

海外社会保障情報

No. 80

September 1987



社会保障研究所

デンマークにおける医療保障の危機

米 林 喜 男

(順天堂大学医学部助教授)

はじめに

デンマークにおける医療保障の特色は、福祉サービスともども、そのほとんどが税金によって賄われており、ほとんどの国民がこれらのサービスを無料で受けることができることと、その管理運営が県や市といった地方自治体の手によって行われているという点にあるといえよう。しかし、近年の失業者の増大に象徴される—1970年代から80年代にかけてその数は約30倍以上にも増加—¹⁾ 経済状況の悪化は、国および地方自治体に財政危機をもたらし、多くの自治体では大幅な財政規模の縮小を余儀なくされた。ちなみに、デンマークでは県や市の予算の約半分が病院の管理運営費となっている。²⁾ こうした状況に加えて、後期高齢者の増大³⁾ にともなう医療福祉需要の高まりは止まるところを知らず、デンマークのような高度福祉国家にも、しだいにかげりが見えはじめています。そこで、まずはじめにデンマークの医療保障の現状について簡略に紹介し、次いで昨年頻繁におきた病院紛争の実態⁴⁾ と民営病院開設の動向⁵⁾ を中心

に、混乱するデンマーク医療の実情の一端を述べてみたい。

1 医療保障の現状

デンマークでは、1973年に無拋出の完全な医療保障制度が導入され、全ての国民に対して、家庭医および病院の治療は、医師がそれを必要と認めた期間は原則として完全に無料となったのである。病院はそのほとんどが県立病院であるが、小規模な非営利の私立病院も若干存在する。しかし、これらの私立病院も大部分が自治体と契約を結んでおり、医療従事者の報酬は県立病院と同じである。また、病院に勤務する医師の大部分は公務員であり、これらの勤務医の約3分の1がコンサルタントと呼ばれる専門の上級医師で、残りの約3分の2はコンサルタントの指導のもとに卒後の教育訓練を受けているジュニアドクターと呼ばれる下級医師である。なお、デンマークでは、医師資格取得後、どの専門領域でも、最低5年6ヵ月の間、病院内で有資格の専門医の下で働きながら学ぶことが義務づけられている。また、家庭医（デンマークでは家

庭医も専門医のひとつとなっている) の場合は最低2年間病院で教育訓練を受けたのちさらに一般診療および社会医学のコースを修めなければならない。

一方、コンサルタント(上級医師)は、限られた範囲で、私的な診療を行うことが許されている。

薬も完全な医薬分業が行われている。病院では入院患者の薬は全て無料であるが、ただ外来と在宅の患者については、薬の必要性の度合いに応じて医師の処方箋にもとづき、それぞれ75%、50%の割合で県の保険局から薬局宛に支払われる仕組みになっている。

医療給付を受ける国民は大きく2つのグループに分かれている。第1のグループは、無料の一般開業医による診療、病院医療、一部負担をとともなう歯科診療、薬剤、物理療法等を受ける。このグループを選んだ者は、一般開業医の中から家庭医を選び、その家庭医に少なくとも1年間登録しなければならない。すなわち、家庭医は1年間は変えることができない仕組みになっている。病院や開業専門医での診療は、この家庭医の紹介のもとに行われる。第2のグループは、無料の病院医療、一部負担をとともなうその他の医療サービスを受ける。このグループは、家庭医を決める必要はなく、自由に一般開業医や開業専門医を選ぶことができる。ただ、病院での診療は一般開業医や開業専門医のもとに行われる。また、この第2グループには、医療の特別料金が適用され、第1グループに適用される標準料金との差額は各自が負担しなければならない。

ちなみに、この差額は、医療費の約3分の1である。なお、この第2グループの患者は一旦費用の全額を支払い、後から費用の3分の2の償還を受けるという、いわゆる療養費払い方式がとられている。

現在、約95%の国民が第1グループに属し、残りの約5%が第2グループに属している。かつては、このグループ分けは、一定所得以下の者が第1グループ、一定所得以上の者が第2グループというように、所得によって行われていたが、今日では、全国民が所得に関係なく自由に両者を選択できることになっている。このようにデンマークの人々は、医療サービスの受給に関しては、貧富や年齢の差にかかわらず全く同等の機会が与えられている。したがって、デンマークではわが国のような差額ベッドや付き添い看護料といった問題はまったくみられない。デンマークにおける医療サービスの利用に関する唯一の基準は現在迄のところ、医師の医学的判断のみといっても過言ではない。1983年現在の医療従事者数は病院勤務医(Doctors) 7,797人(看護婦(Nurses) 19,966人 准看護婦(Staff with other nursing training) 18,794人 一般開業医(General Practitioners) 2,900人、開業専門医(Specialists) 750人、開業歯科医(Practising dentists) 3,387人、学校歯科医(School dentists) 1,400人となっている。なお、人口10万当りの医師数は236である。⁶⁾

一般開業医は、そのほとんどが第1グループの家庭医である。一般開業医は、開業歯科医等とともにいわゆるプライマリ・ケア

を担当するが、通常2～3人で共同開業していることが多い。また、一般開業医の大部分は、登録人頭払いによる報酬と出来高払いによる報酬を受け取る。その割合はそれぞれほぼ2分の1ずつである。なお、コペンハーゲン市の一般開業医は登録人頭払い方式のみで報酬を受け取る仕組みになっている。また、開業専門医は、診療件数に応じた各診療行為別に定められた定額料金の支払いを受ける。

デンマークの場合、総医療費の中では病院医療費の占める割合が大きい。しかも、その半分は65歳以上の老人が使用している。⁷⁾デンマーク内務省は1983年にはっきりと脱病院化政策を打ち出した。一方、保健庁の老人医療政策も、病院からナースィングホームへ、さらには病院やナースィングホームから家庭へという方向を打ち出し、保健医療サービスと社会福祉サービスを連携した在宅ケアを重視するという政策の遂行が開始されている。ちなみに、老人1人1日当りの費用は、病院の場合、1,500クローネ（約30,900円）ナースィングホームの場合700クローネ（約14,420円）、在宅ケアの場合150～200クローネ（約3,090円～4,120円）で、在宅ケアの拡大は、医療費抑制のためにも、きわめて重要な政策であると考えられている。

しかし、医療・福祉は基本的人権にかかわる問題なので、一度達成したレベルを下げたり、変更したりすることは、なかなか国民が納得しないという性質をもっている。今日のデンマーク医療の混乱も、あるいはこうした点にその原因があるのかもしれない。

い。

2 オデンセ病院の大紛争

1. 紛争の発端

1986年には、予算の大幅な削減によりデンマークの多くの病院で混乱と紛争が生じた。なかでももっとも大規模な紛争は、フュン島のオデンセ市にあるデンマーク最大の病院オデンセ病院の紛争であった。

1986年の1月の初めにオデンセ病院の管理者たちは、まず、職員の数はそのままにしておいて、いくつかの内科病棟の患者の数を増やすことを決めたのである。その結果、あまりにも人手が足りなくなったために、ベッドの患者の世話や患者に飲み水を与えることも充分にはできなくなってしまい、身動きのできない患者は、そのままベッドに放置し、滴下装置で給水をさざるを得なくなってしまった。さらに、病室が一杯になってしまったために、廊下・浴室・休憩室をはじめ、事務室にまでベッドを置かなければならなかった。こうして最初の紛争が始まったのである。

さらに管理者たちは2,800万クローネ（約57,680万円）の予算削減計画を樹立した。

この削減計画の内容はおおよそ次のようなものであった。

がん患者に対する一時的抑制のための放射線照射の中止、清掃・リネンの外注、職員の新規採用の停止、手術（急患を含む）は1日8時間以内にする、文献・定期

刊行物の講読中止等。

このように、予算を削減するために治療や職員の必需品をはじめ清掃やリネンの費用まで、切り詰めなければならなかったために、医学的に正当な治療が行えなくなったばかりか、労働条件も極端に悪化した。その結果、1986年5月には職員たちは2回目のストライキに突入したのである。なお、オデンセ市には、当時、6ヵ月以上の入院待機者が5,500名以上もあり、この数は他の地区と比べてもはるかに多く、マスコミはこぞって、このストライキを大きく取りあげたのである。

このストライキを契機に、病院の管理者側は、経費削減計画の立案については、あらためて職員の代表と協議することを約束した。そして協議の結果、次のような内容の削減案が取りきめられたのである。

2. 前立腺、切迫流産、白内障、股関節脱臼の手術中止

管理者側との取りきめによると、入院患者の数を制限するとともに、各科の希望に応じて患者の治療に優先順位をつけることがきめられた。このために、入院待機者のリストは異常なまでに長くなってしまった。たとえば泌尿器科では、がんの手術を最優先にして前立腺肥大症の手術は、延期されることになった。この結果、前立腺肥大症の患者はカテーテルを持たされて自宅療養を余儀なくされてしまった。産婦人科でも、子宮脱の患者の手術は中止されてしまった。眼科では、緑内障、白内障、斜視、涙腺炎

などの手術ができなくなり、耳鼻咽喉科でも鼻の矯正や慢性中耳炎の手術はあきらめねばならなかった。そのために耳鼻咽喉科への入院を待っていたある患者は、慢性中耳炎のために脳に膿瘍を起こして、死亡してしまった。

整形外科では、股や膝の手術をはじめ、骨折、先天異常などの手術もできなくなった。老人病科でも、運動器官の関節症や他の病気の治療を中止せざるを得なくなった。形成外科では、皮膚の良性腫瘍や先天異常の手術と外傷や手術跡の形成や乳房の再形成はできなくなった。

3. がん患者の治療は

削減対象から除外

マスコミがもっとも大きな問題として指摘したのは、回復の見込のないがん患者の治療を中止したことであった。この問題については、マスコミが余りにもセンセーショナルにとりあげたために、ついにはがん患者の治療については経費節減のための労使契約の対象外とせざるを得なくなったのである。

4. 紛争の拡大とその波紋

1986年の夏には、ローラン島のマリポー市の病院でも職員がストライキに突入した。それは、県当局がレントゲン部門と麻酔部門を廃止し、外科と内科の規模を縮小しようとしたことに対する抗議であった。もし、この縮小計画が実施されるとマリポー市で

は急患の外科的処置が出来なくなり、患者をニケーピング市の中央病院まで、救急車で搬送しなければならなくなってしまうからである。このように、自治体によっては、公立病院の縮小ないしは廃止とともに、救急態勢の縮小も計画されはじめている。それは、病院がなくなれば救急車の必要もなくなるといった単純な発想にもとづくものであるが、労働組合の一部では、事故が発生した場合、50kmも離れた救急施設に怪我人をタクシーで搬送しなければならなくなると、職場での事故による死亡率が高まるのではないかと危惧されている。

1986年の秋には、コペンハーゲンにあるいくつかの病院でも、騒ぎが起りだした。ここでも問題点は、経費節減と職員の労働過重であった。そして、その結果、職員の病気による欠勤が多くなり、いくつかの大病院では、職員の80%が同時に欠勤したこともある。

5. 病院経営の新たな動き

デンマークでは、最近、一部の政治家や病院管理者の間に、病院経営にマネジメントと保健経済性という新しい概念を導入しようとする動きがみられる。オデンセをはじめとするデンマーク各地の病院でも、経済的責任を、各科に負わせようとしている。これは、大幅な経費削減についての管理責任を病院の管理者たちではなく、各科の職員に負わせることになり、その結果、職員同士の間で深刻な摩擦が起きはじめている。たとえば、職員が、管理者側の意向

に添って病院に留まるグループと、逆に退職していくグループとに色分けされる病院も出てきている。

保健経済性は、病院経営の企画立案の方法として導入されようとしている。患者の治療方法と責任者は、経済的見地からきめられることになろう。医師の養成コースにも、保健経済の科目が設けられはじめており、オデンセ大学の保健経済学部では、患者の治療と病院経営を、経済的な見地から計算判断できる病院経営者の養成を開始している。ちなみに、この保健経済学部は医療産業界の資金援助で設けられたものである。

3 民営病院開設の動向

1. デンマーク医療の2つの privatization

デンマーク医療の民営化への胎動には、大きく分けて2つの形体がみられる。すなわち、そのひとつは public privatization と呼べるもので、これは、個人またはグループで相当大きなクリニックを運営している一般開業医または開業専門医による民営病院開設への動きである。もうひとつの形体は完全な private privatization で、公的な疾病保険からは何の支払いも受けない自由診療の動きである。

開業専門医のなかには、患者が麻酔の処置を受けてから、専門医がすぐに駆けつけられる範囲にある都市の、ペンションや、病院に入院できるような、ミニクリニックを開設しようと努力しているものもある。

しかし、多くの場合、開業専門医の行なう処置は、病院の救急部門で受けることのできる種類のものである。

一方、開業専門医の一部は自由診療を行っているが、かれらは、公立病院への入院待機リストが長くなることによって利益を得ている。また、病院勤務医のなかでも、コンサルタントと呼ばれる上級医師の多くは、アルバイトとして、個人的な自由診療を行っている。かれらは、勤務先の病院の機器を利用して、自分の患者を治療しているのである。また、上級医師のなかには、所属病院の救急病棟に患者を受け入れることをことわりながら、一方では、患者さえ条件をのめば上級医師の個人的な診療が、すぐに受けられるようにしているケースもある。1986年になって、いくつかの県では、上級医師によるこのような個人的診療活動の制限を始めている。

2. 民営病院設置の動き

1986年に、デンマークでは本格的な民営病院を設置しようとする動きが2件みられた。

ひとつは、コペンハーゲン市に居住している教授の資格をもつ一人の上級医師が、匿名の医師グループの協力を得て、コペンハーゲン市の北に民営の病院を建設しようとしたものである。このプロジェクトに要する資金は入院予定の患者に一株ずつ出資させることと、ある大手の建設会社から借り入れをすることにより、調達されることになっていた。また治療に要する費用は、

さまざまな保険を利用して支払いを受けることが考えられていた。しかし、この計画は、出資可能な患者を十分な数だけ集められなかったことと、病院の建設予定地がNATOの空軍基地のすぐそばであったことから、デンマークの環境保護法の規定に抵触する点も出てきたために結局立ち消えになってしまった。デンマークの環境保護法によれば、騒音発生機関（空軍基地）の500m以内に居住施設（病院）が建設される場合には、騒音を発生する側が費用を負担して騒音調査をすることが義務づけられている。従って、この場合、デンマーク政府が約50万クローネ（約10,300,000円）の調査費を負担せねばならなかったかもしれないのである。

民営化のもうひとつの動きは、一旦廃止された公立病院を、民営病院として再生しようとするものである。これは、ある医師グループとある公立病院の前事務長のイニシアティブのもとに、シュトランド半島中部のアーベルトフト公立病院を、外国人用の民営病院にしようとしたケースである。アーベルトフト病院は、県の病院施設計画が変更されたために廃止されることになっていたが、病院職員の雇用を確保するために、富裕な外国人患者を対象とする民営病院に変更しようというアイデアが生れたのであった。そして、この考えがさらに発展し、入院待機リストが長くなることで悩んでいるデンマークの各自治体がこの病院の治療サービスを、有料で利用することが考え出された。また、個人でも希望すればこの病院の治療が受けられるようにするこ

ともあわせて考えられている。公営病院を民営にするというこのプロジェクトは、雇用を確保するためもあって、エーベルトフト市議会の支持も受けている。しかし、目下のところエーベルトフト病院は公立のまま、民営化の計画はその後進展はしていない。

3. 民営の整形外科および対外受精クリニック

コペンハーゲン市に居住する2名の医師が昨年共同で患者が治療費用を負担する整形外科クリニックを開設した。このクリニックには10名程の患者が収容でき、手術を受けた患者が入院できるようになっている。手術料は、たとえば乳房の整形で1件約1万～1万5,000クローネ（約206,000円～309,000円）、ヒップの整形で約5万クローネ（約103万円）である。

また、コペンハーゲン市のある産婦人科医師が、体外受精専門のクリニックを開設した。ここでは、結果の成功、不成功にかかわらず1件当たり25,000クローネ（約515,000円）を患者あて請求している。また、全額自己負担の超音波診断を行うクリニックもコペンハーゲン市に、開設されている。

入院待機リストが長い地区では、特別な看護を必要としない患者がいる場合、患者側が治療費を負担する形のクリニックを開設したいという要望が医師側にみられることから、この種の民営クリニックを開設する動きは今後も続くものと思われる。ちなみに、デンマークでは、ヒップの整形を公

立病院で受けようとする、どこでもたいして2年以上は待たされることになっている。

まとめにかえて

脱病院化政策がデンマークでは、成功しつつあるのか、それとも混乱をもたらしただけなのか、今の所ははっきりとした結論を出すことはできない。しかし、入院患者総数（1970年／40,100人、1983年／37,900人）にしても、平均在院日数（1970年／18.1日、1980年／11.9日）⁹⁾にしても、あるいはまた、国内総生産に対する総医療費の割合（1982年／6.9%、1984年／6.3%）⁹⁾にしても、数字の上では、しだいに脱病院化政策の効果があらわれはじめた兆しがうかがわれる。しかし、一方では、入院待機者のリストが異常なまでに長くなるなどの矛盾もみられる。こうした病院の混乱と危機を招いたのは財政が逼迫したことがもっとも大きな理由であるが、デンマーク政府は早くから金のかかる病院医療からの脱却を目指しており、中小都市における病院の整理統合と病院の中央化の推進は多少の混乱はともなうものの結果として、自然の成りゆきであったかもしれない。しかし、今少しの間、動向を見きわめる必要があるものと思われる。

注1) DENMARK, Total public expenditure on social welfare and health : Statistiske Efterrentninger 1983

2) 『デンマーク・スウェーデン・オラ

論文

- ンダ・フランスの医療保障制度の現状と動向』第5回外国医療問題研究調査団報告健康保険組合連合会 1982年12月15頁
- 3) 老人医療・長寿へのアプローチ「デンマークの老人医療」米林喜男 日本医師会雑誌 昭和59年6月15号カラー図説
- 4) 『Kaos och konnflikter i besparingar nas spår』Jasper Jørgensen, MOTPOL 1986年8月 p.16~19
- 5) 『Bakslag för privatsjukhus』Av Jesper Jörgensen. MOTPOL 1986年8月 p.19~20
- 6) DENMARK Persons employed in health sector. Converted into number of full-time employees Medicinalberetning, Dansk Tandlægeforening og Redegerecise for udbygningsplaner 1983
- 7) 『北欧諸国・フランスの老人医療政策と中間施設・在宅ケアの現状』第8回外国医療問題研究調査団報告, 健康保険組合連合会 1985年12月38頁
- 8) Measuring Health Care 1960-1983 OECD Paris 1985
- 9) Financing and Delivering Health Care OECD Paris 1987

ノルウェーの老後保障政策

本 間 信 吾

(大正大学助教授)

1 「福祉国家」の選択と発展

今日の「福祉国家」ノルウェーの形成に結びつく社会改良の発端は、1930年代に成立した労働党内閣の打ちだした諸政策であった。それまでヨーロッパでは老齢年金制度等の社会保障政策においては「遅れた国」であったが、この30年代以降、大戦中の社会保障政策の計画と国民的合意形成への様々な議論を経て、戦後その実現へ向けての動きが活発化した。

占領下において、ノルウェーでは指導的政治家や労組の指導によってスウェーデン（社民党・労組による「福祉国家」の拡大への活動）やイギリスのベヴァリッジ・レポートに影響された戦後にむけての社会政策の核心的原則の議論が活発であった。これに占領下の大戦経験によった強められた国民統合の気運が加わり、戦後直後からの「福祉国家」への歩みが選択された。

1944年、ノルウェー労働組合総連合（LO）は包括的制度による社会保障の統合とそれによる普遍性の方向を示し、このためにすみやかな経済成長と完全雇用の実現を求めた。そして、この方向が1945年の四党

（労働党、自由党、保守党、農民党）の「統合プログラム（Joint Programmes）」に現われる。戦後直後に高い水準の政治的合意の形成をそこにみることができる。

戦後、多くの政党による経済政策は、急速な経済成長と完全雇用の実現であり、同時に重視されたのは破壊された住宅環境の復興と住宅・都市政策であった。住宅対策は46年の国民住宅銀行（State Housing Bank）の設立によって様々な対策が実施されていった。これらの政策の遂行と同時に、48年国会に社会保障の統合への計画が提出され、それにもとづいた普遍性の原則による改良が実施された。失業保険は49年に農民にも拡大され、疾病保険は53年に全労働者に、そして56年に全国民に拡大した。また、57年法により59年からミーンズテストの廃止、70歳以上の全老人への均一年金の支給が実施された。こうして、国民的合意のもとで50年代は普遍性の原則が社会保障政策のなかで保証されはじめ、「福祉国家」の概念が国民全体のなかに根を張った時期であった。

順調な経済成長と完全雇用の実現（失業率2%以下）のもとで、60、70年代に「福

祉国家」の諸施策が確立し実施されていくが、各種の社会保険の統合と調整、そして、定額老齢年金に加えて従前の所得に比例した付加的な年金の導入への要求は、60年代初期に強まった。そして、65年の国会選挙を経て労働党のリードによって、48年国会に出された「統合された社会保障制度をめざした計画」が、66年に国民保険制度 (National Insurance Scheme) として成立した。戦後ノルウェーの最も重要な社会改良であるこの国民保険制度によって、老齢年金、障害年金、遺族年金等の年金保険は統合・拡充され、所得比例方式の付加的年金も導入された。さらに、70年から疾病保険、労働災害保険、失業保険が統合され、国民保険化による社会保障の基盤が拡充・整備された。この国民保険制度によって制度の拡充と同時に各種保険の管理・運営の簡素化、無駄の排除が企図された。そこでの財源調達では拠出徴収は一本化され、資金は各保険の勘定に配分される。また、財源の責任は被保険者から雇用主に移り、それぞれ定率に変更された保険料率による社会保障財政に占める比率は、雇用主が59年の26%から79年に53%へ、被保険者が43%から27%へと変化してきた。

国民保険制度と住宅政策の拡充・発展により、「福祉国家」における普遍性、平等、統合の目標は70年代以降前進してきている。たとえば、貧困については所得水準でみるとミニマム老齢年金以下の世帯は70年の10%から76年の9.6%とかわらないが、様々な福祉指標を含めて貧困をみるならばそれは今日のノルウェーでは大きな問題ではな

いことが示されている。また、これまでの諸政策が少なくとも所得配分の不平等化を阻止していることが示されている。

戦後、国民的な合意のもとで一貫して「福祉国家」を追求してきたノルウェーで展開されている老後生活の保障の諸制度とその水準を以下少し詳しくみてみよう。

2 老人の社会的地位・役割の変動

「福祉国家」政策を選択し確立させたノルウェーの高度産業社会の歩みは、国民一般、なかでも老人の生活の諸々な側面に大きな変化をもたらした。農業から工業化という産業構造の変動は、人口の都市・近郊への移動をうながすと同時に、老人の社会的地位・役割の変動をもたらした。農業社会においては、生産と家族生活が密接に結びつき、老人の家族・地域社会での役割は存在していた。そこでは老人は社会の有力な活動メンバーであり、社会に「統合」されていたというよりも、「統合」という今日の課題となっている問題は生じていなかった。伝統的生活を根底からくつがえす社会変動の進行は、老人の家族・地域生活に、社会的接触・参加に劇的ともいふべき変化をもたらした。

第一に、若年労働力の移動性の増大・流出は、大家族の崩壊ととり残された老人による過疎化をすすめ、家族生活、近隣社会生活における「分離」を引き起こした。第二には、都市化の進展は人口の高密度化にもかかわらず、家族内と同様に社会的レベルにおける人的接触を困難にさせた。これ

までコミュニティの社会的ネットワークを通じて「保障」されていた「協同 (Togetherness)」や「安全性」の基盤を老人たちは所有しえなくなった。第三に、労働能力の高度化、競争、新しい知識・技術習得の圧力が早期退職などを余儀なくさせ、老人から労働の場と社会性を奪っていった。

このように、大戦後のノルウェー社会における産業化、都市化の進展は、この社会構造の変動から生じた老人の社会における「分離」と「受動性」を社会的に阻止し「統合」化していくことを重要な課題とした。こうした「統合」を目ざした諸社会施策が「福祉国家」体制のもとで展開されてきているのが今日のノルウェーである。

ところで、労働と生産を中心とした社会において、労働からの引退は社会における有意味性の喪失を意味する側面をもつ。さらに、労働からの引退が、老後＝年金生活者という老後生活への契機となっており、そこに労働からの引退が、社会生活からの引退に直結する危険性が多分にある。老後保障の諸施策と同時に、老人の労働、労働からの引退プロセスへの諸対策が一定の重要性をもつ。

老人の労働に対する諸政策は、高齢労働者の就労保護政策と退職準備的政策とからなる。77年に改められた労働者保護・労働環境法は、国民保険制度の制定とならぶ戦後の重要な改革であり、労働者団体、経営者団体、政府の協議の結果制定された。これに基づいた老人への施策の主なものは、まず67歳の年金受給年齢は解雇を正当化するものでなく、特定職種をのぞいて70歳ま

で老人が要求すればパート化、再配置などの義務が雇主にあることを定めている「不当解雇からの保護」である。その他、高齢者労働者を保護しながら就業の継続を補助するため、国民保険制度からの補助金による老人の「特別休暇の保障（4週間の法定有給休暇に加え60歳以上者に1週間の有給休暇）」、「特別雇用補助」などがある。老人の就労促進対策として職業紹介の情報サービスと教育・訓練対策も行われている。一方、引退による生活の諸側面における急激な変化をやわらげるため、保健・福祉省に「退職準備のための委員会」（政府、労・資代表、老人団体から構成）が設置されており、そこでは退職への移行全般において生じる問題に対して、労働者、企業、コミュニティ間の連携をとりながら様々な方針・提言の提出が実施されている。

こうした高齢労働者と引退プロセスへの諸対策の一定の成果と同時、50～67歳層が疾病年金 (Disability Pension) 受給者の8割を占めていること、さらには、80年代以降若年失業者の増加傾向など、高齢期の就業をめぐる様々な難しい問題が現れており、老人就労問題の解決が重要課題となってきた。

3 老後保障の諸政策

1. 老後保障施策の体系

老後生活における所得維持、医療・保健サービス、福祉サービスなどの諸施策は、老人とその生活を「特別な」ものとして位

論 文

置づけることなく、ノルウェー社会の発展のなかで社会的・文化的に「統合」する目的のもとで体系づけられている。そのためには、基本的に老人ができる限り長く自らの住居・コミュニティに住み続ける条件を整えることが目指されている。また、年金者向け住居やレジデンシャル・ホーム、ナーシング・ホームに移動するニーズを持つ老人には、そのニーズを実現することであり、そこでの生活がこれまでの生活をできる限り維持できるように援助することである。

こうした基本的目的を実現するために、民間団体による諸サービスを視野に入れながら、公的な責任による諸施策が体系づけられている。国による基本的施策のガイドラインの制定とそれに基づく財源の確保を基盤とし、中央政府と19県（County）、45市（Municipalities）からなる地方自治体の役割分担によって諸施策が実施されている。

中央政府の老後保障・サービスにおける責任分担は、保健・福祉省による保健・福祉サービスにおける基本的施策の計画と立法化、管理と諸施策の財政である。その中心は、保健・福祉省の管理運営のもとにある国民保健制度による老人の所得保障・医療保障の役割である。また、この国民保険制度の財源は、地方自治体の行うナーシングホーム、ホームナーシング事業への財政補助の財源でもある。中央政府の財政補助は、この他にホームヘルプ事業へ通常予算から行われている。また、労働・自治省は国民住宅銀行を通じて、地方自治体の行う住宅施策の補助を担っている。近年、地方

自治体への財政補助は一括補助金方式（Block Grant）へ変更されたが、この方式は、施策の地方分権化を促し、地方自治体における柔軟な対応を可能にしたが、一方で国の責任を後退させ、全国レベルの水準に格差を生む危険も内包しているのではないか。

地方分権化のすすむなかで、県の役割分担は、ナーシング・ホーム、ディ・センターのニーズを把握し、ナーシングホームを含む医療・保健施策の計画・設置・運営を県予算と国からの補助で行うことである。

市の役割分担は、ソーシャル・ケア法にもとづいた老人への具体的諸サービスの実施である。その主なものは、一般的住宅施策との関連における年金者用住宅、レジデンシャル・ホームの設置・運営であり、在宅サービスの主要なものとしてのホームヘルプサービス、ホームナーシングサービスの管理・運営である。

以上が公的な諸施策とその役割分担であるが、今日の公的なナーシングホームやホームヘルプサービスのパイオニア的役割を果たしてきた人道主義的、宗教的諸民間団体が福祉サービスの領域で公的な財政援助のもとで重要な役割を果たしている。また、近年、年金受給者が自らの活動によって、老人福祉の拡大・充実によるより良い生活をめざす組織化をすすめ、ノルウェー年金者協会を結成し、地方支部における活動を調整し活発な活動を展開している。

2. 所得保障

老後生活の基盤のひとつである所得の保障は、国民保険制度による国民年金と一部の職業（漁業、船員、森林作業員、文官、地方自治体職員）に従事する者の職域年金とからなる。ここでは国民年金による所得保障を検討していく。

国民年金は、定額方式の基本年金（Basic Pension）と従前の所得の大きさに準じた付加年金（Supplement Pension）が組み合わされており、いずれも老齢、廃疾、遺族年金を含んでいる。老齢年金は、他の給付と同様に基礎額（Basic Amount）を基準にして給付額が決定される。この基礎額の大きさは、消費物価指数の変動に応じた変動を中心にし、受給者が一般的生活水準の上昇に対して不利にならない水準への考慮とから年々決定される。1981年の基礎額は19,100クローネで、勤労者賃金のおよそ4分の1となっている。この二つの年金を基本としながら、老齢期の最低生活水準の維持を目ざして、条件によって特別付加給付（Special supplement）、報酬補足給付（Compensation supplement）、延長加算給付（Waiting Supplement）などが組み合わされる仕組みになっている。

老齢年金の受給年齢は1973年からそれまでの70歳から67歳移行したが、高教育・専門職従事層で就業継続による受給延長（70歳）をするケースがある（この場合、延長加算給付が加算される）。

ノルウェーにおける基本年金は16～67歳の間の3年間以上の保険料拠出が必要であり、完全年金の受給には40年間の保険期間を要する。保険期間が短い場合には、期間に比例して減額される。基本年金の大きさは、単身者

又は年金無資格の有配偶者の場合は基礎額の100%、年金有資格の有配偶者の場合は基礎額の75%（夫婦で150%）である。

基本年金に組み合わされるもうひとつの重要な年金としての付加年金は、1966年以降、年金資格稼働（Pension-earning）期間3年以上の場合支給され、大きさは期間の長さとして所得の大きさに準じて基礎額を基準とする点数計算によって決定される。支給額に上限があり基礎額の12倍である。66年以降少なくとも40年間以上基礎額をこえる所得を得た場合付加年金の完全受給者となるが、その期間が短い場合は減額となる。現在、多くの老人は経過措置による付加年金を受給している。

この二つの基本的な年金は、66年に導入されたものであり、今日の老人の多くは、経過措置としていくつかの補足給付を受給し、所得水準を維持している。そのうち、主なものとして、特別付加給付がある。資格者は付加年金がない者（無職であった女性など）、又は付加年金額がこの特別付加給付額より小さい者である。82年の特別補足給付は40年の保険期間のある完全支給の場合で、単身者は基礎額の49%、年金の有る配偶者を持つ場合は46%である。保険期間が40年に満たないときはここでも減額支給となる。

さらに報酬補足給付が所得保障水準を補う形で制度化されている。これは単身者又は年金のない配偶者を持つ者に年500クローネ、それに扶養する配偶者に250クローネが加えられる。それぞれが年金受給者の場合にはそれぞれに375クローネが支給される（81年）。

以上が主要な国民保険制度における老齢年金であり、これらの組み合わせによって老後

の所得保障が最低保障の枠組みの中で確保されるよう構成されている。これら社会保険による所得保障に加えて、ノルウェーでは64年からソーシャル・ケア法にもとづく無拋出の社会扶助があり、この社会扶助（Supplement Allowance）は、国民保険制度による所得保障を補う目的をもって市レベルで実施されている。80年現在、454市中の53市（人口カバー率では約4割）で実施されているが、支給条件や支給額は様々であり、多くの場合ミーンズ・テストが行われている。

老齢年金による所得保障の水準をミニマム年金（Minimum Pension）水準でみると、69年までは基礎額とミニマム年金額は一致していた。しかし、70年以降、特別付加給付、報酬補足給付を加算した水準にミニマム年金は達し、82年では、単身者で32,088クローネ、配偶者を扶養している者では42,938クローネ、双方年金者の夫婦では52,0547クローネとなっている。その水準はおよそ勤労者所得の4割にあたる。従前の所得に比例した付加年金加給付、報酬補足給付を加算した水準にミニマム年金は達し、82年では、単身者で32,088クローネ、配偶者を扶養している者では42,938クローネ、双方年金者の夫婦では52,0547クローネとなっている。その水準はおよそ勤労者所得の4割にあたる。従前の所得に比例した付加年金の受給者とその大きさは増加してきているが、長期の年金資格稼働期間のある老人はまだわずかで、基本年金と付加年金による十分な所得水準に達している老人は少ない。82年に老齢年金者の約7割はミニマム年金受給者である。多くの老人は減額された付加年金に、特別

付加給付や報酬補足給付を加えた形で所得水準を維持している。今後、年金資格稼働期間が長くなり、また、女性の雇用労働者化が進むことを考えざるなら、付加年金の水準は高まっていき、制度の成熟化が進むなら、所得保障は一層充実するであろう。

3. 医療保障・保健サービス

老人の医療保障・保健サービスは、基本的に医療給付（Medical Benefit）、疾病給付（Sickness Allowance）、廃疾給付など国民一般への医療保障としての国民保険制度のなかに位置づけられている。ホーム・ナーシング（以下、H・Nサービス）、ナーシングホーム（以下、N・Hサービス）等の各種サービスもその運営費などの財政的な補助が国民保険制度によってなされている。しかし、高齢期における疾病の長期化等の健康面における特質は、病院ベットの約半数が、そしてN・Hサービス、H・Nサービスの利用者の大多数が70歳以上老人で占められていることに示されているように、いくつかの老人に対する特別な保障・サービスを不可欠なものとしている。

基本的な給付以外に加えられる老人に対する主な医療手当に基礎的手当（Basic Allowance）がある。これは、長期的な疾病・傷害状態にある老人に対し、移送費、特別食費、衣服費等の援助と、「生命にかかわる薬」代以外は有料であるが、この部分に対する薬代援助であり、原則として基礎額の15%が援助され、特別な理由がある場合は23~30%まで認められる。他に老人

眼鏡・聴力補助、補装具補助等がある。

複数の疾病構造を持ちやすく、ADLの低下をまぬがれない老人は、健康面での悪化と同時に社会的孤立・孤独に陥りやすい。病院等における治療と同時に、通常の社会生活を営む機能の開発、老人の能力・活力への十分な対応が保健サービスの重要な課題である。

老人が可能なかぎり住みなれた地域社会で生活し続けることが老後保障の基本であったが、そのための重要な保健サービスとして、H・Nサービスがある。

H・Nサービスは、病院等の医療施設において治療を受ける代わりに在宅での治療・看護によってそのニーズが満たされると医師が認めた老人に在宅で看護サービスを無料で行うことである。実施責任は市に属し、1982年にはノルウェー全市で実施されている。市の社会福祉部に属するH・N監督者が管理の責任を負っているが、総経費の75%が国民保険制度から補助されている。対象は老人に限らないが大部分は67歳以上の老人である(表1)。全市における実施とこのサービスは発展してきているが、受給者の地域格差の存在が指摘されねばならない。首都オスロでの67歳以上層1万人対比では女が370人、男が304人であるのに対し、Møre og Romsdal県では1,083人、932人である。サービスの発展度のちがいやホームナースの確保の困難さがその主な理由である。老人のニーズに応じたサービスの確立の重要な要因である従事者の職種と雇用形態は表2のとおりであるが、約半数がパートタイムであり、これでは十分な人的資源

の活用がなされていないといえよう。ホームナースの雇用条件の改善、専門性の確立によるフルタイム雇用化への課題が重要であろう。このサービスの充実には、老人に住みなれた住宅と地域社会で生活する機会をもたらすと同時に、病院、ホーム等の施設利用を抑制し、今後増大が懸念されている医療支出の軽減の方向とも関連をもつ重要な課題である。

保健サービスのなかで重要な施設サービスとしてN・Hサービスがある。病院法(Hospital Act)によって設置され、病院治療は必要としないが、ケア・看護を必要とする者を収容する施設である。設置・運営の責任は県にあり、財政の50%は国民保険制度からの補助である。対象は老人に限定されないが、大部分は老人が入所している。その充実をホーム数、室数の発展で見ると表3のとおりである。81年の水準は70歳以上老人の統計的ニーズの7%に近づいている。しかし、ここでも地域格差があり、オスロ市とFinmark県との格差が最も大きく、70歳以上老人100人当りの部屋数は8.1と5.7となっている。ホームにおけるサービスの水準をスタッフ構成からみると(表4)、その特徴の第一はフルタイムの医師の少なさであり、第二はどの職層でもパートタイムが多いこと、第三には専門的訓練を受けてない「その他の看護助手」の数が多くことである。これを入所老人との関係からみると、フルタイム職員1人当たり老人2.9人、パート職員1人当たり老人2.2人となる。「N・H認可基準の勧告」は30ベットのホームの看護職員は16人、看

論文

表 1 ホームナーシングサービス新規受給者の年齢構成

1980年

年 齢 性	16歳未満	16-66歳		67歳以上		計
	計	男	女	男	女	
実 数	1,239	6,277	4,689	19,992	11,861	44,058*
割 合	2.8	14.2	10.6	45.5	26.9	100
同年令層の 10,000人 当り	13	49	36	669	553	110

*In addition, 475 Patients whose age was not stated.

Source : NOS Social Statistics 1980. (Data lacking for 5 municipalities.)

表 2 ホームナーシングサービス従事者の職種と雇用形態

(人)

	フル・タイム	パートタイム	計
看 護 婦	940	915	1,855
訓練をうけた看護助手	675	644	1,319
訓練をうけてない看護助手	25	82	107
計	1,640	1,641	3,281

Source : NOS Social Statistics 1980 (Data lacking for two municipalities.)

表 3 ナーシングホーム、居室数の推移

年	1970	1972	1974	1978	1981
ホ ー ム	431	466	497	557	603
居 室	13,480	15,847	17,968	23,105	26,566

Source : For 1970 : NOS, Health Statistics 1970
1972-74 : NOS, Health Statistics 1974

表 4 ナーシングホーム職員の職種と雇用形態

医 師		看 護 婦		看護補助者		訓練なし補助者	
フルタイム	パート タイム	フルタイム	パート タイム	フルタイム	パート タイム	フルタイム	パート タイム
22	270	1,167	1,979	2,421	2,527	1,911	2,326

Source : NOS Hospital Statistics 1979

表 5 ホームヘルプサービスの総支出の推移

単位：千クローネ

	1973年	1975年	1978年	1980年
総支出	219,966	305,619	629,794	869,086

Source: NOS Social Statistics 1978 and 1980.

表 6 ホームヘルプサービス従事者の雇用形態・
受給者・労働時間、受給時間

	ヘルパー数		A受給者数	B労働時間 (単位：千時間)	B/A受給時間
	計	うちパート タイマー			
1980年	44,694	44,060	98,390	16,800	171
1975年	31,490	31,301	64,548	9,560	148
1970年	20,597	20,528	43,787	5,987	137

Source: NOS Social Statistics 1980
NOS Social Statistics 1978

護スタッフ1人当たり老人1.9人である。また、75年のオスロ市の最低基準はフルタイム職員1人当たり1.5人である。ホームと部屋数の順調な拡充にもかかわらず、地域格差、スタッフ基準の未到達等の問題点が残されている。

その他の施設としては、精神衛生法にもとづく長期収容施設である精神医学ナースングホーム (Psychiatric Nursing Home) があり、79年現在全国に118ホーム、4,328部屋が設置されている。そこには4,359人が入所しており、その約半数は70歳以上の老人である。こうした収容施設の他に、在宅による老人の社会的「統合」という老後保障の目的にてらして、今後拡充を目ざしている施設としてディ・ホスピタルとディ・

センターがある。ディ・ホスピタルは、まだオスロ市に一施設があるだけであるが(81年)、毎日又は週何日かそこで治療やケアを受ければ、自分の家で生活することができる老人に対するものである。

ディ・センターは、以前に Day Nursing Homeといわれていた施設であるが、77年にN・Hのディ・ケア施設に国から援助が出され一般化した。目的は、適切な援助と監視のもとで昼中過ごしうる在宅老人に通常の医療・ケアを与えることである。通常N・Hに併設され、全国で2県をのぞいて設置されており、81年で81センター、678室に拡大してきているが、このセンターもまだ地域的に偏在しており21センターがオスロ市に集中している。

4. 社会福祉サービス

所得保障、医療、保健サービスとならんで老後生活の安定への重要な役割を担うものに社会福祉サービスがあるが、ノルウェーにおける在宅サービスの主なものは、ホームヘルプサービス（以下、H・Hサービス）とサービス・センターである。

H・Hサービスは、生活援助サービスがあるなら在宅で生活を続けていくことができる老人に、在宅でケアを与えるサービスである。このサービスは市の責任で実施され全市で機能している。市の社会福祉局は市の協議会の特別委員会とともに、管理・運営に責任をもちH・H活動を統括する。その主な内容は、①活動のスーパーバイズと統制、②保健等の公的機関や民間団体との協同、③ニーズ調査、新しい活動の開発・指導である。日常的な活動の監督・運営の責任者は保健サービスとの密接な共同活動とそのメリットを期待してH・Nサービスの責任者が兼ねている。財政的には79年まで50%が国からの補助金であったが、サービスの拡充による補助額の上昇の結果80年に補助の上限が設定された。しかし、その後、地方自治体への保健・福祉サービスの補助金は一括補助の方式が採用された。ホームヘルプサービスは、各市において、この補助金の最大部分を占めている（表5）。利用者の負担は応分のものであり、サービス費用のごくわずかな部分を占めるだけである。

財政的に大きく拡充されてきているH・Hサービスの水準を従事者の内容からみて

みより（表6）。70年から80年までの10年間に、ヘルパー数は約2倍強の増加、受給者数も約2倍に増加するなど拡充してきているが、フルタイム従事者は少なく圧倒的にパートタイム従事者が多い。パートタイム従事者が多数を占める理由としては、ヘルパーの多くが女性であり、子供が学校、幼稚園に通学している午前中就業していることがある。また、80年の全ヘルパー中29%が親族である老人を世話していること、さらに89%の市では親族をヘルパーとして雇用していることなどに理由を見出すことができる。このような多様な人的資源の発掘・利用による拡充は見られるが、また、受給者当りの時間数も171時間と増加しているが、老人のニーズの発展に対し、パートタイム従事者の活用の方向のなかでより一層の拡充が目ざされる必要がある。ヘルパーのサービス従事の仕組みは、ヘルパーの自宅から老人宅へ行き、一週間単位で労働状況を報告するシステムになっている。

サービス水準に関わる問題としてヘルパーの教育・訓練があるが、それは成人教育法にもとづくプログラムの4週間コースと短期間コースに参加する形で行われている。80年現在、全ヘルパーの3.9%が4週間コース、7.9%が短期コースを終了している。81年以降、教育・訓練の充実化のため65時間以上に改められ、サービスの質的側面の強化がすすめられている。

老人が在宅で「豊かな」生活を維持するためには、H・Hサービスという老人の生活拠点へのサービスとともに、地域社会の生活環境も整えられねばならない。その主

なものとして、地域の老人が通所し、福祉的医療的サービスを利用する場としてのサービスセンターがある。また、サービス機能と同時に、センターは地域で様々な福祉サービスを担う団体・機関のセンターでもある。センターは宗教団体や他の民間団体によって始められたが、今日では市の運営によるセンターが約半数を占めている。80年現在、全国147センター中半数を占める民間運営のセンターも大多数が市の補助金を得て運営されている。74年の85センターから数のうえでは発展してきているが、分布には地域的かたよりがあり、454市のうち63市にしかない。オスロ市を中心とする人口密集地域に多く設置されている。63市以上の発展が必要であるが、過疎地域では同様な機能を果たす移動サービス等の有効性も考えられねばならない。センターの機能は、カウンセリング、理・美容、給食サービス、スポーツ・ゲーム活動、カフェテリアの設置などであるが、その活動はボランティアによって行われるケースが多く、女性の年金者のボランティア活動が目立つ。それは老人による老人のための活動といえるが、老人ボランティアの場合、定期的活動に不十分さがあり、活動水準、サービス内容の低下・減少につながる問題を含んでいる。センターにおける低料金の諸サービスの利用は、社会的に孤立し、家に閉じこもりがちな老人に対し有益な機能を果たしている。スタッフの充実などの運営改善により、ボランティア活動の老人と利用老人の社会参加の場としての役割が在宅福祉サービスのなかで強化されねばならない。

地域社会におけるこの二つサービスを柱として様々なサービス活動が組み込まれている。それらのいくつかをあげると以下のようになる。サービスセンターや民間食堂で用意され市や民間が配達を行っている給食配達サービスがあり、80年現在131市で実施されている。民間団体によって主に行われている、老人のニーズをさぐり有効なサービス利用のアドバイス等を通じ老人の孤立・孤独をとりのぞく役割を持つ訪問サービス、ソーシャルワーカーによる個人カウンセリング等がある。また、労働者教育協会、民間団体、公的機関やノルウェー年金者協会等による適切な料金での成人教育コースが多様な内容で開かれている。その他に、旅行チケット割引サービス、休日のレジャーを援助する休日サービス、電話設置補助・電話サービスなどがある。さらに、過疎地を中心に緊急ニーズの発見とサービス情報伝達を内容とした郵便配達人による仲介サービスも実施されている。

5. 住宅保障・サービス

戦後の「福祉国家」の確立・発展のなかに占める住宅保障の重要性は先述したが、老後生活の保障においても当然のこととして、これまで述べてきた諸サービスが有効に機能するための基本的条件として、老人の住生活環境の保障・サービスは位置づけられる。住宅保障・サービスは、年金者用住宅（Flatlets for pensioners）、レジデンシャル・ホーム（以下、R・H）という住居・居室の保障と、老人が居住している

住宅改修の補助，高家賃，光熱費等への補助などの住宅補助サービスとからなる。

年金者用住宅には管理人サービス以外付いていることはあまりなく，自分で生活できる単身老人向けが中心である。また夫婦向けもその割合を増やしつつあるが，いずれにしても生活管理能力を有する老人を対象としている。建設は市が国民住宅銀行の財政援助によって行い，運営事務費は市の予算である。戸数は81年に2.1万戸と66年からくらべ3倍強と増加している。大部分は公営であるが，247市にしか建設されおらず地域格差があり，地域差縮少が今後の課題である。基本的には独立した住宅として建設されているが，80歳以上老人の増加傾向のなかでN・H，R・H，サービスセンターへの併設の形も数を増している。80年現在この併設の数は約3,000戸であるが，住宅提供と福祉・保健サービスの結合した住環境の方向が指向されている。

R・Hは，自分で基本的には生活できるが，それでも共同的居住環境(Joint household)のもとで居住するニーズを持つ老人を対象としている。市はソーシャルケア法に基づいてホームを建設・運営するが，この法は市のホーム建設の責任を間接的に指しているのみで，この法的弱さと市の財政状態によって建設が左右される要因が含まれている。さらに，N・Hは国民保険制度によって補助されること，国からの一括補助金への変更，さらには年金者用住宅建設の伸びなどが加わって，居室のN・H，住宅への変更なども含め，R・H数，居室数は減少している。また，ここでも地域格

差があり，オスロ市など都市部にくらべ農林漁業地域，小都市での充足率が高い。一定の福祉・保健サービスを備えた共同居住住宅へのニーズが高まるであろう今後に向けて，年金者用住宅という「純粹」な住宅提供サービスやN・Hの設置と関連のなかで，地域社会のニーズに対応した住環境整備の役割としてR・Hの建設・運営の拡大も指向される必要がある。

以上の老人向け住宅提供サービスが拡大してきたとはいえ，大多数の老人は従前からの住居に暮らしている。彼らの住生活の保障の施策として住宅改築・改修ローン・サービスがある。60年以来，老人が適切な居住水準で居住し続けることを可能にするために，古い住宅・フラットの改築・改修へのローンが国民住宅銀行から貸しつけられている。条件は60歳以上の老人のいる世帯，築30年以上であることなどが基本であるが，ミニマム年金水準の世帯には築年数は条件とならない。ローン返済は最初の6年間は猶予され，その後10年間の返済である。

さらに，ミーンズテスト後に，古い住宅の改築・改修のための手当が国民住宅銀行から支給される制度としての住宅改築・改修手当がある。80年で利用者の63%は老人である。

もうひとつの主要な住宅への補助サービスは，住宅費補助(Housing Subsidies)である。目的は，低所得もしくは高家賃世帯の居住費を軽減し，居住水準を満した住居に老人ができる限り居住し続けることである。対象は65歳以上老人のいる世帯，障

害者のいる世帯が基本であり、75年以降財政負担は全額国民住宅銀行で、管理は市と国民住宅銀行である。給付は個人所有住宅のみならず、有料のR・H等も対象となる。R・H居住者は、低所得の場合この補助で料金を支払い、年金等の所得を住宅費以外にあてることができる。

4 80年代における変化の特徴

1975年から80年にかけてのノルウェーのGDP実質成長率平均4.6%にみられるように、ノルウェーの経済成長は、他の西欧諸国にくらべ順調な成長を経て、完全雇用、安定した実質所得とそれによる安定した国民生活を推進してきた。しかし、世界的スタグフレーションの波により、80年代に入り、GDP成長率の鈍化、3～4%に上昇した失業率（他のOECD諸国より低い）など、その経済状況にはかげりが見えはじめ、「福祉国家」における財政的、政治的圧力が増しつつある。

こうしたなかで、社会保障のいくつかの制度において「削減」と「拡充」の双方からなる修正が社会的支出の抑制をめざして80年代前半に実施された。たとえば、諸制度の削減では、基礎額改訂水準の抑制、医療保障における交通費の患者負担や薬代の有料化（上限設定はあるが）、疾病給付日数の削減などであり、一方、拡充では年金における特別付加給付の基礎額に対する割合の上昇、市レベルのH・Hサービス、H・Nサービス、住宅手当等への国からの補助金の増額措置などである。消費者物価指数

の上昇を十分に反映しない基礎額の改訂は労働者の所得上昇率を下まわり、財政支出の「節約」を果たした。一方、ミニマム年金者の所得上昇率は特別付加給付の上昇によって労働者の所得増加率を上まわっている。この削減と拡充にみられる傾向は、平均で世帯支出の2%しか占めていない医療・保健サービス部門での負担増や基礎額改訂にみられる「間接的な削減」と、所得水準におけるミニマムレベルの底上げを中心とした拡充の組み合わせである。諸社会福祉サービスへの拡充と合わせてみるなら、老人、障害者等のより社会保障、福祉・保健サービスを必要とする国民層の水準を維持・発展させながら、他の国民層への負担を求めてきているといえよう。

こうした具体的施策における削減と拡充の傾向に対し、80年代に実施された国会選挙による国民の動向をみると、失業問題解決への関心が最も強く示されたが、年金、医療・保健部門の社会的支出増の抑制にも関心が示されていた。しかし、同時に、「福祉国家」の正当性とその維持は基本的に強く支持されていた。

こうした国民の傾向をとらえ、労働党は「長期福祉プログラム」を提出した。そこでは、一括補助金方式による地方の責任強化と活性化、予防施策の重視、サービス重視とそこでのボランティア組織の役割の重視等と同時に、諸施策の削減と拡充の方向が述べられている。さらに84年の各党からなる「将来委員会」の答申は、この労働党の「プログラム」をふまえて、高水準の所得層、年金受給層は、不利な地位にある層

論文

(ミニマム年金層、障害者など)の状況を強めるため、医療費等で負担を増やす必要があると指摘している。さらに、高い所得層の年金受給水準の抑制が指摘されている。こうして、「福祉国家」の増大する財政に対する基本的方針は、第一には、税又は保険料増による収入の増であり、第二には、給付の減額、現物サービス化、医療保健部門の有料化、優先グループの厳しい選択、年金幅の縮小などからなるものである。

しかし、国民世論は普遍性、平等、統合の原則による「福祉国家」の維持・発展を強く支持しており、負担と給付の構造的変革が実施されなければならないとしても、社会保障・福祉の公的な維持が守られ、社会保障・福祉の私的性(Privatization)を阻止するようなバランスのとれた改革を求めているようである。

参考文献

1. *Aging in Norway* National Report to the United Nations World Assembly on Aging, 1982.
2. *Service, Housing and Institutions for the Elderly in Norway* Odd H.Guntvedt, the Norwegian Institute of Gerontology, Report No.1, 1982.
3. *Norway* Stein Kuhnle, Growth to Limits, Volume 1 Peter Flora (Ed), European University Institute, 1986.
4. *Social Administration and Policy in Norway* Kaare Sølvesen, *Social Policy & Administration*, Volume 19, Number 1, Spring 1985.

(付. 本稿の主な内容は、上記4文献に依存している)

フィンランドの社会保障

マチヨ・ヤマダ・アルホ
山田 真知子

(フィンランドウーシマー県脳性マヒ協会元役員)

はじめに

フィンランドの社会保障は図1.2のように区分される。即ち、社会保障は所得保障、社会、保健サービスと労働保護によりなりたち、所得保障は更に社会保険制度と福祉として給付される所得保障とにわけられる。この二つの差は、福祉の方が自由裁量的であり税を財源とするが、種々なリスクに対しての所得の保障を目的とする社会保険の資金繰りは主として事業主と被保険者自身によってなされる。社会保険は所得保障費の85%を占める。このレポートは次の順序でフィンランドの社会保障制度の紹介をする。

1. フィンランドという国について
 2. フィンランドの社会保障の理念と歴史について
 3. 所得保障 (1)社会保険
(2)福祉としての所得保障
 4. 社会保健サービスについて
 5. 労働保護について
 6. 問題点と将来の方向
- なお使われている数字と表は社会保健省

及び社会保険庁発表のもので特に年が記入されていない場合は87年現在の数字である。
1 マルカは1987年5月現在で約33円である。

1 フィンランドについて

フィンランドはデンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェー、スウェーデンから成る北欧5カ国のうち一番東に位置し、その国土の約三分の一は北極圏内に属する。国土面積は日本より約6万3千km²ほど小さい33万8千km²で南北長は1,160km東西の最大幅は540km、海岸線は1,100kmでバルチック海のフィンランド湾とボトニア湾に面している。ノルウェーと北で、スウェーデンと東北で、東側でソ連と国境を接している。メキシコ湾流のおかげで同緯度にある他の国々よりは暖いが、冬は南部でも-20℃-30℃となり日照時間も5時間ほどになる。このような国土に約490万人のフィンランド人が住んでおり、人口は1915年に300万人台、50年代に400万人台に成長したが、1970年からは年13%前後の成長率におちた。男性の平均寿命がヨーロッパでも低い70歳、女性が78歳である。

第2次大戦後の増加下降の理由の一つに人口の5%にもものぼる国外移住（主にスウェーデン）があげられる。全人口の約二分の一が南フィンランドに集中し、首都ヘルシンキには約50万人が住んでいる。国民の93%がフィン・ウグル語系のフィン語を話す、6%がスウェーデン語を母国語とし二重国語制になっている。その他に少数民族として約4,400人のラップ人と約5,500人のジプシーが住んでいる。他の北欧諸国同様、国教はルーテル派プロテスタントで国民の90%が教会に属している。フィンランドは工業国で、木材、紙、パルプ等の森林産業が主要産業であるが、第2次大戦後は金属、エンジニアリング産業も急激に成長した。急速な工業化のため人口の都市及び南部地方への流動がおこり、1950年には労働人口の46%だった農業人口が79年には15%にまで減った。経済成長は70年代中ばまでは年間4-5%であり、80年代は3-4%である。失業は75年までは2-2.5%と低かったが78年に7.3%とピークになり、82年には約6%に落ちついている。経済体制は原則として私有制、自由企業制である。国が主力株主である企業は生産総量の約24%を占める。1984年の総税率は36%で他の北欧諸国より相当低い値である。1982年のGDP一人当たりはUS \$ 10,870で世界17位である。

フィンランドは1154年からスウェーデン王国の支配下に入り、スウェーデンの統治は1809年スウェーデンがロシアに敗れ、その結果フィンランドをロシアに割譲するまで続いた。ロシア皇帝をフィンランド大公

とする新しい時代の中で、自治権を認められたフィンランドの国民運動は発展を続けた。しかし19世紀末になりロシアの汎スラブ主義の圧力が増すにつれてフィンランドは完全独立を目指すようになり、ロシア革命後1917年12月6日に独立を宣言した。そして独立直後の内乱を経て1919年に共和国体制となった。1939年のレニングラード防衛のためのソ連の領土割譲要求にはじまった冬戦争の結果、フィンランドは東南部の領土割譲を余儀なくされた。その後フィンランドはドイツと接近し、1941年の独ソ戦の勃発によりフィンランドも対ソ継続戦争に入り、1944年のソ連の大攻勢に敗退しソ連との戦争は終わり苛酷な賠償条件を負い、10分の1の国土も失った。戦後1948年にソ連との間に友好、協力、相互援助条約が結ばれ、巨大な隣国と友好外交関係を結びつつフィンランドは独自の中立の道を歩んでいる。国会は一院制で議席数200、比例代表制で任期は4年である。独立以後歴代の内閣はすべて連立内閣である。

2 フィンランドの社会保障の理念と歴史

1. 理念と目標

フィンランドは社会保障の目標を、社会、保健サービスを給供しつつ、恵まれていない個人及びグループの所得保障を改善することによって、フィンランド住民の社会保障を計り、個人の機能力を促進することにあるとしている。もう一つの目標はすべて

の分野における社会政策に働きかけることによって生活水準を引き上げ、その結果福祉の必要性を減少させることである。以下は政府発表の福祉の6原則である。

サービス：福祉の目標は受給者に対するサービスであって、受給者の犠牲による公共の利益への奉仕ではない。そのサービスは受給の必要性に基き、奉仕の精神と柔軟性を持って行われねばならない。受給者の意見は尊重せねばならない。

- ・常態（ノーマリティ）：社会福祉を受けることによって恥をかくようなことがあってはならない。だれでも社会的劣等感又は“異常”という刻印を押される恐れなしに、必要とするいかなる給付又はサービスを自由に利用できるべきである。

- ・選択の自由：受給者は自身の必要に一番見合う給付又はサービスを選択する権利を有す。

- ・秘密保持：受給者と福祉ワーカーの間には秘密保持の信頼のある関係が築かれねばならない。受給者より与えられた情報は本人の許可又は知ることなしにいかなる目的にも利用できない。

- ・予防：福祉サービスは受給者の生活状態を改善し、自給力をつけることによって福祉の必要性を予防する目的を持つ。

- ・イニシアチブの強化：福祉の目標の一つは受給者の独立行動能力と自給能力を保持し、復活させ、又は授けることにある。

2. 社会保障の歴史

フィンランドでは、社会保障又は福祉と

いわれるものは主に親族、村落共同体、又は教会等の民間によって19世紀後半まで行われていた。最初の法令は1879年の救貧勅令で親族、共同体、事業者が生活貧困窮者を助けることを義務づけた。次の法令は1922年の貧民救済法で地方自治体に困窮者の世話を義務づけた。これは先の法令を改善するものではあったが、最低限の救済に限られ自給を補助するにはほど遠かった。児童福祉法、アルコール中毒者法、浮浪者法等の最初の特別福祉法の成立は1936年で既存の慣行を形式化し、対象を区別して新しい福祉制度をつくるものであった。その時代の特徴にもれず、これらの法の原則として社会の害となりうる現象を防ぐという観念があった。

第二次世界大戦後の出生率の急激な増加にそなえて、政府は家族福祉、即ち出産給付、家族給付、住宅ローン、児童給付などに力を入れはじめ、この傾向は現在でも受けつがれている。同時に戦傷者の救済が急ぎょ必要となり1946年に廃疾者福祉法が成立し、1948年には傷痍軍人法によって戦争犠牲者の所得保障が改善された。

フィンランドにおける大型の社会保険制度の法令化は比較的遅く50～60年代に始った。1948年の徴兵扶養家族法、1951年の廃疾給付法、1963年の児童養育推進法等により所得保障が充実した。

戦後福祉改革は社会保険制度におくれをとったが、貧民救済法に代わる社会補助法が1956年に、58年に精神薄弱者法、61年に中毒者福祉法、50年と65年の自治体家庭補助法（前者は主として子供のいる家庭に集

中的な補助と指導を、後者は普通の家事手伝い)が施行された。しかしながら前述の二つの家庭補助法を除いてはまだまだ新しい福祉制度の実現というにはほど遠かった。70年代に入ると社会サービスの充実が計られた。国家福祉5カ年計画で保育所サービスと精神障害児の福祉が必須となった。1973年に保育所サービスが自治体の義務となり国は助成金額を大幅に引き上げた。また1977年の児童養育保障法により離婚や未婚による片親だけの家庭の児童福祉が強化された。養育給付額が実質的に上り、複数の子供の養育が以前より保証されることになった。1978年には新しい精神障害者法が施行され、リハビリ、自給、社会との統合に重点がおかれるようになった。80年代には更に重要な改革が行われた。1982年の社会福祉法は84年に実施されたが、旧式になった諸福祉法に代わる法であり、社会福祉の原則と目標を規定し、社会福祉行政、社会サービス全般及び最後の手段としての所得保証に触れている。また社会福祉法と同時に通過した国家計画と助成金法は5年ごとの国家計画と自治体への助成金全般について規定している。この他に新しい児童福祉法が成立し、80年代末にはアルコール中毒者救済目的の新法ができる予定である。現在特に力を入れている制度改善は児童保育に関するものであり、この制度が実施されれば1990年までに3歳以下の全児童の親は保育所か家庭での保育のどちらかを自由に選べるようになり、そのために保育所制度と家庭保育への給付を充実させるのが目的である。

3 社会保障

1. 社会保険

フィンランドの社会保険制度の特色は、制度が義務であり法令化されているのにもかかわらず、その相当な部分を民間の保険会社に取り扱っていることで、国は社会保険の立法及び保険会社の監督の責任を負う。国民基礎年金を取り扱う社会保険庁は比較的独立した政府機関で、最終的には国会に従属し、それゆえ社会保険担当の最高政府機関である社会保健省から独立している。また民間保健会社に法令化している社会保険の運営を任せていることは、即ち公的及び民間保険の区分が明確でないということだが、これが社会保険制度が国家によって運営されている他の北欧諸国とフィンランドの制度との違いの特色となっている。国民年金、健康保険及び出産保険、及び基本的な失業保障は基礎保障として社会保険庁が担当する。労働年金は民間の保険会社や財団によって運営される。その財源は事業主負担の保険料である。ただし自営業者は自身で保険料を支払う。労災保険も民間保険会社の扱いで事業主負担である。失業保険は労働組合の失業基金によって運営され、これにカバーされない者は社会保険庁より給付を受ける。自動車事故保険については自動車の所有者に保険義務がある。1983年フィンランドには53の民間保険会社がありそのうち13社が生命保険と年金保険を取り扱っている。保険会社は社会保健省の監督下にあり、労働年金の施行の監督は社会保

院に移される。

(1) 年金保険

A 国民年金

国民年金法が施行されたのは1939年でその後完全に改正されたのが1956年である。種類は老齢、障害及び失業等をカバーし、その適用対象者は16歳以上のフィンランドに居住する市民で居住条件を満す外国人も含む。

① 老齢年金

老齢年金は65歳以上のすべての受給資格者に支払われる。1986年から被用者は諸定の条件のもとに55歳から弾力的に繰り上げ退職年金を受給することが可能となった。ただし全体の制度としての支給開始年齢の繰り下げは、財政的にも労働力確保の観点からも不可能といわれている。

② 障害年金

16～64歳の受給資格者で事故、疾病等の理由で働くことのできない場合、一時的又は継続的に障害度と履歴を考慮し給付される。また職場復帰のためのリハビリの費用等も給付される。

③ 国民失業年金

受給適用者は過去60週間に失業法に基づき少なくとも200日分の失業給付を受け、職の提供もなく拒否の経験もないことを証明する。

④ 埋葬補助

国民年金法にもとづいて被保険者の埋葬補助費3,322マルカが家族に支払われる。

⑤ その他の付加年金や補助給付には次

の様なものがある。その上限は他の年金とのかねあいでの制限がある。

児童、配偶者補助（年金受給者の扶養児童へ及びその配偶者が働けない場合に各々196,308マルカ（87年））

住宅補助（1家族つき最高額641-951マルカ（85年））

困窮者補助（困窮度によって。又は80歳以上）

遺族年金（65歳以下の寡婦と子に支払われる。寡婦年金額は子があるかないかで違いがある。また寡婦は職業訓練や教育の補助給付も受けれる。孤児年金は保護者に死別した16歳以下の孤児に最高21歳まで支払われる。）

戦線従軍兵年金（55～64歳、1939-45年の戦争の戦線従軍兵と女性の戦線勤務者に給付）

児童看護補助（障害又は慢性病の児童の家庭に看護手当として程度によって621又は931マルカが支払われる。）

以上の年金及び補助給付は公定物価指数又は住宅費の変化に左右される。1987年の国民年金の最小単位は1812～1893マルカ/月である。国民年金の拠出は主に被保険者と事業主の責任であり、国、自治体と社会保険庁が財務を共同で受けもつ。年金の付加分については自治体が17.5%、国が16.5%支払う。住宅補助は自治体が半額負担する。被保険者個人の年金拠出は地方税1マルカ単位につき0.02マルカである。事業主の負担は支払われるサラリーの4.6～5.6%である。戦線従軍年金はすべて国家基金で児童看護補助は社会保険院から支払われる。

論文

B 労働年金

労働年金制度は次の年金法で規定されている。被用者年金法（1961年TEL）、パートタイム被用者年金法（1962年LEL）、自営業者年金法（1969年YEL）、農業従事者年金法（1969年MYEL）、国家公務員年金法（1969年VEL）地方公務員年金法（1968年KVTEL）、海員年金法（1956年MEL）、教会年金法（KIEL）芸術家およびフリーランサー年金法（1986年TAL）

事業主負担の拠出率は所得の8.1%～14

%（87年平均13.5%）で、最小年金額は退職年齢によるが所得の29～38%である。18歳以下の扶養児童がある場合は年金額の最高20%までの（2人以上はその倍）付加給付がつく。VEL、KVTEL、MELとKIELの最高年金額は30年以上の雇用において所得の66%である。民間雇用の場合は最高額は60%である。労働年金は老齢年金（繰り下げ退職も含む）、障害年金、失業年金、遺族年金をカバーする。（表1，2，3）

表1 年金者数（1978-2000）

	1978	1980	1985	1990	2000
国民年金（老齢年金と障害年金）	805	825	868	914	985
労働年金（ " " ）	487	535	628	706	818
労働年金の国民年金者比%	60.5	64.8	72.4	77.2	83.0

(千人)

表2 労働年金（百万マルカ）

	1983	1984	1985
老齢年金	3,829	4,360	4,972
障害年金	2,455	2,811	3,176
失業年金	421	690	962
遺族年金	1,079	1,242	1,416
計（最小年金）	7,784	9,103	10,526
その他の登録補助年金	312	361	409
計	8,096	9,464	10,935

表3 年金支払い額（百万マルカ）

	1983	1984	1985
労働年金（TEL, LEL, MYEL）	8,095	9,465	10,935
国家公務員年金	4,430	4,895	5,350
地方 “ ”	2,170	2,465	2,795
その他の労働年金	330	380	425
計	15,510	17,205	19,505
国家年金	10,510	11,990	13,225
戦争年金, 第三者自動車事故保険 及び労災年金	1,845	2,075	2,310
計	27,380	31,270	35,040
民間年金（予想）	850	930	1,020

（2）健康保険

健康保険は社会保険庁によって運営され、すべての住民（登録済みの外国人も）が利用できる。フィンランドでは公共のヘルスサービスシステム（保健所）は原則として無料で利用でき、その費用は自治体が負担する。特別な治療が必要な場合は一部自己負担となる。医師の診断料の60%、医師の処方による検査や治療費は自己負担の20マルカを差し引いた額の75%まで、また処方による薬代も20マルカの自己負担を差し引いた額の50%まで保険によって払い戻される。また糖尿病等36種の疾患は100%、リュウマチ性関節炎等9種には90%の薬代が保険でカバーされる。事業主も被用者の健康管理費の一部の払い戻しを受けられる。病院に通う交通費は15マルカ以上かかった場合、片道15マルカの自己負担をでる分が（原則として公共交通機関）払い戻される。払い戻しを受けなかった個人負担の薬代が

2,230マルカ（86年）を超える場合はその超過分の全額が払い戻される。疾病給付も最小額45.90マルカが最高300日まで支払われる。

出産給付（親給付）については健康保険によりすべての妊産婦は263平日の給付を受けられる。給付支給は出産予定日の30平日前から受給資格ができ、残りは産後の健康診断後に75日分支給される。その後は親給付となり、母親の承諾のもとに父親は6～12平日の父親給付を受けられるが、その日数は158日の親給付から差し引かれる。また105日の出産給付後は親給付の158日分を父親が職場を休み新生児の育児にあたるという条件で受けることができる。親給付は父親と母親の両方同時には支払われない。出産、親給付は受け取り人が無職の場合は45.90マルカ/平日である。年間所得が27,560～91,320マルカの場合はその80%、27,550マルカ以下だと80%強、91,330マルカ以上だと80%弱になる。この給付は税対象

である。事業主が被用者に出産休暇中に俸給を支払う場合は給付は事業主に与えられる。また86年1月以降は子供が3歳になるまで雇用を失うことはなく、引き続き家庭において父又は母が保育する権利を保障されている。ただし雇用者はその期間は俸給を支払う義務はない。

(3) 失業保険

失業保険は17～64歳までのフィンランド在住の有資格者に与えられる。基本日給付金額は75マルカでこれに18歳以下の扶養児童がある場合には1人16マルカ/日、2人24マルカ/日、3人以上30マルカ/日支払われる。所得に適応した付加給与は国48% 事業主47%、失業保険基金の組合加入員が5%と分担される。

(4) 労災保険

フィンランドの最初の労災法は1895年にさかのぼる。労災保険法は1948年成立し、その後何度も細部の修正が行われた。職業病法は1968年、農業労災保険法は1982年に通過した。事故保険は公共、民間の被用者、農業漁業従事者、トナカイの飼育者やその家族、アルバイトや見習いの学生も含む210万人(85年)が保険に加入している。保険の内容は労災治療の諸費用、所得損失補償、日給付、リハビリ、労災年金、遺族年金、埋葬補助等であり、12以上の被用者に対して事業主が保険料の拠出する義務を負う。

(5) 第三者自動車事故保険

1960年の第三者自動車事故法ですべての車両にこの保険をかけることが義務づけられた。この保険は原則として自動車事故から生じた障害の治療費、慰謝料、所得損失補償、リハビリ、埋葬補助、遺族年金等の完全補償をするものであり、事故に責任のあった運転手又は歩行者にも適用される。

2. 福祉としての所得保障

福祉行政の中心機関は社会保健省とその管轄下の社会福祉庁である。各県の福祉行政は12の県庁が行い、461の自治体はそれぞれの住民に対する福祉サービスに責任を負う。社会福祉庁は福祉行政を指導し新しい社会サービスを開発し、国家五カ年計画案を起草し県庁に財源の地域配分を指示する。フィンランドの現在の社会福祉の方向は地方分散にあり、県庁と自治体に権限を移すことによって社会福祉庁が個々の決定から解散され政策づくりにより力を入れられるよう計られている。また民間福祉もフィンランドにおいては長い歴史があり、各種の民間団体がフルタイムのワーカーを雇用し障害者や高齢者のための福祉サービスを行っている。これらの団体の有力な資金源にギャンブルマシンの売り上げがある。また教会も児童クラブ運営、自治体との協力によって高齢者サービスや家庭看護サービス、障害者サービスやアル中患者の福祉を行っている。1950年の法令で人口4,000人以上の自治体は社会福祉担当のマネジャー

の雇用が義務づけられ、社会福祉業務は以後専門職化しつつある。以前ボランティアによっておこなわれていた仕事も給料をもらって働くワーカーがするようになった。また自治体によって専門職化のトレーニングも行われるようになった。

他国と同様、フィンランドにおいても新しい立法や社会サービス等のため、社会保障費ははね上りGDP比率は1950年の8%から1984年には24%にもなった。1985年の

社会保障費のうち福祉サービスは20%弱で年金が45%、保健が30%である。福祉費の半分以上が保育と老齢福祉にむけられている。福祉とされる所得保障のなかでは児童給付の占める割合が一番大きい。福祉の財源は国と自治体で約半分ずつ負担し、国は自治体のほとんどの福祉費の31~64%の助成金を支給する。社会サービスの利用者の負担する額は全サービスの約10%にあたる。

表4 対GDP社会保障費(%)成長予想図

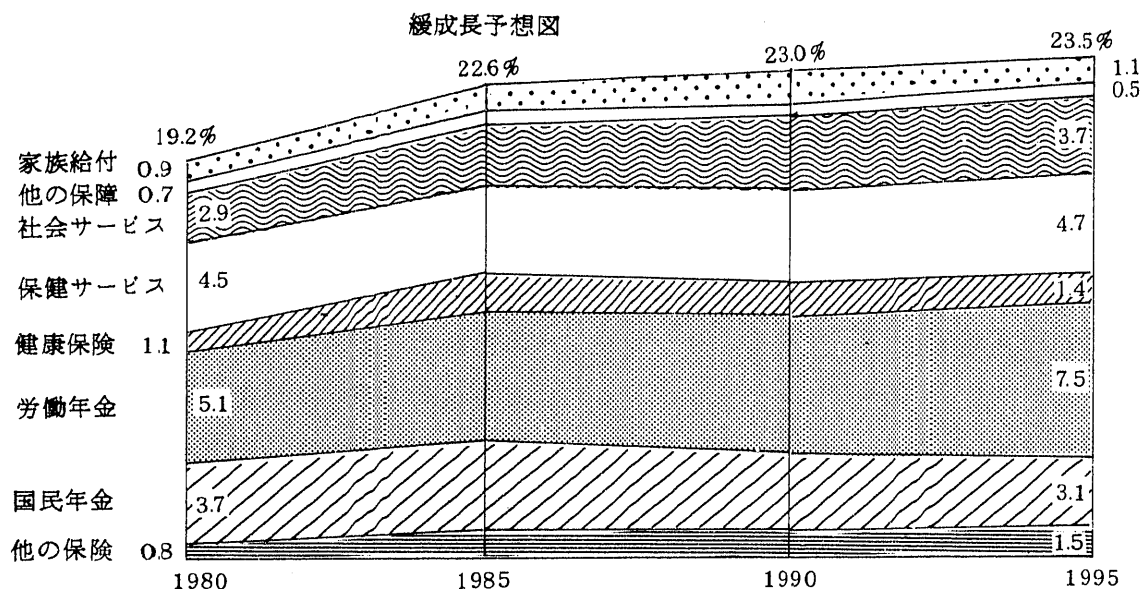
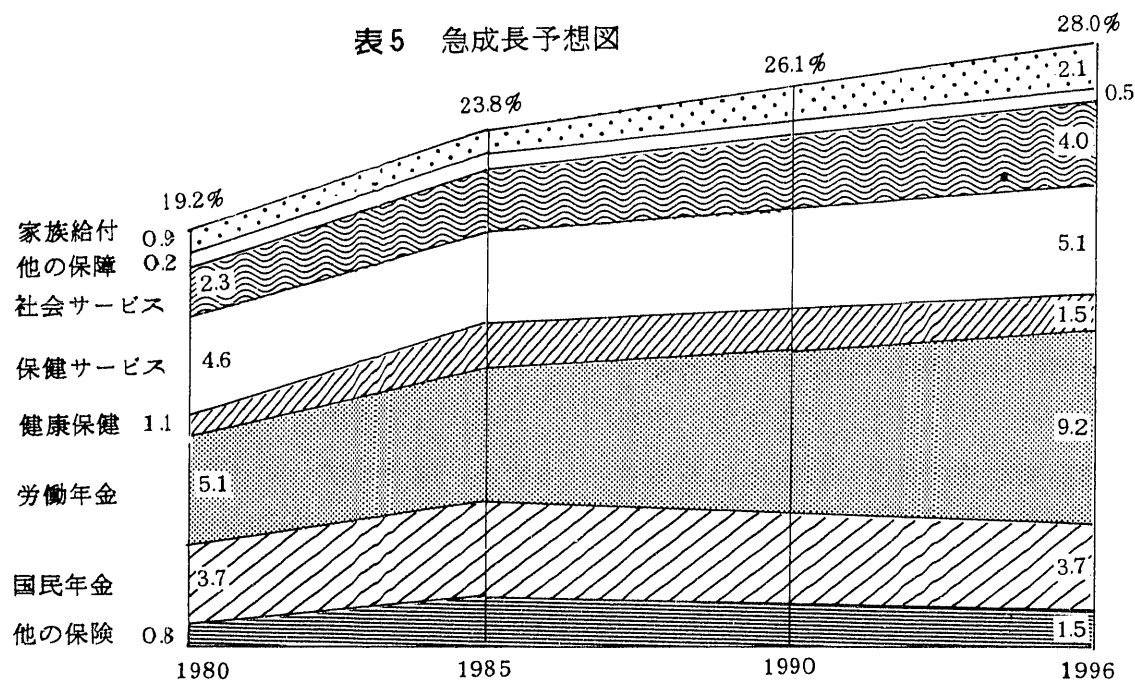


表5 急成長予想図



(1) 家族保障

① 児童給付

16歳以下の子供のいる全家庭に給付され第1児に3,044マルカ、第2児に2,516マルカ、第3児に3,044マルカ、第4児3,960マルカ、第5児以降4,776マルカが給付される。その上、特別給付として3歳以下の児童に1,248マルカ支払われる。(1986年10月)

② 児童養育給付

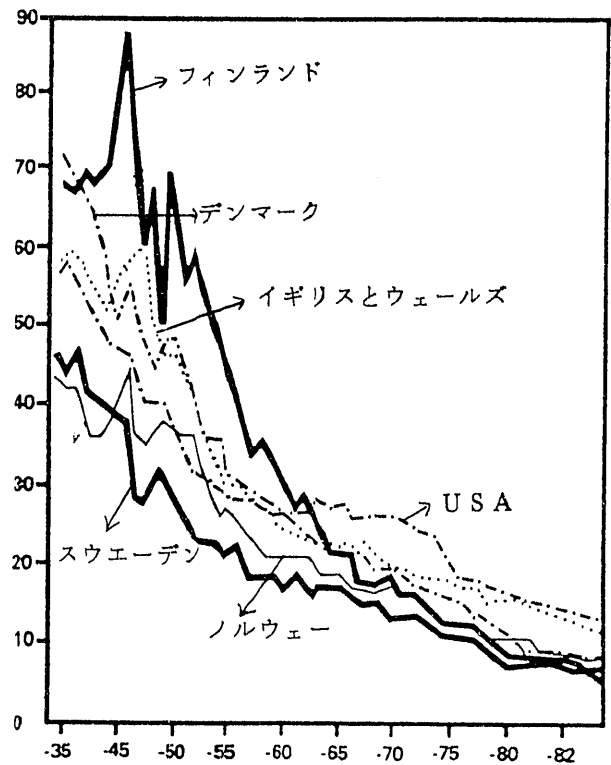
この給付は離婚した家庭において一方が裁判で決った養育費の支払い義務を怠った場合、又は未婚の母で父親が不明で養育費の支払いを受けとれない場合に与えられる。1986年の最高月額は404マルカで、この給付を受けている18歳以下の児童数は7万5千人である。

③ 出産手当

この出産手当は現金又は物品(おむつ、ベビー服等出産必需品のパック)の形で母となる女性に与えられるが、ほとんどの場合物品が選ばれる。それは物品の価値が現金(550マルカ(1986))の2倍あるからである。この手当は助成が妊娠5カ月以前に母子保健所に通うことを義務づけている。1930年代にはこの手当の価値が今よりずっと高かったためこの手当のお蔭で妊婦が保健所で診断を受けるようになり、その結果フィンランドの乳児死亡率は激減したのである。

表5 対1000出産幼児死亡率1935-83

6カ国比較



④ 児童保育給付

この給付の目的は家庭保育が経済的に無理なく行えるようにし、幼児をかかえた親が保育を自分自身で家庭でするか又は自治体の保育所に託すかの選択が自由にできるようにすることにある。家庭保育の場合、人を頼んで家庭で保育しても給付は与えられる。87年の給付金額は3歳以下の子の保育に基本額として月1147.50マルカが支払われ、7歳以下の兄弟がいる場合には更に229.50マルカ給付される。また両親の所得額によって20~918マルカの加付が可能である。85年には全国で約3万の家庭がこの給付を受けたが、1990年には7万家庭に増えると予想されている。

(2) 戦争犠牲者補助

① 傷痍軍人補償

この84年の傷痍軍人法に基づく国からの給付は約4万6千人が受けており、そのほとんどが第二次大戦の従軍者で平均年齢は約68歳である。補償内容は治療、1年間までの日給付であり、障害が残る場合は年金にきりかえられる。本人が死亡した場合は遺族が埋葬補助と年金を受ける。

(3) その他の福祉とみなされる所得保障

① 生活給付

ある個人又は家庭の生活扶助を他の所得保障によっては行い得ない場合に、自由裁量的に最後の手段としてこの生活給付が与えられる。近年所得保障が拡大しつつあるにもかかわらず、過去30年に亘りこの給付の受給者の数は減っておらず、人口の約3%が受給している。受給理由は過去においては老齢や病気が多かったが、現代では失業が一番の理由である。しかしながら、これも85年の失業保障法によって拡大された失業保障が生活を安定させ、この給付の必要度がしだいに減ってゆくことが期待されている。

② 廃疾給付

廃疾者の所得保障のほとんどは社会保険から給付される。福祉としての所得保障である廃疾給付は国から約9,500人に支払われている。85年の給付額は廃疾の程度に応じて年額7,740～15,288マルカである。しかし現在この給付は再検討される予定で、

将来は改善後の給付により細い段階がつけられ、より多くの廃疾者が受給でき、特に障害の重い廃疾者の助けになるであろう。現在の受給者は盲人か、少なくとも身体の機能の3分の2を失った廃疾者である。

③ 徴兵扶養家族給付と除隊補助金

徴兵扶養家族給付は徴兵義務によってその兵の扶養家族の生活手段が奪われる場合に家族に給付される。除隊補助金はすべての徴兵に除隊時に給付される。

4 社会・保健サービス

健康保健については所得保障としての社会保険に含まれるので、はじめに保健、社会サービスの変遷について、次に現在行われているサービスの概略について述べる。

フィンランドの保健政策はWHOの2千年ヘルスプログラムに基づいて計画されている。国民が健康であるためには社会経済状態をより良く改革し、同時に国民に正しい保健教育をほどこすことが必須という観点から、フィンランドは保健所、病院等の保健サービスを充実し、社会保険制度を整え、国民の保健教育をすすめてきた。

近年の発展の経過をみると、20世紀初頭はフィンランドでは他のヨーロッパ諸国と同様伝染病予防に力がいれられ、結核サナトリウムのネットワークが強化された。戦後は母子保健に重点がおかれ、その結果が現在の無料の母子保健所システムとなっている。50-60年代には病院ネットワークの充実に力をいれ、この25年間にベット総数1万9千の中央病院及び同総数1万1千の

精神病院が建設された。これによって病院ネットワークは規模、質と共に国際的水準に達した。60年代には医学部を新設し、現在の医学部の入学生数を増やすことによって現在は医者数はヨーロッパ並に達している。保健費が高かったことと所得保障が不十分だったことから1963年に健康保健法が成立した。その後、初期の健康管理の必要性和その充実がとりあげられ1972年に初期健康管理法ができ、その結果、保健所による住民の保健サービスの均等化と予防管理が向上した。また保健費の高かった60年代と比べて、その後の初期保健管理の充実と共にGDP対比も急激な伸びもみせず83年には6.6%と工業国の平均より低い値である。

フィンランドが特に力を入れている国民の健康管理、予防対策に食習慣、禁煙、禁酒の三項目がある。食習慣の方では塩と脂肪と糖分をひかえ、野菜を摂取する必要性のキャンペーンによってフィン人の食生活はかなり変わってきた。10年前はあまりみられなかったが、今ではほとんどのレストランで生野菜のサラダがだされるようになった。また徹底した禁煙キャンペーンによって喫煙者は減りつつあり、特に男性に顕著な傾向である。アルコールはさまざまなキャンペーンや規制等にもかかわらず、アル中問題が増加している傾向である。もう一つの予防対策として力をいれているのが精神衛生である。フィンランドでは国内間の移住、特に地方から都市への移住による断絶感や精神的なストレスが精神衛生に悪影響を及ぼし、自殺等の社会問題の原因になっ

ている。社会状態の改善、そして初期の診断が精神衛生管理における一番重要な課題となっている。

1. 社会保健サービスの内容の概略

(1) 保育所

社会サービスの中で一番急速に成長したのが保育所制度である。原則として両親共に働いているか、片親が病気であるか、学生である家庭、母子（父子）家庭、又は家庭の状態が保育に不適格であるとみなされた家庭の1歳～6歳までの児童が受け入れられる。費用分担は国が44%、自治体又は民間団体39%、保護者が17%である。運営費に対する国の自治体への補助金は31～64%である。親の負担は所得によって差があり0マルカから910マルカ/月である。86年には0～6歳児45万6千人に対する保育所の定員は15万6千人でこれは全体の34%である。0～6歳児の63%が保育所を必要としているといわれているので、これは必要度の約55%しか満たしていないことになる。しかしながら、1984年の社会福祉法では1990年までにすべての児童の親は保育給付を受けて家庭で保育するか、保育所に託するかのをどちらかを自由に選べることを保証している。保育所の新設、拡張が全国でなされ、特に首都圏の定員を大幅にふやす努力がなされている。公共の保育制度としては保育所と家庭委託の二種類があり、親は希望をだすことができる。家庭委託保育では自治体の委託で訓練を受けた保母が通

常自分の子ども含めて3～4人の子供の保育にあたり、保母の給料は自治体から支払われる。どちらも保育時間は4～10時間でフルタイムの子供は朝食、中食、おやつが与えられる。子供と保母の割合は4.8対1である。この他にプレーグラウンド制度があり、保育園に通っていない手のかからない子供が無料で自由に参加できる。またオープン・デイホームでは家庭で保育をしている親も子供も参加でき、全国で自治体によって夏にはプレーグラウンドに通う全児童にスープ等あたたかい昼食が無料で配られる。なお学童保育制もひかかれているが、供給率は必要度の40%である。84年には1万1千人の学童が通った。

(2) 老人福祉

フィンランドの老人福祉の根本となるアイデアは統合である。つい近年まで老人福祉行政の中心となるものは老人ホーム等の施設であった。1982年の老人ホームの定員数は3万強で、この数字は65歳以上の老人の5%にあたる。老人の約3～5%が老人ホームへの入所を必要とすると予想されているが、施設で長期の治療を必要とする老人の数は保健、社会サービスが発達するほど増えると考えられる。このために老人福祉の質を向上させ、より細やかな福祉と保健行政機関の協力が必要となっている。

老人ホームでの新しいタイプのサービスとしてデイケアと短期滞在のリハビリがある。デイケアには一人暮らしの老人が通い一日を過ごすことができる。短期滞在のリハ

ビリの必要性は高まる一方なので、老人ホームは定員の10%をこのために用意するよう推奨されている。現在では施設を増やすことより、ホームサービス制度を充実させる方向に力が入れている。ホームサービスとは家事の手伝い、補助、家庭看護、24時間の非常電話システム等を指す。この他に食事、おしゃべり、サウナ、体操、リクリエーション、文化行事等のサービスも行われている。老齡福祉の新しい型として家庭看護給付があり、身体機能を著しく損われた老人の家庭における看護を可能にするもので、病院治療に代わり得るものではないが、その必要性を延期させることができる。

また老人福祉における民間のサービスも非常に重要である。教会等のボランティアが老人を訪問し話し相手になること等で老人の生活に楽しみを与えている。このように今後の老人福祉の方向は今までの施設中心の考え方から、老人の所得保障を向上させ、デイホーム、家庭看護等のサービスを充実させることによって、老人ができる限り今まで住んでいた環境の中で自給の生活を送れるようにすることにある。

表6 65歳以上の年齢者数

		(千円)	
年齢\年度		1980	1995
65-69	206	231
70-74	174	193
75-	197	305
計		577	729

中央統計局 1981

(3) 家庭補助と農家への補助

個人が、又は家庭内で、疾病、出産等で、又は老齢や障害のためにヘルプが必要な時に家事の面倒、介添等の助けを自治体に頼むことができる。フィンランドには85年で約9千人の補助ワーカーがいる。この他に老人と障害者のために交通、家事、話し相手になる等のサービスもある。また農家でも疾病、出産時等に農業の手伝いを自治体に頼むことができる。約2万人の農家がこの制度を毎年利用しているが、その主な理由は疾病である。これらの補助の費用は利用者の支払い能力によって負担額が決められている。

(4) 住宅サービス

住宅事情はフィンランドの社会問題の一つであるが、福祉としての住宅サービスは現在年間約1万人に住宅が供給されている。利用者は主に老齢者、障害者及びアルコール中毒者である。今後の住宅行政との協力による拡張が待たれている。

(5) 児童福祉と家族相談

1983年の児童福祉によって自治体は児童福祉に責任を負う。フィンランドには108の相談センターがあり、家庭、育児等の問題について専門家が助言し、指導する。年間約2万2千の家族、計5万人がセンターを利用しその約半数が自分の意志で相談に来る。このように児童の教育、保育、育児については家庭相談、家庭補助、保育所等

の福祉制度及び所得保障によってさまざまな援助が与えられている。それでも福祉事務所は児童福祉に反すると判断される場合は、その児童を保護し、必要とみなされる期間代りの家族をみつけるか又は施設に入所させる。児童が本来の家庭に戻った後はその後の世話を必要な限り続ける。このような児童福祉は毎年約2万1千人(18歳以下の人口の1.8%)が受けており、その約半分が新しいケースである。児童福祉の必要度は地方より都市に多く特に首都ヘルシンキに多い。また養子縁組法により福祉当局の養子縁組への介入は義務であり国内、外の養子縁組が子供の最大の利益を基準とするように配慮されている。他国と同様、フィンランドでも養子を希望する家族の方が養子縁組を必要とする子供の数よりはるかに多い。

(6) 障害者福祉

自治体は障害者、廃疾者の福祉の責任を負うが、ほとんどの自治体は障害者組織のサービスを買う(委託)という形で福祉サービスに代えている。その主なサービスは教育の補助(重症の場合を除いて障害のある児童は補助サービスを受けて普通校に通うものとする)、適応訓練、職業訓練、住宅サービス、職業復帰リハビリ、保護職場(83年全国69ヶ所、2,400人の職場があるが必要度の12%しか満たしていない)、訓練必需品補助、交通サービス等である。現在全システムの手なおしがおこなわれ、1988年に新しい障害者福祉法が成立する予定

である。

また、精神障害者の数は現在約3万人（人口の0.7%）でその3分の1が施設に入所している。これについても最近では、特に児童、青少年の場合に施設よりもオープンケアの方向になりつつある。問題となるのは増加しつつある成人の精神障害者の福祉だが、ホステルのような住居ユニットをつくることによって問題解決が計られている。

（7）休暇補助

フィンランドの農業は普通家族単位で行われているため、農家は休暇をとることが不可能に近い。疾病の時は家庭補助が得られるが、これとは別に休暇の為に自治体が労働力のリリースを雇用する。これは所得の大部分を家畜業に依存している農家のため、年間15日は無料で利用でき、あと12日間は30%を自治体が負担する。年間約15万人がこのサービスを利用している。

（8）アルコール中毒者の福祉

フィンランドでは麻薬中毒者の数は非常に少いがアルコール消費量は1960-75年間に激増し、それに伴い中毒者、アルコールに帰因する病気が増えている。そのための福祉対策として、ボランティアの患者や家族のためのオープンケア、青少年のオープンケア、平均5日の入院を要する断酒治療、入院治療、福祉の家、一定期間の住宅サービス等があり、行くところのない浮浪アル

中患者のために24時間体制のシェルターハウスがある。またオープンケアではたすけられない中毒者のためには施設がある。その他民間団体の活動も非常に盛んである。1985年には新しい中毒者福祉法案が国会に提出された。他の新しい福祉法と同様にこの法案にもオープンケアの優先、医学治療の強調、リハビリの充実等がもられている。

5 労働保護

フィンランドの労働保護については、歴史的背景と現状の概略について、特に職業安全性、職業保健サービス、労働時間と年休のシステムについて簡単に説明する。

1. 概 略

フィンランドにおける労働保護の中心となる監督機関は社会保健省とその管轄下の労働保護庁であるが、労働省、内務省、通産省、郵政省等他省もそれぞれ労働保護にかかわっている。社会保健省は立法、予算、財源配分に責任を持ち、労働保護庁は労働保護法規定の施行に実質上の責任を持つ・労働保護監督は県別に11の地方事務局と3つの農林業の地方事務局にわかれ、10人以上の従業員を持つ事業を監督するが、危険を伴う事業の場合は10人以下でも監督する。また自治体においては保健局が労働保護監督の責任を負う。

産業界における技術開発は絶え間なく進みそれに伴って労働条件も変化している。生産方式の変化—自動化や科学技術の発達

によって労働環境も急激に変わり、新しい労働保護の必要性が生じてきている。今までの事故防止のみならず精神衛生の観点からも保護対策が必要になってきているし、技術の開発は今までの職業病の主な原因であった騒音や振動を減らしたが、一方で化学的な危険要素の増加をもたらしている。

フィンランドの労働条件に関する最初の立法は1889年の産業労働者保護勅令である。1907年にフィンランドでは労働組合の中央組合であるS A Kと雇用者の連盟のS T Kが結成された。労働組合運動は戦後急速に伸び、現在、全被用者の80%以上が組合に加盟している。現在の労働保護の基本となる労働保護法は1958年に施行された。1984年にフィンランド政府は国民労働環境計画を発表したがこれはおそらくこの種の世界でも初めての試みであろうといわれている。この計画は労働保護の開発によって労働環境を改善することを目標とし、行政機関、研究所、大学、労働市場や事業団体間の組織的な協力のもとに、現在の労働環境状況を調査把握し、目標を定め、労働条件とその監視を改善する方法を研究するものである。これをうけて、1985年に政府は新しい労働保護法案を国会に提出した。この法案は保健と安全性を基本とした58年の法令の範疇に含まれなかった海上の労働保護も含み、予防学的労働保護、特に事故発生の予防、及び精神衛生上の危険予防に力を入れている。この法案では事業主は事業計画の労働環境に及ぼす影響に責任を負い、更に独立の立案者もその案の中の労働環境計画に責任を負うことになる。この法案は1

988年9月から施行される予定である。

2. 保健サービス

職業保健法は1979年に施行され、すべての事業者は被用者の健康検査を義務づけられた。事業主がこのために自社に保健管理スタッフを雇用するか、個人のクリニック又は自治体の保健所等を利用するかは自由であるが、だいたい、それぞれ3分の1ずつの利用率である。事業主は社会保険庁から認可されている健康管理費の60%の払い戻しを受けることができる。

3. 労働時間

10以上の法令が労働時間を規定しているが、中心になるのは1946年の労働時間法である。多くの他国同様、今世紀はじめのフィンランドの工業、農業における労働時間は週6日間、1日10-12時間であったが、1917年の8時間労働法によって年3,010時間から2,424時間に減った。現在の労働時間は原則として1日8時間、週40時間で、例外は18歳以下でそれより短く、また深夜労働も禁止されている。フィンランドの平均就業年命は19.5歳で義務教育は16歳までである。オーバータイムは原則として年200時間以内と制限されている。交通、警察、病院等の公共サービス業務では3週間に120時間又は2週間に80時間と合計の制限があるが1日の労働時間の制限はドライバー（11時間）を除いてない、1986年の労使間の労働時間短縮交渉の結果、1987年から19

90年まで週40時間労働者は年2日、そして1990年には2日半分、所得の損失なしに短縮されることになった。

4. 年次休暇

1973年の年次休暇法がほとんどの労働分野に適用されており、被用者は1ヶ月の雇用期間に対し2平日の年休の権利をうける。雇用期間が1年以上過ぎた被用者は5週間の有給休暇の権利を得るが、この余分の1週間は休暇シーズン（5月2日より9月30日まで）外にとることになっている。またほとんどの分野において休暇から元の職場に復帰した時に、ボーナスとして通常半月分の給料を得る。

その他労働保護に関するものとして、雇用契約法、及び解雇や破産時における給料の支払い、レイオフ等による退職手当に関する法令もある。また社会保険の項で述べた出産給付等の制度及び教育のための休暇、——現在では3年間の雇用で最高9カ月の無給休暇となっているが——の制度等をあげることができる。

6 問題点と将来の方向

フィンランドの社会保障は過去20-30年間に国民の需要を満たす方向に急速に発展してきた。フィンランド政府は当面の目標として次の諸改革を計画している。

(イ) 保育所サービスを現在の必要にみあうように拡張する。

(ロ) 障害者、高齢者、慢性病者に定期的

な看護とサービスを保障する。

(ハ) 補助的所得保障システムを改善し、最低限の保障を柔軟性をもってすみやかに必要としている者に供給する。

(ニ) ソーシャルワーカーの教育を質、量共に改善し、ソーシャルワークとカウンセリングを予防及び調査の面で進展さす。

(ホ) 自給自立を可能とするための援助に、より力をいれる。

(ヘ) 非利益団体を援助し市民活動を促進させる。

(ト) 3歳以下の児童の家庭保育給付、出産給付（健康保険）、出産手当、児童養育給付、生活給付、徴兵扶養家族給付等家庭に有利な所得移動を強化する。

これらのなかでは、保育福祉に力が入られ、特に1990年までには3歳以下の児童を持つ親は家庭保育給付か保育所か自由に選択できるようになると期限をきってあるのをみても、75%（82年）の女性が家庭外で働いているフィンランドの現実において、保育所の充実がいかに緊急か理解できる。また家庭保育給付の充実によって出生率の増加が計れる。

将来の高齢人口の増加にそなえて、将来の老人福祉の方向は高齢年金者を自分の家庭で援助する方向になりつつある。住宅と施設外の諸サービスを向上させることが、即ち施設の需要を減らすことになる。これは障害者福祉についても全く同様ののだが、諸サービスを拡大、改善することによって、できただけ今まで住みなれた自分の家で社会との接触を失わずに自給自立できるように援助する。そういう社会システムをつく

りだしつつある。このようにオープンケアシステムを充実させれば、老人も障害者もいずれいつかは施設に入らねばならないだろうが、少くともその時期を遅らすことができる。

また福祉サービスの中で特に強力な対策が必要なものの一つにアルコール中毒者問題がある。フィンランドではアルコールは国の専売なので価格政策によって消費量をコントロールしているし、夏の期間は専売公社の直営アルコールショップは土曜日の営業を停止してしまう。しかしながらアルコール問題は深刻な社会問題であり、85年に国会に提出した新法案の施行が期待される。ちなみにフィン人の国民1人当たりの純アルコールの消費量は6.4ℓである。(84年)。

労働保護において重要性があるのが労働時間の短縮であるが、経済的影響が大きいために労使双方、行政当局、その他の利益団体の意見の一致が必要となる。前述の労働保護で述べたように1990年までの短縮が決定された。

80年、90年代には予想されていたより遅い経済成長による公共財源の低成長が、社会、保健政策に影響を与えるかもしれないし、また人口構成の変化、社会組織や生産の急速な変化が社会問題の質を変えてしまうかもしれない。それゆえ、綿密な調査、予測に基づいた長期計画が必要となってくるのである。財源については特に社会保険については人口構成からみて年金生活者数が増えつつあることからして、今後の経費の増長が予想されている。これは特に年金保険についていえる。現在国民年金保険と

健康保険は俸給に相関する資金調達から総売上税にもとづく調達に移向する可能性を検討中である。また社会福祉サービスは税と利用者によって資金調達ができているわけだが、その一部は所得により給付額が違い、他は所得に関係なく給付されている。しかし、実質所得と年金収入が上ってきているので、経費の成長は利用者によってまかなわれる方向になると予想されている。

おわりに

おわりに個人的な感想を少し述べる。フィンランドは北欧五カ国の一国ではあるが、日本ではスウェーデンやデンマーク程知られていない。北欧5カ国に入っても正確にはスカンジナビア諸国には入らないせいか、今でも時々「フィンランドは社会主義国なんでしょう。」という日本の旅行者に会う。かと思うとこちらの老人ホームや「子供の城」障害児専門病院を視察に訪ずれる日本の専門家や国会議員の数もおおい。そして老人ホーム、保育所、病院等を訪問する日本人はたいがい感心して帰ってゆく。私もフィンランドで暮らしはじめて13年経ち、この国の社会保障の恩恵を受けている。10年前と比べるとこの国の出産給付と児童保育制度の最近の充実が目ざましい。女性の75%が働いているのだから、安心して子を預けられる保育所制度は必須である。しかし3歳になるまでは家庭保育を希望する母親も多く、今では職を失わずにそれが可能となった。また所得の80%近くの出産給付の制度の出現によって高所得の女性達が子

供を産むようになったといわれている。父親が158日の保育休暇をフルにとることはまだまだ一般的ではないが、6～12日の休暇をとる父親は多くなりつつある。年金生活についても、ある程度の経済的保証がある上に、社会的にも疎外感はないのでフィンランド人は退職を心待ちにし、年金生活に入ってゆく。ボランティア活動をしたり、趣味をいかしたり、旅行をしたり、60代の健康な年金生活者は活動的である。ただ、日本のように親子2世代が一緒に暮らす習慣は完全になくなっていて、子とつながりの薄い高齢者は特に身体が弱くなると孤独におちやすい。それでも一人暮らしが無理になれば老人ホームや、病院に入るのである。病院は完全看護である。寝たきりの老人の看護のため子や親族が犠牲を払わないですむ方が大切であるという社会の判断である。しかしながら孤独なのはなにも老人だけではない。フィンランドでは（おそらく他の北欧諸国も、またどの人間社会も同様だろうが）生まれた時から孤独なのである。だから高度の社会保障政策にもかかわらず、アル中者が減らないのは人間の弱さからくるのではないだろうか。10年前と比べて市でみかけるアル中者の数は大して減っていない。そしてフィンランドのアル中者はだれでもかまわず大声で話しかけてくる。家庭が崩壊した時の孤独感に耐えられずアルコールをはじめ、ついにはアル中になり職も失い浮浪者になる例が多いときく。退職後の老人の生き方、暮らしかたとともに、アル中問題は今後勉強したいと思っている。フィンランドで老後をおく

る自分自身の問題と重ねあわせて。

最後に一つ強調したいことがある。私自身、身体障害のある子がいて、その子を通じて直接フィンランドの障害者福祉に接しており、また日本と比べることができる立場にある。障害者の立場からいうとまだまだ要求したいことがある。しかしこのような子供の為にどれほどのことを国や自治体が行っているか、またそれを社会が支持しているかを身をもって体験し、正直に気持ちを述べるなら、少なくともフィンランドに生まれて、わが子は幸運だといわざるを得ない。フィンランド人も税が重いとよくこぼす。しかし税について私の話したことのあつた人たちのほとんどが、それでも税はかなり公平に使われている、自分達の身に何らかの形でかえってきていると考えていることを記し、今回のレポートを終える。

参考文献 (Bibliography)

- The Central Pension Security institute: Employment pensions scheme in Finland, the private sector. Helsinki 1984.
- Ministry of Social Affairs and Health: The future development of Finnish social policy. Helsinki 1984.
- Social welfare in Finland. Helsinki 1986.
- Health care in Finland. Helsinki 1986.
- Working environment in Finland. 1987.
- Kansanelakelaitos: Kansanelake. Vantaa 1987.
- Sairausvakuutus. Vantaa 1987.

論文

• Saialihuolto 1984 / (julk.) STM, Sosiaalhallitus, (toim. Kari Raivio) : Helsinki, Valtion painatuskeskus 1983.

Sosiaalilainsaadanto 1984 / (toim. Erkki Oinikki, Osmo Toivola) , Helsinki : Suomen lakimiesliito 1984.

Sosiaalihuolto / Reino Salo, Porvoo : WSOY, 1981.

Sosiaaliturvan perusteet : Lindgren Jari. Porvoo : WSOY, 1985.

図1 フィンランドの社会保障

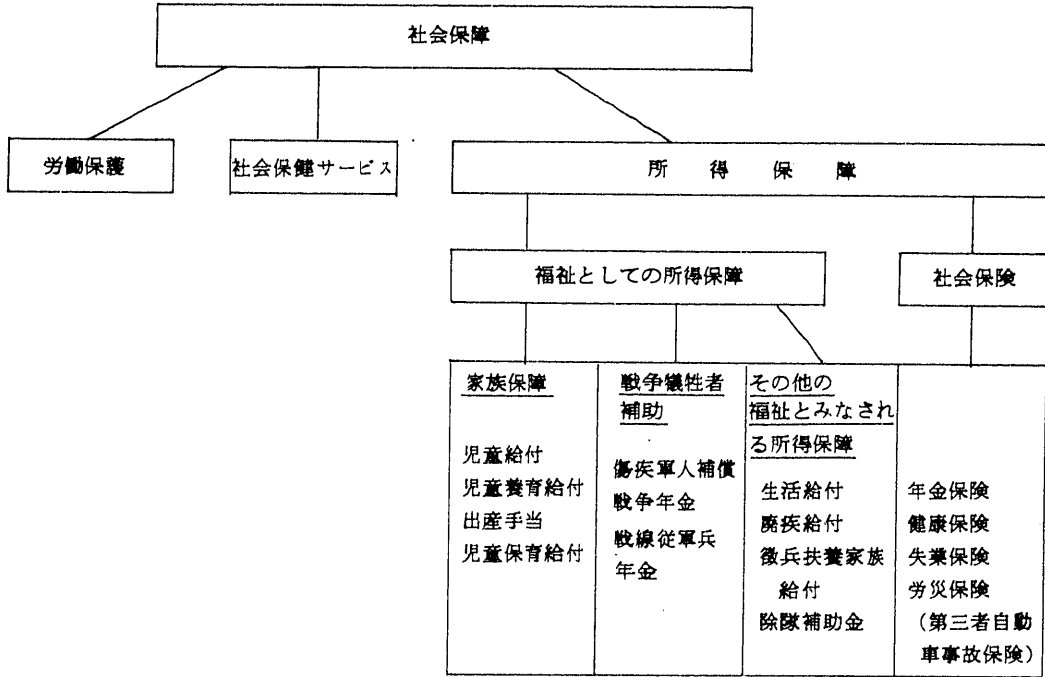
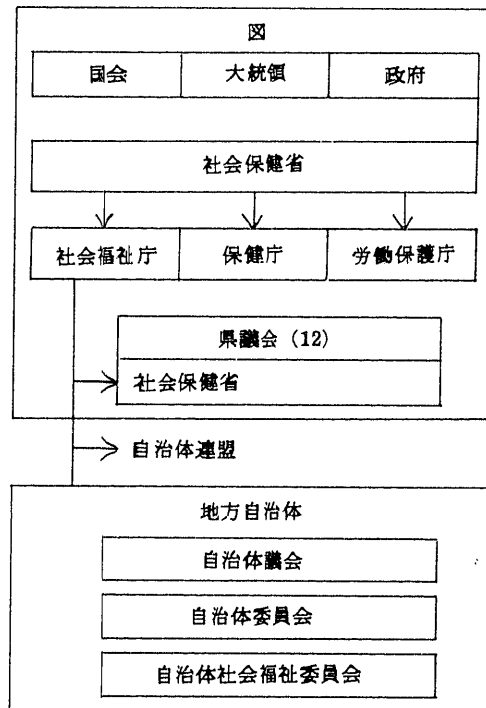


図2 福祉行政組織



フィンランドの公的年金制度

——どのように報酬比例部分の保障に
私的年金を活用しているか——

木 村 陽 子
(社会保障研究所研究員)

序

同じ北欧の一国でありながら、フィンランドの社会保障制度は、スウェーデンほどにはよく知られていない。しかし、福祉水準は高く、年金制度も他国にはない特徴を持っている。その特徴とは公的年金制度の報酬比例部分の保障に、私的保険が活用されていることである。筆者は昨秋フィンランドの厚生省、大蔵省を訪問する機会を得た。本稿ではその訪問のさいに得た情報・資料に基づいて、フィンランドの公的年金制度を紹介したい。

公的年金の給付は大別すると最低保障的な基礎給付部分と従前所得を保障する報酬比例的な給付部分よりなる。特に報酬比例的な給付部分のありかたは、公私の負担の議論のなかでも、絶えず意見の分かれるところである。

1986年のイギリスのグリーンペーパーでは、公的保障部分は基礎給付のみとし、従前所得保障部分は民間の年金保険会社に任せるというドラシックな提案が出された。結局この提案は修正を余儀なくされたが、フィンランドではすでに1960年より公的年

金の報酬比例部分の保障に民間の保険会社や機関が活用されている。強制的加入の民間保険であるとはいえ、これは他の北欧諸国とも異なるフィンランドの公的年金制度の大きな特徴である。

企業年金について、いつも指摘されるいくつかの問題点がある。たとえば、被用者が勤務先の企業を変わった場合に、今までの年金に対する権利を継続できるかというポータビリティの問題や、会社が倒産した場合それにともなって年金制度が危うくなる可能性をどう回避するのかというような問題である。これら民間保険の欠点といわれることを、フィンランドの制度はどのように克服しているのだろうか。本稿では、とくにこの点を明確にしたい。

本稿の構成は以下のとおりである。フィンランドは必ずしもわれわれ日本人にとってよく知られた国ではない。そこではじめに、フィンランドの人口や経済力などについて若干述べることにしよう。第1節ではフィンランドの公的年金の特徴と沿革を述べる。第2節では基礎年金の給付内容について述べる。第3節では従前所得比例部分の給付内容について述べる。第4節では、

勤務先の変更や企業の倒産に対して、フィンランドの強制的加入の民間保険では年金権がいかにかに保護されているかを見よう。

はじめに

フィンランドの総面積は337,000平方キロメートルであり、日本よりやや総面積が小さい。総人口は490万人であり、うち「バルト海の乙女」といわれる首都ヘルシンキに一割が集中している。公用語はフィンランド語とスウェーデン語である。スウェーデン語を話すのは人口の6%にすぎない。国民の90%以上がプロテスタントのルター派に属する。

人口構成は将来予測も入れて次のとおりである。65歳以上の総人口に占める比率で見ると、1950年には6.6%、1980年には、11.9%、2000年には14.8%、2010年には16.5%である。北欧の人口の高齢化の問題は、2050年ごろがもっとも大きくなるといわれる。フィンランド人の平均寿命は'84年で男性70歳、女性79歳である。死因には脳溢血や心臓マヒが多いといわれる。それは塩辛い食事を好むことや酒を飲んでサウナにはいり、そのあと冷たい湖に飛び込んだりするからともいわれる。

経済的パフォーマンスを示す指標である経済成長率、物価上昇率、失業率で見ると、近年は経済成長率はOECD諸国の平均を上回り、後二者はその平均を下回って良好である。GNPの規模は1985年で540億ドルであり、わが国の4%である。自らもいうように貿易に依存する国であり、海

外の経済の動向に敏感である。

1 フィンランドの年金制度の特徴

(1) 国民年金は定額給付である。国籍に関わらず居住要件を満たすものに最低所得水準の保障を目指した国民年金を給付する。

(2) 国民年金の給付は様々な構成要素から成り立っている。主要なものは定額の基礎額と基礎額付加給付である。後者は、ミーンズテストの性格を有しており職域年金給付額や財産所得に応じて減額される。

(3) 従前所得比例部分の年金については、民間部門の被用者は民間の保険に強制加入することとなっている。

(4) 民間の保険は法令で定められた水準をこえて付加的な給付も行なうことができる。

(5) 民間の保険の保険料は厚生省が決定する。

2 フィンランドの年金制度の沿革

17、18世紀に職業ギルドの年金制度が始まり、1778年には公務員の最初の恩給ができた。1889年、ドイツが老齢・障害年金を導入したとき、フィンランドは委員会を設立した。1917年、ロシアより独立後社会保険についてこれまでの提案のみなおしがおこなわれた。1921年には、北欧諸国に共通の全国民向けの定額年金および疾病保険をつくるのが勧告された。

1936年に国民年金法が議会を通過し、翌年施行された。給付の種類は老齢および障

害年金のみであった。保険料は所得に比例し、積立方式で運営された。これはフィンランドの年金制度の礎となった。また最初の労災保険が実施されたのは1895年であり、労働組合の任意加入の失業保険が実施されたのは1930年代である。

フィンランドの今日の年金制度は1950年代から始まったとあってよい。現行法は1957年に施行された国民年金法である。1936年の国民年金法以来の大きな改革であり、ミーンズテストつきの最低保障型の定額年金を導入した。

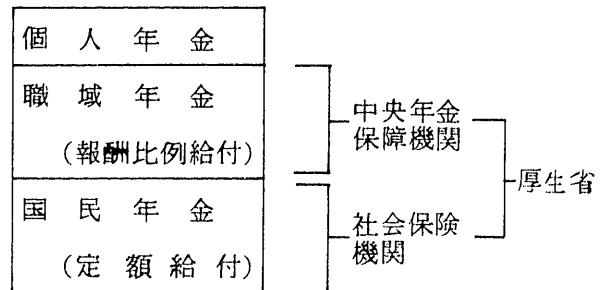
1960年代前半には疾病保険と従前所得保障型の年金制度ができた。1960年代後半には定額給付制度の一部として国民遺族年金ができた。1970年代前半には自営業者と農業従事者に従前所得保障型の年金制度ができた。

報酬比例型の職域年金ができたのには、それなりの理由がある。定額年金を給付する国民年金法が1957年に施行されたときは、従前所得保障の不備が議論された。老後にも自らの収入を得ることができる農業従事者や自営業者およびすでに職域年金があった公務員や大企業の被用者と、それ以外のサラリーマンとの不公平が指摘されたのである。

フィンランドの年金制度の給付構造は、図1のようである。大きくは前述のように定額給付の国民年金と、従前所得保障の職域年金に分かれる。国民年金には、国民老齢・障害・失業制度、および国民遺族年金制度、退役軍人年金制度、国民児童扶養手当制度がある。給付の種類もそれぞれ老齢・

障害・失業、遺族、退役軍人、児童扶養手当の各給付がある。職域年金は老齢・障害・失業、遺族の各給付がある。さらに法令で定められた以上の付加的な給付も職域年金は可能である。また任意加入の個人年金もある。管理は、国民年金は社会保険機関があたり、職域年金については中央年金保障機関があたり、両者の上部機関として厚生省がある。

図1. 管理機構



3 国民年金の給付

生計費指数の変動に応じて自動的に給付額が年に一度、1月1日に調整される。

1. 被保険者

被保険者は16歳から64歳までのフィンランドに5年以上居住するもの。外国公館（在フィンランド）に勤務する外国人を除く。また北欧諸国等との互換協定がある。

2. 老齢・障害・失業給付

これらの各給付は次のような構成要素から成り立っている。基礎額、基礎額付加給付、扶養手当、退役軍人手当、ヘルプスネス補足給付、住宅手当の6つである。こ

論文

のうち基礎額と基礎額付加給付が特に重要である。

・基礎額

全受給者に支給。1986年は月322マルク。以下同じ。(1987年9月30日現在1マルク=33円)。

・基礎額付加給付

満額の場合は、単身者で月1,506マルク、カップルの場合1人につき、月1,220マルクである。最低生活保障の性格を鮮明にするため、他の年金収入がある場合、その額により減額される。月176マルク以上の収入は176マルクとの差額の半額分、満額の基礎額付加給付から差し引かれ、給付額が減額する。

・扶養手当

配偶者に月293マルク、16歳以下の被扶養者には月189マルクが支給される。

・退役軍人手当

1918年あるいは1939年から45年の戦争時に前線で戦った退役軍人に月156マルク。

・ヘルプレスネス補足給付

80歳以上85歳未満の高齢者および常時介護を必要としない肢体不自由者に月293マルク支給。85歳以上の高齢者および常時介護を必要とする肢体不自由者に月432マルク支給。

・住宅手当

給付額は所得、財産、住居費、被扶養者数に依存する。最高額は1985年で月672マルクである。

(イ) 老齢年金

居住要件を満たす65歳以上の者に支給。60歳から64歳の者には早期退職減額年金、

66歳以降では、繰延べ退職増額年金が支給される。前者は1月につき基礎額と基礎額付加分の0.5%減額され、後者は同1月につき1%増額される。老齢年金の平均受給額は1985年で月1,091マルクである。

(ロ) 障害年金

16歳以上65歳未満の者に支給、有期、無期年金がある。病気・障害・傷害などのために通常の仕事ができないこと。55歳以上65歳未満の者については労働能力が永久的に減退したものについて支給される。ここでは病気・年齢・勤務していた期間・健康状態の悪化などが理由となる。退職すると満額年金となる。傷害年金の平均受給額は1985年で月1,091マルクである。

(ハ) 失業年金

60歳以上65歳未満の次のような失業者に給付する。過去60週間失業基金法に基づく日額給付、あるいは雇用法のもとで200日間失業給付を受けとっていたことが必要。また当局から斡旋された仕事をことわっていないこと。失業年金の平均受給月額は913マルクである。

3. 遺族年金

(イ) 遺児年金

片親死亡の16歳未満の遺児には月189マルク。両親死亡の16歳未満の遺児には月379マルク。16歳以上21歳未満の遺児でも就学中で生計を1人で立てられないものにも支給。

(ロ) 寡婦年金

再婚後は受給できない。

・夫の死亡直後の寡婦年金は、16歳未満

の子を扶養しているか、あるいは結婚時夫が65歳未満であった寡婦に支給される。

・夫の死亡から6カ月後の寡婦年金は、16歳未満の子を扶養、あるいは結婚時夫が65歳未満であり、結婚生活が3年以上あり、40歳以上65歳未満で未亡人となった寡婦に支給される。また、寡婦が国民年金の障害・失業・退役軍人年金の受給者でないこと。

給付額は基礎額で月322マルク、基礎額付加給付で、満額の場合月1,506マルク（所得上限は年2,110マルク、ミーンズテストあり）である。住宅手当もある。夫の死亡から6カ月後の寡婦年金は、子持ちの寡婦には基礎額のみ支給する。寡婦年金の平均支給額は1985年で月785マルクである。

（ハ）寡婦職業訓練手当

生計を立てるために職業訓練を受けたい寡婦に支給。ミーンズテスト付きである。

4. 退役軍人年金

55歳以上65歳未満のフィンランド人。1918年、1939年から45年の戦争の前線で戦った退役軍人。（1918 veteran's badge, 1935-45 front veteran's badge, 1939-45 front-line service badgeの保持者）。55歳以上の給付要件は稼働能力が減少し、資産が不十分であること。60歳以上の支給要件は資産が不十分であること。満額の給付額は月1,986マルク。ただし、配偶者も年金を受給しているときは月1,588マルクである。所得の上限は月2,100マルクである。住宅手当を含む場合もある。退役軍人年金の平均受給額は1985年で月856マルクである。なお退役軍人手当については、老齢年金の項を

参照のこと。

5. 児童扶養手当

16歳未満の障害を持ち、特別の注意と絶え間ない監督が必要な在宅の児童に支給。資格取得に要する期間は6か月である。給付額は障害の程度に応じて月621マルクか931マルク。

6. 財源

国民年金の老齢・障害・失業年金の給付にかかる費用については、おもに事業主と被保険者が拠出する。被保険者の保険料率は、地方税算定基礎額の1.80%であり、事業主のそれは賃金支払い総額の5.1%である。国は基礎額付加給付の12.1%と遺族、退役軍人恩給の給付費を負担する。コミューンは基礎額付加給付の13.9%と住宅手当の43.5%を負担する。児童扶養手当の費用は社会保険機関が負担する。また社会保険機関から年金積立金の利子収入が入る。

1985年の国民年金の総支出は13,984（単位100万）マルクである。総収入は13,627（同）である。総収入の内訳は、被保険者拠出の保険料収入が22.7%、事業主の拠出分が53.0%、国が14.0%、地方政府が9.4%、その他が0.9%である。

なお文献1によると、老齢年金の従前所得との平均置換率は、国民年金で17.4%、民間の職域年金で17.6%である。

4 従前所得比例の職域年金の給付

職域年金は大きくは公務員の職域年金と

民間被用者の職域年金に分かれる。民間の被用者のための最大の年金はT E Lである。臨時雇い被用者のための年金はL E Lであり、ともに1962年に施行された。1969年に施行された農業者年金はM Y E Lである。公務員の職域年金には1960年代に改革された国家公務員のためのV E L（現行法1966年）、地方公務員のためのK V T E L（現行法1964年）がある。ほかに漁業従事者のための年金はM E L、フィンランド国教会で働く人のための年金はK I E L（現行法1966年）である。

職域年金の組織はいくつかに分かれており、図2のようになっている。最大の組織であるT E Lでは、年金運営は民間保険会社、年金基金、年金財団が当たっている。年金財団は一つの企業の職域年金を担当し、年金基金は複数の企業の合同の制度である。また、保険会社は全国的な制度である。T E Lでは、75%が保険会社の年金にかかっている。8つの年金保険会社があり、13の

年金基金をしておよそ100の年金財団がある。

臨時雇い労働者年金はL E L被用者年金基金というひとつの制度で運営されている。自営業者のための年金Y E Lは、ほとんどが保険会社が運営しているが、他に5つの年金基金によっても運営されている。農業従事者のための年金M Y E Lは農業従事者のための年金機関が運営する。

これらの各職域年金制度の上部組織は中央年金保障機関である。そこでは、被保険者個人について雇用などの記録を保持管理する。ほかに広報活動や研究調査および一被保険者の年金給付について、本人がそれまで勤務した企業間で費用の割り振りを行う。また民間の年金を安全に運営するための信用保険の運営にも責任を負う。中央年金保障機関の上部機関は厚生省である。

1. 被保険者

・T E L（被用者年金）

民間常用被用者。適用除外は、1か月未満雇用されるもの、週に20時間未満勤務するもの、あるいは最低水準以下の所得を得るもの。

・L E L（臨時雇い労働者年金）

農林業、建設業、港湾業で季節労働のように短期間働く労働者。

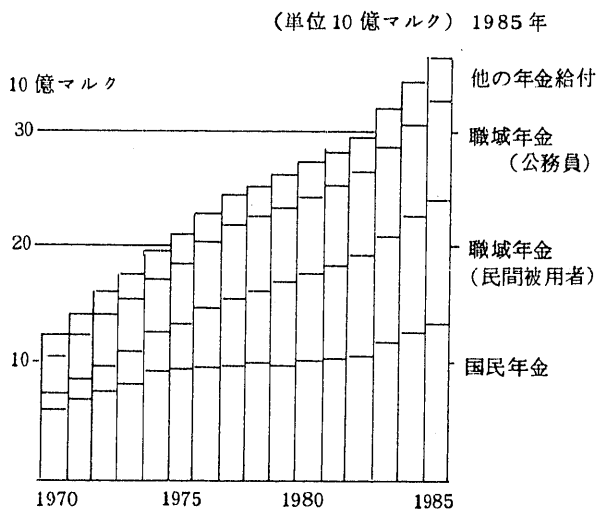
・M Y E L（農業従事者年金）

2ヘクタール以上の耕地、あるいは一定のヘクタール以上の森林の保有者、あるいは農業の家族内労働者。

・Y E L（自営業者年金）

18歳以後、企業家としての活動が4か月

図2. 年金支給額



以上続いており、最低水準以上の年収があったこと。

2. 年金給付

(イ) 老齢年金

通常の退職年齢は65歳。TEL, LELの加入者は退職必要。MYEL, YELの加入者は退職必要なし。失業給付を受けていた機関も加入期間に入る。

基本的にはすべての職域年金で年金保障水準は同じであり、差は各制度の成熟度の差、年金算定のもとになる賃金の差にあると説明されているが、実際には官民格差がある。

・TEL (被用者年金)

年金給付額は、勤務期間および所得により決まる。23歳以降の1年につき1.5%。40年間加入で従前所得の60%。63歳未満の従前所得が対象となる。各雇用関係の最後の4年間をとり、平均を出す。インデックスは換算して2つの中央値を出し、その平均をとる。インデックスは賃金指標と消費者物価指数との平均である。従前所得に制限は無い。

1962年施行のため2002年に制度成熟するまでの間、経過措置がある。経過措置は、毎年の計数が1962年まで1年につき0.5%、1962-75年6月まで1%、1975年6月から1.5%となっている。最低老齢年金額は、1975年前29%、以降37%。

また、事業主は法令で定められた以上の給付を行うことができる。給付額は毎年の計数を1.5%から2.0%にする。30年間で満額の60%にする。付加給付分の費用の半額

を被用者も負担する。事業主は職域年金の付加給付分の積立金を法令で定められた職域年金の積立金の場合とどうよう借りることもできる。事業主は中央年金保障機関に登録できる。登録した場合には、年金権が保障されインデックスによって年金額も調整される。付加的な給付はTELの成熟化とともに、減少するとみられている。

他に年金給付開始年齢を早めることも可能だが、まれである。1~3か月分の賃金に当たる一時金が葬祭一時金として支給される。

なお、VEL, KVTEL, KIELでは、給付水準は30年間加入したもので従前所得の66%である。

(ロ) 障害年金

18歳以上の被保険者で稼得能力を喪失した者。障害が1年以上続いていること。この1年間については疾病保険の日当を受けていること。3/5以上の稼得能力喪失者は老齢年金の満額と同額の老齢年金。稼得能力を2/5以上喪失した者に支払われる部分年金は老齢年金の半額。医学的要素に加えて、年齢、訓練、労働適性、住宅事情も労働能力の査定のさい、考慮に入れる。

(ハ) 失業年金

60歳-64歳の者に支給。過去60週間間に最低200日。失業基金給付あるいは国の基金からの失業補償金を受け取っていた人。かつ仕事がみつからない人。

3. 遺族年金

寡婦年金と遺児年金がある。ただし、VELについては寡夫にも支給。

(イ) 遺児年金

18歳まで遺児に支給。障害者については年齢制限無し。

(ロ) 寡婦年金

再婚すると受給資格喪失。結婚時夫が65歳未満であったこと。また、子のいない寡婦については、夫死亡時に40歳以上であること。そして3年以上結婚生活が続いていること。

4. 財源

保険料を勝手に保険会社は決めることができない。TELやLELは事業主のみが費用を負担する。保険料率は賃金支払い総額の12.2%。また法令で定められた以上の給付分については費用を労使で折半する。TELの財政方式は積立方式であり、一部は現在の給付支払いに充当される。

一方、MELは被保険者、事業主、国の3者均等負担である。VEL, KVTEL, KIELはそれぞれ国、コミュニオン、フィンランド国教会が費用を負担する。YEL, MYELは被保険者、国が費用を負担する。

5 民間保険の欠点をどのように克服しているか

1. ポータビリティ

年金資格ができる前に、勤務先を変えたり、企業家としての活動を終えた時、年金権や年金額が中央年金保障機関の中央登録簿に記録される。これによって、勤務先をいくつか変更した被保険者は調整年金を受けとることができる。この場合、最終機関

原則が適用される。最終機関原則とは、年金事故が発生した時はいつでも最終の勤務先が属している保険機関に適用を申請することである。調整年金の費用は、被保険者であったものがこれまで勤務した各企業が属する保険機関で負担することになっている。前述したように分担の実施は中央年金保障機関が行う。

2. インフレーションにたいする対策

TELインデックスにより毎年調整される。TELインデックスは物価指数と一般賃金指数に従って作成される。

3. 企業や年金制度に破産が生じた時

被用者の年金は、事業主や年金機関の両者が破産、支払い不能になっても大丈夫なように保護されている。年金財団や年金基金は「損失」をカバーするために信用保険に加入しなければならない。

もし1つの年金機関が破産すれば、制度の他の年金機関が支払い不能の機関の義務を合同で満たすことになっている。もし、事業主が職域年金を安全に運営するための対策を怠っていた場合にも、被用者は年金権を失わないことになっている。ただし、自営業者が信用保険に故意に加入しないと未納の保険料は一部年金から差し引かれることがある。

信用保険とは次のものである。中央年金保障機関は職域年金の信用保険業務を管理する。信用保険は次のふたつの働きをする。ひとつは職域年金の貸出の安全性を高めること、ふたつめはどのような環境のなかで

も年金に対して完全に債務を保障することである。

事業主からすれば、信用保険は強制と任意のふたつに分けられる。任意の信用保険は、年金財団や年金基金による回収不能な財産や貸出の損失の補填をする。強制的な信用保険は、債務を将来に延期するときに生じる最終的な赤字(EVENTUAL LIABILITY DEFICITS)を補填する。

事業主の経済状況によっては中央年金保障機関から補助が出る。信用保険の保険料の決定は中央年金保障機関がおこない、徴収する。これは企業の財務諸表の脚注(THE NOTES TO THE FINANCIAL STATEMENTS)から得られるキャッシュフローから毎年決定される。企業の資産・債務比率および自己金融力に依存する。信用保険

の最低保険料は念証(COUNTER GUARANTEES)がない場合には貸出額の0.4%でありうる。実質資産で払い込みも可能である。

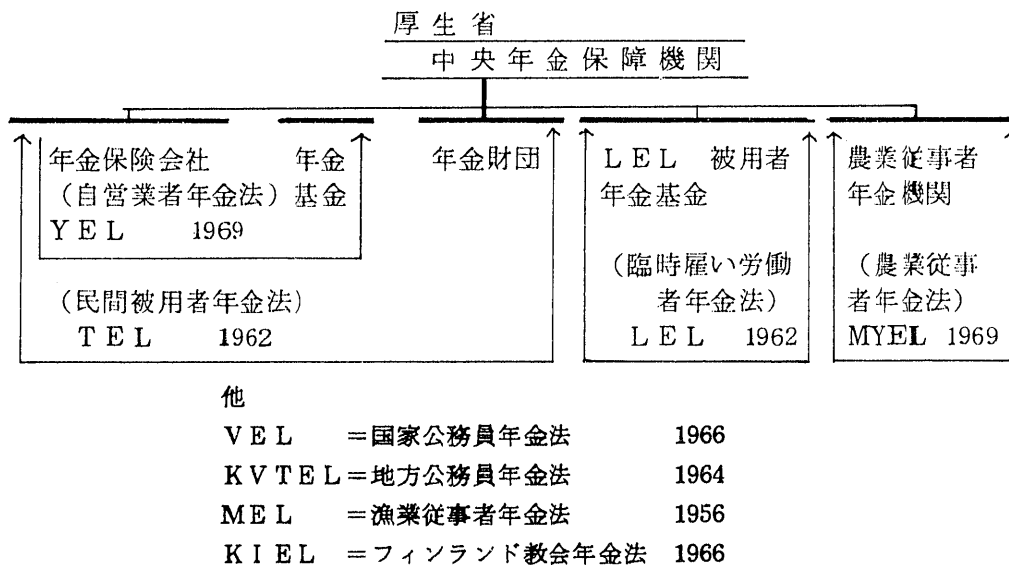
4. 職域年金の投資行動

TELの保険料からなる積立金は独立に年金機関により投資される。投資先はおもに法人への貸出である。貸出を規制する原則は労働市場組織と雇用年金機関の合同組織—投資に関する諮問委員会—により合意されたものである。

投資先および保険料積みたて金の貸出対象は優良な証券に限られる。それは銀行保証手形、中央年金保障機関信用保険、一流の住宅建物に対する抵当貸出しである。

最も一般的な投資対象は銀行保証手形と中央年金保障機関信用保険である。

図3. 職域年金の組織



出所：CPSI The Private Sector Employment Pensions Scheme in Finland
(注) 年次は法施行年

LELの積立金はTELと同じ原則にしたがって生産プロジェクトに投資される。

YEL, MYELは賦課方式で運営されているため積立金はない。

6 年金の受給者数や財政の統計数字の紹介

ここで年金の受給者数等の統計数字の紹介をしよう。

・社会保障支出は1985年でおよそGNPの25%に相当する。社会保障支出のうち43.2%は年金支出である。総額は36,324（単位：百万マルク）であり、内訳は国民年金が13,341（同）、民間の職域年金が10,935（同）、公務員の職域年金が8,179（同）、その他が3,869（同）である。（支出の近年の伸びに付いては図3を参照のこと）

・老齢・障害・失業年金の受給者数は1985年で以下のとおりである。全受給者数は96万3,200人である。このうち国民年金だけを受け取っている人は25万4,300人、国民年金と共に職域年金を受け取っている人は65万7,400人である。ただ職域年金のみを受け取っている人は5万1,500人である。職域年金受給者を再分類すると、民間の職域年金を受け取っている人は60万2,000人、公務員の職域年金を受け取っている人は19万800人である。

・国民年金の老齢・障害・失業年金受給者の91万1,700人のうち基礎額付加給付を受給している人は79.3%である。満額の基礎額付加給付を受け取っている人は、24.4%である。その他の住宅手当などについて

は、表1を参照のこと。

・各年金の積立金の残高は1985年12月末で次のようになっている。国民年金保険基金が1,477（単位：100万マルク）、職域年金基金が57,280（同）である。

・各給付は表2に示すようなものである。

・最後に税金について触れよう。年金は課税所得である。職域年金の保険料事業主負担分は、被用者の課税所得とは見なされない。国民年金の定額基礎額および基礎額付加付は課税される。他は非課税である。事業主の保険料は法人税より控除される。信用保険の保険料の事業主負担分は全額控除される。自営業者は年金保険料を控除されうる。付加的年金の被保険者の支払う保険料は控除されうる。控除の上限は所得の15%である。

7 むすびにかえて

以上フィンランドの公的年金制度を紹介してきた。思い起こすのは、公的年金とは何かという定義の問題である。加入が強制であることが公的年金の特質であるという立場に立つと、年金の運営主体は民間でも公的部門でも可能である。フィンランドの公的年金制度は民間の保険をフルに利用していると同時に民間保険特有のリスクを避けるために強力な統制が必要であり、そのために、民間の保険を統括する中央年金保障機関が機能している。これは公私の分担のありかたを模索する上で1つの参考となろう。

表1. 国民年金老齢・障害・失業年金受給者
1985年

年金受給者総計	911,700
	%
基礎額付加給付	79.3
満額の基礎額付加給付	24.4
住宅手当	16.8
配偶者手当	0.1
児童手当	2.3
ヘルプレスネス補足給付(小)	9.0
ヘルプレスネス補足給付(大)	3.5
退役軍人手当	27.9

表2. 国民年金給付の構成要素

<定額給付>	
基礎額	322
配偶者手当	293
児童手当	189
ヘルプレスネス補足給付(小)	293
ヘルプレスネス補足給付(大)	432
退役軍人手当	156
遺児年金	
片親死亡	189
両親死亡	379
児童扶養手当(小)	621
児童扶養手当(大)	931
<ミーンズテスト付き給付>	
- 独身, 子なし -	
基礎額付加給付(満額)	1,506
住宅手当(最高額)	672
退役軍人年金(満額)	1,985

出所: 表1, 表2, 図2については "SII, Pocket Statistics 1985-86"

参考文献

1. Flora, P.(ed) *Growth to Limits volume I Sweden, Norway, Finland, Denmark*, European University Institute, 1985
2. Ministry of Social Affairs and Health *Social Policy in Finland 1984*
3. —, *Social Insurance in Finland 1981*
4. The Central Pension Security Institute *The Private Sector Employment Pensions Scheme in Finland 1984*
5. The Social Insurance Intitutio *National Pension Insurance*, January, 1986
6. —, *Pocket Statistics 1985-86*, 1986
7. *Social Insurance Institute Annual Report 1985*

アメリカにおけるソーシャルワーカーの現状

川 尻 良 夫
(厚生省保健医療局企画課)

目 次

はじめに

1. 概 観

- (1) ソーシャルワーカーの分類
- (2) ソーシャルワーカーに関する制度の概観

2. ソーシャルワーカーの養成

- (1) CSWEについて
- (2) CSWEによる認定システム
- (3) 養成機関の現状
- (4) 今後の動向

3. ソーシャルワーカーに関する資格法制

- (1) 各州の資格立法
- (2) メリーランド州の場合

4. ソーシャルワーカーの地位

- (1) 従事分野
- (2) 報 酬

5. 第三者払い問題

- (1) Vendorship Law
- (2) 各州の法制
(メリーランド州の例を中心に)

おわりに

はじめに

現在、福祉関係3審議会（中央社会福祉審議会、中央児童福祉審議会及び身体障害者福祉審議会）の合同企画分科会では福祉制度全般の見直し作業が行われているが、その中でも急ピッチで進められたのが、福祉関係者の資格制度に関する検討作業である。去る3月23日には「福祉関係者の資格制度について」と題する同分科会の意見具申が行われ、これを受けて第108国会に提出された「社会福祉士及び介護士福祉法案」が5月21日成立し、同月26日法律第30号として公付された。

この動きに関連し、私は今年の3月初め、「社会福祉士」の資格制度に関する先進国のひとつであるアメリカを訪ね、そのソーシャルワーカーの現状の一端に接することができた。以下、アメリカにおけるソーシャルワーカーの現状を紹介することとするが、本論に入る前に、次の3点を予め了解しておいていただきたい。

第一に、アメリカでいわれる「ソーシャルワーカー (Social Worker) とは、我が国で考えられている社会福祉士よりは相当広範な領域をカバーするものであること。例えば、メディカル・ソーシャルワーカーという資格ないし専門分野は認識されておらず、ただソーシャルワーカーが病院等に勤務していれば、機能的にメディカルな要素が必然的に多く要求されることから、「メディカル・ソーシャルワーカー」と呼ばれることがあるというに過ぎない。

第二に、アメリカにおける資格制度は全

て州レベルのものであり、連邦レベルのものではないこと。したがって、ここで紹介する各種の制度もあくまでいくつかの例に過ぎず、これをもって全米的にそうであると判断することは危険である。また、統計にもいろいろと不備のあることはやむをえないところであろう。

第三に、民間機関等の果たしている役割の大きさである。日本では制度を創る主体は原則として政府であり、民間団体はそれに対して意見を述べたりするに過ぎない。アメリカでは、細かな制度内容に連邦政府が関与することは避けられ、どうしても全国レベルで統一的な基準を示すことが必要となった場合でも、全連邦レベルの各種民間団体（といっても、…委員会といった形のいわば準公的団体であることも少なくないが）が、目安を示すという形式で対処していくことが多いのである。

1 概 観

(1) ソーシャルワーカーの分類

先ほど述べたように、アメリカでは対象領域の差によるソーシャルワーカーの区分はない。例えば、NASW (National Association of Social Workers) が刊行している「ソーシャルワーク百科事典 (Encyclopedia of Social Work)」中でも「medical social work」と言う項目はなく、「hospital social work」という項目の中でその内容が触れられているだけである。もっとも、このことは、アメリカに

においてメディカル・ソーシャルワークが軽視されていることを示しているわけではなく、ソーシャルワーカーの団体としては全米病院ソーシャルワーカー協会が最初に結成（1918年）されていることや、NASWがソーシャルワーカー関係7団体の大同団結によって設立された時にもメディカル分野の者が中心的役割を果たしたこと等を見れば、アメリカにおいてはソーシャルワークという言葉自体がかなり保健医療的色彩を持っているようである。

ソーシャルワーカーを分類するとすれば、養成レベルによる次の3ないし4分類となる。

- ① Baccalaureate Social Worker (BSW, 学士ソーシャルワーカー)
- ② Master Social Worker (MSW, 修士ソーシャルワーカー)
- ③ Academy of Certified Social Worker (ACSW, 認定ソーシャルワーカー)
- ④ Doctoral Social Worker (博士ソーシャルワーカー)

(注) かつてはCSWE (Council on Social Work Education ソーシャルワーク教育委員会) が認定するスクール・オブ・ソーシャルワークは大学院レベル (②) に限られていたが、需要の拡大等に伴い、1974年7月からは大学レベル (①) についてもCSWEが認定を行うようになっていく。次に、ACSW (③) は、MSWとなった後2年間の実務経験を経、かつ試験に合格することが要求されているものであり、政府機関や各種施設等に勤務

するのでなく、ソーシャルワーカーが独立して営業しようとする場合に大きな意味を持ってくる資格である (後述)。また、最後の博士ソーシャルワーカー (④) は、教育にたずさわろうとする場合に意味を持つだけであり、資格としては認識されていない。

(2) ソーシャルワーカーに関する制度の概観

図1は、ソーシャルワーカーに関する資格制度を中心としたシステムを概観したものである。(注1)

- ① まず、養成過程としてのスクール・オブ・ソーシャルワークは、CSWEが各大学からの申請に基づき学部単位で認定する (認定の有効期限があり、7年ごとに更新が必要となる)。この認定が卒業生の資格取得に直結するほか、連邦政府からの補助金交付の要件ともなっているようである。現在CSWEが認定している学校数 (正確に言えば学部数) は、Master Degree (大学院レベル) で93校、Baccalaureate Degree (大学レベル) で348校となっている。
- ② このCSWE認定校の卒業生が、各州の法律に基づきソーシャルワーカーの資格を取得することになるが、資格の種類 (レベル) 及び取得要件は各州によってかなり異なっている (既に39州で立法済み)。多くの州では、学歴及び実務経験

等の差により3～4種類の資格を区分し、かつC S W E認定校の卒業のほか各州が実施する試験に合格することを必要とする免許制 (license) を採用しているが、登録制 (registration) を採用している州も少なくない。なお、各州の免許等の実施主体として各州ごとに委員会 (board) が置かれているが、実際に試験の問題作成・実施・判定等を行うことは、フィラデルフィアにある民間会社 Assessment System Incorporated に委託しているケースがほとんどである。資格取得の効果は既ね名称独占と考えてよいが、資格の有無やそのレベルは、就職等に当って当然考慮されることになる。

③全米にソーシャルワーカーは33万人余りいるが、その多くは連邦や州等の政府機関、病院をはじめとする各種施設あるいは民間機関等の下で働いている。この他、アメリカでは自らの事務所を持っている自営のソーシャルワーカーが約6,000人 (全体の約1.8%) いることが注目される。

④この自営ソーシャルワーカーの収入源としては、クライアントから受け取る報酬もあるが、各種 (医療) 保険から支払いを受けることができるかどうか、経営の安定化には大きな意味を持ってくる。メディケアの対象とすることは現在の財政事情下で無理としても、民間保険で、例えば mental health を給付対象としている場合に、医者 (doctor) のサービスには支払うのに、ソーシャルワーカー

のサービスには支払わないと取り扱うのは問題である。この問題を解決するのが Vendorship Law であり、民間保険会社にソーシャルワーカーに対しても医者同様の償還払い (reimbursement) を義務付ける趣旨のものである。現在15州が、資格法 (Reguration Law) の他にこの立法を行っている。

⑤N A S W (全米ソーシャルワーカー協会は1955年10月1日設立され、1956年1月1日に既存のソーシャルワーカー関係7団体を吸収統合することにより、ソーシャルワーカーの統一的組織となった団体である (現在の会員数約10万人)。C S W E がソーシャルワークの教育面を担当するのに対し、N A S W はその実践面 (practice) を担当している。

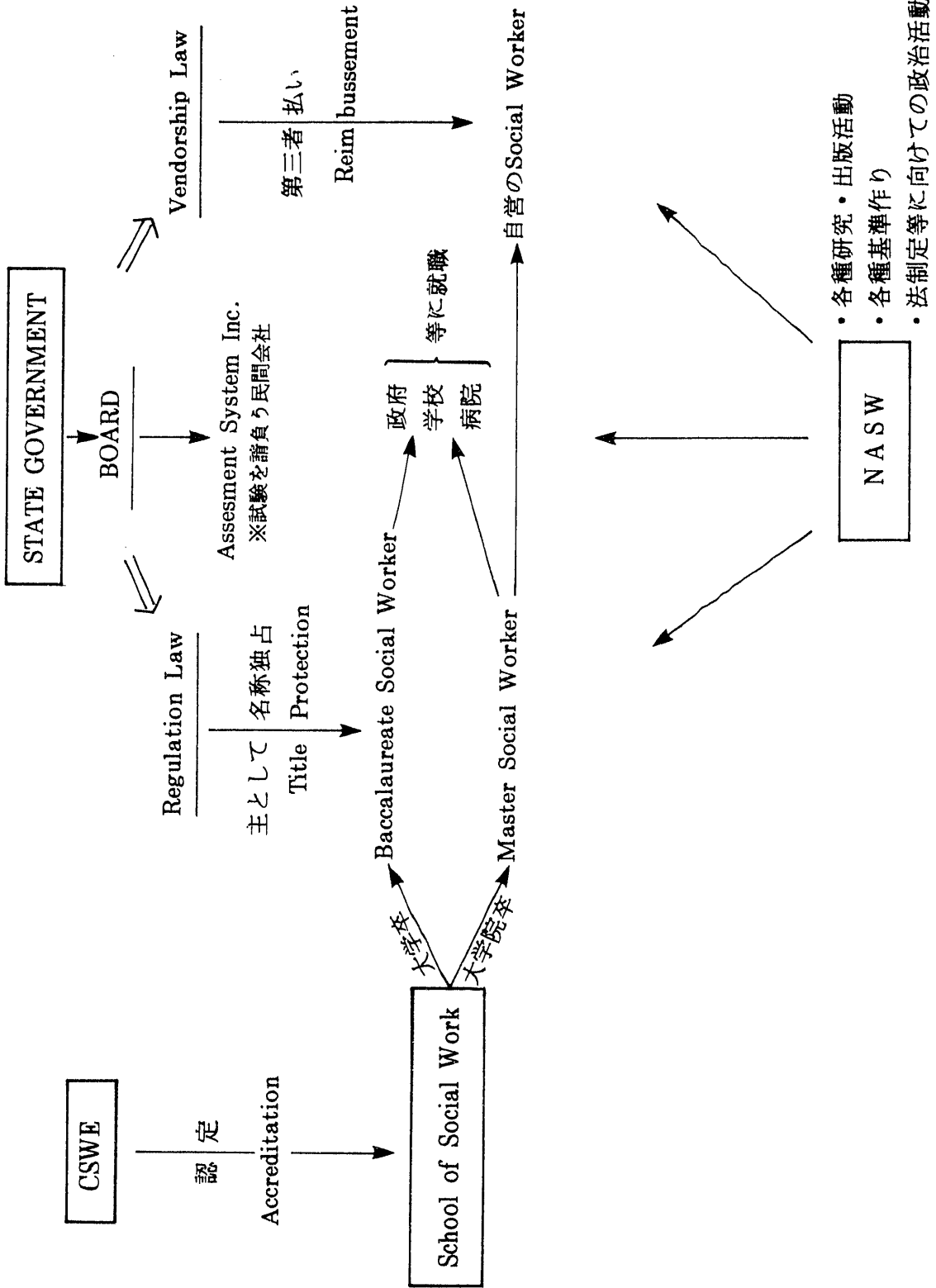
各州で資格が法制化される以前は、N A S W の会員かどうかはソーシャルワーカーの一種の資格として機能していた。N A S W は、各分野におけるソーシャルワークに関する基準等を提供し、ソーシャルワークのレベル向上とソーシャルワーカーの待遇改善に努めている。

N A S W の特徴は、その政治的色彩の強いことであり、各州の Reguration Law 制定や Vendorship Law 制定は、N A S W 及びその支部 (Chapter) の強力な政治活動 (ロビイング) によるものといわれている。

以上がアメリカにおけるソーシャルワーカーに関するシステムの概要であるが、次

からは各種項ごとに、データも含めて詳細に解説していこう。

図1 アメリカにおけるソーシャル・ワーカーに関するシステムの概観



2 ソーシャルワーカーの養成

(1) CSWEについて

CSWE (ソーシャルワーク教育委員会) は、ソーシャルワーカーの養成機関の認定等を統一的に行うため、1952年に設立された機関であり、連邦教育省 (Department of Education) とCOPA (Council On Postsecondary Association) の監督下に置かれている。CSWEの主な活動分野は、スクール・オブ・ソーシャルワークの認定と、教育カリキュラムの策定であり、それぞれ専門の委員会として Commission on Accreditation と Commission on Educational Planning がある。この委員会は年数回開催されるだけで、日常業務はワシントン市内に置かれた事務局が担当しているが、職員は全体で20名前後である。

(2) CSWEによる認定システム

認定 (accreditation) は学部単位で行われるが、①まず、認定を希望する大学が当該学部に関するself-studyを作成し、CSWEに提出 ②CSWEはその内容をチェックするとともに、各大学に調査チームを派遣してCSWEとしての報告書を作成 ③その報告書が各大学に送付されるとともに、認定委員会 (Commission on Accreditation) に送られ、④最終的には、年3~4回開催される認定委員会の有無を決定するというのがそのプロセスである (以上のプロセスに1年余りかかるとのことであった)。

なお、認定の有効期間は7年間であり、それ以降は認定を更新していく必要がある。

(注2)

認定料としては、調査チーム派遣手数料などの経費的なものに加え、当初認定時3,300ドル、更新時2,000ドルを納める必要がある。これがCSWEの主要財源となっている。もっとも、この認定料を大学が負担するとは限らず、例えば各州のソーシャルワーカー協会等が一部を補助していることも多いようである。

(3) 養成機関の現状

現在CSWEが認定しているのは、大学院レベルで93校、大学レベルで348校である (1986年4月現在)。その詳細なデータとなると、1985年の“Statistics on Social Work Education in the United States”によることとなるが、その主な内容を紹介しておこう。(注3)

CSWEの認定しているプログラムは、大学院レベル (Graduate only) が33校 (1,117教授)、大学院・大学共通 (Joint) が52校 (1,768教授)、大学レベル (Baccalaureate) が248校 (1,271教授)、合計333校 (4156教授) にのぼる。これらの学科の名称から見る限り、大学院レベルは独立した School of Social Work となっているが、大学レベルでは社会学や社会福祉学などの学部がソーシャルワーカーの養成過程ともなっているケースが少なくない。(注4)

教授陣の構成としては、男女比率がちょうど半々、人種構成では少数民族が大学院

海外の動き

レベルで21.3%（うち黒人が13.3%）、大学レベルで27.2%（うち黒人が18.1%）と高い比率を示していることが注目される。また、その平均的なサラリーは、教授クラス（Professor）で年間42,266ドル、助教授クラス（Associate Professor）で33,353ドル、助手クラス（Assistant Professor）で27,000ドルとなっている（いずれも大学院レベル）。

次に学生数については、大学院レベルで

修士コースが21,999人、博士コースが1,430人、大学レベルで41,455人となっている。男女比率では、大学院（修士）レベルの80.0%、大学レベルの82.8%が女性である。学生の主な関心領域は、mental health, health, family services, child welfareの順であることがわかる（表1参照）。

最後に、以上の総括的なデータを紹介しておこう（表2及び表3）。

表1 大学院生の主要関心領域

Type of Concentration	学生数	割合(%)
Aging/Gerontological Social Work	486	4.8
Alcohol, Drug or Substance Abuse	209	2.0
Child Welfare	1,088	10.6
Community Planning	274	2.7
Corrections/Criminal Justice	239	2.3
Family Services	1,463	14.3
Group Services	117	1.1
Health	1,665	16.3
Industrial Social Work	192	1.9
Mental Health or Community Mental Health	2,316	22.6
Mental Retardation	126	1.2
Public Assistance/Public Welfare	155	1.5
Rehabilitation	83	0.8
School Social Work	343	3.4
Other Field of Practice or Social Problem	1,061	10.4
Combinations	412	4.0
Not Yet Determined	(5,291)	(—)
None (Methods Cocentration, Only)	(6,479)	(—)
計	21,999	100.0

出典：Handbook of Accreditation Standards and Procedures (CSWE, 1984年7月)

表2 大学院における教育の現状

	1981	1982	1983	1984	1985
学校数					
Master's Degree Programs	87	87	89	88	89
Doctoral Programs	43	44	47	47	47
教授					
合計	3,260	2,967	2,942	2,953	2,885
女性	48.1 %	47.1	46.3	47.1	48.1
少数民族	21.7 %	22.4	27.4	22.4	21.3
博士	46.5 %	50.1	51.9	51.9	55.2
Full- Time Professors	587	519	563	596	608
女性	27.2 %	25.5	24.9	25.5	27.6
少数民族	17.7 %	16.1	18.6	18.0	19.4
Full- Time Associate Professors	732	697	661	694	697
女性	41.2 %	40.8	41.2	40.7	43.5
少数民族	24.6 %	23.4	28.3	25.7	24.4
Full- Time Assistant Professors	617	529	486	479	440
女性	55.8 %	59.8	59.0	60.4	63.7
少数民族	29.8 %	30.8	35.1	32.5	32.3
常勤教授の平均報酬					
Professor	\$34,260	\$36,376	\$36,540	\$38,644	\$42,226
Associate Professor	\$27,282	28,961	29,400	30,897	33,353
Assistant Professor	\$21,924	23,243	24,093	25,575	27,000
学生数 (MASTER'S DEGREE PROGRAMS)					
Full- Time Students	16,552	15,131	14,265	14,275	14,055
女性	78.6 %	79.2	80.1	80.4	80.0
少数民族	17.3 %	16.8	16.3	16.2	15.6
Part- Time Students	5,761	6,174	7,225	7,294	7,944
志願者	26,349	20,786	20,789	19,880	20,317
合格率	66.7 %	70.5	70.2	70.4	67.4
進学	2,342	2,318	2,484	2,579	2,442
修士号取得	9,750	9,556	9,034	8,053	8,798
女性	74.8 %	78.6	81.0	78.9	81.2
少数民族	15.9 %	14.1	14.5	13.9	14.6
学生数 (DOCTORAL PROGRAMS)					
Full- Time Students	868	922	855	798	702
女性	57.7 %	57.0	60.7	61.2	62.1
少数民族	21.8 %	21.6	20.6	21.9	19.1
博士号取得	226	284	227	245	181
女性	54.9	56.3	56.4	60.4	63.0
少数民族	22.2	17.4	14.9	21.5	17.9
Part- Time Students	794	798	954	1,027	728

出典：表1に同じ

表3 大学における教育の現状

	1981	1982	1983	1984	1985
学生数					
Baccalaureate Only	253	269	308	288	297
Joint(Master's Degree Programs)	48	54	46	55	54
設置主体(Baccalaureate Only)					
公	52.4 %	54.0	49.1	51.9	51.8
私	47.6 %	46.0	50.9	48.1	48.2
教授数(Baccalaureate Only)	1,327	1,110	1,093	1,193	1,271
女性	51.2 %	50.2	52.1	54.1	55.1
少数民族	25.2 %	23.3	31.9	26.5	27.2
博士	28.8 %	31.1	35.2	32.5	33.4
学生					
Full-Time Degree Students	26,602	21,918	20,244	21,471	23,533
女性	84.6 %	85.0	85.5	83.9	82.8
少数民族	31.6 %	28.7	25.1	29.0	28.6
1・2年生	63.3 %	66.5	64.4	63.3	62.0
Part-Time Degree Students	3,107	3,046	2,794	2,908	3,078
Others Taking Social Work Courses	10,961	11,524	11,575	14,071	14,844
学位取得	8,342	7,802	6,870	6,392	6,347
女性	84.1 %	85.9	86.1	86.7	84.7
少数民族	27.4 %	24.0	25.1	26.9	24.7

出典：表1に同じ

(4) 今後の動向

CSWEについては関係者の評判は必ずしも芳しくない。前会長がCSWEの資金を友人の会社に投資して100万ドルもの大損害を受けて以来、財政がひっばくしていることに加え、事務局スタッフにも経験者が少なくなり、レベルも低下していることが、その主な理由である。

一方で、ソーシャルワーカーの資格を得るにはCSWEの認定が必須で、しかもそのことが各政府からの補助金交付要件にもなっているという事情がある。このため、いわゆる圧力団体として、関係大学の学部長

の集まりである National Association of Deans of School of Social Work が組織され、CSWEの認定に影響を及ぼすようになっている。

3 ソーシャルワーカーに関する資格法制

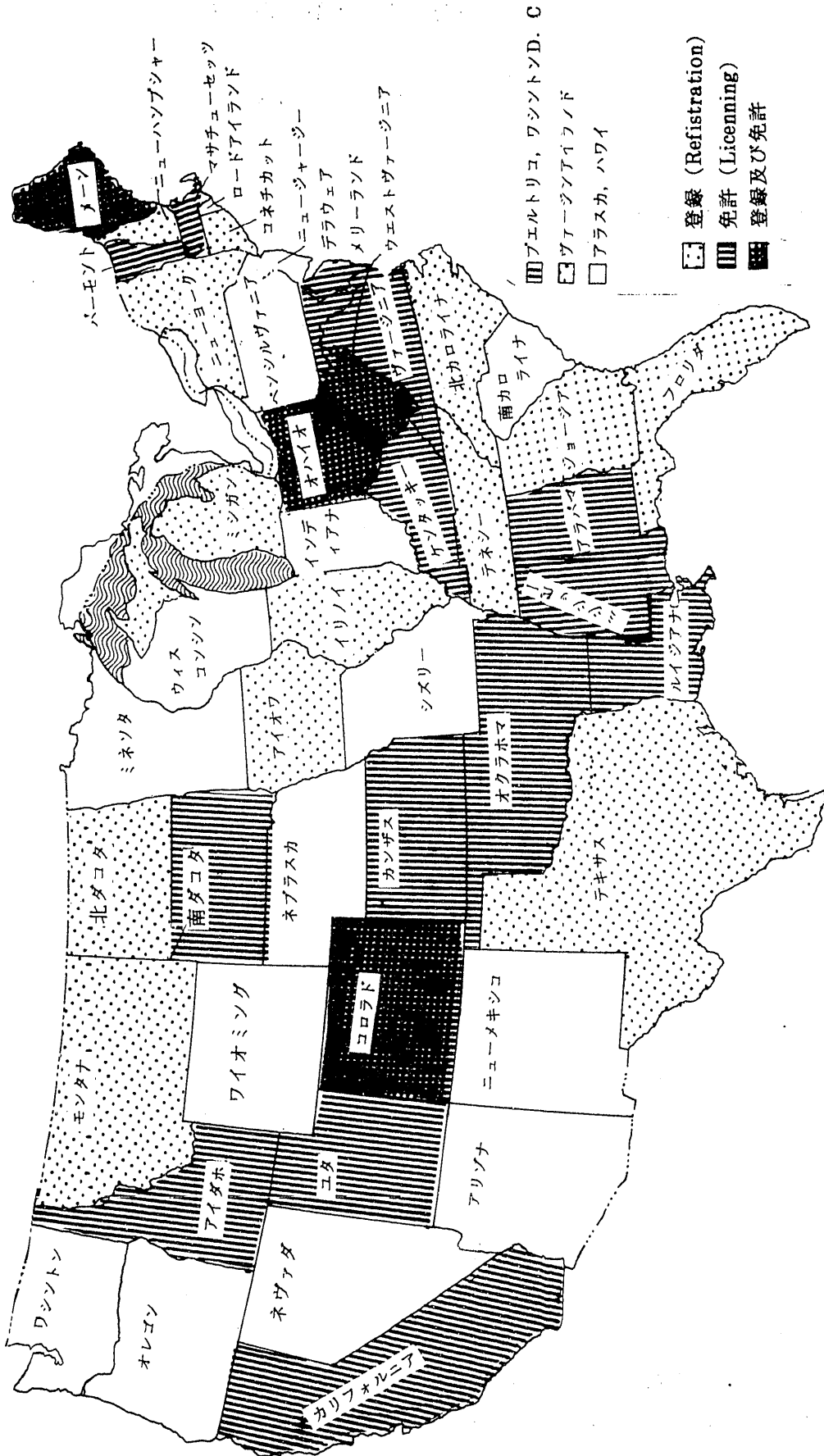
(1) 各州の資格立法

現在、ソーシャルワーカーに関する資格制度を立法しているのが図2及び表4～表6である。(注5)

これを見ると、免許 (license) 方式のも

図2 ソーシャルワーカーに関する資格法制のタイプ

Legal Regulation of Social Work in the U.S.A. 1985年7月



"State Comparison of Laws Regulating Social Work" (NASW, 1984年7月)

表4 各州の資格法制のタイプ及び実施機関等

州	制度 創設	修正	登録(R) 免許(L)	実施機関	州政府における位置付け	委員数 計 カウンセラー カウンセラー
1. プエルトリコ	1934	1940	L	Board of Examiners of Social Workers	Independent Board	7
2. カルフォルニア	1945	1971	R	Board of Behavioral Science Examiners	Department of Consumer Affairs	11
	1968	1973	L			2
3. ロードアイランド	1961		R	Board of Registration of Social Workers	Department of Social Welfare	5
4. オクラホマ	1965	1982	L	State Board of Licensed Social Workers	Independent Board	7
5. ニューヨーク	1965		R	State Board of Social Work	The State Education Department	4
6. ヴァージニア	1966	1975	L	Virginia Board of Social Worker Registration	Dept. of Health Regulatory Boards	10
7. イリノイ	1967		R	Social Workers Examining Committee	Dept. of Registrations & Education	5
8. 南カロライナ	1968		R	State Board of Social Worker Registration	Independent Board	7
9. メイン	1969	1978	R	State Board of Social Worker Registration	Dept. of Business Regulation	7
10. ミシガン	1972	1981	R	Board of Examiners of Social Work	Dept. of Licensing & Regulation	8
11. ルイジアナ	1972		L	State Bd of Bd Certified Social Work Examiners	Dept. of Health & Human Resources	7
12. ユタ	1972	1977	L	Board of Social Work Examiners	Department of Registration	9
13. カンサス	1974	1980	L	Behavioral Sciences Regulatory Board	Independent Board	6
14. ケンタッキー	1974	1976	L	State Board of Examiners of Social Work	Div. of Occup. & Prof., Dept. of Finance	5
15. アーカンソー	1975	1981	L	Social Work Licensing Board	Independent Board	5
16. 南ダコタ	1975		L	Board of Social Work Examiners	Independent Board	7
17. メリーランド	1975	1983	L	State Board of Social Work Examiners	Dept. of Commerce & Consumer Affairs	6
18. コロラド	1976	1981	R/L	Board of Social Worker Examiners	Dept. of Health & Mental Hygiene	5
19. アイダホ	1976		L	State Board of Social Work Examiners	Dept. of Regulatory Agencies	4
20. デラウェア	1976		L	State Board of Social Worker Examiners	Dept. of Self-Governing Agencies	7
21. アラバマ	1977	1984	L	Alabama Board of Examiners in Social Work	Independent Board	5
22. オレゴン	1977	1979	R	State Board of Clinical Social Workers	Independent Board	5
23. マサチューセッツ	1977		L	Board of Registration of Social Workers	Dept. of Human Resources, Health Division	7
24. テネシー	1980		R	Board of Social Work Certification and Licensure	Independent Board	7
25. テキサス	1981	1983	R	Council for Social Work Certification	State Licensing Board for Healing Arts	4
26. フロリダ	1981		R	No Board	Texas Board of Human Resources	5
27. モンタナ	1983		R	State Board of Social Work Examiners	Department of Professional Regulation	9
28. 北ダコタ	1983		L	Board of Social Work Examiners	Independent Board	-
29. 北カロライナ	1983		R	Certification Board for Social Work	Independent Board	5
30. ニューハンプシャー	1983		R	Board of Examiners of Psychologists	Independent Board	4
31. ヴァージニアアイランド	1983		R	Board of Social Work Licensure	Independent Board	7
32. ジョージア	1984		R	Composite Bd of Professional Counselors, Social Workers and Marriage and Family Counselors	Independent Board	1
33. ウェスト・バージニア	1984		R/L	Board of Social Work Examiners	Independent Board	5
34. アイオワ	1984		R	Board of Social Work Examiners	Independent Board	4
35. オハイオ	1984		R/L	Board of Social Work Examiners	Department of Health	7
36. コネティカット	1985		L	Counselor and Social Worker Board	Independent Board	4
37. ワシントン・D・C	1986		L	No Board	Independent Board	11
38. ネブラスカ	1986		R/L	Board of Social Worker	Independent Board	3
39. ワターモント	1986		L	Board of Examiners in Social Work	Independent Board	4
				No Board	(Secretary of State)	

出典：図2に同じ

表5 各州法の基づく資格の種類

州	名 称	略 称	教育レベル	実務経験	雇用	試験	更新
アラバマ	Independent Practice		MSW	+ 2 年		有	2 年
	Certified Social Worker	LCSW	MSW	+ 2 年		有	
	Graduate Social Worker	LGSW	MSW		不要	有	
	Bachelor Social Worker	LBSW	BSW		不要	有	
アーカンソー	Licensed Certified Social Worker	LCSW	MSW	+ 2 年		有	2 年
	Licensed Master Social Worker	LMSW	MSW		不要	有	
	Licensed Social Worker	LSW	BSW			有	
カリフォルニア	Licensed Clinical Social Worker	LCSW	MSW	+ 2 年	不要	有	毎年
コロラド	Licensed Social Worker II	LSW II	MSW	+ 5 年		有	2 年
	Licensed Social Worker	LSW I	MSW	+ 2 年	不要	有	
	Registered Social Worker	RSW	MSW /BA	+ 2 年		無	
コネティカット	Certified Independent Social Worker	CISW	MSW	+3000時間		有	
デラウェア	Licensed Clinical Social Worker	LCSW	MSW	+ 2 年	不要	有	2 年
ワシントンD・C			MSW MSW BSW	+3000時間		有 有 有	
フロリダ	Clinical Social Worker	LCSW	MSW	+ 3 年	不要	有	2 年
ジョージア	Clinical Social Worker	LCSW	MSW	+ 3 年	不要	有	
	Master Social Worker	LMSW	MSW	+ 2 年	不要	有	
アイダホ	Independent Practice	-	MSW	+ 2 年		無	毎年
	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要	有	
	Social Worker	SW	BSW			有	
イリノイ	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要	有	2 年
	Social Worker	SW	BA	+ 2 年	必要	有	
アイオワ	Licensed Social Worker	LSW	MSW	+ 2 年	不要	有	毎年
カンサス	"Specialties"		MSW	+ 2 年		有	2 年
	Master Social Worker	MSW	MSW		必要	有	
	Baccalaureate Social Worker	BSW	BSW			有	
ケンタッキー	Independent Practice		MSW	+ 2 年		有	3 年
	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要	有	
	Social Worker	SW	BSW			有	
ルイジアナ	Board Certified Social Worker	BCSW	MSW	+ 2 年	不要	有	毎年
メイン	Independent Practice		MSW	+ 2 年		有	2 年
	Certified Social Worker	CSW	MSW			有	
	Registered Social Worker	RSW	BSW		不要	有	
	Associate Social Worker	ASW	BA or 6 年	+ 2 年 6 年		有	

海外の動き

メリーランド	Independent Practice		MSW	+2年		有	2年
	Certified Social Worker	CSW	MSW	+2年		有	
	Graduate Social Worker	GSW	MSW		不要	有	
	Social Work Associate	SWA	BSW			有	
マサチューセッツ	Independent Clinical Social Worker	LICSW	MSW	+3年		有	
	Certified Social Worker	LCSW	MSW			有	
	Social Worker	LSW	BSW /BA	+2年	不要	有	
	Social Work Associate	LASW	AA/BA			有	
ミシガン	Certified Social Worker	CSW	MSW	+2年	不要	無	2年
	Social Worker	SW	MSW /BA	+2年	必要	無	
	Social Worker Technician	SWT	2年. BA or	1年	必要	無	
モンタナ	Licensed Social Worker	LSW	MSW	+2年	不要	有	2年
ネブラスカ	Certified Social Worker	CSW	MSW	+3000時間		有	
	Registered Social Worker	RSW	BSW /MSW			無	
ニューハンプシャー	Certified Clinical Social Worker	CCSW	MSW	+2年	不要	無	
ニューヨーク	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要	有	2年
北カロライナ	Certified Social Worker	CSW	BSW		不要	有	2年
	Certified Master Social Worker	CMSW	MSW		不要	有	
	Certified Clinical Social Worker	CCSW	MSW	+2年	不要	有	
	Certified Social Work Manager	CSWM	BSW	+2年	不要	有	
北ダコタ	Licensed Social Worker	LSW	BSW		不要	有	2年
	Licensed Certified Social Worker	LCSW	MSW		不要	有	
	Independent Practice		MSW	+3年	不要	無	
オハイオ	Independent Social Worker	LISW	BSW	+2年	不要	有	2年
	Social Worker	LSW	BSW /MSW		不要	有	
	Social Work Assistant	RSWA	AA				
オクラホマ	Licensed Social Worker	LSW	MSW	+2年	不要	有	毎年
	Licensed Social Work Associate	LSWA	BSW	+2年	不要	有	
オレゴン	Registered Clinical Social Worker	RCSW	MSW	+2年	不要	無	毎年
プエルトリコ	Social Worker		BA /MSW	+2年	不要	無	
ロードアイランド	Registered Social Worker	RSW	MSW		不要	無	毎年
南カロライナ	Registered Social Worker	RSW	MSW		不要	無	毎年
南ダコタ	Independent Practice	CSW-PIP	MSW	+2年		有	2年
	Certified Social Worker	CSW	MSW			有	
	Social Worker	SW	BSW		不要	有	
	Social Work Associate	SWA	AA/BA			有	
テネシー	Independent Practice		MSW	+5年	不要	無	毎年
	Master Social Worker	MSW	MSW		不要	無	
テキサス	Private Practice		CSW			無	毎年
	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要	有	
	Social Worker	SW	BSW			有	
	Social Work Associate	SWA	HS/BA			有	

ユタ	Independent Practice	-	MSW				有	毎年
	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要		有	
	Social Service Worker	SSW	BSW				有	毎年
	Social Service Aide	SSA						
ヴァーモント	Certified Social Worker	CSW	MSW	+ 2 年			有	
ヴァージン アイランド	Social Work Associate	SWA	AA/BA		不要			
	Social Worker	SW	BSW / BA	+ 2 年	不要			
	Certified Social Worker	CSW	MSW		不要		無	
	Certified Independent Social Worker	CISW	MSW	+ 2 年	不要			2 年
ヴァージニア	Clinical Social Worker	CSW	MSW	+ 3 年	不要		有	
	Social Worker	SW	MSW	+ 3 年			有	2 年
西ヴァージニア	Certified Social Worker	LCSW	MSW	+ 2 年	不要		有	2 年
	Graduate Social Worker	LCSW	MSW					
	Social Worker	LSW	BSW					

出典：図2に同じ。

表7 ソーシャルワーカーの雇用状況（1984年，その2）

区 分	数	割合(%)
総 数	335,465	100.0
Wage and salary	329,465	98.2
Self-employed	6,000	1.8
Nursing and personal care facilities	5,096	1.5
Hospitals	36,260	11.0
Outpatient care facilities	21,818	6.6
Educational services	15,959	4.8
individual and family social services	33,964	10.3
Job training and vacational rehabilitation	6,860	2.0
Residential care	12,309	3.7
Social services N.E.C	255,270	7.7
Civil social and fraternal associations	9,205	2.8
Religious organizations	6,775	2.1
Federal government	4,569	1.4
State government	76,761	23.3
Local government	64,433	19.6

U.S. Department of Labor,
unpublished data.

出典：図3に同じ

表 6 各州の資格法の適用範囲, 罰則等

州	適用範囲			手数料		罰金	罰則
	政府職員	政府機関職員	学生	初度	更新		
アラバマ	適用除外	適用	適用除外	Min \$ 50	Min \$ 25	None	None
アーカンソー	適用除外	適用	適用除外	\$ 5.10	\$ 3.11	\$ 100 500	
カリフォルニア	適用除外	適用除外	適用	\$ 10.50	\$ 2.50 \$ 20	"Class 3 Misdemeanor"	
コロラド	適用除外	適用除外	適用	Max \$ 250	Max \$ 150	"Class A Misdemeanor"	
デラウェア	適用除外	適用除外	適用除外	\$ 50	\$ 50	Miscemeanor 1st degree	
フロリダ	適用除外	適用除外	適用除外	\$ 25	\$ 10	Misdemeanor	
ジョージア	適用	適用	適用除外	\$ 10.50	\$ 10.50	"Misdemeanor"	
アイダホ	適用	適用	適用	Max \$ 30	Max \$ 50	\$ 50 \$ 500	
アイリノイ	適用	適用	適用除外	\$ 50	\$ 20	Misdemeanor	
アイオワ	適用	適用	適用	Max \$ 50	Max \$ 50	And/or 6 month	
カンサス	適用除外	適用	適用	\$ 25	\$ 15	or 6 months max	
ケンタッキー	適用除外	適用	適用	Max \$ 50	Max \$ 50	And/or 90 day max	
ルイジアナ	適用除外	適用	適用	\$ 110	\$ 30	Max 3 mos	
メイン	適用除外	適用	適用	Max \$ 150	Max \$ 15	Not to exceed 6 mos	
メリーランド	適用除外	適用	適用	Max \$ 100	Max \$ 20	Not to exceed bmos	
マサチューセッツ	適用除外	適用	適用	Max \$ 75	Max \$ 50		
ミシガン	適用除外	適用	適用	Max \$ 50	Max \$ 40		
モンタナ	適用除外	適用	適用	\$ 3	\$ 1		
ニューハンプシャー	適用除外	適用	適用	\$ 5	\$ 5	\$ 300 \$ 500 Subseq	
ニューヨーク	適用除外	適用	適用	\$ 10	\$ 5	Min \$ 100	
北カロライナ	適用	適用	適用	\$ 50	\$ 50	Max \$ 500	
北ダコタ	適用	適用	適用	\$ 25	\$ 60	Misdemeanor	
オハイオ	適用	適用	適用	\$ 175		\$ 100 \$ 500	
オクラホマ	適用	適用	適用			\$ 50 \$ 500	
オレゴン	適用	適用	適用			None	
プエルトリコ	適用	適用	適用			None	
ロードアイランド	適用	適用	適用			None	
南カロライナ	適用	適用	適用			None	
南ダコタ	適用	適用	適用			None	
ネブラス	適用	適用	適用			None	
ネキサス	適用	適用	適用			None	
ユタ	適用	適用	適用			None	
ヴァージニア	適用	適用	適用			None	
ヴァージニア	適用	適用	適用			None	
ウェスタン	適用	適用	適用			None	
ウィスコンシン	適用	適用	適用			None	
ワイオミング	適用	適用	適用			None	
ワシントン	適用	適用	適用			None	
ウェストバージニア	適用	適用	適用			None	

のが20州，登録（registration）方式ものが15州，両者併用方式（資格の種類によって免許又は登録とする）が4州である。資格は単一のケースよりも，学歴（BSW，MSWなど）に応じ3～4段階に区分しているケースが多い。また，永久資格というよりは，1～2年で更新を義務付けているケースが多い。

免許や登録の実施主体としては，専門の委員会（board）が設けられている場合がほとんどであるが，その位置付けとしては，州政府の部局に属している場合と独立した機関となっている場合が半々ぐらいである。ただ，最近の立法例としては，独立の機関と位置付けているケースが多い。なお，実際の試験を行うのは，多くの州で Assessment System Inc. という民間会社であることは，前述したとおりである。

資格法の効果としては，免許 → 業務独占，登録 → 名称独占 と考えられがちであるが，免許方式をとる場合も「ソーシャルワーカーとして……を行う」に当たって免許を必要としているケースが多いようであり，NASWの担当者のお話でも，概ね名称独占（title protection）であるとのことであった。もっとも，アメリカでは Social Worker ないし Social Work という言葉が我が国と違いはるかに定着しており，この言葉を使用せずにソーシャルワーク活動を行うことは困難であるという点で，事実上業務独占に近い意味を有しているようである。なお，州によっては組合（Union）とのからみもあり，連邦政府や州政府の職員などについては適用除外と

しているところもある。

違反した場合の制裁措置としては，罰金刑を定めている場合が多く，その最高額は500ドルである。拘禁刑を定める立法例は少数で，7州のみである。

(2) メリーランド州の場合

上記(1)の説明だけでは，余りに包括的で具体的なイメージがつかみにくいという向きも多いかもしれない。そこで一例として，メリーランド州の現状を詳しく紹介してみよう。（注6）

メリーランド州の資格法は“Maryland Social Worker Act”と呼ばれ，① Certified Social Worker (MSW)，② Graduate Social Worker (MSW)，③ Social Worker Associate (BSW) の3つのレベルの免許（license）を定めている。②および③は，CSEの認定する学校の卒業が州の実施する試験の受験の要件となる。また①については，MSWの資格取得後2年間の実務経験が受験資格として要求されている。

試験は，4月，7月，10月の年3回行われるが，実施は，Assessment System Inc. に委託されている。1986年の年間受験者は，それぞれ①181人，②400人，③317人で，合格者は ①119人，②314人，③243人，合格率は ①65.7%，②78.5%，③76.8% となっている。この合格者だけが，各レベルの免許を取得する。

免許申請の手数料は50ドルである。また，免許は2年ごとに更新しなければならないが，その手数料も50ドル（ただし③のみは

海外の動き

20ドル)である。

この制度の実施主体として、州政府保健精神衛生庁に State Board of Social Work Examiners が設けられている。

法律の効果としては、practice social work する以前に license が必要とされており、一見業務独占のようであるが、practice social work とは “engage professionally and for compensation in the following activities while representing oneself to be a social worker” と定義されていることから見ると、名称独占と考えた方が適当なようである。メリーランド州の担当者も title protection であると述べていた。なお、政府職員や学生については適用が除外されている。

罰則としては、500ドル以内の罰金又は90日以内の拘禁が定められている。

4 ソーシャルワーカーの地位

(1) 従事分野

ソーシャルワーカーがどのような分野に従事しているかに関する連邦レベルのデータは、余りいいものはないようである(注7)。

図3及び表7は、いずれも連邦労働省の1984年の統計であるが、これを見る限り、政府職員(連邦、州、地方の全てを含む)が43.5%と大きな割合を占め、次に health 関係の20.4%(うち11.0%が病院)、individual and family social service (いわゆる福祉サービスと見ていいだろう)の10.3%

の順となっている。

また、注目すべきは、自営のソーシャルワーカーが6000人(1.8%)いることである。(注8)

(2) 報酬

報酬については、ほとんどといっていいほどデータがない。第8表はNASWがとりまとめたものであるが、いちばん右がNASWで示している1985年の標準的サラリーである。

これによれば、BSWクラスで年間17,000ドル、MSWクラスで年間21,000ドル、ACSWクラスで年間25,000ドルとされており、高学歴の割には余りいい待遇といえない。NASWの担当者の話でも、概ね医者、心理学者、ソーシャルワーカー、看護婦の順ではないかということであったが、看護婦でも同様の学歴を持つ者と限って比較すれば、むしろソーシャルワーカーの方が低いのではなかろうか。

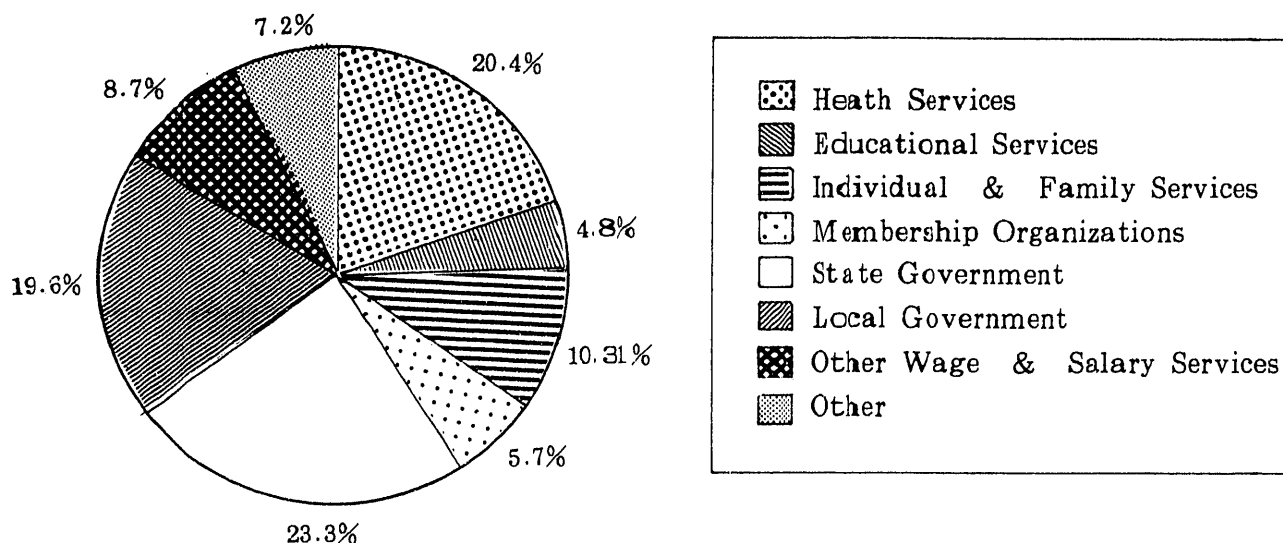
5 第三者払い問題

(1) Vendorship Law

アメリカには臨床ソーシャルワーカー(Clinical Social Worker)として、独立してクライアントにサービスを提供する者がいるが、その料金はクライアント1人1時間当たり40~50ドルというのが1つの目安である。

この料金は決して安いものではないので、

図3 ソーシャルワーカーの雇用状況(1984年)



(注) 連邦病院職員と自営ソーシャルワーカーを除く

Data from U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, unpublished tables
出典: Encyclopedia of Social Work, 18th Edition (NASW, 1987年)

クライアントが全てを負担することになれば、ソーシャルワーカーの許へ行くことが敬遠されかねない。まして、医者や心理学者の所へ行くよりも不利だということになれば、なおさらであろう。

そこで、公的、私的を問わず保険がソーシャルワーカーのサービスに対して支払い(rembursement)を行うかどうか大きな関心事となってくる。これが、第三者払い(third party payment)問題である。

アメリカにおいても、健康保険にはいろいろのパラエティがあるが、たいてい50~500ドルの控除額(deductible)を設け、それを上回る額の50~80%を給付するという形のものが多い。問題はその給付対象となるサービスであるが、ソーシャルワーカーに関していえば、①精神的な健康(mental

or emotional health)もカバーされるか

②医者や心理学者のみでなく、ソーシャルワーカーによるサービスも対象となるか
③ソーシャルワーカーが対象となるとしても、どのような要件が必要となるか という3点が重要である。

①については、施策や契約の上でどう取扱っているかが基本であるが、最近いくつかの州で法律によってメンタル・ヘルスをカバーすることを要求するものも出てきている。

②についても基本的には契約の問題であるが、ソーシャルワーカーにも途を拓くものとして、2つの方式がある。一つは受取人選択方式(freedom of choice)であり、

表8 ソーシャルワーカーの年間報酬

	NASW 1981 Standard		GS Sched. Fed. Govt. - Entry (1) 1985		CWLA Survey - Median(2) 1981 1985		FSA Survey - Median(3) 1981 1985		State Civ. Serv.(4) 1983 1985		1985 NASW Standard	
	Social Worker (BSW) 増加率 (1981-85)	15,220		15,922	17,824	16,300	17,000	12,831	14,786	14,772	15,968	17,000
Specialized Prof. (MSW) 増加率 (1981-85)	18,990		19,477	21,804	17,000	19,000	16,231	18,682	('83-'85)	8.1	21,015	11.1%
Indep. Pract. (ACSW) 増加率 (1981-85)	21,980		28,245	31,619	21,600	25,000	20,468	24,696	('83-'85)	6.1	25,000	10.5%
Advanced Professional 増加率 (1981-85)	26,600		39,689	44,360	36,300	45,700	29,583	37,333	-	-	40,000	13.7%
				11.9%		25.9%		26.2%				50%

SOURCES :

- (1) General Schedule, Federal Government - U.S. Office of Personnel Management, eff. January 1, 1985.
- (2) GS salaries (Step 1) for GS-7, 9, 12, & 14.
Salary Study, 1985 - Child Welfare League of America, Inc.
Pract. with some Graduate S.W. Training ; Pract. with S.W. Degree ; Supervisor of Practitioners ; Casework Director ; Executive Director. Median Salaries.
- (3) Salary Data : January 1, 1985 - Family Service America, Inc.
Pract. with some Graduate Education ; Pract. with Graduate Education ; Supervisors ; Director of Professional Services ; Executive Director. Median, 1 / 1 / 79.
- (4) Pay Rates. International Personnel Management Association, as of August, 1983, adjusted to reflect CPI (1985). This assumption is a maximum possible increase.
Social Caseworker and Case Work Supervisor.

出典 ; N A S W 資料

表9 Vendorship Provisions の現状

州	施行年月	免許の必要性	その他の要件
カリフォルニア	January 1977 Amended 1984	Licensed Clinical Social Worker	
フロリダ	October 1983	Licensed Clinical Social Worker	
カンザス	April 1982	Specialist Clinical Social Worker	
ルイジアナ	July 1977	Board Certified Social Worker	Must be Listed in a National Clinical Social Work Registry
メイン	January 1984	Certified Social Social Worker Clinical Social Worker (After 1/1/85)	
メリーランド	January 1978	Licensed Certified Social Worker	must be on approved vendor list
マサチューセッツ	March 1982	Independent Clinical Social Worker	
モンタナ	October 1985	Licensed Social Worker	
ニューハンプシャー	January 1984	Certified Clinical Social Worker	
ニューヨーク	January 1978	Certified Social Worker	Must have a "P" (Psychotherapy) endorsement which attests to 3 years of post-masters experience
オクラホマ	October 1982	Clinical Social Worker	
オレゴン	July 1981	Registered Clinical Social Worker	
テネシー	July 1985	Certified Master Social Worker	
ユタ	July 1978	Clinical Social Worker	
ヴァージニア	July 1979	Clinical Social Worker	

出典：2図に同じ

海外の動き

適用範囲	医師の指示等の必要性
Policies with mental health coverage must recognize LCSW as reimbursible providers	By licensed physician or surgeon
Coverage for LCWS must be offered to policyholders ; in-patient minimum 30 days ; outpatient max. \$ 1,000.00	
SCSW must be reimbursed for services within their scope of practice unless policy holder refuses such coverage in writing	
Policies with mental health coverage must reimburse BCSWs	Physicial consultation and collaboration
Policies with mental health coverage must reimburse CSWs	Not tequired unless a condition is diagnosed beyond the scope of WCW licensure.
Policies with mental health coverage must reimburse CSWs	
Policies with mental health coverage must reimburse CSWs	
Coverage for mental health benefits must reimburse CSW, with mandatory M.H. coverage for group health insurance policies	
Coverage for CCSW must be offered to policyholders (who have mental health benefits) in a separate & identifiable Premium	
Coverage for CSW must be offered to policy holders but is not mandated	
Policies with mental health coverage must reimburse CSWs	
Benefits to be paid whether service is given by physician, psychologist or clinical social worker	Physician or Psychologist
Coverage with mental benefits must cover CSW	
Coverage of mental health benefits must reimburse CSWs	
Coverage for CSW must be offered to policy holders but a special endorsement on the policy specifying CSW coverage is required	

契約内容のいかんにかかわらず、ソーシャルワーカーを含む適格なメンタルヘルス・サービスの供給者のうち誰からサービスを受けるかを、受取人が選択できるというものである。もう1つが Vendorship Law (「売り手法」とでもいうべきか)であり、ソーシャルワーカーにメンタルヘルス・サービスの適格な供給者として、保険からの償還払いを受ける資格を認めるというものである。

③は②と関連し「適格なメンタルヘルス・サービスの供給者」と認められるためには、自分でソーシャルワーカーを標榜すれば良いのではなく、社会的に認知された判断基準が必要である。その意味で、ソーシャルワーカーの資格法 (Regulation Law) は、Vendorship Law の前提となる。

なお、一般に、独立の臨床ソーシャルワーカーとなるには、単に福祉系大学や大学院を卒業した(即ちBSWやMSW)だけでは不十分と考えられており、各州の立法例でもMSWの資格取得後2年間程度の実務経験等を要求することが多い。NASWでは、資格立法の動きが本格化した1976年に臨床ソーシャルワーカーの登録制度を設けており、**Ⓐ** CSWE認定の大学院卒業 (MSW) **Ⓑ** MSWの資格取得後2年のフルタイムの実務経験又は24か月以内に3,000時間の、MSW以上の資格者の指導 (supervise) の下での (パートタイムの) 実務経験 **Ⓒ** 過去10年間に最低限2年又は3,000時間の実務経験の存在 **Ⓓ** ACSWの現メンバー又はそれと同等の (各州法による) 資格を持つことを要件としているが、現在約8,400人が登録

されている。(注9)

(2) 各州の法制

表9は、現在15州で立法されている Vendorship Law の概要をとりまとめたものである(注10)。これを見ても、Vendorship Law の対象者はソーシャルワーカー一般でなく、ACSWクラスの者であることがわかる。

これについても、メリーランド州の例をもう少し詳しく紹介すると・・・

メリーランド州の Vendorship Law は1978年保険法の一部改正の形で立法化されている。

それによれば、Certified Social Work (MSWプラス2年以上の実務経験を経て免許を取得した者) が最低2年間又は3000時間のスーパーバイズされた臨床ソーシャルワーカーの経験を有する者であり、しかも医者が当該CSWを指示 (refer) した場合には、全ての保険施策ないし保険会社は当該CSWのサービスについて償還払い (reimbursement) を行わなければならない旨定めている。なお、医者の指示は口頭でも良いとされている。

おわりに

ソーシャルワーカーの地位の確立について、NASWは大きな役割を果たして来た。資格立法にせよ、Vendorship Law にせよ、各州のソーシャルワーカー達が自発的に勝ち取っていったというより、NASWが示

海外の動き

す基準（注11）と戦略に基づき、その支部（Chapter, 合衆国内のほかプエルトリコ、ヨーロッパ等含め55支部ある）が政治活動（lobbying）によって獲得してきた観が強いようである。しかし、私見によれば、州法により資格立法が行われ、施行されるということは、従来事実上の資格制度として機能してきたNASWの会員であることのメリットが薄れることにもつながるのではないか。この点CSWEが、スクール・オブ・ソーシャルワーク認定権限を独占しているがために、いくらスタッフ等の質の低下が批判されても組織が維持されているのとは対照的な側面がある。

NASWは、現在 Vendorship Law の制定に全力を挙げているほか、平和運動にも相当力を入れているようであるが、関係者の中では、これらの活動が余りに政治的であるという批判もあがっている。

レーガン大統領による大幅な福祉予算カットなど、福祉をめぐる環境が厳しくなっている中で、今後ソーシャルワーカーが、そしてNASWが、どのような活動を展開していくかが注目される。

最後になってしまったが、今回の調査に先立っていろいろと御指導いただいた明治学院大学の秋山智久教授、現地で調査に強力いただいた在米日本国大使館の皆川一等書記官及び田河調査員並びにインタビューに応じていただいたCSWE, APWA, NASW及びメリーランド州政府の関係者はじめ多くの方々に心から感謝の意を表し

て、私の拙い報告を終えることとしたい。

注

- (1) ここでは、ソーシャルワーカーの歴史的経緯については触れていない。この点に関しては、日本ソーシャルワーカー協会編「各国のソーシャルワーカー(1)」(1985年)中の金子論文にコンパクトにまとめられている。更に詳しくはNASW編“Encyclopedia of Social Work 18th Edition”の「CSWE」や「NASW」の項参照。
- (2) プロセスの詳細や認定要件等については、CSWE編“Handbook of Accreditation Standards and Procedures”(1984年7月改訂版)参照。
- (3) この統計は、原則1985年11月現在のものである。CAWEの影響力の低下を反映してか、各大学からの報告の提出率が低く(大学院レベル89校中85校、大学レベル351校中300校が報告)、データとして不完全であることに注意されたい。
- (4) 詳しくは、“Colleges and Universities with Social Work Degree Programs”(1986年7月)参照。
- (5) いずれも、NASW編“State Comparison of Laws Regulating Social Work”(1984年7月)より。なお、若干新しいデータを付加して修正しているが、追加部分については情報不十分のため、多少の空欄があることは御了解いただきたい。
- (6) 詳しくは、メリーランド州保健精神衛生庁“Health Occupation Article, Title 18—Annotated Code of Maryland”参照。
- (7) NASWは1985年に雇用されているソーシャルワーカーについての全国調査を行っており、その報告書が近々刊行される予定であるので、貴重なデータとなろう。
- (8) 自営業者の団体として、Federation of Clinical Social Workers があり、NASWとは独自の活動を行っている。

(9) 以上, N A S W編 “Professional Social Work
Recognition—Vendorship Report ” (1985年 1
月) 参照。

(10) N A S W編 “State Comparison of Laws

Regurating Social Work ” (1984年 7月) より。

(11) 例えば, “Standards for the Regulation of
Social Work Practice ” (1976年10月) ほか。

フランスの福祉専門家教育

伊奈川 秀和

(厚生省児童家庭局企画課)

1 はじめに

外国の制度を述べることは、多くの場合困難を伴う作業である。フランスの場合も社会保障制度、とりわけ社会福祉制度を述べる場合においてその感が強い。

困難をもたらす一つの理由は、フランスの社会福祉制度が日本と異なることはもちろん、比較的日本でも知られたイギリスなどのアングロ・サクソン系の制度とは異なる独自の体系を有しているからである。

フランスの社会福祉は、伝統的な社会扶助 (aide sociale) と新しい社会事業 (action sociale) の2つの概念が併存する形で組み立てられている。その点、日本の社会福祉のような包括的な概念は存在しない。しかも、病人、老人、児童等を対象とする社会扶助は、日本の生活保護とは大きく異なり、老人福祉、障害者福祉等も一部とりこんだ内容となっている。他方、社会事業は社会扶助と異なり法律上の規定がないという意味において曖昧な概念である。多少の誤解を覚悟で言えば、社会事業は社会福祉のうち社会扶助を除いた、障害者、老人、

貧困者等社会的弱者を対象にした予防的、積極的な施策である。

フランスの社会福祉の体系を全てここで述べることはできないが、このような異質の制度である以上、それを担う社会福祉専門家のそれぞれの職務も日本とは大いに異なる体系と考えていただきたい。

筆者は本稿を作成するに当たり、諸資料に基づき、できる限り客観的な記述に努めたつもりであるが、現地調査により内容を直接確認することはできていない。したがって、以下の記述においては不適切な点があるかもしれないことを予めおことわりする次第である。

2 フランスの社会福祉専門家の概要

1. 種類

フランスにおいて「les travailleurs sociaux」、 「les professions sociales」などとよばれる社会福祉専門家の範囲に関する明確な定義は存在しないが、一応次のものが挙げられよう。¹⁾

①主として家庭を対象とした職種

- ・ソーシャルワーカー (assistante de service sociale)
- ・家庭経済社会カウンセラー (conseillère en économie sociale familiale)
- ・家庭奉仕員 (travailleuse familiale)
- ・家事援助員 (aide ménagère)
- ・付添人 (auxiliaire de vie)
- ・保育ママ (assistante maternelle)
- ・社会給付代理人 (délégué à la tutelle aux prestations sociales)
- ・夫婦カウンセラー (conseille conjugal)

②教育関係職種

- ・特殊教育士 (éducateur spécialisé)
- ・教育指導士 (moniteur éducateur)
- ・特殊技術教育士 (éducateur technique specialise)
- ・医療・心理補助士 (aide medico-psychologique)
- ・保母 (éducateur de jeunes enfants)

③社会指導関係の職種

- ・指導員 (aminateur)

2. 全体数と推移

社会福祉専門家に係る制度の創設は、ソーシャルワーカー(1932年創設)などを別とすればそれほど古くはなく、1960年代後半から1970年前半にかけてである(表1)。このため社会福祉専門家の数は行政の養成努力も相まって、1970年後半以降大幅に増加した(表2)。

現在の社会福祉専門家の各職種の総数は表3の通りである。これらの職務に従事している者の全てが資格を有しているわけで

はなく(したがって、業務独占ではない)、全体の約20%は無資格者である。なお、無資格者の状況は職種によって異なる。例えば、特殊教育士は12%、教育指導士は39%、医療・心理補助士は39%が無資格者である。²⁾

3. 養成数の推移

社会福祉専門家の絶対数が増加傾向にあることは前述の通りであるが、養成数は、表4の通り、1978年以降、特殊技術教育士及び家庭経済社会カウンセラーを除き全体として減少傾向にある。

社会福祉専門家の各年の養成数は、地方厚生局が必要に応じて算定した適正数に基づき決めることになっており、比較的新しく創設された特殊技術教育士及び家庭経済社会カウンセラー以外は抑制気味に決められていることが、この減少傾向の背景にあると考えられる。実際のところ、この二つの職種を除き、各年の資格取得者数は1978年～1983年に全体として9%減少している(表5参照)。

こうした1974年から1985年の資格取得者数の推移の中で特に目を引くコントラストは、教育指導士の減少傾向と特殊教育士の傾向である。両者は、教育指導士が特殊教育士を補佐する関係にあり、教育指導士の多くが(資格要件において)よりレベルの高い特殊教育士の資格を取得したことから、このような現象が生じたと思われる。

海外の動き

表1 福祉関係の資格一覧

職 種	一般の教育修了後入学する場合				職業活動の後入学する場合				資格の種類
	最低 年齢	学歴要件	試験の種類	教育 年限	最低 年齢	職業活動要件	試験の種類	教育 年限	
医学・心理補助士 (Aide Medico-psy- chologique) 〔1972年〕					18歳	付添婦又は医療心 理補助士としての 訓練	選抜試験 (ただし、 中等普通教育 修了免状、 社会医療関 係職業適性 証明書を有 する場合には 免除。)	2年 間に 240 時間	適性証書
青年の家、文化 センター、スポ ーツクラブ等の 指導員 (Animateur) 〔1975年〕		社会教育指導員適 性証明等		3年		3年間の職業活動 又はアマチュア指 導員としての活動		3年	国家資格
ソーシャルワー カー (Assistante de service sociale) 〔1932年〕		大学入学資格又は それに相当する資 格	選抜試験	3年		最低5年の職業活 動又は主婦体験	選抜試験	3年	国家資格
家庭経済社会カ ウンセラー (Conseiller en Économie Sociale Familiale) 〔1974年〕		大学入学資格+家 事・家計関係高等 技術者免状又は家 庭科教育高等技術 者免状	適性試験	3年		この分野での3年 間の職業活動		1年	資格
保 母 (Éducateur de jeunes enfants) 〔1959年〕		大学入学資格又は それに相当する資 格	選抜試験	2年					
特殊教育士 (Éducateur Spécialisé) 〔1967年〕	大学 入学 資格 の ない 場 合 は 18才	学歴不問	選抜試験	3年		障害者指導士及び 保母資格者以外は 障害者施設での3 年間の職業活動	選抜試験	4年	国家資格
特殊技術教育士 (Éducateur Technique Spécialisé) 〔1967年〕						技術関係大学入学 資格技術者免状、 工業課程修了証書 等+3年間の職業 活動 職業教育修了証書、 職業教育証書等+ 5年間の職業活動 etc.	選抜試験	3年	特殊技術教 育士適性証 書
教育指導士 (Moniteur- Éducateur) 〔1970年〕		①社会医療関係職 業教育免状 ②学歴なし	選抜試験	① 最低 ② 2年	20歳	可能な職業活動	選抜試験 1年	2年	教育指導士 適性証書
家庭奉仕員 (Travailleuse Familiale) 〔1949年〕	試験 の年 の12 /31 に20 歳	中等普通教育修了 免状のレベル		8ヶ 月 + 1年 の見習					適性証書

表2 1974年～1984年（1月1日現在）の社会福祉専門家の増加率

職 種	増 加 率	増加率		
		1984/74	1974	1984
特殊教育士*		8.8 %	16.700	38.752
教育指導士*		9.9 %	7,350	19.146
保 母		10.0 %	2.200	5.648
ソーシャル ワーカー		3.4 %	22.517	31.526

* 養成中の者及び無資格者

表3 社会福祉専門家の数（1984年1月1日）

職 種	人 数	
主として家庭を対象とした職種		
ソーシャルワーカー	31.526	
家庭経済社会カウンセラー	3.000 *	
	8.597 **	
家庭奉仕員		
教育関係職種		
特殊教育士***	31.051	
特殊技術教育士***	(31%) 3.661	11.841
技術教育士	(69%) 8.180	
保 母 ***	5.648	
教育指導士	16.765	
医療・心理士	6.984	
その他の職種		
老人のための家援助助員****	83.994	
保育ママ	222.000 *****	

* 推計：全国家族手当金庫

** 資料：厚生省社会事業局

*** 無資格者を含む。

**** 資料：被用者全国老齢保険金庫（1983年1月1日）

***** 資料：1983年1月1日現在の県厚生部母子衛生年次報告

海外の動き

表4 1974～1983年の社会福祉専門家養成数

職 種	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980(e)	1981(e)	1982(e)	1983	1983/1978
ソーシャルワーカー	5.529	5.855	5.958	6.145	5.863	6.125	6.000	6.000	5.870	5.745	- 2%
特殊教育士	7.947	8.330	8.606	8.374	8.240	7.986	7.500	7.500	7.600	7.701	- 7%
特殊技術教育士				768	826	948	1.000	1.000	975	955	+16%
教育指導士	3.746	3.610	3.379	3.308	3.188	2.916	2.500	2.500	2.440	2.381	-25%
保 母	2.133	2.271	2.102	2.055	1.965	2.026	2.000	2.000	1.920	1.839	- 7%
家庭経済社会 カウンセラー	300	360	420	470	490	510	560	600	580	* 550	+12%
合 計	19.655	20.426	20.465	21.120	20.572	20.511	19.560	19.600	19.385	19.171	- 7%

* 1984年の養成数（公立+私立）

資料：S.E.S.I.

表5 社会福祉専門家資格取得者数

職 種	1974	1978	1981	1983	1978～1983年の増加率
ソーシャルワーカー	1.471	1.967	1.918	1.903	- 3%
特殊教育士	1.680	2.404	2.210	2.120	-12%
特殊技術教育士	-	206	399	282	+37%
教育指導士	1.400	1.452	1.200	1.069	-26%
保 母	801	937	930	847	-10%
家庭経済社会 カウンセラー	131	298	373	*373	+25%
合 計	5.483	7.264	7.030	6.594	- 9%

* 1984年の資格取得者数（公立+私立）

資料：S.E.S.I.

4. 社会福祉専門家養成コースの状況

1983-1984年度の養成コース数は、仏厚生省の調査によれば、公立が19コース、非営利の私立が217コース、全体で236コースである。1つの養成機関で複数のコースを持つ場合もあり、これを養成機関数で見ると150程度になる。なお、各種養成コースのうち、保母の全て、家庭経済社会カウンセラー、特殊教育士、特殊技術教育士、教育指導士及び医学・心理補助士の大部分は非営利の民間機関によって行われている。

唯一ソーシャルワーカーのみが20%程度公立機関で行われている。

これら236コースの全学生数は20,139人で、1コース当たりの平均学生数は85人となる。ただし、これを職種ごとに詳細に見ると、平均生徒数は特殊教育士の157人から家庭経済社会カウンセラーの20人までかなりのばらつきがある。（表6参照）

伝統的に女性の職場進出が進んでいるフランス社会一般の例にもれず、この分野における女性の学生の割合は75.3%と全体の約4分の3というかなり高い数字になって

いる。ただし、職種間の女性化率のばらつきも大きく、伝統的に女性の仕事とされてきた家庭経済社会カウンセラーの女性化率が99.1%ではほぼ100%に近いのに対して、技術者の性格の強い特殊技術者教育士の場合には20.9%と低い数字になっている。(表7参照)

なお、同じ1983年において、医療関係の専門家の女性化率は87%でより高い数字になっている。

また、各職種の学歴は、表8の通りである。

以下、いくつかの社会福祉専門家をとり上げ、その養成の概要を述べることにする。

表6 1984年1月1日現在の養成コース数と登録学生数

職 種	コース数	学 生 数					1983年の 資格取得 者数	コース当 たりの平 均学生数
		1年	2年	3年	4年	計		
ソーシャルワーカー	52	1,926	1,908	1,857	54	5,745	1,903	110
特殊教育士	49	2,202	2,333	2,427	739	7,701	2,120	157
特殊技術教育士	28	289	363	303	—	955	282	34
教育指導士	39	1,191	1,190	—	—	2,381	1,069	61
医療・心理補助士	30	609	596	—	—	1,205	482	40
保 母	22	951	888	—	—	1,839	847	84
家庭経済社会 カウンセラー	16	313	—	—	—	313	225	20
合 計	236	7,481	7,278	4,587	793	20,139	6,928	85

資料：S.E.S.I

表7 1983年の資格取得者の状況

職 種	1983年の 資格取得 者数	女性の比重		外国人の比重	
		人数	%	人数	%
ソーシャルワーカー	1,903	1,762	92.6	43	2.3
特殊教育士	2,120	1,214	57.3	26	1.2
特殊技術教育士	282	59	20.9	1	0.4
教育指導士	1,069	741	69.3	5	0.5
医療・心理補助士	482	403	83.6	5	1.0
保 母	847	814	96.1	20	2.4
家庭経済社会 カウンセラー	225	223	99.1	—	—
合 計	6,928	5,216	75.3	100	1.4

資料：S.E.S.I

海外の動き

表8 養成コースに入学する際の学生の学歴の状況

職 種	大学入学資格 〔BAC〕	大学入学資格 〔BAC〕	大学入学資格 〔BAC〕	計
	以 下	又は同等	以 上	
ソーシャルワーカー	66	1,560	223	1,849
特殊教育士	557	1,282	227	2,066
特殊技術教育士	270	14	10	294
教育指導士	771	394	38	1,203
医療・心理補助士	483	93	9	585
保 母	60	811	104	975
家庭経済社会 カウンセラー	—	—	313	313
合 計	2,207	4,154	924	7,285

資料：S.E.S.I

3 ソーシャルワーカー (Assistant de Service Sociale)

〔役 割〕

数多い福祉専門家の中で唯一「家族・社会扶助法典」に規定がある職種である。職務に関しては、通知により「個人、家族あるいは集団の肉体的、精神的、経済的及び

道徳的調和を乱す原因を探り、調和を回復するために可能な全ての活動を行う」とことと定義されている。しかしながら、実際の職務は、勤務先のバラエティを反映して多岐に渡っている。

〔職 場〕

地方公共団体、国、非営利社会福祉施設、民間企業、病院（表9）である。

表9 ケース・ワーカーの職場

雇 主	日 付		
	S.E.S.I. 1983年1月1日	Enquete D.A.S. 1974 年末	Sondage【1】 1971年1月1日
国	10	14	13
県	43	29	25
市町村	4	5	11
社会保険機関	23	23	26
公益法人（1901年法の社团）	9	11	16
企 業	7	10	8
計	96	92	99

資料：S.E.S.I

〔養成〕

養成は、厚生大臣指定養成機関で行われ、養成期間は原則3年である。ただし、働きながらの場合には、最高6年まで養成期間を延長することができる。

〔入学資格等〕

大学入学資格（バカロレア）取得者及びそれと同等と認められる者のほか、入学する年の1月1日において年齢25歳以上で、かつ、5年を超える勤務経験（家庭における子育て期間も含む）を有する場合にも学歴に関係なく入学資格が与えられている。

このうち、大学入学資格者については、地方厚生局（県レベルの厚生省の地方支分部局）が筆記試験を行い選抜することになっているのに対して、第2グループの者については各養成機関ごとに試験を行うことになっている。

〔カリキュラム〕

次の通り、授業と実習の2本立てである。

授業：3年間で1,400時間

必修科目（1,200時間）

社会サービスの理論と実践（最低400時間）

社会事業の制度的枠組（最低160時間）

人間関係（ 〃 ）

社会環境（ 〃 ）

社会経済（ 〃 ）

医療・健康教育・社会医療保障（〃）

選択科目：200時間

各学校にて選択。

実習：3年間で最低14月

オリエンテーション実習

：1年目に1～2月

養成実習：最低12月

〔国家資格〕

養成コース終了後、厚生大臣による国家試験合格者に対し、資格が授与される。

試験科目は、次の4種類である。

- ① 課題文書に基づく総合レポート作成（3時間、筆記試験、配点2）
- ② 実習期間中に学んだ社会状況の発表（口述試験、配点3）
- ③ 学校との間で決められたテーマによる実習の記憶の発表（口述試験、配点1）
- ④ 内申点（配点2）

4 家庭社会経済カウンセラー

(Conseiller en Économie Sociale Familiale)

〔役割〕

家庭社会経済カウンセラーは、日常生活に関係する個人、家庭、集団の問題を解決するために次のような活動を行う。

- ・ 衣食住、家計等日常生活に関係する情報の提供
- ・ 新しい生活環境適応のための技術的・实际的援助
- ・ 日常生活に起因する問題解決のための指導
- ・ 家計等に関するアドバイス
- ・ 家事援助員等の養成指導

〔職場〕

家族手当金庫等の社会保障機関、県厚生部、市町村福祉事務所、社会福祉施設、病院等。

〔養成〕

家庭経済社会カウンセラーの養成は、バカロレア（大学入学資格）取得後3年間、公立及び私立の指定養成機関に行われる。

養成は次の2段階に分けて行われる。

- ・ 家庭経済社会上級技術者適性証
(B.T.S.en Economie Sociale Familiale) 準備課程 (2年間)
- ・ 家庭経済社会カウンセラー資格
(Diplôme en Economie Sociale Familiale) 準備課程 (1年間)

〔家庭経済社会上級技術者適性証準備課程〕

カリキュラムは次の通り。

①基礎教育

- ・ 物理学
- ・ 生物学
- ・ 心理学及び社会心理学
- ・ 社会学
- ・ 経済学
- ・ 芸術教育

②職業教育

- ・ 家政学
- ・ 生活・職場環境

③社会・経済技術実習

〔家庭経済社会カウンセラー資格準備課程〕

この課程に入るためには、家庭経済社会上級技術者適性証を取得することが必要である。カリキュラムは次の通り。

①基礎教育

- ・ 社会学
- ・ 心理学及び教育学
- ・ 経済学

②職業教育

- ・ 社会福祉活動とその仕組み
- ・ 日常生活に関する家政学

③実習

また、資格取得のための試験は次の通りである。

- ① 日常生活、社会福祉活動等に関する文書に基づく筆記試験
- ② 日常生活、社会福祉活動等に関する問題研究の発表と質疑応答
- ③ 実習レポートの発表と質疑応答

5 家庭奉仕員 (Travailleuse Familiale)

〔役割〕

1974年2月15日の政令は、家庭奉仕員を「母親を助けるため又は母親に代わり家庭において、あるいは、老人、障害者及び重度障害者のそばで家事及び家庭の活動を確保する社会福祉専門家であり、世話をする家庭の調和を維持し、回復することに貢献する」と定義している。言い換えれば、家庭奉仕員は、病気、入院等のため一時的に家事のできない母親の代役を務めること、あるいは、他人の介護を必要とする老人や障害者の日常生活の援助をすることを任務とする。具体的には、こうした援助を必要とする家庭において、料理、育児、家計の管理等を行うこととされている。

この限りにおいて、家庭奉仕員の職務は一部家事援助員 (Aide Ménagère) と重なるものの、家事援助員よりは広範かつ重要な役割を荷うものと位置付けられている。

〔職 場〕

社団法人，家族手当金庫等の社会保障機関，県厚生部等。

〔養 成〕

厚生省が指定する養成機関へ入学するためには，19歳以上という年齢制限を除き特に資格は要求されない。養成期間は8カ月である。なお，養成機関に入学する者の多くは，既に雇主による選抜試験に合格したうえで入学しており，養成終了後に働く職場が入学時に決っている。

〔カリキュラム〕

最初の1カ月は，将来勤務予定の機関で事前研修を受けることになっている。

1カ月の事前研修を除く7カ月のカリキュラムでは，授業と実地研修が交互に組み込まれている。

- ・授業：3カ月
1カ月半
- ・実習：1カ月 { 半月（産院）
 { 半月（保育所，乳児院等）
1カ月半（家庭）

養成期間中は，実習，グループ討論等による家事に関する技術習得が重視されるが，こうした専門教育に止まらず，家庭生活，衛生，住宅，家計等に関する知識習得のための授業も行われる。

〔家庭奉仕員適性証〕

養成期間修了者には，家庭奉仕員適性証（Certificat de Travailleuse Familiale）の受験資格が与えられる。

資格試験は年2回実施されるが，家庭奉仕員適性取得のためには，この試験に合格することに加え，1年間のフルタイムの勤

務が必要とされている。

6 特殊教育士（Educateur Spécialisé）

〔役 割〕

特殊教育士は，心理士，精神科医，ソーシャルワーカー等の専門家と協力し，身体・精神障害等を有する児童，成人を対象に社会復帰のための教育を行う。

〔職 場〕

社会福祉施設あるいは公立又は民間のサービス機関。

〔養 成〕

養成は，厚生，司法，教育等関係大臣協同指定の養成機関で行われる。ただし，資格は教育大臣から授与される。

養成期間は，原則として3年であるが，働きながらの場合には4年に延長される。

〔入学資格等〕

働きながらの場合とそうでない場合で異なっている。働きながらでない場合には，バカロレア取得者以外は入学の年の9月1日において18歳以上であることが必要である。働きながらの場合には，①3年間の勤務経験を有するか，保母等の資格を有すること，②入学の際教育関係の業務に従事していることが必要である。

入学希望者は各種の適性試験を受けなければならない。ただし，大学入学資格取得者には教養試験が免除されるなどの例外がある。

〔カリキュラム〕

理論，技術教育，実習から成る。

①理論教育（800時間）

- ・生物学・医学（100時間）
- ・心理学（120時間）
- ・社会心理学（60時間）
- ・社会学（60時間）
- ・教育学（200時間）
- ・法律・行政組織（60時間）
- ・不適応の研究（200時間）

②技術教育

- ・指導技術（映画，レコード，物語，遊戯，歌等）
- ・表現技術（デッサン，絵，陶器，ダンス，演劇，織物等）
- ・体操，スポーツ，遊び

③実習（6カ月以上の長期実習1回，2カ月以上の短期実習2回の計3回。

このうち最低1回は，寄宿による実習を行うことになっている。なお，定時制の場合には，勤務をもって長期実習に代えることができるほか，短期実習も1カ月以上の実習に分けて受けることが認められている。）

〔国家資格〕

次の試験合格者に対しては，文部大臣から特殊教育士の国家資格が授与される。

①心理学・教育学に関する筆記試験

（4時間）

②研究報告の発表と質疑応答（30分）

③実習ノート，内申書に基づく口述試験

（30分）

なお，特殊教育士の国家資格については，業務独占は認められておらず，資格がなくとも業務に従事することができる。

7 特殊技術教育士（Educateur Technique Specialese）

〔役 割〕

特殊技術教育士は，教育者兼技術者として未青年の障害者及び不適応者の社会復帰，自立回復を主として技術的側面から支援する。具体的には，適切な教育的，治療的態度及び教育方法を用い，訓練室での訓練を通じて障害児等の動作及び人格の形成，他者との意志疎通，社会・職場復帰を促進する。

〔職 場〕

県の児童福祉施設，その他公立・私立の障害者施設で機能訓練，職業訓練等を目的とするもの。

〔養 成〕

養成は指定養成機関で行われる。養成期間は原則3年であるが，福祉施設で技術教育に従事している者については養成期間の短縮措置がある。また，教師等の有資格者等には教育課程の免除がある。

〔入学資格等〕

指定養成機関が実施する入学試験を受けするためには，基礎的な資格を持つとともに一定期間の勤務経験が必要である。具体的には次の2種類がある。

① 技術員バカロレア，技術員免状等の資格に加え3年間の技術教育関係の勤務経験。

② 職業適性証，職業教育修業免状等の資格に加え5年間の技術教育関係の勤務経験

〔カリキュラム〕

1,030時間にわたって次の6分野の教育が行われる。

- ① 人格形成及び表現能力の発達（約150時間）
- ② 政治及び行政制度（約180時間）
- ③ 不適應の研究（約150時間）
- ④ 特殊教育活動の目的及び方法（方法論）（約150時間）
- ⑤ 特殊技術教育のための心理・教育的活動（約400時間）
 - ・3週間の実習（何日かに分けること可）
 - ・教育方法論
- ⑥ 就職問題
〔適性証〕

養成修了により、教育大臣授与の「特殊技術教育職適性証（Certificat d' Aptitude aux Fonctions d' Educateur Technique Spécialisé）」の受験資格が与えられる。

試験は次の4種類から成る。

- ① 障害等に関する文書に基づくレポートの作成（3時間）
- ② 特殊技術教育に係る体験に関して作成した選考論文の発表（30～40分）
- ③ 試験官との面接（15～30分）
- ④ 受験者の勤務する施設等における勤務評価

8 教育指導士 (Moniteur Educateur)

〔役 割〕

教育指導士は、身体、精神等に障害を有する児童、成人の教育、指導を行う。職務

は基本的に特殊教育士の補助、代理である。

〔職 場〕

職場も基本的に特殊教育士と同じ公立及び私立の社会福祉、行政機関等である。

〔養 成〕

養成は、文部・厚生・青少年スポーツ省共管の指定養成機関で行われ、養成期間は2年間である。また、養成に当たっては、全日制（一般教育修了後直接入学する場合）のコースと定時制（働きながらの場合）のコースの2種類がある。

なお、医療・福祉関係の職業教育修業免状（B.E.P）を取得している場合には、修業年限が1年に短縮される。

〔入学資格等〕

全日制の場合には、入学時18歳以上（医療・福祉関係の職業教育修業免状を有する者については17歳以上）であること及び医療、福祉関係職業教育修業免状を有することが要求される。定時制の場合には、障害児教育関係の職務についていること、及び雇主の許可が必要である。

各養成機関で実施される入学試験は、教養試験と人物試験の二本立てである。このうち教養試験は、職業教育免状取得者に対しては免除されることになっている。

〔カリキュラム〕

理論・技術教育、実習等から成る。

①理論・技術教育

- ・文化一般（75時間）
- ・心理学・教育学（150時間）
- ・衛生学（50時間）
- ・法律学（25時間）
- ・技術教育……劇、ダンス、体育、物語

海外の動き

絵，遊戯，歌，しつけ等

並行して2年間にわたって行われる。

②実技

- ・表現方法の取得・訓練
- ・事例研究

③施設訪問・短期実習（1カ月以内）

- ### ④実習（最低2回に分けて7カ月。このうち1回は2カ月以上の寄宿実習。なお，定時制の学生については，1回分の実習を現在の勤務で代えることができる。）

〔適性証〕

次の試験合格者に対しては，文部大臣から教育指導士の適性証が交付される。

- ①具体的事例に関する質問から成る筆記試験
- ②教育指導士が直面する教育問題についての口述試験
- ③教育指導士が直面する生活，衛生，健康教育についての口述試験
- ④内申書，実習ノート，実習レポートに基づく口述試験

9 医学・心理補助士 (Aide Médico -Psychologique)

〔役 割〕

医学・心理補助士は，重度の身体障害，心身障害を有する児童，成人の介護を行うことを任務とする。具体的には，日常生活の動作に補助が必要なこれら障害者の着替え，食事，散歩，簡単な遊び等の援助を行う。

〔養 成〕

厚生大臣指定養成機関において，勤務と

〔入学資格〕

18歳以上であること。学歴については，特に要件にはなっていないが，教育制度でいう第三学級（中学校卒業）程度の学力が必要である。

〔カリキュラム〕

1. 授業：医学・心理補助士の役割と責任
技術的言葉及び手段
医学・衛生学入門
健康児の心理学
不適応児童一般
不適応児童と法律
子供に関する精神病の知識
職業倫理
一般教育及び特殊教育
日常生活に関する教育
教育上の技術
機能訓練法

2. 実習

〔医学・心理補助士適性証〕

試験合格者に対して，医学・心理補助士適性証 (Certificat d' Aptitude aux Fonctions d' Aide Médico -Psychologique) が与えられる。

試験は次の3種類から成り，60点以上が合格となっている。

- ① a) 筆記試験 (各10点)
授業科目に関する試験
特殊心理・教育に関する知識及び経験
- b) 口述試験 (20点)
- ② a) 実習記録研究 (20点)
- b) 実習記録に関する質疑応答 (20点)

③養成期間中の実技に関するノートの評価
(20点)

professions sociales éducatives ont
plue que double en 10 ans..."(Solidarté
Santé Etudes Statistiques,no.2, 1987.
Mars Avril)

参考文献

1) A. Thévenet, J. Désigaux, "Les
travailleuvs sociaux" (Que sais-je
7), Presse Universitaires de France,
1985

3) "La Formation aux Professions
Sociales" (Solidarité Santé Etudes
Statistiques, no 1, 1986, Janvier
Février)

2) D. Foulon, "Les effectives des

4) 厚生省社会事業局作成資料等

海外社会保障関係文献目録

1987年1月～3月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Achenbaum, W. Andrew
Social security: visions and revisions. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1986. xii, 300p. 24cm. Twentieth Century Fund study.
- Deans, Robert H.
Macroeconomic conflicts and economic and social policies. *Rev. of Soc. Econ.* 44(2) Oct. 1986, p.113-29.
- Dickinson, James/Russell, Bob ed.
Family, economy & state: the social reproduction process under capitalism. London, C. Helm, 1986. 340p. 23cm.
- Euzeby, A.
La Sécurité sociale dans le monde, au seuil des années 1980. *Rev. belge de Séc. soc.* 27(4-5) avr.-mai 1986, p.463-72.
- Hill, Michael/Bramley, Glen
Analysing social policy. Oxford, Blackwell, 1986. viii, 242p. 23cm.
- Holgate, Geoffrey
'Testing the untestable': Section 50 of the Social Security Act 1975. *J. of Soc. Welfare Law* Nov. 1986, p.321-28.
- Horsburgh, Michael
Australian social security appeals, *Soc. Poli. & Admin.* 20(3) Dec. 1986, p.201-16.
- Johnson, Paul
Some historical dimensions of the welfare state. *J. of Soc. Poli.* 15(4) Oct. 1986, p.443-65.
- Laurent, Andre
The elimination of sex discrimination in occupational social security schemes in the EEC *Internat. Labour Rev.* 125(6) Nov.-Dec. 1986, P.675-83.
- Midgley, James
Industrialization and welfare: the case of the four little tigers. *Soc. Poli. & Admin.* 20(3) Dec. 1986, p.225-38.
- O'Higgins, Paul/Partington, Martin
Social security law in Britain and Ireland: a bibliography. London, Mansell, 1986. xxvii, 417p. 24cm.
- Pascall, Gillian
Social policy: a feminist analysis. London, Tavistock, 1986. 263p. 23cm.
- Pretot, Xavier
La Sécurité sociale et l'Europe. *Droit soc.* (1) jan. 1987, p.70-78.
- Sampford, Charles/Galligan, Dennis James ed.
Law, rights and the welfare state. London, C. Helm, c1986. xiv, 338p. 25cm.
- Sozialversicherung im ersten Halbjahr 1986: Ergebnisse der Volkswirtschaftlich. *Wirtschaft & Statistik* 10/1986, p.780-85.
- Stewart, Gill/Stewart, John
Boundary changes: social work and social security. London, Child Poverty Action Group. vi, 63p. 21cm. CPAG Poverty Pamphlet 70.

- Viaene, J. et al.
Ebauche générale d'un traitement rationnel de l'information en sécurité sociale. *Rev. belge de Séc. soc.* 27(4-5) avr.-mai 1986, p.389-462.
- Wilding, Paul ed.
In defence of the welfare state. Manchester, Manchester Univ. Press. 152p. 23cm.
- 社会保険
- Beenstock, Michael/Brasse, Valerie
Insurance for unemployment. London, Allen & Unwin, 1986. 106p. 23cm.
- Bludm, Norbert et al.
Rentenreform 1957. *Bundesarbeitsblatt* (1) Jan. 1987, p.5-34.
- Demanet, G
La pension des ouvriers mineurs. *Rev. belge de Séc. soc.* 28(6) juin 1986, p.495-527.
- Denaeyer, J.
Approche historique de la structure et des modalités de financement des pensions des travailleurs salariés. *Rev. belge de Séc. soc.* 28(1-2-3) jan.-fév.-mars 1986, p.3-116.
- Dinkel, Reiner
Lebensarbeitszeitveränderung als zentrales Element einer Strukturreform der Rentenversicherung. *Soz. Fortschritt* 35(11) Nov. 1986, p.241-45.
- Hecquet, Paul
The provision of retirement pensions in relation to the sector of activity. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 39(3) 1986, p.277-86.
- Kessler, Francis.
L'assurance-pension légale Ouest-Allemande: des difficultés et... des remèdes? *Droit soc.* (2) fév. 1987, p.170-77.
- Masson, Judith
Pensions, dependency and divorce. *J. of Soc. Welfare Law* Nov. 1986, p.343-56.
- Munnell, Alicia H.
The impact of public and private pension schemes on saving and capital formation. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 39(3) 1986, p.243-57.
- Nottage, Raymond/Rhodes. Gerald
Pension: a plan for the future. London, Anglo-German Found. for the Study of Indust. Soc., 1986. 53p. 21cm.
- Penkov, P.
Calculation of contributions to insurance. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 39(3) 1986, p.302-313.
- Runner, Diana
Changes in unemployment insurance legislation during 1986. *Mthly. Lab. Rev.* 110(2) Feb. 1987, p.21-24.
- Schmähl, Winfried
Public and private pensions for various population groups in the Federal Republic of Germany: past experience and tasks for the future. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 39(3) 1986, p.258-76.
- Tester, Susan
Cash and care: the relations between Supplementary Benefit and other agencies. London, Bedford Square Pr., 1985 119p. 21cm. Occasional papers on soc. admin. 79.
- Tinsley, LaVerne C.
Workers' compensation: 1986 State enactments. *Mthly. Lab. Rev.* 110(1) Jan. 1987, p.67-71.
- Verbon, H.A.A.
The rise and evolution of public pension systems. *Pub. Choice* 52(1) 1987, p.75-100.
- Wagner, Gert.
Die Strukturreform der gesetzlichen Rentenversicherung und Strategien der Arbeitsmarktpolitik. *Soz. Fortschritt* 35(11) Nov. 1986, p. 245-51.

- Wright, Randall
The redistributive roles of unemployment insurance and the dynamics of voting. *J. of Pub. Econ.* 31(3) Dec. 1986, p.377-99.
- 社会福祉
- Barth, Richard P./Berry, Marianne
Outcomes of child welfare services under permanency planning. *Soc. Ser. Rev.* 61(1) Mar. 1987, p.71-90.
- Beresford, Peter/Croft, Suzy
Whose welfare: private care or public services? Brighton, L. Cohen, 1986 xvi, 384p. 21cm.
- Brennan, Deborah/O'Donnell, Carol
Caring for Australia's children: polit. and indust. issues in child care. Sydney, Allen & Unwin, 1986. xxv, 177p. 23cm. *Studies in society* 33.
- Chant, John et al.
Health and social services: collaboration or conflict? London, Policy Studies Inst., 1986. 69p. 21cm. PSI discussion paper 14.
- Deans, Tom/Ware, Alan
Charity-state relations: a conceptual analysis *J. of Pub. Poli.* 6(2) Apr.-June 1986, p.121-35.
- Dixon, John
The Chinese welfare system 1949-1979. New York, Praeger, 1981. xxiv, 437p. 25cm.
- Edwards, Gwyn E.
Freiwillige Sozialarbeit in Grossbritannien. *Soz. Fortschritt* 35(11) Nov. 1986, p.255-59.
- European Conference of Ministers of Transport
Transport for disabled people: internat. comparisons of practice and policy with recommendations for change. Paris, ECMT, 1986. 139p. 28cm.
- Ferber, Christian von
Ehrenamtliche soziale Dienstleistungen. *Soz. Fortschritt* 35(12) Dez. 1986, p.265-69.
- Fichtner, Otto
Familienpolitik im Deutschen Verein—Hauptsache? Nebensache? Ehrensache? *Nachrichten Dienst* 67(1) Jan. 1987, p.30-49.
- Gleeson, James P.
Implementing structured decision-making procedures at child welfare intake. *Child Welfare* 66(2) Mar./Apr. 1987, p.101-12.
- Gruber, Murray L.
A three-factor model of administrative effectiveness. *Admin. in Soc. Work* 10(3) Fall 1986, p.1-14.
- Iams, Howard M.
Characteristics of the longest job for new disabled workers: findings from the new beneficiary survey. *Soc. Sec. Bull.* 49(12) Dec. 1986, p.13-24.
- Implementation and analysis of Public Law 98-460-section 1619 (The Social Security Disability Benefits Reform Act of 1984). *Soc. Sec. Bull.* 49(11) Nov. 1986, p.11-45.
- Katz, Michael B.
In the shadow of the poorhouse: a social history of welfare in America. New York, Basic Bks., 1986. xiv, 338p. 25cm.
- Kenner, Charmian
Whose needs count?: community action for health. London, Bedford Square Pr., 1986. vii, 110p. 22cm.
- Korr, Wynne S.
Exploring differences among women in social work. *Soc. Ser. Rev.* 60(4) Dec. 1986, p.55-67.

- Kramer, Ralph M.: Grossman, Bart
Contracting for social services: process management and resource dependencies. *Soc. Ser. Rev.* 61(1) Mar. 1987, p. 32-55.
- Kubernatova, Marta
The occupational reintegration of disabled citizens in Czechoslovakia. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 39(3) 1986, p.287-301.
- Leat, Diana et al.
A price worth paying?: a study of the effects of government grant aid to voluntary organisations. London, Policy Studies Institute, 1986. 202p. 22cm. PSI 651.
- Lynn, Laurence E., Jr.
The new economics of social welfare: an essay review. *Soc. Ser. Rev.* 60(4) Dec. 1986, p.590-602.
- Marquardt, Karl-Heinrich
Schlussveranstaltung Europäische Aspekte einer Familienpolitik. *Nachrichten Dienst* 67(1) Jan. 1987, p.11-29.
- Martin, Elaine M.
Consumer evaluation of human services. *Soc. Poli. & Admin.* 20(3) Dec. 1986, p.185-200.
- Midgley, James et al.
Community participation, social development and the state. London, Methuen, 1986. ix, 181p. 23cm.
- Millar, Ken
Declassification of professional social workers: a personnel issue facing the human services. *Admin. in Soc. Work* 10(4) Winter 1986, p.15-21.
- Pennell, Joan T.
Union participation of Canadian and American social workers: contrasts and forecasts. *Soc. Ser. Rev.* 61(1) Mar. 1987, p.117-31.
- Rein, Mildred
Dilemmas of welfare policy: why work strategies haven't worked. New York, Praeger, 1982. xii, 179p. 25cm.
- Riley, J.
Generalized social welfare functionals: welfarism, morality and liberty. *Soc. Choice and Welfare* 3(4) 1986, p.233-54.
- Ross, Andrew L.: Hoeltke, Gary
An interviewing tool for selection of residential child care workers: a follow-up report. *Child Welfare* 66(2) Mar./Apr. 1987, p.175-83.
- Shepherd, Michael et al. ed.
Mental illness in primary care settings. London, Tavistock, 1986. viii, 296p. 24cm. Conf. held at the Inst. of Psychiat.
- Slesnick, Daniel T.
Welfare distributional change and the measurement of social mobility. *Rev. of Econ. & Statist.* 68(4) Nov. 1986, p.586-93.
- Sozialhilfeaufwand 1985
Wirtschaft & Statistik 11/1986, p.904-08.
- Tienda, Marta: Jensen, Leif
Immigration and public assistance participation: dispelling the myth of dependency. *Soc. Sci. Res.* 15(4) Dec. 1986, p.372-400.
- Tossell, David/Webb, Richard
Inside the caring services. Maidenhead, E. Arnold, 1986. viii, 312p. 22cm.
- Turem, Jerry S.
Social work administration and modern management technology. *Admin. in Soc. Work* 10(3) Fall 1986, p.15-24.
- Webb, Adrian/Wistow, Gerald
Planning, need and scarcity: essays on the personal social services. London, Allen & Unwin, 1986. x, 230p. 23cm.

Willmott, Peter

Social networks informal care and public policy. London, Policy Studies Institute, 1986. 134p. 22cm. PSI Research report 655.

Ycas, Martynas A.

Asset holdings of the newly disabled: findings from the new beneficiary survey. *Soc. Sec. Bull.* 49(12) Dec. 1986, p.5-12.

高齡者問題

Chapman, Steven H. et al.

Life expectancy and health status of the aged. *Soc. Sec. Bull.* 49(10) Oct. 1986, p.24-48.

Grant, Gordon

Older carers, interdependence and the care of mentally handicapped adults. *Ageing & Soc.* 6(3) Sept. 1986, p.333-51.

Hawley, Peggy; Chamley, John D.

Older persons' perceptions of the quality of their human support systems. *Ageing & Soc.* 6(3) Sept. 1986, p.295-312.

Increasing the social security retirement age: older workers in physically demanding occupations or ill health. *Soc. Sec. Bull.* 49(10) Oct. 1986, p.5-23.

Jones, Sidney

The elders: a new generation. *Ageing & Soc.* 6(3) Sept. 1986, p.313-31.

Timaeus, Ian

Families and households of the elderly population: prospects for those approaching old age. *Ageing & Soc.* 6(3) Sept. 1986, p.271-93.

10 Jahre Kostendämpfung (Schwerpunktheft)
Arbeit & Sozialpolitik 40(11/12) Nov./Dez. 1986, p.345-416.

保健・医療

Adams, E. Kathleen et al.

Case-mix reimbursement for nursing home services: simulation approach. *Health Care Financing Rev.* 8(1) Fall 1986, p.35-45.

Allsop, Judith

Primary health care—The politics of change. *J. of Soc. Poli.* 15(4) Oct. 1986, p.489-96.

Baggott, Rob

Alcohol, politics and social policy. *J. of Soc. Poli.* 15(4) Oct. 1986, p.467-88.

Fry, John/Hasler, John

Primary health care 2000. London, C.Livingstone, 1986. xvi, 383p. 23cm.

Leiken, Alan et al.

Modelling the effects of price competition on the utilization of health manpower. *Socio-Econ. Plann. Sci.* 21(1) 1987, p.19-24.

Long, Michael J. et al.

Should children's hospitals have special consideration in reimbursement policy? *Health Care Financing Rev.* 8(1) Fall 1986, p.55-63.

Navarro, Vicente

Crisis, health, and medicine: a social critique. London, Tavistock, 1986. vi, 281p. 23cm.

Pretot, Xavier

Les litiges entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé: questions de compétence. *Droit soc.* (2) fév. 1987, p.166-69.

Saillard, Yves

Les systèmes de santé dans la crise économique. *Rev. franç. des Affaires soc.* 40(3) juil.-sept. 1986, p.9-35.

Waldo, Daniel R. et al.

National health expenditures, 1985. *Health Care Financing Rev.* 8(1) Fall 1986, p.1-21.

Wilsford, David

Medecins français et américains face aux pressions économiques et politique. *Rev. franç. des Affaires soc.* 40(3) juil.-sept. 1986, p.37-58.

雇用と失業

Adler, Frank et al. ed.

Automation and industrial workers: a cross-national comparison of fifteen countries V.2 Pt.1. Oxford, Pergamon Pr., 1986. xxiv, 390p. 26cm.

Adler, Frank et al. ed.

Automation and industrial workers: a cross-national comparison of fifteen countries V.2 Pt.2. Oxford, Pergamon Pr., 1986. xxiv, 391-866p. 26cm.

Anglo-German conference, Sept. 1985

Information technology and employment for disabled people. London, Anglo-German Found. for the Study of Indust. Soc., 1986. 196p. 21 cm. Proceedings.

Bagilole, Barbara

Women and underachievement at work: a study of the internal labour market of the civil service. *Soc. Poli. & Admin.* 20(3) Dec. 1986, p.253-67.

Dar-El, Ezey M.

Productivity improvement: employee involvement and gainsharing plans. Oxford, Elsevier, 1986. xviii, 437p. 25cm. *Advances in indust. engineering* 4.

Epstein, T. Scarlett et al.

Women, work and family in Britain and Germany: a project of the Anglo-German Foundation for the Study of Indust. Society. London, Helm, 1986. 216p. 23cm.

Hepple, Bob ed.

The Making of labour law in Europe: a comparative study of nine countries up to 1945. London, Mansell, 1986. xv, 412p. 24cm. *Studies in labour and social law.*

Hyde, Mark/Deacon, Bob

Working-class opinion and welfare strategies: beyond the state and the market. *Critical social policy* 6(3) Winter 1986/87, p.15-31.

Kerns, Wilmer L.

Federal Employees' Retirement System Act of 1986. *Soc. Sec. Bull.* 49(11) Nov. 1986, p.5-10.

Pirotte, J.

Suicide et accident du travail. *Rev. belge de Séc. soc.* 27(4-5) avr.-mai 1986, p.295-376.

Portwood, Derek

Local Authorities' unemployment strategies. *Soc. Poli. & Admin.* 20(3) Dec. 1986, p.217-24.

Riechel, Klaus-Walter

Labor market disequilibrium and the scope for work-sharing: a case study of the Netherlands. *Staff papers* 33(3) Sept. 1986, p.509-40.

Toulson, Norman.

Managing pension schemes. London, Gower, 1986. x, 263p. 24cm.

家族問題

Baker, John

Comparing national priorities: family and population policy in Britain and France. *J. of Soc. Poli.* 15(4) Oct. 1986, p.421-42.

Cutright, Phillips: Smith, Herbert L.

Declining family size and the number of children in poor families in the United States: 1964-1983. *Soc. Sci. Res.* 15(3) Sept. 1986, p.256-68.

Fritzsche, Bernd

Kindergeld aus Rentenkassen?: Zum Verhältnis zwischen Alterssicherung und Familienpolitik. *Soz. Fortschritt* 35(9) Sept. 1986, p.202-05.

Rank, Mark.

The Formation and dissolution of marriages in the welfare population. *J. of Marriage & the Family* 49(1) Feb. 1987, p.15-27.

Zick, Cathleen D/Smith, Ken R.

Immediate and delayed effects of widowhood on poverty: patterns from the 1970s. *Gerontologist* 26(6) Dec. 1986, p.669-75.

統計類

United Nations

National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 1983. New York, U.N., 1986. xxix, 1731p. 29cm.

United Nations

National accounts statistics: government accounts and tables. 1983. New York, U.N., 1986. xxvii, 398p. 29cm.

United Nations, ESCAP

Statistical yearbook for Asia and the Pacific 1984. Bangkok, ESCAP, U.N., 1986. xxviii, 630p. 30cm. ST/ESCAP.

Central Statistical Office

United Kingdom national accounts 1986 ed. London, HMSO, 1986. vi, 124p. 30cm.

Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik

Statistisches Jahrbuch 1986 der Deutschen Demokratischen Republik, 31. Jahrg. Berlin, Staatsverlag der DDR, 1986. 1v. 24cm.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Jahrbuch 1986 für die Bundesrepublik Deutschland Stuttgart, Kohlhammer, 1986. 772p. 26cm.

Department of Health and Social Security

Health and personal social services statistics for England 1986 ed. London, HMSO, 1986. 167p. 30cm.

その他

Anderson, Benjamin M.

Economics and the public welfare: a financial and economic history of the US, 1914-46. Indianapolis, Liberty Pr, 1979. 595p. 24cm.

Baumol, William J.

Productivity growth, convergence, and welfare: what the long-run data show. *Amer. Econ. Rev.* 76(5) Dec. 1986, p.1072-85.

Bernheim, B. Douglas

On the voluntary and involuntary provision of public goods. *Amer. Econ. Rev.* 76(4) Sept. 1986, p.789-93.

Dale, Jennifer/Foster, Peggy

Feminists and state welfare. London, RKP, 1986. xi, 195p. 22cm. Radical social policy.

German social report: living conditions and subjective well-being, 1978-1984. *Soc. Indicators Res.* 19(1) Feb. 1987, 171p.

Griliches, Zvi/Intriligator, Michael D. ed.

Handbook of econometrics v.3. Amsterdam, North-Holland, 1986. xxv, p.1466-2107 25cm. Handbooks in economics 2.

Hamlin, Alan P.

Ethics, economics and the state. Brighton, Wheatsheaf, 1986. x, 198p. 23cm.

Howell, David

Blind victory: a study in income, wealth and power. London, Hamilton, 1986. xiv, 191 p. 23cm.

Itoh, Motoshige/Kiyono, Kazuharu

Welfare-enhancing export subsidies. *J. of Poli. Econ.* 95(1) Feb. 1987, p.115-37.

Jonker, Jan M.L./Pijl, Maria A.

Research programming: description of a Dutch experience. *Soc. Poli, & Admin.* 20(3) Dec. 1986, p.239-52.

Laroque, Michel

Politiques sociales dans la France contemporaine: le social face à l'avenir 2e éd. rev. et augmentée. Paris, STH, 1986. 352p. 24cm.

Malpass, Peter ed.

The housing crisis. London, C.Helm, 1986. 243p. 23cm.

Ravallion, Martin

On expectations formation when future welfare is contemplated. *Kykos* 39(4) 1986, p.564-73.

Sander, William/Giertz, J. Fred

The political economy of state level welfare benefits. *Pub. Choice* 51(2) 1986, p.209-19.