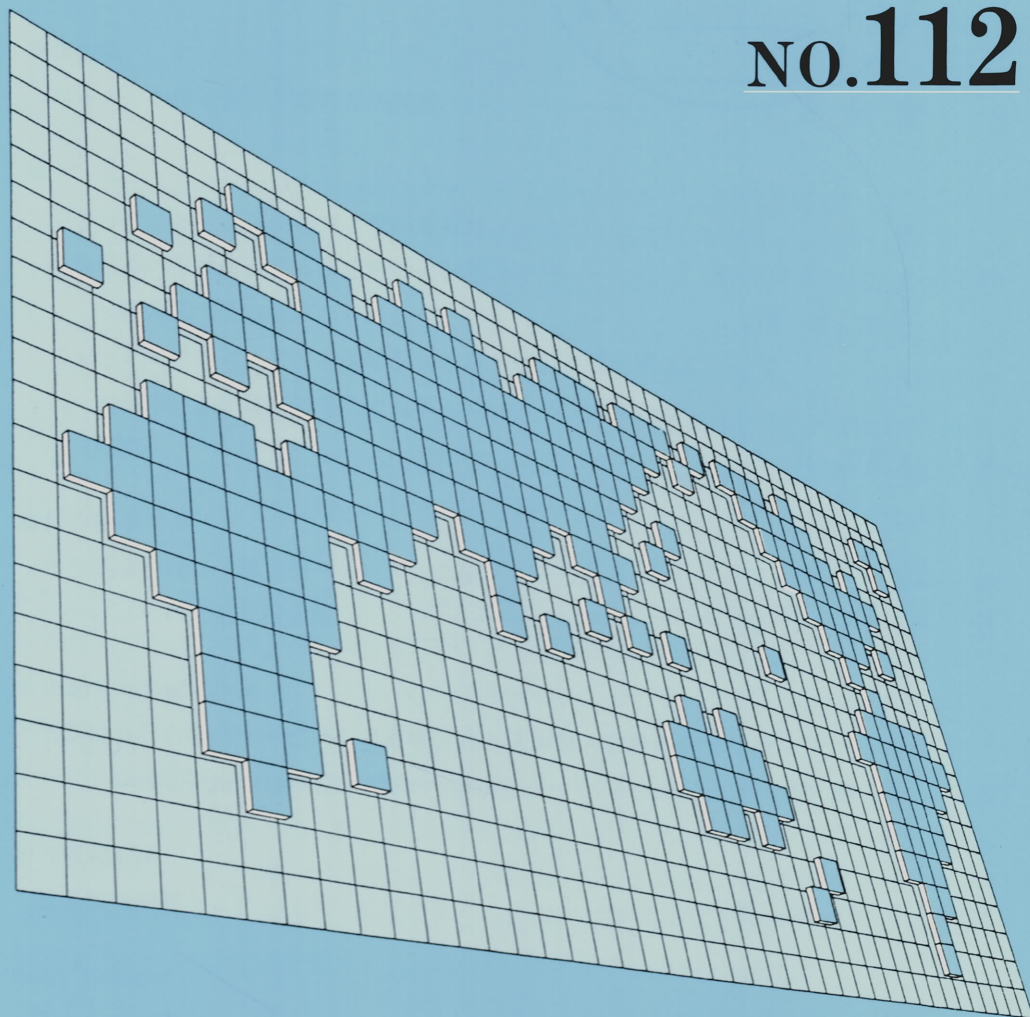


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1995

NO.112



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

時代の眼

ドイツにおける男女平等政策の進展

利 谷 信 義

1991年の夏、私はボンにあるドイツ連邦女性・青少年省を訪れた。この省の沿革は複雑である。1987年、青少年・家族・保健省が拡充されて、青少年・家族・女性・保健省となった。これによって、女性のための連邦の省が初めてつくられたことになる。この省が、1990年末、女性・青少年省、家族・高齢者省、保健省に3分割された。私はその理由が知りたかったのである。

ある担当官の話によると、これは政府の女性重視の姿勢を示すという政治的な意味をもち、大臣の増加をねらったものではなかった。しかし、この省の設置は、家族政策と区別された女性政策の独自性と必要性との立証を必要とし、容易ではなかったという。

ともかくも設置にこぎつけた女性・青少年省は、女性に関する総合的な政策である女性政策を管轄し、他の省の政策が女性に関係する場合には、その立案、実施について承認する権限をもった。この担当官は、「現在は女性が男性に対して不利な立場にあり、その立場を強化するためには女性政策が必要である。本来、男性と女性とが社会と家庭とにおいて同じ参加率になればよいのだが、現在は女性にパートタイマーが多いことでも明らかなように、現実はそうになっていない。また、出産などのため女性をパートタイマーにしようとしても、上級の責任ある地位については困難が伴うが、私たちは現在あえてそのための試みをしている。ドイツ再統合のための大量の仕事に追われているが、私たちはその下でも男女の平等のために努力している」と語った。私が、日本では国の審議会における女性の参画率は1990年度末で9%であり、今後5年間にこれを15%に上げようとしているという、彼は「ドイツは今7.2%であり、これを引上げるため委員会に女性を2名ずつ入れることを考えている。日本では具体的に何をしようとしているのか。法律をつくるのか」と私を質問攻めにした。私は男女平等にかける彼の熱意に感動した。

その後のフォローを怠っていた私は、昨年2つの出来事に驚かされた。1つは、6月に第2次男女同権法が制定され、9月から実施されたことである。いま1つは、それとともに、女性・青少年省がまたまた改組され、家族・高齢者省と統合されて、家族・高齢者・女性・青少年省となった

ことである。今年の3月、私はこの省を訪れて、改組の状況と第2次男女同権法の実施状況を聞くことができた。改組は、両省の仕事の対象が密接に関係しているので両者を統合したほうが効率がよいこと、新法は実施間もなくであり、その帰趨はまだ分からないということであった。

男女同権法は、1958年の第1次男女同権法にさかのぼる。これは、ボン基本法の男女平等規定にもとづいて、民法における男女不平等規定を改正した。第2次男女同権法は、これをさらに推し進めようとして、以下のような措置を取ることにした。

第1は、民間部門における雇用機会均等の促進である。採用や昇進における男女の差別の禁止を、努力義務から絶対的義務に改め、違反について損害賠償訴訟を認めた。

第2は、連邦行政機関、連邦裁判所における女性の活用促進である。一種のオンブズマン制度である女性委員制度の採用、女性雇用促進計画の樹立、男女を問わぬ職場と家庭との両立を図るためにパート労働にも採用・昇進の機会を与えること、が規定された。

第3は、公的委員会の委員の推薦と指名において、男女の平等参加を進めることである。

第4は、初めてセクハラに関する法規制を設けたことである。ここで、セクハラの定義、被害者の苦情申立とその処理手続が規定された。

こうして見ると、私が4年前に担当官から聞いたことが、いやそれ以上のことが見事に立法化されている。再統一に伴う大きな負担と深刻な不況の下で、なおかつ、このような歩みを示していることに私は驚かざるを得なかった。もちろんそれは、女性の活用促進が連邦政府や連邦裁判所に限られていることなど不徹底さを免れてはいない。しかし、日本の現状とは比較にならないし、ドイツなら、この不徹底さをも、いつかは克服するのではないだろうか。ドイツにおける、これまでの着実な実績が、私にそう思わせるのである。

(としたに・のおよし お茶の水女子大学教授)

アメリカにおける職場暴力と使用者責任

林 弘 子

はじめに

職場における暴力は、アメリカの労働者の安全および健康に対する最も深刻な問題の一つとなっている。銃社会といわれるアメリカでは、毎日平均44人が銃で殺されており、殺人総数は、年間23,438件に達している(1990年)。人口10万人当たり9.4人が殺されており、この数字はアメリカに次いで暴力的といわれるイタリアの2倍である。これに対して、わが国の殺人総数は、年間1,261人(1990年)で、人口10万人当たりの殺人発生率は1.0人である。

ところで、アメリカでは、1980年代には1日平均17人の労働者が労働災害で死亡しているが、1993年10月に労働省労働統計局が、労災死亡事故に関する最初の全国調査の結果を発表し、交通事故に次いで、殺人(homicide)が死亡事故原因の第2位になっていることが明らかにされた。1992年に職場で殺された労働者は、1,004人、1日平均2.8人が殺されている。業務上の死亡の約6分の1が殺人によるものであり、女性労働者の死亡原因のトップは殺人である。

暴力は、アメリカにおける深刻な社会問題であり、家庭、学校、公共の場所、公共の乗物、裁判所にまで蔓延しているが、遂に最も安全といわれていた職場にまで暴力が侵入するように

なった。しかし、銀行のようなもともと犯罪のターゲットとなりやすい業種は別として、アメリカでも職場における暴力が深刻な労働問題になったのは、比較的最近のことであり、1970年代までは、それほど深刻な問題になっていなかった。しかし、1986年の8月20日早朝にオクラホマ州のエドモンドで、上司とうまくいっていなかったパート・タイマーの郵便配達夫(44歳)が銃で同僚労働者14名を殺し、7名に怪我をさせた後、自殺した事件を契機に、郵政省が職場における暴力に警告を発し始めてから10年間で、郵便局における職場殺人の被害者は36名に達したり。

統計的には、郵政業務は他の職務に比べて特に危険な職場というわけではないが、全国的には職場における殺人の約8割強が強盗あるいは強盗未遂によるものであるにもかかわらず、1983年から89年にかけて郵便局で発生した職場における殺人のうち57%が、現従業員や元従業員による殺人であったという特徴がある。郵便局における暴力事件は、そのほとんどが厳格で権威主義的な経営方針に対する労働者の鬱憤の爆発が原因であると分析されている。しかし、殺人を頂点とする職場における暴力は他の職場にも広がり、発生件数も増加している。

企業が人員を削減し、合理化・技術刷新し、少ない人員でさらに労働強化するため、ストレスが高じて爆発し、職場暴力の引き金となると

同時に、社会問題、特に薬物・アルコール依存、麻薬中毒、解雇、貧困が、職場暴力をさらに増加させる原因となっている。また、銃が簡単に手に入り、TVや映画にあふれている暴力的な映像、労働者間の言語や人種の差異、またアメリカの人口のかなりの部分で暴力がコミュニケーションの一種として是認されていることなどがさらに暴力を助長している。また、不景気のなかで過酷な国際競争を強いられている経済もまた職場暴力の発生に影響を与えている。雇用調整が行われ、かつてなかったほど中高年労働者がレイオフの対象になっているが、この年代の人は若い世代の労働者に比べて再就職するのも簡単ではない。このフラストレーションも職場暴力につながっていると分析されている²⁾。

職場での暴力は、次の5つのタイプに大別されている。①レイオフされた労働者のように感情的な怒りから個人的あるいは仕事上の理由で攻撃するケース、②激怒した配偶者や親族が職場まで労働者を追いかけてくるケース、③偶発的な職場での強盗や犯罪、④法執行官やその他の危険な仕事に対する暴力、⑤テロや憎悪犯罪。この中で特に近い将来増加が予測されているのが、⑤である³⁾。

今後、職場暴力がさらに深刻化することが予測されるために、1992年頃から職場暴力に関するデータが政府や民間企業によって収集されるようになった。また、1993年にノースウエスタン・ナショナル生命保険会社が、アメリカで初めて職場における恐怖と暴力に関する包括的な調査を実施した。その調査報告によれば、過去1年間で約200万人のアメリカ人が身体的暴力の被害者になり、約600万人が脅迫され、約1,600万人がハラスメントを受けていたと推測されている。

I 職場における犯罪と殺人の実情

1. 職場における犯罪—アメリカ合衆国法務省全国犯罪被害調査 (NCVS)

(1) 職場における暴力犯罪の発生件数

1994年7月に公表されたアメリカ合衆国法務省全国犯罪被害調査 (the National Crime Victimization Survey) によれば、アメリカにおける暴力的な犯罪の6分の1が職場で発生しており、毎年約100万人近い労働者が業務遂行中に暴力的な犯罪の被害者になっている。職場での暴力は、12歳以上のアメリカ人に対する年間650万件を超える暴力事件の15%に達している。

表1が示しているように、1987年から1992年にかけて、年間平均971,517件の暴力的犯罪が職場で発生しており、全米における強姦の約8%、強盗の約7%、暴行の約16%が、被害者である労働者が業務遂行中あるいは勤務時間中に発生している。これに加えて、年間200万件を超える窃盗および20万件の車の盗難が職場で発生している。

(2) 経済的損失

職場における犯罪は、1件当たり約3.5日の休業を引き起こしており、約50万人の労働者に対

表1 職場における暴力 (1987~92年)

犯罪の種類	被害者の数 (年平均)	被傷害者数 (年平均)
暴力犯罪	971,517	159,094
強姦*	13,068	3,438
強盗	79,109	17,904
過重暴行	264,174	48,180
暴行	615,160	89,572

*強姦に伴う傷害。

Source: Ronet Bachman, "Violence and Theft in the Workplace," U.S. Department of Justice, National Crime Victimization Survey (July, 1994)

して計1,751,100労働日の休業である。疾病休暇および有給休暇の適用を受けたケースを除いて毎年5,500万ドルの賃金喪失となっている。

(3) 被害者と加害者の関係

表2が示しているように、男性は半分以上が就労中に部外者に襲われているのに対して、女性の場合は部外者よりも知人の方が多くなっている。女性の被害者のうち5%は、夫、前の夫あるいはボーイフレンド、前のボーイフレンドに襲われており、家庭内暴力が職場にも侵入していることを示している。

(4) 加害者の武器携帯の有無・傷害の程度・

警察への通報の有無

次の表3が示しているように、暴力的行為に起因する傷害の発生は、就労中の方が少ない。就労中の被害者の16%が身体的傷害を受け、このうち10%が医学的治療が必要であった。職場での暴力的犯罪の被害の半数以上は、警察に届けられていない。その理由として、40%の被害者は、事件が軽微である、あるいは個人的なことから考えたために警察に届け出なかったと答えており、27%の被害者は警察以外の、例えば、会社の警備員に届けたためと回答している。

(5) 被害発生場所

職場暴力10件のうち6件は、民間企業で発生している。公務員がアメリカ労働者全体に占め

表2 被害者と加害者の関係

関係	被害者の性別	
	女性	男性
部外者	40%	58%
顔見知り	35	30
良く知っている	19	10
親族	1	1
親密な関係	5	1

Source : Ronet Bachman, op. cit.

る比率は約18%であるが、暴力的犯罪の被害者の約30%は、連邦、州、地方自治体の公務員である。この比率の高さには、危険性の高い公共の安全を担当する公務員が含まれていることが影響している。

表3 就労中および非就労中の被害

	暴力行為による被害	
	就労中	非就労中
加害者の武器の有無		
武器無し	62%	56%
有り	32	35
不明	6	9
傷害の程度		
傷害無し	84%	69%
有り	16	31
医学的治療必要	10	16
傷害のため休業	6	5
警察への通報		
しなかった	56%	52%
した	43	47
不明	1	1

Source : Ronet Bachman, op. cit.

表4 暴力犯罪被害者・犯罪発生場所

合計	100%
雇用形態	
民間企業労働者	61
公務員(連邦、州、自治体)	30
自営業	8
無償労働	1
被害発生場所	
レストラン、バー、ナイトクラブ	13
事務所、工場、倉庫	14
その他の商業	23
学校	9
駐車場・ガレージ	11
その他の公共の場所(通り、公園など)	22
その他	8

Source : Ronet Bachman, op. cit.

2. 職場における殺人

(1) 業務上の死亡事故に関する最初の全国調査 —労働省労働統計局

1993年10月1日に労働省労働統計局 (U. S. Department of Labor—Bureau of Labor Statistics) が、業務上の死亡事故に関する最初の全国調査 (the First National Census of Fatal Occupational Injuries) を発表している。この調査の対象となる死者は、事故発生の時点で雇用され、合法的な業務遂行中であるか、業務上の必要性のため事故発生の現場にいた者である。この調査結果によれば、1992年に発生した業務上の死亡事故の約3分の1は、交通事故あるいは殺人によるもので、それぞれ死者の数は1,000人以上に達している。次いで墜落、衝突による死者が多く、それぞれ約600人が死亡している。

殺人による死者は1,004人で、1992年における業務上の死亡者6,083人の17%を占めており、高速道路での交通事故による死者、1,121人に次いで2位である。このうち82%は、強盗あるいは強盗未遂の結果発生している。1,004人の死者のうち822人が強盗やその他の犯罪の結果、殺されており、同僚労働者や元同僚労働者の間での争いによる殺人は、45人で全体の4%であった。

職場殺人の犠牲者の80%以上は、銃で撃たれて死亡している。残りのうち8%が刺殺、5%が殴打、5%が絞殺、放火、その他による死亡である。

職場における殺人の5分の4が大都会で発生している。ニューヨーク、ロサンジェルス等の8つの大都会で、職場における殺人の約半分が発生している。たとえば、ニューヨーク市はアメリカ全体の雇用労働者の3%を雇用しているが、全米の職場における殺人の12%はニューヨ

ーク市で発生している。ニューヨーク市における業務上の死亡の45%が殺人によるもので、殺人が業務上死亡原因の第1位となっている。全米50州のうち約3分の1の州で職場における殺人が、業務上の死亡の主要な原因となっている⁴⁾。

(2) 全国外傷性業務上死亡 (NTOF) 調査システム・データ

死亡証明に基づく全国外傷性業務上死亡 (National Traumatic Occupational Fatalities) 調査システムによれば、1980年から1989年までの全米における業務上の殺人は、約7,600人に達し、業務上の死亡の12%を占めている。業務上の殺人は、交通事故死(23%)、機械による死亡(13%)に次いで全労働者の業務上死亡原因の第3位であり、特に女性労働者の業務上死亡原因の第1位である。1980年から1989年の業務上の殺人は、労働者10万人当たり、0.7人である。しかし、死亡証明書のデータの収集や報告の方法が全体的な死亡の数を低く見積もる傾向があるため、実際の殺人による死者の数はこれより多いと推測されている。

①被害者の性

7,600人の死者の約82%が男性である。男性の殺人による死者の比率は女性の3倍である (男性労働者は、10万人当たり1人、女性労働者は、0.3人)。しかし、女性労働者の場合、業務上の死亡の約41%が殺人であり、死亡理由の第1位を占めている。男性労働者の場合、殺人による死亡は、10%である。また、暴行の結果、致死には至らないが大怪我をした被害者の56%は、女性である。

②被害者の年齢

職場殺人の被害者の年齢は、16歳から93歳にわたっているが、被害者の約半分が、25~44歳

表5 労働者10万人当たりの年齢・性別殺人発生率

年 齢	性	
	男 性	女 性
16～19	0.56	0.23
20～24	0.92	0.34
25～34	0.91	0.37
35～44	1.03	0.29
45～54	1.09	0.30
55～64	1.29	0.35
65～	2.79	0.88

Source: E.L. Jenkins, L.A. Layne, and Suzanne M. Lisner, "Homicide in the Workplace - the U.S. Experience, 1980 - 1988," *AAOHN Journal*, Vol. 40, No. 5, p. 216.

の年齢層に集中している。殺人による被害の率が最も高いのは、男女ともに65歳以上の労働者である。

③被害者の人種

職場殺人の被害者の75%が白人, 19%が黒人, 6%がその他である。しかし, 殺人の発生率は, 労働者10万人当たり黒人1.4人, その他の人種1.6人, 白人0.6人となっており, 黒人の被害発生率は, 白人の2.3倍となっている。

④使用された武器および死因

殺人の75%で銃が使用されている。ナイフならびに切ったり, 突き刺したりする武器が14%を占めている。絞殺された女性は男性の6倍である。女性は, ナイフその他の武器による傷害で男性より死亡する率が高くなっている。

⑤殺人事件の発生時刻

殺人事件のうち30%は, 発生時刻が不明である。発生時刻が判明している殺人のうち, 発生率が一番高いのは, 午前零時から零時59分, 次いで午後10時から10時59分, 午後11時から11時59分となっており, 20%が午後10時から零時59分の深夜の時間帯に発生している。

⑥殺人発生率の高い職場, 業種

職場では, 卸売り業での殺人発生件数が一番高く, 1980～89年で2,787件発生している。次いで高いのがサービス業で1,275件となっている。この2つの業種で全体の54%の殺人が発生している。また, 卸売り業, 行政, 運送, 交通, 公共施設での殺人発生率は平均の2倍である。女性より男性の殺人発生率が高く, 黒人の殺人発

表6 危険性の高い職場と殺人発生率 (1980～89年)

職 場	全 体		男 性		女 性		黒 人		非 黒 人	
	殺人件数	発生率*	殺人件数	発生率	殺人件数	発生率	殺人件数	発生率	殺人件数	発生率
タクシー	287	26.9	279	29.4	8	—	114	41.9	173	19.6
酒 屋	115	8.0	97	10.4	18	3.5	19	14.0	96	6.4
ガソリン・スタンド	304	5.6	266	6.1	38	3.4	44	10.7	260	3.8
探偵・護衛サービス	152	5.0	143	5.8	9	—	41	5.1	111	3.9
法務・公安	640	3.4	614	4.5	26	0.6	79	3.1	561	3.5
グロサリー・ストア	806	3.2	562	4.3	244	2.1	82	3.9	724	2.9
宝 石 店	56	3.2	46	6.6	10	1.0	1	—	55	2.7
ホテル・モーテル	153	1.5	106	2.5	47	0.8	20	1.2	133	1.4
床 屋	14	1.5	14	1.8	0	—	7	—	7	—
飲 食 店	734	1.5	518	2.4	216	0.7	128	2.1	606	1.2

*労働者10万人当たり年間発生率。

Source: D. N. Castillo and E.L. Jenkins, "Industries and Occupations at High Risk for Work-Related Homicide," *JOM*. Vol. 36, No. 2 (1994), p. 128.

表7 職場殺人の発生率の高い職業 (1980~89年)

職 種	殺人件数	発 生 率*
タクシー運転手・運転手	289	15.1
法執行官 (警察官・保安官)	520	9.3
ホテル職員	40	5.1
ガソリン・スタンド従業員	164	4.5
警 備 員	253	3.6
商品管理・包装係	260	3.1
店主・支配人	1,065	2.8
バーテンダー	84	2.1

*労働者10万人当たり年間発生率。

Source: NIOSH, *Alert-Request for Assistance in Preventing Homicide in the Workplace* (Sept. 1993), p. 4.

生率は非黒人の2~3倍と高くなっている。

殺人の発生率が一番高いのは、タクシー業で、平均の約40倍である。タクシー運転手は、平均の21倍殺されている。死亡の原因の75%は、強盗によるもので、死亡の80%は銃による殺人である。

3. 『職場における恐怖と暴力』——ノースウエスタン・ナショナル生命保険会社の調査

1993年7月に民間企業の600のフルタイム労働者(事業主および自営業者は除く)に対してなされたもので、職場における恐怖と暴力に関する全米初の包括的な調査である。調査の結果は、以下の6項目に要約されている。

- (1) 職場における暴力とハラスメントは、広がっている(表8, 表9)。1992年7月から1993年7月の間にフルタイム労働者の4人に1人が職場でハラスメントを受けたり、脅迫されたり、暴行を受けたりしている。
- (2) 職場における暴力とハラスメントは、被害者ならびに他の労働者の健康と生産性に影響を与えている。被害者の4分の3

表8 職場における暴行・脅迫・ハラスメントの被害者数 (1992年7月~1993年7月)

職場における被害経験	労働者の割合(%)	労働者10万人当たり	労働者数(100万人)
ハラスメント	19	18,667	16.1
身体的暴力に対する恐怖	7	7,333	6.3
身体的暴力	3	2,500	2.2

Source: Northwestern National Life, Employee Benefits Division, *Fear and Violence in the Workplace* (October 1993), p. 5.

表9 広がる職場における暴力とハラスメント

暴力・脅迫・ハラスメント・恐怖	労働者の割合(%)
過去12カ月の間に職場でハラスメント、脅迫、暴行の被害者となった	25
過去12カ月の間に職場で身体的危害を加えられそうになった	22
これまでに職場で身体的危害を加えられそうになった	21
過去12カ月の間にハラスメントを受けた	19
これまでに身体的な攻撃を受けたことがある	15
過去12カ月の間に職場で誰かが身体的な攻撃を受けた	14
護身のための催涙ガスの職場への携帯を考える	11
職場で暴力の被害者になるのではとしばしば心配する	10
護身のために銃や他の殺傷性のある武器の職場への携帯を考える	4

Source: Northwestern National Life, op. cit. p. 5.

は、精神的な抑鬱を感じている。生産性が低下し、転職したい人が増えている(表10)。

- (3) 職業上のストレスと職場におけるハラスメントと暴力の間には、強い相関関係がある。ストレスは、職場における傷病の重要な原因と考えられているが、暴力およびハラスメントの経験と労働者のストレスは、強い関連がある。また、職場における暴力の恐怖は、燃え尽き症と関連

表10 被害者の健康と生産性に対する職場暴力・ハラスメントの影響

労働者に対する影響	暴行の被害者 (%)	脅迫の被害者 (%)	ハラスメントの被害者 (%)
心理的な影響*	79	77	88
就労継続に対する影響**	40	36	62
傷病	28	13	23
影響なし	15	19	7

*怒り、恐怖、ストレス、抑うつ

**人間関係、離職、転職、辞めたい、生産性低下、労働時間帯の変更。

Source: Northwestern National Life, op. cit. p. 7.

表11 労働者が考える職場暴力を引き起こす主要な原因

要因	職場暴力の原因と考える労働者の割合 (%)		
	大きい	小さい	関係ない
アルコールあるいは違法なドラッグの使用	59	31	10
レイオフまたは解雇	53	38	9
社会における貧困	52	36	12
銃が手に入る	46	31	24
テレビや映画における暴力	36	45	19
仕事上のプレッシャー	34	53	13
管理のしすぎ	32	55	12
同僚労働者との対立	28	62	11

Source: Northwestern National Life, op. cit. p. 7.

している。

(4) アメリカの労働者は社会問題、特に、薬物・アルコール中毒、レイオフ・解雇、貧困が職場における暴力の主要な原因であると考えている (表11)。

(5) ハラスメントの加害者の47%は同僚労働者、39%が上司で、暴行の加害者の44%は、顧客である (表12)。この調査では、部外者による暴行の割合が政府による全国的な調査よりも少なくなっている。調査対象者600人のうち白人が84%と圧倒的に多く、黒人・アフリカ系アメリカ人

表12 職場における暴行・脅迫・ハラスメントの加害者・被害者

加害者	被害者*		
	暴行 (%)	脅迫 (%)	ハラスメント (%)
顧客・依頼者	44	36	15
部外者	24	16	2
同僚	20	32	47
上司	7	5	39
元従業員	3	6	2
その他	3	7	2
合計	101	102	107

*複数回答のため、100%を超える。

Source: Northwestern National Life, op. cit. p. 11.

表13 暴力とハラスメントを減らすためには対人関係の改善と予防策が必要

労働者の訴え	苦情・ハラスメント・安全保障に関するプログラムの有無 (%)	
	有り (%)	無し (%)
1~2年以内に燃え尽きそうである	28	44
職務上のストレスが多い	22	32
過去12カ月の間に脅迫あるいはハラスメントを受けた	18	31
次の年にレイオフされる、あるいは解雇される心配がある	14	21
重度のストレス関連疾病の経験あり	13	29
職場の人間関係がぎくしゃくしている	13	27
過去12カ月の間にハラスメントがあった	13	23
上司の支援が期待できない	11	30
過去5年間の間に職場で暴行あるいはハラスメントされた	11	21
仕事に満足していない	5	21

Source: Northwestern National Life, op. cit. p. 13.

が10%、ヒスパニック・ラテン系アメリカ人が4%となっていることも調査結果に影響していると考えられる。地域は、全米にわたっており、勤務時間は、午前8時から午後5時までが、89%を占めている。また、年齢的にも最もターゲット

となりやすい55歳から64歳は、7%と少なくなっている。

- (6) 内部の人間関係を改善し、効果的な予防策をとればハラスメントや暴力を減らすことができる。表13が示しているように、職場に苦情、ハラスメント、安全保障に関するプログラムがある場合には、ない場合よりも、労働者のストレスや職場暴力に関する苦情が少なくなっている。

II 職場における暴力の被害者に対する使用者責任

1. 労災補償

(1) 労災補償と民事損害賠償

職場における暴力による傷病・死亡は、業務遂行中に発生すれば労災補償法の適用対象事故となる。アメリカでは、連邦法の適用を受ける労働者を除けば、50州の州労災補償法が労災補償制度の中心である。

わが国の場合、労働基準法第84条第2項により労働災害の被害者は使用者に不法行為責任または債務不履行責任がある場合には、使用者に対して労災民事損害賠償を請求することが認められている。しかし、アメリカの労災補償制度は、大多数の州で労災補償法は強制適用で、わが国と異なり、民事損害賠償請求を排除する排他的救済(exclusive remedy)システムをとっており、労災補償法の適用を受ける傷病・死に関して労働者あるいはその遺族は、使用者に対する労災民事損害賠償を請求することを認められていない。ただし、ニュージャージー、テキサス、サウス・カロライナの3州では、労災補償法の適用を受けるか否かを使用者および労働者が選択できる選択適用制度を取り、アリゾナ、

ケンタッキー州では労働者だけが、適用を受けるか否かを選択できる制度になっている⁵⁾。

アメリカもわが国と同じくイギリス労災補償法の影響で業務上災害の認定については、原則として2要件主義、つまり、業務遂行中に業務に起因して発生したことを要件としている。したがって、職場における暴力の被害者である労働者あるいはその遺族は、事故が業務に起因して業務遂行中(arise out of or in the course of employment)に発生しなかったことを立証した場合には、労災補償法の適用を免れることになり、使用者に対して民事損害賠償を請求することになる。例えば、使用者の敷地内にあるエレベーター内で従業員が刺された事件では、まだ勤務時間に入っていなかったこと、エレベーターは従業員だけではなく部外者も利用できたことを理由に業務上災害ではないと判断して安全配慮義務違反(negligent security)で、使用者に対する民事損害賠償の請求を認めた(Mundy v. Department of Health & Human Resources, 593 So. 2d 346 (La. 1992))。

また、州によっては使用者自身による脅迫や暴行(assault)に起因する事故や、使用者あるいは同僚労働者による故意の行為による事故は、労災補償法の対象にならないと規定しているところもある。これらの州では、労災補償法の適用を受けないために、暴力あるいはその他の意図的な行為が雇用に関連しているのではなく、個人的な理由によるものであることを労働者が立証することを求めている。

(2) 増える高額損害賠償請求事件

職場における暴力の被害者が、使用者に損害賠償を請求する訴訟が年間約1,000件提訴されており、アメリカにおける新たな高額損害賠償請求訴訟を生み出している⁶⁾。

高額賠償の国アメリカでも特に注目されたのが、1991年にテキサス州オースティンのフローズン・ヨーグルト・ショップ (I Can't Believe It's Yogurt) に強盗が入り、4人の10代の女性が銃で殺されたケースである。殺された4人のうち2人がヨーグルト・ショップの従業員で残りの2人は彼女たちの友人であった。殺された4人の女性の両親が、ヨーグルト・ショップの所有者とショップがあったモールの所有者に損害賠償を請求したが、結局、ヨーグルト・ショップの所有者が1,100万ドル、モールの所有者が100万ドル、合計1,200万ドル(約12億円)支払うことで和解が成立した。いずれも両者が加入していた責任保険 (general liability insurance) に基づいて保険会社が支払っている。

職務遂行中に労働者が強盗に殺害されたようなケースには、通常労災補償法の適用があり、その遺族は労災補償給付を受けられるだけなのであるが、本件の場合2人の従業員は、テキサス州の労災補償法の適用を受けることを知らされていなかった。また、テキサス州ではすでに述べたように労災補償法の適用を受けるか受けないかの選択権が労働者にもあるが、労災補償法の適用を受けないという選択をするには、被害者が幼なすぎたために、遺族は従業員ではなかった2人の友人の遺族とともに使用者とモールの所有者に対する安全保証義務違反に基づく損害賠償を請求することができたのである。

10代の従業員たちは、毎日午後11時に店を閉めていたが、現金がいつも1,000~2,000ドルあり、約10軒あるモールの店の中でその時刻まで開店していたのは、ヨーグルト・ショップ一軒だけであった。過去10年間に警察はそのモールから98件の電話を受け、その内の19件はそのヨーグルト・ショップからであった。さらにヨー

グルト・ショップの隣の店には、すでに8回も強盗が入っていたにもかかわらず、管理人は他のテナントに強盗のことを知らせず、警官の巡回を増やすように要請していなかった⁷⁾。

また、1992年にニューヨーク市の服飾店 (Gap) で22歳の女性従業員が前夜から地下室に潜っていた同僚労働者に銃によって強盗殺人された事件では、排他的救済制度をとるニューヨーク州の労災補償法の下では、使用者に対する損害賠償請求ができないため、被害者の両親は、殺人犯、警報器および探知器が的確に作動しなかったため、警報器会社、売上金を集金する会社、犯人を事前に目撃していたにもかかわらず黙認していた2人の契約会社の従業員を相手取って総計1億ドル(約100億円)の損害賠償を請求している⁸⁾。

2. 使用者責任 (Respondent Superior) に基づく間接的責任

もし職場における暴力行為 (不法行為) が、当該労働者の雇用の範囲内 (within the scope of the workers' employment) で行われた場合には、伝統的なコモン・ローの原則に基づいて、使用者は自己の雇用する労働者の不法行為について第三者に対して代位責任を負う。

雇用の範囲 (scope of employment) とは、使用者は、被用者が事業の執行について第三者に損害を加えた場合には、その損害を賠償する責めを負うと規定しているわが国の民法第715条第1項の「業務ノ執行ニ付キ」に該当する。

「業務ノ執行ニ付キ」とは、使用者の利益を図るというよりは広く、他方で、職務を行う機会になされたことすべてを含むような「職務を行うに際して」より狭いとされている。学説・判例の通説は被用者がその地位を利用濫用し、私利

を凶り、ないしは私用を足すために行為して第三者に損害を与えた場合にも、当該行為の外形的・形式的業務関連性を判断して民法第715条の使用者責任を広く認める傾向にある。

アメリカにおいても、使用者責任の対象となる雇用の範囲をかなり広く解釈しているが、不法行為が労働者の職務上の責任と関連があることあるいは使用者の事業に典型的な危険と関連していることが要件となっている。したがって、不法行為の時刻、場所、労働者の職務上の義務を履行するために傷病が発生したのか否か、不法行為を行う場合に使用者のためという動機づけがあったか否か等を裁判所が調べることになる。

しかし、暴力の使用が業務上不可欠という職務はほとんどなく、暴力の使用が使用者の利益になると主張するのも困難であるため、職場における暴力に対して使用者は雇用の範囲内ではないと主張することによって使用者責任を免れるケースが少なくない。しかし、暴力が仕事の方法や基準に関する争いから発していたり、あるいは使用者が暴力を容認していたりした場合には、使用者責任が問題になる。

III 労働者の採用、雇用継続、監督に対する使用者の責任

1. 採用等に対する使用者の直接過失責任

最近、職場暴力の被害者が、従業員の雇用の範囲内の行為に対する使用者責任ではなく、犯罪、暴力、あるいはその他の不法行為を行う危険なあるいは信頼できない労働者を採用・雇用継続したことあるいは、監督に過失があったことに対する使用者の直接的責任を問うケースが増えている。使用者は採用する労働者あるいは

現に雇用している労働者が、同僚労働者、顧客、依頼者、訪問者等に危害を加えないように注意する義務がある。この使用者の義務は、各州のコモン・ロー上の義務である。不適格な労働者による不合理な危害から労働者や顧客を守ることができなかつた場合には、使用者の不法行為責任が生ずる⁹⁾。

採用等に関する過失理論は、すべての州で認められているが、従業員が業務の執行中に行つた行為に対する使用者責任の法理とは異なっている。採用、雇用継続、監督に対する過失では、業務とは関係のない雇用の範囲外の従業員の行為に対する使用者の責任が問題となる。使用者は労働者を採用する場合に、従業員の被用者としての適性を評価する際に、適切な注意を払う義務を負っており、在籍中の労働者に対しても同じ注意義務を負うと解釈されている。したがって、使用者は、採用に際して応募者の履歴・職歴等を注意深く調査する義務を負っている。もし採用前の経歴チェックで使用者が、加害者である労働者の暴力的性向を知ることができたか、知るべきであったならば、被害者は使用者の過失に対して損害賠償を請求できる。経歴を注意深く調べれば、営業員の暴力的性向を知ることができたにもかかわらず、過失があつたた

表14 労働者採用時に行うテスト

心理テスト・行動テスト	16.8%
ドラッグ・テスト	49.8
ポリグラフあるいはその他の「正直」テスト	5.4
経歴調査	66.6
前科調査	41.8

Source: American Management Association, 65th Annual Human Resources Conference & Exposition Onsite Survey, April 9-13, 1994, Workplace Violence: Policies, Procedures, & Incidents, Final Results: 500 Respondents, Private Sector Corporations.

表15 在籍労働者に対して行うテスト

心理テスト・行動テスト	13.6%
ドラッグ・テスト	32.6
ポリグラフあるいはその他の「正直」テスト	4.6
前科調査	15.8

Source : American Management Association, op. cit.

めに顧客が強姦されたケースでは、使用者の不法行為責任が認められている (McLean v. Kirby Co., 490 N.W. 2d 229 (N.D. 1992))¹⁰⁾。

2. 労働者を調査するためのテスト

採用等に関する損害賠償請求訴訟を避けるために、企業はさまざまな対応を迫られている。アメリカ経営協会 (American Management Association) が、1994年4月に民間企業500社に対して行った職場暴力に関する調査によると、労働者の採用時や在職の労働者に対して企業は、表14や表15のようなテストや調査を行っている。

3. テストと人権侵害

企業が実施している上記のさまざまなテストは、労働者のプライバシーの侵害と密接に関連しており、連邦法ならびに州法によって規制が行われている。

(1) ドラッグ・テスト

連邦法である1988年職場におけるドラッグ排除法 (the Drug-Free Workplace Act of 1988, 41U. S.C. §§ 701-07) は、適用を受ける連邦政府との契約者、連邦政府の財政援助を受けている使用者は、職場におけるドラッグの問題について政策やプログラムを策定し、配付することを求めている。障害を持つアメリカ人法 (the American with Disability Act of 1990 (ADA) 42U. S.C. § 1201 et seq.) は、適用を受ける企

業が、応募手続き、従業員の採用や解雇、給与・報酬、昇進、業務訓練、およびその他の雇用の条件、処遇および特典に関して、有資格の障害者を障害ゆえに差別することを禁止している。現在ドラッグを使用している者は、同法の適用対象者から排除されているが、ドラッグ・リハビリテーション・プログラムに参加中ではやドラッグを使用していない者は同法の保護の対象となっているので、採用その他の労働条件で差別することは同法違反となる。

州法の多くは、ドラッグ・テストについて規制していないが、コネチカット州では、ドラッグやアルコールが労働者の業務遂行能力に影響を与える疑いが充分にある場合を除いてドラッグ・テストのために尿検査をすることを禁止している (Conn. Gen. Stat. Ann. § 31-51t et seq.)。ただし、禁止されているのは、尿検査によるドラッグ・テストのみである。

フロリダ州では労災補償法によって、労働者が事故を起こした場合、十分な疑いがある場合には、使用者は労働者にドラッグおよびアルコール・テストを求めることができる (Fla. Stat. Ann. § 440.07)。また、フロリダ州労災補償法は、テストに先立って文書によってドラッグ対策を知らせることにより、使用者が応募者および在籍の従業員にドラッグ・テストをすることを認めている (Fla. Stat. Ann. § 440.102)。

(2) ポリグラフあるいはその他の「正直」テスト

連邦法では、1988年労働者ポリグラフ保護法 (the Employee Polygraph Protection Act of 1988, 29 U.S.C. §§ 2001-09) によってほとんどの民間企業は、職場での盗難あるいは使用者の経済的損失を引き起こす出来事に対して十分な疑いがある場合以外は、求職者および在籍従業員に対してウソ発見機を使用することを禁止され

ている。

カリフォルニア州では州労働法典 (Cal. Lab. Code. § 432.2 (a)) によって、民間企業の使用者は、採用あるいは雇用継続の条件として、求職者および在籍従業員にポリグラフあるいはウソ発見機あるいは同様なテストを受けるように求めることを禁止されている。しかし、たとえばフロリダ州は、禁止していない。

(3) 前科調査

採用に際して、逮捕や拘留の有無について応募者に尋ねることが出来るか否かは、州によって異なっている。たとえば、カリフォルニア州では、有罪にならなかった逮捕や拘留について質問することは、労働法典 (the Cal. Lab. Code. § 432.7) によって民間・公務員を問わず禁止されている。これに対してフロリダ州では、公務員については規制があるが、民間労働者については前科調査については全く規制がない。しかし、州法が前科調査を認めていても、連邦法である公民権法第七編 (the Title VII of the Civil Rights Act of 1964, 42 U.S.C. § 2000e et seq.) の適用がある。1986年に EEOC は、公民権法第七編に基づく前科歴の問題に関するガイド・ラインを出している。差別されたと主張している者が属している法律によって保護されている集団 (たとえば、黒人またはヒスパニック) に不利な影響を与える前科がある者に対するガイドラインあるいは慣行の結果、採用を拒否したり、解雇した場合には、使用者はその決定が営業上の必要性に基づくことを、①犯罪の性格と重大性、②有罪あるいは服役後の時間の経過、③求職中の職務の性格の3つの要素について立証しなければならない。

4. 警告義務

(1) 民事責任

暴力的な行為が発生する可能性について情報を得た者が、潜在的な被害者と特別の関係にある場合には警告する義務を負う。使用者と労働者、銀行と預金者、運送業者と乗客、精神分析医と患者などは、警告義務を負う特別関係にあると解釈されている。

過去に暴力的な行為があった労働者について、管理職には何ら報告がなされていなかったため、列車内で勤務中に食堂車で朝食をとっていたその労働者を叱責した上司が数時間後に銃で撃たれた事案に対して、使用者は350万ドル (約3億5,000万円) の損害賠償の支払を命じられている (Smith v. National R.R. Passenger Corp., 856 F. 2d 467 (2d Cir. 1988))。

(2) 刑事責任

カリフォルニア州では、1991年1月1日より、カリフォルニア企業刑事責任法 (the California Corporate Criminal Liability Act, Cal. Penal Code § 387) により、「重大な隠された危険 (serious and concealed danger)」を知った企業および管理・監督者が、15日以内に被害者および州の適切な機関に文書で通知をしない場合には、刑事上の責任を問われることになった。もし、危険が切迫しているときには、通知は直ちになされなければならない。管理者に対して、重罪には、最高3年の禁固ならびに2万5,000ドルの罰金、軽罪には2万5,000ドルの罰金および企業に対して最高10万ドルの罰金が科せられる。「重大な隠された危険」とは、「製造物あるいは雇用慣行の利用あるいは製造物あるいは雇用慣行に個人が晒されることによって、死あるいは重大な身体的に対する危害を引き起こす通常のあるいは相当の予見可能性があり、被害者

になるおそれのある個人には分からない危険」と定義されている。労働安全衛生法が従業員の安全衛生を対象としているのとは異なり、企業刑事責任法は従業員だけではなく職場に関係するすべての人を保護の対象としている。

むすび——労働安全衛生法による 職場暴力の規制

1. 職場における暴力と一般義務条項

労働安全衛生法 (the Occupational Safety and Health Act of 1970, 29 U.S.C. § 651 et seq.) は、労安法の適用を受けるすべての労働者に安全で健康な職場を提供することを使用者の義務としている。労安法令の中には、職場における暴力の防止に関する特別の規定あるいは施行規則はないが、職場における犯罪による労働者に対する生命・身体に対する危険にアメリカで現実に適用が行われているのが、労安法の一般義務規定 (general duty clause) である。

労安法の第5条(a)(1)項は「使用者は、労働者の死亡あるいは重大な肉体的損傷を引き起こす、あるいはその恐れがあると認められない雇用と雇用の場を与えなければならない。」と定められており、一般義務規定と呼ばれている。労安法の制定に際して一般義務には現行規定よりも広範な内容が規定されていたが、罰則がなかった。最終的に一般義務に関する規定が確定した段階で、罰則が設けられ、単なる訓示規定ではなくなったという経過がある。したがって、使用者の一般義務の内容は、コモン・ロー上の使用者の安全保証義務よりは限定されているが、ここに規定された条件内ではコモン・ロー上の使用者の義務よりもさらに高度な安全保証義務を課したものと解されている。

一般義務規定の一番大きな存在理由は、適用されるべき基準がない場合に、一般義務規定が適用されることである。労安法第5条(a)(1)項は、現実に事故が発生する必要はなく、予見可能かつ予防可能な危険に対しても適用できるので、労災の防止義務を高めることができるという利点がある。裁判所は、一般義務規定違反の挙証責任は労働長官にあると判示している。

2. 一般義務条項の適用

1992年5月に労働安全衛生庁は、「使用者は、職場における暴力的な行為からその労働者を十分に保護できない場合には、一般条項規定違反で召喚される」という職場暴力に関する覚書を出した (23 OSHR 334)。

1993年の9月22日に、職場における暴力に対して労働安全衛生法に基づく最初の召喚状が出された。シカゴのチャーター・パークレイ (Charter Barclay) 病院 (精神病院) が暴力的な精神障害患者を隔離・拘束する際に患者による重度の肉体的傷害の危険から従業員を保護しなかったという理由で召喚され、労働安全衛生法違反で5,000ドルの罰金を科せられた。同病院の労働者は、患者による暴力のために骨折、軟骨裂症、咬み傷、膝のけが、頭のけが、打撲症の被害を受けていた。この病院の患者の中にはヤクザ、また過去に暴力行為あるいは異常な激昂の前歴がある者が多く、患者たちは、対人暴力を振るうのみならずドア、壁、配管なども破壊している¹¹⁾。故意にあるいは繰り返し労安法に違反すると違反ごとに最高7万ドルの罰金刑、労働者が死亡した場合には、責任者は最高1年間の禁固刑に処せられる (29 U.S.C. § 666)。

3. 暴力防止対策の動向

1993年9月に、NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) は、初めて「急告……職場における殺人を防止するための要請」を出した¹²⁾。職場殺人は、深刻な公衆衛生上の問題であるが、多くの使用者ならびに労働者は、その危険性を知らない。職場における殺人を防止するために、危険性の高い職種と職場を明確にし、労使双方にその危険について情報を与え、労使が職場における危険な要因を評価して殺人防止の方策をとるように奨励するとともに、研究者が職場殺人に関する情報を集め、防止策を検討するようにすることが急告の目的とされている。

部外者の目に触れる場所での金銭の取扱い、単独あるいは少人数での就労、深夜および早朝の就労、犯罪発生率の高い地域での就労、高価な物の護衛あるいは携帯、タクシー運転手や警官のように公共の場所での就労などが危険要因としてあげられ、防止策としては照明の設置、現金を置かない、警報装置の設置、労働者の数の増加、問題解決・非暴力的対応のための訓練、防弾チョッキの支給・防弾装置の設置、警官の巡回の増加などを求めている。連邦労働安全衛生庁とNIOSHは、職場暴力に関するガイドラインの策定を検討するとともに、大統領に職場における暴力に関する勧告を出すための特別委員会を1995年に設置している¹³⁾。

州レベルでもカリフォルニア、ニュージャージー州は、職務に関連した暴力の被害者になりやすい医療ケア従事者および公的サービスの従事者の安全の促進のためにガイドラインを策定している。1993年に殺人が業務上の死亡原因の第1位になったカリフォルニア州では同年に、就労中の労働者が襲われた場合に、事件か

ら72時間以内に警備保障計画を策定し、警察に届けることを使用者に義務づけた新しい法律が制定され、1995年1月1日より施行されている (Cal. A.B. 508 (1993), codified at Cal. Health & Safety Code §§ 1257. 7-8 (1993))¹⁴⁾。また、同州では、1994年に全米初の職場暴力安全法 (the Workplace Violence Safety Act, ABX 68, Chapter X-029, Statutes of 1994) を制定して、使用者が自己の雇用する労働者に対するハラスメントの加害者に一時的監禁・差止め命令 (temporary restraining orders and injunctions) を求めることを認めるようになった¹⁵⁾。

注

- 1) Applebome, Peter, "Workers Return To Slaying Scene," *The New York Times*, Aug. 22, 1986. 1991年11月14日には、解雇された郵便局職員が、ミシガン州のロイヤル・オークの郵便局で3人の上司を殺し、6人に怪我をさせ、自分に発砲して大怪我をした事件が発生し、郵政長官は、750,000人の郵政職員および元従業員の攻撃性や暴力的性向について調査するように命じた。郵便局では、過去8年間に元従業員による銃撃が9回発生している。*The New York Times*, Nov. 16, 1991.
- 2) Elisburg, Donald 1995 "Workplace Stress: Legal Developments, Economic Pressures, and Violence," *John Burton's Workers' Compensation Monitor*, Vol. 7, No. 6, p. 15. Testimony of Moe Biller, President American Postal Workers Union, AFL-CIO before the Subcommittee on Census, Statistics, and Postal Personnel and Subcommittee on Postal Operations and Services, U.S. House of Representatives, "Violence in the United States Postal Service," Oct. 14, 1993.
- 3) Swisher, Kara, "Working Under the Gun, Office Violence Is on the Rise, and Most Firms Aren't Ready to Deal with It," *The Washington Post*, May 8, 1994.

- 4) United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, *News*, "First National Census of Fatal Occupational Injuries Reported By BLS," Oct. 1, 1993. Redburn, Tom, "New York Leads in Workplace Killings," *The New York Times*, Dec. 12, 1993.
- 5) Larson, Arthur 1994 *Workmen's Compensation Law*, Matthew Bender, § 67.11.
- 6) *Occupational Safety & Health Reporter* 7-27-94, p. 391.
- 7) Roberts, Sally 1994 "Curbing Workplace Violence - \$12million settlement stresses need to act," *Business Insurance*, Feb. 21, 1994, p. 2.
- 8) Purdy, Matthew, "Workplace Murders Provoke Lawsuits and Better Security," *The New York Times*, Feb. 14, 1994.
- 9) Green, Ronald M. and Reibstein, Richard J. 1992 *Employer's Guide to Workplace Torts*, the Bureau of National Affairs, Inc., p. xix.
- 10) Pepe, Stephen P. and Hayward, Kathleen B. 1995 "Violence in the Workplace," in Bruno Stein, ed., *Contemporary Issues in Labor and Employment Law*, Little, Brown and Co., pp. 83~7.
- 11) *Occupational Safety & Health Reporter* 10-27-93, p. 646.
- 12) NIOSH, *Alert-Request for Assistance in Preventing Homicide in the Workplace* (September, 1993)
- 13) *Occupational Safety & Health Reporter* 2-22-95, p. 1863.
- 14) Pepe, Stephen P. and Hayward, Kathleen B., op. cit. pp. 95~7.
- 15) *Occupational Safety & Health Reporter* 10-12-94, p. 1031. 1993年のカリフォルニア州における業務上の死亡者は613人、このうち殺人による死者が229人で交通事故による死者の226人を上回った。深夜から未明にかけて1人で働いている労働者が強盗に殺害されるケースが約9割を占めている(朝日新聞・1994年8月12日)。

参考文献

文中に引用したものその他

Anfuso, Dawn, "Deflecting Workplace Violence," *Personnel Journal*/October 1994, p. 66.

Ratner, Richard A. 1995 "Workplace Violence: A Psychological Perspective: Causes and Strategies for Prevention," in Bruno Stein, ed., *Contemporary Issues in Labor and Employment Law*, Little, Brown and Co., p. 135.

(はやし・ひろこ 福岡大学法学部教授)

社会保障の発展における国際機関の役割

——新時代の社会保障を目指して——

ジェフ ヴァン・ランゲンドク

訳：岡 伸一

I. はじめに

本稿は敬愛するギ・ペラン氏の業績を再評価することを課題とする。彼は正に ILO における国際社会保障の偉大な専門家であり、欧州そして世界で施行されている関係法規のほとんどを草案したきわめて重要な人物であった。

ペラン氏は ILO のスタッフとして ILO に常に忠誠を表明していたが、現在の ILO の活動はペラン氏のとったスタンスと乖離しつつある。本稿では、ペラン氏の意図を再度検討することで現在の ILO の活動について批判的な検討を加えていきたい。彼は ILO を退職して初めてこの点について執筆しようとしていたが、もう我々はそれを知るよしが無い。不幸にも病気があまりにも早く彼を沈黙させてしまったからである。しかし、彼の死後に発表されたパリの社会保障歴史研究協会によって刊行された『国際社会保障法史 (Histoire du Droit International de la Sécurité Sociale)』の中の彼の草稿にはいくつかの論点が表明されており、これを手掛かりに以下で私の意見を述べていきたい。おそらくペラン氏本人が主張したかったこととあまり遠くはないものと確信する。

まず、本稿の目的と対象を限定したい。国際

機関として本稿は ILO を取り上げ、具体的には世界各国における社会保障を発展させるための国際基準の設定を対象を絞りたい。順序としては、まず、全般的な批判を述べ、続いて特定の具体的な批判点を指摘し、最後に結論として ILO の構造的な問題について論じていきたい。

社会保障の領域における国際機関の活動は 2 つの次元に分けることができる。伝統的に「調和化」と「調整」と呼ばれるものである。「調整」は既存の各国の法律の内容を修正することなく、国内法の相互の整合性を検討することで各国間の法律上の障害を除去していく技術的な作業を意味する。従って、「調整」は各国に対して特定の影響力を持つにしても、社会保障の発展を直接刺激するものではない。本稿では各国の行動を国際的な基準に向けてより直接的に誘導していく「調和化」の領域に焦点を当てる。実際に、こうした基準のすべてが市民の社会保障に関する権利と社会保障機関に対する国際共同体の見解を表明するものである。

社会保障の国際的基準については、ILO が独占的な役割を果たしていることは否定できない。多くの条約が締結され、多くの国々で批准され、専門家委員会によって管理されて有効に機能している。最も基本的で重要な条約は疑いもなく、1952年の社会保障の最低基準に関する

102号条約である。ペラン氏は若干の修正を加えて102号条約を欧州評議会 (Conseil de l'Europe) の欧州社会保障法典 (Code Européen de sécurité sociale) の中で再び取り上げた。以後、欧州評議会は議定書を取りまとめ、より精緻化された基準を確立した。その後も欧州社会保障法典は改正されたが、102号条約によって描かれた構造は基本的には堅持されている。その意味でも、本稿は102号条約を中心に検討を加えていきたい。

II. 全般的な批判

1. 社会保険から社会保障へ

ギ・ペラン氏は卓越した才能で1939年代の世界大恐慌と第二次世界大戦の時期にビスマルク改革以後に工業国に広まった社会保険からベヴァリッジによって表明された新たな概念である社会保障に向けての推移を記述している。ILOも即座に新たな組織に再編成され、世界中での社会保障の普及・宣伝活動に努めた。その際、社会保障は2つの機能を持っていた。1つはすべての国民への最低生活の保障であり、もう1つは労働者の所得保証であった。

社会保障が確立される前の発展段階は社会保険の時代であった。19世紀後半に先進工業国で共済保険のために政府や自治体の援助が振り向けられており、1881年11月のビスマルク宰相の下で強制保険として現実化した。当時、この制度が革命的な出来事であったことは周知のとおりである。この時の強制保険は雇用契約に基づく職業活動と結びつけられていた。強制保険の名の下に、良いリスクも悪いリスクも等しく社会化されたりリスクとして一本化された。すべての加入者が支払わなければならない拠出はとて

も低い水準か賃金比例で徴収され、しかも、労使で分配された。管理は被保険者が信頼できる労使代表によって構成された自治的組織によって行われた。強制保険は目覚ましい成功を収め、欧州中で普及し、さらに発展を続け世界中に広まっていった。財やサービスの生産が企業によって組織化されるならば、必ず労働の報酬として賃金が支給され、その賃金は社会保険によって保護されるのである。こうした構造が現代産業社会の基本的構造の一部を成し、また、同時にその社会の威信ともなっているのである。使用者は社会保険の効用を疑うべくもなく、労働者は政府が保障する最低所得保障よりもむしろ社会保険のより高い保障水準を好むものである。

この社会保険制度は19世紀の社会問題に対して説得力のある解決策を与えたが、20世紀の社会問題には十分対応できなかった。デュペイルー教授による伝統的な見解では、19世紀の社会問題は労働者階級と貧困階級が同一視されることによって特徴付けられた。20世紀の社会では、労働者はもはや貧困ではなくなった。社会保険は労働者にとって益々有用なものとなっていったが、貧困も社会の中で益々深刻なものとなって存続していた。社会的排除と考えられる貧困のリスクから保護されるべきなのは、もはや労働者ではなくすべての市民となったといえよう。貧困からの救済はすべての市民の権利として認められなければならない。こうした保障ができるのは政府の他にはなく、それが今日社会保障と呼ばれるものとなったのである。

ギ・ペラン氏は社会保障の誕生の日を第2次世界大戦終結時としている。この時、国際機関は例えば典型的なもので基本的人権宣言にあるような主要な法文を通じて社会保障への権利を

個人の基本的な権利と理解するようになった。戦後、多くの国々で憲法の制定に際して、国民の権利を保障する政府の義務について明記している。

こうした社会保障の概念は有名なベヴァリッジ・リポートによって具体化された。ただし、実際にはイギリス政府はベヴァリッジ・リポートの提案のごく一部しか実行しなかった。同リポートは50年経った今でもその有効性を失ってはいないことは、1992年にヨークで開かれた我々欧州社会保障研究所の研究集会でも確認されている。社会保障は政府の責務であり、すべての市民に対して生活上のすべての出来事において基本的保障を行い、人間としての尊厳に合う生活に導き、社会における政府の責任を保障するものである。社会保険はそのための1つの手段に過ぎない。扶助制度は別の手段であり、公的扶助給付は3つめの手段である。健康、教育、住居、雇用等の市民への社会サービスは4番目の手段といえよう。これらの異なる領域におけるさまざまな手段すべてによって、福祉国家は市民が必要とし、しかも、自力でできない保護を市民に提供するものである。

2. 社会的保守主義への傾倒

歴史を見ると、すべての発展段階において、前段階の古い技術は新しい発展の段階においても依然として存続してきた。人間の生活上のさまざまなリスクに対する保護の技術についても、明らかに同様のことがいえる。ある時期に国民に特定の生活水準を保障する手段が1つしかない場合、その唯一の手段が法的強制力を持つ前に社会的美德となり、道徳的義務となり、宗教的命令にすらなる。時代を追って挙げると、これらの手段とは、家族の扶養、貯蓄、

財産、慈善、民事責任、相互扶助、そして保険であった。新たな発展段階に突入すると、旧来の保護制度の必要性を失うが、宗教的・道徳的美徳として旧制度を支えていた法的規定を一切排除するのはきわめて困難である。発展した現在の社会保障法においても、家族の扶養や民事責任が併せて明記されている。社会保険と社会保障の関係も同様である。古典的な社会保険組織は新しい制度体系になっても容易には立ち去ってくれない。

1952年のILO102号条約は法律体系に宣言と勧告を盛り込むことで終結したが、結局、曖昧な性格に留まり、全般的には認められながらも、社会保障の権利を人権とみなす原則を確認するには信頼性を欠いている。

3. 狼と小羊

社会保険は堅持されているだけでなく、さらに発展し続けている。社会保険は社会保障の主要な部分を占めているという理解が一般的である。旧来の社会保険は多くの国において新たな構造の要請に対する画期的な対策を採ることなしに、「社会保障」という新たな名前を勝ち取った。欧州、特に欧州大陸諸国の制度の現状では、社会保障は2つの目的を追求している。全国民の最低生活保護と労働所得の保障である。両者はきわめて異なる概念である。両者は異なる集団に接近するものであり、異なる技術を活用し、異なる財政と行政を要するし、異なる適用条件下で、異なる給付を提供する。

2つの目的のうち最低生活の保障が社会保障において本来はより重要なものであるはずである。ところが、実際には労働所得の保障がより重要視され、財政においても、注目度からしても、社会保障の主要な部分を占めている。例え

ば、ベルギーでは所得保障のための支出は1,143億ベルギーフランであるのに対して、最低生活保護にはわずか363億ベルギーフランのみしか支出されていない。つまり、社会保障総支出のわずか3.17%しか最低生活保護に支出されていない。

あえて寓話で説明するならば、社会保険は狼であり、最低生活保護は小羊に相当する。両者は同じ川で水を飲まなければならない。社会保険は社会の支配集団にとって重要な給付を保障するものであり、労使双方の代表によって管理される基金を形成することで、比較的良い収入を獲得している者に高額な給付を保障するものである。つまり、大きな家屋で、有能な人が居住し、最高のコンピューターが備わった階層に属し、管理は例えば医師等によって行われる。他方、もう1つの社会保障の構成要素である基礎給付は社会の最底辺の階層を対象として、資力調査に基づいて最低給付を提供するものである。そこでは、利害者集団を代表する組織はなく、行政によって一方的に管理されるか、あるいは別の組織の管理下に置かれる。この制度は地方のレベルに権限が分権化されており、制度の内容では地方によってかなりの不均衡が存在している。こうした状況の下で、最低保障給付の発展は望ましいことではあるものの、財政上の競争においては社会保険に大きく遅れをとってしまう。

4. ILOの曖昧な役割

ギ・ペラン氏は本人が大いに貢献し普及させてきた社会保障の新たな概念に比べて、ILOの姿勢が曖昧であると遺作の中で触れている。すべての市民が保護を必要とする最低所得保障はフィラデルフィア宣言によって再確認された

が、この機能に関して触れているILO67号条約を見ると、おそらくその対象を労働者にしか設定していない。以前は社会保障の普遍的な使命を明言していたが、社会保障に関するその後のILO条約では、市民の間で最底辺の階層はそのままにして、単に労働者だけに各国政府の法的整備の対象を限定させるよう努力してきた。

労働者の所得保障は社会保障の主要な目的ではない。政府は労働による所得の保持のために個人の労働者に対して責任を受け入れるものではない。所得の水準は人によって大きく異なる。所得の相違が保持されるよう政府が要請されるのは、明らかに労働が終了した時のみである。労働者が所得水準を維持したいと思ったとしても、その責任は第一義的に個人に帰属するものである。政府が演じるべき役割は労働者がリスクに陥った時に保護制度から除外されないようにすることに留まる。つまり、すべての国民に対して強制適用を実行することである。しかし、その財政的責任は利害者個人に帰する。

労働者の所得保障は社会保障においては二次的な使命にすべきであり、一次的な使命は貧困者、最底辺生活者、弱者の解放に向けられるべきである。逆に、社会保険は最低水準以上、あるいは平均水準以上の所得を伝統的に保護するものである。社会保険の各集団は彼らの視野や利害を行政当局に押しつけるようになった。これがデレーク教授が「マシュー効果」と名付けたものであり、福音のいう「持っている人は与えられてなお多くのものを持ち、持たない人からは持っているものさえ取り上げられる（マテオ25章29）」にあたる。

このことは人類すべてにおいて明白ではあるが、世界中の貧困研究によって動機づけられた運動に水をさすのが現状である。こうした闘争

は特に北欧や西欧で特定の成功をもたらしている。だが、国際的な局面では社会保障は現代社会においては主として雇用を見出した国民の特権である社会保険として理解されている。

もちろん、私は ILO 側が思案する政治的効果については関知しない。私は ILO の社会保障部門の担当者を沢山知っていて、彼らがより貧困な大衆の改善の必要を認識していることも知っている。だが、基本的保障を提供する最低限度の社会保障の構造にとってかわる体系に彼らが言及するのは稀である。現実には、ILO は第三世界に比較的裕福な者を保護する社会保険を導入することを支援しており、他方で、大衆は貧困のうちに生活しており、解決不能の問題が置き去りにされている。

III. 具体的な批判

全般的な批判を通して、ILO102号条約が欠陥を持っていることがわかった。とりわけ、その欠陥として次の具体的な点が指摘されよう。制度の適用範囲、給付の財源、労働災害保険、遺族給付、そして、失業保険である。

1. 適用範囲

ILO 条約の批准に際しては、社会保障の各制度に関して適用対象が定められている。そこでは、最低基準として、すべての者がすべてのリスクから保護されるという一般的に想定される前提が要求されていない。条約は調印する国に国民の80%、あるいは、労働者の50%が法定制度の保護から除外されることを認めている（第9条、15条、21条、27条、33条、48条、55条、61条）。つまり、本当に保護が必要な者を保護することが各国政府に強制されていない。すでに

社会的に恵まれている、特に公共サービス部門や公企業、外国企業の労働者の50%に政府が行う社会保障のための努力を集中させることを阻止する術がない。こうして、ILO 条約は実際に調印した国が民間保険と同じ方法でリスクを選別することを可能にしてている。このことは社会保険の目的に逆行するものである。

さらに、ILO 条約は扶養者については何ら言及していない。豊かな国においても扶養者はまだきわめて多数を占め、発展途上国ではさらに依然として大きな存在となっている。条約は調印国に扶養者の社会保障の権利を否認することを許している。

さらに、こうした状況が基本的人権として認識されている社会保障への権利に反することであるか否か問い直すべきである。フィラデルフィア宣言において、ILO は社会保障政策を完全な医療と保護を必要とするすべての者への最低所得を保障するものと理解するように強制させた。国民の20%、労働者の50%のみがこうした保護を必要としていると信じられるであろうか。社会保障の権利はすべての人の権利ではないのか、そして、国民の間の特定期率の者だけのものではないはずである。

ILO は国際機関であるが、多くの加盟国の中には西欧型の社会保障を組織化する手段を持っていない国があることを私も知っている。この事実は慎重に考慮されなければならない。世界中で社会保障の最低基準を設定するための法的手段において、まず第1に個人の社会保障の権利が確認されなければならない。さらに、財源を確保できない国であれば給付が最低限度の性格とされたり、あるいは、暫定的な政策によって非特権的な特定集団が排除されたりすることを容認することは慎まなければならない。既存

の形態では、ILO 条約は人権宣言や経済的・社会的・文化的権利に関する国際条約の規約に反するように我々には思われる。

2. 財 政

ILO 条約は社会保障の財政については付言していない。財政方式の相違に関する議論は当然ながらまったく考慮されていないのであろう。この条約はその形態が保険であれ、扶助であれ、行政府による直接的な給付であっても、政府によって保障されるすべての社会給付に適用される。このことは平等の見地からすると危険を生み出した。ILO 条約は従前所得に対する比例給付を好んで取り上げている。だが、その給付がどのような財源調達を行うのか明らかにしていない。多くの国々ではさまざまな財源を混同しているという実態があり、結局、公的な基金から賃金に比例した社会保険給付に対して財政補助が与えられる。政府が国家収入によってすでに高い所得を享受している者により高い給付を提供することは誤っている。そのような給付への権利は、当事者によって支払われた拠出に基づく制度のみにおいて容認されるものである。

他方、現在は企業の競争力を向上させるために使用者の社会的負担を削減させようとする傾向が多く国々において確認される。こうした新しい形態の「社会的ダンピング」は実際にきわめて危険である。このことは政府が社会保障を介在として産業に補助金を支払っていることを意味し、論理的には利害関係者の拠出によって調達されなければならない給付のために公的基金を利用することになる。

ILO102号条約はこうした問題を規制することを目指していない。これらに沈黙することに

よって所得の逆再分配に至っている状況を黙認しているともいえよう。社会正義を保護するための条約65条の中にこの点に関する短い規定を挿入することは可能であるように思える。

3. 労働災害保険

多くの国々において、労働災害保険は社会保険の中でも歴史的に最も早くから法制化された制度であった。ただし、ドイツは例外であるが。現在でも、正当化できる重要性よりもはるかに大きな関心が労働災害保険に寄せられている。ILO 条約のVI節は労働災害について規定しているが、他の保険制度より長く扱っている。つまり、他の社会的リスクについてはそれぞれ6条文が割かれているが、労働災害には8つの条文が見られる。実際には、労働災害のための支出は社会保障支出合計の約5%に過ぎない。労働災害保険への関心の強さは明らかに過剰である。

こうした労働災害保険への過度の関心については、多くの説明がなされている。まず、労働者はしばしば危険な労働環境の下で労働を強制されるが、彼らの立場がきわめて従属的であるため、労働災害を防ぐためにはより強いイニシアティブが必要とされたとする。この説明はしばしば聞かれ、説得力のあるのも事実だが、他の社会的リスクについてもそのまま当てはまる。この説明は、他のリスクに比べてなぜ労働災害保険の必要性がより強いかについて説得力を持たない。それよりはるかに重要な貧困者への最低保障制度についてはまったく強調されていないのが現状である。

本来の理由は簡単であるが、利害関係者の間で抑えこまれてきた。労働災害保険は労働者ではなく使用者を保護するために創設されてき

た。歴史的に見ると、労働災害保険の起源は1850年から1870年ごろの企業内で災害が頻発した過程にあるのではなく、19世紀末の経営者に対する損傷、襲撃、殺人等の事件が続発した過程で成立していったのである。労働者の起こした訴訟は損害賠償を請求できる唯一の方法として既得権となっていた。その際、使用者は労働災害の犠牲者に自動的に適用される補償制度を創設することによってその責任を回避しようとしたのである。さらに、いくつかの国々では労働者が使用者あるいは関係者に対して損害賠償の訴訟を起こすことを禁じる規定を導入していた。

労働災害保険は労働者の間でも人気を集めた。社会保障の他の制度下の給付よりも高い水準の補償が提供されたからである。特定期間中に完全労働不能に陥る場合や、補償を受けられて所得の喪失には至らない永久的な身体障害の場合等の特定の労働災害においては、とりわけ労働災害保険は労働者の支持を得た。労働災害を選択できなかった犠牲者にとっては、この制度はあまり一般的ではなく、強い関心を抱かせなかった。

現在では労働災害保険の人気は明らかに低下してきている。道路事故の無過失責任保険制度が発展してきたため、この種の保険の補償と比べて、労働災害保険制度の内容はまったく優遇されていないことになった。今や道路事故の犠牲者にも民間の完全な保険が適用され、より低い水準の社会保険給付でも満足されるようになった。こうした状況は労働災害保険が社会保険制度の中で例外的に優遇されていることに大きな疑問を投げかけるであろう。

この問題はより広い視野から検討されるべきである。労働災害に起因する労働不能は別の原因による労働不能と異なる補償給付を支給され

ることがいかに正当化できるであろうか。もし、政府がすべての国民の最低保障と労働者の所得保障のために社会保障制度を創設するとすれば、すべての人に等しい待遇を採るべきである。法の前において万人は平等なはずである。一般的には、損害の原因は損害賠償への権利に何ら影響を及ぼさないはずである。原因はその損害を以後に再発を防止するためにのみ重要となるが、このことは社会保障の領域を越えている。

労働が公式の原因ではなく労働不能に陥った障害者に、より低い補償給付を適用させることは明らかに差別を意味する。ILO102号条約のXI部の付録において、補償最低率は労災においては50%、それ以外の制度は40%か45%と明記している。つまり、条約自体が調印国政府にこうした差別を承認させているのである。

使用者責任は労災に認められるこの待遇の差を正当化することはできない。使用者が責任があるとしたら、50%ではなくて100%、あるいは少なくとも責任相当分は負担しなければならない。そして、もし、使用者が責任があるとしたら、民事責任の法律によって規定される人とまったく同じ対象となる。民事責任と社会保障とが共存することは解決すべきいくつかの問題を提起するが、その解決はすべての場合において特権も例外もなく平等に行われなければならない。

これらの諸条件から、少なくとも労働災害保険が疾病や障害や死亡等の保護制度と異なる給付を支給することは正当化できない。この異なる性格の寄せ集まった労災保険はまず社会保険と使用者責任の2つの制度に分割されるべきであり、2つの制度がそれぞれ完全に別個に機能するように配慮されるべきである。特定の国々ではすでに職業上のリスクに関する制度を排除

しているが、その他の多くの国ではまだこれを保持している。ILO がこのような形式を世界中に広め続けているのは慎重な政策とは思われない。

4. 遺族給付

同様の問題関心は102号条約で8番目に掲げられたリスクについても向けられる。世帯主の死亡によりその配偶者や子どもが被る資力の喪失に際して適用される遺族給付制度である。この制度においては、19世紀の労働者家族の苦しい生活条件の下で発展し、20世紀の前半に支配的だった理想的な家庭像が創設の前提にされてきた。つまり、夫が賃金労働者であり、妻は専業主婦として家事や育児に従事する家族である。こうした家族の中の配偶者や子どもが労働者の死亡に際して遺族給付制度の保護を受けるのであった。

周知のとおり、現実には家族構造は必ずしも伝統的な形に留まっていない。結婚しても同居しない場合もあれば、離婚する場合もあり、再婚する場合もある。また、結婚しないで同居する場合もあるが、この場合は実際には別居をしても法的には離婚とも認められない。子どもは必ずしも本当の親と同居しているとは限らない。育ての父や母を持つかも知れないし、他の労働者の遺族保険の受給者である孤児かもしれない。

遺族保険制度はこれらすべての家族状況に応じて公平に管理できるものとなっていない。遺族と離婚した配偶者との間で、短期間同居した現在の配偶者と長年連れ添った前の配偶者との間で、あるいは、婚姻者と非婚姻者との間での平等待遇は存在しない。

さらに、生活様式や生活上の欲求も変化した。

かつての理想であった専業主婦はもはや少数派によってしか支持されなくなった。女性運動家は主婦の専門化は女性の差別から生じたものと認識している。女性は益々社会に積極的に参加するようになっていく。現代の夫婦は共働きしてより快適な居住環境を求める。また、労働生活も週休が増え、休暇も益々長くなり、女性も働きやすくなった。さらに、早くに退職して老後を十分楽しむための保障を労働期間中に確保するのである。こうした共働き夫婦は遺族保険から何の恩恵も与えられないのである。一度もこの制度の適用を受けず、夫婦それぞれが労働することによって自らの適切な保護を構築していく。逆に、彼らは専業主婦のいる家庭に比べてより恩恵の少ない給付を受けるために2倍の拠出を強いられるのである。

最善の解決策はデンマークで見られるように、社会保障において原因に由来する制度別の権利を廃止し、各市民にすべての状況に応じた社会保護への個人の権利を付与することである。つまり、労働者には雇用への権利あるいは失業給付を、年金年齢に達したら年金を、労働市場に再適用できないのであれば早期年金をとという考えを改めるべきである。こうしたモデルはもはや国民の合意を得ていない。むしろ、かなり遠ざかっている。それなのに、社会保険の概念のチャンピオンのように、ILO が旧来の制度別権利のモデルのみを確実で疑いようのないものとして普及させるのは時代錯誤である。

5. 長期失業

失業については、ほとんどの国々が特定期間に限って失業保険によって所得の保障を行っている事実で102号条約も従っている。この支給期間の後には資力調査を基にした定額給付の失業

扶助が適用される。我々は ILO が採っている立場に対して 2 つの反論を指摘できよう。

第 1 の点は、失業保険は短期の失業者に限定されていることである。つまり、長期失業は通常は失業保険制度によって保護されていない。失業のリスクは疾病のリスクと同様に扱われ、両者とも障害者のための給付制度と異なる性格を有すると考えられる。健康保険においては、疾病が続く限り長期療養も適用対象となるが、永久的な疾病、つまり障害となると適用が中止され障害給付が適用される。ところが、長期失業は社会保障によって保護されるリスクとされていない。この構造はすべての市民の個別的権利として、社会保障への権利を犯すものである。社会的に阻害された階層にとっては、長期失業の際の保障への権利はきわめて重要なものである。

長期失業者は社会扶助によって、あるいは、しばしば、扶助制度の特別な形態によって保護される。ILO102号条約は扶助が社会保障の 1 つの形態でないとは言っていない。だが、長期失業者のための扶助制度を権利として創設することを怠っている。より重要なことは、社会保険給付の支給対象から除外し、扶助制度に移管することでしか障害のリスクを認めていないことである。ILO が障害者とすべての点で同一な条件下にあり、識別することが困難である長期失業者に対して障害者と異なる待遇を設定することは理解できない。

ここに 2 つ目の批判点がある。ILO 条約は各国が失業者に疾病や障害とは異なる対処をするように導いている。このようなことは社会のいたるところで見られるが、いくつかの社会学的な要因によって説明される。法的にもほぼ同様の傾向が見られるが、道徳的には正当化できな

いものである。ILO のように社会正義のサービスを行う国際組織は疾病と障害と失業との間で加盟国が平等待遇を遵守するように強制させるようではなければならない。失業というリスクが労働不能というリスクとまったく異なるという概念は今やまったく時代錯誤である。疾病とか障害に陥った労働者は労働による通常の所得を等しく失うのである。その理由は健康状態であれ、年齢であれ、資格の欠乏であれ、地域の経済状況であれ、その他可能なすべての環境要因であれ、結果としての所得喪失という事実には変わりはない。失業者は地域の経済情勢のため、あるいは、年齢のため、資格の欠乏のため、その他すべての状況のために所得を喪失した者である。きわめて短い期間を除いて、経済的な意味での失業を伴わない労働不能はないし、労働不能でない失業も存在しない。

ILO102号条約は依然として独立した 2 つの現実を区別をしているようである。つまり、失業者を軽視し、二次的被保険者として扱う各国の態度を助長させている。これは明らかに ILO が支援すべき姿勢ではない。

IV. ILO の構造的問題

以上で述べてきた諸問題は、その法規と使命において労働者の利害の保護を目的とする ILO の基本的構造と関連するものである。だが、社会保障の対象は労働者にのみに限定されるものではなく、社会保障は当該国のすべての国民の権利であり、その第 1 の使命は労働の世界から排斥され、疎外された人々を保護することにある。

ILO は労働者の保護に貢献するものであり、ILO 自体も労使代表によって管理されるが、労

働の世界以外に属する人々の社会保護を組織化する権限があるだろうか。労働組合も、また、使用者団体も社会保障が保護すべきすべての人々を代表する組織でないことは明らかである。とりわけ、被扶養者、農業従事者、さらに、経済危機の時に数を増やすそれ以外の階層の人々や発展途上国において著しい貧困階層に属する人々を労使関係団体が代表することはできない。

多くの人々は少なくとも組織構造において、社会保障はほとんどの国において労使代表によって管理されているとして、私を批判するかも知れない。私も古典的な「労使団体」以外に国民を代表する適切な形態を見出すことが困難であることを認める。このこと自体が彼らの社会的地位の低さを固定化させている。だが、それ以上が望めないから労働組合によって代表させることに十分な理由を与えるかどうか再考する余地がある。労働者の組合は社会的使命を持った組織ではない。単に、経済的な性格を持った組織である。労働組合はカルテルを形成することによって労働者である組合員の利害を守るものである。そのカルテルは労働市場における交渉相手である使用者の側の団結があって初めて正当化されるものである。

すべての巨大組織と同様に、労働組合も幾つかの近視眼に苦悩している。組合は問題を楽観視しているし、利害関係者は労働者の中でも弱者と称される者達よりもより強く良好な状況下にある。労働組合は障害者や疎外された者への基本的な保護よりも、むしろ良い報酬を得て資格を持った労働者の既得の生活水準の保持を保障するための社会保険制度や、この保障を完全にするための補足給付制度へより強い関心を振り向けるのが現実である。

私は ILO がすべきことを述べる資格はない。だが、質問を投げ掛けることはできる。社会保障の領域における ILO の使命についての論理を遵守するために、ILO はいかにその構造を適用化させていけるのだろうか。4つの可能性が2つのグループにおいて考えられよう。

- ① ILO は社会保障に関して、事務局の構成員として各国の代表団のなかに被扶養者、障害者、年金生活者の代表と貧困者扶助機構を含ませる。
- ②あるいは逆に、社会保障に関する議題のときには各国代表を政府の代表のみに限定する。
- ③国際社会保障協会 (AISS, ISSA) を ILO の社会保障部門の一部に統合しその権限を委譲する。
- ④ ILO は社会保障を放棄し、既存の国際社会保障協会 (AISS, ISSA) を発展させ、特別な組織を創設し、社会保障の課題を委任する。

いずれにせよ、十分可能性は高いが、仮に組織がその構造を変更しない決定を下したとしても、社会保障に関して、特に102号条約について原則の内容を改定するために議論が開始されるべきである。だが、たとえ私がここで述べた見解が受け入れられないとしても、やはり、半世紀の間堅持されてきた基本原則は容認しなければならない。本来の質の良さは別として、理念と現実の進展に光を当てつつ、基本原則を再検討していかなければならない時期に達している。

〔訳者補足〕

本稿は、Jef Van Langendonck, "Le role des organisations internationales dans le

développement de la sécurité sociale”,1994. の翻訳であり、もともとはILOでの同教授の報告書(未刊行)を基に手直したもので、平成6年5月28日埼玉大学における日本社会政策学会での報告のために準備されたものである。なお、スピーチ用の原稿であるため、若干

編集してある。

(Jef Van Langendonck

ルーヴァン大学法学部教授，社会保障法研究所
所長，欧州社会保障研究所代表幹事)

(おか・しんいち 大分大学助教授)

ニュージーランドにおける保健医療改革と 競争原理の導入について

——市場および政府の失敗に対する Quasi-Markets の形成——

西 村 万里子

I. ニュージーランド社会保障の変革

ニュージーランドは、多くの先駆的な社会政策に加えて、老齢年金法(1898)、児童手当制度(1926)、総合的事故補償制度(1974)等の導入において、世界の最先端を歩んできた。また、アメリカについて成立した社会保障法(1938、1964年に現行法)は内容・総合性の点で世界で初めての高い水準に達するものとして、ベヴァリッジプランにも影響を与えた。これらを基礎にその後1960年代にかけて、労働党政権の下で¹⁾、ニュージーランド経済の安定を背景として、社会保障・社会福祉施策が拡充・進展され、高度な福祉国家体系が形成されていった。

この段階までのニュージーランド社会保障施策の特徴として、次の点があげられる(横浜市(小松編)(1987))。

- ①社会保障領域における社会保険と公的扶助の総合化にとどまらず、主にハンディキャップを持つ国民を対象とする社会福祉的施策と主に労働者を対象とする社会政策をも総合した、独特な発展形態をとげた。
- ②社会保障の費用は拠出に基づく社会保険方式によるのではなく、一般租税で賄われている。

③②とも関連して、中央政府の役割が大きく、中央政府と地方自治体の共同分担方式をとらずに、中央政府が各地域事務所を通じて、社会保障・福祉サービスを直接提供する方式である。

④基本的に、社会的に弱い層により厚い手当を保障するという考えに基づく。具体的には、資産調査を前提として、選別的な対応をすると同時に、給付は一律に普遍的に保障するという、給付方式である。

その後、1970年代のオイルショックに伴う農業・酪農畜産品の相対価格の低下(ニュージーランド輸出の中心である)、イギリスの EC 加盟に伴う輸出市場の縮小によって、ニュージーランド経済は停滞し、さらに80年代以降、財政悪化・高齢化問題も顕在化してきた。このような経済・財政問題に対して、1984年から87年の労働党政権の下で、大規模な経済改革が実施された。

それは①規制の緩和・撤廃による金融の自由化、②公的部門に対する補助金・規制の緩和・撤廃、③所得税・法人税を中心とする高度累進課税体系から、物品サービス税(Goods and Services Tax)の導入による税制改革、であった。この一連の経済改革は80年代に実施された、英米のサッチャリズム、レーガノミックスと称

される改革と類似し、規制や累進的税負担の減少、補助金の撤廃により、公私両部門における競争機能を活発化しようとしたもので、大蔵大臣の名にちなんでロジャーノミックスと称された。

続いて、1987年から同労働党政権の下で、経済改革の一環として、停滞する経済に対応するように社会保障の財政負担の軽減を目的として、医療・教育を含む社会改革が実施に移された。①教育部門においては、授業料の有料化、②医療部門においては、保健医療サービス制度の改革と患者自己負担の選別性の強化が行われた。この改革においては、公的負担の軽減を図るために、全般的には受益者負担を増加させたが、給付の選別主義的性格を強化することで、高齢者、障害者、低所得者層等に対しては、保障水準を維持する方法で対応した。

1990年、労働党に代わり政権を担った国民党政権は、労働党の実施し始めた社会保障改革をさらに大規模な形で着手し、現在もその改革を進めている。労働党政権では、社会保障の給付水準の引下げは行われなかったが、国民党政権下に至って、年金や失業手当等の給付水準の引下げ、保健医療サービス部門の自己負担制度の導入等を通じて、保障水準の抑制が実施されるようになった。それは、基本的には労働党が行った選別主義的保障を強化する方法で進められた。

以上のように、ニュージーランド社会保障の改革を概観することによって、1980年代以降、1960年代までに形成された高度な福祉国家体制を大きく変化させる改革がなされ、その背景には経済的要因が働いていることが確認できる。それは経済の低成長と社会保障費の増大による財源問題と高齢化という、先進国に共通する問

題に対処する試みである。そして、その方向は①普遍的な一律の給付水準から、選別的保障へ、②一般租税による公費負担から受益者・世帯の負担へ、③中央政府の直接的な社会保障サービスの提供体制から契約・競争を基礎とする供給体制へ、と社会保障システムを再構築していこうとするものである。保健医療における市場の失敗に対して、1970年代までの政府の介入が実施されてきたが、その介入の結果生じた政府の失敗に対応するものが、近年の改革といえる。

ニュージーランドの社会保障については、その優れた足跡にも関わらず、地理的な位置や人口規模が小さいこと等により十分な研究がなされてこなかった²⁾。しかし、高度に築かれた福祉国家の1国が、先進国共通の問題に対応を図るために、社会保障制度をどのように改革しているかを考察することは、今後の日本の社会保障改革を考えるうえでも、必要となってくる。また、市場メカニズムを社会保障部門に導入する動きは、1980年代以降の先進国共通の改革方向である。この点からもニュージーランドの社会保障改革の考察が必要とされる。

II節以下では、ニュージーランド社会保障改革の中で、とりわけ根本的な改革が実施されている、保健医療改革に焦点を当てて考察する。同国では、1980年代後半以降、2度の保健医療改革が実施され、特に1992・93年から、保健医療サービスの需給両面にわたって、大きな改革が実施されているが、本稿では、市場と政府の失敗に対応する供給面の改革に焦点を当てることとする。まず、1938年社会保障法成立から1980年代にいたる保健医療サービスシステムの在り方・問題点をふまえたうえで、1980年代、1993年の改革の内容・課題について理論的視点も含めて考察する。

II. 1980年代以前の保健医療システム

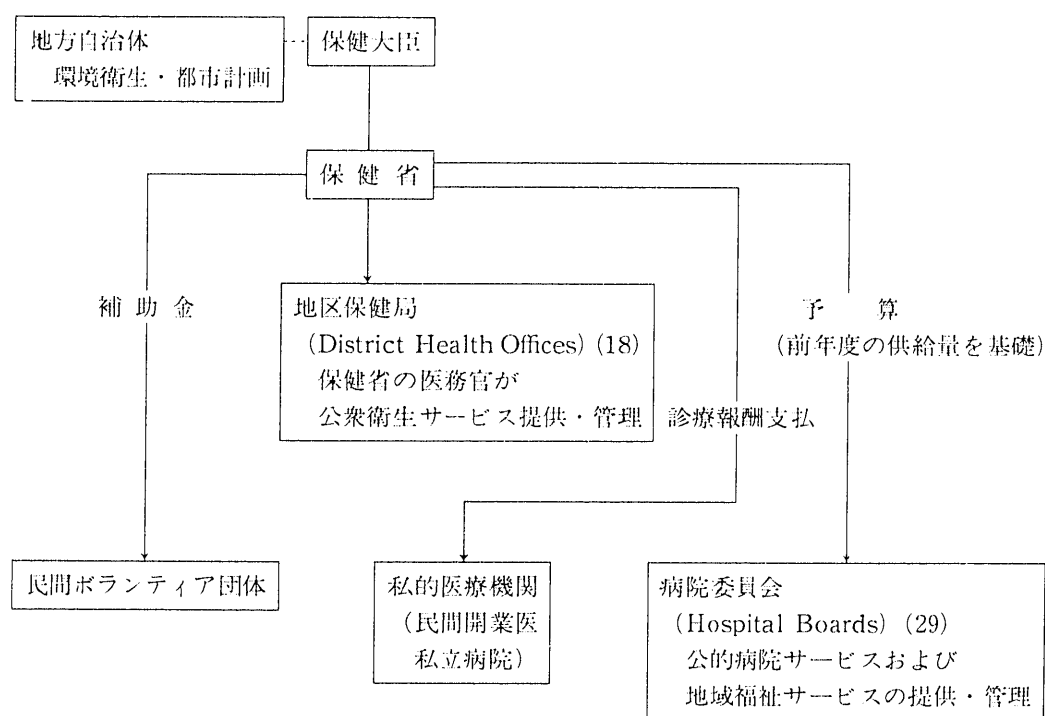
1. ニュージーランドの医療保障制度の成立

ニュージーランドの医療保障システムは、日本のように医療保険に基づく体系ではなく、イギリスと同様に一般租税で包括的に医療サービスを提供する体系に分類される³⁾。

医療供給部門については、日本と同様に公的部門（公立病院）と私的部門（私立病院，民間開業医）からなる混合供給体制であるが，第2次・第3次医療レベルでは公的部門の比率が高い（1991年病院数－公立146，私立191，病床数－公立19,125，私立6,963）。この体系は，基本的には1938年の社会保障法の理念に基づき，医療サービスを社会サービスとして，全住民に対して普遍的アクセスを保障する考えを具体化したものである。

1980年代までの医療保障制度における供給面については，1920年保健省が設立され，その支部として医療・コミュニティサービスを管理する地区保健局，公立病院を管理・運営する病院委員会等の役割が明確化されたことによって，医療保障システムが体系化された。需要面については，1938年法によって，保健医療給付が制度化され，公立病院の入院サービスの無料化が実現された。1940年代までに，給付体制が確立され，公立病院の入院・外来サービス，私立病院・民間開業医の検査・X線・出産サービスについては無料，私立病院・民間開業医の診察・入院サービスについては一部の給付補助が実現された（山崎（1977））。

形成された保健医療システムの概略は図1である。公的部門において，公衆衛生に関わる保健医療サービスの計画・提供・財政については，保健省（Ministry of Health）が責任を持ち，



資料：OECD（1994），*Health Policy Studies* No. 5, *The Reform of Health Care Systems*, OECD, Paris, p. 227 より作成

図1 1980年代以前の保健医療システム

この目的のために全国は18の保健地区 (Health Districts) に分割され、各地域に地区保健局 (Health District Offices) が設置された。各保健地区は保健省の医務官 (Chief Medical Officer) によって管理されていた。公的病院サービスとコミュニティサービス (老人や障害者に対する地域看護や在宅ケアサービス等も保健医療サービスに含まれている) の提供については、保健地区とは別に、全国が29の病院区に分割され、各地の病院委員会 (Hospital Boards) によって管理されていた。その委員は地区の選挙によって選出されるが、経費は中央政府である保健省が負担していた。

私的部門 (私立病院、民間開業医) においては、日本と同様に出来高払い制 (fee-for services basis) の下で保健医療サービスの供給がなされている。しかし、統一して規定された診療報酬体系はなく、供給者はサービス価格設定の自由を持っている。費用については、私的部門の薬剤・検査・出産サービス等は国が全て負担するが、一般医・専門医の診察サービスや入院サービスは一部分国が給付として負担する。給付と価格との差額は患者が負担する。また、保健医療・社会福祉サービスの提供における、民間ボランティア団体の役割は大きく多様であるが、これらにも国が補助金を交付している⁴⁾。

その他、環境衛生と都市計画は地方自治体に委譲されている。ただし、保健医療システムにおける自治体の役割は小規模で、全体的に中央政府が保健医療サービスの普遍的な保障をするという、中央集権的な組織といえる。

2. 1970年代以降における問題の顕在化

以上概観した保健医療システムは、1970年代初頭までの経済成長を基礎として、その拡張・

維持が可能となっていた。しかし、それ以降、一方で経済成長が低下するとともに、他方で、以下の2点の問題が表面化してきた (Blank (1994))。

①保健医療支出については、対前年増加率をみると、1969年から72年は14.8~15.7%、1973年から80年は20%以上の上昇、対GDP比でも、1960年4.3%、1970年5.2%、1980年7.2%へと上昇を示した。この間、保健医療支出に占める公的負担の割合も1970年80.3%、1980年88.0%へと増加を示しており、医療支出と公的支出の増大が第1の問題点となった (図2、表1参照)。

②私立病院・民間開業医サービス (主にプライマリケア、第2次医療を担当) については、国からの部分的な給付と給付を越える差額分を患者が自己負担する形であるが、制度設立当初は、給付を上回る差額徴収部分の割合は少なく、出来高払いの下で、平等なアクセスが実現していた。しかし、1941年から1969年まで、保健給付の水準が据え置かれたために、1950年代初頭から差額徴収の割合が増加し始めた。1970年初頭には実質的給付率が約50%まで低下した。その後、給付の上昇が実施されたものの、十分な引上げが行われなかった結果、1980年には実質的給付率が20%以下にまで低下した。

私立病院・民間開業医サービスに対するこのような実質的給付の低下が、低所得者層にこれらのサービスに対するアクセスを低下させることになった。この問題は、患者負担のない、公立病院の入院や診察を待つ人数と期間 (waiting lists) の増大となって、顕在化してきたのであった。

1974年、Health Service for New Zealand (Ministry of Health) の報告書が提出され、このように表面化した問題が1980年代からの公

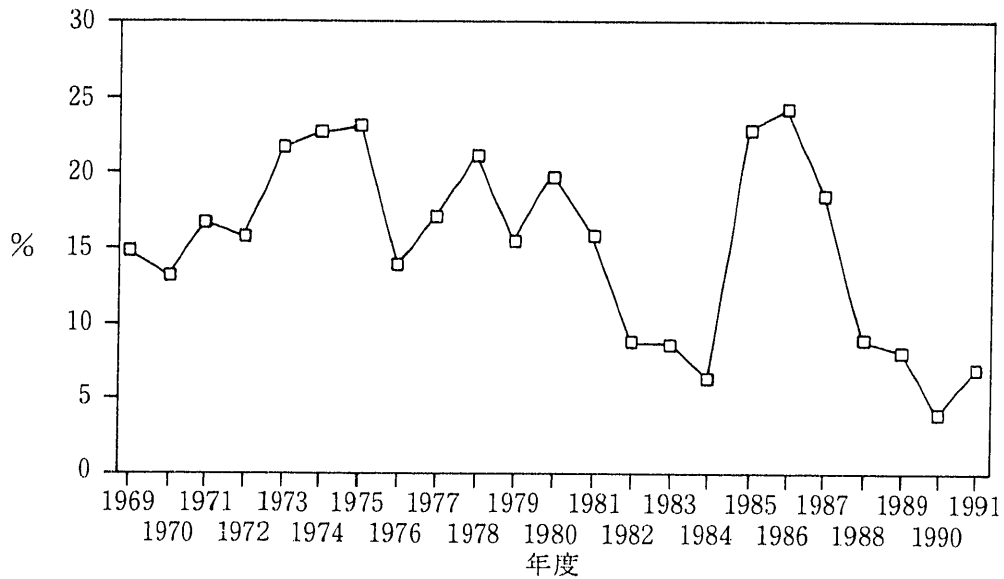


図2 保健医療費の対前年増加率

表1 保健医療支出

年度	保健医療支出 (100万 NZドル)	対GDP比 (%)	公費負担 (%)	自己負担 (%)	民間保険 (%)
1960	124	4.3	80.6	—	—
1970	300	5.2	80.3	—	—
1980	1,660	7.2	88.0	10.4	1.1
1981	1,923	6.9	—	—	—
1982	2,090	6.6	88.1	10.2	1.3
1983	2,267	6.5	—	—	—
1984	2,408	6.1	87.0	11.0	1.5
1985	2,956	6.5	86.9	10.8	1.8
1986	3,670	6.6	86.3	11.4	1.9
1987	4,344	7.0	87.3	10.4	1.9
1988	4,718	7.1	85.6	11.6	2.4
1989	5,090	7.1	85.8	11.4	2.4
1990	5,277	7.2	82.4	14.5	2.8
1991	5,633	7.6	81.7	14.5	3.5

資料：Blank R.H. (1994), *New Zealand Health Policy A Comparative Study*, Oxford University Press, Auckland, p. 130
 OECD (1993), *Health Policy Studies No. 3 OECD Health Systems*, OECD, Paris, Vol. 1 p. 108, Vol. 2 p. 34 より作成

立病院の経営効率化を意図する改革を実施させる要因となったのである。

III. 1980年代の保健医療改革

1. 1980年代の保健医療改革の内容

1974年報告書の提案は、労働党政権の下で、1983年地域保健委員会法 (The Area Health Boards Act) として具体化した。この改革によって、保健医療サービス提供の効率化を図るために、①公的部門においては、中央の保健省が直接管理・運営していた体系から、保健医療サービス全般の購入・供給を行う独立した主体となる体系へ再編成されて、それらの主体が保健大臣と契約するシステムへ変更された。しかも、契約には保健医療サービスのインプットではなく、アウトプットに基づく基準を導入した。②公的部門への予算配分について、従来の前年度の費用実績を基礎とする方法を変更して、人口を基礎とする基準 (population-based-funding formula) を導入し、公立病院予算の配分に制約を設けた。加えて、病院経営の効率化にむけて、総括管理者 (General Manager) 制度を導入した。これらの改革は1980年代初期に行わ

れたイギリスの医療改革と類似点が多く、公的部門の経営構造を変更するものであった。

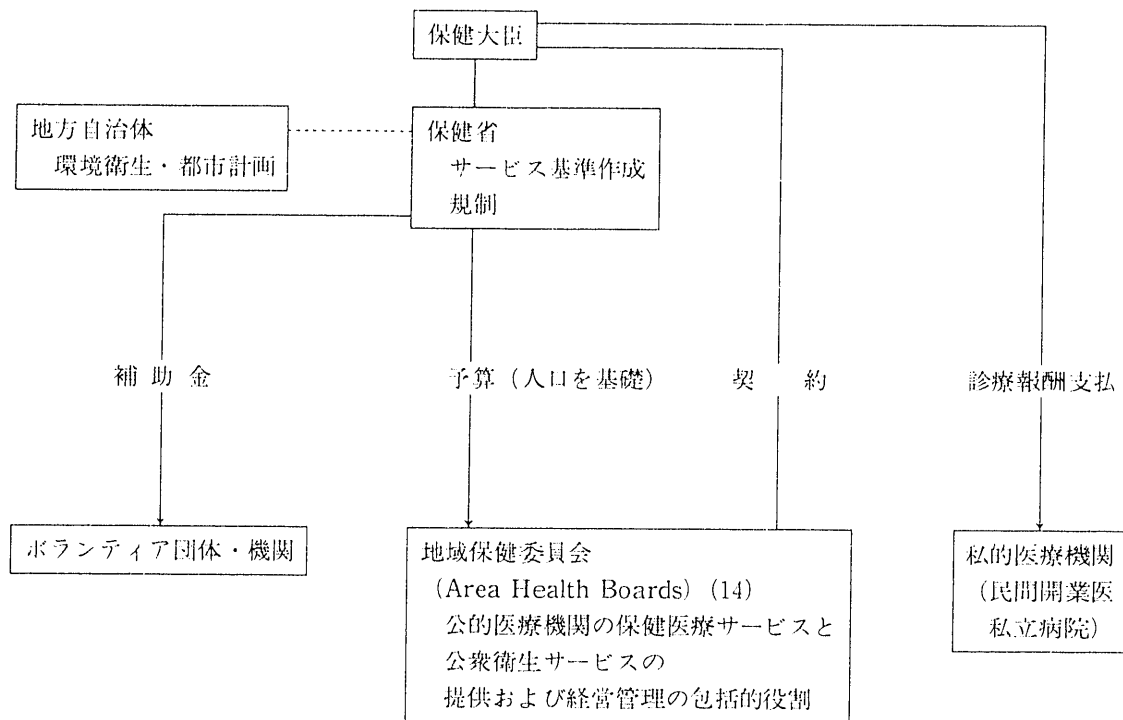
具体的に改革の内容をみてみよう。公的医療部門については、1983年法の下で、公衆衛生サービスを担当する保健省の地区保健局と保健医療・コミュニティサービスを担当する病院委員会からなる従来の構造が、両者の機能を統合して、地域保健委員会 (Area Health Boards: AHBs) を基礎とする構造に変更された。同時に、保健医療サービス全般の提供において、各 AHB と保健大臣が直接契約するシステムが導入された (図 3 参照)。

AHBs の最初の設立は1985年から開始されたが、住民と医師側の反対のため、段階的な設立となった。反対理由は、それまで地域の保健医療サービスを担っていた病院委員会の委員は、委員長も含め全て地区の選挙で選出されていたが、AHBs の委員長は政府官僚 (Chief

Executive Officer) とするという点にあった。1989年までによくやく14の AHBs が設立され、AHBs システムが形成された。

1983年から88年までは、AHBs の委員長を除く委員は (委員数 8 ~ 12名)、3年ごとの地方自治体の選挙と同時期に地区選挙によって選出されていた。しかし、1988年から91年にかけて、委員人数を減少させるとともに、財政・経営知識を補充する者として、保健省から委員長に加えて4人の委員を任命することになった。このような保健省による AHBs の任命委員の増大は、以下に触れる、独立主体としての AHBs と保健大臣との契約システム機能を縮小させる結果を生じさせることになる。

AHBs システムへの変更は、中央保健省の役割を AHBs に分権化することを目的としていた。そのため、保健医療以外の公的部門における中央政府の行政管理縮小の改革が、さらに保



資料 : OECD (1994), *Health Policy Studies No.5, The Reform of Health Care Systems*, OECD, Paris, p. 229 より作成

図 3 1983年～1992年の保健医療システム (段階的導入のため1989年から完全実施)

健医療部門の管理・財政に契約システムの導入を実現させた⁹⁾。それは AHBs への再編の中に、各 AHB と保健大臣との間の直接の年単位契約 (contract) を導入するもので、契約には両者間の経営責任関係 (accountability) も定義された。しかも、契約の基準として、The Health Benefits Review (1986) の提案に基づいて、インプット基準でなくアウトプット基準が、1989年 (病院委員会から AHBs 体制への変更完了時点) に公式の基準として作成された。それは、提供されるべき保健医療サービスの範囲に関して、健康状態、サービスの内容、アクセス、効率等のデータを利用して180種類のアウトプットを特定化するもので、契約するアウトプットは入院サービスから在宅ケアまでの範囲に及ぶ。

このアウトプット基準使用の背景には、政府が2次医療の拡大抑制のために、1980年から作成していた保健医療サービス計画のガイドラインにおいても、当初のインプット基準からアウトプット基準に注目するようになっていたことが存在している。

公的部門への財源配分基準の変更も実施された。1983年まで、病院委員会による体制においては、過去の費用実績を基礎として財源が配分されていたが、1983年以降、AHBs の財源は人口を基礎として、その地域のニーズに合わせて予算額で配分されるように変更された。その他、年齢・性別構成比率、出生・死亡率に加え、患者の移送費用等も考慮される。このように AHBs の予算配分に制約 (capping) を設け、加えて、公的病院に総括管理 (general management) を導入することによって、病院経営の効率化を通じて、費用抑制を図ろうとしたのである。

2. 1980年代改革の問題点

1980年代医療改革は、保健医療サービス部門における中央政府の役割縮小とサービス管理・提供における経営の効率化を求めるものであった。このために、地域保健委員会 AHBs が設立され、保健省管理下の地区保健局は再編され、保健医療・コミュニティサービスとともに公衆衛生の計画・提供についても、AHBs が役割を担うことになった。その結果、AHBs の設立は中央保健省の権限を縮小させる意図であったにもかかわらず、それは従来の病院委員会の権限に地区保健局の権限を加えたものとなり、不十分な統合を生じさせた。

また、AHBs 体制形成時の1990年度から、AHBs は独立主体として、提供するサービスの範囲・アクセス、医療費に関して、保健大臣との直接契約が開始された。しかし、AHBs 委員の保健省からの任命割合は徐々に増加され、契約システム機能が縮小し、この改革は逆に中央集権化する結果となっていた (Blank (1994))。

実際に、AHBs 体制におけるアウトプットに基づく契約の実施が次のような問題を生じさせた。それは、①公立病院の効率化を達成できなかった結果、実質保健給付の低下による国立病院の waiting lists の増大・長期化、②保健医療の費用、アクセスに関する AHBs 間格差の拡大である。①について、1980年代において、保健医療費に占める自己負担の割合はほぼ10%で一定であったが (表1 前掲)、国立病院の手術に関する waiting lists 件数の平均は1981年の38,501件から1991年は62,035件へと61.1%の増加をみた。私立病院の自己負担の増加が無料の公立病院への受診を促し、waiting lists の増加となって表れたものである。これらの問題に加えて、一旦は低下した保健医療費も、1980年代

後半から再び上昇し始めた。このような問題が1980年代保健医療改革の構造的欠陥を露呈させることになった。

構造的な欠陥とは、AHBs体制が地区保健局と病院委員会の2つの機能を統合し、逆に中央化を招く点と、サービスの購入者と供給者という2つの役割を持つ意味で、独占的な性格を有するに至る点という根本的な問題であった。加えて、waiting listsの増大に表れるアクセスの不公平問題は患者の自己負担のあり方と関連していることが認識されるようになった。これらの点が1990年以降の大規模な保健医療改革の要因となった。

IV. 1990年代の保健医療改革

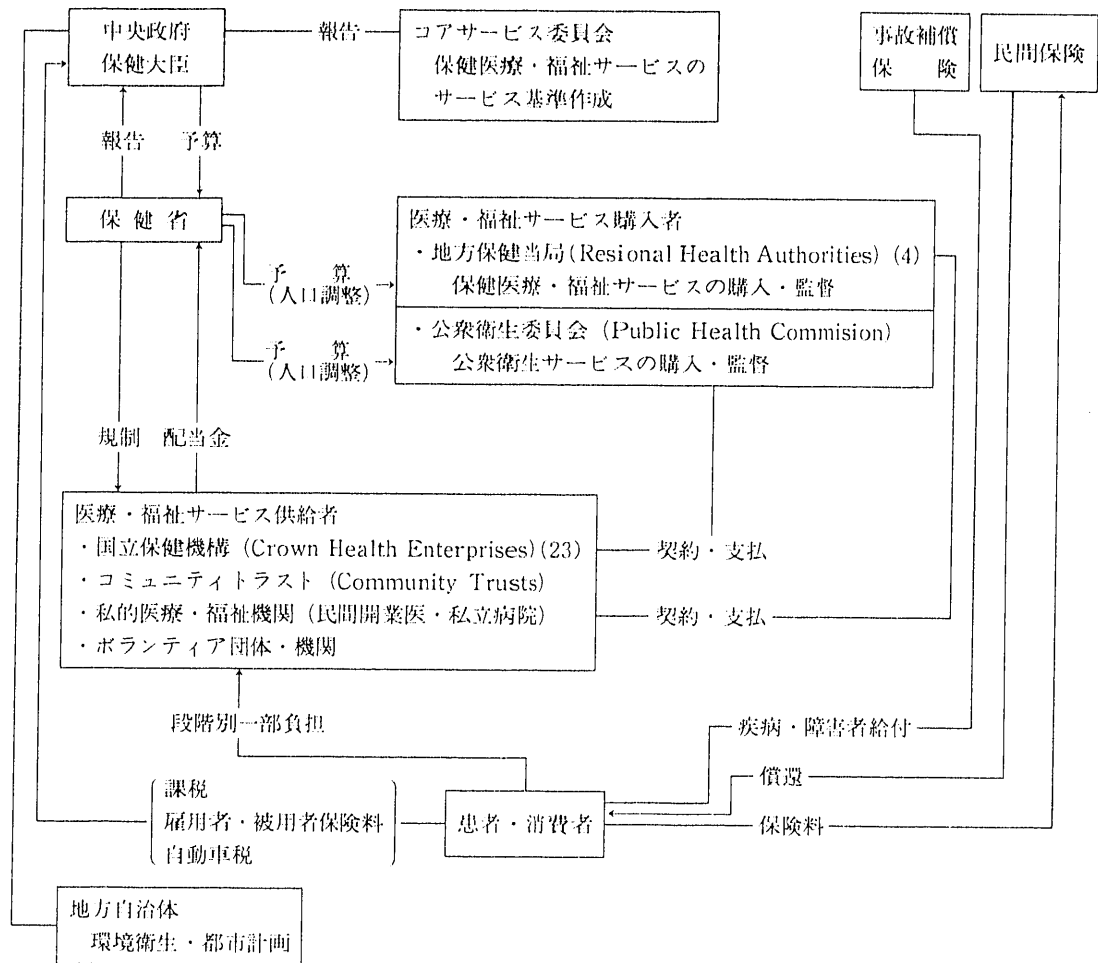
1980年代改革の問題点を受けて、労働党政権下で、AHBs体制への変更が完了する以前にThe Hospital and Related Services Taskforce (Gibbs reports titled Unshackling the Hospitals) (1988)がすでに提出され、さらなる改革が主張されていた。この中で、保健医療・公衆衛生サービスに関する購買機能と供給機能が結合されているAHBsシステムから、購入者(purchasers)と供給者(providers)を分離させ、両者が保健医療サービスの質と価格について契約することで、供給者間の競争を生じさせる、Quasi (internal)-Marketsを導入する。これによって、公的負担をする保健医療システムの効率化を図ることが主張された。

この主張は労働党政権では却下されたが、次政権となった国民党政権の報告書Your Health and the Public Health (1991)の中に具体化され、1993年から改革が実施された。それは供給面を中心にして中央保健省が管理・規

制していた保健医療体制から、競争原理をもつ市場へ移行させようとする大きな改革であった。1990年からのイギリス医療改革に類似したもので、市場および政府の失敗に対応して、市場と政府メカニズムの各々のメリットをあわせもつQuasi-Markets(疑似市場)を形成する改革である。改革の要点は以下にまとめられる(Hofmaeyer & McCaCarthy (1994), OECD (1994))。

①この改革は1993年の保健医療・障害者サービス法(The Health and Disability Services Act)の下で、1993年7月1日から実施に移された。AHBsに統合されていた購入者と供給者の役割が分離、AHBsは廃止され、新たに購入主体として、一般保健医療・コミュニティサービスを担当する地方保健当局(Regional Health Authorities: RHAs)と公衆衛生サービスを担当する公衆衛生委員会(Public Health Commission: PHC)が、供給主体として、公立病院グループの国立保健機構(Crown Health Enterprises: CHEs)、コミュニティサービスを供給するコミュニティトラスト(Community Trusts)が設立された。供給主体は上記の他に、私的医療機関(私立病院・民間開業医)、民間ボランティア団体が加わることになる(図4参照)。

購入者は国から配分された予算の下で、地区住民の代理人として、保健医療サービスを購入する。全ての公的・私的供給主体はRHAsまたはPHCと契約を結び、契約した特定のサービス範囲を供給する。この契約関係において、購入・供給される保健医療サービスの最低水準を全国民に対して保障するために、政府によってコアヘルスサービス諮問委員会(National Advisory Committee on Core Health Ser-



資料：OECD (1994), *Health Policy Studies No. 5, The Reform of Health Care Systems*, OECD, Paris, p. 238

Hoffmaeyer U.K. and McCarthy T.R. (eds.) (1994), *Financing Health Care Vol. 2*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, p. 843

Blank R.H. (1994), *New Zealand Health Policy A Comparative Study*, Oxford University Press, Auckland, p. 129 より作成

図4 1993年の保健医療改革

vices) が設立され、地区住民に提供すべきサービスの基準を提供することになった。

②これまでプライマリケアと2次医療、社会福祉サービスの財源は、別個に配分されていたが、設立されたサービス購入主体には、これらの全サービスを含む一定額の子算が配分されることになる。

③供給側において、公立病院と私立病院・民間開業医間の競争を生じさせることになるが、将来は私的な保健医療機構 (Health Care

Plans: HCPs) を設立し、購入側、つまり需要側における競争の導入も考えている。

1. 保健医療組織の改革

次に、新保健医療システムにおける、各主体について各々の役割をみてみよう。

(1)地方保健当局 (Regional Health Authorities: RHAs) と公衆衛生委員会 (Public Health Commission: PHC)

従来の AHBs は廃止となり、AHBs に統合

されていた一般保健医療サービスに関する購入と供給の役割が分離され、購買機能をもつ4のRHAsと供給の役割をもつ23のCHEsが1993年7月から設立された。

RHAsは地域住民である消費者の代理（エージェント）として行動する。従って、サービスの質と提供の効率化を図りつつ、プライマリケアから第2次医療にわたる保健医療サービス、障害者サービスをも含む福祉サービスを適切に購入する責任を担っている。それらのサービスは各供給主体（CHEs、私的医療機関、コミュニティトラスト、民間ボランティア団体）から購入するが、それは各供給主体とサービスの範囲、価格、質等についての契約（Contract）に基づいて行われる。

財源については、サービス種類ごとに分断されて配分されていた方法から、財源を統合して、各RHAには全ての保健医療関連サービスの購入を賄う総枠予算（capped budget）が配分される方法に変更された。財源の単一化によって、費用抑制を図るのが目的である。診療報酬の支払方法や価格設定は、RHAと各供給主体との契約において、総枠予算の制約の下で自由に決定することができる。

RHAsの委員は地域住民による選出ではなく、保健大臣から任命されることになった。従って、RHAは地域住民＝消費者の代理人であるとともに、支払者（funder）としての政府の代理人でもあるため、保健大臣に対しても責任をもつ。設立は1993年7月から開始されたが、変更完了までの移行期の措置として、AHBsの地区選出委員は廃止され、暫定的に保健大臣から管理者（Commissioner）が任命された。また、RHAsは患者の自己負担の水準についても自由な決定権を持つことになるが、当面は全国統

一の自己負担・給付水準が作成されている。

公衆衛生委員会 PHCは国立組織として設立され、AHBsに統合されていた機能の中で、公衆衛生サービスの購入に関する責任を持つ。RHAsと同様の形で実施される。

(2)国立保健機構（Crown Health Enterprises：CHEs）とコミュニティトラスト（Community Trusts）

従来、公的医療部門はAHBsによって所有され、管理・運営されていたが、この改革の下で、AHBsの持つ2機能が分離された。それによって、供給側は独立採算制の公的企業体として、23のCHEsに変更された。従来システムでは、公立病院の赤字分は公費で補填され、その累積赤字額は1990年度346（100万NZ\$）、1992年度650（100万NZ\$）に達していた。新システムへの変更によって、CHEは独立採算の公的企業体となるため、株主となる保健・大蔵大臣に対する配当金、税金も支払うことになる。

各CHEは購入者のRHAと契約して、保健医療・福祉サービスを供給するが、契約をめぐるCHEs相互間あるいは私的医療機関との間に競争が生じることになる。新システムへの移行期においては、供給側への競争の導入によって、供給するサービスの範囲や継続性が低下しないように、政府は暫定的に、供給量に基づいて支払う契約（bulk-funded contract）を導入した。この措置によって、既存のサービス供給が財源的に確保されて継続できることとなっている。

また、社会福祉・出産サービスの提供、アルコールクリニックやリハビリテーションセンター等を含む、民間ボランティア団体や地方自治体がトラストを形成することによって、供給主体としてコミュニティトラストも設立された。

この供給主体も RHAs, PHC と契約してサービスを提供する。

(3)私的医療機関（私立病院，民間開業医）

供給主体の1つとして，RHAs と契約することになる。RHAs の公的財源の配分に関して，私的医療機関相互間及び CHEs との間に競争が生じることによって，供給者に費用効率化のインセンティブをもたらすことになる。

従来のシステムにおいては，民間開業医と私立病院は保健医療サービスの価格を自由に決定でき，支払方法が出来高払い制であるために，予算制限はなかった。しかし，新システムでは，総枠予算（overall capped budget）が各 RHA に配分され，各 RHA はこの予算制約の下で，全ての保健医療サービスに関わる費用を契約した供給主体に支払うことになる。従って，私的医療機関の財源も RHAs の総枠予算の制約を受けることになる。それによって，契約を通じて現行の出来高払い制が変更される可能性も出てくる。

(4)患者

従来のシステムでは，保健省からの定額保健給付と給付を超える差額分を自己負担する形態の下で，患者は私立病院・民間開業医受診の選択の自由を有していた。改革後，消費者の購買力は RHAs に集中させ，意志決定を委託することになるため，患者の選択の幅は，RHAs と私的医療機関との契約の形に依存することになるが，RHAs と契約しない私的医療機関の受診に際しては，基本的には患者側の負担になるため，選択の幅が縮小する可能性もある。

従来保健省から支給されていた保健医療給付は各 RHA から支給されることになる。長期的には，RHAs および将来の HCPs（後述する）は独自の給付や患者負担の水準を規定すること

になるが，暫定的には国が統一的な給付・患者負担水準を規定している。将来，HCPs が設立されれば，異なった給付・患者負担水準に関して，当該地区の RHA と私的な HCPs，これらと無契約の私的医療機関との間で，患者側の選択が可能となる。

(5)私的保健医療機構（Health Care Plans: HCPs）

1991年の報告書においては，消費者選択を保障するために，RHAs 以外に購入主体として，民間の保健医療機構 HCPs の設立が考えられていた。この HCPs には RHA と同様に政府の財源が配分され，この予算制約の下で，入会者に対して政府が規定する保健医療サービス基準をカバーして提供する。政府の監督下での私的な企業体となる。HCPs は現在，改革計画から除外され実施に移されてはいない。将来，HCPs が設立されると患者側は当該地区の RHA と民間の HCPs との間で，選択の幅が拡大することになる。

2. 改革後の予算配分とコアサービス基準の導入

公的医療機関の予算配分については，すでに1983年に変更が行われていた。それは公立病院を管理・運営していた病院委員会に対して，供給量＝費用に応じた配分方法から，人口を基礎とした配分方法（population-based founding formula）への変更であった。変更前は費用を基礎として赤字補填も公費で行っていた。この変更によって，公立病院予算の予算配分に制約を設定することで，費用抑制を図ろうとしたのであった。

AHBs 体制への移行後も，1989年から同様の配分方法が使用されていた。この体制で AHBs

と政府の契約システムが導入されるとともに、インプット基準でなくアウトプットを基準とした契約が導入された。それに対して、私的医療部門に対しては、出来高払い制の下で、保健省からの定額給付と差額分の自己負担によって賄われていたため、予算的制約はなかった。

1993年に始まる医療システムの改革以前は、私的医療機関、公的医療機関、社会福祉・障害者サービスは、各サービスごとに別々に財源が配分されていた。この改革によって、供給主体やサービスごとに分離されていた財源が統合され、プライマリケアから2次医療、障害者サービスを含む福祉サービスに関して、RHAsは総枠予算を保健省から配分されることになった。これは、保健医療関連サービス全体の財政と提供の効率化を図るものであった。

財政と提供の効率化を図る一方で、改革後の契約システムの中で、政府は充分で最低限のヘルスケアのアクセスを保障するために、コアサービス基準を作成することになった。1992年4月、政府のコアヘルスサービス諮問委員会(National Advisory Committee on Core Health Services)が設置されて、年1回作成した基準を保健大臣に提出する。

コアサービス基準作成の意味は、最低限のヘルスケアへのアクセスの保障であると同時に、公的に提供すべきサービスの範囲・水準を規定することである。従って、長期的には、保健医療に対する公費負担を規定することになる。すなわち、これに示された範囲については政府が公的に負担するが、それ以外の範囲は受益者が負担するという考えを表す点で、その作成は改革における重要な役割をもつ。このようなコアサービス基準を保健医療サービスの財政配分に導入したのは、ニュージーランドが最初である。

最初のコアサービス基準はRHAsの初年度(1993年度)契約に向けて作成された。しかし、短期的には基準を導入しても、供給側における財源配分にほとんど影響は生じてこないように作成されている。1993年度基準は現在提供されているサービス範囲と量を包括的に表示、1994年度基準はRHAsが提供すべきサービス範囲を大分類で表示するが、量についてはRHAsに任せるために表示しない。1995年度表示は現在公費で負担しているサービスをコアサービスとして示し、加えてアクセスやサービスの質の視点から、数種の疾病については効率的な治療例の提示、手術に関しては最大許容待ち期間が規定された。

3. 保健医療給付の改革

本稿は改革の供給面に焦点を当てているため、需要面の保健医療給付の改革については簡単に触れるにとどめる。

保健医療給付は1980年代以降の景気後退期にも十分に引上げられなかったために、患者自己負担の増加によってアクセスの保障が低下していた。もともと、ニュージーランドは公立病院の入院・外来サービス、薬剤・検査・出産等サービスの無料と、私的医療機関における選別的給付の形態を通して、アクセスを拡大してきた。それは、1969年以来、児童、高齢者、慢性疾患患者には一般成人よりも高額な給付がなされていたことにも示される。

従って、医療支出の増大に直面した際に、一般成人の給付がまず第1に据え置かれ、1980年代後半の医療改革で、診察サービスの医療給付(Medical Benefits)が一般成人についてはついに廃止となった。さらに、医薬品支出の急増に対して、薬剤サービスの自己負担が導入され

たが、ここでも、一般成人は他の者より高い負担となっていた。選別的な給付・負担の方向はさらに拡大した。1992年2月1日から、診察・薬剤・病院外来サービスに対して、世帯所得に応じた3段階の給付・自己負担が導入された。低・中所得層の2つのグループにコミュニティカードが導入され⁶⁾、低所得者、老齢年金等受給者、学生は最も給付の高いグループ1に分類され、公立病院の外来サービスの自己負担はない。従って、低所得層に関しては公立病院の入院・外来・サービスの無料は維持されている。

このように段階的な自己負担・給付 (targeted co-payments) を導入することによって、公立病院と民間開業医の外来サービスとの間の負担の公平と低所得者、高齢・慢性疾患者に対する保障水準を維持しながら、全体としては自己負担を増加させた。そのことによって、需要側からの (demand driven) 支出増を抑制しようとしたのである。そのため、低所得世帯にとっては民間開業医のプライマリケアの医療給付は増額され、自己負担が低下した。さらに、薬剤・病院外来サービス等の自己負担においても、上限が設定されて、過剰な負担から保護される仕組みとなっている。

現在、所得と明確に関連させた自己負担を規定しているのはニュージーランドのみである。この仕組みは1993年改革後の医療システムに引き継がれた。そこでは、保健省に替わってRHAsが医療給付を支給することになる。

V. ニュージーランド保健医療改革の理論的検討と課題

—Quasi-Marketsの視点から—

1992、93年から実施されている保健医療改革

の方法は、中央政府が直接コントロールするのではなく、公的資金に基づいて、消費者の代理人が供給者とサービス提供に関して契約することで、供給側に競争原理を導入して、保健医療システム全体の効率化を高めようとするものである。すなわち、政府の役割を保健医療サービスの購入のみに縮小し、供給側の意志決定を分権化して競争を導入することで、Quasi-Marketsを形成する政策である。このようなQuasi-Markets導入政策を理論的に整理してみる⁷⁾。

ヘルスケア市場は通常の市場と異なって、①需要の不確実性、②消費者の情報の不完全性(情報の非対称性)、③外部性の存在の特徴を持つ。①に対応して保険が発生するが、保険はモラルハザード、逆選択の問題を持つ。また、②③が供給側の独占状態を生じさせ、各供給主体が独占主体として行動しうることによって、供給者誘発需要 (supply induced demand) や価格の引き上げを招く。③によって、消費者の自由な選択に任せると過少消費となる。このように市場機構の下では、ヘルスケアに内包する特徴から非効率が生じてしまう。その結果、非効率に対処するために政府が介入することになる。

②から生じる問題に対しては、供給者への規制 (価格統制や最低供給水準の保証等) と政府による直接提供の方法で、政府が介入する。しかし、前者は供給側に参入障壁を招き、後者は政府の独占となる結果、やはり競争の欠如を生じさせ非効率となる。①③から生じる問題に対しては、医療給付・補助を導入して医療サービスの価格を低下させることで、消費水準を社会的効率を高める水準に導く政策をとる。しかし、この政策も価格を引き下げすぎると、超過需要となり、価格のrationing機能が低下する。その

結果、待ち期間の増加となって非効率性が顕在化し、公平性が低下する。

このような事情から、市場の失敗に対して実施される政府の介入も、競争の欠如によって非効率や公平性の低下が生じることになる。つまり、政府の失敗を招くのである。そこで、市場の失敗と政府の失敗に対して、各々の機能のメリットを利用するのが、イギリスやニュージーランドの保健医療改革にみられる Quasi-Markets の導入である。前節で検討したニュージーランドの医療改革はこのような考えに基づき、購入者と供給者を分離して、供給側に競争原理を導入することで、Quasi-Markets を形成する政策である。供給側への競争導入によって効率を高め、消費者の情報の不完全性に対して、消費者の代理人を導入することによって、公平性を維持しつつ公的負担を増加させずに、医療費を抑制し、患者への責任を上昇させるのが目的である。

Quasi (擬似) と称するのは次の点で純粹の市場と異なっているからである。供給側では、公的・私的部門の供給主体が、消費者の代理人との契約をめぐって競争する。需要側では、保健医療サービスに関して消費者の情報や知識が不完全なために、消費者の購買力は購入代理人(エージェント)に集中させる。意志決定は代理人に委託され、そこでサービス水準の監督を行う。しかも購買力は金銭で表われるのではなく、購入のために配分された公的資金となる。

そのような Quasi-Markets を評価する際に、ヘルスケア評価の基準として、①質、②効率、③選択の自由、④責任、⑤公平の5つの基準と、その背景となる①市場構造、②情報、③取引費用、④動機付けの項目が挙げられる。現在、ニュージーランドの保健医療改革は移行期

にあるため、その効果については言及する段階ではないが、これらの基準にそって改革のもつ問題点を考えてみたい。

まず、市場構造に関する購入者と供給者の分離による供給者間における競争機能の導入については、各 CHE は民間病院と競争することになるが、暫定的には費用(供給量)に基づいた支払いとする契約となったため、実際の競争原理の導入は徐々になされる。さらに、大規模公立病院は独占の状態にあるため、独占的購入者 RHAs の存在とともに、実際に供給側に競争を作っていけるかが基本的な問題である。一方、私立病院、民間開業医も診療報酬支払方式に関して、新システムを受け入れるかという点もある。

RHAs の財源が総枠予算方式に変更されたことで、費用抑制のインセンティブが働くことになるが、経営リスクを供給側に転化させやすくなる。その場合、私的医療機関に対して現行の出来高払いからイギリスで採用されたブロック契約に変更する可能性もある。そうになると、私的医療機関もリスクを回避するために、費用のかかる患者を避けるクリームスキミングが生じたり、団体を形成して RHA との団体契約をする可能性もある。こうなると2者の独占的契約となるため、ここでも競争機能の低下が問題となる。

公平の基準に関して、需要側においては、ニュージーランドのみが所得と明確に関連させた自己負担制度を導入した。これは選別的保障によって、垂直的公平を図りつつ価格機能を活用するものであるが、高所得層の民間保険加入の増大を招くという問題がある。さらに、質の維持、質に関する情報・取引費用、動機付け(RHAs が消費者の代理人として行動する誘引)という

基準に対する政策として、保健医療サービスのコア基準が世界に先駆けて導入された。この導入については、RHAsが消費者の代理人として、充分で最低限のヘルスケアの提供を保障するインセンティブを持つかという基本的な問題とともに、医師がコアサービス内に入るように診断を操作する点や、民間保険加入の増大を誘い不公平が増大するという問題がある。加えて、このような質の維持、その情報管理等に関わる管理・行政費用の増大が生じるという費用上昇要因の問題もある。

選択の自由の基準については、改革後、医療機関の受診の選択はRHAsが契約する医療機関内になるとともに、RHAsと契約しない機関の受診は患者負担となるため、選択の幅は縮小する。しかし、将来HCPsが設立されれば、選択の幅が拡大する。

ニュージーランド医療改革はイギリスの改革よりも、①購入主体の役割が明確である、②サービスごとの予算配分のイギリスに対して、財源が統合・単一化された、③コアサービス基準が導入された点で、さらに新しい部分をもっている。と同時に、以上の検討からさまざまな問題点も内包していることがわかる。この改革は先進国で1つの共通の方向としてみられる、保健医療市場に競争原理を導入するものであるということから、どのような効果をもち、どのような問題が生じてくるのかが今後注目される。

注

- 1) ニュージーランドでは1930年代以降、労働党と国民党の2大政権となっている。議会は1院制で、3年ごとに選挙が実施される。
- 2) 日本においてニュージーランド医療保障に関する研究も少ない。先行研究の中で、比較的新しいものとしては、玉野井(1989)、健康保険

- 組合連合会(1984)、山崎(1977)等である。
- 3) 1935年社会保障法が導入される以前、1880年代に包括的な社会保険制度の提案がなされたが実現しなかった。その後同法導入時にも、社会保険方式が病院委員会と医師会から提案されたが、結局実現せずに、一般租税を財源とする現在の体系が形成された。
 - 4) 民間ボランティア団体は、ブランケット協会、エイジコンサーンカンタベリー、児童キャンプ委員会、ニュージーランド精神薄弱者協会等、多様である
 - 5) 公的部門については、The State Sector Act(1988)、The Public Finance Act(1989)の成立によって、中央政府の行政管理縮小が実施された。
 - 6) 当初の3段階の分類は、1993年7月1日から2分類に変更され、グループ2はグループ1と統合されて、グループ1と同水準の医療給付が支給されることになった。
 - 7) イギリスのNHS保健医療改革について、1990年代以降Quasi-Markets理論から、研究が蓄積されている。Glennerster & Le Grand(1994)、Le Grand, Propper & Robinson(1992)、Robinson & Le Grand(1994)、Le Grand & Bartlett(1993)、池上(1987)、中泉(1993)を参照のこと。

参考文献

- Blank R.H. (1994), *New Zealand Health Policy : A Comparative Study*, Oxford University Press, Auckland
- Department of Social Welfare (1991), "Worldview New Zealand: Reshaping the Welfare State", *International Social Security Review* Vol. 44, pp. 84-90, 1991. 3
- Department of Statistics (1985-1994 ed.), *New Zealand Official Yearbook*, Government Printer, Wellington
- Glennerster H. and Le Grand J. (1994), "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision" (Discussion Paper), London School of Economics, London
- Herman A.B. (1994), *Welfare State to Welfare Society : Restructuring New Zealand's*

- social services*, Garland Publishing, New York & London
- Hofmaeyer U.K. and McCaathy T.R. (eds.) (1994), *Financing Health Care* Vol.1-2, Kluwer Academic Publishers, Netherlands
- Le Grand J. and Bartlett W. (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*, The Macmillan Press, London
- Le Grand J., Propper C. and Robinson R. (1992), *The Economics of Social Problems*, The Macmillan Press, London
- Massey P. (1995), *New Zealand : Market Liberalization in a Developed Economy*, St. Martin's Press, London
- National Advisory Committee and Core Health and Disability Support Services (1994), *Core Services for 1995/96*, Wellington
- O'Brien Mike (1993), *New Wine in Old Bottles : Social Security in New Zealand 1984-1990*: Social Policy Reserch Centre Reports and Proceedings No. 108, University of New South Wales, Kensington
- OECD (1993), *Health Policy Studies* No. 3: *OECD Health Systems* Vol.1-2, OECD, Paris
- OECD (1994), *The Reform of Health Care System : A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD, Paris
- Rees S. and Rodley G. (eds.) (1993), *Beyond the Market : Alternatives to Economic Rationalism*, Pluto Press, Australia
- Robinson R. and Le Grand J. (1994), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute, New Jersey
- イーストン・ブライアン著, 唯是康彦・四郎丸文枝訳 (1986), 『ニュージーランドの社会保障』, ニュージーランド調査委員会
- 池上直己 (1987), 『成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本』, 保健同人社
- 一圓光彌 (1993), 『自ら築く福祉』, 大蔵省印刷局
- 大友信勝 (1992), 「ニュージーランドの社会保障」, 『総合社会福祉研究』 No. 4, 1992. 4 pp. 106-115
- 檜原朗 (1994), 「ニュージーランド福祉国家の後退」, 『週刊社会保障』 No. 1792, 1994. 6. 6, pp. 22-25
- 片岡直 (1988), 「ニュージーランドの社会保障」, 『海外社会保障情報』 No. 82, 1988 March, pp. 65-77
- カレン・スミス (ニュージーランド民間福祉団体連盟会長) (1994), 「ニュージーランドにおける民間社会福祉活動の現況と課題」, 『世界の福祉』 No. 36, 1995. 7, pp. 23-36
- キャッスルズ・フランシス・G 著, 埋橋孝文他訳 (1991), 『オーストラリア・ニュージーランド福祉国家論』, 啓文社
- 健康保険組合連合会 (1984), 『オーストラリア・ニュージーランドの医療保障制度の現状と動向』, 健康保険組合連合会
- 小松隆二 (1988), 「ニュージーランドの社会福祉—最近の動向の教えるもの—」, 『海外社会保障情報』 No. 82, 1988 March, pp. 55-64
- 小松隆二 (1994), 「ニュージーランドの社会福祉 ①-③」, 『月刊福祉』, 1994. 1-3, pp. 92-94, 86-89, 90-95
- 地引嘉博 (1991), 『現代ニュージーランド (増補版)』, サイマル出版会
- 世界経済情報サービス(株) (1993, 94), 『ニュージーランド 政治・経済・貿易動向』, WEIS, 1993. 11, 1994. 10
- 玉野井真介 (1989), 「オーストラリア・ニュージーランドの医療保険制度」, 『生命保険経営』 Vol. 57 No. 5, pp. 81-98
- 中泉真樹 (1993), 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズムについて」 『海外社会保障情報』 No. 104, 1993 Autumn, pp. 55-77
- 成清美治 (1994), 「ニュージーランドの社会福祉事情—高齢者福祉サービスの実態を見るなかで」, 『総合社会福祉研究』 No. 7, 1994. 9, pp. 105-119
- 藤井浩司 (1991), 「ニュージーランドにおける社会福祉政策過程のフレームワーク」, 『東北福祉大学紀要』 No. 15, pp. 47-61
- 山崎泰彦 (1977), 「ニュージーランドの医療保障」, 『国際社会保障研究』 No. 21, 1977. 11, pp. 3-16

横浜市都市科学研究室(小松隆二編著)(1987),
『ニュージーランドの社会福祉政策』, 横浜
市都市科学研究室
ラッフェル・W. マーシャル編(二宮陸雄監訳)

(1990),『先進14カ国の医療システム』, 毎日
新聞社
(にしむら・まりこ 社会保障研究所研究員)

欧州連合の社会保障政策

——ドロール体制下での取組み——

岩 淵 豊

本年1月、欧州委員会のジャック・ドロール委員長が2期10年の任期満了に伴い退任し、後任には前ルクセンブルグ首相のジャック・サンテール氏が就任したり。

ドロール委員長は、1985年の就任後間もなく「域内市場白書」を発表、域内における人、物、資本およびサービスの移動の自由の実現を政策目標に掲げ、欧州統合の推進役を担ってきた。ドロール委員長の在任中の主な業績は、①単一欧州議定書（Single European Act, 1987年発効）による市場統合推進のための共同体の権限強化およびそれに基づく一連の1992年市場統合政策、②欧州連合条約（Treaty of the European Union 通称マストリヒト条約, 1993年発効）による欧州連合（EU）への移行、および③欧州経済領域協定（European Economic Area Agreement, 1994年発効）に基づくEEA発足とスウェーデン、フィンランドおよびオーストリアの欧州連合への新規加盟による欧州の拡大の3点に集約できる。

こうした欧州統合全般の流れの中で、種々の政策分野において、加盟国から欧州共同体・欧州連合へと立法権限が委譲されてきたが、社会保障に係る立法権限は各加盟国に残されたままであった。ドロール体制下での、単一欧州議定書および欧州連合条約による2度のローマ条約改正においても、社会保障に関する条項は基本

的に変わっていない。

しかしながら、ドロール委員長は、こうした条約上の制約は守りつつ、一方で社会保障分野における「収斂」勧告等の新たな試みを行った。本稿では、これらの新たな試みに重点をおいてドロール体制下における欧州連合の社会保障政策を概観した。

なお、加盟国の社会保障制度間の年金通算・医療保険適用調整に関しては、ローマ条約制定時より欧州経済共同体に立法権限が付与されており、ドロール体制下においても引続き実施されてきたが、本稿では省略した²⁾。

I. 社会保障の「収斂」勧告

1. 社会保障の「調和化」

欧州連合において、域内市場の確立等の目的で加盟国の制度の相違を縮小させることを、通常、加盟国の制度の「調和化（Harmonization）」という。市場統合の過程で、食品、医薬品等のさまざまな分野において加盟国の制度の調和化が進められてきたが、社会保障については、現在に至るまで調和化政策がとられたことはない。

加盟国の社会保障制度の調和化の是非については、1950年代のローマ条約の草案作成段階においてすでに論議されていた。当時の議論では、

欧州経済共同体（EEC）の創設に伴い国境の障壁が撤廃されると高い水準の社会保障制度を有している国が競争上コスト面で不利になることから、競争条件を揃えるため共同体による段階的な社会保障制度の調和化を実施すべきであるとする立場がある一方、社会保障負担は競争力決定の一因に過ぎず、むしろ共通市場の実現によって結果的に制度間の相違が縮小すると考えられるので共同体が社会保障制度の調和化政策をとる必要はないとする立場があった。結果的には、ローマ条約においては後者の立場が採用され、今日に至るまでローマ条約上社会保障は各加盟国の専権事項になっている³⁾。

ただし、域内における労働力の自由移動の確保という観点から、加盟国間を移動する労働者に関する年金加入期間の通算や、加入期間に応じた年金給付額の算定、医療保険等の短期給付に関する適用制度の調整等については、EEC 発足当初から EEC 規則によりルールが定められ実施され、逐次対象の拡大等制度の整備充実が行われてきた。

ドロール委員長の就任後、1987年には単一欧州議定書に基づくローマ条約の改正が行われ、域内において人、物、サービスおよび資本の自由移動を実現し域内市場を確立する、「1992年市場統合」政策が始まった。市場統合は、加盟国ごとに分断されている域内の市場を欧州という単一巨大市場として統合し、競争を促すことにより欧州の競争力を強化するものであったが、ドロール委員長は、市場統合が労働力に及ぼす影響に配慮し、適切な水準の労働者の社会的権利を確保するための措置が必要との認識に立って、1989年に「労働者の基本的な社会的諸権利に関する共同体憲章(以下「社会憲章」という。)」を制定した⁴⁾。

社会憲章は、その前文において、社会憲章制定が EC の権限の拡大を要するものではない旨を明記したうえで、「EC の全ての労働者は適切な社会保障を受ける権利を有し、その雇用されている事業所の規模にかかわらず適切な水準の社会保障給付を享受する。労働市場に参入ないし復帰が不可能であり、かつ生計手段を欠く者に対しては、その置かれた状況に見合う十分な資力と社会的援助が保障されねばならない。」と規定した⁵⁾。

社会憲章は、英を除く 11カ国首脳間の政治的合意という変則的な政治的合意文書である。したがってローマ条約の規定を変更するものではないし、EC の権限の変更を行うものでもないが、EC 委員会はこれを機に加盟国の社会保障制度への関与に積極的な姿勢をとるようになった。

EC 委員会は、社会憲章の採択とほぼ同時に、その内容を実施するため「労働者の基本的な社会的諸権利に関する共同体憲章行動計画（以下「行動計画」という。）」を採択した⁶⁾。

行動計画は、社会保障について「EC 加盟国の社会保障制度は、国により大きく異なる。これは、歴史、伝統および社会的文化的慣習といった各加盟国に固有かつ疑問の余地のない事柄を反映したものである。しかしながら、制度の相違がいかなる方法および条件の下でならば自由移動の妨げとならないかどうかを決定するため、各政府の設定した諸目標の収斂の戦略を慎重に検討する価値があるという事実に変わりはないであろう。」と述べ、自由移動の確保の観点から社会保障の収斂の必要性を主張するとともに、閣僚理事会に対し、「社会保障に関する勧告：目標の収斂」および「社会保障制度における十分な資力および社会扶助の共通指標に関す

る勧告」を提案した。

この2つの勧告においては、「調和化」という用語は意図的に避けられ、「収斂 (Convergence)」という語が使用された。「収斂」には、EC委員会の社会労働総局によれば「相互に合意した諸原則および目標を満たすよう、各々の社会保障制度を適応させ、発展させるという加盟国の意思に基礎をおいた、漸進的調停作業」という意味が込められていた⁷⁾。

2. 社会保障の目標および政策の収斂に関する閣僚理事会勧告

91年、EC委員会は行動計画に基づき「社会保障の目標および政策の収斂に関する閣僚理事会勧告」案を提案し、閣僚理事会は1992年7月にこれを採択した(92/442/EEC)⁸⁾。この勧告は、閣僚理事会が加盟国に対し加盟国の社会保障領域の一般的政策方針および個別分野における目標を勧告の定めるところに合致させるよう求めたものである。

(1) 政策の一般原則

勧告が示す政策の一般原則は概ね次のとおりである。

第1に、各加盟国における財政的制約、社会保障制度内の優先度およびバランス、各制度各々の組織および財源を考慮するという前提の下で、社会保障は、次に掲げる任務を果たさなければならない。

ア。「最低所得および社会保障制度による援助に関する共通指標に関する閣僚理事会勧告」に従って、人間の尊厳に見合う水準の所得を保障すること

イ。各加盟国の定める諸条件の下で、自国内に合法的に居住する者全てに対し資力の有無を問わず健康保持のための既存の給付の

受給を可能とすること

ウ。自国内に居住するすべての者の社会への統合および生産的労働が可能な者の労働市場への統合を支援すること

エ。被用者が老齢により退職した場合、疾病、事故、出産、障害または失業により就労を中断した場合に、定額または従前所得比例の形により、適切な社会保障制度への加入に見合った妥当な生活水準を維持する程度の代替所得を提供すること

オ。自営業者への適切な社会保障の導入強化の可能性を検討すること

第2に、社会保障給付は次の原則に沿うものでなければならない。

ア。給付に必要な加入期間・居住要件を満たしている限り、国籍、人種、性、宗教、習慣または政治信条に基づくあらゆる差別を廃し平等に処遇すること

イ。社会保障給付の受給者が、社会全体の生活水準の向上を享受する公正さ。ただし、国レベルで設定する優先度は考慮に入れる。

第3に、社会保障制度は、労働市場および人口構造の変化に関連し、新たな社会保障ニーズを発生させる行動様式および家族構造の変化を取り入れなければならない。

第4に、社会保障制度は、関係者の人種、ニーズおよびその置かれた状況を考慮して最大限効率的に運用されなければならない、また組織および機能面で最大限効果的でなければならない。

(2) 疾病給付の原則

勧告は、さらに、社会保障の個別分野(疾病、出産、失業、就労困難、老齢、家族の6分野)に関し、加盟国の有する自国の社会保障制度の

原理および構造を定める権利を侵害するものではないとの留保をしつつ、加盟国が勧告の示す一定の目標達成のために制度を創設ないし改正しなければならないとした。

このうち、疾病給付についてみると、対象者の疾病予防、治療およびリハビリテーションが次の目標を満たすよう社会保障制度の整備を求めている。

ア. 各加盟国の定める条件の下で、国内に合法的に居住するすべての者に対し、必要なヘルスケアおよび疾病予防の措置が受けられるようにすること

イ. 人口、特に高齢被扶養人口によるニーズの変化、病理学および治療方法の発展および予防強化の必要性に対応した質の高い保健医療制度を維持し、必要な場合には、さらに発展させること

ウ. 回復期にある患者、特に重い傷病から回復した患者に対し、回復および職場復帰のため必要に応じリハビリテーションを組織すること

エ. 疾病により就労中断を強いられた被用者に対し、定額または従前所得比例の形により、適切な社会保障制度への加入に見合う妥当な生活水準を維持する程度の給付を提供すること

(3) 老齢給付の原則

老齢者に関しては、次の目標達成が求められた。

ア. 「必要所得および社会保障制度による援助の共通指標に関する閣僚理事会勧告」に従い、加盟国国内に合法的に居住する高齢者に対し、生活に必要な最低限の所得を保障すること

イ. 外部のケアまたはサービスに依存してい

る高齢者の特別なニーズに応じた、適切な社会保障の措置を講ずること

ウ. 高齢者の社会からの疎外を防ぐこと

エ. 加盟国各々の失業および人口の状況を考慮しつつ、年金受給開始最低年齢に達した者の就労障害を除くこと

オ. 退職した被用者に対し、切れ目なく妥当な代替所得を生産提供する制度を設けること。ただし、必要に応じ、強制および任意の制度とし、現に就労中の者と退職者とのバランスを考慮すること

カ. 年金支給にあたっては、①任意拠出の方法を設けることにより、疾病、障害または長期失業によって就労に切れ目が生じた者②育児または国内法の規定に従いその他の被扶養者のために就労を中断した者に対する罰則を軽減すること

キ. 年金制度を行動様式の変化および家族構成の変化に適応させること

ク. 被用者の移動の妨げとなる障害を除去するため、老齢年金および特に補足的年金の受給要件を必要に応じ変更させるように促すこと

ケ. 長期的には、強制年金制度の基本的な役割は維持しつつ、年金制度を人口構成の変化に適応させること

以上のほか、勧告は EC 委員会に対し、社会保障政策について加盟国と定期的に協議すべきこと、および勧告の実施状況を閣僚理事会に定期的に報告することを求めている。

3. 必要所得および社会保障制度による援助の共通指標に関する閣僚理事会勧告

EC 委員会は、1991年、収斂勧告と対をなす勧告として「必要所得および社会保障制度による

援助に関する共通指標に関する閣僚理事会勧告案」を提案し、同案は1992年6月の閣僚理事会において採択された(92/441/EEC)⁹⁾。

この「必要所得勧告」は、誰もが社会から疎外されることのないようにするための包括的・継続的な活動の一環として、人間の尊厳を維持する程度の生活のための十分な所得および社会的援助への基本的権利を全ての者が有することを認め、各加盟国の社会保障制度を必要に応じ一定原則およびガイドラインに適応させることを加盟国に対し勧告するものである。

勧告の示す必要所得の算定のガイドラインの概要は、次のとおりである。

ア. 当該加盟国の生活水準、物価、家族の種類、規模を考慮して、人間の尊厳を維持するのに必須なニーズを賄うに足ると考えられる所得額を算定しなければならない。

イ. 特定のニーズに対し、調整、補足を行わなければならない。

ウ. 額の算定にあたっては、適切な指標、例えば、当該加盟国の可処分所得の統計、家計消費の統計、最低賃金額、あるいは物価水準等を参照しなければならない。

エ. 年齢および状態からして就労可能な者が就労するインセンティブを守るものでなければならない。

オ. ニーズが引続き賄われるよう、上記指標に基づき、定期的に算定額を見直さなければならない。

必要所得勧告も、EC委員会に対し、加盟国と定期的に協議すべきことおよび勧告の実施状況を閣僚理事会に定期的に報告することを求めている。

II. 成長、競争力および雇用に関する白書

1. 白書の概要

ドロール体制の前半は、世界的な好景気であり、欧州においても、成長および雇用の面で明るい時代であった。1990年代に入ると景気後退が進み、1993年には最悪の状況になった。1993年12月、ブリュッセルで開催された欧州理事会(EU首脳会議)は、1,700万人にのぼるという欧州の失業者および高率の長期失業問題を緊急課題として、欧州連合における成長、競争力および雇用のための戦略の策定を主要議題に選んだ。この会議にドロール委員長が提出したのが、「成長、競争力および雇用に関する白書—21世紀への挑戦と方途」である¹⁰⁾。

成長、競争力および雇用に関する白書(以下「ドロール白書」という。)は、A「白書:21世紀への挑戦と方途」およびB「成長、競争力および雇用創出の条件」の2部構成になっており、Aが要約および結論、Bがその裏付けとなる詳細な記述および資料となっている。

ドロール白書は、過去20年間を通じ欧州が直面することとなった問題として、①欧州経済の潜在成長率が年平均4%から2.5%に低下、②失業率が景気循環を重ねるごとに上昇、③日米に比べ、特に雇用、輸出市場でのシェア、研究開発およびその市場化、新商品の開発といった面で競争力が低下、の3点を指摘し、これに対し、2000年までに1,500万人の雇用を創出するという目標を掲げて、①雇用政策、②情報通信ネットワークの建設、③交通エネルギー・ネットワークの建設等を行っていく等の具体策を提言した。

この提言を受けた欧州理事会は、ドロール白書の議論を「行動計画」の形でまとめ、以後毎年12月の欧州理事会においてフォローアップしていくことを決定したが、全般にはドロール白書を肯定しつつも、財政的裏付けに関してはネットワーク整備の財源となる欧州連合債の発行を認めないという立場をとった¹¹⁾。

2. 社会保障負担の削減

ドロール白書は、雇用政策に関する提言の中で、生涯教育、労働市場の柔軟化等と並び、特に低熟練労働者の雇主の社会保障負担の削減を提案した。

「社会保障拠出の問題は、幅広い観点から検討されなければならない。欧州連合の大部分の諸国では、労働費用には法定費用の重い負担が課される。法定費用は、70年から91年までの間に、国内総生産の34%から40%にまで増加したが、一方、例えば米国においては、30%以下にとどまっていることに留意せねばならない。我々はこれを、経済の減速と、特に失業の増加の一因とみるべきではないだろうか。(中略)

社会保障拠出の高い数カ国について、調査を行った結果、低賃金労働者に対する社会保障拠出の30%~40%削減は、雇用を2%増加させるという結果が得られた。(中略)

欧州連合の大部分の諸国において、2000年までに、非熟練および半熟練労働の非賃金費用を、GDPの1~2%相当額削減することが必要である。この措置による税収の増加により、削減費用の30%は相殺されよう。残りの部分については、節約ないし他の収入により賄われるべきである。EC委員会が提案しているCO₂/エネルギー税案は、その内在的な問題点にかかわらず、雇用費用削減の最適手段の一つである。1989年

にEC委員会が提案した域内統一投資所得税もそのような手段となりうる。」^{12,13)}

提言に対し、欧州理事会は「加盟国はEC委員会のドロール白書の提案を参考にし、特に以下の措置に留意すべきである(中略)さまざまな生産要素費用間のバランスを改善するため、特に熟練度の低い労働者の間接費(強制拠出金)の削減。全ての強制拠出金の安定化および税負担の軽減という一般的な観点に立つと、おそらく環境関連の財政手段が社会保障拠出削減の相殺手段となりうるだろう」とした。

また加盟国と欧州連合の分担関係については、「加盟国の多様性の中で、共同体の活動は目標を特定することに焦点を置き、共通に設定された一般的枠組み内で各加盟国が各国の状況にあった適切な行動を採択する。」とした¹⁴⁾。

3. 加盟国の反応等

本件ドロール白書が提出されたとき、当時の欧州理事会議長国ベルギー及びフランスが特に積極的であった。中でもベルギーのデハーネ首相は、上記欧州理事会と同時期の1993年12月に、雇用問題改善、企業の競争力回復および社会保障制度の財政再建を目的として「雇用、競争力および社会保障：グローバルプラン」と題する一連の政策を打ち出しているが、その中では低賃金労働者の社会保障費企業負担削減等を盛り込んでいたところであった¹⁵⁾。

ドロール白書提出の半年後、1994年6月のギリシャ・コルフ島での欧州理事会(議長国はギリシャ)は、ドロール白書のフォローアップを行い、結論文書において、「雇用促進策に関し、欧州理事会は、主として低熟練労働者を対象とした非賃金費用の削減に関するEC委員会の勧告に留意する。この枠内で、欧州理事会は、財

政強化の目的と整合させつつ、新たな措置を取るべきことを強調する。よって、欧州理事会は、CO₂/エネルギー税問題に関する論議に留意し、環境コストが経済全体により反映されるべきであることを強調する。」と述べた¹⁶⁾。

その後、欧州委員会において提言実現状況のフォローアップが行われているが、その報告によれば、先のベルギーのほか、英国、アイルランド等において、低賃金労働者の雇用主の社会保険料負担の軽減が実際に行われた¹⁷⁾。

III. 欧州社会政策白書

1993年秋、ドロール白書の公表に先立ち、欧州委員会のフリン委員（社会労働問題担当、アイルランド）は、「欧州社会政策に関するグリーンペーパー 欧州連合の選択肢」と題する報告書を欧州委員会に提出、欧州委員会はこれを承認して欧州議会等の欧州連合諸機関、加盟各国等に配布した。このグリーンペーパーは、欧州連合の社会政策に関する問題提起を行い、広範に議論を呼び起こすことを目的とする討議用資料であり、社会保障分野では、最低所得に関する新たな規定の必要性、弾力的な退職制度、公的保障・私的集団保障・個人的保障のバランス、社会保障調整制度の拡充等多様な論点を提起するものであった¹⁸⁾。

グリーンペーパーによる問題提起およびドロール白書の論議を踏まえ、欧州委員会は、1994年8月に「欧州社会政策白書」を採択した。ドロール白書と比較すると、ドロール白書が、社会政策の中ではもっぱら雇用政策に議論を集中したのに対し、社会政策白書は、雇用政策に優先順位を置きつつも、欧州労働市場の建設、男女平等、社会保障、保健政策等社会政策全般を

対象とした構成になっている。また、ドロール白書は加盟国による行動を呼びかけるという側面が強かったが、社会政策白書はもっぱら欧州連合レベルでの今後数年間の活動方針を示すものになっている¹⁹⁾。

同白書では、欧州委員会は加盟国の社会保障制度の調査、分析、情報提供等の活動を継続するほか、新たな活動として次の事項を行うこととされた。

(1) 社会保障の収斂関係

- ・社会保障制度の家族構造の変化への対応に関する補足的勧告案の検討。特に男女平等の観点からの社会保障の権利および拠出の個人単位化。
- ・社会的連帯ネットワークの維持および加盟国間の社会保障制度の差異の許容という前提に立った、雇用促進目的の社会保障の財源調達に関する共通指針に関する勧告案の検討。
- ・長期的な介護保険に関する勧告案の検討。

(2) 社会保障制度間調整関係

- ・調整規則の広範な見直し。特に医療保険に関する制度の簡素化を含む。
- ・教育給付、長期介護給付等の新しい給付に関する調整規定の整備。
- ・職域年金（企業年金）が労働力の移動の障害になることを防止するための指令案の提案。
- ・合法的に就労・居住し、域内を移動する域外外国人に関する社会保障制度間調整規定の検討。医療給付の権利付与が優先課題。

- ・社会保障制度間におけるデータの相互利用を実現するためテレマティック・ネットワークの設置。

(3) 男女平等関係

- ・職域社会保障における男女平等原則の実施に関する指令（86/378/EEC）改正案の検討。

IV. 調査報告活動

1. 「欧州の社会保障」報告書

収斂勧告および必要所得勧告は、共に勧告の実施状況に関する報告を EC 委員会に義務づけた。これを受けた第 1 回目の定期報告書として、欧州委員会により 94 年に「欧州における社会保障」が公表された²⁰⁾。この報告書は、①域内社会保障の現状についての報告、②1980 年代初頭以降加盟国の社会保障制度に生じた主要な変化に関する報告、③社会保障制度の直面している深刻な問題についての分析、から構成されている。

域内の社会保障制度の現状・変化に関しては、①南部加盟国における社会保障支出の実質増と北部加盟国における社会保障支出の安定化の結果、GDP に対する社会保障支出の割合の相違は縮小しつつある（1991 年で最低のポルトガルが 20%、最高のオランダが 32%）、②年金についてみると、平均老齢年金額を対 1 人当り GDP 比でみると、ポルトガル、アイルランド、スペインでは半分以下、フランス、オランダ、イタリア、ギリシャでは 4 分の 3 程度といった開きがあり、この相違は、年金額算出方式の相違というよりも、退職時までには拠出要件を完全には満たしていない者の数による（特に制度の未成熟が原因）、③加盟国間の相違が最も大きいのは、家族手当であり、20 歳未満の者 1 人当りの家族手当額を GDP 比でみると、スペインおよびギリシャでは 1% 未満であるのに対し、デンマークでは 12% に達した、不況期を通じ、一定の給付を廃止して最もニーズの高い者に集中しようとする傾向が、英では一般的に、他の加盟国では家族手当および住宅手当の分野で生じた、また、社会保障のうち一定分野の民営化が議論さ

れたが、実施したのはわずかであった、等の興味深い指摘がなされている。

同報告書はさらに、①人口構造の変化、平均寿命の伸長、労働市場の不安定性、新しい形態の貧困および社会的疎外、家族構造の変化等欧州社会における変化への適応、②社会保障制度の運営の一層の効率化、③社会保障制度なしに問題解決を図る予防的措置、の 3 つの方向において、上記二勧告による社会保障制度の改正が行われていく可能性があるとして述べている。

2. 社会保障に関する意識調査

1992 年、EC 委員会社会労働総局は、INRA（民間の調査機関）への委託により、社会保障に関する意識調査を実施し、その結果を「EC 市民と社会保障—ユーロバロメーター調査の主要結果」と題する報告書にまとめた。この調査では、例えば「社会保障は社会にとって高すぎるものになっている。給付額を削減するとともに拠出金を引き下げるべきである」、「EC が社会保障について決定すべきか」、「将来高齢者の増加が見込まれる中で、a) 退職をおくらせるべきである、b) 年金額を引き下げるべきである、c) 退職年金の大部分は私的な分野からまかなわれるだろう：国の年金制度の役割は小さくなるだろう、d) 福祉国家は成長を継続し、退職者は今よりも良く処遇されることになるだろう」といった命題に対し賛否を問う形で調査が行われている（調査結果抜粋表 1～表 3 参照）。

同報告書は調査結果から次の 5 つの結論を引き出している。

① EC 市民には、社会保障に対する支持が広範に表れており、「福祉国家の正当性の危機」といわれる傾向は見られなかった。

② EC 市民は、社会政策が直面している多

表1 社会保障に関する意識調査（抜粋1）

あなたは社会保障について「ミニマリスト」ですか、「マキシマリスト」ですか？

ミニマリスト：政府は、限られた種類の必須の給付のみを全ての人に行うこととし、他方、人々が自活するのを奨励すべきである。

マキシマリスト：政府は、たとえ増税および保険料引き上げという結果が生じるとしても、全ての人に広範な社会保障給付提供を継続すべきである。

(%)

	ミニマリストに賛成	マキシマリストに賛成
ベルギー	46	63
デンマーク	54	58
西ドイツ	30	57
東ドイツ	15	68
全ドイツ	27	59
ギリシャ	37	76
スペイン	47	71
フランス	41	65
アイルランド	47	66
イタリア	47	58
ルクセンブルグ	47	66
オランダ	50	53
ポルトガル	45	82
英 国	44	79
EC12カ国	41	65
自営業者	49	61
被 用 者	39	67
左 派	34	74
中 道	43	65
右 派	47	64

EC Citizens and Social Protection, Main Result from a European Survey, 1993, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs

数の問題、特に医療と年金の財政的制約を知っている。

③ 社会保障が高すぎるものになっていると

表2 社会保障に関する意識調査（抜粋2）

社会保障政策は、加盟国政府レベルではなく、ECレベルで決定されるべきである。

(%)

	賛 成	反 対	わからない
ベルギー	58	40	2
デンマーク	15	80	5
西ドイツ	37	50	13
東ドイツ	26	61	12
全ドイツ	35	52	13
ギリシャ	53	26	21
スペイン	53	26	20
フランス	40	46	13
アイルランド	49	34	18
イタリア	63	15	15
ルクセンブルグ	21	66	13
オランダ	45	46	8
ポルトガル	70	17	13
英 国	38	51	8
EC12カ国	45	41	13

いう者の数は、重要でないとはいえない程度に上っている。給付を必須なものに限定するより軽量の形態の社会保障という考え方—「縮小主義 (Contractionist)」は、少数派であるが、90年代を通じ重要かつ継続的な立場を形成することが予想される。

④ 個別問題について加盟国間の多様性は大きい。全体をまとめると、北部加盟国の市民は享受している給付・サービスに満足し、南部加盟国の市民の間で不満が示されている。

⑤ 大部分の者が自国の福祉制度の合法的居住者全てへの適用を支持していることから、欧州の、または12カ国それぞれの社会的要塞化というシナリオは排除されている。また、社会保障制度の権限を加盟国からECに移すことについては、平均的にはかなりの程度の支持を得た。しかしこれは

表3 社会保障に関する意識調査(抜粋3)

将来、高齢者の増加が見込まれる。

- A) 退職を遅らせるべきである。
 B) 年金額を引き下げるべきである。
 C) 退職年金の大部分は私的な分野から賚られるだろう：国の年金制度の役割は小さくなるだろう。
 D) 福祉国家は成長を継続し、退職者は今よりも良く処遇されることになるだろう。

賛成の比率(%)

	A	B	C	D
ベルギー	29	66	49	28
デンマーク	27	60	72	21
西ドイツ	49	58	40	20
東ドイツ	32	33	28	44
全ドイツ	45	53	37	25
ギリシャ	14	25	39	36
スペイン	29	37	43	56
フランス	42	76	66	25
アイルランド	30	36	47	39
イタリア	33	36	41	29
ルクセンブルグ	25	45	38	42
オランダ	48	60	51	16
ポルトガル	23	23	39	61
英国	25	49	74	37
EC12カ国	35	50	51	32

もっぱら南部加盟国市民の支持によるものであり、北部加盟国市民は、特に年金、医療といった中核的部分に関し冷淡に見ている。明らかに、社会保障水準の上昇が期待できるような者の間で、ECの社会保障への関与が積極的に評価されている²¹⁾。

V. おわりに

最後に、主要な論点につき若干付言する。

第1に、ドロール体制下においては、2度にわたるローマ条約改正にもかかわらず、社会保障分野における加盟国から欧州連合への権限委譲は行われなかったが、今後の実現可

能性はどうか。

社会保障をECレベルで決定することについては、前述の意識調査においても、6つの加盟国において反対が賛成を上回っている。特に、80%が反対しているデンマークのような国では、欧州連合からの離脱をしても拒否する可能性が高い(欧州連合条約の批准過程で、第1回目の国民投票での拒否により、デンマークは一時欧州連合から脱落しかかった経緯がある)。欧州連合への権限委譲は条約改正事項になるが、条約改正は全加盟国一致で行われるものである。以上から、近い将来に社会保障分野における欧州連合への権限委譲が実現する可能性は非常に低い。

第2に、以上の条約上の制約がありながら、社会憲章、収斂勧告、社会保障負担削減に関するドロール白書提言等のように、現行の条約の法的制約の下で加盟国の合意に基づいて社会保障制度を共通の方向に向けていく政策がとられた理由をどう考えるか。

基本的には、各加盟国間に、人口高齢化、家族構造の変化、高い失業率等の共通問題が存在しているため、調査・政策提案等における共同歩調にはメリットがあるといえる。例えばベルギーは、ドロール白書の記述を自国のグローバル・プラン実現のため利用した。

また、個々の政策の発表時の提案理由を見ると、例えば、市場統合の過程での労働者の基本的権利保持(社会憲章)、市場統合推進のための労働力の自由移動の確保(収斂勧告)、成長、競争力および雇用の確保(ドロール白書)と各々異なっているが、いずれも、その時点での、より大きな政策目的を実現する手段として提案されたことが指摘できる。

第3に、今後成果が見込まれる分野として、本稿では取り上げなかったが、加盟国間の社会保障制度の適用調整・通算の域外国人への適用や、対象給付の拡大、手続きの簡素化(共通保険証の導入)等がある。この分野は、各加盟国毎ではなく、欧州連合が一括して処理するメリットが明確である。

1993年に、アメリカの電機メーカー「フーバー」が、高い社会保障負担を理由にフランスの工場を閉鎖して英国に移転を決定したとき、フランス政府が、英国はソーシャル・ダンピングにより雇用を獲得しようとしているとの趣旨で非難した事件があった。この事件のような工場の移転は、工業分野での規制の調和化の進行や、資本の移動の自由化等の市場統合政策の必然的帰結であるといえる。今後仏のような雇用主社会保障負担が高い国が、英のような負担水準、方式に制度を近付けていくことになるのかどうか。これは、ローマ条約起草時の「市場統合により事実上の社会保障の調和化が進行する」との筋書きの妥当性が再び問われる問題であり興味深い。

注

- 1) 1993年11月の欧州共同体(EC)から欧州連合(EU)への移行以後、EC委員会(Commission of the European Communities)は「欧州委員会(European Commission)」と改称した。
- 2) 社会保障制度間の年金通算・医療保険の適用調整については、岩渕 豊「ECにおける社会保障制度間調整」、『海外社会保障情報 No. 106』1994参照。
- 3) Yves CHASSARD, the Convergence of Social Protection Objectives and Policies, Social Europe, Supplement 5/92, Directorate-General for Employment, Industrial

Relations and Social Affairs

- 4) Community Charter of the Fundamental Social Rights of Workers, 1989
- 5) EC委員会が提出した原案を、最終的に採択された憲章と比較すると、原案の「ECの全ての市民は適切な社会保障を受ける権利を有する」が「労働者は」に、また、「全ての労働者は、その地位および雇用されている事業所の規模にかかわらず、適当な場合には、就業期間、賃金及び該当社会保障制度への拠出に比例した適切な水準の社会保障給付を享受する。」が本文中の表現に改められたことがわかる。EC委員会としては、対象を労働者に限定せず広く「市民」とするとともに、給付内容についてより具体的な規定を意図していた。
- 6) Official Journal of the European Communities, No L 245/49, 26. 8. 1992
- 7) “The Strategy of Convergence”, Solidarite, No. 0 April 1992
- 8) Official Journal of the European Communities, No. L 245/49, 26. 8. 1992
- 9) Official Journal of the European Communities, No. L 245/46, 26. 8. 1992
- 10) Growth, Competitiveness, Employment: The Challenges and Ways Forward into the 21st Century, White Paper, 1993, Commission of the European Communities
- 11) European Council in Brussels 10 and 11 December 1993, Presidency Conclusions
- 12) p. 9, ドロール白書
- 13) CO₂/エネルギー税案は1992年に、また域内統一投資所得税案は1989年に、各々EC委員会から提案されたが、その後現在まで閣僚理事会で採択されていない。
- 14) p. 7-8, European Council in Brussels
- 15) Europe, No. 6126, 11. 12. 1993
- 16) p. 5, European Council at Corfu, 24-25 June 1994, Presidency Conclusions
- 17) Tableau de Bord, No. 2/1994, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs
- 18) The Green Paper on European Social Policy, 1993, Commission of the European Communities

- 19) European Social Policy : A Way forward for the Union, A White Paper, 1994, European Commission
- 20) Social Protection in Europe, 1993, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs
- 21) p. 37, EC Citizens and Social Protection, Main Result from a European Survey, 1993, Directorate - General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs
(いわぶち・ゆたか 厚生省生活衛生局企画課課長補佐, 前欧州共同体日本政府代表部一等書記官)

ハンガリーの社会福祉制度

深谷ベルタ

はじめに

本稿は、社会政策の基本的な性格がすぐれて政治的であり、政治的な背景を無視して社会政策や各社会保障制度を理解することはとうてい不可能であるということをおおまかに大前提に置きながら、1989年以降、政治と経済体制において大変革に取り組んできた東欧諸国のひとつであるハンガリーでの、社会政策のあり方や問題点、および最近の動向についての紹介である。この国の社会政策全体にわたる包括的な記述と分析は著者の能力や紙数の限界を越えるため、重要な領域であるにもかかわらず、教育や住宅等の制度および問題に関する記述は割愛せざるをえず、本稿では狭い意味での再分配システム（年金制度、療養金、各種家族支援制度、失業手当）と、医療制度や政策にテーマを限定し、おおまかに紹介したいと思う。

ハンガリーの社会政策および社会福祉に関する現行制度は基本的には旧体制の中で整備されたものであり、明白な政治的な意図によって築き上げられていたものである。その政治的な意図を理解するには1956年以降のハンガリーでの「政治的決定の基本原則」を取り出し、四十数年にわたる「ハンガリー型社会主義」を簡単に振り返ってみる必要があるように思われる。

1956年の「ハンガリー動乱」という名で知ら

れている内乱は、戦後復興の中で強行に推し進められた一八年間にわたる一スターリン主義的諸政策のもたらした結果だった。1947年の総選挙で惨敗したのにもかかわらず、ハンガリー共産党（MNP）¹⁾がソ連型共産主義をハンガリーに移植する中、一人歩きしてしまった理想社会のスローガン（正義観）と、堪え難い現実とのギャップ（その正義観が産み出した不正）を埋める手法がなくなり、56年に政府に向けられた批判として始まった小さな学生デモは一気に大規模な暴動に、やがて国民の大半を敵にまわしてしまっていた政治に対抗する“反革命的”（反共産主義的）内乱に発展したのである。ソ連からの自由化を訴えたこの運動はソ連軍によって鎮圧され、ソ連軍の支援を得てハンガリーの政治勢力のトップの座に踊り出たのはカーダール・ヤーノシュ（KÁDÁR János）という、ハンガリー社会労働党の若き第一書記であった。当初“革命の裏切り者”とか“ソ連の傀儡”と批判されていたカーダール体制は1960年から「我々に敵対しない者は我々の味方である」というスローガンを掲げ、国民との大胆な和解を遂げた。ハンガリーはそれ以降ワルシャワ条約体制の枠内で急速に自由化し、東欧随一の生活水準を実現し、このハンガリーの体制は「カーダール路線」とか「グヤーシュ共産主義」とか「ソフトな独裁」と呼ばれることになった。カーダールは1989年の初期にまで続くハンガリー

型社会主義のキーパーソンでもある。

カーダールによるこのソフトな独裁の政治的意図は、基本的に、内外両面において「軍事的対決を回避する」ものであり、これは56年の動乱の政治的教訓でもあった。国民と和解できない政治は内乱を引き起こし、それに引き続いて必然的にソ連による軍事的介入が起きるといふ、ある意味において（内乱と侵略への）恐怖感に基づいた政治でもあった。少なくとも1960年代に始まった国内における「慎重な自由化」や各種の社会政策の背景には以上のような政治的判断があったように思われる。国民との和解は国民と政治の「共犯関係」の上に形成され、両者の「自由の自粛」をも意味した。国民の移動（国外旅行）と衣食住における平等性を図る（これらに関する財をできる限り調達し、平等に分配する）代わり、政治的な社会活動（とりわけソ連や他の社会主義諸国との関係をめぐる政治活動）への参加を、あたかも参加しているように感じられるシステムに変えて、実質的に一握りの指導者に任せておくという取り引きであった²⁾。財の分配や再分配を図る各種の社会保障制度は、社会内部においての、目にあまる財の格差を縮小する保障制度である一方、他方では社会そのもの（社会主義というより国家自体の）存続を保障しようとした制度でもあった。だからこそ、ハンガリーでは東ドイツやルーマニアのような指導者崇拜や財の集中という独裁政治特有の現象が見られず、例えば1968年以降の経済改革³⁾の例に見られるように、慎重な社会改革が各領域において進められたわけである⁴⁾。

1989年の末にベルリンの壁が崩壊されたことによって、雪崩のように起きた社会主義諸国の崩壊現象に見られた歓迎ムードはハンガリーで

はほとんど見られず、ベルリンの壁を倒す上で大きなきっかけを作り、その実現においても大きな役割を果たしたのにもかかわらず、当時この国はむしろ葬式ムードに包まれていた。世界の「感情的流れ」に逆らうようなこの異色の動きは世の注目を呼ぶことなく、日本ではニュースの話題にすらならなかった。だが、ベルリンの壁崩壊の年にハンガリー社会労働党（共産党）は1956年のハンガリー動乱を“反革命”だとする公式史観を撤回し、56年事件は民衆の正当な社会運動であったと名誉回復し、33年ぶりに56年の犠牲者らを正式に追悼し、“鉄のカーテン”を自ら撤去し、ベルリンの壁崩壊の直前にはハンガリー社会労働党は自らを自主的に解体し、国民に“大政奉還”し、翌年春に実施された総選挙で静かに政権の座から降りて“56年のウソ”の上に成り立っていた政治体制と社会体制を自ら葬ったことは、日本におけるニュース報道の有無とは関係なく、事実であったのである。

冷戦構造の中に閉じこめられていた東欧諸国と西欧先進諸国との間の経済格差は戦前にも増して大きくなり、技術革新に後れをとり、立ち後れた経済構造の元で得られたGDPの下では、ハンガリーの社会福祉制度を維持することは不可能であった。特に1973年のオイル・ショック以降は（政府がインフレ抑制を強力に推し進めたため）対外債務は年々雪だるま式に増えていった。昨年（1989年）の夏に発足した新政権（社会党と自由民主連盟の連立政権）の発表によると、ハンガリーの対外債務総額は1994年ですでにGDPの70%に達しており、それに加えて国家予算の累積赤字も3,350億フォリントに及び、緊急に厳格な緊縮財政を導入しない限り、もはや国家破産が免れない状況だという。1990年の総選挙の勝利の結果1994年まで政権を握っていた民

族主義と宗教に立脚したハンガリー民主フォーラムが1994年の総選挙で惨敗し、4年ぶりに与党として政権に返り咲いた新社会党は今、かつて自ら築き上げた社会福祉制度を今度は自らの手で解体していかなければならないという、きわめて皮肉な立場に立たされることになったのである。

以下に紹介されるハンガリーの社会保障制度（の一部）の紹介を試みる際に、私の拠り所となったのは、1992年に、主にブダペスト経済大学に籍を置いている経済学者と社会学者からなる研究グループの手によってまとめられた『ソーシャル・レポート』（Andorka et al., 1992）と、ハンガリーで発行されている『週刊世界経済』（Heti Világgazdaság, HVG）という経済誌である。

1. 総支出の変化

まず、社会福祉の総支出を各国との比較で見

表1 各領域の相対比率で見る中央財政の支出の構造（1989年）

国名	防衛	教育	医療	住宅、社会援助	経済	その他	合計	対GDP比率
アイルランド	2.8	11.8	12.4	30.3	15.4	27.3	100.0	57.9
オランダ	5.0	11.0	11.6	40.6	8.2	23.7	100.0	54.5
ベルギー	4.7	12.1	1.7	43.9	9.8	27.9	100.0	50.7
イタリア	3.6	8.3	11.3	38.6	11.5	26.6	100.0	47.9
フランス	6.1	6.9	21.0	40.7	6.5	18.8	100.0	42.6
デンマーク	5.4	9.2	1.2	37.8	6.9	39.6	100.0	41.8
スウェーデン	6.5	8.7	1.0	55.9	8.0	19.8	100.0	40.6
オーストリア	2.7	9.2	12.8	48.3	10.1	16.8	100.0	39.3
英国	12.5	2.9	14.3	34.8	6.7	28.8	100.0	34.6
スペイン	6.5	5.1	12.5	37.0	10.4	28.5	100.0	34.3
フィンランド	5.1	14.1	10.6	36.5	20.6	13.1	100.0	29.3
ドイツ	8.7	0.7	18.3	49.4	7.5	15.5	100.0	29.0
米国	24.6	1.8	12.9	29.3	8.0	23.3	100.0	23.0
ハンガリー	3.7	2.6	2.1	29.9	25.1	36.7	100.0	58.6

出典：World Development Report

てみる必要があるが、国によって出されている統計が統一されておらず、また中央と地方財政の負担分担、中央財政の各省庁への分配制度なども国によってかなり異なっているので、容易に比較することはできない。しかし、あえてこのズレを承知の上で他国との比較をすれば、ハンガリーの1989年における中央財政にかかわるふたつの事柄が目につく。そのひとつは、中央財政の対GDP比率で見た大きさ（58.6%）であり、そしてもうひとつは経済活動にかかる支出の大きさ（25.1%）であると、Andorkaらは指摘しているが、今になって調べようのないことであるにしても、私は中央財政の4割弱にも及ぶ「その他」の支出の内訳も大変気になる。

もっとも、89年以降から民営化による国家の経済活動からの後退に伴い、国家予算の経済活動にかかる支出が幾分減少した反面、福祉に関する支出が大幅に増大したはずではある。

表2 主な社会福祉支出の移行
(単位：10億フォリント，％はGDP比率)

支 出	1985年		1987年		1989年	
	10億 Ft	%	10億 Ft	%	10億 Ft	%
年 金	91.7	8.9	110.1	9.0	156.5	9.1
療 養 金	11.6	1.1	13.3	1.1	21.7	1.3
保険医療	34.6	3.3	43.0	3.5	61.8	3.7
失業手当					2.1	0.1
家族扶助金	27.7	2.7	32.1	2.6	68.0	4.0
社会給付金	1.4	0.1	1.8	0.1	3.0	0.2
計	167.0	16.1	200.3	16.3	313.1	18.4

- ・保険医療費は薬に対する補助金も含む。
- ・家族扶助金は家族手当，育児補助金（GYES）ならび育児給付金（GYED）を含む。
- ・社会給付金は継続的および一時的な社会給付金を含む。

出典：Kopits et al., 1990, p. 7. In: Andorka et al. 1992, *Társadalmi riport 1992*, Budapest, Táarki, p. 447.

2. 社会保障制度

2.1 社会保険

社会保険の現行制度は1975年に改正された社会保険法の成立により発足した。就業時間週最低36時間以上の事業所の雇用者が原則として強制加入させられているが，例外的な人々（例えば専業主婦，給付対象になっていない失業者，一部の自由業者，外為法上の外国籍の居住者およびハンガリー国籍を有する外為法上の非居住者，不動産収入で生計を立てている者など）にはこの制度が適用されていなかった。これが1992年になって彼らの任意加入も可能になり，将来給付を受けようとする社会保険の種類に応じて，5つの選択肢が用意された。しかし例えば健康保険に加入していない者はいまだに30万人ほどもいるという。

保険料は基本的に給与に対して定率で，給与

額の54%である。雇用関係を持たない者や現金収入のない者の場合は該当年度1月1日における統計により算出された最低賃金に対する定率，もしくは定額となる。保険料54%のうち雇用主の負担率は44%で，残りの10%が雇用者自身の負担で，給与から自動的に差し引かれることになっている。

さて，社会保険制度の運用はどうなっているのか。この問いに明白な答えを出すことはきわめてむずかしく，ハンガリーの社会保険制度をめぐる最も大きな問題点のひとつであるように見える。89年以前の40年間の間，国庫から独立した社会保険基金は存在せず，社会保険料は国家予算の一項目として組み込まれ，雇用主が支払った“労働力税”（保険料の雇用主負担分）も，雇用者が納めた自己負担分も国庫財源のひとつにすぎなかった⁹⁾。一方，年金や療養金，育児援助金や家族手当などのような直接現金で支給されるものから，現物の形で無料で支給された各種の社会サービス（例えば母乳⁹⁾，牛乳，幼稚園から高校までの給食，大学生の学生寮，医療，保養施設，教育，住宅等々）まで，社会福祉にかかる費用の全てがここから賄われていたために，国家予算の中で，例えば年金の財源はどの部分が割り当てられ，総額はいくらになるのかを明確に割り出すことは不可能であった。はっきりしていることは，1989年まで社会保険制度の事実上の運用者が国であったということだけである。

また，1975年頃から社会の高齢化は急速に進み，年金受給者が急増したのに加えて，劇的に低下した出生率を食い止めるために，67年に発足した定額の育児援助金制度のほかに，85年に新たに定率の育児給与金制度も導入され，国庫の負担は一気に重くなった。そこで，国庫と社

会保険の不透明な関係を明確にしようという政府側からの要請により、1989年1月1日をもって社会保険基金が設立され、これで一応社会保険と国庫が切り離された形で運用されることになった。翌年に社会保険基金が年金基金と健康保険基金に二分化され、業務内容も明確に定められたうえ、国庫から一定の金額を割り当てられた。しかし、運用費として与えられた4,000～4,200億フォリントという金額の根拠や基準が何であったのかは定かではない。

両基金の運用費は設立当初から不足しているのは明らかであった。1992年には300億フォリント、93年には500億フォリントの赤字を出している。さらに設立の際、両基金に対して3,000億フォリントに相当する国家資産が引き渡されると国から確約されていたにもかかわらず、この資産の引き渡しが一向に進んでいない。

また、両基金の債権も1990年には“わずか”90億フォリントであったのが、1994年の5月の時点ですでに1,310億フォリントにも達してい

た。社会保険は未納者に対して、電力会社の電力供給中止のような強行手段に出ることはできず、雇用主が保険料を納めていないからといって、それに対して責任のない国民の年金や健康保険などの支給を止めるわけにはいかない。しかし、保険料を長期にわたって滞納している21,000カ所の事業所の大半は、例えば国鉄のような、国営の大企業であることも深刻な問題である。

表3は社会保険の収支の移行を二十数年遡ってまとめられたものである。ただし89年以前のデータがどのように割り出されたのか、定かではない。それにしても、これによると収入支出両面の大幅な伸び、とりわけ年金支出の伸びが一目瞭然である。また、1990年から、それまでは国庫負担だった医療費の一部が社会保険に転嫁されることになったことの影響も非常に大きい。

1992年に大掛かりな社会調査をまとめた Andorka et al.によれば、ハンガリーの社会保険

表3 社会保険の収支の移行

(単位：10億 Ft)

年	収入	支出						合計
		運営費	療養金	医薬品	家族給付金 ¹⁾	医療費 ²⁾	年金	
1970	24.7	0.2	4	2.7	4.8	0	13	24.7
1975	49.2	0.4	6.2	4.3	11.2	0	27.1	49.2
1980	83.8	0.6	7.9	0	19.3	0	56	83.8
1985	135.3	0.9	12	0	27.7	0	91.7	132.3
1986	149.4	1	13.1	0	29.5	0	99.3	142.9
1987	158.5	1	12.4	0	32	0	110.1	155.5
1988	218.5	1.3	19.3	18.2	49.7	0	130	218.5
1989	293.7	2.6	23.3	19.2	67.9	0	156.5	269.5
1990	360.7	3.2	26.3	27.6	32.9	68.3	202.1	360.4
1991	435.4	4.3	31.6	39.4	23.8	89.2	262.8	451.1

1) 1990年1月以降家族手当は国庫負担となった。

2) 1990年1月以降医療費は社会保険基金の負担となった。

出典：OTF Statisztikai Évkönyv, 1991 および OTF のそれ以前の統計報告。

制度の大きな問題点は次の5つの点である：

- (1) ハンガリーの人口構成の問題：人口構成は“先進国型”であること。高年齢化が急速に進行している中、出生率の低下も止まらない。1981年以降は生産年齢人口のみならず、総人口も年2%というペースで減っている。
- (2) 高等教育を受ける人口が大幅に増加したため、就業年齢が遅くなったこと。
- (3) 女性が男性同様に働いているので、女性労働人口の増加による納入者増は全く望めないこと。
- (4) 保険制度（年金保険のことであろう）の財源方式が「賦課式」であること。必要な年金の給付金を、その年の保険料で賄っているため、現役世代の保険料は即座に給付にまわされて、積立金という運用益が生じない。いうまでもないが、この方式は経済状況の影響もさることながら、人口構成の影響を強く受けるシステムである。
- (5) 最後に、保険料率が非常に高く設定されていること。本人負担分の10%はそうでもないが、雇用主の負担分（44%）は確かに高い。この高い保険料率のため、国際労働市場でのハンガリーの労働力の“魅力度”を大幅に減少させてしまう恐れがある。

確かに彼らの指摘どおり、ハンガリーの社会保障制度は、制度自体を崩壊させるのに十分な重大問題をかかえている。しかしながら、人口構成の問題にしろ、財政方式の問題にしろ、あるいは高い料率のこともそうだが、これらの点はハンガリーに限った事柄ではない。先進諸国の多くが似たような状況であろう。高い保険料率のためハンガリーの労働力が国際市場において負けてしまうことを恐れるより、国内市場に

において労働力が表から闇経済の方に流れてしまうことを心配した方が、より現実的であろうし、「賦課式」財政方式の問題は人口構成の問題や高い料率の問題と密接に結び付いているので、基本的に同じ問題であるといってもよかろう。

この章の冒頭で述べたように、社会保障制度の運用の不透明さの問題、設立当初に社会保障基金が国庫から与えられた“基本金”の根拠の問題、国家資産から受け継ぐはずだった資産の問題、財源の20%にも達する未納の保険料の問題の他に、各制度上の問題点もまだまだたくさんある。

2.2 年金制度

ハンガリーで年金といえば、基本的に「公的年金」のことである。日本の厚生年金や共済年金、あるいは企業年金のようなものは、今のところまだない。最近、有名な外国の民間保険会社と契約できるようになり、外貨建てで個人年金に加入している者もいるが、このようなゆとりが持てるのはほんの一握りの（推定300万人からなる）富裕階級だけであり、一般の、大多数の国民にとっては関係ないことである。

年金は、給与と同様に、個人単位である。

年金の種類は欧州で一般的な3種類（老齢年金、障害者年金、遺族年金）が揃っている。障害者年金や貴族年金については入手できた資料が少なすぎて、ここで詳しく取り上げることはできないので、以下の話は、原則として、老齢年金についての紹介である。

年金の財源はもちろん保険料であり、給与に対してかけられる先ほどの54%のおよそ6割（自己負担分の10%の中から60%、雇用主負担の44%の中から55.68%）が年金基金に貯えられることになっている。

財政方式は「賦課式」であり、年金の費用の出所は現役世代が納めた保険料のみである。

年金支給開始年齢は、原則として、女性が55歳、男性が60歳だが、例外が多く、年齢優遇措置でこれより5～10年も早く受給権を持つ職種が少なくない。例えば中央省庁の公務員、内務省職員(警察官、消防士、国境警備士等)、職業軍人、健康に有害な業務に従事する労働者(鉱山労働者、冶金労働者等)がそうである。この他にも叙勲を受けた者(推定200万人)も年齢優遇の対象になっていて、おまけにこちらの方は年金額に制限は一切なかったが、この叙勲による特別扱いは1992年で廃止された。しかし他の優遇措置の方は依然として残っている。さらに、体制転換の際、旧体制下の地方自治体の職員のうち、年金受給開始年齢までにあと2～3年しか残っていなかった者も失業という厳しい事態を避けるために本人が望めば年齢優遇措置の対象者になった。1990年における年金退職者の平均加入月数は産業労働者の男性で38.7年、女性で29.1年、農業従事者の男性は34.2年、女性は22.4年であった。

ハンガリーには“定年退職”⁷⁾の制度はないので、退職は年金退職を意味している。基本的に退職と年金給付開始の間にギャップはない。また、年金が支給されるのには最低10年以上の加入期間が必要である。

年金の算出方法は1991年までは実に簡単で、

表4 年金算定の方法

加入年数	刻み幅	スライド率	平均月収対比率
10年			33
11～24年	1歳	2%	61
25～34年	1	1	
35～42年	1	0.50	75

以下のとおりであった。算出の基準になるのは、従前所得であるが、退職直前の5年間のうちで平均月収が最も高かった3年間の平均月収である。

以上の計算方法からもわかるように、ハンガリーの年金は“一階建て”で、日本やスウェーデンやカナダの年金のような、定額部分と所得比例部分を組み合わせた“二階建て”ではない。年金に所得と関係ない基礎部分をもうけるのは、低所得者だった人々への配慮であり、所得が低くても、加入月数が長ければ、所得による格差がある程度緩和されるからである。しかしハンガリーの年金制度にはこのような「低所得者への配慮」を示すところはどうも見られない。年金は上から下まで所得比例制であるので、このままでは福祉の基本理念であるはずの「再分配」機能を果たせないのは一日瞭然である。福祉の理念から考えれば、これは大きな問題である。

さて、この計算式が1991年に修正されることになった。修正の直接の理由はおそらく現行制度において平均月収の75%に及ぶ高い年金を見込める年齢層の所得が急に伸びてきてしまったことと、社会全体での貧富の格差が目立ってきたことであろう。そこで平均月収の何パーセントが年金の算定基礎部分になるかという制限が設けられることになった。例えば月収16,000フォリントまでなら月収の100%(金額)、18,000～30,000フォリントなら80%が年金の算定基準額となるが、80,000フォリント以上の場合は平均月収の10%の部分に対してのみ年金を支払う仕組みになった。これは低所得者へ対する配慮政策のひとつとして認めることができるだろう。

ここで、「ソーシャル・レポート」をまとめ上

げた Andorka らのみる、(1992においての) 現行制度の問題点を挙げると、制度崩壊の危機を警告している彼らが見直すべき点として以下のものを指摘している：

- (1) 年金受給開始年齢のこと。他国に比較するとあまりにも低い。OECD 諸国で男性は65歳、女性は60か65歳が普通であるし、どの国をとって見ても、女性の平均寿命は男性のそれよりずっと長く、女性の、男性より5年も早い年金退職を根拠づけるものは何もない。現代人は、男性であろうと女性であろうと、65歳まで十分働けるはずであるという。また、同じことは、年齢優遇の対象になっている特定の職種にも当てはまる。
- (2) 年金の算定方式がたいへん“あまい”こと。そのため高い年金を手に入れることが容易になっている。雇用主が特別優遇したい者を退職直前給与の高いポストに配置すればいいのである。企業の負担は少し増えるのだが、長期にわたって高額な年金を給付しなければならなくなる社会保険制度の比ではない。
- (3) 受給資格を得るのに必要な加入期間が短いことと、スライド率が加入期間に比例していないこと。現行制度においては10年も働ければ年金受給資格が手に入り、平均月収の33%が年金として保証されるだけでなく、長く働いたとしても、スライド率が下がり、刻みの幅も短くなるため、75%の最高支給率まで到達するのに42年もの加入期間が必要である。年金水準を維持するため、1972年以降物価上昇にある程度合わせたスライド制が導入されたが、それをはるかに越えるインフレ率を考えれば、適当なとこ

ろ(加入期間24年未満)で一度年金を手に入れ、別な所で新たな仕事を始めた方が得だと思える者が多くなって不思議ではない⁸⁾。

- (4) 所得税との関係から生じる矛盾のこと。外国の所得税制を見ると、課税される所得金額は収入金額ではなく、社会保険料など各種の控除金額が差し引かれた後に残る所得金額である。しかし信じ難い事実ではあるが、ハンガリーの所得税制では社会保険料が控除の対象にならない。一般の国民にしてみれば、これは所得税ではなくて、収入税のようなものである。さらに問題になるのは、年金所得者に対して所得制限がないことである。
- (5) 物価上昇を考慮するためのスライド率のこと。確かに1972年から毎年2%ずつ年金額が引き上げられたが、体制転換後の2桁に及ぶ物価上昇率の比ではない。年金のスライド率と物価上昇率の差があまりにも大きく、政府の緊急対策のひとつとして、年金額を数百フォリントの定額で引き上げても、「焼け石に水」ほどの効果しかない。

これらのデータを見れば、年2回ハンガリーの経済実態調査を行っているIMFの見解がい

表5 年金トレンド

	1970	1975	1980	1985	1990	1991年
年金支出総額 (10億 Ft)	13.0	27.1	56.0	91.7	202.1	262.8
GDP 対比率	3.9	5.6	7.8	8.9	9.7	10.6
年金給付者総 人口対比率	14.0	17.0	19.4	21.6	24.7	25.9
年忌給付者雇 用者対比率	3.44	2.82	2.44	2.14	1.75	?
年金平均月収 対比率	0.45	0.51	0.61	0.60	0.69	0.67

Kopits et al., 1990: OTF Statisztikai Zsebkönyv, 1991.

表6 年金月額でみる受給者分布

年金月額 (Ft)	受給者分布 (%)				
	1985. 1	1990. 2	1991. 3	1992. 4	1992.7
— 4,999	89.1	32.2	3.2	1.8	1.8
5,000— 5,999	4.9	25.5	16.3	6.7	7.2
6,000— 6,999	2.5	26.6	27.1	22.5	18.2
7,000— 7,999	1.4	6.4	26.3	16.0	16.5
8,000— 8,999	0.9	3.3	10.8	22.0	17.9
9,000— 9,999	0.5	2.0	5.4	11.4	13.0
10,000—11,999	0.5	2.2	5.3	9.8	12.4
12,000—14,999	↑	1.2	3.5	5.7	7.1
15,000—19,999	0.2	0.4	1.7	3.2	4.0
20,000—24,999	↓	0.1	0.2	0.6	1.6
25,000—	↓	0.1	0.2	0.3	0.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	99.9
人	2,115,616	2,586,821	2,667,631	2,794,541	2,807,577

出典：全国社会保険総管理局

かに的中しているかが分かる。「ハンガリーにおいてはあまりにも多くの人、あまりにも早くから、あまりにも低い年金を給付されている」と、IMFの調査報告では述べられている。老齢年金の平均月額は1985年で3,492フォリント、1990年で6,187フォリント、そして1991年で7,903フォリントであった。表6を見ると、10年前、年金生活者のほぼ9割が5,000フォリント未満の年金で生計を立てていたことが示されている。その7年後、これほど低い年金しか持っていない者は確かにわずか1.8%に留まっていたが、しかし、この年の年金生活者1人当たりの生活ミニマムは10,000フォリントだったので、年金生活者の74.6%がそれ以下の年金で凌いでいたわけである。人数にしておよそ200万人が事実上の貧困者である。少しのゆとりを持って老後を送れるのは年金生活者のわずか5～6%しかない。

2.3 療養金

雇用者が病気のため仕事ができない間、給与に代わって健康保険から療養金が給付される制度である。療養開始日から90日まで平均給与の75%、90日以降から給与の85%が支給されるが、職業病が原因で出勤できない場合と、職務中に起きた事故による休勤の場合は給与の全額が支払われることになっている。病気の時こそお金が必要で、色々とお費が重なるという理由から療養金の金額は高い。先進諸国での平均的な対給与支給比率は50%～70%であり、それに比較して、ハンガリーの療養金が実に「甘い」と、Andorkaらの報告が指摘している。

療養金受給者が給付金を受けた日数の移行を見ると、1960年にわずか42.2日だったのに対して、1985年には67.5日、1991年には85.5日まで伸びており、この数字からはハンガリーの社会が年々病気になっていっているという印象を受ける。体制転換の年だった1989年には受給者が平均101日も「療養」していたようだが、この数

字をそのまま信用しない方がいいと思われる。まず、ハンガリーでは療養金をもらうためには一応医師の診断書が必要だが、このような診断書は比較的簡単に手に入る。基本的に（医師に対して）自己申告制であるため、ちょっと具合が悪いといえば、それで十分という場合も決して珍しくはないのである。また、体制転換後に失業者が急増する中で、失業を余儀なくされるだろう雇用者に対して、できるだけ療養金を得るための診断書を渡し、形の上での雇用関係が切れないように、多くの人を失業の脅威から「病氣」に逃がしてやったわけである。

このようなことができたのも、受給者が本当に病氣療養中なのかどうかをチェックできる機関がないからであって、当事者は表向きは病氣になっているが、実際には「第二経済」と呼ばれている市場で、本職以外の経済活動に従事していることもよくあると最近のマスコミは報じている⁹⁾。

そこで1994年1月1日にこの療養金制度もいく分改正されることになった。例えば、2年未満の雇用期間しか持っていない雇用者は平均給与の65%の療養金しか支給されないし、2年以上の雇用者に対しても療養金の対給与比率が5%程度カットされた。さらに問題になったのは病氣という理由で欠勤する日数が多いということだけでなく、基金から給付される療養金は企業その他の雇用主の直接的な負担になっていないという事実である。従来の制度下では雇用主は雇用者の一日も早い社会復帰を考える必要は全くなかったが、改正後の制度では療養開始日から10日までの療養金が雇用主の負担義務にされるなど、健康保険基金の支出の10%にも及ぶ療養金制度はある程度改善されたものの、根本的な見直しはまだされていない。

2.4 家族手当

家族手当は0歳から18歳未満の子どもを持つ全ての家族に対して給付される定額の給付金であり、1950年に導入されて以来45年に及ぶ歴史がある。1989年以降ほぼ1年間の間は家族手当の財源は社会保険基金だったが、その後再び中央財政（国）の負担になったようである。

表7で示された家族手当の月額が実際にどの程度のもなのか、このままでつかみにくいので、比較のひとつの基準として、例えば1991年において第一次および第二次産業で働いていた雇用者の平均月収を挙げておこう。農林業では12,938フォリント、製造業では17,494フォリントであった。また雇用者全体の中では肉体労働者は14,072フォリントに対して精神労働者は24,584フォリントだった¹⁰⁾。家族手当をこれらの平均月収に対比させてみると、その金額は決して小さいとはいえない。が、この年から加速した物価上昇率（公式発表でも18%~25%にも及ぶ）と、比較的伸びてきた平均収入に比べれば、家族手当の果たす役割が年々小さくなって

表7 子ども1人当たりの家族手当月額の移行
(単位：Ft)

家族のタイプ	1990.7	1991.7	1992.7	1992.9	1993.1
子1人 親1人	2,070	2,570	2,820	3,100	3,250
子2人 親1人	2,200	2,900	3,250	3,600	3,750
子3人以上 親1人	2,200	3,000	3,400	3,800	3,950
子1人 親2人	1,770	2,170	2,370	2,600	2,750
子2人 親2人	2,070	2,570	2,820	3,100	3,250
子3人以上 親2人	2,200	2,900	3,250	3,600	3,750
障害児	2,550	3,900	4,350	4,950	5,100

出典：全国社会保険管理総局

きていることは明らかである。

さらに、1994年の秋から徐々に明らかにされてきた財政危機に対する緊縮財政対策案のひとつとして、この家族手当制度の廃止も議論されている。今まで子どもを持つ全ての家族がその対象になっていたのだが、今年度から低所得者のみに給付する制度に切り替えたいと政府は固く決心しているように見受けられる。中央財政にとってGDPの3.3%に及ぶ家族手当の負担が大きいということと、本当に困っている家族にしか給付すべきでないという政府側の主張が現在ハンガリーでは大きな反響を引き起こしている。

2.5 育児援助金・育児給与金

戦後のハンガリーでは「新しい憲法の理念」に基づいて、女性も男性同様、フルタイムで働くのが当然とされ、子育てを理由に退職し、専業主婦になることは好ましくないとされてきていた。戦後50年も経った今でさえ、家事や育児だけに従事する女性はまだ少ない。また、ハンガリーでは給与も税金も年金もすべて個人単位なので、女性も働かないと家族としてやっていけないという面を否定できない（就労しなかった女性は年金も支給されない）。一方、社会から男性同様に期待されていることやほぼ男性なみの経済力があることも、今になっては女性にとっては大きな魅力となっている。

女性に対しては完全雇用政策が取られることになったが、育児の問題、特に就学前の子どものことは当然ながら問題になった。そこで2歳児から6歳児までの児童に対して幼稚園が徐々に整備されていったが、0歳から2歳までの乳幼児を受け入れる保育園は非常に少なく、例えば1960年で保育園を利用できた子どもは全体の

わずか10%しかなかった。30年後の1991年にできえ乳幼児保育利用者の割合はほとんど変わっていない。しかし大きく変わってしまった数字がある。それはハンガリーの回復しそうにもない低い出生率による総人口減の数字である。子育て中の女性に対して「育児援助金制度」が導入されたのが1967年であったことから逆算すれば、この時期から政府側が、小さい子どもを持ちながら仕事もする女性や家族の問題に、一応取り組み始めたことがうかがわれる。

育児支援対策としてまず導入されたのは「育児援助金」の制度である。5カ月の産休後、女性が望めば、子どもが3歳になるまでは子育てに専念できるように中央財政から支給される育児援助金を受け、仕事を休む（中断する）ことができるようになった。雇用者に対しては、育児休暇後の女性の（休暇前と同じポストへの）職場復帰も義務づけられた。育児援助金は定額の給付金で、当時の平均的女性労働者の給与に比べれば、かなりの高額であり、人気も高かった。しかし10年ほどで育児援助金の効力がなくなり、出生率が再び低下し始めたので、女性または家族に対して支給されるお金による解決策の有効性や、人口を維持するための女性と家族に対する社会的援助の必要性などについて政府関係者も含めて激しい論争が沸き起こった。その結果として、子どもを持つ家族に対して直接現金による援助に加えて、たとえば住宅購入優遇利子制度などのような、いくつかの間接的援助策も導入された。1968年頃から経済システムを改革し、部分的に自由化して市場経済に切り替えることにより、それまでに国が統制していた物価も自由化され、インフレも起き、比較的高額だった援助金の実質的な価値も当然下がってしまうことになった。共働きでダブルインカ

ムを基本とするハンガリーの家族にとって長期にわたって片方の（たいていの場合は女性の）収入がなくなる、あるいは定額の援助金だけになることは経済的には無視し得ない大きな損害になる。大半の家族は子どもが欲しくても（経済的に）2人も3人も育てられないので、子どもの数を1人に制限することになるのであろう。

そこで、1985年に定額の援助金に加えて、定率の育児給与金制度が導入された。利用できる期間は2年で、育児援助金より給付期間は1年短い。年金と同様に出産前の平均月収によってその金額が決まるので育児援助金より育児給与金の方が有利な女性が多かった¹¹⁾。この制度が発足して4年後の1989年には社会福祉制度ではなく、社会制度（社会体制）そのものが崩壊し、政治や経済制度を「西側」の制度に基礎から作り替える作業が始まった。自由経済システムによる民営化が進むにつれて失業者が急増し、2年間も家で子育てに専念することはとてもできなくなってしまった。民営企業に働く女性は育児休暇に入って1年後には必ず首を切られることになり、元のポストに戻るなどというのはまず不可能になった。失業してしまえば、子どもの面倒どころか、自分の面倒を見ることすらできなくなる。

育児援助政策のひとつとして、1994年にまたも新たな制度が発足したようである。失業を恐れて子どもをあきらめる女性（家族）に対する、1年限りの育児補助金制度である。育児給与金よりも短い。定率は85%で、前者より10%ほど高い。しかし民営化が進んでいる現在、社会復帰の保証はできない。子どもを産めば、1年間は平均月収の8割が国から保証されるが、失業に追い込まれる可能性は高い。

昨年夏の夏に発足した連立政権の公表した緊縮財政案により、社会福祉政策も見直されることになった。その中で、従来どおりの育児支援金は廃止される可能性も高い。

2.6 失業手当

社会主義時代のハンガリーでは、建前上の完全雇用政策のため公式には失業は存在しなかったが、ある程度の「隠れた失業」や「企業内失業」の存在、雇用過剰の問題も知られていた。しかし、公式の失業が初めて深刻な問題になったのは1989年以降である。それ以前の時期において、公式に登録され、失業手当の対象になっていた人数はわずか5,000人ほどに過ぎず、89年以降から100万人単位で急増した失業者数の比ではなかった。92年の年度¹²⁾初めの失業者数は50万人、年度末になると80万人にも達し、その後も全雇用者の15~18%は慢性的に失業している。

現行の失業手当制度は1989年に当時の社会主義政権の発案により発足したもので、仕事を失った者に対して失業前の給与の70%を6カ月間支給し、それまでに仕事が見つけなければ、前給与の60%をさらに6カ月間支給することになっていた¹³⁾。92年以降は失業が1年間以上続いている場合、前年度に支給された手当の75%（元の給与の45%）が継続して給付されていた。同年に失業手当制度そのものも改正され、給付開始からほぼ1年間は給与の70%、それに続く180日間（6カ月間）に給与の50%が給付されるようになった。この手当の財源はいわゆる連帯基金であり、保険料として給与の6%が（5%は雇用主負担、1%は本人の自己負担）この基金に納付されている。

失業対策は現在は間違いなく社会福祉の一番

深刻な問題になりつつある。失業対策はもちろん手当給付で終わるわけではない。これには公共事業促進や転業援助、再教育、経済構造の面から見てハンディーを背負っている地域での雇用促進政策なども含まれる。

失業者の構成をみると、女性より男性の方が失業者になりやすい。さらに各年齢層の中で中年層（31歳～50歳）の失業が一番高く、しかも義務教育¹⁴⁾しか受けていない学歴層で最も多い（高学歴で新卒の若者の失業も決して少なくないのであるが）。

2.7 医療サービス

社会主義時代のハンガリーでは全ての医療サービスは（建前上は）公費負担になっており、1972年以降には本人が保険料を納めていたかいなかったかにかかわらず全ての国民は無料の医療サービスを受ける権利を有することになっていった¹⁵⁾。医療サービスの財源は90年までは国の中央財政であったが、それ以降は公衆衛生機関や数少ない特殊な病院（たとえば医科大学付属病院、国立癌センターなど）以外のすべての医療機関は、社会保険基金のひとつである健康保険基金と各自治体に分担して移管されることになった。

無料医療サービス（公費負担医療サービス）といえば聞こえはいいが、従来の無料制度は医療サービス提供者側にも（低賃金）、そしてもちろん、受ける側にも（低サービス）大きな不満をもたらし、建前どおりに機能していなかったことは公然の事実である¹⁶⁾。

まず、大まかな統計データから伺われる幾つかの問題点を見てみよう。医療費のGDP対比率は（1990年度で）5%、同年のOECD諸国での6%～11%という平均数に比べれば低い支出

額である。高いのは人口1,000人当たりの医師の数であるが、同じく人口1,000人当たりの看護師の数をみると、この数字は目立って低い（つまり治療に従事する者の数は多いが、看護に従事する者の数は少なかったということである）。またデータの移行を見ると、医師の数が年々増えているにもかかわらず、看護師の数はほとんど変わらない。病院の病床数も多く、現在のところ総ベッド数は105,000あり、OECD諸国での平均を30%も上回っている。ということはハンガリーでは多くのベッドを抱えた（そして設備の悪い）大病院が多い反面（1,200以上のベッドを持っている病院の数が23カ所もあり）、総合病院の理想的な大きさとされているおよそ800床数よりはるかに小さい病院（200～300床）の数もまた多い。全体的にベッドの25～35%は入院を必要とする患者のためにではなく、いわゆる社会的理由（例えば身寄りのない老人）で退院できない患者のために確保されている。1994年の4月に健康保険管理局によって行われた調査によると、実際には病床の7割しか使われておらず、それに入院患者の12～15%が通院でも十分なケアやリハビリを受けることができるはずであり、不必要に高額なベッドを利用させられているようである。以上の理由から今年度中に30,000ほどのベッド（実際にはベッド数の少ない病院）の廃止が予定されている。

1993年の7月から病院医療制度において、アメリカのDRG（Diagnosis Related Groups）制度が（医療関係者の批判や大反対を押し切って）導入されたが、きわめて中途半端な導入のされ方であった。そのため最近、経営難に陥る病院や閉鎖に追い込まれる病院が相次いでいる。DRG方式は過剰サービスを制限するのに有効な手段であるかも知れないが、ハンガリーでの

導入の仕方は実に中途半端で、問題だらけである。例えば医療の対象になるすべての病気（老人のものだけではなく）に対してDRG方式の点数が与えられていて、しかもその点数が統一されておらず、各病気の“価値”は病院によって大幅に違っている。また、患者1人に対して給付される基本サービス料金を決める際の基準になったのは各病院の1992年度の予算額と、その1年における患者数であり、当時高額の予算でより少ない患者を診ていた病院は今は「得」をしているが、逆のケースだと経営が大変苦しくなっているはずである。

さらに問題なのは医師や看護婦、その他の医療関係者の報酬の低さである。齒に衣を着せぬいい方をすれば、ハンガリーの医療システムは根底まで腐敗しているともいえる。その元凶は、おそらく、医師の間でパラソルヴェンツィア（parasolventia）と呼ばれている、患者の手から主に医師のポケットに入る“謝礼”である。もちろんこのようなお金を渡すことも、受け取ることも不当行為であるが、患者側にとってはそのような倫理より命の方が大切である。このような行為をチェックする装置はハンガリーの医療システムにない。また、医師のこの悪しき習慣を批判することすら一種の社会的タブーにもなっている。結局、弱い立場に立たされた患者が無料であるはずのサービスを、自由市場経済と同じように、自分のお金で買わされてきたのである。このお金は基本的に闇経済で出回るものなので、その実体を把握するのは非常に難しい。ハンガリーの闇経済に詳しい経済学者によると、1992年には医師に渡された謝金の総額は73億フォリント（推定額）で、税務署に対して医師が自己申告したのは6億8千フォリントだけで、推定額の1割にも満たない。

病院に勤める専門医や地域診療所の一般医師の他に、ハンガリーではおよそ7,000人のホームドクターも活躍しているが、自力で開業できたのは、今のところわずか380人だそうで、自立のリスクを背負うことを拒む医師が多いのと、開業のリスクを引き受けようと思ったとしても、自立に必要な資金が不足している（資金を調達してくれる銀行があまりない）ことも大きな問題である。

おわりに

今年の3月に公表された政府の財政危機管理プログラムは今年度の予算を17兆フォリントでカットする予定であり、ハンガリーの“聖なる牛”（聖域）である財の再分配制度にもメスを入れるという。去年の秋に再度ハンガリーを訪れたIMFの代表が、『週刊世界経済』誌のインタビューに答える際、社会保障制度や年金制度の新経済体制（自由市場体制）への再調節（大幅なカット）を、イスラエルやチリという先輩国の例を挙げて勧めている。67年の戦争以来アメリカから定期的に莫大な援助を受けている一方、世界的な水準から見ても最大の軍事予算を誇るイスラエルの例を出すことも、悲惨な犠牲を払って軍事独裁政権の力で財政を立て直したチリの例を出すのもかなりの悪趣味といえよう。体制転換とか、自由主義経済などという聞こえの良い言葉とは裏腹に、ハンガリーの今の実体はむしろ混沌の真っ只中に放り出された古典的な資本主義により良く似ている。ホームレス、公営住宅からの困窮家賃滞納者の強制立ち退き、失業、絶対的貧困など、戦前の歴史教科書にしか見られなかったような言葉に再度慣れなければならない今日の実体を見れば、自由奔

放の市場経済を熱に浮かされたように賛美するわけだけでもいかない。とはいいいながらも、財政危機に直面している現在において、広くて浅いソーシャル・ネットをより狭くより深くすることがこの社会の緊急課題であるのに間違いはなさそうである。

参考文献

- Andorka, Rudolf et al. 1992 “Társadalmi riport 1992”, Budapest, Táarki
- Pataki, Ferenc 1993 “Rendszerváltás után: Társadalomlélektani terepszemle”, Budapest, Scientia Humana
- “Egészségügyi vállalkozások-Szerzett jogok”, *Heti Világgazdasá (HVG)* Vol. 15. (1993) No. 7.
- “Az egészségügy új finanszírozása- Műtét szövődményekkel”, *HVG*. Vol. 15., No. 28.
- “Privatizáció az egészségügyben — Öngyógyítás”, *HVG*, Vol. 15., No. 34.
- “Biztosított társadalom”, *HVG*, Vol. 16. (1994) No. 23.
- “Népességelőrejelzés — Létszámhiány”, *HVG*, Vol. 16., No. 25.
- “Nyugdíjemelési dilemmák — Gúzsba kötve”, *HVG*, Vol. 16., No. 28.
- “Egészségbiztosítás”, *HVG*, Vol. 16., No. 34.
- “Világbank: Tessék választani!”, *HVG*, Vol. 16., No. 36.
- “Tb-vagyonátadás, Mi kéne, ha vóna?”, *HVG*, Vol. 16., No. 49.
- “Magyar közérzet”, *HVG*, Vol. 17. (1995) No. 3.
- “A Bokros-program a parlamentben”, *HVG*, Vol. 17., No. 18.
- “Feketegazdaság — Árnyékra vetődve”, *HVG*, Vol. 17. No. 18.

注

1) 時代によってハンガリーの共産党はさまざまな名称を名乗っていた。1918年11月「共産主義ハンガリー党」(Kommunisták Magyarországi Pártja, KMP)として設立される。1994

年10月より「ハンガリー共産党」(Magyar Kommunista Párt, MKP), 1948年6月「ハンガリー共産党」は「ハンガリー社会民主党」

(Magyarországi Szociáldemokrata Párt)を強制的に吸収合併し実質的な共産党である「ハンガリー勤労党」(Magyar Dolgozók Pártja, MDP)を結成した。1956年のハンガリー動乱時は「ハンガリー勤労党」政権がワルシャワ条約機構からの脱退を宣言したのに伴って、ソ連の支援を受けた「ハンガリー社会労働党」(Magyar Szocialista Munkáspárt, MSZMP)が結成され、政権の座に就いたが、まだ一連の“東欧大崩壊”の前の1989年秋に改革派主導の党大会で、マルクス・レーニン主義と決別し、社会民主主義を標榜する「ハンガリー社会党」(Magyar Szocialista Párt)に改組された。党内保守派は脱党し、新たに「ハンガリー社会労働党」を再結成した。1990年の総選挙で「ハンガリー社会党」は惨敗し、政権の座を降り、民族主義的な「ハンガリー民主フォーラム」(Magyar Demokrata Fórum, MDF)を中心とする保守連立政権が成立したが、1994年の総選挙で「ハンガリー社会党」は第一党に返り咲き、「自由民主連盟」(Szabad Demokraták Szövetsége, SZDSZ)とリベラル連立政権を樹立した。

- 2) ハンガリー社会労働党はハンガリーの知識人達と「ソ連および同盟国を刺激してハンガリー政府のリベラルな政策を窮地に追い込まない」という制限の下、他の社会主義国になり大規模な言論の自由を謳歌することを保証するという暗黙の社会契約が結ばれていたとされる。
- 3) 1968年に開始された「新経済メカニズム」は社会主義制度の下で市場経済を導入する画期的な実験だった。これによりハンガリーは社会主義諸国の中で唯一消費社会を実現し、1989年から90年にかけての体制転換においても体制移行をスムーズに行わせることに成功することに繋がった。またハンガリーの市場社会主義制度が中国の経済改革の参考になったといわれている。
- 4) 1970年には社会主義国で初めて選挙の複数立候補制が再導入された。

- 5) 社会主義体制下の企業の多くは（実は一部私企業も存在していたのであるが）“国営”企業ではなく、“国有”企業であった。「企業法」により企業は営利を目的とすると定められ、企業の利潤は一般に日本で信じられているように全て国庫に取められるのではなく、企業は利潤に応じて法人所得税を国庫に納付していた。また企業が利潤を投資に振り向ければ税の減免措置が受けられたが、利潤を賃金に回せば、賃金税が掛かってくるので間接的に企業は投資を促進するように向けられていた。
 - 6) ハンガリーでは母乳の出ない母親のために、母乳の余っている母親から集めた母乳を支給する制度があった。母乳の方が牛乳よりも乳児には良いと考えられていたからである。
 - 7) 年金受給開始年齢以前に制度的に強制的に退職させられる制度のこと。
 - 8) 新制度の下では年金受給者が別途就業することに制限はなくなっている。しかも年金生活者が就労して得られる所得に対しては優遇税率が適用される。これは年金生活者が支給される年金だけで最低限の生活を維持していくのが困難であるという現実から設けられた制度であると思われるが、現実には年金の受給額の少ない層は新たな仕事も見つけられないという現実がある。
 - 9) これは社会主義時代から一般的な現象であった。
 - 10) ただしハンガリーにおいては夫婦共稼ぎが一般的であるので、平均賃金が多くの場合世帯の収入額となる日本とは違うということに留意しなければならない。ハンガリーの多くの世帯の収入は平均賃金の2倍近くになっている。
 - 11) 「育児援助金」と「育児給与金」はそのどちらか有利な方を自由に選択できた。従って低所得者は育児援助金を、高額所得者は育児給与金を選択するケースが多かった。実際の選択比率はほぼ半々であった。
 - 12) ハンガリーでは会計年度は暦年と同じく1月に始まる。
 - 13) これは今年に入ってまた抜本的に改革された。
 - 14) ハンガリーの義務教育は8年である。ちなみに高学歴者は女性の比率の方が高い。
 - 15) それまでは自営業者などの非社会主義部門で生計を立てている者は保険に加入できなかったもので、医療は全額負担となっていた。また医師は公立病院に勤務しなければならなかったが、同時に個人的に開業することも認められていたが、開業医には保険は適用されなかった。
 - 16) 医師の賃金はハンガリーにおいては決して低くはなかったが、すぐ隣国の西欧の医師らの収入と比較しての不満が高かった。
- (ふかや・べるた 財団法人日本児童手当協会 こどもの城事業本部 保育研究開発部 非常勤職員・国際文化アカデミー専門学校 国際観光文化学院 非常勤講師)

英国における社会サービスへの市場 メカニズム導入政策の研究体系

—Quasi-Markets 研究の紹介—

駒 村 康 平

1. はじめに

英国においては、民営化・規制緩和の動きは公共事業・国営企業を対象とする段階は終え、教育・医療・コミュニティ・ケアといった社会サービス分野への民営化・市場メカニズムの導入の段階に進んでいる¹⁾。それは、社会サービスの供給者に民間営利・非営利²⁾の参入を許し、公的機関はサービスを調整・購入することに専心することにより、社会サービス市場において、市場の長所と行政介入の長所を組み合わせた競争メカニズム機能を持たせるというものである。このような動きは、1988年の教育法改革以降、急激に進んでいる。いわば、1988年、1989年という年は、社会サービスへの市場メカニズム導入の「ビッグバン」であった³⁾。このような英国におけるコミュニティ・ケア改革、医療改革、教育改革といった個々の改革についてはすぐれた報告・研究がすでに日本において発表されている⁴⁾。したがって、本稿ではこうした個々の制度改革の実態や評価についてはふれず、この対人社会サービスにおける市場メカニズム導入、民営化政策を分析、体系づけた Quasi-Markets の考え方とその研究蓄積について紹介する。

2. Quasi-Markets について

市場メカニズムを公共サービスに導入する動きは1980年代以降の世界的現象であった。英国においては、1988年教育法によって子どもの学校を選択する権利を親に与え公立学校間に競争的要素を導入した。また1988年地方政府法によって、地方政府にゴミの収集、給食といった従来公共部門が独占していた公的サービス領域への競争入札を義務づけた⁵⁾。さらに、住宅政策においても一連の市場化政策が進んでいる。一方、医療・コミュニティ・ケアの領域では、1990年 NHS・コミュニティ・ケア法の改正がなされ、DHA (District Health Authority) の機能を購入者と供給者に分割し、自主運営病院や GP ファンドホルダーの導入という形の「民営化」を押し進めた⁶⁾。こういった一連の公的サービス・対人社会サービスにおける市場メカニズム導入といった動きはサービスの内容によって詳細なシステム・制度は異なるものの、公的財源の裏付けに基づいて、行政に代わって消費者または彼を代理するエージェントが供給者を選択するという点でその原理というのは同じである (Julian Le Grand (1991))。それは競争的な供給主体を前提に、クライアントにバウチャーを

割り当てるといったバウチャーシステムにも類似している。こういった独占的な公共部門に代わって競争的主体が供給するという意味でのこれらの仕組みは Quasi-Markets (疑似市場) である。Quasi (疑似) という言葉が Markets (市場) の前につく理由は、これらの改革の結果現れた市場が、いくつかの重要な点で通常の市場システムと異なっているためである。すなわち、供給サイドでは、生産者やサービスの提供者間の競争が存在し、公的部門も含むさまざまな動機に基づく独立した主体 (学校、企業、病院、レジデンシャルホーム、ハウジングアソシエーション、ボランティア組織、個人家主) が消費者を巡って競争している。また、需要サイドでも純粋な市場と異なり、購買力は金銭で示されるわけではなく、特定の目的に対して割り当てられた公的資金、バウチャーという形をとっている。さらに、受けるサービスの内容水準は健康や社会福祉に関わることであり、消費者自身がどの程度サービスが必要か自ら決定することはできないという特性があるため、消費者の代わりに、第三者 (ケースマネージャー、GP、ヘルスオーソリティー等) がエージェントとして必要な需要を決定し、その効果をモニターすることになる。このように Quasi-Markets は供給、需要、調整といった3つの点で純粋な市場と異なる。

Quasi-Markets は社会サービスを受ける人のニーズ・欲求に応える能力も意欲もない従来の公的部門に対し、資源のより経済的な利用を促進させ、X 非効率を除去するために、競争的な要素を導入し、配分上の効率も改善することを目的としている。そこでは、多くの供給主体を導入し、需要サイドの交渉力を高め、クライアントの選択を豊かにすることによって、より

高い効率性と公平性を達成することができる。ただし、効率性が達成されるためには、一定の条件が満たされる必要がある。それは、①十分な供給主体が存在することである。十分な供給者を存在させるためには市場が十分に大きくないといけない。さらに②価格・報酬体系も重要である。適切に価格・報酬体系を整備しないと公平性の問題を引き起こす。社会サービス特有の問題、サービスの内容・水準と価格に関する問題が発生する。この点から熟慮されたシステムを設計することが求められる。例えば、受け取る報酬と患者の状態の間に厳密な関係がなければ、手のかかる患者は敬遠されることになる。例えばフラットレートの報酬体系ならば、クライアントに対する選抜が働き、手のかからないクライアントのみが歓迎されて、手のかかる患者は取り残されることになる。この結果、最もケアが必要なクライアントが取り残されるという不公平な結果になる。このように Quasi-Markets では行政の非効率性と公平性の問題を克服するが、システム的设计によっては本来の市場のもつ公平性の問題を社会サービスに持ち込むことになる。

さらに、③ニーズ把握の問題もある。社会サービスはその性格上、クライアントの必要なニーズがクライアント本人に把握できにくく、さらにそのニーズが時間と共に大きく変化することがあるため、ニーズと給付されるサービスが適切に対応しているか常にチェックする必要がある。そのためケアマネージャーが常にクライアントの必要なニーズと欲求を把握し、サービスの内容をモニターしておくことである。つぎに④サービスの安定供給の問題である。利潤最大化を目的とする企業以外にも多くの異なる目的関数をもった組織が供給主体になるが、

こういった組織が安定的に必要な社会サービスの供給を継続できるかという問題である。最後に、⑤コストの増加の問題もある。確かに、行政による独占から競争的な供給主体への転換による競争圧力は、効率を高め費用を引き下げることになる。しかし、民営化・市場メカニズムの導入は費用を高める要素もある。それは、a) 市場メカニズム導入に関するインフラストラクチュアのセットアップ費用である。すなわち、従来、公的セクターというヒエラルキーの中で行われた時には必要ではなかった「取引費用」の問題である。市場メカニズムを導入すると、公的部門による同一組織内のヒエラルキーによる取り決めと異なり、供給サイドと需要サイドが契約を交わして、その履行を確認するため取引費用がかかる。しかし、こういった取引費用といった問題もそれが存在するからといって必ずしも資源が浪費されていることを意味するものではない。取引費用のかかる行動そのものが資源配分に関する決定を効率化することによって全体の効率性を増大させているからである。つぎに b) 宣伝費用の存在が指摘される。独占的な公的主体が供給する場合と異なり、多数の主体が供給する場合は、サービス内容を伝え差別化するために宣伝は不可欠であり、この宣伝費用もコスト増大になる。しかし、これも決して資源のムダ遣いではない。それは、クライアントにより多くの情報を与え、判断を支えるものになるからである。さらに、c) 労働費用の増加が指摘される。競争的な市場で調達する場合のコストのもう一つの費用増加要因としては、労働費用の増加というものがある。すなわち、労働市場において、労働組合に組織化された公共セクターの労働者は労働需要・供給サイド双方が独占であるため、賃上げ圧力は幾分か抑制で

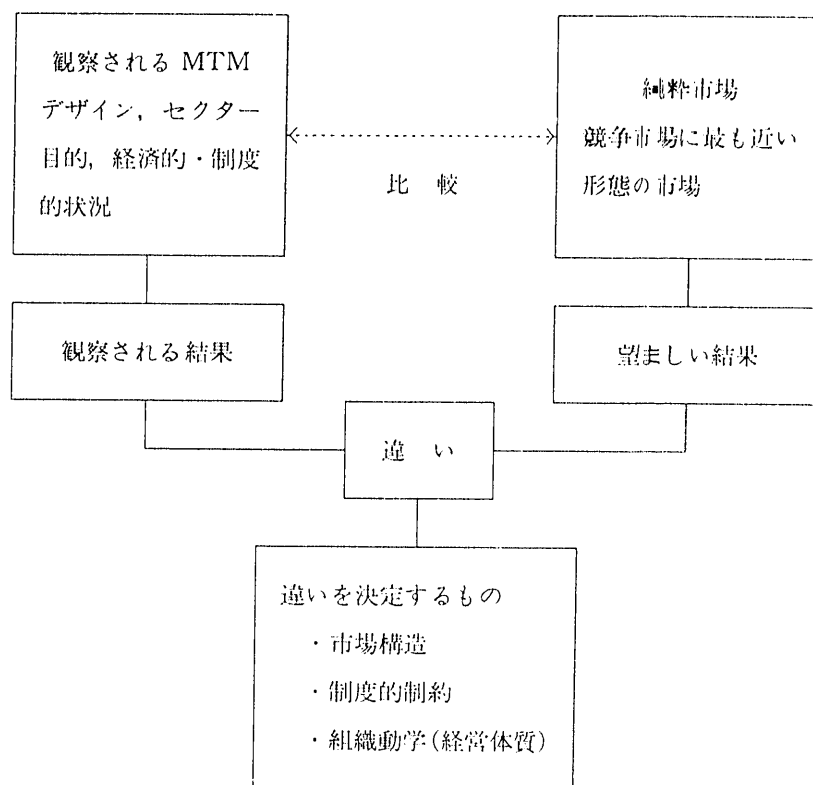
きる。しかし、財・サービス市場が競争的であり、同時に要素市場である労働市場で競争的になる場合、賃金が上昇する恐れがある。NHSが比較的 low cost で運営できた一つの要因として、集権化された労使交渉によって賃上げ圧力を抑制できたということがある。しかし、Quasi-Markets の導入により、NHS の独占的使用者という立場は終わり、自主運営病院は自由に報酬をきめることができるようになった。NHS はサービス供給・需要・労働需要の独占者から、サービス需要の独占者のみになった。この結果、病院従業員の賃金は上昇し、賃金格差も大きくなることが予測される。しかし、こうした賃上げは従業員のモラルアップ、生産性向上に寄与する可能性もある⁷⁾。

3. Quasi-Markets に関する研究について

以上のような Quasi-Markets の考え方は、公共サービスに市場メカニズムを導入する場合にどのように公的部門に競争メカニズムを導入すれば、市場のメリットである効率性を達成できるのか、または、従来の市場の失敗が見られていた領域にどのように規制すれば、公平性を達成できるのか(図1参照)ということからマーケットタイプメカニズム(MTM)⁸⁾の分析である。そして、注目すべきことは、英国において、多くの経済学者が Quasi-Markets を対人社会サービスにおける市場原理の導入・民営化といった政策を統一的に捉え、研究蓄積がなされつつあるということである。

そこで、本稿の残りの部分で、この Quasi-Markets に関する研究を紹介する⁹⁾。

Quasi-Markets 体系とは公平性・効率性・責任・選択の多様性という基準にもとづいて、市



OECD (1994) より抜粋。

図1 MTM の評価

場構造・産業構造・情報の非対称性・不確実性・取引費用・動機付け・クリームスキミング・規制といった点から医療(NHS), 住宅, 老人福祉, 教育といった社会サービスにおける供給サイドの競争促進政策の有効性について経済理論的, 実証的に検証している研究体系である¹⁰⁾。その研究内容は上記の社会サービスについてサービス需要サイドの特性(不確実性・情報構造, 動的な情報生産過程, 消費者の嗜好, 消費者の移動可能性)やサービス供給者の特性(規模・数・組織構造(営利企業・ボランティア・セクター・公的企業)・取引費用・動機付け・要素(資本・労働)市場の特性)という点から実証的データを蓄積し, どのような競争市場メカニズム(費用負担・価格設定)を導入することが公平性・効率性・責任・選択の多様性という基準から適

切か, またどのような規制(NHSにおける地域保健局のモニター機能など)を課すことが公平性を保つことができるかを検証している。とくに一般的な財・サービスの供給と異なり, 支出の監督は政府が行う以上供給されない分野・個人が存在することは許されない。そこで, 情報構造と公平性に関するクリームスキミングが重要な問題になる。クリームスキミングとは, 産業組織論の用語であり規制緩和に伴う問題である。従来規制産業においては, さまざまな形態の価格差別や内部相互補助が存在し, それらの価格政策を採用することによって供給義務規定を果たしてきた。このような産業において参入規制の緩和が実現されていれば, 内部相互補助の黒字部門に新規企業が参入することは明白である。他方, 既存企業(公的部門)において

供給義務規定が依然存在するならば、既存企業（公的部門）は収益性の低い分野において供給を強いられる一方で、収益性の高い分野のシェアは奪われることになる。このようにクリームスキミングとは、規制下で、内部相互補助が容認されていた産業において、規制緩和が実施された状況で、新規企業が高収益分野にも参入することである。こうしたクリームスキミングは既存企業の収益を圧迫し、特定分野・消費者へのサービス・財供給が不可能になる事態も発生させる。Quasi-Markets 研究によると、実際に英国の社会サービス、特に NHS 改革に伴いこうしたクリームスキミングが発生しているとしている。それは NHS におけるブロック契約下でプライマリーケアを供給するファンドホルダーが機会主義的行動をすることによって「質の良い」患者（リスクの低い患者）しか相手にしなくなり、一方、非ファンドホルダーにはリスクの高い「質の悪い」患者しか残らないことになるという形で現れている。

この Quasi-Markets 理論は1991年に体系的に整理され、ハワード・グレナスター教授（Howard Glennerster）とジュリアン・ル・グランド教授（Julian Le Grand）らによって The Economic Journal, 101, September, 1991 で紹介された。その後両氏が中心になって精力的な研究が進められ、ESRC (the Economic and Social Research Council) の主催で年1回程度この Quasi-Markets に関する研究会（Quasi-Markets Reseach Seminar）が開かれている¹¹⁾。その中でも興味深い研究をいくつか紹介すると、1994年9月16日の LSE における研究会では、

“Origins of Quasi-Markets” Howard Glennerster and Julian Le Grand, LSE

“Mothers’ Intuition: Choice of Schools” Mirian David, South Bank University and Ann West.

“Exit, Voice and Choice: An Analysis of Quasi-Markets” Alistair Munro, University of East Anglia.

“Markets and Choices: Contracts for Care” Irvine Lapsley and Sue Llewellyn, University of Edinburgh.

1995年3月20・21日のブリストル大学における研究会では、

“Charging and Quasi-Markets in Community Care” Robin Means and Joan Langan, School for Advanced Urban Studies.

“The Financing of Schools: An Agency Approach” Michael Barrow, University of Sussex.

“How Providers are Chosen in the Mix Economy of Community Care” Russell Mannion and Peter Smith, University of Kent.
などが発表されている。

4. おわりに—社会福祉における市場メカニズム導入研究の必要性

公共サービス・社会サービスの分野に市場メカニズム的な要素を導入するという方向は世界的な潮流であると考えられる。公平性という制約下で、多様な公共サービスを誰でも享受できるということを達成し、さらに今日の厳しい財政制約の中でできるだけ効率性をあげるためには、従来の公的部門が供給するというだけでは不可能で、やはり市場メカニズムの導入が必要になる。しかし、そこにおいては、社会サービ

スの性格上、規制は不可欠であることも事実である。市場メカニズムをどの程度、どのように導入し、そして、どのように規制するかということは、各公共サービス、社会サービスひとつひとつで異なっており、そのサービスの性格に依存している。こういった点で、英国の Quasi-Markets の導入は今後、社会サービスの分野においてどの程度市場メカニズムが機能するかということについての注目すべき実験であると考えられる。Julian Le Grand (1991) はこの点、「現在の政府は経済学者に社会福祉の分析というプレゼントを与えてくれた。この改革において、多くの点で取引費用分析などのマイクロ経済学の適応が可能である。」と述べている。

日本においても、公的介護保険の導入が検討され、介護サービスの費用負担・財源問題については議論がなされているが、この公的介護サービスをどのような形で高齢者に届けるかということについては十分議論されていない。従来の措置制度の限界を検証し、社会福祉法人、シルバーサービス産業をどのように機能させるかということについて、市場メカニズムの可能性と限界を見きわめて制度作りをする必要がある。福祉の分野におけるシルバーサービス産業の活用についての議論は久しいが、依然として、福祉において市場メカニズムは機能するか否かについては客観的な分析に基づいた十分な研究がなされていない。この点についてマイクロ経済学や産業組織論などの手法を使った実証的な福祉サービス市場の分析が必要であろう。この点からも、英国での進行中の改革とそれに関する Quasi-Markets の研究は、今後注目する必要がある。

謝 辞

在英中には、一圓光彌関西大学教授の紹介で Professor Howard Glennerster (ハワード・グレンスター教授) から Quasi-Markets に関するお話しを聞く機会を得た。さらに、ロンドン大学キングスカレッジ エイジ・コンサーン老年学研究所の小川哲生氏からは、多くの文献を紹介していただいた。また、日本大使館、宮崎尚氏、財自治体国際化協会ロンドン事務所 辻睦夫、岩崎任宏両氏には多くの福祉施設を紹介頂いた。ここに記してお礼申し上げます。

注

- 1) 英国における民営化の動向を紹介分析したものとしては山本(1994)がある。また、社会政策における民営化の動きは武川正吾(1990, 1991)を参照せよ。
- 2) 社会サービスの供給主体は、①民間非営利団体、②民間営利団体、③ Statutory な主体(法的に供給を義務づけられている主体、公的部門)、④インフォーマル部門(家族、隣人、コミュニティ)などに厳密に区分できる。
- 3) Julian, Le Grand (1991) を参照せよ。
- 4) 中泉真樹(1993)、鶴田忠彦(1993)を参照せよ。
- 5) この Quasi-Markets という考え方自身は、保守党の政治体質に限定するものではなく、すでに市場原理を社会保障の分野に導入するという考え方は1970年代の労働党政権末期には考えられていた。Howard, Glennerster and Julian, Le Grand (1994) を参照。
- 6) グリフィス報告とそれに関連する一連の改革については、小田兼三(1993)、榎原朗(1990)、北村彰(1993)、武川正吾(1992)、平岡公一(1993)を参照せよ。
- 7) この点、財・サービス市場に Quasi-Markets を導入する以上、資本市場・労働市場といった要素市場においても当然競争メカニズムが機能することになるが、この領域についてどこまで競争メカニズムを認めるのかという点をグレンスター教授に質問したところ、この要素市場とくに労働市場についてはできるだけ制限した形、つまり、この部分については Quasi and Quasi-Markets にすべきであると

回答した。しかし、この部分が今後経済的にも政治的にも困難な部分になるであろう。

- 8) OECD (1994) によると、Quasi-Marketsや市場タイプのメカニズム (Market-Type Mechanisms) はイタリア、フランス、アメリカ、ドイツ、オーストラリア、ベルギー、カナダにおいて導入されている。
- 9) この源流はエントーベンの考え方に基づく (John Butler (1992)) と思われるが、このように英国においてはすでに実施された政策を後追う形で整理されてきた。
- 10) この研究体系を最も分かりやすく紹介しているのは Julian, Le Grand and Will, Bartlett (1993) である。
- 11) 今回の英国出張では、日程の都合もあり残念ながらこの研究会に参加することはできなかった。しかし、1994年の9月にLSEで開かれた研究会の資料を武川正吾東京大学助教授 (シェフィールド大学客員研究員)、1995年の3月にブリストルで開かれた研究会の資料は河野真氏 (兵庫女子短期大学講師、シェフィールド大学博士課程) からいただいた。両氏にお礼申し上げる。

参考文献

欧文文献

- Alistair McGuire, Paul Fenn and Kenneth Mayhew, "Providing Health Care" Oxford University Press.
- Alan Maynard, (1991), "Developing The Health Care Market", *The Economic Journal*, 101, September.
- David Greenaway, (1991), "Policy Forum Markets and Quasi-Markets in Social Services: Editorial Note", *The Economic Journal*, 101, September.
- Department of Health (1989), "Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond", HMSO. 小田兼三監訳『英国コミュニティ・ケア白書』中央法規 1991年
- Howard Glennerster (1991), "Quasi-Markets for Education?" *The Economic Journal*, 101, September.
- Howard, Glennerster and Julian, Le Grand

(1994), "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision", Welfare State Programme.

John Butler (1992), "Patients, Polices and Politics" Open University Press. 中西範幸訳 勁草書房 1994年

Julian, Le Grand (1991), "Quasi-Markets and Social Policy", *The Economic Journal*, 101, September.

Julian, Le Grand (1992), "The Economics of Social Problems", Macmillan Press.

Julian, Le Grand and Will, Bartlett (1993), "Quasi-Markets and Social Policy", Macmillan.

OECD (1990), "Health Care Systems in Transition"

OECD (1993), "Managing with Market Type Mechanisms"

OECD (1994), "OECD Economic Surveys"

Ray Robinson and Julian, Le Grand (1993) "Evaluating the NHS Refroms" King's Fund Institute.

邦文文献

池上直己 (1987) 『成熟社会の医療政策』保健同人社

植草 益 (1991) 『公的規制の経済学』筑摩書房

小田兼三 (1993) 『現代イギリス社会福祉研究』川島書店

檉原 朗 (1989) 「1982年の再組織以降の国民保健サービス—グリフィス・レポートの導入による変化ならびに家庭医サービスの問題」『神戸学院経済論集第20巻第2号』

檉原 朗 (1987) 「イギリス国民保健サービスの民営化問題」『週刊社会保障 No. 1452』

檉原 朗 (1989) 「サッチャーの国民保健サービス対策と改革の白書」生命保険文化研究所『文研論集』88号

檉原 朗 (1989) 「イギリスにおけるコミュニティ・ケア」『神戸学院経済論集第20巻第4号』

檉原 朗 (1990) 「イギリス国民保健サービス法の改正」『週刊社会保障 No. 1608』

北村 彰 (1993) 「英国社会保障の現状及び今後の動向」自治体国際化協会クレアレポート

高齢化社会対策に関する国際研究委員会 (1992)

- 『イギリスの高齢者福祉医療対策』エイジング総合研究センター
- 小林良二ほか訳「老人福祉サービスのより効率的な運営」老人福祉開発センター
- 中泉真樹(1993)「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズムについて」『海外社会保障研究 No. 104』
- 武川正吾(1990)「社会政策における〈privatisation〉—上—」『季刊社会保障研究第26巻第2号』
- 武川正吾(1991)「社会政策における〈privatisation〉—中—」『季刊社会保障研究第27巻第1号』
- 武川正吾(1992)「イギリス社会政策における政府間関係」『福祉国家の政府間関係』社会保障研究所編 東大出版会
- 田端光美(1987)「イギリスにおける老人の在宅福祉供給システム」東京都福祉局長寿社会開発センター『医療改革』1995年
- 鶴田忠彦(1993)「英国の老人介護におけるコミュニティケアの経済分析」『海外社会保障情報 No. 103』
- 平岡公一(1992)「イギリスの『コミュニティ・ケア改革』の動向」『月刊福祉』1992年1月号
- 平岡公一(1993)「イギリスにおける高齢者福祉改革：在宅ケアを中心に」福地義之助・冷水豊編著『長寿社会総合講座第10巻・高齢化対策の国際比較』第一法規出版
- 松井真理子, 中川浩一(1993)「英国の公共サービスと競争入札」自治体国際化協会クレアレポート
- 山本哲三(1994)『市場か政府か』日本経済評論社(こまむら・こうへい 社会保障研究所研究員)

社会政策研究センター

The Social Policy Research Centre (SPRC)

勝 又 幸 子

1. 背 景

社会政策研究センター (The Social Policy Research Centre: 以下 SPRC) はオーストラリアのシドニーに設立された研究機関である。SPRCは1980年1月に活動を開始したが、当初ニューサウスウェールズ大学の独立した機関として英連邦政府と大学との5年間契約のもと創設された。最初の契約は一部修正されて、さらに2期(5年契約の2回更新)延長された。現在3回目の契約が更新され、今年より1999年末までの新5カ年計画が始まっている。

年報に掲載された1994年の財源構造から判断して、SPRCは日本における特殊法人に近い位

置づけになるとおもわれる。SPRCは基金の運用収入ではなくさまざまな政府レベルの補助金で運営されている。基本的には運営費が連邦政府で、研究費は連邦政府と州政府の両方の補助金で賄われている。連邦政府研究補助金はDSS (Department of Social Security)とDHS (Department of Human Services and Health)からSPRCへの外部委託研究費として支出されている。その他の委託研究でもシドニー市や労働組合・州の福祉局等、公的機関の委託がほとんどである。委託研究課題については「2. 活動」で詳しく紹介する(図1参照)。

2. 活 動

SPRCは大学の独立の機関として広範な社会政策研究を行っている。研究成果は刊行物およびSPRCの会議を通じて専門家や一般に公表されている。SPRCは他の機関のセミナーや会議の開催に協賛し、社会政策調査・研究の普及を援助し、優秀な研究者および学者の育成にも研究所内外の研修制度および博士課程のプログラムを通じて援助している。1994年末現在で28名の研究員およびスタッフがいる。この数には博士課程在学中の者が含まれており、そのうち常勤の研究員は9名である。

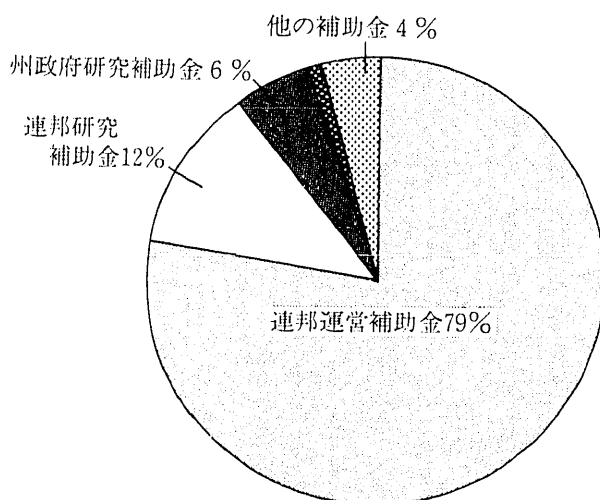


図1 SPRCの1994年歳入内訳

研究活動の実際

セミナー・会議等

終日ワークショップの開催：1994年9月23日「ライフコースと社会政策における『依存』の問題」(DEPENDENCY, THE LIFE COURSE AND SOCIAL POLICY)

研究所内の会議室で行われる公開講座（定員50名程度）で、講師は研究所の研究者と外部の大学教授・行政官等であり、それぞれの視点で『依存』を分析した。視点は広範であり、哲学的なものから老人介護の実際までオーストラリアの社会保障政策・制度における『依存』の扱いについて議論した。この場で報告された内容は、SPRC Reports and Proceedingsとして刊行される。

National Social Policy Conferenceの開催：SPRCが主催して2年に1回開催する研究会議である。最近では、1995年の7月5～7日「社会政策と社会変動への挑戦」(Social Policy and the Challenges of Social Change)というテーマで行われた。今回は現代オーストラリアの複雑な社会変動に焦点をあて、社会・経済的不平等（加齢・性別役割・障害・言語・少数民族等が要因）と関係する社会政策を議論した。

所内研究会の開催：年間27回（1994年実績）所内外の研究者による研究報告を行っている。報告講師は27回中5回が所内研究者、17回が国内の研究者、7回が外国の研究者となっている。

他所外における、SPRC研究者の研究発表や講演を奨励し、その業績については研究所年報に掲載し、Reprintsとしても刊行している。

外部委託研究

連邦政府研究補助金の1994年委託研究は、

DSS と DSHS の委託研究で、「社会経済的不平等の研究」「所得分布と健康水準の不平等」「個人需要分析プロジェクト評価研究」「引退・仕事と健康」等が行われた。また、州政府補助金の1994年委託研究はニューサウスウェールズ州政府コミュニティサービス課の委託で、「定年制廃止の影響について」「地域介護サービス施策の評価」「高齢勤労者の労働市場状況」「保護施設退所後のケアに関する時系列的研究」が行われた。その他の委託研究では、「西暦2000年オリンピック開催の社会的影響力の研究」などの長期的研究も含まれている。

教 育

SPRC Postgraduate Scholarship: SPRCは博士課程に在籍中で学位論文執筆中の者1～2名に対して奨学金を出している。SPRCの奨学金はオーストラリア大学院研究奨学金に期間・条件で準ずるものである。ニューサウスウェールズ大学の博士課程在学中の学生に対してもSPRCはアドバイスを与えている。博士課程の学生に対するアドバイス提供機関としての期待を外部からますます集めている。1994年には年間5名の博士課程在学生在がSPRC奨学金を、また1名がオーストラリア大学院研究奨学金を得た。SPRCはこれらの奨学生に机を与えて、奨学生からはセンターの行事や研究活動への協力も得ている。

また、SPRCは研究員がニューサウスウェールズ大学をはじめとして、教育機関で講師として教えることを奨励している。

出版活動

Reports and Proceedings, Discussion Papers, Reserach Resource Series, Newsletter, Reprints, *The Diary of Social Legisla-*

tion and Policy, SSEI Monographs の 7 種類
の刊行物を発行している。このうち、News-
letter と Discussion Papers は無料で配布し、
残りの刊行物は廉価（豪州ドル10ドル以下）で
販売している。過去の刊行物の内容を知りたい
場合はリストが無料で入手できる。社会保障研
究所の図書室には図書交換でリストをはじめ全
部ではないが、Reports and Proceedings, Dis-
cussion Papers, Newsletter と Annual Report
がある。

1994年 SPRC が新たに出した刊行物は19, 他
の機関との共同で出したものが5, 年2回発行
された Newsletter は国内外の2,400カ所に配
布されている。刊行物の販売収入は1994年実績
で9,600豪州ドルで歳入の0.8%にも満たない。
出版活動は研究成果の普及を第1義的に行わ
れ、基本的には補助金による出版事業になっ
ている。

対外協力と国際交流

SPRC は他の機関からの研究者の受け入れ
を行っている。そのうち「客員研究員 (Visiting
Fellows)」制度とは年間1名の研究者に SPRC
が費用の一部を支出して受け入れるものであ
る。研究所滞在期間中は研究プロジェクトに参
加し報告することが義務づけられている。また
「客員学者 (Visiting Scholars)」制度とは、自
らの研究課題のために研究所に滞在する人を受
け入れるものである。客員学者には SPRC は資
金的援助は行わない。受け入れ期間は半年・1
学期間から数日まで、個人の都合でさまざま
である。

研究員は外部の団体や国際会議の委員とし
ても活躍し、研究成果を広く普及させている。

3. 設 備

図書資料室

図書資料室は比較的小規模で、蔵書は雑誌を
含めて240種類、ほとんどが英語の文献である。
センターが大学構内にあり、ニューサウスウェ
ールズ大学の中央図書館とのアクセスが確保さ
れているため、図書は本よりも専門雑誌を中心
に収集されている。センターと大学図書館がコ
ンピューターネットワークで結ばれているた
め、大学図書館の蔵書検索が各研究員のデスク
トップ端末でできる。専門司書1人が週に4日
勤務しており、図書の管理を行っている。また、
司書はセンター図書室独自のデータベースも作
成している。そのデータベースは、センター独
自の研究に関連する文献収集を助けている。そ
して各研究員はデスクトップの端末で希望テー
マのデータベースにアクセスできる。また、司
書は年に1冊特定のテーマで「注釈付き文献目
録 (An Annotated Bibliography)」を作成し、
SPRC Research Resource Series²⁾として刊行
し社会政策研究の文献整備に貢献している。図
書費は歳出の2%を占め、1994年で2万7千豪
州ドル (1A\$ = ¥85 として約230万円) である。

大学構内という SPRC の立地条件もあり、図
書室はニューサウスウェールズ大学の教授陣や
大学生にも開放されているが、図書の貸し出し
は行わず閲覧と実費を徴収した複写サービス
(セルフサービス) のみを行っている。オースト
ラリアでは中学生の社会科の授業から社会保障
や福祉のテーマを自主研究として採用する先生
が多く、地元の中高校生からの直接の問い合わ
せが集中することがあると聞いた。あくまでも
研究所の専門図書室としての役割が優先される

が、「自分のできる範囲で彼等の要求にも応えている」と司書は話していた。地域社会にも開かれた公的研究所の役割認識が徹底されている。

4. SPRC 将来の課題

1995年初より新しい研究5カ年計画が始まったばかりである。委託研究では社会保険省からの調査研究が全体の財源の2割を占めるようになった。研究所としては所得再分配・社会保障・労働市場・地域援助等のテーマについて、とくに研究活動を拡大充実してゆくことになっている。

5. 社会保障研究所との比較

冒頭に紹介したように、財源の面から見てSPRCは現在の社会保障研究所とよく似ている。支出構造から見ても共通する点があると思われる(図2参照)。しかし、社会保障研究所の場合、比較資料が公開されていないので事実はいわからない。

SPRCは大学との関係をより強くもっている点で社会保障研究所とは異なっている。独自の大学院奨学金があることからわかるように、研究機関としてのみならず、教育機関としてもその役割を担っている。最近日本でも社会科学系の大学院進学率が上がってきている。博士号の取得への道も以前よりは閉鎖的ではなくなりつつある。大学と公的研究機関との協力関係をより積極的に考える必要が出てきていると思う。国際的な研究ネットワークを構築してゆ

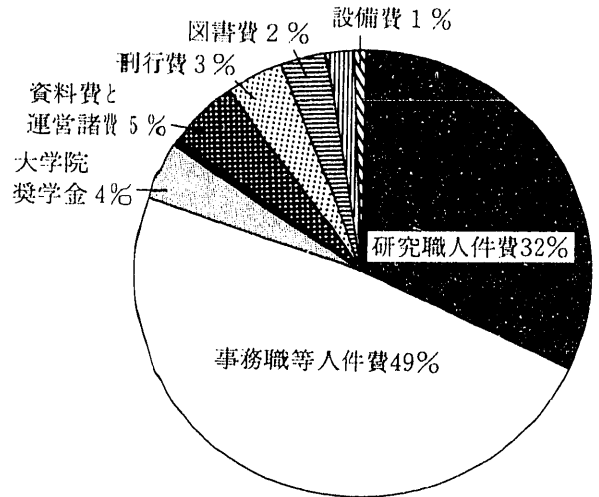


図2 SPRCの1994年歳出内訳

くためにも、公的研究機関同士の交流のみならず大学等の教育機関との交流も有効である。SPRCはさまざまな面で我々にとって参考になる研究所である。

注

- 1) 創立当初の名前は社会福祉研究センターと呼ばれていたが、1990年より今の名称となった。
- 2) 例：SPRC Reserch Resource Series, P11 No.11 Lynn Sitsky, 'Caregivers of the Elderly and Younger Adults with Disabilites: An annotated Bibliography', September 1994, 336pp.

SPRC (社会政策研究センター) 連絡先
住 所：Social Policy Research Centre
University of New South Wales
Sydney, NSW, 2052
Australia

電 話 : +61 (2) 385 3833

ファックス : +61 (2) 385 1049

Electronic Mail : sprc@unsw.edu.a

(かつまた・ゆきこ 社会保障研究所研究員)

【Book Review】

Ralph M. Kramer, Hakon Lorentzen, Willem B. Melief,
and Sergio Pasquinelli

***Privatization in Four European Countries :
Comparative Studies in Government-Third
Sector Relationships***

(M. E. Sharp, 1993)

武 智 秀 之

1980年代以降、民間企業やボランティア団体から政府がサービスを購入することが、先進諸国で多くみられるようになってきた。たとえば、アメリカでは1970年代後半に民間非営利団体へ補助金を交付して、ボランティア団体が社会サービスを提供する方法が確立された。また、イギリスではコミュニティケア法の制定によって、自治体と民間団体が社会サービス事業の入札をめぐって平等に競争するようになった。政府は契約により企業やボランティア団体へサービスを委託し、公共政策を実施するのである。

福祉国家見直しの中で政府と民間との関係が再構築されつつあるが、それらは「福祉多元主義」「準政府機関化」「委託国家体制」とも呼ばれる。現実の変化にとまない、研究認識のレベルも家族・近隣・ボランティア団体という、「サード・セクター」(Third Sector)への関心が高まりつつある。

本書はこのような福祉国家の見直しの中で出てきた現象を背景にし、政府と民間非営利団体との関係を国際比較したものである。その特色は以下の2点に存在する。

第1は現実の次元である。国際比較の対象として、イギリスはともかくとして、オランダ、イタリア、ノルウェーの事例は珍しい。しかも、

マクロのセクター・レベルとミクロの組織レベルの2つに区別してそれぞれを論じ、その連結を試みている。

かつて日本の直営委託論争で顕著であった争点は、「どこでサービスが提供されるか」というものであった。しかし本書では、「どこで誰が提供しているか」という議論よりも、「どのように提供しているか」という論点が強調されている。この考えは、「政府、非営利団体、営利企業という社会的地位の違いが組織行動を説明するのにあまり違いがない」という著者らの経験にもとづく。本書のごとく、①財源、②構造、③ガバナンス、④管理運営、⑤組織間関係、の各次元について詳細に論じた業績は希有にして貴重といえる。

本書の第2の特色は、理論に裏づけられた議論に高められている点であろう。著者のクレイマー自身はDSWでもあるが、組織間関係論を中心とした組織社会学の用語を駆使して、非営利団体の組織内現象と政府-非営利団体間の組織間現象とを分析しようとしている。

社会福祉がそれ自体分析の対象にすぎない以上、他の学問分野から分析視角を摂取する姿勢は重要である。しかも、過度にイデオロギーへ傾斜した規範論から脱皮している点も、評者に

は好感がもてた。このことは、著者たちが社会福祉学には珍しく、理念に制度が拘束される政策分析だけではなく、むしろ制度に理念が枠づけられる制度分析をも志向していることを意味している。確かに、変化の要因として歴史や市民文化を重視するが、必ずしも社会的な要因だけに還元して制度変化を説明しようとしていないのである。

本書は国際比較の著作らしく、その内容は多岐にわたり、論点は無数に存在する。そこで、ここでは各国の共通性と多様性に着目しながら、主に前述の各次元にそって本書の概略を紹介してみたい。

(1) 部門別の各国パターン

著者たちは調査対象となった4カ国を異なる公私ミックスのパターンと考える。たとえば、イギリスは「法制上の代替手段」として非営利団体を位置づけ、契約文化が定着していると考えられる。オランダでは非営利団体に補助金を交付する伝統があり、民営化が制度化されているとする。イタリアは委託契約が無計画に発生したため、計画なき委託体制として特色づけられる。ノルウェーでは、国家による供給が支配的で非営利団体は補完的存在にすぎないため、国家に統合された依存関係とされる。

このように各国の特色はさまざまであるが、共通した傾向は存在している。まず第1に、ボランティア団体の数と種類が急速に拡大したことである。第2は、サード・セクターが公共サービスの供給者として政府により活用されるべきだ、という民営化への幅広い信念が各国でみられたことである。そして第3には、公式化・官僚制化・専門職業化・合理化・脱宗教化・効率化・能率化という、一般的に近代化として論

じられる制度的変化があげられる。

さらに、各国別のセクター分析として、①セクターとしてボランティア部門が認知されている程度、②公共サービスの提供として政府の代替手段としての役割の認識、③「福祉国家の危機」への対応、という変数が重視される。

(2) 財源

サード・セクターが拡大した理由は、市民活動の拡大、政府活動の分権化などさまざまであるが、政府資金の利用機会が増加したことは無視できない。非営利団体の財源における政府資金の比率は上昇する一方であるが、急速な拡大をみせているのはノルウェーである。これは、もともとボランティア部門が小さく、膨大な政府事業の補足的役割を果たしているにすぎなかったからにほかならない。

イギリスの場合も、政府財源への依存は拡大している。費用の徴収が大きな歳入源であるが、団体の規模で違いが出ている。つまり、規模の大きな非営利団体は政府事業の契約を受けてますます財政規模が拡大し、小規模の団体は贈与や寄付に財源を大きく依存する。

イタリアやオランダは、政府の依存がもっとも高い国々である。これらの国では、政府が資金提供、非営利団体がサービスの管理と提供、という歴史的伝統が社会的コンセンサスを得てきた。これは教会がコミュニティの社会サービスに関与してきた経緯にもとづく。同質性の文化的遺産と宗教の多元的伝統のため、民間非営利団体が準公共財の提供に責務を果たしてきたのである。

(3) 構造・ガバナンス・管理運営

時系列の変化や国別の差異はあるが、非営利

団体の発展傾向は、以下のように区分して考えることができる。

第1は職員・会員・予算などから構成される組織構造である。一般的にサービス提供とアドボカイトの機能とは混合していることが多い。それは歴史・政治・文化の要素を反映しているからであるが、アドボカシー活動が全国的に組織されているのに対して、サービス提供は地方コミュニティを単位としているのが常である。

ただし、イタリアやオランダにおける会員活動は、サービス提供活動との関係よりも、むしろアドボカシー活動との関係の方が濃密である。これに対してイギリスでは、サービス提供団体が会員制であり、会員によって団体はコントロールされている。また、大きな団体は規模の経済性の恩恵をうけることができる。逆に、小さな団体は資源調達が制約され、脆弱な性質は免れない。

第2は公式化、つまり組織の作業規範がルーティーンとして明示される程度である。能率の基準はボランティア団体へ次第に浸透しつつある。管理者のビジネスライク化、意思決定の効率化、サービスの専門職業化という傾向はサービス団体だけではなく、アドボカシー団体にもみられる傾向であった。この浸透度合いは公共機関との統合の程度によって異なり、強固な場合はたやすく浸透することになる。

第3に部局数や、政治部局と管理対象の関係などがあげられる。一般的に政治機関と障害者団体とは調和関係にある。イタリアとオランダは弱い国家、多元主義、地方の自律性という特色を有するために政治構造は分権的であり、イギリスとノルウェーは強い国家形態と全国的な団体組織のために政治交渉は集権的となる。

また、非常利団体は資源配分の面で利益集団

となりうるが、その利益集団としての代表性は団体によって大きく異なる。専門家集団と障害者たちは利用者というよりメンバーとしての役割をもち、公共機関と宗教団体は理事会で代表権を行使することが一般的である。

そして第4として、団体の中央と地方との関係という、全国レベルでの構造が焦点となる。通常、地方本部は高い自律性を有しており、階級制のイメージから逸脱している。ルース・カップリングの組織構造であるため、組織間関係の緊張と対立は、中央本部と地方本部の間、地方本部と他の地方本部の間、という構図となる。

さらに、ガバナンスの仕組みも変化が生じている。経営管理者として、聖職者から保健福祉の専門家が就任する傾向がみられる。イタリアやオランダのように、教会が社会サービスの提供で大きな役割を担っていた国でも、教会はその基盤を失ないつつある。社会サービスの基準も、個別特定のを好まなくなってきた。

ただし著者たちによると、近年の発展は総じて、変化より継続の傾向を示しており、各国はその差異より類似の方が顕著であるという。

(4) 組織間関係

非営利団体は、資金・対象者・情報・職員・ボランティア・正統性・社会的地位・権限など外部環境へ資源を依存している。組織間関係は協力・競争・依存というパターンが存在する。新しい専門団体の間には財源や専門家をめぐって獲得競争が激化しているし、くじやチャリティにも市場が形成され、需要と供給の関係が組織行動に影響を及ぼしている。それらは競合的依存関係として位置づけられる。

これに対して政府と非営利団体の組織間関係は、相互作用の頻度、公式化のレベル、財源依

存の程度によって大きく変化する。対立と協力が交差し、それらは敵対する中での協力関係といえる。規則、モニタリング、会計報告という政府規制が非営利団体を準行政機関化する可能性は秘めているが、コントロールは十分効力を発揮しておらず、結局、非営利団体の自律性は維持されていると著者たちは評価する。

(5) ボランティア団体の特徴

各国の差異はあれ、近年のボランティア団体は3つの特色をもつという。第1は混合である。官僚制と非営利団体という、2つの異なる労働規範・価値・利害関心の組織文化が同居しているという意味で、「ボランティア機関」としての性格を色濃く帯びる。第2の特色は多様である。対象者・目標・責任・財源という構成要素は多岐にわたる。そして第3は媒介の特質である。市場部門、政府部門、インフォーマル部門の間をつなぐという意味で、また政府と対象者の間で緩衝の役割を担っている意味で、重要な機能を果たしている。

ボランティア団体がこのような特色を有するようになると、社会的地位にこだわって組織行動を論じることは生産的でない。誰が提供しているかという点よりも、どのように提供しているかという論点の方が重要となる。また、公共サービスの提供者としていかにアイデンティティ・柔軟性・裁量を保持するか、を考えることが重要であると、政府によって政策実施機関として利用される際にも、アクセス・平等・責任をどのように運用していくか、を研究することが必要と主張する。

以上が本書の概要である。読了して、私たちが前提としている概念や常識をもう一度洗い直

してみる必要性を強く感じた。それほど各国の事例は情報として魅力あるものであるが、著者たちの結論には、常識的な論述に終わっている部分も少なくない。多様性を意識しすぎ、一般化の作業に慎重なあまり、読者にアピールする命題の提示に欠けているような気もする。

たとえば、なぜ組織間関係が組織内にも似た現象となるのか。そのメカニズムの本質は何か。コントロールの対象として情報とインセンティブの2つが一般的であるが、各国ではどちらがコントロールの対象となるのか。また、その手段は階統制なのか、競争原理を導入した市場なのか。

このようなミクロ的な論点を解説するには、近年高まりつつある組織の経済学の理論蓄積が必要であるが、著者たちのこの理論面での展開にはいくぶん不満が残る。彼らによると、「ミクロ経済学は特定のサブセクターへ適用するとき説明力がなく、成功していない」という消極的な評価にすぎなくなる。

しかし、プリンシパル-エージェント理論などミクロ経済学の成果から考えるならば、責任確保のために西欧各国が試行している非営利団体への規制、モニター、評価実施が成功していない理由を、情報重視・インセンティブ軽視のコントロール手法に求めることはできないだろうか。やや骨太なマクロでの一般化についても、印象的でない点は同様である。

本書と同年に出版されたリプスキーとスミスの著作「Nonprofit for Hire」は、政府のサービス購入で補助金が団体財源に流入し、非営利団体の自律性が低下している旨を強調するものであったり。この主張に対しては、「一般化できない」²⁾という批判もあるが、「契約の推進が福祉国家を形成した」という逆説的な命題の提示

は、強く評者の印象に残っている。

これに対してクレイマーたちは、公式化・官僚制化・専門職化・脱宗教化・近代化という組織変化は政府財源の利用によるものではないとし、非常利団体の自律性は守られていると主張している。契約の拡大と政府資金の利用という事実認識で両者は一致しているが、一方でリブスキーは非常利団体の本質的な変化を強調し、他方においてクレイマーたちは継続を論ずるという点で、見解は大きく異なっている。

ボランティア部門が拡大している態様を探ることが主題であるため、また障害者を対象とした非常利団体を主として取り扱っているため、命題の提示がやや大人しく地味な議論の展開になっているのかもしれない。しかし、このことは本書の評価を低めるものでは決してない。本書における各国の事例の記述は、非常利団体の歴史、活動範囲から政府との関係まで、非常に丹念である。しかも、ノンプロフィット・セク

ターの理論と現実の結合に努力した著者たちの営みは、特筆されてよいものであろう。統一した枠組みに基づいた国際比較研究という点で、他に類をみない業績だけに、本書の意義は大きいものと思われる。

注

- 1) Steven Rathgeb Smith & Michael Lipsky, *Nonprofits for Hire: The Welfare State in the Age of Contracting*, Harvard University Press, 1993. 武智秀之「Book Review: Steven Rathgeb Smith & Michael Lipsky, *Nonprofits for Hire: The Welfare State in the Age of Contracting*, Harvard University Press, 1993.」『海外社会保障情報』No.107, Summer 1994.
- 2) Nicholas Deakin による書評を参照のこと。*Journal of Public Policy* Vol.13 Part 4, 1993, pp. 400-401.
(たけち・ひでゆき 東京都立大学専任講師)

海外社会保障関係文献目録

1995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

単行本

- Clarke, John et al. eds.
Managing social policy
London, Sage Publications, 1994
v, 250 p 23 cm.
- Gelauff, G.M.M./Graafland, J.J.
Modelling welfare state reform
Amsterdam, Elsevier Science, 1994
xx, 287p 23 cm.
- Matthewman, Jim
Tolley's social security and state benefits 1994-95
Croydon, Tolley, 1994
lv, 23 cm.
- Mesa-Lago, Carmelo
Changing social security in Latin America
Boulder, Lynne Rienner Publishers, 1994
xii, 212p 23 cm.
- Oakley, Ann/Williams, A. Susan
Politics of the welfare state
London, UCL Press, 1994
viii, 232p 23 cm.
- Pierson, Paul
Dismantling the welfare state? : Reagan, Thatcher, and the Politics...
Cambridge, Cambridge University Press, 1994
viii, 213p 23 cm.
- Richards, Raymond
Closing the door to destitution : the shaping of the social security...
Pennsylvania, The Pennsylvania State Univ. Press, 1994
xxx, 178p 23 cm.
- Sainsbury, Diane ed.
Gendering welfare states
London, Sage Publications, 1994
ix, 228p 23 cm.
- Stanfield, John H./Takach, Pat eds.
Research in social policy Vol. 2
Greenwich, Jai Press Inc., 1990
x, 227p 23 cm.
- Westergaard, John
Who gets what? : the hardening of class inequality in the late...
Cambridge, Polity Press, 1995
viii, 204p 23 cm.

専門誌

- Bartumeu, Enric
Social security for migrant and cross-frontier workers in Andorra. *Soc. Sec. Docu.* 22 1994, p. 73-90.
- Dumont, Jean-Pierre
L'avenir de la protection sociale complémentaire en France. *Rev. fran. des Affaires soc.* 48 (3) juil.-sept. 1994, p. 31-48.

- Ewen, Claude
 Social security for migrant and cross-frontier workers in Luxembourg. *Soc. Sec. Docu.* 22 1994, p. 91-104.
- Gales, Tom
 Social security for migrant workers in Jersey. *Soc. Sec. Docu.* 22 1994, p. 57-72.
- Maydell, Bernd von
 Perspectives on the future of social security. *Internat. Lab. Rev.* 133 (4) 1994, p. 501-10.
- McLaughlin, Eithne/Glending, Caroline
 Principles and practice of social security payments for care. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (3-4) 1994, p. 137-56.
- Pelekanos, Demetrios
 Social security for the self-employed in Cyprus. *Soc. Sec. Docu.* 22 1994, p. 11-20.
- Scheil-Adlung, Xenia
 Social security for dependant persons in Germany and other countries: between tradition and innovation. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 48 (1) 1995, p. 19-34.
- Scheiwe, Kirsten
 Who is supported?: social security for families with children between family law and social security regulations in Belgium, Germany, and the United Kingdom. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (3-4) 1995, p. 45-68.
- Sohrab, Julia A
 An overview of the equality directive on social security and its implementation in four social security systems. *J. of Eur. Soc. Sec.* 4 (4) 1994, p. 263-76.
- Tamagno, Edward
 Coordination of social security programmes of developed and developing countries. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (1) 1994, p. 3-14.
- Tamagno, Edward
 Equal treatment of men and women under social security. *Soc. Sec. Docu.* 22 1994, p. 29-56.
- 社会保険**
- 単行本**
- Fabel, Oliver
Economics of pensions and variable retirement schemes
 Chichester, John Wiley & Sons, 1994
 vii, 211p 23 cm.
- 専門誌**
- Broxson, Alan
 Voluntary complementary pension schemes: Belgium, Ireland, Luxembourg, The Netherlands, Portugal, Spain. *Soc. Sec. Docu.* 21 1994, p. 47-58.
- Crescentini, Laura
 Voluntary complementary pension schemes: the 1993 law, Italy. *Soc. Sec. Docu.* 21 1994, p. 67-72.
- Ellison, Robin
 Voluntary complementary pension schemes: The United Kingdom, *Soc. Sec. Docu.* 21 1994, p. 73-84.
- Morgenstern, Solange
 Compulsory complementary pension schemes: France. *Soc. Sec. Docu.* 21 1994,

p. 19-28.

Ploug, Niels

Compulsory complementary pension schemes: Denmark. *Soc. Sec. Docu.* 21 1994, p. 29-36.

Roduit, Gerald

Compulsory and voluntary complementary pension schemes: Switzerland. *Soc. Sec. Docu.* 21 1994, p. 37-46.

Soutou, Pierre

Old-age insurance for self-employees in commerce and industry in France. *Soc. Sec. Bull.* 22 1994, p. 21-28.

Stanovnik, Tine/Kukar, Stanka

Pension system in Slovenia: past developments and future prospects. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 48 (1) 1995, p. 35-44.

Strunk, Stefan

Voluntary complementary pension schemes: Germany. *Soc. Sec. Docu.* 21 1994, p. 59-66.

Takayama, Noriyuki

The 1994 reform bill for public pensions in Japan: its main contents and related discussion. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 48 (1) 1995, p. 45-66.

社会福祉

単行本

Aedo, Cristian/Larranaga, Osvaldo

Social service delivery systems: an agenda for reform

Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1994

151p 23 cm.

Eichhorn, Wolfgang ed.

Models and measurement of welfare and inequality

Berlin, Springer-Verlag, 1994

ix, 1018p 23 cm.

Keller, Morton

Regulating a new society

London, Harvard University Press, 1994

396p 23 cm.

専門誌

Charles, Cathy et al.

Involving Stakeholders in health services research: developing Alberta's resident classification system for long-term care facilities. *Internat. J. of Health Services* 24 (4) 1994, p. 749-62.

Gough, Ian/Thomas, Theo

Why do levels of human welfare vary among nations?. *Internat. J. of Health Services* 24 (4) 1994, p. 715-48.

Mssc, Chor-fai Au

The status of theory and knowledge development in social welfare administration. *Admin. in Soc. Work* 18 (3) 1994, p. 27-58.

高齢者問題

単行本

World bank

Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote growth

Washington, D.C., World bank, 1994

xxiii, 402p 23 cm.

専門誌

Apt, Araba Nana/Grieco, Margaret

Urbanization, caring for elderly people and the changing African family : the challenge to social policy. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (3-4) 1994, p. 111-22.

Marcoen, Alfons

Spirituality and personal well-being in old age. *Ageing & Soc.* 14 (4) Dec. 1994, p. 521-36.

Simpson, Murray et al.

Alcohol and elderly people : an overview of the literature for social work. *Ageing & Soc.* 14 (4) Dec. 1994, p. 575-88.

保健・医療

単行本

Coughlin, Teresa A. et al.

Medicaid since 1980 : costs, coverage, and the shifting alliance...

Washington, D.C., The Urban Institute Press, 1994

xvi, 181p 23 cm.

DiIulio, John J., Jr./Nathan, Richard R. eds.

Making health reform work : the view from the states

Washington, D.C., The Brookings Institution, 1994

ix, 179p 23 cm.

Hoffmeyer, Ullrich Karl/McCarthy, Thomas R. eds.

Financing health care Vol. 1

Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1994

xxii, 765p 25 cm.

Hoffmeyer, Ullrich Karl/McCarthy, Thomas R. eds.

Financing health care Vol. 2

Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1994

xxii, 765p 25 cm.

専門誌

Aaron, Henry J.

Health spending analysis : thinking straight about medical costs. *Health Affairs* 13 (5) Win. 1994, p. 7-13.

Agee, Mark D./Crocker, Thomas D.

Parental and social valuations of child health information. *J. of Pub. Econ.* 55 (1) Sep. 1994, p. 89-106.

Aitken, Jean-Marion

Voices from the inside : managing district health services in Nepal. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (4) Oct.-Dec. 1994, p. 309-40.

Bach, Stephen

Managing a pluralist health system : the case of health care reform in France. *Internat. J. of Health Services* 24 (4) 1994, p. 593-606.

Chae, Young Moon et al.

Implenting health management information systems : measuring success in Korea's health centers. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (4) Oct.-Dec. 1994, p. 341-48.

Clauser, Steven B.

Recent innovations in home health care

- policy research. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 1-6.
- Gay, Emmelle Greer et al.
Comparison of the effect of regulation on health care for the older American: a tale of two states. *Gerontologist* 34 (6) Dec. 1994, p. 787-96.
- Goldberg, Henry B./Schmitz, Robert J.
Contemplating home health PPS: current patterns of medicare service use. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 109-30.
- Ham, Chris/Brommels, Mats
Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Affairs* 13 (5) Win. 1994, p. 106-19.
- Huskamp, Haiden A./Newhouse, Joseph P.
Is health spending slowing down?. *Health Affairs* 13 (5) Win. 1994, p. 32-38.
- Kane, Rosalie A. et al.
Perspectives on home care quality. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 69-90.
- King, Guy
Health care reform and the medicare program. *Health Affairs* 13 (5) Win. 1994, p. 39-43.
- Leichter, Howard M.
Health care reform in Vermont: the next chapter. *Health Affairs* 13 (5) Win. 1994, p. 78-103.
- Levit, Katharine R. et al.
National health spending trends, 1960-1993. *Health Affairs* 13 (5) Win. 1994, p. 14-31.
- Levit, Katharine et al.
National health expenditures, 1993. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 247-94.
- Manton, Kenneth G. et al.
Home health and skilled nursing facility use: 1982-90. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 155-86.
- Mauser, Elizabeth/Miller, Nancy A.
Medicare home health initiative. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Win. 1994, p. 7-16.
- Mauser, Elizabeth/Miller, Nancy A.
Profile of home health users in 1992. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 17-34.
- Montoya-Aguilar, Carlos/Marchant-Cavieres, Luis
Effect of economic changes on health care and health in Chile. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (4) Oct.-Dec. 1994, p. 279-94.
- Moskowitz, Mark
Post-hospital home health care for medicare patients. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 131-54.
- Rasell, Edith et al.
The impact of health care financing on family budgets. *Internat. J. of Health Services* 24 (4) 1994 p. 691-714
- Salmon, J. Warren
A perspective on the corporate transformation of health care. *Internat. J. of Health Services* 25 (1) 1995, p. 11-42.
- Sandiford, Peter et al.
Management of health services in Tan-

- zania : a plea for health sector reform. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (4) Oct.-Dec. 1994, p. 295-308.
- Shaughnessy, Peter W. et al.
Home health care outcomes under capitated and fee-for-service payment. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 187-222.
- Shaughnessy, Peter W. et al.
Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Win. 1994, p. 35-68.
- Silberberg, Mina et al.
Political perspectives on uncertified home care agencies. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Fal. 1994, p. 223-46.
- Vladeck, Bruce C./Miller, Nancy A.
Medicare home health initiative. *Health Care Financing Rev.* 16 (1) Win. 1994, p. 7-16.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David U.
Clinton's health plan : prudential's choice. *Internat. J. of Health Services* 24 (4) 1994, p. 583-92.
- p. 449-66.
- Fleck, Susan/Sorrentino, Constance
Employment and unemployment in Mexico's labor force. *Mthly. Lab. Rev.* 117 (11) Nov. 1994, p. 3-31.
- Larrain, Christian P./Velasques, Mario P.
Unemployment insurance : theoretical approaches and empirical evidence. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (1) 1994, p. 37-54.
- Runner, Diana
Changes in unemployment insurance legislation in 1994. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (1) Jan. 1995, p. 60-64.
- Su, Betty W./Chentrens, Carl A.
Foreign trade alternative for employment and occupations, 2005. *Mthly. Lab. Rev.* 117 (11) Nov. 1994, p. 37-45.

貧困問題

専門誌

- Wright, Erik Olin
The class analysis of poverty. *Internat. J. of Health Services* 25 (1) 1995, p. 85-100.

雇用と失業

専門誌

- Brodsky, Melvin M.
Labor market flexibility : a changing international perspective. *Mthly. Lab. Rev.* 117 (11) Nov. 1994, p. 53-60.
- Emmerji, Louis
Employment problem and the international economy. *Internat Lab. Rev.* 133 (4) 1994,

家族問題

専門誌

- Boudahrain, Abdellah
Social protection for the family in the Maghreb. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (3-4) 1994, p. 123-36.
- Bremmer, Robert H.
Child welfare in fiction and fact. *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 19-32.

- Cole, Elizabeth S.
Becoming family centered : child welfare's challenge. *Families in Society* 76 (3) Mar. 1995, p. 163-72.
- Dearden, Kirk et al.
Family structure, function, and the early transition to fatherhood in Great Britain : identifying antecedents using longitudinal data. *J. of Marriage & the Family* 56 (4) Nov. 1994, p. 844-52.
- Entwisle, Barbara et al.
Gender and family businesses in rural China. *Amer. Sociolo. Rev.* 60 (1) Feb. 1995, p. 36-57.
- Gilbert, Neil
Social policy and family relations : choices for change. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (3-4) 1994, p. 157-76.
- Jensen, Eric R. et al.
Contraceptive pricing and prevalence : family planning self-sufficiency in Indonesia. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (4) Oct.-Dec. 1994, p. 349-59.
- Kujisten, Anton et al.
Social policy and forms of family life in Europe. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 47 (3-4) 1994, p. 11-30.
- Mannes, Marc
Factors and events leading to the passage of the Indian child welfare act. *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 264-82.
- McDonald, Mary Jean
The citizens' committee for children of New York and the evolution of child advocacy. *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 283-304.
- Nelson, Kristine
The child welfare response to youth violence and homelessness in the 19th century. *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 56-70.
- Peterson, Janice L./Peterson, Carol Dawn
Single mother families and the dual welfare state. *Rev. of Soc. Econ.* 52 (3) Fall 1994, p. 314-38.
- Stadum, Beverly
The dilemma in saving children from child labor : reform and casework at odds with families' needs (1900-1938). *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 33-55.
- Swift, Karen J.
An outrage to common decency : historical perspectives on child neglect. *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 71-91.
- Tuttle, William M.
Rosie the river and her latchkey children : what Americans can learn about child day care from the second world war. *Child Welfare* 74 (1) Jan./Feb. 1995, p. 92-114.
- Wortzel, Murray/Brody, Laura Delaney
Information sources on child welfare archives : how to identify, locate, and use them for research. *Child Welfare* 75 (1) Jan./Feb. 1995, p. 305-19.

住宅問題

專門誌

- Golant, Stephen M./LaGreca, Anthony J.
Housing quality of U.S. elderly households :

does aging in place matter?. *Gerontologist*
34 (6) Dec. 1994, p. 803-14.

Hague, Gill/Malos, Ellen

Domestic violence, social policy and housing. *Critical Soc. Poli.* (42) Win. 1994, p. 112-25.

統計類

単行本

Central Office of Information

Britain 1994 : an official handbook

London, HMSO, 1995

530p 25 cm.

Central Statistical Office

Social trends # 25 1995 ed.

London, HMSO, 1995

248p 30 cm.

ILO

Year book of labour statistics 1994 53th issue

Geneva, ILO, 1994

lv, 1149p 31 cm.

OECD. Dept. of Economics and Statistics

National accounts 1960-1993 v. 1 : main aggregates

Paris, OECD, 1995

159p 32 cm.

Sveriges officiella statistik

Statistisk årsbok för Sverige 1995 (Statistical abstract of Sweden 95)

Stockholm, Statistiska centralbyran, 1995

573p 25 cm.

UNESCO

Statistical yearbook 1994

Paris, UNESCO, 1994

lv 31 cm.

編 集 後 記

『海外社会保障情報』秋・112号をお届けします。

本号は、ハンガリーやニュージーランド等、研究の少ない分野も含めて海外の様々な国における社会保障・社会福祉に関する論文を掲載しています。先進国では、高齢化と社会保障財政の問題に対して、どのように社会保障・社会福祉システムを再構築していくかが共通の課題となっています。その点から、各国の社会保障・福祉の改革・動向が注目されます。

各国の社会保障に関しては、弊研究所編の社会保障各国シリーズ（東京大学出版会）も併せてご参照ください。

また、次号は、諸外国の介護をめぐる取り組みの特集を予定しております。ご期待ください。
(N)

編集委員長	塩野谷 祐一	(社会保障研究所長)	直井 道子	(東京学芸大学助教授)
編集委員	井 堀 利宏	(東京大学教授)	橋本 宏子	(神奈川大学教授)
	貝 塚 啓明	(中央大学教授)	平岡 公一	(明治学院大学教授)
	郡 司 篤晃	(東京大学教授)	宮澤 健一	(社会保障研究所顧問)
	佐野 陽子	(慶応義塾大学教授)	宮島 洋	(東京大学教授)
	地主 重美	(駿河台大学教授)	伏見 恵文	(社会保障研究所研究部長)
	庄司 洋子	(立教大学教授)	高木 安雄	(社会保障研究所調査部長)
	清家 篤	(慶応義塾大学教授)	編集幹事 小島 晴洋	(社会保障研究所主任研究員)
	都 村 敦子	(日本社会事業大学教授)	西 村 万里子	(社会保障研究所研究員)

海外社会保障情報 No.112

平成7年9月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240円)

編集・発行 **社会 保 障 研 究 所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03(3589)1381

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197
