

包括的社会保障制度へ向けて

(フランス)

フランスの社会保障制度は1978年1月2日の二つの法律(Loi N° 78-2 「社会保障の普及化に関する法律」; Loi N° 78-4 「牧師, 修道会員および地域住民に対する疾病, 出産, 廃疾, 老齢保険に関する法律」)により, 包括的な制度へ向かって, さらに大きく前進した。

これ以前, 疾病に関していえば, 1945年に全人口の53%, 55年—75%, 60年—75.9%, 70年—95%をカバーした制度は1975年末には98%をカバーする点にまで至っている。今回の立法は残る2%の者を, 理念的側面からと同時に個別具体的な側面からカバーすることを目指して行われた。しかし, それはある意味では問題点を残したままの新立法でもあった。

ところで, フランスにおける包括的社会保障制度への構想は78年法によって, 初めてあらわれたのではなく, 30年以上も前から主張されてきたことなのである。すなわち, 1945年の2つのオルドナンス(「社会保障組織に関する大統領令」, Ord. N° 45-2250 du 4 oct.; 「商工業被用者に適用される社会保険制度に関する大統領令」, Ord. N° 45-2454 du 19 oct.)および1946年の「社会保障制度の一般化に関する法律」(Loi N° 46-1146 du 22 mai)を中心として, 全国民的規模での社会保障制度は構想されていたのである。

また, 視点を変え, 疾病に対する制度の拡大化という点から把えるならば, その起源は, さらにさかのぼることができる。それは1978年の立法に至るまで四つの型を通して拡大してきたといえる。(1)自治的な制度の確立:これは年代的には, 国鉄, パリ市地下鉄公社等における制度から, 次第に一般制度, 農業被用者制度へと拡大する。(2)これらの制度への接合:これは①学生,

芸術家等を一般制度へ接合する, ②会社管理者, 時間給ジャーナリスト等への制度の適用拡大, ③寡婦, 失業者等への拡大という方法をとる。(3)社会扶助(l'aide sociale)の適用をうけている者を, サービス給付を移動させる際に社会保障へ移す:これは成人の障害者, 孤立した両親の手当等について行われる。(4)1967年の一般制度, 農業被用者制度, あるいは独立自営業者の制度による疾病保険制度への任意加入による拡大, である。

以上の四類型を通して拡大, 展開してきた制度が適用の対象とする者は以下のような三つの型に分類することも可能である。(1)活動人口に入る者, (2)非活動人口に入る多くの者(子供, 老齢者, 寡婦, 離婚者等), (3)1967年のオルドナンスによる任意加入者である。

概論すれば, 四つの類型を通して拡大, 展開した制度による, 三つに類型化される適用者の範囲から落ちた者に対しての制度を用意することを目指したものが今回の立法であるということになる。その点を具体的な数字でみてみよう。

(1)今回の立法以前において, 強制的制度により給付を受けずに残されていた者。

①職業能力のない者 約100万人

そのうちわけは

② 55才以下の女性 41万人

③ 非活動の母親の子供 11万人

④ 非活動の男性 30万人

⑤ 貧困者への特別手当を受けている者 17.5万人

⑥ 制度の適用範囲内にいるが, 法定の受給要件を満たしていない者 12万人

⑦ 自営労働者 3,500人

⑧ 牧師および修道会員(彼らは聖マーチン相互扶助会を作っている) 12万人

(2)以上の者が今回の立法以前において具体的にいかなる保護を受けてい

たか。

- ①任意加入保険による者 53万人
- ②一般医療扶助, 病院医療扶助による者 33万人
- ③公的保護を受けていない者(その一部分の者は私的相互保険によっている) 40万人

ところで, これらの者への制度もスムーズに成立したのではなく, 二つの方向からの反対の動きがあった。それは(1)現行制度の普及という方法とは別に, 落ちこぼれた者への特別制度を作る考え方, (2)逆に, 職種等のグループごとの制度を放棄し, フランスに居住していることを要件とする制度を作るべきだとする考え方, であった。

次に, 今回の立法に至るまでの制度的経緯を概観し, 立法を検討してみる。

1946年法(Loi N° 46-1146 du 22 mai 1946)はその第1条で「全フランス人に対して, フランスに居住していることを要件として適用される」社会保障制度を構想した。以降, その具体的実現は延期されており, 行われてきたのは「種々の制度」(Régimes divers)の設立等による拡大であった。そのような状態に1つの制度的変化をもたらしたものが1974年の「全フランス人共通の社会的保護に関する法律」(Loi N° 74-1094, 24 déc. 1974)および1975年の「社会保障の普及化に関する法律」(Loi N° 75-575, 4 juill. 1975)であった。すなわち, 74年法はその第1条において「全フランス人共通の社会的保護の制度は, おそくとも1978年1月1日までに, 疾病保険, 老令, 家族手当の三分野で達成される……」とし, これをうけて78年法が成立したのである。

78年法(N° 78-2)に出会うまでの「社会保障法典」(Décr, N° 56-1279, 10 déc. 1956)は「社会保障の組織は労働者およびその家族を稼働能力を減退または喪失せしめるあらゆる性質のリスクに対して保障する。この組織は, 同様に出産および家族の負担をカバーする……」(第1条)とし, その中心的法主体を労働者およびその家族としていた。他方, それ以外の者はリ

スクの普遍性等を通して統合してゆくという論理性の下に社会保障制度は拡大してきた。いわば46年の包括的制制度構想宣言が個々の制度の設立, 統合という形で実現されてきた。しかし, 78年の改正(Loi N° 78-2)により, 従来の規定に「社会保障の組織は全国民の連帯(Solidarité)の原理に基き作られる」という規定が新たに加えられ, また, 従前の法主体「労働者およびその家族」に加えて, 「その他の人々およびその家族」が新たに加わり, 「フランスに居住していることを要件として」カバーされることとなり, それは主に私保険を強制保険に結合させるという方法によるとされた(改正法, 第1条, 第2条)。ここに至って, 包括的構想が「社会保障法典」の条文中にようやく持ち込まれた。

他方, もう一つの新立法(Loi N° 78-4)は牧師, 修道会メンバー, 地域住民を対象とするものである。その制度的位置は, 「社会保障法典」の第六編(「種々の制度」)の第八部(613条の16以下)として編入されること(Loi N° 78-4, 2条以下)からも理解しうであろう。

1946年以降の包括的社会保障制度への構想が78年法により, 「社会保障法典」の第1条に姿をあらわした。しかし, 1946年の「包括的制制度への構想」下における拡大, 展開が実は個々の制度の設立, 統合でしかなかったのと同様に, 78年における「再度の包括化への構想」下においても, 個別の制度による拡大が行われたことは指摘しなければならない。

ここにみた78年の二つの法律は, 両者とも包括的制制度へ向かう計画の下での制度化であった。しかし, 一方が普遍的な構想をかけた「社会保障法典」に持ち込まれたものでありながら, 他方は従来の制度から落ちこぼれた部分をひろい上げてゆくという個別的な制度化であった。この両者が歴史的に同時期に成立した点がまさに「フランス社会保障制度」的などころであり, 今後も「社会保障法典」第六編の第九部以下を新設しながら, 数年後, 再び包括的制制度への大きな動きがあることも考えられる。

(資料)

① Nicolas FLOREAL

Peut-on généraliser la généralisation?

[Droit Social : N°9-10 (Sept - oct.) 1978]

② J. BING

La généralisation de la Sécurité sociale

["Questions " de Sécurité sociale : N° 5, 6, 7 - 8, 9, 10]

③ J. O. 3 Janv. 1978 P. 145 - (Loi N° 78-2)

④ J. O. 3 Janv. 1978 P. 147 - (Loi N° 78-4)

(久塚純一 健康保険組合連合会)

地域医療に対する新しい観点

(フィリピン)

数年前、フィリピンの一地方において、地域医療体制の効率性及び有益性に関する研究が行われた時、何らかの改善が実施されるまでは、地域医療供給体制に根本的な変革が必要であると認識されていた。

この変革を推進するに当たり、医療の計画を行っていた者は、より優れた医療供給方法があり、また、それが費用及び実効性の面で有益であり、患者、その家庭及び地域にとって必要であると認識していた。3年前、地域医療サービスの供給体制の再編成のための第一歩が始まった。

再編成の主たるものは何であるのか。提供されるサービスを明らかにしながら、地域医療体制の主たる役割の再定義づけがなされ、その後、手続及び医療

供給体制に変革が行われた。患者が医療供給体制に容易になじむように、第一段階として助産婦が初期診療に当たった。助産婦の担当する地域以外の患者に対しては、専門的及び複数の医療供給体制によって医療が供給される。この体制においては、保健婦が第二次、市の保健担当官が第三次ということになっているが、いずれも地域医療組織の枠組に入っている。モニター活動、実行基準及びその反省体制の確立によって監督効果は上がった。同時に、特別の集水地域に助産婦を配置し、基本的な医療サービス活動を実施させたことによって、地域住民全体に対する医療サービスが達成された。医療サービスの評価を含め、地域医療の計画、推進及び維持の為の、また、公務医と開業医、さらに専門医と否とにかかわらず全ての医師の協力・協調体制確立の為のあらゆる努力がなされた。

地域医療サービス体制は、地域の医療に対するニーズをよりよく反映するように、さらに利用し得る医療資源の効率的運用を考えて策定された。この計画によって、患者に対する医療水準の高度化、患者の移送を含めて、医療の継続性が確保された。更に、この計画では、予防医療に重点が置かれている。

この公的医療サービスの変革は何を示唆するのか。地域医療サービスの大きな目的は、個人、その家族及び地域全体に対する予防、治療及び可能な場合は回復サービスの供給にある。これらのサービスは、他の地域医療担当者との協力が必要である。また、基本的には、公的保健婦の責任でもある。地域医療に従事する保健婦の役割と機能は、他の地域医療従事者とのそれで、活動の目的作成、計画への参画及び当該地域・医療専門官との全体的な地域医療計画の策定にある。保健婦の職務としては、これらの他に、施療、自己治療の教示、重大な疾病に関する報告、非常時に対する準備、スタッフの監督、地域の医療に関する情報の収集・整理、地域発展計画への参加等がある。

これらのサービスを行うには、それなりの知識と技術が要求される。公的保健婦は、次のようであらねばならない。

一企画者：諸資料の分析をし、将来の看護サービスの条件と需要を予想する。