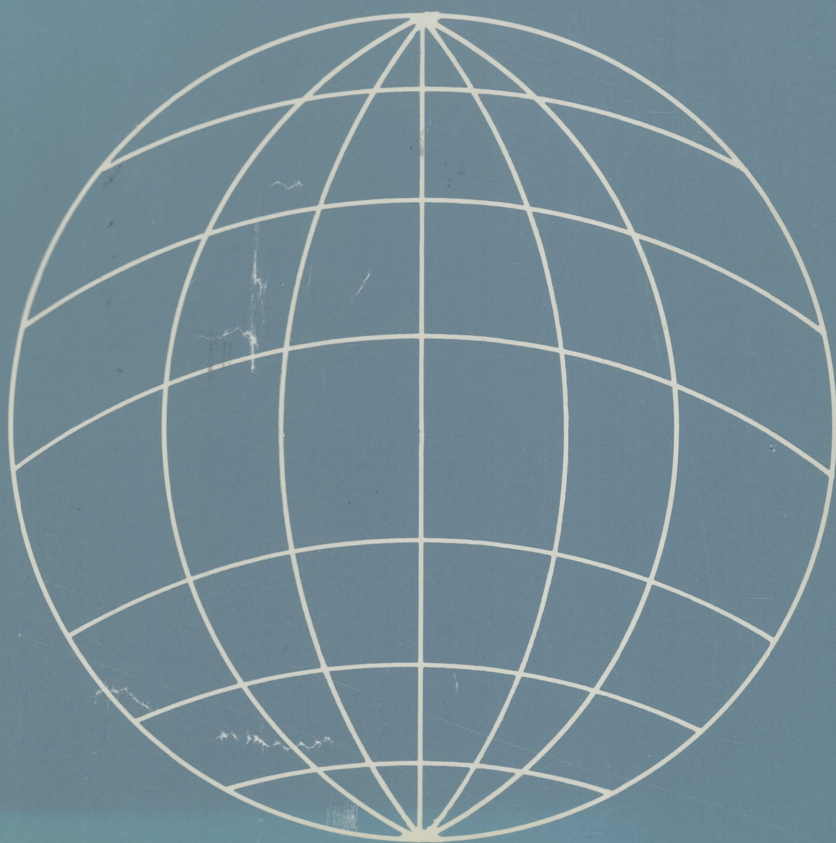


海外社会保障情報

No. 50

June 1980



社会保障研究所

フランス「医師倫理規則」の形成過程

久塚 純一

(健康保険組合連合会社会保障研究室)

I はじめに

筆者は以前フランスの“医師倫理規則(Déontologie Médical Code)”について執筆する機会があった。¹⁾そこにおいて筆者は医療の社会化過程と自由医療の関係をみるための一素材として“医師倫理規則”を位置付けながら、従って、普遍的な意味において観念しうる医の倫理を抽象的に扱うのではなく、社会保障法学(あるいは、その周辺にあるもの)の対象として、規定された具体的な“医師倫理規則”を対象としながら、“医師倫理規則(55年法)”自体の翻訳に紙幅をさく結果となった。また“医師倫理規則”の法的性格等に関しても言及するまでにおよばなかった。その後、“医師倫理規則”は1979年に新しいもの(Décret n° 79-506 du 28 juin 1979, Portant code de déontologie médicale, J.O. du 30 juin 1979, P. 1568)となっており現在に至っている。あらためて述べるまでもなく、制度は純粹空間に存在しているのではないから“医師倫理規則”の制定改廃もそのようなものとして存在していることは言うまでもなく、従って“医師倫理規則”の制定改廃を、あるいはその系譜をそれ自体としてたどることは全く無意味であるとは言えないまでも、余り有意義とはいえない。把握の方法には様々のものが可能であろうが、本稿においては、新しいデクレの紹介もかねながら、もっぱら医療の社会化過程、換言すれば、医師と患者という私(法)的な関係に少なくとも一方を規律する、さらには両方を規律し、両方の関係を規律する制度の制定、展開の過程という史的展

開過程との関係における(その意味では、医療の社会化過程という側面から)“医師倫理規則”の存在構造を検討してみようと思う。従って、本稿はフランスにおける医療の社会化過程のみを把握しようとするものでもなく、医療の社会化過程を“医師倫理規則”という視点から把握しようとしたものでもない。否、逆に“医師倫理規則”に医療の社会化過程の側面から光をあてることにより、その存在構造(あるいは、その一面)を明らかにしようとしたものである。本稿のような視点を設けた意味は医療の社会化過程をより多面的に把握しようとする点に求められる。具体的にあらわれる法の改廃等が単なる一時点の法現象として存在するのではなく、まさに歴史的に存在するものであるということであらためて意識しようとしたものである。

(注) 1) 拙稿「フランスにおける『医師倫理規則』について」〔健康保険組合連合会『国際社会保障研究』23号〕。

II 医師倫理規則の法的地位

医師倫理規則の法的地位については、まず公衆衛生法典¹⁾の第366条が「医師、歯科医師、助産婦の各倫理規則は、それぞれの会(l'ordre)の全国評議会で準備され、行政規則として制定されるためにコンセイユ・デタに提出される」と定めている。²⁾

医師倫理規則の適用範囲については、医師倫理規則の第1条が「本法の規定、特にすべての医師が尊重しなければならない道徳的規律と称される規定は医師会の名簿に登録されている医師、公衆衛生法典

356条の1に定める要件においてあるいは国際条約により職業行為を行うすべての医師、および本法第65条に定める場合において医師の代替、あるいは補助として行為をする医学生に課せられる。以下の規定に違反した場合は医師会の懲戒裁判にかけられる」と規定している。その公衆衛生法典の356条の1は「フランス以外の国において医師の行為につき立法化しているE. C. 加盟国に居住している医師は、医師会名簿に登録されることなしにフランスにおいて職業行為をなす。但し、その行為の実行は様式がE. C. のデクレによって定められるあらかじめ定められた宣言に準じる(以下略)」とする。³⁾

医師倫理規則に違反した医師を懲戒する権限を有するのは、医師会の地区評議会と全国評議会の懲戒部(la section disciplinaire du conseil national)であり、県評議会は懲戒権を有しない(公衆衛生法395条)。すなわち、医師会の中⁴⁾で第一段階として懲戒権を行使するのは地区評議会であり、独自の判断で行うこともあれば、医師会の県評議会、全国評議会、その地区の医師組合、公衆衛生および人口省、県衛生局長、県知事、初審裁判所検事、医師会名簿に登録されている医師によっても提訴なされうる(同417条)。その場合、地区評議会は「当事者の請求あるいは職権により、訴訟審理に役立つと思われる証明に関する事実に関して調査を命令することが出来る」(同419条)。提訴された医師は防衛のため、医師、弁護士名簿に登録されている弁護士の援助を得ることができる(同421条)。審理の記録は地区評議会が保持し、各審理ごとの報告書が作成される(同422条)。地区評議会が適用しうる懲戒罰は、警告、譴責、医業の全部または一部の行使の一時的停止、医師会名簿からの登録抹消等である(同423条)。控訴審は医師会の全国評議会の懲戒部が受けもち、それに対してはコンセイユ・データへの上訴が許されている(同411条)。懲戒裁判と並行して、民事訴訟、訴追等は可能であり(同427条)、登録を抹消された医師は決定が確定した日から算定して少なくとも三年を経過した後関係県評議会へ請求することにより復帰することが

できるのであるが、そこで拒否されれば、再び三年を経過するまで、請求を待たなければならない(同423, 428条)。

医師倫理規則は社会保障法典とも関連をする。社会保障法典257条は「被保険者及び国民の保健の利益のため、1971年7月3日の法律第71-525号の公布の日施行されている別の規定がない限り、医業の自由及び職業的かつ精神的独立の尊重は、患者による医師選択の自由、医師の処方自由、職業上の守秘義務、患者による報酬直接支払い、医師の開業場所の自由という医師倫理の原則によって、確保される」と定める。さらに、診療報酬に関する金庫と医師組合の全国協約に関しても、「……全国協約の承認に先立って、医師会の全国評議会は、医師の倫理規則に関する当該協約の規定について意見を述べる」(社会保障法典262条)としている。

[注] 1) Décret n°53-1001 du 5 octobre 1953,

Portant codification des textes législatifs concernant la santé publique (J. O. 7 oct., P. 8833; R., J. O. 7 nov., P. 10068)。

2) 歯科医師の倫理規則は Décret n°48-27 du 3 janvier 1948 (J. O. 7 janv., P. 218; B. L. D. 1948, P. 72) その改正法としての Décret n°67-671 du 22 juillet 1967 (J. O. 9 août: B. L. D. 1967, P. 530), また助産婦の倫理規則は Décret n°49-1351 du 30 sept., 1949 (J. O. 5 oct., P. 9955; B. L. D. 1949, P. 987) その改正法としての Décret 71-902 du 8 nov., 1971 (B. L. D. 1971, P. 432) により制定されている。

3) この356条の1は Loi n°76-1288 du 31 décembre 1978, Modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions médicales (J. O. 1^{er} janv. 1977, P. 25) の第2条によって定められたものであり、それ以前は1955年の医師倫理規則第1条が「本法は医師会名簿に登録されているすべての医師に適用される」としており、原則として外国人医師には適用されない時代が続いていた。

4) 各保健地区に医師会の地区評議会を置く(公衆衛

生法398条)。

III 医師倫理規則の歴史性

1 医療の社会化の端緒と医師の職業倫理

フランスにおける医療の社会化の端緒の一つは、1894年の「鉱山労働者の扶助および退職金庫に関する法律」¹⁾であり、1898年の「労災責任に関する法律」²⁾である。これらの法律は、公定の金額を特定の者に給付するということにより、従来、医師と患者の間での自由な契約の下に行われてきたフランスの伝統的自由医療の原則の一部を大きく崩すこととなった。1894年法はその7条で「救済会の規約は以下を定めなければならない。1°疾病により労働不能の場合、加入者に与えられる救済、治療の質……」と規定し、1898年法は4条において「事業主はそれに加えて、医療費、薬剤費、葬祭料を負担する。葬祭料は最高100フランと評価される。医療費、薬剤費に関しては被災者が自ら医師を選択した場合は、事業主は各州で行われている無料医療扶助に適用されている額に応じて州治安裁判所判事により定められた額までしか支払う義務がない」と規定する。これらは医師と患者の間の契約の内容となるものではなかったが、限定された層にはあるが、医療費が公的に規定される端緒となったのであり、医師と患者の間の契約にも影響を及ぼしはじめる。

それまでの医師の組織は1884年法³⁾により職業組合(syndicats professionnels)として合法性を認められ(1条)、1892年には、特別の組合団体の承認を得るに至っており⁴⁾、1892年法の13条は「本法の適用から、医師、歯科医師、助産婦は、国、県、共同体の相違によらず、すべての人々に関して、自己の利益を守るために1884年3月21日法の規定により、組合団体を結成する権利を有する」としている。これ以前の医師組合運動は主に医師仲間の相互扶助を行うものであり、古い体質を有する個人主義的色彩の濃いものであり、分裂現象も著しく120近いサンディカの中に1000以上のグループが存在していたとされる。医師達がさらに結合を強めるのは、先述した社会立法の登場=医師と患者の間に第三者が

介入してくることによる。しかし、この結合も古い体質を残存させたままのサンディカであり、従って医師倫理も古い職業集団の職業利益を守る職業倫理であり、その方向から医療の社会化に対応したものである。この医療の社会化過程の端緒において、社会法と接触しない部分における、患者が医師に請求され、支払う医師の報酬の状態はいかなるものであったのであろうか。この点に関して、ここでは訴訟判決を一つの手がかりとして検討してみたいと思う。まず、私的な契約関係である医師对患者の間の関係、特に診療報酬をめぐる関係に、公的機関である裁判所がいかに介入しうるかの点について、1889年4月3日、Loisel対Duchêne事件(D.P.1890.5.31)において、Soissons裁判所の判事は「その紛争を解決する裁判所にとって、契約(convention)のない場合、請求者に支払われるべき報酬を、第一には治療の重要性と医師に対しての患者の距離を考慮して、他方では被告の社会的条件および富の状態を考慮に入れ解決する権限が裁判所にある」ことを確認している。以降、裁判所を通しての医師对患者間への介入は1897年4月3日のFancherand対Boutin事件の判決(D.P.99.2.371)、1900年2月16日のDelage対Jullien事件の判決(D.P.1901.2.206)、1904年1月28日のドクターH対Jabin事件判決(D.P.1904.2.400)、1907年1月15日のOlivierとTapie対Agert事件判決(D.P.1907.5.25)等を通して確立してゆく。ただし、そこでの判断はあくまで、伝統的自由医療の原則内のことであり、その中での濫用等が問題となっているのである。他方、立法を通しての介入は前述した通りである。この時期において古い職業倫理は登場しうるが、本稿が直接扱う意味における医師倫理規則は未だ登場する余地はなかったと言える。

その後、フランスの医師が一気に団結するあるいは、せざるを得ない時期が到来したのは、1928年の社会保険法⁵⁾の成立に対応してのことであった。1928年法は「診療は医師の住居で行われる。……被保険者が他の医師あるいは一般に次項に定める地方の料金より高い報酬を要求するすべての医師に診察

をしてもらおうとするときは、その医師の診察を受けることにより生じる費用の追加は、当該関係者の負担とする」(4条の3)、「現物給付は医師の住居における場合であろうと、病院であろうと、専門医の場合であろうと、契約によって規律し、かつ、通常の組合料金を考慮に入れ、互いに結果をおよぼす金庫と医師組合の間で結ばれた集団契約の地方料金を算定する」(4条の4)とし、1930年法⁶⁾は「診療報酬に関しては金庫の保障する負担部分は、地方において行われる医師組合の最低料金を考慮して金庫がこれを定める」(4条の4)とする。これらは、金庫と医師組合が協約を締結しない限りは、医師を拘束するものではなく、その意味では、実際に患者が医師に支払った報酬とは関係がうすいといえる。しかし、これにより扶助、労災法から更に大きく医師報酬が公的に規定される基礎が出来たのであり、医師達は反対運動を展開する。あたかも普遍的な意味を有するような名称を付された「医療憲章」が、伝統的自由医療を守るために作成されたのは、この時期である。

〈医療憲章〉

1. 患者による医師の自由選択。
2. 職業上の守秘義務。
3. 治療方法、治療費の医師と患者の直接契約。
4. 治療方法の自由。
5. 金庫による患者の監督および医師組合による医師の監督。

ここに、サンディカと結合する意味における、医師自らが自治をする倫理規則の基礎が出来上ったと言える。

2) コルポラティズムと医師倫理規則

1928年、1930年の社会保険法において、一方では、医師と金庫の自治が確認されたが⁷⁾、他方では、医師および金庫を包括した、社会保険的立場からする秩序が規律される。それは、1928年法⁸⁾、1930年法を通じ1935年⁹⁾には、一層顕著になる。すなわち、社会保険法が成立した時点で、すでに、社会保険、社会保障という普遍化された目的からする、医師の倫理

秩序の基礎ができ上っていたのである。ところが、この秩序は、その後、第二次大戦へと時代が進むにつれて、従来の医療の社会化とは次元を異にする社会的な秩序の要求とも結合しはじめる。そのようななかで、医師組合運動もコルポラティズムの影響を受け、1939年、上からの直接的秩序化と微妙に呼応しながら、むしろ積極的に自ら、内部規律たる医師倫理規則を作成するに至った¹⁰⁾、すなわち、コルポラシオン化しつつあった医師組合に自治的な倫理規則を作成させることにより、間接的に衛生行政秩序は確保されていたのである。

医師の秩序維持のための倫理規則が内部規則から一歩進むのは、1940年10月7日法¹¹⁾の成立を契機とする。1940年法は「医師会評議会と称される専門職評議会によって資格を与えられた者以外は、いかなる者も医業を行ってはならない」(1条)とし、その医業行使のための資格として、医師の道徳的要件が課され、それに違反した者には医師会の県評議会、上級評議会が懲戒罰を宣する(4, 7, 8, 9, 12, 13条)。上級評議会の決定に関しては、コンセイユ・デタに越権訴訟を提起しうるし(14条)、この懲戒裁判は刑事、民事裁判を妨げるものではない(15条)。この懲戒裁判の訴の提起が可能なのは「秘密委員会で設けられる評議会の構成員の請求」、「医師会上級評議会が精通した内務大臣の命令」(12条)となっており、このことも当時の医師倫理の存在構造を明らかにする。すなわち、伝統的自由医療から医療の社会化の端緒にみる医師倫理が職業集団から発生する職業倫理であったのに対し、ヴィシー体制下にみられる医師倫理は、体制イデオロギー化した新しいコルポラティズムに導かれたものであり、国家的衛生行政を医師会に移譲するという形をとったものである。医師会が医師を監督する行為はもはや私的なものではなく、公役務の性格を有するとされた。1943年4月2日のコンセイユ・デタの判決(Bouguen 事件判決)は以下の様に言う¹²⁾。事件は、ある医師が医師会の内部規則たる倫理規則27条(27条は、医師は原則として複数の診療所を設置してはならない…… l'interdiction de créer plusi-

eurs cabinets de consultation ……と規定している)に違反して、第二の診療所を作ろうとしたことをめぐる医師会決定の取消訴訟に関するものであるが「立法者は医業行使の組織と統制を公役務(service public)にしようとした。医師会の上級評議会は公施設を構成するものではないが、当該役務の運営に協力している。上級評議会がこの資格で下した決定、とりわけ、医療に関する事柄の法令の遵守を確保する任務を上級評議会に与えた1940年10月7日の法律第4条の適用としてなされた決定に対して提起された訴えを審理することはコンセイユ・デタの権限に属する」とした。ブガン判決は、医師会の性格について、医師会の目的である職業倫理の確保という面での活動は、公役務の性格を有することを確認したといえる。同時期のコンセイユ・デタ判決として、1945年2月2日のMoineau事件決定¹³⁾、1945年5月4日のKloz事件判決¹⁴⁾をあげうる。

その後、数回の改正¹⁵⁾を経て1942年に至り、医師会は本格的に編成される¹⁶⁾。42年法は「医療行為を行う資格のあるすべての医師から成る全国医師会を設立する。医師会は医師の名誉、倫理、規律を守る。……」(1条)とし、第三部の第二章の40条以下において懲戒裁判に関して規定する。すなわち、「医師会の地区評議会は法律ならびに倫理規則の規定に定められた職業の名誉、道徳、義務を欠く医師、歯科医師を召喚する。訴訟は地区評議会による開始、医師会の全国評議会の請求、医師会の全国評議会の歯科部、あるいは県評議会、あるいは公衆衛生相の命令により開始される。……」(40条)、「地区評議会は以下の罰を宣告しうる。評議会の議会における警告；一身上の記録を残す譴責；最長5年継続して医業、歯科医業を行使する権利の一時的停止、名簿からの抹消を含んで、医業、歯科医業行使の永久的禁止」(41条)とした。

コルボラティスムに導かれ、医師の秩序を維持してきた医師会は、第二次大戦末期に解散をすることになる¹⁷⁾。新たな医師会の下で、新倫理規則が定められるのは戦後、間もなくのことである。

3) 第二次大戦後の医師倫理規則(47年法)

1940年に解散させられた医師組合は1944年に再建される¹⁸⁾。

他方、第二次大戦末に解散した医師会も1945年法により再建される¹⁹⁾。

ここに、医師を代表する組織として、医師組合と医師会が並存することとなったのである²⁰⁾。

本稿の扱う医師倫理は戦後も医師会の役割りと関連する。1945年法はその66条で「医師、歯科医師、助産婦の各倫理規則は、それぞれの会(l'ordre)の全国評議会で準備され、行政規則として制定されるためにコンセイユ・デタに提出される」と規定した。

医師会の懲戒に関しては33条以下において規定されるが、第一段階として懲戒権を有するのは医師会の地区評議会であり(33条)、その控訴審は医師会の全国評議会の懲戒部が受けもつ(44条)。懲戒裁判は医師会の地区評議会が独自の判断で着手することも可能であり、その他に、医師会の全国評議会、県評議会、その地区の医師組合、公衆衛生省、保健および扶助地区事務局長、県知事、初審裁判所検事、医師会名簿に登録されている医師によっても提訴が可能である(34条)。宣告される罰は、警告、譴責、三年を超えない一時的医業の禁止、医師会名簿からの抹消等である(36条)。

戦前の医師倫理が古い職業倫理と結合し、医療の社会化に対応し、戦時中の医師倫理規則が新しい意味でのコルボラティスムに導かれたものであったのに比較して、戦後の医師倫理規則は提訴なしうる者にもみられる如く、より広い意味で、国民の保健という視点をそなえたものとなっている。ただし、戦後、医師のサンディカが復活し、医療の社会化の更なる展開²¹⁾に対応した結果、形態的には伝統的自由医療を確認する規定が明確に残存している。

1945年法の66条に基き制定された1947年の医師倫理規則²²⁾の具体的内容を紹介しておく。

医師倫理規則に関する1947年
6月27日のデクレ n°47-1169
(J.O. 28 juin, P. 5993)

(1条) 本デクレは医師会名簿に記載されるすべての医師に適用される。

本法に違反した場合は医師会の懲戒裁判の対象となる。

第一部 医師の一般的義務

(2条) 自己の職業外においても、医師は信用を失わせるようないかなる行為もおこなってはならない。

(3条) 他の治療が確保できないのなら、不可抗力の場合を除き、医師はその専門を問わず、急を要する病人に対して特別至急の手当をしなければならない。

(4条) 明らかに法に反する場合を除いて、職業上の秘密保持義務はすべての医師に課される。

(5条) その遵守が法規に違反する場合、社会的医療サービス制度の合理的作用を危くする場合あるいは正常な発展を危くする場合を除き、以下に宣されるフランス医療の伝統的原則を守るとはすべての医師の義務である。

その原則は以下の通り：

患者による医師の自由選択

医師の処方自由

診療報酬につき、患者と医師の直接契約、

患者から医師への診療報酬直接支払い

(6～9条略)

(10条) 医療行為はいかなる場合においても、いかなる態様においても営業として行ってはならない。

以下の行為は特に禁止される。

1° 例外的場合で県評議会の許可を受けたもの、あるいは至急の場合で資格をそなえた代理人の許可をもっている場合を除き、広告あるいは商業的身分の一身上の公示、とくに新聞あるいはラジオ放送によるアピール。

2° もっぱら科学的教育的目的を有しない見せ物。

3° そこにおいて医師が職業上の完全な独立性を有しない治療のための商業的合意営業。

(11条) 処方箋および年報に記載してよい事項は以下の通りである。

1° 患者との関係に便宜を与える表示、すなわち、名前、洗礼名、住所、電話番号、診療日および時間、郵便預金口座。

2° 保健および人口省の承認を得、条件について医師会全国評議会で検討され、県評議会に通知された医師の専門科名。

3° 医師会全国評議会で承認された肩書、職務名。

4° フランス共和国により認められた医師の区分。

(以下略)

(12～22条略)

第二部 患者に対する医師の義務

(23～26条略)

(27条) 至急でない場合および人道上の義務がない場合は、医師は常に職業上のある一身上の理由により治療を拒否する権利を有する。

(28～35条略)

(36条) 医師は常に自分自身で報酬の覚え書きをつけなければならない。それは落ちるところなくつけられなければならない。

決定の基礎となるものは患者の財産状態、医師の知名度、医師の特別の事情である。

医師は患者に対して報酬覚え書きの説明を拒んではならない。

(37条略)

(38条) 医師がその近親者、同僚および世話になっている人、医学生、サービスをしてもらっている人、直接に協力、補助をしてもらっている人、親密な友人に対して無報酬で世話をすることは慣例である。

医師はあらゆる報酬受領の際、不正をなしてはならない。

(39～43条略)

第三部 社会的医療に対する医師の義務

(44～50条略)

第四部 同業者の義務

(51～72条略)

第五部 準医療従事者および医療補助者に対する医師の義務

(73～75条略)

第六部 雑則

(76~79条略)

(4) 公衆衛生法典と医師倫理規則(55年法)

1953年、公衆衛生法典が成立する。それに伴い医師倫理規則も新たなものとなった²³⁾。47年の倫理規則と比較して、55年の倫理規則の特質は、条文が簡略化された点、倫理一般が前面に出た点にみられるが、とりわけ第三部(44条~50条)の社会医療に対する医師の義務の部分の改正には注目すべきであろう。医師の倫理が、まさに社会化されつつある医療の中での倫理にその姿を変えようとしている時期であったといえよう。従って、倫理は特殊な職業集団の倫理から、その職業集団が社会化することを通じて、普遍的な意味における倫理、あるいは公衆衛生的倫理に接近していったといえる。

1947年6月27日付の行政規則 n° 47-1169
に代えて医師倫理規則を定める 1955年
11月28日のデクレ n° 55- 1591 (J. O. 6
de'c., P. 11856; R., J. O. 18 de'c.,
P. 12292)

(1条) 本デクレは医師会名簿に登録されているすべての医師に適用される。

本法に違反した場合は医師会の懲戒裁判の対象となる。

第一部 医師の一般的義務

(2条) いかなる場合においても、生命および人間個人の尊重は医師の第一の義務である。

(3条) 医師は患者の状態、国籍、宗教、評判および医師に与える感情がいかなるものであろうと、すべての患者に同等の意識で治療しなければならない。

(4条) 治療および医療行為の質を低下させるような場合は、いかなる場合でも、医師はその職務を行使しなくてよい。

(5~6条略)

(7条) 法に違反する場合を除いて、職業上の秘密保持義務はすべての医師に課せられている。

(8条) 以下に述べるフランス医療の伝統的原

則はすべての医師に義務として課されている。ただし、その遵守が法規に違反する場合、社会的医療サービス制度の合理的作用を危くする場合、あるいは正常な発展を危くする場合はこの限りでない。

その原則は：

患者による医師の自由選択。

医師の処方自由。

診療報酬内容につき、患者と医師の直接契約。

患者から医師への診療報酬の直接支払い。

(9~10条略)

(11条) 医業は営業として行われてはならない。

以下は特に禁止される：

1° 直接、間接を問わず、すべての広告行為。

2° 医学に関連し、もっぱら科学的、教育的目的を有しない見せ物行為。

(12~27条略)

第二部 患者に対する医師の義務

(28~34条略)

(35条) 至急でない場合、人道上の義務がない場合、医師は常に職業上、あるいは一身上の理由により治療を拒否する権利を有する。

(36~39条略)

(40条) 医師は常に自分自身で報酬の覚え書きを記録しなければならない。(報酬)の評価の基礎となるものは、患者の財産状態、医師の知名度、医師の特別の事情である。

医師は患者に対して報酬覚え書きについての説明を拒んではならない。

(41~46条略)

第三部 社会医療に関する医師の義務

(47~58条略)

第四部 同業医師の義務

(59~73条略)

第五部 準医療従事者および医療補助者に対する医師の義務

(74~76条略)

第六部 雑則

(77~80条略)

このように、戦前、戦時を通じて変遷してきた医師倫理規則は、その性格の変化を懲戒裁判の変化を通じても把握しうる。すなわち、当初、医師の職業利益という観点から主張されてきた職業倫理としての内部規律たる医師倫理は、戦後、医師達が医療の社会化に抵抗したこともあり、公衆衛生、社会化された医療、あるいは社会一般からという立場に立った懲戒裁判へと変化していったといえる。²⁴⁾

〔注〕

- 1) 29-30 juin 1894-Loi sur les caisses de secours et de retraites des ouvriers mineurs: J.O. du 30 juin 1894; Bull., n° 28190.
- 2) 9-10 avr. 1898 - Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail: J.O. du 10 avril 1898.
- 3) 21-22 mars 1884. - Loi relative a la création des syndicats professionnels (Bull., 14353). 本法の第1条は「1791年6月14-17日法及び刑法典416条を廃止する。刑法典291条, 292条, 293条, 294条及び1834年4月10日法は職業組合には適用されない」とする。
- 4) 30 novembre - 1^{er} déc. 1892. - Loi sur l'exercice de la médecine (J.O. du 1^{er} déc.).
- 5) 5 avril 1928. - Loi sur les assurances sociales (J.O. du 12 avril).
- 6) 30 avril 1930. - Loi modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales (J.O. du 1^{er} mai).
- 7) 1928年の社会保険法は7条の1で「金庫はサービス全体に関する一般的監督, その施設に関する収容上の管理を行う。医師組合は金庫の請求により, または, 自発的に自ら技術的サービスを確保する方法を監督する」と規定する。
- 8) 1930年法も7条の1で1928年法7条の1と類似の規定を置いている。
- 9) 28 oct. 1935 - Décret modifiant le régime des assurances sociales (régime applicable aux assurés du commerce et de

l'industrie) (J.O. du 31 oct. 1935; R.J.O. des 7, 11-12-13, 20, 22, 25-26 nov., et 1^{er} janv. 1936).

10) フランスにおける医師会設立の準備過程およびヴィシー体制下の医師組織に関しては、拙稿「ヴィシー体制下における医師組織」〔健康保険組合連合会『国際社会保障研究』25号〕; P. Boudin, Le syndicalisme médical, Paris, 1919; M. René de Lacharrière, Note, L'ordre des médecins et l'ordre des architectes, Droit social, n° 1, 1941, P. 21。

11) Loi du 7 octobre 1940, Instituant l'ordre des médecins (J.O. du 26 oct. 1940, P. 5430)は、医師会を設立し、労働法典III編によって規定される協同組合 医師組合を解散させた(17条)。

12) ブガン事件判決〔C. E. 1943. 4. 2. Bouguen, Sirey III. 1., Dalloz, 1944, P. P. 52-55〕に関しては Le contentieux des décisions du conseil supérieur de l'ordre des médecins, Arrêt du Conseil d'Etat du 2 avril 1943, avec une note de M. M. Martin, Droit social, n° 7, 1943, P. P. 242-245; Long=Weil=Braibant, Les grands arrêts de la jurisprudence administrative [5^e édition] P. 226-。

13) Arrêt du Conseil d'Etat du 2 fevr. 1945, avec une note de C. A. Colliard, Recueil Dalloz, Jurisprudence, 1945, P. P. 269-273。

14) Incompatibilité de l'exercice de la médecine avec une autre activité professionnelle, Arrêt du Conseil d'Etat du 4 mai 1945, avec une note de M. B. F., Droit social, 1945, P. P. 254-255。

Kloz 事件において、コンセイユ・デタは「医師会の全国評議会の懲戒部は、Kloz の商人的活動が医師の品位に反し、職業倫理に反することを有効に判断なしうるものである」とした。

15) Loi du 2 août 1941, Modifiant l'art. 18 de la loi du 7 oct. 1940 instituant l'ordre des médecins (J.O. du 3 août 1941, P. 3238); Loi du 26 nov. 1941, modifiant la loi du 7 oct. 1940 instituant l'ordre des médecins (J.O. du 29 nov. 1941, P. 5143); Loi du 31 déc. 1941, Modifiant et complétant la loi du 7 oct. 1940 instituant l'ordre des médecins (J.O. du 9 janv. 1942, P.143; R., J.O. du 20 janv., P. 286). 1941年12月31日の法律は、その1条で倫理規則につき明文規定をしている。

16) Loi n° 794 du 10 sept. 1942, relative à l'ordre des médecins et à l'organisation des professions médicale et dentaire (J.O. du 18 sept. 1942).

17) Décret du 18 oct. 1943, portant suppression de l'ordre des médecins (J.O. 21 oct 1943 et 12 sept. 1944, ann., P. 35); Décret du 25 janv. 1944, Complétant le décret du 18 oct. 1943 portant suppression de l'ordre des médecins (J.O. 29 janv. et 12 sept. ann., P. 53).

その後、医師会、医師組合が再建される前段階として、1944年12月11日のオルドナンス [Ordonnance du 11 décembre 1944, Creant des organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales (J.O. 12 déc., P. 1836)] が医師会と医師組合の両性質を有する評議会を作る。

18) Ordonnance du 15 décembre 1944 relative au rétablissement des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sage-femmes (J.O. 17 déc., P. 1932; R., J.O. 20 déc., P. 1972)

; Ordonnance n° 45-2721 du 2 novembre 1945, Modifiant l'art. 17 de l'ordonnance du 15 déc. 1944 relative au rétablissement des syndicats de médecins, de

praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sage-femmes (J.O. 5 nov., P. 7301). 1944年法はその第1条で「1940年6月16日に存在し、フランス国政府と自称する事実上の権力により解散させられた医師、歯科医師、薬剤士、助産婦の組合およびそれらの組合協会、組合連合は、それらが解散時に有していた権利および権限の範囲において再建される」と規定している。

19) Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, Relative a l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme (J.O. 28 sept., P. 6083, R., J.O. 30 sept., P. 6126).

20) P. Ciblie, La coexistence des ordres et syndicats professionnels: 1 - La coexistence de l'ordre des médecins et des syndicats professionnels médicaux, Droit social n° 6, 1954, P. 334.

21) Ordonnance n° 45-2250 du 4 oct. 1945, Portant organisation de la sécurité sociale (J.O. 6 oct., P. 6280); Ordonnance n° 45-2454 du 19 oct. 1945, Fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles (J.O. 20 oct., P. 6721; R., J.O. 8 nov., P. 7367); Loi n° 46-1146 du 22 mai 1946, Portant généralisation de la sécurité sociale (J.O. 23 mai, P. 4475). これらは戦後の包括的社会保障構想の基礎をなす。

22) Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947, Portant code de déontologie médicale (J.O. 28 juin, P. 5993). 確かに、この47年法はヒポクラテスの医の倫理をはじめ雑多な内容を含んでいたといえよう。J. Doublet, Le code de Déontologie de la profession médicale, Droit social, n° 8, 1947, P307.

23) Décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955, portant code de déontologie médi-

cale et remplaçant le règlement d'administration publique n°47-1169 en date du 27 juin 1947 (J.O. 6 déc., P.11856 ; R., J.O. 18 déc., P. 12292).

(24) 1955年法の26条(26条は、その後段で、医師によって交付される証明書はすべて手書きの署名捺印を必要とする、と定めている。)に関する事例として、1966年4月22日のコンセイユ・デタ(Section de Contentieux)の判決は、(i)医師が被保険者の提出した書類に署名しない場合、医師は懲戒裁判にかけられること、(ii)書類に主治医の署名がなくとも被保険者は給付を受けうることを確認している。このことは、医師と患者の関係が、医師と(被保険者としての)患者の関係として把握され、医師倫理規則もそのような医師と患者の関係にある医師に適用されるようになったことを示すといえる。同じく、26条に関するものとして、1967年2月8日のコンセイユ・デタの判決がある。その他、治療の請負を原則として禁止した42条に関する1974年3月1日のコンセイユ・デタの判決、医師会相互の独立の尊重に関する71条に関する1969年1月17日のコンセイユ・デタ判決がある。

IV 1979年のデクレによる 医師倫理規則

以上述べてきた過程を経て、1979年に制定されたものが現行の医師倫理規則である。ここに至るまでに、医療の社会における存在構造は更に社会化を進め、自由医療の残存する余地は極めて限定された。社会化の一つは医師組合と金庫との間の全国協約であり¹⁾、他の一つは戦後進められてきた包括的社会保障への飛躍的發展である²⁾。

79年の医師倫理規則は、前述した通り、まず、その人的適用範囲を拡大する。さらに、全体的な構成をみるならば、1条、1部(233条)医師の一般的義務、2部(34~49条)患者に対する義務、3部(50~62条)医師とその他衛生関係者との関係、4部(63~86条)形態ごとの特別規則〔私的施設にお

ける行為63~74条、賃金労働による医業行為75~79条、監視医療の行為80~83条、鑑定医療の行為84~86条〕、5部〔87~93条〕雑則、である。

今回の倫理規則で注目すべきは、55年法において「フランス医療の伝統的原則」……①患者による医師の自由選択、②医師の処方自由、③診療報酬について患者と医師の直接契約、④患者から医師への診療報酬直接支払い(8条)が、前面から姿を消し、6条に「医師は、患者が自己の医師を自由選択するというすべての人が有する権利を尊重し、また、そうすることが容易であるように努めなければならない」とする規定が名残りをとどめたにすぎない。さらに55年法までにおいて複雑に規定されていた人工中絶に関して(38, 39, 42条)は「医師は法律の留保がある場合を除き人工中絶をしてはならない。医師は自発的人工中絶の要求を実行することを拒否する自由を常に有する」(79年法21条)とされた。これは、人工中絶法(Loi n°75-17 du 17 jan. 1975)との関係であろう。1964年のヘルシンキ宣言等の影響を受けたと思われる規定もみられる。それは「緊急で不可能な場合以外、利害関係への通知、および彼らの同意を得た後でなければ、極めて重大な医学的理由がない場合、いかなる切断もなされてはならない。器官の採取は法律の留保がある場合以外なされてはならない」(22条)とするものである。

79年の医師倫理規則は、法形式から言えば47年法から55年法へと改正された時以上の改正であったといえる。しかし、医療が普遍化した社会保障医療として存在するに至っている今日、医師倫理規則はその法内容においても、公衆衛生法的性格を有する一般化された医の倫理に接近したといえる。今少し述べるなら、普遍化した社会保障法典に、社会保障的立場からする訴訟(社会保障法典403条以下)が存在することにより、医療が社会化した今日においては医師倫理規則は影をうすくし、従って、より一般的な規定へと、そして公衆衛生法規へとその姿を転換していったといえる。

[注]

1) Arrêté du 29 oct. 1971, Portant

approbation de la convention nationale des medecins (J.O. 31 oct., P.10758) ; Loi n°75-603 du 10 juillet 1975, Relative aux convention entre les caisse d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et les praticiens et auxiliaires médicaux (J.O. 11 juill., P. 7127) ; Approbation de la convention nationale des medecins (J.O. 1^{er} avril 1976, P.1978) ; この協約が最近新しいものとなっている。ただし, F.M.F. (la Fédération des Médecins de France) のみが締結している。Arrêté interministériel du 5 juin 1980 (J.O.N.C. du 6 juin), la nouvelle convention conclue le 29 mai。

2) 戦後の制度の拡大する過程において, 一つの転期となったのは「全フランス人共通の社会的保護に関する法律」〔Loi n°74-1094 du 24 déc. 1974. Relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoire (J.O. 26 déc., P. 13020)〕であり, 「社会保障の普及化に関する法律」〔Loi n°75-574 du 4 juillet 1975, Tendat à la généralisation de la sécurité sociale (J.O. 5 juill., P. 6811)〕である。その後, 78年の二つの法律が更に包括的社会保障をめざして制定される。Loi n°78-2 du 2 janvier 1978, Relative à la généralisation de la sécurité sociale (J.O. 3 janv. P. 145) ; Loi n°78-4 du 2 janvier 1978, Relative aux regimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, vieillesse, applicable aux ministres des cultes et membres des congrégation et collectivités religieuses

(J.O. 3 janv., P.147)。

V むすびにかえて

医師達が自らの職業倫理を医療の社会化過程に対応して強く主張したことは, 医師達の意図するところとは反対に, 医療の社会化の流れの中に自由医療の化身ともみなされる医師倫理規則をも, まき込むこととなる。さらに加えて, ヴィシー体制下において, プガン判決が, 1940年法による医師会による医師の統制は公役務であると判断していることに示されているように, 医師倫理規則は体制イデオロギー化したコルポラティズムと結合した。戦後における医師倫理規則は, それからまた一つの展開をみせる。すなわち, 戦時政策とは異なり, 医師倫理規則は戦後の保健, 社会保障行政と結合する。当初, 医師達は自由医療に対応すべく自治的規律を確保した。しかし, 一方で医療の社会化に対応すべく, 他方でコルポラティズムの影響を受け, 医師倫理, 懲戒権が行政規則によって定められると, 医師倫理, 懲戒権は医師という特殊な職業集団の手をはなれ, 一般的な医師倫理, 懲戒権へと転換する。医療自体がもはや私的な関係として存在しえなくなるに従い, すなわち, 医療の社会化が進めば進む程, 医師倫理規則も社会化された医療の場における倫理規則として存在するに至るのであり, その時点において, 医師倫理規則は, 医師自らの自主的なものから, コルポラシオンを経て, さらに, 社会化された医療の共同体の場における倫理規則として存在するに至るのである。そのことは, 医師倫理規則の機能的側面からいえば, 医師達の自由医療確保の武器としての医師倫理規則から, 医師以外あるいは医師を含めて全体的利益という側面から主張される, より普遍的な性格を有する医師倫理規則へと展開していったと言える。この変化は, 単に法形式的次元にとどまらず, 訴訟の形態にみられる法現象としてもあらわれりことはすでに見た通りである。

医療の社会化に対抗すべく登場した医師倫理は, 医者对患者の関係自体が社会保障の拡大により, 社

会化されたものとして位置付けられ展開する以上、もはや、純粹に抽象的な医師と患者のものとして存在し得ず、せいぜい社会化された医療の中での医師と患者の関係等における医師倫理規則として存在するのであり、その存在構造は、当初自由医療原

則の確認をその主な内容としながらも、社会化された医療（社会保障医療）の側から、その意味では、医師を含めて社会全体の主張する医師の倫理へと転化してきたといえる。

海外トピックス

老人健康保険（メデケア）の保険料，一部負担の値上げ

（アメリカ）

1980年1月から、メデケアの保険料などが値上げされることになった。主な変更は次のとおりである。

メデケア保険料の対象となる収入の上限は、今までは22,900（年収）ドルだったのが、25,900ドルに引き上げられる。保険料率は従来通りで、被用者のばあいは6.13%（給与などにたいして）自営者のばあいは8.10%（収入にたいして）である。

保険料が減免される収入額は、今までの4,500ドル（年収）から5,000ドルに引き上げられた

（65歳から71歳までの対象者）。

メデケアの病院保険給付における入院時（前）一時患者負担金額は、今までの160ドルから180ドルになった。また、入院後の一部負担は下記のように引き上げられた。

	入院日数 61日目～ 90日まで	入院日数 90日を越 えるばあい
〔旧〕	1日 40ドル	1日 80ドル
〔新〕	1日 45ドル	1日 90ドル

メデケアの下での任意加入となっている付加的医師保険（SMI）の保険料は、月額8ドル70セントから9ドル60セントに引き上げられた。

Social Security Bulletin,
January 1980, Vol. 43, No. 1, P. 1

（国立公衆衛生院 前田信雄）

英国における所得保障政策の動向

井口直樹

(厚生省在イギリス社会保障制度調査員)

はじめに

周知のように、ペバリッジ・リポートを基に戦後一早く築き上げられた英国の所得保障制度は、今日に至るまで、大きな制度的枠組みはほとんど動いていないと言える。

しかし、このことは決して、英国の所得保障制度が完成したということも意味していない。むしろ、国民保険制度(とくに年金制度)に見られるように、実質的には「未成熟」とも見られるし、また、補足給付水準以下の低賃銀労働者の問題に見られるように「未完成」という面も数多くあるというのが実態である。

そこで、こうした未成熟、未完成な分野をめぐって、戦後の英国の所得保障政策がどのように展開してきたかを概観してみようというのが本稿の目的である。したがって、既存の国民保険制度、補足給付制度等についての解説は一切省略し、1960年代以降に実施あるいは立案された新政策に専ら焦点を当ててその内容、問題点そして、その若干の評価を試みてみたい。

I 所得保障政策の見直し— 「貧困の再発見」

(1) 新たな問題

国民保険制度(National Insurance)、国家扶助制度(National Assistance—現在の補足給付制度)、家族手当制度(Family Allowance)及び各種の減免税措置の四つの制度を軸として出発

した戦後の英国の所得保障制度にとっての最大の問題は、ペバリッジの見通しとは異なり、国民保険制度の拡充がそれ程進まずこれを補完する国家扶助制度が予想に反し、大幅に拡大していったことであろう。このことは、国民保険制度の創設にもかかわらず、国家扶助に頼らなければならぬ人々の増大を意味し、それだけで、一つの大きな問題をはらんでいるが、むしろ、政治的にはそのことよりも、国家扶助申請に伴うスティグマ(Stigma—屈辱感)により、その申請率が低いこと(特に老人に)の方が問題とされ、この問題の解決が戦後の英国の所得保障政策の焦点の一つとなってきた。

しかし、こうした基本的な問題をはらみながらも、英国の所得保障の体系は、先進諸国に先がけるものであろう。1950年代を通じて、大方の問題は片づいたというのが一般的な認識であったと言われている。

こうした従来の認識を破る新たな問題が姿を見せ始めるのは1960年代に入ってからである。すなわち、国家扶助の水準を下回る所得しか得ていない世帯(とくに子供をかかえた労働者世帯)が予想外に多く存在することが明るみに出てきたのである。これがいわゆる「貧困の再発見」である。この問題は、いわば、従来の所得保障体系のエア・ポケットから生れてきたものであるが、以降この問題は英国の所得保障政策のもう一つの焦点となっていく。

(2) 「貧困の再発見」

さて、それでは、このような「貧困の再発見」はどのようなプロセスで行われ、いかなる形で所得保

障政策の改革に結びついて行ったのであろうか。まず、「貧困の再発見」が行われた経緯について見てみたい。

問題はすでに1960年代初頭に顕在化しつつあった。国家扶助(補足給付)は、1975年に廃止されるまで、その額が従前所得を超える場合には、削減されることとされていたが(これは“wage stop”と呼ばれた)このwage stopに引掛る失業者が1962～3年の間に大幅に増大し、国家扶助額以下の水準の低賃銀労働者の存在が図らずもクローズ・アップされたのである。しかし、この問題は国会でも取り上げられながらも、それが、本格的な政治問題に発展するのは、ティトマスらの学者達の積極的な問題提起を待たねばならなかった。

ところで、貧困(poverty)の概念は、ロウン トリー(Seebom Rowntree)の研究以来「生存」(Subsistence)の概念を中心とした絶対的な尺度で定義されるのが英国における支配的な考え 方であり、ベバリッジもこの考え方に従って最低 生活水準の確保を図ろうとし、実際当初の国家扶助 額の設定に当たっても基本的にロウン トリーの考え 方が採用されている。したがって、この概念に従う 限り、国家扶助制度の創設によって、問題の大方は 片づいたと考え、貧困問題に対する一般の関心が薄 らいだのも自然の成り行きと言える。

しかし、一方、こうした絶対的な貧困の解釈の問 題点を指摘し、それに代わる相対的な概念をつくり 上げる努力が1950年代を通じて一部の学者達によ って行われていた。この中心がリチャード・ティト マス(Richard Titmuss)、ブライアン・エーベ ルスミス(Brian Abel-Smith)、ピーター・タ ウンゼント(Peter Townsend)らのロンドン・ スクール・エコノミクスの学者でその成果が1960 年代に入って実を結びつつあった。

彼らは、その相対的な貧困概念の基準として、政 府が国会を通じて決める国家扶助額を採り、これを もって、英国における貧困問題の分析に当たったの である。絶対的基準による貧困の定義が実態にそぐ わないことは認められるにしても、何をもって相対

的基準とするかは現在でも論議が多いが、彼らが国 家扶助額をもってその基準とした最大のメリットは、 それが国会の決定を通じた国民のコンセンサスによ るということであろう。一たん、生存費的基準から離 れて、どの程度の生活内容なら貧困か貧困でないか を何らかの客観的な基準をもって決めることは至難 なことであるが、これは結局、こうした貧困な人々 に援助をする一般国民が決めることだとすれば、複 雑な議論をせずに、一般の質問を得られやすいと いう判断があったとも解されるが、その裏には絶対 的な基準になるとは言いつつも、実際には徐々に国 家扶助額が実質的に引上げられてきたという事実が あった訳である。

ところで、彼らは更に、貧困線を引くに際して単 に国家扶助の基準額(Scale Rate)を使うので は多く、それに40%を上乗せした値を使用した。こ の40%の理由は、基準額の中には、家賃に対する補 助額やその他の特別事情に対する補助額等が含まれ ず、これらを併せた額はほぼ基準額の40%に当たる ということであった。

そして、この基準をもって調べてみると、国家扶 助基準額未満の低所得世帯が全体の4.7%(人数では 3.8%)、国家扶助額の140%未満の低所得世帯は 17.9%(人数は14.2%)に上ることが明らかになっ た上に、高齢者が圧倒的であろうという予期に反し こうした貧困世帯に225万人にも上る児童が含まれ ていることが分かったのである。

(3) 学者グループの活躍—CPAGの創設

以上が、「貧困の再発見」がなされるまでの経過 であるが、これが、更に政策決定に結びついて行く には、これら学者グループの努力が必要とされた。

ティトマスらの学者グループは、その政策プレ ンとしてすでに、時の労働党政府と親しい関係を有 しており、彼らの研究成果も政府の手に入っていっ たが、政策決定に結びつく程十分な関心を引かなか った。そこで、彼らは、新たにチャイルド・ポバティ ー・アクション・グループ(Child Poverty Action Group—CPAG)というプレッシャー

・グループを1965年12月に創設するとともに、彼らの研究成果を公表("The Poor and the Poorest")し、大々的なキャンペーンに着手しはじめたのである。

CPAGは、実は当初(10月)はFamily Poverty Action Groupという名で発足したが、一般の同情を引く上で、最も望ましい"Royal"という名称が得られないならば"Family"よりも"Child"の方が効果的であろうということから12月に改名され、翌年2月にはCharityの登録をも済ませたものである。こうした発足の経緯からも分かるように、CPAGは、プレッシャー・グループと言っても貧困者を中心とした利益団体(Interest Group)ではなく、一種の啓蒙団体としての性格が強いが、その影響力はその後の所得保障制度の改革に当たって非常に大きいものであった。

こうしたCPAGのキャンペーンは大いに功を奏し、貧困世帯の問題は急速に政治問題化し、労働党・保守党ともにこれに対する政策的対応を迫られることとなる。

また、社会保障省も、貧困線として補足給付額とりわけその140%をとることに批判的ではあったものの、1966年には低所得世帯に関する調査を行い、国家扶助額以下の家族が12万5千もあることを発表して、学者グループの主張を裏づけることとなる。

それでは、こうした問題にいかなる政策的対応がなされて行ったかを次に見てみたい。

家族手当の引上げとクロー・バックー 社会保障制度と税制の統合への動き

(1) CPAGの提案

さて、CPAGは、単に貧困キャンペーンを行うだけでなく、この解消に向けて次のような政策の提案を行った。

第一は、1956年以来引上げの行われていない家族手当(Family Allowance)の大幅な引上げと税制上の子供控除(Child Tax Allowance)の廃止である。これは、ティトマスの従来からの主張で

もあるが、この子供控除が限界税率の高い高所得層程有利に働く一方、課税限度額以下の低所得層には全く恩恵が及ばないことからこれを廃止し、代わって何らかのmeans-testも課されない、家族手当の大幅な引上げによって、子供をかかえた低所得層の救済を図ろうというものである。

第二は、一種の負の所得税(Negative Income Tax)である"Tax Adjustment"の提案である。

(2) 社会保障省での検討

こうしたCPAGの活動に対応して、社会保障省内でも次のような三つの案が検討されたと言われている。

第一は、CPAGの第一番目の提案に当たる家族手当の引上げと税制度の子供控除の廃止、第二は、新たなミーンズテストによる給付制度の創設、第三は、CPAGの第二番目の提案に当たる負の所得税の創設である。

このうち、第三の負の所得税は、はじめ、1964年の労働党の選挙公約の中に現われ、"An Incomes Guarantee"と呼ばれたが、その中では対象者は退職者、寡婦に限られていた。これは、学者グループの指摘した低賃金労働者世帯を念頭に置いて提案されたものではなく、前述したように申請率(take-up rate)の低い国家扶助の問題を主要に念頭に置いたものであったので、申請率のとくに低い老人等のみが対象とされた訳である。しかし、1960年代に負の所得税が急速にポピュラーになったという背景もあり、一般には、老人・寡婦のみでなく広く全ての人々に適用されるものと思われた。だが実際には、税制度と社会保障制度の大規模な見直しは容易でなく、引続き検討はされたものの、当面の問題解決としては早々に対象から外されるに至る。なお、検討結果は1969年に発表されるが、行政効率から見てその実現は困難との趣旨となっている。

第二案として、具体的に検討された案は、現在の家族所得補足制度(Family Income Supplement)とほぼ同じ内容のものであった。これは、

その実施に要する費用が少なくすみ、また政治的にも、保守党を中心とした選別主義からの批判をかわせるという利点をもっていた。一方、その受給者にステイグマをもたらし、受給申請を抑制するという欠点が批判された。しかし、この案も結局普遍主義の立場に立ち、ミーンズテストは必要最少限にとどめるという労働党の伝統的な考え方から結局否定されることとなる。

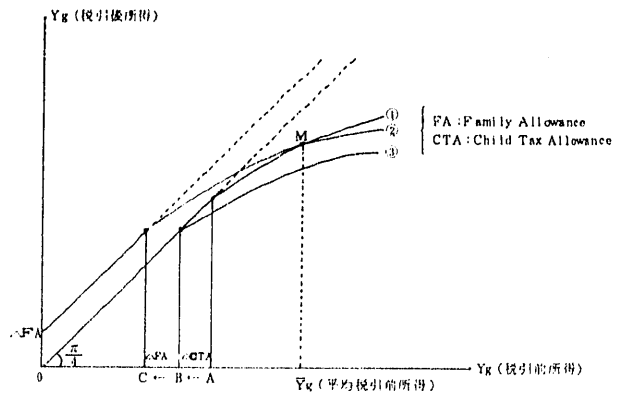
結局、第一案の家族手当引上げと子供控除の廃止という案が最後まで残る訳であるが、さらに家族手当の引上げ額の水準及び所得保障制度と税制度の関係をめぐって議論が展開されることとなる。

(3) 家族手当の引上げとクロウ・バック— カルドア案

家族手当の引上げと子供控除の廃止については、当初、これによって利益を受けるのが貧困層に限られるのに対し、損失を受けるのは富裕層に限られない可能性が一番問題とされた。保守党は、平均的な所得を得ている家庭がいくらかでも損失を受けるようならば、どのような案にも反対であると主張していたし、同様の危惧は労働党内部でも支配的であったと言われている。

この点をめぐって、政府内でも種々の検討が行われたが、これに対する一つの解決策を与えたのは、当時大蔵大臣の特別租税顧問 (Special Tax Adviser) をしていた経済学者のカルドア (U. Kaldor) であった。彼の案は家族手当を引上げる一方、平均的な所得層が損失をこうむらないレベルで子供控除の維持をはかろうというものであった。(図2-1)。この案によると、平均所得層の利益を損わず、しかし、家族手当は課税対象であるから、実質的には下に厚く上に薄い選別主義的な機能がミーンズ・テストなしに働くということで社会保障大臣の強い関心を引きつけた。一担、支払われた家族手当は子供控除の削減によって実質上減額される (claw back) されるので、このような機能はクロウバックと呼ばれた。

図2-1 カルドアのクロウ・バック案



注) FAの引上額 (ΔFA) を決めれば、Mで①と交点をもつ③を決めるようなCTAの引下額 ($-\Delta CTA$) が決まる。

* 「税引前」の「税」の中にはNI拠出金も含める。以下、とくにことわりなければ同じ。

(4) 大蔵省及びインランドレベニューの反論

しかし、このカルドア案は大蔵省及び日本の国税庁に当たるインランド・レベニュー (Inland Revenue) の強い反論に合う。

図からも明らかなように、カルドアのクロウ・バック案の最大の特徴は家族手当の額が子供控除の額とリンクしている点である。このことは言い換えれば、所得保障政策の体系の中で決定される家族手当の額に従って、控除額が決定されることとなり、一般税の体系の一部がその独立性を失うことを意味している。したがって、税体系の独立性を主張する大蔵省及びインランド・レベニューの大きな抵抗を受けることとなった訳である。

彼らの主張は、子供控除は、家族手当とは異なり、社会的な給付ではなく、租税負担能力を調整するための単なる一つのメカニズムにすぎないものであり、また、税制度を単なる収入徴収機構という性格から切り離して、その他の社会的目的のために利用しようとするのは、税制度の効率性と公平性を歪め、国民の受諾を危くするものであるというものであった。こうした立場は、伝統的なもので、家族手当が創設

された1944年当時、ペバリツジと大蔵大臣との間でも確認されたと言われているし、また、その後の租税に関する王立委員会の報告等でも同様のことが主張されている。また、とくに大蔵省は経済政策運営上、租税政策の弾力性が失われるのを恐れるとともに、従来、大蔵大臣の専管事項であった税問題に関する決定権が閣議における共同決定に結びつくことをきらったとも指摘されている。

また、時の大蔵大臣、後の首相のキャランハンも、その政治的反響を危惧して強く反対したと言われている。その理由の一つは、子供控除の削減に伴う税收増大によって、家族手当額引上げの実質財政負担増はさ程ではないにしても、ともかく予算の数字上は、大幅な増税と支出増という印象はぬぐえず、折しも経済情勢の悪化に伴い、支出削減の方針を打ち出している政府の方針に逆行するのではないかということであった。また、手当が夫にではなく妻に払われることから労働者である夫の手取収入が減り、男性労働者からは不人気になるのではないかという心配もあった。

(5) 100%クロー・バックの決定

以上のような政府内外の論議を経て、1968年2月によりやく最終的結論が閣議決定された。

すなわち、同年4月からの家族手当の7シリング(35ペンス)の引上げ(同年11月には更に3シリング引上げて計10シリング-50ペンスの引上げ)とクロー・バックの実施が閣議決定されるに至る。

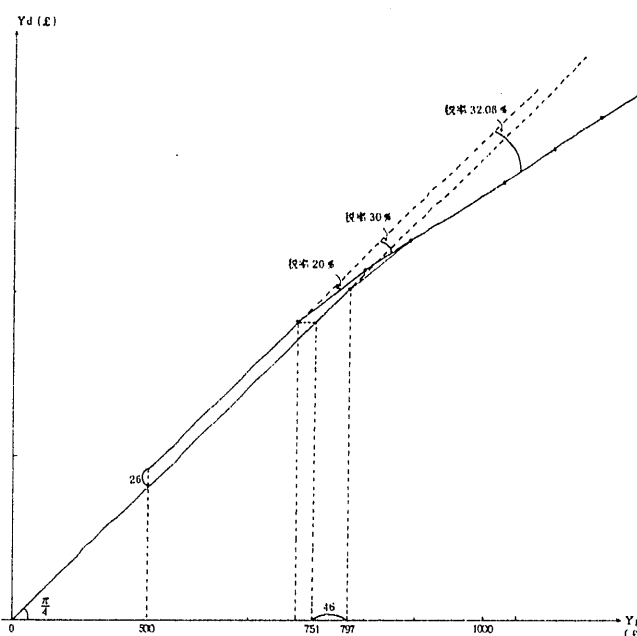
閣内の勢力は、当初からクローバック賛成派に傾いていたと言われているが、大蔵大臣の強い反対、又、当の社会保障大臣が途中で反対派に替わるということもあって、閣内の勢力は微妙であった。しかし、結局、ミーンズテストに対する反感という労働党の伝統的な考え方がより強く作用し、閣内は賛成派多数の方向に固まっていたと言われている。

ただし、実施に移された案は、当初のカルドア案とは異なり、課税世帯に支払われる家族手当は100%クローバックされ、その方法も子供控除の減額によってではなく、個人控除(Personal Allow-

ance)の減額によることとされた。これは、給付のより重点化、効率化を主張する保守党等からの批判に応えたものである(図2-2)。

しかし、この措置によっても、政府が認めている貧困線以下の低賃金労働者世帯の数は半分程度しか解消されず、問題のより基本的な解決は残されたままであった。

図2-2 100%クロー・バック (1968年引上の場合)



- (注) 1. 夫婦子供二人のケース
- 2. 家族手当をもらっている場合の Married Allowance+Child Allowance = 751(£)
家族手当をもらっていない場合の " = 751+46=797(£)
(子供が3人の場合には、さらに46(£)控除が増える)
- 3. 26 y (♀)の1968年10月の引上額 $0.5(y/£) \times 52$

家族所得補足給付制度の創設 —
Poverty-trap の顕在化

(1) 保守党政権の成立

労働党政権の下で実施に移された、家族手当の引上げ、クローバックが十分な成果をあげないうちに、1970年の総選挙を迎え、結果は労働党の敗北(287議席)、保守党の勝利(330議席)に終り、保守党に政権が移ることとなる。

保守党は伝統的に労働党が主に寄って立つ普遍主義の立場には批判的で、選択主義的立場から所得保障政策の政策を主張してきた。

この立場から具体的に着手したのが、すでに述べたように、労働党政府の下で検討されながら日のめを見なかった家族所得補足制度(Family Income Supplement)の創設である。

(2) 家族所得補足制度(FIS)

FISは、家族手当の引上げ、クローバックと同様、補足給付の適用も受けられず貧困の状態にある低賃金労働者世帯のうちとくに子供のある世帯の救済を図ることを目的としているが、第1に、その支給要件として一定額以下の所得であることを求め、補足給付程厳格ではないものの、ミーンズテストを課していること、第2は、給付額は、家族手当と異なり所得と無関係に定額ではなく、また補足給付のように所得が増えればその分だけほぼ100%減額されるのでもない、その中間的な位置にある、という点に特徴がある。なお、FISは非課税とされた。

FISの具体的な算定式は次のとおりである。(ただし、週当たり)。

$$BFIS = (Y_g \cdot \max - Y_g) \frac{1}{2} \leq B_{\max} = \bar{B} + \bar{B}_{CI} \cdot (n-1)$$

$$Y_g \cdot \max = \bar{Y}_g \cdot \max + \bar{Y}_g \cdot CI \cdot (n-1)$$

Y_g : 当該家族の粗所得(当該家族の全ての税引前収入を含む。ただし家族手当一後の児童手当等、一部の収入は含まれない)

$Y_g \cdot \max$: 所得制限額($Y_g > Y_g \cdot \max$ の家族は受給不可)

B_{\max} : 受給限度額

\bar{B} : 子供が1人の場合の B_{\max} の額

\bar{B}_{CI} : 子供が2人以上の場合の B_{\max} 算定上の1人当たり加算額

n : 子供の数

$\bar{Y}_g \cdot \max$: 子供が1人の場合の $Y_g \cdot \max$ の額

$\bar{Y}_g \cdot CI$: 子供が2人以上の場合の $Y_g \cdot \max$ 算定上の1人当たり加算額

したがって、 n を $n = \bar{n}$ と与えると

$$Y_g \geq \bar{Y}_g \cdot \max + \bar{Y}_g \cdot CI \cdot (\bar{n}-1) - 2\{\bar{B} + \bar{B}_{CI} \cdot (\bar{n}-1)\} \text{のとき}$$

$$BFIS = \bar{B} + \bar{B}_{CI} \cdot (\bar{n}-1)$$

$$Y_g \leq \bar{Y}_g \cdot \max + \bar{Y}_g \cdot CI \cdot (\bar{n}-1) - 2\{\bar{B} + \bar{B}_{CI} \cdot (\bar{n}-1)\} \text{のとき}$$

$$BFIS = \frac{1}{2}\{\bar{Y}_g \cdot \max + \bar{Y}_g \cdot CI \cdot (\bar{n}-1) - Y_g\}$$

として算定される。

なお、 \bar{B} 、 \bar{B}_{CI} 、 $\bar{Y}_g \cdot \max$ 、 $\bar{Y}_g \cdot CI$ の値は1979年11月現在、それぞれ13.5ポンド、1.0ポンド、56.0ポンド、4.5ポンドとされている。

FISは1970年に立法化され実施に移されたが、実施後すぐに次のような大きな問題が生じた。

(3) 家族所得補足制度の問題点—take-up-rateとpoverty trap

最も大きな問題として生じてきたのは、当初、ある程度見込まれてはいたものの、予想以上に申請率(take-up rate)が低かったことである。当初の見込みでは申請率は85%に及ぶものとされていたのが実際には50%程度しかなく、以降70%を超えることはなく、FISの最大の欠陥となった。

次に問題となったのは、いわゆる「貧困のワナ」(poverty-trap)である。労働に従事している者が労働に従事していない者よりも可処分所得が低いということはそれだけで労働インセンティブにマイナスに作用することが予想されるが、それでも、働けば働いただけ手取収入がその分増えるのであれば、彼らの貧困からの脱出の意欲は維持されるであろう。しかし、働いた割に収入が増えず事態の改善がわずかしき期待されないならば、彼らの貧困からの脱出

の意欲は減退し、また、労働意欲も減退するであろう。これがPoverty-trapの出現であるが、こうした事態の出現にF I Sが最も大きく貢献してしまったのである。

これを具体的に見てみると3-1図のとおりである(ただし、数字は全て1979年11月現在)。これから明らかなように、補足給付額(S B)の140%のラインを一応貧困線と考えると、ほぼその半分の所得水準のところから、実質限界税率(限界税率プラスF I S減額率つまり0.5)が急激に高まる。週34.9~60.5ポンドの層では、実質限界税率は0.75~0.80となり、1ポンドの収入増も実質的には25~20

ペンスの増加にしか結びつかない訳である。

図では、国民保険料、F I Sにリンクして支給される学校給食費等が含まれないが、これらを含めると、実質限界税率が100%を超えるケースも考えられる(図3-2, 図3-3)。

このため、低賃金労働者世帯の問題は、単に貧困からの救済を図るというだけでなく、いかにPoverty Trapを生じさせないで、その救済を図るかというより困難な問題へと発展していくこととなる。そして、この問題に 대응するために提案されたのが、次に述べるタックス・クレジット制度である。

図3-1 F I SとPoverty Trap

夫婦(夫のみ就労)子供二人(共に5~10才)の場合の可処分所得(Na1 1979)

(注) PA: Personal Allowance(夫婦)

SB: Supplementary Benefit(夫婦・子供二人) Scale Rate

Y_{max}^* , B_{max} : 前記の定義どおり。

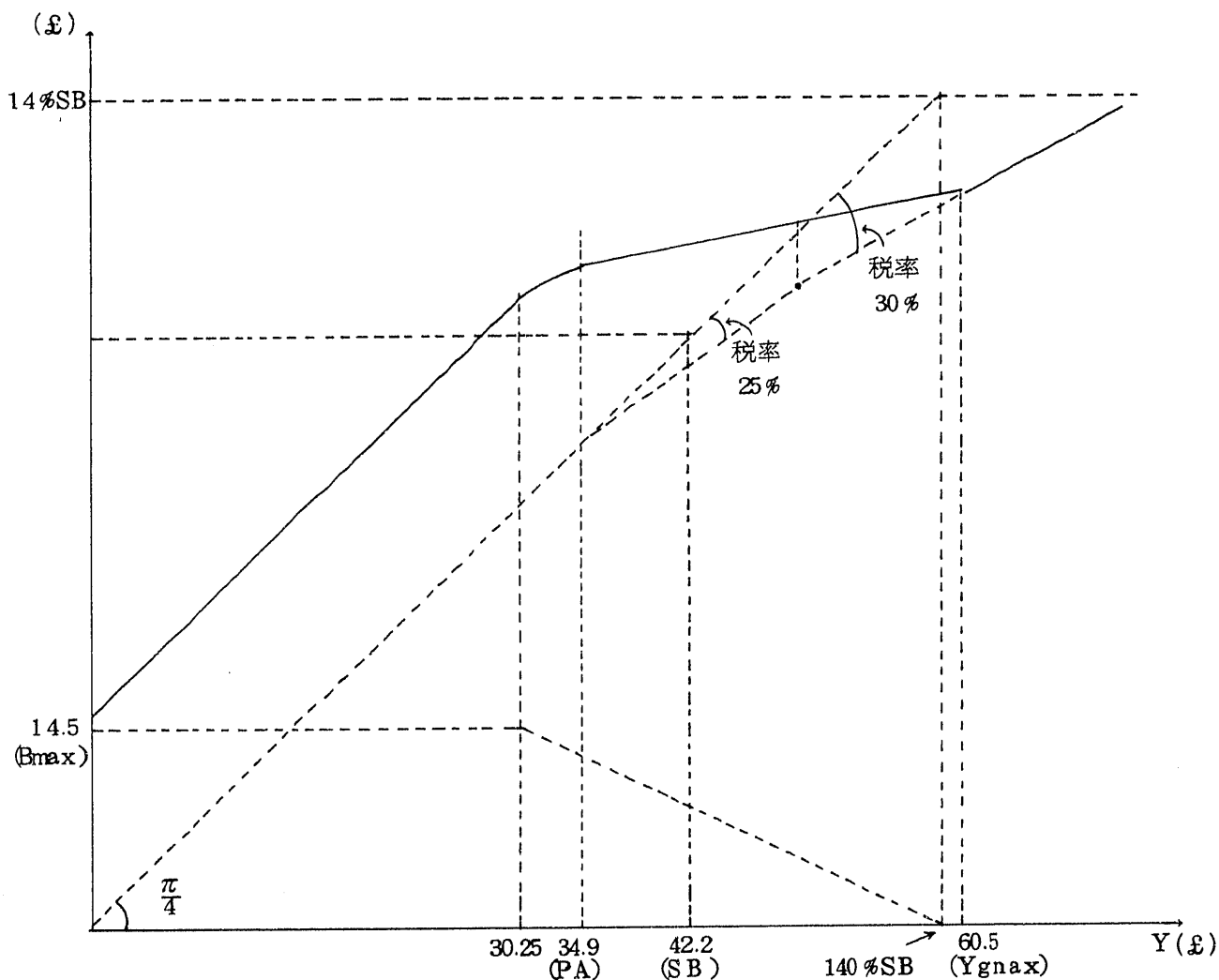
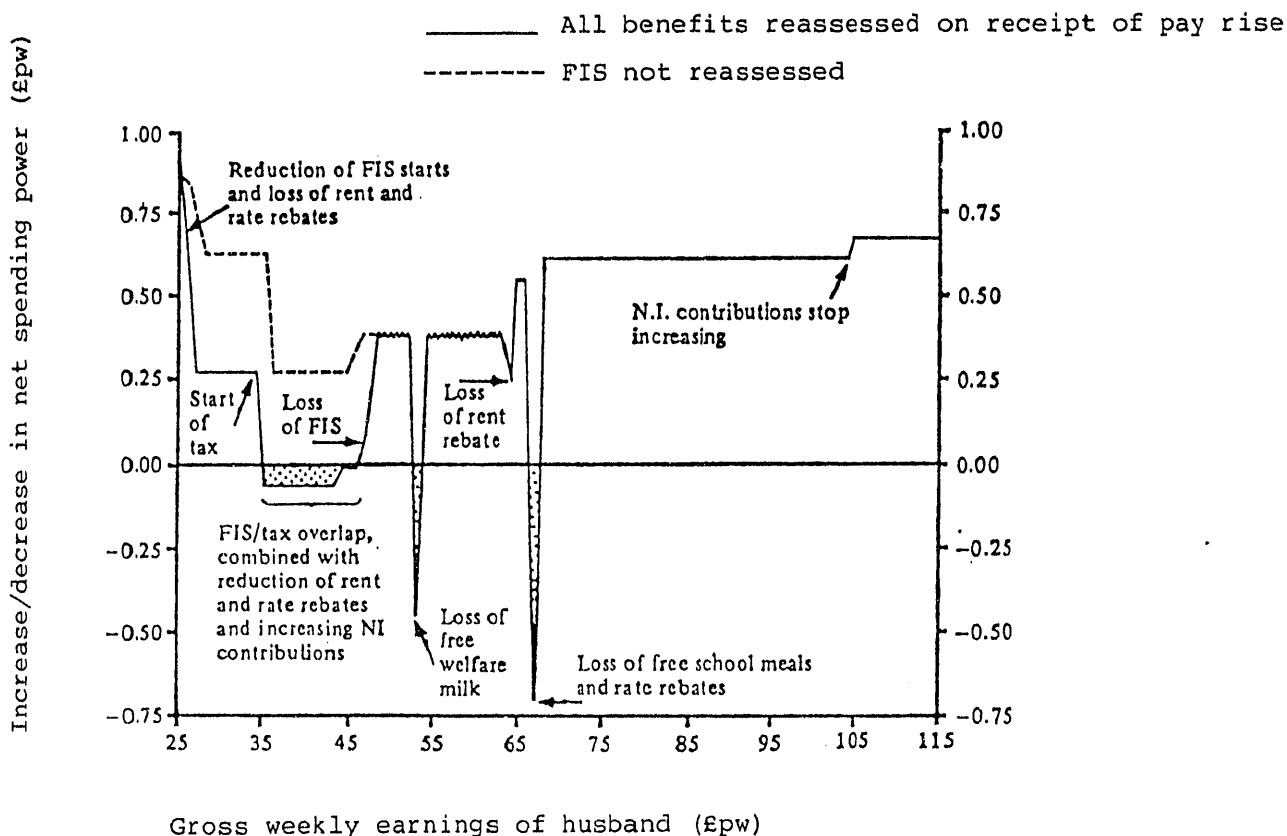


圖 3-2 DIFFERENCES IN NET SPENDING POWER FOR A £1 INCREASE IN GROSS EARNINGS; AS AT NOVEMBER 1977 FOR MARRIED COUPLES WITH TWO CHILDREN AGED 4 AND 6



Source: DHSS

Notes:

1 Figures 4.2 and 4.3 were drawn on the following assumptions: the family is a hypothetical one, consisting of a married couple with two children aged 4 and 6 living in typical (not GLC) accommodation; rent of £5.60 per week and rates of £2.20 per week are assumed; and it is also assumed that the gross income of the family is earned solely by the husband, who has work expenses of £2.00 per week.

2 In practice, a family's benefits do not change immediately after a husband's pay rise. For example, the combined effect of the fact that FIS is awarded for 12 months at a time, and the annual upratings of the benefit, is that the level of FIS payable is likely to change little, if at all, provided that the earnings increase is about average. Some other benefits, such as free school meals, are similarly awarded on a 12 month basis.

3 Net spending power is defined as gross weekly income plus benefits (family allowances, FIS, rent rebates, rates rebates, the value of free school meals and free welfare milk) less tax (income tax and national insurance contributions by the employee) less gross housing costs (rent and rates) less work expenses.

図3-3

ESTIMATED NUMBER OF WORKING FAMILIES¹ IN OR
AROUND THE POVERTY TRAP; DECEMBER 1972 TO
DECEMBER 1975

Great Britain				'000 families
December each year	Amount of a £1 increase in earnings retained by working families in or around the poverty trap			Working families in the total population
	Negative	0-24p	25-49p	
	000's	000's	000's	000's
Families with children-head in full-time employment ²				
1972	[40]	[30]	170	6,490
1973		90	na	6,370
1974 ³	[20]	[30]	250	6,560
1975 ³	50	[40]	200	6,510
Families without children-head in full-time employment ²				
1972	na	na	na	na
1973	na	na	na	na
1974 ³	—	[10]	120	10,230
1975	—	—	90	10,220

Source: DHSS from FES data.

Notes:

1"Working families" are those with the head in full-time employment or self-employed.

2The figures in brackets are subject to considerable sampling error.

3For 1974 and 1975, higher rate taxpayers were excluded from those with marginal incomes of 49p or less, although included in the total population figures in the right hand column.

Had they been included, the figures in the "25-49p" column would have been 360 and 340 for families with children, and 230 and 260 for families without children, in December 1974 and December 1975, respectively.

na = not available.

(出所) 同上

タックス・クレジットの提案

(1) タックス・クレジットの提案

タックス・クレジット(Tax Credit)とは一言で言えば、フリードマン型の負の所得税(Negative Income Tax)であるが、これがはじめて政府によって提案されたのは1972年10月のグリーンペーパーによってである。

すでに述べたように、英国における本格的な負の所得税の検討は、前の労働党政権の下ではじまっているが、労働党政府の下で検討された "An Incomes Guarantee" が所得保障制度と税制度の本格的な統合を図ろうとして、結局、その実施が見送られたのに対し、タックス・クレジット制度は、既存の所得保障制度、税制度は基本的に変更しない、部分的な両者の統合案ではあるものの、より現実的な内容となっている。

タックス・クレジットの提案が行われるに至る背景はすでに述べたとおりであるが、その具体的な目的として、グリーン・ペーパーは次のような点を掲げている。

① 現行の所得税制度と社会保障制度のオーバーラップを解消すること。

② 複雑な源泉徴収制度(PAYE system)を簡素

化すること。

- ③ 種々の給付制度を簡素化・統合化し、国民の理解しやすいようにするとともに、可能な限りミーンズテストなしに自動的に受給できるようにすること。
- ④ また、こうした包括的な給付制度において、現行制度のもっているデイス・インセンティブ(disincentive)効果を解消すること。

①については、とくに子供のいる家庭に対する現金給付と、税制上の控除がオーバーラップの例として取り挙げられ、その解消が主張されている。しかし、一方「完全な所得税と社会保障の一体化は—どんなに理論的に魅力的であろうと—費用と行政上の理由から実現は不可能である」と否定されている。

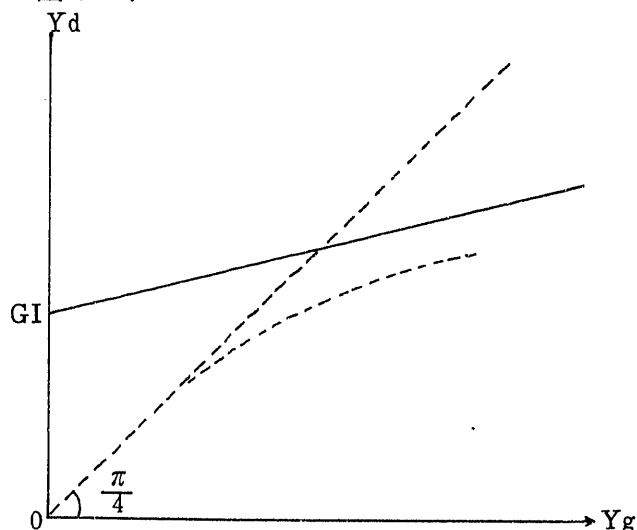
③、④の意味するところは前述のとおりである。

(2) 負の所得税の概要

さて、タックス・クレジットの説明に入る前に簡単に負の所得税の説明をしておこう。負の所得税は様々な名前で呼ばれているが、その基本的構造は、以下見る通り同じである。以下では、通常行われている分類にしたがって、そのいくつかのパターンを示そう。

① Social dividend プラン

図 4-1



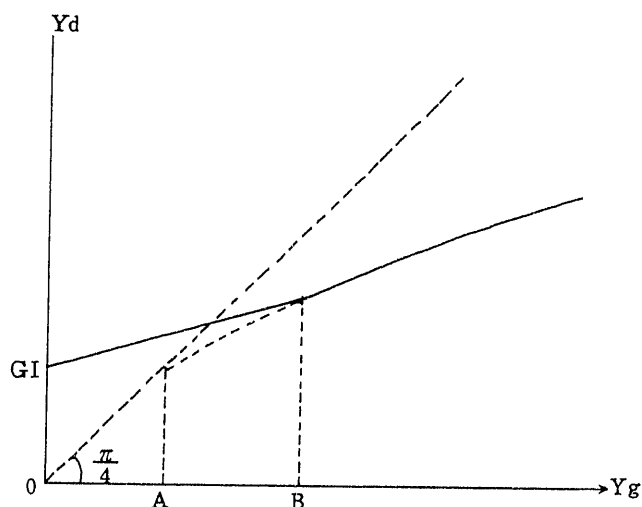
このプランは、1972年のアメリカ大統領選において、マクガバン(McGovern)候補によって唱えられ、また、英国においては、ミード(Mead)によって提唱された。

このプランの特徴は、最低保障所得(Guaranteed Income-GI)が最低生活保障額(例えば生活保護水準)に置かれていること、正負の所得税率が単一の比例税率になっていることである。したがって、各種の負の所得税案の中でも最もドラスティックな内容となっている(図4-1)。

しかし、このことと裏腹にこのプランの実施には、莫大な資金を要し、税率がきわめて高くなる(とくに中所得者にとって)という大きな問題点がある。

② トービン・プラン

図 4-2



このプランは、アメリカのトービン(Tobin)らによって唱えられた。

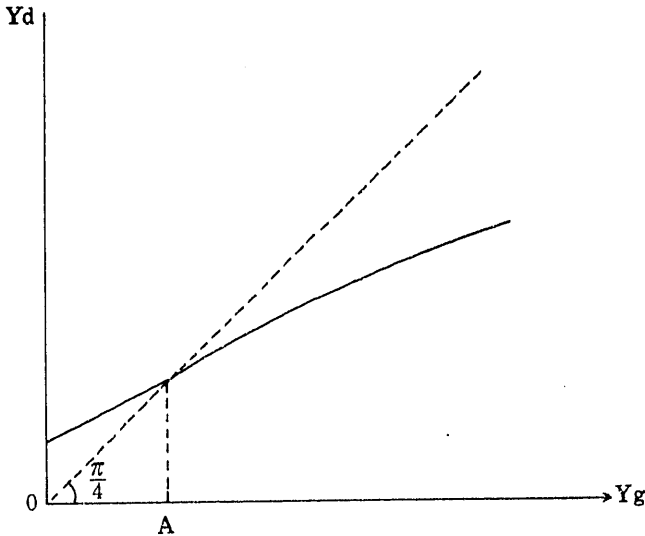
これの特徴は、第一に、GIが最低生活保障水準より低く設定されたこと、第二に現行の所得税体系は基本的にそのまま維持し、これに負の所得税をリンクしたこと、そして、第三にリンクする地点を課税最低限(A)におかず、その上(B)においたことである(図4-2)。

これによって、Social dividend のような高率の税率という問題は回避されたが、同時に、

その他の社会保障給付制度の併存を認めざるを得なくなり、実質限界税率は負の所得税の導入によってもあまり低くならないという問題が生じることとなる。

③ フリードマン・プラン

図4-3



このプランは、アメリカのフリードマン(Friedman)らによって唱えられた。

この特徴は、トービンのプランと基本的に同じであるが、負の所得税が現行の正の所得税とリンクする点はその課税最低限(A)であるところが相異している。したがってGIは、トービンプランよりも低い水準に決められる可能性が強い(図4-3)。

タックス・クレジットは以下述べるように、このタイプの負の所得税に属す。

(1) タックス・クレジット制度の仕組み

① 制度の対象者

被用者、公務員、退職年金受給者、各種国民保険受給者、退職年金支給開始年齢以前に退職した職域年金(Occupational Pension)受給者が制度の対象者となる。

したがって、自営農その他の自営業者は制度の対象から外されている。また、国民保険料の支払義務が免除されている低賃金被用者も対象から外されて

いる。

なお、この制度の対象者数は、成人及びその被扶養者の人口の90%に当たることが推計された。

② タックス・クレジットにより廃せられる各種制度

主要な個人控除(Personal tax allowance)、子供控除(Child tax allowance)、家族手当、家族所得補足、失業給付その他の短期の国民保険給付とともに払われる子供加算が廃止される。

③ タックス・クレジットの仕組み

タックス・クレジットは、ア) 単身者 イ) 夫婦 ウ) 各子供 につき定額(圓) で設定される。この額を各々 $TC_{(s)}$, $TC_{(m)}$, $TC_{(c)}$ で表わすと、

- a) 単身者で子供のいない者に与えられるタックス・クレジットの総額は $TC_{(s)}$
- b) 単身者で n 人の子供を育てている者には、 $TC_{(s)}$ ではなく、 $TC_{(m)}$ が適用されるので、タックス・クレジットの総額は、 $TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)}$
- c) 子供のいない夫婦のうち就労している夫については、タックス・クレジットの総額は、 $TC_{(m)}$
- d) となるが、子供のいる夫婦に対しては、 $TC_{(c)}$ を夫婦どちらに与えるか、グリーンペーパーは判断を保留している。
- e) また、夫婦共稼ぎの場合には、妻にはタックス・クレジットを与える代わりに、従前の控除制度(wife's earned income relief)を残すこととしている。

さて、以下では、子供が n 人で夫のみが就労している夫婦のケースをとりあげ、説明してみよう。ただし、 $TC_{(c)}$ は夫に与えられるものと仮定する。

この場合には、夫に与えられるタックス・クレジットの総額は $TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)}$ となるが、夫の税引前所得を Y_g とし、適用税率を α とすると、

$TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)} > \alpha Y_g$ のときには、その差額 $TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)} - \alpha Y_g$ が支給され(あるいは、負の所得税を徴収され)

$TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)} \leq \alpha Y_g$ のときは、その差額

$\alpha Y_g - TC_{(m)} - n \cdot TC_{(c)}$ が逆に税として徴収されることとなる。

したがって (税引後) 可処分所得を Y_d とすると、

$$TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)} > Y_g \text{ のとき,}$$

$$Y_d = (1 - \alpha) Y_g + TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)}$$

$$TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)} \leq Y_g \text{ のとき}$$

$$Y_d = (1 - \alpha) Y_g + TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)}$$

となり、結局すべての $Y_g \cdot \min \leq Y_g$ ($Y_g \cdot \min : TC$ 適用に必要な最低所得) について

$$Y_d = (1 - \alpha) Y_g + TC_{(m)} + n \cdot TC_{(c)} \text{ となる。}$$

α は、既存の所得税率につながるから、結局これはフリードマン・タイプの負の所得税と同じものであることが分かる。

④ タックス・クレジットの効果

さて、グリーン・ペーパーでは、 $TC_{(m)}$ 、 $TC_{(c)}$ 、 $Y_g \cdot \min$ 、 α の値をそれぞれ1972時点で $TC_{(m)} = 6 (\text{£}/w)$ 、 $TC_{(c)} = 2 (\text{£}/w)$ 、 $Y_g \cdot \min = 8 (\text{£}/w)$ 、 $\alpha = 0.3$ と設定しているの、この数字を使って、タックス・クレジット・システムが具体的にどのような効果をもつか見てみよう (図 4-4)。ただし、家族手当は、煩雑粗になるので無視することとする。

a) 低賃金労働者世帯に対する効果 (夫婦・子供二人の世帯を想定)

週22ポンド以下の低賃金労働者世帯には、家族所得補足 (FIS) が支給されているが、タックス・クレジットが相対的に高いレベルで設定されているので、可処分所得は一般に上昇することが第一番目の効果である。ただし、これはタックス・クレジット固有の効果とは言えない。第二番目は、ミーンズテストがなく、支給が自動的であるため、申請率の問題が解消することである。これが最も重要な効果であることは言うまでもない。

b) その他の賃金労働者世帯に対する効果 (同)

週22ポンド以下では、FISが支給でき、21.7ポンド以上であれば、逆に所得税がとられるので、既

存制度の下では約22ポンドが損益分岐点 (break-even point) であったが、タックス・クレジットの導入によってこの点が33ポンドまで上がる (ただし、家族給付があるので、実際の既存制度の損益分岐点は22ポンドより若干高いが)。したがって、より多くの人々が制度の恩恵を受けることとなる。

ただし、損益分岐点は、タックス・クレジットの額と税率によって自動的に決まってしまうので、この点が積極的に何を意味するか明らかではない。

c) 失業給付、疾病給付の受給者に対する効果 (同)

既存制度の下では、失業者・病気休業者には、定額の給付と子供加算額が支払われるが、さらに一定期間以降 (現在は、13日目以降156日間) は従前所得に応じた補足 (earning-related supplement) が行われるので、タックス・クレジットの効果も、失業等の期間、従前所得によって異なるがしかし、一般的に言って、従前所得の低い層には有利に、逆に、高い層には不利 (既存制度の下では失業給付等は非課税なので) に作用する。

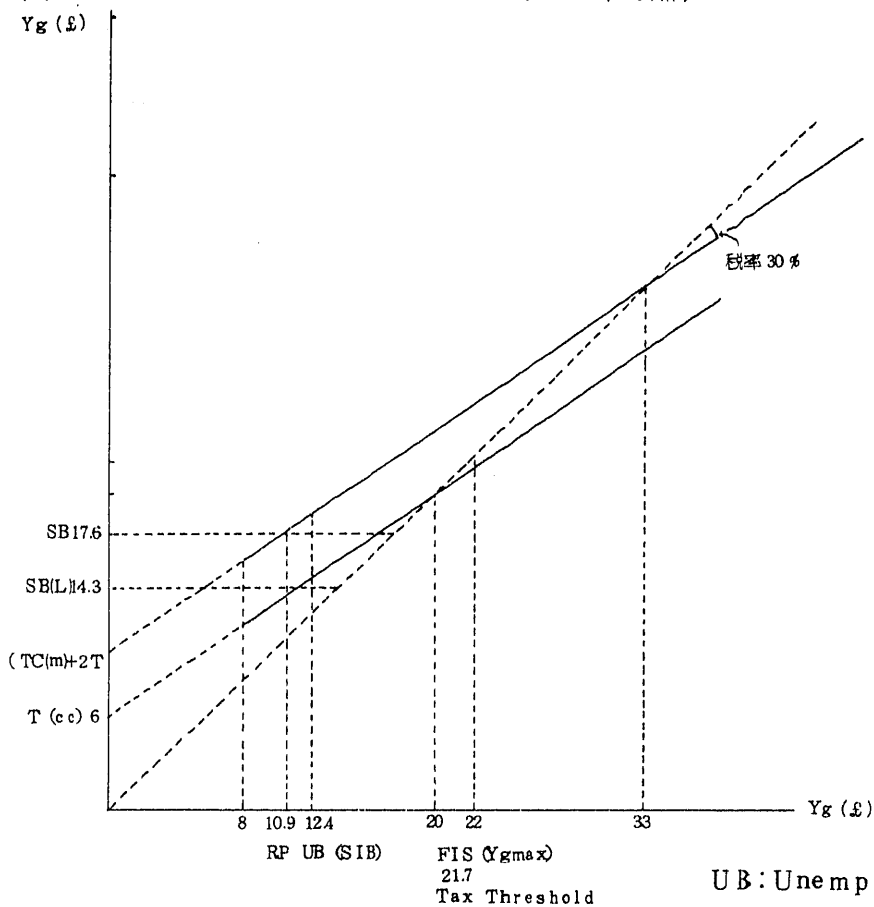
また、既存制度の下では、失業給付等ももらっているのと、働いているのとでは、大して可処分所得が違わなかったり、返って働いている方が可処分所得が少なくなるという不合理がしばしばあり、これが、労働に対するデイス・インセンティブ効果をもっていると批判されていたが、給付を課税対象化することによってこうした問題を解消することも期待される。

d) 年金受給者に対する効果 (夫婦)

年金受給者に対する効果は、影響される人数から見ても内容から見ても最も大きいと言えよう。

例えば夫婦の場合には、他に収入がなければ、既存制度の下では補足給付に頼らざるを得ないのが、タックス・クレジットの導入でミーンズテストなしに、補足給付に近い水準が保障されることとなる。また、退職年金とその他の収入を合せて補足給付の水準を若干上回る程度の収入層にも恩恵が及ぶこととなる。一方、退職年金は既存制度の下でも課税対象とされており、また、夫婦の場合には、タックス・クレジットの導入によっても、損益分岐点はほと

図4-4 タックス・クレジット適用例(1972年時点)



んど変化しないので、政府の退職年金のほか、職域年金(Occupational pension)等ももらっている比較的高い所得層にはほとんど影響を与えない。

⑤ タックス・クレジットに対する批判

以上のような内容をもつ、タックス・クレジット制度の提案については、次のような批判がなされている。

a) 最も貧しい層を含む国民の10%が制度の対象から外されていること。

b) タックス・クレジットの導入によって、実質課税最低限が上がるので、限界税率の高い高所得層が返って、低所得層より多くの恩恵を受けること。したがって、制度の目的の達成から見ると非効率なこと。

c) 固定資産税の減免、処方箋料の免除、学校給食費の無料化等複雑なミーンズテストを伴う制度が手つかずに残されたままであること(したがって、実質限界税率はそれ程低くならない)。

d) 財源対策に対する考慮が不十分であること。

結局、以上のような批判もあって、保守党が政権についている間には実施に移されないまま、1974年の総選挙で、政権は再び労働党に移るが、労働党は当面その実施は見合わせる旨決定した。しかし、以降も、タックス・クレジット制度の実施は、保守党にとって、所謂保障政策の柱として主張されることとなる。

SB:Supplementary Benefit(married couple+2children,ただしRent込み)
RP:Retirement Pension (Standard rate,marr-ied couple)

UB:Unemployment Benefit(standard rate,marr-ied couple)

SIB:Sickness Benefit(Standard rate,marr-ied couple)

FIS:Family Income Supplement

Tax Threshold:Personal Allowance (marr-ied)+Child Tax Allowance (claw back後)

(SB(L):SB(Married couple,long form,ただし,Rent 込み)

児童手当制度の創設

(1) 児童手当制度創設に至るまでの経緯

すでに、1974年の選挙選において「母親に支払われる新チャイルド・クレジット(Child credits)計画を通じて、家族手当を引上げ、それを第一子にまで拡大する」ことを約していた労働党政府は1975年に、児童手当法(Child Benefit Bill)を議会に提出したが、これは保守党を含め全会一致で可決された。

この法案の内容は、税制上の子供控除及び課税対象となっている家族手当の廃止、そしてそれに代わる非課税の児童手当（母親に支われる）の創設であったが、この法案には、具体的な実施時期と給付率が定められておらず、これをめぐって以降、宇余曲折することとなる。

実施時期については、スタッフの養成、コンピューターの手配等に時間がかかるものの、1972年4月には可能である旨、政府は発表していた。そして、1976年4月には、これに先立ち、週1.5ポンドの「児童暫定手当（Child interim benefit）」が片親家庭の第一子に支給されることとされた。

しかし、給付額をめぐって、最低1人当たり週2.9ポンドを主張する社会保障大臣と、週2.5ポンドプラス片親家庭に対する50ペンスの加算を主張する大蔵大臣との間で、意見が合わず、所得政策の遂行上、不十分な額の家族手当の引上げは返ってマイナスとの判断に立って十分な財源が確保されるまでは、その実施そのものを延期することが同年4月に決定された。そして、TUCも労働者の手取所得が減ることを恐れて、当初は政府の方針に同調したと言われている。そして、その代わりに家族手当の第一子への1.0ポンド、第二子以降への1.5ポンドの支給及び片親家庭への50ペンスの加算が考えられた。

しかし、この閣議決定が新聞にもれ、世論から激しく攻撃されて再度、政府の方針は変更を迫られる。これに対処するため、TUCと労働党の合同委員会が設けられたが、結局そこでは、児童手当制度の実施が唱えられ、これを受けて、政府は1978年4月に週2.3ポンド、同年11月には3ポンド、そして1979年4月からは4ポンドを支給することを決定するに至る。同時に、子供控除も1977年、78年の2ケ年間にわたって徐々に廃止され、1979年4月以降は完全に姿を消すこととなった。

(2) 児童手当制度創設の効果

さて、こうした経緯を経て実施の運びとなった児童手当制度は、どのような政策的効果をもっているかを次に検討してみたい。

① 家族手当とクロー・バックの廃止の効果
すでに述べたように、1968年以来、家族手当の増額は課税世帯にはクローバックによりほとんど恩恵を与えていない。

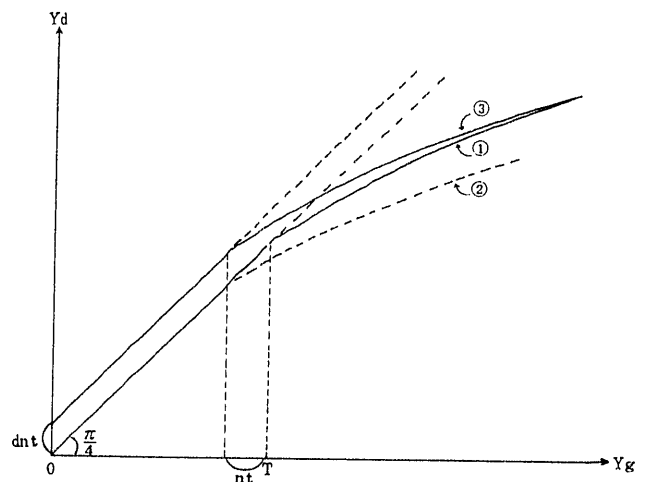
したがって、家族手当の廃止とクローバックの廃止は、非課税世帯にとっては、廃止時点における給付額全額の損失を意味するが、課税世帯にとっては1956年時の給付額に（1-限界税率）を乗じた額のみ損失しか意味しない。

② 子供控除の廃止と児童手当の創設の効果
子供控除の廃止は非課税世帯にとっては、それによって新たに課税世帯に組み入れられる一部の世帯を除き無関係であるが、児童手当はそのまま家族手当に取って替わるものとなる。

子供控除の廃止と非課税の児童手当の創設の影響を最も受けるのは課税世帯である。

次にそれを簡単に式で示そう（図5-1）。

図5-1 児童手当創設と子供控除廃止の効果



今、家族手当、クローバック廃止後、子供控除廃止前、児童手当導入前の可処分所得曲線を（F I S その他の要素は全て無視して）

$$Y_d = f(Y_g) \cdots \textcircled{1} \text{とおくと}$$

子供控除廃止、児童手当導入後の可処分所得曲線は

$$Y_{d+n \cdot t} = f(Y_g + n \cdot t) + n \cdot a \cdot t$$

$$Y_d = f(Y_g + n \cdot t) + n \cdot (\alpha - 1) \cdot t \cdots \textcircled{2}$$

ただし、 t ：子供1人当たりの控除額（全ての子供は同一年齢と仮定して）

n : 子供の数

α : 児童手当額の控除額に対する比

そこで $B = \textcircled{3} - \textcircled{1} = f(Y_g + n \cdot t) - f(Y_g) + n(\alpha - 1)t$

とおくと $\frac{\alpha B}{\alpha Y_g} = f'(Y_g + n \cdot t) - f'(Y_g)$

ところで、 $f(Y_g)$ は超過累進構造をもつから $f''(Y_g) < 0$

よって $\frac{\alpha B}{\alpha Y_g} < 0$

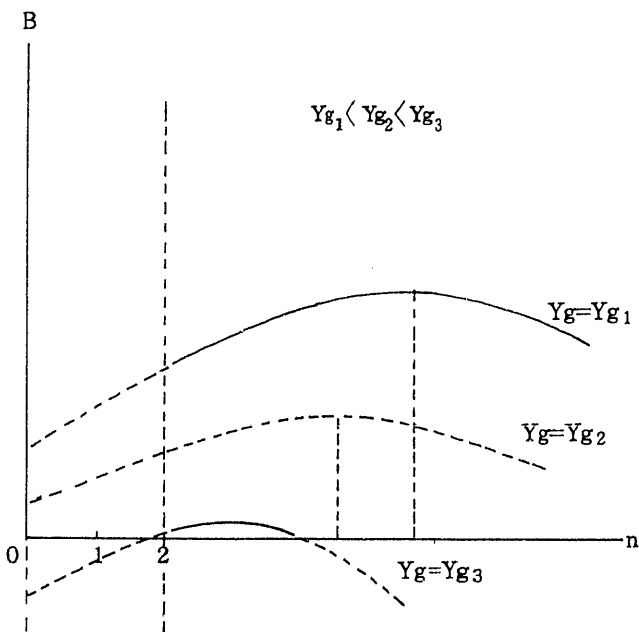
したがって、子供控除の廃止、児童手当の創設の利益は低所得層は厚く、高所得層程薄くなり、 α が1よりある程度小さくなると、必ず損をする層がでてくる。

次に $\frac{2B}{\alpha n} = t f'(Y_g + n \cdot t) + (\alpha - 1)t$

$\frac{\alpha^2 B}{\alpha n^2} = t^2 f''(Y_g + n \cdot t) < 0$

であるので、 $0 < \alpha < 1$ のときには、 (n, B) は図のようになる。

図5-2 子供数へ増加の効果

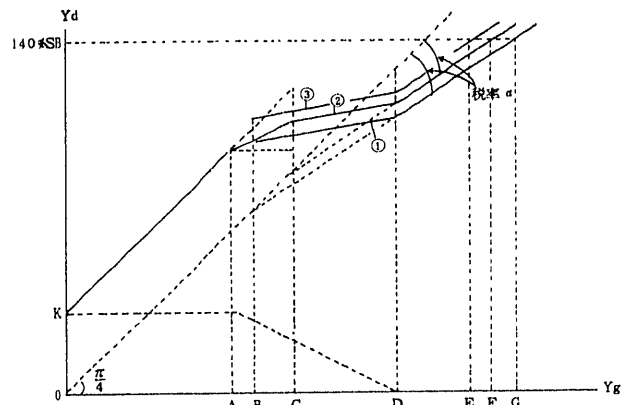


よって、 f の形と t の大きさにもよるが、所得の小さい層ほど、又、子供の多い層ほど、子供控除の廃止、児童手当の創設の利益は大きいことが分かる。

③ Poverty-trapに対する効果

児童手当制度創設の効果として、しばしば、CPAGらによって、Poverty-trapの解消が主張されているので、最後にこれについて見てみたい(図5-3)。

図5-3 児童手当とPoverty-trap



F, I, Sによって決まる点K・A・Dを所与として、当初の可処分所得線を①、子供控除の引上げによる可処分所得線を②、児童手当の引上げによる可処分所得線を③とすると、BD間の傾きは①~③ともほとんど変化はない。

したがって、FISによって生じたPoverty trapの解消には、CPAGが主張するのと異なり児童手当の導入はほとんど貢献するとは思われない。しかし、子供控除の廃止によって生じた財源を全て児童手当に振り向ければ、図のように③は②より上方に位置することになるから、より多くの人々を貧困層から救い出すことにはなると考えられる。したがって、この意味ではPoverty trapの解消に有効とは言えよう。

(3) 児童手当制度に対する評価

児童手当制度に対する評価は目下のところ労働党・保守党を含め良好のようである。

ただし、保守党は将来のタックス・クレジット制度への布石として評価しているので、あくまで暫定

的な評価と言える。

一方、CPAGは、児童手当の給付水準を将来は失業給付等の短期給付に加算される子供加算額を上乗せした水準にまで引上げることがを主張している。そして、この給付水準を他の国民保険給付の水準にリンクすることを主張している。そして、最終的には、給付水準を長期給付の子供加算額を上乗せした水準にまで持って行くことを目標としている。

しかし、単に、児童手当の給付水準の引上げでPoverty-trapの解消が図れるのか、また制度の効率性から見て、非課税扱いでよいかなど、いくつかの疑問が残るように思われる。

残された課題と今後の方向

以上、1960年代半ばの「貧困の再発見」から今日に至るまでの所得保障政策の主要な変遷を見てきたが、ここで再度、英国における所得保障政策の現状と問題点を整理しておこう。

(1) 現状と問題点

① 所得再分配前の状況(図6-1)

まず、所得再分配前の状況を補足給付の基準額(以下単にSB)の100%を貧困線にとって見てみよう。

これによると、何らかの国からの給付がない場合には、全家庭の30%が貧困状態にあるという勘定になる。これを家庭のタイプ毎に見ると、まず、年金生活者の家庭が88%、非年金生活者家庭では12%となり、さらに、非年金生活者家庭のうち、子供のいない単身者は15%、子供のいる単身者(いわゆる片親家庭)は59%、子供のいない夫婦は6%、子供のいる夫婦10.7%が貧困状態にあるということになる。

また、貧困状態にある全家庭のうち、それぞれのタイプの家庭の占める比率は、年金生活者家庭71%、子供のいない単身者家庭14%、子供のいる単身者家庭5%、子供のいない夫婦家庭4%、子供のいる夫婦家庭6%となっている。

これから分かるように、所得保障政策の対象とな

っている家庭のうち、規模、必要度の点で最も大きいのは、老人家庭であるが、稼得能力(機会)を失った老人家庭が所得保障政策の最大の顧客となるのは当然である。したがって、問題はその他の家庭で貧困状態にあるのが全国で222万家庭もあることであろう。この中には、障害者であるため稼得能力がない者も含まれるが、多くは一家の主が失業、疾病、低賃金の家庭である。

② 再分配後の状況(図6-1)

さて、それでは、これらの潜在的な貧困家庭に対し、どのように所得保障政策が機能しているかを次に見てみよう。

所得保障政策の効果を経済状態からの脱出率で見ると、年金生活者家庭は89%、子供のいない単身者家庭は75%、子供のいる単身者家庭は88%、子供のいない夫婦家庭は79%、子供のいる夫婦家庭は73%が、それぞれ貧困から抜け出したことがわかる。

この結果、貧困家庭の全家庭に占める比率は30%から4%に大幅に減少したことが分かるが、一方、逆に4%は相変わらず貧困状態にあり、所得保障体系の大きな欠陥をも示している。

この4%の原因のうち、最も大きなものは、補足給付の申請率が低いことと考えられる(1975年推計で申請率は74%)が、年金生活者家庭以外の家庭では、補足給付の受給資格のない低賃金家庭の存在(及び子供のいる家庭では家族所得補足FISの低申請率)も大きく影響しているものと考えられる。

なお、補足給付の申請率が低い背景には、補足給付を受けざるを得ないという国民保険の各給付水準の低さがあることは言うまでもない。

③ 再分配後の状況-140%SBを貧困線とした場合(図6-2~6-5)

以上は、SBの100%ラインを貧困線にとった場合であるが、タウンゼント教授らにならって140%SBラインを貧困線にとると様相は大きく変わる。

すなわち140%SBラインを費用線にとると、再分配前に貧困状態にあった家庭は34%であったもの

が再分配後も34%と全く変わっていない。人口で見ると、これは26%の人々が貧困状態にあることを示している。

そして、再分配前の潜在的貧困家庭の特徴がそのまま、維持されていると言える。すなわち、老人家庭と片親家庭の半数以上は相変わらず貧困状態にあるし、また、夫が障害者の家庭も半分は貧困である。さらに、夫が障害者でない世帯でも妻が働いていないと、子供が3人以上の場合は半数近くは貧困状態にあるし、子供が2人未満でも20%は貧困状態である。つまり、夫に稼得能力がある場合でも、夫だけの収入ではSB140%のレベルを超えない(恐らく、多くの者はSBの100%のレベルも超えない)ような低賃金家庭が多く存在する訳である。

(2) 評価

以上、見て来たように、英国の所得保障政策を評価するとき、一体どこまでを政策の対象とするかによって結論は大きく違って来る。政府は公式には貧困線をSB100%(official lineとも呼ばれる)としているので、主な問題は4%の家庭に対する対策ということになるが、タウンゼント教授ら一般のアカデミクスは140%SBラインをもって貧困問題を議論することが多いようである。政府もFISに見られるように、実際には100%SBラインと140%SBラインの中間に位置する家庭に対しても低所得保障の対象を拡大しているのだから、結局、最低保障の側面から見た所得保障政策の範囲も相対的なものと言えよう。

したがって、評価も140%SBライン以下の貧困状態にある人々の数で一括して行うのではなく、個々の家庭のタイプ毎に、プライオリティーを置いて行うしかないようであるが、この面から見てみると、英国で最もプライオリティーの高いのは、子供のいる家庭であることは間違いないようである。そして、このことは逆に言えば子供のいる家庭に対する所得保障政策が最も遅れていると一時的に認識されているということになる。CPAGの活動もこうした評価をベースにしていることは言うまでもない。

これと較べると老人家庭が問題とされることは少ないようである。この理由は、数字の上では140%SB以下であっても、制度的には補足給付が受給でき、最低生活が保障されていることが最も大きいと思われるが、一方、対象者が非常に多く問題が大きすぎるという面の影響も少なからずあるように思われる。

以上のように、英国の所得保障政策が成功しているか否かを判断するのは中々難しいが、数字で見ると限り100%SBをとるにしろ、140%SBをとるにしろ、貧困状態にある人々の数は、時系列的にはそれ程変化がないようである。(100%SB未満人口は1962年3.8%-エーベル・スミス、タウンゼント、1972年3.2%-政府)したがって、これを指標にとる限り、それ程大きな成功がなされたとは言い難い。また、最も最近の新政策である児童手当の創設によってもこうした事態がそれ程改善されたとも思えない。

なお、SBのスケール・レートは、1950年代から60年代前半にかけて急速にその実質水準(実質賃金に対する比率で表示した)を上げてきたので、その影響が上の数字に反映している可能性はあるが1960年代後半以降はほぼ一定の水準を維持している(図6-6)。

(3) 今後の方向と困難

さて、以上、現況と問題点、その評価をごく簡単に行ったが、以上から、1960年代後半から問題とされてきた事態は必ずしも十分解決されていないことが分かる。したがって、今後とも、これらの問題の解決が英国の所得保障政策の課題となると思われるが、1975年の年金制度の改革で国民保険制度の基本的制度改革は当分ないと思われる。

むしろ、当面は厳しい経済情勢の下で、現行の水準を維持することに追われる可能性が大きいであろう。現に、1979年に政権を取ったサッチャー保守党政権は、30年間にはじめてという短期給付の実質給付水準の削減に着手したほか、各種の支出削減策を行おうとしている。

したがって、制度面での大きな改革案は望めそうもないが、財政事情が好転したあかつきには、保守党の従来の主張である、タックス・クレジット制度が再度浮上する可能性が少なからずあろう。ただし、すでに述べたように、タックス・クレジットが果し

てそれ程大きな効果を生むか否かについては、疑問も多い。

当分の間、英国の所得保障政策は、財政問題に揺さぶられつつ、模索を続けざるをえないであろう。

図 6-1

TABLE 4.9
AMOUNTS OF WEEKLY POVERTY GAPS; 1975
Composition of the population below the poverty line (as defined) and amounts of weekly poverty gaps, families (by type) and adult equivalent units, before and after social security benefits; 1975
Great Britain

	Families in total population			Families in poverty (as defined) before benefits						Families in poverty (as defined) after benefits						AEU's in poverty (as defined) after benefits (a)			
	Number	Pro- portions	%	Number of families	Pro- portion of total number in poverty	£ million	%	Pro- portion of total poverty gap per family	£ per wk	Weekly poverty gap per AEU	Number of families	Pro- portion of total number in poverty	£ million	%	Pro- portion of total poverty gap	£ per wk	Weekly poverty gap per family	£ per wk	Weekly poverty gap per AEU
Pensioners:	000's																		
Single persons	4,078	16.2		3,669	48.0	2,538	43.4	13.3	12.5	456	41.4	43	17.3	1.8	1.5				
Couples	2,106	8.4		1,760	23.0	1,612	27.5	17.6	9.4	147	13.3	15	5.9	1.9	1.0				
All pensioners	6,184	24.5		5,429	71.0	4,150	70.9	14.7	10.5	603	54.7	58	23.2	1.8	1.4				
Non-pensioners:																			
Single adults	6,913	27.4		1,054	13.8	601	10.3	10.9	10.5	250	23.6	75	30.2	5.5	5.5				
Without children																			
Single adults with children	654	2.7		389	5.1	359	6.1	17.7	10.9	46*	4.2*	28*	11.3*	11.6*	7.1*				
Couples without children	4,918	19.5		293	3.8	243	4.2	15.9	9.9	61	5.5	23	9.4	7.4	4.6				
Couples with children	6,524	25.9		482	6.3	502	8.5	20.0	7.8	132	12.0	65	25.9	9.4	3.6				
All non-pensioners	19,009	75.5		2,218	29.0	1,705	29.1	14.7	9.6	499	45.3	191	76.8	9.4	4.7				
All families/units..	25,193	100.0		7,648	100.0	5,855	100.0	14.7	10.2	1,102	100.0	249	100.0	5.0	3.0				

Source: Derived from table prepared for the Commission by Dr W Beckerman.

*Figures reflecting small sample numbers and therefore on the margins of reliability.

(a) Adult Equivalent Units here correspond to the supplementary benefit scale rates for single persons and families and, as such, take account of the economies of scale of multi-person families.

(b) Because of rounding, this column does not add to the total shown.

(出所) Royal Commission on the Distribution of Income and Wealth
Report No. 6.

6-2

Table 3.3 Distribution of individuals: household income relative to SB by type of family

Individuals	Household income as percentage of SB							Percentage
	100 or less	100-	120-	140-	200-	250-	Over 500	
								All
Elderly couple	16	22	18	27	9	8	1	100
man	26	21	15	23	9	7	1	100
woman	39	20	12	18	7	5	-	100
Couple, no child	2	2	3	19	20	49	4	100
1	2	4	6	36	26	25	2	100
2	3	5	8	42	24	17	1	100
3	5	8	14	42	18	13	1	100
4	11	17	14	43	6	8	1	100
5+	20	25	23	30	--	2	-	100
Single-parent	35	18	11	22	7	7	-	100
man	5	4	5	31	28	27	1	100
woman	7	7	10	34	23	18	1	100
All individuals	9	8	9	32	19	21	2	100

Note: The percentages of families (as opposed to individuals) falling in each category of household income per head are the same as for individuals except for the 'All' row which is shown in Table 3.4.

(出所) Royal Commission on the Distribution of Income and Wealth Report No. 6.

613

Table 3.4 Distribution of families: by household income relative to SB; family income relative to SB; and original family income relative to SB

Families	Household income (1)	Family income (2)	Original family income (3)
100 or less	12	15	29
100-	9	10	2
120-	9	9	3
140-	29	26	12
200-	18	16	12
250-	22	23	35
Over 500	2	2	8
All	100	100	100
Standard deviation	1.02	1.09	2.13
Mean	2.00	1.99	2.29
Coefficient of variation	0.51	0.55	0.93

Notes: 1. The coefficient of variation = Standard deviation ÷ Mean.
 2. All incomes are exclusive of housing costs.

(出所) Royal Commission on the Distribution of Income and Wealth
 Background Paper to Report No. 6.

図 6-4

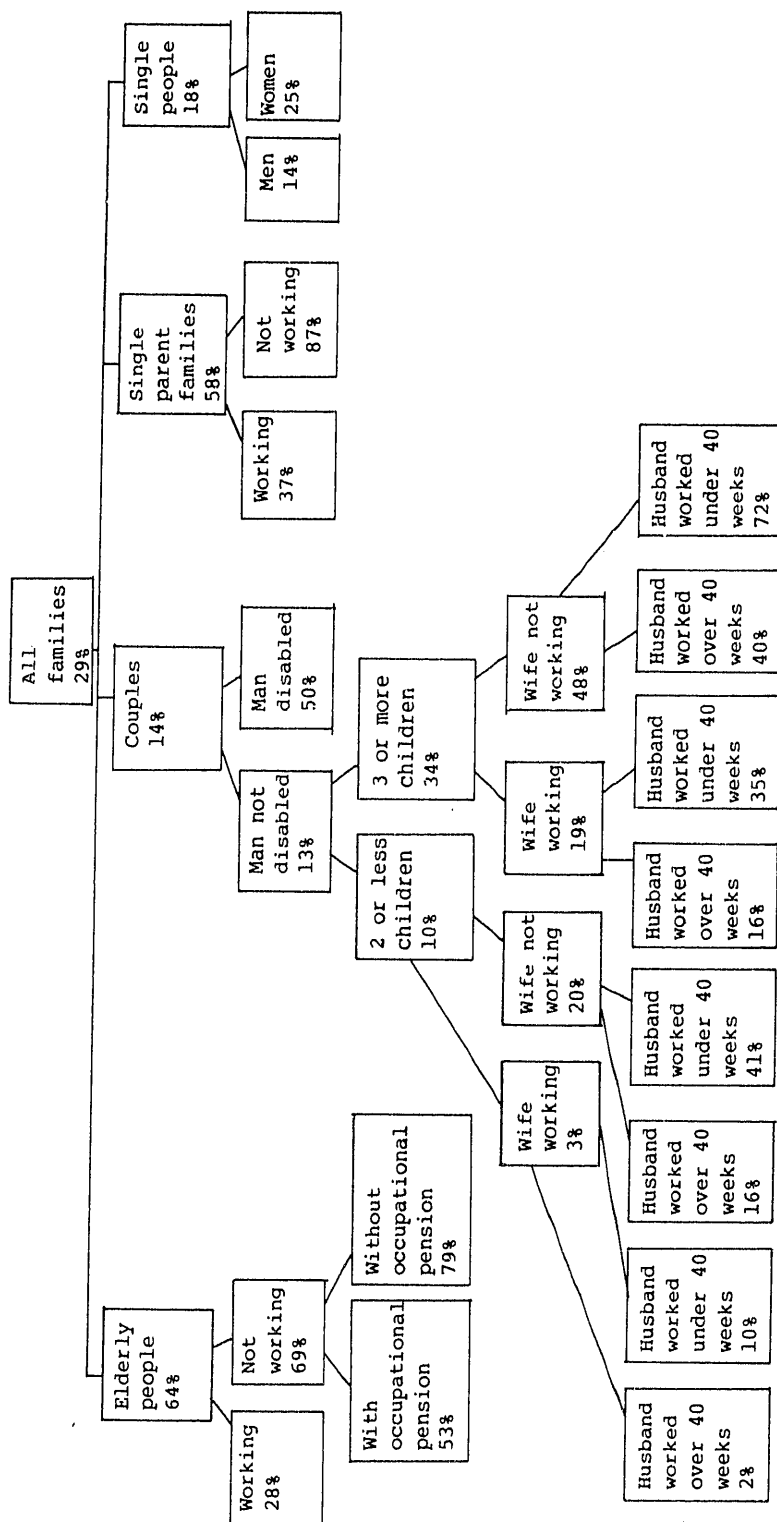
Table 3.2 Distribution of individuals: type of family by household income relative to SB

Individuals in the sample	Household income as percentage of SB						Percentage
	100 or less	100-	120-	140-	200-	250- Over 500	
							All
Elderly couple	14	20	14	6	3	3	8
man	4	4	2	1	1	-	1
woman	30	15	8	4	2	1	7
Couple, no child	5	4	6	11	20	42	49
1	3	6	9	16	19	16	13
2	8	13	20	29	29	18	14
3	6	10	16	14	10	7	23
4	5	8	6	5	1	1	11
5+	5	6	5	2	-	-	4
Single-parent	15	8	4	2	1	1	2
man	3	2	3	5	8	8	4
woman	3	4	5	4	5	3	5
All	100	100	100	100	100	100	100

(出所) Royal Commission on the Distribution of Income and Wealth Background Paper to Report No. 6.

図 6-5

Fig 3.2 Percentage of families in each category having household income below 140 per cent of SB



(出所) Royal Commission on the Distribution of Income & Wealth Background Paper to Report No. 6.

Note: The number given in each box gives the percentage of the group of families defined by the corresponding 'branch' of the tree who have a household income of below 140 per cent of SB.

図 6-6

Fig 3.3 Percentages of families with household incomes below 140 per cent of SB which are in each type of family

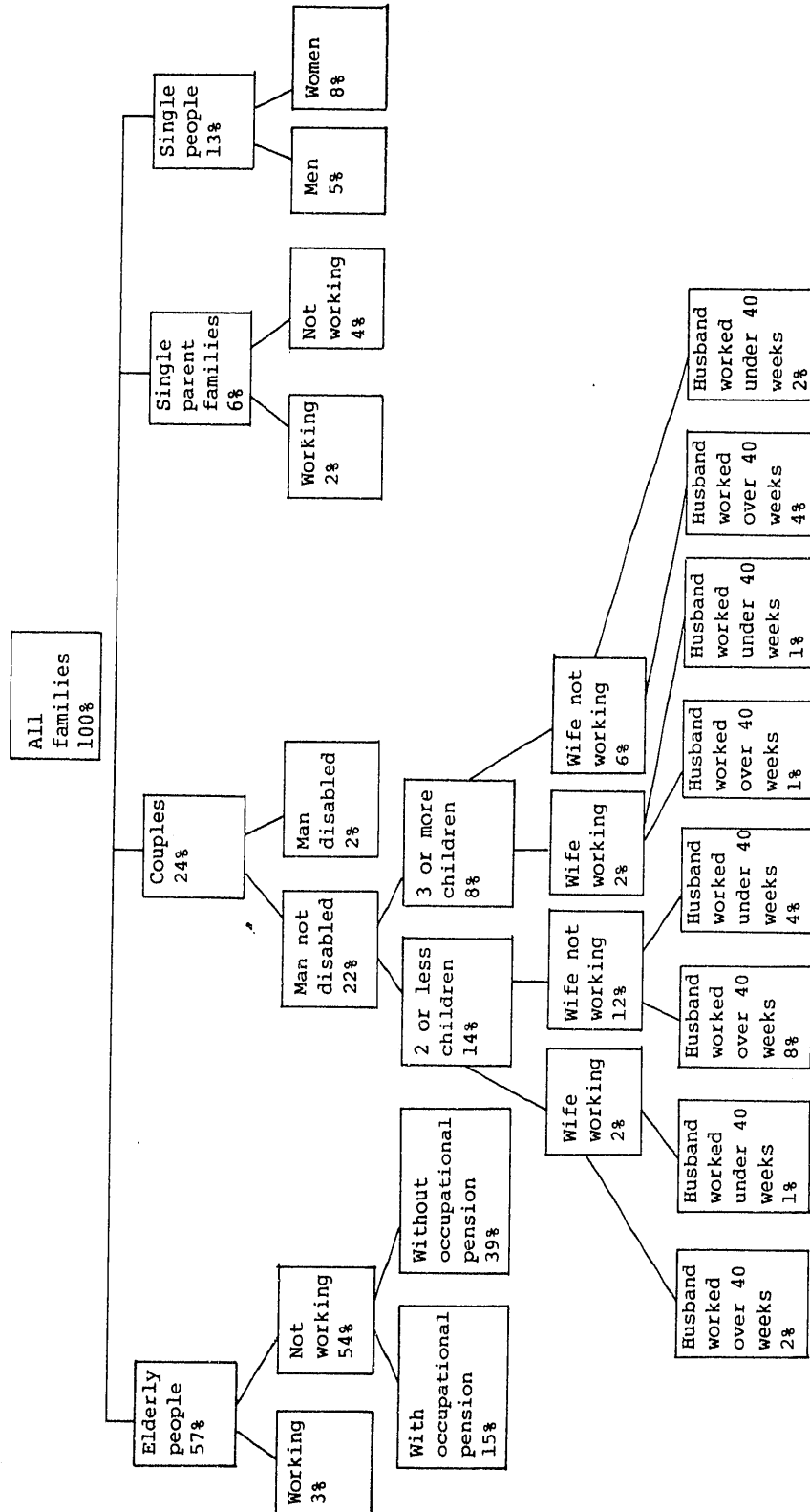
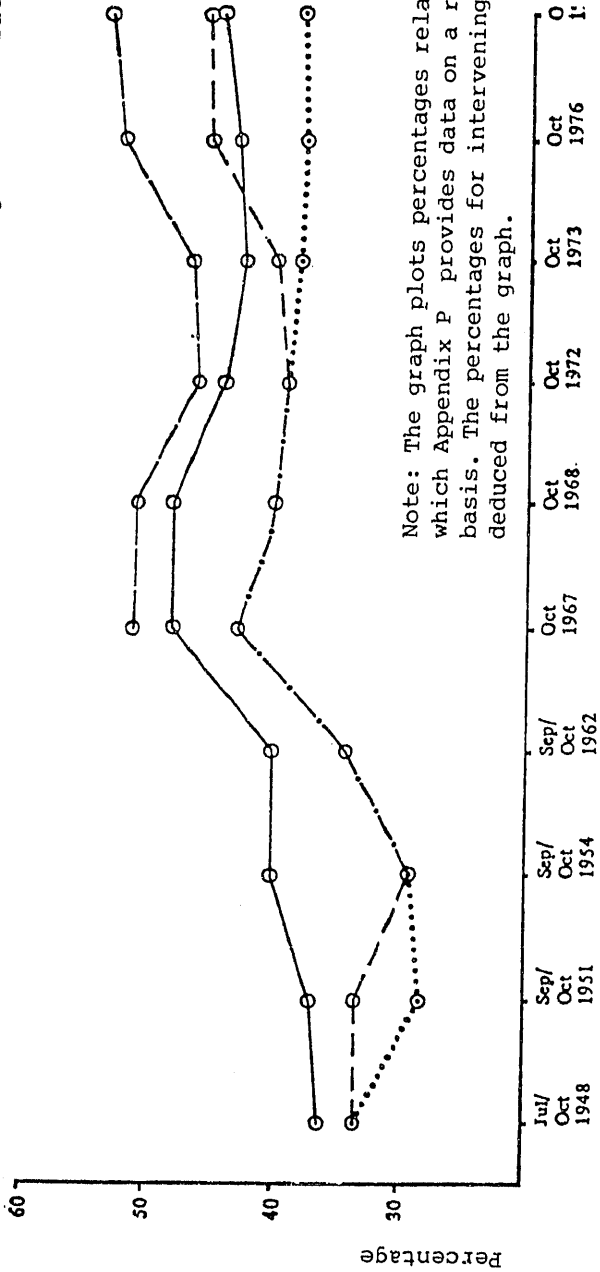


FIGURE 4.1

COMPARISON BETWEEN LEVELS OF NET EARNINGS AND SOCIAL SECURITY BENEFITS; 1948 to 1977

Levels of weekly national insurance and supplementary benefit for a married couple expressed as percentage of net average earnings of full-time adult male manual workers; selected dates July and October 1948 to October 1977.

- Standard rate of national insurance unemployment and sickness benefit as percentage of net earnings before deducting average rent and rates
- Standard rate of national insurance retirement pension as percentage of net earnings before deducting average rent and rates
- _____ Ordinary scale rate of supplementary benefit as percentage of net earnings after deducting average rent and rates
- Long-term scale rate of supplementary benefit as percentage of net earnings after deducting average rent and rates



Note: The graph plots percentages relating to the years for which Appendix P provides data on a reasonably comparable basis. The percentages for intervening years cannot be deduced from the graph.

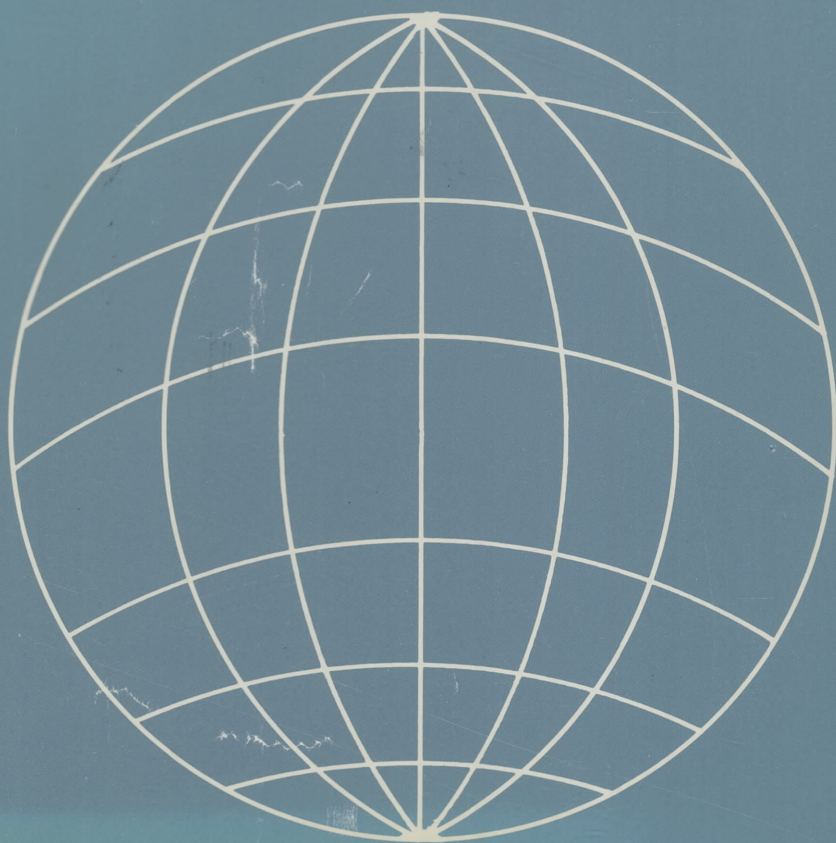
Source: Tables P.4, P.7 and P.11 in Appendix P.

(出所) Royal Commission on the Distribution of Income and Wealth Report No. 6.

海外社会保障情報

No. 50

June 1980



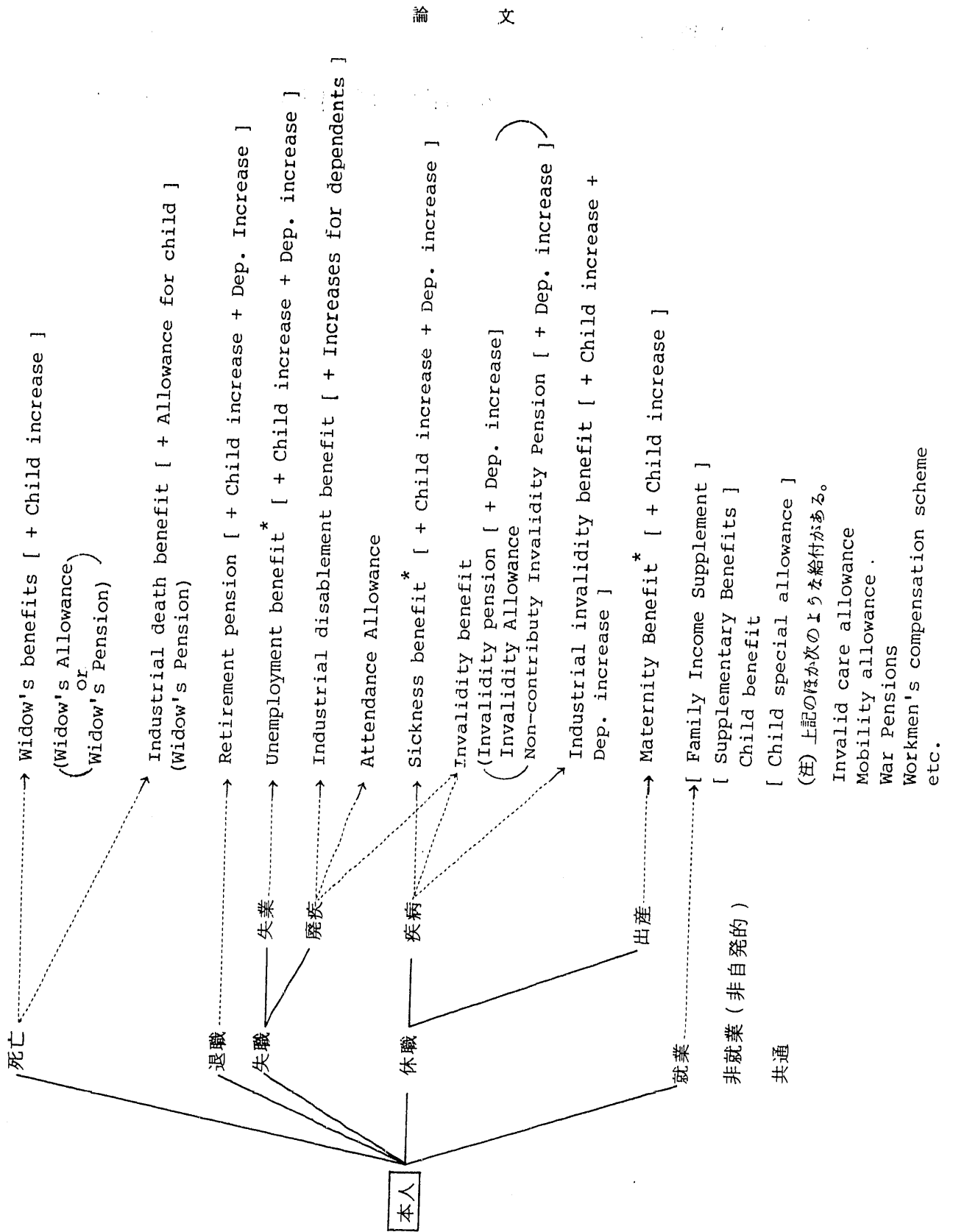
社会保障研究所

Royal Commission on the Distribution of Income & Wealth Report No. 6 Lower Incomes	May 1978	HMSO
Royal Commission on the Distribution of Income & Wealth Background paper to Report No. 6 Lower Incomes	1978	HMSO
Proposals for a Tax-Credit System	October 1972	HMSO
Supplementary Benefits Commission Annual Report	1978	
	October 1979	HMSO
Take-up of Supplementary Benefits An SBC Discussion Paper	1978	HMSO
The Government's Expenditure Plans 1980-81 to 1983-84	March 1980	HMSO
Social Security Research The Definition and Measurement of Poverty	1979	HMSO
Poverty, Politics and Policy Britain in the 1960s, Keith G. Banting	1979	
Poverty and Equality in Britain A study of Social Security and Taxation, J.C. Kincaid,	1975	
The Economics of Inequality, A.B. Atkinson	1975	
The Economics of Social Security, Leslie McClements,	1978	
Social Goals and Economic Perspectives, G.P. Marshall,	1980	
Labour and Equality A Fabian Study of Labour in Power, 1974-79, N. Bonsarquet and P. Townsend	1980	
Social Security Law, Harry Calvert,	1978	
The Great Child Benefit poverty pamphlet 45	Feb. 1980, CPAG ほか	
Killing a commitment: the cabinet V the children New Society 17 June 1976		

“負の所得税”メカニズムとその適用可能性, 中桐宏文, 週刊東洋経済, 近代経済学シリーズ臨時増刊,
1973, 10, 4 etc.,

(参考)

英国における所得保障制度の体系 (Nov. 1979 現在)



ILO総会における中高年労働者に関する勧告について

長尾立子

(厚生省年金局企画課長)

1. 国際労働機関(ILO)について

国際労働機関(ILO)は、1919年、労働条件の改善によって社会正義を実現し、ひいては世界に恒久平和を確立せんとする人類の希望のもとに設立された。

ILOは、この目的を達成するために、各国の労働条件、生活状態に関する資料を収集するとともに、国際労働条約及び勧告として具体化される国際的基準を設定する等の活動を行っているが、特にこの立法活動は、これまで多数の国の社会立法の発展に創造的影響を与えている。

ILOの条約と勧告は、毎年開かれる総会で、政府、使用者、労働者の三者代表の審議の結果、三分の二の多数決で採択される。総会で審議されるためには、理事会の決定によりその議題とされることが必要である。総会での審議は、通常、二度に分けて行われ、二重討議制とよばれているが、初めの年の第一次討議では一般的な原則が検討され、次年度の第二次討議で条約又は勧告、いわゆる国際文書が採択されることとなっている。

2. 中高年齢労働者—労働及び引退—の問題の背景及び経緯

ILO理事会は、第204理事会(1977年11月)において、第65回総会(1979年6月)の議題として「高齢労働者：労働及び引退」を採り上げることが決定した。

これは、世界的に人口の高齢化が進むなかで、高齢労働者とその雇用及び職業の分野において、困難

に遭遇しており、特に近時の長期的な経済不況は、高齢労働者の雇用の確保を深刻なものとしていること、また、高齢労働者が労働生活から引退した後の生活保障も、高齢労働者にとって重要な問題となっていること等、高齢労働者問題が、若年労働者雇用問題と同程度に配慮を必要とする問題に成熟しつつあることを背景としている。なお、このような背景から、この問題は、経済協力開発機構(OECD)、EC総会等の議題にもされている。

ILO事務局は、理事会の決定を受けて、1978年夏、「高齢労働者：労働及び引退」(第一次討議)(第65回ILO総会報告書VI(1))と題する文書を各国政府に送付した。同文書には、この問題に関する現状及び問題点が記されるとともに、各国政府に対する質問書(questionnaire)が添付されている。

日本政府は、この質問書に対し、労使団体に協議を行ったうえ、同年秋、回答書をILO事務局に提出したが、その中において、「かかる状況において、ILOが「高齢労働者」問題をILO総会の議題として取り上げることは、時宜を得たものであると考える」が、「高齢労働者問題が、国により極めて多様かつ複雑な問題であること」等を考慮し、「文書の作成に当たっては、基本的、原則的事項を弾力的に規定することとなるよう留意すべきである」とする意見を記している。

ILO事務局は、各国政府の回答(55加盟国が回答書提出)をとりまとめるとともに、これらを踏まえ、国際文書(案)を作成し、1979年春、各国に送付した。(高齢労働者：労働及び引退(第一次討議)(第65回ILO総会報告書VI(2)))

海外の動き

1979年6月、ILO第65回総会がジュネーブにおいて開催され、日本からは、(政府側) 沢木在ジュネーブ国際機関日本政府代表部特命全権大使、岩田労働大臣官房審議官を代表とし、計21名(厚生省からは、吉原年金局企画課長)、(使用者側) 吉野旭ファイバークラス株式会社を代表とし、計8名、(労働者側) 田中全国化学一般労働組合同盟会長を代表とし、計13名、が出席した。総会には、先のILO総会報告書VI(2)が提出され、ほぼ3週間にわたる審議が行われたが、文書の形式としては、勧告とする等の結論を得、第一次討議を終了した。

1980年秋、ILO事務局は、第二次討議の準備作業を開始し、第一次討議を踏まえた報告書(中高年齢労働者: 労働及び引退(第二次討議)(第66回ILO総会報告書IV(1)))をとりまとめ、勧告案とともに各国政府に送付し、各国政府の意見を求めた。これに対し、日本政府は、前回と同様の手続きを経て、同様の趣旨の回答を行った。

ILO事務局は、各国政府の回答(70加盟国が回答書提出)をとりまとめるとともに、これらを踏まえ、国際文書(案)を作成し、1980年春、各国に送付した。(中高年齢労働者: 労働及び引退(第二次討議)(第66回ILO総会報告書IV(2)))

1980年6月、ILO第66回総会がジュネーブにおいて開催され、日本からは、(政府側) 鈴木在ジュネーブ国際機関日本政府代表部特命全権大使、中谷労働大臣官房審議官を代表とし、計26名(厚生省からは、長尾年金局企画課長)、(使用者側) 吉野(前出)を代表とし、計8名、(労働者側) 内山日本労働組合総評議会副事務局長を代表とし、計12名、が出席した。総会には、先のILO総会報告書IV(2)が提出され、3週間にわたる審議が行われ、1980年6月23日「中高年齢労働者に関する勧告」が採択され、第162号勧告として、ILOの国際文書とされた。

3. ILO第66回総会における審議状況

ILO第66回総会、中高年齢労働者問題委員会の検討状況は、次の通りである。

委員会は、政府側代表62名、使用者側代表32名、労働者側代表30名、によって構成され、(投票権は、三側が同等になるよう調整される)議長は、Al-Yahya サウジアラビア政府代表、副議長は、Ow-uorケニア使用者代表、Keter 西独労働者代表がそれぞれ任じられた。なお、会議は、11回開催された。

最も議論が活発であった点は、この国際文書の形式と如何にするかであった。

労働側代表は、「中高年齢労働者の多くは恵まれない環境にある。討議の成果が各国で実現されるために、枠組的な条約を採択するべきである」とし、使用者側代表は、「現在、世界各国は不況に悩み、若年労働者の失業問題が社会問題となっており、また、労働者保護の問題は、社会保障の状況等社会的経済的諸状況を総合的に勘案するべきであるので、勧告とするべきである」とした。

政府側代表は、①「基本的な部分は条約とするべきである」とするグループ(北欧、ソ連、EC諸国(イギリスを除く))と、②「各国の事情に応じて対応をとる意味で勧告が適当である」とするグループ(アメリカ合衆国、イギリス、オーストラリア、カナダ、開発途上国)に分かれた。日本政府は、「人口の高齢化が進む中で、中高年齢労働者が遭遇する諸問題について国際文書を採択することは有意義である。これらの諸問題の解決は、社会的経済的諸状況を総合的に勘案して行われるべきで、各国の多様な国内事情を十分考慮しつつ対応策が講ぜられるべきである。その意味では勧告が望ましい」という観点から、②のグループに加わった。

これについては、採決が行われ、①条約とするべきである。47% ②勧告とするべきである。53%により、勧告とすることが決定された。なお、この採決の後、EC諸国から、「将来においてさらに、何らかの国際文書を採択する」という決議案が提出されたが、否決されている。

4. 中高年齢労働者に関する勧告（ILO第162号勧告）の概要

ILO第162号勧告は、次の5章 33項目から成り立っている。

- I 一般規定（ポイント ①～②）
- II 機会及び待遇の均等（ポイント ③～⑩）
- III 保護（ポイント ⑪～⑱）
- IV 引退の準備及び引退への接近（ポイント ⑳～㉔）
- V 実施（ポイント ㉕～㉗）

まず、Iにおいては、適用対象を「加齢のために雇用及び職業において困難に遭遇するおそれのあるすべての労働者」（①）とし、さらに、「この勧告を実施するに当たり、各国において、……、適用労働者の一層精確な定義を採用することができる」（②）としている。

IIにおいては、「中高年齢労働者に関し雇用及び職業における差別待遇の防止のための措置をとるべきである」（③）とし、中高年齢労働者が雇用の機会及び待遇の均等を享受できるようにするための、職業指導、職業紹介、職業訓練、雇用保障、報酬等に関する措置が定められている。

IIIにおいては、中高年齢労働者について、加齢に伴う肉体的、精神的能力の変化等に適合するよう、労働条件及び作業環境の改善、労働安全及び衛生の維持、労働時間の減少、職務の転換等措置がとられるべきであるとしている。

IVにおいては、可能な場合には、「(a) 労働生活から自由な活動への段階的移行を認める枠内で、引退が任意的であることを確保すること。(b) 老齢年金の受給資格が付与される年齢を弾力的なものにすること」（④）とし、一定期間に失業中の者、健康に有害な職業に従事してきた者、一定程度まで労働不適な者などに早期に老齢年金を支給すること、減額を条件に任意の繰上げを認めること等の規定を設けている。

Vにおいては、これらの措置は国内法令、労働協

約、国内慣行に適合する方法により、段階的に実施することができる（⑤）としている。

以上のように、ILO162号勧告においては、中高年齢労働者の問題を、①年齢による雇用差別の防止の問題 ②職業活動の面における保護の問題 ③職業活動からのなだらかな引退と年金保障の問題の三つに分類し、それぞれについて基準を定めているわけである。

5. 中高年齢労働者に関する勧告（ILO第162号勧告）抜すい

第IV章 引退の準備及び引退への接近 （労働省国際労働課仮訳）

20 この部の規定の適用上、

- (a) 「所定の」とは、31に規定する方法の一により又はこれに基づいて定められていることをいう。
- (b) 「老齢給付」とは、所定の年齢を超えて生存する場合に与えられる給付をいう。
- (c) 「引退給付」とは、所得を伴う活動の中止を条件として与えられる老齢給付をいう。
- (d) 「老齢給付の受給資格が通常付与される年齢」とは、老齢給付が与えられる所定の年齢をいい、この老齢給付は、繰り上げ又は繰り延べて与えることができる。
- (e) 「長期勤続給付」とは、年齢のいかんを問わず、長期の資格期間の満了にのみ基づいて与えられる給付をいう。
- (f) 「資格期間」とは、所定の拠出期間、雇用期間、居住期間又はそれらの組合せをいう。

21 可能である場合には、次のことを目的として措置がとられるべきである。

- (a) 労働生活から自由な活動への段階的移行を認める枠内で、引退が任意的であることを確保すること。
- (b) 老齢年金の受給資格が付与される年齢を弾力的なものにすること。

海外の動き

- 22 特定の年齢での雇用の終了を強制的なものとする法令その他の規定は、3及び21の規定に照らして検討されるべきである。
- 23(1) 各加盟国は、労働時間が段階的に短縮されて所定の水準に達する中高年齢労働者又はパート・タイムでの労働を始める中高年齢労働者が、老齢年金の受給資格が通常付与される年齢に達する日前の所定の期間、その報酬の減少に対する一部補償又は全額補償としての特別給付を受けけるように確保するため、特別給付に関するその方針に従い、努力すべきである。
- (2) (1)の特別給付については、その額及び条件が定められるべきである。適当な場合には、当該特別給付は、老齢給付の計算上、所得として取り扱われるべきであり、また、その給付期間は、この計算において考慮されるべきである。
- 24(1) 老齢給付の受給資格が通常付与される年齢に達する日前の所定の期間失業している中高年齢労働者は、失業給付制度が存在する場合には、この日まで引き続いて失業給付又は十分な所得の維持を受けるべきである。
- (2) 代替措置として、少なくとも1年間失業している中高年齢労働者は、老齢給付の受給資格が通常付与される年齢に達する日前の所定の期間、早期引退給付の受給資格を有すべきである。早期引退給付は、老齢給付の受給資格が通常付与される年齢で要求される資格期間よりも長期の資格期間に基づいて与えられるべきではなく、また、その額は、当該労働者が前記の年齢で受ける給付の額に相当するものであって、恐らくより長期の支払期間を相殺するために減額されるべきではなく、当該額の計算上、老齢給付の受給資格が通常付与される年齢と実際の年齢との間の期間は、資格期間に含まれることを要しない。
- 25(1) 次のいずれかの者である中高年齢労働者は
- 老齢給付の受給資格が通常付与される年齢に達する日前の所定の期間、所定の資格期間に基づいて与えることとすることができる早期引退給付の受給資格を有すべきである。その給付の額は、当該労働者が老齢給付の受給資格が通常付与される年齢で受ける給付の額に相当するものであって、恐らくより長期の支払期間を相殺するために減額されるべきではなく、当該額の計算上、老齢給付の受給資格が通常付与される年齢と実際の年齢との間の期間は、資格期間に含まれることを要しない。
- (a) 老齢給付の適用上、国内法令又は国内慣行により困難又は健康に有害であると認められる職業に従事している者
- (b) 所定の程度労働に適しないと認められる者
- (2) (1)の規定は、次の者については適用しない。
- (a) 早期引退給付の受給資格として要求される廃疾又は労働不能と少なくとも同等の程度の廃疾又は労働不能に相当する労働不能に基づく廃疾年金その他の年金を受給している者
- (b) 業務災害年金制度その他の社会保障給付により十分な支給がなされている者
- 26 24及び25の規定が適用されない中高年齢労働者は、老齢給付の受給資格が通常付与される年齢に達する日前の所定の期間、早期老齢給付の受給資格を有すべきである。ただし、当該労働者が前記の年齢において受給したであろう定期的老齢給付の額を減額することを妨げない。
- 27 老齢給付が拠出金の支払い又は職業活動の期間に基づいて与えられる制度においては、所定の資格期間を満たした中高年齢労働者は、長期勤続給付の受給資格を有すべきである。
- 28 26及び27規定は、労働者が65歳又はそれ以前において老齢給付の受給資格を得ることができる制度によって適用されることを要しない。

29 労働に適している中高年齢労働者は、たとえば、給付の資格条件をすべて充足することを目的として、又は給付を受けることとなる遅い年齢及び場合に応じ追加的な労働若しくは拠出が考慮されてより高い率で給付を受けることを目的として、老齢給付の受給資格が通常付与される年齢を超えて老齢給付の請求を延期することができるべきである。

30(1) 引退準備計画は、代表的な使用者団体及び労働者団体並びにその他の関係団体の参加を得て、労働生活の終了前の数年間に実施されるべきである。これに関連して、1974年の有給教育休暇条約が考慮されるべきである。

(2) (1)の計画は、特に、次の事項に関する情報を提供することにより、関係者がその引退の計画

をたて、及び新しい状況に適応することができるようにすべきである。

(a) 関係者が受けることを期待し得る所得、特に、老齢給付、関係者の年金受給者としての税金上の地位及び医療、社会的サービス、一定の公共サービスの料金の割引等の関係者が利用し得る関連する便宜

(b) 特にパート・タイムにより及び自営業者となる可能性に基づき職業活動を継続する機会及び条件

(c) 加齢過程及び健康診断、運動、適当な規定食等のこの過程を緩和するための措置

(d) 余暇時間の使い方

(e) 特別な引退問題に対処するための又は興味及び技能を維持させ若しくは発展させるための成人教育の施設の利用可能性

海外トピックス

厚生教育省の分離

— 文部省の創設 — (アメリカ)

議会における2年越しの議論と懸案であった「新省」案によりやく決着がついて、厚生教育省は、厚生省と文部省とにわかれることになった。文部省は、Department of Education、厚生省のほうは、Department of Health and Human Servicesと称することになった。

1980会計年度の予算によると、文部省のほうは、従来の厚生教育省(HEW)の僅か5%相当である。残りの95%つまり2千億ドルは保健と福祉に向けられることになる。そのなかで多いのは、メデケタ、メデケイドと社会保障費である。

過去20年間の間に、保健と福祉部門は急速に拡大してきて、一つの省ではとり扱えないほどまでになったのである。教育関係の仕事よりも保健福祉のほうがか約10倍もの拡大の早さであった。

議論となり反対運動が起きていた看護職養成事

業とくに奨学金制度の管轄は、原案を変更して、従来どおり厚生省が統轄することになった。

The Nations Health, Nov. 1979, P.6.

*

*

米国連邦文部省の発足祝賀会は、去る1980年5月7日、ホワイトハウスの南庭でささやかにもよおされた。カーター大統領の1976年大統領選挙キャンペーン時の公約の1つでもあり、議会からは注文のついた(省でなく内務省のなかの部への格下げ案)いわくつきの組織がこれであった。

1860年の教育部創設以降、120年の悲願が果たした日だともいえる。新長官は、ジャーレイ・Mハフステードラー女史。140億ドルの予算をまかなうことになる。行政簡素化に逆行し、厚生教育の統一行政のメリットを主張する人の期待を裏切る「新省誕生」ではある。もともと、厚生と文部、両方とも女性の長官というのは、日本の状況とは著しく異っている。

New York Times, May. 8, 1980

(国立公衆衛生院 前田信雄)

スウェーデンにおけるアルコール問題

菱村 将 隆

(国立療養所久里浜病院アルコール科)

1. まえがき

長い厳しい冬の眠りから覚め、木々の一葉までもが、春の陽ざしを浴び、生命を吹き返す5月の初め、我々“混成部隊”はスウェーデンを訪れた。この混成部隊は11人のメンバーで、精神科医5名と北海道の断酒会会員及びその妻らで構成され、年令も78才を頭にまちまちであったが、今日スウェーデンの断酒会(レンカルナ)からの招きをうけて、5月2日にモスクワ経由で成田を出発することになった。チームリーダーを除いては、皆初めてのスウェーデンに、各々のメンバーは、期待と一抹の不安を胸に旅立ったのであった。折しもスウェーデンでは、史上空前のストライキが始まっているという情報を受けたが、“乗りかかった飛行機”ということで、広大なシベリア大陸を横断し、十数時間後にコペンハーゲンの空港へ到着した。そこには、レンカルナの編集局長が、人なつこい笑顔をもって、我々一行を出迎えてくれた。

彼は、日本へも数回訪れたことがあり、すでに日本の断酒会と親交があるらしく、日本製のカメラを胸にさげ、冗談まじりの英語で、我々の不安を解消させてくれた。さっそくフェリーで対岸の、スウェーデン第3の都会であるマルメ市(人口30万人)に、夜の11時頃到着した。型どりの税関を終えると、そこには数人のレンカルナのメンバーが、我々一行を暖かく出迎えてくれ、お互いに拙い英語で自己紹介をすませると、一路彼らの居住地であるイースターという人口1万6千人の小さな町へ、レンカルナ所有のマイクロバスで、訪れることになった。北歐

の澄んだ星空を見ながら、ハイウェイを走り続け、約40分で、その日の宿となるレンカルナのサマーハウスへ到着したのは、すでに午前零時を回っていた。一行は念願のスウェーデンの地に、やや興奮気味であったが、イースターのレンカルナのメンバーが用意してくれたコーヒーとサンドイッチで腹を充たし、明日からの日程の説明をうけ、スウェーデンの第一夜を過ごした。このハウスは、百年前に建てられ、ある資産家の別荘であったものを、最近レンカルナが、国から安く買い受けたとのことであった。ここは、夏だけ開放され、メンバーが、三々五々集まり、一つの社交場的なものとしての機能をもち、ある種のコミュニティを形成していた。もちろん、そこでは、ミーティングも定期的に行われるが、その他に、家族同伴でやってきては、卓球、ビンゴ、ビリヤード等の遊びが行われるように配慮されていた。翌日は、メンバーの家庭に招待され、スウェーデンの家庭を覗くことができたが、あらためて生活レベルの高さに驚かされ、これが“もとアル中”かと疑える程の生活内容であり、我々一行は、まず第一弾のカルチュラルショックを味わった。その日は、我々のために、歓迎パーティが催され、この町のメンバー40名、その家族を含めると約80名近くの人々が集まり、楽しいひとときがもたれた。中年以上の人々では、英語を話せる人は少なかったが、それでもお互いの意思が通じるのか、ことに同行の断酒会のメンバーは、しばらくすると、レンカルナの人々と仲良くなり、ジュースで乾杯する光景もみられた。やはり、同じアルコールの問題で苦しみ、戦っているという共通の意識が、彼らに連帯感を持たせている

のであろうか?。その夜は、遅く迄小さな国際親善が続き、何万キロも離れた北欧の地で、思い出深い時を過ごした。このように、当地の人々からの暖い歓迎をうけながら、我々一行は、スウェーデン各地の、レンカルナの施設、病院等を訪問し、アルコール問題を考えながら、2週間の旅を続けることになるのである。

2. アルコール問題の歴史

ここで、スウェーデンにおけるアルコール問題について、少し触れてみたいと思う。スウェーデンは、45万平方キロの国土(日本の1.2倍)に、820万の人々が生活しており、鉄鋼石、木材、水資源に恵まれ、ボルボで代表される高級車や優秀な機能を装備したジェット戦闘機を、自国で生産し、小国ながら工業化の進んだ国である。ご承知のように、この国は、高度の福祉国家として発展をとげ、世界各国から福祉の手本とされているが、すでに19世紀から、重大なアルコール問題をかかえており、19世紀半ばには、スウェーデンの内科医Magnus Hussにより、alcoholismの用語が提唱されている。当時から、temperance movement(禁酒運動)は、盛んに活動し、それなりの影響を行政に与えてきた。1828～1850年には、400以上の禁酒団体が存在していたが、禁酒主唱の重要な目標は、アクアビット(蒸留酒)との戦いであった。その後、ビール・ワインは適当な範囲で許されたため、1850～1880年にかけては、禁酒運動は沈滞化してきたが、19世紀後期の工業化の躍進は、新しい勢いを与え、total abstinenceを推奨し、同時に社会民主党と労働者層が組合を通して、酒害のキャンペーンを実施した。しかし、その後、アルコール乱用に対する発生要因への異なる考えと、治療方法への異なった需要は、従来の禁酒運動と労働者の動きとの間に不一致を生みだした。20世紀を通して、アルコール政策は、論争の的であり、製造、販売に対し、さまざまな禁止令、制限、規則が強制的に施行されてきた。まず1922年に、国民投票によって、Bratt Systemという制度が確立された。その内容としては、①ア

ルコール産業の国営化、②個人消費のコントロール、③アルコールの治療に関する法律、以上の3点に大別できる。①については製造から販売にいたるまで、全て国家が、これを行ない、直接的なコントロールを主眼としたものである。②の方法としては、25才以上の男性にのみ配給手帳を配り、1カ月間の量的制限を定めたもので、いわば配給制に近いものである。このようなBratt Systemが、続けられるのであるが、時代の変遷とともに、1954年Temperance Actにより、治療の制度化(委員会に、アルコール乱用者である旨の報告があれば、それを調査の上で、治療を勧めたり、強制的に行ったりする)をもって、1955年に、Bratt Systemは廃止されるのである。これは、一応治療という歯止めを、もうけた上で、これまでの配給制から、個人の自由と責任において、飲酒を許容するという政策の変更であった。このBratt Systemにかかわって、導入されたものは、類別課税による消費抑制である。もちろん税収入の増加も意図され、歳入の5%以上が酒税であった。スウェーデンでは、昔からアクアビット(40度)と呼ばれる蒸留酒が、多飲されていたが、高濃度から低濃度への消費転換を計るために類別課税とした。しかしながら、平等を重んじる国民性からであろうか、低所得者層に対する民主主義的な問題や、家庭密造を減少させるために、この法律は廃棄に至るのである。しかしながら、そういった状況でも、枠組みは、保たれており、System Bolagetと呼ばれる国営の酒屋でしか購入できず、しかも20歳以上に制限されていた。その他、レストランでの飲酒は、さらにある年齢以上に限られていた。スウェーデンでは、ビールの消費量は、それ程高くないが、1965年に、light beer(2.8%)に加え、medium beer(3.6%)が出回り(これらのビールは、一般の店でも購入できる)、導入後10年間で消費量の増大をもたらした。特に若年者が常飲するようになってきたため、大きな社会問題視されるようになった。そのため、1977年には、medium beerは廃止されることになったのである。消費量が増えれば乱用者も増加すると

海外の動き

いう理論から、スウェーデンにおける基本的なアルコール対策の目標は、総量抑制であり、その他考えられる限りの予防的措置が講じられ、特に情報と教育に対しては、政府からの援助が保証され、我々が世話になったレンカルナにも毎年相当額の補助が、国から供与されるとのことであった。スウェーデンでは、こういった民間団体のアルコール問題に対する姿勢は、きわめて前向きであり、それは、先にも述べたが、19世紀からの歴史に根づいたものであると思われる。

3. アルコール問題の現状

今回の訪問で、現在のスウェーデンにおいて、一体どれだけ数の“アル中”がいて、それから引き起こされる問題及び、それらに対処する社会の取り組み方はどうであるかということについて、知り得た範囲内で述べてみたいと思う。“アル中”の数を正確に把握することは、非常に困難であるが、これ迄の研究によると、スウェーデン全体で、約30万人といわれてきた。しかし、最近では、50万人（15才以上の飲酒人口の10%）に達しているという答えも得られ、いずれにしても、相当数の人々がアルコール問題をかかえていることに間違いのないようである。行政当局者は、もちろんのこと、一般市民に至るまで、このアルコール問題を認識し、国家の重大事だと気づいていながら、どうすることもできないというのが、現状かもしれない。ここで、統計上におけるアルコール症者の実態をみてみよう。図1は、1962～1975年迄の各年度における人口10万人あたり、精神科で入院治療を受けた人々を退院数で示したものであるが、1962年を100とすると、1975年には218と増大し、男女別にみると、男性が171%、女性が65%の増加となっている。この最大の理由は、alcoholismのためである。alcoholismが全体に占める割合は、1962年度で、10%であったが、1975年度には、35%以上にも増加している。ある精神病院の医師は、最近では、新患の半数が、アルコール症の患者で占められてきたとあって、嘆いていた。この増加は、なにも精神科に限ったことでは

なく、救急外来の半数が、“アル中”患者で、殊に、日曜日の夜から月曜日にかけて顕著であるらしく、土曜日の午後から月曜日の朝9時までアルコール飲料を購入できないスウェーデンの実情からみると、離脱時の症状をも含めた患者が、受診するため、そのような奇妙な、しかし、ある面で当然の現象が起きるのであろうと、うなずけるのである。次に表1は、1975年におけるalcoholismのために入院治療を受けた人々を退院数で示したものである。まず注目されることは、若年者と女性が多いことで、15～19才では、女性が、26%を占め、20～24才で16%、25才を過ぎると10%前後で平均している。また、30才未満の患者が男女合わせて、全体の15%を占めていることも、日本とは、大きく相異なるところである。この様に、数字からみても、すでに、好ましからざる将来の姿が、少しずつ、はっきりと映しだされつつある気がしてならない。

4. 考察

以上述べてきた様に、今やスウェーデンで、大変な社会問題となりつつある、否、すでになってしまったアルコール問題であるが、何故に、この様な現象が、生じてしまったのであろうか？。今回の旅行中、ずっとこの疑問が、私の頭から、離れ得なかった。1976年度の飲酒統計では、国民一人当たりのアルコール消費量は、スウェーデンが世界で26位、日本が27位で、ほぼ同じ程度であるのに、アル中の発生数は、比較にならない程、スウェーデンに多いのである。ここでは、恐縮ながら私なりに得た結論を述べさせて頂くことにしたい。スウェーデン人は、よく孤高の民族と言われるように、誇り高く、愛国心に燃え、その反面淋しがりやで孤独にひとりやすい国民性を持っている。そういった国民性と厳寒で、かつ暗く長い冬をもつ気候風土が、アルコールに陥りやすい条件をつくりだしているのではないだろうか？。しかし、旅を続けていくうちに、もっと他の要因があるように思えた。それは第一に、人生への生き甲斐であろう。この国の人々は、恵まれすぎているゆえに、この大切な柱を、失っているのではな

いだろうか。彼らの目標は何かと尋ねると、大部分の人から返ってくることは、「別荘とヨットを持つことである」といった内容である。また、スウェーデンは、高福祉の代償として、税金が高いことで有名であるが、このことも大きな原因と思われる。普通の労働者でも、30%以上が税金で持ってゆかれ、残業をしても、その75%は、税金だということで、労働意欲を減退させている。ある有名な作家の前年度の収入に対する税金は、その年の収入の100%を超えていたという話も聞かれた。昨年では、テニスのボルグも税逃れのために、国外へ移ったとのことである。こういった傾向は、特に若者に強く、ストックホルムの広場で出会った17才の少年は、世の中全てのものがおもしろくないといいながら、昼間からビールに酔いしれていた。第2に、家庭問題が考えられる。元来、個人主義の確立したお国柄であるが、最近では、親子関係でさえも疎遠化が進み、夫婦の離婚率上昇とも相まって、家庭崩壊が、徐々に進行している。その結果、各々は、なお一層、孤立・孤独感に襲われるのではないだろうか？。第3には、飲酒層の偏在化が進んでいるのではないかということである。スウェーデンでは、日本的な街中の飲み屋は、見られず、パーティにしても、日本程アルコール飲料は付きものではないことなどから、我が国と較べると、大量に飲む層と少量しか飲まない層の二極構造の形態をとっているのではないかということである。逆に言うと、消費されたアルコールが高率にアル中発生の源となっている可能性が高いということである。第4は、厳しい販売規制、高価格のために、数字にあらわれないアルコールが飲まれていることである。まずその一つとして、メチルアルコールである。今や日本では、考えられないことであるが、1975年マルメのアルコールクリニックに訪れた救急外来約1万人中、約7%のメチルアルコール中毒がいるということである。その他密造・密輸の問題も存する。これだけ高価格(表2)であれば、当然のことながら家庭密造や、ある種の人々による密造・密輸が生じてきて、ある推計によると、このような非合法的なアルコールは、全体の15%

を占めるとのことである。他にも、種々な要因は、あるであろうが、主たるところは、上述した点にしばられるように思う。

5. あとがき

現在、スウェーデンは、アルコール政策でも、国をあげて大実験しているが、その効果は仲々実り難い様である。おそらく、今後も、次々と新しい法が施行されるであろうが、少なくとも、今やレンカルナをぬきにしては、アルコール行政は語れない様である。幸運なことに、5月10日に、ストックホルムにおいて、レンカルナ35周年記念の市街デモ行進に参加できた。

市民にアルコールの害を、「もとアル中」の彼らが訴えている光景に接し、感動を覚えると同時に、今後のアルコール医療の中で、彼らの組織が果たす役割が如何に重要なものであるかの認識を、さらに深めさせられた。その夜の記念パーティでは、厚生大臣(Social minister)が、わざわざ出席し、2時間余りも、メンバーと談笑するなど、日本では考えもつかないことで、そういった面からも、この国の行政の力の入れようが感じられた。最後に、レンカルナの編集局長の語った言葉が、今でも私の脳裡に残っている。それは、「我々は、国から多大な援助を受けているが、しかし、我々は、その援助の何倍にもして、国に貢献している」という自信にあふれた言葉であった。

海外の動き

Discharges 1962-1975 (transferred and
Fig. 1. decreased excl) per 100,000 population

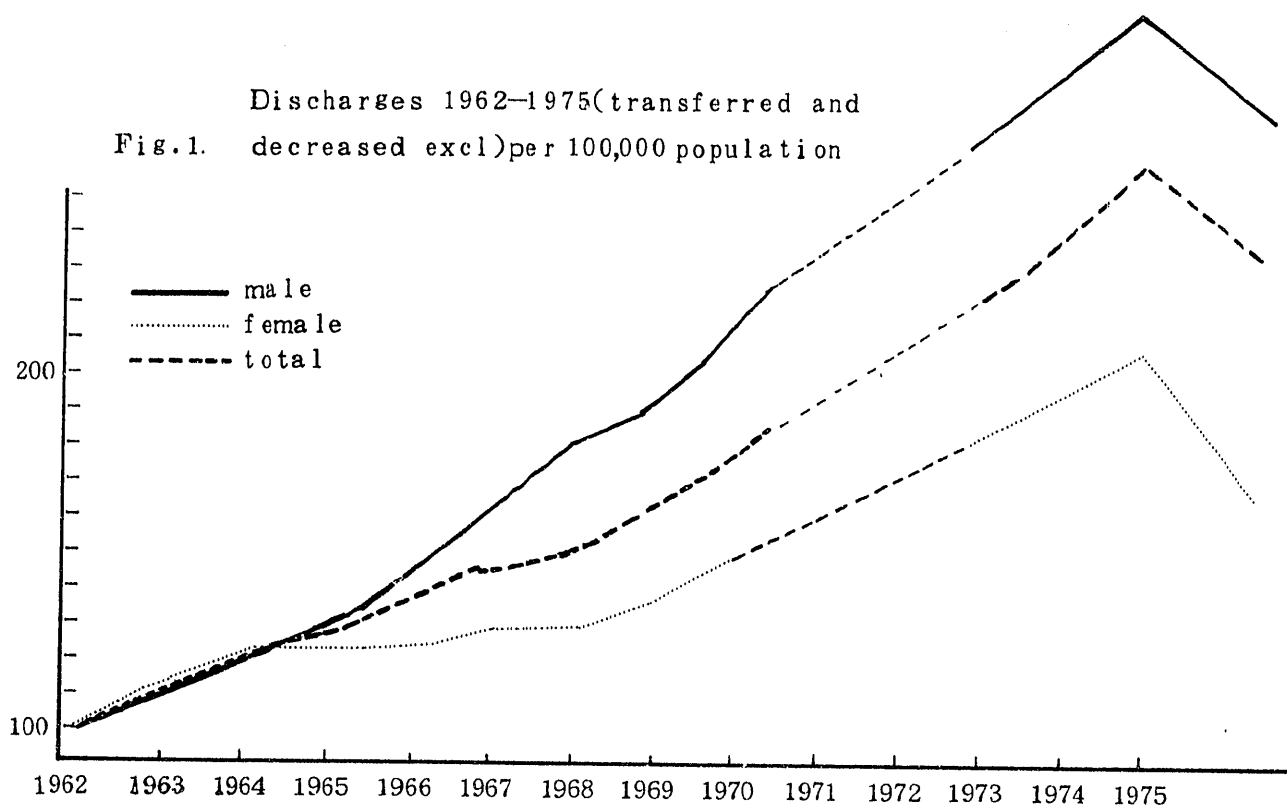


Table 1. Discharges 1975 (transferred excl), age at discharge and sex in Alcoholism

Ages	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 over	Total
total	1	244	1583	3696	5204	5236	5290	5273	4492	2873	2087	1148	513	37640
male	1	180	1325	3277	4714	4746	4817	4757	4155	2640	1957	1063	461	34093
female	-	64	258	419	490	490	473	516	337	233	130	85	52	3547

Table 2.

The price of and tax per cl alcohol for different types of alcoholic beverage as charged in autumn 1977 are shown in the following table: (1 cr = 60 円)

Type of drink	Alcohol content vol-%	Retail price cr/l	Tax ¹ cr/l	Tax in % retail price	Tax per cl alcohol crowns
Unspiced schnapps	40	80.67	73.43	91	1.84
Cheapest fortified wine	18	27.33	20.58	75	1.14
Cheapest light wine	12	13.33	9.06	68	0.76
Swedish strong beer	5.52	8.33	4.82	58	0.88
Swedish beer	3.33	5.33	2.26	42	0.68

1 = Includes Value Added Tax

2 = 4.5 wt-%

3 = 2.8 wt-%

ラウントリーの再評価

アストン大学の経済学講師、マーティン・アプトン氏は、かつてラウントリーが行ったような貧困線の算定の必要性を強調する立場から、戦後の社会保障、とりわけ失業者に対する補足給付の水準を、ラウントリー貧困線との関係で検討している。

著者によると、最近社会学者達の間で問題になっていることには、失業者に対して国が支払う現金給付の水準をどう評価するか、貧しい人々の増減を測定する規準となる貧困線をどのように定めるかという、相関連し合う2つの課題があるという。前者は、安易に福祉に依存したがる傾向を極端に警戒する一般的感情 (scroungerphobia) と結びついて、働いている時または人よりも、働いていないで国から補足給付を受けている場合の方が生活が良いのではないかといった、国の現金給付水準に対する批判に由来している。後者は、貧困線を算定する適当な方法を追究しようとする関心と結びついている。

ところでこれまでのところ、1966年に発刊されたエーベルスミスとタウンゼンドによる『貧困者と極貧者』で代表されるように、国の公的扶助水準を貧困線とみなして貧困者の規模を算定することが一般的であった。しかしこの方法には次の2つの点で大きな問題があった。第1に、給付水準をもって貧困を測定することは不正確でありかつ不適當である。給付水準はある時点における最低限のニーズに基づいて定められているのではない。実際のニーズに基づく真の貧困線と現実の給付水準との乖離は、物価上昇が激しく、給付水準の改定幅が大きければそれだけ大きくなっている。また社会における所得の分布状況が不変であったとしても、給付水準が改善されるとこれを基礎として測定される貧困者数は増加することになる。

第2には、給付水準をもって貧困線とみなすこと

は、それら給付の受給者に不利益をもたらしかねない点があげられる。なぜならばこの考えは、国の給付水準とは必要最低限度の水準であるとの理解を前提としているからであり、またその水準が果たして適当かどうかを判断する独立した基準を排除しているからである。

以上のように公的扶助水準をもって貧困線とみなす考え方を批判した上で、著者はラウントリーの1950年における貧困線を取りあげる。これには水準が低すぎるとの批判もあるものの当時の公的扶助水準をかなり上回っていたこと、これを最近の社会にあてはめて考えることには無理もあるが一般的な賃金水準の上昇に応じて再評価することも無意味ではないとの理由で、ラウントリー水準と戦後の補足給付水準 (1966年までは国民扶助と呼ばれていた) との比較を試みている。

著者の推計はおおよそ表のようにまとめられる。なおここで比較されている給付水準とはラウントリーが標準的な世帯構成としてあげた夫婦と子供3人の世帯に対する失業時の補足給付水準であり、家賃に対する給付は除かれている。ラウントリーの最低生活費にも家賃が除かれていることはいうまでもない。

この表から明らかなように、ラウントリー水準を小売物価によって調整した貧困線を基準にとるならば、最近の公的扶助水準はこれをかなり上回っている。それにしても実際の公的扶助水準がこの基準を上回るようになるのはようやく1960年代の中期からであったことは注目される。

ラウントリーの水準をその後の平均賃金の上昇に応じて引き上げた第2の基準との比較で実際の公的扶助水準を調べると、公的扶助水準はほとんど改善されておらず、今なお貧困線を大きく下回っている

海外文献紹介

ラウントリー貧困線に対する公的扶助基準額の割合

(単位 %)

	'50	'52	'54	'56	'58	'60	'62	'64	'66	'68	'70	'72	'74	'76	'78
貧困線を物価上昇に応じ て引き上げた場合	73	83	80	82	87	96	94	103	113	118	118	127	123	130	136
貧困線を平均賃金の上昇 に応じて引き上げた場合	73	84	72	72	72	73	71	73	77	77	70	69	62	69	75
貧困線を平均賃金の 可処分所得の上昇に 応じて引き上げた場合	73	85	72	74	72	75	74	76	82	85	80	78	75	86	94

(注) 物価とは小売物価を指し、平均賃金とは男子肉体労働者の平均賃金であり、これから直接税と保険料を差し引き家族手当額を加えたものがその可処分所得である。

ることになる。

ところで30年も前のラウントリー水準を現在の貧困線として読みかえるためには、物価で調整したものよりも平均賃金の変化で調整したものの方がすぐれていることはいうまでもないであろう。貧困が社会的に規定されるものであるならば、後者のように人々の一般的な生活水準の変化を反映する指標で調整する方がより正確であるからである。しかしより一層正確を期するためには、税や保険料の増加分、あるいは家族手当（今日では児童給付と呼ばれている）の増減分を考慮した、平均的な純所得の推移をもって調整することが望ましい。人々の一般的な生活水準の変化がより正確に把握されるからである。これが第3の基準であり、その結果は表の最下欄に示されている。1960年代後半以降の税、保険料の増加は顕著であって、その結果第3の基準は第2の基準をかなり下回るようになった。そしてその分だけ実際の公的扶助水準との格差は縮小しているのであるが、それでもなお公的扶助水準がこの基準を下回っていることには変りはない。

以上は著者自身も指摘しているように、公的扶助とは別の貧困線を検討する1つの例示にすぎない。それにしても最低生活水準とは何かをめぐって新たな議論が生れようとしていることは注目されなければならぬであろう。特にこのような議論を呼ぶ契

機となったのは、補足給付に設けられた長期と短期の2つの基準であったのではないであろうか。今日では失業者等に対する短期給付の水準が、年金受給者等に対する長期給付水準を大幅に下回るようになってきている。その背後に、著者も指摘しているような scroungerphobia が強く影響していることはいうまでもない。

(国立公衆衛生院 一圓光彌)

Martin Upton, Reviving Rowntree: Poverty lines and the levels of social security benefits for the unemployed ; 1950-1978, Social Policy and Administration, Vol.14, No.1, Spring 1980, pp.36-46.