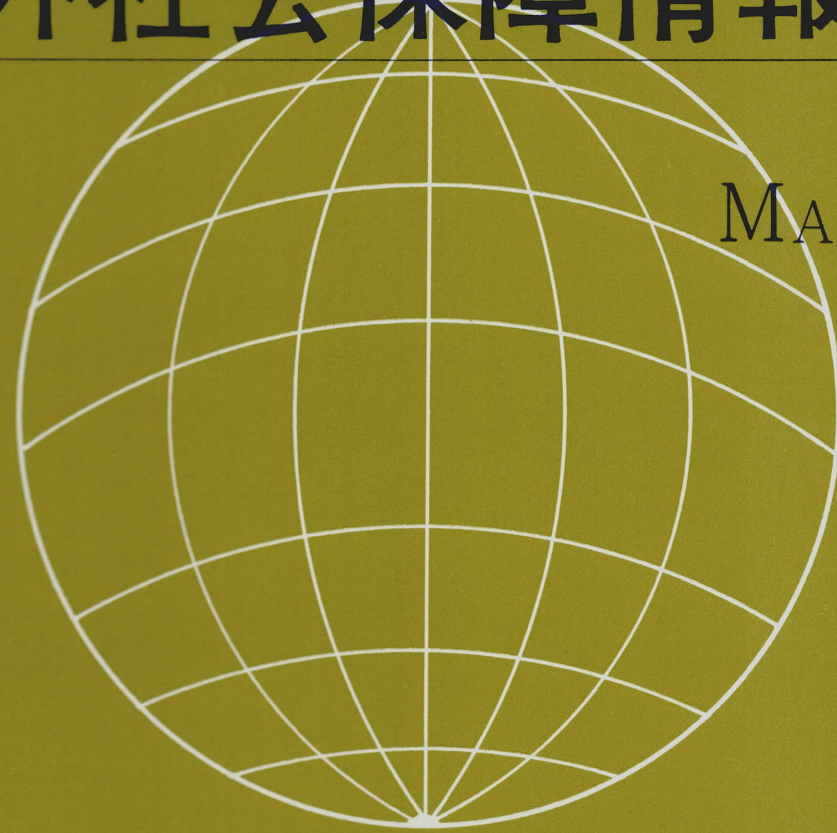


海外社会保障情報No. 37

MARCH 1977



社会保障研究所

公的福祉に対する新政権の態度

(アメリカ)

現在合衆国で最も批判されている公的福祉制度について大幅な再検討をするということは、カーター大統領の減税計画、とくに貧困者に対する戻し税計画とならんで内政の最優先課題とされている。

同制度に関する新政府の主要な改革目標は次の通りである：

- (1) 年間数百万ドルを浪費する同制度の抜け穴の栓として行政ミスや不正を矯めること。
- (2) 約100ばかりのそれぞれ独立した公的福祉プログラムを、合衆国全体に通用する単一の制度に整理統合し、そのプログラムをおおむね連邦財源でまかなうこと。
- (3) 職業プログラムを整理統合して新規のプログラムとし、公的福祉の被扶助者に新規プログラムの実施を最初に割当て、就労可能な被扶助者で就労を拒否する者は処罰されること。
- (4) 適当な生活を維持するための就労が不能な貧困者に、最低限度の所得を提供し、課税されない一定所得を持たせること。

公的福祉改革の詳細案は数か月間で作られるべきではなく、大統領選挙の時の補佐官達、連邦議員、専門家、ならびに大統領自身の新政権構想等によって検討されねばならない。

カーター大統領は、公的福祉改革のための広範な支持を得ることができる前に、現行制度を可能なかぎり効果的にし、浪費を防ぐような策を表明しなければならぬだろうと考えている。保健・教育・福祉省長官として選ばれたジョ

セフ・A・カリファノ・ジュニアは「アメリカ国民が非難することができないような」仕事のための最初の政令を作ることが期待されている。それにつき、貧困者に対する医療扶助を規定するメディケイド・プログラムは、早期の目標に取りあげられるかもしれない。

今後の改革プランによれば、扶助申請者に課する受給要件は、より綿密にチェックされ、過剰支給については、直ちに書換えが要求されることになる。すでに要扶養児童を遺棄した父親を探し出すプログラムは開始されており、家族の扶養に貢献させる割合を増大させている。

カーター大統領の助言者達は、連邦、州および地方政府の財源から年間約430億ドルを支出させている公的福祉制度の浪費を断ち切る方法を見出している。それは、複雑な公的福祉の諸規定を単一にし、被扶助者と行政官の双方がそれを十分理解することだという。また専門家達は、一連の過剰支給は故意の不法行為によるものではなくして、頻繁な規則の改正やお役所仕事ぶりから引き起こされる混乱のため生じたものだと主張している。

<制度の統合>

カーター大統領は、膨大なそれぞれの連邦援助プログラムを、統一的な連邦規則に基づいて運営する全国的プログラムに統合することに執念を燃している。受給資格要件および給付額は、生計費の変動に可能なかぎり調整することを除いて、各州間に差異がなくなる。専門家達は、この措置は、給付額の大きな地域に貧困者が移動することの歯止め策になろうと語っている。

1つの主要な動きは、父親が働いている世帯に、公的福祉の給付の支給を禁止する規則（現在、この規則は約半分の州で効力を有している）を廃止しようとするものである。カーターの助言者達は、この規則だけが家族の遺棄や不正を促しているものだと主張しているからである。

なお公的福祉費の負担から地方政府を解放し、その分は連邦政府の負担とする動きが高まっていくであろう。

＜貧困者のための職種開発＞

就労意欲促進策の強化は、カーター政権の公的福祉改革構想にもり込まれることになる。約1,600万人の就労可能な公的福祉の被扶助者達に対して、提供された職業につくことまたは職業訓練をうけることのいずれかが要求されることになる。当初強調される措置は、税の軽減、手当やその他の就労意欲促進策を講ずることによって、私企業における雇用を拡大していくことであろう。次の段階の措置は、公的労働の職種をとくに十代の若者や、小数部族の失業率が高い大都市に開発することになる。

これにつき、ある大統領顧問は「職業、とくに公共サービス労働の職種を、公的福祉の被扶助者に対して創り出してやらなければならないことを強く感じている」と述べた。

＜最低所得の保証＞

稼ぎ手のいない世帯で、その収入が家族の基本的ニーズを満たさないような世帯に対し、連邦政府の補助を直接に提供する措置を、カーター大統領は推進することになる。そして新規の単一の公的福祉制度からの給付は、食糧スタンプや住宅手当のような特別援助プログラムの現在の混乱を是正することになる。関係法律は改正され、基本的な生計費は、所得税、社会保障税、またはパート・タイムの労働からの所得に対する罰金等によって侵害されないようになる。

現在、若干の援助プログラムの給付額を引き上げることは、公的福祉の被扶助者が得ている他の援助資金を断ち切らせることができる。結果として、多くの者は援助の純益を失うという実際問題が残る。

大統領は5月1日までに基本的な改革プランを提出するようカリフォルニア長官に命じた。しかし、新政府は本年末までに改革案が通過するよう圧力をかけることを期待されてはいない。

改革案のあるものは必要経費の節約を狙ったものであり、他のものは新規経費を加えることを狙っている。専門家達は、これらの改革プランは、実施時には150～200億ドルまでの連邦公的福祉関係経費を増額させるが、後には多額の経費を節減させることができると見込んでいる。カーター大統領自身は、プログラムの整理統合とより良い管理によって得られる経費の節約分は、新規の支出と相殺されるであろうと考えている。

これらの措置は、公的福祉制度の大改革が行われる以前に、おそらく1978年頃に行われるであろう。そしてその時ですら妨害は大きいかもしれない。しかし、カーター・チームは公的扶助プログラムを、カリフォルニア長官が練りあげるプランに基づいて改革することを決定しており、それは今迄の内政の最大の懸案課題を解決するものと期待されている。

連邦、州および地方政府によって1976年6月30日で終了する会計年度に支出された公的福祉費：
(単位 10億ドル)

	連	邦	州および地方	計
公 的 扶 助	17.0	14.2	31.2	
医 療 扶 助	8.4	6.9	15.3	
ソ ー シ ャ ル ・ サ ー ビ ス	2.2	0.7	3.0	
現 金 給 付	6.4	6.5	12.9	
老 齢 ・ 盲 人 ・ 障 害 者 に 対 す る 給 付	5.1	1.5	6.5	
食 糧 ス タ ン プ	5.7	—	5.7	
計	27.7	15.7	43.4	

(注) この数字は実際の給付額ならびに運営費を含んでいる。

(資料) 連邦保健・教育・福祉省

U.S. News & World Report, Jan. 24, 1977.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

男女平等と年金年齢

(イギリス)

機会平等委員会 (The Equal Opportunity Committee) が本日発表したパンフレット「男女平等と年金年齢」(Sex Equalities and the Pension Age) において、「男女の退職年齢平等化の目的は、他の社会的目的の犠牲においてのみ達せられる」とし、要旨つぎのようにのべている。

「男女ともに60歳を退職年齢とする、退職年齢を早める動きは、労働者に負担を強いるものであり、年金支給開始年齢を早めるために必要な追加財源は他の社会進歩の必要性とバランスをもたねばならないものである。

男女の退職年齢平等化とは、男女ともに、この退職時の選択に平等な権利を与えることを意味する。この平等を達成するには四つの方法がある。

(1) 男女ともに退職年齢を60歳とする。この案は、男子の退職年齢を引下げようとする、増大しつつある要請にこたえることになる。しかし、その実現には、現行の年金レートでもおよそ年に20億ポンドを要し、労働者一人当り年に約100ポンドの追加拠出を要する。

この考えは、TUCや労働党の長期目標となっている。

(2) 女子の退職年齢を、男子と同様に、65歳とする。これには年およそ2億ポンドを要するが、そのコストは主として単身または離別の女子や年金をもたない寡婦の負担となる。

(3) 男女共通の退職年齢を60歳から65歳の中間に設定する。この費用は巨額

となる。たとえば、62.5歳とすれば、年に約7億ポンド、公的支出を増やさない年齢は64.2歳となる。

しかし、この程度の変更では男女平等化のゼスチュアだけだと一般にうけとられるのがオチで、正当化に乏しい。

(4) 退職年齢の弾力化 (flexibility pension) これは保守党と自由党、CBIや主要な私的年金企業の一部が大いに支持する案である。すなわち、設定された年齢で最低年金を保障し、その年齢をこえて就労を継続すればオーバーした一年毎に高い年金を支給するものである。」

同日づけの「The Times」紙の社説は次のように論評している。

「男女の同一賃金、機会平等の時代においては、義務も平等であるべし、といってよからう。

これは、年金制度にあっても、とくに現行の男65歳、女60歳という年金受給開始年齢の変則をやめて、男女を同一に扱うべきことを意味するものである。だが、原則を云々するのは容易だが、どうやって実現するかが問題だ。

本日発表された機会平等委員会のパンフレット「男女平等と年金年齢」によると、検討すべき4つの選択案を提言している。

第一案——各界で最もポピュラーなものの一つ——は、男子の退職年齢を60歳に漸次引き下げること。これは、TUCや労働党がともに原則的に待望しているものである。しかし、この案に対しては、二つの強力な反論がある。

その一つは、本案にはべら棒な費用がかかる点である。機会平等委員会のパンフレットでは、国民保険基金の年費用15億8,000万ポンドと推計し、昨年9月の保健・社会保障省メモランダムでは「中央及び地方の政府資金の総費用は年に20億ポンドを上回る」と計算している。たとえ段階的に実施するものとしても、それだけの財源捻出は難しい。つぎの反対論は、どうみても、望ましい改革とは思えないとするものである。現在、60歳退職を希望しない多くの女子がおり、通常退職年齢が男女ともに60歳となったとしても、60歳退職を不満とする男子も多い。体が健康で活動的な人々にとって、退職を早めることは

有難くない。

こうした理由から、パンフレットで提言している別の選択案たる、弾力性のある退職年齢を原則として高く評価したい。人は、健康、バイタリテイ、仕事、家庭環境がそれぞれ異なる。したがって、万人のニーズに合った固定的な退職年齢はありえない。年金制度には弾力性をもたせる方がベターである。これが私的企業年金制度支持の論拠の一つであるが、私的企業年金制度の多くがその利点を活用していないのは残念である。国の年金制度に関するかぎり、所得制限を廃止することが退職年齢の弾力化をすすめる最上の具体化策となろう。65歳をこえた男子や60歳をこえた女子が、ひきつづき就労しても、不利にならなくなる。しかし、国の退職年金の支給開始年齢の変更には大変な難しさがある。

第3の選択は、男女ともに、60歳と65歳の中間で共通の年金年齢を設定することである。この案の難点は、自らの権利で年金権を取得している者は女子よりも男子にきわめて多いため、61歳から64歳までの年齢に退職年齢を設定すると費用がかかる点がある。しかし、男女共通に、64歳とすれば年に僅か7,500万ポンドですみ、年金支出としても事務費としても、男女の年金年齢調整のための改正にはこの程度のことは止むをえない。このほか、退職年齢の平等化のための唯一の妥当な方途としては、男女ともに65歳とする案がある。

以上のような改正が、段階的に実施されるならば、男女間の不公正はなくなり、女子にとって現状よりも有利となる。人口に占める退職者漸増の折、それは国民的利益でもある。」

The Times, Feb. 3, 1977

(田中 寿 国立国会図書館)

補足制度によって助長される 社会的不公正 — 社会問題監査局年次報告 —

(フランス)

社会問題監査局は昨年11月26日、「社会的保護の補足的形態」と題する報告書を提出した。これは、医療、年金、失業の各分野における補足制度に関する浩瀚な調査報告である。

UNEDIC (商工業雇用全国連合会), AGIRC (幹部職員退職年金制度総会), ARRCO (補足退職年金協会), 私的共済組合および社会事業協会のような機関において、監査官が行った調査を要約したものが、その内容となっている。

この報告書の結論をかいつまんで述べると次の通りである。社会保険制度または国から支給される給付が低額であるため、これを補足する制度が数多く、無秩序に発展した。その結果、退職者等の生活水準の向上といった進歩はたしかにあった。しかしそれと併行して、こうした補足制度に加入する者とならない者との間にいちぢるしい不平等が生じている。またこれら補足制度の運営管理費が、割高で、社会保険制度のそれよりきわめて高い点も問題である。こうした問題点を踏まえて監査局は約100にも及ぶ提案を行っている。それらの提案を実現するためには、数多くの政治的、技術的障害があることを、監査局は十分認識しているが、それらの障害を克服しても、制度の調整および統一化をはかる必要があると強調している。バルドー監査局長は、同報告書の序文で、次のように指摘している。「補足的制度設立の自由には、最低限の規制を加える必要がある。さもなければ、社会保障の領域にある種の無秩序、制度の二重構造に起因する無秩序が急速に生じ、所得再分配にきわめて大きな不平等をもたらす恐れがある。」

補足年金制度

1974年度において、補足年金制度が支払った年金給付の総額は、200億フランであり、受給者総数は350万（拠出人員1,700万）であるが、この制度を管理する機関は531もある。このような制度の乱立に伴い、拠出、給付の両面にわたって多様化が進行し、それが不平等、過誤、濫費の原因となっている。

これら補足制度の第1の欠陥は、管理・運営費が、少数の例外を除くと、一般制度より高いことである（一般制度を100とすると130ないし248に及ぶ）。

第2に批判すべき点は、補足年金金庫の中には、うわべだけ補足年金機関をよそおい、実体は単なる保険会社にすぎないものがあることである。こうした機関は、企業にたやすく拠出金支払いの繰り延べを認め、企業に有利な金融機関になる傾向がある。

第3に指摘すべき問題点は、若干の補足年金機関は、年金支給業務以外に、バカンス、住宅等に関するサービス機関となっており、こうしたサービスを受けているのは、退職者に止まらず、現役の勤労者にも及んでいる点である。この種のサービスに費されている経費は、退職者向けが2億3,600万であるのに対し、1億1,200万に及んでいる。これは明らかに、補足退職年金機関の使命から逸脱しているものと思われる。

最後に問題にしなければならないのは、年金額のショッキングな不平等である。

失業給付

失業補償についても、同じような不平等が指摘できる。公的な失業扶助制度とUNEDICの制度との規定が非常に異なっているため、同一人の場合でも、失業原因および期間の違いで、受給額がいちぢるしく異なる。

1974年においてUNEDICによる失業補償を受けた者は、60歳以上の求職者の場合は1,000人中534人、幹部職員では同じく1,000人中388人、青年ではわずか160人足らず、肉体労働者の場合は150人足らずにすぎない。

補足年金制度の場合と同様、UNEDICの運営費の比率が高く、給付費の8.5

から10%に及んでいるのは問題である（公的失業扶助制度では6.5%ないし9%）。

私的共済組合

医療費の自己負担分をカバーすることを主たる業務とする私的共済については、監査局は、その望ましくない運営方針を次のように指摘している。

「共済組合は、常にもっとも恵まれぬ社会階層に手を差しのべているとは必ずしもいえない。患者の一部負担をできるだけカバーするというニーズのみが先行し、連帯の精神がどこかへ忘れられている。」なかには、超過料金を奨励して、患者に実際の自己負担金以上の給付を行っている例さえある。

提 案

以上のような現状分析を踏まえて、監査局は数多くの提案を行っているが、主なものは次の通りである。

補足年金に関する提案＝○小金庫の統合と非幹部職員のための統一制度の創設 ○拠出金徴集および給付業務の公的社会保障制度への委託

失業補償に関する提案＝○UNEDICの被用者全体への普及 ○公的扶助および私的補足補償との間の受給権の調整 ○長期的には両制度の統一。

私的共済組合に関する提案＝○身障者および老人を対象とするより広範な事業活動の推進 ○医療費償還に関する法規に違反する慣行の是正

(Le Monde le 27 novembre, 1976)

(平山 卓 国立国会図書館)

老人ボランティアの開発

(アメリカ)

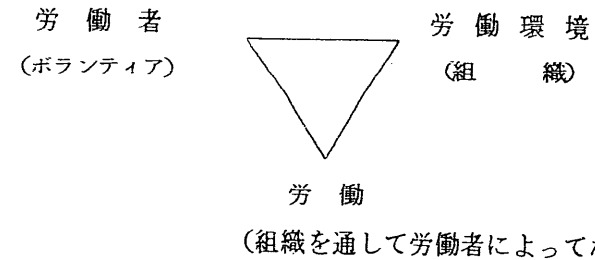
この研究論文は、シグウィン博士(Dr. Mary Seguin)の指導のもとに、アンドラス・ジエロントロジー・センター(Ethel Percy Andrus Gerontology Center, 南カリフォルニア大学内)で1973-75年にかけて行った老人ボランティア開発事業の成功に満ちた展開と、その理論的一般化の方向を研究した報告書である。

同センターの呼びかけで参加した老人ボランティアは40名であり、平均年齢は67歳であった。因みに最も年齢の高い人は78歳で、71歳以上が4割を占めていた。性別でみると女性が8割強と圧倒的に多く、種々の所得レベルの人からなるが、概して平均的退職者の所得レベルよりは高く、高学歴のものが多かった。

この事業は1973年の秋開始されたが、当初、有給の職員と老人ボランティアとの間に仕事をめぐって、多少のトラブルが生じた。そこで、ボランティアは集まって、小委員会をつくり、自分たちの「できる仕事 task」について調査をはじめた。こうして、自分たちの組織と仕事を見い出していったが、そのいくつかを紹介すると、同センターを訪れる人たちのガイド役とか、センターの職員、学生、ボランティアの相互のコミュニケーションをよくするための「ボランティア・ニュース」の発行、また地域の諸グループに対して、このプロジェクトや老年科学などについて話しをする「スピーカーズ・ビューロー」など、その他、調査活動やコミュニティ・サービス(RSVP)も行った。

これら組織と活動の過程は別の機会に紹介したいが、こうした中から、老人ボランティアの新しい役割について、極めて興味深い点があげられている。す

なわち老人ボランティアは、従来のwork rolesであるお金という報酬によってではなく、仕事taskの内容とかコンテクストに刺激されて、ボランティア・ワークについたり、続けたりしているということである。これはお金が労働者の価値を象徴するwork rolesとは、次元の異なったnew rolesをつくり出していることを意味する。結局、老人ボランティアは、成すべき仕事taskを通して結集される。一般化して、その相互関係を図に示すと三角形で示すことができる。



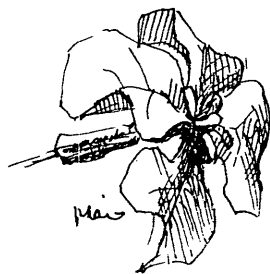
詳しく紹介するゆとりはないが、労働者(ボランティア)についてみると潜在的な老人ボランティアを引きだしたのには、自腹を切った費用の償還である。老人ボランティアの基本的な問題は、退職していること、そして労働に対して支払われていないことにあり、まさにそこに問題があるわけだが、この償還(一部の人は所得税控除)がボランティア・ワークを近づきやすく、受け入れやすいものにしたといえる。

労働環境(組織)についていえば、老人ボランティアが受け入れられるかどうかは、ひとえにその組織のキー・パーソンにかかっている。キー・パーソンがそうしたボランティア(retired, unpaid workers)を用いることに、差別や偏見をもたず、ごく自然な態度か、好んでいる場合に、ボランティアは生産的でありうる。

労働(仕事)についていうと、成功した仕事は、組織の中心目的の達成を助け、また、有給職員の仕事と競合しないものであった。そして、とりわけ重要なのは、精神的成長へのニーズが満たされる場合に、退職者は無給のボランティア・ワークにつき、継続していくということであった。

“Releasing the Potential of the Older Volunteer”
 1976. 85 pp. Mary M. Seguin, D.S.W., Editor, The
 University of Southern California Press.

(中野 いく子)



社会保障こぼれ話

基本額の引上げ

(スウェーデン)

この国の年金制度は基本額と呼ばれるある基準を用いており、定額年金はこの基本額にある支給率をかけて、各給付を算出する。また、基本額は所得比例の年金制度にも用いられ、この制度で対象とする所得は基本額を下限とし、その7.5倍を上限として、各被保険者の所得は基本額をスケールにして算出した年金点の形で毎年記録される。年金は受給時の基本額に年金点の平均をかけた算出基礎に、支給率をかけて決定される。基本額は消費者物価指数の変化に応じて引上げられ、この修正により、年金は自動的に調整される。

基本額は1976年7月に10,000クローネから10,400クローネに引上げられたが、同年12月には、10,700クローネに引上げられた。12月の引上げは、7月の引上げに用いられた4月の消費者物価指数の380と、10月の指数392を比較して行なわれている。

12月の基本額修正により、定額年金の各給付はそれぞれ引上げられた。たとえば、単身者の老齢年金は基本額の95%で、年金額は10,165クローネになり、基本額の155%とされる夫婦の年金額は16,585クローネになる。これらの年金には、基本額の25%に当る補足的給付の2,675クローネが加えられる。

資料 全国社会保険委員会(Stockholm)の月報。

(平石長久)

年金，疾病保険の 財政建直し計画

(西ドイツ)

〔西ドイツの年金保険，疾病保険が財政的にほとんど行き詰まり状態に達していることは周知の通りであるが，昨年の総選挙では各党はこの問題についてさまざまな公約をしており，新内閣はこのため苦慮している。1月末頃からその案が度々新聞紙上に紹介されているが，2月16日内閣は一応年金・疾病保険財政建直し案 (Sanierungs- Entwurf) を発表した。これは勿論決定的なものではなく，今後さらに検討され，さらに議会で修正されるであろうが，以下にこの案の概略を紹介する。〕

年金保険

1. 公的年金保険の年金および戦争犠牲者年金は1978年7月1日から9.9%上げる。災害保険の金銭給付は1978年1月1日から7.3%増額する。
2. 次の次の時の年金上昇は半年延ばす。年金および戦争犠牲者年金は，農家老齢扶助および災害年金と同様，1979年以後は年が改まる毎に増額する。
3. 年金保険の一般測定基礎は「現状に合わせる」(aktualisiert)。すなわち1974年は賃金が著しく上昇しているため，この年は年金算定に入れない。このため測定基礎は1978年は7.3%だけ上げ，従来の算定方法では(それまで3か年の平均賃金を基礎とすると)8.5%となるが，この方法によらない。1978年に初めて支払われる年金の場合は約1.2%通増率が低下することになるわけである。1979年からはこの規定が既存年金にも及ぶことになり，1979年と80年に予定されている調整率は低くなる。年金調整報告では6.1と6.2%の通増率で算定されるが，この問題については内閣は未だ確定的な結論には達して

いない。

〔「現実に適合化」(Aktualisierung)というのは既に選挙前に自由民主党の建直し案として言われていたものであるが，この結果拠出測定限度 (Beitragsbemessungsgrenze — これも同じく平均賃金で算定する) もまた社会報告が1978年について予定したものより少なくなるはずである。その結果年金保険 (および間接には疾病保険も) の拠出額は3,700マルクの拠出測定限度を基準とすることになる。しかしこれだと低すぎて，年金，疾病保険の収入が少なすぎる。そこで一般測定基礎の改定は拠出測定限度および連邦補助には及ばさないことになった。〕

4. 年金保険の従来の積立金は景気の「変動準備」としてこれまでは3か月であったのを，1か月分の支出額に改める。この積立金は保険者 (保険担当機関) 相互間の財政調整として従来用いられていたが，これを一つの流動性調整 (Liquiditätsausgleich) を通してすることに改める。積立金は現在約350億マルクに達するが，これを1978年末までに約160億マルクにとりくずすことができるようになるわけである。もっとも約70億マルクは動かすことができず，明年の赤字のことを考えると，一時連邦保証によらざるをえないであろう。

5. 年金受給者疾病保険のための年金保険支出は1977年7月1日から，年金支出の11%に制限する。このため年金保険は1977年約30億マルク，1978年60億マルク以上と80年代初めに100億マルクに迫り負担が著しく軽減されるが，これは拠出率が平均して約1.2%上がることで解決されるはずである。

6. 年金保険の最低拠出額は現在の18マルクから漸次約85マルクに上げる。

疾病保険

7. 疾病保険の拠出・給付測定限度は今後年金保険の拠出測定限度の85%に定める (従来は75%)。これにより拠出測定限度は7月1日から2,550マルクが2,890マルクとなる。つまり現在2,550マルク以上の所得をもつ疾病保険加入者は拠出率上昇に対して負担することになるわけである。

8. 1950年1月1日から年金申請の時までに20年以上疾病保険に加入していた年金受給者だけは、拠出を免ぜられる。移住者と稼得不能者には特例が適用される。その他の年金受給者はすべて拠出義務がある。この者は調整として年金の11%の拠出補助を受ける。

9. 金庫ごとに年金受給者の疾病保険の負担が異なるのは、財政調整の枠内で今後全拠出者に平等に割り当てられる。この負担は拠出義務のある賃金の2.2%で、それ以上は財政調整で処置する。そこで例えば代用金庫は特に高価な治療について調整をうけることができる。地域、企業、同業組合金庫の州連合会は、ある金庫の拠出額が平均拠出額から5%以上となったときは、加盟金庫間で財政調整を行うことができる。州連合会はこの平均拠出額からの差が15%以上になったときは財政調整を行うことを義務づけられる。この目的は統一的な拠出を実施するためである。

〔このほかなお病院、歯科その他について計画されているが、なお流動的であり、別の機会にまとめて紹介する〕。

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 17. Februar.

Suddeutsche Zeitung, 24. Januar. その他。

(安積 鋭二 国立国会図書館)

1976会計年度の社会福祉支出

(アメリカ)

1976会計年度に、公的な制度による社会福祉支出は3,314億ドルで、これは前年の2,865億ドルから15.7%増加していた。もっとも、この増加率は前年の対前年度増加率であった19.7%に及ばないが、1965年以後の平均的な対前年増加率であった14.2%を上まわっていた。また、増加を金額でみれば、1976年の増加は448億ドルで、これはこの報告を発表してきた1950年以来最高の金額で、これに次ぐのは1975年であった。ちなみに、この社会福祉支出には、社会保険(支出合計の44.2%)、公的扶助(14.8%)、保健・医療(5.8%)、退役軍人給付制度(5.7%)、教育(26.1%)、住宅(0.9%)、およびその他(2.4%)が含まれている。

1976年の増加は、物価と人口の変化で資料を調整した場合でも、社会福祉の国民1人当たり支出は8.3%上昇していた。ちなみに、1975年のその上昇率は7.3%で、1966-75年の間における毎年の平均的な上昇率は7.7%であった。

1976年における支出増は、主として、1974-75年の景気後退に対処するために、あらゆる分野で継続的に努力した政府の活動によるものであった。たとえば、失業保険(鉄道員の制度を含む)と雇用サービス制度による支出は、1974年から1975年には2倍以上になっていたが、1976年では、43%増えて、198億ドルになっていた。また、公的扶助制度の増加率は1975年の29%に続いて20%上昇し、支出は489億ドルになっていた。

他の所得保障制度は、失業保険や公的扶助のように、景気後退の直接的な影響を蒙ったわけではないが、この分野も大幅な支出増を記録しており、その支出増は、主として、インフレーションによって引きされた生計費の調整によ

るものであった。老齢・遺族・廃疾・健康保険の支出は約15%増加し、904億ドルになっており、医療だけの支出は20%増加していた。同様な支出増が連邦公務員の退職給付制度と労働者補償制度にも現われていた。

景気後退とインフレーションの組合わされた影響は、公的制度による社会福祉支出を、1976年の経済成長より早いペースで増大させていた。この年におけるその支出は国民総生産の20.6%に相当していた。

1976年に、社会福祉に対する公的な支出のうち、5分の3は連邦政府が調達したが、その比率は1975年が58%で、1970年には53%であった。連邦政府の負担した部分を除く残りの部分は、州政府と自治体によって調達された。また、1976年に、社会福祉に費やされた金額は、連邦政府予算の56%で、この比率は1975年に54%、1970年に40%であった。州と自治体は規模がかなり小さいが、これらも社会福祉に対する支出が増えており、その比率は1976年が67%で、1970年が64%と報告している。

民間部門の社会福祉支出が公的部門の支出に加えられる場合、1976年の支出合計は4,430億ドルに達し、この金額は財貨とサービスの全国的な総生産の25%に相当する。民間部門の社会福祉支出のうち、約3分の2は保健のために、また、5分の1は所得補足に支払われた。公的部門ではこの反対で、5分の1が保健に、また、約2分の1が所得保障に支出された。社会福祉の支出総額のうち、教育部門の支出では、公的部門は民間部門（12%）の2倍以上（28%）であった。

原資料には、多数の図表を示しながら、やや詳細な記述が続いている。

Alfred M. Skolnik and Sophie R. Dales, Social Welfare Expenditures, Fiscal Year 1976, Social Security Bulletin, Vol. 40, No. 1, Jan. 1976, pp. 3 - 19.

(平石長久 社会保障研究所)

1990年の労働力予測

(アメリカ)

アメリカの労働力は、今後15年間に増加のテンポが緩慢になると予想される。アメリカ合衆国労働省の労働統計局が行なった研究では、労働力の年間増加率は1970年代前半に2.3%であったが、1970年代後半には1.9%になり、1980年代には1.1%になるだろうと予想されている。労働力の増加率がこのように低下する背景には、1960年代における出生率の急激な低下が指摘される。つまり、そのように出生率の低下した時期に生れた子供が、1980年代に漸く若い労働力グループの年齢に達するということである。

このような労働力の状況を人数で示せば、民間労働力は1970年代後半に910万人ずつ増加し、1980年には10,170万人になると予想される。このような予想にもとづき、新しい労働力計画では、労働力は1985年に10,860万人、1990年には11,380万人に増えるように見込まれている。

女子の労働力参加は長年にわたり急速に増えてきたが、この増加は今後も続くものと予想される。もっとも、1990年には、その増加率は低下するだろう。労働市場における女子の労働力は、1975年に3,700万人であったが、毎年1.8%ずつ増加して、1990年には1,160万人増えるだろうと見込まれている。この場合の増加率は、女子の労働力が毎年3.2%ずつ増えた1970年代初期よりやや低くなっている。女子の労働力で増加率が低下する主要な原因は、労働市場に新しく参加する年齢の女子が少なくなるということである。

男子が労働力に新しく参加する増加率は、長期的にみれば、次第に低下すると予想されるが、それでも、1975年に5,560万人であった男子の労働力は、1975年から1990年までに960万人増加すると考えられる。その増加は年率1.1%で

ある。また、男子の増加率は女子より低いにもかかわらず、男子は1990年に依然として全労働力の57%を占めているであろう。

労働力の年齢別構成をみれば、1975年から1990年までの期間における民間労働力の増加は25～54歳のグループに集中すると見込まれている。また、16～24歳のグループは1990年には1975年より減少し、僅かではあるが、55歳以上のグループは増えるだろう。

若い労働力では、前述したように、1980年代の出生率低下により、1980年代には、このグループは少なくなる。たとえば、16歳から24歳までの労働力は、増加率が鈍化している。かれらのグループは1975年に2,230万人だったが、1980年には200万人が増加するだけで、その増加は1970年から1975年までにおける増加の440万人をかなり下まわる。1980年以後、これらの若い労働力は減少し、増加は1985年までに120万人が減少し、1990年にはさらに210万人が減り、これらのグループは1990年に2,090万人になるだろう。

16～24歳と55歳以上の2つのグループと比較すれば、25～54歳のグループは、両グループの増加と異なり、今後15年間には一時的に急速に増える。つまりその増加率は1970年代の後半に2.1%であるが、1980年代には2.4%になり、その後には再び2.1%になると予想されている。このように増加率の変化する理由の1つは、第2次世界大戦以後に生れた人びとが、その年齢のグループに当るからである。もう1つの理由は、女子の労働市場に参加する増加傾向が、今後とも引続き続くだろうということである。このような労働力構成の変化により、25～54歳のグループが労働市場に占める比率は、1975年の61%が1985年には65%になり、1990年には約70%になると予想される。

55歳以上の高齢な労働者は、1970年代後半にやや増加し、1980年代初期にもその状態が続くが、その後、1980年代後半には、このグループは減少するだろう。労働市場に参加するこのグループのうち、男子の比率は減少する時期もあるだろう。たとえば、55～64歳の男子の比率は、1970年から1975年までの間に、82%から76%になったが、1990年には約70%になると予想される。65歳以上の

男子も長期的には同様に減少する。しかし、人口構成では、これらのグループの増加は続いているので、1970年代後半では、労働市場におけるこれらの男子グループは多少増えるだろう。1990年に55～64歳のグループが減少するのは、1930年代の大不況期における出生率低下の影響によるものであろう。1995年以後では、これらのグループが再び増えるだろうと予想される。

要するに、55歳以上の労働力が占める比率は、1975年の15%から1990年には13%に低下するだろう。高齢な労働者は学校で身につけることのできた技術を工場で身につけている。他方、かれらは高度な教育を受けた者の比率が少ない。若い労働力にとっては、機会が増えることになり、現在、高齢労働力に早期引退をさせる圧力の中には、より高い仕事をめぐり若い労働力と競り合うという理由も指摘される。

原資料には、若干の図表が示され、将来の労働力の予測が述べられている。

Howard N Fullerton, Jr., and Paul O. Flaim, New labor force projections to 1990, Monthly Labor Review, Vol. 99, No. 12, Dec, 1976. pp. 3~13.

(平石長久 社会保障研究所)

公的ワーカーと ボランティアの関係 — その現状と課題 —

(イギリス)

最近、わが国でも地域福祉思想の台頭とともにボランティアに対する期待がにわかに高まってきた。しかし一口にボランティアといっても、所詮は外国語

であるため、その内容は分ったようで分らないのが実情といえる。とくに、公私関係、公私分担の理論を福祉実践の場面に移そうとする時、ボランティアなるものの性格は一層曖昧さを増して行くようである。このようなわが国の福祉事情に一灯を点す意味で、以下、イギリスの公私ワーカーの関係についてふれた小論文から主な部分を紹介する。

本論文は、Stoke-on-Trent市で実施された身障者に対する voluntary organisations の役割を調査した資料を基に書かれている。調査対象として20の組織が選ばれ、そこで活動した195人のボランティアが1972年10月～1973年4月の間にインタビューを受けた。その結果として、local authority social workerとボランティアとの関係について、いくつかの論点が提出されている。

〔ボランティアかプロフェッショナルか?〕

公的機関 (statutory agencies) と民間機関 (voluntary agencies) , および有給公的ワーカー (paid statutory workers) とボランティアワーカーとの係わりを質問したなかで、回答者であるボランティアの75%以上が、もし地方当局が、現在自分たちの組織が提供しているサービスの責任を負うようにでもなれば、結果は好ましくないものになると答えている。好ましくないという内容には、“対面的接触” (personal touch) が失われるとか、官僚的になる (たとえば “red tape” のようなものに言及) , 自律が損われる、あるいは、有給ワーカーはお金のために働いているにすぎず、したがって仕事に身を入れていない、といったボランティアの公的ワーカーに対する信仰があげられている。さらに、ボランティアワーカーは、有給ワーカーより一層対象者にコミットしていると感じているもの約20%、ボランティアの方が一層柔軟性をもっていると感じているもの16%、もっと personal services を提供できると感じているもの13%、有給ワーカーに比べてより楽に援助が受け入れられていると感じているもの8%、といった結果が得られた。

もちろん、これらの意見は一面をあらわしているにすぎず、今回の調査にはとり入れられていないが、当然、有給ワーカーからみたボランティア観もあるはずである。この点について、Aves委員会の行なった報告によると、local authority officers と social workers の双方ともボランティアワーカーは信頼できないといい、また、隠れて不確かな情報を流している可能性もある、としている。

social services の領域では、資源の有効活用がとくに重視されるのであるなら、social workers とボランティアとは共に密接な活動を行なうことが基本である。しかし不幸にも、各々のグループが相手グループに抱いている見方は、真に生産的なパートナーシップをつくりあげるにはあまりに破壊的であるように思われる。問題は、ボランティアの固有の機能が何であるか、また、professional worker は何をなすべきかについて、これまでだれも明確にしてこなかったことにある。今や、補完 (complementarity) とか補足 (supplementation) . . . といった漠然とした説明ではどうしようもないところきているといえよう。

〔訓練の重要性〕

長期的視点になるが、professional social workers とボランティアの双方において実施される訓練プログラムを通じてなら、相互理解を深める希望がもてそうである。その場合、各々の訓練プログラムはともに公私一体として活動することを配慮しなければならない。また、教室内授業と現場経験の双方においても、公私協力活動の視点を考慮して計画されなければならない。Barrs は voluntary associates の訓練について次のように述べている。“訓練は社会への貢献を自覚させたり、保護観察官との関係を認識させたりする。そして、自らの限界を知ると同時に自らを資源として認識させるのにも役立っているようである”と。しかし、ほとんどの専門職訓練コース (professional training courses) では、ボランティアワーカーの組織を利用する技術 (skills)

が必要であると認識されていない。その上、公的機関と民間機関との関係についても議論されることは滅多にないのである。

公的 social worker とボランティアとの間に有効な協力関係がある場合、イニシアチブは professional がとるべきである。しかし、現実には、このようなイニシアチブを地方当局の social worker がとりたがらない理由も理解できる。それは次のような背景があるからである。最近、専門職化 (professionalisation) が進んでいるにも係わらず、social worker の大部分は、まだ自分たちの professional status に確信をもてずにいる。もっとも、訓練を受けていないものも多数いることは確かであるが、同時に social work の目的が十分に明らかになっていないこともあげられる。だから、効果を評価したり表明したりすることが困難な状態にある。このような状況の中で、ボランティア・ワーカーに適切な役割を指定することは明らかに難しいことである。social worker の内部では、最近、専門職に対する不信が減じるよりむしろ増加しているようである。この social worker の専門職化の問題については、The Local Authority Social Services Act 1970 と The Local Government Act 1972 の両制度が制定される以前にもかなりの期間議論されてきたし、最近では、伝統的な social work の目標と方法に関して social worker のラディカル派から攻撃の矢が放たれたりしている〔注：たとえば、Jones, H., "Towards a New Social Work", Routledge & Kegan Paul, 1975; Bailey, R. & Brake, M., "Radical Social Work", Arnold, 1975〕。その上、social workers のケースの取り扱い方に対して一般市民からも多数の批判が寄せられてきた（その多くは無知蒙昧から由来した不当なものであった）。

このような状況下では、多くの social worker が守勢になり、ボランティアとの接触もあまり積極的に行なえば脅されるのではないかと思ひ、結局はそのような専門職意識に警戒心を抱くのは当然のことである。したがって、何よりも social workers が自分たちのポジションに対して一層の自信をもてるよ

うになった時にのみ、はじめて、non-professionals と緊密な協力関係が結べるようになるのであろう。

Norman Johnson (Lecturer in Social Administration,
University of Keele), Social Workers and Volunteers,
Social Service Quarterly, Autumn 1976.

(萩原清子 長野大学)



景気後退とインフレ下における 社会保障の諸問題

(ISSA)

インフレと景気後退の併存は諸外国の政府当局ならびに社会保障行政に対して重大かつ困難な諸問題をひきおこしてきた。ISSA（国際社会保障協会）は研究計画の一つとして“景気後退とインフレ下における社会保障の諸問題”に関する専門家会議を開催した。会議は1976年9月に開かれ、主催国フィンランド以外に9か国から専門家が参加した。ILOを代表して樋口富男氏、ECの委員会を代表してR. Draperie氏、アメリカ社会保障庁から、ISSAの社会保障研究諮問委員会の前会長でもあるIda C. Merriam氏などの参加を得た。

会議の目的は、景気後退とインフレが社会保障制度に及ぼす諸影響を分析し、かつまた反対に社会保障制度が経済に及ぼすインパクトを考察することであった。この目的に沿って、諸問題を次のような4つの主要な領域に分けた。

- ① 社会保障制度の財源調達問題
- ② 給付水準を維持する問題
- ③ 高水準の失業が社会保障制度にもたらす問題
- ④ 社会保障制度と経済の関連の問題

以上の問題に関する諸論文が会議のプログラムの中核をなした。さらに個々の国ならびに制度が経験したインフレ-景気後退の実態とそれへの対応に関する補足的な報告が参加者によって提出された。報告を得た国は次のとおりである。オーストリア、カナダ、エジプト、フィンランド、フランス、イスラエル、オランダ、アメリカである。

フィンランド社会保険研究所長 Jaakko Pajula 氏は開会の辞として、会議

の主題がフィンランド当局ならびに社会保障制度にとって直接に重要性をもつ旨を述べた。“景気後退、強度のインフレと失業こそ、今日フィンランドの現実であり、またわが国は恒常的な国際収支の赤字に苦しんでいる。わが国の経済は加工木製品の輸出に依存するところが大きい。したがって、海外市場の変動とりわけわが国の貿易の相手国の経済の変動はわが国の経済にじかに伝わってくる。”…社会保険制度の財政をいかにしてまもることができるか、という問題が今日とくに困難な問題であると述べた。

ISSAの事務局長 V. Rys 氏は、それを受けて、会議の意図は解決方法を見出すことではなく、諸問題を明確に示し、そして経済システムの急速な変化がひきおこした事態に対して各国がおこなった対処の方法を検討することであると強調した。ISSAの研究諮問委員会会長の Clément Michel 氏は、さらに、それらの諸問題は単に技術的な手段のみでは解決できないことを強調した。経済が成長するとともに社会保障制度は絶えず発展し、拡大するものと多年にわたって信じられてきたが、いまや今日の経済状況のもとでは、再考慮が必要であり、しかも厄介な政治的選択がなされねばならない旨を述べた。

① 景気後退とインフレ下における社会保障制度の財源調達問題

この問題については、フィンランド社会保険研究所の P. Sirén 氏が報告を行なった。Sirén 氏は、社会保障制度の財源調達問題の理解を適確なものたらしめるために、OECD加盟19か国の経済および人口動態のデータにもとづいて、社会保障制度の発展に影響を及ぼす諸要因ならびに社会保障と社会の発展との間の相互作用を分析した。そして、それを背景にして、景気後退とインフレが社会保障制度の財政に及ぼす諸効果を展望した。

景気後退は、収入を減らす反面支出を増大させるので、社会保障財源調達の範囲を狭くする。収入は次のような諸理由から減少した。すなわち、稼働所得の一般的水準の低下に伴う抛棄の減少、失業ならびに非労働力化する人口の増大、社会保障基金からの償還金の遅滞、ならびに不動産または証券の売却が不利となること、などの理由であった。

他方、貨幣的支出は次の諸理由から増大した。すなわち、失業給付および失業に関連する間接費（再教育のための費用）の増大、ならびに老齢年金と廃疾年金受給者数の増大がそれである。さらに、就業者の実質的な稼得所得水準の維持が望ましいということを知るならば、収支均衡のため必要となる拠出の引上げに対しては、支持を得ることがむづかしいであろう。

インフレに関しては、利子生活者またはインデクシングがなされていない年金で生計を維持してきた年金受給者に給付が必要となるので、社会保障支出は直接に増大する。インフレは社会保障制度の財源調達を基礎を危くする。その理由は、まず、どんな源泉から得られる収入についてもそれらの実質価値が減少し、また、社会保障基金自体の実質価値が減少するので、収入が減るからである。他方、インフレのもとでは、生存水準ぎりぎりのところで生活する人々の所得の実質価値の減少を手当てしなければならないので、支出が増大するからである。それに加えて、社会保障の収支を均等にするために必要な拠出の引上げは、物価水準に好ましくない影響を及ぼす要因とみなされよう。

Siren氏の報告の結論は、社会保障の財源調達方法と社会保障の水準ならびに発展との間の関係の検討にあてられている。それによれば、社会保障の水準が高い国もしくは社会保障制度の発展が急速であった国においては、事業主からの社会保障拠出に依存する傾向がある。もう一点は、労働の限界生産物と人件費との差が増大したり、また純収入と社会保障給付との差が減少すると、廃疾年金受給者数が増大し、また高齢者の労働参加率が低下する傾向があるということである。

② 景気後退とインフレ期における社会保障現金給付の問題

この問題については、ベルギーの社会福祉省長官 A. Delpérée 氏が共通の特性をもつ西欧の工業国に焦点をあてて、報告を行なった。すなわち、国民所得のほぼ25%を社会保障に充て、しかも景気後退とインフレを同時的に経験している国々である。

報告では、インフレ下における給付（とくに年金）の実質価値を維持する問

題について議論が行なわれた。調整をおこなう様々な方法に関して説明がなされた。すなわち、調整に用いられるインデクス（物価指数、賃金指数、国民所得指数、一般的福祉指数）、調整がなされた期間、異なる指数化公式の限界などについて手短かに述べられた。

ベルギーの具体的な経験から、調整方法の理論的検討についての補足がなされた。給付の購買力を増大させるという目的と、受給者にも経済成長の果実の分け前にあづからせようという目的の、二重の目的から政策が進められて、現金給付の一般的な indexation がなされるようになったのである。しかし、今日の経済状況はインデクシングに関連する政策の修正をもたらした。経済成長がゼロ成長になったので、次のような決定が下された（1976年1月発布）。すなわち、国民所得の再分配はもっとも恵まれないグループを適切に処理すべきこと、かつまた障害者および年金受給者や最低給付の受給者に対する所得増がより高いことが望ましいことが決められた。したがって、完全雇用のもとで受け入れられてきた一般的福祉（general well-being）の概念は、景気後退とインフレのもとでは“限界的な”グループに席をゆずることになってしまった。

けれども、結論的に述べられたことは、インデクシングの手法は単に一時しのぎにすぎないものであり、真の療法は完全雇用への復帰と物価の制御にあるということであった。

③ 失業率の上昇に対する社会保障制度の反応

この問題については、西ドイツの国立雇用研究所の D. Eichner 氏が同研究所の諸活動と経験に基づいて、報告を行なった。西ドイツの現状について、“数年間にわたって完全雇用と超完全雇用がつづいて以後、雇用の減少がおこった。20年間に初めてのことであるが、1975年には年間平均失業者総数が100万人を超え、それとともに短時間労働がかなり増加した。こうした雇用の減少のため、1974年以来、雇用問題および失業とたたかうための活動が政治的にもっとも重視されることになった”

大量の失業に対する施策としては、賃金に代る給付の支給と失業を防ぎそれ

をなくするための措置が結びつけて考えられなければならなかった。さらに、この分野の政策は社会政策の他の部門の活動からきりはなして考えることはできない。

西ドイツでは、1975年には、失業給付、失業扶助および現金扶助に対する360万口にもよる申請が認められ、現金給付への支出額は大幅に増大した。

賃金コストへの補助金による雇用援助や移動手当、新規募集に対する補助金の支払、若年の失業者に対する特別の職業訓練制度、および一時的な短時間労働のために生じた賃金の喪失を一部補償するための短期手当の給付など、多くの建設的な措置がとられた。

この報告の他に、I S S Aから失業対策に関する加盟機関の年次調査の結果が報告された。大量の失業に対する社会保障の目立った対策は、失業給付の水準を高めること、また時には受給期間を延長することであった。さらに、適用範囲がそれまで除外されていた労働力グループ、たとえば農業労働者にまで拡張することであった。

このような失業保険の強化以外に、新しい社会保障施策が失業者、不完全就業者および被用者の一部を援助するために行なわれるようになった。その一つは、失業期間に、他の社会保障の権利（たとえば医療をうける権利、年金の権利）を確保することである。もう一つは、高年齢の失業者の再雇用の機会をきわめて乏しいばあいが多いので、高年齢の失業者が退職年齢に達するまでの間、所得の橋渡しとしての給付を支給することである。

大量失業の経験は新しい立法の制定をうながし、たとえば日本では1975年に新しい雇用保険が採用されたし、スイスでは連邦失業保険制度を確立する決定がなされた。

④ インフレと景気後退期における社会保障制度と経済の関連の問題

この問題については、フランスのエコール・ノルマル・シュペリエールのL. Fabius氏が報告を行なった。社会保障はインフレに対して何らかの責任をもつか。社会保障は失業に何らかの影響を及ぼすか。この二点を主たる問題とし

てとりあげた。

社会保障の物価への影響に関しては、しばしば矛盾した議論がなされている。あるものはインフレ期における社会保障抛出の景気対策的效果を強調し、一方、他のものは社会保障はある財の消費の増大、または貯蓄の減少をもたらすのでむしろ景気の変動を強める効果があることを強調する。

Fabius氏の見解によれば、インフレ現象が複雑でありしかも社会心理学的説明があいまいなので、社会保障のインフレ的效果に関しては何ら決定的な解答は得られないであろうということである。しかし、医療システム自体はインフレ圧力をひきおこすことが往々にしてある。

社会保障の失業への影響については、古典派的な経済学者が社会保障は労働市場の均衡を妨げるということから伝統的に社会保障に反対しているが、報告者はそれには同意しなかった。報告者はそれよりも、社会保険抛出の引上げ、したがって労働コストの引上げが資本の過剰投資を導くという批判のほうを重視した。

Fabius氏はインフレーション後退期における社会保障の経済的效果は相対的に小さいように思われると結論した。インフレに関する古典的な理論（コスト・インフレ、ディマンド・インフレ、輸入インフレ）では社会保障に関する配慮がほとんどなされていない。今日みられるインフレと景気後退の共存という現象は、通常では異なった、相反する経済状況とみなされる特性が結びついているところにその特徴がある。このことは、少くともいくつかの点で、社会保障の安定化機能に対して疑問を投げかけるもとにならないであろうか。

Expert Group Meeting on Problems of Social Security under Economic Recession and Inflation, International Social Security Review, No. 3, 1976, pp. 321 - 325.

(都村敦子 社会保障研究所)

年金のスライド制—— 先進8カ国の経験

I はじめに

1950年代末ごろから先進資本主義国の多くが年金のスライド制を採用するようになった。不断のインフレーションの下で、年金の実質価値を維持し、退職者の生活水準を維持してゆこうというのがその目的であった。

しかしそれ以前でも年金額の改定がなされなかった訳ではない。退職老人の生活水準を物価や賃金の水準に対応させてゆく方法は決して一様ではないし、同じくスライド制と呼ばれるものの中にも多くの種類がある。

ここに紹介する文献は、年金水準を引き上げてゆく各種の方法を比較検討したものである。物価や賃金の指数により定期的に年金の改定を行なう方式（これをここではスライド制と呼ぶことにするが、原文では indexing という言葉が用いられている）の国際比較がここでの主なテーマであるが、その他の方法についても言及されている。

スライド制が導入された当時と1970年代の問題状況とは大きな差があるというのが著者の基本認識である。1970年代に入って物価上昇は一層加速されまたそれが賃金上昇をも上回るようになった。こうなると硬直的なスライド制が、年金の財政を堅持してゆく上でかえって弊害となりかねない。経済一般の状況に調和できるよう年金の引上げに節度をもたせることも必要になってきている。これが著者の立場である。

II スライド制以外の方法

i) 制度の積上方式

これは、既存の年金額を改定するのではなく、これとは別の年金制度を追加することにより、全体としての年金水準を引き上げようとする方法である。デンマーク、ノルウェー、スウェーデンなどで実施された。いずれの国も、全住民を対象とする定額年金制度を持っていたが、その費用は公費でまかなわれ、給付改善にも困難が伴っていた。よりよい年金を求める声が高まり、1960年代に入って相次いで所得比例の年金制度が追加されるようになった。

保険料の拠出を条件としている点で上の3国とは異なるが、同じく定額年金を支給していたスイスやイギリスでも所得比例年金が追加されるようになった。

ii) 年金算定方式の変更

年金額の算定には退職者の過去の賃金記録が用いられることが多い。しかし退職時の賃金額と古い過去の賃金額とは大きな差があって、すべての賃金記録をそのまま用いて年金を算定すればその額は低くならざるをえない。そこで年金水準を引き上げる方法として、年金の算定に際し過去の賃金の一部を切り捨てる方法が多く国で、採用されるようになった。最終3年間の賃金をもとに年金を算定する例が多くなっている。最終15年もしくはそれ以下の賃金記録に基づいて年金を計算している国の数は1961年では28カ国にすぎなかったが、1975年には50カ国にのぼっている。

一般的な傾向としては以上の通りであるがこの傾向がすべてにあてはまる訳ではない。ここで取りあげた8カ国についてみると、ドイツは過去のすべての賃金を計算に用いているし、スイス、アメリカ、スウェーデンなどもそれぞれ1948年、1951年、1960年以降の賃金記録をすべて計算に用いている。これに対しフランスでは賃金が高かった10年を選んで算定しており、オーストリアは最終5年間の賃金のみを用いている。

iii) 過去の賃金の再評価

過去の低い賃金を切り捨てる方法とともにこれを退職時の物価水準に応じて再評価する方法も各国で採用されている。第2次大戦前後の低い賃金の再評価が、1950年代末から、1960年代はじめにかけてフランス、ドイツ、オーストリ

アで実施されたのがこれのはじまりで、今日ではアルジェリア、ベルギー、カナダ、チリ、ポルトガル、トルコ、スイス、ユーゴスラビアなどでも採用されるようになってきている。

iv) 政策的随時改定

1950年代末までの年金の改定は、定期的になされるのではなく、社会的政治的な要求が起る都度、法律の改正を通して実施されることが多かった。その後定期的または自動的に年金を改定する仕組みが各国の年金制度に導入されるようになったが、そうした国々でも今なおスライド制と共に政策的な改定方式を併用する例が多い。

年金の政策的改定は新規に裁定する年金について実施される場合も、既裁定年金について実施される場合もある。

最近の各国の実施状況を見ると、フランスが1972年に5%の政策改定を行い、オランダは政策改定をたびたび繰返している。スイスでは1964年と1969年に実施され、イギリスでは1960年以来少なくとも年1回の改定がなされてきた。アメリカでは1965年、1968年、1970-72年、1974-76年にそれぞれ政策改定が実施されている。

III スライド制

i) 賃金スライドと物価スライド

政策的な改定は年金受給者の要求を十分に満たすことができなかつた。不断のインフレ下で年金の実質価値を維持してゆくために年金のスライド制が各国で採用されるようになった。その背景として、1950年代末から1960年代はじめにかけての先進諸国の経済的繁栄を無視することはできない。

先進8カ国のスライド制実施時期は次の通りである。

スウェーデン	1948年	物価スライド
ドイツ連邦共和国	1957年	賃金スライド
オランダ	1957年	賃金スライド

フランス	1965年	賃金スライド
オーストリア	1966年	賃金スライド
スイス	1969年	物価スライド
イギリス	1971年	物価または賃金スライド
アメリカ合衆国	1975年	物価スライド

スライド制は急速に広まり、1975年では、年金制度に何らかのスライド制を採用している国は33カ国を数えるに至っている。そのうち20カ国は物価スライド制を採用しており、11カ国が賃金スライド制を、残る2カ国は最低賃金水準によるスライド制を用いている。

オーストリアとドイツでは、被保険者の平均賃金の推移により年金がスライドされ、フィンランドでは全被用者の賃金指数が、オランダでは成人男子肉体労働者の時間賃率が、それぞれ年金のスライドに用いられている。フランスの場合には、被保険者の平均賃金を反映すると見られる傷病手当金の平均値が、年金スライドの指数として用いられている。

ii) 自動スライド制と半自動スライド制

自動スライド制とは、物価や賃金の上昇が一定の率までに達するとその段階で自動的に年金を引き上げる方法である。これに対し半自動的なスライド制とは、物価や賃金が一定限度上昇した段階で、その都度年金の引上げにつき改めて審議し決定する方法で、改定にはしかるべき法改正を必要とする場合が多い。

自動スライド制の利点としては、意図する引上げが完全に実施されやすく、審議過程や法的手続が避けられるだけ調整過程は迅速となる、物価が激しく上昇すればそれに応じて年金引上げ頻度も増加できるし、行政手続も簡単である、などの点があげられる。

もともとこの2つの方法は明確に区別できるものであったが、今日では両方式をあわせて用いる国も多くなっている。1970年代に入って経済状勢が一般に悪化して来ると、健全な年金保険財政を維持してゆくために、年金の大幅なスライドに何らかの歯止めを設ける必要が生れ、自動スライド制を採用している

国々でもこれにあわせて引上げ幅やその実施方法を検討する制度を設けるようになってきている。

iii) スライドに関する審議

スライドの諸条件を検討する審議会は、一般に政府側、使用者側、労働者か被保険者を代表する各委員によって構成されている。このほか経済専門家、学識経験者、大蔵大臣、中央銀行や商工会議所や保険会社の代表等を委員に加えているところもある。委員は通常担当大臣が任命し、審議会は法律の定める一定期間ごとに、または物価や賃金が一定限度以上上昇したその都度開催されている。

できるだけ高い年金水準を実現しようとする利害と、保険財政や経済一般に対する影響を心配する専門家とがこれらの審議会に対立することが多い。これまでは概して年金水準の引上げが強調され、退職者の福祉を増進する空気の方が支配的であった。しかし1970年代に入ると次第に制度の財政問題や一般の経済事情が強調されるようになった。これまでの年金計画が立脚していた経済状況と、今日の状況とに大きな違いが生じてきたからである。

審議会の具体的な役割は年金引上率を定めることである。1960年代までは主として物価や賃金の上昇率をどう評価し、これを年金の引き上げや保険料の上限所得の引上げにどう反映するかが検討された。しかし次第に保険料率の再検討や、老人人口の推移、失業率などの諸条件をも考慮するようになってきている。

iv) タイムラグ

多くの場合、2年間にわたる物価や賃金の変動が翌年の年金の引上げ率の決定に用いられている。物価上昇率が年3%程度におさまればこれでも大きな問題はないであろうが、物価の上昇はしばしばこれを大きく上回り、より迅速な年金改定を求める声も強くなった。この問題を解決するために、指数が変化した時点と年金が改定される時点とを短縮する方法、および改定時と次の改定時との期間を短縮する方法、との2つの措置が各国で実施された。

最近になってカナダでは1年ごとの改定が3か月ごとの改定に、フランスと

ルクセンブルグでは1年ごとの改定が半年ごとの改定に、イギリスでは2年ごとの改定が1年ごとの改定に、それぞれ改められている。

指数の変化を測定した時点と年金改定の実施時点とを短縮した例としてはカナダ、ドイツ、オーストリアがあげられる。カナダでは5カ月のタイムラグが2カ月に短縮され、他の2カ国は1年のタイムラグを半年に短縮している。

これとは逆の例であるが、賃金が一定率上昇するたびに頻りに改定がなされていたオランダでは、行政上の困難を避けるため最近これを半年ごとの定期的な改定に改めている。

表1は年金改定の頻度を先進8カ国について簡単に示したものである。

v) 年金、物価、賃金の推移

年金額の推移を物価や一般賃金水準の推移と比較したのが表2である。

表1 各国の年金スライド方式(1974年)

国	改定頻度	指数	条件となる最低限の指数変化
オーストリア	毎年	賃金	なし
フランス	半年ごと	賃金	なし
ドイツ連邦共和国	毎年	賃金	なし
オランダ	半年ごと	賃金	最低3%
スウェーデン	指数変化に応じて随時	物価	最低3%
スイス	3年ごとまたは随時	物価	最低8%
イギリス	毎年	物価または賃金	なし
アメリカ合衆国	毎年	物価	最低3%

スライドに用いている指数と年金の推移とが最も密接に結びついているのはスウェーデンである。これはスウェーデンにおいて、年金改定の頻度がそれだけ高かったことを反映している。スウェーデンでは年金改定が年に3度に及ぶこともあった。

表2 年金, 平均賃金, 消費者物価の推移

	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974
オーストリア							
年金	100	109	141	151	162	178	203
(賃金)	100	143	213	242	270	304	390
物価	100	121	142	149	158	170	187
フランス							
年金	100	173	254	280	310	344	379
(賃金)	100	143	219	241	268	322	347
物価	100	120	149	157	166	179	203
ドイツ連邦共和国							
年金	100	143	203	216	237	264	293
(賃金)	100	153	219	241	260	297	311
物価	100	115	131	138	145	155	162
オランダ							
年金	100	232	381	442	473	547	645
(賃金)	100	148	229	260	287	325	-
物価	100	118	149	160	173	187	204
スウェーデン							
年金	100	154	209	232	245	259	295
賃金	100	148	212	229	249	264	-
(物価)	100	120	149	160	169	181	198
スイス							
年金	100	173	260	285	285	519	649
賃金	100	140	196	221	246	276	310
(物価)	100	117	139	148	158	172	189
イギリス							
年金	100	160	208	240	270	310	400
賃金	100	127	182	197	228	261	309
(物価)	100	119	149	163	174	191	221
アメリカ合衆国							
年金	100	107	139	153	184	184	205
賃金	100	120	149	158	172	185	197
(物価)	100	107	131	137	141	150	167

()は、その国の年金スライドに用いられている指数を示す。

年金の上昇が他の指数の推移を大きく上回っているのはオランダとスイスである。オランダでは年金給付水準を最終的には最低賃金のレベルにまで引き上げるため、しばしば大幅な政策的改定が実施された。またスイスでも、よりよい年金水準を達成するために、1964年と1969年の2度にわたって33%にのぼる政策的な改定が実施されている。

年金の上昇が他の指数を大幅に下回っているのはオーストリアである。しかしながら両指数の格差の拡大は、賃金スライド制がこの国に実施されるようになった1966年以降、若干緩和されるようになっている。

Tracy, Martin B., *Maintaining Value of Social Security Benefits During Inflation: Foreign Experience*, Social Security Bulletin, November 1976, pp. 33-42.

(一圓光弥 健保連)

西ドイツの新薬事法

(西ドイツ)

新薬事法制定の経過

西ドイツでは1976年8月24日に新しい規定を盛り込んだ「新薬事法」(Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts)が国会で可決され、9月1日に公布された。この法律は1974年7月17日に原案が閣議決定されて以来、約2年にわたって国会で審議され、修正が加えられた後、可決・成立したものである。連邦議会および連邦参議院はこの法律を満場一致で可決している。なお、この法律の施行は1978年1月1日からである。また、この法律と同時に「医薬品市場の規制に関する法律」(Gesetz über Regelungen auf dem Arzneimittelmarkt)が可決され、公布された。

新薬事法が注目され、高く評価されている点は、従来の薬事法と違って全く新しい内容としくみを基礎とし、医薬品の宣伝広告を実質的なものにし、また近年における医薬品部門の発展の結果を取り入れている点である。1961年に制定された薬事法(医薬品の取引に関する法律)は、その後改正されてきたが(最近では1975年7月に改正)、近年の医薬部門の発展に照らして時代遅れとなった。このため新しい薬事法の制定となったわけである。

1961年の薬事法は、初めてメーカーの登録制を導入したが、単にメーカーから合成内容や使用分野の申告をさせるにすぎなかった。国による医薬品の検査についてはなにも規定されなかった。1964年の同法の改正により初めて医薬品の薬物学的、臨床学的検査が法定化されたが、それは単にメーカーの責任の範囲にとどまった。これに対して保険者は、もっぱらその時どきの学問的知識に応じて十分に医薬品の検査が行われるべきであることを主張してきた。

新薬事法の骨子

新薬事法の目的は、医薬品の取引における安全性、とくに質(品質)、効能および無害性を確保することである。それは単に製薬業者に対する警告や抑圧的な措置にとどまっているのではなく、医薬品の安全性についての国の責任が明記されている。その意味で医薬品の安全性がより前進したかたちで確保されるようになるとして高く評価されている。

この法律で規定している安全性確保のための措置は、(1)認可制度の導入、(2)医薬品に関する情報の改善および宣伝広告の実質化、(3)製薬業者および販売業者に関する規定、(4)監視の改善および医薬品の危険性の中央把握、(5)臨床学的検査に関する規定である。

(1) 医薬品の認可

医薬品の認可については、将来、医薬品は連邦保健局が認可した場合にのみ取引されることになる。認可は、医薬品の質、効能および無害性についての申請者の証明に基づいて行われる。そのために申請者は、分析検査の結果および薬物学的毒物学的ならびに臨床学的試験の結果またはそれに相当する他の学術的資料、たとえば医師の実地経験資料を提出しなければならない。効能および無害性が連邦保健局によって公にされ、明確である医薬品についてはそれを証明することで足り、説明資料を提出しないことも可能であるが、医学的にその効能が明確でない医薬品については、連邦保健局は認可についての判断をする前に認可委員会(委員は医療従事者団体、医師、歯科医師、薬剤師、治療師、獣医師の専門団体および製薬業者の推薦に基づき所管の連邦大臣が任命する)の意見を聴取することになっている。連邦保健局は、医薬品の試験が十分に行われていない場合、必要な質が確保されていない場合、効能がないかもしくは不十分な場合または独特の副作用がある場合には認可を拒否する。認可は、治療結果に限られた事例数から引き出されたということを理由に拒否されることはない。認可は5年間有効である。認可の延長は可能であり、また認可の取消しも行われる。

(2) 医薬品の情報および宣伝広告

医薬品の情報および宣伝広告については、(a)医師、薬剤師、患者からの情報も収集し、医薬品の安全性を確保する、(b)統一的な広告様式をとる、ことになった。既製医薬品はその旨を表示し、説明書を添付しなければならない。説明書には患者や購入者が明確に理解しうるように、医薬品の効能、使用分野、禁止、副作用、効能の変化および有効期限を明示しなければならない。これらの事項については認可の際にチェックされる。広告については、注意広告だけのものを除き、説明書でもって一定の共通事項（成分、使用分野、禁止、副作用、注意など）を示すこととし、この広告の枠内で医薬品の価値を表示しうることとなった。

(3) 製薬および販売

製薬および販売については、医薬品が認可の際のサンプルと同じ材料で製造されるよう配慮すること、自由販売を規制することが規定された。医療品の製造は、将来、WHOの基本原則にそって行われるべきであることが規定された。すなわち、要員、製造過程、試験方法（手続き）、場所および設備についての一定の必要条件ならびに健康上の必要条件が規定されている。また、販売について医薬品を、(a)医師の処方をするもの、(b)薬局で販売しなければならないもの、(c)自由販売できるものの3種類に分類することは従来と変わらないが、健康を害するおそれのある場合には、あまりしばしば使用されないような医薬品も医師の処方を必要とすることになった。自由販売の医薬品については、販売にあってその安全性が確保されるような表示が要求されることになった。そしてまた医薬品の自動販売は制限されることになった。

(4) 医薬品取引きの監視および危険性の把握

医薬品の取引きの監視および危険性の把握については、認可手続きの際に完全に危険性を察知することはできないことから、認可医薬品の常時監視が行われることになった。すなわち、監督の改善、監視、薬害・危険性の情報収集ならびに検討が強力に進められることになり、連邦保健局に医薬品に関係のある

すべての機関が参加する情報連絡機関が設けられることになった。この情報システムは関係者の報告義務によって維持される。

(5) 薬害に対する責任

以上のほか、新薬事法に盛り込まれた注目すべき事項として、薬害に対する責任の規定化があげられる。いかなる法律があっても薬剤の安全性を絶対的に保証することはできないとの観点から、薬害に対する責任規定が設けられた。この規定により製薬業者は薬害に対する保険に加入する義務が生じた。この保険は、(a)医薬品が正常な使用の際に開発または製造の過程における原因で副作用を起こし、これにより薬害が生じた場合、(b)誤った表示または使用説明が原因で薬害が生じた場合に被害者に補償を行うものである。補償は、死亡の場合治療の費用、疾病期間中稼得能力の喪失または減少あるいは生活上必要なことの増大によって生じた財産的損害の費用および埋葬の費用について行われる。また、身体障害および健康障害の場合、治療の費用、稼得能力の喪失または減少あるいは生活上必要なことの増大によって生じた財産的損害の費用が補償される。補償は、死亡または障害の場合、1人につき最高50万マルク（約6,000万円）の一時金または年間3万マルク（約360万円）の年金によって行われる。被害者が複数の場合には、合計2億マルク（約240億円）の一時金または年間200万マルク（約2,400万円）までの年金によって補償が行われる。

新薬事法による効果

新薬事法の制定により疾病保険に少なからず影響があるとみられている。疾病保険は、ライヒ保険法（RVO）第368条eの規定により、被保険者に対し疾病の治療のために目的に合った経済的な医薬品の提供をしなければならないことになっている。疾病保険にとっては、新薬事法がこの目標にどの程度寄与しうるかが問題である。

目的に合った医薬品の提供とは、質的に問題のない、効果的な医薬品を提供することを意味するが、この法律が将来効果的でない医薬品を市場から除外することが可能かどうかの問題である。ドイツ医師会の医薬品委員会は、効果の

立証に関する規定について厳しい批判を表明している。したがって、効果の立証の条件を設定する問題については、激しい摩擦を解消することが必要であるとみられている。そのため、その条件はあまり高いものではなく、また低いものでもない、妥当なものでなければならぬとの意見が強い。また、経済的な医薬品提供とは、安い価格での医薬品提供を意味する。この場合、どの程度の薬剤費の節約が可能かが問題である。新薬事法が目的に合った効果的経済的医薬品提供にどの程度寄与しうるかが注目される場所であるが、法律だけによってこの目標を達成することは無理で、関係者（薬剤師、医師、疾病金庫および患者）の協力が必要であるとの考え方もある。

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts.

Herweck, R., Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts,
Die Krankenversicherung, Oktober 1976, S. 235-242.

（石本忠義 健保連）



社会保障こぼれ話

社会保障の改正

（オーストリア）

1976年7月から、この国の社会保障制度のうち、失業給付と出産給付に改正が行なわれた。主要な改正は次に示すとおりである。

まず失業給付では、給付の算出に用いていた賃金等級を約半分にし、等級は54から24になった。その改正に対して、賃金等級によって異なる支給率では、2つの等級にわたる支給率の高い方をそれぞれに適用することになっている。このような改正により、給付の改善が行なわれ、同時に、多くの等級を整理し、等級の簡素化が達成された。また、従来、給付の受給に要求されていた3日間の待期が廃止され、失業者は職業安定所に登録した日から算出した給付を受給できることになった。待期の廃止はベルギー、西ドイツ、スウェーデンなどの各国が採用した方法を導入したもので、そのような廃止は、待期を条件とする喪失賃金の補償が社会的公正にもとるという考え方にもとづいている。なお、余剰労働力として解雇され、使用者から解雇手当を支払われている者は、失業給付を受給できなかったが、この制約は廃止されて、そのような手当を支払われている者も、失業給付を受給できるようになった。

これ以外の改正では、従来、補足的な給付として別に加えられていた住宅手当が、正常な給付として、失業給付に含めて計算されることになった。この改正は事務処理上の簡素化も意図されている。同様な事務処理の簡素も意図されたものとして、算出した給付の端数を切上げる方法も採用された。

（26頁に続く）

外国における性病とその対策

——最近のWHOのリポートから——

性病は世界各国、とくに先進国においてその罹患患者の増加は最近目立って来ており、社会的にも大きな問題となってきている。何故か日本においてそれほど問題視されていないが、実態はそれ程好ましいものでは無いのではなからうか。

1975年の5月16～17日にWHOにおいて性病に関するディスカッションが行なわれており、その対策に世界的傾向として力が注がれている現状である。ここでこのディスカッションを中心に世界の情勢を紹介してみたい。

世界の性病の実態であるが、梅毒と淋病についての政府統計が出されており、それによると梅毒はフランス、ポルトガル、ポーランドにおいて特に増加が著しいようである。日本はもっとも低いグループに属する。淋病については各国ともその増加は著しいものがあり、とくにアメリカ、スウェーデン等は非常ないきおいで増えている状況にあるもようである。日本はやはり低いグループに属している。フランスも低いグループに属しているが、その統計の信頼性が疑問視されている。このことは、日本についても同様で、この意味で統計の国際比較は非常に困難であり、発表された数字そのものには意義を見出せないものと思われる。しかしながら、全世界的に性病が増加していることはまちがいのないことのようなのである。

以下WHOのテクニカル ディスカッションズ リポートを紹介することにする。

最近増加傾向にあることに対する理由については、①性的活動年齢の拡大、②抗生物質の出現にもかかわらず不完全な治療がなされていること、③社会経

済的な面で都市化、工業化が女性の雇用を促進し、その意味で性的機会が増えたこと。またレジャーやアルコール消費が増えていること。また海外も含めて旅行する機会が増えたこと。さらに季節労働者の問題も取り上げられた。④更に行動パターンの変化——これは文化の問題でもあるのだが——が重要であるとしている。すなわち性の自由化、無秩序化がおり、それに対して宗教や・両親や社会の影響がうすれていることを指摘している。その上、新しい避妊薬の開発で、コンドームがあまり使用されなくなったことも大きいし、また治療が容易であるために性病に対する恐れが薄れていることも大きいことを指摘している。逆に売春婦の影響は少なくなっているようである。

更に進めてハイリスクグループとして、軍隊、移民、出稼労働者、難民、ホテル等接客業者、船員、旅行者、ホモ愛好者、囚人、売春婦、学生等をあげている。

さて、性病のコントロールについては、その第一歩として、早期に診断し治療するクリニックの整備をあげ、そこから接触者調査にまで拡大していくことを提起している。このクリニックの問題であるが、全世界的に見れば、そのようなクリニックを持たない国も多く、また日本の場合もそうであるが、大部分は個人の開業医で治療がなされ、治療の不徹底、また接触者調査を不可能にしている点等困難な問題をかかえている。また外国では抗生物質製剤が市販されているが、そのような国々では耐性菌の出現という非常にやっかいな問題をひきおこしている。

その他に免疫を与える意味での予防接種等技術的な問題についても討議されている。

結論として性病の予防、コントロールには衛生教育が非常に重要であるとしている。いかに設備を充実し、法律で律しようとしても性病の予防は不可能であり、人々の協力、参加が必要であるということを専門家が理解していることを意味している。その教育であるが、ハイリスクグループに対してのもの、若者向け、性病患者向等について考えられているが、いずれにせよ教育の重要性

を感じさせるものである。また病気に対応する医師やその他の関係職種の人々についての教育も重要であることを指摘している。

このようにアメリカをはじめとして性病は経済的な面でも、文化上の面でも無視できない問題として取り上げられており、WHOもこのような状況下にその対応策を考えている。日本においても性病は決して無視できない問題であると考えられ、いずれは「性」の自由化等の問題も出てくるであろうことを考え合わせれば、今から性病に対する対応について検討をしておくことが必要であると思われる。

Social and Health Aspects of the Sexually Transmitted Diseases :
Need for a Better Approach。 Report of the Technical Discussions at
the 28th World Health Assembly, 23. May, 1975.

(石野 誠 国立公衆衛生院医学科)



出産給付の改正では、出産時の喪失賃金の補償に支給される出産給付が、子供を養子にした養母に対して、子供を当人自身の費用で事実上養育したときから支給されることになった。この方法により、3カ月以上の期間を要する養子の正式な手続きが完了しなくても、養母は給付を受給できることになった。また、パートタイム就労の母親や、夫のいない母親に要求されている収入上限もそれぞれ引上げられた。なお、夫がいなくて、1人で子供を世話する母親は、子供を保育所に預けることができないので就労できない場合、子供が3歳になるまで、特殊な失業給付を受給できることになった。

資料 ILO, Social and Labour Bulletin, No.4, Dec. 1976,
p. 370; ISSA, International Social Security Review,
No. 3, 1976, pp.290-292.

(平石長久)

疾病・廃疾保険と身障者

Dr. Jérôme De Jardin

(ベルギー)

本稿には、社会福祉省が開催した「身体障害者と社会福祉省」というセミナーに提供された報告が示されている。

ベルギーの疾病・廃疾保険、および、とくに、その制度の保健部門は、1945年の早い時期に身体障害者への援助を開始しているが、その年には、被保険者の世帯構成員がある他のすべての受給者と同様に、身体障害者に対して、初めて保健サービスが提供された。その後、1969年法は稼得活動に従事できない、しかも、被保険者の世帯員でないすべての人びとを疾病保険に含めた。

この法律により、1970年以後、保健給付を受給してきた身体障害者は約6,000人である（それ以外に、被保険者の扶養家族として同一の給付を受ける者が、数十万人もいる）。各被保険者は当人もしくは世帯の拠出を年額1,800フラン支払う。しかし、身体障害者に対して医療を提供する平均的な費用は、1971年に16,500フランで、そのうち、国は平均して2,600フランだけを支払い、残りの部分は経済活動に従事する人びとの拠出による社会連帯の基本原則によって賄なわれている。

疾病保険制度——一般的な社会保障制度と同様に——は財政の需給を均衡させることを絶えず求めなければならない。その需給では、一方において、経済活動をしている人びと——つまり、労働と資源の提供者——から拠出という方法で取得できる金額があり、他方には、労働していない人びとのニーズ（全体

として、人数、性格および期間の形で測定される）がある。

経済的な不況時の社会連帯がもつ効果は、その重要性和期間を制限されるが、社会保障が国民所得の再分配という手段をもたらし、また、経済的な不況時に社会保障のもつ社会連帯の効果を確証できたということは真実であるが、そうはいっても、富の配分は分配する富がある場合にだけ考えられるということが記憶されるべきである。

社会連帯のもつこの証明が行なわれる非活動的な人びとのグループの中では、状況が変われば、かれらが経済活動を再開し、制度の財源調達に寄与を開始する能力を他の場合よりも急速に身につけることによって、制度の長期的な均衡を改善させる人びとが、常に存在するであろう。また、同時に、長期間そのまま非活動的な状態を続けることにより、制度を存続させる他の人びとも存在するであろう。

活動的な人びとに対する非活動的な人びとの割合の増加は、必ず均衡を狂わせる。たとえば、一方では、その増加は支払われる給付の負担を増やすし、他方では、労働の中断から生ずる拠出収入が喪失される。

結局、廃疾制度に財政的な均衡を達成するには、疾病を予防し、治療し、または安定化し、身体障害者の機能的な自立を保証させ、さらに、かれらの能力を回復するかもしくは経済活動を再開させるのを援助するなんらかの手段に対して、十分な支持が与えられるべきである。

1969年総会で、国際労働会議は疾病保険にかんする条約第24号と第25号の改正を仕上げ、新しい条約（第130号）を採択した。その条約は各国の法律と給

付に対する一般的な概念の双方に現われた近年の発達を反映していた。初期の疾病保険制度と国際労働機関の条約は、「病的な状態」の存在により給付の受給資格を与えていた。つまり、観察された状態による病理学的な状態が、とくに臨床的な現象もしくは症候群として確認されていた。条約第130号はこの属性をもはや義務として負わせていないし、むしろ、健康保険が治療的性格と同様に予防的性格をもつ医療へのニーズをカバーしなければならないということを強調して、医療の統一という基本原則を反映している。

予防的医療は、事実上では、健康保護の基本的かつ特殊な側面の1つである。この政策が基本的には経済的な考察にもとづいている場合でさえも、医療が疾病の安定化にかかわるものだけでなく、本当にニーズをもっている男子や女子に関連をもっているということは、忘られるべきでない。もっとも、当人が健康であると感じていない人びとを除いて、人びとはその理由を知らない。このような状態の人びとには、どこで予防的医療が終り、どこで治療が始まるかということを知ることは困難である。

健康保険に関連する医療の予防的および治療的機能に加えて、現在では、近代的医療で利用できる3分の1が、主として、リハビリテーションの機能を果たしている。つまり、それは疾病中の患者もしくは労働不能者に対して、当人に経済的および社会的生活で当人の場を再び取りもどさせる能力を回復することである。これは身体障害者にとって基本的な事柄となる機能である。

そのような環境では、また、提供された医療の質および給付への受給資格の条件にもとづいて、疾病・廃疾保険制度の組織は、その制度の財源調達に対する拠出に十分な水準を維持するために、喪った稼得能力を回復するか、あるいは、従来もっていなかった労働能力を開発するあらゆる機会を十分に利用させるべきである。これはベルギーの強制的な疾病・廃疾保険制度を再編成した、

1963年8月の法律がもっていた第一義的な基本原則である。

L' Assurance Maladie-invalidite Et Less Handicapes, Revue Belge de Securite Sociale, No, 9, 1973, pp. 947 - 963 ; No, 27, '74/75.

年金年齢到達者を 就労させる要因

A. Butora, J. Klimentova

(チェコスロヴァキア)

本稿には、年金年齢に達した高齢者を就労させる研究の報告が示されている。筆者は1971年と1972年に実施された研究結果を論述している。そのような研究は国内の労働力不足と、そのような不足を年金受給者の雇用で埋め合わせる意図から行なわれた。問題は年金受給者を雇用に就くように奨励する手段を見付けることであった。

研究チームは次のような仮定をたてていた。

- (1) 年金受給者の雇用に望ましい労働条件。
- (2) 年金受給者の生活状態と雇用に対するかれらの態度。

したがって、使用者の観点は、事業所の選択の場合に、年金受給者を雇用するのに最も大きなニーズをもつ事業所が、まずサンプルに含まれるということに、第一義的な注意を払われた。

研究について適切な方法を選ぶ場合に、次の3点が考慮された。

- (1) 国民経済における人的資源のニーズとその適切な供給。

- (2) 年金受給者と年金年齢に達した人びとのニーズと環境。
- (3) 年金の費用。

取上げられた仮定的な要素は次の内容を含んでいた。

客観的な要素

- (1) 年金受給者の経済活動に対する法律と法律的な基礎。
- (2) 人的資源のニーズ（これは次の各部門を選んで決定した。つまり、製造業、建設業、農業、林業、商業、食品業、地域サービス）。

主観的な要素

- (1) 世帯の状況。
- (2) 個人的な関心。
- (3) 健康。
- (4) 年齢。
- (5) 年金を受給する以前の職業の型。
- (6) 年金額。
- (7) 年金に加えられる、あるいは、年金を代替する雇用の賃金。

考察はサンプルで抽出した72事業所に雇用される3,073人の年金受給者と、経済活動に従事するかどうかに関係なく家庭に訪ねた599人の年金受給者をカバーしていた。これら双方のグループを利用する結果は、可能な限り比較され、集められた。

研究の結果、次のような点が発見された。

- (1) 年金年齢に達した人びとの雇用されている比率は、その年齢のグループに属する人びとの人数を比較すれば、比較的到低い。
- (2) 事業所は年金受給者を雇用するのに関心をもっているが、しかし、その雇用は退職における資格条件となんらの関係ももたない低賃金と低い社会

的地位をもつ補助的な仕事にすぎない。男子年金受給者のうち、大きな比率を占める人びとは、工業的な工場から離れた農村地域に暮しており、また、とくに、かれらの住んでいる村は、報酬を得る雇用以外の方法で当人達に時間をすごさせる機会をたっぷり提供してくれるので、かれらは労働するために喜んで遠距離を通いたがらない。人員補充の主要な源泉は、64歳までの男子と59歳までの女子である。

- (3) 年金年齢に達した大部分の男子は、年金と賃金を同時に支払われるのを法律で許された限度以内で、短期的な雇用を探している。非筋肉労働者達は年金を減額されて、雇用を続けている。小さな比率の人びとだけが、6%の年金割増しを認められるのを条件として年金の受給申請を延期し、退職年齢に達しても、積極的に雇用を継続している。
- (4) 報酬を支払われる労働に就かない理由は、次に示すとおりである（比率の高い順位による）。

◎ 男子

- (a) 疲労を感じたり、病気である（72%）。
- (b) 庭や小さな農地で働らく、近所の手伝いをして報酬を支払われる、不規則な間隔において事業所ですとるに足りない仕事をする。
- (c) 年金が十分である。
- (d) 住居の修理や維持および家事を担当する。

◎ 女子

- (a) 疲労を感じたり、病気である（62%）。
- (b) 家事を担当する。
- (c) 子供達のために家の留守番をしたり、孫達の世話をする。
- (d) 年金が十分である。

この部分では、余暇の過ごし方により、男子は3グループに分けることができる。つまり、約40%は病気で働らけないから、散歩、読書、テレビジ

ンなどで時間を過ごす。45%はかれらの時間を庭造り、(自分の、子供の、あるいは近所の)家屋の補修、動物の飼育、(当人自身の、子供の)家で休息に費やしている。これらと反対に、女子は52%が家事を担当している。25%は家を切り盛りするために子供の手助けをしている。15%は庭造りや動物の飼育を行なっている。そして、残りの人びとは体を動かす活動を行っていない。

- (5) 調査対象のうち約30%の年金受給者は、事業所がかれらを雇用するのになんらの関心も示さなかったと述べた。これは他の事業所で雇用を見つけることのできた男子の年金受給者には、なんらの影響も与えなかったが、しかし、女子の年金受給者では、女子は外の場所で雇用を探すのに積極性をほとんど示さないで、かれらにとって、この傾向はきわめて重要である。
- (6) 年金額は年金受給者の行なう決定に大きな影響をもつとは思われない。
- (7) 年金受給者に支払われた賃金は低く、しかも、全国的な平均賃金よりはるかに低い。

Faktory ovlivnujici Pracovni Aktivitu v Penzijnim Veku,
Zpravodaj Vyzkumného ustavu Socialiho Zabezpeceni, No.2,
1973, pp. 34 - 45 ; No. 51, '74/75.

以上2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

健康保険の資格条件

(アメリカ)

この国には、高齢者への給付制度以外に、連邦法で規定した公的な健康保険が実施されていない。その状況に対して、雇用と関連させた私的な健康保険が普及しており、民間被用者の62%がこの制度でカバーされている。この制度は多種多様な形をしており、たとえば、制度で保護をうけるまでに資格条件として要求される期間も異なる。

1974年に、2,840万人をカバーする52,000の制度を調査した結果によれば、62%は病院給付について1カ月以上の雇用を要求し、残りは雇用と同時に受給できることになっていた。1カ月以上の期間では、労働者の28%が1カ月、8%が2カ月、16%が3カ月、11%が4カ月であった。また、雇用と同時に適用が開始されるグループでは、労働者が最も多いのは製造業の1,500万人、卸売・小売業の1,010万人がこれに続き、最も少ないのは鉱業の30万人であった。しかし、この適用方式を用いるのは鉱業の85%が最も比率が高く、運輸・公共サービスが50%で、他の産業別グループは50%以下であった。

制度数と制度でカバーされる労働者が最も多い製造業では、直ちに適用するのが42%、待期の雇用期間1カ月が30%、2カ月が9%、3カ月が14%、4カ月以上が5%であった。

資料 U.S. Dept. of H.E. & W., Social Security Administration,
Social Security Bulletin, Vol. 40, No.3, 1977, pp. 28-33.

(平石長久)

イギリスの身体障害者の 移動サービス

厚生省公衆衛生局地域保健課 炭谷 茂

昨年10カ月に渡り英国に滞在して、英国の社会保障制度の調査研究を行う機会を得た。絶好のチャンスなので、調査研究の対象は特に限定せず、出来る限り幅広く行い、厚生行政全般に及んだ。

10カ月という短期間であったが、学ぶべきことは多かった。ソーシャルサービスにおけるボランティアの目覚ましい活動、包括的な母子保健対策、コミュニティ・ケアの推進等我が国より一歩進んだ分野もあれば、老人医療のように我が国と同様に悩んでいる問題もあった。

就中もっとも印象づけられたのは、社会福祉全般に言えることだが、政策の総合性ということである。身体障害者対策を一つ例にとると、

医療→リハビリ←教育・雇用
福祉サービスと一環し、もしその流れに穴がみつければ、直

ちに修繕されている。当初から政策の総合性が完成したわけではなく、英国一流の経験主義の積み重ねによるのである。

ここでとりあげた身体障害者の移動サービスの実態において政策の総合性の一面を垣間見ることができる。

「移動サービス」という用語は、私の創作かも知れないが、他に適当な用語がないので敢えて使用してみた。「移動」は、mobility の翻訳である。

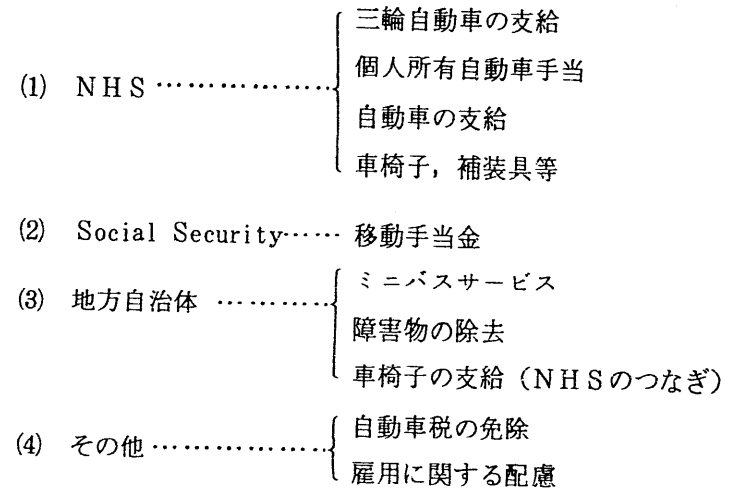
ここで使用した「移動サービス」の内容は、身体障害により自由に行動できない者に対し、その障害を補完するためのサービスである。

1. 沿革

今日の英国の移動サービスの体系は、図1のとおりである。一覧して理解できるように極めてキメが細かく、網羅的である。

しかし、このように充実整備されるようになったのは、最近になってからである。このサービスの発端は、1921年英国赤十字が戦争年金を受けている身体障害者を対象に動力付き車椅子を提供したことに求めることができる。

図1. 英国の移動サービスの体系



この車椅子は、Bath Chair と呼ばれている。この由来は、ローマ時代の名残りを留める古都 Bath 市で初めて用いられたことにある。

さらに、第二次大戦後は小型自動車の提供等戦争傷害者を対象にこの分野の施策が推進された。

しかし、一般の障害者への対策は遅れ、第二次大戦後になってから開始されたのである。まず1948年から三輪自動車、1964年から自動車の支給、1976年には移動手当金が創設され、逐年整備充実され、今日の姿に至っている。

2 NHSにおける施策

身体障害者への車椅子，自動車の支給等基本的な移動サービスは，ナショナル・ヘルス・サービス（NHS）の一環として行われている。NHSが，総合的な保健医療を担当しているという一面が理解される。

(1) 三輪自動車（Powered invalid three-wheeler）

NHSがスタートしたのは，1948年であるが，それと同時に身体障害者への三輪自動車の支給が開始された。

三輪自動車と言えば，我々日本人には，現在では余りお目にかかることができない貨物用の中型三輪車を想像するが，NHSで支給される三輪自動車は，もっと小型で，オートバイに幌をセットしたようなもので，卒直に言えば，チャチな感じを与える。

この三輪自動車は，ガソリン又は電気が動力で1シートしかない。このうえ，障害者本人が運転しなければならず，大変評判が悪い。この他，安定性が悪く危険であるとか，騒音がひどいといった批判がある。5，6年前，三輪自動車は危険だから，通常の自動車に切り替えるべきだという一大キャンペーンが民間で展開された。今日でも三輪自動車への批判は根強い。

なお，NHSにおいて移動サービスを受ける基本的要件は，次のいずれかに該当することである。

- (ア) 片足又は両足の膝以上が欠損していること。
 - (イ) 運動機能の欠陥又は重度の慢性的な肺又は心臓の障害があり，その結果事実上歩行できないこと。
 - (ウ) 軽い障害であるけれども通勤の往復に公共交通機関が利用できず，個人的な交通手段が必要とする程度に歩行が制限されていること。この場合の勤務は，フルタイム又はそれに類似するもので給与を得るものであることが必要である。また，勤務していない場合で，買物等日常用務に必要であっても良い。
- (2) 個人自動車手当（Private car allowance）

個人自動車手当制度は，1964年から実施されたもので，制度発足当初は，障害者が所有する自動車について制御装置を障害者用に改造する経費に充てるという趣旨であったが，その後ランニングコストに充てるということに拡大されている。

なお，この手当を受けるためには，自動車が障害者本人名義で登録されていること，損害保険に加入されていること，障害者が全国に通用する運転免許を有していることが必要とされている。

(3) 自動車の支給

1964年に新設されたもので，支給要件は，次のいずれかに該当することで大変厳しい。

- (ア) 親族関係にある二人以上の障害者が同じ家に居住し，そのうち一人が運転できること。
- (イ) 障害者である親が，子供のために一日のうちかなりの時間運転できること。
- (ウ) 運転できる障害者が，盲人の親族と一緒に居住していること。
- (エ) 血友病の障害者。

要件のうち健康条件に着目したのは，(エ)のみで，他はむしろ社会的環境に重点をおいたものである。(エ)の要件も，1972年に追加されたものである。

要件が厳しいため，表1にみるとおり三輪自動車に比べ利用者が少ない。前述したように三輪自動車が不評であり，もっと自動車の支給要件を緩和すべきであるという意見が強い。例えば，歩行能力，公共交通機関の利用の可否等から判断して自動車が必要と考えられる場合，障害者が運転できないときも対象とすべきであるという意見が出されている。

支給された自動車の維持・修理は，受給者が行うが，要した経費の一部は，国から償還を受けることができる。新車への交換も国によってなされる。

(4) 車椅子

NHSの担当医師が必要と考えた場合支給される。車椅子を自力で動かすこ

表1 移動サービス受給者の状況 (イングランド)

(人)

種別	年	1971	1972	1973	1974
車 椅 子		120,517	134,441	152,911	168,819
三 輪 自 動 車		20,413	21,020	22,051	20,335
自 動 車		6,825	7,316	8,560	9,304
個人自動車手当		1,502	9,568	14,401	18,647

(資料) Health and personal social services statistics for England (1975)

とができない場合は、電動の車椅子が支給される。

この車椅子について室内のみ有効であること、修理が長くかかること等の不満がある。

(5) 請求の方法

通常障害者は、G P又は病院のコンサルタントと相談する。医師は要件に該当するか否かを判断するが、場合によっては、補装具センター (Artificial limb and appliance centre) で検査を受けさせることが必要なこともある。

医師の推薦状は、補装具センターに送られ、さらに保健社会保障省 (DHSS) へ回送される。これについてDHSSが判断し、補装具センターを通じ、障害者に決定内容を通知することになる。

補装具センターは、障害者の移動サービスの実際運営の要となっている。この主な活動内容としては、次のようなものがある。

- (ア) 義肢義足の支給及びその訓練
- (イ) 三輪自動車、自動車及び車椅子の支給
- (ウ) NHS の移動サービスの申請者の検査
- (エ) 車椅子等の修理
- (オ) 義眼の支給

このセンターは、グレートブリテンには36あるが、人口分布にあわせて配置されている。新しいセンターは、地区一般病院又はリハビリ専門病院に近接して建設されるようにしている。病院との連携協力が不可欠であるからである。

私は、滞英中オックスフォードにある補装具センターを訪れたが、やはりリハビリ専門病院と併設され、近代的な大規模なものであった。

3. Social Security における施策

Social Security においては、障害者に対して障害給付、介護手当金等の支給が行われているが、昨年1月から移動手当金 (Mobility allowance) 制度が発足した。この手当金は、NHSから前述した自動車等の支給を受けていない者に対して移動障害に伴う負担軽減を図る趣旨で、支給額は週5ポンドである。

この制度の対象者は、5歳から60歳 (女)、65歳 (男) までで、次の要件に該当する者である。

(1) 医学的要件

重度な身体障害のため歩行できず、かつ、その状態が1年以上続くとみられ、移動手当金を利用することができること。即ち長期入院者、重度の精神障害者は除去される。

(2) 居住要件

通常英国に居住しており、かつ、請求時に現に英国にあり、過去18カ月のうち12カ月は英国に居住していたこと。

この手当金は、無拠出制である。しかし、財政上の理由で三段階で実施される。第1段階として最初に15~50歳までの者を対象とし、第2段階として5~14歳に拡大し、最後に50歳以上を加えることとしている。

支給の決定は、請求者が出向いて医師の検査を受け、その結果をもとに insurance officerが行うこととされている。請求者が要した交通費は支給される。また、請求者が医師の所へ出向くことができないときは、自宅で検査を受けることができる。

これに要する経費として1976年度予算では800万ポンドが計上されている。

4. 地方公共団体における施策

(1) 地方公共団体は、身体障害者を地方公共団体が行うパーティ、講演会等の行事に参加させるため、ミニバスを利用して、自宅からセンターまでの送り迎えのサービスを行っている。ミニバスには水圧利用の昇降機がとりつけられており、車椅子利用者も簡単に乗り降りできるよう工夫されている。

センターで行う行事の成否は、このサービス如何にかかっているとのことである。

(2) 車椅子は、NHSから支給されるが、NHSから支給されるまでの間の繋ぎに必要とされる車椅子は、地方公共団体から支給される。この料金は、大半が無料である。

(3) 1970年に「慢性病及び廃疾法」(Chronically sick and disablement persons act)が制定された。これは、障害者の特別な社会的ニーズに応ずるための総合的な法律で、住宅対策、レクリエーション対策等多彩な内容になっている。

この法律のなかで、地方公共団体は、公共建物、学校、公衆便所等へ身体障害者が容易に出入りできるよう障害物を除去するなど工夫が行うという義務を課している。しかし、この対策は、未だ充分浸透していないというのが実情である。

また、地方公共団体は、身体障害者が使用する自動車にその旨の表示を付け、駐車等に特別措置をとることになっている。

このほか、身体障害者については、自動車の免許、規制について緩和することとされている。

5. 雇用に関する配慮

身体障害者が通勤する場合、公共交通機関が使えず、財政援助を受けないとタクシー等の代替交通手段が利用できない場合、雇用者は、タクシー代等の財政援助を行うこととされている。このタクシー代は、NHSから三輪自動車を支給を受けるまで、もし、三輪自動車を運転できないときは、無制限に支給される。

6. 自動車税の免除

次の要件に該当する場合は、自動車税が免除される。障害者本人が自動車を運転していなくても恩恵が受けられる唯一のものである。

- (ア) 移動サービスの受給要件に合致すること。
- (イ) 障害者が他人に運転してもらうことが必要であること。
- (ウ) 介護手当金をもらってフルタイムの介護人に世話してもらっていること。
- (エ) 本人の名前で登録され、本人のために大部分が使用されている自動車であること。

7. 結びにかえて

移動サービスの概要は、以上のとおりであるが、このような行政側からの施策のほか、もっと重要なことは、国民の心である。盲人が交差点でまごついていたら、誰かが手を引いて渡らせる風景に良く出会ったし、車椅子を後から押して坂道を昇らせている若者も多かった。イギリスについて産業政策、教育政策等で種々の批判があるにしろ、福祉について言えば、その根の深さに我が国が到達できる日は未だ来ていない。

ポーランド・ハンガリー 研修の旅

厚生省保険局医療課 三宅貴夫

I ポーランド

スウェーデンでの研修を終え、ストックホルムからポーランド航空(LOT)でワルシャワに着いたのが正月明けの1月3日であった。市内のホテルに荷物を置き、その足で保健社会福祉省の国際課に出向いた。住所は知らされてあったものの、どの建物が出頭すべき保健社会福祉省なのかわからない。全く英語が通じないと、入口の表札がポーランド語で見当もつかないのだ。Ministerstwo を唯一のたよりに入ると、どうも隣りの建物らしいとのこと。そうこうしてやっと国際課のMrs Maria Lipska に会うことができた。彼女のスケジュールに従い、最初に訪れたのは保健社会福祉省の経済局である。Mr. Soszynski から医療制度について説明を受けた。間に通訳が入った説明だからきわめて効率が悪いし、気を使って十分な議論は望むべくもなかった。ポーランドはいうまでもなく第2次大戦中ヨーロッパの中でナチによって最も破壊され尽した国である。約600万人の国民が殺され死亡したと言われている。また医師も大戦前約12,000人であったが、終戦直後は半数の6,000人に過ぎなかった。このような困難な状態から戦後の社会主義建設が始められた。数度の行政改革が行われ、全国が17の県(województwa)に分割されていたのが、1975年に49の県に再分割された。これは中央政府から地方行政介入を容易にするための改革といわれている。医療行政は主に地方レベルで行われ、人口3,000から6,000の地区に少くとも医師1人、歯科医1人を1単位とし、農村の保健セン

ター、都市の外来診療所を中心に医療サービスが行われている。この外に企業の診療所、自営農民の団体が運営する保健センターがある。また小数の私的な開業医も認められているが、税負担が重くその数は減少している。病院は一般病院、精神病院以外結核、神経疾患、障害児、リハビリテーションなどの療養所がある。政府は入院ベッドの不足を認めており(1974年、人口1万対の一般病院ベッド数は65.6である)、今後、一般病院を中心に精神病院、長期ケア施設のベッドを増やす計画を実施している。

病院の費用について質問したところ、Mr. Soszynski は次のようなデータを示してくれた。入院患者1日当りの費用は、1974年で、245.75 zloty (1 zloty は約15円)で、その内訳は人件費47.7%、社会保険費9.0%、薬剤を含めた消耗品費15.4%、食費10.0%、雑費18.0%、である。また人件費、薬剤費が増加していることの指摘の他に、ポーランドの医療上の問題点として、医療施設の分布が不均衡であり、都市部、工業地帯に集中し、農村・辺地は不足がめだっていること、また医薬品の供給が十分でないことも述べた。

第2の訪問先は、日本の労働省にあたる、労働給与社会省である。ここの国際課のMr. Wiskiewicz のアレンジで、社会保障局で年金制度の概要を、労働組合中央委員会の社会局で労働者の保健に対する組合の活動を聞くことができた。労働者の保健については、大企業は多くは国営であり、企業内にある独自の診療所は、治療だけでなく、労働衛生、予防も担当しているとのことである。中小企業の場合は、地区の診療所がこの役割を担っている。労働者の保健サービスについては、治療よりも予防に重点を置いていることを繰り返し強調していたのが印象に残っている。

最後に訪れたのは、社会保険庁(ZUS)である。業務が増大したためワルシャワ郊外の8階建ての新しい庁舎に移ったばかりだとのことである。傷病手当課の課長Mr. Dabacki を中心に6名の職員と通訳をまじえて3時間余り話をする事ができた。社会主義国ポーランドでも被保険者という名称を使っており、国民の98%がこれに該当する。残りの2%は社会福祉の対象になる者であ

る。いうまでもなく入院・外来の医療はごく少数の私的な開業医の診療を除き、無料であり、西ヨーロッパの疾病保険のような制度はない。但し医師の処方箋による薬局からの薬については自己負担があり、通常30%であるが、糖尿病、てんかんなどの慢性疾患の場合は10%、年金受給者は自己負担がない。残りの薬剤料は社会保険庁から支払われる。この制度は1951年から始められている。めがね、義歯なども通常無料であるが、基準以上のものを希望する場合は一部負担金を払うこととなっている。

各機関を訪れても、通訳をはさんでの質問説明が中心となり、少々疲れを覚えるうえに、ロシア語を含めて外国語の出版物がきわめて少なく、詳しい資料を入手することはできなかった。

ワルシャワの一週間はとても短いものであったが、私にとっての初めての東ヨーロッパであり、社会主義国であった。寒いことはストックホルムと違わないにしても、冬とはいえ町全体が暗い感じを受けた。ショーウィンドウは日本のようにはなやかでないし、食料品店、デパートのいたるところに客の行列が見られ、とくに肉類の不足は昨年ほどではないにしてもなお続いているとのことだった。市民が出入りしている普通の食堂の食事でも決して豊かなものではない。しかし食事代、バス・電車・タクシー、映画などの物価は我が国で考えられないほど安い。例えば、バス、電車は1 zloty (約15円)。他方電化製品、衣類など必ずしも安くはなく、とくに自家用車は高価なうえに生産量が少なく、購入するのが難しい。中古車の方が新車より高いということだ。ワルシャワの中心街でも夕方を除けば、車の数が少なく、バスの方がむしろ目につくほどだ。また住宅事情も、人口の都市集中などからも必ずしも十分に供給されていないとのことだ。消費生活をみる限り、ポーランドは西ヨーロッパ、日本と較べて豊かとはいえない。また、昨年の政府の物価引上げ案に対する反対運動とその鎮圧が、労働者救援委員会の反政府運動として引継がれており、ポーランドは私の目にも経済的・政治的に一つの困難な状況にある印象を受けた。

II ハンガリー

ブダペスト空港では、ワルシャワと趣きがすっかり違い、簡単なパスポートの調べのみで荷物・外貨のチェックは全くなく、市内まで乗ったタクシーの陽気な運転手になにかしら安堵のようなものを感じた。ブダペストは第2次大戦末独ソ戦で町のかなりの部分が破壊されたとはいえ、100年以上もたった古い建物が多く、冬の厚くたれこめた雲、アパートの煙突からあがる黒い煙。町全体が、暗い。しかし、物はポーランドより豊富であり、町の人、ホテルの人はずっと親切であった。

保健省国際課は、ドナウ川の右岸にある官庁街の一角にあった。私のスケジュールを組み、通訳として大いに助けていただいたのは当課の Mr. Gábor Földes という若い職員であった。第1週は、保健省の一機関である組織計画情報センターで過ごす。このセンターは、保健省や県の保健サービスの調査研究を行い、その結果は行政に反映させることを目的としたものである。このセンターの経済部理論室の Dr. Barna から、病院の Cost analysis の調査結果の一部を聞いた。これは全国20の一般病院を選び1972年と73年の2年間行われた。1973年では1ベット1日当りの出費が28,026 Folint (1 Folint は約14円)で、内訳は人件費49.9%、薬剤等の消耗品費が26.4%、雑費が23.7%である。調査の2年間では人件費、薬剤費ともに著しい増加傾向はないとしている。インフレは日本のようにひどくなく、物価の上昇は年間で2~3%程度であるが、医療費への影響は小さくはないと述べている。

第2週は、保健省の保健政策局と計画経済局を訪れた。前者の局長 Mr. Cserba から医療制度と保健計画の概要を聞くことができた。

ハンガリーは、人口約1,057万人で、全国が、19の県と首都に分割されており、医療サービスは、主に県レベルで行われている。県の基幹病院—一般病院—外来診療部(病院に併設されていることが多い)—地区医師と組織的なサービスが行われている。サービスの最小単位は一般医1人、小児科医1人、歯科

医1人の組で地区が区分され、住民は、最初に診療を受けるべき医師が決められている。これらの医師以外に地域住民を対象に主に母子保健を担当する保健訪問員と一般医の下に地域保健婦がいる。ハンガリーでも私的な開業医が認められており、公務員である医師も勤務時間以外は私的に患者を診てもよいことになっている。これ以外の医療サービスとして、結核、性病、がん（主に子宮がん、乳がんを対象とする）、精神障害の疾病を対象とした外来施設がある。また35の国立研究所があり、がん、循環器疾患、リウマチ等の疾病について研究治療を行い、各専門分野で指導的役割を果たしている。このうち、国立がん研究所を訪れることができた。

保健計画は年度計画、5カ年計画、それに国の全体的な計画の一部ともなる長期計画の3本立である。死亡率、有病率、医療機関の受診状況の報告家庭調査等の資料に基づいて計画が立てられるが、入院患者の疾病、治療に関する情報（我が国の「患者調査」にあたるもの）をとくに重視しているとのことである。局長のMr. Cserbaの見解によれば、医療機関の分布の不均衡をできるだけ少なくする計画であるが、医療従事者とくに医師を農村・辺地に配置することが困難であり、いろいろと手当を設けている。また看護婦は給与の面で必ずしも優遇されておらず、工場の女子労働者の賃金とあまり差はなく、看護婦の他職種への移動も少くはない。給与だけでなく労働条件の改善が必要であるとのことだ。医療サービスで遅れているのはむしろ入院部門であり、病院を改善ベット数（1975年人口1万対病院ベット数84.2）を増やしていくとのことであった。1975年の保健社会サービスの出資の48.4%は入院患者に対するものであった。

第3週は、まず第1日目にブダペストの南西にある避暑地として有名なBalaton湖のほとりのSiofok病院を訪れた。比較的新しい病院であるが、外科、産婦人科、眼科などが病棟毎に手術室を持ち、手術部門が中央化されていないのは意外であった。この病院では、薬剤費が全出費の約15%を占めているが、この薬剤に関して費用を含めた使用状況の調査を始めている。全国的にもこの

種の調査は行われていないとのこと。

国立がん研究所を訪れた後、労働組合中央委員会（SzOT）の社会保険部を訪問する。ハンガリーでは、社会保険事業が国の政府とは独立して行われており、労働組合中央委員会の下にある。他の東ヨーロッパと同様、疾病保険に該当するものはなく、国民は公立の医療機関での診療はすべて無料である。但し、処方箋による薬剤費の15%は自己負担しなければならない（糖尿病などの慢性疾患については一部負担がない）。また、めがねなどの補装具も処方箋による場合は50%の自己負担がある。残りの費用は社会保険から支払われる。薬局での薬剤の消費は近年急増しており、患者1人当りの年間消費額は1970年に259Folintであったが1975年には391Folintと1.5倍の増加である。これは薬の消費量が増加しただけでなく、新しい高価な薬剤の使用が増えたためでもある。ハンガリーの社会保険で注目すべきは、母子手当であろう。この制度は1968年に始められた。母親は子供が3歳になるまでこの手当を支給され、現在第1子に月額800Folint、第2子に900Folint、第3子以上は1,000Folintとなっている。さらに家族手当もこれに上乘せして支給される。この制度が導入されたのは、保育施設の整備が遅れ、専ら母親が乳幼児の世話に専念できるようにするためだけでなく、ハンガリーは人口の増加率が低く、人口増加政策のためでもあるとも言われている。因に1960年代前半出生率は13.1～13.2であったが1968年には15.1、1975年には18.4と急増している。

保健省薬務局で薬剤の価格について話しを聞くことができた。医薬品の生産は、保健省ではなく、工業省が担当している。価格は、10年、20年先でも一度決定されたものはその後引上げることはないで、以前から使用されている一般的な医薬品はきわめて低廉である。しかし、ハンガリーにおいても新薬の価格はかなり値上がりしているとのことである。ハンガリーは医薬品を東ヨーロッパを中心に、輸出をしているが、例えばセフェロスポリン系など我が国で広く使用されている最近の新薬はまだ国内で使用されていないとのこと。

3週間のスケジュールの最後に、再び保健政策局の局長Mr. Cserbaに会う

ことができた。彼は役人的でない卒直な考えを述べてくれた（ブダペストで会った人々の多くも同じような態度であった）。ハンガリーは戦前農業国で貧しい国であり、社会主義国建設を進めてきた現在でも決して豊かとはいえない。「国の全体的方針、限られた資源と予算のなかで、保健の分野に回される財源も十分とはいえない。病院の建設は一般の住宅より高価であり、医療従事者の給与は他の労働者と較べて良いとはいえない。このような状態であるからこそ、国レベル、県レベルでの計画のもとに少しずつせよ医療サービスを改善させていきたいとの考えであった。3週間の見聞のなかで、豊かな国ではないにしても、ハンガリーは局長の考えの方向に着実に進んでいるし、その基盤は十分にあるという印象であった。

暗い感じのする古い都会とはいえ、日増しに親しみを覚えてきたブダペストと、ブダペストの人々に別れをつけ、フランス航空でパリを経由し、最後の訪問国西ドイツのボンに向かった。



編集後記

冬がきびしかったので、今年の桜は遅いだろうと思っていた。しかし、桜の季節が近づいた頃、急に陽気がよくなり、気温の高い日が続いた。ふと気がつくと、通勤に通る道にのしかかるような大きい2本のしだれ桜が、美事に咲いていた。そして、通勤の途中にある運動場に並んだ桜も、後を追って、一斉に開いた。しかし、冷い雨に洗われて、花は色あせてしまった。しかも、その後無情な春の嵐に、花は大きな雪片の降るように散り急いだ。それには、春のそよ風に舞う風情はなかった。道路には、花びらが散り、所々に、花びらが吹き寄せられていた。今年の桜は駆け足で咲き、散ってしまった。

(平石)

海外社会保障情報 No. 37

昭和52年3月25日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞が関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社03(564)0338
