

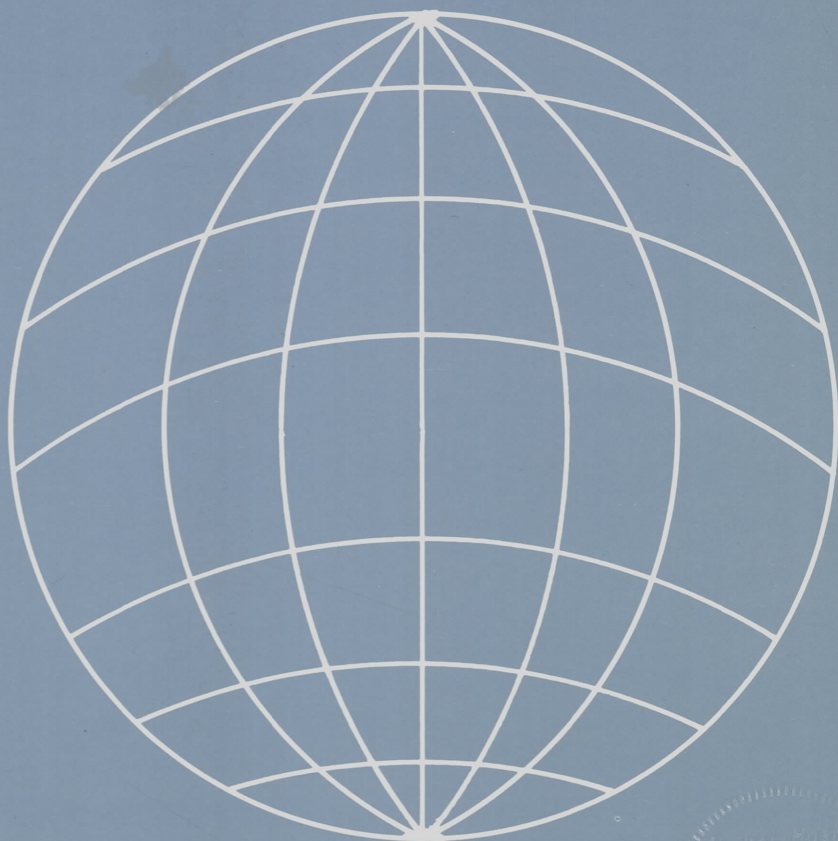
# 海外社会保障情報

---

No. 62

---

June 1983



社会保障研究所



## ミッテラン政権下の社会保障政策

椋野美智子

厚生省薬務局経済課  
在フランス社会保障調査員

## はじめに

私は1981年秋から1983年春にかけて、フランスの老令年金支給機関で研修する機会を得ることができた。1981年秋といえば、ミッテランが大統領に当選し、フランスに左翼政権が誕生して半年、最低賃金、社会保障諸給付の大幅引上げ、公的部門の拡大による雇用創出を始めとした施策が次々と打ち出され、緊縮財政策をとる先進諸国の中で、フランスはひとり壮大なる実験に挑戦しているかに見えた。

それから約1年半後の1983年1月末、市町村選挙を5週間後に控えて、社会党系労組CFDTの総書記エトモン・メールは、「政府はこの春にも第二の緊縮政策をとることになるだろう」と発言し、波紋を呼んだ。リヨネル・ジョスパン社会党第一書記は、「幸いなことにドライバーが経済政策の唯一の道具というわけではない（締めるばかりが能ではない。）」と、また、社会党中央委員の1人で公共機能行政改革担当大臣であるアニセ・ル・ポールは、「政府が次にどういう政策をとるか、またとるべきかを言うことは、労組の責任者に属すること

がらではない。」と、メール発言を否定したが、ほぼ同じ頃、週刊経済誌「ル・ヌーベル・エコノミスト」及び「ラ・ヴィ・フランス」も、政府は選挙を目前にして、国民に秘密でいわば第3プランともいふべき緊縮政策を用意しているとの記事を掲載した。その内容としては、対外収支改善のための輸入抑制を再優先課題とした、貯蓄の奨励、社会保険料の引上げ、公共料金の値上げによる消費即ち購買力の抑制があげられている。そして、これについては、すでに昨年10月頃から政府系経済学者たちの間でその必要性がささやかれ始めていたものであり、インフレ鎮静策の成功により、実施が延ばされてきていたに過ぎないともいわれている。1)

今後のフランスの政策の行方を占うことは、私の意図するところではない。しかし、これら一連の最近の議論が少くとも明らかにしていることは、公共セクターの拡大と社会保障給付や最低賃金の引上げによる購買力の上昇を牽引力とした景気回復、雇用創出という政策原理のいきづまりであろう。世界の経済が相互に密接に関連しあっている現在、一国内のみにおける消費者需要の

上昇は、その国における景気の回復を意味せず、輸入の増加とインフレの増進をひきおこすことが実証されたといえれば言い過ぎであろうか。

フランスにおいて、社会保障関係予算は、その規模において国庫予算を上回る。このため、社会保障関係予算の動向はフランスの社会経済全体に大きな影響を与え、その意味で、社会保障政策は、常に他の社会経済政策の流れと分離しては論じえない性格のものとなっている。したがって、ここでは、まず第一章として簡単にこの1年半のミッテラン政策全体の流れを追い、その後、第2章でミッテラン政権下の社会保障関係の改正事項を個別に取り上げて論ずることとしたい。

1) エドモン・メールの予言どおり、市町村選挙の敗北、SME(ヨーロッパ貨幣システム)内でのミッテラン政権下3度目のフラン切下げ等に伴う第二次モロワ内閣辞職、第三次モロワ内閣組閣後の1983年3月25日、公共料金引上げ、被課税所得の1%の特別課税、海外旅行外貨制限等を含む、かつてなく厳しい緊縮計画が発表された。

## 第1章 ミッテラン政権政策の流れ —1981年1982年—

### 1. 候補者としての公約

ミッテラン(=フランス社会党)が当初描いた政策プランはどんなものだったのか、まず、1981年5月10日以前の、大統領候補者としての提案の中にさぐろう。

1981年1月24日クレテウーユで行

われたフランス社会党の特別大会は、「共和国原理の緩慢な腐敗」を非難し、平和、雇用、自由、フランスの4つの主要項目にまとめた政策大綱と「フランスのための110の提案」を含む宣言を採択した。この中で、当時の最優先政策課題であり、特に社会政策に関係の深い雇用の項をみると、失業の克服の手段として次のものがあげられている。

- ① 最も不利なカテゴリーに属する者の生活水準の引上げによる選択的景気刺激と国内産業の再活性化
- ② 産業構造の再編成に沿った大規模事業
- ③ 公共セクターの拡大
- ④ 労働時間の短縮
- ⑤ 労働条件の改善
- ⑥ 再分配循環の改善
- ⑦ 各種エネルギー対策
- ⑧ 中小企業援助
- ⑨ 中小農家の保護
- ⑩ 生涯研修の一般化
- ⑪ 貯蓄の保護奨励
- ⑫ 投機防止
- ⑬ 税の公平性の確立、脱税の撲滅を図るための税制改革
- ⑭ 公共サービス分野の再建拡大

そして、調査研究部門を活気づけ、産業を多様化することにより、貿易の均衡を取り戻し、農業をフランス経済にとってのチャンスとすること、また経済の主要部門において独占をし、生活と国の安全にとっての必需品を生産している、債権、保険、及び産業の国有化により公共セクターを拡大すること、さらには国有化を最終的には自主

管理の域にまですすめることが目指されている。

国際問題に関する「平和とフランス」の項，強大過ぎる大統領権限の抑制をはじめとする「政治的民主主義」の項は省略することとして，「経済的民主主義」の項に移ると，企業の改革と労働者の新権利，職業，財産，政治責任における男女の平等，女性の自分の人生に対する決定権（産む産まないの自由，カップルの生活か，独身か，離婚かを選択権）の認知，余暇の充実，分権化等々が掲げられている。この大綱の具体化としての提案において社会政策に関係の深いものを列挙すると次のようになる。

- ① 1年間で21万人の雇用創出（うち15万人は公共セクター，6万人は公共目的）
- ② 研修中の青年に対する手当
- ③ 給与の削減なしでの週35時間までの労働時間の短縮，これによって生み出される労働の分配，継続作業における第5班の創設
- ④ 男性60歳，女性55歳での満率年金権
- ⑤ SMIC（スライド制最低賃金）の引上げ。給与格差縮小
- ⑥ 年休5週
- ⑦ 老人施策
  - (i) 老人最低保障（1981年1月1日に年額1,700フラン，1982年1月1日に2,000フラン，ついでSMICに近い額への引上げ
  - (ii) 終身年金（rente viagère）の引上げ
  - (iii) 老齢年金に対する疾病保険料賦課制の廃止
- (iv) 寡婦年金の50%から60%への引上げ
- (v) ホームヘルパーの2万人雇用
- ⑧ 労働集約的企業のための社会保険料使用者負担分の賦課対象の変更
- ⑨ 二段階にわたる家族手当と住宅手当の50%引上げ
- ⑩ 健康施策
  - (i) 疾病保険強制自己負担分（ticket modérateur d'ordre public<sup>2)</sup>）に関する政令の廃止
  - (ii) 自由医師社会保障協定の再交渉
  - (iii) 三大製薬グループの国有化
  - (iv) 公立病院における私立部門の廃止
- ⑪ 臨時雇用の採用及び一般的な解雇に関する被用者のコントロール権

2) 疾病保険強制自己負担分とは、共済組合等によって自己負担分が支払われることによりその医療費抑制効果が妨げられることから、1967年8月21日の大統領令第20条が共済組合等に自己負担分の支払を禁止したことにより、創設されたものである。これら共済組合等の大反対により、事実上政府はその不適用を約束せざるを得ないこととなったが、この考えは、バロー社会保障財政再建計画の中で再び取り上げられ、1980年1月15日の政令は共済組合等に自己負担分の一部（5分の1）を支払うことを禁止した。

## 2. ミッテラン選挙選勝利後

（第一期）

1981年5月10日にミッテランが大統領に当選し、ピエール・モロワを首相として内閣が組閣されるとただちに、公約の実現に向けて矢継早の改革が始められた。それらがやがて、対外収支の赤字，インフ

論文

レ、財政難等々の現実の前に徐々にきしみを始め、ついに、1982年5月、モロワをして「改革は続けるが、そのテンポを変える必要がある」との発言をせしめるにいたるまで、かずかずの改正事項を時系列に沿って見てみたい。

- 6月 1日 SMICの10%引上げ  
(時間給 15.2F→16.72F)
- 3日 疾病保険強制自己負担分を規定した1980年1月15日政令の廃止
- 10日 公共部門における55,000人が雇用創出を含む一連の失業対策の採択
- 7月 1日 老人最低保障及び成人障害手当の20%増額、家族手当、住居手当の25%増額
- 17日 週39時間労働、年5週有給休暇を見込む労働時間についての労使協定締結(CGT除く)
- 30日 60億フランの新財収を見込む1981年修正予算採択
- 9月 1日 SMIC引上げ(時間給 16.72F→17.34F)
- 15日 パートタイマー、退職者、若年採用に関する行動計画の国会提出
- 23日 5産業グループ、36銀行等の国有化法案閣議採択  
中小企業援助対策閣議採択
- 11月 1日 SMIC引上げ(時間給 17.34F→17.76F)
- 4日 製鉄部門の国有化を含む第

- 2修正予算採択
- オル報告の労働者の新権利の大綱閣議採択
- 10日 社会保障改正案採択
- 12月 1日 住居手当25%増額
- 9日 1982年16万人の16歳から18歳の青年を対象とした社会、職業適応プログラム策定
- 18日 国有化法下院最終採択
- 19日 27.6%の公共支出増、954億フランの赤字及び資産税の創設を含む1982年予算採択
- 23日 1982年1983年の臨時計画採択
- 1981年第3第4修正予算採択
- 社会政策分野において、政府に大統領令による立法を委任する授權法の採択
- 1982年
- 1月 1日 老人最低保障の月額1,700Fから2,000Fへの引上げ  
一般制度年金の6.7%引上げ  
SMIC引上げ(時間給 17.76F→18.15F)
- 13日 週39時間労働、年5週有給休暇、連帯契約についての大統領令
- 20日 継続作業第5班(週33時間30分制)に関する労使協定
- 国と地方公共団体間の連帯

- 契約についての大統領令
- 2月7日 臨時労働，限定期間付労働契約，農業労働時間調整についての大統領令
- 2月1日 児童2人をもつ家族についての家族手当の25%増額
- 5日 国有化法案採択
- 10日 繊維衣服産業における社会保険使用者負担軽減
- 13日 国有化法公布
- 3月1日 SMIC 引上げ（時間給 18.15F→18.62F）
- 25日 老齢年金支給開始年齢引下げに関する大統領令
- 31日 公共部門におけるパートタイム労働と地方公共団体における漸進的退職についての大統領令

### 3. 政策の方向転換

まとめてみるといかに短期間にいかに多くの改革がなされたかにあらためて驚かさざるを得ない。

しかし社会保障諸給付の引上げがまず直接的に社会保障財政を圧迫した。1981年11月既に政府は社会保障諸給付の改正と組み合わせて、しかしそれを上回る額の収入増を見込む疾病保険料被用者負担分の1%引上げ，寡婦保険料の賦課給与上限の撤廃，SMICを越える失業保険に対する1%疾病保険料賦課，疾病保険料使用者負担分中3.5%の賦課給与上限撤廃等を実行せざるを得ないこととなった。

国際財政についても財政権は同様である。

1981年7月に採択された1981年修正国家予算は給付改善による支出増とともに、特に高い所得に対する25%の例外的付加税，豪華ホテルに対する付加価値税の引上げ等の60億フランの収入増を含んでいたが、年末の第4修正予算では結局760億フランの赤字を出すこととなった。これは当初予算したがって前政権下で編成された予算の赤字見込み額290億フランに比べて470億フランの増加である。

さらに1982年予算は1981年当初予算に比べ27.5%の支出増，19%の収入増即ち954億フランの赤字を見込んでいた。支出の対象としては、雇用に最重点が置かれ、公共部門における61,000人の定員増を含む，1,000億フラン，全非軍事予算の16%が計上されている。これに次ぐ重点部門は住宅を中心とした投資(+32%)さらに調査研究(+30%)とつづく。収入面では資産税の創設が特記に値いしよう。

しかし対外収支悪化は、既に1981年10月4日SME内でのフランの3%切下げを余儀なくし、これと共にマルクの5.5%の切上げを行ったドイツに対する手前フランス政府は150億フランの予算執行凍結策をとらざるを得ないこととなった。また、高い物価上昇率は、1981年後半期の家計の実収入の伸びを、前半期の2.5%に対して0にとどめることとなった。

かくて1981年秋から政府内では、ケインジアンを自称する派と、デロール，ロカール，シュベヌマンら財政の引き締めを主張する者の間での議論が活発化した。

11月29日、デロールは改革の発表を一休みすべきだと発言、これに対し、翌日、モロワは改革はたゆまず継続することが肝要だと述べ、公共支出増による赤字を埋めるための付加価値税引上案はついに閣内の不一致を引き起しかねない様相となった。

ミッテラン提案により、問題の検討のため1981年末大統領官邸で開かれた3セミナーは、ほとんど決定的な意味を持ったといわれている。このセミナーは、第一に、世界的不況期において国家が単独で経済成長を導き出すことはできないこと、即ち、民間セクターの力の見直しの必要性、第二に、租税、社会保障負担はフランスにおいて既に越えることが危険な域近くに達していること(1980年1981年GNP比42.5%、1982年GNP比43.3%)、第三に、失業対策はインフレ対策と組み合わせられない限り功を奏さないことを、政府内にほぼ共通の認識として生み出し、この機を境にフランス経済政策は方向転換を始める。

#### 4. 政策第二期

かくて、まず1982年4月、政府は初めて企業側に目を向け、2年間110億フランの職業税軽減及び1983年7月までの社会保険料使用者負担分の凍結が発表された。これは、長年の「企業は負担できるはずだ」という左翼の固定観念の変化、即ちミッテランの政策の現実主義を物語るといえよう。そして、1982年6月12日のSME内での再度のフラン切り下げ(5.75%)とマルク引上げ(4.25%)に伴い

6月13日に発表された、6月11日から10月30日までの物価とSMICを除く全給与の凍結、1982年1983年の財政赤字の対GNP比3%(約1,250億フラン)内制限が、景気刺激型膨張予算の完全な終わりを告げる。

6月29日、「私は会計大臣ではない」と社会政策の経済財政政策からの独立を主張し続けたいたケスチオ国民連帯大臣の辞任と、ベレゴヴォワ新大臣の就任は、この政策転換が社会保障面においても不可避となったことを象徴すべきことである。ベレゴヴォワは、前大統領秘書官としてミッテランにもっとも近い者の一人といわれているが、社会問題国民連帯大臣として労働大臣の上に位置し、幅広い権限を持つこととなった。ベレゴヴォワは、就任するとただちに「国民連帯大臣は会計を知らなければならぬ」と財政問題の重要性を認め、1982年社会保障財政均衡再建計画の策定に取り込んだ。彼の計画は、社会保険料の引上げなしに財政の均衡をはかるため100億フランの節減をめざし、発表されたいくつかの改正の時期の繰延べ、引上額の縮小、物価給与凍結等に伴う医師等の技術料(honoraires médicaux)の凍結及び病院予算の凍結から成るものであった。給付の節減に主眼が置かれている点で彼の計画は1981年11月のケスチオ計画とは明確に色を異にする。

この後の動きを再び時系列にそってなげめると次のように続く。

7月 7日 モロワ、4カ月の凍結解除後も、物価給与は1年半の統制が必要と発表

- 15日 モロワ、労使に給与の物価スライド制の放棄をすすめる
- 9月 5日 モロワ、今後1年半の緊縮政策発表
- 11月 1日 失業保険に対する公務員の1%連帯拠出  
1.2%の失業保険料引上げ（使用者負担分0.72%、被用者負担分0.48%）
- 4日 1988年までに家族給付を国庫予算化することを含む企業に対する一連の援助策発表
- 24日 失業保険の給付節減政令
- 26日 ミッテランはル・モンド誌のインタビューに対して租税社会保障負担の安定化、ついで引下げを望んでいると発表
- 12月 18日 1983年社会保障財政均衡再建計画採択  
1983年国家予算採択（伸び率11.8%、赤字額1,180億フラン）
- 20日 1982年第2修正予算採択（173億フランの追加支出、赤字額990億フラン）
- 31日 ミッテラン年末対談で企業は他の全てに最優先する課題と発言
- もちろん、次のような変革も行われている。
- 6月 10日 借家人の保護、借家関係の明確化を目的としたキヨー法（loi Quillot）採択
- 7月 1日 SMIC引上げ（時間給18.62F→19.64F）  
老人最低保障の6.3%引上げ、家族手当の6.2%引上げ
- 27日 労働者の企業内での自由に関する法採択
- 10月 4日 ジャングルレック雇用大臣長期失業者対策発表
- 6日 被用者代表組織の発展に関する法採択
- 15日 労使紛争集団交渉に関する法採択
- 11月 9日 社会保障一般制度理事会構成改正法採択
- 12月 1日 SMIC引上げ（時間給19.64F→20.29F）
- 17日 職人の職業訓練に関する法採択
- 18日 衛生安全労働条件委員会に関する法採択

しかし、労働者の権利に関する一連のオル法（loi Auroux）といい、キヨー法といい、この期の新改革というよりも、むしろ、既に第一期に着手していた改革が時間を要したために、たまたまその最終的成立がこの期に持ち込まれたに過ぎないとみるべきものであり、やはり、政策の優先課題の交替は明瞭といわざるを得ない。

ただし、財政緊縮策と企業援助策のみを強調するのは片手落ちというもので、この間、



## 第2章 社会保障関係改正事項

さて、以上第1章において、この1年半のミッテラン政権の政策の大きな流れを追ってみたわけだが、次に、社会保障関係の改革事項について、老齢年金支給開始年齢の引下げ及びベレゴヴォワ1983年社会保障財政均衡再建計画を取り上げて、詳しく見てみたいと思う。

### 1 老齢年金支給開始年齢の引下げ

#### 1. 1982年1月6日法に基づく大統領令

ミッテラン政権下社会政策の第一弾がSMIC、老人最低保障、家族手当の大幅引上げとすれば、第二弾は、1982年1月6日法第82-3号授權法（la loi d'Habilitation）に基づく18に上る大統領令（ordonnance）であろう。

フランス第5共和制憲法は、立法権に対する執行権の相対的優位に特徴づけられる。立法の対象となるすべての事項は、法律事項（domaine de loi）と規則事項（domaine réglementaire）の2つの領域に分けられるが、国会の制定権は法律事項のみに限られる。これに対して、政府は規則事項のみならず、期間を定めて国会の授權を受け、法律事項まで定めることができる。この方法は憲法第38条によって認められており、緊急を要する事項に野党の反対が予想される場合に用いられる場合が多いが、いわば、議会がみずから審議権を放棄し政府に一任してしまうわけである。

1982年1月6日法は次の事項についてその立法権を政府に授權している。

① 1985年に労働時間を週35時間にすることを目的とした労働時間短縮の第一段階

② 有給休暇の年間5週間制

③ その他の重労働者のための労働時間に関する改善

④ バカンス小切手の創設

⑤ パートタイマー労働者の権利保護

⑥ 臨時被雇用者の権利保護

⑦ 一定の被保険者期間と労働期間の条件を満たす者に対する60才での満率の老齢年金の給付

⑧ 臨時措置としての雇用と年金の併給制限

⑨ 連帯契約（contrat de solidarité）の枠組み内での社会保険料使用者分の国による負担

⑩ 連帯契約を締結した地方自治体の被用者の早期退職のための措置

⑪ 16才から18才の青年の社会適応を容易にするための職業教育

これらは大別すると、労働時間、特殊形態労働の保護、60才老齢年金、連帯契約、青年の職業教育の5つとなる。

#### 2. 60歳老齢年金支給の背景

##### (1) 60歳退職をめぐる状況

60歳老齢年金支給はフランスにおいては古くからの労働組合の要求事項であった。しかしながら、ミッテランがこれを選挙公約に掲げた時、60歳老齢年金支給はある意味では既に半ばその意義を失いかけていたともいえるものであった。というのも、既に社会保障一般制度においてかなりのカ

テゴリーの者は、60歳で満率の老齢年金を受給する権利をもっていたからであり、また、近年の失業率の増加により、高齢労働者に退職を促すため、失業保険制度の枠内でさまざまな給付が、しばしば60歳満率老齢年金よりも有利な条件で、創設されていたからである。

社会保障一般制度において60歳において既に老齢年金の満率受給権をもっていた者は次のとおりである。

① 労働不可能な者(*personnes inaptes au travail*)

i) その健康を著しく損ねることなくしてはその職を続けることができない者又は

ii) 労働能力を50%以上永久的に失っていると医学的に証明された者

② レジスタンスの旧国外追放者及び旧収監者

③ 旧軍人及び旧戦時捕虜

④ 苦労働を行った肉体労働者

受給申請前15年間中少なくとも5年間、フルタイムで一定の苦労働を行ってきた、被保険者期間41年以上の者

⑤ 家庭の母親たる労働者

3人以上の子を育てた母親で

i) 被保険者期間30年以上の者(1人の子につき2年間のみなし被保険者期間が加わるため、3人の子を育てた者は24年以上となる。)又は

ii) 最後の15年間中少なくとも5年間肉体労働を行ってきた者

⑥ 女性の被保険者

37.5年間以上の被保険者期間をもつ女

性

また、失業対策の枠内で創設された高齢退職者に対する給付としては主に次のものがある。

① 所得保障(*garantie de ressource*)

被保険者期間10年以上の60歳から65歳の被解雇者又は辞職者に対して最終3カ月の平均給与の70%が,UNEDIC(*Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce* 工商業雇用職際全国連合)により支給される。参照報酬の上限は社会保障の場合の4倍で、この受給期間は老齢年金の算定上被保険者期間とされる。ただし、再就職した場合は支給停止となり、また辞職の場合、老齢年金の満率受給権をもつ者には支給されない。

② 早期退職年金(*pré-retraite*)

企業が労働者と特別手当協定を結んでいる場合、その企業の56歳2カ月(特別な場合は55歳)から60歳までの被解雇者に対して最終3カ月の平均給与の70%が支給される。この70%のうち、58%はUNEDICから、12%はFNE(*Fond National pour l'emploi* 雇用全国基金)からである。

③ 連帯契約(*contrats de solidarité*)

これは1982年1月16日の大統領令によって創設されたものであり、時期的にはミッテラン政権下で創設されたものであるか、内容的に前二者に近い性格をもつため、便宜上ここで述べることにする。

i) 辞職早期退職年金

(*pré-retraite-démission*)

企業が国と連帯契約を結んでいる場合、1983年12月31日以前に辞職した55歳から60歳までの者に対して最終1年間の平均給与の70%が支給される。この70%のうち50%はUNEDICから20%はFNEからである。

## ii) 漸進的早期退職

### ( pré retraite progressive )

企業が国と連帯契約を結んでいる場合、1983年12月31日以前にパートタイム労働を申し出た55歳から65歳3カ月までの者に対して最終1年間の平均給与の30%が支給される。このうち20%はUNEDICから10%はFNEからであり、給与を合わせて従前給与の80%が支給されることとなる。

そして、これらの結果、1980年1月1日時点の雇用調査によると、実際、過半数の者が65歳を待たずに退職していることが明らかにされている。

さらにいえば、60歳老齢年金支給の原則そのものも、既に自明の社会的進歩とはいえなくなっていた。1980年の第八計画のための準備報告書のひとつである「明日老いること ( vieillir demain )」は、政府、労使に対して、早期退職制度の性急な一般化の危険性について警鐘を鳴らし、失業対策の弥縫策としての早期退職制による事実上の退職年齢の引下げは、労働者を働き盛りで強制的に非活動の状態に追いやるものであると批判していた。

ミッテランが選挙公約に60歳老齢年金支給(女性55歳)を掲げたのは、このような文脈においてであった。

ミッテラン当選後、5月27日、ピエール・モロワ内閣の閣議においてこの公約の実現に向けての準備作業の開始が発表され、社会的パートナー(労使団体)及び老齢保険全国金庫の責任者との協議が開始された。そして、1981年12月に決定された1982年1983年のための臨時計画 ( plan intermédiaire ) の中でも満率年金支給開始年齢の引下げとして再確認され、1981年末から1982年にかけての数次の関係閣僚会議を経た後、1982年1月22日、政府案が発表された。

## (2) 実態的批判

しかし、この案に対する論調は、労使、マスコミともにけして歓迎的なものではなかった。というのは、まず第一に一般制度の老齢年金額は、満率でも保険料賦課報酬上限(1983年1月1日現在月額7,410フラン)内で10年間最良給与額の平均の50%に過ぎない。被保険者期間が37.5年以下の者はさらにこれから比例減額が行われる。ところが、これに対して、たとえばUNEDICの所得保障は、前述のとおり、最終3カ月間給与額の平均の70%が支給され、上限は社会保険料賦課報酬上限の4倍、失業保険料納付期間は10年間以上と、老齢年金よりはるかに有利にできている。平均給与の概ね20%を一般制度老齢年金に付加する補足制度<sup>3)</sup>が同様の支給年齢引下げ措置をとる保障がない以上、労働組合が、1983年3月31日に期限切れとなる所得保障についての労使協定の更新をむしろ望むのは当然であった。

これに対してケスチオ国民連帯大臣は、

1982年2月5日付けル・マタン誌のインタビューにおいて、所得保障は被用者全体をカバーしているというにはほど遠く、たとえば1985年時点で計算してみると、かりに所得保障についての労使協定が更新されたとしてもその受給権はないがこの改正によって満率年金権をもつことになる者は、約40万に達すると答えた。官の資格をもたない(non-titulaire)国家及び地方公務員、既に60歳時点で離職して数年を経ている者、失業者等がこれに該当する。さらに彼女は、所得保障制度はUNEDICの財政難を考慮すると永続制について何の保障もない単なる労使協定に過ぎず、法定権たる老齢年金受給権とはその保障の確かさは比較にならないと述べた。<sup>4)</sup>

3) 補足制度は一般制度と異なり、保険料給付内容を定めるのは、労使同数から成る理事会であり、政府の直接介入は行われていない。

4) UNEDICの赤字は1982年57億フラン、1983年には全予算額920億フラン中250~260億フランにのぼると見込まれた。この財政難の解決方法につき労使の交渉は難航し、政府を加えた三者交渉の結果、使用者側に対する企業の負担を何らかの形で軽減するとの政府約束を前提に、失業保険料の使用者負担分2.76%から3.48%へ、被用者負担分0.89%から1.32%への、1982年11月1日からの引上げが同意され、120億フランの増収が見込まれた。企業負担の軽減策として、政府は11月4日、1983年7月までと約束していた社会保障保険料使用者負担分の料率固定期間を1983年末まで延長、また、家族給付制度の使用者負担9%を漸進的に5年間で、世帯に対する所得税の形に移行させると発表した。この案は与党である社会党、共産党の中にある種の当惑を引き起こしたわりには、使用者側は企業が現在直面している困難に対する援助策にはならないと明確な失望を表明、1982年11月17日、CNPFF(Conseil

National du Patronat Français フランス使用者全国会議)は、UNEDICの労使協定の破棄を正式に宣告した。これによって自ら直接に決定を下さざるを得ないこととなった政府は、1982年11月24日の政令により、105億フランの節減策を決定した。所得保障は1983年1月1日より最終1年間の給与の65%(社会保障保険料上限額を越える分は50%)に引き下げられることとなり、またFNEからの給付も、合計が、所得保障の率を超えられないこととされた。この意味でケスチオの反論は的を射ていたわけである。

### (3) 財政的批判

支給開始年齢引下策に対する第二の批判は財政問題である。1982年時点での政府の見通しによれば、引下げのためのコストは、1983年175億フラン(一般制度111億フラン、補足制度64億フラン)である。これから所得保障制度の廃止によって浮く150億フランを差し引くと、実際にかかる費用は25億フランとなり、これは引下げがないと仮定した場合の1983年老齢保険一般制度給付費2,100億フランに比べて、ほとんど取るに足らない額であるというのが、ケスチオの説明であった。しかし、フランスにおいても今後高齢者人口の増加が予測されている。老齢年金の支給開始年齢の引下げというような問題については、長期的な視点で、将来、本当にその財政負担に耐えうるか否かの検討がなされるべきだというのがケスチオに対する財政的批判の要旨であった。

### (4) 原理的批判

第三は原理の問題である。政府はこの時点になると明確な肯定を避けていたが、多くの者は老齢年金支給開始年齢の引下げは高齢労働者に退職を促すことにより若年失

業者の雇用機会を創出する、失業対策の一環にはかならないと考えていた。そして、当面の失業問題の解決のために本来長期的展望に立つべき老齢年金制度の改革を行うことは誤っており、被保険者期間37.5年60歳退職というような厳格な制度よりも、もっと各人の個人的状況に適合しうるような漸進的退職、弾力的退職制度をつくるべきではないかと主張した。たとえばこの点に関してピエール・ラロックは、フルタイムの労働生活から全くの非活動生活への急激な移行は往々にして高齢者に一種の精神的危機をもたらす原因となること、したがって、重要なことは、生涯のそれぞれの時点で各個人がその精神的身体的状況に応じた度合で労働と余暇の両方を享受できるような制度をつくることであると述べ、さらに、より少なく働くことが社会的進歩だという労働組合の固定観念は、1日の労働時間を短縮し週休年休を増加させる局面においては正しいが、生涯労働時間の短縮という方向に向かう場合は誤まっていると<sup>5)</sup>批判した。

5) 1982年9月CNESSS(社会保障高等研究全国センター)での講演

この原理的批判に対して、ケスチオは、60歳老齢年金受給は義務ではなく権利であり、管理職の者は60歳においても職業活動を続けることを選ぶかもしれないが、若くして工場に入り、長年働いてきた労働者は60歳年金権を行使するのに躊躇はしないだろうと答えた。さらに、全ての老齢年金制度を考慮に入れて、平均的労働者は納付した保険料の1.1倍しか受給できないのに対し

て管理職の者は1.6倍を受給しているという例をあげ、今回の改正措置が社会的不公平の是正の一環であることを強調した。この保険料給付比率の差は社会職業階層による平均寿命の違いからくる受給期間の格差に、教育程度による学齢期の長さから来る保険料納付期間の格差が重なって出てくるものと考えられる。

6) 1954年から1971年まで行われた調査によると、35歳時点での平均余命は、最下層の肉体労働者において33年、私企業の技能肉体労働者及び農業労働者が35年、これに対して、上級管理職及び自由業の者は40.5年、教師は41年という結果が出ている。この差の理由としては、まず、労働条件の問題があろう。同一職種にあっても、私企業の労働者の方が公共部門の者に比して余命は短い。その他、生活程度、医学衛生知識の程度、重労働者に多い過度の飲酒癖等の要因の相乗作用が8年半もの差を生み出しているといわれている。

このような議論の中で、ともあれ1983年3月26日大統領令第82-270号は公布された。その際の大統領に対する政府の報告は、老齢年金支給開始年齢の引下げは、一定期間働いたことにより社会に対して行った貢献に対するお返しとして労働者が長年要求してきた休養の権利に関わるものであり、社会的進歩の意義ある第一歩であると始まり、今後も政府は、特に、最も辛い職業を行う労働者及び最も長期間働き続ける労働者に対して、老齢年金の受給条件がより被保険者期間に基礎づけられるような制度の検討を続けると結ばれている。いいかえれば、問題なのは何年間働いたかであり、何歳まで働き続けたかではないということである。後述するが、今回の改正では、同時に、65歳を過ぎて受給を開始

した場合に1年につき5%行われていた割増措置が廃止された。報告は、65歳を過ぎて働き続けることを奨励する意図がないことを述べている。これは老齢年金に対する一つの考え方とみるべきであり、単に失業問題のためとのみ把えるのは、おそらく矮小化が過ぎよう。

#### (5) 女性の支給開始年齢問題

さて、改正の具体的内容に入る前に、簡単に女性の支給開始年齢問題を取り上げたい。

前述したように女性は、1977年7月12日法により、37.5年間の被保険者期間をみたせば60歳で満率の老齢年金の受給権を享受していた。したがって、今回の改正措置によって基本的には新たな恩恵は何も受けないこととなる。女性については55歳にすべきだという意見があったことは確かである。しかし、ケスチオは前述のル・マタン誌のインタビューにおいてこの問題に対して、確かに女性が二重労働（家事労働と職業労働）の立場にあることは事実としても、子どものない女性労働者と苦労働を行っている男性との間でどちらの支給開始年齢を早くすべきかは議論のわかれるところであり、女性の問題を苦労働者の問題と切り離して考えるべきではないと答えている。養育した児童1人あたり2年間の被保険者期間の割増措置と並び、女性労働者の二重労働への配慮が、保守的といわれてきたフランスにおいて、ミッテラン以前から既に年金体系の中に組み込まれていたことは特記に値いしよう。

### 3. 改正の具体的内容

#### (1) 老齢年金60歳満率支給

老齢年金支給最低年齢は従来と変わらない。ただし、従来は65歳が通常の支給開始年齢と考えられて、60歳以上65歳未満の間に受給を開始した場合、いわば早期支給として、年金率は満率とよばれる50%から一四半期につき1.25%ずつ割引きされ、したがって、60歳で受給を開始すると、生涯、10年間最良給与年間平均額の25%の額しか受給できないこととなっていた、今回の改定が支給開始年齢の引下げと呼ばれるのは、このいわゆる通常支給開始年齢が65歳から60歳に引き下げられたこと、いかえると、60歳で受給しても率の割引きが行われず、満率の老齢年金が受給できるようになったことによる。

#### (2) 37.5年間の被保険者期間

さらにもう一点注意すべきことは、60歳で満率年金を受給できるのは37.5年間（150四半期）の被保険者期間を満たす者に限られることである。

150四半期というのは、従来からいわば通常被保険者期間ともいうべきものと考えられ、一般制度の老齢年金は従前給与の50%という場合の前提条件となっていた。したがって、被保険者期間が150四半期より短い場合には、期間に比例した年金を受給することとなる。ただし、150四半期を越して被保険者であっても、年金額は増えない。つまり、150四半期は「通常」というよりもむしろ期間比例の頭打ちの意味を持っているのであり、これが前にも述べたとおり、若くして労働を始め、したが

って被保険者期間が150四半期を越える労働者を抛出と給付の関係上不利にする一因となってきた。この点は今回の改正でも基本的に変わらない。単に、支給開始年齢が65歳から60歳に引き下げられたことに伴い、いわゆる「ただ払い」の期間がそれだけ短くなることになったに過ぎない。そして、これが、前述の報告の中で政府に「老齢年金の受給条件がより被保険者期間に基礎づけられるような制度の検討を続ける」といわせた理由であろう。

この37.5年は、単に一般制度のみでなく、全ての強制加入基礎制度の被保険者期間をあわせて計算される。これは、1980年の一般制度老齢年金新規裁定者の平均被保険者期間が男性23.3年、女性21.8年という例に顕著なように被保険者の制度間移動が激しいフランスの場合大きな意味をもつ。被保険者期間が150四半期で、そのうち130四半期が一般制度に属していた者の例をとるとこの者が60歳で一般制度から支給できる年金額は次のとおりとなる

$$\text{年金額} = 10 \text{年間最良給与年間平均額} \times \frac{50}{100} \times \frac{130}{150}$$

この150四半期の被保険者期間に算定されるのは、諸強制加入基礎制度のほか、老齢保険の強制制度ができる以前の職業期間失業期間や病気の期間のほか、父母としての育児休業期間等がある。

(3) 37.5年間被保険者期間の例外

また、今回の改正以前に既により有利な条件で60歳満率年金権を有している次のカテゴリーの者については従来のおりで変化はない。

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1) 労働不可能な者             | } (被保険者期間についての条件はない。) |
| 2) レジスタンスの旧国外追放者及び旧収監者 |                       |
| 3) 旧軍人及び旧戦時捕虜          |                       |
| 4) 家庭の母親たる労働者          |                       |

(被保険者期間30年以上)

(4) 被保険者期間37.5年間未満の者

37.5年間の被保険者期間をみたさない者についてはどうなるだろうか。

60歳から65歳までの間では、37.5年間に不足する被保険者期間1年あたり5%の減率又は従来どおり65歳に不足する年齢1年あたり5%の減率のどちらか有利な方が適用される。したがって年齢と被保険者期間で下表のようになる。

年齢	改正前		改正後						
	被保険者期間にかかわらず		37.5年以上	37年	36年	35年	34年	33年	32.5年以下
	%		%	%	%	%	%	%	%
60	25		50	47.5	42.5	37.5	32.5	27.5	25
61	30		50	47.5	42.5	37.5	32.5	30	30
62	35		50	47.5	42.5	37.5	35	35	35
63	40		50	47.5	42.5	40	40	40	40
64	45		50	47.5	45	45	45	45	45
65	50		50	50	50	50	50	50	50

また65歳以上の被保険者については、前述のとおり、従来の65歳を過ぎる1年あたり5%の増率は廃止され、被保険者期間の10%の割増しにかえられた。この割増措置につき、政府報告は前述のとおり、65歳を超えて働くことを奨励する意図はなく、単に満率の年金受給権を得させるための方途だと述べている。

たとえば、67歳で被保険者期間が30年の者は36(=30+30×20%)年間の被保険者期間とみなされ、年金額は10年間最良給与年間平均額×50%× $\frac{36}{37.5}$ となる。この者の場合は、従来の方法で計算した額とちょうど同じになる。なぜなら従来の計算方法では年金額=10年間最良給与年間平均額×60%× $\frac{30}{37.5}$ となるからである。なお、従来は理論的には年金額が給与年間平均額を超えることもありえたわけだが、今回の措置により一般制度の年金額は、10年間最良給与年間平均額の50%を超えることはなくなった。

#### (5) 施行日

施行日は1982年4月1日からである。これは一方で辞職者についての所得保障の協定が1983年3月31日に期限が来るからであり、また他方で、補足制度同様の支給開始年齢の引き下げ措置をとるための労使の合意を得るためにかなりの期間が必要とされるからである。しかしながら、所得保障の受給権のない、官の資格をもたない(non titulaire)国家地方公務員及び失業者については1982年7月1日から適用となる。

#### 4. 補足制度

##### (1) 1983年2月4日労使協定まで

一般制度についての支給開始年齢引下げの大統領令の際の報告の中でも、政府は、補足制度が同様の措置をとらない限り今回の改正はその意義を全うできないものであることを述べ、補足制度の自治に対する尊重の意味から大統領令では直接これに関する規定をしないが、老齢年金制度の一貫性の維持のためにも、補足制度を運営する社会的パートナーたる労使が速やかに所要の措置をとるための検討を進め、当初案を7月半ばまでに、最終的な規定を1982年末までに出すよう要請していた。

しかしながら、この政府の要請にもかかわらず交渉は難航し、また、これに時期的に前述のUNEDICの財政難対策が重なり、見通しは明るいとはいえなかった。が、UNEDICについて労使の交渉失敗から政府の直接介入を招いたことは、補足制度についてまでその轍を踏むまいとの反省を労使に呼びおこし、最終的に、1983年2月4日補足制度の老齢年金60歳支給開始についての労使協定は署名された。

##### (2) 改正内容

###### ア 最低保障

ARRCOに強制保険料率で37.5年間保険料を納付した在職者及び失業者は60歳で少なくとも、平均従前収入の20%の補足年齢の受給権を得られる。(一方、一般制度は37.5年間保険料を納付した者に少なくとも月額2,200Fを保障する。)

###### イ 義務ではなく権利であることの確認

60歳老齢年金受給開始は義務ではな



く権利であること、したがってこれを強制退職の理由にしてはならない

ウ 一時的な財政機構の創設

1983年4月1日以降、次の2給付支出のため、少なくとも7年を期間として、暫定的な財政機構がつくられる。

- ① 所得保障の受給者に対して失業保険制度から支払われている給付及び所得保障受給者の資格で獲得された補足制度の点数に相当する年金給付
- ② 本協定の定める条件での60歳老齢年金支給開始によって、補足制度が負う追加支出

この暫定機構は、これまでUNEDICが所得保障に支出していた額即ち1983年価格で300億フラン(うち200億フランが保険料、100億フランが国家負担)の移行によって賄われ、必要に応じて借入金を行うことが予定されている。(借入金は1988年までに160億フランにのぼると見込まれている。)

エ 今後の検討課題

なお、次の事項については今後の交渉に委ねられている。

- 1) 37.5年間の被保険者期間をもたない者。特に生涯職業期間の短い家庭にいる母親
- 2) 60歳時において既に離職していた者
- 3) ARRCO加盟諸補足制度の規定の調整
- 4) 37.5年間の被保険者期間をもち、なお職を捜している60歳以上の被解雇者に1年間給付される振替手当

(allocation de remplacement)の定義

なお、この協定の実効如何は、国との財政協定の成立にかかっている。

(3) 1983年2月4日協定の意義

かくして、少なくとも被用者については、長年の労組の要求事項であった60歳退職年金制が獲得されたわけである。「労働者階級の重大な勝利」(CGT)、「非常に重要な一段階」(FO)、「大いなる喜び」(CFDT)<sup>7)</sup>と、一般制度の支給開始年齢引下大統領令が出た時点では慎重を期していた労組も喜びを隠そうとしない。新協定によれば一般制度2,200フラン、補足制度従前平均給与の20%の最低保障給付の創設等によって、従前給与がSMICであった者はその約80%の老齢年金額となるのに対し、従前高給与を得ていた者は、所得保障制度に比して明らかに不利となる。10,000フランから20,000フランの給与を得ていた者の年金額はその48%から60%程度になり、最終的には協定に署名したもののCGC(Confédération générale des cadres 幹部総同盟)は、今回の協定は社会的後退であると怒りをあらわにしている。

- 7) CGT (Confédération générale du travail) 労働総同盟, 共産党系  
FO (C.G.T.- Force ouvrière) C.G.T 労働者の力, CGTから分離した一派  
CFDT (Confédération française démocratique du travail) フランス労働民主同盟, 社会党系

また、使用者側は60歳老齢年金支給は経済的に人口学的に誤った政策であると

の見方は固持しながらも、動かしがたい政府の意志の前に原理論争よりも現実的な交渉を選んだといい、当面のところ企業負担は増加せず、かつ、補足制度の自治も守りえたことにおいて、交渉を一応の成功とみなしている。

しかし、財政問題は片づいてはいない。借入金の返済についてどうするのか、7年後にどのような財政機構に移行するのか、いずれにしても保険料の引上げは避けられまいというのが大方の見方である。

#### 5. 非被用者について

かくして、今後になお問題を残しているとはいえ、補足制度の1983年2月4日協定により、被用者については60歳老齢年金支給というミッテランの公約は果たされた。残るは133万自営業者の問題である。これに関して1982年3月26日大統領令の政府報告は「職業組織及び関係社会保障制度との協調により、いつまでに、どんな形で、商人及び職人が60歳老齢年金を受給できるようになり、また、その社会保険料で財政的保障を行えるようになるかが定まるだろう」と述べている。そして、被用者補足制度についての労使協定署名後の1983年2月24日政府はこれら職業の代表及び関係社会保障制度との交渉を始めた。すでに1972年7月3日法が、その第1条に目的として、手工業、工業、商業、自営業者の老齢保険制度を社会保障一般制度と同等のものとするをうたっているにもかかわらず、必ずしも交渉の見通しは順調とはいえないようである。老齢年金受

給を一定期間働いた者の休養の権利として把えれば、原理として被用者と自営業者の支給年齢に差違をもうける理由はないはずであり、解決すべきは単に財政問題のみである。これに対して、老齢年金を老齢による喪失所得の保障とみる考え方に立つ場合は、被用者と自営業者では同じ年齢にあっても稼得能力の喪失の度合が必ずしも同等とはいえないことから、支給年齢を異にすることにも合理的説明がつくのかかもしれない。しかし、現在のフランスは、少なくとも後者の立場にはないようにみえる。この考え方は、たとえば、在職の者に対する老齢年金支給につき現在まで全く制限がなかったことにもあらわれている。老齢年金受給が長年働いて社会に貢献してきた者に与えられる権利だとすれば、他に所得があろうとなかろうと、それが給与所得であろうとあるまいと、年金受給を制限すべき筋はないということになる。この原則は、失業問題の深刻化のもと、雇用と老齢年金の同時享受は許されるかとの形で問い直された。しかし、これに対する1982年3月30日大統領令第82-290号の回答はさほど厳しいものではないようにみうけられる。

#### 6. 老齢年金と職業収入の併給の制限について

1982年3月30日大統領令第82-290号は、1983年4月1日から1990年12月31日までの時限法として老齢年金と職業収入の併給の制限を定めている。この制限は、次の2つの内容をもっている。

① 1983年4月1日(老齡年金支給開始年齢引下令の施行日)以後、60歳以上で老齡年金を受給するためには、全被用者(一般制度、農業制度、公務員)は、その企業(又は国、地方公共団体)において職業活動を最終的にやめなければならない。

② しかしながら、老齡年金受給後、別の企業等に再就職することは妨げられない。この場合職業収入の10%以内の連帯拠出(Contribution de solidarité)を労使折半でUNEDICに支払わなければならない。ただし、老齡年金がSMICの額を超えない場合はこの限りでない。この制限は時限立法であるうえに、内容的にもさほど厳しいものではない。また、その性格も相当曖昧であり、政府報告の中でもかなり苦しい理由づけがされている。

報告はまず第一に従来併給制限が全くされていなかった理由として、戦後の再建のための労働力の不足と年金額の不十分さをあげている。そして今日併給制限が必要となった理由としては、失業問題と老齡年金支給開始年齢の引下げを挙げる。何故、老齡年金支給開始年齢の引下げが併給制限の理由となるのかは明確でないが、おそらく、60歳で満額の老齡年金を受給できれば、労働収入により補う必要がないということであろう。

そして、支給開始時点では在職年金を一旦否定しながら、支給開始後は他の企業等に再就職することを妨げないとする根拠は、労働権の尊重に求められている。したがって、この後、制限は単に職業収入の10%

以内の連帯拠出のレベルにとどまる。即ち、一旦労働権を奪われている他の失業者と同列に立ち、なお、それでも職を見つけるのであれば、他の失業者の労働の機会を不当に奪っているとはいえないのだから、就労を制限する理由はないとみるのであろう。ただ、連帯の意味から失業保険制度に拠出するに過ぎない。

ここで何故年金の一部支給停止という発想が出て来ないのかは不思議な気がするが、おそらく、併給制限の主目的が年金財政ではなく、失業問題にあるからとみられる。そして、この連帯拠出が免除されるのが、給与の額がSMICの額を超えない場合ではなく、老齡年金がSMICの額を超えない場合というのもおもしろい。老齡年金がSMICの額未満のような小額である場合は、当然に労働の権利を持つとみなされるのであろうか。

以上のことから、今回の措置は在職の者の年金権に対する制限がなされたとみるよりは、年金受給者の労働権に制限が加わったとみる方が適当と思われる。とすると、これが時限立法であるのも、当面の失業状況が好転するまでの臨時的措置として理解しやすい。これについて、報告は、この措置は、昨今の雇用状況と老齡年金支給開始年齢引下げに結びついたという意味で例外的であり、かつ、非被用者については、1982年1月6日授権法の委任事項に入っていないため、大統領令では措置できず立法を持つ必要があるという意味で不完全なものであるため、時限立法としたと述べている。

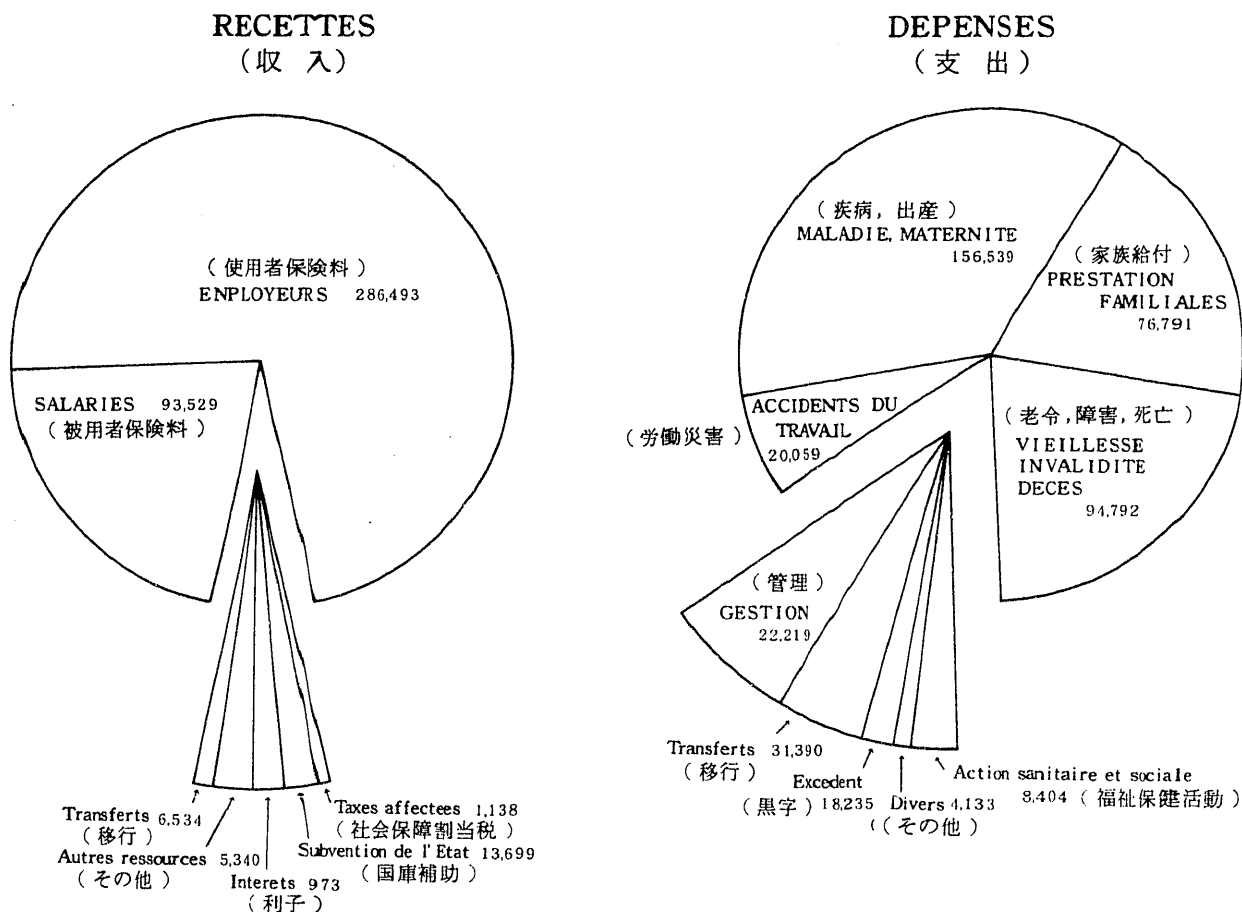
2 1983年社会保障財政均衡再建法

老齢年金の60歳満率支給がミッテラン政権ならではの政策、あるいはその第一期を象徴する政策とすれば、社会保障財政問題は、古くて常に新しい問題であり、またその第二期を象徴する政策といえよう。

すでに御承知のことと思うが、フランスの社会保障財政は国家財政とは別建てとなっており、基本的には(約97%)保険料によって賄われている。収支の内訳は図のとおりであり、また、保険料率は1983年1月1日現在表のとおりである。なお、フランスで社会保障という場合には失業保険は含まないことにも注意を要する。

1. 社会保障財政について

図 FINANCEMENT DU REGIME GENERAL EN 1981年社会保障財政 (en millions de francs) 百万フラン



Source «Etat Retraçant l'Effort social de la Nation - Resultats 1979-1980-1981» (Document annexe au projet de loi de finances pour 1983)

論文

表 社会保険料一覧表

リスク	上限内			報酬金額		
	使用者	被用者	計	使用者	被用者	計
疾病, 出産, 障害, 死亡	5.45	0	5.45	8.00	5.5	13.5
老 齡	8.2	4.7	12.9			
寡 婦					0.1	0.1
家 族	9.0		9.0			

(%)

(i) 1967年10月1日から1979年12月31日まで老齢保険料は65歳以上の被用者は負担していなかった。ただし、当該被用者につき使用者負担はあった。

(ii) 1968年7月1日から1977年

6月30日まで、疾病保険料は65歳以上の被用者には1%軽減されていた。

(iii) 寡婦保険は1981年1月1日に創設され、上限内に賦課されていたが、1982年1月1日から報酬金額に課されることとなった。

2. 1967年改正について

現在の社会保障一般制度の財政的仕組を理解するために、まず、この制度を成立させた1967年改正について関連部分をごく簡単に見てみたい。

1967年改正以前、社会保障一般制度は、社会保障 (assurance sociale)、労働災害、家族給付の3分野に分けられ、1つの全国金庫 (caisse nationale) によって運営されていた。しかし、御多分にもれず、給与の上昇即ち保険料収入の増加をはるかに上まわる医療費の上昇によって、社会保障部門は常に赤字となるべく運命づけられていた。そして、その解決のための政府の常套策は、出産率の低下により黒字となっていた家族給付の保険料の引下げと組み合わせた社会保険料の引下げと、家族給付部門の黒字分による社会保険赤字分の

直接的補てんであった。しかし、1966年社会保障全体の赤字は20億フラン、1967年には30億フランに達し、なお、とどまりそうになかった。

1967年改正は、第一に、社会保険から老齢保険部門を取り出し独立させ、残りの社会保険 (疾病、出産、障害、死亡) と職業リスク (労災、職業病) をあわせて一部門とし、これに家族給付部門を加えた3部門のそれぞれに全国金庫を創設した。これは、各部門の財政が明確に区分され責任をもって運営されることを期待したものであったが、この意図はACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale, 社会保障機関中央局) の創設によって中途半端なものに終わった。

改正の第二点は、疾病部門の赤字の増加を防ぐため、通常は政令によって行われる

保険料の引上げ又は給付の引下げを行う権限を、赤字の際には特別に疾病保険全国金庫の理事会に対して付与するもので、これにより、疾病金庫の自己責任の下でより効率的な管理が行われることが期待された。しかしながら、もとより、医療費の上昇は単に疾病金庫の自己責任の強化で抑えられるような性格のものではなかった。

### 3. 1970年後半

医療費の恒常的上昇に加えて、さらに近年のフランス経済の停滞が問題に拍車を加えた。失業者の増加は、直接にその分だけの保険料収入の減少を意味する。かくして1970年代後半繰返し再建策が提出されることとなったが、後にみるミッテラン政権下の再建策との比較を可能にするため、1978年のシモーヌ・ヴェーユ計画及び1979年のバロー計画を取り上げて、その内容をみてみたい。

#### (1) シモーヌ・ヴェーユ計画

##### ア 収入面

- ① 1979年1月1日からの老齢保険料1.75%引上げ(使用者分0.5%, 被用者分1.25%)
- ② 1979年1月1日からの疾病保険料4%の保険料賦課上限撤廃(使用者分2%, 被用者分2%)これにより疾病保険料被用者分については、料率は給与全額に賦課されることとなった。さらに1980年1月1日からの被用者分1%引き上げ
- ③ 自動車保険料税の倍加(3%→6%)
- ④ 1980年から1983年にかけて

の酒、タバコ課税

#### ⑤ 老齢年金に対する疾病保険料賦課法案

##### イ 支出面

- ① 各種の入院料抑制策
- ② 医師数の安定化
- ③ 医師間での自主規制
- ④ 予防の促進

##### (2) バロー計画

社会保障財政はヴェーユ計画によってもなお均衡を取り戻せず、1978年から1980年まで一般制度疾病保険のみでその赤字は240億フランと見込まれ、1979年ヴェーユの後をついで社会保障大臣となったバローにより特に疾病部門に的を絞った新たな計画が立てられた。

##### ア 収入面

- ① 1979年8月1日から1981年1月31日までの、給与全額の1%の追加疾病保険料徴収(被用者負担)
- ② 37億フランの国庫負担
- ③ 医療費の上昇から直接的に利益を受ける医療関係者からの例外的徴収

##### イ 支出面

- ① 医療費伸率のGNP以下抑制
- ② 管理費節減及び金庫の財産処分
- ③ 濫用チェック

#### 4. ミッテラン政権下、1983年

ベルゴヴォワ計画をめぐる状況

ミッテラン政権1年目が、給付の大幅改善即ち支出の大幅増加によって特徴づけられていたこと、これが社会保障財政の均衡を危くし、1981年11月のケストオ再

## 論 文

建計画、1982年7月の1982年のためのベレゴヴォワ再建計画を必要とし、さらに、ベレゴヴォワが1983年の均衡のための計画づくりに取りかかったことは第一章で述べたとおりである。しかし、ベレゴヴォワ1983年計画策定は容易ではなかった。

まず、政府は1982年4月に1983年7月まで、ついで1982年11月に1983年末まで、企業の社会保険料負担の引上げを行わないことを約束していた。使用者負担分を固定したまま被用者負担分のみを引き上げる途を採りえないことは明らかである。とすれば、保険料以外に収入を見出すか、支出の抑制即ち医療価格又は被保険者に対する給付の切下げ以外に方法はない。かくして、1982年9月29日に閣議採決されたベレゴヴォワ計画は、製薬企業の広告費に対する賦課金、酒タバコ税及び早期年金に対する保険料賦課に新たな財源を見つけ病院グローバル予算制の創設により医療価格の上昇を抑制し、入院患者の定額自己負担制の導入及び諸給付の前年の給与上昇率スライド制から当該年の給与<sup>7)</sup>上昇率スライド制への移行により支出の削減をねらうものとなったわけである。

7) これが支出の削減につながるのは、インフレ鎮静等により給与の名目上昇率は1982年より1983年の方が低いと見込まれているからである。

この案の中で、まず、入院定額自己負担制は、ヴェーユ計画及びパロー計画においても議論はされながら採り上げられることのなかったものであり、労組であるC.G.T. C.F.D.Tをはじめ、閣内に大臣を擁する共

産党も反対の立場をとっていた。また、酒タバコ課税にしても、既に述べたとおり、ヴェーユ計画に掲上されながら適用に至らなかったいわくつきの方策であり、もちろん関係業界の強い反対を引き起こした。これらに対して、ベレゴヴォワはねばり強い交渉を続け、ともあれ、10月19日国民議会は、早期年金に対する老齢保険料賦課廃止等若干の修正のうえ法案を採択した。ところが、上院は11月15日、法案の否決にも相当する審議拒否を行い、その理由として、「この法案には、社会保障財政状況の永続的解決を図る手段は何ら含まれていず、担当大臣は、上院の再三の要求にもかかわらず、その財政状況についての完全な情報を提出しようとしな。さらに、法案中いくつかの条項は、受け入れがたい社会的後退である」と述べた。しかしながら、何人も社会保障財政均衡の必要性は否定できず、また、保険料をこれ以上引き上げることも困難とすれば、現実的には、ベレゴヴォワ案以外に採りうる方法はない。かくして、12月8日、国民議会は再度の修正のうえ再び同法案の採択を行い、ベレゴヴォワ1983年社会保障財政均衡再建計画は、1983年1月19日法第83-25号として公布された。

### 5. 1983年社会保障財政均衡再建法の内容

ベレゴヴォワ大臣によれば、この法律の目的は、医療費の抑制と各人の抛出努力の調和のふたつの面にある。また、国民議会文化家族社会問題委員長クロードヴァン氏

によれば、この法律に規定される再建手段は次の三傾向で大別できる。

- ① 抛出努力の調和と、不公平の縮小
- ② 治療と予防の間の断絶を超える、健康への全体的なアプローチによる病院管理の改革
- ③ 過度の支出に対する受益者の責任化と、予防と衛生教育の新政策

具体的な手段は次のとおりである。

- ① 早期退職年金受給者の疾病保険料を普通の労働者並にすること  
(原案は老齢保険についても同様であったが採択されなかった。)
- ② 製薬産業の公告費に対する賦課金の創設
- ③ 入院患者の入院1日当たり定額自己負担の導入とこれに関連して当該者に対する傷病手当金及び障害年金の減額措置の廃止
- ④ インフレ傾向をもち劣悪な管理指標となるブリドジュルネ制に替わる病院グローバル予算制の創設
- ⑤ 農業者の社会保険料の賦課の前提となる収入算定方法及び徴収方法の改正
- ⑥ フランスにおいて懸念される二大社会災厄とみなされている酒とタバコの消費に対して賦課する抛出金の創設
- ⑦ 当該企業の社会保険料に関する状況を企業委員会に対して報告することを使用者に義務づけること
- ⑧ 家族給付と共済薬局に関する現行規則に必要な法的根拠を保障すること

以下、これらのうち主だったものについて順次説明していきたい。

#### A. 早期年金受給者の疾病保険料

(法第1条)

1983年1月1日より、早期退職年金 (préretraite) の受給者の疾病保険料率は、その者と同一の社会保障制度に属する労働者が被用者負担分として抛出する料率と同一になる。したがって、一般制度の場合は、2%から5.5%になる。早期退職年金受給者には主に次のような者が該当する。

- (1) 労働法典第351条の5に基づき、60歳以上の解雇、経済的辞職、経済的解雇により ASSÉDIC (Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce) から「所得保障」を受給している3種の者
- (2) 労働法典第122条の4に基づき使用者と国との間に結ばれた協定により、56歳2カ月(特別の場合は55歳)以上で経済解雇を受けた者で、前記所得保障と同額の「雇用全国基金早期退職年金」を受給している者
- (3) 使用者と国との間に結ばれた連帯契約 (contrat de solidarité) に基づき、60歳以上で粗給与の70%の辞職早期退職年金、又はハーフタイムに移行して50%の給与に加えて粗給与の30%の漸進的早期退職年金を受給している者

#### B. 薬品広告税

製薬産業が社会保障によって償還される薬品の広告に用いる費用の5%が疾病保険一般制度のために ACOS S によって徴収される。ただし、取引高5,000万フラン以下の企業(取引高5,000万フラン以上



の企業又はグループの、50%以上子会社は除く)は免除される。

C. 入院定額(法第4条から第7条)

患者の自己負担として入院1日当たり定額が導入された。施行日及び額は政令に委ねられているが、政府の発表によれば額は1日20フランに定められる予定である。施行日は社会保障の財政状況をみながら必要に応じて定められる。<sup>8)</sup>

ア 適用範囲

精神病院、障害者のための医療社会施設等の特殊施設を含む公私両部門にわたる全ての入院患者。ただし、公立又は入院公共サービスに協力し又は協約を結んだ非収益目的の私立の長期入院センター及び医療セクションをもつ老人のための入所施設には適用されない。

イ 支払い及び負担

入院定額は患者に既に自己負担分があるとき(保険負担が100%でないとき)は、その自己負担分から控除される。即ち、入院定額を全額負担するのは100%保険負担の患者のみである。これは現在、患者総数の10%に相当する。また自己負担率20%の者は、現在1日当たり平均130フランの自己負担を行っているといわれている。

ウ 免除

次の者について入院定額は免除される。

- ① 特殊教育施設又は職業施設に入所している障害をもつ児童青少年
- ② 労災又は職業病の者

③ 出産保険受給者

④ 戦争障害者

エ 社会扶助による負担

入院定額は、扶養義務者に対する請求なしで社会扶助による負担を受けられる。これは、老人等が家族に気がねをして入院をためらうことがないようにとの目的である。当該者の遺産からの徴収は、在宅社会扶助と同様、遺産が25万フランを超えた場合にのみ行われる。

オ 控除の廃止

疾病保険からの傷病手当金及び障害年金に対して入院時行われていた次の減額措置は廃止される。

- ① 当該者に扶養している児童または尊属が1人以上あるとき  $\frac{1}{5}$ 減額
  - ② 当該者に扶養している児童も尊属もないが結婚しているとき  $\frac{2}{5}$ 減額
  - ③ その他全ての場合  $\frac{3}{5}$ 減額
- 入院定額を負担する成人障害者手当受給者については、政令で定める最低額以下には減額されない。

8) 1983年3月25日緊縮計画によれば、入院定額は1983年4月1日から施行されることとなり、1983年約10億フラン、1984年約20億フランの医療費の節減をもたらすと見込まれている。

D. 病院グローバル交付金制度  
(法第8条乃至第18条)

フランスにおいて公立病院は病院(入院施設)全体の中で施設数において約30%

ベッド数において約70%を占めており、また、1980年最終医療費(約206,489百万フラン)の約50%を占める入院費のうち公立分が約35%にのぼっている。また、医療費がGNPをしのいで上昇していくのはフランスも例外ではないが、なかでも入院費の上昇率はもっとも高く、特に公立部門の上昇率が高い。したがって社会保障財政再建というとき、この公立病院の入院費の抑制が問題となるのは当然のことといえよう。

1970年12月31日の病院法第52条は、法公布後1年内に入院料金決定方式を改正することを規定していたが、その困難さから改正は遅れ、1978年1月4日法によりやっと、従来のプリドジュールネ制のほかに2つの入院料金決定方式即ちプリドジュールネ・エククラテ制とグローバル予算制を実験的に行うことが認められたに過ぎなかった。

ここで念のため、プリドジュールネ制、プリドジュールネ・エククラテ制及びグローバル予算制の3つの入院料金決定方式について簡単に説明をしたい。

#### ア プリドジュールネ(prix de journée)制

プリドジュールネとは入院患者1人1日当たりの支払うべき費用で、医師等の技術料を除き、管理費、薬剤費、食費等が全て含まれている。その算定手続は、まず、病院が翌年の経費(前年の赤字又は黒字があれば算定に加える)を予測し、これを過去3年間の年間平均入院延日数(病床増加等の場合は予

測日数)で割り、県知事に提出する。県知事は、衛生社会活動県局の査定後、これを病院毎にプリドジュールネとして知事令によって定める。

このプリドジュールネ制に対する批判としては次の3点があげられていた。第一に算定が複雑なわりには、概念があくまでも会計学上のもので、経済的に病院の業績をとらえたり、各病院間の比較を行うことが困難である。

第二に患者の入院日数をふやすことが病院側に増加をもたらすため、入院日数の短縮や入院なしでの治療等の今後すすむべき医療のあり方に逆行する傾向をもつ。

第三に赤字も黒字も翌年の経済の算定に組み込まれるため、費用を抑制する動機が全くはたらかずインフレ傾向をもつ。

#### イ プリドジュールネ・エククラテ(prix de journée éclaté)制

プリドジュールネ・エククラテとは明確にされたプリドジュールネという意味だが、何もかも一緒にしたどんぶり勘定の従来のプリドジュールネ制と異なり、費用は次の4要素から算定される。

- 1) 施設全体に均一の入院許可料  
(いわば書類作成料)
- 2) ホスピスやディホスピタルを除き施設全体に均一の宿泊及び一般管理料金
- 3) 医師等の技術料も含む、科ごとの直接間接の医療活動に要する料金
- 4) 手術、検査等の個人ごとに異なる

料金

ウ グローバル予算制

グローバル予算制は「目的による管理」を目ざし、前二者とは発想を異にしていると説明されている。まず、病院のサービスを宿泊、医療技術、その他の3つに分け、病院長は各部門ごとに目標とそのための手段を予測配分し、これに基づいて各部門は経費を算定する。この経費の全合計がその施設のグローバルな運営予算交付金となり、その金額を各社会保険機関が、その被保険者の予測利用日数に応じて分担する。この分担割合は、後日、実際の利用日数によって修正される。

今回の改正は、このグローバル予算の原則を、公立病院及び公共入院サービスに協力する非収益目的の私立病院を対象として、社会保険機関が負担する費用に対して適用されるものである。この交付金の決定方法は政令によって定められることとなっている。交付は、他の諸制度との要役として、病院の所在地を管轄する一般制度疾病保険初級金庫が行う。なお、保険によってカバーされていない者、自己負担分のある者、第三者に対する償還請求の算定等については、従来のプリドジュールネ制がそのまま用いられる。

社会扶助高等委員会はグローバル予算に対して監督権限をもち、また、従来からの社会保険機関による医療監視も強化される。即ち、社会保険機関は、被保険者に対する給付を通しての従来

の監視に加えて、予算作成過程を通して、科の医療活動そのものに対しても監視を行うことができるようになる。なお、社会保障担当大臣の承認を受けた予防と治療、医療と福祉を連携させる新しい実験的試みは、支払い機関と運営主体との間の協定によって定められる方式によって、定額制で支払われ、その発展の促進が図られる。

E. アルコール、タバコ税

(法第19条乃至第25条)

1983年4月1日から、疾病保険の財源に資するため、その過度の使用が健康に与える危険性を理由として、タバコ及びアルコール飲料に対して拠出金が賦課される。

ア アルコール税

25度以上のアルコール含有料をもつ飲料の消費者による購買に対して、1デシリットルあたり1フランの税金が課される。

イ タバコ税

消費者による購買に対して、価格の25%の税金が課される。

ウ 徴収方法

ACOSSによって徴収される。

9) 1983年3月25日緊縮計画の中で、タバコ税については、物価上昇に対する影響を考慮し、施行を7月1日に延期することとされた。

## おわりに

以上、第1章でこの1年半のミッテラン政権の政策の流れを追い、第2章で社会保障関係社会経済の主たる改正事項として、老齢年金支給開始年齢の引下げ及びペレゴヴォワ1983年社会保障財政均衡再建計画を取り上げたわけだが、これでミッテラン政権下の社会保障政策を論じえたとは到底思っていない。政策は、歴史的に形成された一つの社会をその背景として持つるのであり、そこから切り離して政策だけを、特にその改正点だけをながめても、その持つ意味を理解するには程遠い。フランス社会でいえば、平均寿命の差に明確に

あらわれているような社会職業階層間の格差、人口の8%に達する移民労働者、個人主義的思考等々の明らかな日本社会との相違を無視して単に制度のみを日本のそれと比較し参考にすることは、無意味であるのみならず、危険だとすらいえよう。しかし、偏見と誤解にみちた主観的印象記に墮すことなく背景たる社会を論ずるには、相当の準備を必要とする。背景説明の重要性を十分に承知しながらも、今回、結局のところ政策の改正点のみの解説にとどまったのは、ひとえに私の準備と力量不足によるものであり、本稿が日仏社会の相違を十分にわきまえた賢明なる読者諸姉諸兄にとって、資料としてでも役立てば幸いと思う次第である。

## 最近のスウェーデンにおける老人福祉サービス ——リディンイエ市のケースを中心に

三上 美美子

社会保障研究所研究員

### はじめに

スウェーデンの総人口は、1980年現在、約830万人である。65歳以上の高齢人口は、このうち16.4%にあたる136万人であるが、2025年には人口の20%（約160万人）に達すると予想されている(1)。スウェーデンの老人福祉に対する需要は、このような人口高齢化にしたがい、その量と質の両面において、ますます増大し変化してゆくものと思われる。その動向は、福祉社会をみざす国にとって、世界中で最も関心をひかれるところのひとつである。

筆者は昨秋、社会保障研究所の海外出張でスウェーデンを訪問し、進歩的な老人福祉サービスについての見聞を広める機会を得た。本稿では、おもにリディンイエ市の例を紹介しながら、最近のスウェーデンの老人福祉サービスの動向についてレポートする。筆者はもとより「老人福祉」についての専門家ではないので、ここで福祉論を展開する意図は毛頭なく、むしろ、政府、自治体および民間の諸機関における訪問記と入手資料に基づいて、スウェーデンの老

人福祉サービスの一端を紹介するにとどめたい。

### 1 スウェーデンの老人福祉サービス

スウェーデンの福祉行政は、州（County Councils）が健康保全および医療を担当し、市（Municipality Councils）が学校教育、児童福祉、老人福祉、住宅、公益事業、文化・余暇活動などの公共サービスを提供している。すなわち、スウェーデンの老人福祉サービスは、医療面を州政府が、その他の福祉サービスを市の自治体が責任を担うというように、機能によって役割分担されている。そして両者が相互にうまく連結し、協力し合うシステムが確立している。

老人福祉サービスの種類は、大きく分けるならば、つぎの3項目に分類される。老人福祉サービス（Service）、老人養護（Care）、および老人福祉特別サービス（Special Service）である。

第一に、サービスというのは、自宅やサービス・ハウス（サービス付き老人用アパート）に住む老人を対象に給食サービス、輸送サービス、身体訓練、デイ・センター

等を含むホームヘルプ・サービスから、訪問看護・治療にまで及ぶものである。訪問看護・治療のサービスは、ホームヘルプ・サービスとうまく結合して提供されるが、医療の機能をもつから、州が責任をもって行う。この訪問看護・治療サービスを受けている患者数は、1980年現在、全国に約4万人である。他方、ホームヘルプ・サービスの方は、政府から費用の35%の援助を得て、市の自治体が提供している。

1980年現在、全国で約30万8千人の老人が、7万1千人のホームヘルパーによって何らかのサービスを受けている。

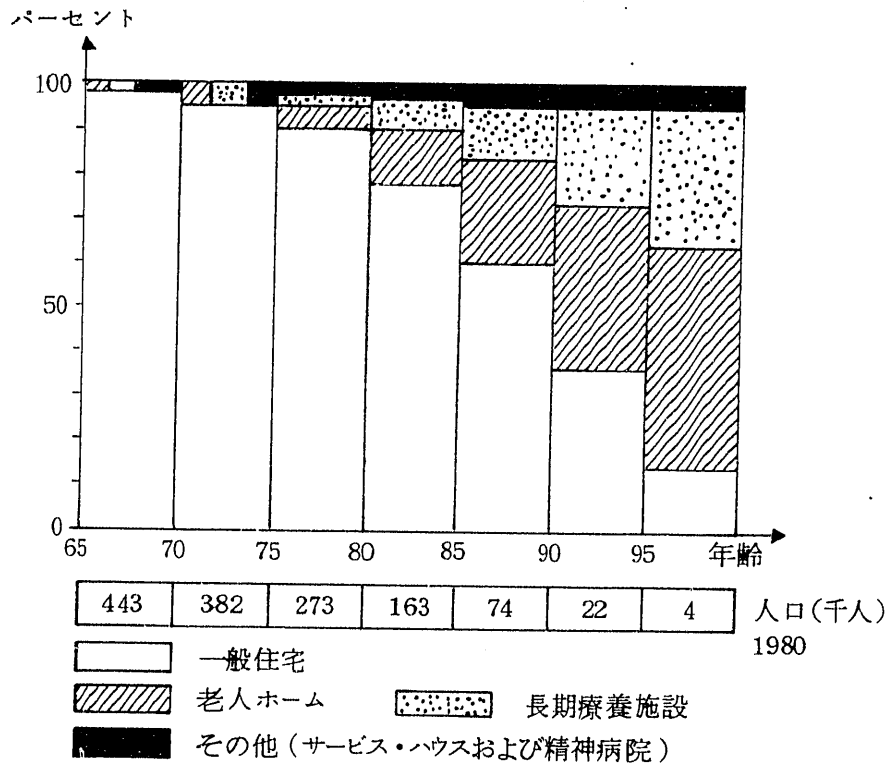
老人養護は、惚けや身体の不自由のため自力で通常の生活を営めない老人を対象に、養護老人ホーム (Old age home) や長期療養病院 (Long term hospital) で24時間のケアを行うものである。寝たきりではないが惚けなどで自活の困難と認められる者は、養護老人ホームに入居することができる。そこでは、個室が与えられ、給食の他に種々の活動、デイ・センターのサービスが提供される。現在、70歳以上人口の7%が、この種の老人ホームに入居している。養護老人ホームは自治体によって運営されており、次節で紹介するリディンイエ市の Siggebogården はその一例である。これに対して長期療養病院は、寝たきりなどの心身障害のもっと重度な老人を介護するところで、全国に4万5千のベッド数を擁し、現在70歳以上人口の5%が入院している。長期療養病院は、州によって運営され、治療、リハビリテーションなどの役割を担っている。患者の中には、療養がき

わめて長期にわたる者が少なくないから、単に医療サービスの提供のみでなく家庭的な住み心地を感じさせる住居としての機能も果たさなければならない。このため、病院といえども個室の割合を多くしてゆくべきであるという指摘もなされている〔3〕。

第3に、特別サービスと呼ばれるものに、老人のための輸送サービス、サービス・バス (ホーム・ヘルパーの同乗する巡回サービス)、および郵便配達員によるソーシャル・サービスがある。とりわけ郵便配達員のソーシャル・サービスは、地方の在宅老人のためのユニークな試みであるから、ここで簡単に紹介しておきたい。

スウェーデンは、ヨーロッパの中でも4番目に広い国土をもっており、人口のまばらに点在している地域もかなりある。そのような地域においては、在宅老人への自治体のサービスは距離の遠さから届きにくいところがある。しかしながら、スウェーデンにおいても、老人はできる限り自宅で生活し続けたいと望んでおり、実際、図1に示されるように、80歳までは90%以上、80~85歳でも80%までが自宅で生活している。そこで、住居のまばらに散在する農村地帯においては、車で移動郵便局として巡回する郵便局員 (Rural Postmen) に、郵便業務に加えて他のソーシャル・サービスも引き受けてもらえないだろうかというアイデアが生まれた。そして、1974年には、郵便局と厚生省の間に合意が成立し、地方の郵便局員は、その郵便配達ルートに住む老人につきのようなサービスを行うことになった。すなわち、老住民が何ら

図1 スウェーデンの老人の住居形態



資料出所：Spri, "Några fakta om den svenska hälso-och sjukvården 81/82"

かの助けを必要としていないかどうかを確かめたり(contact service), 老住民が商店に注文しておいた物品の配達(goods delivery)を行ったり, 自治体からのリクエストにより特定の老人(たいていはひとり暮らし老人)を家庭訪問(home visits)したりするサービスである。これらのサービス費用は, 自治体から郵便局に支払われる。現在約90の自治体(全自治体の1/3)がこの新しいサービスについて郵便局と合意に達しており, その結果, この特別サービスは, 全国約25万世帯をカバーしていると推定されている(2)。

このように, スウェーデンの老人福祉サービスは, 質と量の両面においてきめ細かく行き届くことを目指しているが, その目的達成には, 実に効率のよい方法を見い出して実施していることも見逃してはならないであろう。

つぎに, 最近のスウェーデンの老人福祉サービスの具体的な状況について, リディンイエ市のケースを例にとり, おもに老人ホームとサービス・ハウスを中心に紹介してみよう。

## 2 リディンイエ市の老人福祉サービス

## ① リディンイエ市の概観

スウェーデンの首都ストックホルムの中心から東へ5マイル、運河のような入江ひとつ隔てた緑の島が、リディンイエ市である。森や湖の自然が豊富に保存された18.6平方マイルの土地に、現在約4万人の市民が住んでいる。一戸建ての家に住んでいるのは33%で、残りはフラット(アパート)に居住している。筆者は、このリディンイエ市内でもストックホルム市に最も近い入江沿いのホテルに1週間宿泊したが、あたりはメイプルなどの大きな樹木の間的高级住宅地が散在する、静かな住環境の良いところであった。経済活動も活発で、市内で働く者は約1万人、そのうち自治体勤務の公務員が28%を占めるが、製造業に26%、商業に15%、建設業に10%、金融業に10%働いている。つまり、農業地域ではなく、自然環境を保持した小都市といえる。またレジャー活動も盛んで、とくに戸外のスポーツ、レクリエーションには、地理的にも恵まれている。たとえば、散歩、バイセクリング、クロスカントリー・スキーのための2マイルのルートあり、ゴルフコースあり、各種の球技場あり、という具合である。

話しは少々横道にそれるが、リディンイエ市は、彫刻家カール・ミレス(Carl Milles)の生地として有名である。ミレス・ガーデンという彫刻庭園を訪れると、彼の作品がヴェルタン入江を見下ろして展示されている。どの彫刻にも人間の生きる力強さと喜びがあふれているが、筆者にと

って最も印象深かった作品は、「天使の楽隊」(Angel Musicians)である。数人の天使が、空中で思い思いのポーズでラッパを吹いたり、フルートを奏でたりしている彫刻群である。それらは、まさに天使のような心の暖かさと本当の自由(freedom)を全く同時に感じさせるものであった。そしてこの芸術こそが福祉社会スウェーデンの人々の根本にある精神ではないかと、目が覚めるような思いをしたものである。

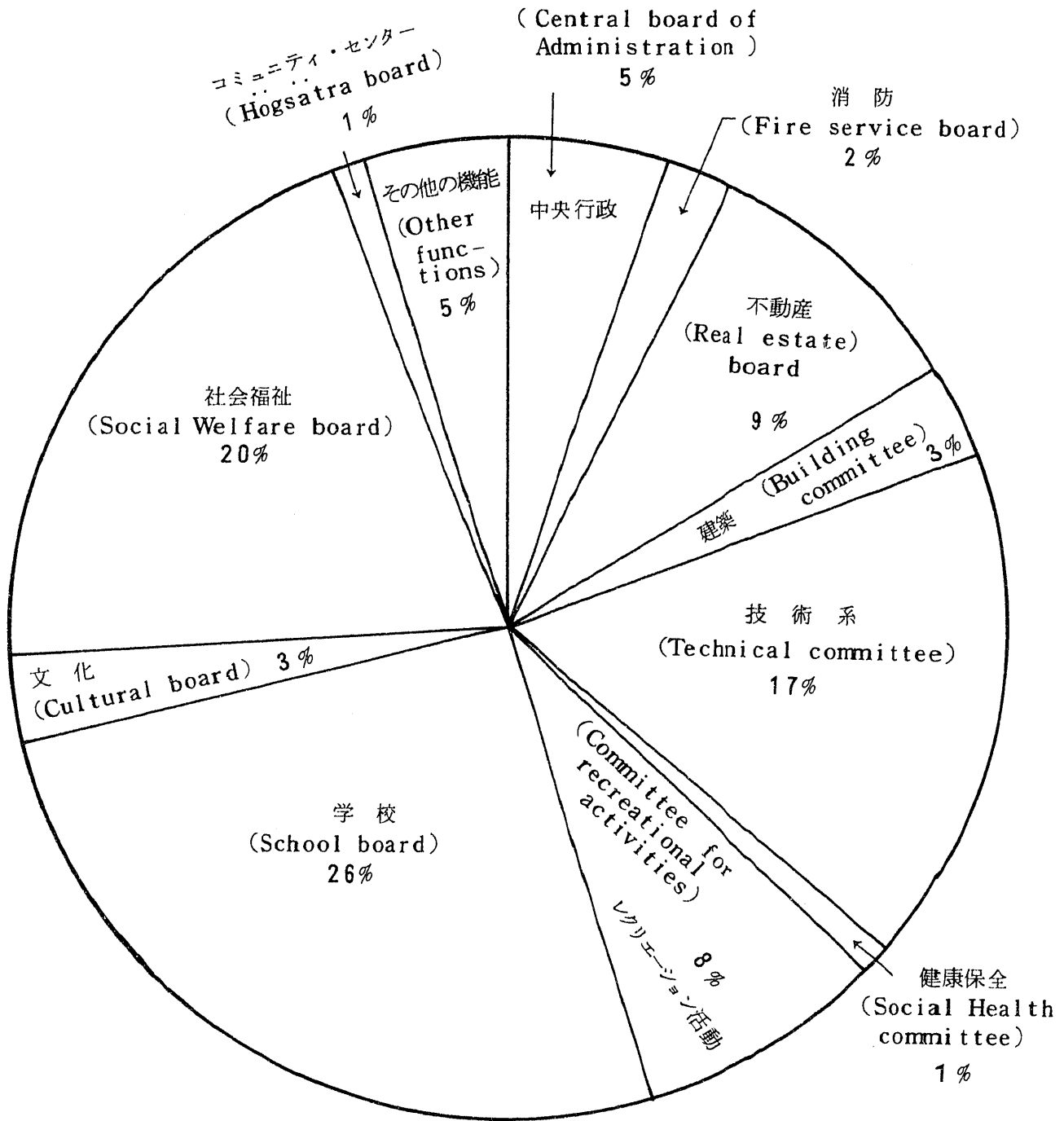
さて、リディンイエ市の老人福祉施設を見学する前に、それが市の財政の中でどのような位置を占めているかを、参考のために、つぎに簡単に触れておく。

## ② リディンイエ市の財政支出配分

市の自治体の活動状況は、統計が少し古くなるが1978年の財政支出の内訳をみると、大方の見当がつくであろう〔図2〕。支出総額2億クローナのうち最も大きな割合を占めるのは、学校教育の26%で、社会福祉の20%がこれに続いている。このうち、社会福祉関係の支出は、図3のように各種のサービスに分けられる。すなわち市の社会福祉支出の55%が幼児養護に、26%が老人福祉サービスに充てられている。就学前の幼児(7歳未満)への保育サービス提供に、市当局が相当な力を注いでいる背景には、職業をもつ女性が増え、また夫から自立する妻が増えてきたことがある。すなわち、両親が働いている間の子供の保育が必要とされ、また、夫婦当り子供数の減少は、子供のグループ・コンタクト

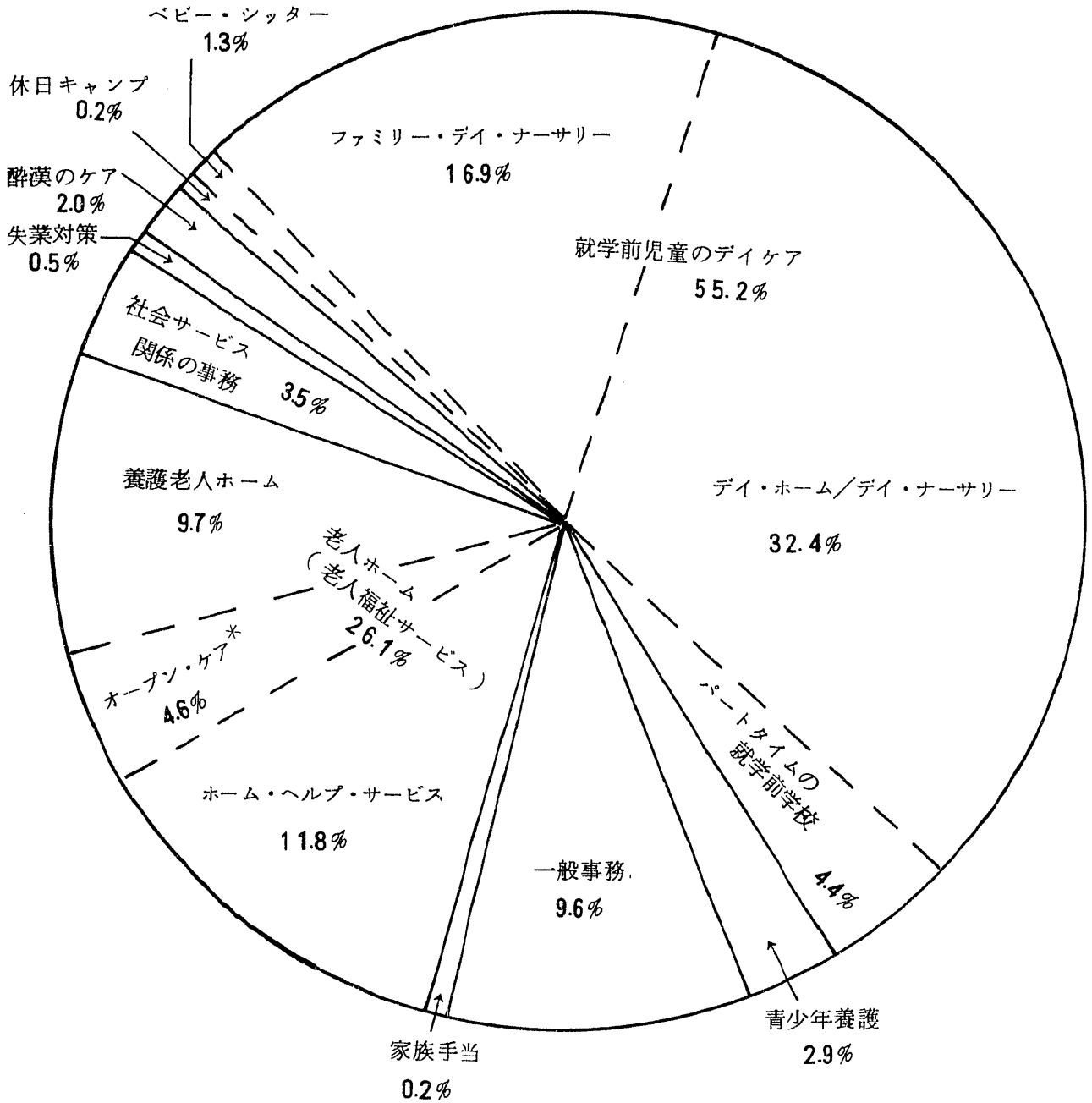


図2 リディンイエ市の財政支出(1978年)



資料出所：リディンイエ市

図3 リディンイエ市の社会福祉サービス支出（1981年）



\*オープンケア：ペディキュア・サービス  
理髪  
食事サービス  
作業活動  
電話サービス  
入浴  
メンタル・トレーニング

資料出所：リディンイエ市社会福祉局

の必要性を増しているからである。

老人福祉サービスの財政支出は、その45%をホームヘルプ・サービスに、37%を養護老人ホームに、残りの18%を給食、入浴サービスから心身訓練や余暇活動まで含むいわゆるオープン・ケアの費用に充てられている。リディンイエ市におけるおもな老人福祉施設としては、養護老人ホーム“Siggebogården”とサービス・ハウスがあるが、前者の方が入居者の介護の性質からいってもより制度的に運営されている。人口4万のリディンイエ市は、現在、サービス・ハウスを2つもっているが、さらに2つ建設する計画である。ただし、やたらに増やそうという計画はなく、一般の住宅やビルの建設も、過密とならないように、自治体はその数を規制している。この社会では、住み心地のよい環境をつくるのがすべて、社会保障の対象に含まれて考えられている。

### ③ 養護老人ホーム - Siggebogården

リディンイエ市の養護老人ホーム“Siggebogården”は、市のOT課（Occupational Therapy Department - 作業療法課）に所属する施設で、市庁舎のすぐ裏手のなだらかな丘の上に、林の緑に囲まれてゆったりと建てられている。この老人ホームは、1964年に設立され、入居対象者は、リディンイエ市在住の65歳以上の市民で、OT課のカウンセラーによって養護が必要と認められた者に限られる。すなわち、寝たきりではなく、少なくとも自

分自身で起床し服を着ることができると、日常生活に介助を必要とする老人である。現在、入居者数は117名で、平均年齢87歳である。このうち20名が、惚けなどメンタルな問題の深刻な者である。

5階建てのホームの建物は、A、B、C、Dの4つのブロックに分けられ、それらは廊下で相互に連結されている。各階のエレベーターを降りると、廊下の壁に掛けられた“Välkommen”（歓迎）というカラフルな壁掛けがすぐ目にはいる。入居者は、シャワーおよびアラーム装置付きの個室に住み、3食の食事サービスを受けるので自炊の必要がない。ブロックごとに分散された小じんまりとしたダイニング・ルームは、普通の住宅のダイニング・ルームをほんのひと回り大きくしただけの、きわめて家庭的な雰囲気のある部屋で、北欧のインテリア・デザインの美しさが印象的である。「施設」であることを感じさせないのである。小じんまりとした読書室、TV室、談話室などにも、落ち着いた感じの家具が備わり、窓にはしゃれたカーテンが掛けられ、窓辺やコーナーに置かれた鉢植の花や観葉植物は利用者の心をなごませている。

このホームでは、常時平均して約30名の職員が働いている。しかしながら、ここで入居者の介護や機能訓練を担当するOT課の専任スタッフは6名だけで、その内訳は、フルタイムのスタッフ1名、パートタイムのアシスタント1名、教員（工芸などの）4名となっている。介護サービスは、実際には、ホーム・ヘルパー、アシスタント、地域看護婦、理学療法士、および作業

療法士から成るワーキング・チームが密接な連絡をとりながら行なっている。医師は週1回、回診にやって来る。このように比較的少人数のスタッフによって、行き届いたサービスが行なわれている。それを可能にしている理由は、少なくともつぎの2点にあるといえよう。第1に、職員が常時会合をもち、入居者の問題に適正にかつ効率よく解決できるように対応していること。具体的には、OT課のスタッフは2週間に1回、ワーキング・チームは月1回、その他職員（ペルソネル）は3週間に1回、それぞれミーティングを開く。さらに、その他職員は月に1回療法士と週に2回看護婦と、定期的にそれぞれ会合をもち、入居者の日常の行動について気付いたことや困ったことを報告する、という具合である。第2に、新しく開発された技術を導入していることである。たとえば、各フラットにアラーム・ボタンを備えるのみでなく、アラーム・ウォッチも利用している。このように効率アップによって、スタッフやその他職員の負担をミニマムにしようという努力がなされている。

入居者への各種の訓練は、週間プログラムに基いて実施される。このプログラムは夏用と冬用とで多少内容が異なるが、ここでは冬期プログラムを紹介しておこう。

このように行き届いたサービスを受ける居住者の費用負担は、各自の所得（すなわち支払い能力）に依存して決められるので、個人によってまちまちであるが、平均して月3,000クローナ（約10万円）くらいである。彼らは年金生活者であるから、受

給した年金からこの老人ホームの費用を支払うわけである。

冬期プログラム

	午前(10:00-12:00)	午後(13:00-16:00)
月	新聞読み・記憶訓練	音楽鑑賞
火	個々人に適した活動（散歩、音楽、種々のグループ活動、etc）	発声練習
水	体操、ダンス	
木	陶芸	手足の訓練
金	自由行動（ライブ・ミュージック、スライド映写会等の催し物が行なわれることもある。）	

④ サービス・ハウス—Hogsätra

現在、リディンイエ市は、島の南部Larsberg と Hogsätra の2箇所にて老人のためのサービス・ハウスを有し、各種のサービスを提供している。以下は、筆者の訪れた Hogsätra のサービス・ハウスの紹介である。

Hogsätra は、地域住民のサービス・センターであると同時に、老人のためのサービス・センターでもある、というリディンイエ市ご自慢のいわば教育・文化・福祉の総合センターの役割を果たしている広場のようなところである。ここのサービス・ハウスは、3棟に計172戸のアパートを有している。1戸当りの部屋数は1DKから3DKまでの3種類である。各々のアパート

には、もちろん、アラーム装置やサービス電話が備わっていて、レセプションの中央管理室に連結されている。入居者はこのアパートを契約で賃借りする。必要な場合は、ホームヘルパーが洗濯、掃除等の助けをしてくれる。また、Högsåtraに隣接した病院で診療を受けることもできる。サービス・ハウスと病院とは機能的に連結している。たとえば病院を退院した老人が、このHögsåtraのリハビリテーション・フラットにやって来て3ヶ月訓練を受けることもある。あるいは、ここで1週間リハビリテーションを試みて、その老人自身が日常生活をまだひとりでやってゆけないと判断されると、再び病院に送りもどされる、という具合である。

レセプションでは、おもに一般的なインフォメーション、食券と訓練用具の販売、物品の集配、銀行や郵便局への使い走り、理髪の予約、等々のサービスが提供される。このレセプションの向い側には、居住者の社会活動や社交のための部屋があり、ダンス・パーティもできるくらい広いスペースを有している。レセプションのすぐ隣には、玉突き台やカラーTVも備わった小規模なカフェテリアが、窓側に面して配置されている。筆者が訪れたときも、玉突きに興じている人々やテーブルでコーヒーを飲みながらおしゃべりしている老人達の光景が目にとまったが、ここでは誰もが気軽に利用できる雰囲気を感じられる。Högsåtraは、スウェーデンにおける他の多くのサービス・ハウスと同様に、心身の訓練を行う作業療法サービスのみならず、居住者

が好きな趣味活動を自由にできるホビー・サービスも備えている。小さな読書室や談話室は、前述の養護老人ホームと同様に、インテリアの美しさと心地良さに感嘆させられるが、何よりも「施設」のイメージが全くないことに気づく。居住者は、もちろん、家族や友人の訪問をたびたび受ける。遠方から泊まりがけで会いに来る家族や友人のためには、特別のゲスト・ルームも用意されている。居住者と同じHögsåtraで宿泊できる便利さに加え、1泊35クローナ(約2,000円)というホテルよりも安いルーム・チャージが、彼らの訪問を一層容易なものにさせている。

ところで、スウェーデンのサービス・ハウスは、基本的な設備やサービスについてはどのサービス・ハウスも大差はないが、Högsåtraの特徴は、何とんでも老人と若者が世代を超えてコミュニケートできるオープンな広場をもっていることにある。まず、3棟のサービス・ハウスと並んで、就学前学校、基礎学校高学年校舎、低・中学年校舎、スポーツセンターの建物が広い敷地につづいている。そしてサービス・ハウスとこれらの建物の間に文化センターが位置して、それぞれ廊下で連結されている。文化センター内には、レストラン、音楽室、コミュニティセンター、陶芸ワークショップ、図書館、等々が備わり、学校の子供たちも老人たちも、自由に、いっしょに課外活動(あるいは趣味活動)を楽しむことができる。そこでは出会いがあり、相互に学び合い助け合うというコミュニティの思想に、このHögsåtraは根ざしているのであ

る。

### 3 今後の老人福祉サービスの方向

スウェーデンにおいて、サービス・ハウスが建て始められたのは、今から15年ほど前であるが、それ以前は、かなり多くの老人がいわゆる老人ホーム（Old age home）に住んでいた時期があった。それは、彼ら自身の住宅事情が悪かったことと、老人は施設にはいるのがよいという福祉の風潮があったことにも起因する。けれども、「施設」での生活は老人を孤立と孤独に追いやることにもなり、施設収容に対する強い批判と深い反省が次第に生まれるようになった。ほとんどの老人は、長年住み慣れた自分の家で暮し続けたいと願っている。それは、手の届くところに親類や近隣がいるという安心感（a sense of security）によるところが大きいからである。近年スウェーデンの老人福祉政策がホームヘルプ・サービスの拡充に力をいれてきたことは、施設型ケアから在宅型ケアへという福祉の流れの方向を示すものである。それでも高齢（とくに85歳以上）になるにしたがい、健康上の問題が深刻となり自宅で生活できない老人の割合は増えてくる。自宅での生活が困難な老人のためには、ケア付きの住居が用意されなければならない。そのような住居も、彼らの住み慣れた住環境にできるだけ近いものが求められている。本稿に紹介された養護老人ホームおよびサービス・ハウスは、そのような住居の一例といえる。

近年のスウェーデンの老人福祉サービス

は、前節で触れたように、経済的配慮のみならず心理的配慮の努力が積極的になされている。とはいえ、専門家の間では、老人の嗜好とニードはまだまだ充足されていないという指摘がなされている。そして、より多くの老人が、彼らの地域で、よりノーマルな自立した生活を送れるように、福祉政策への提言の筆頭に、「老人が普通の住居で生活できる可能性を増大させること」を挙げている〔3〕。実際に、このようなニードに基づく市民運動も行なわれている。たとえば、筆者がストックホルム滞在中に訪問した年金者全国組織（PRO）では、建築家や借家人組合などの代表と共に、市民による住宅顧問委員会を組織し、老人家庭の住居の改善や老若両世代がコミュニケーションできるような住宅地域づくりに、とり組んでいる。彼らは、一般住宅に特別の設備をつけるならば、身体にある程度のハンディキャップをもっている老人ホームに移る必要はないというケースがずいぶんある、と考えている。

このようにスウェーデンの老人福祉サービスは、今後も、「施設」方式から在宅型ケアへの移行を促進する方向にあり、それはコミュニティの中の、市民に開かれた福祉として根づいてゆくことを、ここでは意味している。今後、高齢人口の増加に伴い、老人福祉サービスの需要はますます増大する見込みである。そのための費用をミニマムにするために、ホームヘルパーの待遇改善と再組織化、技術革新、設備の改善などによるサービスの効率化が課題とされている。さらにつけ加えるならば、老人の健康

保持のための社会参加，とくにヤング・オールド（60歳代？）に生きがいのある職業を！という新しい政策の方向が注目される場所である。

### おわりに

スウェーデンはすでに高齢社会にあるとはいえ，65歳以上人口は日本のその13%にすぎない。言い代えるならば，日本の高齢人口は，比率こそ9.05%（1980年）とスウェーデンにはおよばないが，絶対数では1,057万人に達しており，これはスウェーデンの全人口をさらに上回る人数である。そして日本においても，人々の生活様式や価値観が変化してゆく中で，老人福祉サービスに対する需要は増大する一方である。経済大国となった今日，福祉先進国から学ぶものは大きいと言わざるを得ない。

以上のレポートにおいて，筆者の個人的印象談の挿入および情報の散漫さはお許しいただき，この資料が，関心を寄せられる読者への多少の参考になれば幸いである。なお本稿の執筆にあたっては，スウェーデン訪問中にお会いした関係者のうち，とくにNational board of health and welfareのMs. T.V. Sydow，リディンイエ市社会福祉局長のMr. A. Åberg，同OT課のMs. M. Barker，HögsåtraのMs. R. Manne，PRO（National Organization of Pensioners）のMr. S. Svedberg，Spri（Swedish planning and rationalization institute）のDr. K. Kogeus，そして訪問のプログラムをアレンジして下さったThe Swedish InstituteのMs. M. Jörnstedtのご協力を賜わった。これらの方々に，記して感謝の意を表したい。

---

### 〔参考資料〕

- 〔1〕 “Just another age”，A Swedish report to the World Assembly on Aging 1982.
- 〔2〕 The Swedish Post Office and The Swedish Board of Health and Welfare，“Rural postmen in Sweden help to provide Social Services”
- 〔3〕 Spri，“Primary Care and Care for the Elderly”

## 健康の不平等 —『ブラック報告』について—

武川正吾

社会保障研究所研究員

Inequalities in Health : The  
Black Report, edited and with an  
introduction by Peter Townsend and  
Nick Davidson, Harmondsworth :  
Penguin Books, 1982. £ 2.50

### はじめに

イギリスの国民保健サービス(NHS)の公言された目的は、社会経済的地位や性別・年齢などの相違とは無関係に、みずからの必要に応じた平等な保健サービスの利用を全国民に保障することであった。そこには、保健サービスの利用可能性を平等に保障することが、ひいては国民の健康状態の平等を保障することにもなる、という暗黙の前提がある。そして、健康状態の平等の保障は、他のいかなる不平等が是認されようと少なくとも生命だけは平等でなければならぬ、という思想に基づくものである。

創設以来30年以上の歴史をもつNHSは以上のような目的をどの程度実現したのだろうか。イギリスにおける健康の不平等

は、削減の方向に進んできたのだろうか。変化しなかったのだろうか。それとも、NHSの存在にもかかわらず、拡大してしまったのだろうか。

1977年4月、エナルズ社会保障相(当時)は、(i)社会階級間の健康の不平等の実態を明らかにすること、(ii)その原因を究明し政策的含意を探ること、(iii)これからのどのような調査が必要かについて提案すること、を目的とした「健康の不平等に関する作業グループ」を設置することによって、この疑問に答えようとした。このグループは、ダグラス・ブラック卿(保健社会保障省首席科学官〔当時〕)、J.N.モリス教授(ロンドン大学、地域医療)、C.スミス博士(社会科学研究協議会)、ピーター・タウンゼント教授(エセックス大学〔当時〕、社会学・社会政策)の4名から成り、3年間の研究のすえ、1980年4月、報告書(*Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*)をジョンキン社会保障相に提出した。この報告書は、作業グループの議長の名前をとって『ブラック報告』と一般に呼ばれている。

『ブラック報告』は学問的にも政策的に



も非常に興味深い内容を含んでいるにもかかわらず、わずか260部しか印刷されず、一般読者はおろかNHS関係者の眼にもふれることが少なかった。しかし、医学系のジャーナリズムがこの報告書を取り上げて以来、一般の人びとにも、その存在が知られるようになった。1981年秋には、この報告書に対する討論が下院で行なわれた。しかし、にもかかわらず、『ブラック報告』はHMSOからもDHSS（保健社会保障省）からも増刷されなかった。そのため、この報告書はイギリス国内でサミズダートのような扱いを受けたという。

そこで、作業グループの一員であったタウンゼント教授と、社会政策問題のジャーナリストであるニック・デヴィドソン氏が『ブラック報告』の普及版を編集し、1982年、ペリカン・ブックスの一冊として刊行した。本稿は、このペリカン版に依拠しながら、『ブラック報告』の内容を紹介しようとするものである。

『ブラック報告』は9章から成っている。まず、健康および不平等という概念を定義し（第1章）、ついで、健康の不平等を現状、動向、保健サービスの利用、国際比較といった観点から記述し（第2～5章）、その説明を試み（第6章）、さらに、これから必要な調査を提案し（第7章）、さいごに、政策提言を行なう（第8～第9章）という構成になっている。

### 健康および不平等の概念

『ブラック報告』（以下、『報告』と略す）は、まず、「健康」という概念の検討

から始める（第1章）。「健康」は、一方では、病気の無い状態と考えられ、他方では、もっと積極的に「環境およびコミュニティとの活気にあふれ、創造的で、楽しみに満ちたかわりあい」と考えられてきた。この2つの考え方は相互排他的ではなく、後者は前者を含むものである。過去150年間の健康の追求は、健康に対する後者の見方を強調するようになったが、この方向はさらに進められるべきである。

健康状態を測定する指標として、従来、死亡率・有病率・活動制限率などが用いられてきた。それぞれの指標に問題と限界があるが、測定上の問題が比較的少なく、時系列的に資料を蒐集しやすいなどの理由から、『報告』は、主として死亡率を、健康の指標として用いている。

健康を死亡率によって測定するとすると、どのような人々とどのような人々のあいだの死亡率の差によって健康の不平等を見るべきかが次に問題となる。『報告』は、主に社会階級の違いによる健康の相違を見ていこうとする。そして、社会階級の指標として『報告』の採用するのが職業である。『報告』は、便宜上の理由から、戸籍本署による次のような階級分類を用いている。

- I 専門
- II 中間
- III N. 熟練ノンマニュアル
- III M. 熟練マニュアル
- IV 半熟練
- V 未熟練

（なお、以下では、ローマ数字によって階級名を表わすことにする。）

## 健康の不平等の現状

第2章では、まず、社会階級別にみた死亡率の格差が示される。15-64歳の死亡率（人口1,000人当り）を職業別・男女別で示した表1によれば、上層階級ほど死亡率が低いことがわかる。そして、男女共、VのIに対する比率は2.5であり、死亡率の相対的格差は等しい。『報告』は他の年齢階層の死亡率、すなわち死産率・乳児死亡率（生後1年未満）・幼児童死亡率（1-14歳）についても検討しているが、それぞれ同様の傾向が出ており、とりわけ乳児死亡率においてこのことが顕著である。

階級と死亡率の関係を知るうえで、さらに興味深いのは、死因別の死亡率格差である。たとえば、0-14歳の死亡原因を示した図1によれば、新生物や先天異常による死亡ではそれほど階級格差が見られないのに対し、社会経済的環境に結びついていると考えられる伝染病および寄生虫病、呼吸器系の病気、事故・中毒・暴力による死亡では、かなり顕著な階級的不平等が見られるのである。

表1 性別・社会階級別死亡率（15-64歳）  
〔人口千人当りの比率、イングランド・ウェールズ1971年〕

社会（職業）階級	男性	女性	男女比
I 専門	3.98	2.15	1.85
II 中間	5.54	2.85	1.94
III N 熟練ノンマニュアル	5.80	2.76	1.96
III M 熟練マニュアル	6.08	3.41	1.78
IV 半熟練	7.96	4.27	1.87
V 未熟練	9.88	5.31	1.86
V/Iの比	2.5	2.5	

既婚女性は夫の職業に分類されている。他の女性は本人の職業に分類。

このほか、『報告』は死亡率の男女別・地域別・（英国に居住する）人種別・居住形態別の格差を扱っている。その結果、男性より女性の方が、公営住宅居住者よりは持家居住者の方が死亡率が低いことが明らかにされる。地域別では、南西部が低く、南ウェールズが高い。また、人種別に関しては、西インド出身者の方が白人よりも死亡率が低いという結果が出ている。しかし、『報告』は、もともと体の丈夫な人が移民となる傾向がある、移民は下降移動を経験してイギリスへやって来たなどと、この結果の解釈に対しては慎重である。

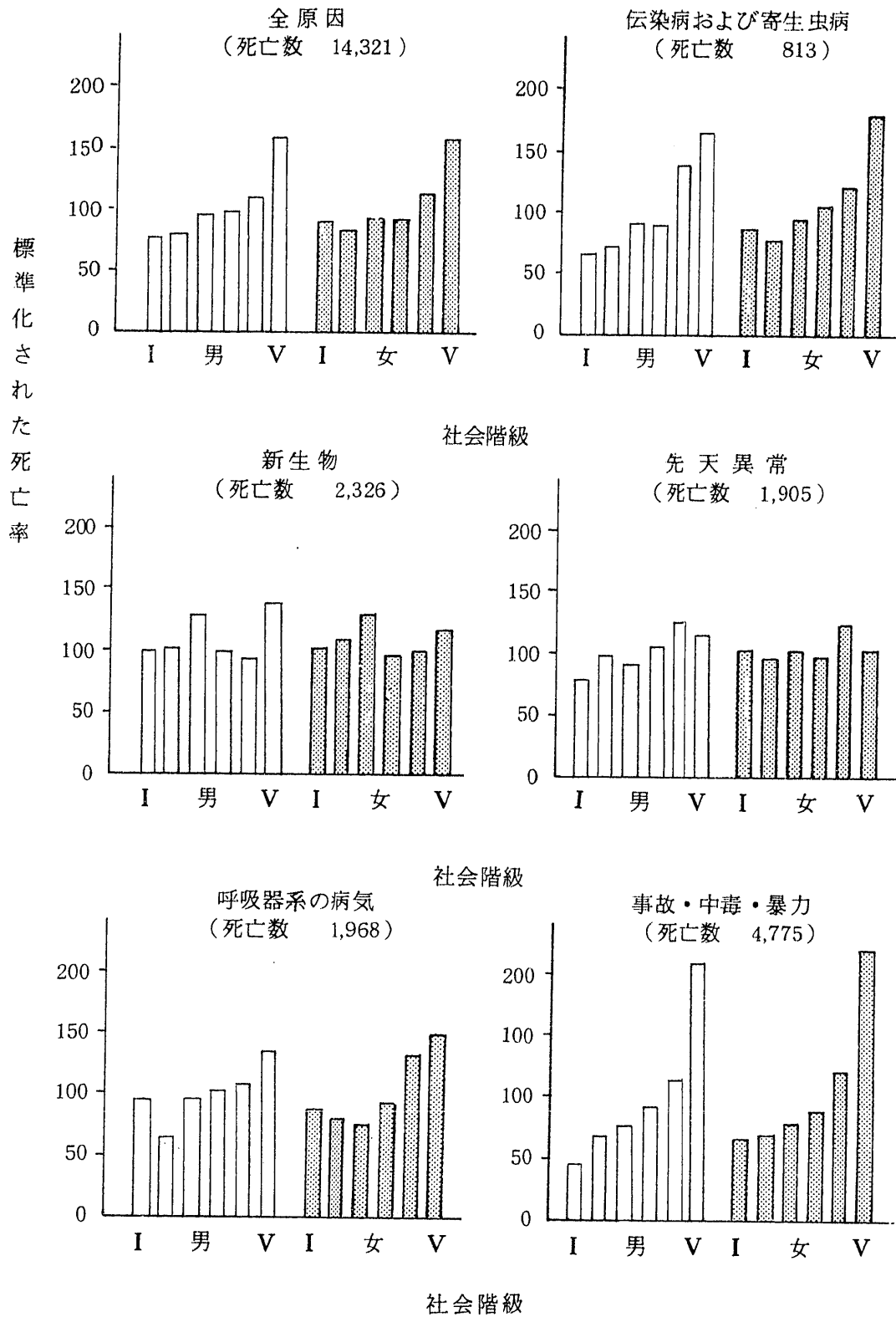
第2章は、死亡率の不平等だけでなく、有病率と階級との関係についても紙面を割いている。ある標本調査によれば、40-64歳の男性の急性肺炎の有病率は、Iが6%であったのに対しVは26%に及んだ。また、いろいろな種類の病気欠勤率にも階級格差が見られ、上層階級よりも下層階級の方が欠勤率が高い。

## 健康の不平等の動向

第3章では、過去100年間に、死亡率は男女とも減少してきたことがまず確認される。ただし、男性の死亡率が女性の死亡率をつねに上回ってきており、最近10年間にその格差は拡大してきていることも付け加えている。

男性（15-64歳）のIとVの格差は、1970-2年、1959-63年の方が1949-53年よりも大きくなっている。また、III、IVおよびVの30歳以上の死亡率は、絶対的にみて、1959-63年と

図1 階級と死亡率 (0-14歳)



注) 全男(女)性を100とした時の指数

1970-2年のあいだでほとんど改善されてい  
ない。むしろ、悪くなっている。Ⅲ、  
IV, VとI, IIとの相対的格差はこの10  
年間に拡大していると考えられる(表2を  
参照)。

表2 人口10万人当りの死亡率とそれの職業階級I・IIに対するパーセント  
(1951-71年, イングランド・ウェールズ, 男性および既婚女性)

職業階級	年 齢	男性: 人口10万人当り			既婚女性: 人口10万人当り		
		1949-53	1959-63	1970-72	1949-53	1959-63	1970-72
I および II	25-34	124	81	72	85	51	42
III		148	100	90	114	64	51
IV および V		180	143	141	141	77	68
I および II	35-44	226	175	169	170	123	118
III		276	234	256	201	160	154
IV および V		331	300	305	226	186	193
I および II	45-54	712	544	554	427	323	337
III		812	708	733	480	402	431
IV および V		895	842	894	513	455	510
I および II	55-64	2,097	1,804	1,710	1,098	818	837
III		2,396	2,218	2,213	1,202	1,001	1,059
IV および V		2,339	2,433	2,409	1,226	1,129	1,131
		I および II に対するパーセント			I および II に対するパーセント		
I および II	25-34	100	100	100	100	100	100
III		119	123	125	134	125	121
IV および V		145	177	196	166	151	162
I および II	35-44	100	100	100	100	100	100
III		122	134	151	118	130	131
IV および V		146	171	180	133	151	164
I および II	45-54	100	100	100	100	100	100
III		114	130	132	112	124	128
IV および V		126	155	161	120	141	151
I および II	55-64	100	100	100	100	100	100
III		114	123	129	109	122	127
IV および V		112	135	141	112	138	135

女性（15-64歳）の場合も、男性ほど大きくはないが、死亡率の階級間不平等の拡大が見られる。

乳児死亡率の全般的低下にもかかわらず、その階級間格差は顕著に残っている。年齢階層別に子供の死亡率をみると、1-4歳では、1960年代から70年代初期にかけて、階級間不平等は若干減少している。しかし、5-9歳ではほとんど変化しておらず、10-14歳では拡大しているのがある。

### 保健サービス利用の不平等

『報告』は、保健サービス利用の相違によって健康状態の不平等をすべて説明することはできない、と考えている。しかし、保健サービスの不平等な利用は、それがニードに対応したものでないならば、それ自体が不公平であり、なによりも、NHSの根本原則に反する。そこで、『報告』は、第4章で、さまざまな保健サービスの利用可能性および利用の不平等を検討する。

一般開業医の診療を受ける回数は、年々の変動はあるにしても、下層階級ほど増加する傾向がある。しかし、ニードを考慮に入れて考えると、この関係は逆転する。すなわち、診療回数を活動制限日数で除した比でみると、死亡率の場合と同様、ここにも階級的不平等が発見される（表3を参照もっても、この指数には問題点も多いので、その取扱いには十分注意しなければならない。

保健サービス利用の不平等には、下の階級の間がニードに見合った診療を受けて

表3 社会経済集団別「利用／ニード比」  
（グレート・ブリテン、1974-6年）

社会経済集団	男	女
1	0.23	0.23
2	0.21	0.24
3	0.20	0.22
4	0.18	0.22
5	0.20	0.20
6	0.17	0.19
全体	0.19	0.22

注) この表の社会経済集団はGeneral Household Surveyの分類に基づいており、本稿における他の階級分類方法とは異なる。

いないという側面だけでなく、他の側面もある。『報告』は、いくつかの先行研究を引用しながら、次のような例をあげている。医師は中産階級の人間であるので、労働者階級の患者より中産階級の患者の方を理解しやすい。病院入院時、中産階級の患者の方が開業医の訪問を頻繁に受ける。中産階級居住区の方が良い医師が多い。等々。

保健サービスの利用のうち、階級的不平等が最も顕著なのは予防サービスの利用である。『報告』は、いくつかの事実を指摘している。出産前の健康診断や家族計画のサービスの利用率はノンマニュアル階級の方がマニュアル階級よりも高い。子宮癌による死亡率は労働者階級の婦人の方が高いにもかかわらず、子宮癌検診への参加率は中産階級の方が高い。伝染病の予防接種率も、下の階級ほど低い。等々。

### 国際比較

以上のようなイギリス国内の健康の不平等の確認をふまえて、第5章では、健康に

表4 父親の職業階級別の7才以下児童の保健サービス利用

	I	II	III N	III M	IV	V
歯科医へ1度も行ったこと のない人のパーセント	16	20	19	24	27	31
予防注射を受けていないパ ーセント						
天然痘	6	14	16	25	29	33
ポリオ	1	3	3	4	6	10
ジフテリア	1	3	3	6	8	11

関するヨーロッパ諸国の国際比較が行なわれる。

『報告』は、まず、イギリス国民全体の健康水準の国際的位置づけを、各種死亡率の比較・検討によって行なう。周産期死亡率や乳児死亡率でみるかぎり、イギリスは北欧諸国やオランダよりは低い水準であり、西ドイツと同程度の水準にある、というのが大体の傾向である。

イギリスと北欧諸国との乳児死亡率の差の原因の1つを、『報告』は、乳児の環境条件の階級格差の有無に求めている。すなわち、イギリス国内の階級格差が解消されるならば、イギリスの乳児死亡率はスウェーデンの水準に近づくことができる、というわけである。また、『報告』は保健サービスの中味を、乳児死亡率を決める要因として重視している。医師数よりも看護婦数・助産婦数・病床数の方が、乳児死亡率の大小に関連しているのである。

資料的制約の下で、『報告』は、健康の不平等の国際比較を何とか行なっている。その結果、イギリスで見出された社会階級

間・地域間の健康の不平等は、他のヨーロッパ諸国でも大なり小なり発見できるものであることが明らかとなる。しかし、そうしたなかでスウェーデンとノルウェーは、健康の国内的平等化が相当程度進んでいる。

いくつかの国で、不平等削減のためのプログラムが実行された。それらは十分満足のいく成果をあげているわけではない。しかし、健康の不平等に対する政策的影響の可能性は、必ずしも否定されているわけではない。フィンランドやフランスの経験から考えて、出産前ケアの普及による不平等削減の効果は見逃すことができない。

### 健康の不平等の説明

第6章の課題は、これまでみてきた社会階級と健康との関連に対する理論的説明を試みることである。『報告』は4つの説明方法を区別することから始める。

第1は、両者の関係を「人為構造」とみなす説明方法である。この説明によれば、下層階級の健康状態がよくないのは、就業構造の変化の結果、未熟練労働者の需要が

減少し、健康な若年労働者がこの層へ参入せずに、より上位の職業階層に参入するようになったからであり、また、未熟練層が高齢化したためである。したがって、この説明によれば社会階級と健康とのあいだには直接的因果関係はない。しかし、『報告』は、階級Vの縮小はそれほどでもないこと、上層階級に比べて健康状態がよくないのはVだけではなくIVやIIIにも及ぶこと、などの理由からこの説明方法には否定的である。

第2は、自然淘汰および社会淘汰と呼ばれる説明方法である。ここでは健康が独立変数、社会階級が従属変数として扱われ、上層階級の健康状態がよいのは、もともと健康のよい者が上層階級に淘汰された結果である、と説明される。

第3は、健康状態に対する社会経済的要因を重視する唯物論的・構造論的説明である。この説明によれば、各階級の健康の不平等は社会経済的不平等が反映した結果となる。この説明には、経済的剝奪の直接的効果を強調するものから、相対的剝奪論に立つものまでが含まれる。また、失業率や景気循環を強調するものもある。

第4は、個人的行動や観念の健康に対する役割を強調する文化的・行動論的説明である。この説明によれば、下層階級の健康状態がよくないのは、この階級の生活習慣（たとえば、喫煙、栄養の偏り、運動不足、等々）に原因があることになる。

『報告』は、以上の4種類の説明のなかでは、唯物論的・構造論的説明が経験的データに最もよく適合する、と述べている。

しかし、この説明によってすべての健康の不平等の説明が可能だと考えているわけではなく、必要に応じて他の説明方法によって補足されなければ十分満足のいく説明はえられない、としている。そして、生活周期の各段階の健康の不平等について、構造論的説明を基軸としながら説明を加えていく。

### さらに必要となる調査

健康に関する統計が、イギリスでは、比較的整備されていることは『報告』も認めている。社会階級と健康の関係をさらに解明するためには、次の6つの領域の調査が欠くことができない、と『報告』は述べている。

- a とりわけ栄養摂取や事故との関係でみた子供の発達のサーベイランス
- b 喫煙、食事、アルコール消費、運動のような個人的行動の健康に及ぼす効果
- c 地域の社会的条件や健康状態に関する指標の開発（資源配分に利用するため）
- d 労働条件の健康に及ぼす効果
- e 障害者に関する系統的情報蒐集（障害出現率、障害の程度など）
- f 不健康と関係する社会的要因の相互連関についての研究

そして、この報告書では行なわれなかったが、次のような2種類の研究がさらに必要だと説いている。①社会的変数と環境的変数の相互作用、および、それと子供の発達との関係を明らかにすること。②社会的条

件と個人的行動の関係と、その健康に対する関係を明らかにすること。

### 保健および対人社会サービスの計画化

第8章と第9章では、健康の不平等の解消をはかるための制策提言が行なわれる。第8章で、保健および対人社会サービスが扱われ、第9章で、その他の社会政策が扱われる。

『報告』は、不平等是正のための原則として、次の3つを掲げている。すなわち、①児童に人生のよりよい出発点を与えること、②障害者が、できるかぎりコミュニティのなかで、生活の質を改善できるようにすること、③予防サービス・健康教育によって、健康を改善すること、の3つである。

「福祉国家および国民健康サービスの30年間は、健康における社会的不平等の削減をわずかしか成しとげていない。しかし、これら3つの目標が精力的に追求されるならば、健康の不平等はいまや削減することができる」というのが『報告』の基本的立場である。

資源配分について、『報告』は、ニード（この場合は、たとえば死亡率・有病率などがその指標となる）を基準にするのが望ましい、としている。そして、NHSおよび対人社会サービスの資源配分の重点を、これまで以上に、コミュニティ・ケアに移すことを提案している。ただし、そのための財源捻出方法については、作業グループ内に意見の対立がある。

『報告』は、さらに、全国各地で実施されるべき「地域行動計画」を提案している。

①の目標のもとに、無料ミルク制度の導入、出産前サービスの利用促進、就学人口の減少に伴う予算の余裕を未就学児のための新サービスに用いること、等々が、②の目標のもとに、病院・施設・在宅ケア間の構造と機能の検討、保健と対人サービスとの接点におけるプログラム（例、退院後の継続管理制度）の重視、在宅ケアの拡大等々が、また、③の目標のもとに、マス・メディアを利用した健康教育、反喫煙キャンペーン（タバコへの増税などを含む）、ダウン症・神経管欠損・ハイパーテンションのための検診等々が提案されている。

『報告』は、このほかに、とくに死亡率の高い10地区にたいして、実験的プログラムを実施することを求めている。

### 総合的戦略

健康の不平等の問題は保健政策だけでは解決ができない、というのが『報告』の基本的立場である。したがって、社会政策全般を通じて健康の不平等への挑戦がなされねばならない。そのさい鍵となるのが貧困追放である。

児童給付の値上げ、出産一時金の値上げ、幼児ケア手当の導入、学校給食の改善、障害者手当の導入、労働衛生条件の改善、職場における予防事業、住宅改善、公営住宅と民間住宅の調整、等々がそこに含まれている。そして、保健に関係した社会政策の調整が強調される。

イギリスと日本のあいだには、相当な社会文化的相違がある。しかし、いずれの先



進産業社会も、一方で、階級・階層構造をはらんでおり、他方で、社会政策をそなえている。したがって、『ブラック報告』は、イギリス的特殊性をこえた社会政策と社会的不平等という一般的問題を考えるさいの1つの素材となるように思われる。

〔付記〕 参考までに、『ブラック報告』の目次を以下に掲載しておく。

Foreword by Patrick Jenkin

Foreword

1. Concepts of Health and Inequality
2. The Pattern of Present Health Inequalities
3. Trends in Inequality of Health
4. Inequality in the Availability and Use of the Health Service
5. International Comparisons

6. Towards an Explanation of Health Inequalities
  7. The Need for More Information and Research
  8. Planning the Health and Personal Social Services
  9. The Wider Strategy
- Summary and Recommendations  
Appendix of Tables  
References

なお、Alastair McIntosh Gray, "Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment" International Journal of Health Services, Vol.12 No.3, 1982, pp. 349-380. が、『ブラック報告』を紹介しており、本稿をまとめるにあたって、これも参考にした。

## 海外社会保障カレント・トピックス (8)

1983年1月～3月

厚生省大臣官房国際課

### はじめに

昨年は、欧米諸国において政権交替が相次ぎ、社会保障政策についても様々な動きがあったが、83年に入ってから、それぞれ工夫を凝らした予算案が生まれるなど、現政権の基本姿勢が固まりつつある。今回は、こうした過程を記して明らかにされていく各国の社会保障政策の姿を浮き彫りにしていくことがテーマである。

まず、アメリカでは、84年度予算案が発表されるとともに、年金及び医療の分野では注目すべき改革案が提出されるなど目まぐるしい動きがあった。今回は他国に先駆けたこれらの試みについて紹介したい。

次に、イギリスでは、やはり83年度予算案が発表されたのが大きな動きである。また、前回NHSの改革論について述べたが、今回は、それに引き続き医療費抑制策の動向について触れたい。

また、西ドイツでは、コール中道連立政権の社会保障政策の基本方針を明らかにするため、今回は、政策全般にわたる与党三党による連立合意文書の一部を紹介したい。

一方、フランスでは、昨年決定された退職年齢の引き下げに関して、2月4日その実施要領の労使協定が結ばれたので、社会

保障との接点の問題として、その概要及び反響を紹介したい。

最後に、スウェーデンでは、総選挙での6年ぶりの勝利により、パルメ社民党新内閣が昨年10月成立したが、今回は、この政権が採ろうとしている保健医療政策の概要について報告したい。

### 1. アメリカ—84年度予算案を中心に

#### A 84年度予算案の概要

1月31日、レーガン大統領は、84年度(83年10月から84年9月まで)予算教書を議会に提出した。84年度の歳出総額は8,485億ドル(対前年度比5.4%増)、歳入総額は6,597億ドル(対前年度比10.4%増)、財政収支不足額は1,888億ドルとなっており、GNPデフレータが5.2%であることを考慮すると、歳出面では実質成長ゼロの予算となっている。また、国防費及び国債利払費増加額の合計が歳出全体の増加額にほぼ相当するものになっているのに対し、その他の予算は名目も前年度と同水準に留まっている。このように、巨額の財政赤字を縮小することを最優先にした予算であると言えよう。

この予算案の特色を挙げてみると、歳出面では430億ドルの削減措置を含んでお

り、その基本的な柱は、①連邦公務員給与及び社会保障給付並びに内政関係の裁量的経費の凍結、②社会保障給付等当然移転費プログラムの構造的改革、③米国の安全を脅かさない範囲での国防予算の節減などである。一方、歳入面では、従来の減税路線を離れて、社会保障税のほかに、スタンバイ増税として財政赤字が86年度にGNPの2.5%を超える場合等には、大幅増税を行うこととしているのが注目される。

このうち社会保障分野においては、後述する社会保障年金及び医療保障の改革以外の項目としては、連邦公務員年金につき、84年度給付額の凍結、保険料の引上げ、給付算定方式の変更による給付水準の引下げが盛り込まれており、また、食料切符、AFDC等の公的扶助については、三年連続で支給資格要件の厳格化を図ることが提案されている。なお、補足年金(SS I)については、社会保障年金額の凍結とのバランス上、所得控除額の増額(月20ドル→50ドル)が提案されているのが主な内容である。

## B 社会保障年金の改革

昨年から米国内政の最重要課題の1つとして注目を集めていた社会保障年金の改革問題はいよいよクライマックスを迎えた。社会保障年金改革国民審議会(グリーン・スパン委員会)が1年余りの審議を行い、1月20日とりまとめた社会保障年金の改革法案は議会を通過し、3月25日大統領に送付された。この法案の概要は以下の通りである。

- (a) 年金保険料の引上げ時期を6か月繰り上げるとともに、自営業者の年金保険料を引き上げること。
- (b) 物価スライド実施時期を6か月繰り延べること。なお、83年のスライド率は、制度導入(75年)以来最低の3.5%程度の見込みである。
- (c) 年金給付への課税を導入すること。
- (d) 連邦公務員の新規採用者及び非営利団体へ適用を拡大すること。
- (e) 支給開始年齢を引き上げること。現在65歳であるのを2003年から1年に2か月ずつ引き上げ、最終的には2027年に67歳とすることとしている。

## C 医療保障の改革

65歳以上の老人、障害者に対する医療保険制度であるメディケアは、近い将来深刻な財政危機に陥ることが懸念されている。その原因としては、

- (a) 医療費上昇スピードが著しいこと。(82年には11%増と一般物価上昇率の3倍であり、特に入院医療費の伸びは95年まで13.2%と一般物価の数倍のスピードで上昇する見込みであるという。)
- (b) 入院率の上昇、高額医療の推進
- (c) 平均寿命の伸長
- (d) 失業の増大による保険料収入の伸び悩みなどが挙げられる。

このような状況の下で、レーガン大統領は、予算教書において包括的医療保障改革案の骨子を示したのに続き、2月28日、5つの医療保障改革案を議会に提出した。その内容は以下のとおりであるが、議会審

議は難航が予想されている。

(a) 重症者に厚く、軽症に薄く。

メディケア病院保険において、現在90日とされている給付期間制限を撤廃するとともに、現在60日以降に限り一部負担を課しているのを入院60日目までに限り一部負担を課すこととする。

(b) 病院のコスト意識を高める。

現在、実費に基づいて事後に決定しているメディケア病院保険の診療報酬を事前に設定する方式に改める。

(c) 民間健康保険の適正利用

事業主が民間健康保険料を負担する場合の非課税措置に限度額を設定し、適正な一部負担により、医療サービスの乱用を防ぐ。

(d) メディケア受給資格者に民間健康保険利用の途を開く。

メディケア受給資格者が、各人のニーズに応じ一定の基準を満たす民間健康保険を選択できるようにする。この場合、メディケアは引受先に対し、メディケア受給資格者1人当たり平均費用の95%を支払うものとし、民間保険料との過不足分は選択者の負担（利益）となる。

(e) 診療報酬の抑制

医師診療報酬を据え置き、病院診療報酬の引上げ率を物価及び賃金上昇率内に押える。

## 2 イギリス—83年度予算案と医療費抑制策の動向

### A 83年度予算案の発表

「最近発表された政府支出に関する世論

調査（ギャロップ調査）によると、16歳以上のイギリス国民の大部分は防衛費とは対照的に教育や医療に対する政府支出の充実を望んでいるという結果が出た。」と報道された。（3月7日付ザ・ガーディアン）

	教育	道路	国民保健	防衛	老齢年金
政府支出は	%	%	%	%	%
多すぎる	6	6	4	49	1
少なすぎる	72	61	71	13	64
まあまあ	17	24	20	30	29
わからない	5	9	5	8	6

（注1）調査時点 1983年2月16～22日

（注2）回答者 906人（調査地点 100か所）

これに相前後して、3月15日下院においてハウ蔵相による83年度予算案の発表があった。今回の予算は石油価格の健全化による物価の鎮静化、アメリカ経済をはじめ世界経済の回復に伴う国内経済活動の活性化等の予測の上に編成されたものであると言われている。

(a) 予算規模及びその内訳は次のとおりである。

歳入	1,259億ポンド
消費税	396
所得税	314
国民保険料	229
その他	320
歳出	1,341億ポンド
防衛	160
保健	146
社会保障	344
その他	691
歳入－歳出	△82億ポンド

- (b) 社会保障関係では児童手当の増額をはじめ各種給付の引上げ、改善が見込まれているが、年金等については伸び率が約4%と低めに押えられている。
- (c) このほか、所得税において課税最低限、各種控除の約14%引上げ等の減税措置を予定している反面、国民保険料の引上げも盛り込まれている。

## B 医療費抑制策の動向

前回は紹介したように、“NHSの危機”が叫ばれている昨今、イギリスでも活発に医療費抑制策が検討されている。今回は、NHS経常支出を節約するための薬剤費用の抑制策の提案と、NHS病院業務の効率化を目的とする民間への業務委託の試みを取り上げたい。

### (a) 薬剤費用の抑制策の提案

本年3月、政府筋は、銘柄薬剤（特定銘柄の価格で支払われる。）のうち主な9薬品の使用を一般薬剤（販売価格の加重平均により支払われる。）に切り替えることによって3,000万ポンドの節約が理論上可能であることを認めた。

従来、政府は銘柄薬剤の一般薬剤への切り替えによる節約効果はほとんどないとしていたが、1月には厚生大臣が「薬剤価格規制制度（PPRS）」（銘柄及び一般薬剤の価格を定める。）の見直しを言明するなど薬剤費用抑制の動きが活発である。

これに対し、英国製薬企業協会（ABPI）は、一般薬剤への切り替えはイタリア・東欧からの安い輸入薬品の市場進出を招くものであると警告している。

### (b) NHS病院業務の一部民間委託

政府筋は、NHSの病院を民間病院と競争させるため、専門医による手術を民間病院に行わせ、その費用をNHSが支払うという方式を考えていると言われている。

厚生省はこのような事実を否定しているが、ファウラー社会サービス担当相は民営化論者として知られており、また、実際にもNHS下の雑役業務は民間委託が進められている。

しかし、医師会では、医師の民間病院への流出をもたらし、保健医療サービスが二層化したり、民間委託によってNHSのコストがかえってかさなりする危険性を指摘している。

## 3. 西ドイツ—与党連立合意文書

コール中道連立政権を支える与党、キリスト教民主同盟（CDU）・キリスト教社会同盟（CSU）・自由党（FDP）間の連立合意文書の概略を入手したので、今後の社会保障政策の基本方針を示すものとして、その一部を取り上げてみたい。

(a) 年金政策については、年金保険の構造的改革が必要であるとする点で一致しており、手始めに年金の流動性と準備金を確保するため次の措置をとることで合意している。

- (i) 特別給与を12等分して社会保険料の計算に入れる。
- (ii) 年金保険の調整率は83年以後における次の調整時には現実に即したものとする。
- (iii) 100マルクのクリスマス手当の保

保険料免除額を保険料対象とする。

- (iv) 稼得不能及び職務不能年金の請求条件を狭める。新規裁定年金についての児童加給は児童手当に切り替える。
- (v) 84年1月1日から疾病手当から年金保険料が納付される。(疾病金庫と受給者の折半負担)
- (vi) 84年における年金調整は更に6か月延期されるべきである。この延期を避けるためには、連邦労働大臣としては84年7月1日までに年金を長期的に安定させるような抜本的な改革案を用意する必要がある。
- (vi) 連邦労働大臣は少額年金受給者のための特別規定の可能性を検討する。  
なお、負担と給付の調和の必要性についても指摘されている。
- (b) 保健及び病院政策については、外来診療が入院診療に優先し、個人的サービスが集団的給付に優先するという原則の下に、次のような合意がなされている。
  - (i) 目標は私立病院と公的病院に同等の機会を与えつつベッド数を減らすことである。
  - (ii) 疾病金庫の自主的経営管理が強化されるべきである。
  - (iii) 家庭内看護の奨励が拡大され、援助されるべきである。
  - (iv) 看護費用の財政負担は新たにルール化されなければならない。
  - (v) 連邦・州・市町村の共同補助、融資事業の縮小は、病院財政援助から始められねばならない。
- (c) 家族政策については、次のような合意

がなされている。

- (i) 家族負担調整は改善されるべきである。このためには家族分割による家族実態に適合した税法の構成が必要である。すなわち子供を持つ者は持たない者より少なく税を払うべきである。これは単身養育者にも適用される。
- (ii) 家族向け住宅における数世代同居が促進されるべきである。
- (iii) 全母親に対する3年間の養育手当及び児童手当加算金並びに養育期間の算入は我々の政策目標である。しかし、これは財政的条件が好転した時初めて実現され得る。
- (iv) 労働分野における婦人の不利益は、同一労働に対する同一賃金、適切な職場の評価、昇進機会の改善及び労働市場への女性の参入機会を不必要に狭めている古い労働法規の改善によって減らさなければならない。

#### 4. フランス—退職年齢の引下げ

昨年3月、大統領令により、労働時間の短縮、バカンスの延長、退職年齢の引下げ等が盛り込まれた社会労働関係の法律が成立し、実施の運びとなった。このうち、退職年齢の引下げに関しては、現行諸制度との調整のため本年4月1日に実施することとされ、その間に労使間で実施要領を協議することとしていたが、2月4日、労使協定が署名されたので、その概要を示すこととする。

- (a) 退職年齢を65歳から60歳へ引き下げ、保険料納付期間(37年半)、年金

額（給与の50%）は変更せず従来通りとした。

(b) 低所得者層のため、新たに最低年金額（月額2,200フラン）を設定した。

(c) 臨時財政措置として、新たな年金給付機関を設け、それに公債発行権限を持たせることとした。

これに対し、労働組合はこの協定を評価し、一様に満足の意を表明したが、管理職の組合であるCGCのみが、従来に比べ管理職の年金額が減るとして、署名を遅らせるなど不満を表明した。一方、使用者側は当面の企業負担増が避けられたため、特に不満を示さなかった。

ところで、今回の協定はいくつかの問題を残したと言えよう。その1つは、保険料を支払う労働人口と年金を受給する退職人口とのバランスの問題である。退職年齢の引下げは、労働人口を減少させ、退職人口を増加させる効果がある。すなわち、1965年には退職者1人に対する労働人口は4.65人であったが、60歳定年制を採用すると2.68人になるという。しかも、労働人口のうち200万人が失業中であることを考えると、年金保険料納付者数と年金受給者数のバランスが崩れ、将来、年金財政が大いに逼迫する可能性がある。

もう1つは、今回の協定が管理職層が犠牲になる形で締結されたことである。現在、管理職には増税が行われ、企業内での地位も労働者の権利拡大により脅かされている状況であるが、短期的には言え（年金支給開始が早まるので受給総額は増加する。）、年金額の切下げを被むる今回の協定により、

その不満は更に増幅されよう。このような管理職の大きな不満が、今後の市町村議員選挙や内政面に何らかの波紋を投げかけることは間違いあるまい。

## 5. スウェーデン—保健医療政策の現状

スウェーデンは、現在、医療費の膨張及び高齢者の増加に伴い増大する老人医療需要にいかに対処するかという課題に直面している。これらに対処するため、政府は次の三点から保健医療政策の方向づけを行っている。

- (a) プライマリー・ケアの重視（病院集中から地域に密着した医療サービスへ）
- (b) 老人医療のための長期病床の整備
- (c) 精神病院の入院病床の削減

これらの方向に沿うものとして、新しい「保健医療サービス法（Health and Medical Service Act）」が83年1月1日から施行された。これは、国民の分権志向を反映し、医療費の増大に対処することを目的としたものである。この法律の特色は、以下のとおり地方（県レベル）に対し大幅な権限を委譲した点と、地方の責任に、単に医療や予防だけでなく積極的な健康増進の任務まで加えた点である。

- (a) 県の責任を明確化したこと。（医療供給面においては従来から県が中心であった。）
- (b) 保健・健康増進も県の任務であることを明記したこと。（プライマリー・ケアの重視）
- (c) 法律中の各種基準などを廃止し、地方の自主性に委ねたこと。（法律を「枠組法」とした。）

# 海外社会

英国の失業者 (Department of Health)

失業給付と補足手当の受給状況別にみた登録失業者数

単位：千人

	1966	1971	1976	1977	1978	1979	1980	1980	1982
	5月	5月	5月	5月	5月	5月	5月	11月	2月
男子総数	232	626	952	942	939	817	939	1364	1993
失業給付受給者	125	343	468	411	385	318	413	678	788
定額給付のみ受給	102	137	167	143	146	128	154	233	296
定額給付と賃金関連補足給付	0	119	174	153	139	114	166	301	266
定額給付と賃金関連補足および補足手当	0	13	27	26	19	18	23	43	82
定額給付のみと補足手当	23	73	100	91	81	58	69	101	144
補足手当のみ受給	55	157	339	391	397	363	370	487	918
非受給者	52	127	145	140	158	137	155	198	287
女子総数	63	110	248	287	344	288	365	531	709
失業給付受給者	28	53	120	127	141	134	180	262	302
定額給付のみ受給	26	35	66	70	84	81	107	148	177
定額給付と賃金関連補足給付	0	11	40	42	44	43	61	96	98
定額給付と賃金関連補足および補足手当	0	1	4	3	2	2	3	4	8
定額給付のみと補足手当	2	6	10	12	11	8	9	13	18
補足手当のみ受給	10	20	73	98	114	103	115	177	265
非受給者	25	37	55	62	88	52	70	93	142
諸率 (%)									
失業給付受給率	53.8	54.8	49.2	43.6	41.0	38.9	44.0	49.7	39.5
賃金関連補足給付受給者の失業給付受給者中に占める割合	0	38.5	42.9	43.6	41.0	41.5	45.8	50.7	44.2
失業給付受給者の補足手当受給率	18.4	25.1	27.1	28.5	26.0	23.9	22.3	21.2	28.7
定額給付のみの補足手当受給率	7.1	13.2	11.7	11.8	9.2	7.5	6.7	6.5	8.6
賃金関連補足給付も受給の補足手当受給率	18.4	34.8	37.5	38.9	35.7	31.2	30.9	30.2	32.7
補足手当受給率	7.1	14.6	13.2	14.6	11.6	9.0	7.8	8.1	9.2
補足手当のみの受給率	0	9.8	13.4	14.5	12.0	13.6	12.2	12.5	23.6
補足手当受給率	0	8.3	9.1	6.7	4.3	4.4	4.7	4.0	7.5
補足手当受給率	33.6	38.8	48.9	53.9	52.9	53.7	49.2	43.1	53.3
補足手当のみの受給率	19.0	24.5	35.1	39.4	36.9	39.2	34.8	36.5	41.0
補足手当のみの受給率	23.7	25.1	35.6	41.5	42.3	44.4	39.4	35.7	46.1
補足手当のみの受給率	15.9	18.2	29.4	34.1	33.1	35.8	31.5	33.3	37.4

注) 1. 失業給付には定額給付のほかに、一定の資格条件を満たす者に対して、賃金に応じて、金額が定められている賃金関連補足給付がある。

2. 補足手当は16歳以上で、フルタイム就業をしておらず、収入が必要額に満たない者に対して支給される無拠出の給付、すなわち公的扶助である。



社会保障統計

保 障 統 計

and Social Security " Social Security Statistics 1982 " による)

失業給付と補足手当の受給状況別にみた

年齢階級別登録失業者数 (1982年2月11日現在)

単位：千人

	総 数	失 業 給 付 受 給 者					補足手当 のみ 受給者	非受給者
		総 数	定額給付 のみ受給	定額給付と 賃金関連 補足手当	定額給付と賃金 関連補足給付 および補足手当	定額給付 のみと 補足手当		
男子 総 数	1993	788	296	266	82	144	918	288
20歳未満	277	69	51	11	1	6	177	31
20歳以上	1717	719	245	255	31	138	741	256
20～24	351	148	54	54	13	27	172	31
25～34	440	180	46	51	33	49	218	41
35～44	300	120	32	37	20	31	147	33
45～54	252	105	35	42	10	18	112	34
55～64	372	165	77	71	5	13	91	116
65歳以上	2	—	—	—	—	—	1	1
女子 総 数	709	302	177	98	8	18	265	142
20歳未満	201	46	36	6	—	3	128	27
20歳以上	509	257	141	93	8	15	138	115
20～24	179	95	53	34	3	6	54	30
25～34	150	88	51	31	3	4	26	36
35～44	65	30	16	11	1	2	17	17
45～54	69	26	13	10	1	2	25	18
55歳以上	45	18	9	7	1	1	14	13

被扶養者の状況別にみた男子失業給付受給者の実数と補足手当受給率

	1965 5月	1971 5月	1976 5月	1977 5月	1978 5月	1979 5月	1980 5月	1980 11月	1982 2月
男子失業給付受給者数(千人)									
総 数	125	343	468	411	385	318	493	678	788
被扶養者なし	54	160	244	214	207	187	251	421	490
成人被扶養者のみ	30	57	65	58	56	47	51	77	96
成人被扶養者と児童	33	99	114	100	89	60	77	121	134
児童被扶養者のみ	7	27	45	38	33	24	34	60	68
補足手当受給率(%)									
総 数	18.4	25.4	27.4	28.0	26.0	23.6	18.9	21.3	28.8
被扶養者なし	13.0	16.9	20.1	20.6	19.3	17.6	16.3	15.0	21.0
成人被扶養者のみ	10.0	17.5	16.9	17.2	14.3	14.9	13.7	14.3	18.8
成人被扶養者と児童	33.3	45.5	52.6	54.0	52.8	51.7	51.9	51.2	66.4
児童被扶養者のみ	14.3	18.5	15.6	18.4	18.2	16.7	11.8	13.3	25.0
(参考) 被扶養児童のある男子失業給付受給者の平均児童数									
総 数	2.8	2.4	2.3	2.2	2.2	2.1	2.0	2.0	2.0
補足手当受給者	2.6	2.7	2.5	2.4	2.3	2.3	2.3	2.2	2.1
補足手当非受給者	2.8	2.2	2.1	2.1	2.0	1.9	1.9	1.9	1.7

(曾原利満 社会保障研究所主任研究員)

# 海外社会保障関係文献目録

1983年1月～3月 社会保障研究所図書室受入分

## 社会保障・社会政策一般

- Aldrich, Jonathan  
The earnings replacement rate of old-age benefits in 12 countries, 1969-80. *Soc. Sec. Bull.* 45(11) Nov. 1982, p.3-11.
- Brown, Muriel  
Despite the Welfare State: a report on the SSRC/DHSS programme of research into transmitted deprivation, by M. Brown and Nicola Madge. London, Heinemann Ed., c1982. xi, 338p. 23cm. (SSRC/DHSS studies in deprivation and disadvantage)
- Draguet, Jean-Marie  
Service social et sécurité sociale. *Service soc. dans le monde* 41(2) juin 1982, p.26-30.
- Dumont, Jean-Pierre  
La Sécurité sociale toujours en chantier: histoire-bilan-perspectives. Paris, Les Editions Ouvrières, c1981. 277 p. 22cm. (Collection "Comprendre pour agir")
- Esping-Andersen, Cösta  
After the welfare state. *Public Welfare* 41(1) Winter 1983, p.28-34.
- The future of the welfare state: II.  
1. Towards a self-service society?, by Nathan Glazer. 2. Is the welfare state replacing the family?, by Mary Jo Bane. 3. Memoir on pauperism, by Alexis de Tocqueville. *The Public Interest* (70) Winter 1983, p. 66-120.
- Goodman, John C.  
Social security in the United Kingdom: contracting out of the system. Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research, c1981. 72 p.: ill.: 23cm. AEI studies: 335
- Gordon, Alan  
Economics and social policy: an introduction. Oxford, Robertson, c1982. 213p. 23cm.
- Gt. Brit. Health and Social Security, Dept. of.  
Social security research: the definition and measurement of poverty. Papers and report of a seminar sponsored by DHSS and organised by the Policy Studies Institute. London, HMSO, c1979. vii, 162 p. 25 cm.
- Gt. Brit. The Social Security Advisory Committee, 1981.  
1st report. London, HMSO, c1982. 95p. 30cm.
- Hay, J. Roy  
The development of the British welfare state, 1880-1975. London: E. Arnold, 1978. viii, 116p.: ill.: 20cm.
- Köhler, Peter A. hrsg.  
Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Österreich und der Schweiz, hrsg. von P.A. Köhler und Hans F. Zacher. Berlin, Duncker & Humblot, c1981. 871p. 24cm. (Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht Bd.6)
- Problèmes de Sécurité sociale, éléments de réflexion: communication de la Commission des Communautés européennes. *Droit Social* (2) fév. 1983, p.148-54.
- Rössel-Majdan, Karl  
Social security for composers and free lances. *Internat. Soc. Sci. J.* 34(4) 1982, p.683-99.
- Simoens, Dries  
Le droit de la sécurité sociale depuis la crise économique (1976-1981): à la recherche des grands axes de la politique sociale. *Rev. belge de sécurité sociale* 24(4-5) avr.-mai 1982, p.303-347.
- Sozialstaatskritik von links? : Arbeit Gesundheit, Renten, soziale Sicherheit, Alternativen zur Sozialpolitik/Sozialistische Studiengruppen (So-ST). Hamburg: VSA-Verlag, 1980. 325p.: ill.: 21cm.
- Struggles in the welfare state.  
Propaganda by examples: the economic policies of the Greater London Council. Thankless tasks: home helps and meals on wheels. *Critical Soc. Policy* 2(3) Spring 1983 p.64-77.

Taylor-Gooby, Peter

Two cheers for the welfare state: public opinion and private welfare. *J. of Public Policy* 2(4) Oct. 1982, p.319-46.

Weaver, Carolyn L.

The crisis in social security: economic and political origins. Durham, N.C.: Duke University Press, 1982. x, 249p.: ill.: 24cm. Duke Press policy studies

## 社会保険

Browning, M. J.

Savings and pensions: some UK evidence. *The Econ. Jnl.* 92(368) Dec. 1982, p.954-963.

Glaser, William A.

Health insurance bargaining: foreign lessons for Americans. New York: Gardner Press: distributed by Halsted Press, c1978. xiii, 265p.: 24cm.

Hart, R. A.

Unemployment insurance and the firm's employment strategy: a European and United States. *Kyklos* 35(4) 1982, p.648-672.

Kerr, Scott A.

Deciding about supplementary pensions: a provisional model. *Jul. Soc. Pol.* 11(4) Oct. 1982, p.505-17.

Pisaarides, Christopher A.

Efficiency aspects of the financing of unemployment insurance and other government expenditure. *The Rev. of Econ. Studies* 50(1) Jan. 1983, p.3-35.

Packard, Michael D.

Retirement options under the Swedish national pension system. *Soc. Sec. Bull.* 45(11) Nov. 1982, p.12-22.

Runner, Diana

Unemployment insurance laws: legislative revisions in 1982. *Mthly. Labor Rev.* 106(1) Jan. 1983, p.38-43.

Sloan, Frank A.

Effects of health insurance on physicians' fees. *The J. of Human Resources* 17(4) Fall 1982, p.533-557.

## 社会福祉

Albrecht, Gary L. ed.

The Sociology of physical disability and rehabilitation. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, c1976. xiv, 303p.: ill.: 21cm. Contemporary community health series.

Bailey, Roy ed.

Theory and practice in social work, ed. by R. Bailey and Phil Lee. Oxford, Blackwell, c1982. viii, 238p. 23cm.

Conrad, James H.

Reference sources in social work: an annotated bibliography. Metuchen, N.J.: Scarecrow Press, 1982. vi, 201p.: 23cm.

Cowling, Mark

Marxist social administration: a shaky start. *Critical Soc. Policy* 2(3) Spring 1983, p.6-13.

Gt. Brit. Health and Social Security, Dept.

Better services for the mentally handicapped. London, HMSO, 1971(repr. 1979). iv, 66p. 25cm. Cmnd. 4683

Lahti, Janet

A follow-up study of foster children in permanent placements. *Soc. Service Rev.* 56(4) Dec. 1982, p.556-571.

Lawrence, Roger

Voluntary action: a stalking horse for the right? *Critical Soc. Policy* 2(3) Spring 1983, p.14-30.

Olsen, Lenore

Services for minority children in out-of-home care. *Soc. Service Rev.* 56(4) Dec. 1982, p.572-585.

Reamer, Frederic G., 1953-

Conflicts of professional duty in social work. *Soc. Casework* 63(10) Dec. 1982, p.579-585.

Reamer, Frederic G.

Ethical dilemmas in social service/Frederic G. Reamer. New York: Columbia University Press, 1982. xiii, 280p.: 24cm.

Shamir, Boas & David Bargal

Occupational welfare and organizational effectiveness: some theoretical notes. *Admin. in Soc. Work* 6(4) Winter 1982, p.43-52.

Siporin, Max

Moral philosophy in social work today. *Soc. Service Rev.* 56(4) Dec. 1982, p.516-538.

Spakes, Patricia

Family impact analysis: its promise for social welfare. *Social Casework* 64(1) Jan. 1983, p.3-10.

Thomas, D. J. (David John), 1932-

The experience of handicap/David Thomas. London: New York: Methuen, c1982. 209p.: 22cm.

- Walker, Alan ed.  
Community care; the family, the state and social policy. Oxford, Blackwell, c1982. xiii, 221p. 23cm. (Aspects of social policy)
- Wasserman, Ira M.  
Size of place in relation to community attachment and satisfaction with community services. *Soc. Indicators Res.* 11(4) Nov. 1982, p.421-436.
- 高齡者問題
- Berardo, Felix M. (Special ed.)  
Middle and late life transitions. *The Annals* 464 Nov. 1982, p.9-187.
- Crystal, Stephen, 1946-  
America's old age crisis: public policy and the two worlds of aging/Stephen Crystal. New York: Basic Books, c1982. vii, 232p.: 22cm.
- Danziger, Sheldon et al.  
The life-cycle hypothesis and the consumption behavior of the elderly. *J. of Post Keynesian Economics* 5(2) Winter 1982-83, p.208-27.
- Davies, Ann D. M.  
Research with elderly people in long-term care: some social and organisational factors affecting psychological interventions. *Ageing and Society* 2(3) Nov. 1982, p.285-98.
- Gilliand, Pierre  
Towards the study of the standard of living of old people in Switzerland. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 35(4) 1982, p.554-70.
- Health and early retirement decision debate:  
I-Why do people retire from work early?  
II-Critique of early retirement study disputed. *Ageing and Work* 5(2) 1982, p.83-110.
- Hudson, Kenneth  
Help the aged: twenty-one years of experiment and achievement. London, B. Head, c1982. 208p. illus, 23cm.
- Jolliffe, I. T. et al.  
Classifications of the elderly population. *Ageing and Society* 2(3) Nov. 1982, p.331-55.
- Lantsev, Mikhail S. & Lyudmila E. Shchenilova  
Social security and social services for the aged in the USSR. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 35(4) 1982, p.541-53.
- Liu, Lillian  
Mandatory retirement and other reforms pose new challenges for China's government. *Ageing and Work* 5(2) 1982, p.119-134.
- McDonald, John W.  
The World Assembly on Aging— an American overview. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 35(4) 1982, p.528-40.
- Myers, Robert J.  
Why do people retire from work early? *Social Security Bull.* 45(9) Sept. 1982, p.10-19.
- Russell, Cherry.  
The aging experience. Sydney: Boston: Allen & Unwin, 1981. 239p.: 23cm. Studies in society: 10
- Snider, Earle L.  
Social indicators, health policy, and the elderly. *Soc. Indicators Res.* 11(4) Nov. 1982, p.405-419.
- Social security and the elderly: background document prepared for the World Assembly on Aging by the International Social Security Association. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 35(4) 1982, p.489-527.
- 保健・医療
- Borus, Michael E.  
Evaluating the impact of health programs: a primer/Michael E. Borus, C. Gregory Buntz, William R. Tash. Cambridge, Mass.: MIT Press, c1982. xv, 147p.: 24cm.
- Farrell, Phillip & Victor R. Fuchs  
Schooling and health: the cigarette connection. *J. of Health Economics* 1(3) Dec. 1982, p.217-230.
- La femme médecin.  
*Rev. franç des affaires sociales Nr. spécial.* 36(3) juil.-sept.1982, 185p.
- Gt. Brit. Health and Social Security, Dept. of.  
Care in action: a handbook of policies and priorities for the health and personal social services in England. London, HNSO, c1981. 52p. 21cm.
- Hay, Joel & Michael J. Leahy  
Physician-induced demand: an empirical analysis of the consumer information gap. *J. of health economics* 1(3) Dec. 1982, p.231-244.

- Heffley, Dennis R.  
Allocating health expenditures to treatment and prevention. *J. of Health Economics* 1(3) Dec. 1982, p.265-290.
- Hogan, Andrew J.  
A health maintenance organization design for long term care under Medicaid. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 16(6) 1982, p.279-292.
- Hunter, David J.  
Organising for health: the National Health Service in the United Kingdom. *J. of Public Policy* 2(3) Aug. 1982, p.263-300.
- ISSA. Studies and research No.19:  
Improving cost effectiveness in health care. Geneva, 1983. vii, 173p. 25cm.
- Kidder, David & Daniel Sullivan  
Hospital payroll costs, productivity, and employment under prospective reimbursement. *Health Care Fin. Rev.* 4(2) Dec. 1982, p.89-100.
- Mitchell, Janet B. & Jerry Cromwell  
Physician behavior under the Medicare assignment option. *J. of Health Economics* 1(3) Dec. 1982, p.245-264.
- Morgan, David L.  
Failing health and the desire for independence: two conflicting aspects of health care in old age. *Soc. Problems* 30(1) Oct. 1982, p.40-50.
- Navarro, Vicente ed.  
Imperialism, health and medicine. London, Pluto Press, c1981. 285p. 22cm. (The politics of health)
- Pettengill, Julian & James Vertrees  
Reliability and validity in hospital case-mix measurement. *Health Care Fin. Rev.* 4(2) Dec. 1982, p.101-28.
- Rayner, Geof  
Sick hospitals: the service crisis of health care in New York City. *Critical Soc. Policy* 2(3) Spring 1983, p.46-63.
- Yaggy, Duncan  
Financing health care: competition versus regulation: the papers and proceedings of the sixth private sector conference March 23 and 24, 1981/edited by Duncan Yaggy, William G. Anlyan: foreword by David A. Hamburg. Cambridge, Mass.: Ballinger Pub. Co., c1982. xxi, 239 p.: ill.: 24cm. Papers from a conference held at the Duke University Medical Center, March 23 and 24, 1981.
- その他
- Brown, C. V.  
Public sector economics, by C. V. Brown & P. M. Jackson. 2d ed. Oxford, Robertson, c1982. xii, 500p. 23cm.
- De Neufville, Judith Innes  
Social indicators of basic needs: quantitative data for human rights policy. *Soc. Indicators Res.* 11(4) Nov. 1982, p.383-403.
- Hall, Peter  
Great planning disasters. Berkeley, Univ. of California Press, c1980. xxvii, 308p. 22cm.
- Halsey, Harlan I.  
The taxation of transfer income. *The J. of Human Resources* 17(4) Fall 1982, p.558-580.
- Harries, Jose  
The partnership of the Webbs. *New Society* 62(1045) 25 Nov. 1982, p.340-43. (Pioneers of the welfare state:6)
- Lynes, Tony  
Beveridge and his blueprint. *New Society* 63(1055) 3 Feb. 1983, p.174-76.
- Pechman, Joseph A. ed.  
Setting national priorities: the 1983 budget, by Henry J. Aaron et al. Washington, D.C., Brookings Institution, c1982. xiii, 268p. 23cm.
- Piachaud, David  
Patterns of income and expenditure within families. *Jul Soc. Pol.* 11(4) Oct. 1982, p.469-82.