部分の議論を紹介してみよう。続いて、アジア発展途上国について最近の社会政策の動向を要約して掲げることにする。

### 社会政策決定の考え方

1960年代における発展政策があまり成功を収めなかった結果、その内容と方

式についての検討、評価が行われた。各国の諸条件の違いからいって、発展への道は決して一つではない。

大衆貧困、大衆失業が例外的な現象ではなく常態であるようなところでは、経済成長は基礎的な物質的ニードを満す基本的な手段であるはずだが、現実にはかならずしもそうだったとはいえない。ひとつには人口増加に吸収されたためであり、さもなければ成長の成果が近代部門に集中的に分配されてしまったためである。したがって、1960年代における主要な政策上の争点は基本的には分配問題であった。そこでは雇用から公的サービスの分配が問題とされ、社会政策の重点対象は貧困者か中産階級かが問われた。

国の発展の目標はその国民の福祉であり、あらゆる制度や政策はそういう尺度でもって評価されなければならない、ということはいまや広く認められるにいたっている。このような考え方にもとづいて世界的な発展アプローチを作り上げるうえでの概念上、実際上のいろいろな問題を解決しようという努力が始められた。国際発展戦略や社会進歩、発展宣言は、発展目標、目的の多様性を明らかにしつつ、公平、社会正義、参加が発展を統合的に構成する要素であることを強調したものである。1970年、経済社会理事会および総会は、これらのことをふまえて発展分析、発展プランニングへの統一的アプローチ (unified approach) をまとめるよう要請した。この課題に取り組む過程でいくつかの新しい公共政策へのアプローチが現われてきた。

ひとつは、雇用それ自体が目標であるという考え方への転換と農村および地域社会・経済開発の重視である。さらに、国民の大部分が経済成長の成果の前にあずかるために、発展のプロセスと政策決定段階への大衆参加の必要性が強調されたことがあげられる。社会的変化の速度が遅いと、成長や発展に対する現存の障害がかえって強化されるという事実も多くの国々で認められた。

統合アプローチは概念的には理解しやすいという利点はあるが、さくそうした現実のなかで実行するのはむずかしい。実際の見地からみれば、社会発展へのグローバル・アプローチには、いくつかの制約がある。生活水準の向上が実



現する条件を整えるための責任を政府が引き受けるようになるのと並行して、発展の大義名分ないし規準としての経済成長の欠点が意識され、かくて、それに代る明確かつ実際の規準を欠くことになる。さらに、目標の多様性という問題がある。その場合、たとえば経済成長と公平な所得分配に相互に補強し合う目的だといわれるけれども、この二つの目標の同時達成をもたらすような発展戦略に関する受け入れられた理論など存在しない。また統一のアプローチを適用するといっても、社会のさまざまな側面の機能についての客観的知識がないままに、政策決定をしなければならないといった状況である。原則的には、政策代替案を立案する基礎として、ある状況を説明ないし特徴づける諸要因間の関係を探求しなければならないが、社会的、経済的、政治的、心理的諸要因の複合体に関する知識は限られており、政策決定もかなり便宜的な、不確定なものにならざるをえない。

### アジア発展途上国の社会政策の動向

#### (1) 人口、都市政策

アジア地域の発展途上国は大部分人口増加を抑制する必要を認めており、いくつかの国は明確な目標を設定している。たとえば、シンガポールはゼロ成長達成を旨とするのに対して、イランは20年以内に年成長率を1%に、ラオスは今世紀末までに年成長率を1.2%に、韓国は1981年までに1.3%に、マレーシアは1985年までに2%に、タイは1976年までに2.5%にそれぞれ引き下げること为目标としている。パングラデッシュ、フィリピン、インドは出生率を目標にとり、人口1,000に対してそれぞれ1978年までに43、1980年までに35、1978-79年までに25と決めている。

こうした人口増加抑制を実現する手段として家族計画は政府の直接・間接の介入のもとで各国で広く採用されている。家族計画手段の受容度は、有配偶生産年齢女子1,000人当りインドネシアの16、韓国の166を両極端として分布している。マレーシア、ネパール、スリランカは低い部類に、香港、イラン、フィリピン、シンガポール、タイは高いグループに属し、インドは1,000人当

り52で中間である。家族計画の普及は主として経口避妊法の普及と大規模な国際的援助・支援、国内家族計画組織の再編成によるものである。

家族計画の普及がどのように出生率の低下となって現われたかを確認することはむずかしいが、香港、韓国、西マレーシア、スリランカでは、婚姻時出生率の低下が粗出生率を大きく引き下げるのに貢献したことが、1960年代のある時期に認められた。

人口の都市集中を防ぐ政策は二通りの方法で実行されている。一つは、人口流入を直接制限する方法、もう一つに、農村の諸条件を改善することにより農村からの人口流出を防ぐという間接的方法である。タイの第2次計画では農業就業人口の割合が1966年の80%から1971年には76%に減少することを見込んだのに対して、第3次計画の目標はこの割合を1976年において75%にとどめることであるとされている。インドネシアでは、主として人口移動により首都ジャカルタの人口は1950-70年の間に約3倍にふえ500万人に達した。かくて月平均16,000人の増加人口を、年間16,000人に減らすことが至上命令となり、1970年ジャカルタは閉鎖都市宣言を行い、ジャカルタに仕事と家のない人口を締め出した。それは、身分証明書と労働許可証の発行により実行され、輪タクと街頭売りは禁止され、不法住居群は焼き払われた。もちろん、こうした直接的な人口流入阻止は問題の根本的解決にはならず、閉鎖された区域の外側に貧しい移動人口が群がるだけである。したがって、少くとも周辺農村の開発にまで及ばなければ真の解決はえられない。スリランカでは、1963年と1969-70年の期間に、農村の所得シェアが60%から64%に増加し、社会サービスも全国的に提供されるようになった。そのためバラック街や劣悪な都市住宅の増加にもかかわらず、他のアジア諸国ほど深刻な都市問題は経験しなかった。1972-76年についての5か年計画では農村社会の再生と青年層の誘引、定着を、農業近代化と農業に結びついた農村工業の確立によって実現することが提案されている。

#### (2) 農業改革

各国政府による農業改革は二つのかたちで実行されている。土地所有限度の

設定と農民に対する金融、農業普及サービスの提供がそれである。しかし、土地、小作立法には抜け道があって多くの場合実効があがっていない。

農業金融制度としては、インドで1969年に国有化された14商業銀行およびインド国立銀行によって設立された lead bank 網がある。これは、農村地域に配置され究極的にはもぐりの金貸しにとって代ろうというものである。農業普及事業に関しては、インドでは小農開発機関が設立され活動しているが、いまのところまだ規模は小さい。マレーシアでは、マレー系マレーシア人の援助プログラムと結びつけて、農村部の小生産者援助プログラムが組まれており、農地開発、道路建設、マレー人のためのプミプトラ銀行による金融が行われている。

### (3) 所得と富の分配

所得政策の分野でのアジア発展途上国の新機軸の一つとして、スリランカでの個人、法人所得の上限額設定という企てがある。これは1970年に強制貯蓄制度というかたちで導入されたもので、所得上限は法人配当率12%、個人所得（税控除後）年42,000ルピー（約200万円相当）である。1971年には個人所得上限は24,000ルピーに引き下げられた。もっともこの額はスリランカでは相当高いもので、1969/70年当時所得12,000ルピーを耐える所得稼得者は1%にすぎなかった。この制度は社会正義の観点から望ましく必要であるとして採用されたものであるが、そのマイナスの刺戟誘因としての効果は、いまのところまだ確認できない。スリランカでは、土地保有、法人配当、個人所得の上限設定のほかに、資本と住宅の所有についても同様の制限措置を講じている。資本所有については税制により、最初の20万ルピーについての3%から始まり、80万ルピーを越える部分についての最高25%の累進資本課税が行われる。住宅所有については世帯員1人につき1軒、1家族について2軒を限度とし、それを越えるものは国が没収する。

スリランカを含むインド亜大陸諸国の社会、経済生活に対する国家干渉は一般に大きい。1969年インドの14大銀行の国有化、1973年パキスタンの全商業銀

行の国有化はその一例で、スリランカはすでに1960年代はじめからすでに銀行国有化を実施してきた。保険事業もインドでは1973年、スリランカでは10年も前から国有化されている。スリランカは1971年、ほとんどすべての貿易事業は国の手で行われることになった。穀類の配給制度はインドのいくつかの大都市、工業都市、一部農村で実施され、「適正価格の店」がその配給に当たっている。同じような機能は、スリランカでは消費生活協同組合、ビルマでは「人民の店」によって果されている。

### (4) 雇用政策

雇用機会の創出を目ざす政策も、インド、バングラデッシュ、スリランカの諸国で広く採用されているが、他の諸国を含め発展途上国共通の関心の対象である、といえる。

この種の政策には二つのタイプがある。直接雇用機会を創り出す方法と競争力の弱い生産者の保護というかたちで間接的に雇用維持をはかる方法がそれである。前者の例としては、スリランカが1970-71年予算で年内に10万人分の雇用機会をつくる事業を計画したことが、後者の例としてはインドのカーディおよび農村工業が有名である。インドでは第1の方法も用いられている。1971年に農村雇用プログラムが導入されたが、これは1年につき10か月以上の継続雇用を、1ディストリクトにつき1,000人分与えるという計画で、1971年末までに340ディストリクトがカバーされることになっている。

第2の方法は、技術的な後進性を保護するという好ましくない効果を伴うので、一方で生産者の技術水準の引上げをはかる措置を講ずる必要がある。農業に関連してならば、マレーシアの灌漑事業、インドの小農開発機関の事業がそういう役割を果している。

バングラデッシュは第1次5か年計画（1973-78年）の目的を貧困の緩和に求め、その主要手段として雇用対策を重視している。しかし、経済成長と社会正義をどう調和させながら発展を進めるかはなお課題として残されている。

### (5) 教育政策

1970年前後の時期に現われた教育対策上の変化には、学校と経済・社会環境の間にあるズレを是正および第3次段階教育を終了する者の専攻と数についてのコントロールの強化であった。これらの点に関する教育政策の変化は、教育を受けた者の失業問題が深刻であることから必要になったのである。

カリキュラム改革は、早い教育段階から職業教育を始めたほうが、たんなる知識の付与よりも、労働への態度と適性を培ううえで有益であるという考え方にもとづいており、インドはじめ他の国々でも行われている。もう一つの問題であるたとえば高等教育の卒業生の供給制限は、当然学生数の制限によって実行される。スリランカでは現実に一定の資格基準によって選ばれた候補者のうち、多数の者が大学側で受け入れられないという事態が1974年に起きており、インドでは専門家養成機関で入学定員を減らしたケースが多い。しかし、こうした高等教育の定員制限や削減は、乗直的社会移動の可能性を下層グループに対して鎖す効果をもつ点で問題である。

#### (6) 参加

発展途上諸国における経済、社会秩序変革を目的とする国家干渉の拡大傾向は、一部の政治勢力や官僚に権力が集中する危険をはらんでいる。こうした権力の集中は、エリートと大衆の間に生活様式や考え方のうえで違いがある場合に深刻な問題を生みやすく、大衆の発展プロセスへの参加を促す手段を講じて、そうした傾向を阻止しなければならない。

エリートと大衆の間のギャップをなくす一つの方法として、バングラデッシュでは、学生労働の大規模な活用を第1次5か年計画において企てた。学校内の未利用地の耕作や、学校の所在地域における発展プロジェクトの実施、農業普及事業などがそのための活動分野として選ばれた。1972年スリランカでは、公務員や公営企業職員が、ある時期農村、工場などで農民や労働者と一緒になって働くという計画が実施された。インドでは、政府と村落の間の関係を密接にする手段として地方参事会 ( Zilla Parishads ) や村参事会

( Panchayati ) が制度化されているが、スリランカでも1971年同じような

方針で、地方開発協議会と人民委員会が創設された。前者は地方レベルでの開発事業のイニシアティブをとり、かつ調整を行うのに対して、後者は監督・助言機能をもっており、約2,000にのぼる委員会が組織されているという。こうした新しい組織の評価はなお時間を経過したあとでなければ可能ではない。

United Nations, 1974 Report on The World Social Situation.

( 保坂哲哉 社会保障研究所 )



# 1970年後半における 社会保険の緊急改革

Juhani Salminen (フィンランド)

本稿には、1960年代に行なわれた改善と、今後数年における社会的支出の急激な増大に照らして、1970年代後半における社会保険発達の予想を論述している。

1960年代は社会保険の分野における発達にとって、ある新しい期間を意味していた。その時期まで、その目標は国民年金制度のように、最低生活を保証する諸制度を創設することであった。1962年に民間部門に導入された雇用関連年金制度の採用は、それらの目標のもっているある調整を意味しており、その目標は過去の収入と関連させた諸給付であった。同一年代に、この目標は疾病保険制度と自営業者の年金制度にも用いられた。社会保険の目指す新しい方向の決定的な推進力は、労働市場の各組織が社会保険の発達を共通の労働市場政策の一部であると考えたことであった。

社会保険は過去10年間に事実上改善され、これは社会的支出におけるかなりの増大を意味していた。1962年の社会的支出は純国民生産の12.8%であったのに対して、1972年には、その比率はすでに20.3%になっている。年金の支出と公的保健サービスの維持費は、社会的支出合計の4分の3を占めている。このように、1970年代後半における社会保険改善の可能性を検討する場合に、これらは実質的な重要性をもっている。65歳以上の人びとの数は、今後10年間に約25%増えるのに、16歳未満の子供の数は15%減少するだろう。労働に従事する年齢の人びとの数は変化しないだろう。1980年に、フィンランドでは、5人に

1人が年金を受給するだろう。現在の法律にもとづいて予想すれば、社会的支出は1980年に国民総生産の22.4%になり、その比率は1985年に23.7%になるだろう。

1960年代と1970年代の初期に記録されたような社会保険の発達を、今後10年間に、われわれは達成できない。この結論は近い将来の数年間に対する経済的な予測と、最近の2,3年間に非経済活動人口を対象として実施された社会的改善によって立証される。被用者を対象とする雇用年金の改革は、すでに試みられている最も重要な改革である。1975年7月に実施を開始される雇用年金改革は、雇用年金の目標とする水準を40%から60%に引上げ、最低年金を賃金の22%から33%に上げるであろう。この改革は年金の費用をかなり増大させるであろうし、また、保険料を引上げる必要性は、10年後までに収入の約3%ずつの引上げをもたらすことになるだろう。

基本年金制度のある基本的な点、つまり、国民年金の将来における発展にとって基本的な点は、制度が所得や資産と無関係な定額の年金に移されるべきかどうか、あるいは、所得比例制度が維持されるべきかどうかということである。後者は所得を得ていない者と低所得の年金受給者が、より高い国民年金を受給するということを意味している。定額の国民年金を主張する人びとは、国民年金が基本的な年金となるべきで、その上に所得比例の雇用年金が支払われるべきであるという、主として技術的な仕組みの上の観点から議論している。この観点に沿った政策の主張者の抱いている目的は、所得と資産に無関係で、しかも全市民に支払われ得る目標をもつ年金に、国民年金を作り変えることである。その考えは、今日の国民年金に適用されている自治体による格差が廃止されるべきであるということをサポートすることによって、さらに人気を得ている。しかし、定額の年金は各人の間における生活水準の相違を考慮していない。定額の年金はこれらの相違を取除かないで、それらを維持する傾向をもっている。

定額年金を目指す改革は、必然的な結果としてきわめて重い支出も伴なう。

一般的な年金年齢を引下げる要求が主張され、それはしばしば年金制度の発達と関連して行なわれてきた。これに関連して、65歳というフィンランドの法定年金年齢は、北欧諸国で最低であるという事実について、説明が行なわれている。年金年齢の全般的な引下げはきわめて大きな費用をもたらすことにもなり、もし仮りに年金年齢が5歳引下げられるならば、概算では、賃金の2%から5%が必要になる。さらに、年金の水準は所得水準と比較して、相対的に低い。他方、失業の状況とより低下した労働能力の例は、現在の法令に含まれた失業・廃疾年金によってすでに容認されている。したがって、全般的な年金年齢を引下げる議論は延期されるべきである。

主婦の社会保障は人びとの注意を引きつけてきた。多数の例では、すでに達成した生活水準の維持を目指す夫の年金は、かれが働いているときにかれの収入が行っていたと同様な方法で、主婦に対する保護をカバーする。さらに、主婦の実質的な年金は、夫の死亡後に、かの女の生計を保証する遺族年金である。しかし、主婦の社会保障には、若干の相違がある。たとえば、そのような相違は家族が減ってしまい、世帯中で唯一の稼ぎ手であった夫が労働不能になってしまったときに、主婦に対して、仕事が発見できない例のときに指摘される。現在の年金制度は、そのような例になんらの援助も提供しない。したがって、国民年金と雇用年金の制度により、稼得活動をしていた被用者が失業年金を受給しているのと同じ方法で、主婦に失業年金の支払いを開始するのが適切であろう。幼児を世話しなければならない主婦は、完全な雇用年金を取得する機会を得るために、賃金を取得する労働に数年間従事しなければならないかも知れないという点にも、注意が払われてきた。この異常な事例を救済するために、収入を得る労働から離れているときに、雇用年金にある特殊な補足を加えることが提案されてきた。

Sociaalivakuutuksen kiireelliset undistukset 1970-luvun lopulla, Tröeläke, No.3, 1974, pp.10-17; No.5 '74/75.

## 何時まで入院できるか？

**Arno Surminski** (西ドイツ)

本稿には、将来西ドイツの病院医療費に生ずる途方もなく大きな増大を、如何にしてカバーすることができるかという問題の検討が論述されている。

初期段階の時代における状態に対比すれば、公的医療保険制度の病院医療にかんする支出は、一般的な医療の支出の規模に迫っている。この「爆発的な費用の膨張」の主要な理由は、職員を配置することによって生じた費用の増大に発見されるべきである。今日では、いずれの医師も、また、いずれの看護担当者も、以前の例よりも事実上ではより少ない患者を世話している。そして、現在では、病院の支出のうち70%は、職員の費用で占められている。

費用に影響を与える最も重要な要素の1つは、入院の期間である。西ドイツにおける入院の平均的な期間は、ヨーロッパで最高ではないが、しかし、アメリカの2倍より長い。アメリカでは、治療に偶然性をもつ緊急の段階に用いられ、入院患者の医療ができるだけ早く外来医療に移されるので、入院患者の医療は経過的な部分を担当するものと考えられている。

しかし、西ドイツでは、開業医は患者を病院に差し向けて、患者がほとんど完全に回復するまで、開業医は再び患者を見ることがない。当然ながら、アメ

リカにおける入院の平均的な期間がより短いということは、現行の疾病保険が患者の一部負担にもとづいて実施され、患者の負担する割合が入院している期間の長さとともに増えるという事実からも影響をうけている。しかし、西ドイツの環境では、健康保険の領域に対して供給と需要の法則を広げることが、反社会的であると考えられ、したがって、容認されない。

入院期間の長さをコントロールされた状態にし、かつそれによって病院の費用をコントロールされた状態にするある手段は、費用を考慮した価格経済の原則に応じた病院の経営とその再編成にとって、ある完全な合理化をもたらさだろう。最も近代的なタイプの医療処置と、ある理想的な方式としてしばしば提供されている疾病治療の伝統的な概念を組み合わせることは、今日では、費用の理由から取上げるのはもはや望ましいものではない。将来の病院では、唯一の目的はできるだけ早く最新の医学的な手段を用いて、病気の人びとの身体の治療に効果を与えることである。治療の看護と心理学的な要素はできるだけ病院の外で提供されるだろう。公的な福祉サービス、居住用のホーム、外来診療所、および患者の家族自身は、病院よりもより一層安くこれらの諸要素を提供できるだろう。

筆者の考える予想は病院医療に対する補償率の引下げを採用することである。これは比較的長期間にわたって患者を病院に入院させることによって、初期段階の治療に要する高い費用を償おうとする傾向を打消すことになるかも知れない。幾つかの病院によって行なわれた多くの役割が、ある単一の施設に移すことができないかどうかということも考えられる。

アメリカの経験と療後診療所による実験も借りることができる。西ドイツの経験によれば、全患者のうちほぼ半数は療後診療所に移すことができた。この療後診療所は患者が医学的な監督を受けるが、しかし、病院の性格よりも休養

の施設の性格をより多くもっている施設である。しかし、利用可能な資源から職員を配置される場合においてのみ、この仕組みは費用を考慮した価格経済の観点だけからみた満足すべき結果を与えることができる。

本稿に示された提案は、社会的保護の分野における病院の役割を軽くするように考案されているが、包括的な社会福祉の下部構造が、病院体制の枠外に存在している場合にのみ、その提案は適用できるにすぎない。

Die Ersatzkasse, No.2, 1974, pp.60-65; No.34, '74/75.

## 年金の購買力維持の問題

**Prof. Dr. Bruno Molitor (西ドイツ)**

本稿には、年金の購買力維持にかんする論争が論述されており、現在の激しいインフレーションの結果として、その論争は急に再び現われてきた。

所得の少ない人びとは激しいインフレーションで不利益を蒙り、大部分の年金受給者はこのカテゴリーに入る。「動態的」年金の基本原則が1957年に初めて導入されたとき、その決定は年金を物価指数よりもむしろ賃金指数にリンクさせるように慎重に考慮されていた。このような選択をした目的は、年金受給者の老齢全期間に、かれらが改善された生産性による諸給付と所得水準の上昇で得られる分け前を、多少とも自動的に与えられるということを保証することであった。同時に、賃金の動きに対して年金を自動的にリンクさせることは、政治的な論議を経て行なわれた年金調整の問題を解消した。しかし、年金は(最近の数カ月間における所得水準の変化よりもむしろ)直前3年間を平均



した所得水準の動きに応じて調整されるので、物価の安定しているかあるいは事実上低下する期間の効果によって、もしインフレーションの傾向が中断されなければ、直前の数カ月間における所得水準の動きが、短期間に実質的な物価上昇を引き起しながら、高い比率で変化する場合に、年金受給者はインフレーションの影響に対して保護されない。

ここで示される論議では、「年金水準」の用語は、年金受給者の名目的な所得水準——西ドイツでは、国際的なまた歴史的な双方の基準により、その水準は高い——ではなくて、同一の年における収入の総合計と年金に支払われた総合計の比率、あるいは、より正確に言えば、ある年における全被保険者の収入を平均した収入合計と、40年間の加入後に受給者の年金を算出する要素を用いて完全年金を与えられる強制的被保険者が、同一の年に受け取る年金の合計金額の比率、つまり、百分比で示した率を参照している。

技術的および統計的な理由から、いずれにしても、収入の動きと年金調整の間における時間的ズレを減らすことは、実際上では不可能である。さらに、数年間にわたる変化の平均を用いることは、所得水準の短期的な変化の影響を打消し、それによって、時には、年金が引き下げられる方へ調整されるかも知れない可能性——つまり、年金が平均的な実質的総収入に直接的に関連づけられる場合に、除くことのできない可能性——を回避するように工夫されていた。

年金水準を保護する手段——つまり、かりに、もし年金水準が平均収入の45%以下に低下するならば、正常な調整に加えて、低下に対応する特別な修正が行なわれるある調整——の採用は、さらに別の問題を引き起す。たとえば、この種のある特殊な調整は、所定のきまった調整方式で実施される次の「正常な」調整の場合に償われるであろうか？ どちらかを選ぶという観点に立てば、最低年金は「同一暦年の概算された収入」に応じて調整されなければならないの

で、基本的には新しい方法となる調整手段を採用する必要があるだろうか？

財源調達の観点では、特定の保護のために行なう調整の採用は、保険に無関係な追加的要素を年金制度に持ち込むし、そして現在用いられている再分配手段の全面的な算出基礎を混乱させるであろう。その採用と比較すれば、ある与えられた年（保険を実施しているある1年間）に、インフレーションの上昇率が高くなった場合に、年金水準を引き上げる調整はより一層簡単であるし、また、制度の基本原則により一層調和している。

*Zeitschrift für Sozialreform*, No.11,1973, pp.617-623;  
No.47, '74/75.

## 失業保険：その経済的役割

David L. Edgell and Stephen A. Wandner

(アメリカ)

本稿には、失業した労働者に対する所得源として、および経済全体に対する所得安定装置としてという失業保険のもつ二重の役割について、失業保険による経験が論評されている。

失業保険制度は50州およびコロンビア特別区とプエルト・リコのそれぞれにおいて、別な法律で作られている。幅広い連邦法の指導方針を条件として、各州は独自の失業保険法と規則をもっている。給付水準と抛出率は各州によって決定され、給付の支給期間、資格取得条件なども同様である。このように、統一的な全国的制度は存在していないし、また、制度の法制化はそれぞれ各州の制度のもっている影響力だけを反映して、各州内に限られている。しかし、失

業が多い時には、長期的な失業者に給付の支給期間を延期する制度を設けたり、制度の基金を作ることにより、連邦政府が給付支払い手段に介入してきた。

失業労働者に支払われる給付の水準は、各州によってかなり異なる。1973年に、毎週の最高給付は49ドルから110ドルにわたっていた。拋出率では、1972年の資料（利用可能な最新の資料）は、使用者が労働者の収入の0.23%から2.08%にわたる比率で拋出を支払っていたことを示している。

喪失賃金のうちどれだけの比率が給付で補償されているだろうか？ 失業保険制度は、失業者が給付を受けていた失業期間（週）に、当人の喪失した賃金の4分の1と3分の1の間を補償されている。この賃金補償率は第2次世界大戦後の期間に大幅に変化しなかった。しかも、労働者は一般に失業の当初1週間には補償されないし、また、時には、長期間にわたって補償されないということが想起されるべきである。しかも、失業者たちはかれらの給付を受給しつつ、給付への権利を失ってしまった後に、依然として無職の状態におかれていることが多い。各労働者に対する損失についてのよりすぐれた測定方法は、ある失業の全期間に補償された賃金を測定することである。一般的に言えば、被保険者であった労働者は失業期間の半分より少し長い期間に給付を受給しており、したがって、失業給付は喪失した賃金合計の5分の1を補償した。

全使用者に対する失業保険拋出に要する費用の総額は、増大する傾向を示してきたが、平均的な拋出率は低下する傾向を示している。第2次世界大戦の終了以後では、拋出を賃金および俸給の費用と比較すれば、拋出は相対的に低下する傾向を示してきた。失業保険は被用者の受給した最も古い給付の1つであったが、失業保険はその適用、期間、および給付水準には、比較的控えめな発達をしてきた。

失業保険は純粋な反循環的効果をもつ幾つかの財政的な政策的手段の1つである。失業の多い時には、支払われた給付は徴収された拋出を上まわる傾向をもち、給付が経済に所得の純増をもたらすことになる。失業の少ない時には、一般に、拋出は支払われた給付より大きく、そのような給付が経済に所得の純減少をもたらすことになる。失業保険制度のもつ潜在的な反循環的影響は、給付水準が賃金とほぼ歩調を合わせるので、同一の状態を維持するようにみえるが、しかし、制度に生じる赤字の規模は、経済的な景気後退の大きさと期間に大きく左右される。

各州によって調達された拋出は、戦後の3度の景気後退に拋出を減少させながら、反循環的な傾向を示してきた。しかし、この反循環的な効果は給付効果より弱かったし、また、直接的な景気後退に対する敏感な反応というよりも、むしろ初期の反循環的な動きに対する緩慢な反応を示しているという意味では、若干偶然性をもつものであった。他方では、平均的な拋出率は景気後退以後急激に上昇した。平均的な拋出率の上昇は、景気後退の期間中に行なわれた給付支払いの増大により枯渇させられた支払準備金を再び補充したり、あるいは強化して、各州による緩慢な反応を示している。一度支払準備金が再び補充されると、平均的な拋出率は、現在実施される州法と州法のもつ法律的な調整で経験率を用いる制度の実施に応じて低下する傾向をもっている。

Unemployment Insurance: Its Economic Performance, Monthly Labor Review, No.4, 1974, pp.33-40; No.66, '74/75.

（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）

# フランスの 社会保障財政調整法

国立国会図書館 平山 卓

## 経過と背景

1974年12月24日公布の社会保障財政調整法は、翌1975年8月21日に出された施行令（政令第75-773号）によって、その施行方式の細部が公式に明示された。同法および施行令そのものにふれる前に、成立の経過と背景を簡単にまとめておく。

1974年10月15日、国民議会における第一回の審議に際し、デュラフル労相は主旨説明の中で次のように述べている。「この法案を提出することにより、政府は1年前に議会から課せられ、1974年度財政法第28条に示された義務を果たすこととなります。」この説明から分るように、財政調整法はまさしく、1974年度財政法（1973年12月27日法第73-1150号）第28条(I)第1項に定められた次の規定に基づくものである。「政府は、1974年6月1日までにすべての補足制度を除く社会保障強制基礎諸制度間に調整制度を設置する法律案を提出するものとする。」

同じ主旨説明の中で、労働大臣は財政調整の正当性にふれ、次のように弁明している。「この法案はまず、一般化された財政調整制度を設立しております。調整という考え方の正当性を弁明する必要は、ほとんどありません。なぜならそれは連帯心の表現そのものだからです。私は次の点を想起するに止めておきます。（フランスにおける）社会保障制度は、それぞれははっきり異なる仕組みと分離・独立した管理機構を持つ諸制度が、長年にわたって次々に分立することによって徐々に拡大してきました。……中略……このように社会的・職業的

階層ごとに制度を区分する方式が現代社会の深い変動にうまくマッチしないのは明らかです。現代社会においては、職種別人口動態はきわめて流動的であり、ある制度から他制度へ人員が移動しています。その結果各制度間には、所属人員の上で重大な較差が生じました。次の数字をご参考に願います。一般制度においては被保険者100人につき年金受給者22人であるのに対し、職人では48人、商工業自営業者では65人、農業経営者では109人、軍人では120人、国鉄では152人となっています。こうした不均衡が何らかの方法で是正されなければ、財政均衡を維持するために要求される拠出努力が、制度によって非常に不平等になり、場合によっては負担することが不可能な拠出金を課せられることになります。」

以上に述べられている産業構造の変化に伴う職種別人口の変動を理由とする財政調整は、今回の法律によって初めて持ち出されたものではなく、かなり前からすでに行われている。すなわち、農業被用者制度全部の給付については1963年1月1日から（1963年度財政法第9条）、国鉄職員制度の疾病保険現物給付分については1971年1月1日から（1971年度財政法第32条）、海員、鉱夫、パリ市交通公団職員の各制度の疾病保険現物給付については1972年1月1日から（1972年度財政法第73条）、調整という名目でそれぞれの赤字を一般制度に負担させる措置がとられている。また先に述べた1974年度財政法第28条(II)では、1974年度に限る臨時的措置として、この調整を自営業者の制度にも及ぼしている。

今回の財政調整法は、このようにこれまで小刻みに個別的になされてきた調整を、一挙に一般的な形で制定したものだといえる。

## 調整方式

調整の方式については、法律の第2条に集中的に規定されており、全10条からなる施行令がこれを敷衍している。

調整の対象となる制度は、最低2万人の人員を擁する強制制度に限られる。この最低人員は、現役の拠出者数および65歳以上の退職者を含めた数であり、

各年の7月1日現在の集計による。

次に、調整の対象になる費用は、疾病・出産保険の現物給付費、老齢保険の法定給付費および家族給付費であり、疾病保険の現金給付費等は除外される。

調整は、諸制度間の人口上の不均衡および拠出能力の格差から生ずる不公正の是正を目的とする。しかし被用者の拠出能力と非被用者（自営業者）のそれとを、同一の条件で評定するのは不可能である。そこで被用者制度全体と非被用者制度との調整は、もっぱら人口上の不均衡是正のみを目的とする旨規定されている。自営業者の拠出能力、つまりその所得額を正確に把握することが困難であるという点については、先に引用した労相の主旨説明の中に、次のような一節がある。「しかしながら、非被用者の若干の職種の所得を把握することが困難であり、そのために各社会的グループ間で財政調整をすることが、果して公正なのかどうかという疑問が提起されていることは、きわめて率直に認めなければなりません。」

調整方式の基礎となるのは、基準給付（une prestation de référence）および平均拠出（une cotisation moyenne）という概念である。基準給付とは、全フランス人を対象とする統一的な制度を仮定し、その制度においてすべての受給権者に保障される一率の給付額をさす。しかしこのような統一制度を仮定することは実際には困難なので、被用者制度相互間の調整の場合と、被用者制度と自営業者との調整の場合とでは、この基準給付の内容が異なり、また給付の種別ごとにそれぞれ定められている。一般的に言えば、同種のグループの中で最低水準の給付が、基準給付とされている。

平均拠出とは、上記の基準給付を全受給者に支給した場合に要する費用をまかなうために必要な拠出者1人当りの理論上の負担額である。

財政調整は、この基準給付および平均拠出に基いて行われるが、この調整の結果、各制度が支払うべき、あるいは受領すべき金額を調整差引残高（Le solde de la compensation）という。各制度の調整差引残高は、当該制度の拠出者数と平均拠出との積と、当該制度の受給者数と基準給付との差に

等しい。

すなわち

基準給付：P

平均拠出：C

拠出者総数： $N_c$

各制度の拠出者数： $n_c$

受給者総数： $N_b$

各制度の受給者数： $n_b$  とするとき、

各制度の調整差引残高Sは、次式で表わされる。

$$S = C \cdot n_c - P \cdot n_b \dots\dots\dots(1)$$

先程の定義により

$$C = \frac{P \cdot N_b}{N_c} \dots\dots\dots(2)$$

であるから、(1)式に(2)式を代入して

$$\begin{aligned} S &= \frac{P \cdot N_b}{N_c} \cdot n_c - P \cdot n_b \dots\dots\dots(3) \\ &= P \left( \frac{N_b}{N_c} \cdot n_c - n_b \right) \end{aligned}$$

と書き換えることもできる。

ただし、これらの算定式が適用されるのは人口上の不均衡是正のみを目的とした調整、すなわち被用者制度と非被用者制度との間の調整の場合に限られる。被用者制度相互間の調整については、拠出能力の較差をも考慮するので、算定式がやや異なってくる。まず被用者制度相互間の年金給付に関する調整方式を見ると、前掲(1)式の $C \cdot n_c$ の部分が次のように変る。平均拠出Cは、(2)式の場合、理論上の総費用 $P \cdot N_b$ を拠出者総数 $N_c$ で除した商であるが、この場合は、被用者制度全体の拠出者の一定上限内の賃金、つまり拠出対象賃金総額で除した商となる。また各制度の拠出者数の代りに、各制度の拠出対象賃金総額がと

られる。すなわち、被用者制度全体の拠出対象賃金総額を  $M_s$ 、各被用者制度の拠出対象賃金総額を  $m_s$ 、この場合の平均拠出率を  $C_s$  とすると、次式が成立する。

$$S = m_s \cdot C_s - P \cdot n_b \quad \dots\dots\dots (4)$$

$$C_s = \frac{P \cdot N_b}{M_s} \quad \dots\dots\dots (5)$$

$$S = P \cdot N_b \frac{m_s}{M_s} - P \cdot n_b = P \left( \frac{m_s}{M_s} N_b - n_b \right) \quad \dots\dots(6)$$

この被用者制度相互間の年金給付に関する調整の場合に用いられる基準給付は、農業被用者の平均年金額（1975年で4,448フランと推計されている）と同額と定められている。

ついでに、被用者制度全体と非被用者制度との人口格差に基づく財政調整の場合に用いられる基準給付の内容を見ておくと次の通りである。

a) 疾病保険現物給付に関しては、非農業非被用者（商工業自営業者等）制度の受給者1人当り年平均支給額（1975年推計で705.40フラン）。

b) 老齢保険に関しては、農業経営者制度が、65歳以上の年金受給者本人に支給した1人当り平均年金額（1975年推計で4068フラン）。

c) 家族給付に関しては、家族手当全国金庫および農業経営者制度により支給された受給者1人当り年金平均給付額。

以上の給付額に等しい金額が、それぞれの場合に基準給付とされる。ここで付け加えておかなければならないのは、この被用者と非被用者との調整においては、被用者制度全体が一つの単位とされ、この全体と非被用者の各制度との間で、前述の算定方式に基づく調整が行われるということである。この調整の結果は、当然被用者制度の方が非被用者制度の側に一定額を支払うことになるが、この被用者制度全体の負担額は、被用者制度全体の拠出対象賃金総額と各制度の賃

金総額との比、先程の記号に従えば  $\frac{m_s}{M_s}$  に基づいて、各制度が分担することになっている。

最後に被用者制度相互間の疾病保険現物給付費に関する調整方式については、次の通りである。この場合の平均拠出および基準給付としては、それぞれ一般制度の法定の拠出率および給付率が適用される。すなわち、調整の対象となる被用者制度がすべて、一般制度の疾病保険部門に統合されたものと仮定した上で、各制度の拠出総額と給付費総額との差が、調整差引残高となる。一般制度疾病保険部門の拠出率を  $C_s$ 、各制度の拠出対象賃金総額を  $m_s$ 、平均給付額を  $P_m$ 、各制度の受給者数を  $n_b$  とすると、各制度の調整差引残高  $S$  は次式で表わされる。 $S = m_s \cdot C_s - P_m \cdot n_b$ 。

次に忘れてならないことは、これらの調整は、既存の調整が行われた後に重ねて実施されることである。これは、前述の1963年、1971年、1972年の各年度の財政法に基づく農業被用者、国鉄職員等の制度に関する調整は、そのまま存続することを意味する。ただ既存の調整措置の中でも、1964年度財政法（1963年12月19日法第63-1241号）第73条による鉱夫の年金給付に関する調整のように、廃止されるものもある。

以上に述べた方式に基づいて実際に調整が行われた場合、一般制度の負担額は、1975年度で計40億フランに上る。このような新たな負担が課されない場合でさえ、1975年で45億、1976年で90億もの赤字が予測される一般制度財政の当事者にとっては、この財政調整は耐えがたいものであろう。そこで政府は、次の一条を加えることによって、関係者の不満をなだめようとした。

「全フランス人のための社会的保護制度が一般化される1978年1月1日までは、商工業被用者一般制度が、本法の施行に伴い負担すべき負担金は、一般制度のため、国庫収入から控除され、各年毎に財政法により定められる額を超えてはならない。」（法第7条）

ここに定められている国庫負担金としては、アルコール税収がこれにあてられることになっている。いずれにせよ、この規定により少なくとも1977年末まで

は、一般制度もこの財政調整法によって新たな負担を課せられることはない訳である。

### 残された課題

財政調整法第1条には、次の事項が規定されている。① 1978年1月1日までに、全フランス人に共通な社会的保護制度が設立される。② そのため既存の社会保障制度間の調整が漸次なされる。③ 現在なお、どの制度にも加入していない者を加入させる措置を講ずる。④ 共通制度の設立は、同一の拠出努力を前提とし、そのため拠出率の調整を図る。⑤ ただしこの調整は、諸制度の既得権を侵害してはならず、各職業階層に固有の制度の存立をおびやかすものであってはならない。

これらの規定は、連帯感に訴えて財政調整を行う以上、何らかの共通の基盤がなくてはならないという理由から設けられたものと思われる。現在のように給付条件もまちまちであり(とくに年金部門の制度間格差がはなはだしい)、拠出に至ってはほとんど統一点がない状態では(例えば農業経営者の拠出は、各自の所得とは、ほとんど全く無関係である)、いかに加入人員のアンバランスを申し立てても説得力に乏しいからである。とはいえ、いきなり統一制度を目ざしても、実現の可能性がゼロに近いことは、戦後社会保障制度成立の経過を見ても明らかである。統一制度ではなく、つつまじやかに「共通制度」を目標にしてさえ、既得権の保護に留意しなければならぬという事実は(前記⑤の規定参照)、この間の事情を語って余りある。

同法第3条には、また次のような規定がある。「企業の負担する社会的負担の基礎の改正については、経営上の諸要素全体を考慮して検討され、1975年6月1日までに国会へ提出されるものとする。」これは、現在のように拠出金が支払賃金のみを基礎とする制度では、労働力を多量に必要とする企業は、機械化等の措置により労働力をそれほど必要としない企業に比し、きわめて不利だという議論にこたえたものである。これについては、グランジェ委員会と称する審議機関が発足し、一応改革案を提示したが、国会への上程はまだのようである(本誌No. 31 参照)。

ある(本誌No. 31 参照)。

次に第10条には、社会保障担当大臣が一委員会を設置し、拠出金および国庫負担金の問題に関し報告書を提出させることが規定されている。これはいわゆる「不当負担」(charges indues)の検討委員会である。不当負担ということばは、1967年の改正の頃さかんに持ち出されていたものであるが、要するに一般制度が正当な理由もなく課せられている負担金を意味し、その最大の項目は他制度に対する援助金である。この不当負担額の推計額が、立場の違いによってははなはだしく異なるのは当然である。労組側の推計額168億から、計画本部の推計58億までのひらきをいかに埋めるかが、当面最大の課題であろう。この報告書の提出期限は1976年1月1日となっているが、現在までのところ新聞にもまだ報道されていないようである。

### 参考文献

- 1) Loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires. (J.O. 26 Décembre 1974)
- 2) Décret n° 75-773 du 21 août 1975 fixant les modalités d'application des dispositions de la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relatives à la compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires. (J.O. 22 Août 1975)
- 3) Loi de finances pour 1974 (n° 73-1150 du 27 décembre 1973) (J.O. 28 Décembre 1973)
- 4) J.O.-Débats parlementaires--Assemblée Nationale, 1er séance du 15 octobre 1974.



5) Assemblée Nationale: Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n° 1177) relatif à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de Sécurité sociale obligatoires. par M. ALLONCLE, Député. (n° 1227)

6) Sénat: Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, relatif à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de Sécurité sociale obligatoires, par M. Lucien GRAND, Sénateur. (n° 79)

19頁からつづく

いるが、上述した基本的なタイプの前払い保健制度について、制度の解説は非営利および営利的な保険者の例を示している。

給付の資格取得では、労働者は継続的な4週間の雇用で、受給資格を取得できることになっている。しかし、出産時の給付には、分娩直前における9カ月間以上の雇用が要求されている。

給付では、公認された前払い保健制度は次の内容を含んでいる。自宅や診療所、病院や看護施設などにおける外科以外の通常の医療について、所定の金額以上の費用を80%（伝染病では50%）が給付とされる。外科医療にも所定の基準が給付として示されている。病院医療では、1暦年に120日以上（法律では150日以上）の入院、外来診療、救急外科診療が規定されており、また、入院には、病室の利用と世話、集中的治療、外科補装具や手術室の利用、治療や他の療法、輸血などが示されている。これらの病院以外に、熟練した看護施設の利用も給付に含まれる。上述した以外に、出産時の給付、検査、物理療法なども規定されている。

制度の財源は主として保険料で調達され、使用者は拠出の金額を負担するか、もしくは労使双方が拠出を支払う。労使が拠出を負担する場合、労働者の負担は拠出の半分で賃金の1.5%以下に制限され、労働者の負担が半分以下であれば、使用者が残りを支払う。制度は州政府の労働・労使関係省が管理・運営する。

U.S. Dept. of H.E. & W., Social Security Administration,  
Social Security Bulletin, Vol. 38, No. 12, Dec. 1975, pp. 23-24.  
 State of Hawaii, Prepaid Health Care and Related Rules  
 and Regulations (Dept. of Labor and Industrial Relations の  
 Administrator の協力による)。(平石長久 社会保障研究所)

## フランス、不況下の社会保障

——年金問題とその周辺——

名古屋市立大学 上村政彦

景気が回復の兆しをみせ始めたといわれるものの、フランスの経済はこのところ毎日続いている冬特有の陰気な天候と同じようになかなかバットしないようです。

話しはだいぶ古くなりますが、ジスカールデスタン大統領は9月4日のテレビ放送で、総額300億フランにのぼる景気刺激策を発表しました。この政策は9月12日の議会で最終的な承認を受け、政府は向う数か月内に効果が表われるだろうと見ていたようですが、今のところ新聞の経済面にはとくに明るい記事が見当たりません。

ところで大統領のテレビ演説ですが、ジスカール(だれでもが親しみを込めてかその逆かは知りませんが気安くこう言います)はていねいに、分りやすく、話しかけるような調子で演説し、国民に対して景気回復のための一致協力を呼びかけていました。大統領がテレビを利用して国民に政策を発表するぐらいですからテレビがかなり普及しているのでしょう。6年前のフランス生活の際にはさほど普及していなかったように思います。もっとも普及しているといっても、多くが月に50フランばかり(白黒テレビの場合)を払って見る貸しテレビのようで、チャンネルは3つしかありません。夜の番組などを見ても、8時半から芝居か映画、あるいはショーを一つぐらいやる程度で、あとはニュースぐらいでしょうか、大したものはありません。番組と番組との間に時間の空白ができて長い間画面が白のまま放置されることもありますし、ジスカールの演説

にしても、新聞の番組欄に8時ごろやりますという予告をする調子で、すべてがかなりおおらかです。どちらが良いのか知りませんが深夜番組などもないし、日本のテレビとだいぶ違います。

話しがだいぶ横道にそれましたが、大統領のテレビ演説による景気刺激策のなかには、実は社会保障に関する二つの問題が含まれていました。その一つは最低年金と家族手当の額を引き上げて国内の消費を刺激しようというもので、もう一つは退職年金の受給年齢すなわち「退職年齢」を引き下げて老齢労働力の早期引退を促進し、低成長経済下の雇用、失業問題の解決をはかるというものです。いずれもいわば社会政策と経済政策とを統合した欲の深い政策だと思いうのですが、この二つのうちとくに後者がかなり世間の注目を浴びましたので、その経緯をちょっとご紹介しましょう。

大統領は演説の終りの方にとくに一項を加え、フランス人とくに肉体労働者(travailleurs manuelsというのですが適訳かどうか知りません。現場労働者とでもいった方が良いかも分りません)の生活条件を改善するために労働時間の短縮と年金受給年齢を引き下げることここ数年間の政策目標としてとりあげることを約束しました。

ご承知のとおり、フランスの年金法制では60歳に達すると退職年金の受給資格が認められますが、その時点での年金額は、被保険者期間中もっとも高額であった10年分の平均賃金年額の25%にしかありません。年金の受給開始を引き延ばし65歳になって受給すると50%に相当する額とされます。ところがこれとでもつい最近、1971年12月31日の法律で実現されたもので(それ以前は60歳で20%、65歳で40%でした)、徐々に実行に移されている程度です。そこで、とくに恵まれない境遇に置かれた肉体労働者を対象として、60歳に達した時点で現在65歳で受給することになっている額に相当する年金を受給できるものにしよというわけです。

大統領はシラク首相に対して直ちに問題の検討に着手することを命じました。首相は9月24日、政府内部での検討を終え、意見を聞くために労使双方の代表

者をマティニョン（首相官邸）へ呼び、労働大臣を交えて事前協議を開始しました。この政府と当事者との間の事前協議は、延べ50時間に及んだといわれますが、政府は準備を終え、11月14日議会へ法案提出の手続きをとりました。

この問題に対する政府の方針は、対象をあくまで肉体労働者に限定し、その退職年金受給年齢を実質的に引き下げようとするものですが、改善を肉体労働者に限定しようとする趣旨は、社会的に恵まれない階層の人びとの生活条件、とくに老後の生活条件を改善して、フランス社会に現存する「不公平」（*l'inégalité*）を解消することにあるというわけです。この不公平の解消という点は、実は現在策定中の第7次計画（1976～1980年）の主要テーマになっているもので、それと符合しているわけです。

ついでですが、フランスの第7次計画はすでに第1段階の作業が終りいくつかの準備報告書も公表されています。現在、第2段階の作業にはいっており、19の委員会がそれぞれに付託された主題について検討を76年2月までに終え、3月1日に計画の総括責任者（Jean Ripert）へその報告書を提出することになっています。総括責任者はこれをもとに第7次計画報告書を3月末に政府へ提出し、大統領、首相、労働大臣の手を経て、4月末に経済社会会議（*Conseil économique et social*）の審議にかけられ、現在の予定では6月の議会に付議されるものとみられています。

さて本題にもどって退職年金受給年齢の実質的引下げ問題ですが、この問題に対する当事者の態度に触れてみましょう。

経営者側の態度は、例えばCNP F（フランス全国経営者連盟）の発言からも推測されるように、基本的には政府の方針に一致しています。いうまでもなくこの措置には低成長経済下の雇用・失業政策が結びついており、老齢労働力の早期引退を促進するということは経営側にとって一つのメリットをもっているからです。しかしながらこの措置に必要とされる費用負担の問題については、企業の社会的負担は今や限界にきているので、この措置は新たな費用負担を企業に課すことなく、公費なりあるいは他の社会的改善を犠牲にして行なわれる

べきであるとしています。

ところで労働組合側の態度ですが、退職年金受給年齢を実質的に引き下げるべきであるというのは、実はこの数年来、労働組合が主張してきた事項であるわけです。ですから労側組合側としてもこれに反対する理由はないわけですが、主張の根拠は政府のそれとかなり違っています。つまり労働組合側は60歳で賃金の25%、65歳で50%という現在の年金給付水準はあまりにも低すぎるので、60歳で50%として老後生活の改善を図るべきであるという、社会的改善の主張であったわけです。ところが政府は年来の労働組合側の主張をうまく利用して、低成長経済下の雇用政策に結びつけ、これを経済政策に転換させたわけです。日本の場合ですと、政府が経営者側を説得するためにこのような理由づけをするということがあるかも知れません。しかしフランスの雇用・失業問題の現状は政府に対して相当にきびしいものを要求しているようすし、本気のように思われます。

そのようなわけですから、労働組合側としては反対ではありませんが、この問題について政府にイニシアティブを取られた形になり、むしろ労働組合勢力のなかに混乱や意見の違いが生じてきている有様です。

C G T（労働総同盟）は比較的現実的態度をとり、政府の方針どおり肉体労働者にこの措置を実施することを要求していますが、77年からはこの措置がすべての労働者に拡大されることを求めています。

これに対してC F D T（フランス民主労働者同盟）は政府の方針にきびしく、やや理念的にとらえているところが見受けられます。つまり60歳年金制をここ1年内にすべての労働者に適用し、さらに60歳で年金額を賃金の80%にすべきであるというわけです。

C G T - F O（労働者の力）は問題に対してもっとも楽観的で、政府の措置を傍観しているといった具合で、年金を含めた社会保障の財政問題がきびしい状況にあるため、それとの関連に注目している程度です。

このようなわけで、基本的には政府、労使双方ともにこの問題をすすめて行

くということについては一致するところがみられるわけですから、その実現にはさほど障害がないように思われますが、実際は必ずしもそうではないようです。というのは、この問題に対してはさまざまな反響がみられ、多くの批判や問題提起が行なわれているからです。また付随する困難な問題もみられます。

例えば基本的な問題点の指摘としては、政府のこの問題に対する考え方に疑問を投げかけているものがあります。つまり年金制度の改善はもともと社会的配慮をもって取り組まれるべき社会政策の領域に属するものであって、これを雇用・失業問題に結びつけた経済政策として採用することは間違っているというわけです。政府の措置にみられる限界やそこにみられる障害はすべてこのような筋ちがいの政策態度から当然に生じてくるというわけです。

現実的な指摘としては、すでに年金の受給を開始している者のことをいったいどうするのかとか、拠出期間が短かく年金額がとるに足りない者の老後保障をどうするのかといった指摘があり、これらの問題が解決されないかぎりフランス社会における不公平はなんにも解消できないというわけです。

もっとも滑稽に思えるのはCGC（上級職員総同盟）の態度です。労働組合勢力のなかにあってこのCGCだけは政府の方針に反対の態度をとっています。上級職員の場合は60歳で退職する例がきわめて少いからのようです。彼等はすでに年金制度によって高い水準の年金給付を保障されており、その上さらに協約年金制度によるきわめて高い水準の老後保障を確保しています。つまり不公平をつくり出している高い方の地位にあるわけです。そこでCGCは、低い地位に置かれた肉体労働者のための特別の制度を設け、労使双方の拠出によってその財源を確保し、60～65歳の高齢労働者の老後保障問題を徐々に解決して行くべきであるとしています。

さて、私見によれば、肉体労働者を対象とする年金受給年齢の実質的引下げという政府の今回の措置がフランス社会における老後生活の不公平をどの程度解消できるかについてはきわめて悲観的です。

なぜならば、第1に、問題となっている不公平は年金制度の分立と各年金制

度間の給付水準の格差から由来するもので、この格差を除去しないかぎり、老後生活の不公平はその多くを解消することが期待できないからです。

第2に、すでにちょっと触れましたが低額年金受給者の問題があります。拠出期間が短いためにきわめて低額の年金給付しか受けられない老人たちにとっては、年金の受給開始が60歳になろうと65歳になろうと、その年金額にはほとんど変化がないわけです（額面どおり現行制度のもとで完全年金を受給するためには拠出期間37.5年を要します）。全国老齢年金保険金庫のPavard氏によると、年金受給者総数の約40%に当たる350万人が最低年金額（月額600フラン）程度の年金しか受給していないということです。75年10月現在の最低賃金（SMIC）が時間当たり7.71フラン、月額で1,424フランですから、この最低年金額はその42%にしかありません。これらの低額年金受給者にとっては、政府の不公平解消策はほとんど無意味です。

第3に、まったく年金を受給していない老人層の問題があります。無収入か低収入、あるいは無資産の老人の場合には上記最低年金額の保障があります。しかし家を持っていたり財産があるとこれとても受給できず、このような老人層がかなりいます。われわれ日本人がパリで生活してみるとよくその現実の一端を見せつけられるものです。というのはわれわれがこちらでアパートなり下宿なりを探してみると家主に一人暮らしの老婦人が多いことは誰でもが経験することですが、これらの老人たちは老後を年金に頼ることができず、他人に部屋を貸して生計をたてているわけです。このような老人層にとっても、もちろん政府の今回の措置は無関係です。

今のところ政府が議会への提出手続きをとった法案の中味がどのようなものか不明で、政府がどのような具体策をもっているのか知りませんが、これらいくつもの問題をかかえながら、はたしてフランス社会の不公平を解消できるのかどうかはなはだ疑問です。

さて、年金受給年齢の実質的引下げの問題を若干ご紹介しましたが、今のところフランスではこのほかにいくつかの社会保障問題が出ております。疾病保険

についてみると、第三者支払方式（日本でいう現物給付方式）を導入する問題や医師団体との間の医療料金協定問題（71年の全国協定が2月末に参事院の判決により無効とされたため、協定のやり直し）があり、社会保障全般については財政の赤字とその対策、とくに保険料の引上げ問題などがあります。いずれ機会がありましたらまたご紹介しましょう。（75年12月）



## 社会保障こぼれ話

### 鉄道員の給付制度

（アメリカ）

アメリカ合衆国には、連邦法による老齢・遺族・廃疾保険や、州法による失業保険と一部の州が州法で実施する一時的労働不能給付の制度が実施されている。鉄道員には、特殊な勤務を考慮して、別にそれらの制度が実施されている。

1975年12月、鉄道員の老齢・遺族・廃疾給付制度では、119万人が給付を受給しており、これは前年より約6万人増えていた。給付別にみれば、同月末の状況では、約37万人が老齢年金を受給しており、その平均は月額339ドルで、約10万人が廃疾年金を受給し、その平均は313ドルであった。また、約15万人が補足的年金（平均60ドル）を、約23万人が配偶者（妻）の給付（平均157ドル）を受給していた。受給者の増加について付言すれば、増えた人びとのうち、大部分の人びとは2年前に改正された受給資格の緩和を理由とする。なお、その改正は1974年6月以後の退職者で、勤続30年以上の者には、60歳で完全年金と補足的年金を支給することを定めている。さらに、遺族給付では、上述した給付と同一の月末で、約29万人の老齢な寡婦（平均支給額234ドル—以下同）、5,000人の廃疾の寡婦（201ドル）、7,000人の寡婦になった母親（238ドル）、34,000人の子供を養育する寡婦（213ドル）が給付を受給していた。ちなみに、上述した各給付は、新規裁定ではいずれも若干高い。

上述した諸給付の給付費は、1975年12月に28,800万ドルで、その内訳は老齢給付が1.7億ドル（補足的年金の900万ドルを含む）、かれらの妻に対す

37 頁からつづく

る給付が3,700万ドル、遺族給付が8,100万ドルであった。

ちなみに、12月中の新規裁定の状況では、8,000人の新規受給が記録されている。その内訳は被保険者への給付が2,600人で、そのうち2,100人が老齢給付（給付の平均月額429ドル—以下同）を、残りが廃疾給付（375ドル）であった。補足的給付は1,700人（41ドル）で、配偶者への給付は2,300人（175ドル）であった。また、遺族給付は1,400件の支給が認められていた。

同年12月の失業・疾病給付では、59,000人（対前月12%増）に合計2,160万ドル（22%増）の給付が支払われた。そのうち、失業給付は39,800人に1,400万ドルが支払われ、給付を支給した平均日数は7.7日（前月7.1日）であった。疾病給付は19,500人に770万ドルが支払われた。約19,100人は正常な給付を、また残りが期間を延長された給付を受給しており、100人は両方の給付を受給していた。疾病給付を受給した原因は骨折以外の傷害（19%）が最も多く、骨折（10%）と虚血心臓疾患（9%）が続いていた。傷病別で前月より最も急激に増加したのはインフルエンザ（20%増）であった。受給者の職種別では、最も多いのは工場の技能工であった。また、受給者の平均年齢は50歳で、性別では、女子が10%含まれていた。

U.S. Railroad Retirement Board, Monthly Benefit Statistics,  
No.12-1975, Chicago, March 1976.

（平石長久 社会保障研究所）

## 編 集 後 記

今年も桜の季節になった。この花に、人びとの心は和むようである。柔らかい春の陽差しに映えるこの花が、人びとの心を明るくするのも知れない。もっとも、この花は夜の灯でも美しい。また、「花は桜木、人は武士」といわれるが、散りぎわのあざざりしているこの花は、日本人の心情に合うのだろう。北面の武士として武藝に秀でていたのに、武士を捨てて諸国を放浪した西行は、「花の下にて春死なん」と詠い、希み通りに「如月の望月の頃」に73歳の生涯を終えた。かれもこよなく桜を愛したのだろう。それはともかく、歌を始めてから、すでに30年以上も経っているが、桜をほとんど詠んでいない。歌詠みにあるまじきことといえるかも知れない。

（平石）

---

## 海外社会保障情報 No. 33

昭和51年3月25日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞が関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社

---