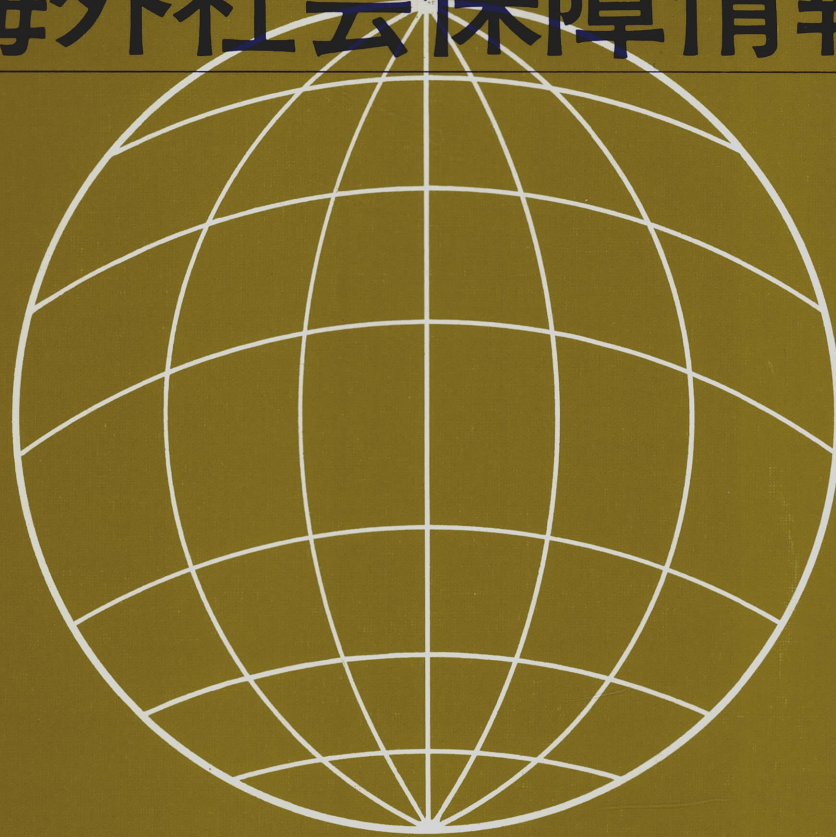


# 海外社会保障情報 No. 16

---

Oct. 1971

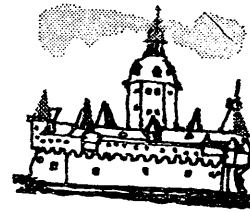


社会保障研究所

## 各国のトピックス

公的福祉制度改革に  
かんする最近の動き

(アメリカ)



公的扶助制度の大幅改正に関する昨年の政府法案は、種々の社会的、政治的、経済的見地から成立の是非をめぐって賛否両論激しく戦われるなかで、審議は難航しながらも下院を通過したが上院において成立一歩手前にして会期切れを迎えてしまったのであった。この間ニクソン政権は経済社会政策として、インフレの克服をめざし、インフレの増進を抑える手段として経済成長を抑えるという方法をとった。具体的には財政金融支出の幅を縮小させ賃金物価の安定を図ろうとしたのであったが、その結果、経済成長率は予定通り下降したが、物価はかえって上昇するという予想外の事態になっている。しかも経済成長率

の下降に伴う失業率は非常に高く、国際収支の悪化に伴うドル危機というアメリカ経済最大のピンチを招来してしまった。

当然、公的扶助の受給者数は増加し、ニクソン大統領が初めて公的扶助制度の大幅改革を提案して以来、今年の春までに受給者数は約300万人増加し年間支出は17億ドル上昇するといった状態である。政府は昨年会期切れで審議未了となった公的扶助制度改革に関する法案を今会期も再度提出しており、現在同法案は下院審議を経て上院審議に付託されている。法案内容は基本精神は変わっておらず、扶助の額に多少変更がある程度であるが、今後の審議において如何に修正されるか、政府

や議会の関係筋もこれについては現在のところ全く予想できない状態だという。

一方、現行制度の混乱のため、公的扶助関係の訴訟事件が最近増えている。これらの事件の判決が現在進行中の法案に反映するかは興味深い問題である。

## 最近の公的扶助関係訴訟

最近の判決で共通していえることは、アメリカ国内の裁判所はすべて、受給者側に有利な判決を行なっているということである。この8月、バッファローの連邦巡回裁判所は、ニューヨーク州の受給資格に関する一年間の居留期間の要件は「合衆国憲法修正第14条の平等の保護をうける基本的人権」に反するものだと判決した。ニューヨーク州司法長官はこの判決を不服とし、連邦最高裁に上訴すると語っているが、1969年に連邦最高裁は、公的扶助受給資格要件としての居留期間を移転の権利および平等の保護をうける権利に違反するものと判決しているため、彼の上訴は成功するとは思われがたい。

7月にはコネチカット州のハートフォード

の連邦裁判所は、コネチカット州の1年間の居留要件は違憲であると判決している。

またニューヨーク州法は、支出を押えるために、公的扶助受給者ではない「医療的貧困者」に対する医療扶助の削減を行なう意図の改正がなされた。これを不服とする訴訟に対する裁判所の判決がまだだされていないので、同法は施行日の5月15日には発効していない。

ニューヨーク州の他の法律についても訴訟が起っている。その1つにAFDCの受給者または州および地方財政にもとづくHome Reliefの受給者で「就労可能者」は就職するまで、州職業安定所から扶助小切手をチェックされて渡されるという法律に対する訴訟がある。バッファローの連邦第一審裁判所のJohn T. Curtain 判事は仮処分として、正式判決ができるまでは受給者は元通り扶助小切手を郵送されるものとしている。

さらに扶助受給者の権利拡張活動ともみられる一連の訴訟活動において、シカゴの連邦裁判所は、今年、三番目の子供の父親を明らかにすることを拒否した理由で母親は扶助資

格を失うことにはならないと判決した。

カリフォルニア州においては州最高裁は、州は前に定めた計画にしたがって扶助額を引上げねばならないと判決している。判決にしたがえば、4人家族は月額221ドルの扶助が270ドルに上げられることになり、州全体で該当支出は1億5,000万ドルに増加することになった。

ネバダ州では、州公的福祉局長は、不正申告の多いAFDCの受給者から5,000人を減じた。しかしながら3月にはネバダ裁判所は、その5,000人については公的福祉局長が受給者を減らすための公聴会を聞くことを怠ったことを理由に元通り受給者に加えられねばならないと判決した。だがネバダの公的福祉省は不正申告の疑いのある受給者を告訴する計画を目下推進中である。

今年初め、カリフォルニア州最高裁判事による全員一致の判決(Ramas v. the County of Madera 事件)は、公的福祉省の不当な行為によって損害を与えられた場合、受給者は扶助小切手を戻して貰えるのみならず、こうむった損害についても弁償して貰うよう当局

に訴えることができるという原理をうちたてたものであった。この判決は公的福祉省に対する一層の脅威となっている。

このように一連の訴訟事件を通じて、アメリカの法律家達の動きは、事実上、扶助受給者の増加と支出の増大とを促進させ、結局のところアメリカ経済の硬直を招いているともいえるかもしれない。

### 新改正法案の審議

さて現在上院審議に付されている公的扶助の改正に関する新法案は、前述の経済政策のピンチと法廷判決の現状等の困難な背景のもとに審議が慎重に進められているが、今年成立の見通しについては明るい。

新法案の主要骨子は次の通りである。

1. 社会保障諸給付は5%を上げる
2. 当分の間、連邦扶助基準を標準4人家族で2,400ドルとする
3. 扶助受給家族の就労可能な成人が、就労または職業訓練の参加を拒否した場合、扶助を打ち切りとする
4. 働らく貧困者に対して若干の金銭給付を

提供する。

下院歳入委員会は、6月22日に288対132で新法案を可決した。その後上院財政委員会の公聴会が開かれているが、そこで政府見解と上院財政委員会のメンバーの見解との基本的な相違が除かれた。法案をめぐる両者の見解の相違は主に次の諸点について起っていた。

1. プログラムの費用
2. 法制定によって増加になる受給者数
3. 就労奨励規定の適否
4. プログラムに関連し260万人に政府が実際に職業訓練の参加・就職を促進できるか
5. 公的扶助受給対象児童の未婚の父親をもプログラムは対象とすべきか否か

ラッセル・ロング上院財政委員長は、下院通過の若干の規定については満足しているが、公的扶助関係条項については鋭い批判を加え、4人家族に対する2,400ドルの連邦最低扶助基金は受給者数を2倍にし、現行公的扶助制度全体の改善よりもむしろ改悪するものだと攻撃した。

受給者数については、現在も増大の一途を辿っている。この6月に政府は1971年2月現

在で約1,000万人がAFDCにもとづく金銭給付を受けていると発表したが、この数字は昨年よりも29.9%高くわずか4年前に比較して2倍になっている。

Barry Goldwater（共和党・アリゾナ州選出）上院議員は、受給者数の増大について、保健・教育・福祉省の見積りにもとづき「1970年間の公的扶助・社会保障および類似諸給付の支出は約320億ドル（1969年より50億ドル増）であり、1971年における同支出は約360億ドルになるかもしれない」と警告した。

多くの州で支出の上昇がみられ、数州では予算の削減を行なっている。7月上旬、AP通信は1971年に10州が公的扶助費の削減を行っており、別に12州が削減を考慮中であると報じた。

新法案の相当部分は公的扶助関係条項であり、これをめぐって進歩・保守の両派が種々の角度から批判を加えている。進歩派の主な攻撃点は、連邦最低扶助基準の2,400ドルを2,800ドルに引上げるべきだと論じている。また貧困な単身者および子供がすでに受給対象になっているために、子供のない貧困夫婦

世帯とみなされている者をも対象に加えることを望んでいる。さらに連邦政府が公的扶助プログラムの全費用を負担することを望んでいる。

一方、保守派の懸念は、新法案は受給者数を減らすことを助成するものであるとしても、実際には受給者数を増大させるものだという点である。また連邦支出の増大には反対である。

就労可能な受給者に対する就労奨励規定が適切でないとみるむきもある。だがこれに対してOEOのFrank Carlucci長官は、就労可能な受給者は非常に少ないと語り、最近のOEOの調査によれば就労可能な受給者は全体の1%以下であると説明した。なお、この受給者の本性を怠惰とする全般的な誤解が、昨年の法案を致命的に葬ったのであると付言した。

上院審議が予定通りに運べば、11月1日頃法案は上院本会議に付されることになろう。

政府の経済政策の失敗から、共和党政権は、政権担当の2年間ですでに貧困者数はアメリカ全人口の約13%となっている。これに対

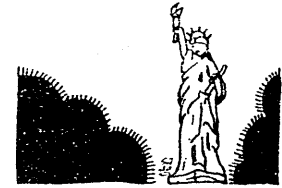
する議会側の批判は鋭く、民主党政権時代の、かつてニクソン候補が大統領選挙戦でジョンソン政権の失敗の主因として激しく攻撃した OEO の「貧困戦争プログラム」の拡充・復活を促す声すらあがっている。

いまやニクソン政権は、かかる事態の責任を問われており、収拾策の一つとしてこの法案成立にかける期待はなみなみならぬものがある。しかし波乱が予想される上院審議において昨年同様会期切れで審議未了とならぬ様、すべてのアメリカ国民は現在法案審議の成行きを見守っている。

*Christian Science Monitor*, July 28, 31; Aug. 11 1971; *U. S. News & World Report*.

(藤田貴恵子 国立国会図書館)

## 保険の対象として 「背骨指圧療法」認可される



(アメリカ)

本当の医療かどうか大論争の末、先週凱歌は「指圧師」の方に上った。ニューヨーク州知事が指圧療法を健康保険給付の対象とする法案に署名した。これでもって、指圧療法師たちのめざす最終ゴールである連邦レベルでの専門職確立とメデケアとメデケイドのなかにこの療法を正式に認めることへの一步を大きく進めた、とみられる。

医学界では、伝統的に指圧師は「にせ医療」を行っているという見解をとってきている。科学的医療に反し、患者の治ゆをおくらせるという見解は保険者もとってきたのであるが、この法案通過による打撃はかくすべくもない。

しかし、1895年以來とられてきたこの「指圧」をうけるものは、1963～64年間だけでも全米で400万人とみられ、約2万人の指圧師

がいるものと予想される。

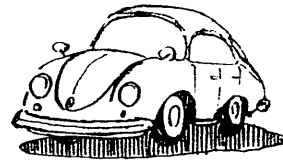
X線も用い、関節炎、ぜんそく、座骨神経痛、かぜ、頭痛、消化器疾患などの治ゆを薬なしに行なうのが特色である。指圧師になるためには2年の大学課程のあと、4年間の指圧学校を修了しなければならない。

指圧師側からの政治的圧力の存在もあるが、今日のアメリカ医療の状況、患者の医療への期待との関係もみのがせない。

*New York Times Weekly*,  
July 18, 1971.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 社会保障制度の改善



(西ドイツ)

### 予防給付の実施

疾病保険改正法は7月1日から発効するが、連邦労相 Walter Arendt は、早期に医師の診断を受ける機会が新たにできたことを国民に報せ、定期的に何度もこれを利用することを訴え、この新法は健康保障の新時代の始まりであることを強調した。

4歳以下の幼児260万人は、心身の発達を妨げる病気の早期発見のため医師の診断を受けることができるようになったし、30歳に達した婦人1,600万人はがん検診を毎年受けることができるようになった。45歳以上の男子750万人についても同様である。

被保険者はそれぞれの疾病金庫から証明書を貰い、それを医師に提示して、無料で検診を受ける。医師の選択は自由である。

がんは依然として人類の悩みであるが、早

期に発見さえすれば、多くの場合治癒できる。従って定期検診が必要であり、どこも悪くなくても医師を訪れて健康診断を受けねばならない、と Arendt は説明する。

医師はその診療行為を合理化して、健康診断にも手をひろげられるよう努めねばならない。健康な者でもそうでなくても、長い待ち時間を我慢するのは大変なことである。非金庫医も医療給付をする機関も予防診断を行なうことができる。この点で自由診療医と金庫医組合及び公的保健活動の医師との間で協定し相互に通報をするようにすることが望ましい、と Arendt は言っている。自分の縄張りを争うようなことをしてはならない。ギャにはオイルが必要なので、砂ではないのだ、と。

Arendtはまた疾病金庫が被保険者に個々に

よく説明し、指導すべきであるとしている。一方、連邦地区疾病金庫連盟議長 Horst Ruegenberg は、これが成果をあげるか否かは何よりも先ず医師の態度にあると言い、このため十分な数の医師がそろっていることと、各医師がこの新しい試みを正しく、遅れることなく実施することが決定的なことだと述べている。

連邦疾病金庫医師会では、非金庫医も必要な資格さえととのえば、予防診断に参加できるようにすることを約束しており、恐らく多くの医師が協力してくるはずで、これを排除する理由は全くない、と述べている。

*Die Welt*, 1 Juli, 1971.

### 小額年金引揚げ案

連邦政府のスポークスマン Ahlers は7月16日、小額年金生活者の収入を高める法案を言明した。この新しい法律は、Ahlersの言葉によると、小額年金の組織的改善のためのもので、労働省では次のねらいがあるという。

1. 被保険者期間35年の勤労生活を終えて社会年金を受けているが、それが著るしく低

額のもは、「組織的割増」(Struktur-Zuschlag)を受ける。

2. このうち特に恩恵を受けるのは、特殊な業務のため俸給の減額を受けねばならなかったか、または一部現物給にさせられていた女子、もしくは低い賃金の部門で働らいていた男子就業者である。

3. 法案では一般的に最低年金制をとるのではなく、小額年金生活者に個人的改善をはかることとする。

4. これと同時に自営業者にも年金保険を開放する。

5. Ahlersの言葉によると、この改正は厳密に財政能力の枠内にとどめ、年金保険の安定を脅かさないようにする。これは1972年にはまだ発動しない。

年金改正とかその他の案件で当面連邦議会と参議院の間で意見が一致せず、両院協議会が開かれる等しているが、1972年からの年金改正について——政府は6.3%の上昇を考え、連邦参議院は11.3%の年金調整を望んでいる——この争いは政府の見込みではまだしばらく続く模様で、さらに両院協議会にかけられ

るものとみられる。このような状態のため、12月からの改正年金の支払いは遅れる見込みである。

*Die Welt*, 17 Juli, 1971.

### 年金引上げ計画

連邦労相 Walter Arendt は7月23日連邦参議院で、年金は1973年約9.5%、また1974年には10.5%引上げられることを声明した。これにより年金改革の行なわれた1957年に比し、1974年まで約3倍となるはずである。同日連邦参議院は1972年1月1日付の比較的小額の年金調整を承認した。この結果1967年の不況の影響は最終的に片附くこととなる。

CDU/CSU(キリスト教民主、社会同盟)では、連邦参議院を支持して、1970年とそれ以前の年金は6.3%だけでなく、計画外に11.3%引き上げ、また1971年からの年金は、1973年初頭から上がることになるので、4.7%の付加を考えるべきであると主強した。

これに対して Arendt 労相の意見では、年金調整は長期的にみてゆくべきもので、変更はすべて長期的には年金生活者にマイナスの

影響を及ぼすという。すなわちいま付加をしても財政困難な時期には削除される危険があるのである。従来の年金調整が安定していることこそが年金の恒常的増加の最大の保証であろう。

近日中に各邦(ラント)に送達されることになっている Arendt の改正法案の第一のねらいは、これまで長い勤労生活を続けているのに、低賃金であったため小額の年金しか受けられない年金生活者の状態を改める、ということである。

そのほか法の内容として考えられている点として次のものがある。子どもの教育のために仕事を続けることができなくなった婦人の年金改善、可働的老齡限界の導入、職業活動を行ないえない主婦、自営業者、自由職業の者をはじめとする、さらに広い範囲の社会層に対する年金保険の開放、である。

*Die Welt*, 24 Juli, 1971.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## イギリスの国民保健 サービスについて



### 増大する保健・医療費

もし財源の利用が可能であれば、保健支出には殆んど際限がないといってもよい。ますます増加する人口に対して、今日の技術進歩によってもたらされた高度の手術、治療、医薬品および看護の水準がますます複雑で金がかかるようになり、人間の医薬品を消化する能力は際限がなくなり、今日の「期待可能性の革命」に起因する国民的需要は膨張の一途をたどるかの感がある。財源の需要を強く必要とするものは保健・福祉のほかにもあるのに、何故イギリスの国民保健サービスが持続的な財政危機におかれているかの理由を知ることが容易である。かつて、国民保健サービスの財政状態がまさに破綻せんとするかの如

くみられたことがあった。それと、保健サービスの相対的な水準が加速度的に低下しつつあるという危機的時期に、官庁や関係団体が国民生産を度外視しても活用しうる財源を増大する保健サービス費に対処せんとする魔術的な方法を思案していた理由である。

保健・福祉の費用は、現在、年に20億ポンドで20年前の約4倍となっている。その総額は今や教育または防衛費の順序に接近しつつある。かつての社会サービス大臣リチャード・クロスマン氏は、上昇の一途をみせる社会サービス費に深い関心をよせ、「その見通しはまことに恐るべきものがある」とのべた。このまま持続するとすれば、1972年には年に3億ポンドを保健サービスのニードにあてる必要があるとし、「人口の圧迫、技術革新、

民主主義的平等のプレッシャーがつねに一丸となって、地域社会の余力を遙かにこえる支出を文化社会に不可欠とみなされる社会サービス水準とする」きびしい定律を提出している。

保健・福祉の総費用のうち、病院および専門医サービスが約60パーセント、家庭医および一般歯科、眼鏡および薬剤費が25パーセント、地方自治体サービス——母子保健、助産、家庭看護、ホーム・ヘルプ、ヘルス・センター、保健訪問、救急、精神衛生ソーシャル・ワーク・サービス、アフターケア等を含む——は10パーセント強をしめている。これらの割合、また国民保健サービスのこれら三つの構成部分の支出割合は1963～64年以来変わらないままである。総人口の12パーセントをしめる60歳以上の人口層が国民保健支出の30パーセントを吸収している。

2年前に行なわれた政府の社会調査によると、一般国民の60パーセントは国民保険拠出によって保健サービス全体の費用を賄っていると考えていることが明らかにされた。最近の世論調査の示すところによると、一般国民



の50パーセントは質問された大臣の名前を思いつかなかったことから考えて、このことを余り悲劇ととる必要はなさそうだ。だが、ケイス・ジョセフ社会サービス大臣は昨年7月に「保健サービスの支出額には事実上制限がないとはいえ、納税者の負担にはきびしい限界がある」とのべている。2、3か月前の「保健サービスの財政に関する報告」でも、「堪えうる課税負担には名目的限界のあること」をのべている。また、先月の「サンデー・テレグラフ」は、ヘルス・ケアに対する直接課税は「事実上その許容限度に達している」と主張している。納税者の大多数は、既に、保健・福祉に対して自分たちが推測している10倍もの負担感をもっている。

ところが、事実はこちらに反して、保健拠出は国民保健サービスの総費用の僅か9.5パーセントしか賄っていない。直接の受益者負担は5パーセントにすぎない。85.5パーセントが税収(そのうちの12分の1は地方税)で賄われているのである。

1970~71会計年度における保健・福祉の費用21億6,200万ポンドのうち18億5,200万ポ

ンドは経常支出で3億ポンドは資本支出である。経費支出のうち11億2,000万ポンドは病院に支出され、そのうちの70パーセントは病院勤務職員の賃金やサラリーを支払うのに必要とされる。医師や看護婦の報酬が適正であるかどうかの見解は様々であるが、総体的にみて、このサラリーでは医師、看護婦として現在の機構内で全く満足して病院サービスを行うに足る魅力ある高給でないことは確かである。

昨年10月の「公衆衛生の現状」なる報告書によると、「活用しうる資源は、活用しうる訓練されたマンパワーを活用しつくしても、不足している」と明確にのべている。「病院建設の物的再建は達成されていない。……その多くは拡張よりも転換を必要としている」と。たとえそうだとしても、同報告がのべているように、技術革新や医療の進歩はベッド当り有資格医師の増員を必要とするだけでなく、総体としての労働負担を増すものであるから。医療従事者はかなり上手に活用されているとみてよい。今日の保健サービスはわれわれの善意によって生きのびているのだとい

う医療従事者たちの云い分も驚くべきことではない。

経常支出に対する資本の割合は、資本のニードが相対的に少ないことを意味するものではない。昨年7月で病院建設計画は約9年を経過するが、病院の平均年齢が70年であったこと並びに全病床のうち4分の3は第1次世界大戦前に設計された病院のものであったことが明らかにされている。1968年の「精神病院に関する報告」によると、イギリスの精神障害患者の半数が1世紀以上もの古い歴史をもつ病院に入院していたことを明らかにしている。時には、ベッドとベッドの間を通りぬける余裕もないほど混み合った病室もみられるという現状である。

#### 浪費の原因——保健と疾病の

#### ボーダー・ライン

「イギリスの医療サービスは、疾病と保健のボーダーラインにまたがる困難な問題の把握に欠けている。その結果、国民保健サービスの乏しい資源が浪費されている。需要と供給とのギャップに認識を欠いていたこと並び

にニードが明確にされてこなかったという事実が国民保健サービスをして医学上不必要な多くの需要に応ずるための不必要な努力を払わせてきた。」

この結論に達した保健経済研究所は「保健の将来」なる報告書のなかで世界保健機構 W・H・O の「健康」の定義を批判し、W・H・O のいう「完全な身体的精神のおよび社会的な福祉の状態」は非現実的であり達成し得ないものだとのべている。「ある人々が病人で、他の人々が健康であると明確に区別できる」とする1930年代の仮説はもはや真実ではない。血圧やヘモグロビンなどの測定によって、明らかに健康であるとか疾病であるといった一線を恣意的に画してきたが、個々人としてみれば病気であるか健康であるかは個々人の主観的な判断に属することである。

そのボーダーラインは新しい方向に進みつつある。肥満体、アルコール中毒、低血圧、性的偏向や家庭不和は治療を正当とする疾病とみなされるようになってきている。事実、病気だとみなされる範囲が非常に拡大していると同時に、統計的意味において、身体的ま

たは生化学的な異常性の範囲の拡がりを技術進歩を通じて発見できるようになったと、同報告はのべている。今日では、健康者とは適正な検査を受けたことのない者であるともいえる。

経済的な点からみて、病院の有利性が増しているのも、無駄な支出の余地を多からしめているようである。近年における幾つかの調査によると、入院患者の20~40パーセントが些細なケアを必要とするに過ぎない患者であってもし代りの収容場所があれば退院できる患者であることが示されている。

一般国民は、最近の医学的進歩にも拘わらず今なお効果的な治療方法のない条件が存在することを理解するよう、教育される必要がある。

一般国民は、ほとんどすべての医療ニーズは家庭医によって満たされ得ること並びに入院治療は多くの専門医がいるとはいえ必ずしも最高のものではないことを、教えられるべきである。個々人の健康に対する個人的責任感、予防教育とリンクさせて教えこまれるべきである。喫煙防止は気管支炎の治療と全

く同様の医学的機能をもつものである。

最近の調査によると、ちょっとした病気なら、かかりつけの医者に行くよりもかかりつけの薬剤師に相談する人々が増えつつあることを示している。こうしたやり方をつづけるよう奨励すべきである。

1970年代のヘルス・サービスの第一の目的は、需要の社会的充足と医学的充足とを分離することにある。もし、われわれが保健をトータルな社会関連において考察し明らかに効果のない医療——とくに、「休養ベッド」や一部の外科手術——を排除するならば、不必要な需要の減少に資することになるろう。そうならば、資源は現在充足されていないニードに応ずるために投下されることになるろう。ヘルス・サービスは、あらゆる需要に具えるための不必要な努力をすることをやめて真の医学的ニーズに応ずるために前進しなければならない。

*The Times.*

(田中 寿 国立国会図書館)

## フランスの家族給付への 孤児手当の導入



フランスの家族給付制度（つまり家族手当制度、わが国では児童手当制度と呼ばれている）は、制度の適用の点で全国民化され、給付面においても相当に高い水準をもっており、世界でもっとも進んだ制度の一つとみられる。

1970年12月23日の法律は、この家族給付制度に「孤児手当」を導入し、孤児の養育責任者と片親の家族に対する新しい家族給付が新設されることになった。これにより、従来から設けられていた家族手当、単一賃金手当、産前手当、出産手当、住宅手当、心身障害児特別教育手当に今回の孤児手当が加えられ、フランスの家族給付制度では七種の家族給付が備えられることになった。

今回の新しい法律によると、この孤児手当は、両親ともいないまったくの孤児、いわゆる民法上の親の一方をもたない子、あるいは

は両親ともいるにもかかわらずその父親が法律上その資格を認められていないような家族の子に対して手当が支給されることになった（その意味からすると必ずしも孤児手当ともいえない）。なお、未婚の母親の子もこの法律では手当の支給対象とされることになった。これから理解されるように、これまで家族給付制度の利益を受けていなかった特殊な家族の子どもたちに家族給付を支給しようとするものである。

この孤児手当は、従来の家族手当が第2子から支給されていたのと異なり、一人子に対しても支給され、両親ともいないまったくの孤児については、その子の養育に当たる者に手当が支給される。この手当はまた、心身障害児特別教育手当の場合と同じく、手当の支給要件としての職業活動ということを排除し

ている。すなわち、例えば2人以上の子どもを養育する寡婦の場合の通常家族手当は、原則としてなんらかの職業活動をおこなっているということがその支給要件とされたのに対して、孤児手当ではそのような要件が不要のものとされたのである。

他方、この孤児手当はその他の各種家族給付とは併給されないことになっている。その理由は、孤児手当の目的が不完全な家族での子どもの養育から生ずる困難な問題を解決することにあるからである。従って、家族給付制度の本来的目的としての「家族負担」や「多子」に対する保障というよりも、むしろその他の「孤児」や「片親」あるいは「未婚の母親」という特殊事情から生ずる問題の解決のための一つの施策としての意味がもたされているといえよう。

孤児手当は命令で定められる一定限以上の所得をもつ者に養育される子の場合には支給されない。

孤児手当の手当額は、通常家族手当の算定基礎とされる「基準賃金」をもととして決定されるものとみられているが、この点につ

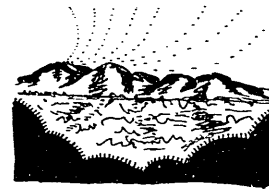
き命令はおそらく、片親をもつ子の場合一子につき60フラン、まったくの孤児の場合一子につき120フランの手当額を定めることにな

るとみられる。

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

(上村政彦 健保連)

## 西ドイツの社会法典作業



連邦労働大臣によって任命された社会法典専門家委員会は、約1年にわたる作業のうち、社会法典の総則部分についての要綱を決定した。すなわち、同委員会は、連邦政府との密接な協力のもとに、6つの部会、とくに北ライン・ヴェストファーレン州社会裁判所長官 Peters 博士を長とする総則部会の数多くの会合での基礎的準備ののち、社会法典の総則部分について包括的な構想をまとめた。

社会法典専門家委員会は、同委員会の以前の勧告にそって、その要綱のなかで、とくに社会保険の全法律、雇用促進法、教育促進法、児童手当法、社会扶助の法律、青少年扶助の法律および連邦援護法を社会法典のなかに入れるべきであるということについては反対し

ている。同委員会は、総則部分の内容と構成についてつぎのとおり提案している。

第1章「社会権」*Soziale Rechte* では社会保障の分野全般を規定すべきである。これによって立法と裁判で基本法の社会国家的約束条項が認めている刻印およびたとえばヨーロッパ社会憲章に表現されるような国際的法律発展につながるだろう。第1章「社会権」は、関連の法律形式を除き、具体的な個々の請求権ではなく、本質的には市民の社会法的地位を保証するとともに、行政、裁判、および立法者についても透明にすべきである。

第2章「指定規定」*Einweisungsvorschriften* は、社会法典の分野で与えられる給付請求権を有する市民およびそれに対する管轄事務所

を社会権の行使を容易にするために指定すべきである。なかんずく、管轄の給付実施者に情報提供および相談業務を行なうことを義務づけ、さらにすべての件について管轄する一般相談所を設けるべきである。

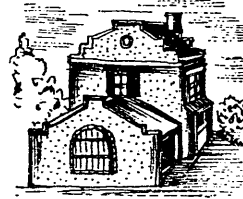
第3章「共通規定」では、社会法典のすべての対象分野に共通して適用される規定、たとえば給付権の原則や給付受給者の協力義務を規定すべきである。これによって社会法典の個々の対象分野は総則部分ですでに相互に調和され、固く結びつけられるであろう。

社会法典専門家委員会は決定した要綱に基づいて、連邦労働社会省付はもった社会法典の総則部分についての法案を作成中であり、近くすべての関係者とその法案について協議する予定となっている。連邦政府は、今立法期に総則部分についての立法作業を行ない、広範な立法作業の最初の一区切りをつける意向のようである。

*Sozialgesetzbuch macht Fortschritte, Die Sozialversicherung*, Juli 1971, S. 196.

(石本忠義 健保連)

## 西ドイツの保障の価格



### 1976年までの租税と保険料負担

租税および社会保険料負担による被用者の負担はほとんど絶え間なく増大している。最近の連邦政府の社会報告によると、1975年における国民総生産に対する社会給付の割合は21.5%になるものとみられている。この割合は、1960年17.5%、1965年18.6%、1970年19.9%である。

社会報告は、社会給付の増大にともない被用者の賃金・俸給からの控除額が賃金・俸給の総額より高い上昇率を示していることを指摘している。すなわち、賃金・俸給の総額に対する控除額の割合は、1950年には12.6%であったが、1969年には20.9%、1970年には22.6%になっている。連邦政府の予測によると、その割合は1975年までに約25%に上昇する見込みである。そして所得の総負担率はすでに40%台に近い。

このような状況では、控除後の名目および実質の純賃金・俸給が上昇するので、金にかかる社会保障の拡充にもかかわらず、生活水準は改善されたのはせめてもの慰めである。

社会保障費は急増しているが、まだ租税の方が社会保険料よりも激しい。すなわち、総

表1 保険料率と所得税率

	1970年	1975年
年金保険	8.50%	9.00%
疾病保険	4.10	4.15
失業保険	0.65	0.65
計	13.25	13.80
所得税 (子どものない既婚者)	12.50	14.90
合計	25.75	28.70

賃金・俸給に対する所得税の割合は、1950年の4.6%から1970年の11.9%へ上昇した。これに対して被用者の負担する社会保険料の割合は9%から10.7%へ上昇したにすぎない。

表2 保険料算定報酬限度額と保険料最高額

	年金保険		疾病保険		失業保険	
	限度額	保険料	限度額	保険料	限度額	保険料
1971年	1,900	223	1,425	117	1,900	25
72	2,000	340	1,500	123	2,000	26
73	2,300	414	1,725	141	2,300	30
74	2,500	450	1,875	154	2,500	32
75	2,600	468	1,950	162	2,600	34
76	2,800	504	2,100	174	2,800	36

(注) 単位：マルク、月額

その報酬額が疾病保険における保険料算定限度額を越えない職員は、社会報告によれば表1のような保険料率で保険料を支払うことになっている。

### 控除額（社会保険料）

インフレーション的賃金上昇にともなう保険料算定報酬限度額の引き上げはとくに問題である。保険料算定報酬限度（最高）額およびそれに応じた保険料は表2のとおり引き上げられる見通しである。

したがって、1976年における社会保険料の総額（雇主負担分を含む）は最高月当たり約714マルクになる見込みである。なお、失業保険の財政状況から保険料率が現在の1.3%から2%に引き上げられる可能性もあるので、その場合にはそれは最高約734マルクになるであろう。

### 社会負担の構成

社会負担の用途別構成をみると、1970年において疾病25.4%、老齢22.3%、家族16.1%、死亡15.7%、廃疾11.0%、その他9.5%

である。これでわかるように疾病と老齢への社会負担が大きい。付加的な企業給付および租税軽減を含む社会負担総額は1970年において1,587億マルクである。また、5年後の1975年にはそれは2,347億マルクになる見込みである。

Der Preis der Sicherheit, *Arbeit und Sozialpolitik*, Juli 1971, S. 221~222.

（石本忠義 健保連）



### 社会保障こぼれ話

#### ISSAの会員

ジュネーヴに本部をおいているISSA (International Social Security Association 国際社会保障協会) は、正会員と準会員で構成されており、それらの会員による分担金で財源を調達されている。

1970年の第1半期年つまり4月から6月までの間に、7か国の社会保障に関連をもつ各機関が、新会員として加盟を承認された。それら新会員のうち、4機関は正会員で、残りの3機関が準会員であった。これら新会員の加盟により、ISSAは97カ国の加盟国における221の正会員と70の準会員で構成されることになった。

上に示した準会員の中に、社会保障研究所が Social Development Research Institute の名称で含まれているが、当研究所は創設後間もない頃より、ISSA本部から社会保障分野の研究活動にかんする連絡を依頼されており、度重なる親切な加盟の誘いに応じ、上記機関とともに新らしく会員として参加することになった。（平石長久 社会保障研究所）

## 海外文献紹介

## 若年者・成人・老人の医療費

(アメリカ)



さいきんのアメリカにおける医療費の上昇は急激であるが、この論文では、19歳未満、19～64歳、65歳以上にわけた人口集団の医療費を1966年から1970年までの年次推計でもって分析したものである。

1970年についてまとめてみると、次のような特徴がみられる。

総医療費 580 億ドル。人口の10分の1を占める65歳以上人口の医療費が全体の4分の1。老人の医療費は若年者の6倍(791ドル)。うち公的資金の割合は若年者では4分の1以下、老人のそれは3分の2以上。老人医療費の43%はメデケアによる。老人の入院費用は若年者の11倍。

## 基金の財源

基金の65.9%は私的部門からの拠出によるが、年齢別にみると、若年者の医療費では、73%が私的部分から、老人ではそれが僅か33%と対照的である。

若年者のばあい、この残りの27%の公的財源は、メデケア、防衛省、母子保健対策などから出されるものである。軍関係、メデケイドの対策との関連もある。

成人については、私的財源が多く病院診療費にむけられる金額が高い。1人あたり年間295ドルのうち、私的財源が229ドル、うち病院診療に96ドル、精神科サービスに56ドルをむけている(薬剤関係へは33ドル)。

老人医療費の67%は公的資金を財源とする。メデケアの全部とメデケイドの半分が65歳以上のこれら老人に向けられている。

## 支出のタイプ

全支出の44%が病院診療費であるが、最近急に増加している項目の一つである。医師サービスも同様の増加傾向を示す。老人にたいするナーシング・ホームケアも多くなってきている(1970年1人あたり1,654ドル)。これは全体の費用の16%を占め、割合のうえでは、他の年齢層のその2倍以上となる。

病院医療費の48%は、公的財源による。これを三つの年齢グループごとにとみると、若年者の病院医療費中公的財源の占める割合は42%、成人では32%、老人では84%となる。1人あたりのタイプ別年齢別の金額は次の表のとおりである(1970年)。

	病院診療費	医師サービス	その他
総数	124ドル	62ドル	94ドル
19歳以下	33	41	49
19～64歳	141	64	91
65歳以上	372	136	282

## 推移

メデケアとメデケイド実施以前の1966年と1970年とでは、急速な医療費の増加がみられる。1966年364億ドルだったものが、70年には580億ドルへと60%の増加をみた。この増加分217億ドルのうち、半分以上は物価上昇による増加分である。残りの9%分は人口増により、さらに残る38%は、医療利用そのものの増加の反映であろう。

全体の費用は、メデケア実施 1967年には前年比14%の費用増加であったが、前年比率はその後漸減傾向にある。65歳以上老人については、1967年前年比20%、1968年には28%であった。そのうち公費負担が増加したことはすでにのべたとおりである。1966年6割台であった私的負担は、1970年には33%へと減少した。65歳以上老人にたいする保健支出全体のうちメデケアの占める割合は、1967年に33.5%、68年に42.3%、69年45%へと増加の一途をたどったが、1970年には43%へと若干減少した。メデケアのなかで、病院利用が制度変更もあって減ったことによる(たとえば、

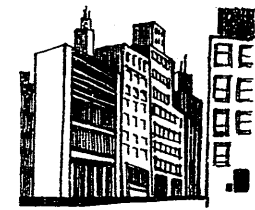
平均在院日数13.2日から12.8日に減少)。

各年齢層とも病院費用部分の増加がみられるが、これは病院コスト上昇の反映である。アメリカのコミュニティ病院の患者1日あたり費用は1967年から70年までに、50%もの上昇をみた。

BARBARA S. COOPER and MARY F. McGEE Medical Care Outlays for Three Age Groups, *Social Security Bulletin*, Vol. 34, No. 5, May 1971, pp. 3~14.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 公的扶助受給者の 生活歴と家庭環境



(アメリカ)

ここでは「要扶養児童のいる家庭への扶助」(AFDC)の受給資格要件と非受給資格要因との関係を検討する。

データは1963年実施の面接調査からえたものである(デトロイトおよびミシガンにある市内12小学校5~6年生の母親で、無作為抽出でえられた1,021人を対象とする)。

この報告では、デトロイトに最近4年間居住し、かつ1962年の収入が6,000ドル未満であった世帯だけを分析の対象にする。サンブ

ルは780世帯で、その1962年平均収入は3,342ドルである。このうち69%が黒人世帯、53%が最近3年間に公的扶助を受給していた。その平均扶助期間は30カ月であった。

### 受給資格要件

公的扶助受給資格要件の全ての側面について検討することは困難なので、ここでは、収入および父親の有無と扶助受給との関係のみをみる。



まず収入では、1962年の世帯年収が3,000ドル未満であったもののうち75%が扶助を受けている。これに対し5,000~6,000ドルの高い収入では20%以下である。世帯員1人当りの年収では、250ドル未満が83%、1,000ドル以上では14%の受給率である。もちろんこれらは福祉事務所の収入認定基準と密接な関係をもっているが、それでも世帯および世帯員収入は扶助の受給と深い関係をもっているといえる。

つぎに父親の有無では、受給率は父親の不在世帯の75%以上であるが、父親のいる世帯では50%を下まわっている。受給率と不在期間との関係では、3年以内68%、4年以上持続して不在の場合には、83%の高率をしめている。

### 非受給資格要因

このように、収入や父親の不在は受給資格の重要な要件であるが、これらをコンスタントに把握するには、他の要因との関連をみる必要がある。調査では20の要因を分析したが、つぎに、その主なものについて述べてみ

よう。

1. 人種 白人の32%、黒人の63%が扶助を受給し、黒人は白人の約2倍になっている。しかし扶助を受けている白人の多くは、世帯員収入や夫婦の安定性といった状態については黒人と類似してきているため、これらの要因との関係でみると、この差は半減する。しかし残りの差はまだ大きく、他の要因分析により受給差の理由が解明される必要がある。

2. 就労 父親が最近5年間継続して就労している場合、受給率は16%、1~2回失業した場合47%、3回以上では55%である。このことは、いかに経済活動が収入に影響をおよぼすかを示すものであろう。母親の場合は、面接前の6年間に12カ月未満しか就労していない場合と6年間継続して就労した場合では、前者が2倍の高さの受給率を示すが、夫の有無や世帯員1人当りの収入との関係でみると、この数字の重みは減少する。

3. 要扶養児童の数 18歳以下の児童が1~2人いる世帯では39%、5人以上のところでは60%の受給率である。扶養児童数と扶助受給の間にはこのように強い関係があるが、やは

り世帯員1人当りの収入と父親の有無との関連でみると、この関係も弱まっている。

4. 父親の就学年数 わずかに就学年数の短い方に受給率が高いが、直接的関係は弱い。むしろ教育は収入に反映する現状から、間接的影響があるといえる。

5. 出生国 西ヨーロッパ系白人の場合には、他の出生国の人よりもしばしば、受給率が低くなる傾向にある。

6. 移住とデトロイトでの居住期間 父親の出生地がデトロイトの場合、白人黒人とも受給率にほとんど差はなく（前者53%、後者56%）、いずれも他所から移住した人よりも高い。ただ、黒人の場合は出生地によるひらきはあまりない。一般的にみると、母親ではデトロイト生れかどうかによる受給率の差はほとんどない。父親の場合はデトロイトで生まれた人の方が高く、ことに北部周辺の州から移ってきた人よりも高くなっている。

居住期間との関係では、父親母親ともデトロイトでの居住期間の長い方が、受給率が高い。とくに父親の場合、世帯員1人当りの収入との関連でみてもこの比率（4~9年30%、

20年以上49%)の重要性は変わらない。

7. 貧困と要保護のサイクル 「貧困と扶助の要保護は世代から世代へうけつがれる傾向にある」と一般にいわれているが、それが事実であるなら、公的扶助の受給者は、これまでの生活歴において一層貧しかったことになる。このことを検討する指標に、両親の教育、父親の転業および家庭の安定性があげられる。

まず教育では、低い教育しか受けなかった両親は貧しく、子供の成長に援助できるような能力や資源に欠けるということはある。しかしこの調査結果では、妻の母親や夫の父親の教育レベルのいずれも、その当時の家族が扶助受給家族であったかどうかに関係していない。

また父親の職業は家庭の経済状態に直接影響するものであるが、やはりこの調査では、夫、妻のいずれの父親の職業も、扶助受給とはそれほど重要な関係を示していない。

つぎに、家庭の安定性について。父親のいない家庭は一般に貧しい。しかし男性の場合は崩壊家庭で育ったものとそうでないものと

の間で、扶助受給に少しの差もない。しかし女性では、崩壊家庭で育った人の方が受給率は高くなっている。このひらきはとくに白人の女性の場合にあてはまる。黒人の女性では、いずれの家庭に育ってもあまり差はなく、白人よりも相当扶助率が高くなっている。

以上みてきたように、公的扶助を受給する最大の要因は、世帯員1人当りの低収入と父親の不在である。また非受給資格要因のうち、公的扶助受給と、とくにかかわりのあるものは、5つの要因である。すなわち、①父親が失業しているか、不定期の就労の場合、②父親がデトロイトで生まれた場合、③父親のデトロイトでの居住期間が長い場合、④黒人世帯の場合、⑤母親が崩壊家庭に育った場合である。これらの要因は、いずれも世帯員1人当たり収入、あるいは父親の有無との関連で分析したのちも、扶助受給率の高さは変わらない。

この研究では、従来の説——①扶助受給者はより高いサービスを求めて貧しい州から豊かな州へ移る。②貧困と要保護は世代から世

代にうけつがれる——に否定的である。

第1についてはデトロイトに新しく移住してきた人が、長期間そこに住んでいた人よりも扶助受給率が高いという証拠はない。むしろ前者は少なくなっている。

第2については、この調査データでは裏付けられなかった。

最後に、ある家族が公的扶助を利用するかどうか予測する際に、個人の生活歴がその要因として使われるが、その有効性にはあきらかに限界がある。むしろ、父親の不在を生み出している条件を改善し、十分な賃金のえられる仕事が準備される必要がある。

Oliver C. Moles, *The Relationship of Family Circumstances and Personal History to Use of Public Assistance*, (*Social Work*) Vol. 16, Noz, April 1971, pp. 37—46.

(門脇久子 社会保障研究所)

## 禁煙キャンペーンの評価



(イギリス)

この報告書は、Scottish Health Education Unit と Strathclyde 大学市場調査班が提携して実施した、反喫煙キャンペーンに使用した広告ポスターの評価に関する調査のまとめである。

調査に先だち、2種類のポスターを用意して、2カ月間にわたる交通広告にしぼっての反喫煙キャンペーンをグラスゴー地域で実施。

総計200台の乗合バスの車外側面に1カ月間(1970年3月)にわたりポスターを掲載、掲載費用は1,520ポンドであった。

掲載ポスターに使用したキャッチフレーズは、“A doctor a day gives up smoking. They know smoking kills”であった。

また同じく車内広告を、総計625のパネル

を使用して、これも1カ月(1970年2月)間にわたり掲載、掲載費用は500ポンドであった。

掲載ポスターに使用したキャッチフレーズは、“Smart Folk Don't Smoke”であった。

調査対象は、グラスゴー地域に居住する16歳以上の男女を母集団として、無作為多段方式により男性548人、女性545人を抽出、その年齢構成の分布および社会経済グループ別分布は、次の通りである。

年齢構成の分布

16~25歳	26~35歳	36~45歳	46歳以上
228人	236人	243人	395人
20.58%	21.3%	21.93%	35.65%

社会・経済グループ別分布

AB	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	DE
139人	203人	443人	316人
12.55%	18.32%	39.98%	28.52%

調査結果、喫煙者の割合は、社会経済グループ別分布によると C<sub>2</sub> と DE のグループに高く、また女性より男性に喫煙者が多い。

① 応答してくれた者が、正直に答え、また質問についても正しく理解していたと仮定すれば、女性より男性に、また AB のグループにヘビースモーカーが多くいることになる。

② 喫煙を止めた理由としては、健康のためとか経済的な理由があげられた。

③ 喫煙者は、概して云えば、医者から個人的に警告されることが一番身にこたえたと述べている。だからといって上述の③の理由が喫煙者にとってまったく無意味なものであるということにはならない。

すくなくとも医療従事者が、意図的にこれらの内容をおりこんでの指導をするならば、かなりの影響力がでてくるにまちがいない。

④ “健康をそこねる”、“反喫煙広告”、“経

済的な負担が大きい、といったことが、喫煙を止めた人々の理由だと喫煙者は思いこんでいる。

⑤ 調査対象者の半数以上、特に喫煙者と C<sub>2</sub> のグループが数種の反喫煙広告をおぼえていた。

⑥ 何が喫煙を止めさせるきっかけとなるかといった一般的な質問に対する回答によると、16歳～25歳の年齢グループに喫煙は健康をそこねるといった理由を信じこんでいるものが最も多くいると思われる。しかし今回の二種類の反喫煙広告の内容はこのグループには最も受け入れてもらえないものであった。

⑦ またおもしろいことに46歳以上のグループの主張には、喫煙に関するかぎり、相反する2つの面がみうけられる。

医者からの個人的警告や喫煙の人体におよぼす害についての医学的証明は、喫煙を止めさせるに強力なきっかけとなるとの主張と、何者も喫煙をやめさせることはできないとする頑強な主張とに分かれる。

この両者の差異は、Dr. Mckennell の報告から理解するならば、前者は、煙草をすでに

やめたか、あるいはやめる途上にあって、ホームドクターからのより積極的な援助を得ていると思われるケースであり、後者は恐らくは、すでに止めようと試みたが失敗し、その挫折感には拭いがたいものがあり、今や何者も煙草を止めさせることはできないとあきらめてしまったと思われるケースである。

⑧ 印象にのこっていたという意味ではポスターとしては、以前に Glasgow Coporation がキャンペーンに使用したポスターが上げられる。そのキャッチフレーズは“Take it heart”であった。スマートな奴は、それにはおよばなかったが、その意図するところはともかく、少なくとも、他の年齢グループに比して16～25歳のグループに強くうったえるものがあった。

⑨ しかし、スマートという言葉の使用はあやまりであった。喫煙者には、実感として、喫煙しないということが、即スマートであるというイメージには結びつかないということであった。

ピタリくるイメージという点からすれば、むしろ「思慮のある」とか、「賢い」といっ

た言葉の方がより結びつくといった提案を喫煙者の68%がしていることは興味深い。

本来、「スマート」という言葉を上述同様の意味で使用したつもりであったが、実際には余りにも多くの他の意味を含んでいるために別のうけとり方がされやすく不適當であることがわかった。

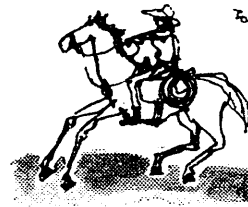
⑩ “a doctor a day……”については、かならずしも多くの人々に印象づけたとはいえないまでも、記憶していた者の半数以上に医師が止めるということによって強い説得力があったと思われる。

しかし、このキャッチフレーズにとって、大きな障害となったことは、いまだに喫煙をしている医師がすくなくからずいるという現実であった。その結果かえってこのポスターの意図するところに反して、「ねている子どもをおこす」の例に類するブーメラン効果を喫煙者に助長する口実をあたえる危険性があることに気付いた。

The Scottish Health Education Unit,  
*Smoking (a survey)*, 1969/70.

(金永安弘 国立公衆衛生院)

## 社会保障と労働協約



(ラテン・アメリカ)

1970年10月26日から31日まで、メキシコシティで「社会保障と労働協約」と題する国際会議が開かれた。

この国際会議は、エル・サルバドル、メキシコ、パナマ、ペルーおよびベネズエラなどのラテン・アメリカ諸国から構成される「米州社会保障常設委員会」と ILO, ISSA の共催で開かれたもので、

1. 社会保障を補足する、またはこれに代る労働協約
2. 社会保障固有の諸給付に関する規定が労働協約に含まれていることの理由、周辺給付としてのその性質、その方向
3. 調査対象国の労働協約のなかに含まれた社会保障規定の諸特徴——多様性、権利の保全、範囲、運営、財政など

4. 労働協約に含まれる社会保障規定の社会的経済的合意——その所得再配分に与える影響、その生活水準に与える影響
5. 商品・サービス、地方的総合、雇用政策などに与える給付費の影響
6. 通常社会保障給付と労働協約で与えられる社会保障給付との相互影響、当該部門の位置づけなどを主要な議題として討議がおこなわれた。

ILO からは、ペルーとベネズエラにおける労働協約上の社会保障給付についておこなされた研究結果が報告され、ISSA からは、アルゼンチンにおける労働協約上の社会保障措置を研究した報告書が提出された。また米州社会保障委員会からは、メキシコ、コ

スタリカ、ガテマラ、ホンデュラス、ドミニカ共和国の労働協約に含まれた社会保障給付に関する諸条項が、討議の材料として提出された。

これらの研究調査資料や各項目についての会議での討議の結果、労働協約に含まれた社会保障給付は、ある場合には社会保障に代るものとして、またある場合には社会保障を補足するものとして重要なものとなってきており、雇用人口の多くの部門にとって有益なものとなっていることが明らかとなった。いくつかの場合には、とくにラテンアメリカ諸国のように社会保障制度がすべての部門の労働者を包括しておらず、かつ十分な保護を提供していないところでは、社会保障給付がなかったり、あるいは部分的でしかないことから生ずるギャップをそれらの協約が満たしているといえる。他方で労働組合がつとめて協約のなかにこの種の規定を入れようとする理由の一つは、量、質、期間そして適用範囲の点で法定社会保障給付が不十分であることに存在することも明らかになった。

さらに明らかとなったもう一つのことは、

労働協約が労働者にとってその生活条件、労働条件を改善しようとする諸給付を確保するのに適合した措置であるということである。

また、この国際会議での討議はいくつかの動向を明らかにしたが、なかでも労働協約にもとづく諸給付のなかにみられる発展と統一ということをあげなければならない。それらは結局、協約が立法のなかに実質的に入れこまれるということ、あるいは基礎的社会保障に並行した補足制度の創設の結果として現われているのである。

この国際会議の特別の注目を引き寄せたことは、労働協約に基づく諸給付費が商品やサービスの価格に与える影響であり、またその生産性への影響である。

法定社会保障と労働協約との間の相互関係については、この会議では、各国の法定社会保障が到達した段階にライトを当てて分析がおこなわれた。

この国際会議での討議の結果として強調されたことは、労働協約を通じて提供される各種給付が、ラテン・アメリカにおいては、社会保障の代替措置として、あるいは社会保障

の補足措置としての地位を得てきているということである。それらの各種給付は早急に基本的なニーズを満たさなければならなくなっており、同時に労働者の経済的社会的要求の部分となってきた。

とはいっても、この労働協約という形で到

達された幅広い多様な解決は、権限ある社会保障機関からの組織的な援助の必要を強く必要としている。

ISSA, *International Social Security*

*Review*. No. 1, 1971.

(上村政彦 健保連)

## 疾病保険の新時代



(西ドイツ)

### 疾病保険は新時代に突入

1970年10月1日に連邦政府は、9月29日にハンブルグで開かれた医療の諸問題に関する労働団体の会議における青少年・家庭・保健大臣 Strobel 女史の講演の内容を公表したが、そのなかで同女史は当時両議会で審議中だった疾病の早期発見事業にもふれていた。そしてそれによる効果を予測するとともに、「健康は医者を必要としない」というバイブル的なことばは疾病の早期発見事業の導入によっ

てその効果を失うことになる」と述べた。この事業に関する規定は1971年7月1日より施行されたが、われわれは公的疾病保険がたどってきた沿革のなかでこれほどまで象徴的な例を見い出せない。新しい法律によって、他の分野にも影響を及ぼし、反作用をよびおこす確実な効果が現われることになる。なにはともあれ、誇張なしに、疾病の早期発見事業の導入によって公的疾病保険は新しい時代に突入したということができよう。

## 疾病の早期発見事業は給付の新しい形態を条件とする

第2次疾病保険改正法 2. KVÄG<sub>2</sub>によって、疾病金庫は金庫医（保険医）協会と協力して被保険者およびその被扶養者に対して、あらゆる適当な方法で一定期間、健康保障にとって必要な疾病の早期発見のための検査の請求について周知させるよう義務づけられた。疾病の早期発見事業の場合新しい給付形態がとられざるをえない。この給付形態は時間の経過とともに他の給付分野にも作用を及ぼすものと思われる。

### 公的疾病保険の財政政策の変更

疾病の早期発見事業の法的導入は、疾病金庫のみならず政治家の勉強の仕直しを必要とする。最近10～15年間の公的疾病保険の財政状況をみると、すべての疾病金庫が多かれ少なかれ財政的不安定におちいつている。一連の年には公的疾病保険は財政的崩壊の瀬戸際までに至った。疾病保険が永久に被保険者のためのものであるためには、また疾病の早期

発見を役立たせるためには、十分な資金が調達されなければならない。この点疾病金庫も政治家もよく認識すべきである。財政的に不十分な疾病金庫では十分な事業はとうてい期待できないのである。

### む す び

1971年7月1日より公的疾病金庫は単なる疾病保険の機関ではなく、健康保障の機関でもある。この種の基本的改正は、水のなかに投げられた石にも似たものである。すなわち、それは全体に波紋を投げかけ、すべての側に影響を及ぼす。疾病の早期発見事業の法的導入による効果はすでにいまでも予測することができる。われわれは、われわれがこれを模範的に行なうことができることを願う。そうすることによって他にもよい効果が及ぶであろう。

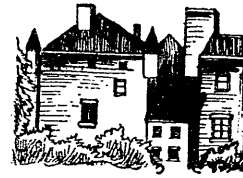
形式的には1971年7月1日から公的疾病保険の法定給付として疾病の早期発見事業が実施されることになったが、実際に軌道に乗って行なわれるようになるにはまだ相当の時間を要するであろう。

(注) 本論文が取り上げて論じている疾病の早期発見事業 Früherkennungsmassnahmen は、第2次疾病保険改正法（1970年11月に成立）により1971年7月1日より、特定の疾病の早期検診を公的疾病保険の法定給付として行なうというものである。具体的には、4歳未満の幼児、30歳以上の女子および45歳以上の男子は、負担なしに疾病の早期検診を受けることができ、幼児の場合は正常な成長を阻むすべての疾病について制限なしに、また成人の場合はガンについて年1回受けることができるというものである。また、この事業を行なうにあたっては疾病金庫と金庫医（保険医）協会は被保険者等にその意義と目的を周知徹底させることを義務づけられている。

Tervooren, F., Nach dem 1. Juli 1971 wird sich in der GVK vieles ändern, *Die Krankenversicherung*, Juli/August 1971, S. 162 ~164.

(石本忠義 健保連)

## ヨーロッパ的観点より 見た社会保障



この論文は、ヨーロッパにおいて、社会保障が、一国の枠を越えて国際的になってきた歴史的経緯および将来への展望を、特に EEC 諸国を中心に論じたものである。以下、その概要を紹介する。

ヨーロッパ諸国にとって、経済的統合は自己目的ではなくて、ヨーロッパ諸国民の生活条件の改善に奉仕するものでなければならない。そこで、ヨーロッパ(とくに EEC 諸国)の社会保障に関して、次のことが明らかになる。

1. 個々の国家における社会保障法は原則として領土原理から出発していて、社会保険の空間的適用範囲は内国にのみに限られるのであるが、社会保険の分野においては、早い時期に国際的提携と超国家的規範が行なわれてきた。
2. 特定の国家または特定の社会層のため

ではなく、全ての者の連帯が、世界中どこでも生じうる疾病・廃疾・老齢等の問題の克服においては、重要なことである。

3. EEC の諸規則等によって生じる必要性から社会保障の分野における法典化等において、加盟諸国が配慮を加え相互に接近することによって、統合の効果は生じてくるのである。従来への努力の成果は、社会保障支出に対する負担の格差が個々の加盟諸国間において少なくなってきていることにかがえる。すなわち、1930年には対国民所得比の差が1.7~9.3%であったのが、1950年にはその差が7.9~13.3%と縮まり、1965年にはさらに縮まり、最近では17.7~19.1%という具合になってきている。これらの諸国において最高の状態を達成し給付の種類と高さにおいて最善の保障をなしてきたような体系を目指すことが重要なことである。

つぎに、個別的問題の情況に言及してみる。ヨーロッパ諸国では、社会保障体系の発展は統一的にまた同時的に行われたものではない。疾病・廃疾という経済的・社会的危険への保護とか老齢への保護とかは、異なる時に設定され形成されてきたのである。そして、各国は領土原理に従ってきた。すなわち、各国はその領土の範囲内においてのみ、社会保障給付を行なったのである。領土を越えた職業の執行が個別的现象に留まっていた間は、それでも社会秩序とか各国間の対外的関係に支障をきたすものではなかった。

時代の経過に従って、外国に労働力が大量に流出するようになってはじめて、領土原理を超越する必要性が認識されるに至った。すでに1912年には、イタリアとドイツとの間で、道路・鉄道建設のためのイタリアの労働者の大集団のために、国際的社会法が導入された。協定において、一国において始まった保険は他国においても継続し、保険期間の通算が認められることになった。領土を越えた労働力の移動が諸国にとって関心事になったときに、このような問題が生じてきたわけで



ある。とりわけ、第2次大戦後、国家的孤立の克服を目指して、経済政策的・労働政策的共通性が著しくなってきた。この共通性の範囲の増加に従って、社会保障における領土原理を打ち破ることが一層必要になってきた。

各国の制度の差異による「ヨーロッパ移住労働者」の不利益を避けるために、各国相互にできるだけ国内的諸制度をその種類と水準において平均化することが、重要な点であった。このことは、EECに結合したヨーロッパ諸国において、もっとも成功してきた。EEC条約第117条は、「生活条件および労働条件の改善を目指し、さらにそれを平均化すること」という課題を打ち出している。それと関連して、第118条は、社会保障の領域における緊密な共働を、加盟諸国に義務づけている。すなわち、社会保障の国内的諸制度を、できるかぎり完全にかつ有効に一つの組織化されたヨーロッパにおいて結合することである。もっとも、それは、国内的諸制度を除去することを意味するのではなく、それらの存続を前提として、結合への努力がなされるべきことを意味する。

そのような結合は、移住労働者の社会保障に関する EEC 規約第3号および第4号によって成就された。それは、EEC条約第51条にもとづいて、1959年1月1日より有効である。規約は、超国家的・直接的効力を有する法について宣明している。しかしながら、それは、何らの固有の社会保障法典を含むものではなく、加盟各国の被保険者を内国人と同等に扱うというものである。被用者が他の加盟国に移住している際に、その故国の従来の社会保険法においても、また移住先の国の社会保険への所属に関しても不利益を受けてはならない、というのが根底の思想である。

ヨーロッパの社会保障に関するさらに重要なものとして、ILOの社会保障の最低基準に関する第102号条約(1952年6月28日)がある。また、ヨーロッパ評議会もヨーロッパの社会保障の発展に対して貢献している。その「ヨーロッパ社会憲章」(1961年成立、1965年以降有効)は、社会保障の一定の最低基準の設定を、加盟18カ国に義務づけている。また、ドイツ連邦共和国に関していえば、他のヨーロッパ諸国に対する労働法的関係の強化のた

め、EECの枠を越えて、つぎの国々との間に社会保険に関する国家間条約が結ばれている。すなわち、デンマーク、ギリシャ、イギリス、ユーゴスラヴィア、オーストリア、ポルトガル、スペインおよびトルコとの間に条約が結ばれている。第2のヨーロッパ経済ブロックであるEFTAは、純粋な関税同盟であって、ヨーロッパの社会政策の調整の問題には関与していない。この中のイギリス等の国はEECを指向しているけれども、これらの国々の中にはEEC諸国の通常的制度と本質的に異なる社会保険制度を持っているものがあり、その調整が問題である。

かつては、社会保険がこのような重要な国際的な意義を持ち、ヨーロッパ統合の重大な要因にまで発展するだろうとは、思いもかけなかったことだろう。社会保険の諸国民を結びつける要因としての発展は「ヨーロッパ」という思想からすると喜ばしいことである。

Alois Kröniger (Ministerialrat), Soziale  
Sicherung aus europäischer Sicht; *Die  
Rentenversicherung*, Juni 1971, S. 136~137.

(伊達隆英 健保連)

## 社会政策の策定と実施における国家と民間の役割



現在アジア社会が直面している最大の課題は、「第2次開発の10年」において、如何にしてアジア地域の統合的開発を達成するかというものである。現実には、ヴェトナム戦争に示されるように、極度に非合理的な価値体系によって、資源の濫用がおこなわれている。1961年に開始された「第1次開発の10年」の期間において、実は富める国と貧しい国との格差は拡大するばかりであった。このような認識の上にたって、われわれのよってたつ価値体系を検討し、そしてそれにふさわしい優先順位の配列、決定を意識的におこない、国家の開発活動の全体を包括するような社会政策の統合をはからなければならない。

「第1次開発の10年」での重要な教訓のひとつは、人的資源は自然資源に優先しなければ

ならないという点にある。広い意味で社会開発、狭い意味では人的資源の開発というのは経済成長の結果ではなく、本質的なその前提条件であることが明らかになったのである。今や、経済成長の達成にとっても社会政策の計画化と統合が必要になりつつある。

開発目標と社会政策について次のような5つの原則をあげることができる。第1に、統合された社会政策の目標は、経済成長率の加速化という観点から設定さるべきである。そのためには、経済成長の前提となる社会的条件についての体系的、包括的分析が不可欠である。第2に、社会政策の目的は、経済開発から生じそれに伴う望ましくない社会的現象との関連で設定さるべきである。第3に、社会政策の目標は地域的条件と国際的標準に

基礎づけられた現実的で、しかも平等性の要件をみだす最低基準の達成と関係づけられなければならない。第4に、社会政策は開発の阻害要因となるような時代遅れの社会構造、制度、組織、態度および動機づけ等を消滅させるよう方向づけられていなければならない。第5に、社会政策は人口動態との関連をもち、家族計画施策を人口政策、マンパワー計画として総合化する方向性を持たなければならない。

開発は経済の用語で語られることが多く、その中で人間の役割が忘れられがちである。従って、開発をより広い政策の文脈から再定義をする必要がある。開発および発展にふくまれる社会的、文化的、政治的、心理的要素は相互に重複し、関連しあっているのである。

保健衛生の改善がひきおこした、人口増加および人口構造の変化がもたらす、教育、住宅、青少年問題は、これから社会政策への強力な圧力となるであろう。これらの問題を抜きにして、開発および発展の問題は語れないのである。

計画家は、社会政策の統合と発展を考える

上で次の5点を認識しなければならない。第1に、開発過程で社会開発は経済成長の副次効果ではなく、前提条件であるということ。第2に、開発過程での重要な社会的変数を正確に認識し、開発モデルの上に組入れなければならない。第3に、経済的に先進国で用いられている開発理論および概念を用いる場合、現在のアジアの社会的状況と注意深く対比させる必要があり、決してこれらの理論や概念を無批判に使ってはならない。第4に、開発目標を社会的正義の観点から評価する必要がある。第5に社会政策の前提条件は広範な民衆の参加である。

アジア諸国の開発計画の実情を見ても、漸く、計画的な社会開発への方向性が生れてきている。今や多くの政府は社会開発が、保健、栄養、教育、住居の改善ばかりでなく、望ましい社会的、制度的変化の実現、所得再分配、雇用機会の提供などの実現をも含むものだという認識に達している。

開発計画には発展の前提条件として必要な現代的生産構造の造出ばかりでなく、保健衛生、住宅、教育および強力な前進にとって必

要とされる社会的条件の造出をも目標としてふくまなければならない。かくして、開発の問題は、既存の社会構造の枠内での経済活動の拡大のみならず、より適切な所得、教育、そして安定への要求に応え得るような、社会の枠組そのものの再構成をも含む問題となるのである。

開発および発展は以上のように広いしかも深い内容を持った観念である。しかしながらそれを実現させる用具としての社会政策の適確なしかも包括的な定義が今なお欠けていると言わざるを得ない。社会政策の目標はしばしば長期的な目標として抽象的に語られることが多かった。しかしながら社会政策は民衆のスピレーションおよびモチベーションを喚起し、貧困を除去し、人間的、物的資源の開発をめざす政治的プロセスとして理解されなければならない。社会政策の策定と実現のプロセスにおけるデモクラシーの必要性はこの点に存する。さまざまな利害集団の関係の網の目の中で、福祉というパースペクティブにおいて経済体制を位置づけていくものとして、社会政策が考えられなければならない。

さて、現在のエカフェ地域諸国の社会状況の背景は次の通りに要約されよう。①アジア地域の人口は18億2,500万人で世界の人口の過半をしめる。しかも25歳以下の若年人口がその半数を占める。②アジアの多くの諸国では人口制限の政策がとられているものの、有効なマンパワー計画には至っておらず、しかも都市開発、人的資源開発等の国家的政策に統合されていない。③アジアの大部分の地域は世界で最も貧しい地域のままである。④多くのアジア諸国内ではエリート層と貧困者層の分極化が進み、しかも利害対立が深刻化する傾向にある。⑤土地改革を始めとする農村地域の制度的、構造的変動が農業生産力向上という点が不可避となりつつある。⑥開発の為の人的資源の「資本化」が財政的資源の調達と共に必要とされるようになってきている。

以上のような背景をふまえて、開発のための社会政策を考えるならば、アジアにおける開発は社会的領域に強く指向したものでなければならない。経済成長は生活条件を改善するための重要な手段として位置づけられる。このように政策及び計画を社会的なものとし

て方向づける必要は次のようなことを意味する。従来から今日迄、社会開発政策は経済政策の従属物としてのあつかいを受けてきた。そして、農業よりは工業、農村地域よりは都市、労働よりは資本指向的に開発が進められてきた。このような傾向は本来の開発計画の目的と矛盾を生じさせることになり、新しい優先順位の探索が必要とされるようになるのである。

この優先順位の再定式化の原則は次の4点があげられる。第1に、児童福祉の促進および、児童個々人の環境への意志ではなく、児童全体の開発をめざすべきである。第2に、治療的サービスではなく、予防的サービスに優先順位が与えられるべきである。第3に、特定の集団の個別的問題ではなく、全体の人口を対象としたサービスが優先されるべきである。第4に社会サービスは一時的救済ではなく、予防とリハビリテーションを指向すべきである。

以上のような原則の上にならば、社会政策の展開がはかられるべきである。そしてその展開の過程で、民衆の参加の拡大がめざされ

なければならない。社会政策の策定と、実行における専門的集団への閉鎖化は、本来の社会政策の目的の達成を著しく阻害してしまうのである。

このような民衆の参加を助長するものとして民間部門の社会政策の参加が重要となるのである。そして国家と民間との協働が構想されなければならない。

国家の手による諸サービスの制度化に併行して、民間による問題発見、新しいサービスの実験、世論の動員などが、社会政策を真に社会の現実とのかかわりあいでの実効性を持たせる。しかもアジアにおいては、伝統的な私的な福祉のシステムと、国家的なレベルでの福祉のシステムの併存をより有効に活用していくことをも可能にするのである。

国家と民間の役割は次のように概括される。民間部門は①社会福祉の個別プログラムを組織化し、運用する。②社会の変動するニーズを適確に把握し、報知する。③社会的立法、行政の進展のために世論を喚起する。④国家機関がまだ制度化していないような新しいサービスを開発する。⑤伝統的態度を変

容させ、サービスを組織化するための新しい技術の実験をおこなう。⑥社会サービスへの公衆の参加を促進し、市民意識の発展を助長する。また国家部門は、①準備を経たような社会的な問題を行政および立法のレベルに乗せる、②民間部門に代替するのではなく、それを補完し強化するための国家的な規模あるいは広範な財政的援助計画を遂行する。③民間諸部門の社会サービスおよびサービス提供組織、制度の調整をおこなう。④国家的規模を必要とするサービス（教育、社会保障等）の実施と運営をおこなう。⑤民間部門の活動に必要な諸資源の提供。

このような、民間と政府の活動の適切な組織化によって、はじめて社会開発の所期の目的の達成が可能となる。しかしそのような展望は容易に手中にすることができない程、アジアの社会は問題をかかえている。しかしそれを突破 (break-through) するためには行動の連鎖 (the chain action) が要求されている。

本稿は、*Role of State and Voluntary Effort*

*in the Formation and Implementation of Integrated Social Policy in the ECAFE Region:*  
by S.D. Gokhale (Assistant Secretary-General,  
International Council on Social Welfare, Asia  
and Western Pacific Region, Bombay, India)—  
A Reader in Social Development Planning in  
Asia (UNITED NATION SD/SP/Exin-2 July,  
1971, Bangkok Thailand) 所収の紹介である。

(高橋紘士 社会保障研究所)

### 社会保障ごぼれ話

#### 国民保険制度の採用

(ガイアナ)

ガイアナの国会は、1969年7月21日付で国民保険・社会保障法(1969年)を制定した。この法律は、老齢、廃疾、疾病、出産、および死亡に対する現金給付と、雇用傷害(産業災害と職業病)に対する現金給付と現物給付の支給を規定している。これらの給付のうち、年金給付を取上げてみよう。

この法律による制度は、原則として、16—65歳の被用者を強制適用の対象としており、16歳未満と65歳以上の被用者は、雇用傷害だけを適用される。なお、被用者だけを対象としており、自営業者は対象から除外されている。

制度の財源は、労使双方の拠出で調達されることになっており、拠出は5等級に分けられた賃金と所定の拠出率で算出される。拠出率は7.5%で、これを労使双方で負担するが、使用者の拠出率は4.5%で、被用者の拠出率は3%である。なお、使用者は16歳未満と65歳以上の被用者に対する雇用傷害のために、1週50セントずつを拠出する。750週以上加入し、かつ150週以上拠出を支払った被用者には、65歳から老齢年金が支給される。老齢年金は、最高の拠出を支払った賃金等級に属する賃金の30%を最低とされている。この年金は50拠出当91%ずつ増額され、最高は750週の拠出に対する60%の支給率に制限されている。55歳以上の廃

疾者には、所定の条件と支給率により廃疾年金が支給され、老齢年金と廃疾年金の受給資格を取得できない者には、一時金が支給されることになっている。なお、稼得従事者の死亡には、遺族給付が支給されることになっている。遺族給付は一時金で、55歳以上は永久的労働不能、妊娠中か18歳未満の子女養育を条件として支給され、また55歳以上で、身体障害のかん夫も給付を支給されることになっている。これらの配偶者は婚姻期間が6年以上であることを要求されている。なお、未婚もしくは18歳未満の遺児にも、遺族一時金の支給が認められる。

13週間中における8週間以上の雇用と50週以上の拠出を条件として、疾病時の現金給付が支給される。この疾病給付は日曜と休日を除いて、3日間の待期以後第4日目から最高26週間支給される。給付は13週間に最高の拠出を支払った週の賃金を対象とし、賃金週額の10%が1日当りの支給額とされる。出産時の労働不能に支給される出産給付は、50週以上の拠出支払いと、30週間における20週以上の雇用を条件として支給され、支給期間は出産前後の各6週間(合計12週間)である。給付の支給率は60%で、30週間に最高の拠出を支払った週の賃金を対象として、給付が算出される。被保険者と配偶者の死亡時に支給される死亡一時金は、50週以上の拠出を条件として支給され、支給額は600ガイアナ・ドルの定額である。

(平石長久 社会保障研究所)

## 社会保険の傾向

Karl-Heinz Wolff (オーストリア)



本稿には、現在検討中の目的や意図にもとづき、老齢、疾病、および災害の保険給付拡大にかんする各種の可能性と、予想経費の傾向が論述されている。

すべての社会保険制度に今までみうけられた傾向は、適用される人びとの種類と提供される給付範囲の拡大で構成されており、この傾向は、恐らくオーストリアでも同様に今後引続き継続されるであろう。疾病保険の分野では、予防的手段の拡大とともに、医療におけるより一層の改善を、考慮中の1つの目的とみなすことができる。近い将来に解決されなければならないある問題は、病院医療の財源調達と老人ホームに関連を有する問題で構成されている。その理由は、理在、医療をうけるために病院医療を求める多数の老齢者達

に、補足的な老人ホーム——地域社会に安い経費で提供される——が住居を与えることになるからである。薬剤、病院医療、および予防的医療の経費にみうけられる異常な増大は、拠出を次第に増大させる各種の問題をもたらすので、拠出の算出基礎に所定の上限を設けさせることになるであろう。被保険者の3分の1は十分に保険の保護をうけていない状況が、すでに現われている。薬剤の一部負担には、次の4つの論議が行なわれている。それらの論議は、つまり、(1) 一部負担が薬剤給付の事実上の使用にある制限を意味するかも知れない、(2) 給付の請求が各人の支払った負担分について考慮中の主観的な理由を増大するかも知れない、(3) 使用者と従業員によって財源を調達する手段の均衡が、きわめて具合の悪い状態になるであろう、(4) 現

在現われている他の各種の動向からみれば、支出になんらの決定的な効果も恐らくもたささないであろうということである。

災害保険については、ますます費用のかかるリハビリテーションと治療手段の開発という傾向が、追求されるべきである。雇用災害のもつ概念の拡張も、目的として取上げられるであろう。とくに、これは災害に対する主婦の保護と関連をもっている。

医療にかんするより一層の拡大とともに、年金保険制度に対する主題は、被保険者と扶養家族の相対的な生活水準を維持することである。オーストリアの制度もこの目的を目指して、長い期間にわたり発達してきたが、しかし、とくに、年金の支給率と寡婦年金の水準の計算について、さらに無数の改善が期待される筈である。

最後に、法律上および管理・運営上の点について、より一層の標準化に対する必要性が論及されている。この簡素化はオーストリア

の社会保険を、被保険者により大幅に理解しやすいものとする事ができるし、また、被保険者にサービスを提供するのを改善させるであろう。

## 社会政策の将来の役割

本稿には、生活環境の変化と、社会政策のもっている将来の役割にかんする効果が概述されている。

社会保障制度は、今日その役割をどの程度遂行しているかを確かめることができるが、しかし、社会の変化から生れる現象を予言することは、不可能ではないとしても、きわめて困難である。社会政策計画者による予測は注意深くしなければならない。したがって、過去の発展過程と経験にもとづく試みに照らして予想されるものを、かれは手がかりにすることができるだけである。

Entwicklungstendenzen der österreichischen Sozialversicherung, *Sozial Sicherheit*, No. 5, 1970, pp. 142~149; No. 77, '70.

Terho Pulkkinen (フィンランド)

社会保障の1つの役割は、社会で活動できないグループの立場を改善することである。フィンランドでは、1960年代はとくに老齢、廃疾、および保健政策の10年間であった。これらの分野において、公的扶助の必要性を減少させるという形で、順調な発展が記録されてきたと考えることができる。しかし、次のような理由から、いぜんとして特殊な援助の必要性が存在している。それらの理由とは、つまり、(1) 貧困線の上昇を意味する欲望水準の上昇、(2) 変化してしまった社会扶助への態度、(3) とくに、1958年と1967~68年における失業と景気の低下、(4) 人びとが調整の困難を見出した急速な社会変化、(5) 人口

の老齢化、(6) ニードの変化についてゆけない社会保障の手段である。

人口の老齢化は変容する社会の基本的な特長であると思われる。若干のヨーロッパの国々では、全人口のうち、65歳以上の人びとの占める比率はすでに12%から13%である。フィンランドでは、今日その比率は9%であるが、1980年には10%になるであろう。人口の年齢構成にみられる変化は、社会的サービスの量と性格に、きわめて大きな影響を与えている。老齢、廃疾、および公的健康保護の各手段が占める部分は増大している。その比率は1960年に63%だったが、1969年には74%で、1980年には、その比率は81%になるだろう。

老齢者対策の中で、年金年齢は1つの重要な問題である。将来、人びとは今日よりもより若い平均年齢で退職するであろう。これは必ずしも全般的な年金年齢の引下げを意味しないであろう。ある1つのよりすぐれた解決は、老齢についてみうけられる大きな個人的相違を考慮して、より可変的な年金年齢を実

施することであるかも知れない。早期退職への傾向は次の5つの事実によってみうけることができる。それらの事実は、つまり、(1) フィンランドおよび他の国々では、現在の年金年齢をより引下げる傾向があり、(2) 人びとが退職をもはや恐ろしい出来事と考えなくなっており、(3) 労働の期間をより短くしようとする一般的な傾向があり、(4) 人が「機械のそばで一生を終える」ことを求めない、つまり、かれらが退職後にも楽しめるうちに、就労を断念しがちであり、(5) より低い年金年齢への希望が、全般的な欲望の水準の上昇と関連をもっているということである。

社会保障の手段は、変容する要求に対応することができないし、公的な保健について最もよくみうけられるように、これは障害となっている。近代的な機械は疾病を治療する手段を提供し、そして、疾病保険は一般的な労働不能の期間中に生計の手段を与えている。同時に、医療サービスへの要請が増大している。しかし、不十分な医療、リハビリテーシ

ョン、および予防的な医療サービスに、主要な欠陥が指摘される。

社会保障に託される将来の役割について、われわれのもっている知識は、短かい期間に制限されている。われわれは将来が何をもち

らすかということ、将来がわれわれの生活環境をいかに変えるかを、唯推察することができるにすぎない。

Tietomme sociaalipolitiikan tulevista tehtävistä, *Huoltaja*, No. 3, 1970, pp. 429~433; No. 81, '70.

## 70年代の社会保障問題

本稿には、70年代の社会保障にかんする諸問題について、スウェーデン社会相の述べた演説の要旨が示されている。

スウェーデンの社会政策は、社会的な公正と保障に対する伝統的な要求に起源を發しており、今日では、経済的な諸条件の基本的な改善ばかりでなく、個人の権利と社会の責任にかんする見解の根本的な変革をもたらしめている。スウェーデンにおける所得分配改革の目的は、常に個人に安寧を保証し、かつ社会の構成員間における平等を達成することであ

Sven Aspling\* (スウェーデン)

った。

社会的サービスに対する支出の調査は、とくに最近の10年間にこの分野で生じた発展を、最もよく示しているであろう。1970年における社会的サービスの費用は、270億クローネにまで達しており、これは1965年における数字の2倍に相当する。これは医療、疾病保険、高齢者と身体障害者への保護、および家族の保護に対する社会の寄与が、国民総生産の約18%になることを意味している。



1970年代における社会保障制度は、労働時間と労働環境にかんする諸問題を、大きく取上げている。週40時間労働は1971年の開始以後、次第に採用される筈で、1973年1月1日までには、完全に実施されるであろう。労働者が工場もしくは事務所のいずれで就労するかに関係なく、肉体的および心理的な双方の見地から労働者保護を保障するために、特殊な手段が用いられるであろう。

疾病給付を課税の対象とする可能性を調査するために、間もなくある特殊な委員会が任命されるであろう。その目的は、疾病期間中においても、被保険者に年金点を確保させることである。

この目的に対して、疾病給付の支給額は引上げられ、その給付は疾病時に俸給の形で支払われるであろう。その委員会は失業保険と労働災害保険からの同様な給付をも検討するであろう。ある委員会は、年金年齢引下げの問題をすでに調査している。歯科医療保険の法案を提出する用意もすすめられている。

社会的サービスは大幅な各種の分野にわたっている。ニードと期待はいぜんとしてより大きくなるであろう。より重要な事項には、常に優先権が与えられ、また、最終目標に向う手段が次第に採用されるであろう。社会的進歩の基本的な必要条件は、以前と同様に、現在でも、継続的な経済発展である。しか

し、社会の異なった各グループ間における社会連帯性と協力の重要性は、無視されるべきでない。

\* 社会大臣

70-Talets Trygghetsfrågor, *Tidskrift för allmän försäkring*, No. 7~8, 1970, pp. 458~470; No. 85, '70.

## 疾病保険発達への 現状と予想

Egon Schäfer (オーストリア)

本稿には、疾病保険給付、疾病と労働不能との定義、および組織と管理の多数の諸問題に照明をあて、オーストリアの疾病金庫制度改革に対する可能性が検討されている。

過去において、疾病保険制度は絶え間なく続いてきた近代化の過程を経験してきた。この過程の結果は、自営業の適用、給付の受給資格取得にかんする時期の制限撤廃、および無数の事例における給付内容の拡大を含んでいた。しかし、給付の決定は、依然として中

心的な問題として残っている。被保険者によって支払われる拠出率と契約による医師の報酬基準が、スライド制によって大幅に規定されているので、新式の治療手段と新しい症候群のカバーを通じて行なわれる給付範囲の改正は、時々行なわれるだけである。実質的には、現在、オーストリアの全人口が公的な疾病保険制度でカバーされているので、ある近代的な制度が、経済的に弱い立場の人びとに対する表に示された第2等級のやや劣る諸給付だけを提供するのは、完全に間違ってい

る。全人口のうちかなり多くの人びとが私的な補足的保険に加入しており、かれらが示した大きな利益は、身近な注意を喚起している。これは、とくに第2等級の病院医療に関連をもっている。より高い要求が満たされる筈であるならば、償還方式の制度が適切である。その制度は給付の低下を予防できるし、ある特殊な型の保健上の処置に重要性を固執し、かつその処置により多くの医療費を支払う立場におかれた被保険者が、確かに多数いる。

医療給付に対する受給資格の拡大と全般的な受給申請の増大は、疾病のもつ一般的な概念に現われたある変化を意味し、そして、疾病保険金庫はこの変化に対して、十分な手当を行なわなければならない。これについて、人びとは早期発見と予防注射（たとえば、インフルエンザのように）に対する観点から、健康への論議の検討を参照するかも知れない。緊張の結果から、身体の組織の調子が崩れるなんらの証拠もなく発生する疾病から、ある特殊な病気の状態となる。そのような状況では、機関の不調だけに対する治療を指導する

のは間違っているであろう。保険制度の組織的標準化にもかかわらず、いぜんとして、多数の特殊な職業上のまた地理的な調整が行なわれている。この点について、この状況に対するなんら納得のゆく理由もなく、各種の組織によって提供される任意制および強制的な

諸給付には、相違がみうけられる。

Bestandsaufnahme und Fortentwicklung  
in der Krankenversicherung, *Soziale  
Sicherheit*, No. 2, 1970, pp. 44~51; No.  
103, '70.

## 疾病期間中の喪失所得補償

Daniel N. Price (アメリカ)

本稿には、疾病もしくは雇用外災害で生じた喪失所得の測定法、所得の喪失に対して利用される保護の型、支払われた現金給付、過去20年間に提供された保護の限界が論述されている。

社会保障庁は、疾病と雇用外災害のために、民間産業の賃金・俸給取得者が1カ年間に平均7労働日、連邦政府労働者が8労働日、州・自治体職員が7.5労働日、また自営業者が7労働日を喪失していると評価している。喪失所得を計算するために用いられた労働喪

失の評価は、疾病もしくは傷害の発生後における当初6カ月間に生じた収入の喪失をカバーするように、配慮されている。その評価は潜在的な所得喪失、つまり、疾病期間中に賃金と俸給の支払いを継続する正規の疾病休暇制度がなければ、喪失したかも知れない所得をも含んでいる。1958年を基礎（同年を100とする）とすれば、1968年の疾病に対する指数は99で、この数字は基礎とした年の疾病よりわずかに少ないことを示している。

所得喪失に対する保護は、労働者の雇用の

場、保険会社から各人が手に入れる個人的な疾病保険証券の購入、あるいは、共済組合の加入を通じて提供され得る。大部分の保護は、雇用関係を通じて行なわれる。ある使用者達は、商業的な保険会社から団体証券を購入するか、あるいは自己保険により同一の給付を提供している。その他の使用者達は、ある所定の日数の間に賃金(通常、全額)の支払いを継続する正規の有給疾病休暇制度を設けている。1968年には、4,410万人の労働者達——危険の対象とされる賃金・俸給取得者の合計は6,780万人——が短期的疾病に対する所得の保護をうけていた。しかし、保護がほぼ全労働者に及ぶ4州を除けば、民間労働力のうち、約2分の1がカバーされているにすぎない。

疾病保険は、1週間の待期以後に、ある所定の最高を条件として、毎週支払われる賃金の一部——2分の1から3分の2までの間とされる——に当る給付を、26週まで支払うことができる。これに対して、有給疾病休暇は、一般に、通常では1年間に5～15日とさ

れるある所定の期間に、労働不能の初日から完全な収入の補償を行ない、しかも、時には、使用されなかった休暇の年に貯えることができる。

対象とされた20年間にわたる一連の表は、私的保険に対する保険料と給付の支払い、私的な制度と公的に運営される基金を通じて支払われた現金給付、正規な有給休暇について評価された価値(民間労働者と政府労働者が別々に示されている)、および所得喪失にかんするそのような休暇の価値を示している。その他の表は、現金給付を提供する制度の効果を評価する手段として、諸給付と所得喪失にかん

する情報を集めている。これらは諸給付により喪失された収入の代替される範囲が、1959年の28%から1967年の30%へ、また、1968年には32%に上昇してきたことを示している。

賃金の3分の2を支払う支給率で、発病7日以後から給付を支払う保険制度では、1968年に所得喪失を補償した比率は、丁度50%を上まわっており、この数字は今までにおける最高の水準を示している。

Income Replacement during Sickness,  
1948~68, *Social Security Bulletin*,  
No. 1, January 1970, pp. 21~32; No. 107,  
70.

## 貧困対策と社会保険

### I. Katz and A. Nizan (イスラエル)

本稿には、貧困と戦う社会保険の手段という最近のある調査と資料を用いて、社会保険政策と管理・運営機構を通じて実施される貧困減少への手段が論述されている。

貧困を少なくする1つの方法は、1965年に採用された老齢者への社会的給付を通じて行なわれてきた。その給付の目的は、国民保険公社によって支払われる基本的年金だけに依

存する高齢者達の立場を改善することであった。平均賃金と比較すれば、上述した基本年金は、1957年の18%から1965年の10.5%までに低下した。待期期間について規定された正式の資格条件を満すことのできない多数の移住者がもっているニードに対処するために、イスラエルは大部分の高齢者に最低年金を保証することを選んだ。もっとも、すでに指摘されたように（訳註：原典に示されていない）、この最高年金は次第に姿を消してきた。社会保険公社の財政的な資金は、すべての高齢者に対する年金の全般的な引上げを行なうことができなかった。そこで、社会保険公社は、年金を唯一の所得とする高齢者に特殊な社会的給付を支給することを決定した。その給付を支給する手段は、なんらの資力調査をも求めることなく、該当者の財政的な収入源にかんするある質問状の記入だけが要求されている。1969年には、これらの社会的な手当は平均賃金の15.5%で、手当は基本的な年金に加えて支給された。

他からの追加収入を得ることのできる人び

とから、どの程度の不正な受給申請が行なわれるかを発見するために、特別手当を申請する年金受給者の経済的な立場にかんするある調査が行なわれた。その調査の第2の目的は、この手当の受給資格を有する人びとが手当について知っており、受給を申請し、そして手当を受給したかどうかを発見することであった。

調査の結果として発見されたのは、すべての年金受給者のうち41%に補足的給付の支給が認められたが、年金受給者の47%だけが追加的な給付に対する受給申請を行なっていたことを示していた。その実態調査は、これらの補足的給付を受給している人びとのうち、3%だけが給付の受給資格をもっていなかったことを示していた。これに対して、この追加的な手当の受給資格をもっている人びとの9%が、手当を受給していなかった。かれらの中には、これらの給付について、読み書きができなかったり、知らなかった疾病者、病氣中の者、および貧困な人びとが含まれていた。エルサレムの貧困地区におけるある調査

は、これらの社会的給付に受給資格を有する高齢者のうち、22%がそれらの給付を受給していなかったということを示している。必要なサービスをうけるのに該当するきわめて貧困な人びとが、選別の基本原則を用いる場合に、ある「障害」がかれらに必要なサービスの受給から排除しているという事実の発見から、上述した事情が明白である。

貧困に対処する別な2つの手段は、移住してきたときに60歳以上の新規移住者に支払われる特殊な年金と、福祉給付の名簿から社会保険制度に移された18,000人の人びとに支払われる老齢手当である。これらの給付には、なんらの資力調査も要求されないが、申請者がある質問書に記入しなければならない。これらの人びとに低所得グループに属し、かつかれらのうち80%は社会的給付の受給資格をもっているということが発見された。

結論としていえることは、特殊な社会的給付の試みは、高齢者グループを社会保障制度に移して、かれらの手当を上げるのに成功

する1つの手であることを証明し、また、その手段を用いることにより、選別方式のもつより一層否定的な側面が避けられるということであった。

国内の貧困に対してより一層効果的に取り組む努力で実施される次の段階は、国民保険公

社の被保険者であった老齢者に対する年金水準と同等の給付を、これらの人びとに支払うことである。

Kelim Badashim Bebituah Hasotzialy  
Lafhatat Haoni Beisrael, *Saad*, January  
1970, pp. 11~12; No. 135, '70.

## 補足的失業給付制度の 財源調達

本稿には、アメリカ合衆国における補足的失業給付制度の実施について、労働統計局の論評が概述されている。

補足的失業給付制度は、一時解雇により突然生じた所得喪失から被用者を保護し、かつ約260万人の労働者とかれらの扶養家族の経済保障に寄与するために、1950年代に採用され、州営失業保険給付と併せて毎週支払われる現金給付の形で、この給付は支給されている。最近発行された1960~70年の間における

Emerson H. Beier (アメリカ)  
その給付制度の資料は、約束された給付を提供するために、すべての制度が十分な財源をうまく調達していたことを示唆している。しかし、給付の支払い総額は、企業活動の水準とは逆な方向を示しながら、変化していた。つまり、重大な失業を記録した1961年の支出規模は最も大きく、比較的に雇用水準の高かった1964~65年の支出規模は最も小さかった。使用者の拠出額は、企業活動の水準とそれほど密接に結びついていなかった。信託基金への拠出の支払い(前払い積立金)は、ほと

んど例外なく用いられてきた。景気変動のために、使用者達はほとんど賦課方式の財源調達を維持できなかった。したがって、蓄積された拠出とその投資活動による利子所得は、いつも信託基金に保有されている。1950年代に導入された現在の積立調整(補足的失業給付)は、すべて交渉され、たとえば、ある一般的な信託基金が自動車労働者とフォード自動車会社との間における協約により設立された。複数使用者制度で用いられた積立金の手段は、単一の個別的な使用者制度で用いられる一般的な信託協約と同一であった。プール基金方式では、多数の使用者による拠出が、ある単一の信託基金に保管されていた。しかし、そのような基金は少なく、最も規模の大きい基金は、婦人服労働者の制度である。基本的な鉄鋼産業の鉄鋼労働者とかれらの会社は、使用者の義務が現金による拠出と不測の責任とに分割される他の財源調達方式を開発した。現金の部分はある一般的な信託基金に保管された。不測の責任の金額は、なんらかの他の蓄積に加えられる場合に、もし給付の受給資格を有する貧困な人びとが申請すれば、追加

的な支払いを行なうように、使用者の実施を測定した。当分の間、会社による基金の管理や使用は制限されていた。なんらかの重要性をもつ残りの唯一の積立方式は、個別的な労働者と関係者の勘定に配分された現金による拠出を要求し、その勘定時かれらのために行なわれたすべての拠出に与えられるある利子が要求されており、労働者が会社を去るときに、合計された残額が支払われる。その後の交渉は給付水準、拠出率、もしくは財源負担の上限に幾つかの修正をもたらししたが、積立金の調整を行なう当初の形は変わらないで、そのまま維持される傾向がある。

他の従業員給付と異なり、団体交渉によるこの産物は、幅の広い各種の産業に拡がらなかった。半分の制度は運輸装置と一次的な製鉄産業に設けられた。制度の普及していないのは、ある雇用状態では、つまり、激しい失業が長期化し、その費用がきわめて高いものにつく場合には、補足的失業給付制度は不適切であるということを反映している。1960～67年に補足的失業給付制度を実施した給付と

運営費を賄なうに必要な収入は、使用者の拠出に投資活動からの利潤を加えて調達された。ほとんどすべての制度は賃金を支払った1時間当たり何セントという所定の数字で、財源を調達する使用者の責任を表現しているので、一般的な経済的諸条件が毎年の拠出額に影響を与えることになる。不測の責任が規定される場合を除き、もし給付を引下げる必要があるとしても、現金による使用者の責任は、かれのすべての財政的な責任を表現している。補足的失業給付制度の財政的な必要性を満たすには、投資活動からの所得はある限られた役割を演ずるにすぎない、現金による事実上の金額は、より短い通告を必要とされるかも知れないので、利益というよりも、むしろ流動的な収入は、投資政策の証明になっていた。

1960～67年の期間に、基金の支出は78,600万ドルで、給付の支払いは総額の97%であった。運輸産業と一次製鉄業の労働者は支払われた総額のうち70%を受け取り、これはこれらの産業にみられた一時解雇の影響によるも

のである。1960年代における給付の寛大化は、労働組合の加入者達が長年にわたり求めてきた年間保証賃金制度の目標に、補足的失業給付制度をより一層接近させた。現在、多数の制度は賃金総額の80～85%を支払っているが、この制度のパイオニアであるフォード・UAW（全米自動車労働組合）の制度は、より高い水準を実施している。労働者は定期的な債権の単位数を貯えており、この単位数は給付に対する従業員の権利を測るもので、その単位数は1週当りの給付を支払われるにつれて、1単位ずつ取消されてゆく。1967年以後、年間保証所得債権として知られているある新しい単位が、定期的な債権単位の形による労働者への準備対策を補足しており、かれらの貯える単位数を52単位まで引上げさせている。1968年12月31日以後の給付は、給料手取り額の95%である。

基金の資産に対するある実質的な流出もしくは追加は、全般的な基金調達から生ずる。たとえば、輸送装置産業では、1961年に給付は拠出より60%多かったが、その後の4年間

には毎年拠出の半分以下であった。この産業では、8年間の給付総額は、拠出の3分の2にすぎなかった。不測の責任が採り入れられると、そのような相違は比較的にかなり少なくなる。資金の事実上の金額は、1960年代の繁栄の時期に補足的失業給付基金に貯えられたが、しかし、最高額を定める財源調達の規定は、資産がある超過額を蓄積することを予防している。雇用を定める刺戟剤として、当初では、経験率（訳註：通称ではメリット制）が用いられたが、多数の制度はこれを棄て、特別手当もしくはその他の従業員給付になんら

かの拠出を用いる途を開いた。

検討された経験にもとづき、とくに、基金の積立に示された異常に高い水準は、対象とされた期間の末期に大部分の制度が経験していたが、ほとんどすべての基金の財源調達が、今後も引続き十分であろうと予想することは、もっともなことである。

Financing Supplemental Unemployment Benefit Plans, *Monthly Labor Review*, November 1969, pp. 31~35; No. 140, '70.

## 最 低 年 金

Julius Matejcek (チェコスロヴァキア)

本稿には、最低年金として1968年以後に、チェコスロヴァキアで実施されている規定の考察が示されており、それらの諸規定のもっている各種の誤りと誤解とが、ここには指摘されている。

最低年金は、メリットの基本原則を補強するために採用された基準によって評価されている。年金算出方式で用いられる社会的基準は、最低年金の決定を含んでおり、最低年金は貨幣的な金額だけで決定され、また、その条件には、しばしば過去の平均的な純賃金の

90%が最高とされている。最低寡婦年金に対する最高制限は、死亡した夫が受給資格を取得できるか、あるいは取得していた年金額とされている。戦争からの復員軍人と戦争中における抵抗運動の参加者には、最低年金として設けられたこれらの上限は適用されない。年金が受給者の唯一のもしくは基本的な収入源である場合には、その最低年金はより高くなる（他に資格を有する最低の約12%に相当する）。その結果、支給額は単身者で445クローネ、夫婦者で750クローネとなり、妻以外の扶養家族を1人扶養する者では、支給額が月額645クローネである。最低廃疾年金は、扶養家族が1人もいない場合でも、権限を有する機関により支給額が645クローネまで増額される場合を除き、事実上では、老齢年金と同一規則で規定されている。寡婦年金では、その年金が寡婦にとって唯一の収入源であれば、最低額は445クローネで、この支給額は夫の受給できる年金額を上まわっている場合にも、支給されることになっている。

現在実施中の規則に対する主要な誤解の中

では、次の点が注目される。すなわち、(1) より高い最低年金は2つの択一的事例に認可される。つまり、年金が唯一の所得であるか、もしくは、年金が主要な所得となっている場合である。具体的には、年金受給者が月額200クローネ以上の所得を得ていないか、月額400クローネで、かつ扶養家族を1人扶養しているか、あるいは、年金受給者が70歳以上であるか(この年齢では、雇用からなんらかの所得を取得しても、その所得は無視される)。所得は経済活動からのなんらかの収入をさしており、庭園からの収入なども含まれている。基本的には、経済活動からの収入は、その他の所得と区別されるべきである。経済活動からの収入は、70歳以後には評価対象から外して無視されるが、しかし、たとえば、年金受給者が権利として与えられる子供からの扶養のように、その他の所得は常に評価対象として、検討されている。(2) 最低年金額は基本年金、子供に対する加給(教育補助)、および他人による常時介護(介護補助)に適用される。(3) ある公務員達は「年金が445クローネ以下の金額で認められる」という表現を誤

解し、かれらがより高い最低年金を認められる権利をもっているということを信じている。(4) 夫と妻の双方がそれぞれ年金を受給しているとき、適切な場合には夫の年金は増額されるべきである。そして、妻の年金は、たとえば、夫がこの論文で対象とする法律で支給されないある災害年金を受給しているように、夫の年金に可能ななんらかの理由がない場合にのみ増額されるべきである。(5) 年金が唯一のまたは主要な所得であるべきであるという条件は、引続き満たされなければならない。もしその所得が200~400クローネの制限を超過する場合には、年金受給者は最低年金の受給資格を喪失する。(6) 445クローネと645クローネのより高い最低の年金額は、物価上昇を償なうために、1968年に採用された特殊な増加分をすでに含んでいる。より高い最低年金に、この増加分を加えるのは正しくない。

Nejnizsi vymera duchodu, *Socialni Politika*, No. 6, 1969, pp. 5~7; No. 52, '70.

(以上8編の「ISSA海外論文要約より」は、ISSAの Advisory Committee—1967年10月—による了解にもとづき、*Sociol Security Abstracts* より採用した。)

(平石長久 社会保障研究所)



## 解説

イギリスにおける社会福祉  
とシーボーム委員会報告

社会保障研究所 三浦文夫

## 1

1968年「地方行政体とそれに関連する個人を対象にしたソーシャル・サービスに関する委員会報告」“Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services”（通称シーボーム委員会報告）が公にされ、イギリスにおける公福祉の運営管理についての改革が主張された。この委員会は、1965年12月に任命され、その任務は「第1には、イングランドおよびウェールズにおける地方当局の個人を対象とした社会的サービスの組織・責任はいかにあるべきかを再検討することであり、第2には、家庭福祉の活動を効果的に実施するための保障として、何らかの望ましい

改革案を考察すること」<sup>(1)</sup>であった。そしてこのために同委員会は2年半にわたって調査研究を行い、この間74回の委員会に加えて、数多くの小委員会、実地調査などを積重ねて、上記の報告書をまとめ上げたものである。

この委員会の中心的課題の1つであった地方当局における対人的社会サービスの組織問題というのは、永年にわたって、改革の必要が各方面から繰返し主張されていた問題であった。かつてR・テイマスも、地方当局における保健、福祉、社会サービスの組織が「あまりにもこまぎれの部局に分かれ、そのための分野はあまりにも多く、小国分立的、対抗関係に苦しんでいる」として、この組織の再編成を重ねて注告しているが、このよう

なソーシャル・サービスの「小国分立的」対抗関係は、1つにはイギリスにおける社会的諸サービスの発生と展開に深い係りをもっていたのである。

この点について、シーボーム委員会報告は第一部第4章でつぎのように述べている。すなわち「地方当局における対人的サービス」はその起源の1つを地方当局の代行として、民間団体の努力に負うところが大きく、「地方当局が機関単位に民間団体を援助し、活用するように、かなりの配慮をしていること」、そしてさらに救貧法のカテゴリー的分化と解体の過程で、対人的社会諸サービスが、次第に救貧法から分離していったこと、また「現在の対人的社会諸サービスのあるものはまた、元々、他の保健、教育、住宅等の地方主要事業の枝葉として発達してきたこと」などによるとしているのである。

こうしてイギリスにおける「主な福祉活動は、あるものは、民間団体の仕事の結果として、あるいはその上に立脚したものとして、またあるものは、救貧法から次第に分離して、またあるものは他の地方当局の業務を行

うに当って逢着した困難に対応して育ってきたもので、それぞれ異った観点から発達し、このことが「小国分立状態」を生み出したのであった。

このような「小国分立」状況に対する反省は、さらに社会的諸サービスにおけるコミュニティ・ケア的発想が具体化されるなかで、とくに重要なものとなっていった。たとえば精神衛生の分野では、1959年の精神衛生法によって、地方当局の当該地域での精神病及び精神薄弱者に対する責任を明確にし、それまで徐々に定着していったコミュニティ・ケアの実施責任を明らかにしていつている。また1963年の児童・青少年法改正でも地方当局は、児童の福祉を促進するような助言、指導、援助を与えることが義務づけられたとされている。

こうした一連の動きはさらに1962年の保健省による『保健、福祉分野におけるコミュニティ・ケアの進展』という青書でより具体化された。この青書は老人、精神障害者、母子、心身障害者その他に対してコミュニティ・ケアの立場に立つ施設、サービスを強化す

る必要を明らかにすると同時に、これらの施策強化を計画にもとづいて、地方当局が実施することを求めたのである。そしてこのようなコミュニティ・ケアの強化という立場でみると、従来の地方当局における社会諸サービスの乱立は、その効果を改めることが明らかであり、何らかの地方当局の組織の再編と連絡調整の体制を確保する必要があったのである。

## 2

シーボーム委員会が企図したねらいの他の1つは、家族福祉サービスの強化ということである。この点は直接的には1968年8月に明らかにされた白書『児童、家族および青少年非行』によって提起された問題の1つでもあった。すなわちこの白書では、「青少年非行に関する法律と訴訟手続きを改革すべきであると要望することは、家族を保障し、青少年非行を防止するための各種の福祉事業の体系を改善することである。政府としては、これらの福祉事業は家族福祉サービスとして組織されるべきであると信じているが、その形態

や活動の範囲については、細密な検討が必要であろう」とし、とくに家族と結びついた予防的事業の重要性が主張されたのである。

この点を今少し解説しておく、従来の対人的社会諸サービスは、焦点を個人にあて、その保護、救済、援助に力点がおかれ、このための対策も個人を中心として、それらをカテゴリー化して考えられがちであった。しかし児童問題あるいは青少年非行の問題についていうならば、児童あるいは青少年を個人として把握、その政策を強化するだけでなく、児童、青少年をそれぞれの属する家庭と一体化して把握、その政策を強化する必要があります自覚されるようになったのである。

その端的な例はいわゆる「多問題家族」あるいは「問題家族」に対する接近法の反省である。これらの問題家族は多面的な問題を持ちながら、既存の資源、機関をたらい廻しにされたりして、結果的にそのニーズの解決ができず、福祉サービスの「お荷物」として取残されがちであった。このために1950年代に入って、家族中心的処遇とか家族ケース・ワーク (Family-centered service) が注目される

ようになり、関係機関、団体が現場で互いに照会、協力し合ったり、ケース会議を開いたりする必要が認識されるようになったのである。

こうした経験は1つには従来の個人中心のサービスではなく、家族に焦点をあてたサービスの強化を促し、同時に従来の対人諸サービスの連絡・調整の必要を認識させることになったのである。したがってこの必要性は上記の地方当局のパーソナル・ソーシャル・サービスにみられる「小国分立状況」の調整と関連していくのである。

## 3

ではシーボーム委員会によって提案された改革案とは如何なるものであろうか。この点について、本誌第5号(1969年1月刊)の海外文献紹介欄に「社会福祉サービスの総合的運営の提案」というテーマで簡単な紹介が行なわれているので参考にさせていただきたい。この紹介でも分るように改革案は広汎多岐にわたっているが、ここでは上記のシーボーム委員会の問題意識と関連して、やや詳しくその

内容をみておきたい。

まず第1に社会的諸サービスの行政組織についての提案が挙げられる。この組織は「社会サービス部」(Social Service Department)と称せられるもので、現在の地方自治体が担当している児童、福祉サービス部門を統合するだけでなく、他の部局で行われている社会的諸サービス——たとえば教育、保健、住宅の部局——の業務を併せもつものである。したがってこの社会サービス部に含まれる事業はつぎのようになる。

- (1) 現在児童部によって実施されている事業
- (2) 1948年の国民扶助法によって行われてきた社会福祉事業
- (3) 教育福祉事業と児童相談事業
- (4) 地方の保健部によって行われているホーム・ヘルプ・サービス、精神衛生に関するソーシャル・ワーク・サービス、成人訓練センター、その他のソーシャル・ワーク・サービス
- (5) 住宅部局によって行われている社会福祉サービス

この組織改革のねらいは、いうまでもなく、従来、地方自治体の各セクションでばらばらに行われていた社会的諸サービスを総合化し、いわゆる「小国分立的対抗状態」をなくすことであり、住民の社会福祉ニーズに対して、総合的に接近をはかろうとすることであった。そしてそのことは対象者の側からいうと、必要とされる社会的諸サービスの利用を、より容易にすることにもなるのである。

ところでこれらの社会サービス部はどれほどの規模の範域に設置されるべきか。この範域は地域の構成、社会資源の配置その他の条件によって画一的に決めることはできないが、1つのモデルとして、この報告は少なくとも人口5~10万人の規模に1つの事務所を設けることを提案している。この規模はたんに人口規模というだけではなく、人口5~10万人の範域において必要とされるサービスの量、そしてこのためのソーシャル・ワーカーの数と関連する、そしてその数は $\dot{\cdot}$  $\dot{\cdot}$  $\dot{\cdot}$  $\dot{\cdot}$ 10~12人のソーシャル・ワーカーが1つのチームをもつこととし、これ以下では地域を中心とする社会サービスの効果は十分に挙げることが

できないとしているのである。もっともこのワーカーの数は現状にもとづいて割り出されたものであり、将来ソーシャル・ワーカーの数が増えればこの領域はより少さくなることが望まれている。

したがって現状では5～10万人規模をモデルとしながらも、当面、可能なところではこの事務所の機能の1つとされる相談、情報機能をより狭域にまで下し、地域住民の接近をより容易ならしめることを提案する一方、社会サービス事務所を支援すべきより高度の機能をもつ中央社会サービス部をより広域に設けることも提案されているのである。

このように人口5～10万人規模の社会サービス事務所を中核にして、これを補完する形でより狭域の相談、情報センター、そして他方ではより広域の中央社会サービス部が配され、その間の相互関連性が求められることになっているのである。

#### 4

シーボーム報告のあと1つの特徴は、家族中心の社会サービスと地域に根差すサービス

の強化ということである。このために委員会はそれまでの児童、老人、身体障害者、精神薄弱者及び精神病患者、病人などに対する社会サービスを批判し、その上に立って今後の政策とサービスの改善強化を訴えているのである。

たとえば児童に対しては、児童の福祉ニーズの増大に対して、十分な資源が用意されず、またこの政策がバラバラである点を批判しこの改善を5歳未満の児童、未婚の母親と子ども、学校におけるサービス、青少年のためのサービス、保護観察下における青少年などの政策を具体的に訴えているのである。

ところでこのなかで注意しなければならないのは、児童に対する責任の明確化である。この報告では児童に対する第一義的責任は両親にあるとし、公社の社会サービスは両親と子の養育について、両親を助けるために特別の責任を有するものであるとし、この上に立って、特殊な問題をもつ児童に対する社会的保護の必要性が検討されているのである。また児童に対するサービスとして、とくに相談・指導サービスの重要性を明らかにし、従

来、児童相談所、一時保護所、教護院その他で行われている相談、指導の業務を社会サービス事務所に集中し、効果的な家族サービスを行なうことを勧告しているのである。

また老人に関しては、医療と社会の両面のニーズを早期に把握、保健・社会サービス部門のもとでサービスの提供が必要とされている。これと同時に老人政策にあたっては、住宅及び収容施設の提供が前提とされるとして、とくに住宅関係部局との協働が求められている。

ところで老人に対するケアにおいて、地方自治体の各部局の協調をはかるだけでなく、コミュニティ、家族との関係をとくに重視しなければならないとされている。たとえばコミュニティの協力と同時に「家族による老人のケアが最も重要なのであり、他の何物かをもってしてもこれに代えることはできないのである。したがって、社会サービスやその他の担当部局はとくに、老人を扶養している家族の援助にあらゆる努力を払うべきである」とし、社会サービスにおける公私の協力を強く打ち出している点が注目される。

同様な見地は身体あるいは精神薄弱者、障害者に対する社会サービスについてもいうことができるのであって、それぞれの対策サービスの改善、強化を訴えるなかで、たとえば「身体障害者個人をその家族とかコミュニティという背景の中で、援護するという点に重点がおかれなければならない」とか、精神障害者についてはコミュニティ・ケアを発展させるという考え方が強く打ち出されているのである。

以上のような社会サービスを強化するに当たり、その基盤ともなるべきものとして、住宅の確保、予防活動、調査活動などが充実されなければならないとされている。そしてこの文脈のなかで、とくに注意しなければならないことは、コミュニティの果す役割についての指摘である。ここではコミュニティは社会的サービスの受給者であると同時に提供者であるという考えの上に立って、コミュニティ意識、相互扶助の発展、コミュニティ開発の努力、コミュニティへの住民参加などが論じられている。

とくにコミュニティへの住民参加は、社会

サービスの計画、組織、準備に住民が参加することを通じて実現されるが、それは「民主的諸理念を地方レベルで実現することを期すだけでなく、ニードを自らのものとしてとらえ、諸サービスの欠陥の発見と新しい資源の動員に係わりをもつもの」とされているのである。またコミュニティ活動の強化は、この他ボランティア、民間団体の援助、支援を抜きにしては決して効果を挙げえないとし、この育成、強化を勧告している点も見落すことはできないのである。

このように社会サービスの強化と改善は、対象ごとに詳しく、しかも、現実的内容をもって提案されているが、このような社会サービスの量的拡大と質的向上の要請が、第1の提案である社会サービスの組織機構の改革提案の条件をなすのである。その意味では組織についての改革と社会サービスの充実と改善の提案は、表裏の関係にあることが理解できる。

なおこれらと同時に上記の提案を真に実現していくために欠くことのできない条件の1つは、ソーシャル・ワーカーの養成であり、

その質の向上ということになる。このためにこの報告は「専門化と教育・訓練」という章を独立しておき、ソーシャル・ワーカーの専門化と教育・訓練を詳しく論じているのである。

この提言のなかで注目すべきことは、現行の分野別ワーカー（たとえば児童福祉司 Child Care Officer, 精神衛生福祉司, 医療ソーシャル・ワーカー, 精神医学ソーシャル・ワーカー, 社会福祉司 Social Welfare Officer）は、家族中心の社会サービスの動向に照してみても必ずしも妥当ではないとしている点であろう。そしてこの報告ではジェネリック・ソーシャル・ワーカーの方向での専門化をはかる必要が指摘され、これにもとづく職務体系が提案されているのである。

そしてこれらのジェネリック・ソーシャル・ワーカーの訓練・教育を将来、研究し、体系化する必要が強調されているが、その1つの試案として、個人、家族地域社会の3つの分野での教育体系を打ち出している。

以上簡単にシーボーム報告の内容をみてきたが、紹介すべき重要な諸点はこれにつぎるわけではない。この他上記の提案をどのように具体化するという点で、実施、時期、及び段階を一つ一つ明らかにする一方、この勧告に関連して、社会サービス部門以外の機関、——補足給付委員会、病院における医療社会事業、医師、精神医学サービス、保護観察事業などにも言及している。紙巾の関係で紹介を省略しなければならなかったが、この報告の翻訳も国際社会福祉協議会日本国内委員会から公にされているので、参照していただきたい。

またこれと同時にこの報告書と前後して、イギリスの地方自治体の改革問題を取扱った、いわゆるモード＝マラベイ委員会報告が出されているが、シーボーム報告の社会サービス部の案を、地方自治体の行政機構改革のなかに取り入れ、具体化している。その意味でモードマラベイ委員会報告も参照にする必要があろう。

ところで上記の紹介でも理解できるように、シーボーム報告は、イギリスにおける社

会福祉の今後にとって、きわめて重大な意義をもっている。それはたんに社会サービス機構の改編、整備とか、家族中心あるいはコミュニティ中心の社会福祉の方向を明らかにしたというだけでなく、報告に含まれる個別的提言のなかにもいろいろの問題が含まれている。それと同時に今日のわが国の社会福祉にとっても他山の石としなければならない多くの問題が含まれている。

たとえば社会サービス事務所の提言は、別の形ではわが国が当面している福祉事務所の再編成の課題にとっても何らかの示唆を与えるものであろう。あるいは社会サービスにおける家族中心コミュニティ志向は、現在わが国で主張されているコミュニティ・ケア的発想にもとづく社会福祉の展開にとって参考になるものであろう。そしてまたソーシャル・ワーカーの専門化・教育・訓練の問題は、現在中央社会福祉審議会が検証されている「社会福祉士」制度にとっても他山の石とすることができよう。

このようにシーボーム委員会報告は、イギリスの社会福祉にとって重要であるだけでな

く、わが国の社会福祉の今後を考える上で、多くの示唆を与えてくれるものである。

- 参考 1. Report of the Committee on Social Authority and Allied Personal Social Service, 1968. (国際社会福祉協議会日本国内委員会訳「シーボーム委員会報告書」)
2. R. Titmuss "The Welfare Complex in a Changing Society" 1966. ("Commitment to Welfare" . . .)
3. Mand=Marby Report, *Report of Royal Commission on the Future of Social Government*, 1968.
4. *The Development of Community Care*, HMSO, 1963.

## 海外だより

## 西太平洋地域諸国の 結核事情

国立がんセンター 田中明夫



### はじめに

筆者は1961年7月から70年10月まで約10年間、WHO 西太平洋地域結核顧問団員として勤務した。WHO の西太平洋地域はアジア州の大太平洋岸に位置する韓国、日本、台湾、香港、フィリッピン、ベトナム、ラオス、カンボジア、マレーシア、シンガポールの諸国、大洋州に属するオーストラリア、ニュージーランドおよび南太平洋に点在するミクロネシア、メラネシア、ポリネシアの諸島を含む、上記の諸国、諸島のうち、欧米諸国に類するオーストラリア、ニュージーランドの白人2国を除けば、アジア唯一の工業国日本と、近年工業化の目覚ましいホンコン、シンガポー

ルの商業中心地を例外として、その大多数が農・林・漁業国である。国民1人当り年間所得も、上記例外を除き、100～200米ドルという低額である。

### 結核の蔓延状況

戦後、結核の化学療法、外科療法の画期的な進歩と普及が、X線検査による結核の早期発見、BCGによる結核の予防接種と相俟って、わが国の結核死亡者数、患者数を激減させたことは衆知の事実である。1947年から67年までの20年間に、全結核死亡率は人口10万対187.5から17.8と10分の1以下に減少し、1935年から50年まで日本国民の最大の死因であった結核が1967年には8番目の死因となっ

た。結核患者数も1953年から5年毎に実施されている結核実態調査によると、1953年から68年までの15年間に、X線検査によって医療を要すると診断された肺結核患者は3.2%から1.5%と2分の1以下に、咯痰中に結核菌と証明された患者は0.5%から0.1%と著減している。

西太平洋諸国のうち死亡統計が整備している限られた数か国について戦後20年間の全結核死亡率の推移をみると、表1に示す如くである。オーストラリア、ニュージーランドでは共に、1947年の人口10万対約30から1967年には3以下と、日本以上の減少率を示し、結核はもはや重要な死因ではなくなっている。香港では、戦後中国から多数の難民が流入して大混乱を起したため、一時結核死亡率は上昇した。しかし、最近10年間の死亡率の減少は日本、オーストラリア、ニュージーランドに匹敵する。台湾とシンガポールにおける結核死亡率も戦後20年間に7分の1内至8分の1に減少している。若干詳細に検討すると、これら2国の死亡率は最初の10年間は日本等と同様の割合が減少したのであるが、最近10年間

表 1 西太平洋地域諸国における全結核死亡率の戦後の推移

(人口100,000対率)

	1947	1957	1967	47 : 67	57 : 67
日 本	187.5	46.9	17.8	10.5 : 1	2.6 : 1
台 湾	285.2*	65.8	36.2	7.9 : 1	1.8 : 1
フ ィ リ ピ ン	174.8**	90.2	77.8	2.2 : 1	1.2 : 1
香 港	106.4	103.6	38.9	2.7 : 1	2.7 : 1
シ ン ガ ポ ール	174.3	41.2***	24.9***	7.0 : 1	1.7 : 1
オーストラリア	29.9	6.0	2.3	13.0 : 1	2.6 : 1
ニュージーランド	30.8	7.8	2.9	10.6 : 1	2.7 : 1

特にことわりのないものは、国連編“Demographic Year Book”による。

\* 政府発表統計

\*\* 政府発表の1946年の統計

\*\*\* それぞれ1958年、1968年の統計

に減少率が下がっているのが一寸気になる。

香港、台湾、シンガポールの1967年の全結核死亡率は人口10万対それぞれ38.9、36.2、24.9で、第5番目位の死因となっている。上記の諸国と異り、フィリピンの結核死亡率は戦後20年間に2分の1に減少しただけで、殊に最近10年間の減少率はまことに微々たるものである。1967年の全結核死亡率は人口10万対77.8で、2番目の死因となっている。ま

た、表には示さなかったが、各国共結核死亡率は年齢とともに上昇しているが、フィリピンでは若年層の死亡率が他に比して著しく高い。また、成年男子の死亡率は女子の2倍以上であるが、フィリピンのみは男女間に殆ど差がみられない。

上記以外の発展途上国の結核死亡率は、死亡届が不完全だったり、基礎人口が不明のために分からない。しかし、韓国、ベトナム、

カンボジアおよび西サモアでは肺結核有病調査を実施しているので、その結果を検討してみよう。表2に示すように、韓国では1965年の調査によると、5歳以上の人口中、X線検査によって患者と診断された者が5.1%、そのうち菌検査によって結核菌を証明された者が0.9%であった。表には年齢別の有病率を示していないが、韓国の有病率は日本、台湾をはるかに上廻るものであり、フィリピンのセブ市に隣接するミングラニア村およびベトナムのサイゴン市に匹敵するものである。現地で調査に参加した筆者の観察によっても、北朝鮮との戦禍から回復できず、現在でも38度線をはさんで北朝鮮と準戦争状態にある韓国、内戦の禍中にあるサイゴンの民衆の生活は、フィリピンの貧しい一般民衆の生活よりきびしいのではないかと思われた。これら2国・1市と反対に、調査時にはまだ戦火に見舞われていなかったカンボジアの結核有病率は台湾とほぼ同等であり、西サモア島の有病率は日本より低い。これら両国の民衆は平和なのかな生活を送っており、戦禍を受けていなかったため住宅事情は韓国、サイゴ



表 2 西太平洋地域諸国における肺結核有病率

	調 査 年	対 象 年 齢	X線診断による 患 者	菌 陽 性 者
韓 国	1965	5歳以上	5.1%	0.9%
日 本	1953	全 年 齢	3.2%	0.5%
	1958		3.2%	0.5%
	1963		2.1%	0.2%
	1968		1.5%	0.1%
台 湾	1957—58	10歳以上	3.6%	0.7%
	1962—63		3.7%	0.5%
	1967—68		2.8%	0.5%
フィリピン	1964	5歳以上	4.0%	0.7%
ベトナム	1962	10歳以上	10.4%	0.9%
カンボジア	1967—68	5歳以上	2.1%	0.3%
西サモア	1961—63	15歳以上	2.8%	...
	1966—68	全 年 齢	1.2%	0.1%

韓国、日本、台湾、西サモアは全国調査の結果であるが、フィリピンはセブ州ミングラニア村、ベトナムはサイゴン市、カンボジアはプノムペン市他3か町村の調査の結果である。

ンより良かったように憶えている。

## 結核対策の状況

### 1 BCG

英国において実施された大規模の調査によって、BCGの結核発病防止力がすぐれたものであり、かつ、その効果が10年以上の長期にわたり持続することが実証されてから、BCGによる予防接種はWHOの結核対策の最も重要な手段となっている。したがってWHOの指導のもとに結核対策を実施している西太平洋地域の諸国ではBCGによる予防接種が広く実施されている。殊に日本で開発された耐熱性の乾燥ワクチンの使用によって、離島その他交通の便の悪い所にまでBCGが普及してきている。接種対象は従来未感染患者家族と実施容易な小学生に重点がおかれてきたが、上記の英国における調査の結果BCGの効果が長期にわたって持続することが判明したので、最近では生後なるべく早い機会に接種を行うよう努力がなされている。また、従来BCGは、接種前にツベルクリン検査を行って、ツ反応陰性者に実施してきた

が、人手不足をカバーするためにツ反応陽性者に対してBCGを接種したときにおきる局所反応、後遺症等を見無視して、事前にツベルクリン検査を行うことなしにBCGを接種する方法が広まってきている。接種手段は皮内注射が通例であるが、香港では日本と同様乱刺法が行われている。使用BCGは韓国、台湾、フィリピンでは自国製の液体ワクチンが主として使われているが、その他の諸国では日本および英国製の乾燥ワクチンが広く使用されている。1967年のBCG接種者数は韓国225万人、日本452万人、台湾89万人、フィリピン(1966年)59万人、南ベトナム21万人、ラオス1,200人、マレーシア(西)40万人、シンガポール8万人、ニュージーランド4万人であった。

## 2 結核検診

従来結核は早期に発見して適切な治療を行うことが重要であり、また結核の初期には症状があまりないという考えから、広く健康人の結核検診を定期的に行うという方法が推奨されてきた。人的・物的資源に乏しい発展途上国においてはこの定期集団検診方式を大規

模に行うことは甚だ困難である。しかも、この方式を実施してゆくうちに得た各国の経験から、この方式によって発見される結核患者数は甚だ少なく、大多数の患者は血痰、慢性の咳、胸痛等の症状を訴えて病院、診療所を訪れる者の中から発見されることがわかった。限られた人的・物的資源を有効に使うために、結核検診を上記の症状を有する成人に限って集中的に行う国が増加している。また、従来結核の検診にはX線検査が最重要視されてきたが、(1)X線検査より菌検査の方が確実な診断ができる、(2)菌検査、特に顕微鏡による検査に必要な機材はX線検査の場合より遙かに廉価である、(3)結核対策上重要な対象は感染源となる排菌者、殊に顕微鏡検査によって菌の証明される濃厚排菌者である、という理由で、最近では菌検査をX線検査に優先させる国が増加してきている。

## 3 治療

日本では1968年の結核菌有病調査で要医療と判定された者のうち約半数が治療歴を有していたが、表2に示した諸国では、治療歴を有する者は要医療者の10~20%、排菌患者に

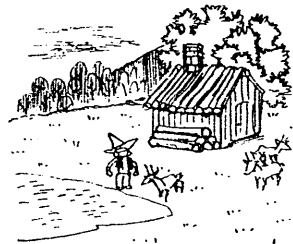
ついても20~30%にすぎなかった。

殆どの国において結核病床は極めて少く、また、在宅治療によって大多数の患者は治療目的を達せられるという考え方から、入院患者は重症患者および開放性患者に限られ、入院期間も通常2~3カ月に限られている。したがって在宅患者の治療管理が大きな問題となっており、台湾、韓国等では中・高等学校卒業者に短期訓練を施して専ら患者管理に従事させている。それでも全患者には仲々手がまわらず、管理対象を排菌患者に絞っている。

治療法は当然のことながら化学療法が主体をなしており、外科療法の行える施設は非常に限られている。治療薬剤はヒドラジドが主体で、非開放性患者にはヒドラジド単独療法、開放性患者にはヒドラジドとストレプトマイシンあるいはサイアセタゾン(チビオン)の併用療法がWHO方式として広く行われている。有空洞あるいは高等中等・度進展患者には、菌所見が陰性でも併用療法を行っている国もあるが、一方軽度進展の菌陰性患者に対しては、患者の希望がない限り薬剤を与え

ず、観察だけを行っている国もある。薬剤の投与方法としては、ヒドラジド1日量300～400mgの連日投与が支配的であるが、ストマイと併用する場合は週2～3回、1回量600～700mgをストマイの注射と同時に投与方法も試みられている。ストマイは週2～3回、1回1gという投与方法が次第に支配的になってきているが、最初の1カ月は連日投与がなされることもある。サイアセタゾンは1日量150mgの連日投与が専ら行われている。サイアセタゾンはその副作用のため日本では

見捨てられた薬であるが、減量して投与されている。しかし潤疹等の皮膚反応および時として重篤な黄疸が副作用としてみられる。上記以外の所謂二次的結核剤は試験的に使用されている程度で、広くは用いられていない。化学療法は原則として1年間であるが、場合によってそれ以上継続される。上記のように患者管理に努力しているにも拘らず、治療を中断する患者が多く、韓国等では薬剤耐性菌の増加が大きな問題となってきている。



### 編集後記

秋も深まり、紅葉をたづねる人びとが都会から脱出していった。農村では、冷害に泣く農民が軽い稲の穂に溜息をつき、途方にくれていたのに、都会の人びとは、まるで物に憑かれたように、自然の中に秋を求めていた。それはともかく、秋の空は美しい。とくに、秋空に流れる雲は素晴らしく、それも、風に揺れる薄の背景に流れる夕映えの雲は、いくらながめても飽きない。そのような雲をみる機会も少なくなったが、毎日の夕映えの雲に、秋を楽しむことができる。また、巷の雑踏の中で、ふとながめる街路樹と空にも、秋をみるすることができる。山奥に行かなくても、秋は身近いところにあるらしい。(平石)

海外社会保障情報 No. 16

昭和46年10月25日発行

編集兼発行所 社会保障研究所

東京都千代田区霞が関

3丁目3番4号

電話(580)2511～3

研友社印刷 納