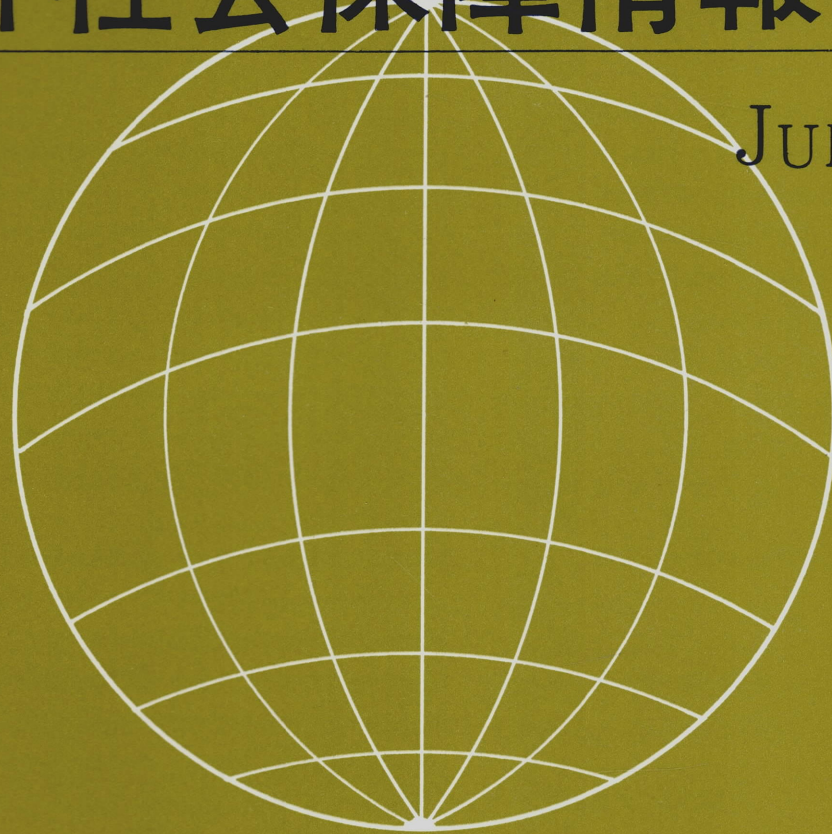


# 海外社会保障情報 No. 38

---

JUNE. 1977



社会保障研究所

## 職業保証と現金給付の新しい 公的福祉改革プログラム

(アメリカ)

このほど政府は、就労可能な者で現金扶助をうけることのできない者たちに、就職を保証するという新しい公的福祉の改革プログラムのアウトラインを発表した。

カーター大統領は、現行の公的福祉制度を廃止し、この新しいプログラムを少なくとも4年間実施するつもりであることを語っている。なお、この新プログラムは、実施の当初から現行制度以上に費用がかさまないように考えられている。また同プログラムの運用状況については、3カ月に1度の割合で、保健・教育・福祉省が監査を実施することになる。新プログラムについて最も肝要な点は、現行制度を廃止して、全面的に新プログラムを打ち出すということである。

### 新プログラムの主な内容

この新プログラムについては、政府内でも、まだ解決されない問題はあるものの、一応の主要な柱として次の事項が発表された。

- (1) 児童1人と就労可能な者1人の各世帯は、勤め口を保証されることになる。(このさい、民間の雇用がない場合には、公的資金でまかなわれている雇用が提供されることになる)。現在の公共事業プログラム向けの資金は、新プログラムの方に転用されることになる。
- (2) 多数ある現行扶助プログラムは統合され、就労不可能な被扶助者は単一の現金給付の受給資格者となりうる。この扶助プログラムは統一的な全国基準に従うことになり、地域毎の生活水準の差異に関してのみ調整されることになる。

- (3) すでに税法に規定されているいわゆる稼働所得の税額控除は、就労しているものの生活困窮者である貧困労働者を援助するための措置として、残されることになる。

### 新プログラムの実施見通し

昨年の大統領選挙戦の間中、カーター候補は、公的福祉の改革を提唱し、プログラムの1つは、本年早々完了するであろうと述べていた。

しかしながら、多くの問題がこのための準備を遅らせた。というのは、新プログラムの主要な点に関しても政府内に意見の対立があったからである。保健・教育・福祉省は、連邦政府の負担額が60億ドルから80億ドルまでを見込んだ現金給付プログラムを強調するプログラムの設立を支持した。これに対し労働省は、主として公共事業の勤め口を開発する制度を推進していたのである。

また、連邦議会の指導者達は今年中には公的福祉の改革を審議することができないことを明らかにしている。下院歳入委員会および上院財政委員会は、税制改革、エネルギー関係立法、社会保障制度の可能な再建策を含むその他の立法の審議に没頭することになろう。

カーター大統領は、この法案の準備は8月までには難かしかろうと述べている。そして「新立法が1978年早々に採択されたとしても、プログラムの実施には、さらに3年が必要であろう」と付言した。

問題のネックとなっている点は、有子家庭に対する職業保証の問題であり、これは具体的には約200万もの勤め口の提供を意味するものである。労働長官は、これにつき実施可能なものは100万くらいだと述べた。

なお、この公共事業への勤め口保証プログラムの問題は、農業拡張事業の教師補助員、老人ヘルパー等の職業、ならびにリクレーション・センター等土地を必要とするものを含む。

プログラムは1職種あたり、約6,000ドルを要するであろうと労働長官は見積っている。そして、プログラムの必要経費は、全体として、現行の公共事業

費を上まわらないだろうということである。

保健・教育・福祉長官によって推進されるプログラムのもう1点は、現行公的福祉制度の3大プログラム（AFDC、食糧スタンプ、補足的保障所得の各プログラム）を単一の現金給付プログラムに統合することである。

この統合プログラムの経費が、現行のそれぞれのプログラムと比較してどうかということについての見積りはまだできていない。

いずれにせよ、これでカーター政権の公的福祉改革の主要な骨子のみはできたわけで、今後、これをいかに肉付けするかは、前述の大統領の言葉通り、数年先まで持ちこされることになろう。

The Washington Post, May 3, 1977.

（藤田貴恵子 国立国会図書館）



## 「ホスピタル・アト・ホーム」システム （イギリス）

入院患者を早期退院させて在宅のまま特別な看護をつづける新しいケア・システムがケント州のメドウェイ保健地区で開始された。

その利点と欠点について将来2年間にわたり検討のうえ、もしその結果がよければ、病院ケアのニューパターンが多くの患者について開始されることになろう。

新サービスに対する住民の反応、これら患者の経過と病院で類似の治療とケアをうけている入院患者との比較も観察される。

このシステム（'Hospital-at-home' system）を担当するリンゼイ・エリオット博士によると、「この方式による治療とケアは顧問医の要請がある場合で、患者本人、その家族と家庭医の承諾を得た場合にしか行わない

患者を退院させる前に、このシステムを担当する看護婦が患者の自宅で適切なレベルのケアが提供できるかどうかをチェックする。

最初は、盲腸炎、ヘルニヤなどの比較的簡単な手術をうけた患者だけをこのサービスの対象とすることになろう。

患者が自宅に戻った日から、このサービスに新しく任命された看護婦が爾後のケアのために訪問を開始する。ケアの期間は医師と看護婦の間で同意した期間とする。診療の責任は家庭医にあるが、ケアの責任の大部分は看護婦となる。

この方式は、セルフヘルプ・ヘルス・ケアの簡単なテクニックを患者と家族に教育するという効果をもつ。また、この方式はフランスで一般に行われている類似のサービスから採用されたものである。

The Times, Apr. 20 1977

（田中 寿 国立国会図書館）

## 社会法案議会を通過

(西ドイツ)

ドイツ連邦議会は5月13日野党の反対をおして年金立直し法 (Renten—sanierungsgesetz) と保健関係費節約法 (Gesetz zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich) を通過させた。さらに戦争犠牲者年金調整法 (Gesetz zur Anpassung der Kriegsofferrenten) は最後の段階で野党 CDU/CSC の同意が得られた。以上3つの法律は7月1日から発効する。これはこれと同時に年金を9.9%増額する期限と一致するためである。ただし保健費用節約法は参議院の同意を要するが、参議院を構成する各州の反対が予想されている。

年金調整は各党すべて賛成して、年金保険の年金、戦争犠牲者年金は7月1日から9.9%、農家老齢扶助の老齢手当は明年1月1日から9.9%増額され、災害保険の現金給付も明年1月1日から7.3%増額される。

年金調整の時期を1978年7月1日から79年1月1日に半年ずらすことも野党の同意が得られた。さらに連邦労働公社がその措置を受けている者に対して、年金保険の拠出を代わって支払うこととする、という政府案も野党の同意が得られ、この結果景気の変動で就業者数が変わるため、年金保険の収入が不安定になる悩みは解消された。

保健費用制限法案 (Gesetzentwurf zur Kostenbegrenzung im Gesundheitsbereich) は野党連合から全面的に拒否された。特に疾病保険の拠出測定限度を、年金保険の測定現度の75%から85%に上げる点が批判されたのである。

保険関係費節約法により、疾病金庫と金庫医は毎年診療報酬増加について全国統一の勧告を行うこととなり、各金庫は医師との契約に当ってこれに拘束はされないが、配慮しなければならないことになる。このほか医師と金庫は毎年

医薬の最高額を定め、それを越えた場合規定を守らなかった医師は償還の義務がある。一方患者も今後は医療費に責任をもつこととなり、処方箋料は規定の医薬毎に1マルクを負担すると共に、頭痛薬や軽度の鎮静剤などの些細なものは自己負担となる。

病院関係では病院は投資、再投資の費用を分担することとなったほか、入院費は今後は病院と疾病金庫の間で直接交渉することとなる。また外来、入院治療に当って費用節約の面で医師と病院の協力を改善する。

この病院の節約措置については既に参議院で各州の反対に面しており、州は保健関係費節約法を6月3日の本会議で否決して、両院協議会にもちこまれることは確実である。

連邦労相 Ehrenberg は保健費用の制限を各州の首相に極力訴え、これ以上無制限に費用をあげるのは疾病保険制度を内側から崩壊させてゆくとしている。

(一方以上の社会法案に対し、戦争犠牲者、軍人の各種団体は烈しく反対しており、また疾病金庫医連盟、病院協会等も参議院での承認を阻止すべく全力を尽くす、とこれに強い不満の意を表明している。

Süddeutsche Zeitung 14, 15, Mai 1977.

(安積鋭二 国立国会図書館)

---

## 保護されていない児童の権利

(アメリカ)

アメリカでは、児童、小数種族、貧困者等の弱者は、訴訟手続中にも一般成人と同様な法的保護がうけられない実情であるが、今あらためて、こうした実情が問題になっている。

このほど、連邦最高裁判所は、主要な児童の権利に関する事件について、7

対2でこれを拒否することを決定した。この措置は、連邦裁判所において、市民権の侵害に関する救済を得ることをますます困難にしているという、裁判所に対する一般の批判を支持するもののように思われる。

この事件はフィラデルフィアに発生したもので、両親によって精神障害施設に入れられた5人の子供達が、法的弁護人もたないというものである。訴訟は、この5人の子供と、同様な立場にある全ての子供の利益に関してすすめられたものであったが、下級裁判所は子供達も成人同様に、法的弁護とその他の手続上の安全措置をうける資格を有するものであることを判示したのであった。

今回の最高裁判所の決定をめぐって、種々意見が取り交されているが、公益法委員会は「少数種族、貧困者、および公務員の職権乱用の犠牲者を含む多くの市民が、法的救済措置もないままに放置されている」と述べている。

先週、アメリカ法律協会で、連邦最高裁のウォーレン、E・バーガー長官は、彼の8年間の任期中の260ケースについて、説明を付して裁判所側を支持した。

弱者の権利保護については、実施までまだまだ道遠しの感がある。

The New York Times, Weekly Review, May 22, 1977.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 西ドイツ疾病金庫の近況

西ドイツの疾病保険は、疾病金庫(わが国の健康保険組合に相当するもの)によって運営されているが、その数や保険料率は年々変化しており、その動向

はわが国にとっても興味深い。

疾病保険の運営機関(保険者)である疾病金庫は、8種類ごとの疾病金庫数および加入者数は表1のとおりである。これによると、1976年6月1日現在の疾病金庫数は1,435であるが、1970年には1,872あったので、6年間に437減ったことになる。この減少の主たる原因は、1972年10月以降州疾病金庫(約100か所)が廃止され、農業疾病金庫(19か所)に変わったことにあるが、このほかにも企業の合併、倒産等による疾病金庫の統廃合、疾病金庫自体の統廃合などが原因となっている。

ところでこれらの疾病金庫に加入している被保険者とその家族の数は、約5,700万人で、総人口の約92%を占めている。1969年に社会民主党政権が樹立して以来、社会保険の適用拡大が行われ、か

表1 疾病金庫種類別加入者数(1976年6月1日現在)  
(単位:1,000人)

疾病金庫の種類	疾病金庫の数	強制加入者(一般)	年金受給者	任意加入者	加入者計
地区疾病金庫	307	9,419	5,739	941	16,099
企業疾病金庫	931	2,578	1,245	379	4,202
同業疾病金庫	161	1,188	266	153	1,607
農業疾病金庫	19	536	380	7	923
海員疾病金庫	1	41	14	13	68
連邦鉱山従業者組合	1	304	718	39	1,061
労働者補充金庫	8	241	67	64	372
職員補充金庫	7	4,918	1,411	2,819	9,148
計	1,435	19,225	9,840	4,415	33,480
1976年1月1日	1,441	19,258	9,737	4,548	33,543
1975年1月1日	1,479	19,200	9,490	4,782	33,472

(資料) Die Krankenversicherung, November 1976, S.253.

なりの国民各層が公的 disease 保険に加入するようになったが、まだ総人口の約6%は民間の健康保険に加入している。残りの約2%は医療扶助などの公費負担医療を受けている。

一方、医療費の著しい増大により、疾病金庫の財政は苦しく、年々保険料率は上昇している。表2は最近の保険料率の動きを示したものであるが、平均保険料率は海員疾病金庫を除きいずれも9%を越えている。1975年1月1日現在の全平均保険料率は10.04%であるが、疾病金庫間に大きな差があり、最低は4.6%（企業疾病金庫）となっている。1975年3月末現在のわが国の健康保険組合の平均保険料率が7.1%であるのに比べると、西ドイツの疾病金庫の保険料率はいかにも高い。ただ西ドイツの疾病保険は、家族に対しても被保険者と同様に医療給付について10割給付を行っており、わが国の家族7割給付と多少ちがう。しかし、わが国の場合も家族付加給付によっておおむね西ドイツなみの給付率が確保されているので、保険料率の点ではやはり西ドイツは相当高いといえる。

一般に保険料率が高いのは、地区ごとに設立されている地区疾病金庫で、最低保険料率でも7.5%である。地区疾病金庫の約50%は10~11%の保険料となっている。

一般強制加入者の約96%には上記の保険料率が適用されているが、残りの4%の一般強制加入者にはもっと高い保険料率が適用されている。これは、ほとんどの場合には最初の6週間は事業主によって賃金・給与の継続支払が行われ、傷病手当は7週目から支給されるが、この賃金・給与の継続支払が行われない場合には、最初から傷病手当が支給されるため、その分の保険料が上積みされるからである。高い保険料率の全平均は13.3%で一般の場合より3.3%も高い。最低保険料率でも6.5%（企業疾病金庫）で、最高保険料率は16.2%（地区疾病金庫）となっている。

Die Krankenversicherung, November 1976.

Die Krankenversicherung, Juli/August 1975.

（石本忠義 健保連）

表2 疾病金庫種類別保険料率 (単位:%)

疾病金庫の種類	1973年1月1日	1974年1月1日	1975年1月1日	1975年1月1日	
	平均	平均	平均	最低	最高
地区疾病金庫	8.95	9.35	10.22	7.5	12.9
企業疾病金庫	8.19	8.63	9.06	4.6	12.0
同業疾病金庫	8.47	8.95	10.08	6.9	11.8
海員疾病金庫	6.20	8.00	8.80	8.8	8.8
連邦鉱山従業者金庫	11.60	11.60	11.60	11.6	11.6
労働者補充金庫	8.97	9.38	9.93	9.0	11.9
職員補充金庫	9.65	9.81	10.16	9.3	10.6
計	9.01	9.36	10.04	4.6	12.9

(資料) Die Krankenversicherung, Juli/August 1975, S.185.



## 一般医学専門医の診察活動分析

(東 独)

1. 東独では1967年以降、すべての医師が専門医として養成されている。33の専門科の1つが一般医学専門医 (Facharzt für Allgemeinmedizin=F.f.A.) を養成している。医学生生の20%がこの科に進んでいる。国際的に、プライマリ・ケアが改めて論議されているなかで、東独のこうした試みは興味深いと思われる。

2. F.f.A. の分析がフンボルト大学医学部 (シャリテ) 社会衛生学教室で行われ、その詳細な報告が、このほど発表された。ニーホッフによる「一般医学専門医の診察活動—概念と実証的分析の諸結果」がそれである。論文は5部に分かれており、雑誌にも5回連載された。第1部はF.f.A. の位置をめぐる理論的考察と、本研究における研究課題、対象、方法が述べられている。第2部では診察活動の内容の全体像が、統計データによって示されている。第3部ではF.f.A. の診察活動に影響を及ぼす諸要因が述べられ第4部では外来医療体系の中でのF.f.A. の機能が分析されている。第5部では、F.f.A. についての医師—患者関係が扱われ、更に結論がまとめられている。

本稿では研究方法に関した部分と、第2部とを中心に紹介し、第3、4、5部からは興味深い論点のみを拾いあげることにする。

### 3. 研究課題、対象、方法

この研究は、フンボルト大学の社会衛生学教室 (Kurt Winter 教授) が、1973年に首都ベルリンで実施したものである。分析の主たる課題は次の5点である。①F.f.A. の診察活動の全体像②医師の諸行為に対する影響変数③外来医療におけるF.f.A. の機能上の意義④受診に影響を及ぼす医師の行為⑤医師

と患者の間の口頭コミュニケーションの構造。

特に、医学における専門分化の進展や、東独における医療供給制度の構造的変化 (東独では、医療の重点を外来・第一線に置き、その方向での施設網を20年近くに亘って築いてきた) を背景にして、第一線医療を正確に把握するためには、家庭医としての役割を持つF.f.A. の実際の仕事が具体的に分析されねばならない。これが、本研究を推進した現実的動機である。そして、分析上の留意点としては、医療制度上の構造的・組織的視点と、医学上の専門性という視点を切り離さないことであった。そして、構造的視点と専門的視点を統一して追求できる研究対象として、医師の活動の具体像をとりあげたのである。ニーホッフは、「供給制度は医師の活動像に反映される」し、他方では「ケアの質に関する結論からいっても、その専門的能力の重要性と発展に関する結論からいっても、結局のところF.f.A. は外来医療の単なる交通整理人であるということとは拒否されるべきである」と述べている (1,087 ページ)。

対象とした医療行為は次の7つのカテゴリーに分類される。①治療的行為②診断的行為③予防的行為 — 健康教育的行為とその他の予防的行為 — ④特別な助言 (特に健康状態の法律的問題から生じる) ⑤手を使っての行為⑥口頭での行為⑦その他。

調査は1973年4月から5月にかけて14日間に亘って行われ、その実施場所は、国営診察室、診療所、ポリクリニックという3種の国営外来施設であった。

### 4. 一般医学専門医の活動像

ニーホッフの報告の中で私が最も興味を惹かれたのがこの部分である。F.f.A. の具体的な診察の姿を彷彿させるからである。

調査は102名のF.f.A. について、最高300時間に亘ってなされた。102名という数字は開業医と企業関係と病院関係を除くベルリンのF.f.A. の約半数にあたる。それらの総診察件数は2,863であり、その施設別の内訳は次の通りである。

表1 施設別診療件数分布  $n=2,863$ ,

	(x)=実際の診察件数分布		
	絶対数	パーセント	パーセント(x)
国営診察室	1,962	68.5	67.5
ポリクリニック	214	7.5	11.0
診療所	687	24.5	21.5
計	2,863	100.0	100.0

国営診察室 (Staatliche Arztpraxis) というのは、1人の医師が常在している施設であり、医師の常在施設としては最前線に位置するものである。ポリクリニックは、一般医学専門科の外に、内科、外科、小児科、産婦人科、歯科を備え、各種検査設備とリハビリテーション設備も持っている、外来医療の基幹施設である。診療所 (Ambulatorium) は両者の中間的なものであり2科を備えている。

日本でも問題になっている、患者1人あたりの診察時間は次のとおりである。

表2 平均診察時間別の診察件数分布

	絶対数	パーセント
6.9分以下	422	15.4
7.0 - 8.4	764	26.7
8.5 - 9.9	766	26.8
10.0 - 11.4	498	17.4
11.5分以上	393	13.7
計	2,863	100.0

診察時間は7分から10分のところに大きな山があると言えよう。しかし、この数字は施設によって違ってくる。それを示すのが表3である。

表3 施設別平均診察時間  $n=2,863$ , 危険率5%, 数字はパーセント

診察時間	国営診察室	ポリクリニック	診療所
6.9分以下	9.0	15.9	32.3
7.0-8.4	23.6	59.3	25.1
8.5-9.9	29.9	13.1	21.8
10.0-11.4	18.8	11.7	15.0
11.5分以上	18.6	—	5.8

国営診察室の医師は、ポリクリニックや診療所の医師よりも、時間的負担が少ないと言える。診断設備を備えたポリクリニックへ患者が集中する傾向は今後も続くと思われ、第3部では、ポリクリニックの建設の必要性が強調されている。

医師の活動像を最も根源において与えるのは、その活動の行為別分析であろう。表4がそれである。但し、この表から、DDRのF.f.A.の活動像を一般化する場合に忘れてならないのは、DDRにおいては、すべての外来施設と専門科を受診することが容易にできること、紹介状を簡単にらせること、全科において比較的高度の医療が行われていること、かなり狭い範囲での専門分化が際立っていること、などである。

表4 医師の行為別分布と総診察件数 ( $n=2,863$ ) に対する割合。

	絶対数	パーセント	診察件数対比 パーセント
処方箋発行	2,239	16.1	78.2
新患診察	1,968	14.1	68.8
診断的診察	1,829	13.0	64.9
就労不能判定	1,088	7.7	38.0
傷病時の生活指導	972	7.0	33.9
予防的診察	841	6.0	29.4



	絶対数	パーセント	診察件数対比 パーセント
傷病の説明	813	5.9	28.4
診断上の紹介	644	4.6	22.5
栄養相談	435	3.1	15.2
問診	420	3.0	14.7
治療上の紹介	340	2.4	11.9
精神的葛藤の相談	271	1.9	9.5
予防上の紹介	268	1.9	9.4
睡眠相談	251	1.8	8.8
注射	248	1.8	8.7
喫煙相談	208	1.5	7.3
保養・スポーツ相談	190	1.4	6.6
薬物中毒相談	138	1.0	4.8
余暇相談	108	0.8	3.8
アルコール中毒相談	97	0.7	3.4
特殊法的相談	91	0.6	3.2
証明書発行	87	0.6	3.0
自己診察の勧め	87	0.6	3.0
包帯巻き	85	0.6	3.0
用途別被服相談	64	0.5	2.2
個人衛生相談	63	0.5	2.2
種痘	16	0.2	0.6
その他のカテゴリー	82	0.6	2.9
計	13,943	100.0	

院に関するものとして、4つに分けられる。表4からもわかるように、診断上の紹介は644件（全紹介に対して51.4パーセント）、治療は340件で27.2パーセント。予防は268件で21.4パーセントである。なお、治療上の紹介には26件の入院紹介が含まれており、2パーセントを占めている。

紹介が大きな意味を持っているということは、各種外来施設間で統合と協同の問題を直接に示している。この点も含めて第5部の結論においてニーホッフは、「一般診療活動はポリクリニック内にあるような他の専門科と密接に結びつくことによって、一層その効果を上げなければならない。」（1,287ページ）と述べ、以下の3つを結論としてあげている。

1. F.f.A.による効果的なケアは、医学の専門科の広がり前提としている。
2. ポリクリニック施設における多くの専門科の近接状態は、直ちに一般医の活動における質を高めることになる。
3. 外来医療におけるF.f.A.の地位を目的意識的に科学的に定めることは、医療システムの全ての専門科の統合を促進するためにも、特に治療領域における有意義なF.f.A.の管轄領域を創出するためにも、要請されている。

Jens-Uwe Niehoff 「Die Sprechstundentätigkeit des Facharztes für Allgemeinmedizin」(『Zeitschrift für ärztliche Fortbildung』70. Jg., Heft 20 - 24, 1976. 10.15, 11.1, 11.15, 12.1, 12.15)

(日野秀逸 大阪大学医学部)

F.f.A.の仕事の中では、紹介(Überweisung)がかなりのウェイトを占めている。この点を第4部で分析している。一般に紹介は、診断、治療、予防、入

# シーボーム改革以後の 社会サービス (イギリス)

## (その1) ソーシャルワーカーから見た実情

1968年のシーボームレポートは、70年の“Local Authority Social Services Act” 制定によって具体化された。ここに紹介するのは、このシーボーム改革実施後間もない72年と、その3年後の75年を調査時点として、シーボーム改革以後のイギリスにおける社会サービスの実情を比較対照し、改革の進行状態を観察しようとした調査報告の概要である。ここではとくに、ソーシャルワーカーから見た実情について、とくに興味深い点に限定して内容を紹介する。

### 1. 調査の概要

調査対象となったのはイギリス南部サウザンプトンの4つの「地区事務所」(area offices)に勤務するソーシャルワーカーを中心とする80名の職員で、集団自計式による方法で調査は実施された。また、調査目的は、ソーシャルワーカーの属性、移動状況・ケースロード、仕事に対する意見などを把握しようとするものであった。調査時期は72年および75年のいずれも6月から8月までの3カ月間であった。回答率は72年が100%、75年が98%ときわめて高かったが、この二つの時期に対象者の半数が入れ替わったこと、および対象者の絶対数が少ないことなど調査上の限界もいくつかみられる。

なお、調査主体は“the Research Unit of the National Institute for Social Work”および“the Southampton Social Service Department”である。

### 2. 調査結果の概要

#### (1) ソーシャルワーカーの属性

職種別の人員数は表1のとおりである。職種ごとには2つの時期で多少の変化はみられるが、全体をいわゆる管理部門のスタッフと考えられる“seniors”

表1 回答者の職種

職 種	1972年		1975年	
	実数	%	実数	%
Principal Area Officer	4	6	3	4
Senior Social Worker	8	12	10	13
Social Worker	42	61	46	59
Assistant Social Worker	4	5	9	11
Training Social Worker	7	10	2	3
Occupational Therapist	2	3	4	5
Welfare Assistant	-	-	1	1
Family Aide	-	-	3	4
Hospital MSW(パートタイム)	2	3	-	-
計	69*	100	78*	100

\* 実数の総計が二時点で異なるのは調査表が不完全なものがあつたからである。

と、現場で働く“fieldworkers”に大別すると、両年とも前者が2割、後者が8割でその構成比にほとんど差異はみられない。

これを性別にみると、72年ではフィールドワーカーの男女比、1:2、シニア、2:1であったのに対して、75年では前者は男性25人に対して女性40人とほぼ変わっていないが、後者では4:1と男性の占める割合が高くなった。

つぎに年齢別にみると、75年ではフィールドワーカーの3分の2(67%)を40歳代が占め、2時点間で大きな変化はみられない。また既婚者の割合は1972年42%、1975年66%とかなり増加している。また、30歳以下のフィールドワーカー

では、75年には男性の進出が著しく、男女ほぼ同数となっている。

また、資格の取得状況は表2に示すとおりである。これによると、ソーシャ

表2 ワーカーの取得資格状況

取得資格*	1972年		1975年	
	実数	%	実数	%
Professional	38	57	38	49
Relevant	17	25	12	15
Other	12	18	28	36
計	67	100	78	100

- \* 1. Professional - 総合大学、単科大学以上の教育を受けた者
- 2. Relevant - 盲人の家庭教師のような、社会科学分野における諸免許を有する者
- 3. Other - ソーシャルワーク以外の分野のなんらかの資格を有する者、および正式な資格を持たない者

ルワーク関係の資格を有する者の割合は、75年にはかなり減少し、逆にソーシャルワーク関係以外の資格しか持たない者および全く資格を持たない者の割合が2倍に増加している。この資格を持たない者はフィールドワーカーに多く、1972年ではその5分の1であったが、1975年には5分の2と倍増した。彼らの大部分は72年以後採用された者で、その半数近くが30歳以下である。

さらにソーシャルワーカーの移動状況を見ると、2時点間で57%が入れ替わった。とくに女性の移動が激しく、男性の2倍となっている。他方、移動しなかった者を見ると、その3分の2は子持ちで、子持ちのワーカーは子どもを持たないワーカーより移動が少ないという実態は変らなかった。

(2) 対象者とケースロード

フィールドワーカー1人当たりに割当てられたケースの数は2時点間で38%も減少した。この割当てられた平均ケース数は1972年には92ケースであったが、1975年には57ケースになった。またケースロードの最多数は1972年には375ケースもあったが75年には198ケースと激減した。さらに、72年の場合は、有資

格のフィールドワーカーは76ケース以下しか扱っていなかったが、無資格のそれは100ないし、それ以上のケースを受け持っていた。しかし75年になると、有資格ワーカーが52ケース、無資格ワーカーが43ケースで、逆に有資格ワーカーの受け持つケース数の方が多くなった。また、ワーカーに毎月追加されるケースの数も、1972年には8ケースであったのが75年には5ケースとなった。このような変化は、インテイクとショート・ターム・ヘルプという新しい政策が実施されたことによると思われる。

つぎに、ケース数の構成比を対象者種別に示したのが表3である。児童・身体

障害者(身体障害を伴った老人もここに含まれる)および老人の割合が多いが、そのいずれもが実数においてこの間に減少している。ま

表3 フィールドワーカーの扱うケースの種類

ケースの種類	%		
	1972 (N=4900)	1975(N=3000)	% 1972-75
児 童	27	35	- 20
精 神 病	3	2	- 43
精神薄弱	3	3	- 42
身体障害	50	32	- 61
身体疾患	2	5	+ 78
老 人	12	10	- 49
そ の 他	3	13	—
計	100	100	- 38

た1972年でも非常に少なかった精神病および精神薄弱(mentally handicapped)は実に一層減少した。一方、身体疾患を主因とする問題を持った対象者が増大したが、これは病院におけるソーシャルワークが充実したことによっている。ところで75年にケースロードが減少したことについては、いろいろな要因が考えられるが、その主な理由は、送致手続が変わったこと、および、72年以来2つの地区事務所にインテイクのチームが組織されてきたことなどの結果として、かなりのケースが個々のワーカーのケースロードにまで割当てられなくなったことにある。

つぎに、ワーカーの感じる仕事の負担(Pressure)についてみると、ケースの数は減少したにもかかわらず、負担を感じている者の割合は兩年でほとんど

差が見られない。フィールドワーカーの62%は、仕事が滞っていることによる負担を感じているか、望ましい仕事をするには時間が足りないという負担感のどちらかを感じていた。そのために多数のケースを抱えたワーカーに負担を感じていると答えた者が多くなっている。また、ワーカーの意見をまとめてみると、負担は、仕事の量ばかりでなく、仕事がやりがいがあるとか、適当であるとかいうワーカー自身の仕事に対する認識も関係していることが明らかになった。

ところで、シーボーム改革は、あまりにも人為的に専門分化されすぎたサービス提供の組織を改善し、問題中心に総合的なサービスを供給できるような体制をつくることを1つの目標としている。この点についての効果がみられたかどうかを示したのが表4である。まずフィールドワーカーのうち、ケースロー

表4 ケース量による専門化レベル（児童と身体障害者／老人に限って）

専門化のレベル	児童のケース		身体障害者・老人のケース	
	1972	1975	1972	1975
Specialist(抱えているケースのうち90~100%が同一種類)	85	26	89	58
Semi-Specialist(75~89%)	3	21	10	11
Mixed(74%以下)	12	53	1	31
計	100	100	100	100
N=	(1180)	(920)	(3000)	(1250)

ドの90%以上が同一種類の対象者（たとえば90%以上が児童というように）である場合を“Specialist”，同様に、75~89%が同一種類の対象者である場合を“Semi-Specialist”，74%以下の場合を“Mixed”（いわゆる“generic”）というように3種に区分し、それぞれが扱った対象者を児童および身体障害者・老人に限ってしてみると、いずれの場合にも75年にはスペシャリストの扱う割合は減少し、逆にミックスのそれが激増している。これは、先程の改革後の効果という観点からいえば、それなりの効果が上がったとみてよいだろう。また、72年にはフィールドワーカーの3分の2はスペシャリストかセミ・スペン

ャリストであったが、75年には3分の1となった。さらに、彼等のほとんどが72年の段階ではシーボーム改革以前の専門分化を望ましいと考えており、しかもそれが存続し続けるだろうと考えていた。しかし、75年時点になると、この件について意見を述べた地区スタッフの3分の1の者の意見の中には、シーボーム改革後のジェネリックの方向を評価しているのみみられるようになった。ただ、ソーシャルワーカーの多くは、このスペシャリゼーションとジェネリックという用語の意味を十分に理解しておらず、利用者に働きかける場合の方法の異なりというよりもむしろ対象そのものが異なると考えている。

### （3） 仕事上の満足とフラストレーション

2時点とも、ワーカーの4分の3は、対象者を援助するという仕事に高い満足を表明している。また、5分の3のワーカーは、一定の自由裁量が許されていることに満足している。さらに75年では何人かのワーカー、とくにフィールドワーカーが、管理面への参加の機会を持ったことへの満足を表明している。また、ワーカーの中で一層の研鑽をつむ機会を与えられていることや、自分の能力を十分にいかしていると感じられることに満足している者は72年より75年の方が少なかった。その理由は、アドミニストレーションや、ソーシャルワーク技術では適切に扱えない課題に多くの時間を費しすぎたためだという、ワーカーの意見の中に見出すことができる。しかし、こうしたいくつかの問題があったにもかかわらず、仕事に喜びを感じているワーカーは、75年の方が明らかに多くなっている。

### （4） シーボーム改革への意見

72年、75年ともワーカーの3分の2は改革は良いことだと考えている。もっとも、何らかの保留を付けて賛同した者は75年の方が多かった。また、4つの地区事務所に開設以来働いている30人のワーカーが、2回の調査に参加したが、彼らの大部分は現在ワーカーの間の相互理解や人間関係は改善されたと感じている。しかし彼らの5分の4（82%）は管理上の手続きの明瞭さという点では後退したと考えており、また3分の2（68%）は、中央と地方のスタッフ間の

連絡が改革後悪化したと回答している。

### 3. 考察

- ①、ソーシャルワーカーは相変らず児童や家族の問題を扱かうことを好む傾向があるが、これはワーカーを訓練する教師の教え方に影響された結果でもある。本来ワーカーの仕事は対象者のニーズに対応しているべきであり、対象の如何にかかわらず同じ創意と信念を持って当よう指導されるべきである。
- ② しかし、他方でワーカーの仕事のプライオリティを決める際の明確な基準が定められていないことにも問題がある。だからワーカーはその決定を管理者に求めるが、本来それは対象者を最も把握しやすいワーカー自身によってなされるべきである。それにしても、そのための基準を早急に明らかにすべきである。
- ③ ワーカーの中には政策実現化の過程に参加したいという声があるが、現段階ではワーカーの側にそのための技術、意思、能力を欠いているようだ。今後は対象者のニーズに対応したデータを集め、管理職との意思の疎通を図かる技術や能力、および政策を転換するための説得力ある議論を展開する能力などがワーカーの素質として必要だろう。
- ④ ワーカーは管理職に対して一方的にワーカーに与えられるさまざまな圧力を解消するように求めているが、ワーカーの側も、大規模化したソーシャルワーク部門の管理職の機能を理解しようとすべきである。このような管理体制の中での機能の仕方は、大学院での訓練を受ける段階で精通するようにしておけば、現場に出てからそれほど悩まされることもないであろう。

June E Neill, R William Warburton and Brendan Mc Guinness  
 Post Seebom Social Services : (1) The Social Worker's  
 Viewpoint, Social Work Today Vol.8, No.5  
 November 2, 1976.

(本間みさ子 東京都老人総合研究所)

## (その2) サービス利用者から見た実情

それでは次に、シーボム改革以後の社会サービスの実情および変化を、やはり1972年および75年に実施されたサービス利用者に対する意見調査の結果を通して眺めてみよう。

### 1. 調査の概要

これらの調査は、サービス利用者、利用したサービスについての当初の期待、利用後の満足感や意見を尋ねるとともに、社会サービスの機能およびソーシャルワーカーについての知識や理解を調べることを目的として行なわれた。調査対象者は、両調査とも、社会サービス部 (social services department) の利用者のうちこの調査に協力してくれた約300人であった。調査地域は、ソーシャルワーカーに対する調査と同様サウザンプトン、調査主体も同じく the Research Unit of the National Institute for Social Workであった。

調査対象者を、社会サービス部に来所するに到った理由によって分けると、両年とも最も多いのが老齢虚弱を含む身体障害 (72年46%, 75年45% — 以下の%は、いずれも両年 — ), 次いで児童問題・家族問題 (28%, 22%) であった。児童問題が比較的少ないのは、サービスの対象が16歳未満の児童だけでその保護者を含んでいない場合には調査対象からはずしたためであろう。これら2つの主要な来所理由に比べて、精神病・精神薄弱 (10%, 10%), 住宅困難・経済問題 (8%, 15%) は、比較的少数であった。ただし、この間のインフレ昂進と失業増大に影響されて、住宅困難・経済問題がふえたことは注目する必要がある。なお、以上の理由のほか、里親および養父母による言わばサービス提供者としての利用が含まれている。

次にこれらの利用者を来所経路によって分けると、両年とも約 $\frac{2}{3}$ が他の機

関や第3者を経由して来所しており、直接本人が来所する場合は少ないことが示されている。

## 2. 調査結果の概要

大雑把に見る限りでは、72年と75年の間で利用者の期待、満足、苦情はほとんど変らなかった。しかし詳細に見れば、いくつかの変化が認められる。ここでは、それらの変化を中心にして調査結果を簡単に紹介しよう。

### (1) 利用者の期待と満足

まず第1にサービスを利用することに期待を抱くのが最も少ないのは、兩年とも老人と65歳以上の身体障害者であったが、1つの興味ある変化は、彼らのうち比較的最近になって社会サービス部に来所した人は、より特定化された期待をもっているということである。これは、多分に the Chronicalby Sick and Disabled Person's Act ができて、そのもとで利用できるサービスが、次第に彼らに知られるようになった結果であろう。

次に、期待する援助の種類に関して注目される調査結果は、兩年とも同様であるが、具体的援助 (practical help) を期待したのが老人および65歳以上の身体障害者のグループと、住宅・経済問題をもった利用者のグループに多かったのに対して、ケースワーク・タイプの援助を期待したのは精神障害のため利用している人と、児童問題・家庭問題のため利用しているグループに多かったことである。

そしてこのことに関連して一層興味深いのは、利用者のサービス利用後の満足感で、兩年とも具体的援助を期待する人が多かった老人および65才以上の身体障害者の方に満足している人が多く、しかも75年になって一層多くなったことである。

### (2) 苦情と改善の要望

兩年とも、利用者全体の約  $\frac{2}{5}$  がサービスについて何らかの苦情があると答え、またサービス改善の要望を出す人の割合も、兩年の間で大きな変化はなか

った(72年41%, 75年47%)。しかし、苦情や要望の内容は、75年にはより具体的なものとなり、次のような重要な問題にも触れるようになった。例えば、fieldworkers の経験不足や未熟、サービス提供の継続性 (continuity) の問題、シーボーム改革による専門分化の解消の問題などである。とくに、ソーシャルワーカーの知識や経験の不足、更には専門性の不足についての不安が、利用者の中に次第に浸透してきていることに注目しなければならない。ある利用者たちは、1人のワーカーがすべての種類の問題を扱うことは不可能であると感じている。こうした傾向は、シーボーム改革の1つの核心であったソーシャルワーカーの“general”な性格づけ—すなわち、1人のワーカーがどんな種類の問題も広く扱うこと—に対する疑問として重視する必要がある。同様のことは、利用者のソーシャルワーカーに対する次のような要望の中にも示されている。

すなわち、72年には  $\frac{1}{3}$  以上の利用者が、ソーシャルワーカーには“practical”な知識や技術が必要であることを強調し、 $\frac{1}{4}$  の利用者が、十分な基礎的教育の重要性を指摘したが、75年では、“practical”な知識や技術を強調する利用者は  $\frac{1}{4}$  に減り、十分な基礎的教育の必要性を指摘する者も  $\frac{1}{4}$  以下に減少した。そしてその代わりに、専門家としての訓練と知識の必要性を強調する者が倍にふえたのである。

### (4) サービス運営への参加について

シーボーム報告は、社会サービスの運営や組織化に地元住民が参加することの重要性を強調したが、調査結果によると、72年から75年にかけて利用者の参加希望は高まった。すなわち、社会サービスの運営および計画の過程で何らかの発言権をもつことを希望する利用者は、72年には28%であったが、75年には38%に増加したのである。参加を希望する主な理由は、サービスの計画や組織化に利用者の経験を生かすことが重要だという点に求められている。そして、参加に関してより注目されるのは、72年の頃の漠然とした参加のイメージから75年になると、連絡組織を通じての助言、講義やその他の会合を通じての情報の交換、更には調査を通じての利用者の意見の表明など、より現実的な参加の

形態が考えられるようになったことである。

以上、利用者側調査からとくに興味深い結果をいくつか拾って紹介したが、結論的には、①普遍的な支持サービス (a universal support service) の利用可能性を如何にして高めるか、②ソーシャルワークにどのような内容の専門性が必要とされるか、③ボランティアな地元住民の参加と相互援助の体制を如何にして確立するかということが、社会サービス部の今後の主要な課題であり、これらについて、サービス利用者と更に積極的に対話していくことが必要だと言える。

Ann Glampon and E. Matilda Goldberg, Post Seebomh Social

Services: (2) The Consumer's Viewpoint, Social Work Today

Vol.8, No.6. November 9, 1976.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

## 社会的負担の国際比較

(OECD)

租税や保険料の負担率は、国によって大きく異なる。OECDの最近資料から主要国の租税や保険料の負担状況を比較してみよう。

表1はGDP(国内総生産)またはGNP(国民総生産)に対する租税と保険料の割合を示したものである。これによると、社会保障、住宅、教育など社会サービスを主として国の財政で行っているスウェーデンとイギリスにおいては租税の割合が高く、保険料の割合が相対的に低い。社会保険の財源を大部分労使の保険料でまかなっているフランス、西ドイツおよびイタリアにおいては保険料の割合が相対的に高い。全国民を対象とする医療保険がまだ設けられていないアメリカの保険料負担率は相対的に低い。また、日本はこれらの国の中では租税も保険料も低い。これらの各国の社会的負担率の差は、社会サー

ビスの水準やその費用の負担方式のちがいに負うところが大きい。ただ共通していえることは、いずれの国においても保険料の割合は年々上昇しているということである。租税についてはその割合は必ずしも上昇しているわけではなく、フランス、イギリス、アメリカおよびイタリアにおいてはやや低下している。このため社会的負担率が明らかに上昇している国は、日本、西ドイツおよびスウェーデンで、他の国はやや低下している。

つぎに個人所得に占める税負担、社会保険料負担および個人貯蓄の割合をみ

表1 主要国の社会的負担率

国	年	租 税	保険料	計
日 本	1969	15.8	3.7	19.5
	1972	17.0	4.1	21.1
	1973	17.2	3.9	21.1
フ ラ ン ス	1969	23.5	13.1	36.6
	1972	22.2	13.4	35.6
	1973	22.2	13.6	35.8
西 ド イ ツ	1969	24.7	10.4	35.1
	1972	23.9	11.7	35.6
	1973	25.3	12.4	37.7
イ ギ リ ス	1969	32.2	4.9	37.1
	1972	29.2	5.4	34.6
	1973	27.4	5.6	33.0
ア メ リ カ	1969	23.8	5.2	29.1
	1972	22.3	5.8	28.1
ス ウ ェー デ ン	1969	32.8	7.9	40.7
	1972	35.0	9.0	43.9
イ タ リ ア	1969	19.4	10.9	30.3
	1972	18.7	12.2	30.9
	1973	17.9	12.2	30.0

(注) フランス、西ドイツ、イギリス、イタリアはGDPに対する割合、日本、アメリカ、スウェーデンはGNPに対する割合。

(資料) OECD, Revenue Statistics of OECD Member Countries 1975.

ると表2のとおりである。これによると、表1とほぼ同じような傾向がみられる。また、税負担および保険料負担の割合に応じて個人貯蓄率がちがっており、税負担および保険料負担の高いイギリスやスウェーデンにおいては個人貯蓄率が低く、税負担および保険料負担の低い日本においては個人貯蓄率が非常に高い。日本の個人貯蓄率が非常に高いのは、所得が高く生活に余裕があるからではなく、物価高による日常生活への不安、病気や老後の際の自己保障のための貯え、教育費や住宅費に対する貯えなど国家施策の不十分な面の自己保障のための貯えを必要とするからである。したがって、わが国の場合個人貯蓄は大部分生活の自己保障に必要なものとみることができ、この率と合わせて生活保障のための負担とみるのが妥当であろう。将来、税負担率や社会保険負担率が上昇するにつれ、個人貯蓄率は低下するであろう。これは、社会保障等社会サービスの拡充にともない自己保障の部分が少なくなるとともに、生活保障

表2 個人所得に占める税負担、社会保険負担および個人貯蓄の割合 (単位:%)

国	年	税負担(A)	社会保険負担(B)	(A)+(B)	個人貯蓄率
日 本	1962	4.7 (15.2)	3.7	8.4 (18.9)	16.8
	1974	7.1 (15.8)	5.2	12.3 (21.0)	21.8
アメリカ	1962	12.2 (23.7)	5.2	17.4 (28.9)	4.7
	1973	15.4 (26.2)	8.3	23.7 (34.5)	7.3
イギリス	1962	10.7 (26.7)	5.1	15.8 (31.8)	4.0
	1974	14.5 (29.9)	6.9	21.4 (36.8)	6.4
西ドイツ	1962	9.4 (26.4)	10.3	19.7 (36.7)	10.1
	1974	12.4 (24.6)	13.2	25.6 (37.8)	10.1

国	年	税負担(A)	社会保険負担(B)	(A)+(B)	個人貯蓄率
フランス	1962	4.3 (23.3)	14.6	18.9 (37.9)	9.1
	1974	4.7 (22.8)	15.1	19.8 (37.9)	9.4
スウェーデン	1962	16.9 (30.4)	5.2	22.1 (35.6)	5.5
	1974	22.0 (37.1)	9.5	31.5 (46.6)	5.5

(注) ( )内は間接税負担を加えた場合の比率。

(資料) OECD, National Accounts of OECD Countries, 1973, 1974.

のための負担率(個人貯蓄率を含む)にも限界があるからである。

表3は、西ドイツにおける被用者の賃金・給与に対する所得税と社会保険料の比率を示したものであるが、これによると、所得税も社会保険料も年々比率は高くなっており、被用者の負担が増大していることがわかる。総賃金・給与に対する所得税の比率は25年間に約3倍に上昇しており、また社会保険料も

表3 西ドイツの被用者賃金・給与に対する所得税・社会保険料の比率 (単位:%)

年	総賃金・給与に対する比率			社会保険料率 (被保険者負担分)				各被用者の賃金・給与に対する比率		
	所得税	社会保険料(被用者負担分)	計	年保険	疾病保険	雇用保険	計	所得税	社会保険料	計
1950	4.6	7.9	12.5	5	3	2	10	4.0	9.9	13.9
1960	6.4	9.4	15.8	7	4.2	1	12.2	4.7	11.7	16.4
1970	11.9	10.7	22.6	8.5	4.1	0.65	13.25	10.4	13.2	23.6
1973	14.9	11.6	26.5	9	4.6	0.85	14.45	11.8	14.4	26.2
1974	16.0	11.6	27.6	9	4.8	0.85	14.65	12.5	14.5	27.0
1975	15.1	12.3	27.4	9	5.3	1	15.3	10.8	15.2	26.0
1979	19.2	13.4	32.6	9	6.5	1.5	17.0	...	...	...

(注) 1979年は予測。社会保険料率は基本賃金(1日当たり賃金)に対する割合。被用者の年間平均賃金・給与額は1975年21,808マルク(約271万円)。

(資料) Sozialbericht 1976.



4.4 ポイント上昇している。そして両者を合計した比率は約2倍以上に達している。この比率は今後さらに上昇する見込みであり、1979年には32.6%に達するとみられている。

これを日本の被用者の場合と比較すると、大きな差があることがわかる。すなわち、表4は日本の標準世帯の給与に対する所得税と社会保険料の比率を示したものであるが、西ドイツの疾病保険加入所得限度額（1976年27,900マルク）に近い300万円の年収の者の場合、所得税については西ドイツの約 $\frac{1}{4}$ 、社会保険料については約 $\frac{1}{2}$ できわめて低い。年収500万円の場合でもこれらの比率はかなり低い。当然のことながら今後所得税も社会保険料も上昇するであろうが、西ドイツ並みになるには相当長い期間がかかると思われる。ただ単純に比較して西ドイツより比率が低いので、所得税や社会保険料をもっと引き上げてよいのではないかと判断するのは適当でなく、それは社会サービスの充実の度合に応じたものでなければならないので、あくまで社会サービスとの関係で考えられるべきことである。

表4 日本の給与所得者（夫婦・子ども2人）の給与に対する所得税・社会保険料の比率

(単位:%)

年	給与年額 100 万円			給与年額 200 万円			給与年額 300 万円			給与年額 500 万円		
	所得税	社会保険料	計	所得税	社会保険料	計	所得税	社会保険料	計	所得税	社会保険料	計
1955	26.9	7.05		37.7	7.05		43.1	7.05		49.7	7.05	
1960	11.9	5.60		20.2	5.60		25.5	5.60		31.8	5.60	
1970	0.9	7.35		6.2	7.35		10.5	7.35		17.6	7.35	
1973	—	8.05		4.0	8.05		7.2	8.05		12.6	8.05	
1974	—	8.05		1.7	8.05		4.0	8.05		7.7	8.05	
	(1.9)		(10.1)	(4.7)		(12.9)	(6.1)		(14.7)	(9.0)		(17.2)
1975	—	8.2	8.8	0.6	8.2	9.4	2.8	8.2	11.6	6.1	8.2	14.9
	(—)		(8.2)	(3.2)		(11.4)	(4.9)		(13.1)	(8.0)		(16.2)

(注) 1. 社会保険料は政管健保、厚年および雇保の合計。  
 2. 1975年の内は上段単身者の場合、下段夫婦の場合。  
 (資料) 国税庁「国税庁統計年報告書」。「社会保障年鑑」。

OECD, Revenue Statistics OECD Member Countries 1975.  
 OECD, National Accounts OECD Countries, 1973, 1974.  
 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht 1976.

(石本忠義 健保連)

# ティトマスと社会福祉

## I

戦後イギリスの社会福祉や社会保障を口にする場合、ティトマスという人を避けて通ることは困難であろう。それほどまでにこの分野でティトマスの果たした功績は大きい。ティトマスの考え方や研究方法は、現在のイギリスにおける福祉政策研究をささえる一本の大きな柱となっている。彼の亡き後、その遺した成果と課題を整理する努力が試みられるのは当然のことであろう。

ここに紹介する論文は、そうした試みの一つである。著者はまず序において、ティトマスの著作に共通して見られる一般的特徴を紹介し、その上でいくつかのテーマに絞って彼の論旨を整理し、理論上の矛盾点や問題点を指摘している。

## II

ティトマスの著作に共通する特徴点として著者が列挙するのは次のような点である。

### i) 福祉政策 (social policy) の意味

福祉政策とはどういう意味を持つものかについて、彼は常に強い関心をはらっていた。そして彼は福祉政策の意味を経済政策との対比において捉えていた。後者が交換ないし相互移転の關係に立脚するのに対し、前者は贈与ないし一方的移転の關係に立脚しており、従ってまた同化、参加、共同化の概念、利他的な考え方を育成するものであると考えていた。

しかしこのような対比が果たして有効かどうかは議論のあるところである。福祉政策は必ずしも贈与の考え方に依拠しているのではないし、同化の作用にしても、経済市場の方がはるかに強い役割を果たしていると考えられる。

### ii) 前提となる価値観

彼は価値判断を避けて福祉を論ずることはできないと考えていた。彼自身は、平等、公正、自由、人類愛、友愛等を重視しており、その価値観は、35年の長

きにわたってほとんど不変であった。

### iii) 現状分析の重視

彼の研究は注意深い、徹底した現状分析にささえられていた。経済や社会の変化に対し、福祉政策が十分対応しうるためにも、現状分析は不可欠であると考えていた。

### iv) 理論の軽視

彼は理論家ではなかった。自分の考えを理論的に展開しようとはしなかったし、理論化の意味をあまり認めようとしなかった。

### v) 新しい発想の導入

ソーシャル・アドミニストレーションを議論する場合、所得税控除制度や職域年金制度を絡めて説くことは、今日では常識となっている。しかしこうした発想は、実はティトマスが最初に試みたものであった。あまりにも一般化してしまったために忘れられがちであるが、このような形での彼の寄与は多数見られる。

### vi) 法制の細部にわたる調査

彼は、法制の大雑把な枠組もさることながら、細部の規定が如何に重要な意味を持つかを知っていた。そして実証し議論を展開することの意義、その影響力を信じていた。

## III

一般的特徴のiv)でも指摘されているように、ティトマスの論述は必ずしも理路整然としている訳ではない。彼の全体像を浮びあがらせるためには、各所に散ばっている関連のある論述をつなぎ合わせてその論旨を組み立てる作業が必要である。この論文もいくつかのテーマごとに彼の主張を整理し、その理論上の矛盾や問題を指摘している。

著者が取り上げた最初のテーマな「福祉政策の発展」である。ティトマスは、特定の制度の発展過程を調べ、その発展を推進した要因が何であったかを明らかにしている。しかしそれを福祉政策発展の一般論にまで高めた訳ではなかつ

た。福祉政策の発展を工業化の進展との関係で見ていることは明らかであるが、一体工業化のどの要因が福祉政策を必然化したかについては明らかにしていない。

一般論を持たなかったということは残念なことであるが、その反面福祉政策の発展に影響を与えた複雑な諸条件をよく説明できたということは大きな意義を持つものであった。その意味で彼は歴史研究に社会学的な説明を導入したのであって、保健や社会保障が比較的一般化して論じることが難しい問題領域であるだけに、この方法は大きな成果を収めたのである。

## IV

次に著者が取り上げているテーマは「社会サービスの役割と目的」についてである。これを著者は次の6点に整理している。

### i) 所得再分配

すべて福祉政策は所得再分配効果を持っている。それは市場メカニズムを通しては充足されないニードに対応するためである。しかしすべての福祉政策が垂直的な再分配効果を備えているとは限らない。そしてティトマスが支持したのはこの垂直的再分配効果の高い福祉政策であった。

### ii) 統合と調和

彼は、コミュニティと参加の意識を推進し、疎外感を防ぎ、少数者を社会に組み入れてゆくことが、福祉政策の課題であると考えていた。彼にとって社会的統合は、単に理想とする目標であるだけでなく、現に福祉政策が実現しつつある実態でもあったのである。

### iii) 社会的費用の補填

社会的、経済的变化は、失業、公害、労災といった各種の反福祉状況 (dis-welfare) を生み出している。そしてその原因や結果を明らかにすることは容易ではない。ティトマスは、このことが、福祉政策が発展してきた一つの理由であると考えていた。

社会の変化が反福祉状況を生みだすとすれば、その費用は社会が公平に負担

すべきで、一部の人々のみがその犠牲となることは許されない。ティトマスはこのように考えていた。

#### iv) 個人的、社会的福祉の増進

特別なニーズを持つ人々や障害を持つ人々に各種の無料サービスを提供し、大多数の人々の心配や不安を取り除くことは、福祉政策の目的である。

#### v) 社会的投資としての寄与

社会サービスに対する支出を、単に消費として捉えるだけでなく、投資として捉えることも必要であると彼は主張している。保健や教育に対する支出は健康な市民を育て、有能な労働者を育てるための投資である。福祉政策の多くの部分はこのように、単に国民の福祉に寄与するだけでなく、国民所得の増大にも積極的に寄与しているのである。

#### vi) 援助の体系への寄与

贈与や援助は現代社会の重要な要素となっている。このような贈与や援助の精神を実現する場を福祉制度は提供する。例えば国民保健サービスは、利他主義、互惠主義あるいは社会的な義務の考え方を助長してきている。ティトマスは、福祉制度が現実に贈与の関係を助長していると考えていた。

### V

著者が次にあげるのは、「普遍主義と選別主義」に関するティトマスの考えである。

ミーンズ・テストによって貧しい人々に資源を集中しようとする考え方にティトマスは反対した。なぜならば、貧しい人々だけを対象とする福祉制度は決して十分な水準を確保しえず、それにより、本来排除されてゆくべき差別の意識が助長されるからであった。

これに対しティトマスが積極的に評価する選別的給付の条約には、まず第1にスティグマの伴なう抑制的なものでなく権利として保障されるものであること、第2は資力に基づいて支給されるものでなく、ニーズに応じて支給されるものであること、第3は普遍的なサービスの枠組を前提として機能するもので

あること、などがあげられる。

ただティトマスは彼の言う積極的な選別的給付の具体的な例を示している訳ではない。この点では、彼は具体的で詳細な説明を欠いており、抽象論のみに終始している。

### VI

「民間福祉」に対するティトマスの批判を著者は次の6点に要約している。

i) 民間福祉は職域で得られた成果を助長し、その意味で社会的不平等の拡大や固定化に寄与する。

ii) 民間福祉の存在は、公的サービスを弱め阻害する。

iii) 民間福祉は不平等を是正したり少数者を組み込んでゆこうとする意図を持たず、従ってこれにより社会的分断が促進される。

iv) 民間福祉は公的福祉よりも選択の自由を保障していると考えられがちであるが、実際にはそうではない。

v) 民間福祉が集める金と権力はごく一部の人々の手に収められ、われわれにはこれがどの程度社会の福祉のために用いられているかを知ることができない。

vi) 民間福祉と呼ばれるものも、現実にはその費用の相当部分は公的に負担されている。すなわち、企業内福祉費は税控除の対象とされているし、企業はその費用を生産物の価格に上のせして消費者に転嫁している。従ってこれを公的に規制しコントロールすることは理由のあることである。

ティトマスの民間福祉に対する批判は以上の様に要約できる。しかしさらに進んで、公的な福祉政策と民間福祉との関係は具体的にどうあるべきかということになると、答は明らかでない。

### VII

ティトマスはしばしば「福祉政策の失敗」について論じている。その理由として彼は次の5つをあげている。

i) 福祉政策の枠組を狭く取りすぎ、これを貧困者に限定して考えがちであ

った。ii) 法制が出来れば問題が解決すると安易に考えがちであった。iii) 経済分析の技術が進歩したほどには社会分析の技術は発展しなかった。iv) 福祉をそれ自体独立したものとして理解し、福祉サービスの機能やニードの基準を、変化する諸条件との関連において見極めることをしなかった。v) ビジョンを持たず創意に欠けていた。

ここで興味深い点は、福祉政策がその目的を達成できなかった理由としてティトマスがあげるものは、いずれも福祉政策自体にまつわる問題であるということである。ティトマスは常に物事をより広い視野に立って理解しようとしたのであるが福祉政策の失敗に関しては福祉政策自体にその原因を求めている。著者はこの点を、ティトマスにおける「政治社会学」の欠陥と表現している。

### VII

ティトマスは福祉政策に固有の研究方法を考え出してこれを例示した。それは福祉政策の特徴や運営に関する我々の理解を大きく前進させた。この点ではこの論文の著者も、ティトマスの功績を高く評価している。しかしフェビアン主義的なその研究方法がまたティトマスの限界ともなっていることを指摘している。福祉政策の目標と考えられている事柄が、そもそも我々の今日の社会で達成されるものなのだろうか。この点が、ティトマス以後の福祉政策研究者に残された課題であると指摘し、著者はこの論文を結んでいる。

Paul Wilding, Richard Titmuss and Social Welfare, Social and Economic Administration, Vol.10, No.3, Autumn 1976, pp.147-166.

(一圓光弥 健保連)

## 社会保障こぼれ話

### 社会保障の前進

(イラク)

この国には、1936年に労働災害の補償制度が採用され、社会保障の夜明けが訪げられている。その後の推移はともかく、1956年に、積立方式の制度により、退職や疾病に対する給付が設けられている。その後、1964年に社会保障法が制定され、社会保障制度の近代化が図られた。

1968年7月に政治的な改革が行なわれたが、新しい政治体制のもとに、社会保障制度にも意欲的な改善が進められている。社会保障制度の改善を企図した1969年の法律第112号が、1970年から実施されたが、これまでの法律やその改正法は、いうなれば、社会保障制度の改革を目指す序曲といえるものであった。本格的な改革を目指す段階は、1971年の法律第39号(年金・社会保障法)で、現行制度はこの法律で規定されている。

1971年法による現行制度は、労働者の保健、衛生、および生活水準の保障を企図している。また、第1段階として、短期間のうちに、年金・社会保障法によって、全労働者をカバーすることが目標とされている。新しい制度を管理・運営する機関には、その組織の基本的な活動を担当する部門として、健康保険、労働災害、年金、および社会サービスの4部門が設けられている。なお、最新の科学的手法を駆使するために、管理・運営にはコンピューターも導入されており、制度の管理・運営、財政、および技術的な分野において、寄与が期待されている。

健康保険部門の活動では、疾病や傷害が完全に治癒するまで、あるいは、廃疾が認定されるまで労働不能によって生じた喪失賃金の補償が支払われる。同時に、疾病や傷害に対して、医療が提供されている。また、女子労

(24頁につづく)

# 社会保障における受刑者と その家族

Suzane Barral (フランス)

本稿には、入獄中の受刑者とその家族が、社会保障の場で置かれた立場が論述されている。

1944年のフランス解放以前には、フランスの受刑者に対する社会的保護の問題について、なんらの考慮も全く払われていなかった。保護を規定する法律は、受刑者とその扶養家族をカバーするように次第に拡大されてきたが、それはきびしい注意を払った控え目な方法で行なわれてきた。

## 1. 刑務所に社会保障を適用する諸問題

刑務所で働く条件は、社会保障の基盤とする基本原則と完全には一致しない。疾病と災害に対する労働者保護の基本的な必要条件は、かれが稼得活動の仕事についていなければならないということである。しかし、強制的な刑務所の労働は、報酬を支払われる仕事に従事する稼得活動において、使用者と被使用者の間に存在する雇用の概念がもつ自由と一致しない。刑務所で労働する人びとは、労働者の雇用と関連をもつ報酬や謝金を示すある定められた金額を支払われる。事実上では、「支払い」表の等級は1から10までの範囲にわたり、完全に実質的なものである。雇用と報酬について受刑者によって蒙る不利益は、次第に悪くなっており、とくに、ほとんどの時間についていえば、刑務所の住人たちを忙しくさせておくのに十分な労働が行なわれていない。

このようにして、受刑者の社会保障適用は法律、財政、および経済の各分野

がかかわりをもつ問題となっている。

## 2. 社会保障でカバーされる危険

(a) 雇用傷害と廃疾 1946年9月30日付の法律は、労働災害制度に受刑者を含める基本原則を定めた。その法律を実施する政令は、若干の点において、2つの理由から他の労働者に適用される同様な法律と異なっていた。それらの理由では、まず、傷害を蒙った受刑者は刑務所当局によって治療を与えられ、したがって、医療費の償還になんらの規定もない。次に、受刑者労働の停止は稼得活動の停止として取扱われないので、したがって、受刑中には定期的に支給される毎日の給付はなんら支払われない。

受刑者労働の間に発生した災害の被害は、最終的な出所もしくは仮出所の日からだけ有効とされており、毎日の給付に対する受給資格を、その日から取得することができる。同様に、上記の日からだけ有効として、受刑者は適切と認められる私的もしくは公的な訓練センター、あるいは機能回復センターの入所を認められる資格を取得する。

もし災害が一時的もしくは永久的廃疾をもたらす場合には、当人が廃疾度を認定される日に依然として刑務所に入っているならば、受刑者に対する廃疾年金の裁定や支払いは、なんら妨げられない。

受刑者が作業中の災害によって死亡すれば、当人の遺族は一時的な手当について直ちに裁定を受けられるように、地方金庫に申請を提出することができる。

(b) 疾病と出産 疾病が刑務所の収容前に発生している場合に、受刑者は疾病手当の受給を継続する。しかし、疾病が入所後に診断された場合には、なんらの手当も支払われない。治療は刑務所当局の医療サービスによって提供される。

裁判前の拘留で収監された日は、賃金を毎日支払われる雇用で6時間労働に従事した日、もしくは非自発的な失業の日として取扱われる。

(c) 家族手当 手当の支払いは母親もしくは世帯主の受刑中に子供の世話に責任を負う者の居住地で、その地区の金庫によって通常の方式で続けられる。

### 3. 社会保障適用のギャップ

未決拘留の期間だけが1日6時間労働による雇用の期間とみなされるので、刑の期間を判決で申し渡された者は、社会保険で保護された者が有する事実上の立場を失う。したがって、かれの扶養家族もすべてを失い、任意保険から給付を受けるか、あるいは扶助に移らなければならない。

さらに、刑務所の労働災害には、毎日当りで支給される現金給付の支払いに対して、受給資格を与えられないという事実は、変則的である。社会保険の加入資格喪失は、刑務所を出所するときの稼得活動への復帰を、より困難にさえしている。刑務所で過ごす期間は、その間になんらの拠出も支払われないので、老齢年金保険で計算に含まれない。最後に、通常、受刑者には、失業の問題がある。

### 4. 修正への要因

改正を行なう1つの要因は、受刑者の間では、かれらの置かれた状態について、本人自身で次第に認識するようになったことである。しかし、改善をもたらすことのできる主要な要因は、世論の喚起である。これについては、多数の改革者——判事、法律家、ジャーナリスト、刑務所の牧師や刑務所の訪問者、およびある旧受刑者——が改善をもたらすように努力している。

The Situation of Prisoners and Their Families in Social Security, Droit Social, No.12, 1973, pp. 598-607; No. 20, '74/75.

## 病院費用の管理と保健改革

Vincenzo Ronzolani (イタリア)

本稿には、浪費や誤用を除去することにより、利用可能な財源を最も効率的に使用するように工夫された改革の活動について、ある分析が論述されている。

医療費をコントロールする可能性について語ることは、全く誤まっている。たとえば、正確な規模を示した金額で表現して、政府は国民所得のX%以上を費やすべきでないということが決定される場合に、費用の継続的なしかも予測できない上昇により、この制限が超過されるならば、一体どのようなことが発生するだろうか？ 市民たちは治療を求めたり病院に行ったり、給付を受けたり、また手術を受けたりするのを禁止されるであろうか？ その答えは明らかに否定的である。つまり、次のようなことが認められなければならない。すなわち、疾病の費用は増大を避けられないし、これは文明社会のある基本的な条件となっており、さらに、基本的には説明されていないし、また定義づけることのできない良い健康というのは、費用が高くかかる場合においてさえも、人類の身体にかかわる福祉に、よりすぐれた保護となる医学的進歩を通じて導入されるすべての技術革新の使用について、必ず拘束されているであろう。

この必要条件は、健康保護のすべての事項が費用を増やさなければならない

ということ、必ずしも意味していない。それは現実的な言葉で、医療費上昇の世界的な現象を述べただけであるが、同時に、実質的な貯蓄を達成することができないある分野では、そのようなことを実証することができる。たとえば、全世界よりもむしろイタリアの状況を参照すれば、そのような分野は病院医療、医療担当者の法律のおよび経済的立場、薬剤の生産と配分、および現行制度の効率と合理的な正当性を含んでいる。

病院については、緊要なしかも急進的な活動に対して最も大きなニーズがある。イタリアの病院制度改革は、理論的には改革の一部に当る保健改革以前に、また、憲法にもとづいて公立病院の能力を割当てられた各地方の機能を制定する以前に実施された。初期における部分的な再編成は、各地方レベルの能力をもつ病院機構を妨げる一連の欠点という結果をもたらした。

さらに、病院改革以後に、病院医療の費用は大幅に上昇してきた。この上昇は、病院の享受したきわめて大きな自主性と管理・運営における判断基準の相違によるだけでなく、医療担当者、また、ある例では、パラメディカルの職員や事務系職員に支払われたかなり高い俸給にもよるものであった。費用を膨張させた別の要因では、一方における軽微な仕事の職員、補助者および助手と他方における各科当りの病床数との間に、改革による割合が低かった。

さらに、高齢者の世話に対する適切な施設の欠如から、事実上では病院に留まる必要のない高齢者が、かれらの必要とする一般的な世話をかれらに提供する唯一の方法であるから、長期間病院に残っていた。

現在、病院の医師はある定められた俸給を支払われており、患者数によって決定される累進的な料金を支払われていない。かれらが全日制で働くか、またはパートタイムで働くかについては、病院の病床を確保するために急いで

患者を回転させるということに対してもはやなんらの誘因となっていない。これは公的な健康保護におけるある1つの方法に、あるいは他の方法に従事した医療担当者の報酬がもつすべての問題のうち、一部分にすぎない。イタリアの医師の収入は、全般的な社会保障制度をもつ国や、依然として疾病に対する社会保険をもつ国々を含めて、ヨーロッパ中の他のいずれの国よりも高い。

イタリアの社会保障の無秩序な発達、管理・運営機関の増殖的な出現、調整の不可能および各地域レベルにおいて制度の管理機関と医療担当者との間に設ける経済的関係を管理する協約の分裂の結果として、医師の収入は診療当りで支払われる比率と、かれらの提供した広範な領域にわたる各種の給付の双方から、かなり上昇してきた。

医師の要求はかれらの職業がもっている独占的な利益に、依然としてきびしく結びつけられている。

しかし、医師は効率的な運営がかれらに依存しており、また、医学的な事柄におけるかれらの技術的な判断に対するある挑戦を試みなくても、かれらが治療と発行した処方箋に対する要求について、より完全な選別を行なうことにより、節約を達成する立場にいるということを理解すべきであるということは重要なことである。

この目的のためには、高価でまた過剰な給付を発見したり、あるいは繰返したりする重複を避けるために、各人の健康カードのようなある制度について、根本的な改革を採用する必要があるだろう。もし医師がより高度な社会的認識を示し、それによって、かれらが本当に地域社会のために働くという方法で活躍するように、より多くの機会をもつようになるならば、他の国々の医師に対して均衡のとれたイタリアの医師の収入という目的を達成することも可能で

あろう。薬剤の消費の問題も、精力的に取り組まなければならない。厳密な検査は市民によって消費された量に制限されるべきではなくて、生産、配分、科学的研究、特許および価格にかんする改善された規則も含むべきである。

Control of Hospital Costs and Health Reform, Enpdep,  
No. 3, 1973, pp. 10-24; No. 36, '74/75.



(20頁からつづく)

働者には、出産時に、出産に伴う助産や医療などのサービス、休暇と賃金100%の給付と一時金が用意されている。

労働災害部門の活動では、災害を蒙った労働者は、完全に治癒するか、もしくは、廃疾が認定されるまで、医療と現金の災害補償が提供される。また、被災者が永久的な完全廃疾か部分的廃疾となったときには、年金が支給され、被災者が死亡した場合には、遺族年金が支払われる。なお、外国で治療やリハビリテーションの処置を施す必要があれば、被災者を外国に送って、それらの処置を受けさせることができる。

年金部門の活動では、老齢、廃疾、および遺族の給付が、年金の形で用意されている。この国の社会保障制度は、老齢・廃疾・遺族給付、疾病・出産給付、および労働災害給付の3部門を1本の制度に統合する形で実施されており(失業給付と家族手当はまだ採用していない)、年金部門のうち、廃疾年金は業務外の廃疾とともに、業務上の廃疾にも支給されている。年金のうち、たとえば、老齢年金は20年の加入期間、男子60歳・女子55歳の年金年齢で支給され、保険を適用された雇用が男子で30年、女子で25年の場合には、上記の年金年齢に無関係に、年金を受給することができる。

社会サービス部門の活動には、全労働者の一般的な社会的サービスの計画とともに、病院、産院、診療所、幼稚園、職業学校、その他各種の施設の建設が含まれている。

ISSA, Asian News Sheet, No.2, Vol, VII, April 1977;  
and Others.

(社会保障研究所 平石長久)



# 老齡者のサービス研究

(スイス)

本稿には、老齡者に対するサービスの研究が論述されている。

1973年3月初めに、スイスの有権者は、科学的な研究を促進し、かつ研究機関を設立するかもしくは譲りうけるように、政府に権限を与えることをスイス連邦憲法に加える新条文の承認に投票した。さらに、スイス科学審議会は1973年末に研究報告を発表した(注1)。本稿はその報告で取扱っている各部門の1つ、つまり、老齡者に対する政策構成への研究の寄与を論述している。

老齡者のために行なわれる活動の将来における発達は、研究を助けるのに必要な解決策について、多数の問題を提起する。かりに、1例を挙げれば、幾つかの町では、老齡者や病弱者が独立した生計を維持しながら、妥当な生活水準を享受するのを保証するように、かれらの自宅に食事を配るサービスが実施されている。これらの食事を用意したり、配達するには、各種の方法が用いられる。それらのうち幾つかの方法は、議論の余地が残っており、また、危険であると考えられる幾つかの方法は、ある場所では禁止されている。正しい方法の選択が、適切な当局の能力を超えている場合には、その選択は研究機関の手に託される方がよいだろう。その理由は研究機関の選択する方法が、独自に科学的な研究を行なう確実な手段であるからだ。

その報告には、研究が老齡者に対する政策構成に有益な寄与を行なうことのできる分野として、注目される他の領域が示されている。これらは健康、安全

および災害の予防、社会事業、および社会保険を含んでいる。

予防医学と予防法 — 十分な促進がまだ与えられていない重要な研究部門 — の発達は、老齡者の間における罹病率を引下げるのに寄与するであろう。

同様に、安全と災害予防は大きな重要性をもつ1部門である。1972年に、スイスの重大な交通事故で死亡した歩行者の約半分は、65歳以上の人びとであった。さらに、公共交通業務の機械化推進は、きわめて多くの障害に重大な問題を作り出している。これらの諸問題が取り上げられる以前に、技術、社会科学および心理学の各分野から参加する専門家のチームによって実施される科学的な分析研究が、必要とされるであろう。ある研究グループは、効果的な安全と予防を工夫し、かつ、それらの適用を促進することが、さし迫って必要とされている。

社会事業の研究は、とくに、世話や助言の活動を提供する分野で、援助が老齡者と病弱者に不可欠である福祉施設の組織化に関連して、貴重な寄与をすることもできる。この分野で必要とされているものは、かれらの利用できるすべての福祉サービスと手段の完全な一覧表、それらの効率の評価、より大きな合理性をもつ利益の範囲内におけるそれらの活動の調整、およびそれらにかんする情報の普及である。これは社会的現象の全般的な知識が必要とされ、かつ、スイスではほとんど実現されていないある研究分野である。

最後に、経済活動にもはや直接的には参加していない人びとの間で、社会保険を通じて行なう国民所得の再分配機構を改善したり、あるいは再編成することでは、手段は経済学という科学の分野で扱われなければならない。社会立法は科学的な考察よりも、しばしば実用主義にもとづいている。前出した審議会はニーズと経済的なインフレーションの社会的影響について、研究の促進を勧

告している。

すぐれたもしくはわれわれの発達した社会で、高齢者の政策を工夫する社会的分野で働くすべての人々は、スイス科学審議会の勧告から、また、この活動に密接な関係をもつ分野の研究結果から、成果を引出すべきである。

注1 Conseil suisse de la science: Rappprt sur la Recherche,  
(Berne, Cms Secretariat, 1973), 2 vol.

Research in the Service of the Aged, Rcc (Berne), No.1, 1974,  
pp. 18 - 22 ; No.52, '74/75.

## 多産への児童手当効果

M. Honig (イスラエル)

本稿には、人口と児童手当にかんする考察が論述されている。

本稿は経験的な資料にもとづき、また、経済の予測モデルを作ることを意図し、イスラエルと外国の双方において多産と家族構成の傾向に児童手当の与える影響の要約と現実に即した分析を示している。

イスラエルでは、児童給付は基本的には貧困を減少するために実施されるある所得維持の手段と考えられている。また、第二次的で、しかもそれほど多く分析されていないが、児童給付が多産、国民、および家族構成に潜在的な効果を持つと考えられている。

その研究に示された4つの部は、多産の基本的な決定要素にかんする論議から始めて、問題のあらゆる側面を取り入れており、かつ経験的な証拠とともに理論的な証拠も含んでいる。2つの章はイスラエルにおける異種族のグループ内でみうける現在の多産に焦点を絞っている。最後の章は、近い将来に児童手当が国民の人口傾向に与えると思われる影響を検討している。

研究によって得られたものを再検討して、筆者は、積極的な相互関係が確認されているが、しかし、それらの関係の量的な発生率だけが、依然として議論されているにすぎないことを主張し、多産にかんする所得と価格のもつ影響を指摘している。子供達は両親に対して有益な存在となる。そのように有益な存在となるには、母親の費やす時間とともに、子供を育てたり、教育を与える費用や、医療、食料、住居の費用がかかる。多産となる動きと関連をもつ経験的な証拠は、現在まで児童手当のような移転所得を含んでいなかった。フランス、西ドイツ、カナダ、スウェーデンで児童手当の採用後に生じた多産の傾向を再検討して、筆者はそのような制度が多産に影響を与えたと述べている。しかし、その影響は小さいし、したがって、それらの制度による全般的な影響は、そのような制度をもたない国の傾向と同じである。

イスラエルでは、8人の子供をもっている家庭に毎月支給された給付の相対的な規模は、1969年に17.7%大きくなり、1970年には29.1%増大したが、しかし、1971—72年におけるこれらのグループの多産率は、減少を続けたので、その結果、効果はきわめて小さかったか、あるいは、不確実であった。

イスラエルにおける多産率の予測は、異種グループ(アジア系、アフリカ系生れの母親)にもとづいて実施されるべきであった。多産と教育の間にみうけられる強力な否定的関係を考慮に入れるべきであった。教育水準の上昇は生産性を上げるし、そのような機会は子供を育てる費用を増加させる。

筆者は所得が高くなればなるほど、教育水準が高くなるし、移転所得の長期間にわたる配慮が所得維持の効果的な手段であるが、多産の水準と傾向によって、比較的に小さな効果をもっただけであるという結論を示している。

The Effect of Child Allowances on Fertility, The National Insurance Institute, Bureau of Planning, Jerusalem, 1974, 36 p.; No.71, '74/75.

〔以上4編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対するISSAのAdvisory Committee-1967年10月-による了解にもとづき、Social Security Abstractsより採用した。〕



## 社会保障こぼれ話

### 短期疾病への現金給付

(アメリカ)

1975年に、短期的な疾病に対して支払われた現金給付は87億ドルに達し、これは対前年で9%増になっている。

ところで、この国では1975年に、被用者のうち、一時労働不能保険によって、約4,900万人が一時的な労働不能による所得の喪失に対して保護されており、これは全労働力人口の63%に当る。これには、連邦政府と一部の州や自治体の公務員が含まれており、これらを除けば、カバーされた民間労働者は約3,600万人で、これは全労働力人口の57%に当る。

疾病時に現金給付を提供するには、大別して、2つの方法が用いられる。1つは保険を用いる方法で、もう1つは有給の疾病休暇か賃金継続支払いの方法である。民間産業の全労働者のうち、約3,100万人は保険でカバーされており、一般に、3月から1週間にわたる待期から、賃金の2分の1から3分の2を補償されていた。保険でカバーされたこれらの人びとには、カリフォルニア、ハワイ、ニュー・ジャージー、ニュー・ヨーク、およびロード・アイランドの州法、つまり一時的廃疾保険法と、鉄道一時的廃疾保険法を適用される労働者が含まれている。また、労働協約もしくは任意方式による使用者のフリンジ・ベネフィットで保険を適用された労働者も含まれている。しかし、一時的廃疾保険を実施するプエルト・リコの労働者は、情報が入手できないので、上記の中には含まれていない。

有給の疾病休暇は、労働者が疾病や災害のために働けないうちに、労働者の賃金を維持する主要な手段で、これは1,800万人の被用者をカバーしている。これらの人びとのうち、多いのは公務員で、多数の民間労働者

(31頁につづく)

# インフレ下のスウェーデンの年金制度と老人福祉

スウェーデン社会研究所 小野寺百合子

## I 年金制度

スウェーデンにおけるインフレ下の年金制度というとき、まず年金サイドからインフレの進行を見た上で、1975年から76年にかけて、年金制度の上に取りあげられた新しい改正措置を並べてみることにする。要するに、スウェーデンの公的年金は、インフレーション・プルーフであるスライド制が、きめ細かく実施されているにもかかわらず、さらに年金受給者の所得保障としての効果を挙げるため、いかにすれば受給者の利益を守るために、行政的な改正が次々となされている。公的年金の改正にともない、補足的な各種協定年金も改正されるはずである。

### 基礎額

社会保障全般にわたって、各種給付金の基礎となる金額を基礎額といい、国民年金とATP（国民付加年金）も基礎額に基づいて算出されるから、これは年金に欠くことのできない数字である。基礎額はATP制度の発足に当たって、1957年9月の消費者物価で4,000krと定められ、以後、基礎額は毎月末にチェックされ、前回発表の時点より消費者物価指数が3%以上騰っていると、次の月にそのパーセンテージだけ、基礎額を上げる修正が決定され、翌月実施にうつされる。国民年金とATPはこのように月ごとの基礎額から算出されるのであるから、インフレーション・プルーフといわれるわけである。

次に基礎額の発足当初から今日までの経過を示すが、この表は毎年1月の基礎額だけをあげ、年間の変動は略す。但し1976年については1年間をあげておく。健康保険の傷病手当には、毎年1月の基礎額を年間を通じて使用するから、

1月の基礎額には特に重要な意味がある。

### 〔基礎額〕

年	金額 (kr)	前年比	年	金額 (kr)	前年比
1960	4,200		1971	6,400	+400
1961	4,300	+100kr	1972	7,100	+700
1962	4,500	+200	1973	7,300	+200
1963	4,700	+200	1974	8,100	+800
1964	4,800	+100	1975	9,000	+900
1965	5,000	+200	1976年 1月	9,700	+700
1966	5,300	+300	1976年 3月	10,000	
1967	5,500	+200	1976年 7月	10,400	
1968	5,700	+200	1976年12月	10,700	
1969	5,800	+100	1977年 1月	10,700	+1,000
1970	6,000	+200	1977 4月	11,100	

上の表で見る通り、インフレによる基礎額の上昇はここ数年著しい。したがって年金額も近年大幅に増加している。

その上さらに次の通り、いろいろの年金制度改正が行われ、年金受給者のための優遇措置が取られているのである。

#### a) 国民年金と基礎額

1960年にATPの発足とともに、国民年金にも大幅な改正が加えられた。すなわち年金額の決定にはじめて基礎額が採用され、10年の間に隔年段階的にパーセンテージを上げていって、1968年には、単身者で基礎額の90%、夫婦で140%の年金を支給することになり、その後このパーセンテージは維持された。それから以後はじめての改正は1975年7月1日で、単身者95%、夫婦155%となった。

## b) 年金年齢の低下

年金年齢は年金制度発足（1913年）以来、67歳が不変であったが、1976年7月1日より65歳となった。これにより年金対象者は18万人の増加となったが、うち7万人はすでに早期年金とか繰上げ年金の形で受給しているから、実際は11万人の増加であった。

## c) 部分年金の発足

1976年7月1日から新しく部分年金と名づけられる年金ができた。これは60～65歳の人々が常勤労働から非常勤労働に移った場合、収入の減少分を補償する年金で、一種の在職老齢年金である。条件としては、労働時間が週に5時間以上減少したこと、残りが17時間以上あること、その他である。部分年金は減少した収入額の65%であるから、部分年金と非常勤時間給を併せて、もとの収入の85～90%となる。これは繰上げ年金とは別個のもので、老齢年金と関係はない。

## d) 繰上げ年金年齢の低下

老齢年金の年金年齢低下にともない、繰上げ年金の開始年齢も63歳から60歳になった。また繰上げ年金は、年金の全額か半額かいずれかを選択することができるようになった。

## e) 高齢者のための早期年金

早期年金はもともと、病気または障害のために労働能力を半分以上失った人に支給される年金であるけれども、60歳以上の高齢者のためには、一般とは別の規則によって早期年金が支給される。

普通、早期年金は医学的条件によって決定されるが、高齢者の場合、医学的条件ではなく、従来の労働が過重であるか繁忙すぎるかで継続不能の場合、居住地域で別の適当な職場がなく収入を得る可能性がないという事情で決定される。老齢失業者は、失業保険の有効期間が切れてなお失業がつづく場合には、早期年金が支給される。

## f) 年金割増金

前述の通り、国民年金の額が単身者で基礎額の90%に落ちついたのは1968年

である。その翌年から、国民年金受給者でA T Pの無い人、またはA T Pがあっても額が少なくて、年金割増金を加えても合計額が基礎額の45%以下の人（A T P以外の収入は関係ない）には年金割増金がつくことになった。

年金割増金は1969年以来、毎年基礎額の3%ずつ増していくものであったから、1975年7月1日より1年間は年金割増金は基礎額の21%であった。ところが1976年7月1日からは基礎額の4%ずつ増すことに改正されたので、現在は25%である。

同時に、早期年金の受給者に限って、年金割増金は2倍となった、すなわち基礎額の50%となった。これは早期年金受給者はA T Pの年金点数が少ないのが常で、したがってA T Pが低額であるところから、それを国民年金でカバーしようとするものである。

## g) 障害補償の年齢低下

16歳以後65歳以前に障害者となった人は、早期年金のあるなしにかかわらず、障害補償を受けることができる制度であるが、1976年7月1日から、年齢が65歳から63歳に引下げられた。これは障害者が日常生活または労働活動をする上に、他人の援助を必要とする程度と普通人以上に費用のかかる程度とによって、基礎額の60%、45%、30%という3種類になっている。

## h) 年金受給者の税金

各種の国民年金は、コムーンの住宅手当（収入が国民年金だけまたはそれ以外僅少の者には、コムーンが家賃暖房費を負担する）と障害補償を除いて、すべて課税対象収入である。しかし国民年金受給者に対しては、一般の控除額4,500krのほかに特別控除があるから、従来は老齢年金、早期年金、寡婦年金だけしか収入のない人は、いずれも税の申告も納税も不要であった。それが1976年7月1日からは、この控除額が拡大されたので、国民年金以外の年収3,800krまでは税金がかからないことになった。それ以上の収入があれば、年収36,000krまでは超過額の40%が控除される。さらにそれを超す収入であれば、控除の割合が減少し、年収38,500krから特別控除はなくなる。年金受給者夫婦

の場合には、従来の特別控除は夫婦合算年収50,000krでなくなることになってしたが、1976年7月1日からは、納税義務者各自ごとに上述の規定が適用されることになった。

## Ⅱ 老人福祉

老人福祉とインフレとの関係は、年金制度のように直接数字に現われてはこないが、この時期に目立って進展した老人福祉のいくつかを取り上げる。

### a) 老人住宅

「公的老人住宅には、年金者アパート（普通の集団アパート内の年金者用）と年金者ホーム（年金者集団アパート）と年金者ホテルがある」と、スウェーデンの公刊物に年金者ホテルの名称が出はじめたのは、僅か1,2年前からである。年金者ホテルはコモンによっては、サービスハウスとか住宅ホテルとか名付けられているが、従来の年金者ホームと老人ホームの機能を兼ね備えたもので今後は老人住宅の主役となるであろう。

（これについては、昭和51年度厚生科学研究「老人ホームの地域開放」に報告してあるから重複を避ける。）

### b) ねたきり老人対策

老人人口の増加にともなって、ねたきり老人の増加はスウェーデンでも大問題である。過去10~20年間の医療ベッドの増加分は、ほとんどすべてが慢性病患者用に提供された。それにもかかわらずまだ不足で、多数のねたきり老人が、病院の急性病棟のベッドを圧迫し、老人ホームの中の病室を占領するケースが多い。病院は大資本を投じて高度の設備と医療機具を備えたもので、慢性病患者が各種の検査を終り、一定の看護方針の出たあとまだ長く入院をつづけるところではない。また老人ホームは老弱とはいっても健康な老人を収容する施設であって、病室は一時的の病人を休養させる場所である。1980年を目標とする医療計画は、療養所（ナースホーム）の増設、とくに小規模の小療養所を患者の住居地域に近接して数多くつくることが1973年に発表されている。1975

年までにはこの計画によれば、70歳以上の人口の5.5%に当たる40,000ベッドが整備されるはずである。1985年までには老齡化の進行に備え5.5%を6%にするため、さらに20,000ベッドを増加する計画である。しかしこの計画が実際に実行されるかどうかには疑問がある。それはインフレ下の社会福祉政策では、所得保障の性格である各種給付金は拡大しているのに比べて、建設関係の経費が縮小されているからである。

### c) ホームヘルプサービス

老人および身障者用のホームヘルパーに、ソシアル・サマリットという名称が与えられ、政府からコモンに対する補助金の対象となったのは1964年であった。以来この活動はコモンの事業となり、サマリットも地方公務員の資格を持ち、老人のオープンケア部門の重要な役割を果し、急速な発展をとげたのである。サマリットの要員は訓練を必要とせず、経済発展が進行中の時期には、在宅の中年主婦の仕事として最適とされ、人的資源に事欠かなかった。ところが女性の就職が一般化するにつれ、中年婦人にとってもサマリットは魅力的な仕事ではなくなってきた。今ではそろそろ要員に不安が出はじめたところである。そこで今、試験的に都市地区でも過疎地区でも、ヘルパーがチームをつくり自動車を使って、能率的に巡回ヘルプする方法が行われている。

同時に、1971年から家族の中の老人のために、家人がある基準の援助をすれば、公的ヘルパーとして認められ時間給が支給されることになった。それでサマリットの人数は急増した。

### d) 家族看護

在宅老人の病気に対して、1971年から医師によって必要が認められ、一定条件を満たす看護であれば、家庭看護者として州から看護手当が出ることになった。看護者は誰でもかまわないが、主力はソシアル・サマリットである。サマリットはコモンに属する公務員であるけれども、家庭看護者として働くときの手当は州から出る。また家人も家庭看護者になることができる。

この制度は、医療サービスと社会サービスが、互いの領域を越えて共同して

働き、効果を挙げている例である。これはまた療養所不足を補うのにも役立っている。

Åke Elméri "Svensk Social Politik" 1975.

Social Department: "Social Katalogen" 1976.

昭和52年度 スウェーデン社会研究所への厚生科学委託研究費による研究報告より。



(27頁からつづく)

も含まれている。通常、この給付方式は待期を要求しないで、収入の金額を補償するが、支払われる期間は最高で年間5—15日にわたっている。

1975年に、237億ドルの喪失所得に対して支払われた給付の総額は、上述したように、約87億ドルで、このうち、約10億ドルは保険の個人証券の形で支払われ、77億ドルは有給疾病休暇かグループ保険の形で支払われた。この年には、給付費総額が増えているが、その増加は賃金の上昇とともに、疾病が若干多かったからであるとされている。疾病休暇による支払いは、この数年来急激に上昇しており、1975年には、支払った総額は18億ドルになっている。

ところで、一時的廃疾保険の支払いには、出産時の給付が問題になっている。出産時の労働不能について、かつて、この保険では、大部分の制度が正常な分娩に給付を支払っていなかった。しかし、男女によるこの差別を撤廃する要求が法定で争われてきた。もっとも、一部の制度は困難な出産などの場合に、給付を支払っている。最近、最高裁判所は、出産給付の除外を認める判決を下したが、一部の制度は変化を示している。たとえば、カリフォルニア州の法律は、出産時の給付を認めるようになった。ニューヨーク州では、裁判の判決により、使用者の責任で出産時に給付を支払うことになった。

一般に、保険制度は労働者の喪失した所得の一部だけを補償しているが、疾病休暇の制度は賃金の金額を支払っている。

Cash Benefits for Short-Term Sickness.

1975, Social Security Bulletin, No.5, Vol. 40, May 1977,  
pp.27-30.

(社会保障研究所 平石長久)

## 最近の諸外国の企業年金

厚生省年金局企画課 石本宏昭

1966年に発足した我が国の厚生年金基金は、民間企業の退職金等を生涯にわたる老齢給付として有効な年金にすることを通じて公的年金とあわせ、退職者の福祉を図ることを目的としている。このような私的年金のシステムは、わずかにイギリスの所得比例部分の適用除外制に例を見るにすぎない。勿論、我が国においては、税制適格年金のように社外積立の年金システムがあり、これはアメリカの企業年金を例としており、さらに、企業内積立により帳簿上の操作を加え、企業活動の中で資産を蓄積していく退職金引当制度は、西ドイツの例によるなど外国の模倣策が多い。

このように我が国の企業年金は、諸外国の制度を我が国の風土によく慣れさせて利用しているが、模倣された諸外国の企業年金にここ2～3年の間で大きな変化が目立っている。

本稿では、西ドイツの企業年金及びその実態ならびに支払不能保険（Insolvenzschutz）を紹介するとともに発足間近いイギリスの適用除外制（Contracting out system）をながめてみることにする。

また、西ドイツにおいて最近企業年金の実態調査の結果が発表され、好運にもこの資料を入手したので紹介したい。

なお、我が国の厚生年金基金制度のしくみについては、簡単に触れる程度にしているが、いずれにしろ我が国への影響は大きいものと思われるので、別に折に触れ本紙で問題点を紹介してみたい。

### 1. 西ドイツの企業年金

西ドイツには、我が国やイギリスのような企業年金が公的年金の一部を代行するという制度はない。また、フランスやスウェーデンのように全国的な規模での労使間の団体協約に基づく補足年金制度もない。もっぱら企業年金の側が、公的年金の水準に応じて、企業退職した者の福祉に見合う水準を決めていくという形を考えている。現在、西ドイツの公的年金の水準は、もっぱら所得比例によっているが、制度の歴史も古いから、例えば40年加入でいえば従前所得の平均の約6割が保障される。この6割は、税や保険料控除前のいわば総収入（Brutto）に対する割合であり、現役労働者の手取り収入と大差ないものである。

この公的年金に企業年金が最終給与の10%程度の年金を上積みするのが一般であり、西ドイツ連邦政府の年金担当者によれば、「ドイツにおける年金水準は、最早十分であると考えている。今後は、重複給付の是正や費用負担の円滑化等効率的かつ裏づけのある制度運営が必要」と明言している。

西ドイツにおける企業年金の型は次の4つに分類できる。

#### ① Betriebliche Pensions Kasse（年金基金）

法制上は、保険会社の取扱いを受けており、この保険会社は、単一又は複数の企業とその従業員の企業年金業務を行うために別個の企業として設立されるものである。我が国の信託型の税制適格年金と似た財政運営の方法がとられている。この金庫の財政は設立企業の拠出金によって賄われており、また欠損勘定が生じたときは設立企業の特別拠出が行われる。

#### ② Unterstützungs Kasse（共済金庫）

これは、ある企業が現及び旧企業従業員に対して失業、生業不能、老齢年金等の業務を行うべく設立された独立採算制の法人である。一般にこの金庫は、登録協会、有限会社若しくは財団法人の形をとっている。この共済金庫の財政は、税法の定めるところにより資金準備が必要であり、被保険者分については、その期間中の原資が準備される。この金庫は独立採算という建て前から、資金



運用に関しては、全く自由である。拠出は通常事業主だけであり、また老齢給付の請求権も法的には被保険者である被用者にはないので、法制上は保険の扱いはうけていない。

③ Directversicherung (直接保険契約)

これは企業が保険契約者としてまた保険支払者として、その企業の従業員の生命保障のために一般の民間生命保険会社と保険契約を結ぶことである。これにより年金を購入する形をとるものである。これは、我が国でいえば小規模の事業所が従業員のために生命保険会社との間で税制適格年金契約を結ぶ場合と似ている。この場合従業員の各個人につきそれぞれ個別契約をする場合と、集団的に契約する場合とがある。

④ Pensionszusage mit Pensionsrückstellung (非積立年金契約)

これは労働契約締結時において、使用者側の呈示による協定、労使間の労働協約、企業協約等によるものである。この場合保険者は企業であり、財政は、いわゆる帳簿上積立方式による。我が国では退職金引当制がこれにあたる。商法上は年金財政についての規定はないが、実際には、年利5.5%の会計利子により数理計算を行い積立てていくとしている。積立金は、実際には事業のための一般資産と区分されず、事業主が事業のために使用することになっている。

このような企業年金は、全般的にみて、事業主主導型で発展してきており、その資金は企業の拡大に向けられるなど、従業員や年金受給者の権利保護という面では必ずしも十分でない面が見られた。公的年金の水準が上昇すると企業年金が減額されたり、中途脱退者については十分な保障は行われなかった。

さらに事業所内で積立てるような制度の場合は、企業の倒産により年金権の保障は消滅する状態であった。

そこで企業年金が公的年金を補足する制度としてより効果的で確実なものとして運営されるようにするために1974年12月に企業退職年金改良法 (Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung) が成立した。

この法律制定にあたっては、周到な実態調査が行われ、次のような結果が示

されている。

この調査は、企業年金に関する調査が従前全く行われなかったことから関係各方面に大きな反響をよんだ。調査対象は、農業・建設土木業を除く全ての民間産業部門を対象として任意抽出し、企業数は122,300、従業員数は11,611,000人という大規模なものである。

調査によると33,000の企業が何らかの企業年金を有しており、全体の約3割にあたる。従業員の数からみると企業年金を有する企業に属する者は7,024,000人で全体の約6割を占める。

これを従業員数規模別の企業数でみると表1のように、大規模になるほどその恩典は大きくなる。

表1 企業規模別にみた企業年金の実態

従業員数別 による企業 規模	調 査 企 業	
	総 数	企業年金を有する企業数
	調査企業の割合	企業の割合
10～49	76.8 %	18.3 %
50～99	9.7	45.8
100～199	6.5	53.7
200～499	4.5	69.4
500～999	1.3	80.7
1,000以上	1.2	86.2
総数(平均)	100.0	27.2

次に企業年金を有する企業のうち対象者はどうかをみると、表2のように全従業員を企業年金の対象としているのは調査の中では半分強を占めるにすぎず普及度に関しては、規模の大小で大きな格差が生じている。

表2 企業年金の対象者

企業規模	全従業員	管理職員を除く一般職員・労働者	管理職員のみ	一般職員のみ	労働者のみ	全職員(管理職員含む)	管理職員と労働者
10～49	29.6%	22.6%	9.5%	10.7%	7.0%	15.8%	4.8%
50～99	63.0	14.7	5.4	2.4	1.6	11.8	1.1
100～199	74.3	9.8	4.3	2.0	0.4	8.1	1.0
200～499	84.9	3.7	3.3	0.8	—	7.3	0.0
500～999	89.7	2.7	2.3	—	—	5.3	—
1,000以上	95.6	1.0	1.0	—	—	2.4	0.0
総計(平均)	53.3	15.5	6.7	6.0	3.7	12.1	2.7

では、このような企業年金は、先述した4タイプに分けるとどうだろうか。規模別にみてみよう。表3のように、④型の企業の約半数は年金義務約束もしくは③型の直接保険契約という型を採用している。しかし、③型は、企業規模が大きくなれば採用企業は少なくなるのに比し、④型は、その逆である。次に多いタイプが②の共済型で規模が大きくなるにつれ採用企業も増大する。①の企業年金基金は、わずか9%であり、また企業規模との相関は見られない。①～④型は、ある企業が1つの制度しかもたないということではなく、例えば化学会社であれば、企業年金原資を2ないし3に区分けし、各原資を別々の型に振り分けるということも行われているようである。

表3 規模別企業年金の型の割合

規模	①タイプ 年金基金	②タイプ 共済金庫	③タイプ 直接保険	④タイプ 独自約束
10～49	9.4%	6.5%	62.1%	34.7%
50～99	6.6	17.0	43.4	58.9
100～199	6.8	28.4	34.7	67.2
200～499	10.5	39.4	25.8	75.6
500～999	8.0	51.2	21.3	84.2
1,000人以上	14.5	49.8	12.0	91.0
総数(平均)	8.9	18.2	47.9	51.6

では、これら企業年金の支給水準はどうであろうか。支給方法は、定率方式と定額方式とがみられ、全体では約半々であるが、管理職員では定率が44%、定額が47%、一般職員では43%、53%、労働者では34%、62%とそれぞれなっている。

とりあえず定率給付で対従前稼得比率をみると表4のようである。

表4 企業年金の従前稼得比率

	5%未満	5～10%未満	10～15%未満	15%以上
一般職員	1.2	8.3	14.3	76.2
労働者	1.7	13.0	19.0	66.3

	15%未満	15～30%未満	30～50%未満	50%以上
管理職員	3.5	38.6	48.4	9.5

このように企業年金は、所得の再評価や物価スライドはないにしても給付水準は従前所得の15%以上が大半であり、公的年金と併せ相当の水準になる。

1974年末に成立した改良法は、これら企業年金の受給者ならびに期待者について年金権を保全することを目的に成立した。その内容は、①中途脱退者のうち、退職時35歳以上で10年以上の加入期間があるが、少なくとも12年企業に属し3年以上の加入期間がある者については、年金権が保全される(Insolvenz-sicherung)。②公的年金支給開始年齢に企業年金の支給はあわせること(1972年の弾力的支給開始年齢の導入を企業年金に適用せしめる)。③3年毎に財政見直しを行うこと等である。

(支払不能保険: Insolvenzsicherung)

ここで、企業が倒産した場合等年金受給権が確保できないときにこれを保証する機能としての支払不能保険を説明しよう。

この保険は、年金保証連盟(Pensions-sicherung-verein)が運営主体で

あり、1975年1月に設立された。この保険に加入するのは、主に事業所内で独自に年金を運営するシステムである前述の②共済型と④の独自年金型である。年金基金や直接保険契約では、もともと保険会社を通じて安全な積立てが行われており、企業の倒産によっても年金支給は行われるからである。

この保険に加入できる企業は職種や規模を問わないが、企業創設後10年以上経過したものに限られている。これは、倒産しやすい企業は約8年ぐらいで大部分が倒産しており、これを入れると危険率が大きくなり保険運営が不可能となること、また、年金権を保存すべき対象者は10年以上加入の者であることから、過去10年以上の歴史をもつ企業として差支えないということによるものである。

この保険の対象となるのは、企業が約束する年金給付であり、現に年金を受給している者はもとより年金支給開始を待つ者も含まれる。この受給期待者については、支給年齢に到達する都度契約が締結される。

保険給付を賄うための保険料は、各企業が予定する年金給付に見合って「保険料算定基礎」を連盟に提出し、連盟は、企業の規模等に無関係に保険料率を一律に定める。したがって高い給付を計画する企業は高い保険料を払う仕組みとなっている。この保険料率は、1975年0.15%、1976年0.19%、1977年0.17%（見込み）である。

最近の事業概況は次のようである。

表5 支払不能保険の事業概況 (単位:百万マルク)

	算定基礎合計	保険料率	収 入	支 出	差 額
1975	74,000	0.15%	111	74	+ 37
1976	820,000	0.19%	157	162	△ 5
1977	900,000	0.17%	153	未定	未定

近年の倒産件数は'75、'76年とそれぞれ250企業ぐらいで全加盟企業3万の1.6%にあたっている。

我が国においては、倒産した場合は、国に代行部分が移管され、 $+\alpha$ 部分は一時金として支給されているが、このようなベスティングの方法は、参考に値すると思われる。

## 2. イギリスの適用除外制 (Contracting Out System)

訪英中の3月29日に英国社会保障省の担当者の弁によれば、4月の第1週にも1975年社会保障年金法の施行法が国会を通過するとの話を聞いた。この施行法により、1975年4月に廃止され資金凍結状態にある所得比例給付が、1978年4月から実施される。ペバリッジ以来の英国の年金は最低給付の年金が主流を占め、所得比例給付は別に企業年金等私的に賄われるのが従来の考え方であった。しかし、1959年労働党政権下で所得比例給付を国の年金制度に組み入れることになった。ただこの制度は受給者が発生するのは、20年以上先であり、また掛金の割に所得の再評価がないため給付水準は低く、かつ物価スライド等の措置も講ぜられなかった。もっぱら従来の定額部分の財政欠損対策が一義であった。このため、この給付は国民のみでなく企業にとっても悪評がたち、ついに1975年4月に廃止となった。ただし、期待権、既得権を確保する見地から、物価スライド措置を講じることとなった。

1978年4月からの制度では、①過去所得の最高3年間平均の所得を基礎にして、年1.25%20年で25%を確保する。20年以上の加入についてはこれを25%で限度とし、また、1年でも1.25%の支給をする。②過去の所得は全平均所得の伸びにより再評価する。③保険料率は表6のとおりである。④適用除外制をとる企業は、表6に定める料率を国に払い、残余の $\frac{70}{1000}$ が免除料率として、所得の再評価までを行う。⑤中途脱退者については、5年未満加入者については、企業年金に払いこんだ保険料を国に支払い国に引継ぐ。5年以上の場合は、職域年金自身が全て責任を負うが、国に加入期間にかかる所得の再評価に要する費用も含めて支払い、国の制度が行うこととする。⑥財政は、国は賦課方式、適用除外となる職域年金では積立方式である。国においては、既裁定者の年金額について物価スライドを講じることとなる。これは、過去所得について1年

につき1.25%という最低保障を確保するために国が支払うという建前であり、例えば、1980年に2年加入で従前所得120万円であれば3万円が確保されるが、5年たてば、物価上昇により実質価値が減少し、たとえば2分の1の価値となったとて、この2分の1を補てんするため、15,000円を1985年には国から支給するということである。勿論毎年この補てんは行われると思われるが、高い $\alpha$ 給付をもつ適用除外制であれば長い将来にはじめて実質の最低保障水準を割ることとなる。いずれにしろ賦課方式と積立方式と財政方式は全く異なるものであり、総括担当する国の年金担当者の努力は厳しいものと思われる。

表6 新しい保険料率(1978.4～)

区 分	適用除外されていない場合		適用除外された場合	
	下限までの所得について	下限をこえ上限までの所得について	下限までの所得について	下限をこえ上限までの所得について
被保険者	6.5%	6.5%	6.5%	4.0%
事業主	10.0	10.0	10.0	5.5
合 計	16.5	16.5	16.5	9.5

- ① 1977年4月現在。下限所得は週15ポンド、上限所得は週105ポンドである。
- ② 免除料率(企業年金部分)は7.0%である。



## 南半球の福祉国家

——ニュージーランドの印象——

社会保障研究所 山崎泰彦

### I

このたび、社会保障研究所より海外出張の機会が与えられ、1月初旬から3月下旬までの約2カ月半、ニュージーランドとオーストラリアを訪問した。公式の訪問目的は、いうまでもなく、社会保障の実情調査であった。しかし、訪問を終えた今の私は、進んだ社会保障の姿には勿論のことであるが、両国の人々のホスピタリティと自然の美しさにも、すっかり魅せられてしまっている。社会保障の実情については、いずれ別の機会に紹介したいと思う。そこで、今回はとりあえず、最初に訪問したニュージーランドの印象記を書いてみたい。

今回の出張に出かける前、私の同僚たちの多くは、私がイギリスに行くものと決めてかかっていたようだ。私の社会保障研究は、イギリスの歴史的研究から始まったのだし、また、今なおわが国では、イギリスが社会保障のメッカだと考えられている。同僚たちがそのように思ったのも、別に不思議ではない。

しかし、あえて私がニュージーランドとオーストラリアを選んだことには、それなりの理由があった。わが国ではそれほど注目されていないが、これら両国の社会保障は、ヨーロッパ諸国と比べても決して遜色のない、しかもユニークな内容を備えている。ところが、本格的な研究をすすめるうえでは、文献や資料を入手しにくいという制約があり、ぜひとも直接に訪問したいと思ったのである。その他、観光上の魅力、外国旅行の経験に乏しい者にも不安なく旅行できる国だということ、あるいは日本の冬をエスケイプし夏を楽しむことも、

私の気持を引きつけた。

しかしながら、何といっても私には初めての外国である。それに、精神的にも肉体的にも、私は決してタフではない。とくに、体の面では、3年前に結核で倒れていたの、必ずしも万全の状態ではなかった。こうした点で、友人や家族はずいぶん心配していたようだ。しかし、私の性格から判断して、何かトラブルが起るとすれば、それは外国で日本人としてふるまえないというストレスによる、多分に精神的なものではないだろうか？ そのように考えた私は、「郷に入れば郷に従う」心構えをした。要するに、日本人であることを忘れてしまおうと思った。元来、和食が好きで、漬物や味噌汁の欠かせない私だが、これら日本への郷愁をさそうものは一切持参しなかった。かなりハードなスケジュールであったにもかかわらず、意外と気楽に研究と旅を楽しむことができたのは、この頭の切り換えが成功したからであろう。

### II

ニュージーランド訪問にあたっては、平石長久氏のすすめにより、直接に社会福祉省のDirector—General 宛に手紙を書き、仕事の面での一切の世話を願った。そうして、ウェリントンでの3週間の仕事の日程については、社会福祉省のMr. T. Baker氏が、私の希望通りに組んでくれた。ただし、日程はかなりきつく、週末を除いては、ほとんど連日、午前、午後とも訪問に追われた。訪問先は、社会福祉省(本省の他に、業務センター、パーマストン・ノース地方事務所など)、保健省、災害補償委員会、大蔵省、政府退職年金基金、ウェリントン病院、ビクトリア大学、公務員労働組合、医師会、労働党、国民党、経営者連盟、サザン・クロス医療保険会社などであり、この間に地元の日刊紙“The Evening Post”の記者から逆にインタビューをうけたこともあった。

毎日の訪問にあたっては、本来なら前もって十分な準備をしておくべきなのだろうが、私はほとんどそれをしなかった。というよりは、資料が入手しにくいということもあって、もともと、ニュージーランドの社会保障に関する予備

知識が私には欠けていたのだから、準備しようがなかったともいえる。もっとも、最初の訪問としては、この国の社会保障の基本的な特徴点さえつかめば、それで十分だろう、と思っていた。

ニュージーランドの社会保障の最もユニークな特徴点は、所得保障部門において（災害補償のみが例外）、社会保険も公的扶助も事実上存在せず、全体がいわゆる「社会扶助」的なシステムにもとづいて体系化されていることであろう。すなわち、租税によって費用が賄われ、給付はフラット・レート、しかも多くの給付がインカム・テストを条件としている。資格要件は、インカム・テストの他には、居住要件があるのみであり、短期の給付や家族給付の場合は1年間、最も長い老齢年金の場合でも10年間の居住で、国籍を問わず支給される。

このようなユニークな社会保障が形成された背景は何か？ インカム・テストをベースにした社会保障が果して効率的に機能しているのか？ 今後、社会保険方式にもとづく所得比例の拠出・給付が採用される可能性があるのか？ ……これらの点こそ、私の最大の関心事であった。訪問を終えた今、私なりにこれらの疑問に対する一応の解答をえることができた。いずれ別の機会に論じてみたい。

### Ⅲ

ニュージーランドの社会保障給付費を対GDP比で見ると、1971年では10.5%であるから、先進諸国ではむしろ低いグループに属している。けれども、実際にこの国を訪問してみて、このような指標でもって福祉水準を判定するとすれば、見当違いもはなはだしいということを感じた。要するに社会保障は、所得再分配のしくみなのだ。所得の分配が平等化し、生活の基盤が安定していれば、社会保障への依存度は当然に低くなる。例えば、この国には、世界最初に制定されたすぐれた最低賃金制がある。住居をみても、持家率は75%と高く、日本人が通常考えるようなスラムはどこにも見当たらない。租税負担率は国民所得比で38%、しかも所得税が全租税収入の70%を占めているから、この面での

所得再分配もかなり強力だとみてよい。さらに私が驚いたことは、ニュージーランドでは、貧困という言葉はほとんど使われず、公式の貧困線も公的扶助も、事実上存在しない、ということであった。

当り前のことだが、社会保障を必要としないような状態こそ、本来望ましいものであって、社会保障と福祉とは次元の違うものなのだ。そうして、福祉とは暮らしやすさのことだとすれば、ニュージーランドが世界で最も進んだ福祉国家の1つであることは間違いないであろう。この点について、ある旅行家が次のように話していたのを思い出す。

「しばしば、スウェーデンが世界最高の福祉国家だと言われるが、その反面、老人の自殺が意外に多いということも指摘される。実際に、スウェーデンに生活して、あの長く厳しい冬を体験すると、体力が衰え、将来に希望のもてなくなった老人たちが死を急ぐ気持がわかるような気がする。その点では、ニュージーランドの気候は、夏は涼しく冬も暖かい。自然の美しさはいうまでもない。天国へ行く前に、1日でも長くゆっくり休養したくなるような国だし、またあのような国を通して天国へ行ってみよう」

南十字星、永河、フィヨルド、キウィ……の国ニュージーランドの美しい自然の紹介は、観光案内書にまかせよう。たしかに、気候や自然に恵まれることは、暮らしやすさの重要な要件であろう。けれども、福祉国家ニュージーランドを支える、それ以上に重要な支柱になっているのは、親しみやすい人々の人柄と、健全な市民生活であろう。以下、この点について述べてみたい。

### Ⅳ

ウェリントン空港に着いたとき、最初に目にとまったものは、建物の壁に大きな文字で書かれていた“Welcome to New Zealand. Tipping - A Way of Life in Some Countries is not a Custom in New Zealand”という言葉であった。この国でチップが不要であることは、私自身は旅行案内などで既に承知していた。けれども、外国からの訪問者に対して、歓迎の言葉と同時にそのことを徹底させようとする、その姿勢のなかに、世界で最も早い時期に各種の

社会立法を導入したこの国の歴史の重みを発見し、感動した。ニュージーランドの人々のすばらしいホスピタリティに接すると、不要であるとはいいながら、自然の気持ちとして、チップを出したくなる。しかし彼らは決して受取らない。

また、泥棒もいないらしい。夕方、ホテルに帰ってくると、決して窓が開き放しになっている。メイドが部屋を掃除をしたあと、換気のため、そうしてくれているのだ。最初のうちは、盗難があるのではないかと心配だったが、それも杞憂に終わった。大体、夜でもシャッターを下している店はほとんどなく、それどころか、ウィンドウ・ショッピングが楽しめるように電灯がつけ放しにしてあるくらいだから、本当に盗難の心配はないのだろう。

ところで、今回の訪問では、公式の仕事以外に、民間の一般の人たちとも交流を深めたいと思い、日本に関心を持つ人たちの団体である Japan Society of New Zealand の人たちとも接触した。ウェリントン空港では、この日本協会の会員である Mr. McCann さんの出迎えをうけて感激したのだが、それどころか、McCann さんは、ウェリントンでの3週間、自宅に滞在するようさそってくださった。初対面の私に対する好意として、これ以上のものがあるだろうか？ ところが、McCann さんは、4～5年前に奥さんに先立たれ、現在は19才の長女を筆頭にして、6人の子供のめんどうを1人でみておられるという。そこで、氏の好意はとても嬉しかったが、あまり御迷惑をおかけしてもいけないと思い、週末の1月14日から16日までの2泊3日だけお世話になった。なお、15日の夕方から夜、McCann さんのお宅で、日本協会の会員や近所の人たち約30人が、私のために歓迎パーティを開いてくださった。

ニュージーランドには、いわゆる夜の歓楽街はどこにもないし、しかも土曜日と日曜は、一部の中華料理店を除くと、全ての店が閉ってしまう。一般の観光客はたいくつしてしまうかも知れない。しかし、この国の人たちは、週末には、庭いじりをしたり、ピクニック、スポーツに興じる。また、頻りに家族ぐるみで家庭を訪問し合い、ささやかなパーティを楽しむ。ウェリントンでの3週間の間に、日本協会だけでなく、ビクトリア大学の社会学・社会福祉学部の

パーティにもさそってもらったし、その他、個人的に3人の人が自宅での夕食に招待してくれた。このなかには、昼食時にレストランで隣り合せになったというだけの縁で、招待してくれた新婚さんもいる。

とかく先進国というのは、産業や物質的な福祉は発展していても、その反面、盗難や暴力がはびこり、ポルノが氾濫しているという具合に、近代社会の病気が同居している。その点では、ニュージーランドの市民生活は実に健全だし、人々は穏やかで、ホスピタリティにあふれている。あとで、8日間の南の島の旅行を楽しんだとき、途中で、マウント・クックの写真をとりに来ていた「山と溪谷社」の写真家2人と会ったが、その時彼らは、「世界中を駆け回ったが、ニュージーランドの人たちほど素朴で親切な国民は他にいない」と語っていたから、私だけの独断的な意見ではないと思う。

最後に、21世紀に生き残れる国は、福祉が発展し、人種差別がない国だといわれることがあるが、ニュージーランドはまさにそういった条件を備えた国だと思う。この国の人口の89.5%はイギリスを中心とするヨーロッパ系であるが、その他に原住民であるマオリが7.9%、ポリネシア人1.6%、中国人その他が1.1%である。これらの少数民族の人たちの何人かに、「差別があるか？」と聞いてみたが、いずれも「ない」という返事がかえってきた。

作家の森村桂によれば、ニューカレドニアが「天国に一番近い国」だそうである。だとすれば、ニュージーランドは「天国に二番目に近い国」ということになるかも知れない。何はともあれ、もう一度行ってみたい国であることには変りない。

## 社会保障こぼれ話

### 失業保険の改正 (アメリカ)

この国の失業保険制度は、各州の州法にもとづいて実施されるが、1976年には、多くの州が失業保険の法律を改正した。

新しい失業補償法は、1978年1月からの実施を予定されており、この法律によって、910万人の労働者に適用が拡大される。新しく適用をうけるのは、大農場で働く農業労働者、大家族の世帯で家事労働に従事する労働者、および、多くの州政府や自治体の職員などである。また、一部の州は、任意方式により、小企業の労働者にも適用を拡大している。

保険料の徴収で対象とされる収入は、連邦法で用いる年収を6,000ドルに上げられ、保険料率(連邦税の負担率)は0.5%から0.7%に上げられている。1976年には、アリゾナなどの7州が6,000ドルの課税基準額を採用したが、これらのうち6州はすでにその基準額に達していた。ハワイ州は基準額として7,800ドルの上限を用いている。

また、支給率や支給額も一部の州で上げられ、たとえば、カンザス州は支給率を55%から60%にし、インディアナ、ミシシッピー、ヴァージニアの3州は定額給付の最高額をそれぞれ9ドル、20ドル、16ドルずつ上げ、ジョージアとインディアナの2州は最低額をそれぞれ27ドルと35ドルに上げた。

一部の州では、資格条件も改正され、資格取得期間の短縮、待期の廃止その他各種の制限の緩和などが採用されている。

Joseph A. Hickey, State unemployment insurance: legislative changes in 1976, Monthly Labor Review, No.2, Vol. 100, Feb. 1977, pp. 46-51.

(社会保障研究所 平石長久)

## 編集後記

数カ月前、家の近くの芝生に、住人達が公孫樹の苗木を植えた。適当な間隔で一列に並んだその公孫樹は、1メートルにも足りない苗木だった。それは丈が低いので、幼ない子供達の手頃な遊び相手にされ、上の方は皮がむけて、肌もむき出しの無残な姿になってしまった。そのうちに、春になり、子供らにすっかり傷められ、もはや枯れたのかと思われた苗木は、皮が残っていた下の方が、少しずつふくらみ、やがて、芽が出た。梅雨の頃には、特徴のある扇形の小さな葉が、その苗木に一杯ついていた。皮もはげていたのに、公孫樹は生きていたのだ。強い生命力を示すその葉が、雨に濡れていた。

(平石)

---

## 海外社会保障情報 No. 38

昭和52年6月30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

---