

# 海外社会保障情報 No. 29

---

MARCH. 1975



社会保障研究所

## ナーシング・ホームの腐敗

(アメリカ)

最近合衆国では、民間のナーシング・ホームにおける患者虐待事件が相次いで暴露され世論を喚起している。

そこで連邦議会は事実究明のため、特別調査団を編成して国内の民間ナーシング・ホームの実態調査にのりだしたところ、意外な事実が判明して、善良な市民を驚かせた。

1965年の連邦メデケイド・プログラム確立後、飛躍的に増加した民間ナーシング・ホームが、10年も経過しないうちにおびただしい腐敗を生じ、あるものはマフィアと結びつき一大シンジケートを作り上げているとさえいわれる。

以下に1974年末から1975年にかけて「ニューヨーク・タイムズ」紙に掲載されたこれに関する記事を紹介しよう。

### 腐敗の実情

検査官達は決して夜にはやって来ない。しかし夜こそは最悪の時なのだ。ナーシング・ホームに収容されている老人達は便器が必要になる。またはバスルームにいく助けが必要になる。彼等は助けを呼ぶ、だが誰も来ない。彼等は一晩中汚物のなかにまみれて、苦しみとたたかわなければならないことがしばしばある。それを繰返しながらやがて死ぬ……

これがナーシング・ホームで数知れず起る最近の「アメリカ式死方」なのである。

全ての貧困老人に高額な医療費を緩和することで老人福祉に貢献することをめざした1965年のメデケイドに関する立法が、どうして国家的なスキャンダルを生むような結果になったのであろうか？

ナーシング・ホームの実態調査を行なったメンバー達は、いたるところで極悪の詐欺や虐待を発見した。連邦議会上院の老人問題特別委員会の小委員会による1974年12月に公表された調査報告書は、その表題を「合衆国のナーシング・ホーム・ケア；公的政策の失敗」としている。

1965年に、連邦議会はメデケイド・プログラムの実施を州に負わしめた。同プログラムの実施は、大部分が民間に依存することになった。そしてこれは、敏腕な企業家としての民間ナーシング・ホームの経営者の金もうけ仕事になってしまった。プログラムに対する政府補助という餌は、十分に投機の対象になった。

投機家達のカンは当たった。メデケイドは年間約100億ドルをもたらす大企業にのしあがった。国内の23,000のナーシング・ホーム(120万病床)は、昨年約75億ドル以上の資金をうけているが、その中の半分以上はメデケイドに対する政府補助金であった。そして、ホームの大部分は民間のものである。

現在プログラムは、政府の監督なしに運営されている状態で、少なくとも月に一度は政府の監督官がナーシング・ホームを巡視しなければならないという現行規則は、完全に有形無実化されている。

ホームの会計検査は、事実上、1971年までではなく、その後もめったに行なわれないままである。こうした事情が不正行為の誘因となったのであるが、今回の調査で、多くのケースが白日にさらされるに及んで、驚くばかりの不正事実が一般市民に知られた次第であった。だが、多くの不正が摘発されたにもかかわらず、唯一人のナーシング・ホーム経営者が起訴され、司法省によって有罪とされただけである。ニューヨーク州では、会計検査が裏帳簿、幽霊職員のサラリー、およびその他の詐欺事実を広範に及ぼしたのであったが、起訴されたものまたは行政罰をうけたものはいなかった。またニューヨーク市においては、4人の保健監督官が彼等の報告に何等かの絶対的圧力が加えられたことを証言した。

怠慢に対するきびしい批判をうけて、保健・教育・福祉省は、1月初め、「1971年連邦生命安全法典(Federal Life Safety Code)」に違反する9のニューヨーク州内のナーシング・ホームに、メデケイドの財政負担の50%の補助

を停止するという通告を与えた。これを発表するにあたって、カスパー・W・ワインバーガー（Caspar W. Weinberger）保健・教育・福祉長官のベーター・H・フランクリン（Peter H. Franklin）特別補佐官は、国内のナーシング・ホームのほとんどはうまくいっており、報道されたショッキングな状態は特定のホームにかぎっていると語った。

しかしフランクリン氏は、省の最近の活動について、国内のナーシング・ホームを選んで秘密に調査している、とも語った。この調査の結果、「患者に対する薬の与えすぎ」が判明した。ナーシング・ホームの不適当な処遇、薬剤の過剰投与および誤用は、調査で明らかになった代表的なものである。

もちろん、処遇の良好なナーシング・ホームもある。昨年9月に「ニューヨーク・タイムズ」紙に掲載された論文は、良いホームと悪いホームと比較しており、若干のメデケイドの患者が、その他のものよりもより適当で高度な処遇をうけているのはどうしてなのか、と問うたものであった。皮肉にも、その後「良いホーム」の患者がこれについて同紙にアドバイスを与えているが、このホームは一才前に、食事、医療、その他の環境が低下してしまった。

しかし、ナーシング・ホームの経営者が利益を追求するかぎり、患者の虐待やその他の腐敗は続くだろうと思われる。このさい、新規に民間のナーシング・ホーム経営者に対し認可の審査を行うべきだという意見が強い。

厳しい法規制が多く経営者に課される必要がある。過去に法規制が緩かった1つの理由は、病床数の不足であった。しかしながら、メデケイドがブームとなった結果、現在では病床数が過剰となっている。

また多くの専門家達は、ナーシング・ホームの患者達がニードを上回る高額な医療をうけていると語っている。例えば「中間の」医療施設は「専門のナーシング・ホーム・ケア」の経費の2/3の半額である。イリノイ州では、「中間の」医療施設の10病床が「専門ナーシング・ホーム・ケア」の1病床に相当する。ニューヨーク州においてはこの割合が逆になっている。

ニューヨーク州のメデケイドの支払い請求書は、国内最高の額に達している。

州は同プログラムに年間10億ドルを支出しており、この資金の2/3は、7万人の患者を抱える600のナーシング・ホームに流れる。ホーム経営の基礎割合は、現在、患者1人につき年間約1万ドルが平均的相場となっている。

専門家達は「専門ナーシング・ホーム・ケア」から「中間医療施設」への患者の移送で必要経費をコントロールする必要があるという。さらに彼等は、在宅の老人を多く受け入れるこれに代る多様な保護プログラムの採用を勧告している。これらのプログラムには食事運搬プログラム、デー・ケア・クリニック、パート・タイムのヘルパー・プログラムおよび訪問看護プログラム等が含まれている。

問題は、老人を商品化する制度を改正して、高度な医療を提供する真の福祉プログラムの確立こそ検討されるべき問題なのである。

### ニューヨーク州の場合

ニューヨーク州で起った最近の事件から、ナーシング・ホームの実態を知るべく、州当局は次の措置を講じた。

1. 首都圏に約100か所の民間ナーシング・ホームを経営するバーナード・バーグマン（Bernard Bergman）とその妻を、州の生計費に関する暫定委員会の公聴会で証言させるべく召喚した。しかし彼等はこれに応じなかったため、同委員会は裁判所に呼び出すよう手続をとった。

ニューヨーク市当局の報告書によれば、バーナード氏の経営するナーシング・ホームについては、1958年頃から患者虐待の事実が判明している。

2. 18人の連邦議会の議員で構成されるナーシング・ホーム企業に関する特別調査委員会が、ケアリ（Carey）州知事から調査依頼をうけた。

3. 1974年1月13日に、ナーシング・ホーム企業における刑事法違反を調査すべく、特別大陪審が選任された。その結果、ルイス司法長官は、バーグマン氏がその経営について長い間政治的支持をうけていた事実を、10月に公表している。

その後、連邦議会の上院小委員会と州の生計費に関する暫定委員会は、共同で

ナーシング・ホーム企業に疑惑通り政治がからんでいるか否か、ホームへの政府補助金が組織犯罪に流れているか否かの調査を行なった。

そしてこの調査のため、州下院議長、ブロックリンの民主党のリーダー、その他マフィアとの関係を評判される有力者達が証人喚問をうけている。

ニューヨーク州では、メデケイド・プログラムはナーシング・ホームの必要経費を全て支給しており、1病床につき年間平均支給額は1万ドルとなっている。

州保健当局は、民間ホームに認可を与える責任を有しており、認可ホームについては、しばしば巡視して検査を行なわなければならない。これらの行政が前述のように怠慢になったために、腐敗が生じたのであるが、ニュー・ジャーシイ州の216の民間ナーシング・ホームの状態もニューヨーク州のそれと同様だという。またコネチカット州でもそうした腐敗の噂があり、州当局では州内206の民間ナーシング・ホームの調査に着手したことを発表している。

連邦議会に提出されている国民健康保険プログラムに関する有力法案（政府案およびケネディ—ミルズ案）は、合衆国の医療制度の再編を提案しているが、そのなかでメデケイドの廃止をも提案している。そこで、これら一連のスキャンダルの收拾策は、新しい医療制度と現行制度を置換える要因となるよう要望されている。

The New York Times, Weekly Review, Dec. 22,  
29, 1974, Jan. 12, 1975.

（藤田貴恵子 国立国会図書館）

## 企業年金改善法議会を通過

（西ドイツ）

企業の高齢者保護の改善のための法律が昨年末議会を通過し年内に発効することとなった。

連邦労相は12月23日、「新法は1200万に上る被傭者の社会的保障を増大するものである。連邦政府が計画していた重要な改革の一つがこれで実現され、多数の被傭者の切実な希望がここに充たされた」と述べている。改革の要点は次の通りである。

1. 従来被傭者が就業の企業を変えた場合、企業年金の計算はそれで停止になったが、今後は企業の協約が10年間である場合、もしくは被傭者が企業に12年間所属し、かつ協約が3年以上ある場合は、企業を変わっても請求権は全面的に残る。なお以上の場合被傭者は35歳に達していなければならない。権利を有する被傭者は勤務の企業を変える時はその請求権の額を記した証明書を受ける。これで公的年金受給者となった時、権利が発生する。
2. 請求権は使用者の破産の場合も影響を受けない。使用者の年金保障組合によって保護されるのである。
3. 従来さまざまな形で企業の扶養給付は、他の給付と合算することで減額されていたが、これが大巾に救われることになった。たとえば公的年金の上昇の結果企業年金が減額されることは今後なくなるのである。
4. 企業の扶養給付が一般の上昇に伴って上げられているかどうかについて、企業は3年毎に監査を受ける。この場合一般の物価上昇、公的年金受給者の生活情況、当該企業の景気が顧慮される。
5. 企業の扶養給付と公的年金の脱落期間が相互に均一化される。つまりたとえ

ば可動的老齢退職金を請求する者は、それと同一の時点から企業年金をも受けるのである。この規定は、既に公的老齢退職金を受けている者にも適用される。この者は従来資格のなかった扶養請求権を以前の使用者に対して請求できるのである。企業の老齢者扶養の給付は、この法律の発効の時、1974年12月22日から、支給される。

Die Welt, 1974, 12, 24.

(安積鋭二 国立国会図書館)

## 新たに発効する法律

(西ドイツ)

12月19日連邦参議院は下記の法案を可決し、これによりいずれも直ちに発効する。

○企業年金法 政府提案がそのまま参議院を通り、年内に発効する。これをもってこの法律は1971年末までに遡る雇用関係に対しても適用される。

(この内容については別稿「企業年金改善法議会を通過」に紹介)。

○疾病保険法 保険医の権利の伸展および年金受給者の疾病保険の財政的改善に関する政府提出法案はいくつか重要な点で参議院の訂正要求を受けた。法律の第一部では、必要で均等な医療を確保することを目的としている。参議院では、法律の要求する水準は、保険医師会だけの責任ではなく、疾病金庫および管轄の邦官庁と協力することを要求している。

参議院が強く危惧の念を表明したのは、疾病保険が保険料の上昇で今後の財政上の困難に対応できるかということで、政府が年金受給者の医療費を年金保険と疾病保険に分割する問題を単に一時的な規定にししかしていないことを、遺憾なこ

ととしている。

財政予測はすべて政府から社会評議会に移されることになった。疾病保険、災害保険、労働促進および社会扶助の財政に関する中期見通しもすべて同様である。

参議院は、「保健制度の改正、疾病保険全般の財政体系、被保険者および経済の負担能力に関する根本的検討」を勧告している。

○負担調整 参議院は負担調整法の一部改正に同意し、いわゆる占領地域被害者はその他の被害者グループと同じ扱いを受けることとなった。東独に於ける被害はその主補償額の基本額に対して1953年1月1日から利子が支払われることとなる。

○社会奉仕活動 社会的援助奉仕促進のための法律は1977年末まで延長されることとなった。これは社会施設における特に18歳以上の青年の奉仕活動を進めるため社会保険の特典を付与するものである。

○国籍法改正 1975年1月1日から嫡出子の親の一方がドイツ人であれば、出生によりドイツ国籍を取得するよう、国籍法の改正に参議院は同意した。

その他、エネルギー節約のための日曜の走行禁止の延長、外国人労働者の不法雇用の禁止、社会住宅の家賃値上げ等が参議院の同意を得た。

Die Welt, 20, Dezember, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

# 統一制度をめざす 社会保障財政調整法

( フ ラ ン ス )

## は し が き

社会保障各制度間の財政調整法案（正式には、「全フランス国民に共通な社会的保護制度、および強制社会保障基礎制度間の調整に関する法律案」）が、昨年10月16日に国民議会で、次いで11月14日に上院でそれぞれ可決された。この政府提出法案は、両院においてかなり修正され、その修正点の調整作業が残っているので、最終的に成立したかどうかは現在の所確認できない。しかしいずれにしろ近々公布されるものと思われるこの法律の持つ意義は、かなり重要である。以下に、その背景と骨子を紹介する。

## 法案提出の背景

フランスの社会保障制度は、被用者の制度と自営業者の制度に大別され、前者には、一般商工業被用者を対象とする一般制度のほか、農業被用者、公務員、鉱夫等の特殊制度があり、後者には商工業自営業者制度および農業経営者の制度がある。産業構造の変動に伴い、各制度の被保険者、なかんずく財政を支える拠出者数の分布にアンバランスが生じた。1969年から1973年の期間における拠出者数の変動を見ると、例えば、一般制度においては100万人以上も拠出者が増大したのに対し、商人の制度は10万人近く、農業経営者のそれは、30万人近くが減少した。また同じ被用者制度の中でも、鉱夫制度等は極端な減少傾向にある。こうして、受給者数と拠出者数との比率が、1を下回る制度が出現するに到った。そこで当然、被用者制度の中の特殊制度および非被用者制度は、慢性的な財政不

均衡に陥っている。政府が、職種別の人口動態を理由とする財政調整（la compensation démographique）を提唱したのは、以上のような背景によるものである。つまり、農民、商人あるいは鉱夫等の息子たちは、親の跡を継がずに、一般商工業の企業に勤務し、従って一般制度に加入している。しかし、制度が変わっても、その親を援助すべきだというのが、その主旨である。

## 提案された財政調整の方式

政府が提案した財政調整の骨子は次の通りである。調整は、二つの段階に分けて行われる。

第1段階：被用者の諸制度間調整のみを対象とし、人口（拠出者数）分布上の不均衡および拠出対象賃金総額、即ち拠出能力上の不均衡の是正を目的とする。

疾病保険においては、鉱夫、鉄道員、農業被用者等の制度についてすでに行われている財政調整（農業被用者制度については1962年から、鉄道員制度については1963年から、船員、鉱夫、RATP（パリ市交通公団）職員の諸制度については1974年から、一般制度による財政補てんが、すでに実施されており、その総額は、1975年で26億3,700万フランに及ぶものと思われる）に加えて、軍人および公証人書記の制度に関しても調整が行われる。その結果、一般制度はあらたに、2億6,100万フランを負担することになる。

老齢保険については、各制度間の最低年金額、すなわち農業被用者平均年金額（4,448フラン）に基づき、かつ65歳以上の退職者のみを考慮して（制度によっては65歳以前に正常年金の受給権が生じる）調整が行われる。いずれにしろ、この調整の結果、一般制度は各制度のために17億5,900万フランを負担することになる。

第2段階：この段階では、被用者制度と非被用者制度間の調整が行われる。

疾病保険については、非被用者制度の給付（年間平均705.4フラン）をベースとし、被保険者総数および拠出者総数を勘案した平均拠出金（1869フラン）にもとづく調整が行われる。その結果、被用者は、非被用者に対し、総額7億8,700

万フランを支払うことになる。一般制度は、新たに6億8,900万フランを負担することになり、すでに行われている調整分を併せると負担額は9億5,000万フランに達する。

老齢保険については、農業経営者の平均年金額(4,068フラン)および平均拠出額をベースとする調整が行われ、被用者制度は35億5,700万フランを、自由業者制度は9,300万フランをその他の制度へ支払うことになる。一般制度は、この結果27億2,000万フランを負担する。

家族手当については、農業経営者制度を除き、事実上すべての制度が、一般制度の全国家族手当金庫へ統合されているが、農業経営者の制度もここへ統合され、財政調整が行われることになる。そのために生ずる調整費用は、3億3,000万フランである。

以上のような調整の結果、一般制度は他制度のために、1975年度において総額40億フラン(疾病保険9億5,000万、老齢保険27億2,000万、家族手当3億3,000万)を新たに負担することになる。そのうえ、すでにここ12年来実施されている既存の調整負担金がそのまま継続され、その総額は、1975年で、75億フランになると推計されている。従って、一般制度の他制度のための負担総額は、実に115億フランに達する。

### 国庫負担の増額

その理由はともかくとして、一般制度に対し、これまで以上に過重の負担を強いることになる政府の財政調整案が、関係者の不満を招くのは当然なことである。事実、一般制度の各全国金庫に対する政府の諮問の際には、労組代表のみならず、使用者代表も反対を表明した。またCGTおよびCFDTは、国会審議の際、代表団を派遣して、不満を表明している。

このような不満を解消するため、政府は当面1975年度については、アルコール税収を一般制度にあてることによって、一般制度の負担を事実上相殺するという妥協案を示した。しかしアルコール税の税収は不安定であり、1975年については

相殺されるとしても、それ以降においては、恐らく必要な調整資金の延びを下回るものと思われる。政府原案では、1976年以降については、何ら保障されていなかった。国民議会における審議の過程で、この点をつかれた政府は、さらに修正案を示し1976年および1977年についても、最終的には政府がこの調整資金を負担することとした。1977年までと期限を切ったのは、1978年1月1日までには、次に述べる社会保障制度全体の抜本改正がなされることになっているからである。

### 統一制度の構想

前に述べた職種別の人口動態上の格差という財政調整の大義名分は、もし諸制度の給付および拠出上の諸条件が一率であり、負担の公正が確立されていれば、ある程度の説得力がある。しかし事実は異なる。年金制度を例にとると、一般制度においては正常年金を受給できるのは65歳以降であるのに対し、特殊制度の中には、それ以前に受給できるようになっているものが多い。従ってそれらの制度においては、拠出者数が人為的に減らされているといえる。また自営業者の場合は、その所得が正確に把握されず、一般に過少評価される結果、その拠出率は比較的低い。

以上のような問題点の解消策として、政府は、今回の財政調整法案の第1条に、次のような規定を設けた。

「強制社会保障基礎諸制度は、少なくとも1978年1月1日までに、段階的に調整され、3部門、すなわち疾病・出産保険、老齢保険および家族給付において、全フランス国民に共通の社会的保護制度を創設するものとする。

この制度の創設は、各社会・職業階層に属する被保険者の同一の拠出努力を前提とするものでなければならない。拠出の調和化は、基礎的社会的保護共通制度の実現の度合に応じてなされるものとする。

これらの調和化(harmonisation)の諸措置は、各社会・職業階層に特有の既存の社会的保護制度の存立を侵すものであってはならない。」

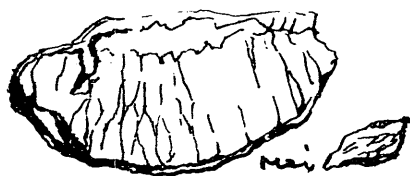
以上のように、この第1条の規定は、何らかの統一制度を創設する意図を明ら

かにしたものであるが、その内容はきわめてあいまいである。とくに拋出の調和化(harmonisation des cotisations)ということばが、どのような手段によって実現されるのかが注目される。

これらの点については、国民議会および上院における審議においても、必ずしも明らかにされたとはいえない。

Le Monde 16, 17, 18 octobre 1974. Figaro 16  
Novembre 1974. 他

(平山 卓 国立国会図書館)



## 社会保障こぼれ話

### 高齢者の労働力参加と社会保障制度

#### —9カ国の比較—

アメリカとカナダ、およびヨーロッパの7カ国では、1970年から1970年までの20年間に、65歳以上の人びとが全人口に占める比率が着実に上昇している。その増加率がとくに高いのはスウェーデン、西ドイツ、オランダで、これらはいずれも30%を上まわっていた。また、これらに続くイタリアとベルギーも20%を超えている。

このように、増加率が高いのは色いろな現因が考えられるが、それはともかく、このように増加する65歳以上のグループが労働力の戦列に参加する状況では、参加人員の減少する傾向が見うけられる。この減少率はとくにスウェーデン、イタリア、オランダで高く、これらの国は50%を超えている。これらに続くフランス、ベルギー、カナダ、西ドイツは40%以上であった。

上述したような状況は退職年齢や年金年齢と関連をもっており、かつ、公的および私的な老齢(退職)年金と密接な関係をもっている。とくに、社会保障制度による年金は、高齢者が取得する所得の中で、最も基本的なものであり、重要な役割を果している。この公的年金が退職により喪失した所得を補償する比率は20年間に若干上昇している。その補償率では、とくに上昇の高いのはイタリア、スウェーデン、オランダ、アメリカの順となる。

年金の喪失所得補償率を労働力からの引退の間には、大きな関係がある。給付が高い場合には(つまり、補償率が高くなれば)、労働力から引退する人が多くなる。したがって、65歳以上の労働力参加も少なくなる。

(以下略)

Paul Fisher, Labor Force Participation of The Aged  
and The Social Gerontology, Winter 1975, pp.1~3.

(平石長久 社会保障研究所)



## 西ドイツ・児童扶養控除制度を 統合した新児童手当制度

SPD が主導する現政権は、1950年代以来の SPD の主張にしたがって、さきに1971年10月児童手当と税制における児童扶養控除を一元化する構想を明らかにし法案を用意した。それが昨1974年8月議会を通過し、同月5日公布され、1975年1月1日から実施されることになった。

新しい法律の適用対象は1,000万、児童数で1,890万人と推定されており、要する費用は年約150億マルク（1974年10月現在1マルク＝116円）、従来の児童手当、税控除の費用に比べて40億マルクの支出増加と計算されている。

新しい制度では、児童手当が統一的に第1子から（旧児童手当は第2子から、税控除は第1子から）、所得にかかわらず（旧児童手当は第2子について所得制限あり、税控除は所得によって税率が異なるため減税額が異なる）、月額第1子50マルク、第2子70マルク、第3子以下各120マルクという定額で2か月ごとに支給されることになっている。1971年の政府案では第3子以下が90マルクであったが、第1、第2子については変っていない。従来の児童手当は、第1子には支給されず、第2子は所得制限つきで月25マルク、第3子以下は所得制限がなく、第3、4子各60マルク、第5子以下70マルクであった。

新しい児童手当の支給対象は、ドイツ人のほか、EC加盟国籍をもち西ドイツで働く外国人被用者、公募に応じて西ドイツで働くギリシャ、ユーゴスラヴィア、ポルトガル、スペイン、トルコの国籍を有する被用者が含まれる。ただ、第3の公募国労働者に対しては、西ドイツに居住する子には満額の児童手当が支給されるが、母国に居住する子に対しては、協定を結んでその国の生計費水準を考慮して決めることにしている。ただし、その場合でも最低額を定めて、それを下回る

ことがないようにしている。この最低額というのが、実は旧制度による児童手当額にほかならないのである。

Ludwig Mann は、さきに今回の改正を批判したが、それによると、CDU / CSU もこの改正には賛成しており、第4子以下については改正案よりさらに高い月150マルクを提案していたという。Mann は、今回の改正がすでに高率の負担をして福祉給付に貢献している高所得者の立場をさらに不利にすること、大きな支出増加を伴うこと、新しい行政のために連邦労働局の職員が2,600人ないし3,400人ふえることなどを批判している。

Mann の論文のなかに、ドイツカトリック家族連盟の作成した改正前・改正後の給付の比較表が掲げられている。これによると、年所得18,000マルクの場合改正による給付増加は、1子360マルク（年間、以下同様）、2子878マルク、3子956マルク、4子1,334マルクであり、年所得32,000マルクでは、それぞれ248マルク、608マルク、532マルク、778マルクとなっている。

*Sozialer Fortschritt*, November 1974, S. 252, 253,  
Ludwig Mann, "Der Bonner Kindergeld-Skandal"  
*Arbeit und Sozialpolitik*, Juli 1974, S. 237-240.  
(保坂哲哉 社会保障研究所)

## 西ドイツ・公的勤務の医師の不足

ドイツ医師会（ハルトマン同盟）の確言によると公的勤務の医師の不足は驚くべきものであるという。最近のチフス流行の経過をみると明らかに警戒信号が出ている、と医師会長 Bourmer は述べている。直ちに手をうたないかぎり、公

的保健活動の崩壊ははっきりみえているというのである。

若干の邦では医師の予定数の60%がうめられないままになっている、と Bourmer は指摘している。さらに悪いことは、住民22,500人当り医師1人という数字であり、さらにもう一つの問題は医師の老齢化である。1980年になお現在の医師の1/3は、新たに公的勤務につく医師が育たないために、働らいてはらずである。

重大な構造的欠陥、不満足な報酬、昇進チャンス不足の結果、公的保健活動は後進の医師にとってあまり魅力とはならないのである。

Die Welt, 29, Dezember, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

\* \* \* \*

## 「公衆衛生」の新方向

— 米国における地方保健行政の地方分権化と統合化 —

### 1. はじめに

上意下達の行政の勢いに流れているのは、ひとり日本の公衆衛生だけではない。日本がそのお手本にした米国や英国でも、公衆衛生の行政そして事業そのものが、伝統的な法律と役所機構 *bureaucracy* の上にのっかって動いている。特に州とか、日本でいえば都道府県レベルの行政が、地域の独自の主体的な仕事やアイデア、プロジェクトを真剣に応援するというのではなく、旧態依然たる国レベルでの平均的業務指針のようなものを、きめられたようにだけ順守し、中央政府からの資金調達の間接項としての任務を中心に動いている。中間行政レベルの衛生部局長の多くがいわゆる中央からの出向、公衆衛生財政の多くが中央政府各

部局からのタテワリ事業別予算、という形態のもとでは、「地域住民のニーズにそって」とか、「保健サービスの自主的・自治的運営」、つまり分権化方向の実現はなかなか難しい。

米国の中間レベルでの公衆衛生行政にも、日本に似た上記の問題がある。人事の面は日本と違い、法律や規則の部分は州の独立性が建前となっているものの、財政やとくに最近プロジェクトごとの補助金が連邦資金に大きく依存することから、どうしても「事なかれ主義」的行政の色彩が強い。ときには、保健や医療という専門的な住民密着サービスをする態度から距離をおいてしまい、州の政治方針にのみ右ならえということになりかねない。

米国のばあいも、保健医療行政のなかの医系技官が減少したり、あるいは補充や若がり遅々として進まない。いきおいスタッフとして独自のサービスをくみたてるよりも、一般行政の枠のなかで州から委任の業務中心になってしまう。行政官としての仕事にあわせて、あるいはその内容に専門的知識や技術・経験が必要などきでも、保健所長にそれが著しく欠けている、ということが出てくる。「法律の番人」的な保健所長経験の長い医師、「公立病院臨床医」で定年(前)後何かの事情で保健所にきたばかりで行政全体を知らない医師、といった両極端がまみられる。やる気を起させ、すぐれたサービスを実現するをおぜん立てする制度の充実が遅れているということもある。

### 2. ロスアンゼルス郡保健サービスの分権化

以上のような改革すべき諸点との関連で、1972年7月、郡保健サービスの大きな変更が決められた。その実施が73年後半から74年にかけて徐々に進行中である。まず、人口約700万人の郡内全部で23の保健地区を六つのリージョン(地域)に再分割する。50弱ほどある保健所もそれぞれ地域ごとにグループ化される。そのなかの主管保健所に地域の公衆衛生事業の大半の業務を移管する、という点が分権化の主眼である。

従来、各保健所は、結核対策では郡保健当局 *Headquarter* の結核対策部

局と相談する。母子でも、保健所長と一部打あわせるが、このことでも当局からの指示が重要であった。ダウンタウンにある当局まで出かけていくことも多かった。

このやり方をすっかり変えて、地域ごとに自治的運営をやらせる、という分権化を決定した。所長に大幅に権限が移ったのであるが、当局にいたスタッフらが6つの地域に分散して所長をサポートすることになった。その方がタテワリの弊害を無くし、各事業ごとの連けいを可能とし、連絡上の時間的ロスも解消できる。それに予算立案と執行とに自主性を加味できれば、「出先機関」のような態勢を大きく転換して、名実ともに地域住民に直接責任をもつこともす可能となる。この分権化推進の中心となっている郡保健サービス当局L.A. Witherill 局長が分権化にあたって強調するのもこの責任体制の移行であった。

地域内の保健所と主管保健所との関係は、かたちのうえでは、本部一支所といったことであるが、現状では一体となってそれらの建物を使用しているという感じなので、上下関係という面は薄い。

分権化のいま一つの重要なねらいはコミュニティ参加である。約700万人という広いレベルでも住民の参加は直接・間接に不可能ではないが、地域レベルではそれがより直接的に行いうる。コミュニティ参加といってもその代表は、地方自治体、保健当局のコミッション、大学、専門団体および消費者グループなどからえらばれる。これ自体は漸新なものではない。むしろ、保健所のサブセンターとか、フリー・クリニック（篤志団体による）の建物での、近くの住民や消費者グループなどの参加と討議が分権化によってきめ細かく実行可能となる。

### 3 保健サービス当局の統合化

米国では連邦・州そして郡レベルでよく組織変えがあるので統合化のようなことも珍らしいことではない。このたびのロスアンゼルス郡での統合もその一つという面がある。しかし、その実態をみるとかなり徹底した内容である。

従来、それぞれがわかれていた公衆衛生局、病院局、精神衛生局、獣医事業局

といった組織を新たに一つの保健サービス部に統合する、というのが一つの特色である。組織上統括し、そのなかに地域保健課 Division of Community Health Services, 精神保健サービス課, 獣医課, 病院・クリニック課の四課に編成替えをした。第二に、従来地理的に離れていたのを一諾にしたことである。まずトップの役職の人たちから、市の中心部のいわゆる本部に机を移すやり方をとった。市の北西部にある公立総合病院の近くにオフィスをもっていた病院局を移したことが大きな変化である。

集中化されたこの郡保健サービス部は、当然人手が浮くので、その分は各地域 Region に派遣するという構想である（統合以前本部には約3,000人、統合後約2,000人へ）。事務管理部門の一体化と新たな一種の事務合理化を考えていることと、従来の重複・バラバラ行政の統合化による人員節約などもめざしている。

この統合化は、最高意志決定機関である理事委員会 the Board of Supervisors（5人、4年任期、各人地区分担）の決定によって押し進められているものである。それと並んで、1967年4月に、理事委員会は郡の保健サービス組織をどう改組すべきかを、「保健サービス計画委員会 Health Services Planning Committee」に答申を出してもらうべく諮問した。この委員会は、南加大学医学部教授を委員長とするもので、いくつかの作業部会を設けて検討し、1970年4月に勧告を答申した。その実行が分権化と統合化とであった。

日本の審議会の多くは、審議自体もさることながら、その答申への責任ある対応が少ないのが常である。もう一つ日本のやり方で特徴的なのは、行政・施設の統廃合を一律に押しつけることがまみられることである。ロスアンゼルス郡のばあい、統合化も少しづつ討議しながら実施に移されている。分権化も、新年度から一斉にスタート、というのではなく、まず2地域だけから発足した。実験的にか試行過程をとるやり方、希望と条件にあわせた行政改変である。

もっともすべて順調に民主的に進行中ということではない。中間的管理職レベルに対しても、分権化と統合化の具体的プログラムは徹底されていない。保健所

の保健婦のなかにも、「どうなることやら」という気分がある。ケース・ワーカーなど、専門職員の業務は独立的に確立されているので、組織改変によって基本的変化はない、と思っているが、他職種とのチーム・ワークの上で見通しが十分つかないで困っている実状である。

#### 4. 郡立病院病床削減計画

伝統的な意味での公衆衛生から少し離れるが、保健サービス部は、郡立病院を10年後に合計3,650床に減らす計画をたてている(1974年5650床)。教育病院でもあるロサンゼルス郡/南加大学メデカルセンターのばあい、現在の2,105床を1,200床に減らす計画である。貧困者の多い地区や小規模病院では逆に増床を考えている。これまた一種の地方分散化の意味も多少もっている。

この入院病床を減らすことは、老人などの慢性患者(多くは老人健康保険と医療扶助対象者)を民間施設に移すこと、在院期間の短縮、治療の積極的導入によって可能としている。そのことによって生ずる人的資金的余力を入院外サービス(外来と往診・訪問、救急)に向けようとするもので、今米国の方々に志向されているアンピュラトリイ・ケア拡大に呼応するものである(詳しくは、拙稿『米国の「地域医療」, 社会保険旬報1975・1・1号参照)。これらの計画は単に将来の話でなく現に入院は減少、病院外来は増加という推移をたどっている。郡立病院の1入院患者当り費用が民間にくらべて相対的に高いこと、サービス内容はむしろ低いこと(かつての慈善医療の母斑?)から、少ない病床で質の高いサービスという発想に変わってきているようである。病院外来の強化は、何か日本の現状に似てくるような感じがしないでもないが、その目的は、地域住民へもっと密着したサービス展開をめざすものに他ならない。保健所にも外来診療を受けもってもらおう新企画が実行中である。こういった病院機能の改革を含め保健サービス組織変えにあたって、前述「保健サービス計画委員会」は、次のような考え方をのべているのは興味深い。「保健サービスは、施設のタイプを基盤においたものでなく、地域ベースで組織さるべきである。郡全体ベースで事業ごとに考えるの

でなく、ある地域へ医療と保健の総合サービスを提供するかたちでの組織化である。施設本位(ベース)で組織化することは、対個人保健サービス分野で現にある割拠状況を恒久化しかねない」。この考えにもとずいて、半官半民の総合外来診療施設neighborhood health centerをその地域ベースのサービスの拠点とする答申であった。背景と現状が違うとはいえ、米国も新しい総合的な地域での保健サービスをめざしている。世界各国のなかで例外でないと思われる。日本でのこれらの点での検討の遅れを痛感せざるを得ない。

#### 5. ロサンゼルス郡保健局の歴史的背景

ロサンゼルス郡は、郡という行政体としては非常に多数の人口を擁していて、他の郡と規模を異にしているが、早い時期に郡保健部County Health Departmentが設立された点でも特色をもっている。

フルタイムの保健医官full-time health officerが、郡の理事委員会から初めて任命されたのが1910年。その後別に任命された保健医官の仕事は伝染病対策であり、初の保健婦(1916年採用)は農村地区担当であった。この郡の管轄区域は当時ほぼ3,420平方マイルという広大なものであった。ダウンタウンに所在する保健局本局から地域に出かけていくのに要する時間と労力は大変なものであった。郡保健当局の主たる業務は、1915年頃、検疫と公害対策であったけれども、活動の能率化と住民の利用易さを考慮して、行政の地区への分権化が計画された。

ロサンゼルス郡最初の保健所が、1926年、郡の北西部に設立されたが、開業医への医療費支払不能な貧困者へ医療を一部提供する目的ももった地区公衆衛生サービス施設であった。1920年代後半の保健所は、かなりの程度慈善医療の部分を分担していたので、民間医療機関やその他多様な名称のヘルスセンター、奉仕的医療とダブル面があった。1930年代に入って、それらの活動、とくに外来患者サービス部門が開業医の手に移された。

次第に保健所設立が進み、中心的保健所が約20数カ所、そのサブセンターが30

を数えるようになる。第2次大戦前、これらロスアンゼルス郡保健所の主業務は、乳幼児検診、母性対策、結核、性病、伝染病対策、歯科衛生などの伝統的なものに、家族計画、喫煙対策、精神衛生、麻薬対策そして青少年クリニックであった。母子クリニックが全体として力を入れてやられた。

## 6. 郡保健当局の予算と人員の概況

1970 - 71 年会計年における確定予算額は、人口1人あたり3.61ドル、総額で2千800万ドルであった(総人口約725万人)。このうち約600万ドルほどが、連邦・州からの委任業務予算ならびに補助金などであった。そのほかに、米国では、特定業務 projects への予算交付がある。母子や、性病、結核、慢性病や老人、予防接種業務など22プロジェクトへの約390万ドルの交付が1969 - 70 年であった。

建物や施設・器械などの範囲でみると、米国の保健部局と保健所とはよく整備されている。しかし、新規もしくは特別的事業の多くはいわゆるプロジェクト予算(通常3カ年間)である。はじめに事業計画があって、これに交付されるが、期間が過ぎると予算交付もストップするのが普通である。大きな事業のばあいは、郡が独力で後の面倒をみたり、一部継続することもある。日本の保健関係予算との大きな差異は、このほかに、プロジェクト終了後の評価である。当初掲げた事業目的をどれだけ達成したかをみる。必ずしも定式化したものはないようだが、その結果なりプロセスへの評価なくして、次のプロジェクトへの継続なり、新規承認は少ない。

保健事業の殆どが人手によって行われているのが保健所などの特色である。この郡全体の保健局職員数は、1931 - 32 年に、454人(常勤)であったのが、1969年には、2,242人となった(病院は除く)。

## 7. さ い ご に

公衆衛生サービスの行政には、連邦と州そして郡(カウンティ)もしくは市そ

れぞれのレベルがある。連邦では、保健教育福祉省の公衆衛生関係部局がそれに相当し、州・カウンティなどへの予算配分と人員・技術派遣を主とする。州ごとの公衆衛生関係立法が建前上基本となっていて、郡・市の活動はそれに基づいて実施されるが、実際の直接サービスは郡市公衆衛生部局が担当する。

本稿ではその後者の解説を主としたのであるが、日本において今保健所再編成が進み、東京都の保健所区移管が決められている。その直接参考になることではなかったが、考え方や長期的方向、すべての人の健康保持をどうして達成するかという方法のうえで、何かヒントにでもなることをおくみとり願えれば幸いである。(1975・2・15)

(前田信雄 国立公衆衛生院)



## 医師報酬に関する研究報告

(西ドイツ)

西ドイツの社会発展協会内に設けられた委員会 (Bochum 大学教授 T. Thiemeyer 氏を座長とする16名の学識経験者で構成された委員会) が、約3年にわたる検討の結果、「所得構造における医師の地位の変化」と題する研究報告をまとめた。この報告は、とくに医師の所得の生成発展および医師報酬の諸問題について論じられており、興味深いものといえよう。以下、この報告のうち医師の所得構造について分析した部分の概要を紹介する。

研究の主眼点は、(1)医師の所得構造と発展、(2)疾病金庫と金庫医 (保険医) 協会との間の診療報酬交渉、(3)中央診療報酬交渉と連邦統一診療報酬への要求、(4)診療報酬交渉のための合理的な教示的資料についての検討である。このほか医療費償還制度と現物給付制度も研究の対象とされ、これについてはきわめて根本的な制度比較 (理論的または純粋な制度モデルの比較) によって検討が行われ、純粋な費用償還原則の一般的導入は正しくないという結論が出されている。

同委員会による医師の所得構造の分析と異なった医師グループごとの所得の比較によると、医師の報酬・給与支払方式は基本的には二つの方式に大別できる。すなわち、「診療行為別報酬」と「固定給」(時間賃金)である。約5万人の開業医は前者の方式で報酬の支払いを受けており、また約5万人の勤務医 (病院、公的保健機関、会社、行政官庁および研究機関に勤務する医師) は後者の方式で報酬の支払いを受けている。しかし、統一的な「診療行為別報酬」基準や「固定給」基準はなく、千差万別である。

開業医の場合、(1)医師報酬規定 (GOÄ), 私的アドゴ (Privat-Adgo), DKG-NT (DKG-Nebenkostentarif) に基づく私的診療費計算または

は自由診療契約による私的診療費計算、(2)補充金庫の契約報酬規定 (E-Adgo), (3)ライヒ保険法 (RVO) に基づく疾病金庫の契約報酬規定 (BMA), (4)災害保険の保険者の診療契約、などによっている。医師報酬規定等に基づく場合も個人払いは医師報酬規定に定められている額の2.4~3倍となっている。また、補充金庫の場合は同じく医師報酬規定に定められている額の1.6倍、ライヒ保険法に基づく疾病金庫の場合同じく1.4倍を支払っている。

一方、勤務医の場合もいろいろな規則に基づいている。すなわち、(1)公務員については職員給与表と公務員給与規定、(2)主要な病院にあっては私的診療費計算規則が用いられている。救急指定病院の医師の1972年における年収の平均額は、(1)医長の場合15~30万マルク (病院での私的外来診療の報酬は含まない)、(2)上級医の場合4.8~6万マルク、(3)補佐医の場合3~4.2万マルク (いずれの場合も超過勤務手当や臨時手当を含む) である。

開業医の所得については、連邦統計局の調査「経営の費用構造：医師・歯科医師」から数値を得て分析が行われている。これによると、1971年における開業医の純収益の平均額は115,600マルクである。ただ診療科によって大きな差がみられる。すなわち放射線科の場合188,100マルクであるのに、皮膚科の場合73,700マルクである。この開業医の純収益 (平均額) の伸び率を労働者の賃金上昇率および国民所得の伸び率と比較すると、1957~71年において純収益の伸び率は、227.6%で、労働者の賃金上昇率174.3%および国民所得の伸び率163.5%を大きく上回っている。また、開業医1人当たり純収益は1959年において労働者1人当たり賃金の5.46倍であったが、71年には6.52倍となっている。同委員会は、開業医の所得の上昇の要因を、(1)診療行為別報酬の上昇、(2)診療への需要増大としている。ライヒ保険法に基づく金庫医 (保険医) の場合、1966~72年において料金の上昇率が38.1%、自然増が38.0%とみられている。

A. Seffen, *Arzteinkommen und Honorarpolitik, Arbeit und Sozialpolitik*, Oktober 1974, S. 359-364.

(石本忠義 健保連)

## 行政コミュニティ・ワーカーの ジレンマ

(カナダ)

最近、多くの公務員は、政治プロセスの变革を望む市民からの攻撃を感じている。市民は、その生活やコミュニティに影響を与える政策決定過程に、みずから参加する権利を要求しはじめている。この政策決定プロセスに市民を参加させようという要求の増大によって、政治のルールが変えられ、行政もそれへの対応策を試みてきている。

行政プログラムの変化と参加基盤の拡大という新しい傾向の結果、行政はその内部にコミュニティ・ワーカーを配置し、市民参加をはかるプログラムを立案し、財政援助の基準をつくり、参加について一定の役割を果たそうとする市民に助言を与え、またその評価を行っている。

この行政部局におけるコミュニティ・ワーカーの役割は何であろうか。ワーカーは、制度機構のなかで革新的事業を行うチェンジ・エージェントなのか、または単なる行政の代弁・擁護者なのか。これに簡単に答えを出すことは難しい。現代は移行期であるため、それは、行政コミュニティ・ワーカーのこれからの活動実践の結果にかかわってくる。

行政コミュニティ・ワーカーは、中間人である。ワーカーと市民グループとの相互作用および政府部内でのワーカーの位置づけが、将来の参加プロセスの重要な要因となると思われる。ジム・ロックは、コミュニティ・ワーカーは、常に一

種のアウトサイダーであると述べている。ワーカーは、常に異質の社会の間に存在する。たとえば、為政者と被統治者、富者と貧者、内部と外部など。

ワーカーは、いわば二人の主人をもつ召使いともいえる。開発プロセスにおいては高い危険性をもつアクションと関係する一方、公務員としては政治的混乱を招くような危険性を排除しなくてはならない。

### 行政担当部局の役割

ワーカーの機能・役割のもつ二重性によって、緊張が生じその活動が有効なものとならないおそれがある。ワーカーがチェンジ・エージェントとしての役割を果たすためには、この緊張を最少限にしなければならない。ワーカーの業務を考察する場合、まず公務員として、完全な自由を保障されないことがあげられる。ワーカーは、行政の構造のなかに強固に位置づけられている。

J.C.P. Oxenham は、政府のコミュニティ・ディベロプメント担当部局の特徴を、以下のように述べている。

(1) C.D. 部局は政府機構の一部であるため、その目的や政策を自主的に決定できる機関ではない。

(2) 当部局は、政策推進による問題解決過程、コミュニティや個々の市民グループが問題を整理するのを援助すること、さらに政府がその選挙民の望んでいると思うものを達成することを援助すること、などの活動を通じて、実際的なバランスをみつけていかなければならない。

(3) C.D. ワーカーのかかえる問題は、通常、農業や福祉のような同一政府内の他の部局、または中央—地方の政府関係から生ずるものである。ワーカーは、いわば他人の仕事によって多忙な思いをするのである。

このようにC.D. 担当部局は、多くの緊張条件をもっている。部局が組織として存続するためには、政府部内で一定の評価を得ることが必要である。またその事業が、他の部局の事業と競合することもありうるし、とくに政治の变革を求め市民層の参加を奨励することに対し、他部局から抗議が出てくる可能性も強い。

市民参加プログラムを担当する部局は、タイトロップの上を歩くようなものである。政府部内はもとより、一般社会には、市民参加のもつ機能を総合的に理解できず、それを脅威と受けとる人も多い。彼らにとって、市民参加の促進を担当するものは、トラブルメーカーや専門的アジテーターのように見える。したがって、担当官はその目標を設定するときにジレンマに直面する。彼は、行政部内の支持者に対し、そのプログラムが市民参加の拡大という目的に合致していることを説明し、その一方では、反対側に対して、当プログラムは現存する制度を破壊しようとする市民グループを実際に勇気づけるものでないことを説得しなくてはならない。

### 中間人のジレンマ

コミュニティ・ディベロップメント担当部局は、それ自体が一つの部分である行政、議会、そして最終的には法制によって規定される。それらは、プログラムとその遂行に必要な資金を認可する権限を有しているため、C.D.担当部局をコントロールできる。

一方、C.D.担当機関が対象としているものは、政策決定プロセスに参加を要求している市民グループである。C.D.機関は、それら市民グループに助言や資金を提供することによって、市民自身がものごとを達成していくものとみている。しかし、市民のなかには、行政機関が市民参加を促進することに対して疑問をもつものもある。さらに行政機関を単なる資金源の一つとしてしかみないものもある。C.D.部局は、みずからを市民参加促進のパートナーとしているが、市民の側からみると、必ずしもそうとばかりとらえられていない。ほとんどの市民グループは、助言指導を最少限にし、財政援助を最大限にすることを望んでいる。市民は資金を獲得するために助言指導を認容しているともいえる。

C.D.機関は、その上層部の意志と市民グループの間にはさまれている。一般的に、C.D.機関は市民参加の調整プログラムを効果的に運営するに十分な職員や予算を保障されてこなかった。多くの場合、理事者とC.D.機関との関係が希

薄なため、C.D.担当部局がカナダ社会の構造を急速に変革するようなプログラムにまきこまれるようなことはありえないであろう。いわゆる「急進的」グループやプログラムに財政援助をしたことに対する反動の結果、革新的なプログラムに対する援助基準が厳しくなっている。

したがって、行政C.D.担当機関のもっとも望ましい役割は、一種の連絡調整と情報交換であろう。C.D.機関に対しては、十分な人と資金が措置され、資源に関する情報を交換し、機関および行政と市民グループとの相互の連絡調整を行うことが必要である。政府が、このような情報提供・交換活動の重要性を認めるなら、C.D.機関は、政府と市民を結ぶ両方通交を保証するコミュニケーション・リンクとしての役割を果たせるであろう。

C.D.機関の役割が明確になれば、その関連のなかでワーカーの役割も開発される。それは、設定された場所と時間に、入手可能な選択と資源に関する情報を提供することである。Zaldによれば、ワーカーはジェネラリストなのである。

### ワーカーの役割に関する代替案

しかし、現在のところ上記のような明確な定義は存在していない。行政C.D.担当部局は多様な人びとに多様な事業を行っており、そこに従事するワーカーの役割についても、コンセンサスがないのが実態である。しかし、市民参加がほとんど行われていない状態から、その発展過程を考えると、以下のようなワーカーの役割に関する分類が可能である。

(1) 銀行の出納係的役割：ワーカーは、要求に応じて金を支出する。そのときの唯一の契約条件は、規約、定款などその存在を証明する一種の確認様式である。市民グループの立場からいえば、このようなワーカーの役割は理想的なものである。

(2) 銀行の支配人的役割：ワーカーは、市民団体に対して実行可能な活動計画の作成およびその遂行について助言をすることにより、その資金がもっとも効果的に費消されるように援助する。市民グループの事業実績に関するワーカーの評



価によって、同グループに対する将来の補助の継続が決められる。この種のワーカーの役割は、現在も存在している。

(3) 後援者・支援者としての役割：ワーカーは、市民グループに対し、彼がその事業を後援していることを、つねに明らかにする。市民グループの集會に参加することにより、行政の存在を示すが、彼らに対する介入は、ほとんど行なわない。この場合、ワーカーは支援的ではあるが批判的ではない。

(4) エゴと理想のオーガナイザー：ワーカーは市民グループと密接な関係をもつ。彼は、グループの一員として、信頼され認められる。グループの戦略や方針が政府の方針と公けに対立しないかぎり、ワーカーの役割は実効あるものとなる。しかし、グループが政府と直接の対立関係になった場合、ワーカーは犠牲的存在となる。ワーカーは、グループの計画した行動を支援することは可能であるが、公務員としての制約がある。また、ワーカーには政府に対してグループの提起しているアクションについての報告義務がある。ワーカーによるスパイ的行為でグループを裏切ったりすると、信頼関係が消滅する。さらに、政府補助金が打ち切られたり削減されたりすると、グループはワーカーを政府の身代りにみだて、その不満を彼にぶつけてくる。ここでもワーカーとグループの信頼関係は失なわれる。

(5) 市民グループの雇用者：ワーカーは市民グループによって雇われ、彼らに対して責任を有するが、その賃金は政府によって支払われる。市民グループに責任をもつオーガナイザーとして、ワーカーは行動の自由を有する。しかし、グループやワーカーが直接政府と対立する方針をたて行動を起こす場合、市民グループがそのワーカーを継続して雇用するための資金を、政府から引き出すことは困難となる。同様に、政府にとってもワーカーの人件費を一方的に打ちきくことは難しい。

(6) コンサルタント・助力者としての役割：ワーカーは、その業務を開始する前にグループと協議し、ワーカーの役割、グループとの関係を明らかにしておく。ワーカーがその役割についてグループと交渉する過程のなかで、ワーカーは公務

員としての制約をグループに対して説明しなければならない。すなわち、ワーカーは政府補助金の許認可を保証できないこと、グループとともに議会に対して行動を起こせないこと、しかし、その行動計画作成については援助や助言を与えられることなどを、あらかじめ明らかにしておく。こうすることによって、ワーカーは、各グループのニーズに準じて多様な状況に対応していくことができる。

(7) 行政内部の啓発者としての役割：この役割は、市民グループとの直接的な接触とはほとんど関係ないが、重要なものである。コミュニティ・ワーカーは各部局間の活動への参加が要請され、他の公務員との討論を通じて、彼の所属する機関の機能について啓発を行う。他部局の公務員は、C.D.の方法、哲学に関する理解を深め、それを各部局で活用することを勇気づけられる。

他の行政部局が市民参加の哲学を認めないとき、C.D.担当部の行える事業には多くの限界がある。行政ワーカーにとって、コンサルタント・助力者的役割が、もっとも緊張をなくすものであろう。行政コミュニティ・ワーカーの実際の業務は、あらゆる行政レベルにおいて市民参加の基盤を広げることであり、あらゆる行政部局にその哲学を認めさせ、それが実行に移されるようにしていくことである。

Steve Lurie, *The Dilemma of the Government Community Worker*, Canadian Welfare 6, November-December, 1974. Volume 50.

(根本 嘉昭 全社協)

# 老人保護サービスとしての 後見人制度

(アメリカ)

現代の社会福祉は、たんに貧困老人のみならず、財産所有者、しかし禁治産者として宣告を受けた老人をも対象にぐるみこんでいくところに特徴がある。ここに紹介する論文は、米国フロリダ州マイアミのユダヤ人家庭児童サービス機関 Jewish Family and Children's Service (JFCS) が、既存の後見人制度に老人保護サービス protective service としての機能をもたせていったところの、いわば冒険的実践の展開を跡づけたものである。

フロリダ州では、1973年の10月以前には、心身と財産管理の能力に欠けた人びとに対する後見人は、裁判によって禁治産の宣告を受けてはじめて指命されたのである。この後見人指命へのステップとして、まず、後見人が必要とされる人の状況を熟知しているもの3名が検認裁判所に対して、日常生活を十分に自己管理できなと感じられたものの調査を訴願しなければならなかった。

ところで、JFCS は老人向保護サービスに特に関心を寄せてきたが、この保護サービスを扱う中で2つの問題が浮き彫りされた。第1は、ワーカーによって後見の必要が認められても、禁治産者の可否を調査するよう裁判所に訴願する親族を発見できなかったこと、第2に、クライアントが貧困者の場合には、有資格者や親族は積極的に後見人になろうとはしなかったことである。その場合には、裁判所は後見人としてサービスしてくれるボランティアに代理人を依頼した。反対に、財産を所有しているケースの場合には、一般的に、銀行とか信託会社が後見人に指定された。

以上のような背景をもつ後見人制度の下で、フロリダ州法の後見人条項の改正

問題がJFCSの理事と法定弁護士、それに検認裁判所の主任裁判官との間で検討された。その結果、JFCSの努力が功を奏し、遂に、1973年10月1日から非営利的法人組織による後見人制度が正式に立法化されたのである。

## 保護サービスの範囲

後見を必要とする老人は、全国老人協議会の定義によると、心身のいずれかに非常な障害を受けているために日常生活の世話を自ら効果的に遂行し得なかったり、あるいは財産管理の困難なものということになる。

これらの老人に必要とされるサービスには、クライアントに関係のある司法行政を確保するための法律サービス legal services、必要なケースワークを提供するカウンセリングサービス、さらに、伝統的には家族によって担われていた援助を機関が代って行う代替的サービスとしての保護サービス protective servicesがある。ただし、このサービスには本来経済的援助は含まれない。

## 信託関係

第3者の現金ないし財産の引き渡し先が信託者であり、その意味では信託関係は信用関係である。さて、後見人としての特別な機能は何かというと、それは被保護者の財産や負債に関する財産目録の作成および被保護者の財産を日々管理することである。同時に、財政政策全般の計画責任者となることである。このような後見人としての役割を、ほとんどの社会機関は引き受けようとしてこなかった。

## 後見人プログラム

後見人となるケースは、4つの手続源から送致される。第1は、裁判所で禁治産者と宣告されても、訴願者が後見人を提供しない場合である。このような場合には、裁判所はJFCSに後見人としてのサービスを要請する。第2は、JFCSが禁治産者の疑いをもったケースを自動的に involuntary 裁判所に送致し、

禁治産者と宣告されるよう訴願する場合である。そしてもし禁治産者として判決が下されれば、通常、裁判所はJFCSに後見人となるよう求めてくる。第3にボランティアな後見人がカウンセリングの最中に示唆され、そこでは、ワーカーとクライアントは共にJFCSが後見人となることを好ましく感じるようになる。この種の後見では、クライアントは後見人としてJFCSを指命するよう裁判所に訴願して積極的に関与していかなければならない。第4に、後見が親族の居住する地域社会に送致された場合には、一般にJFCSによる後見サービスはクライアントを保護する方法として考えられている。このようなケースでは、親族は禁治産訴訟の訴願者としてJFCSを後見人に指命するよう裁判所に要求する。

#### サービスの運営資金源

後見人プログラムから利用料を予め見込んで計画をたてることは全く困難である。なぜなら、一般的に財産所有者の場合には家族員ないし銀行、信託会社が後見人となり、JFCSのような機関が引きうけるケースは、経済階層の低いものに限定されるからである。ただし、老人の死亡により後見が終了した時点でなお身分相当の財産が残されている場合には、裁判官は料金を指定することになる。その他、地域社会に送致されたケースで、家族がJFCSの後見人サービスを要求した場合にも、機関のカウンセリング料金表と裁判所による算定基準に基づいた料金が家族によって提供される。これら2つの料金徴収源がありながら、実際の料金収入はきわめて僅かなものである。したがって、このプログラムは、基本的にはコミュニティの慈善的な努力the eleemosynary effortsによって支持されなければならない。

#### む す び

JFCSは自らのケースロードの中から後見人プログラムを出発させた。このサービスを開始した当初、スタッフは精神的障害によって管理能力を失ったケースの扱い方に困惑した。しかし今では、このようなクライアントを抱えた社会機

関の必要性を認識し始めている。すなわち、これまでケアなど不可能とされ、施設に収容する他ないと考えられてきた禁治産者の老人に対して、施設収容の保護に代替するケアの機会が提示できるのだというスタッフによる認識である。

この後見人プログラムの影響は、ある確信に基づいて行った機関の冒険的实践の中で明らかになるはずである。その確信とは、老人は、たとえ貧困ないし精神的無能の状態にあっても、正当で人間的な社会システムに組みこまれているサービスによって、尊厳と保証を受けるに値するものだということである。

Leon D. Fisher and Jeffrey R. Solomon,  
Guardianship: a protective service program  
for the aged, Social Casework, December 1974,  
Vol. 55, NO. 10. P. 618~621.

(萩原清子 長野大学)

## 納税者の認識と 志向にかんする調査

(スウェーデン)

現行の税制下においてスウェーデン人の租税負担は、平均的所得稼得者の限界税率が60%にも上る程重いものとなっている。このような状況に対し、組織労働者や政党はそれぞれ租税改革を考慮しているが、それらとは別に財政当局が特定の職業グループについて小標本の調査を行った。その結果を分析すると、納税忌避が広汎に行なわれていることが判明した。しかしこの問題に関する全国的統計調査は極く最近明きらかになったにすぎない。

1968年に租税分担問題が大きな政治論争の的となったとき、スウェーデン政府

は納税・納税忌避及びそれに関連した刑罰の法律体制を再検討する委員会を任命した。改正案勧告の基礎を準備するために、租税徴集に関する人びとの経験と世論との社会学的調査が、1969年に中央統計局の調査研究機関によって企画された。ここでは、同調査の結果が租税体系と徴税慣行に対して持つ意味を紹介したい。

第1に、現行の租税制度は、納税最小化の機会を不平等にしか与えていない。何故なら、納税最小化又は納税忌避を行うには、かなりの教育が必要だからである。

第2に、納税忌避は極めて普通のことである。申告者のほとんど1/3が脱税を行った経験を有する。こうした結果は、法を守る市民という観念をすっかり変えてしまっている。脱税額とそれを補うのに必要な追加的税額は、重大な大きさに上っている。その結果、正直な納税者にかかる圧力は、もともとは租税体系に満足していた人びと、および少額の脱税機会しかないと思っている人びとの間にさえ、脱税への強い志向を産み出している。もしこういう解釈が可能であるならば、通常政府の政策を支持しているグループの中でさえ、税制に対する不満が広く行きわたっていると考えねばならない。

平等化問題に対して緊密な討論がなされ、しかも、徴税制度の不平等な傾向の原因に一般の人びとが気付いているスウェーデンのような社会では、2つのタイプの脱税が起る。最初のそして重要なタイプは、法律違反の機会を待ち望み、それをつかまえることに専心する。もう1つの二義的なタイプの脱税は、第1のタイプの脱税が多額に上るため必要となる追加的租税負担に対する代償行為を動機としている。税制に対する不満は広く行きわたっている。大多数の人びとは脱税を責めるだろうが、結局多くの人々が代償行為として脱税している。さらに税制にかんするスウェーデン人の議論と徴税者の意見は、この解釈を裏付ける。最近租税関係犯罪に対する罰則が強化された。政府は管理体制を改善し、小規模な税犯罪を行政訴訟として扱うように決定した。それは主要な意図的脱税事件に裁判所が集中できるようにするためである。

第3に調査は、世論形成の過程における教育と情報の重要性を示している。租

税によって賄われる給付と税法や租税規則の技術的根拠をよく理解することが、税制にかんする積極的態度と適切な行動にとって必要な条件である。租税によって賄われる給付に対する不満及び租税負担の分布の仕方と教育とは逆相関している。それ故、ブルーカラー階層は労働党支持であるにも拘らず、税制には最も不満を持っている。

第4に、税制に対する態度や脱税への志向及び実行を決める場合には、グループの支持が或る程度意味を持っている。グループの支持は、より広い範囲にわたる文化の内部に、規準をはづれた下位文化を形成する。調査の結果は税制に対する否定的な態度、脱税に対する肯定的態度、実際の脱税を示している。

しかし、規準をはづれた下位文化の内と外との間に、はっきりした線を引くことはできない。実際、税制に対する回答者の考え方は二面的である。大多数の人々の意向としては、脱税に対して全く否定的である。そして脱税による課税の増大が他の人々に与える影響を指摘している。しかも、大多数の人々は、財政の管理体制の非効率と重税とを受け入れている。ただし、後者は脱税の言いわけになっているのである。74.2%の人がいっているように、脱税は余り通例のことなので、責められるべきではない。脱税を実行している人の多くが、納税にかんして一般の人びとに正義感が欠落していることを指摘している。大部分の人々は、徴税制度が正しく働いていない事実及び多数の人々が脱税している事実を知っている。こういうことが規準を崩壊させていく。人びとは非効率な行政の犠牲であると感じている。

第5に、調査は将来についての推測に用いられ得る。もし第1のタイプの脱税の代償としての第2のタイプの脱税が非常に頻繁に起るならば、新しくより良い管理制度による効率化と、脱税にかんする人びとの見解の変化とが、道徳的崩壊を留めることになるかもしれない。しかし管理制度の改善のチャンスは非常に限られている。

この他にも、調査結果は将来における反道徳的傾向を示している。脱税の頻度はより若い世代で多い。この傾向は同調査において最も顕著である。20～29歳

においては38.8%が脱税している。60～70歳では同じ率が16.5%に下る。これは若い世代が古き良き時代の正直さを失なってしまう、第2のタイプの脱税がより頻繁になっていることを示しているのかもしれない。さらに、より若い世代は一般により高度の教育を受けていて、法律違反の機会をより多くつかむことを可能にしている。

税制の単純化と管理体制の効率化とが望まれるところである。

Joachim Vogel, Taxation and public opinion in Sweden: An Interpretation of Recent Survey Data, National Tax Journal vol. XXVI, No. 4, Dec. 1974, pp. 499-513 より抜萃

(城戸喜子 社会保障研究所)



### 社会保障こぼれ話

## 国民総医療の動向

(アメリカ)

毎年増大を続けているアメリカの保健支出、いふなれば、総医療費は、1974年の概算では、1,000億ドルを超えた。この総額は約10年前に当たる1965年の約2.8倍になっている。この兩年では、1人当り支出は1965年の197.75ドルに対して、1974年には485.36ドルに膨張しており、対GNP比は、それぞれ5.9%と7.7%になっている。また、1974年の1人当り支出は1929年の24倍に当り、対GNP比は約2倍であった。1974年の総医療費の約60%は民間の医療施設を利用したものであり、残りの約40%が公立の医療施設によって提供された医療に対する支出であった。また、総医療費のうち、93.2%が診療や薬剤などの保健サービス提供に対する支出で、残りは研究活動や医療施設の建設などに支出されていた。また、総医療費の中で最大の規模をもつのは、約409億ドルを記録した病院の医療(39.3%)で、医師の診療(18.2%)、薬剤(9.3%)、ナース・ホーム・サービス(7.2%)、歯科医療(6.0%)などが続いており、これらの順位はこの数年間ほぼ同一である。病院医療費は増大を続けているが、この増大は入院の利用と診療の双方に現われている。

前述したように、総医療費の $\frac{1}{2}$ 以上は、私的部門の医療サービスなどに充当されていたが、支出の分類別構成を見れば、私的部門と公的部門に大きな相違が見うけられる。たとえば、私的部門と公的部門を比較すれば、前者では医師の診療(23.0%)、薬剤(14.1%)、歯科医療(9.3%)などの支出が後者(それぞれ、11.0%、1.9%、0.8%)よりかなり大きかった。反対に、公的部門では病院医療(52.4%)やナース・ホーム(9.6%)の支

# 社会政策と平等

Yrjö Paava Häyrynen

(フィンランド)

本稿には、社会政策の異なった発展段階における平等と社会政策の関係について、論述が示されている。

平等は単なる統計的な比較によって、あるいは社会政治上の抽象的概念の観点からだけでは、検討することができない。たとえば、福祉の異なった側面が測定される場合や、あるいは、社会的な各グループ間における指標に現われる社会的な不平等は、むしろ、社会の一般的な不満を示すある症状である。社会政治的活動の目的は不平等の機構を変えることである筈だ。つまり、社会を民主化したり、その仕組みを計画することであり、また、民主化の前提条件を研究することである。

不平等に対する諸科学間の関係を検討する場合に、社会政策は特殊な立場を占めている。色いろな方法で、社会政策は社会生活の不平等に対して採用された各種の異なった発展段階をもっている。大ざっぱにいえば、不平等の問題に対する社会政策の姿勢は、次の3つのカテゴリーに分けることができる。すなわち、これらは、(1) 社会的な欠点と貧しい生活環境の排除を目指す社会政策、(2) 社会——および国——の調整を目的とするように計画された社会政策、および(3) 構造的な民主化を目指す社会政策である。

上述した(1)の段階では、現実の社会的欠点および、主観的に見られるが、国民のうち貧しい環境で生活しているグループに注意が払われている。この段階で

は、社会政策の目標は、これらのグループの生活水準を妥当な最低の水準まで引上げることである。(2)の段階では、社会政策の目標は人的資源と関連づけられ、社会で要求される変化と調整することである。この段階では、社会政策は全般的な社会全体の政策という方向に拡大している。つまり、社会政策の目標は、貧しい環境で生活する人びとに対してだけではなくて、全人口を対象にしている。社会の発達により一層複雑になる場合に、社会政策の領域は他の政策によって、たとえば、健康、教育、人口および地域の政策によって補足される。社会が大幅に分裂したように見えるこの段階では、計画と実施は別々の「政策段階」と「計画論」に分けられることがきわめて多い。この場合に、困難を抜きにしては、市場機構によって世話をすることができないし、また、国民年金、保健および疾病保険のように、全国民をカバーする意図をもったこの段階の社会政策に、国家は責任を負う。

平等に対して社会政策の段階を調整しようとする計画の——また国家の——責任は一体何であろうか？ 計画の活動が増える場合には、社会計画者達は計画とその目的についてある程度の楽観主義を抱いていた。かれらは、計画そのものが社会の発達に合理的な調整をもたらすし、また、増大する生産も全国民の異なった各グループの間に、より多くの平等な分配をもたらすであろうと考えた。しかし、色いろな不平等の研究は、人びとの所得と福祉の格差が同じ状態のままに留まっているということを示した。健康、身体上の福祉、レクリエーションおよび教育の水準のような社会的な生活と福祉について、新しい較差が存在し、それらの社会的な生活や福祉には、地域と所得による不平等が存在していることさえも発見されてきた。

社会政策の第3段階、つまりこれは質的および構造的な社会の政策であるが、この段階における社会政策の目的は、人びとが事実上かれらのニーズを明確に述べることのできる、そして又、かれらの福祉について、目的と条件を決定できる

社会的な構造を発達させることである。これを実現するのは、社会政策だけの内部の事柄もしくは理論にかなする事柄ではなくて、社会の全般的な政治および経済的な発達に関連させるのが当然である。構造的な社会政策への移行は、社会全体の仕組みの調整に注意を払うことである。これは社会政策が平等の諸問題を除こうとするということの意味していない。それは社会政策の伝統的な領域に、——たとえば保健政策に——留まろうとしているのである。生産のもっている現在の発展段階は、管理と統制の仕組みの方向に移る十分な前提条件をすでにもっており、その仕組みでは、人びとのニーズは今日のような状態よりも、より広い基盤から力を与えられるであろう。

Sociaalipolitiikka ja tasa-arvo, Helsinki,  
the Institute of Social Policy of the Uni-  
versity of Helsinki, Publication:4, 1973,  
19pp.

## 生計費による年金の調整

Janet L. Norwood

(アメリカ)

本稿には、生計費の上昇に対して退職年金を調整する通常の消費者物価指数の代りに、退職者物価指数を新しく作り、かつそれを使用するのが望ましいという点について、合衆国労働統計局に所属する消費者物価・物価指数部の部長の示した論述が示されている。公的および私的な年金制度に物価の変化に応じて年金額を調整するエスカレーション条項が増加しているのは、上述したような示唆に対する強力な支持要素となっている。さらに、インフレーション経済の中で年金の購買力を維持する問題は、まことに困難なことである。

現在、消費者物価指数は連邦退職給付制度<sup>1</sup>を含めて、多くの型で用いられる生計費による調整に統計的な道具として用いられている。消費者物価指数はこの目的で使用できる最良の道具であるが、しかし、それは必ずしも年金の調整を組み上げることのできる最良の道具ではない。概念と実施という観点では、退職者に対するある特殊な消費者物価指数は、退職者の事実上の支出を反映させるべきで、また、物価は退職者達が集まって居住する地域で、しかもかれらがより多く利用される店で集められるべきである。

消費者物価指数は1人だけで生活している単身者を含めて、都市の賃金取得者と事務労働者の世帯が購入した商品とサービスについて、ある定められた「バスケット」の物価に生じた変化の測定である。消費者物価指数の基礎として用いる消費者支出調査で、退職者を世帯主とする世帯の支出は、幾つかの点において他のグループの支出と異なる。退職者のグループでは、家庭の調度品、衣類および交通にかなする支出総額の家計費に占める比率は低い、住居、家庭でとった食物および医療にかなする支出総額の比率は高い。医療にかなする支出のうち、高齢者の支出がその他のグループよりも比較的に高いとされる、高齢者の支出が高いという重要性は注意して解釈されなければならない。その理由は、高齢者に対するメディケアの制度が、高齢者の医療支出をかなり減少させているからである。

労働統計局は65歳以上の高齢者が世帯主となっている世帯の消費パターンを考慮して、消費者物価指数のために、主要なグループのレベルですでに集計された資料に再検討したウェイトをかけ、消費者物価指数を再計算した。予想された測定と消費者物価指数の間における相違は、重要でないことが発見された。とくに、高齢者の支出にかなする医療の効果を考慮して、医療のウェイトに調整が施され

た場合には、そのようなことがいえる。

しかし、指数を再計算する方法は、「退職者」指数を提供することができない。そのようなある指数は、指数作成に用いられる人びとの経験全部に関連づけられるべきである。全制度、しかも、指数のウェイトをそのまま使用しない制度は、退職者によって必要とされる消費のユニットに現われる結果を反映させるように組み上げられるべきである。物価は退職者の購入する項目について入手され、また、かれらが利用する店で入手されるべきで、なお、資料は高齢者が高度に集中している地域で集められるべきである。現在の地域サンプリング方式は、高齢者の占める比率の高い地域を含む例がきわめて稀である。

注1 1972年には、この論文に用いた資料以後、社会保障年金に自動的な生計費調整を行なうように、社会保障法が改正された。

Monthly Labor Review, U.S. Department of  
Labor, Vol. 95, No. 6, June 1972.

## より弾力的な年金制度

Halina Worach - Kardos

(ポーランド)

本稿では、筆者は年金年齢の決定に用いるより弾力的な仕組みの考え方について、ポーランドで行なわれている一般的な論議に占めるかの女の立場を論述している。

表を用いて、筆者は世界中で実施される各種の年金制度による年金年齢を概括している。各国のうち若干の国々では、ある可変的な弾力的年金年齢がすでに設けられており、たとえば、チェコスロヴァキアやソ連で採用された。

自動化、機械化、および化学的技術の発達により、動態的な年金年齢に対する必要性は疑う余地もない。動態的ということは、ある一定の決まった年金年齢を用いる代りに、退職の可能なある期間を定めることを意味している。

動態的な年金年齢を設けるには、次の3つの選択が予想される。

- 1 有資格者がどこで、いつ希望するかというより早い退職の可能性をもつ高い年齢を定めることで、つまり、これは「底辺における可変性」である。
- 2 有資格者がどこで、いつ希望するかという退職延期の可能性をもったより低い年齢を定めることで、つまり、これは「頂上における可変性」である。
- 3 両方の可能性を同時に適用するある組合せで、つまり、これは「底辺における」と同様に、「頂上における」可変性である。

現在の社会的な環境では、必要性について討論すべきではなくて、いずれを選ぶかという選択についてのみ論議すべきである。選択は人口、地理、経済および社会の各要素を参照して、それぞれの国がもっている諸条件によって決まるであろう。

最初に示した選択は、強力な肉体的および精神的需要と組合された人的資源の高度な消費を行なう国々にとって、他の方法よりも便利である。経済的な観点からみれば、この方法はむしろ費用が高くなる。2番目の選択は、人的資源の不足している国々にとって、他の方法よりも望ましいだろう。その方法は高度な水準をもつ熟練労働者に、かれらの活動する生活を長く延長させることができる。3



番目の選択はある総合的な方法である。この方法は社会のもっているニーズのすべてを、最もよく満しているもので、したがって、一般的に実施されるべきである。この方法は労働者の健康と疲労に対する当人の状況とともに、労働者のそれぞれがもっている能力を十分に考慮している。

人びとが当人の生涯のうちどの年に、経済活動をするができなくなるまで労働能力を喪失するかについて、まだ正確に決定できないので、この点からも年金年齢の変性は必要とされる。老齢化の進行はきわめて個人的なものであり、しかも、多くの諸要因による。

以下の結論を示すことができるだろう。

- 1 近代的な年金制度は、有資格者が退職を希望するかどうか、また、いつそれを希望するかについて、当人による自由な選択にもとづき、退職を延期するとともに早めることも可能にして、動態的な年金年齢の可能性を用意すべきである。
- 2 各人による決定は年金年齢以前、もしくはその年齢の到達時に行なうことができるようにすべきである。

年金制度に選ぶことのできる選択は、それぞれの国における社会的および経済的な状況、とくに、労働市場の状況を考慮すべきである。

- 3 早期退職の可能性は、とくに、困難なしかも骨の折れる労働に対して利用させるべきである。
- 4 動態的な退職の採用とともに併せて、雇用から漸進的に次第に引退する退職の基本原則も採用されるべきである。
- 5 動態的退職制度は、退職の決定が有資格者の自由な意思だけによるもので

あることを条件とするときにのみ、制度のもっている社会的役割を満すであろう。

W sprawie uelastycznienie systemu emerytalnego, Praca: zabezpieczenie społeczne, No. 6, 1972, pp.1 - 11; No. 124, '72 / 73.

## 母親手当の概念と問題点

Max Wingen

(西ドイツ)

本稿には、母親手当にかんするMarie Schulte-Langforthの論述が示されており、当人の提出した考え方は、その手当のもつより重要な側面が説明されており、またこの手当に関連して生れる各種の諸問題が論述されている。

家庭から外に出て、賃金を支払われる雇用に就いている女子が、ある所定の年齢以下の幼ない子供を育てており、雇用を一時的に離れる期間に対して、ある特殊な財政的な補償を支払うという考えは、基本的には新しいものではない。

Marie Schulte-Langforthはとくにこの分野で詳細な研究を行ない、その研究では、当人は統計資料、および社会学、人類学、心理学、精神医学および医学の科学的な訓練から得た知識を注意深く活用している。

かの女は、母親がきわめて短かいパートタイムの労働よりもより多くの時間を家庭の外で雇用されている場合に、3歳未満の子供が傷つけられるし、しかも、母親がこの二重の仕事により過重な負担を蒙むるといった結論に到達した。かの女

は、これ以上遅らせることなく効果的な手段を用いることにより、これらの危険と不利益に対処するのが国家の責任であるという意見をもっている。

母親手当に対するかの女の提案は、8つの点に要約される。それらの最も重要な部分は次の通りである。

— 母親手当は母親が家庭から外に出て雇用に就いていないことを条件とし、子供の3回目の誕生日まで支払われるべきである。

— 母親手当の支給額は従来の純収入、もしくは母親のうけた教育や訓練の水準にもとづいて決定されるべきである。

— 母親手当の支給はある所得制限と関連づけられるべきである。

— 連邦政府によって調達される支出をカバーするには、被扶養の子供をもっていない夫婦の場合に、婚姻した夫婦に対する租税の「分割」を除くべきである。

討論を必要とするこれらの提案から生れる諸問題は、次のように要約される。

まず、所得制限とリンクされる母親手当の制限は、母親でありながら就労する若い女性の労働が、経済的に承認されるべきだという平等に正当な根拠を与えられた考え方で、いかにして調和させられるかという問題がある。

他の問題は夫と妻の間における労働の分担と関連して生ずる。恐らく、子供を世話したり、また育てることはある程度父親と母親の間で分けられるし、その結果、それぞれの収入に重要性をもつのであろう。

さらに重要な問題が、母親手当の財源調達に関連して姿を現わす。租税による児童への手当に支給資格を取得できない夫婦に、租税「分割」を除く提案が、憲

法にもとづく批判に耐え得るかどうかは疑問である。

その外に、討論を必要とする多数の問題がある。

結論では、母親手当の概念ができるだけ早く実現されるべきである。この概念はすでに最近児童福祉事務所のサークルで取上げられてきた。

Ein Muttergeld-Konzept und seine Problematik, Zeitschrift für Sozialreform, 17th Year, No. 5, 1971, pp. 268-280:  
No. 132, '72 / 73.

## 新らしい家族手当の構想

Mrmand Steels

(ベルギー)

本稿には、幼稚園、託児所および同様な施設のように、集団的な社会施設の設置により、現金で家族手当を支給する制度を補足する必要性が論述されている。また、これに関連する対策として、ベルギーおよびEC諸国のうち、大部分の国々において採用されてきた色いろな手段の再検討が示されている。

ベルギーでは、家族手当は1915年に採用され、1915年と1929年の間には、その制度は私的な管理・運営が行なわれていた。この時期に、幾つかの法案が国会に提出され、それらの法案は全被用者に家族手当を支払う制度を設けさせた1930年8月4日の法律を通過させた。1970年以後、その制度は年間約300億フランを支払っている。

しかし、制度の管理者がもっている関心は、近代的な生活の環境に従来よりもより一層よく家族給付を適応させることであり、しかも、とくに、児童に調和のとれた心理的な成長をさせる集団的な社会的サービスを促進することによって、家族給付を適応させることに関心がある。この関心事はECの加盟国を含むある国々で現在実施されている制度の管理者に共通のもので、また、一般的にいえば、その関心事は子供の世話と養育によって生ずる諸問題が、家族手当の支給率をより多くするよりも、より適切な手段に対する探求を正当化するという観点にたつものである。これに関連して、大部分のEC諸国、アメリカ合衆国およびカナダでは、各種の法律的なまたその他の手段が採用されてきたし、そのようなサービスは全国レベルによりまたは地方レベルの公的な機関、あるいは、私的な組織が企業により、また最後の例としては、社会保障の管理機関によるかのいずれかによって提供されるということができる。

現在、少なくともベルギーにおいては家族手当制度はなんらの問題も生じていないので、したがって、全国被用者家族手当事務所は幼稚園と託児所の設立に対して、財政的に寄与することができる。

従来、雇用されている大多数の婦人達は、未婚もしくは独立した人びとであったが、しかし、現在では、家庭の外に出て働く既婚婦人の数が絶えず増加しているので、心理的および経済的な両面において、子供の世話にかんする諸問題は早急な解決を求めており、しかも、勤労婦人が経済と生産性の理由から子供の人数を制限すべきであるというのは望ましくないもので、より一層解決が急がれるべきである。

1967年に、2カ所の都市地域と1カ所の農村地域でLiège大学の社会学研究所によって実施され、かつ大学卒業の学位をもつ女子、ソシアル・ワーカー、看護婦もしくは教師に限定された調査は、設立を必要とする「理想的な」幼稚園も

しくは託児所が十分な設備を用意され、有能かつ良心的なしっかりした職員をもち、また働く場所に設置されているべきであるということを示した。面接された人びとも、夕方遅くまた朝早く幼児学校や小学校に昼間の子供部屋を作って欲しいと考えていた。子供のレジャーについて、かれらは水曜日と土曜日の学校の休日に対し、よく計画された若い人びとのセンターを欲しがっているようである。最後に、ある人びとは予期せざる休日の折に病気の子供、もしくは健康な子供を受け容れる「緊急センター」の創設を希望していると述べている。

さらに、Free University of Brussel の Guy Spitaels により、1967年に実施された調査によれば、使用者団体と労働組合団体の間では、面接された人びとの66.7%が直ちに幼稚園を設けて欲しいと述べ、13.3%がかなり遠い将来にそれらの施設を設けると希望しているが、これらに対して、20%は家族手当の増額を選んでいる。

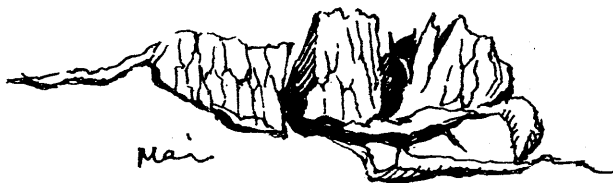
筆者は集団的な社会的施設の点で現存する資源を要約し、またそれらの施設がいかに機能し、いかに監督され、さらに、子供の収容にどのような条件があるかを示す表を作り上げている。

最後に、筆者は1960年7月19日付のRoyal Decree によって承認が行なわれた家族援助サービスについて長々と強調し、また、他の色いろな事柄の中でも、被用者の家族に対する設備とサービスの財源を調達するために、集団施設・サービス基金をベルギー全国被用者家族手当事務所に創設することを規定する法案の採用に言及している。その基金は上述した全国被用者家族手当事務所の運営委員会により管理されることになるだろう。

Perspectives de nouvelles prestations familiales, Revue  
Belge de sécurité sociale, November-December 1972,  
 PP. 1391 - 1451; No. 136, '72 / 73.

(以上5編の「ISSA海外論文要約より」は、社会保障研究所の要請に対するISSAのAdvisory Committee — 1967年10月 — による了解にもとづき、Social Security Abstractsより採用した)。

(平石長久 社会保障研究所)



出が私的部門をかなり上まわっている。ちなみに、研究や建設などの支出では、公的部門は私的部門とほぼ同一金額の支出規模になっているが、分類別の構成は前者の比率は後者の約2倍になっていた。なお、私的部門の支出は医療を利用した人びとが約92%を賄っていたことになり、公的部門の支出は連邦政府が約68%を負担し、残りを州と自治体が調達していた。もっとも、私的部門では、政府の公的保健サービスやその他の保健サービスに対する活動、および研究や建設などに、利用者はなんら財源を直接的に負担していない。

ところで、1960年度の中頃から、保健支出は急速に増大しており、1965年以後の9年間では、平均11%で毎年増大を続け、前述したように、1974年には1,000億ドルの線を超えてしまった。これらの増大には、色いろな要因が考えられるが、正確にどの部分で増大が生じたという特定の部分を指摘するのは困難で、各種の要因がからみ合っている。インフレーションによる費用の増大は、疑う余地もないところであるが、しかし、費用の増大について、純粋にインフレーションによる部分だけを切離して指摘するのは、きわめて困難である。設備や薬剤などの分野における技術的な進歩とか、医療処置の改善も費用の増大を招いている。また、これら以外に、人口の増加や、需要と供給の双方による変化によって生じた1人当りの利用増加も、費用を増大させている。

Nancy L. Worthington, National Health Expenditures,  
 1929 - 74, Social Security Bulletin, Vol. 38, No. 2,  
 Feb. 1975, pp. 3 - 20.

(平石長久 社会保障研究所)

# アジア諸国の社会保障

健康保険組合連合会 一 圓 光 弥

1974年10月に、国際社会保障協会(ISSA)のアジア・オセアニア地域円卓会議がフィリピンで開かれた。会議のテーマは同地域の医療保障の組織についてであった。この会議に出席する機会を得、またその際アジアの社会保障に関する若干の資料も入手できたので紹介したい。

## I

アジア・オセアニア地域の中にはオーストラリアや日本のような先進国もあるが、ほとんどは発展途上国であって、発展途上国の社会保障は先進諸国のそれと比べれば歴史も浅く、適用対象人口も少なく未成熟である。ところでこの未成熟という意味には二つの側面があるように思われる。

一つは、より完備した先進諸国の社会保障と比較して発展途上国の社会保障の水準が低いということである。これは発展途上国の経済的・社会的基盤を考慮にいれるならば容易に理解できることである。そもそも社会保障は近代的な産業労働人口の存在を前提として生れたものである。したがって、工業化の度合が低く、前近代的な社会機構を根強く残している農村人口の多い発展途上国において近代的な社会保障の仕組をそだてる基盤が弱いのは当然である。

未成熟であるということの他の側面は、以上のような社会保障の発展を制約する条件にもかかわらず、発展途上国の社会保障は急速な発展の途上にあるということである。アジアの発展途上国で社会保障が導入されたのは1950年代以降であ

ると考えてよいが、それ以降各国で各分野にわたって社会保障が導入されまた拡張されてきた。その発展の速度は、先進諸国における社会保障の長い歴史と比べれば、比較にならないほど速いといえる。そして現在も、これらの国々の社会保障は大きく変化し続けている。

このような変化と発展がどのような形でおさまるかを予想することはできないが、少なくとも労働者の自主的な相互扶助組織の上にいわば自生的に発展してきた先進諸国の社会保障とは異なるものになることは確かであろう。

## II

アジア地域の社会保障が発展の途上にあると言っても、その発展の程度を明らかにすることは容易ではない。ワダワン氏は、アジア・オセアニア諸国の社会保障の発展状況を次のようにまとめている(S.K.Wadhawan, *Development of Social Security in Asia and Oceania, International Social Security Review, Year XXV, No. 4, 1972*)。

第1には社会保障の先進国がある。オーストラリア、日本、ニュージーランドとソ連がこの中に含まれる。イスラエルもほぼこのグループの状態に到達していると考えられる。これらの国々では、老齢・疾病・労災・失業の諸給付および家族手当の全分野で、ほとんど全国民を対象とする社会保障が完備している。

第2のグループには、社会保険の経験が比較的長く、これらの社会保険を中心として、ほとんどの被用労働人口を対象とする社会保障を完備しつつある国々が入る。ビルマ、インド、イラン、レバノン、フィリピン、トルコなどがこのグループに入る。

第3のグループには、アフガニスタン、インドネシア、韓国、マレーシア、パキスタン、スリランカ、シリア、タイ、ベトナムなどが含まれる。社会保険の導入が検討されている国々である。

ワダワン氏のこの分類は、一時点をとって社会保険の存否を調べ、それをもと

に各国の発展状況を区別したものであった。

これに対し、社会保障の経験年数をもとにその発展度を指数化したものが、平、キルビー両氏によって紹介されている (K. Taira, P. Kilby, Differences in Social Security Development in Selected Countries, International Social Security Review, Year XXII, No. 2, 1969)。この方法に基づいて資料の得やすいいくつかの国々の社会保障発展指数を示したのが表1-1の①欄である。経験年数

表1-1

	第1グループ			第2グループ					第3グループ					(資料)	
	オーストラリア	日本	イスラエル	イラ	イ	フィリピン	トルコ	ビ	マレーシア	パキスタン	スリランカ	インドネシア	韓国		タイ
① 社会保障の経験年数一九七〇年	老令・廃疾死亡給付	62	29	17	17	18	16	21	0	19	0	12	0	0	0
	疾病・出産給付	58	48	17	21	22	18	25	16	0	8	0	13	7	0
	労働災害給付	68	59	44	34	47	43	25	47	41	47	36	31	17	14
	失業給付	26	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	家族手当	29	0	11	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	243	159	89	89	87	77	71	63	60	55	48	44	24	14

の算定には、おのおのの分野で最初に関係法が制定されてから1970年までの年数を用い、その資料には、『世界各国の社会保障, 1973年』(U. S. Dept. of H., E., and W., Social Security throughout the World, 1973, 資料A)を用いた。経験年数の多い国からならべてみると、ワダワソンの三段階分類と矛盾するところがなかった。またこの指数をみて気付く点は、第1グループのオーストラリアや日本とその他の国々との間にはかなりの差が認められるのに対し、その他の発展途上国の社会保障の経験年数の差には極端な段差がなく、な

だらかな線を示していることである。これは、第2グループから第1グループに移るには質的な変化を必要とするが、第3グループから第2グループへの移行は継続的で、両者の間には必ずしも質的な差がないことを示しているように思われる。このことはまた、若干古い資料になるが、表1-2の③欄の、GNPに占る社会保障総支出の割合にも認められる(国際労働事務局, 社会保障研究所『社会保障の費用, 1964~1966』, 昭和48年, 資料D)。すなわち第1グループとその他

表1-2

	第1グループ			第2グループ				第3グループ					(資料)	
	オーストラリア	日本	イスラエル	イラ	イ	フィリピン	トルコ	ビ	マレーシア	パキスタン	スリランカ	インドネシア		韓国
② 1人当り国民所得1970年(米ドル)	2629	1638	1636	334	86	211	348	75	309	132	160	89	230	176
③ GNPに対する社会保障支出, 1965-66年(%)	8.2	5.8	6.6	---	1.7	---	1.7	0.9	3.0	0.5	3.6	---	---	---
④ 社会保障に占める公的保健サービス, 1965-66年(%)	16.0	9.7	22.9	82.3	70.4	84.6	18.5	90.3	76.7	86.4	95.4	---	---	---
⑤ 社会保障収入に占める公費, 1965-66年(%)	74.1	32.3	32.9	---	29.7	---	5.3	87.4	30.3	44.9	55.6	---	---	---
⑥ 社会保障収入に占める事業主拠出, 1965-66年(%)	12.0	30.3	28.0	---	33.1	---	44.9	9.5	33.4	55.1	28.3	---	---	---
⑦ 都市人口の割合(%) 1970年	83	54	77	39	20	35	37	19	47	16	20	18	39	19
⑧ 労働人口に占める雇用の割合(%)	*5	*8	*9	*5	*2	*8	*4	---	*6	*6	*3	*4	*9	*1
⑨ 1病床当り人口	*7	*8	*9	*9	*6	*7	*9	*9	*8	*6	*7	*9	*9	*8
⑩ 1医師当り人口	*7	*8	*9	*9	*6	*7	*9	*9	*8	*6	*7	*9	*9	*8

\* 1 1960年, \* 2 1961年, \* 3 1963年, \* 4 1965年, \* 5 1966年, \* 6 1968年, \* 7 1969年, \* 8 1970年, \* 9 1971年。

の国々との間には大きな差が認められるが、発展途上国の間では、社会保障の経験年数と相関関係はない。換言すれば、社会保障の経験年数によるこの指標は、先進諸国と発展途上国との社会保障の格差は示しえても、発展途上国相互間の社会保障の発展度を適格に反映しているとはいえない。

このように社会保障の歴史の長短は、社会保障の育成と発展を促進する条件の一つではあっても、決して発展途上国における社会保障の適用範囲の広さや、規模の大きさを説明するものではない。このことはまた、これらの国々の社会保障

が自生的な発展の道をたどるものではないこと、多少の差はあれ本格的な社会保障の出発点にあることを示しているように思われる。

III

ここで発展途上国の社会保障の制度的な特徴を見てみることにする。表1-1の①欄でも明らかのように、最も歴史も古く適用度の高い分野は労災部門である。これに続いて短期給付である疾病給付や出産給付部門が古く、老齢・廃疾・遺族等の長期給付部門の歴史が浅い。また短期給付ではあるが失業保険を採用している国が全くなく、家族手当もイスラエルとイランの例外を除いて採用されている国はない。

これとは逆に発展途上国では、社会保障に占める公的保健サービスの割合が圧倒的に高くなっている。表1-2の④欄(前掲『世界各国における社会保障の費用』)に見るように、比較的医療保険が発達しているトルコを除いて、この割合は70~95%の間に位置している。第1グループとの差は顕著である。

IV

次に社会保障の仕組としてどのような方式がこれらの国々で採用されているかを見てみたい。ILOの社会保障に関するアジア地域のアドバイザーであるトムソン氏は、この地域の社会保障の仕組として次の4方式をあげている(K. Tompson, Social Security in Asia; Effectiveness and Shortcomings of Various Types of Social Security Measures Adopted by Developing Countries in Asia, prepared for Asian Regional Seminar on Social Security, National Economy and Planning, Manila, 1974, 資料E)

一つは雇主責任制度であり、労働法規等によって雇主にその労働者の保護を義務づけるものである。第二にはプロビダント・ファンド制度があげられる。この

制度も職域を中心に組織され、老後や廃疾、死亡に備えて労働期間中に賃金の一部を貯蓄する制度である。第三は個々の危険をプールすることで所得の喪失に備える社会保険制度である。最後の一つは拠出にもとづかず、従って財源を公費に依存する社会扶助、保健サービス等の制度である。

V

雇主責任制度は、労働災害や疾病、出産給付など短期給付部門にしばしば採用され、政府当局としてもその採用が容易であることから、他の方式に比べその歴史は古いようである。この制度で労災給付を支給している国々には、表2の①欄の通り、ビルマ、インド、インドネシア、マレーシア、パキスタン、フィリピン、韓国、スリランカ、タイなどがある。

表 2 (1973年)

	第1グループ			第2グループ			第3グループ					(資料)		
	オーストラリア	日本	イスラエル	イラン	インド	フィリピン	トルコ	ビルマ	マレーシア	パキスタン	スリランカ		インドネシア	韓国
① 労災給付	雇	社	社	社	社	雇	社	社	雇	雇	雇	雇	雇	雇
労災医療給付	雇	社	社	社	社	雇	社	社	雇	雇	雇	雇	雇	雇
老齢年金(一時金)	扶	社	社	社	フ	社	社	...	フ	フ	...	...	...	...
② 廃疾年金(一時金)	扶	社	...	社	フ	社	社	...	社	フ	...	...	...	...
遺族年金(死亡一時金)	扶	社	社	社	フ	社	社	...	フ	フ	...	...	...	...
疾病給付(傷手)	扶	社	...	社	社	社	社	雇	...	社	...	任意社	...	雇
③ 出産給付	扶	社	社	社	社	雇	社	社	雇	社	...	任意社	...	雇
死亡一時金	...	社	...	...	...	...	社	...	...	社	...	...	...	...
④ 医療給付	扶	社	...	社	社	社	社	社	サ	社	...	任意社	...	社
⑤ 失業給付	扶	社	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
⑥ 家族手当	扶	社	社	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

(注) 雇一雇主責任制度、フーフロビダント・ファンド制度、社一社会保険、扶一社会扶助、サー保健サービス制度

オーストラリアや韓国のように、雇主に保険への加入を義務づけ、労働者の保護機能を高めている国もあるが、他は雇主が直接労災時に給付している。

この制度で疾病給付（傷病手当金）を支給している国にはビルマがあり、出産手当金はインド、マレーシア、フィリピン等で支給している。この他インドやイランのように、雇主に離職者への一時金の支払を義務づけている国もある。

実施が容易であるという利点を除けば、この制度には問題が多い。それはこの制度の運営が、雇主の負担能力に直接依存しているからで、小規模事業所等では特に雇主の弱い負担能力が給付に大きな影響を与えている。多くの場合雇主は定められた給付を支給せず、また支給する場合でもそれが事故の発生から数カ月も1年も後になっているとのことである。これに対し労働者も、複雑な制度に対する無知や雇主に対する立場の弱さから、給付の請求をしないことが多い。公的機関による監督も個々の事例にまでは及ばず、制度の有効な実施が妨げられているようである。一般に社会保険に比べて給付期間が短いのも特徴である。

このようなこの制度の欠陥から、この制度にかえて、社会保険を導入、発展させようとする努力もなされている。表2の①欄の通りそうした転換を実施に移している国々には、ビルマ、インド、マレーシア、パキスタン、タイの4カ国がある。

## VI

プロビダント・ファンド制度とは、老齢、廃疾、死亡等の事由に備えて、就労期間中に賃金の一部を積立てる制度で、財政破綻の危険がない上、政府にとって実施が容易であるため、歴史も比較的長く、インド、マレーシア、スリランカなどの発展途上国で採用されている。

給付はインドの場合を除いて、一時金で、本人（又は雇主）の積立金総額に利子を加えた額が支払われている。社会保険による年金制度が老齢年金、廃疾年金、遺族年金など、受給者のノードに応じて長期間にわたって年金を支給するのに対し、この制度では本人の積立実績に応じた一時金が支払われ、所得能力を失なっ

た人々の保護という点で大きな限界がある。またこの制度では積立金の一部または全部を、上に述べた事由以外の目的で中途に引き出すことが一般に認められており、これがこの制度の欠陥を一層大きなものにしていく。

こうした欠陥を是正し、プロビダント・ファンド制度の保障機能を強化している例として、1971年から発足したインドの家族年金制度があげられる。これは本人が死亡した場合にその家族に年金を支払う制度で、それまでの一時金一本のプロビダント・ファンド制度に追加する形で生れた制度である。この制度に長期的な年金給付を導入したことで注目されている。

## VII

労災や老後などによる所得の喪失から人々を保護するためには、個々のリスクと費用を社会的にプールする社会保険の仕組が、雇主責任制度やプロビダント・ファンド制度より勝れていることは以上の説明からも明らかであろう。発展途上国の多くが社会保険の導入と発展に努力しているのも当然であろう。

社会保険の採用状況を表2で見ると、②欄の長期給付部門では社会保険をとる国は少なく、イラン、フィリピン、トルコの3カ国に限られていることに気付くであろう。これに対して①欄の短期給付部門ではここに掲げた半数以上の国々が社会保険を採用している。

ただ注意しなければならないのは、社会保険が採用されていることが、その国の多くの国民が社会保険の適用を受けていることを意味しない点である。表1-2の⑦欄と⑧欄に、都市人口の割合（国際連合統計局編、善濃部翻訳監修『世界統計年鑑（1972）』、Vol. 24、原書房、昭和48年、資料B）と、労働人口に占める雇用者数の割合（国際労働事務局『1972年版国際労働経済統計年鑑』、日本ILO協会、昭和48年、資料C）とを示しておいたが、一般に都市の雇用労働者が全体としての人口にしめる割合が低く、逆に農村人口が多いのが発展途上国の特徴である。さらに雇用者の多くが小規模事業所で就労しており、社会保険が適用されている人口は、一般に雇用者のうちのごく一部にすぎないのである。表1-1の①欄の社会



保障の経験年数を示す指標が、必ずしもその国の社会保障費の規模を反映しなかった主な原因の一つはこの点にあるといえよう。

このような適用対象範囲の狭さを反映して、発展途上国の社会保険には一般に公費負担がないのが特徴である。インドやビルマの社会保険に公費負担があるのはむしろ例外に属するといってもよい。ただし新しく制度を導入する際に国が財政的な援助をすることは少なくないようである。

社会保険がごく限られた人々を対象としていることが、全体としての国民の福祉に弊害をもたらしかねないという点で、特に注意しなければならないのは医療保険であろう。表1-2の⑨欄と⑩欄に1病床当り人口と、医師1人当り人口とを掲げておいたが(前掲『世界統計年鑑(1972)』), それらの数字に端的にあらわれているように、発展途上国の医療施設と医療従事者は絶対的に不足している。しかもこれらの数字は全国平均であって、農村部における医療資源の不足は一層深刻である。国民医療を確保する上で医療資源の適正配置と有効利用を図ることは先進国以上に重要であろう。医療保険の実施と拡大が、それでなくても比較的恵まれている都市の雇用者層への医療資源の集中をもたらすとすれば、これは国民医療を阻害することになりかねない。全体としての国の保健政策との連携が強く要請される部門である。

発展途上国の医療保険の特徴は、フィリピンや韓国の例を除いて、一般に医療給付が公的医療施設を通じて現物支給されていることにある。この公的医療施設には社会保険機関そのものの管理・運営する施設も多く含まれている。医療供給基盤の脆弱な発展途上国においては、需要側の社会化のみを進めることは実質的な医療保障にならず、需要の社会化と供給の社会化とが不可分の関係になっていることの現われであると考えられる。

## VII

第4番目の制度は無拠出給付制度である。この範囲に入るものの中で、発展途上国にとって最も重要なのは保健サービス制度であろう。表1-2の④欄でも明

らかなように、発展途上国の社会保障費に占める公的保健サービス費の割合は圧倒的であるといえる。ビルマ、インド、マレーシア、パキスタン、スリランカ、タイ等で保健サービスが制度化されており、無料または若干の一部負担により、国民に医療が提供されている。

社会扶助制度としては、天災罹災者に若干の見舞金を支払っている国、あるいはより積極的に困窮している病人や老人あるいは障害者を対象とする公的扶助制度を持つスリランカのような国もある。いずれにせよ扶助水準は低く、受給率も低いといわれている。

このように現在ある社会保障の各仕組を検討すると、一般に社会保険の優位性が結論づけられそうである。しかしながら、社会保険の仕組によりカバーされる人口は結局雇用者に限られ、人口の多数をしめる農村人口は取り残されることになる。発展途上国では、今後とも、社会保障費にしめる社会保険給付支出が中心になることは当然なのではないであろうか。とすれば、公的保健サービスのような、国による直接給付制度(福祉制度)のしめる割合は決して縮小しないのではないだろうか。発展途上国の社会保障の将来はむしろこうした部門の発展に大きく依存するようになる。

# マニラの五日間

—ISSA, アジア・オセアニア円卓会議から—

トピー健康保険組合 島村彌蔓

## I

「健保連の推薦で健保関係の国際会議に出席してみませんか。」と健康保険組合連合会東京支部から勧誘を受けた。

一健保組合の理事長の職を汚してはいるものの、仕事といえば日常目先きなことばかり、政策立案に参画したことなど一切無いのだから、その任でないことは自明。一応も二応もご辞退した。

しかし、ついでにいろいろ伺ってみた——

国際会議というのはISSA（国際社会保障協会）の会議で、正式に言うと、「アジア・オセアニア地域諸国における医療組織に関する円卓会議」、10月14日から18日まで5日間マニラで開催されるとのこと。

ご承知のように、ISSAは社会保障に関する自主的国際団体であるが、ILO（国際労働機関）が事務的に協力することになっており、ジュネヴァに本部が在り、「社会保障の技術および管理上の改善を通じてその維持および発展を図るために、国際水準において協力すること」（社会保障年鑑1974年）を目的としている。そのために、各種専門委員会のほか、随時諸種の国際会議、セミナー等を開催し、技術および経験の交換比較、技術的相互援助等の活動を行っている。

会員は社会保障を管理する政府部局ならびに各種団体中央会ないし連合会より成り、正会員、準会員に分れ、わが国からは、正会員として社会保険庁、労働省、

健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、厚生年金基金連合会、国鉄共済組合の6機関団体、準会員として社会保障研究所、財団法人船員保険会、社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生団の4団体が加入している。

随時開催される国際会議は目的、議題、開催地を異にし、たとえば1972年11月にウィエナで第2回社会保障調査会議が、1973年3月にアフリカ・トーゴ共和国でアフリカにおけるフランス語使用国社会保障機関長シンポジウムが開催された、というふうである。

## II

今回参加招請に応じた厚生省関係からは田中保険局医療課長、健保連から社会保障研究室一園氏、および組合代表とでもいった形で、私が参加することになった。

戦時中応召してマレー半島、シンガポールには行ったが、フィリピンは未知の地であったことも参加を決心した原因であった。

雨の羽田を出発して4時間で午後3時半（現地時刻）マニラ国際空港着陸（時差1時間遅れ）。南国の陽がキラキラ輝いていた。10月は雨季の終る季節なのだが、まだ完全には終わっておらず、台風の去った直後だと言う。

狭い空港ビルには送迎客が文字通り溢れており、ビルの外もお祭騒ぎのような物凄い人出である。縫うようにして出迎のフィリピン政府の係官の案内で飛行場の一角に新築間もないホテル「フィリピンの村」に投宿した。

係官は「ジャパンが遅いので心配していた。搭乗便の通知がないので朝から張込んでいた」と言う。実は出迎を予期していなかったのが、搭乗便の通知をしなかったのである。東京出発直前ではあるが、ホテル名の通知を受けたので、勝手に行くつもりであった。フィリピン人はなかなか親切なところがあるのだそうであるが、連絡不十分とか些か独断的なやり方が時にありがた迷惑と受取られることもあるようである。

さて、話によると、参加国代表は殆んど全員既に到着していて、皆同じホテルに部屋を割当てられている由。フィリピンの接待係も同宿。あとで判ったが、なるほど、連絡、輸送、警備等あらゆる点からしてひと纏めの方が便利というわけであろう。

マニラ市郊外のホテルから会議場までは北方約20キロ。警察の護衛車の先導で、我々代表のマイクロバスや役員、事務局の車が10台ばかりえんえん連なってノンストップの行進である。ちょうど朝夕のラッシュアワーにぶつかるのであるが、一般車は「止まれ」を喰って立ち往生。少し気の毒であった。この特別通行措置は昼食や晩餐会場、見学行など一切の送迎の場合にとられたのであった。

会議場は、マニラ市中心からは東方約10キロの新首都ケソン市の中心に在るSSSビル二階の国際会議場「ラモン・マグサイサイ・ホール」である。

ケソン市はつとに1940年フィリピンの首府とされていたのであるが、人々が知ったのはここ数年のことだそうである。まだ建設途中で、将来首都の中心点として計画されている地点には雄大な通称「ケソン記念塔」がそびえていて、現在はそのまわりに若干の政府関係の建物が建っているだけ。戦時中および戦後米軍の施設が設置されていたと言うが、それも今は撤収され、跡は茫々たる草っ原のままである。そういうなかにポツとこの十数階建のSSSビルが遙かかなたからでも望見できた。

会議参加国はABC順に、オーストラリア、ホンコン、インドネシア、イラン、日本、韓国、マレーシア、パキスタン、フィリピン、スリランカの10カ国の予定であったが、パキスタンおよびスリランカは代表派遣が実現せず、結局8カ国の代表12名であった。日本の3名を始めインドネシア、マレーシアは複数名の代表が派遣された。

アジア・オセアニア地域諸国としてISSA連絡員事務所設置国名を列記すれば、オーストラリア、ビルマ、スリランカ、フィジー、インド、インドネシア、イラン、イラク、イスラエル、日本、マレーシア、ニュージーランド、パキスタン、フィリピン、シリア、トルコ、ソ連の17カ国を数え、これらの諸国の機関は

会員であるが、中国、台湾、北朝鮮は加入しておらず、また韓国(準会員)、レバノン(正会員)および南ベトナム(正会員)には連絡員事務所はない。

### III

さて、開会式に先立ち、正面玄関前で参加各国の国旗掲揚式が厳粛に執り行われた。各国代表が旗綱を手繰り、これにフィリピン大学生予備役将校訓練隊員1名、G S I S女子従業員1名が付添い、警察音楽隊の伴奏でSSS両性合唱団が各国の国歌を斉唱する。この間配備の警察隊員は挙手注目の礼である。

私は日本軍占領中行われたであろうこの種の行事を想像し、また戦中戦後の反日感情を思出し、まわりの見物人(SSSに所用で出入りする)からブーブーといった罵声がかかるのではないかという想念が一瞬脳裡をかすめたことであった。

しかし、日の丸は折からの風に軽くはためき、南国の大気はむしろ爽やかでさえあった。

このあと会議場に入り、まずフィリピン国歌の大合唱(傍聴人多数)で開会式が始められた。

すべてこの種の行事は、再建に努力中のこの国として当然に、国家的に荘重な性質のものであった。

会議場は通常この種の国際会議場の形で、馬蹄形の代表用テーブルがあり、一方に議長団用高壇、その反対側は二階で傍聴席になっている。各国の国旗は壁ぎわに立てられた。なかなか広い議場で、500名ぐらゐは悠に収容できると見られた。

さて、この会議は各国の経験の比較、情報の交換を主な目的とする「円卓会議」なので、報告者の報告が終ると、それに関し質問応答ないし討議が行われる。毎日午前1報告、午後1報告という次第で行われた。

午前は9時より1時間、午後は2時より1時間の報告。10時、3時から約30分間「コーヒー・ブレイク」と称する休憩があり、議場外のロビーでコーヒー、紅茶、ジュースにサンドイッチ、ケーキのサービスがある。このときいわゆる「ロビー

イング」が行われる。各国代表は毎回同じような顔触れらしく、「やあやあ」と旧交を温める。そこにゆくと日本の出席者は毎回異なるので、「まことに話話しにくい」とのことであった。

我々はめいめいできるだけ相手をつかまえて話を交わしたが、相手としては、再会の機会が無いとなれば、物足りないという感じも抱くであろう。何しろ、日本の情報を得たがっていること甚だしいものがあるのだから。

現に、アジア・オセアニア地域事務所（在ニューデリー）主任であるインド人のワダワン氏の如きは、健保連その他に知己が多いせいもあって、この種の会議を近く日本で開催してほしい旨しきりに訴願していた。これは他の代表達も同じであった。

従来日本の情報が与えられなかった筈はないと思うが、今回我々の携行領布した資料が大歓迎され、部数が不足したのも事実であった。

しかし、後述するように、今回のこのような主催国の準備を見ると、資金的にも時間的にも要員的にも大変な仕事であり、特に日本で開催するとなれば各国の期待も大きいだろうから、なおさら大行事とならざるをえまい。敬して遠避けていると勘ぐられても、やむをえぬ点がある。

とにかく、「ロビーイング」なるものはこの種の国際会議に付き物で、無くても大勢に影響はないが、あれば慣習的に華を添え、むしろ実質的に効果を上げるといった性質のものであろう。

こんなこともあった——

I S S Aの企画調査部長のリス氏が休憩時間に田中課長の許にやって来て、しきりに耳打ちしている。あとで田中課長に訊いたら、本年I S S A事務総長の改選があるそうで、立候補するのでその事前工作として、日本のI S S A評議員に諒解方よろしく頼むということであったそうである。なかなかの策士で、一部にはとかくの批判もあるとか、尚のこと根廻しが必要というわけであった。

#### IV

さて、会議の報告、討議の内容については、健保連機関誌「健康保険」12月号、1月号に我々の報告として掲載され、また本誌（「解説」）にも一圖氏が紹介しておられるので、ここには省略させていただく。

ただ、私の印象に強く残っている問題は、医療供給方式における直接的方式と間接的方式との優劣論、医療保障（保険）財政の制御の問題、医師・看護婦の「国外流出」の問題等である。これらはびようたる一健保組合の理事長としても論じたい点が多々あるが、紙数の関係もあってここでは割愛するが、概して、発展途上国ないし後進国では保険方式より保障方式の方に賛成のようで、この論旨を推し進めて行けば直接方式の考え方になり易い。しかし、現実の問題として、そのようなやり方で万事解決済みなどということは絶対にないことは、なんぴとも知っておかなければならないことである。

10月14日の午後から18日の午前まで、中途半日の見学行と最終日の午後の閉会式とを除き、7氏の報告が演べられ、前述したように、宣言とか決議とかいったものは無く、議事録の総纏めがなされて全会議は終了した。

ところで、主催国フィリピンがこの国際会議のためになした準備は実に広汎甚大、しかも微細な点まで配慮したものと感心させられた。もっとも、南方人によく見受けられる鷹揚さのため連絡が遅れたり、「親切過剰」から面倒見がよすぎて、自由時間というものが殆んど与えられなかったり……といった憾みはあったが、一言にして言えば、大変な準備努力であったと認めざるをえない。

正式には、主催はPMCC（フィリピン医療委員会）、G S I S（政府職員保険機構）、S S S（社会保障機構）の三政府機関の共催で、これら機関の長、次長その他を以て組織委員会を組織し、その下に実行委員会、実行幹事、書記局、更に資金、施設、用度、接待宿泊輸送、社交行事、広報、警備、看護等の係を総てで13設けている。これらの各係には数名の幹部のほか、恐らく何十名の人が手足となって働いたことだろうから、全要員は大変な数に上ったことであろう。ど

のくらい費用が掛ったのか、知るすべもない。聞けば、この会議の前2週間ILO関係の会議があったそうだし、翌週にも国際会議があると聞いた。大変な国際的行事の連続である。

この会議に華を添えたのはG S I S女子従業員30名近くの「接待員」であった。話によると、彼女等は2カ月間ばかり特訓を受け、自国フィリピンの事情は勿論、参加各国の社会経済事情一般を勉強させられたとのこと。各自の好みに合わせてドレスを2着お仕着せとして支給されていた。会議用の資料配布や連絡は勿論のこと、昼食、晚餐、コーヒーブレイク時まで我々の接待に努め、共に語り共に飲み、隣席に着いて共に食事し、食後必ず有るダンスのパートナーを勤めてくれたのである。

発展途上国では政府機関に就職することは高級職業であり、従ってまた教育、能力が必要とされ、当然良家の子女と想像された。私とよく同席した彼女はアメリカのハイスクール卒業であったし、他の1人は姉が東京のフィリピン大使館に勤めていて、2回東京に行ったことがあると誇らしげに語っていた。更に他の1人は、父が政府に勤めていて日本に行く機会があるのでその時は同行したい、と希望に胸を膨らせていた。

20数名の彼女等だが、2日目あたりからなんとなく「相手」がきまってしまうて、別の彼女と「付き合い」たくてもお互に遠慮せざるをえないふうであった。最近のフィリピン政府の慣行になったとのこと。日本の国際会議では見られない「接待員」諸嬢であった。

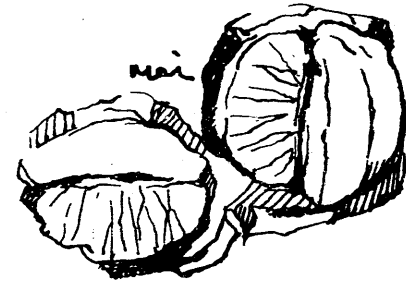
ご承知のように、フィリピンは嘗て利権、買収、裏面工作等政治の腐敗が甚だしく、ご多分に洩れず学生運動が激化し、他方、南部地域でイスラム教徒の反乱の度が昂じた。そこでマルコス大統領は1972年9月戒厳令を布いて議会の機能を停止する国家非常措置を執り、更に労働組合の権利も停止し、過激学生を投獄した。

その後国内の治安は急速に改善され、白昼からホールドアップ襲撃のあったような無頼町も今や全く平安を取戻した。大統領は「警察というものは人の社会生

活に必要なものだ」と言明している。言うなれば、マルコス大統領の独裁的警察国家である。しかし、とにかく人心は落ち着き、生業に従事している。勿論不平不満分子や反対派はいる、しかし大統領は総力を結集してフィリピンの再建に先頭に立って挺身していると観た。

結果は今のところ良い。しかし、イスラム教徒問題はなかなか根深いものがあるし、独裁制というのは自然の成り行きとして強権主義の弊害を伴なう。

私はマルコス大統領の英智と進歩性に期待しつつ、フィリピンの今後の発展を視まもりたいと思う。



## 企業による健康保護・保険および年金制度の近況

—— 労働組合の報告による ——

(アメリカ)

1966年以後1972年まで、団体交渉による健康保護と保険でカバーされた民間産業の労働者は、1,600万人をやや超えたままに留まっている。これに対して、団体交渉による退職給付制度では、労働者数が100万人から1,450万人に増えている。前者の2制度は上記期間の初期段階で急速に増加したのに、その後の増加率は低くなっているが、このような動きは1966年までに妥結したすべての団体交渉には、ほとんどの協約が両制度を含んでいたことを反映している。

ところで、1966年と1972年の間に現われた変化は、製造業で制度を適用される労働者が減少したのに、非製造業の労働者が増加したのを主要な原因としている。それはともかく、健康保護と保険の制度による適用は退職給付制度より普及しているのが通例である。その理由は、退職給付制度が社会保障の給付を補足するだけであるのに、健康保護と保険の制度が労働者とその扶養家族に対して、疾病、傷害、もしくは死亡の給付を提供するからである。また、この制度は通常、高い給付を支給するので、労働組合の活動で高い優先順位を占めている。なお、通常では、団体交渉の結果による年金制度は大きな費用を必要とするので、労働組合が団体交渉によって獲得するのは困難である。さらに、民間部門の鉄道従業員が鉄道退職給付法による別な公的年金制度をもっており、これも私的年金制度による加入者の増大を阻害している。

1966年から1972年の間には、従来より寛大な条件をもつ各種の制度が、団体交渉によって採用されており、たとえば、年金の部門でも、給付が高くな

り、受給年齢は低くなっている。なお、この期間に使用者の負担は増大し、非事務系の例では、その費用は1966年の1労働時間当たり11セントから1972年には26セントになった。

Richard Greene, Unions Reort Slow Rise in Health, Insurance, and Pension Coverage, Monthly Labor Review, Vol. 98, No. 1, Jan. 1975, pp. 67 - 70.

(平石長久 社会保障研究所)

## 編集後記

気象の長期予報では、今年の春は遅いだろうといわれていた。そのせいか、東京でも、いつまでも梅の盛りが続いていたし、白い大きなこぶしの花も、なかなか開かなかったような気がする。しかし、3月も中旬をすぎると、南の国から花便りが届いた。時折、まだ肌寒い東京でも、ふと見上げる桜の枝に、どうやら蕾がふくらんできた。間もなく、花冷えにふるえながら、桜の花も旋びるだろう。毎年のことながら、正月を迎えたときよりも、満開の桜を見て、やっとなが改まったような気がする。今年も桜が咲けば、どうやら年が変わった気分になれるだろう。

(平石)

---

## 海外社会保障情報 No. 29

昭和50年3月25日発行

編集兼発行人 社会保障研究所

〒100 東京都千代田区霞ヶ関3-3-4

電話03(580)2511

製作所 和光企画出版株式会社

---