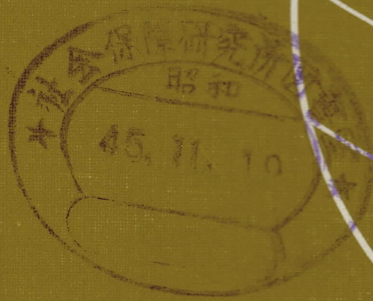
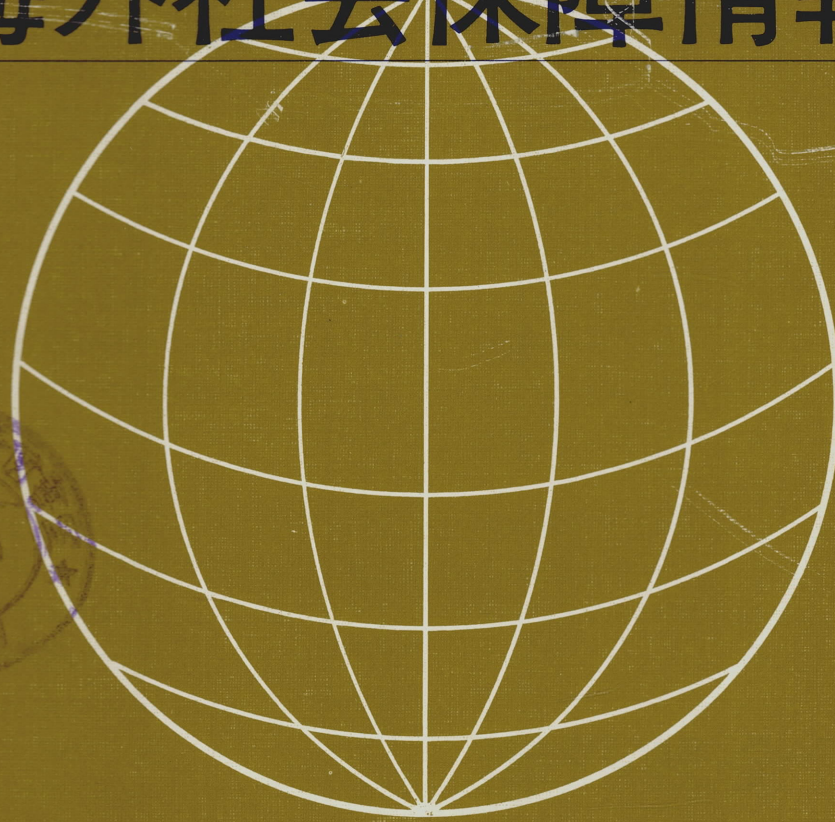


# 海外社会保障情報 No. 12

OCT. 1970



社会保障研究所

## 進展する医療制度改革 の動向

(アメリカ)



最近の顕著な医療費の高騰、医療従事者・医療施設の不足および政府の医療関係支出の急上昇等により、現行医療制度改革の要望はアメリカ国民のなかにとみに高まっている(本誌第10号参照)。故ケネディ大統領の構想であった「医療の社会化」は、ジョンソン大統領によって引継がれ、1965年に老人健康保険制度(medicare)ならびに医療扶助制度(medicaid)として立法化されたのであったが、発足後まもなく財政的破綻に当面し、度重なる手直しも積極的な打開策とはならず、現在共和党政権は医療制度の根本的再検討を余儀なくされている。とくに現在進展中の公的扶助制度改革法案の審議にさいし、上院財

政委員会は貧困者に対するプログラム全体の改正をも要求したので、政府は早急に現行医療制度改革法案の起草をも迫られることになったのであった。最近ニクソン大統領は、政府起草の改革法案は来年中にも議会に提出するつもりであると発表しており、政府及び関係筋は医療制度に関する本格的検討を開始している。

### 現行制度改革提案

上昇する医療費への批難は、現行医療制度改革を要求し、支払い能力の有無にかかわらず、全国民を対象とする新しい国民健康保険プログラム採用の要望が2~3年前から強く

なっている。ある専門家は、これこそ騰貴する病院支払い及び医師報酬を調整し、過重な税負担を是正する唯一の方法だとみており、国民の大勢もこの方向で動いている。現在まで少なくとも5つの現行制度改革案が発表された。各案の共通点は、必要とするものには何人にも医療および入院費を保証することを狙いとしていることである。各案の概要は以下の通りである。

#### (1) 国民健康保険委員会案

現行の老人健康保険制度および医療扶助制度とすべての民間保険を合併し、すべての者の医師の報酬及び病院支払いについて保険を拡大する。1969年現在の医療費から計上して初年度で約370億ドルが必要とされ、これを財務省の一般歳入からと給料控除、15,000ドル以上の個人所得への税でまかなう。労働組合により支持されている(詳細については後述)

#### (2) エトナ保険会社計画

全国民を対象とし、公式に貧困者と定義づけられた者については医療の無料給付を行ない、その他の者は自己の収入にもとづ

いて算出される保険料を支払う。民間保険会社が、民間の資金、連邦および州の資金を合せて財政運営すべく計画作成の責任を負う

(3) アメリカ医師会案

保険料を所得税の控除にしたがって定める民営健康保険制度を提案。つまりエトナ計画と同様に貧困者については無料で、その他の者はその収入にしたがって算出される保険料を支払う

(4) ジャビッツ上院議員案（ニューヨーク州選出・共和党）

現行老人健康保険制度を1973年までに年令に関係なく全国民に適用しようとするもの。貧困者の医療は全額カバーし、その他の者については80%をカバーする。国民健康保険公社を設立し、社会保障税と財務省の一般歳入とで運用する

(5) 米国労働総同盟産別会議案

全国民を対象とするもので、貧困者および失業者を除いて給料控除によって保険料を支払う。現行の老人健康保険制度及び医療扶助制度を引継ぎ、すべての保険サービ

スに関して民間の医師および病院と契約を結ぶこと

以上の5案のうちエトナ保険会社計画およびアメリカ医師会案は、民営の保険会社の機能を大きく拡張しようとするものである。そして人々は現在行なっていると同様に保険料を支払い給付をうけるが、貧困者および障害者等の保険料は政府によってカバーされるため、無料の医療給付をうけることになる。

アメリカ医師会案は7月21日に Richard Fulton（テネシー州選出、民主党）および Joel Broyhill（バージニア州選出、共和党）等の下院議員によって議会に提出されている。

米国労働総同盟産別会議案および国民健康保険委員会案は、事実上全国民に対し連邦税として保険料を支払うべき強制健康保険を提案したものである。米国労働総同盟産別会議案については Martha Griffiths（ミシガン州選出、民主党）下院議員が同会議の多く具体的な案を議会に提出している。

普遍的健康保険制度のもう1つの提案であるジャビッツ案は、Jacob Javits 上院議員に

よって4月14日上院に提出された。

最近大統領が語ったところによれば、彼の構想である新しい健康保険制度案とは、低所得家庭をブルー・クロスやブルー・シェールドおよびその他の民間保険でカバーしようとするものである。そして年収1,600ドル以下の家庭は保険料を無料とし、年収3,000ドルまでの者は年間70ドルを払い込むが、収入の増加にしたがって保険料は500ドルまで引きあげられうる。この新しい保険制度の対象としては年収3,625ドル以下の家庭があげられ、該当家庭は500万ないし600万と見込まれている。貧困な老人、盲人、障害者については現行医療扶助制度を続行する、といった点が大統領構想の現在までの骨子となっているようである。

またこの8月下旬に Edward Kennedy（マサチューセッツ州選出、民主党）を中心とする進歩的な15人の上院議員等によって、国民健康保険委員会案である保健保障プログラム（Health Security Program）を樹立する法案が上院に提出された。法案の基盤は老人健康保険制度の運用と社会保障制度の運用とを結



付けようとするもので、その結果、老人健康保険制度が全米的に拡大されることになる。前払いを基礎とし予防医学に適合した集団診療を強調している。病院その他の施設は協定利益つきのコストを基礎にして支払われるのではなく予じめ算出された基準にもとづいて支払われる。これは経済の変動を調整し、乱診乱用を規制する意図から発している。すべての医療をカバーしようとし、病院支払い、医師報酬および限度はあるが精神衛生サービス、ナーシング・ホーム・ケア、薬剤費、補装器具等についてもカバーする。終極的には歯科治療をもカバーすることが期待されるが、この恩典はまず最初は児童に限られ漸次拡大されることになる。

本法案は議会審議で不成功であった数多い健康保険案の支持者およびアメリカ国民、とくに急上昇する医療費に対し何等かの連邦保護をうける権利を有する低所得層の感情と結び付いている。ケネディ上院議員は、本法案が来年には圧倒的多数で採択されるであろうと述べているが、今後の議会審議での成行が目される。

### 普遍的医療制度への展望

前述の諸案はあくまでも試案であり、全般的な保険計画の費用、実際の払い込み方法、実際の運用方法等については慎重な議会審議が必要である。重要な課題は必要とする者への給付をいかに交付するかということである。老人健康保険制度および医療扶助制度の過去の経験は、単に保険の給付だけでは十分でないことを示している。保険給付とともにより多くの医師、看護婦および技師、およびより多くの病院や臨床施設を提供する方法を見出すべきである。

さる6月30日に大統領に提出されたホワイト・ハウスの委員会報告書は普遍的保健制度に志向し「すべての国民は、内容の検討および提案の選択等にできるだけ参加して不満や屈辱のない保健制度を採択すべきである」と述べている。

したがって、現在提案されているものうち、いずれの案が急上昇する医療費を抑え効果的な医療給付ができるかを審議、選択することは重要な問題となってくる。現在の1日

当り入院費が過去6年間にほとんど倍になった（平均約38ドルから現在75ドル）が、1975年までには再び倍増することが予想されている。その結果、若干の都市部では1日当り200ドルもの高値になるかもしれない。アメリカにおける全医療費は、1950年の約120億ドルから1969—70会計年度の675億ドル見積みまで増加した。1975年までには1,200億ドルに達するかもしれないというのが当局の予想である。ここにいたって国民の世論は、医療費の前払い制度に基礎をおく国民健康保険制度へと動いてきたのであった。

ただし、効果的医療を行なうために必要とされる条件がいくつかあげられるが、専門家達の一致した見解では以下のものが指摘されている。

- ①数少ない医師および看護婦をより困難な医療に従事させるため、比較的単純な医療を行なうことを許される医療補助員制度の確立
- ②より広範な集団診療の実施
- ③予防医療についての外来患者クリニックの充実

## ④医学教育施設の普及

## ⑤より多くの病院、ナージング・ホームおよびそれらの職員の充実

だが現在推進されている国民健康保険制度案が、これらの諸要素をことごとく満足させるか否かにかかわらず、断言できることは、同案が医療費の上昇を押えうるものであるということである。医療技術の進歩および高度な医療への要求は、高価な医療費という結果を産むものであるからして、高度な医療の提供と安価な医療費の共存は、非常に困難な課題であろう。アメリカ病院協会の新しく選ばれた Jack A. L. Hahn 会長（インディアナ州メソジスト病院院長）は、このような医療制度の実現には今後10年を要すると予言し、上院保険問題小委員会の Ralph Yarborough（テキサス州選出、民主党）委員長は、今後5年以内に実現するだろうと語っている。普遍的な国民健康保険制度を強く支持しているのは議会においては進歩派民主党議員であり、かつて「医療の社会化」構想に強力に反対したアメリカ医師会と同じ態度であった共和党議員の態度は今回もまたあいまいである。老人健康保険制

度の立案者であった Wilbuar Cohen 元保健教育福祉省長官は、現在提出中の諸提案の発展的採択に支持を与えるとともに、理想とされる線に達するまでにはなお若干の年月を要するかもしれないと結んでいる。

*New York Times-Weekly Review*, July 12, August 30, 1970.; *U. S. News & World Report*, August 10, 1970.

（藤田貴恵子 国立国会図書館）

## 社会保障に関する閣議 決定

（フランス）



フランス政府は7月22日、閣議でかねて検討中の社会保障に関する相当広範な措置を決定した。政府はこの春頃から、ブーラン社会保障相のみならず、シャバンデルマス首相の口さえ通じて、疾病保険部門を中心とする社会保障財政の危機を訴えてきた。したがって、政府が近々、疾病保険財政の改善に関し厳しい措置を打出してくるのは必至だと予想されていた。事実、職長等の団体（CGC）は、拠金上限撤廃の措置がとられることを警戒

し、さまざまな形でこれに反対する運動を進めていたほどであった。しかし、7月22日に発表された政府の決定は、意外なほどおだやかなもので、ブーラン社会保障相自身が記者会見で述べたように「泰山鳴動して鼠一匹」の感がある。

政府が採択した措置は、2つの面に分けることができ、その1つは医療費増大の抑制措置であり、他の一面は家族手当、老齢年金等の改善措置である。

1970年に9億2,000万フラン、1975年には100億に及ぶと推定されている疾病保険の赤字対策としては、病院改革、薬剤価格の引下げ、医師および薬剤士との全国的協定、検査料の償還条件の改訂等の措置が出された。

他方、家族手当等については、次のような一連の改善措置がとられている。第3子および第4子に対する家族手当の引上げ。出産手当の引上げ。単一賃金手当支給条件の改正（低所得世帯には増額、高所得世帯に対しては廃止）。婦人労働者の福祉事業の充実および託児所の改善。遺児手当の新設。身心障害者のための家族手当増額。家族手当の物価スライド制確立。なお家族手当に関する企業主の拠出率は、従来の11.5%から10.5%へ引下げられ、この引下げ分は疾病保険と老齢年金の方へまわされる。

老人に関しては、最低年金の引上げ、退職年金全額受給資格要件の緩和等の措置がとられる。

### 医療費増大の抑制

政府は、今後2年間を目途として、次のよ

うな措置を通じて、医療費を抑制しようとしている。

第一に提起されているのは病院制度の改革であるが、これについてはすでに法案が作成され、次期国会へ提出される手筈になっている。改革案は公立病院のみならず私立病院をも対象にしており、両部門において施設のより効果的な利用を図ろうとするものである。病院の管理に関しては、現代的管理技術を普及させ、料金制度を改正して宿泊費、管理費、扶養費に属する料金と、純粋な診療費とを区別するようにする。こういった改善措置の成果は、きわめて徐々にしかあがらないであろうが、1975年度には公的施設だけでも、管理費の5%、約18億を節減することができると予想されている。

また医療費増嵩に関して医師の自覚と協力を促す措置がとられる。その1つは、医師の協力によって作成される医療実態調査がある。これによって開業医に、彼らの処方のコストを知らせ、濫用を戒めることを期待している。他方、社会保障金庫の事務の機械化により、電算機によって即座に各医師、各患者

の医療消費額を確認できる体制を整える。

次に薬剤費の削減については、次のような対策が考えられている。

社会保障機関による償還の対象となる薬剤の価格引下げは、すでに開始されている。とくに特許剤の一部については、最も販売量の多いものを中心に、9月1日から価格調整が実施されることがすでに決っている。その他のものについても、秋から製薬業界との間で交渉が行なわれようとしている。

償還対象薬剤のリストについても全面改訂が予想されており、新薬の登録については、より厳重な審査が要請されている。

薬局手数料についても若干の引下げが定められた。全国疾病金庫と薬剤士組合連合会との間で締結された協定により、薬局側が金庫に対し2.5%の払戻しを行なう制度が創設されていた。1968年5月1日から1970年4月30日まででこの払戻しによる収入は1億7,400万にのぼったが、金庫側は、薬剤の売上高の増大と価格の上昇を考慮し、この払戻し率の引上げを要求し、薬局側はこれを拒否した。以上の経過を考慮して、政府は薬局のマー

ンの率34.96%から33.44%に引下げることに決定した。この率は、償還対象薬剤だけでなくすべての薬剤に適用される。

もっとも普及している生化学的検査（血糖、コレステロール、尿酸、蛋白質等の検査）の料金が、関係団体との協定により約30%引下げられようとしている。また保険の償還対象となる連続的検査の回数にも、一定の制限が行なわれる。

#### 家族手当および老齢年金等の改善

家族手当に関しては、昨年に引続き再び、第3子および第4子を有する世帯に対する優遇措置が講ぜられる。これとは別に家族手当全体が4.5%引上げられる。そのため8月1日から適用される新しい給付額は次のようになる。

2児を有する世帯	86.79(83.05)フラン
3児を有する世帯	232.75(215.17)フラン
4児を有する世帯	378.72(347.30)フラン

5児以上を有する世帯……第5子以下の各々につき130.18(124.57)フラン（いずれもバリの場合。括弧の中は旧給付額）

10歳または15歳以上の児童に対する付加給付も引上げられ、10歳以上の場合は35.50フラン（従来は33.97フラン）、15歳以上については63.12フラン（60.40フラン）になる。これらの引上げに要する経費は1971年で2億9,000万フランになる。

出産手当も来年1月から大幅に引上げられ、従来の755フランが1,025フランになる。この経費は、1971年度につき1億4,000万フランである。

単一賃金手当は、月収手取4,000フラン（税込5,550フラン）以上の世帯に対しては支給が廃止される。一方、月収手取1,000フラン（税込1,300フラン）以下で、2歳以下の児童を有する世帯に対しては、給付額が倍増される（2歳以下の児童1人だけの場合、従来の97.25フランに対し、来年1月からは194.50フラン）。その他の世帯については、従来通りの給付がなされる。

1948年の税制改正後、賃金労働者の既得権

擁護のため設けられていた税制特典補償手当（2児につき月額9.81フラン、それ以上の各児につき15.09フラン）は、来年1月から廃止される。

家族手当金庫は従来から、さまざまな形態で、家族を対象とする保健・社会活動を行ってきており、そのための出費は、1970年で7億2,500万に及んでいる。来年度はさらにこの予算を飛躍的に増加させることが決定され、とくに婦人労働者の福祉活動に力を注ぐことになった。このほか今年度はとくに1億フランの臨時支出が、家族手当全国金庫に対して認められ、託児所建設の促進にあてられる。この資金と、市町村の財政援助と1万5,000人分の託児所の建設が予定されている。

また約30万7,000人の遺児を対象とする手当が新設される。手当は2種類で、片親のいない遺児に対しては月額88フラン、両親のいない遺児に対しては月額166フランである。経費は、1971年で3億フランと見積られている。

重症身心障害児を扶養する世帯に対しても、特別な優遇措置がとられることになっており、そのため3億フランの予算があてられる。差当り考えられているのは、成年に達す

ると支給停止される家族手当を、障害者に対しては特別な考慮を払うことである。

老人対策としては、とくに最低年金の引上げに力点が置かれている。現在約230万の老人たちは、基本手当1,650フランに、国民連帯基金による補足手当1,250フランを加えた2,900フランの最低年金しか受給していない。この最低額も、当事者の総収入が単身者で年額4,400フラン以下、世帯者で6,600フラン以下であることが要件となっている。

この最低年金は、今年10月1日から100フラン、来年度から400フランづつ上げられることになった。その結果、年金額は3,400フランとなり、前年度比13%増となる。日額にして1971年度で9.31フラン、1972年には最終的には10フランとなる。これらの措置に要する経費は、1971年については、金庫負担分1億8,500万、国庫負担分5,000万、1975年度には、金庫負担分14億3,000万、国庫負担分13億2,000万と算定されている。

*Le Monde*, 24 juillet, 1970.

(平山 卓 国立国会図書館)

## 児童手当制度

(西ドイツ)

### 児童手当は結婚後も存続する —連邦憲法裁判所の判決—



—児童手当または孤児年金はその子が結婚すれば停止するという規定は憲法違反である、という連邦憲法裁判所の判決をめぐって、最近いくつかの事例が報道されている。基本法第6条第1項に「婚姻と家族は、国家的秩序の特別の保護を受ける」とあり、これに基づき裁判所は社会保障におけるこれに関する権利で、「婚姻による権利喪失の条項」を憲法違反と判決したのであった—。

職員・労働者年金保険では孤児年金について、婚姻によりこの年金は停止する旨を定め

ているが、裁判所の判決により、この規定は直ちに廃止され、新しい規定のできるまでこれに関連する処置は停止される。

孤児年金は18歳まで支給され、それ以後も学業を続けるか職業教育を受けておれば25歳ないしそれ以後も続けて支給されるが、結婚すると停止される。この判決の基礎となったのは2つの事件で、1つは職員保険に加入していた父親が死亡して孤児年金を受けている学生が、同じく孤児年金を受けていた女子学生と結婚して年金を停止されたもの、もう1つは労働者保険から孤児年金を受けていた学



生が結婚して年金を停止、妻も全孤児でそれまで年金をうけていたがこれも停止され、学業を廃止したという事件である。

連邦憲法裁判所は独身と既婚の別で年金に差をつけるのは、それによって年金が受けられなくなり、配偶者が生計を維持し得なくなるという、その限りにおいて憲法違反であると判定したのである。すなわち結婚という事実だけでは、孤児の生活ニードは何ら変わらないのであって、修学を続けるとすれば別の手段によらざるをえないことになるのである。

このような判決のあったのは、1つには今日の社会事情にもよることで、つまり結婚年齢が低下している一方、修学期間が延びており、しかも上級学校へ進む若者の数が増えているのである。

もう1つの事例は児童手当に関するもので、最近カルルスルーエの連邦憲法裁判所第二法廷で、ノルトライン＝ウェストファーレン邦俸給規定により、ある公務員がその子の結婚により児童手当(月50マルク)を停止されたのを訴えたのに対し、この規定を憲法違反で無効としたのである。

この子は1940年生れで、18歳をこえてなお修学中のため手当を受けていたが、1965年結婚したため手当が打切られたのであった。これに対し父親は、子の妻の所得が新家庭の生計を維持することができないため、今後も引き続き扶養の義務があるとして提訴したのである。

この場合は前のケースと幾分異なり、子の結婚という条件よりは、父親の家庭の収入が問題とされ、連邦裁判所や邦高裁の判事の中にも異議を唱える者もあり、邦首相も子の結

婚は親子関係を根本的に変えるものであるとして、結婚による手当廃止条項の合憲性を主張している。

しかし憲法裁判所の判決もあったので、今後ノルトライン＝ウェストファーレン邦だけでなく全連邦にわたって、この結婚による停止条項の廃止のため法改正にとりかからねばならない。議会でも各政党が既にその準備にかかっている。

16 Juli; August. *Frankfurter Allgemeine Zeitung,*

## 第1子から児童手当を

連邦家族相 Käte Strobel は社会民主党週刊誌 *Vorwärts* で、「家族負担調整の改革」を論じ、児童手当は子によって生ずる費用に向けられねばならないとのべ、「われわれは、子どもが、その両親の社会的素姓に関係なく、また兄弟姉妹の数にかかわらず、その人格と社会的立場とを発達させるよう、望む」といって、児童手当を第1子から支給していくよ

うにすることを示唆している。このほか公務員と民間企業従業員との規定の重複、児童の育成について課税負担による方法と児童手当による方法との二重性、を整理する点も考えられている。

*Frankfurter Allgemeine Zeitung,* 27 August.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 農民と社会保障

(西ドイツ)



### 農民の医療保障

連邦労働省政務次官 Helmut Rohde の発表によると、政府は農民の疾病保険強制加入を計画中で、現在そのための委員会の任命を待っているという。

労働省でこのための基礎としている数は、自営農民61万、手伝いの家族23万、老人36万5千、65歳以上の手伝いの家族6万で、この合計126万5千人の強制加入にさらに妻と子124万人が加わる。すなわち今後250万人の疾病保険強制加入が加わるが、このうち私的保険により免除される者がどの程度あるかはまだ考えられていない。所得のある被保険者の抛出として委員会報告は、1971年分について

月額60—65マルクとしている。これで6—6.5億マルクと見積もられる総費用を全部カバーしなければならない。

CDU/CSU (キリスト教民主・社会同盟) の法案だと連邦で引受ける老人分の疾病保険の費用は1971年は3億500万マルク見積もられる。

農家老齢扶助の連邦補助金はこの分だけ増額され、1971年では6億6千万マルクと推定されている

*Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 24. August.

### 新聞投書から

——最近の農業の構造改革に関連して、農民の生活、とりわけ社会保障の問題が農民

の側からと工業労働者の立場から新聞の投書欄でとりあげられている。次に紹介するのもその1つである——。

「農民の育成は消費者、納税者の利益と真向から対立するかのようと言う人があるが、私は、納税者たちは農業の構造改革にもっと関心をもち協力すべきだと思う。工業労働者たちも、恐らくその意に反し、戦時中は軍事産業で働らかざるを得なかったのであり、その後も納税者たちの協力を得て今日の社会的立場は上がっているものであり、それはまた正当なことである。だから彼らは今日十分な年金を受けている。ところが危機と繁栄の時代をすべて体験してきた年とった農民は、月額100—175マルクの老齢年金を受けているだけで、多くの者は自営業者として疾病保険の恩恵をうけておらず、僅か4週間ほどしか国内にいない外人労働者よりも社会保障は薄いのである」。

このようなある農民の投書に対し、次のような反論が寄せられている。

「Reinhold Dörr氏は、『農民は我慢してきた』と言われる。彼は自営農民の社会的立場

と工業労働者とを比較しているが、労働者年金を支払っているのが誰であるかということをおぼわしている。それに対して国の僅かな補助金があるが、それも含めて勤労者が支払っているのだ。一方農民は老齢年金を受けているが、その80%まで納税者が負担させられている。多くの農民が自営業者として疾病保険に加入していない、というのも従来の調査結果と一致しない。現在疾病保険の保護を受けていないのは5%程度だと言われているのである。農民団体の職員は農民に、公的私的疾

病の内容についてあまり指導していないのだ。彼らの多くは意識的にこの啓蒙を放棄しており、このため多数の保険非加入者が生じているのだ。一方これに対して鉱山労働者の社会保障の経験が参考になる。そこでは衰退している職業にある者の保険施設に対し、国の補助が高度に投ぜられているのである」。

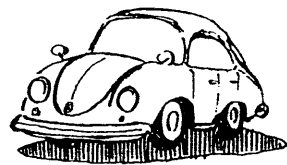
16 Juli; 3 August. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*,

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 医学教育の強化、短縮

### 計画

(西ドイツ)



——医学教育を強化して医師の養成を短縮し、さらに多く早く教育を始めることによって診療を強化すべきである——。

連邦保健相 Strobel が10月初め参議院の同意を得て公布を予定している医師認可規定で、このような医学教育の強化が考えられて

いる。

保健省の Ludwig von Monger-König 局長は26日これを記者団に説明したが、これによると医師の養成は今後認可まで計6年となる。現行免許規定は年半の教育とそれに続く2年(1月1日以降1年)の助手としての準備期間を定めている。

教育期間の短縮は各種教科内容の統合と、とりわけ臨床前教育と臨床教育の組合せにより行なわれる。このうち最も重要なのは助手(Medizinalassistent)期間の廃止で、それに代えて1年の臨床教育を大学病院または強力な「教育病院」で徹底して実践的に行なう。

臨床前教育は現在2年半であるのを2年とする。これまでの自然科学試験(Vorphysikum)はやめ、医師予備試験だけとなる。2カ月の患者看護と助手実習(Famultatur)は存続する。ただしこの2カ月の実習は従来のものと変り、保健局または労働局、青少年援助または社会扶助の事務所や、社会保障施設などの医師とか、工場医や軍医の指導の下に行なわれる。

医師予備試験後の臨床教育は、現在の2年

半の臨床教育と助手期間に代わるもので、4年間となり、実際的な教育を基礎とする。

試験は、従来1年以内の大掛りなものであったが、今後は3回に分け、第1臨床年後に第1回、第3年後に第2回、第4年後に第3

回となる。この試験はすべて客観性を保つため筆記とし、全国统一していわゆるクイズ式の選択式で、すなわち1問毎にいくつかの解答のうち1つを選ばせる。ただし第3回目の試験だけは筆記のほかに口頭で行ない、合格

すれば直ぐ自動的に認可される。

Die Welt, 27 August.

(安積鋭二 国立国会図書館)

### 社会保障こぼれ話

#### イタリアの年金制度

イタリアでは、1968年に年金制度が改正され、この改正の最終的目標は1970年となっていた。

この国の社会保険は複数の保険によって実施されており、たとえば、全国社会保険協会は一部の自営業者、電気やガス関係の労働者、一部の銀行員を除外して、多数の一般労働者と農業労働者をカバーしている。上に示した保険者の年金では、40年間の拠出と65歳以上の年齢を条件として、受給直前における3年間の総報酬の65%に相当する年金が支給されることになっている。もし、拠出期間が40年未満であれば、賃金の1.625%に拠出期間(年)をかけて、年金額が算出される。

ところで、上に示したように、40年以上拠出した65歳以上の高齢者は、収入の65%に相当する年

金を支給されることになっているが、しかし、1968年の改正以前では、40年間の拠出で支給される年金の収入に対する比率は、40.8%で、この比率は拠出15年間ならば、僅かに30.4%となっていた。したがって、1968年の改正によって、年金額の水準は、一挙にかなり大幅に上げられることになった。

上述した年金は65歳で受給した例であるが、年金の受給について、一応それよりも低い退職年齢が定められており、この年齢は男子が60歳、女子が55歳とされている。もっとも、この退職年齢が定められていても本人が希望するならば、退職年齢後に任意に加入を継続する形で、有利な年金のために、拠出を続けることができる。また、年金を受給しながら、労働に従事することも認められている。この例では、農業の一時的な労働は除かれるが、このように、年金を受給しながら労働に

従事する場合には、年金額を所定水準まで減額されることになっている。ちなみに、最低の年金額が定められており、この最低額は農業労働者とその他の一般労働者に、それぞれの水準が設けられ、農業労働者の方がやや低い。もっとも、これら2つの労働者グループには、拠出にも2本建の拠出率が定められており、農業労働者の拠出は他の労働者より低い。

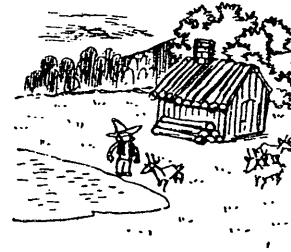
1968年の改正は、幾つかの重要な改善を含んでいたが、このような改善のために、財源調達では、労使双方の負担する拠出が、拠出率を1.65%引上げられている。

ところで、改正の最終目標は1970年となっているが、この目標は、退職時の収入の80%に相当する年金の実現と、女子の受給年齢引上げを主要な柱としている。

(平石長久 社会保障研究所)

## ニュース断片

# 第15回国際社会福祉会議



第15回国際社会福祉会議は「社会開発の新たな発展を求めて——社会福祉の役割」(New Strategies for Social Development-Role of Social Welfare)の主題のもとに、本年9月6日より12日まで、フィリピンのマニラにおいて開催された。国際社会福祉会議は隔年に開催される会議であるが、アジア地域において開催されたのは、1958年に東京で第9回の会議(当時は国際社会事業会議と呼ばれた)が開催されて以来12年ぶりである。

1970年代を迎えて、過去10年間の社会福祉の歩みを省み、来たるべき10年を展望するというこの意義ある会議が、アジアで開催されることはまことに喜ばしいことであり、長い

間会議の準備にあたり、会議を成功させたフィリピン組織委員会の努力とホスピタリティーにたいし感謝を献げたい。国際社会福祉協会は国連の経済社会理事会、ユネスコ、WHO、その他専門機関にたいし諮問的立場にあるが、国連においても、本年は「第2次開発の十年」の開始年であり、第15回国際社会福祉会議への期待がよせられていた。

第15回国際社会福祉会議の形式は、大体従来の会議の形式をとったが、参加者がより積極的に会議に参加できるようにという声を反映して、若干の変更や改革がおこなわれた。主な変更は、従来の研究部会 Study Groupsを指定部会(Designated Exchange Groups)と

公開部会(Open Exchange Groups)に分けたことである。前者は従来の研究部会と同様に、あらかじめ各部会に登録された各国よりのごく少数の代表により構成されるが、後者には誰でも自由に参加できる。これにより多くの参加者が、一定の問題について、会期中を通じて他の国の人びと、種々の考えをもつ人びとと経験をわかち合う機会を得られた。

また一般集会(General Meetings)は半日あるいは1日、一定の議題につき講演あるいはパネル討議がおこなわれ、それに対し参加者より質疑応答がおこなわれるもので、これには従来より誰でも参加できたが、多人数の会合であるため意をつくし得ない点があった。今回はこのような形式の会合の後、さらに必要であれば、小人数の会合をもち、十分な意見、経験の交換をはかろうという試みがおこなわれた。国際社会福祉会議は、回を重ねるにつれて参加者の数もふえ規模が大きくなり、議題もより学問的、論理的となる傾向にある。今回の試みは、すべての参加者が身近な問題について互いに語りあう機会を与えられるとともに、まさに自分は会議に参加した



のだという実感と満足を得られるようにという配慮のもとに計画されたが、その成果は各国代表の帰国後の反響いかんによって、次の第16回国際社会福祉会議（1972年 オランダ、ハーグ）の形式に反映されるであろう。

なお、本会議は9月6日の晩の開会式をもって幕を開けたが、会議の準備として、あるいはこの会議に付随して関連団体の会議などがおこなわれた。会議のプログラムは次のとおりである。

会議前に開催された会合その他（略）

第15回国際社会福祉会議

1. 総会

2. 一般集会

- (1) 開発途上国における人的資源の開発と国内開発との関係
- (2) 革新的な社会変動をすすめ、また導入する過程（部分的に各国国内委員会の報告書を基調とする）
- (3) 国際連合の1970年代の社会開発計画
- (4) 国際連合の専門機関の事業
- (5) 国際的児童福祉サービス

(6) 加入団体の会議の要点

国際社会事業学校会議の報告

国際ソーシャルワーカー連盟のシンポジウムの報告

(7) 国際的民間社会事業における改革

(8) 今後提案されるテーマのための予備

3. 委員会

(1) 社会変動と新しいニード 1960—70

(2) 社会変動と予想される新しいニード 1970—1980

(3) 国家発展計画における社会福祉

(4) サービスを提供する組織・機構

(5) 社会福祉事業の専門職

4. 国際交流部会

指定部会

(1) 開発途上国の地域開発における革新

(2) 先進国の地域開発における革新

(3) 開発途上国の所得能力の増大における革新

(4) 先進国の所得能力の増大における革新

(5) 開発途上国の保健・衛生サービスにおけ

る革新

(6) 先進国の保健・衛生サービスにおける革新

(7) 社会保障における革新

(8) 種族問題や移民を含む少数者集団に対するサービスにおける革新

(9) 矯正サービスにおける革新

(10) 人的資源、社会福祉に従事する人々の人員補充、カウンセリング、教育、活用などの問題。各種の職業分野によって行な

われる諸サービスの調整の問題。ボランティア。サービスの受益者参加の問題

(11) 文化面の国際協力。自国と他国の文化の違いによりおこる問題とその調和

(12) 家族政策における革新

公開部会

(1) いくつかの国内委員会報告書についての討議

(2) 地域的な問題についての討議

(3) 精神障害者問題

(4) 身体障害者のリハビリテーション

(5) 学校と社会福祉

- (6)著者と読者との会合
- (7)コンサルタントとの相談会合
- (8)病院におけるチームとその活動
- (9)変動する社会における老人問題
- (10)住宅 Re-Housing. 社会計画
- (11)民間社会福祉事業の財政など社会福祉に関する一般人へのPR活動

- (12)難民に対するサービスにおける革新
- (13)国際社会事業における革新

#### 5. 特別集会その他

(山内匡子 国際社会福祉協議会・日本  
国委員会)

## フランスの自営業者健

### 康保険制度の修正



フランスでは1966年7月12日の法律で、農業部門を除く自営業者の健康保険制度が創設されたが、本誌でも幾度か紹介されたように、自営業者当人たちの反対が強く、長い間事実上棚上げされたまま放置されてきた。しかし昨年末にいたり、ようやくこの問題にもけりがつき、今年1月7日の官報で前記1966

年法を改正する法律が公布された。

修正を受けた1966年法はいちおう1969年1月から施行されることになっていたものの、これに対する批判や反対が多く、全国的規模にわたる自営業者のストライキが起こるなど、制度は暗礁にのり上げた形になっていた。

ひとたび議会を通過して正式に公布されたはずの法律が、自営業者側の実力行使を背景にした反対で実施されないという事態が重大な段階に到達するなかで、1969年8月には、5日と26日に2回にわたって自営業者代表と政府との間で問題解決のための交渉が行なわれた。

この交渉で自営業者代表から政府に対していくつかの事項の申入れが強く行なわれたが、今回の修正法では、これらの申入れ事項がある程度まで受け入れられる形となった。その結果、修正法は1966年の旧法と比べた場合、次の4点についての重要な変更をその内容としている。すなわち、受給者数の減少、適用を受けるリスクの拡張、国および企業の財源分担、ならびに運営組織の改善の4点である。以下にそれぞれについて簡単に述べておこう。

#### 制度の適用範囲

この自営業者健康保険制度のもとで被保険者となり得る者は、原則として職人、企業主、商店主、自由業者である。ただし今回の

修正法は次の場合に例外を設け、被用者のための社会保障の一般制度またはその任意加入制などのもとで給付を受けることができる旨を定めた。

(イ) 1968年12月31日まで(つまり1966年法が実施される前)、被用者保険制度のもとで被保険者の配偶者としてその制度の適用を受けていた自営業者は、引きつづき従来の制度にとどまるものとする。ただしその者がその自営業によって稼得する所得額が家族手当制度における手当算定基礎額(年間4,500フラン)の3分の1を越える場合には認められない。この措置は主として鉱業従事者または鉄道従業員の妻で美容院または洋服店などを経営している者に関するものである。

(ロ) 同じく1968年12月31日まで、自分で働きながらも一般制度の被保険者の配偶者として同制度の適用を受けていた者で今回の自営業者制度の対象になるものとみられる年金受給者は、引きつづき従来の制度の適用を受けるものとする。

(ハ) かつて賃金労働者であって業務災害による重度の障害を受けた者は、現在職人とな

っていても、引きつづき一般制度に加入するものとする。

(ニ) 1968年12月31日まで強制疾病保険制度に任意加入していた15万人の自営業者は、そのまま従来の制度に残ることができる。ただしこれらの者は、初級疾病保険金庫から送られてくる用紙を受けとったのち、必要な事項を記入してこれを1970年2月14日までに居住地の地域共済金庫へ送付しなければならないものとされている。

(ホ) 同じく1968年12月31日まで任意加入をしていたタクシー運転手は、1970年2月14日までに従来の制度もしくは新しい自営業者制度のいずれかを選択することができるものとされる。

(ヘ) 1968年12月31日現在、自営業者健康保険以外の保険制度から長期疾病に関する給付として100%の医療費償還を受けている者は、その健康状態が証明できるかぎり、引きつづき同率の給付を受ける(自営業者健康保険ではすべて償還率が85%)。

#### 適用を受けるリスクの範囲

今回の修正によって新しくなった重要な事項として、14歳から16歳までの子供と成人につき、「小さいリスク」(軽度の疾病・負傷など)が保険の対象とされたこと、および補装具ならびに強制的予防接種の費用が償還されることになったことがある。従来1966年法のもとでは、14歳未満の子供と老人だけがこの「小さいリスク」について60%の医療費償還を受けるものとされていたが、今回の修正ですべての対象者にこの給付が拡張された。ただしこの点についての新しい措置のもとでは、16歳未満の子供と老人を除く成人の場合には命令で定める一定パーセントの一部負担が患者に課され、実際には保険者は50%までこれを負担させるものとされている。

また、個々のケースにつき監督医が高価なものと認定する疾病の一覧表に新たに21種が追加されたが、これらの疾病についてはこの制度のもとで医療費の80ないし85%が償還されることになっている。

そのほか今回の修正法にもり込まれた事項として、自営業者は医療費の償還制に代えて第三者支払制による医療給付を受けることも

できるようになり、さらに国外居住の場合にも医療費の償還を受けることができることになった。第三者支払制とは日本で行なわれるような現物給付制のことであって、医療費の支払いを保険者または保険者が委託した支払機関が行ない、患者は一部負担のみを支払って医師にかかることになる。従来フランスの健康保険においてはすべて患者の直接支払制つまり医療費償還制が行なわれていたのであるが、今回の自営業者健康保険制度で両者の併用が行なわれるようになったことは注目すべきであろう。

なお以上のほか、新しい修正法は、職人、企業主・商店主および自由業者の3つの自営業者グループの1つまたは3つの代表が、一般制度の例をモデルにして、財政的に可能なかぎり、補足給付制度を創設することができる旨を定めている。

#### 財源の調達

今回の修正法による重要なもう1つの改革点は制度の財源調達方法である。すなわち自営業者健康保険ではもはや被保険者だけで制

度の費用を負担することは不可能であるということが確認された。

そこでまず、国は、自営業者のうち国民連帯基金・補足手当を受給する者のこの健康保険制度への基礎保険料を代って負担するものとされた。その額は約4,000万フラン（1フランは約65円）にのぼる。

つぎに企業はこの制度に対して3,400万フランの「社会連帯拠出」を行なうものとし、企業の法人税から控除されることになった。

被保険者の保険料については、保険料の算定基礎となる収入の上限が一部撤廃された。すなわち、年間保険料は、従来年収40,000フランまでにつき1,300フランとされていたものが、1970年4月1日より50,000フランにつき1,400フラン、年収50,000フラン以上につき1,500フランとされた。退職者の保険料は、当該人の異議がないかぎりその年金から控除されるものとされた。

ところで保険料の納入を拒絶している自営業者（全国金庫の計算によると被保険者の約10%とされる）は、1970年2月末日までに少くとも4分の1相当額の保険料を払込んだ場合に

は、1969年4月1日から保険給付を受けることができるものとされる。

#### 運営組織

制度の運営組織についても多くの変更が行なわれた。まずこの制度の管理運営の責任を負う地域共済金庫は疾病予防キャンペーンを促進するものとされたが、この点は1966年法になかったものである。この地域金庫は自律性を保持するものとされ、その財政収支の均衡が失なわれた場合に追加保険料を徴収することまで認められる。しかしながら将来においては、事実上全国金庫もそのような決定をすることになり、その権限が強化されるものと思われる。しかし運営組織に関する修正でもっとも大きい点はこの修正法の第15条で、同条は商店主および職人部門の地域共済金庫の数を54から25へ減らしており、これにより事務費が1,200万フラン節減されることになるといわれている。

ISSA, *International Social Security Review*, No. 1, 1970.

(上村政彦 健保連)

# イギリスの地方団体社会 サービス法案について



本法案は1970年2月に公表されたもので、その主な目的は、地方団体及び関連対人社会サービス委員会報告書による勧告を実行するためである。

地方団体および関連対人社会サービス委員会とは、1965年12月にイングランドおよびウェールズにおける対人社会サービスのため地方団体の機構および権限について審議し、効果的な家庭サービスを確保するためにどのような改正が望ましいかについて考察するために作られたもので(委員長 Frederic Seebom), その報告書は、1968年7月内務大臣, 教育科学大臣, 住宅地方行政大臣および保健大臣を通じて議会に提出された。

本法案は、社会サービス地方団体の機構, 運営, 行政についての規定さらに保健訪問お

よびソーシャルワーク(訓練)法[Health Visiting and Social Work (Training) Act] 1962の修正等を含んでいる。地方団体とは、県(County), 特別市(County Borough)およびロンドン特別区(London Borough)の議会(Council), シティの議会(The Common Council of the City of London)をさしている。主なる規定として、各地方団体は社会サービス委員会を設置すること。なお2つまたはそれ以上の地方団体により共同委員会の設置も認める。また国民互助法(National Assistance Act) 1948の33条(2)項の委員会, 児童法(Children Act) 1948の39条の委員会は廃止する。地方団体は本法案の一覧表として示された機能を本委員会に委任すること。その権能の主なものとしては、従来の福祉, 児童の2つの

委員会に関係している仕事に加えて、地方保健団体(Local Health Authority)の権限のうち、ドメスティックヘルプすなわち病人, 妊産婦, 精神障害者, 老人, 乳幼児のいる世帯で必要とする家庭援助の事項(国民保健サービス法29条), 同様の世帯に対するホームヘルプ, 洗たく施設の事項(保健サービス及び公衆衛生法13条)および医学的な性格の面を除いた妊産婦・乳幼児のケアの事項(国民保健サービス法22条(1)と(2)), 疾病の予防, 病気のケア・アフターケアの事項(保健サービス及び公衆衛生法12条)等が含まれている。

次に社会サービス長官の任命が規定され、児童法による児童長官は廃止される。なお同一人が2つ以上の団体より長官として任命されても良いことになっている。また長官の資格についても規則をもうけるとしている。

さらに保健訪問およびソーシャルワーク(訓練)法によるソーシャルワークの訓練のための審議会(Council for Training in Social Work)の名称に中央をつけ、枢密院が同審議会および保健訪問訓練審議会の共通の会長を任命していたものを、各々に会長を任命する



ことに修正している。

以上の法案は、前述の報告書に基づいて、議会で提出されたもので、その考え方は、報告書にあるように、地方団体の行なう社会サービスが、現状では、福祉、児童さらに保健その他の部門を通じて行なわれ、また責任者も専門家ばかりでなく、保健官(Medical Officer of Health)等社会サービスに関しては専門家ではない人で占められている。これら社会サービスを統合し、新しい社会サービス委員会を創設し、専門家に行政責任を持たせることにより、より効果的サービスが期待出来るとしている。

このようなサービスの統合は、保健の分野でも議論がなされている。いわゆるグリーンペーパー(最初のは1968年、2回目のは1970年に発表)では、国民保健事業の3本の柱としての、病院サービス、一般医サービス、地方保健団体によるサービスを統合し、新しい地域保健団体(Area Health Authority)を作ることが提案されている。この場合の地域は、現在の地方保健団体の管轄地域よりは広く、人口20万より130万くらいとしている。

このため地方団体の業務として病人や精神障害者に対する家庭ケースワーク、ソーシャルワーク、関連する社会施設、ホームヘルプ等は、環境衛生業務等と共に地方団体の権限として残されている。

これらサービスの統合は、保健と福祉の分野で各々別々に進められて来ている。従来地方団体の段階では、保健と福祉が同一の委員会または、福祉の委員会に対して保健官が責任を持つ等の形のもの少なくなく、両種のサービスの連絡協調が比較的容易であったともいえる。しかし、社会サービス分野における専門性の強調、保健の分野からの独立等が強く打ち出された傾向を有することと、保健分野におけるサービスの合理化のための広域化の傾向を示めしたことから、今後の両種サービスの協調に多くの困難な問題が含まれてくるのではないかと、現場で働いている人々から疑問が出されている。例えば国の段階で保健省が保健社会保障省(Department of Health and Social Security)となったのに、保健婦、訪問看護婦は地域保健団体より、ホームヘルプは地方団体社会サービス委員会よりと

いうことになってくるとうまくいけるだろうか等の意見がある。

本法案が単なる機構改革のみでなく社会サービスそのものの性格にも今後影響が出るものと思われる。

#### 文 献

- 1) *Local Authority Social Services Bill*, [Bill 98], (370150) London Her Majesty's Stationery Office., 1970.
- 2) *Report of The Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services* (Cmnd. 3703), London Her Majesty's Stationery Office., 1969.
- 3) National Health Service, *The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales*, London Her Majesty's Stationery Office, 1968.
- 4) National Health Service, *The Future Structure of the National Health Service*, London Her Majesty's Office, 1970.

(西 三郎 国立公衆衛生院)

## ベルギーの経済社会審 議会の協定



1970年3月16日から17日にかけて、10時間にわたる討議ののち、経済社会協議会は、15の項目について同意に達し、労働組合、使用者および政府の代表が協定書に署名した。

この協定は、大きく次のような2つの部分から成っている。すなわち、1つは経済財政に関するもので、経済の民主化、労働者たちの会合、物価政策、税率表の改定、付加価値税の実施などの原則を明確にしている。もう一つは、最低保証賃金を支給し、疾病廃疾保険の諸手当の上限を14,300フランに引き上げ、また年金額を5%ずつ2度にわたって引き上げるといふ社会政策に関するものである。

以下、この経済社会発展計画の一端である

社会政策面での同意事項について紹介する。

### 最低保証賃金月額

筋肉労働者に対して、最低保証週賃金と同様に、最低保証賃金日額を設けることで当事者間の同意をみた。

また、疾病の場合、喪失した賃金の80%を保証するための手当金を支給する。このため、傷病手当金の附加手当を事業主が支給することになる。

この措置が実施される場合、中小企業に問題が生じるが、これについて何らかの解決策を考える必要がある。

この協定は1970年7月1日に発効することになる。労働組合側は最低賃金月額の設定を

高く評価しているが、使用者側は、この措置が労働者の勤労意欲を低下させることのないことを強く望んでいる。

### 疾病廃疾保険の諸手当の上限引上げ

疾病保険の諸手当の上限引上げについて、政府は、1970年7月1日から算定の基礎とする報酬の上限を14,000フランとすることを決定した。この引上げに伴う支出は、労使の保険料率の引上げによるとしている。

### 筋肉労働者の年金

政府は、労働者の年金額を1970年7月1日と1971年7月1日の2回にわたって5%ずつ引上げ、しかもその財源は現行の枠内でまかなうという法案を議会に上提する。

この年金額引上げの影響は、疾病保険の廃疾年金や坑内夫の廃疾年金などに当然及ぶであろう。

### 社会保障の財源

経済社会協議会は、全国労働審議会と協力して、社会保障の財源調達方式について検討

するための作業委員会を作り、とくに労使間や異なる制度間における保険料負担の配分などについて検討する。この委員会には政府も参加し、6か月以内に何らかの結論を得るよう要請されている。

自営業者の代表は、自営業者に対する社会保障法規の遅れが大きくなることのないよう、また徐々にこの遅れがとり戻されることを要求している。

### 公共事業職員の労働組合法

政府は、公共事業職員の労働組合結成に関して、前向きの姿勢で作業を進めていることを報告した。政府は、近く市町村職員の労働組合結成に関する法案を上提することになっている。

### 海外からの労働力移入

各企業において国内労働市場だけでは労働不足を解消できない状態が生じた場合、労働協約に従って EEC 以外の国からの労働力移入を組織的に行なう措置をとるようにする。

### 社会発展計画に関する協定の手直し

社会発展計画が予想以上の結果を生んだり柔軟性を欠くようなことがあったりした場合、当事者たちは、経済的社会的変化を考慮しながら、そうした変化に対応しうよう社

会発展計画の手直しをする協定を結ぶことで意見の一致をみた。

*Le mutualité neutre*, N° 3—4 Mai-Juin-Juillet 1970, Bruxelles.

(藤井良治 厚生省)

#### 社会保障こぼれ話

##### スウェーデンの疾病保険改正

スウェーデンでは、1970年に疾病保険が改正され、この改正には、かなり重要な内容が含まれている。

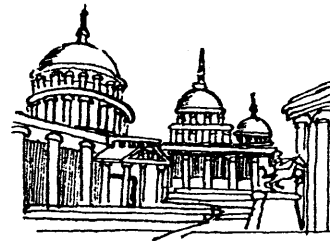
この改正の中心は「7クローネ改正」と呼ばれる部分で、この「7クローネ改正」というのは、診療の内容に関係なく、患者が医師に7クローネを支払うことを要求するようになった改正を指しており、この金額は1968年に患者が支払った医療費のうち、償還されなかった平均額にもとづいて決定されている。ちなみに、1970年1月現在でみれば、この金額は鉱工業の賃金労働者が取得する1時間当たり平均賃金の62.3%に相当している。なお、この7クローネは、各種の試験や処置、一般医の指示による専門医の診察などの費用を、カバーすることになっており、同一疾患でも、医師の診療をうけるときの

に、患者は毎回この金額を支払わなければならない。この「7クローネ改正」による患者の医療費負担は、医療費の償還を簡素化することにより、社会保障による保護の強化と入院施設の蒙む負担の軽減を企図したものとされている。要するに、この改正は償還方式に含まれていた医療費負担分の一部を、償還方式の仕組みから外して、それを患者の自己負担分としたものといえる。なお、この負担分以外に、患者は往診に対して最高18クローネ、また電話の処方に対して7クローネを負担している。

この改正以外に、通院患者および入院した年金受給者への給付改善、遠隔地の患者に対する交通費の引上げなど重要な改正が行なわれている。これらの改善により25,000万クローネの支出増加が予想され、その5分の4を使用者の拠出率引上げ(0.3%増)と国庫負担(残りの部分)で、財源が調達されることになっている。

(平石長久 社会保障研究所)

## 動態経済と所得保障



本稿には、ISSA による社会保障研究の会議で、総括的報告者の Mr. Clément Michel が提出した報告の要旨が示されている。

本会議において、私が最も深い印象をうけたことは、社会保障の長期給付に関するすべての論議が、ある1つの基本的な視点を前提にしていた、ということである。

1つの見方では、所得は、遂行された労働に対する報酬、および遂行された労働を測る手段であると考えられる。しかし、他方では、所得は、購買力を表示するものとして、つまり、遂行された労働とはなんら関係がなくても、あらゆる人々のために必要とされる生存手段であるとも考えられる。まず最初の

所得概念は、報告者が所得比例給付を提供する制度に関して述べたあらゆることからカバーしていた。他方、報告者が均一額の給付について言及した場合には、その論議は後者の概念に依拠していた。

抽象的な表現をすれば、比例的といわれるタイプの制度は、稼得のヒエラルキーにもとづく所得の不平等を拡大するか、もしくはある程度強化しているように見える。これに対して、均一的な制度は、一定の時期および一定の状況のなかで、個人の労働条件に起因する不平等を、ある程度解消しようと意図している。

ところで、均一的な制度は、一定の状況におかれたある特定の人々を対象とする一様な

生活水準を、不平等な所得にもとづいている社会と融合させようとするものであろうか？

もしそうであるとするならば、このタイプの制度のもとでは、ある種の効率性を重視するために、その結果として、ある種の衡平性が犠牲にされることになるであろう。これに対して、比例的な制度は、不平等を是正するよりも、むしろ不平等を記録に残しているために、本来制度に託された社会的意義を失なわせることになってはいないだろうか？ もしそうであれば、このタイプの制度は、ある種の衡平性のために、ある種の効率性を犠牲にしているといえよう。

しかし勿論、自然の発展は矛盾を克服するものである。事態が展開する過程のなかで、各々の制度は、より一層発達してゆくというのではなくて、むしろ、それぞれがもっている教義上の純粋性を失い、変更を余儀なくされるであろう。たとえば最低保証かつ所定の金額に固定された給付水準が比例的な制度に導入される場合には、このような変化は、事実上、均一的な制度（少なくとも所得の上下限において）を受け入れることに等しくないだ

ろうか？ 同様に、均一的な給付方式を用いる制度に対して、なんらかの形で、所得比例的な給付を認めるような追加的もしくは補足的な制度を組合せる場合には、比例的な制度を容認することにはならないだろうか？

各国の実情を調査してみると、双方のアプローチの間で、また過去の歴史的な推移と将来の要請との間で、考え方が依然として定まっていなかったことは明らかである。この弁証法的な変化のなかで、一般的な動向を見分けることは可能である。今日一般的に認められているように、社会保障の長期給付は、ある程度、雇用による所得で生じた格差を反映しなければならないが、同時に、格差縮小の必要性も次第に現われてきている。

このように、社会的保護は、生産面で一般的に容認された諸概念（それは、マルサスおよびカードの賃金鉄則に最も体系的に集成されている）とは、本質的に異なる理念にもとづく所得概念のモデルを、次第に形成している。

社会保障においては、人を単なる生産者と

してではなく、人間として認識しているように思われる。これは、産業革命に伴って現われた、労働および所得の基本的意義、さらに両者の関係にみられる理念的および物質的な状況の面での、広範囲な変化を背景としている。したがって、ある特定の給付が、受給者の労働意欲に与える影響を測定しようとする場合にも、このような背景のもとで考える必要がある。ほんの数十年前、各国における幾人かの専門家達は、ひかえ目にではあるが、失業補償制度の創設から生ずる破局的な結末について、見境もなくきびしい悲難をあびせていた。しかし、今日、失業に対する広範囲な保証は、需要水準を維持するためのみならず、熟練労働力を保持し、労働市場の流動性を維持するためにも、不可欠であると考えられている。

これは1例にすぎないが、結局、過去1世紀にわたり生産力を引きあげてきた期間には、同時に技術革新のみならず、社会発展の間でもあった。ところで、生産力は、社会発展にもかかわらず上昇したのか、それとも社会発展のゆえに上昇したのであろうか？ この

間に対する解答は困難であるが、いずれにせよ、事実は次のようなことであった。すなわち、社会的保護の急速な発展は、生産および生産力の急速な発展の障害物ではなかったということである。

次に私は、本会議でも論議された社会的給付、貯蓄および消費の相互関係について簡単にふれよう。この問題が提示される場合の方法には、その基本的前提に誤りがあるように思われる。依然として、社会保障の発展を貯蓄および投資の維持の必要性と対立関係におく人々がいる。しかしながら、一般的に認められているように、貯蓄は必要欠くべからざるものからというよりも、むしろ余剰から生じる。

ところで、社会保障の真の目的は、ある人々には余剰とされる資源に頼ることによって、ある人々にとって必要欠くべからざるものを、それらの人々に提供することである。この初歩的な分析は、次の点を示唆している。つまり、貯蓄—所得弾力性が、社会的給付の面ではそれほど高くはないこと、および貯



蓄を促進するために、社会的給付をカットするという考え方が、現実的にはそれほど効果的であるとは思われない、ということである。

社会保障によって生ずるといわれている経済的弊害は、実際には、ある種の二次的な消費を制限しないこと、換言すれば、各種の生産についての一定の選択を拒否することから生ずるのではないだろうか？ 社会保障は、1次的もしくは他に比べてそうであると思われる、特定のニードに応じようとするものである。であるから、社会保障の発展は、事実上、様々の消費の間での選択、したがってある種の生産を制限する必要性をとまなうのである。

近年、社会保障調査の必要性についての認識が高まっているが、そのなかで著しい進歩がとげられたことを、今回の論議が示していた。かなりの量の興味深い仕事がなすとげられ、現在なお続けられている。ISSAは、この調査活動の発展に対して、可能な限り活発な寄与をすることにより、提唱された要請に

応えるであろう。また、社会保障調査に関する研究グループは、直ちに次の数年のプログラムの概要を作成する予定である。

しかし、調査は規範となるような結論を下すことはできない。科学的調査が行動の標準を設定し、結論を押しつける権限を要求する、という危険があることは明らかである。けれども、人びとがもし現状を熟知していたならば、到達したいと望む状態についてより

よい理想を画くことができるであろう、ということとは依然として真実である。

Clément Michel, Summary Report on "Social Insurance Benefits and Earnings Replacement in a Dynamic Economy", *Reports on the ISSA Conference on Social Security Research*: Vienna, 28 September-2 October 1969.

(山崎泰彦 社会保障研究所)

## 社会保障の20年

——間接賃金と社会給付に関する資料 第一巻——



(ベルギー)

ブリュッセル自由大学の社会学研究所 (l'Institut de Sociologie de l'U. L. B) では、1967年まで数年間にわたり、労働の報酬 (la rémunération du travail) に関連する諸問題の

研究が行なわれたが、その過程で、賃金の補足分および付加物に関して数多くの調査が行なわれた。

本書はそれら調査のうち「間接賃金」(le

salaire indirect) に関する部分をまとめ、「ベルギー社会保障の20」年として、第二次大戦末期から1965年までの間接賃金(すなわち社会保障——なぜそう理解するのかについては次に述べる)の推移についての数量的、実証的分析を行なったものである。

ところで「間接賃金」といわれるものの内容であるが、ここでは家族手当、年金、失業保険、疾病廃疾保険、年次休暇、職業病補償の各部門を含むものとされており、いちおう一般にいわれる「社会保障」の内容に近い。しかし厳密にみると、ここでいう間接賃金のなかには、一方に職業病補償が含まれているにもかかわらず、労働災害補償が含まれておらず、他方で一般に社会保障のなかに含まれていない年次休暇がとり入れられているということから、それは必ずしも正確な意味で社会保障に同じとはいえない。

編者のことばによると、間接賃金と社会保障の2つの概念の「ずれ」は、形式的にはこの調査が全国社会保障局(Office national de sécurité sociale)に払込まれる保険料とそれに関連をもつ賃金を対象とするものであるこ

とによるが、実質的に考えてみるとそれは重大な障害になるものではないとされる。すなわち今日一般に、社会保障といわれるものの領域はいずれの国においても大幅に拡大し、むしろ福祉国家のすべての活動がこのなかに包含されるようになってきつつあり、いまや社会保障の概念のオリジナリティ自身を検討し直さなければならない段階に達しているというのである。社会保障は今や固定的にこれをは握するのは困難な状況にあるというのである。従って、ここでは社会保障をベルギーで一般に考えられているものとして扱い、これを間接賃金と同義にとっても大きな過誤をおかすことにならないだろうとされている。

本書は、400頁に及ぶ膨大なものであるが、全体の構成は、はじめに被用者のための社会保障つまり一般制度の全体についてその適用範囲、制度の収支、労使による当事者管理制などの20年間にわたる推移について詳細な資料を整理したのち、家族手当、年金、失業保険、疾病廃疾保険、年次休暇、職業病補償の各部門について20年間の推移を実証的に分析

している。

ここでは、以上のいくつかの事項のうち、とくに被用者のためのベルギー社会保障一般制度の20年間についていくつかの紹介をすることにしよう。

#### 一般制度の適用対象について

今日のベルギー社会保障といわれているものの起源は、第二次大戦中の対独レジスタンス時代に労使の組織の間で締結された「社会連帯協定」(l'accord de solidarité sociale)にあるが、1944年12月28日の法律(arrêté-loi)はこの協定を具体化し、「労働契約によって結ばれたすべての労使を対象とする社会保障の一般制度を組織した(いうまでもなく、使用者は保険料の負担ということで制度にかかわる)。

この一般制度は、当初「労働契約によって結ばれた」労使を対象とするものであったため、制度の適用対象は限定的で1947年には124万人にすぎなかった。しかし戦後20年の推移のなかで、1つにはベルギー国内における一般的雇用量が増加したこと、2つには適用の基準とされた「労働契約」関係の解釈を

ひろげて制度の保護対象を拡大しようとする一連の立法上の措置を通して、適用範囲が拡大され、20年後の1965年には209万人の被用者（労働者149万人，職員60万人）がこの制度の適用を受けるにいたっている。

### 一般制度の収入

ベルギー社会保障一般制度の収入は、労使の保険料，国庫支出金および利子収入からなるが，その各々について20年間の推移をみると次のようになっている。

まず労使の保険料であるが，1947年の保険料総額は152億650万フランで，これが1965年には4.6倍の704億4,560万フランになった。この約20年間の増加傾向はつねに一定の率によって推移したのではなく，その間の事情をみるとだいたい四つの時期に区分されるという。すなわち

- (1)1947～48年には年平均8.8%の相当急な増加がみられる。
- (2)1949～54年には年平均6.2%，1955～57年には年平均6.7%で，中程度の増加がみられる。

(3)1958～59年には年平均0.68%という低い増加しかみられない。

(4)1960～65年には年平均11.0%の急激な増加がみられる。

一般論としては，保険料総額の増加は，報酬の総額，雇用量，保険料率，および保険料の徴収対象となる報酬の上限など，4つの要因の組合わせによって決定される。これら要因の各々について20年間の動きをみると次のようになっている。

全体的にみた年間報酬額は1947年と1965年とを比較したとき後者は前者の3倍となり，これを被用者の部門別にみた場合，職員部門が同じ時期に4倍となり労働者部門が1.6倍となっている。

雇用量については，これを社会保障一般制度に所属する被用者数でみたとき，1947年の182万人が1965年に217万人となり19.1%増えている。同じ期間内に，ベルギー総人口は852万人から950万人へと11.6%増え，うち職業活動人口は17.7%（350万人から377万人へ）増加した。従っていま，1947年と1965年の一般制度加入者数を総人口および職業活動

人口に対比させてみると，それぞれ前者が21.4%から22.8%へ，後者が52.6%から57.6%へ増えており，とくに職業活動人口中に占める一般制度加入者は相当に高率を占めるようになってきている。これは他面において，一般制度の適用を受けない自営業者層が1947年の112万人から1965年の81万人へと激減していることとも関連をもっていると思われる。

このような雇用量の増加にもかかわらず，社会経済構造上のもっとも重要な変化としてここで強調されていることは，被用者中に占める労働者と職員の占める割合の変化である。すなわち労働者数は1947年の145万人から1965年の157万人へ7.6%増加したにとどまっているが，職員数は37万人から60万人へ64.5%も増加している。職業活動人口に対比させても，労働者数の占める比率は1947年から65年までに41.5%から41.6%と，ほとんど変化がないが，これに対して職員の数も10.5%から16%へと増加している。

次に保険料率と保険料算定基礎となる報酬の上限の問題であるが，当初この問題はきわめて単純であったが，近年複雑化し，現在で

は労働者と職員とに分け、しかも各給付部門ごとに別々に定められている。ごく大ざっぱにいうと労働者部門では、すべての給付につき総計40.8%の保険料率(1947年当時は25%)を労使で分担し、給付により二種の報酬上限が設定されている。職員部門では、同じくすべての給付につき総計30.55%の保険料率(1947年当時は25%)を労使で分担し、給付ごとに3種の報酬上限が設定されている。

労使の保険料のほかに社会保障の収入として考えられるものに国庫支出金と利子収入がある。

国庫支出金は中央政府の年間予算のなかに計上されるが、疾病・廃疾保険、家族手当、職業病補償の三部門に関する国庫支出金は社会保険省の予算に、失業保険および年金の両部門に関するものは雇用・労働省の予算に組み入れられるというように、ほとんどの部門について国庫支出金が1つの財源となる。1965年のこれら国庫支出金の額は、年金について61億フラン(労働者部門に27億フラン、職員部門に5億フラン、鉦夫部門に29億フラン)

ン)、疾病・廃疾保険について108億フラン、失業保険について19億フラン、家族手当について6.3億フランとなっている。

社会保障一般制度の収入総額のなかに占める国庫支出金の比率をみると、1945年から65年までの間の年平均は約25%となっている。しかしその20年間のうち1949年から59年までは失業率が高かったが、60年から65年までは完全雇用の状態が維持されたため保険料収入が上昇し、近年にいたり国庫支出金の占める比率は低下し、いわゆる「反財政化」(défiscalisation)の傾向にあるとされている。

利子収入については、1949年に5億フランであったものが、58年に26億フラン、そして1965年には46億フランとなり、58年と65年との間の増加率は73%となっている。

### 社会保障費

ここで社会保障費は、給付費、事務費およびその他の費用を含むものとされているが、もちろん給付費の占める割合がもっとも大きく、この20年間の年平均で94%となっている。

年間給付費総額は、1949年で196億フランであったものが1965年には795億フランと、この20年間に約4倍となっている。ただし給付費の増加傾向はとくに1960から65年までの5年間に著しく、1949年から65年までの増加分の半分以上はこの5年間に属するものとみられている。このような近年における給付費増加の傾向は、受給者数の増加と給付水準の上昇という2つの要因によるものとみられる。

### 社会保障費と国民所得

国民所得中に占める社会保障費の割合は、この20年間、引きつづき上昇傾向にある。すなわち1948年のそれは8.5%であったが、53年には10.0%、58年には11.2%、そして65年には13.5%となっている。これを部門別にみると1965年の場合、年金部門が国民所得の4.1%、疾病・廃疾保険が3.8%、家族手当部門が3.2%、失業保険部門が0.8%を占めている。

資料 Spitaels G., D. Klaric, Vingt ans de

sécurité sociale en Belgique. Le salaire indirect et la couverture des besoins sociaux. Volume 1-le dossier. Edition

de l'Institut de Sociologie, Université libre de Bruxelles.

(上村政彦 健保連)

## 社会的法治国家における 社会保障の財政運営

(西ドイツ)



本稿の著者カルル・リュッキング (Karl Lücking) は、「社会保障の伝統的財政運営は社会的法治国家においては時代に合わない」と題して、被用者からの拠出金によって社会保険を運営するのでなしに、社会における全ての所得者からの拠出によって社会保険を運営することが、ドイツ連邦共和国基本法の根本思想である社会的法治国家の思想に合致するものであることを主張している。以下、その概要を紹介する。

基本法 (GG) 第20条の、ドイツ連邦共和国は民主的かつ社会的な連邦国家である、という規定は、支配的な見解によれば、拘束力のある法である。憲法の根本思想によれば、社会正義と社会保障は、自由な民主主義の存続の前提条件である。民主的・社会的法治国家においては、社会的差別があってはならない。それにもかかわらず、被用者は多くの点において不利益な取扱いを受けており、特に社会的支出の面においてそうである。

社会予算によると、社会保障のための財政

負担は年々拠出金支払者に移ってきているのに対して、公的資金の社会給付に対する関与は、1955年における40.8%から1967年における30.9%に減っている。1972年には、それは27%になるであろう。被用者の純所得と使用者のそれとの差は、被用者にとって不利に広がってきている。すなわち、社会保険に入っている被用者は、社会保障のためにより多く貢献させられているのに対して、同様に社会的法治国家の恩恵を享受している国民のうちの他の集団は優遇されている。更に、被用者の社会保険料は労働所得から控除される。ただ、所得税の累進制のみは例外をなす。

### 完全雇用への方策

社会的生産の恒常的成長は、完全雇用を安定させ、失業とそれともなう税の中断および社会保険への保険料の中断を防ぐことができる。そこで、より軽い保険料で、より強固な社会保障の整備が要求される。ドイツ労働総同盟 (DGB) は、経済政策および社会政策に対する DGB の原則における最高目標として、完全雇用および勤労権の実現を要求す



る。そして完全雇用への方策は全ての税納入者によって賄われなければならない。このことは、景気政策上重大な資金についても妥当する。

### 社会正義

社会的法治国家の社会政策 (Sozialpolitik) は、共同社会の政策 (Gesellschaftspolitik) でなければならない。法治国家主義者のポーズをとりながら社会保障の財政を被用者のみに任せるような集団があってはならない。そうではなくて、凡ゆる連邦国民は、使用者も、自由業者も、公務員も、社会的支出に関与しなければならない。DGB 綱領も次のように述べている。「社会的な危険を、被用者は単独で負うことができない。その社会保障に対する正当な要求は、社会の連帯責任によってのみ満たされうる。」と。また、使用者拠出金の問題、すなわち、使用者は社会保険支出に対してその半額を分担すべきかの問題もある。使用者拠出金は、賃金構成要素とみなすことができる。

### 憲法の財政規定と社会保険

基本法は税立法および財務行政に関する管轄を定めている。すなわち、税収入の連邦およびラントへの配分、財政計画、等々。基本法は社会保険の組織法的規定を包含している、そしてまた、実体法としては社会国家の原理を保証している。しかしながら、社会保険の財政運営に関しては、基本法は沈黙している。というのは、社会保険の存続は自明のこととして前提されているからである。しかし、その財政は社会によって負われているのではなく、被用者に課されているのである。

連邦憲法裁判所も、年金保険 (RV) は社会国家の典型的な課題の一つであり、我々の社会秩序の基礎である、ことを強調した。この確認は年金保険に関してのみならず、社会保険全般に妥当するものである。立法者は、ここから財政に関する結論をも引き出さなければならない。社会保障は社会的法治国家の義務であり、従って、そのための支出も民主的社会的義務でなければならない。

### 連邦労働協会

(Bundesanstalt für Arbeit)

被用者は、連邦労働協会 (BA) のために財源を負担している。この機関は、連邦政府の社会政策および経済政策の範囲内において、高い雇用状態を旨とするために共働しなければならない。全ての国民に完全雇用を保障するために、職業指導、職業紹介等の手段を通じて、雇用構造が恒常的に改善され、また経済成長が促進されなければならない。失業は購買力を低下させ、従って、総経済の収入を低下させる。結論的に言えば、連邦労働協会の支出は、所得を得る者全ての拠出金を以て賄われなければならない。

### 年金保険

年金給付は支払われた保険料の額に従っている、というのは広くゆき渡っている誤謬である。1891年から今日までの間に、年金保険への保険料は1.7%から17%に上がっている。年金の額は、過去に支払われた保険料の額によるよりも、毎年の労賃に従って決定され

る。支払われた保険料は、年金の額の基礎を規制する。

人口の年齢構成を図式的に表わしている統計の人口ピラミッドを見てみると、過去における政策の失敗による彎曲がわかる。将来10年間において、更にその先になると、高齢者の絶対数が増えるとともに就業生活にある者に対する関係でも増加する。この事実に沿って、社会全体が年金保険の支出に関与しなければならない。ところが、連邦政府の財政計画によって、税収入から年金保険への連邦の支出は、約61億マルクに減らされた。連邦の支出が少なくなれば、保険料を支払う被用者は必然的により多く支払わなければならないことになる。ただ、所得税は、既に述べた如く、累進的すなわち社会的であるが。社会国家的課題の財政のこのような置き換えは明らかに不当であり、民主的・社会的法治国家に合わないものである。

### 保険料支払者

社会保険の収入は不変のものではない。例えば、失業期間中は年金保険への保険料は中

断する。労働市場に影響を与えるような社会的な情勢がある場合にも、それは当てはまる。雇用量が下がれば、抛出金の低下が起る。また、被用者の所得が下がった場合にもそうである。また、社会的・技術的・構造的発展のために、より長期の学校教育、職業教育が要請される場合にも、それに応じて、保険料収入は減少せざるをえない。今日、わが国において、なぜ、被用者のみが、社会的・技術的・構造的発展の成果を保険料によって年金保険に向けて賄わなければならないのだろうか。社会全体がこれに対して責任がある。年金保険は、国家の財政・経済・労働市場政策に大きく依存している。従って、年金保険は全ての所得者によって賄われる場合のみ正当であり妥当であるといえる。

### 社会保険および失業保険の収入は国家の景気政策の資金か？

年金保険の収入は、社会予算によると、1970年中には、538億マルクに達するはずである。連邦・ラント・市町村税による収入によって1,200億マルクと見積られる財源によ

って、連邦の財政・経済・景気政策は安定する。年金保険の保険者および連邦労働協会の安定に関する法律は、それらの積立金の一部はドイツ銀行のいわゆる平衡請求権証券 (Mobilisierungspapieren) および流動化証券 (Liquiditätspapieren) に出資されなければならないことを定めている。社会政策が国家の財政・経済政策の中に深く組み込まれることは、学問的にも正当であり必要なことと考えられている。今日、国家の財政によって多面的な経済的な支配作用がなされることが気づかれている。

1965年から1967年の間に、我々は、連邦政府が社会保障の分野に関与した経験を持っている。その際、広範な変革は社会政策的法律によって実現されたのではなくて、財政安定法 (Haushaltssicherungsgesetz vom 20. Dezember 1965)、財政計画法 (Finanzplanungsgesetz vom 23. Dezember 1966) および財政変更法 (Finanzänderungsgesetz vom 21. Dezember 1967) によって行なわれたのである。

財政・経済・景気政策は社会全体の課題である。被用者は民主社会の構成要素である。

したがって、他の集団が税のみを支払っているのに対して、彼等が賃金に課せられる税以外によっても経済・景気政策に抛出させられているのは不当なことである。

社会保険への抛出金の代わりに、全ての所得者の社会的抛出金こそ、基本法で保証された社会的法治国家にふさわしいものであろう。

Karl Lücking, Hannover; Herkömmliche Finanzierung der sozialen Sicherung im sozialen Rechtsstaat nicht zeitgemäß; *Soziale Sicherheit (Zeitschrift für Sozialpolitik, Die Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften)*, 19 Jahrgang Heft 4 (April 1970), S. 97~99.

(伊達隆英 健保連)

## 精薄児の就労問題と施設

(フランス)



フランス北部の Loos 市にある精薄児施設の精神科医 3 名による報告で、精薄児教育を将来の社会生活、職業生活の諸条件と対比させて考察している。中心となっているのは同施設での年間の試みの検討であるが、その他精薄者の就労に関する既存の調査報告を参照している。

報告されていることがらはほぼ次のように整理することができる。

- A. 精薄児（中度）の特質の検討（知的能力、精神的身体的条件、対人関係および社会生活、情緒的側面などについて、その限界と同時に可能性を検討している）
- B. 同施設の概要（経営主体：リール地方保健福祉活動協議会、現在の収容児童：

6~14歳、IQ 45~70、男子30名、女子25名、スタッフの構成：所長（精神科医、指導員、精神療法医、精神科医、内科医）、ソーシャル・ワーカーのほか親のグループが少しづつ参加している。

活動形態：入所から3ヶ月間を観察期間とし、児童のあらゆる側面について検討する、知能だけでなく種々の条件を考慮して5クラスに分ける。教育方法：1. 具体的な素材の利用、2. 集団授業と個別指導の併用、3. 児童の成長と社会生活への適応に必須のことがらに限定、の3点を考慮して各学科を教える）

- C. 精薄児の就労に関する調査報告（14報告をとりあげて検討）

#### D. 精薄児の特質と将来の生活の観点に立つ施設の再検討

ここでは、Dの内容を中心に著者の主張をまとめて紹介する。

精薄児施設のあり方についての著者の主張を要約すれば、精薄児（中度）の精神的身体的条件とその将来の生活を考慮するところから施設のあり方が決まるべきだということである。

精薄児（中度）のパーソナリティについては、精薄児であるために両親、家族、他人との対人関係が特殊性を帯びて、パーソナリティの発達に障害を受ける場合が多いと述べている。そしてそのために職業生活への適応も困難となると指摘している。

しかし、精薄児の諸能力については、従来の、普通児との比較による否定的な捉え方に対して、潜在的にもっている能力や、独特の発達様式を評価することにより積極的な捉え方ができると述べている。

就労への準備については、知能が低いために、成人としての生活のなかで要求されるこ

とがらを徐々に知らせ、それらに対応させていく必要があること、職場を選ぶ必要があることを述べている。

精薄児の将来の生活の設計については、最初は職につかせることが中心目標だったが、現在では社会に出すというところまで目標がひろがったと述べ、精薄者に対して保護から社会への適応へと、つまり個人の尊重を援助を基礎とする「精薄者の社会的独立」へと精薄者対策の目標が移行したと述べている。精薄児施設退所後のサービスの多様化、1968年1月の心身障害者法の改正をこの方向での新しい動きとして評価している。

こうした精薄者の社会生活、職業生活のための対策の最近の動きのなかで、精薄児施設の性格、機能も変化するということが著者をもっとも訴えたいことのように見受けられる。つまり、精薄児施設も、従来の消極的な役割でなく、職業をもった社会生活への適応という目標のための一資源となることができるはずだとの明かるとい見通しを示そうとしている。

この、精薄児の社会生活への適応という目

標に到達するために精薄児施設は如何にあるべきかについて、著者はつぎのような提案をおこなっている。

まず、精薄児の社会適応を容易なものとするためには、関係官庁（公衆衛生省、教育省、労働者）や企業との密接な協力が必要である。精薄児施設は収容児童の将来の生活について早期から取り組むべきである。

精薄児施設がなすべきことは主として児童の適応能力を発達させることである。具体的なことからについて、直ちに日常生活に応用できるように実際的に教えるべきである。知的学習より生活上の必要への適応を重視すべきである。したがって16歳以上では学習のかたわら技術を教えることが非常に重要である。また、社会生活への適応のために必要な知識を学ぶこと、労働のリズム、報酬、時間の概念を覚えること、自己を知りコントロールできる力をつけることなどが考慮されねばならない。実際に多様な状況を経験させていくことによって能力が伸びていくこと、環境に少しずつ慣れていくことがこれらの精薄児の社会化にとって必要なことである、と。

精薄児の能力や心理に影響を及ぼす要因のひとつとして、周囲の人々が精薄児を、その暦年齢ではなく精神年齢によって捉え、その段階におしこめ、固定しようとしてしまう傾向がみられるとの指摘がこの報告のはじめの部分（A精薄児の特質の検討）でなされていた。著者は中度精薄児の将来の社会生活に明るい見通しを感じており、その経験をふまえてであろう、「精薄児施設は単なる収容施設ではなく独特の機能をもつ」「すべての人間を児童期から成年期に移行させていく大きな動きのなかに精薄児施設も加わっていかよう」とこの報告を結んでいる。

B, Dutoit-Desreumaux, Ph. Choteau and J.-P. Vermelle, Structuration de l'institut médico-pédagogique—en Fonction du devenir socio-professionnel du débil moyen, *Sauvegarde de l'enfance*, Jan., 1970, pp. 28~43.

(阪上裕子 国立公衆衛生院)

## 民間施設に対する貧困 基金の影響

(アメリカ)



「貧困との闘い」に関連して登場したいくつかの貧困防止立法は、従来の福祉サービスの在り方を変える可能性をもっている。この点を明らかにするために、ピッツバーグ、ペンシルバニア両州の16の民間施設をとりあげ、調査を行ない、1960年から1967年までの経済機会局 OEO の援助基金を受け入れることによって、これらの施設にいかなる変化をもたらされたか、また OEO 計画が、これらの変化を生むのに、いかなる役割を持ったかについて検討してみた。

この調査は、それぞれの施設のサービスの内容、クライアント、サービス提供機構とその技術、政策立案機関、施設財政などに焦点をあて、OEOの援助がこれらにいかなる影響

を与えたかをみることにした。

この調査は2つの方法を通じておこなわれた。すなわち、第1の方法は16の関係施設の施設長や職員、地域開発特定地域 (CAP) の協力者、同地域の市民委員会の委員といった人々など計209名を対象とした面接調査であり、主な質問項目は、異なる四時期における状況、起った変化、変化（または変化しない）の原因にわけておこなわれた。

第2の方法は、クライアント、職員、財政などについての各施設長の報告をもとに再検討するというものであった。選定された施設は、その施設の特殊な機能や、クライアントシステムが個人的であるか、あるいは集団的であるかなどを目安にして、次の4つのグル

ープに分けられた。それは、セツルメント（4つ）、一般地域サービス施設（The General Community Service Agencies）（2つ）、家族サービス施設（5つ）、特殊サービス施設（Specialized Service Agencies）（5つ）である。

では OEO 基金が民間施設にどのような変化を与えたかこの調査をもとにみてみよう。

第一に民間施設で実施されているプログラムの上でどのような変化があらわれているかということであるが、まずセツルメントでは、OEO 基金は従来の地域開発計画の傾向を一層助長したといえる。しかし他の施設では、たいした変化はなくせいぜいのところ既存のプログラムを拡張するための準備資金という役割を果たしているにすぎない。例えば一般地域サービス施設では、OEO 基金を受取る以前も受取ってから同じようなプログラムを扱うに止まっている。家族サービス施設では、従来のケースロードが若干軽減されているが、主としてケースワークを必要とする問題に力点を置くことにはかわりなかった。ただ特殊サービス施設では、そのプログラムを貧困地域に拡大する要因として OEO 資金が役立つ

ている。

第2にクライアントについてみると、各施設の恒常的プログラムでサービスを受けているクライアントの社会経済的特徴は、1960年以降ほぼ同じであり、貧困水準以下の収入しかないクライアントおよび地域開発特定地域（CAP）に住んでいる人びと、また黒人の割合はほとんど変化していない。その意味で OEO プログラムによって、より多数の貧困者や黒人にサービスを拡大するという点では、たいした影響を与えていないといえる。したがって、今後サービスを受ける必要のある人は、貧困者、ボーダライン層および黒人層に及び、その数も現在の対象数よりも、より多くなるものと思われる。とくに貧困者は最もサービスを受けにくいので、これらの人びとに対するサービス機能を OEO 計画に移管することも考慮する必要がある。

第3にサービスと地域との関係についてみると、OEO ができてから貧困地域における設備の数はたしかに増加した。そしてまたクライアントを援助する方法も、セツルメントでは、OEO 計画にもとづいてコミュニティ・デ

ベロップメントの技術を導入した結果かなり変化した。また1967年ごろから、一般地域サービス施設でも、同様の技術の導入をはかりはじめ、他の2つの施設でも同様の試みが検討されたりしている。

しかしながら、コミュニティ・デベロップメントのなかで、重要な意味をもつ住民の組織化についてみると、OEO 計画がこのためにどのような効果をもったかということについては、若干の混乱があるようである。とくにセツルメント以外の施設では、その職員が、個々のクライアントとワーカーの関係を確保するために採用している方法は、従来のものとあまり変わっていないようである。

いかなる施設であっても、それらは地域から独立してはありえないし、またその結びつきを強めることがとりわけ重要なものとなっている。このなかで、コミュニティ・デベロップメントのプランニングや評価の際に、その地域住民や組織を含めることは、受益者により密接したサービスをもたらす一つの方法として重視されなければならないが、この点ではセツルメントや一般地域サービス施設で

は、かなりの変化があった。しかし残りの二つの施設では、住民を含める程度は限られていて、全体的にみると地域住民は、施設のプランニングや評価の際には部外者としてとり残されている。

第4に、施設職員の問題についてみると、どの施設でも、1960年以降職員数は増加し、特に1965年以降は、OEO職員がふえている。そしてその反面、施設の独自の資金で雇われる職員数は、1965年～67年では減少した。しかし、これは施設の種類によって異なり、セトルメントや一般地域サービス施設ではOEO職員が非OEO職員に対して高い比率を占めるようになったが、家族サービス施設や特殊サービス施設では、むしろ低くなっている。

第5に、政策立案機関についてみると、どの施設でも、理事会の役割や理事者の性格についてはあまり変化はなく、2、3の施設で貧困者の代表を決定機関に参加させる試みがなされたが、概して、新しくその代表となった人は貧困者やサービスの受益者であるよりは、むしろ、より富裕な黒人であった。その上、これらの代表者の数はわずかであり、影

響のある地位はほとんど与えられなかった。

第6に、財政面でみると、運営費はどの施設でも、1960年当時よりも1967年には高くなっている。このことは、特にセトルメントや一般地域サービス施設にあてはまり、非OEO基金の割合は予算の中では減少する傾向がある。政府資金や地方および国の資金も徐々に増えているが、まだ全予算に占める割合はわずかであり、共同募金からの資金を受けている施設もあまり増加していない。

以上のことから理解できるように、OEO計画の導入によって、クライアントが受けるべきサービスの種類、そのサービスを配分する

技術および民間福祉制度における受益者の役割などについては、まだ一致した結論に達するほど明確な影響はあらわれていない。しかしそれでも、施設の役割の認識、決定機関の役員構成、またOEO計画が地域施設の従来のサービスにおよぼす影響などは若干あらわれているようである。

Camille Lambert, and Leah Lambert, Impact of Poverty Funds on Voluntary Agencies, *Social Work*, Vol. 15, No. 2. pp 53~61, April 1970.

(門脇久子)

## 社会事業制度と社会変化

(イスラエル)



イスラエルの社会事業は、社会改良を制度化する為の一つの試みとして始められたが、時がたつにつれて社会制度を変えることより

も個々人の処遇についてその精力の大部分を費すようになってしまった。この傾向は、1930年代、40年代の精神分析理論や技術論の

導入によって影響され、処遇方法論の進展をひきおこし専門的職業としての地位と役割を確立させた。しかしながらこの発展のために払われた代価は、決して小さいものではなかった。社会調査は無視され、社会改良と社会立法 (social legislation) の領域における影響や指導性は無視され、社会科学の知識は、社会事業教育の中に充分組みこまれなかった。ソーシャルワーカーの殆んどは、問題をもった個々人の病的徴候をもった行動 (Symptomatic behavior) を変えることに焦点をおき、これらに影響を与えている社会問題を理解しようとしたり、あるいは社会状況を変えようとするに努力を払おうとはしなかった。したがって社会改造に対する想像力豊かなプランの大部分が経済学者、教育家、政治学者、そして応用社会学者によってもたらされるようになってきている。アメリカでも社会事業という仕事は、貧困に関する政策形成においてリーダーであるというよりもリードされている。ではイスラエルの社会事業は、今どのような状態にあるのか。これはイスラエルの福祉制度の3つの柱である国と地方の福

祉機関、大学における社会事業教育、専門的職業集団を観察することによって明らかにすることができる。

#### 福祉機関 (Welfare Agencies)

一般のソーシャルワーカーや自治体の福祉行政部 (municipal welfare executive) は、クライアントに影響を与える社会政策にほとんど影響力をもっていない。むしろソーシャルワーカーは、現状に対して受身的で、ある意味では現状維持者である。彼らが従事しているサービスの多くが不公平であり、かつ不十分なものであるにもかかわらず、ほとんどこれらの改正を要求する声は聞かれない。自分たちの労働条件について不満があるにもかかわらずストライキを行ったり、改革のための組織的活動を行うようなことも考えなかった。

イスラエルのすべての地方福祉事務所 (local welfare office) の業務は、地方財政を通じて中央の福祉省 (Welfare Ministry) と結びつくことになっている。地方福祉事務所から福祉省への財政的要求は、省のそれぞれの地方部局 (district department) に連絡せねばな

らない。そしてこの地方部局は、さらにエルサレムにあるそれぞれの部局の中央部局の承認を得なければならない。そしてひとたび決定が下されると上記のコースを逆にたどって地方事務所 (local offices) にとどく。

地方事務所は、省が財政的な関与を保障するまでどのようなサービスも独自に提供することができない。このために計画はいったん中止したままになり、クライアントもワーカーも承諾が地方部局 (district office) からやってくるまで立往生する。通常、地方部局は、あらかじめ年間計画をきめ、これにもとづいて地方プログラムへの参加を承認しているようだ。しかしながら実際におきていることは、福祉事務所 (welfare offices) は、年間計画に従って定められた一定のサービスを実施することにとどまっている。この行政的効率の代価は、クライアントのさまざまなニードを満足させるに足る十分な柔軟性に欠けるといふステレオタイプ化されたサービスにおちいりがちである。

このような行政機構の硬直性がワーカー達に仕事をするものの意欲を喪失させている。



かくして専門的なソーシャルワーカーは、できるだけ保護観察 (provation) やリハビリテーションやその他、行政的な硬直化しにくい部門で人々を援助するサービスに従事することをえらぶ。

### 社会事業学校 (Social Work Schools)

イスラエルにおける社会事業学校は、残念ながら社会変化に大きな影響を及ぼすということとはなかった。個人の処遇に重点をおくアメリカ社会事業の影響によってカリキュラムは、社会的な変化或いは集団的な変化というよりも個々人の変化に重点をおいている。しかしながらイスラエルの社会事業教育の最大の欠陥は、社会変化に対応する個々人の掛わり合いや、社会制度の作用を分析する能力を学生に教えこむことをしていないことである。

イスラエルの社会事業学校において、今後とくに重要なことは、修士程度の教育プログラムを発展させることである。大学院教育に対するニードは、今や決定的に重要になってきているが、その動きは、きわめて緩慢なよ

うに思える。したがって多くの学生は、外国の大学院教育を受けるために国を去ったり、教育学や心理学や社会学のような他の領域の課程に入ってゆく。社会事業教育における大学院教育の発展は、現在の大学教育を再評価し、合理化することに大きな影響を及ぼす。さらに積極的な側面としては、いくつかの社会事業学校が学生を訓練して福祉サービスにおける変化をつくりだしてゆく試みを積極的に行なうであろうし、学校と社会機関との共同の実験計画を積極的に行なうことになる。

そして長い道程の中で社会事業学校は、社会福祉における革新者 (innovators) を生みだしてゆくであろう。

### 専門社会事業協会 (Professional Social Work Associations)

現在イスラエルには、2つの社会事業組織がある。1つは、社会事業家組合 (the Union of Social Workers—Igud) である。ソーシャルワーカーの大部分はこの団体に入っている。この組織は、イスラエル労働総同盟 (the Is-

rael Fedaration of Labor Unions—the Histadrut) の傘下組合である。この社会事業家組合 (Igud) は、大学卒業者と資格免許取得ソーシャルワーカーよりなっている。この組織は、1947年頃創設された。この組織は、政党と結びついて活動しているが、社会事業の問題そのものについてはあまり積極的ではない。また社会変化についても政党の政治力に頼っている。

今1つの組織は、大学卒業社会事業家イスラエル協会 [the Israel Association of (University) Graduates Social Workers] である。この組織は、1964年に Igud の一部の人々とイスラエル総同盟のやり方に反対している人々によって作られた。この新しい組織は、大学卒業ソーシャルワーカーの賃金問題解決のために、専門家のための調整委員会 (the Co-ordinative Committee for Professional) に加わった。この委員会は、医師、技師、教師等の人々から構成されているがイスラエル総同盟未加盟の団体である。また、この委員会は、ストライキなどによって政府から公認され、大学卒業のソーシャルワーカーの賃金問題も解

決した。かくして1965年大学卒業のソーシャルワーカーは、始めて同程度の学歴のものが与えられていると同等の賃金水準と地位を達成した。

このような経験が、多くのソーシャルワーカーに、このイスラエル協会の果す役割を再認識させた。この協会が存在している限り、この組織は、イスラエルにおいて今までとは異なった職業的組織のモデルを代表し、社会的変化に対する触媒的役割を果しうる。

Eliezer David Jaffe, *The Social Work Establishment and Social Change in Israel*, *Social Work*, Vol. 15, No. 2, April 1970, pp. 103~109.

(遠藤 滋 東横短大)

### 社会保障こぼれ話

#### パナマの年金制度

多くの国々で、年金制度の整備が行なわれており、パナマでも、1969年に年金制度が改正された。

この国の年金制度は社会保険の仕組みを用いて、老齢、廃疾、および遺族の年金を支給しており、最も重要な役割を担当しているのは老齢年金である。たとえば、老齢年金の算出では、年金の月額を受給者の過去に取得した基本的な月収の50%で、この支給額は拠出期間によって増額される仕組みとなっている。つまり、被保険者が加入してから10年以後からの拠出を対象として、拠出12カ月毎に基本的な月収の1%が加算されることになっている。さらに、受給者が扶養家族を養育している場合には、扶養家族手当が加えられるが、この手当は定額方式で、その金額は妻が月額10バルボア、14歳未満の子女1人当たりが月額5バルボアとなっており、子女の手当は就学中ならば18歳まで延長され、ま

た、身体障害ならば年齢の制限をなんら適用されない。

ところで、年金や扶養家族への手当の支給額には一応最高額が定められており、扶養家族に対する手当の合計は最高月額50バルボアまでとなっている。また、年金と扶養家族への手当を合わせた合計の最高額は、受給者の基本的な月収の80%までとされている。もっともこの年金制度の年金算出方法を用いて算出された年金額が、最低年金額として定めた所定の基準以下であれば、その場合には上に示した月収の80%以上に当る年金の受給を認められることになっている。また、この年金制度でも、年金の価値に対する再評価が行なわれることになっているが、すでに受給している年金の再評価により、当初に年金を算出した収入の80%を、再評価の結果として算出された年金額が上まわることもあり得る。このような再評価の場合にも、上に示した80%の最高制限は、適用されないことになっている。

(平石長久 社会保障研究所)

## ISSA海外論文要約より

## 社会政策と経済政策

Leo Paukkunen (フィンランド)



本稿には、社会政策と経済政策の関係にかんする考察が行なわれ、その考察には、フィンランドの経済政策で社会政策に託された重要性にかんする解説が加えられている。

国際的な比較で示されているように、社会保障の水準は、経済発展の水準と密接な関連をもっている。北欧諸国では、スウェーデンが最も経済的に発達した国で、この国はGNPのうち、社会保障に対して他の北欧諸国より大きな部分を充当している。若干の例外もみられるが、全般的にみれば、世界中で経済開発の進んだ国々は、社会保障の水準について、少なくとも平均的な水準を確保している

のに対して、一般に、経済発展途上の諸国では、社会保障の水準が低い。社会保障の水準がそれぞれ異なっている。それはともかく、社会保障が経済成長を阻害しないことははっきりしているが、しかし、社会保障が経済成長を遅らせるかどうかについて述べることは困難である。社会保障が不必要な将来への貯蓄を行なうことにより、また、課税の増大によって生ずる企業家の活動と国家権力拡大の加速とを無力化することにより、投資に必要な資本蓄積を減少させるある不利益な点をもっているといわれる。フィンランドでは、これらの不利益は、企業に大きな租税控除を認めることによって回避され、それらの租税控除

は、投資に必要な資本を蓄積させることができる。さらに、拠出した資金を企業の投資に使用させるのを認める方法を用いて企業年金制度に対する使用者の拠出である基金を設立させ、社会保障はさらにより一層促進されてきた。

国家は社会保障の政策を推進する傾向をもっているので、国家の権限と租税負担は、社会保障が発達するにつれて増大する。1948/49年と1967/68年の間に、総消費の中に公共部門の消費が占める比重は、平均13.5%から22.5%に上昇した。同時に、公的サービスに必要な生産の部分は、GNPの7.5%から13%となっているが、これに対して、国民経済における雇用総数のうち、公的サービスの雇用は、7%から12%に増大した。しかし、社会保障は、その発達に影響を与えてきた地域政策の各部門の中における一部門となっているにすぎない。他の各部門は、たとえば、公的な行政、国防、公費負担による教育などであるが、恐らく、これらは社会保障よりもより以上に重要であったであろう。第2次世界大

戦以後、政府収入の中で、直接的な個人の租税が占める比率は、32%から44%に増大してきたが、しかし、間接税の占める比率は、55%から41%に減少した。これに対して、他の北欧諸国では、間接税の占める比率が増大してきた。この事実は、フィンランドにおける社会保障の将来の発達にとって重要なことであるかも知れない。他方、直接税は間接税よりも、所得再分配にとってより以上に重要である。他の北欧諸国と比較して、これは社会的な再分配を示しているかも知れない。社会保障政策の前進が企業の立場を弱くしてきたと論ずることはできない。その理由は、第2次世界大戦以後、企業の直接的な租税負担が10%から7%に減少しているのに、フィンランドでは、企業は他の北欧諸国においてみられるよりも、大きな部分を負担して、社会保障の財源調達に参加しており、企業の負担分は社会保障費総額のうち少なくとも3分の1をカバーしている。スウェーデンとノルウェーにおける企業の負担分は約5分の1で、デンマークとアイスランドでは、小さな部分にすぎない。最も効果的な社会保障制度を实

施している国々では、財源調達における使用者負担分はフィンランドよりも大きく、多くの例では、その負担分は社会保障費総額の約2分の1である。

社会政策の目的は、労働、農業および地域の政策のような地域社会政策のもついくつかの部門をも、考慮に含められている。たとえば、賃金にかんする社会連帯の政策では、賃金の上昇は、中間もしくは高賃金のグループに対するよりも、低賃金グループに対する方が相対的に高い。この点については、社会政策と経済政策の間にある密接な関係がある。ある同様な関係が、企業の社会的サービスにもみられ、企業は従業員の賃金に対する補足として、多数の任意的な社会的サービスを提供している。工業部門では、これらのサービスに要する経費は、支払われた賃金の約5%に相当している。

多くの調査は次のようなことを示している。つまり、農林業の人びとや、開発途上の地域に住む人びとは、他の一般的な人びとよ

りも、所得水準が低く、雇用が不安定で、しかも福祉も恵まれないので、かれらは他の人びとよりも社会政策の諸給付について、より多くを求める資格をもっている。社会政策を通じて行なわれる所得の再分配は、不適切であると考えられてきたし、また、第一次産業と開発途上の地域における労働者の援助を要求する必要があることが発見されてきた。純粹な賃金政策の基本原則は、農業政策を通じて行なう生産保護の提供で、放棄されてしまった。所得、雇用、およびサービスの水準にみられた較差を平等化する地域政策も、社会政策に含まれた多数の要素を含んでいる。ある実質的な地域政策は1950年代に開始され、地域開発にかんする各法律は1966年に実施された。これらの法律の効果は各地域にみられた福祉の較差を減少するであろう。

Social Policy-Economic Policy, "Sosiaalipolitiikka-talouspolitiikka", *Huoltaja*, No. 19, 1966, pp. 632-640; No, 81, '69.

## 失業保険の論争

A. Doron (イスラエル)



本稿には、失業者に対する社会保険の採用について、20年間も続けられた論争の政治的論評と歴史的概観が示されている。

失業保険は社会的公正についての2つの基本原則を含んでいる。すなわち、1つは失業時における困窮と苦悩から各人を保護する協力と相互扶助の概念で、もう1つは、慈善ではなく、権利として、仕事のない期間に代替となる所得を保障する必要性である。国家が創設された1948年に、失業保険の採用は一般に広く賛成された。1950年に政府によって設けられた各省代表の委員会により、「社会保険の計画」が提出されたとき、その勧告の1つはそのような制度に関連をもっていた。そ

の時にすらすら、大蔵省と労働省の代表は延期を要求したが、かれらの主張は大量の移住者受入れが、若い国ではまづ優先されるべきであるということであった。1953年には、新しく到着した移住者は、失業給付を通じてではなくて、建設的な仕事により、経済的にまた社会的に吸収されるべきであるという見解が、しばしば示されていた。失業者の約60%は、その当時この国の労働力の約10%に相当しており、かれらは発展途上の国々からやってきた新しい移住者であった。これらの移住者のうち、多数の人びとは労働の意義をほとんど理解していなかった。かれらに対して現金による失業給付を支給することは、かれらの道徳心を害し、かつ労働に対する健全な

態度をかれらが身につけるのを妨げるであろう。このような事情から、失業者数が増大したときに、かれらのために、公共事業計画が設けられた。

他の提案は「労働に対する権利」の法律を通過することであったが、しかし1955年から現在まで、雇用造出の計画は、いぜんとして失業問題を取扱う手段だけに限られている。

1月当りの就労日数のうち、ある所定の日数に対して、失業者はいずれも不熟練労働者の賃金と同一賃金を保証されてきたが、その賃金は各失業者の家族構成に応じて異なっていた。1966年は「操業短縮」の年であったが、この年には、専門職、頭脳労働、および熟練労働者の間に失業者が増大し、失業保険の必要性が再びむしかえされた。1967年以後、政府はある最低生活水準にもとづき、なんら特殊な法令も用いないで、失業給付の支給を開始した。1968年の専門家委員会は、その活動を再び公共事業の作業場と雇用喪失に対する現金給付を法律化するある法律を勧告することに限定したが、そのような動きにもかかわ

らず、この委員会は失業保険の採用に反対した。

要するに、過去20年間における問題の発展には、3つの要因が影響を与えている。これらの要因の1つは経済的な分野で、つまり、生産行程に積極的に統合される大きな労働力の提供である。第2の要因は新しい移住者に対する古い住民の態度から生れるものであるが、その理由は、古い住民達が新規移住者のニーズを常に理解しないので生ずる。第3の要因は、社会政策の立案者達がもっている社会的な保守的傾向に見出だされ、これら立案

者達は、保守的なアプローチをする高級なランクに坐っている政府の官僚主義者達である。かれらの立場はテクノクラシーなしかも行政的な自己満足より生れるもので、この国に一般的な態度をある程度反映しており、その結果、かれらは失業保険の立法に反対したのである。

The Struggle for Unemployment Insurance in Israel, "Hama'avak al Bituah Avtala Bemdinat Israel", *Molad*, June 1969, pp. 439-448; No. 135, '69.

する権利を定義づけるために、多数の試みが行なわれてきたが、しかし、基本的な考察は集団的な意識における病理的分野と標準的部門の間に限定されており、その集団的な意識が、健康保護にかんする支出の容認に結びついている。過去2~30年の間、健康保護の概念は、測ることのできないほど前進しており、現在では、3つの部門から検討されている。すなわち、それらは医学およびそれがもつ可能性の科学および技術的な進歩、たとえば、全体として社会的活動、および諸問題と健康保護との統合のような社会的ニーズの概念、個人のもつとされた医学に対する最近の復帰である。しかし、最後の部門は、科学的医学の分野における人間性を奪うことに対する反動としてだけでなく、各人が当人自身の生物学的な規範をもち、かつある単一の生命をもつ存在物、体と魂、肉体と精神をもつのを示すという発見の結果から生れたもので、いふならば、個人のもつとされた医学はそれぞれ各人の全体に対する医学である。これらの環境のもとでは、医療の消費はどのように要求され、かつ支出は測定されるべきで

## フランスの医療消費

### 年金法の改善

Clément Michel (フランス)

本稿には、医療サービスの実施と経済的および道義的考察が示されており、注釈つきの統計的解説と図表が付け加えられている。

医療サービスを実施する第一義的目的は、健康を保護することである。健康とそれに対



あろうか？

統計と解説の部分は、次の内容を含んでいる。すなわち、これらの部分には、罹病率、総医療消費、医療行為の消費、外科と専門医の処置、精密検査、放射線検診、薬剤の生産、病院の処置、歯科の処置、毎年行なわれる日常の給付などが含まれている。経済的および社会的専門分野の消費は、社会的な専門的カテゴリー、所得水準、社会的保護の方法、価格変動の影響として述べられていた。

事実と統計が示す長期的な表示は、以下に要約されるとおりである。すなわち、医療の消費は、平均的消費もしくは国民所得よりもかなり大幅に増大しており、支出の中では主要な項目となってきた。それらの事実を決定するのは、医療自身の質的な変化であり、その質的な変化は、過去2～30年間に根本的に変わってしまった。医療消費は市場の諸法則によって評価することができないし、また、他の形による消費と異なっている。医学の勝利は、必ずコストの革命、つまり、費用の多く

かかる処置と高価な器材によってもたらされる。多くの例の中では、心臓の搏動調整器による1年間の生存は、約5,000フランの費用が必要とされ、現在行なわれている心臓切開手術の費用は、1人の受給者に7年間支給される最高の社会保障給付費に相当しているが、分離(人工腎臓)により5,000人の患者を処理する費用は、年間2億フランにのぼるであろうと、評価されている。

患者と医師の双方に対して生じた重大な道徳上の諸問題が、討議されている。患者達の希望はふくらみ、また、医学が患者に与えることのできるものに対する期待も大きくなってきた。医師はもはや当人が苦痛をやわらげなければならない疾病の傍観者ではなくて、正確な治療と処置に対する多数の技術を活用させる責任をもつようになってきた。たとえば、器管の移植、蘇生、早生児の生存にみられるように、単なる主要な道徳的諸問題だけでなく、また、医師が当人の職業に対する真実について、本能的にすべてを処理する疾病の場合に、かれの患者に対して、たとえ1日

以上の生命でも保証することができるように、常に決定が下されなければならない。人間の生命の尊重が、どうして相対的なものと考えることができるであろうか？ 蘇生、分離(人工腎臓)、心臓移植のような技術は、他の患者の治療を予防する費用で、実現可能となるだけかも知れない。ある処置は余りにも費用が高いため、一般的なものとはならないが、それらの処置の使用を決定する時期が、到来しなければならない。事実、ある疾病はほとんど克服されてしまったが、しかし、研究は他の状況を明らかにしている。すなわち、今日における器管と細胞の問題は、明日の分子の問題である。生命の保護は必要欠くべからざる保健医療について長い年月の後に現われるのかも知れない。そうして、その結果、それが医療消費を増大させるであろう。

将来については、上述した医療費増大の進行が、直ちに停止されるであろうとは思われない。フランスだけについていえば、1万人が医学研究と生物学的研究に従事しており、そのような活動の結果は、新しい医療費を招

くに相違ない。他方、近代的な生活環境の誤まった使用、たとえば、道路上の災害事故を通じて、不必要なニーズも増える。より以上の問題は、全人口に対する最適な医師数（医療人口密度）や、看護婦、医療補助者、および病院における病床の最適な数である。人口10万人当たり114人の医師数となっているフランスは、WHOが先進国における状況を示した表によれば、低い方である。予防は医療消費や費用を減少する方法と考えられるかも知れないが、しかし、定期的な検診を行なっている人だとか、他の人びとよりも、より健康であるとか、より幸福であるとか、あるいはより長生きするという証明は、なんら存在していない。常に治療より予防はすぐれているが、しかし、予防のもつ経済的価値については、なんらの幻影もないはずである。

結論としていえることは、医療消費の増大が、引続き進行するであろうということである。計画の総括委員会は、医療支出が1970年の家計では10.4%となり、1975年には13%になるであろうと評価している。医療について

の経済的なコストは立証できるが、しかし、誰が健康の経済的価値を立証できるであろうか？ ある人が当人の出生以来消費してきたよりも多くを生産し始めるのは、約45年だけであるということが示されている。早めに中断されて早死した人の生涯は、社会に支払われなかった負債を残し、この点では、生命を救ったり、引きのばす経済的な価値、およびそのコストは、より大きな確信をもって、検討することができる。社会的医療とソーシャル・サービスは大いに生産的であり、また、すべてを含めて述べるならば、それらは化粧

品、チューインガム、キャンディ、タバコもしくはアルコールよりも、はるかにコストが低いかも知れない。かくて、人は文明についてのある選択に直面しており、それは今後健康と生命の価格を決定しなければならない社会的な良心である。

Medical Consumption in France, "La consommation médicale des Français", *Notes et études documentaires*, No. 3, 584, April 1969; No. 122, '69.

## 年金法の改善

V. Acharkan (ソ 連)



本稿には、年金法の沿革に関連して生じた諸問題が述べられており、併せて、過去の収入に対する年金の関係と、年金のもつ刺戟的

効果にかんする特殊な資料が付け加えられている。



ある幾つかの主要な仕事は国家によって達成されなければならないが、それらは、とくに生活水準の引上げ、被用者とコルホーズ構成員との間における生活水準の較差の漸進的な除去、および社会的危険の除去である。各年金については、それらの改革は以下に示されるような諸問題を含んでいるであろう。すなわち、これらの諸問題は、すべての高齢者と廃疾者をカバーするような年金制度の拡大、経済保障の水準の引上げ、とくに、賃金や所得に現われる一般的な上昇と関連させて、被用者とコルホーズ構成員に対する最低年金の引上げ、現在、被用者とコルホーズ構成員との間に存在するような年金の資格条件と、年金水準にみられる疑義の漸進的な除去である。これらの諸問題を明らかにするために、社会保護のもつレーニン主義基本原則、現行社会保障制度の間に存在する疑義の除去で要求された法令による手段、および各年金の刺戟的役割に対して、考察が行なわれている。

社会保障のレーニン主義基本原則は、1912

年の有名な社会保険制度よりも、より念入りで、しかもより包括的である。それらの基本原則は、最初の社会保障法に明確に述べられているが、それらの法律は恐らくレーニン自身によって生み出されたものと思われ、それらの基本原則は次のような原則をもっていた。すなわち、それらの原則は、適用の全般的な普遍性、生活の手段を喪失して蒙ったすべての生計不能に対する社会保障、社会にとって有益な労働に対する尊敬にもとづく社会保障、社会保障についての国家による提供と財源調達、労働不能者に対する所定の生活水準の国家による保証、統合的な仕組みの方式と基金の統一であった。

被用者とコルホーズ構成員に対する年金制度に現在みうけられる相違を、徐々に取除くのは、次のような助言にもとづいている。すなわち、2つの法律は別々に設けられるべきであるが、しかし、コルホーズ構成員の年金はより一層急速に発達させるべきで、これに対して、被用者に対する国営保険制度は、最終的には、すべての高齢者と廃疾者に年金を

提供するように、次第に拡大されるべきである。その過程において、ある幾つかの基本的な相違点は除かれるであろう。このように除去される相違点は、保護される人びとの範囲、年金の支給に要求される資格条件、給付の水準と金額である。範囲およびある程度資格条件にもみられる相違点は、最近の発達によって除去されており、また、より以上の統合化が、きわめて近い将来に可能とされるべきである。給付の水準と金額にかんする相違点は、克服するのが困難であろう。その理由は、その較差が賃金の較差にもとづいているのであるが、しかし、第一段階では統一的な最低年金を設けることによって、さらに、その次の段階では、年金の支給率を統一化することによって、較差の除去は処理されるべきである。年金支給率の統合化については、選択すべき方法として、3つの解決策が提案されている。これらの解決策の中で、最低年金額を条件として、老齢年金に対する統一的な支給率を設けることが、選択されている。これは年金と過去の収入の間における密接な関係を維持させ、また他の手段による所得増大

の規則を設けさせることになる。ある法律的手段が予じめ知らされるはずで、これらの手段は、次のような内容を含んでいる。つまり、それらはコルホーズの農民達に対する年金の諸条件と支給率が、被用者の水準と同一になるまで、手を加えられる諸条件と支給率の改善、明確な法令による制限の除去、および、別々な法律によりすべての経済活動従事者に対する同一の資格条件と年金額の段階的な規定である。しかし、2つの制度の諸規定が統合されると、コルホーズ構成員と被用者に対して別々な法律を設ける必要性は、より少なるなるであろう。

年金発達に対する将来の計画では、2つのグループの課題が解決されなければならないであろう。第1グループの課題は、絶えず繰り返されているもので、たとえば、最低年金の増額は、最低賃金の引上げからか、労働条件の変化によって生じた年金の諸条件にかんする変化から、労働力のバランスに現われる変化によって生じた年金（同時に雇用からの所得）の支払いにかんする規則の修正からな

どによって生まれる永遠に繰り返される課題である。第2グループの課題は年金にかんする法令を統合する各段階にみられる特殊な課題である。すなわち、これらの課題は、被用者に対する法律と比較しながら、コルホーズ構成員に対する年金の発達について、発達の速度を加速する程度によって決定される。

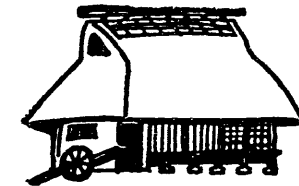
第3番目の基本的な問題は、年金のもつインセンティブにかんするものである。各種の手段は、年金をあるインセンティブとして用いることを意図しており、中でも、ある手段は雇用期間もしくは雇用のカテゴリーを考慮しながら、平均賃金にもとづいて年金額を評価している。これらの手段の中で、詳細に論及された唯一の方法は、雇用期間に年金額を関連させる方式のもつインセンティブの効果である。年金算出のために考慮される雇用年数の制限について、現在のソ連で用いられる法律の規定は、放棄されるべきである。

Improvement of the Pensions Law, "Voprosy Sovershenstvovania Pensionogo Zakonodatel-

stva", *Socialisticheski trud*, No. 11, 1968, pp. 19-28; No. 128, '69.

(以上4編の「ISSA 海外論文要約」は、ISSAのAdvisory Committee—1967年10月—による了解にもとづき、*Social Security Abstracts*より採用した)

(平石長久 社会保障研究所)



## 解説

## 国の保険計画について

前田 信雄 国立公衆衛生院



## はじめに

世界保健機関 WHO では、ここ10数年のあいだに、保健計画にかんするいくつかの専門報告をだしている。このなかには、地方的レベルの計画や組織化あるいは国レベルのものなど違う角度のものが含まれているが、共通するねらいは、国もしくは地域社会の変化とその社会経済的水準にあわせて保健行為をいかに計画的に進めるか、というところにおかれている。

私は、今年の6月初旬から8月下旬にかけ

てひらかれた世界保健機構西太平洋地域事務局主催の、第3回「国の保健計画」講習会に出席した。内容は、世界保健機関汎米 Pan American 地域事務局がヴェネズエラ大学と協同でつくったいわゆるラテンアメリカ式保健計画の講習であった。世界保健機関のなかでも中南米諸国のこれにたいする関心は高いし、各種の講習会がやられているようである。それをアジャでも試みてみよう、という意図でひらかれた講習会であった。

本稿ではその骨子を解説し、あわせて私とそれへの参加者（シンガポール、南ベトナム

他7カ国10名)の感想もしくはコメントといったものを含めて書いてみることにしたい。この講習会では、実例研究として、マニラ市郊外の病院・保健所の資料を使ったが、それを必ずしも実態を正確に反映するものでなかったし、ラテンアメリカ諸国での計画それ自体も多くの数量的データを有するが実際に使われていないので、以下主に考え方や問題意識を中心に解説することにする。

## 保健計画立案の背景

開発途上国に共通する保健問題の1つは「人口過剰」である。フィリッピンでは、特にその傾向が顕著である。出生率は依然として昔のままであるのにたいし、死亡率の方は公衆衛生活動や生活水準・環境の向上にもなって減少の方向に向っている。「人口爆発」という言葉で表現される人口の急激な伸びがみられる。これは国民総生産と国民所得の伸びを上まわるスピードであるから、いくら生産が伸び所得の総量はふえても1人あたり国民所得はふえず、逆に相対的に減っていく、ということになる。

これは死亡率を下げた公衆衛生活動が悪かったことではなく、出生率の方はそのままにして保健行政を進めてきたことに問題がある、といった論理で問題提起がなされる。異常に高い出生率をコントロールし、生産年齢人口の労働力維持に寄与する保健活動を展開する計画をもたねばならない。換言すれば、一国の経済発展にたいし、国や地方の保健活動はいかに貢献すべきか、という問題に直面している。

保健計画立案の背景としては、別に保健行政や活動にたいし、国の経済力もしくは財源がどう干与すべきかということがある。やるべき保健活動は山はどある。資源や財源は乏しい。このなかでどうするのが一番効率的か。開発途上国ではこの問題が切実なさし迫った課題である。

### 保健計画とは

まずある地域を単位にたてられるものである。国の保健計画はその総合である。住民の健康状態とそれにおよぼす条件を把握する。一定の健康状態を保つに必要な保健事業を定

量化する。5年10年先の住民の健康状態についていくつかの目標を設定し、それを達成するうえで必要な環境条件、保健事業の人員、資材をわり出す。そうしてたてられたのがいくつかの保健計画となる。

この考え方はある意味ではミクロ的発想から出発するといってよい。具体的な地域の病院、診療所や保健所の事業計画のようなものである。ここで重要なのは、目標というものが、地域の死亡率あるいは患者発生率を基準にしてたてられるということである。代替案はこの基準の高低からきめられてくる。最低限計画とは、目標年次の死亡率を現在と同じものとする計画である。最高の計画とは、資源の人員、予算が豊富にあったばあいの理想的計画のことをいう。したがって、最高の計画は現実には存在しない。実際には、その中間のいわゆる中間計画 intermediate plan が樹てられる。

### 計画地域の設定

これをきめる際に考えねばならないことは、人口規模、保健施設の利用可能範囲、行

政区域ならびに他部門の地域設定である。人口数については、特に適当な規模の指摘はないが、大まかなところ10~15万人を一地域とする考えもあるようである。保健施設にかようのに大体2時間以内といった広さの地域がのぞましい。その地域では、保健や医療についての最低必要なサービスはうけられる。診療科でいえば、内科、外科、小児科、産科がそなわっているべきである。結局、住民側からいえば、かよえる範囲、施設側からいえば、基本サービス供給範囲が計画地域となる。

保健計画立案の手順のうち主なものをのべると以下のとおりである。

### 資料収集

住民の健康水準にかんするものと、保健・医療活動にかんするものの2つに大別される。健康水準は、地域住民の死因別死亡率や疾患別罹患率で示される。できれば、これを年齢別区分できるとよい。優先順位をきめるさいにそれが必要だからである。このラテンアメリカ式保健計画で強調する死亡率等にか

んするデータ収集は確かに重要である。しかし、現実にこれが可能な国はどれほどあるであろうか。日本の人口動態統計は、世界的にみてもきわめて精度の高いものとされているが、アジアとラテンアメリカ諸国ではこのような統計入手は当分の間至難であろう。さらに疾患別罹患率となれば、いずれの国でもそのデータ収集はなかなか難かしい。実際には、むしろ年齢別の死亡率、あるいは伝染性疾患死亡率（非伝染性疾患死亡率）が正確にえられれば計画立案のための最低必要資料がそなわったといえるように考えられる。

保健医療活動にかんする資料の方は入手が容易である。病院、保健所の職員と原材料別に、個々に要した費用と時間あるいは業務量を把握する、それを、病院や保健所といった機関別、さらには病院のなかの部門別にデータをつくる。こういったことがある地域を単位としてできると大変興味ある分析が可能なおもわれる。大まかにみて、ある地域で、一定の死亡率を下げるための活動として、予防と治療との二つの面でどんな努力をしたかがわかる。予防志向型活動と治療中心

型活動のそれぞれの結果（効果）の比較が可能である。なお、保健医療活動にかんするデータ収集にあたっては、部門をどうわけかが問題である。余りこまかくわけると煩雑になるだけだし、大まかすぎるとは、保健所のように多方面の異質な活動をしている実態の把握ができない。

#### 業務量の比較分析

業務量は、入院・外来患者数、家庭訪問件数、予防接種数などであらわされる。あわせて、その業務遂行に要した1業務あたり費用も重要な分析の手段となる。次に、効率の分析のため、稼働人員、ベットなどが延日数（時間）を単位にとられる。保健所においては、診察のばあいは医師診察時間をもって全職員の稼働量を代表させている。病院の外来のばあいも同様である。保健医療活動は医師だけでなすものではないから、医師稼働時間のみをとりあげることには異論があろう。しかし、他職員との構成は複雑だし、それぞれ役割分担がちがうので、その全員の稼働時間を各種業務別、部門別にとることは難かし

い。そこで、多少便宜的に医師稼働時間で代表させようという発想になった。

入院サービスのばあいは、稼働量は使用可能病床の年間延日数ではかり、家庭訪問では訪問に要した時間、食品監視なら監視所要時間をとる。つまり、各種サービスにとって必要不可欠な肝心のサービス主体の稼働量をとって比較しようというわけである。

もちろんここでは稼働内容の質的な評価はしない。たとえば、同じ医師診察でも、重症で特殊な患者が多い施設と、第一線の妊産婦検診的業務が多い施設とでは大きなちがいがあがるが、このさいそのようなことは一切考慮外とする。いいかえれば、保健計画立案のための業務量把握は大まかなものである。時間なり費用であらわしてみても、全稼働量のうちどれだけがどの部門にむけられているか、それによってどれほどの住民・患者へのサービスができているか、をつかめればよい。とはいっても、実際にある国、ある地域でこれをルーチン的に比較分析することは大変難かしい。たとえば、医師の稼働時間一つとってみても、その実態の記録は実に困難である。実

施にあたってはごく大まかな仕事別の稼働量把握から出発せざるを得ない。

### 効果・効率の測定

保健・医療サービスの効果とは、そのサービスによって防ぎえた死亡の数をもって測定する。たとえば、全然対策をやらなかったばあいの結核による死亡量を100とし、結核サービスによって減らしえた死亡量を15とする。下痢・腸炎は22、破傷風は71という数が見えられたら、そのうち破傷風にたいするワクチンなどの保健サービスが一番効果があった、と測定できる（以上全く仮定的数値）。この比率を「死亡等防止可能率 vulnerability rate」とよぶ。

この効果は、病気の種類がちがえば大きく違ってくるので、疾患種類別にとられる。もしも、前述の業務量ならびに稼働量が疾患種類別にえられるならば、たとえば1稼働量あたりの効果が得られる。つまり、同じ医師労働1時間で、どれだけの死亡が減らせるかが、病気ごとに把握できる、ということになる。予防・治療・リハビリなどの部門ごとに

これらのデータが得られると、ある病気にたいし、いずれが一番効果的かも知れる。

効率とは前述1稼働量あたりの取扱患者・住民数でもってあらわす。1単位費用あたりの患者・住民数でみることもできる。

これら効果と効率の測定ならびにそれを使っての分析には各種の方法があろう。どの方法をとるのが妥当かは、どのような保健計画をたてるかにかかってくる。保健・医療施設の人員・予算等にきびしい限界がある地域では、その与えられた条件でいかに効率を高めるか、たとえば「費用・効果」分析が主眼点になろう。それにたいし、一定の技術水準の実施が可能な地域では、その割りふりが問題である。住民の健康水準を第一に考えて、効果分析から計画策定をしてもよい。

以上はあくまで理論的な方法を示したものであって、これに対し別に異論をもつ人は少ないであろうが、その使い方、データのとり方、データ収集の可能性などを考えると、この方法にもいくたの問題がある。一例を上げれば、死亡者はごく珍らしいがやらなければならない法定伝染病（天然痘・チフスなど）を

どう考えるか。効果といっても保健サービスのばあいそのあらわれかたは極めて複雑である。高血圧症患者のように、いくら重点的なサービスをやっても死亡の減らない病気もある。胃がんのばあい、高価な費用を要するが早期発見のシステムを実現するなら、かなり高い死亡防止率を得ることが可能である。そういった問題をよく検討したうえで、この効果・効率分析の方法をつかうべきであろう。

### 計画規準と予測

減らしたい死亡率が目標として設定されると、それに応じて必要なサービス量がきめられてくることは既にのべたとおりである。そのサービス量、たとえば医師稼働時間とか病床利用率をどの程度にするかの問題がある。計画規準とは、計画をたてるうえでの資源配分等にかんする規準のことである。稼働時間の入院外来比にかんする規準、新来・再来の比率、1診察（1監視）あたり所要時間などについての規準などに従って資源配分がなされる。

この諸規準は、ラテンアメリカ保健計画の

ばあい、かなり任意的に考えられている。もちろん実際からわり出されたものではないし、ある調査研究の結果でもない。これまた実際適用にあたっては難しいものであるが、たとえばやり方によっては、全国平均なりを「一つの規準」として提示することはできるとおもわれる。あるいは、ある進んだ保健施設での実際値を、他のいわば遅れた活動をしている施設のための到達目標として使ってもいいかもしれない。いずれにしても、計画策定にあたって、諸規準の機械的適用はいまいめなければならない。

いくつかの諸規準の設定をして、5年、10年先の活動ないし住民・患者の死亡数予測が可能である。それを更に人口変動や環境変化と照らし合わせてみて、死亡率の予測がたつ。この保健計画では、毎年次の予測立案を提唱していたが、これは実際上余り意味ないとおもわれる。なによりも年次別死亡率というのは、地域別にみれば、偶然的要因で大きく変わるものだからである。

#### 優先順位

年次目標がたち、健康水準についての予測がたったとして、次にやるべきなのは、どういう対策をまず優先させるか、が重要である。すでにのべたように、もっとも死亡防止可能なもの、効率の高いものがえらばれるのであるが、ここでいう優先順位とは、そのなかでも、年齢階層別な重点施策が求められる、という観点からきめられるものである。すなわち、同じ死亡でも50歳未満とそれ以上では、生産への寄与度からいってウエイトのちがいがあつた。他を1とすれば、50歳以上老人のそれは0.5と評価する。その比率を乗じてえられた死亡防止可能率をもって最終的な優先指標とするのである。

このやり方については多くの反論や疑問がだされるであろう。深く人間の生命の価値の問題にかかわることがらである。しかし、非常に資源の限られた開発途上国では、その資源配分にあたっては、いろんなふるいわけをしなければならない。一つの方法として生産年齢の重視がなされているに過ぎない、と解してもよいであろう。ただし、開発途上国では人口構成が極めて若く、50歳以上の非生産

年齢人口を考慮してもそれはごく少数であつて、資源配分上大して節約にならないという問題は残る。

#### 対策別・地域別予算

さいごに、事業に必要な予算が対策別にたてられる。対策別とは各種疾患別ということであつて、当然効果・効率を考慮した最も適正な予算がきめこまかくつくられることとなる。いくつかの代替案にそつたいくつかの対策別予算がくまれる。地域間のデコボコ（総予算からくる）の調整がなされて、全国的・広域的な予算がつくられる。

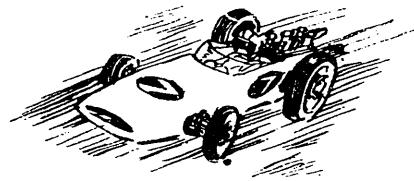
予算実行のあと事業についての評価がおこなわれ、各年次の計画と予算の修正がなされるのはとうぜんである。計画全体は10年次を単位としてつくられる。

## 海外だより

## ソ連に社会福祉をたず

ねて

浦 辺 史 日本福祉大学



今年の5～6月、ソ連の10都市を旅行してみたので、その間に見聞したソ連人民の社会福祉を中心に思いつくまま所感をのべてみたい。ソ連各地における社会福祉施設の見学を目的とする旅行であったが、よく連絡しておかなかったこともあって見学の成果はみるべきものがあまりない。

## 1. 社会福祉がなかったこと

はじめに面喰ったことは今日のソ連には社会福祉という専門領域がなかったことである。資本主義社会にみられる児童福祉、障害者福祉、老人福祉といった社会福祉サービスは、すでに教育、保健、社会保障のいずれかの分野に解消してしまって社会福祉独自の行政組織がなかった。革命直後には帝政ロシア

の貧困の遺産上に戦争による貧困が加重して存在していたであろうから救済組織もあったが、すでに10月革命後50年余もたつと社会主義計画経済の発展の中で、教育・保健・社会保障を充実させ、これら一般諸政策の補足物としての社会救済機能を縮小し、今日では完全にその姿を消したものと思われる。資本主義社会の体制的矛盾のあらわれである社会問題に対する国家の政策の一部が社会福祉であるとするならば、体制的矛盾が基本的に解決する社会主義社会では社会福祉は要らなくなる。国家そのものが人民の福祉のために存在するのだから。

国際社会福祉会議にユーゴを除き社会主義国がほとんど参加していないのも、社会主

義になるといわれる社会福祉という専門領域が次第になくなるためであろうか。

社会福祉の研究いがいに何の専門性もない私は、社会福祉がないソ連にいつてはじめて社会福祉とは何かを根源的に考えてみる必要を感じた。社会福祉学は家政学と同様に貧困や失業がなくなる社会主義になればやがては消え失せる運命の、資本主義の全般的危機にパッと咲くはかないあだ花にすぎないものであろうか。およそ科学というからには、体制をこえて存在するものではないのか。私はソ連行によって改めて社会福祉について考えさせられてしまった。

## 2. 教育の中に消えた児童福祉

すべて児童は未来社会の主人公としてあらゆる児童が教育の対象として考えられいわゆる児童福祉事業はすべて文部省の所管の下に教育事業として運営されている。子どもの家（児童養護施設）も障害児施設（児童収容施設）も8年制の寄宿学校として文部省の行政下にある。保育所と幼稚園も年齢によって区別され何れも就学前教育施設として営まれ、新しく改築されるものは保育・幼稚園として同一



施設の中で生後2ヶ月から7歳までの乳幼児が教育されている。

満3歳までの乳幼児を保育するのは専門の医学教育を受けた保健教師であり、3～7歳の教育は専門の教職教育を受けた女教師が担当する。子どもは年齢別に保育ユニットに組織され、15～25人に教師、助教師、保母がいて、女園長の下に、専任の音楽教師、医師または看護婦、従業員がいる。児童100人に職員40～50人をおく。母親の労働時間に見合った保育をし、時として昼夜間保育を必要とするので2部、3部の交替勤務要員を配置しているのである。

今まで特殊児童の治療教育のため設けられていた全寮制の学校が、一般の8年制、10年制学校にもとり入れられている。低学年児童で親の帰宅がおそい子どものために長日制クラスがあり、混合クラスのため有能な教師を配し、養護職員がこれを補助している。私が見学したモスクワ No. 123 全寮制8年制学校は生徒数420名に教職員72名であった。何れも忙しい両親の子どもたちで土・日帰宅し、月～金学校にとまる、寄宿料は親の所得によ

ってちがうが月6～56ルーブル、6～8月の夏休は家庭にかえす。このように教育制度の不備を補ったり、働く母親の就業を支える児童福祉事業は教育制度の中でその機能が果されている。

### 3. 老人と障害者福祉

障害者や老人の福祉は社会保障施設として運営されている。市民は老齢、病気、労働能力喪失の場合、扶養される権利がある。(ソ連憲法120条)年金生活者は1968年3,900万人を数えている。老齢年金はふつう男子が25年勤めて60歳になった時、女子が20年勤めて55歳(バレリーナなどは40歳)に達した時、賃金の50～100%支給される。賃金が低いほど年金支給率が高い。

障害年金は職歴と労働能力喪失の程度、障害原因、職業によってその支給額を異にしている。

扶養者を失った家族のための年金は死亡者の子、弟、妹、孫で16歳に達しないものに支給される。

老人・身障者ホームに入所できるものは、老人または1～2種の身体障害者で、法律に

よって扶養と看護の義務を負うべき肉親をもたない人たちとなっている。

障害者の寮は独ソ戦で大きな役割を果たした。作業場タイプの寮と病院タイプの寮があって戦傷病者はここで健康を回復し、職業の修得によって就職していった。そのあとを老人ホームや障害者収容所に改組された。今日ロシア共和国だけで840施設16.5万人の老齢者、障害者の収容ホームがあって5.7万人以上の医者や医療職員が働いている。収容者は年金の25%をうけとってくらしている。医師の許可を得て、能力に応じて作業場や農園で働き、そこで得た収入の半分を賃金としてうけとり、あとの半分は収容所の生活文化条件の改善のため積み立てる。また地方ではコルホーズが単独または連合して老人ホームや障害者寮を設けている。

日本人がよく見学するレニングラードの演劇老兵の家という老人ホームは200人収容、職員90名、70年の歴史ある施設である。ロシア劇場委員会によって管理され、老俳優やオペラ歌手などが余生をおくっている。8万冊の図書館、コンサートホール、ホテルのレス

トランよりりっぱな食堂、ひろい廊下の美事な鉢植、フィンランド湾につづく川に面した広いみどりの敷地、はるかかはなれたところに設けられた附属病院、居室の前の廊下に共用の冷蔵庫が置いてあった。

ソ連の老人・障害者ホームは革命家、教師、医師、俳優、炭坑労働者、コルホーズ農民、紡績労働者等と企業の援助を得て職業別につくられている。職業経歴が似ていると趣味や関心も近いので運営上便利なのかも知れない。

#### 4. 母と子の福祉

ソ連には1969年現在7,000の婦人ポリクリニカと4万人の産科医がいる。働く婦人が妊娠すると婦人ポリクリニカから助産婦が家庭を訪問して、彼女の訴えや生活状況をきいて、ポリクリニカを訪れるようにすすめる。彼女がポリクリニカを訪れると担当医が労働状況や栄養状況をたずね、次のような婦人の権利について知らせ、助産ホームを案内する。

すべての妊婦は産前産後2ヶ月づつ(112日間)仕事をはなれる権利がある、この間賃金

は100%支払れるし、第4子以上の子どもに対しては手当をうけとることができる。育児中の母は給料の支払なしに3~12月職場をはなれることができる。育児中の母は時間外労働と夜勤は禁止され、もしも仕事が肉体的努力を要する場合には軽い仕事にかえてもらうことができることなど。

農村地方には人口300~800人に対して助産センターがあり、多くの村にはコルホーズや地方保健当局と結ばれた母の家(1967年全ソで22.5万カ所)があって出産を援助している。出生児は児童ポリクリニカにおいて小児科医と子どものための看護婦が子どもの健康相談にあたる。全ソ連には約8,000の児童ポリクリニカと7.5万の小児科医がいる。

保育所、幼稚園で保育される乳幼児は1969年950万を数え、農村の季節保育所、幼稚園に450万以上が収容された。

児童(10~18歳)の校外クラブ活動のセンターとしてピオニール宮殿がある。レニングラードの場合ピオニール宮殿は702のサークル(1サークル15名)があって1日1万人の児童が利用する。このため700人の指導員が常

駐している。この宮殿をセンターとしてレニングラードに19の子ども会館がある。

ソ連では6~8月の3ヶ月が学校の夏休みであるが、この期間子どもたちは町からその姿を消してしまう。労働組合が運営するサマーキャンプ、ピオニールキャンプ、サナトリウム、子どもの村、幼稚園や保育所の夏の家など清浄な空気の自然地で夏休みをすごす子どもが何と1968年に1,700万人もあったという。まことにソ連では子どもたちは国家最大の宝物である。

#### 5. 無料の医療

資本主義国には医療制度と医療費の保障の谷間を埋める医療社会事業があるが、ソ連にはそのような医療保障の補足物はない。MSWがうけもっている面接や相談の技術は医師や看護婦や助産婦の臨床実践の中で駆使されている。医療国営のソ連には医者が多いことにまずおどろいた。世界の医師数は200万といわれているが、その3分の1はソ連にいうえに、毎年2.8万の若い医師が巣立つ。看護婦や助産婦のほか中等専門医学教育をうけたパラメディカルの医療職員(補助医)がいる

ことも特色といえよう。

ソ連の国営医療の第一線現場は都市地区のポリクリニカ（外来診療所）である。うけもち地区がいくつかの分区に分けられていて、それぞれの分区には複数の医者がある。分区の医者こそは人民を医療制度に結びつける基本的な役割をもっている。分区の医者（地区医）はとなりぐみの医者、家庭医であって、自分のうけもち地区（住民3,000~4,000人）の患者を診察したり、往診したり病気の予防措置をとったりする。

ポリクリニカはX線室と検査室をもち、外科、眼科、皮膚科、精神科等があってそれぞれカウセリング・ルームをもっている。診療時間はふつう午前8時から午後7時である。保健省の統計によれば市民の病気の80%は全ソ4万に近いポリクリニカで扱い、わずか20%が病院を必要としている。

1970年全ソの病院ベッド数は268万で、新しく建設される大病院は1,000ベッドをこえ、そこには肺、心ぞう、腎ぞう、泌尿器、胃等の疾病に新しい診断と治療設備がつくられている。

工場労働者に対する医療サービスでは危険予防のための安全管理と疾病の予防と治療のために、病院、クリニカ、夜間サナトリウムなどの施設網がはりめぐらされている。石炭や金属鉱山の労働者のためには地下診療所がある。労働者は労働組合の援助の下に組織的に医療機関にチェック・アップされる。とくに注目をひいたのは、夜間サナトリウムである。サナトリウムから職場に通うのでナイトホスピタルである。病気にかかりやすい体質のものや、慢性的な病気をもっている労働者が医者の勧告にもとづいてここにおくられる。作業がすむとサナトリウムにかえて医学的管理の下に生活をおくる。

農村地方では人口の密度にもよるが、5~7キロメートルより遠くないところに25~30ベッドの農村地区病院がある。このうち8ベッドは一般治療と小児科用、6ベッドは外科、3ベッドは産科、8ベッドは伝染病に充てられる。この農村病院にはふつう4人の医師と1人の歯科医、15~11のパラメディカル・ワーカーがいる。

## 6. 休息

ソ連では市民の休息の権利を保障するため労働日の短縮と年次有給休暇（15日~2年）を設けて人民的保養施設としてサナトリウム、休息の家、パンシオナート、労働組合観光基地等の施設網を発展させている。黒海、バルト海等の如く自然の治癒力をもった土地を保養地として指定してそこに保養施設を設けている。

保養施設は労働組合の完全な管理にまかされ、施設の利用券は労働組合が7割引で配分する。サナトリウムは医者の診断による。たとえばサナトリウム1ヶ月滞在に100ルーブルかかるとすれば労働者は30ルーブル支払うだけでよい。休息の家12日間の利用料30~33ルーブルに対し、利用者は7ルーブル20コペイカ払うだけでよい。

私はリガとソーチでサナトリウムを見学したが、医師の指導の下に生活日課によって規則的なおちついた治療生活をする。物理療法、食事療法、温泉療法、治療体操など個別に行なっている。居室には個室、夫婦室、2~3人室がある。休息の家は治療を必要としない労働者や職員に安静と活動的な休息と

を規則的に交替させる原則にもとづいている。日本の休暇村や国民宿舎のようなものであるが、利用者は1日4回食堂でメニューによって自分の好きな食事をとる。近頃パンシオナートを各地にたてている。1～4人用の個室があって一時に何千人もの人たちを休息させるホテルである。

熱海市の姉妹都市ソーチは黒海にそって145キロにおよぶ海水浴場がある上に、マツエスタ鉱泉があり、常緑の亜熱帯植物が多い。数多くの宮殿のような豪壮なサナトリウムやレストハウスが黒海に面したみどりの丘に散在している。最近では7～11階のパンシオナートがたくさん建設されている。

### 7. 追いつかない住宅建設

工業化の発展によってソ連でも都市人口の急激な増加に住宅建設が追いつけない。古い都市の拡張と工業企業の建設にともなう新しい都市の出現にはおどろいた。第二次大戦がもたらした大破壊の上に、工業化時代の都市人口の激増でソ連の住宅問題は莫大な努力にもかかわらず住宅不足が完全には解決されていない。

100万都市は10年前の3都市が今では10都市にふえ、都市と農村の人口比が10年間に48:52から56:42に逆転している。レニングラード、キエフ、リガなどにはまだナチによって破壊された建物などもみられるが、郊外に大きな住宅団地が建設され、市内の石造りや煉瓦づくりの古い住宅が10～15階の近代的住宅に改造されている。私が訪れた10都市のどこでも大きなタワー・クレーンが住宅フラットを吊り上げている建設場をみかけた。日本とちがって足場を組み立てることはしないで、クレーン1つで積木の家でもつくるように住宅フラットを次々とつみ上げる工法がとられている。住宅建設工事を促進するのは労組の大きな役割である。

住宅困窮者の住宅入居割当は労組の住宅・日常生活委員会が入居申請の家を訪問して住宅事情をしらべて登録して入居の順番を定める。住宅の大きさはその家族人員できまる。たとえば一人あたり住宅面積最低基準はロシア共和国では9㎡、ウクライナ共和国では13.6㎡である。昨年6月、ソ連政府は住宅・生活施設建設の質を改善するための措置とし

て、1フラットの平均居住面積を30～31㎡(4.5坪)から33～34㎡(5.0坪)にふやすことになった。家賃は公共サービス料をふくめて家計の4～5%をこえていない。

住宅の大部分は国家、地元ソビエト、工場、官庁などで建てられているため、最近是自己負担によるマイホーム建築のため住宅建設協同組合がつくられている。施工開始前に建築費の40%を前納し、のこりの支払は国家が10～15年期限の年利0.5%の貸付金を住宅協同組合に提供するというもの、住宅団地内の道路、生活文化施設等は一切国家が負担する。建築労働力が不足のため協同組合の建築はおくれがちであるという。

### 8. 賃金と生活

賃金は社会主義のもとでは国全体の国民所得における勤労者の分け前となる。この点名称は賃金でも資本主義の賃金とは意味がちがう。国民所得の一部は生産拡大や災害等予想し得ない支出の予備をふくめて蓄積ファンドとして全国民所得の約4分の1をふりむけ、残り4分の3が消費ファンドとして勤労者のあいだに支払われる。この消費ファンドは賃

金の形で勤労者に直接分配されるものと、教育、医療、社会保障等の社会的消費として国家の予算をとおして社会サービスとして支払われるものとに分けられる。したがってソ連人民の生活水準は貨幣によって支払われる賃金と社会的共同消費（賃金の後払い）とを合せてはじめて福祉の水準を知ることができる。現在、勤労者が社会的共同消費ファンドからのサービスは実質所得を3分の1～5分の2増加せしめている。

ソ連の分配原則“各人は能力におうじて働き、労働におうじて受けとる”によって生活の主人公としての労働者は自覚的に心から働くことが要請されている。国民の労働の生産性が向上すればするだけ、したがって国民所得が多くなればなるだけ賃金・社会的消費の配分が多くなって生活水準が向上する。それゆえ物をつくりだす工業に労働力を確保して、労働の生産性が賃金の上昇をいつも追越していなければならない。

賃金は企業の所在地におうじて格差がつけられている。例えばソ連ヨーロッパ部の全工業企業を1.0とすれば北部と遠隔地方は1.3～

1.5、極北は1.5～1.7の如く。賃金決定は作業ノルマやサービスノルマをきめて、賃率体系にもとづいて、労働組合が協力して政府が決定するという。詳細はわからないが具体例をあげておこう。

モスクワ存在の建築大学卒2年の建築研究所勤務者の月給は120ルーブル（約4.8万円）、建築大卒1年の妻は月給100ルーブル（約4万円）であるが、ともに1日8時間労働週5日制の勤務である。ラトビア労働組合総評議会ですずねたところによれば、最低賃金は月60ルーブル（2.4万）、生産工場労働者の平均賃金は128ルーブル（5.12万円）、幼稚園教師は食事付80ルーブル（3.2万円）、掃除婦食事付60ルーブル、婦人労働者の賃金は月100ルーブル（4万円）以下が多い。

ただし労働時間、生活用品の小売価格引下げ、社会的共同消費の給付等を総合的に考えてみないとこれらの貨幣賃金だけで生活のよいわるいは簡単にきめがたい。

働くものの生命を尊重して労働と休息、生活と福祉に対するソ連政府の配慮に感心させられた次第である。

### 編集後記

最近、所用で長野県にでかけ、甲斐や信濃の山々をながめてきた。西にやや傾むきかけた陽を背に、南アルプスの鳳凰三山や駒ヶ岳は黒い壁のようにそそり立ち、金峰山やきびしい山容のハガ岳は、秋の陽ざしに映えていた。空は明るく晴れ、その空に薄の穂が揺れていた。中央線沿線は四季折々のいつ通っても景色が美しいが、中でも、秋は最も美しく、紅葉に燃える山々は忘れ難い。東京の雑踏の中から出かけると、東京の近くにもまだこんな美しい所が残っていたのかと思う。あちこちが急速に荒れはててゆく今日のごろだが、この美しい山や川を、いつまでも大事に残したいものである。（平石）

### 海外社会保障情報 No. 12

昭和45年10月25日発行

編集兼発行所 社会保障研究所

東京都千代田区霞が関

3丁目3番4号

電話 (580) 2511～3