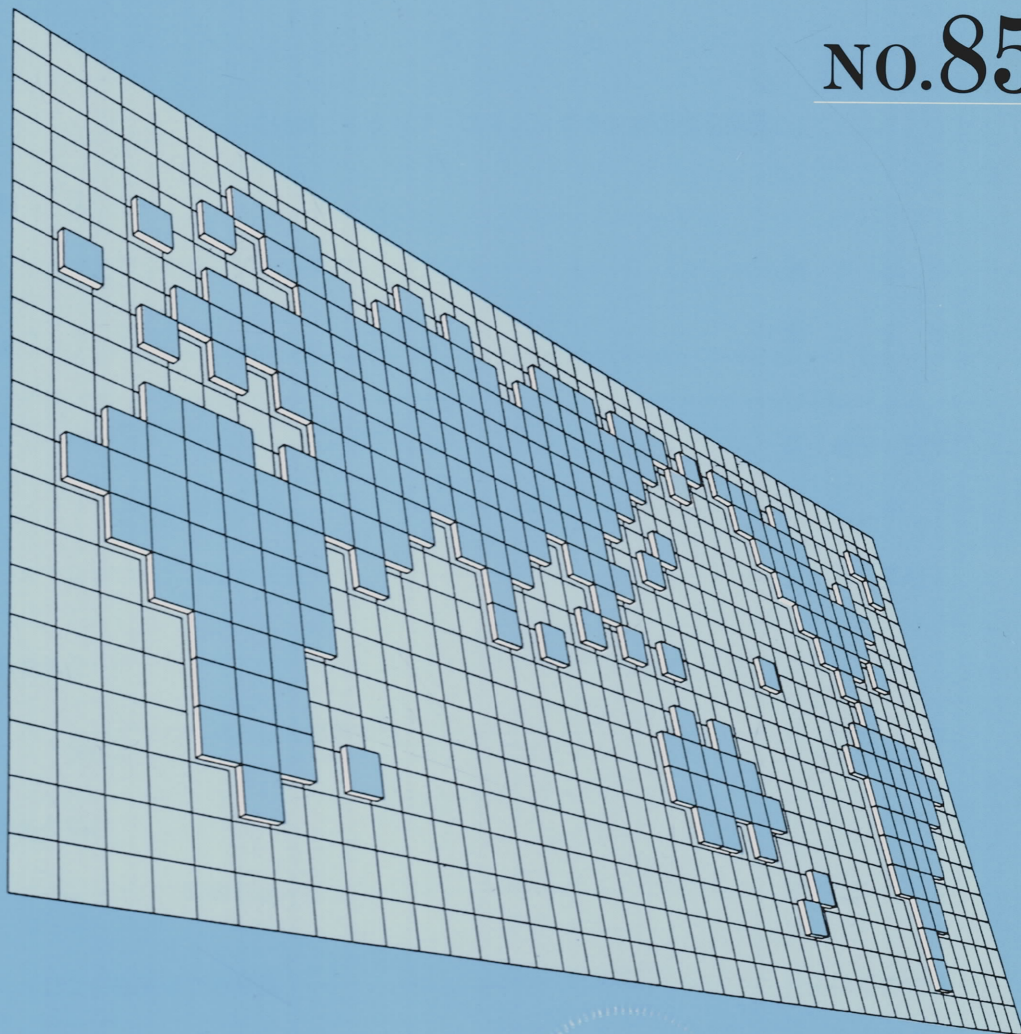


# 海外社会保障情報

*Overseas Social Security News*

**Winter 1988**

**NO.85**



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

## イタリア年金制度の近年の動向

法政大学 岡本 義行

### 要 約

イタリアの年金制度は世界一寛大であるといわれている。1960年代後半以来イタリアの年金制度は質的にも量的にも拡大したが、それにつれて年金ジャングルといわれるほど、複雑に多数の基金や機構が並立する状況を生んでしまった。同時に、それは年金財政を悪化させる過程でもあり、国債発行の累積が深刻な問題となっている。こうした現状を打開すべくさまざまな議論が繰り返されてきたが、実際の年金制度改革案は必ずしも全体的な視野に立ったものとはいえない。しかし、イタリアの年金制度のとるべき方向にそれほどの選択はないであろう。

そこで、簡単にイタリアの年金制度を概観して、現状の問題点を明らかにする。イタリア年金制度の特徴は、先に指摘したように、多数の基金や機構の併存、受給者からみて拠出にたいする給付条件の良さ、年金制度の不正利用ないしは乱用にあると思われる。年金加入者にたいする年金受給者数の比率、とりわけ障害年金受給者制度の乱用、ペンション・ベビーの存在、農業従事者にたいする年金制度上の優遇などが際立っている。

しかし、一方で巨額の年金財政の赤字にもかかわらず、現実におこなわれている制度の改訂

は赤字の拡大につながるものも少なくない。なかでも支給額の上限の撤廃は多くの議論を引き起こしているが、将来年金財政にとって非常に大きな課題となりうる。年金の最低支給額も確実に高い基金にあわせて引き上げられてきている。また、重複受給の場合にも、最低支給額が支払われるべきであるとの憲法裁判所の判断がなされたことにより、今後の負担は大きくなるであろう。

基本的な方向として、これまで考えられてきたように、公的年金によって基礎部分を保障するとともに私的な年金によってそれを補完するということになる。現実の改訂は必ずしもそうした方向と一致しているわけではない。近年のイタリアにおける私的な企業年金や個人年金の隆盛をみると、あるいはまた公的年金の非効率、不正利用、赤字をみると、基礎年金方式は不可避であるように思える。しかし、イタリアの現状では長い時間と紆余曲折が予想される。92年ECの市場統合をめぐって、年金制度の改革は単に年金だけの問題ではなく、イタリアでは経済全体のパフォーマンスに影響する重要な課題となっている。

### 1 はじめに

イタリアの年金制度は現在世界一寛大である

といわれている。1960年代後半以来の労働の攻勢や社会的混乱の中で年金制度は常に労働者側の格好の標的になってきた。しかも、場当たりの対応によって誰も年金制度の全体像を把握できないほど複雑にするとともに、保険料の拠出についても給付についても条件を緩和していった。しかし、こうしたことが永久に続くことはない。公的年金の赤字は国家財政により尻拭いされてきたが、国債発行による財政赤字の累積も限界に達しつつある。1970年代末以来さまざまな改革案が議論されてきた。そして、一貫性のない微調整といえる程度の改訂は頻繁におこなわれているとしても、改革の方向性は、繰り返される改訂の文脈からは見出しにくい。その方向性についてまた現状の認識について国民的な合意が必ずしも成立しているとは思えない。

1992年に迫ったECの市場統合は制度の競争という側面をもっており、最近では多くの識者は年金制度の公正化と効率化を緊急の課題であるとしている。これまでのような寛大で非効率な公的年金制度のもとでは、他のEC各国との経済競争に遅れをとることは目に見えているからである。高い保険料は労働コストを引き上げるであろうし、財政による肩代わりは必ず高い税率となって国民生活にはねかえることになる。

以下では、近年の年金制度の改正を後付けることによって、その問題点と方向性を探ってみたい。次節で公的年金制度の概要を述べ全体としての問題点を明らかにする。第三節は最近の年金制度改革について述べよう。第四節として、新たな改革の方向性にかんする議論をとりあげることとしたい。最後に、まとめとしてイタリアの年金制度の改革にかんする見通しを簡単に

述べてみたい。

## 2 イタリア年金制度の現状と問題点

まず、イタリア年金制度を概観してみよう。イタリア年金制度の特徴のひとつは多様な基金や制度が分立しているということにある。1984年の公的年金給付件総数（複数受給があるため受給者数ではない）は17,980,563件である。他方、年金加入者は21,643,784人である。公的年金制度の所管と加入者数は表1のとおりである。公

表1 年金加入者数 (1984)

政 府	1,803,315
公共事業体	484,926
INPS (*)	17,043,379
従属労働者	11,090,000
独立労働者	4,859,266
直接農業者	1,436,266
手工業者	1,844,000
商業者	1,579,000
他の代替的特別基金	389,609
交 通	150,836
電 話	81,438
徴 税	7,000
電 力	115,075
牧 師	29,700
航 空	5,560
自主的保険 (**)	10
主婦年金	19,350
特別老齢年金	685,144
郵便職員機構	104,800
地方自治体職員年金基金 (***)	1,313,221
保健所職員年金基金 (***)	84,512
興業者年金	127,500
全国医療従事者年金機構	221,000
INPDAI	122,825
そ の 他	338,217
総 計	21,643,695

Annuario Statistico Italiano 1986

(\*) 自主的拠出者を全て含まない。

(\*\*) 集団加入

(\*\*\*) 1983年のデータ

的年金は大きく三つに分類できる。すなわち、全国社会保障機構 INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) の管轄下にある年金制度、そして国家公務員と国鉄、専売など公営事業者の年金制度、およびその他の年金制度である。INPS の年金は従属労働者年金、独立労働者年金（農業者、手工業者および商業者の年金制度）、その他代替的な特別基金（運輸、電話、徴税、電力、牧師、航空関係者などに従事する者のための年金制度）からなる。その他の年金制度として、地方公務員年金、家事従事者年金、郵便事業従事者年金、保健所員年金、興業関係者年金、医療従事者年金、企業経営者年金機構などが主要な基金ないしは機構である。

ところで、INPS 管轄下の年金に加入する者は年金加入者全体の80%を越えている。そのうち65%を占める従属労働者年金は15年の保険料拠出期間で受給資格が得られ老齢年金の受給開始年齢は男子が60歳で女子が55歳である。他方、以上の年齢に達しなくとも35年以上の保険料拠出期間があれば、老齢年金と同様な条件のもとで勤続年金が支給される。年金の保障額は拠出期間1年につき年金算定報酬（標準所得の）の2%であるから、最低は15年の拠出期間で標準所得の30%であるが、最高は40年の拠出期間で標準所得の80%となる。従属労働者年金には年金支給額について最高限度額が設定されており、それを越えた場合には最高限度額が支払われる。最低年金が存在して、上述の規定をもとに計算された年金額が最低年金に達しない場合には、最低年金までの年金が補填されることになる。保険料についてみれば、その時点における被保険者の所得の24.31%であり、そのうち7.15%を労働者側が負担する。再就職した場合には、

その所得の他に最低年金の水準が支給される。重要な争点になっているが、年金の支給額はインフレ調整がおこなわれる<sup>2)</sup>。

既に述べたように、イタリアにはさまざまな年金基金や機構が共存しているが、年金ごとに保険料、給付水準、最高限度額、最低年金、インフレ調整メカニズム、保険料拠出期間などが異なる。近年、加入者の少ない機構はINPSに統合されつつあるが、窓口は一本化しても基金そのものは別建てのままであることもある。INPS の従属労働者年金はイタリアの年金制度の中で最も条件の悪い制度であるともいえる。INPS 所管の独立労働者年金の場合には、1966年までは高齢者がわずか1年の保険料拠出で、しかも非常に低額の保険料にもかかわらず最低年金を受給することができた。その後、保険料は累積的に引き上げられてきたが、拠出と給付の関係でみるかぎり従属労働者と比較すると優遇されている感はぬぐえない、特に、農業従事者にたいしては、所得水準が低いことや農業の重要性（連帯？）を根拠に、格別低い保険料が適用されており特に優遇されてきた。

国家公務員の年金制度については年金特別会計はない。すなわち、国家公務員は給与の5.6%の保険料を支払ってはいるが、年金基金が設けられているわけではないから国家公務員の年金給付にたいして制約は存在しないのである。したがって、現実にはこの年金制度は非常に寛大な条件が与えられている。たとえば、勤続年金は20年であり、さらに女性の場合には結婚するか子供がいる場合には、この期間が5年短縮する。20歳で公務員になったとすれば、男性ならば40歳、女性ならば35歳において最終所得の60%の年金受給者になりうる。就職前の大学在

学期間も保険料を拠出すれば、年金の加入期間に算入できる。こうした制度はいわゆるペンション・ベビー（最年少で29歳）を作り出し批判を浴びて、実際の受給開始年齢を繰り下げたり支給額を引き下げたとはいえ制度の本質に変更はないように見える。また、年金支給額の上限はないばかりでなく、再就職の場合には年金と給与は併給が許される（ただし、再び国家公務員となるときは年金は支給されない）。さらに、国家公務員の年金は定額部分と物価スライド部分からなるが、物価スライド手当ての80%が拠出期間とは独立して定額で一律に支給される。拠出年数にたいする支給額は15年の最低期間で標準所得の41.3%、40年以上の最高期間で94.4%に達する。ちなみに、地方公務員の場合は最高で標準所得の100%まで支給される。

その他の年金機構や年金基金も独自の基準で運用されているため全体として非常に多様である<sup>3)</sup>。ある年金基金の改訂が他の年金制度の手直しを誘発してさらに受給条件が改善されるといった好循環（悪循環？）もみられる<sup>4)</sup>。年齢、就労、扶養者の有無の区別なく遺族年金は受給されるが、男女平等の権利の主張によって男やもめまでもその権利が拡張された。次節で詳しく述べるように、平等の要求のもとに最近従属労働者の年金支給額の上限が撤廃された。

イタリアの年金制度の中でも最も乱用されている制度は障害年金である。障害年金受給者数はほぼ老齢年金受給者数に達している。そのうち、農業従事者の受給が非常に多い<sup>5)</sup>。拠出期間は5年と短く、むしろイタリア固有の南部問題と結びついた失業手当の役割を果たしてきた。最近でこそ受給条件が多少厳しく手直しされたが、長い間この制度は寛容に運用されてき

た。

こうした寛大な年金制度の最大の問題点は当然のことながら年金財政の悪化である。ほんの一部の基金が積立方式を維持しているにすぎない。この場合には、比較的新しい職種であるといった偶然的要素が強い。国家公務員年金はもちろんのこと、INPSが管理する年金についても国家財政によって、すなわち国債の発行によって補填されてきた（表2）。したがって、賦課方式でも制度を維持できていない年金がほとんどである。被保険者／年金受給者の比率は重複受給があるため正確に把握できないが、現在では1.3前後であると考えられる（1955年には3.62であった）。今後の老齢化にどのように対処すべきかがイタリアでも重要な課題である。

表2 社会保険の収支勘定（1984）

10億リラ

支出の部		収入の部	
財サービスの取得	1,141	財サービスの販売	430
従業員の給与	1,946		39,096
移 転	33,421	移 転	39,096
支払い利息	523	受け取り利息	1,984
追加保障	4	保証金	4
直接税	187	保険料収入	83,910
給 付	86,997		
支出合計	125,424	収入合計	125,424

Annuario Statistico Italiano 1986.

上述の点と関連して、不正受給を無視できない。従属労働者の年金算定基準となる標準所得は最終3年間の平均給与から5年間に延長されたが、それ以前の給与を減額して最終5年間を増額するといった操作があとをたたないといわれている。公務員にしても最後の1か月が標準報酬であるが、操作されているといわれている。低賃金の労働者にとっては、最低拠出期間を経

て受給権を得た後は退職して最低限度の年金を繰り上げ受給しながらヤミで働く方が有利である。低賃金の場合には、それ以上長期間働いても給付額が上がらないので、保険料をそれ以上払い込むことは無駄であり最低保障年金を受給することが最良の選択となる。こうして、全受給者の3分の2が最低保障年金受給者といわれている<sup>6)</sup>。

最後に、各種の年金制度の並立は個人間そして世代間の所得分配に大きく影響している。インフレ調整部分が肥大してゆくにつれて、定額で支払われるため年金にかんする限り所得は平準化する。これは1960年代後半からの政策目標であったが、行き過ぎは労働意欲に影響しているように見える。被保険者からの年金受給者への所得の移転はいうまでもない。国家財政によって赤字が補填されているとすれば、その部分への移転がなされている。手工業者や商業者の平均所得は従属労働者よりも高いにもかかわらず、従属労働者から独立労働者へ所得が移転されている。多様な制度間の不平等の中でも、国家公務員の優遇は際立っている。また、間接的には、多量の国債発行によるインフレも所得分配に影響するであろう。

### 3 さまざまな改訂の動き

制度の改革や年金のインフレ調整のような改訂は、イタリアでは政治的な状況によって左右されることが多い。GNPの7%にもおよぶ財政赤字の大きな原因となっている年金関係の赤字を、これ以上拡大することは難しい。赤字削減への一般的な合意は形成されているものの、以下でみるように個別の利害によって年金制度

のゆくえは必ずしも楽観を許さない。近年の年金にかんする改訂の動きを追ってみよう。

まず最初に、全国経営者社会保障機構 INPDAI (Istituto Nazionale di Previdenza per i Dirigenti di Azienda Industriale) は企業経営者にたいする年金基金である。経営者になると INPS に拠出していた保険料が5年後に INPDAI へ手数料なしで振り替えられる。拠出期間は30年で標準所得の80%の年金が支払われる。この基金においては、被保険者に対する年金受給者は12万人：2.7万人と健全であり収支も黒字である。保険料は他の年金と比較すると高い。しかし、保険料支払いにたいする標準報酬の上限は1985年以来4,186万リラに固定されてきた。ところで、INPSなどの他の年金制度では、82年-84年のスカラ・モービレにしたがい、85年1月1日にインフレ調整がおこなわれたけれども、INPDAI については87年になって改訂された。1954年に年金受給者となった人は49.5%の評価増を受けた(物価はこの間ほぼ9倍になっている)が、今回の改訂では低額の年金受給者にたいしてしか十分なインフレ調整を行っていない。給付の上限も13ヵ月で2,500万リラに押さえられている。したがって、5年前から補完的基金(Fipdai)が設立され、1千万リラまで統合が可能である。

次に、二つ以上の年金受給資格をもつ場合について。この重複受給の場合も、支給額は最低限度額でなければならないと憲法裁判所が1985年12月に判断した。それまでは重複受給にたいしては、拠出した保険料に相当する額が支給されることになっていた。現時点では支払われていないが、これによって利益を受ける人は80万人以上で、そのためのコストは2兆リラ以上に

及ぶ。87年になって INPS は判決にたいする解釈を公表したが、独立労働者については重複は認めていない。しかも、所得が一定額を超過した場合にはインフレ調整を遅らすという法令に基づいて、1983年9月30日当時の最低限度の年金298,500リラに支給は凍結されるであろう。

1984年の法律 863 号が新たに解釈され、年金の受給年齢に達しなくとも（男性で58歳、女性で53歳に達したとき）パートタイムへの移行により労働時間の削減、すなわち所得が減少した場合に、フルタイムとの差額が年金として補填されることになった。ただし、他の企業でフルタイムで働くか、通常年金受給年齢に達したとき、この措置は中止される。

1988年1月1日より独立労働者の最低年金が従属労働者の最低年金と同額支給されることとなった。3百万人以上の手工業者、商業者、直接農業者は412,250リラの最低年金を受給するとともに、従属労働者と同様スカラ・モービレに基づいてインフレ調整されることになった。この措置は85年の法律 140 号で成立したが、年金改革と並行することが条件づけられたために実施が延期されてきた。最初の措置は86年の財政法による独立労働者の最低年金の2万リラの増額であった。今回の実施にはさまざまな意見の対立が存在した。INPS はいうまでもなく 140 号の早期実施を主張したが、国庫省は年金増額よりも他の個別政策を優先することを主張した。しかし、保険料は引き上げられて、88年における被保険者の負担は約2兆リラ増加すると予測されている。手工業者と商業者については収支は黒字であるが、直接農業者については大幅な赤字が予想され88年には36兆リラ、国庫より補填されねばならないといわれている。

また、1988年の財政法21号によって、INPS の管掌下にあるすべての年金基金では、88年1月1日より年金の最高限度額が撤廃されることになった。87年のINPS の年金支給最高限度額は38,725,000リラであった。その改正によれば、38,725,000リラまでの受給額については従来どおり2%の拠出1年当たりの保障割合を適用するが、それを越える12,779,000リラにたいしては1.5%を適用し、さらにその額を12,779,000リラを越える受給者にたいしては1.25%を、その額を越える受給額にたいしては1%の保障割合を適用することになる。年金受給限度額の撤廃は以後さまざまな論議を呼ぶこととなった。次節においてさらにこの点を述べることにしたい。

次に、航空関係者の年金基金制度 (Fondo Volo) の改革についてみよう。航空関係者年金は社会の動向から遊離して、一人歩きしてきた深刻な例のひとつである。被保険者と年金受給者との比率は7:1から4:1に低下するとともに、収支の赤字額が900億リラに達しその赤字を解消するためには、保険料を被保険者の所得の48%まで増加しなければならない。

労働大臣は航空関係年金にたいして改正案を呈示した。労働者側はこの基金が INPS の他の基金に統合されるのを避けるために、改革案がドラスティックであるにもかかわらず受け入れた。積立方式から賦課方式への変更、保険料の所得にたいする割合を27%から34.5%への引き上げ、拠出期間は25年より30年へと延長する。繰り上げ受給については15年の拠出で45歳であったものを、15年の拠出で50歳ないしは20年の拠出で45歳に変更する。年金計算の基礎となる標準報酬については、現行の最終3年間におけ

る最高所得の12カ月から最終5年の平均所得へと変更するというものである。また、拠出期間1年当たりの保障割合を3%から2.5%へと低下させる。年金の受給最高限度額もはじめて導入されることになった。

航空関係者年金基金は年金受給者にたいして拠出額が極端に低かったばかりでなく、標準所得を高めるために最終の12カ月の報酬を増加させる不正の横行にもよる。西暦2000年には、被保険者と年金受給者との割合が2:1となると予測されているので、以上の措置でも不十分であると予想できる。

全国ジャーナリスト社会保障機構 INPGI (Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti) の年金制度改革について述べよう。この基金は40年間の拠出によって、標準所得の80%に達するよう拠出1年当たりの保障割合を2%として受給してきた。従来年金給付額3700万リラを越える部分については給付額が増加しなかったが、INPS の提案は、それを超過する部分について保障割合を2%未満で支払うというものである。この基金のもとでは給付額の最高限度額があるにもかかわらず、拠出は青天井である。INPS は給付額以上の拠出はおこなわないと変更することによって1兆リラ失うことを恐れた。また、給付条件のよい INPDAI への加入者の逃避を阻止することをこの改正でねらったのである。

この改正案は比較的所得の高い人々に好評である。従来の上限を越える部分については、補完的年金の新しい形態であるともいわれている。以下で述べるように、現在私的な補完的年金制度が注目されている中で、最初の公的な補完年金ともいえるものである。

これまでみたように、最近の年金制度改訂の動向を繋ぎ合わせても、全体像が必ずしも浮かび上がってこない。そこで、さらにいくつかの制度改訂に注目して、イタリアの年金制度の方向性を探ってみよう。

#### 4 新たな改革の方向性

西暦2010年におけるイタリア年金の財政状態がどうかにかんする予測がおこなわれている。INPS、政府の計理部門そしてイタリア銀行の将来予測に大きな相違がみられる。INPS の予測によれば、2010年における INPS の年金財政の赤字は41兆リラ、所得に占める年金への拠出の割合は37.45%である。イタリア銀行の予測では、赤字幅は100兆リラを越えて拠出の割合も実に57.48%に達する。政府の計理部門の予測はその中間にある。

予測能力という点では INPS に問題はあるが、相違の原因のひとつは年金受給者となる年齢にたいする仮定の相違である。現在にたいする過去の時点での予測は繰り上げ年金受給者の増加によって大きな誤算となった。また、平均給付額の動向にかんする予測の相違もみられる。INPS では平均給付額の現役労働者の所得にたいする比率を85年の0.46から2010年においてもそれほど変わらない0.49と予測している。イタリア銀行ではその数字が0.63まで上昇すると仮定しているのである。恐らく現在の状況を放置するならば、イタリア銀行の予想に近い結果となるだろう。ただし、この推定には年金受給額の上限撤廃が考慮されていないし、インフレ調整についても改訂以前のものである。

ところで、これまでみたようにイタリアの年



金制度は世界で最も寛大な年金制度といえるであろう。実際には受給額の低さに不満が絶えない。その理由は現在の受給者の拠出期間が、60年代ないしは70年代に年金に加入したために、短いということによるのである。拠出期間が短いにもかかわらず、繰り上げ年金制度の多用によって年金受給者となる。もちろん、よく知られているように、レイ・オフされた者が早期の年金受給をせまられたり、失業手当としての障害年金受給という場合もある。しかし、制度の乱用により実質的な年金受給開始年齢が低下していることが大きな問題なのである。

給付額に不満をもつ年金生活者は多様な年金制度の並立のなかで、少しでも条件の良い制度に鞆寄するように政治的圧力を行使する。他方では、豊かな人々が「黄金の年金」を受給している現実が存在する。航空関係者の基金のように、内部では既に対応できない状況に陥った基金や機構も現れている。したがって、各種年金制度の一元化が課題であるとともに、給付額が拠出した保険料を越えない制度づくりが要求されている。さもないと今後高額な年金の支払いとともに、平均寿命の長期化や人口構成の高齢化がこれまで以上の問題となるだろう。

こうした課題にたいして実際さまざな議論がおこなわれている。ひとつの論点は標準所得の計算にかんするものである。拠出した保険料と給付額とを直接関係づけることは、給付額の低下をとまなうために議会の反対が強いばかりでなく、INPSにとって技術的に難しいとされている。主要な現行の方式は既に述べたように、最終の5年間における給与の平均である。ところが、その間に恣意的な昇進がなされ、標準所得が引き上げられるケースが多い。労働大臣の

諮問機関は標準所得算定の期間を5年から10年ないしは15年に延長することを提案している。この措置はINPSの支出を3%から5%減少させるにすぎないけれども。

INPSにおける給付額上限の撤廃はイタリア年金制度の本質にかかわっている。88年の財政法で政府はINPSにたいして92兆リラを充当しているが<sup>7)</sup>、最高限度額の撤廃は将来大きな負担になるであろう。現在のところ障害年金の受給資格やインフレ調整ほどコスト上の負担は少ないが、受給額上限の再導入が政治的な問題となっている。それは近年の公的年金制度改革と逆行するからである。改革の方向は三つの柱からなる。第一に公的年金は給付の基礎部分を保障する。第二に、労働者グループの要求にたいして集団ないし企業の基金で対応する。第三に、個人の要求にたいして個人年金で対応するというものである。上限撤廃の根拠は高額な拠出にもかかわらず給付には限度があるという不公平であるが、年金制度の危機の中でこうした政策が実施されることこそが問題なのかもしれない。

イタリアでは近年私的年金の発展がめざましく、個人年金だけでも87年に5兆リラ以上集めたといわれている。また、企業年金が現在注目されている。大企業の一部で労使によって合意が成立して、私的な企業年金が実施され始めた。金属機械労組(Federmeccanica)は公的年金の重要性を主張し私的な企業年金に強く反対しているけれども、イタリアIBMが先鞭をつけ、モンテディソンその他大企業も追随している<sup>8)</sup>。イタリアIBMは次のように87年1月に労使で合意した。すべての従業員を対象として、従業員と企業が50対50の割合で、すなわちそれ

それが給与の2%プラス公的年金の拠出上限を越える部分については給与の5%を拠出するというものである<sup>9)</sup>。しかし、私的年金のゆくえは公的年金の給付限度額の再導入問題や給付の条件に依存するだろう。

## 5 おわりに

イタリアの年金制度はひとつの岐路にあるといえるかもしれない。巨額の年金赤字、すなわち財政赤字を累積しつづけることは、金利、インフレ、リラの対外相場などのマクロ経済のパフォーマンスを悪化させる。同時に、現行の年金制度は企業にとって労働コストを高めるばかりでなく労働のモラルの低下や地下経済の拡大を生み出している。今後、これ以上の保険料の引き上げは拠出の回避をおこすであろうし、経済のサービス化は独立労働者を増加させることで回避が増加するであろう。実際、INPSが想定しているほど将来保険料収入の大幅な増加は望めそうもないように思える。

したがって、現行の勤続40年で標準所得の80%を保障するといった公的年金制度の政策目標は、いずれ変更を余儀なくされるだろう。実際水脹した標準所得の80%あるいは100%を年金として、あるいはほとんど拠出しない労働者にもかかわらず高水準の最低限度年金を、あるいは失業手当として障害年金を保障しつづけることは困難である。既に述べた状況の中で、遠くから他のヨーロッパ諸国なみに給付の条件が抑制されざるをえないと思われる。現状のイタリアはその方向を探っている過程とみることができるとも思える。先に述べた三つの柱にそって、基礎的年金を公的部門が保障し、私的年金

によって補完するというシステムが有力であろう。しかし、イタリアの現状からみて、当然のことながら長い時間と紆余曲折が予想される。

(注)

- 1) この小論は年金制度そのものの説明を目的としていない。詳しくは[3][4]参照。
- 2) 1%のインフレ調整には1兆リラ必要といわれている。
- 3) たとえば、被用者期間が1年以上あれば退職後も継続して保険料を支払って、受給資格を取得することができる任意継続被保険者制度も存在する。
- 4) これが最低給付額を押し上げてきた。
- 5) 農業者についてみれば、現在障害年金受給者数は老齢年金受給者数の約3倍である。
- 6) [6]の191ページ参照。
- 7) 4兆リラを累積赤字に、3.6兆リラを最低支給額の引き上げや87年度の赤字に、そして16.504兆リラを年金と社会保障費との分離にともなう臨時支出に向けている。
- 8) その他 IRI, FIAT, OLIVETTI, ENI, ENEL, HONEWELL, MONDATORIなどが企業年金を導入しないしは導入を計画中である。
- 9) 年金基金の運用に問題があるともいわれている。たとえば、情報開示などについて。

## 参考文献

1. ARTONI Roberto, "Come i pensionati finanziano l'economia", *Politica ed Economia*, Feb. 1987.
  2. GERFI Marco, "Le pensioni integrative, un ottimo affare per chi?", *Politica ed Economia*, Maggio, 1987.
  3. 藤川鉄馬, イタリア年金制度とその改革とその方向(上), 海外社会保障情報, No. 64, 1983, 12月
  4. 藤川鉄馬, イタリア年金制度とその改革とその方向(下), 海外社会保障情報, No. 65, 1984, 3月
  5. INPS, *Manuale di informazione per gli operatori dell' INPS*, 1986
  6. カステリーノ・オノラト, 「イタリア……年金のラテン式運営法」, 年金崩壊の危機, J. J. ローザ編, 高山憲之訳
  7. Ministero del lavoro e della previdenza sociale, *Report '87 Labour and Employment Policies in Italy*
- その他, il Mondo, Mondo Economico, Sole 24-Ore, の記事を参照。

## 【論文】

# スイスの年金制度

亜細亜大学経済学部 藤田至孝

**要旨** スイスは世界の中でもっとも高齢化のすすんだ国の一つである。

しかし、国民負担率は他の北・西ヨーロッパ諸国と比べて相当低く、失業率は0パーセント台にあり、数少ない「活力ある高齢化社会」として注目される。

その秘密の一つは、連帯と自助を重んずる分権的社会保障制度にあるだろう。

年金制度は、保険料徴収対象賃金所得は青天井とする一方、年金給付の上限は最低保障給付額の2倍に抑え、年金に垂直的所得再配分の機能を、他の国に比べて、より強く発揮させている。

また、法により企業年金をすべての被用者に強制的に適用させている。公的年金に平等の機能をより強く持たせる一方、他方で強制企業年金により所得比例の機能の強化をも図っている。スイスの年金制度は、ベバリッジ型、ビスマルク型の両方の特色を備えた第3の型と評価される。

スイスは憲法によって3階建所得保障の道を歩んでいる。また、年金制度、とくに障害年金は連邦、カントン(県)、コミューン(市町村)、私的福祉団体などによる総合的福祉施策制度の一環として運営されている。連邦制度、国民投票など、スイスの年金制度の改革には長い時間を要するが、late comerの立場を利用して、すぐれた改革をすすめ、年金財政は健全で、1986年には保険料率は引き下げられた。

## 1 はじめに

スイスはヨーロッパの中でもっとも高齢化の進んだ国である。65歳以上人口の総人口に占める割合は、1980年現在15.2パーセントであり、スウェーデンの16.2パーセント、オーストリアの15.5パーセントに次いで高い。それにもかかわらず、1980年現在、GDPに対する社会保障支出の比率は14.9パーセント、国民負担率は45パーセントにとどまる。他の北・西欧諸国と比べ国民負担率は10ポイント内外低い<sup>1)</sup>。

経済パフォーマンスのすぐれていることも注

目される。1980—85年の年平均経済成長率は2.5パーセント、インフレ率は2パーセント、国際収支はほぼバランスを保ち、為替レートは安定している。失業率は1987年現在0.8パーセントで、スウェーデン1.9パーセント、日本2.8パーセント、アメリカ6.1パーセント、西ドイツ7.9パーセント、イギリス・フランス・イタリアの10パーセント強と比べて信じられない程低い。一人当たりGNPは、1985年現在、16,370ドルで、それはアメリカとならんで世界のトップクラスに位置する(日本の同年のその数値は11,300ドル)<sup>2)</sup>。

スイスは、日本が21世紀頃に到達するものと

予想される高齢化率の中にすでにいる。また、スイスはスウェーデンとならんで今日の世界におけるもっともすすんだ福祉国家の一つとして知られる。それにもかかわらず、いま述べた数値によっても想像されるように、「活力を維持しつつある」高齢化社会の数少ない例として、“The Swiss way of welfare”として世界の関心を集めている<sup>3)</sup>。

スイスは人口660万人(1987年現在)の小国であり、わが国とはおかれた環境条件は異なるであろう。しかし、本稿で分析の対象とした年金制度についてみると、保険料徴収対象賃金所得に上限を設けない一方で、年金給付額上限と下限の幅を2倍に制限することによって年金に垂直的所得再配分の機能をより発揮させるように設計されていること、タバコ、蒸留酒に対する課税の連邦政府収入分が国庫からの補助として公的年金給付財源とされること、企業年金を法により強制することによって国とならんで使用者・労働者の所得保障における自己責任分担を明確にしていること、保険料率が1986年から0.2パーセントポイント(9.6パーセント→9.4パーセント)引き下げられたこと、等々われわれにとって新鮮な興味を抱かせるいくつかの特徴を備えている。

## 2 スイス年金制度の特徴

各国の年金制度は、基本的には各国の置かれたそれぞれの歴史的な社会的、経済的、政治的、その他もろもろの環境の所産であろう。

スイスは26のカントン(州)よりなる連邦国家である。それぞれのカントンは強い自治権を持つ。社会保険の分野においても、各カントンは

それぞれの社会保険関係法を持ち、執行している<sup>4)</sup>。また、伝統的に職域(企業および労働組合)、地域における共済制度が発達している。自助の努力が歴史的に奨励され、それを具体化するものとして民間の私的保険制度がよく発達している。他方では、スイス憲法は、国家はすべての国民に対し、個性の発展と自由の享受の基礎として、いかなる場合にも必要な最低限の生活を平等に保障すべきことを宣言している。その具体的な実現と推進のために、社会保険関係の連邦法やその改正法が議会に提出され、国民投票に付されてきた。

法の立法の可否やその主たる内容の決定を国民投票により行う直接民主主義方式もスイスの公的年金制度にいろいろな影響を与えてきたであろう。文献をフォローしてまず気づくことは、立法の提案からその施行までには長時間を要することである。例えば、連邦政府による老齢・遺族保険制度(AVS)が、最初に提案(1925年)されてから実際に実施(1948年)されるまでに23年余、障害保険制度(AI)は同じく5年余をそれぞれ要した。その経緯は次の通りである<sup>5)</sup>。

### 老齢・遺族保険制度(AVS)

1925年12月6日 国民と州議会は連邦憲法の第34条、すなわち、老齢・遺族・障害保険に関する立法権を国に与える条文に同意を示した。

連邦憲法第34条原文は次の通り。

「連邦は立法により老齢・遺族保険(AVS)を規定することができる。連邦はも

- っと遅い時期に障害保険 (AI) を導入することができる。
- 連邦はこれらの社会保障の領域を、一般的に、または特定の国民階層のために義務的に定めることができる。
- 施行は州の協力のもとに行われる。公的保険金庫と民間保険金庫が共に関与することができる。
- 老齢・遺族保険は同時に施行されなければならない。連邦と州の財政上の負担を合わせて保険の必要総経費の 1/2 をこえてはならない。
- 1926年1月1日より政府は、タバコの収税総額に相当する額の補助金を、老齢・遺族保険に支払っている。
- 蒸留酒に対する課税による純益のうち連邦政府の部分は、今後、老齢・遺族保険のために支出される。」
- 1931年6月17日 スイス連邦議会は憲法の条文に関する施行規則を議決した。
- 1931年12月6日 同施行規則を国民投票に付したが否決された。
- 1944年5月11日 スイス連邦政府は AVS 制度の準備のための専門委員会を設置した。
- 1945年5月16日 同委員会は報告書を発表した。
- 1946年5月2日 連邦政府は同報告書にもとづき AVS に関する連邦立法の草案を作成、連邦議会に提出した。
- 1946年12月20日 同法案は連邦議会で可決された。
- 1947年7月6日 同法案は国民投票に付され、賛成 862,036、反対 215,496の大差で可決された。
- 1948年1月1日 AVS 制度が施行された。
- 障害保険制度 (AI)**
- 1955年9月13日 AVS 法の定めにしたがい、連邦政府は AI 制度専門委員会を設置した。
- 1956年11月30日 同専門委員会は報告書を提出した。
- 1958年10月24日 同報告書にもとづき、政府は AI 制度に関する連邦法案を作成、連邦議会に提案した。
- 1959年6月19日 連邦議会は同法案を可決した。国民は同法を承認した (国民投票は行われなかった)。
- 1960年1月1日 AI 制度が施行された。
- この立法にいたる経緯が示すように、その着手は早いが実現は他の国に比べておくれている。スイスの公的年金制度は国際的には late comer である。しかし、公的年金制度における先進各国の陥った失敗や問題の経験に学び late comer の有利性を生かしている。例えば、スライド制の実施は1982年まで待たねばならなかったが、それは半消費者物価半賃金スライドという混合インデクセーションであり、今日ではもっと

も合理的と考えられる制度である。これは一例だが、スイスは時間をかけ、すぐれた点をいくつももつ年金制度をつくりあげたといえよう。

また、直接民主主義によって有権者の賛成を広く得るためには、漸進的、段階的で、過去の経験の積み上げによることが必要とされるとともに、各利益団体の意見も広く吸収したものでなくてはならない。議会に提出される新法や改正法は、専門家の他、労・使代表、公・私福祉団体の代表、地方公共団体代表、野党代表などとの共同検討の形をとる。良識的で中庸を得たものとなる傾向がある。その際には、過去における経験がよりどころとされ、法案の内容は既存のものをベースとして構築される場合が多い。こうして、スイスの年金制度は、「関連の公的・私的な先行制度が社会制度の一部門として責任を受け持っていた当時の形式および組織を現在においても持ち続け」ており、「一つの統合された制度ではなく、個別の社会制度からなるモザイク的なものである」という特徴を持つ<sup>6)</sup>。したがって、スイスの年金制度は複雑であり、その全体を把握することは容易ではない。

例えば、障害保険制度は、所得保障はその機能のほんの一部に過ぎない。その中心は、障害者のための職業リハビリテーション、職業教育、職業指導である。治療、職業教育・訓練費、求職のための旅費、リハビリ期間中の日当手当、家族扶養費などはこの保険制度によって支払われる。これらは、今世紀に入る前から、カントン、コミューン（市町村）、および慈善団体などによって行われてきた長い歴史を持つ。1960年1月1日の障害保険制度 AI の実施は、それら既存の障害者に対する各種社会福祉サービスを連邦政府の責任として全国民にユニバー

サルに保障するとともに、新たに障害者のために連邦政府による年金給付を導入した。障害保険の実施は、連邦、カントン、および私的な組織によって分担されている。また、障害年金給付額の計算は、今日では大半の国においては老齢年金の割増方式をとるが、スイスにおいては老齢年金と同額である。すなわち、単身者老齢年金＝単身者障害年金、夫婦老齢年金＝夫婦障害年金である<sup>7)</sup>。しかし、他人の継続的な介護や常時監視を要する障害者には「介助手当」が年金給付とは別に支給される。これも障害年金 AI 導入以前のカントンによる制度が今度は連邦制度としてそのまま持続されたためである。介助手当は、1985年現在月当たり 496 スイス・フランであり、それは同年の単身者老齢年金（月額最低 690 フラン）の約 72 パーセント、夫婦老齢年金（月額最低 1,035 フラン）の約 48 パーセントに当たる。この介助手当を考慮すれば、スイスの障害年金は、老齢年金や遺族年金に比し、今日の世界においては相対的に優遇された扱いを受けていることが分かる<sup>8)</sup>。

スイスの年金制度は、老齢・遺族保険法 (La Loi sur L'Assurance-Vieillesse et Survivants, AVS) および障害保険法 (La Loi sur L'Assurance-Invalidité, AI) と呼ばれることから分かるように、また、以上の例からも推察されるように、年金および関連福祉サービスがワン・セットとなった総合的な制度として運営されている。例えば、AVS はその事業として、老人や遺族のために、老人ホーム、老人デイ・ケアセンター、老人病院、老人余暇・娯楽センター、母子住宅などの建設と運営、家賃補助、低家賃住宅の建築、年金受給者に対する低利貸付等々の事業を、補助金を出して民間福祉団体に

行わせるか、あるいはカントン、コミューンを通して実施している<sup>9)</sup>。

スイスの年金制度の運営実施機構が分権的であることも目立った特徴である。AVS/AIの日常業務の運営は104の基金(26カントン基金、76職域基金、2連邦基金)に任されている。各カントンはそれぞれ一つの基金を持ち、他の行政事務組織とは独立した存在である。これは主として自営業者・家族従業員など非雇用労働者の被保険者を対象とする。職域基金は経営者団体組織に設けられ、民間雇用労働者の被保険者を対象とする。連邦基金は公務員の被保険者を対象とする。104の基金は全国に3,000の代行機関を持つ。その所管業務の内容は、

- (1) 全被保険者の登録
- (2) 保険料の徴収と個人保険料口座の維持
- (3) 年金の裁定および支払い

の三つである。

ジュネーブには連邦政府により中央平衡基金が設けられている。これは、各基金間の勘定を清算し、全被保険者および全年金受給者の中央登録簿を管理し、また、中央平衡準備基金を管理・運用する。各機関においてAVS/AI制度が適正に運営されているか、を指導・監督・調整するため、連邦政府の内務省内に社会保険局が設けられている。また、使用者団体・労働者団体・カントン・連邦政府・被保険者・婦人団体・障害者介護団体・生命保険会社のそれぞれ代表1名および3人の軍人代表よりなる連邦社会保険審議会が設けられ、連邦議会の諮問により、AVS/AI法およびその関係法の適用と改正について答申する。他方、カントンレベルにおいては、AIに関連して、医師、リハビリ専門家、職業教育専門家、法律家、および社会福

祉士の代表それぞれ一人ずつよりなる5人AI委員会が設置され、AIの実施についての相談と改善についての諮問に応ずる。なお、委員5人のうち、少なくともそのうち1人は女性であることが法律で求められている<sup>10)</sup>。

### 3 憲法による3階建の所得保障

世界の年金制度は、これまでベバリッジ型およびビスマルク型の二つに分類されてきたが、新たにスイス型を加えて三つに分ける説がでてきた<sup>11)</sup>。それほどまでに、近年におけるスイスの年金制度は変革を遂げたことを物語るものである。全国民を同一制度によりカバーし、原則的に従前の所得の大小や被保険者期間の長短とは独立的に年金を給付し、国民全体に平等に最低生活を保障しようとするベバリッジ・プランは、その画一性、刺激の欠如が問題とされるようになってきている。その中心的適用国であったイギリスやスウェーデンも所得比例年金部分の導入に踏み切っている。他方、雇用労働者を対象にその従前の賃金所得と被保険者期間の長さに応じて年金を決定しようとするビスマルク方式は、無年金者の出現や年金給付額の格差の大きさが問題となっている。日本のように、国民年金を導入して国民全体をカバーし、基礎年金の導入によって年金給付の平等化を図る、などの動きがでている。ベバリッジ・プランとビスマルク方式はコンバージェンス(収斂)の方向にあり、その一つの型がスイス方式ということができよう。ただし、スイス方式は、所得比例分を法による強制企業年金に任せるのである。

スイス方式は、「連帯型」と呼ばれる。セガルマンによれば、スイス方式は、はじめにもふれ

たように、一方において保険料拠出において上限を設けず、他方において年金給付において下限と上限の差を2倍の幅に抑えることによって、世代間、所得階層間における連帯を強化する。また、非稼得主婦から保険料を徴収せず、年金給付のみを行うこと、また、寿命のより長い女性に対し男性と同じ年金給付を与えることによって、性の間の連帯を強化する。夫婦老齢年金給付額を単身老齢年金給付額の50パーセント高とすることによって独身者と夫婦者との間の連帯を強化する<sup>12)</sup>。また、稼得労働に従事しないで所得のない者のうち、資産を有する者からはその資産にもとづく保険料を徴収する。その保険料は、年250～10,000スイス・フランである。資産からの年金保険料徴収は、財産所有者と非所有者との間の連帯を強めるであろう。連帯はベバリッジ・プランの目標とする平等の方向を指すものであろう。それに対し、ビスマルク型のインセンティブの付与は、企業年金を法制化し、そこでの年金給付を所得比例とし、制度の設計をかなりの程度労使の交渉に任せ弾力化することによってその実現を意図している。スイス憲法は、国のAVS/AIと連邦企業年金法(La Loi Fédérale sur La Prévoyance Professionnelle Vieillesse, Survivants et Invalidite, LPP)による年金の合計は「従前の生活水準を十分に維持するに足る」ものであるべきことを明示している。これは、連邦老齢年金と企業年金を合計したものが従前賃金と接近する点まで、企業年金給付額を労使交渉によって引き上げることを容認したものと受け取れる。LPP法は、企業年金保険料の下限を示すにとどまる。このことは、労使は生産性向上に協力し成功すれば、より高い保険料拠出——より高い年金給付が導

かれることを可能とすることを意味する。ここにも高齢化社会における活力の維持の一つの秘密が存するであろう。

いま説明したこととも関係するが、スイス年金制度の特徴といえば、それは何といても、憲法によって三階建の所得保障が明言されていることである。

1972年12月3日、スイス国民の所得保障を

- (1) AVS/AI
- (2) 法による強制的企業年金(LPP)
- (3) 自助(*prévoyance individuelle*)

の3階建(3 *pilliers*)により構成する、との新しい憲法第34条の4が国民投票に付され、賛成1,393,797対反対418,018によって承認された<sup>13)</sup>。

スイスは早くから職域において共済年金が発達し、国民投票当時、すでに雇用労働者の約半分が企業の私的退職年金制度に加入していたが、国民投票によって全雇用労働者の法による強制的な企業年金適用が決定したのである。

第1の柱のAVS/AIは全国民を対象に最低限の必要な生活の保障をその機能とし、第2の柱の法的企業年金はいまの第1に付加して就労時と変わらない生活を雇用労働者に保障するものである。そして第3の柱の自助は、自営業者、非稼得活動従事者を主として対象とするもので、預金、生命保険、投資、資産形成などを奨励する。雇用労働者もこれらを活用すればなおいっそう退職老後などの生活保障は厚くなる。

スイスの所得保障制度は、第1図のように、雇用労働者の場合は三階建(一階、二階のそれぞれの中の二つを分ければ五階建)、自営業者・非稼得活動従事者などの場合は二階建(一階の中を二つに分ければ三階建)とまとめることができる。



図1 スイスの所得保障制度

雇用労働者の場合—3階建 (1階・2階の中を分ければ5階建)		自営業者等の場合—2階建 (1階の中を分ければ3階建)	
3階	自助(貯蓄・生保・持家など)	2階	自助(貯蓄・生保・持家など)
2階	LPP(強制企業年金) および 任意の企業年金	1階	AVS/AI 年金 および AVS/AI 補助手当
1階	AVS/AI 年金 および AVS/AI 補助手当		

#### 4 AVS/AI 制度の概要

スイスの公的年金制度は、すでに述べたように、老齢・遺族保険(AVS)および障害保険(AI)よりなる。年金給付はそれぞれの社会保険が行う総合的福祉給付の一つである。もちろん年金は主要な給付であるがすべてではない。すでに述べたように、年金を補完する種々の補助的福祉給付と福祉サービスがある。また、連邦政府による給付・サービスばかりではなく、AVS/AI、とくにAIはカントン、コミュニティおよび多くの慈善・私的福祉団体の援助制度によって補完されていることに留意して以下の給付を見る必要がある。

1986年現在のAVS/AI制度の概要は次の通りである<sup>14)</sup>。

AVS/AI制度の対象は、適法にスイスに居住するすべての人、および海外でスイスの使用者のために働き賃金を支払われるすべてのスイス国民である。全国民を一本の制度の下にカバーする強制国民保険である。また、外国に居住するスイス国民は、希望すれば任意に、当該外国駐在スイス領事または外交代表を通じ、この保険に加入することができる。

雇用の発生とともに保険料支払いの義務が生じ、そのときをもってAVS/AI保険に加入することとなるが、どんなにおそくとも20歳到達時の翌年1月1日までには保険料を支払い始める義務を持つ。

保険料は、被保険者が雇用労働者である場合には給与総額の9.4パーセントであり、被用者および使用者はそれぞれ4.7パーセントずつを折半拠出する。保険料徴収対象賃金には上限は設けられず青天井である。自営業者の場合には<sup>15)</sup>、(この部分は1985年現在)、保険料率は7.8パーセントである<sup>16)</sup>。しかし、その年所得が33,000スイス・フランより少ない場合には、保険料率は遞減し、最低3.46パーセントまで引下げられる。稼得労働に就いていない者の場合には<sup>17)</sup>、その者の資産にもとづき、年250スイス・フランから10,000スイス・フランの範囲で定額保険料が徴収される。

保険料拠出は女性62歳、男性65歳で停止する。ただし、雇用労働者または自営業者でその年齢以降も稼得活動に従事する場合はその期間については、保険料を徴収する。

最低1年間保険料を支払った者は、男性は65歳から、女性は62歳から、老齢年金受給権を与えられる。支給年金額は保険料支払いの基礎とさ

第1表 AVS (老齢・遺族保険制度) AI (障害保険制度)  
による年金給付 (1986年改訂後)

(単位: スイスフラン)

種 類	A=100 とした比率	月当たり最低 保障年金額	月当たり上限 年 金 額
A 単身者老齢年金, 単身者障害年金*	100	720	1,440
B 夫婦老齢年金, 夫婦障害年金	150	1,080	2,160
C 遺族年金	80	576	1,152
D 孤児年金 (片親のみ)**	40	288	576
E 孤児年金 (両親なし)**	60	432	864

\* 労働能力50%以上喪失者に支給される。介護を必要とする障害者にはこの他に介助手当が支給される (本文参照)。

\*\* 18歳未満の未成年者に支給される。

注: (1) 雇用労働者の年金保険料は  $\frac{94}{1000}$  で労使折半。自営業者、および所得のない資産所得者に対する保険料は別に定められる (本文参照)。

(2) 年金給付額は半物価・半賃金スライド制により原則として2年ごとに調整される。

(3) 年金保険料徴収対象の報酬には上限は設けられない。その報酬には給与・賞与一時金・残業手当・現物給付のすべてが含まれる。

資料: 本文の注3の P. 73 の表を週刊社会保障 No. 1433 P. 44 の「先進諸国の年金制度の概要⑦」の情報にもとづき作成した。

れた平均年所得と保険料拠出期間および単身・夫婦の別の三つによって決定されるが、フル・ペンションの下限と上限は、老齢年金、障害年金、遺族年金、孤児年金、いずれの場合も2倍の幅に制限される。1986年以降のそのフル・ペンションの給付額の一覧は第1表の通りである。

老齢年金と障害年金の額は同一であるが、障害者で介護を必要とする場合には、前に述べたように、介助手当が支給される。

各年金の給付額の最低保障額と上限とが2倍に制限される他、単身者老齢・障害年金を100としてその夫婦年金は150、遺族年金80、片親のある孤児年金40、両親のない孤児年金60と定められている。例えば、夫が死亡した場合、妻は夫の老齢年金の80パーセント相当の遺族年金を、そして扶養する子がいれば1人につき同じく40パーセントの孤児年金が支給される。

老齢年金額は、定額部分と所得比例部分よりなるが、定額部分が大きな比重を占めるよう定

められている。最低保障老齢年金額の80パーセントは定額部分である。保険料徴収対象としての賃金所得には上限は設けられないが、年金給付決定における所得比例部分算定の所得の上限は年52,000スイス・フランと制限されている。なお、夫婦の老齢年金額が単身者の老齢年金額の150相当分支払われるのは、(1)夫婦がともに支給開始年齢に達しているか、もしくは、(2)妻が障害の状態にある場合に限られるので注意を要する。

遺族年金は、死亡した者と5年以上の婚姻期間があり、扶養する子があるか、または45歳以上であることを要件として妻に対して支給される。受給権は再婚によって消滅するほか、62歳に達した際に老齢年金の受給を選択した場合に消滅する。受給要件を満たさない妻に対しては、老齢年金額の1.6倍から4倍の一時金が年齢、婚姻期間に応じて支給される。

障害年金は1年以上の拠出期間と50パーセン

ト以上の稼得能力の喪失を要件として支給される。稼得能力の喪失が3分の2に満たない場合は年金額は半分となる。

年金購買力の調整については1978年の第9次改訂によって決定され、それにもとづき、実際には1982年に第1回の調整が実施された。それは、調整の50パーセントは消費者物価変動率と、そして残りの50パーセントは賃金指数変動率とそれぞれ関係させる混合指数方式をとる。この調整は原則として2年ごとに行われる。ただし、混合指数が単1年に8パーセント以上上昇した場合には毎年でも調整を行うことができる。また、継続する2カ年間に混合指数が5パーセント以下であった場合には調整を見送ることができる。いずれの場合も連邦議会の議決を要する。

AVS/AI の財源は、保険料収入、運用利子、および連邦・カントンの公的負担の三つである。連邦政府の国庫負担は、AVS については、その支出の15パーセントであり、カントンの負担は同じくその5パーセントである。AI については、連邦政府国庫負担はその支出の37.5パーセント、カントンは同じくその12.5パーセントであり、公的負担は合計50パーセントである<sup>19)</sup>。障害年金は、財政上の扱いは半分は公的扶助として扱われていることが読みとれる。国庫負担の財源はタバコ税や蒸留酒税の連邦取得分であることははじめにふれた通りである。

1978年の AVS 第9次改訂において、女性の老齢年金支給開始年齢を60歳から62歳に引き上げたこと、稼得労働に従事する老齢年金、遺族年金受給者にも保険料支払義務を新たに課したこと、などの改革を行った結果、AVS/AI 財政収支は1980年には第2表のように黒字を記録

表2 AVS/AI の財政収支

制度	100万スイス・フラン		%
	1979年	1980年	増減
AVS 収入	9,910	10,895	+9.9
AI 収入	1,968	2,111	+7.3
AVS 支出	10,103	10,725	+6.1
AI 支出	2,025	2,151	+6.3
AVS/AI 収支	-162	+295	
積立残高	9,205	9,335	+1.4

資料: Pierre-Yves Greber, Droit Suisse de la Sécurité Sociale, 1982, p.242.

した。そのような背景の中、前述のように1986年には保険料率が9.6パーセントから9.4パーセントに引き下げられたのである。

## 5 法による強制企業年金(LPP)の実験

すでに述べたように、1972年、国民投票によって企業年金(La Prévoyance Professionnelle Vieillesse, Survivants et Invalidité, 老齢・遺族・障害職域準備, LPP)を法によってすべての雇用労働者に強制適用することが承認された。それ以来、連邦政府はその法案の準備をすすめ、1975年に連邦議会に提出した。それは7年間の審議の後、1982年6月25日、可決成立した。当初は1985年1月1日実施の予定であったが、1987年まで延期されたと伝えられる<sup>20)</sup>。国民投票による承認から15年を経て、ようやく実施にこぎつけたことは、LPPが対象者、保険料、給付、過去勤務債、債権確保、中央基金等々、いかに複雑で多くの問題を持つか、を示したものであろう。

法案の内容から見たLPP制度の概要は以下のように要約できる<sup>20)</sup>。

(1) 現存の企業退職年金(18,000企業、全雇

用労働者の55パーセントに当たる160万人が加入) 制度に基礎をおくこと。

- (2) 被保険者の既得権を尊重すること。
- (3) 年収が16,560スイス・フランから49,680スイス・フランの被用者をすべて対象とすること。この階層の賃金は「調整済賃金」と呼ばれ、法的最低基準であり、企業は被用者に対しよりよい条件を定めてよい。
- (4) 財政は完全積立方式によること。保険料率は年齢により第3表のように定めること。これは年金数理にもとづくものである。支払保険料は課税対象所得から控除される。
- (5) 物価上昇に応じて給付年金額を調整すること。
- (6) 老齢年金、遺族年金、障害年金を給付すること。
- (7) ポータブルでなければならないこと。被用者が転職する場合には、被用者の支払分を含め積立金はすべて新たな企業年金制度へ移動されること。
- (8) 国による特別な支払保障措置が講じられること。年金構造が特に不利である一定の制度に対し補助を行い、制度の破産に際し、既得権を守るために国の保障基金が設立される。この基金の財源として各企業年金基金からの拠出を求める。
- (9) 可能な限り、各個別企業年金の組織・財政など運営規則は、従業員の利益になる限り、自由と弾力性を尊重されること。
- (10) 個別企業年金は、以上の中、求められる必要条件を満たすことを証する書類を監督官庁に提出し、審査を受け、設立の認可を

表3 企業年金保険料率

男	女	調整済賃金に対する保険料率
25~34歳	25~31歳	7%
35~44歳	32~41歳	10%
45~54歳	42~51歳	15%
55~65歳	52~62歳	18%

受け、登録される。

LPP は高齢化時代における所得保障制度のもっとも有効な手段としてその働きが期待されているが、例えば、給付の種類一つとっても、企業年金で遺族年金や障害年金を給付する例は稀であり、問題は余りに多くかつ複雑であり、実験に入ったばかりであり、その今後の動きを注目したい。

(注)

- 1) OECD, *Social Expenditure 1960-1990, problems of Growth and Control*, OECD, 1985 および OECD, *Financing and Delivering Health Care A Comparative Analysis of OECD Countries*, OECD, 1987.
- 2) スイス、ユニオン銀行『1988年版数字で見たスイス』Union Bank of Switzerland, Zurich, 1988.
- 3) 例えば、Ralph Segalman, *The Swiss Way of Welfare Lessons for the Western World*, Praeger, 1986 によれば、スイス式福祉制度はこのはしがきで述べたような視点において、アメリカやヨーロッパで注目されている。
- 4) Jean-François Charles, *Social Security in Switzerland: Main Features of the Schemes and Current Problems* (Report on Swiss Social Insurance made to the Twenty-first General Assembly of the International Social Security Association, Geneva, October 3-13, 1983 Bern, Federal Social Insurance Bureau この報告書については、当時の在ジュネーブ日本政府代表部一等書記官井口直樹氏(現在厚生省年金局企画課課長補佐)のデータを up to

- date 化した翻訳・解説が次の通り行われている。
- 井口直樹訳・解説「スイス連邦社会保険庁次長  
ジャン・フランソワ・シャルル スイス社会保  
障の特徴と問題点」『週刊社会保障』No. 1343  
(昭 60. 8. 19) および No. 1344 (昭 60. 8. 26)
- 5) Arnold Saxer, *Die Soziale Sicherheit in der Schweiz*, 1963, Paul Haupt Berne (春見・佐口訳「アーノルド・サクサー元連邦社会保険局長著『スイスの社会保障制度』1974年, 光生館」の pp. 3-4)
  - 6) 注4)に同じ
  - 7) Pierre-Yves Greber, *Droit Suisse De La Sécurité Sociale Avec un aperçu de théorie générale et de droit international de la sécurité sociale*, Réalités Sociales, Lausanne, 1982, p. 225.
  - 8) 注4)に同じ
  - 9) 注7)の p. 231
  - 10) 注7)の pp. 235~7
  - 11) 注3)の p. 72
  - 12) 同上
  - 13) 注3)の p. 162
  - 14) とくに断らない限り, この部分は主として注3)の pp. 73~74 によって1982年現在の実態をとらえ, それを『週刊社会保障』No. 1433 (昭和62年5月18日) pp. 44~45「先進諸国の年金制度の概要」(これは1986年改訂後の実態の紹介と思われる)による情報によって修正したものである。また, 注7)の資料によりスイス社会保険法令集の AVS/AI 部分を参照した。
  - 15) 注4)の No. 1343, p. 46.
  - 16) 雇用労働者の保険料率は1986年に0.2パーセントポイント(9.6%→9.4%)引き下げられた。同じ引き下げが自営業者にも適用されたであろうから, 1986年現在ではこれは7.6パーセントと改訂されている可能性があると思われる。もっとも, 注3)資料の p. 73によると, 1982年時点では, 自営業者の保険料率は雇用労働者のそれと同じ9.6パーセントであった。両者の保険料率の定め方は近年は流動的である。したがって, 1986年改訂以降の自営業者の保険料率は不確実であることをお断りしておく。
  - 17) これも注15)と同じ資料による1985年現在のものである。もっともこれは1982年時点でも同じ額であったので, かなりの期間据え置かれており, 1986年以降も変更ないものと想像される。
  - 18) 注7)の p. 240
  - 19) 週刊社会保障 No. 1433 (昭和62年5月18日), p. 44「特別資料先進諸国の年金制度の概要①—公的年金, 企業年金等の18カ国の情報—スイス」
  - 20) 主として注3), 4), 7), 19)による。

# オランダの年金制度

～オランダの年金制度における諸原則，歴史，組織，及び見通し～

J. M. L. Jonker<sup>1</sup>

(訳：鎌田 繁則<sup>2</sup>)

## 1. 序

この寄稿はオランダの年金制度について多くの側面を扱うものである。まず、多くの西欧諸国において制度の基盤となっている非常に重要な諸原則について議論した後に歴史的な概観を行う。また年金の様々な類型化の後に、年金制度とその関連制度の組織が概観される。最後に、未解答のまま残されてきた問題や将来の展望について全般的な議論がなされよう。表1は、全般的な方向としてオランダの状況を知る上で鍵となる人口統計上のいくつかの数字とその予測を示している。

## 2. 一般的な諸原則

大部分の西欧諸国において、年金制度は社会的グループ間あるいは特定の社会的グループ内の財政負担の分配を目的とする支給のすべてを含む広範な社会保障制度のうち的一部分である。ただし、この財政負担は貧困やその他の個人的事情による所得の喪失や不足に関連するものに限られる。オランダの社会保障の分野は広く次の構成要素から成っている。

1. 社会保険，すなわち所得の喪失や医療支出

に対する保険，及び所得の再分配を行うことを目的とする保険。

2. 諸年金制度，すなわち政府年金や退職年金，企業年金，保険会社による職域年金と地域年金。

3. 剰員手当，児童手当などのような政府公務員のためのその他の制度。

4. 各人の暮し向きに応じて公的基金から賄われる諸給付を行う社会的給付制度。

これらの範囲には社会保障法に基づいた給付やその他の社会的給付がある。

一般に、西欧の年金制度は二つの異なった原則に基づいていると言われる。オランダの制度は徐々にこれらの両原則から多くの要素を取り込んできたので、まず、制度の基盤にある基本モデルの中に示されるこれら二つの原則から紹介することは、オランダの制度を理解する上で手助けとなるであろう。

一方において、我々は「大陸的アプローチ」と呼ばれるものを見る。このアプローチは19世紀末以来、ビスマルクの名前と結びつけられており、社会保障の側面を特に明らかにするものである。ここでは主として、社会保障は次のような所得保障制度と見なされる。すなわち、被用者が自分の従前所得と結び付いた代替所得を受け取るという制度である。このアプローチの

表 1. オランダの重要な人口統計と将来予測

総面積：41,000km<sup>2</sup>人口密度：430人/km<sup>2</sup>

平均寿命：男子 73.1歳 女子 79.6歳

項目	年次	単位	1965	1985	2000
1. 総人口		1,000	12,212	14,451	15,588
2. a. 19歳以下の若年人口数		1,000	4,631	4,085	3,826
b. 総人口に占める割合		%	37.9	28.3	24.5
3. a. 65歳以上の高齢者数		1,000	1,163	1,729	2,144
b. 総人口に占める割合		%	9.5	12.0	13.6
4. a. 85歳以上の老年人口数		1	63,162	147,643	217,000
b. 全高齢者に占める割合		%	5.4	8.5	10.3
5. 人口圧力		%	90.3	67.3	61.6
6. a. 世帯数		1,000	3,204	5,321	...
b. 平均世帯人数		1	3.50	2.66	...
7. a. 婚姻件数		1	102,913	81,633	80,000
b. 人口千人あたりの婚姻件数			8.5	6.1	5.1
8. a. 離婚件数		1	6,203	34,068	30,000
b. 夫婦千組あたりの離婚件数			2.2	9.9	8.7
9. 労働人口数		1,000	4,538	5,934	...
10. a. 求職登録者数		1	25,200	800,600	...
b. 従属労働人口比率		%	0.7	15.5	...
11. 超過外国移住者数 (移入者数マイナス移出者数)		1,000	18.8	6.0	...

(出所) nrs 1-8: Year-summary of monthly statistics on people and health: Central Bureau of Statistics (CBS)

nrs 9-10: Social monthly statistics C.B.S. and Statistical pocketbook  
year 2000: C.B.S.-medium version of prognosis, 1936.

中心は個々の労働者の生活水準の維持という概念であるが、それは賃金（支払われた保険料）や生み出された労働を原因とする結び付きであり、等価の原則である。この形の保険モデルは伝統的に、ベルギー、フランス、西ドイツ、ルクセンブルグ、そしてイタリア等の国々に見受けられる。

もう一つの出発点は、ベヴェリッジ卿によって今世紀半ばにイギリスで最初に導入されたアトランティック・アプローチあるいはアングロ・サクソン・アプローチと呼ばれるものである。このアプローチにおいては、社会保障の概念が単なる社会保険以上のものを含んでいると解釈

される。ここでは、個々の労働者や各人の生活水準ではなく、共同体のすべての住民の保障された生活水準に注意が絞られる。つまり、共同体自身がその住民の相互連帯を基礎としてこれにあたる責任を負っている。従って、ここでは従前所得や生み出された労働との間に直接的なつながりはないが、共同体のすべての住民に等しい金額の生活費の最低保障がなされる。すなわち、統一性と一般性の原則である。このアプローチは多くの西欧諸国の年金制度に重大な影響を及ぼしてきた（しばしば基礎年金という形で）し、また、イギリス、アイルランド、デンマーク、そしてオランダでもよりきびしいあ

るいはより緩やかな形で見受けられる。

既に述べたように、我々はここで基本的なモデルを取り扱っている。そうした基本モデルは純粹で絶対的な形で存在するものではないが、基礎年金と補足年金との混合した制度として見受けられるものである。60年代以降、各国の制度は益々収束の傾向にある。年金保険制度を持ちつづけてきた国々では、最低生活水準が保障されるような社会保障の枠組みを發展させてきた。そして、そのような枠組みの一つの出発点は従前所得に結び付いた年金制度の下にあったと言われる（ベルギー、フランス、イタリア、ルクセンブルグ）。逆に伝統的に基礎年金を持っていた国々では、被用者のための補足年金を發展させてきた（デンマーク、スウェーデン、イギリス、そしてオランダ）。

オランダの年金分野における發展は非常に多くの年金制度と年金立法をもたらしてきたし、また、多様な形の運営組織を生んできた。基礎年金は「一般老齡年金法（AOW）」と「一般寡婦・遺児年金法（AWW）」の下で提供されてきたが、その上に被用者、自営業者、自由業者、公務員と軍人、そして同じような地位に置かれた人々は、様々な方法で作られた他の年金制度にも加入している。これらの制度のいくつかは任意加入を基礎に設立されたが、あるものは特定の職業グループや産業部門の求めで強制的なものとされた。更に、もう一つの範疇として法によって常に強制的に規定されてきた制度もある。こうしたことが年金制度の多様さを引き起こし、それらの内容や要求の大きさ、財政、それらが運営される方法や政府の干渉の度合について制度間で相当な差を生じさせた。

しかし、要約すると、オランダの制度は大陸

的な制度とアトランティックな制度の両方の性質を示していると言うことができる。一方において、我々は「一般老齡年金法（AOW）」と「一般寡婦・遺児年金法（AWW）」をもっている。これは国民保険としてすべての人々に基礎年金を保証するものである。他方、様々な部門ごとに、いわゆる付加年金と呼ばれるいくつかの異なった補足年金制度がある。

### 3. 簡単な歴史的概観

#### a. 前史

大部分の西欧諸国は20世紀になって社会保障制度を發展させてきた。今世紀の初め以前には個人の安全は彼の家族や親戚に頼っていた。子供をもつことや富や財産を獲得することが依然として労働不能や老齡という不利な結果に対する最も重要な保険手段であった。しかし、多くの人々は頼るべき家族や財産を持たなかったし、彼らにとって、貧民救済は利用可能な唯一の保護であった。貧民救済は主に教会と裕福な中産階級の関心事であった。政府が貧民救済に関与する任務を当局に与えたのは、1848年の憲法改定の時だけである。これは国際政治の圧力とそれに伴う社会不安の結果として生まれたものであった。改定された憲法は政府の仕事に貧民救済と教育を含めたが、単に民間による保護を補足するものでしかなかった。

しかし、家族、富や財産の稼得、そして貧民救済は社会保障の理想的な形でもなければ、また、十分な形でもない。振り返って見ると、人々は人間の生存を考えると時の不確実性から自分自身を守るように努めてきた。例えば、中世におけるギルドがある。しかし、個別的な私的



保険が正当な信用を得るようになり、更に、任意保険から法人組織の強制制度の方向に発展したのは20世紀になってからであった。そして、そのことによってある種のリスクから全国民や特定のグループを保障することが可能になった。

#### b. 恩恵から権利へ 1900-1945年

世紀の変わり目頃、貧民救済は教会によって実行されていたし、善意の保護者たちはもっぱら慈善とみなされる形の援助をしていた。しかし、多くの雇用主が、被用者のために政府が自己の被用者のある部門（オランダ国鉄）のために設立したのと同じ線に沿って年金基金を設立したとき、この形の保護はその家父長的慈善的性格を失い始めた。定義こそ最初は曖昧だったものの、労働者達には老後に保護を受ける権利のあることが認識され始めた。しだいに、雇用主の義務はより厳密に定義されるようになり、年金財源を賄うために設立される基金は企業年金基金の性格を帯びるようになった。

第一次大戦後、労働組合が強い影響力を展開してきた産業部門の労働者たちは、しだいに年金制度に強い権限を持つようになった。そして、このことは、いくつかの産業部門に別々の年金基金を生み出す結果となった。これらの内で最初のもは、1919年の全鉱山労働者基金であった。

#### c. 基本的な法制化 1945-1965年

1945年から1965年にかけての期間には、今日の年金制度にとって決定的に重要な多くの法律の導入を見た。

「一般老齢年金法（AOW）」と「一般寡婦・遺児年金法（AWW）」はオランダの年金制度の礎

石である。すなわち、それらは第一段目である。これらの法律の導入のきっかけになったものは1941年の大西洋憲章である。そこでは、人間の基本的な自由の一つが「貧困からの解放」であると表明された。AOW は、1946年以来施行されていた臨時給付に代えて1957年に導入された。それは政府の特別委員会の助言に基づいていて、大陸的な制度とベヴァリッジ・プランの両方の原則を結合したものであった。AOW は65歳以上の男子と未婚の女子に一定の年金の権利を与え（基礎年金）、未婚の人々には夫婦の年金額の70%を与えている。年金額は保険料の納付期間や従前所得と結び付いていない。また1959年の AWW の導入以後、AOW 年金に資格のある者の遺族に対しても、法令に基づく基礎給付が行われている。

産業や産業部門に設立された年金基金はもともと任意加入であったが、しだいに強制的なものとなった。すなわち、初めは、労働協約の一部として、後には1949年の立法化による一般的な義務の形で、その結果、政府は、もし問題産業の労働組合の代表が強制適用を要求し、またある種の条件が満たされるなら、加入を強制させ得ることとなった。

この種の年金基金の出現と、あちこちで起こった経営上の苦い経験は、適切な法的整備と健全な経営のために法律によって保証する必要性を生じさせた。1953年の「年金・貯蓄基金についての法律（PSW）」は年金支給のために必要な財源を確保するために導入され、保険院に監督権をおいた。

#### d. 年金制度の発展 1965年以降

それ以前の年金基金においては、年金は従前

所得や勤続年数にかかわらず定額の給付に限られていた。しかし、経済成長、より多くのFRINGE・ベネフィットを得ようとする努力、恩恵に代わる権利としての年金という概念、そしてAOWが産業・企業年金に補足的な所得という性格を与えてきた事実は、しだいに、一方の年金額と、他方の賃金や勤続年数との間の結びつきを深めた。このようにして、1950年代には、年間所得（AOWの保険料を控除）の一定割合と年金額として保障するという、給与規定が導入された。いわゆる「積上げ」あるいは「平均」給与方式である。

しかし、賃金が急速に高まったとき、この積上げ制度は長期的には不満足なものであることが分かった。つまり、年金支給日におけるその決定額はしだいに少なくなり、特別支給により年金契約を高めようとの雇用主の試みはあまりにも任意であるとみなされた。従って、最終賃金方式への試みがなされるようになった。このことは、年金額が退職前賃金に関連づけられたことを意味した。故に、それ以前の各年の年金契約は自動的に賃金（の上昇）に合わせて調整される。更に、この制度を退職後の期間にも拡張しようとする考えが生まれた。そして、1963年に政府は「スライド年金制」を導入した。つまり、賃金の変動に結び付いた年金の指数化である。

従って、1970年代前半には、年金が最終的な賃金総額の70%になるようなルールが一般に認められた。（これは保険料と税金を控除した後のほぼ80%に達する。）しかし、これで必ずしもすべての問題が解決したわけではない。まず、多くの企業がこの取り決めと一致した年金を支給することができなかった。更に、多くの被用

者（労働人口の約10%）には年金契約自体がまったくなされなかった。加えて、賃金の上昇や被用者が職を変えて、加入期間が中断したために年金額が減額され、70%の最終賃金規準が実現されなかったケースがあった。年に3万ギルダー以下の所得を持つ既婚の被用者については、一つの解答が1969年に見いだされた。すなわちAOW給付やAWW給付を基礎年金に変え、それらを最低賃金水準にまで高めるというものである。

この問題は、将来の展望と結び付けてこの論文の終わりでより詳しく取り扱われるだろう。

#### 4. より詳細な年金制度の概観

本節ではさまざまなタイプの年金についての議論や年金制度の組織の概略、そして最も重要な年金基金に関する簡単な展望を順次提示する

##### a. 年金の種類

オランダの年金制度を大別すると5つに分けられる。すなわち、老齢年金、寡婦及び寡夫年金、遺児年金、そして障害年金である。

老齢年金は彼が退職した日から死ぬまで加入者に支払われる年金である。男子の年金支給開始年齢は通常65歳で、女子は時には60歳である。しかし規定の年金支給開始年齢に基づく制度の他に、退職年齢を段階的あるいは柔軟に認める制度がある。またここで臨時年金と言う場合、それは主に早期退職の場合の経過年金を意味する。

寡婦給付あるいは寡婦年金と呼ばれる制度は加入者やかつて加入者であった人の寡婦に支払われる年金である。それは大抵、加入者の死亡

時点から始まり、寡婦が死ぬまで続けられるのが普通である。いくつかの制度ではその年金は寡婦が再婚すると停止されるか減額される。また寡婦年金は加入者がある年齢（55～65歳）以後に結婚した場合には認められないことがしばしばあり、さらに妻が夫より10歳以上若い場合には、その年金は減額される場合が多い。寡婦年金は通常退職した加入者に対して支払われていた老齢年金の70%になるか、あるいは加入者が年金支給開始日まで生きていたならば支払われていたであろう老齢年金の70%になる。特別寡婦年金はたまに離婚後の前妻に対して認められることのある年金である。

寡夫年金は女性の加入者やかつて加入者であった人の寡夫に認められる年金である。この年金は寡婦年金に似ていて、現在急速に発展している。

遺児年金は亡くなった加入者の子供に支払われる年金である。これは、しばしば嫡出の子、非嫡出子、法的に認知された養子や加入者によって扶養されている子供を含んでいる。その年金は通常その子が18歳に達するか、その子が学生や障害者である場合には27歳に達すると停止される。遺児年金は通常老齢年金の14%か寡婦年金の20%になり、完全な孤児の場合には通常二倍になる。

障害年金は労働能力を喪失した加入者に対して支払われる年金である。それは彼が労働能力を喪失している間支払われるが、老齢年金支給開始日以降は支払われない。また年金額は勤続年数に結び付かない。同制度の受給者はしばしばその他の年金への拠出が免除される。この年金は「障害保険法(WAO)」や「一般障害法(AAW)」の導入以来その重要性をほとんど失い、

今日では支給額がより高いという事実のために比較的高い賃金階層の人々にのみ支給されている。

パートナー年金とは、これまでほんの希な場合に、加入者が共に暮らしていた人に支払われた年金である。この年金については、支給の認められる前に満たすべき条件を正確に定義することの困難な場合がよくある。

## b. 年金制度の組織

年金制度の組織の記述は三層構造に基づくであろう。

1) 最初の層（第一段）は政府によって与えられている基礎年金、つまり公的年金の層である。それは2つの法律によって規定されている。1957年の「一般老齢年金法(AOW)」と1959年の「一般寡婦・遺児年金法(AWW)」である。2つの法律は強制保険の制度を通してすべての人にソーシャル・ミニマムを提供することを目的としている。原則として、すべての市民は65歳以後賃金スライド付き年金を受け取る。既婚者の年金額は一人当たり最低賃金の50%を保障する。また、単身者と、一人以上の子供を持つ寡婦は、既婚者に対する純年金額の二倍の70%に等しい年金を受け取る。夫婦の場合、若い方が65歳に達していない時には、この若い方の配偶者の所得によっては補足手当が与えられる。定額の基礎(老齢)年金制度を持つ他の国々では支給額は低い水準にあり、AOWの60%である。

これらの年金は労働人口が払いこむもの(労働所得の一定割合：上限あり)を財源とする制度を通して賄われる。故にその制度は世代間の移転を意味している。つまり、現時点の労働者は過去の労働者のために支払う(連帯の原則)。

表 2. オランダの年金制度に関する主要数値 (1985)

貨幣単位: ×1,000百万ギルダー

	基金 (基)	現役就業者 (人)	年金受領者 (人)	保険料	年金給付	積立金
第1層						
AOW 及び AWW			2,025,000	26.4	25.5	
第2層						
ABP	1	917,000	394,000	6.3	7.0	127
BPF	77	1,499,000	687,000	3.4	1.9	62
OPFe (own risk bearing)	542	468,000	217,000	2.5	2.3	63
OPFh (reassured)	469	170,000	38,000	...	...	...
VERZ My incl OBFh	30	990,000	460,000	3.9	1.5	58

(出所) Jong, E.P. (ed): Pension is pension. Alphen a/d Rijn, 1987 の中から Jonker, S.J.: A growing Pension-Consciousness. 40ページ。

(略語の説明)

AOW = General Old Age Pensions Law

AWW = Widows and Orphans' Pension Law

ABP = National Civil Service Pension Fund

BPF = Pension Funds for (branches of) Industry

OPFe = Company Pension Funds own risk-bearing

OPFh = Company Pension Funds re-assured

VERZ = (Life-) Assurance Companies, including part of OBFh

保険料は税当局によって徴収され、法の遂行は社会保険銀行 (SVB) と労働委員会の手で行われる。

2) 2番目の層 (第二段) は雇用主と被用者間の (補足) 年金を含んでいる。現在のところ被用者年金を雇用主に義務づける一般的な法令はないが、公務員の部には年金支給が法によって規定されているグループもある。たとえば、その年金が国家公務員年金基金 (ABP-Law 1966年) で規定されている公務員やそれに相当する人々である。

更に、産業部門レベルでの年金基金 (80), 企業年金基金 (1,050), そして保険会社によって直接管理される企業年金基金 (2万) がある。

年金の実際の金額は様々な方法で計算される。年金協定の主な形は「定額」協定, 「特別割増」協定, 「平均賃金」協定, そして「最終賃金」協定である。この層の保険料の約40%と加入者の

25%を占める ABP の場合には、40年間を通じて年金計算の対象となる給料の70%の年金を積上げ得る可能性がある。またそれらの制度の大部分は老齢年金の70%の支給を遺族のために行っている。

原則として、それらの制度は「積立方式」で賄われる。この制度は加入者が現役の間に、年金支給開始日に期待される年金の価値を保障するに十分な金額を拠出することを意味する。また実際には、配当や利子が一つの役割を果たすような混合形態もある。これらの制度を規定している枠組は、1953年の年金及び貯蓄基金法である。

3) 3番目の層は主に保険会社と共に置かれる私的制度に関係している。それは通常自営業者や不十分な勤務年数をもつ人々、あるいは彼らの年金に関して何か特別のものを欲する人々に関するものである。1973年以来、自営業の専門

表 3. オランダ年金制度の発展 (第II層の数字について)

単位: ×百万ギルダー

A. 賃金水準で調整後の保険料収入額					
	ABP	BPF	OPF	BRF	VERZ My.
1950	1652	59.4	1058		1544
1960	2586	157.2	182.4		2220
1970	7290	213.6	247.6		2403
1980	9035	390.7	307.3		3130
1985	6320	337.4	245.3		3880
B. 賃金水準で調整後の給付額					
	ABP	BPF	OPF	BRF	VERZ My.
1950	1485	97	2.48		216
1960	1902	360	5.52		348
1970	3537	73.4	9.02		497
1980	5195	131.8	16.61		840
1985	7010	191.6	23.06		1572
C. 自己保険料積立額					
	ABP	BPF	OPF	BRF	VERZ My.
1950	1520	150	300		1350
1960	4980	232.7	32.96		3970
1970	21900	802.9	107.66		10800
1980	8602.4	325.10	37.159	23.46	35700
1985	12658.2	623.48	63.406	55.02	58127

(出所) Jong, E.P. (ed); Pension is pension. Alphen a/d Rijn, 1987の中から Jonker, S.J.; A growing Pension-Consciousness. 63ページ。

(略語の説明)

ABP = National Civil Service Pension Fund

BPF = Pension Funds for (branches of) Industry

OBF = Company Pension Funds

BRF = Occupational Pension Funds (for Professionals)

VERZ = (Life-) Assurance Companies, including part of OBF

職は強制加入の年金制度を導入しそれらを自由業の専門職 (一般的な開業医, 医療専門家等) のための職域年金基金の運営に任せることが可能となっている。

## 5. 将来にむけてのいくつかの問題

一般に, オランダでは政府や産業がすべてのオランダ人に65歳で基礎年金を保障する年金構

造を半世紀で築きあげたと言われる。また大部分の被用者には公務員年金や企業年金の制度による上乘せが保障されている。

しかし, 遅かれ早かれ解決されねばならないいくつかの問題が残っている。これらの問題は年金協定の性質やそれらを適用するさいの可能性 (年金の額と質) に関するものと, 社会環境の変化, 特に社会的, 経済的, 人口動態的要因に関するものである。

表 4. 過去、現在、及び将来のオランダの総人口と 5 年階層の比率  
(中位推計, CBS, 1987年)

	総人口	年 齢 階 級				
		0—19	20—44	45—64	65—84	85以上
単位: ×百万人		%	%	%	%	%
1900	5.2	44.3				6.4
1950	10.2	37.3		49.7		7.7
1975	13.6	34.2	35.3	19.8	8.8	1.9
1980	14.1	31.5	37.2	19.9	9.3	2.2
1985	14.5	28.3	39.5	20.3	9.4	2.6
1986	14.5	27.7	39.8	20.3	11.1	1.1
1987	14.6	27.2	40.2	20.3	11.3	1.1
中位推計						
1990	14.9	25.7	40.8	20.7	11.6	1.2
2000	15.6	24.5	37.2	24.7	12.2	1.4
2035	14.6	20.5	29.8	25.3	21.9	2.6

(出所) Statistical Yearbook of the Netherlands 1987.

Netherlands Central Bureau of Statistics. The Hague, 1987.

1984年の年金諮問委員会はこれらの問題を研究するために生まれた。その委員会は社会問題・労働大臣の諮問機関である。同委員会は主に被用者のための公的年金制度の必要性和可能性の研究に従事してきた。例えば、年金制度を持たない産業（いわゆる「ホワイト・スポット」）や現在の制度の質についての調査（いわゆる「グレー・スポット」）が実施された。「ホワイト・スポット」、つまり AOW 以外に利用できる年金制度をもたない被用者は労働人口の11%である。彼らの中には年金協定制をもたない企業に雇われている人々や、加入する制度のない（既婚の）女性、ある種のパート・タイム労働者がいる。この種の人々の構成を考慮し、「真」のホワイト・スポットが全労働者の6.5%にしか過ぎないとすると、法による強制加入の年金制度を作ったり、あるいはその産業部門に自身の年金制度を作るよう強制することが得策ではないかもしれないという疑問が起こる。

2番目の問題は被用者が職を変える時の年金権の通算制度がないことである。この問題は特に出世コースを目指す人々に関連する。つまり、人生の終わりの方で職を変える高所得の人々や年金を失う危険を冒す人々である。強制加入制度の設立はこの問題を解決するだろうが、今までは協同組合によって規制され監督される価値移転（「ポータブル」年金）の制度を利用することの方が好まれてきた。

近い将来について見ると、年金制度は EC の統合の影響を一層受けるだろう。特に、同じ仕事をしている男子労働者と女子労働者の平等な取扱いについての命令の実施において、この問題の主要な例は、既婚未婚を問わず男女が同じ年金権をもつようになるであろうという事実である。これは現時点でホワイト・スポットやグレー・スポットに含まれる既婚女性の年金を改善することになるだろう。

社会環境の変化はしばしば個人の状況に応じ

表 5. オランダ, ヨーロッパ12ヶ国, アメリカ, 及び  
日本の65歳以上の高齢者人口の比率

	the Netherlanhs	Europe 12	U.S.A.	Japan
1970	...	11.1	9.8	7.1
1975	10.7	...	...	...
1980	11.5	13.6	11.3	9.1
1985	12.0	13.5	...	10.3
1990	12.9	14.3	12.7	11.9
2000	14.3	15.8	13.1	16.7
2025	...	20.0	...	...
2030	...	...	21.1	23.5
2035	26.7	...	...	...
5040	...	...	21.6	22.0

(出所) The Netherlands : Central Bureau of Statistics, 1987.  
Europe 12 : Eurostat-Revue ; Statistics 1976-1985, 1987.  
U.S.A. : Growing Old in America, 1985.  
Japan : 厚生白書 1986年版。

た年金の必要性を高める。同居の基本的な形態の変化や、夫婦間の役割パターンの変化は、しだいに寡婦年金の片割れである寡夫年金の問題を前面に押し出している。そして、ある場合にはパートナー年金の問題も同様である。年金の個人化に加え、柔軟性を増す傾向もみられる。つまり、被用者は自分の年金の必要性に関してかなりの程度の責任や自由を許される。例えば弾力的な退職方法（早期退職か受給開始を延ばすか）が取られるかもしれない。原則として加入者はどの時点で退職するか、また部分的にか完全にかを自分自身で自由に決めるようになるだろう。

上で記述した傾向が実現されるかどうかは主に経済的可能性と人口発展に依存するだろう。将来における老齢年金のための財政能力の問題は通常人口的推移の角度からアプローチされる。大部分の西欧諸国や日本と同様に、オランダも将来、高齢者人口の急速な増加に直面するだろう。例えば、2030年に65歳以上人口は現在のほぼ2倍の水準になるだろう。他方、19歳以下の

グループは絶え間なく減少し、2000数十年には全人口も同じく減少するだろう。

将来について（たぶん楽観的すぎるだろう）見ると、高齢者人口グループは過去に比べてずっと高くなった所得水準とより高い教育水準をもつグループとして描かれる。そのことはグループとして量的に増えるだけでなく、彼らの社会的重要性をも高めるだろう。もしこの状況が将来にまで続くのなら、それは分配方法の相当な調整を要求するだけでなく、国民生産物の生産方法の調整も要求するだろう。つまり、人口の高齢化は経済成長の減少のリスクを引き起こす。このことは工業化された世界の競争状況に直接マイナスの影響を持つわけではない（高齢化の問題はどこでも現れる）が、例えば経済過程への労働参加率を高めることを通して、必要な貯蓄を望ましい水準に維持するような政策が取られる必要があるだろう。労働人口と非労働人口の間の国民生産物の分配については、2010年以後の高齢化の過程は労働人口によって稼得された賃金のうち相当な部分を「絞り

取る」形でその代価を要求し始めることが予想される。拠出率はほぼ総給与の35%となるだろう。しかし、計算上その時までには一人あたり消費額は二倍になり、故に給料の大きな部分の犠牲は労働人口の可処分所得が上昇し続ける限り受け入れられないだろうと期待されている。更に、より重い負担を喜んで受け入れるかどうかは、次の事実を考察することによって変わってくる。すなわち、より以上の負担が老齢年金の財政に関するものであって、他の社会保障の費用でないことが重要である。つまり、今日の被保険者は将来同じ制度から給付を受けることを期待する。個人の消費負担と（将来の）給付との間には（部分的に直接的な）つながりがあるので、もし老齢年金のための負担の増大だけなら積極的に支払い続けることになるだろう。

## 注

1) ナイメヘン (Nijmegen) 大学教授  
オランダ老人学研究所所長

2) 名古屋市立大学大学院

本稿の翻訳において、名古屋市立大学の牛嶋正教授と上村政彦教授から有益な助言を賜りました。ここに感謝いたします。

## 参考文献

Bream, G.P.A. e.a.; Ouderen en Sociale Zekerheid. (高齢者と社会保障) The Hague, 1983.  
Centraal Planbureau; De Oudedagsvoorziening tot 2030, de financieringsmogelijkheden op langere termijn. Werkdocument nr 18. (中央

計画事務局, 2030年までの老齢支給の長期財政, 研究報告 No.18) The Hague, 1987.

Huijser, A.P. and P.D. van Loo; The ageing population, pensions, and contractual saving. Monetary Monographs nr 5, de Nederlandse Bank N.V. Dordrecht, 1986.

Jong, E.p. de and B. Wessels (eds); Pensioen is Pensioen. (年金は年金) Alphen aan de Rijn, 1987.

Kune, J.B.; Pensioen en Economie, enige financieel-economische aspecten van pensioenvoorzieningen. (年金と経済, 年金支給のいくつかの財政経済的側面) Amsterdam, 1987.

Markides, K.S. and Cooper, C.L. (eds); Retirement in Industrialized Societies, social, psychological and health factors. John Wiley, New York, 1987.

Muifels, R.; Vroeg of laat met pensioen? SOOM-Werkdocument nr 8. (退職を早めるか遅らせるか. 高齢者調査運営委員会研究報告 No.8) Netherlands Institute of Gerontology, Nijmegen, 1986.

—; Witte vlekken op pensioengebied, onderzoek naar het ontbreken van aanvullende pensioenvoorzieningen. Rapport van Pensioenkamer. (年金領域の空白点「ホワイト・スポット」, 補足年金制度の不足についての報告. 年金委員会) The Hague, 1987.

Stevens, L.G.M. and Yperen, P. van; Kernpunten van Pensioen. (年金制度の要点) Denventer, 1987.

Tulfer, P.M.; Pensioenen. (年金) Denventer, 1986.

Verbon, H.A.A.; On the Evolution of Public Pension Schemes. Alblasterdam, 1988.



## オランダ年金制度についての解説

日本女子大学大学院 廣瀬真理子

オランダの公的年金制度を代表する一般老齢年金（AOW）の特徴は第1に、全住民を対象とした国民保険制度に一本化されていることである。第2に、制度が社会の連帯性を保つという理念に基づいていることから、保険料は加入者の所得比例拠出であるが、給付額は一律で、65歳から支給が開始される。第3に、年金の財政システムは賦課方式を採っており、保険料は国税庁が徴収した後、政・労・使の代表からなる社会保険銀行の監督の下に管理される。第4に、年金の財源は加入者からの拠出のみによって賄われており、国庫補助は1985年現在で拠出総額のわずか1%に止まっている。そして第5に、年金額は最低賃金指標に基づいて決められる。また、1970年より年金給付に加えて、休暇手当が支給されている。休暇手当は、年金受給者も夏の休暇を楽しむようにという配慮から始められたが、それは毎年5月に支給される。

この他に被用者を対象とした所得比例年金として、産業年金、企業年金がある。独自の企業年金を設けている会社は、産業年金に加入する必要はない。産業年金へは労使が折半で拠出を行い、企業年金は使用者が拠出している。オランダでは、現在被用者の約85~90%がこの職域年金制度に加入している。また、1972年より

一部の自営専門職者（一般開業医、助産婦など）を対象とした専門職年金が設けられている。昨今では、一般老齢年金の給付額が低迷していることから、それを補うために産業年金、企業年金、ならびに専門職年金の役割が重要になっている。

最近の年金制度の改革について簡単に触れておけば、まず婦人の年金権が最近になって確立されたことがある。1978年のEC協議会で社会保障給付の男女平等が唱えられたのを機に、オランダでは1985年に既婚婦人にも個別の年金権が認められるようになった。（それまでは、年金給付の対象者は稼得者としての既婚男性と単身者に限られていたため、夫が妻より年下の場合には、夫が65歳になるまで年金の受給を待たなければならなかった。）

一方で、給付を受ける世帯の概念が変わった。1988年4月より、それまで個別に単身者用給付が適用されてきた「同居するカップル」はその後「婚姻者」と見做されるようになり、カップル用の給付額が支給されるようになった。単身者の給付額を二人分合わせるより、カップル用の給付額の方が低額になるので、今後、同居する場合に年金総額が減らされることになる。この措置は、同性の同居についても適用される。

## イタリヤの医療制度改革

東京都神経科学総合研究所 松井和子  
主任 研 究 員

### 要 旨

1978年12月、イタリで成立した国営保健医療サービス法 (SSN 法と略) は、社会主義型の3原則 (①予防対策の優先, ②平等な保健医療サービスの提供, ③国民の参加) を基本的に採用した制度である。その施行後、イタリヤの医療制度改革は法の成立当時の予想を上回った改革の歪みや矛盾が顕在化した状況である。

イタリヤの医療改革は、資本主義社会に共通する問題をすどく分析し、注目すべき問題提起が多く含まれているが、本論は以下の課題に焦点をしぼった報告である。

① SSN 法制定後のイタリヤ医療制度改革を英国の国営医療サービスとの比較で、その改革の目的、制度の特徴点、および法内部に挿入されている矛盾点、②国営保健医療サービス法の施行後の状況、とくに改革実施の障害と遅れの要因に関する分析、さらに改革の目標である予防の優先や地域格差に関する推移を医療費や病床数で分析し、さらに③医療改革の逆行と厳しく批判されている、私費負担の増加と民営化の拡大傾向に関する報告である。

### 1 はじめに

世界各国の医療制度を①公的扶助, ②健康保険, ③国営医療サービスと3分類したM. Terris (1978年) によると<sup>1)</sup>、国営医療サービスを採用する国は世界全人口の33%を含む14カ国である。その分類による国営医療サービス制度は、①全国民に平等な保健医療サービスの供給, ②健康の保持増進を目的とする全事業に国民の参加を保証, ③治療サービスより予防対策の優先という3原則があり、うち特に重視されるのが予防の優先である。

英国とスエーデンの医療制度は、その14カ国中に含まれず、国営医療サービスと健康保険の中間型として分類されている。さらに健康保険制度からその中間型へ移行を志向中の国が5カ国あり、うちイタリヤは移行条件の整備が充分ではないが、政治的情勢から、その移行が最も早いと予測されていた。

実際、イタリヤで国営保健医療サービス法 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale 833号法, 以下, SSN 法と略) が制定されたのは、その報告の1カ月後、1978年12月である。

イタリヤで成立したSSN 法は、上述の3原則を基本的に採用した制度である。その点が英国と異なる独自の制度と、イタリヤの医療改革

派に強調された特徴である<sup>2)</sup>。

しかし SSN 法は提案から成立までに約30年と長期間を要し、かつ反改革派の根強い抵抗によって、その3原則と矛盾する規定が挿入された法体系となっている。その成立直後より、イタリアの医療改革は開始の遅れ、歪み、逆行などの現象を顕著に示し始めている。

## 2 イタリア医療改革の特徴

### (1) 目的

SSN 法の成立当初、日本でも、イタリアの医療改革や SSN 法の成立過程を紹介する報告がいくつかあるが<sup>3)</sup>、その多くは、イタリアの医療改革を健康保険財政の破綻から国営医療化の転換という趣旨報告であった。

しかしイタリアの医療改革派は、SSN 法が医療費の抑制やサービスの需給関係の制度的な変更を主な目的として制定されたものでないと強調する。イタリア医療改革の目標は国民の健康の保持増進、疾病の予防、および治療による健康の回復であり、それは行政や医療関係者のみで実施可能な事業ではなく、国と地域の組織で実施すべき社会全体の仕事という位置づけである<sup>4)</sup>。

すなわち健康の保持増進は、医師と患者の個人的な関係で解決できる課題ではなく、患者の生活状態、人間関係や生活環境の転換を必要とする社会的な事業である。その改革は、必要な法律の制定と効果的な供給システムの開発、および組織の変革とともに国民自身が健康の保持増進に関する権利を確立する運動である。

### (2) SSN 法の特徴

SSN (国営保健医療サービス) 法の主な目的はつぎの4点である<sup>5)</sup>。

①国は健康保険組合を早急に解散し、従来の制度でサービスの対象からもれていた人々を加え、全国民を対象に、統一的な新機関によって、公的な保健医療サービスを提供する。

②社会階層や州および地域間に生じている保健医療施設や健康水準の不均衡を是正する。

③現代社会における疾病の発生要因として最も重視すべきは労働環境、とくに工場の生産環境であり、予防サービスは工場の生産過程に立ち入り調査権を含む対策を実施し、かつ予防と医療サービスの有機的な統合を計る。

④保健医療サービスの管理運営に、直接間接的に国民の参加を保証し、かつ促進することである。

図1は、SSN 法に規定されたイタリア国営保健医療サービス事業の組織図である。その実施方法が示す特徴はつぎの4点である。

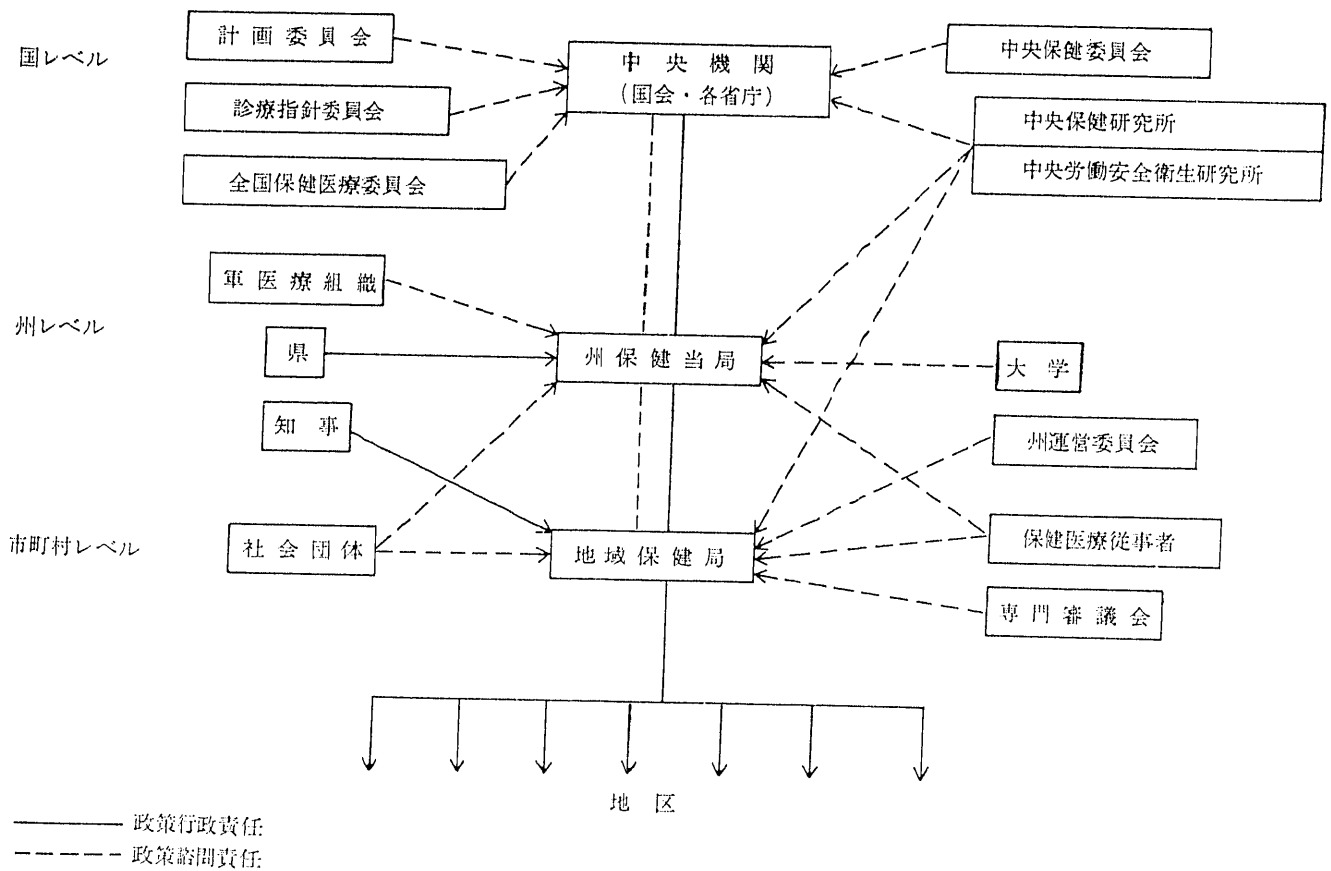
①国営保健医療サービス事業は、図1に示されたように、国、州、市町村と分節化した行政組織とその関連機関で管理運営を実施する。

②従来の地域格差、とくに南部と北中央部の保健医療サービス資源の格差を是正する目的で3カ年計画による全国保健医療計画を議会で定める。

③各州は人口5万人から20万人に1カ所の基準で地域保健局 (Unita Sanitarie Locali<sup>6)</sup>) を設立し、地域保健局は、全国保健医療計画に基づいて作成される州保健医療計画による予防・治療サービスを実施する。

④地域保健局は、地域、学校、職場の保健医療サービスと連携する目的で、病院サービスを

図1 イタリア国営保健医療サービス事業の組織図



資料：A. Brenna, *Il Governo della Sanitaria*, P. 40

地域保健局の諸サービス部門の1つと位置づける。

以上の特徴の中で、英国の国営医療サービス事業と類似と指摘されるのは<sup>9)</sup>、管理運営の分節化、保健医療費の再配分や公的管理による計画的な保健医療サービスの給付の3点である。

しかし SSN 法の分節化は英国の制度と異なり、州単位で組織した国の行政機能でもなく、また中央政府、州、市町村と3レベルに分化した権限や機能の分節化でもない。イタリアの国営保健医療サービス事業は国の基本的機能であるとともに、州や市町村が自主性を持つ制度である。

英国の国営医療サービス事業の中央集権化に対し、イタリアの制度は地域主体であり、州と地域保健局に独自の権限を与えた点が英国と異なる特徴点と強調されている。

したがってイタリアの国営医療サービス制度は、地域保健局を新供給システムの中核、すなわち地域保健局をイタリア医療改革の要とした組織である。

### (3) 医療改革の要 — 地域保健局 (Unità Sanitarie Locali)

SSN 法に規定された地域保健局は、保健医療サービスの効率的な供給組織として機能する

のみでなく、医療改革の推進母体となることである。

その構造と機能は、つぎのように規定されている<sup>9)</sup>。

①各州は、地域保健局を人口5万人から20万人に1カ所の基準で設置し、その運営は市町村が組織する。

②その固有の職務は畜産衛生、食品衛生、薬剤サービス、診療所サービス、病院サービス、リハビリテーション、スポーツ、リクレーション、労働衛生、学校保健、環境衛生および健康教育である。

③運営組織は総会、理事会、各委員長および会計監査会で構成する。

④総会と理事会の構成員は州法で規定する。

⑤地域保健局は保健医療サービスの運営管理と調整、予算および決算書の作成、サービス実施計画の作成、サービスの計画や管理に関する市民参加の保証、保健医療サービスと福祉サービスの調整を実施する。

⑥会計監査会は3カ月ごとに地域保健局の運営と会計に関する報告書を作成し、州に提出し、州管理委員会がその適否を審査する。

#### (4) SSN 法に挿入された矛盾点

イタリア医療改革の基本的な矛盾は、G. Berlinguerによると、社会主義社会で採用された3原則(①疾病の社会的な発生要因に対する認識とその社会的要因に対する予防対策、②健康の保持増進に対する国民の平等の権利、③サービスの供給組織や管理運営に国民の参加)を、経済的、および政治的危機状態によって硬化した資本主義社会で志向した点である<sup>10)</sup>。

SSN 法は、1970年代のイタリア三大労働組

合(CGIL-CISL-UIL)の統一的な運動によって、さらに改革推進派の左翼勢力と連合した内閣によって成立した法律である。しかし反改革派の圧力によって、その法内部に国営保健医療サービス、とくに上述の3原則の実施を阻む基本的な矛盾点が挿入されている。

1つは、国営医療サービスの基幹となる組織、前掲図1に示された全国保健医療委員会、中央保健研究所と中央労働安全衛生研究所の設立、および全国保健計画の作成など重要事項に関する権限と役割を政府に委ねたことである。

2つは、公的サービスの質的低下につながる危険性が指摘されながら、公的施設の不足を補う目的として、SSN 法に公的サービスと民間サービスの共存を認めたことである。国営医療サービス事業と直接の雇用関係を医師に義務づけず、一般医、民間病院および診療所は契約によって国営医療サービス事業と連携させる形態を採用したことである。

3つは、分散化が部分的に中央集権化にすり替えられ、また予防に対する責任が国の種々の機関に分断されたことである。

4つは、予防の優先に不可欠な対策として導入された工場内の立ち入り調査権が、工場内で使用される化学物質の秘密保持によって制限されたことである。

### 3 SSN 法施行後の状況

#### (1) 改革の障害と開始の遅れ

SSN 法の制定後(1978年末)、すでに約10年になる。この間イタリアでは、その医療改革に関する研究、とくにSSN 法の法文解釈や新制度の解説書、あるいはイタリア国営保健医療サ

ービス事業の組織や財政に関する研究は多数報告されている。しかし SSN 法施行による医療改革の実施状況を具体的に示すデータは極めて乏しい。

改革推進の評価分析に必要なデータとなる国の統計資料に関しても、SSN 法施行前後でデータの分類や表示方法は変更されず、旧制度の統計が継続的に公表されている。

SSN 法に定められた改革の開始期限は、医療改革推進派の報告によると、政府または州によって大半が無視されている。

まず、1980年1月、全国民を対象とする強制健康保険の開始と同時に実施と規定された第一次3カ年全国保健医療計画（1980年—1982年）は、1年遅れの1981年1月になって国会の審議が開始された状況である。

その遅延の背景には次の要因が指摘されている<sup>11)</sup>。

SSN 法成立直後、医療改革派の左翼勢力と政府の連合が破綻し、新政府は社会改革全般の反対派で構成された。その新政府に、前述のように SSN 法は医療改革の開始の権限を全面的に与えているのである。

また新制度の移行に対して、旧制度の健康保険組合が激しく抵抗し、さらに医師や看護婦のサボタージュやストライキの頻発も新システムの移行を阻害する重大な要因の1つである。

Cipolla（1980年）の調査によれば、一般医の44%は医療改革に保留の態度を示し、明白な反対が13%、無関心が17%、諦めが14%であり、医療改革に賛成の一般医は11%のみである<sup>12)</sup>。

さらに重大な遅滞要因は、医療改革の推進力となった革新勢力が改革に対する圧力を減退させたこと、とくに労働組合が労働環境の安全対

策よりも、経済危機を理由に雇用の確保に重点をおく傾向を強化したことである。

その対応は単に改革の開始の遅れに留まらず、医療改革の重要な柱である予防の優先を阻害する要因となっている。前掲図1に示された中央労働安全衛生研究所は未開始の状態である。さらに SSN 法施行後、国営保健医療サービス事業に関する議論が非常に活発であるが、その議論でも改革の重要な柱である予防の優先は除外された状態にある。

## （2） 地域保健局

医療改革の要として SSN 法に規定された地域保健局は、1970年代に一部の州で設置された医療福祉事業団（I Consorzi socio-sanitari）がモデルとされている。

医療福祉事業団は、1972年の州衛生行政の開始と1974年8月「病院サービスに関する保険組合の負債の消却と病院財政・医療改革の開始に関する法律」（386号法）によって、病院管理とともにその設置が州に委託された新機関である。

医療福祉事業団は地域医療サービスと福祉サービスの統合を等一の目的とするが、1972年から1976年に、その組織が設立されたのは20州中11州に留まっている<sup>13)</sup>。

その中には、サービスの一環として有害要因の予防対策や住民参加を保障した民主的な管理運営で、地域保健局の前身として機能していた組織もある。しかし、サービス機能の充実よりも保健福祉行政の合理化に重点が置かれ、医療改革の主旨に反すると批判されていた組織もあった<sup>14)</sup>。

それは、後に述べるように、SSN 法施行後の地域保健局が同様に指摘されている批判であ

表1 地域保健局のサービス事業に関する州法の規定

州名	Liguria	Lazio	Umbria	Emilia
管 理	1. 総務とデータ測定 2. 職員の管理, 養成研修 3. 予算, 企画, 財務	1. 管理サービス — 総務と職員 — 専門職の養成 — 統計, 感染症 — 企画と予算 — 監督局 — 技術, 財務, 資産	1. 契約の管理 2. 人事, 庶務 3. 財政会計の管理 4. 技術サービスの管理 5. 財務と監督局	1. 総務 2. 統計 3. 人事, 庶務 4. 予算, 企画, 財政 5. 技術, 財務, 供給
サ ー ビ ス 部 門	1. 環境と労働安全衛生 2. 母子と発達期保健 3. 一般医, 専門医, 薬局 4. 精神衛生 5. 老人障害者保健 6. 病院 7. 家畜衛生	1. 公衆, 環境, 栄養, 予 防, 労働安全衛生 2. 母子と発達期保健, 出 産 3. 医療サービス: 一般 医, 専門医, 薬剤, 病 院, 専門外来, 精神衛 生 4. 家畜衛生	1. 法医学 2. 環境衛生, 労働衛生 3. 医療と薬剤サービス 4. 家畜衛生 5. 調査研究, 住民の健 康教育	1. 公衆衛生 2. 予防医学と労働衛生 3. 出産, 母子保健福祉, 発達期と家族保健 4. 一般医, 専門医, 薬剤 の連携サービス 5. 病院サービス 6. 家畜衛生

資料: P. Bernabei, et. al, L' Unità Sanitaria Locale, NIS, 1931, P. 84-85.

る。しかしその歪み以前の問題として指摘されるのが、地域保健局の設立の遅れと機能の不完全さである。

その設置基準は、前述のように、人口5万人から20万人に1カ所と規定されたが、SSN法の成立直前に公表された厚生省案によると、全国で649カ所、1カ所当たり平均住民数は8万8千人、最小は4万4千人、最大は17万8千人の基準であった<sup>15)</sup>。

SSN法施行後、地域保健局の設置状況に関する全国的な統計資料は公表されていないが、A. Brennaらによると、全国の設置数は674カ所、対象住民数は最小8千人から最大166万人という極端な差が報告されている<sup>16)</sup>。

表1は、比較的早期に州法で制定された地域保健局の事業内容の概要である。そのサービス部門の項目は州によってやや異なるが、共通するのは前述のSSN法に規定された固有の機能

中、健康増進を目的としたスポーツ・リクリエーションやリハビリテーションを欠いた、治療サービスに重点がおかれていることである。

### (3) 予防の優先

イタリアの医療改革は医療費の抑制が主たる目的ではないと強調される。しかし健康保険財政の赤字解消を目的とした病院管理の州移管(1974年)が医療改革の開始とする見方もあるように、SSN法施行後、医療改革の評価はもっぱら医療費を尺度として議論されている。

その医療費の推移から、イタリア医療改革の重要な柱である予防の優先の比重を示したのが表2である。その表をみると予防衛生費は、1975年に比べ1979年以降に僅かながらの増加を示すが、1982年になお4%弱の低率である。医療改革派によると、その予防衛生費はないに等しい支出と批判されているが、中には、全国平

表2 公的医療費の推移

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
予防衛生費	2.8	2.8	2.9	3.3	3.7	3.6	3.7	3.7
薬剤費	14.5	14.1	15.0	14.9	12.7	14.2	13.7	14.6
一般医	8.9	8.9	7.8	8.0	7.1	6.3	5.2	7.5
専門医	5.3	5.4	5.3	6.2	6.4	6.1	6.9	6.7
病院	52.6	49.5	50.4	49.8	52.4	52.8	56.9	55.9
他のサービス	9.0	12.3	10.7	10.9	11.3	10.8	7.3	6.0
衛生行政費	6.9	7.0	7.9	6.9	6.4	6.2	6.3	5.6
比率計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
公的医療費*	6821	8529	9965	12059	14657	18474	22717	26892

\*単位：10億リラ

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria, P. 149-150.

均よりさらに低く、2%未満に抑制している州もある<sup>17)</sup>。

表2で最も高率を占めるのは病院費であり、それも1975年の52.6%から、1981年56.9%、1982年55.9%と、著しい増加である。その病院費に薬剤費、一般医および専門医費を加えた治療サービスの比率は、1975年81.3%、1978年78.9%、1980年79.4%、1981年82.7%、1982年84.7%と増加である。

#### (4) 地域格差

イタリアの医療水準は、EC諸国の中では上位にランクづけされている。とくに医師数は多

く、病床数もWHOの最適基準（人口千対10）を上回った状態である<sup>8)</sup>。

しかし北部と南部の地域格差は大きく、その格差を是正することがイタリア医療改革の目的

表3 地域別医師数の分布

	1970		1981	
	医師数	医師対住民数	医師数	医師対住民数
北西部	26115	571	46350	329
北東部	17214	584	33897	305
中央部	22686	456	44565	241
南部	31389	619	65384	304
全国	97404	562	190196	296

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria P. 117.

表4 地域別医療費の推移

	1977		1981	
	一人当たり医療費 (リラ)	指数 全国=100	一人当たり医療費 (リラ)	指数 全国=100
北西部	168795	94.5	487635	96.9
北東部	197695	110.7	545253	108.4
中央部	215507	120.7	559957	111.3
南部	156076	87.4	461910	91.8
全国	178526	100.0	502973	100.0

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria P. 167, P. 169.



の1つとされる。その地域格差の推移を、統計的な資料が比較的整備されている医師数、医療費と病床数で示したのがつぎの表と図である。

まず医師1人当たりの人口を地域別に示した表3をみると、1970年の全国平均は562人であるが、最多の南部と最少の中央部で163人の差があった。1981年は全国平均296と1970年と比べ、医師1人当たりの人口は約2分の1に減少である。その減少は4地域すべてに示され、1970年に医師1人当たりの人口が619人と最多の南部も1981年に304人と半減し、1981年の地域間の差も88と1970年に比べ半減である<sup>9)</sup>。

さらに地域格差の是正傾向は表4の医療費や表5の病床数でも示されている。

表4は国民一人当たりの医療費の全国平均を100として示した地域別の指数である。まず1977年をみると、その医療費の最高は中央部の120.7、最低は南部の87.4であり、その差は33.3

表5 住民千人当たりの病床数推移  
公立、私立(精神含む)

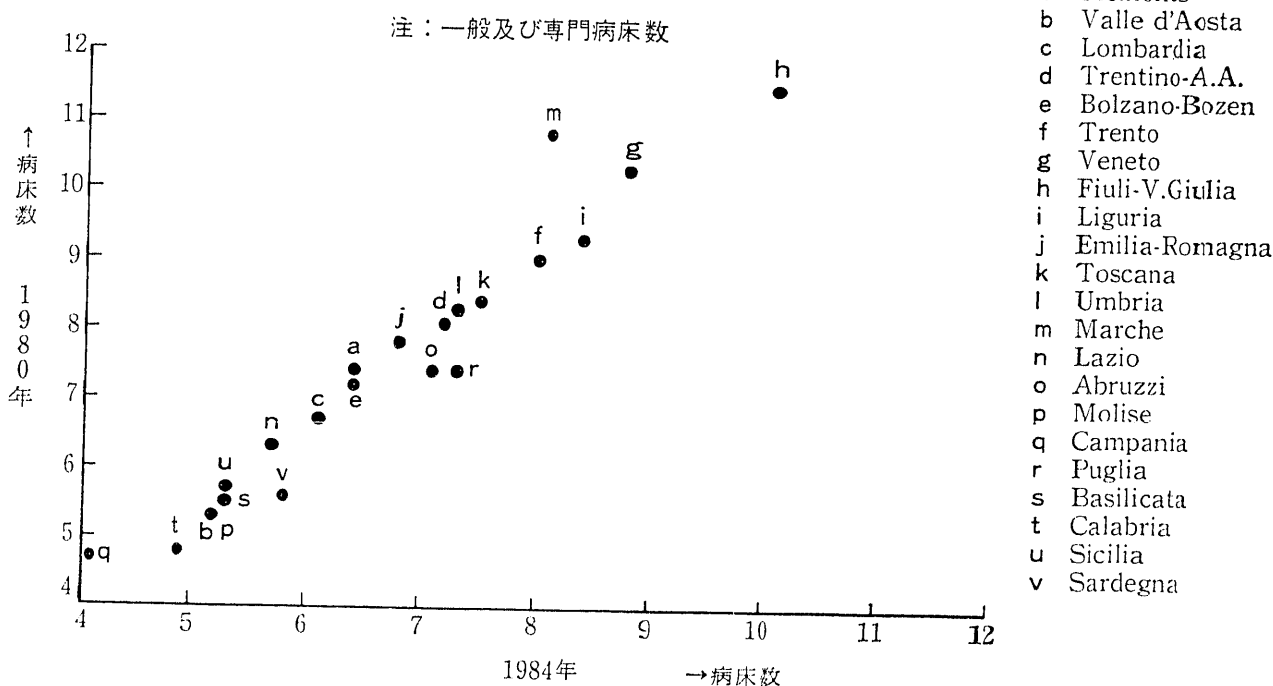
	1970	1975	1981
北西部	11.2	10.8	9.1
北東部	13.8	13.4	11.7
中央部	11.1	11.0	10.4
南・島部	7.6	8.5	8.1
全国	10.4	10.5	9.5

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria P. 81.

である。他方、1981年は最高が中央部の111.3、最低が南部の91.8であり、その差は19.5と、1977年に比べ、明らかに地域差の縮小が示されている。

さらに表5をみると、全国平均の総病床数(人口千対)は、1970年の10.4と1975年10.5に対し、1981年9.5とやや減少傾向を示すが、最低の南部が1970年の7.6から1975年8.5、1981年8.1と上昇し、かつ最高地域との差が1970年の6.2から1975年4.9、1981年3.6と著しい縮小

図2 州別公立病床数(人口千対)



である。

ただし表5は民間病院を含めた病床数である。医療改革の目的は公的病床数の格差を是正することである。そこで民間施設を除き、公立病床数のみを対象に1980年と1984年の州別病床数(人口千対)を散布図で示したのが図2である。

まず縦軸の1980年からみると、最高がFiuli州の11.5に対し、最低がCampania州の4.7であり、その差は6.8と、前掲表5に示された10年前の1970年の差6.2を0.6も上回った格差である。つぎに横軸の1984年をみると、最高は同じくFiuli州であるが、1980年よりやや低い10.1である。同じく最低もCampania州であり、しかもその最低は4.1と4年前の1980年を0.6も下回った病床数である。

したがって最高州と最低州の病床数の差は1984年になっても6.0と、1980年の6.8をやや下回った状態に留まっている。それは図2で、Marche州を除き、ほぼ全州の病床数が直線上にプロットされていることから明らかである。すなわち公立病床数の州別格差はSSN法施行後も一向に是正されていないことを図2は示している。

中には、SSN法施行後、厚生省案による病床数の基準を大きく上回りながら、さらに病床を造設中の州があると批判されている<sup>20)</sup>。

### (5) 民間医療サービスと私費負担の拡大

SSN法施行後、政府の医療政策に対し医療改革派が最も強く批判するのは、国営保健医療サービス事業の管理運営における中央集権化の傾向に加え、私費負担の増加と自由診療の拡大である。その傾向はSSN法の成立直後から始まっている。

たとえば、医療改革の開始を宣言する新聞記事の隣に、「全世界に通用する健康保険」と題する民間健康保険の宣伝を大々的に掲載し、国営医療サービスは1982年になっても開始されないであろうし、実施されても現状より悪化するという警告などの掲載である<sup>21)</sup>。

SSN法施行後の民間医療サービスの拡大は表6の病床数の推移でも明白に示される。表6をみると、1977年の総病床数を100とした1980年の指標は94.5、1984年は83.9と削減傾向が示される。しかし表6で明らかのように、公立病院が94.3から82.7の減少に対し、私立病院の削減は95.5から90.9と明らかに低率である。

さらに各年次における私立病床数の構成比をみると、1977年の14.2%から1980年14.4%、1984年15.4と増加し、SSN法施行後、民間医療の拡大傾向は病床数でも明白に示される。

SSN法施行後、民間医療サービスと私費負担の拡大は表7の医療費構成の推移にも示される。

表6 公私立の病床数

	1977		1980		1984		'80/'77	'84/'77
	病床数	比率	病床数	比率	病床数	比率		
公立	492253	85.8	464261	85.6	407167	84.6	94.3	82.7
私立	81670	14.2	77999	14.4	74246	15.4	95.5	90.9
計	573923	100.0	542260	100.0	481413	100.0	94.5	83.9

資料: Annuario Statistico Italiano 1979, 1982, 1986.

表7 医療費の推移 (単位: 10億リラ)

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
総医療費	7994	9925	11485	13612	16819	21303	26979	31972
対 GNP 比	6.4	6.3	6.0	6.1	6.2	6.3	6.7	6.8
公的医療費	6821	8529	9965	12059	14657	18474	22717	26892
対 GNP 比	5.4	5.4	5.2	5.4	5.4	5.4	5.7	5.7
私費負担 (薬剤比)	1173 (17.4)	1396 (18.3)	1520 (8.7)	1553 (16.8)	2162 (39.2)	2829 (33.1)	4262 (35.3)	5080 (36.2)
対 GNP 比	0.9	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8	1.1	1.1

資料: A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria, P. 149-154.

まず1975年を100とした1982年の指数で比較すると、総医療費が400 (31,972/7,994) であり、うち公的支出分が394 (26,892/6,821) に対し、私費負担分は433 (5,080/1,173) と公的支出分の伸びを大きく上回っている。

SSN 法施行後における私費負担分の増加は対 GNP 比にも現れ、1975年の0.9に対し、1981年が1.1と高率を占めている。

その私費負担は薬剤費、検査料や入院費などがあり、いずれも著しい増加傾向を示すが、中でも増加の著しいのは薬剤費である。その私費負担分中に占める薬剤費の比率は、表7に示されたように1975年17.4%から1980年33.1%と増加、さらに1982年は36.2%と私費負担分中の4割弱を占める状況である。

さらに国民総生産に占める総医療費の比率、すなわち表7の対 GNP 比をみると、1975年の6.4から1977年6.0と減少し、1978年の6.1から徐々に上昇し、1981年6.7、1982年6.8%と、SSN 法施行後明らかに上昇傾向が示される。

その上昇傾向は国営保健医療サービス事業に対する反改革派の攻撃材料となっている。その攻撃に対して、イタリアの対 GNP 比が EC 諸国に比べてなお低いこと、また SSN 法施行

後の若干の上昇が改革に伴う必然的な現象であると、医療改革派は反論する<sup>22)</sup>。それは旧制度で給付対象から除外されていた国民250万人(全人口の4%)と外国人に対するサービスの給付分、および治療技術の向上に伴う医療費の必然的な上昇分という説明である。

しかし1984年に政府は財政難を理由に、国が責任を負うのは病院サービスと予防サービス(現実にはないに等しい)のみで、他のサービスを民間保険などによって国民負担とすると表明し、それは医療改革の逆行、イタリアの医療を民営化するものとして激しい批判を浴びている<sup>23)</sup>。

#### 4 むすび

イタリアの医療改革派は、SSN 法成立当初から、改革の実施の困難さを指摘していた。

SSN 法施行後の状況は、本報告でその概要が明らかなように、当初の予想を上回った歪みや矛盾の顕在化である。しかしなお SSN 法の施行後、イタリアの医療改革は次の3原則を確立した点で評価されている<sup>24)</sup>。

① SSN 法の施行によって保健医療サービス

は直接公的な運営のもとで総合的な組織となったこと、②保健医療サービスは統一され、国民に給付が拡大したこと、③行政権力の分散化の結果として、政治情勢の良好な地域で保健医療行政の前進が示されることである。

イタリア国民が望んでいるのは議論ではなく、改革の実施であると批判されながらも、SSN法施行後、イタリア医療制度に関する議論や研究がSSN法と以上の3原則を基準に活発に展開されていることに注目したい。

さらにイタリアの医療改革は、精神病患者の治療や療養体制の改革、妊娠中絶法に関する国民投票、老人の概念分析の検討から始まる高齢化問題の対策など、日本の保健医療問題にとっても注目すべき課題や問題提起が多く含まれている。

#### 引用文献と注

- 1) M. Terris : The Three World Systems of Medical Care : Trends and Prospects, World Health Forum, Vol. 1, pp. 78-86, 1980.
- 2) G. Berlinguer : Una riforma per la Salute, pp. 11-12, 1979.
- 3) 須田(松井)和子 : イタリアの保健医療改革, 季刊社会保障研究, Vol. 17, No. 1, pp. 51, 1981
- 4) G. Berlinguer and F. de Rosis : Balance Sheet of Health Organization Reform in Italy, Effective Health Care, Vol. 1, No. 3, p. 146, 1983.
- 5) A. Quaranta : Il sistema di Assistenza Sanitaria, pp. 369-370, 1985, なお SSN 法の日本語訳は藤川鉄馬氏が国際社会保障研究の25号から28号に発表されている。
- 6) G. Berlinguer は前掲論文の中で L'Unità Sanitaria Locale を "The Local Health Authorities" と訳している。
- 7) イタリア医療改革と両立しうる病院は、巨大システムを縮小し、患者の要求に対応しうる高度の技術的設備であり、地域、職場、学校の保健医療サービスと統合可能である。また病院は急性期治療が中心であって、老人の託老所ではないとも強調されている。(G. Berlinguer : Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, pp. 64-65, 1982).
- 8) A. Brenna e V. Mapelli : Il Quadro Internazionale, Il Governo della Spesa Sanitaria, Servizio Italiano Pubblicazioni Internazionali, p. 16, 1985.
- 9) A. Quaranta : 前掲書, p. 376.
- 10) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, pp. 147-148.
- 11) G. Berlinguer : Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, pp. 33-34.
- 12) A. Piperno e A. Renieri : Il Medico Generico nella Medicina di Base, p. 82, 1982.
- 13) P. Bernabei, G. Cirinei e P. Zolo : L'Unità Sanitaria Locale, P. 207, 1981.
- 14) T. Di Trenzo : La Palude Sanitaria, p. 22, 1979.
- 15) 須田(松井)和子 : 前掲書, p. 64.
- 16) C. Lucioni e F. Rossi : 前掲書, p. 32.
- 17) W. Fossati : Tra Riforma e Contro riforma, p. 20, Medicina Democratica, 4 Congresso Nazionale, No. 48, 1985.
- 18) D. Fausto : Il Systema Italiano di Sicurezza Sociale, p. 73, 1978.
- 19) イタリアの国営保健医療サービス事業の医師数は英国の3倍であり、医師数の過剰が社会問題となっている。F. Rossi らの報告によると若手医師の4万人が失業状態である。(F. Rossi : Le strutture e le risorse fisiche, Il Governo della Spesa Sanitaria, p. 101). また、SSN法による契約医は、1,500人を限度とする住民の割り当てで、人頭払いの報酬方式が採用されているが、A. Piperno ら(前掲書)の報告によると、一般医の平均患者数は1,089人、最少15人、最多5千人である。
- 20) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, p. 148.
- 21) G. Berlinguer : Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, p. 34.
- 22) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, p.

- 149.
- 23) F. Piersanti : La Spesa Sanitaria e La Privatizzazione dei Servizi in Italia, p. 14, Medicina Democratica, 4 Congresso nazionale, N. 48, 1985.

- 24) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, p. 150.

付記：本論の引用文献中，松田博氏（立命館大学）がイタリア調査で入手された資料を一部活用させていただいた。

## オランダの高齢者福祉政策

日本女子大学大学院 廣瀬 真理子

### 1 はじめに

オランダは世界一人口密度が高い国として知られ、かつては人口政策の中心課題は人口を抑制することであった。しかし、1960年代中期に人口増加率の伸びが低下し始めると、高齢化が社会問題として注目されるようになった。1986年現在で、オランダの全人口（約1,450万人）に占める65歳以上人口の割合は、12.2%であり、高齢人口の約20%が四大都市（アムステルダム、ロッテルダム、ウトレヒト、ハーグ）に居住している。

オランダの高齢者の生活形態の特徴は、1)子供などとの同居率が極めて低いこと、2)高齢者用住居やナーシング・ホームなどの施設で生活する者の割合が高いこと、3)多くの高齢者が自ら独立した生計で暮らしていることである<sup>1)</sup>。その背景には、高齢者自身が自立した生活を望んだことに加え、65歳以上の全国民を対象にした一般老齢年金法（AOW）が1957年に成立し、高齢者の所得保障制度が確立されたことがある<sup>2)</sup>。さらに、1963年に公的扶助法（ABW）が制定されると、同法によって一般老齢年金だけでは生活が賄えない高齢者に対して、一般老齢年金の代わりに高齢者用住宅（食事付）と小遣い程度の現金が提供されるようになった<sup>3)</sup>。つ

まり、住宅費を負担できない所得の低い高齢者には、施設でのケアと小遣いが保障されたのである。その結果、施設に入居する高齢者の数が増加して、オランダの高齢者政策には施設ケアの傾向が強まった。しかし、それは他方で高齢者が社会的に隔離されるという問題を生み出した。その反省から、高齢者を住み慣れた地域生活へ戻す試みとして、在宅福祉政策が積極的に導入されるようになったが、同時にそこには、政府が拡大しすぎた福祉財政を抑制する意図があったことも見逃せない。以下では、この「施設福祉」から「在宅福祉」への政策の転換に注目しながら、オランダの高齢者福祉政策の具体的特徴を明らかにしたい。

### 2 「施設化」のはじまり

オランダでは、施設の多くは主に宗派別の民間団体により建設されてきた。この宗派別民間団体の起源は19世紀末頃から教会活動などを通じて、それぞれの宗派（主にカトリックとプロテスタントに分かれるが、その他に無宗派の民間団体も一派を形成している。）に所属するメンバーに対して援助活動を行ったことにはじまる<sup>4)</sup>。宗派別民間団体は“particulier Initiatief”と呼ばれ、（以下、その頭文字をとってPIと略す。）オランダの社会福祉サービスの担い手

として重要な役割を果たしてきた。特に、第二次大戦後になって、中央政府が補助金を支給して PI の財源を保障するようになると、その活動が最も活発な時期を迎えた<sup>5)</sup>。

1960年代から1970年代はじめにかけて、オランダで高齢者用居住施設が増加した原因として第1に、上述した PI が政府の補助金を獲得して、地域に高齢者用住宅を積極的に建設したことがある。見方を変えればそれは、施設ニーズの高まりに乗じて、カトリックとプロテスタントの両派が宗派勢力のバランスをとるために挙って施設の建設を進めた結果ともいえよう。第2に、施設の建設計画が関連政策と調整されていなかったため、政府が予想しない結果をもたらした。建設・国土省の当初の目的は、高齢者が週に2～3時間の家事援助を受けながら安価な家賃で自立した生活を送れるようにすることであった。しかし、実際には施設が増えると共に、本来ならば地域で自立した生活を送れたであろう高齢者までが施設で暮らすことを望むようになってしまった。

このような理由から、1960年代後半には、施設に入居する高齢者の割合はオランダの高齢者人口の約13%という高い数値を示すことになり、オランダはヨーロッパ諸国の中でも最も施設入居者の割合が高い国となった。そして、その副次的影響が公的扶助の支出を増加させる結果となって現れた、1965年より施行された公的扶助法が高齢者に住宅を保障するようになると、公的扶助を受給して施設に暮らす高齢者が増加して、その財政にも負担が及ぶようになったのである。

ここで、オランダの高齢者用施設について簡単に紹介しておけば、それはまず、居住施設と

医療施設とに分けられる<sup>6)</sup>。

#### (1) 高齢者用居住施設

居住施設にも2種類あり、政府の補助金によって主に PI が管理・運営するサービス・ホームと、主に私企業が建設して経営するサービス・フラットがある<sup>7)</sup>。サービス・ホームでは、何らかのケアを必要とする高齢者に対して生活に関わる包括的なサービスが行われている。居住者の費用負担については、サービス・ホームに居住する高齢者の3/4が利用料を自らで賄いきれず、公的扶助制度から財政援助を受けている<sup>8)</sup>。1977年には高齢者居住法が改正されて、サービス・ホームに入居基準が設けられた<sup>9)</sup>。同法は、サービス・ホームがケアを提供するものであることから、その目的にかなりように入居を希望する高齢者のケアを必要とする度合いを査定することを定めた。それは他方で、サービス・ホームに居住する者の数を抑える目的をもっていた。政府は財政負担が大きくなる傾向を鑑みて、1970年代後半よりサービス・ホームの建設を削減する方針を採っている。

これに対して、サービス・フラットの多くは政府の補助金を受けずに私企業によって建設されている。但し、サービス・フラットが必要とされながらも建設されない地区では、地方自治体がそれを建設し運営することがある。サービス・フラットでは、居住者の必要に応じて家事サービス、給食サービスなどを行う。居住者が健康に生活を送る限り、サービス・フラットは快適な暮らしを約束してくれるが、一旦病気などに罹った場合、看護費用がサービスには含まれていないため、多額の費用がかかる場合がある。にもかかわらず、最近の傾向としては賃貸のサービス・フラットに対する需要が高まって

いる。そしてその条件として、大規模すぎず、費用が高すぎず、ソーシャル・サービスを受けられるような施設が望まれている。入居費用については、個別の入居者が一定の所得以下であれば、「家賃補助制度」によって政府から所得に応じた家賃補助を受けられる<sup>10)</sup>。

## (2) 高齢者のための医療施設

次に医療施設として、ナーシング・ホームと病院がある。ナーシング・ホームは、1941年に強制健康保険法が導入された時点で病院の機能と区別された。それは、病院が特別な医療や手術などを必要とする患者を入院させる機関であるのに対して、ナーシング・ホームは慢性疾患を抱える患者をケアする目的をもつ機関として認められたからである。1968年に特別医療費用法(AWBZ)の制定によって、公認のナーシング・ホームにかかる費用は医療保険によって賄われるようになった<sup>11)</sup>。オランダの高齢者向けのナーシング・ホームには次の3種類のものがある。

① 身体障害者用ナーシング・ホーム (verpleeghuizen voor somatisch zieken), ② 老年性精神疾患患者用ナーシング・ホーム (verpleeghuizen voor psychogeriatrische patienten), ③ ①と②の機能を合わせ持つ高齢者用ナーシ

ング・ホーム (gecombineerde verpleeghuizen) である。そして、これらの8割以上が宗派別民間団体(PI)によって経営されている。ナーシング・ホームが建設されたことで、それまで病院で介護を受けていた高齢者の多くがナーシング・ホームに移動することになった。

ナーシング・ホームが増加したとはいえ、高齢者の医療ケアの中軸を担っているのはやはり病院である。一般病院では、高齢者の患者が増えて入院患者の平均年齢は徐々に上昇している。また、精神病院の入院患者のうち35%が65歳以上の高齢者である(1986年)。病院もまた8割以上が宗派別民間団体(PI)によって運営される私立病院である。病院と医療機関の数の推移は表1に示す通りである。

以上のことからわかるように、オランダではそれぞれの施設が主にPIによって運営されている。1960年代を通じて、PIの組織が専門化・官僚化すると、PIはサービスの供給については「素人」である政府に対して、補助金を獲得する上で強硬な姿勢をとるようになった。だが、各地で施設の数が増加すると、施設に居住する高齢者が地域生活から隔離されて孤立した生活を送るという問題が起こった。また、施

表1 オランダの病院・入所医療施設の数の推移

	1975	1980	1983	1984	1985	人口1,000人当たり ベッド数(1985)
病 院	256	231	226	217	207	4.7
精神病院	72	73	78	79	82	1.7
精神障害者施設	129	146	130	134	121	2.1
ナーシング・ホーム	298	326	327	328	327	3.4
子供用ナーシング・ホーム	27	19	14	13	12	0.1
知覚・聴覚障害者用施設	13	12	12	12	12	0.1
幼児用ナーシング・ホーム	13	24	27	27	29	0.1

出典：Netherlands Central Bureau of Statistics (1986), *Statistical Yearbook of the Netherlands*, p. 82, Table 25 より。



設に入居を希望する者が増えたため、緊急のニーズを持ちながら施設に入れない高齢者が増えた。そして、施設に入居する高齢者と地域で生活する高齢者との間で福祉サービスをめぐって格差が生まれたことも問題となった。

そこで、政府は高齢者問題を協議するために、1967年より省庁間に高齢者問題協議会（ISB）を設けて、高齢者政策をめぐり包括的な政策方針の審議を始めた。そして文化・レクリエーション・社会福祉省は、1970年から3回にわたって高齢者政策に関するレポートを提出すると共に、高齢者福祉の政策方針を固めていったのである。

### 3 在宅福祉政策への転換

省庁間高齢者問題協議会は、1970年と1975年の2回にわたってそれぞれ「5か年計画書」を発行した。「第一次5か年計画書」（1970）の目的は、孤独感や身体障害及び疾病の悩みを抱えている、高齢者の中でも最も弱者のカテゴリーに属する人々の要求を満たすことであった。同計画書は、高齢者ができるだけ長い間慣れ親しんだ環境で自立した生活を送れるような生活環境をつくり出すことを提案した。そのために、家事援助サービスや給食サービスなどの在宅サービスを充実させることと、地域にサービス・センターをより多く設置して積極的に地域参加活動を行えるような基盤づくりを目指した。一方、施設については、これまでの高齢者用居住施設の数は現状維持にとどめる方針であった。その代わり、地域で自立した生活を送ることのできない高齢者や、高齢者用居住施設のサービスでは間に合わない高齢者などに対しては、ナーシング・ホームを地域単位で増設していく計

画を打ち出した。

同計画書に沿って行われた政策の評価は、5年後に発表された「第二次5か年計画書」（1975）の中で検討されている。それによれば、施設数を削減することと、在宅福祉サービスのマンパワーの数を増やす目標は一応達成されたと報告されている。例えば、年間12,000の高齢者用小住宅が建設された。また、ホームヘルパーや看護婦の数も着実に伸びを見せた。地域に設置されたサービス・センターの数も1970年の82箇所から、1974年には174箇所と増加した。他方、高齢者用居住施設は削減され、1975年までには5,000ベッドの減少が見込まれた。それに対してナーシング・ホームは、10,000ベッドを増やすことが目標であったが、それを上回る13,524ベッドが増加した。

しかし、単に施設を減らして在宅サービスのマンパワーを増やすことのみが在宅福祉の充実を意味するわけではない。高齢者市民が社会参加できるような基盤を整えることも在宅福祉政策の中心課題である。そこで「第二次5か年計画書」は、高齢者の社会参加を促進することを主要な目的としている<sup>12)</sup>。

その内容は、第一次計画書の政策方針を踏襲しながらも、対象となる高齢者を一部の「弱者」に限らず高齢者全体に拡大しているところに特徴がある。つまり、高齢者が社会からはみ出さず、その一員として平等な立場を築けるように、物質的側面や文化的側面を整えながら自らを社会に統合できる方法を検討している。

施設中心主義から在宅福祉への転換について要約すると次のようになる。まず、地域の中で福祉サービスのネット・ワークをつくることがある。それは、「クローズド・サーキット」と

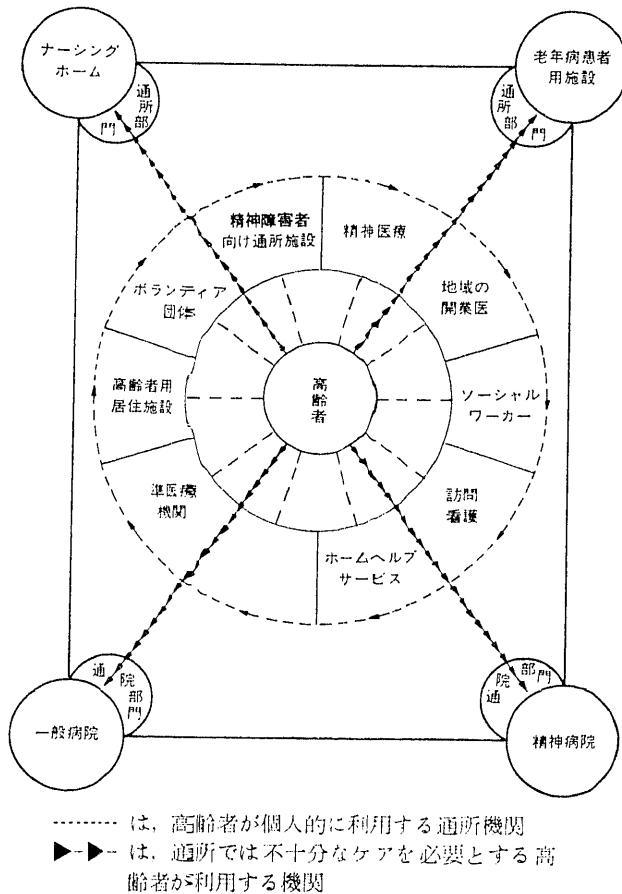
して知られるが、医療（予防と治療が含まれ、居住施設と一般住宅両方の高齢者を対象とするものであること）、住宅、社会・文化活動、レクリエーション活動などを含む組織的な援助システムでなければならない（「クローズド・サーキット」を具体的にイメージしたものが図1である）。そのためには、地域に高齢者向け小住宅を建設することが必要となる。その場合には、都市の再開発政策などによって、高齢者が生活に不便な地域に転居しななければならないような事態を引き起こさないように注意する。そして、在宅福祉サービスの中心となるホームヘルプ・サービスを需要に見合うように地域に増やして、

サービスの質の向上を目指すと同時に制度を全国的に統一する。医療については、在宅看護を重視して予防医療を含めた訪問看護を積極的に取り入れる<sup>13)</sup>。そのために、地域に在宅医療の拠点として設立されているヘルス・センターを増設する。また、ナースング・ホームにデイ・ケア・センターを併設して、高齢者の通所施設として活用する<sup>14)</sup>。その他にもサービス・センターを増設して地域の住宅福祉の拠点とすることが計画されている<sup>15)</sup>。

高齢者個人に対しては、政府が既に「65歳パス」を導入して、高齢者の社会参加をはかっている。「65歳パス」は、国内の市電とバスの乗車賃を通常料金の半額で利用できる他、芸術・文化活動、レクリエーションなどが割引となるものである。また、パスは郵便局や銀行などで身分証明書としても使用できる。このような高齢者パスを全国レベルで導入したのはオランダが世界で初めてだといわれている（1975年12月1日より施行）<sup>16)</sup>。その他にも社会参加を促進するために、成人教育コースや、運動クラブなどが積極的に導入されている。それらのコースは主に、前述した宗派別民間団体（PI）を基盤として組織されている。また、高齢者自身がつくる団体の活動も盛んである<sup>17)</sup>。

「第二次5か年計画書」が強調した点は、第1に高齢者を最大限に社会に統合することであり、第2にそれを徐々に拡大しながら、地域に医療サービスやケアなどの在宅福祉サービスを定着させていくことであった。高齢者が施設に集まって一般社会から隔離した生活を送ることよりも、住み慣れた地域で社会活動に参加しながら暮らせる方がのぞましいことはいまでもない。オランダでも極端な「施設化」を経験した結果、

図1 高齢者を取り巻く「クローズド・サーキット」による在宅福祉サービス



出典：Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuisenorganisaties (1983), *Home for the aged in their final phase of life* から作成した。

高齢者自身から在宅福祉のニーズが高まったと推測できる。しかし、他方で政府の福祉財政が逼迫したため、それを抑制するために在宅福祉を積極的に政策に導入したという背景があったことも忘れてはならない。1980年代にはいると、オランダの経済状況が悪化するにつれて、在宅福祉政策にもますます財政的余裕が失われていった。

1982年には、「高齢者政策の基盤」と題された政策文書が発表された。その目的はそれまでの高齢者福祉政策の発展に論理的な整合性を与えることであった。つまり、異なるサービスの間で調整をはかることにより、ケアの水準を維持してより効果的に統合を行うことを目指した。だが、それは前述したように、政府の福祉財政にもはや余裕がなくなったために高齢者サービスを抑制しようとするものであった。同文書は、オランダの人口のうち、特に80歳以上の高齢者が急増する予測を示した上で、今後公共支出の負担がますます大きくなることを警告した。そのために、施設ケアにも在宅ケアにもサービスの効率性を重んじなければならない。そこで重要になるのが、地域におけるプライマリーケアである。政府は自助に加えて隣人や友人の援助、あるいはボランティアによる家事サービスなどを優先的に強調した。

しかしながら、オランダではたとえ専門職員による在宅福祉サービスを削減したとしても、その代わりとなる家族・隣人・友人などによる介護はもはや期待できなくなっていた。その理由は、単に家族規模が小さくなったことだけではなく、福祉サービスは国の補助金によって行われるべきであり、家族によって行われるものではないという社会通念が既に出来上がってい

るからである。1980年代になって再び、遠い昔に行われていた家族や隣人などによる介護を復活させることが果たして可能であろうかというのがオランダ人の素朴な疑問であろう。ここに政策と実態とのギャップが見い出せる。

以上、「施設福祉」から「在宅福祉」への転換をめぐる政策動向を見てきた。では、福祉サービスの具体的な担い手となる組織及び、高齢者を含む市民はこの移り変わりにどのような対応を示してきたのだろうか。次に、地域における在宅福祉サービスの実態を探ってみたい。

#### 4 在宅福祉のネット・ワーキング

高齢者人口のうち、施設に居住する者の割合は1960年代後半の13%から、1985年には約8%にまで減少した。その傾向に合わせて在宅福祉サービスの需要が著しく伸びている。オランダの在宅サービスを行う主な専門職を機能別に4つに分けると、①一般開業医、②ソーシャル・ワーカー、③ホームヘルパー、④訪問看護婦となる<sup>19)</sup>。

その中でもサービスの担い手の中心となるのは、ホームヘルパーと訪問看護婦であるが、どちらの団体も宗派別民間団体(PI)をその組織基盤としている<sup>19)</sup>。このことから、1970年代後期より福祉行政の地方分権化が進み、福祉サービスを監督する地方政府の権限が強化されたとはいえ、実際にオランダの在宅福祉サービスを担っているのは未だに伝統的に組織化されたPIであることがわかる。但し、昨今では「世俗化」の進行や、異なる宗派間でも小規模の組織が合併したことなどにより、個別の組織にほとんど宗派色は見られない。特定の宗派によって

サービス利用者や従事者を分けることもなく、組織間のサービスの内容にも違いがなくなっている。しかしながら、その中央組織には今でも宗派別の伝統が残っており、組織間の協議などではしばしば意見の対立が見られる。以下ではまず、在宅介護の中心となっているホームヘルプ・サービスと在宅看護の実態から見ていこう。

#### (1) ホームヘルプ・サービス

教会のボランティア活動に端を発したホームヘルプ・サービスは、当初は各宗教組織が抱えるメンバーの家庭に対して終日単位でサービスを行っていた。戦時期には、各家庭に男性の労働力が減ったためにそのニーズも高まったといわれる。戦後になると各宗派及び無宗派のホームヘルプ・サービス組織が結成され、1948年から政府の補助金を獲得しながら急速に発展した。1962年頃が発展のピークと見られるが、当時の組織の数は約970に上ったと記録されている。しかし、1970年代中期より始められた政府の地方分権化政策により、各地域に設置されていた小規模のホームヘルプ組織が合併などを強いられた結果、1980年にはその数は245にまで減った。

1986年現在では234組織あり、事務職などを入れると約90,000人が雇用されている(そのうち80,000人はパート従事者である)。サービスを利用する者は高齢者が最も多く全体の半数(約100,000世帯)に上るが、その他には慢性病患者や出産後の家事援助を必要とする婦人なども利用している。サービスを利用するためにはホームヘルプ組織が行うニーズ査定による条件に該当することが必要である。サービス利用者のうち88%が継続的にサービスを利用している。ホームヘルプ・サービスの財政基盤は、政府の

補助金と、所得に応じた利用者の自己負担によって賄われている。その割合は最低でも政府が66%を負担することになっている(但し一般老齢年金の収入のみで生活する高齢者に対しては、政府が100%負担する)。また、大都市(アムステルダム・ロッテルダム・ハーグ)では、地方政府がさらに22%の補助を行うので本人負担は約9%にとどまっている(残りの3%は寄付などによる)<sup>20)</sup>。

特記すべきことは、1977年より国民保険制度の一般障害給付法(AAW)がホームヘルプ・サービスに補助金の支給を始めたことである<sup>21)</sup>。それによって、サービスを利用する資格があるにも関わらず、ヘルパー不足でサービスが受けられない場合、私企業が行うホームヘルプ・サービスを一旦本人の負担で利用しておき、後でかかった費用を国民保険から償還してもらうことが可能になった。1985年には約11,000世帯が同制度を利用していることを見ると、オランダのホームヘルプ・サービスがマン・パワー不足であることが窺える。では実際にどのような人々がサービスを行っているのだろうか。

従事者の大多数は、専門的な訓練を受けていない中年層の婦人である。彼女達の殆どはパート・タイム従事者であり、ホームヘルプを始める時に短期の研修を受ける他は、ヘルパーのミーティングで意見を交換する程度の専門的知識しか持っていない。少数派ではあるが、専門教育を受けたヘルパーもある。専門教育とは主に就学中に職業訓練コースで高齢者ケアの専門知識を得た若者か、あるいは年齢の高い者で、働きながら職業訓練を受けてきたような者である。ヘルパーの賃金は通常、1時間当たり20~24ギルダー(1983年)となっている。またその稼働

時間は、最高でも週当たり12時間で、2日間以内とされる。サービス利用者の多くは、週に2～3度半日程度の援助を必要としている。最近の傾向として、正規労働時間外に（例えば夜間や週末など）ヘルパーが稼働するようになったことがある。また、必要であれば、ヘルパーの一日の訪問時間を数回に分けることも可能である（一回の訪問時間には15分から2時間の幅が認められる）。

在宅福祉が促進される一方で、ヘルパー数の不足が深刻な問題となっている。そこで、オランダでは1977年よりホームヘルプの全国組織が、「アルファ・ヘルパー」というヘルパーのカテゴリーを新たにつくって、マン・パワー不足を補う努力を行っている。「アルファ・ヘルパー」というのは、特別な訓練も経験もない者が、サービス利用者家庭の単純な家事を行うものである。アルファ・ヘルパーはホームヘルプ・サービス組織に雇用されるのではなく、サービス利用者と直接に雇用関係を結ぶ。ホームヘルプ・サービス組織は、アルファ・ヘルパーの登録だけを扱い、サービス利用者の望む時にヘルパーを派遣する仲介役を引き受けている。アルファ・ヘルパーの数は、1980年には約19,000人であったが、1985年には約40,000人に増えている。アルファ・ヘルパーの賃金は一般のヘルパーと比べてかなり低い（1983年現在で1時間当たり約11ギルダーである）<sup>22)</sup>。

このアルファ・ヘルパー制度は、マン・パワー不足を補うと同時に、サービス供給形態を弾力的にしているという面からは評価されよう。しかし、低賃金で、仕事の内容を窓ふきや床掃除などの雑用に限り行うことは、ヘルパーの役割に階層をつけることにもなり、今後ヘルパ

ーを育成する面から見ても問題である。また、アルファ・ヘルパーとして働く者には高齢の主婦が多い。そこで、男女平等を目指す関係団体からは、同制度が主婦を雑用に追い込んで、婦人の社会的地位を低めているという厳しい批判もなされている。

## (2) 在宅看護

ホームヘルプ・サービスと並んで重要になっているのが在宅看護である。オランダの在宅看護の特徴は、宗派別に結成された「クロス組織」がそれを行っていることである。その起源を辿れば、1875年に北オランダ州で最初に中立系の「北オランダ・ホワイト・クロス」が設立されたことに始まる。その後、1916年にカトリック系の「ホワイト・イエロー・クロス」、1938年にプロテスタント系の「オレンジ・グリーン・クロス」が結成され、それらがそれぞれに全国組織をつくって地域の公衆衛生並びに在宅看護を発展させてきた<sup>23)</sup>。1977年には、宗派別のクロス組織を統合した「全国クロス組織」が設立されている。この統一クロス組織の主要な目的は3つある。すなわち、①地域看護を全国的に発展させること、②傘下組織のトップとして組織の利益を守ること、③州レベルのクロス組織の活動に関与することである。全国組織の下に15の州レベル・クロス組織が設立されている。州レベル組織は、その下にある地域クロス組織を監督する。オランダ全国には約1,200の地域クロス組織があるが、そのうち人口30,000人を超える地域には地域看護に一定の水準を保障するために「認定クロス組織」を設置することが法的に義務づけられている。認定クロス組織は、サービスを行う他に、地域クロス組織がカバーしていない地域の住民に対しても公平にサービスが

提供できるよう調整をはかる役割を持っている。1986年現在、地域クロス組織の数は約1,200であり、認定クロス組織は約200となっている。

クロス組織の財政は、1980年より大部分が国民保険制度の中の特別医療費制度の補助金によって賄われるようになった（それまでは、中央・地方政府がそれぞれ補助を行っていた）。加入者は利用するサービスの一部を負担する他に基本的な年金費をクロス組織におさめる。それは地域によって異なり1986年現在で年間39.5ギルダーから50ギルダーの間である（平均額は40.5ギルダー）。クロス組織に加入している者の割合は全国で約85%に上る。仮に、そのメンバーでない者がクロス組織によるサービスを受けたいと望む場合には、会費の最低額の2.5倍の額を支払えばサービスを受けることができる。

高齢者に関するサービスについて見ると、2つのタイプに分けられる。それはまず、病弱な高齢者の一般看護であるが、サービスの内容は多岐にわたっている。例えば、検診や薬剤の投与、食事の管理、入浴などの他に、ADL訓練や病状についてのカウンセリングなども行う。また、訪問看護婦以外にも、クロス組織からリハビリ療法士が派遣されることがある。もうひとつのタイプは、健康な高齢者に対して行われる、病気予防のためのサービスである。この目的は、高齢者が地域で自立した生活を続けて送れるように、病気の早期発見などに努めることや、正しい薬剤の使用法などを指導する。また、心理的側面から高齢者が孤立した生活を送らないように、地域との関係を保てるような機会づくりを行う（例えば、高齢者の水泳教室、ゲーム活動など）<sup>24)</sup>。

### (3) 一般開業医 (GP)

在宅看護の他に、一般開業医が地域の高齢者の在宅医療を担当している。一般開業医は地域住民が個別に契約を結ぶ、言わばかかりつけのホーム・ドクターであるが、軽い疾患を自らで治療する他は、患者を専門医や病院に紹介する仲介的な役割を果たしている。最近では、住民が専門医による治療を志向する傾向が強まっているため、一般開業医の医者としての役割は軽視されているという不満が開業医の間で聞かれる。彼等は、治療にあたるというよりは、もっぱら地域で暇をもてあまして中高年の愚痴を聞く役目か、あるいは患者から専門医への紹介を強制されるしかないというのである。オランダで国民医療費が急増している事情を鑑みても、地域における一般開業医の役割を再検討する必要があると思われる。

### (4) ソーシャル・ワーカー

一方でソーシャル・ワーカーの需要が高まっている。そしてその数もこのところ増加している。ソーシャル・ワーカーの組織基盤もまたその他の福祉サービス供約機関と同様、宗派別に分かれていたが、宗派間で組織を合併したり無宗派団体が続々と設立されてきたため宗派色は薄れているといわれる。ソーシャル・ワーカーは、特別なクライアント（例えば障害者、未婚の母、移民労働者、住所不定者など）に対応する特別ソーシャル・ワーカーと、地域活動を行う一般ソーシャル・ワーカーの部門に分かれて活動している。高齢者向け在宅福祉活動では、一般ソーシャル・ワーカーが個別のクライアントと対面してカウンセリングなどを行っている。

以上のような福祉マン・パワーの充実に加えて、地域には高齢者の社会参加の場となるようなサービス・センターが設置されたり、医療ケ

アの中継地となるヘルス・センターが増設されている<sup>25)</sup>。また、これまでは入所者のみにサービスを行ってきた高齢者用居住施設やナーシング・ホームを開放して、地域の高齢者との交流をはかる試みもなされている。1983年には、以上のような地域のサービス機関を連携させて包括的な在宅サービスを目指す政策が発表された。しかしながら、実際に包括的なサービスを提供する上でいくつかの問題点も見られる。

まず、各組織の財政基盤が異なっていることがサービスの統合を困難にしている。例えば、ホームヘルプ・サービスの費用は自己負担と一般障害給付法の補助金によって賄われているが、在宅看護の費用は医療保険の中の特別医療費制度から補助されている。統合的なサービスを行うためには、各サービスの補助金システムを調整してサービス利用者にとってもよりシンプルな申請手続きや費用負担の方法が望まれよう。また、これまで独自性を保っていた宗派別民間団体の宗派色がいかに薄れたとはいえ、それぞれ伝統的に培われた信念を持っている組織をただちに統合させ、サービス供給システムの一本化をはかることもまた難しい。今後の課題としては、各組織間を繋ぐ協議機関を設置してサービスを統合する努力が必要となろう。さらに、福祉サービスをめぐる役割分担が不明確な場合、専門職員間で、あるいは専門職員とボランティアなど一般市民との間で、「誰がどのサービスを行うのか」という点をめぐって葛藤や対立が予想される。このような問題を解決するために、ホームヘルプ・サービス協会中央組織では、訪問看護とホームヘルプ・サービスの主な役割分担を表2のように定めている。

個別の在宅福祉サービスを連携させることは

表2 在宅看護とホームヘルプ・サービスの主な役割分担について

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| A. 在宅看護                  |                               |
| ・                        | 入浴                            |
| ・                        | 軽傷の手当                         |
| ・                        | 身体機能の管理（検温、体重測定、排便状態など）       |
| ・                        | 点滴、注射                         |
| ・                        | 身体の自立訓練を促進する                  |
| ・                        | 家屋を身体障害に合わせて改築するアドバイスをする      |
| ・                        | サービス利用者が健康的な生活を送れるようアドバイスする   |
| ・                        | ヘルス・センターで乳幼児について相談を受ける        |
| ・                        | 出産準備について相談を受ける                |
| ・                        | 健康教育を行う                       |
| ・                        | その他の看護活動                      |
| B. ホームヘルプ・サービス           |                               |
| ・                        | 児童の世話                         |
| ・                        | 食事の介助                         |
| ・                        | 料理                            |
| ・                        | 裁縫、アイロンかけなど                   |
| ・                        | 窓ふきや部屋・風呂場などの掃除               |
| ・                        | 植物や動物の世話                      |
| ・                        | 買物など                          |
| C. 在宅看護婦とホームヘルパーの両者が行う活動 |                               |
| ・                        | 車椅子の介助                        |
| ・                        | 薬剤の投与                         |
| ・                        | 着替えの介助                        |
| ・                        | 部分的入浴                         |
| ・                        | 一般開業医やその他の専門家のところに付き添って行くことなど |

出典：Centrale Raad voor Gezinsverzorging より入手した資料から作成（1987年データ）。

決して容易ではない。しかし、オランダでは問題点を克服しながら地域の在宅福祉サービスを充実させようとする積極的な試みが行われている。また、上記した専門職の他に、ボランティア活動が促進されている。高齢者サービスに見られるボランティアの役割は、主に給食サービスと緊急連絡装置の設置などに見られる。また

高齢者の社会参加を促すために、世代間交流をはかるボランティア団体の役割も大きい。

また、高齢者自身がボランティアとして活動したり、高齢者組織をつくるなど自らが積極的に地域の高齢者向け施策づくりに参加していることに注目したい。例えば、地域によっては、市町村レベルで高齢者施策協議会が設立され、そこで高齢者の代表がサービスのニーズを表明したり、施策への提言を行う機会を設けている。中央レベルでは、省庁間協議会が、そして地方レベルでは各団体の代表が集まって施策協議会が、高齢者福祉政策の改善をめぐって活発な意見を交換している。

## 5 むすびにかえて

他の西欧諸国の例にもれず、オランダでもまた昨今、公共支出の増大が社会問題となっている。現政権を担当するルベルスは、「現実的政策」をモットーにして緊縮財政政策を強行しているが、社会福祉の分野に関しても、在宅福祉政策を中軸として家族や隣人・ボランティアなどによるインフォーマル・サービスや、市場ベースに則った福祉サービスを導入する方針である<sup>26)</sup>。

専門家などによるフォーマル・サービスと比較して、インフォーマル・サービスの利点は、政府の公共支出の負担を軽減すること以外に、官僚的なシステムがないのでニーズに柔軟に対応できることなどである。その一方で、インフォーマル・サービスについての問題も少なくない。例えば、住民の地理的移動が多く、家族などが近隣に永住する可能性が薄いという現実がある。また、将来的に子供の数が減ることも予

測されているので、家族のケアを期待することは実際には難しい。その他にも、重度のケア、あるいは長期ケアを必要とする場合にインフォーマル・サービスだけでは間に合わず、専門家による対応が必要となる。

このような批判を踏まえてオランダでは、インフォーマル・サービスがフォーマル・サービスを全面的に代替するものでなく、両者が連続して提供されるようなシステムづくりが在宅福祉の発展に必要であると考えられている。

また、政府は営利団体による民間福祉サービスの導入も同時に進めているが、さまざまなサービス供給体が導入されると、これまで地域の福祉サービス供給の中心となってきた宗派別民間団体(PI)も変化を迫られることになる。1960年代後半の「世俗化」をひとつのきっかけとしてPIの組織基盤は弱まりつつある。サービスの供給体が多様化する中で、PIはさらにその勢力を弱めていかざるをえないのだろうか。あるいは逆に、他の福祉サービスの提供機関と共存をはかりながら新たな発展を遂げるのである。オランダの在宅福祉サービスの供給システムを展望するに当たって、PIの今後の動向がその流れを変えるひとつの鍵を握っている。

### (注)

- 1) オランダ語には「家族」を意味する言葉が2つあるといわれる。それは、“het gezin”(両親と未婚の子供を単位とするいわゆる核家族)と、“de familie”(三世代家族などより規模の大きい家族)である。第二次大戦以前まで、オランダにも三世代家族は現在に比べて多く見られた。しかし、それも経済的事情による同居が多く、例えば、農業従事者や小売商人、貧しい工場労働者の家族やあるいは、配偶者をなくした老親が子世代と同居する場合であった。



[Tenhaeff (1983) p. 14]

- 2) 一般老齢年金法 (AOW) は、オランダで最初に導入された国民保険制度として注目を集めた。その目的は、老齢による貧困や欠乏を回避するためであり、65歳以上の者に対して均一給付を行っている。保険料は、加入者が所得に応じて負担し(1988年現在で賃金の11.5%)、加入期間は15歳から64歳までとなっている。また、この他に老後の所得を補填するシステムとして、私的年金制度である産業年金制度や企業年金制度がある。[Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1982) p. 46-53]
- 3) 1963年に制定され、1965年より施行された公的扶助法は、オランダ国籍をもち国内に居住する者で、自立した生活を送れない者や生活環境にリスクがある者に対して給付を行っている。行政責任は市町村政府に置かれ、受給の際にはミーンズ・テストを伴う。施設に居住する高齢者に対する給付については1979年まで、施設側が定めた金額やサービスの質などについて、政府はほとんど口出しをしないまま給付を行ってきたが、ここで公的扶助の改正によって一応、法が認める施設サービスに限って給付を行うことになった。さらに、1985年より、居住施設に暮らす高齢者に対する給付は公的扶助制度から除外され、別制度となった。[Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1982) p. 88-89]
- 4) 宗派別民間団体が結成された背景には、オランダ特有の社会構造との深い関わりがある。それは、オランダの社会が宗派別に3つ(ないし4つ)に縦割りされていることで、(カトリック、プロテスタント、そして自由主義派と社会主義派を含めた無宗派に分かれる)「列柱状社会分割」とよばれている。この分割は、政治レベルから市民の日常生活レベルに至るまで浸透しており、例えば教会、学校、病院、放送局や地域の趣味のサークルなどが宗派別に分かれて存在していたため、市民は自分の宗派に合った施設やグループに参加した。極端に言えば、カトリック派に属している者はカトリック派とだけ交流しながらその生涯を送ったといわれる。[Brenton (1982) p. 64]

- 5) 中央政府の補助金システムは、1952年に、現在の社会福祉・公衆衛生・文化省の前身であるソーシャル・ワーク省が設立された時に開始された。社会福祉行政をめぐる政府と民間の関係については廣瀬(1988)を参照されたい。
- 6) 1983年現在で、オランダの65歳以上人口の約9%がサービス・ホームに居住し、約7%がサービス・フラットで暮らしている。そして、約2.5%がナーシング・ホームに居住している。[Tenhaeff (1983) p. 11]
- 7) この他に、サービス・ホームやサービス・フラットに隣接して高齢者用小住宅を建設しているところもある。[Ministry of Housing and Physical Planning (VRO) (1980) pp. 9-12]
- 8) 次の表は、サービス・ホームに居住する者のうち公的扶助を受けている者の割合を時系列に見たものである。

	居住者数	居住者のうち 公的扶助受給者数	割合
1969	100,350(人)	63,707(人)	63.5(%)
1970	108,875	73,296	67.9
1975	134,680	102,000	75.7
1978	134,638	99,974	74.3
1980	135,242	105,000	77.6
1983	134,733	108,000	80.2

出典: Netherlands Central Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of the Netherlands* [各年度版] より

- 9) サービス・ホームへの入居条件は、ソーシャル・ワーカーが申請者の自宅へ赴いて、本人の生活環境について調査を行った上で、地域に設けられた入居査定委員会が審査を行い決定する。申請者に対して行われる調査は4段階に分けられている。すなわち、①身体条件(ADL調査に基づく)、②家事能力(料理、清掃など)、③心理的側面(社会参加の度合など)、④現状の居住環境(広さ、階数など)である。[Hendriks(1978)]
- 10) オランダでは、あらゆる世帯が適当な家賃で質のよい住宅に住めるように家賃補助を行っている。同制度は1970年に始まったが、一定の家賃額(1983年現在で月額650ギルダー)以下の住宅に住み、低所得者であれば、課税対象となる所得の12%以上が家賃として費やされている場合、それを越えた分について補助金が支給され

- る（所得に応じて60%から100%まで）。1983年現在、同制度を利用しているのは約60万世帯であるが、そのうち約半数が65歳以上の世帯である。〔Ministry of Housing, Physical Planning and Environment (VRO) (1984) pp. 29-31〕
- 11) 特別医療費用法(AWBZ)は、長期化した疾病、あるいは重病の患者を保護する目的で制定された。同制度は、全住民を対象とした国民保険制度であるが、拠出は被用者の所得に応じて使用者が負担する(1988年現在で賃金の4.55%)。但し、16歳以下と65歳以上の者には拠出の義務はない。1980年より、在宅看護の費用にも同制度が適用されるようになった。〔Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1982) (1987)〕
- 12) 第二次5か年計画書のタイトルは、「知らずに年をとること」と題されているが、その意味は、個人の壮年期から老年期への転換は、その者の人生を分断することなしに人目につかずに行わなければならないことを示している。〔Spaandonk (1976)〕
- 13) 医療供給の効率化をはかるためと、地域医療を促進する目的から、1979年に病院サービス法(Wet Ziekenhuisvoorzieningen)が制定され、全国が25の医療地区に分けられた。〔Passchier (1986) p. 23, Bruin (1987) pp. 25-26〕
- 14) デイ・ケア・センターは、1977年より導入が始まったが、1986年現在、320個所のナーシング・ホームのうち、159個所がデイ・ケア・センターを設けている。〔Jongeneel (1986) p. 13〕
- 15) サービス・センターは、主に高齢者の社会参加を促すための地域施設として1964年から設置されているが、1977年現在で既に400のプロジェクトに約50万人の高齢者が参加している。〔Blommestijn (1980) p. 124〕
- 16) Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare (1977)
- 17) オランダでは高齢者組織もまた、宗派別の3つの団体に分かれて発達してきた。1986年現在、最も会員数が多いのはカトリック団体(KBO)で、約19万人のメンバーを抱えている。続いて無宗派(ANBO)が18万人、プロテスタント派(PCOB)が2万5000人の会員によって組織さ
- れている。これらの団体をまとめるために全国高齢者連合組織(COSBO)がその本部をウトレヒトに構えている。COSBOの目的は、高齢者が他の世代と平等に社会参加ができるようにすることであり、そのために積極的に施策などに発言を行っている。また、高齢者組織には50歳以上になれば加入できることから、退職などを含めた高齢者の労働問題についてもCOSBOの関心は高い。COSBOの他にも、施設に居住する高齢者の組織(LOBB)が、居住施設の生活条件を改善するために活動を行っている。この活動には約600の団体が参加している。〔Wehkamp (1986) pp. 3-5〕
- 18) 在宅サービスの主な担い手の数を住民2,500人当たりで比較したものが以下の表である。
- |            |             |      |
|------------|-------------|------|
| 一般開業医      | 住民2,500人当たり | 1人   |
| 歯科医        |             | 1人   |
| 心理療法士      |             | 1.2人 |
| 訪問看護婦      |             | 2人   |
| ソーシャル・ワーカー |             | 0.6人 |
| ホームヘルパー    |             | 6.6人 |
- 〔Central Council of Homehelpservice (1985) p. 23〕
- 19) PIの組織規模はまちまちであり、組織数などを正確に把握することは難しいが、100人以上の職員を抱える団体は、全体の約5%にすぎないといわれる。むしろ、その半数が職員数5名位の規模で活動していると報告されている。しかし、政府と民間の福祉サービスの担い手の比率は1:9で民間にウエイトが大きくなっている。〔Kok (1986) p. 11〕
- 20) Centrale Raad voor Gezinsverorging (1985) pp. 23-24
- 21) 一般障害給付法(AAW)は、1976年に成立した、全国民を対象とする国民保険制度である。障害を持つ前に所得を得ていることが受給の条件として上げられているが、1980年より家事労働をする主婦の職にも同様の受給資格を認めることになった。拠出額は被用者の賃金に応じて使用者が負担する。(1988年現在で賃金の6.2%)
- 22) Stijd-Groenewegen (1984) pp. 24-25.
- 23) 公衆衛生プログラムを完全に民間が行っていたこともオランダの特徴といえよう。それを証明

する事件として、フランスの医療チームがかつてオランダを訪れた際に、住民を対象とするレントゲン・プログラムが行政機関を通じて行われていないのを見てオランダでは公衆衛生制度が遅れていると評価したことがあった。しかし、事実はオランダの方がフランスより当時、検診参加者が多かったことが明らかにされている。

[Idenburg (1984-85) p. 126]

- 24) クロス組織の活動の内容については、The National Cross Association (1987) が詳しい。
- 25) 地域医療の拠点として設立されたヘルス・センターには、一般開業医（家庭医）と訪問看護婦とソーシャル・ワーカーが最低一人ずつ配置されて協働しているが、その数は1973年には全国で14箇所であったものが、1983年には120箇所に増えている。[Social and Cultural Planning Office (1984) pp. 31-36]
- 26) オランダでは、福祉サービスのうち専門職員によって行われ、その費用も国民保険や国庫補助金などによって制度的に保障されているものをフォーマル・サービスと呼び、それに対して家族・ボランティアなどによる援助をインフォーマル・サービスと呼んで、両者を統合することも在宅福祉政策の一環として重視している。[Koot (1985) pp. 2-3, p. 9]

#### 参考文献

1. Blommestijn, Pieter, (1980), "Open Care for the Elderly: The Netherlands", in Anton Amann (ed.), *Open Care for the Elderly in Seven European Countries: A Pilot Study in the Possibilities and Limits of Care*, (Pergamon Press, Oxford, ch. 6, pp. 117-142.
2. Brenton, Maria, (1982), "Changing Relationships in Dutch Social Services", in *Journal of Social Policy*, vol. 11, Part 1, 1982, pp. 59-80.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek (Netherlands Central Bureau of Statistics), *Statistical Yearbook of the Netherlands* [各年度版]
4. Central Council of Homehelpservices, (1985), *Homehelp Services in Practice*, (Central Council of Homehelpservices, Utrecht)
5. Centrale Raad voor Gezinsverzorging, (1985), *International Council of Homehelp Services: National Reports*, (Centrale Raad voor Gezinsverzorging, Utrecht)
6. Driest, Piet, (1985), *Social services and the Elderly in the Netherlands*, (Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, 's-Gravenhage)
7. Hendriks, G., (1978), *New Trends in Social Welfare Policy in the Netherlands*, (Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Welfare, Rijswijk)
8. 広瀬真理子 (1988) 「オランダの社会福祉行政の事情」(『週刊社会保障』Vol. 42 No.1511 pp.22-25)
9. Idenburg, A., (1985), "The Dutch Paradox in Social Welfare", in Catherine Jones, Maria Brenton (eds.), *The Yearbook of Social Policy in Britain 1984-5*, (Routledge & Kegan Paul, London), CH. 7, pp. 123-143.
10. Jongeneel, Frits, (1986), "Nursing Homes Reaching Out", in National Ziekenhuis Instituut, *Institutional Care for the Elderly: Projects for the hospital Institute of the Netherlands*, pp. 13-17.
11. Knipscheer, C. P. M., (1982), "Aspects of Family Care for the Elderly". (Paper presented at European Workshop "Policy Issues in the Health and Social Welfare of the Elderly", 14-17 September 1982, Luxembourg)
12. Kok, Adrian De, (1986), "Dutch Professional Care in the Eighties: Some aspects esp. in relation to the role of social worker", (Paper presented at ICSW Preconference, Osaka Seminar 23-26th August 1986 Japan)
13. Ministry of Cultural Affairs, Recreation, and social Welfare, (1977), *Pass 65 for the aged in the Netherlands*, (Fact Sheet on the Netherlands) (Ministry of Cultural Affairs, Rijswijk)
14. Ministry of Housing, and Physical Planning, (1980), *Housing for the Elderly in the Nether-*

- lands, (Ministry of Housing and Physical Planning, 's-Gravenhage)
15. Ministry of Housing, Physical Planning and Environment, (1984), *The Financing of Housing and housing Subsidies in the Netherlands*, (Ministry of Housing, Physical Planning and Environment, 's-Gravenhage)
  16. Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (1982), *Social Security in the Netherlands*, (Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 's-Gravenhage)
  17. Munnichs, Joep, (1978), *Voorzieningen voor ouderen: visie op ouderdom*, (Van L Loghum Slaterus, Deventer)
  18. Passchier, Jannet, (1986), "Planning of Nursing Homes", in Nationale Ziekenhuis Instituut, *Institutional Care for the Elderly*, (Nationale Ziekenhuis Instituut, Utrecht)
  19. 佐藤進(1985)「オランダの社会福祉行政の一考  
 察—高齢者行政を中心に」(『日本女子大学紀要』  
 文学部第34号, 昭和60年3月, pp. 71~80)
  - 20) Spaandonk, J. W. M. Van, (1976), *1975 Memorandum of Policy relating to the Care of Aged*, (Ministry of Cultural Affairs, Recreation and Social Work, Rijswijk)
  21. Stijk-Groenewegen, H.A., (1984), "Homehelp Services and the changing needs of clients", in International Council of Homehelp Services, *Report of 4th International Seminar of Home Help Services: Cambridge*, pp. 22-28.
  22. Tenhaeff, Carel, (1983), *Aging in the Netherlands: The Elderly and Family Affairs (1983: 2)*, (Netherlands' Federation for Policy on Aging (NFB), 's-Gravenhage)
  23. Wehkamp, Th. F.W.M (1986), *Organizations for the Aged in the Netherlands*, (NFBの資料より)

【自由論文】

スウェーデン最近の社会保障事情

ストックホルム大学  
法学部 客員研究員 竹 崎 孜

1 1988年9月総選挙と社会事情

- (イ) 政治
- (ロ) 経済

2 社会保障分野の動向

- (イ) 行政権限の分散
- (ロ) サービスの機動化
- (ハ) 在宅主義の定着
- (ニ) サービスハウス
- (ヒ) 深刻化する職員不足
- (ヘ) 法制改革案

要 旨

諸国における社会保障がこのところ停滞あるいは後退気味のなか、スウェーデンひとりが強い経済力に支えられながら意欲的に社会政策を展開している。

世界でも初めて保障体系の整備を終えたあと、次に生活の質向上を旨とする政策づくりを開始する一方で、解決をせまる課題や問題はいぜんあつとをたたない。

なかでも急速に表面化した労働力不足が公的ケア・サービス部門にまでおよび、1990年代の地域サービス増強が現状のままではおぼつかない事態を招いている。

人材や人的資源開発をどうすべきか、多角的な試みが行われているところである。

1 1988年9月総選挙と社会事情

(イ) 政治

国会と地方議会への代表者を選出する定例総選挙が9月18日（日曜日）に実施されたあとのほとぼりが未だに冷めやらぬこの頃である。

今回の投票はあらかじめ予期された以上に低調に終り、政治不信がじかに反映したとの見方が一般に強い。ちなみに投票率は1985年の89.9%に比べ86.4%と数日後に発表されている。

開票の結果による国会議席配分は次のとおり。（定数349議席）

社会民主党156（マイナス3）、共産党21（プラス2）以上が社会主義グループ。

穏健党66（マイナス10）、国民党44（マイナス7）、中央党42（マイナス2）、以上が保守・中道主義グループ。

環境党20（プラス20）、政治イデオロギー不定。

社会民主党が共産党と合同で保守陣営を押ししたことにより、少数与党の単独政権継続が決まった。ただし、共産党との間は閣外協力の取決めなど一切結ばず、最保守の穏健党を除いたほかの4野党のうちから要件ごとに随時相手を選ぶ妥協の政治をくりかえす模様である。

保守・中道の後退は、主張した減税案が社会

保障水準引下げなしのまま実現不可能と選挙民に見抜かれたのが最大要因で、さらに、生活の質的向上にかかわる広義の環境問題につき既成政党がとる態度が生ぬるいとの不満うっ積のあげく、外交、文教、経済、財政政策等に全く無関心な70年ぶりの新党である環境党を国政に参入させる事態を招いたとされる。

### (ロ) 経済

この国では公共消費部門に属すると定義づけられる社会政策は経済活力に支えられた財源に直接依存しているが、資本主義と自由市場主義を基本とするスウェーデン経済は、好決算企業の続出、失業率1.7%ときわめて順調に展開しつつある。フランス、西ドイツ、英国が軒並みに10%前後の高失業率に悩まされる最中に、高度の社会保障を維持するスウェーデンがこのように対照的な立場を示している客観的事実を、経済活力と社会保障費に関する理論上どのような我々は解釈すべきであろうか。日本をはじめとする諸国に再考をせまっているのではないだろうか。

もっとも不安が皆無といえは嘘となる。

景気は過熱気味、インフレ悪化の懸念、生産コスト（特に賃金高）、労働力不足と、好況にはつきものの悪材料が出揃う傾向がはっきりしてきた。

なかでも、完全雇用にならなくなったあとの国内労働力不足は日増しに悪化、企業側に残された方法は、労働力の再輸入あるいは合理化のみとされるが、しかしながら、移民の人権保護や生活と子弟の教育保障に投すべき政策費用を考慮のうえ、また同時に国際競争力強化のための産業構造変革の絶好期とばかりに、むしろ、労働

力を国外に安易に求めるより産業・企業合理化のほうを政府は選ぶ。

つまり、国内での高賃金労働力確保の出来ない企業、合理化の能力も資本も十分でない企業は非生産的ときめつけ、淘汰止むなしとするのが一致した見解である。

また一方では、公共ケア・サービス全般にまで人手不足はおよび、民間との人手争奪戦に発展、老人ケアと保育所、医療ケア部門からの職員流出がとくに激しい。あまりの好況が影響した一側面ではあるが、公共ケア・サービス要員問題については、あらためてのちほど触れる。

## 2 社会保障分野の動向

量の社会保障から質の社会保障への移行<sup>1)</sup>を象徴するごとく、保障体系がほぼ確立したあとは制度運用と修正を手がける程度の次元に到達したスウェーデン社会政策は、しだいに微細な変動を表面的に見せるだけとなり、この国における社会保障概念と実態の把握に経済、労働市場、住宅、文教政策等をあわせた総合的アプローチがなお一層重要となってきた。それほど社会保障とは何か、についての定義が広いことを思い知らされざるをえないわけである。

### (イ) 行政権限の分散

社会政策領域の拡充には財政支出増大性向を伴うのが通常だが、それをなるべく抑制する努力と試みが重ねられており、積極的な経費節約策すなわち行政合理化・高能率化を目的とする権限の中央からの分散が挙げられる。

権限の分散自体はすでに、地域格差と無関係

である年金、児童手当金などの経済保障を国、広域行政効率性の面からの医療計画・実施を県、住宅と生活サービス提供をコミューンが各自役割担当、政治決定や行政事務の重複をさげ、かつ責任の所在を明確とするのに効果的となっていたのを一歩押し進め、近年、中央から行政権を各地区へ分散させている。

住民の生活問題解決を身近に行うのに、パライエティに富む行政サービス形成への現場職員参加のほか、予算も年頭に配分してしまう。

ホームヘルプ地区連絡所、デイセンター、サービスハウス、保育所あたりが自主性を持たされて、職務と財政運用を法規定の範囲逸脱を起こさぬかぎり自由に行えるようになっており、余剰金がもし出たときでも職務に関連した使途でさえあれば転用が許される。

職務全体へのこうした共同参加が職員により熱意を持たせるきっかけとなりうるものとの期待もかけられている。

#### (ロ) サービスの機動化

従来、役所が用意したサービスを必要とする際、本人が病気や障害で身体がいかにか不自由であろうが、申請、許可のためにみづから役所へ出向くのが通例となっていたが、このところサ

ービスの流動方向が反対となっており、サービスが移動する。

施設保護から在宅中心への転換がこうした行政機構上の変化と完全に合致している。具体例をもって説明するならば、過去には多人数を一か所に集めてから、一括ケアを一様に行っていたのを取り止め、健康でかつ自動車など機動力を備える職員のほうがサービス利用者宅を巡回するかたちとなった。ホームヘルプしかり、在宅のままでの医療・看護、保育所所在地の住宅への接近も同様である。

本人宅へ提供されるサービスのもっとも典型的なものがホームヘルプであろう。

ボランティアに始まったこの国のホームヘルプ制度は1950年頃から自治体が法的根拠もないのに徐々に公的サービスに組み込みながら全国に普及させていった歴史をもつ。

そして1980年に成立、82年施行に移された社会サービス法によりホームヘルプがコミューンの正規任務として位置づけがなされた。またホームヘルプ責任者が明らかとなったことで、住民側が同サービス要求の権利を有することとなった。法律施行から僅か6年の年月しか経過していないが1985年現在のヘルパー総数が66,000人に達する。全員がコミューン職員、すなわち

表1 ホームヘルプ職員数

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
ホームヘルプ(フルタイム)	2,296	2,057	1,440	1,286	1,186	1,043
(パートタイム)	1,417	1,732	978	654	631	540
ホームケア(フルタイム)	3,139	3,751	4,533	5,048	6,789	8,774
(パートタイム)	36,325	37,726	38,206	39,756	42,260	44,053
(時 間 給)	19,920	16,483	13,010	11,725	11,780	11,916

注：(1) パートタイムは法定週40時間に満たぬ39時間未満労働をあらわす。

(2) ホームヘルプとホームケア職員の相違は資格の差である。

出所：TAB 350, SCB ÅRSBOK 1988.

地方公務員であるだけに、老人対策にスウェーデン社会が投入する資金の大きさがうかがえるであろう。

なお交通機関の高度利用もあり、通院やリハビリから親族や知人訪問、それにショッピングや観劇まで、市交通局の老人・障害者専用リフト付マイクロバス、あるいは民間マイクロバス、タクシーを契約制で活用している。後者はスウェーデンにおける民間活力開発に相当する。

#### (ハ) 在宅主義の定着

戦後に老人層が急速に厚くなったのにもかかわらず、さらに老親同居が消滅したあとでも今日、ほとんど在宅での生活を老人たちは続けているが、これは対策の重点を施設から自宅に変えた結果である。

ところで、この在宅中心主義の支柱を構成しているのは、所得保障と住宅供給と地域ケア・サービスネット確立の三者で、こうした制度の準備の先行したことが、在宅主義の実行と促進はノーマライゼーションとかインテグレーション

表2 全国284コミューンの地域サービス実施状況

給食	273	コミューン
弁当配達	244	
カイロポディ(足)	280	
理髪・パーマ	211	
入浴	216	
体操	266	
学習サークル	268	
余暇活動(ホビー)	277	
緊急電話通報	69	
電話相談	153	
アラーム	273	

1986年12月31日調査。

出所：S. 2, STATISTISKA MEDDELANDEN S 22 SM 8701, 1987 SCB.

ョンなる言葉のみでは実現しないことを裏付けている。

第一の所得保障とは、給付水準の高い公的年金によっており、生活経費自体をまかなう基本年金(FP)と、退職後における勤労当時と同等水準の生活維持経費に充当する附加年金(ATP)との二重構造方式である<sup>2)</sup>。

表3 年金受給者数(1986年12月末)

	国民基本年金	国民附加年金
老齢年金	1,503,410	1,036,810
寡婦年金	69,315	319,663
早期退職(障害)年金	279,565	227,433
療養手当金	48,923	42,287
配偶者手当金	30,512	—
障害者加算金	9,805	—
障害児介護手当金	12,351	—
児童年金	31,203	35,694
合計	1,985,084	1,661,887

出所：TAB 328 & 329, SCB ÅRSBOK 1988.

受給者数をみると、老齢年金だけでも150万人、(国民人口の18%相当)、その他の年金を合計すると200万人に近く、国民4人に1人の割合だが、受給人数の多さに対する批判は聞かれない。何故ならば、社会保障全般に関するナショナルコンセンサスの仕上りぶりもさることながら、あわせて年金はすべて当人が個人消費のかたちで社会へ還流させてしまう所得再配分の一手段にしかすぎないとする一般的理解にもとづいている。

第2の住宅供給とは、むろん誰にでも住宅が手に入りやすくなったことからくるが、ただし一般勤労者の住宅事情改善が先決であるのは当然である。スウェーデンでは近代設備をもつ住宅の公共計画にもとづく大量建設と、考えぬかれた地域開発計画とがあいまち、身体がかなり



不自由な高齢者でも障害者でも住みつけられる住宅と地域社会をしいに各所に出現させる時代となっている。

老人用住宅が特等地につくられるのも、用事や買物に都合よく、自力でこなす可能性と機会を皆に与えると共に、社会サービスへの依存度を最少限度におさえる設計思想が根底に働いている。ソフトおよびハード両面からのトータル計算のもとに展開されるこうした社会計画は、公共部門における先行投資と名付けることが出来るであろう。新住宅団地が完成する時に総戸数の15%を留保したうえ、老人などに優先割当をするのも、住宅面からの生活均質化作業に該当するといえる<sup>3)</sup>。

第3の地域ケア・サービスネット確立のほうは、本格的開始の遅れに加え、発達が急速となったため、さまざまな問題を未だにかかえている。かつて老人たちが、中央病院附属の長期療養病院で全病床をふさいでいたため、同病院は人生の終着駅と呼ばれていた。しかし、社会的入院回避に地域ケア・サービス拡充が役立ち、その後は入院日数も大幅に減少、かわりにデイケアセンター附設など病院の性格が改められた。

ところで寝たきり老人の処遇問題については、医学的に処置の必要である期間は入院を含め医師にまかされるが、リハビリを一日も早く開始し、帰宅後も継続される関係上、寝たきりの症状にまで至るケースはさほど多くない。いわゆる、つくられた寝たきりが比較的少なくてすんでいるが、重度痴呆症患者と同様に寝たきりになると老人は今日でも先述の長期療養病院に入院し、完全看護を受ける。

次にこのところ65歳定年退職のあと10数年間

は自活できる健康者が急増、他人の介助にたよりはじめるのは80歳あたりからと、施策の対象者の高齢化が進んでいるが、今のところ80歳以上の超高齢者が国民人口に占める割合は3.8% (1986年) にすぎない。もっとも2000年あたりから増加の一途をたどるとの予測が出されており、社会が擁する全ケア資源を同年齢層に集中させるべく、ケア・サービス体制の再編成も手がけられている。

## (二) サービスハウス

1970年代から老人用サービス付き住宅(マンション)が公立しかも賃貸式で建設されたのをサービスハウスと通称してきた。

ただ初期には年金生活者住宅ホテルと名づけられていたごとく、一階フロントに全サービス機能を置き、市場家賃額で契約のうえ入居する老人たちはゲストと呼ばれた。このとおりのマンション形式であるから、電話をひき、自分の家具を持ちこみ、新聞、郵便も配達されるので、依頼もないのに職員が独断で入室することは禁止されている。反面、本人の安全のため、あるいは非常時のための、インターホンをはじめ各種アラームが用意されており、あとは本人がホームヘルプなどの在宅サービスを応分に受けるシステムとなっている。

サービスと住宅の新しい組み合わせとして計画がたてられ、当初は理想に近い方策とみられたものの、いきおい高齢者入居が優先、平均年齢が85歳位にまで上ったところでケア需要が職員数やケア能力をはるかに超えてしまい、結果的には1985年あたりをもって建設中止となってしまった。ケアもこなせる新型住宅を想定したものが、地域ケア未発達を補充するか

表4 サービスハウス

	サービスハウス				食事付サービスハウスの入所可能者数	長期療養者入所可能数	賃借マンション戸数
	総計	食事付で賃借マンション	食事付のみ	賃借マンションのみ			
1983年	1466	112	950	404	55,347	193	28,453
1984年	1480	148	890	442	54,288	261	30,513
1985年	1473	180	812	481	51,733	267	33,292
1986年	1499	189	738	572	47,450	63	36,009

注：食事付サービスハウスは旧老人ホームに該当。

出所：SERVICEHUS 1986, TABELL 1, S23 SM8801, SCB.

たちに変形，老人ばかり150～400人にのぼる施設まがいの集団と化した時点で，自治体は同方式を断念したのであった。

ついでながら，わが国で盛んに建設される民間老人マンションの原型はスウェーデンのサービスハウスであって，はじめからケア需要を満たすサービス保障が欠落する以上，本場の苦い経験に照らし合わせると，老後生活の場所としての本来の任務を果たせないものといわざるをえない。

住宅とサービスの組み合わせは次にグループハウジングなる新形式を適用する気配である。

グループハウジングには主に2種類あり，ひとつは1戸に数人が住むサービス共同住宅，いまひとつは独立した住宅数戸を至近距離間におき，サービスネットがそれらを結ぶ。両グループハウジングとも元来，成人精神薄弱者が廃止の決まった施設から地域復帰をする際，あるいは親元から巣立つ際の住居用に数年前から各地で着手されたもので，旧施設におけるサービスを各個人住宅に持ち込み，日中時間は勤務先，学校，デイセンターにおいて過ごす。

老人用にもグループハウジングの両方式が応用されはじめ，新住宅団地あたりに見られるようになった。両方式のちがいは，職員常駐の共

同住宅に特別介助を要するグループが，サービスネットで結合される住宅に軽度の介助を要するグループがそれぞれ入る点で分かれる。なお，1グループ単位は5名ないし6名から構成される。

形式のいかんはともかく，老人や障害者たちに住居を提供できるのは一般住宅事情の好転が大きく寄与したからであり，ここで参考までに戦後の住宅政策の概要を附記しておく。

住宅が公共計画に基づき大量に供給されたのは1950年代～1970年代の間で，その戸数が214万戸と現在の全住宅のおよそ60%，87年度完工分まで合算すると実に全体の75%がここ30年間に新築された近代住宅となっている。どれほど近代的設備かについては，WCありが98%，バスないしシャワーありが96%，セントラルヒーティングありが92%（集合住宅の数字。ただし独立家屋の場合も大差なし）におよぶ。

スウェーデンにおける住宅水準は量・質共に他にほとんど比類のないほど高位で，住宅省高官すら住宅投資政策は基本的に完了したと言明している。また，以前に比べれば住宅は大型化，ダイニングキッチンを除いた4部屋以上が41%を占め3部屋以上ならば65%で，また面積8平米未満とか窓のないときは部屋の部類に属し

表5 住宅の種別

部屋の数	戸数	率
1 ルームキッチンなし	142,540	3.88%
1 ルームキッチン付き	274,949	7.49%
2 ルームキッチン付き	820,027	22.34%
3 ルームキッチン付き	902,042	24.57%
4 ルームキッチン付き	711,961	19.39%
5 ルーム以上キッチン付き	808,355	22.02%
不詳	10,461	
合計	3,670,335戸	

出所：TAB 125, SCB ÅRSBOK 1988.

ない。

そこで老後の住宅問題につき解体の段階にあるいわゆる老人ホームの状況調査を行ってみたところ、次のとおりであった。

老朽時期にさしかかったとされる老人ホームは、各人の個室が平均12～14平米で、簡易キッチンすら欠き、好きな時間にコーヒーを沸かすのも、親族や知人にゆっくり座ってもらえるスペースも取れぬほど不便な状態であるから、設備には不満足、しかし専任職員の24時間サービスと同年輩老人たちとの交流は保持したいとの声であった。ストックホルム郊外にある老人ホームの責任者も、気分転換に良いと思ってもベッドの置きかえはおろか、来訪者を自室に招き入れることも出来ないぐらい狭く、寝室に押しこまれたままの日常生活から1日も早く解放されるべき、との意見であった。

政府はすでにいったん打ち切った老人ホームへの国庫補助を再開、設備改造をコミュニンに認める方針とした。具体案が目下検討されているところだが、構想としては、車椅子多用をあらかじめ考慮のうえ1人用およそ50平米位に広げ、2部屋に分けて自動スイッチ式キッチンとシャワー、トイレを付設、従来レベルの職員サ

ービスを保つ。

近い将来に老人ホーム形式は消え去るが、1982年から老人ホームの名称は公式には使用中止となっており、今日のサービスハウスとは総称で、なかにいろいろなタイプのサービスつき住宅形式が含括されている。

#### (ホ) 深刻化する職員不足

生活の向上、個性と人格の尊重、サービス効率化などにスウェーデンは財政上の困難にたえず直面しながら果敢に取り組む姿勢をとっているが、社会政策目標に重要な要素であるサービス人員がこのところ需要を下回りはじめ、1990年代にかけたサービス増強策が暗礁に乗りあげてしまった。すなわち公共サービス部門からの中途退職が続出するのに、求職者すら極減、好況の民間企業に人手をどんどん奪われているのが現状である。

ステータスと賃金の低さもさることながら、中央事務レベルでの決定に振りまわされて仕事がしにくくて不愉快だとする転職者がかなり多く、それが職業に対する人気を失わせ、新職員を集めるのすら難しくしている。地域的な人手不足の格差は大きいですが、閉鎖直前の保育所すら一部に見受けられる。

職員流出の阻止にはステータスや賃金の引き上げ、各現場職員の権限拡大と行政決定への参加、昇進および研修機会増大、労働の軽減に関係者は苦慮、なかには公務員でありながら異例の臨時昇給、一種の能率給導入、8時間から1日6時間労働への短縮、休日勤務を2週間ごとから3週間ごとへ、その他の労働条件改善をつぎつぎ案出、実際に実施された部分もある。

伝統的に、公共部門内職業の賃金は民間部門

より低いとする既成概念が崩れだしたとの見方も成り立つであろう。それにスキップを重視した人海戦術をとるのに相応の社会資源投入を許容できる社会に変貌をとげる時点に到達したとも考えられるであろう。最後にステータス面については、高校社会サービス2年制を早速3年制に延長したところでその分だけ初任給もいづれ引き上げられることになる。

#### (へ) 法制改革案

社会保障体系がもはや完成の域にきたとされるだけにスウェーデンでは、今後の社会政策上に根本的な変化が現れるほどの手直しはありえず、現行の制度と方式に修正が加えられるのが主になる。3年間にわたりこれからの政治の舵をとる社会民主党が公約する改革案もいわば、これまでの政策方針を踏襲するのみで、さほどの新味は見当たらずであろう。しかし、先進国らしい制度案が全くないわけではない。

社会政策領域の広さはスウェーデンにおける社会保障高度化の秘訣のひとつだが、例えば、まず国外では労働法上の制度に属するとみなされがちな年次（有給）休暇が家族政策の一環として法定5週間から6週間へ延長される。50年の歴史を有するスウェーデン人の年次休暇法改正により、家族と過ごす時間がさらに長くなると共に、有給制である関係上、実質賃金引き上げをも意味する<sup>9)</sup>。

同じく家族政策に関しては、1974年来導入されている育児有給休暇制度の拡充によって、有給期間がいまの9か月から18か月へ段階的にやはり延長される。とりあえず1989年7月1日より3か月長い12か月制に移行する予定。ついでながら有給制の内容は、休暇中に勤労所得の90

%相当額が同期間中給付されるので、家計の心配をせずに育児に従事することが出来る。さらに同手当金を全部受けとるかわりに、親が育児を理由とした労働時間短縮時（毎日2時間短縮した6時間のみの就労）の所得補充にも使途がひらかれる。

老人対策については2つあり、第1に、地域医療行政と地域ホームケア・サービス行政が統合される。これまでの地域行政の二分立は、県とコミューン間の連携不十分の直接原因となっていたため、地域医療（診療所、保健所）をコミューン側に統合してしまう。

第2が、親族ケア法の国会への提出である。

子供と同居せず、全員が独立生計を営むこの国の老人に必要なケアとサービス責任は全面的に社会、すなわち公的制度にあるとされるが一定の条件さえ整えば親族ケアをしたいスウェーデン国民は案外多く潜在する事実が調査結果で判明<sup>9)</sup>。かねてからその制度化で応ずる努力が続けられていた。しかし、親族によるケアが老人サービスの主体となるのでは決してなく、補足的性格を持たされるのみにすぎない。

1989年秋からの施行を目ざす政府はそのための財政裏付けも終えているが、施行の暁には、親族ないし友人、知人を最高30日間介護者に定めることが出来る。その間は仕事を休む介護者に社会保険事務所から当人の勤労所得の90%相当額が手当金として給付されるが、ただ自宅で介護の度合は時間に換算のうえ医師の診断をもって決定される。また、やや適用期間が短いとの印象を与えるかもしれないが、主旨は、死期のせまる患者で、自宅で介護者が得られるとき、本人の希望にもとづき活用する制度となる。つまりみんなが病院で人生を終えるしかほかに

方法がなかったのを、同制度が自宅で身内や親しかった人に見とられながら死ぬ可能性をつくったものである。

おわりにあたり、これは長期的な展望となろうが、こうした一連の改革のあとにくるのは、労災事故概念の再検討を伴う労災保険制度の見直し、最終的に1日6時間労働を目標にする時間短縮等であろう。社会保障とは、スウェーデン国民に、各人の生活の安定と向上を目的とする政策課題と受け止められる以上、各種社会保障制度の整備作業と平行させながら、個人家計と社会経済の基盤をなす労働、雇用政策の側面からの社会改革がさらに進められる傾向が認められる。

(注)

- 1) *Fackföreningsrörelsen och välfärdsstaten. Rapport till 1986 års Lø-kongress, s. 172-174.*
- 2) 拙稿「スウェーデンにおける社会保障の理念と

政策について」部落解放研究第54号（1987年2月刊）107-109頁を参照されたい。

- 3) ストックホルム市がこれを実施中であり、全住宅建設に国からの資金援助があるため、自治体としても事前に留保、あるいは計画時に相当戸数をビルトイン出来るとの説明があった。Stockholms Socialförvaltningen, Byrån för hemservice och handikappomsorg.
- 4) 法定の5週間休暇は最低限度を意味しており、労使協約にもとづき6週間の休暇権を有する労働者が公務員で90%、民間企業で20%、全労働者のうち半数にあたるので、今回の法律改正は労使協約レベルへの同調となる。歴史的には、1938年にまず法定2週間、1953年に3週間、1963年に4週間、そして1978年に5週間制となったので、現在の制度は10年の年月を経ている。*Dagens Nyheter* 1988-6-17.
- 5) 老人ケアに関する意識調査（1981年に親が存命中の45～59歳の男女対象）では、自分がケアしたいが46%、ケアは社会がすべきが16%、社会と共同でケアしたいが27%、分からないが11%と、ケアしたい組が合計73%と圧倒的であった。*Landstingsförbundets sjukvårdsundersökning 1981.*

## 【海外の動き】

# スウェーデン、寡婦年金を廃止

(在スウェーデン日本大使館一等書記官) 宇野 裕

通常国会の会期も終わりに近い6月初め、国会は段階的に寡婦年金を廃止する法案を可決、同法は1990年1月から実施されることになった。

## 1. 改正の内容

### (1) 寡婦年金から経過年金へ

今回の改正の内容の中心は、1990年から2030年にかけて段階的に寡婦年金を廃止していくことである。現在、基礎年金と付加年金には、ともに寡婦年金があるが、2030年以降はこれが全廃される。替って、寡婦及びかん夫に対し、配偶者の死後原則として1年間のみの経過年金が支給されることになる。但し、12歳未満の子がある時は、その子が12歳になるまで支給される。また、配偶者の死後1年を経過しても経済的に自立できず、早期退職年金（障害年金のこと）、老齢年金、その他の各種社会手当の受給権を得られない者には、自立が可能になるまでの間、経過年金と同額の特別年金が支給される。

### (2) 遺児年金の改正

従来、基礎年金18歳未満、付加年金19歳未満と支給要件が異なっていたが、これを18歳未満に統一する一方、18歳を超えても就学を続ける者には一定の条件のもとに20歳になった年の6月まで遺児年金が支給されることになる。

新旧制度の支給要件と年金額を大ざっぱに比較すると表(1)、(2)のとおりである。

### (3) 経過措置

新遺族年金（経過年金）は、1990年1月1日において45歳未満の者つまり、1945年1月1日以降に生まれた者に適用される。

現在寡婦年金の受給権を取得している者及び新制度が施行されるまでに寡婦となった者は、従来どおり寡婦年金が支給される。更に1990年1月1日において60歳以上（1929年12月31日以前生まれ）で、それまでに結婚した者にも旧制度に基づく寡婦年金が支給される。

1990年1月1日において45歳以上60歳未満で、それまでに結婚した者には、やはり寡婦年金が支給されるが、その者が65歳に達した以降は寡婦年金と老齢年金（付加老齢年金）は従来のように全額併給とならず、調整される<sup>(注1)</sup>。

新遺児年金は、1990年1月1日から即時に適用されるが、同日において18歳以上、19歳未満の者で新制度の支給要件を満たさない者には、旧制度が適用される。

## 2. 改正の背景

### (1) 基本的考え方

政府は、今回の改正の理由として、(1)男女平等の実現、(2)女性の社会進出、(3)財政負担の軽

表 (1) 寡婦年金から経過年金へ

	現 行 制 度		新 制 度	
	基 礎 年 金	付 加 年 金	基 礎 年 金	付 加 年 金
支 給 要 件	寡婦年金 (1)16歳未満の子供を有していること、又は (2)夫死亡時期に36歳以上で婚姻期間が5年以上であること。 (注) (1)において子供が16歳に達した場合に、その時点をも夫の死亡時とし、その時点まで婚姻が継続していたものとみなして(2)の要件を満たせば(2)の寡婦年金が支給される。	寡婦年金 夫が60歳になる以前に結婚していること、かつ婚姻期間が5年以上あるか又は死亡時子供があること。	経過年金 (1)12歳未満の子供を有していること、又は (2)夫又は妻の死亡時期に婚姻期間が5年以上であること。 支給期間は12ヶ月であるが、(1)の場合には、子供が12歳になるまで支給される(同居に限る)。 特別年金 労働市場の状態、病気その他の理由により、所得の半分以上が減少しつづけていること。	経過年金 基礎年金の経過年金の支給要件に同じ。  特別年金 基礎年金の特別年金の支給要件に同じ。
年 金 額	(1)老齢年金×100% (2)老齢年金×100% (但し、50歳未満であれば、50歳との差1年につき1/15の減額) (老齢年金額=基本額×96%)	遺児年金が支給される子供のいる場合 夫の年金額×35% その他の場合 夫の年金額×40%	老齢年金×100%	遺児年金が支給される子供のいる場合 配偶者の年金額×20% その他の場合 配偶者の年金額×40%
	(寡婦が65歳に達した時は老齢年金が支給され、寡婦年金は支給停止)	(寡婦が老齢年金、障害年金の受給権を取得しても併給)	(寡婦が65歳に達した時は老齢年金が支給され、寡婦年金は支給停止)	

表 (2) 遺児年金

	現 行 制 度		新 制 度	
	基 礎 年 金	付 加 年 金	基 礎 年 金	付 加 年 金
支 給 要 件	遺児年金 18歳未満	遺児年金 19歳未満	遺児年金 18歳未満、ただし就学している場合には20才になった年の6月まで支給。	遺児年金 基礎年金に同じ
	両親を失った場合 基本額×62% 片親を失った場合 基本額× (26% 31% 41%)	母に寡婦年金が支給される場合 死者の年金額×15% その他の場合 死者の年金額×40% (子が2人以上のときは2人目から1人につき死者の年金額×10%を加算し、総額を子の数で按分する。)	両親を失った場合 基本額×50% (付加年金と合わせて) 最低保障80% 片親を失った場合 基本額×25% (付加年金と合わせて最) 低保障40%	死者の年金額×30% (子が2人以上の時は2人目から1人につき死者の年金額×20%を加算し、総額を子の数で按分する。)

減の3つを挙げている。

男女平等の実現とは、言うまでもなく、寡婦年金はあってもかん夫年金がないことを指している。社会の他の部門で平等化が積極的に推し進められているのに、年金制度だけ男女で異なった取扱をする理由はないというものである。

女性の社会進出は、就労率が80%を超えていることからよく判る。収入があるのに金銭的サポートをする必要はない。また、スウェーデンでは積極的労働市場政策が採用されており、職業訓練が非常に充実している。失業率も大変低い。したがって、1年もあれば、職を見つけたり、より高い収入のある仕事に変れるだけの技術を身につけることができるという考え方である。

寡婦年金の財政負担は、それほど大きくないが、現行制度のもとでは2030年には実質価格で3倍になるものと見込まれている。年金財政が苦しくなって来ている折から無視できないものとなっているというのが第3の理由である。財政負担は経過措置によって当初の数期間は増えるが徐々に減少していく。

## (2) 改正の経緯

寡婦年金の改革の必要性は、つとに1974年の国会決議によって指摘されていた。(付加年金制度ができたのが1960年である)しかし、改革の動きが活発になったのは、1980年代に入ってからである。

1981年、年金諮問委員会が改革案を公表した。年金諮問委員会は、先の国会決議によって、改革案をとりまとめるよう求められていたものである。この案を基に各種関係機関の意見を盛り込んで、1983年、改革法案が国会に提出された

が、国会でのコンセンサスを得る見込みが立たず、政府は、これを撤回せざるを得なかった。

翌1984年、国会は、改めて社会大臣に寡婦年金改革問題を検討する委員会を任命する権限を与えた。この委員会は、年金改革起草諮問委員会と名付けられ、1988年2月に、今回の改革案のもととなる報告書を取りまとめた。関係機関との調整を経て、政府は6月10日法案を国会に提出、国会は同日、これを賛成多数で可決した(註2)。

(注1) 現行の付加年金制度においては、寡婦年金受給者が65歳に達する等によって老齢年金の受給権も取得した時には、両年金が併給されることになっている。今回の改革では、寡婦年金は、老齢年金の額を上回る場合、その上回る額のみ支給されることとなる。すなわち、実質的には寡婦年金か老齢年金かのどちらか高い方が支給されると考えればよい。

しかし、1990年1月1日において45歳以上60歳未満の者については、次のような経過措置が設けられている。すなわち寡婦の老齢年金と亡夫の老齢年金の合計額の50%という最低保障額が設定され、更に55歳の者は52%、56歳54%、57歳56%、58歳58%、59歳60%と率が上がっていくことになっている。

なお、基礎年金については、もともと併給調整されているので、今回変更はない。

(注2) 諮問委員会は、国会決議によって個別問題を調査するために設置される。議会内に設けられている常任委員会と異なり、担当大臣がメンバーを任命し、検討内容も政府指針によって示されるという意味で、政府に属する機関である。ただし、メンバーには国会議員も含まれ、行政庁職員、学者、利害関係団体代表者などで構成される。

報告書は必ず関係機関に回付され、意見を集約するので、その過程でコンセンサスが得られれば、国会における審議は実質的にはいらなくなる傾向にある。



# 海外社会保障関係文献目録

1988年4月～6月 社会保障研究所図書室受入分

## 社会保障・社会政策一般

- Bauer, Rudolph/Thränhardt, Anna-Maria  
Verbandliche Wohlfahrtspflege im internationalen Vergleich. Opladen, Westdeutscher, 1987. 279 p. 23 cm.
- Commission of the European Communities  
Report on social developments year 1986. Luxembourg, Office for Official Pub. of the E.C., 1987. lv. 29 cm.
- De Klerk, Peter  
Social security research in the Netherlands. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(1) 1983, p. 25-39.
- De Oliveira, Francisco Eduardo et al.  
Brazilian social security system: coverage and constraints. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(4) 1987, p. 373-85.
- Diem, Jean-Marie  
Future training of senior social security managers in France. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(4) 1987, p. 409-18.
- Edwards, John  
Justice and the bounds of welfare. *J. of Soc. Poli.* 17(2) Apr. 1988, p. 127-52.
- Faupel, Georg  
Sozialversicherungsausweis: Überwachungsstaat statt Sozialstaat. *Soz. Sicherheit* 37(1) Jan. 1988, p. 18-21.
- Groskind, Fred  
Change in public opinion on social security benefits between 1954 and 1983. *Soc. Ser. Rev.* 62(1) Mar. 1986, p. 171-75.
- Kahn, James A.  
Social security, liquidity, and early retirement. *J. of Pub. Econ.* 35(1) Feb. 1988, p. 97-117.
- Kaufmann, Otto  
Principes du droit international de la Sécurité sociale et leur application dans les relations franco-africaines. *Droit soc.* (4) avr. 1988, p. 363-70.
- Maxfield, Linda Drazga  
1982 New Beneficiary Survey: an introduction (Reprinted from Nov. 1983, p. 3-11). *Soc. Sec. Bull.* 51(3) Mar. 1988, p. 38-46.
- Mouton, Pierre/Gruat, Jean-Victor  
Extension of social security to self-employed persons in Africa. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(1) 1988, p. 40-54.
- O'Connor, Julia S./Brym, Robert J.  
Public welfare expenditure in OECD countries: towards a reconciliation of inconsistent findings. *British J. of Sociology* 39(1) Mar. 1988, p. 47-68.
- Pampel, Fred C./Williamson, John B.  
Welfare spending in advanced industrial democracies, 1950-1980. *Amer. J. of Sociol.* 93(6) May 1988, p. 1424-56.
- Perlman, Jacob  
Continuous work-history sample: the first 12 years (Reprinted from Apr. 1951, p. 3-10). *Soc. Sec. Bull.* 51(4) Apr. 1988, p. 13-20.
- Prétot, Xavier  
Retrait de la prise en charge des cotisations de Sécurité sociale consécutivement à l'inexécution d'un contrat de solidarité. *Droit soc.* (3) mars 1988, p. 272-76.
- Ravallion, Martin/Dearden, Lorraine

- Social security in a <moral economy>: an empirical analysis for Java. *Rev. of Econ. & Statist.* 70(1) Feb. 1988, p. 36-44.
- Ruland, Franz/Fichtner, Otto  
Brauchen wir eine neue soziale Grundversicherung?: Fachlicher Teil der Mitgliederversammlung des Deutschen Vereins am 3. Dezember 1987. *Nachrichten Dienst* 68(3) März 1988, p. 61-73.
- Saint-Jours, Yves  
Association de la mutualité au service public de la Sécurité sociale. *Droit soc.* (4) avr. 1988, p. 347-55.
- Sieveking, Klaus  
Soziale Sicherung für Ausländer. *Nachrichten Dienst* 68(2) Feb. 1988, p. 36-41.
- Townley, Peter G.C./Boadway, Robin W.  
Social security and the failure of annuity markets. *J. of Pub. Econ.* 35(1) Feb. 1988, p. 75-96.
- Tyabji, Amina  
Social security systems in Asean. Aldershot, Gower, 1986. xii, 168 p. 26 cm. *Asean economic bulletin* v. 3 #1 July 1986 special focus.
- Wade, Alice H.  
Social security area population projections: 1987. *Soc. Sec. Bull.* 51(2) Feb. 1988, p. 3-30.
- Wannagat, Georg hrsg.  
Jahrbuch des Sozialrechts der Gegenwart Bd. 8 1986. Berlin, Schmidt, 1986. 481 p. 24 cm.
- Wetherly, Paul  
Class struggle and the welfare state: some theoretical problems considered. *Critical Soc. Poli.* (22) Sum. 1988, p. 24-40.
- 社会保険
- Blüm, Norbert  
Solidarische Erneuerung (Krankenversicherung). *Bundesarbeitsblatt* (2) Feb. 1988, p. 5-20.
- Bye, Barry et al.  
Medicare utilization by disabled-worker beneficiaries: a longitudinal analysis. *Soc. Sec. Bull.* 50(12) Dec. 1987, p. 13-19.
- Deutscher Gewerkschaftsbund – Bundesvorstand – Abteilung Sozialpolitik  
Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes (GRG-E). *Soz. Sicherheit* 37(3) März 1988, p. 65-71.
- Digby, Anne/Bosanquet, Nick  
Doctors and patients in an era of national health insurance and private practice, 1913-1938. *Econ. Hist. Rev.* 41(1) Feb. 1988, p. 74-94.
- Euzeby, Alain  
Unemployment compensation and employment in industrialised market-economy countries. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(1) 1988, p. 3-24.
- Ford, Ina Kay/Sturm, Philip  
CPI revision provides more accuracy in the medical care services component. *Mthly. Lab. Rev.* 111(4) Apr. 1988, p. 17-26.
- Hardy, Dorcas R.  
Financing of retirement pensions in the United States of America. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(1) 1988, p. 68-75.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986  
Financing of unemployment protection schemes/Relations between unemployment

- insurance and old-age insurance. Geneva, ISSA, 1986. 47, 63 p. 30 cm. Report 17, 18.
- Kerschen, Nicole/Kessler, Francis  
Assurance maladie en Alsace-Moselle: passe, present et avenir du regime local complementaire. *Droit soc.* (2) fev. 1988, p. 201-12.
- Marburger, Horst  
Berührungspunkte zur Rentenversicherung im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen. *Rentenversicherung* 29(2) Feb. 1988, p. 21-25.
- Miller, Arye L.  
Insurance against non-employment accidents in Israel. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(1) 1988, p. 55-67.
- Muhr, Gerd  
Strukturreform muß die Interessen der Versicherten wahren. *Soz. Sicherheit* 37 (1) Jan. 1988, p. 1-6.
- Murdra, Wolfgang  
BfA-Presseseminar '88: Rentenfinanzen aktuell und Ausblick in die 90er Jahre. *Soz. Sicherheit* 37(4) Apr. 1988, p. 116-17.
- Möller, Dieter  
Belastungsausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KUdR) - quo vadis? Gedanken zur Ausgleichsfähigkeit der KUdR-Leistungsaufwendungen. *Soz. Sicherheit* 37(2) Feb. 1988, p. 50-60.
- National Social Insurance Institute  
Economic and social aspects of the financing of sickness insurance in Italy. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(4) 1987, p. 386-98.
- Nelson, Jr., William J.  
Workers' compensation: coverage, benefits, and costs, 1985. *Soc. Sec. Bull.* 51(1) Jan. 1988, p. 4-9.
- Olsson, Sven E.  
People's old-age pension in Sweden: past, present and future. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(4) 1987, p. 361-72.
- Runner, Diana  
Changes in unemployment insurance legislation during 1987. *Mthly. Lab. Rev.* 111 (3) Mar. 1988, p. 9-16.
- Soloviev, A.  
On the proposed new Soviet pension law. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(1) 1988, p. 76-83.

### 社会福祉

- Brodkin, Evelyn Z.  
False promise of administrative reform: implementing quality control in welfare. Philadelphia, Temple Univ. Press, 1986. x, 156 p. 24 cm.
- Cournoyer, Barry R.  
Personal and professional distress among social caseworkers. *Soc. Casework* 69(5) May 1988, p. 259-64.
- Ferris, James M.  
Use of volunteers in public service production: some demand and supply considerations. *Soc. Sci. Q.* 69(1) Mar. 1988, p. 3-23.
- Janetzke, Norbert  
Computer im Sozialamt: Thesen zur Ambivalenz von Informations- und Kommunikations-Technologien - in der Kopplung mit der gesellschaftlichen Brisanz des Bereichs sozialer Arbeit Teil 1. *Soz. Sicherheit* 37(1) Jan. 1988, p. 25-29.
- Janetzke, Norbert  
Computer im Sozialamt: Thesen zur Ambivalenz von Informations- und Kommunikations-Technologien - in der Kopplung mit der gesellschaftlichen Brisanz des Be-

- reichs sozialer Arbeit Teil 2. *Soz. Sicherheit* 37(2) Feb. 1988, p. 43-50.
- Koch, Franz et al.  
Wohnungserhaltende und -beschaffende Hilfen als Ausgabenfelder der sozialen Arbeit Bericht zu einer Studientagung des Deutschen Vereins. *Nachrichten Dienst* 68(4) Apr. 1988, p. 107-13.
- Patti, Rino J. et al. ed.  
Managing for service effectiveness in social welfare organizations. *Admin. in Soc. Work* 11(3-4) Fall/Winter 1987, p. 1-295.
- Peile, Colin  
Research paradigms in social work: from stalemate to creative synthesis. *Soc. Ser. Rev.* 62(1) Mar. 1986, p. 1-19.
- Rank, Mark R.  
Racial differences in length of welfare use. *Soc. Forces* 66(4) June 1988, p. 1080-101.
- Wright, James D.  
Mentally ill homeless: what is myth and what is fact? *Soc. Problems* 35(2) Apr. 1988, p. 182-91.
- 高齢者問題**
- Arber, Sara et al.  
Gender, household composition and receipt of domiciliary services by elderly disabled people. *J. of Soc. Poli.* 17(2) Apr. 1988, p. 153-75.
- Cheung, Kam-fong Monit  
Home care services for the elderly: cost savings implications to medicaid. *Soc. Ser. Rev.* 62(1) Mar. 1986, p. 127-36.
- Epstein, Lenore A.  
Income of the aged in 1962: first findings of the 1963 survey of the aged (Reprinted from Mar. 1964, p. 3-28). *Soc. Sec. Bull.* 51(3) Mar. 1988, p. 9-31.
- Höft-Dzemski, Reiner  
Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste in der Bundesrepublik Deutschland - Anzahl, Personalstruktur, Leistungsspektrum, Versorgungsdich. *Nachrichten Dienst* 68(3) März 1988, p. 79-84.
- Irelan, Lola M.  
Retirement history study: introduction (Reprinted from Nov. 1972, p. 4-8). *Soc. Sec. Bull.* 51(3) Mar. 1988, p. 32-37.
- Ruchlin, Hirsch S.  
Continuing care retirement communities: an analysis of financial viability and health care coverage. *Gerontologist* BRABQ Apr. 1988, p. 156-62.
- Zur Zukunft der älteren Arbeitnehmer.  
*Soz. Fortschritt* 37(2/3) Feb./März 1988, p. 25-55.
- 保健・医療**
- Baugut, G.  
Zur institutionellen Verankerung der Krankenversorgung alter Menschen: Welchen Beitrag kann das Krankenhaus zur Abwendung des Verlustes an Selbständigkeit alter Patienten leisten? *Soz. Fortschritt* 37(2/3) Feb./März 1988, p. 63-67.
- Hesse, Katherine A. et al.  
House officers' knowledge of geriatric health policy: are the gatekeepers learning the rules? *Gerontologist* 28(2) Apr. 1988, p. 233-36.
- Hilbig, Martin/Renner, Andreas  
Anwendung neuer Informations- und Kommunikationstechniken im Gesundheitswesen - Realität und Fiktion des. *Soz. Sicherheit* 37(1) Jan. 1988, p. 8-17.
- Mallet, Jean-Olivier et al.

- Médecine générale en Italie. *Rev. franç. des Affaires soc.* 41(4) oct.-déc. 1987, p. 121-30.
- McKay, Niccic L.  
Econometric analysis of costs and scale economies in the nursing home industry. *J. of Human Resources* 23(1) Winter 1988, p. 57-75.
- McMillan, Alma et al.  
Nursing home costs for the those dually entitled to Medicare and Medicaid. *Health Care Financing Rev.* 9(2) Winter 1988, p. 1-14.
- Mueller, Keith J.  
Federal programs to expire: the case of health planning. *Pub. Admin. Rev.* 48(3) May/June 1988, p. 719-25.
- National Rainbow Coalition Health Commission  
Health is a human right: a national health program for the United States. *Critical Soc. Poli.* (22) Sum. 1988, p. 80-98.
- Navarro, Vicente  
Arguments against a national health program: science or ideology? *Internat. J. of Health Services* 18(2) 1988, p. 179-89.
- Nyman, John A.  
Excess demand, the percentage of medicare patients, and the quality of nursing home care. *J. of Human Resources* 23(1) Winter 1988, p. 76-92.
- Pahl, Jan/Vaile, Michael  
Health and health care among travellers. *J. of Soc. Poli.* 17(2) Apr. 1988, p. 195-213.
- Prior, Lindsay  
Architecture of the hospital: a study of spatial organization and medical knowledge. *British J. of Sociology* 39(1) Mar. 1988, p. 86-113.
- Rocheron, Yvette  
Asian mother and baby campaign: the construction of ethnic minorities' health needs. *Critical Soc. Poli.* (22) Sum. 1988, p. 4-23.
- Segall, Malcolm  
Primary health care is viable. *Health Planning and Management* 2(4) Oct.-Dec. 1987, p. 281-91.
- Smith, George Teeling ed.  
Health economics: prospects for the future. London, C. Helm, 1987. x, 278 p. 23 cm.
- Steffen, Monika  
Medical profession and the state in France. *J. of Pub. Pol.* 7(2) Apr.-June 1987, p. 189-208.
- Vaughan, Thomas P./Szeto, Deanna  
Diffusion of medical practice patterns in a community hospital. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 22(2) 1988, p. 51-108.
- Weber, Christian  
Fehlsteuerung der Krankenhausfinanzierung Reform der Bundespflegesatzverordnung notwendig. *Soz. Sicherheit* 37(4) Apr. 1988, p. 102-07.
- Wiener, Joshua M. ed.  
Swing beds: assessing flexible health care in rural communities. Washington, D.C., Brookings Institution, 1987. ix, 140 p. 26 cm. Brookings dialogues on public policy.
- Zuckerman, Stephen  
Medicaid hospital spending: effects of reimbursement and utilization control policies. *Health Care Financing Rev.* 9(2) Winter 1988, p. 65-77.

雇用と失業

- Batygin, K.S.  
Material provision for workers and employees in the USSR in the event of industrial accident and occupational diseases. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(4) 1987, p. 399-408.
- Bequele, Assefa/Boyden, Jo  
Working children: current trends and policy responses. *Internat. Lab. Rev.* 127(2) 1988, p. 153-72.
- Braun, Dietmar  
Political immobilism and labour market performance: the Dutch road to mass unemployment. *J. of Pub. Pol.* 7(3) July-Sept. 1987, p. 307-35.
- Casey, Bernard  
Early retirement: the problems of instrument substitution and cost shifting and their implications for restructuring the process of retirement. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(4) 1987, p. 343-60.
- Doss, R.G. et al.  
Employment promotion schemes and the statistical measurement of unemployment. *Internat. Lab. Rev.* 127(1) Jan.-Feb. 1988, p. 35-51.
- Moy, Joyanna  
Analysis of unemployment and other labor market indicators in 10 countries. *Mthly. Lab. Rev.* 111(4) Apr. 1988, p. 39-50.
- Rose, Richard  
Political appraisal of employment policies. *J. of Pub. Pol.* 7(3) July-Sept. 1987, p. 285-305.
- Scharpe, Fritz W.  
Game-theoretical interpretation of inflation and unemployment in Western Europe. *J. of Pub. Pol.* 7(3) July-Sept. 1987, p. 227-57.
- Shank, Susan E.  
Women and the labor market: the link grows stronger. *Mthly. Lab. Rev.* 111(3) Mar. 1988, p. 3-8.
- Standing, Guy  
Could revenue-sharing pay cure unemployment? *Internat. Lab. Rev.* 127(1) Jan.-Feb. 1988, p. 1-18.
- Whiteside, Noel  
Unemployment and health: an historical perspective. *J. of Soc. Poli.* 17(2) Apr. 1988, p. 177-94.

家族問題

- Goldthorpe, J.E.  
Family life in western societies: a historical sociology of family relationships in Britain and North America. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1987. ix, 285 p. 23 cm.
- Laroque, Michel  
Aspects familiaux de la politique sociale de la Communauté européenne. *Rev. franç. des Affaires soc.* 41(4) oct.-déc. 1987, p. 7-18.
- Nye, Ivan F.  
Fifty years of family research, 1937-1987. *J. of Marriage & the Family* 50(2) May 1988, p. 305-16.

統計類

- Central Statistical Office  
Annual abstract of statistics No. 124 1988 ed. London, HMSO, 1988. x, 337 p. 30 cm.
- Dept. of Employment  
Family expenditure survey 1986. London,

- HMSO, 1987. ix, 118 p. 30 cm.  
Dept. of Health and Social Security  
Social security statistics 1987. London,  
HMSO, 1987. 293 p. 30 cm.
- Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik  
Statistisches Jahrbuch 1987 der Deutschen  
Demokratischen Republik. 32. Jahrg. Ber-  
lin, Staatsverlag der DDR, 1987. lv. 24  
cm.
- U.S. Dept. of Commerce/Bureau of the Cen-  
sus  
Statistical abstract of the United States  
1987 107th ed. Washington, D.C., 1986.  
xxix, 960 p. 24 cm.
- UNESCO  
Statistical yearbook 1987. Paris, UNESCO,  
1987. lv. 31 cm.
- World Health Organization  
World health statistics annual 1987. Gene-  
ve, WHO, 1987. xvii, 455 p. ill. 30 cm.
- その他
- Blackorby, Charles/Donaldson, David  
Welfare ratios and distributionally sensi-  
tive cost-benefit analysis. *J. of Pub. Econ.*  
33(3) Aug. 1987, p. 273-304.
- Giesen, Bernhard/Haferkamp, Hans hrsg.  
Soziologie der sozialen Ungleichheit. Op-  
laden, Westdeutscher, 1987. vi, 429 p. 23  
cm. Beiträge zur sozialwissenschaftlichen  
Forsch.
- Milne, Frank/Shefrin, H.M.  
Ex post efficiency and ex post welfare:  
some fundamental considerations. *Econo-  
mica* 55(217) Feb. 1988, p. 63-79.
- Schmidt, Manfred G.  
West Germany: the policy of the middle  
way. *J. of Pub. Pol.* 7(2) Apr.-June 1987,  
p. 135-77.
- Stiegnitz, Mag. Helga  
Sozialanalyse der Frauen in Österreich.  
*Soz. Fortschritt* 37(4) Apr. 1988, p. 90-92.
- Van Praag, Bernard/Van der Sar, Nico L.  
Empirical uses of subjective measures of  
well-being: household cost functions and  
equivalence scales. *J. of Human Resources*  
23(2) Spring 1988, p. 193-210.
- Wixon, Bernard et al.  
Policy analysis through microsimulation:  
the STATS model. *Soc. Sec. Bull.* 50(12)  
Dec. 1987, p. 4-12.
- Wolff, Edward N. ed.  
International comparisons of the distribu-  
tion of household wealth. Oxford, Claren-  
don Pr., 1987. xii, 283 p. 23 cm.