

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

1 低経済成長下の社会保障

(1) 社会保障の体系

イギリスの社会保障の歴史は救貧法(1601年)とともに古いが、戦後のイギリスの社会保障を特徴づけるのは、ベバリッジ原則によってたつ国民保険と国民保健サービスである。

いわゆるベバリッジ報告(1942年)は、最低生活保障の原則、包括性の原則、均一拠出均一給付の原則等を打ち出し、その後の各国の社会保障制度に大きな影響を与えたといわれている。イギリスの社会保障は、この二本の柱を中心とし、この他家族手当、補足給付、戦争年金、特別法に基づく保健・対人福祉サービス等から構成されている。

1973年度の社会保障給付費は、総額で約96億9,200万ポンド、対国民所得比で約16.10%に達しているが、これを制度別にみると、国民保険と国民保健サービスの割合が非常に高く、両者で約70%を占めている。公的扶助の割合が9.1%と高いのも大きな特徴である。

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

1 低経済成長下の社会保障

(2) 経済の低迷と社会保障の動向

イギリスの社会保障を論ずるにあたっては、その社会経済的背景を避けて通ることはできない。第2次世界大戦後のイギリスは、当初戦勝国として、戦災国が復興に手間取る間対外的にも優位に立っていたが、やがてこれらの諸国が国際経済市場に復帰するにつれ、次第に経済の停滞、持続するインフレ、反復する国際収支危機というトリレンマに陥ることとなった。最近の経済指標によってこれらの現象をみると、実質GNP成長率は年平均2.1%(1966~76年)と先進国中最も低く、逆に消費者物価指数の上昇率は平均10.0%(1966~76年)と最も高い。また、貿易収支は恒常的に赤字であり、総合国際収支もしばしば赤字に転落し、この間1967年11月には戦後二度目のポンド切下げに追い込まれるなど、ポンドの国際通貨としての地位は低下している。

このような厳しい経済環境の下で、社会保障もまた、厳しい現実にはやむを得ず対応を迫られている。第一に、慢性的なインフレの下で、各種給付の実質価値を維持するための改定、第二に、財政のひっ迫する中での必要な財源の確保、第三に、各種施策相互の優先順位の設定、選別主義の強化である。個別の制度が具体的にどのように対応しているかは後述するが、これらの代表例として、1)国民保険において定額給付に所得比例給付が付加され、またスライド制が導入されたこと、2)国民保険や国民保健サービスにおいて保険料拠出が所得比例となったこと、3)保健・対人福祉サービスにおいて各種施策相互間の連携と優先順位の設定が試みられていること等を挙げる事ができる。

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

2 所得保障-均一拠出均一給付の変容

均一拠出均一給付の考え方に基づき、社会保険制度を中心としてすべての国民の最低生活を保障しようとしたいわゆるベバリッジ原則は、第二次世界大戦後の持続的インフレと財政収支の悪化により二つの点で変容を余儀なくされた。一つは定額制から所得比例制への移行であり、一つは補足給付の充実、世帯所得補足給付の導入等給付対象が特定される傾向が強められたことである。

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

2 所得保障-均一拠出均一給付の変容

(1) 所得保障の体系

所得保障の中心は国民保険である。第二次世界大戦前から既に労働者災害補償(1897年),老齢年金(1908年)等の諸制度が存在していたが,ベバリッジ報告により,社会保険方式による総合的な社会保障制度として1946年創設されたものである。その制度の特色としては,第一にその包括性が挙げられる。すなわち,全国民を適用対象とするとともに,国民の生活安定と福祉を脅す様々な事故に対処しようとしていることである。第二は均一拠出均一給付の原則に基づく最低生活の保障という考え方である。これは,すべての者に均一拠出に基づき,資産等にかかわらず必要な期間,均一に最低生活を維持するに足る給付を行おうとするものである。このような考え方に基づき,国民保険からは,医療の現物給付及び家族手当を除く様々な事故に関し,老齢年金,寡婦給付,失業給付,傷病手当金等が支給されている。

しかし,国民保険の給付額は当初必ずしも最低生活を賄うのに十分ではなく,各種実態調査結果によって老齢年金受給者の生活実態が明らかにされるにつれ,これらの貧困者を重点的に救済するためベバリッジ報告では経過的な制度として位置付けられていた公的扶助が充実されることとなった。1966年には名称も国民扶助から補足給付に改められ,資力調査も緩和され国民保険給付の水準の低さを積極的に補うこととなった。

家族手当は,1946年から給付が行われているが,これまで数回の給付改定が行われただけでその実質価値は低下しており,1977年から段階的に税法上の児童扶養控除との調整が行われることとなった。

以上の他,1970年代に入ってから世帯所得補足給付,高齢者年金,付添手当金等の諸制度が創設されたが,これらは拠出を前提としない給付である。

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

2 所得保障-均一拠出均一給付の変容

(2) 老齢年金の動向

国民保険法に基づき、国民のすべては男子は65歳から、女子は60歳から定額の老齢年金を支給される。1976年11月現在その額は単身で週15.3ポンド(8,200円)、夫婦で24.5ポンド(13,120円)である。この他に扶養親族がいる場合にはさらに一定額が加算される。老齢年金支給開始年齢以後も就労している場合は、一定以上の所得について男子は69歳まで、女子は64歳まで全部又は一部が減額される。

以上の定額給付の他、1961年から発足した所得比例の付加給付があるが、これは1975年4月に廃止され、この間の積立てに対応する年金権だけが保全されている。さらに、後に述べるように、1978年4月からは、全く新たな所得比例年金制度が発足することとなっている。

年金額の水準は、第2-1表でみるように必ずしも高くない。補足給付との比較でみると、一時これより高い時期もあったが、補足給付には家賃の支給などの加算があるので、これを合計した場合には、一貫して老齢年金の水準の方が低い。

第2-1表 老齢年金及び補足給付(長期)の水準(週額)

	1960年	65	70	75
老齢年金(夫婦) A	4.00ポンド	6.50	8.10	21.20
補足給付(夫婦) B	4.25ポンド	6.28	9.00	21.55
平均賃金(男子) C	14.53ポンド	19.59	28.05	59.58
A/C	27.5%	33.2	28.9	35.6
B/C	29.2%	32.0	32.1	36.2

資料: Annual Abstract of Statistics.

(注) 平均賃金は各年10月の製造業等男子労働者の賃金の平均である。

しかし、1974年の法改正により、毎年物価ないし賃金指標のうち受給者に有利な方法で給付水準の見直しが行われることが制度的に確立されたことなどによって、近年年金額はひんぱんに引き上げられている。

なお、1975年現在、補足給付を併給する者が未だ受給者の約22%を占めている。

一方、老齢年金給付の財源は、被用者・事業主の保険料と国庫の拠出金によって賄われ、国民保険基金に繰り入れられているが、老齢年金の給付水準の低さは、保険料拠出の方法と無関係ではない。すなわち、保険料は従前原則として定額であったが、その額を設定するにあたっては低所得者層の負担能力を基準とせざるを得ず、その結果として、国民保険財政の強化が妨げられ給付の改善が困難となってきたものである。1961年から発足した所得比例付加給付に伴う所得比例拠出制の導入も、給付改善を行うための財源捻出に大きなねらいがあったといわれている。

1975年以降,保険料拠出は所得比例となっており,1976年4月現在被用者男子の場合,週13~95ポンドの所得について,13.3%(被用者5.35%,事業主7.95%)となっている。国庫負担は,保険料拠出分の約18%である。

ここで,国民保険基金全体の財政状況をみると,給付の面で初期から高齢者等に対し,比較的短期間の加入期間で完全年金を支給したため,老齢年金の本格的な成熟化が進行するにつれてその収支はひっ迫した。1975年度末で,国民保険基金のいわゆる積立金は,年間の給付に要する費用の半分にも満たない額である。

以上のような拠出と給付のしつこくを打開するためには,長期的観点からの年金ビジョンが要請されていたが,これをめぐる保守党と労働党の見解の相違は次のとおりである。すなわち,保守党の考え方は,所得比例部分における職域年金の役割を積極的に活用していこうとするものであるのに対し,労働党は,職域年金の存続は認めつつも,あくまでも公的年金中心で年金の充実を行おうとするものである。職域年金は,1971年現在,加入員は約1,100万人で,全雇用者の男子の62%,女子の20%と広汎な普及をみているが,その役割をさらに強化しようと保守党が用意した「1973年社会保障法」は,その後労働党によって所得比例拠出制の導入だけが採用された(現行法)。

更に1978年4月からは労働党の考え方に基づく新しい所得比例年金制度が発足することになっている。この制度は従前所得のほぼ50%前後の給付を支給しようとするものである。

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

2 所得保障-均一拠出均一給付の変容

(4) その他の所得保障施策

1) 公的扶助

1948年制定の国民扶助制度は国民保険の給付額の低さを積極的に補うため、1966年補足給付に改められた。資力調査が緩和され、無拠出給付を権利として受給させることによって、公的扶助の性格を大きく変更したわけである。この改革の直後補足給付の受給老は一挙に20%以上増加した。

65歳未満の者には補足手当、65歳以上の者には補足年金が支給され、給付額は2年以上の長期受給者とそれ以外の短期受給者とで差が設けられている。家族構成によっても給付額は変わってくるが、この他実費程度の家賃の支給や特別の加算制度がある。

総人口に占める受給者の割合、いわゆる保護率は1975年現在8.3%と諸外国に比べ著しく高くなっている。これを世帯別にみると、老齢年金等を受給している者が約60%にも達しているのが特徴である。

2) 家族手当

通常義務教育年限内(16歳未満)の児童を対象とし、全額国庫負担で、従来第2子から支給されていた。1975年までに6回の給付改善が行われ、この間、77年には、「チャイルド・ポバテイ」問題が社会問題となり、短期間に3回の給付改善が行われたこともあったが、その実質価値は長期的には低落した。

また、手当は課税対象所得とされていたので、免税点を上回る世帯についてはその一部が割り引かれることとなるが、他方税法上の児童扶養控除制度もあるなど、手当の効果に疑問を持つ方面も多かった。

このため、1977年4月からは、給付を充実し第1子から支給を始めるとともに、1979年度までに段階的に税制上の児童扶養控除との調整が行われることとなった。この改正によって、名称も児童手当と改められることとなった。

3) 世帯所得補足給付

フルタイム労働に従事する者については補足給付が支給されないため、低賃金労働者世帯の児童の貧困に対処する必要から1970年に新設された。被扶養児童のいるフルタイム労働者で、児童1人の場合、1975年現在収入が週31.5ポンド(20,770円)に満たないとき、その不足額の半額(7ポンドが上限)が支給される。全額国庫負担である。

4) 高齢者年金

国民保険制度が発足した当時既に一定の年齢に達しておりこれに加入できなかった者,老齢年金の受給資格を満たしていない者,低額の老齢年金しか得られない者などに対し,1970年から80歳以上の老人に支給されている。いわば,我が国の老齢福祉年金に相当するもので,1975年現在約9万8千人がこの高齢者年金を受給し,配偶者の場合週4.9ポンド(3,230円),その他の場合7.9ポンド(5,210円)である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

3 国民保健サービスの再編成

(1) 保健医療サービスの体系

保健医療サービスは、国民保健サービス法(1946年)を中核とし、すべての国内居住者を対象に、病院、家庭医、地方保健当局等によって提供されている。国民保健サービスは、国民保険と並んでイギリス社会保障の二大支柱を成すものであるが、その最も大きな特徴としては、1)保健医療制度が国営によって行われ、経費の大部分が国庫で賄われていること、2)全国民を対象とし、患者の一部負担が極めて小さいこと、3)予防、治療、リハビリテーション等を含む総合的医療保障であること、などが挙げられる。

サービスの実施は、社会サービス担当国務大臣の下に保健社会保障省が中心となり、全国をいくつかの地方保健当局に分割し、その下に多数の地域保健当局、さらに地区運営チームといった行政機構によって支えられ、これらの権限と監督によって行われている。

そこで、保健医療サービスの提供をその主体に即してみると、第一に、家庭医によるサービスは、いわゆる一般医、歯科医、眼科医等によって行われている。国民は、国民保健サービス登録医の中から選択登録して診療を受けることができる。医師一人当たりの平均登録患者数は2,400人前後である。医師の報酬は、この登録患者数に基づきいわゆる人頭払い方式が原則として採用されている。

次に、病院サービスは、家庭医の助言に基づき、病院の専門医によって提供される。病院は、私的診療を専ら行う一部の病院を除いて、国営であり、その経費は、国民保健サービスから直接支払われる。

また、地方保健当局の行う保健医療サービスとしては、予防接種等の各種予防衛生活動、母子や老人に対する保健訪問員や在宅看護人の派遣事業、保健医療センターの設置等が挙げられる。これらの活動は、対人福祉サービスとの密接な連携の下に行われている。

なお、保健訪問員、在宅看護人の増加は著しく、1965年から1974年の間に、それぞれ29%、43%の伸びをみせており、1974年では人口10万対比でそれぞれ15人、23人となっている。

しかし、解決すべき課題も少なくなく、第1にサービスが現実に国民に提供される段階で、家庭医サービス、病院サービス、地方保健サービスの相互の連携が必ずしも十分ではなく、重複による資源の浪費がある一方手薄の分野が取り残されていることである。このような点について、国民保健サービス再編成法(1974年)が立法され改善に着手された。

第2に、病院や医師の供給水準が諸外国に比べ相対的に低いことである。病院は第二次世界大戦以前の老朽施設がまだ多数残っているといわれ、戦後も財政ひっ迫のため、整備計画が思うように進捗しなかったからである。医師については、養成計画の見通しを誤ったことやイギリスの医療制度に不満な医師の海外への流出によるものである。その結果、国内には常時60万人に近いウエイティングリスト、いわば待機患者を抱えており、急患の場合はもちろん別であるが、現実の診療まで通常約14週間待たされるのが現状である。

第3に、病院や医師の地域的偏在であるが、その結果、上で述べた供給水準の不足を一層増幅している。これに対しては、地域手当による医師の不足地域への誘導、過剰地域での病院新築の抑制等の諸措置を講じているが、必ずしも顕著な成果は得られていない。

なお、国民保健サービス以外の私的な診療部門として、いわゆる有料ベッドというものがある。これは、国民保健サービス下の病院でその施設の一部を利用して行われる私的診療を指すものである。その費用は完全な患者負担となるが、医師にとっては自由な市場での診療の確保、患者にとってはウエイティングリストに名を連ねることなく直接専門医による高度な診療を期待できること等各方面の意向を考慮して存在が認められているものである。現在このような有料ベッドは約4,800床あるが、1976年の法改正により、漸次廃止されることとなった。すなわち、1977年5月までに1,000床が廃止されるとともに、残りの有料ベッドについても、独立機関であるヘルスサービス委員会が方策を検討することとなった。

総論

第2章 主要国の社会保障

第1節 イギリス

3 国民保健サービスの再編成

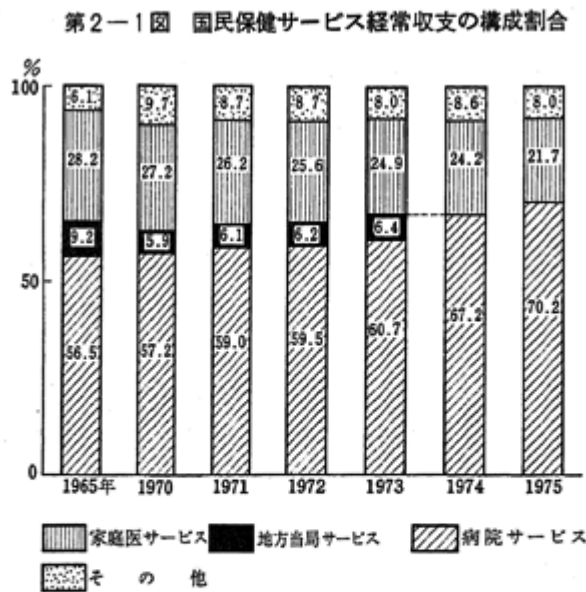
(2) 医症費の負担と動向

保健医療サービスに要する費用の約90%は租税で賄われている。歯科診療、眼鏡、処方せん費等について一部自己負担はあるが全体との比率では約3%と低い。残りは所得比例の保険料負担で国民保険の保険料と併せて徴収されている。1976年4月現在被用者男子の場合週13~95ポンドの所得について1%(被用者0.4%,事業主0.6%)となっている。

次に、国民保健サービス全体の経費の推移は、近年増高傾向にあり、国民所得に対する比率は1965年度の43%から1975年度の6.1%へと上昇している。中でも第2-1図でみられるように病院サービス経費の割合の上昇が著しいが、これは人件費の伸びによるところが大きい。ちなみに、病院サービス経費に占める人件費の割合は、近年70%にも達している。

これでも他の社会保険方式を採用している諸外国に比べれば医療費高騰のペースは緩やかである。しかし、医療サービスが本来労働集約的であること、また、今後も高齢人口の増加が見込まれることから、国民保健サービス経費のある程度の上昇は避けられない。

第2-1図 国民保健サービス経常収支の構成割合



資料:「Annual Abstract of Statistics」

UN「Yearbook of National Accounts Statistics」

(注) 1) 患者負担額を含んでいる。

2) 1974年4月の組織改革により、「地方当局サービス」は「病院サービス」に吸収された。

このような経費の増加に対処するため、近年消極、積極両面にわたる様々の方策が講じられているので、その幾つかを紹介する。

第1に、特に病院部門の予算について、全国各地域の医療ニードに即した配分を行うため、ニード把握に必要な指標の改良が進められていることである。例えば病院が地域的に偏在しているのは、前年度実績に基づく自然増といった従来の予算配分方式に問題があったためであるといわれている。これに対し、保健社会保障省は、人口(老人人口を加味)、ベッド数、診療件数の三要素からなる指標を1970年に作成し、さらにその後診療件数を使うのをやめ、死亡率を加味するなど指標の改良に努めている。これによって、限られた医療資源の下で、従来優遇されていた地域の経費を抑制、整備の遅れた地域に重点的に配分することをねらったものである。

第2は、1976年に政府が発表した「イングランドにおける保健、対人社会サービスのための優先順位の設定」にうかがわれるように、サービス相互間の連携を図り、優先順位の設定に努めていることである。この文書は、「公共支出白書(1975年度～1979年度)」によって保健、対人福祉サービス部門に割当てられた公共支出を更に具体的な施策に沿って、優先順位を付して提示したものである。その内容をみると、これまでの病院の短期疾病部門に片寄りがちであった資源配分は是正され、老人や障害者を対象とする長期疾病部門や家庭医を中心とする初期診療(プライマリー・ケア)がこれまで以上に重視されようとしている。

第3に、公共支出白書にキャッシュ・リミット制が導入され、計画策定当初の見込み以上のインフレがあっても当初算定の計画額で支出が打ち切られることとなり、その場合は節約を強いられることとなった。

第4は、既に述べた国民保健サービスの供給体制の再編成である。これによって、中央と地方の権限と責任が明確化され行政効率を発揮することができるようになることをねらうとともに、病院、家庭医、地方保健当局による各サービスについても相互調整が図られることとなった。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

1 モザイク模様の社会保障

(1) 社会保障の体系と規模

フランスの社会保障は、法制上、医療、年金給付を行う社会保険部門、労働災害・職業病部門及び家族給付部門の3部門で構成されており(狭義の社会保障)、社会福祉、公的扶助及び公衆衛生部門は別体系とされ、失業部門については、補足的制度(公的扶助及び協約制度)があるにすぎない。また、家族給付が発展し、内容を見ても「社会福祉」的給付をも行っていることは、フランスの社会保障の特徴といえることができる。

住宅給付、税制上の児童扶養控除等を含めた社会的給付の総体を示す社会予算(第2-2表)から社会保障給付費の動きの概要をみると、70年代前半は、対国民所得比で、20%程度であったものが、経済成長率がマイナスに転じた1975年には、24.6%、総額で2,700億フランにはね上るものと見込まれている。減速する経済成長と着実に上昇する社会保障のコントラストは、フランスにおいても著しい。

第2-2表 フランス社会予算の収支

収 入

	被保険者 保険料	事業主 保険料	国庫 目的税	地方	移 転	その他	収入計	保 健
一般制度	28,072.94	128,591.61	5,026.25	/	1,459.48	1,603.76	164,855.04	62,342.95
農業制度	5,481.81	3,321.52	8,382.20	/	7,876.69	1,185.80	26,249.02	7,941.41
特別制度	7,355.48	42,280.05	9,721.63	/	3,672.74	1,097.85	64,127.75	10,728.37
自営業制度	7,275.40	64.00	2,432.95	/	1,242.00	261.79	11,276.14	3,070.24
補足年金制度	12,107.14	18,941.88	4.50	/	/	2,038.66	33,092.18	/
老齢特別基金	/	/	/	/	930.81	77.43	1,008.24	/
失業制度	1,395.30	5,862.52	/	/	/	141.84	7,399.66	/
住宅制度	/	3,399.00	510.00	/	/	6.00	3,915.00	/
国	/	/	51,849.75	/	/	/	51,849.75	2,749.66
地方公共団体	/	/	/	5,330.16	/	/	5,330.16	1,978.21
計	61,668.07	202,561.58	77,927.28	5,330.16	15,181.72	6,414.13	369,102.94	88,810.84
重複分差引き	(1,024.31)	(2,559.00)	(5,679.72)	/	(15,181.72)	(53.48)	(24,498.23)	(754.29)
総計	60,653.76	200,002.58	72,247.56	5,330.16	0	6,360.65	344,604.71	88,056.55
(割合 %)	17.60	38.04	20.96	1.55	0	1.85	100.00	25.67

資料：MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES 「STATISTIQUES

予算の収支(1975年)

支 出

(単位：100万フラン)

老 齢 疾 疾	家 族	住 宅	職業訓練 失 業	労 災	天災等	移 転	保健福祉施 設・その他	支出計
38,045.49	33,244.52	4,947.00	/	11,041.23	/	9,504.24	12,825.97	171,951.50
10,383.52	4,075.98	352.82	/	1,034.73	/	396.01	1,936.54	26,192.11
45,770.38	1,950.68	8.03	146.69	2,031.07	/	454.05	1,399.20	62,458.47
6,357.44	42.44	/	/	/	/	197.80	443.65	10,111.57
26,900.72	/	/	/	/	/	/	1,196.12	28,095.84
927.87	/	/	/	/	/	/	7.67	935.54
13.19	/	/	6,588.12	/	/	22.86	30.10	6,654.27
/	/	3,936.00	/	/	/	/	/	3,936.00
7,984.54	16,346.42	5,172.43	4,409.26	38.49	10,293.77	4,738.13	117.03	51,849.75
2,491.41	789.81	/	/	/	/	/	71.73	5,330.16
138,874.65	56,449.85	14,426.28	11,144.05	14,146.02	10,293.77	15,323.09	18,088.01	367,556.61
(31.08)	(1,359.51)	(674.53)	/	/	/	(15,251.58)	(5,427.24)	(24,498.23)
138,843.58	55,090.34	13,751.75	11,144.05	14,146.02	10,293.77	71.51	11,660.77	343,058.38
40.47	16.06	4.01	3.25	4.12	3.00	3.42		100.00

& ETUDES FINANCIERES 331-332]

このような社会保障給付の内訳をみると、老齢・廃疾部門が最も高く41%、次いで、疾病・出産部門が34%となっている。家族給付部門は15%に昇っており、フランスの社会保障の特色の一つとなっている。景気の動向を反映して、失業部門が、対74年比で2倍近い伸びを示していることも注目されよう。

フランスの所得再配分状況を見ると、ジニ係数で0.417と、各国と比較しても高く(スウェーデン0.271,西ドイツ0.386),総体として社会の不平等性は高いと言える。間接税中心の租税体系と合わせ、社会保障の給付と負担の構造もその要因となっていると考えられよう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

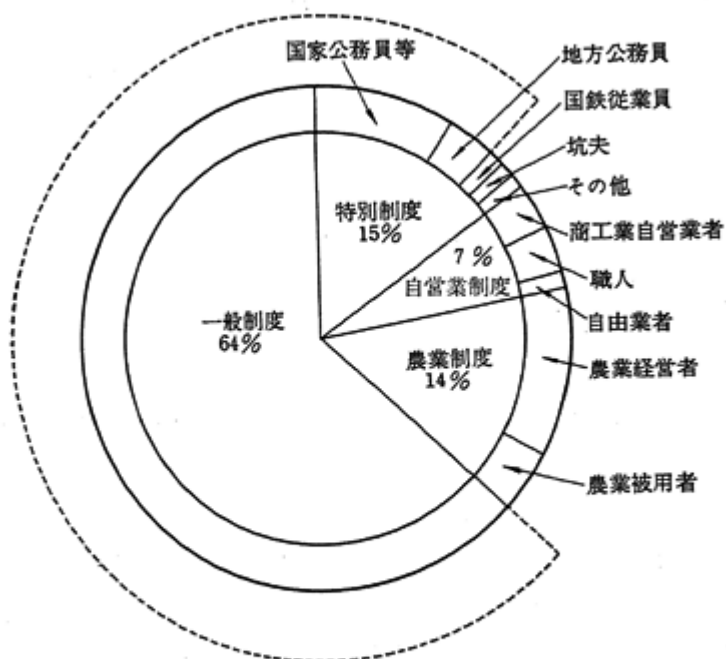
1 モザイク模様の社会保障

(2) 社会保障の制度

今日のフランスの社会保障(狭義)制度の特徴は、理念としての一元化と現実の姿としての「モザイク模様」として表される。すなわち、制度の基礎は、第二次大戦直後の諸立法によって築かれているが、その基本的理念の一つは、社会保障制度の一元化であった。ただし、農業者については、その特殊性から固有の制度を設けることとされ、ここに「一般制度」と「農業制度」が構想された。しかし、現実には、むしろ逆方向への制度の展開が見られた。すなわち、一般制度の対象となることを予定されていた自営・自由業者は、1948年に老齢保険制度を、1969年に至って疾病保険制度を発足させることにより、独自の保険集団を形成した。また、「暫定的」に存続が許されているにすぎない、公務員、国鉄従業員、船員、坑夫など職域集団を母体とする「被用者特別制度」の一般制度への統合は全く進展を見せていない。最も制度が分立している老齢保険の適用区分によれば、1975年で、民間商工業被用者を主体とする「被用者一般制度」は、被保険者総数約2,178万人の内、約1,399万人、64%をカバーしており、「被用者特別制度」、「農業制度」は、それぞれ15%、14%、「自営業制度」は7%を占めている。(第2-2図)

第2-2図 社会保障制度の適用区分

第2-2図 社会保障制度の適用区分(老齢保険制度による)
被保険者総数 21,782千人 1975年7月1日



資料:「Notes et Etudes Documentaires. 5 Féb 1976」

(注) 点線は、疾病保険一般制度(現物給付分)の、制度上の適用区分を示しているが、このほか、特別制度の一部の適用者及び学生、芸術家なども適用対象としている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

1 モザイク模様の社会保障

(3) 社会保障の費用負担

社会保障の財源構成を,1975年の社会保障(狭義)についてみると,一般制度では保険料収入が95%と極めて高くなっており,内78%は事業主負担となっている。制度全体の粗収入計でも,保険料84%,国庫補助・目的税10%と,フランスの社会保障の特徴とされる「当事者保険料主義」の現れがみられる。しかし,産業・就業構造の変動に伴い,農業経営者制度などの財政体質は弱体化しており,国庫補助の導入,制度間の財政調整などの措置がとられている。

このような社会保障の費用負担関係において注目されるものは,1970年の立法によって導入された「社会連帯拠出金」制度である。この拠出金制度は,財政基盤の弱い自営業制度の財源調達の方法として設けられたもので,年間の売上高が50万フランを超える企業から,その売上高に応じた拠出金を,自営業者の自治団体が徴収し,社会保障の財源にあてようとするもので,税とも保険料とも異なる新しい財源といえよう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

1 モザイク模様の社会保障

(4) 社会保障の動向と社会経済的諸条件

ア 1967～68年の改革と経済の動向

戦後フランスの社会保障の中核的制度である一般制度は、疾病保険の財政対策を基調とする1967～68年の改革により、大きな変貌を遂げた。疾病保険部門、老齢保険部門及び家族給付部門の財政的、組織的な分離、疾病保険における給付水準の引下げ(医療給付の一般外来診療の償還率を8割から7割5分に引き下げた。)、保険料の算定について、一部、総報酬制を導入することが、その主たる内容であった。

この時期は、同時に、経済的な停滞の時代であった。すなわち、実質経済成長率は4%台に落ち込み、鉱工業生産高、国際収支等の経済指標も、経済状況の悪化を裏付けている。前述の改革は、ド・ゴール政権が、このような状況を乗り切るためにとった、一連の経済社会政策の一環として行われたものであるとされている。

イ 制度間の財政調整と人口の動向

1975年におけるフランスの65歳以上の人口は13.3%と、我が国に比し老齢化はかなり進行している。しかし、1976～80年には、1914～18年に生れた少数世代が退職年齢に到達し、戦後のベビー・ブームによる多数世代が労働市場に登場することとなる。このような一時的な人口の若返り現象により、人口老齢化の社会保障への圧力は弱まるものの、完全雇用の達成には悪条件となり、失業問題が深刻化することが予想されている。

フランスにおける人口の社会保障に与える影響は、むしろ、産業・就業構造の変動がもたらしているものである。これは、フランスの社会保障制度が、一般制度を除いては、小規模な職域グループを母体集団としていることと密接な関係がある。すなわち、戦後の経済発展から相対的にとり残された、農業者、職人、商工業自営業者の制度及び交通、エネルギー体系の変化に伴い「斜陽」化した、国鉄、商船、鉱山などの被用者特別制度の一部においては著しい人口上の不均衡端的には被保険者数と老齢年金受給者数の不均衡が生ずるに至っている。このような産業構造の転換に伴う人口移動の結果、一般制度は相対的に有利な立場にあるとされ、それが、一般制度と他制度間の財政調整の一つの論拠とされている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

2 所得保障の現状と動向

(1) 所得保障の体系

所得保障の中心となる老齢保険制度の適用関係については前述したとおりであり、労働力人口のほとんどは、いずれかの制度に加入している。更に、老齢給付を一定水準以上にするため、無拠出制の老齢手当制度がある。また、これらの法定老齢給付のほかに、団体協約をベースとするが、半ば公的な退職年金補足制度が支給する補足年金がある。フランスの補足年金制度は、賦課方式を採っている点に特色があり、また、その加入者も、1974年末で1,600万人に昇っている。老齢保険一般制度の完全年金受給者は制度上、1960年代に入って出現するなど(現在の社会保障法の前身である社会保険法は1930年に施行されている。)制度の本格的な成熟が進んでおり、社会保障の費用の増大の主たる要因の一つとなっている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

2 所得保障の現状と動向

(2) 拠出制老齢年金(一般制度)

一般制度の完全年金は、60歳以上の者で被保険者期間が37.5年以上あるものに支給される。一般的な退職年齢である65歳のときに受給を開始した場合の給付水準は、従前給与の平均額の50%とされている。ここで注意しなければならないことは、この「給与」とは、保険料額の算定の対象となる給与で、一定の上限が設けられていることである。この上限額は、1977年には、43,320フランで、法定最低賃金の2.3倍にしかすぎず、また、1975年で、上限該当者は、35.4%に達している。したがって、上限以上の給与を受けていた者は、50%の年金を受けるとしても最低賃金をやや上回る年金しか受給できない仕組みになっている。なお、被保険者期間が37.5年未満の場合には、期間比例年金が支給される。なお、従来受給要件として所定の被保険者資格期間が必要とされていたが、1975年の法改正により、この資格期間要件が撤廃されたため、低額の年金受給者が多数生ずることとなった。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

2 所得保障の現状と動向

(3) 無拠出制の老齢手当

年金制度が未成熟だった1941年に、老齢退職労働者を対象に設けられた老齢被用者手当制度が、無拠出制の老齢手当の先駆にある。その後、農業制度、自営業制度においても同様の手当制度が設けられ、また、いずれの制度にも帰属し得ない者に対して、特別手当を支給する特別基金が1952年に設けられた。こうして、いずれの拠出制年金の受給資格もない者、受給し得てもその額が低い者について、一定の国籍、居住、所得要件などの下に、65歳から、一定水準の老齢給付が保障されることとされた。なお、この手当の額は、一般制度の老齢保険の最低保障額(被保険者期間が15年以上の場合)ともされている。更に、1956年には、国民連帯基金が設けられ、低額の拠出制年金、無拠出制手当に対する一種の加算としての追加手当が支給されることとなった。1976年1月1日現在で、老齢被用者手当の額は3,750フラン、追加手当の額は4,300フランであり、その合算額年8,050フラン(約50万円)が、フランスにおける老齢給付の最低保障水準とされている。この額は最低賃金のほぼ半分程度となっている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

2 所得保障の現状と動向

(4) 老齢保険の制度間比較

フランスの老齢保険制度が、職域グループを基盤としているため、産業・就業構造の変動を受けて、人口構成上の不均衡を見せていることは初めに述べたとおりである。退職年金受給者一人当たりの被保険者数で見ると、坑夫制度においては0.4、国鉄従業員制度においては0.6、船員制度においては0.9と、年金受給者が被保険者数を上回る事態となっている。また、農業被用者制度、商工業自営業者制度においても1.2と低く、独力で制度を運営するための財政的な基盤は著しく弱体化しているといえよう。

一方、老齢給付額(1975年7月1日現在)から給付水準を見ると、一般制度では、8,931フランであるのに対し、制度発足後日も浅く、また財政体質も弱い、農業経営者制度、自営業者(職人)制度では、それぞれ5,848フラン、5,451フランと下位にあり、制度の設立が早く既に相当成熟している被用者特別制度は、総体として、一般制度よりも高い水準にあり(例えば、国鉄従業員制度では、21,346フラン)、老齢保険制度における重層構造を見ることができよう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

3 医療保障の現状と動向

(1) 医療保障の体系

フランスの医療費保障制度は、疾病保険制度が主体であり、ほかに公的扶助制度がある。それぞれ、1974年で家計の総医療消費の69%、4%を負担している。家計負担は、27%であるが、内4~5%は、任意設立の共済組合、民間保険負担となっているとされている。疾病保険の占める割合は、1960年で48%、70年で67%と増加している。社会保障の一般化の理念に基づく適用拡大が、その主たる要因であろう。なお、疾病保険の未適用者は100万人程度(人口の1~2尾程度)と推定されており、それらの者への適用が今後の社会保障の課題の一つとなっている。

疾病保険制度の中心は一般制度であり、医療給付部門においては、被保険者総数の8割近くをカバーしている。被用者及び年金受給者がその主体である。任意加入は、事実上、他の制度に加入し得ないすべての居住者に対して開かれており、この制度を利用して公的扶助受給者も、扶助制度の保険料負担により、加入できることとされている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

3 医療保障の現状と動向

(2) 疾病保険の給付

医療費の内では、入院費が、構成割合も伸び率も最高である。これを疾病保険との関連でみると、一般制度で一般外来診療については、7割5分の償還制が採られているのに対し、入院診療については8割(長期入院については10割)給付で、しかも公的病院については、現物給付とされている。(1976年3月に更新された疾病金庫と医師団体の間の全国協約においては、私立病院での入院費も現物給付とされた。)この結果、家計の総医療消費の内、入院費についてみると、その86%は疾病保険によって負担されている。1967~68年の改革により、一般外来診療の償還率が引き下げられたことを思い起すと軽い疾病については、患者負担の強化、重い疾病については患者負担の軽減が、フランスの選択であるように思われる。

なお、自営業制度においては、一般外来診療についての償還率が5割と低い反面、国鉄従業員、坑夫制度などの被用者特別制度においては指定医療機関での診療費が10割で現物給付されるなど、疾病保険制度においても、給付水準での重層構造が見られ、社会保障の課題の一つとされる給付の均衡化の論拠の一つとされている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

3 医療保障の現状と動向

(3) 医療供給体制の動向

フランスの病院制度は、公的病院が主体であり、1974年で、総病床数81万の内、8割近くを保有している。施設数では、総数4,744の内、2,170を占めている。一方、開業医による診療所数は、47,457に昇っている。

フランスの医療供給体制において注目すべきことは、1970年末の「病院改革法」により、私立病院をも対象とする病院制度の体系化が図られていることである。すなわち、全国を地方、地区に区分した「保健地図」を策定し、病院群を系統化するとともに、設備投資を適正化するためそれぞれの地域の医療需要に応じた、施設、設備の質と量を設定し、私的病院の新增設、高度な医療機器の導入も認可制をとることにしたものである。この認可は、保険診療の認可をも兼ねるものとされている。

医学的な意味での医療の高度化については、一応、上述のような管理体制が制度化されている。しかし、第7次経済社会発展計画(1975～80年)においては、その柱の一つとして、「病院の人間化」を掲げ、大部屋の廃止、看護従事者の増員計画を立てており、もう一つの意味での医療の質の向上が図られていることは注目に値しよう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

3 医療保障の現状と動向

(4) 公的扶助制度

フランスの公的扶助制度は、1953年に体系的整備が図られ、名称も「社会扶助」と改められた。「補足性の原則」においては、我が国と同様だが、保護原因については、単なる生活困窮では不十分で、老齢、疾病、心身障害などの所定のカテゴリーに属することが必要とされている。老齢給付制度の発展により、老人扶助においては所得保障機能はほぼ失われ、種々のサービスが主たる給付となっている。制度の中心は医療扶助であり、被扶助者数は1973年末で105万人である。扶助費は、国と地方(県及び市町村)とで負担される。孤児等の要保護児童に対する援助も、公的扶助の一環として行われており、その対象者数は1973年末で59万人となっている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

4 家族給付の現状と動向

(1) 家族給付制度の展開

家族給付制度は、独特の労働慣行を基盤とする、多子家庭に対する賃金補足として発足したが、1935年以降の総人口の減少を受けて、出産関連の諸給付が設けられ、更に、第二次大戦以降、特に1970年代において「社会福祉」的な諸給付が導入されるに至り、理念的には「家庭の福祉」という一般的な概念によってのみ把握し得る社会保障の一体系を形成している。

家族給付制度においても、職域あるいは産業別の制度が設けられているが、1967年に全国家族給付金庫が設立されてからは、同金庫が、農業経営者制度を例外として、すべての制度について財政調整を行うこととされている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

4 家族給付の現状と動向

(2) 家族給付の概要

家族給付は、その内容から、生計関連給付、出産関連給付及び特別の場合の給付に大別することができる。第一の給付の主なものには、我が国の児童手当に相当するもので、通常16歳以下の児童について支給される家族手当及びこれに対する一種の加算として育児に専念する主婦に対して支給される単一賃金手当等がある。この加算を受ける婦人については、1972年の立法により、老齢期において不利益を受けることのないよう、金庫の保険料負担で老齢保険の強制適用者とされている。

第二の出産関連給付の主たるものは、産前及び産後手当である。両手当とも、産前の場合には5回、産後の場合には3回の健診を受けることを条件として支給される。

第三の特別の場合の給付は、心身障害児特別教育手当が1963年に設けられたのを先駆に、1970年代に導入されたものである。心身障害児・者手当、監護手当(有業の婦人に対する保育料の補償)、住宅手当などである。心身障害児手当を除いて、これらの給付には、いずれも所得制限が設けられており、社会保障の給付を重点的に行おうとする傾向を示すものといえることができる。また1971年の立法により、高齢者、心身障害者等のために新たな住宅手当制度が創設されているが、その支給業務は金庫が行うものの、その財源は、別途に全国住宅扶助金庫を通じて、事業主からの保険料と国の拠出に求められている。(第2-3表)

第2-3表 家族給付の主な手当

	基準額	694.5フラン (1976. 8. 1)	
	(但し単一賃金手当については 194.5フラン)		
家 族 手 当	2子家庭 22%	3子家庭 59%	4子家庭 96%
	(以降1子につき33%追加)		
単 一 賃 金 手 当	2歳未満の子がいる場合		1子家庭から 50%
	2歳未満の子がない場合		1子家庭 20%
		2子家庭	40%
		3子家庭	50%
産 前 手 当	22% (9ヵ月)		
産 後 手 当	260% (一時金, 三回払)		
心身障害児特別教育手当	50% (原則として12月)		
心 身 障 害 児 手 当	15%		

資料: J-J Dupeyroux 「Droit de la sécurité sociale 1975」等

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

4 家族給付の現状と動向

(3) 社会保障における家族給付の位置

家族給付部門の給付費の社会保障給付費に占める割合は、1972年に17.6%であったものが、75年には15.2%と、新たな給付の導入にもかかわらず、漸減の傾向にある。この現象は、疾病、老齢給付費の著増の反面ばかりでなく、1975年の給付額で、家族給付の7割を超える生計関連給付額が、対賃金、物価比でみる場合、相対的に低下しているという事実によって説明できるだろう。すなわち、1946年を100とすると、家族手当支給額(諸加算を含む。)は、2子家庭の場合には564.4であるのに対し、平均賃金は、2,268.5と著しい開きがあり、またパリ地区の物価指数では941.0である。一方、保険料額は、上限付の賃金に対するものではあるが、賃金比例で伸びるはずのものである。後述するように、このような給付と負担の不均衡によって生ずる家族給付部門の剰余は、まず疾病保険部門に、次いで老齢保険部門に対して、資金として移管され、あるいは両部門の保険料率の引上げに対応するかたちで料率引下げを行い両部門の財政危機を緩和するために活用されてきているのである。

総論

第2章 主要国の社会保障

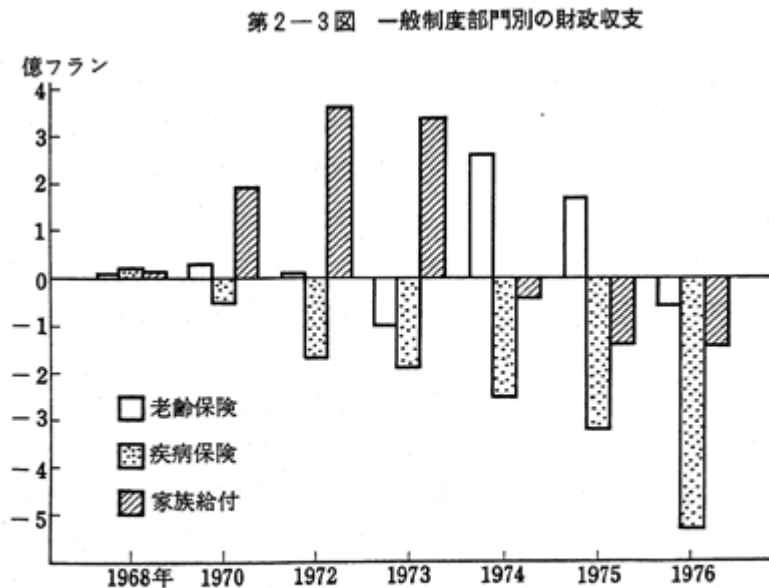
第2節 フランス

5 社会保障制度の財政と展望

(1) 社会保障(狭義)の財政

老齢,疾病部門における社会保障給付費の,これまで述べてきたような,著しい増加を受けて,社会保障の財政は,近年,慢性的な窮迫状態に陥っている。すなわち,1967~68年の改革にもかかわらず,疾病保険一般制度においては1969年から赤字基調に転じ,1973年からは,老齢保険,家族給付部門においても収支不足が見られている(第2-3図)。家族給付制度において収支不足があったことは前項で述べたような事情から一般制度全体の財政的行き詰りを示すものといえよう。当事者保険料主義を採り続ける限り,保険料率の引上げの繰返しは必至であるように見受けられる。

第2-3図 一般制度部門別の財政収支



資料：1972年までは、J-J Dupeyroux,「Droit de la sécurité sociale 1975.」73年以降は、
「Liaisons sociales, Documents No. 68/75.」

(注) 1974年以降の財政調整は含んでいない。

総論

第2章 主要国の社会保障

第2節 フランス

5 社会保障制度の財政と展望

(2) 社会保庫の展望

一般制度の財政基盤の弱体化には、外在的要因も挙げられる。すなわち、1963年には、全部門にわたって農業被用者制度と、翌64年には、年金部門で坑夫制度と、1971年、72年には疾病部門について、国鉄従業員、坑夫、パリ市地下鉄公社職員制度との間の財政調整が実施されており、一般制度の負担によるこれらの制度に対する財政援助が行われているからである。

更に、1973年以来、制度間の本格的な調整の方途が探られており、1974年12月24日の法律は、制度間の人口上の不均衡及び拠出能力の格差に由来する不公正を是正するため1975年1月1日から強制的社会保障制度間の財政調整を制度化することを定めている。この財政調整は一般制度の負担に帰すこととされているが、1977年までは、国庫から一般制度に繰り入れられる所定の額に限られることとされており、実質的には、一般制度を通じての国庫補助にすぎないといえよう。なお、1976年予算における国庫からの繰り入れ金は65億フランであり、従来からの調整費40億フランを加えると社会保障制度の純収入総計対比では4%となっている。

制度間の財政調整の完全実施期日は1978年1月1日とされているが、この日は同時に「疾病・出産、老齢、家族給付の三部門について、すべてのフランス人に共通な社会的保護システムを制度化する」(1974年法第1条)最終期日とされている。多様な展開を見せているフランスの社会保障においては新しい段階を画するものと言えよう。しかし、その内容は未だに不明確であり、財政調整問題も実施時期が延期される気配もあり、その今後の注目がされる。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

西ドイツは、その社会保障制度が我が国の制度に対して少なからぬ影響を与えてきたとともに、戦後の経済成長においても我が国と並び急速な発展を遂げてきたことなどから、その社会保障制度について関心の持たれているところである。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

1 経済・社会の動向

(1) 経済の衣更・成長の過程

第2次大戦後の西ドイツは奇跡と言われる経済復興を達成し、1960年までには西欧の主要国と並ぶ水準にまで経済回復した。

しかし、1960年代に入ると労働力需給がひっ迫し、賃金上昇が生産性の上昇を上回るなど1950年代のような大幅成長は望み得ない状況に陥り、義務的経費の増大による財政の硬直化と税収の伸びの低下とにより1966年からの財政危機を迎えることとなった。この危機に対して基本法の改正を含む一連の財政改革措置がとられ特に中期的見通しに立った財政運営を行うことにより財政バランスの回復を図ることとした。

このようにして、1970年代に入り経済状況は回復に向っていたが1973年末からのオイルショックの影響により、今日に至るまで景気停滞が続いており、高失業状態も生じている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

1 経済・社会の動向

(2) 人口・世帯構造の動向

人口構造は再度の大戦の影響などによりかなり年齢構成,男女差で不均衡な構造となっているが,総体として高齢化が進行している。1950年において既に老年人口割合が9.3%と高かったが,その後も高齢化が続き,1980年頃に高齢化の最初の頂(約15%)に達するものとみられている。

また,世帯構造については,小人数世帯の増加が進んでおり,特に単身世帯の増加が,1960年代から著しく,とくに65歳以上の者の単身世帯は1975年で全世帯の13.1%にも達していることが注目される。

人口動態面では,出生数が1960年87万人,1970年81万人,1975年60万人と近年顕著に減少しており,1972年以降死亡数を下回っている。

このような人口高齢化,世帯規模の縮小,若年人口減少等は社会保障制度の重要性を増すとともに,制度の財政運営上の困難性を増す要因となると考えられる。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

2 社会保障給付費の動向

西ドイツの社会保障制度のうち主要なものについてその支出額の推移をみると第2-4表のとおりである。大きな傾向としては、社会保険部門の増加と戦争処理等部門の減少とみられ、社会保険部門については年金保険・疾病保険制度の占める割合が大きくなっている。

第2-4表 主要制度の支出額の推移

第2-4表 主要制度の支出額の推移

(単位：億マルク、%)

	1950	1960	1965	1970	1975
社会保険	70 (50.7)	298 (65.3)	482 (59.5)	769 (63.0)	1,572 (64.4)
うち年金保険	39 (28.3)	184 (40.4)	291 (35.9)	474 (33.9)	890 (36.5)
うち疾病保険	25 (18.1)	96 (21.0)	160 (19.8)	254 (20.8)	615 (25.2)
児童手当	— (—)	9 (2.0)	28 (3.5)	28 (2.3)	144 (5.9)
戦争犠牲者 援護等	28 (20.3)	50 (11.0)	99 (12.2)	113 (9.3)	156 (6.4)
社会扶助等	11 (8.0)	20 (4.4)	39 (4.8)	70 (5.7)	190 (7.8)
公務員制度	29 (21.0)	79 (17.3)	162 (20.0)	241 (19.7)	378 (15.5)
計	138 (100.0)	456 (100.0)	810 (100.0)	1,221 (100.0)	2,440 (100.0)

資料：ÜBERSICHT ÜBER DIE SOZIALE SICHERUNG, SOZIALBERICHT

(注) ILO の社会保障給付費とは範囲が一致しない。

連邦財政における社会保障関係支出(社会保険,戦争犠牲者援護等,家族援助等)の推移をみると構成比では30%前後で安定しているが,地方の支出を合すると1950年の27.0%から1973年の18.8%へと低下してきている。1973年について,国と地方との支出割合をみると,国が6割強,地方が4割弱となっており,社会保険の公的負担分については国がほぼすべてを,家族・社会扶助等では国が3割弱,地方が7割強を支出している。

既にみたような社会保障制度の給付規模の増加傾向にもかかわらず,公共支出に占める社会保障支出の割合が安定ないし減少を示すのは,社会保障制度の中核をなす年金保険・疾病保険制度において公共支出への財源依存度が低いことによるものであろう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

3 西ドイツ社会保障の特色

西ドイツの社会保障の特色としては通常以下のような点が指摘されている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

3 西ドイツ社会保障の特色

(1) 経済発展との調和

西ドイツの社会保障は、その制度の整備と早くからの人口高齢化を背景とし戦後既に相当な規模にあり、その後も制度的に経済成長の成果を反映する仕組みも持ちつつ大きな伸びを示してきており、経済成長と社会保障の充実とが歩調を合わせつつ進行してきていると言えよう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

3 西ドイツ社会保障の特色

(2) 自助と連帯の調和

社会保障の中心である社会保険の適用について、高収入職員や自営業者に対しては近年になってようやく適用の途が開かれている。これらの者は私的努力によって生活保障が可能であると考えられたため、その自助を優先させてきたものである。しかし近年社会・経済構造の変動及び物価上昇等により、これらの者の生活・経済基盤が弱化傾向にあるために、社会保険の適用をそれぞれの必要に応じたかたちで行うこととなってきており、自助努力と社会連帯による保障との調和を図っている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

3 西ドイツ社会保障の特色

(3) 世代間扶養の定着

西ドイツの社会保障制度においては、その時点の現役就業者がその生産によってその時点の老齢者等を扶養して行く社会連帯の理念に基づく世帯間扶養の考えが貫かれている。この考え方は、社会保険制度の組織・財政が当事者間で自主的に運営されていることにも現れている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

4 年金制度の動向

西ドイツの年金制度は、1889年創設以来既に90年近い歴史を有しており、所得保障制度の中核たる地位が定着している。65歳以上の者が世帯主たる世帯についてみると、その内非就業世帯が89%を占めており、この非就業世帯の99.6%が年金等(戦争犠牲者年金を含む。)の受給者世帯であり、年金制度の果たす役割の大きいことがうかがわれる。また、年金制度(一般制度及び公務員制度のみ)の支出規模をみても、1974年において対国民所得比で13%に達しており、国民経済に占める地位も大きなものがある。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

4 年金制度の動向

(1) 適用状況

西ドイツの年金制度は当初労働者を対象として始められたが現在においては16歳以上の非就業者についても加入が認められるまでにその適用が拡大されてきている。主な適用者につきその範囲の拡大をみると次のようになる。

労働者については当初よりその収入にかかわらず適用されている。職員については、1968年からは収入にかかわらず適用されている。

自営業者については、職種によっては特別制度が設けられたり、被用者の性格の自営業者(家内工業者、芸術家、沿岸漁民等)については一般制度が適用されてきたが、その他の自営業者については1972年よりその申請に基づき一般制度が適用されることとなった。

主な制度についてその適用状況をみると、1974年において第2-5表のようになっている。被保険者総数では約2,200万人となっているのに対し、同年の就業者数(公務員を除く。)は約2,400万人となっておりほぼ皆年金体制となっているものの、自営業者において多少の未適用者が存在しているものとみられる。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

4 年金制度の動向

(2) 給付

西ドイツの年金給付についてはその特色として、既に1957年において経済の動きに対応して年金給付を算定する考え方が採用されてきたことがあげられよう。

この方式では、年金給付額は、全被保険者の平均賃金(一般算定基礎)をベースに、個々人の平均賃金の水準をポイント表示で設定し(個人算定基礎率。2.0が上限、25年以上加入者は最低保障ポイント0.75)、更に、これを加入年数に比例させて決定される。(所得保障の節を参照)賃金体系が能率給制であり、全般的な生産性の伸びが一般算定基礎に、個々人の相対的な生産性が個人算定基礎率に反映されることから生産性年金と呼ばれている。

既裁定の年金について経済の伸びを反映させる方式は、自動的に行われるものではなく、毎年社会委員会の報告に基づいて年金額の調整のための法律をもって引き上げている。社会委員会は、経済の成長、生産性の伸び、就業者一人当たり国民所得の推移及び年金保険の財政状況などを総合的に判断して引上げ率を決めることとなっている。1958年の第1回の調整以来一般算定基礎の上昇率によっているので賃金スライドと言われることがあるが必ずしも同率である必要はない。

一般算定基礎は総賃金に対応して変動する一方、総賃金の伸びは手取り賃金の伸びを上回っていることから、手取り賃金の上昇と対比すると年金調整率の方が上回る傾向があり問題があるとも言われている。

受給者状況をみると第2-5表のとおりであるが、二大制度である労働者年金及び職員年金について老齢年金の本来的受給年齢である65歳から受給している男子(男子老齢年金受給者の78%)についてその加入年数別の受給者分布、平均年金額をみると第2-6表のとおりである。

第2-5表 被保険者数及び受給者数

第2-5表 被保険者数及び受給者数(1974年)

(単位:千人)

	被保険者	受給者	うち老齢
労働者年金	12,390	7,594	3,624
職員年金	8,948	2,743	1,387
鉱山年金	303	731	304
農業者年金	715	570	350
計	22,356	11,638	5,665

資料:RENTENANPASSUNGBERICHT, STATISTISCHES JAHRBUCH

第2-6表 65歳受給開始者(男子)の内訳

第2-6表 65歳受給開始者(男子)の内訳(1976年7月)

加入年数	労働者年金		職員年金	
	受給者	構成比	受給者	構成比
15 ~ 19	101千人	7.8%	44	7.8
20 ~ 24	111	8.5	43	7.6
25 ~ 29	122	9.4	50	8.8
30 ~ 34	128	9.9	60	10.6
35 ~ 39	142	10.9	66	11.7
40 ~ 44	199	15.4	82	14.4
45 ~	493	38.0	222	39.1
計	1,296	100.0	567	100.0
	(平均加入年数 37.9年)		(平均加入年数 38.2年)	
	平均年金額(第2次産業労働者・事務職員男子平均賃金比)			
15 ~ 19	355.2マルク/月	18%	536.8	20
20 ~ 24	479.7	24	729.4	27
25 ~ 29	600.0	30	919.3	34
30 ~ 34	726.6	36	1,137.1	42
35 ~ 39	866.3	43	1,343.8	50
40 ~ 44	1,024.9	51	1,527.6	57
45 ~	1,220.6	61	1,656.5	61
計	913.6	45	1,323.7	49

資料:RENTENANPASSUNGBERICHT
STATISTISCHES JAHRBUCH

受給者分布をみると制度の成熟化が進んでおり、45年以上の加入者がほぼ4割を占めており、40年以上の加入者は5割を超えている。40年以上加入者の平均年金額は同年第2次産業の労働者及び事務職員の平均賃金に対して、労働者年金58%程度、職員年金60%程度となっている。これは平均賃金が税・社会保険料控除前であり、平均手取り額は7割程度であることを考え合わせると手取り平均賃金の8割程度の給付水準が確保されていることであり、年金制度が本来前提とする40年以上の加入者については西ドイツの年金は老後の生活を賄うに足る水準にあると考えられる。

厚生白書(昭和52年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

4 年金制度の動向

(3) 財政状況

年金制度は給付費及び運営費を主として保険料によって賄うことになっており、現在行われている国庫補助は、主に戦争に起因する年金に係る負担及び各種の期間算入措置に係る負担などを補償するものと考えられており、労働者・職員年金における国庫補助の割合は一定していないが、大きな傾向としては低下を示している。

保険料は、保険料徴収上限(1977年1月現在年額4万800マルク)内の賃金の18%であり、これを労使で折半負担するが、保険料徴収上限の1/10以下の賃金の者に係るものは全額使用者負担であり、自営業者については全額本人負担である。

財政方式については、1957年以降賦課方式で運営され、1976年7月で労働者・職員年金を合わせてその前年の年金給付費の6.5ヶ月相当の積立金しか有していない。

また財政上の特色として、労働者・職員年金間の財政調整の規定がある。この両制度は、1957年以来その給付・負担内容とも同一になっており、運営・収支は別になっているものの、内容的には同一の制度として考えることができる。他方戦後の就業構造の変化により被用者のホワイトカラー化が進んでおり、労働者年金の被保険者数が減少する一方職員年金のそれが増加しており、両者の財政基盤が相反するかたちで、この変化の影響を受けている。更に、被保険者と受給者の割合においては、1975年で労働者年金1:0.65、職員年金1:0.31であり労働者年金の財政状況は苦しいものとなっている。このような背景から両制度の財政を一体化する方式として、1969年に財政調整規定が設けられており、この規定による現実の資金交付は1974年から行われている。

労働者年金及び職員年金について、1970年から1975年の収支状況をみると、第2-7表のとおりである。まず労働者年金においては、収入中の保険料割合が78%から66%へ大きな落込みをみせており、伸び率も1.59倍で同期間の賃金上昇率を下回っており、オイルショック後の不況による失業増加の影響により保険料収入が減少したものである。また、1974年から、職員年金との財政調整が現実に行われており、それによる収入は1975年には収入の16%を占めている。

支出については、年金受給者の疾病保険への費用負担の割合が上昇しており、1975年には支出の15%(年金給付費の20%に相当)を占めている。

第2-7表 主要年金制度の収支状況

第2-7表 主要年金制度の収支状況

(単位:百万マルク)

制 度	労 働 者 年 金				職 員 年 金			
	1970	1973	1974	1975	1970	1973	1974	1975
年 度	1970	1973	1974	1975	1970	1973	1974	1975
収 入	32,842	45,996	53,072	62,901	19,135	31,443	37,555	42,526
保 険 料	25,740	37,178	40,132	41,049	16,648	27,940	31,965	36,223
国 庫 負 担	6,326	7,777	9,816	10,906	833	537	2,210	2,455
財 政 調 整	—	—	2,146	10,045	—	—	—	—
利 子 ・ 運 用 収 入	590	800	700	602	901	2,105	2,414	2,837
そ の 他	186	241	278	299	753	861	966	1,011
支 出	31,845	46,810	54,207	61,686	16,409	24,296	30,972	43,168
年 金 給 付	24,414	35,058	40,551	45,680	13,979	20,192	23,703	27,152
疾 病 保 険 負 担	3,471	6,165	7,433	9,127	1,182	2,130	2,586	3,240
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 関 係	1,364	2,098	2,305	2,583	596	1,000	1,305	1,384
管 理 運 営 費	734	1,050	1,245	1,344	325	539	733	809
財 政 調 整	—	—	—	—	—	—	2,146	10,045
そ の 他	1,862	2,439	2,673	2,952	327	435	499	538
単年度収支	997	△ 814	△ 1,135	1,215	2,726	7,147	6,583	△ 642

資料: RENTENANPASSUNGSBERICHT

次に職員年金の収支については、収入面はかなり安定的に推移しており、不況の影響も労働者年金よりはるかに少ないものとなっている。支出面では、疾病保険への負担が年金給付費に対して8.5%から、11.9%へと増加しており、財政調整支出が支出の23%に達している。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

4 年金制度の動向

(4) 収支見通し

西ドイツの年金制度は、1980年頃に年金の山(受給者数と被保険者数の割合が最高になる。)を迎えようとしているところであり、他方近年の失業増による収入低下という事態が生じていることから、今後の収支状況に関心が持たれる。賦課方式による財政運営に対応して、西ドイツの保険料率は、積立金が一定水準を下回ると予測される場合にはその水準を確保できるだけ引き上げられねばならないこととされており、制度の安定的運営の為に毎年将来15年間の収支見通しを推計している。

直近の見通しによると、近年の経験に基づき失業者増による保険料収入減を防ぐ為に失業給付受給者については失業保険会計より年金保険料を支払うこととするとともに、年金受給者の疾病保険に係る負担の年金給付費に対する割合を固定し、外部からの長期的変動を受けないようにすることにより、積立金の最低準備高を給付の1ヶ月分としても制度の安定運営が可能であり、この場合現行保険料率で年金の山を越えられるとみられている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

5 疾病保険制度の動向

西ドイツの疾病保険制度は、1883年に工場労働者を対象として始まり、適用対象の拡大と給付内容の改善を重ねて今日に至っている。1974年において西ドイツの医療費保障の状況をみると、人口の90.0%は疾病時に公的疾病保険による保障を受け、公的扶助・戦争犠牲者援護等を合わせると92.4%となっている。なお、民間保険による保障を受けるものは7.3%存在している。1968年には、公的疾病保険は86.8%、民間保険は10.0%であり、公的疾病保険の適用拡大の跡をたどることができる。また、1974年においても、約18万人(0.3%)は何らの医療費保障を受けていない。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

5 疾病保険制度の動向

(1) 適用の動向

西ドイツの疾病保険制度の適用についての特色として、その者の職種と収入に応じて取扱いが異なる点があり、主なものをみると次のようになっている。

労働者については収入にかかわらず適用される。

職員については適用上限(1977年1月現在、年額3万600マルク)以下の収入なら適用され、それを超える収入の場合は任意加入の申請をしなくてはならない。この任意加入は1971年から認められた。

自営業者については適用上限以下の収入の者について、任意加入できることになっており、これも1971年より認められた。農業者については1973年より収入にかかわらず適用となっている。

自営業者のうち適用上限を超える者について加入の途がないことは注目される。

収入による取扱いの差と並んで適用上の特色となっているものに、年金受給者及び失業給付受給者の適用がある。

年金受給者は、その年金請求のときから原則として従来属していた疾病金庫の被保険者となるが保険料を支払う必要はない。年金受給者(本人)の被保険者(本人)に占める割合は1976年において29.5%となっている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

5 疾病保険制度の動向

(2) 給付

給付としては、医療給付、現金給付及びその他(予防検診等)があるが、その中心は医療給付である。現金給付は従来傷病手当金の支出が大きかったが労働者についても職員についてと同様の賃金継続支払制度の充実が図られたことにより1971年以降急減した。

医療給付は、現物10割給付(ただし薬剤等については一部自己負担がある。)である。給付の内容については、1930年代の家族10割給付法定化、1940年代の医療給付期間制限廃止以降目だった動きはなかったが、1973年に至るまで入院につき同一疾病については三ヶ年間で52週間までに制限されていたことが注目される。

また1970年代に入って、予防給付、家政援助給付などの給付が導入されたことも新しい動きとして注目される。

西ドイツにおいても従来医療費の増大が言われてきており、特に近年その傾向が激しいと言われているが、医療費の動きを疾病保険の給付支出の内訳によってみると次のとおりである。

医療給付費全体では、1969年から1975年の6ヶ年間に2.96倍(年平均20%弱)の上昇を示している。最も大きな支出項目は、入院費であり同期間中に3.52倍(年平均23%強)の伸びを示しており、その構成割合も1975年に36.8%と医療給付費の3分1の以上を占めており、医療費増加の大きな部分を占めている。

入院費について、これを更に一般被保険者に係る部分と年金受給者に係る部分とに分けてみると、前者については3.24倍(年平均22%弱)の伸びであるのに対し後者については4.02倍(年平均26%強)の伸びとなっており、1975年には入院費の内年金受給者に係る部分が40%に達している。

また、医科診療費及び薬剤費についても、その内に占める年金受給者に係る部分が、1969年の26%、41%から1975年の30%、48%へと増加している。

このような増加傾向は、被保険者数の増加(本人1.12倍)、特に年金受給者の増加(1.24倍)、一人当たり国民所得の伸び(1.69倍)等を考慮してもなおかなり高率であり、被保険者の伸び及び賃金の上昇では吸収不可能な増加であり、保険料率(平均)は1970年の8.2%から1976年の11.3%へと大幅に上昇している。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

5 疾病保険制度の動向

(3) 財政状況

西ドイツの疾病保険は、8種類1,523疾病金庫(1974年)によって独立して運営されており、財政的にも各金庫は独立している。

疾病金庫の財政は、原則として保険料によって給付費、運営費とも賄われている。母性保護施策の一環として疾病金庫が行っている出産手当に対しては、費用補てんとして連邦支出(1件400マルク)が行われる。

保険料は、保険料徴収上限(適用上限と同じ。)までの賃金に対して課され労使折半負担する。失業給付受給者については、失業保険会計より保険料が支払われる。

保険料率は各金庫の財政基盤に応じて定められるのでばらばらになっており、1976年において金庫の種類別の平均保険料率は第2-8表のとおりである。

第2-8表 疾病金庫の種類別平均保険料率

第2-8表 疾病金庫の種類別平均保険料率 (1976年7月)

	総計	地区 疾病 金庫	農業者 疾病 金庫	企 業 金 庫	業 病 庫	同 疾 金	業 病 庫	給 疾 金	員 病 庫	鉱 疾 金	山 病 庫	補充疾病金庫	
												労働者	職員
平均保 険料率	11.3%	11.34	(定額)	10.2	11.1	10.2	12.6	11.09	11.85				
金庫数	1,523	333	19	986	168	1	1	8	7				
被保険 者数	33,435 千人	16,070	924	4,207	1,595	67	1,057	372	9,143				

資料：ÜBERSICHT ÜBER DIE SOZIALE SICHERUNG
STATISTISCHES JAHRBUCH

(注) 金庫数は1974年 被保険者は1976年8月

また、年金受給者に係る費用については、1968年より年金給付費の10.98%が年金制度より支払われることになっているが、実際はそれ以上の費用支払を受けている。しかし、それにもかかわらず、年金受給者に係る給付費の増大により、これに対して年金制度から受取る額の占める割合は低下している。

また金庫ごとに年金受給者の割合が異なるので、年金受給者を多く抱える制度は財政的により苦しい状態にある。

疾病保険全体の最近の収支状況は、1974年及び1975年において単年度収支で収入比2%前後の欠損を生じている。既にみたように疾病保険料を近年大幅に引き上げて収支均衡が図っているが、その他医療費支出の合理化の為の努力も行われており、1977年の疾病保険の費用に関する法律等により薬剤価格の合理化、医療報酬の伸びの経済成長との調和、医学的見地に立った治療及び薬剤使用の適性化等様々な対策が検討さ

厚生白書(昭和52年版)
れている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

6 社会扶助

西ドイツの社会扶助制度は、連邦法による一定の基準が設けられている他は州又は市町村によって具体的実施が行われておりその内容には地域に応じた差がある。給付としては、一般的な生計能力の欠如に対する生計扶助と、特別な困難に対する特別扶助(疾病扶助、障害者扶助、介護扶助等)がある。

生計扶助の給付費に占める割合は37%と低く、63%を特別扶助が占めている。このうち特に介護扶助(疾病又は障害により介護を必要とする者に対する給付)及び障害者扶助(障害者に対する全般的な給付)の占める割合がそれぞれ、全体の34%、15%と高い。

社会扶助の実施にあたっては、地域住民や民間団体の協力を得つつ進められる。

総論

第2章 主要国の社会保障

第3節 西ドイツ

7 児童手当

児童手当制度は、西ドイツの社会保障制度の中では比較的遅く、1955年より支給が開始された。支給対象者と支給額は第2-9表のとおりであるが、児童手当額の改定は定期的には行われてはならず、例えば、第2子については1961年から1974年12月まで25マルクに据え置かれていた。このような取扱いは、西ドイツの他のほとんどの社会保障給付が毎年給付の調整を行っていることからみると、かなり特殊な取扱いと言えよう。

第2-9表 児童手当の推移

第2-9表 児童手当の推移

(単位：マルク)

	第1子	第2子	第3子以降
支給対象となったとき	1975年1月	1961年4月	1955年1月
手当月額(1975年1月)	50	70	120

資料：ÜBERSICHT ÜBER DIE SOZIALE SICHERUNG

1975年からは、これまで別立てであった公務員の児童への給付も児童手当制度に吸収するとともに、すべての児童に対し扶養者の収入を問わずに児童手当を支給することとした。これに伴い税制上の児童控除が廃止されて、児童扶養負担の均衡化は一元的に児童手当を通じて行われることになった。

最後に、以上みてきたように西ドイツの社会保障制度は既にその適用及び給付に関する整備はほぼ出そろったところであり、現在は経済基調の変化に対する財政方式の整備及び医療費上昇の合理化等の方策を行っている段階であり、その成果如何に現在迎えている不況と高齢化の同時進行を安定的に乗り越えるか否かがかかっておりその動向が注目されるところである。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

1 高価な高福祉国家

(1) 高福祉国家を可能にしたもの

スウェーデンは、一般に、高福祉国家の典型とされている。政府予算においても、社会保障は最重点事項の一つとして取り扱われており、1977年度予算案でみると、予算総額1,250億クローナ(対前年度比7.5%増)に対し、労働・住宅関係予算を含めた社会保障関連費は、459億クローナと36.7%を占め、対前年度比で、10.7%の伸びを示している。この内、社会保障(スウェーデンの用語では「社会福祉」)予算は348億クローナで、全体の27.8%を占め、対前年度比では、12.2%の伸びを見せている。

スウェーデン経済においては、政府部門の比重が大きいことが特徴である。政府消費支出と個人消費支出を比較すると、1974年で、後者は前者の2.25倍にすぎず、我が国の5.29倍、フランスの4.70倍などに比し、個人消費支出の比率は低い。また、消費支出の平均伸び率をみても、政府消費支出のそれの方が大きく、政府部門の比重がさらに高まっている。政府の財政規模(政府消費・投資支出に政府から個人への移転を加えたもの)でみても、1974年では、対GDP比で43.3%であり、同年の我が国が24.7%、イギリスが34.4%であることと比較すると、かなり大きなものとなっているといえよう(第2-10表)。政府活動を行う人員の数をみても、全就業者の約4分の1に昇っている。

第2-10表 各国の政府支出及び個人消費支出

第2-10表 各国の政府支出及び個人消費支出 (1974年)

	日 本 (10億円)	イギリス (100万ポンド)	フ ラ ンス (10億フラン)	西ドイツ (10億マルク)	スウェーデン (100万クローナ)
政府消費支出	13,198	16,607	168	196	58,681
政府投資支出	11,977	2,401	39	40	8,228
政府から個人への移転	7,529	8,771	232	142	41,012
政府支出計 (対GDP比%)	32,704 (24.7)	27,779 (34.4)	439 (34.2)	378 (37.9)	107,721 (43.3)
個人消費支出	69,846	51,363	789	533	132,074

資料：OECD「National Accounts of OECD Countries 1975.」

日本は、経済企画庁「国民所得統計年報 昭和52年」

このように広汎な政府部門の活動を支えるため、租税、社会保険料負担も極めて高く、1974年では、対国民所得比で57.7%となっており、高福祉国家は反面で高負担国家であるということができよう。

一方、1人当たり国民所得は、1974年に、アメリカを抜くなど、世界でも高水準にあり、これを背景にしながら、高い負担をすることによって、高福祉国家を支える道を選択したということができよう。

厚生白書(昭和52年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

1 高価な高福祉国家

(2) 社会保障における中央と地方

スウェーデンの社会保障制度の特徴の一つは、地方の果たす役割が大きいことである。地方制度は、23の県(Lan)と277の自治体(Kommun)から構成されている。

医療、年金などの社会保険は国が、公的医療サービスは県と3つの大都市が、社会福祉サービスについては自治体の実施の主体となっている。政府消費支出における、地方と国の比率は、1974年で、全体では2対1であるのに対し、保健関連支出においては、25対1と地方の比重は圧倒的に高くなっている。

保健医療サービスは、伝統的に県の職務とされ、1862年に県会(Landsting)が設けられて以来、現在に至るまで病院経営は、教育などと並ぶ主要な任務とされている。スウェーデン医療における県の役割は、近年においても拡大を続けており、1963年には、保健地区ごとに設けられている診療所に配置される地域医療担当官が国から移管され、更に1967年には精神衛生医療に関しても国から責任を引き継ぐこととされている。医療サービスの費用は、主に県の地方税によって賄われているが、近年の医療サービスの費用の大幅な増大を受けて、1968年での対国民所得比5.5%から、1974年の7.5%まで増加しており、国民の租税負担増の一因となっている。なお、県の財政においては、医療費支出の占める割合が高く、1974年では全体の67%に達している。自治体は、公的扶助、老人ホームの運営などの社会福祉サービスを行っているが、給付の内容、水準は自治体によって異なっている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

1 高価な高福祉国家

(3) 社会保障給付の動向

1974年の社会保障関係支出は、総額で585億クローナ(中央管理費を除く。),対国民所得比で30%となっている。1964年には、総額で124億クローナ,対国民所得比では15%であり,その伸びは極めて大きい。1974年で,目的別に支出の内訳をみると,疾病が最高で42%,老齢・廃疾がこれに次いで35%,家庭・児童が17%となっている。この順位には1964年以降をみても変動がない。制度別に内訳をみると,年金制度の支出が最大で30%を占め,次いで,保健・医療・助産サービスが21%,医療保険制度(及びこれと並ぶ扶助)が17%となっている。また児童手当制度は5%を支出している。公的扶助制度は1%を担っているにすぎない(第2-11表)。

第2-11表 社会保障関係支出

第2-11表 社会保障関係支出(1974年)

(単位:100万クローナ)

支出項目	支出総額 (管理費を含む)	費用負担					基金からの支出 (純)	基金への 移転
		国	地方公共団体	事業主	被保険者	合計		
I 疾病	24,301	6,625	10,758	3,642	3,332	24,356	128	183
医療保険及び同様の扶助	9,901	3,439	—	3,403	3,114	9,956	128	183
一般医療サービス	12,217	2,555	9,662	—	—	12,217	—	—
その他	2,183	631	1,096	239	218	2,183	—	—
II 労働災害と労働者保護	396	50	—	271	1	322	78	4
労働災害保険	357	11	—	271	1	283	78	4
労働安全	38	38	—	—	—	38	—	—
III 失業	2,628	2,211	—	238	226	2,674	60	107
失業保険及び給付	807	390	—	238	226	854	60	107
その他	1,821	1,821	—	—	—	1,821	—	—
IV 老齢・廃疾・その他	20,322	9,218	3,469	9,121	4,064	25,872	4,798	10,347
国民年金	13,758	8,677	1,332	—	*3,678	13,687	71	—
国民付加年金	3,887	—	—	9,121	386	9,507	4,727	10,347
その他	2,678	541	2,137	—	—	2,678	—	—
V 家庭・児童	9,731	5,820	2,970	1,051	41	9,883	128	280
一般児童手当(家賃援助を含む)	4,532	4,218	315	—	—	4,532	—	—
父母保険	946	142	—	804	—	946	—	—
保育所等	1,646	392	1,253	—	—	1,646	—	—
その他	2,607	1,068	1,402	247	41	2,759	128	280
VI 一般扶助	607	97	510	—	—	607	—	—
VII 犯罪	500	500	—	—	—	500	—	—
VIII 軍務・戦争補償	24	24	—	—	—	24	—	—
計 I ~ VIII	58,508	24,544	17,706	14,323	7,665	64,238	5,192	10,921
中央管理費	344	344	—	—	—	344	—	—
総計	58,853	24,888	17,706	14,323	7,665	64,582	5,192	10,921

資料:「The cost and financing of the social services in Sweden 1974.」

(注) 1. *印は、被用者のために拠出した使用者負担分も含まれている。

2. 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

1 高価な高福祉国家

(4) 公的サービスの役割

スウェーデンの国民性の特徴のひとつは、私的な連帯が希薄なことで、血縁的な相互扶助が少ないことはもちろん、地縁的な交流も少なく、日常生活上の交流や福祉の分野におけるボランティア活動はほとんどないといわれている。したがって核家族ゆえに生ずる家庭内のニード、例えば主婦の病気の際の家事手伝い等についてただちに公的サービスに依存する傾向にある。婦人の就労率の高いことがこの傾向をさらに助長しているが、スウェーデンの国民は、私的な協力よりは、「租税と公的サービス」を中心としたシステムを選択しているようである。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

2 所得保障の体系と動向

(1) 年金制度の体系

公的年金制度は、1946年に実施された国民年金(Allman Folkspension,AFP)を基礎にしている。国民年金の給付は均一給付であり、全国民に一定額の最低水準の年金を保障するもので、この基礎年金の上に、所得比例年金を支給する国民付加年金(Allman Tillaggs pension,ATP)制度が、1960年から実施されている。同制度の実施に伴い、従前の私的年金制度について、制度の内容統一化と公的年金との給付の調整が行われた。私的年金制度は、その後、法的拘束力を持つ全国的な団体協約に基づくものに発展し、信用保険制度が設けられるなど、制度の内容も充実をみせている。

これらの各年金制度は、整合性をもって組み立てられており、まず全国民が国民年金に加入し、うち被用者及び自営業者等の就業者が国民付加年金に、更にその被用者の大部分が団体協約年金の適用を受けることとされている。また、給付及び拠出の算定の基礎となる所得についても、国民年金は基本額(1976年12月現在で10,700クローナ)を、国民付加年金は基礎額を超えその7.5倍までを、団体協約年金は主として7.5倍を超える一定限度までを対象としている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

2 所得保障の体系と動向

(2) 年金制度の動向

1976年7月1日以降,国民年金及び国民付加年金の受給開始年齢は67歳から65歳に引き下げられた。これに伴い退職と年金の受給開始の関係を弾力的なものにするため,いくつかの措置がとられたことは注目される。すなわち,第一には,受給開始年齢の幅が63~70歳であったのに対し,改正後には60歳~70歳に拡大された。年金額が繰上げについては減額,繰下げについては増額されることは,改正前と同様である。なお,年金の半分について繰上げ,繰下げができることとされている。第二には,第三の公的年金制度として,在職年金制度が新設されたことである。この年金は,一定の条件の下に,60歳以上65歳未満の被用者で,パートタイム雇用に転じたものについて支給される。支給額は,従前所得との差の65%である。これらの一連の措置は,就業状態から退職状態までの期間をどのように過ごし,どのように移行するかの問題の解決を個人の選択に委ねたものといえよう。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

2 所得保障の体系と動向

(3) 年金給付の現状と動向

国民年金における給付の種類は、老齢、廃疾、遺族の三種である。老齢年金の給付率は単身者で基本額の95%、夫婦で155%とされている。更に、付加年金制度の発足が近年であったことから、付加年金の支給資格がない場合、あっても額が小さい場合には、年金補足手当の支給があり、年金額の「底上げ」が行われている。1976年7月で、単身者の場合には、基本額の25%、夫婦では50%であり、1976年12月現在の老齢年金の最低水準は、単身者で12,840クローナ、夫婦で21,935クローナとなる。なお、補足手当の給付率は、段階的に引き上げられ、1981年7月には、単身者で45%、夫婦で90%とすることと予定されている。

国民付加年金の給付の種類は、国民年金のそれと同様である。老齢年金を満額支給するためには、30年の拠出期間があることが要件とされているが、制度の成熟化を早めるため、1896年以降1914年までに出生した者については20年の拠出期間で足りることとされている。年金給付の対象となる所得は、基本額相当分については、国民年金からの給付があるため、基本額を超えて、その7.5倍までの所得とされ、基本額を1とする点数で表示される。完全年金は、拠出期間中、最も高い所得を得ていた15年間の平均年金点数に、給付時の基本額を乗じたものの60%とされている。基本額は、物価にスライドしているため、付加年金額も、同様にスライドすることとなる。拠出期間が30年(1914年以前に生れた者については20年)に満たない者については、期間に比例して年金額が減額される。

上記の二つの公的年金に、団体協約年金を加える場合、制度的には、最終所得の70%の年金が支給されることになる。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

2 所得保障の体系と動向

(4) 年金の財政

国民年金の財政は賦課方式が採られており、国及び地方の負担と、事業主、自営業者の拠出のみによって賄われている。拠出率は、1975年で500クローナから、基本額が7.5倍までの所得の4.2%であったが、76年からは、上限が撤廃された上、6.2%、77年からは8.3%と年々負担は増加している。

国民付加年金の財政は事業主、自営業者の拠出のみからなっている。拠出率は、発足時の3%から1977年の11.75%に上昇している。国民年金における事業主、自営業者の負担増と合わせて、スウェーデンの社会保障の財政における保険料の比重は高まっている。

付加年金制度の発足は、1960年と遅いことから、制度の成熟までには、かなりの歳月を必要とする。そのため、財政収支を見ると収入が大幅に支出を超過しており、毎年巨額の積立金が生じており、1976年度末の積立累積額は1,017億クローナに達している。この積立金の投資先は、76年度末で、国15%、地方9%、住宅建設42%、産業34%となっており、社会資本の整備に大きな役割を果たしているといえよう(第2-12表)。スウェーデンの公的貯蓄は、1974年で総貯蓄の41.0%に達しており、我が国の28.6%、フランスの34.8%、西ドイツの29.4%に比してかなり高いが、その内、積立金の占める割合は34.8%で、西ドイツの13.8%などに比べ相当に高いといえよう。

第2-12表 国民年金保険基金の投資の推移

第2-12表 国民年金保険基金の投資の推移

(単位：百万クローナ)

投資先	1965	1970	1972	1974	1975	1976
政府証券	979	3,320	6,135	9,520	12,027	15,049
地方自治体	1,695	3,978	5,301	6,422	7,153	8,450
住宅信用	4,208	18,420	26,074	34,078	37,650	41,642
一般企業	2,669	9,352	13,900	18,899	22,114	26,078
農業	401	1,358	1,830	2,363	2,586	2,979
電力事業	425	1,695	2,547	3,969	4,528	4,839
海外	64	136	131	165	161	156
銀行預金	2	1	1	0	0	2
計	10,443	38,260	55,919	75,416	86,219	99,195

資料：「Statistisk årsbok för Sverige 1976.」

1976年については「The Swedish National Pension Insurance Fund Report for the Year 1976.」

積立金の運用を行っている国民年金基金は、2000年までの収支見直しを行っているが、それによれば、1977年の拠出率11.75%を据え置くとしても、積立金は今後も増加が続くものとされている。65歳以上の人口の対総人口比が、1975年で14.9%と高く、ピークを迎える1990年でも16.1%、2000年には逆に14.5%に下ると予測されており、人口の老齢化による年金財政への圧力は小さし・といえよう。

第三の公的年金である在職年金の財源は、すべて事業主の拠出に求められており、拠出率は所得の0.25%とされている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

2 所得保障の体系と動向

(5) 児童手当その他の所得保障

スウェーデンの児童手当は、1948年に導入された制度であり、その際、租税における児童扶養控除は廃止されている。児童手当は、16歳未満の国内に居住するすべての児童について支給され、支給額は1977年9月現在、年額1,800クローナとされている。なお、児童手当の費用は国庫で負担される。

年金、児童手当制度のほか、スウェーデンの主たる所得保障としては、各国と同様、失業保険制度、業務災害保険制度による休業補償給付がある。医療保険制度からも、傷病手当金等の現金給付がある。なお、公的扶助の果たす役割は、公的年金、公的医療サービス、その他の社会福祉施策の充実により小さなものになっている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

3 医療保障の体系と動向

(1) 医療保障の体系

医療保障の体系は、入院診療については、公費負担の医療サービス方式が採られており、医療保険の給付は、主として外来診療及び現金給付である。病院のほとんどは公的病院であり、初めに述べたように県によって運営されており、また医師についてもその9割以上が公共の医療施設の勤務医であり、公営医療の形態に近い。医療サービスの末端にある基本単位は診療所であり、診療機能別に病院との連携関係が設定されている。診療所、病院、訪問看護、ナースィングホームは一元的に地区医療サービス担当官が管理しており、県レベルには、中央本部が置かれ、その長が県の保健医療行政を総括している。地区及び県には、それぞれ地区医療サービス委員会及び医療サービス評議会が設けられ、医療サービスについての一般的な責任を負っており、それぞれの委員は県会によって、任命されることとされている。スウェーデンの医療供給体制を病床数で見ると、人口10万人当たりの一般病床数は、1973年で723であり、6年前に比して13.5%増となっているが、なお待機患者が多く、数か月にわたって待機することが珍しくないといわれている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

3 医療保障の体系と動向

(2) 医療給付の動向

医療保険は、1955年以降、16歳以上の全住民に強制適用されている。入院診療は、前述したように公的医療サービスによっており、原則として患者の自己負担はないが、医療保険制度は、公立病棟の料金相当額(現在20クローナ)を負担する。通院診療については、公定料金の75%を償還する方式がとられてきたが、1970年のいわゆる「7クローナの改革」により、公的医療機関における診療費の支払いは、定額の一部負担(現在15クローナ)のほかは現物給付とされ、また、開業医の診療についても1975年から同様の方式(ただし、一部負担額は25クローナ)が導入された。通院診療時の患者負担を軽くすることにより、入院部門に対する需要を減じようとする考え方によるものであろう。ストックホルム県の場合、一般病院の標準的な診療費は、診療所のその約3倍に昇っている。薬剤は1969年から保険給付の対象とされたが、一部薬剤を除いて、20クローナを限度とする一部負担がある。なお、1971年には公営企業の設立により薬局の再編成がなされ、製薬会社から独占的に医薬品を購入している。また歯科診療は1974年から保険給付の対象とされ、1,000クローナまでは50%の負担それを超える部分については25%の負担となっている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

3 医療保障の体系と動向

(3) 現金給付の動向

医療給付以外の医療保険給付は、傷病手当金及び父母保険(Parent's insurance)給付に区分される。後者は更に各国の出産手当金と趣旨は同様であるが、父親にも受給資格がある点で異なる父母手当金(Parent's allowance)と、病気の10歳未満の子(初産)の介護にあたる父又は母、及び妻の出産時に、他の10歳未満の乳幼児の世話をする夫に支給される看護手当金に区分される。いずれも、広い意味での、傷病、出産に伴う労働不能による所得補償を目的としているが、夫婦がともに有償職業従事者の場合には、父も出産関連の手当を受給することとされている点は、各国に類例がない。1970年において、経済活動人口340万人の内120万人、35%が婦人で占められており、内70万人が夫と同居している既婚婦人であるという統計にも示されているような、高水準の婦人の就労状況が背景にあると言えよう。

いずれの手当金の給付率も従前所得の90%とされている。1974年から、支給対象所得の上限が定額(当時39,000クローナ)から、基本額の7.5倍(当時60,750クローナ)と制度的にも実額でも引き上げられている。1974年における、医療保険制度の給付費に占める現金給付費の割合は68%にも達している。また、父母手当金の支給期間は、1976年から従前の180日から210日に延長されている。なお、看護手当金の支給期間は、1977年1月から、従前の10日から、家庭内の子の数に応じ12日~18日に延長された。

総論

第2章 主要国の社会保障

第4節 スウェーデン

3 医療保障の体系と動向

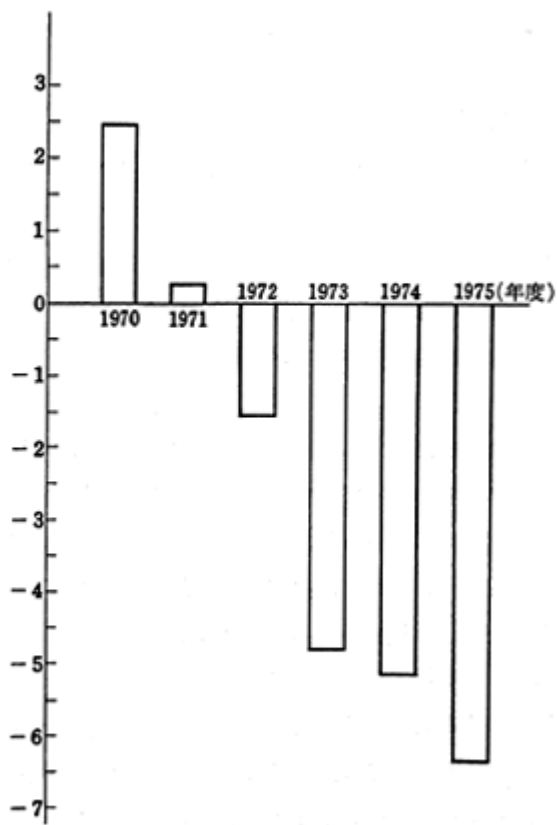
(4) 医療保険の財政

医療保険の財源は、事業主、自営業者からの拠出及び国の補助からなっている。1976年で拠出率は、事業主については支払給与の、自営業者については所得の8%である。1974年の財政で見ると、収入計117億クローナの内、事業主の拠出は38%、自営業者の拠出は28%、国の補助は33%となっている。医療保険の財政は、しかし、堅実に推移しており、1974年には1.6億クローナの剰余が生じており、準備金の累積積立額も1974年には12億クローナに達している。

オイルショック以降の世界的な不況は、スウェーデン経済にも影を落している。スウェーデンにおいては、失業率の上昇というよりは、1973年度以降の大幅な国の財政収支の悪化に現れている(第2-4図)。このような状況において、1976年の政権交代があり、その要因の一つとして「高福祉高負担」路線に対する批判があるとの見方も一部にはある。しかし、国民の間に福祉政策に関する基本的な対立は見られず、現政権においても児童手当の増額、父母手当の支給期間の延長など福祉施策の推進が図られており、「高福祉高負担」路線の変更を予測すべき要素は見られないようである。

第2-4図 国の財政収支の推移

第2-4図 国の財政収支の推移(經常予算)
(単位:10億クローナ)



資料: Statistisk årsbok för Sverige 1976.

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

1 社会保障の背景

他の欧米諸国との比較でみて、イタリアの社会保障はいくつかの困難な背景を抱えている。経済面では1人当たり国民所得は1975年で2,980ドル(日本は4,311ドル)とかなり低く、また慢性的インフレと国際収支の赤字によりリラはすう勢的に低落傾向にある。更に国内における北部と南部とでは経済水準に大きな格差がみられ、人口の地域間移動も激しく、社会保障の基盤は安定性を欠いている。

このような諸困難を抱えつつも、イタリアの社会保障制度はこれまでいくつかの大胆な制度的改革を試みてきた。その結果、社会保障給付費は国民所得よりも高い伸びを示し、国民所得比でみて、1960年の13.7%から1971年には20.5%へと上昇した。しかしながら、現実の社会保障給付のレベルは例えば年金水準にみられるように目標とする水準からはほど遠く、また同時に制度的には財政的にもいくつかの問題点を内包している。

特にこれまでは財政上の赤字を必要の都度事業主負担の増や国庫による埋め合わせという方法で処理してきたが経済情勢の悪化の中で今後このような調整手段を講じることは極めて厳しくなっている状況にある。

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

2 制度の概要

イタリアの社会保障は、事業主負担を主とする社会保険とこの社会保険の適用がなく保護を要する状態にある生活困窮者のための公的扶助の2つを中心に構成されている。

社会保険制度は障害・老齢・遺族年金制度、一般疾病・出産(現物)及び結核・出産(現金)に関する疾病保険制度、失業給付、労働災害補償制度及び家族手当の複合体である。このような社会保障制度は、イギリスのベバリッジ・プランに匹敵する「国民経済労働審議会」の「社会保障の改革に関する意見と提言」(1963年)に沿って幾多の改革を経て現在に至っているが、現在の社会保障水準はこの「提言」の目標からほど遠くなお再編成の過程にあるといえる。その目標とするところは、例えば給付水準については、1)年金給付はあらゆる場合について賃金の95%に相当するものとする。2)無料かつ完全な医療を全人口に提供する。3)疾病、出産、労災における手当は平均賃金の100%とし、失業手当は90%とする。4)家族手当及び遺族給付は成人被扶養者につき平均賃金の30%、未成年被扶養者につき15%とするという5つの基準である。制度の財政方式については、例えば、年金制度については、すべての国民に対する基礎的年金部分については全額国庫支出によって賄い、付加的部分については当事者の所得に比例した保険料収入によって賄い、不足する部分については必要の都度国庫補助を行うこととしている。医療については直接国庫負担によって賄うこととしている。運営組織については、現在の分立する制度を統合化し、年金、失業、家族手当を一括して担当する機関、労災保険を管轄する機関、医療保健サービスを担当する機関の3つの機関に再編成することを目標としている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

3 年金制度

(1) 制度と対象者

年金制度は一般の被用労働者を対象とする一般制度のほか農民,手工業者等を対象とする独立労働者制度,電気・ガス・運輸業等に従事する被用者を対象とする特別被用者制度,公務員制度,自由業制度,その他の職域別制度の6つの制度からなり,それぞれの制度は更にいくつかの基金から構成されている。最初の3つの制度についてはイタリア最大の保険機関である全国社会保険協会(INPS)が管掌している。他の制度はそれぞれ別個の機関が運営している。1974年現在の加入者は約2,160万人であり,そのうち民間一般被用者が1,205万人,民間特別被用者が64万人,民間自営業者・独立農民等が573万人,公務員が287万人,その他加入者が29万人となっており,1966年の商業自営業者を対象とした制度の創設以降国民皆年金を実現している。なお,無拠出年金として1969年に「社会年金」が発足し,拠出制年金を受けられない65歳以上の老人に所得制限のもとに支給されている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

3 年金制度

(2) 一般制度の概要

老齢年金は15年以上の拠出期間を有する者が男60歳(女55歳)に達した場合に支給される。なお,35年以上の拠出期間を有する者は年齢要件を問わず老齢年金を受給できる。

年金額は「過去10年間のうち最高3年の平均賃金 \times 2.0% \times 拠出年数」とされ(1976年以降),30年拠出で60%となる。ただし,この計算式によって算出した年金額が最低保障水準に満たない場合には,最低保障額が支給される。この水準は,1976年現在で月当たり66,950リラ(23,855円)であるが,その一部(12,000リラ)は国が財源を全額負担する「社会基金」を通じて支給される。

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

3 年金制度

(3) 年金水準と受給者の分布

前述のように年金給付の水準は他の欧米諸国のそれと比較した場合、制度の仕組みとしてはかなり高い水準が保障されているといえよう。しかしながら、現実の年金水準は制度の未成熟という理由により、完全年金の場合の水準(40年拠出の場合平均賃金の80%)の半分以下である。第2-13表に示すように、老齢年金の場合、受給者1人当たり平均月額、約57,608リラ(25,882円,1974年)である。これは平均賃金の約25%強であり、他の欧米諸国のそれに比してかなり低い。すなわち、第2-14表から明らかなように、老齢年金の場合には受給者の約55%(障害年金の場合には78%,遺族年金の場合には82%)が最低保障水準にあり、月額80,000リラ以上の受給者は5%足らずである。また最低年金額は平均年金額の7~6割を確保する水準に設定されていることから明らかなように、年金水準の増大はほとんどこの最低保障水準の引上げに負ってきた(第2-15表)。しかしながら、その財源のかなりの部分を国庫に求めているため、給付水準の改善は国の財政事情を反映することになり、近年その改善が賃金水準の上昇に大きく遅れをとっていることがうかがわれる(第2-16表)。またこのことが平均年金額にも直接影響し、平均賃金に対する比率は、1969年の30%から1974年には25%にまで低下している。

第2-13表 年金の平均水準と受給者数

第2-13表 年金の平均水準と受給者数

(1974年)

	老 齢 年 金	障 害 年 金	遺 族 年 金
年金の平均額(月額)	57,608リラ	49,258リラ	42,133リラ
()内は賃金に対する比率である	(25.1%)	(21.4%)	(18.3%)
受 給 者	5,016千人	4,602千人	1,961千人

資料：Istituto Centrale Di Statistico 「Annuario Statistico Italiano」

第2-14表 種類別年金額別受給者の分布

第2-14表 種類別年金別受給者の分布

(1970年)

年金額(月額, リラ)	老 齢 年 金	障 害 年 金	遺 族 年 金
23,000~25,000 (最低保障水準)	54.9 %	77.71%	81.60%
25,000~40,000	21.28	14.03	14.04
40,000~60,000	14.14	5.25	27.8
60,000~80,000	5.43	1.06	0.59
80,000以上	4.27	1.68	0.29
合 計	100.0	100.0	100.0

資料: INPS 「Rendiconti dell' Anno 1970」

第2-15表 老齢年金額の推移

第2-15表 老齢年金額の推移

	老齢年金平均額(月額)		最低保障額対平均額
1966年	24,133 リラ	(28.2%)	—
1969	30,283	(30.4)	82.6%
1972	39,050	(26.1)	81.9
1973	45,625	(24.9)	—
1974	57,608	(25.1)	74.4

資料: ISTAT 「Annuario Statistico Italiano」

(注) () 内は平均賃金に対する比率である。

第2-16表 年金最低保障額の推移(月額)

第2-16表 年金最低保障額の推移(月額)

	最低保障年金額(一般制度)		社 会 年 金
	65 歳 未 満	65 歳 以 上	
1965. 1. 1	15,000 リラ (18.4%)	19,500 リラ (24.0%)	
1968. 1. 1	18,000 リラ (19.0%)	21,900 リラ (23.1%)	
1969. 1. 1	23,000 リラ (23.1%)	25,000 リラ (25.1%)	12,000 リラ (12.0%)
1972. 1. 1	30,000 リラ (20.0%)	32,000 リラ (21.3%)	18,000 リラ (12.0%)
1974. 1. 1	42,950 リラ (18.7%)		25,850 リラ (11.3%)
1976. 1. 1	66,950 リラ		46,800 リラ

資料: 最低保障年金額及び社会年金は厚生省企画室調べ、平均賃金は ISTAT 「Annuario Di Statistiche Del Lavoro」

(注) () 内は平均賃金に対する比率である。

なお年金受給者の分布の特徴として障害年金受給者が全体の3分の1を超えている点をあげることができる。この理由は障害年金受給要件である廃疾認定基準が緩やかに運用されていること及び受給資格期間が老齢年金の場合は最低15年であるのに対して、障害年金の場合には5年と短く、老齢年金の受給資格期間を満たさない退職者は障害年金を受給するという事情にもよる。

社会年金は、我が国の福祉年金に相当する制度であるが、拠出制年金の受給権を持たない男子65歳、女子60歳以上の者に所得制限つきで全額国庫から支給される。支給額は月額46,800リラ(16,675円,1976年)である。

スライド制については各暦年末に生計費が2%以上上昇した場合,年金額も自動的に引き上げられる仕組みとなっている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

3 年金制度

(4) 費用負担と財政状況

年金の財源は拠出制年金の「社会基金」を通じて支給される最低保障部分および社会年金については国庫負担であるが、他は原則として保険料収入によって賄うこととなっている。(ただし後述するように現実には、各制度ごとに、特に農民等の独立労働者制度に対してはかなりの国庫補助が行われている。)

保険料は一般制度の場合賃金の23.77%(対象となる賞金に上限はない)、このうち、事業主が16.62%、被用者が7.15%(以上1976年現在)を拠出しており、事業主の負担割合が本人の2倍強である。全国社会保険協会の経営する主要な制度についてその財政状況を第2-17表によってみると、次のようになっている。各制度ともほぼ財政収支は赤字となっており同協会全体で5,615億リラに達している。制度別にみれば農民年金制度、手工業者制度、商業者制度においては国庫補助の割合が大きくなっている。収支バランスである赤字は最終的には国庫負担として一般会計からの繰り入れで賄われるのでこの額を国庫負担の中を含めると、一般制度の場合には、国庫負担が収入総額の約4分の1を占め、保険料収入が4分の3を占めている。一方、農民年金等3つの独立労働者制度は収入のほとんどを国庫負担で賄うことによって収支バランスを保っている。

第2-17表 全国社会保険協会の財政収支状況

第2-17表 全国社会保険協会の財政収支状況 (1973年)

(単位: 10億リラ)

	一般制度	農民年金制度	手工業者制度	商業者制度	その他	合計
保険料	3,768.9	12.0	24.9	24.8	2,408.8	6,239.4
国庫負担	498.2	521.8	77.9	67.9	881.1	2,046.9
その他収入	130.7	8.1	2.6	1.9	242.8	386.1
収入合計	4,397.8	541.9	105.4	94.6	3,532.7	8,672.4
給付費	4,881.5	879.5	156.3	138.8	2,000.6	8,056.7
管理費	151.4	36.2	10.2	9.4	94.1	301.3
その他支出	113.4	30.5	6.8	8.4	716.8	875.9
支出合計	5,146.3	946.2	173.3	156.6	2,811.5	9,233.9
差額	△ 748.5	△ 404.3	△ 667.9	△ 62.0	721.2	△ 561.5

資料: 厚生省年金局調べ

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

4 医療保険制度

(1) 制度の運営と対豪者

1975年現在、保険加入者は約5,300万人に昇り総人口の95%をカバーし、ほぼ皆保険を実現している。国内には21の独立した各種健康保険組合がある。健康保険組合の中で最大のものは半官半民の公的性格をもつ全国疾病保険公社(INAM)で約3,100万人(総人口の55%)の商工業被用者を対象とし、イタリア医療保険制度の中心的位置を占めている。

一般疾病保険制度とは別に結核保険及び労災・職業病制度があり、前者は全国社会保険協会(INPS)によって管理運営されている。また後者は全国労働保険公社(INAIL)によって管理運営されている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

4 医療保険制度

(2) 一般制度の保険給付

医療の現物給付は協定医又は協定病院によって行われ、その支給期間は最高で年間180日とかなり制限されている。

給付方式は現物方式と償還方式が患者の選択として併用となっているが、後者の場合には被保険者の一部負担が生じる。傷病手当金の支給は原則として筋肉労働者に限定され、その支給期間は180日となっている。

なおイタリアではかつて第1次大戦後結核が国民の健康に重大な影響を与えるという事態が生じたこともあり、結核だけを対象とする社会保険制度が一般疾病保険制度から独立して設けられている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

4 医療保険制度

(3) 一般制度における費用負担とその財政

保険料は労使双方の負担を原則としているが、事業主負担が極めて高いのが特徴である。1976年で被保険者は賃金の0.3%、事業主は職種によりかなり異なっているが、平均でみて賃金の15.97%となっている。

医療保険の支出総額は1960年から74年までに年平均19.3%の伸びを示したが、この伸びは同じ期間のGNPの成長率(11.6%)を大幅に上回っている(第2-18表)。支出項目のうち特に伸び率が顕著な費用は病院関係費用(23.9%)と現金給付(22.0%)であるがとくに病院費用については支出合計に占める構成比でみて1960年の25%から1974年には43%に上昇し、医療保険支出の増大に最も寄与している。一方、拠出額は同じ期間で17.3%の伸びであり、その結果1960年以降財政収支は慢性的に赤字となっており、1974年では8,400億リラ、収入合計に対する比率で28.0%にも達している。以上のような健康保険の慢性的赤字問題を抜本的に改める新しい制度を模索している段階にある。

第2-18表 全国疾病保険公社の財政

第2-18表 全国疾病保険公社の財政

(単位：10億リラ)

	1960年	1965年	1970年	1974年	1960年～1973年 平均伸び率(%)
拠出	300.8 [93.9]	708.2 [93.7]	1,369.7 [94.4]	2,807.4 [94.2]	7.3
その他収入	19.5 [6.1]	47.7 [6.3]	80.6 [5.6]	171.6 [5.8]	16.8
収入合計	320.3 [100.0]	755.9 [100.0]	1,450.3 [100.0]	2,979.0 [100.0]	17.3
現金給付	35.0 [10.9]	110.6 [13.4]	195.9 [11.1]	564.2 [14.8]	22.0
医療給付	258.8 [80.2]	667.6 [79.3]	1,443.4 [81.9]	2,891.9 [75.8]	18.8
一般医療費	55.7 [17.3]	135.4 [16.1]	272.9 [15.5]	389.2 [10.2]	14.9
薬剤費	93.8 [29.1]	229.4 [27.3]	391.9 [22.2]	613.8 [16.1]	14.4
病院費	81.5 [25.3]	234.7 [27.9]	640.7 [36.3]	1,640.1 [43.0]	23.9
支出合計	322.5 [100.0]	841.2 [100.0]	1,764.8 [100.0]	3,814.3 [100.0]	19.3
収支差額 (対収入合計比率)	△ 2.2 (△ 0.7%)	△ 85.3 (△ 11.3%)	△ 314.5 (△ 21.7%)	△ 835.3 (△ 28.0%)	

資料：INAM「Annuario Statistico」

(注)〔〕内は構成比

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第2章 主要国の社会保障

第5節 イタリア

5 今後の動向と問題点

(1) イタリアの社会保障制度は今後解決を要する多くの問題を内包している。その第1は制度の分立による制度間の財政上のアンバランスの問題である。イタリアにおいてはフランスや西ドイツあるいはアメリカにおいて見られるような制度間の財政調整措置はとられておらず、財政上の赤字は必要の都度国庫負担により補てんされてきた。このような財政上の措置は政府の財政を圧迫し、経済状況の悪化と相まって、最近のイタリアの財政状況は年々収支差を拡大している(第2-19表)。

第2-19表 中央政府の財政バランス

第2-19表 中央政府の財政バランス (単位: 10億リラ)

	歳入	歳出	収支バランス	収支バランス / 国民総生産
1965年	5,543	5,067	476	1.3%
1970	10,369	10,464	▲ 95	▲ 0.2
1973	14,644	16,979	▲ 2,335	▲ 2.8
1975	26,556	36,874	▲ 10,318	▲ 9.1

資料: 日本銀行「国際比較統計」

(2) 第2は人口構造の高齢化と費用負担の関係についてである。社会保障の背景の節で見たように老年人口比率は1975年の11.8%から2000年には14.7%に上昇すると見込まれる。このような人口構造の高齢化は「提言」の目標水準への移行に伴う給付改善と相まって社会保障給付費の増大に見合う費用負担の増大は避けられない現象である。

(3) 第3は保険料の事業主負担についてである。上で述べた年金及び医療保険の保険料負担に家族手当、労災及び失業保険の保険料(それぞれ6.5%、3.9%及び1.31%であり、全額事業主負担である。)を加えた社会保険負担は賃金比で約52%に及んでいるが、そのうち被用者は7%強を負担しているにすぎず、残りの40%強は事業主が負担している。

このような労使の負担割合は社会保険方式をとっている他の主要先進国ではみられないイタリアに顕著な現象である。このようにこれまでは社会保障の費用負担を事業主及び国庫負担に求め制度改善を行って来たが、それが困難にぶつかり、今後増大する費用負担の主体をどこに求めるかという難問に直面している。

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

1 増大する社会保障の役割

(1) アメリカの社会保障の特徴と規模

アメリカの社会保障において特徴的なことは、医療部門の整備が遅く、しかも、今日に至るまで、全国民を対象とする医療保障制度が実現をみていないこととされている。

しかし、社会保障の規模は着実に増大しており、1977年度の連邦予算でみると、社会保障関係費(所得保障喪及び保健費)は、43.5%に昇り、その最大の支出項目となっている。また、社会保障給付費でも、1974年度においては、総額で1,540億ドルに昇り、対国民所得比でも14%と、相当の水準に達しており、その伸びは、国民所得の伸びを上回っている(1971~74年の平均で、13.4%及び9.8%)。このような給付費の内訳を目的別にみると、制度のあり方を反映して、医療については23.8%と低く、年金が52.4%を占めている。

社会保障給付の規模を決定する主な要因である人口構造についてみると、アメリカの65歳以上の高齢者の総人口に占める割合は10.4%となっており、我が国と西欧諸国の中間に位置しており、比較的若い国といえよう。人口の老齢化は、今後も続くと思込まれているが、1990年頃を境に、逆に、人口の「若返り」がみられ、21世紀初頭には、我が国を含む先進諸国の中では、最も若い国になるものと見通されている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

1 増大する社会保障の役割

(2) 社会保障の体系と動向

アメリカの社会保障の基礎は、1929年末に始まった大不況を収束すべく、ルーズベルト大統領が展開したニューディール政策の一環として1935年に制定された「社会保障法(Social Security Act)」によって置かれている。当初の主な対象事故は、老齢と失業のみであったが(労働災害補償制度は、別途に20世紀初めから普及をみている。),第二次大戦後に著しい発展を見せている。

現行の制度の体系をみると、まず、連邦政府が行う社会保険制度である、「老齢・遺族・障害・健康保険」(OASDHI Old-Age, Survivors, Disability, and Health Insurance)があり、年金と健康保険が一つの制度にまとめられている。更に公的扶助の一部である「補足的所得保障」(SSI Supplemental Security Income for the Aged, Blind and Disabled)制度も連邦が直轄している。その他の公的扶助、社会福祉サービス、保健サービス及び失業保険、労働災害保険については、連邦の関与の程度に違いはあれ、一般に、州政府の事業として行われている。なお、以上は一般制度であり、鉄道従業者、公務員、復員軍人については、特別制度が設けられている場合もある。

一般の社会保険における健康保険は、老齢者についてのみ給付が行われるもので、その導入も1965年と比較的新しい。全国民を対象とする医療保障制度については、戦後、今日に至るまで、様々な国民健康保険構想として打ち出されてきてはいるものの、未だその実現の見通しは立っていない。一方、このような公的制度の空白を埋めるように、営利、非営利の民間団体・保険会社による多種多様なプログラムが発展している。

総論

第2章 主要国の社会保障

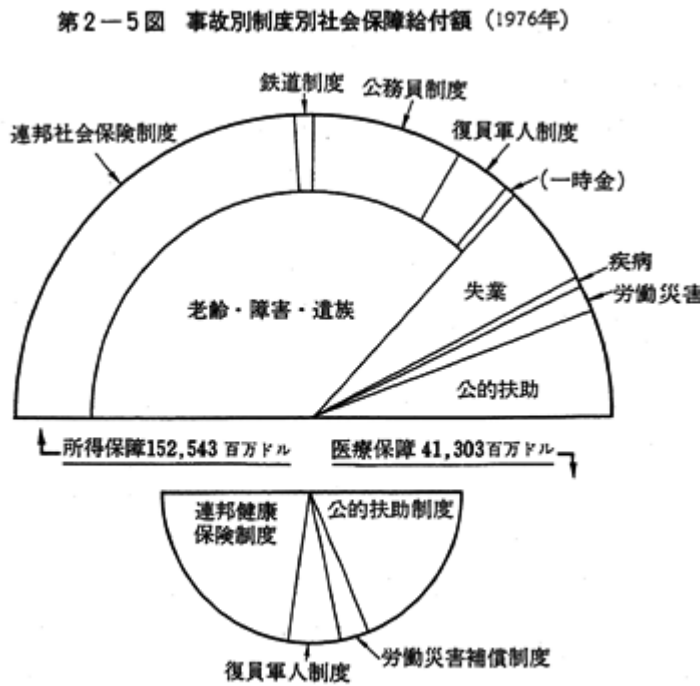
第6節 アメリカ

2 所得保障の体系と動向

(1) 所得保障の体系

所得保障の中心は、老齢・障害・遺族給付であり、1976年で給付額は、1,130億ドル、所得保障費に占める割合も74%となっている。公的扶助がこれに次ぎ、11%を占めている(第2-5図)。

第2-5図 事故別制度別社会保障給付額

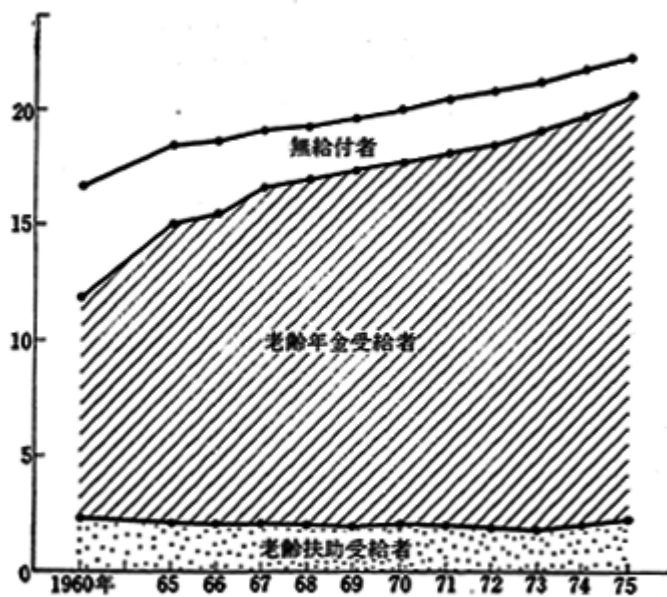


退職年金制度の適用をみると、1975年12月で総数8,170万人、労働力人口比で86%であり、無償の家族労働者、失業者を除くと、適用率は94%に達している。適用者内訳は、連邦社会保険制度が7,570万人、鉄道退職制度が50万人、公務員退職制度が550万人となっており、連邦社会保険制度の比重が大きい。なお、同制度の適用者の内、6,930万人は被用者であり、640万人は自営業者である。

65歳以上の高齢者1,000人中の連邦社会保険制度の現金給付受給者は、1950年には164人であったのに対し、1975年には892人に達しており、同制度が高齢者の生活に与える影響は極めて大きいといえよう。更に、連邦の行う老人扶助受給者を加えると、1950年には366人、1975年には922人であり、公的所得保障制度は充実したものとなっている(第2-6図)。

第2-6図 65歳以上人口に占める年金、公的扶助受給者数

第2-6圖 65歳以上人口に占める年金、公的扶助受給者数
単位：100万人



資料：「Social Security Bulletin May 1977」及び「同 Annual Statistical Supplement 1975」

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

2 所得保障の体系と動向

(2) 連邦社会保険制度の老齢給付

連邦社会保険制度の老齢給付は、被保険者が65歳に達した時に支給されるが、支給開始年齢は、1973年から、段階的に弾力化され、62歳からの減額繰上げ支給、72歳までの増額繰下げ支給も認められている。受給要件としては、ほかに被保険者資格期間要件があり、21歳に達した年の翌年(1951年に21歳を超えている者については同年)から、62歳までの間の4分の1、すなわち、10年間(40四半期)社会保障税を納入していることが必要とされている。

なお、1951年に21歳を超えている者については、同年から62歳までの期間を対象とすることとし、制度の成熟を早めている。

また、数次にわたる適用拡大、受給要件の緩和によってもなお、受給権を得られない72歳の老齢者については、1966年の改正により、特別給付金が支給されることとされている。制度が発足した1966年には、約75万人の受給者が発生したが、1976年には、わずかに3,400人が発生したのみである。受給額は、1976年6月現在で、74.10ドル、夫婦で111.20ドルとされている。

老齢給付の額は、加入可能期間である40年間に得た賃金の高い方からとった35年分の累積額を35で除して得た平均賃金に比例して算定される。支給率は、平均賃金の額に応じて定められ、賃金が低い程、支給率は高くされ、低所得者には有利な仕組みが採られている。1976年12月の平均給付月額は、退職者本人が224.86ドル、配偶者は114.13ドルであり、夫婦計で339ドル(年額で4,068ドル)となっている。

標準的な都市における老人夫婦の家計費は、1976年8月の調査によれば、高水準の生活をするためには、年額で9,598ドル、中水準では6,465ドル、低水準では4,501ドルとなっている。また、非農業世帯の「貧困線」は、世帯主が65歳以上の2人世帯の場合、1976年では3,440ドルとされている。平均年金額は、「貧困線」と低水準の生計費の中間をやや上回る程度であり、私的年金の広汎な普及の背景となっているといえよう。

なお、1975年以降年金支給額については、物価スライド制が導入されており、また、給付額の算定の基礎となる平均賃金の上限(この上限は、社会保障税の対象となる所得の上限ともされている。)については、1974年以降、賃金スライド制が導入されている。

総論

第2章 主要国の社会保障

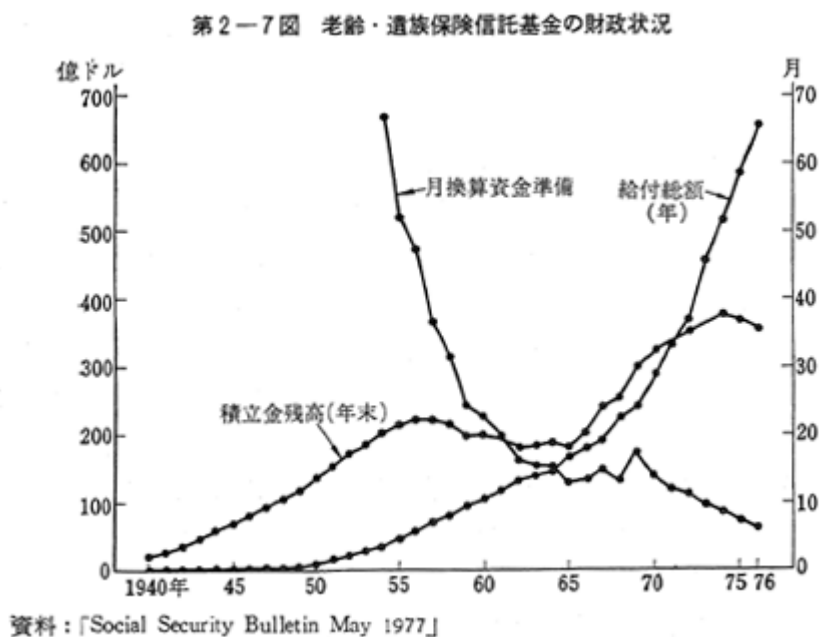
第6節 アメリカ

2 所得保障の体系と動向

(3) 連邦社会保険制度(年金部門)の財政

制度の成熟化の進行,高水準にある失業による社会保障税収の伸び悩みなどに伴い,老齢・遺族保険の財政悪化は深刻な問題となっている。第二次大戦直後の1945年末に,同年の給付総額対比で26年分あった積立金累積額は,1976年末現在では,約6ヶ月分に減少しており(第2-7図),予定されている社会保障税率の引上げを織り込んで,積立金は1982年から84年の間に枯渇するものと見通されている。障害保険の財政状況は更に厳しく,1979年には,積立金は使い尽されると見通されている。このような事態を受けて年金信託基金運営委員会は,新たな追加財源の導入又は給付水準の引下げ,あるいはその両者が必要とされるとの見通しのもとに,財政状況の改善計画の開発に高い優先度を与えるべきであると提言している。

第2-7図 老齢・遺族保険信託基金の財政状況



なお,連邦社会保険制度と鉄道従業員制度の間には,1954年以来,財政交流制度が設けられているが,当初の数年を除き,連邦制度からの移転が続いており,1976年で年金部門の支出総額の約2%に達している。

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

2 所得保障の体系と動向

(4) 公的扶助による所得保障

公的扶助は、長く州政府の事業として運営され、連邦政府は、これに補助金を交付するだけであった。しかし、1972年の社会保障法の改正により、老人扶助、盲人扶助、障害者扶助が連邦の直轄事業とされている。この制度は、1974年1月から実施され、1975年12月の受給者数は431万人、総人口比で2%となっている。また、現金給付の平均支給月額、同月で114.39ドルであり、うち老齢の単身者については97.15ドル、夫婦では127.81ドルとなっている。なお、老人扶助受給者の81%は単身者である。

連邦の所得保障制度の対象外の生活困窮者は、州による公的扶助(Public Assistance, PA)の対象とされる。主な扶助としては、母子家庭等に対する児童扶養家庭扶助(Aid to Families with Dependent Children, AFDC)と、その他の生活困窮者に対する一般扶助(General Assistance, GA)がある。公的扶助については連邦政府から平均30%程度の補助があるが、後者については、全額、州政府の負担とされている。児童扶養家庭扶助を受ける家庭数は、1975年12月で約360万、家庭当たり支給月額は229.70ドルとなっている。なお、同扶助を受ける家庭は、自動的に食料切符(Food Stamps 食料割引券)を購入する資格を与えられる。

このようにアメリカの扶助は、老人世帯、母子世帯等の世帯類型が受給要件とされ、一般世帯については扶助が行われないのが特徴である。このような方式が、母子世帯を装って受給するようなケースをもたらすことも指摘されている。

総論

第2章 主要国の社会保障

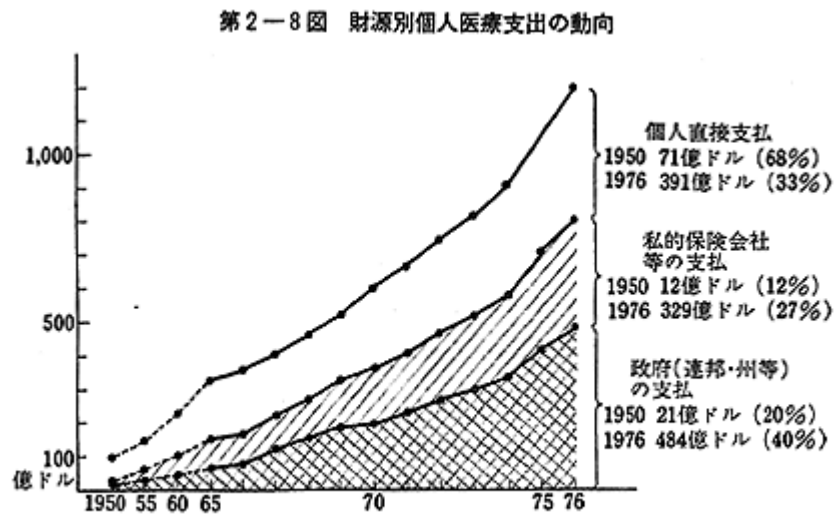
第6節 アメリカ

3 医療保障の体系と動向

(1) 医症費とその負担の動向

1976年度の国民医療支出総額は、1,400億ドル、国民総生産対比で8.6%に達している。個人医療支出(直接個人に供給された医療サービス及び物資の費用)総額でも、同年度には、1,200億ドルに達しており、対前年度比で14%の伸びを見せている。この内60%は私的に負担され、連邦及び州は40%を負担している。また、支払方式別に見ると、個人による直接支払が32%、公私の保険等を通じたの間接支払が68%であり、また入院医療については、91%が間接支払方式によっている。なお、間接支払の内、60%は連邦・州政府負担であり、38%は民間保険負担となっている。これを過去にさかのぼってみると、公的負担は、1950年には20%程度であったが高齢者健康保険制度(メディケア Medi-care)及び医療扶助制度(メディケイド Medicaid)が本格的に機能を開始した。1967年には30%に達し、その後、着実にシェアを伸ばして、1976年の40%に至っており、公的な医療保障制度が、アメリカの国民生活において果たす役割も増大を続けているといえよう(第2-8図)。

第2-8図 財源別個人医費支出の動向



資料:「Social Security Bulletin April 1977」

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

3 医療保障の体系と動向

(2) 健康保険制度の動向

公的制度による、画人医療支出負担は、1976年度で、484億ドルとなっている。制度の中で重要なものは、前述したメディケア及びメディケイド制度である。

メディケアは、連邦社会保険制度の一部を構成する健康保険制度で、65歳以上の高齢者(及び障害者)に対して給付を行うものである。強制加入の入院保険と任意加入の補足的医療保険(Supplementary Medical Insurance, SMI)に区分される。入院保険の給付は、連続する60日間の「給付期間」(benefit period)中の疾病に関し、90日間支給される。給付期間の概念は再入院の際に重要なものである。支給期間には、このほか、生涯につき60日の準備支給日がある。入院給付には、一部負担制が設けられている。なお、入院給付は、収容費、検査費、薬剤費などをカバーしているが、医師の診療費は含んでいない。診療費については、補足的医療保険から給付があるが、給付率は80%とされている。同保険の加入率は適用対象者数の96%に達している。

入院保険の拠出は、社会保障税として、他の社会保険制度の拠出と併せて徴収される。保険財政は堅調に推移しており、1977年の入院保険信託基金の運営委員会報告でも、今後5年間の財政運営については楽観的である。しかし、今後25年の長期見通しでは、現在定められている拠出率では、大幅な収支不足が生じ、1980年代後半には、支払準備金は、枯渇するものと予想されている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

3 医療保障の体系と動向

(3) 医療扶助制度

メディケイド制度は、公的扶助の医療扶助を担当しており、州の事業とされ、その事業費について連邦からの補助金が交付される。法定の扶助対象者は、老人扶助、盲人扶助、永久障害者扶助及び児童扶養家庭扶助の支給対象者とされている。しかし、州は、任意に、医療費を支払ったとすれば生活困窮に陥っている者についても適用を拡大することも認められている。すなわち、州は家庭の状況に応じて一定の資産保有基準を定め、この基準を超える資産について必要とされる医療費との関係においての相対的な資力調査を行う仕組みをとることとされている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

3 医療保障の体系と動向

(4) 民間健康保険の動向

アメリカの個人医療支出の相当な部分が、民間の健康保険の負担によっていることは前述した。1974年で、入院診療については1,630万人、軍人を除く一般人口比で78%に昇っている。全体の加入者の内、55%は民間保険会社に、40%は一種の共済である非営利の団体(ブルークロス又はブルーシールド)に加入しており、残りの5%は、地域、職域別のプラン、あるいは医師のグループが設けたプランなど、個別のプランに参加している。

私的医療保障において注目されるのは、1973年に法制化された健康維持組織(Health Maintenance Organization, HMO)である。この制度の特徴は費用の前払いによる団体一括請負方式を採っていることで、組織数では、1975年4月現在181、加入者数でも1964~73年の期間では年率6.9%の伸びを見せており、1974年の加入者数は、入院診療で500万人、外科サービスで580万人に達している。請負方式を採っているため、予防、早期発見、入院の効率化等に効果があるといわれている。

総論

第2章 主要国の社会保障

第6節 アメリカ

3 医療保障の体系と動向

(5) 医療供給体制の動向

アメリカの医療従事者総数は、1973年で440万人であり、その半数は看護関係職員であるとされている。医師数は、1950年23万人(医師1人当たり人口672人)であったものが、1973年には38万人(同562人)に増加し、その傾向は今後も続くと思われる。医師数の増加の一つの要因は、外国籍の医師の流入で、1963年に11.2%であったものが、1973年には19.5%に上昇している。医師の内、専門医の比重は増大しており、1973年には、医師総数の内78.5%が専門医となっており、入院費の上昇の一因であるとされている。医療従事者中で最大のグループを形成している看護婦の就業者数は、1950年に14万人であったものが、1974年には49万人となり、医師数の上昇率を上回っている。なお、1972年において登録されている看護婦のほぼ3割は就業していない。

1973年現在で、軍人を除く人口千人に対し、連邦立を除く一般病院の病床数は4.3である。ヒル・バートン計画が実施に移された1948年には、この比率は3.4だったものである。当時はまた、病床の州間の偏在が著しく、最低の州で2病床、最高で6病床と3倍の開きがあった。ヒル・バートン計画が実施されてからの30年近い期間に、同計画に沿って120億ドルが病院の建設と近代化のために支出された(内30%程度は連邦政府の支出)。地域格差は小さくなっている。また、当時、最低水準にあったミシシッピ州、ジョージア州などは、現在ではおおむね平均的な病床数を備えている。近年の投資の重点は病院建設から近代化に移されている。なお、総病床数の動向をみると、人口千対比で、1946年の10.3床から7.3床に減少しているが、これは、精神病床、結核病床及び連邦立の病院病床の減少によるものである。1973年現在で、病床の所有関係を見ると、政府所有48%(州38.5%、連邦9.5%)、非営利団体所有46.4%(教会13.3%、その他33.1%)、一般民間所有5.6%という構成になっている。なお、病院病床数が減少しているのに対し、ナーシングホームの病床は、メディケア、メディケイドの給付対象に含められたこともあって、1963年の57万床から1973年の133万床に、2.3倍の増加を見ていることが注目される。

これまで見てきたように、アメリカの社会保障は、所得保障を中心に発展してきたが、医療保障においても公的制度の役割は高まっており、アメリカの経済・社会・財政に与える社会保障の影響は無視し得ないものになっている。カーター大統領は、選挙公約に、国民健康保険制度の創設を盛り込んでおり、また、就任後、年金制度の財政強化策も提案している。更に公的扶助制度については、制度の再編合理化、雇用志向型への転換、家庭機能の重視を骨子とする抜本的な改革案を示している。これらの構想が、どのようなかたちで具体化されるかはわからないが、いずれにせよ、社会保障は今後も国の政策体系の内で大きな位置を占めるものと考えられよう。