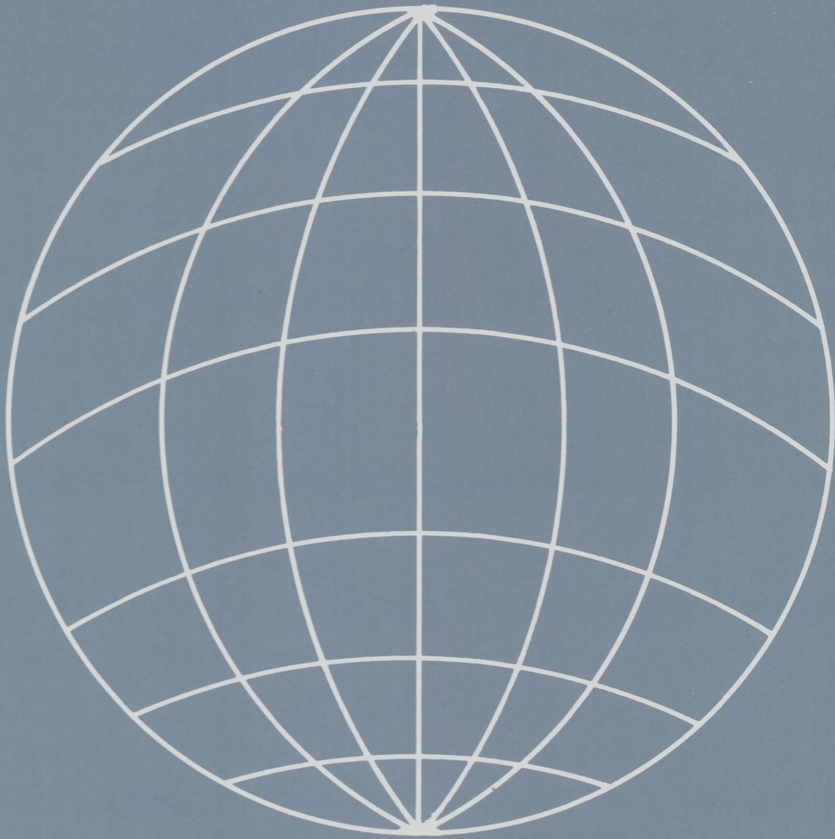


海外社会保障情報

No. 72

September 1985



社会保障研究所

スウェーデンの新しい社会サービス法

小野寺 百合子

(スウェーデン社会研究所顧問)

I 社会サービス法(Socialtjänstlag)

1 法律の成立

スウェーデンの新しい社会サービス法は、1980年6月に国会で承認され、1982年1月1日より施行された。

この法律は1967年国会に設置された審議会、社会調査会(Socialutredningen)により、12年間の調査、研究、検討の結果、成立を見たものである。同調査会は1974年に中間報告として「社会ケア — 目標と手段」¹⁾を公表し、これを約450カ所の中央と地方の諸官庁、労働組合その他の関係団体に送って意見を求めた。それらからの返答に公開討論の結果を加えた基礎の上にさらに検討を加えて、1977年に最終報告「社会サービスと社会保険補足給付」²⁾を公表した。法案³⁾は大体最終報告書の線に沿い、1979/80国会に提出された。法案は国会の場において各条項にわたってあらゆる角度から批判を受けて、多くの点で変更をみたが、80年6月には「社会サービス法」およびそれに付随する「青少年保護に関する別法」が議会を通過し、「乱用者保護に関する別法」は、1年おくらせて承認された。調査会の最終報

告書に盛り込まれた「社会保険の補足」だけは取残された。

註1) 城戸喜子「スウェーデンの社会福祉政策の目標と手段」『季刊社会保障研究』

Vol.13, No.1 1977年6月 東京大学出版会

2) 小野寺百合子「社会サービスおよび社会保険補足給付」『スウェーデン社会研究所資料第20号』1979年3月、スウェーデン社会研究所

3) 坂田仁「スウェーデンの新しい社会サービス法案」『スウェーデン社会研究所報 Vol. 12 No. 5.6』1980年5月、スウェーデン社会研究所

新しい社会サービス法に含まれる社会サービスの概念は従来理解されていた保護、援助、処遇よりももっと広く、児童と青少年の福祉、高齢者の福祉、アルコールと麻薬等の問題に及んでいる。

従来スウェーデンにあった社会福祉法は僅か次の4法だけであった。

1 公的扶助法(1956年改訂)

経済的に自立できない人で、保険のカバーのない人に経済援助を与える法律

- 2 児童・青少年福祉法（1960年改訂）
児童と青少年の保護の法律，特に被虐待児の強制ケアと非行青少年の強制収容
- 3 禁酒法（1954年改訂）
アルコール中毒者の強制収容を含む援助の法律
- 4 児童保育法（1977年）
就学前児童のための保育所と幼稚園および低学年児童のための学童保育所に関する法律

2 社会福祉委員会 (Socialnämnden)

全国のコムーニ（1983年には284）には、コムーニごとに公的扶助委員会、児童・青少年福祉委員会、禁酒委員会があつて、コムーニ内の福祉行政に當つていたが、1960年代になるとこれだけでは法律から取残される分野が生じ、時代おくれたとの議論が盛り上つてきて、社会調査会を設置して研究することになったのである。調査会は発足後間もなく、福祉委員会が三つだけの不合理さを指摘し、三者を統合して社会福祉の分野を決めない社会中央委員会の設置を提案した。1970年には社会中央委員会法が公布され、つづいてコムーニの大きさによつて一つ以上の社会地域委員会を置くことも認められた。1970年のうちには全国すべてのコムーニは三委員会に代る中央委員会を置くようになった。だが福祉3法は依然として存続していた。それが新社会サービス法によつて、はじめて社会福祉法として単一の法律ができたのである。これで公的扶助法、児童・青少年福祉法、禁酒法は廃止

され、児童保育法は社会サービス法の中に吸収された。これで各コムーニには社会中央委員会に代つて社会福祉委員会が置かれることになった。

社会福祉委員会はコムーニ法第3章に述べられているコムーニに設置される委員会の一つであつて、他の委員会と同じ規則が適用される。委員会は任期3年の5人以上の委員より成立つ。委員はコムーニ議会議長の任命であつて、各政党の相対的勢力を反映する配分である。社会福祉委員会はその下に従来通りの地域委員会を置くことができる。地域委員会は地域の発展を追求し、個人的ケアとサービスについて決定を行い、社会施設を監督し小さい問題を解決する。

社会福祉委員会は、そのコムーニの福祉予算を決め、福祉サービスの構造と範囲と内容を決定する。ソーシャルワーカーの雇用については法律には規定はなく、すべて委員会が権限をもつ。ソーシャルワーカーはサービス行政の下で、社会サービスの個人ケースを直接に取扱うものである。

II 社会サービス法の特徴

1 枠組法

社会サービス法は、社会サービスの枠組を規定しているだけで、条文は簡潔である。法律が枠組を示すだけなのは、デモクラティックの原則を基盤に、人々の経済および日常生活の平等、地域社会に則した住民の自主決定権を尊重する社会サービスを行うためと、説明されている。それで社会サービスは、必ずサービスを受ける側の同意を得て

から行わなければならないと特に規定されている。同意の規定は従来の法律では特に断ってはないが、児童・青少年福祉法と禁酒法には、本人の同意を必要としない強制措置が規定されていた。新しい法律ではこの両方の強制措置部分を本法の中から分離して、未成年者については「青少年の保護に関する別法」(LVU) 大人については「乱用者保護に関する別法」(VM) となった。

2 コムーンの責任

スウェーデンでは社会福祉サービスは中世以来、はじめは教会法(1686)で、後には地方政府法(1862)で、地域社会が責任をもつ伝統であった。それで第二次大戦後のめざましい福祉国家、福祉社会の建設に当っても、コムーン各福祉委員会が社会サービスについては責任をもって努力した。この国では労働市場政策とか、社会保険システムとかは国家責任であり、医療については県がその予算の大半を費すが、社会福祉政策の監督権は国に存在するがコムーン役割である。新しい社会サービス法はコムーン責任をさらに強化し、その自由裁量の範囲を拡大した。その結果一部には全国的に見てコムーン間の格差が拡がらないかとの懸念の声されある位である。

コムーン責任強化という意味は、社会福祉委員会はそのコムーン境界線内に住む人々の生活状態を把握し、援助を必要とするものには確実に適切な援助が与えられるように究極の責任を持つことである。そのためには法律が規定する大枠の中で、住

民の状態と要求に応じたサービスが提供されるような自由裁量権が与えられているということである。しかし社会サービス法公布の翌年、社会サービス政令(Socialtjänstförordning)が出て、社会サービス実施上の指針が示されている。

3 法律が指向するグループ

法律の上では表現されていないが、社会サービスの内容は三つの主要なグループに指向されていることは社会調査会の最終報告書でも明らかである。

(1) 構造指向グループ

良い社会環境を目標とするもので、社会サービス活動が社会計画に参画すること、他の社会組織や団体や組合や個人と協力体制をとることである。

(2) 一般指向グループ

社会の中のたとえば児童とか高齢者とか一定群の人々を対象に、生活状態改善のため、社会サービスの情報を拡め、いろいろの方法を講じて社会の悪条件を予防する。

(3) 個人指向グループ

各個人の必要に応じて、相談、勧告、経済援助など、直接またはコンタクトパーソンを通じて支持する。また施設ケアを必要とする人にはその人に最も適当な施設への入所を斡旋する。

その上にこの法律では、個人のニーズを掘り起すアプローチが特徴づけられている。

法律の条文ではこれらのグループごとの対応原則など示されていないが、社会

サービスを実際に運用する上では、各原則が補い合うことになる。

4 新法の性格

社会サービスは如何に形づくられるべきか、その性格の原則、これも社会調査会が検討に検討を加えた上で、最終報告書に明示されているものである。法案として国会に提出されてからも、この性格の原則は国会でも重視され問題となった。問題となった主なものは、全体的看点、標準化、継続、弾力性、近接の5項目である。

- (1) 全体的看点は従来法律の下でも、かなり浸透していたことである。社会サービスというものは、広い見解を持たねばならないから、当事者の困難な状態の直接原因を援助するばかりでなく、その人の生活状態全体を改善する方向で支援と援助を行わなければならない。
- (2) 標準化（正常化）は、個人がなるべく他人と同じような正常な生活ができるように援助する必要性をいう。援助によりその人が特別扱いにされるとか、見下げられると感じるようなことがあってはならない。老人および障害者も、できる限り施設には収容せず、自宅で独立生活の機能を果せるように援助することである。
- (3) 継続の概念は、社会サービスが個人および家族に指向される場合に重要となる。援助とか措置の進行中は、できる限り同一職員が継続して接触する意味が大きい。
- (4) 弾力性は社会サービスが個々のニーズに応じて手段を適応させ供与されるべきことを意味し、決して固定したモデルケ

ースに従ってはならない。当事者とケースワーカーが共同で作り上げるのが最善のサービスである。

- (5) 近接とは、当事者の平常の環境がなるべく遠のくことのないように、社会サービスは供与されるべきだという意味である。たとえば、収容ケアが必要なときにも、極力家族や友人との接触が破られないですむような近接の施設を選べということである。ただし収容措置の場合には、近接よりも適切なケアが優先しなければならぬという例外はあり得る。

5 援助される権利

従来の社会サービスでは、利益(förmån……benefit)という言葉が一般に使われ、個人は受益者として取扱われた。新しい法律では「社会から受ける利益」は「援助される権利」の概念に置き換えられた。個人が日常生活で自己を支えていく上で援助が必要なとき、その必要が他の方法で充されない場合には、社会に援助を要求するのが当然の権利となったのである。社会は個人に適した生活程度を保障すべきであると法律に明示されている。

社会の援助が個人に対して適当でない場合、個人は県裁判所に提訴できる。提訴の事例は、経済援助の不満とか、麻薬乱用者の施設強制収容の不当とか、老人用ホームヘルパーの派遣不足等々、社会福祉委員会の処置に従えないとするもので、裁判所は委員会から資料を取りよせて検討し、かつそのコムーンの資源状況をも考慮して判決を下す。県裁判所の判決が不服の場合には、

上級裁判所へ上告の道もある。

6 家庭ホームと養護ホーム

(1) 家庭ホーム (Familjehem)

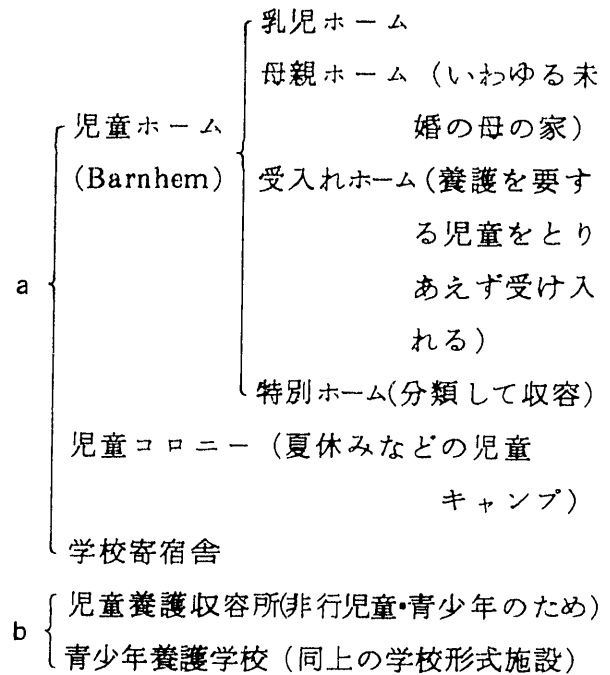
旧い法律では子供が親許（または保護者）から離れて他人の家庭で養育される場合、里子里親の名称で規定されていた。それが新法では里子制度が廃された。里子ばかりではなく、どんな理由にしる親許でない別の家庭で、子供が一時的にしる恒久的にしる養育される場合には、たとえ親族間でも、一律に家庭ホームの名称がつけられることになった。そして家庭ホームに子供を移すには、必ずそのコムーンの社会福祉委員会の承認を必要とすることになった。委員会にはその後の家庭ホームの子供が好ましい養育を受けているか適正な教育を受けているかをチェックしなければならない。また家庭ホームは子供だけでなく、問題のある青少年を親許から離して養護の必要のある場合にも、委員会はできるだけ施設へ入れるよりも個人家庭で家庭的な養護を希望し、家庭ホームの斡旋に努力する。

また老人やアルコール中毒者などにも、委員会が施設よりも個人家庭での養護を適当と見るときには、家庭ホームを斡旋する。

(2) 養護ホーム（直訳すれば、養護か住居かのためのホームとなる。Hem för vård eller boende）

収容施設はすべて養護ホームという一つの 카테고리の中に一括された。それは、旧法による次の施設である。

(1) 児童・青少年福祉法における



(2) 禁酒法におけるアルコール乱用者養護収容所

以上の施設は全部、養護ホーム制度の下にはいった。収容施設でこの制度から除外されたのは、老人ホームだけで、これはサービスハウスのカテゴリーの中にはいった。

養護ホーム制度は新しいサービス法発効から丸1年たった1983年1月1日には全国で完全実施された。法律で用いる養護ホームという言葉は、ケア、保護、終日監視の提供を意味する集団収容施設である。

養護ホームは、県またはコムーンが運営するが、県庁の監督下にある民間団体の運営も認められる。各県の県議会とその県内の各コムーンとは合同で、その県内に如何なる種類の養護ホームが必要であるかを協議し、その建設運営の責任を県とコムーンで分担する。協議は3年ご

とに行われる。

養護ホームの設置に最終指示を与えるのは保健・社会庁であり、養護ホームのうちの強制収容に使用されるものを決定するのも保健・社会庁であるが、個人の強制収容を許可するのは地方裁判所である。養護ホームの長たるものは保健・社会庁の定める資格を持ったものとする。

第67～70条	保健・社会庁および県庁の任務
第71条	未成年者に対する虐待等の通知
第72条	事件の移送
第73条, 74条	決定に対する不服申立
第75条	罰金
第76条	県議会に属さないコモン

III 社会サービス法の概略

社会サービス法の全文は坂田仁訳「スウェーデンの社会サービス法」『家庭裁判月報33巻11号』（1981年）に所載されている。ここでは法律の項目だけを並べてみることにする。

第1条	社会サービスの目的
第2～4条	コモンの責任
第5条	社会福祉委員会の責務
第6条	援助される権利
第7条～10条	社会福祉委員会のガイドライン
第11条	薬物乱用対策
第12～18条	児童・青少年養護
第19, 20条	老人養護
第21条	障害者養護
第22～24条	家庭ホームと養護ホーム
第25～32条	未成年者保護の特別規定
第33～37条	料金その他
第38～40条	社会福祉委員会
第41～46条	地域社会福祉委員会
第47～49条	委任
第50～58条	事件の処理その他
第59～66条	登録, 守秘その他

IV 新法と旧法の比較

1 公的扶助法

公的扶助法の起源は遠く、救貧は1686年の教会法の中で教区に義務づけられ、1853年には救貧法が制定された。その後救貧事業は地方政府の義務となり救貧法は度々改正されて、遂に1956年の公的扶助法となった。このように長い伝統のある法律を廃止することは容易な業ではない。

1977年社会調査会が提出した最終報告では、第2部として、社会保険をもっと柔軟性 (soft) のあるものに改正して、一律の社会保険では十分に充されないニーズを保険でカバーすれば、従来の公的扶助法で実施していたケースがずっと軽減されると提案している。コモンが公的扶助の役割から解放されると、経済的にも時間的にも社会サービスの他の分野に向けられると強調されていた。法案の第1部のサービス部分は細部の変更はあったとはいえ大部分そのまま国会を通過したが、第2部は積み残しとなって、未だに通過していない模様である。

2 児童保育法

1977年に児童・青少年福祉法から分離して新しく制定された児童保育法は、この新しい法律に吸収され、第13条から第18条までとなった。これは新法にとっても柱の一つであるから、条文の内容を簡単に訳出してみることにする。

第13条(1) コムーン内に恒久的に住む児童のために、コムーンは就学前学校と学童保育所を設置しなければならない。

(2) 就学前学校は義務教育年齢に達しない児童および学校法第32条により就学延期された児童を対象とする。

(3) 学童保育は12歳までの義務教育児童を対象とする。

第14条(1) 児童は6歳に達した年の秋学期から就学前学校にはいらないければならない。就学前学校は1年間で565時間以上の授業とする(註：通称幼稚園)。

(2) 就学延期の児童は就学前学校にはいらないければならない。

(3) 児童の通学時間その他の理由で、(1)にあげた就学前学校の運営ができないコムーンでは、就学前学校を2年に分割してもよい。その場合、児童は5歳に達した年の秋学期から通学をはじめ、合計700時間以上の授業を受ける。

第15条(1) 身体的精神的その他の理由で成長のために特別の支援を要する児童は、第14条の(1)よりも早く就学前学校に入れなければならない。また他の方法のないときは、優先的に学童保育所に入れなければならない。

(2) 社会福祉委員会はどの児童が(1)により

就学前学校または学童保育所にはいるべきかを調べておかなければならない。

第16条 社会福祉委員会は第14、15条の対象となる児童が必ずその席を得るように努め、児童の親にその処置と目的を通知しなければならない。

第17条(1) 親が就職や勉学その他の理由で、第14、15条に規定されている以上のケアを必要とする児童のために、コムーンは別の計画を以て、就学前学校と学童保育所の運営に当らなければならない(註：通称保育所)。

(2) コムーンではコムーン議会が承認する就学前学校と学童保育所の活動計画をもたなければならない。1計画は最低5年とする。

第18条 児童が病院その他の施設で養護されているとき、施設長は就学前学校または学童保育所に匹敵する活動に参加する機会を、児童のためにつくる配慮をしなければならない。

これらの条項は、児童保育法を吸収したものであるとはいえ、旧法そのままではない。この法律が1977年にできたときは画期的な構想として児童保育施設(Barnstuga)の言葉で表現された。それによれば以下のものを含む。

〈就学前学校〉

(1) 保育所、1日7時間以上の保育

(2) 時間制グループ、(幼稚園) 1日3時間保育

(3) 家庭保育所、個人家庭の保育を公的認可

〈学童保育所〉

(1) 学童保育所、12歳以下の学童に放課

後の保育

(2)家庭学童保育所，個人家庭の保育を
公的認可

新法では児童保育施設の言葉は消えたが，実質的に変わったわけではなく，表現方法が変わっただけである。平たく言えば，コモン内のすべての3歳児は幼稚園にはいる義務がある。親の都合で希望するものには，もっと長時間の保育と，もっと年少の子供にも保育を提供できる保育所を，コモンは用意しなければならない。障害児や問題児は特に幼稚園が保育所か学童保育所へ必ずはいれる席をコモンは用意する責任がある。

法律では保育に関する詳細な条件は述べられていないし，保健・社会庁は，コモンを束縛せずに運営を任してはいるけれども，各保育施設が国からの補助金を得るためには，特定の条件を充さなければならないから，ある程度の基準は守られることになる。

3 児童・青少年福祉法

新しい法律では第12条で一般論として，社会福祉委員会が，児童の健全な発育のために，配慮すべきことを挙げているが，第25条から第32条まで，未成年者の保護に関する特定の規則が列記されている。新しい法律は旧児童・青少年福祉法を廃止してそれにとって代ったものであるから，旧法で重点的に取扱われていた項目の新しい表現で述べられているところが多い。

最初の児童福祉法は1924年に公布され，もともと児童の虐待防止と非行青少年の処

置についての規定であった。児童虐待は古くからの悪風習で，特に里子が問題であり，非行青少年には強制収容措置が取られていた。1960年公布の新児童福祉法では，全般的な予防手段，有子家庭へのサービス，児童・青少年の余暇活動まで範囲を拡張し，コモンの責任で保育所，幼稚園，学童保育所の設置にまで及んでいた。それでもなお法律の中には里子の項目があり，里親里子の問題が規定されていた。

新しい法律で里子制度は廃止となり，親許から他人の家庭に移されて養育される場合は家庭ホームに一括され（前記IIの6の(1)参照）た。また旧児童・青少年福祉法で決められてあった各種の児童ホームと児童コロニーと学校寄宿舎はすべて，新しい養護ホーム（前記IIの6の(2)参照）に一括された。

政府が斡旋して実施している外国からの養子制度は今なお存続しているが，これは別の法律による。外国から養子を迎え養親になろうとする者は，その子が自国を出発するまでに，社会福祉委員会の承認手続きをすませなければならない。また委員会が承認を与えてから1年以内に子供がその家庭に受け入れない場合には，承認は取消される規定になっている。

新しい法律では非行青少年の養護については別法LVUを制定し，従来の養護収容所も，養護学校も養護ホームのカテゴリーの中にはいった。施設収容に当たって親の同意を必要とするのは15歳まで，本人の同意は20歳まで（18歳以上は他の養護形体から収容が明らかに適当である場合のみ）であ

る。強制収容は裁判所の決定がなければならぬ。

4 禁酒法

北欧は冬が寒くて暗いので強い酒が飲まれ、よっぱらいが多く、その対策には政府は昔から苦慮していた。禁酒法は1913年以降31年と45年に改訂されたが、その目的はアルコール中毒者の強制収容を含む援助であった。それが最近では麻薬その他の薬物中毒者が激増して大問題となったが、これが対策は禁酒法で処置することができず、僅かに医療制度の中でしか取扱えなかった。

新法では第11条でアルコール乱用もその他の薬物の乱用も社会福祉委員会が防止に努めるようべられている。また防止のための情報提供や乱用者の保護や援助についても述べられている。しかし乱用者のための強制収容を含む養護には別法（LVM）が、国会内外でやかましい論議の末、ようやく国会の承認を得て、未成年者のための養護の別法（LVU）とともに発効したのである。

5 老人と身障者

この国にはもともと老人福祉法なるものも身障者福祉法なるものも存在しなかった。新しい法律で初めて老人と身障者に対する社会サービスが法律の中に取り入れられたのであるが、社会福祉委員会の役割を大枠で述べているだけである。

老人の養護については第19条と第20条で、社会福祉委員会は老人が社会の中で独立生活ができ、他人とともに活動的な意義ある

生活が楽しめるように、努力する責任がある。そのためには良い住宅を世話し、援助の必要なものには援助を与え、その他のサービスも用意しなければならない。特に必要な老人のためにはサービスハウスや老人ホームを設置して入居させなければならない。また労働生活から引退生活への移行がスムーズにいくように情報を提供しなければならないとしている。

身障者の養護については第21条で、社会福祉委員会は身心障害のために日常生活に困難な人が健常者とともに地域生活に参加できるより、また意義ある職業が持てるよう援助しなければならない。特別に設備された身障者用住宅を用意して、必要な者を入居させることも述べられている。

以上は援助の枠組だけであるが、その枠に含まれている意味は非常に大きい。社会福祉委員会はそのコモン内に住む老人と身障者の状態を把握していて、必要なものに適切な援助を与えよということであって、実際の作業となると容易ならざるものである。殊に新しい法律の特徴の一つであるニーズを掘り起しアプローチの対象となるのは主として老人と身障者なのである。

V むすび

ヤーン・ナセニウス（Jan Nasenius, 1923～）は、ソーシャルワーカーから保健・社会庁にはいった人で、1978年以降は社会調査会のメンバーの1人として、この社会サービス法策定に当たった。

法案が国会を通った翌年、1981年5月に

論文

彼が発表した「新社会サービス法」という論文で、彼は新法の基本的特色やサービス収容、また新法が及ぼす社会改革の意味など詳しく述べたあとで興味深い意見をつけ加えている。

「この法律はスウェーデンの社会福祉を伝統的権威主義システムから離脱させ、社会当局と当事者個人が共同でつくり上げるものに変える。また社会サービスの責任者である各コムーンは、広く民間団体や組織や各種の運動など、連絡をとり、官僚主義を排して多くの層の住民と共同で社会サービス活動を行う。

しかし現今のきびしい経済不況時代にお

ける社会サービスの改正は、非常な困難を伴う。改正のための経費を福祉以外の分野の予算と如何に分け合うかが問題である。新しい法律が成立公布されたものの、ここ2、3年は改正に要するコストを低くおさえながら、改正したプログラムを如何に編成替えして効果的に実施するか大きな問題である。財政だけでなく、人的物的資源の調達も法律の定める目標達成にはまだ長時間を必要とする。いろいろな論議もまだ未解決のまま残されている。社会サービスの改正は法律の改正を以て終るのではなく、継続して進めていくものである」と。

イギリスの退職年金

——現況と問題点——

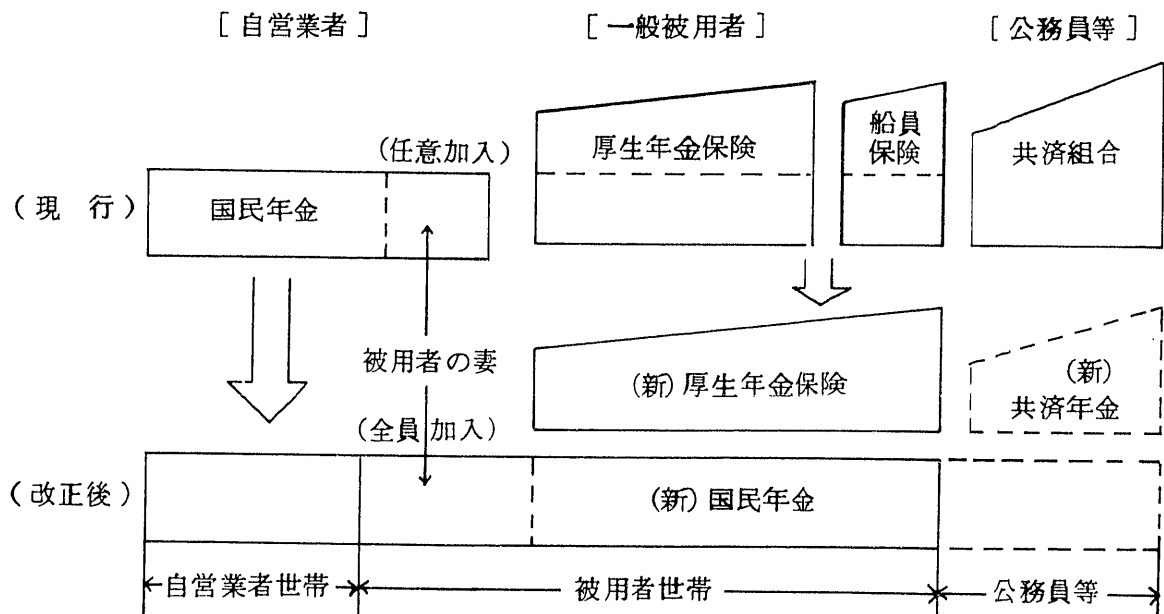
坂 本 純 一

(厚生省年金局年金基金指導室)

21世紀の高齢化社会においても、安定的に機能し得る年金制度を目指して、現在、我が国において、年金改革が進められている。その先鞭として、昭和60年4月24日、「国民年金法等の一部を改正する法律」が成立し、わが国公的年金制度の大宗を占める国民年金制度・厚生年金保険制度の改正が行われた。改正法によれば、国民年金制度は、厚生年金保険の被保険者やサラリーマンの妻にまで適用されることとなり、基

礎年金を支給する制度として再スタートすることとなった。(図1)。厚生年金保険制度は、これに伴い、報酬比例の年金給付を行う、サラリーマンにとって2階部分の制度となったのである。これから国会で審議されようとしている各種共済年金の改正法案も、共済組合員およびその配偶者に国民年金の適用を拡大し、基礎年金を支給し、共済年金は厚生年金保険と同様、2階部分の報酬比例年金を支給する制度になること

図1 改正法の基本的構造



としている。この改正法案が成立すれば、すべての国民は国民年金の適用を受け、基礎年金が支給されることとなり、被用者は、更に、厚生年金制度又は各種共済組合から報酬比例年金を受け取ることとなる。

この構成は、結果として、イギリスの公的年金制度の構造と極めて類似したものとなっている。イギリスの公的年金制度は単一制度で、全国民を適用対象としており、全国民に一律の基礎年金(basic pension)を支給すると共に、被用者に上乘せ年金としての報酬比例年金(earnings-related pension)を支給する構成をとっているからである。その意味で、わが国の年金制度の将来の課題を考える上で、イギリスの年金制度の現況と問題点を調べておくことは、意義のあることと思われる。イギリスの年金制度においては、目下、特に企業年金(職域年金)の在り方に関する問題の解決が主要テーマになっているようであるが、これには公的年金の整備後のわが国のテーマにもなり得るものが数多く含まれている。特に、今年の6月に議会へ提出された社会保障制度全般の見直しに関する有識者調査(Green Paper)においては、報酬比例年金(State Earnings-Related Pension Scheme)の廃止が提案されている。報酬比例給付については、職域年金もしくは個人年金にその任務を委ねるとするのがその主旨のようである。わが国においても、現在の年金改革が一応の決着をみた段階で、改めて、報酬比例年金と企業年金との役割分担の議論が出てくるとも、十分考えられるのである。そこで当稿においては、イギリスの年金制度の

あらましと、制度が抱える問題点について、参考資料をもとに概観することとする。

当稿作成に当たって、厚生年金基金連合会竹内邦夫数理部長、および、総理府社会保障制度審議会事務局田村正雄年金数理官からは懇切なる御指導を賜った。また、ILO社会保障局山崎伸彦氏からは、貴重な資料をお送り頂いた。ここに、慎んで深く感謝の意を表するものである。

1. イギリス年金制度の歴史

(1) ベヴァリジ報告と1946年国民保険法

現在のイギリスの年金制度の基盤は、1946年の国民保険法(National Insurance Act)によって形成された。これは、1944年に発表された、社会保険及び関連サービスに関する各省委員会の報告書(ベヴァリジ報告)に基づき、政府が行った一連の社会保障制度再編成事業の一環として制定された法律である。ここで導入された年金制度は、被用者であるか自営業者であるかを問わず、公務員も含めた全国民を等しく適用対象とし、次のような特徴を有していた：

1) 社会保険方式により、拠出に対する権利としての給付を行う。

2) 拠出も給付も定額制である。

給付は生存に必要な最低限のレベルに抑えられ、それ以上の所得保障は、各人の自助に委ねられた。実際、報告書の中で、社会保障計画策定の際の指導原則のひとつに「保障を組織化する際に、勤労意欲・勤労の機会・責任観念を抑圧するようなことがあってはならない。最低保障水準を定める

場合にも、各個人が自分自身とその家族のために、この限度以上の備えをしようとす
る自発的な努力の余地を残し、さらに、こ
れを奨励する必要がある」とし、更に、社
会保険の満たすべき基本原則として挙げら
れているもののうちに、(i) 被保険者の
収入に関係しない最低生活費的給付額の均
一性、(ii) 被保険者が持っている資力に
関係しない保険料の負担額の均一性、とい
う原則があったのである。即ち、政府とし
ては、生存に必要な最低限の所得保障のみ
に参与するという基本姿勢が打ち出された
のである。このことは、全国民を単一制度
が等しくカバーしていることと共に、その
後のイギリスの年金制度を特徴付けていく
ものとなるのである。

もっとも、1946年の国民保険法以前にも、
全国民を対象とする年金制度は存在した。
1908年に制定された老齢年金法は、ミーンズ
テストによる70歳以上の困窮老齢者に給
付を行うこととされた全国民対象の制度で
あった。しかし、その財源は一般税収によ
る非拠出制であり、実質上生活保護の制度
であった。この制度は、1925年の「寡婦・
遺児・老齢年金拠出年金法」によって補足
されることになる。ここで初めて拠出制が
導入されたのが、それは、65歳から70歳ま
での有期年金の給付のためであり、70歳以
降は従前通りミーンズテスト付きの非拠出
年金によることとされたのである。1946年
の国民保険法は、このミーンズテストを廃
し、拠出に対する権利としての給付を確立
したのであった。

(2) 差等年金の導入と適用除外

上記のように、1946年の国民保険法は、生
存に必要な最低限のレベルの所得保障にの
み関与するという政府の基本姿勢が制度化
されたために、全国民が均一にカバーされ
るという反面、多くの被用者にとっては、引
退後の所得に急激な落ち込みがあるという
問題が残った。同時に、低所得者にとって相
対的に負担が高いことが問題視され、かつ、
戦後の激しいインフレーションと年金に対
する人々の期待の高まりにより、給付改善
が度々行われ、人口構造の高齢化と共に急
速に膨んでいく給付費の財源対策としても
高額所得者により高い負担を求める方向で
制度を考えざるを得ない情勢になってきた。
こうして、被用者の特殊性に合わせた所得
比例給付と、負担の所得比例制への要請が
高まったのである、このような要請を一部
制度化したのが、1959年の国民保険法であ
った。この法律は1961年から実施されたが、次
の2点を主な内容とするものであった：

- 1) 被用者を対象に、定額給付の上乗せ
給付としての差等年金(Graduated
Pension)を導入する。

表1 イギリスにおける65歳以上人口
構成比と老年人口指数の推移

(1939年-1965年)

年次	65歳以上人口 構成比	老年人口指数
	%	
1939	8.97	12.9
1950	10.73	16.0
1955	11.27	17.1
1960	11.68	18.0
1965	12.00	18.5

表2 退職年金額の推移(1948年-1961年)

年 月	退職年金額(週額)		消費者物価 上 昇 率	男子ブルーカラー 平均賃金上昇率
	単身者()内は 引上率	夫 婦()内は 引上率		
1948年 7月	£ 1.30	£ 2.10		
1951年10月	1.50 (15.4) %	2.50 (19.0) %	19.3	22.1
1952年10月	1.63 (8.3)	2.70 (8.0)	6.9	7.5
1955年 4月	2.00 (23.1)	3.25 (20.4)	6.6	21.8
1958年 1月	2.50 (25.0)	4.00 (23.1)	12.9	16.1
1961年 4月	2.875 (15.0)	4.63 (15.6)	4.8	19.2

2) 企業年金などの職域年金については、
差等年金と調整し、適用除外(contracting-out)とすることができる。

まず差等年金であるが、被用者の所得に
下限と上限が定められ、下限を越える上限
までの所得の一定割合を保険料として拠出
する。但し、従来の定額給付については、
別に定額保険料を拠出する。差等年金給付
は、拠出した保険料額の合計の(大雑把に
いって)一定割合と定められた。制度発足
当初(1961年4月)、所得の下限・上限は
週所得につきそれぞれ9ポンド、15ポンド
と定められた。保険料率は8.5ポンドで、
これを労使折半で負担した。従って、例え
ば週12ポンドの所得のある被用者は、週7
シリング3 $\frac{1}{2}$ ペンス(約36.5新ペンス)の
定額拠出のほかに、 $(12-9) \times 0.085 / 2 = 0.1275$ ポンドの拠出をすることとな
ったのである。一方、給付は、本人が差等年
金のために拠出した保険料1単位(1単位
は、男子7.5ポンド、女子9ポンド)につ
き、週6旧ペンス(2.5新ペンス)と定め

られた。拠出額が何単位になるかについ
ては、1位未満四捨五入で計算されたため、
年金額は週当り2.5新ペンスの整数倍であ
った。差等(graduated)の名前の由って来
るところである。差等年金給付は、このよ
うに拠出額比例の給付であったが、拠出額
は下限を越える所得に比例していたから、
一応所得比例給付であったといえる。可
能ならば、(保険料が変わった場合でも、その
率で拠出した拠出額に比例するから、厚生
年金保険や現在のイギリスの所得比例年金
という所得比例の概念とは異なる。)

ところで、差等年金給付で設定された年
金の水準が、導入当時どのくらいであった
かを厚生年金保険との対比でみてみよう。
給付は、全拠出額の $0.025 / 7.5 = \frac{1}{300}$ を
週額と定めているが、全拠出額は、9ポ
ンドを越える週報酬(最高6ポンドまで)の
4.25%の合計であるから、給付額は、
(9ポンドを越える週報酬の合計)
 $\times 0.0425 \times \frac{1}{300}$ …… (1)
と書ける。更に、9ポンドを超える週報酬

の合計は、(平均週報酬 - 9ポンド) × (加入週数) であるから、(1)は、

$$(平均週報酬 - 9ポンド) \times \frac{0.0425}{300} \times (加入週数) \dots\dots (2)$$

となる。従って、例えば、平均週報酬が上限の15ポンドであった人については、年額ベースで、 $(報酬総額) \times \frac{15-9}{15} \times \frac{0.0425}{300} \times 52$
 $\Rightarrow (報酬総額) \times \frac{3}{1000}$ と表示できる。

同様に、平均週報酬が12ポンドであった人については、 $(報酬総額) \times \frac{1.8}{1000}$ と表示できる。これは、昭和29年改正当時の厚生年金保険の給付乗率 $\frac{5}{1000}$ に比べて、ボーナス算入の有無を考慮しても、かなり低かったと言える。

1959年国民保険法のもうひとつの特色は、職域年金制度に対する適用除外の制度が設けられたことである。職域保険制度がある

企業・公的機関の従業員は、認可を受けて差等年金のための拠出を行わず、職域年金が差等年金以上の所定の基準を満たす給付を行うという制度である。1946年の国民保険法のところでは触れたように、国民年金導入時の政府の基本姿勢は、生存に必要な最低限の給付にのみ関与するということであり、それ以上の所得保障は各自の自助に委ねられた。そのため、職域年金の発達がみられ、差等年金導入前の1956年には、公的部門・民間部門合わせて8百万人の人々が職域年金の加入員となっていた。従って、定額年金の上乗せ給付を国が行う場合には、これらの職域年金と調整する必要があったわけである。適用除外制度の考え方は、現行法の所得比例給付部分にも引き継がれている。

即ち、所得比例保険料の一部が定額給付に当てられたのであった。実際、適用除外となる被用者・事業主の定額給付のための保険料負担は、一般の被用者の場合よりも高く設定されたのである。(1961年当時、後者については労使共7シリング3.5ペンス

表3 職域年金加入員数の推移

(百万人)

年次	民間部門		公的部門		合計
	男	女	男	女	
1936	1.3	0.3	0.8	0.2	2.6
1953	2.5	0.6	2.4	0.7	6.2
1956	3.5	0.8	2.9	0.8	8.0
1963	6.4	0.8	3.0	0.9	11.1

差等年金給付は以上みたように、適用除外制度という特色ある制度を生み出したが、同時に、被用者に対する上乗せ給付としては、極めて貧弱なものであった。給付の厚みが薄く設計された要因のひとつは、これが定額部分の財政対策であったためである。

表4 イギリスにおける製造業・サービス業人口の推移

(千人)

年次	製造業	サービス業	計
1950	11,655	10,741	22,396
1960	11,581	11,706	23,287
1970	11,586	13,422	25,008

てあったのに対し、前者は本人負担8シリング6.5ペンスであった)。適用除外となる者が、同時に定額部分への財政援助を免れるということにならないよう配慮したものであった。更に、現行法が成立する直前の1974年の定額給付の引上げに際し、差等年金については、給付は従前通りであったにも拘わらず、拠出率が労使各0.5%引上げられ、定額給付に対する拠出率は、被用者の労使合計額より自営業者の拠出率の方が上回るという結果になっていた。即ち、定額部分の引上げ分の財源を、被用者については所得比例保険料率の引上げに求めるようになっていたと言える。

このように差等年金制度は、十分な水準の所得比例年金にはなっておらず、かつ、定額部分の財源対策としての性格が濃いものになっていたと言える。しかし、所得比例保険料率の引上げによって定額部分の給付改善財源を求める措置は、現行法における被用者の拠出が全面的に所得比例となっていることへの布石となった。

(3) 現行法の成立

差等年金は、その後、保守党・労働党共に十分でないことを認め、被用者に対する所得比例年金の整備に向けて、議論が展開されることとなった。その際に、保守党と労働党の間で争点になったのは、職域年金をどう位置付けるかということであった。1969年、第一次ウィルソン内閣(労働党)は、公的年金による給付を中心に据え、職域年金はあくまで補足的制度とするクロスマン提案を発表した。しかし、職域年金は

既に稼働人口の半数近くをカバーし、給付水準も高くなっているという現実にあわず、大きな反論を惹き起こした。それを制度化する法案も、労働党が総選挙で敗れたため成立しなかった。一方保守党の方は、ヒース内閣の1971年に、ジョセフ提案を発表し、所得比例年金については職域年金に主導権を与え、これによってカバーされない被用者に対し、国が補足的に行う積立方式による所得比例年金制度に加入させるというものであった。これは1973年社会保障法として成立した。しかし、施行期日の1975年より以前に政権が交替し、1974年3月労働党の第2次ウィルソン内閣が成立すると共に、1973年社会保障法の見直しが進められ、同年9月にカーズル提案が発表された。そして、まず、1973年社会保障法のうち、従来の定額給付を基礎年金とし、所得比例年金を付加年金とする構成を引き継ぎ、基礎年金の財源については、所得比例拠出で賄うとする改定を加えた1975年社会保障法を1975年3月に成立させた。次いで8月には職域年金についてはその自立性を認めると共に、そのような制度の恩恵を受けることができない被用者について、引退後の所得格差が大きくなり過ぎないように、高い水準の所得比例年金を導入した。このような事情であるから、ここでも、差等年金制度の際に導入された適用除外制度の考え方が再び登場することとなったのである。1975年社会保障年金法は、1978年4月から実施された。この結果は、保守党・労働党の以前の提案が融合されたものとなっており、サッチャー政権も1975年法を引き継ぐこととなっ

たのである。こうして現行法は、保守党・労働党が共に支持する制度体系となっている。公的年金と職域年金の共同事業(partnership)が成功したと言われる所以である。但し、1985年6月のグリーンペーパーで、再び、保守党は所得比例年金の廃止を提案し、従前の議論を燃え上がらせようとしている。

なお、差等年金制度は、受給権・期待権は保護されるものの、1975年3月の社会保障法成立と共に廃止された。

(4) イギリス年金制度の歴史の特徴

以上イギリスの年金制度の歴史を概観したが、我が国のそれと比較して大きな特徴が2つあるのに気が付く。ひとつは、1946年当時から全国民共通の基礎年金制度が存在していたことであり、我が国のように公的年金制度の分立という問題を経験しなかったことである。もうひとつは、被用者のニーズに合わせた所得比例年金の完成がおくれたことである。我が国の場合、現在の所得比例年金の基盤は昭和29年(1954年)の厚生年金保険法改正によって形成されたと言えるが、イギリスではそれから約四半世紀後の1978年に至って実施されたと言えよう。しかも、この二つの特徴は、いずれも、1946年国民保険法成立の際の政府の基本姿勢——生存に必要な最低限の所得保障にのみ政府は関与する——から生じたものと言える。今年6月の報酬比例年金廃止の提案も、このような基本姿勢を前提としている。それは個人と国家の二本柱(twin pillars)上の制度と表現されている。また、こうし

た事情から、公的年金の文脈の中で職域年金の占めるウェートがわが国よりずっと高いものとなっているのである。実際、1975年法成立以降、現行制度の問題点として議論されている項目の殆どは、職域年金に関するものである。

我が国の公的年金制度改革の方向が、イギリスの制度の構造と類似した制度に進んでいるとしても、我が国は被用者・自営業者個別に対応した後に大枠を設定し直すという経過でアプローチしたのに対し、イギリスは、大枠を設定した後に、被用者の特殊性を取り入れるプロセスでアプローチしたと言えるのであろう。

2. 現行制度のあらまし

現在のイギリスの年金制度は、1975年の社会保障法と社会保障年金法に基づいている。当節では、その制度の内容を概観してみよう。

(1) 適用と拠出

イギリスの公的年金は、16歳以上の全居住者に適用される。一般被用者も自営業者も公務員もすべて適用対象となる。どの国においても、公務員に対しては我が国の共済年金と同様、別の特別制度が存在するのが一般的であるが、イギリスの場合、それは後述の適用除外された職域年金として、企業年金と同列のものとして整理されており、基本的な部分は単一の公的年金により、一般被用者や自営業者と一緒にカバーされているのである。

全居住者は、公的年金制度へ保険料を納付する義務を負う。保険料には4つの種類があり、被用者（公務員を含む）であるか自営業者であるか無業者もしくは低所得者であるかによって、いずれかの種類の保険料が適用される。

この保険料の説明に入る前に、最低所得水準（lower earnings limit；L E L）と最高所得水準（upper earnings limit；U E L）についてみておく必要がある。これは保険料に限らず、給付においても用いられる基本的概念である。毎会計年度（4／6－4／5ベース）の初めに、L E LとU E Lが定められる。額は週額で表示される。

L E Lは男子労働者の平均賃金の20％～25％の水準で決められ、基礎年金の給付額とほぼ同額になっている。U E LはL E Lの約7倍の水準として設定されており、ほぼ男子労働者の平均賃金の1.5倍の水準となっている。

さて、被用者・自営業者いずれにもL E L以上の収入があれば、保険料を納付する義務が生じる。被用者は所得比例保険料である第1種保険料を納付し、自営業者は定額保険料である第2種保険料を納付する。U E Lを超える所得を有する被用者については、U E Lの所得があるものとして、保険料額が計算される。保険料は毎週（月給制の事業所においては毎月）徴収される。所得がL E Lより低い者（被用者であるか自営業者であるかを問わない）、又は無業者は、一応保険料納付の義務はない。しかし、ひとつの会計年度が有資格年度（qualifying year）となるためには、その会計年

度に納付した、又は納付したとみなされた（credited）保険料額の合計額が、所得がL E Lである場合の第1種保険料額の52倍以上となっていることが必要である。そうでない場合は、その合計年度は無資格となつて、受給資格期間を満たすかどうかの判定の時には算入されず、また、年金額の計算においても算定対象とならない。このため、その会計年度が有資格年度となるように、L E Lに満たない低所得者（被用者・自営業者を問わない）や無業者も、別途、定額保険料を納付する途が開かれている。これが第3種保険料で、第2種保険料をはんの僅か下回る水準に設定されている。

但し、第3種保険料を納付した結果、その会計年度の納付額の合計が、L E Lの所得の場合の第1種保険料額の52倍以上となった時点で、第3種保険料を納付することはできなくなる。学生や無業の妻も、この第3種保険料を納めることになる。但し、無業の妻については、子や障害者の面倒を見ていた期間だけ、受給資格期間を短縮する措置がとられている（最高20年まで）。第4種保険料は、一定額以上の当期利益をあげた自営業者が納付義務を有する保険料で、一定額以上ある上限までの当期利益の一定割合を納付することになる。これは年金額には反映しない。これら第1種から第4種までの保険料率（額）については、第5表に示した。

なお、これらの保険料は、国民保険給付全体の費用負担のためであり、年金給付の他に傷病手当金や雇用保険給付等のコストも含んでいる。

表5 保険料(1985会計年度)

(1) LELとUEL

	LEL	UEL
週 額	£ 3 5 5 0	£ 2 6 5 0 0
月 額	£ 1 5 3 8 3	£ 1,1 4 8.3 3
年 額	£ 1,8 4 5.9 6	£ 1 3,7 7 9.9 6

(2) 保険料率(額)

第1種 保険料	適用除外 されていない者	本人負担分		9.0 %
		事業主負担分		10.45 %
	適用除外 されている者	本人負担分	LELまで	9.0 %
			LEL超の部分	6.85 %
	事業主負担分	LELまで	10.45 %	
		LEL超の部分	6.35 %	
第2種 保険料				£ 4.75
第3種 保険料				£ 4.65
第4種 保険料				£ 4,150以上 £ 13,780までの当期 利益の6.3%

表6 保険料納付者数

(1979会計年度)

保険料の種類	件数
	千件
第1種保険料納付者数	20,233
{ うち適用除外されていないもの 適用除外されているもの 一部のみ適用除外されているもの }	10,036
	8,768
	1,429
その他の第1種保険料納付者数	3,438
第2種保険料納付者数	1,321
第1種, 第2種両方を納めた者	221
第3種保険料納付者数	87
計	25,300

- (注) 1. 1%抽出による推計値である。
 2. 第3種保険料と別種の保険料を納めた者については、別種の保険料の方に分類されている。

(2) 退職年金給付

ア. 基礎年金

(ア) 受給資格要件

基礎年金は、次の3つの条件を満たした者に支給される：

(i) 男子の場合、44年以上の、女子の場合39年以上の有資格年度を有すること。

(ii) (i)の有資格年度のうち、少なくとも1年は、保険料完全納付済みとなっていること。

(iii) 男子は65歳、女子は60歳に達していること。但し、70歳(女子は65歳)までは退職していることが必要。

(i)における男子44年の意味は次の通りである。男子は、16歳から公的年金の適用を受け、65歳で基礎年金の受給資格となるため、その間49年間の労働期間(working life)がある。その9割以上が有資格年度になっていることが要請されているわけである。女子39年の意味も同様である。従って学生も第3種保険料の納付を行って有資格年度を稼いでおかなければ、(i)の要件を満たせなくなる。

なお、制度発足時既に高齢であった者、具体的には1948年7月5日に既に16歳を超えていた者については、労働期間を短縮する経過措置がとられており、

- ・ 労働期間が41年以上の者の受給資格期間は、労働期間から5年を除いた年数。
 - ・ 労働期間が40年以下の者の受給資格期間は、労働期間から4年を除いた年数。
- となっている。

また、無業の妻として、子の養育や障害

者の世話をしたことのある女子については、更に、その年数を受給資格期間から除くことになっている。

有資格年度数が、(i)もしくは上記の経過措置による受給資格期間に満たない場合には、次の(イ)に述べる基礎年金額が減額されることになる。その計算方法は、

有資格年度 ÷ 受給資格期間

を小数第2位未満を切り上げて計算した率を、(イ)に述べる額に乗じて得た額とされている。ただし、この率が0.25より小さい場合には、基礎年金額はゼロとなる。

つぎに(ii)の意味であるが、先に述べたように、ひとつの会計年度が有資格年度となるためには、所得がLELである場合の第1種保険料額の52倍以上の保険料納付済額又は納付したとみなされる額が必要である。このうち、みなしではなく実際の保険料納付によって有資格年度となった会計年度が少なくともひとつあるということが必要というのが(ii)の条件である。因みに、保険料を納付したとみなされる主な場合は、傷病手当金(sickness benefit)又は失業給付金(unemployment benefit)を受給している場合である。

(イ) 年金額

基礎年金の給付額は定額で、1984年11月以降裁定される者から週額35.80ポンド(年額で1,882ポンド)となっている。これはLELと同水準(1984会計年度は週額34.00ポンド)であり、基礎年金はLELを100%保障する形となっている。また、有資格年数が受給資格期間に満たない場合には、不足している年数の受給資格期間に

表7 基礎年金受給者数

(1982年11月現在)

年 齢 階 級	件 数
	千件
60歳以上～64歳以下	1,083
65 ～ 69	2,443
70 ～ 74	2,360
75 ～ 79	1,720
80 ～ 84	980
85 ～ 89	440
90 ～	161
計	9,187

対する割合だけ年金額を減額することは、
(ア)で述べた通りである。

基礎年金は、ここ数年、物価スライドさ
れている。そのため、新規裁定者につい
ては、除々に報酬比例年金のウェートが高
なりつつある。

表7に、1982年11月現在における基礎
年金受給者数を示した。

イ. 報酬比例年金

(ア) 受給資格要件

第1種保険料を納付したことのある者は、
すべて報酬比例年金を受給できる。基礎年
金の受給権があるかどうかは無関係である。
支給開始年齢は、基礎年金と同様、男子65
歳・女子60歳で、70歳(女子の場合65歳)
までは退職していることが必要である。

(イ) 年金額

報酬比例年金の額は、次のように算定さ
れる：

(i) 第一種保険料の納付を行った者の、
保険料算定の基礎となった報酬月額
を再評価する(再評価率については
表8を参照)。もしこの者が第2種
保険料を納付したこともある場合に
は、その時その者はLELの所得が
あったものとして、上と同様再評価
を行う。

(ii) その者が64歳(女子の場合は59歳)
に達した会計年度のLELを(i)
の各再評価後報酬から除く。

(iii) (ii)で算出した額のベスト20年

表8 再 評 価 率 表

支給開始 年齢に達する 会計年度	報酬が属する 会計年度							
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
	%	%	%	%	%	%	%	
1984	107.4	83.0	52.9	28.0	16.3	8.0	0.0	
1983	92.0	69.4	41.6	18.5	7.7	0.0	-	
1982	78.3	57.3	31.5	10.1	0.0	-	-	
1981	61.9	42.9	19.4	0.0	-	-	-	
1980	35.6	19.7	0.0	-	-	-	-	
1979	13.3	0.0	-	-	-	-	-	

論文

表9 報酬比例年金受給者数

(1982年9月末現在)

年齢階級	受給者数 ()内は基礎年金受給者に対する比率(%)	平均年金額 (週額)
60歳以上～64歳以下	164,860 (15.2)	1,554
65～69	548,750 (22.5)	1,982
70～74	3,180 (0.1)	1,536
75～79	740 (0.0)	1,414
80～	140 (0.0)	0,991
計	717,670 (7.8)	1,876

を合計する(20年未満の場合は、すべての合計を算出する)。

(iv) (iii) の合計額の1.25%が報酬比例年金額である。

報酬比例年金は、このようにLELを超える(そしてUELまでの)報酬を再評価したものの平均の25%を保障しようとするものである。

報酬比例年金も、裁定後は物価スライドされる。

(3) 適用除外制度

歴史のところで触れたように、基礎年金に上乗せされる報酬比例年金は、国がやるべきか各企業に委ねられるべきかは、長い間保守党と労働党の論争のテーマであった。一方、実際問題としても、税制上の措置などもあり、職域年金はかなりの普及度をみせていた。従って、かなりの水準の報酬比例年金を公的年金に導入する際には、職域年金との調整の問題が生じるのは当然であった。こうして生まれた調整措置が適用除外

制度である。

ア. 適用除外を受けるための要件
職域年金を実施している事業主は、職域年金委員会(Occupational Pensions Board; OPB)に、その加入員を報酬比例年金の適用から除外する(contract out)ことを申請することができる。OPBは、その職域年金が一定の要件を満たすと判断したとき、その適用除外を認可する。適用除外が認められるための主な要件は次の通りである:

(i) 最低保証年金(Guaranteed Minimum Pension; GMP)以上の給付を行うこと。

GMPとは、公的年金の報酬比例年金の代行部分と言えるもので、次のように算出される:

- 1998会計年度以前に支給開始年齢(男子65歳、女子60歳)に達する者については、適用除外期間における第1種保険料

算定の基礎となった報酬のLELを超える部分を再評価した額の1.25% (= 1/80)の合計額、この額は、もし当該者の適用除外期間が1978年以降の第一種保険料納付済期間と一致するならば、裁定時における報酬比例年金の額と一致するものである。

- 1999会計年度以降に支給開始年齢に達する者については、1978会計年度から支給開始年齢に達する会計年度の前年までの年数をNとする時、適用除外期間における第一種保険料算定の基礎となった報酬を再評価した額の $25/N\%$ (= $\frac{1}{80} \times 20/N$)を合計した額が、GMPとなる。公的年金の報酬比例年金は、再評価後報酬のベスト20年の合計額の1.25%となっているから、GMPはこの報酬比例年金を上回ることはない。これは、GMPが報酬比例年金の完全な代行になっていないことを意味するが、各職域年金サイドで加入員もしくは加入員であった者の報酬のベスト20年間を把握することは技術的に困難であるので、このような算定方法になっているのであろう。

(ii) 給付規約は、適用除外期間1年につき給付算定基礎報酬額(Pensionable salary)の、少なくとも1.25%ずつ増える規約(全体で50%を超える必要はない。)になっていることが必要である。

ここで、給付算定基礎報酬額としては、最終報酬、再評価後報酬の平均等が使えることになっているが、更に、これらの算定のための報酬自体、第一種保険料の算定の

基礎となった報酬(GMP算定の報酬はこれを用いる。)と一致する必要はない。例えば、超過勤務手当やボーナス等の変動の激しい報酬を除いた報酬でもよいことになっている。但し、給付算定基礎報酬額を何にするかは、OPBの同意を得なければならない。給付算定基礎報酬額が第一種保険料算定の基礎となった報酬の再評価後報酬の平均を用いて算定されている場合には、明らかに、(ii)の条件を満たせば、その額はGMPを上回り、(i)の条件も満たすことになる。しかし、上記のことから、給付算定基礎報酬額は、もう少し小さな額でも良いこととなるから、(ii)の条件を満たしても(i)の条件を満たすとは限らない。

(iii) 寡婦年金が規定されており、その額は、(i)(ii)それぞれの最低保証額の半額以上であること。

(iv) 支給開始年齢：GMPは、公的年金の支給開始年齢より遅くならないように支給しなければならない。GMPを超える上乗せ年金の支給開始年齢は、公的年金の支給開始年齢よりおくれでもよいが、遅れの幅は3ヶ月以内であること。

(v) GMPを超える給付の受給のために待期期間を置く場合には、待期期間は5年以内でなければならない。待期期間完了後は、職域年金給付算定基礎に待期期間も加えなければならない。

イ. 報酬比例年金との関係

適用除外を受けた職域年金は、GMPを上回る年金を支給することになるが、このGMPは公的年金の報酬比例年金と職域年金とが調整を行った部分とされているところであって、職域年金が報酬比例年金の給付のうち肩代わりしているとみなされるのが、このGMPの部分である。従って、公的年金からも、適用除外されていた受給者に対し報酬比例年金からGMPを除いた額が支給されることになる。この額は、主に裁定後の物価スライド分、裁定時における報酬比例年金とGMPとの差（前者はベスト20年の報酬に基づいたため、GMPより大きくなる。）、適用除外されていない期間に対応する給付から成る。

ウ. 適用除外と公的年金の費用負担との関係

(ア) 免除保険料率

適用除外を受けている者は、職域年金にGMPのための掛金を納めているということで、第1種保険料の一部が免除されている。免除保険料率は、LELを超える所得の6.25%である（表5）。

(イ) 中途脱退者が発生した場合

中途脱退者が発生した場合には、事業主は次のいずれかの選択を行うことができる；

(i) 拠出相当保険料 (Contribution equivalent premium; CEP) を国に納付し、GMPの支給義務を国に返還する。ここで、CEPとは当該者について適用除外として免除された第1種保険料の合計額である。

(ii) 中途脱退者の異動先で再び適用除

外されることになる場合に、異動先の適用除外制度に、年金権を引き継いでもらうように、給付原資を移管する。

(iii) 中途脱退者の年金権を、自らの制度に留保しておく。この場合、当該職域年金は、脱退者が公的年金の支給開始年齢に達するまでGMPを再評価する必要があるが、その方法には次の3つの方法がある。：

- a. 公的年金の再評価率（表8）によって再評価する方法。
- b. 年率8.5%の一定率で再評価する方法。
- c. 公的年金の再評価率と年率5%のいずれか低い率を用いて再評価する方法（限定再評価；limited revaluation）。この場合には、再評価が十分なされなかったところを国が支給することになるので、国に対し、限定再評価保険料 (Limited Revaluation Premium) を支払わなければならない。

(ウ) 適用除外をやめる場合

職域年金制度が、制度解散、その他の理由により適用除外を受けることをやめる場合には、加入員がそれまでに蓄えたGMPに対する権利を保全するために、次のいずれかの措置を採らなければならない：

(i) 職域年金制度が存続する場合には、職域年金制度内にそれまでのGMPを保存することができる。

(ii) 加入員だった者が、他の適用除外

を受けている職域年金制度に異動する場合には、必要な原資をその制度に移管して、GMPの受給権をその制度に引き継いでもらうことができる。

(iii) 国が定める保険料を納めることによって、GMP支給の義務を国へ返還することができる。

エ. 適用除外制度の現況

表10から表13に職域年金の現況を示す統計数値を示した。これによると、1979年6

月現在で、9万の職域年金が存在し、うち、約16%の1.5万の制度が適用除外を受けている。加入員数では、約1,160万人の人が職域年金に加入しており、適用除外を受けている人は、その約9割の約1,030万人である。加入員規模が大きくなる程適用除外を受ける職域年金の割合が高まるので、このような結果になっている。

職域年金の資産規模は、1979年末時価評価で530億ポンドとなっている。

表10 規模別職域年金数

(1979年6月現在)

人員規模	計		適用除外 されているもの		適用除外 されていないもの	
	制度数	加入員数	制度数	加入員数	制度数	加入員数
	件	千人	件	千人	件	千人
○民間企業の場合						
1人以上～ 9人以下	60,000	210	2,000	10	58,000	200
10 ～ 29	19,000	290	4,000	90	15,000	200
30 ～ 99	5,900	320	4,500	250	1,400	70
100 ～ 299	2,450	380	2,000	300	450	80
300 ～ 999	1,795	780	1,325	600	470	180
1,000 ～ 2,999	570	920	450	750	120	170
3,000 ～ 9,999	200	1,030	150	800	50	230
10,000 ～	85	2,150	75	2,000	10	150
小 計	90,000	6,080	14,500	4,800	75,500	1,280
○公務員の場合	130	5,520	100	5,500	30	20
合 計	90,130	11,600	14,600	10,300	75,530	1,300

表11 職域年金受給者数

(1979年6月現在, 千人)

部門	合計	加入員 だった者	加入員だった 者の寡婦又は 被扶養者
民間部門	1,400	1,200	200
公的部門	2,320	1,820	500
合計	3,720	3,020	700

表12 新規裁定職域年金の平均年金額

(1979会計年度; 週額)

部門	加入員だった者		加入員だった 者の寡婦又は 被扶養者
	男子	女子	
民間部門	ポンド 20	ポンド 11	ポンド 15
民間部門	28	26	10

表13 職域年金の資産

(10億ポンド)

部門	資産額 (1979年12 月31日価格)	1979年 増加額
○民間部門		
・生命保険会社へ運用委託されているもの	16	3
・その他の運用形態のもの	20	3
○公的部門	17	2
合計	53	8

3. イギリスにおける退職年金制度の問題点

イギリスの退職年金制度も、他の先進工業諸国と同様、多くの問題点を抱えている。それらを以下箇条書きにしてみよう。

①20年以上の被保険者期間に基づいて報酬比例年金を受給する者が出始める21世紀の初めに、戦後のベビーブーム世代が年金年齢に達することが重なり(表14)、制度をこのまま放置した場合、この時期の現役世代に過重な負担を強いることになりそうなのが予想されることである。(表15)。

極めて概括的な議論をすれば、基礎年金は男子ブルーカラーの平均賃金の20~25%であり、報酬比例年金はLELを超えるUELまでの報酬の25%であるから、従前の収入の再評価後の平均が男子ブルーカラーの平均賃金の水準にある者については、基礎年金と報酬比例年金を合わせた年金は、 $20 + 80 \times 0.25 = 40\%$ 程度の所得代替率である。これは年報ベースであるが、それでも所得代替率としては、我が国の厚生年金保険のそれよりむしろ低いくらいである。負担の面でも、政府アクチュアリー推計は、図2のようになっているが、わが国のケースよりはやや軽いと言える。このような状況を軽いと取るか重いと取るかは、国民の選択であるが、保守党はこれを重いと取りたいと考えているようである。6月に発表されたグリーンペーパーでは、報酬比例年金は、ベヴァリジからの逸脱であるとして、その廃止を提唱している。こうして再び、報酬比例年金のあり方について、保守党と

労働党の論議が再燃すること必死の情勢となりつつある。しかし、大きな振子がこのように短い期間に揺れ動くことは、国民の制度への信頼感という観点からは問題はないのであろうか。また、グリーンペーパーの提案のように、報酬比例年金の廃止を実

行する場合、職域年金の役割が益々増大することになるが、適用除外制度をはじめ、職域年金制度をどう措置するのかは、別の大きな問題になるわけであるが、現在のところその具体案は示されていない。

表14 人口推計，受給者数等の推計

(a) 人口推計

(千人)

会計年度	～16歳未満	① 16歳以上～ 65歳未満 (女子は60歳未満)	② 65歳以上～ (女子は60歳以上)	①／②
1984	11,405	33,372	9,977	3.3
1995	12,096	33,647	10,174	3.3
2005	12,387	34,113	10,139	3.4
2015	11,706	34,347	11,153	3.1
2025	12,274	33,636	12,344	2.7
定常時	12,123	33,947	12,540	2.7

(b) 拠出者数，受給者数の推計

(千人)

会計年度	拠出者数	基礎年金 受給者数	拠出者数/ 受給者数
1984	21,170	9,260	2.3
1995	21,940	9,780	2.2
2005	22,240	9,960	2.2
2015	22,390	11,120	2.0
2025	21,930	12,340	1.8
成熟時	22,130	12,600	1.8

表15 退職年金給付のための保険料率の推計

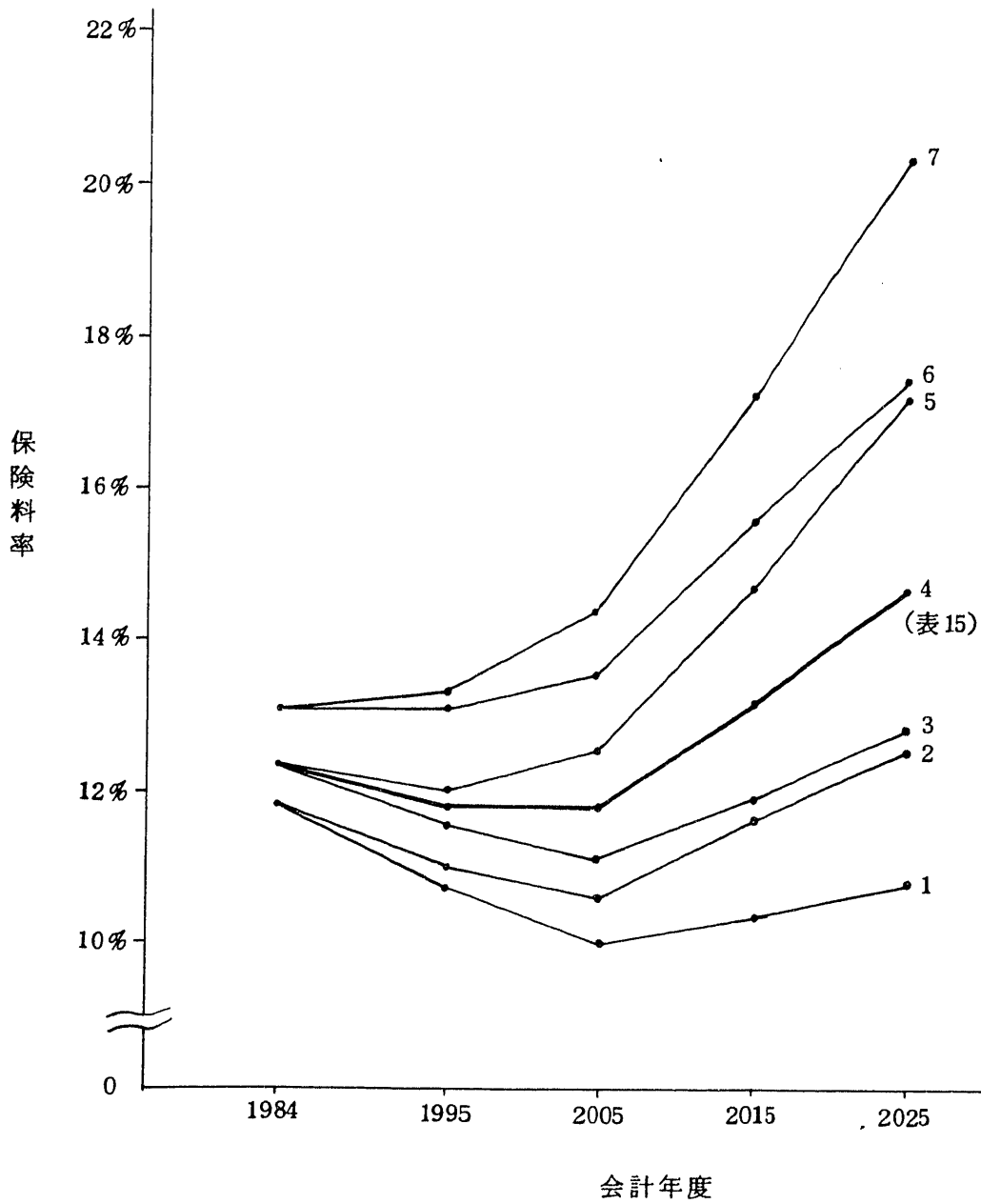
会計年度	基礎年金額を 物価にリンク させた場合	基礎年金額を 所得の伸びにリ ンクさせた場合
1984	12.5%	12.5%
1995	11.9	13.3
2005	11.9	14.3
2015	13.3	17.0
2025	14.7	19.9

図2 退職年金給付のための保険料率の推計

(a) 基礎年金額を物価にリンクさせた場合

項目 \ ケースNo	1	2	3	4	5	6	7
所得の伸び率	2%	2%	1½%	1½%	1½%	1%	1%
失業率	3%	3%	6%	6%	6%	10%	10%
出生率	2.3%	2.1%	2.3%	2.1%	1.8%	2.1%	1.8%
死亡率の改善率	12.5%	2.5%	12.5%	2.5%	37.5%	2.5%	37.5%

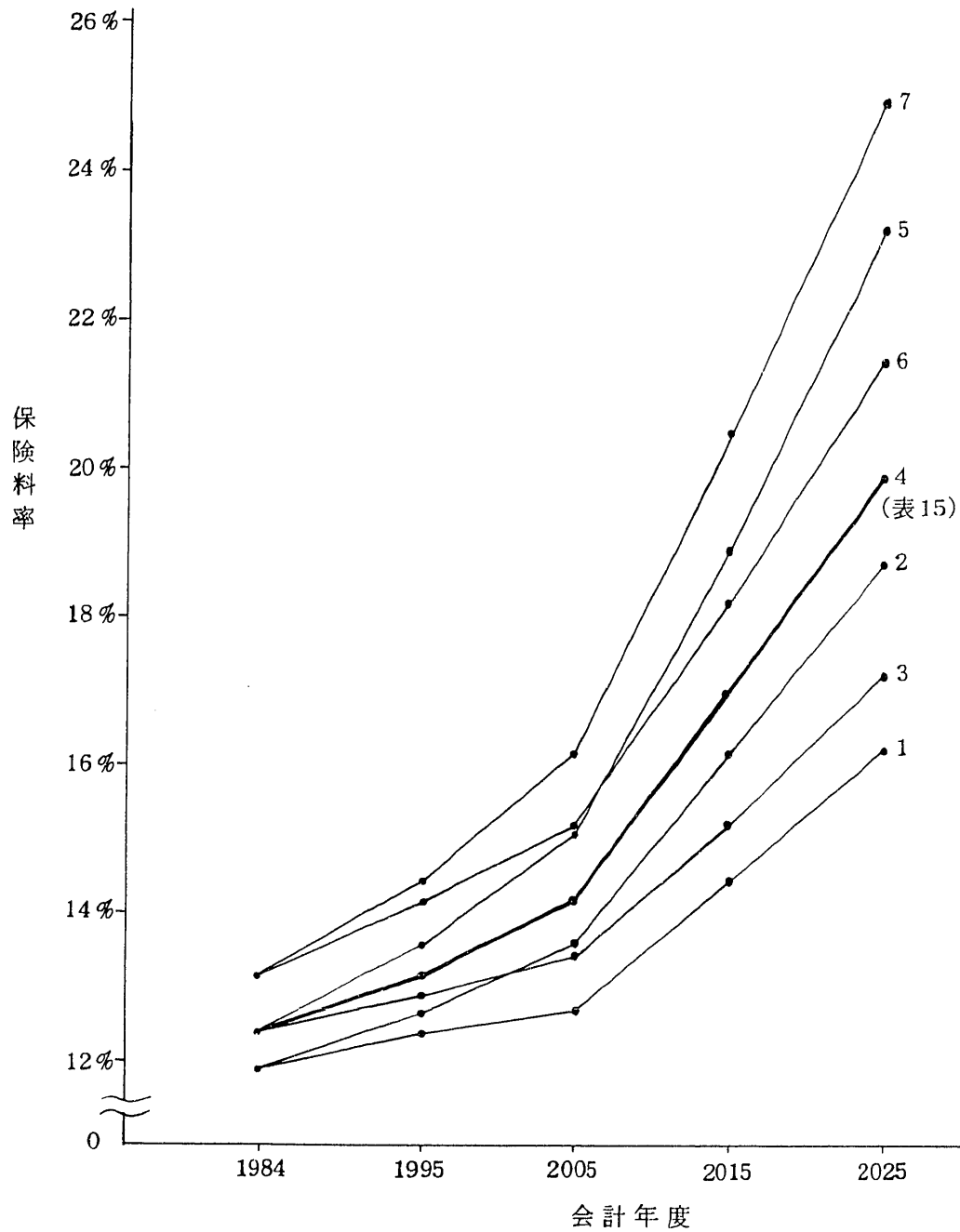
(諸前提)



(b) 基礎年金額を所得の伸びにリンクさせた場合

項目 \ ケースNo	1	2	3	4	5	6	7
所得の伸び率	2%	2%	1½%	1½%	1½%	1%	1%
失業率	3%	3%	6%	6%	6%	10%	10%
出生率	2.3%	2.1%	2.3%	2.1%	1.8%	2.1%	1.8%
死亡率の改善率	12.5%	25%	12.5%	25%	37.5%	25%	37.5%

〔諸前提〕



②自営業者には、報酬比例の年金がないこと。わが国の国民年金の場合と同様、自営業者には基礎年金しかないため、従前所得からの断差が激しいことが問題となっている。ただ、グリーンペーパーのように報酬比例年金を廃止してしまえば、消極的な方向ではあるが、公的部分については、自営業者と被用者の足並みがそろふことになる。然る後は、税制上の措置等、職域年金と並ぶ個人年金の制度面での整備の問題が浮上してくるであろう。

③支給開始年齢に男女間の格差があること。この格差に合理的な理由が見出せないというわけである。そして、男子の支給開始年齢を60歳とすべきだという要求が強い。しかし、同じくさきのグリーンペーパーにおいては、この問題は、支給開始年齢の弾力的扱いの検討のなかで解決されるべきとしており、当面は変更を考えていないという立場を明らかにしている。

④職域年金をめぐる問題点としては、次ような事項が指摘されている。

(i) 職域年金間の格差が大きいこと。

公務員や大企業の職域年金の給付は厚く、財政力も安定している。しかし、小規模の企業の職域年金は、給付を厚くする余裕がなく、構造不況業種等財政的に不安定なところも比較的多い。これらの職域年金を同列に扱って良いのかという問題意識である。財政力の弱いところの下支えの方途があるか、財政調整機構、再保険制度の導入等が論議されている。

(ii) 中途脱退者の年金額の実質価値の

維持を図ること。上述したように、中途脱退者に対するGMPは、その後の賃金水準の変動に応じて再評価され、その実質価値の維持が図られている。しかしながら、GMPを上回る職域年金独自の給付については現在のところ再評価が強制されていないため、激しいインフレによる目減りが激しく、何らかの手当てが必要ではないかという論議が生じている。公務員の場合には、通算機構(transfer club)があるために、公務員が公務員として転職するかぎりこのような問題は生じないが、民間被用者にはそのような機構は存在しないため、何らかの手当てが必要ではないかと考えられている。1982年6月のOPBの報告書では、GMPの限定再評価の方法を、上乘せ部分についても法制化することが提案されている。政府はこれを受けて、1983年11月のグリーンペーパーで、5%と物価指数のどちらか小さい方による限定再評価を法制化することを提案している。

(iii) 適用除外措置のある個人年金制度を導入すること。1984年7月、イギリス政府はグリーンペーパーを公表し、具体的設計については不明の点が殆んどであるが、

- 一定の要件を満たした個人年金に加入すれば、国の報酬比例年金の適用を除外する。
- 適用除外を受けている職域年金加入

者については、特別の取り扱いを行い、職域年金の運営が困難にならないようにする。

- ・事業主が掛金の一部を負担する必要はない。しかし、適用除外を受けている職域年金では、免除料率相当分の保険料を当個人年金選択者の掛金に付けること。

という案を示した。職域年金でカバーされない被用者に対し、その者の自助努力部分について、適用除外制度に匹敵する何らかの措置が求められていたし、中途脱退者のGMPを上回る上乘せ年金が十分に再評価されていない現状についてやはり何らかの解決策が必要であったことから、このような提案になったと考えられる。更に、報酬比例年金に民間活力の度合いを強めたいとする保守党の考えも強く影響していると思われる。

1985年6月のグリーンペーパーでは、この点は更に推し進められて、報酬比例年金の廃止と、職域年金・個人年金の強制化が提案されている。適用除外措置のある個人年金案については、むしろ、1985年6月のグリーンペーパーにおける提案の行方と共に、またその行方をも見守る必要がある。

4. おわりに

イギリスの退職年金制度は、現在、大きく揺れ動こうとしている。今年6月のグリーンペーパーにおける報酬比例年金廃止の提案は、制度の根幹を揺らすものであり、再び報酬比例年金とは何かという根本的な問いかけが、国民的レベルでなされていると言える。今後の動向に注目したい。

イギリスのグリーンペーパーについて

稲垣 誠 一

(環境庁企画調整局環境保健部保健企画課)

はじめに

このグリーンペーパーでは、社会保障制度改革のためのイギリス政府の提案が明らかにされている。これは、社会保障の主要な分野についての18カ月に及ぶ検討結果を集大成したものであり、第二次大戦以降最も基本的な見直しになっている。

この提案は、社会保障は国だけのものではなく、個人と国という二本の柱(twin pillars)の上に築かれるべきものであるという基本的な考え方に基づいている。その理由として、社会保障制度は、個人が自分自身で選択し、自分の生活に対して責任を取る能力を尊重すべきであること、また、同時に、政府は、個人が自分自身の生活設計を立てることができ、必要な時には頼ることのできる基本的な保障を行う責任のあることを指摘している。この個人と国の役割分担、責任の明確化は、1942年のベヴァリジ報告の主要なテーマであったにもかかわらず、その後40年間では、加入期間の短い経過的受給者に対する一人前の年金給付や所得比例年金の導入を行うなど、ベヴァリジ報告からの逸脱が続いていた。

今回の政府案では、基本的な三つの目標が示されている。第一は、真に必要なところに必要な保障を行うものでなければならないことである。これは政府の基本的な責任であり、また、真に必要なところは時代とともに変わるため柔軟性が必要だからである。第二は、社会保障制度は政府の経済政策と一貫性を保っているものでなければならないことである。これは、社会保障が経済政策と相反する面を持っているからである。たとえば、社会保障の費用が増大すれば経済成長は阻害されるが、社会保障の改善は経済成長に依存するものである。また、失業者の救済は労働意欲の低下につながる可能性がある。第三は、社会保障制度は、理解しやすく、行政実務上易しいものでなければならないことである。これは、40年間つぎはぎを行った結果、混乱と複雑化が生じたからである。たとえば、補助給付制度では、実務担当者だけで38,000人を要し、手引き書は2冊に分かれ16,000節にも及んでいる。また、所得制限のある諸制度では、所得や資産の評価にそれぞれ異なった基準を用いている。

このグリーンペーパーでは、社会保障制

度を将来どのように改革すべきであるか、その方向性が示されている。したがって、より具体的な事項については示されておらず、今後の公開討論等を通じて最終的な決定や立法措置が行われることになっている。

なお、この社会保障制度改革のための提案は、社会保障全般に及ぶものであるが、本稿では、改革の中心となる年金制度についての政府提案を紹介する。

1 現行制度

イギリスの公的年金制度は、定額給付の基礎年金とその上乘せの所得比例年金から成っている。基礎年金の受給権は、保険料を拠出したすべての者に与えられる。所得比例年金は1978年から導入された制度であり、この年以降に退職した者が所得比例年金の受給権を得ることができる。この所得比例年金は、20年間の経過期間を置いているため、1998年まで満額の年金が支給されることはないが、その後は、拠出対象報酬下限と上限（現在は週35.5ポンドと265ポンド）の間の再評価後の所得の下限を超える部分の4分の1に等しい額の年金が支給される。1998年以降に退職する者は、最高の20年間の所得に基づいた年金額になる。1998年以前に退職する者は、被保険者であったそれぞれの年について、下限と上限の間の所得の下限を越える部分の1.25%ずつが支払われる。

職域年金は、一定水準以上の年金額を保

証することを条件に、所得比例年金の適用除外を受けることができる。いいかえると、適用除外を受けた職域年金は、適用除外を受けた期間分の所得比例年金に相当する年金額を保証しなければならない。これは、事業主にとって保険料の水準を決定するために十分なものとはなっていない。事業主にとって適用除外を受けることは、制度の複雑さの他に、一定の給付水準を保証しなければならないというリスクを引き受けることを意味している。したがって、多くの事業主が年金を国に任せてしまうことになっている。

1975年に現行制度を作るに当たっては、二つの大きな譲歩がなされている。第一は、適用除外を受けた職域に低い保険料率を適用することである。第二は、年金の実質価値を維持する責任を職域ではなく国が負うことである。これは、将来の被保険者がこの責任を負っていることを意味している。

2 現行制度の問題点

現行制度の主要な問題点をあげると次のとおりとなる。

費用

現行の年金制度をそのままにしておくと、今後増大する年金の費用は負担しきれないほど大きなものになってしまうことになる。将来のための資金が積み立てられていないため、その時その時の被保険者や納税者が負担しなければならないからである。

表1 退職年金の将来見通し

(単位:億ポンド 1984/5価格)

(1) 物価スライド	1984/5	1995/6	2005/6	2023/4	2033/4
基礎年金	153	167	170	200	219
所得比例年金	1	16	53	157	231
合計	154	183	223	357	450

(2) 賃金スライド	1984/5	1995/6	2005/6	2023/4	2033/4
基礎年金	153	194	228	341	434
所得比例年金	1	16	53	157	231
合計	154	210	281	498	665

基礎年金にかかる費用は、仮にその実質価値が現在の水準に据え置かれたとしても、50年後には年金受給者の増加によって4割程度上昇する。しかし、もし基礎年金が以前と同様に賃金にスライド(実質上昇率1.5%)して引き上げられるならば、その費用の伸びはより速く、現在の153億ポンドから50年後には434億ポンドまで上昇する。もちろん、どれだけ引き上げられるかについては、その時その時の経済状態や要素によって決定されることではある。

これに対し、所得比例年金の費用は、21世紀の初めまではそれほど多くはならないものの、その後急速に増加し、2033年には231億ポンドになる。したがって、2033年における年金の総費用は、現在価格で450億ポンドと665億ポンドの間、すなわち現在の3倍ないし4倍の金額になる。所得比例年金の基礎となる期間は、21世紀の初めまでには20年になる。したがって、それ以降はほぼ満額の年金が支給されるため、その時点で2033年の費用の大部分がすでに決定されてしまっていることになる。要するに

所得比例年金を無視することはできないのである。今、考え直さなければならないのである。さらに、基礎年金の引き上げがすべての年金受給者に等しく恩恵を与えることに対し、所得比例年金は、退職時の収入の実質価値が固定されているため、その恩恵が新しく退職する者により多く与えられるという点も問題である。

国の役割

国のすべき第一の義務は、現在の年金受給者の保障をすることである。所得比例年金は、1978年以前の退職者に対して何の保障も行っていないし、また今後も行われることはない。国の責任は、よりよい基礎年金によって基本的な保障を提供し、同時に、他の者に対しては働いている間に職域年金もしくは個人年金によって上乘せの年金の準備ができるよう環境づくりをすることである。政府は、基礎年金の補足を国や後世代の負担に頼るのではなく、各個人が自分自身で準備することが望ましいと考えている。

私的な準備

職域年金の適用率は一定であり、所得比例年金の導入は職域年金の普及に何ら役に立ってはいない。適用除外の複雑な規定や事業主が負わなければならない無限責任によって、一部の業種、農業・建設業・流通業では職域年金の適用率は非常に低くなっている。

表2 職域年金適用率の低い業種

	フルタイム 被用者計 (百万人)	職域年金 加入者数 (百万人)	加入率 (%)
製造業 (エンジニア リングを除く)	2.10	1.11	53
流通業	2.43	1.00	41
建設業	1.13	0.42	37
農業	0.26	0.06	23

現在の適用除外制度は、その制度的複雑さのほかに、所得に応じた年金額を保障する給付建てであるため、拠出建てのものと違って負担の限度が不明確になっている。そのため、小企業への職域年金の普及には何のインセンティブにもなっていない。したがって、今後の職域年金の普及はまったく期待することができない。

貧困な高齢者

補足給付に依存する高齢者の減少を目標とすることは正しい方向ではあるが、所得比例年金のみがこれを達成する唯一の方法ではない。確かに、所得比例年金は将来の数多くの年金受給者を補足給付の対象外にしうるが、このことは個人年金を拡大することによっても達成できることである。補足給付への依存を減らす手段としての所得比例年金は、あまりに高価なものである。

以上の理由によって、政府は現在の年金制度を改革しなければならないと考えている。問題はいかに改革すべきかである。基礎年金は残さなければならない。保険料を拠出して、人々はすでに受給権を持っているし、また、年金制度発足以来ずっと制度の中心になっていたからである。基礎年金

の費用は、次世紀には実質的に増大することにはなるが、国によって運営され、その時代に働いている世代が拠出する保険料から基本的な水準の年金を受け取ることは国民の権利である。しかしながら、政府は、所得比例年金による大きなつけを後世代に回すことは無責任であると考えている。

3 改革の可能性

所得比例年金の廃止

第一の可能性は、所得比例年金を単に廃止し、それに代わる制度は何も作らないという方法である。もちろん、すでに生じている権利については保証される。この方法は、国の役割を基礎年金の給付のみに制限し、付加年金によって老後の準備をするかしないかについては、各個人の自由選択に任せられることになるであろう。しかしながら、事業主や被用者の一部には、短期的な視点から、遠い将来である老後の保障よりも現在の手取り収入の方を選択する者の出てくる危険が存在する。政府は、すべての者が老後のために、国から受け取る基礎年金の上に少なくとも最低限の付加年金を準備しておくことは重要なことであると考えている。

所得比例年金の制限

第二の可能性は、所得比例年金を制限し、公的年金制度の費用を引き下げる方法である。具体的には、

- ・年金額の計算の基礎となる所得を、最高の20年間の所得から生涯の所得に変更す

る。

- ある一定以上の所得の者の給付率を引き下げる。
 - 物価スライドに上限を設定する。
 - 遺族給付を2分の1とする。
 - 女子の支給開始年齢を65歳に引き上げる。
- といったような措置を講ずるわけであるが、これは基本的な問題の解決にはなっていないのである。単に財政的な効果を得るだけのものである。複雑な適用除外の制度は依然として残り、職域年金や個人年金を普及する効果もまったく認められない。また、所得比例年金の受給者とそうでない者の差も依然として残ることになる。

新しい協力関係

第三の可能性は、所得比例年金を公的年金と職域年金もしくは個人年金との間の新しい協力関係で置き換える方法である。これが今回の政府提案である。この改革は一夜にしてできるものでもないし、また行すべきものでもない。長期間をかけて達成すべきものである。以下に述べられている提案は、国が基礎年金を支給し、その上乘せ部分は各個人が職域年金もしくは個人年金として準備をするというゴールを旨とした20年以上にわたる長期計画になっている。

4 改革の提案

政府提案の概要は以下のとおりである。

第一に、基礎年金については改革を行わない。基礎年金は現在のほとんどの年金受給者の主たる収入源であり、また、これは

将来退職する者が自分自身の付加年金を積み上げる際の基礎となるものである。政府は、働いている世代の者が退職した前世代の者の収入の基本的な部分をまかなうことは好ましいことであると考えている。国の保険料収入を基礎年金に集中し、付加年金の財政負担を減らすことによって、政府は、長期的にみて、基礎年金の改善や年金受給者の生活水準の向上のために有利な立場に立つことができる。

第二に、改正時に50歳以上である男性と45歳以上である女性については、所得比例年金の適用除外を受けていないにかかわらず、現行制度を適用する。彼らは、退職までに高々15年の期間しか持ち合わせておらず、新しい制度の下で自分自身の付加年金を準備するための十分な期間を有していないからである。また、彼らは引退間近であり、現行制度による年金に対する期待度も大きい。

第三に、職域年金もしくは個人年金によって、今から自分自身の付加年金を準備できるより若い年齢層の者に対しては、公的な付加年金ではなく、それらを将来のための付加年金とする。50歳未満の男性と45歳未満の女性に対して、所得比例年金は3年間で段階的に廃止する。ただし、彼らと事業主は、彼ら自身の付加年金に保険料を拠出することが求められる。

第四に、現行制度の下で取得したすべての年金権は尊重される。

第五に、40歳から49歳までの男性と35歳から44歳までの女性に対しては、公的制度の下で得た権利の割増を行う。現行制度を

表3 40歳以上の男性と35歳以上の女性
に対する期間の加算の効果

1987年における年齢		加算期間 (年)	割増給付の割合 (%)
男	女		
40	35	1	10
41	36	2	20
42	37	3	30
43	38	4	40
44	39	5	50
45	40	5 $\frac{1}{2}$	55
46	41	6	60
47	42	6 $\frac{1}{2}$	65
48	43	7	70
49	44	7 $\frac{1}{2}$	75

適用するかしないかの切れ目の年齢のところでの取扱いに急激な差がでないようにするために、これらの者に対して所得比例年金の期間の加算を行う。49歳の男性と44歳の女性には7.5年の期間が加算され、40歳の男性と35歳の女性には1年の期間が加算される。

保険料率も新しい制度に従って改正されることになる。現行制度の適用を引き続き受け、かつ適用除外を受けない者を除いた被用者には、共通の保険料率が適用される。なお、このグループに対する保険料率は、付加年金の給付を準備するための費用を反映したものになるであろう。

職域年金と個人年金の新しい取り決め

今回の提案の目的は、公的制度への依存から、各個人が自分自身の付加年金を選択して準備をするという状態に移行することである。したがって、政府は、年金の準備の方法に不要な制限を設けることは避けたいと考えている。しかしながら、現行制度と同様に事業主から保険料の拠出を求め、適正な水準を保証することは必要であるだ

ろう。政府が将来個人年金に関する規定を導入するための提案は、以下のとおりである。

新しい取り決めでは、事業主と被用者は、職域年金もしくは個人年金に保険料を納付することが要求される。保険料の最低の水準は、移行期間の後、所得の4%と定められる。事業主は、最低保険料の少なくとも2分の1以上を拠出する責任がある。もちろん、事業主と被用者が最低水準以上の保険料を積み立てることは自由である。税控除の取扱いは、他の年金保険料とまったく同じになっている。

政府は、新しい取り決めができる限り幅広い被用者に適用されるべきであると考えている。しかしながら、臨時雇いや低賃金パートのように所得が最低水準（公的年金の拠出対象報酬下限と同程度）以下の者、あるいは16歳から18歳の者については適用除外とすべきである。また、短期間の被用者の取扱いをどのようにすべきかという点と所得に上限を設けるかどうかについては、さらに検討を要するものと考えている。

新しい取り決めでは、以前よりも様々な形態の職域年金や個人年金を認めるべきである。一般的な必要条件は、事業主と被用者の年金保険料を個人のための基金に投資するということである。退職後、この基金から年金が支払われる。したがって、事業主は、給付建ての年金のように無限責任を負う必要はなく、債務の水準を確定することができる。また、被用者にとっても、自分自身の財産としての年金の積立金の総額を確認できるようになる。現存する職域年

金は、主に所得を基礎とした給付建てのものになっているが、これを新しい要件に適合させることは可能である。ただし、事業主と被用者による職域年金への拠出は、平均して最低保険料を上回ることが要求される。適用除外を受けている職域年金は、自動的に要件を満たすものと考えられる。また、若者が職域年金を離脱する場合、不利な取扱いにならないよう保証する措置が必要である。現在、職域年金の適用率は50%程度であるが、一部の業種の適用率は非常に低くなっている。したがって、新しい取り決めでは、これらの業種に職域年金を普及させるようなものでなければならない。そのため、これらの業種の事業主が共同して設立する職域年金（産業別職域年金）の普及が必要である。

新しい取り決めでは、事業主と被用者がともに個人年金の選択権を持つことになる。被用者は、職域年金の加入者となる代わりに個人年金を選択することができる。職域年金と同じ最低保険料は、個人年金にも適用される。個人年金の選択は、小企業の実業主にとっても有利である。職域年金もしくは産業別職域年金を設立する代わりに、被用者が個人年金を選択するよう申し入れることができるからである。さらに、被用者は、仕事を変えた場合に、職域年金で得た権利を個人年金に移管することができるようになる。同様に、加入者が5年以内に転職した場合、事業主も、職域年金で得た権利を個人年金もしくは措置年金に移管させることができる。しかしながら、仕事を変えない被用者が、単に個人年金を持ちた

いという希望だけで職域年金で得た権利を個人年金に移管することは、好ましいことではない。

新しい取り決めの主要な条件は保険料の最低水準であるけれども、政府は、ある種の最低給付条件を要求することを望んでいる。主たる条件は、寡婦・かん夫のどちらにも、死亡が退職前であるか後であるかにかかわらず遺族給付を行うべきであるということである。退職後に遺族になった場合には、最低保険料に相当する年金の2分の1を支給することが適当であると考えている。また、退職前に遺族になった場合には、一時金か年金かどちらにすべきかについては未定である。もう一つの問題点は、退職後のインフレ対策をどのように要求するかである。定額年金と逦増年金のいずれかを選択させるという考え方もあるが、未定である。

新しい取り決めは、できる限り男女平等の取扱いに基づくようにすべきである。この場合の重大な問題は、年金額と支給開始年齢である。保険会社の年金の規定は、通常、男女別々の基礎率を用いるからである。しかしながら、このことによって、女性を実質的に不利な立場に立たせることを受け入れることはできないと考えている。同一保険料で同一の年齢まで拠出して積み立てられた積立金からは、同額の年金が給付されなければならないのである。これを達成するために、保険会社には男女同一の基礎率を用いるよう要求することになる。しかしながら、このことは、保険会社に重大な影響を与えるため、十分な検討が必要であ

る。平等な取扱いをするためには、支給開始年齢をそろえる必要がある。しかしながら、特定の支給開始年齢の設定は、すでに存在する職域年金の弾力性を奪うことになるので、行わない。ただし、最低保険料から得られる年金については、60歳前に支給すべきではない。

政府は、所得比例年金の適用を受けない自営業者を新しい取り決めに従わせることは考えていない。彼らは、すでに、税制上優遇措置が講ぜられた個人年金を手に入れることが可能である。引退間近の多くの者は、すでにその準備を行っている。また、引退後のための資金をビジネスに振り向けたいと考えている者もいる。政府は、彼らに選択の余地を残しておくことが好ましいと考えている。

この新しい取り決めでは、必要条件を最小限のものに留めている。これは、すべての者が基礎年金を補足する最も適当な付加年金を築くことができるようにするためである。付加年金の価値は、年齢、生涯における収入の変化、年金資産の運用益あるいは経済状態といった様々な要素に依存するものである。また、これは、取り決めの最終的な決定、たとえば遺族給付の給付率や退職後のスライドにも依存するものである。しかし、確かなことは、すべての者が自分自身の特性に合った将来の年金を設計できるということである。彼らは、退職のための投資がどの程度であるかを知ることができる。また、彼らは、自由にコントロールできる個人年金に投資するか、あるいは職域年金に投資するか、選択することは自由

である。さらに、彼らは、最低水準を超える付加年金の増額を希望するかどうかの決定も自由である。この新しい取り決めの効果は、個人に最大限の自由と選択権を与え、同時に、国の資源を最も適切どころ、すなわち適正な基礎年金の給付に集中させることである。

公的年金制度の保険料

現在、所得比例年金の適用除外を受けている事業主と被用者には低い保険料率が適用されているが、若い年齢層の者に対する所得比例年金の終了によって、所得比例年金に残る高齢者を除いて、共通の保険料率が適用されることになる。現在の保険料率（事業主と被用者の合計）は19.45%（適用除外の免除料率は6.25%）であるが、新しい制度の下では16.5%となる見込みである。

新しい保険料率16.5%は、適用除外を受けていない者の現行の保険料率19.45%よりも低くなっている。この減少分は、主に、職域年金もしくは個人年金への拠出を要求される最低保険料率に見合うものである。また、付加年金への保険料を4%（労使折半）と仮定し、国民保険の保険料の引き上げと被用者の年金保険料の税控除の影響を考慮にいと、政府提案の実質的な影響は、所得の1%未満である。

改革の実施

新しい制度は、今世紀末までに退職する者の年金には何の影響も与えないが、ほとんどの事業主と被用者には施行日から影響が現れる。私的な付加年金への切替をスムー

ズに行うために、政府は、この改革を1987年4月から3年間をかけて段階的に実施することを計画している。これは、3つの方法で行われる。

- (1) 適用除外の免除料率は段階的に廃止し、通常の保険料率は3段階で引き下げる。また、所得比例年金の適用を受ける者の支払う高い保険料率も同時に導入される。
- (2) 新しい私的年金の要件である最低保険料率は、同じ期間に段階的に導入される。最初の年は2%であり、2年目は3%、3年目は4%になる。
- (3) 所得比例年金の権利は、高齢者グループを除いて、移行期間中、引き下げられた率で、引き続き積み立てられる。

5 支給開始年齢と弾力的な引退年齢

所得規則

公的退職年金には、現在、「所得規則」と「退職要件」の規定がある。所得規則とは、支給開始年齢以後5年間に一定以上の所得（現在週70ポンド）のある者の年金を減額する措置であり、これを超える最初の4ポンドについては50%、それ以上については1ポンドにつき1ポンドが減額される仕組みになっている。また、退職要件とは、年金を受給するための条件であり、定期的な所得が所得規則で定められた額を超えないこと、もしくは労働時間が週12時間以内であることを意味している。しかしながら、所得規則が行政上複雑なものになっているため、政府は、財政上問題がなければ、これをできる限り早く廃止したいと考えてい

る。また、退職要件も同時に廃止する予定である。

支給開始年齢

最近、男性の支給開始年齢を60歳に引き下げて男女平等にすべきであるという意見に多くの者が賛成をしている。男女平等の取扱いは、最近の社会保障政策では一貫したものになっている。しかしながら、支給開始年齢の引き下げは重大な問題を持っている。60歳支給開始にするためには、年間250ポンドの費用が必要になる。下院の社会サービス委員会の提案である男女63歳支給開始であっても、5億ポンドの費用が必要になる。

これに対する反論として、支給年齢の引き下げが失業者数の減少に結びつくという主張があるが、それを示す証拠はほとんど見当たらないというものである。60歳から65歳の者の大部分はすでに労働をしておらず、支給開始年齢の引き下げは、彼らに年金の受給権を早く与えるだけのことにすぎないのである。また、他の者も、所得規則によって減額はされるが、仕事をしながら同時に年金を受け取ることになるであろう。早期退職者の仕事のわずか3分の2が補充の対象となり、そのうちのわずか4分の3が失業者に回るといふ推計も行われている。社会サービス委員会もこれらのことを疑う理由はないと考えている。

さらに、フランスは、1983年に支給開始年齢を65歳から60歳へ引き下げているが、失業への影響はほんのわずかなものでしかなかった。

表4 支給開始年齢の国際比較

	男	女
オーストラリア	65	60
ベルギー	65	60
カナダ	65	65
デンマーク	67	67
フランス	60	60
ドイツ	65	65
オランダ	65	65
ニュージーランド	60	60
スウェーデン	65	65
スイス	65	62

表4に西欧諸国の支給開始年齢が掲げられている。アメリカでは、2025年までに、支給開始年齢を67歳まで引き上げる予定である。

以上のような理由により、政府は、支給開始年齢の変更を考えてはいない。男女平等なより弾力的な支給開始年齢を進めていくことが望ましいと考えている。

弾力的な引退年齢

弾力的な引退年齢は、支給開始年齢と所得規則に密接に関係している。現行制度においても、引退年齢に関して弾力的な取扱いがなされている。支給開始年齢を5年間まで遅らせることが可能である。年金額は、1年につき7.5%ずつ割増される。しかしながら、年金の繰り上げ支給に関する規定は存在しない。

多くの人々は、年金の繰り上げ支給を導入して、より弾力的にすべきであると考えている。そのためには、60歳から70歳までを「引退の10年間」とし、この10年間の中の好きな時点から年金の受給を開始できるようにするという考え方が魅力的である。も

ちろん、支給開始時期によって年金額には差が設けられる。政府アクチュアリーは、65歳支給開始を標準として、1年の繰り下げ繰り上げごとに8%ずつ年金額を増減することが適当であるとしている。長期的にみると、弾力的な引退年齢では、繰り上げ支給による費用の増加と年金額の減額による費用の節減はバランスがとれている。しかしながら、初期の段階では、繰り上げ支給の増大による費用の増加も考えられる。また逆に、60歳支給開始を希望する者は、標準とされる65歳の年金額の60%しか受給できないため、早期引退を希望しないことも考えられる。

にもかかわらず、政府は、公的年金制度をより弾力的なものにすることを望んでいる。引退の10年間の持つ魅力と選択の幅の広がり認識しているからである。したがって、政府は、受け入れられないような余計な費用をかけずに、これらの目標を達成できるような公的年金制度の改革の方法について、意見を求めている。

本稿では、年金制度を中心にグリーンペーパーの内容を概観してきたが、このほかにも補足給付や児童手当などの分野における改革についても数多くの提案がなされている。このグリーンペーパーの内容についての意見は、9月16日までに提出することが求められており、政府はこれにもとづいて本年末頃までに改革案をまとめ、白書として公表することになる予定である。

OECD諸国における

最近の医療支出抑制策について

香 取 照 幸

(厚生省薬務局経済課)

(前CECD社会労働教育局)

1 はじめに—OECDにおける 医療問題への取組—

OECD(経済協力開発機構)は、西側先進24か国で構成されている国際機関で、加盟国の調和的・持続的経済発展を目指す相互協力機関である。

OECDにおいては、1970年代中葉以降、加盟各国における社会経済情勢の変容とそれに伴う社会保障政策への関心の高まりを背景に、社会保障分野での政策研究が進められてきた。中でも医療政策については、他の分野よりも早く、1977年から本格的な研究が進められてきており、過去5回にわたる専門家会議を経て、既に最終報告書が完成している。

2 OECD諸国の医療支出動向 1960—1985

OECD諸国における医療支出は、1960年から1970年代初頭にかけて急速に増大した。これは、世界規模での好況による経済成長の持続とそれに支えられた加盟各国の積極的医療保障拡大政策によるものといえる。

この間、OECD諸国の公的医療保障水準は飛躍的に向上し、1970年代初頭までに殆どの国で全国民的規模での公的医療保障体制が確立した。これに伴って、1960年—1975年の15年間に、OECD諸国の医療支出の対GDP比は、総医療支出ベースで2.5%→5.4%、公的医療支出ベースで4.2%→7.1%へと大きく増大した(表1)。

1970年代中葉以降、このような医療支出の爆発的増大は一応の収まりを見せ、鎮静化の方向に向かっている。その理由としては、ひとつには、各国の公的医療保障制度の成熟化に伴う医療サービスの量的拡大の鈍化を挙げることが出来るが、同時に、各国がoil-shock以降の社会経済情勢の変容に対応して、いち早くその医療政策を医療支出の拡大から抑制へ、医療サービスの拡大からその効率化へと転換し、様々な医療支出抑制策に取り組んでいったことを挙げることが出来る。

しかしながら、現在なお殆どの国で、医療支出はGDPの伸びを上回って増大を続けており、更に中・長期的な観点からは、人口高齢化・医療技術革新といった内在的増大要因によって、医療支出は今後共増大

表1 医療支出の動向

(1) 公的医療支出の対GDP比(名目ベース, %)

国名	1960	1965	1970	1975	1980	1982
AUSTRALIA	2.4	2.8	3.2	5.6	4.7	5.1
AUSTRIA	2.9	3.0	3.4	4.1	4.5	4.7
BERGIUM	2.1	2.9	3.5	4.4	5.0	5.2
CANADA	2.4	3.1	5.1	5.7	5.4	5.9
DENMARK	3.2	4.2	5.2	5.9	5.8	5.8
FINLAND	2.3	3.1	4.1	4.9	5.1	5.3
FRANCE	2.5	3.6	4.3	5.5	6.1	6.7
GERMANY	3.2	3.6	4.2	6.6	6.5	6.6
GREECE	1.7	2.2	2.1	2.4	3.5	4.0
ICELAND	2.4	2.8	4.1	6.7	6.7	6.6
IRELAND	3.0	3.3	4.3	6.4	8.4	7.6
ITARY	3.2	4.1	4.8	5.8	6.0	6.0
IAPAN	1.8	2.7	3.0	4.0	4.6	4.9
LUXEMBOURG	---	---	---	5.6	6.6	7.4
NETHERLANDS	1.4	3.2	5.3	6.2	6.8	7.3
NEW ZEALAND	3.3	3.4	3.5	4.4	4.8	4.9
NORWAY	2.6	3.2	4.6	6.4	6.7	6.7
PORTUGAL	0.9	1.2	1.9	3.8	4.2	4.0
SPAIN	---	1.4	2.3	3.6	4.3	4.4
SWEDEN	3.4	4.5	6.2	7.2	8.8	9.0
SWITZERLAND	---	2.3	---	4.7	4.7	---
TURKEY	---	1.0	1.1	---	0.7	---
U.K.	3.4	3.6	3.9	5.0	4.9	5.0
U.S.A	1.3	1.6	2.8	3.7	4.1	4.5
AVERAGE (18)	2.5	3.2	4.1	5.4	5.8	5.9

(出典) OECD "HEALTH OECD:FACTS AND TRENDS 1960-1983"
 OECD "NATIONAL ACCOUNTS"

(注) 1. 該当年の数値がない場合は、直近年の数値を用いた。
 2. AVERAGE(18)はLUXEMBOURG, PORTUGAL, SPAIN及びTURKEYを除く18カ国の平均である。

を続けていくことは必至と考えられる。その意味で、先行き不透明な近時の経済情勢

の下では、今後の医療支出動向について決して楽観視することは出来ない。

海外の動き

表 1 - 2

(2) 総医療支出の対 GDP 比 (名目ベース, %)

国名	1960	1965	1970	1975	1980	1982
AUSTRALIA	5.1	5.3	5.7	7.6	7.0	7.6
AUSTRIA	4.4	4.7	5.3	6.4	7.0	7.3
BERGIUM	3.4	3.9	4.0	5.4	6.1	6.4
CANADA	5.5	6.1	7.2	7.4	7.3	8.2
DENMARK	3.6	4.8	6.1	6.5	6.8	6.9
FINLAND	4.2	4.9	5.7	6.3	6.5	6.8
FRANCE	4.3	5.3	6.1	7.6	8.5	9.3
GERMANY	4.8	5.1	5.6	8.1	8.1	8.2
GREECE	2.9	3.1	4.0	4.1	4.3	4.4
ICELAND	5.9	6.1	8.7	11.4	7.7	7.7
IRELAND	4.0	4.4	5.6	7.8	9.0	8.2
ITARY	3.9	4.6	5.5	6.7	6.8	7.0
JAPAN	3.0	4.5	4.6	5.7	6.4	6.7
LUXEMBOURG	---	---	3.1	4.3	5.0	4.9
NETHERLANDS	4.1	4.7	6.3	6.7	8.6	9.1
NEW ZEALAND	---	---	---	5.7	5.8	5.8
NORWAY	3.3	3.9	5.0	6.7	6.8	6.8
PORTUGAL	---	---	---	6.4	6.1	5.8
SPAIN	---	2.7	4.1	5.1	5.9	6.2
SWEDEN	4.7	5.6	7.2	8.0	9.5	9.8
SWITZERLAND	---	3.8	---	7.1	7.2	7.8
TURKEY	---	---	---	---	---	---
U.K.	3.9	4.2	4.5	5.5	5.7	5.9
U.S.A.	5.3	6.1	7.6	8.6	9.6	10.6
AVERAGE (18)	4.2	4.8	5.8	7.1	7.3	7.6

(出典) OECD "HEALTH OECD:FACTS AND TRENDS 1960 - 1983"
OECD "NATIONAL ACCOUNTS"

- (注) 1. 該当年の数値がない場合は、直近年の数値を用いた。
2. AVERAGE(18)はLUXEMBOURG, PORTUGAL, SPAIN及びTURKEYを除く18カ国の平均である。

3 OECD諸国の医療支出の将来 動向と医療支出抑制策

(1) 総論

医療をめぐる問題は、制度運営・財政運営に関する問題に尽きるわけではない。国民の健康水準の維持・増進という医療（健康）政策の本旨からすれば、医療サービス体制の体系化・保健と医療の総合化・地域医療・老人医療・救急医療といった医療サービス供給、或いは医療資源分配の効率化の局面にこそ、より多くの問題が残されているともいえる。

しかしながら、現実には、医療をめぐる問題は先ず以て医療をめぐる財政問題、特に公的医療保障制度の財政運営の問題として現出してきた。

財政対策としての医療支出抑制策は、公的医療保障制度の財政状況が悪化し始めた1970年代半ばから、加盟各国において様々に試みられてきているが、先ず行われたのは保険料等の引上げ、特定財源の手当て、財政調整といった財源対策、そして給付率の引下げ、給付内容の制限（保険外負担の拡大・自由診療の拡大）、一部負担の引上げ、診療報酬の抑制、薬剤の価格・処方制限、私保険の導入・奨励といった支出（給付）抑制策であった。

こういった対策は導入当初は一定程度の効果をもったが、その多くは対症療法的なものであり、その効果は極めて短期的なものでしかなかった。他方、長期化する経済停滞の下で、各国政府はおしなべて財政赤字の増大に苦しんでおり、また国民の租税・

社会保障負担も限界に達しつつあったことから、内在的増大圧力により不可避的に増大する医療支出を、こういった財政面或いは支出面での対策のみによってコントロールしていくことは最早極めて困難なものとなっている。

(2) 80年代の医療支出増大要因分析

人口高齢化圧力と医療技術革新は、80年代以降の医療支出の増大を規定していく最大の要因であると考えられるが、今後の医療政策を考えて行く上では、今後予想される医療支出の構造変化・医療サービスの質的变化をある程度ミクロ的に分析し、政策立案上の主要課題を明らかにしていくことは極めて重要である。

80年代以降の医療政策を考えて行く上での主要な問題点は、主に以下の4点にまとめることが出来るであろう。

1 医療サービス分配の不均衡

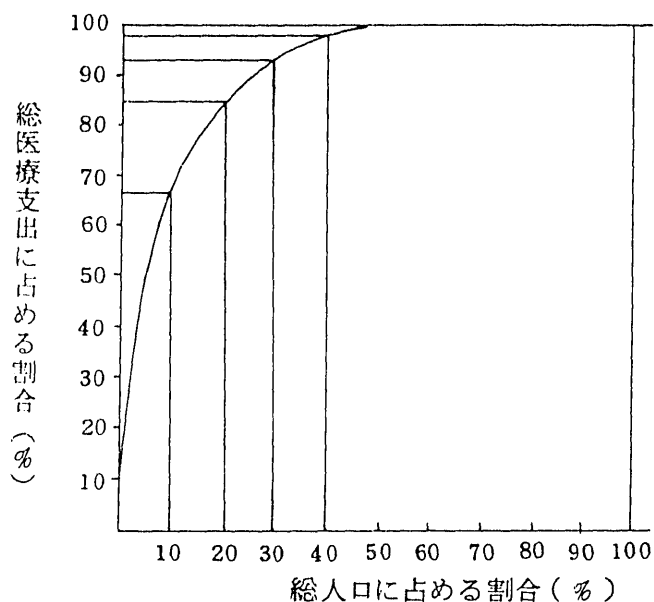
人口高齢化と医療技術の進歩によって、医療支出は入院ケア—特に老人・重篤患者・終末期患者のためのケアにますます集中していく傾向にある。

フランスにおけるデータによれば、人口の4%の重篤患者が総医療支出の50%を消費しており、また終末期患者が死の直前6か月に消費する医療支出は、国民一人当たりの年間医療支出の10倍になっている（表2）。同様のデータはアメリカ・カナダ等においても報告されている。

また、65歳以上老人にかかる医療支出は、加盟各国共ほぼ65歳以下人口の場合

表 2 医療支出の偏重

フランス 1970年



(出典) OECD OECD/SME/SAIR/HP/84.01 PART-1
(LA CONSOMATION MEDICALE Andre et Arie Mjzrahi)

(注) 基礎データは1970年のフランスにおける3カ月間の総医療支出についてのデータである。

の4-6倍程度となっており、この数値は加齢と共に急速に増大していく(表3)。

このような事実は、ひとつには人口高齢化に伴う疾病構造の変化—ガン・循環器系疾患等の慢性疾患，成人病の増加—の反映であり，また終末期ケアを中心に急速な進展を遂げている医療技術革新の成果(?)でもある。とするならば，このような医療サービス配分の偏重傾向は今後一層進んでいくものと考えられる。

表 3 高齢化と医療支出

(1) 65歳以上人口の一人当たり公的医療支出の64歳以下人口の一人当たり公的医療支出に対する割合

国名	入院ケア	外来ケア	ナーシングホームケア
JAPAN* (1981)	6.2	5.2	
U.S.A.* (1980)	3.1	2.3	30.1
FRANCE (1978)	5.0	2.0	
U.K. (1978)	4.0	1.1	
FINLAND(1976)	5.0	2.2	

(出典) OECD SME/SAIR/HP/81.03

U.S. Department of Health and Human Service:
HEALTH UNITED STATES 1983

厚生省統計情報部 昭和56年度国民医療費

- (注) 1. JAPANとU.S.A.については総医療支出ベースで算出。
2. JAPANについて公的医療支出ベースで算出するとした場合、公費負担・生活保護等を加えた公的医療保障全体の実質給付率を65歳以上96%、64歳以下83%と仮定すれば数値はそれぞれ7.2、6.0となる。
3. U.S.A.については、64歳以下の人々に対する包括的な公的医療保障制度が存在しないので、公的医療支出ベースでの比較は困難である。

2 医療サービスの対費用効果への関心の高まり

このようなサービス配分の特定階層への集中と同時に、医療サービスは今後ますます高度化・濃密化し、そのコストも高額化していくものと考えられるが、そ

表 3 - 2

(2) 年齢階級別一人当たり総医療支出分布

年齢階級	JAPAN (1981政管健保)	AUSTRALIA (1981)
0-15	0.38	0.36
16-24	0.49	0.50
25-39	0.74	0.68
40-49	1.11	0.68
50-54	1.59	1.01
55-59	1.78	1.47
60-64	2.11	1.87
65-69	2.64	2.34
70-75	3.48	2.73
75-		6.86
AVERAGE	1.00	1.00

(出典) OECD SME/SAIR/HP/81.03
厚生省 政府管掌健康保険医療給付
実態調査

れに伴って、医療サービスの持つ治療上・経済上の効率性、対費用効果分析 (cost or clinical efficiency and cost-benefit analysis) に対する関心が高まっていくものと考えられる。

医療資源の有限性、経済社会の負担能力の限界が見えてきた今日、医療サービスを経済学的に分析し、その効率性を論じる試みは急速に盛んになりつつある。医療が人間の生命に関わるものであるという意味で単なる経済分析の対象とはなりえないものであることは事実であるが、社会・経済の全体バランスを無視して肥大していくことができないこともまた事実である。今日まで築いてきた公的医療

保障の実質的水準を損なうことなく、また制度全体の崩壊を回避しつつ、有限の医療資源を可能な限り有効に利用していくために、より厳格できめ細かい対費用効果分析が今後ますます重要となっていくであろう。

3 疾病構造の変化 — 慢性疾患の増大と社会的要因による疾病

(Socially induced diseases) の増大

感染症に対する現代医学の勝利がほぼ決定的となった今日、先進諸国の医療ニーズの中心をなすものは、ガン・循環器系疾患等を中心とした慢性疾患・成人病と社会的要因による疾病である。

社会的要因による疾病とは、個人レベル・社会レベル双方における現代人の生活パターン一般に起因する一連の疾病 (傷病) を指し、具体的にはアルコール・タバコの濫用に起因する呼吸器系及び消化器系の疾患——肺ガン・肝硬変・肝臓ガン等——、薬物中毒、精神障害、交通事故などである。

こういった疾病に対しては、従来の伝統的な医療サービスの手法は必ずしも十分なものではなく、健康の保持・疾病予防という観点からの日常的な保健サービスの意義がますます重要となる。

その意味で、単に医療支出抑制という観点からのみならず、医療サービス供給全体の効率性という観点から、疾病治療・施設収容中心のサービスから日常的な健康管理を目指した疾病予防・地域社会志向型のサービスへと、供給体制を改革

していくことが求められている。

4 医療技術開発の振興とコントロール (Medical technology assesment)

近年の医療技術の急速な発展はOECD諸国共通の現象である。医療技術の進歩が人々の健康水準の向上に果たしてきた役割にはめざましいものがあり、将来的にも更に一層の進展が期待されている。

ME機器(Medical electronics equipments)の開発・導入、Bio-technologyの進歩による新薬の開発など、医療技術革新による医療サービス水準の質的向上を引き続き推進していくことは、今後の医療政策にとっての基本的な課題のひとつであるが、同時にこのような技術革新を可能な限り合理的・効率的に医療現場へ導入していくよう適切なコントロールを行っていくこともまた極めて重要である。

このことは、限られた医療資源の適正かつ効率的な分配と、それを通じての医療支出の効率化という、今後の医療支出抑制策の基本的方向性と合致するものであるとともに、より有効でより効率的な供給による医療サービスの対費用効果の最適化というもうひとつの医療政策の基本目標にも資するものである。

その意味で、政府部門には、望ましい医療技術開発に対する積極的な振興・援助策と、その実用化に対しての適切なコントロールとが強く求められている。

このような情勢下で、80年代に入って加盟各国は、中・長期的な視野に立ったより効果的な医療支出抑制を図るべく、公的医療保障体制全般についての包括的・抜本的な見直しに取組み始めている。

近年のOECD諸国の医療政策に見られる共通の方向性としては、まず第一に、公的制度の財政運営面に偏してきた従来の医療政策から脱却し、人的・物的な医療資源総体のマクロ的な効率配分という観点から、保健サービスや福祉サービスまでをも包みこんだ、広い意味での医療サービス供給部門全体の見直し・再編を進め、それによって将来の医療需要の多様化・医療サービスの質的变化に対応していこうとしている点があげられる。

そして、第二に、より重要な点として、このような改革が医療サービス供給部門における政府部門・公的部門の役割の強化という基本的流れの中で、医療サービス供給の計画化、公的コントロールの強化という形で進められている点をも見落としてはならない。

いずれにせよ、80年代のOECD諸国の医療政策の中心課題は、医療サービス供給体制の改革ということが出来るが、現在加盟各国で進められている医療供給サイドでの支出抑制策は、大別して以下の3点にまとめることが出来ると思われる。

- 医療施設に対する投資規制、新規設備の導入規制、新鋭医療機器の計画配備・共同利用の推進等医療供給の計画化

(3) OECD諸国の医療支出抑制策

病床数の規制は、既に殆どのOECD諸

国において実施されており、病床数の過剰が問題となっている国では、増床規制のみならず既存病床の削減も実施されている。その他にも病院施設の拡張・新規設備の導入に対する承認制の実施、高度医療機器の計画的導入、地域ごとの医療受給計画の策定とそれに基づく医療供給施設の体系化など、主に病院の設備投資に対する規制を中心に、医療サービス供給能力に対しての公的コントロールが進められようとしている。

また、従来から進められている病院医療支出の効率化、病院経営の合理化も引続き進められており、フランス等病院医療費について入院実績単価積上方式

(Prix de journée 方式—一種の出来高払方式)を採用していた国々の多くが各病院ごとの総額支払方式 (Budget Global 方式) へと医療費算定方式を変更する等、支払サイドからの医療サービス供給合理化の試みも引続き進められている。

• 代替的ケア (Alternative Health Care) の推進

人口高齢化・慢性疾患の増大等に伴い、伝統的入院サービスに代わる、より効率的・合理的なケアを開発・導入していくことがOECD諸国の共通の方向性となっている。

具体的には、入院ケアに対するサービス需要の変容に即した、治療機能よりも看護機能により重点を置いたナースィングホーム (Nursing Home) , 長期療養病

院・病床 (Long-Stay Hospitals, Long-Term Beds) , デイホスピタル (Day-Hospitals) 等のいわゆるライトケア (Light Care) 施設の充実・強化、在宅でのケアの拡充のための在宅看護サービスシステムの開発、マンパワー (在宅看護サービス要員、地域保健婦等) の養成等が進められている。

このような流れは、地域社会、特に地域における福祉サービスとの連携による「福祉と医療の総合化」を目指したものといえるが、そのためには、制度面のみならず、サービス提供システム全体の体系化が不可欠であり、この面での改革が今後OECD諸国においても進んで行くものと思われる。

また同時に、日常レベルでの健康増進、疾病予防の強化といった観点からのプライマリーケア・保健サービス活動の強化もまた共通の方向性となっており、この面でも「施設から地域へ」という共通の流れが見られる。

• 医療従事者養成計画の見直し

1970年代中葉までの医療サービス拡大期には、医療従事者、特に医師の不足が大きな問題となり、これに対して加盟各国は積極的に医療従事者の養成に取り組んできたが、その結果、近時では逆に、医師の過剰が医療支出増大要因として問題視されるに至っている。現在では、日本、ベルギー、イタリア等少数の例外を除いて、殆どのOECD諸国は医師数の増加を

海外の動き

抑制する政策を採っており、医科大学への入学定員の抑制・削減、外国人医師の流入規制等を行っている。

他方、加盟各国では、医師を含む医療従事者の専門分化・多様化・階層化が進む傾向にある。例えば医師について見れば、多くのOECD諸国で、医師は一般医（General Practitioners）と専門医

（Specialists）とに分けられており、専門医は専門ごと或いは技量の程度によって更に細かく分化している。またO.T., P.T.等に代表されるCo-Medical Staffについても、近時様々な新職種が登場してきており、医療の現場における役割も、ますます重要なものとなってきている。

これは、人口高齢化や医療技術革新等により、医療サービス需要の多様化が進み、従来あまり重要視されてこなかった看護サービス、リハビリテーション、在宅ケアといった新しいサービスへのニーズが高まったことや、医療サービス需給がある程度の均衡点に達したことから、医療サービスの差別化或いは医療供給主体の選別化が進んだことによるものと考えることができる。

長期的な傾向としては、人口高齢化の進行による老人・障害者等にかかる専門的医療分野の発展、プライマリヘルスケアの拡大・充実等、医療に対する需要は今後とも質・量両面で拡大していくことが予想され、総体としての医療需要は漸増の傾向にあるといえる。

医療従事者についての全体的な養成計画についての加盟各国の取組みはまだ十

分なものとは言えないが、各国共、専門化・多様化という医療従事者全体の傾向をふまえながら、今後の医療ニーズの動向に即した医療従事者（医療専門職種）の養成計画の策定に取り組んでいる。

4 おわりに—日本の現状に引きつけて

日本では昨年、被保険者本人に対する初めての定率一部負担の導入を含む健康保険制度の抜本的改正が行われた。この定率一部負担（10%）による医療支出抑制効果はかなり強力なものであったことは、本年7月の厚生省の発表等により明らかになっている。

他のOECD諸国に比べれば、日本の医療費問題は現段階ではまだそれほど深刻なものではなく、また経済情勢も良好であることから、今回の改正により、当面、医療費問題は一応の解決が図られたといえることができるであろう。

しかしながら、他のOECD諸国の経験が示すように、一部負担は典型的な需要面からの医療支出抑制策であり、その効果は短期的なものであって、早晩より抜本的な費用抑制策が求められることとなる。

特に日本は、アメリカと並んで、OECD諸国の中で最も私的な医療供給システム（私的医療機関優位の自由開業医制）を採用している国であり、現段階では医療支出抑制という観点からの医療供給サイドでの用している国であり、現段階では医療支出抑制という観点からの医療供給サイドでの規制は事実上行われていないに等しい。

他の加盟各国が経験したことの無い急速な人口高齢化を経験することとなる日本にとって、医療支出増大の問題は決して過去の問題ではなく、将来に向かってますます重要性を増していく問題である。

今後共日本は、他のOECD諸国よりも一層抜本的で強力な医療支出抑制策を、長期的な視野に立って引続き立案・実行していく必要があるというべきである。

イギリスの社会保障制度改革提案

に対するアトキンソンの論評

都 村 敦 子

(社会保障研究所研究部長)

これは、1985年6月イギリスのファウラー保健社会保障大臣が発表した社会保障制度改革案について、アトキンソン教授が論評を加えた論文である。以下、興味深いと思われる点を抄訳する形で紹介しておこう。

ファウラー保健社会保障大臣が発表した社会保障改革に関するグリーンペーパーは興味ある読み物であるが、この改革案で何が述べられていないか、そしてどんな問題が問われていないかを読む方がいっそう興味深い。グリーンペーパーは、“現行システムは援助をもっとも必要とするところに必ずしも援助の手を差し伸べていない”ことを認めているが、このような失敗の理由を徹底的に検討してはいない。改革案は失業の役割について力説しているが、社会保障と労働市場との関係について体系的な分析を試みてはいない。グリーンペーパーはカラーの図表を示して、新しい給付の概要を記しているが、支給される額について具体的な詳細を示してはいない。グリーンペーパーは社会保障給付と所得税の関連に言及しているが、両者の統合によって支給可能となるもう一つの改革的な手段——基礎所

得保障——について考慮してはいない。

グリーンペーパーは政治家の書いた文書であることを強調しておこう。ファウラーは、“再建の道をはばむ5つの難題”の一つとして窮乏に対する攻撃の必要性を訴えたベヴァリジのように冴えた鋭い声を出しはしない。むしろそこには声を抑えて貧困の概念を新たに定義し直そうとする企てがある。読者はまず“absolute deprivation”は除去されてしまったこと、そして補足給付の水準以下の者の数を測定するというような貧困の相対的アプローチは“明白な欠点”をもっていることを語りかけられる。そして、ファウラーは一般に認められた貧困の基準は存在しないものと結論を下そうとしている。残された問題は“プライオリティを決める”、あるいは“ニーズのもっとも大きい人々”、すなわち統計的には所得5分位階級別にみた第I・5分位（最低位の20%の者——表参照）を識別する問題であるという。しかし、この方法も同様に明白な欠点を有している。政策提案に対する主要な正当化理由となっているのは、この第I・5分位において有子世帯の数が増大しているという点である。

表 家計所得5分位階級別にみた第I・5分位（最低位20%）の構成 1982年
（単位：%）

年金受給者	27
労働年齢にあるもので児童のいない者	42
独身者——稼働	(6)
——非稼働	(28)
夫婦者——夫もしくは妻が稼働	(3)
——いずれも非稼働	(5)
労働年齢にあるもので児童のいる者	30
独身者——稼働	(1)
——非稼働	(6)
夫婦者——夫もしくは妻が稼働	(13)
——いずれも非稼働	(10)
合 計	100

提案に注意を向ける前に、短い記述の中で議論のための用語を新たに定義し直そうと努めているファウラーの手腕には感心せざるを得ない。われわれが関心をもつべきことは貧困ではなく、“プライオリティ”であるとファウラーはいう。しかし、かれは重要な問題を見落している。補足給付という尺度は貧困の測度として欠点をもっているかもしれないが、補足給付以下に落ちる者の数は社会保障制度の“パフォーマンス”の一つの指標でもある。それは、とりわけ安全網であることを意味する。低所得世帯に関する政府の数字（最新のデータは1981年）によると、総人口の5%以上の者が補足給付の水準以下の所得の世帯で生活している。この数はバーミンガム、グラスゴー、リバプール、ブリストルの人口に等しい。何故それほど多くの人々が安全網

を抜けて落ちるのが問題であり、再検討はそこから出発すべきであった。

補足給付が何故十分な最低所得を給付できなかったかには主たる二つの理由がある。第1に、雇用に従事しているもの（補足給付の受給資格のないもの）のうち半数以下は不利な立場にあること、第2に、受給資格のあるもののなかに漏給者がいることである。これらの重要な要因のいずれについても、グリーンペーパーでは十分に考慮を払っていない。

グリーンペーパーでは社会保障と労働市場の関係は失業の項に書かれている。第I・5分位に属するものの半数は世帯主が稼働していない世帯に属すること、および景気後退が確かに英国の貧困問題をより悪化させていることは事実である。しかし、稼働しているものの貧困の問題を見落すべきではない。低賃金は貧困の原因であるが、グリーンペーパーではその点に十分な注意が払われていない。それは確かに最近悪化しており、1982年と1984年の間に下位10%の層の収入は平均よりも5%ポイント下落した。さらに、賃金協議会を廃止するという提案は事態を悪化させざるをえないだろう。

労働年齢にあるものの貧困の問題は、次の二つの方法のいずれかで解決される。一つは、政府が働く能力のあるすべてのものに仕事を保証しようと努めることである——これはどのような仕事でもよいということではなく、一定の最低賃金を支払われる仕事を意味する。このアプローチはフルタイムの仕事を基礎的な所得源とみなすものである。もう一つの方法は、政府は失業

海外の動き

および低賃金の仕事を容認し、社会保障給付システムを通して最低所得を給付するよう努めることである。

グリーンペーパーが暗黙のうちに賛成しているのは第2のアプローチである。新しい給付構造は低所得または失業しているものに援助を与えることをねらいとしている。稼働しているものに対しては、所得調査を条件とする世帯給付金制度（新住宅給付を組合せた形とする）を導入する。失業しているものに対しては、国民保険給付は従来通り適用される。提案では、受給資格期間の短縮が考えられているが、現在失業者の3人に1人しか国民保険給付を受給していないという事実からみると、この点はそれほど寛大な改革とも思えない。改善される点としては、失業者は補足給付の代わりに新しい所得扶助制度に頼ることになる。

したがって、政府は資力調査による戦略の方を選ぼうとしている。すなわち、世帯給付金制度による資力調査の拡張、および失業者の資力調査を広く認めることである。このような戦略の採用は現行システムの失敗の第2の理由である漏給者が多いという問題を完全に無視している。よく知られているように、世帯所得補足の受給率は約50%であり、補足給付のそれは約四分の三である。資力調査を条件とする給付は受給資格のあるものすべてに達しないことは明らかである。

新制度はこの問題を解決できるであろうか。グリーンペーパーにはそれが可能となることを示すようなものは何もない。低所得の稼働世帯は世帯給付金を支給されるが、そ

れは事業主を通じて支払われるため、申請に対するディスインセンティブを高めるように働く。“よりよいサービスの提供”と題する章は、多くの点で自由に組織を改善することの必要性を示しているが、そこには申請に対する国民の態度を根本的に変えるための示唆は何もない。提案されているSocial Security Management Boardの外部の委員は申請者としての経験を有するものよりはむしろ大企業の専門的知識を有するもので構成されているという事実は、このアプローチを象徴しているように思える。

申請問題は提案に対して大きな疑問符を残している。さらに、給付のレベルが明示されていない点も問題である。これは、グリーンペーパーがたとえば1972年のtax creditに関するペーパーと異なる点でもある。給付レベルに関しては具体的に細かな説明を全くしていない。もしプレッシャーグループが給付水準の提案を示さずに、また費用負担の詳細を記さずに改革提案を発表したとしたら、笑って問題にされないであろう。ファウラーが、グリーンペーパーは“枠組”をつくることに力点をおいており、“それが定められるまでは立ち入った費用の分析や変化のインパクトを提示する試みは誤解を招くであろう”と言っているのはきわめて当を得ている。しかし、何とか収支を合わせて生活しようと奮闘しているものが第1に関心をもつことは、現実に現金が支払われるのか、減額されるのかであり、制度の成否は結局制度の算術にかかっている。

純所得に基づく給付の計算は超過収入に

対する限界税率が100%を超えるケースの数を減らすであろうとグリーンペーパーが主張しているのは正しい。しかしながら、そのようなケースは実際には少ない。大抵の論評者がとりわけ問題にしているのは限界税率が60%を超える人たちの数のことであつた。したがって、ここでの提案はあまり役に立たない。たとえば、A、スミス氏が1ポンドの追加収入を得たとしよう。かれは30ペンスの所得税を余計に支払い、さらに、たとえば8ペンスの新しい保険料率で国民保険の保険料を負担すると、正味62ペンス残る。もし世帯給付金の削減が50%とすると、62ペンスの純所得の増加は31ペンスだけ世帯給付金を減らし、31ペンスだけ裕福になる。限界税率は69%である。もしかれが住宅給付も受けており、その削減が70%であるとすると、31ペンスの純所得増は21.7ペンスだけ給付を減額することになり、限界税率は90%を超えることになる。この間受給者は“改革案は社会保障制度の複雑さをかなり減ずることになるであろう”というグリーンペーパーの主張を疑うことになる。

年金の提案を考えると、同様の打撃を受けるだろう。所得比例附加年金は、1987年度から3年間をかけて段階的に廃止し、代って企業年金または個人年金への加入が義務づけられる。過渡期の給付は複雑である。(i) 1987年時点で、男子50歳、女子45歳以上のものについては現行制度が引き続き適用される。(ii) 男子40~49歳、女子35~44歳のものについては、所得比例附加年金は廃止されるが、所得比例附加年金の受

給権は“強化される”(iii) 男子40歳、女子35歳以下のものについては、所得比例附加年金は廃止される。

これは何を意味するであろうか。所得比例附加年金のメリットは高齢者の補足給付への依存を最小限にすることを約束していることである。この制度導入の背後にあつた動機は、ティトマスのいう“Two Nations in Old Age”をなくすことであつた。グリーンペーパーは、“民間制度の拡張は同じ目的を達成する”といているが、この主張に対する支持は得られない。というのは、このような主張は企業の制度によって保障される年金に決定的に依存するからである。

現行システムでさえ、退職後の私的年金のインフレ対策については国が引き受けなければならぬのである。グリーンペーパーでは、私的年金が所得比例附加年金による保障に匹敵することができるという示唆は何も与えていないのである。グリーンペーパーは、“国と民間の新しい組み合わせは以前よりもいっそう広範な各種の企業年金や個人年金を容認することになるであろう”と歓迎の意を表明しているが、個人の選択によって、また情報の欠如や運の悪さによって各種の結果が起り得ることには無関心のようなのである。

政府と民間の間の新たなパートナーシップの確立はその論拠をベヴァリジ報告においた、一種の信念に基づくものでしかないように思える。しかし二つのシステムの管理費という単純な問題を含めて、明らかに問われるべき問題がある。ベヴァリジ報告では現行の生命保険および他の制度の費用

についての広範な分析を実際に行っていた。これは、公的給付と私的給付の相対的利益を真面目に検討する際の最低の必要条件であるように思う。その他の問題点として、議会に提出する前にこの提案が職業を変える人々を十分保護しているかどうかが問われねばならない。さらに、私的年金の財政上のパフォーマンスという基本的な問題もある。

ところで、グリーンペーパーが発表された日、年金ファンドの経営者 Phillips & Drewのレポートは、過去5年間に年金ファンドにより達成された高収益を維持することはできないとの結論を述べている。このレポートは“将来のパフォーマンスについての非現実的な期待”に対して警告を発しており、これはおそらくノーマン・ファウラーに語りかけるべき警告でもあろう。ファウラーの新しい社会保障体系の二つの柱のうち、一方（公的部門）は広範囲にわたる監視を受けてきたが、もう一方（私的部門）は構造の検査の必要がある。

グリーンペーパーでは社会保障給付と所得税の統合、および個人所得税の改革に関するグリーンペーパー（近いうちに発表予定）については言及されていない。Michael Meacher と Hermione Parker のように見解を異にする人々の間でも、所得税と社会保障給付システムが結合されなければならないことについては共通の基盤がある。社会保障給付と租税支出は類似している。給付の課税は給付の削減と同様の機能を果すものである。ファウラーが6月に発表した提案はいくつかの問題を提起しており、それ

については今秋発表予定の個人所得税に関するグリーンペーパーにおいて蔵相 Nigel Lawson が答えなければならないだろう。手取り収入をベースとする給付算定方式と課税後の所得をどのように関連づけるか。年金の保険料と給付は所得税制上どのようにとり扱うべきであろうか。税制および社会保障制度において、夫と妻は同一の取り扱いをすべきであろうか。

グリーンペーパーが多くの問題点を問わないままに、また答えないままに残したという事実は一部は時間の余裕がなかったということであろう。社会保障制度を1年足らずで適切に再計画できると想定することは現実的ではない。しかし、それがもつ限界は、ファウラー自身の党の内部ですら、社会保障の目的について基本的な意見の不一致があるという事実のあらわれでもある。もっとも重要なことは、プライオリティという用語によっては納得できない人々、また貧困は政府に重大なかわりのある事柄であると信じる人々にとっては、政府の資力調査戦略では未来への希望はほとんどあり得ないということである。

A. B. ATKINSON, "The Welfare State after FOWLER", *New Society*, 7 June, 1985

A. B. ATKINSON is Professor of Economics, London School of Economics.

健康の経済学(6)

ヘルス・エコノミックス研究会

- I 公的医療保険と最適所得税
- II 医師創出需要—患者の情報ギャップに関する実証分析—

I 公的医療保険と最適所得税

Ake Blomqvist and Henrik Horn, "Public Health Insurance and Optimal Income Taxation", *Journal of Public Economics*, Vol. 24 (1984) 353-371

漆 博 雄

(大阪大学社会経済研究所助手)

各個人が先天的な稼働能力とともに健康の状態—すなわち、病気になる確率—が異なるとしよう。この場合、分配の公正という観点からは、所得税による所得再分配だけで十分であろうか。それとも、tax-financed な公的医療保険が再分配政策として有効なのであろうか。ここで紹介する論

文は、これらの問題を理論的に分析することを目的としている。ただし、この論文における公的医療保険とは、病気の人々への所得トランスファーを意味しており、通常の社会保険とは異なることを注意されたい。

I 論理モデル

1. 個人の最大化問題

まず、記号の説明をしておこう。pi: 第 i 個人が病気になる確率, Ci: 第 i 個人の健康なときの消費, Ni: 第 i 個人の労働供給, Si: 第 i 個人の病気のとときの消費, Ri: 第 i 個人が契約する保険金, wi: 第 i 個人の賃金率, t: 限界所得税率, a: 所得ゼロの時の所得保障, b: 病気の人への補助金である。表 1 は個人 i の健康な時と病気

表 1

	確 率	勤労所得	所 得 税	保 険	所 得 トランスファー	消 費
健康な時	$1 - p_i$	$\omega_i N_i$	$-(\omega_i N_i t - a)$	$-\pi_i R_i$	0	$-C_i$
病気の時	p_i	0	a	R_i	b	$-S_i$

海外文献紹介

の時の収支を示しておりプラスは収入項目を、マイナスは支出項目を示している。

個人は、健康の時には所得 $w_i N_i$ を得るが、病気の時は $N_i = 0$ と仮定し所得 0 となる。所得税関数は $w_i N_i t - a$ であり、病気の時は $N_i = 0$ であるから a だけの所得保障を得る。民間の健康保険市場は競争的であり、健康な時に $\pi_i R_i$ の保険料を支払い、病気になると R_i の保険金を受けとることになる。保険プレミアム $\pi_i = \frac{p_i}{1-p_i}$ である。公的な医療保険により、個人は病気になると b だけの補助金を受け取ることができる。ただし、 R_i , b は非課税とする。表 1 を健康の時、病気の時について横にたして $= 0$ とおくと、各々が健康および病気の時の予算制約となる。この 2 つの予算制約から、 $C_i + \pi_i S_i - w_i(1-t)N_i = T_i (\equiv a + \pi_i(a+b))$ を得る。

個人は期待効用を最大にするように C_i , N_i , S_i ($S_i = a + b + R_i$ から S_i の決定は R_i を決定することと同じである) を決定すると仮定すると、個人の問題は、

$$\begin{aligned} \text{Max}_{C_i, N_i, S_i} \quad & E_i = (1-p_i)U(C_i, N_i) + p_i V(S_i) \\ \text{s. t.} \quad & C_i + \pi_i S_i - w_i(1-t)N_i = T_i (\equiv a + \pi_i(a+b)) \end{aligned} \quad (1)$$

となる。

ラグランジュ関数を作り、期待効用最大化のための 1 階条件を求め、適当に操作すると、

$$U_i^N + w_i(1-t)U_i^C = 0 \quad (2)$$

$$U_i^C = V_i^S \quad (3)$$

を得る。(2)式は、健康な時の消費で測った労働の限界不効用が税引き後の賃金率に等しくなるように労働供給を決めることを示している。(3)式は、健康な時の消費の限界効用と病気の時の消費の限界効用が等しくなるように C_i , S_i (すなわち R_i) を決定することを示している。

2. 社会の最大化問題

中央当局の問題は、均衡財政の制約の下で、社会的厚生関数を最大にするように税制のパラメーター a , b , t を選択することである。社会的厚生関数を

$$W = \frac{1}{r} \sum E_i^r \quad (4)$$

と定義する。ここで $r \leq 1$, $r \neq 0$ である。(4)式において、 r は不平等に対する社会的選好の強度を示すパラメーターである。 $r = 1$ のとき、社会的厚生の評価にあたって各個人は同一のウェイトを付与されることを意味する。これはピグー流の社会的厚生関数を表現していることになる。

これに対して、 $r = -\infty$ の場合は、社会で最も恵まれない個人を最大に重要視する価値観を表現しており、これはロールズ流の社会的厚生関数に対応している。

政府部門の予算制約式は、

$$G \equiv t \sum_i (1-p_i)N_i w_i - na - b \sum_i p_i \geq 0 \quad (5)$$

となる。

したがって、中央当局の問題は、

$$\begin{aligned} \text{Max}_{a, b, t} \quad & W = \frac{1}{r} \sum E_i^r \\ \text{s. t.} \quad & G \equiv t \sum_i (1-p_i)N_i w_i - na - b \sum_i p_i \geq 0 \end{aligned} \quad (6)$$

となる。

2. 最適な税制：Riに制約がない場合

1. 一般的ケース

先の中央当局の問題を解くためにラグランジェ関数を作り、最大化のための1階条件を求めると、

$$\sum_i Y_i = 0 \quad (7)$$

$$\sum_i p_i Y_i = 0 \quad (8)$$

$$-\left[\sum_i (1-p_i) Y_i N_i w_i\right] + \lambda \left[\sum_i (1-p_i) w_i \left(\frac{\partial N_i}{\partial t}\right)^*\right] = 0 \quad (9)$$

である。ここで、 $Y_i = E_i^{\gamma-1} U_i^C - \lambda(1-t w_i \frac{\partial N_i}{\partial T_i})$ であり、これは第i個人へのunconditionalな所得トランスファーが社会的厚生に与えるネットの効果と解釈することことができる。また、 $(\frac{\partial N_i}{\partial t})^*$ は限界所得税率の変化が労働供給に与える代替効果を表わし、この符号は負である。

ところで、最適なbについて考えてみよう。(8)式から、

$$\sum_i p_i Y_i = \sum_i p_i (Y_i - \bar{Y}) = \sum_i (p_i - p) (Y_i - \bar{Y}) = 0$$

を得る。ここで、p, \bar{Y} は平均を表わし、(7)式から、 $\bar{Y} = \frac{\sum_i Y_i}{n} = 0$ である。分配の公平の観点から、 $b > 0$ が最適であることを示すために、 $b = 0$ のとき(8)式が成立しないことを示そう。

期待効用Eを以下のように特定化する。

$$E = (1-p) \frac{1}{\beta} [C^\beta + (\hat{N} - N)^\beta] + p \frac{1}{\beta} (S - \hat{S})^\beta \quad (9)$$

ここで、 \hat{N} は利用可能な時間を示しており、 $(\hat{N} - N)$ はレジャーである。 \hat{S} は医療サービスへの支出を示している。また、 $\beta < 1$ であるとする。

(9)式を(1)式の制約条件の下で、C, N, Sについて最大にするための必要条件を求めて適当な操作を加えると、

$$R > 0 \rightarrow \frac{\partial Y}{\partial p} > 0 \quad (10)$$

を得る。すなわち、 $R > 0$ であるならば、Rの高い人々へのunconditionalな所得トランスファーの方が、Rの低い人々への所得トランスファーよりも、社会的厚生関数に与える効果は大きくなる。

ところで、RとYとが正の相関をもつ場合には、pとYの共分散は正であるから、 $\sum_i p_i Y_i > 0$ となる。病気の人々への所得トランスファーbがゼロのとき、 $R > 0$ と考えられるから **$b = 0$ は最適な政策ではない**ことがわかる。すなわち、病気の人々に所得をトランスファーすれば、locallyに厚生を改善することができるのである。

Proposition 1, 各個人の病気になる確率が異なり、所得税制が個人のリスクを差別的に扱わないとしよう。このとき、分配の公平の観点からは、病気の人々にnon-zeroな所得トランスファーをすることが望ましい。

ところで、Proposition 1が得られたのは、社会的厚生関数が直接的、間節的(π を通して)にRiに依存するのに、所得税制がRiの違いを考慮しないからである。したがって、

Proposition 2,

すべての個人が病気になる確率が等しいか、所得税制における a がリスククラスによって差別的に選択される場合には、分配の公正の観点からは、病気の人々に所得トランスファーをする必要はない。

3. 民間保険に対するNon-negative制約

すべての個人が、政府が $R_i < 0$ となる保険契約を禁止しているなどの理由によって、 $R_i \geq 0$ という制約に直面しているとしよう。このとき、先のProposition 1, Proposition 2 は成立するのであろうか。結論はProposition 1 は成立するが、Proposition 2 は修正されるというものである。すなわち、

Proposition 3 すべての個人が $R_i \geq 0$ という制約に直面しているとしよう。このとき、すべての個人が病気になる確率が等しいか、所得税制の a がリスクによっ差別的に選択されるとしても、分配の公正の観点からは病気の人々に所得トランスファーをすることが望ましい。

このように $R_i \geq 0$ の制約の下では、Proposition 2 が修正されるのは、 a をリスクによって差別的に選択するのと病気の人々に所得トランスファーするのとでは、労働供給に与える効果が異なるためである。所得税による所得トランスファーは労働供給を減少させる。しかしながら、病気の人々への所得トランスファーは、 R_i の減少によってのみ労働供給を減少させるから、 $R_i = 0$ の人々の労働供給は変化しないことになる。この労働供給を与える効果の違いによって

Proposition 2 は修正されるのである。

II 医師創出需要

—患者の情報ギャップに関する実証分析—

Joel · Hay, Michael · J · Leahy,
“Physician-Induced Demand”, *Journal of Health Economics*, Vol. 1 No. 3
(December 1982)

遠藤久夫

(一橋大学大学院商学研究科)

1. はじめに

一般に医療市場においては、医師と患者との間には医学知識に関する情報量のギャップが存在するために、医師は医療の質、量、価格の決定に際し高い自由度をもつと考えられる。このため、医師が利潤動機によって医療行為をおこなう場合、供給される医療が必ずしも医学的に最適な量になるとはかぎらない。この医師によって創出された医療需要、すなわち Physician-Induced Demand (以下 P · I · D と略す) が医療費高騰の一原因であるとの考えから、P · I · D 仮説は医療経済学上の重要な研究テーマの一つになっている。本研究では、医師と患者の情報ギャップを陽的に取り入れたモデルを使い、P · I · D 仮説を検証した。

2. これまでの研究

医療市場には情報のギャップや保険制度が存在するため、伝統的な需要モデルが適用できない、という観点から1970年初頭よりP・I・D仮説に関心もたれてきた。Feldstein (1970)¹⁾は医療市場には非價格的要因により常に超過需要が存在すると考え、Newhouse (1970)²⁾は医療需要の減少を医療価格の引き上げによって補おうとするtarget income 仮説を提唱した。さらに、Fuchs and Kramer (1973)³⁾やEvans (1974)⁴⁾は医師の医療価格決定権が非常に強いと考え、P・I・Dの程度が大きいことを実証した。その後、Fuchs (1978)⁵⁾は医療市場における価格形成について「外科医の対人口比が10%上昇すると手術件数が約3%上昇する。」という実証結果を示し、外科医の対人口比の上昇がphysicians feeを引き上げると結論づけた。Wilensky and Ros-siter (1981)⁶⁾は医師によってinitiateされたfollow-up-office visitを医療利用の指標として用い、医師の対人口比、患者の年齢、所得がこの指標に正の影響をおよぼすことを示した。この結果はP・I・D仮説を一応指示するものであるが「医師の対10万人当たり数が179人から220人に上昇した間に、この指標は2%しか上昇していない。」という実証結果が示すように、その程度は非常に小さかった。Pauly and Satterthwaite (1980, 1981)⁷⁾は医師の対人口比が上昇するにともない、患者の医療に関する情報が減少するというモデルを用いてP・I・D仮説を検証した。このアプローチは理論的には興味深い、「医師が増えれば、患者の医療に関する識別能力が増す。」という

直感や常識に反する点で説得力にやや欠ける点があった。

医師の対人口比を用いてP・I・D仮説を検証した以上の一連の研究に一つの限界がある。というのは、医師の対人口比の上昇は(1)患者の医療情報の保有量に影響を与え、P・I・D抑制(または促進)効果をもたらすだけでなく、(2)患者のoffice visitに要するタイム・コストを減少させ、需要を増加させる効果もある。この需要増は価格低下によるものでP・I・Dとは異質のものであるが、実証分析上この識別が難しい。さらに、医師の増加は(3)医師一人当りの患者数を減少させるため、医師のtarget income 行動を誘発し、P・I・Dが高まることも考えられる。このため、Bunker and Brown (1974)⁸⁾は医療に関する情報量の代理変数として、より直接的な変数を用いてP・I・D仮説の検証をおこなった。彼らは、「もしP・I・Dが起きているとしたら、医師やその配偶者で構成される患者グループの医療需要は一般患者の需要より少ない。」という考えに基づき実証分析をおこなった。結果は、この患者グループは一般の人と比較して手術の頻度が20~30%高いことを示し、P・I・D仮説は棄却された。しかし、この分析の問題点として外科サービスの実質価格(自己負担額、通院のタイム・コスト、等)に関する調整がおこなわれていない点が指摘される。

3. 分析の理論的フレームワーク

本研究では、医療価格を調整したBunker

Brown モデルを用いて P・I・D 仮説を検証する。

医師は①, ②の仮定の下で次の利潤極大化行動をとるとする。

(仮定)

- ① $\partial P / \partial M \leq 0$ 医学知識が豊富な患者ほど高い医療価格を払わない。
- ② $\partial^2 P / \partial M \partial Q < 0$ 患者の医学知識が豊富なほど医療需要は価格非弾力的になる。

$$\max \Pi = P(Q, M, X)Q - C(Q, Y) \quad (1)$$

Π …純所得, P …平均収入関数

C …費用関数, Q …医療供給量

M …患者の医学知識

X …医療需要に影響を与える外生変数

Y …医療費用に影響を与える外生変数

利潤極大化の一階の条件より

$$\frac{\partial \pi}{\partial Q} = \frac{\partial P}{\partial Q} \cdot Q + P - \frac{\partial C}{\partial Q} = 0 \quad (1)$$

(1)を Q, M で全微分すると仮定①, ②と二階の条件から

$$\frac{\partial Q}{\partial M} \Big|_{\left(\frac{\partial \pi}{\partial Q} = 0\right)} = \left[- \left(\frac{\partial^2 P}{\partial Q \partial M} \cdot Q + \frac{\partial P}{\partial M} \right) / \left(\frac{\partial^2 P}{\partial Q^2} \cdot Q + 2 \frac{\partial P}{\partial Q} - \frac{\partial^2 C}{\partial Q^2} \right) \right] < 0$$

を得る。すなわち、利潤極大化行動をとる医師は医学知識の乏しい患者に対してより多くの医療を供給すると考えられる。実証分析ではこの点を検証する。

4. データおよび実証モデルの特定化

分析に使用されたデータは、シカゴ大学が1975年から1976年にかけて合計5,432世帯を対象に調査した全国家計調査に基づく。

分析方法はOLS及びTobitを用いた。

被説明変数としては、医療需要の代理変数としてoffice visitおよびhospital visitの頻度を用いた。

説明変数は大別して、(1)biographical elements, (2)職業, (3)保険の加入度合い, (4)タイム・コスト, (5)自覚している健康状態, の5つの要素に分類できる。具体的な変数は以下のとおり。

(1) biographical

年齢, 性 (1 = 女性), 教育年数, 所得, 結婚状態 (1 = 既婚), 人種 (1 = 少数民族), 居住地 (1 = 都市に居住), 家族数

(2) 職業

つぎの4つのダミー変数を用いる。

Medfam…家族のうち少なくとも一人が以下の職業に従事している。医師, 歯科医, 看護婦, 栄養士, 療法士, 医療技術者

Techfam…家族に技師がいる。

Wcollfam…家族にホワイトカラーがいる。

Bollfam…家族にブルーカラーがいる。

(3) 保険の加入度合

2つのダミー変数

Hplan…何らかの保険に加入している。

Allmdcov…医療費がすべてカバーされている。

(4) タイム・コスト

通院時間, 待ち時間, 診療時間, 予約し

てから通院する迄の日数	都市に居住	0.0019	0.0724
(5) 健康状態		(0.13)	(1.97)

1 = 最良, 2 = 良好, 3 = 普通, 4 = 悪い、

5. モデルの検証結果

検証結果を下表に示す。

表 パラメターの推計結果

変数	パラメターの推計結果	
	OLS ⁹⁾ 推定値 (t 値)	Tobit ¹⁰⁾ 推定値 (t 値)
切片	0.4129 (10.07)	0.6273 (-5.73)
Hplan	0.1171 (6.17)	0.1954 (3.87)
人種	-0.0016 (-0.10)	0.0089 (0.21)
所得	0.0027 (4.01)	0.0025 (2.598)
年齢	-0.0011 (-3.15)	-0.0025 (2.725)
性別	0.1457 (-12.64)	-0.2656 (-8.85)
健康状態	0.1035 (14.52)	0.3780 (20.149)
家族数	-0.0132 (-3.55)	-0.0375 (-3.858)
教育水準	0.0106 (5.99)	0.1757 (3.779)
Medfam	0.0788 (3.30)	0.01763 (0.288)
結婚状態	0.0248 (1.66)	0.0025 (6.45)

	都市に居住	0.0019	0.0724
		(0.13)	(1.97)
	Techfam	0.0211	0.0399
		(1.35)	(0.987)
	Wcollfam	0.0209	0.0315
		(1.40)	(0.812)
	Bcollfam	0.0341	0.0698
		(2.54)	(2.001)
	待ち時間	-0.0002	-0.0002
		(-1.48)	(-0.75)
	診療時間	-0.0004	-0.0017
		(-0.98)	(-1.495)
	Allmdcov	0.0085	0.0659
		(0.39)	(1.179)
	予約時間	0.0005	0.0012
		(0.73)	(0.665)
	通院時間	0.0005	0.0007
		(1.99)	(1.100)

分析結果の特徴を示そう。

- ① Medfamの係数が正で、OLSのt値が高く、P・I・D仮説は棄却された。すなわち、医療価格を調整した分析でもBunkerらの分析結果と同様の結果を得た。
- ② 保険カヴァレッジが大きい、高所得、健康状態が悪い、高学歴、既婚、都市に居住、ブルーカラー、等の属性をもつ人のoffice visitの頻度が高い。
- ③ 予想に反して、年齢は医療需要に負の効果をもたらすが、これは、i)サンプルに子供が多数含まれている。ii)年齢と健康状態の間に共線関係がある、等の影響だと考えられる。

6. 結論

分析結果は、医師は患者の医学的無知に乗じて過剰な医療を供給する、というP・I・D仮説を否定した。そのみならず、医学知識の豊富な患者は一般の人以上にoffice visitの頻度が高いことが明らかになった。しかし、本分析の問題点として次の二点に注意を払う必要がある。一つは、医療需要の指標としてoffice visitは必ずしも完全でない点である。P・I・Dが過剰検査、在院日数の長期化、等の形でおこなわれることも考えられる。あと一つは、medical professionalの範囲が広すぎる点である。以上二点に関して改良の余地がある、と結んでいる。

最後に本研究に関するコメントを述べたい。企業の集中度（寡占の大きさの程度）

と価格の間に正の相関があることが、1950年代以降産業組織論の分野で検証されてきた。ところが、医療市場では、医師数の増加（集中度の低下）が価格の上昇をもたらす、という反対の現象がみられた。この原因を医師と患者の間の情報ギャップに求めたのがP・I・D仮説である。本研究は理論的な斬新さはないが、医療情報量の代理変数を陽表的に扱った点と、医療需要に影響を及ぼすと考えられる要素を説明変数として需要関数を推計した点で評価できる。しかし、同時に①変数選択のad hocさ、②変数間の共線性の有無、など検討を加えなくてはならない推計上の問題が残っていることに注意する必要がある。

注)

- 1) Feldstein, Martin, 1970, The rising price of physician services, *Review of Economics and Statistics* 52, 121-133.
- 2) Newhous, Joseph P., 1970, A model of physician pricing, *Southern Economic Journal* 37, 174-183
- 3) Fuchs, Victor R. and Marcia Kramer, 1972, Determinants of expenditures for physicians' services in the United States, 1948-1968, mimeo. (National Bureau of Economic Research, New York).
- 4) Evans, Robert, 1974, Supply-induced demand: Some empirical evidence and implications, in: Mark Perlman, ed., *The economics of health and medical care* (Wiley, New York) 155-166.
- 5) Fuchs, Victor R., 1978, The supply of surgeons and the demand for operations, *Journal of Human Resources* 13, suppl., 35-56.
- 6) Wilensky, Gail and Louis Rossiter, 1981, Alternative measurements of physician induced demand, Unpublished paper (Eastern Economics Association Meetings, Philadelphia, PA).
- 7) Pauly, Mark and Mark Satterthwaite, 1980, The effect of provider supply on price, in: Jesse Hixon, ed., *The target income hypothesis* (U.S. Department of Health, Education and Welfare, Pub. No. (HRA) 80-27, Washington, DC).
- Pauly, Mark and Mark Satterthwaite, 1981, The pricing of primary care physicians' services: A test of the role of consumer information, *Bell Journal of Economics* 12, 488-506.
- 8) Bunker, John and Byron Brown, 1974. The physician-patient as an informed consumer of surgical services, *New England Journal of Medicine* 290, 1051-1055.

9) 普通最小二乗法

下記文献参照 「計量経済学の理論」 A・

10) トービンにより開発された従属変数に制
約がある場合の回帰分析の一技法。詳細は

S ゴールドバーガー (福地他訳) pp283
東洋経済

福島勝彦『イギリスの社会保障政策〈戦争の展開〉』

(同文館, 1983年4月刊,)

深 沢 和 子

(阪南大学経済学部)

I

近年, わが国におけるイギリスの社会保障制度に関する研究は, とりわけ社会保障制度の形成に関して一次資料を駆使した精緻なモノグラフを多数生みだしており, 研究の深化が著しい。他方, 著者も「はしがき」で述べておられるように, 戦後のイギリス社会保障制度の展開については, それを包括的に扱った研究は今のところきわめて限られているといえる。こうした研究状況の下で, 社会保障制度の中でも重要な位置を占める年金制度・失業給付・公的扶助・児童援助に関する制度の戦後の展開を取扱った本書は貴重な存在といえよう。そして, イギリスでは社会保障制度の根本的見直しを盛りこんだ録書が発表され, 日本では現にそれがなしくずし的に進行しつつあるとみえるような現状を前にして, 我々が本書の成果から学ぶ点は少なくない。

II

本書の構成は, 第一章「社会保障体系の確立」, 第二章「戦後の貧困測定」, 第三

章「年金政策」, 第四章「失業給付」, 第五章「公的扶助制度」, 第6章「児童援助政策」, 第七章「社会保障支出」となっている。この構成からも窺えるように, 著者は, ベヴァリジの定義を踏まえて社会保障を「一定の受給要件を満たした場合に, 対象となる諸個人に支給される現金給付の体系」(5頁)と規定し, 「イギリスの戦後における社会保険を中心とした所得保障政策の形成過程, ならびにその経済的效果を分析」(1頁)することを本書の課題とされている。以下簡単に本書の要旨を紹介しておこう。

まず, 第一章・第二章は, 戦後確立した包括的社会保障制度それ事態のもつ問題性を剔出することによって, 早晚制度の変更が余儀なくされることを示唆しているという意味で, その後の個別の所得保障政策を分析する上での前提をなす部分といえよう。著者によってとりわけ重要な問題点として明らかにされたことは, ナショナル・ミニマムの原則を謳った給付水準について, ラウントリーの「人間的必要基準」(第一次貧困基準+社会保険料, 組合費, 通勤費, 新聞購入料などの個人雑費)から個人雑費

を除いてしまったという点でもそれ自体大きな問題を含んでいるベヴァリジの生存原則が、「戦後の社会保障の出発点において実現されなかった」(21頁)ことであった。このことが、その後の貧困測定の方法や貧困概念の規定に関して絶えざる発掘を促したのである。

第三章から第6章までは、年金政策、失業給付、公的扶助制度、児童援助政策という4つの所得保障制度の各々が、前述の問題性をそれ自身のうちに含みながら、経済的・政治的諸状況の下で戦後いかなる展開をとげたか、またそのことによっていかなる経済的効果が期待されたかが跡づけられており、いわば本書の中心をなす部分である。とりわけ、第三章「年金政策」には本書のほぼ三分の一のページが費やされており、常に選挙の争点となった年金制度をめぐる、労働党が提案した1957年『国民退職年金』、69年『国民退職年金と社会保険』、および保守党による1958年『高齢者の保障』、71年『年金戦略』についても詳しい分析が加えられている。紙幅の制約上、ここでは、著者も力を注がれたこの年金政策を中心に紹介することにする。

周知のように、年金制度における最初の大きな改革は、保守党政権下で1961年4月より実施された所得比例原則の導入であった。もともと年金制度に所得比例原則を採り入れることを提唱したのは労働党の『国民退職年金』であるが、そこでは、国庫負担の導入ならびに保険料拠出と給付との対応の工夫によって、所得の垂直的再分配による年金水準の向上が意図されていた。こ

れに対し、保守党の所得比例年金導入のねらいは、著者によれば「インフレーションによって増大しつつあった均一年金部分の赤字を解消すること」(71-72頁)にあり——事実、たとえば1963年には均一額給付の費用のほぼ三分の一が所得比例部分の保険料収入で賄われた——、実際同制度を子細に検討した著者は「年金費用をおもに週所得一五ポンド以下の労働者に負担させ、基本的には低賃金労働者に逆進的な課税を強制したに等しい」(71頁)というT. Lynesの評価を肯定的に紹介されている。そして、現に年金を受給している人々の貧困問題は未解決のままであった。

所得比例原則を前提にしてその後年金制度に加えられた変更は、労働党政権下の「1975年社会保障年金法」(1978年4月より施行)においてであった。同法ではじめて、所得比例年金の適用除外を受ける職域年金も含めてその購買力の維持装置が導入されたが、著者は、職域年金の購買力維持が国民保険基金の責任で行なわれること、免税というかたちで職域年金制度に与えられている国庫補助が国民保険制度へのそれを大幅に上回り、結局「非筋肉労働者など比較的高い所得をえている階層をますます有利にしていく」(108頁)こと、賃金の男女格差が所得比例年金の格差とならわることなど、同制度の下でも種々の問題が依然として残されており、そして何よりも「すでに年金を受給している人びとや、まもなく新規に受給者となっていく人びとに対する年金保障」(109頁)という、いわば制度発足以来課されている根本問題

が解消されていないこと、を指摘されている。なお、他の諸制度についても、失業給付や児童援助政策におけるクローバック方式などの経済的効果に関する興味深い分析を通して、それらの制度が貧困化を防止するのに十分有効に機能していないことを結論づけておられる。

第七章は、いわば本書のまとめにあたる部分であり、そこで明らかにされた社会保障支出の動向に関する分析結果は、社会保障の発展をめぐって我々に興味深い示唆を与えてくれる。とりわけ、公共支出に占める国防費の比率と社会保障支出の比率の推移が全体としてあざやかな逆相関を描くことを示した著者の「戦後の福祉国家政策の財源が、国防費の削減により、かなりの程度調達されてきた」（223頁）という結論は、大砲とバターは両立しえないということを我々にあらためて確認させてくれるものである。

III

以上、本書の内容を簡単に紹介してきた

が、何よりも本書の特色は、各所得保障制度がそれを必要としている人々に対していかなる水準の給付を保障しているのか、あるいは将来保障しうるかを分析することによって、その制度がもつ問題性を彫きぼりにしていることにある。しかしながら、たとえば、年金制度を例にとれば、労働組合からみて「国民的スキャンダル」（T.V. C. Report 1957, P.355）ともいべき多くの年金受給者の貧困状態に対して、「少なくとも生活必需品を提供し、かつリーズナブルな快適さの手段を保障する」（*ibid.*）ようなミニマム年金が依然として達成されていないことを考える時、上記の著者の分析視角とともに、我々には、社会保障制度の形成・展開過程をより詳細に、とりわけ下からの運動との関連で分析する視角が必要とされるように思われる。こうした分析視角の下でこそ、著者のこれまでの分析結果もより一層その方向性を明確にしうるのではないだろうか。

海外社会保障カレント・トピックス (17)

1985年1月～3月

厚生省大臣官房国際課

はじめに

今回は、西ドイツ病院財政法の改正の概要及びアメリカにおける1986年予算教書の中での保健、年金、医療保険、所得保障及び軍人恩給関係の概要を報告する。

いずれも近年の厳しい状況の下にあって、社会保障の効率化を目指すものであり、そのための思想としては公的規制の緩和、選択の幅の拡大という共通点がみられる。

また、アメリカでは社会保障関係予算の増加の抑制を図るため、その他種々の抑制施策が本予算教書の中で提案されている。

1 西ドイツ病院財政法の改正

西独の医療費は、数々の抑制対策にもかかわらず、依然として毎年かなりの増加を示しており、効果的な医療費対策の確立が、今日なお西独社会保障行政の優先的課題の一つであるという事情にある。

特に医療費の支出項目の中で、大きなウェイトを占め、かつ、他の項目に比べて最近の伸び率の高い病院診療費については、かねてからその抑制対策の必要性が叫ばれ、

何度も対策等が試みられながらも利害関係者間、とりわけ連邦と州、病院と疾病金庫等の間に意見の対立があり、前SPD政権下において行われた改革も結局妥協の産物であり、徹底性を欠いていた。そのため、病院診療費の抑制対策としては、十分な効果を上げることができなかった。この分野において、早急に有効な方策を講ずることが、現政権の課題とみなされていた。

連邦政府では、昨年12月に病院財政法の改正が行われ、本年1月から施行された。

今回の改正は、「病院分野における費用及び財政問題は、公的助成が行われることがあっても、決して国家的後見によって解決され得るものではなく、直接の関係者、特に疾病金庫と病院の自主管理と自己責任の強化によって解決されるべきものである」との基本的考え方に依拠して行われたものである。また、主要な改正点は次に示す通りである。

① 混合財政措置(Mischfinanzierung)の廃止

従来、連邦と州によって行われた病院に対する公的助成措置は、今後州によってのみ行われる。改正前の病院財

政法に基づく連邦の州に対する補助は約10億マルクに達していたが、これを廃止した。

これにより生ずる州の負担増は、住宅建設プレミアム法、住宅手当法及び施設入所障害者の社会保険法の三法に基づく州の財政負担を上記に相当する額だけ免除することにより調整されることになった。

② 2元的財政システムの一部変更

投資的費用が公的資金により、運営及び診療費が患者負担の病院料金

(Pfllegesatz)により負担されるといふ現在の2元的システムは維持される。病院料金によって投資的費用の財源とすることは、社会政策的見地及び総合経済的(gesamtwirtschaftlich)見地から今後とも原則として認められない。しかし、改正前の厳格な2元主義は、今回の改正によって後述の疾病金庫と病院の間の「投資契約」の締結を可能とする措置がとられたことにより、緩和されることとなる。

③ 州の権限の拡大

混合財政措置の廃止との関連で、病院計画(Krankenhausplanung)及び投資助成に関する州の決定にまかされる部分が拡大した。これまでの詳細にわたった計画の指針及び助成に関する連邦法の規定は削除され、基本的原則的規定のみに制限された。

これまで7つの規定があった助成の要件は1つの規定にまとめられた。短期的設備の更新や小規模な建築工事に

ついては、今後とも確定年総額制(Pauschalbetrag)がとられるので、病院はその額を明確に計算に入れることができる。総額をいくりにするかは、今後各州が決定することとなった。

④ 病院経営主体の多様性の維持，強化次の2点が具体的に規定された。

1) 法を実施する際、州法に従い、特に公益的な病院(freigemeinnütziger Krankenhauser)及び私立病院(privator k.)の経営的安定が保障されるべきである。

2) 法に基づく助成が病院の自主性の独立を必要な限度以上に損なうものであってはならない。病院の経営上の全責任は、基本的に国(州)にではなくて病院設置者にある。

⑤ 自己費用対応原則の適正化

現在の厳格な自己費用対応原則(Selbstkostendeckungsgrundsatz)は、實際上しばしば、いったん生じた費用を後になって補償してもらおうという安易な考え方に傾きがちであったが、今回の改正により、より適正(妥当)なものへと変更された。

即ち、病院料金は前もって決められ、後になってからの費用償還はもはや許されないこととなった。

利益と損失の調整ということは行わないこととなり、効率的に運営されている場合は、病院は余剰を得ることができ、それを将来にわたって保持することができる。これまでであれば、その余剰は次回の料金協議の際に次の年

の自己費用から差し引かれその分減額されるべきものとされていた。今後病院管理者が病院を効率的に運営する場合、彼はそれによって報われることになる。

⑥ 自己管理の強化

疾病金庫と病院の自主管理は、収容治療に対する両者の共同責任の拡大に応じて強められ、拡大された。国の規制、決定権限は、現行の財政制度上廃止することができない部分についてのみ残された。

⑦ 病院料金決定手続における独立の仲裁機関

病院料金を決定する場合は、合憲に基づくことを原則とするが、合意が成立しないときは、独立の仲裁機関

(unabhängige Schiedsstelle) で確定する。ただし、病院料金は、合意による場合も、仲裁機関による場合も、権限ある州所官庁の許可が必要である。

仲裁機関の長は中立で、関係者の合意で決められる。合意が得られないときは、州の所轄庁が任命する。仲裁機関の委員は職務について他の者の指示は受けない。これにより、州所轄庁が病院計画決定官庁であり同時に病院料金決定官庁であるという従来の欠点は解消された。

⑧ 国民協調行動の勧告への配慮

病院料金決定にあたっては、比較可能な他の病院の費用と診療能力並びに病院財政法第19条に基づく疾病金庫及び病院のトップ団体の「病院の経済性

と診療能力に関する基準及び原則」にかんする勧告が考慮されるべきであり、この勧告にあたっては今後国民協調行動の勧告が適切に考慮されるべきであるとされた。これによって、国民協調行動の病院療養費の総額についての勧告のほかに、診療の内容に関する構造勧告も、個々の病院料金決定の際、考慮されるべきこととなった。新規定は全体として、病院も、その特別な財政構造を考慮しながら、必要な範囲で国民協調行動の勧告の対象とするものである。もちろん、ライヒ保険法第405条の第2項同様、協調行動は、個々の病院料金を直接変更するような勧告はできないが病院の費用構造、診療構造を変え、それとの関連で自己の費用、病院料金を設定するときには、疾病金庫の使える財源がどの程度かについて配慮しなければならないこととなった。

⑨ 投資契約

病院と疾病金庫に、特に合理化投資の財源を病院料金でまかなうことができることとする、投資契約を結ぶ能力が与えられた。

なお、投資契約の締結は、投資費用に公的資金で助成するという州の責任に変更を及ぼすものではない。また、この契約には州の主官庁の同意が必要とされている。

2 米国1986年度予算教書の概要

(1) 保健費

(ア) 概 要

連邦政府は、国民の保健ニーズに
 応えるため、各種保健サービス資金
 の調達、供給、疾病予防の推進、研
 究・教育訓練の支援を行っている。
 国民、政府両者にとって、昨今の医
 療費の高騰は最大の問題となってお
 り、その抑制は喫緊の政策課題とな
 っている。このため、これまで導入
 されてきた各種施策を推進するとと
 もに、メディケイドについてはその
 費用の上昇を医療デフレーターの上
 昇の範囲に抑えることとしている。

保 険 予 算 の 内 訳 (100万ドル)			
	85年度 (実績見込)	86年度 (予算案)	対前年比
保健サービス	27,244	28,202	3.5%
(メディケイド)	22,985	23,691	3.1
(公務員健保)	1,143	1,460	27.7
(保健サービス)	3,117	3,052	△2.1
保健研究	4,961	5,204	4.9
(NIH)	4,437	4,681	5.5
(その他)	524	524	0
保健教育	478	455	△4.8
消費者・労働衛生	815	807	△1
合 計	33,879	34,920	3.1

(イ) 構 成

支出ベースで見ると、86年度保健
 予算総額は349億ドル、対前年3.1
 %増と、歳出全体の伸びをやや上回
 る伸びを示している。

項目別にみると、メディケイドを
 含む保健サービス費及び保健研究費

は増加しているのに対し、保健教育
 費、消費者・労働衛生費は減少して
 いる。特に保健教育費は、84年度、
 85年度に引き続き大きく減少してい
 る。

(ウ) 主たる提案

i) メディケイド

1981年の予算一括調整法による
 メディケイド費用の抑制策は1984
 年に失効してしまいが、1986年度
 以降の予算においてもさらにメデ
 ィケイド費用に対する連邦支出の
 伸びが医療デフレーターの伸びを
 超えることがないこととしている。
 また、メディケイド費用抑制のため、
 州政府の本制度運営に係る裁
 量の巾を広げる（サービスの重点
 化、代替サービスの導入に関し、
 州政府に裁量を持たせるなど。）
 とともに、第三者保険者による支
 払い制度の活用を図ることとして
 いる。さらに、メディケイドに関
 する行政経費を連邦政府の州政府
 に対する補助金として構成し直し
 （これまでは所要経費の金額交付、
 open-ended entitlement）、これを
 前年の交付水準に抑えることとし
 ている。

以上の結果、本制度において9
 億ドルの節約を達成している。

ii) 公務員健保

政府拠出金の決定方式を改め、
 それをGNPデフレーターにスラ
 イドさせていくとともに、保険プ

ランの選定に当たって職員の裁量
の巾を拡大し、費用の小さなプラ
ンを選定した者には政府拠出額と
の差額を支給するなど、制度の効
率的な運用を促進することとして
いる。

iii) 保健研究

N I H等における1985年度研究
補助件数の水準を継続していく。

(注 本提案に関しては、既に議
会が研究件数の増加を承認してい
ることもあり、今後議論が予想さ
れる。)

iv) 研究・教育，安全衛生確保

保健教育については、保健従事
者の供給水準の増大にかんがみ、
臨床研究医に対する直接的補助を
廃止し、間接的補助（ローンなど）
を活用していくこととしている。

v) 消費者安全

食肉，とり肉の検査の効率的方
法を確立するとともに、検査料金
の再評価を図ることとしている。

(2) 年金・医療保険費

(ア) 概要

連邦政府は、社会保障年金及びメ
ディケア（老人・障害者健康保険）
の給付を通じ、高齢者及び障害者の
所得の維持，医療の確保を図ってい
る。両制度の支出額は、連邦予算総
支出額の4分の1に達しており、国
民6人の内1人が給付を受けている。

86年度予算案においては、レーガ
ン大統領の選挙中の公約もあり、社

会保障年金については手がつけられ
ていないものの、メディケアについ
ては85年度予算に引き続き、厳しい
費用抑制策が盛り込まれている。

(イ) 構成

86年度の年金・医療保険費総額
（支出ベース）は、2,694億ドル、
対前年比4.7%の伸びとなっている
が、その内訳を見ると、年金が5.8
%の伸びを示しているのに対し、医
療は、1.4%の低い伸びにとどまっ
ている。

年金・医療保険予算の内訳（100万ドル）			
	85年度 (実績見込)	86年度 (予算案)	対前年比
社会保障年金	192,102	202,245	5.8%
老齢遺族年金	(171,158)	(181,922)	6.3
障害年金	(19,949)	(20,323)	1.9
メディケア	66,256	67,155	1.4
病院保険	(48,750)	(47,957)	△1.6
診療保険	(17,506)	(19,198)	9.7
合計	257,363	269,400	4.7

(ウ) 主たる提案

i) 社会保障年金

給付面では話題となっていた物
価スライド（cola/cost of living
adjustment）を従来どおり盛り
込むなど新規の提案は、このスラ
イド、受給者増及び年金額算定の
基礎となる過去の賃金ベースの上
昇によるものとなっている、なお、
本予算には、支給事務の面で、鉄

道職員年金の給付事務を社会保障年金支給事務に統合する提案が含まれている。

ii) メディケア

病院保険については、1984年9月に設定された1985年のP.P.S (Prospective Payment System) の支払いレートを1986年度においても引き続き凍結して使用することとしている。

また、本制度を通じて支給される医療教育費用の効率化を図ることとしている。

診療保険については、1990年にはその保険料収入を診療費用の35%に達するよう、86年度には27%、その後各年度に2%ずつ割合が増加するよう、段階的に保険料を引き上げていくとともに、1982年から75ドルに据えおかれている患者負担を物価にスライドさせていくこととしている。また、医師診療報酬の決定は、引続き1986年10月まで凍結することとしている。

その他、両制度に共通する事項としての受給資格取得月の1月延期、民間保険とメディケア選択可能年齢の制限の撤廃、任意制によるパウチャー制の導入などを行うこととしている。

(3) 所得保障費

(ア) 概要

所得保障制度は、退職、障害、死

亡ないし失業による所得の喪失を保障し、また自助のできない困窮者を扶助することにより、個人のニーズを満たすことをその機能としている。

本項目には、連邦公務員(含む軍人)、鉄道職員及び炭鉱労働者の退職障害給付制度並びに失業保障、住宅扶助、食料・生活扶助制度など、多数の制度が含まれている。

(イ) 構成

85年度の所得保障費総額は、支出ベースで1,158億ドル、前年比マイナス9%と大きく減少しているが、これは特に住宅扶助、燃料扶助を含む公的扶助の削減・抑制と、失業率の低下、公務員年金制度の支出抑制策が盛り込まれている結果である。

所得保障予算の内訳 (100万ドル)			
	85年度 (実績見込)	86年度 (予算案)	対前年比
社会保険	5,504	5,580	1.4
(鉄道員制度)	3,895	4,023	3.3
(その他)	1,610	1,557	△ 3.3
公務員制度	38,641	41,518	7.4
(一般制度)	22,781	23,716	4.1
(軍人制度)	15,860	17,802	12.2
失業保障	16,780	16,294	△ 2.9
住宅扶助	25,355	12,304	△ 51.5
食料・栄養扶助	18,664	18,268	△ 2.1
(食料切符等)	12,599	12,684	0.7
(児童栄養等)	6,066	5,584	△ 7.9
その他の扶助	2,229	21,806	△ 2.2
(補足年金)	9,511	9,890	4.0
(AFDC等)	8,970	8,827	△ 1.6
(燃料扶助)	2,100	1,291	△ 38.5
(その他)	1,716	1,798	4.8
合計	127,240	115,769	△ 9.0

(ウ) 主たる提案

i) 社会保険

鉄道職員年金について物価スライドを凍結するとともに、障害炭鉱労働者に対する現金給付額引き上げの凍結及び黒肺障害基金の赤字解消のためそれに充当される石炭料金の引き上げを図ることとしている。

ii) 公務員制度

連邦職員(含む軍人)年金制度につき、物価スライドを1987年まで凍結するとともに、それ以降のスライド率を給与又は物価いずれかの低い方に合わせ、さらに10,000ドルを超える高額年金にかかるスライド率を本来のスライド率の55%に抑制することとしている。また、年金額算定基礎給与を高位3年平均から高位5年平均に改めるとともに、支給開始年齢を段階的に65歳まで引き上げることとしている。

iii) 失業保障

あらたに鉄道職員を本制度に取り組むこととし、また、事務経費を全額実施主体である州の負担としている。なお、予算積算上の失業率は、6.9%と前年度の7%から0.1%落ちるものと見込んでいる。

iv) 住宅扶助

HUD(Department of Housing and Urban Development) の行う

住宅扶助に関し、2年間新規住宅建設着工を延期するとともに、USDA (Development of Agriculture) の行う住宅扶助を廃止することとしている。

v) 食料切符

効率的な制度運用のため、州の裁量の巾を増大させるとともに、コミュニティ事業参加制度を導入することとした。また、行政経費に関し、メディケイドと同様の改革を行うこととしている。

vi) 児童栄養等制度

対象をより低所得層の児童にしぼり、不要な家庭の児童に対する学校、施設等における給食を廃止することとした。また、実施施設に対する償還額の物価スライドは凍結することとしている。

vi) AFDC

ワークフェア制度の実施を義務化するとともに、15歳以下の児童のいない就労可能な親に対する給付を廃止することとした。また、事務経費について、メディケイドと同様の改革を行うこととしている。

(4) 軍人恩給費

86年度の軍人恩給費総額は支出ベースで268億ドル、対前年費0.3%マイナスとなっている。主な内訳は所得保障費102億ドル(対前年費0.2%マイナス)、教育、訓練、リハビリテーション

ン費11億ドル（同14.3%マイナス）
医療費999億ドル（同3.9%増）である。所得保障について公務障害給付の受給者の減少が見込まれる一方、医療保障については需給者の大幅な増加が

見込まれている。このため、医療給付に関し、所得制限を設定し自己負担を導入するとともに、第三者保険者による支払い制度を活用するなど、各種費用抑制策を導入することとしている。

海外社会保障関係文献目録

1985年1月～3月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

Arnall, Anthony

Sex discrimination and social security: a European perspective. *The J. Soc. Welfare Law* Nov. 1984, p.334-344.

Calilloux, Jean-Paul

La loi no.84-604 du 13 juillet 1984 portant diverses mesures relatives à l'amélioration de la protection sociale des Français de l'étranger (1): de l'élargissement d'un système de protection à l'élargissement de la protection d'un système. *Droit Soc.* (2) feb. 1985, p.127-37.

Deficit Reduction Act of 1984: provisions related to the OASDI and SSI programs. *Soc. Sec. Bull.* 47(11) Nov. 1984, p.3-10.

Dilnot A. W.

The reform of social security, by A.W. Dilnot, J.A. Kay and C. N. Morris. Oxford. Clarendon Press, 1984. viii, 166p. 23cm.

European Communities, Commission of the.

Compendium of community provisions on social security. 2nd ed. Brussels: Commission of the European Communities; Washington, D.C.: European Community Information Service, 1983. 410p; 30cm.

Heckscher, Gunnar, 1909-

The welfare state and beyond: success and problems in Scandinavia/by Gunnar Heckscher. Minneapolis: University of Minnesota Press, c1984. x, 271p.; 24cm. The Nordic series; v.11.

Manning, Nick

Social policy in the USSR and the nature of Soviet society. *Crit. Soc. Pol.* (11) Winter 1984, p.74-88.

Miller, Rudolf

Internationale Sozialpolitik: Aspekte 1984. *Bundesarbeitsblatt* (11) Nov. 1984, p.5-9.

Molitor, Bruno

Zur Notwendigkeit der Entstaatlichung (Gesellschaftspolitik). *Arbeit & Sozialpolitik* 39(1) 1985, p.21-26.

Morris, Robert

The future challenge to the past: the case of the American welfare state. *J. of Soc. Pol.* 13(4) Oct. 1984, p.383-416.

Novak, Tony

Poverty and social security. London, Pluto Press, c1984. 104p. 20cm.

Page, Robert M.

Stigma/Robert M. Page. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1984. xii, 207p.; 22cm. Concepts in social policy; 2.

Perrin, G.

Pour une sécurité sociale sans frontières. Deux nouveaux instruments de l'Organisation internationale du Travail. *Rev. belge de Séc. soc.* 26(6) juin 1984, p.505-28.

- Social security handbook 1984. 8th ed.: retirement insurance, survivors insurance, disability insurance, health insurance, supplemental security income, black lung benefits, public assistance. Washington, D.C., U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration 1984. vi, 435p. 24cm.
- Spieker, Manfred
State benefits and the principle of subsidiarity: the crisis of the Welfare State in the Federal Republic of Germany: causes and remedies. *Lab. and Soc.* 10(1) Jan. 1985, p.85–96.
- Turner, John A.
Financing social security. *Rev. of Soc. Econ.* 42(2) Oct. 1984, p.105–16.
- Uttley, Stephen
Reformulating the development theory of welfare, *J. of Soc. Pol.* 13(4) Oct. 1984, p.447–65.
- West, Patrick
The family, the welfare state and community care: political rhetoric and public attitudes. *J. of Soc. Pol.* 13(4) Oct. 1984, p.417–46.
- Zedler, Reinhard
Förderung von Mobilität und Freizügigkeit in Europa. *Soz. Fortschritt* 33(12) Dez. 1984, p.282–284.
- 社会保険
- Arnett, III, Ross H. and Gordon R. Trapnell
Private health insurance: new measures of a complex and changing industry. *Health Care Fin. Rev.* 6(2) Winter 1984, p.31–42.
- Bichot, Jacques
Peut-on en finir avec les droits dérivés? Le cas de l'assurance-maladie. *Droit Soc.* (1) jan. 1985, p.59–66.
- Holmer, Martin
Tax policy and the demand for health insurance. *J. of Health Econ.* 3(3) Dec. 1984, p.203–21.
- Jensen, Gail et al.
Corporate benefit policies and health insurance costs. *J. of Health Econ.* 3(3) Dec. 1984, p.276–96.
- Occasional papers on social administration
No.69: Making ends meet: an investigation into the non-claiming of Supplementary Pensions, by Scott Kerr. London, Bedford Square Press/NCVO, 1983. 141p. 21cm.
- Ozawa, Martha N. and William T. Alpert
Distributive effects of survivors insurance benefits and public assistance. *Soc. Ser. Rev.* 58(4) Dec. 1984, p.603–621.
- Price, Daniel N.
Workers' compensation: coverage, benefits, and costs, 1982. *Soc. Sec. Bull.* 47(12) Dec. 1984, p.7–13.
- Rejda, George E., 1931–
Social insurance and economic security/ George E. Rejda. 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1984. xi, 494p.: ill.; 24cm. The Prentice-Hall series in security and insurance.
- Runner, Diana
Changes in unemployment insurance legislation during 1984. *Mthly. Labor Rev.* 108(1) Jan. 1984, p.43–48.
- Rymenans, A.
Les conventions internationales de sécurité sociale—Régime belge des pensions pour travailleurs salariés —. *Rev. belge de Séc. soc.* 26(4–5) avril-mai 1984, p.353–97.

Schmidt, Alfred

Reform der Hinterbliebenenrenten und Anrechnung von Kindererziehungszeiten unter besonderer Berücksichtigung der Finanz- und Verwaltungsprobleme. *Die Rentenversicherung* 25(11) Nov. 1984, p.205-10.

Shimono, Keiko & Toshiaki Tachibanaki

Lifetime income and public pension: an analysis of the effect on redistribution using a two-period analysis. *J. of Pub. Econ.* 26(1) Feb. 1985, p.75-87.

Shragge, Eric, 1948-

Pensions policy in Britain: a socialist analysis/Eric Shragge. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1984. vii, 194p.; 23cm. Radical social policy. Originally presented as the author's thesis (Ph. D.-University of Kent).

Tinsley, LaVerne C.

Workers' compensation: 1984 state enactments. *Mthly. Labor Rev.* 108(1) Jan. 1984, p.49-53.

Von Maydell

Reform der Hinterbliebenenversorgung (Rentenpolitik) *Arbeit & Soz.-politik* 38(11) 1984, p.375-76.

Wettbewerb in der Krankenversicherung, von Dieter Cassel. *Bundesarbeitsblatt* (12), Dez. 1984 p.31-33.

社会福祉

Barnes, Gill Gorell

Working with families. London, Macmillan, 1984, ix, 133p. 23cm. (Practical social work)

Bray, Jean ed.

The use of technology in the care of the elderly and the disabled: tools for living, ed. by Jean Bray and Sheila Wright. London, Frances Pinter, 1980. xii, 267p. 24cm.

Brown Roy I.

Integrated programmes for handicapped adolescents and adults/edited by Roy I. Brown. New York: Nichols Pub. Co., 1984. 259p.: ill.; 23cm. Rehabilitation education; v.1

Bruce, Terry.

Staff support and staff training/Terry Bruce and Tony Collins. Long; New York: Tavistock, 1984. ix, 157p. 20cm. Residential social work.

Chambre, Susan Maizel

Role orientations and intergenerational welfare use. *Soc. Casework* 66(1) Jan. 1985, p.13-20.

Deficit Reduction Act of 1984: provisions related to the AFDC program. *Soc. Sec. Bull.* 47(12) Dec. 1984, p.3-6.

Dornbusch, Hans-Ludwig

Sozialhilfebedürftigkeit und Einkommensarmut (Armutsbegriff). *Arbeit & Sozialpolitik* 39(1) 1985, p.14-17.

Fennell, Philip

Detention and control of informal mentally disordered patients. *The J. Soc. Welfare Law* Nov. 1984, p.345-349.

Hasenfeld, Yeheskel

The changing context of human services administration. *Soc. Work* 29(6) Nov.-Dec. 1984, p.522-529.

Karl, Barry D.

Lo, the poor volunteer; an essay on the relation between history and myth. *Soc. Ser. Rev.* 58(4) Dec. 1984, p.493-522.

- Kravetz, Diane and Carol D. Austin
Women's issues in social service administration: the views and experiences of women administrators. *Admin. in Soc. Work* 8(4) Winter 1984, p.25-38.
- Lågergren, Mårten
Time to care: a report/ prepared for the Swedish Secretariat for Futures Studies by Marten Lagergren (project leader) . . . [et al.]; translated from the Swedish by Roger G. Tanner. 1st ed.
Oxford; New York: Pergamon Press, 1984. ix, 286p.: ill.; 24cm.
Translation of: Tid for omsorg.
- Lampman, Robert J.
Social welfare spending: accounting for changes from 1950 to 1978/Robert J. Lampman. Orlando: Academic Press, 1984. xvii, 232p.: ill.; 24cm. (Institute for Research on Poverty poverty policy analysis series)
- Leiby, James
Charity organization reconsidered. *Soc. Ser. Rev.* 58(4) Dec. 1984, p.523-538.
- Oliver, Mike
The politics of disability. *Crit. Soc. Pol.* (11) Winter 1984, p.21-32.
- Perlman, Helen Harris
On the art of caring. *Child Welfare* 64(1) Jan.-Feb. 1985, p.3-11.
- Pilotti, Francisco J.
Intercountry adoption: a view from Latin America. *Child Welfare* 64(1) Jan.-Feb. 1985, p.25-35.
- Robins, Philip K. and Katherine P. Dickinson
Receipt of child support by single-parent families. *Soc. Ser. Rev.* 58(4) Dec. 1984, p.622-641.
- Schoch, Dietrich
Die Bedarfsgemeinschaft bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. *Nachrichten Dienst* 64(11) Nov. 1984, p.431-36.
- Ulrich, Kohli
Terms of trade and welfare: estimates. *Kyklos* 37(4) 1984, p.577-97.
- Wolch, Jennifer R. and Stuart A. Gabriel
Dismantling the community-based human service system. *J. of the American Plan. Ass.* 51(1) Winter 1985, p.53-62.
- 高齡者問題
- Clarke, Liam
Domiciliary services for the elderly. London. C. Helm, c1984. xviii, 189p. 23cm.
- Holtzman, Joseph M. and Hiroko Akiyama
What children see: The aged on television in Japan and the United States. *The Gerontologist* 25(1) Feb. 1985 p.62-68.
- Hurd, Michael D. and Michael J. Boskin
The effect of social security on retirement in the early 1970s. *The Q.J. of Econ.* 99(4) Nov. 1984, p.767-90.
- Isaacs, Bernard ed.
Innovations in the care of the elderly/ edited by Bernard Isaacs and Helen Evers. London; Dover, N.H.: Croom Helm, c1984. ix, 191p.; 23cm.
- Leigh, Duane E.
Why is there mandatory retirement? an empirical reexamination. *The J. of Human Resources* 19(4) Fall 1984, p.512-31.
- Newman, Sandra J. and Raymond Struyk
An alternative targeting strategy for housing assistance. *The Gerontologist* 24(6) Dec. 1984, p.584-592.

- Norman, Alison
Mental illness in old age: meeting the challenge. London, Centre for Policy on Ageing, 1982. 135p. 21cm. (Policy studies in ageing no.1)
- Pratt, James D. and Larry E. Wood
Cognition and elderly people. *Ageing and Soc.* 4(3) Sept. 1984, p.273-304.
- Struyk, Raymond
Future housing assistance policy for the elderly. *The Gerontologist* 25(1) Feb. 1985 p.41-46.
- Tinker, Anthea
The elderly in modern society/Anthea Tinker. 2nd ed. London; New York: Longman, 1984. xiii, 369p.; 20cm. Social policy in modern Britain.
- Ward, Russell A.
Informal networks and well-being in later life: a research agenda. *The Gerontologist* 25(1) Feb. 1985 p.55-61.
- Wenger, G. Clare
The supportive network: coping with old age/G. Clare Wenger. London; Boston: Allen & Unwin, 1984. xi, 244p.; ill.; 23cm. National Institute social services library; no.46.
- 保健・医療
- Baker, Joanna et al.
An application of multiattribute utility theory to the planning of emergency medical services. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 18(4) 1984 p.273-80.
- Butler, John R.
Health and health services: an introduction to health care in Britain/John R. Butler, Michael S.B. Vaile. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1984. vii, 215p.; 22cm.
- Coyle, R. G.
A systems approach to the management of a hospital for short-term patients. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 18(4) 1984, p.219-26.
- Deficit Reduction Act of 1984; provisions related to the Medicare and Medicaid programs. *Soc. Sec. Bull.* 47(11) Nov. 1984, p.11-15.
- Forster, D.P. and C.E.B. Frost
Hospital performance and regional equity. *Soc. Pol. & Admin.* 18(3) Autumn 1984, p.247-59.
- Fuchs, Karl-Detlef
Der Zusammenhang von Arbeit und Krankheit aus rechtlicher Sicht. *Soz. Fortschritt* 33(11) Nov. 1984, p.254-61.
- Gibson, Robert M. et al.
National health expenditures, 1983. *Health Care Financing Rev.* 6(2) Winter 1984, p.1-29.
- Goeschel, Albrecht
Krankenversicherung und Gesundheitswesen: Bestandteile der regionalen Finanz- und Versorgungswirtschaft. *Soz. Fortschritt* 33(12) Dez. 1984, p.277-282.
- Gray, Alastair M.
European health care costs. *Soc. Pol. & Admin.* 18(3) Autumn 1984, p.213-28.
- Kervasdoué, Jean de
The end of an illusion: the future of health policy in Western industrialized nations/edited by Jean de Kervasdoué, John R. Kimberly, and Victor G. Rodwin. Berkeley: University of California Press, c1984. xxii, 292p.; 24cm. Comparative studies of health systems and medical care. Translation of: *La Santé rationnée?*

Kinston, Warren

District Health Organization. *Soc. Pol. & Admin.* 18(3) Autumn 1984, p.229-46.

Occasional papers on social administration

No.73: Cost containment in health care; a study of 12 European countries, by Brian Abel-Smith. London, Bedford Square Press/NCVO, 1984. v, 122p. 21cm.

Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, von Philipp Herder-Dorneich et al. *Bundesarbeitsblatt* (12) Dez. 1984, p.5-18.

Ordnungspolitik im Krankenhausbereich, von Gérard Gäfgen and Theo Thiemeyer. *Bundesarbeitsblatt* (12) Dez. 1984, p.19-24.

Woodward, Robert S. & Frederick Warren-Bouton
Considering the effects of financial incentives and professional ethics on 'appropriate' medical care. *J. of Health Econ.* 3(3) Dec. 1984, p.223-37.

雇用と失業

Aaron, Henry J.

Retirement and economic behavior/Henry J. Aaron and Gary Burtless, editors. Washington, D.C.: Brookings Institution, c1984. xv, 352p.: ill.; 24cm. Studies in social economics.

Papers presented at a conference held at the Brookings Institution, Oct. 21-22, 1982.

Amin, Samir ed.

Human resources, employment and development V.5: developing countries. London, Macmillan Press, 1984. xxiii, 307p. 23cm. Proceedings of the 6th World Congress of the International Economic Association held in Mexico City, 1980.

Betson, David & Jacques van der Gaag

Working married women and the distribution of income. *The J. of Human Resources* 19(4) Fall 1984, p.532-43.

Bohning, W. R.

Studies in international labour migration/W.R. Bohning. London: Macmillan, 1984. xviii, 318p.: ill.; 23cm.

Fogarty, Michael

Unemployment and work sharing: an Irish comment. *Policy Studies* 5(2) Oct. 1984, p.66-76.

Game, Ann

Gender at work, by Ann Game and Rosemary Pringle. London, Pluto Press, c1983. 147p. 20cm.

Gourevitch, Peter

Unions and economic crisis: Britain, West Germany, and Sweden/Peter Gourevitch . . [et al.] London; Boston: Allen & Unwin, 1984. viii, 394p.: ill.; 25cm.

"Second volume of the Harvard Center for European Studies Project on European Trade Union Responses to Economic Crisis" -P. [v]

Hart, Robert A.

The economics of non-wage labour costs/Robert A. Hart. London; Winchester, Mass.: Allen & Unwin, 1984. xii, 173p.: ill.; 23cm. Includes bibliographies and index.

Handy, Charles

The future of work: a guide to a changing society. Oxford, Blackwell, 1984. xiii, 201p. 23cm.

Hutchinson, Gillian ed.

Recent advances in labour economics, ed. by G. Hutchinson & John Treble. London, C. Helm, c1984. 258p. 23cm.

Levie, Hugo ed.

Fighting closures: de-industrialization and the trade unions 1979–1983, ed. by Hugo Levie, Denis Gregory & Nick Lorentzen. Nottingham, Spokesman, 1984. 233p. 22cm.

South, Scott J.

Unemployment and social problems in the post-war United States. *Soc. Indicators Res.* 15(4) Nov. 1984, p.389–416.

Tipps, Havens C. and Henry A. Gordon

Inequality at work: race, sex and under-employment. *Soc. Indicators Res.* 16(1) Jan. 1985, p.35–49.

Wiatrowski, William J.

Employee income protection against short-term disabilities. *Mthly. Lab. Rev.* 108(2) Feb. 1985, p.32–38.

家族, 貧困ほか

Baldock, Cora Vellekoop ed.

Women, social welfare and the state in Australia, ed. by C.V. Baldock & Bettina Cass. Sydney, G. Allen & Unwin, 1983. xvii, 330p. 23cm. (Studies in society: 20)

Brinkerhoff, Merlin B.

Family and work: comparative convergences/edited by Merlin B. Brinkerhoff. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1984. ix, 220p.; 22cm. Contributions in family studies, 0147--1023; no.8 Results of a colloquium held at the University of Calgary. Companion vol. to: Work, organizations, and society.

Carballo, Manual ed.

The State and the poor in the 1980s/ edited by Manual Carballo and Mary Jo Bane; contributors, Mary Jo Bane . . . [et al.]; with a foreword by Samuel H. Beer. Boston, Mass.: Auburn House, c1984. xxiv, 328p.: ill.; 25cm. "Sponsored by the Institute of Politics, John F. Kennedy School of Government, Harvard University" –T.p. verso.

Dower, Nigel, 1942–

World poverty: challenge and response. York, England: Ebor Press, 1983. vii, 180p.; 22cm.

Estes, Richard J.

The social progress of nations/by Richard J. Estes. New York, N.Y.: Praeger, 1984. xvi, 223p. 25cm.

Fishkin, James S.

Justice, equal opportunity, and the family/ James S. Fishkin. New Haven [Conn.]: Yale University Press, c1983. vii, 200p., 22cm.

Graham, Hilary

Women, health and the family. Brighton, Wheatsheaf Books, 1984. xiii, 207p. 23cm. Distributed by Harvester Press.

Ham, Christopher

The policy process in the modern capitalist state, by Christopher Ham & Michael Hill. Brighton, Wheatsheaf Book, 1984. xiii, 210p. 23cm. Distributed by Harvester Press.

Kellerhals, Jean

Microsociologie de la famille, by Jean Kellerhals, Pierre-Yves Troutot et Emmanuel Lazega. Paris, Presses Universitaires de France, 1984. 127p. 18cm. (Que sais-je? 2148)

- McLennan, Gregor ed.
 State and society in contemporary Britain: a critical introduction/ [edited by] Gregor McLennan, David Held, David Held, and Stuart Hall. New York: Polity Press, 1984. ix, 384p. 23cm.
- Markandya, A.
 The welfare measurement of changes in economic mobility. *Economica* 51(204) Nov. 1984, p.457-71.
- Richards, Peter J.
 Basic needs and the urban poor: the provision of communal services/edited by P.J. Richards and A.M. Thomson. London; Dover, N.H.: Croom Helm, c1984. 276p. 23cm.
- Thalberg, Björn ed.
 Economic growth, welfare and industrial relations: a comparative study of Japan and Sweden, ed. by B. Thalberg & Naomi Maruo. Tokyo, Japanese Institute for Social Studies on Sweden, 1984. 275p. 26cm.
- Thomas, James Edward
 A select bibliography of adult and continuing education in Great Britain: including works published to the end of the year 1981/edited by J.E. Thomas and J.H. Davies. Leicester: National Institute of Adult Continuing Education, 1984. xvi, 158p.; 22cm.
- Thorslund, Mats and Bo Wämeryd
 Methodological research in the Swedish surveys of living conditions: problems of measurement and data collection. *Soc. Indicators Res.* 16(1) Jan. 1985, p.77-95.
- Trent, Roger B., Nancy Stout-Wiegand and Paul M. Furbee
 The nature of the connection between life course and satisfaction with community services. *Soc. Indicators Res.* 15(4) Nov. 1984, p.417-29.
- Watson, James L.
 Class and social stratification in postrevolution China/edited by James L. Watson. Cambridge [Cambridgeshire]; New York: Cambridge University Press, 1984. vii, 289p.: ill.: 23cm. Contemporary China Institute publications . Papers based on a conference held in Windsor Park, England, from June 30th to July 4, 1980, sponsored by the Contemporary China Institute and the Joint Committee on Contemporary China.