

国際・国内動向

働者・勤労国民の状態が極端に不利にならないよう異義を申し立てる程度のことである。したがって、新自由主義の立場をとる保守党や中道右派政党の政策と、社会民主党ないしそれを含む中道左派政党の政策の差異は著しく不分明になってきている。イギリスが適例だが、例え久し振りに労働党が保守党と交代しても労働組合をめぐる状況が大幅に変わるとは考えられないし、期待もされていない。程度の差はあれ、このような事情はEU各国にかなり共通しているように筆者には思われる。

現在のイタリアの労働運動と政治のあり方考える場合、最も痛感されるのはEU統合化への圧力の厳

しさである。先にのべたようにイタリア政府の政策決定の自由度は実際大きく制限されており、その程度は今後ますます増大するだろう。イタリア国内だけで「経済の民主的規制」政策を実現する可能性はきわめて小さいといわざるをえない。経済のグローバル化一般に対しEU統合化は数段階進んだ状況にある。日本の場合は、政府の政策決定の自主性の程度からいっても、国内市場の広さからしても、「経済の民主的規制」政策実現の客観的条件はイタリアはじめEU諸国より、はるかに有利と考えられるのである。

(理事・法政大学名誉教授・在イタリア)

同志社大学国際シンポジウム

ー日本およびスウェーデンにおける仕事・リハビリテーションおよび福祉ー

高島 進

1996年度後期に同志社大学文学部に客員教授として招聘されたストックホルム大学名誉教授ハンス・ベリンド氏の提案で、同氏および同志社大学井岡勉教授をコーディネーター・座長としてスウェーデンおよび日本の下記の専門家によるシンポジウムが、昨年11月2日、9時40分より夕刻まで、同志社大学において開催された。

シンポジウム報告者と論題は、井岡教授の開会のあいさつの後、①ベリンド名誉教授の基調スピーチ、②トール・エリクセン氏（スウェーデン社会保険研究センター＝CSF）およびベール・オヴェ・カールソン氏（社会保険行政官、ストックホルム）「社会保険研究センター＝ギャップを架橋するネットワーク＝センター」、③ジャン・エクホルム博士（カロリンスカ研究所リハビリテーション医学部教授）およびエリスティナ・シュイト博士（同研究所）「スウェーデンの医学的リハビリテーションの社会保険との関連における課題と成果」、④ボーデル・ランスタッド氏（CSF）「労働環境と能力」、⑤スヴェン・ウノ・マルネフト氏（社会福祉修士・CSF）「スウェー

デンにおける社会保険と社会保険事務所の役割」、⑥ジョン・セランデル氏（CSF）「スウェーデンにおける失業」、⑦レナート・スターフ氏（CSF）「スウェーデンの障害者年金制度とリハビリテーションにおける『労働能力』の考え方」（以上スウェーデン側）、⑧石田光男教授（同志社大学）「日本の生産システム再考」、⑨加藤佑治教授（専修大学）「日本における失業問題」、⑩飯田一道教授（華頂短期大学）「日本の労働疎外と社会保障」、⑪児島美都子名誉教授（日本福祉大学）「障害者の雇用・リハビリテーション」、⑫岡本民夫教授（同志社大学）「日本における精神障害者のリハビリテーションと雇用」、⑬山田広子助教授（同志社大学）「日本の高齢者と労働」であり、スウェーデン側の報告には日本側からコメントが配置された。通訳は同志社はじめ関西の諸大学の若手研究者があたった。その後1時間足らずの短時間であったが、全体討論が行われた。

基調スピーチについて

ベリンド名誉教授の基調スピーチは、労働可能

年齢層における3つの主要なカテゴリーは「就業者」、「失業者」および学生、主婦、障害者などの「労働力のカテゴリーに入らない」人びと（「隠れた失業者」を含む）であるが、「仕事を離れる（離れざるを得ない）ことにより人びとは失業者になるのだが、仕事を離れることで必ずしも失業者になるということにはならない。労働市場から離れ、もはや労働力のカテゴリーに属していないかもしれない。雇用状況の議論の中ではこうした単純な事実がしばしば見過ごされてきた。」と指摘し、スウェーデンの労働行政ではこうした失業者に対する様々なプログラムがうまく機能していると述べている。そのひとつは労働市場への復帰のための様々な訓練プログラムであり、労働市場の変化によって需要の多い新しい職能を得る訓練だけでなく、特に病気や怪我により職業能力を喪失した人々にたいする積極的なリハビリテーション・プログラムが行われている。氏によれば、スウェーデンの失業は近年深刻に増大しており、現在8～9%に達しているが、失業者に数えられない訓練中の「隠れた失業者」は労働力の4～5%に達するのであり、失業問題の重大性ととも、この国の失業者対策の積極的な姿勢をも示している。（この点については報告⑥がより詳細に論じた。）しかし、他方では、氏は「完全雇用」をめざして、「経済的援助を与えるよりも仕事を与えるべきだ」という、この国の伝統的な「積極的労働市場政策」の原理が浸食され始めているという否定的な動向を指摘している。失業者への訓練はリハビリテーションであるが、現在の「競争性」の強化など労働市場の変化によって、リハビリテーションの限界があらわれており、人間の職業への適応とともに職業の創造およびその「人間への適応」が必要であると指摘している。こうして「仕事、リハビリテーションおよび福祉」がこのシンポのキーワードとされたのである。

各報告について

こうした関心は日本では障害者の社会福祉領域を別にとすると自覚的に追求されることはなかったように思われる。日本側の報告は、ある意味で現状の反映だが、障害者のリハビリテーションおよび職業保障、高齢者の雇用の困難な実態を除くと抽象的であ

り、障害者・高齢者についても政策の貧困な現実と望まれる改善課題であった。なお、⑨は日本の失業問題についての明快な紹介であるが本誌の読者には紹介の必要はあるまい。これに対して、スウェーデンでは、積極的、体系的取り組みが行われていることが諸報告から学ぶことができた。さすが福祉国家の先進国である。紙幅の許すかぎり現在の制度を中心に紹介して、この報告に代えたい。

まず、スウェーデンにおける失業の現状について簡単に紹介すると、1970年代後半から1980年代初頭にかけての不況をへた後、80年代は「黄金の80年代」といわれ失業は限りなくゼロに近づいたが、1991年から急転し、基調スピーチの紹介で触れたように急激な増大を見た。ところが現在の失業問題は、貿易収支の悪化では説明できない。外需は好調に推移しており、経済不況の主要な原因は内需の不振にあると見られている。国民は将来に不安を感じており、消費を手控え、貯蓄を好む傾向にあり、それが高い失業率を継続させる結果となっている。1994年迄は製造業や建設産業が不況にみまわれ男性が深刻な影響を受けたが、それ以後は政府部門で人員や財政が削減されたため、女性に深刻な影響が及び始め、96年8月には男性の失業9.2%、女性8.8%と接近している。若年層ほど失業率が高く、16～24歳層では18%に達する。また、6ヵ月を超える長期失業が増加し、1995年の時点では35%に昇っている。失業保険は任意加入で、労働組合に関連する失業保険基金から支払われ、補償率は75%、給付期間は300日、55歳以上では450日を限度とする。その保険の対象となっていない人には労働市場手当（額は定額で保険給付よりずっと低い）が支払われ、給付期間は150日を限度とし、55～59歳の失業者には300日、60歳以上では450日を限度に支給される。財源としてはいずれも雇用主と自営業者による拠出で賄われ、雇用者は賃金の4.32%の拠出を義務づけられている。失業保険加入労働者は事務経費を賄うために小額の手料を支払う。失業増のため保険財政は深刻な赤字に直面している。（報告⑥）

「仕事も家庭生活も支障なくやっていた人が病気や怪我をし、長期の病欠、またはリハビリののち最終的には職場復帰が障害者年金受給かということに

国際・国内動向

なる。この流れには、雇用主、公的または私的医療サービス、社会保険（＝国民保険）事務所、職業紹介所といった様々なリハビリ関係者がかかわってくる。」（報告③）社会保険制度における病気や失業による所得喪失の公的保障に対する権利を支配する一般原則は、「労働原則」で、第一の優先順位は、受動的な現金補償支払いの配分よりも、被保険者の労働生活への復帰といった解決策を積極的に追求することにおかれるべきである、というものである。この文脈からすると、予防的な努力とリハビリの主要責任は雇用主に属する。（報告②）労働環境法（1977年制定、翌年7月施行）が労働環境を計画する上での基本的な原則を定めており、職業安全・保険局の定める条項の枠組みを提供しており、後者は精神的・身体的負担や危険な物質や機械類に関して規定しており、労使と共同して具体化されている。その実施においては5人以上が常時雇用されているすべての事業所では1人以上の安全代表委員が被雇用者から任命され傷病や事故の予防措置を監督したり、労働過程・方法の変更などには計画に参加する。安全代表委員はすべての書類を点検し、その活動に必要ないかなる情報をも得る権利をもち、雇用者は労働環境と重要な関係がある安全面の変更について、安全委員に知らせる義務をもつ。50人以上の事業所には労使の代表からなる安全委員会を設置し、それが労働環境対策計画に関与し、実施を監督する、等が規定されている。リハビリテーションについての雇用者の義務については、被雇用者のために早期に積極的なリハビリを構築・組織すべきことを労働環境法が、リハビリのニーズを分析し、労働生活において必要な手段を講ずべきことを国民保険法が規定している。現在の職場復帰の困難は労働市場の状況にもよるが、雇用者がこうした義務を果たしていないという事実も関係していると報告された。（報告④）

医学的リハビリは県（ランスタンピング）が運営する25カ所の公的リハビリテーション医療機関が担当し、そこでは医師、PT、OT、心理士、ソーシャルワーカーのチームが17歳から65歳までの患者を担当し、公費を中心に賄われている。高齢者には別の機関がある。職業リハビリは医学的、社会的、職業的側面を含み、それらの財源と方法の調整は1992年に

地区社会保険事務所に委任された。疾病休暇中の人がこのリハビリを受ければ、通常、日常リハビリ手当（所得の75％）と教科書等の特別手当からなるリハビリ手当を受けられる。こうして地区社会保険事務所は職業リハビリの責任機関となり、その調整と監督の任務も負っている。障害年金を受給するためにはその前にリハビリに関するすべての方策がとられなければならない。職業リハビリの費用は雇用主の保険料負担と税の混合システム（a national mixed charge-and-taxsystem）による（被雇用者自身の負担はない）。現在では地域の社会保険事務所はほとんどの公的リハビリ医療機関と職業リハビリについての契約を結んでいる。こうして専門医学的リハビリの経験は生かされ、医学的リハビリ・チームと社会保険事務所のリハビリ担当者との協力は過去1年の間に大きく進展している。（報告③および⑤）

地区社会保険事務所は、現在社会保険庁の管轄のもとにあるが、19世紀末に社会保障の欠如のなかで労働者階級が自発的に始めた共済制度を支える事務所として始まり、公的な社会保険が組織された50年代以後保険を運営する委託を国からうけたもので、独立した法人である。（報告⑤）

1990年代の間に疾病と労働関連災害のための欠勤が相当増加し、疾病給付、労働災害補償、障害年金の合計費用で見ると80年の607億クローナから90年には889億クローナに上昇した。その後やや減少しているが、主に1991年年頭の「疾病支払い」（Sick-pay、社会保険事務所から給付される疾病給付Sick benefitに代わって、疾病のはじめの14日間は雇用主から受ける）の導入により疾病給付額が減少したためである。このネガティブな傾向に対抗して、疾病と傷病を予防し早期のリハビリを促進する目的をもつ方法が導入されたのである。（報告⑤）

（日本福祉大学教授）