

海外社会保障情報 No. 44

December 1978



社会保障研究所

各国のトピックス

女子の機会平等と

児童のデイ・ケア施設の増強

(イギリス)

機会平等委員会のロックウッド委員長の語ったところによれば、「女子は、子供のデイ・ケア施設を利用できなければ、本当の機会平等を享有できない」という。

同委員会の報告によると、「手のかかる5歳未満児や学齢児童に対する現在の施設・措置が全く整備されていないことが、多くの女子の機会を制限している最も重要な要件の一つであろう」とし、機会平等委員会の最近のポリシーとして、デイ・ケア施設を重視している。

5歳未満の児童をもつ母親の3分の2はデイ・ケア施設の利用を希望しているが、デイ・ケア施設を利用している児童は5歳未満児のうちの3分の1にみえない。

デイ・ケア施設の大部分は働く親たちのためのものとはなっていないという。保育所やプレイ・グループ^{*}は、子供たちにとって大きな教育的価値をもつものであるが、これらの施設は終日ケアをしないため母親は家を外にして働きに出ることができない。

「政府は、中央および地方レベルに、デイ・ケア施設の整備にあたる責任官庁を設置し、地方庁とボランティア制度との連携を図るようにすべきである」と、同報告は力説している。

同報告によると、「50万人を超える学齢児童が、放課後の時間を放任されたまま送っている」という。

(註)* プレイ・グループは、母親がなにかの仕事から手を離せない間、単に子供を安全に世話してもらえる場所というだけでなく、子供が建設的な遊びを通して学びとることに力点がおかれる。

The Times, Oct. 11, 1978

国民保健サービスの費用

(イギリス)

本日発表された「保健経済研究所」(The Office of Health Economics)の報告「NHSのコスト」によれば、国民保健サービス(NHS)の費用は今年末までに80億ポンド(現在価格)に達するものと見込まれている。

このことは、ポンド価格の下落に調整しても、NHSのコストが創設以来3倍になったことを意味する。

1944年以來の保健支出は国民総生産(GNP)の3.9%から5.7%に増えている。しかし、豊かな西欧諸国の保健支出はGNPの7%を上まわっている。

病院サービスが依然としてNHS支出の大部分を占めているが、1976年の数字をとれば、1975年の65.8%から63%に減少している。

薬剤費は1975年の8.4%から1976年には8.9%に増えているが、薬剤サービスに支出しているNHSの割合はここ10年間に20%減少している。

家庭医サービスの支出は低下をつづけている。1953年における一般医サービスはNHS予算の約11%であったが、1976年には6%に低下している。総額にして3億8,400万ポンドの支出は、人口1人当りにして9ポンド、1年平均3回ないし4回の診療をうけていることになる。

The Times Oct. 9 1978

(田中 寿 国立国会図書館)

1978年前半の失業

(アメリカ)

全国的な失業率は、1977年第4・四半期年の6.6%から、1978年第2・四半期年の5.9%に減少している。失業者の人数は前者から約60万人減少し、後者では、約590万人(4月には598万人)になっている。白人と黒人で失業率をみれば、男子は双方とも1978年前半に失業率が低下しているのに対して、女子は双方とも失業率が同年第1・四半期年に急激に低下したが、しかし、第2・四半期年にはまた上昇した。このような女子の失業では、失業率は一応低下したが、女子の白人と黒人では、黒人は白人の失業の約2倍を依然として維持している。10代の若年労働者では、黒人の失業率(36.9%)は白人の失業率(13.3%)をかなり上まわり、前者は後者の2.8倍に当たる。

人種別と出身地別では、スペイン系の失業率は8.9%で、前年の同一時期よりやや低い。このような失業率は、メキシコ系が8.9%、プエルト・リコ系が13.1%、また、キューバ系が5.6%で、これらはいずれも平均もしくは平均を上まわっている。

失業者の家族状況を見れば、失業者の約5分の3は1人以上が雇用されている世帯で生活しており、半分以上は構成員の1人以上が常備で雇用されている世帯に入っている。さらに、失業した配偶者と暮している夫もしくは妻は、配偶者が働らいているか、あるいは、労働人口に含まれていない世帯の3倍に相

当しているように見受けられる。また、夫が失業している妻の場合、労働力の参加率は、夫が雇用されている妻の参加率とほぼ同一で、夫が失業しているという事実は、妻が求職を決意するのにはほとんど影響を与えていないと思われる。

女子が世帯主の場合には、仕事を求める求職市場で異なった独特な不利益が存在するようである。1978年6月では、このような女子の失業率は、夫と暮している女子の約2倍であった。

職種等による状況では、1978年第2・四半期年に、ホワイト・カラーの失業率(3.6%)は全体の平均(5.9%)よりかなり低いが、ブルー・カラーの失業率(6.5%)は平均をやや上まわっていた。また、ホワイト・カラーの失業率では、管理職(2.0%)はかなり低く、専門職や技術系(2.4%)もほぼ同様な傾向を示している。このグループで失業率が高いのは事務系(5.2%)で、セールス関係(4.4%)もこのグループの平均(上記)を上まわっている。これらの状況に対して、ブルー・カラーの失業率では、技能職(4.3%)はこのグループの平均を下まわっており、運輸関係の運転者(5.3%)はこれに次いでいる。農業を除く一般的な労働者(9.5%)の失業率はかなり高く、また、運輸関係を除く機械の運転者(8.0%)も同様で、これらのグループは不利な立場に置かれている。ところで、全般的に見れば、サービス関係の失業率(7.5%)は全体の平均を上まわるが、農業労働者の失業率(3.3%)はその平均をかなり下まわっている。

1978年前半に、仕事を探す求職市場に改善が現われたようである。仕事を失って職場を離れた失業者の比率は、1977年より減少している。また、求職中の失業者の比率も減少しているので、仕事を離れてしまったり、あるいは、新しく労働市場に参加する失業者の比率は上昇している。なお、自発的に仕事を離れたり、労働市場に再び参加したり、あるいは、初めて新しい仕事を求める失

業者の実数は、相対的に僅かな減少傾向を示している。さらに、失業を改善する別な形も現われているが、それは失業期間が短かくなっていることである。たとえば、平均的な失業期間は13.8週から12.1週に減少している。長期間（15週以上）にわたる失業は急激に減少しているが、しかし、短期間の失業は僅かに減少したにすぎない。

失業保険の状況では、新しく受給を申請した件数は、1977年の第4・四半期年に35万件であったが、1978年6月には33万件に減少していた。主として一般的な労働者を対象とする州法による失業保険では、初回申請の件数は1977年12月の約200万件が、1978年4月には約121万件になっていた。この州法による制度では、カバーされた労働者に対する失業者の比率は、1977年度半に3%台を保ち、1978年1月以後3月まで4%台を維持してきたが、4月には3.4%、5月には2.9%に低下し、6月にはまた3.1%になっている。上記のように比率は推移しているが、毎週の平均受給者も月によって変化を示している。1978年5月までの約1年間では、その平均受給者数は、1977年9月と10月が約210万人を下まわっただけで、それ以外の月はほぼ230万人を上まわっていた。1978年1月と2月には、その人数は300万人を上まわり、3月以後それを下まわるようになって、5月には、その人数は206万人になった。

ところで、1978年の当初3カ月間に、炭鉱ストライキが続き、失業に与えるその影響が注目されていた。ストライキが解決される直前の5週間に、労働統計局は主として石炭に依存する11州で大企業の製造業、商社などを対象として、エネルギーに与える影響などを調査した。その調査結果によれば、これらの産業では、一部の労働者がこの期間にレイ・オフされていた。家計や賃金の支払いに対する調査では、影響はほとんど見受けられなかった。その理由には、その時期に仕事を離れていた多数の人びとが、きわめて短期間レイ・オフされただけで、しかも、調査された週に少なくとも部分的には雇用されていたからで

ある。

Philip L. Rones, *Employment and Unemployment During the First Half of 1978*, pp. 3~7, *Current Labour Statistics* (pp. 61~99), *Monthly Labor Review*, Vol. 101, No. 8. August, 1978,

(平石長久 社会保障研究所)

保守党の国民保健サービス改革案

(イギリス)

I

イギリスの国民保健サービスは、1974年の大幅な機構改革を経て新しい時代に入ろうとしている。1974年の組織改革では、各サービス部門を統合して管理運営する地域保健当局が設立された。これまでばらばらに運営されていた病院サービス、家庭医サービス、地域保健サービスがこれによって統合された訳である。

このような組織機構の大幅な改革とともに、医療資源の適正利用を達成するための思い切った計画化が進められた。1975年には国民保健サービス予算の地域間格差を是正するため、地域間予算配分の指針を検討する「資源配分検討グループ」(Resource Allocation Working Party)が設置され、地方によっては相当厳しい予算配分指針が勧告されている。

また1976年にはサービス部門間の予算配分を是正してゆくための予算編成指針が諮問文書の形で発表され、かねてから望まれていた病院医療からプライマリー・ケアへの転換が、予算の編成に具体化されるよう指導されている。

一方私的医療を規制するための「保健サービス法」が1976年に制定された。

業者の実数は、相対的に僅かな減少傾向を示している。さらに、失業を改善する別な形も現われているが、それは失業期間が短かくなっていることである。たとえば、平均的な失業期間は13.8週から12.1週に減少している。長期間（15週以上）にわたる失業は急激に減少しているが、しかし、短期間の失業は僅かに減少したにすぎない。

失業保険の状況では、新しく受給を申請した件数は、1977年の第4・四半期年に35万件であったが、1978年6月には33万件に減少していた。主として一般的な労働者を対象とする州法による失業保険では、初回申請の件数は1977年12月の約200万件が、1978年4月には約121万件になっていた。この州法による制度では、カバーされた労働者に対する失業者の比率は、1977年度半に3%台を保ち、1978年1月以後3月まで4%台を維持してきたが、4月には3.4%、5月には2.9%に低下し、6月にはまた3.1%になっている。上記のように比率は推移しているが、毎週の平均受給者も月によって変化を示している。1978年5月までの約1年間では、その平均受給者数は、1977年9月と10月が約210万人を下まわっただけで、それ以外の月はほぼ230万人を上まわっていた。1978年1月と2月には、その人数は300万人を上まわり、3月以後それを下まわるようになって、5月には、その人数は206万人になった。

ところで、1978年の当初3カ月間に、炭鉱ストライキが続き、失業に与えるその影響が注目されていた。ストライキが解決される直前の5週間に、労働統計局は主として石炭に依存する11州で大企業の製造業、商社などを対象として、エネルギーに与える影響などを調査した。その調査結果によれば、これらの産業では、一部の労働者がこの期間にレイ・オフされていた。家計や賃金の支払いに対する調査では、影響はほとんど見受けられなかった。その理由には、その時期に仕事を離れていた多数の人びとが、きわめて短期間レイ・オフされただけで、しかも、調査された週に少なくとも部分的には雇用されていたからで

ある。

Philip L. Rones, *Employment and Unemployment During the First Half of 1978*, pp. 3~7, *Current Labour Statistics* (pp. 61~99), *Monthly Labor Review*, Vol. 101, No. 8. August, 1978,

(平石長久 社会保障研究所)

保守党の国民保健サービス改革案

(イギリス)

I

イギリスの国民保健サービスは、1974年の大幅な機構改革を経て新しい時代に入ろうとしている。1974年の組織改革では、各サービス部門を統合して管理運営する地域保健当局が設立された。これまでばらばらに運営されていた病院サービス、家庭医サービス、地域保健サービスがこれによって統合された訳である。

このような組織機構の大幅な改革とともに、医療資源の適正利用を達成するための思い切った計画化が進められた。1975年には国民保健サービス予算の地域間格差を是正するため、地域間予算配分の指針を検討する「資源配分検討グループ」(Resource Allocation Working Party)が設置され、地方によっては相当厳しい予算配分指針が勧告されている。

また1976年にはサービス部門間の予算配分を是正してゆくための予算編成指針が諮問文書の形で発表され、かねてから望まれていた病院医療からプライマリー・ケアへの転換が、予算の編成に具体化されるよう指導されている。

一方私的医療を規制するための「保健サービス法」が1976年に制定された。

これによって、コンサルタントと呼ばれる上級専門医が私費患者の診療に用いている国営病院の中の私費ベッドが、漸次廃止されることになった。

こうした一連の大改革が非常に厳しい経済情勢の下で実施された訳で、さまざまな利害を持つこの事業の関係者がいなく不安と不満は、これまでになく大きくなっている。

このような背景の下で、発足してまだ日も浅い新しい組織機構についてもその有効性が問われるようになってきている。野党である保守党の社会サービス担当スポークスマン、パトリック・ジェンキン氏の講演（1978年7月）を例にとり、機構改革後の国民保健サービスをめぐる議論を紹介してみよう。

II

ジェンキン氏は保守党の改革案について議論するのに先だち、まず次の5つの点を自明のこととして指摘している。

第1は保守党も国民保健サービスを基本的に支持しているという点である。1945年のチャーチルの演説内容を引用しつつ、すべての国民にあらゆる医療を提供することは、当初から保守党の政策であり、この基本姿勢は今も変わっていないと述べている。

このことは国民保健サービスに対する国民の支持がいかに強いかを我々に示しているように思える。国民保健サービスをめぐる批判や不満は、その外側から出ているというよりはその内側で生起していることが、この点からもうかがえるであろう。

第2は、最近における国民保健サービス予算の抑制や厳しい計画化が、国民保健サービスの内部に多大の困難を引き起している事実をまず認めなければならないという点である。

ここには問題を深刻に受けとめようとしないうる現政権に対する批判と、事の重大性を認めて改革の必要性を強調する野党の立場が現われている。

第3は、順調な経済成長があつてはじめて国民保健サービス予算の増加も可能となるという、経済重視の考え方である。保健サービスなど公共支出を維持

するために、成長率がマイナスに転じるような不況下で増税が行なわれ、これが生産活動をにぶらせて新たな不況を引き起すといった、ここ数年の悪循環を断ち切ることが必要であると主張している。

第4は、自由社会の一部として国民保健サービスを位置づけなければならないという点である。私的医療の維持、発展を促進し、国民保健サービスによる医療の独占を排すべきだと主張する。労働党政府による「保健サービス法」が直接の批判の対象となっている。

第5は、国民保健サービスの円滑な運営のためには、各分野の従事者がその機能を十分に発揮できるような正しい組織機構が必要であるという点である。そしてこの点に関し、現在の組織機構の問題点、あるべき改革の方向が次に詳しく議論されている。

III

ジェンキン氏は、現在の国民保健サービスのさまざまな問題の根本はその組織機構に原因があると述べ、その問題を次のように指摘している。

組織改革が実施され、諸サービスが統合されたこと、とりわけサービスの管理運営に一般家庭医を組み込んだこと、病院サービスと地域保健婦活動とを統合したことの意義は疑うべくもない。またこの改革によって計画実行の枠組が与えられ、サービス部門間の優先順位の設定や地域格差の是正が容易になったことも事実である。

このような長所にもかかわらず、新機構がうまく運営されていないのは、新機構の持つ中央集権的な性格によるものである。

国民保健サービスに関する王立委員会の調査でも明らかとなったのであるが、現機構が管理上、行政上、あるいは意思決定を行ってゆく上で、あまりにも複雑であることが、関係者の不満の主な原因となっている。管理機構は地区、地域、地方、中央というように複層化しており、諮問機構も複雑で、患者に対するサービスの末端と意思決定がなされる所とは遠く離れており、多くの人が患者に対するサービスとは直接関係のない仕事に従事しているのが現状

である。

新機構の主な問題はサービス運営が中央集権化しすぎた点である。中央集権化は、国民保健サービスが発足した時以来、一つの傾向として認められるところであるが、その間地方分権を求める声も強まっていたのであり、組織改革法案をめぐる議論の中でも、この点は大きな論争点であった。

しかし地方分権化を図る努力は結局成功しなかった。そもそも、中央集権的な機構の中に地方の代表者を出来るだけ参画させてゆこうとする考え方自体が方向を誤っていたのである。患者にサービスが提供されている場、すなわちプライマリー・ユニットを起点として考えるべきであったというのが、我々の得た結論である。どのような機構も、末端におけるサービスの適正な計画化と協力態勢を達成するための手段にすぎないのである。

そこで我々は、巨大な、単一の、複雑な、あるいは中央のコンピューターで制御され、大臣の手であやつられるサービス制度を否定する。そして、それぞれの地域社会のために活動する多数の保健当局からなる集合体としての国民保健サービスを提唱する。

IV

以上のような現状認識にたつて、ジェンキン氏は保守党の改革案を次のように整理している。

第1は統合保健当局 (Unitary Health Authority) の設置である。これは人口 20~40 万人を対象とするプライマリー・ユニットで、現行制度の地区 (District) がほぼこれに匹敵する。そして現在地域保健当局が担っているような機能をこれにゆだねるべきだと主張している。

第2は地方レベルにおける機能であるが、現在あるような地方当局を全く廃止してしまう考えではなく、各地方 (Region) 全般にかかわるサービスの調整や計画、あるいは共同事業の遂行について限られた権限を持つ当局を残す考えである。ただその場合でも、地方当局の委員会は、UHAからの代表者を中心に構成し、その主な機能が異なるプライマリー・ユニット間の調整にある点

が強調されている。

第3は本省の役割である。本省の機能は、優先順位の設定、資源配分計画の策定、サービス基準の設定などに限定し、日常的なサービス業務の管理から一切手を引くべきだとし、本省から出て全国の保健当局にばらまかれる書類の流れを廃止しなければならないと主張する。

このような改革の利点は、意思決定の大部分が各地の従事者にゆだねられることによって、医療従事者は自分の仕事を自分で決定しているという意識を抱くようになり、地域住民は自分達の保健サービス、自分達の病院という意識を持つようになり、その他の職員もまた自分の属する組織を身近に感じるようになる点であると述べている。

第4は予算の組み方に関するものである。資本支出、経常支出に分けて予算を作成し、硬直的な予算執行を期するのではなく、本省が各当局に示すのは将来にわたっての計画的な予算の額にとどめ、各当局がその予算の範囲内で弾力的な運用を図れるよう十分な余地を残すことが必要であると説いている。

第5は適正なサービス水準が全国的に確保されるよう、新たな諮問機関を設立する提案である。各地の保健当局に権限が大きく委譲される以上、全国的なサービス基準を設けてそれが各地で十分確保されているかどうかを正すことが不可欠であるというのがその論拠である。

以上がジェンキン氏の述べる保守党改革案の骨子である。まだまだ粗案の段階で、細かな点は各方面からの意見を入れて検討する考えのようであるが、その中でも、地方分権的な運営機構をめざす新しい方向が明示されている点は注目すべきであろう。

The Rt Hon Patrick Jenkin, Can We Afford a Free NHS ?, Hospital and Health Services Review, August 1978, pp. 269-274.

(一円光弥 国立公衆衛生院)

歯科医の数は十分か

(西ドイツ)

西ドイツの歯科医免許の最高機関である連邦疾病金庫歯科医連盟では、連邦の歯科医の数は現状で十分確保されていると見ている。これは歯科医学生の数をもっと増やすべきだとの声に対して表明されたものであるが、歯科医の数を増やすよりは、保健政策的には歯の病気の克服の方が大切だというのである。

歯科医連盟会長 Zedelmaier によると、現在西ドイツの密度は、疾病金庫が最も望ましいと考えている 1 : 17,000 に近く、いま以上に歯科医の数を増やすことは必要ないと考えられる。現在 33,000 の歯科医の治療における待ち時間の問題は結局医師が農村に比べて都市に集中しているためで、組織を改めることで克服できる。

歯科医学校の新入生は1978年1564名あり、また大学も来年20から25に増えるため、目標としてきた密度は近く達成される。むしろ問題は学生の増加による教育の質の低下である。

連盟会長はまた最近首相 Ehrenberg が公表した保健制度における協調活動に関するコミュニケに対して反論している。コミュニケでは医学志望者と学生に向けて、歯科医の将来の需要に備えてこの分野に向かうことを勧めているが、会長はこれに対し、歯科医の数の増えることは、医療費の低減という協調活動の目的に反すると言っている。歯科医の数が増えれば受診が増え、疾病金庫の支出が高まるし、さらに多数の歯科医は診療報酬交渉に当って金庫に圧力をかけ易くなり、その結果支出がさらに増えるというのである。

この数か月歯科医師会内部で、協調活動に対してボイコットの動きが高まっており、今後の行動について他の医師会とも相談して、医師の独立性を守るべく行動することも考えている、と会長は言明している。

Süddeutsche Zeitung, 3. November

(安積鋭二 国立国会図書館)

西ドイツ

年金保険の財政について (1)

年金保険は1981年保険料が上げられ、新たな収入源を得ることになるが、もし連邦政府の補助金が1980年以前の分について早目に支出されないときは、年金支払いのため外部の資金援助をあおがざるをえないことになり、年金保険史上初めてのことであるが借金をすることになる。もっともこれは1980年度分についてだけで、それ以後は上記の増収が予想されている。

たしかに1980年は公的年金保険にとって難かしい年で、ドイツ年金保険担当機関連盟の計算だと、保険積立金は1980年の末まで約106億マルクと1.2か月分しか残らなくなる。この額だとたしかに支出と収入を見比べて数か月の余裕はあり、また法的にも最低1か月分の積立ての規定に反するわけではない。

しかし106億マルクのうち70億マルクは短、中期の流動資金として残しておかねばならない。特に社会施設および個々の被保険者への貸付けがある。ドイツ年金保険担当機関連盟会長 Werner Doetsch の説明によると、この種の貸付けはどうしても確保しておかねばならないので、これらの資金のためには市中銀行の融資によらざるをえないだろう、というわけである。

これ以外の方法としては、数年来の連邦債務の返還の最終分を引きのばすこ

歯科医の数は十分か

(西ドイツ)

西ドイツの歯科医免許の最高機関である連邦疾病金庫歯科医連盟では、連邦の歯科医の数は現状で十分確保されていると見ている。これは歯科医学生の数をもっと増やすべきだとの声に対して表明されたものであるが、歯科医の数を増やすよりは、保健政策的には歯の病気の克服の方が大切だというのである。

歯科医連盟会長 Zedelmaier によると、現在西ドイツの密度は、疾病金庫が最も望ましいと考えている 1 : 17,000 に近く、いま以上に歯科医の数を増やすことは必要ないと考えられる。現在 33,000 の歯科医の治療における待ち時間の問題は結局医師が農村に比べて都市に集中しているためで、組織を改めることで克服できる。

歯科医学校の新入生は1978年1564名あり、また大学も来年20から25に増えるため、目標としてきた密度は近く達成される。むしろ問題は学生の増加による教育の質の低下である。

連盟会長はまた最近首相 Ehrenberg が公表した保健制度における協調活動に関するコミュニケに対して反論している。コミュニケでは医学志望者と学生に向けて、歯科医の将来の需要に備えてこの分野に向かうことを勧めているが、会長はこれに対し、歯科医の数の増えることは、医療費の低減という協調活動の目的に反すると言っている。歯科医の数が増えれば受診が増え、疾病金庫の支出が高まるし、さらに多数の歯科医は診療報酬交渉に当って金庫に圧力をかけ易くなり、その結果支出がさらに増えるというのである。

この数か月歯科医師会内部で、協調活動に対してボイコットの動きが高まっており、今後の行動について他の医師会とも相談して、医師の独立性を守るべく行動することも考えている、と会長は言明している。

Süddeutsche Zeitung, 3. November

(安積鋭二 国立国会図書館)

西ドイツ

年金保険の財政について (1)

年金保険は1981年保険料が上げられ、新たな収入源を得ることになるが、もし連邦政府の補助金が1980年以前の分について早目に支出されないときは、年金支払いのため外部の資金援助をあおがざるをえないことになり、年金保険史上初めてのことであるが借金をすることになる。もっともこれは1980年度分についてだけで、それ以後は上記の増収が予想されている。

たしかに1980年は公的年金保険にとって難かしい年で、ドイツ年金保険担当機関連盟の計算だと、保険積立金は1980年の末まで約106億マルクと1.2か月分しか残らなくなる。この額だとたしかに支出と収入を見比べて数か月の余裕はあり、また法的にも最低1か月分の積立ての規定に反するわけではない。

しかし106億マルクのうち70億マルクは短、中期の流動資金として残しておかねばならない。特に社会施設および個々の被保険者への貸付けがある。ドイツ年金保険担当機関連盟会長 Werner Doetsch の説明によると、この種の貸付けはどうしても確保しておかねばならないので、これらの資金のためには市中銀行の融資によらざるをえないだろう、というわけである。

これ以外の方法としては、数年来の連邦債務の返還の最終分を引きのばすこ

とが考えられるが、これに対しては蔵相が強く反対しており、このため年金保険としては史上初めて金融市場で資金を調達せざるをえないこととなる。

それにしても年金保険の財政事情は半年前に比べて好転していると思われる。保険料収入は以前考えられたよりよくなっているが、しかしだからといって給付能力が向上したわけではない。だから連盟としては、例えば議会の公布した重度障害者の選択制老齢年金資格限度（Flexible Altersgrenze）の費用を、1981年以後も連邦が負担することを断固として要求する。1981年とそれ以後の期間を区別して扱う理由は全くないからである。

さらに連盟としては、連邦がこの新法の費用について予想している額だけに限ろうとしていることにも反対する。連邦はこの選択制老齢限度の引き下げに伴う費用を1982年までに12億マルクと見積っているが、連盟はこれを19億マルクと考える。その後もこの費用は上がって、1992年までに140億マルクに達すると算定される。

以上のように連盟は議会に対して新法の財源計画を批判し修正を求めており、議会は連邦政府に対し、1981年中期までの老齢限度引き下げの財政的影響を報告し、1982年以後の財政計画をすることを要求している。

Süddeutsche Zeitung, 24. Oktober

（安積鋭二 国立国会図書館）

年金保険の財政について (2)

連邦労相 Ehrenbergによると、選択制老齢年金受給資格限度（Flexible Altersgrenze）が引き下げられた後重度障害者の半数以上が早期に年金を

受けるようになる場合でも、1982年までは年金保険の財源は確保されるはずであるという。このことは年金保険担当機関連盟が、政府の景気対策一括法案の定めているように、1979年1月1日から選択制老齢限度を現在の62歳から61歳に、さらに1年後には60歳に引き下げられた場合、重度障害者の70%はこの制度を利用するようになるだろう、との予想に答えて表明されたものである。

1978年末には、積立金はこれまでの見込み以上の17億マルクに達するという労相の指摘だと、専門家の意見ではこれはつまり、政府は老齢限度引き下げのために、規定の7億9千万マルクの補助金を増額するつもりはなく、それ以上の負担は年金保険の方で独自に負担しなければならないということである。つまりこの補助金は、重度障害者の2人のうち1人が早期に年金を受給するようになった場合にしか、対応できないものだというのである。

労相は保険料拠出収入について、1978年末までに約12億マルクと、景気が予想されている以上に好転した場合の計算をしているが、これは政府の合理化措置がうまくいったことを物語っている。

Süddeutsche Zeitung, 27. Oktober

（安積鋭二 国立国会図書館）

オーストラリアの社会保障改正

オーストラリア政府は、このたび、所得保障および医療保障の双方において、かなり大胆な社会保障制度の改正を行なった。改正の基調は、経済的苦況のなかでの社会保障の合理化として特徴づけられるであろう。

以下は、1978年度改正の要点である。

1. 年金・その他の現金給付

家族手当および出産手当を除く、その他の現金給付額は、1978年11月より3.4%引上げられた。これは、1978年前半期の消費者物価指数が3.4%上昇したことともなう、給付額の自動調整である。

この自動調整により、給付の基準額は、単身者では週1.75ドル引上げられて53.20ドル、夫婦では週2.90ドル引上げられて88.70ドルになった。

ただし、被扶養児童の加給、保護者手当、および補足的扶助は、自動調整の対象となっていないので、給付額は前年度通りに据置かれた。

しかしながら、1978年度改正では、給付額の改定方式について、次の3つの改正が行なわれた。

(1)70歳以上の老人、および盲人の年金受給については、所得調査を条件としない、というのが従来の方式であった。ところが、70歳以上の老人の11月からの年金の引上げについては、所得調査を条件とすることになった。ただし、その場合でも、すでに支払われている年金額については、所得調査の対象としない。盲人については従来通り、所得調査なしに支給される。

(2)被扶養者をもたない失業者に対する失業給付については、今後は、消費者物価指数による自動調整の対象から除外し、毎年の予算編成期に政策的な改定を検討することになり、今年度の引上げも見送られた。

(3)給付額の自動調整については、従来、年2回、5月と11月に、前年後半期および当該年前半期の消費者物価指数の上昇率に応じて行なっていた。しかし、今後の自動調整は、年1回、11月実施とすることに改められた。その理由について政府は、インフレ抑制策の効果が現われ、物価上昇が最近鈍化してきているからだと言っている。

2. 家族手当

家族手当の額は従来通りである。しかし、今年度からは、家族手当の支給について、一般的な資産調査や課税の対象からは除外する一方、児童自身の所得を調査の対象にすることになった。

その方式は、1979年1月以降、児童の所得が年間312ドル以下であれば、家族手当は現行通りとし、312ドルをこえる1ドルについて、家族手当を25セント減額するというものである。

なお、奨学金など、特定の学生手当を受けている単生には、今後は、家族手当を支給しない。その代り、それらの学生手当は増額する。

3. 出産手当

出産手当は、1978年11月1日以降の出産については廃止された。廃止の理由としては、医療得障および家族手当の改善により、出産手当の必要性がなくなったからだと言われている。

4. 医療保障

現在の政権が1976年から実施していた改正メディバンク（当初のメディバンクは、1975年に当時の労働党政権が実施）は、1978年11月から、改正された。改正の要点は次の通りである。

(1)メディバンク加入者に対する一種の目的税であったメディバンク賦課金の廃止。一方、メディバンク非加入者については、民間の健康保健基金への加入が義務づけられていたが、本人の自由にまかされることになった。

(2)医療給付の費用は、全額を連邦政府が一般租税収入により賄う。給付額は、標準料金の40%とするが、1回の診療についての患者負担は20ドルが上限とな

っている。なお、給付の支払いは、民間の健康保険基金を通して行なわれている。

(3)年金受給者およびその被扶養者の場合は、給付率85%、上限5ドルで、かつ現物給付とされた。

(4)その他、医師が認めた社会的弱者の場合には、給付率が75%で、現物給付とされた。

以上が主要な改正点である。なお、公立病院の一般病室での入院料および医療費は、従来通り、全住民を対象に無料化されている。また、公立病院であっても、医師を自分で選択し、かつ私費病室への入院を希望する者、あるいは私立病院への入院希望者の場合には、有料になるが、それらの者の民間の健康保険への加入も従来通り自由である。

このように医療保障の分野では大改正が行なわれたが、給付の水準はともかくとしても、仕組みのうえでは、むしろ労働党政権下の当初のメディバンクに復帰した形になっているのが注目される。

(注) オーストラリア政府資料による。

(山崎泰彦 社会保障研究所)

母子保健対策の強化

(フランス)

保健・家族相、シモーヌ・ヴェイユ夫人は9月21日、妊娠と出産の援助、障害児出生の予防とくに早産の予防、および新生児死亡率の低下をはかる措置等、一連の母子保健対策を公表した。1978年7月12日の法律の施行細則を定める形

でとられたこれらの措置の詳細は、次の通りである。

(1) 不妊症の診断と治療の無料化

毎年結婚する40万のカップルの中で、4万組は不妊に悩んでいる。不妊症は、その1/3が男性側に原因があり、同様に1/3が女性側の原因によるものである。他の1/3は、双方の生殖力減退によるものである。

1978年7月12日の法律は、不妊症の診断と治療(人工受精を含む)および若干の産前診断を無料化する原則(疾病保険自己負担の免除)を定めている。女性の不妊症は、1/3が治療可能だと思われる(男性の無精子症の場合、治療率が15%におちる)。他方、夫婦のどちらかの近親者に、遺伝性と思われる障害があると、生れてくる子どもが先天的な畸形になるのではないかというおそれから、妊娠・出産を躊躇するカップルもいる。こうした夫婦のために、62カ所の遺伝相談所がすでに開設、運営されており、先天性の障害児が出生する恐れがあるかどうかを診断している。さらに、妊娠後15週ないし16週目に行われる羊膜穿針術によって、何らかの先天性疾患にかかった子どもが生まれてくるのではないかと恐れている妊婦を安心させることができる。ただし、この検査は、医療チームが重大な危険性があると認定した場合でないと行われぬ。

この産前診断は、費用がきわめて高く、フランスでは、6つの専門検査所でしか実施できないが、40歳以上の高齢妊婦は、希望すればすべて無料で受診することができる。高齢出産の場合は、染色体異常となる危険性が高いからである。

(2) 産前4カ月間のすべての治療費の無料化

出産に関して入院件数がかつても多く、またもっとも高価な治療が行われるのは、出産直前の4カ月間だと思われる。そこで、危険性の高い妊娠で、そのために専門センターの監視を受けている女性の場合のみ、この4カ月間の診療費無料化の適用を受ける。将来は、1978年7月12日の法律の適用により、出産直前の4カ月間に行われたすべての診療が無料になる。この措置については、

政令によって10月1日から実施される。これに要する費用は、平年度で1億1400万フランと推計されている。

このほか、医学的または社会的な原因から、入院することが困難な妊婦については、自宅での看護を推進する措置が定められている。

(3) 出生後1カ月間の新生児入院の無料化

現在までは、費用の自己負担が全額免除されるのは、未熟児の治療に限られていた。この措置は、出生の時期、出生児の体重のいかににかかわらず、すべての新生児に拡張される。このように、これまでにあった差別を廃止し、すべての新生児に高度の治療を受けさせることを可能にしたのは、1978年7月12日の法律である。10月1日から実施されるこの措置は、疾病保険に平年度で数千万フランの費用負担を強いることになる。

他方、脳性運動障害、聴力障害、甲状腺機能低下症、フェニールケトン症等の検診が、推進されることになった。これらの障害は、ごく初期に発見され、直ちに治療が行われれば、少なくとも障害の度合を軽くすることができるからである。

(4) 産後休暇の2週間延長

この措置もまた、1978年7月12日の施行によるものである。この結果、母性休暇は14週から16週になった。病的妊娠の場合は、産前8週、産後10週の休暇が認められる。多胎妊娠の場合は、産前6週間、産後12週となる。病的でかつ多胎妊娠の場合は、合計で20週の休暇が認められる。

この措置は、10月1日から、この日までに妊娠しているすべての女性、および産後休暇中のすべての女性に適用される。これに要する費用は、年間4億フランと推計される。非被用者および特別制度に加入する女性が、同一の権利を享受できるように、特別の措置がとられた。最後に、保健・家族相が指摘したところによると、今後の母性休暇の延長方式を検討するため、現在慎重な研究がなされつつある。すなわち休暇は継続した方がいいか、分割した方がいいか、パートタイムの労働にした方がいいか、週労働時間を短縮した方がいいか等の

問題が検討されつつある。

最後に、保健・家族省は、周産期死亡率が全国平均値を非常に上回っているノル・パ・ド・カレおよびコルシカ島における2つの特別事業の原則を定めた。それは主として、未来の母親に対する教育活動と世論の喚起である。ノル・パ・ド・カレで行われているキャンペーンは、1977年から企画されたものである。コルシカ島における事業は、1979年の初めから開始される筈である。

シモーヌ・ヴェイユ夫人は、このほか、産前手当および産後手当の受給資格となる診察の受診義務期間を緩和する2つの措置がとられたと述べた。

以上のような母子保健対策の改善措置を公表するに際して、保健・家族相はとくに、これらの措置がとられたことによって、使用者たちが若い女性を雇用するのをためらうようになってはならないと強調した。また同席した女性問題担当相モニック・ペレティエ夫人は、これらの新しい母性保護措置は喜ばしいものではあるが、中には女性の雇用に影響を及ぼす可能性がある措置もあることを明らかにし、使用者たちに、出産は社会的に保護されるべきものだという事実を理解してもらうよう努めなければならないと述べた。

(Le Monde 23 Septembre 1978, Loi no 78-730 du 12 Juillet 1978 portant diverses mesures en faveur de la maternité, J. O. 13 Juillet 1978)

(平山 卓 国立国会図書館)

健康のための不健康な費用 医療費問題とその対策

(アメリカ)

さきごろアメリカの雑誌「ビジネスウィーク, Business Week September 4, 1978」は, Social Report として最近のアメリカの医療費問題をとりあげ, 「健康のための不健康な費用 (Unhealthy costs of health)」と題する記事を掲げている。以下, これを中心にアメリカにおける医療費問題の実態, ならびにそれに対する企業の取組みや政治家, 政府, 医師, 評論家などの意見を紹介しよう。

1. 医療保険の現状

アメリカの医療保障は純然たる自由開業医制度を基礎として, 労働協約に基づく団体加入民間健康保険 (ブルー・クロスやブルー・シールドのような保険会社の行うものと, 各企業や地域が個別に行うものとがある) と65才以上の老人を対象とする老人健康保険によって行われている。これらの制度に加入していない者は, 個人的に民間健康保険に加入するか, 全くの自費払いか, あるいは医療扶助を受けている。わが国のように全国民を対象とした公的医療保険制度はないので, 健康保険に加入していない者も多い。十数年前から公的医療保険制度の創設の必要性が叫ばれ, 歴代の大統領のもとで検討されてきているが, 何事においても自由主義を貫こうとする風潮の中でいぜんとして公的国民医療保険制度の実現はみえていない。

老人健康保険は唯一の公的制度であるが, これは1965年にジョンソン大統領のもとで創設されたものである。老人健康保険制度は入院保険と補足医療保険から成っており, 入院保険は強制加入, 補足医療保険は任意加入である。入院

保険は入院サービスや病院での各種医療サービスを給付し, また補足医療保険は開業医等の外来診療費やその他の各種医療サービスを給付する。前者は完全に65才未満の全勤労者から徴収される社会保障税によってまかなわれ, また後者は加入者の保険料と社会保障税によってまかなわれる。老人健康保険の費用が急速に増大していることからみても, これが医療費増大の重要な要因であることは否めない。

2. 医療費の動向

それではまず近年医療費はどのような動きを示しているかをみよう。ここでいう医療費は公的私的の別を問わず, 医療のために支出されたすべての費用である。この国民医療費は国民総生産 (GNP) の約9%に達しており, 1950年の約15倍となっている。こうした医療費の増大は, 簡単にいえば医療サービスの拡大を反映したものである。病院は非常に広範なサービスを提供しており, またそのサービスは高価なものとなっている。その理由は2つある。1つは, 以前は救いえなかった病気を治す医療技術が開発されたことである。そしてもう1つは, 入院保険 (公的私的を問わず) に加入している患者の約90%が追加的サービスのためにより高い費用を払うことを希望していることである。医療技術の進歩は, 病院が特殊なサービスを提供することを許すことになり, そのための設備投資に相当の費用が注がれることになる。その費用は1ベッド当たり平均10万ドル (約1,900万円) に達している。コバルト治療のための放射線治療装置は40万ドル (約7,600万円), 血液分析装置は25万ドル (約4,750万円) CTまたはCATスキャナー (コンピュータシステムによるレントゲン断層撮影装置) は50万ドルから70万ドル (約1億3,300万円) であり, 1976年においてこれらの装置が4,254 (1968年は2,643) あり, これらに投資された費用総額は10億ドル (約1,900億円) である。そしてこれらの設備の整備によりそのための要員も増えており, 20年前患者1人当たり1.8人であった病院従事者は3.8人にまで増えている。

病院での治療がいくらかかるか例をあげてみよう。コバルト治療は1回50ドル(約9,500円), スキャナーによる詳細診断は1回100ドル(約19,000円)~350ドル(約66,500円), バイパス外科手術は7,500ドル(約143万円)~15,000ドル(約286万円), そして癌の治療のための費用総額は25,000ドル(約475万円)を下らない。これらの支出のすべてが単なる治療の変化を意味するわけではない。しかしこうした治療装置による治療がとくに心臓病の死亡率を低めているが、そうした事実も見逃がせない。

治療の改善は莫大な費用を呼びおこす。とくに老人の場合若い人の2.5~3倍の医療サービスを必要とし、老齢人口の増大にともない老人のための医療費は急速に増えている。これらの老人は病院で数多くのベッドを長期間占有している。また、一般に新しい設備により過剰治療も行われている。そしてこうした設備と診療を可能にしているのは保険である。事実、保険があるゆえに、病院は患者の支払能力について心配することなく検査や治療を行い、また医療機器メーカーは病院がしゃれた医療機器を買う余欲があることを知り、その開発に力を入れている。医師は診断の画期的な躍進につながるとしてこれらの医療機器を高く評価して疑うことを知らない。一方、患者も自分たちの負担する費用が相対的に低いことから、安易に考えているところがある。

3. 企業における医療費対策

しかし、現在、物価上昇よりも高い医療費の伸びにより、保険料も高くなってきている。このため費用を抑制すべきだとの声は強い。多額の保険料や医療費を負担している企業は、従業員の健康を保つ方法を模索しはじめている。そしてその方法の1つとして疾病の予防に力を入れようとしている。フォード自動車会社の従業員保険の担当者は、1965年における自動車1台当たりの医療給付費は22ドルであったが、1977年には120ドル(約22,800円)になっているとみている。また、ゼネラルモーターズでは自動車1台当たりの医療給付費は160ドル(約30,400円)と推計している。人口の約90%はなんらかの保険に加入し

ているので、ほとんどすべての商品の価格にこの医療費が転嫁されていることになる。

保険に団体加入しているか、個人加入しているか、または全く加入していないかによって各人の負担は大きく違う。このように医療費が高くなり、保険料が上ると保険料を納めることができない者も多くなる。そこで政治家は国民健康保険制度の創設を強く主張しているが、制度のあり方をめぐって議論が行われており、いまだに結論が出ていない。その間になんらの救済措置もなく医療費は増大するばかりで、産業界は自らその解決策をさがし求めている。「従業員の健康を買うためにもっと多くのドルを使わないですむようにするために」。

多くの企業は医療費をコントロールするために、保険会社等に委託することから自家保険に切り替えつつある。自家保険によって3~5%費用の節約ができるとみられている。また、大部分の企業は保健維持組織(HMO)に加入するよう従業員にすすめている。保健維持組織は一定の料金を予防から入院までの総合的な医療給付を行っており、コストを低く抑えておく1つの方法とみられているからである。自ら保健維持組織をつくったある企業では、3~5年間に15~20%の費用の節約ができるだろうと期待している。

大方の使用者は費用を抑制する方法として、予防医療クリニックや健康管理センターを設置し、給付の徹底的変革を行うことが望ましいと考えているようだ。もちろんこうした変革は最初相当多額の費用を要するが、長期的にみれば絶対的費用は安くつくだろうとみられている。そしてすでに健康管理事業を始めているところもある。たとえばアルコールや薬の相談、体重測定監視、栄養や体力の相談指導、血圧指導、健康奨励金の支給、喫煙指導、心臓病予防のための体操や食事メニューの指導、体育センターの建設などがいろいろな企業で行われている。また、こうした傾向をあてこんでこれらの健康管理事業を総合的に一手に引き受けてやろうとする会社も現われてきている。

4. 医療費問題に対する各界の意見

ところで政治家はすべての国民を対象とする国民健康保険制度を提案しているが、これらの提案の中で医療費のコントロールの問題はどうなっているであろうか。カーター大統領の案は、給付を経済指標に即したものにし、コストのコントロールを図るとしている。また、ケネディ上院議員の案は、政府の権限でコストをコントロールするとしている。しかし、このような案には反対があり、必然的に行きづまるであろうとの批判のほかにある経済評論家は前払い方式（先に保険料を支払い、必要な現物給付を受ける方式）の保険システムは費用の増大を招くおそれがあるとしている。

また、ニューヨークのある病院長は、「われわれは制度をゆがめてしまった。なぜなら、われわれは常に問題の解決を図る代わりにカネで処理してきたからである」と言っている。そして同氏は、「もしわれわれが、現在の不合理な、そして不十分で不健全な制度に国民健康保険制度をつぎ足すならば世界中のカネをあててもそれをまかない切れないであろう」と述べている。

一方、直接の行政担当者である保健・教育・福祉省のカリファノ事務次官は、老人健康保険の償還払い方式はいかなる節約方法よりも効果があると評価しており、また来年度は予防医療に力を入れるようにしたいと述べている。また、経済評論家のディックマン氏は賃金・物価安定審議会で医師の報酬が医療費増大に影響を及ぼしていることを指摘している。すなわち、同氏によって行われた1978年の医師報酬に関する政府調査によると、1978年の医師の診療報酬総額は350億ドル（約6兆6,500億円）（1950年は27億ドル）である。そして同調査は、診療報酬の増加分のうち60%は料金の上昇によるものであり、あとの40%は人口の増加や受診件数の増加によるものであると分析している。同調査によると、1976年における開業医の平均純所得は62,799ドル（約1,193万円）、開業歯科医の平均純所得は35,000ドル（約665万円）であり、男子技術労働者の平均純所得14,400ドル（約274万円）や全被用者の平均純所得11,623ドル

（約221万円）に比べてはるかに高い。

このような診療料金の上昇を可能にしたのは保険であるとの指摘がある。保険に加入している患者は特別に医療費が安くなるようには努力しないし、また生命にかかわることとして医師にまかせきりであるからである。医師は、経費が上っているので料金が上るのは当然であると言っているが、1977年にもみられたように消費関係の諸指標に比べて診療料金の上昇率は高い。これは、診療料金と競争しうるようなものがないからである。アラバマ州では人口10万対医師数は86であるが、ここでは胆のうの手術の料金は平均450ドル（約85,500円）、ワシントンD.C.には人口10万対343の医師がいるが、同じ手術の料金は552ドル（約105,000円）、またニューヨーク市には3つの大きな医科大学と10の大きな病院があるが、同手術の平均料金は900ドル（約17万円）である。ハーバード大学のフェルドシュタイン氏は、保険は入院費および医師の診療料金を上昇させる重要な要因であると指摘している。彼は、「現在のような費用のかかる医療保障システムでは、患者または医師の選択が保険によってゆがめられているかどうかを判断することはむずかしい。保険を通しての医療サービスは、患者が欲しいと思うもの以上のものが提供される効果をもつ」と、同氏の研究の結果から結論している。そしてもしアメリカがこうしたジレンマを解決しようとするならば、高い患者一部負担を導入することが一つの方法であると述べている。その場合、最高で所得の10%程度の患者負担が適当であろうとしている。

このようにアメリカでも医療費の問題をめぐる、種々の議論や対策が展開されている。

Business Week, September 4, 1978.

（石本忠義 健保連）

疾病保険費用抑制法の効果

(西ドイツ)

1. 保険医の診療報酬の引上げ

西ドイツでは1977年6月に増大する疾病保険の費用を抑制する目的で「疾病保険費用抑制法」が制定されたが、その後この法律に基づき種々の措置がとられてきている。とくにこの法律の最大のねらいである医師の診療報酬の引上げの制限は、関係者のもっとも深い関心事であったが、1978年3月、この法律によって設けられた医療保障制度審議会において診療報酬の引上げ率が検討され、1978年7月1日から5.5%引き上げるよう勧告が出された。5.5%のうち2.5%は診療料金の引上げ、3%は診療件数の増大分である。医療保障制度審議会は、医師、歯科医師、疾病金庫、労働組合、使用者、州、市町村、薬剤師および薬品業者の代表60名から成っており、このほかに処方薬剤費総額についても勧告を出した。その内容は、1978年下期の薬剤費は1977年の薬剤費の1/2より最高3.5%高いものとする、というものである。保険者と保険医の間で交渉が行われ、内科診療については5.5%、歯科診療については6.0%の引上げを行うこと、薬剤費総額については5.5%引き上げることが決まった。

また、医療保障制度審議会は、現在、同法では特別に規定していないが、入院療養費についてもつぎのような趣旨の勧告を出している。すなわち、(1)疾病保険の保険料率の安定化は、病院部門も費用抑制の対象とすることによってのみ可能となる、(2)審議会としては保険料率が一定に抑えられても1978年の疾病保険の収入の伸びが、病院の運営を十分可能にするものであるとみている。病院は医学の進歩に応じた医療供給能力をもち、その使命を果たしうるに十分な収入を得るであろう、(3)個々の病院の入院療養費の設定はこのこととは関係な

く運営費に基づいて行われるべきである、(4)審議会は、州および病院経営者が入院診療の構造的改善のための措置を、1978年においても費用抑制効果のあるようなかたちで実施することを期待する、(5)病院の経営・財政の改善ならびに実際の需要に対する病院サービスの供給の適応は、なるべく早い機会に「病院財政安定法」(1972年に制定)の新しい規定によって行うようにすべきである、というものである。

さらに同審議会は医療保障のその他の部門についても勧告を出しているが、その要点は、(1)とくに治療・補助材料と補てつ・歯冠についての費用は、他の部門の費用増加と同じ範囲内に抑えられるべきである。その際、この部門の料金の引上げが適切な範囲内で行われることが大事である、(2)審議会としては、すべての関係者、疾病保険の被保険者に対し、広く医療費についての認識および健康意識をもつようにPRし、それによって1978年の保険料率の安定化を図りたい。連邦、州および市町村もそのために寄与すべきである、というものである。

医療保障制度審議会の勧告に基づき診療報酬が引き上げられると、1978年において疾病保険が保険医に支払う診療報酬総額は最高4.75%増加する見込みである。また、開業医(保険医)の収入は平均2.5%増加する見込みである。

2. 薬剤費の一部負担

一方、疾病保険費用抑制法により1977年7月1日より処方薬剤およびその他の治療材料につき、1剤当たり1マルクの患者負担(それまでは1処方当たり薬剤費の20%で最高2.50マルク=約250円の患者負担)が課せられることになったが、法律で定める者と特定の被保険者およびその家族はこの患者負担を免除されることになっている。後者の範囲については各種の疾病金庫連合会が協議して共通の要領を定めることになっていたが、その後つぎの場合に被保険者およびその家族は患者負担を免除されることがきまった。すなわち、3カ月以上の期間継続して医薬品、包帯または治療材料を必要とする場合で、被保険

者の総収入が月620マルク(約62,000円)を超えない場合である。この収入限度額は家族1人につき185マルク(約18,500円)引き上げられる。もちろん、配偶者の収入も合算される。また、収入がこの限度額を超える場合でも、被保険者またはその家族が特別の負担(たとえば看護費や施設入所費)を負っている場合には免除される。

法律では3つのグループを患者負担の一般免除者としている。すなわち、それらは(1)児童、(2)妊娠中および産後の被保険者、(3)戦争障害者である。これまで患者負担を免除されてきた年金受給者、重度障害者および傷病手当・経過手当の受給者は一般的に免除されない。

このように薬剤等の患者負担をできるだけ広い範囲の者に課し、患者負担の免除の範囲をせばめ、かつ実質的な患者負担の引上げをしたことによってどれほどの効果があるかはまだ明らかでないが、薬剤費等の抑制の一環としてならぬかの効果があるとみられている。しかし、通常の薬剤費の一部負担は一処方当たり2~3マルク(約200~300円)であるので、従来の負担額とあまり変わらない。ただ最高額が従来のように定められていないので心理的効果があるかもしれない。いずれにしても、疾病保険費用抑制法が疾病保険の費用にどのような効果をもたらすかは、早くとも1978年末にならないと明らかにならないであろう。

3. 病院財政安定法の改正と入院費の抑制

疾病保険費用抑制法では1972年に制定された「病院財政安定法」をできるだけ早い機会に改正することが定められているが、それをうけて現在改正法が国会に提出されている。同法で改正の必要がうたわれたのは、連邦補助金が大幅に病院建設に導入され、病院の増設や近代化が進んでいるが、反面設備費や人件費のアップ、経営の緩慢などにより経営コストが上昇し、これが入院費増大につながっているため、病院財政安定法を手直しし、経済的効果的な病院サービスをするようにしたいとの意図からである。病院財政安定法の改正法案の要

点は、(1)病院経営者と疾病金庫はこれまでよりもっと計画に関与すべきである、(2)入院療養費の額は、病院経営者と疾病金庫との間で原価計算に基づき、病院のサービス供給力と経済性についての一般的基準を考慮してきめるべきである。そしてそれについて州の同意を必要とする、(3)関係者の自主管理の強化の観点から、各種の疾病金庫連合会とドイツ病院協会は、病院の経済性とサービス供給力についての一般的基準、とくに人件費および物件費についての基準値を策定する任務を負う、(4)医療保障制度審議会は、入院給付についての疾病保険の支出に関しても勧告を行う義務を負う、というものである。この法案は、連邦、州・市町村および社会保険の保険者に直接影響(財政的効果)はないが、長期的視野に立って将来費用増大の抑制に役立つとみられている。

Bundesarbeitsblatt Juni 1978

(石本忠義 健保連)

児童のいる家庭に対する 所得維持制度の改革

(イスラエル)

イスラエルでは、これまで、所得維持の5つの領域 — ①税制の児童扶養控除、②国民保険の児童手当、③公的扶助、④低賃金補助金、⑤最低賃金制度 — において、公的な施策が行なわれてきた。これらの領域のそれぞれにおいて、児童のいる低所得家庭の所得を維持し、補足することが試みられた。しかしながら、実際には、これらの家庭の所得を補足するという目的と各種の施策の実際の効果との間に大幅な乖離が生じてきた。政策の調整が欠けているために、しばしば制度の重複および効果の相殺が生じた。

1974年12月、大蔵省は専門家よりなる委員会を任命し、所得維持制度につい

での諸問題を評価し、とくに税制と社会保障制度との関連について検討を行なうことをもとめた。1975年3月末、税制改革委員会は広範な改革を含む提案を提出した。主たる提案の1つは、児童手当と児童扶養控除の統合であった。この提案はその後の検討を経て、1975年7月1日に実施された。

背景

イスラエルでは、1959年以来、児童手当制度が実施されていたが、制度は3部門に分かれていた。すなわち、

- (a) 被用者の第1子および第2子に支給される被用者児童手当
- (b) 児童が3人以上いるすべての家庭に支給される多子家族手当
- (c) 現在兵役についているもの、またはかつて兵役についていたもので、児童が3人以上いる家庭に支給される兵役手当

これら3部門の手当は、その財源調達方法および課税方法を異にしていた。被用者児童手当は、使用者より定額が支給され、それは賃金の一部とみなされ、課税された。多子家族手当は、社会保障制度のもとで（国民保険公社より）支給された。自営業者および国民保険に加入の失業者も受給資格があった。この手当は非課税であり、被用者児童手当よりもかなり給付額は高かった。兵役手当は国庫負担によるものであり、非課税であった。

他方、所得を得ているものは児童扶養控除をうけることができた。しかし、累進課税方式のもとでは、所得が高ければ高いほど控除の価値は大きい。その反面、課税水準以下の所得の家庭は扶養控除制度の利益は全く受けられない。結局、この制度は貧困者よりも富裕者を援助することになる。イスラエルの所得維持制度はもっとも経済的に不利なグループの貧困の原因を除去することをねらいとしてきたが、トランスファー・システム全体として、主として税の控除に関して不平等が広まり、問題とされるようになってきた。

1974年に、急速なインフレに伴うイスラエル・ポンドの平価切り下げのため、低所得層を補償する措置がとられた。最低保証所得および公的扶助保障基準が最低賃金および課税最低限に対して引上げられた。その結果、公的扶助の給付

は課税最低限をこえた。さらに多くの家庭にとって、最低賃金よりも課税最低限の方が低くなった。したがって、被用者世帯の10% — 行政的に決められた最低生活水準以下であり、それゆえ扶助をうける資格のある家庭 — は、給付額に対しても所得税を納付する義務が生じた。この状態は“poverty trap”といわれている。

1975年の改革は、(1)課税最低限を上げること、(2)公的扶助保障基準を引下げること、(3)最低賃金を上げることによって、このようなtrapにおちる家庭の数を大幅に減少させた。改革の結果を児童が2人いる家庭についてみると

表1 イスラエルポンドによる給付の月額（児童が2人いる世帯）

制度のタイプ	改革前	改革後
課税最低限	984	1200
公的扶助保障基準	1492	1200
最低賃金	787	1010

表1のようになる。児童のいる家庭で公的扶助の給付を必要とする世帯の割合は10%から4%に下った。この4%の世帯のほとんどはパートタイム労働者であると推定されている。

改革後

1975年の改革により、各種の児童手当と児童扶養控除が児童手当制度一本に統合された。児童のいるすべての家庭に対して、所得に関係なく、第1子から各児童に“credit point”を決め、児童手当を支給することになった。新しい児童手当制度は非課税であり、二重の機能をもつ。すなわち、課税最低限以下の所得のある家庭にとっては、手当は一種の“負の所得税”となる。課税最低限よりも高い所得のある家庭にとっては、手当は税額控除と考えられる。

新しい児童手当は、国民保険と所得税法両者を合併することにより、また一

般租税収入から50%、国民保険拠出から50%という合同の財源調達方法により運営される。制度の管理は国民保険公社が行ない、家庭へ直接現金を支給する。

児童手当は第1子から各児童に“credit point”を決めるという方法で計算される。“credit point”法は各家庭に児童手当額を割り当てるための一つの簡単でエレガントな方法である。第1子と第2子にはそれぞれ1.00点、第3子以降にはそれぞれ1.25点、兵役についているものにはさらに追加点が与えられた。(1975年には1点月額100イスラエルポンドと決められた)。credit pointは消費者物価指数に連結され、CPIの変化とともに調整されることになった。

新しい制度は、すべてのもの——被用者、自営業者および福祉給付受給者——に均一に適用され、はじめてユニバーサルな制度が実施されることになった。改革以来、低所得者も高所得者も同額の児童手当を受給できるようになり、低所得者の地位は高所得者のそれに比して著しく改善された。

表2は3制度の児童手当額を1975年の改革前と後について比較したものである。家族手当の総額は家族規模および平均収入に対する割合により示されている。合計欄が示しているように、改革はすべての家庭に対する手当を改善した。平均所得で、児童が2人いる家庭は所得の8%（以前は7%）に相当する手当を受給できる。児童が4人いる家庭は所得の19%（以前は17%）の手当を受けられる。

これら給付改善の他に、制度の管理が単純化されたため、行政効率の増大、費用の縮小および支給プロセスの迅速化等、管理面でも改善がなされた。

ところで、制度改革のときに、成人1人に対する貧困線は月380ドルと推定されていた。研究の示すところによると、貧困線で、子どもが3人以上いる家庭では、子どもそれぞれが成人の必要額の約二分一、すなわち190ドルの所得補足を必要としている。

これを基礎にすると、第3子以降の児童に対する新しい手当額200～250ドル（兵役手当を含む）は最低生活水準を確保するに妥当な額である。改革前の

表2 イスラエルにおける児童のいる家庭に対する所得維持制度
1975年改革前後の比較

児童手当制度の タイプと児童数	改革前の児童手当			改革後の児童手当			
	給付月額	イスラエル ポンド	平均収入の ①	credit points ②	給付月額	イスラエル ポンド	平均収入 ③
	児 童 1人当り	合 計	割合 %	児 童 1人当り	合 計	の割合%	
小 家 族							
1	67	67	3	1.00	100	100	4
2	67	134	7	1.00	100	200	8
大 家 族							
3	93	227	11	1.25	125	325	14
4	114	341	17	1.25	125	450	19
5	117	458	23	1.25	125	575	24
6	114	572	29	1.25	125	700	30
7 ④	107	679	34	1.25	125	825	35
兵役サービス							
3	25	252	13	0.75	75	400	17
4	75	441	22	1.00	100	625	27
5	50	608	30	1.00	100	850	36
6	50	772	39	1.25	125	1100	47
7 ④	50	929	46	1.25	125	1350	57
児童扶養控除	0～90 ^⑤	---	---	---	---	---	---

注 ① 1975年4月～6月（改革前）における平均収入は月額2000イスラエルポンド。

② 手当額はPointsで決められ、消費者物価指数に連結される。改革時には1.00点は100イスラエルポンドに等しい。

③ 1975年10月～12月（改革後）における平均収入は月額2354イスラエルポンド。

④ 第7子以降の児童については、第7子と同額で増える。

⑤ 所得水準による。

公的扶助の手当額、月160～180ドルと比較しても有利になっている。ただ、第1子と第2子それぞれに対する手当(1人当り月100ドル)はミニマム・ニードの水準以下である。したがって、低所得家庭は平均賃金の5%に等しい補足(資力調査を伴う)の受給資格があり、最低生活水準を確保できるようになっている。

最後に、イスラエルの児童手当をカナダ、西ドイツおよびスウェーデンのそれと比較すると、表3のようになる。家族規模は子どもが3人および5人のばあいについて考える。この表は、各国の平均的な稼得者が年間の児童手当に等しい額を稼得するためには何週間かかるかを示したものである。

ただし、児童手当のみを比較するのは十分ではなく、同時に税制の児童扶養

控除を考慮に入れる必要がある。カナダと西ドイツでは児童扶養控除の制度が存在するので、表3の数字は約2倍に考えてもよいであろう。いずれにせよ、これらの国を総合的に比較すると、イスラエルにおける家族のための新しい制度は、社会保障の進んだ他の国々の制度と同様にゆたかなものであることを示している。

Israel's Program Revision for Families with Children,
Social Security Bulletin, July, 1978. pp. 30 - 33.

(都村敦子 社会保障研究所)

表3 平均的稼得者の週給数でみた児童手当年間給付額の比較

国および児童数	平均週給の週数	課税か非課税か	税制の児童扶養控除
イスラエル ^①			
3	10.4	非課税	なし
5	22.1	非課税	なし
カナダ			
3	3.5	非課税	あり
5	6.0	非課税	あり
西ドイツ			
3	7.0	非課税	あり ^②
5	14.5	非課税	あり ^②
スウェーデン			
3	7.0	非課税	なし
5	11.5	非課税	なし

注 ① 1975年の改革後。兵役手当を含む。

② 1975年1月1日より、児童扶養控除は廃止され、児童手当に統合された。



1977会計年度の国民保健費

(アメリカ)

アメリカの1977会計年度の国民保健費が発表になったが、これまでの国民保健費との比較をする場合には1977年度より会計年度の期間が変更になった点に注意が必要である。従来は例えば1975年7月1日～1976年6月30日までを1976年度とする方式がとられていたが、1977年度からは1976年10月1日～1977年9月30日までと改められ、前年度との間の1976年7月1日～9月30日までの3ヶ月間は移行四半期(transition quarter)として別に計算されている。このような変更に伴ない今回の国民保健費の報告においては前年度の比較に際して単純に1976年度(1975年7月～1976年6月)と比較することができないため1977年度以前については該当する12ヶ月間(1975年10月～1976年9月)との比較という方法がとられ、1975及び1976年度については従来の方式による数字と新しい方式(期間)による数字の両方が示されており1977年度との比較を可能にしている。

1977年度の概要

1977年度よりメディケア(老人・障害者健康保険)及びメディケイド(医療扶助)の二つの制度の運営を担当することになった保健医療財政局(Health Care Financing Administration)の発表によると、1977年度に保健医療費として総額1626億ドル、国民1人当たりでは737ドルが支出されている。これは前年度同期間(1975年10月～1976年9月)の支出に比べ12%の増加であり、対GNP比では8.8%となった。同年度において保健医療費全体の42%を占める公的財源の上昇率は11%であり、また民間財源の上昇率は13%である。一方保健医療費のおもな支出のうち病院医療費は14%増加し総額656億ド

ル、医師の診療費は13%の増加で総額322億ドルであり、また全体の70%は政府民間保険などの第3者機関によって支払われている。

保健医療費の増大傾向

保健医療費は一般に経済の拡大より速い速度で増加している。1977年度にGNPの上昇率は10.2%だったのに対し、保険医療費は12%も上昇した。このような保険医療費の上昇は例外的でありその上昇率は他のおもな生活必需品の上昇率を上回っている。このような費用の急上昇の結果として、1人当たりの保健支出は1970年度の334ドルから1977年度には倍以上の737ドルになった。結局、患者1人に提供される医療サービスの量の増大と供給されるサービスの質の変化(高度化)とが医療費の増加に影響している。

病院医療費

保健医療費用のうちで注目されているものの一つは病院医療費である。1965年度には病院医療費は国民保健費全体の34%であったのに対して1977年には40%となり、この時期にその額は131億ドルから656億ドルと5倍になっている。この間の病院医療費の年平均上昇は14%であり、国民1人当たりの病院医療費は1970年度から1977年度の間に17ドル増加し297.38ドルとなった。

アメリカにおける最も一般的な病院形態であり短期の一般診療を行なう地域病院において病院医療費全体の82%が使われており、このことが人々の関心を集めるところとなっている。地域病院における延べ在院日数は1966年度から1977年度に22%増加した。一方1968年度以降、1人当たりの平均在院日数は低下しており、このことは入院1日当りに使われる医療資源が増加していることを示すものである。また病床の利用率も低下してきており、1969年度の79%から1977年度には74%となった。この結果多くの病床が利用されないままになっており、そのための維持費も少なくないものと思われる。また外来患者の増加は著しく1966年度から1977年度の間の増加率は約200%であった。これらの病院に

おける外来診療は本来は入院の必要性を判断するためのものであり、そのことによって不必要な医療費の増加を抑制するという効果が期待されるはずであった。しかし実際にはそれらはしばしば診療所における一般診療の代わりとなっており、このことが逆に医療費を増大させる原因にもなっている。

病院医療費の急増は、診療に必要な種々のサービスの量が増大しその内容が高度化しているためである。1970年度以来入院1日当りの費用は13%増加した。この1日当り費用の増加のうち34%は人件費の増加であり、また1970年度のサービス水準を維持するための医療資源（財及びサービス）の価格の上昇が23%、そして残りの42%が1日の診療に必要な医療サービス自体の変化によるものであった。具体的なものとしては、多くの専門的な病院従業員を必要とすること、また検査やX線の使用の増大、さらにコンピューター断層撮影システム（CT S）や複雑な心臓手術など費用のかかる新しい治療が行われるようになってきたことなどがあげられる。

医師の診療費

医師の診療に対する費用の上昇率は16%であり、引続き急速に増加している。1970年度には総額134億ドル1人当り65ドルであったものが、1977年度にはそれぞれ322億ドル、146ドルと増加した。

医師数の増加と医師の専門化の進展とがこれらの増加の原因となっている。またこれは医療需要に応じて医師の数を増やすことがさらに新たな需要を顕在化させるといった現象も生みだしている。例えば1975年度には診療所の医師数の増加は5%であったのに対し、同じ時期の医師の診療費は20%の増加を見えており、また最近の研究によると医師の専門化という傾向が医師の診療費の増大の最も大きな原因であると言われている。医師の診療費の増加に加えて、国民の医療過誤についての関心の増大に対して、医師がいわゆる「防衛医療」と呼ばれるより複雑な検査を伴う治療を行なうようになってきており、これが医療費を一層増大させているという事実も疑うことはできない。またこのことは単

に医療費を増大させるばかりでなく、医師が危険性の高い診療を回避する傾向も生み出しており、受診機会の点からも注目される必要がある。

医療費の第三者払いと患者負担

政府や民間保険などの第三者機関が医療費の支払い組織としてしだいに大きな役割を果たすようになるにつれて、患者の受診に際しての直接的な負担は少なくなり、従来のように医療費の支払いをすることができない患者や費用の大部分を償還してもらうことのできない患者は医療を受けることができず、そのことが結果的に費用の増加を抑制しているという効果はもはや期待できなくなっている。これはとりわけ病院医療及び医師の診療について著しい。つまり保健医療費の増大の原因は、健康保険の適用の一層の拡大であり、メディケア及びメディケイドの実施であり、さらに病院の費用や医師の診療費のいかにかわりなく、それらの医療サービスの費用のうち患者に償還される部分が増加し患者が医療を受けやすくなってきたことにある。

1960年において対人保健医療費（国民保健費のうち、事務費、政府の公衆衛生活動、研究費及び医療施設建設費を除いたもの）のうち、第三者機関が支払った費用は全体の45%であり、病院費用の18%、医師の料金の33%が第三者払い分であった。しかし保健費全体のうちこの割合は1970年度までに60%に達し、また1977年度はついに70%をこえ、患者が直接負担する費用は30%ほどになった。また同年度には病院医療費の94%、医師の診療費の61%が第三者機関により支払われている。

このように病院費用及び医師の診療費に占める第三者払い分の割合は増加しているにもかかわらず、患者は今なお他の医療サービスの費用の多くを直接支払っている。これらのサービスには歯科及び他の専門医治療、薬剤、眼鏡、ナーシング・ホーム・ケアなどが含まれる。1977年度においては、これらのサービスのうち民間保険によってカバーされているものは歯科医療を除いては僅か

にすぎず、費用の6%が民間保険の負担である。一方政府もその多くがメディケイドを通じて他の専門医サービスや薬剤・眼鏡などの費用の29%を負担しているが、これらの料金のうち60%以上を患者が直接負担しているのである。

以上アメリカの1977年度の国民保健費とその最近の動向について概略を紹介したが、注目されるのは対人保健医療費のうち公的負担の若干の低下は見られるもののいわゆる第三者払い分がほぼ70%にまでなり、とくに病院医療費については94%までが第三者払い分となっている点である。周知のようにアメリカは自由医療の国と言われ需要の側についてもメディケアの適用の拡大は見られるものの全国民を対象とした健康保険制度は存在していない。しかし第三者払い分の増加に見られるように受診に際しての患者の経済的障害の除去という側面における医療の社会化は国民健康保険が未成立の状況下においても進んでいるものと考えられる。このような言わば「なしくずし的な社会化」が進展していくなかで社会保険制度や医療供給体制がどのような対応を余儀なくされることになるのであろうか。単に医療費問題や国民健康保険法案をめぐる論議ばかりでなく、アメリカの保健医療政策全般についての興味は今後も尽きることはないものと思われる。

Robert M. Gibson and Charles R. Fisher, National Health Expenditures, Fiscal Year 1977, Social Security Bulletin, July 1978, Vol. 41, No. 7, pp. 3

— 20 .

(藤井洋一 健保連)

社会保障こぼれ話

社会保障と雇用対策

(フランス)

この国の使用者は社会保障制度の拠出として、賃金の35.51% (1977年の平均) を支払い、被用者は8.39%を負担している。しかも、使用者は職業訓練や教育に対して、負担を法律で要求されており、さらに、多数の使用人は従業員の私的年金などにも財源を負担している。このように重い負担が、不熟練の失業者や新しく学校を卒業して労働市場に参加する若者の雇用に、障害になっている。このような事情を背景として、1977年には、重い賃金や社会保障費の負担が雇用を阻害するのを減少させるために、新しい法律が採用された。

この法律は労働市場に新しく参加するすべての若者に、仕事を造出することを目的としており、1977年7月から実施された。この法律にもとづく制度は2つの部分を組合されており、1つは使用者の社会保障拠出を一時的に免除することで、他の1つは政府の補助金による雇用訓練制度を実施することである。このような方法により、使用者の負担を一部でも軽減することは、労働費用と新しく労働市場に参加する不熟練労働者の生産性の問題を解決する一助になると期待された。

上述した新しい制度により、使用者は1977年7月から12月(事実上では、1978年6月)までに、常備もしくはパート・タイムで雇用された25歳以下の各従業員について、失業保険部門を除き、社会保障拠出の使用者負担分を免除されることになった。また、1977年7月から12月までに、25歳未満

年金への態度

David Piachaud (イギリス)

本稿には、年金に対する人びとの態度について、調査結果が論述されている。この調査の目的は、就労している人びとが年金を適切とみなしているかどうか、また、年金の改善に対してより多くを負担する用意をもっているかどうかについて、結論を求めることであった。

全人口のうち、6人に1人は老齢年金の受給者で、いずれの人びともやがて老齢年金の受給者になるという予想をもっている。しかし、人びとが年金についてどのように考えているかという調査は、ほとんど行われていなかった。政治家は年金が低すぎると宣告したが、しかし、かれらはあたかも就労している人びとが費用の調達に不本意であるから、これら政治家が年金の引上げを抑制されているかのように振舞っている。この不本意が本当に存在するのかわかをはっきりさせることは、明らかに価値のあることである。

したがって、調査は働いている人びとが年金をもっと高くすべきだと考えているかどうか、また、もしそう考えているのであれば、かれら自身 — 他の納税者や拠出者ではなくて — が、年金の引上げを実現するために、所得の一部をカットされるということに直面する用意をもっているのかどうかについて、明白にする意図のもとに実施された。そこで、郵送による質問状は無差別に抽出した1,000人以上の男子に発送された。男子は女子よりも年金年齢以上の人

びとが多いと思われるし、また、引退していなければ、かれらは全日制で働いていると思われる、したがって、より高い年金のために生ずる費用の調達に直接的な義務を負うと思われるので、男子だけが選ばれた。

年金に対する態度として、3つの質問が行われた。第1は、「年金についてどのように考えますか — 適切以上・適切・不適切・いちじるしく不適切」という質問であった。「年金」の定義について、所得調査を条件とする補足的年金、あるいは、私的な企業年金を含むかまたは除くかについて、なんらの試みも行わなかった。回答者はかれが一般的に老齢者の年金による所得について問われていると理解するだろうと期待された。

第2の質問は、「老齢年金はどれ位であるべきだと考えますか?」というものであった(調査と同一時点の標準的な年金額は、単身者で週6.75ポンドであった)。最後の質問は、「年金がよくなるのであれば、暮らしが前より悪くなくても差支えありませんか? また、もし暮らしが悪くなるのであれば、それはどの程度までですか?」というものであった。この質問には、働いている人びとの1人当りで、ある与えられた金額の3分の1に相当する部分について、暮らしが悪くなる場合、単身者の年金額はそのある与えられた金額の分だけ引上げられるという説明が付けられていた。「暮らしが前より悪くなる」という言葉は、労働者の国民保険拠出もしくは税金の増額か、あるいは、物価上昇、または、これら3者のなんらかの組合せによって、より高い年金の費用が労働者に影響を与えるであろうというある限界をカバーするために用いられた。

調査の回収は60%をちよっと下まわった。回答者の見解は、圧倒的(93%)に年金が「不適切」もしくは「いちじるしく不適切」ということであった。回答者の約40%は、年金のあるべき水準として、10ポンドの金額を示していたが、色いろ示された年金額の平均は11.25ポンドであった。年金がすでに適切であ

ると考えた少数の人びとのうち、僅かな人びと（30%）は、年金の改善による暮し向きの低下を容認しているが、他の回答を寄せた人びとの80%以上は、かれ自身で積極的にその低下を容認している。人びとが容認する用意をもつものとして選択した最も一般的な金額は、週当り50ペンスから1ポンドで、中間は81ペンスであった。しかし、何も譲歩したくない人びとの意見をみれば、全回答者の平均では、その金額は65ペンスに低下する。

調査の回収率は政府以外による郵便を用いた通常の例よりも、若干よかった。しかし、調査によって得られた結果は、多数の条件を加えなければならない。まず、質問に答えないということを選択した人びとは、多数の例では、かれらが年金を「適切」と考える少数派の回答に同意し、したがって、年金について面倒をかけられるのを希望しないので、回答しなかったものと少なくとも予想される。もしその通りであれば、それは質問に答えた人だとが国民大衆をどれだけ代表していたかについて疑問を投げかける。次に、回答者が働いている人びとの代表であるならば、かれらが暮し向きを悪くする — 週当り65ペンスを負担する — のを積極的に受け入れる平均額は、単身者の年金を望ましいとされた11.25ポンドまで引上げるにはほとんど不十分であろう。それは中途半端な金額にすぎないだろう。3番目に、調査によって得られた結果は、人びとが政府の年金により少なく拠出したがっており、代わりに私的な貯蓄を頼りにしているということを示した以前の世論調査と一致しない。そして、最後に、回答者は分離された年金について質問されたということを記憶しなければならない。同時に、かれらは学校、病院、廃疾給付制度、または、政府が責任を有する他のなんらかのよいことを改善するために、かれらがどれだけ暮し向きを悪くする用意をもっているかについて述べるのに招かれたのではない。

Attitudes To Pensions, Journal of Social Policy,
April 1974, pp. 137-146; No. 50, '74/75.

疾病保険の 将来の発達に対する目標

Albert Holler (西ドイツ)

本稿には、保健と社会政策の分野におけるドイツ連邦共和国（西ドイツ）の現状が述べられた後に、社会的疾病保険の将来の発達に対する基本的な目標が論述されている。

現状のもっている特色は次に示されるとおりである。

ドイツの社会における構造的な社会的変化には、稼得活動の雇用で女子の占める比率の比較的に高いこと、雇用の需給に質的な変化の現われていること、および人口に高齢者の占める比率の上昇していることが認められる。

疾病保険制度にとってますます費用の高くなる保険財政の支出が現われているが、病理学的な条件が伝染性の疾患に代り、人びとの病的な性質に状況の変化が現われている。

不都合な遅滞もなく社会に寄与する医学や技術の急速な進歩が現われている。

人間的な生活の価値について、観点が変ってきた。

資金の支出に対して優先順位が設けられ得るように、社会的サービス資源の効力は、コスト・ベネフィッツ分析によって評価されるべきであるという、いわゆる「社会的生産」にかんする競争にもとづく要求が用いられるように

なっている。

疾病保険の将来の発展に対する目標は、次のとおりである。

1. 健康保護の分野では、健康は、疾病の早期発見に対する定期的な医学的検診によって保護されるべきである。
2. 医療は、医療の発達およびグループ診療の促進により、農村と都市の双方で保証されるべきである。
3. 被保険者の登録番号は、管理を簡素化するために採用されるべきで、しかも、できるだけ各個別的な番号とされるべきである。
4. 生活水準は、疾病保険の「動態的」な制度の採用によって保証されるべきである。
5. 所得と支出の平行した増大のもつ利益では、社会的に公正とされた方法によって疾病給付の財源調達を保証するために、幾つかの段階が用いられるべきである。
6. 疾病保険政策のもつ目的の1つは、公的疾病保険と私的な疾病保険 — すでに述べたある発展として考えられる — の間において、市場の長期的な分配を行なうことである。

Zie Der Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung, Die Ersatzkasse, No, 5, 1971, pp 205-208 ; No. 101, '71.

経済的観点による

医師報酬の改革

Heinz Allekotte AND Hans-Peter
(西ドイツ)

本稿には、医師に対する報酬を改革する提案について、検討が概述されている。

医師の報酬を改革する提案が行われている。それらの提案は医師と患者の反応に影響を与えるであろうが、結局、患者はよりすぐれた、しかも、より人間的な取扱いを受けるので、患者は利益を得るであろう。

過去の例は、医療の費用が保健政策上の理由から公開市場の役割によって決定できないし、また、同様な理由から、保険者の連合体による一方的な決定が、最も疑問のある方法のように見えることを示してきた。

現状における医師報酬の問題は、基本的には経済的な問題を含んでいる。すなわち、保健政策によって指示された給付の増大は、どのようにして費用の増加を招くことなしに達成できるのかということであり、それは主として費用にかんする現行制度を再編成することである。医師に対する報酬の現在の仕組みは、医療給付費が保健政策と経済のいずれかの観点から効果的な要素として作用するのを阻んでいる。

労働市場では、賃金ドリフトは、各部門別の市場における質的もしくは量的な性格、あるいはそれらの双方の不均衡を打消してしまうように、超過需要をコントロールする手段として作用するが、医療給付の市場における需要者は、

所定の規格を超えて何も得るものがない。

現在の医師は主として金を稼ぐのに関心をもっているが、しかし、給付を増やすことによってより大きな所得を得ることができないから、かれらは手段を他に変えなければならない。かれらは取扱う件数を増やし、また、できるだけかれらが保険の枠外の代金を請求できる私費診療の患者数を増やしている。

現行制度は医療給付を提供する医師の調達を決して増大しないが、他方では、その制度は公的医療保険制度の加入者が給付を無料と考えるので、かれらの自由意思で保険による手段をすべて使い果すのを、加入者に奨励している。

医師報酬を改正する提案は、第1段階として、各種の給付のもつ価値の間に、公正な関係をもたらす新しい報酬体系の制定を含んでいる。一般に、これは各医療行為に対して別な支払いをする一括払い、もしくは、定額払いで取替えることを意味している。これらの基本的な料金に加えて、医師は特殊な診療に対する補足を請求できるし、また、これらの補足は医療費に対する直接的な拠出として、患者によって支払われるであろう。この方法の目的は、患者により多くの費用のかかる意識をもたせ、医師の行う診療件数を多少減らし、さらに、この方法でよりすぐれたしかもより多くの完全な治療を、患者に保証できるということである。そのうえに、将来を案じられている私的な医療保険制度に、より広い領域を提供するであろう。

ここに概述された改革によって、医師と患者の関係は、新しい基盤を与えられる。すなわち、患者はより人間らしい治療を与えられるし、また、医師は少なくともより権威をもつ方法で同一の所得を取得するであろう。医師の活動は主に証明書や処方箋を書くことではなくて、不可欠な科学研究に従事する時間をもつことになるであろう。

Reform Der Arzthonorierung Aus Okonomischer
Perspektive, Sozialer Fortschritt, No. 12, 1970, pp. 269
-275; No. 107, '71.

労働災害と職業病に対する 保険の諸問題

Armando Gallo (イタリア)

本稿には、労働災害保険にかんする検討が論述されている。現行法を土台とするその検討は、雇用災害に対する保険の部門で解決されるべき諸問題を含んでおり、それらの諸問題は災害もしくは職業病から保護される人びとの範囲の拡大と、工業と農業のそれぞれの部門における保険適用のよりすぐれた調和である。

とくに災害保険を特徴づける2つの基本原則は、給付の自動的な性格と年金の自動的な再評価で構成されている。

これらの基本原則のうち1番目の原則は、災害保険で絶えず完全に実施されてきたが、2番目の原則は1963年1月の法律第15号で採用されたばかりである。この2番目の原則は、生計費指数がある特定の数値まで上昇した場合に、災害保険制度によりある特定の比率で、また、ある特定の期間支給された年金が、当初の購買力の維持を保証するために、再評価されることを意味しており、その再評価は時間の経過だけを条件としており、また、事実上の災害と無関係な要素の結果として行なわれる。上述した2つの基本原則にもかかわらず、また、その制度に最近統合的な条文が採用されたすべの改革にもかかわらず、社会的保護とされたこの進歩した形に汚点を残している重要な欠点を示すためには、

序章としてこれらの説明が必要である。

統合的な条文は工業部門と農業部門における廃疾の評価に用いる判断基準をすべて改善しているが、しかし、現在では、災害保護の法典とみなされている1965年の法律で多数の基本的な改革が採用されたにもかかわらず、その後もなお未解決の多くの問題が依然として残っている。労働分野の専門家によって、また、労働界によって最も激しく論争されており、しかも、政府と議会による解決を依然として待っている諸問題とは、一体何であろうか？

まず第一に、災害と職業病に対する保護の範囲は、自営の労働者が災害と職業病の危険に曝されているのに、依然として法律によってカバーされないかれらの全分野に拡大されるべきである。

次に、一時的な完全廃疾にかんする毎日の手当は、農民、作物を分配される小作農、土地を借りている小作農などに拡大されるべきである。これらの人びとが災害もしくは職業病の結果として、かれらの正常な仕事に従事するのを阻げられており、保護を必要とする状態に曝されていることは明らかである。

さらに、農業では、永久的廃疾にかんする補償の最低率が、15%の現行水準から10%に引下げられるべきで、この引下げによって、農業部門の補償は工業部門の最低率と同一水準になる。

受給権の決定に対する他の状況は、災害もしくは職業病と無関係ななんらかの原因によって、受給者が死亡した場合に、年金のもつ死亡受取金の原則を災害保険に導入した当局の失策に関連をもっている。

工業部門の保険制度と農業部門の保険制度の間に、より大きな調和を実現す

る必要性については、すでに前述したが、この実現はこれら両制度の完全な融合という最終目標への第1歩である。この実現は、危険が同一であるにもかかわらず、取扱いについて見うけられる現在の不均衡と補償率の較差を取除く目的にも役立つ。これらの不均衡や不平等は議会によって計画された農業振興への努力と一致しないだけでなく、道徳的なまた法律上の双方の観点から見て、事実上に悪用しているといえる取扱上の不調和をも生み出している。

結論として、所定のまた完全な効力が1963年の法律第15号第31条に与えられる必要があるが、同法は被保険者の蒙った災害を見積る基準を示す権限を政府に与えている。

Problemi Dell' Assicurazione Contro Gli Infortuni Sul Lavoro e le Malattie Professionali, I Problemi Della Sicurozza Sociale, No. 1, 1970, pp. 61-77; No. 139, '71.

欠損家庭の生活問題

Vilso Kasanen (フィンランド)

本稿には、社会における欠損家庭(片親喪失)の立場と、それらの家庭の生活を改善するのに何をすることができるのかにかんする助言が論述されている。

1960年の国勢調査によれば、フィンランドで子供のいる世帯のうち、約10分の1は片親の世帯であった。これらの世帯のうち、18歳未満の子供の人数は約128,000人であった。これらの子供のうち、87.5%は女子が養育の責任を負っ

ていた。このように、片親の世帯の問題は主として女子とその子供達の問題である。かれらの問題を解決するために、これらの世帯は、現在かれらが受けているものよりも多くの保護を社会から受ける必要がある。研究は片親世帯のもつある幾つかの点について行われたが、その問題について不可欠でしかも包括的な研究はまだ行われていない。

寡婦と遺児の生計は、別な遺族年金制度で保障されている。研究は寡婦を世帯主とする家庭の生活水準が、現在では、片親世帯の他の稼ぎ手よりも暮らし向きのよくなっているという限りにおいて、それらの世帯の生活水準が遺族年金制度の実施以後に、明らかに改善されてきたということを示している。

毎年、約40,000の新しい結婚が行われ、約5,000が結婚を解消している。離婚後に、両親は依然として共同で子供の生活に責任を負っている。非嫡出の子供の立場はより一層困難である。毎年、約3,500人の子供が非嫡出の子供として生れ、それらは全出生児の4.5%に当る。非嫡出児とかれらの母親の立場について行われた研究は、かれらの生計の手段について、かれらのために改善の必要なことを示している。その問題は、父親から子供の扶養への援助を得ることが、必ずしも常に容易ではないということである（国はこれらの世帯に対して、養育扶助の前払いを支払っている）。最近の研究によれば、未婚の母親の48%は定期的に養育費を受取っているが、28%は（父親から）それらを全く受取っていない。離婚した母親の17%だけが、それらの養育費を定期的に受取っている。

片親の世帯には多数の社会的手当が用意されている。それらの世帯は児童手当、特別児童手当、大家族に対する家族手当、養育費の前払い、遺族年金および大家族に対する住宅補助の受給資格を取得できる。これらの手当のうち大部分の手当は、両親の揃っている世帯にも同様に支払われる。特別児童手当、養

育費の前払いおよび住宅補助は、片親世帯にとって特殊な重要性を持っている。

片親世帯の稼得従事者は、大部分の人びとが特別手当に加えて、本人自身が労働からの収入を取得している。異なった研究によれば、片親世帯の所得は、両親の揃っている世帯の所得の半分より僅かに少ない。1970年に行われたある調査は、片親世帯の60%が、最高で1世帯当り月額500マルカの所得を得ていたことを示している。この上限は寡婦を世帯主とする家庭の50%以上で、未婚の母親の家庭の43%以上であったが、離婚した世帯では25%以上にすぎなかった。

最近、片親世帯の生活水準を改善するために、多数の提案が行われた。ある提案（中央児童福祉連盟により行われた）によれば、現在の複雑な社会的手当制度は、各地方と家族条件に応じて可変的に適用できる児童扶養世帯へのある社会的手当制度によって、改善されるべきである。この制度は、所得がある最低の水準以下の全世帯に対して、妥当な生活水準を保証する児童養育世帯の生活にかんするある社会的な法律を前提条件とするであろう。

Yksinhuoltajaperheiden Toimeentulokysymys, Lapsi ja Nuoriso, No. 9, 1971, pp. 263-269, 278-281; No. 92, '71.

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

（平石長久 社会保障研究所）

アメリカ社会保障法の1977年改正

国立国会図書館 藤田 貴恵子

1977年12月20日、合衆国の公的年金制度(OASDHI)の大規模な改革が採択された。1977年の会期の最後の日に、連邦議会はホワイト・ハウスに、年金財政建直しのため、被用者および使用者が今後10年間に社会保障年金基金に対して拠出する社会保障税を2,270億ドル追加する法案を送付した。

旧法では1986年までに、年間400億ドル以上の社会保障税の収入が予定されていた。今回の改正法案は、その税金をはるかに上回るものである。改正法制定後2～3年のうちに、被用者および使用者が同等に負担する社会保障税は、稼働所得7ドルにつき1ドル相当になると見込まれている。被用者および使用者の拠出する社会保障税率は、1978年1月1日からは従来の5.85%から6.05%に上昇する。課税される最高所得額は、従来の年収16,500ドルから17,700ドルに上げられる。

賃金上昇のベースに対応して稼働所得が上昇するならば、例えば、社会保障税は1977年の965ドルから1978年に1,071ドル、1979年に1,404ドルと2年間で439ドル上昇することになる。自営業者であれば、少なくとも賃金ベースに対応する稼働所得の、年間社会保障税は1977年の1,304ドルから1978年に1,434ドル、1979年には1,855ドルと2年間で551ドル上昇する。そして1987年までは4,260ドルも上昇する。

さらに、この追加税のほとんどが、中間所得から中の上の所得層の被用者および使用者ならびに自営業者に課せられる。しかし課税所得の急上昇にもかかわらず、

課税はトップ・クラスの所得層には100%の適用とはならない。

低所得労働者については、カーター大統領が低賃金所得に対する特別税額控除の大幅引上げの方針を設ければ、社会保障税の全額またはそのほとんどが償還されることになる。中間所得および中の上の所得層の労働者は、給付額の算定基礎となる賃金ベースの急上昇にもかかわらず、年金給付額は非常に少ない。それは、給付額は稼働所得を基礎としているが、年金額が計算される方式は、低賃金労働者の給付を非常に厚くしているからである。

新立法におけるこの傾向は、以下の諸点に示される。

- (1) 2,160ドルまでの年収の者については、所得の90%の年金を受給するために積立てることになる。
- (2) 2,160ドルから13,020ドルまでの年収者は、所得の32%のみの年金受給となる。
- (3) 13,020ドルから課税最高額までの年所得については、わずかに15%の年金額となる。

本稿では、この改正法制定の背景と改正点の概要について述べることにする。
法改正の背景

OASDHIの財政危機に関しては、かなり以前から検討され、その都度若干の法改正が行われてきたが、最近の動きについては、本誌39号、41号に紹介した通りである。財政危機を招いた主要因は、ほぼ次の事項にまとめられる：

- (1) 最近の高失業率はOASDHI基金の歳入を低減させ、一方、給付額はインフレの昂進とともに増大し、1975年度以降支出が収入をこえている。ここで何等かの措置を講じないかぎり、障害保険(DI)信託基金は1979年には使い果され、老齢および遺族保険(OASI)信託基金は1983年に使い果される。
- (2) 出生率の低下と平均余命の延長による今後の人口構造が年金財政の危機をもたらす一因となる。1940年代の戦後のベビー・ブーム時に生れたグループが退職年齢に達する時、現状のまま出生率が推移すれば、これらの者に対する

る給付の支給は不可能である。さらに平均余命の延長は、より長期にわたる退職年金の支給期間をもつようになった。

- (3) 1972年に採択された年金給付額を消費者物価の上昇に自動的に調整して引上げる方式も、財政危機の要因となった。
- (4) 1950年に社会福祉負担分の若干を社会保障プログラムに移動させる目的で、最低給付額を倍増した。後年の最低給付額の引上げと合わせて当該措置は、より広範に経費のかさむ制度となった。
- (5) 1940年に社会保障年金制度が給付を初めて支給した時に、多くの者は社会保障税の拠出後わずかな期間のうちに支給をうけたことが、発足当初からの財政危機をもたらす要因であった。1950年に同制度が、自営業者およびその他の者に年金支給の適用を拡大した時、多くの者たちは、18か月の短期間社会保障税を拠出した後に受給者となる年齢の者であった。

1977年5月9日、カーター大統領は、年金財政に関する特別教書を連邦議会に送付し、そのなかで、新政権の年金財政建直しの次の諸措置を明らかにした；

1. 経済不況が厳しい間、失われる基金の歳入につき、連邦の一般歳入から年金信託基金に対する補償を講ずること。この場合、6%をこえる失業率の結果失われる社会保障税収を回復する方法として、一般歳入からの資金が充てられることになる。
2. 使用者に対する社会保障税の課税賃金ベースの上限を除くこと。使用者に対する課税上限を3年間のうちに引上げ、1981年までに上限を撤去する。
3. 1979年、1981年、1983年および1985年に被用者に対する社会保障税の課税賃金ベースを600ドル引上げること。それ以降は現行法に従う自動的引上げとする。
4. 病院信託基金からOASDI信託基金に歳入を移転すること。これは部分的にメディケア制度に対する病院費用からの実質的な節約をすることになる。
5. 自営業者に対する社会保障税を7%から7.5%に引上げること。

6. 年金給付額の性差を改正すること。最近の最高裁の判決は、このことを促すものである。
7. 現行法のインフレ対応のための給付額算定方式を修正すること。これは退職前の賃金を算定基礎として、退職後の給付額を算定する方式においてなされるべきである。
8. 現行法で規定されている社会保障税率の引上げ時期を調整すること。

これらの示唆に基づいて起草された改正法案は、幾多の審議の末、下院案に対する上院修正案が大幅に認められて成立した。

改正法の基本規定の概要

(財政)

1. 拠出および給付額ベースの引上げ

被用者および使用者の社会保障税の課税賃金ベースは、表1に示す通りとなる。1982年以降はその時の現行法による自動的引上げとなる。

2. OASDIへの拠出率の引上げ

被用者および使用者、ならびに自営業者のOASDIへの拠出率の引上げは、表2、表3に示す通りとなる。

3. 障害保険信託基金に対する拠出割当の改正。

財政危機のいちじるしい障害保険プログラムの健全財政を確保するために、その拠出割当を引上げた。(表2、表3のDI欄参照のこと)。

表 1

暦年	拠出および給付額ベース ドル
1978	17,700
1979	22,900
1980	25,900
1981	29,700
1982以降	自動的引上げ

表 2

暦 年	被用者および使用者の社会保障税率(%)				
	O A S I	D I	O A S D I	H I	計
1977	4.375	0.575	4.95	0.90	5.85
1978	4.275	0.775	5.05	1.00	6.05
1979 - 80	4.330	0.750	5.08	1.05	6.13
1981	4.525	0.825	5.35	1.30	6.65
1982 - 84	4.575	0.825	5.40	1.30	6.70
1985	4.750	0.950	5.70	1.35	7.05
1986 - 89	4.750	0.950	5.70	1.45	7.15
1990 以降	5.100	1.100	6.20	1.45	7.65

表 3

暦 年	自営業者の社会障税率 (%)				
	O A S I	D I	O A S D I	H I	計
1977	6.1850	0.8150	7.00	0.90	7.90
1978	6.010	1.090	7.10	1.00	8.10
1979 - 80	6.0100	1.0400	7.05	1.05	8.10
1981	6.7625	1.2375	8.00	1.30	9.30
1982 - 84	6.8125	1.2375	8.05	1.30	9.35
1985	7.1250	1.4250	8.55	1.35	9.90
1986 - 89	7.1250	1.4250	8.55	1.45	10.00
1990 以降	7.6500	1.6500	9.30	1.45	10.75

(給付方式の修正)

1. 給付額構造の改正

O A S D Iプログラムの現在の長期的損害の約半分は、現行法の生計費増の

規定の結果である。現行給付構造に基づく基本的問題は、現在の労働者達への将来の給付が、就労期間中の賃金および物価の双方の増加を反映している。その結果、補償額(退職前所得の割合としての当初の給付)は、不規則で予言できないものであり、現在の長期経済予測では、相当に上昇することになる。また長期損害の約半分は、将来における補償額の上昇のためである。改正法は、将来の補償額における意図しない上昇を防止し、将来の補償額を1979年1月に行われるレベルよりも約5%低いレベルにした。当該改正の主要点は、労働者の稼働収入(および給付方式)は、生涯を通じて得た賃金レベルにおける変動の反映を記録することになる。その結果、給付は生涯の就労期間中を通じて平均所得をベースとすることになる。

さらに解説すれば、従来インフレによって上昇した賃金は、年金額算定ベースの就労年数を増加させることになる。給付方式自体がインフレに対応するために毎年調整された。結果として、給付額はインフレに対して2倍の引上げを行ったことになる。今度は、退職労働者の当初の給付額の計算にさいして、賃金はインフレに対して調整されているので、給付方式のインフレ対応要素は削除されるということである。

(1) 稼働所得の賃金指標化

労働者の稼働所得は、62歳になる直前の、または障害者となりもしくは死亡する直前の、平均賃金の増加を反映するものである。また労働者の稼働所得は62歳に達する前、障害者になる前、または死亡する前の2年間の平均賃金の割合を実際の所得にかけて指標化する。

(2) 指標化するためのベースとなる年数

労働者の稼働所得は62歳に達する前、障害者になる前、または死亡する前2年間の平均賃金増によって指標化される。それ以降の稼働所得は、実際のドル価格で計算される。生計費増もこの時点から適用される。

(3) 算定期間

給付額は1950年以降62歳に達した時、または障害者となった時、死亡した時

までの年数（1950年以降の労働者であれば21歳に達した時）について、労働者の指標化された平均賃金をベースとして算定される。

2. 給付方式

次に示す給付方式は、1979年に62歳に達する労働者、障害者となり、または死亡する労働者の指標化された平均所得月額（AIME）に適用される：

AIMEの最初の180ドルの90%，プラス180ドル以上1,085ドルまでのAIMEの32%プラス

1,085ドル以上のAIMEの15%

将来受給資格者となった者については、方式における金額は、平均賃金増と同じに自動的に調整される。

3. 最高家族給付

最高家族給付は、現行法に基づく通りの基本保険額（PIA）に対すると同じ関係にある — PIAの15%から188%まで。最高家族給付は、労働者のPIAに次の方式を適用することによって決定される：

PIAの最初の230ドルの150%，プラス

230ドルから332ドルまでの272%，プラス

332ドルから433ドルまでの134%，プラス

433ドル以上の175%

将来は、この方式中の金額も平均賃金増に伴い上げられる。

4. 最低給付の凍結

将来の受給者に対する最低給付は、1979年1月に発効する最低給付と同額に凍結する。最低給付は、62歳以上の者、障害者または死亡者のみ、物価の上昇に対応した最低限度額に基づいている。

5. 特別最低給付の引上げ

従来の特別最低給付は、低賃金労働者に10年をこえ30年までの労働者の適用年数の9ドル倍と同等に規定されていた。特別最低給付は自動的に調整規定に基づく生計費増に従わない。改正法は9ドルを11.50ドルに引上げ、現在および

将来の受給者に対して生計費増を見込んでいこうとするものである。かくして、可能な特別最低給付の最高額は、1979年には従来の月額180ドルから230ドル（夫婦世帯345ドル）に引上げられる。

6. 退職延長積立

1978年以降62歳に達する者に対し、65歳から72歳まで給付をうけない場合には、退職延長積立を毎月1%の四分の一（年3%）引上げる。

7. 稼働所得テストの緩和

現在65歳以上の受給者は、給付額を失うことなく得る所得の制限が非常に高くなる。新法に基づく稼働所得の制限は、1977年の3,000ドルから1978年には4,000ドル、1979年に4,500ドル、1980年に5,000ドル、1981年に5,500ドル、1982年に6,000ドルに引上げられる。

8. 高齢者に対する稼働所得テストの廃止

1982年以降、所得制限は70歳から72歳までの労働者に適用されないことになる。65歳未満の者については、1982年までは4,000ドル以下の所得に制限はない。65歳に達すれば、前述の通り、制限は緩和され、70歳に達することで制限がなくなる。これは62歳から65歳までの退職を防ぐためのものである。

9. 政府年金を受給する配偶者に対する減額

OASDHIに加入している労働者の年金と配偶者加算について、連邦、州または地方政府の年金制度に加入している配偶者がある場合で、年金受給者であれば、その額によってOASDHIの配偶者加算の額は減額される。これは新規の申請者のみに適用され、しかも法制定5年後に発効する。

（女子に対する取扱い）

1. 年金受給者である男子は、妻の加給についての受給資格を立証する必要がなくなった。

2. 寡婦または離婚した配偶者が再婚した場合に、今迄受給していた配偶者給付の金額または1部を失う規則が緩和された。

なお女子に対する取扱いは、今後の検討課題とされ、現在、保健・教育・福祉省のタスク・フォースによる報告書が提出されている。

以上の他、細かい改正が多く行われているが、それは省略する。

☆ ☆ ☆

改正法を評価すれば、巨額の社会保障税の引上げを行っているにもかかわらず、制度の財政の長期的解決を保証するものではない。1990年以降、次第に労働人口は減少し、老齢化していき、これらに対する負担は、制度の財政を一層害することが予想される。

改正法案通過のための呼びかけにおいて、下院歳入委員長 Al Ullman (民主党・オレゴン選出)は「この多額の引上げによって、われわれが今迄の欠損を回復でき、新規の歳入メカニズムに向ってより迅速に動く」ことを約束した。

(参考資料)

Public Law 95 - 216, 95th Congress.

U. S. Code, Congressional and Administrative News, 1977. (Legislative History)

U. S. Congressional Quaterly, Weekly Report, 1977.

U. S. News & World Report, Dec. 26, 1977/Jan. 2 1978

Social Security Bulletin, May 1978.

The New York Times, Weekly Review.

「海外社会保障情報」 No. 39, No. 41.

(22ページより)

の新しい労働者と見習いもしくは訓練について正式な契約を結んだ使用者も、訓練開始後2年間について社会保障拠出の負担を免除されることになった。これら双方の場合に、免除された使用者負担分は、政府が支払うことになっている。このような負担の免除を適用されるために、使用者は新しい労働者を最低6カ月以上雇用しなければならないことになっており、さらに、使用者は1977年5月から12月までに経済的な理由によって解雇してはならないし、また、1976年における従業員数の年間平均の水準を1977年に低下させないことを要求されている。

政府の補助金による訓練制度では、初歩的な教育やより高度な訓練の制度が実施され、それらは1978年以前に開始されて、6—8カ月間続くことになっている。政府は、これらの制度に参加する18歳以上の参加者に毎月手当を支払い、その手当の支給額は最低賃金の90% (製造業平均賃金の65%に当る)である。18歳未満の若年労働者の場合、その手当は製造業平均賃金の約18%に当る金額になる。また、この制度による訓練は、企業自身あるいは雇用訓練センターで提供されることになっている。なお、この制度に参加できる者は、25歳未満の若年者、すべての寡婦、および1人以上の子供を養育するすべての単身女子(年齢は問わない)とされている。優先順位は教育と職業的な熟練をもち、かつ、自分で適切な労働生活を用意できない若年労働者に有利である。

Lois S. Copeland, Social Security And job-Creation Measures; Recent French Experience, Social Security Bulletin, Vol. 41, No. 9, Sept. 1978, pp. 34~36.

(平石長久 社会保障研究所)

「アメリカのジレンマ」

国立精神衛生研究所 和田 修 一

昭和52年9月から1年間、アメリカ、シカゴ大学(The University of Chicago)において社会学を研究する機会を得た。大学機構あるいは設備等に関する日米間の差異については、今日では我が国の識者の間に広く流布されている事柄であり、今更改めて紹介することもないと思う。社会の仕組みやアメリカ人一般が有している物の見方や考え方の特性等についても、多くの日本人にとってアメリカ社会は最早遠くにある無縁の社会ではなくなり、多数の紹介が多数の人々によってなされている現在、ここで改めて取り立てて触れることもないであろう。勿論、海外生活が初体験であったわたくしたちにとっては、新鮮でもの珍らしい経験の連続であったが、それらの経験は、即ち誰かの手によって日本に紹介されている事柄の追体験であったかと思う。

したがってここでは、シカゴ大学で社会学を学んでいた時に気が付いた、現在のアメリカ社会が抱えている問題性といったような事柄を若干述べてみようと思う。それらは、飽くまでも、わたしのシカゴでの見聞という限定性を有しているのであるから、地域特性を強く有しているアメリカ社会の一般的な問題点を述べていることには必ずしもならないかも知れない。

社会学を専攻する大学院の学生の間では、依然として、民族・人種(ethnic)問題の分析に関心をもつ者が多いようである。民族・人種問題の分析は、アメリカ社会学の永遠のテーマであろうが、民族・人種問題は現在、一つの新たな極面を迎えているようである。というのは、大学のアカデミズムの中から、職

業選択の機会に関する人種・民族の相異による差別は消滅しつつある、という現状認識が提示され始めたからである。シカゴ大学の社会学科教授であるW・Wilson(黒人)は、著書 The Declining Significance of Race (The U. of Chicago Press 1978)の中で、職業選択の機会に関する民族・人種差別と見做されている現象は、人種・民族による差異を超えた、アメリカ社会全体の抱える、経済的階層分化の現われとして把握されうるという旨の主張を展開している。アメリカ政府(中央と地方とを問わず)が宣伝に強めているが如く、アメリカ社会における白人と非白人との間の制度としての差別は徹廃され、公立の学校へのマイノリティー・グループの入学を積極的に勧めることが奨励されている。(この改策が、バッキー事件に見られるような白人への逆差別となって現われたことは、われわれの記憶に新しいことである。)

しかし一方において、依然として、黒人あるいはラテン系アメリカ人が低所得層に沈滞している、という経済上の階層化の現実が存在する。すなわち今日においては確かに、専門職あるいは管理職に従事する非白人の数は決して少なくはなく、その限りにおいて人種差別は衰退したかの如く見えるが、しかし一方では、最下層の経済社会的な地位に甘んじている人々の中では、黒人やラテン系アメリカ人が大きな割合を占めている、という二重構造が存在するのである。このような労働力市場の二重構造は、必ずしもアメリカ社会に特徴的な事象ではないが、アメリカにおいてはそれが、カラー・ラインと結びついてアメリカ独自の社会問題を形成している。

今日でも、アメリカメキシコ国境を越えてアメリカ社会へ違法に入国する移民が後を断たない。彼ら違法な入国者は、バラ色の生活を夢想して入国してくるわけだが、彼らを待ち構えている現実には、低賃金で搾取する非情な雇用主と低所得者同志の間での軋轢とである。低賃金で雇われざるを得ない彼らは、労働力市場において、下層に属する人々から就労の機会を奪うことになるからである。これらの人々がアメリカ社会の低下層を形成し、かつ社会的緊張を醸成している。

アメリカ社会では、徐々に変化はしているのであろうが、人々の生活の中で占める個人の責任が重要視される度合いが大きい。ましてや、自分達の納める税金が異人種・異民族の人々の生活保障のために使われることに対して心良く思わない人々は依然多い。ある白人の学生が述べた、制度上のマイノリティー・グループに対する優遇処置（大学入学、奨学金、教育に対する）への不満が印象的であった。彼にいわせれば、アメリカの白人は、数の上ではマジョリティであるが、制度的に認められた社会的権益に関しては、最早マイノリティーである。大学の中でも、黒人、プエルトルコ系米人、メキシコ系米人といったいわゆるマイノリティー・グループに属する入々が、かえって白人学生よりもハツラツと見えたのだが、どうであろうか。いずれにしても、建国思想以来の理念としての自由・平等と市民感情として存在する（特に、低所得層の）異人種・異民族に対する社会的距離、これらをどう調整していくかが、アメリカの社会保障制度に課せられた大きな問題であろう。

一方において、アメリカ社会は現在、慢性的な経済不況に直面しているといわれている。シカゴで実際に生活した感じとしては、インフレは進行しているものの日本ほどではなく、日本に比較して、生活必需品の値段もそれ程高くないので、依然として豊かな社会と感じられたのだが、経済不況を始めとして様々な社会問題をアメリカ社会が抱えていることは事実である。例えば、ある社会学のクラスでは、次のような現実社会問題を社会学的方法論で分析せよ、という課題が提示された。それを見ることによって、現在アメリカの抱えている問題の一端を窺い知ることができると思われるので、ここにそれを要約してみよう。

1. エネルギー危機……エネルギー節約・確保の立法化が必要とされているにもかかわらず、議会で合意を得られていない。
2. 福祉危機……合衆国政府は、幾種類かの福祉プログラムに対して2,000億ドル以上を費しているが、過去20年の間には、所得分配において有意義な変化は全く生じていないように思われる。しかも福祉制度は、

高所得者と低所得者との間での意見の不一致の原因であり続けている。どこの国においても、福祉政策に対する国民の合意を得ることは難かしい作業であるが、アメリカ社会は、ヘテロな社会であるが故に、この問題の持つ影響は深刻である。

3. 対外関係の危機……アメリカの対外政策は、多くの極面で成功しているとはいえ（東南アジアでの影響力の衰退、ドルの減価、中近東での平和会談の失敗、等々）、かつまた対外方針の議会での合意が得られていない。
4. 都市経済の危機……ニューヨークなどの例に見られる財政政策の失敗。
5. スタッグフレーション……（省略）
6. 法と秩序の問題……犯罪の増加とそれに対する行政対応。

その中でも、わたしに取って興味をもたれた社会問題は、（広い意味での）社会福祉政策の内に含まれている諸矛盾が引きおこす問題である。

M. Janowitz は、著書 Social Control of the Welfare State

(The U. of Chicago Press 1976) の中で、社会福祉・社会保障政策が包含する種々のジレンマを指摘した。社会福祉とは、ある一定の理念に基づいた、政治機関 (parliamentary regime) による経済財・資源の再配分・分配と規定しうるが、福祉理念が多面的であるが故に、そして現代社会の政治・行政が政治権力間の結託と妥協とを手段として営まれるという特性を有するが故に、政治機関が福祉を標榜すればする程、政治機関による安定した福祉政策の実践が困難になるというパラドックスが生じる。というのは、福祉政策は、その政策からもれた人々の間で行政・政治への不満と批判を醸成し、安定した政権の確立を阻止するからである、とジャンウィッツは分析する。したがって、アメリカの社会・政治に課せられた問題は、政治による安定した経済の制御——それは強制的なものではなく、市民の合意に基づくものであるべきだが——機構を設計・実践する、ということになる。この政治的課題もまた、多人種・多民族社会であるアメリカにおいては、前途に多難な障害を含んでいる、というこ

とができるであろう。

ブラック・ゲッターを訪問する機会を一度もった。わたくしたちが一定の偏見を持っている所以か、黒人の有する独特な退廃的な雰囲気は異様なものに感じられたのだが……。いずれにしても、現代のアメリカ社会の抱えている最大の問題は、アメリカにとって常に旧くて新しい問題である。異人種異民族間の利害調整の問題であろう。



編 集 後 記

今年も後数日になった。この季節には、晴れた日、雪の富士が美しい。家の中から見ても、地面の霜もまだよく見分けられないのに、富士は純白の姿を朝日ですでにほんのり染めている。風の強い朝には、あたかも雪が舞上がるように、その頂上で雲が荒れているらしい。この時期には、夕陽は富士の左に沈む。暮れなずむ西空に、西陽を背に黒いシルエットを画いている。時には、上空に、姿も見えない飛行機から、一条の細い雲の流れていることがある。落日に映えて明るいオレンジ色のその雲は、音もなく延びてゆく。やがて、周囲も暗くなり、その雲も、また、富士も夜空に融込んでしまう。

(平石)

海外社会保障情報 No. 44

昭和53年12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
