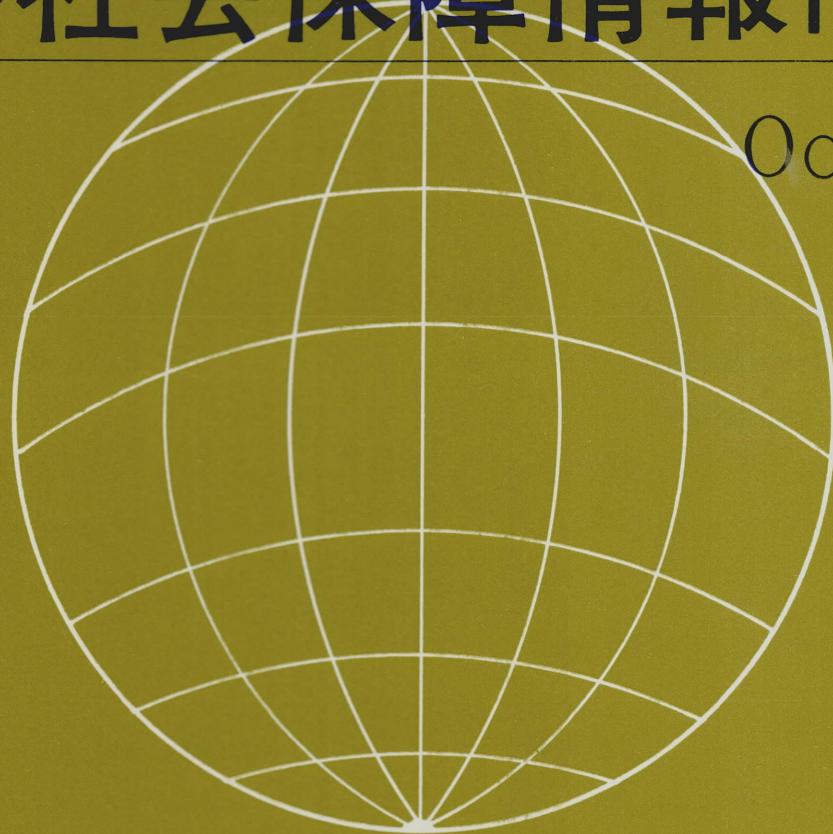


海外社会保障情報 No. 35

OCT. 1976



社会保障研究所

保健関係マンパワーの 法案成立か

(アメリカ)

医師およびその他の保健関係マンパワーの不足ならびに偏在の問題は、世界的な課題であり、GNP第一位のアメリカにおいても例外ではない。事実、保健関係マンパワーの絶対数の不足に加えて、地域による関係者の偏在が、アメリカでも大きな問題になっている。

アメリカにおける医師の人口対比は、北東部および西部において非常に高く、南部および北中央部の各州では全く低い。だが首都圏における医師の人口対比は、郡部におけるそれよりも2倍以上になっているといわれている。

保健関係マンパワーにかかわる別の主要な問題として、さらに医師の専門分野による偏在の問題がある。アメリカでは、外科医師および他の高度な専門分野の医師数が多いわりに、家庭医および一般の内科医ならびに小児科医の不足が目立っている。これらの分野をプライマリ・ケアと呼ぶようであるが、アメリカでは医師の地域的偏在同様、専門別偏在の問題は、過去20年間に悪化してきており、プライマリ・ケアの分野には、あまりにも医師が少なく、一方、非プライマリ・ケアの分野には、あまりにも医師が多い。

これも医師不足に係る問題として、外国人医師の合衆国滞在の問題がある。外国の医学校の卒業生は、合衆国内の医学教育と同じ程度の訓練を受けているか否かについて、一般に危惧の念をいだかれている。

これまでの10年間で連邦政府は、保健関係マンパワー・プログラムに約35億ドルを支出してきたが、これらの諸問題は改善されるどころか、悪化する一方であり、連邦のより強力な打開策が、とみに要望されている。しかしながら、連邦の総需要抑制・連邦支出の縮小の基本路線に沿って、保健関係マンパワー

プログラムにのみ膨大な経費をかけるわけにいかない。昨年成立した保健関係マンパワー・プログラムである「医療看護訓練法」は、その経費の膨大さのために、大統領の拒否権が発動され、さらに連邦議会がその拒否権を無効として成立させたこと等、膨大な経費を伴う法案の成立は難航をきわめたことは、まだ記憶に新しい。

保健関係マンパワーの問題ならびに背景は、わが国の場合と酷似しており、アメリカの対策には見習うべきものも多々ある。

議会の動き

以上のような保健関係マンパワーの問題に対処するための総合的な法律を成立させようとする連邦議会の企画は、1974年から始まっている。当時下院は、指定された医療の不足地域での勤務の義務を遂行しない医学校卒業生に、連邦の就学補助の返済を義務づける法案を通過させていた。これに対し上院では、医療の供給が貧しい地域での勤務を、卒業生全体に義務づけない医学校に対し、その学生への補助を打切るというケネディ上院議員の提案を拒否し、別のアプローチをとった。つまり、1974年の上院通過法案となったものは、スカラシップをうけることを引かえに、卒業後医療の不足地域で勤務する条件に同意する第1学年の学生に、就学補助の提供を医学校に義務づけるという共和党の提案を採用したものであった。しかしながら、これらの法案は、第93連邦議会の末期の両院協議会で折合いがつかぬまま、会期末となってしまっている。したがって、現行のほとんどの保健関係マンパワー・プログラムは、1974年の中頃で効力が満了するために、それを引続き延長することに決議されてきている。

その後、昨年7月に下院は、前年に成立しなかった法案とほぼ同じような内容の法案を再び通過させ、現在上院の関係立法に関する審議活動をまわっている。

かくして保健関係マンパワーに関するこの法案は、今議会で制定される重要立法の1つと目されている。現在上院の労働・公的福祉委員会が準備している法案は、多くの関係行政機関の勧告に基づいた方法であり、保健専門職の養成・訓練についての連邦補助を改正するものである。

法案の概要は、国内の医学校および他の保健訓練施設に対する連邦補助の継続、学生に対する援助プログラムの拡充、ならびに新規の医療不足地域と指定される場所における訓練プログラムの援助のために、1977-80会計年度に、全額27億ドルを充てるものである。連邦補助をうける代りに、医学校は、保健専門職の分配が地理的に偏っているような場合に、問題としてこれを提起することを義務づけられる。主要な規定は、医療の不足している地域に、卒業後、少なくとも2年間の勤務を義務づけるスカラシップをうける学生の割合を増加させる義務を、医学校に規定していることである。この規定に応じない医学校は、学生1人当りの基本的な医学校に対する連邦補助を失なうことになる。この点に対応する下院法案の規定は、全ての医学生に対し、卒業後の一定期間を医療の不足地域での勤務を拒否する者に、1人当りの基本的な連邦補助の返済を学校に対して行うことを義務づけている。

以上のように上下両院で準備した法案には、多少の差異があるものの、案外容易に妥協点が求められ、成立の運びになるものと期待されている。

上院法案の主要規定

(1) 学生への援助

法案は、連邦の保健関係学生に対するスカラシップの受給資格を、2つのタイプに限定した。すなわち、卒業後の勤務の義務に応じようとする者、およびとくに経済的困窮にある者である。これまでの保健専門職の学生に対する一般的なスカラシップ・プログラムは、これによって終了することになる。

新しいスカラシップ・プログラムは、当初、国家保健サービス隊(National Health Service Corps)を拡充して使用されることになる。国家保健サービス隊とは、保健専門職の不足している医療の貧困地域に、隊員である医師および歯科医師を割当てするための連邦補助プログラムであり、「1972年緊急保健職員改正法」によって組織されたものである。現在約375人の医師ならびに約85人の歯科医師が、同隊に勤務している。国家保健サービス隊は、限定された規模のために、保健関係専門職の地理的偏在問題の抜本対策にな

っていないという批判がある。

新規のスカラシップは、まず隊員の増員のために、卒業後隊員となる医学生の授業料および他の必要な教育費をカバーし、年に4,800ドルまでの給料をも提供することを規定している。スカラシップの返済については、スカラシップをうけた1年につき、隊での勤務1年に服さなければならない。現行法に基づき保健・教育・福祉省は、保健関係マンパワーが不足している地域の実務に隊員を分配できるが、新規では、隊の使命を拡充し、同省が、医師を集めることが困難な病院に勤務させるために医師を送りこむことが認められている。

また法案は、勤務の義務を怠る学生に対して強い罰則を設けている。つまり彼等は、スカラシップ・プログラムに基づきうけた補助額の3倍とその利子分とを返済しなければならないことになる。しかし、この罰則は、補助の返済義務の強化というよりは、むしろ保健関係専門職の地理的偏在解決の強化という意味が強い。

下院通過法案の関連規定は、勤務の義務を怠る者に対する補助額の2倍を返済しなければならないという罰則をのぞいて、他は同じ様なものであった。

下院法案に含まれていない第2のスカラシップ・プログラムは、小数種族と低所得世帯の学生を援助するものである。このスカラシップの額は、国家保健サービス隊のプログラムと同じであり、1978年に発効する予定である。

なお法案は学生に対する貸付も規定している。これは保健関係学生に対する定期の連邦貸付プログラムを継続するものであるが、提供される貸付額を増額しないで、年最高貸付額を授業料プラス2,500ドルとするものである。新しい点は、学生に対する私的貸付の保証を認めていることである。政府は医学生、歯科医学生、獣医学生、公衆衛生のおよび足治療の学生に対する年1万ドルまでの私的貸付、および検眼ならびに薬学の学生に対する年7,500ドルまでの私的貸付の返済を保証する。他の連邦プログラムに基づく医学生への保証貸付の平均は、2,000ドル以下であり、医学教育の経費の上昇ぶりを考慮に入れると、非現実的な低い額である。

(2) 国家保健サービス隊との関係

隊の補助に対する受給資格の拡充に加えて、別の改革も規定されている。1つの主要な改正は、地域社会が、隊員のための施設を設立するのを助成するために、75,000ドルまでの無利子の貸付を保健・教育・福祉省が行うことを認めたことである。同時に、法案は、保健・教育・福祉省が若干の地域社会に、隊員の俸給経費およびその他の経費を負担させるのを義務づけることを認めるものである。

だが上院法案は、勤務の義務期間を完了した後も、医療の不足地域に止まる隊員に対するボーナスを認めるという下院通過規定を含むものではなかった。

(3) 医学校に対する援助

医学校に対する援助の規定は、法案の中核をなしており、これは、医師の地域的偏在解消のための措置を講ずる医学校にのみ、基本的な連邦補助を与えるものである。基本的な連邦の学生1人当り補助は、1980会計年度までの2,000ドルを目途に、1978会計年度は1,800ドルとする。

保健関係専門職の地理的偏在に対処するために、1978-79学年に医学校は、学生の25%に卒業後の勤務を義務づける国家保健サービス隊のスカラシップを適用しなければならない(第4学年生をのぞく)。翌年にはこの割合は30%に引上げられ、1980年までに35%に引上げられることになる。

これらの諸規定の他、法案には特別なプロジェクトに対する補助、免許基準に関し州法の改正規定、外国人医師に関する規定、ならびに地域駐在員の割当等に関する規定が含まれている。

Congressional Quarterly Weekly Report, June 5, 1976.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

児童給付制度案をめぐる論争

(イギリス)

保守党の社会サービス担当スポークスマンである、パトリック・ジェンキンズ氏は、昨夜、政府の児童給付制度案に関する新しい情報を暴露した。同氏によると、「政府は国民に対し、同制度を完全実施すれば4.5%を上限とする賃金抑制政策についての交渉を始める前に所得税の児童控除を廃止することになる、と宣伝する用意をしていた」という。

政府は、新賃金政策にとって重大な時期に当って、本制度案実施に伴い手取り賃金が減ることが完全実施をしない主たる理由だ、とのべている。その代案として、現行の税の児童控除を改訂せずに、来年4月からすべての第1子には1ポンドの給付を支給することを提案している。

しかし、ジェンキンズ氏によると、「もし同氏が入手した情報がうまく活用されていたなら、完全実施できたかもしれない」という。

当時の社会サービス相バーバラ・カースル女史は、賃金交渉当事者に対し児童給付制度案が手取り賃金に及ぼす影響を明らかにし、同案実施のために国庫支出を増やす努力をすべきであった。

ジェンキンズ氏は、9月に公表される筈のリーフレットの写しを入手していることを明らかにした。その内容は、新給付の申請方法について書かれたものであり、とくに、来年4月から始めて給付をうけられる300万の第1子または1人の子をもつ親たちを対象としている。

このリーフレットの“はしがき”には、「1977年4月から、児童給付という新しい社会保障給付が家族手当と児童暫定給付に代ることになります。普通、この給付は児童の母親に支給されます。もし、あなた又はあなたの夫が11歳未

満の子についての所得税控除をうけている場合には、同時にその税控除はなくなります。11歳以上の子に対する税控除は引下げられます」とある。

このリーフレットでは、はっきり、児童給付制度の完全実施を予定して書かれているが、政府は本制度実施について変心した態度を今のところ撤回していない。

その代り、税の児童控除は現行通りであり新給付の支給額を示した「お知らせ」とリーフレットが9月には郵便局に配布されよう。

政府が児童給付制度の後退を発表して以来、完全実施をしない理由としての国庫支出をめぐる議論に戻った。

“タイムズ”紙が6月28日に発表した、なんら追加財源を要せず、又は標準税率納税家庭を不利にしないで完全実施する方法については、政府はいつもの沈黙を守っている。

ジェンキンス氏は、昨夜、“タイムズ”方式は正しいとし、「完全実施の適切な方途は、大部分の家庭に対する給付は低額とし、新制度により不利となる片親家庭や多子家庭には割増しをつけることだ」とのべている。

しかし、氏は付言して「高い税金を納めている家庭が不利とならないよう、若干の児童控除は据置かねばなるまい」と。

“タイムズ”方式には全国片親家庭協議会も賛意を表しており、「政府の修正案は後退であり、この児童給付法が単に家族手当の名称変更にとまるとすれば、乱用をまぬがれまい」とのべている。

同協議会によると、「修正案はへたな妥協案で、あらゆるこの種の妥協案と同様に、いかに美辞麗句を並べても失敗に終ろう」とする。

児童貧困対策集団(CPAG)のフランクフィールド事務局長(“ニューソサエティ”誌の論文「政府はどのようにして児童給付制度案に対する態度を変えたか」のなかで内閣の覚え書を引用して)は、タイムズ方式を歓迎している。曰く、「タイムズ方式は、国庫支出という“鉄のコルセット”といえども、改革の途を妨げるために用いられない」と。

カーズル女史は、昨夜、ジェンキンス氏の主張を否定して、「児童給付制度案の全面実施にはもっと努力しえた。リーフレットはみたことがないが、児童控除の手取り賃金に及ばず影響は理解されていた筈だ。なぜなら、下院の審議で数回討議されたからだ」とのべている。

カーズル女史が国庫支出を増やすためにもっと努力しえたという論拠は、昨日の追加支出削減声明により反証される。彼女は、完全実施するに十分な国庫予備費はあると請けあっていたのである。

The Times, June 28, 1976.

(田中 寿 国立国会図書館)



公的福祉の全国円卓会議

(アメリカ)

昨年12月半ば、アメリカでは公的福祉に関する全国円卓会議がニューオーリンズで開催された。そこでは、これからの公的福祉のあり方をめぐって意見の一致と対立が浮き彫りにされたが、主な論点は所得維持、健康保険の連邦制度化、福祉サービスの普遍主義化、現行所得分配および再分配に関する評価と改革の方向等についてのものであったようである。会議の内容は、雑誌『公的福祉』(1976年春季号)に特集され、討議内容の概要報告と福祉改革(welfare reform)をめぐる争点が編集部によってまとめられ、又、レポーターのうちからW. J. Cohen, A. Kahn, E. M. Burnsの3人の報告内容が掲載されている。

本稿では、編集部のまとめによる会議の「報告」と「福祉改革」をめぐる論点について以下紹介する。

I 会議の概要

編集部の報告によると、会議を風靡していたのは1つの“新しい現実主義”、すなわち実用主義的観点であるようだ。この汚名的呼び名は近頃とみに使われている擁護的意味合いのものではなく、最近の不況、予算のしめつけ、福祉関連制度の実施といった現実的経験を通じてやむをえず生じた副産物である。だから、会議に出席した社会政策のリーダー達は、福祉システムに関して合理的で進歩的な刷新を希望しつつ、結局はここしばらく新しい資金を投入することは不可能と判断した模様である。その結果、既存の資源をよりよく運営し、調整することで当面の利益を得るより仕方がないという認識に達した。したがって、

レポーター達は、雇用、所得維持、ヘルス・ケア、ソーシャル・サービスの範囲内で国民的課題を提出し、それらの支持を増大させようとした。このことは、制度の新設ないし財源の要求を行うことではなく、現行制度の注意深い点検を必要としたのである。さらにレポーター達は、政策が期待しながらその期待に応えられないでいる哲学的問題についても疑問を提出した。すなわち、“その目標は現実的だったのか？”“行政決定や政治的、経済的要因は制度の実施面にどんな変化を及ぼしたのか？”これらの要因は長期見通しや好結果にあるプログラムにどのような影響を齎しているのか？”といった問いである。

現行制度の点検

社会保障：Ball（前社会保障行政庁長官）によると、現行の社会保障システムは、貧困予防策として十分対応しているが、このままだと財政的に破産するのではないかという批判の声をよく聞くという。しかしBallは、急激なインフレや失業はこのプログラムの財政的基礎に不均衡を齎していることを認めつつ、社会保障プログラムを批判する見解に強く反対し、当面抛出増の施策によって制度を維持するよう発言した。

食糧スタンプ：Hoagland（議会予算局経済専門家）の説明によると、食糧スタンプの支給によって浮いた所得は、住居、衣料、その他の必需品の増大をカバーするために使われているという。ただし、このプログラムの目的は、栄養の強調にあるのか所得補足にあるのか不明であるため、今後は目標の明確化とそれに適った政策をたてるべきだというのが、報告者の一致した意見である。

補足的保障所得（SSI）：1972年に最終的に廃案となったニクソンの家族扶助案（FAP）が形を変えて1974年1月より連邦扶助プログラムとして実施されたのがSSIだが、このプログラムの失敗は、本会議出席の福祉リーダー達にとって最も憂慮すべき問題の1つである。Cardwell（Social Security Commissionery）は、州、連邦のいずれにおいても、資産調査の伴うプログラムを運営することは、行政効率および費用の節約という面からみても、期待

したほどのものを得られなかったし、又、対象者の尊厳と給付をいまだに交換させているため、基本的には実施困難であると強調した。しかしCardwellは、SSIは維持さるべきであるという。それは従来の制度より平均的受給者の給付額は高くなっているのだから、単に所得維持改革や国民健康保険案の中で、州プログラムの連邦への変更を評価すべきではないと結論づけた。

ヘルス・ケア：Burns（経済学者）は、1965年以降のヘルス・ケア・プログラムの展開を概説し、適切で実行可能な国民健康保険ないしヘルス・サービスシステムにとっての基本点を指摘し、さらに、新しいプログラムを運営する前には十分な準備期間の必要なことを強調した。

ソーシャル・サービス：70年代に入ると適切なケアの問題が議論され始めたが、Winston（元アメリカ公的福祉協会会長）は、施設ケアに対立するものとして、コミュニティにおけるサービスの提供が急速に進んでいると述べた。この変化は特別なニーズをもつ人々に対する社会的理解やより人間的なケアを必要としてきた現われである。だから、この事態は社会の態度変容を支持するサービスの展開を即座に要求しているのだと強調した。

Kahn（コロンビア大学教授）によると、一定の限界はありながらもTitle XXのソーシャル・サービス立法は、全市民を対象とした対パーソナルサービスを保証するシステムに向って、国民を動員する可能性を含んでいるので、上記の挑戦に答え得るものだと云う。

福祉改革（welfare reform）：点検を目的としているように、国のムードがより保守的傾向をおびた妥協の時期にある時、全国レベルのプログラム計画は可能であるのかと疑問視しているのはRoutledge（全国都市同盟、政策分析室長）である。一方、Nathan（ブルッキングス研究所 主任研究員）は、福祉改革の提案者は確かに政治風土を考慮しなければならないだろうが、しかしもし改革論議が進められるなら、事態は悪化するであろうと主張した。

内容の管理（Quality control）：報告者の中には、“削減と統制”の哲学があまりに強いと、折角始められた政府による責任と内容の管理という価値

ある努力が否定されてしまうと強調する者もいた。つまり費用を管理するために作られた官僚制の中で行政責任と行政管理を一段と強めることは、人の確保と財源の双方からみて今では極度に高価になってきたと忠告する。

費用管理の問題について一層刺激的な意見を提出したのはPiven（『貧困者の規制』の共著者）である。彼女は児童扶養家族扶助（AFDC）プログラムの行政政策を、“効率的方策とみせかけた抑圧的手段”と呼んでいる。それは“不適格”なケースには実質的な罰金システムを導入し、適格者には新たな受給制限の下で、給付の引上げを行ったのだとする。しかし結果は、“おどしとはずかしめによって扶助の申請を思いとどまらせるためのキャンペーンがなされ、福祉は逆行したのだ”と彼女は告発した。

結論（一致と不一致）

本会議で社会福祉のリーダー達は3つの基本原則を確認した。つまり、

(1)国民の経済的、社会的構造は全ての人に雇用の機会を提供する施策に基づいていなければならない、それは十分な所得維持システムとも密着したものでなければならない。

(2)包括的で良質のヘルス・ケアが所得、年齢、その他の原因に関係なく全ての人々に確保されなければならない。

(3)全ての所得水準にある市民に、対パーソナル・サービスを保障するシステムが現代社会を繁栄させるために必要な機能であることを認識しなければならない。

これらの原則を政策や実践にどのように具体化するかについて、報告者から異なった意見が出された。あるグループは妥協的にとりくむ必要のあることを強調し、他のグループは長期的目標に基づいた修正的な累加方法（incremental approach）を支持し、さらにわずかだが、“全か無か”の発想で議論した者もいた。政策リーダー達は、哲学を示しながら長期プランに固有な累加的改善策を要求した。これは特にBurns, Kahn, Nathan, Cohenの提言にみるものが

できる。

最も一致のみられなかった問題は、合理的、行政的に健全でかつ十分な所得維持システムの実施を目的とした福祉改革についてである。この問題に関しては、Piven, Nathan, Townsend の3人の論者から異なった見解が提出された。なお、福祉改革の問題については、本会議開催時、すでに翌年の大統領指名候補者によって舌戦がくり広げられていたので、多くの発表者はそこへ飛びこむのをいやがっていた。

II 福祉改革のすすめ方をめぐって

ジョンソン大統領の“貧困戦争”以来、福祉構造の変化を目的とした福祉改革の問題は国民的課題であったが、いざどのように“改革”するかとなると、それは報告者のパースペクティブによって異なった結果を生んだ。

本会議で不一致の最も激しかった点は、合理的な所得維持システムに係わる福祉改革の問題であった。この所得分配の問題は政治信条によってかなりの食い違いをみせている。すなわち、保守派は政府の介入が少ないほど国民は最良の状態におかれると信じる。だから、福祉システムにおける公的福祉の役割は軽減され、給付も制限的であるべきだとする。これに対しリベラルは連邦政府による支持の増加、サービスの拡大、雇用機会の増大を期待する。他方、急進派は個人の生活の良し悪しは、社会、経済条件の壁を破ることによって決まると信じ、大企業の富の集中傾向と経済システムの修正こそが福祉改革にとって基本だとする。これら3つの政治的立場に影響されて、福祉“改革”も3つの基本的な接近方法が確認されている。すなわち、

1. 福祉構造を包括的に再組織化する方法。

これは補足的プログラムによってすっかり現金給付化する所得維持方策の連邦化である。FAPやその変形施策が入る。本会議報告者ではTownsendが負の所得税を提案して所得維持の再組織化を主張した。

2. 現行福祉構造内で福祉プログラムを選択的に修正する方法。

これは必要に応じてプログラムを加減し、再組織化するもので、累加的方法として知られている。本会議ではNathanの報告がこの観点を主張。

3. 新しい法律によっては変革を期待しない方法。

ただし変革させるために、新しい規制ないしは現行法を選択的に適用することを要求する。本会議発表者ではPivenがこの種の立場から、アメリカには援助を求める人を一段低くみる社会構造上の問題があること、それが福祉システムに反映して貧困者対策の目標と態度の矛盾を生み出しているのだと告発した。

以上福祉改革をめぐる3つの接近方法は、全米円卓会議においても3人の発表者によって一致のみられなかった論点として浮き彫りされたのである。

Observations on the APWA National Round Table
Conference; "What Next for Welfare Reform?"
Public Welfare volume 34, No.2. Spring 1976. p.6 ~ 14.

(萩原清子 長野大学)

社会関係立法審議進む

(西ドイツ)

連邦議会は今会期の社会政策関係立法でいくつかの重要な議案をとりあげている。労相Arendtはこれに関連して、低成長期における社会政策が勤労者の保障に決定的な寄与をし、景気の回復に至らしめることを指摘している。

医薬品市場改正法(Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes)は参議院の同意を得ることになっているが、これは既に現在行なわれている薬局の統一的な販売価格の実際を確保するものである。医療の分野で費用をおさえることを目的として、医薬品の価格を3.4%下げるとは、薬局の間隔を短縮し、新しい卸し商の間隔を定めることで達成できるはずである。もっとも疾病金庫はこの法律によっては、これと同時に薬局の金庫に対する値引きが7%から5%になるため、1.4%の値下げにしかならないだろう。

年金保険については、財政的にゆとりがあって、拠出の引き上げとか年金の削減といった事態はほとんどない、と労相は言明している。景気後退期に年金保険は重い負担を耐えねばならなかったし、それは1976、77年にもひびいている。しかし420億マルクの積立をもち、これは1969年のそれを200億マルクも上回っている。1975年に予言された赤字は現実には生じなかったし、1976年の収入も当初予測されたよりも順調であり、1977年も同じと見こまれる。

議会はまた障害児保護に連邦資金を5,000マルク上げて1億5,000万マルクとすることに同意した。これによりコンテルガン障害児に対する年金を25%上げることになる。議会は野党の提案による障害者スポーツ・センターをハイデルベルクに設ける案を委員会に付託した。野党の主張は、障害者がしばしば孤独におちいるのを、スポーツにより特別に接触をはかるようにし、独立性を与え

るようにするというものである。もっともこの面については十分な科学的根拠は示されていない。

18歳から23歳までの失業中の青年は今後児童手当と家族疾病介護の請求をもつようにするという、連邦児童手当法と年金保険法の改正案が与党から提出された。この法案が特に考慮しているのは、一般教育を終了した後、進学ないし就業できないでいる、18歳の青年である。

Süddeutsche Zeitung, 2. Juli
(安積鋭二 国立国会図書館)

東独の出産休暇、 育児手当法の改正

(東ドイツ)

東ドイツでは5月27日妊娠・出産休暇その他について法律が改正された。その要点は次の通りである。

(妊娠・出産休暇)

強制保険加入の女子は、1子の出産に伴ない、出産前6週間の妊娠休暇と出産後20週間の出産休暇を与えられる。これにより出産休暇は8週間延長される。

多子出産または難産の場合出産休暇は22週間とする。難産の場合の休暇延長は医師の証明を要する。多子出産が難産と同時に生じたときも出産休暇は22週間とする。

出産が予定より早いときは利用しなかった妊娠休暇の期間だけ出産休暇を延長する。出産が予定より長びいたときは妊娠休暇は出産の日まで延長する。

出産後6週間してなお子が入院治療をしているか、または出産休暇中の後期に子の入院治療が始まったときは、母親は出産休暇を中止して、子の介護のため出産休暇の残りの期間を子の入院終了の時から請求することができる。残り

の出産休暇は休暇を中止した時から1年以内にとらねばならない。

(妊娠・出産手当)

出産休暇が8週間延長したのに伴ない、妊娠・出産手当は規定により18週から26週に(多子出産または難産の場合は20週から28週に)延長する。

(出産休暇終了後の2子以上の子をもつ母親に対する育児補助)

強制保険加入の母親は第2子およびそれ以後の子に対する出産休暇の経過後最後に生まれた子が満1歳に達するまで、もしその子を家庭で自ら保育しようと思うなら、有給で労働を免除される。この免除の間社会保険から毎月育児補助を受ける。

育児手当は、母親が労働不能の場合労働不能の第7週から請求できる疾病手当の額だけ支給される。育児補助の月額是完全就業の母親については次の通りである。

2子するとき 300マルク以上

3子以上 350マルク以上

妊娠休暇の始まる時まで部分的に就業していた母親については、上の最低額を按分して支給する。

育児補助を受けている間は社会保険の現物給付の権利は存続する。育児補助の停止に当って労働不能が存続しているときは、育児補助停止の時から労働不能の時と同じく給付が与えられる。

育児補助を受けた期間は、社会保険の年金の給付および算定のための保険義務ある活動の期間とみなす。

(家計費の補助)

満3歳未満の子をもつ母親で、保育所がないためその職業活動の大部分を中止せざるをえなくなった者は、その中止の間に次の子が出生した場合、最後に生まれた子が満1歳に達するまで家計費のための社会保険の補助を毎月200マルク受けることができる。このためには育児手当の請求権の存しないことを要する。職業活動を中止するまで部分的に就業していた母親には、補助は按分し

て支給する。

この補助は子の出生した最初の月から母親が職業活動を再開する時まで、もしくは最後に生まれた子が満1歳に達するまでに、育児施設に入所できる時まで、支給される。

Neues Deutschland, 1. Juni

(安積鋭二 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

年金年齢の引下げ

(スウェーデン)

従来、この国の老齢年金では、標準的な年金年齢が67歳で、63歳からの早期受給と70歳までの受給延期が認められていた。これらの早期受給では、不足の1月当り0.6%ずつの減額か、また、受給延期には、延期した1月当り0.6%ずつの増額が行なわれていた。この老齢年金は改正され、1976年7月1日から、年金年齢は65歳に引下げられ、また、早期受給は60歳から、認められている。ちなみに、受給延期への増額は0.6%を継続されるが、早期受給への減額は0.5%に引下げられた。なお、この改正と同時に、多くの他の改正が行なわれた。

(国民保険公社からの連絡による)

(社会保障研究所 平石長久)

近隣地区レベルでのサービス提供のための組織的方法

(アメリカ)

1960年代半ばから後半にかけての、貧困戦争を中心としたアメリカの社会福祉の激動は、今日なお色んな面で重要な影響を留めているが、地方レベルあるいは近隣地区レベルでの社会的サービスの提供のための組織的方法 (social service delivery) の面からそれを把えなおしてみても、その意義と問題点が幾つか指摘できる。

まず第一に、サービスの利用度を高めるための援助機能 (access function) が専門分化してきたことである。すなわち、情報、助言、送致、フォローアップ、代弁などの援助機能が、地域サービス体系の一部として発展してきたことが指摘できる。しかし、第二に、そうした発展の一方では、アクセス・サービスと直接サービス (direct service) との間の不均衡がみられるようになったことである。60年代後半以降、地域に多数建てられてきた多目的サービス・センターも、従来の断片的サービスを一つの屋根の下に集めた所といった域を出ず、新たにサービスを追加することにならなかった。

第3には、60年代後半以降、クライアントは、サービス利用者 (consumer) と把えられることによって、自分に必要なサービスを自分で自発的に統合して利用する主体であるという前提がおかれてきたことが指摘できる。これは、一面では確かに積極的な意味をもっているが、他面では、自発的に統合できない場合のニーズに対応するための体制、すなわちケース・レベルでのサービスの統合のための方策を欠く結果となった。

第4には、市民参加の促進によって、地域社会の諸機関は、親しみのもてるものとなり、利用しやすくなったことが評価されなければならない。しかし反

面では、幾つかの近隣地区のセンターがソーシャル・アクションの拠点となることによって、問題も生じてきた。というのも、サービスの改良運動の発展は政治的・社会的な変動という領域では、多くのものを達成したが、サービス提供の組織的方法の体系化という面では、ほとんど何の成果も生まなかったからである。

60年代後半から引き継いできた以上のような問題点や課題は、老人福祉サービスの拡大など、新たな変化がみられるようになった70年代半ばの今日的状況のもとで、あらためて次のように問い直されなければならない——「今日における社会的サービス提供のための最善の組織的方法は何か」、と。

サービス提供の組織的方法をめぐるいくつかの課題

第一の課題は、サービスの制度レベルでの統合とケース・レベルでの統合を同時に推進することである。第2期のニクソン政権のもとで、ホワイト・ハウスがイニシアティブをとって行なった二つの制度改革は、主としてサービスの統合化という観点から、サービス提供の組織的方法の改善をはかろうとするものであった。その一つは、連邦特別補助金制度 (special revenue sharing) であり、もう一つは、行政改革 (management reform) であった。前者は、運用面で州の自由裁量の幅を広くした連邦の新たな補助金制度のことであり、これによって財政面での地方分権化を促進し、従来とかく個々ばらばらに展開されてきたサービスや事業を、地方レベルでのニーズの実態に即して統合化しようと企図したものであった。要するにこの制度は、連邦の行なうサービス保障のミニマムを設定し、そのもとでの政策内容の大枠を決め、それに基づいて、州がそれぞれの実情に応じて、独自の方法で効果的かつ効率的なサービスの提供を行なおうとするものであった。

これに対して、後者の行政改革の方は、地方の社会的サービスを担当する行政当局の行政能力を拡充すること (capacity building) によって、サービスの統合化をはかろうとするものであり、具体的には、機構面での統合や計画

面の総合化、およびコンピューターの導入による情報のシステム化などを主な内容としている。

しかし、これらの改革は、現在までのところ、必ずしも十分な成果をおさめていない。その限界の一つは、これらの改革が、制度レベルでのサービスの統合化に偏っていたことである。というのも、真の意味でのサービスの統合化は、制度レベルと同時にケース・レベルでも推し進められなければならないからである。とりわけ近隣地区レベルでのサービス提供の組織的方法を革新していくには、地方一州一連邦といった各レベルでの制度的・政策的なサービスの統合化と、ケース・レベルでのサービスの統合化を調和させていくことが、一つの大きな課題なのである。

第二の課題は、福祉サービス（general-personal social services）としての独自のネットワークを形成していくことである。福祉サービスは、社会化と発達を促進するとともに、適応と社会復帰に役立つことを目的としており、教育、住宅、保健医療、雇用、所得保障などの他の社会的制度の部門には属さない独自の体系を持っているし、また持たなければならない。すなわち、福祉サービスのネットワークを形成していくには、他の部門の諸制度との間に境界を設定していくことが必要である。

しかし、福祉サービスのもう一つの独自の機能として広く認められているのは、情報、助言、送致、代弁などの資源として、他の諸々の部門の社会的制度の利用度を高め、またそれらの間の調整を行なうことである。そしてこの機能は、医療ソーシャルワーク、精神医学ソーシャルワーク、学校ソーシャルワークなどのように、他の社会的制度体系に属している職員によって遂行される場合と、他の制度とは独立のそれ専門の機関や団体を通じて遂行される場合があり、福祉サービスとしてのネットワークを形成していくには、これらのことも考慮に入れておく必要がある。

第三の課題は、サービスの計画過程への住民やサービス利用者の参加を促進することである。近隣地区サービス計画への住民参加は、今日では最早避けて

通ることのできない課題となっている。参加は、サービスの利用度を高め、事業運営の地方分権化を進め、利用者からのフィードバックを促進するだけでなく、利用者の参加の場合、それによって利用者の自立性を高めるといった効果も期待できる。

そこで実際的な問題としては、個々のサービスの背景や目標に適合した参加の方式を、どのように選択するかということが重要となる。機関のもっている権限範囲によって異なることでもあるが、例えば、地方レベルの諸機関が合同して、多くの面でサービス利用者の参加を求め、計画のための委員会をつくっていくことなどが必要である。

第四の課題は、社会的サービスの目標と対象を拡大することである。そもそも社会的サービスが普遍主義に基づいて実施されるか選別主義に基づいて実施されるかは、実際には国の財政のあり方によって大きくは枠づけされる。例えば、州は、サービスによっては、なお厳しいミーンズ・テストを行っている場合もあるし、1974年の社会的サービスに関する改正（いわゆる Title 20）によって、普遍主義的なサービスの実施を推進している場合もある。

この課題を追求していく際にまず必要なことは、社会的サービスの目標をどのように設定するのかという点での合意を達成することである。ニクソン政権第一期の後半に打ち出された目標概念は、最も狭く圧縮されたものであって、例えば福祉サービスのもっている社会化、発達、適応改善、機能向上などの目標を軽視するものであった。社会的サービスが、経済的・身体的に依存性はなくても、諸々の生活機能のレベルがまだ最適のレベルに達していない人々にも、多様に提供されるものであるとするならば、それは、貧困者や重い障害をもっている人々だけに留まらず、それら以外の人々をも対象にしなければならない。

ところで、社会的サービスがこのように普遍的なものになるとすれば、それに要する費用は、合理的な利用料の徴収によってまかなわれてよいだろう。ただ、最近盛んに論じられていることに、社会的サービスに市場メカニズムを導入するという考え方があるが、社会的サービスは、あくまでも市場メカニズム

以外の基準に基づいてサービスの利用が決められるべきである。何故ならば、社会的サービスの利用が望ましいかどうかは、社会的に決定されるべきものだからである。

第五の課題は、サービスの統合化に並行して、ジェネラリストとしてのソーシャル・ワーカーを養成・確保していくことである。アメリカのソーシャル・ワーカーは、これまで、専門職であることに一体感を求めてきたために、ジェネラリストとしての実践という面では大きく立ち遅れてきた。そのために、効果的なサービス提供の組織的方法を実現する能力を欠いてきた。

サービスの統合化は、地方レベルでジェネラリストとして働く職員なしには実現できるものではない。このことを明確にし、そのための適切な教育・訓練の課程を具体化していくことが、今日のソーシャル・ワークにおけるマンパワー政策の基本になるであろう。

Kahn, A. J., Service Delivery at the Neighborhood Level: Experience, Theory, and Fads, Social Service Review (March 1976.) pp.23 - 56.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

病院財政改革法の効果

(西ドイツ)

病院への公的資金の導入と、病院療養費の規制を定めた「病院財政改革法」(KHG)が、1972年7月1日に公布されて以来3年を経過したが、この間のこの法律による効果が連邦政府によって公表された。

病院財政改革法は、(1)公的資金導入の促進と病院運営を保障しうる病院療養費(日額)の原則の確立、(2)各州の病院需要計画に基づく需要に応じた病院制

度の編成、(3)社会的に負担しうる病院療養費設定への寄与、を目的としたものである。以下、政府の報告の概要である。

連邦および州の病院建設費等への支出はつぎのとおりである。これによると、これまでに連邦から28.4億マルク、州から75.8億マルクが支出されたことになる。

	連 邦	州
1973年	10.4億マルク	23.9億マルク
1974年	9.3億マルク	26.5億マルク
1975年	8.7億マルク	25.4億マルク

また、疾病保険から病院療養費として支出されたものはつぎのとおりである。

1973年	117億マルク
1974年	152億マルク
1975年	185億マルク

これによると、疾病保険からは454億マルクが支出され、この期間(3年間)に病院に対して総額558.2億マルクが支払われたことになる。

公的資金の病院への投入は、単に病院財政の安定に役立つばかりでなく、病床の増設、医療技術設備の改善、医療従事者の増員、医療内容の改善などにも寄与している。病院財政改革の最終的目標は、国民の要求に合った医療を確保することであるが、これを全国的に公平に行うことが課題である。地域的な差などを考慮していかにこれを行うか、もっか病院経済保障問題委員会の作業部会で1975年から検討しており、まもなく結論が出る予定である。

ところで疾病保険から病院に支出される額は年々増大しているが、1日当たり病院療養費も、1968年39.60マルク、1972年74.90マルク、1973年88.40マルク、1974年112.50マルクと急テンポで上昇している。こうした費用の増大は主として医療従事者の増加によるものである。これは一面、病院医療水準の向上につながっている。たとえば、表1のとおり、医師1人当たりベッド数、看

護要員1人当たりベッド数はともに減少し、患者1人当たりの医師および看護要員の1日当たり労働時間数はともに増加している。すなわち、1966年に比べ1973年においては、患者1人当たり労働時間数(1日当たり)は、医師の場合27%、看護要員の場合29%増加している。しかし、医療従事者の労働生産性は表2のとおり低下している。この労働生産性の低下に対処しながら、病院医療を改善していくには、とくに人件費を増やしていく方法しかない。だが、疾病保険の財政状況からしてあくまで負担に耐えうるものでなければならない。

病院の看護要員数は、1966年の11万人から1973年には18万人になっているが、労働生産性と労働時間が変わらなかったら、1973年には121,500人で足りたは

表1 医師・看護要員1人当たり病床数、労働時間数

年	全一般病院病床数		大学病院病床数		患者1人に対する1日当たり労働時間数	
	医師1人当たり	看護要員1人当たり	医師1人当たり	看護要員1人当たり	医師1人当たり	看護要員1人当たり
1966	14.0	3.9	6.0	2.6	28.7	104.0
1972	10.2	2.8	4.1	2.0	35.8	128.7
1973	9.9	2.7	3.8	1.9	36.7	134.6

(注)労働時間は、1966年週48時間、1972年43時間、1973年42時間として計算したものである。

(資料)Die Krankenversicherung, März 1976, S.63.

ずである。週48時間から42時間への労働時間の短縮は17,500人の要員を必要とするので、この点を加味すれば139,000人まではやむえなかったが、あとの41,000人については問題がある。もちろん、労働条件の改善のために必要なことであるが、人件費に資源を多く費やせば病院の他の部門にまわすべきものがなくなってしまう。

表2 医師・看護要員の労働生産性の推移

	1966年	1973年	変動率
医師1人当たり診療日数	4,401	3,017	31.5%
看護要員1人当たり診療日数	1,224	826	32.5
医師1人当たり患者数	241	177	22.6
看護要員1人当たり患者数	66.7	48.5	27.3
診療時間当たり診療日数	0.579	0.447	22.8
100診療時間当たり患者数	3.16	2.62	17.1

(注)診療時間は、1966年週48時間、1973年週42時間として計算した。
(資料)表1と同じ。

社会的に負担しうる病院療養費をどのようにきめるかが大きな問題であるが、これをきめる際、まず費用の負担者である疾病金庫の立場が強いものでなければならない。そのために連邦政府および州政府は、従来の病院療養費のきめ方をどのように改善するかを検討している。一方、地区疾病金庫全国連合会は、病院療養費の額は病院と疾病金庫の間で交渉し、もし合意が得られない場合には仲裁機関がこれを裁定することを提案している。しかし、その前に社会的に負担しうる病院療養費とはどのような額であるかをきめる必要がある。これはむずかしい問題であるが、病院によって請求される療養費の額が病院医療サービスの内容を考慮したうえで経済的なものとみなされるかどうかは確定すれば、この問題は負担側の負担能力によってきまる。もし、不経済な病院運営と不必要な病院医療サービスが行われれば、社会的に負担できない。

そこで連邦政府としては、病院における医師および看護要員によるサービスに対する報酬の基準を示すつもりである。遅くとも1978年1月1日より共通的な拘束力のある費用・給付計算の導入が予定されているが、これは病院事業の経済性と経営力にとって重要な意味をもつとともに、同時に病院療養費の社会

的負担の可能性にとっても重要な意味がある。この費用・給付計算は、経営状況を明確にするものである。これによって事業管理が適切に行われ、経営的な諸指標、たとえば経済性の指標、経営力の指標または収益の指標が確定される。ともかく、この共通的な拘束のある費用・給付計算は、遅くとも1976年半ばまでには定められ、病院にとって新しい計算制度が確立される予定である。

Krankenhaus-Bericht der Bundesregierung,

Die Krankenversicherung, März 1976, S.61 - 65.

(石本忠義 健保連)



保健サービスと社会サービスに関する資料集 —1834～現在—

ブリアン・ワトキン編

1

保健サービスの供給、支払体制においても、社会保障制度一般においても、我国ではイギリスを例にとった論議が、良きにつけ悪きにつけ頻繁になされている。ところで、これも繰り返し強調されることではあるが、イギリスの保健サービスや社会保障について論ずる場合に特に留意すべきことは、その歴史的経過と社会的背景、そして資本主義国としての発展段階を踏まえて考察するという点である。このために役立つ研究は、他の国に関するものと比べれば比較的多いのであるが、Poor LawやNational Insurance ActやNational Health Service Actなどの原典を読むことは、特定の研究施設以外では困難である。

イギリス本国においても、事情は似ており、保健サービスや社会サービスの特に行政に携わることを目的に学んでいる学生や、現場の若い人々が、自分たちの仕事の骨格を歴史的に作りあげてきた諸勧告や報告、法律のオリジナルに触れることが今日では困難になっている。こうした問題に対応して編まれたのが本書である。

2

編者は、本書の読者対象として上記の人々をあげているが、日本では決して若い人とどまらずにもっと広範な、社会保障に関心を持つ人々にとって役立つであろうと思われる。

内容は、77の史資料の抜粋および概括であり、それぞれ極めて重要なものばかりである。編者は、「極めて熱心な学生でなくとも」使いこなせるような大きさと価格になるように編集したと述べているが、まさにその通りで、A5版で468

ページ, 5ポンド50セントである。

編者の関心は特に保健サービスと, 保健・社会両サービス部門で働く専門家との2つに向けられていて, 選択された資料もこの2つに関するものが多い。

編者は, 当然のことながら, 本書を手がかりにして, できるだけ原典にさかのぼることを希望しており, そのための刺激を読者に与えることこそ本書の意図するところとしている。

3

本文は10章に分かれていて, それぞれの章に, 編者による概説がつけられており, その章のテーマに関する歴史的流れがつかめるように配慮されている。

第1章は新救貧法 The New Poor Law というタイトルで, 4つの資料が収められ, そこにはチャドウィック, ナッソー・シーニア等による1834年の救貧法行政実施に関する王立委員会報告「Report of the Royal Commission on the Administration and Practical Operation of the Poor Law」や同年の改正救貧法「Poor Law Amendment Act」などが含まれている。

2章は公衆衛生と地域保健サービス Public Health and Community Health Services で, 1842年のチャドウィックによる大ブリテンにおける労働者者層の衛生状態の調査に関する救貧法委員会から, 内務大臣への報告

「Report to Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain」に始まり1974年の中絶法委員会報告＝Lane Report に至る7つの資料が含まれる。

3章は Social Security である。編者はここの概説で, 福祉国家(Welfare State)の定義が恣意的であることを批判している(P.71)。そして, 編者は社会保障をビヴァリッジのように広い意味で使い, 社会福祉と同義の狭い意味には解さないとし, 「保健サービス, 完全雇用の維持, および住居や教育の

提供も同様に含む」ものとしている(P.73)。

この章には1911年のNational Insurance Actから1942年のビヴァリッジ報告を経て, 1970年の老齢年金, 寡婦年金, 付添手当に関するNational Insurance Act まで10篇の資料が含まれる。

4章は保健サービスの供給と機構 Provision and Organization of Health Services である。ここには1920年のDawson Report から1973年の国営保健事業再編法 National Health Service Reorganization Act まで11の資料が含まれ, 全章のうちで最も分量の多い部分である。以前の病院, 一般家庭医, 地方保健当局というタテ割の, いわゆる三柱構造 Tripartite Structure を, 地域単位の統一的行政に改めるといった最近の機構改革について編者は次のように述べている。「最近の再組織化は, 当時から或いはその直後から, 望ましからぬものとみなされていた1946年法の諸特徴のいくつかを改善しようとする試みとみなすことができる」(P.109)。

5章はNHS下の病院管理 Internal Administration of Hospitals under the NHS で, 1954年のBradbeer Report から1973年のDavies Report まで6つの資料が収められている。編者は, 社会学者にとって病院は興味をひく組織であるために, 近年, 病院を対象に研究する社会学者が増えたと述べている。選択した資料は病院組織の理論的モデルを扱ったものではなく, 運営上の困難を少なくすることと, 病院管理にとって満足しうる職務構成をつくりあげることとを扱ったものである(P.179)。

6章は医療・歯科医療専門家 The Medical and Dental Professions で, 7章, 8章とともに職務規定やマン・パワー対策を問題にした資料を集めている。1858年のMedical Act から1972年のHunter Report まで8つ収められている。

7章は看護・助産専門家 The Nursing and Midwifery Professions で, 1902年のMidwives Act から1972年の看護委員会報告(Briggs Report)まで8資料を収めている。

8章は The Paramedical Professions であり、編者は医療や看護から歴史的に分化してきて独立の地位を確立したグループと、医療や看護に内在したものではない「つまらない起源 (humbler origins)」を持つグループに分け、いずれも含んだ広義にパラメディカルという概念を使っている (P. 333)。

1951年の医療補助者に関する委員会報告 Reports of the Committees on Medical Auxiliaries から1973年の各種治療師に関する労働党報告 Report of a Working Party on the Remedial Professions まで4資料を収めている。

9章は Mental Disorder で1844年の精神病に関するロンドン委員会最終報告 Final Report of the Metropolitan Commissioners in Lunacy から1972年のウィットニングム病院調査委員会報告 Report of the Committee of Inquiry into Whittingham Hospital=Payne Report まで、精神衛生に関する比較的多面的な資料を10篇収めている。

10章は社会事業と家庭福祉 Social Work and Family Welfare で、1908年の Children Act から1970年の地方当局社会サービス法 Local Authority Services Act までの9資料を収めている。

全体を通読すると、長い歴史を持ち広範囲に及ぶイギリスの保健サービスと社会保障のアウトラインがつかめるように編まれており、各章の概説も短いながらもまとまっている。大学や研修施設におけるテキストとして適当な資料集であろう。巻末の各章ごとの参考文献と索引も親切である。

Methuen & Co Ltd, 1975, A5, PP. 468+xi

(日野秀逸 大阪大学医学部)



社会保障の発展

——現状と将来の方向——

Czeslaw Jackowiak

(ポーランド)

本稿では、筆者はポーランドの社会保障制度、その動向、および将来の方向を評価し、かつ、それにもとづいて、ある相違点を内包してはいるが、全市民を対象とするある統一されたしかも直接的な社会保障制度の考え方を展開している。被用者は社会保障制度によってカバーされるが、しかし、自営業者と経済活動に従事していない人びとは保険の拠出を支払うであろう。社会扶助は基本的な社会保険の給付と年金を贈り物として提供するであろう。

広範な社会保障を管理するポーランドの法律がもっている基本的な特徴は、きわめて大きな相違点をもっていることであり、それは統一的な法律的概念がなんら存在していないことを証明している。したがって、多数の戦前の法律が依然として実施されており、また、多数の改正を経ているにもかかわらず、時代遅れであり、しかも、現在のニーツと社会主義国における社会政策の基本原則に一致していない。これは混乱をもたらし、この分野における成文化の必要が緊要になってきた。

概念の欠如は現行法令における用語の相違に現われている。これはポーランドにおける戦後の社会保障の発達で示される重要な成果、とくに、制度の範囲にかんする大幅な拡大と給付額の改善について、その価値を決して傷つけてはいない。

1968年にこの年金制度を分析したときに、筆者は年金年齢が適切であるが、しかし、最低期間を超える雇用期間への増額がきわめて少ないということ指摘した。資格条件が満されていることを条件にして、標準的な年齢よりも5年早く退職を認めるように、より弾力的な年金年齢を採用することが提案された。制度の主要な欠点は、その制度が賃金と生計費の変化に対する給付の自動的な調整を含んでいないということである。

基本的な社会保険法は1933年の日付になっている。その法律の時代錯誤は、筋肉労働者と非筋肉労働者の取扱いにかんする差別である。これは1972年に訂正され、不均衡は筋肉労働者の給付を非筋肉労働者の給付水準まで、次第に引上げることによって徐々に克服されている。賃金の100%まで給付を引上げることは、もとより膨大な資金を要求するであろう。それは望ましくない作為的な欠勤も促進するので、労働の規律を改善する手段が必要であろう。

1968年に採用された災害保険は、最も包括的な制度である。多数の雇用傷害は、廃疾給付の受給資格を取得できない些細な結果をもたらし故である。補償は工場などの施設によって提供される。制度をより弾力的にし、かつ、事実上の傷害に対して、より一層よく対応させた給付を提供する必要がある。

家族手当は1947年の法律によって受給を認められるが、その法律は現在の社会政策のもっている基本原則からみれば、もはや時代遅れで、しかも、その基本原則にもはや一致しない。第1子と経済活動に従事していない妻に対する低い給付は、基本的な生計費をカバーしていないし、産前の政策を援助していない。多くの子供を有する世帯に認められた手当が、もはや生計費をカバーしないのは明確である。現在の人口学的なまた経済的な状況に照してみれば、妻と同様に第1子、また、恐らくは第2子に対する手当を廃止し、第3子以上の子供に対する手当を適当に増額することが現実的であると思われる。

保健制度の改善はとくに重要である。1972年に、被用者に対する制度を農民と専門職の労働者に拡大したのは、きわめて高く評価された。適用の拡大は保険拠出の支払いを条件としていない。

最も重大な問題は現金と現物の双方の水準に関する部分である。当然なことながら、それらの金額は国の財源によって決定される。その通りであるとはいっても、社会保障は生産を発展させる必要性と比較して、より低い優先順位をもつ事柄であると考えられるべきではない。労働不能の人びとのニードと雇用から賃金を得ている人びとのニードの間には、ある重要な関係がある。

上述した差別と諸問題のすべては、より一層発達した社会保障への統一された単一の概念を欠いていることを示している。根本的な基本原則は、すべての社会保障制度を統合することでなければならないし、また、適用は全市民に拡げられるべきである。

Stan i kierunki rozwoju zabezpieczenia społecznego,
Praca i zabezpieczenie społeczne, No.1, 1973, pp.12-20 ;
No.3, '74/75.

母 子 検 診

G. Kleedorfer and E. Wolf

(オーストリア)

本稿には、妊婦と新生児の検診が論述されている。一般社会保険法の改正は1974年1月1日から実施されたが、この改正は妊婦と新生児の医学的な検診にかんする規則を定めており、この規則は全国に適用される。検診を定めたこの単一の制度は、危険の決定と測定および幼児死亡率の減少を目的としている。

制度の成功を保証するために、検診をうける女性は多額の出産一時金をうける。この金額は1975年に8,000 シリングと定められている（1974年では1,000 シリング）。

実施される検診の型と各人がうけなければならない所定の期間は、連邦保健・環境保護省の発行する母親と子供の特殊な医療カードに定められている。妊婦は検診を4回うけなければならないことになっており、その時期は妊娠中のそれぞれ16週目、19週か20週目、27週か28週目、および37週か38週目である。

医学的な記録の作成以外に、検診は包括的な血液検査と内臓の検査（心臓、循環器、肺、胃、歯、腹部）を含んでいる。

出生した子供は出生後1週間までの間と、その後の出生後1年間の間に4回の検診をうけなければならない。すべての検診が行なわれた場合には、さらに8,000 シリングの一時金が支払われる。

幼児の検診は、とくに、身長と体重の記録、子供のかかったなんらの病気にかんする母親からの情報の入手、Rh 因子の決定、胃腸病と奇型のチェックなどを含んでいる。所定の定期的なチェックにより発見されたものにもとづいて、医師はさらに実施すべき手段を命ずるかも知れない。

これらの検診はすべて提供される母親もしくはその子供の負担なしで実施される。家族負担均等化法では、公的疾病保険の保険者は、実施されるこれらの検診について責任を負うことになっている。

公的疾病保険制度の保険者は、医療カードに表示された検診の実施を要求される。それらの保険者の義務は被保険者に対するのみならず、被保険者の家族および各地方の金庫によってカバーされた地域の他の居住者にも拡大されている。オーストリア社会保険組合連合とオーストリア医療委員会との間には、疾病保険の

保険者との契約により医師の実施するこれらの検診への協約を定め、また、料金表を定めるために、ある一般的な協約が締結されている。このサービス制度で提供されるすべてのサービスは、適用される一般協約による現行料金表によって支払われるであろう。これらの検診に要する費用のうち3分の2は、家族給付均等化基金によって支払われ、残りの3分の1は公的医療保険の保険者によって支払われる。

Die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen,
Soziale Sicherheit, No.12, 1974, pp.675-678 ; No. 39, '74/75.

年金受給者の購買力保護

Paul Anciaux

(ベルギー)

本稿には、老齢年金受給者の購買力を保護するように工夫された1973年3月28日付の法律について、その主要な規定の分析が論述されている。

筆者は Moniteur belge の1974年1月4日号にこの論文を発表したが、その論述では、かれは退職した賃金取得者の年金を増額する1973年12月27日付の法律を考慮していない。事実上では、その法律は1973年3月23日付の法律に述べられた基本原則となんら異なっていないが、しかし、ある幾つかの点について基本原則を発展させている。

年金は長期的な給付のうち最も代表的なタイプである。

年金額は年金が最初に支払われるときに計算される。年金額は勤続期間の長さだけでなく、勤続期間中に取得した収入にもとづいている。そのような方法

の計算は、年金のうける影響が、年金の受給を認められた以後に発生する通貨の価値の低下によって与えられるだけでないという結果をもたらすことになる。つまり、年金は早い時期に取得した収入の水準も含めているので、受給を認められる日以前に生じた価値の低下も、受給の認定後に支払われる年金に影響を与えるかも知れない。

年金受給者の状況を次第に悪くする多くの要素のうち、2つの要素がとくに重要である。つまり、1つはインフレーションであり、もう1つは国民所得の漸進的な規模の膨張と生活水準の漸進的な改善である。

結局、給付の効率性が保護されるべきであるならば、定期的に給付の再評価されるのを保証する手段が実施されなければならない。筆者は論述の中で、この目的を達成する手段を述べている。筆者はまず1973年12月29日付の法律を、次に筋肉労働者の老齢・遺族年金にかんする1955年5月21日付の法律を、そして、最後に非筋肉労働者の老齢・遺族年金にかんする1957年7月12日付の法律を取上げている。

しかし、ベルギーで現在実施されている被用者の年金制度を直接的に規定しているこれらの法律は、退職者が生活水準の改善でなんらの分け前も受けていないという点では、退職者の利益を保護するのに失敗した。生計費に年金をリンクさせる基本原則は、もはや異論を唱える者がいない。しかし、その基本原則を実施する仕組みのうち、ある幾つかの点が修正されてきた。筆者はこれらについて簡単に論述し、解説をしている。1960年4月12日付の法律では、小売り物価指数に年金をリンクさせるのに用いられる異なった各種の方法が、ある単一の統一的な方法に変えられた。その新しい方法は、指数の水準に生じた2.75%の変化以後に、指数の100を基準として定めた金額の2.5%を刻みとする手段を用いた調整を意図していた。頻繁に行なわれる調整を避けるために、1

月当りの単位で行なう支払い — 丁度年金のように — は、指数が調整を正当なものであるとした水準をそのままに2カ月間維持した後、1カ月後まで調整されるべきでないということが決定された。この法律は1971年8月2日付の法律に取り替えられたが、1971年の法律は社会的給付を含む多数の支払いを消費者物価指数にリンクさせ、指数の段階にもとづいて漸進的な調整を行なった初期の制度を再び採用した。

これらの手段を用いたにもかかわらず、一般的な生活水準の改善を反映させるために、年金を調整する問題には、実質的な解決がなんら見出だせなかった。ある法案の採用に各種の手段が用いられたが、その法案は二重の目的をもっている。つまり、1つは世帯単位で最高90,000フランまで定額による筋肉労働者の年金額を上げるために、7.96%ずつ被用者の年金を増額することであった。もう1つは1973年1月1日からの実施を目指して、雇用されている労働者の平均所得と比較した年金の購買力が、次第に低下するのを予防する手段の採用であった。

この法案は下院と上院の双方で長期間にわたり議論され、最終的には、法案は採択され、1973年3月28日の法律として制定され、公布された。

ほぼ同一時期に、高齢者の保証所得を上げる政令が発表され、さらに、年金受給者に支払われる休日手当を上げる政令が発表された。

当初では、社会的給付の受給者達が、経済活動に従事している人びとの繁栄と購買力の一般的な水準に現われた改善に応じて、自動的に調整された給付をもつという基本原則を是認し、その法律は年金受給者 — および、後では、社会的給付を受給する他の人びと — が発展のもたらす成果のうち、かれらの当然受取る分け前を自動的にうけるであろうということを保証することを意図さ

れていた。

筆者はその新しい制度について多くの考察を行なっているが、最も重要なものは次に示されるとおりである。

- (1) 法律は一般的な福祉の改善に対して年金を自動的に調整する基本原則に法的な権限を与えたが、その法律は完全に自動的な調整を保証する満足な媒体を設けるのに失敗し、また、王がすでに試みた権限を王に委託したにすぎなかった。このように、自動的調整は達成されなかった。しかし、全国労働審議会はその組織が自動的調整の問題について研究を続けるであろうと述べた。
- (2) 王はかれの指示により、年金に適用できる再評価で異なる幾つかの乗率を定めるかも知れない。かれが命令しなければならないのには、なんらの根拠もない。
- (3) 法律は数年前に支給を認められた年金に遡及して対象とすることになっており、それによって影響を与えられるかなりのゆがみを、その法律はもたらしてしまった。すでに支払われている年金の再評価に単一の乗率を適用するのは、年金の算出方法に修正を必要とする影響を大きくするし、また、抛出の算出対象とする収入への影響の範囲と比較すれば、実質的な収入への影響の範囲が大きくなる。

Revue Belge de Sécurité Sociale, No.2, 1974, pp.145-172 ;
No.53, '74/75.

年金受給者の稼得活動

Marcel Bourgeois

(スイス)

本稿には、年金受給者とかれらの稼得活動が論述されている。近年では、老齢・遺族年金制度で定められた年齢に達した人びとが次第に増えており、かれらは稼得活動に従事するのを続けてきた。老齢年金、労働からの所得、および、特殊な例では、退職年金を組合せることにより、多数の年金受給者は所得の合計が退職前に取得した最後の賃金をかなり上まわる所得を手に入れることが可能になっている。多数のこれらの人びとは、財政的な理由のためではなくて、第一義的には、完全に労働を停止して、余りにも不愉快な思いをして労働生活から離脱するのを避けるために、労働を続けてきた。

老齢・遺族年金に対して受給資格を取得するのは無条件である。たとえば、稼得活動を停止することは要求されない。この基本原則は寡婦年金と遺児年金もカバーしている。しかし、スイス全国災害保険基金もしくは軍人保険年金と老齢年金を組合わせる場合には、前者の給付にある減額が行なわれるかも知れない。さらに、退職年齢後に稼得活動に従事する者は、当人の老齢年金に受給延期を要求されるかも知れない。公的な退職基金によって受給を認められた人びとは、同様な規定で管理される。つまり、基本的には、受給者が労働を続ける場合に、これらの年金は減額されない。しかし、スイス全国災害保険基金もしくは軍人年金による年金に同様な受給資格を取得する場合には、減額が規定されている。民間企業の年金基金がもっている大部分の規定は、年金の併給の問題もしくは稼得活動に従事する年金受給者の立場について、なんらの規則も含んでいない。

老齢保険制度に2本目の柱、つまり職業に関連させた年金を採用するのは、年金制度のよりすぐれた統合を正当化すると、筆者は考えている。しかし、そのような調和に対する法的な根拠は欠けている。したがって、被保険者の続ける労働が実質的な収入をかれにもたらす限り、被保険者に老齢年金の受給延期を要求しながら、老齢・遺族保険制度を管理する機関と各保険基金との間で協約が締結されるべきであると、筆者は提案している。

Zur Frage der Erwerbstätigkeit von Rensionierten, Schweizerische Zeitschrift zur Sozialversicherung, 18th year, 1974, pp.26 et seq.; No.54, '74/75.

児童手当の改正

R. Roter

(イスラエル)

本稿には、最近の児童手当改正について、経済政策と社会政策の影響、つまり、貧困の減少と所得分配の検討が論述されている。

中央値に当る所得の半分以下の所得水準、かれらの住居の密集度、および生活環境によって判断すれば、イスラエルの大家族は貧困にとって主要な貯水池になっている。貧困なすべての子供達のうち、75.0%は子供が4人以上の世帯に、また、50.0%は6人以上の世帯に属している。

調査で発見された興味のある1例は、貧困な世帯の子供の90.0%が両親の揃っている正常な世帯に属しており、これらの中の80.0%では、世帯主が稼得活動に雇用されているということである。かれらの低い経済的な水準の基本的な

理由は、所得能力の一時的なもしくは永久的な喪失ではなくて、低賃金が大家族に結びついているのである。イスラエルの社会は、次の方法で経済的に弱い人びとに見苦しくない生活水準を保証しようと努力している。つまり、それらの方法は、

- (a) 子供の人数に比例した税金の控除、
- (b) 国民保険と児童手当、
- (c) 福祉局による現金給付、
- (d) 低所得グループへの生計費手当、
- (e) 保証された最低賃金である。

これらの方法は各種の目的をもっており、それぞれは社会的および経済的な利点と欠点をもっている。1972年10月に、児童手当法の改正が採用されたが、その改正は3つの主要な特徴をもっていた。つまり、それらは(a) 基本的な手当の重要な増額、(b) 課税対象とする所得に手当を含めることによって実現しようとするより一層適正かつ累進的な給付、(c) 使用者の代りに社会保険により直接に提供される第3子への手当の支払いである。

その改正は成人1人当り月額約130イスラエル・ポンドの所得を保証し、それは1972/73年に中央値に当る所得の3分の1に相当していた。小人数の世帯は平均的な所得についてかれらの相対的な立場を維持したが、3人、4人、もしくはそれ以上の子供を有する世帯は、かれらの状態を半分ずつ改善された。

この改正のお蔭で、低所得の世帯(すべての大家族世帯の40.0%に当る)は、完全な税金控除を享受し、手当を全額受給しているが、新しい児童手当のうち一部を受給するより裕福な世帯は、僅かに高い純手当分だけを得るにすぎないだろう。

大家族に対する純手当の増額に加えて、その改正は貧困のギャップを従来の大きさの約3分の1縮め、6人以上の子供を有する世帯では、その縮小は約3

分の2になるであろう。

「負の所得税」という別な制度による提案と比較すれば、国民保険公社によって実施されたその改正は、双方とも実行可能であり、また、管理と実施の両面でより効果的にする利点をもっている。

貧困ギャップを縮め、かつ貧困な世帯数を少なくするために、各個人別の租税手当を統一的な児童手当に対応した増額と取替えるより一層改善した手段を、筆者は提案している。

この改正および同様な改正の直接的な目的は、公平な所得の保証を目指した各種の制度の調整を達成することであるが、最終的な全体としての目的は貧困ギャップを縮めることである。

Reform of Children's Allowance in Israel, Social Insurance, No. 4-5, July 1973 ; No. 70, '74 / 75.

(以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対するISSAのAdvisory Committee-1967年10月-による了解にもとづき、Social Security Abstractsより採用した)

(平石長久 社会保障研究所)

年金制度の行方

厚生省年金局数理課 田村正雄

ここ数年来、欧米諸国における年金制度は一つの大きな流れに沿った動きを示しているように思われる。それは、公的年金だけに止まらず私的年金をも含めた所得保障全体での動きである。今春、三週間ほどの日程で、イギリス、スウェーデン、西ドイツ、それにILOを訪れる機会が与えられたが、これらの国々での最近の状況を中心にして、年金制度の大きな流れといったものを紹介しよう。

1. 公的年金

オイル・ショック以降吹き荒れた世界的な規模でのインフレは、社会保障にも大きな影響を与えている。前記の国々を訪れて一番始めに感じたことは、このことである。すでに断片的には、社会保障の財政が非常に困難な状態に追い込まれていることが、われわれの耳に入ってきていた。とくに年金制度では、すでにスライド制が導入され、その運営は定着したものとなっており、そのために制度からみた支出は硬直的な形で増大することは避けられなくなっている。このこと自体は、年金制度がもつ保障機能を維持していくという意味では当然のことなのであるが、年金財政の運営にとっては頭の痛い問題であることは間違いない。結果的には、拠出保険料を引き上げなければならなくなるというのが、現実の動きである。その方法には、フランスのように保険料の算定基礎となる所得の上限を引き上げる場合、イタリアなどのように保険料率を引き上げる場合、さらにスウェーデンの基礎年金のように所得の上限をなくし、同時に拠出率も引き上げる場合などがみられる。

保険料が所得にリンクして定められることになっている制度では、賃金上昇があれば或る程度自動的に収入は増大する。したがって物価と賃金が平行して変動するとすれば、制度が成熟している場合には、賃金上昇がそのまま保険料収入の増大につながるような形にすればこの問題に対処できる。このために行われるのが、保険料の算定基礎となる所得の上限の引き上げにほかならない。また、制度が未成熟であったり、受給要件の緩和などにより受給者数が増大している場合には、たとえ過去における蓄積が残されているとしても、実質的な負担の増加は避けられない。すなわち、この場合には保険料率の引き上げということになる。西ドイツでは、未だ保険料率を引き上げてはいないが、1972年の改正による長期加入者の年金支給開始年齢の2歳繰り上げという措置により受給者数が予想以上に増大したこともあり、いずれ保険料率を引き上げなければならぬだろうといわれている。

こうした状況のなかで、注目されるのはイギリスの場合である。もともと、イギリスの年金制度は定額拠出定額給付であったが、この仕組みは経済変動に対する適応力が乏しく財政運営が困難な状況に追い込まれていることが指摘されていた。そして、これを補うために差等年金と呼ばれる所得比例年金を導入していた。この年金は、拠出保険料に比例して定められるもので、成熟の最もおそいタイプの給付の仕組みである。その結果、経過的には収入が支出を上回るという現象が生ずる。これを、従来からあった定額年金の支払いのための費用に当てるという方法がとられていた。しかし、これでは年金財政の根本的な問題の解決にはなっておらず、問題の解決を将来に持ち越しているに過ぎないことは明らかであった。このような状況のもとで、政権が交代するごとに、年金制度の改革についての白書が公表され話題を呼んでいた。しかし、1973年に保守党のもとで制定された「1973年社会保障法」により一つの方向づけがなされることになった。これは、定額の年金を所得に比例した拠出で賄うという形をはっきりと打ち出したものである。その後、政権は労働党に移ったが、少なくともこの定額の年金については、形式のうえではともかく実質的には所得比

例拠出定額給付という内容は引き継がれた。そして、この定額の年金の上積みとして所得比例の年金が、1978年4月から導入される予定となっている。これによりイギリスの年金制度も、北欧型といわれる基礎年金と所得比例年金を組み合わせた給付をもつ制度へと、はっきり移行することになる。ただし、イギリスの制度が北欧のそれと異なる点は、基礎年金に当る定額年金についても社会保険方式が採られており、受給権の取得には、一定の保険料拠出が要求されるということであり、これは特筆されるべきことだろう。

このイギリスの所得比例年金は「1975年社会保障年金法」に定められているが、この所得比例年金の内容も、最近の一つの傾向を示しているように思われる。所得比例の年金といえば、一つの代表は西ドイツの年金であろう。この場合には、賃金の1.5%が完全に積み上げられて行く形となっている。わが国の厚生年金の報酬比例部分も標準報酬の1.0%が積み上げられて行くことになっており、考え方としては西ドイツの場合と同じである。これらの年金は、完全に拠出された保険料にリンクして定められるとみてよい。もちろん、この場合には過去の賃金や報酬は再評価されることになっているので、実質額で拠出と給付の関係が保たれていることはいうまでもない。ところが、イギリスが導入しようとしている所得比例年金は、これとはやや趣きが違う。どちらかという、1960年に設けられたスウェーデンの付加年金(ATP)の形に似ている。すなわち、満額年金(Full Pension)の支給率は、一定の保険料拠出期間があれば、その長短とは関係なく同一である。もし、拠出期間がこの満額年金の拠出要件の期間に満たない場合には、比例的に減額される。イギリスの場合には、20年間の拠出で、再評価後の賃金の高い方から20年間の平均値から基礎年金を差し引いた額の25%が満額の年金額である。スウェーデンでは、物価指数にリンクする基礎額(Base Amount)を中心にして年金額が算定されるが、付加年金は30年拠出で年金対象賃金の60%である。この場合年金対象賃金は、基礎額の7.5倍までの所得から基礎額を差し引いた額の基礎額に対する比率を年金点数とし、この年金点数の高い方から15年間の平均値に、その時々の

基礎額を乗じたものである。

このように、近年になって導入された所得比例年金には、拠出期間に比例させるという考え方はない。経過的に満額年金の受給資格期間に満たない場合だけ、拠出期間に比例して、減額するというに過ぎない。このような措置は、制度の成熟化を早めると同時に、制度が成熟し加入期間が長くなってきた場合にも過大な給付を支払わなくて済むという利点がある。

公的年金については、もう一つ大きな動きがある。それは、年金の支給開始年齢についてである。従来から、年金支給開始年齢は65歳を中心として、北に行くほど高く、南に行くほど低いといわれていた。たとえば、スウェーデンでは67歳であるが、フランス、イタリアでは60歳であるといったことである。しかし、ここ数年来の動きとして、比較的高いところに支給開始年齢を定めていたところでは、次第に65歳という線まで下げてきたということである。スウェーデンでは、この7月から基礎年金、付加年金とも65歳から支給されることとなった。

さらに、労働者の早期引退を願う動きは強く、65歳以前にも年金を支給すべきだという声があるということも見逃せない。すでに西ドイツでは、1972年に35年以上加入の者には62歳から老齢年金を支給するようになっている。その後の事業状況をみると、この措置により予想以上に多数の者が、63歳から年金の受給を始めているようである。その結果、特に労働者年金では財政状況は毎年大幅な赤字を計上し、職員年金からの財政調整金が繰り入れられるようになっている。その結果、労働者年金、職員年金を通じた財政収支も大変悪化してきている。これには、単に支給開始年齢の繰り上げの影響ばかりでなく、不況とインフレというきびしい経済情勢も原因となっているが、支給開始年齢の繰り上げは相当大きな比重を占めていることは確かであろう。

このことは、スウェーデンの基礎年金、付加年金の支給開始年齢の2歳繰り上げについてもいえることで、1976年の拠出額は、前年と比べて相当引き上げられることになる。すなわち、1975年には基礎年金の拠出率は基礎額の7.5倍

までの所得の4.2%であったが、1976年には上限のない所得の6.2%となる。また、付加年金の拠出率は、1975年10.75%、1976年11.00%、1977年以降11.75%となっている。これらの拠出率の上昇がすべて支給開始年齢の繰り上げに伴うものというわけではないが、先に述べた経済情勢の変動要因と併せて、大きな原因の一つになっていることは間違いないところである。

このほかに、年金支給開始年齢については正規の年齢を中心として前後5歳の幅で、繰り上げ減額、繰り下げ増額の支給を認めるというのも、もう一般的なこととなってしまった。この場合、減額率、増額率は国により若干の相違はあるが、ほぼ一歳の繰り上げ、繰り下げにつき、それぞれ年金額の7~8%が減額または増額される。これらの値は、ほぼ年金数理的には正規の支給開始年齢からの支給の場合と等価になるように定められているようである。

こうした、受給者の側での選択による年金支給開始年齢の繰り上げとは別の形の早期支給年金が設けられるのも一つの動きである。西ドイツの心身障害者への62歳からの支給や、直近一年半の間に一年以上失業している場合の60歳からの支給などである。最近では、スウェーデンで今年の7月から実施された部分年金も、この種の年金に属するであろう。この年金は、45歳以上に10年以上拠出してきた者で、失業保険あるいは労働市場手当の受給の条件を満しており、しかも、パート・タイムの労働に従事している者を対象とするものである。こうした条件を満している者が60歳以上65歳未満の場合に、パート・タイムの労働に変わる前の所得と、パート・タイムの労働による所得の差額の65%を部分年金として支給するというものである。

このように、各国に共通した流れといったものが見られる。その内容は、老齢といったきわめて個人差の大きい事故に対して、よりきめの細かい配慮を加えていこうということのようである。しかし、これには当然のことながら、必ずそれなりの負担が伴うことも忘れてはならないことである。先に述べたスウェーデンの部分年金のためには、1976年には上限のない所得の0.25%の拠出が事業主に課されることになっているのである。

公的年金の内容については、だいたい以前からいわれているように、定額年金と所得比例年金の組合せという形に定着しつつあるようである。これは、北欧諸国や最近のイギリスの年金制度のように形式的にもはっきりとその形が分かれる場合もあるが、アメリカや西ドイツのように実質的にこの形に近づいている場合もある。そして給付の水準は、従前所得の50~55%というのが一般的であり、これを越える部分は私的な制度が受け持つ分野であるとされている。イギリスでは1978年4月から導入される予定の所得比例年金が成熟したときに始めてこの水準に達する。また、スウェーデンでは、1960年から始まった付加年金で満額年金が支給されるようになると最終所得の55%の水準になるといわれている。西ドイツでは、40年間の保険料拠出があれば形式的には従前所得の60%の年金が支給されることになるが、実際には過去の賃金の再評価が3年間ほどのタイムラグを以ってしか行われないので、50%前後にしかならないといわれている。

また、こうした給付に対して、拠出面ではイギリスでは所得比例年金を含めて16.5%、スウェーデンでは17.45%、西ドイツでは18%となっている。これらの拠出率は、今後まだ増大する可能性があり、いずれは20%前後にはなるものと思われる。

2. 私的年金

老後の所得保障は、公的年金、企業年金および個人的な貯蓄の三本柱によるという考え方が、西欧では一般的であるといわれている。稼働期間中の所得には、子供の養育、社会保険料の負担、租税といったものが含まれているので、老後の所得が稼働期間中の所得と同じ額である必要はない。公的年金と企業年金を併せて、従前所得の60~70%になるというのが、欧米における一般的な考え方であり、これ以上の部分は個人の努力により用意されるものとされている。先に述べたように、公的年金により従前所得の50~55%が保障されるので、残りの10~15%が企業年金などの私的な年金制度が受け持つ分野ということにな

る。ここで触れるのは、この第二番目の柱である企業年金を中心とした私的年金制度についての最近の動きである。

ここで述べる企業年金などの私的年金制度は、公的年金だけでは満たされない部分を補う役割を持っているところから、社会保障の分野では補足年金と呼ばれる。この補足年金は、国によって違ったタイプと方法で運営されている。タイプを大きく区分すると、一つはイギリス、アメリカ、西ドイツのように原則として企業単位に制度が設けられる場合であり、もう一つはフランス、スウェーデンにみられる全国レベルの労使間の協約にもとづいて設けられる職域ごとの制度による場合である。とくに後者の場合には、運営の形態は公的年金と殆ど変わらず、第2の公的年金といっても差しつかえない。最近になって注目を集めているのは、前者の場合の企業年金をめぐる動きである。

アメリカの「被用者退職所得保障法」(Employees' Retirement Income Security Act 略してERISAと呼ばれている)、西ドイツの「企業年金法」(Betriebsrentengesetz)それにイギリスの「社会保障年金法」(Social Security Pensions Act)が、その主なものである。これらの法律の内容は、それぞれの国情を反映して、かなり違ったものとなっているが、共通している点があるとすれば、それは企業年金に公共的な性格を持たせるという考え方が基礎になっているということであろう。

もともと企業年金は、多かれ少なかれ労務管理的な要素を持っており、長期勤続者だけを優遇する措置が採られるというのが、ごく当たり前のこととなっていた。そのため、企業を渡り歩いた者は、たとえ通算した勤務年数が相当長い場合であっても、企業年金の受給権は取得できないという結果となってしまう。これでは、公的年金を補足するという役割を企業年金に期待できない。そこで、まず取り上げられたのが、「年金権の賦与」(Vesting)という点である。つまり、一定の勤務年数のある者には、必ず年金受給権を与えることを義務づけるものである。これにより、引退まで同一企業に勤続した者にだけしか年金受給権が与えられないというようなことはなくなる。

そして、つぎにこのようにして与えられた年金受給権を、実際に年金の支給が開始されるまで保全(Preservation)するというのも、とり上げられている。さらに、場合によっては、企業が変わったときには、年金受給権も同時に移った先の企業の年金制度に移管(Transferability)する方法も、とり入れられている。

これらの問題は、企業がそれぞれ独自の年金制度を持つことにより、生ずるものである。したがって、フランスやスウェーデンのように、全企業を通じた横断的な補足年金制度を持っている場合には、この種の問題は発生しない。どちらの方法が、補足年金として望ましいものであるかは、一概にはいえないが、どちらの場合も、最近の動きにより結果的には企業の労務管理的色彩を弱め公的年金と似た性格を持つようになることは確かである。

企業を単位として設立される企業年金は、多かれ少なかれ母体企業の盛衰の影響を受けないわけにはいかない。この影響を少しでも受けないようにするために、イギリスやアメリカの企業年金では、社外に積み立てを行う。しかし、年金制度には過去勤務債務(PSL)が付きものであり、これに相当する原資を完全に積み立てるには、通常20~30年という期間を予定している。アメリカの被用者退職所得保障法(ERISA)では、はっきりとこの積立期間に限度を定めている。それでも、10年20年という歳月のあいだには産業構造の変化や技術革新といった、大きな経済の流れの中での企業の浮沈は避けられない。その結果は、完全な積み立てが完了しないうちに母体企業が倒産するといった事態が発生する場合も考えられる。そして、その企業年金の加入者の受給権の裏づけとなる資金は確保されていないという現象が起きる。このような事態に備え年金受給権を保護するために、アメリカでは再保険制度が導入された。この再保険制度は、もともと企業年金では完全な積み立てが行われるということを前提として組み立てられているところが、他の国の類似の制度と違うところである。

これに対して、西ドイツでは企業年金法にもとづき、支払不能保険(Insolvenzversicherung)を導入した。これも目的とするところは、企業が倒産など

の事態に至ったときに、企業年金加入者の年金受給権を保護するためのものである。しかし、その考え方はアメリカの場合とは異なり、スウェーデンの補足年金制度の場合と似ている。西ドイツには、いくつものタイプの企業年金があるが、この保険の対象となるのは、本来完全な積み立てをしない制度を対象としている。つまり、帳簿上では完全な積み立てを実現できる保険料を拠出したことにして、それと全く同じ額を企業が直ちに借り入れた形にする。そして、実際に年金受給者が発生し、給付の支払いが必要となったときには、その費用を事業主が支出するというものである。このことから分かるように、形式的には積立方式を採っているが、実際には積立金はなく賦課方式と同じ財政運営を行う場合である。したがって、企業が順調に発展している場合には問題は発生しないが、倒産などの原因により母体企業に費用負担能力が無くなると年金の支払いはできなくなる。それは年金受給権の裏づけとなる積立金を、現実のものとして持っていないからである。そこでこの帳簿上の積立金に相当する額を、保険の対象としたのが、この支払不能保険である。支払不能保険の保険料はこのあるべき積立金の一定率とされており、保険給付は年金支給開始年齢に到達する都度、その年金の現価相当額を保険会社に払いこみ年金契約を買うという形で行われている。したがって、この支払不能保険の保険料率は、現在では、0.15%にすぎないが、次第に高くなっていく筈である。

これらの保険制度は、いずれも企業が倒産して年金の支払が不可能となるような事態を避け、加入者の権利を保護するために設けられたものである。

私的年金で最も解決困難な問題は、年金の実質価値維持ということであろう。先に述べた各国の企業年金に関する法律の中でも、この点については、はっきりと義務づけていない。この問題は、企業年金における受給権の保護という面と密接な関係があるように思われる。一般に給付改定が行われれば、制度が負う債務は増加するが、保有資産はそれに見合っては増大しない。そのため、積立不足は増大し、それだけ受給権の裏づけとなる資産は相対的に減少する。したがって、企業に倒産というリスクがある限り、継続的な給付改定を行うほど、

受給権の保護という面からは好ましくない事態に追い込まれていく。これを解決する一つの方法は、フランスの補足年金のように全国の企業を通じて一つの制度を設けるということであろう。こうすることにより、企業の倒産というリスクを、一つの制度の中で分散させることができるからである。しかし、こうした補足年金では、それぞれの企業の独自性を生かした給付を設計することはできない。

このように、年金の実質価値維持は、企業年金の独自性を尊重しようとするほど実現が困難になるように思われる。この問題については、未だ多くの検討すべき点が残されており、今秋10月に東京で開催される「第20回国際アクチュアリー会」の研究テーマの一つとなっている。その研究結果が、どのようなものであるか期待されるところである。

なお、このほかに公的年金と私的年金の接点の問題として、イギリスで1978年4月からの所得比例年金の実施と同時に導入を考えている適用除外制度の問題がある。この問題自体には、大変興味深い点もあるのであるが、少なくともイギリス以外の国では、この種の制度の導入ということは一般的な動きとなっていない。また、イギリスの今度の制度自体が果して軌道に乗るかどうか、未だ今後の様子をみないと何ともいえないので、ここでは省略したい。

以上に述べてきたように、企業年金は所得保障の一環として欠かせないものとなってきている。そして、その機能を十分発揮するために、それぞれ創意工夫を生かすべく努力が続けられているが、まだまだ今後の検討にまかされている部分が少なくないというのが現状といっていよう。

イギリス二週間の旅

健康保険組合連合会 一 圓 光 彌

I

この6月に機会を得て2週間ほどイギリスに滞在することができた。期間も短いので国民保健サービスにテーマをしぼって次のような計画をたててみた。

- 7日(月) ロンドン着
- 8日(火) 保健社会保障省(DHSS)訪問
- 9日(水) } マンチェスター大学に行きフォーサイス先生にお会いする。
- 10日(木) }
- 11日(金) コベントリーの知人に会い、地域保健当局(AHA)訪問
- 14日(月) Institute of Economic Affairs (IEA) 訪問
Office of Health Economics (OHE) 訪問
- 15日(火) Child Poverty Action Group (CPAG) 訪問
British United Provident Association (BUPA) 訪問
- 16日(水) Westminster Hospital 訪問
- 17日(木) DHSS 訪問
- 18日(金) 政府刊行物センター(HMSO)等で資料を集める。

計画そのものが遅れたために、訪問先に手紙を発送したのは出発の1週間ほど前のことであった。短期間の旅行であったので、計画に従ってこちらから日

時を指定して面会のお願いをせざるをえなかった。ただ保健社会保障省については、どこに手紙を書いてよいかもわからず、東京のブリティッシュ・カウンセルに相談にいった。ブリティッシュ・カウンセルでは、最低2ヶ月間の余裕がないと受け付けることはできないとお話しであったが、今後のこともあり事情だけでも説明させていただこうと面会を依頼したところ、担当して下さったジェンキンスさんは心よく仲介の労を取って下さった。計画通りの面会が実現するのかどうか不安をいだきつつ羽田をたった。

II

飛行機は北京、ラワルピンジー、カラチ、ドバイ、カイロ、フランクフルトを経てえんえん36時間の末に私をパリまで運んでくれた。私がこの飛行機を選んだのは一つには安く切符が手に入ったからであるが、それと同時に乗り合いバスのように点々といくつかの見知らぬ町にたち寄ってくれる旅程に若干の魅力を感じたからであった。

しかし実際にパリに到着したところには旅の楽しさを味わうどころか、すっかり疲れ果ててしまっていた。翌日はゆっくりパリ見物をして、その晩夜行列車でロンドンまで行く予定であったが、とてもその元気はなくなっており、飛行機でロンドンに行くことに計画変更し、6日の夜にはロンドンのビクトリア駅の近くの安宿で長旅の疲れをいやしていた。

III

シャーロック・ホームズで有名なペイカー街にあるジェトロの友人の事務所には、私あての返事の手紙が届いていた。希望通り私を迎えてくれるとの返事であった。しかし返事のないものもあった。それらについては拙ない英語で思い切って電話を試してみた。返事を送ったがまだ着いていないものもあったが、IEAとOHEには電話が通じなかった。これはあとでブリティッシュ・カウンセルの調べでわかったのであるが、私が本などで調べた住所が古く、事務所

が移転していて私の手紙も届いていないためであった。

午後ブリティッシュ・カウンセルに出向いたのはもう2時をだいぶまわっていたころであった。担当の職員はなかなかあらわれず、他の女性がいかわりたちかわり、「担当の者がちょっと別の電話に出ているので」とか「別の用件で手が離せないのもう少し待ってほしい」とか弁明にやってきた。やがてあらわれた担当の女性は、みだれた髪に手をやりながら、「ごめんなさい、公園で日光浴をしていたものですから」と、あっさり事と次第を明らかにした。私は「どういたしまして、天気がいいですからね」と答え、すかさず、「お昼の休みは何時から何時までですか」とたずねてみた。彼女は「2時ごろまでですが、こんなに天気がいい日には日光浴に行くこともありますので」と口をにごしていた。

私の依頼が急であったためか、彼女のいうように大変忙しかったためか、DHSSのアポイントメントは8日の分しか取れていなかった。17日のDHSSの予約ならびにIEAとOHEの件については早速調べたいというので、ブリティッシュ・カウンセルの図書室で待たせてもらうことにした。

2時間ほど図書室で資料を調べた後、再び彼女に会った。IEAとOHEについては私の希望通りの面会が可能となったが、DHSSについては連絡が取れず、来週まで持ち越すことになった。

「日光浴のじゃまにならないよう、来週月曜日の午後遅くまた電話します」と言い残してブリティッシュ・カウンセルを出た。もう五時をまわっていたと思うが日はまだ高く、涼しいロンドンを期待して身仕度をしてきた私には、いつまでも照り続ける日の光は恨めしくさえ思えた。

IV

8日に訪れたDHSSはユーストン・タワーと呼ばれるビルにあった。その名前からひときわそばにたつたこのビルを捜しあてるのは難かしくなかった。入口にある受付には私の名前が紹介されており、日本にも来たことがあるとい

う40歳そこそこのハリスさんがすぐ迎えに来て下さった。私が住所氏名を記帳し、ハリスさんがサインをそえるとはじめて通行が許された。出勤する職員も皆パスを見せて通っており、パスのない訪問者は私同様の手続きを強いられていた。昔からこんなに厳しいのですかとたずねると、2、3年前からだという。IRAの事件以来ですねと念をおすと、顔をしかめてうなずいていた。

ハリスさんからはNHS予算の配分方法について詳しい説明を聞くことができた。時々外でレクチャーをなさるといっただけあって、説明は要領を得ていた。

NHS予算の配分に合理的な規準らしいものが導入されるようになったのは、70年代に入ってからのことであるが、私が知りたかったのはその後の計画化の進展についてであった。ハリスさんの説明の節々から、ニードに応じた資源配分を達成しようとする熱意を感じ取ることができた。ハリスさんは私にメモを示しながら、「この規準をそのまま採用すると各地方の予算はこんな配分になってしまいます。現状との開きがあまり大きすぎて実現不可能なので、この規準を修正しようとしているところです」などと理想と現実のギャップを説明してくれた。

約1時間半ハリスさんのお話をうかがって、お昼すぎにランガムさんとお会いした。ランガムさんからは資本支出の配分方法についてお話をうかがった。その規準は経常支出のそれとあまり変らなかった。ただNHS予算の将来予想される縮小に伴ない、資本支出は大幅に削減されようとしており、将来は資本支出という項目そのものをなくして、経常支出一本で配分することが考えられているようであった。

2時ごろランガムさんとユーストン・タワーの最上階の職員食堂に行った。ロンドンで二番目に高い食堂といっただけあって、南方に広がるロンドンの街を見おろすことができた。これは後日ウエストミンスター病院の医師から聞いたことであるが、ロンドンでは、バッキンガム・パレスを見おろすような高層ビルの建設が禁じられているようである。そういえば、ビッグベンなどもはるかかなたにかすんでいたことだった。

V

9日の朝9時ごろユーストン駅を出発した列車は、のどかな田園風景を3時間ほど走って工業都市マンチェスターに着いた。タクシーで5分ほどのマンチェスター大学に着くと、私のために簡単な昼食会が用意されていた。同僚の先生が突然亡くなられた後だったためにフォーサイス先生は多忙を極めており、この日はお会いできなかったが、この昼食会では、すでに大学から退職されているチェスター先生にお会いできた。経済不振や医師の不満など、NHSを取りまく困難な状況を例にあげて感想をうかがったが、老教授はとんと気にする様子を見せず、万事うまく行きますと繰り返すばかりであった。ご婦人も同席している昼食の席で、NHSや社会保障のことばかり話題にする礼儀知らずの私への警告の意味が若干含まれていたのかもしれない。実際夕食の時には、社会保障の話ばかりを続ける私とオーストリアの公共経済学の教授に対して、イギリスの女性はなかばあきらめ顔で「食事の時ぐらい別の話しができないの」とクレームをつける次第であった。その時は軽く切り返したものの、後になって反省し、西洋の女性は老教授よりも偉いのだと記憶することにした。

昼食には大学関係者以外に数名の若者がいた。大学が設けている6週間の研修に参加している人々であった。この研修はNHSに従事する職員を対象とするもので、私も彼らといっしょに2時から5時半まで社会心理学の講義に出席した。相当お年の方もおり、多くは保健婦さん達であった。

立派な宿泊施設を与えられ、三度の食事は十分すぎるくらい豊富で、朝と昼にはお茶が出て、おまけにバーでは各種の飲物まで提供されていた。「どの程度負担しているのですか」と受講生に聞くと、全く負担していないという。全費用をDHSSが負担しているようであった。もちろん一介の旅行者にすぎない私には翌日ちゃんと請求書が届けられていた。決して安くはなかった。

VI

10日は朝10時半にフォーサイス先生を研究室におたずねした。大陸諸国でも

最近では病院に対する国の財政援助が強化され、それとともに国のコントロールも強まっているが、これはまさにイギリスが歩んできた道と同じであるとの先生の説明をうかがった時は大変うれしかった。全く同じことを考えていたからであった。

NHSの費用の伸びについての先生の意見は楽観的に思えた。GNPの伸び以上にはふくれないとされる論拠は二つあった。一つは人件費の伸びがこれまでのようにGNPの伸びをこえなくてすむようになったこと、他は、高価な施設を必要とする短期疾病部門中心のこれまでの病院計画が反省され、修正されるようになったこと、この二点であった。

ただNHSの運営については大いに批判的であった。資源配分もかなり合理化されましたねと水を向けると、とんでもないといわんばかりに、住宅等地方当局の社会サービス部門との調整が全く進んでいないことをご指摘下さった。

2時半ごろ先生とお別れすると、一路コベントリーに向った。この町は第二次大戦中にドイツ軍の空襲を受けたらしく、新しい建物も多く小ざれいな感じがした。後日この印象をロンドンの医師に話すと、ロンドンも東京のように空襲を受けるべきだったんだよと、思いもかけない冗談が返ってきた。

VII

コベントリーの地域保健当局(AHA)は町の中心から車で15分ほどの住宅街にあった。古い館が60名ばかりの職員の事務所になっており、通された二階の一室からはるかかなたへと続く裏庭を望むことができた。

この保健当局は約34万の人口をかかえ、6つの病院(約2,000床)を持ち、年間予算は経常支出分が1,600万ポンド、資本支出分が約14万ポンドということであった。また大きなAHAのように複数のディストリクトに再分されておらず、AHAがそのまま単一のディストリクトを形成していた。

AHAの予算執行に中央政府からの明確な指導がなされるようになったのは今年がはじめてで、老人医療や地域保健が急性疾患に対する病院医療よ

りも優先されるようになってきているという。説明にあたった二人の職員は、口をそろえてこうした指導を妥当な政策であると評価していた。

すすめられるままに若い職員に駅まで送ってもらうことにした。てっきり市内に何か用があって、そのついでに乗せてくれたのだと思い、美人の運転手たずねてみると、まだ3時半ごろだというのにこのまま家に帰るのだという。道理で私をうれしそうに同乗させてくれた訳である。「それは良くないですね。そんなことではまたポンドが下がりますよ」とひやかすと、「今日はボスが出張でいないのです。それにはじめから偉らくなろうなどと思いませんからいいのです」と、なかば自分で納得している様子さえみられた。

VIII

14日朝11時半にIEAをたずね、セルドン先生にお会いした。自由主義的な立場から、イギリスの社会保障やNHSを批判しておられる方だけに、細かい議論を期待していったのであるが、次々に発せられる先生の質問にお答えしているうちにまたたく間に時間がたって、十分な質問もできないままお別れすることになってしまった。

NHSは戦後の供給水準を維持しているにすぎないが、医療に対する潜在的な需要は、医学の発達や生活水準の上昇に伴ってはるかに増大している。NHSの問題は、こうした増大する医療需要に十分応じられない点にある。そしてその原因は、医療の国営化にあるのであって、必要な資源を医療部門に注ぎ込むためには、医療を市場機構にゆだねる必要がある。一度国営化された医療を元の姿にもどすことには、大変な努力がいる。どんなことがあっても日本はイギリスの真似をしないように。

このような主旨のことを述べられると、笑いながら、これをセルドンのメッセージとして広く日本国民に伝えてくれとも語られた。しかし、「医療の供給を市場機構にもどすということが、いつの日にか実現するとお考えですか」と問い返すと、急に顔を曇らせて、両手をあげられたのはいかにも印象的であっ

た。

1時ごろ先生とお別れし、2時半にOHEを訪問した。ティーリング・スミスさんにもお目に掛れたが、お話しはもっぱらテイラーさんという若い方からうかがった。OHEの活動、OHEでまとめているパンフレットや統計資料の説明を受けることができた。

XI

15日朝予定されていたCPAG訪問は、リスター夫人の急の出張で取り消しになった。CPAGは、直接NHSの調査とは関係なかったのであるが、私がかたままたその資料購読会員になっていることもあって、訪問計画に組んでいたものであった。

お陰でゆっくり見物でもできたかというとさにあらず、誠にみっともない話しであるが、その朝カメラの盗難に合い、半日をこの件で費すことになった。

朝食に出た30分ほどの間に、部屋に残したカメラは消えていた。支配人は、鍵を持っているメイドの身辺をさがしたが、発見できないという。警察に届けると、若い警官がすぐやって来た。一通り事情を聴取すると、午後職員を尋問するが、カメラを発見することはきわめて困難だろうと語っていた。

こうした事故に備えて、ホテルも保険に入っていることがわかり、請求してみることにした。支配人もホテル側の責任を認めたせいか、私の報告書にすなおにサインしてくれた。帰国してからもこの保険会社とはやり取りが続いている。前向に検討させるところまではこぎつけたが、どの程度支払ってくれることだろうか。

午後はイギリスで最大のシェアを誇る私的医療保険団体、BUPAをたずね、常務理事のエンルさん、企画部長のブリックネルさんなどにお会いした。

エンルさんは、これまでブーパ(BUPA)は一部の上層階級の保険であったが、これからは大衆の保険として脱皮しなければならないと述べ、労働組合などの理解を得るよう接触を続けておられるようであった。こうしたブーパの

新政策は、私的医療を規制しようとする労働党政府の一連の動きに対する戦略の中からあみ出されたもののようで、今後の成行きが大いに注目される。

X

16日朝11時にウエストミンスター病院をおとずれた。日本で知り合った若い勤務医エバンズさんに会い、彼の紹介で事務局次長のウィルソンさんのお話をうかがった。

この病院は古い伝統を誇る教育病院の一つで、四つの部門にわたって、合計約600の病床をかかえている。コンサルタントは約100名でこの中には大学の先生も含まれており、約60の病床が私的医療のために提供されているという。

1974年の組織改革以来、事務量が増大し、管理費がふくらみ、何をするにも手間がかかるようになったと、病院サイドの不満を語ってくれたが、組織改革そのものや最近の資源配分に対する政府の強い指導を否定するものではないとつけ加えられた。

17日は、エレファント・アンド・カースルという所にあるDHSSに行き、ウェニングさんとパークさんより、それぞれ病院勤務医、開業医の報酬支払方式についてお話をうかがった。

医師の海外流出について意見をたずねると、多くの医師がその後帰還していること、カナダがイギリスからの医師流入を禁じたのをはじめ各国とも規制を厳しくしてきたこと、などの理由から、それほど問題にしなくてよいのではないかと答えてくれた。

他国出身の医師が多い現状についても、近年医師試験は難かしくなり特に外国出身者には不利になってきていること、国内における医師の供給は増加の傾向にあることなどから、将来この比重は縮小してゆくだらうと述べておられた。おりしも、外国出身医師のあまりにも低い地位を問題とする報告書が発表され、この問題が新聞でも取りあげられていたところであった。

最後にお会いしたパークさんなどは、細かいメモまでご用意下さって説明に

あたって下さった。見知らぬ旅行者である私を暖かく迎えて下さり、貴重な時間をさいて下さった皆様に対する感謝の意を含めてパークさんにお礼申し上げ、アイリーン・ハウスの事務所を出た。

不十分なものとは知りながらも、原稿を提出してしまった後はそれなりにホッとすることである。その足で、下院での審議を傍聴するため議事堂へ向ったが、道すがらふと同じような気持ちにかられたものだった。強い日差しも今は心地よく感じられた。そんなところでこの拙ない感想記も終らせていただくことにする。



社会保障こぼれ話

社会保障制度の管理・運営費

アメリカの社会保障庁では、ILOによる各国の社会保障費にかんする報告（Basic Table, 1976）を用いて、一部の国々における社会保障制度の管理・運営費が検討された。老齢・廃疾・遺族給付制度では、その費用の給付費に対する比率は、西ドイツの1.3%が最低、日本の10.6%が最高で、他の国々は2～3%であった。このような結果の理由として、比較に用いた資料の背後や中味が考えられている。たとえば、西ドイツでは、大部分の制度が州レベルで実施されるので、表の全国的な数字に州レベルの数字が反映されていないとされている。

健康保険では、カナダの2.3%が最低、スイスの11.2%が最高で、その他の国々は4～6%とされ、日本は4.0%であった。カナダでは、制度が基本的には州レベルで実施され、スイスでは、全国的な統一制度的の欠けていることが指摘されていた。

また、各種の給付を含む現金給付の管理・運営費について、1966年と1971年を対比すれば、その比率はノルウェーとイギリスは後者が僅かに高く、カナダは同一で、その他の国々はいずれも若干低下している。低下の理由には、インフレと制度の拡充により、急速に給付水準の上昇したことが示されている。

Max Horlic, *Administrative Cost for Social Security Programs in Selected Countries*, Social Security Bulletin, Vol. 39, No. 6, P. 36, 56.

（社会保障研究所 平石長久）

編集後記

今年の夏には、ヨーロッパで猛烈な暑さが伝えられたのに、日本では、例年より暑い日が少なかった。むしろ、涼しい日が多く、冷夏とさえいわれていた。そのせいか、今年の秋はいつもより早い馳け足でやってきた。例年ならば、一雨毎に気温が低くなってゆくのに、今年は9月の中頃に早くも10月中旬の気温になっていた。天気図は北極から吹き出されて来る冷氣は矢張り異常気象といわれるのだろうか？ このような年には、農業は大きな打撃を蒙るが、紅葉も異常な気象の影響を受けるものだ。都会の並木に降る雨に、冷たい雨に濡れる深い山々の紅葉を想う。

（平石）

海外社会保障情報 No. 35

昭和51年10月20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03(564)0338