

不利の条件となっている。要するに社会保障は広く受けいれられているが、経済発展への貢献が現われるまでにはいたっていない。

コーエン Cohen 教授 (New Mexico 大学), ランプマン Lampman 教授 (Wisconsin 大学), ローリック Rohrllich 教授 (Temple 大学) による諸報告は、産業化の低い国々では簡単な制度が適当であることを強調した。つまり、政府管掌が大部分を占めるような制度が適当であり、公務員および産業雇用者の年金制度は公共団体や民間企業の資本源となり得るといのである。コーエン教授はとくに雇用者に対する疾病・退職・失業・教育などを包含する給付制度が民間の大規模な発展に見れることを指摘している。

最後に、セミナー参加者たちはそれぞれの国の社会保障と結びつけて討論を行なったので、きわめて実地的な討論になったと、この記事は報じている。とくに経済的な諸要因よりも行政的・技術的・政治的諸問題が決定的影響力をもつように思われたともいっている。

このセミナーの諸報告は、アメリカ社会保

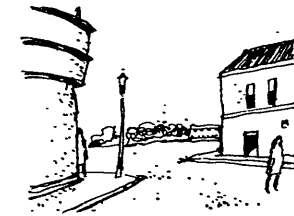
障庁の統計調査部により1968年の春に刊行されることになっている。

Social Security and Economic and Social De-

velopment: Seminar Report, *Social Security Bulletin*, March 1968, pp39-41

(山田雄三 社会保障研究所)

第2回国際保健会議より



第2回国際保健会議 International Health Conference が去る8月26日から30日までの5日間、コペンハーゲンにおいて開催された。この会議は、イギリスの王室保健協会 The Royal Society of Health の主催するもので、同協会は1876年に創設され、1965年現在約34,000名の会員を擁し、会員は医師のみでなく、広く保健領域の研究、教育、行政などに従事するあらゆる職種を含み、またイギリスのみならず世界各国から多数が加入しており、この種の学術的団体としては世界最大の

規模を有するといわれる。今回の会議には44ヵ国および国際機関、団体などから約430名が参加し、日本からも保健所長を主とする23名が出席した。会議のおもな内容は、3時間単位の八つのシンポジウムからなり、それぞれ3人の主報告者が30分づつ報告した後約1時間を追加討論に当てるしくみであった。これら八つのシンポジウムの主題は、つぎのとおりである。

(1)がんの早期診断とその予後、(2)保健領域におけるコンピューターの活用、(3)家族計画

(4)食品の国際的基準および輸入食品のコントロール、(5)低家賃住宅、(6)医療制度の国際的パターン、(7)じん芥処理の現代的傾向、(8)若い世代の諸問題。

シンポジウムの主題は、以上のように広い範囲に及ぶもので、いずれも日本の現状からみて興味深い内容であったが、ここでは「医療制度の国際的パターン」の内容を簡単に紹介することとしたい。

(座長) Dr.J.H.Weir, Medical Officer of Health, Royal Borough of Kensington and Chelsea, London.

〔報告1〕 アメリカ合衆国における医療制度 (Dr.J.W.Cashman, Director, Division of Medical Care Administration, U.S.P.H.S.)

1966年における合衆国の保健および医療費支出は、450億ドル、GNPの6%を越えたが、これは合衆国における国民保健のゴールの不明確さ、国家保健政策に関する見解の不統一、保健・医療における公私の責任分担の複雑多様性、さらにアメリカ社会全体としての高度の自由競争の条件などによって招来されたものである。またこれはアメリカ社会が目

的やゴールの問題より、方法と技術を重視するところに由来しており、医療・保健制度の現状が複雑かつ混沌たる現状にあることは明白である、と指摘し、“pluralism”の長所として多種多様の社会実験的な試みが発展する半面市民に対するサービスの総合性、統一性を欠く危険の大きいことが強調された。このような状況のなかで、長年合衆国政府は保健政策のリーダーシップをとらず、追従する傾向が強かったが、近年この点で連邦政府の役割に大きな変化が現われており、medicareプログラムはまだ2年の実績であるがその具体例であり、医療における公私の力関係に構造的変化をもたらすものであることが論ぜられた。

〔報告2〕 西欧諸国における医療・保健制度 (Prof.S.Halter, Director General of the Administration of Public Hygiene, Ministry of Public Health, Belgium)

Benelux 3カ国およびEEC 5カ国を中心として、西欧諸国においては保健衛生制度の枠組は、公衆保健およびその公私の責任分担に関する限り一般に同質といえるが保健・医

療の財政制度の点ではNHSを有するイギリス、比較的個人ベースの制度の強い西ドイツなど国によって相当の差異のあること、また西欧8カ国では、病院医療の制度も類似しており、医師の職能的独立に対する関心が強い点でも共通していることが述べられた。ついでこれら8カ国における政策、行政組織などの異同およびその得失が論ぜられ、またこの分野では保健立法の標準化、保健・医療関係者の交流などの国際協力が相当効果をあげていることが述べられ、これら8カ国については保健・医療システムの現状は比較的調和がとれ、良好であることが強調された。

〔報告3〕 スカンジナビヤ諸国における医療制度 (Prof.N.N.Pesonen, Director General, National Board of Health, Finland)

スカンジナビヤ諸国における医療制度の特色は、医療サービスの組織における地方分権であり、19世紀以来特に病院サービスを住民のできるだけ身近かな自治体、例えば province, Communeなどに委ねていることである。また例えばフィンランドでは、全国が人

口15～30万の地域に区分され、その地域内の自治体が共同で医療サービス体制を確立しており、しかもこの場合フィンランド政府は医療機関の維持管理費の平均50%を負担している。さらにスカンジナビア諸国では、病院の機能分化、組織化が発達しており、まず人口約100万ごとに高度の専門各科および医学教育の機能を有する地域病院があり、つぎに人

口15～30万に1ヵ所の各科を備えた中央病院、さらに一般医による20～30床程度の地区病院の三種類によって医療サービスが運用されており、技術水準は高く、しかも患者の負担はきわめて少ないこと、また将来計画としては病院外における“open medical care”の推進が企図されていることなどが述べられた。

(橋本正己 国立公衆衛生院)

社会保障にかんする会計検査院報告



毎年、会計検査院から大統領に対して社会保障に関する検査報告が提出されているが、この7月、1967年度の報告書が提出された。報告書の内容は、かなり細部にまでわたっているが、そのなかの主なものについて紹介しよう。

財政状況

67年8月21日に公布された社会保障改革令による改革が行なわれなかったとしたら、社会保障一般制度は、1968年度でほぼ40億フランの赤字となっていたらと、検査院では

見積っている。今度の改革は、検査院が年度の報告書で提案した社会保険財政および会計の分離や運営組織の改革が実施され、運営当事者の財政安定に関する責任はいままでにくらべて明確になった。しかし、医療費の増高のペースを抑えるための措置が不十分であるために、これで将来の不安がなくなったのではない。

農業経営者制度については、経営者たちの財政負担の度合いが少ないと指摘したが、この点についてかなり改善されたとはいえ、まだ暫定的なものでしかない。

社会保障金庫が運営する病院、福祉施設、運動場などの諸施設については、「社会保障城のσκヤンダル」といわれた国土解放後の膨れあがり方に比べれば、かなりよくなっているがまだ無駄が多い。

薬 剤

社会保障の一般制度だけでも、1967年度で、医療費の約28%（入院を含めると優に30%をこえよう）に相当する40億フランが薬剤費で占められている。この薬剤の流通に関する改