

TRAINING OF YUGOSLAV EXPERTS IN JAPAN

	I year	II	III	IV	V	
Video technical manager	*					
Video editor	*					
Computer progr. editor		*				
Educator			*			
Education Programmer	*	*				
Computer programmer			*	*		
Project manager		*				
Field promotion			*			
Consultants			*	*	*	

## Yugoslav side input (1984-1985)

1. Staff: wages and salaries*		
	total	12,5 mil.din./yr.
2. Equipment		
- Reconstruction of Premises		12 mil.din.
3. Materials Services and Supplies		
	total	11 mil.din.
3.1. Maintenance (rooms, rental heating, et.)		
3.2. Office supplies		
3.3. Communication (post and telephone)		
3.4. Other services		
3.5. Other expenses		
4. Travel expenses		1 mil.din.

## YUGOSLAV SIDE COST (SPECIFIED)

## STAFF

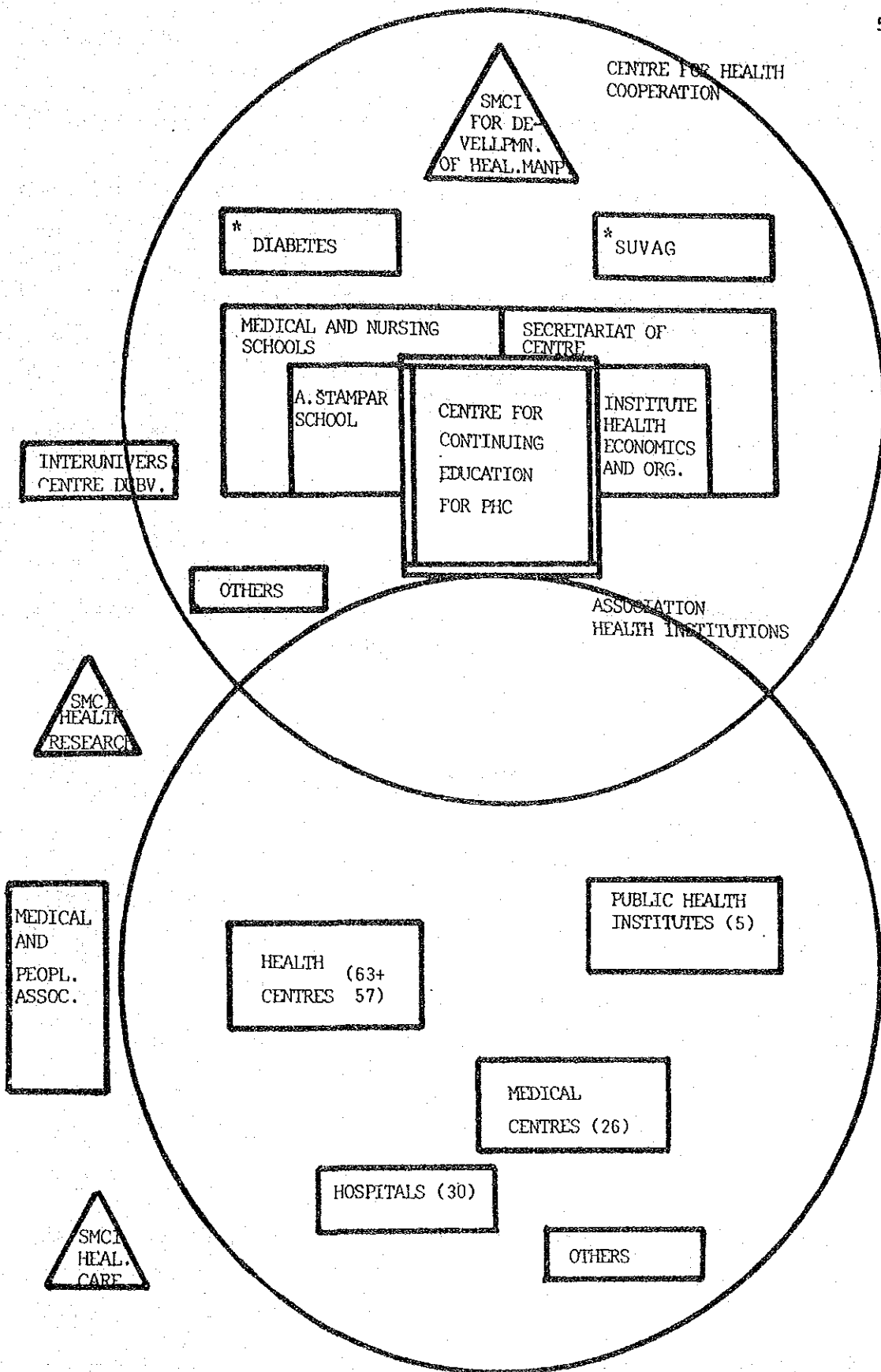
PROJECT DIRECTOR (PART TIME)  
 PRINCIPAL INVESTIGATOR (PART TIME)  
 PROJECT MANAGER (PART TIME 50%)  
 EDUCATION PROGRAMMERS (2) (PART TIME 50%)  
 EDUCATOR (FULL TIME)  
 VIDEO EDITOR (FULL TIME)  
 VIDEO TECH.MANAGER (FULL TIME)  
 VIDEO TEAM (6) (PART TIME)  
 COMPUTER PROGRAMMS EDITOR (FULL TIME)  
 COMPUTER PROGRAMMER (PART TIME 50%)  
 COMPUTER TEAM (2) (PART TIME)  
 MAINTENANCE (FULL TIME)  
 SCREEN WRITER (PART TIME 50%)  
 FIELD PROMOTION (PART TIME)  
 PHOTOGRAPH LAB. (PART TIME 50%)  
 LIBRARIAN (PART TIME)  
 ADMINISTRATOR (FULL TIME)  
 SECRETARY (TYPIST ETC.) (FULL TIME)

---

CONSULTANTS (PART TIME)  
 USERS PRODUCERS (PART TIME)

---

1. ORGANIZATIONAL CHART OF YUGOSLAV CONTRAPART



ANNEX 4.

PROJECT: CONTINUING EDUCATION FOR PRIMARY  
HEALTH CARE

LIST OF PARTICIPANTS

## 1. Japanese delegation:

- Jun-Ichi Suzuki - M.D., professor of otolaryngology, School of Medicine, Teikyo University
- Akitsu Ojima - M.D., professor of pathology, School of Medicine, Gifu University
- Mikio Hashimoto - Deputy Director, Research and Statistics Division, Secretariat Ministry of Education
- Masaru Umeda - Medical Officer, Office of medical system department, Medical affairs bureau, Ministry of Health and Welfare
- Nobukatsu Nakajima - Representative of Japan International Cooperation Agency (JICA)

## 2. List of Yugoslav working group:

- Berislav Skupnjak - M.D., Institute for Organization and Economics of Health, Zagreb, director Centre for Collaboration with non-aligned and developing countries, General Secretary
- Želimir Jakšić - M.D., professor of social medicine A. Štampar, School of Public Health, Medical School, University of Zagreb, Acting director
- Karmela Krleža-Jerić - M.D. staff member of the Institute for Organization and Economics of Health, Zagreb
- Miroslav Mastilica - sociologist, assistant of medical sociology, A. Štampar School of Public Health, Medical School, University of Zagreb,
- Mladen Mitak - M.D. staff member of the Institute for Organization and Economics of Health Zagreb
- Aleksandar Meniga - chem.eng., professor of health ecology, A. Štampar School of Public Health, Medical School, University of Zagreb, Director
- Gordana Pavleković - M.D., assistant of social medicine, A. Štampar, School of Public Health, Medical School, University of Zagreb

Dubravko Šmigmator - dipl.eng.electr., staff member Institute for Organization and Economics of Health Zagreb

### 3. List of other experts collaboration in the Project

- Željko Bantić - M.D., assistant of social medicine, Head, Division of health care, A. Štampar School of Public Health, Medical School, University of Zagreb
- Petar Guberina - Ph D., prof.director Institute for Rehabilitation of speech and hearing SUVAG
- Gjuro Deželić - Informatician, professor of health informatics, A. Štampar School of Public Health, Medical School, University of Zagreb
- Maja Dragičević - M.D., staff member of the Institute for Organization and Economics of Health, Zagreb
- Ivo Eterović - M.D., associate professor of social medicine, Secretary, Association of Health Institutions of the SR of Croatia, Zagreb
- Luka Kovačić - M.D., assistant of social medicine, A.Štampar, School of Public Health, Medical School, University of Zagreb
- Dalibor Martinis - B.S.C. expert for video technology
- Nikša Pokrajac - M.D., professor of physiology, Med.School, University of Zagreb, Med.education expert
- Zdenko Škrabalo - M.D., prof. of internal medicine, Medical School, University of Zagreb, Director Institute for diabetes "Vuk Vrhovec"
- Silvije Vuletić - M.D., prof. of health statistics A. Štampar, School of Public Health, Medical School, University of Zagreb.



centar za suradnju s nesvrstanimi i zemljama u razvoju na području zdravstva.  
center for health cooperation with non-aligned and developing countries

41000 Zagreb, Savska 41, Yugoslavia, po (P. o. box) 913, tel. (041) 535-422 i 537-355

CONTINUING EDUCATION FOR PRIMARY HEALTH CARE  
MASTER PLAN (PROPOSAL)

Zagreb, February 1984.

MASTER PLAN

Errata

- cover page, line 5: Center for health cooperation with non-aligned and developing countries
- please replace Centre with Center whenever needed.
- page 30, line 25: replace attitudinal with attitudinal
- page 31, line 14: replace sentence "The creation ...." by: "The creation of video educational materials will be done by using the master....."
- page 31, line 21 and page 32 line 6: replace dises with discs
- page 31, line 24: replace pachages with packages
- page 33: The first sentence: omit: be liason and add "between"  
This sentence now read:  
"This library will be liason between the "Andrija Stampar" School of Public Health Library and the Center".
- page 33, add missing chapter:

3. . EVALUATION OF EDUCATIONAL MATERIALS

Evaluation of educational materials will be based on the following criteria:

1. responding to needs (appropriate)
2. reliability and scientificity safe
3. educationally effective
4. presentation interesting and useful by users
5. economy
6. satisfying quality standards.



The Monitor Committee of the Center will be formed to ensure that given criteria will be met. The evaluation process is continuous. Methods of evaluation process are based on feed-back from users. When the tape is returned it will be followed by comments and other forms of evaluation, and measuring changes in knowledge, skills and attitudes.

Particular computer programmes will be developed to help the evaluation.

- page 33, the last sentence: add *and*; the sentence now reads as follows: "The Center will also organize the necessary support and find the ways to encourage the local teachers to subscribe to the library".
- page 34, line 11: replace *anable* with *enable*
- page 35: Change of sentence: The last para starts with the sentence: "According to present estimates the whole of cigarette production should ensure 1/2 - 1 hour of educational programme every month".
- page 46, line 8: replace MORC with 'MACRO
- page 46 line 12: add 4.3. and the title now reads:  
4.3. Additional equipment
- page 46 line 22: add 4.4. and other and the title now reads:  
4.4. Supplies and other educational materials
- page 47 the last line: replace *available* with *available*
- page 57, lines 8 and 29: add comma after director

資料 6

専門家チーム報告書



## 業 務 報 告 書

( 年 月 分 )

1984年2月9日

国際協力事業団

有田圭輔総裁殿

氏 名 鈴木 淳 一  
 指 導 科 目 医学教育  
 現 住 所 〒152 目黒区柿ノ木坂2-26-22  
 通 信 連 絡 先 勤務機関(下記)又は自宅(上記)  
 勤務機関名および住所 帝京大学医学部耳鼻咽喉科学教室, 〒173 板橋区加賀2-11-1

昭和59年1月26日より2月9日の期間に、日本国政府とユーゴスラビア国政府との合意に基づく技術協力実施に関連して、ユーゴスラビア国、とくにクロアチア共和国の受け入れ態勢の調査ならびに、技術協力プロジェクトのマスタプラン作製に助言し、参画した。

マスタプラン原案は、クロアチア共和国主都ザグレブ市にあるA.S.公衆衛生大学にセンターをおき、同国に分散配置されているヘルスセンターを現場として実施する「プライマリーケアに関する生涯教育：Continuing Education for Primary Health Care」とし、5カ年計画である。

今後順調に計画が進行した場合、調印は本年夏、発足は本年9月1日とし、双方がこれを目標に努力することで合意した。

5名の構成員からなる専門家グループのリーダーとして、今回の調査の目的は、ほぼ達成されたこと、クロアチア共和国における関連機関ならびに組織と構成員は、本計画実施に適当な受け入れ態勢にあることを報告する。

なお、本調査では、ベオグラード市の日本大使館、ユーゴスラビア聯邦政府、クロアチア共和国政府の協力により、また、調査団を構成する5名の専門家の努力により、ハードなスケジュールも無事消化され、比較的短時日の間に目的を達成した。関係各位に感謝すると同時に敬意を表したい。

( 終 )

# 業 務 報 告 書

( 5 9 年 2 月 分 )

5 9 年 2 月 1 2 日

国際協力事業団

有田圭輔 総裁 殿

氏 名 尾 島 昭 次  
指 導 科 目 ユーゴスラビア国医療従事者生涯教育プロジェクト  
現 住 所 〒502 岐阜市長良雄総192-8 TEL 0582-94-0166  
通 信 連 絡 先 同 上  
勤務機関名および住所 岐阜大学医学部 〒500 岐阜市司町40 TEL 0582-65-1241  
日 程 昭和58年1月26日(木)～同年2月9日(木)  
主なる作業地 A. Stampar School of Public Health, Medical School,  
University of Zagreb, Croatia, Yugoslavia

今回の第2次事前調査に先立って、いくつかの危惧が持たれた。まずそれらをリストアップしておく。

1. 再三日程が変更(双方の都合を調整できなかった)したので、先方にこのプロジェクトを真に進める気があるのか否か。
2. ユーゴとのJICAの技術協力は、すべての分野を通じ、今回が始めてである。かつユーゴは東欧の社会主義国であり、協力対象としてはランクの底にある比較的 developed country である。
3. 医学教育に関するプロジェクトはJICAとしても初めての分野である。
4. 私自身JICAとのかかわりがなかった。
5. ユーゴでは医療従事者の生涯教育が、新たに法律で決められたという。社会主義国なので法律でそれを強制できるのかも知れない。その点が自由診療の日本とは異なるように思われる。従って mutual cooperation によって、よい生涯教育のシステムが作られても、それを我が国に巧く活用することは困難かも知れない。

1月30日(月)から2月4日(土)の正味6日間に亘る、朝8時半から夕刻に至るワークショップを通じ、ユーゴの医療の仕組み並びに生涯教育促進の計画を、試議と現場視察とによって大略理解し、master plan をほぼ立案するに至った。

それらを通して明らかとなった上記の疑問点について簡単にコメントし、今回の報告とする。

- 1) ユーゴ側のやる気は十分である

前回から今回迄の間に、先方もより具体的な proposal を示す迄になっていた。Formal

な session に数10人の関係者を参加させ、その関連する組織の広さを示し、また informal にもきわめて情に厚く、人間関係を深める努力が示された。

2) ユーゴは西欧である

ユーゴの“self managing system”はユニークで複雑であるが、一党独裁制の社会主義とは全く異なっており、ユーゴは東欧社会主義国ではなく、西欧民主主義国であることを認識した。

今回の日程の調整が困難であった背景に、このプロジェクトに関連する人や組織の広さと共に、“自主管理”なる体制の複雑さが伏在していたと推測される。

3) ユーゴは外国との共同プロジェクトの経験が豊富である

日本とユーゴとの collaboration は始めてであるが、ユーゴは今迄に、米国並びに西独等と共同プロジェクトを相当こなしてきたことを知り、国際プロジェクト推進の経験は十分にあることが判明した。従って両国間で初めてのプロジェクトを進める上で、基本的には大きな障害はないと考えられる。

4) 私自身、JICAの国際的技術協力に参加することは初めての経験であったが、単にプロジェクトの技術面のみならず、双方の歴史、文化、政治、経済、習慣などの理解ならびに人間関係を base に進める必要性が感ぜられた。

5) ユーゴの新法律は医療従事者に生涯教育を強制するものではない。

ユーゴにおいても生涯教育は Compulsory なものではなく、self-study によるもので、その動機づけの難しさは我が国と全く同様であることが判然とした。従ってその成果は、我が国にも適用可能であると見られる。かつ医療従事者のニーズの蒐集ならびに同定の機構やルートは、我が国におけるより以上のものがあるように見受けられた。ただ、それがどのように巧く機能するかは未知数ではあるが。

なお問題として特に残ったと思われる点は、このプロジェクトの評価方法について、十分討議する時間がなかった事である。それには一つには生涯教育の評価法が重要であり乍ら、国際的に見てもかなり難しい問題であるからでもある。

評価方法として、私見ではあるが、検討を要すると思われる諸点を以下に列挙しておく。

1. 2-year-pilot-study の評価方法

- 1) センターが設置・設備されたか
- 2) センターが機能しているか(技術者の技術修得ならびにセンターのスムーズな運営)
- 3) 医療従事者の生涯教育へのニーズやデマンドが十分蒐集・同定されたか。
- 4) VTRのテープが何本作製されたか、その質は?
- 5) それらのVTRが医療従事者にアクセスされ、生涯教育の動機づけとなっているか否か。
- 6) CAIプログラムがいくつ作製されたか。その質は。

## 7) その他

次に5年ないしそれ以上に亘る long term evaluation がある。それは生涯教育というプロジェクトの性格から pilot-study の評価よりも難しいかも知れない。しかしそれに関連し、先方チームの2人のリーダーの一人である Jakšić 教授が中心となり、10年間に亘るプライマリーヘルスケアについての実態調査が1971年に報告されており、現在も続けられているということは注目に値する。従ってそれらも考慮し、long term evaluation に関し若干記しておく。

## 2. 長期の評価方法

### 1) 5年間の教材作製の量と質

### 2) 教材の普及度

### 3) 医療従事者の生涯学習をどれだけ動機づけたか、その行動にどのような変化が見られるか。

#### a) 本プロジェクト実施前の上記の調査結果との比較

たとえば医療従事者の研修会の回数、そのあり方、参加率など

#### b) 作製された教材が普及した地区とそうでない地区の比較。

### 4) 非同盟諸国からの研修参加の状況（プロジェクト以前との比較）

### 5) その他

評価と関連し、期待される成果についての私見を併せ記す。

### 1. 誤診率の低下ないし上級医療機関に送られる患者の病期の早期化（手おくれの減少）

### 2. 入院日数の短縮

### 3. 疾病構造の変化（たとえば医原病の減少など）

### 4. 住民の健康ならびに医療に関する知識の普及ならびに生活習慣の変化 （たとえば喫煙率やアルコール中毒患者の低下など）

### 5. 慢性疾患患者の self-care の向上

### 6. 平均寿命の延長

### 7. その他

## チームのあり方についての感想

日本側のチームの構成については先方からも評価された。かつ鈴木教授と私との間を除けば、すべて始めての間柄ではあったが、異なる back ground と個性が巧く協調され、先方とかみ合った作業ができたといえよう。それには各専門家の努力もさること乍ら、前回に引き続いて鈴木教授が加っていたことは、人間的ならびにプロジェクト内容の continuity にとって大いにプラスしたと思う。かつ同氏の洗練された国際ワークショップマネージの能力ならびに指導性もあづかっていた。

今後の日本側からのチーム派遣の際に、最低1人は、その前の回の参加者が加わることで、上記の continuity を保ち、プロジェクトを円滑に推進する上に必要な配慮かと思われる。



# 業 務 報 告 書

( 年 月分 )

59年2月14日

国際協力事業団

有田圭輔総裁殿

氏 名 橋 本 幹 夫  
指 導 科 目 ユーゴスラヴィア国医療従事者生涯教育プロジェクト  
(医療統計に関する指導)  
現 住 所 東京都中野区江古田3-14-7-204  
通 信 連 絡 先 同 上  
勤務機関名および住所 文部省 東京都千代田区霞ヶ関3の2の2

ユーゴスラヴィア国医療従事者生涯教育プロジェクトに関して、1月31日から2月4日を中心にユーゴ側のワーキンググループとのワークセッションを重ねると共に、各関係機関等の視察を行った。

このプロジェクトはビデオシステムやコンピュータシステムを使用して系統的に医療従事者に対する生涯教育を行おうとするものであり、今回のワークセッションではユーゴスラヴィア国としての案(資料Draft project protocol)を中心に検討した。

ビデオシステムについては最新の医療情報・技術をセンターで映像化し、AVジャーナルとしてコピーし、各医療機関(ヘルスセンター等)に配付し、技術情報の普及と医療従事者の生涯教育の動機づけとして利用されること、又センターではビデオ・ライブラリーを整備して、各機関からの要求により、編集等を行い提供できるようなシステムを考えているようである。

ビデオシステムについてはユーゴ側の関係機関の意欲も高く、ヘルスセンター等での各段階の教育・研修の利用を期待しているようである。

しかしワークセッションの中では具体的な分野・対象は示されなく、プライマリーヘルスケア全体にしかも医師、看護婦、医療技術者、学生、国民と幅が広いので、パイロットスタディーの場合は充分にその点を調査して実施することが重要と思われる。

コンピュータシステムについては、ユーゴ側の要求はCAI(Computer Assisted Instruction)教材開発のためスライドの使用できるパーソナルコンピュータや学習者10人分の端末を有するCAI学習システムを中心に考えている。

このプロジェクトではビデオシステムとコンピュータシステムの結合は今のところ考えておらず、このプロジェクトでは、それぞれ別のチームが対応することとなる。

コンピュータシステムの使用目的は、(1)CAIの利用、(2)診断、(3)シミュレーションという

ことが述べられているが当面はC A Iのプログラム開発を考えている。具体的なプログラムのテーマは11あげられている。

今回の調査の印象としてはユーゴ側でもかなり事前準備をしており、ユーゴ側の熱意を感じた。またヘルスセンター等の視察でも前回の報告書にあるようにブラマリーヘルスケアについてはかなりシステム的になされており、患者の情報がコンピュータにインプットされ病歴、家族との関係等整理されており、進んだシステムである。スタンパースクールをはじめ関係機関でもかなり関心が強い印象を受けた。

しかし、ユーゴ側はハードウェア部分を日本に依存し、ソフトウェア等の開発はユーゴ側で行うようなイメージで考えているところもあり、プロジェクトとして5年間継続していくことが前提になるなら、初年度の準備の時点でテーマ等充分に確認して具体的なソフトウェア開発計画をしておかないと、ビデオ、コンピュータ装置の導入だけに終わることが考えられる。

ユーゴ側のハードウェアに対する要求についてはどの程度のものかを考えているかはこの調査でだいたい把握できた。

今後のスケジュールとしては、4月にSkupnjak氏の来日までProject proposalを用意し(郵送)、検討を重ねて7月~8月に調印、できれば9月からプロジェクトのスタートができるように努力することとなった。



資料 7

Preliminary Survey



A. Štampar School of Public Health  
Medical School, University of  
Z a g r e b

Institute for Organization  
and Economics of Health  
Z a g r e b

as members of

CENTRE FOR HEALTH COOPERATION WITH NON-ALIGNED AND  
DEVELOPING COUNTRIES

PROJECT: CONTINUING EDUCATION FOR PRIMARY HEALTH CARE

### PRELIMINARY SURVEY

1. IDENTIFICATION OF NEEDS
2. IDENTIFICATION OF USERS
3. PATTERNS OF PRODUCTION OF EDUCATIONAL MATERIALS

Zagreb, July 1984

## 1. IDENTIFICATION OF NEEDS

### The main principles

The term "needs" is used in the Project proposal as identical with educational objectives and contents, which have to be covered by structured audiovisual and other educational tools. The Project gives clear orientation how to identify these needs and which should be the main policies. It is recognized that:

- the needs have to follow the demands of health workers involved in primary health care. It is regarded as essential that these demands are followed so that interest and collaboration of "users" will be secured;

- the needs should follow the primary health care policy in the country as specified in laws and other regulations and agreed in self-managing communities of interest;

- in the specification of needs the scientific and training institutions have to be involved so that the safe technical contents and appropriate technology will be followed. It is, however, regarded as essential that the right balance among the three mentioned sources is achieved so that the determination of needs will not be under the influence of any narrow specialist group but in the first place a consequence of active participation of "users", i.e. in the first place of health workers in primary health care.

### The general overall educational objectives

The general educational objectives of continuous education comprise:

1. Stimulation of users to actively define, analyse and solve problems they have in the practice of primary health care. Continuous education should not regard users as passive recipients of knowledge and skills but as subjects who have to be supported to develop themselves.

2. Assurance of primary health care workers in the provision of primary health care as defined in main health policies. There is enough data on policies which have to be fulfilled in primary health care, but there is also a clear gap between these policies and actual practices. This gap has to be bridged by continuous education influencing attitudes and orientation of health workers, their technical knowledge, and related skills.

3. Spreading of good examples and positive experiences from the practice so that motivation of others is achieved and the know-how with all practical details may be followed.

4. Satisfying individual needs of users and their interests, especially giving them the opportunity to improve their skills in common and important practical procedures, both in relation to people and in other technical skills.

### Preliminary survey of needs

Different agencies have done surveys to allow us to make a preliminary list of contents which will follow the above mentioned policies and overall objectives. The agencies whose findings are used are:

- training institutions providing postgraduate training for primary health care workers, especially the A. Štampar School of Public Health. There is a permanent system of



identification of needs of different profiles of health workers coming to postgraduate studies, and also special research projects evaluating consequences of these studies. These are; Exploratory study on influence of medical education on general practitioners; Evaluation of postgraduate training of primary health workers on their work in practice, etc. The Medical School in Zagreb has a system of evaluation of postgraduate training in which one item is the collection of students' opinion on the relevance of studied subjects. There are also other surveys done for instance by the Chair of General Practice and Primary Health Care on specific needs and interest of practitioners.

- Different institutes, governmental offices and Self-managing communities of interest which plan and decide on programmes and measures which have to be implemented in the Republic. Based on research, initiatives from practice and political decisions, programmes and measures are specified giving enough data on needs for continuous education. The other source of data from the same group of agencies is coming through a new system of quality control and assessment. The reports of groups of experts who are involved in supervision and observation of work of health institutions in practice clearly identify the educational needs.

- Professional associations have also made several investigations through their working groups in finding needs and interests of different health workers in the field of continuous education. These studies made a contribution to better understanding of regional differences of needs.

Based on these works a preliminary list of contents can be given. However, this is regarded only as a basis for start, because specific studies have to follow the first Project activities, such as reactions of users to educational materials and evaluation of impact of training in practice.

Tentative list of subjects

1. Self-help and community participation and involvement in primary health care. The priority has to be given to this subject because community participation in Yugoslavia is regarded as a key issue in provision of primary health care, and positive experiences exist. There is also support by the health policy to spread existing experiences.

The educational objectives: provide users with positive experiences gained so far; make users aware of different possibilities which exist and train them in choosing the right form of participation, self- and mutual- help in different circumstances and different health problems; train users to understand the essential dynamics involved in community participation in Yugoslavia; train users to identify the areas which are not well understood and to define problems. It is meant also to provide users with materials they may apply in practice to facilitate their own activities. For instance, it means that a part of materials will be provided also for lay people and patients.

2. The health programmes in family planning, health care for pregnant women, small children guidance and other aspects of family health which make the part of accepted measures in primary health care.

The programmes in occupational health and so called specific care of workers including also the assessment of working capacity.

The programmes for chronically ill and disabled persons.

This three rather broad subjects have a high priority according to the stated health policies, regulations and accepted measures by the self-managing communities of interest. The problems are well specified and there are good examples in practice, but the way how they are done is varying and the

effects are less than expected. The educational programmes should include a number of procedures which are not well known because they are not regularly practiced. It is expected that these programmes will influence both quality of work, efficiency and economics of primary health care.

3. There is a group of techniques and procedures for which great demand and interest by workers involved in primary health care, was shown and is completely in agreement with studies by experts. These needs in primary health care will improve quality in practice of primary health care. Included procedures are for instance:

- drug prescribing
- emergency care
- diagnostic procedures (such as ECG, ophthalmological fundus examinations etc.)
- home care
- referral procedures
- dealing with stress at work
- physical treatment
- physical exercise as prevention and as rehabilitation.

These subjects have to be elaborated in small doses, but often repeated according to educational needs and wishes of individual users.

4. There is a pronounced interest and need to orient primary health care toward psychological contents of practice. This involves especially:

- interaction with different types of patient (e.g. mothers, old people, alcoholics etc.)
- consultation problems in different situations
- more efficient counselling in individual eye-to-eye situations and in small groups
- work with families, working organizations and other primary groups,

- problems of terminal care
- problems of team work and relation of team members in primary health care.

The educational techniques for this type of contents are specific.

5. There is an interest for proper and in-time information on new development in high health technology. The reasons are twofold: from one side there is the need to strengthen the sound basis of referral and improve indications for use of high technologies. On the other side there is an interest to use high technology appropriate to primary health care. This may include: information on new diagnostic procedures available, their indication and validity; new therapeutic procedures developed and indication and way how to use them; computer technologies in the health field, etc.

It is meant to give in this field predominantly short sets of practical information avoiding misinterpretation and possible increased inappropriate consumption.

6. There is a number of good examples of provision of primary health care as an integrated complex by enthusiastic groups of health workers, there are also relevant findings of research done by different institutions. It is believed that the system of continuous education should pay attention to these examples and spread them as one of priority contents. It is meant to have sequential presentation of some of the experiences (like popular TV series) and in that way involve emotions as well as enlarge experiences of users.

#### Important role of implementation of continuous education

The Project intends to use existing forms of group work in primary health care institutions. This means that the most important application of materials will be in groups of health workers, and only additional use will be for individuals

according to their wishes and needs. For that purpose it is foreseen to train in every institution 1-2 people who will apply the system, explain to small groups how to use it and also collect feed-back information.

It is planned that a complex of training materials (regular "Journal") will cover several types of educational materials (e.g. a problem, an information, and a material for training skills). In that way it is expected that the material will raise more interest, and also will be more flexible to satisfy needs of users.

The most important part will be the problem-solving part based on examples from practice. The users will be asked to find solution in group discussions (or individually) and to report their solutions. This will be the essential part of the feed-back mechanism. For participants a positive answers stimulation will be given by recognition, publication of results etc.

## 2. IDENTIFICATION OF USERS

### Bounderies of the system and principle criteria for identification of users

The identification of users of the system of continuous education to be provided by the Project are well defined by scope and objectives of the proposed Master Plan.

1. The Project is first of all oriented towards health workers actively participating in the provision of primary health care. Only in addition to it and in support of that orientation the other users are identified, like population itself and different population groups, students, postgraduate and undergraduate, preparing themselves to work

in primary health care, workers in other parts of the health system collaborating and supporting primary health care and other similar groups. It will be needed to identify in the first place what is regarded primary health care in the country, what is the infrastructure and organizational pattern for these parts of health services, and what are most important policies and tasks to be performed by primary health care workers.

2. The project is conceived as a research project trying to identify the most important elements for supporting continuous education of a group of health workers for whom many of the previous attempts to improve continuous education have not been successful and results considered being unsatisfactory. Among strategies chosen in the Project to overcome expected constraints regarding choice of users one may stress:

- to start from felt needs and demands of users and give them an active role in the project;

- to start from units where some positive results have been achieved,

- to cover a variety of different conditions under which primary health care operates (towns, factories, villages, schools, etc.);

- to built on existing structures and patterns of work;

- to consider important specificities of the health system in Yugoslavia, namely decentralization, selfgoverning and self financing, community participation, etc.

In identification of users different organizations covering primary health care have to be consulted and will be needed as vehicles.

3. The Project has its defined limits, dynamics and duration: the geographical limits are boundaries of SR Croatia. It is expected to have users beyond this limits in the later stages of the Project and after the whole system starts to work,

but because of that they are not included in the core group of users.

- the duration of the initial well structured Project, is planned for 5 years. After that it is planned that there will be no restrictions for participation of all interest to become users, and finance the production through different cooperative and commercial arrangements.

- the Project dynamics are defined so that the pilot phase would cover a smaller number of educational units and this will be gradually enlarged to a larger number of educational units which will make the basic core group of all the users. The numbers are determined by estimated possibilities for raising financial and other resources to follow up and monitor the sample, i.e. the core group of users. The evaluation procedure and the whole project design based on it are conceived not in the traditional experimental pattern in which the evaluation is based on comparisons of involved groups with the control groups, but as an action research in which the achievements are compared with expectations and the process is dynamically changed following the results of monitoring of a wider set of indicators.

The description of relevant characteristics of primary health care in SR Croatia

According to the Law on Health Care and Health Insurance of SR Croatia, which came into force in 1981, the primary health care comprises:

- teams of primary health care in local communities,
- teams of primary health care in factories and enterprises
- teams of primary health care in schools
- teams of primary dental health care
- emergency medical services.

Teams of primary health care consisting of physicians and nurses or other health workers are located in "health stations" in local communities and in work organizations (factories and enterprises). These health stations are in principle combined to make a "health centre" (dom zdravlja = home of health) covering a territory of a commune or municipality. In small towns this type of organization is further integrated in medical centres combining hospital, specialist consultative services and primary health care capacities.

The policy in the statement to the Republic Assembly by the Republic Secretary for Health and Social Welfare in 1980, was described in this way: "The team of the primary physician in the local community would have the central place among primary physicians. Primary physicians in occupational and school medicine would mainly be directed towards preventive health care activities and would perform curative work only to the extent that it is appropriate to the patient (proximity, convenience), while making possible treatment for the patient at work. For all health needs which appear when the worker, pupil or student is outside the workplace, school or university, the primary physician in the local community - family physician provides continuous health care".

In the SR of Croatia (1979) there have been the following organizational entities dealing with primary health care:

- health stations	57
- health centres	63
- medical centres	25

Considering geographical distributions these institutions have been working in about 800 localities of health units in local communities and around 400 in factories and enterprises which makes an estimate of 1200 localities of different size in which primary health care is provided. The relation of local communities and work place localities changed after



the introduction of the new Law in 1981, i.e. there was an increase of about 300 localities in work organizations (factories and enterprises).

In all these localities teams of primary health care are working in number as follows (1979):

- in local communities	around	1500
- in work organizations	"	500 (after the Law 800)
- in school health	"	300
- in dental health	"	1300

This altogether makes up to 4500-5000 teams, or without dental service regularly working about 3000-3500 teams. The numbers are rounded for easier communications and to stress dynamic changes in the field. One may expect an annual increase of the number of primary health to be 2-4%.

#### Terminology and sampling strategy

Based on stated principles and data on units of primary health care it is tentatively decided to identify users classifying them in the following way:

- Teams of primary health care. They are basic health care teams consisting of a physician and 1-2 nurses and exceptionally some other health personnel (sanitarians, midwives, psychologists et similar). These smallest working units are meant to be in the Project the basis for monitoring utilization of continuous education, and evaluation effects.

- Primary health care localities in which 1-10 or even more of primary health care teams are placed. These groups cover local communities, one or more factories, etc. These units will be used for application of continuous education and in that case they will be called educational units.

- Organizational units are health centres, organizations of primary health care in medical centres, etc. They usually cover one commune or municipality, of which 113 are in the SR of Croatia. Organizational units are important because of management and financial arrangements. For the Project they might be used as educational units, like it was mentioned for primary localities, when they are adequate in size.

A small number of educational units will be regarded at one moment of time as active educational units. They will be also providers of training materials being equipped to collect materials for video and computer production. These units are meant to be chosen for a definite time from educational units which are better in quality standards and innovative work in primary health care.

The sampling strategy will not follow a general random sampling scheme, but will be based on stratified sampling of educational units according to these criteria:

- social conditions (urban-rural)
- type of work (local community, workplace, school)
- geographical distribution (4 regions in Croatia)
- standards of practice, and experience in continuous education (positive, negative)

It will not be possible to control statistically all the main identified factors, but by choosing typical examples it will be possible to have a defined general sample covering range of all factors to be observed and analysed.

#### Expected size of sample

Based on preliminary surveys done for other projects on educational requirements in primary health care, the rough estimate is that the size of sample will be:

Educational units	Pilot period		Total core group	
	Educational units	Teams	Educational units	Teams
Basic units	20	80	60	250
Active units	5	10-20	5	10-20
Other units	5	10	5	10

Drop-outs are unavoidable and they are estimated to be on a level of 20% of educational units during the Project period. For that fact a replacement is foreseen which has to be made through organizational units using "proxies".

Other educational units of users will be groups of students for primary health care, special invited groups for testing materials, some special population groups. These groups of users be used to support main activities of the Project. They will not be a continuously actively monitored as the basic and active educational units. However, they also could temporary serve as active educational units. In that sense they are similar but separate groups of users in the Project.

Other users will be individuals and groups who might join based on their own interest and in principle costs covering.

#### Work and capabilities of educational units of users

The core group of educational units has to follow the existing patterns of communications and continuous education in health organizations. The major way of using the video and other educational materials is meant to be additional to the existing patterns of meetings and continuous education sessions, which all are usually done in groups. The 5-10 teams or 4-16

individuals from these teams are meant to be the basic educational unit which will use the AV Journal. Besides that the AV material will be used in bigger groups in exceptional situations and in smaller groups or individually under circumstances which make it necessary.

The core educational units are meant to have a trained educator chosen among their members. He will know the system, he will have elementary knowledge on programmed education for adults, some experience how to organize small group training sessions, and also how to operate the techniques used for training. For an educational unit there will be provided reliable AV reproduction system, a small library of booklets describing how the different parts of the system should operate and also after some time a small library of AV tapes which may be used for reinforcement of some skills. The tapes with the AV Journal will circulate among the educational units and different teams during a period of one month, helping them to absorb it during that time, answer evaluation questionnaires, and exchange after that the old tape for a new one.

The active educational units will have a more experienced educator capable also to use the simple AV recording systems and devices for training of skills (video system for communication skills, models for palpatory skills, et similar).

Among the other units of users similar to core units there will be also 3. special units for groups training supported by computerized systems so that the direct feed-back will be possible. These units will be used for testing of new educational materials and for groups of trainees preparing themselves for work in primary health care.

### Organization of users

It is clear from the character of the Project as well as from the needs for stability of the groups that it will not be possible to leave the choice of the groups to chances and "free market".

There are two main organizations foreseen to play the most active role in organizing users: The Association of health working organizations of the SR of Croatia, and the Self-managing community of interest for education of health workers.

The role and tasks of these organizations will fall in two large categories: 1) to propagate and guide the system, 2) to provide stability in logistics and in financial resources.

### 3. PATTERNS OF PRODUCTION OF EDUCATIONAL MATERIALS

Educational kit is a basic set of materials dealing with one of contents and using different technologies (printed materials, AV tapes, computer programmes, models, etc.) for communication with users.

#### a) frequency and way of delivery

Educational kit will be delivered to users regularly. After establishing the functioning of the system, the frequency of 1 or 2 per month is expected (third year). For users in distant areas the kit will be delivered by mail, while for those inhabiting the Zagreb area, it will be handed directly in the Centre.

#### b) use of the kit

"Educators." are the persons responsible for organization, implementation and provision of feedback between users and the Centre. In the first two years "educators"

will be specially trained for this task through seminars organized in the Centre and through the fieldwork. "Educators" will be trained in technicalities (how to use the equipment?), educational methodology (how to work in a group?), and organizational aspect (how is work to be planned and organized?).

c) content of the educational kit

Educational kit will consist of printed materials, video tapes and other educational materials.

Printed materials will contain:

-Instructions for the "educator"

There are two kinds of instructions: general (technology, organization, motivation, group work) and specific (where, when and why to interrupt the tape, model use, themes for discussion, etc.). Instructions will also include particularities, concerning feedback and evaluation.

-Printed material containing educational aims, description of problems, messages and solutions

Material will be prepared in form of booklets, handouts, etc. and will be printed in larger number so that users will be able to keep it.

-Printed forms for feedback and evaluation

These will be questionnaires for testing programme qualities, effectiveness and efficiency of educational material, and questionnaires testing knowledge, attitude and skill. Material will be filled in individually or in groups (depending on the content) and send back to the Centre.

-Questionnaires for "educator's" kit evaluation

This material will also be sent (mailed) back, containing data necessary for monitoring and evaluation - the number and structure of teams, remarks from the meetings, recommendations etc.

-Information on following programmes

Printed forms by which users will be able to announce their participation in programme and thus identify needs and subjects.

AV material:

According to the content, there are two types of video-tapes:

-"AV journal" is a type of tape with parts being typical for a journal. Standard parts of this journal have been already described in the Master Plan (doctrinary instructions, health-educational modules, experience from practice, model examples, etc.). Such tape will, after use, be sent back to the Centre, some of its part being used for preparing subject units.

-Subject units will be separated units dealing with specific problems and having a defined content. The users will also have possibility to borrow or buy them, so that they could be used for a longer period.

Other materials. Added when needed according to specific objectives and methodology.

3.1. Explanation concerning the first three educational units

3.1.1. Self-care unit (to be explained later)

3.1.2. Physician-patient communication

Aim of this subject unit is to explain the physician-patient relation through theoretical approach and give users practical knowledge of some communication skills.

Specific objectives are the following:

a) to learn about nature, functioning and interaction of determinants of behaviour (psychological, social, environmental, situational, etc.).

- b) to learn about the formation and change of attitudes
- c) to introduce models explaining health and illness behaviour
- d) to apply methods and techniques in conversation, prescription and advising
- e) to identify factors influencing individual achievement of behavioural objectives and make a plan of intervention according to them.

This subject unit will be provided to teams in primary health care.

### 3.1.3. Emergency interventions in PHC

Aim of this subject unit is to train health workers to identify states of emergency in practice of primary health care, realize their origin, mechanisms and apply adequate skills in treating them.

Specific knowledge and skills are applied to the following fields:

- a) reanimation
- b) treatment of injuries
- c) hurting of bones and joints
- d) burns
- e) accidents-stings, bites, poisonings
- f) other emergency states occurring in practice (coma, etc.)

This subject unit will be provided to all team members in PHC, some of its parts to be used for education of population.



3.2. Example of an educational concept of a subject unit

Title of the subject unit:

SELF-CARE UNIT. HOW TO ORGANIZE IT?

Need for educational material on organized self-care

Organized self-care is one of the important medical work areas in primary health care. Need for development, use and improvement of this area comes from:

- a) comprehensive approach to health care and domination of chronic patients which require an active involvement in health care and medical treatment
- b) social-medical approach to primary health care
- c) modified physician-patient relation

Area of organized self-care is a professional challenge to health workers in PHC and represents the possibility for personal development and creativity and way of improving health care quality.

Aim of this subject unit is to enable the PHC teams to initiate and support the self-care units.

Educational objectives

a) inform PHC team members about experiences on self-care group in the countries and abroad, with existing models of self-care units, with results and ways of their functioning as well as with dilemmas and problems;

b) support a positive attitude of team members toward this type of work;

c) enable the teams to implement a set of skills in organization of self-care units.

Video-material concept (general design)

The material will consist of 4 parts, each lasting about 20 minutes. After each part discussion within the group is expected according to topics of discussion given in the additional material and directed by programme manager ("educator").

Subject-matter of particular parts:

Part 1 - Approach to organized self-care

1. Explanation of terms (self-help, self-care, self-care groups, etc.)
2. Place and role of self-care in PHC
3. Technical aspects of organized self-care (challenge)
4. Social-political aspect of self-care
5. Dilemmas
  - individual or group approach
  - comprehensive or selective approach
6. Relation and cooperation of self-care unit with the local community, work organization, school and other primary communities.
7. Self-care and legislations.

Evaluation: solving given dilemmas

Part 2 - Work methodology in organized self-care units

1. Formation and provision of work continuity
2. Dynamics and techniques in group work
3. Distribution of tasks among health workers, socio-political organizations, primary social communities
4. Legitimation, proper documentation, regulations, etc.
5. Work content of self-care unit
6. Work programmes.

Evaluation: exercises in problem solving in implementation:

Part 3 - Evaluation of work of self-care unit

1. Elaboration of evaluation instrument for work monitoring
2. Measuring methods for work effects and efficiency (ranging from measuring level of satisfaction of members to financial indicators)
3. Proposition for cooperation of units in PHC in that field-exchange of methodology of work, monitoring and technical support.

Evaluation: analysis of given data

Part 4 - Educational material for members of self-care unit

1. Living habits and health
2. Necessity of social contacts
3. Self-control, self-help and mutual support.

Evaluation: knowledge and attitude testing.

Type of users:

Materials in part 1, 2 and 3 are provided for all team members in PHC units, part 4 being provided for the population included in PHC.

Source of video materials:

Video materials primary will be taken in the operating self-care units, i.e. based on actual practice experience. Consultants will be health workers from PHC (5 to 10 persons) supported by experts and research workers engaged in development and analysis of this field (1 to 2 persons).

資料 8

Plan of Implementation



資料8

A. Štampar School of Public Health  
Medical School, University of  
Z a g r e b

Institute for Organization  
and Economics of Health  
Z a g r e b

as members of

CENTRE FOR HEALTH COOPERATION WITH NON-ALIGNED AND  
DEVELOPING COUNTRIES

PROJECT: CONTINUING EDUCATION FOR PRIMARY HEALTH CARE

## PLAN OF IMPLEMENTATION

- DRAFT OF THE FIRST ANNUAL PLAN -

Zagreb, July 1984. (改訂版については資料4を  
参照のこと)

1.

PLAN OF IMPLEMENTATION - FIRST YEAR

OBJECTIVES

1. Organization of the Centre of production and of distribution of educational materials for continuing education (Centre)
2. Identification, mobilization and organization of users
3. Adaptation of premises and instalation of equipment
4. Preparation of educational materials
  - a) audio-visual educational materials
  - b) computer educational materials
5. Training and personnel management activities, ensurance of staff competence and performance

PROJECT ACTIVITIES RELATED TO THE OBJECTIVE 1

2.

1.1. Legal and other regulations of the position and relations of the Centre

- provision of work licence
- regulation of relations among involved institutions
- formation of management bodies
- formulation of internal rules and regulations

Staff responsible: project director, project secretary,  
project coordinator

Duration: 3 months

1.2. Formation of the task forces:

- recruitment and employment: -job descriptions
  - recruitment procedures
  - personnel records
  - induction
- the organization of task forces and support
  - logistic support (working space, essential working tools)
  - communications and consultation, definition of teams
  - supervision

Staff responsible: project director, principle investigator, project coordinator, educational programmer, project secretary,

Duration: 6 months



1.3. Formation of communication system within the country and abroad:

- administrative (addresses and files)
- technical

Staff responsible: Project secretary, coinvestigator, project coordinator, educational programmer

Duration: 6 months

1.4. Initiation of cooperation with similar systems in our country and abroad (Japan)

- learning about similar Centres and search through literature
- selected visits
- formation of their directory and files

Staff responsible: principal investigator, educational programmer, technical manager, computer programmer, project secretary, coinvestigator

Duration: 6 months, to be continued

1.5. Formation of communication and information system and administration within the project

Staff responsible: project director, project secretary, project coordinator

Duration: 3 months

1.6. Detailed programming and plan of implementation of the project.

proposed by Project core working group (PCWG) and discussed and approved by Joint coordinating committee.

Staff responsible: project core working group: Project director, principle investigator, coinvestigator, educational programmer, project coordinator, technical manager, project secretary

Duration: 3 months

1.7. Budgeting activities:

- mobilization of financial resources from various national sources
- program budgeting and accounting

Staff responsible: project director, project secretary

Duration: 6 months, to be continued

PROJECT ACTIVITIES RELATED TO THE OBJECTIVE 2

2.1. Identification of users:

(see "Preliminary survey: 2. Identification of users")

Staff responsible: principle investigator, coinvestigator, educational programmer, project secretary

Duration: 4 months, to be continued

2.2. General information of users about the new form of continuing education

- general advertising (writing materials and meetings with representatives of institutions)

Staff responsible: coinvestigator, project secretary  
educator, field promotion officer

Duration: 6 months , to be continued

### 2.3. Organization of users

- preparation of administrative relations of users in cooperation with the Association of health working organization (institutions).
- preliminary screening of premises and candidates for different field activities ("fields educators")

Staff responsible: coinvestigator, educational programmer,  
educator, project coordinator,  
project secretary

Duration: 6 months

## PROJECT ACTIVITIES RELATED TO THE OBJECTIVE 3

### 3.1. Recon. struction of premises for the Centre

(see Annex in which an architectural design of the basement floor of the A.Štampar School is given, from which tentatively the northern and eastern parts are foreseen to be used for the Centre)

- technical documentation
- construction works and acoustic isolation of walls
- power supply and cable distribution
- microclimatical adaptation

Staff responsible: technical manager, video technical engineer, project secretary, project coordinator

Duration: 9 monhts

- 3.2. Transportation, installation and pilot work
- transport (C.I.F.) of equipment
  - installation of equipment into specially designed premises:
    - a) video equipment
    - b) computer equipment
  - pilot work

Staff responsible: technical manager, video tehn. ing., computer programmer, project secretary

Duration: 6 months

PROJECT ACTIVITIES RELATED TO THE OBJECTIVE 4

- 4.1. Definition of needs (see "Preliminary survey: 1. Identification of needs").

- Elaboration of methodology of establishing of needs out of already existing sources
- Analysis of existing ("classical") forms of continuous education in PHC
- Identification and selection of priorities

Staff responsible: educator, educational programmer, principle investigator, coinvestigator

Duration: 3 months, to be continued.

- 4.2. Preparation of audiovisual educational materials (programmes)

4.2.1. Preparation of concepts of the first three educational kits

(see "Preliminary survey: 3 Patterns of production of educational materials")

Tentative titles:

1. Selfcare
2. Physician-patient communication
3. Emergency intervention

Staff responsible: editorial board

Duration: 2 months

4.2.2. Formation of working groups for the first three educational kits

Staff responsible: educational programmer, principal investigator

Duration: 4 months

4.2.3. Writing synopsies for the first three educational kits

Staff responsible: editorial board, consultants and experts in working groups

Duration: 6 months, to be continued

4.2.4. Preparation of additional texts (printed material) for the first three educational kits (booklets, handouts, instructions, etc.)

Staff responsible: educator, educational programmer

Duration: 3 months, to be continued

4.3. Preparation of computer educational materials (computing methods)

4.3.1. Acquiring of computer application software

As available from software producers, through collaborative programmes with educational institutions, and by own development; implementation of software products.

Software packages should be provided for:

- computer assisted instruction (CAI),
- computer simulation,
- medical decision making.

For CAI both general software packages and custom-made special programs will be chosen, implemented and tested for their suitability for continuing education programmes.

Appropriate general software packages for continuous simulation will be developed for use with microcomputers and the possibility of introducing discrete simulation methods at microcomputer system will be explored.

Decision making in medical diagnostics, based on artificial intelligence principles, will be introduced both by using appropriate existing expert systems and by implementing the PROLOG language if an appropriate interpreter and/or compiler shall be available.

Staff responsible: computer programmer (editor), educational programmer, educator

Duration: 9 months, to be continued

4.3.2. Conceptual design of simulation and medical decision making educational material; preparation for computer implementation of the package.

Staff responsible: computer programmer (editor), educational programmer

Duration: 6 months

4.3.3. Development and implementation of software for support to the project management

- for registers
- for evaluation
- for administration

Staff responsible: computer programmer, coinvestigator, project secretary

Duration: 6 months

4.4. Elaboration of methodology for the feedback and evaluation of first materials:

- general design, design of analysis, testing.

Staff responsible: educator, educational programmer, principal investigator

Duration: 6 months, to be continued

4.5. Initiation of electronic library and design of the way of functioning:

Staff responsible: educator, librarian

Duration: 3 months, to be continued

PROJECT ACTIVITIES RELATED TO THE OBJECTIVE 5

5.1. Training of technical staff assisted by Japanese experts in Yugoslavia.

Staff responsible: technical manager

Duration: 1 months.

5.2. Training of the project staff in Japan

- technical manager
- video technical ing. (editor)
- educational programmer

Duration: 2-3 months

5.3. Training of technical staff in various institutions in the country

- for shooting
- for computer programers

Duration: 2-3 months courses

5.4. Training of the first group of field educators:

- training of field educators for cooperation management of programme of continuing education in the units of users

Staff responsible: educational programmer, educator  
coinvestigator technical manager,  
field promotion man

Duration: 1-2 month



STAFF QUOTED IN THE FIRST YEAR PLAN OF IMPLEMENTATION

Project director  
Principal investigator  
Coinvestigator  
Educational programmer  
Technical manager  
Project coordinator  
Project secretary

---

Educator  
Video technical engineer  
Computer programmer  
Field promotion officer  
Librarian  
Typist

---

Editorial board  
Consultants

---

TIME TABLE

MONTHS

ACTIVITIES

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII

1.1.	█	█	█									
1.2.		█	█	█	█	█	█	█				
1.3.			█	█	█	█	█	█	█			
1.4.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
1.5.	█	█	█									
1.6.				█	█	█	█					
1.7.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
2.1.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
2.2.			█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
2.3.						█	█	█	█	█	█	█
3.1.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		
3.2.						█	█	█	█	█	█	█
4.1.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.2.1.			█	█	█							
4.2.2.				█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.2.3.				█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.2.4.										█	█	█
4.3.1.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.3.2.						█	█	█	█	█	█	█
4.3.3.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.4.				█	█	█	█	█	█	█	█	█
4.5.										█	█	█
5.1.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
5.2.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
5.3.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
5.4.												



資料 9

ユーゴースラヴィア概観

1983年3月

在ユーゴースラヴィア日本国大使館



## も く じ

I 国土と住民	1
1. 位置	1
2. 面積	1
3. 地勢	1
4. 気候	2
5. 住民	2
6. 人口	3
II 国の生い立ち	3
1. スラヴ以前	3
2. 第1次大戦まで	4
3. 南スラヴ統一国家の誕生	7
4. 社会主義連邦共和国への発展	9
III 政治のしくみ	10
1. 党	10
2. 連邦政治のしくみ	12
3. 地方政治のしくみ	15
4. 裁判所	16
5. 選挙のしくみ	16
6. 主要政治社会団体	17
IV 外交の基本	17
1. 積極的平和共存と非同盟	17
2. 戦後外交の苦難を経て	18
3. 非同盟政策の由来	19
V 国防体制のあらまし	20
1. ユーゴ人民軍	20

2.	国防評議会	21
3.	全人民防衛体制	21
VI	経済	22
1.	経済のしくみ	22
2.	これまでの成果と問題点	24
3.	将来性	26
4.	地下資源	27
VII	社会生活のあらまし	28
1.	社会保障	28
2.	教育制度	29
3.	マスコミ	30
4.	市民の1日	31
VIII	日本・ユーゴー関係	32
1.	国交回復	32
2.	政治関係	32
3.	経済関係	34
4.	領事関係	35
5.	文化関係	35
6.	対日感情	36

(付録)

ユーゴー略図・地下資源

ベオグラード案内

ベオグラード市街地図

## 1 国土と住民

7つの国境	6つの共和国
5つの民族	4つの言語
3つの宗教	2つの文字
1つの国	

## 1. 位置

ユーゴスラヴィアはバルカン半島の北西部にあります。国境を接している国々は、北側にイタリア、オーストリア、ハンガリー、東側にルーマニア、ブルガリア、南側にギリシャ、アルバニアの7カ国です。西はアドリア海に面し、その対岸にイタリアがあります。北緯40度51分から46度53分、東経13度23分から23度02分の間にあつて、緯度でいえば北海道と同じくらいのところに位置しています。

## 2. 面積

総面積255,804平方キロメートルで本州と四国を合わせた程度です。

## 3. 地勢

チロルにつながる北西部(スロヴェニア)からアドリア海岸にかけて山岳地帯ディナル・アルプスが伸びているほか、ユーゴの南半分も山岳または高地におおわれ(総面積の75%が海拔200メートル以上)、北部一帯のうち、北西の山岳地帯を除く部分に平野がひろがっています。これは、ハンガリー、ルーマニア、ユーゴにまたがるパノニア大平原の一部です。山地の多い割に高山が少なく、ユーゴ最高峰トリグラヴ(スロヴェニア)で2,864メートルです。ユーゴを流れる最大の川はドナウ(ダニ्यूヴ)です。ハンガリーからユーゴに入り首都ベオグラードの傍を通つてルーマニア・ブルガリア国境へ去るまで588キロメートル(うち229キロはルーマニアとの国境)にわたつてユーゴ領内を流れています。国内だけを流れる最大の川はサヴァで、スロヴェ



ニアにはじまり、クロアチアを縦断してベオグラードでドナウに合流するまで、全長940キロにおよびます。その他オーストリアからやって来てハンガリー国境を流れるドラヴァ、ボスニアの山地をうねりながらサヴァに入るドリーナ、セルビアを北上してドナウに入るモラヴァ、マケドニアを南下してギリシャに去り、エーゲ海に落ちるヴェルダルなどが主なものです。湖ではツルナ・ゴラ(モンテネグロ)南部アルバニア国境のスカダル(391平方キロ)、マケドニア南部アルバニア国境のオフリド(349平方キロ)、ギリシャおよびアルバニア国境のプレスパン(274平方キロ)がずばぬけて大きなものです。その他規模は小さいが観光地として有名なブレド(スロヴェニア)、何段もの滝をともなうブリトヴィツェなどがあります。アドリア海のユーゴ側海岸は地形の変化に富み、海岸近くに点在する島の数(岩が突き出した程度のもを含めて)およそ1,200、夏の気候の良さとあいまつて国際的観光地としてますます脚光をあびています。

#### 4. 気 候

全般的には四季の明確な温和な気候といえますが、その位置と複雑な地勢のため、地域によつてかなりのちがひがあります。アドリア海沿岸は海洋性の気候で、夏はしのぎやすく晴れた日が続く、冬は温暖で雨が多い。内陸はディナール・アルプスによつて地中海性気候の浸透が妨げられ、北方からの大陸性気候の影響にさらされているため、夏暑く、冬寒く、降雨量も比較的少ない気候となっています。

#### 5. 住 民

ユーゴは多民族国家です。6つの構成共和国のうち、ボスニア・ヘルツェゴヴィナを除く5つはユーゴのおもな5つの民族の名をとっています。

つまり、スロヴェニア共和国の住民は主としてスロヴェニア人であるといった具合です。ボスニア・ヘルツェゴヴィナにはセルビア人とク

クロアチア人の双方が住んでいます。このほか多数の少数民族が住んでおり、そのうちの大きなものは自治州を形成しています。すなわち、コソヴォ自治州のアルバニア人、ヴォイヴォディナ自治州のハンガリー人(この自治州にはルーマニア人、スロヴァキア人、ルテニア人等も住んでいます)がそれです。このほかにも各地にトルコ人、ブルガリア人、イタリア人、チェコ人、ロシア人、ジプシー等が住んでいます。

従って言語も、これら種々の民族とほぼ同じ数だけあるわけですが、主なものはセルビア語、クロアチア語、スロヴェニア語、マケドニア語の4つです(モンテネグロではセルビア語)。

最も使われるのは、セルビア語とクロアチア語で、これら両語はきわめて似ているので、1つにしてセルボ・クロアチア語と称されています。

## 6. 人口

総人口は1968年に2,000万を突破し、1981年には2,240万人に達しました。その共和国別内訳は次の通りです。

セルビア	930万人
モンテネグロ	59万人
マケドニア	192万人
スロヴェニア	189万人
クロアチア	458万人
ボスニア・ヘルツェゴヴィナ	413万人

## II 国の生い立ち

### 1. スラブ以前

ユーゴーの主要5民族はすべてスラヴ系です。かれらスラヴ人がバルカン半島に移動してきたのは、6世紀になつてからです。

それ以前にも、この地にもちろん人は住んでいました。一番早く歴史にあらわれるのはイリリア人とトラキア人です。かれらの存在は、

イストラ(半島)や、ダルマチアなどの呼び名(いずれもかれらの部族名からきたもの)に残っています。ギリシャ人もやってきて、海岸沿いの島々にギリシャ風の名を残してゆきました(紀元前5世紀頃)。ケルト人もやってきて先住民族にゴートやイタリア半島の西方文化を伝えました。紀元前3世紀頃ローマ人がやってきてこの地域をも支配下におき、いくつかの行政区域に分けて、この地ではじめて組織的支配を行い、のちの歴史に大きな影響を与えました。

西暦395年、ローマ帝国は東と西に分裂しますが、その東西ローマ帝国の境界線は、ちょうど今のユーゴ領内を横切つて引かれました。このことは、こののちにやってくるスラヴ人たちにとって大きな意味をもつことになります。

6世紀から7世紀にかけて大量に移動してきたスラヴ人たちは、東ローマ(ビザンチン)帝国やフランク王国などの支配を受け入れながら、先住イリリア人等を吸収し、あるいは南へ押しやりながら次第にバルカンの地に定着し、キリスト教化(スロヴェニア、クロアチアはカトリックへ、セルビア、モンテネグロ、マケドニアは正教会へ)していきました。今の6共和国をつくっている諸民族は、それぞれ独自の歴史をもっているのです、別々に扱うことにします。

## 2. 第1次大戦まで

★ スロヴェニア スロヴェニア人は、アヴェール人の脅威に対抗するためフランク王国に援助を求め、同時にその支配下に入りました(748年)。この時以来、神聖ローマ帝国、オーストリア・ハンガリー帝国等の支配が続き、1918年まで独立国を形成する機会に恵まれず、次第にドイツ系文化がかれらの間に浸透していきました。宗教改革の波がヨーロッパに拡った時、スロヴェニア人の間にもプロテスタントが力を得、はじめて新約聖書がスロヴェニア語に訳されたりしましたが、カトリック勢力は烈しい弾圧でまき返しに成功、ス

ロヴェニアは再びカトリックの地になりました。しかし、プロテスタントの運動はスロヴェニアの言葉と文学をよみがえらせ、民族意識をめざませたと評価されています。

★ クロアチア　　クロアチア人も一時フランク王国やビザンチン帝国の支配を受け入れましたが、その後クロアチア王国を形成(852年)、トミスラヴ王の時代に海岸地帯を統一、強力な陸海軍をつくって最盛を誇りましたが、その後ハンガリーに屈してその支配下に入り(1095年)、のちハンガリーがハブスブルグ帝国に組みこまれるにいたってクロアチアも運命を共にし、そのまま第一次大戦に至ります。その間、しばしば激しい農民反乱が起こって、この民族の歴史をいろどっています。ダルマチアはヴェネツィアの盛期にその支配下に入っていました(15~18世紀)。

★ セルビア　　セルビア人は9世紀末最初のセルビア王国を建てましたが、これはまもなくビザンチンによつて瓦解されました。12世紀に再び勃興した中世セルビア王国はめざましい発展をとげました。ビザンチン帝国の衰退に乗じて着々と領土を拡大、14世紀ドゥシャン大王の時代には、ボスニアからエーゲ海にいたる一大王国となりました。またセルビア正教会の確立、ドゥシャン法典の公布等文化的にも注目すべき水準に達しました。

しかし、その後は内紛とトルコの侵攻に悩まされ、1389年コソヴォ平原の決戦でトルコに潰滅的敗北をこうむり、以後5世紀間にわたってトルコの支配を受けることになります。

19世紀になつて、たびかさなる対トルコ蜂起と政治的かけひきによつて、セルビアは自治権を獲得拡大し、1878年ベルリン条約によつてセルビア王国はその独立を国際的にも承認され、その後バルカン戦争(1913年)でマケドニアを併合、第一次大戦に至ります。

★ モンテネグロ　　モンテネグロ人はもともとセルビア人の一部で

したが、ドゥシャン大王の死(1335年)後、独自の小王国を形成、以後モンテネグロ(ツルナゴラ)人として歴史にあらわれることとなります。かれらはツルナゴラ(黒い山の意)の険阻な山岳地帯にあって、独立保持のため絶えまなくトルコと戦い、ついに最後まで完全に支配されることはありませんでした。また農耕に適さない地理的条件からしばしば食糧欠乏に悩まされながらも、王でありかつ詩人として名高いペータル・ニエゴシュ(在位1830~51)を生むなど文化的にも独自のものを育てました。

★ マケドニア　マケドニアの地は早くからビザンチン帝国、ブルガリア王国、セルビア王国等の支配を受け、中世セルビア王国の滅亡とともにトルコの手に移り、以後1912年第一次バルカン戦争でトルコが敗れるまでその手中にありました。トルコの手から離れたマケドニアの帰属をめぐる第二次バルカン戦争が起り(1913年)、その結果マケドニアはセルビア王国の一部となりました。

★ ボスニア・ヘルツェゴヴィナ　ここはセルビア人とクロアチア人が住んでいるところです。この地にも12世紀以後南スラヴ族の王国が形成され、14世紀後半ステファン・トヴルトコの支配下にダルマチアも含む強国となり、ドゥシャン大王死後のセルビアにかかわって、南スラヴ民族の覇者となつたかの観がありました。しかし、まもなくトルコに征服され(1463年)以後4世紀間その支配下にありました。この地はユーゴ領内で、トルコによる住民の回教化が最もすすんだ地域であり、今も回教徒がたくさんいます。

19世紀に入ってセルビアの勃興に促がされ、この地でもしばしば対トルコ蜂起が起こりましたが、トルコが最終的に退いた(1878年)あと、オーストリア・ハンガリー帝国が支配者としてのりこんできました。これは住民の反感をよび、民族主義運動が強まり、1914年、サラエヴォを訪問したオーストリア・ハンガリー帝国皇太子フェ

ルディナンドがセルビア人民族主義者に暗殺されるにいたりました。これがきっかけとなって第一次世界大戦が起つたことはよく知られています。

### 3. 南スラヴ統一国家の誕生

近代になつて、南スラヴ諸民族の間に民族意識が高まってきました。支配異民族に対する独立運動がさかんになると共に、他方スラヴ諸民族を集めた統一国家をつくろうという運動も起こりました。オーストリア・ハンガリー帝国に組みこまれたスロヴェニア人、クロアチア人と独立のセルビア人、モンテネグロ人が第一次世界大戦で敵味方に分かれて戦つたことによつて、一層統一の悲願は強まりました。オーストリア・ハンガリー帝国が大戦で瓦解したことを契機として、1918年、南スラヴ諸族を統一して、ほぼ今のユーゴーと同じ領土をもつた「セルビア・クロアチア・スロヴェニア王国」が成立しました。これがユーゴースラヴィアの前身です。新王国は、セルビアの対トルコ第一蜂起の榮譽をになうカラジョルジュヴィッチ王家のもとに立憲君主制をとり、セルビア人、クロアチア人、スロヴェニア人を合わせて単一の民族であるという建前をとり、2つの文字(セルビアのキリル文字、クロアチアとスロヴェニアのラテン文字)、3つの宗教(ローマ・カトリック、セルビア正教、回教)は平等であると宣言されました。

しかし、希望に燃えて発足した南スラヴ初の統一国家は、内部に大きな問題をかかえていました。国の政体をめぐつて中央集権主義と連邦主義の対立があり、連邦制を主張するクロアチア出身議員は中央政府の中央集権に名を借りたセルビア中心主義を不満として、新王国議会発足の冒頭から議会をボイコットしました。このボイコット戦術はしばしばくり返され、おかげで、各地域が前の時代から受けついだバラバラの制度を統一する作業もなかなか進まず、統一国家の裏があがりませんでした。

それでも、最初の数年間、ユーゴーは前途有望な国のようにみえました。ヨーロッパの農産物輸出国として急速に抬頭しつつあったからです。外国へ農産物を売った金で工場や機械を買い入れ、ヨーロッパで最もおくれた国の一つといわれたこの国も次第に工業化が進んでいきました。

しかし国内の政治的、民族的対立は深刻の度を加え、1928年、議会議場で議員の一人がピストルを乱射、党首以下5人の野党議員を殺傷するという事件が起こり、世情騒然となりました。ここにいたって国王アレキサンダルは直接統治を決意し、クーデターを敢行して独裁制をしきました(1929年)。かれは、民族間のちがいを強引に消し去ることによって統一を保とうと意図し、国名をユーゴースラヴィア王国と改め、民族分布にこだわらない行政区分を採用、のち議会を再開した際も、一切の地方的、民族的利害を代表する政党を禁止しました。

しかし、この強力な中央集権主義が、その実セルビア中心であるとして、クロアチアの中央政府に対する反感は強まる一方でした。

これに加えて、29年にはじまる世界大恐慌は、農産物価格の急激な下落をもたらし、農産物輸出国としてのユーゴーの経済を深刻な苦境に追いこみました。

こうした状況の中でアレキサンダルはマルセーユ訪問の際、クロアチア青年によって暗殺されました(1934年)。代って実権を握った摂政パヴレは、独裁制に固執するとともにクロアチアの懐柔に苦慮し、1939年にいたってクロアチアを自治州としました。対外的には第二次大戦後ずっと続いた親仏政策を捨てて、バルカンに影響力を増大しつつあったドイツと接近、41年には、第二次大戦の緊張の中で、日独伊三国同盟に参加しました。ところがこれに反対する急進派はただちにクーデターをもってパヴレを廃し、少年のペータル王を擁して新政府を樹立、各地で新政府支持デモが起こり、「三国同盟に入るくらいな

ら戦争の方がいつそまだ」と叫びました(3月27日)。

10日後の4月6日、ナチス・ドイツは突如ベオグラードを爆撃してユーゴの反独感情に報復、同時に四方から国境を突破して侵攻を開始、ユーゴ軍はたちまちにして壊滅、降伏し、ペータル国王はイギリスに亡命しました。ユーゴはドイツ、イタリア、ハンガリー、ブルガリアによつて分割占領されましたが、クロアチアだけはドイツ後見のもとに独立国となりました。

1941年6月、独ソ戦が開始されると、チトーの指導する共産党は抵抗戦を開始し、7月7日セルビアで最初の対独蜂起が決行され、一週間後にはモンテネグロで反乱が起こり、全国に波及していきました(この、共産党指導下の抵抗戦参加者はパルチザンとよばれました)。一方降伏したユーゴ軍の一部は、ミハイロヴィッチの指導の下に抵抗戦を開始し、チエトニクと呼ばれました。チエトニクとパルチザンは、はじめ協力したこともありましたが、次第に離反し、敵対するようになりました。連合国も当初はチエトニクを支持しましたが、パルチザン軍が次第に強大になるにつれ、英国のイニシアティブによりパルチザンを支持するに至り、1943年11月のテヘラン会談では、連合軍は共産党の指導するパルチザン軍に広汎な援助を与える事が決定されました。パルチザン軍は1942年11月反ファシスト国民解放会議を結成し、一年後の43年11月29日(この日が建国記念日です)この反ファシスト会議をもとにしてチトーを首班とする臨時政府が組織されました。さらに、1944年10月にベオグラードが解放された後、この臨時政府とロンドン亡命政府代表からなる臨時政府が組織され、チトーが首班になりました。

#### 4. 社会主義連邦共和国への発展

第2次大戦が終わると、1945年11月憲法制定評議会総選挙で共産党を中心とする人民戦線が勝利を博し、王制を廃して、「ユーゴースラ



「ユーゴスラヴィア連邦人民共和国」の成立が宣言され、翌年1月憲法が制定されました。この憲法によるユーゴの政治機構は、ソ連に近いものでしたが、1948年6月、ユーゴがコミンフォルムを除名されてソ連ブロックと対立するにいたって漸次独自の政策を打出し、国家権力と経済体制の地方分権化、生産者による自主管理の制度の導入を行い、1953年にはそれまでの憲法の国家機構に関する部分を失効させて「ユーゴスラヴィア連邦人民共和国の社会的、政治的組織の基礎及び連邦権力機関に関する基本法」を制定し、独特の政治機構に改革しました。このような、社会主義国としては異例の行き方は、その後の過程で更に発展し勤労者自主管理の原理と労働者評議会の組織原則を中心に据えた、1963年の新憲法によって、「ユーゴスラヴィア社会主義連邦共和国」と変わりました。

この63年憲法以後、ユーゴは自由の空気と多様な活気にあふれ、対外的にも西側諸国との関係(特に経済関係)を緊密化していきましたが、他方国内民族間の利害対立激化や貧富の差の拡大等の否定的現象も起つてきたため、党が中心となつてイデオロギー引締めを行うとともに1974年2月、自主管理の原則を維持しつつ現場労働者の影響力強化を目指す新憲法を公布しました。

1980年5月4日、チトー大統領逝去と同時に、1974年憲法で準備されていた集団指導体制が敷かれました。

### III 政治のしくみ

#### 1. 党

##### (1) 概要

ユーゴスラヴィアは「社会主義連邦共和国」の名の示すように、社会主義を国是とし、共産主義社会を目指す、いわゆる共産主義国です。現に政党としては「ユーゴスラヴィア共産主義者同盟」と呼ばれる共産主義政党1党しか認められません。

ユーゴ共産主義者同盟は1919年社会労働党として創立され、1920年にユーゴ共産党と改称、第二次世界大戦中パルチザンを組織してナチス・ドイツに対し抵抗闘争を展開しました。戦争が終ると同盟は、この抵抗戦に主役を演じたことに由来する大きな国民的人気を背景に、選挙で勝利を収め共産革命に成功し、ユーゴの政権を握りました。その当初はソ連型中央集権的社会主義に範をとりましたが、1948年のスターリンとの対立、コミンフォルムからの除名以降、ユーゴの特殊性に適した社会主義発展を目指すようになりました。これは「チトー主義」として一時他の社会主義国からの批判のまともとなりましたが、現在ではソ連はじめこれら諸国も社会主義の発展にはそれぞれの国に応じた多様の道があるというユーゴの主張を公式に認めるに至っています。

また党は政治・行政、経済の直接の支配からは次第に遠ざかり、政治上、イデオロギー上の先導者となるべきであるという趣旨からその名称も1952年第6回大会でユーゴ共産主義者同盟と改め(但し本稿では便宜上「党」とします。)、ユーゴ独自の自主管理社会主義の発展に努めています。但し、国の団結の主力になるものは党しかないことが再確認され、1974年の憲法改正、第10回党大会以来、党は再び政治の前面に出るようになりました。

なお党員たることは何らの特権を意味するものではないとされていますが、現実には議会、政府の主要ポスト、主要団体・企業の幹部はほとんど党員で占められています。

党員は、1981年末現在、約212万名です。党の機関紙は「コムニスト」(週刊)です。

## (2) 組織

### (1) 党大会

党中央の組織は次図の通りですが、党の最高意思決定機関は4

年以内(従来5年以内、第10回大会で変更)に1度開催される党人会です。

党大会は1919年の創立大会以来、これまで12回開催されています(第2次大戦後は1948、52、58、64、69、74、78、82の8回)。

#### (ロ) 中央委員会

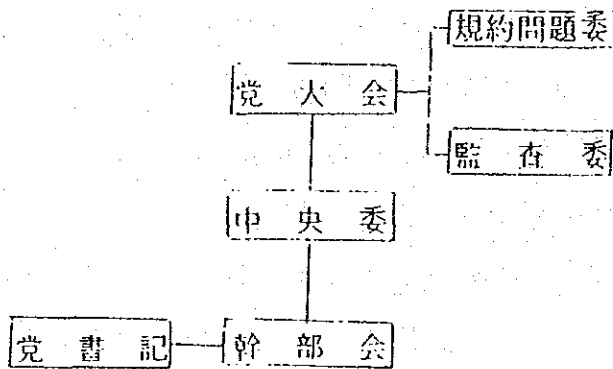
党大会に次ぐ党の重要な政策を決定します。各共和国、自治州、軍の代表165名で構成されます。

#### (イ) 党中央委幹部会

党大会と党大会の間の党の指導決定機関で、各共和国から3名、各自治州から2名、軍代表1名の計23名で構成されます。幹部会議長は各共和国、自治州持回り制(1年任期)で選出されます。

#### (ニ) 党幹部会書記

党幹部会には書記が1名置かれ、党執行書記(党中央委員の中から選出)を指揮して党の採択する政策を執行します。



## 2. 連邦政治のしくみ

### (1) 連邦の憲法

現在のユーゴスラヴィア憲法は1974年2月に制定されたものです。ユーゴは革命以来、約10年に1回憲法を改正しており、1974年憲法は革命後4番目のものです。この憲法は1950年に導入された「自主管理社会主義」を更に発展させることを目指し、労働者

の直接政治参加を容易にするように配慮されています。これに基づき、特定の個人企業(従業員5人以下)及び個人農業(10ヘクタールまでの土地所有が認められる)を除いては、生産手段は「社会有」とされ、勤労の場においては「自主管理」の原則に基づき、勤労者が主体となって管理、決定を行う労働者評議会の制度が設けられています。また政治組織においても同様に「自主管理」の原則が適用されオブシュティナ(市町村)における市民の自治に基礎を置き、共和国を経て連邦各段階に至るまで民主的に運用される体制をとっています。

またユーゴは多民族国家ですから、これを構成する各民族(前述の5つの南スラブ系民族だけでなく、少数民族も含む)は自民族の文化の発展、言語、文字の使用、自民族語による教育などの権利と自由が認められています。

## (2) 連邦の組織

### (イ) 連邦幹部会

共和国、自治州の代表各1名に党幹部会議長を加えた9名で構成される、いわば集団大統領です。この中から各共和国・自治州持回り制(1年任期)で議長と副議長が選ばれ、これらが大統領、副大統領に相当します。

この連邦幹部会は1971年7月に設置された当初は、各共和国3名、各自治州2名の代表にチトーを加えた23名で構成されていましたが、1974年憲法により上述の如く9名に縮小され、各共和国の有力な政治家がそのメンバーに選ばれています。

連邦幹部会員の任期は5年で再選まで可能です。

### (ロ) 連邦議会

連邦議会は最高の権力機関であり、決議立法の最高の権限をもっています。以前5院制をとっていましたが、1974年憲法により

連邦院(220名、労働者の利益を直接代表する)と共和国・自治州院(88名、各共和国・自治州の利益を代表する)からなる2院制になりました。

#### (イ) 内閣

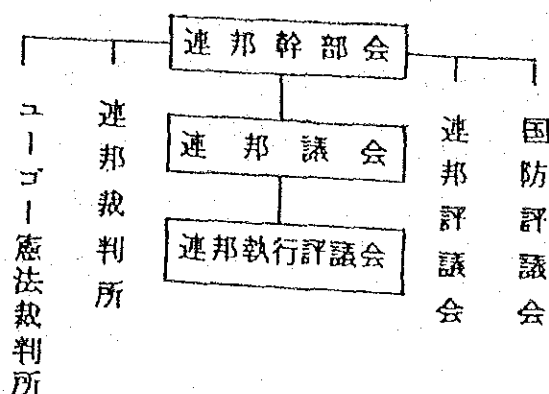
内閣は「連邦執行評議会」と呼ばれ、政治の執行を担当する連邦議会の執行機関と考えられています。評議会員(閣僚)は首相、副首相(3名)を含め29名で、各共和国、自治州のバランスを考えて選出されています。

内閣の下に連邦各省(連邦書記局)、連邦各委員会などが置かれ、29名の閣僚のうち8名がそれぞれ外務、内務、国防、大蔵、外国貿易、市場一般経済、法務、情報の各省大臣となります。

また、運輸、農業、エネルギー工業などについては、6つの連邦委員会があり、閣僚の中からその委員長が任命されます。連邦委員会は本来、各省庁に相当するものですが、大幅な地方分権化がすすめられた結果、これらの分野においては連邦の権限は最少限に縮小され、各共和国、自治州の利害調整を行うための政府機関であるところから、連邦委員会と称されるようになりました。

#### (ロ) 連邦評議会

政治的経験が豊かで能力のある者及び学識経験者の中から連邦議会が選出した評議員(約130名)により構成されていて、国政上の諸問題を審議する、いわば元老院のような機関です。但し、機関としての発言権は弱く、政治上の権限はほとんどありません。



#### (付) その他

このほか、1975年には新たに、国際関係、憲法秩序擁護、社会制度問題、経済発展・経済政策に関する4つの連邦評議会が設置され、政策立案・調整機関として重要な役割を果たしています。

### 3. 地方政治のしくみ

ユーゴスラヴィア社会主義連邦共和国は、スロヴェニア、クロアチア、セルビア、ボスニア・ヘルツェゴヴィナ、モンテネグロ、マケドニアの6つの共和国から成立っている連邦共和国です。それぞれの共和国は自主管理、地方自治の原則に基づいて比較的幅広い自治を認められています。共和国は、それぞれの共和国憲法の下に議会、共和国幹部会、政府、憲法裁判所、最高裁判所などの機関をもつていて、日常の立法、司法、行政活動を行います。これに対し、連邦は連邦憲法に基づき、国防、外交、統一市場、後進地域開発、各共和国間の調整等、連邦の権限とされている面で活動を行います。連邦の決定を地方に押しつけることがないように配慮され、各共和国の合意(共和国間合意、社会的合意、自主管理的合意などがある)に基づいて活動するという形をとっています。

セルビア共和国にはヴォイヴォディナ(人口の20%近くがハンガリー民族)とコソヴォ(人口の80%近くがアルバニア民族)の両自治州がありますが、その地位は共和国とほぼ対等で、組織も共和国に類似し

ています。

共和国の下の行政単位はオブシュティナと呼ばれる地方自治体で日本の市町村区に相当し、全国で約500あります。

#### 4. 裁判所

裁判所には、連邦にユーゴ憲法裁判所及び連邦裁判所があります。ユーゴ憲法裁判所は、連邦議会が選出した長官と共和国・自治州選出の13名の裁判官によつて構成され、連邦法、共和国・自治州法等の連邦憲法に対する合憲性を審査します。

連邦裁判所は、共和国・自治州の裁判所及び軍事裁判所に対して終審裁判所としての地位をもっていますが、このほか共和国・自治州間の財産上の争い等についても判決を下します。

共和国・自治州には一般的管轄の共和国最高裁判所、地方裁判所、オブシュティナ裁判所があり、特別裁判所として経済事項を取扱う経済裁判所、軍事に関する犯罪を取扱う軍事裁判所、調停・仲裁を行う自主管理裁判所及び憲法裁判所があります。

裁判は原則として3審制です。

#### 5. 選挙のしくみ

##### (1) 代議員制度

1974年憲法により代議員制度という新しい選挙制度が導入されました。この制度によれば、各地域住民及び勤労者の直接選挙により代議員が選出され代議員団が形成されます。代議員団の中から更に代議員が選出され、オブシュティナ(市町村、区)議会代議員となります。この代議員の中から直接連邦議会、連邦院代議員になるものもあれば、共和国議会における代議員となり、その代表として連邦議会共和国自治州院代議員となるものも出て来ます。これら代議員は出身代議員団を通じて選挙母体である住民ないしは出身職場労働者に対して責任を負う一方、選挙母体はその代議員の活動振りを見

て、その利益を代表しているか否かをチェックします。このようにして、一度選出されたら選挙母体から遊離して職業政治家になるというようなことが防がれ、代議員は、その選挙母体に密接に結びつけられる訳で、直接民主主義の実現であるとされています。

しかしながら実際には、社会主義同盟が代議員候補者リストを作成しますから、信任投票的なものになりがちです。

なお18才以上の成人男女はすべて選挙権・被選挙権を有しますが、企業「労働者評議会」のメンバーになる資格を有する労働者には年齢に関係なく選挙権が与えられます。

## 6. 主要政治・社会団体

### (1) ユーゴスラヴィア勤労人民社会主義同盟

1935年ユーゴ共産党のイニシアティブで「人民戦線」的なものとして組織され、1953年勤労人民社会主義同盟と改称、大衆政治組織(いうなれば党の外郭組織)としての役割を果たしています。選挙権をもつ市民は全てこの組織に加わることが出来、1979年末の同盟員数は1,415万名、有権者の約80%を包含しています。日刊「ボルバ」紙はこの組織の機関紙です。

### (2) その他の主要団体

その他の主要団体には労働組合連合(535万名)、青年同盟(346万名)、パルチザン軍人同盟(約106万名)、婦人同盟などがあります。

## IV 外交の基本

### 1. 積極的平和共存と非同盟

ユーゴ外交の基本原則は、「積極的平和共存」、「非同盟政策」です。「積極的平和共存」とは、東西2つのブロックの存在が国際緊張の主要原因であつて、永続的な平和を確立するためには2つのブロックが漠然と平和共存するだけでは不充分であり、積極的に相互理解を深め、信頼を築き上げて、ブロック解消に努めるべきである



という主張です。

社会主義国であるユーゴーが何故、社会主義諸国の共同体であるワルシャワ条約機構に加盟していないのか、何故ブロックの解消を主張しているのか、これを説明するには第2次大戦後のユーゴーの歴史を振りかえって見る必要があります。

## 2. 戦後外交の苦難を経て

第2次大戦後、新ユーゴーは社会主義国となり、ソ連その他東欧共産諸国と友好相互援助条約を結び、コミンフォルムに加盟してその有力なメンバーとなり、経済関係も1947年から始められた5カ年計画は主としてソ連・東欧諸国の協力を依存したものであり、貿易はソ連・東欧諸国相手のものが占める割合が極めて高く、つまり東側ブロックの有力な一員であつた訳です。

ところが、ユーゴー内におけるソ連顧問団の活動、ソ連・ユーゴー合弁会社の設立等、ユーゴーにとっては自らの独立性を失うに等しい問題が生じて来たため、ここにユーゴー対ソ連、ユーゴー対コミンフォルム、チトー対スターリンの抗争が起こつて来ました。当時チトーは、「私は社会主義の国ソ連を愛するが、同じく社会主義の発達しつつある自分の国ユーゴーをソ連より少く愛することは出来ない」と述べて、スターリンに反発したため、1948年6月コミンフォルムはユーゴーを除名し、ユーゴーは社会主義陣営とたもとを分つに至りました。

スターリンのソ連はその後、他の東欧諸国とともに、ユーゴーに対し政治的、経済的、軍事的圧迫を加えて来たので、ユーゴーは米、英、仏等西側諸国から経済援助を受けて、ソ連側の経済封鎖による経済的困難の克服に努めざるを得なくなつたわけです。そうしているうちに、1953年3月にスターリンが死去し、ソ連そのものの内外政策が変つて来たこともあつて、ユーゴー・ソ連関係は徐々に好転し、1955年

5月にはソ連のフルシチョフ党第一書記がブルガーニン首相とともにユーゴを訪問して、ユーゴ、ソ連間の和解が成立したのですが、この和解の基礎となつたベオグラード宣言は、ユーゴの主張する主権・独立の尊重、内政不干渉及び独自の社会主義の建設等の原則を明確に認めました。つまりユーゴはソ連との和解の条件としてユーゴの自主性、独立性を守り通す、すなわちソ連や共産陣営の意図に拘束されないことをソ連に認めさせたわけです。

### 3. 非同盟政策の由来

こういう経過をたどる間も、またその後もユーゴは西側諸国とも良好な関係を維持して来ました。世界情勢の動きとともに、ソ連との関係は、好転と悪化を繰り返して来ました。東西関係に象徴される世界情勢は必ずしも満足すべき方向に動いていないと考えると同時に、東西いずれの陣営にも加担することを欲しないユーゴは、前述した「積極的平和共存」こそ真に永続的な平和確立のための手段であると主張することの中に自らの活路を見出しているのだとも言えますよう。

2つの陣営のいずれにも加わらない諸国の意志を無視して、2つの陣営が世界全体の運命を決定するのは不当であると主張するところに、「非同盟政策」が生まれて来たと言えましょう。やがてユーゴは、この「非同盟」という考えを世界政治に反映させるためには、考えを同じくする諸国、立場を等しくする諸国が結集すべきであるとして、1961年9月これら諸国25カ国の元首等がベオグラードに集まって開かれた第1回非同盟首脳会議の開催国になりました。爾来、今日までユーゴは「積極的平和共存」「非同盟」の考えを一貫して主張しております。非同盟に共鳴する国も約100カ国に増加し、1983年3月にはニューデリーで第7回首脳会議が開催されました。

前述した歴史からも解るように、ユーゴは自らの独立と主権を守

るために幾多の苦勞を重ねて来たので、他国の独立と主權も同様に尊重するし、内政には干渉しない、その代りに、自国の内政への干渉は何人に対してもこれを許さないという原則を堅持しています。このような「相互内政不干渉」と「積極的平和共存」の立場から、「社会体制を異にする国とも相互尊敬、内政不干渉を基礎として積極的に協力する」という外交路線が出て来るわけです。

このような原則に基いてあらゆる国との友好関係を発展させるとの外交の下でユーゴは現在約130カ国と外交関係を維持し、すべての民族解放運動に積極的支援を送っています。とくに1977年から78年かけて、長年ユーゴを批判してきた中国との関係を改善し得たことは最近の大きな成果であると評価されています。上述のようなユーゴ外交の基本方針は長年の努力ののち、ようやく世界の多くの国々から認知されるようになったといえましょう。時によりユーゴが東寄りになったとか西へ傾いたとか取沙汰され、ユーゴの「バランス外交」などとよく言われますが、このような意見に対してあるユーゴ人が次のように言ったことがあります。

「ユーゴにとって最も大事なことは自主・独立である。したがって他の国の自主・独立も尊重する。その点においてユーゴの外交政策は終始不変である。ただ、他の国がユーゴに対する政策を往々にして変えるのでこれに対処しなければならない。すると、あたかもユーゴの方が揺れ動き、バランスをとっているようにみえるのである」

ユーゴは1980年5月、その建国の父であり、また、非同盟のリーダーでもあつたチトー大統領を失いましたが、新指導部もチトーの道を引継ぎ非同盟外交を堅持することを明らかにしています。

## V 国防体制のあらまし

### 1. ユーゴ人民軍

第2次世界大戦時のいわゆる民族解放戦争の間の1941年にパルチザン軍より発展して形成されたユーゴー人民軍が、現在のユーゴー国防力の中心になっています。ユーゴー人民軍の最高指揮監督権は連邦幹部会にあり、連邦幹部会議長が連邦幹部会の名において指揮を実現することになっています。

徴兵制で、18才以上の男子は、陸・海・空軍いずれも15カ月の兵役に服します。1983年の国防費は約1.525億ディナール(米貨約25億ドル)で、連邦予算の約62%、社会総生産の約5.1%に当ります。

ユーゴー人民軍の軍事力は次のとおりです。(1981～1982年版ミリタリーバランスより)

#### ① 陸 軍

兵力19万、歩兵8個師団、機甲8個旅団、歩兵旅団16個、山岳旅団1個、空挺旅団1個等。

#### ② 海 軍

兵力1.7万。駆逐艦2、コルベット3、潜水艦7、魚雷艇約15、掃海艦27、上陸用舟艇36、大型哨戒艇16、ミサイル哨戒艇16、海兵旅団1個、沿岸砲兵25個中隊、艦隊司令部はアドリア海岸のスプリット港にある。

#### ③ 空 軍

兵力約4.5万。作戦機346(MIG21×144、ガレブノヤストレブ170等)、中型輸送機43、ヘリコプター約80、対空ミサイル14個大隊。

#### ④ 地域防衛隊約100万人、国境警備隊2万人、予備兵力50万人。

### 2. 国防評議会

国防評議会は、国防に必要な資源や、組織や兵力の動員を担当します。国防評議会の委員は連邦議会が任命し、議長には、連邦幹部会議長がなります。

### 3. 全人民防衛体制

1968年8月のチェコ事件以後ユーゴーは特に国防に関心を払い、1969年2月に成立した国防法は、人民軍とは別に、15才から60才までの男子、15才から55才までの女子に国土を防衛する義務を課し、共和国、オブシュティナ、経済企業その他の組織体に夫々居住地又は勤労場所において地域防衛隊(現在約100万人)及び市民防衛隊を編成し、全ての市民をそのいずれかに編入して、戦時に人民軍と協力して戦争を遂行するよう命令しています。敵軍に占領された地域では、これらの市民がゲリラ戦を担当することになります。同国防法は、これらの目的が遂行出来るよう平時において訓練を怠らないよう命令しています。1971年10月には、全人民防衛体制に基く初の大演習が行われ、その後毎年地域ごとに実施されています。

## VI 経 済

### 1. 経済のしくみ

ユーゴーに国有企業はありません。また、ごく小規模の手工業的なものや個人農を除き、私有企業もありません。ユーゴー経済の中心にあるのは「社会有企業」といわれるものです。

社会有企業は、その企業に働く労働者(従業員)によつて管理運営されています。ですからこれを「自主管理企業」ともいいます。全従業員が投票によつて「労働者評議会」のメンバーを選出し、これが通常企業の最高決議機関になります。労働者評議会は、さらに互選により「経営委員会」のメンバーを選出し、かつこれとは別に社長ともいうべき「企業長」を公募して任命し、この企業長が経営委員会の助言と監督を受けつつ、日常の経営に責任を負います。しかし、企業の生産・投資計画、貸金額の決定等大事なことは、労働者評議会の承認を得なければなりません。さらに企業定款の採択、他企業との合併等については全従業員が「労働者集会」や「レフェレンダム」を通じて決定に参加する仕組みになっており、これらの点がユーゴー

の「自主管理」制度の基礎をなしています。

こうして、各企業はそれぞれ独自の計画と判断に基いて生産を行い、これを国内国外の市場で売りさばき、営業成績が良ければ賃上げ、設備拡張も可能となり、この逆ならば賃金カット、ひいては倒産もあり得ます。このように、市場における自由な競争を通じて経済全体としての発展をもたらすという点は、資本主義経済のしくみによく似ています。

もつとも、企業には、土地、建物、設備等の固定資産(この国の言葉でいえば再生産用基礎手段)に対する所有権はありません。それらはあくまで、社会のもの＝「社会有」であつて、各企業はそれらを社会(国民)から借りて運用しつつ、自分たちの生活の糧を獲得し、生活水準の向上に努力するという形になっています。したがつて、仮に経営悪化した時でも、例えば勝手に土地の一部を売り払つて急場をしのぐというような手段はとれません。こうした点が国有でも私有でもなく、社会有企業であるといわれるゆえんです。

以上述べてきたところから、ユーゴー経済は「社会有を基礎とする自主管理市場経済」であるといえましょう。

このほか、ユーゴーには個人業も存在します。靴職人、自動車修理工等が自分の仕事場を開いて営業することはひろく行われており、その場合、従業員5人まで使用することは認められています。もつとも、金融業での個人営業は禁じられています。また農業は個人業が圧倒的に多い唯一の産業部門で、農業人口の約9割、耕地の約8割5分が個人農家に属しています。ただ1個人農家が所有し得る耕地は原則として10ヘクタールまでに制限されています。

さらにユーゴーは対外的にも経済を開放しており、企業は数多い貿易企業のどれかを通じて外国と取引することができますし、外国企業との合併事業を行うこともできます。合併の相手としては西ドイツ、

イタリア、米国等の企業が多く、全体として西側経済との結びつきが非常に強いといえます。またユーゴは国内に外国為替市場を有する唯一の社会主義国でもあります。週3回開かれる外国為替市場で国内各銀行が外貨を取引し、その需給関係を通じて各外貨(主として西側主要国通貨)の対ディナールレートが変動しています(1983年3月現在1ドル=約75ディナール)。国境を越えて出稼ぎに出かけられることも他の社会主義国にはないことでしょう。現在家族を含め約80万人が主として西ドイツを初めとする西欧諸国で働いています。

## 2. これまでの成果と問題点

このような独特の「自主管理」経済制度は、1948年ユーゴがスターリンによつてコミンフォルムから追放されたのち、1950年の労働者評議会設置を皮切りとして次第に創設され、とくに1963年の憲法とこれに続き65年に始まる「経済改革」をもつてひとまず形を整えたといえます。

自主管理制度が整うにしたがい、経済の分野でも、他の東欧諸国にはみられぬ自由の雰囲気浸透していき、インフレや金詰りに悩まされ、国際経済の変動にもまれながらも多様な活気ある経済活動を通じて、相当の成果をあげてきたといえましょう。

GNPは1963年当時の約60億ドルから1980年には約562億ドルとなり、1人当たりGNPは同じ期間に350ドルから2,516ドルへ伸びています。

国内産業で注目すべき発展をみせているのは造船と自動車です。数多い天然の良港に恵まれたアドリア海岸のブーラ、リエカ、スプリットなどにある造船所で造られた船はほとんどが輸出され、1956年から1977年の間で五百数十隻の船(タンカーなどを含む)を輸出しており、その中には20万トン級のタンカーもあります。自動車はそのほとんどが国内向けですが、フィアットやベンツ(トラック)、フォルクスワー

ゲンとの合併、ルノー、オペル等のノックダウンを行っており、72年からは純国産乗用車第1号(1,000cc.級)の発売を開始しました。1981年の乗用自動車生産台数は約24万2,000台でした。

乗用車のほか耐久消費財部門の発展は著しいものがあり、例えば冷蔵庫、洗濯機の生産は年々急成長し、63年は合わせて14万台しか生産できなかったものが、70年代に入り急速に生産が増加し、ピークの1974年には冷蔵庫が87万1,000台、洗濯機が44万台の生産を記録しました。

国際収支は入超が大きいため外貨準備高が2～3億ドルしかない状態が長年続いていましたが、アドリア海岸を中心として観光収入が伸び、国外出稼ユーゴ人からの送金も増えつづけたため、72年から経常収支が黒に転じました。しかし74年には輸入が前年の2倍近くになり貿易収支の赤字は一躍3倍にもなり、これが75年以降も続いたため経常収支は再び赤字基調となっています。1982年のユーゴの輸出は102億ドル、輸入は133億ドルで、貿易収支は31億ドルの赤字(ユーゴ統計・速報値)、経常収支は約5億ドルの赤字(見込)となっております。また、対外債務もこの間急増し、1982年末には約200億ドルに達しています。

ユーゴにとってもインフレ傾向は高まる一方で、71、72年に年間物価上昇率が16～7%となり、74年にはこれが26%に達しました。社会主義を標榜しかつ開放経済体制をとつて、西側諸国に大きく窓を開けている国としてとかく消費、投資の両面で背伸びをせざるを得ない面もあり、これがインフレの主要な原因の1つであつたことは否定できません。それに加えて、最近の世界的インフレ傾向もユーゴのインフレ対策をますます困難にしました。75年後半からの一連の引締め策により、一旦は上昇率が緩和されたものの79年には再び20%を突破、80年は30%、81年は46%、82年は29%となっています。



また、経済を自由化してきたことにより、目先の需要と採算性の赴くところに従って資金も流れ、消費財を中心とする加工産業部門は著しい発展を遂げましたが、他方、農業、原料部門、インフラストラクチャーがこれに追いつかず、産業構造の歪みという問題が生じてきました。よく引合いに出される例ですが、ユーゴは国内に欧州第2といわれる豊富な銅資源を有しながら、開発が立ち遅れているためわざわざ原料銅を輸入し、銅加工品を輸出しています。こうした歪みをなおすことが5カ年計画(1981~1985年)の主要目標になっているのですが、一朝一夕に解決できる問題ではなさそうです。

制度的な面では、企業が大きくなりすぎると権限が上層部に集中して自主管理の実をあげられなくなるなどの問題が生じ、1974年の新憲法では、大企業を比較的小規模の(直接民主主義が可能な程度)の単位企業(この国の言葉では「共同労働基礎組織」)に分割し(例えば最大クラスの企業は100近くの「基礎組織」をもつて構成されることとなります)、これに、企業全体の運営に大きな発言権をもたせることが定められました。現在、この「共同労働基礎組織」を経済企業のみならず、あらゆる分野におけるユーゴ自主管理体制の核ともいうべきものにしていこうとの努力が行われています。

### 3. 将来性

自然的地理的条件でみると、ユーゴ経済はなかなか将来性に富むもののように思われます。ポーキサイト、銅を初めとし、クローム、アンチモン、水銀等非鉄金属資源に比較的恵まれ、またユーゴの穀倉ヴォイヴォディナ地方はヨーロッパでも最良質の土地といわれ、うまく利用すればヴォイヴォディナ(現在同地方の生産高はユーゴ全農業生産の2割余を占める)だけで現ユーゴ全人口の約2倍、4,000万人を養えるはずだという専門家もいます。しかも近隣に西欧とくにECという巨大市場を有し、今後の開発と対外関係如何で、ユーゴが

政治的のみならず、経済的にも極めて重要な国になり得る可能性は大いにあるといわねばなりません。

しかし、その可能性の実現は必ずしも容易ではないようです。自主管理制度という、他にモデルのない独自の社会体制を追求する過程では、多くの試行錯誤が繰り返されることもやむを得ず、さらに重要なことは、例えば民主主義という政治制度が民衆の間に高度の政治意識があつてこそ十全に開花し得るものであると同様に、自主管理経済も個々の労働者が高度の社会的意識を持つていて初めて、大きく発展し得るものだという点でしょう。この意味で労働者が「自らを管理する」という責任を自覚することが、この国にとってより重要な課題であるかも知れません。一旦は背景に退いていた党が最近あらゆる分野でふたたび「指導する勢力」として前面に出てきていることもこのことと切り離しては考えられないでしょう。

#### 4. 地下資源

ユーゴは「鉱物資源の博物館」ともいわれ、各種鉱物が散在していますがなかでも銅、ボーキサイト、鉛、亜鉛等が国際的に注目されています。原油は国内需要の約3割を自給していますが、これでもソ連・ルーマニア等を除きヨーロッパ最高の自給率です。ウランは3,000年分ぐらいの埋蔵量があるということです。概してまだ採鉱が不十分なため今後有望な新鉱脈が発見される可能性もあります。以下主要地下資源の鉱石埋蔵量、主要鉱床所在地(品位)、1981年の鉱石生産量を列記しましょう。〔鉄〕2億5千万トン、ボスニアのヴァレシュ(36%)、リュビア(44%)、マケドニアのタイミシュテ(37%)、479万トン。〔銅〕2億5千万トン、東セルビアのボール(2%)、マイダンベック(0.8%)、1,834万トン。〔ボーキサイト〕2億トン、モンテネグロ( $Al_2O_3$ 58%)、ヘルツェゴヴィナ(56%)、ダルマチア(49%)、イストラ、325万トン。〔鉛・亜鉛〕4,000万トン、北スロヴェニア、コソヴ

オ、437万トン。〔石炭〕300億トン(8割は褐炭)、余土、5.225万トン。〔石油〕クロアチア、セルビア、438万トン(生産量)。

## VII 社会生活のあらまし

### 1. 社会保障

ユーゴの社会保障は大きく分けて、年金保険と健康保険があります。年金保険には、老令年金保険と傷病年金保険があり、これは各共和国の専管になっています。健康保険には、一般健康保険と妊娠・出産保険があり、これはオブシュティナ管轄になっています。

すべての企業労働者、公務員、個人営業労働者は、20段階に分けられた区分にもとづき、その月給の約20%が義務として社会保障のために天引きされ、これが社会保障基金になります。その基金のうち年金の分は共和国の社会保障委員会にまわされ、そこで事務局がその運営にあたります。その残りの分が、健康保険のための基金となつて、オブシュティナの同様な委員会と事務局により運営されます。

一方、独立の農民、作家、芸術家、手工業者などは同業組合をつくりその組合単位に申告した月収額に基づいて分担金が算出されますが、保険への参加は任意で、義務的ではありません。

このようにして、市民は毎月、割当てられた額を支払ってゆき、男子40年(女子35年)の労働年限を終えるか、又は60才(女子55才)を越えたら老令年金がつくことになります。そのときもらえる額は、その被保険者の最終5カ月間の月収平均の約85%となつています。被保険者が傷病のため労働不能になつた場合には、かれらには月収の80%以上が給付されることになっています。被保険者の死亡の際は家族に対して年金が支払われます。

健康保険の被保険者とその家族には、診察、予防、治療、医率は無料です。また、担当医の判断によつて療養地までの交通費も支給されることになっています。また、妊婦には1年の有給休暇があります。

## 2. 教育制度

ユーゴの学校には次のようなものがあります。

小学校(義務教育)	8年
中級学校	4年
大 学	4年

これらはすべて授業料を必要としません。所得税中の一定部分が自動的に教育基金として積立てられ、これによって教育財政がまかなわれています(ただし、これ以外の語学学校、簿記学校等日本でいえば各種学校にあたるものは、生徒は授業料を払います。また、後述の「人民大学」は、企業・労働組合等が授業料を負担します)。

義務教育は8年で、前半後半各4年に分けられています。前半では、我が国の小学校と同様担任教師が1人でほぼ全教科を教え、後半になると科目別に教師が変わり、また外国語(英、仏、独、露のうち1カ国語選択)の学習も始まります。就学率は近年格段と向上し、現在はほぼ完全就学に近づいたものと見られます。生徒数は約300万人です。

中等教育は、従来普通高校(ギムナジウム)と職業専門学校の2コースが用意されていましたが、1977年以降これを一本化する新システムの導入が開始されました。新システムでは期間は従前通り4年ですが、これを前期後期各2年に分け、前期では全員に一般教養科目を教え、後期に進路別授業を行うこととなりました。生徒数は合計約100万人です。

ユーゴには19の大学(ベオグラード、ザグレブ、リュブリアナ、スコピエ、サラエヴォ、ブリシュチナ、ノーヴィ・サード、チトーグラード等)があり、我が国の短大にあたる上級学校(上級経済学校、上級師範学校等)もあります。学生数は1980年現在約45万人で、このうち約40%が女子です。

これらのほか、ユーゴーには「人民大学」や「労働者大学」とよばれるものがあつて成人教育を行つています。企業や労働組合の依頼に応じて講座を開設し、勤労者の技能や知識の向上をはかつています。

### 3. マスコミ

新聞 全国的日刊紙は、社会主義同盟機関紙の「ボルバ」(闘争)だけですが、各共和国にそれぞれ有力な地方紙があり、ボルバをしのごう売れ行きです。(セルビアの「ポリティカ」、クロアチアの「ヴェスニク」(伝書使)など)。言論機関は国家の独占物にあらずという建前で、各紙は読者獲得に努力を傾け、さまざまな問題についての論争、投書等に紙面を割き、政府批判の記事もみられます。

また、これら日刊紙はそれぞれぐつとくだけた編集の夕刊紙や週刊紙を発行しており(ボルバの「ヴェチュルニエ・ノーヴォステイ」、ポリティカの「ポリティカ・エクスプレス」、ヴェスニクの「水曜ヴェスニク」など)、売れ行きは朝刊紙よりもいいようです。日刊紙は全部で27種、総発行部数約348万といわれています。なお、ここには日本のような配達制はなく、読者は街のキオスク(売店)で買わねばなりません。また、大都市の大ホテルには、ロンドン・タイムズ、ル・モンド、インターナショナル・ヘラルド・トリビューン等の外国有力紙も売つています。

ラジオ ラジオは1980年現在190局あつて、中波、短波それにFM放送を行つています。どの民族も自国の放送が開けるように配慮され、たとえば、ラジオ・スコピエは、マケドニア語のほかにアルバニア語とトルコ語の番組を流しています。ラジオの普及率は5人に1台といたところ(1980年)。番組は朝の農事放送からはじまつて、ニュース、子供、教養、娯楽と盛りだくさんですが、一番多いのは音楽番組でしょう。ジャズやビート音楽と、どこかちの悲しいセル

ビア民謡(セルビア共和国の場合)がかわるがわる流され、その合間にはコマーシャルが入ります。また、「ベオグラードの何某へ。誕生日おめでとう。ミュンヘンの兄より」といった海外にあるユーゴ一人季節労働者のリクエスト番組もあります。

FM放送では、英・仏語等外国語によるニュース番組もあり、毎日午後、4度にわたり放送されています。

テレビ テレビの本格放送が始まったのは1958年、当時のテレビ台数が4,000。それが80年には444万台、5人に1台というところですが、大都市では大多数の世帯がもっているのに、テレビ放送の届かない地域も多いということです。チャンネルは2つ。朝の農事番組をハンガリー語でやり、午後は休み、5時頃から再開、ザグレブ局が西部劇(字幕はクロアチア語)ベオグラード局がニュース(セルビア語)といったふうに分担して放送しています(しかし時間帯によってリュブリアナ、ザグレブ等のテレビ局がその地域に独自の番組を流しています)。このほか、時局討論会、クイズ、世界めぐりなど。サッカー、バスケットボールなどのスポーツ中継も多く、高い視聴率を誇っています。1972年カラー放送が開始されました。

#### 4. 市民の1日

ユーゴは多民族国家ですから地域によつて風俗習慣にかなりの違いがあります。ここではそこまで立ち入らず、ベオグラードを例にとつて市民生活のごくおおざっぱな平均的なところを描いてみましょう。

工場や事務所は朝6時ないし7時からはじまります。ですから市民は早起きで、バスや電車は6時前からたてこんできます。ついでにいいますと、車内では乗客はもちろん禁煙ですが、運転手と車掌は喫煙してもいいことになっています。「働く者は保護される」ということなのでしょう。

始業から2時間ばかりたつと30分の朝の休憩。これは朝食用に使われます。そのあと2時か3時までぶつ続けに働いてもう終業。うちに帰つてたつぷりした昼食をとります。

昼食後は昼寝という習慣の人もいますが、ともかく夜までまだ時間があります。出世したい若者は夜学に通い、今少しでもよけいに稼ぎたい者は内職にはげんだり。社会主義同盟の地区委員会に出かけて、ゴミ集め車が規則的に来てくれないのは困ると市当局に陳情しようと決議したり。

夕方になると市民たちは散歩に出てきます。7時から8時の間、市のメイン・ストリートのひとつは押すな押すなの人出。夕食はこの散歩の前後に比較的簡単なのをとります。

## VIII 日本・ユーゴー関係

### 1. 国交回復

日本・ユーゴー間の国交は1952年4月28日に実現しました。これはソ連・東欧各国のどこよりも早く、同年8月には日本の公使館がベオグラードに開設されました。ユーゴーも同年11月東京に公使館を開き、1957年両国の公使館はそれぞれ大使館に昇格しました。

### 2. 政治関係

ユーゴーは社会主義国であり、外交上では非同盟の立場をとっていますが、政治的立場はともかく、ここ数年、両国の要人の交流はさかんになっています。

ユーゴーを訪問した日本の要人及び代表団は次の通りです。

1953年 三木武夫衆議院議員

1963年 佐藤栄作科学技術庁長官

同年 貿易使節団

1964年 成田知己社会党書記長

同年 藤山愛一郎衆議院議員

1966年	川島正次郎特使
1968年	岸元首相
1969年	経済使節団(団長 植村甲午郎氏)
1971年	衆参両院代表団(団長 伊能繁次郎議員)
1972年	美濃部東京都知事
1973年	経済使節団(団長 近藤秀一日本経済委・副会長)
同年4月	大平外相
1974年9月	衆参両院議員団(団長 田沢吉郎議員)
同年10月	澄田輸銀総裁
1975年6月	経済使節団(団長 鈴木善照)
1976年6月	皇太子同妃両殿下
1978年7月	安井参議院議長
1980年5月	大平総理(チトー大統領国葬参列)
1981年9月	福田一衆議院議長
1982年9月	二階堂進自民党幹事長

また、日本を訪問したユーゴの要人・代表団は次の通りです。

1965年	ユリシェフスキー社会主義同盟議長
1968年	ボーレ経済使節団
同年	ドゥゴニッチ社会主義同盟議長
同年4月	チトー大統領(国賓)
1973年	トドロヴィッチ連邦議会議長
1974年4月	経済使節団(団長 スタノイエヴィッチ経済会議所副 会頭)
1975年11月	ユーゴ共産主義者同盟代表団 (団長 ドランツ筆頭書記)
1976年10月	ツェーモヴィッチ蔵相
1977年6月	ヴァキッチ経済会議所会頭



1978年2月	シェーフェル副首相
1980年11月	コステイッチ蔵相
1981年6月	ヴルホヴェッツ外相
同年7月	コステイッチ蔵相
同年12月	同蔵相
1982年3月	同蔵相、マキッチ中央銀行総裁
同年4月	フリストフ経済会議所会頭
1983年1月	ディズダレヴィッチ連邦議会議長

### 3. 経済関係

(1) 条約関係では、通商航海条約(1959年)、円借款取決め(第1次1966年、第2次1972年)が結ばれました。

(2) 在留商社及びメーカー代表は、ジェトロのほか9社の人々が駐在しています。

ユーゴ側からは連邦経済会議所代表および数社が日本に事務所を置いています。

(3) 貿易では、日本から船舶・機械・設備・鋼材、その他工業製品を4900万ドルを輸出していますが、ユーゴからの輸入は非鉄金属、農産品等で2200万ドルに止まっています(1982年日本側統計による)。

このような貿易のインバランスは、73年秋の石油危機以来の世界的不況に起因しており、景気回復に伴い改善されつつありますが、それ以前の例からみても、両国間で輸出入を完全にバランスさせることは困難とみられ、経済関係の一層の発展のためには、貿易の分野のみならず、合併事業、地下資源の開発など経済・技術協力さらには、第三国市場への共同進出といった面での協力を深めるべきであるとの意見が活発になってきています。これまでに、ロズニツァ(セルビア)、パニャルーカ(ボスニア)のセルローズ工場、イヴテニツァ

(セルビア)の宇宙通信地上局等が我が国の技術で完成し、落差世界最高といわれる(620メートル)のバイナ・バシュタの揚水発電所の建設においても、我が国の技術が大きな役割を果たしています。

#### 4. 領事関係

- (1) 査証は日本・ユーゴ間に相互免除取決めがあり(1967年6月から)、生業に従事する場合を除き、3カ月までの滞在には、相互に査証は不要です。
- (2) 在留邦人は、ベオグラードを中心に約190人居住しています。
- (3) 日本人学校が1979年開校し、1983年3月現在16名の在留邦人子弟が在学しています。

#### 5. 文化関係

日本にとって初めての社会主義国との文化協定がユーゴとの間に結ばれました(1969年発効)。この協定で、広報活動、学者交流、科学技術協力など、文化交流におけるあらゆる面での相互協力が合意されています。

- (1) 人物交流としては、日本政府の留学生として、ほぼ毎年ユーゴ人が3名留学しており、また、1978年にはユーゴ政府留学生として日本人5名が留学しています。
- (2) 文化人交流では、日本から生花の講師が毎年ユーゴを訪問しているほか、日本の歌手、民族舞踏団もユーゴで公演しました。一方、ユーゴからは、バレエ団、オペラ団が日本公演をしています。
- (3) その他、スポーツチームの相互派遣、映画祭の相互出品、各種展示会参加も行なわれています。
- (4) 都市提携は、貿易港リエカ市と川崎市の間で1972年6月に、姉妹都市関係が結ばれたのを最初として、1981年10月にユーゴ第二の都市サグレブ市と京都市が、1982年10月にシヤバツ市と富士見市

が姉妹都市となっています。

## 6. 対日感情

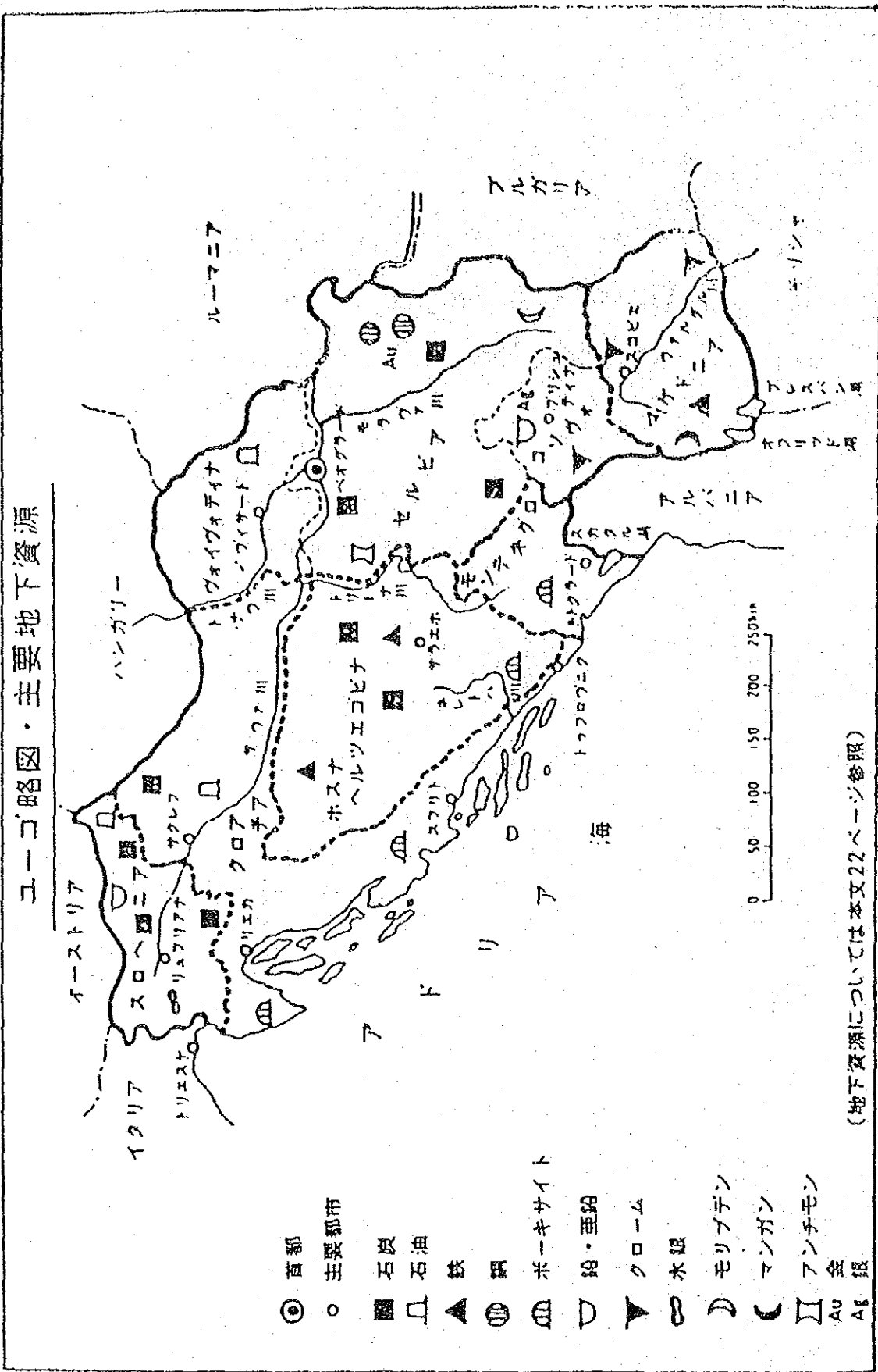
ユーゴ人は一般に極めて親日的です。チトー大統領の日本訪問(1968年4月)を機に、日本に関する知識は、テレビ、新聞等を通じて急速に普及しました。また皇太子・同妃両殿下(1976年6月)の御訪問を機に、一層日本に対する関心が高まっています。

日本商品も、自動車、カメラ、トランジスター・ラジオ、テレビなどが好評を博し、工業国日本のイメージができ上っております。

在ユーゴスラヴィア日本国大使館

Ilirska 5, Beograd 11000

(Tel)768-255



## 裏表紙

### ベオグラード案内

#### 戦火の犠牲

ベオグラードの起源は古く、人が住みつき始めたのは紀元前5000年に遡りますが、今のベオグラードにはさしたる古代の遺跡もなく、中世、近世からの由緒ある建築物にも乏しく、ブダペストやプラハのような古都の趣きに欠けています。その原因は、サヴァ河とドナウ河の合流点という昔から交通上、戦略上の要衝にあるため諸民族の攻略にさらされ、その度に破壊、焼失をくり返したためでしょう。ケルト人、ローマ人が来たのち、スラヴ人がこの町をスラヴ化しましたが、その間アヴァール族やフン族の占領が相次ぎ、ハンガリーが干渉、十字軍もここを通過、16世紀以降数百年間オスマン・トルコ帝国の支配下におかれましたが、オーストリア・ハンガリー帝国との国境に位置したため、しばしば両帝国がこの町の争奪戦を演じました。

#### 急速な発展

ベオグラードは19世紀半ば以降セルビア王国の首都、第1次大戦後ユーゴーの首都になりましたが両大戦の戦火をあげました。その後社会主義国ユーゴーの首都として急速に発展、1945年に30万そこそこだった人口は今140万になっています。従ってベオグラードの特徴はその活気にあるといえましょう。林立する高層住宅群、建設現場、掘り返された道路、起伏の多い市街地をめまぐるしく走りまわる大小の自動車群、マーケットにごったがえす人の波—そうした「活気」の合間にひっそりと点在する屋根の低い、上壁のトルコ風の古ぼけた家並み…以下主な観光対象を列挙してみましよう。カレメグダン公園；昔トルコの城塞、今市街地最大の公園。ドナウとサヴァの合流点を一望にする。ここに軍事博物館あり、一見の価値あり。テラジェ；代表的繁華街、デパートもここに。クネザ・ミハイラ通り；ショッピング通りかつ散歩道。夕刻には押す

な押すなの人出。スカダルリヤ通り；古いベオグラードの面影をのこす。砂利を使つた石畳、由緒ありげな古ぼけたレストラン、食べ物屋台、路上の素人楽団(夏季のみ)。国民博物館 1階考古、歴史。2階美術。国民劇場；オペラ、バレエ、それにドラマ。正教会寺院；セルビア正教会本山。19世紀半ばに建立。聖マルコ寺院；中世セルビア王国盛期のグラチャニツァ修道院を模して第2次大戦直前に建立。マーケット；ずらりと並んだ屋台に山をなす野菜、果物、ニワトリ、タマゴ、雑貨類。代表的なものはテラジェ近くの「ゼレニ・ヴェーナツ」市場。新ベオグラード；サヴァ河を隔てて旧市街の対岸。林立する色調豊かな高層住宅群は当市自慢のひとつ。アヴァラ山；ベオグラードから南へ18キロ。大洋のうねりを思わせるなだらかな起伏が無限に続く眺望。山頂に無名戦士廟。

#### お金と買物

1ディナール=100パラ。1米ドル=約70ディナール、1ディナール=約3.5円(1983年2月末現在)。ただし現在の1パラを1ディナールと呼んだ以前のいい方(例えば3ディナールのものを300ディナールという)をする人もまだいますから注意が必要です。外貨からディナールへの換金は空港やホテルでできますが、余つたディナールを外貨に戻せないため、ディナールへの換金は必要最低限にとどめることが無難です。