

海外社会保障情報No. 36

JANUARY 1977



社会保障研究所

アメリカの貧困者の プロフィール —ミシガン大学の調査から—

このほど、ミシガン大学の社会調査研究所が7年間にわたる約5,000世帯に対して実施した調査によって、合衆国の貧困者について若干の驚くべき結論が出されている。

その主なるものは以下の通りである。

- ① 学歴（職業ではなく）は、世帯が貧困階級になるか否かを決定する1つの主要なファクターである。
- ② 家庭の崩壊は、貧困階級に陥る主な動機を提供している。
- ③ 地方の住民は、都市生活者よりも貧困者になる危険性が高い。
- ④ 黒人は、貧困階級に陥る割合が白人の数倍である。
- ⑤ 年毎に、貧困階級のなかの「定着した貧困者」は少なくなっている。

この調査は、政府の援助をうけて1968年以降毎年実施されてきたが、同研究所のジェームズ・N・モーガンの指導によって調査結果が分析されている。

〔結果の分析〕

この調査によれば、多くの人々にとって貧困とは一時的な状態である。調査結果は、貧困世帯の半数以上がある一定期間のみ貧困者であったことを示している。調査の5年間に彼等の所得は貧困者になった当初よりも十分に上昇している。

貧困に陥ちていく者は、しばしば離婚によるか両親の家を出ることがきっかけになっている。同時に、結婚または転職や学歴を得ることによって貧困階級から脱出している。

11世帯につき1世帯が2～3年間貧困者であり、さらに彼等の四分の一のみ

が5年以上貧困状態に止まっている。これらは永続的な貧困者である。

一家の稼ぎ手の学歴は、その世帯が貧困階級に陥るか否かを決定する主要な鍵になることがこの調査で明らかになった。専門家たちは、少なくとも6学年の学歴を有する者は、1年以上の持続的な貧困者の約40%から20%を占めているという。それにひきかえ、6学年以上の学歴は、貧困層から脱出する力を与えることを保証している。

白人は学校制度から黒人よりも多くの恩恵をうけている。学歴の欠如は成人を差別するばかりでなく、その子供達にも影響を与えている。本調査は6学年以下の学校教育しかない父親の場合に、その子弟たちは、長期にわたる貧困のなかに成長する危険が通常の場合よりもはるかに高率であることを示している。もし両親がハイ・スクールを卒業していれば、その子供が貧困に陥る割合が少ない。かくして本調査は、失業は貧困の主たる原因ではないと結論を下している。

調査の5年間に、調査対象の男子の世帯主については失業が平均してわずかに5.5週であった。専門家たちは「失業は低所得労働者の経済的困難性を含んではいるが、本質的な貧困の原因ではない」と決定し、さらに学者達は「かつて完全に失業は除くが、相対的賃金割合は不変のままという政策を案出することができていれば、極貧の男子労働者の4人に1人および極貧に近い者の8人に1人のみが、5年間、（調査を実施した5年間）にわたって労働時間12%以上上を得ることができた」と付言した。

失業が貧困の主要な要因でないとすれば、家庭の崩壊が主要な要因ということになる。

本調査は、女子の世帯主の家庭が、男子のその貧困者の2倍以上（12%対28%）であったことを示している。有子家庭については、一家の稼ぎ手が男子か女子かを問わず、子供のいない夫婦世帯の永続的な貧困者と目される者の約2倍であった。家族が7人以上の家庭は最高の崩壊率を示しており、大都市生活者は小さな町の生活者よりも崩壊の割合が高い。夫の収入、学歴、職業的地

位が低い者は、家族の分裂の見込みが大きい。

貧困世帯の女子の約20%は、少なくとも、パートタイマーであり、家庭の所得に主要な貢献をなしている。この事実から、本調査は「貧困層から脱出するベストな方法は結婚することであり、貧困者になる近道は離婚することである」とコメントしている。一般的にみて、寡婦、別居中の女子または離婚した女子は、貧困者になるチャンスを5分5分にもっているということである。

仕事を探している女子は、男子よりも常に技能程度が低く、就労の経験が少なく、程度の低い仕事に落ち着かざるを得ない。また女子は、一般に男子よりも福祉の扶助をうけている者が多い。いったん扶助をうけた女子は「子供が成人するまで、または自分が結婚するまで被扶助者の地位に止まっている割合が高い」ことを同調査は示している。

離婚は貧困の可能性を多く含んでいるようにみえる。同調査によれば、世帯主である離婚した女子は他の世帯主よりも経済的には悪く、貧困基準よりも下の階層の者が多いということである。

家が大都市にあるか郡部にあるかということも、また、貧困者になるか否かの大きな相違を作る。大都市の30マイル圏内に住む者は、郡部に住む者よりも持続的な貧困者になるチャンスが相当に少ないことが示された。居住地域の規模は、白人に対する影響は小さいが黒人にとって大都市は、おそらく就職の機会を多くもたらすものだからして、持続的貧困になるチャンスを明らかに少なくするものである。

なお同調査は、合衆国の黒人には短期および長期の双方にわたる貧困者になる傾向が非常に多くみられることをも示している。平均して低学歴と低い職業的地位にある場合、黒人家庭は白人よりも貧困層に陥る割合が非常に高い。調査の5年間に、貧困白人世帯数は4.1%から2.8%になったが、貧困黒人の世帯数は19.4%から22.1%に増加している。

ちなみに連邦国勢調査局の資料に基いて、貧困層の輪郭を統計数字によってあげてみよう。

(1) 年齢別：

	員 数	貧困者全体に対する%
18歳未満	11,104,000	42.9%
18～64歳	11,456,000	44.3%
64歳以上	3,317,000	12.8%

(2) 居住地域別：

	員 数	貧困者全体に対する%
大 都 市	9,090,000	35.1%
都 市 近 郊	6,259,000	24.2%
郡 部	10,529,000	40.7%

(3) 地域別：

	世 帯 数	貧困者全体に対する%
南 部	2,343,000	43.0%
北 中 央 部	1,152,000	21.1%
北 東 部	1,014,000	18.6%
西 部	941,000	17.3%

(4) 人種別：

	員 数	貧困者全体に対する%
白 人	17,770,000	68.7%
非 白 人	8,107,000	31.3%

(4) 学歴別:

25歳以上の世帯主調	貧困世帯の割合	貧困基準より上の収入をもつ世帯の割合
1～8年教育をうけた者	41.8%	18.6%
9～11 "	24.3%	14.4%
ハイ・スクール卒業生	23.7%	34.5%
カレッジ(1年以上在学)	10.2%	32.5%

本調査結果が連邦国勢調査局の資料と若干相違する点も見受けられるが、おおむね同じ結論といえることができる。

U.S. News & World Report, Nov. 8, 1976

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

年金財政の行き詰まり

(西ドイツ)

最近の西ドイツで大きな問題となっているのは、医療費の高騰とならんで年金財政の行き詰まりに関するものである。周知の通り1957年の年金改革以来賃金俸給にスライドする年金(dynamische Rente)の制度がとられており、これによって毎年年金調整(Rentenanpassung)が行なわれる。これは従来経済が順調に発展してきている間はさほど問題もなく年金は上昇してきた。ところが選挙を迎えた今年になって年金財政が重大な難局にぶつかったのである。

Die Welt 紙(11月10日付)はこれをグラフで示して次のような数字をあげている。

1977年の労働者・職員両年金保険の収支は、収入1,065億マルク、支出1,209

億マルクで差引144億マルクの赤字となる。これをどうすればよいか。現在18%の拠出を直接上げることは問題が多い。年金保険から(年金受給者のため)疾病金庫に支払っているのを減少するのは結局疾病保険の拠出を増すだけである。年金上昇の期限を半年遅らせるか(差し当り明年7月1日が規定の期限であるがこれを明後年1月1日にする案が出されている)、または俸給総額(Bruttolöhnen)に合わせて年金を昇をしているのを俸給純額(Netto-Lohnentwicklung)にするか。あるいはまた年金受給者も疾病保険の拠出をするか。これらはいずれも現在働いている勤労者かもしくは年金受給者かいずれかが犠牲とならねばならない。そして最後の案として赤字は国庫(税金)で負担する方法がある。

いずれにせよこのような、かつては世界の模範となり羨望された年金制度の行き詰まりはどのように生じたのか。Die Welt紙の社会問題解説者Albert Müllerはこの原因を次のようにあげている。

◎不況、失業、超過労働の減少と賃金上昇率の停滞が年金保険の拠出収入を急速に低下させた。

◎それと同時に過去の人口構成による支出の増大(年金の山)。

◎年金受給者の疾病費が激増してきた。

◎賃金上昇率以上の年金調整率。これは1年おくれの年金調整の結果である。

◎1972年の第2次年金改革。これは異常な支出増をもたらした。毎年1月1日の年金調整を7月1日にしたこと、年金年齢選択制(可動老齢限度制)の導入、長期の被保険期間をもつ少額年金の底上げ(最低所得年金)、がそれである。

◎1974年には既に認められていた財政難から、政府は適時に対応策をとり、拠出の増大または年金の縮少により収支を均衡化する努力を怠った。

Müllerは以上に続いてこの「適時の」施策を誤った責任者として労相Walter Arendtの名をあげ、鋭く追求している。

Die Welt, 1. November, 1976.

(安積鋭二 国立国会図書館)

ニュースの断片

ソーシャル・ワーカーの資格と 専門職制の確立

(イギリス)

資格のあるソーシャル・ワーカー以外はソーシャル・ワークの仕事に任命できないこと及びその施行時期について検討することについて、エナルズ社会サービス相が同意した。この、ソーシャル・ワーカーを専門職としてその地位を認める方向については、エナルズ社会サービス相と英国ソーシャル・ワーカー協会代表との話し合いで意見の一致をみたが、施行時期は2年以内とすること、現在ソーシャル・ワークに従事している全員に5年計画で適切な訓練を実施することについても両者の合意がえられた。

ソーシャル・ワークに従事する多くの人々が無資格者であることは、これまできびしい批判がなされてきた。最近、公表された政府の「マンパワーに関するワーキング・パーティ」の報告によると、現業ソーシャル・ワーカーの5分の3が訓練を受けたことがない者であり、施設ソーシャル・ワーカーの約10分の9が認可された資格をもたない者であった。

英国ソーシャル・ワーカー協会のアンドリュース事務局長によると、多くのソーシャル・ワーカーは厳密にいうとソーシャル・ワークとはいえないような仕事に従事しており、ソーシャル・ワーカーの職務を明確に定める必要がある、とのべている。ただでさえ不足しているソーシャル・ワーカーの技能が、管理的なポストに埋没されて浪費されている、という。

また、同氏によると、もしこれら技能をもつソーシャル・ワーカーがそれにふさわしい仕事についていれば、ソーシャル・ワーカーの数が足りないということはない筈だとし、「ソーシャル・サービス各部門の役割りを明確にすることが必要であり、適切な訓練、知識および技能をもたない者がソーシャル・ワー

クの仕事につけないようにしたい」とのべている。

ソーシャル・ワーク従事者を有資格者とする問題については、すでに、地方自治団体とも話し合われてきたが、施行時期についての話し合いはなされなかった。地方自治体も、この考え方を支持し、ソーシャル・ワーカー専門職制の方向に賛意を表している。しかし、現在の経済状況からみて至難とみられている。

エナルズ社会サービス相は、政府ワーキングパーティの「訓練計画の目標は、1980年代半ばまでに半数のソーシャル・ワーカーを有資格者とする」とする見解を支持しているが、経済窮迫により実現が阻まれるのではないかとみている。また、同相は、地方自治体にこの訓練計画を委任する方法について検討することを約した。

The Times, Nov. 10, 1976

(田中 寿 国立国会図書館)

社会保障財政の再建計画

(フランス)

さる8月末、シラク氏の後を継いだレイモン・バール新首相は、就任早々に焦眉の急を要するインフレ対策の立案に取り組み、いくつかの曲節を経た末9月22日、ようやく閣議でその成案を得、ラジオ、テレビを通じて自らこのバール・プランにコメントを加えた。

バール・プランの骨子は、所得政策、増税、予算均衡、金融引き締めなどいずれも厳しい引き締め政策から成るが、社会保障財政の建て直しもかなり重要なその一環である。

赤字見通しとその対策の骨子

社会保障財政の赤字は、1977年末までに130億ないし160億フランに達するものと見込まれている。政府がこの赤字を解消するために立案した対策は、次の3項目である。1. 拠出の引上げによる増収61億、2. 国庫補助の増額約12億、3. 経費の節減約10億。

これらの対策の細目は、次の通りである。

<拠出率の引上げ>

10月1日から疾病保険および老齢保険の拠出率が、次のように引き上げられる。

疾病保険については、上限内賃金(月額3,160フラン以内)に対する拠出率が、使用主負担分、被用者負担分とも0.5%引き上げられ、それぞれ10.95%(10.45%)、3.00%(2.50%)になる。上限を超える賃金に対する拠出率の引上げは、今回は見送られ、従来通りそれぞれ2.50%、1.50%に据置かれた。この引上げによる増収は、1976年で7億1,000万、1977年には46億と見積られている。

老齢保険についても上限内賃金に対する拠出率が0.2%引上げられ、使用者負担分が7.50%から7.70%へ、被用者負担分が3.25%から3.45%へ上がる。この措置による増収額の予測は、1976年度2億4,000万、1977年度16億8,000万である。

ただしこれらの増収予測額には、毎年1月1日に実施されることになっている拠出対象賃金の上限改訂による変動は折りこまれていない。この上限の引上げ率は、まだ決定されていないが、1975年10月から1976年10月の賃金率の推移に応じて約15%となるものと思われる。

<給付費の削減>

拠出引上げによって増収がはかられる一方、若干の給付について償還をとりやめたり、あるいは償還率を引下げたりすることによって支出の縮少がはかられている。

まず若干の薬剤については、今後社会保障による償還が行われなくなると見込まれる。これまで70%まで償還されていた薬品の中で、次の3種類に属するものに

ついては、遅くとも1976年12月1日から償還の対象から除外される。

1. 滋養強壯剤、すなわち疲労、過労等に対する薬品(これらの薬品の公定価格による売上高は、1975年度で6億5,800万フラン)。2. 酵母菌剤(売上高2億200万)。3. 緩下剤(売上高1億9,600万)。この措置によって、一般制度は平年度で4億5,800万フランの給付費を節減することができる。

次にパラメディカルな治療に対する患者自己負担分が上げられる。すなわち、運動機能訓練士(キネジセラピスト)、言語療法士(オルトフォニスト)、足治療士(ペディキュール)、視能訓練士(オルトプティスト)等のパラメディカル治療士による治療行為に関しては、今後は現行の75%ではなく65%しか治療費が償還されない。従って患者負担分が12月1日より25%から35%へ引上げられることになる。この措置による節減額は、平年度で8,000万フランである。

第3に温泉治療費の償還を受け得る被保険者が、さらに限定される。社会保障による温泉滞在費の償還(1975年で320フランと定められている一率料金の70%)は、現在でも収入制限が設けられているが(単身者で月収3,160フラン以下、子のない夫婦で4,740フラン以下)、今後この制限がさらに厳しくなる。この措置による節減額は、1977年で約3,000万フランと見込まれている。

第4に移送料の償還率が引下げられる。すなわちこれまでは、100%償還されていた移送料が今後は70%しか償還されず、30%は患者が自己負担しなければならない。この措置による節減額は、1977年で1億7,000万である。

最後に、年金の配偶者加算が収入が一定額以上の者については、加算額が現行のまま据置かれる。これは、次のような不公平を是正するためにとられた措置である。すなわち、もと幹部職員であった者でも、その妻が全く勤労したことがなく、個人的収入が全くない場合は、その妻に対する加算を受けることができるのにひきかえ、妻が働いて家計を助けざるを得なかった元労務者は、この加算を受けることができないという不公平である。

<政府案に対する抗議と批判>

パール・プラン全体についても各方面から抗議と批判の声があがっているが、

社会保障赤字対策についても非難が多い。自分たちの患者の自己負担率が引上げられることによって被害を蒙るおそれのあるパラメディカルの治療士たちが、10月11日に一斉に営業停止を行って抗議したのは、その1例である。治療士たちは、「われわれは、自分たちの患者がパール・プランのモルモットに供されることを拒否する」と述べている。

ル・モンド紙は、1975年12月にとられた社会保障財政赤字緊急措置に関して、次のような評言を呈した。「一つまみの、あぶなっかしい節約、数滴の国庫補助そして大さじ一杯の抛出。」同紙は今回の措置についても、そっくり同じことが言えるとしている。そして、今回とられた措置だけでは、場合によっては170億に達するかも知れない赤字を解消することはとても不可能だとし、とくに政府が今回、抛出の上限撤廃（上限額以上の賃金に対する抛出率の引上げ）を断念したことは、逆方向の所得再配分を助長し、負担の不公平をさらに拡大するものとして激しく批判している。

Le Monde Sept. 20ct. 1976

(平山 卓 国立国会図書館)

ISSA 医療・疾病保険 委員会における討議

(ISSA)

1976年9月から10月にかけてISSA（国際社会保障協会）の各種常設委員会が各地で開催され、各社会保障部門の問題が討議された。常設委員会（現在、高齢・廃疾・遺族保険委員会をはじめ10の委員会がある）の1つである医療・疾病保険委員会（the Permanent Committee on Medical Care and Sickness Insurance）は、10月14日にオーストリアの首都ウィーンで開催され、世界38カ国と8国際機関の代表の出席のもとに、医療費増大と財政方式、給付組織形態

との関係が討議された。以下、同委員会での報告および討議の概要を紹介しよう。

今回の医療・疾病保険委員会では医療費の増大と財政方式ならびに、給付組織形態との間になんらかの関係があるかどうかについて分析する必要があるとの見地から、その分析方法およびオーストリア、フィンランドの2カ国の現状について報告および討論が行われた。

分析の方法論については、医療費増大と財政方式との関連を経験的に把握するためには国ごとのデータをできるだけ豊富に収集する必要があることが強調された。そしてデータ収集にあたっては、データ収集の対象項目、収集基準などを共通に設定する必要があることが指摘された。しかし、データ収集は相当困難が伴うのでそれを克服する1つの案として、同種と思われる財政方式をとる国を当初よりグループ分けし、各グループの中から1カ国をサンプルとして選び、これらについて比較検討することが提案された。分析の方法論として合意をみた原則は、(1)今後の国ごとのデータ収集は従来のように現状把握にとどまることなく、将来の展望も確認しうる形で行うこと、(2)その手初めに今回配布されたアンケートに対し各会員が積極的に回答すること、の2点である。

オーストリアの疾病保険の現状については、(1)人口の約97%は公的疾病保険によってカバーされている、(2)公的疾病保険は強制保険で、加入に際して保険者の選択は行われぬ、(3)疾病保険の運営は疾病金庫が行うが、どの疾病金庫に加入するかは職業の種類や居住地によってきまる、(4)疾病保険の医療給付は現物給付方式によって行われている、(5)医師による診療は開業医によって行われ、診療契約が医師の代表と疾病金庫の代表との間で結ばれる。薬局との間でも同じような契約が結ばれる、(6)保険料は労働者の場合賃金の6.3%、職員(ホワイトカラー)の場合給与の5%で、これを労使で折半負担する。保険料算定報酬の上限は月額8,400 シリング(約14万円)である。工業労働者の平均賃金は月額7,887 シリングである、(7)疾病保険給付費のなかでは入院費の伸びが大きい(1966 - 1975年において120%)、(8)入院療養費日額が疾病保険の保険者と病

院との間で契約されるが、この療養費は費用をまかなうのに足りないため、不足分の費用を地方公共団体が引き受けることになっている。(9)以上のような現状から直ちに医療費増大と財政方式ならびに給付組織形態との関係、すなわち制度的要因による影響を見出すことができない、などの報告が行われた。

また、フィンランドの疾病保険と保健サービスの費用の動向については、(1)入院診療費と病院外来診療費は地方公共団体の財政によってまかなわれている。すなわち、公立病院（ほとんどの病院が公立）を通して入院診療および病院外来診療が行われ、患者はほんのわずかの自己負担しかしない、(2)一般外来診療費は国と地方公共団体の財政および疾病保険によってまかなわれている。すなわち、保健センターなどによる外来診療については国と地方公共団体が費用を負担し、患者は受診のつどわずかな自己負担をすればよいことになっている。私的開業医（非常に数が少ない）による診療については国民疾病保険（社会保険公社によって運営される）によって費用がまかなわれる。ただし、償還方式によって医師の診療料金の60%、エックス線・化学検査料の75%、処方薬剤費の50%、交通費の一部が支給されるにすぎない。疾病保険は傷病手当や出産手当などの現金給付も行い、この費用が全体の1/2を占めている。疾病保険の費用は労使の保険料によってまかなわれる、(3)1971 - 1975年における病院サービス費（病院外来診療費を含む）の伸びは100%、外来診療費（保健センター等の分と疾病保険分）の伸びは保健センター等の分が298%、疾病保険分が187%、総医療費の伸びは150%である、(4)総医療費の年平均伸び率は20.2%で経済成長率（年平均18.1%）を上回っている。総医療費のうち保健センター分の伸び率が最も高く年平均32.3%、次いで疾病保険からの薬剤費の伸び率が高く年平均27.1%となっている。病院サービス費の伸び率は年平均15.1%で低い方である、(5)疾病保険の費用負担分のうち55.7%（1975年）が薬剤費である。総医療費のうち薬剤費の占める割合は11.1%である、(6)GNPに対する総医療費の割合は1975年において5.9%である、(7)総医療費の負担内訳は、疾病保険負担分が12.6%、国・地方公共団体負担分が77%、患者負担分が10.4%である、

(8)以上から医療費の伸びは大きく、その主たる要因が外来診療費の著しい増大であることがわかるが、現在のところGNPや社会保障総費用との関係においてそれほど比率は高くなく、あまり心配する必要はない、などの報告が行われた。

なお、今回の医療・疾病保険委員会において取り上げられたテーマは、同委員会での決定により実施される各国に対するアンケート調査に基づき、1977年10月のISSA総会（スペインの首都マドリッド）の際の同委員会で引き続き検討されることになっている。調査の結果がうまく得られれば、各国の制度の特徴や医療費の動向が明確になり、委員会での検討の成果が期待できる。

The Relationship between Trends in Health Expenditure, the System of Financing and the Type of Organisation of Health Care, ISSA/MSC/XV/1, 2, 4.

The Rising Costs of Medical Care under Social Security, ISSA/MSC/XV/1.

（石本忠義 健保連）

保健および医療保険委員会報告

(フランス)

1976年から始まったフランスの第7次5か年計画の準備作業の一環として作成された保健および医療保険委員会の報告が総合計画局より発表された。そのうち、とくに医療費に関する予測と社会保障による医療費負担の改善に関する項を要約紹介する。

☆ ☆ ☆

1 第7次計画期間における医療費の予測

第7次計画期間中の医療費および医療保険負担を展望するまえに、委員会の討議の中心となった次の2つの基本的事項について述べる必要がある。

すなわち、第1の点は、医療技術の充足できるニーズは現在のところ医療制度によって完全にカバーされていないという事実が医療部門を特徴づけている点である。国民の一部は、彼らの必要としている医療を全く受けていない。例えば、上級幹部職員の都市部における医療消費は、総消費に占める割合がほぼ一定であるという点で所得による増はもはや認められないにしても、医療の財およびサービスの供給能力の増がこれらの消費の増加に大きな影響をもっていることに変わりはない。したがって、医療システム全体の効率と医療費の増加を懸念するならば、こうした医療財およびサービスの供給能力の伸長に特に注意を払う必要がある。

第2点は、来るべき数年間の経済予測の不確定性は、医療費の増の全体的傾向にほとんど何の影響も与えないから、過去の経験をもとにその将来予測が可能である点である。

委員会は、現在使用されている各種モデルの助けを借りて作成された予測全体を検討してみた。いくつかの構造変数および予測変数をいろいろ変えて見たが、これらのモデルは、1980年についていずれもほぼ同じ結果を与えた。これらの概略的結果と第7次計画の経済全体の仮定の枠組みの中で、委員会は、意見を聞いた専門家すべてに最も確からしく、かつ委員会自身が目指している方向に最も合致していると思われる伸びを計算しようとした。これらの検討から、委員会は変数ごとに「強い」増加率と「弱い」増加率とを提案することにし、こうして算定された伸びの妥当性を検討することにした。これらの作業結果は以下に要約される通りだが、同時にそれから導かれる結果も掲げる。

A) 入院

主要なファクターは次のものである。

- 短期滞在用ベッド数は全体としては十分であり、努力が払われるべきものは、ある種の赤字部門、宿泊設備の充実および技術水準の改善に対してである。委員会の見解としては、このために公的部門および私的部門ともに年1%をこえない程度のベッド数の増加が必要である。
- 新入院患者数は過去5年間に経験したリズムで増加し続けると考えられるが、平均在院日数は公的病院では恐らくかなり顕著に減少するであろうが、すでにかなり短くなっている私的病院ではあまり減少は見られないだろう。
- 病床占拠率は僅かしか増加しない。在院日数の減少は、とくに公的病院において病床回転率(新入院患者数/病床数)を増加させよう。
- 技術的進歩の適用と快適さの実現とは、入院患者1人あたりの診療とサービスの量を着実に増加させよう。その結果および新入院患者数の増加と必要な労働条件の改善により、従事者数が増加するだろう。また、病院におけるコンピュータ利用が病院の人的物的手段の改善を実現しよう。

以上のような仮定を用いて推計すると、病院関係支出は第1表に掲げるような数字となる。

これから結論できるのは、まず、ベッド数の微増(公私病院併せて1%をこ

表 1 1975年から1980年までの医療費予測

いる。

	1974年価格 (単位 百万フラン)	1974年から1980年までの 平均増加率(%)				1980年相対価格 (1974年百万フラン)	
		量		相対価格		I	II
		(1974年フラン)	(1974年フラン)	(1974年フラン)	(1974年フラン)		
		I	II	I	II	I	II
公立病院	21,029	5.5	10.0	10.6	12.7	38,483	43,088
私立病院	12,336	5.7	6.6	7.8	9.8	19,355	21,616
入院計	33,365	7.5	8.8	9.6	11.7	57,847	64,704
医師サービス	12,379	5.6	6.5	7.6	8.5	19,187	20,177
検査サービス	1,892	13.0	14.5	11.5	13.0	3,632	3,925
医療補助者サービス ..	2,589	13.0	15.0	12.5	16.7	5,248	6,539
その他治療サービス ..	438	4.3	5.6	4.3	5.6	564	607
歯科サービス	7,461	5.6	7.6	4.9	8.7	9,938	12,303
計	24,759	7.2	8.7	7.8	10.3	38,569	43,561
薬 剤	18,647	9.0	11.0	1.4	2.9	20,269	22,134
眼鏡, 補装具	1,135	6.0	0.8	3.5	4.5	1,395	1,478
医薬品計	19,782	8.9	10.9	1.5	3.0	21,664	23,612
医療費計	77,906	7.8	9.3	7.2	9.2	118,080	131,877

えない)と従事者数の大幅な増により病院に対するニーズは充足されることである。これは、入院を伴わない病院活動における看護従事者の必要性や町医者となる種の病院活動との緊密な連けいに関する委員会の考え方と一致するものである。現在の病床容量および技術とを考えると、公的病院の役割は増加する筈だし、またそれによって医療従事者と非医療従事者の大巾な増加が要求されるだろう。

表1は、病院支出は、量および相対的価格の点で、他の医療費よりも急速に増加することを示している。この推移は、病院に結集されている物的人的資源のより合理的な利用の方向を意味するものであると委員会は希望的判断をして

B) 医師のサービス

入院以外の患者に対する診療に関しては、これを決定する要因である医師数の増加が過去の増加より第7次計画期間中の方が大きい。医師のサービスに対する消費は供給の伸びに影響されることは認めざるを得まい。供給の伸びは次のものに依存する。

新たに誕生する各種専門科医師の分布。この点で委員会は、一般公立病院と中期、長期入院施設における予病、診断活動に対するニーズの大きいことを指摘する。開業医の数は医師総数の増よりも少ない増え方をするとと思われるが、これまでよりも伸びは大きいだろう。

医師1人あたりの平均医療行為数。あらゆる努力にも拘らず、ここ数年専門医の行為の増が原因で増加を示している。しかし、第7次計画においては、安定ないしは微減の傾向を期待できるように思われる。というのは、専門医数の増を含めて医師総数がふえること、一般医の中で女性の占める割合が多くなり、しかもいままでより楽な活動を望む傾向が見られるからである。

さらに、人口1人あたりの診療総量の伸びのほか、診察、往診、外科的行為、理学診断等行為の数の伸びについて見ると、ここ数年の傾向が続くものと見られるが、とくに理学診断等の伸びは著しいだろう。

最後に価格の点では、医療サービスの相対的価格の伸びについて考える必要がある。すなわち、従事者数の増、医療サービス部門の生産性向上の可能性の少ないこと、この数年間の傾向等を考えると、相対価格の上昇は僅かではないように思われる。

以上のような仮定に立って考えると、医師数の年増加率は6.5%、入院以外の患者に対する診療の増は1人あたり年4.5%であり、後者は、医師1人あたりの行為数の減少に拘らず増加しており、しかも過去の傾向をもしのぐものである。

医師のサービスの量および相対価格の推計は表1に示す通りである。相対価格は、年率7.6ないし8.5%の増であるが、これは1969～1974年次に比べて加速的増加を示している。

C) その他の医療サービス

歯科、開業医の処方による検査、医療補助者によるサービス等については、もっと簡単な推計方法を使用した。サービスの量は医師の活動と供給能力の増とに関連して増加するであろう。相対価格は過去の傾向を引継ぐと考える。

D) 薬 剤

薬剤の更新、包装条件の変更等を考えて推計した結果は過去の伸びほど顕著ではないだろう。というのは、すでにフランスの薬剤消費はアングロ・サクソンや北欧諸国に比べて高い水準にあるからである。また付加価値税の引下げによる販売価格10.8%引下げの影響も考慮している。

E) 医療費全体

部門別の結果は表1に示されている。

1973年度における平均償還率をもとに1980年における医療保険支出を1974年価格で表示したものが表2に示されている。この表は、医療消費が量の点でも価格の点でも急速なリズムで増加し続けることを示している。この点に関して委員会は次のような点を強調している。

まず、医療に関する国民全体のニーズはまだ完全に充足されていないことに大きな原因がある。医療消費は供給の増に比例して増加し続けるであろう。また供給も大幅に増加するであろう。

表2 1980年における医療保険負担額の推計：相対価格

(1970年：百万フラン)

	表1における 医療費推計額		平均 償還率 (1973年)	医療保険の負担額	
	I	II		I	II
入院 ……………	57,847	64,704	85 %	49,166	54,455
医療サービス …	38,569	43,561	57.2	22,061	24,917
医薬品 …………	21,664	23,612	56.2	11,958	13,034
計 ……………	118,080	131,877	68.3	83,185	92,406

• 次に、推計は過去の傾向をそのまま引延ばして行なったものでない。予測はややある点を強調してなされており、とくに病院の役割の増大、中期、長期療養施設の医療化、予防活動の展開、短期病院のベッド数の固定化、病院従事者数の増などである。

委員会は、第7次計画中の医療費の伸びやそれを負担するフランス経済の能力について懸念している。

委員会の予測では、医療費の年増加率は量では7.8%から9.3%、相対価格では7.2%から9.2%であり、第6次計画の9.14%よりはやや低くなっている。逆に相対価格では、1970年から1975年の間におけるよりも高く(7.36%)なっているが、この第6次計画の実績は当初の予測(8.7%から10.9%)より低かった。したがって、弱い仮定の場合には、第6次計画の実績より低くなることが見積られる。

国民総生産に占める医療費の割合は、1980年において6.1%から7.4%の間になると思われる。いずれにせよ、これは1975年のアメリカの数字よりは低い。

全体計画および現在利用できるデータから見て、医療費の上昇の大きいことに変わりはないが、堪え難いという程ではない。

社会保険部門のバランスとなると問題は別である。第7次計画期間中の経済

成長は、これまでのような社会保険収入を保証し難い。1980年においてかなりの赤字が予想される。こうしたことから支出の増を抑える手段を探さざるを得ない。

II 社会保障によるある種の医療費負担の改善

1974年12月24日と1975年7月4日の法律によって、全国民をカバーする社会保障の一般化原則が提示された。委員会は、これらの条件のもとで、ある種の医療をカバーし、第3者支払方式を拡大し、一部負担を改善することを考えている。

第7次計画の準備作業報告は、低所得層、とくに高齢者または子供について一部負担の廃止の検討を示唆している。もちろん、この一部負担廃止の埋め合せは他の階層によってなされる必要がある。

委員会は次の基本的事項を重視した。

- 全社階層が医療を受けやすくすること
- 医療に関する不平等をなくすこと
- 規則を簡略化し、事務費を節減すること

A) 入院

1) 委員会はまず現行の一部負担方式を定額方式に改めるよう提案する。

現在入院時に患者負担額がどれくらいになるか分らない。これは、病気の内容、入院日数、入院料などによって大幅に異なる。そこで、むしろ全入院患者にその入院期間を通じて課し、かつ財政的均衡を確保できるような低額の定額一部負担とすることが望ましい。

現在一部負担を免除されている入院患者にこの定額一部負担を課すことによって、現在対象となっていない患者の一部負担を廃止し、またむしろ100%給付されることの望ましい現金給付を上げることができるような収入を得るこ

とができる。計算によると、この定額一部負担は、1976年で10フラン程度であり、一般制度には何ら負担を課さずに済む。

もちろん、場合によっては、どんなに低額であっても、長期入院の場合や身寄りのない者、所得のない者、老人などの入院に対しては社会扶助が負担すべきであろう。

この改革は現行の制度に対する大きな修正を意味するが、公私いずれの病院の入院に対しても適用されるべきであろう。

ここで、委員会の中の労働組合代表の委員たちは入院について全額無料を主張しており、この定額一部負担制に反対であることを付記する必要がある。

2) 簡素化を図るうえで、公立病院の外来診察および診療に対する各種一部負担を定額負担方式に改めることを提案する。これにより請求事務および償還事務が簡素化されよう。

3) 公立病院と社会保障との間で外来診療に対する第3者支払方式（現物給付）を設ける協約を結ぶことが望ましい。この措置は、入院を伴わない病院活動の展開を促進しようという考え方と一致するものである。

4) 委員会は、最近結ばれた全国協約の私立病院入院の場合の患者による前払い免除規定に賛意を表する。

B) 開業医による診療

新全国協約に見られる高額医療の場合の診療報酬の前払い免除のための「医師請求権 (titre-médecin)」方式を実現すべきである。これと同時に、患者の社会的事情によって、100%償還の対象となる場合、いわゆる「前払い許可」手続きも援用できなくてはならない。

C) 非営利の診療センター

委員会は、とくに居宅診療実現のため、「非営利の診療センターにおける現物給付制度採用」を希望する。

D) 一部の人のために必要な活動

委員会は、国民連帯基金手当受給者の一部負担を完全に免除することを希望する。入院時の定額一部負担も免除されるべきである。これにより一般制度の負担は1976年度で3億5,000万フランとなるが、大部分は社会扶助が負担することになる。

さらに、委員会は、もし現在の一部負担が定額負担に改められないならば、妊娠に関連する婦人の入院および1か月未満新生児の入院だけは一部負担を廃止することを希望する。このための負担は、社会保障全体で、1976年では4,600万フランとなり、そのうち、一般制度の負担は3,400万フランである。また病院で行なわれるアルコール中毒治療に対しては一部負担を廃止すべきである。

E) 一部補装具の償還について

ある種の診療の償還方式を改善できるとするならば、委員会はなかでも一部補装具の償還についての改善がなされることを希望する。というのは、歯科補てつに対する償還はきわめて不十分であり、これはぜひ改善されるべきである。そのための医療保険で負担すべき費用は10億フランである。また眼鏡に対する償還についても改善策が検討されるべきであろう（必要経費は3億フラン程度である）。

<資料>

Rapport de la Commission < Santé et assurance-maladie >
1976 / La Documentation Française

(藤井良治 亜細亜大学)

社会サービスの新しい方向

(アメリカ)

6番目の社会サービス

教育、所得維持、保健医療、雇用、および住宅という既に確立している5つの社会サービス体系に次ぐ6番目の社会サービスの重要性が増し、その独自の領域が明確になりつつある。

この新しい社会サービスは、イギリスでは“personal social services”と呼ばれているものであり、最近筆者たちが行なったヨーロッパ8か国（カナダ、イギリス、フランス、西ドイツ、ポーランド、ユーゴスラビア、イスラエル）での国際比較研究でも、各国に共通に確認できた1つのサービス領域である。具体的には、それは、児童福祉サービス、家族福祉サービス、老人のための地域事業、デイケア、給食サービス、身体障害者グループの自助的・互助的活動、非行少年などのための施設収容ケアなどによって構成されたサービス領域である。

しかし、各国ともに、この領域に属するサービス要素を正式に確定し、それらを効果的に組織化する体制がまだ十分整っていない。その概念化と組織化と評価を通して、この新しい社会サービスが発展していくのはこれからである。

パーソナル・ソーシャル・サービスの概念

このサービスは、非市場的な基準に基づいて利用されるサービスであり、利用要件は、所得や社会階層を越えた一定のニードや一定の人口集団の範囲や地位に求められる。したがって、利用料がどの程度徴収されようとも、その支払能力のいかんにかかわらず利用されるものである。

次に、パーソナル・ソーシャル・サービスの概念を機能の面から検討してみると、それは、およそ次のような課題を1つあるいはそれ以上もったサービスであると言える。

- ・社会化と発達に役立つこと — すなわち、普通の平均的な人々に対して、日常生活とそこでの成長の助けとなる援助を行なうこと。
- ・すべての社会サービスの分野における各種のサービスとその利用資格要件についての情報を広め、それらのサービスをより利用し易くすること。
- ・病弱老人、身体障害者、精神薄弱者、廃疾者が、地域社会あるいはそれに替わる生活の場で、その生活機能を維持していくのに必要な基本的レベルでの社会ケアと援助を確保すること。
- ・種々の問題、危機、病理現象に直面している個人や家族が、生活機能面での能力を再び回復して、それらの困難を克服できるように、援助、相談、指導を行なうこと。
- ・地域生活の中での諸問題の予防と解決、およびそのためのサービス計画を目的とした相互扶助、自助およびその他の諸活動を支援すること。
- ・個人や家族に対して最大の効果をあげるように、種々の適切な事業やサービスを統合・調整すること。

ところで、このパーソナル・ソーシャル・サービスは、大きくは2つに分けることができる。1つは、公共的利用施設・サービス (public social utilities) とでも呼びうるものである。それは、公民権があること、一定の年齢規定にあってることなど、非常に緩やかな利用資格要件は伴うものの、もっぱら利用者の選好に基づいて利用される施設、サービスである。機能の面から言うと、それは、大むね日常生活を強化し、社会化と発達に役立つものであり、かつては家族やその他の第一次集団が果してきた機能を、現在の社会環境のもとでそれらに代って果たそうとするものである。例をあげれば、就学前の諸プログラム、老人センター、地域センター、家族計画サービスなどがこれに含まれる。

パーソナル・ソーシャル・サービスのもう1つのタイプは、ケース・サービス (case services) とでも呼びうるもので、この場合には、利用資格要件の有無の判定をするために、診断的あるいは評価的なプロセスを必要とする。このプロセスは、法律上の審査であることもあれば、医学的検査であることもあり、また、社会的調査、精神医学的評価、心理テストであることもある。このタイプのサービスに属するものとしては、例えば、被虐待・被放置児童のための事業、非行少年のための施設、障害者のためのナーシング・ホームなどがあげられよう。

公共的利用施設・サービスは、その性格からいって、普遍的なサービスであるが、ケース・サービスの方は、貧困者だけを対象とした選別的なものもあれば、普遍的なものもありうる。言い換えれば、公共的利用施設・サービスが、普通の環境条件のもとで生活している平均的な人々を対象としているのに対して、ケース・サービスの方は、疾病、問題、不適応、困難などをもった人々を対象にしているのである。しかし、普遍主義か選別主義かの問題で言うならば、パーソナル・ソーシャル・サービスは、すべての市民が普遍的に利用できるものだというのが最近の国際的動向である。そして普遍主義のもとでの組織的課題は、既存のサービスがすべての人に最大限利用されるような体制をつくることであり、利用制限が必要な場合には、より恵まれた状況にあってサービスについての知識などもより豊かな人々によって、貧困者が閉め出されないようなサービス提供に関する優先順位を設けることである。

パーソナル・ソーシャル・サービスの組織と主体

パーソナル・ソーシャル・サービスを効果的・効率的に組織しようとするれば、他の専門サービス部門との間の境界をめぐる困難な問題に直面せざるをえない。部門間の共同を歓迎する雰囲気はあっても、最も有効に機能する方法に関しての確かな知識に基づいて共同の調整や役割分担を行なうことは容易ではない。

今回の国際比較研究で明らかになったことは、一般的に、いくつかのパーソナ

ル・ソーシャル・サービスは、他のサービス部門の付属物として位置づけられているが、全体としては、パーソナル・ソーシャル・サービスが1つの独立したデリバリー・システムを形成する方向に向かっているということである。言い換えれば、パーソナル・ソーシャル・サービスは、社会的政策の1つの必要不可欠の要素であり、金銭給付、住宅対策、保健医療サービスなどを補充するものではあっても、それらの安上がりの代替物や転嫁物ではない。それは、所得保障、教育、保健医療などに比べると、それほど多くの財源を必要としないだろう（おそらくGNPの1%程度）。しかし、この控え目な費用は、決してこのサービスが重要でないことを意味しない。今や、これまでの思いつきの、断片的、一時的な対応の仕方から、運営管理上の自律性と安定性をもったものへと転換する時がきたのである。

次に、パーソナル・ソーシャル・サービスのシステムを形成していく上で避けることのできない課題は、公・私の実業の調整である。公・私の実業が分離していることは、ケースレベルでのサービスの統合をはかる上での障害となるだけでなく、総体としてのパーソナル・ソーシャル・サービスの責任ある運営にも大きな障害となる。しかし、公・私の実業を効果的に統合し、それらを1つの真に有効なサービス・ネットワークとして結合することは可能である。今回の国際比較研究でも、このことが多くの国で妥当することが明らかになった。

それでは、公・私の実業によるサービスの責任ある運営体制を実現するための条件は何か。それは、第一に、明確な公的役割の確固たる遂行であり、第二には、それに基づいた公私間の公的な契約関係の存在である。すなわち、サービスの基準の徹底、サービスの最大限の利用、ケース・レベルでのサービスの統合、責任ある運営体制、資金の調達と管理などにおいて、公的な主体が十分な役割を果たすならば、民間の諸事業は、公的に統制された責任あるサービス・ネットワークの1つの要素として、非常によく統合されるだろう。

アメリカにおけるパーソナル・ソーシャル・サービスの課題
社会保障法の新しい社会サービス篇であるTitle 20は、いくつかの社会サービス部門との関連では、これまであまり高く評価されてこなかったが、パーソナル・ソーシャル・サービスの今後のデリバリー・システムとの関連では、非常に重要な法律であると言える。というのも、つづめて言えば、州が相当自由に運営のできる社会サービスに連邦の特別補助金を支出することを定めたこの法律は、(1)利用料を払う者にも払わない者にも普遍的にサービスを提供できるようにしていること、(2)州がその人口的・文化的な固有性に依拠して、独自のサービスを発展させることができるようにしていること、(3)専門サービス部門間の交流や統合の方法について、州が独自に実験を行なうことができるようにしていること、などに見られるように、パーソナル・ソーシャル・サービスの今後の発展につながるいくつかの要素を含んでいるからである。

しかし実際には、これまでのところ、州はこうした発展の可能性を伸ばすことにあまり成功していない。その理由は、(1)財政面の制約、(2)政治家・サービス従事者、利用者ともに選別主義の伝統から脱しきれないこと、(3)議会や行政当局の一貫した意図が不明確なこと、(4)児童、老人などのカテゴリー別の事業やサービスを統合するための行政機構の改革を含んでいないこと、などに求められる。

そこで、今後、アメリカにおけるパーソナル・ソーシャル・サービスの発展を期するには、次のことが必要である。

まず第1には、サービスや事業のカテゴリー別分化と断片化を克服するために、連邦レベルでの立法・行政・予算面の強力な対策が必要である。行政機構に例をとれば、保健・教育・福祉省の機構再編成が必要である。

第2には、州ごとの事情に即応したニード充足のために、州レベルでの計画と再組織化が必要である。

ところで、上記の通りに連邦と州における課題をまず優先するのは、地方分権化というスローガンのもとに、市や郡のレベルに事業運営のイニシアティブ

を与えることが多かったこれまでのやり方が、必ずしも望ましい成果を生まず、むしろこうしたやり方は真の問題解決からの逃避であることが明らかになってきたからである。

第3には、以上の連邦と州における改革を前提として、パーソナル・ソーシャル・サービスの多様なシステムのモデルを、地方レベルで、実験的に作り出していくことである。その際、国際的に収斂しつつある1つのモデルは、ジェネラル・ソーシャル・ワークの実践をその第一線に配置するタイプであるが、アメリカでは、最も新しい動向として、「社会ケア」(social care)と呼ばれる一連の援助施策が前面に出てきていることが注目される。社会ケアは、具体的には、(1)老人や障害者のためのパーソナル・ケアや衛生事業、(2)簡易な看護的サービス、(3)ホームメーカーないしホームヘルプ・サービス、(4)雑用・買物・付添サービス、(5)友愛訪問、電話サービスなどによって構成されているが、見られるように、医療的要素と、ソーシャル・ワーク的要素をあわせもっている。パーソナル・ソーシャル・サービスとしてどのようなデリバリー・システムを形成していくかが問われている。

Kahn, A. J., *New Directions in Social Services, Public Welfare*, Spring 1976.
pp. 26 - 32.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

健康保険10年の歩み

(アメリカ)

アメリカの健康保険制度は1966年7月1日から実施された。すでに10年を経

たことになる。当初は65歳以上の老人のみを対象としていたが、1973年7月1日からは65歳未満の障害者や腎臓病者の一部にもその適用が拡大されている。ここでは、ゴーニック氏の論文にそってアメリカ健康保険制度の発展の経緯と現状を紹介する。

1. 適用対象者数

健康保険(Medicare)は入院給付を中心とする病院保険(Hospital Insurance)と、医師等に支払う診療費を保障する補足的医療保険(Supplementary Medical Insurance)との二つの部門からなり、前者は各種年金受給者を対象に強制適用され、後者は任意適用となっている。病院保険の財源は、被用者(およびその使用者)と自営業者が支払う社会保障税の一部によってまかなわれ、補足的医療保険の財源は、その加入者(または場合により州政府)が支払う保険料と連邦政府の補助金とによってまかなわれている。

1975年7月現在の病院保険の適用者数は、65歳以上の老人が2,247万人、障害者や腎臓病者で65歳未満の者が217万人、計2,464万人となっている。1966年7月当時の適用者数は1,908万人であったから、老人の適用者が約340万人、障害者等が約220万人増加したことになる。老人の適用者数が増加した理由は老人人口の増加によるものであって、適用拡大によるものではない。適用率の方は逆に低下しており、65歳以上老人のうち病院保険の適用を受けていない人口は1966年当時の約15万人から1975年の約100万人へと増加している。これは制度発足当時の経過規定が解除され、受給要件が厳しくなってきたためである。

任意適用である補足的医療保険に加入するためには、各自は保険料を支払わなければならない。ただし低所得の老人に対しては本人負担分を州政府が肩代りする例も多く、実際には1975年で、病院保険適用者の97.4%にのぼる人々が補足的医療保険にも加入していた。また病院保険の適用者ではないが補足的医療保険には加入している人々は32万人程度であった。

2. 給付の状況(病院保険)

病院保険の主な給付は90日間の入院給付、100日間の退院後専門ナースング

施設入所給付、100日間の退院後在宅保健給付であり、入院給付の患者負担は1976年1月で90日までが104ドル（1日の入院に要する費用を原則としている）、61日目からは1日につき26ドルである。またナーシング施設入所給付の患者負担は21日目より1日につき13ドルとなっている。これら一部負担の額は毎年引き上げられ、10年前と比べると約2.6倍の水準になっている。

総給付費ならびに各給付費の構成は表1の通りである。総給付費は過去8年間に2.6倍に増加しているが、なかでも障害者に対する最近の給付費の伸びが顕著となっている。給付のなかでは入院給付費の割合が圧倒的で、全体の96%以上をしめている。

表1 病院保険の給付費とその構成

年	総給付費 (百万ドル)	給付費の構成 (%)			
		入院	ナーシング施設	在宅保健	
65歳以上老人	1967	3,959	93.1	6.1	0.6
	1969	4,485	91.4	7.5	1.1
	1971	5,368	95.9	3.3	0.8
	1973	6,485	96.2	2.8	0.9
	1975	9,175	96.2	2.4	1.4
障害者	1973	171	98.7	0.9	0.4
	1975	952	98.1	0.9	1.0

次に実際にかかった入院費総額のうち、入院給付として老人に償還された部分と患者の一部負担金の割合を1971年の数字で見ると、総入院費の75.9%が病院保険の給付として患者に償還され、入院60日以内の患者負担4.4%、61日以降の患者負担0.7%、輸血の患者負担0.2%、給付対象外の患者負担2.1%となっていた。換言すれば、入院給付の平均償還率は入院費の約76%であったことになる。

また各給付ごとの受給率を見ると、入院給付は65歳以上全対象者の約21%が1971年に給付を受けていた。1967年の数字は18%であったから、入院給付受給率は相当大幅に増加したことになる。ナーシング施設給付の受給率は1967年の1.8%から1971年の1.2%にと逆に減少している。在宅保健給付は0.7%から0.8%に若干増加していた。

3. 給付の状況（補足的医療保険）

補足的医療保険の主な給付は、医師等に対する診療費給付、病院外来部門の給付、在宅保健給付である。補足的医療保険の保険料額は1976年7月で月7.2ドルとなっている。10年前の月3ドルから2.4倍の水準に達したことになる。

患者の一部負担は年間60ドルまでの定額部分と、それを越えて支払われた医療費の2割を負担する定率部分とからなっている。定額部分の引き上げは、1973年にそれまでの年50ドルから60ドルに、一度実施されただけである。

総給付費ならびに各給付費の構成は表2の通りである。総給付費は過去8年間で3.6倍に増加し、病院保険の給付費の伸びを大きく上回っている。また給付のなかでは医師等に対する診療費の給付が圧倒的で、全体の83%をしめている。

表2 補足的医療保険の給付費とその構成

年	総給付額 (百万ドル)	給付費の構成 (%)					
		医師診療	病院外来	検査	在宅保健	その他	
65歳以上老人	1967	1,142	92.9	2.0	0.5	1.4	2.0
	1969	1,783	90.5	3.8	0.5	1.7	3.5
	1971	1,956	89.4	5.4	0.6	0.8	3.8
	1973	1,909	86.3	7.6	0.8	0.9	4.3
	1975	3,605	83.5	8.7	1.0	1.6	4.9
障害者	1973	9	72.2	21.8	0.2	1.5	4.0
	1975	505	51.3	29.1	0.5	1.0	17.9

次に補足的医療保険加入者の年間医療費負担額と給付額とを、1974年の数字と比較してみよう。加入者一人当たり年間給付額は135ドルであったのに対し、加入者が毎月支払う保険料額は78ドル、定額負担部分として患者が支払う額一人年45ドル、定率負担部分34ドル、適正価格を越えたため患者の負担に帰した部分15.20ドルであった。これらのうち保険料として支払われた部分を除いた総額229ドルが実際に受診に際して要した費用と考えられ、これを用いて給付率を計算すると約6割であったことになる。

最後に主要給付ごとの受給率を見てみよう。医師等の診療費給付は、1971年で全加入者のうち44.1%が受給しており、この数字は1967年の35.9%以来毎年上昇している。受給率の上昇は病院外来部門の給付で一層顕著に現われており、1967年5.8%であったものが1971年には10.9%になっている。在宅保健給付の受給率は年々少しずつ低下し、1971年では0.4%となっている。

4. 老人の医療費と健康保険

1974年7月からの一年間で、65歳以上老人の一人当たり総医療費は約1,360ドル(40万円)であった。健康保険制度が発足する前の年の一人当たり総医療費は445ドルであったから、この9年で3倍になったことになる。しかし老人が直接負担しなければならない医療費はこの9年間で237ドルから390ドルにと1.6倍になったにとどまり、本人の負担が大幅に軽減されたことを示している。

表3 老人の医療費と費用負担

	1965-1966		1974-1975		
	ドル	%	ドル	%	
一人当たり総医療費	445	100.0	1,360	100.0	
私的負担	患者の直接負担	237	53.2	390	28.7
	私保険による負担	71	15.9	73	5.4
	慈善団体・企業による負担	5	1.1	5	0.4
公的負担	健康保険による負担	-	-	571	42.0
	その他の政府支出	133	29.8	321	23.6

もちろんその原因は健康保険制度が発足したことによる。表3の通り、1974-75年の例によると、老人の医療費のうち、本人が直接負担した部分は28.7%、健康保険による負担42.0%、医療扶助等の政府負担23.6%となっており、健康保険が最も大きな比重をしめるに至っている。また私的負担の合計は、この9年間で医療費全体の70.2%から34.4%にと減少し、逆に公的負担は29.8%から65.6%に大きく増加している。健康保険が、今日のアメリカの老人医療の中で果たしている役割をうかがい知ることができる。

Marian Gornick, Ten Years of Medicare : Impact on the Covered Population, Social Security Bulletin, Vol.39, No.7, July 1976, pp.3 - 21.

(一圓光弥 健保連)



社会国経済保障の提供における 社会的保護の目的

Panteliija Lakic

(ユーゴスラヴィア)

本稿には、ボアナイ・ヘルツコヴィナ共和国の保健・社会政策省次官が、最近の政治的な文書を参照しながら、社会的保護の発達における将来の傾向を論述している。

社会的保護の役割は、要求されたように、個人やグループに対して、疾病や廃疾のような生物学的諸要因によって生ずる諸問題を克服するために、必要な援助を提供することである。そのような援助は、その境遇におかれた人びとを速やかに回復させるように、十分であり、かつ適切な時に提供されるべきで、しかも、社会的な発展に応じて再編成されるべきである。

社会的保護はその歴史をもっている。当初では、それは家族にかんする事柄であった。社会主義のもとでは、社会は市民のために組織的な発達を遂げてきた。自治の発達は社会保障制度に実質的な変化をもたらさなければならない。この制度は依然として労働者とかれらの家族の社会保険にもとづいている傾向が顕著である。しかし、それは不十分である。年金の予防的な補足的給付、低所得世帯に対する追加的な手当、ある保証的な所得、失業手当、および廃疾給付のような他の手段が必要とされている。

諸問題について深い分析を行なうことを誠みなければ、社会保障の制度に調和が欠けるのは明らかである。それは健康保護、教育、および年金保険のような正常な社会的活動とは別に、政治的な仕組み、つまり、主として地域社会や

他の自治的な機関の各組織が、それらによって組織された社会的活動の枠組の中で、社会的保護を発達させるのに必要な手段を採用しなければならないのは、何故必要であるかということである。それらの目的は商品の生産と市場での販売にとって否定的なすべての要因を取除くために、社会的な生活と労働のすべてについて予防することではなければならない。社会的な事故に遭遇している人びとに対する援助、および労働不能な人びとに対する経済的な福祉の手段を通じて、社会的保護は社会的な関係に人間性を与える傾向を支持し、かつすべての人びとに対する包括的な社会的保護の実現に影響力を与えるべきである。

現在、社会的保護はこの上もなく重要なものであり、したがって、狭い中央政府の支配と予算から除かれるべきで、しかも、適切な手段を通じて、とくに地方政府レベルによる他の社会的活動とより一層密接に結びつけられるべきである。地域社会の活動は次の2つの方向で発達させることができる。

- (1) 社会的保護は社会的な生活と労働のすべての分野における包摂により、また、それ自身の自主的な自治的機構の発達によって、急速に社会化されるべきである。
- (2) 同時に、社会的保護は予算から除かれ、かつ健全な資金によってその適切な財源調達を保証されるべきである。

双方の動きは単独のプロセスを示しているが、同時に進められなければならない。

当初では、自治的な組織である地方政府議会は、法律的な責任を強力に推進する手段を採用し、かつ社会的保護の自発的な機能を受け入れるために、社会的な機関と地域社会の諸問題に関連を有する組織を助成すべきである。その後、根本的な修正が社会的保護の概念に導入されなければならない。

関連をもつ機関や団体のうち、いずれもそれらの努力によって直ちにもたらされる結果を期待すべきでない。そうはいつても、努力は社会的保護が、社会的保護の決議に示されたように、生活と労働のあらゆる分野において、「社会連帯と相互扶助にもとづく生活の保証を目指す手段の制度」に急速な進歩をもたらす条件を作り出すのに集中されるべきである。

地域社会の自治体は社会保障の統一的な制度、社会連帯と相互扶助にもとづいて、全市民に社会的な保証を確保する社会的保護を含めたすべての社会的活動の調整と同時化を提供しなければならない。

社会的保護を提供し、かつ資金の共同管理を含む自治体活動の調整を保証するために要求される全自治体の統合は、協約によって達成されなければならない。

社会的保護の自治的な発達と、社会的な保護機能を担当する各団体間の協約を通じて得られる社会的な最低基準の促進は、各労働者の間における相互扶助に対する実施では、困難な状況の場合に、かれらの施設や組織のすべての人びとのニーズを満足させる最低の限度を保証するであろう。ニーズを満足させる手段の満足度と水準は労働者の集団的な労働の結果に依存するであろうし、また、社会の経済的な発展を通じてのみ改善されるであろう。

社会的保護の組織はある企業の経済的な基盤を要求する。したがって、自治体は基金を設け、それによって、予算のもっている領域から財源調達を自由化する方向に最初の第1歩を踏み出すべきである。安定した資金の基盤は合理的な計画化にとって必要な前提条件である。

Znacaj socijalne zastite u obezbjeđivanju društveno-ekonomske sigurnosti, Socijalna Politika, No. 5-6, 1972, pp. 25-27; No.6,

'74/75.

予防的な医療

G. Escouflaire

(ベルギー)

本稿には、予防的な医療制度のもつ基本的な側面の概要が論述されている。

予防的な医療には、次の3段階がある。

- (a) 保健教育を通じて、疾病の発生を伝播させる諸条件を知らせる第1次的予防。
- (b) 患者の健康状態を悪化させる原因となり、また時には病気が当人の周囲に広がるかも知れない病気の状態について、できるだけ早期に発見しようとする第2次的予防。
- (c) 慢性的な疾患もしくは回復できない労働不能の場合に、再教育、リハビリテーション、および社会への復帰を通じて、患者とその家族に対して予想される有害な肉体的および精神的な影響を和らげる第3次的予防。

すべての予防は個別のもしくは集団的なものであるだろう。個別的な予防はかなりの領域がよい仕事をしようとする場合に予防的な医療をしなければならない家庭医の責任になる筈である。かれは当人の患者達の健康の過去と現在の状態、かれらの家族、およびかれらの環境を他の誰よりもよく知っているし、また、早い段階で他の誰よりも疾病をよい状態にする。

この段階では、予防的医療と治療的医療の間の境界は、事実上完全に人為的

である。しかし、家庭医によって行なわれる個別的な予防的手段は、患者の生活環境と労働環境に実施されなければならない。これはその後に行なわれる医療について総合的な制度の一部に当る継続的な部分の計画化を容易にする。

財政的な分野では、医師によって提供された予防的な処置の費用は、ベルギーの疾病保険制度で払い戻されるから、追加的な手段はなんら必要がない。しかし、個別的な性格をもつ特定な予防的手段だけは促進されるべきである。一般的な性格をもつ予防的手段は効果が疑わしいし、危険でさえあるかも知れない。

集団的な性格の予防的手段は全人口か、それとも、より多く見うけられる例のように、特殊な危険をもつ職業グループか社会的グループかに対して呼びかけられる。それは専門医の取扱う事柄であり、その組織は公的な当局によって監督されるべきである。それはベルギーではかなりな程度に発達してきたが、しかし、各種の法律によって多数の各省により実施の権限を与えているように、今まではやや偶然な出来事の流行という形をしている。

集団的な種類の予防的な制度の間には調整と協力が明らかに欠けており、医学的な職業は明らかに不適切である。とくに、たとえば、公的な当局によるそのような制度の組織もしくは財源調達に対して予想された計画もしくは制度が何もない。

集団的な性格の予防的医療制度に投資された人的資源と財政的な資金は、全人口の一般的な健康状態について得られる知識をよりよくさせるべきである。その問題に対する明白な解決策は、全般的に予防的医療制度の組織に枠組みを与える法律を採用することである。この問題に対する法案はすでに上院に提出された。筆者の意図は公的保健の保護に対する全般的な政策の中に動的な法

律の枠組みを与え、その中で、集団的な性格をもつ予防的医療制度が次第に効果的になるようにし、かつコスト・ベネフィットでより多くの効果をあげることである。法案に示された提案は上級保健促進審議会の創設と、現行の予防的サービスを再編成しかつ統合する保健センターの設置を含んでいる。

Orientation Mutualiste, Nos. 4-5, 1973, pp. 247-251; No. 38, '74/75.

連邦老齢保険の個別的公正と社会的妥当性

Martha N. Ozawa

(アメリカ)

本稿には、連邦老齢保険制度における個別的公正と社会的妥当性の概念が検討され、かつ、各種の拠出記録をもつ退職労働者の仮説的な例を用いることによって、これらの概念を測定することが試みられている。

老齢保険は社会保険であり、したがって、2つの目的をもっている。それらの目的は「個別的公正」と「社会的妥当性」である。これらは広い哲学的な概念であるが、それらを定義づけるために容認された方法は、次に示されるとおりである。つまり、個別的公正は退職老齢者の給付を被保険者によって行なわれた拠出で購入された年金として取扱っている。社会的妥当性は老齢者に対して、ある基本的な最低のレベルの保護もしくはある最低生活の水準による所得を提供することを目的としている。一般的な理解は社会保険の形をした老齢保険が社会的妥当性の基本原則に合致させるために、私的保険に対する基本原則、つまり、厳格な保険原則から離れているということであった。恐らく、より少なく拠出を支払った退職労働者の給付は、より多く拠出を支払った人びとの支

出に負うのであろう。

個別的公正の総額は各人の拠出によって財源を調達された年金の総額であると仮定され、また、すべての賃金階層の退職労働者は、購入された年金の総額以上に死亡するまで給付を受給するならば、事実上では、すべての退職労働者は、当人達の収入がどれだけであろうと、かれらが個別的公正原則の要求するものだけでなく、あるなんらかの追加的なものを提供されると考えることができる。65歳の平均寿命を与えられ、すでに退職している全労働者は、かれらが「年金のために支払った」ものをはるかに超える老齢給付の受給を期待することができる。この有利な報酬は一般的な経済成長の成果、給付の寛大化、および老齢年金保険の不十分な成熟の賜物である。購入した年金額を超える給付額は、働いている人口によって補助金を提供されている。この補助金 — つまり給付のうち死亡するまでの給付から購入した年金額を差引いたもの — は、「世代間移転」とみなすことができる。

ここでは、社会的妥当性が特殊な方法で用いられていると認められるべきである。伝統的には、社会的妥当性は何とか満足できる最低水準か、もしくは、収入の記録に比較すれば、高賃金の取得者よりも低賃金の取得者に対して比例的により有利な給付を提供する給付算出方式を意味していた。しかし、社会的妥当性は就労人口が退職労働者に提供する世代間移転の額を意味するとも解釈され得る。焦点を絞られた問題は、老齢保険が各種の拠出記録をもつ退職労働者にどれだけの世代間移転を提供するかということになる。

分析は稼働人口が老齢保険制度に大幅な補助金を支払っているということを確証している。1973年に退職した最高の拠出者に対する生涯の給付のうち、67.7%に当る部分はその被保険者によって支払われたのではなく、稼働人口により支払われている。最高のうち50%を拠出する労働者の比率は74.9%

である。換言すれば、稼働人口は最高の拠出記録をもつ退職労働者に、被保険者の支払ってきた額の2.1倍に当る世代間移転で補助金を支払っている。50%の拠出者に対する比率は2.9である。

発見された主要なものは、最高の拠出記録をもつ高賃金階層の労働者が、相対的な表現ではなくて、絶対的な表現で、最高の2分の1の拠出記録をもつ低賃金労働者よりも、世代間移転により大きな金額を提供している。老齢年金制度が年金を「購入するために支払ってきた」よりも退職給付により多くのものを提供する限度では、超過額（世代間移転）をいかに配分するかという決定は、政策的な決定になっている。退職労働者が収入のより少なかった人びとよりも多くの収入を取得していたので、稼働人口はかれらに多額の補助金を支払うべきであろうか？ 人びとは給付水準と収入記録との間における厳格な関係を放棄することにより、また、2つの年金構成要素と世代間移転に終身給付を概念化することによって、財政的な資金をより動的に配分する途を開くことができる。

Individual Equity versus Social Adequacy in Federal Old-Age Insurance, Social Service Review, No.1, 1974, pp.24-38; No.43, '74/75.

老齢者に対する 稼働活動従事の奨励法

(ソ連)

本稿には、老齢年金受給者が、何故報酬を支払われる雇用を手に入れようとするかを確認し、かつ労働を続ける年金受給者の数をつきとめることを目的と

して、モスクワ国立大学の経済学部により実施された2つのプロジェクトの評価が示されている。

1つ目の研究プロジェクトは、雇用を継続する人びとのカテゴリーを明らかにし、かつ就労する理由を確かめることを目指した。そのプロジェクトは大規模と小規模の双方の30事業所で雇用された年金受給者を含んでいた。主要な発見は雇用された年金受給者が、賃金に加えて年金を支払う規則を緩和する条令の実施後に増えたという事実を含んでいた。1969年以後の2年間に、その人数は2倍になった。たとえば、産業のある部門では、それは2倍以上になった。

雇用された年金受給者は、女子の場合に55歳から64歳までの年金受給者の90%で、男子の場合に60歳から69歳までの高齢者の65%である。つまり、かれらのうち大部分の者は、年金年齢に達してから以後の10年間を雇用されている。

産業の各種の部門では、労働人口が急速に高齢化している。1971年に化学産業で新しく年金の受給を認められた人数は、1968年に比較すれば、274%になっていた。その数字は医療部門では159%で、軽工業では130%などとなっていた。

雇用を継続する年金受給者の比率は産業によって異なる。保健部門では、年金年齢に達した人びとの92%が雇用に留まっており、その比率は機械工業で84%、電気機器工業で82%、軽工業で77%である。その比率は賃金に加えて年金を支払う規則の性格によっても異なる。規則が緩和される程度が大きくなるにつれて、雇用を続ける年金受給者の比率は高くなる。しかし、全産業における年金受給者数の合計は、1968年に比較すれば6%増加した。

一般に、年金受給者はかれらが年金年齢に達する以前に雇用された事業所で

雇用を続けることを好んでいる。新しい企業で仕事をする人びとの人数は微々たるものである。

2つ目の調査研究は、年金受給者が報酬を支払われる雇用に就く用意のできている諸条件を発見することを目的として、2カ所のモスクワ地区における雇用されていない年金受給者に焦点を絞られた。8,000人の年金受給者が質問の対象とされた。

1970年にモスクワには、1,379,000人の年金受給者がおり、それは同市の全人口の約19.6%に当たっていた。これらの年金受給者のうち、994,000人が老齢年金受給者で、かれらのうち75%が雇用されていなかった。調査により発見された雇用されている年金受給者の人数は、公式に登録された雇用されている年金受給者の人数より多かった。その理由はある事業所が短期間それらの事業所で就労した年金受給者を登録しなかったということである。これは雇用されていない年金受給者の約15%に当る。結局、公式に登録された雇用されている年金受給者の人数は、総数の39%に増える。

雇用されていない年金受給者の約17%は、雇用に関心を示していた。モスクワでは、さらに約70,000人から90,000人の年金受給者は雇用に就くことができた。雇用に就く用意のできている年金受給者の比率は、年金の受給を認められた直後の年よりも、受給を認められて以後10年の方が高かった。雇用の停止は各産業でよくあることで、また仕事はますます集中的な努力を必要としている。

多数の年金受給者は自宅で従事するか、あるいはパート・タイムで働くことのできる仕事に就く用意ができている（1つの仕事を2つに分け合って働く用意ができている）。

年金受給者が何故雇用を継続したがないかという理由は、そのような例のうち76%が健康状態が悪く、16%が(かれら自身もしくは子供の家政で)家庭の世話をしており、4%が十分な生活水準の状態にあるという例を含んでいる。健康状態の悪いのは、65歳以上の年金受給者の年齢になった人びとの間で多い。女子は男子よりも家庭の世話をする例が多く、その比率は後者の4%に対して前者が20%で、男子は女子よりも社会保障給付の適切さについて言及する例が多く、その比率は後者の3%に対して、前者が5%である。年金受給者のうち、0.2%だけが雇用について管理・運営上の障害があると訴えていた。

筆者達は年金給者のために適切な就労の場所を計画する役割をもつ組織として、経済学者、労働組合代表、および老人医学専門家の委員会を創設するように勧告している。そのような計画は地方レベルの社会保障管理機関もしくは職業安定所で年金受給者に利用できるであろう。

Puti vovlecheniya v obskehestvennoe proizvodstvo
lits pozhilovo vozrasta, Sotsialnoe obespechenie, No.3,
1973, pp. 32-36; No. 45, '74/75.

失 業 保 険

B. Haklay

(イスラエル)

本稿には、概念の発達と段階的な実施の各時期における評価、および関連を有する法律の分析が論述されている。

「労働」の概念は社会経済的とともに個人的な意味をもっており、双方の意

味をしっかりと把握することはイスラエルにおける失業給付制度の歴史的な評価の理解を容易にする。ある意味では、そのような制度はイスラエルで知られている社会保障の概念に属しないかも知れない。社会保障は、主として高齢者もしくは経済的弱者にのみかかるニーズを緩和するものとみなすことはできるが、失業保険は大量失業を引き起こす原因を除去する方向、もしくは、完全雇用の方向を目指している。

歴史的には、失業保険の公的な委員会がその基本的な原則を定めた1949年に遡ることになる。1950年代には、政府は波のように押し寄せた新しい移住者に含まれた失業者を吸収する手段として、救済活動で労働を促進した。1961-1964年の期間には、労働省の管理機関は救済労働と公的な投資計画を優先的に用いながら、その問題に対する法律的な解決に反対していた。

救済労働が仕事のない状態に立向うには不十分であることを証明したのは、1966-1967年の景気後退の結論の1例であった。これらの雇用造出制度は専門職と技術職の人的資源に効果のないことを証明し、公的な労働計画は事実上の適格性にとってなんらの解決にもならなかった。社会的な圧力に直面して、その当時、政府は正式なもしくは法律上の枠組みをなんらもたない失業給付を支払った。

1970年と1971-72年に追加して設けられた2つの委員会は、問題を研究し、新しい勧告を用意した。関連を有するその法律は1972年3月に国会を通過し、1973年1月に施行された。

資格条件は失業直前の360日のうち180日(日雇労働者では150日)間の就労日数を要求している。年齢制限は給付が20歳から男子で65歳、女子で60歳の年金年齢まで支払われるということを示している。若年(15-18歳)の人び

とも、かれらが以前に労働力として参加していた場合に、かれらが職業訓練センターに登録されていることを条件として、失業給付を受給することができる。この方法で、仕事から離れている期間は、職業教育によりより以上の就労機会に利用されるであろう。

他の方法でも、その法律は職業訓練、地理的および職業間の移動、傷害を蒙った労働者の職業的な社会復帰、および他の労働促進手段を奨励することにより、長期的な労働の空白を予防することを目指している。事実上の管理や監督とともに失業法の実施に対する責任は、労働大臣により任命されたある公的な委員会に託されている。その委員会は3つの小委員会 — 財源と予算、規則および失業の予算と生産性の向上 — を通じてその機能を果たす。

失業の場合に、給付は「基本的俸給」の35%から80%にわたるが、平均賃金の2分の1以下にはならないし、また、失業者を速やかに労働に復帰させる方向を目指した特殊な手段と併せて、全員に約140日間まで続いて支払われるであろうという事実は、法律の基本的な目的、つまり、雇用を促進し、かつ、最後の手段として仕事の無い人びとを財政的に援助するというを示している。

On Unemployment Insurance, Labour and National Insurance (in Hebrew with English Summary), No.3, 15 March 1974, pp.97-102; No.63, '74/75.

家族給付の選別性

Suzanne Sabathe

(フランス)

本稿には、家族給付にかんする研究が論述されており、その研究の目的は、ある給付の支払いに所得調査を採用する家族政策の新しい適合性に対する理由を調査し、かつ、社会的および組織上の結果を推論することであった。

最後までフランスで適用された方法は、補足的な所得と総収入との間になんらの関係も設けない定額の手当という基本原則にもとづいていた。しかし、1948年には、住宅手当が採用されたが、これはある上限以上の所得を除外する最初の給付であった。

総収入が給付額に影響を与えるべきかどうかということは、現在、3つの理由から緊要な問題となっており、それらの理由は家族手当の購買力の低下、出生率の低下、および財政的な検討である。

当初、俸給の指数を利用して、家族手当は1947年から政令により定められ、その時以後、それらの手当の実質的な価値は引続き次第に低下してきた。「単一賃金」手当と「在宅母親」手当の価値は、より一層購買力を下落させてきた。

給付額のこれらの低下は、保健サービス費の目まぐるしい増加をカバーするために用いられてきた。他方では、1946年に12%に定められた家族手当拠出は、10.5%に次第に引下げられてきた。

出生と多産性の比率は、最近の数年間に目立って低下してきた（それは1964年の18.1%から1971年には16.8%になった）。家族手当の実質的な貨幣価値の回復は、必ず所得水準と生活水準の評価を伴わなければならないだろう。保健費の増加と高齢者への政策の不適切は、これら2部門に超過負担をもたらし、また、それは社会福祉支出の総額を増やすのを不可能にする。

したがって、選択が必要である。つまり、最もニードの強い人びとのために行なう大幅な増額は費用が少なくなり、また、すべての受給者に対するより少ない増額よりもより一層効果的だろう。このようにして、選別的な手当の考え方が発達した。

新しい一給付は所得による選別の考え方を取入れている。それらの給付は遺児手当（両親のいない遺児の場合、調整をなんら行なわない）、労働不能の年少者と成人への手当、受給者の新しいカテゴリーに拡大されてきた住宅手当、子供の世話に対する手当である。「単一賃金」手当と「在宅母親」手当は、将来3つのカテゴリーに分けられるであろう。つまり、それらのカテゴリーは、ある所得水準以下の人びとに対する50%の引上げ、所得が上限を超過する人びとに対する給付の取消、およびそれら以外のすべての例に対する正常な支給額である。

社会的な観点からみれば、これらの新しい給付は、出生率にとって望ましい条件を生み出す事情に影響を与える。さらに、それらの給付がほとんど保護されていないか、あるいは劣悪な状態で保護されていた人びと（遺児、労働不能者、廃疾者、および高齢者）のカテゴリーを対象とされているので、それらの給付は社会的な進歩の1要因であり、住宅水準をより改善するし、また、新しい社会的階層に対する所有権に近づくのを許される。しかし、給付の支給に用いられる所得の上限は、所得額が常に正しく決定されるわけではないから、新

しい不公平の源になるかも知れない。さらに、所得が上限に接近している世帯は、かれらが給付から除外されているのを知ることになるし、また、必要な再計算も不公平の原因になる。

雇用の場では、これらの手当は従業員の職業上の昇進を妨げて、俸給を低く維持させる口実として利用されるかも知れないし、また、経済的な活動を低下させるかも知れない。他方、時には、手当は給付への権利を維持するために、不正直にしてしまう。

女子が子供のために尽すのを促進するために考えられた利点は、全国的な生産力の最適な使用という方向を目指している女子の雇用増加という変更のできない現象に影響を与えないだろう。

新しい制度は基本的な原則を放棄し、かつ分配上の公正という義務をもたらす。各人は子供を世話する費用によって生じた不均衡を回復させるように、社会から金を受け取る。手当に対する受給資格の取得は、子供のいることによって決定されるが、しかし、他の受給者（両親、その他の親族）にも拡大される。

家族手当は俸給と賃金から財源を調達されるが、その手当はある社会的な連帯性を含んでおり、また、これは不適當のように見える。「上限」の決定は所得の本当の再分配にとって障害である。労働集約的な企業は、高度に機械化された企業と比較すれば、罰則を適用される。また、選別性をもつ手当の創設は、より緊要な財源調達をもつ他の形の給付にとって手がかりを求めるものとなってしまった。社会的連帯性は所得税を支払う義務を負うものとすることによって達成されるかも知れないし、その財政的な収入は家族手当制度に支払われるであろう。

Service social des Caisses d'Assurance maladie, No.1,
1974, pp. 17-35; No. 68, '74/75.

(以上6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)



社会保障こぼれ話

社会保障の改正 (アメリカ)

1976年中頃、大統領は社会保障関係の幾つかの法律に署名した。

6月30日に制定された公法第94-331号では、大統領により大きな災害であると宣言された大災害で、余儀なく家を離れた補足的保証所得制度(SSI)による給付の受給者は、かれらが災害後30日以内に、他人の世帯を含めて、本人達の新しい住いで生活を開始した場合に、なんらかの援助や生計維持を提供されても、給付を減額されないことになった。この例外的な措置は、被害者がそのような援助をうけるようになってから6カ月まで続けられ、その間には、3分の1を減額するという規定は適用されない。大統領の災害宣言により、1974年の災害救助法やその他の連邦政府の対策で提供される援助も、上記したと同様に、SSIの給付を減額されない。もっとも、この減額を免除する規定は、1976年6月1日以降の1年間に適用されることになっている。

7月14日に制定された公法第94-365号は、SSIの受給者に、受給資格が決定されるまで前払いで暫定的に給付を支払う州政府に対して、資金を払い戻す保健・教育・福祉省長官の権限を恒久的なものとしている。また、この法律はすべてのSSI受給者に、食料スタンプを提供させることを規定している。

さらに、7月16日に制定された公法第94-368号は、メディケア制度で診療に従事する医師の報酬について規定している。

U.S. Dept. of H. E. & W, Social Security Administration,
Social Security Bulletin. Vol.39 No.10, 1976.

Service social des Caisses d'Assurance maladie, No.1,
1974, pp. 17-35; No. 68, '74/75.

(以上6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)



社会保障こぼれ話

社会保障の改正 (アメリカ)

1976年中頃、大統領は社会保障関係の幾つかの法律に署名した。

6月30日に制定された公法第94-331号では、大統領により大きな災害であると宣言された大災害で、余儀なく家を離れた補足的保証所得制度(SS I)による給付の受給者は、かれらが災害後30日以内に、他人の世帯を含めて、本人達の新しい住いで生活を開始した場合に、なんらかの援助や生計維持を提供されても、給付を減額されないことになった。この例外的な措置は、被害者がそのような援助をうけるようになってから6カ月まで続けられ、その間には、3分の1を減額するという規定は適用されない。大統領の災害宣言により、1974年の災害救助法やその他の連邦政府の対策で提供される援助も、上記したと同様に、SS Iの給付を減額されない。もっとも、この減額を免除する規定は、1976年6月1日以降の1年間に適用されることになっている。

7月14日に制定された公法第94-365号は、SS Iの受給者に、受給資格が決定されるまで前払いで暫定的に給付を支払う州政府に対して、資金を払い戻す保健・教育・福祉省長官の権限を恒久的なものとしている。また、この法律はすべてのSS I受給者に、食料スタンプを提供させることを規定している。

さらに、7月16日に制定された公法第94-368号は、メディケア制度で診療に従事する医師の報酬について規定している。

U.S. Dept. of H. E. & W, Social Security Administration,
Social Security Bulletin. Vol. 39 No. 10, 1976.

西ドイツの診療報酬制度

健康保険組合連合会 石本忠義

1976年7月1日に「一般契約診療報酬規定」(Bewertungsmaassstab für Ärzte-BMÄ)の補正が行われ、同年10月1日から実施されたが、この「一般契約診療報酬規定」とは、ライヒ保険法(疾病保険、災害保険、労働者年金保険を定めた1911年制定の法律)(RVO)に基づいて設立された疾病金庫(地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫)および農業疾病金庫と保険医(保険歯科医)協会との間で契約された診療報酬規定のことである。また、今回の補正は、一般契約診療報酬調整改善委員会によって特別診療行為の報酬が定められ、従来のものに追加されたものである。

西ドイツの診療報酬の決定は、わが国のように厚生大臣の告示によって行われるのではなく、保険者と診療担当者との診療契約によって行われる。そのため、わが国のように国が定めた一本の診療報酬規定によるのではなく、きわめて多様な診療契約によって何種類かの診療報酬規定が用いられている。すなわち、連邦政府が開業医の標準的な診療報酬規定(医師報酬規定、歯科医師報酬規定)や病院の標準的な療養費の規制に関する法律(病院財政改革法KHG)を定めているが、これらがそのまま用いられることはほとんどなく、これらを基準として各当事者間で契約された診療報酬規定が用いられている。以下、多様な診療契約に基づく診療報酬制度を解説しよう。

1. 診療契約と診療報酬規定

開業医の診療報酬は、各種の疾病金庫と保険医(保険歯科医)協会との間の

診療契約において定められる。また、病院の療養費は各種の疾病金庫と各病院との間の診療契約において決められる。開業医の診療報酬規定は、各診療契約の「診療報酬に関する条項」に基づき別途定められている。

(1) 開業医の診療報酬規定

現在、開業医の診療報酬規定としては、(a)医師報酬規定(Gebührenordnung für Ärzte-GOÄ)、(b)ライヒ保険法(RVO)に基づいて設立された疾病金庫および農業疾病金庫に適用される契約報酬規定(Bewertungsmaassstab-Arzte-BMÄ)、(c)補充金庫に適用される契約報酬規定(Ersatzkassen-Adgo)、(d)私的契約報酬規定(Privat-Adgo)、(e)臨時料金表(DKG-Nebenkostentarif)、(f)災害保険の保険者との診療契約、(g)自由診療契約、(h)歯科医師報酬規定(Gebührenordnung für Zahnärzte)、(i)保険歯科医契約報酬規定(Bewertungsmaassstab für die Kassenzahnärztlichen Leistungen-Bema)などがある。連邦鉄道職員に適用される契約報酬規定(KVB-Vertrag)もあるが、これは(a)の医師報酬規定と全く同じものである。

医師報酬規定は、1961年10月2日の連邦医師法第11条に基づき、すでに定められていた補充金庫用の契約報酬規定をもとに1965年3月18日に連邦政府が連邦参議院の同意を得て定めた公定の診療報酬規定である。この報酬規定は連邦政府としての基準を示したものと考えてよい。保険診療、自費診療のいずれの場合もこの報酬規定どおりには支払われず、何倍か高い報酬規定により支払われることが多い。社会発展協会「所得構造における医師の地位の変化」によると、自費診療の場合医師報酬規定に定められている額の2.4~3倍、保険診療の場合(補充金庫や一般の疾病金庫に適用される契約報酬規定に基づく場合)医師報酬規定に定められている額の1.4倍(補充金庫の場合)ないし1.6倍(一般の疾病金庫の場合)の額が支払われている。連邦政府が定めた医師報酬規定がそのまま適用されているのは、郵便職員、職業組合員、警察職員、一部の学生保険の加入者など一部の者に対してだけである。

補充金庫(職員補充金庫、労働者補充金庫)に適用される契約報酬規定は、

連邦保険医協会と職員疾病金庫連合会および労働者補充金庫連合会との間の診療契約第9条に基づき、1963年7月20日に定められた診療報酬規定である。この報酬規定はその後1974年10月に大幅に改定されている。

ライヒ保険法に基づく疾病金庫および農業疾病金庫に適用される契約報酬規定は、連邦保険医協会と地区疾病金庫全国連合会、州疾病金庫全国連合会（現在は農業疾病金庫全国連合会）、企業疾病金庫全国連合会および同業疾病金庫全国連合会との間で取り決められ、1971年1月1日より効力をもった診療報酬規定である。この報酬規定は、契約によって定められた報酬基準を示したもので、公定の医師報酬規定を契約により変更したものである。この報酬規定は、本来暫定的なものと考えられていた医師報酬規定（G O Ä）に代わるべき新しい報酬規定が、連邦保険医協会の案が連邦保健省に提出されているにもかかわらずできなかったために、当事間の契約により定められたものである。現在、この報酬規定が最も広く適用されている。この報酬規定は、契約の当事者である疾病金庫（地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、農業疾病金庫）のほか、海員金庫、鉱山従業者組合（鉱山疾病金庫）、社会扶助、連邦援護法、連邦補償法、一部の学生保険、一部の警察についても適用されている。

私的契約報酬規定は、個別契約に基づく報酬規定で、補充金庫用の契約報酬規定や一般の疾病金庫用の契約報酬規定をそのまま契約報酬規定としたものである。

歯科医師報酬規定は、1952年3月31日の「歯科治療行為に関する法律」第15条に基づき、1965年3月18日に連邦政府が連邦参議院の同意を得て定めた公定の診療報酬規定である。

保険歯科医契約報酬規定は、1962年5月2日の連邦保険歯科医協会と地区疾病金庫全国連合会、州疾病金庫全国連合会（現在は農業疾病金庫全国連合会）、同業疾病金庫全国連合会および企業疾病金庫全国連合会との間で締結された診療契約（Bundesmantelvertrag-Zahnärzte）第26条に基づいて定められ、1962年7月1日より効力をもったものである。この報酬規定は、その後1965年1月

1日より大幅に改定されている。この改定は、同年に定められた公定の歯科医師報酬規定にできるだけ合わせるために行われたものである。保険歯科医契約報酬規定は、公定の歯科医師報酬規定を契約によって変更したものと考えてよい。

(2) 病院の診療報酬契約

病院に対する報酬は、各疾病金庫と各病院との間の診療契約において決められる。診療契約にあたっては、病院療養費の規制に関する法律（1972年）に基づいて報酬額（療養費）が決められる。毎年の報酬額の引き上げは、当事者間の交渉によって行われるが、その場合前年の実績が基礎となり、人件費の上昇などが考慮される。入院費については1日当たり定額で決められる場合が多い。

2. 診療報酬の決定・支払方式

診療報酬額の決定およびその支払はつぎのような方式で行われる。

まず報酬単価についての案が、各種類の疾病金庫全国連合会と連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会との間でつくられる。これが契約報酬規定に掲げられている単価である。この単価は、一般契約事項の1つとして各種類の疾病金庫州連合会と州保険医協会、州保険歯科医協会との間で報酬総額を契約する際に基本となるものである。また、各種類の疾病金庫連合会と連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会との間でこの単価が検討される際、物価上昇率、賃金上昇率、疾病金庫の支払能力、開業医の経営実態、被保険者の性別年齢別構成、新しい給付の導入、適当な報酬のあり方などが考慮に入れられる。両者の交渉がうまくいかないで合意不成立の場合は、仲裁委員会の裁定を求めることができる。仲裁委員会は、金庫側、保険医（保険歯科医）側からのそれぞれ同数の委員と1名の中立委員から構成されている。委員長には通例として退役判事が任命されるが、現在、中立委員を3名に増やし、経済専門家を加えることが提唱されている。仲裁委員会は、連邦、州のそれぞれのレベルに設けられている。仲裁委員会の裁定に対しては社会裁判所における争訟手続きをとることができる。

交渉の際、通例保険医（保険歯科医）側が提案するが、最近では金庫側も提案する。

つぎに毎年各州の疾病金庫連合会と保険医協会、保険歯科医協会との間で報酬総額について契約が行われる。この報酬総額の算定方法は当事者間の契約によって決まる。通常、報酬総額の算定にあたっては、1人当たり所要金額（人頭額）または1件当たり医療費が算定要素として用いられる。1人当たり所要金額や1件当たり医療費の算定にあたっては、疾病金庫全国連合会と連邦保険医協会、連邦歯科医協会との間で取り決められた報酬単価（最低と最高が決められるが、1人当たり所要金額は一般に最低単価を基礎とする）が基本となる。報酬総額は、各年度の最後の3カ月の各保険医（保険歯科医）の積上げ実績をもとに算定される。

各州の保険医協会、保険歯科医協会から各保険医（保険歯科医）への診療報酬の配分は、各保険医（保険歯科医）からの請求金額の合計と各疾病金庫からの支払報酬総額を付き合わせて行われる。保険医（保険歯科医）協会にとって必要な経費が、各保険医（保険歯科医）への診療報酬の配分のまゝに差し引かれる。その額は総額の約2%である。各保険医（保険歯科医）への診療報酬の配分の際に用いられる要素は、報酬総額の算定の際に用いられる1人当たり所要金額または1件当たり医療費である。診療報酬は4半期ごとに各疾病金庫から各州の保険医協会、保険歯科医協会に対して支払われる。各州の保険医協会や保険歯科医協会では各保険医（保険歯科医）からの請求内容について診療内容や請求金額の明細を審査委員会で審査する。

3. 診療報酬請求の審査

保険医協会や保険歯科医協会は公的権限を有する自治団体（公法人）である。各州の保険医協会および保険歯科医協会は、内部に設けた審査委員会で各保険医（保険歯科医）からの診療報酬請求を審査するが、この審査は連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会と各種類の疾病金庫全国連合会との間で結ばれた診療

契約の中に規定されている「診療報酬計算の審査」や「審査手続き」に関する条項に基づいて行われる。診療契約は包括的なもので、「診療行為に対する報酬」、「保険医協会から保険医（保険歯科医）への診療報酬の支払い」、「疾病金庫から保険医（保険歯科医）協会への診療報酬の支払い」などの条項も規定されている。

(1) 保険医協会における審査

各州の保険医協会に設けられた審査委員会は、最低3名最高5名の、保険医協会が任命する医師（うち1名は保険医でなくてもよい）と1名の医師会連合会の代表から成る。審査委員会は、診療内容と診療報酬請求内容が契約規定にそっているかどうか、とくに必要性および経済性の点で十分かどうかを審査する。そして必要な場合には保険医の診療報酬計算を修正し、請求額を減額査定する。

保険医は報酬計算について説明を求められたときは審査委員会に説明するほか、審査委員会の活動を助ける必要な情報の提供や審査に必要なあらゆる証拠を提出しなければならない。緊急な場合に保険医でない医師または病院でなされた診療についても同じ取り扱いは行われる。

審査の結果についての不服申立は、不服申立委員会によって処理される。不服申立委員会は、最低3名最高5名の、保険医協会が任命する医師（うち1名は保険医でなくてもよい）と1名の医師会連合会の代表から成る。審査委員会の委員は同時に不服申立委員会の委員になることはできない。

審査委員会の審査結果は、4半期ごとに医師会連合会と保険医に連絡されるが、通知後2カ月以内に医師会連合会と保険医は、審査委員会に対し文書で異議の申立をすることができる。異議の申立が正しいと認められたときは、審査委員会は訂正しなければならない。そうでない場合には異議の申立を不服申立委員会が審査し、裁定する。不服申立委員会への手続きは文書で行うことになっているが、不服申立委員会は保険医の個人的な意見を聞くことができる。また、医師会連合会の代表の出頭を求めることもできる。不服申立委員会は、不

服申立が行われたのち2ヵ月以内に裁定を行わなければならない。審査委員会と不服申立委員会は専門家の意見を聞くことができる。

(2) 保険歯科医協会における審査

各州の保険歯科医協会に設けられた審査委員会は、保険歯科医協会が任命した3名の代表と疾病金庫州連合会が任命した2名の代表(うち1名は歯科医師)(疾病金庫の代表)から成る。また、不服申立委員会は、保険歯科医協会が任命した3名の代表と疾病金庫州連合会が任命した3名の代表(うち1名は歯科医師)(疾病金庫の代表)から成る。不服申立委員会の委員長には保険歯科医協会の代表がなる。審査委員会の委員は、同時に不服申立委員会の委員を兼ねることができない。

診療報酬請求の審査の方法や不服申立手続き、裁定方法などは、保険医協会の場合とほぼ同じである。ただ違う点は、各疾病金庫が診療内容について再審査を請求することができる点である。

連邦保険歯科医協会と各疾病金庫全国連合会(地区疾病金庫全国連合会、企業疾病金庫全国連合会、州疾病金庫全国連合会、同業疾病金庫全国連合会)との間で結ばれた診療契約(BMV-Z)第19条乃至第23条、および第22条に基づいて規定された「審査手続規定」に診療報酬請求審査と不服申立処理が詳細に定められている。

4. 開業医および病院勤務医の収入

開業医の数は約52,000人(人口10万対84)で就業している医師の約50%を占めている。この開業医のうち約90%は保険医である。また、開業歯科医の数は約30,000人(人口10万対48)で就業している歯科医師の約95%を占めている。開業歯科医の約90%は保険歯科医である。このため、開業医(歯科医)の収入の大部分は疾病金庫から支払われる診療報酬である。連邦統計局「経営の費用構造: 医師・歯科医師・獣医師」によると、1971年の開業医の純収益の平均額は115,600マルク(約1,225万円)である。

病院に勤務している医師の数は約53,000人、歯科医師の数は約700人である。病院勤務医の報酬は、公務員の場合には職員給与表と公務員給与規定、その他の場合には私的診療費計算規定に基づいて支払われる。前掲の社会発展協会の調査によると、1972年の病院勤務医の年収の平均額は、医長の場合15~30万マルク(約1,590~3,180万円)(病院での私的な外来診療の報酬は含まれない)、上級医の場合4.8~6万マルク(約509~636万円)、補佐医の場合3~4.2万マルク(約318~445万円)(いずれの場合も超過勤務手当や臨時手当を含む)である。

なお、現在、病院経営費の70~85%が人件費と社会保険料等厚生福利費、15~30%が施設整備費である。1972年7月に制定された「病院の経済的保障および病院療養費の規制に関する法律」(病院財政改革法)は、病院の経営難を背景に、病院建設費に対する連邦・州の補助と病院療養費の規制を定めたものであり、病院の近代化と経営の安定化をねらったものである。

Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1974.

Helmut Wezel und Rolf Liebold, Handkommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, Asgard-Verlag, Bonn, 1975.

Gebührenordnung für Zahnärzte, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1972.

Robert Venter und Gerhard Franke, Bundesmantelvertrag-Zahnärzte, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1964.

Rahmengesamtvertrag-Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen in Hessen, 1971.

社会保険の諸問題と 国際的相互性

——西独疾病金庫連合会付属研究所とISSA
医療保険部会の活動を見て——

神奈川大学 久保敦彦

これまでこの欄に筆を執られた方々と異なり、私は社会保険の専門家ではない。ホームグラウンドは国際法である。ただ、数年前から健康保険組合連合会の海外社会保障法制研究の仲間に諸大学や厚生・労働両省のこの道のエキスパートの諸氏と共に加えていただいていたこともあり、門前の小僧的に保険問題を噛むようになった。また、このことが一つのきっかけともなって、社会保険に関する国際協定などに国際法の面からも興味をひく制度——年金の国際通算、疾病保険給付の相互支給、自国被保険者資格の滞在地たる他国での承認とそれに伴う滞在地保険制度への加入免除など——が多くあることを知り、これらの研究に手を染めている。このように、いわばヴィジターとしてではあれ自分でも外国制度の調査に参加し、諸外国間で結ばれている協定を研究材料として取り上げたり——上記のような規定内容をもつ二国間協定の締結にはわが国がまだ踏み切っていないので、この種の協定を研究するには、どうしても専ら海外の事例を素材とせざるを得ない——している間に、気にかかりだしたことが一つあった。それは、社会保険制度の研究という分野での国際的相互性の問題なのである。

ここで研究上の国際的相互性と呼んだのは、要するに、一国が他のある国について関心をもって研究対象としているとき、後者の方も前者に対して同じように関心を抱き、研究をしているのかどうかという問題である。云うまでもなく、わが国では、一般に何をするにつけても外国ではどうかと考えること

が多い。またそれが好きなようでもある。社会保障分野もその例に洩れないことは、「海外社会保障情報」の存在一つによっても十分証明されよう。実務面でも、年金調整から財形に至るまで、新制度を設けるに際しては必ず外国の先例が引合いに出される。このようなことは、それ自体必要でもあり、誠に結構なのではあるが、日本がしばしば注目の対象とする諸外国も日本を含めて他の国々に我々と同じように熱心な目を向けているのであろうか？ 海外の社会保険専門誌の中には、外国の制度についての論説を載せたり、外国の動向に関する紹介欄を置いているものも多いが、果して実際の関心度はどの位なのか、折があればこの点を探ってみたいものとかねがね思っていた次第である。

さて、前置きが長くなったが、今回九月から十月にかけて訪欧するに際して、表記の西独一般地区疾病金庫連邦連合会を訪問し、^西にウィーンでのISSA医療保険部会に出席する機会を得た。そこで、連合会付属研究所の紹介と医療保険部会議の状況報告を兼ねて、前述の問題点について私が得た印象を記してみたいと思う。

ライン河畔の中都市ボンは、首都とはいえ、随所に戦前からの落ち着いた雰囲気を残している。中でも、数年前にボンに合併されたバード・ゴースベルグは、以前から高級住宅地として通っていた。西独疾病保険の保険者団体としては所属被保険者数で最大の規模をもつ一般地区疾病金庫連邦連合会は、樹木に囲まれたその邸宅街にあり、しかも同連合会国際部は、古い邸宅を転用した別館に入っている。ここを訪問するのは、実は二回目で、75年夏には保険医協会との間で結ばれる診療報酬契約の実体についての説明を受けた。今回は、この連合会が二国間社会保障協定の疾病保険部門についての連絡事務所として協定の実施機関に指定されているので、ドイツが約20カ国と締結している協定の内容について細部の解説を得るのが主目的であった。それに続いて、76年1月に設置されたという研究所についていろいろ尋ねたわけである。

研究所の正式の名称は「地区疾病金庫付属学術研究所」とされている。このことは、設立を報道した雑誌で読んでいたのだが、名前に特に「学術」の二字

を冠したところに何かミソがあるように思えたので、まずこの点から聞いてみた。説明によれば、学術とは研究と教育を意味していること。そしてこれらを通じて各金の金庫および連合会の活動を助け、ひいては被保険者、使用者、更には社会一般に貢献するのが設立の目的とされている。研究・教育の教育の方は、各金庫職員を対象とする研修の実施が中心となるが、他の機関へ研究所員を講師として派遣することにもなろうし、研究成果を刊行することによってより広い範囲での教育的効果も期待しているとのことであった。研究所の特徴はむしろ研究面にあるようで、それは、一言で云うならば予定されている研究内容の多面性である。つまり、研究を保険制度そのものの調査、分析に止めず、保険を広くそのすべての社会的背景の下でとらえ、保険と他の社会的分野との相互関係を解明することが意図されているのである。

これら疾病保険に関連する諸分野とは、学問領域でいえば経済学、法学、政治学、社会学、心理学、医学などを指しており、国民経済全体に占める保険の役割、病院経済、保険者・被保険者・診療側・行政相互間の法的関係、行政がもつべき機能、人間の一生にとって保険が果たす役割、被保険者・使用者などの心理、医療面からみた保険給付のあり方などの現状を調査、分析し、その上に亘って長期的ヴィジョンを作成したいということで、この辺りの説明には大いに熱が入っていた。このような目的設定に添って、研究所員も2,3人を除いて既に疾病保険の専門家となっている者の任用は避け、主として大学その他の学術的機関からそれぞれの分野での若手研究者をスカウトする形で揃えてゆく方針がとられている。そして保険の実務に関する知識は、研究活動の中で、例えば実務畑の人のための研修会で講師を務めるなどの活動を通じて得てもらえれば結構であるということであった。保険の専門家に幅広く他分野の知識もつけさせるというのではなく、他分野の専門家を保険の分野にとりこんでしまおうとする考え方である。この発想に基づいて、発足後大学や社会労働省から既に数名の研究員を得、最終的には、10人から12人の研究員を置くことが予定されている。これに若干名の助手、タイピストなどを加えて、研究所の人的規模は

15~16人となるらしい。連合会の職員数が250人程とのことであるから、これは全体の数パーセントに相当する。

ところで、肝心の外国に対する関心度であるが、連合会としても既に国際部が相互の資料・インフォメーションの交換は続けてきたことでもあり、これらをもとに外国制度についての研究も活動に含まれてくるのは云うまでもないことと説明された。経済その他すべてが国際化している今日では、疾病保険の研究も国内だけに目を向けていたのではそもそも成り立たないとの認識が、既に常識化しているようであった。研究所員の在外研究、外国研究者の受入れも研究所の設立作業が完了次第、実施したいとのことである。外国制度について十分な知識をもつことは、単に学術的研究の一環としてだけではなく、二国間社会保障協定の実施に携わる同連合会にとっては実務上必要でもあるに違いない。ただ、相手が日本となると言葉の問題が生じてくるということであるが、必要とあらば翻訳を依頼する手だてもあり、日本との経済関係、人的交流が密接化していることを背景としてこれから大いに資料の収集、情報交換に努めたいとの意向が示された。あながち外交辞令だけではないようである。

なお、このように活動のすべてが直接日常的な保険実務上の利益に結びつくとは限らない研究機関を設け、これに相当の予算を振り向けることについて傘下の金庫から反対はなかったかを質してみた。この種の疑念は、過去には少なからずあり、その結果、構想としては数年前から考えられていた研究所もようやく76年に発足の運びとなったのだそうである。そして、この疑念をとく原動力となったのは、コスト増、診療側との関係の緊張化、保険料引上げなど多くの現実的重要課題の解決に際し、特に強力なスタッフを擁して幅広く理論武装してくる保険医協会に対抗し、なおかつ世論にもアピールしてゆくためには、やはり基礎から積み上げた多角的な調査研究が不可欠だとの認識を各金庫とももたざるを得なくなったという事実だとのことであった。困難に直面して基礎に立ち戻ることの重要性を悟るとは、さすがドイツと評価すべきであろうか？それとも、そこに至らなければ重要性を認識できないとは情けないと憐れむべきな

のだろうか？ そんなことを考えて苦笑しながら連合会国際部を辞した。

10月中旬に入ったウィーンの森は、黄や橙に色づいて風情が一しおであった。ところが市中はいたるところ地下鉄工事で一方交通や行き止りの袋小路が多く、かなり雑然としている。I S S A医療保険部会が開かれたのは、その市中から郊外へ抜ける幹線道路に面した勤労者会館であった。

今回の議題は、先回のアビジョン総会の際に定められた通り、疾病保険の支出激増問題と財政方式との関連についてであった。このテーマの下で、まずI S S A事務局から具体的な検討方法の提案がなされたが、その大綱は、観察対象となるコスト（給付）を入院治療、外来および開業医による治療、薬剤の三種に分けて給付内容、財政システムについての国別レポートを作成し、それによって、特定の給付状況（コスト動向）と特定の財政方式との間になんらかの関連、因果関係があるか否かを探るというものである。云うまでもなく、これは、この調査を通じて謂ゆるコスト・エクスプロージョンを押える、或はそれに対処するのに最も効果的な財政方式、財政施策は何であるかを見出すことができるに違いないとの想定に基づくものである。これを基調として、ILO代表も疾病保険のコスト増とその原因についての調査へのILO関心が大きいことを述べ、この仕事でのILO-I S S Aの相互協力の重要性を強調した。この問題についてのILOの専門委員会のレポート作成作業も各国別の実体調査を基盤とするもので、I S S Aが進めている作業と方法論では一致している。

医療部会では、国別レポートの皮切りとして引き続きフィンランド、地元オーストリアが1970年以降の各種統計データを踏まえた報告を発表した。70年までに遡ったのは、各国について、その現状を知るだけでなく、事態の推移動向（トレンド）を捉えるのが肝要との考えによるものであり、また、西側諸国で72年まではほぼ順調であった保険収支がオイル・ショックを経て急速に悪化してからのデータの国際比較がまだ組織的にはなされていなかったことにもよっている。

さて、それからの会議の議論は、普通ならばこれら国別レポートの内容を中

心にそこから両国の財政方式になんらかの評価を出すことを目的として行なわれるのだろうが、今回はレポートの内容自体は殆ど棚上げとなり、各国にどの範囲のデータの提出を求め、それをどのように整理すべきかという調査の方法論をたたかわすことに終始してしまった。

方法論をめぐる議論は、まず、国別レポートはできるだけ多くの国から出すべきであるとの事務局の意向に対し、各国の財政方式の概要は既に一般に知られているので、主だった財政方式別に各国をグループ化し、それぞれのグループから一国を選んで集中的調査をし、それによってグループ間の比較をするのが時間的にも経済的にも得策であるとの提案がなされたことによって始まった。この点については、紆余曲折はあったものの、グループ化も相当数の国別レポートが出てからでなくてはできないとの慎重論が決め手となり、結局すべての国がレポート作成を要請される結果となった。続いて各国の基礎的データ収集のために事務局が作成したアンケートに対し、回答項目が記述形式のものをも含めて多岐にわたるため、これを削減するか、或は段階的に簡単なものから回答することを認めるべきだとの発言があり、これをきっかけに、事務局へどの種のデータを集めるべきかの一般論へと発展していった。当初は調査対象を限定して早目にある程度の結論を得るべきだとする論者も相当説得力を発揮したように思えたが、最後には、アンケートへの回答の他、各国とも関係法令、被保険者の所得推移など経済関係データ、医師選択の自由の有無や病院診療手続など被保険者と医師との関係、薬剤処方の手続（コスト・エクスプロージョンを押える手がかりを見出すため）、エコロジーから公衆・労働衛生までを含む疾病予防に関する施策といった具合に、事務局に寄せるべき報告事項が拡大してしまった。ただ、これらの議論の中で、財政方式についての説明に診療報酬決定方式、薬価決定方式を含ませようとの提案が出されたことは、わが国が直面する問題に照らしてもプラスに評価してよいと思われた。この件は、提言があっただけで特に採否を決するには至らなかったが、今後日本としてもブッシュしてよいのではないだろうか。

給付コストの国際比較は、給付範囲、主要病種、人口構成、保健意識など各国間に差異が大きく、予防措置の効果など数字化しにくいファクターもあって技術的にはなお解決を要する点も残されているようであるが、方法論で一日中議論が尽きなかったことも、やや問題の本筋から外れた感はあるが、諸外国に向けられた知識欲のあらわれであったかもしれない。それにしても、議場で完全主義的な立場から網羅的調査を支持した中心人物がイタリア人（事務局アンケートの作成者でもある）、調査の簡易化、報告作成はできる範囲で現実論を真先に唱えたのがドイツ人と、普通我々が両国国民にもっているイメージと正反対の役割がこの二人によって演じられたのが面白かった。

このように、二つの機会を通じて外国への関心の強さは日本に限られたものではなく、他の諸国も同様に熱心であることが肌で感じられた。片想いの懸念はもたなくてもよさそうである。この点では国際的相互性は一応保たれているとみられる。ただし、今後はわが国の実務、研究両面での成果を対外的に役立たせることがなお一層推進すべき課題となりそうだ。

余談ではあるが、この他欧州各国で在留日本人が滞在国の社会保険に加入し、多額の保険料を納付している実状に接した。何年か前までは、日本の保険を継続していたり、私保険に入っていたりすると現地社会保険への加入は実際には必ずしも強制されないことも多かったが、近頃は厳しくなったようだ。これに対し、わが国では国内で就業する外国人を厳格に加入させているであろうか？私の知る限りでは、かなり曖昧になっているケースが多いようである。在外の日本人は、各滞在国の社会保険収入に事実上大いに貢献している。わが国でも外国人の保険加入を徹底させ、この面での国際的相互性を確立して欲しいものだ。これが、国際法を専門としてかえって国益保全に神経過敏気味になった私の願いである。

社会保障こぼれ話

租税改正に対するLOの見解

（スウェーデン）

1976年に、長年にわたり政権を担当した社会民主党に代り、政権を担当することになった新政権は、1977年に租税改正を計画している。その改正案に対して、労働組合の連合体であるLOは、所得分配政策の観点からうけ入れられないという見解から、対立の構えを示している。LOの主要な見解は以下のとおりである。

改正により利益を得るのは主として高所得のグループで、低所得グループは特別減税から何の利益をもうけないし、中間グループはほんの僅かの利益をうけるにすぎない。しかも、付加価値税の引上げは、低所得グループに最も大きな打撃を与えるであろう。

租税改正によって生ずる結果への見返りの特殊な補償は、改正により利益を与えられないグループに対して請求されなければならないから、交渉の展開はますます困難であろうと思われる。

租税改正の結果として必要とされる補償の超過額は、低所得グループの立場をますます困難なものとするであろう。

租税改正はすべての財源を租税収入で調達されないので、国家財政は赤字になるであろう。その結果、インフレーションを刺激し、外国からの資金の借入れを増大する原因となるだろう。事実上では、政府の租税提案は付加価値税に引上げをもたらず危険を増大する。

これらの理由から、被用者、商工業、さらに、われわれの社会全体にとって最善の解決が、前の政府と労働団体によって締結した最初の協約であると、LOは感じている。

（LOからの連絡による）

社会保障こぼれ話

各国の社会保給付費

ILOの新しい資料によれば、各国の社会保障給付費は増大を続けており、1960年から1971年までに、後発グループの各国を含めて、給付費の規模は約2-4倍に増えている。とくに急激な増大を示すのはトルコの約10倍、アイスランドの約9倍、ユーゴスラヴィアの約8倍などである。先発グループの各国では、約2-4倍の膨張が見うけられる。

各国の給付費を国内総生産(GDP)と対比させた数字では、1960年から1971年までに、後発グループで一部の国々で若干の低下が見られるが、その他はほとんど変わらないか、あるいは上昇を記録している。とくに、ヨーロッパでは、ギリシャなどの一部を除く各国で上昇が記録され、1971年には、4カ国を除くすべての国々の比率は10%を超えており、15%以上は10カ国になっている。しかも、1971年に、オランダとスウェーデンは給付費その対GDP比が20%に達していた。日本の比率は5.0%で、これとほぼ同一の水準はポルトガル(5.4%)とブラジル(5.1%)である。

多くの国々では、給付費のうち最も大きな部分を占めるのは、社会保険および類似制度で、これと家族手当だけの給付費構成では、先発グループはほぼ40%以上を年金、20%以上を疾病・出産、10%以上を家族手当にそれぞれ支出している。それら先発グループでは、国によって異なるが、これら3部門だけで給付費の90%を超えている。年金制度がまだ未成熟な日本は、疾病・出産が75%、年金が11.6%で、上述した例と異なる形を示している。

(ILO, The Cost of Social Security 1967-1971, Geneva, 1976)

編集後記

今年の冬は寒さは一段ときびしい。日本の豪雪地帯には大量の雪が降り、北海道では例年にない記録的な低温が記録された。アメリカにも、大雪や記録的な低温の異常寒波が襲いかかり、この国も大きな打撃をうけている。日本には北極から吹き出す寒気団が、バイカル湖上空を通過してやって来るし、同様に、アメリカにも、寒気団が北から南下して来る。それらの寒気団は3本足の2つで、3本足の形は、大昔の氷河時代にそっくりだといわれている。そういえば、アメリカで大雪に閉じ込められ、立往生した大型トラックの群の写真は、氷河の舌端にとらえられた犠牲者を思わせる。この地球にまた氷河期がやって来るのだろうか?

(平石)

海外社会保障情報 No. 36

昭和52年1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03(564)0338