

海外社会保障情報 No. 46

June 1979



社会保障研究所

病院費用規制特別教書

(アメリカ)

カーター政権の内政課題とするインフレ引き下げのための重点施策であった病院費用規制法案は、昨年の会期において種々の論議を喚起しながら上院審議を通過した(1978年10月12日)が、下院で審議未了となってしまった。

本年3月6日に、カーター大統領は「健康産業」の目ざましいインフレと浪費に対するアメリカ国民の関心の増大をバックに、今会期中の制定を目指して、再度、病院費用の規制法案(Hospital Cost Containment Act of 1979)を連邦議会に送付した。そのさい、同法案の早期成立を切望し、期待をこめて、大統領は同法案に特別教書を付しているのので、それを紹介する。

——大統領教書——

インフレの問題は、アメリカの最も重要な内政課題である。インフレは、わが国のあらゆる国民や制度に影響を与え、単に経済上のみならず、わが国社会の健全をも損っている。アメリカ国民は、選んだ自分達の代表を通じて、強力で迅速で、しかも効果的なインフレ対応策を要求している。

インフレの最も主要なものの1つは、経済成長の休止時にあって、全インフレ率をはるかにしのぐ急上昇をみせている病院ケアの費用である。10年前、病院の平均滞在費用は533ドルであった。ちょうど2年前には、病院滞在の平均費用はそれまでの額から317ドル増加して1,634ドルとなった。これはほとんど24%の増加である。

病院費用のインフレはとりわけ重症である。そしてまた唯一つの抑制可能な

ものである。このことは、われわれに全インフレの率を引き下げる1つの絶好の機会を与えるものである。本年、再び、私は病院費用プログラム法を制定する機会を得るための協力を連邦議会に呼びかける。

昨年、上院は病院費用抑制法案を通過させたが、下院での審議は未了に終わった。本日、私が連邦議会に送付する立法案は、昨年上院を通過した法案と同じものである。これは、昨年の法案審議中に見られたと同様な連邦議会の関心を喚起するもので、十分にやりがいのあるものである。

連邦議会のインフレ取組みの証明

1979年病院費用抑制法案は、インフレの問題に連邦議会がいかにか本腰を入れて対処するかをみる1つの最も明確なテストとなる。この立法案を通じて、われわれは一挙にインフレを引き下げ、連邦予算を縮小させ、数10億ドルの不必要な公・私の支出を節約できる。

本日送付する立法案は、1980会計年度に37億ドルを節約しようというものである。これは連邦予算の14億ドル、州および地方予算の約4億2,000万ドル、民間健康保険と個人の拠出について約19億ドルを節約しようとするものである。だが、この措置による潜在節約は今後の5年間で約530億ドルになる。

ほとんどの病院請求書は公・私の保険プログラムによって支払われるために、病院のインフレのインパクトは、しばしば明瞭ではない。しかし、このインパクトはアメリカ国民にとっては真に苦しみの多いものである。

病院費用が上れば、健康保険料も上ることになる。このことは、労働者がより少ない住宅給付をうけることを意味する。そして各事業所は、より高い料金を支払わさせることを意味する。例えば、わが国の各自動車製造業界の費用の約140ドルは、健康保険料のために支払われる。

予算上のインパクト

病院費用が上れば、連邦、地方および州政府の保健予算も上る。1969年から、

1979年までに、連邦政府の病院ケア支出は330%上昇した。州および地方政府の病院ケア支出は140%上昇した。遅かれ早かれ、各納税者は、これら増加分をまかなうためより多く納税することになる。

病院費用が上れば、病院サービスをより必要とする老人はとくに大変なことになる。老人によって支払われるメディケアの病院保険に対する一部負担は、1969年時の44ドルから1979年には160ドルと、ほとんど4倍になっている。病院費用のインフレが抑制されなければ、一部負担は、1984年には260ドルに達することになる。

病院費用のインフレの上昇はさけられないものではない。病院サービスの質のドラマチックで望ましい改善が行われているが、病院費用の増加分の多くは不必要なものに関するものである。多くの空ベット、不必要に長い病院滞在、不必要でしばしば危険である手術およびX線検査、不経済な物品の購入慣行、不効率なエネルギー使用、または費用のかさむ施設ならびに設備の細目なしの重複要求等があることで、何人も健康の改善がなされない。しかも不経済な慣行の費用は数10億ドルにのぼっている。

過去において、病院は効率的であるべきことを少しも奨励されなかった。病院部門は、わが国経済における他の部門とは基本的に異なる。通常の販売人と購買者の関係および通常の市場力は存在しない。サービスの消費者（患者）は、直接に請求書の支払いをすることは稀である。彼または彼女が病院で受取ることのできるサービスを患者が決定できない。この決定を行う者（医師）は、請求書の支払いをする者ではなく、したがって、サービスが適切な方法で提供されているかを確認も奨励もしない。そして、しばしば、医師は自分らが命ずる検査やX線の費用すら知らない。

州のプログラム

わが国内のいたるところで、病院を効果的に使用する決定がなされつつある。コロラド、コネチカット、メリーランド、マサチューセッツ、ニュージャージ

イ、ニューヨーク、ロードアイランド、ワシントンおよびウィスコンシンの9州は、強制的な病院費用の抑制プログラム法を制定した。これらの州における病院は、世界に名だたる医療施設を多く有しており、質の高いケアを提供し続けるかたわら、実際的に経費の上昇を抑えている。

本日私が送付した立法案は、わが国における全ての病院を効率的に使用するよう奨励することを保証しようとするものである。これは病院費用のインフレに対して合理的な目標を設けている。またこれは、この目標に合致できない病院に対してのみ、強制的な制限を設けている。すなわち、1979年病院費用抑制法案（Hospital Cost Containment Act of 1979）は、とくに以下の事項を規定している。

1. 病院費用上昇の率についての年目標を設けること。この目標（率）は、病院が使用する物資およびサービスの価格の実際の上昇、人口変動、ならびに病院サービスの向上を反映するものとする。病院産業は、全体として、国家目標に合致しない場合には、各病院に関する強制償還限度も、1部は物資およびサービスの実際の価格に基づくものとし、1980年1月1日に発効するものとする。
2. 設立後3年以下のもの、または連邦が認定するHMO_sに加入している患者を75%有する病院で、年間4,000人以下の入院患者をもつという任意の目標に個別に合致する病院を除くこと。
3. 平均して、任意の目標に合致し、または強制的な費用抑制プログラムを承認する州の場合、州内の全ての病院を除くこと。
4. 類似のタイプならびに場所の病院を比較し、効率性からみて、病院に対するボーナスおよび刑罰の制度を規定する。
5. 病院の非管理職員に提供する賃金の引き上げに関する調整を含むこと。

国家目標

1979年病院費用抑制法案は、合理的であり、かつ、実行可能なものである。

任意の措置が法案に設けられた合理的な目標に合致しない場合に限り、任意の措置を行う期間、強制的な制限を認めている。現在の仮説によれば、1979年に国家目標は9.7%になる。これは、病院が使用する物資およびサービスの価格の上昇の実際の上昇を反映して調整されたものである。1977年時には、合衆国の全ての地域の全てのタイプの病院の1/3の費用の上昇率は9.7%以下であった。

例えば強制プログラムを実施するにしても、そのためには最低限度の規則が必要である。その規則は、病院管理者および医師の日常の管理決定に干渉するものではない。むしろ、このプログラムは、地方のニーズおよび患者のケアの関心に応えるために、償還のさい、医師および病院管理者に、その資源を効果的に分配することを認める一方、費用の上昇率について全般的に限度を設けるものである。プログラムは、効果的にサービスを提供しているか否かで、病院が保証償還を受けるとするという制度から、実際の効率および生産性によって病院が報酬を受けたり罰を受けたりする制度まで、多様にある。

連邦議会は、ほとんど2年間、病院費用抑制法案を審議してきた。現在、審議を遅らせる理由は何もない。私は連邦議会に、1979年病院費用抑制法案を迅速に制定することによって、インフレに対する闘いに資する表明をするよう要請する。

Jimmy Carter.

Congressional Quarterly Weekly Report, Mar. 10, 1979.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

手術の抑制 死亡率を下げる!

(アメリカ)

ロスアンゼルス郡のデータによると、医療過誤保険の保険料急増に、抗議して医師らがストライキなどに突入した1976年以降、実はこの地域の死亡率の改善が顕著にみられる。そのような報告が、1978年11月に開られたアメリカ公衆衛生学会でなされた。報告者は、カリフォルニア大学ロサンゼルス校、公衆衛生学部教授ミルトン・ローマーである(共同研究者ジェローム・シュバルツ博士)。この報告の論旨は、次のようなものである。

①1976年のストライキつまり「医療縮小」後、「任意的手術electivesurgery」が大幅に減った。

②その減少によって、死亡率が下がった。

この任意的手術というのは、その手術をしないと生命に今すぐでも支障があるという絶対的症例以外のものをさす。手術が適切かどうか、いろいろ判断される症例にたいするものであり、また、内科的治療法などいろいろの処置があり、外科的手術もそれらと並んだひとつである、というばあいも含む。“elective”という言葉には、そういう意味が含まれている。それら、境界的手術適応例は、実は数が非常に多い。そのなかには、ときには、手術の不成功、後遺症、体力の低下などをもたらしかねないものも含んでいる。

ロスアンゼルス タイムのリポーターのこのトピックでの質問にたいして、郡医師会長コーリン(彼は医療縮小運動の推進者)も死亡率の減少という事実は肯定した。しかし、彼は、その減少はすべて任意手術の減少のせいにはできな

いと述べている。その一因としては、「必要手術」の差し控えもあるのではないかと。ともあれ、手術というものには必然的にベネフィットとリスクとが伴う。問題は、そのバランスであろう。ベネフィットが100%でリスクがゼロという手術はありえない。リスクは、確率的に必然であって、問題はその出現をどうみるか、どう検定できるかにかかっている。それなくして結論は早急に出せない。彼はそういった見解のようである。

「縮小」は、1976年の1月1日から2月4日まで続けられた。この期間、病院での手術数は58.7%の減少をみた(対前年比)。ローマーらは、死亡率についても、1976年の1月から3月までの3カ月をとり、これを以前の5年間と比較した。死亡率は、この「縮小」が行われた5週間になって、はっきり減少し、その「縮小」解除後また上昇に転じた。

乳児死亡率は手術などの影響をうけないと仮定されるので、この率の変化も追跡してみたが、当然、これへの影響はみられなかった。

ローマー教授は、この種の統計的所見について、だから医療は全体として「善」より「悪」を含むという見解を支持するものとして使われるものではない、と言っている。

Harry Nelson, "Death Rate Dropped in Doctors Slow up,"
Los Angeles Times, October 19, 1978

この記事の紹介は、Medical Care Review 36(1), Jan. 1979,
PP. 59-60 でもなされている。

(前田信雄 国立公衆衛生院)

予想の2倍に達した1978年度 疾病保険の赤字とその対策

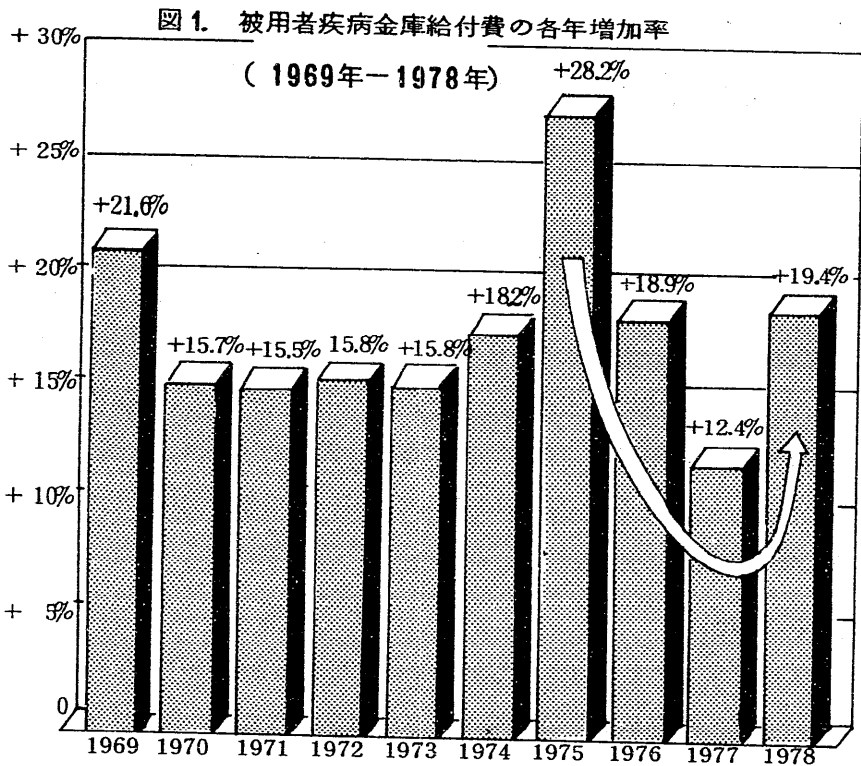
(フランス)

4月4日の閣議で、退職者が負担する疾病保険保険料の設定に関する法律案が採択される。また3月27日付の官報に掲載されたデクレによって、「社会保障会計監査委員会」が設置されることになっている。これらの措置は、保険料の引上げに関して採択された諸措置を補うものである。折しも、疾病保険中央金庫は、1978年度の決算を終えたばかりである。その赤字額は、予期された額を2倍も上回っていた。そこで政府はあらためて、より効果的に医療の供給を制禦する必要性を説いている。

赤字幅とその原因

すべての人にとって、これはよくないニュースであるが、1978年度における一般制度の赤字は、政府が1月頃に述べていた額を結局上回るようになった。この赤字の主たる原因は医療費である。1978年に疾病保険中央金庫は事実、予想されていた16億フランではなく約30億の赤字を示している。1977年には、社会保障によって償還された医療費の増加率は12.4%であり、より妥当な率に復帰したように思われた。ところが1978年は、不安な火の手ともいべき19.4%増という率を示した。

診療費の大半の費目が、いちぢるしい上昇傾向を示している(図2参照) 歯科の給付費が急上昇したのは、たしかに歯科医の診療行為の単価および償還率が改善されたせいである。しかし、診察費と往診費の高い伸び率は、どのように説明したらよいか当惑する。現代の生活様式から来る必要性。患者に

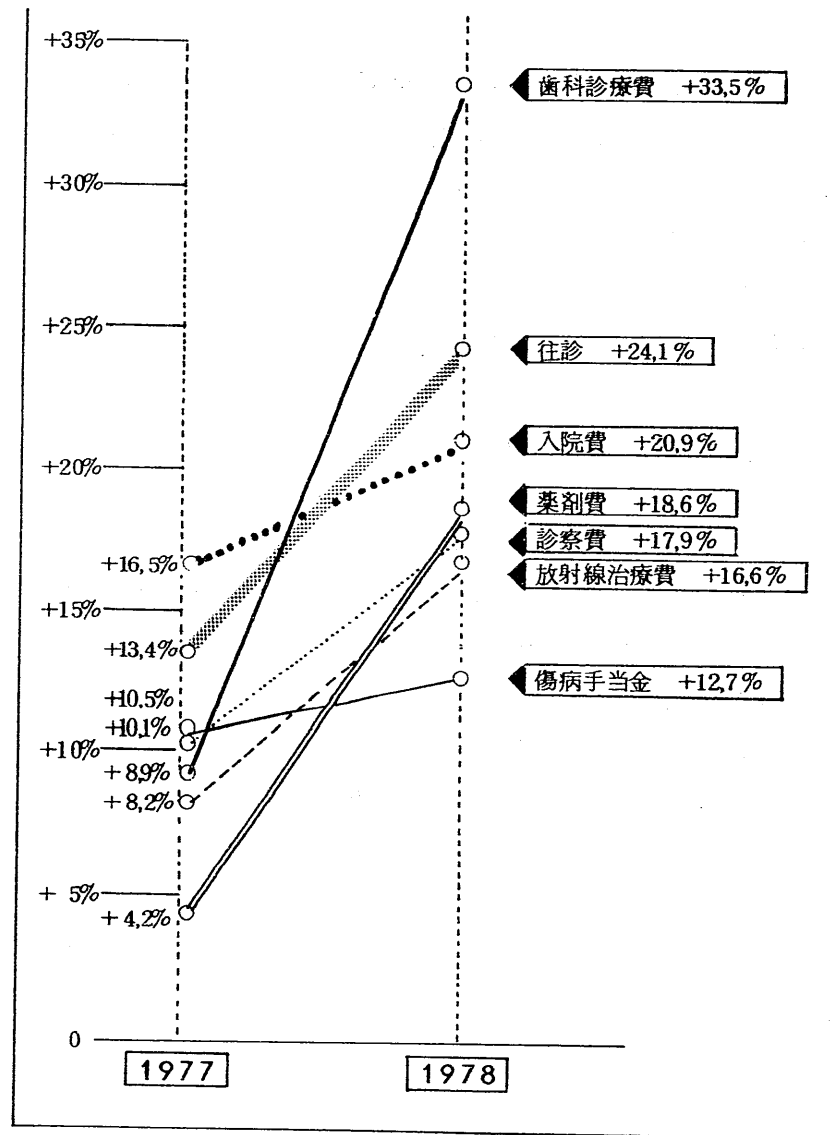


注：1975年度の給付費が異常な伸びを示しているのは、郵便局員のストのため1974年度の支払い事務が遅れ1975年度に持ち越されたためである。

しても医者にしても、もっともソフィステケートされた、従ってもっとも高価な診療技術に頼りがちなフランス人の傾向が、その原因なのだろうか。それとも、郵便局のストのために給付費の支払いが1977年から1978年に繰りのべられたせいであろうか。経済危機が長引いたので、それまで受診を延ばしていた被用者が、失業の恐れがあるにもかかわらず、止むを得ず、どっと医者にかかったせいであろうか。流感がはやったせいだろうか。医師数がふえたせいだろうか。このように数えあげていくと、どの説明ももっともらしく思われてくる。

しかし、こうした説明は、疾病保険金庫の管理者および政府に微妙な疑問を提起する。すなわち、1977年の上昇率が12.4%と比較的低率で落ち着いたのは、

図2. 診療費目別の上昇率



「挿入句」ともいふべき例外的な現象ではなかったのかという疑問である。医療費の上昇率は15%ないし16%程に収まっていくのではないかと期待されていたが、来る1979年にも1980年にも、疾病保険給付費は、18%から20%の速足で上昇し続けるのではなからうか。そうなると、社会保障財政の均衡という問題が、あらためて提起され、またそれが提起される周期は、予想よりずっと早くなっていくのではなからうか。

当面の対策

このような不安定な状況に直面しているものの、政府には急激な改革を行う意図はない。保健・社会保障相シモーン・ヴェイユ夫人の本年の初仕事は、昨年12月に決定された措置を実施することである。財政面では、被保険者の保険料を上げた後、次は新しい保険料を設けることが問題になる。すなわち、一般制度の退職者たちが、自営業者および国・公営企業の被用者にならって支払わねばならないことになる保険料である。この保険料を設けるための法案はすでに、社会保障中央金庫の事前の了承を得るために、同金庫へ付託されており、また2大労組の一つF Oおよびフランス経団連(C N P F)からは、留保付きながら了承を得ている。この法案は、次の閣議で審議され、春の国会へ上程される。重要なのは、累進的な保険料を設けるという点である。一般制度から支給される年金に対して1%、補足年金に対して2%が課されることになるようであるが、最終的な保険料率は、後にデクレで定められることになろう。最低保障額しか年金を受給していない老人は、保険料を免除される。

この保険料による増収は、平年度で15億フラン近くになるはずである。1980年の初めには、疾病保険の保険料を1ポイントあらためて上限を撤廃させる予定であり、この措置によっても、若干の増収がもたらされる。しかし、社会保障財政の均衡をはかるために、政府はとりわけ、より効果的な出費の抑制を図るつもりである。さる3月27日に出された政令によって、「社会保障会計監査委員会」が設置されようとしている。保健大臣を委員長とし、労使、医師およ

び国会議員を委員として構成されるこの委員会は、社会保障財政に関する世論の啓発を図るとともに、国会議員による監督を強化することになるはずである。このほか政府は、よりよく病院管理の規制、医師数の抑制、医療供給体制の円滑化にも努力を重ねるつもりである。

将来の対策

しかし近い将来に、全く異なる発想に基づく施策が検討されることになるはずである。問題となるのは、給付の削減または自由診療制の廃止であろうか。

さる3月6日および7日にストラスブールで開催されたヨーロッパ社会保障担当相会議の際、ヴェイユ夫人が提出した報告書には、この二つの考え方が打ち出されているといわれる。この会議終了後の記者会見で、ヴェイユ夫人は、次のように述べている。「社会的費用の増大は、社会保障制度の存在のみに帰せられる現象ではない。社会的諸制度が医療費の約40%しかカバーしていない米国において、国民所得に占める医療費の比率が、世界のどこの国よりも高くなっている。(各国における国内総生産に占める保健費の比率は次の通り。オランダ8.3%、米国8.7%、西ドイツ8%、フランス6.9%)従って、この問題に関して、社会保障制度だけを目の敵にするのは論外である。

患者の自己負担の引上げまたは所得に応じて償還率を操作することによる給付の制限は、受診機会の面で不平等を再び創出することになる。

推奨すべき解決策は、結局、社会保障財源の拡大および医療供給体制の制禦である。」

実際には欧州議会の専門家によって起草され、主としてヴェイユ夫人によって提出された報告書では、自由診療制が次のように率直に批判されている。

「医師の自由な選択は、浪費の源泉である。開業医の養成が正しく行われていれば、1人の医師の診療を受けた後、2番目の医師の診療を受ける必要などないはずである。

労働者の所得と比較すると、開業医の所得は、米国では平均5~6倍である

が、フランスでは7倍、英国では2.7倍であり、ノルウェーでは2.4倍にすぎない。」

ヴェイユ夫人自身も、医療供給側の圧力によるコスト上昇を告発しているが、それだからといって、フランスもナショナル・ヘルス・サービス・システムを採用すべきだという結論にまでは至っていないようである。

Le Monde 28 Mars 1979

(平山 卓 国立国会図書館)



社会保障こぼれ話

疾病・出産給付の改正 (ノルウェー)

従来、疾病時の労働不能に対する疾病(現金)給付は待期3日後から支給され、支給額は日額4クローネの定額に、年収1,000クローネ当り1クローネずつを加算して、最高を日額93クローネとしていた。また、配偶者と18歳未満の子供に対して、1人当り日額4クローネが加算されていた。出産時の現金給付は疾病給付と同一で、支給期間は分娩前後の各6週間(合計12週間)であった。

疾病と出産に対するこれらの給付は、1978年7月から改正されて、疾病時の現金給付は労働不能の初日から支払われることになり、支給額は収入の100%になった。もっとも、この給付は所得税と国民保険拠出の対象にされる。なお、この改正後、使用者は被保険者の疾病時に、当初10日間疾病給付を支払うことになり、10日以後、国民保険の疾病給付が支払われることになった。

この改正により、被用者は10歳未満の子供が病気のために、子供の世話で就労できない場合に、1年当り最高10日まで仕事を休んだ日に対して、疾病給付を受給できることになった。しかも、この場合、片親であれば、給付を受給しながら仕事を休める日数は、1年間に20日までに延長される。

自営業者も加入を強制されるが、かれらの疾病給付は労働不能の15日目から支給され、支給額は保険でカバーされた収入の65%(日額)である。もっとも、任意方式により、65-100%の部分に当る給付も受給できる。

出産時の給付では、1977年7月から、支給期間は108日延長され、そのうち、少なくとも36日は出産後が含まれるように改正されている。この給付は分娩直前の10カ月間に6カ月以上雇用されていた女子被保険者を対象

(11ページへつづく)

三大政党の選挙政綱にみる 国民保健サービス再編プラン

(イギリス)

つぎの政権の政治局面がどうあろうと、国民保健サービス(NHS)の再編はまぬがれぬとみられる。長い間その発表が待望されている「ヘルス・サービスに関する王立委員会」報告を背景として、三大政党の選挙政綱はNHSという「病める30歳の患者」が将来直面する重要課題——官僚的管理支配を縮小する必要性——に関して、異常なほどの一致をみせている。

経済不況—1974年の保守党によるNHS再編への資金の流れを悪くした—を含む諸般の理由により、再編への歩みは遅々として進んでいない。

ヘルス・サービス従事者の労働組合の力の成長は、1974年の保守党による賃金抑制解除とともに、NHSスタッフの給与上げを導き、NHSの年支出の約70パーセントは、現在、賃金・給与にあてられている。同時に、ヘルス・サービスの管理・運営はプライマリー・ヘルス・サービスから官僚主義の温存に資源の転換をしてきた。

保健および対人社会サービスの総費用—1978年3月に終る年次において、地方自治体が支出した費用は約7兆ポンドであった—はNHS創設時の支出額の2倍となっている。

NHSは、現在、イギリス最大の使用者(786,550人のスタッフを有する)である。最近の数字(1977年)で、入院患者500万人余、外来患者50万人余の記録的数字をしめしている。

資源が有限であるにも拘わらず、ヘルス・ケアの需要は無限であるという現実が容認されてきており、この現実はいずれも既存資源の有効利用を困難ならしめている。

各党間においてある程度の合意点があるとはいうものの、選挙政綱にみるヘルス・ケア提供に対する各党の政治哲学は、根本的に差異のあることを示している。

これらの相違は、ヘルス・ケアの患者一部負担問題に関して明らかにされる。保守党は入院または往診について料金を導入するプランはないとしている。労働党は処方箋料の廃止を公約しているが、保守党は現在のところ料金引上げの意図はないとしても5年後の政策を予定しえないとする。

このことは、保守党のこれまでの考え方に沿って、もし経済状況がそうせざるをえないならば物価に対応して処方箋料引上げに反対するものではないことを示している。

財政問題に関しては、労働党だけが公然と、つぎの労働党政権はヘルス・サービスの支出増加を公約している。すなわち、「国富のより多くをヘルス・サービスにあてる」としているが、保守党は「既存支出は縮減するものでない」とのべることとどまっている。保守党は、「資源の追加は、官僚的管理の縮小、長期的には国の繁栄の復興によって、はじめてなしうるものである」とのべている。

保守党と自由党の両党は、ともに、公的サービスとの協調における民間部門の役割強化を支持している。これは、最近におけるNHS従事者の労働争議中に提示された問題だが、労働党は病院医療からコミュニティ・ケアへの新たな方向転換というテーマをもち出している。

Financial Times, Apr. 21 1979

(田中 寿 国立国会図書館)

家族政策の目的をめぐって

(西ドイツ)

連邦政府が計画している母性保護の改善、およびキリスト教民主同盟(CDU)の要求している家族手当の導入をめぐって激しい論争が議会で行われているが、その中で家族政策の目的は何かという点に対立があることがはっきりしてきた。野党のCDUによると、母性手当を働いている母親だけに限定するのは主婦専業の女性を差別するものだと、その点で与党連合を厳しく追及する。

与党SPD, FDPは現在8週間の妊娠休暇を半年間に延長し、母性手当を支給することは勤労女性の母性保護規定を改善するものであると主張している。野党の連盟側は特に人口政策上の理由からの家族政策の必要を強調し、生後1年半の子供の養育に経済的援助を与えるよう主張している。CDUの連邦家族手当法草案は初年度36億8千万マルクの費用を要し、財政上の理由で同じ野党CSUの同意を得られないでいるが、出生後1年半の間毎月400マルクを家族に支給するもので、この養育期間中は母親または父親は就業してはならないことになっている。一方政府案だと就業中の母親は職業を保証されて6か月の休暇が認められ、この間最高750マルクの母性手当を受ける。

議会の論戦は非常に灼熱し、たびたび議長の制止、戒告が入るほどだったが、その内容は財政的裏付けに関するものと、それと共に就業していない主婦、母親が政府案の母性保護措置ではとりあげられていないという点であった。

議会は与野党の両法案および母性手当免税に関する党案を委員会の諮問に付した。政府としてはこの母性保護規定を本年7月1日から発効させたいと考えている。

青少年扶助法の改正をめぐって

(西ドイツ)

西ドイツ連邦議会は20年に及ぶ論議と9年間の準備期間を経て漸く青少年扶助法改正の第一読会に入った。これで20年にわたる青少年福祉法は廃止となるはずである。これまでの議論では新法の必要性についてはほぼ意見が一致したが、両親と国家の間をどう規制するかという点で意見が根本的に対立している。

連邦家庭相 Antje Huber は提供する援助が任意的な性格のものであることを強調しているが、これに対し野党側は両親及び青少年をもっと信頼し、国の権限をもっと減らすことを要求しているのである。

政府案の要点は次の点である。

- 青少年及び家族の労働の助成を改善する。
- 教育援助及び医療援助を改善し、家庭外の施設に収容することをできるだけ避けるようにする。
- 移動式の社会サービス及び教育相談施設を設ける。
- 公共及び民間の青少年扶助機関の対策の協力を進める。

Huber 家庭相によると、現在毎年保護権を取り上げられているのが7千件、扶助撤回が3千件あり、家庭以外の所で育てている子供が14万人いて、この中には多数の乳幼児がいるという。施設の9割以上は年間にわたり収容する子供のためにあてられている。

さらに家庭相は、両親の意志に反して家庭に干渉するのは、後見裁判所が子

供を家族から引き離すことを命じた場合に限られることを強調し、但しこれは青少年扶助法によって行わず、これには干渉規定は一切定めないで、扶助は必ずすべて任意に行われるとしている。すなわち両親の意志に反して国が干渉することは将来できるだけなくするようにする、というのである。

野党CDU/CSVの側はこれに対し、国の干渉の恐れが多分にあることを指摘する。政府案だとどうしても両親の意志に反する傾向が出てくる上、どこか相談所に行って援助を求めると、相談がすぐ治療とされて施設に収容されることになりがちだというのである。与党側は、いずれにせよ野党も参議院も新しい青少年扶助法は必要としており、参議院では政府案はあまりに細かいことを規定して国の役割を強化していると批判はしているが、いずれにせよ新法の必要性は認めている以上、合意はみられるものと楽観している。

Süddeutsche Zeitung, 17/18. März

(安積鋭二 国立国会図書館)

(8ページより)

にしている。しかし、出産給付の支給期間中に当人が就労を再開し、夫が仕事を休んで、乳児の世話をする場合に、父親が当人自身の収入にもとづく現金給付を受給することになる。もっとも、父親がこのようにしてこの給付を受給できる期間は、最高72日までである。

病気の子供を世話する親に現金給付を支給する制度や、出産時に夫に現金給付を支給する制度は、1974からスウェーデンで実施された「両親の給付」に似ている。また、1978年から実施されたフィンランドの制度もこれらの制度に似ている。国際社会保障の分野では、このような動きについて、それらの背景やその後の動向などを含めた色いろな事柄が取上げられる。

ところで、ノルウェーでは、国民保険による、出産給付の受給資格を取得していない女子被保険者に対して、年金制度で用いる基本額(1978年7月で年額14,700クローネ)の20%に相当する給付が支給される。もし母親が出産時に寡婦であれば、その支給率は37%になる。また、未婚の母親は寡婦と同一の取扱いをうけ、かれらの出産時には、もし国民保険による現金給付の受給資格がなければ、かれらは上に示した寡婦と同一の給付を受給できる。

資料 Social Security Developments in 1977 (Norway),
International Social Security Review, No 3, 1978,
pp. 339—341.

(社会保障研究所 平石長久)

児童の貧困と児童給付

(イギリス)

I

イギリスにおいて児童の貧困の問題が大きくクローズアップされるようになったのは、60年代なかごろのことである。1960年時点で貧困者数は750万人にのぼり、うち225万人は児童であるとの推計を明らかにした、エーベル・スミスとタウンゼンドの『貧困者と極貧者』(Poor and the Poorest)が発表されたのは1965年12月であるし、児童の貧困問題を告発し、家族手当の引き上げを政府にせまる圧力団体(Child Poverty Action Group)が生まれたのも1965年のことであった。

以来CPAGはすぐれた研究者を結集して家族手当の改善に努めてきたのであるが、家族手当のその後の推移は、必ずしもこのような運動に十分こたえるものではなかった。すなわち、1968年には一度家族手当の大幅な引き上げが実施されたものの、その後の改定は1975年まで据え置かれ、他の社会保障給付と比べてもその給付額は相対的に低下する結果となっている。

そうした中で、1975年8月に制定された児童給付法は児童に対する給付制度に画期をもたらすものであった。これにより1977年4月からは第1子にも週1ポンドの非課税の児童給付が支払われるようになり、さらに1978年4月からは全児童に週2.3ポンドの児童給付が支払われ、その額は今年4月に4ポンドに引き上げられている。また児童給付の完全実施にもなって児童を対象とする税の控除制度も、この4月からは完全に廃止されている。

このような児童給付をめぐる最近の動向はCPAGの主張とも一致するとこ

ろが少なくないと考えられるのであるが、ここではフランク・フィールドの論文を紹介しつつCPAGの考え方を検討しておこう。

II

結論から先に紹介すると、彼は児童給付の一層の引き上げが必要であると主張している。そして当面の問題としては、現在の週4ポンドの児童給付は、少なくとも国民保険の短期給付における児童加算の水準、週4.85ポンドまで引き上げられるべきである。また国民保険給付が毎年11月に改定されるように、児童給付も同時に改定されその価値を維持するように図られなければならないと主張する。

そして将来の問題としては、児童給付の額を国民保険の長期給付における児童加算の額(現在は週9.35ポンド)にまで引き上げること、児童給付の改定を物価上昇によるのではなく物価または賃金のうち上昇率の高い方にリンクさせること、児童給付を全年齢について一律にするのではなく高年齢児ほど高くなるような方式に改めること、などの必要性を説いている。

このような結論が導き出される直接的な理由は、今年4月の給付水準がこれまでの水準との比較において必ずしも高いものではないという点にある。すなわち、児童給付あるいは家族手当の水準のみをとり上げて比較すると、現在の水準はこれまでになく高い水準であるといえるかもしれないが、これまで実施されてきた児童に対する税控除の制度とのからみで児童1人当りの純給付額を比較すると、状況は異なってくる。その要点を次表から整理すると、第1に、今年4月の改定で児童1人当り純給付額は近年になく高い水準になってはいるものの、1955年の水準と比べればなお近位にあり、驚くほどの高水準ではないこと、第2に、高年齢の児童を持つ世帯の場合には、今年4月の水準が70年代初頭の水準を下回ることが少なくないこと、の二点があげられるであろう。

CPAGは、低所得世帯には不利な児童を対象とする税控除制度にははじめから反対である。だから児童控除の全面廃止に異論をとらえるものではない。したがって上のような事実を前にして求められるべきは、すでに述べたような

一般的な有子夫婦世帯の児童1人当り純給付額※
(1978年11月価格, ポンド)

		46年 8月	55年 4月	65年 4月	71年 4月	75年 4月	79年 4月
夫婦と							
11歳未満児	1人	2.98	3.91	3.16	2.96	2.54	3.84
	2人	3.54	4.53	3.64	3.36	3.03	3.84
	3人	3.70	4.75	3.87	3.55	3.19	3.84
11~15歳児	2人	—	—	—	3.83	3.40	3.84
	3人	—	—	—	4.02	3.56	3.84
16歳以上児	2人	—	—	—	4.30	3.71	3.84
	3人	—	—	—	4.49	3.87	3.84

※ 標準税率が賦課されるような一般世帯, 税控除と児童給付(家族手当)の両者によってもたらされる児童1人当りの追加的純収入の額

一層の給付額の引き上げと, 児童の年齢によって給付に差を設ける方法となるであろう。

III

しかしながら, フィールド氏が児童給付の一層の改善を求める論拠はこれだけではない。児童をとりまく環境は近年ますます悪化する傾向にあり, これを防止する上でも児童給付の引き上げが不可欠であると主張する。

まず第1にあげられるのは貧困児童の増大である。『貧困者と極貧者』以来, 貧困者数推計の方法として公的扶助水準(補足給付水準)を用いることが一般化しているが, これを下回る世帯の児童数は1974年の26万人から1975年の41万人を経て1976年の50万人にと, 2年間でほぼ倍増している。同様にかろうじて補足給付水準を満たしているような世帯に含まれる児童の数は74万人から81万人, さらには96万人と増加している。国が保障する最低限の水準を, 補足給

付水準の140%の水準とみなす考えで貧困児童の数を推計すると, 1974年は225万人, 1975年は317万人, さらに1976年は390万人となっている。

このような貧困児童の大多数は, 親がフルタイム労働に従事している世帯に含まれているのであるから, こうした児童を貧困から救うためには, 低賃金世帯をも対象として支払われ, 第1子をも含めた児童給付の改善が不可欠であると主張する。そして資料が古い点をことわりつつも, 今日の児童給付の額がすでに十分な水準に達しているとの主張をしりぞけている。

児童の貧困に関連してあげられる第2の点は, 「貧困のわな」(poverty trap)と呼ばれる問題である。「貧困のわな」とは, 所得の上昇がその世帯の純収入を逆に低下させかねないような, 低所得層に見られる現象を指している。このような世帯では, 賃金が1ポンド上昇すると, 25~33ペンスが所得税として, 6.5%は保険料として徴収され, 世帯所得補足を受給している世帯の場合には50ペンスを失なう。家賃補助と地方税免除制度の適用を受けている世帯は23~33ペンスを失なう。より所得の高い層では, 無料の学校給食や無料ミルクの適用からはずれるようになる。

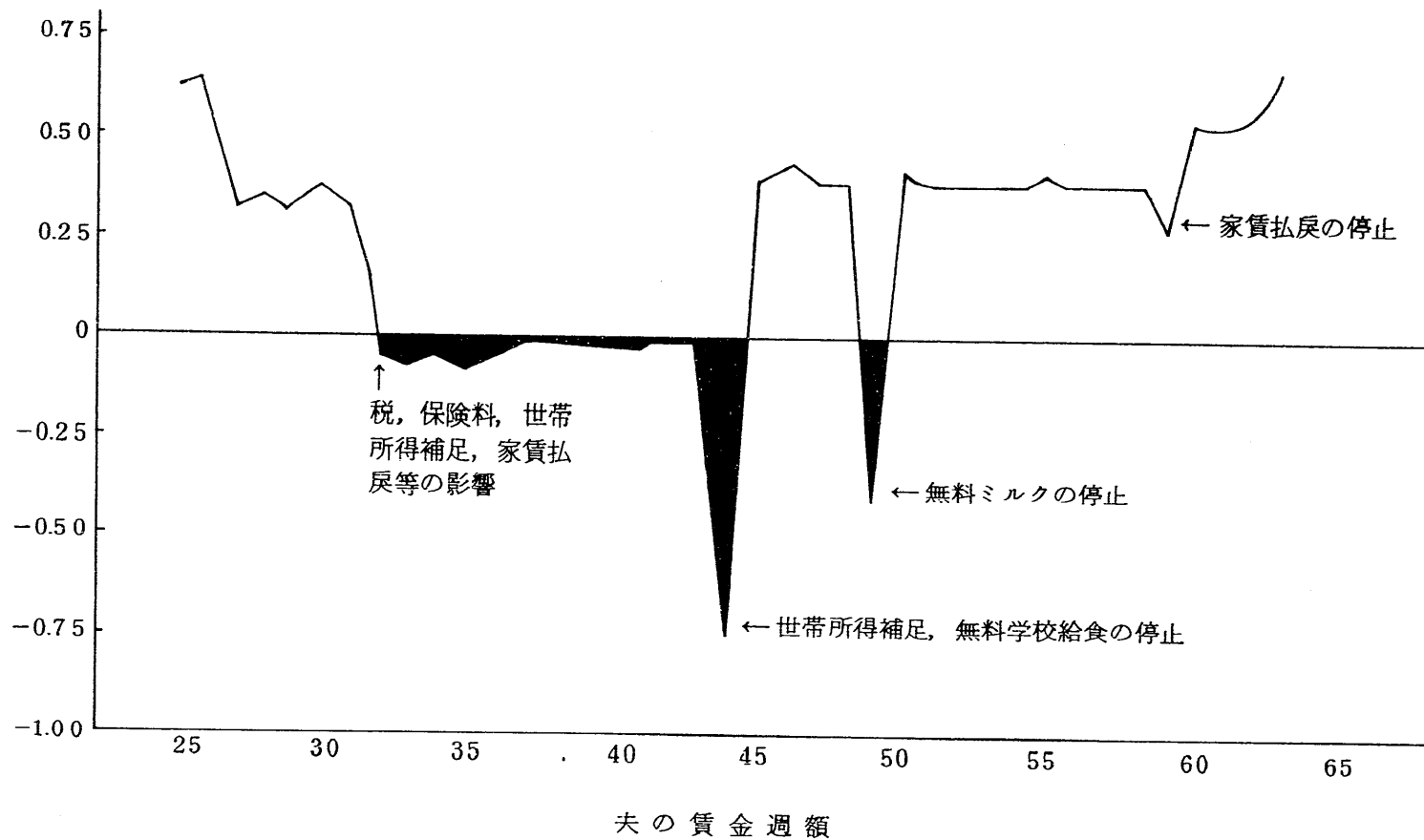
このように「貧困のわな」とはミーンズテストを伴う諸給付によって引き起される問題なのであるが, CPAGはかねてから「貧困のわな」をなくす唯一の方法として児童給付の大幅な引き上げを主張してきた。ここではこのわなにかかった世帯数が増加する傾向にあることを示し, 児童給付増額の必要性を強調している。それによると, 世帯所得補足を受けかつ所得税を支払っている世帯だけについて調べても, 「貧困のわな」にかかっている世帯数は1974年の17,600世帯から1977年の86,100世帯に増加していた。

児童の貧困を一層深刻にしている第3の事情としてフィールド氏はインフレの影響をあげている。社会契約が実施された3カ年をとると, 低所得層の物価上昇率は77.8%にのぼり, 高所得層の73.2%を大きく上回っていたことになる。そしてこのようなインフレが与える所得階層間の格差は, インフレが鎮静化した最近になっても変わりはない。インフレを通して貧しい世帯が一層貧しくな

追加的な1ポンドの賃金をもたらす純収入

— 夫婦と子供2人、夫のみ働き、子供は4歳、6歳の場合 —

1977年7月, 単位:ポンド



る傾向があるというのである。

Frank Field, Capitalising on Success,
Poverty Pamphlet 40, March 1976

(一円光弥 国立公衆衛生院)

包括的社会保障制度へ向けて

(フランス)

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

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

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

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

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

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

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

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

①職業能力のない者 約100万人

そのうちわけは

② 55才以下の女性 41万人

③ 非活動の母親の子供 11万人

④ 非活動の男性 30万人

⑤ 貧困者への特別手当を受けている者 17.5万人

⑥ 制度の適用範囲内にいるが, 法定の受給要件を満たしていない者 12万人

⑦ 自営労働者 3,500人

⑧ 牧師および修道会員(彼らは聖マーチン相互扶助会を作っている) 12万人

(2)以上の者が今回の立法以前において具体的にいかなる保護を受けてい

たか。

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

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

次に, 今回の立法に至るまでの制度的経緯を概観し, 立法を検討してみる。

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

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

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

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

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

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

(資料)

① Nicolas FLOREAL

Peut-on généraliser la généralisation?

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

② J. BING

La généralisation de la Sécurité sociale

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

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

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

(久塚純一 健康保険組合連合会)

地域医療に対する新しい観点

(フィリピン)

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

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

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

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

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

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

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

一企画者：諸資料の分析をし、将来の看護サービスの条件と需要を予想する。

- 一能率専門家：最適な医療資源の配置と利用を図る。
- 一 a "Houdini"：限りない医療サービスの需要と稀少又は有限の資源との調整を図る。
- 一人事管理者：医療サービス提供に必要な専門家、医療従事者を管理する。
- 一 an "ombudsman"：助産婦及び医療サービスの需要者の交渉役を果たす。
- 一優秀な秘書：複雑な書類手続の審査及び他の地域医療サービスに従事する者に係る会計事務を執る。
- 一サービス執行者：地域医療サービスを積極的に推進する。
- 一教育者及び指導者：他の医療従事者の能力を最大限に伸ばしていく。
- 一臨床医：保健婦自身及びその班に要請される医療活動の計画及び推進にあたり、自らそれに参加する。

助産婦の日常活動内容の増大は、本来の看護婦としての活動及び開業医の職務の一部が代替されることを意味している。この傾向は、一部の者にとって渋々ながら受け入れられるようになり、反面、その早期の代替を望む者もあった。恐らく、これらの看護婦に対する主な挑戦は、看護婦本来の責務である患者の治療管理及び監視という助産婦にとっては新しい責務に適應させることにあるのであろう。この内容、方法、量及び頻度は、政策や基本的手続によって理解される。公的保健婦もまた、仕事を通じて患者の症状を判別することができるようになる。公的保健婦は、生活様式、環境及び家庭といったものが健康問題に大きく影響をもたらすことを知り、健康の問題を考える上でこれらの要因を十分考慮するようになる。

人口移動の増大及び種族の多さは、看護サービスにあたって、それぞれの環境抱えている問題等を十分配慮すること必要であることを意味している。

保健婦の提供するサービスをより効率的なものとするためには、保健婦自ら、患者の文化や習慣等に溶け込んでいなければならない。更に、保健婦は、当該地域の言語、シンボル、疾病の特性、当該地域に昔から伝わる治療法、社会基準、社会経済状態及び宗教的なことについても配慮しなければならない。また、

地域特性の要因から生ずる特殊な疾病についても注意を払わなければならない。

フィリピンにおける地域医療供給体制の整備は、フィリピン地域住民の医療に対する要望に応える第一歩を示したといえる。整備が行われてから3年後、公的保健婦は、医療供給体制の前進の為に独自の働きをし、また、保健婦独自で、又は他のメンバーと共に地域住民、家族、及び地域医療に以前にも増して積極的に貢献するようになった。

Francisco N. Aguilar, *New Look for Rural Health, World Health, December 1978. PP 26 - 28.*

(丸山史朗 社会保険庁)

社会福祉の巨視的分析

(アメリカ)

今回の統一地方選挙は、いわゆる革新陣営の後退という帰結の中に、その幕を閉じた。わが国の政治の中で革新勢力が台頭してきたとき、彼らが掲げた政治主張の中心として、社会福祉の充実という一条項があった。社会福祉はその後、保守と革新の別なく、政策の大きな柱の1つとして定着したといえるであろう。しかしその社会福祉も、それが大きく表面化した高度経済成長の時代の終りとともに、低成長期の経済の下でいかにあるべきかという事柄を中心として、再び人々の注目を集めるに至っている。このような時代の流れの中において、これまでわが国の地方・中央政治が行ってきた福祉政策が、政治・経済・社会に対して、何のような影響を及ぼしてきたのか、ということは大変興味深い分析テーマであろう。

このような社会福祉の分析は、一言でいえば、社会福祉のマクロ分析とでも

いう分野であるが、アメリカの社会学者の著わした1つの社会福祉のマクロ分析をここに紹介してみようと思う。

拙稿の「アメリカのジレンマ」『海外社会保障情報 No. 44』December 1978, 34~36 ページ, の中で, W. ウィルソンとM. ジャノウィッツが著わした, 2冊の著書について少々触れておいたが, ここでは, その中のM. Janowitz, Social Control of Welfare State 1976, The University of Chicago Press ; Chicago を取りあげて, その著書を少々詳しく紹介してみたいと思う。

この著書は, Preface を別として, 9つの章によって構成されている。それぞれの章の内容は以下の如くである。

- I : The Dilemmas of Welfare State
- II : Intellectual Origins of the Welfare State
- III : The Institutional Base of the Welfare State
- IV : The Decline of Economic Surplus
- V : Trends in Social Structure
- VI : The Emergence of Weak Political Regimes
- VII : The Psychological Context of Welfare
- VIII : Institution Building in Social Welfare
- IX : Epilogue

この著書の中で議論される事柄について, 著者のジャノウィッツは次のように要約している。この著書の分析戦略としてはまず, アメリカ合衆国が福祉国家としての形態を整えるに至ったきっかけを, イデオロギー, 規範という価値観の推移という側面から概説する。そして次に, もしも福祉国家の成長が, 徐々に拡大してきた産業主義がもたらした経済上の1つの産物であるとするならば, 社会福祉の可能性あるいは諸特性は, 欧米の国民国家の規範的な歴史的文脈を支えてきた制度上の歴史的変遷を反映しているはずである。そこで第2に, 欧米(特にアメリカ)において社会福祉の成長を支えてきた制度的基盤を分

析する。第3に, 経済資源の有効な配分に裏づけられていない福祉要求が増大することは, 福祉国家の政治運営を困難なものにして, かつそれは社会福祉の基本的目標の達成を阻害することにもなる。そこで, 現代の福祉国家における政治経済の在り方について議論する必要がある。一方第4に, 福祉国家の出現に伴って現われてきた, 社会階層の構造変化について検討しなければならない。福祉国家の出現は, それまでの社会構造の在り方を根本から変化させ, そしてその結果として『社会制御(social control)』の形態を変容させ, 場合によってはその働きを歪曲さえしている。この福祉国家の出現によってこうむった社会構造の変動は, 福祉国家における政治形態のうえにも影響を及ぼしている。そこで第5に, 福祉国家の出現とその成長は, 政治領域における分極化と, 並びに政治方策の行き詰まりを招来させているという事柄について議論する。最後に, 望ましい福祉国家の再編成にとって必要な社会制度の構造, 並びにより有効な『社会制御』の探求のために, 福祉国家のための新たな経済資源の配分方法について議論する。

著者自身がPrefaceの中で述べているように, この著書は, ジャノウィッツが終始探求している, 社会体系の存立構造を規定している『社会制御』の分析の一端として書かれたものである。この著書で用いられている分析枠の鍵概念は, したがって, 「福祉国家の『社会制御』」ということである。そこで, 彼の分析を理解するためには, まず彼のいう『社会制御』の意味内容を理解しておくことが不可欠な要件である。この事については, この小論の中で詳しく論じている余裕は無いが, 次の事柄だけは述べておこう。それは, ジャノウィッツの社会制御概念は, E. Shils の知識社会学の影響を強く受けており, 1つの社会が高度の道徳規範を創造していく能力という意味内容で使われているということである。(ジャノウィッツの福祉分析では, したがって, 従来の福祉国家が, 自らの福祉政策を正当化しようような道徳規範を形成しえなかったという点に諸矛盾の原因が帰せられている。)

ジャノウィッツは福祉国家を, 「諸種の福祉項目に対して, 国民総生産のう

ちの少くとも8パーセントから10パーセントを割り当てるような政治運営」であると定義する。このような政府による福祉政策は、経済の側面からすれば、政府が経済領域へ介入することによって行われる経済財の（市場の論理以外の論理による）再配分であるが、その政治による経済への介入は、それが社会体系の運営に対する1つの統制であるが故に、『社会制御』の在り方に少なからぬ影響を及ぼすに至る。すなわち、福祉国家の出現によって社会制御の在り様が大きく変容され、そしてその社会制御の変容が社会構造の変動を導いてきたとジャノウィッツは分析する。

彼はまず、福祉政策にまわりつくパラドックスに注目する。ジャノウィッツが指摘する、福祉国家が避けて通るわけにはいかないパラドックスとはこうである。どのような政策でもそうであるが、福祉政策も、その帰結に対する批判の矢面に立たざるを得ない。しかし福祉政策に対する批判は、それが所期の目標を達成しえなかったが故の批判であるよりは、それが機能すればする程出現してくる批判なのである。福祉国家は、歴史的な流れの中で見た場合、社会生活に伴う人々の不幸を除去することに失敗してきたわけではない。多くの先進福祉国家においては、初期資本主義社会の中に見られた、貧困、不衛生等の、そして硬直した階級構造に伴う諸種の社会病理の多くを取り除いてきたという事実は認めざるを得ないであろう。福祉国家が犯してきた誤ちはむしろ、福祉政策の限界を明らかにすることができなかった、という点に帰せられる。すなわち福祉政策のこれまでの実施は、その政策目標を一定程度達成すればするほど、それがやり残した事柄を浮き彫りにするというパラドックスを生み出してきた。したがって、ある福祉政策を実行すれば、その帰結に対して異見を唱える反対政治勢力が生み出されてきた。換言すれば、福祉国家はこれまで、市場経済の正当性を保障する効利主義のような、福祉国家の諸方策を正当化する道徳価値を所有することができなかったのである。

この福祉政策に伴うパラドックスは、福祉国家の社会構造に対して、いろいろな側面で影響を与えている。その影響の中でも特に、ジャノウィッツは、福

祉国家の政治領域が脆弱化している、という社会現象に注目する。福祉政策とは、政治領域が経済領域に介入して、経済財の再配分を行なうことであるとは先に述べたが、経済を制御するはずの政治が、福祉政策を推進すればするほど、弱体化していくのである。

福祉国家の下で政治領域が脆弱化していくという命題を、ジャノウィッツは、第二次大戦以降の合衆国における大統領選挙によって例証する。彼の主張する所はこうである。「1945年以降の合衆国では、第二次大戦の戦後社会において出現してきた様々な問題に対応しうる、有効かつある程度長期の政治多数派を生み出すような critical election が存在しなかった。その代わりに、週日的で不安定な政治的同盟が、長期に亘って存在してきた。」(pp. 88)。ここでいう critical election とは、次の3つの条件を充す選挙の謂である。第1にそれは、これまで存在した政治上の多数派と少数派の社会的基盤を再編成することによって、1つの新しい多数派を生み出す。第2に、その旧多数派から新多数派への移行は、明瞭な形態の移行であり、かつ新多数派が比較的長期にわたって継続する素地を与える。そして第3に、それは、決定権力を有する1つの多数派を生み出すように、投票パターンが変形されることを伴う。このような選挙の存り方が大戦以降見られなくなり、それは合衆国が大戦を境として、福祉国家への道を歩んできたからだ、とジャノウィッツは分析する。

これらの事柄について詳述している余裕はないが、ジャノウィッツの主張の骨子は、以下の如くである。産業の成長にとって必要とされた諸般の条件が同時に、福祉国家を招来した。そしてまた、一方で、福祉国家が、複雑で、拡散した、お互いに矛盾さえする経済上の諸要求を生み出してきた。そしてさらに、福祉財政に対して国民所得の一部を割くということは、必ずしもその政府に対する人々の忠誠を保証する担保とはならなかった。(むしろ逆に、福祉への資源の配分は、1つの市民権として人々の意識の中に定着した。)この傾向性が、人々をして、彼らのある特定の政治政党への同一視を減少させ、延いては、議会制民主主義の礎である政党政治の基盤を弱体化しつつある、とジャノウィッツは分析

する。

この分析は、わが国の政治と福祉の関係の在り方の分析に対して少なからぬ示唆に富むものと思われる。社会学者の手になるこのような、社会福祉のマクロ分析は、これからも必要とされる分野であろう。

M. Janowitz Social Control of Welfare State 1976.

(和田修一 国立精神衛生研究所)

女性の失業と社会政策の課題

(アメリカ)

女性の労働力参加が増大するにつれ、女性もまた男性と同じように雇用と失業の問題に直面せざるをえない。これまでも雇用促進や就業条件の改善などについて政策介入が行なわれてきたが、もう一つの側面、すなわち、女性の失業とそのインパクトについてはほとんど注意が払われてこなかった。ここでは、失業率と失業のタイプについて男女差を明らかにし、それぞれの失業タイプに見合った女性のニーズとそれを支える社会政策プログラムの現実性を検討した論文について、その要点を紹介することにする。

失業者把握の方法

現在、公式に使われている失業統計では、特に女性の失業率が低く見積られ、

潜在失業者を促えることはできない。つまり、公式の月間失業率とは、調査週に仕事がなかったもので、実際に求職活動をしたもの、あるいは求職活動をしなかったものでもレイ・オフされて復職を待っているもの、および30日以内に新しい雇用労働につくことになっており、それまでの間待機しているものの労働力の割合である。したがって、ここには仕事を欲しているが何らかの理由で求職活動をしなかったものは含まれないことになる。しかし、過去の3年間をみると、女性の失業者のうち平均350万人は仕事を欲しているが求職活動をしなかったものである。女性に比べて男性のそれは150万人である。これら求職活動をしなかったもののうち“仕事がないと思ってあきらめているもの”(discouraged workers) は15~20%にも上り、この数字は毎年平均、女性の50万人以上に相当している。また失職したり、仕事を欲している既婚婦人でもし求職活動をしなくて家庭に入るなら、失業と定義されない。このように、特に女性の間に潜在失業者の数がかかりに上ることを認める必要がある。

つぎに平均失業率をみると、いつでも男性に比べて女性のそれが高いのが特徴である(表1)。また、毎年男女間に1.5%以上の差があり、これを実数に直すと15万人に相当する。表2は、過去3年間の性別、世帯主別、配偶関係別にみた年間平均失業率である。表からわかるように、毎年、失業率の最も高いのは親族のいる女性の世帯主である。この親族とは、もちろん、圧倒的に被扶養児童である。さらに特徴的なことは、男子世帯主の失業率は単身男子より低

表1. 性別年間平均失業率 (単位:%)

年	女	男
1975	9.3	7.9
1976	8.6	7.7
1977	8.3	6.5

※ 1977年1月-3月の平均である

資料出所: Monthly Labor Review, 100 (June 1977), p. 79

表2. 性別、世帯主別、配偶関係別年間平均失業率 (単位:%)

家族上の地位	1975	1976	1977 [※]
女			
世帯主			
親族あり	10.0	10.0	9.3
親族なし	5.5	5.2	5.0
既婚・有配偶	7.9	7.1	6.6
男			
世帯主			
親族あり	5.0	4.2	3.6
親族なし	9.1	8.6	6.9
既婚・有配偶	5.1	4.2	3.6

※ 1977年5～6月の平均である

資料出所: Monthly Labor Review, 100 (June 1977), p. 78

いのに、女性世帯主のそれは、単身女子の失業率より一貫して高いことである。このことは、女性を世帯主とする家族は男性のそれより一層貧困になりがちであるという、多くの報告を裏づけている。この貧困は、結局は世帯主の女性が十分な資金の支払われる仕事につけないことと関係している。

失業のタイプ

労働統計局では失業理由について4つのカテゴリーを区別している。

1. 失職し、復職を期待するが永久にレイ・オフされて失業しているもの。
2. いかなる理由によっても離職により失業しているもの。
3. 初めて就職するために労働力に流入して失業しているもの。

4. 数週間から数年にわたり仕事から離れた後に労働力に再流入して失業しているもの。

表3はこれら各々のカテゴリーに入る男女別失業者の割合を示したものだが、失業理由は男女間に顕著な差のあることがわかる。この結果、それぞれの失業理由ごとに特別なニーズや、女性にとって最も適切な雇用政策を議論する必要があることがわかるであろう。

表3. 性別理由別失業者構成

(1977年1月～3月)(単位:%)

失業理由	女	男
失職	39.5	62.1
離職	14.6	9.3
労働力への新規流入	13.0	19.8
労働力への再流入	32.9	8.9
計	100.0	100.0

※失職したもののうち、女性の30.2%、男性の32.4%が復職を期待していた。したがって女性の69.8%、男性の67.6%は永久に失職してしまったものである。

資料出所: 労働統計局の未公開資料により計算した。

失 職

失職というカテゴリーに入る失業者は女性に占める割合より男性のその方が高い。表2をみると、男子失業者の60%以上、女子失業者の40%以下がこのグループに入っている。失職した場合、所得維持を必要としながら新しい職さがしをするが、場合によっては職業再訓練を伴った扶助が必要となる。多くの州では、失業保険受給資格として将来の就業にフル・タイムが要求されている。

しかし、1977年の第1四半期には失職した男子の3.5%、女子の14.5%はパート・タイムを希望しているので失業補償を受給する機会の失われる恐れがある。また、機械化について行けなかったり、自分の技術が旧式になったために失職した女性の場合、再訓練が必要だが、政府による再訓練プログラムは、働いている夫のいる妻を排除している。

離 職

女性はしばしば“家庭の事情”(family reasons)によって自発的に離職せざるをえない。たとえば夫の転勤、育児、家事等により仕事の継続が困難になる。しかし自発的に離職するものは常に失業手当の資格がないのである。

非労働力からの流入および再流入

表3によると、1977年には失業婦人の32.9%のものが無職の時期を経て労働力への再流入を図っている。女性に比べて男性は8.9%にすぎないことに注目する必要がある。なぜなら、無給の家事労働を一定期間すごした後労働力に新規に、あるいは再流入して失業している女性には失業給付の資格が無いからである。周知のように、失業保険は稼得喪失の補償であって求職者すべてを対象にしているわけではない。だから、失業者のうち特に不利な集団は配偶者の死亡、離別によって主婦としての仕事を失った“失職主婦”(displaced homemakers)である。彼女らは失業給付の資格も夫の援助もないからである。この集団に属するもののうち、あるものは社会保障給付や児童扶養家族扶助(AFDC)を得るだろうが、結婚に終始符を打ったが被扶養児童のいない女性は、たとえ失業していたとしても社会活動の“谷間”に落ちこんで社会から何らの経済的支持を受けることもできない。しかも、子育て後に労働市場に復帰しても時代の要求について行けず、結局は仕事をみつけることができないでしまう。

失業女性の中にはCETA(Comprehensive Employment and

Training Act)「総合的雇用訓練法」によって訓練プログラムの月謝と仕事の割当サービスの受けられるものもある。しかし、CETAサービスには所得制限のほかに対象の限定がある。たとえば、10代、退役軍人、障害者、福祉受給者のような標的集団でなければならない。だから、職業市場に戻る既婚女性のほとんどはCETAサービスの資格がないわけである。

主婦を失職した女性に必要な特別な訓練や仕事の割当てサービスを含んだ“Displaced homemaker”法案が若干の州で通過した。同様の法案が現在合衆国の下院で審議中である。

公共事業のような失業救済事業は、新しい公的政策としてももちろん若干の失業女性を助けるだろう。しかし、もし提案されているようなものであるなら、創出される仕事の数が少ないために世帯主に限定され、働きたいが仕事のみつからない多くの既婚女性は対象の外におかれ、結局は失業者を増大させることになる。職業訓練ないし再訓練や雇用創出のような新しい政策によるどんなインシアチブも、男性の失業問題を考慮するのと同じように重大に考えて、女性の失業や女性の特別なニーズをくみこんでいかななければならない。

日本では中高年男子の失業率が高く、欧米先進諸国のように女子の割合が高くしかも毎年失業者が多いといった失業構造をとっていない。しかし、日本の女子の就業者は、パート・タイムの割合が高く、さらに専業主婦でいる期間も長いと思われる。これらの女性はともすると非労働力として扱われ、労働力市場に姿を現わさない傾向がある。だが、ここに紹介した論文が示すように、わが国においても失業を広義に捉え、各カテゴリーに見合ったニーズと給付の関係を再検討する必要があるのではなかろうか。

Unemployment of women: a social policy issue, Linda S. Rosenman, Social Work, Volume 24, Number 1, January 1979.

(萩原清子 長野大学)

西ドイツ医療保障の推移と現状

西ドイツの医療保障は最近めまぐるしい動きをしているが、それは各種統計の面にも現われている。以下、制度改正等との関係で医療保障の各種統計の推移と現状をみてみよう。

表1 疾病保険の被保険者数の推移

(単位：1,000人, %)

年	計	一般被保険者	年金受給者	全被保険者に占める 年金受給者の割合
1961	27,594	22,012	5,582	20
1965	28,740	22,856	5,884	20
1970	30,954	22,900	8,054	26
1971	31,452	23,201	8,251	26
1972	32,824	23,801	9,023	28
1973	33,220	24,163	9,057	27
1974	33,525	24,169	9,356	28
1975	33,503	23,865	9,638	29
1976	33,557	23,714	9,843	29
1977	33,813	23,783	10,030	30

(注) 年平均。

(資料) Arbeits-und Sozialstatistik.

表2 疾病保険(一般被保険者分)の給付費の増加率

(単位：%)

給付	1972年	1973年	1974年	1975年	1976年	1977年	1970年 =100 1977年
医科診療	10.4	12.1	13.9	12.2	3.6	3.4	210
歯科診療	11.3	19.0	25.6	23.3	4.0	6.4	269
薬 剤	14.0	14.9	14.6	11.1	5.8	2.6	210
その他の治療 材	31.5	36.8	24.5	22.5	16.5	8.2	460
歯科補てつ 入 院	26.5	17.2	12.0	12.77	32.4	0.7	723
傷病手当	20.8	22.6	28.2	12.6	7.6	3.4	302
その他の疾病 給 付	16.1	13.4	10.7	8.2	1.5	4.1	200
相談医サー 予 防	25.2	40.8	22.9	25.1	△5.1	0	332
出 産	4.7	11.2	14.1	10.6	4.8	4.6	175
現物給付	40.0	14.8	11.0	19.6	△13.8	1.7	341
現金給付	8.0	9.1	27.9	11.5	8.6	1.4	219
保 護	△2.4	△1.2	8.4	△0.6	△0.1	△0.3	117
経営・家政 援 助	25.9	8.8	10.8	17.1	17.7	7.1	242
計	10.5	7.6	4.7	9.6	4.6	2.0	172
計	15.4	16.5	17.8	8.1	8.1	3.5	257

(資料) 表1と同じ。

表3 疾病保険（年金受給者分）の給付費の増加率

(単位：%)

給付	1972年	1973年	1974年	1975年	1976年	1977年	1970年 =100 1977年
医科診療	14.1	17.0	18.5	16.9	11.2	6.9	278
歯科診療	10.4	15.2	19.1	27.1	5.1	8.3	263
薬剤	17.9	20.4	18.6	15.5	11.0	0.5	259
その他の治療 材	34.3	41.8	31.0	30.3	21.8	8.5	578
歯科補てつ	25.5	32.6	19.1	39.6	11.3	1.2	473
入院	25.2	29.0	32.8	19.8	13.2	9.0	404
その他の疾病 給付	31.9	46.0	32.6	35.4	2.2	7.5	500
予防	35.4	30.0	34.9	29.8	△11.1	4.9	528
埋葬金	18.0	18.2	12.1	17.4	7.4	3.8	263
計	20.5	24.1	23.9	20.0	11.8	6.0	333

(資料) 表1と同じ。

1. 疾病保険の費用の動向

表1は疾病保険の被保険者数の推移を示したものであるが、これをみると被保険者数は徐々に増加している。しかし、年金受給者以外の一般被保険者の数は1972年以降ほとんど変化していない。これに対して年金受給者数は年々20～30万人ずつ着実に増えている。このため1961年当時20%であった全被保険者数に占める年金受給者数の割合は、1971年には26%になり、1977年には30%になっている。このような被保険者数の動向は、疾病保険財政に大きく影響し、表3にみられるように年金受給者疾病保険部門の給付費の伸びはいちじるしい。これに対して一般被保険者数の停滞から、保険料収入の大幅な自然増はなく、

増大する支出に応じた収入の確保は、結果的に保険料の引上げをもたらしている。すなわち、表5のとおり1970年代に入って疾病保険の保険料率は年々上昇し、1977年には11.4%に達している。

しかし、1977年7月から疾病保険費用抑制法が施行されたことにより、疾病保険の費用はきびしく抑制され、表2、表3、表4にみられるように1977年の費用の伸び率はいちじるしく低下している。とくに引上率を6%以内に抑えられた医科・歯科診療費、処方総額を制限された薬剤費、1975年にいったん10割給付とされながら8割給付に引き下げられた補てつ給付費、間接的な規制を受けた入院費の伸び率の低下が目立っている。これは疾病保険費用抑制法の効果が相当大きかったことを意味する。1978年の社会報告（Sozialbericht 1978）によると、疾病保険の費用の増加率は、1956～1960年15.5%、1961～1965年10.5%、1966～1970年10.0%、1971～1975年19.5%、1976～1982年6.0%（見込み）となっており、1971～1975年の高い増加率に比べて1976～1982年の増加率は相当低くなると予測されている。このため保険料率も表5のとおり11.4%で推移するものとみられている。

ただ増加率の高い入院費については、直接的な抑制措置がまだとられていないので、表4のとおり入院費のウエイトは依然大きい。これに対して医科診療費や薬剤費のウエイトは低下しつつある。現在、入院費についても抑制措置を講じる必要があるとの議論がなされており、近い将来入院費の抑制が行われるであろう。そうなれば疾病保険の費用はさらに伸び率が低下することになる。

2. 病院、病床、医療従事者の動向

表6のとおり病院数は減少しているが、病床数は年々増加しており、1病棟当り人口数も減ってきている。また、勤務医1人当たり病床数が減ってきており、病床数の増加にまして勤務医数が増えてきていることがわかる。同様に看護要員1人当たり病床数も減ってきており、看護要員の増加の傾向がわかる。こうした

表4 疾病保険の費用の構成比と増加率

(単位：%)

	1972年		1973年		1974年		1975年		1976年		1977年	
	構成比	増加率	構成比	増加率	構成比	増加率	構成費	増加率	構成費	増加率	構成費	増加率
医科診療給付	21.9	11.4	21.0	13.4	20.2	15.2	19.4	13.6	18.8	5.9	18.8	4.6
歯科診療給付	6.5	11.3	6.5	18.7	6.8	25.1	7.1	23.6	6.8	4.1	6.9	6.6
その他の医療給付	0.0	100.0	0.0	50.0	0.0	44.4	0.0	69.2	0.0	31.8	0.1	24.1
薬剤給付	16.7	15.8	16.5	17.4	16.0	16.5	15.3	13.2	15.2	8.3	14.8	1.5
その他の治療材料	3.4	32.2	4.0	38.3	4.2	26.6	4.4	25.0	4.8	18.3	5.0	8.3
補てつ給付	4.4	26.1	4.5	22.0	4.3	14.4	7.2	96.4	8.4	27.1	8.1	0.8
入院給付	27.1	22.3	28.5	25.0	31.0	29.9	30.1	15.4	30.3	9.8	30.7	5.7
傷病手当	9.9	16.2	9.5	13.4	8.8	10.6	8.0	8.6	7.4	1.5	7.4	4.1
その他の疾病給付	0.9	27.8	1.1	42.8	1.2	26.8	1.3	29.5	1.1	2.0	1.1	3.5
相談医サービス	0.4	10.0	0.4	11.2	0.4	14.5	0.3	10.4	0.3	6.0	0.3	5.2
余後療養給付	0.1	55.2	0.1	17.8	0.1	7.5	0.1	△12.3	0.1	2.0	0.1	11.8
予防給付	1.8	39.0	1.8	17.9	1.8	16.4	1.8	22.3	1.4	△13.0	1.4	2.7
リハビリテーション付加給付	0.9	0.6	0.7	△5.3	0.0	△92.8	0.1	204.5	0.1	22.4	0.1	△4.9
その他の給付	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	-	0.2	132.8
出産給付	3.8	2.8	3.3	3.3	3.2	16.6	2.9	6.1	2.8	5.0	2.7	△0.2
経営・家政援助	-	-	0.0	-	0.1	446.2	0.1	11.3	0.1	△1.3	0.1	1.3
埋葬金	2.0	16.2	1.9	16.0	1.8	10.5	1.8	15.9	1.7	6.8	1.7	3.4
海外給付	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	-	0.5	△4.5
給付計	100	16.8	100	18.7	100	19.7	100	18.5	100	9.3	100	4.3
事務費	5.0	17.1	5.0	19.1	5.0	18.2	4.8	11.7	4.5	5.4	-	-
その他の費用	-	51.3	-	157.4	-	△36.4	-	△42.0	-	-	-	-
合計	-	16.9	-	19.1	-	19.2	-	18.0	-	9.1	-	-

(資料) Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen.

表5 疾病保険の平均保険料率の推移

(単位：%)

年	労働者	職員
1950	6.0	5.2
1955	6.2	5.8
1960	8.4	6.4
1965	9.9	7.2
1970	8.2	8.2
1971	8.2	8.2
1972	8.4	8.4
1973	9.2	9.2
1974	9.5	9.5
1975	10.5	10.5
1976	11.3	11.3
1977	11.4	11.4
1978	11.4	11.4
1979	11.4	11.4
1980	11.4	11.4
1982	11.4	11.4

(注) 1978年以降は予測。

(資料) Sozialbericht 1978。

病床数や医療従事者の増加は、1972年の病院財政安定法による病院建設の促進や近代化によるところが大きい。しかし、こうした病院の拡充や医療従事者の増員が入院費の増加を招いていることも事実である。このため1978年に病院財政安定法の改正が行われ、従来のゆるやかな病院建設計画等をかなりきびしいものに変更する措置がとられた。これにより1972年以降これまでのような病床数の伸びは

表6 病院数・病床数の推移

年	計	(うち) 一般病 院	公的 病院	公益 病院	民間 病院	1病床当り人口		勤務医1人当り 病床数		看護要員1人当り 病床数		
						計	一般病床	計	一般病床	計	一般病床	
1971	院	3,545	2,407	1,340	1,248	957	89	132	13.8	10.5	3.6	3.0
	床	690,236	465,946	377,477	251,780	60,979						
1972	院	3,519	2,364	1,322	1,239	958	88	130	13.3	10.2	3.4	2.8
	床	701,263	475,555	381,315	255,002	64,946						
1973	院	3,494	2,329	1,330	1,217	947	88	129	12.7	9.9	3.2	2.7
	床	707,460	481,142	386,489	253,252	67,719						
1974	院	3,483	2,295	1,309	1,200	974	87	127	12.3	9.5	3.0	2.5
	床	716,530	486,326	387,590	253,949	74,991						
1975	院	3,481	2,260	1,297	1,187	997	84	126	12.0	9.1	3.0	2.4
	床	729,791	489,756	389,429	257,365	82,997						
1976	院	3,436	2,216	1,271	1,159	1,006	85	126	11.7	9.0	2.9	2.4
	床	726,846	489,517	383,674	256,371	36,801						

(資料) ドイツ連邦統計局調べ。

今後みられないと思われる。

なお、1978年1月1日現在の開業医数は56,157人(1976年53,303人)、病院勤務医数は62,726人(1976年59,969人)、行政・研究従事医数は10,263人(1976年9,809人)、歯科医療数は39,986人、薬剤師数は26,220人、看護要員数は223,740人、病院医療従事者総数は702,242人である。

Arbeits-und Sozialstatistik.

Arbeits-und Sozialstatistische Mitteilungen.

Sozialbericht 1978.

Statistisches Jahrbuch 1978.

(石本忠義 健保連)

社会保険と企業年金制度における 動態的年齢制限の財政的側面

Geurg Heubeck (西ドイツ)

本稿には、動態的な年金年齢が社会保険の年金制度と企業年金制度に与える財政的影響について論述されている。

退職年齢の引下げは、とくに社会保険の管理・運営と企業年金制度において、被保険者により支払われる年金の拠出もしくは保険者の財政状態に影響を与えるかも知れない方法について、ある分析が行なわれている。

社会保障委員会の意見は、当人の退職年齢を選ぶ自由な選択を人びとに認めることに多くの部分を費している。連邦政府の労働大臣はこの件に優先権を与えてきた。勤労婦人はすでに可変的な動態的退職年齢を、ある程度制限されている。かの女らはすでに60歳以後に老齢年金の受給を申請している。

勤労男子に対する動態的な退職年齢の制限を議論する場合には、年金額と延長雇用の問題は明確にすることを要求している。

年金額には、次の選択が利用できる。

—年金は年金の支給開始時に得られた年金額で支払われる。

—老齢年金に対する申請は、早期に受給する年金がより長い期間に支払われ

るが、拠出期間がより短いので、減額される。

引続き報酬を支払われる雇用にかんする限り、次の選択が可能である。

—年金受給者は労働を継続できるし、かつ、年金権を要求できる。

—年金受給者は労働を継続できるが、しかし、より以上の年金権を請求しない。

—年金受給者は労働の継続を許されない。

可能な形が再検討され、また、保険者と被保険者の双方に対する財政的な間接的影響に対して、特殊な論及が行われている。

等価の基本原則にもとづいて、早期老齢年金が支給される場合、支払われる金額は減額される。もし、そのような方法が早く用いられないのであれば、保険者にはそれに応じた補足的な財政的負担が生ずる。これは社会保険と企業年金の双方に適用される。

等価の基本原則は、年齢制限の任意方式による移動が、年金受給者もしくは保険者のいずれかに財政的な負担の変化をもたらすべきでないということを要求している。

Finanzielle Aspekte Der Flexiblen Altergrenze in der Sozialversicherung und in der Betrieblichen Altersversorgung, Betriebliche Altersversorgung, No. 3, 1971, pp. 49-54; No. 46, '72.

社会保障の公平と均衡のとれた 財政改革への提案

Senator André Arengaud (フランス)

本稿には、社会保障の財政について、公平と均衡を目指す改革の提案が示されている。

社会保障の各給付部門にわたるある研究は、不安な状態を明らかにしている。それらの各給付部門のうちある幾つかの部門の財政的な不足財源は、引続き増大しており、また、家族手当部門における余剰金にもかかわらず、1973年における政府の補助金が115億フラン——1972年より約10%多い——の金額に達する水準になってしまった。

1972年に、フランスの社会的支出——1,934.8億フラン——は、初めて中央政府の予算額——1,871.8億フラン——を越えた。この状況を修正する手段の採用は避けられないと思われる。

政府の前途には、ある明白な選択がある。それらの選択として、1つはフランスの現行社会保障制度のつぎはぎ細工に対して、その都度ある新しい要素を加えながら、短期的な政策を続けてゆくことができる。あるいは、他のもう1つの選択は、各人が少なくとも「社会的な最低」を保証されるということを保証するように考案されたある単一の制度と考えられるような制度で、全国的な社会連帯の基本原則と社会的保護の統一にもとづいており、適切に工夫された同種の制度をもう一度作り上げる努力をすることができる。

家族手当

この部門には、次の2つの方法が必要である。

- (a) 家族手当制度から支払う住宅費手当の実施（1972年で30億フラン）の廃止。
- (b) 児童を育てている世帯により調達される費用に応じた家族手当支給額の調整（換言すれば、世帯の所得の一部とみなされる家族手当の取扱いと世帯の所得水準に応じた家族手当の調整）。

疾病保険

次のように、3種類を組合せたある新しい制度が採用されるべきである。

- (a) 第1段階は拠出の算定基礎として用いる所得では、拠出上限の廃止と「不労」所得（地代、利子、配当など）を含めた所得によって財源を調整し、すべての人びとにある最低限の保護（費用の一部負担という調整可能な要素を含める）を提供することである。
- (b) 第2段階は、一般的な制度によりカバーされない事故に対して、補足的な性格をもつ拠出により財源を調達されることである。
- (c) 第3段階は、補足的な危険のカバーを含めて、純粋に契約の方式を用いて運営される保険制度により取扱われることである。

老齢年金保険

次のように、疾病保険に対して提案された方法と同様な3種類の方法が、設けられるべきである。

- (a) 第1段階は、容認できる生活水準をすべての年金受給者に保証するように工夫して、一般的な社会的最低限を提供することである。拠出の算出基礎は、疾病保険の場合と同一である。

- (b) 第2段階はある強制的な補足的制度を作り、支払われる年金額はすべて支払われた拠出にもとづかせることである。
- (c) 第3段階は民間の保険会社の提供する任意方式の保険証券である。

これらの基本原則の適用は容易ではない。一方では、異なる社会的および職業上の集団は、かれら自身の別な制度を維持したが、他方では、右派と左派の両陣営はすべての変革に反対され、かつ、低下を辿る社会的傾向を支持する。

しかし、これは、ある媒体として社会保障を用い、ある所得政策を導入する試みをしないなんらの理由にもならない。

Proposals For a Fair and Balanced Financial Reform
of Social Security, Droit Social, No. 11, 1973, pp. 530
~ 534 ; No. 12, 73/74.

強 制 的 企 業 年 金

※
André Ghelfi (スイス)

本稿には、補足的な老齢・廃疾・遺族保険にかんする制度が論述されている。

1972年12月3日に、スイスの人びとは老齢・廃疾・遺族保険(AVS)にかんする新しい基本的な改正を受諾した。一般的な国の保険制度に対する計画を拒否して、かれらは3本の柱、つまり、AVS、強制的な企業年金、および個

人の貯蓄で構成された政府の反対する案を選択した。改正の基本的な目的は、労働者の従前の生活水準を維持することである。

スイスの労働組合運動は、全国的な社会保障の基本的な部分の管理にかんする厄介なしかも時代遅れの政府の管理に対して、毅然した立場をとってきた。さらに、労働組合運動はその運動がこの国の保守的な勢力の手によって蒙むるかも知れないなんらかの弱体化に対して、この改正に基本的な賛同を完全に保有しようとし、また、進歩的でかつ気前のよい社会的保護制度を実現しようとしている。専門家達のある委員会は、強制的な企業年金、つまり2番目の柱に対する新しい法律の法案を作っているが、労働組合はかれらが前の国会に提出した要求と仮定を撤回する。

4つの要求

1. 従前の生活水準の維持を保証するために、低賃金労働者と平均的賃金の労働者に支払われる年金は、過去に取得した総所得の60%以上でなければならない。企業の退職基金は恐らく給付を優先させる基本原則か、あるいは、拠出を優先させる基本原則かといういずれかの基本原則により年金を定めるように選択するであろう。これらのうち、1番目の例では、従前の所得の60%という最低の水準を保証するためには、元金保証を確立するために拠出を徴収し、かつ、賃金の一般的な上昇を考慮した暫定的な計算をする必要があるだろう。2番目の例では、最低の拠出率は法律によって定められ、また、賃金の変動を考慮して調整されるであろう。

2. 拠出者のうち、最初の世代は犠牲にされるべきでもないし、また、耐えられない負担を強いられるべきでもないし、さらに、老齢な労働者達が不利にされるべきでもない。中央に設けられたある機関が、必要な給付を支給するように義務づけられた基金の不足財源を補償すべきである。

3. スイス政府は企業に設けられた基金に対してすべての労働者が強く求めている願望を保証するために、ある補足的な基金を創設しなければならない。1つの解決策は、使用者達と労働組合が、政府による監督をうけ、ある役割を割当てられ、労使共同によって設けられたある自治的な組織を設立することで、その機関は次のような役割を担当する。つまり、それらの役割は、加入を希望するすべての企業に開放されるその補足的基金の管理・運営、「最初の世代」に対するある全国的な補償制度の適用、およびインフレーションと返済不能の危険に対する全国的な補償制度の適用である。

4. 2番目の「柱」にかんする決定で、労働者の参加は保証されなければならない。この参加は、とくに、設けられる保険の型（自治的基金、企業の基金、団体保険）の選択、および基金の資金の運営に関連をもっている。

2つの基本的な仮定

1. AVS（第1番目の柱）の給付は、年金の形で支払われるべきで、元金の支払いは例外的で、かつ、法律で規定されるべきである。大幅な元金支払いの可能性をもつ制度は、基本的な目的、つまり、従前の生活水準を維持しようとする目的に矛盾するものであり、また、社会的保護制度の強化に反する。インフレーションの時期には、被保険者はよく損失者となり、さらに、保険数理的には、各基金はそれらにとって最も望ましくない成長を考慮する恩恵を与えられる。

2. 第2番目の「柱」は、給付を分配する機関として組立てられ、かつ、プールの役割をもつ組織によって保証された自治的な基金、もしくは、専門的な組合の制度という形にしておくべきである。

多数の弱小な基金の維持は、資金を危険な状態に放置し、不当に膨脹させる

管理・運営費により保険費用を増加し、また、それらの管理・運営の監督をより困難にしていまい、その結果、不規則に発生するより大きな危険を招いてしまうだけである。したがって、企業別もしくは地域別のレベルである中央集権化を促進することが望ましい。

スイスの労働者達は圧倒的に新しい基本的な改正を承認したし、また、希望するように選択方式で機能し、かつ、かれらが組織しようとしているある制度に対する模索に信頼を寄せている。

※ スイス労働組合議会の副議長。

Obligatory Occupational Pensions, Revue Syndicale,
(Berne), No. 12, 1973, pp. 352-357; No. 49, 74/75.

以上3編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対する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)

フランスにおける

医師の組織化の歴史

健康保険組合連合会社会保障研究室 久塚純一

(1) フランスの医療保険制度の給付方法は、いわゆる償還制と呼ばれるものであり、患者は医師等に支払ったもののうち何%かを金庫から償還される仕組みになっていることは今さら述べるまでもない。医師等に支払われる医療費は見出し記号（例えば、一般医による診察の場合は Consultation au cabinet → C で示し、専門医による診察の場合は Consultation au cabinet par un spécialiste qualifié → Cs で示す）、料金表、係数をもとに計算される。最近、この料金表が再び改訂された（1978年10月1日から実施されていたものが、再び、1979年2月からの実施予定という形で改訂されている）。これらのうち一部をみると以下の通りである。

	1978. 1. 1	1978. 5. 1	1978. 10. 1	1979. 2
C	34.00F	35.00	38.00	40.00
Cs	51.00	53.00	57.00	60.00
Cn psy	80.00	83.00	88.00	92.00
K	7.60	7.80	8.10	8.10-8.30

ところで、以上の料金表の決定に際しては、医師側においては現在、la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) と la Fédération des Médecins de France (FMF) が当事者となっている。このように、フランスの社会保障医療制度における診療報酬の

決定については、金庫と医師組合が当事者となる点の一つの特徴であり、従って、この医師組合も歴史的な存在として正確に位置づけ、理解しておくことが必要であろう。また、医師組合と併存して、医師会 (Ordre) も存在しており、この点も必要な範囲で略述してみる。

(2) フランスにおける医師の組合は、他の労働者の組織と同様、歴史的には一つの職業的な組織として存在した。したがって、医師組合が法認されるまでの過程は、労働組合が法認されるまでの過程と同様に長い年月を経ている。

※ここでは、フランス革命前後の同職組合 (Corporation) に関する検討は紙幅の都合上、省略する。

フランス革命後、封建的同職組合から切断された医師たちは、それでも自己の職業を守るべく相互扶助組織を作るなど、共同の活動を行っていた。しかし、ルイ・ナポレオンの時代1849年に一切の団結を禁止した1849年11月27日法が制定される。同法は従来の刑法典414条～416条を改正し以下のようにした。

(414条) 6日ないし3ヶ月の禁錮、ならびに16フランないし、1,000フランの科料に処せられるべきもの。

1. 労働せしめる人々の間の、給料の値下げを強制しようとする団結、その予備行為あるいは実行の開始がある場合も含む。
 2. 同時に仕事を休止せしめ、作業場内の仕事を禁じ、ある時刻の前、または後に工場に入ることを妨害するための、一般的に労働を中止し、妨害し高価にしようとするための労働者側のあらゆる団結。
- 前2項によって規定された場合については首謀者あるいは煽動者は2年ないし5年の禁錮に処せられる。

(415条) 略

(416条) 前諸条により規定された場合につき、首謀者ないし煽動者は、その刑の満期後、少なくとも2年、最長5年間高等警察の監視の下に置かれるであろう。

その後、1862年から64年にかけてのスト多発という状況の中で、ナポレオン3世は1864年5月22日法により争議権を法認するに至っている。同法により、刑法典414条-416条は以下のように修正されている。

(414条) 暴力、暴行、脅迫あるいは詐術を用いて賃金の引き上げ、あるいは引き下げを強制し、また、産業および労働の自由な行使に侵害をもたらす目的で、労働の協同的な停止を導き、あるいは維持したる者は、何人も6日ないし3年以下の禁錮および16日ないし3,000フランの罰金またはこれら二つの処罰の一つのみに処せられる。

(415条) 前条により処罰される行為が、協同の計画の結果として犯された場合には、違反者は少なくとも2年間、最長5年間、高等警察の監視の下に置かれることができる。

(416条) 協同の計画にもとづく罰金、禁止、禁則、厳禁によって、産業または労働に従事する自由を侵害したすべての労働者、雇主および請負人は、6日以上3ヶ月以下の懲役ならびに16日ないし3,000フランの罰金またはそれらの処罰の一に処せられる。

414条にみられるように、ここに至り暴力等を伴わない限り単なる団結によって処罰されることはなくなった。ただし、フランス法の場合、団結 (coalition) という言葉は事実上、争議権に近いものを意味し、職業組合が結社として法認されるに至るのは1884年3月21日の職業組合法による。職業組合 (syndicats professionnels) はこの時まで、結社に関する普通法、すなわち20名以上の許可を得ないすべての結社に対して刑罰を課していた刑法291条~294条の適用をうけていた。1884年の職業組合法は、その第1条によりそれらの規定と1834年4月18日法の職業組合への適用を排除し、また前述の刑法416条を廃止したのである。これによって、団結はほぼ合法的なものとなったのである。

実際には、この1884年法制定以前に医師の組合も存在していた。医師間の相

互扶助、職業を守る組織としては1833年にOrfila氏がパリ医師協会を作り、その後、セーヌの医師の間にそれが拡大したとされる。その後、医師組合として最初のものが1881年5月14日に Vendée 県に出来たとされている。同じ年に10個の医師組合が出来、1884年までには、すでに74個の医師組合が存在していた。

医師の職業組合は、その後、医師組合運動の高揚期を経て、1892年に至り、特別の組合団体 (associations syndicales) の承認を得る。1892年11月30日-12月1日のデクレは医業等について規定し、公衆衛生的色彩も有するものであるが、その第13条は以下のように規定する。

(13条) 本法の適用から、医師、歯科医師、助産婦は、国、県、共同体のちがいでよらず、すべての人々に関して、自己の利益を守るために1884年3月21日法の規定により、組合団体を結成する権利を有する。

また、この時期までに120の医師組合の中に1,100近いグループが存在していたとされる。

(3) 「フランスにおける運動は分裂する」という法則から、医師組合運動ものがられず、組合の数は年毎に増加していった。ところが、その後の社会立法にフランスの医師組合運動は影響を受けるようになった。それは、1894年の医療扶助に関する法律や、1898年の労災保険法の成立=医師と患者の間に第三者が介在してくること=による伝統的自由医療への侵害に対する活動となってあらわれる。すなわち、フランスにおける医師組合運動は制度的には職業組合運動として進展しながらも、同時に、封建的団体 (corps) のそれとして存在し、従って、医師組合のサンディカリズムとの結合は直接的であったわけではない。封建的医師団体は医師と患者の間に第三者が法的に存在することに対して、始めて伝統的医療を守るためにグループを作ったとも言える。

1894年6月29-30日の鉱山労働者のための救済および退職金庫に関する法律は以下のように規定する。

(7条) 救済組合は以下に関して規定しなければならない。

1. 労働不能をもたらす、疾病、負傷の状態にある労働者に与えられる救済および治療の性格および分担割合。
2. 救済に関する規定は配偶者、子供、父母等に対して現金または現物を給付することを定めることができる。

1898年4月9-10日の労災補償法は以下のように定める。

(4条) 以上に加え、事業主は医療費、薬剤費及び埋葬料を負担する。

埋葬料は最高100フランを限度として実費を支給する。

医療費、薬剤費は被災労働者が自分自身で医師を選択した場合、事業主は各州で行われている無料医療扶助に適用されている額に応じて、州治安裁判所判事により定められた額までしか支給する義務がない。

※法案の段階では、医療費、薬剤費の事業主負担の廃止

……医療扶助にまかせるべきであるとする……主張があり(1890年のM. Bardoux のレポート)、また、1895年7月5日の議会での会議ではM. Dron が「労働者が医師を自由に選択した場合には事業主は、150フランまでしか負担をしなくてよい」と主張している。

分裂をくり返してきた医師組合は、それまでは一応 union として存在しながらも、一つの連合体(Fédération)を作ることは消極的であった。しかし、1928年の社会保険立法がドイツの影響の下に用意されるや、医師組合は急速に結束し、C. S. M. F. を結成するに至ったのである。

また、医師組合運動の中で重要な役割りを果たした若い医師P, Cibrieによって作成された有名な「医療憲章」が、1927年の医師組合大会において医師

団体により発表されたのも、この一連の動きの中でのことである。伝統的自由医療を守るべく用意された「医療憲章」は以下の5つの原則から成り立っている。

1. 患者による医師の自由選択
2. 業務上の守秘義務。
3. 治療方法、治療費の医師と患者の直接契約。
4. 治療方法の自由
5. 金庫による患者の監督および医師組合による医師の監督。

※第5番目の原則は最近では余り言われないが、同族会議的な側面からの検討もなされるべきである。

(4) この医師組合という組織的単位は1940年、すなわち、ヴィシー政府による医師会(l'Ordre des Médecins)の設立まで存続する。すなわち、ヴィシー政府の下で医師組合は一度解散させられ、他方、医師同職組合(corporation)的な存在でもある医師会ができあがるのである。これは、医師の不正行為に対して、国家が医師を統制することをさけようとする医師全体からの要請=その意味で、まさに急進的、古典的コルポラジオンでもあった=でもあったし、また、それと同時に医師会は公衆衛生(Santé Publique)的側面=その意味では戦時的に特殊化された新しいコルポラジオンでもあった=からの設立でもあったといえる。

ここで、医師会を設立した1940年10月7日法に関して少し検討しておく。

l'Ordre は1940年以前から設立準備がなされており、1934年には1月25日にSénat に法案が提出されている。これらの動きがVicy政府の下でコルポラジオンとの接触を経ながら1940年法へと結実していったといえよう。1940年の

このデクレは全19カ条から成り立っている。

(1条) 医師会評議会(conseil de l'ordre des méd-

ecins)と称される専門職業評議会により資格を附与された者以外はいかなる者も医業を行ってはならない。

※この点はコルポラティズムが国家の分割 (démembrement de l'Etat) を目指していた点からもうなずける。すなわち、医業に関して conseil professionnel が介在するということである。

医師会の評議会は上級評議会 (2~4条)、県評議会 (5~7条) から成り、8条から16条は医師会名簿について規定する。

(8条) 名県段階において医師会は医業の行使に関連する法律、規則により課せられている要件を満たした公的名簿を提出する。それにより医師は医業を行うことを得る。

(9条) 名簿への登録は請求者の資格を審査した後、評議会により発表される。もし、道徳上必要な要件を欠くなら正当な決定により登録は拒否され得る。

※このコルポラティズムにより、医師の技術的側面は国家が監督しながら、倫理、道徳的には同職組合的医師会にまかせるという図式ができあがったともいえる。

この決定に対する控訴は上級評議会に対してなされる。上級評議会の決定に対しての越権訴訟はコンセイユ・デタになされる。

※この点について、後に少し述べるブーガン判決が出されるのである。

(5) 1944年7月27日のオールドナンスによる労働憲章の廃止により、組合の自由が復活し、ヴィシー政府下において解散させられていた医師組合は再び活動をはじめた。しかし、戦後の社会保障医療制度の展開との関係上、必ずしも、従来の方針を貫き得たのではなかった。また、医師組合の再編とは反対に多く

の同職組合が解散した。医師会に関する1940年法も廃止されたが1945年9月24日法は公衆衛生的色彩を有する医師会を再組織し、形のうえでは専門的同職組合は存続することとなった。

ここで問題となるのは Ordre (医師会) と Syndicats Médicaux (医師組合) の併存に伴う両者の関係である。若干の意義付けを行っておく。

Ordre : 準公的な組織 (un organisme semi-publique) であり、[この点について、もう一方に公役務を行う私的な組織 (une institution privée, remplissant un service public) であるとする見解がある。この公役務の論理に関しては有名な "ブーガン判決" (C. E. 1943. 4. 2 Bouguen) を見落してはならない。] "医師倫理規則" にあられる職業倫理を守り、代表するための法の適用のため裁判権を有する [この点についても前述の考え方からは、Ordre は裁判権を有せず、les Conseils de l'Ordre が裁判権を有するという考え方が導かれる]。また、すべての医師は加入の義務がある。

Syndicats Médicaux : 私的な任意の団体 (un organisme privé, facultatif) であり、職業集団の利益を守るための組織であり、組合に対する組織に関する法の適用をうける。

では、1961年に分裂するまでのC.S.M.F. はどのような目的を持って活動することを基本としていたのであろうか。C.S.M.F. の追求する目的は、C.S.M.F. の1956年当時の規約第4条に掲げられている。

C.S.M.F. は以下のことを目的とする。

- (a) (伝統的) 医師集団の伝統的に高い誠実さを守る。
- (b) 医師一般についての疑問点を研究する場を組合員に設ける。
- (c) 職業を守る組織としての観点からの組合活動を調整する。

- (d) 医師間に組合主義思想が拡大するように組合を援助する。
- (e) 公権および公共と医師団体全体の間における仲介役。
- (f) 全国医師会のすべての問題については、全国医師組合、地域医師組合の管轄であり、フランス医師団体の名の下での唯一の組織であり、訴訟についての医師会の行動のための行為は除外する。

以上のような基本的姿勢をとる C.S.M.F. も1960年、社会保険制度が改正された時に、将来に向けての方針の相違を主な理由として分裂した。二つの組合の考え方を要約すると以下の通りである。

C.S.M.F. は以下のことが医業の条件を変えてゆくと考えた。

- (a) 全国民への強制的疾病保険の一般化の動き。
- (b) 医療技術の変化。
- (c) 医師が、患者に対するある程度の医師の独立を望んでいること。
- (d) 医師の精神の変化。特に若い医師が伝統を重視しない点。

C.S.M.F. は強い抵抗がかえって、イギリスのナショナル・ヘルス・サービスに似た、医師の権力的再編に結びつくことを恐れ、従って、公権力、社会保障組織にある程度協力した方がよいと考えたのである。

(分裂したグループ) 良い医師は従来の伝統的自由からは生まれないと考え、また、国は医師の組織化にそれだけ財政の負担はしないであろうと考え、医師の未組織の状態がよりよい自由医療を防衛できると考える。

その結果、Confédération の多くの指導者達は、国家による医師に対する多くの規制を除去する力を得るために1960年のデクレに協力することを決定した。しかし、他方では、数多くの県医師組合委員会がデクレの適用に対する協力をやめた。その結果 Confédération から “1960年5月12日のデクレ改正のための組合連合(Union syndicale pour le réforme du décret du 12 mai)” が生まれ、規律不服従により Conféd-

ération を除名された組合は Union des Syndicats Médicaux Français と形を変えた。

この分裂という現象は、その後、診療報酬協約締結に関して、あたかも労働協約締結をめぐる労働組合の分裂、併存状態に類似する事態を引き起こした。それぞれの団体がいかに利益を追求し得るかという点に焦点は移行してゆく。

しかし、その後、診療報酬決定および支払い方式が、医師に対する拘束力を考慮して、従来の県段階における標準協約から全国協約へと改訂された時、その協約締結当事者能力、さらには、一方当事者の締結した協約へ他の同業者への適用拡大の効力等の問題が生じている。ここにコンセイユ・デタの二判決を概観してみよう。

(a) 1974年10月18日判決

これは、1972年6月14日に承認された疾病保険全国金庫とフランス蘇生法マッサージ・運動療法士連盟の間における全国協約に関するものである。協約を認可した arrêté の適法性は協約が有効か否かに規定されるのであるが、コンセイユ・デタは、①フランス蘇生法マッサージ・運動療法士連盟がこの職種で唯一の組合組織である点。②他の同業の人々にも差別されずに適用される点。③個別的に非適用の措置がとれる点。④全国協約22条は労働法ではない点等を理由として、フランス蘇生法マッサージ・運動療法士連盟の主張を入れ、医療補助者全国連合等の主張を退けている。

1975年2月19日のコンセイユ・デタの判決は、これとは異なる結論を導いている。

1971年10月28日に調印された疾病保険全国金庫とフランス医師組合連合との間の全国協約がフランス医師連盟の意見を十分に反映していないとして、全国協約を無効であるとした。すなわち、1971年7月3日法により「初級疾病保険金庫と医師との関係は被用者疾病保険全国金庫と医師を最もよく代表する一または複数の全国

組合との協約で定める」(社会保障法典 261 条)とされた。ここでは C.S.M.F. と F.M.F. の当事者能力が問われたのであるが、判決は両者に能力を認め、一方のみの意見を聴いた協約を無効としたのである。

その後、1976年の新協約に関しても同様の事態が生じている。

ここで前述した医師会(L'Ordre des médecins)につき今少し述べておこう。医師会に関しては「公衆衛生法 (Code de la Santé Publique) の 381 条から 428 条が規定する。

(382 条) 医師会は本法 366 条に定めた医師倫理規則に従い全ての医師がその業務を行うにあたり遵守すべき道徳、誠実さ、忠実性に関して監督する。医師会は医師の名誉および独立を守る。医師会は県、地区、全国の各評議会を介してその任務を遂行する。

評議会の構成をみるならば、例えば県評議会は登録医師が 100 名以下の県では 9 名、500 名までの県では 12 名、501-1,000 名まで 15 名、1,001-2,000 名まで 18 名、2,001 名以上 21 名から構成され、パリ市は 24 名から構成される(384 条)。

上記、医師会の任務を実効あるものとするための手段としては医師に対する懲戒裁判がある(417~428 条)。第一審は基本的には医師会地区評議会であり(417 条)、罰としては、警告、譴責から重いものでは医師会名簿への登録の抹消までがある(423 条)。

(381 条) フランスおよびアルジェリアで医業を行う能力を有する全ての医師が義務的に集結したものから医師会は構成される。懲戒された者の法的地位を考察する為には以下の規定を参照されたい。

(356 条) 以下の要件を満足しない者はフランスにおいて医業、歯科医業、助産婦業をなしえない。

1. 略
2. 略
3. 医師会名簿、歯科医師会名簿、助産婦名簿に登録されてい

ること。

※ただし、陸、海、空軍で保健サービスを行っている医学博士、歯科医学博士にはこの要件は適用されない。

また、E.C. 諸国における交流を反映して、この条文が 1976 年に改正されている。すなわち Loi n° 76-1288 du 31 décembre 1976 の第 2 条は従来の 356 条を 356 条の 1 と 2 に分けて規定するように改正された。その規定によれば、

(356 条の 1) E.C 構成国の国民であり、フランス以外の国で合法的に医業を行っている医師は Ordre の名簿に登録されずに、フランスで医業を行い得る。

フランスにおける医師の組織化は社会保障の側、公衆衛生の側、医師の側等々からの微妙な力関係により、今日の姿にまで至っている。ここにおいては、フランスの医師組合(Syndicat)、フランス医師会(Ordre)という訳語を用いて説明したが、それらが日本の医師会と比較して、いかなるものであろうかということは一概に言い得ることではない。すなわち、フランスの医師組合はあくまで歴史の中でのフランスの医師組合であり、また、フランス医師会は、これもまた、フランスの医師会であるという当然の事に留意していただきたい。

- 文献
- Charles Boullay, Code des Syndicats Professionnels, Paris, 1886
 - Roger Bonnard, Syndicalism, Corporatisme et Etat corporatif, Paris, 1937
 - P. Cibrie, La coexistence des Ordres et des Syndicats Professionnels [Droit Social, No6, 1954]
 - Roland MANE, Oú va le syndicalisme médical? [Droit Social, Nos 9-10, 1962] etc.

タイ、チャンタブリを訪ねて

社会保障研究所研究第一部長 保坂哲哉

タイには、日本や欧米あたりの国々と違って、名所や保養地というものは少ない。一つには、歴史的伝統、あるいは歴史的伝統の保存といったものについての考え方にもよるのであろうが、巡礼という宗教的慣行の欠如、レジャー習慣の貧困など様々な要因によってもたらされたものであろう。そういう数少ない保養地のなかでも、首都バンコックから東南約100Kmのシャム湾岸にあるバンセン、パタヤという二つの海浜リゾートはとくに人気が高く、外国人でしばらくタイに滞在する人は、かならずといってよいほどよく訪れる。とくにバンセンから少し東南に離れたパタヤは、海の水もきれいで近くに小さな島々もあり、最近ではホテルも数多く建てられて、人出も少ない。この辺りの海は、河川とは違って透明度が高い。そしてなんといっても熱帯地方であるため海の水は暖い。エビやカニ、そしてさまざまな魚は豊富で新鮮である。ただ味は脂肪分がほとんどなくあっさりしたものばかりである。

今回筆者が訪れたのは、しかし、この海浜保養地ではない。パタヤを通過して東南にさらに約200Km、バンコックからは330Kmの地点にあるチャンタブリである。国際協力事業団の日タイ2国間医療協力プロジェクトの打合せのため、公衆衛生院の橋本正己先生を団長とするチームの一員として参加する機会を与えられ、本年3月11日から24日まで丁度2週間タイを訪れたのである。このプロジェクトのfieldが、全国で71ある県のなかの一つ、チャンタブリ県であった。

筆者はかつて1960年代の後半バンコックを幾度も訪れたし、1966年から1969年にかけて2度にわたり、2年3か月バンコックで勤務していたこともあった。しかし、このカンボジア国境に接するチャンタブリ県を訪れるのははじめての経験である。ここは辺境の地ではあるがまた有名なところでもある。というのはこの地方は宝石の産地であり、首都チャンタブリ市は宝石の取引が盛んである。つい先頃の4月下旬NHKテレビがこの地方で取材したフィルムを放映していたとき、その模様が写されていた。いまはカンボジア難民やポル・ポト軍が越境してくるところとして注目を集めている地方である。もっともチャンタブリの東にはもう一つトラートという県があるため、東北端の一点を除いてカンボジアとは直接は境を接していない。この辺りの海岸線は、かなり複雑に入り組んでいて、海辺の村人たちは漁業に従事している。そうした海辺にはベトナムの難民が漁船でたどりついて住みついている。このように、チャンタブリ県は、いまやタイにとっては政治的、戦略的にも重要な舞台となった。

バンコックからチャンタブリまでの公共的な交通手段はバスだけである。エアコン付きの直通デラックスバスが、バンコックの中心部大丸百貨店の向い側から出ている。今回の旅は一種の団体旅行で一切の面倒をみてもらったので、バス代がいくらかかったのか、聞かされたけれども記憶にはとどめようとしなかった。道路は途中まで片側2車線、広い中央分離帯があって立派である。まだ100%完成はしていないが、バンコック市内のすごい渋滞の中を走るのは比べものにはならない快適なドライブであった。ただ残念であったのは、道路が立派になったおかげで、いかにも南国的な濃紺の水をたたえた小川と、椰子やバナナの緑をながめながら走るとどかなドライブの味は失われてしまったことである。このスクムヴィト道路と呼ばれる幹線道路は、バンコック市の中心部に発し、チャンタブリからさらにトラートまでカンボジア国境へと伸びているが、途中バイパスによって結ばれるウタパオ空軍基地、サタヒップ海軍基地が立地しているため軍事的に重要であるだけでなく、バンコック郊外かなり遠くまで多数の工場が立地していて産業的にも重要な道路である。

タイの道路網は、この道路だけに限らずよく整備されている。チャンタブリのような辺地でも至るところ舗装道路が張りめぐらされ、マツダの乗用車並みの大きさの小型トラックの荷台に、2列の向い合わせのベンチを取り付けた合乗りタクシーが走っている。チャンタブリ県には、首都チャンタブリには国立病院があって、医師30人足らずが外来、入院診療に当たっているほか、おまな町4か所に医師1人の病院（兼保健所、ベット約10）があるだけである。重病人が出ると、住民達はタクシーを使って国立病院までかけつけるという話であった。病院はいつも一杯で、入院患者の平均在院日数は4日、一通りの手当てをすればすぐ退院させてしまう、そうしなければニードに追いつけないというのが、院長の話であった。

タイのもう一つの、そして歴史的にはより重要な交通路は河川である。とくにタイの中央部を北から南へと流れるチャオ・ピア河系は、たんに交通という点だけでなく意義深い。河口、シャム湾岸に巨大な沖積平野を形成し、農業用地と農業用水を供給した。この川の流域は、今回訪れた渇水期でも田畑は緑に つつまれている。タイは、19世紀の終り頃、丁度日本と同時ぐらいに世界経済に門戸を開き、米の輸出を通じて農業の飛躍的拡大を遂げた。米の生産と輸送の両面で重要な役割を果たしたのがこの川である。観光で有名な水上マーケットは、タイの人々の生活や産業と川の緊密な関係を象徴的に表わしている。ところが、こういう豊かな水資源に恵まれない地域は、いまなおタイには多い。東北タイのラオスにつながる地方は、そのもっとも代表的なもので、貧困地帯である。東北タイの南部はカンボジアにも境を接している。昔から東北タイでのゲリラ活動なるものが、常に新聞紙上で報道されている。チャンタブリ県は、それほどではないようである。しかし、われわれが訪れた渇水期には、ほんとに水がなかった。チャンタブリ地方は果物の産地としても有名である。われわれが訪れた頃、果物のなかでは高価で、美味ではあるが特有の臭いのために食べるのを躊躇する人が少ないドリアンがまさに熟れようとするところであった。車で道路を走っていて、両側に黒々とした緑の森をみると、そこにはドリ

アンの実が無数にぶら下がっている。道の両側が開けると一面田畑が広がっているが、そこには白く乾いた土があるだけで緑はない。丁度この渇水期の時期には、果樹園の方に水がとられてしまって田畑には廻らないそうである。

チャンタブリ県のもっとも重要な川はチャンタブリ川である。チャンタブリの町の人々の約半数約3万人に対して上水道が供給されている。水道事務所の人に案内されてその取水口に行ってみたが、そこには小川ほどの淀んだ水しかなかった。渇水期には毎日長時間の断水が続き、ときには全く給水がとまってしまうそうである。上水道がない農村の人々と同様、結局人々は雨水と浅井戸に頼らざるをえない。

雨水はもちろん雨期に貯めておかなければならない。昔から貯水のためには大きな水がめが用いられた。貧しい農家はいまでも水がめに貯水して使っている。日本から輸出されるトタン屋根から水差しのようなものを出して、雨が降れば自然にかめに水が貯まるようにするのである。もう少し裕福な家ではセメントの輪を積み重ねて作った水槽を使う。丁度井戸を地上に建てたような形になる。その下部の方に水道の蛇口をつければ自家水道となる。井戸よりは使い易そうである。さらに高級なものになると金属製の四角いタンクがある。県衛生部長の自宅にはそれが幾つも並べてあった。水がめやセメントタンクとは違って密閉されているのが金属タンクの特徴である。貯水槽には大抵ボーフラや藻が浮いているそうだから、金属タンクはそれらを防げるのであろう。

農村部の人々には水を煮沸して飲用にすることを嫌う風習があるそうで、それが消化器伝染病の流行のもっとも重要な原因になっていると考えられている。消化器伝染病の発生状況の把握、その病原物質の解明、感染原因の究明が、このプロジェクトの重要な課題の一つで、そのための衛生検査機能の向上と住民参加が、三つの農村field を使って進められているのである。

人口25万のこの県は、首都チャンタブリでも人口5万で、都市的な要素は少ない。広大な田野や森林が連なるばかりで人々の姿はそれほど多くない。空気は透きとおるほどで、太陽は輝き、いかにも平和でのどかな農村地帯という印象

を受ける。ところが、われわれがバンコックからチャンタブリの町に到着した日、ある兇悪な事件の発生を知らされた。ある漁村の網元の金持が誘拐され、追跡されたため殺害されてしまったというのである。犯人達は人質3人を連れて逃走してしまった。われわれがタイにいる間には結局捕まらなかった。

このホウドという人が住んでいた町は、チャンタブリから東南にある、シャム湾岸の漁村である。最近この町に医師1人職員10名から成る地方病院（1級保健所）が完成した。このホウドさんは病院建設に当り寄付をしている。それだけではない。チャンタブリ郊外にちょっとした滝があって、この地方では数少い観光地の一つになっているが、そこからこの町まで水を引くという雄大な給水事業を私費でやったそうである。

この町のはずれにベトナム難民キャンプがあり、200人余りが収容とも、隔離ともいえる状態で住んでいた。天井の代りに黒いビニール・シートがかけてある。丁度県の衛生部から巡回診療車が来ていて、予防接種を行いその記録作りをやっていた。いまは使われていない寺院がその場所に使われていたが、タイの寺院には必ずあるように、そこは火葬場なのであった。

編集後記

また、夏が来た。この季節に、モンゴル奥地の草原を放浪していたのを思い出す。中国北西の辺境に夢を追い、2度と帰らない気ままな1人旅で、不安や迷いもなかったし、祖国と肉親を捨てた悔いもなかった。毎日、陽は草原から昇り、草原に沈んだ。草原の丘を越えると、周囲の白い湖が遠くに見えた。いわゆる塩湖であった。短い草の生えた丘の中腹で、一群の羊を追う小さな少年を見かけた。かれは先に長い革ひもをつけた細長い鞭で、羊を追っていた。30数年以前、20歳にはまだ少し間のあるときであった。現在、性分に合わない東京のこせこせした雑踏の中で、大海原のように果もなく続く草原を想う。ピルの中でペンを握っているよりも、大草原で馬を走らせているのが性に合うのである。（平石）

海外社会保障情報 No. 46

昭和54年6月30日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞が関3-3-4

電話 03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社 03(564)0338
