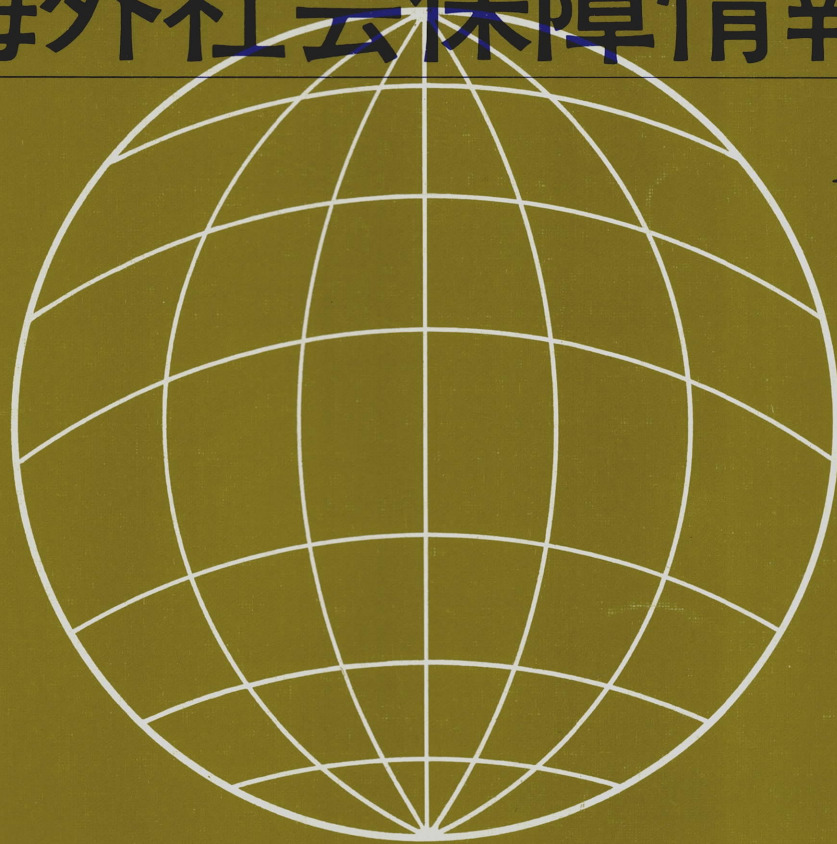


海外社会保障情報 No.22

Apr. 1973



社会保障研究所

各国のトピックス

'72年公的福祉 改正に伴なう諸問題

(アメリカ)



1972年10月に、連邦議会は公的福祉制度の改正法を成立せしめたにもかかわらず、その後もなお公的福祉制度をめぐる問題はいつこうに解決しそうにもない。

さらに10月改正法の受取り方はさまざまで、一部をのぞいてほとんどのアメリカ国民は無関心の状態である。ここで現在もち上げている問題を次に紹介しよう。

連邦補助金保留問題

ニクソン大統領は公的福祉制度に関して鋭く州と対立しそうだといわれている。というのは、被扶助者数の不必要な増加を抑えるた

め、大統領は、不正な申請者を行なった者に給付を支給した州には連邦資金の年最高4億5,600万ドルまでを与えないことにする、と州に脅迫しているからである。大統領は、要扶養児童のいる母親への扶助をうけている者と納税者との関係は、アメリカ社会で最も公平の原理に反するものだと指摘した。

これに対して州は「連邦政府がこの4年間に同制度を何等改善しなかったのに、わずかな期間でわれわれに何ができるというのだ」と反撃している。そして31州は前述の連邦資金を保留する措置に反対するために、ワシントンの法律会社と契約を結んだ。こんなこと

は稀な手段である。

また、連邦議会は貧困な老人、盲人、障害者のための公的扶助プログラムの大規模な改正法を制定した。今日、このプログラムは約330万人を扶助している。

改正法は若干の者に高い給付額をもたらし、これまでの不公平をなくそうとしている。同改正は1974年の初めに発効し、約600万人を対象とすることが見込まれている。

だが「公的福祉」を口にする多くのアメリカ国民は、要扶養児童のいる家庭への扶助プログラムのみを考えている。同プログラムはこれまでの議会審議の焦点となり、保守派は被扶助母親を就労させるための若干の措置の承認を要求し、一方進歩派は州によって変ることのない高い扶助額を要求してきた。とどのつまり、議会審議は行詰まり、思い切った大改革は実施できなかった。

ブロッキングス協会の Alice Rivlin 博士は、昨年の連邦議会、とくに改正案が難航した上院において、今後同様なデッドロックに合うだろうと指摘している。また同博士は、改正のための圧力が縮小するだろうとも

いている。

この理由の1つには、11月の大統領選挙の時公約されたような高い扶助額を要求する圧力は、被扶助者をのぞいて少しもなかったことがあげられる。議会の進歩派は、高い扶助額を規定する法律制定のための十分な大衆の支持を得ることは今後ますます困難になる。なお、最近では種々な理由を付して公的福祉の扶助額または人員を削減することに対する圧力以外の圧力はみられない。

別に被扶助者のここ7年間続いた急増は横ばいになったようである。1972会計年度は被扶助人口の増加は、最近5年間の増加中最も低い5%であった。現在実数は1,500万人ちよっとである。実際、1972年の4分の3期間中、ニューヨーク州は月約2,000人の減少となっている。(被扶助人口が急激に増加しはじめた1965年には、公的福祉制度にもとづく扶助を770万人がうけていた。その年間経費は53億ドルになる。現在では当該支出は年間185億ドルになる)。

この被扶助者数の増加の横ばいの理由として、Rivlin 博士は2つの事実をあげている。それは、公的福祉中最大のプログラム(要扶

養児童のいる家庭への扶助)にもとづく扶助対象者のほとんどが、現在カバーされていること、および各州はここ数か月に該当者名簿の整理のために最大の努力を払ったことである。

被扶助者数の大増加が終了したと思う者がいる一方、若干の者は徐々にではあるが被扶助者数は今後も上昇するだろうと見ている。上院の公的福祉制度改革論者である進歩的民主党議員の Abraham Ribicoff 上院議員の側近は、被扶助者数のパーセンテージは変わらずとも実数はアメリカの全人口の増加に伴ない徐々に増加するだろうと述べている。

上院財政委員会の参考資料において保健・教育・福祉省は、1973会計年度には1,160万人が要扶養児童をかかえた貧困家庭への扶助をうけたが、この数字は1974会計年度には1,260万人、1975会計年度には1,360万人、1976会計年度には1,470万人、1977会計年度には1,580万人に上昇するだろうと説明している。同時に同プログラムに必要な連邦負担金は、1973会計年度の39億ドルから1974会計年度には41億ドル、1975会計年度には44億ド

ル、1976会計年度には46億ドル、そして1977会計年度には49億ドルに上昇するだろうともつけ加えた。これらの説明はいままでの公的福祉制度改革論争に引用されている。

2年前、保健・教育・福祉省の社会・リハビリテーション部は、公的福祉プログラムの州管理の改正を狙いとした被扶助者の資格規制制度を開始した。1972年12月4日に、リチャードソン保健・教育・福祉長官は「公的扶助の行政を改革し、公的福祉プログラムに関する社会の信用を回復するための連邦政府の解決策」として提案された規則を発表した。

その規則とは、各州における扶助申請者が不適格で詐欺の申請を行なったと思われる場合に、保健・教育・福祉省は州に対する連邦補助金を保留するというものである。リチャードソン長官は、この規則は、扶助資格規制制度について最初の国家的結論がでたら実施されるだろうと語った。これに関するデータで、1972年3月現在で要扶養児童のいる家庭への扶助をうけている家庭の6.8%が不適格なものであり、被扶助者数の13.8%が不当に多額の扶助をうけており、また7.6%が不

当に低額の扶助をうけていた事実が判明している。

こうした不正に対処するため、連邦政府は州の行政を引き締め、扶助資格規制を実施し、1973年1月1日までに連邦資金の浪費を防ぐことを発表した。この措置に対する各州の福祉局長等の相次ぐ抗議にあって、保健・教育・福祉省は、直ちにこれらの措置を実施しないが、1973年4月1日までには実施するだろうと語った。

しかし若干の関係者達の間には、連邦政権の強化について州知事が反発しているのを、公的福祉の連邦補助金を保留するという脅迫を、連邦政府は結局引込めざるを得ないのではないかとみているむきもある。そして連邦補助金保留の根拠となった不正申請にもとづく連邦資金の浪費額が、連邦政府の公的福祉全予算の約5%にしかすぎぬことから、この措置を適当でないとみている。

メデケイドの改正をめぐる問題

連邦議会が1972年中に行なった公的福祉制度の意義ある改革中、貧困者の医療に対する

扶助を規定する福祉プログラムの詳細について、一般にはほとんど知られていない。

若干の改正は、増大する関係支出を低下せしめ、プログラムの効果的な管理を増進させようとするものであった。別によりよい保健サービスの提供、ナーシング・ホームの基準の改善等が目的とされた。

連邦—州共同の貧困者扶助プログラムである医療扶助（メデケイド）は、1966年1月にわずかな州で初めて実施されてから今日まで驚くべき増大ぶりをみせている。

1972会計年度中、メデケイドは約2億600万人をカバーし、その全支出は84億ドルであった。今年度の支出は約100億ドルと見込まれている。

州および連邦政府はメデケイドの支出を共に負担しており、連邦は、各州の財政事情にもとづき、州によってそれぞれメデケイドの全支出の最高83%から最低50%までを負担している。総じて連邦政府は貧困な州には多くの補助金を支給し、豊かな州にはあまり支給しないようである。

各州はそれぞれのメデケイド・プログラム

を管理しており、現在ではアリゾナとアラスカ以外のすべての州がメデケイド・プログラムをもっている。アラスカは、目下、プログラムの連邦承認を得る手続中である。

メデケイドは2種類の貧困グループをカバーしている。1つは公的扶助の受給者グループであり、自動的に彼らは医師の報酬および病院費用を含む医療費をカバーするメデケイドの対象者となりうる。

他のグループはいわゆる「医療困窮者」と定義して27州がメデケイドを適用している者達である。

このプログラムは1967年から実施されたが、若干の州はいまだに実施していない。昨年連邦議会は、同プログラムをもっていない州に対する罰則を決めた。その内容は、メデケイド・プログラムを採用しない州は、要扶養児童のいる家庭への扶助にもとづく連邦補助金の1%を失うことになるというものである。

第2の重要な改正は、メデケイド・サービスを管理するためのコンピューター・サービスの経費の90%を連邦政府が提供しようとい

うことである。コンピューター・サービスによってデータを記録し、より迅速に医療費の支払いを行なうことが目的である。これでメデケイド・プログラムはより効果的に管理されるだろうと連邦当局は見込んでいる。

第3の改正は、メデケイドの対象者に提供される家族計画サービスの経費の90%を連邦政府が償還しようという点である。

さて1972年中に有権者から議会に要求された2つの改革は、貧困者の抗議をかきたてるかもしれない。1つは「医療困窮者（公的扶助の対象ではないが医療費の支払いにこと欠く者）」とみなされる者は、規則的に保険料を支払うことでメデケイドの経費を負担することに対する抗議である。保健・教育・福祉省は、この点についていまだに具体的な規則を検討していない。この理由として当局は、当該保険料は連邦資金の大きな支出を実質的に防ぐものにはならず、また彼らに保険料納入の経済的余裕がないだろうとみていることがあげられる。

抗議の対象となりうるもう1点は、メデケイド・サービスをうけている公的扶助の被扶

助者に、選択によって相当の金額を支払わせることを州に命じた点である。

この有料サービスには、民間のナーシング・サービス、歯科サービス、要指示薬サービス、クリニック・サービスおよび検眼サービスが含まれる。（医師の診療報酬や病院費用のような基本的なものは従来通り無料で継続される）。

だが、これについても連邦当局は、納税者の実質的な助けにはならないだろうとあまり期待していない。すべては今後の成行きにかかっている模様である。

The Christian Science Monitor, Dec. 29, 1972. Jan. 2, 1973

（藤田貴恵子 国立国会図書館）

社会改革（年金・保健・福祉） のための諸法案

（イギリス）



1972年10月30日にはじまったイギリス議会の新会期は「社会改革の会期」とよばれている。

今会期に提出を予定されている17法案のうち社会保障・保健・福祉に関する法案が少く

とも7法案をしめているからである。このうち、国民保険（いわゆる年金）の抜本的改革と称される「社会保障法案」Social Security Bill, 国民保健サービス組織の再編成をめざす「国民保健サービス再組織法案」National

Health Service Reorganization Bill の2法案がこの社会改革会期における二大法案ともいべきものであるが、画期的な「負所得税構想」にもとづき社会保障と所得税制度との統合をねらう「タックス・クレジット・システム案」Tax Credit System (本誌 No. 19 及び No. 20 参照) に関する下院特別委員会が今会期から審議をはじめることになっている。

そのほかの法案として、「危険薬品・障害児童法案」Dangerous Drugs and Disabled Children Bill, 「老人・障害者(警報装置)法案」Elderly and Disabled Persons (Warning Devices) Bill, 「老人に対する暖房費法案」Heating for the Elderly Bill, 「年金受給者ならびに家庭所得補足に関する支出法案」Pensioners and Family Income Supplement Payment Bill, 「補助手当(スト参加者に対する支給禁止)法案」Supplementary Allowances (Non-Payment to Strikers) Bill の5法案が11月中に提出されており、「年金受給者ならびに家庭所得補足に対する支出法案」はすでに成立している。

社会保障法案

キース・ジョセフ社会サービス大臣は、昨夜、発表された「社会保障法案」The Social Security Bill を抜本的年金改革案だとし、本法案はすべての退職者に二つの年金を用意し、現行の社会保障給付財源をより安定強化する賢明な方途を開いたものだ、とのべている。

本法案は、低賃金所得者がこれまで負担の重すぎる拠出を払わねばならなかったこと、多くの女子が基本レベルをこえる年金権を取得できなかったこと並びに離職者がその年金権喪失に対して保護されなかったこと等、現行システムの欠陥を改めることを意図している。

その結果、働く人口の半数の拠出負担が軽減されることとなり、老後の生活水準が高められるフレームワークを意図している。

キース卿は、本制度は公正であり現代的であり現実的であるとのべている。とくに、働く女子や基本的国家年金あるいは補助給付に頼らねばならなかった肉体労働者を助けることになるとする。

本法案は、昨年9月に公表された白書(本

誌 No. 17 参照) に密接に則っている。しかし企業年金制度の認可基準として一定の条件(貨幣購買力と最終俸給制を含む)を明記する点が修正されている。また、公的年金を毎年審査することも盛りこんでいる。

本法案は、現在水準で週8ポンドをこえる者から平均勤労所得の1.5倍の所得のある者(現在価格で48ポンド)までの全勤労所得者に対して所得比例拠出によって支給される基本的定額国家年金を定めている。なお、21歳をこえる全被用者は企業年金制度もしくは国のリザーブ制度 state reserve scheme のいずれかを通じて所得比例拠出による所得比例年金をうけることになろう。

配偶者のある女子は基本制度にもとづく完全拠出の非加入選択権を保有することになるが、この人達はリザーブ制度または企業年金制度に加入することになろう。

国民保険スタンプ制度と拠出カードは廃止されることになるが、その代り、拠出は源泉徴収システムを通じて徴収されることになる。

累進的年金制度 graduated pension scheme は新制度が1975年4月に導入される際に廃止

されよう。その年金権は凍結され退職時の貨幣価値で支払われることになる。

使用者の拠出負担割合ははじめて被用者負担よりも多くなる。これは EC 加盟諸国と歩調をあわせて、使用者が年金制度に多くの負担をすることになるわけである。使用者は、基本的国家年金制度に7.5%、被用者は5.5%となる。国のリザーブ制度に対しては、使用者は2.5%、被用者は1.5%を納めることになる。

累進的年金制度とリザーブ年金制度の適用除外をうける週10ポンドの勤労所得者の国民保険拠出は殆んど半分に減って1.01ポンドから52ペンスになる。他方、女子はその勤労所得が週20ポンドに達したときにその拠出負担は従来より増えることになる。

一般的に、国民保険における拠出負担よりも（現在、累進的年金制度に払込んでいる場合）軽くなる。週30ポンドの勤労所得のある男子と週20ポンドの勤労所得のある女子がもし現在累進的年金制度に払込んでいる場合には負担が軽くなり、リザーブ制度の加入者となる。

リザーブ制度は、年3%の実質勤労所得の伸びがあると仮定すれば、22歳で本制度に加入する男子の最終勤労所得の19%（同一年齢で加入する女子では13%）の年金が支給される。リザーブ制度による年金は女子には低い。その理由は、女子は早期に退職し長命であるからとされる。同じ理由で、企業年金制度も女子加入者には低い最低保障給付を定めることになる。なお、企業年金制度の認可条件として寡婦給付は男子の最低年金の半額とされている。

キース卿は、本案の定める企業年金制度と国のリザーブ制度が働らく女子に対し自らの権利としての所得比例年金を与えるものであり、働く女子に利するものであるとしているが、その給付水準は完全ではないことを認めている。

国民保健サービス再組織法案

イングランドおよびウエルズにおけるヘルス・サービス組織の再編成を盛った本法案が11月16日上院に提出された。

本法案のねらいは、72年8月の白書で明ら

かにされた線に沿って、病院サービスおよび専門医サービス、家庭医サービスならびに地域保健サービス（学校保健サービスを含む）を一つのマネジメントの下に統合することである。全国的レベルでは再編された保健省が中央の戦略的プランニングと監督指導の責任をもち、地方レベルでは所管の地方当局と諮ってサービスのプランニングと助長の掌にあたる地区保健部局が新設されることになる。

地区保健部局は病院サービスと地方保健サービスの一般的監督にあたり、医学教育と歯科医学教育との連絡調整にあたる。社会サービス大臣は関係機関と諮った後、その長とメンバーを任命することになる。

従来 of 執行委員会は廃止されることになるが、各地区保健部局は家庭医委員会を設ける責務があり、個々の開業医との契約をアレンジし開業医の報酬、勤務条件および法規による規律条項に関する業務を管理する。この委員会の委員数は30名とし、半数は医師側によって任命される。

なお、本法案には国民保健コミッショナー（本誌 No. 18 参照）の規定が盛りられており、

本法案が成立すれば、国民保健の運用に対する不服申立の審査制度が確立する（スコットランドにおける保健コミッショナーに関する法律はすでに制定されている。）。苦情は直接コミッショナーが直接調査を行うのではなく、関係の国民保健当局をしてこれを調査させ回答を行わせる。それでもなお不服がある場合にはじめてコミッショナーが調査をはじめることになる。コミッショナーは医師その他の診断に関する苦情については審査を行わない。

危険薬品と障害児童法案

この法案は、サリドマイド児問題を背景としてR. レビス労働党議員によって提出された。本法案は、人体に用いる医薬品の製造、販売ならびに使用によって生ずる人体の傷害およびその結果としての損失の責任に関する法律を抜本的に改めようとするものである。また、裁判所の損害算定の慣行を改めて障害児童のニーズに具えることを目的としている。

老人・障害者（警報装置）法案

この法案は、老人または障害者その他必要とする者の福祉施設に警報装置の設置を必要条件として定めるものである。

老人に対する暖房費法案

この法案は、医療上または経済的ニードを証明される場合、地方自治体に老人ホームの暖房費を支出する権限を付与することを定めるものである。

年金受給者ならびに家庭所得補足に関する支出法案

この法案は、所得・物価等の90日間凍結を内容とするインフレ対策に関連した貧困対策の一環である。その内容は、(1)全年金受給者に対し一人10ポンド（夫婦二人で20ポンド）の一時金を支給する。(2)補助給付のニード手当を支給する。(3)家庭所得補足の支給期間を現行の6か月から12か月に延長する。これら措置に要する支出は9,000万ポンド。この法案は11月30日に成立し、老人に対する一時金はクリスマス・ボーナス又はお年玉として直ち

に支給された。家庭所得補足の支給期間延長は73年4月から実施される。

補助手当（スト参加者に対する支給禁止）法案

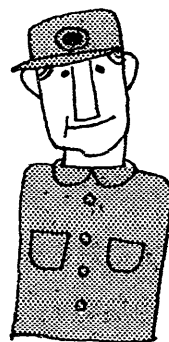
この法案は、スト参加者とその家族は社会保障給付をうけるべきではないとする保守党大勢としての強い要求（政府はこれまでその圧力をおさえてきたが）により、ラルフ・ホーエル保守党議員によって提出された。本法案はストライキ参加者とその被扶養者には補助給付を支給しないことを定める。規定では、ストの公式と非公式の差別をつけておらず、スト参加者の定義を「その雇用の場所での労働停止を惹起した労働争議に参加している者」としている。（本誌 No. 15 参照）

<The Times>

（田中寿 国立国会図書館）

年金改革の改革

(西ドイツ)



(前号で紹介したように、西ドイツでは昨年9月年金改革を実施した。しかし総選挙を経て新議会では、与野党の地位は変わらないが、早くも年金改革の問題点が論ぜられている。

問題は2つあって、第1は可動老齢限度制すなわち65歳以前でも35年の被保険者期間があれば63歳で(重度障害者は62歳でも)受給できるが、それに伴ない継続就労して賃金を受けるという問題、第2は拠出の後払いを強制加入者にも認めるという問題である)。

与党は12月13日年金改革改正法案を議会に提出した。これは可動制老齢限度を根本的な点で改めるものである。与党のねらいは、65歳で年金受給に当り、引続き就業して労働報酬全額を受け、しかも年金保険の保険料は拠

出しないでおける、という可能性を排除しようというものである。

そのかわり65歳以下で年金を受給し、しかも早期年金受給と併行して継続就業する場合、その就業は副次的なものでなければならない。

つまり、この者は継続就業の場合拠出測定限度(1973年=月690マルク)の30%をこえて賃金を得てはならないのである。ただし合計して3か月もしくは75日間は臨時の仕事で所得限度を越えてもよい。年金受給者はこの副次的就業を年金保険に通知しなければならない。なおこの者は年金保険の拠出は払わなくともよいが、疾病保険は拠出しなければならない。

早期の老齢年金を延ばして受給しない者は、65歳をこしてからさらに継続して就業ししかも年金を受給しない場合に限り、それまで規定されていた加給以上のものを受ける。この加給は1か月年金を引きのばす毎にその0.6%となり、それを年金受給の条件をみたくず時期から請求することができる。

与党はこの改正案を保健・社会・財政上の見地から提案したのであって、つまり可動老齢限度制というのは、63歳で勤労生活から離れたと考えている者のためのものでなければならないのである。さらにそれは同じ職場の内部で同年齢グループの年金受給者と非受給者の間に不要な摩擦を生ぜしめてはならないし、社会の中に2つの階級の年金受給者を生み出してはならない。最後にそれは、高額の早期年金を受けてしかも拠出をしないですませる結果、財政上の危険を生ぜしめてはならない。

一方野党はこれに対し早期年金受給と共に継続就業による勤労報酬全額の受取りを主張しており、法案をめぐって今後の論戦が予想される。

Die Welt, 13. 19. Dezember, 1972.

*

年金保険の強制加入者も、任意加入者と同じく、1956年にさかのぼって拠出を後払うことができる。年金保険改正法はこれを規定してはいないが、保険担当機関はこの権利が強制加入者にも及ぶことを認めており、政府もこの解釈を黙認している。

つまりこの1956年までさかのぼって保険料を後払うことができるというのは、本来年金保険に組入れられた特定の自営業者、及び任意加入者に限られており、強制加入者は以前に自営業者をやっていた者で、その間の保険料をカバーしたいと思う者に限り、後払いを認められていたにすぎない。

ところが最近連邦職員保険協会(Bundesversicherungsanstalt für Angestellte=BfA)の機関誌“Die Angestelltenversicherung”の年末号に、すべての強制加入者も1956年1月1日にさかのぼり任意に保険料を拠出できる、とする解釈を公示しているのである。

この後払い制の適用で最もよろこぶのは、職員のうち従来俸給年額が限度を越えたため

に年金保険に加入できなかった者、あるいはある期間保険からしめ出されており、そのため35年の被保険者期間がなく、今度の可動年齢限度制に権利がなかった者である。

これと似た事情にあるのは職業についてい

る婦人のうち、ある期間就業から離れていた者である。

Die Welt, 12. Januar, 1973.

(安積鋭二 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

女子勤労者の保護

(イタリア)

1971年に、女子勤労者の出産時における保護基準を示す法律が制定された。この法律による保護は、民間および公的部門で雇用されるすべての女子勤労者を対象としている。しかし、家事サービスやホールヘルパーなど一部の職種には、主として、出産時の休暇や現金給付などのある限られた部門だけが適用される。この法律による保護は、次に示されるとおりである。

妊娠認知から強制的な出産休暇が終るまで、あるいは、幼児が満1歳になるまで、女子勤労者を解雇することが禁止されている。解雇された場合には、その違法を訴えて、当人の権利を行使することができる。妊娠中や分娩後7カ月間に、女子勤労者を骨が折れるか、危険であるか、あるいは健康によくない作業に従事させることも禁止される。また、妊娠や出産により、従来従事していた作

業より軽い作業に移された場合には、従来の作業で取得していた賃金に等しい賃金を支払うことが、使用者に要求される。

なお、分娩予定日の2カ月以内と分娩後3カ月以内の女子勤労者を雇用することは禁止される。出産前の休暇は、妊娠中の女子にとって困難な作業や不健康な作業の場合に、3カ月間に延長することができるし、労働監督官は特殊な状況の場合に特別休暇を与えるように、使用者に要求することができる。出産後の休暇では、強制的な休暇が終わった後に、女子勤労者の希望により、さらに6カ月間の休暇を追加することができるが、その場合に、女子勤労者の地位は引続き継続され、将来雇用期間を計算する場合には、追加されたその休暇も雇用期間として通算される。

ところで、雇用の場に復帰した場合には、1歳未満の幼児を養育する女子勤労者に対して、幼児を世話するために使用者は1日に2回1時間ずつの休憩時間を与えることを要求され、その休憩時間は継続的に与えられ、賃金の算出では、就労(20頁へつづく)

WHO・医療教育の費用を 引下げることができるか



新しい医学校設立の決定の前に、今後20ないし40年間の保健サービスのパターンがその国でどうなるかを見通すことが必要である。その決定がなされてから、最初の卒業生が医療につくまでは10年間、さらに、保健サービスの中心的従事者となって寄与するようになるには20年が必要である。

その国の保健サービスの量と性質にかんし、重要な点は、①予防にどの程度重点をおくか、②全国民に第一線医師、"first-contact Physicians" を十分に提供することは経済的に可能かどうか、③病院サービスなどをどの程度まで発展させるべきか、である。これへの

答えによって、必要な医師数も決められ、うけるべき養成の性質も決められる。

医学教育費の調達

基礎的医学教育の費用は、年間学生数あたりに分類される。関連費用としては、運営費は、原価償却費、利子である。しかし、実際には、教育、診療、研究は入りこんでいて、計算は難しい。

年間支出は、落第者も含む医学教育課程全体に必要な費用であり、教育そのものに要する費用である。1人の学生が入学して卒業するまでに要する費用の国別の金額は、次の表

のとおりである。研修期間と損耗率とを考慮すると、医学生の間費用から研修費用を計算できる。

医学校の費用は、一国の医療従事者の究極のレベルをきめる重要なものである。その費用をどの程度にするかは、結局は、卒業後の医師を雇う医療施設とのかかわりも強い。また、多くの国では、医師養成に気をとられていて、医師の診療に是非必要な看護婦など他職種をどうするかを考えていない。

医学校設立にあたっての決定事項

医学校設立の決定は、次の二点の考察のうえでなされる。

(1) 医師増員が必要であること、(2) 既存の学校の拡張よりも新設がのぞましいこと。

必要医師数の計算は、人口対比医師数の標準もしくは期待数を応用する。標準的数値は、ふつう他国との比較もしくはWHOの専門家会議での勧告を考慮をして得られる。たとえば、1964年のシリアでのWHOコンサルタントらの報告は、以下のように述べた。ある標準数を世界的にきめるのは困難だが、ヨ

ヨーロッパでは、医師1人あたり人口は1,000人、中東では7,000人、シリア・アラブでは2,000人あたりが適当とおもわれる。

1966年のザンビア大学でひらかれた WHO のレポートでは、人口3,000人に医師1人というザンビアの例などが討議された。

この標準数をその国に応用するにあたっては、その国の生活水準、国民所得をどれだけ教育とか保健にむけることができるかを、はっきりさせる必要がある。また、その数は、国民が利用できるものでなければならない。標準的人口対比医師確保の可能性と、医師の収入の保障と卒業後必要な地域で働らくかどうか、などの問題がある。

労働力の観点からの可能性

医学教育の達成のためには、一般教育が充分できなければならない。高い教育をうける一般学生が限られている国では、医学教育へのニードも他とのつりあいをとる必要がある。また、もしも、過度の高等教育が普及し、それが医学教育にも及び、医業への従事をやめ管理的仕事につく中堅者がふえるなら

表1 医学教育費用 (学部教育)

年次	医学校所在地	1人あたり国民所得 1966年 (USドル)	学生あたり年間費用 (USドル)	研修生あたり総費用 (USドル)
-	コロンビア (カリ)	256	1,817	24,600
-	エクアドル (グアヤキル)	190	331	2,844
-	エクアドル (キイト)	190	166	1,233
-	エルサルバドル	241	1,950	14,500
1965-66	イングランド (地方)	1,543	3,786	24,556
1965-66	" (ロンドン1)	"	3,139	15,683
1965-66	" (ロンドン2)	"	4,001	20,051
-	ジャマイカ	431	2,400	24,000
-	ナイジェリア (イバダン)	68	4,950	33,600
-	セネガル	183	10,500	84,000
1970-71	スエーデン	2,571	5,471	30,091
-	タイ	112	1,618	6,660
-	ウガンダ (マケレーレ)	90	3,080	26,000
1959-60	アメリカ合衆国	3,175	4,491	19,630

ば、その国の高等教育は方向を誤り、医学教育そのものの無駄となる。

医学生の大多数は、卒業後診療に従事する。その診療の効果は、医師以外従事者、薬剤や器具材料、病床などの程度にかかわる。適当な医療をその医師が提供するためには、

医師報酬の数倍の費用を要する。もしも、その国の卒業生がすべて国内で働くとするならば、新しくふえた卒業生が出る年以降、新規卒業者に伴う新しい保健サービス支出の予測ができる。この支出分はその国の財政に依存することになるので、この費用負担の言質を

とることが重要である。

WHOのある研究は、低い国民所得の国では、GNPの2.5~3.7パーセントを保健サービスにさいていることを明らかにしている。ここでかかわってくることは、一国が保健サービスをまかなうのに提供できるものと、保健サービス支出にたいしてどれだけ選択するか、ということのつりあいである。経済成長の有無に拘わらず、大事なことは政府予算上の要求のとり上げにかかっている。そのさいの選択のめやすになる効果が、保健のばあいもはっきりしていないが、保健サービスそれ自身が尊重されなければならないものであろう。追加的保健サービスは、経済成長にも寄与しようが、これへの費用配分の拡大は、他への縮少につながるので、従って、その国の政策上の優先順位如何にかかっている。

開業の場所

医学校卒業者は、しばしば外国で、とくに先進国で診療をしがちである。外国で研修をうけてきた人は、帰国しても自国の地方の施設にあわせてやっていけないことを知り、結

局は外国に移住する。後進国では、折角医学校をつくりながら、先進国に医師をおくり、富める国に援助していることになる。世界のどこでも、医学校の卒業生は、首都に多く開業したがらる。郡部では、報酬はより高いが、充足は極めて悪い。医師はたいてい自分の家族を郡部につれていくことは好まない。郡部にとどまる医師をつくるのが、国内における都市・郡部別人口対比医師数の不均等を改善することを可能とするが、もしも新しくつくられた医学校の卒業生が市部に集るなら、その所期の意図に反することになる。一つの解決は、専門科目の研修の前に、一般医としての研修をさせることであるが、他は、軍務の代りに農村部での診療期間を設けることである。

医学校設立への代替案

数カ国向けの現存学校の拡充

一つの医学校の適正規模について知られていることは少ないが、あまり小さな学校でも不経済であるし、現存の学校のなかでの医学生数の拡充は無理だといわれている。一つ以上

の教育病院をもつことにも問題があろうが、これらの困難は、現存の医学校の拡充にともなう相対的な費用を検討したうえで問題とされねばならない。もしも、新規に期待する医師増加が少ないならば、一種の共用的広域的な学校(combined regional school)が運営費の節約に役立つかもしれない。

関連職種の養成(略)

医学教育における経済性拡大への意見

新しく医学校を設立するさいの経済性で重要なのは、建物、設備、人など、すでに地域にあるものの最大限の利用である。教育陣も非常勤で地域から採用することであり、このことはまた地域のニードにも答えることになる。経済性は、直接的費用の節減となるものではない。大事なことは、地域の保健への予算の一部も最もよい使い方が医師養成にあたってもなされるべきだ、ということである。

建物と設備

理想的には、医学校は、総合大学と教育病院の両方に接しているべきだが、予算上から新しくそれらをつくれなばあいもある。隣接の基礎科学部門(他と共用)と学校外の病院

を利用することもできる。

臨床教育に必要な病院病床数は、学生数に対応するが、学生1人に3ないし5の病床数が必要だとすると、1学年100人の学生をもつ（3年の臨床教育）医学校では、900～1,500床の病院が必要だということになる。

図書と定期刊行物（略）

職員とカリキュラム（略）

B. Abel-Smith 他：Can We Reduce the Cost of Medical Education? *WHO Chronicle*. 26 (10). 1972, pp. 441～450.

（前田信雄 国立公衆衛生院）

西ドイツの 疾病保険電算データ処理



1972年8月、地区疾病金庫全国連合会およびキール地区疾病金庫主催の「疾病保険における電算データ処理」をテーマとした国際シンポジウムが開かれた。興味深いテーマであったため、多数の参加者を得た。西ドイツ国内の疾病金庫、社会保険団体、連邦労働社会省の代表のほか、オーストリアなど外国の代表も参加した。

まず、地区疾病金庫全国連合会の代表が、「公的疾病保険における電算データ処理の将来的意味」と題する話をした。同代表は、昨年ケルンで開かれた地区疾病金庫の疾病金庫会議での討議を基礎にして、同連合会の電算データ処理の活用に関する考え方を展開した。それは、疾病保険のための電算データ処理の可能性と有益性を詳細に説明し、かつ、

終局的にはデータ・バンクおよび情報システムの組織化に至る自動データ処理の必要性を説明したものであった。また、1973年1月1日より年金保険および連邦労働事務所に関するデータも同時に得られる、疾病保険における新しい情報処理を、他の諸部門とのこのような面の統合への決定的な前進として評価したものであった。

電算データ処理を地区疾病金庫の領域にどのように応用するかという問題は、すでに準備されていた。従来から電算データ処理の活用の必要性は強く感じられていたが、一部の大規模疾病金庫しか導入の可能性がなかった。しかし、ケルンの地区疾病金庫会議以来とくに要請が高まって、いまやすべての地区疾病金庫が計算センターに参加することによって、電算データ処理の活用の可能性がでてきた。数年中に統一的データ処理基準が確立されることになろう。地区疾病金庫全国連合会の代表は、情報システムに必要なプログラムをまず手がけなければならないことを強調した。

しかし、同代表の話に対する反応からする

と、地区疾病金庫全国連合会の組織的考え方に対しては必ずしも個々の地区疾病金庫の代表の同意を得ているという感じはしなかった。なかには、計算センターの設置の必要性を否定し、個々に電算データ処理を導入することを主張する意見もあった。だが、大勢の意見はほぼ同連合会の考え方を認めるものであった。

会議の第2日目は、キール地区疾病金庫等の電算データ処理の実際が紹介された。そこでは、公的 disease 保険の近代化が電算データ処理によってどのように行われうるかが示された。そして、特別の場合には他の疾病金庫への拡張もできる個有の電算データ処理の将来像が画かれた。シュレスビヒ・ホルシュタイン州の地区疾病金庫州連合会の代表は、同州の22の地区疾病金庫が共同データ処理をすることを決めている旨明らかにした。

また、キール地区疾病金庫に新しく設置された電算データ処理装置である IBM 370-135 が希望により公開され、その機能について説明が行われた。

第3日目は、「社会保険と情報連合」と題

するテーマが取上げられた。これは、電算データ処理における最近の諸問題を取扱ったもので、十分能率的でない電算データ処理装置による広範な業務処理がもっか一つの隘路になっていることが明らかにされた。そして、これを解決するために、必要なデータ連合が一つの課題として指摘された。そのほか、データ保護の問題が取上げられた。

ところで周知のとおり、新たな情報処理により、疾病保険、年金保険および連邦労働事務所に関するデータが得られることになった。このデータの供給者は雇主である。雇主にとってこのデータ供給の仕事をしてできる限り軽減する必要がある。そこで、電算データ処理の導入ということも考えられている。ある代表は、新しい情報処理の原則—DEVO (データ収集規則)—を提案した。

第4日目は、キール大学教授グリーサー氏が、「われわれのデータはいかに社会医学的に評価しうるか」という問題について論じた。また、同氏は、データ保護の問題についても言及し、包括的なデータ保護の重要性を説いた。

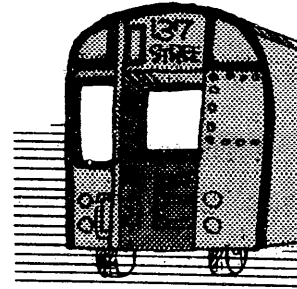
最後に、オーストリア社会保険保険者中央会の代表が、「オーストリア社会保険における中央情報収集化」と題する講演をした。それによると、オーストリアにおいても同じ課題があるとのことであった。

このように公的 disease 保険における電算データ処理の問題は、いまやきわめて深い関心をもたれており、近いうちに電算データ処理の一般化も実現するものと思われる。電算データ処理の活用化によって、疾病保険はよい方向に進むことになるだろう。その意味でシンポジウムは有意義であったといえよう。

Heinz, Karl, EDV in der gesetzlichen Krankenversicherung, *Die Krankenversicherung*, Oktober 1972, S. 258—261.

(石本忠義 健保連)

アメリカの鉄道員 年金制度改正



1972年10月4日付の公法92-460号により、鉄道従業員の年金制度は改正された。この改正によって、約742,000人の退職年金受給者とその家族には、20%の一時的な年金の引上げが適用されることになった。

この一時的な年金引上げは、1972年9月に遡って実施されるが、現在では、一応1973年6月30日まで実施されることになっている。また、この年金引上げは、社会保障法の改正を規定した1972年7月1日付の公法92-336号によって、社会保険法による老齢・遺族・廃疾保険制度の受給者に採用された年金引上げと同一である。本来、鉄道従業員の年金制度は社会保障法による老齢・遺族・廃疾保険の改正と同様な改正を施されており、今回の改正もその一例である。

ところで、年金には、正常な給付の受給資格を取得できない人びとに対して、「社会保障の最低保証」が実施されているが、今回の改正による年金の一時的な引上げは、この最低保証を適用される人びとの年金にも、自動的に適用されることになっている。なお、鉄

道従業員の年金制度は、社会保障法による老齢・遺族・廃疾保険よりもより有利な年金を支給しているが今回の改正による年金でも、前者の年金は後者より若干高くなっており、退職年金では、その差は10%以上高くなる。さらに、今回の引上げによって、平均的な年金受給者の増額分は月額34ドルといわれている。

U. S. Department of Health, Education, and Welfare, Social Security Administration, *Social Security Bulletin*, Vol. 35, No. 12, 12, Dec. 1972, p. 2.

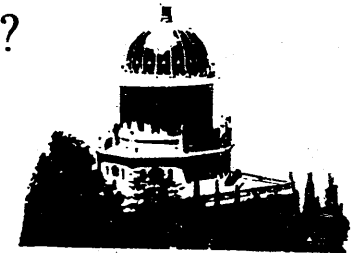
(平石長久 社会保障研究所)

強制的退職か弾力的退職か？

—争点と実態—

1971年の老人問題に関するホワイトハウス会議以来、老年学分野に最も論争をよびおこしているものの一つに、強制的な定年退職

(アメリカ)



か、能力にもとづく弾力的な退職かという問題がある。それぞれの立場からの議論や理論がすでに報告や論文のかたちで多く提出され

ているが、強制的退職の普及という最近の傾向にかんがみて、論争の勢いはますます高まるものと思われる。

本論文の筆者 Erdman Palmore, Ph D. は、弾力的退職を支持する立場から、強制的退職を論駁するためのデータを丹念に織りまぜながら、この論争を手ぎわよく要約している。

強制的退職の普及程度

強制的退職は、今世紀に入ってからの、急速な工業化と大企業の成長に歩調をあわせて普及してきたものである。例えば、社会保障管理局の調査によれば、男性の年金受給者のうち、強制的退職者の割合は、1951~1963年の間に11%から21%へと増加し、1969年には、何も仕事をしていない年金受給者の52%が強制的退職者である。また、1966年の同局調査によれば、定年（大部分が65歳）での強制的退職制度をとっている企業は79%に達している。このように、強制的退職制度は、65歳で退職する男性労働者、俸給生活者の約半数に影響力をもち、この傾向が続くかぎり、将来一層大きな影響力を及ぼすものと思われる。

る。

弾力的退職主張の論拠

1. 強制的退職は、当然ながら、対等な雇用機会原則に反するもので、年齢による一種の差別である。現行の法律では、年齢による雇用差別は65歳以下の者についてしか禁止されていないが、これは、法の下での平等という意味で憲法違反に相当する。
2. 強制的退職の唯一の基準となっている年齢は、能力の正確な指標とはなりえない。老人の能力は多様な幅をもったものだからである。各種の報告も、大部分の老人が65歳を過ぎても十分働き続けることができることを裏づけている。
3. 一方、弾力的退職は、老齢者の技能、経験、生産能力をよりよく活用し、それによって国民生産を増大させるのに役立つだろう。
4. また、弾力的な退職制度は、老人の所得を増大させるだけでなく、所得維持に必要な振替支出を削減することにもなるだろう。
6. 次に弾力的退職は、より多くの雇用機会を提供することによって、老人に生の充実と

長生きをもたらすことになるだろう。多くの報告も、退職が生の充実の減退をもたらすことを認めている。

6. 更に、弾力的退職は、強制的退職にともなう憤慨や恨みを少なくすることができる。

強制的退職主張の論拠

1. 強制的退職は、簡単で、制度の運用が容易であるのに対して弾力的退職の場合には、複雑な検査が必要で、そのような検査は、公平に運用したり、労働者に対してその正当な理由づけをしたりすることが困難であるというのだが、この論拠に対しては次のような反論がなされている。すなわち、実際には65歳以下の労働者に対しては、ほとんどの企業が、能力や業績についての何らかの評価基準をもっており、弾力的退職にあたっては、これと同じかあるいは少し工夫をこらした基準を用いねばすむというわけである。
2. 次は、強制的退職は、個々の労働者に対する気まぐれと差別を防ぐことができるというものである。しかし、個人的差別を防ぐために、一つの世代全体の差別を犠牲にする点で、この論拠も薄弱である。

3. 強制的退職は、使用者も被用者も退職の日をあらかじめはっきり知っておけて、先の計画も立てやすい点で優れているというのだが、弾力的退職においても、十分予知できる工夫はできる。
4. 強制的退職制度では、定められた年齢で企業に退職年金を払わせることができるというのだが、弾力的退職制度においても、年金制度をとまなっている場合が多い。
5. 強制的退職は、限られた職を求めて競合している労働者の数を減らすことになるので、失業を減らす役割を果たすというのであるが、これは明らかに、老齢労働者にとっては失業の増大であることを無視した議論である。失業問題の解決には、何よりも政府が経済を刺激して、新たに職をつくり出すことが先決でなければならない。
6. 強制的退職は、年功や終身雇用の規定が、若い労働者の雇用や昇進を阻害するのを防ぐ役割をするというのであるが、これも、弾力的退職制のもとで、適切な能力検査を老齢労働者に要求すればすむことである。
7. 65歳以上の労働者の大部分は、退職を望

んでいるか、働けない状態であるのだから、強制的退職による犠牲はほんの少数であるというのであるが、これは、次の理由で正しくない。すなわち、働きたくないとか、働けないといっている者も、適切な雇用機会にめぐりあえないことに対する合理化であることが多いからである。

8. 強制的退職は、老齢労働者にも早十分仕事が遂行できないことを自覚させないですませることができるというのであるが、これも、他方で、逆に働ける労働者を、欲求不満と地位喪失と所得減においやっていることを見すごしにした議論である。

9. 次の論拠は、65歳以上の労働者の大部分は、健康を害しているか、ほんの2～3年の健康しか残していないというものである。しかし、全国保健統計センターの1971年の報告によれば、65歳以上の者の37%だけが、主要な活動上の制約をもっているにすぎず、他の報告によっても、65歳以上の者の大半は、まだかなりの間働けることが明らかになっている。

10. 次に、大部分の老齢労働者が、若い労働者に比べて、劣っていたり同じようにうまく

仕事をこなせないというのであるが、これも根拠のうすい紋切り型思考である。最近の研究では、老齢労働者も若者と同じぐらい仕事をこなせることが示されている。

11. 次に、退職した者も働きたいと思えば、ほとんどが外に職を得ることができるのであるから、強制的退職はほとんど害がないというのであるが、実際は全く逆で、老齢者ほど、一旦職を失なうと再び職につくことは極めて困難なのである。

12. 最後に、大部分の強制退職者は十分な退職金を受けるので、その生活はそれ程問題ないというのであるが、1970年のBixbyの報告では、退職老人夫婦の30%、退職独身老人の64%が、公的な貧困水準以下の所得しかないという実態である。

弾力的退職制度を普及させていくための提案

以上にあげた論拠と反論から、筆者は、強制的退職が、労働能力のある老齢労働者に対して不公平で、心理的・社会的に害を与えるだけでなく、経済的にも浪費になるという理由から、弾力的退職制度をもっと普及させて

いくことを提唱する。普及の方法として筆者は次の3つのものをあげている。第1に、もっとも極端な提案としては、雇用における一切の法的な年齢制限をとりはらうことによって、すべての強制的退職を不法なものにすることである。第2には、比較的穏健な方法として、弾力的退職制を採用する企業に、社会保障税を減免するというのが考えられている。又、第3に最も穏健な方法としては、両方の制度を折衷させるというもので、例えば1950年のBrownの提案によれば、すべての被用者が同意する雇用年限を定め、それ以降は、年功も年金積立も切れて、企業の必要に応じて臨時に再雇用されるというものである。このような方式はすでに多くの企業や組織で実施されている。とにかくいずれの方法をとるにせよ、強制的退職制を維持していくだけの根拠が薄くなっていることは、まぎれもない情勢だと筆者は結んでいる。

Erdman, Palmore Ph D., Compulsory Versus Flexible Retirement: Issues and Facts, *The Gerontologist*, Winter 1972.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

(11頁からつづく)

時間とみなされる。しかし、企業が託児所などを設けている場合には、その休憩時間は半時間ずつとなり、作業場で休む権利は与えられない。また、3歳未満の幼児を世話する女子勤労者は、医師の証明書を提出すれば、子供が病気の場合に、いつでも休暇を取ることができることになっており、この休暇も雇用期間として通算される。

さらに、出産時には、疾病保険を利用して医師の定期的な診療や病院の医療が提供されることになっており、これらの診療や病院医療は男子労働者の妻にも提供される。また、強制的な出産休暇中には女子勤労者は賃金の80%に相当する現金給付が支給され、この給付は拠出や資格取得期間などの所定の条件をなんら要求されることなく、当人の所属する保険者から支払われる。もっとも、農業労働者として雇用される女子勤労者の場合には、各人の賃金ではなくて、農業労働者の平均的な賃金の80%が支給され、その平均賃金は2年毎に再検討されることになっている。これらの給付はいわゆる強制的な出産休暇の間支給されるが、1973年1月1日から、前述した任意方式で強制的な休暇の後に追加した6カ月間の休暇にも、現金給付が支給されることになった。しかし、任意方式のこの休暇では、支給率が30%になってしまふ。ところで、これらの給付を算出する受給者の平均賃金は、強制的な出産休暇直前の4週間に取得した賃金の平均的な日額を指している。ちなみ

に、上述した80%の支給率による現金給付は、事業所が閉鎖されたり、当人の従事した特定の作業が終了してしまった場合でも、所定の期間引続いて支払われる。なお、この定期的な支払いによる現金給付以外に、農業、手工業、およびある種の商業に従事する女子には、分娩や流産の場合に、50,000リラの一時金が支払われる。

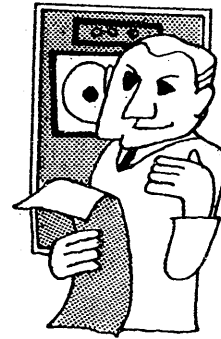
母性保護の費用を賄うために、疾病保険の保険者に対して、賃金支払総額にもとづいて算出したある拠出を支払うことを、使用者は要求される。その拠出に用いる拠出率は、法律の規定に従って、工業、商業および農業、銀行や保険会社の金融業などによって異なる。

なお、この法律には、使用者の責任を追求するために、罰則がつけられている。

(ILO, *International Labour Review*,
Vol. 107, No.3 March 1973, pp. 284—286)

(平石長久 社会保障研究所)

EC・移住労働者の 社会保障に関する新規則



I

EC すなわちヨーロッパ共同体の理事会は移住労働者の社会保障に関する二つの新規則(71年6月14日の No. 1408/71 と72年3月21日の No. 574/72)を採用したが、これら二つの新規則は72年10月1日から効力を生ずることとなった。二つのうち No. 1408/71 はいわば移住労働者の社会保障に関する実体規定を定めるもので、これに対して No. 574/72 は手続規定を定めた施行規則であり、いずれもそれぞれ従来59年以降施行されてきた同種の EC 規則 No. 3 および No. 4 に代るものとされる。従って従来の規則 No. 3 および No. 4 は、新

規則 No. 1408/71 の第99条によって廃止されることとなった。

ヨーロッパ共同体当局は、域内における労働力の流動化を促進して労働力の需給を調整するとともに、域内労働者の労働条件、生活条件を均等化するというローマ条約の社会的側面を生かすため、早くから域内における移住労働者(移民労働者のみならず出かせぎ労働者など短期的に国境を越える労働者を含む)の社会保障の取扱いに関する問題を取りあげてきた。その結果、共同体当局の社会保障に関する活動の最初の成果として58年に「移住労働者の社会保障に関する EC 規則 No. 3」とこ

れを補足し、その施行細則を定める EC 規則 No. 4 が理事会で採択され、いずれも59年1月1日から実施された。

この2つの共同体規則の目的は、共同体加盟国内を移動する労働者とその家族に対して家族手当、失業給付および労働災害・職業病の補償を含むそのほかすべての社会保障給付を支給しようとするもので、加盟各国の社会保障機関に対してこれら社会保障給付の支払いを義務づけたものである。

移住労働者の社会保障に関する共同体のこのような措置は、発足以来具体的な実効をあげ、これによる社会保障受益者の数は61年から68年の間に140万人から210万人に増加し、68年をとって見た場合、域内の一国から他国に移管された費用は1億5,000万ドルにも達したといわれる。

II

今回の2つの新規則は、その前文にもあるとおり、旧規則の10年以上の実績のうえにつくりあげられたもので、とくにこの10年以上の期間内に加盟各国のそれぞれの社会保障制度の変化、発展に EC の旧規則を適合させる

ための全般的改訂が必要であったこと、限定的であった旧規則の適用を加盟各国で社会保障の保護を受けるすべての人びとに拡大する必要が考えられたこと、そして旧規則の実際の運用の過程で発見されたその他の諸問題を解決する必要に迫られたことなどによるものである。

従って旧規則に対比した場合、新規則は次のような点に改善がみられる。

(1) EC 規則が適用される人的範囲および事故の範囲が拡大されたこと

新規則は被用者のみならず、イタリアや西ドイツの自営業者あるいはイタリアの農民など、被用者と同じ社会保障の強制適用を受ける階層にも拡大適用されることとなった。また事故の点では、最近国内法の発展がみられたフランスとリュクセンブルクの失業が新規則の適用を受けることとなった。

(2) いくつかの社会保障給付受給権の取得について地理的適用範囲が拡張され、あるいはいくつかの制限措置が撤廃されたこと

新規則では、一国で失業し職探しのために他国へ出かける者についても、3か月間は失

業国で支給されていた失業給付が出先国で引き続き支給されるものとされた。労働者が加入する社会保障機関の所在する国以外の加盟国で発生した通勤途上の災害はすべてその機関の所在国で発生した災害とみなされ、従来国境地帯労働者だけに限られていた保護がすべての労働者に拡張された。家族手当に関して、自分が働いている国以外の加盟国に家族が住んでいる場合、その労働者は働いている国の法律が定める家族手当を全額受給することとなった(従来は、家族が住んでいる国の手当額を越えない限度に抑えられていた)。また年金受給者のための医療給付については、居住する国の法律に定める医療給付が適用されることとなった。

(3) 老齢年金の算定方法が明記されたこと
老齢年金の年金額の算定方法については旧規則の適用に当たり多くの混乱が発生した。これについてはリュクセンブルクに設けられた共同体裁判所が大きな役割を果たし、年金額の算定に関しては同裁判所が処理した67年の一連の事件により一つの判例法が確立したといわれている。新規則はこの判例法の原

則を規定化したもので、そこでは二つの計算方法が明記されている。その一つは、他国での被保険者期間を合算して年金の受給資格を取得する場合には、被保険者期間を経過したそれぞれの加盟国の法律で算定され比例年金額(その国での期間と他の国での期間の比に比例したもの)をある一加盟国で受給する方法である。もう一つは、被保険者期間が二国以上に分かれているとしても、とにかくそれぞれ一国内の法律によって年金受給資格を取得する場合には、それぞれの国の法律によって計算された個別年金額を受給するという方法である。この2つの計算方法は別々に適用することができるが、算出された合計額は、かりに自分に適用される法律をもつ国で全労働生活を送った場合に請求できる年金の最高額を越えることができないとされる。これは共同体裁判所が「不当な併給」と認定した考え方をとり入れたものである。

(4) 手続きの簡素化がはかられたこと

たとえば、硬化性じん肺症にかかった者の補償の場合に、二以上の保険機関の負担の配分が明確化され、また疾病保険の現物給付の

費用について加盟国間で返済が行なわれるという原則が採用されたため、事務処理が迅速化されることになるといわれている。なお従来、家族給付は加盟各国によってまちまちであったが、新规定では移住労働者に関してすべて統一的な条件で支給されることになり、この点も、事務処理の迅速化に貢献するとみ

られる。

資料 Journal officiel des Communautés européennes N°L 149/2(5. 7. 71), N°L 74/1 (27. 3. 72). *International Labour Review*, Vol. 106, No. 1, July 1972.

(上村政彦 名古屋市立大学)

国民保健サービス費のコントロール

(イギリス)



ISSA の医療保険の改革に関する 円卓会議が1971年にミラノで開かれたが、この論文はその会議に提出されたものである。英国において保健サービス費がどのようにコントロールされているかを具体的に説明したものであるが、英国保健・社会保障省の次官であるソルター氏は、この論文で暗に英国のような国営の保健サービス制度を擁護しているようで

ある。

国民保健サービスの財政的特徴

国民保健サービスの財政的特徴は次の三つの点にある。第1に保健サービスのほとんどが国または地方当局によって提供されているという点である。国はほとんどの病院を所有しているし、家庭医等とも契約を結んでい

る。また地方当局は地方保健センターや療養所を所有しており、助産婦や保健訪問者等を雇い入れている。こうしたことが前提となつて、サービス水準やサービス費用のコントロールが可能なのである。

第2の特徴は、国の保健サービスが社会保険によってまかなわれるのではなく、ほとんど租税によってまかなわれている点である。また地方当局のサービスは一部租税で、一部地方税でまかなわれている。このことが前提となっているので、国は保健サービス費の増加率をコントロールすることができるのである。

第3の特徴は、若干の一部負担を除けば、保健サービスは、グレート・ブリテンの全住民に無料で提供されている点である。病院や家庭医が保険基金に医療費を請求する必要もないし、また患者が保険基金から償還を受ける必要もない。このことは管理費を大幅に節減させているのであって、保険制度を取る場合の管理費は、総費用の10%程度であると考えられるが、英国の場合は約2.5%である。

このような制度的な特徴を前提として、具体的に国民保健サービスの各費用はどのよう

にコントロールされているのであろうか。

国民保健サービス費のコントロール

国民保健サービス費は、制度発足の当初見積られていた規模を大幅に越えて増大している。しかしその後の実質伸び率はほぼ一定の水準にコントロールされている。

(1) 病院サービス

病院を運営するのに必要な全費用は直接国によってまかなわれているが、政府は毎年、病院サービス費の実質増加額を定め、各病院責任者にその病院の歳入額と資本配分額とを年度が始まる前に明示する。ここに言う実質増加額とは労働力や財の実質増加額を指し、報酬や物価の上昇分を無視したものである。

病院当局は割り当てられた額に応じて歳出に関する詳細な年次計画書を提出し、それに従って運営することになっている。報酬の上昇分のみあう追加をのぞいて追加金を受けることはほとんどない。最近の実質増加率は約3.5%で、資本支出の方は約10%であり、その伸び率は安定している。

(2) 開業医サービス

開業医サービス費のコントロールは病院の場合ほど単純でない。開業医サービスは執行委員会が直接その管理にあたっている。執行委員会が開業医等に対して管理費をも含めた必要額を支払っている。歯科医、薬剤師、眼科医にはサービスの量を基礎にして支払われるが、家庭医の場合には、出来高払部分のしめる割合は少なく、開業手当分、人頭払分、年齢による支払分などが組み合わされて支払われている。

診療の自由が前提となっている現状では、開業医サービス費の額は、患者や医師の考えに大きく左右され、病院サービス費のようにその水準を決定することはできない。各医師に対して薬剤の費用や効果に関する情報を供給したり、医師を指導して薬剤費がかかりすぎることを防ごうとしている。

十分コントロールできないとはいえ、1964—69年の一人当りの薬剤支出の増加率をみると、イタリア146%、ドイツ120%、フランス98%、に対し英国は53%で、英国の薬剤費の増加は他国に比べれば低水準で押えられていることがわかる。

(3) 地方当局のサービス

在宅看護、救急車、保健訪問、予防接種等のサービスは地方当局によって提供されている。地方当局は教育等、保健以外のサービスをも含めた活動につき年度がはじまる前に政府各省と折衝し、その後政府から補助金を受ける。しかし補助金を受けたあとは、地方当局がそれをどのように使おうが自由であって、実際には保健省が望むほどには地方当局は保健サービスに支出していないようである。病院サービスのコントロールのように、地方当局の保健サービス費のそれは容易ではないようである。

改革の可能性

以上のように国民保健サービス費はうまくコントロールされ、その上昇率が政府によって決定されている。しかし限られた資金を有効にいかすために改善されなければならない面も多いのである。たとえば多くの人々が診療を受けるため順番を待っているのであるが、こうした問題を解決するためにも保健サービスをより効果的に改めること、サービス

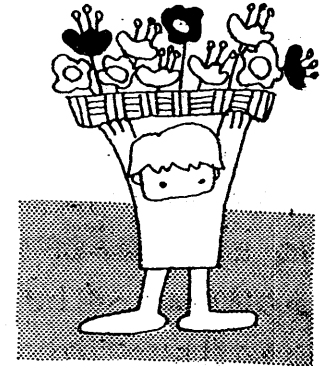
の優先順位を確立することが必要である。

サービスの優先順位を確立するとはいえ、診療の自由という大前提を無視することはできない、さしあたって保健サービスの効率を高めるには、地方レベルでの行政を統一することであろう。そして保健サービスを担当している病院、開業医、地方当局の三つの部門間のサービスの調整を計ることが必要である。現在そうした目的のために、保健サービスの再構成が計画されている。

この論文の目的は、英国の保健サービス制度が他の国々と比較してすぐれているとか、保健サービス費の統制は当然正しいことであるというようなことを明らかにすることではない。しかし少なくとも言うことは、総保健支出に制限があることを前提にすれば、英国の国民保健サービス制度は、限られた資源を有効に利用するより優れた制度であるということである。

H. C. Salter, "Controlling the Cost of the British National Health Service", *International Social Security Review*, XXV(1972), Nos. 1—2, pp. 19—26. (一圓光弥 健保連)

農業における社会保障



(西ドイツ)

農業社会政策は、今日、わが国に限らず、農業政策の本質的な要素である。

連邦政府は、10月1日から農業者疾病保険を実施することによって、農民の社会保障制度の確立が達成されると考えている。農民およびその家族の社会保険による保護は、それによって、疾病、出産、労働不能、災害、老齢および死亡の事故に拡大される。もちろん、支給される諸給付は、まだすべての領域にいたっていない。しかし、今後かなり改善が行われるであろう。

農業者疾病保険においては、農民は、被用者疾病保険におけると同様な保険保護を受ける。傷病手当の代わりに、長期疾病の結果に

よる労働不能の際に救援する要員があてがわれる。この特別な給付は、大きな意味をもつ。農業は、今日、もはやなんらの予備労働力ももたない。すでに事態は、1～2人農業にまでいたっている。もしこのうち1人でも疾病または災害によって倒れた場合、事業の続行がむずかしくなる。1965年以降、農民老齢扶助において、農民またはその配偶者が療養生活に入った場合あるいは死亡した場合、補充要員をあてがう可能性がすでにつくられている。この措置は、試験済みである。いまや、要員補充が疾病保険や災害保険の枠内においても社会保険法規に基づく給付として支給されることになった。

農民老齡扶助の給付—老齡手当および生業不能の場合の早期老齡手当—も、根本的に改善された。既婚の元農業経営者は、1972年10月1日以降、月240マルクの老齡手当を受けることになった。それまでは月175マルクであった。また、寡婦の老齡手当は、月115マルクから160マルクへ引上げられた。しかし、このような引上げが行われても、私的養老給付によって補うかまたは賃貸もしくは売却による収入によって補わなければならない実情である。だが、そのうちこのことも解消されるであろう。連邦政府は、長期的視野に立って、部分的老齡保護を保険による完全老齡保護におきかえるよう努力している。

老齡手当とならんで、老齡農民に対する補足的給付としての土地譲渡年金が1969年以降支給されている。これは、農業から離れ、規定にそって構造改善のために従った者に対して支給される。この扶助は、1971年1月1日から施行された「農業社会補充法」によって拡充・改善された。最近まで、月180マルク（単身者）または275マルク（夫婦）であった土地譲渡年金は、それぞれ230マルクまたは

350マルクになり、さらに1972年10月1日から275マルクまたは415マルクに引上げられた。

発展の可能性がない経営をしている者は、保険加入義務のある就業に入った場合または耕作を止めた場合、年金保険に後加入できることになっている（1971年1月1日から）。この対象範囲の人たちの職業転換は、年金保険加入義務が非常に遅れてしまうため、老齡保障が十分行われないきらいがあり、従来うまく行かないことが多かった。この障害は、いまや不足の被保険者期間を1955年12月31日までさかのぼって補足することができることになって取除かれた。構造改善目的の経営譲渡の場合には、後払保険料の70%を連邦が負担する。

農民に対する社会保障の分野、とくに農民老齡扶助および災害保険において困難な問題がある。というのは、農業構造の変化の結果、給付の受給者に対する拠出者の関係がますます悪化しているからである。この結果を、現在の農民の負担でカバーすることはできない。したがって、農民の社会保障は、連

邦補助なしにはやっていけない。今日、農民老齡扶助の費用の約75%、農業災害保険の費用の約50%は国家資金によってまかなわれている。年金受給者と同様に、農業からの引退者も疾病について拠出を免除されている。そして、それに代わる財源は、連邦によって負担されている。

1971年において、以上のような目的のために支出された費用は、約11億マルクである。これは、農林省の予算の約1/4に相当する。この費用は、年々増大するであろう。連邦政府が農業における社会問題を引受け、すでに手助けしていることは明らかである。

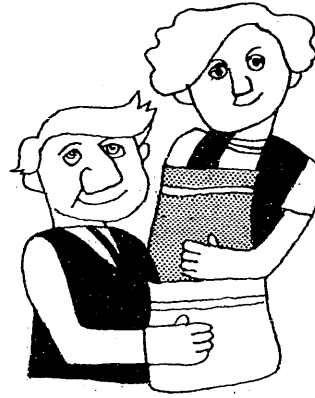
Logemann, Soziale Sicherung in der Landwirtschaft, *Sozialreform*, Oktober 1972, S. 614—616.

（石本忠義 健保連）

貧困の機能分析

—Herber J. Gans の研究—

(アメリカ)



H. J. ガンスは、現在、コロンビア大学教授で、これまでとくに都市計画に関して精力的かつ綿密な調査研究を行ない、注目すべき多くの著書・論文を発表してきている。ここに紹介する論文は、そうしたこれまでの研究の過程、とくに、スラム地域の下層労働者の実態把握の過程から生まれた機能主義的な貧困研究の理論を展開したものである。

さて、ガンスは、R. K. マートンによる政治的ボス組織についての機能分析にならい、貧困は、政治的ボス組織以上に非難さるべき持続性のある社会現象であるところから、マートンの機能分析の方法を貧困に適用できる

と考え、一定の集団、とくに、貧困者以外の人々にたいして貧困ならびに貧困者をもつ潜在的機能を検討して、その順機能と逆機能を分析的に導き出すとともに、こうした貧困者のもつ機能に代替しうる「機能的選択項目」をも合わせて追究し、もって機能分析の有効性を検証しようとするのである。

ガンスは、アメリカ社会では、貧困ならびに貧困者は、貧困でない人々にたいして、次のような15の経済的機能(1)~(4)、社会的機能(5)~(10)、文化的機能(11)、(12)ならびに政治的機能(13)~(15)をもっているとい

う。

(1) 貧困者は、不潔な労働、危険労働などの「いやな仕事」を行なってくれる。実際、アメリカでは、貧困は、このいやな仕事を低いコストで喜んでやってくれる—いや、むしろ、喜んでやらざるをえない—低賃金労働のたまり場としての機能を果しているのである。

(2) 貧困者は、自らの低賃金労働によって、富裕な者を利する活動や、州や地方政府に、結果的には、補助金を与えるのと同じ機能を果している。

(3) 貧困は、貧困者にサービスを与えたり、あるいは、貧困者から貧困でない人々を防護する、数多くの職種を創り出し、そうした職業を盛んにさせている。

(4) 貧困者は、貧困でなければ欲しがりもしないような商品を購入して、その商品の経済的有用性をひき伸ばしてくれるし、また、富裕な人々からは見離された老いぼれた、訓練不足の、あるいは、無資格の医師や弁護士や教師に所得を稼がせてくれている。

(5) 貧困者は、逸脱者と同一視され、処罰

されることによって、逆に、支配的な規範の合法性を支持している。

(6) 他方、能力がなく、不運にあえいでいるが故に報わるべき価値があるとされている貧困者は、同情、哀れみ、慈悲心を呼び起こし、貧困でない人々に情緒的満足を与えている。

(7) 貧困者は、富裕な人々を、放縦な性的行動やアルコール中毒や麻薬中毒などへ代償的に参加させる役割を果たしている。

(8) 貧困は、貧困でない人々の地位を守るのを助けている。とくに、労働者階級にとって、地位を比較するための一つの尺度として機能しているのである。

(9) 貧困者は、また、貧困でない人々の上昇移動を手伝っている。貧困者は、教育の機会を拒否した者だとか、愚か者ときめつけられたり、教をきかない者だとされることによって、実は、他の人々によい職を得させ、ひいてはその人々の上昇移動を助けているのである。

(10) 貧困者は、たとえば、中流階級の市民組織や婦人団体など、非経済的集団の社会的

生存能力を増進せしめている。

(11) 貧困者は、文化的機能もいくつか果している。彼らは、「文明」の創造にたいして声なき暗黙の役割を果たしてきたのである。

(12) 貧困者のために、あるいは、貧困者によって作られた文化は、屢々、富裕な人々に借用されている。ほとんどのアメリカ人は、南部諸州の貧困者の間から生まれたジャズやブルースや黒人霊歌を享受しているのをみてもわかるとおりである。

(13) 貧困者は、政治的集団にとっては、象徴的な支持者、あるいは、反対者として役立っている。革命的左翼も、保守的政治集団も、その政治的信条は、貧困者なしに正当化することのできないものが多い。

(14) 貧困者は、権力を保持しえないままに、アメリカ社会の成長と変動の経済的ならびに政治的コストを支えさせられている。

(15) 貧困者は、アメリカ政治の形成過程に重要な役割を果たしてきた。つまり、彼らは、アメリカの政治を中央集権的たらしめ、安定化したことに寄与してきたのである。

さて、次に、ガンスは、以上15の機能に代りうる機能的選択項目の可能性を検討する。

(1)の機能は、オートメーション化や妥当な賃金の支払いによって代替可能なはずであり、(2)の機能も、貧困者の存在を必然たらしめるものではなく、代替可能である。しかし、その場合には、当然、コストは引き上げられるから、この機能的選択項目は、明らかに富裕な人々にたいしては逆機能をもつものとなる。 (3)の機能も、多くは代替しうることは明らかである。だが、(4)の機能は、多分、貧困者なしにはその一部は存在しないであろう。(5)~(7)の社会的機能は、経済的機能よりは容易に、安上がりにより代替されうる。現に、たとえば、規範からの逸脱の機能は、ヒッピーや若者たちが果してきている。しかし、地位と移動にかかわる貧困者の機能(8)、(9)は、階層制社会である限り、代替困難な機能であり、貧困解消にとって一つの障碍である。また、中流階級の博愛的、宗教的集団の対象としての機能(10)も、経済的、非経済的に不平等である限り、消失することはない。(11)と(12)の文化的機能は、代替される必要のない機

能である。しかし、(13)、(14)の政治的機能は、代替困難である。貧困者の所得の増加は、権力の増大を伴なうであろうし、もし、一たび貧困者がそれほど貧困ではなくなれば、人々は成長と変動のコストを支払うことに抵抗するようになるであろうからである。また、(15)の政治的機能も、全く代替不可能である。

結局、貧困者の機能のなかには、代替不可能なものや代替可能なものがあるわけであるが、可能だとしても、それは、とくに、富裕な人々にとっては、高いコストがつきまとうものである。したがって、ガンスは、貧困が持続するのは、それが多くの機能を果たしているからであるが、同時に、貧困の機能に代りうる機能的選択項目が、社会の富裕な人々にたいしては全く逆機能をもつものであるからに他ならないという。

ところで、機能分析は、保守的イデオロギーの立場を支持するものであるとの批難を受けてきたが、もともとは中立的である機能分析が、このように批難されるのは、機能分析の結果は、解釈する者の立場によっていかよ

うにもなると同時に、Davis と Moore の分析にみられるように、これまでの機能分析が、逆機能の側面を脱落した不完全な分析にとどまっていたからであるとガンスは主張する。しかし、機能分析が完全を期すためには、なお、代りうる機能的選択項目自体が検証されなければならないのであって、それは、この分析の残された課題でもある。さらに、ガンスは、すすんで、このような機能分析から導かれる結論は、窮極的には、ラディカルな社会学者の結論とさほど違わないものであるとして、次のように結論づけている。すなわち、「富裕な人々にとっては機能的であり、貧困な人々にとっては逆機能的であるような社会現象は存続する。また、代替しうる機能的選択項目によるかかる現象の解消が、富裕な人々にとっては逆機能を生むときには、そのような現象は存続しつづけるであろう。さらに、貧困のような現象が解消されるのは、それが富裕な人々にとって十分、逆機能的となるか、あるいは、貧困者が社会的成層体系を変革するだけの力をもつことができるときだけである。」と。

なお、最初にも述べたように、ガンスのこの研究は、それまでの彼の研究と関係づけてみると、一層、理解し易くなるように思われるので、ここに紹介した論文の題名と出所を示したあとに、二・三の文献を加えて、読者の参考に供したいと思う。

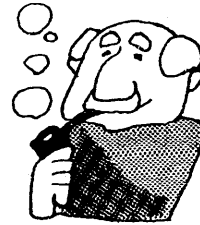
Herbert J. Gans, *The Positive Functions of Poverty*, *American Journal of Sociology*, Vol. 78, No. 2, Sept. 1972, pp. 275—289.

参考文献

1. Herbert J. Gans, *The Urban Villagers*, The Free Press, New York, Collier-Macmillan Co. Ltd, London, 1962.
2. Herbert J. Gans, *People and Plans*, a Pelican Book, 1968, 1972.
3. Herbert J. Gans, *Social Planning and Urban Poverty* in P. Lazarsfeld, W. Sewell and H. Wilensky, (eds.), *Uses of Sociology*, New York : Basic Books, 1967, pp. 437~475.

(渡辺益男 東京学芸大学)

保健サービス改善5カ年計画 (1971—75)



(イスラエル)

本稿には、強制的健康保険の採用による影響を含めて、医療施設、医療担当者および支出の改善について、全国をカバーする5カ年計画の予備的な案が示されている。

将来のイスラエル経済開発を目指す全般的な経済と工業化の5カ年計画に含まれた一部として、現在のプログラムは1968年に政府が定めた指針にもとづいて、医療サービスの改善を取上げている。

基礎とされている仮定は、国家安全の達成と国土開発に設けられた優先順位が、次の5年間にわたる保健サービスの徹底的な改善を妨げているということである。主として、計画は人口増加、年齢構成の変化、および、た

例えば、慢性疾患に対する病院の病床のような最も緊要なニーズに対する対策を考慮している。1975年の予想では、人口は1970年の300万人以下から約350万人になるといわれ、人口1,000人当たり3.3病床(一般病床)という現在の病床保有率を維持するには、新らしく3,900病床が病院に必要となり(そのうち、1,600病床が一般用、1,600病床が精神病用、また700病床が慢性疾患用である)、精神病と慢性疾患の医療施設は、精神病で2.55病床、慢性疾患とリハビリテーションで1.28病床に、僅かではあるが、改善されるであろう。保健サービスに従事する医師、看護婦、およびその他の医療担当者では、全日制の常備勤務者が

35,941人から1975年には47,159人にならなければならないので、従って、1,800人の医師と3,700人の看護婦を追加する必要があるだろう。

全国の保健支出は、5.0%という現在の年率では、1970年の7.2億イスラエル・ポンドから1975年には9.26億ポンドに増大するであろう(薬剤にかんする個人消費を含んでいない)。一般病床の1病床当たり常備医療担当者数は、1975年には医師が0.22人、看護婦が0.63人、その他の医療担当者が0.19人、栄養士と屋内サービス労働者が0.44人、また、管理・運営担当者が0.16人となり、これら全体の平均では、常備医療担当者は1970年の1.37人から1.64人となる。

1975年の医療における人的資源の構成は僅かに変化し、全医療担当者のうち、医師の占める比率は1970年の19.6%から18.7%に減少するであろう。看護婦の占める比率も低下するが、その他の職種の人びとの比率は10.5%から1975年には13.0%に上昇するであろう。

1975年において保健サービスに要する経常費のうち、半分以上は病院医療サービス(合

計82,200万ポンドのうち83,740万ポンド)で、歩行可能な患者の医療が38,440万ポンドとなり、また外来患者の診療に多額(23,660万ポンド)が支出されるであろう。

次期5年の期間にいちじらしい改善は、強制的な健康保険の採用である。新しい健康保険の管理機関は、保健サービス全部門の活動、および社会政策や福祉制度と保健サービスの関係を、調和させなければならないであろう。

全人口の約90%に給付を提供しているこの制度は、各種の法令による制限や規則が、加入者の受給権を制約しているため、任意制健康保険は包括的ではない。

強制的な健康保険制度は年齢と健康の制限、および資格取得期間を廃止するであろう。その制度は、国内における地理的に配分された医療サービスの分布に、ある統一的に調整された政策を実施するために、ある病院管理の機関を設けるであろう。その健康保険制度は、公的保健サービスに政府の負担分を増大させ、また、医療を供給する仕組みに一般的な改善をもたらすであろう。

“Sherutei Habriuth-Tochnith Pituah”, The Economic Planning Council, Treasury Department, Jerusalem, January 1971, 44 pp.; No. 40, '71,

ment, Jerusalem, January 1971, 44 pp.; No. 40, '71,

年金と収入



M. Vejvodova (チェコスロヴァキア)

本稿には、「例外的な場合に、収入と併せて年金支給にかんする政令」が実施されてから1年を経過した時点で、1年間の考察による結果のうち、主要な部分が表示されている。

チェコスロヴァキアにおける長期的な労働力の不均衡が、年金受給者の就労を促進するために、例外的な場合には、収入を得ても年金を支払う方式を設けている主要な理由となっている。年金受給者の雇用は、労働力の不均衡を相殺する重要な要素になってきたし、また、これは将来も引続き同様であろうと思われる。

現在の法令は1969年(政令第73号)から始まり、その政令はこれ以前の1964年の政令第

106号、1965年の第28号、および1966年の第60号によって導びき出された。最近の手段に含まれる基本的な手法は、各種のタイプの産業と活動に生ずる人的資源のニードに応じて、調整が異なるということである。人的資源のニードが最も緊迫している産業では、労働者は有利である。年金受給者にはそのように広範な雇用の機会があるので、チェコスロヴァキア共産党の第12回大会(1962年)によって表明された政策原理、つまり、年金か賃金かという原則は事実上では中止されている。

調査は主要な5つの手段がもつ有効性を確認した。一般に、年金受給者の約90%は年金の受給が可能となってからの当初5年間就労

しており、そのうち約50%は最後の使用者の所で再び労働に従事していた。65歳(男子)もしくは60歳(女子)では、引続き継続的に就労する雇用の関心は、事実上では低下する。現在、30万人の年金受給者が権利を行使しており、受給者のうち15万人が60歳以下で、18万人は60—64歳であった。

規定で示された第1グループは、社会的な理由に刺激されて実施される賃金が年金のもっている基本原則の例外について述べている。それらの例外は、年金が少ないか、賃金と年金の合計が所定の金額を超過しないか、あるいは年金受給者が所定のより高い年齢上限に到達した場合に、労働する権利を含んでいる。これらの規定はきわめて評判がよい。

規定の第2グループは、事務労働で年間120日、また筋肉労働で180日(つまり、それぞれ6カ月と9カ月)を越えない一時的な雇用や季節的雇用をカバーしている。これもすこぶる評判がいい。日数は年金受給者と経済の双方に適するようにされている。年金受給者がより長い期間就労する場合には、かれらの疾病や負傷の発生率が上昇する。全般的にみて、

この期間は年金受給者が能力の回復と再生に、より長い期間を必要とする残存した肉体的および精神的な能力に対応しているようである。

調査は除外を適用されたグループの就職希望に対して、使用者が法律上の資格条件を考慮するかどうかの問題には、立入っていない。つまり、そのような条件というのは、雇用が全日制による常傭の定期的な雇用では達成できないとか、あるいは、そのような全日制の常傭による雇用は不経済であるというような性格を、雇用はもっていなければならない。

第3のグループは、年金受給者が稼得活動に従事しており、また同時に最高月額1,000コルナ(つまり、基本的な最高年金の約70%)まで年金を受給している場合には、特定の経済的な分野において就労する雇用にかんする例外をカバーしている。年金受給者と使用者はこの規定を余り用いていない。使用者はその例外に該当する場合においてさえも、上述したグループの規定を用いるのを選んでいいる。このような態度に対する主要な理由は、使用

者と年金受給者の双方の間で、例外に気づくのを制限されているからであると思われる。自治体の社会保障を担当する部局は、制度の普及にもっと多く努力すべきである。

例外の第4グループは、年金の50%と最後の賃金の66%を同時に取得することを認めているが、事実上では、用いられていない。この方法は年金受給者に利用させる刺激をほとんどもっていないようである。

最後はある開放方式で、必要と思われるなんらかの他の例外を設ける権限を政府に与えている。各省はそのような例外に対して、多数の申請をうけるのに失敗してしまったが、申請が上述した4グループの例外を各省が適切にうけつけていたならば、うけつけられなかった申請が不必要であったということ、申請の正当性をもつ証明は明らかにした。

全般的にみれば、賃金に加えて支給される年金の例外的な支給を規定した新規定は、事実上では、当を得たものであり、また効果的であったということ、調査は証明した。

Výplata duchodu vedle výdělků, *Národní Pojištění*, No. 9, 1970, pp. 12—14; No. 48, '71.

第7回年金制度委員会報告



(フィンランド)

本稿には、学生の廃疾・遺族年金制度にかんする政府委員会報告の記述が取上げられている。

自営業者と農民が被用者年金制度に含まれるようになった1970年1月から、大部分の自営業者は所得比例年金を得ている。しかし、学生は賃金を得ていないので、かれらは制度から除外されている。学業を続ける若い人びとは、廃疾になった場合に、同一年齢である他の人びとよりもより困難な状態におかれている。結婚している学生の世帯では、遺族は就学中に死亡した場合や、廃疾年金を受給している場合に(事実では、少数である)、年金の保護を要求する。

学生の年金法がすべての学童と18歳から27歳までの学生をカバーすべきであるというこ

とを、委員会は提案している。被用者年金制度で用いられる18歳の資格条件が廃止される場合には、そのような処置が学生の年金制度にも考慮されるべきである⁽¹⁾。その法律は夜間に授業を行なう学校を含めて、すべての教育施設をカバーすることになるであろう。外国で就学しているフィンランド学生とフィンランドで就学している外国人学生も、相互協約の制度によってカバーされるであろう。フィンランド政府によって設けられる学生問題委員会(大蔵省と文部省の代表、および大部分の代表的学生団体の代表で構成される)は、28歳以上の学生に加入する資格を与えることができる。

法案によれば、学生年金の金額は習得した教育水準に比例することになるであろう。カ

バーされる学生達は4グループに分けられる。第1グループの廃疾年金額は800マルカ(1フィンランド・マルカ=0.238USドル)、第2グループは600マルカ、第3グループは400マルカ、また、第4マルカは250マルカとなる。これらの支給額は被用者年金制度と同様に、毎年上昇する一般的な賃金水準とリンクされるであろう。これらの年金以外に、学生はフィンランドの他の人びとと同様に、国民年金制度から廃疾年金の受給資格を取得する。第1年金グループは水準の高い総合大学の学位を取得しているか、あるいは、なんらかの同様な試験に合格した学生で構成される。第2グループは上記より低い総合大学の学位を取得した学生、単科大学の水準もしくは同様な水準の試験に合格した学生、およびある学位に要求された教育過程のうち、4分の3以上をパスした総合大学の学生で構成される。第3グループは総合大学で就学している上記以外の学生と単科大学の水準をもつ教育機関で就学している職業学校の学生で構成される。以上に示された以外のすべての学生は第4年金グループに属することになる。

遺族年金の保護は被用者および自営業者の被用者年金制度と同一の方法で提供される。3人以上の人びとが遺族年金の受給資格を取得する場合には、かれらは学生の死亡時に当人が受給資格を取得できることになっていた廃疾年金と同一額の完全年金を受給することになるであろう。受給者が2人であれば、年金額は完全年金の4分の3となる。受給者が1人だけの場合には、年金は完全年金の2分の1になる。

当初では、学生年金制度は16万人から17万人の学生をカバーし、そのうち、約65,000人が職業学校の学生で、約50,000人が総合大学の学生ということになるであろう。学生のうち約0.5%が第1グループ、4.5%が第2グループ、40%が第3グループ、また、55%が第4グループに含まれることになるであろう。国民年金に追加される年金の平均支給月額が350マルカとなるだろう。制度を実施した最初の年では、制度の費用は年間100万マルカ以下と予想され、費用は年額700万マルカを決して超えないであろう。その理由は毎年発生する新しい廃疾はきわめて少なく、その

件数は恐らく年間100件と予測されているからである。政府は益々多くの教育費を調達することになるが、当然なことながら、新制度の費用は政府だけで調達されるべきである。制度の管理は、公的な被用者年金制度を管理する大蔵省によって行なわれる。

注1 1971年7月以後、18歳の資格条件は廃止された(Ed.)。

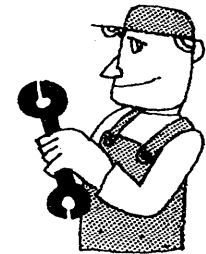
Komiteanmietintö 1971 : B 40. Eläkejärjestelmän osamietintö 7, Helsinki, 1971. 8 pp.; No. 58, '71.

労働災害

— 共同責任方式の費用と利益 —

C. Curson

(イギリス)



本稿には、イギリスで産業災害の被災者に対して実施されている現在の二元的補償制度と、カナダで採用されてきた一元的共同責任制度の比較が示されている。

労働災害を蒙った従業員を補償するには、イギリスの法律は2つの異なった方式を組合せている。1つは産業傷害制度を用いて行なわれこの制度では、使用者や政府とともに、従業員も拠出(国民保険に毎週支払う拠出

の一部として)を支払っている。もう1つの方式は従業員が民事損害賠償で使用者を訴え、法廷を用いている。事実上では、大部分の使用者はそのような損害賠償の責任に対して保険をかけているので、通常では、この類の補償費は、使用者によって間接的に支払われるにすぎない。使用者は保険料を支払い、なんらかの特殊な裁定の補償が保険者によって支払われる。

他方、カナダの制度では、労働者は損害賠償を訴訟で追求する権利をもっていない。その代わりに、労働者は自動的に補償(無料の医療給付を含む)の受給資格を取得する。補償の支払いは、週30ドルの最低額と約90ドルの最高を条件として、従来取得していた収入の4分の3と定められている。この給付はある補償基金から支払われ、使用者はこの基金に対して拠出を支払う義務を負わされている。拠出は「賃金支払総額に対する百分率」にもとづいて行なわれるが、使用者に課せられる拠出率は、各産業の災害記録に応じて、産業毎に(また、若干の州では、各企業毎に)異なっている。

イギリスの制度に要する費用は、正確に決定するのが容易でない。産業傷害制度は年間約1億ポンドを支払っている(そのうち、約4,500万ポンドを使用者が、また3,500万ポンドを従業員がそれぞれ負担し、さらに、残りを政府が負担して、収支を整えている)。補償に支払われた金額にかんする数字は中央で集計して発表されないが、しかし、補償費は年額約4,000万ポンドに達するということが示されてお

り、それらの費用は3,300万ポンドが保険会社から支払われ、残りが使用者自身で請求を処理しようとする使用者の「自己保険」で支払われている。しかし、保険会社が毎年支払わなければならない3,300万ポンドは、使用者によって支払われた保険料合計の半分をやや上まわっている。つまり、保険料の合計額は毎年ほぼ6,000万ポンドである。

カナダで実施される状況をイギリスの方式に投影させて検討するのは困難であるが、カナダの方式でモデルとされたある制度は毎年約19,000万ポンドの費用を必要とするという概算を行なうことができる。この概算は補償ですでに支払われた金額——年間14,000万ポンド——と比較して、大きな増額を意味するものではないが、しかし、利用できる資金は災害を発生した産業の間でもっと公正に分担されるであろう。すべての補償支払いは当然の権利であり、それらの補償はいずれも訴訟の結果によるものではない。さらに、従業員は補償費に対して(被保険者としても、また納税者としても)拠出しなければならないということにより、なんらの利益をもうけない。そ

れはともかく、すべての追加的な費用を引きうけるように、使用者にある直接的な責任を課するのが妥当であるとは考えられないが、従業員の拠出は8年か10年の期間に除去することができる。

最後に、通常では、カナダの仕組みの採用は、ある独立した補償機関を設けるのと同じで、その機関は制度を管理・運営するだけでなく、広範な領域にわたる産業安全にも責任を負うことになるであろう。これはカナダで用いられる方法の結果として当然にもたらされるものであり、また、1964年の産業訓練による公的な委員会の創設に相当する。補償と安全における新しい機関のもつ二重の利点は、安全に意識的な使用者に、財政的な負担のインセンティブを与えることができるであろう。また、各使用者の従業員(かれらが公務員でないと想定する)に対する支払いと諸条件を決定することができるという事実は、安全監督の仕事がもっている魅力を高めさせるであろう。さらに、訓練の領域でも同様な効果が促進される。補償制度を突然変えることができるとは誰も示唆していないが、しか

し、本稿で論述された制度は合理的な組織を与え、その組織は労働者の安全を奨励する金を支出するように、使用者にある積極的な誘因を提起するであろう。

Accidents at Work: The Costs and Advantages of a Collective Liability System, *Social and Economic Administration*, No. 2, April 1970, pp. 108—114; No. 60, '71.

企業と家族手当

M. Veljic

(ユーゴスラヴィア)



本稿には、現在実施されている家族手当制度の基本原則と、その制度が将来発達した場合に生ずる若干の問題が論述されている。

社会的改革を効果的に実施する社会の努力は、健全でしかも安定した資金にもとづき、ある近代的な児童福祉制度を社会が設けるということを意味している。それが家族手当制度、その制度の管理・運営・基金の支出と利用、制度の決定、および実質的な拠出の支払いに参加するのを企業に要求する現行制度を採用した理由である。

その目的は、両親の立場に関係なく、すべ

ての子供に対する機会を平等にすることである。この制度は絶えずより大きな金額に増大する資金と、支出の決定を行なう自治的な仕組みを必要としている。封建的な管理・運営制度はサービスの高水準な質と基金の合理的な利用を保証することができない。この制度は自治にもとづいて実施する場合にのみ達成することができる。

これらの基本原則は長年にわたりよく知られているが、それらの適用は最近の2、3年に実現されたにすぎない。ユーゴスラヴィア評議会は1961年に早くもその基本原則を採用

したが、セルビアでは、連邦の決定を施行するこの地方の法律が1967年にやっと採用された。これらの法律は財源調達に恒常的な資金を保証し、基金が蓄積されている。したがって、児童福祉の将来における発達に対する予測を分析するのは、最も基本的なこととなってきた。

1970年1月以後、拠出は各地方政府によって決定されている。大部分の地方では、悲観的な予想が行なわれているにもかかわらず、拠出は以前よりも高く定められている（若干の例では、従来実施されていた0.4%の代りに、1.1%の拠出率が用いられていた）。

拠出が地方政府によって決定される場合においてさえも、政府が支出をコントロールするであろうという危険が絶えず残っている。企業は子供の養育にかれらが拠出を支払っていると感ぜないで、ある租税を支払っていると考えているので、企業は無関心である。人びとの小さなグループもしくは団体によって指名されるよりも、むしろ企業と市民達によって民主的に指名された代表により決定が行なわれるということが絶対に必要である。

したがって、基金を管理・運営するサービスを行なう機関はきわめて重要である。事実、このような多くのサービスは拠出を支払う企業による監査と民主的なコントロールを条件としているし、また、そのような事情から、基金の管理・運営は小グループの人のびとが担当することができる。たとえば、小規模な産業と低所得者の地方だが、多数の女子労働者がいる地方サービスは、海岸にきわめて高い費用を必要とするセンターの建設を決定したが、そのセンターは労働者の家族が児童のためにほとんど使用しないであろう。このような状況に対して、幼児保育園、学校給食などのような児童福祉の基本的な問題は解決されなかった。

したがって、児童福祉にかんする管理・運営機構と支出を再検討し、民主的なコントロールの仕組みを作りあげ、明日に規定された長期的政策に応じて効率、合理的な計画化および支出を保証することは、不可欠な必要条件である。

最も重要な基本原則は社会的な連帯性である。社会・政治の仕組みと基金のコントロー

ルを統合されたある自治的な組織がなければ、社会連帯は不可能である。全国の児童福祉問題を解決するには、地区、地域および共和国のレベルでコントロールが必要である。セルビアの制度は自営の農民を含めて、農村地域と村にその制度の拡大を考慮している。

地区と地域の開発では、これは主要な問題である。

Utica aeoposrednih proizvodaca na decju zastitu, *Socijalne Politika*, No. 5, 1970, pp. 8—10; No. 65, ,71.

産業の被用者補償測定

Alvin Bauman

(アメリカ)



本稿には、1930年代以後におけるフリンジ・ベネフィッツの発達が分析され、1968年における被用者補償の水準と構成にかんする統計的情勢が示されている。

ほんの40年以前には、アメリカの労働者に対する補償は、ほとんどすべてが労働した時間と生産された単位に対する賃金で構成されていた。その当時には、労働者の厳密な時間当たり平均賃金は当人の合計された補償を示していた。1930年代には、労働した時間もしく

は生産された単位当りの賃金に加えて、従業員に対して、あるいは従業員のために負担する使用者の支払いは急激に上昇を開始し、支払いの上昇は今日まで続いている。平均的な時間当たり賃金は、もはや労働者の労働に対する労働への補償を満足させる手段でない。今日、アメリカの使用者達は、事実上に労働した時間もしくは生産された単位当たりに対する厳密な賃金や俸給として支払われる補償合計の約5分の4を支払っている。残りの5分の

1は主として次の項目に支出されている。つまり、それらの項目は、(1) 休暇、休日、およびその他の形による有給休暇、(2) 失業、退職、廃疾、疾病、もしくは労働者や扶養家族の死亡による経済的苦境への保護、および(3) 時間外労働、週末、休日、もしくはシフト制への特別割増賃金を含んでいる。

今日アメリカで実施されている補償の構成は、ほとんどすべてが今世紀の第3・四半期中頃に発達している。1935年以前では、生活や労働の困難に対して経済的な分野で用意する負担は、ほとんどすべてが労働者の責任とされていた。1920年代の末から、労働災害に対する労働者補償法は普及してきたが、それらの法律は保護の手段でほとんど役にたたなかった。私的年金制度も狭く限定されていた。1935年における社会保障法の通過は、2つの困難に対する保障の手段を労働者達に提供したが、それらの困難とは老齢による労働不能から生ずる所得の喪失、および一時的な失業による所得の喪失である。1948年には、ワグナー法(1935年の全国労働関係法)を、年金・退職制度について労使で取決めるのを

使用者に要求するものと各裁判所は判断したし、また1949年には、各裁判所は健康対策と保険制度について同一の判決を下した。労働力不足が生じた第2次世界大戦は、戦後労働委員会を創設させることになり、その委員会は現金による賃金の増額を制限することにより、「非インフレーション的」な他の形の労働者補償に変えるように使用者を奨励した。使用者達は保険と年金の適用、有給休暇、および現金による賃金に含まれない同様な形の補償を提供した。戦後、そのような補償の項目は労働者と使用者により交渉された「一括解決」の一部となった。1950年代初期から、新しい補償制度の実施が一般的に承認された。こうして、15年間(1935—50年)にわたり、現在の労働者補償が発展してきた。

1968年には、法律による使用者支出と私的に財源を調達した保険・福祉制度は、労働への厳密な支払い以外の補償に支払った支出の約2分の1に相当した。残りの2分の1は休暇への支払い、割増し賃金、特別手当、および同様な賃金支払項目に支出された。1961年から1969年までに、主要な団体協約(つま

り、これらは1,000人以上の労働者をカバーしている)でカバーされた労働者の約半数は、新しいかあるいは改善された年金制度を適用された。また、約2分の1は新しいかあるいは改善された休暇制度を適用された。さらに、3分の2は新しいかあるいは改善された健康対策と保険制度を適用された。

労働統計局は1959年に補償支出に焦点を絞る継続的な調査制度を開始した。しかし、その後、その調査制度の分析に用いる組織はかなり変わってきた。たとえば、1964年には、労働統計局は賃金を補足する付加的支出を測定することと、それらの支出を賃金支払総額と関連づけることから、従業員の補償に対する全使用者支出の合計を測定することと、補償支出の合計を各補償活動と関連づけるように変った。新しい手法は、補償の各要素がある程度理論的にも、また、事実上でも取り替えられるという考え方にもとづいていた。補償の諸項目(厳密な賃金、年金、健康保険など)を補償合計の支出と関連づけるよりも、むしろ、補足的な補償部分を全般的な賃金支払総額の合計と関連づけるのでは、補償に含まれ

た各要素に、いろいろな傾向を観察することができるし、あるいはゆがめられていた。この調査のために、補償合計は連邦所得税控除を条件として、使用者により労働者に支払われたすべての支払いと、政府機関、保険会社、あるいは、法律で要求されたかもしくは私的に提供した保険：福祉制度に対する受託者に使用者が支払ったすべての支払いで構成されるものと規定された。従業員の割引き、業務と個人に使用される会社の車輛、および授業料手当のような間接的補償は除外されている。これらの調査は、主として、アメリカ合衆国の各事業所のうち、代表的なサンプルに対して質問状を郵送する手段で実施されている。

Measuring Employee Compensation in U. S. Industry, *Monthly Labor Review* (Department of Labor), October 1970, pp. 17—24; No. 68, '71.

(以上6編の「ISSA海外論文要約より」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)

社会保障こぼれ話

失業保険の採用

(イスラエル)

1973年3月の国民保険法改正で、国民保険制度に失業保険が新らしく追加された。1973年1月1日から実施された失業保険は、18歳以上年金年齢(男子65歳・女子60歳)未満の被用者を強制的にカバーしている。しかし、新移住者と復員軍人は特殊な取扱いを受け、また、家計補助の雇用を得られない15—18歳の者は、職業訓練を受ける場合に、無拠出で給付を受給できる。

給付は所定の拠出を支払った20歳以上の失業者に、労働能力、労働の意思、職業紹介所への登録などを条件として支給される。資格取得の拠出期間は、俸給取得者が360日間の180日もしくは540日間の270日で、日給の労働者が150日もしくは225日とされ、新移住者が雇用を開始した月の初日以前360日間の100日である。受給者は配偶者が非被用者で、失業給付を受給できないか、あるいは、配偶者がいなくて、子女を養育するグループ(A)と、それ以外のグループ(B)に大別される。各受給者の平均賃金を用いて給付を算出する支給率は、Aグループでは、受給者の平均賃金が、全国的な平均賃金以外の場合に80%で、高い場合に40%まで段階的に引下げられる。また、Bグループでは、上記の支給率がそれぞれ70%と30%

%になる。給付を1年間に受給できる期間は、45歳以上で、3人以上の家族を扶養する者が175日で、それ以外の者が138日とされている。

制度の財源は政府と労使双方の3者で調達し、拠出収入の5—10%を失業の予防などに支出することができる。制度の管理・運営は国民保険公社が担当し、労使の各団体、労働省、大蔵省、雇用サービス省の各代表による委員会が設けられる。

(ILO, *International Labour Review*, Vol. 107, No. 3, March 1973, pp. 282—284)

(平石長久 社会保障研究所)

解説

フランスの病院の現状と 改革の試み

国立公衆衛生院 阪上裕子

1. 医療費の増大

保健衛生費の増加は驚くべきもので、1950年に国民総生産の3.2%であったのが1967年には6.5%、310億フランに達している。家計費のなかで保健衛生費が占める比率も1950年の6.5から1965年には10.2%、金額では3.4倍にのびており、1985年には18.2%、1950年の4.69倍が予測されている。1965年の家計では保健衛生費10.2%、食費32.3%であるが、1985年には保健衛生費18.2%、食費19.4%と考えられる。

病院費用は1960年以後の10年間に4倍となり、1967年には115億フラン、国民総生産の2%、疾病保険支出の40%にふくれあがっ

た。病院の1日の入院料は中央病院で1964年の60.75フランから1970年には123.20フランと6年間に約2倍に増えている。外科では66.97フランから160フランへ、高度に専門的な部門では、97.43フランから358.30フランへと300%をこえる増加を示している。

この病院費用の増大は当然疾病保険（一般制度）の財政の均衡をおびやかしている。第6次経済社会計画策定時に、1970年の一般制度疾病保険の赤字は9億2千万フラン、1971年には19億フラン、1975年には約100億フランと見積っている。

このような経費増加の原因を求めると（表1）、まづ入院費の増大（1967年に保健費用の35%、110億フラン、疾病保険手当の約50%）があ

げられる。入院費の増加は①入院患者数の増加（年間増加率約3%、1968年に人口1000人対63人）、②、病院経費の増加（入院料の増加は物価上昇率より大きい）によるものである。経費をさらに細かくみると医薬品と人件費に分けられる。診断技術の変革は検査を増加させ、逆に入院日数を減少させている。人件費の伸びも著しく、1955年頃には病院経費の約45%であったのが最近数年間では53%に達している。治療技術の進歩からより多くのパラメ

表1

	1950 %	1967	
		単位 100 万フラン	%
入院料	38	10,935	35
医師、検査 歯科医、補 助的治療	33	11,069	35.5
薬、眼鏡 整形外科	29	9,214	29.5
計	100.0	31,218	100.0

ディカル職員が必要となっている。職員とくに看護婦の不足は、労働条件や給料の改善を必要としており、この面での経費の増大は容易に理解しうる。このような医療技術の変革に対して病院のあり方や運営方法が適応して

表2 診療科別病床数 (1968)

	公立病院		私立病院		総 数		保健省 による標準 (人口1000 人対)
	実 数 (単位千床)	人口1000人 対	実 数 (単位千床)	人口1000人 対	実 数 (単位千床)	人口1000人 対	
内 科	118.5 千床	2.38 床	15.6 千床	0.32 床	134.1 千床	2.70 床	3.0 床
外 科	52.1	1.05	50.7	1.02	102.8	2.07	2.5
産 婦 人 科	16.2	0.33	14.8	0.26	31.0	0.59	0.6
回復期医療 リハビリテーション その他	37.1	0.64	25.6	0.50	57.3	1.14	0.5~0.6
総 数 (精神科を除く)	218.5	4.40	106.7	2.10	325.2	6.50	6.6
精 神 科	102.3	2.05	12.2	0.25	114.5	2.30	2.99

いないことが、入院費の増大をもたらす一要因となっていると思われる。

2. 病床数にみられる不合理

病院の病床数からいくつかの問題点があきらかとなる。公私の不均衡、地域格差、診療

科間の不均衡などである。

1969年1月1日現在で公私病院（一般病院）は33万床のベッドを有し、そのうち22万床が公的部門、1万床が営利を目的としない私立病院、1万床が営利を目的とする私立病院のベッドである。最近10年間に私立病院のベッド数がかかなり増えている（1960年から1965年ま

で年間3,000床、1965年から1969年までに年間6,000床の増加）。1968年についてやや詳しくみると（表2）、地域差が大きいこと（西部と中央部が少なくアルザス地方、南東部、パリ地方が最も整備されている。人口1,000人に対してルール地方4.30床からアルザス地方9.5床までの格差がある。また新興都市や農村地域に不足がめだつ。）総数で見ると人口1000対6.50床（精神科を除く）で、国際的標準にほぼ近いベッド数が確保されているが、診療科目による凸凹が著るしい。とくに精神科が不充足で標準を23%も下まわっている。内科、外科では病床数は少ないが在院日数の縮小により補いうるといえる。産科はほぼ標準に達している。

公私を比較すると、外科、産科では公私がほぼ等しいが、内科では私立病院のベッドが非常に少ない。その理由には、私立病院の大半が小規模であり、設備や専門職種の集中を必要とする部門に対応できない技術的側面と、現行の医療費制度の下では医師、入院料、手術室（分娩室）使用料などが別個に算定されつみあげられるために簡単な処置のために短期間入院する患者を選ぶ方が有利とい

う財政的理由があると思われる。規模別に公立病院を比較すると(表3)、私立病院の75.3%が100床未満の小規模病院に集中している。このなかにも含まれていない精神科ではこの傾向がさらに著しい。こうした状況に対して1958年に病院の改革

表3 病院の規模(1968)(精神科、結核サナトリウム、病児収容施設、老人施設を除く)

規 模		施 設 数		病 床 数	
		実 数	比 率 %	実 数	比 率 %
公 立 一 般 病 院	～ 24床	189	21.4	2,531	1.2
	25～ 49	135	15.3	4,631	2.1
	50～ 99	181	20.4	13,214	6.0
	100～ 199	142	16.1	20,042	9.1
	200～ 499	145	16.5	51,010	24.3
	500～ 999	59	6.7	36,731	16.8
	1,000～1,999	21	2.5	27,707	12.8
	2,000～3,000床	9	1.1	62,617	28.7
		881	100.0	218,485	100.0
私 立 病 院 (営利+非営利)	～ 20床	670	28.8	8,661	8.1
	21～ 40	701	30.1	21,571	20.4
	41～ 60	439	18.9	22,072	20.8
	61～100	359	15.5	27,352	26.0
	101～200床	154	6.7	26,194	24.7
			2,323	100.0	106,780

が100床未満と小規模病院が多い。公立病院でも施設数では57.1%が100床未満であるが、病床数ではわずか9.3%にすぎない。公立病院病床の41.5%が1,000床以上の大規模

が試みされた(1958年12月30日オールドナンス)。その目的は、①病院管理を近代化する ②公私病院を公衆衛生大臣と知事の権限下に統合し連絡調整をはかる ③医学教育の改善(医

学部と病院を結合する)の3つであったといわれる。これらのうち③医学教育の改善が最も実質的な成果を得たが、①病院管理の近代化には、入院料問題を放置し、必要な財政的措置を欠き、②公私病院の統合では公立病院の地域的性格を維持し、国の後見を強力にすることができず、全体的な保健計画に有効でない、という批判が早々に投げかけられていた。

1970年12月31日ロワは1958年改革の目的のうち ①病院管理の近代化、とくに公立病院管理の新方式を規定し、②公私病院を公的病院サービス網に再統合し、地域医療体系の樹立をはかったといえる。

3. 病院改革—1970年ロワ

1970年12月31日ロワ3条は公的病院サービスの基本的性格としてつぎの3つをあげている。①平等性——「サービスを必要とするすべての人に開放され」「病人についていかなる差別もしない」、②継続性——患者を昼夜を問わず受け入れる、または他の機関への

入院を保証する」, ③適応性——「サービスを必要とする状態の人をどんな状態においても受け入れることができるように」する。

公的病院サービスの範囲は, ①診断(検査)と治療とくに救急医療, ②医学教育とパラメディカル要員の養成, ③予防医学, ④医学・薬学研究を含む。これはすでに1958年12月30日オールドナンス(第581373号)に規定されていたが, 1970年ロワにより, さらに強化され補足されている。16条では私立機関の医学, 薬学教育への参加が規定されている(ただし, 公的病院には義務づけられるが, 病院協会に属していない私立機関は教育への協力を拒否することができる——17条)。また1958年オールドナンスには教育のための連絡調整機関の設置が規定されていなかったのに対し, 「病院・大学連絡調整委員会」を設けている(18条)。委員会には地方中央病院, 公私病院の代表が参加している。

公的病院サービスに参加する公私病院は

①中央病院, ②回復期, 長期治療, リハビリテーション病院に分類される。

1. 中央病院は救急医療, 短期の検査入院, 出産, 巡回診療を主要な任務とし, 内科, 外科, 産科をそなえるほか, 高度の専門診療科, 回復期医療やリハビリテーション医療をおこなう場合もある。

2. 回復期, 長期治療, リハビリテーション病院は継続的な長期にわたる入院治療を必要とする患者の入院施設である。このように病院を2分する目的は, 診断, 治療のために専門的な設備や職員を多く備えた病院を整備するとともに, 患者の状態が高度で, 多額の経費のかかる医療を必要としなくなればより簡単な設備をもつ施設へ移すことにある。

3. なお1971年12月24日ロワにより上記の2種類のほかに病院ユニットを設けた。これにより, 特殊な形態のため上記いずれにも分類できなかった農村病院を公的病院サービスに参加する病院のひとつにかぞえ, 同時にその独自のシステムを維持することとなった。

1972年7月19日シルキュレールは, 救急医療の現状を分析し, 今後数年間の活動の方向性を示した。それによると, 病院の設備補助金は救急受入れ, 手術室, 蘇生サービス, 救

急医療扶助事務所, ヘリステーション, 救急車に, また運営補助金は救急医療扶助事務所と救急要員の養成を中心とするとされている。

公的病院サービスは医学, 薬学, 歯学の教育に参加する。教育への参加については1958年12月30日オールドナンスの規定が変更されずに適用され, 若干の補足がなされたのみである。

1. C.H.U(中央病院と医学教育の機能をあわせもつ)と病院協会または病院集団と協約を結ぶことができる, 2. 公立病院, 協会に対してC.H.Uとの協力協約を結ぶように公衆衛生, 国民教育両大臣の合同決定により督促することができる, 3. C.H.Uに病院・大学連絡調整委員会を設ける, 4. 複数の地域中央病院が一大学区内にあるときには単一のC.H.Uを構成することができるの諸点である。

公的病院サービスは①公立病院, ②私立病院(第40, 41, 42条の条件を満たすもの)が含まれる。

①公立病院とは市町村立(単独または複数市町村共同), 県立(1県または複数県共同)および国立の病院をいう(第20条)。

公立病院の運営について、

㊦従来の管理者委員会（1958年12月11日デクレ第12条、市町村議会選出2名、県議会選出1名、知事の指名によるもの5名、うち社会保障団体代表2名、病院医師1名、病院外医師1名、地域住民1名）に代って、1970年法では、**運営委員会**（地方自治体、疾病保険金庫、病院医師および薬剤士、非医師職員の代表、その他（病院外医師を含む）が設置される（第21条）。

①従来と同じく（1958年12月11日デクレ第25条）、**医療委員会**がおかれる（第23条の3）。その目的は医師に病院経営に対する責任を与え、過剰経費を防ぐことにある。非医師職員が参加する**合同委員会**（新設）はサービスの運営と病院内の労働条件についてのみ諮問される（第24条2）。なお、1972年8月24日通牒により、運営委員会の審議に先きだって合同委員会に諮問すべきするがらがより詳細に規定されている。①職員の労働条件に直接的影響を及ぼす計画、方針、②職員の雇用規則、③職員の配置、④職員の養成訓練に関する病院協会への加盟。

運営委員会の権限は、予算および経理の承

認、内規の改廃、サービスおよびクリニックの新設、18年以上にわたる借入れ、病院協会への加盟などである。以前と比較すると運営委員会の権限が縮小し、理事長の権限が強化されている。

㊧**理事長**は運営委員会長の意見にもとづき公衆衛生大臣が指名する（第20条）。1958年デクレでは50床以上の病院についてのみ大臣が指名することになっていた。1958年デクレ（22, 23, 27条）と今回の1970年ロワ（22条）を比べると旧管理委員会の長の権限が院長に引き継がれていることがわかる。

㊨**国の後見**が規定されている点も見逃せない（第20条）。公立病院を地域病院と規定しながら国の直接的な後見の下にしているのは低廉家賃住宅事務所につぐ例といえる。この後見の権限は1958年デクレ（第24条）に規定されていた知事の後見に類似している。全般的後見に加えて増改築計画や高価な設備の設置について事前許可の規定があり（43条）、病院の運営上の独立性を制限する点が問題とされる。

㊩**職員**に関する規定（25条）では、医師、薬剤

士、生物学者、者歯科医などの常勤者については従来と変らない。反対に非常勤医師については一年以内に規定を設けることとしている。

以前には非常勤医長の任命は一般に退職年齢65歳までであったのが改められている。

公立病院の財政に柔軟性をもたせる措置のうち、一般市場からの借り入れの上限について、1971年1月18日デクレが、100床未満の病院につき50,000フラン、100～500床では90,000フラン、500床以上の病院で150,000フランを規定している。

㊪**私立病院**が公的病院サービスに参加する形には3つある。まず営利を目的としない私立病院は公立病院と同じ条件で運営費、設備費の補助や公立病院職員の開業医の応援をうけ公的病院サービスに参加することができる。営利を目的とする私立病院は国との委託契約を結ぶことによって公的病院サービスに参加することができる。その場合、私立病院は一定の条件を満していなければならない。これらの私立病院は国からの設備補助金をうけることはできないが地域内の保健ニーズが満たされている場合には他の私立病院の開設が

許可されないという反対給付をうける。第3の形は、公的病院サービス網に統合されない私立病院が限定された目標についてのみ公的病院サービスと協力協定を結ぶものである。

その場合、私立病院は社会保障機関と契約を結んでいること、病院協会の合同サービスを利用するには知事の許可をうけることを条件とされる。

自由診療の原則と病院改革の影響

自由診療の原則	利点(+)と不利益(-)	開 業 医	オープンクリニック	公 立 病 院	病 院 改 革 が 実施されると
1. 病院が医師を自由に選ぶ	(+)患者が医師を選ぶことができる (+)医師の独立性 (+)医師の競合 (患者の要求への配慮が大) (-)医師の競合 (患者に対する独立性の欠陥) (-)医師分布が不適正	原則が守られている (但し資格が必要)	原則が守られている (但し長期的な行政許可が必要)	医師公募制により原則が守られている	全ての開業医が病院での診療に参加できる
2. 患者が医師を自由に選ぶ	(+)家庭医 (信頼関係、全人的把握) (-)病院を選ぶことにもなる	原則が守られている (但し契約医を選ぶよう促進される)	原則が守られている	原則が守られていない (農村病院、オープンクリニックを除く) しかし、同一病院内では主治医の助言により可能)	上欄の改革が達成すれば患者の自由は増大する
3. 医師の診療の自由	(+)効果的治療 (-)費用の増大	原則が守られている	同 左	同 左	な し
4. 診療上の秘密保持	(+)患者のプライバシーの尊重 (-)カルテ交流を妨げ、検査を多く行う。治療の全体制をそこなう	原則が守られている	同 左	同 左	病院内カルテの集中化患者の反対がなければ主治医へのコミュニケーション大コードシステムによる統計資料 (匿名記保護)
5. 診療報酬の直接的談合	(+)医師の経済的、法的独立 (-)費用の増大	契約医については原則が守られていない	契約クリニックについては原則が守られていない	原則が守られていない	な し

開業医との関係では2つの新しい規定が盛り込まれている。①開業医と助産婦は、医長の権限下に、病院サービスに参加したり、または入院を処方した患者についての情報をうけることができる。(農村病院はややことなる条件下にある) ②病院は入院、外来患者のカルテを主治医に伝えねばならないと規定された。

4. 保健地図と地域内病院の組織化

全国を地区(と地域)に分け、各地区(と地域)について現存の病院設備と必要とされる施設の量や質および数地区(数地域)に共通する保健施設のニーズを記した保健地図が作成された。病院の新築改修計画の基礎資料となるほかに増改築の許可の決定の資料とされる。私的部門との連絡調整は長期計画の対象とされるのでその際の基礎ともなる。この規定以来、実際に有効な資料(保健ニーズ)をうる必要性が強調され、対策が試みられている。

同一地区内で公的病院サービスをおこなう公私病院は地区病院集団を組織する。各地

区、各地域に必ず設けられる。保健地図の検討や設備の新設の際にはこれらの病院集団の意見が求められ、また合同サービスをおこなう。しかしその役割は連絡調整にある。各病院代表からなる運営委員会をもつ。1972年5月2日と3日のデクレでその構成が規定されている。地区（地域）の病院は**病院協会**をつくることができる。合同サービスの設置、職員の養成訓練、施設計画の検討、実施など公的病院サービスの運営や発展に関する活動をおこなう。病院集団とはことなり、病院協会は法人格をもつ。加盟が任意制である点も病院集団と異なる。

5. 病院に人間性を与える対策

上記の医療技術機関としての病院の改革、整備と並んで、病院生活や設備に人間性を与える努力がおこなわれている。統合的な病院整備計画を欠くため患者にとってのぞましい設備といえないこと、医療技術の革新により患者よりむしろ病気に注目する傾向が強まっていること、医学教育改革により病院が教育

の場と化すことが患者に種々の不利益や不安を与えていることなどの状況が生れ、委員会を発足させて検討した結果、対策がはじめられた。

1958年12月5日の通牒は入院患者の物質的・心理的環境を改善する対策の実施を規定した。同18日の通牒は①面会——1日2回の面会時間、重症患者や小児患者の場合の家族のつきそいの可能性、②起床、食事、就床時間の改善、③病院の運営その他の情報サービスについて全病院の努力を求めている。さらに入院時の受け入れの改善、外来診療による待ち日数の減少、患者と職員との関係の改善、食事の改善、患者、家族、病院職員・主治医の接触を容易にする、医学学生受入れに際しての患者の人格の尊重、退院手続きの合理化など。

財政面では、1970年11月19日通牒により、1971年の入院料の算定に関してつぎのような項目を記している。①受付、掲示の改善、②患者の娯楽、庭や花壇の整備、③入院時の案内パンフレットの印刷、配布、④死亡の際の死体安置室、家族受入れ室の改善、⑤病院へ

の支援に対する協会への補助金。

6. 病院改革に対する評価

現在まだ進行中の改革ではあるが、1970年ロワへの評価や批判があらわれはじめた。医療サービスにおける公的責任の拡大、保健地図による公私間調整、公立病院と開業医の協働態勢、公立病院財政の柔軟性増大などについては積極的な評価がみられる。一方、予防医学の積極的具體策の欠如、保健地図の実施上の困難などについては批判的な評価がおこなわれている。

参考文献

J. COURQUET : L'hôpital aujourd'hui et demain, éditions dn Seuil 1971.

A.-S. MESCHERIAKOFF : La réforme hospitalière du 31 décembre 1970, Droit Social, juin 1971, pp. 373—393.

Droit sanitaires et sociaux : 1970~1972.

海外だより

欧米の社会福祉専門教育



東京都企画調整局 星野 信也

私が1969年から1972年の3か年を過ぎたアメリカ、ボストン市郊外のブランダイス大学、フローレンス・ヘラー社会福祉専攻大学院（以下ヘラー大学院という。）のを中心にして、欧米の社会福祉専門教育について書くことにする。

私がこの大学院に行くようになったきっかけは、ヘラー大学院の1959年創立以来の学監であったショットランド教授が、国際社会福祉協議会の会長であり、日本の木村忠二郎先生が当時その副会長をしておられたことであった。もう少し直接には、1970年までヘラー大学院の教授であったD. フレンチ博士が、アジアの社会問題、特に当時の東パキスタン（現バングラデッシュ）の状況に深い関心を寄

せ、アジアの問題には西欧で発達した制度や実践技術が役に立たないと悟り、アジアで10年前後の社会福祉経験を持ち、アメリカの社会福祉教育に押し流されずに、批判的にアメリカの教育を吸収し得る者を、ドクター・コースの学生として入れたいと考えたからのようである。

アメリカの社会福祉行政論

私はヘラー大学院が、アメリカの社会福祉専攻大学としては珍らしく、社会福祉行政論、社会計画、それに社会調査に重点を置いたカリキュラム編成であることに興味を惹かれた。それならば1961年から1962年にかけてロンドン政治経済大学で学んだ社会福祉行政論（Social administration）をさらに深めるこ

とができることを期待した。だが、この期待は私の認識不足によるものであることが直ぐ明らかになった。大学院から学期の始まる前に各コースのレジメと参考文献の印刷されたパンフレットが配られるのだが、それによって、アメリカでいう社会福祉行政論は、イギリスにおけるそれがパブリック・アドミニストレーションのサービス行政版としてのソーシャル・アドミニストレーションであるのと違い、ビジネス・マネジメントの延長としてのソーシャル・アドミニストレーションであることが分ったからであった。もう一つアメリカのソーシャル・アドミニストレーションにコミットするのに躊躇したのは、その講座の担当がV. シーダー博士で、その経験からしても、その研究歴からしても、コミュニティ・オーガニゼーションが専門で、ソーシャル・アドミニストレーションを専門としたことのない人だということであった。

アメリカの大学の欠点

このことは、アメリカの私立大学の制度的欠陥の一例といえるもので（日本に同じ問題がないとはいえないが）、教授陣の何人かが終身教

授資格を持っており、その人達は、学問の進歩発展によって自分の担当する講座がなくなってしまうことに強い抵抗を示すし、その講座、この場合コミュニティ・オーガニゼーションがいよいよなくなった場合でも、新しい講座に新しく若手教授を迎える代りに、自分達でその講座を押えてしまうことが多い。もっとも、コミュニティ・オーガニゼーションがヘラー大学院から消え去るについては、関係の講座を担当していたフレンチ博士とアプテカー博士（後者はかつてはケースワークの著作を多くものし、日本でもそのいくつかが訳されているが、1960年代にはコミュニティ・オーガニゼーションに転向していた。）が、大学院を追われるように去ったということがあった。

アメリカのソーシャル・プランニング

代りに私が専攻科目にしたいと考えたのは、ソーシャル・プランニング、社会計画であった。それはヘラー大学院自体が新しい看板として打出そうとしていたものなのだが、実際にはそのクラスは、学生達に大変不満の多いものであった。社会計画は社会変動を目指す計画というように、きわめて広く定義さ

れたのだが、そこでいう社会変動が、小は一つの建設工事現場に働らく黒人雇用者を10%にするということから、大は国家レベルにおける社会革命までを含む概念とされたため、クラス討議がなかなかかみ合わず、新任教授の懸命の努力も実りあるものにならなかった。その教授は、3年後私が帰国する前に、そのクラスのメンバーを集めてお別れパーティーを開いて呉れたのだが、そこで皆が思いつき出話しのトップにあげたのは次のエピソードであった。それは、教授がある時銘々をソーシャル・プランナーに見立てて、ある小さな市（実在の市）から初年度として10万ドルの計画費が与えられたら、それをどう使うか、という宿題を出した時のことである。各自がもっともらしい予算案を立ててきた中で、ユニス・シャッツという実務経験豊富な女子学生が、思いがけず、ブラック・パンサー（日本で黒豹党と訳されている急進的な黒人グループ）に全額渡してしまうのが、最もラディカルな社会変動につながるだろうと提案した。それははからずも、それまで皆がなんとなくタブーのように避けてきた疑問、すなわち、社会

変動を目指す場合に、あるいは社会計画を実践する場合に、果して専門家としてのソーシャル・プランナーが必要でありあるいは望ましい存在であろうかという疑問を、提起することになった。

アメリカの大学の長所

アメリカの大学の長所もあげて見よう。それはヘラー大学院の教授陣25名前後のうち、大学院から月給を貰っているのは5名位しかないということである。残りの20名は、政府や民間の財団からの研究費から月給を得ている。これらの教授達にとって講義は、統計学のクルツ博士がいみじくもいったように、慈善事業なのである。こうした慣行の長所は、教授が常に実質的な調査研究に従事し、絶えずオリジナルな業績をものにしているということである。そうしていかなければ、これら大多数の教授は、大学教授の席を維持できないのである。このことは、大部分の教授をきわめてアップ・ツー・デイトにする。セミナーや個人指導が主体となる大学教育では、これは有力な長所といえるだろう。

もっとも、アップ・ツー・デイトであり得

るためには政府や財団の関係者が、常に時代の要求に敏感であることを前提とする。その点では、アメリカ保健教育厚生省の担当者は、おおむね時代の流れを理解していたようで、その研究費配分の決定こそが実は、1960年代のアメリカの社会福祉専門教育を、ケースワーク、コミュニティ・オーガニゼーション中心から、ソーシャル・プランニングや基礎科学重視へと転換させる原動力になったと思われる。方法論衰退の点に限っていえば、もう一つの技術的な理由として、コンピューターの発達をあげるべきだろう。コンピューター利用の広まりは、調査研究に、より一層精密な統計技術の適用を要求するようになり、社会福祉方法論研究の主要な技法であったケース・スタディを、あまり科学的でないものとして一般に通用しないものにしたということがあったと思われる。

社会福祉教育の方向

このブランダイスの例からも知られるように、アメリカの社会福祉教育は、その方角を見失っている。それは、保守派からも進歩派からも、鋭い批判にさらされている。そうし

た事情はイギリスでも同じで、ケースワークは、心理・社会的問題を扱う方法としては不成功で、既に信頼を失ない、時代遅れである。ソーシャル・ワーカーは、要するに資本主義社会を維持するソーシャル・コントロールの機関に過ぎない、という批判が聞かれる。「学生達は、自分達の時間の大部分を、討議グループで、自らが学ぶ社会福祉の地位を危うくするために使っている。」⁽¹⁾という。

ヘラー大学院は、1950年代の終りに、ケースワークへの批判から、コミュニティ・オーガニゼーション中心のカリキュラム編成で出発したのだが、1960年代の終りにはコミュニティ・オーガニゼーションすらカリキュラムから消えて、ソーシャル・プランニングとリサーチ中心に変化した。イギリスでは、1950年代の終りにゼネリック・ケースワークからソーシャル・アドミニストレーションに転換したのだが、1960年代後半には、コミュニティ・ワークが学生の人気を集めた。しかし、1968年のガルベンキアン報告にもかかわらず、コミュニティ・ワークの教育内容は混乱した状態にとどまっている。ソーシャル・ア

クションの意義が今、問い直されているからである。

1人の人への関心と多数の人への関心

ハルモスが1965年に書いた *The Faith of the Counsellors* ⁽²⁾が、イギリスでよく引用される。「…カウンセラーは、1人の人への関心と多数の人への関心との間には絶対的な矛盾があると議論するだろう。」という。1人の人への関心はカウンセリングやケースワークであり、多数の人への関心はコミュニティ・ワークやソーシャル・アクションとも読みとれるだろう。ハルモスは次のようにもいっている。「過去において社会科学への関心を促がしたのは、主として政治への嫌悪、疑問であり、それに代るものの探求であった。現在は社会科学へ向かう決定的な動機は、基礎的な人間関係における個人的な不幸のようである。」ハルモスによれば、人の運命は大規模な政治的変革によって改善され得るのだという者への拒絶から、多くの人が個人のためのカウンセリングに向かった、という。ところが、現在は、イギリスでも、多くの若者が全く新しい考えで社会福祉教育に入ってきてい

るという。マンデーは大要次のようにいっている⁽³⁾。若者達は、人は本来正しいものであるのだが、資本主義制度が貧困や貧しい住宅をもたらし、非行や精神異常を惹き起すのだと信じている。彼等は伝統的なケースワークにきわめて批判的で、改革のために働らき、戦闘を勝ち取っていく（‘winning battles’）よりも、システムを変えてしまう戦争を勝ち取る（‘winning the war’）ことを論ずる。彼等には、‘現実的になる’、というようなことは、のろいの言葉に通ずる。

パールマンのひがみ

アメリカのケースワークのかつての権威ヘレン・パールマンは、1971年秋に次のようにいっている。

「面白いことに、他の専門職業はその個人に対する援助の故に、非難されたり、とがめられたりはしていない。誰も弁護士に向かって、‘恥を知れ、お前は不適任な人物によって、そして、古くさい法律のもとで動かされている古びた法廷でクライアントを扱っている。そんなケースを扱うのをやめて、必要な法制度の改正に参加しろ。’とはいわない。

誰も医者に向かって、‘社会に、毎日病気や栄養不良、精神病を生む場所が残っている時に、ベッド・サイドの治療に時間とエネルギーを労費するとは、何という無責任だ。’といたりはない。誰も教師に向かって、学校制度の全体が腐敗していてオーバーホールを必要としている時に、クラスのお荷物になっている児童の1人1人に注意を向けるのは何と無駄なことだ。’といはしない。…

1人の人の今日の問題は、正義や社会改革の進展が社会の変化は生み出すのを持ちはしない。社会の変化は生み出されねばならない。ソーシャル・ワークはそれを加速するように期待される。だが、人は今助けを必要としている。個人あるいは家族の生活上の問題は、今、人を苦しめているのだ。もしこうした問題が昨日の原因の結果だとすると、これらの問題は同時に明日の新しい問題の原因である。』⁽⁴⁾

ここには、ソーシャル・ワークの科学性未確立への反省が見事に欠けている。

社会福祉教育の3つの対立

私のロンドン政治経済大学時代の恩師の1

人であったロイ・パーカー博士（現ブリストル大学教授）は、1972年3月に、次のような分析をしている⁽⁵⁾。

今日の社会福祉教育には3つのジレンマがある。(1)長期教育目標と短期教育目標の間、(2)ゼネリックな教育とスペシャライズされた教育の間、そして(3)現状維持の方向をとるか現状改革の方向をとるかの間に各々ジレンマが生ずる。(1)は、われわれが未来にどの程度長く焦点を合わせるかについて生ずる。短かく焦点を合わせれば、現在の知識・技術をつめ込む教育になるであろうし、長期に焦点を合わせれば、現在のプロフェッショナルリズムの影響をできるだけ小さくし、現在の知識や技術にとらわれない豊かな想像性、弾力的な思考、開発力を養うことが必要となる。(2)のジレンマは、広く焦点を合わせるか、狭く焦点を合わせるかの間に生ずる。一つは社会と人の問題を広くとらえて、幅広い役柄に備えようというもので、総合的な計画能力を必要とする上級の職の養成に向いている。もう一つは、特殊な能力の発達、スペシャリゼーションないしプロフェッショナルリズムを目標

とし、個々の現業場面に自信をもって当たれるようにしようというものである。ゼネラリストを養成するかスペシャリストを養成するかの対立になる。(3)のジレンマは、社会福祉教育の核心に触れるものである。現在、社会福祉の重心は伝統的なケースワーク (traditional casework—政治の現状維持を前提として、個人の変化適応を求めるといふ意味で) の境界線近くにあり、方向として急進的なソーシャル・ケースワーク (radical social casework—現状維持を拒否し、それに挑戦して社会を変革しようとするといふ意味で) に向かっている。その両者の間に基本的な矛盾対立がある。パーカー博士は、もしこの方向にさらに進むと、今日われわれが理解するような意味でのソーシャル・ワークに存立の意義があるであろうか、と疑問を投げている。

各国における方向の模索

このようなアメリカやイギリスの状態は、ほかの国々にどう受止められているのであろうか。1972年にオランダのハーグで開かれた第16回国際社会事業学校連盟会議が、そのことに対する一つの回答を出していると思う。

そこでは、以前と同様に、ソーシャル・ワークの実践のためのより科学的な基礎を求めようとするものと、実際の経験の分析から知識を築いていこうとするものとの対立があったが、アメリカとイギリスは今回はほぼ完全にこの対立の外縁にとどまったという。そして、その対立は、オランダのアゴロギー (Agology) とラテン・アメリカのコンシエンティゼーション (Conscientization)、それにフランスのアニメーション (Animation) の三者を巡って争われたということである。国際社会事業学校連盟事務局のケンダル博士は、この3つを次のように要約している⁽⁶⁾。

オランダのアゴロギーは、人間と社会関係の変化を意図的に計画する科学と定義される。問題に関与するモデルと社会技術は、心理学、社会学、哲学および倫理学から演繹され、実践の理論としてテストされる。そして実際の経験が記録され、システムティックに分析されて、法則を作り出す努力が行なわれる。オランダでは、12の大学の内9つの大学で重要な研究領域となり、大学の外にある社会事業学校を焦らせているという。

ラテン・アメリカのコンシエンティゼーションは全く違ったアプローチで、そのプロセスの目標は、人々の解放と正義の実現、そして文化革命に導く文化活動である。それはブラジルのパウロ・フレールの文盲追放運動に始まった概念で、1970年までに、ラテン・アメリカのかなりの国々で社会福祉教育および実践の指針となったという。「コンシエンティゼーションの目的は、大衆にその貧困とニードを自覚させ、その充足をどのように要求すべきか、自らの責任と、いかにしてそれを果すべきかを自覚させることにある。大衆は、自らの尊厳と自由(この場合 liberty と freedom) 社会的正義と平等について自覚しなければならない。」⁽⁷⁾国際社会事業学校連盟会議では、チリ人民の解放への努力において、ソーシャル・ワークとコンシエンティゼーションが必要な役割を果たすと報告されている。

フランスのアニメーションは、グループやコミュニティの人々に、自らのニードを自覚させ、自分達の問題に自ら答えを見付け出す能力と意志を発達させるよう援助するというものである。その経験を分析し、仮説を立て、

有効な方法を導き出そうとするものである。

ケンダル博士は、こうした経験の重視は、既成の理論がこれまで社会問題の解決に何の役にも立たなかったとして、新しい世代の人達がそれらを否定することから始まっている、と認めている。ここでケンダル博士自身に語らせよう。

「ソーシャル・ワークが個人と社会の両方の変化に向かって、同じように有効に働かせかけ得るようになるための理論ベースの探求が、続けられなければならない。その理論ベースが、多くの学問的分野からの貢献に俟つであろうことは疑問の余地がないが、ソーシャル・ワーク自身の現場の経験からの貢献も重要であり、その経験の中には、新しい系統のソーシャル・ワーカー（フランスやラテン・アメリカなどのワーカーを指す）の実際の経験も当然に含まれる。この理論ベースの確立は、ソーシャル・ワークがもしいくつもの自立的なもしくは無秩序な活動に分解してしまわないで生き延び、プロフェッションとして成長していくためには、最高のプライオリティをもってなさるべき課題である。」⁽⁶⁾

むすび

最近、社会福祉の分野における国際協力を盛んにすべきだということが、わが国でよくいわれるようになってきた。しかし、一体全体、日本が社会福祉の理論ベースの領域で、オリジナルに貢献したということが、今までにあったであろうか。アメリカやイギリスあるいはスカンジナビヤで発展した理論や経験を、日本で外国人に教える位なら、あり余った外貨から奨学金を贈って、その外国人に直接それらの国に行って貰った方が、はるかに賢明なのではなかろうか。

註(1) K, McDougal, *The observer* 24, 1971.

(2) P, Halmos, *The Faith of the counselors*, London, Constable, 1965. (3) B, Munday, "what is happening to Social work students?" *social work today*, 15, June 1972. (4) H, perlman, 1971年フィラデルフィアでの講演のテキストから。(5) R, parker, 1972年1月のブリストル大学での講演から。(6) K, A, Kendal, 1972年10月ロンドンでの講演から。

(7) V, A, wolfe, "The Dilemma of Latin American Social Work" *Les Carnets de l'enfance (UNICEF)*, vol 19 (July-september, 1972), p41. (8) (6)と同じ

編集後記

若草の季節になった。ふと思立って訪ねた植物園には、若葉と花が溢れていた。柔らかい若葉にたわむれて、さわやかな風が流れ、けやきや松などの高い梢の上に、明るい空が広がっていた。はなみずきは風にふるえ、藤棚を飾る花の房はほのかな香りをただよわせ、また、色とりどりのつつじも咲き競っていた。大きな牡丹が咲きこぼれていたが、この花には王者の風格がある。無心に咲く色いろな花に美しいなどと考えるのは余計なこと、無心に眺めるだけでよい。それはともかく、人びとは余計なことを考えたり、理屈をつけががるものだ。そして、平気で花の枝も折ってしまう。(平石)

海外社会保障情報 No. 22

昭和48年4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