

海外社会保障研究

SUMMER 2002

No. 139

特集：日本とカナダの社会保障 — 加日社会保障政策研究円卓会議の成果 —

- 特集の趣旨 バーナデット・サンジャン、高橋 和久、金子 能宏 2
- カナダと日本の社会・政治構造と社会保障制度の特徴
..... イト・ペンゲ、バーナデット・サンジャン 4
- 日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性 尾形 裕也 14
- カナダの保健医療：組織・財源・アクセス ロバート・エバンス、モーリス・バーラー
谷合 由理子・泉田 信行 27
- カナダの年金制度 高山 憲之 34
- 子育て支援策の日加比較 永瀬 伸子 46
- カナダにおける仕事と生活の両立支援：変化に対応した取組み
..... リンダ・デュックスベリー、クリス・ヒギンズ 57
小林 信彦・金子 能宏 訳
- 地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の展開
—日本とカナダの比較— 金子 能宏・小島 克久 66
- カナダの社会政策と高齢化 ニーナ・チャペル 81
山田 聖子 訳

書 評

- A. B. Atkinson, *The Economic Consequences of Rolling Back the Welfare State* ... 上枝 朱美 90

特集：日本とカナダの社会保障

—加日社会保障政策研究円卓会議の成果—

趣 旨

経済のグローバル化が進む中で、企業の法人税負担のあり方やこれを含む税制のあり方が、経済財政諮問会議や政府税制調査会などによって検討されている。2001年の年金改革において公的年金の国庫負担を基礎年金給付の3分の1から2分の1まで引き上げることが予定されている中で、経済のグローバル化が、こうした社会保障財政と国の財政との関係を通じて影響を及ぼすかもしれない。一方、社会保障(Social Security)やこれを含む社会政策(Social Policy)の領域においては、経済のグローバル化が要請する効率化の理念とは異なるさまざまな理念があり、これに基づいて社会経済の変化に対応しながら国民の福祉を実現する具体的な社会保障政策の立案とその実現に向けての努力が続けられている。

経済のグローバル化に対しては、WTOを通じた2国間の貿易交渉があるように、社会保障政策の分野でも年金の通算協定を2国間で結ぶことなどの対応が見られる。社会保障研究の分野でも、グローバル化が社会保障政策に及ぼす影響について(『海外社会保障研究』第134号を参照)、また国際機関をコアにした年金改革の国際比較研究(『海外社会保障研究』第137号を参照)などが進められてきた。けれども、2国間で年金、医療、介護、子育て支援、障害者福祉、国際労働移動など社会保障の多様な側面を比較検討して、それぞれの国の成果と課題を学び合いながら将来の社会保障政策の展開に役立てていくことは、これまで必ずしも十分には行われてこなかったといえるのではなかろうか。もちろん、年金、医療、介護、児童福祉などそれぞれの個別分野では、日本と比較対照となる相手国との詳細な比較研究が実施され、相手国からわが国の社会保障政策の展開にとって貴重な情報や手法を学び取ることができたからこそ、世界でもまれにみる早さで高齢化が進んできた日本の社会保障制度が、今日の姿を示すようになったのは事実である。

とはいえ、2002年1月の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)によって近い将来総人口が減少することが予測されている今日、平成13年12月の「高齢社会対策大綱」で指摘された世代間の公平性を確保するとともに能力に応じた応分の負担を求めながら社会保障改革を進めていくためには、社会保障政策の各分野の負担と給付を比較しながら、全体をどのようにバランスさせていくかという難しい検討課題に取り組まなければならないと考えられる。この特集号では、このような問題意識から、医療制度として社会保険方式をとっている一方、年金制度では日本と異なって主たる財源が租税によって賄われているカナダ連邦をパートナーとして、両国の政治構造の相違と社会保障との関係、医療、年金、子育て支援策、および地域格差と所得格差の問題を取り上げて、比較研究することとした。このような社会保障研究における2国間協力が可能になったのは、イト・ペング氏の論文で述べられているように、1996年に橋本龍太郎元総理がG7会議で提案した“Invitation for a Caring World”に対するカナダ政府の対応として加日社会政策協力が始まり、1999年9月にカナダのクレチエン首相と故小渕首相が、社会保障政策研究の分野で両国が協力する

ことが望ましい旨のコミュニケを発表したからである。このコミュニケの発表を契機に、在日カナダ大使館、外務省北米一課および厚生省国際課の協力のもと、国立社会保障・人口問題研究所の研究グループが外部の研究協力者の方々のお力添えを得て、2000年3月から現在まで加日社会保障政策研究円卓会議を継続することができた。

具体的には、1999年12月から2000年12月までの間、在日カナダ大使館のクリスチーナ・中村一等書記官と外部有識者の方々のご尽力により、関西学院大学でカナダ研究セミナーが開催されるなど共同研究の準備が進められた。さらに、外務省北米一課と厚生省国際課の協力を得て、2000年3月から国立社会保障・人口問題研究所も、加日社会保障政策協力の中で研究協力の場として設けられた加日社会政策研究円卓会議の運営と研究活動に協力することとなった。2000年3月には、国立社会保障・人口問題研究所職員と厚生省国際課の高橋和久課長補佐が首都オタワのカナダ外務貿易省日本課を訪問して、フォックス日本課課長やカナダ政府 Policy Research Secretariat の方々とともに、加日社会保障政策研究円卓会議の研究分野について意見交換を行った。これを踏まえて、2000年12月には、カナダ政策研究全国会議 National Policy Research Conference においてカナダと日本の高齢化と年金・医療に関するワークショップが設けられ、ここで2000年の円卓会議の成果として論文発表が行われた。そして、2001年6月には、年金、医療に加えて、仕事と家庭生活の両立問題をテーマとする加日社会保障政策研究円卓会議の大阪コンファランスが関西学院大学において開催された。

この特集号に収められた年金、医療、子育て支援に関する論文と抄訳は、このコンファランスに提出された論文や議事をもとに、その後の研究成果を含めて改訂したものである。また、地域格差と所得格差に関する論文は、2001年11月にカナダ政府の協力によりオタワ市で開催されたOECD医療パフォーマンス計測会議と2001年12月にオタワ市で開催された加日社会保障政策研究円卓会議「医療と国民福祉に関するワークショップ」で取り上げられたテーマを踏まえて書かれたものである。

このように社会保障政策における多様な分野で、かつ長期間にわたって研究協力を行うことができたのは、多くの方々のご協力があったからこそである。ここに挙げた多くの機関の方々に加えて、関西学院大学の先生方や研究協力者としてお力添え下さった多くの先生方にも、記して謝意を表したい。

特集号の各論文で指摘されているように、カナダと日本の間では高齢化の早さ、政治構造あるいは地域格差の点で相違点が見られるが、社会保険方式を主体とする社会保障制度をますます進んでいく高齢化に対応して改革を進めていくための視座を2国間の研究協力を通じて明らかにしていくことが、日本とカナダそれぞれの社会保障改革に対して有益な示唆を与えてくれることを期待したいと思う。

(バーナデット・サンジャン カナダ外務貿易省・在日カナダ大使館一等書記官)
(金子能宏 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第一室長)

カナダと日本の社会・政治構造と社会保障制度の特徴

イト・ペング、バーナデット・サンジャン

■ 要約

本論文では、カナダと日本の社会保障制度を、社会経済面、政治構造および福祉国家の諸類型という視点から比較することにより共通点と相違点を示した上で、両国がお互いの社会保障制度の特徴から学びあいながらその成果をそれぞれの社会政策に反映させる可能性を探る社会保障研究における国際協力の課題について検討する。とくに Esping-Andersen (1990) 指摘する福祉国家の類型に即して見ると、カナダの社会保障は最低保障を租税で賄うベヴァリッジ方式のリベラル・レジームに属するのに対して、日本はリベラル・レジームとコンサーバティブ・レジームの混合型レジームであると考えられる。グローバル化の中では経済的な国際競争と同時に文化的・社会的な国際協力が求められるが、こうした相違がある両国の社会保障制度のメリットと問題点を比較し、社会保障改革のために相互補完していくことは重要な課題である。

■ キーワード

福祉国家、社会的調和、連邦主義、グローバル化、政策協力

1990年代以来、社会政策の国際比較研究だけではなく、世界的な規模で社会政策協力プロジェクトを通じた国際社会政策 (Global Social Policy) に対する関心が研究者および政策担当者間で高まっている。特に1998年、世界銀行とIMF機関の開発委員会 (The Development Committee of the World Bank/IMF) が世界銀行 (以下、World Bank と呼ぶ) に国連、IMFをはじめとするさまざまな関連機関と協力して経済構造と社会政策における最善の実践方法に関する基本的理念を作成する指導を提言して以来、国際的な規模でグローバル社会における社会政策のあり方についての議論が交わされてきた¹⁾ (ODI, 2000; World Bank, 1999; UNDP, 1999)。このような新たな動きの背景には経済のグローバル化による資本および人材の流動の変化とテクノロジーの発展による情報や知識の資源の交換の変化と拡大の二つの大きな要因が

ある。これらの変化は国際経済および国際社会の統合化を大幅に促進し従来各国が独自で対応してきた社会的・経済的問題の枠組みを世界的なレベルへと拡大しているといえる。

本論文では数年前から開始された加日社会政策研究協力 (Canada-Japan Social Policy Research Project: SPRP) の事例を取り上げて国際的な社会政策協力の可能性を考える。その際、カナダと日本の社会と政治の構造および社会保障制度の特徴を比較し、加日社会政策協力の将来性と要望について検討する。以下、第1節ではカナダと日本の社会と政治の構造を比較する。第2節では両国における社会保障制度の特徴と近年の社会保障改革の焦点について述べる。最後に、第3節では加日社会政策協力の内容と経過、そして当プロジェクトの将来性と要望について考える。

1. カナダと日本の社会と政治の構造

(1) 社会的構造

カナダは連邦国家として成立してからわずか200年ほどの極めて若い国である。17世紀にヨーロッパから多くの人々が移民するまで、北アメリカ大陸にはさまざまな文化と民族を含む先住民が存在していた。カナダへの最初の移民は主にフランスとイギリスからの開拓民で、当初はビーバーなどのヨーロッパには存在しない動物の毛皮を求めて北アメリカに参入してきたが、その後、ヨーロッパと北アメリカとの貿易が拡大するにつれ、他のさまざまな資源がヨーロッパ人によって開拓されていった。このような背景の下で、カナダは1768年に一つの国として成立するまでは、フランスの植民地であったフランス系カナダ(Lower Canada)とイギリスの植民地であった英系カナダ(Upper Canada)との2つに分かれており、これら両植民地の間で常に戦争が続いていた。カナダの国家が成立した後、カナダはイギリス、フランス、アメリカをはじめ、他のヨーロッパ諸国から積極的に移民を受け入れることで必要な人材を確保し人口を増やしていった。

カナダと東アジア諸国との関係は19世紀、鉄道開発を中心に発展していった。当時、カナダ・アメリカ両国とも西岸での鉄道開発を促進するため多くの中国人と日本人労働者を受け入れた。カナダの西岸と内陸の都市を結ぶ重要な鉄道(Trans-Canada Railway)は多くの東アジアからの労働者の努力によって作られたと言える。鉄道開発後、多くの労働者はカナダに滞在し後に住民権を確保し、そして20世紀前半には市民権を確保した。このように、カナダは開拓の時点から外国からの移民を人材的資源として発展してきた移民国である。カナダは第二次世界大戦後移民対策を拡大し、特に1967年の移民政策改正により欧米諸国以外からの移民の受け入れの幅をさらに拡大した。

このような背景から現在のカナダの社会的特徴をいくつかつかむことができる。特にカナダの社

会政策の理念を理解する上で重要となる社会的特徴をまとめてみると、以下の5点がある。これらの特徴は、いずれも、カナダの歴史的背景から生まれたものといえる。ただし、場合によっては矛盾しているところもあるかもしれない。

- ① 移民に対する社会的・政策的な関心—上述のようにカナダは移民によって建設されてきた国家であるということから、昔から国民と国家の移民や人的・文化的交流に対する関心が高い。言うまでもなく、政府の社会政策においても移民政策は非常に重視されている。
- ② Multiculturalism (多民族・多文化主義)の重視と支援—カナダでは国民の持つ多民族・多文化性の現状を社会的資産ととらえ、国家憲法と多民族・多文化主義政策によって多民族・多文化の保護と促進を支援している。具体的には、人権法と非差別法の強化や地域における民族的・文化的団体やコミュニティの活性を促進するサービスや経済的支援の提供だけではなく、教育の面でも多言語教育や多民族・多文化主義教育などさまざまな社会的教育が提供されている。
- ③ 民族的・文化的な摩擦—一方カナダでは多民族・多文化主義が強調されている反面、現実には民族的・文化的違いによる摩擦も大きい。例えば、従来存在してきたフランス系カナダと英系カナダの間における摩擦は現在の時点でも続いており、それは特にフランス系カナダ人の人口が最も多いケベック州の独立運動に反映されている。しかし、このようなフランス系・英系カナダ間の摩擦のほかにも、最近ではさまざまな民族の間における摩擦もしばしば見える。また、人種差別の問題も社会問題の一つとして取り上げることができる。
- ④ 個人の自立、権利、そして義務の重視—カナダではよく国民の開拓民精神が国民の個人の自立、権利、そして義務意識の根底にあると

言われている。実際に、国民の自立、権利、義務の概念はカナダの法律や社会保障制度にも強く反映されている。カナダの法律には個人の権利と義務条約だけではなく、子どもの権利・義務条約も明確に示されている。社会保障制度も基本的には個人の経済自立を労働市場にゆだね、国家のセーフティネットとしての機能を前提とした、いわばリベラル・ウェルフェア・レジームの類型に当てはまる。

- ⑤ 社会的団結の志向—上記ではカナダ社会の個人主義的な特徴を述べたが、それはカナダ国民の社会的団結を否定しているということではない。

一方、日本はカナダと異なって極めて長い歴史を持った国であるといえる。日本は他のアジア諸国と異なって歴史的に外国から侵入されることなく、明治維新まではほぼ単独文化を保つことができた。明治維新からは国際化が急速に進んだ。また日本は移民国というよりはむしろ、戦前および高度経済成長時代以前は移民を送り出していた国であるといえる。例えば、19世紀には多くの日本人がカナダやアメリカの西岸だけではなく、南アメリカのブラジルやペルーへと労働者として渡った。このような背景から、日本の社会的特徴をまとめると以下の4点となる。

- ① 単独民族・単独文化へのこだわり—カナダの多民族・多文化主義と異なって日本ではごく最近まで単独民族・単独文化が強調されていた。単独民族・単独文化へのこだわりは従来の中央政府主義的な制度・政策の構造を反映している。日本では従来単独民族・単独文化を前提として制度や政策の一本化や統一が促進されてきた。しかし、近年地方分権主義がだんだんと重視されるにつれ、地域性の違いや文化的違いが認識されるようになった。また、近年、経済や情報のグローバル化と外国人労働者の増大によって日本でも多民族・多

文化主義の概念が少しずつ定着してきている。

- ② 社会的調和の重視—単独民族・単独文化主義の概念は同時に国家や国民との間における社会的調和をも強調してきた。これは特にコンセンサスを重視した合意形成を好むところに表れている。社会政策の面でも、日本では国民の社会的合意またはソーシャルコンセンサスが政策展開の過程において重視な要素となっていると言える。
- ③ 個人の権利意識の希薄さと国家・行政への依存—日本では従来政府の制度・政策が官僚などによって作成されてきたので、国民が政策策定の過程でStakeholdersとして直接かかわる経過はほとんどない。その背景には個人の権利意識が希薄であるということと、同時に国民の国家や政府に任せる姿勢があると考えられる。しかし、近年国民の権利意識の向上と個人の権利と責任を重視した政策の改正によって、今後政府の政策策定の過程において国民がかかわる度合いは高くなると考えられる。特に、1998年のNPO法導入以来、NPO活動の発展は国民の社会参加をさらに活性化するであろう。
- ④ 社会的団結の志向—上記で述べた日本の単独民族・単独文化主義の概念は、おそらく国民の社会的団結の志向にもポジティブな影響を与えていると考えられる。

(2) カナダと日本の政治的構造

カナダと日本の政治的構造も極めて異なっている。カナダは連邦政府主義国家であり、連邦政府と州政府の役割と権限が明らかに分かれている。基本的に国民全員に共通する事業(例えば、国政的な外交、金融、年金、国土、国家警察、移民など)および先住民に関する事業は連邦政府の役割となっており、国民に直接関係するサービスの提供(社会福祉、医療サービスの供給、教育、州警

察など)は州政府が受け持つ仕組みになっている。しかし実際には、さまざまな制度・政策の面で両政府がお互いに責任を分け合うことも多い。例えば、社会保障では国民健康保険は州政府の領域になるが、ごく最近までは連邦と州政府が1対1の割で費用を負担していた²⁾。また、教育の面でも連邦・州政府の協力が存在している。

カナダの連邦主義において州政府の独自性・独立性は言うまでもない。実際に、連邦政府と州政府の関係は常に同僚の立場という感覚で連邦政府が一方的に州政府に指導したり政策を指示することはできない。これは、一方で地域的な多様化を尊重した政策の展開という点では意味深いが、他方で全国的に統合した政策を打ち出すという点では大きな障害でもある。医療サービスの例を見ても、連邦政府では全国民の健康保険の公平性と平等性を保証しなければならないが、実際のサービスの内容およびサービス費用に関する徴収は州別で若干異なっている。また、連邦主義に存在する連邦政府と州政府の間における政治的競争も明らかである。

カナダと比べると日本は明らかに中央政府主義的な仕組みをとっているといえる。日本の中央政府の権限はカナダの連邦政府と比べて極めて強い。財政的な面でも日本の中央政府は県や地方自治体と比べて大きな力を持っている。近年、地方分権の推進の下で中央政府の政策的役割と権限が地方自治体へと移行しているが、そのスピードはまだ遅い。

2. カナダと日本の社会保障制度の特徴と改革の焦点

(1) カナダと日本の社会保障制度の特徴

総合的に考えるとカナダの社会保障制度はアメリカやイギリスなどのアングロサクソン系福祉国家と同様に、Esping-Andersen (1990) が指摘するリベラル福祉国家の類型に当てはまる。基本的にはベ

ヴァリッジ方式の社会保障の原理に基づいた社会保障制度の仕組みになっている。リベラル・レジームの概念として、個人の経済的自立を労働市場にゆだね、市民権に基づいた普遍的な社会福祉の供給ではなく、ニーズに基づいた制限された社会福祉の供給が行われている。これに比べて、日本の福祉国家はいわば、リベラル・レジームとコンサーバティブ・レジームの混合型レジームであると考えられている。日本では、社会保険方式による社会保障制度によって形成されており、補足性 (Subsidiarity : つまり、個人のニーズは家族が充足し、家族の機能が尽きた場合にのみ国家が介入するという原則) が前提とされている。また、国家の家族に対する社会保障の期待も非常に高い。これは特に、① 高齢者の子夫婦との同居率と ② 要介護高齢者の介護状況および施設入所率によって明らかに分かる。

表1と表2はカナダと日本の社会保障制度の構造を簡単にまとめたものである。これらの表で分かるように両国とも年金、医療、雇用、労災保険などの社会保険のほかに、低所得やサービスを要する家族や個人に対して所得調査に基づいて経済保障と福祉サービスが提供されている。実際の社会保障財源の対GDP比率を見ると、1995年現在、カナダの社会保障財源の対GDP比率は経済保障の面でGDPの約11%、保健およびサービスの面では約8%を占めている。それに対して日本では経済保障の面でGDPの約7.5%、保健およびサービスの面では6.5%とカナダと比べて極めて低い (OECD, 1999)。社会保障財源の内容を見るとカナダでは経済保障のほぼ90%が年金と雇用保険 (失業保険) (両方とも約45%を占める) となっており、残りの10%が家族手当 (1996年以降扶養児童税控除に変更した) となっている。保健および社会福祉サービスの給付費の内容を見ると90%以上が高齢者および障害者のためのサービス供給となっている。一方、日本の場合では経済保障の給

表1 カナダの社会保障

社会保障制度名	担当政府	プログラムタイプ	対象範囲・規制
社会保障 扶養児童税控除 (Child Tax Benefit) 雇用保険 (Employment Insurance) 年金 (Pension (CPP/QPP)) 高齢者の生活保障 (Guaranteed Income Supplement) 高齢者の配偶者手当 (Spouses' Allowance) 年金保障 (Old Age Security) 社会福祉一般 (Canada Provincial Health and Social Transfer) 労災保険 (Workers' Compensation)	連邦 連邦 連邦・州 連邦 連邦 連邦 州 州	収入別 社会保険 社会保険 所得調査に応じて 所得調査に応じて 所得調査に応じて 所得調査に応じて 社会保険	18歳未満の児童を扶養している家族 労働者全員 一般労働者および自営業者 65歳以上の低所得者 年金保障を受給している高齢者の配偶者で60～64歳の人 65歳以上の高齢者 一般市民に対する所得補助と福祉サービス ほとんどの労働者
サービス 医療保健サービス (Health) 教育サービス (Education)	州政府 州政府	普遍 普遍	国民全員 国民全員

表2 日本の社会保障制度

社会保障制度名	担当政府	プログラムタイプ	対象範囲・規制
社会手当 児童手当 児童扶養手当	中央・地域 中央・地域	所得調査に応じて 所得調査に応じて	3歳未満の児童を扶養する家族 児童を扶養する低所得の母子家庭
公的扶助 生活保護	中央	措置制度	低所得家庭
社会保険 公的年金 医療保険 介護保険 雇用保険 労災保険	中央 中央・地域 中央・地域 中央・地域 中央・地域	社会保険 社会保険 社会保険 社会保険 社会保険	年金加入者と配偶者 保険加入者と扶養家族 65歳以上の保険加入者で要介護者 一般労働者および自営業者 一般労働者および自営業者
社会サービス 高齢者福祉 身体障害者福祉 母子福祉 児童福祉 精神障害者福祉 その他の社会福祉	地域 地域 地域 地域 地域 地域	所得調査に応じて 所得調査に応じて 所得調査に応じて 所得調査に応じて 所得調査に応じて 所得調査に応じて	低所得でサービスの必要な高齢者 身体障害者 女性・母子家庭 16歳未満の児童 精神障害者 低所得でサービスを必要とする者

付費の約90%が年金となっており、雇用保険の給付費は10%にとどまる。保健および社会福祉サービスの給付費の内容を見ると日本もカナダと同様

に95%ほどが高齢者および障害者のためのサービス供給となっている(OECD, 1999)。これは、両国において人口の高齢化が社会保障財源に大き

なインパクトを与えていることを示していると言えるだろう。特に保健・福祉サービスの面における高齢化のインパクトは無視することができない。

(2) カナダと日本の社会保障改革の焦点

上記でわかるようにカナダと日本の社会的政治的構造は異なっているが、それにもかかわらず、両国とも3つの共通した課題を抱えている。それは、①人口の高齢化(そして日本の場合にはそれに加えて少子化)とそれに伴った社会保障制度の対応、②家族や雇用形態の変化と同時にジェンダー関係の変化に対応できる社会保障制度の編成、③国民の需要の変化への社会保障制度の対応である。

高齢化の進行は明らかに社会保障費用の増加につながっており、今後の社会保障制度の運営方法に大きな影響を与える。日本では、1996年に社会保障関係審議会会長会議がまとめた「社会保障構造改革の方向(中間まとめ)」を基盤に社会保障制度全体の効率化を促進している。それは、①社会保障のセーフティネット機能の強調、②個人の経済的自立の強調、③社会福祉サービスの民間化の3つの概念・方針によって強調されている。カナダでも、同じような議論が行われており、上記の3つの概念が重視されている。しかし、カナダの場合日本と違って社会保障制度の改革が州と連邦政府の2つのレベルで行われる傾向がある。例えば、1996年の社会保障制度改革では表1で示されている「社会福祉一般」の仕組みが大きく見直された。それまで「社会福祉一般」とはCanada Assistance Program (CAP)という名目のもので内容的には医療保健サービスと社会福祉サービスおよび金銭給付などを含む(例えば、住宅手当やひとり親家庭への経済援助や日本でいう生活保護などを含む)膨大なプログラムである。このプログラムの費用は従来Canada Assistance Program Actに基づいて、州政府と連邦政府が1対1の割で負担してき

た。その負担額には制限がなく、州政府が負担した1ドルにつき連邦政府が1ドルをマッチするという仕組みであった。しかし、年々医療保健サービスや福祉の給付費が増大する中、連邦政府にとってCAPは非常に大きな負担となっていた。CAPの財政的問題は1980年代ごろから連邦と州政府との交渉における重要課題の一つとなっていたが、適切な解決案が見つからず両政府の間で継続的に議論されていた。しかし、1996年連邦政府は財政赤字と社会保障の効率化の促進を理由として、無制限の1対1の負担からブロックファンディングの仕組みへと変え、名目もCanada Provincial Health and Social Transferへと変更した。もちろん、この改革は連邦政府と州政府との間の政治的摩擦をより高めることになったが、しかし、財政的な面ではこれまで膨張していた社会保障支出にある程度歯止めをかけることができたといえる。

カナダでは州政府の社会福祉の権限が強いので以上のような連邦政府による社会保障制度改革のほかにも州レベルにおいて独自の社会保障構造改革が行われている。したがって改革の内容や進行度も州ごとに異なっている。例えば、オンタリオ州では1990年の半ばごろから保守党政権の下で社会福祉財源の大幅な削減が取り組まれてきた。一方、極端な少子化が進んでいるケベック州では、日本と同様、少子化対策としての子育て支援や育児サービスの拡大が図られている。また、従来から漁業を中心として発展してきたニューファンドランド州では第一次産業の減少による季節別および長期失業者に対する社会的支援を無視することができず、社会福祉費用の増大にもかかわらず失業手当と社会保障を提供している。また、雇用対策にも力を入れずにはいられない状況である。そういう意味では、カナダでも日本と同様に社会保障制度の構造改革が推進されているが政治的構造の違いで地域的な差異が大きいといえるだろう。

3. 加日社会政策協力の将来性と要望

カナダと日本の社会政策協力は1997年以来、加日社会政策協力 (Canada-Japan Social Policy Research Project: SPRP) によって新しい方向へと展開してきた。SPRPを開催した背景には、上記で述べたように、グローバル化経済がもたらす社会政策の国際的な対応の必要性に関する認識が双方ともあったといえる。経済のグローバル化は国際的なレベルにおける経済競争を押し付けると同時に、新しい形の国際協力を可能にする一つのきっかけでもあると考えられる。例えば、経済のグローバル化は世界的な規模で社会保障基準を最低限のレベルへと引き下げる圧力となると予想されている。それは、国民にとっても国家にとっても好ましいことではない。ここでは、まず社会政策の国際的協力の意義と加日社会政策協力の設立とその経過について説明し、加日社会政策協力がもたらす可能性とチャレンジについて考える。

ODI (1999:1) は、社会政策が現在国際的な課題となっている理由として以下の6つの要因を挙げている。

1. 資本や人材の自由な流動は国と国との経済の関係をますます強化する。したがって、労働者の権利や保護に関する基準が国際的なレベルで必要となる。
2. 国際的な経済の規制緩和の促進は各国の政府の社会的支出に必要な予算の収入を制限する効果がある。
3. 近年、国際銀行、IMFなどの国際的な機関も社会政策に対して強い関心を持つようになった。これは特にこれらの機関が組み込んでいる貧困削減対策や社会保障対策などの施策で明らかになっている。
4. 国際的な資本の流動の不安定は地域や国レベルにおける福祉国家の危機を招く可能性を高めている。
5. 貧困な国から裕福な国への経済的移民の流動

は貧困がグローバルな問題であるということ
を明白に表している。

6. 経済や政治の国際化はグローバルなレベルにおける人と人とのリンクを強め新たな市民社会 (civil society) の活動を活性化している。

以上の6つの点でもわかるように経済のグローバル化による資本や人材の流動は各国の経済、政治、市場、そして市民社会に大きく影響し、経済や社会政策の国際的な関連を深くしているといえる。SPRPの参加者は当初からカナダと日本の経済関係の重要性和情報および人材資源の交流の促進が社会政策協力を不可欠にしていると強く意識していた。また、両国における移民や交流の長い歴史的なつながりとOECDおよびAPECなどの国際的機関の同盟であるということ、さらに、すでに加日安保協力 (Canada-Japan Bilateral Peace and Security Cooperation) など他の分野における政策協力があつたということも社会政策協力の進行に重要な要因となった。

加日社会政策協力の目的は、両国における社会問題に対する研究および政策の開発と向上の推進である。具体的には、ダイアログ、ベスト・プラクティスへの理解、情報・知識の交換、そして共同研究事業を通じて両国における社会問題および社会政策問題の理解と解決を進めることである。ダイアログ、研究、情報・知識の交換など多方面にわたる協力によって両国の社会的経済的問題に対応した高度な政策の開発を可能にすることができると考えられている。また、お互いの経験や情報をシェアすることによって両国ともグローバル経済がもたらす強力なインパクトを理解し、グローバル経済の急速な変化に適切に対応することができると考えられている。

SPRPは1996年に橋本龍太郎元総理がG7会議で提案した「Invitation for a Caring World」に対するカナダの対応である。橋本元総理は当会議でG7諸国間における社会政策協力を提言し、各国

の対応を促した。カナダ政府は東京のカナダ大使館を通じて1998年末にSPRPプロジェクトの案を打ち出した。最初はSPRPプロジェクトチームとしてカナダと日本両国における研究者・専門家、関係機関のほか、さまざまなステーク・ホルダーに呼びかけて加日社会政策協力の可能性を追求した。その結果、カナダ側からは総理大臣の諮問機関である連邦政府のPolicy Research Secretariat、連邦政府外務省 (Department of Foreign Affairs and International Trade—DFAIT)、東京カナダ大使館のほか、NPO団体のAsia Pacific Foundation、トロント大学、ブリティッシュコロンビア大学のいくつかの大学、および社会政策研究者が参加した。日本側からは、厚生省 (現在、厚生労働省)、文部省 (現在、文部科学省)、外務省、国立社会保障・人口問題研究所などの行政機関のほかにも、日本福祉事業大学をはじめとする大学関係者、NIRA、そして数人の社会政策研究者が参加した。

SPRPが開催された1999年にはカナダ (バンクーバー) と日本 (東京) で2回ラウンドテーブル会議が行われた。これらの会議では加日社会政策協力の可能性と方向性、協力活動の内容、そして双方のコミットメントについて議論が交換された。これらの会議では以下の共通テーマが取り上げられた—① 高齢化社会の影響と結果、② 社会政策の基盤概念・理念、③ 社会政策の作成過程。これらの会議に続いてカナダ連邦政府は翌年日本でTeam Canada Mission 2000を開催し、2000年9月にクレティエン首相と小渕元総理との間で加日社会政策協力の具体化の第一歩として社会政策に関する共同研究を行うことを合意した。これに基づいて、2001年3月から加日社会政策研究円卓会議が設けられて、日本の政策研究者・専門家がカナダを訪問しプロジェクト・プランの作成、カナダの社会保障制度のヒアリングを行った。そして2001年12月には、オタワで行われたAnnual National Policy Research Conferenceに参加した。

SPRPの一環として続けられている加日社会保障政策研究円卓会議の参加者は、各会議でメンバーを拡大し、プロジェクトの協力内容を明らかにすることができた。その結果、協力事項として① 高齢化社会への対応と年金、② 医療保健の改革、③ 家族と仕事の調和の3つの共通課題に焦点を絞り研究協力を進めることに同意した。そして2001年6月には関西学院大学で「Think Canada: Think Social Harmony Symposium」が開催され、カナダと日本の両国からの研究者がこれら3つの共通課題に関する研究報告を行った。これらの共通課題はカナダ・日本両国にとって重要な社会政策課題であると認識されているが、具体的な問題点はカナダと日本との間で若干異なっている。例えば、高齢化社会への対応と年金に関しては、日本では社会保障構造改革から見た年金改革の問題、特に世代間の平等性が大きなテーマとなっている。他方、カナダでは1980年代と1990年代において年金制度が大幅に改正されたので、1990年代にはアメリカの状況と比べて極めて有効であると評価されている (Myles and Pierson, 1999)。また、カナダの場合、現在の高齢化率は日本とほぼ同じであるが、出生率が日本より高いということと移民制度によって極めて若い人材が常に入国しているということから、将来的には日本のような急速な高齢化は無いと考えられている。したがって、日本ほど年金制度に関する危機感はない。むしろ、カナダでは高齢者の生活環境 (Ageing in Place)、つまり高齢者の生活のQOLに関する課題が現在広く注目されている。

医療保健制度の改革に関しては、カナダでは国民の普遍的な健康保健制度 (Universal Health Care) に対する同意が非常に高く今後も普遍性を維持することには変化が無いと考えられている。しかし、現行の制度が効率的かつ効果的であるかという面ではさまざまな評価研究が行われている。多くの研究はカナダの健康保健制度の効率性と効果を国民のヘルス・ステータスを通じて評価している。

日本でも医療保健制度の効率性と効果に関する研究が注目されているが、これらの課題のほかにも最近では利用者の権利と医療保健制度の透明性に関する関心も非常に高い。一方家族と仕事の調和に関しては、日本では少子化の問題が大きな課題となっていることで、少子化対策の一環としての家族と仕事の調和のあり方が重視されている。カナダでは少子化の問題というよりは、家族形態と雇用形態の変化、そしてジェンダー関係の変容の観点から家族と仕事の調和が政策的に促進されている。

以上でわかるように共通課題を一つ一つ取り上げてもカナダと日本独自の問題点の設定の違いが明らかである。しかし、共通課題を踏まえつつ双方の問題設定の違いを理解するのも重要である。「Think Canada: Think Social Harmony Symposium」で報告された論文集は2002年にカナダ大使館から出版される計画である。また、SPRPに関する情報およびお問い合わせは次のウェブサイトで行うことができる。
http://www.asiapacific.ca/data/caprn/cjssp_project/

SPRPはこのような形で情報交換と議論をつみ重ねている。「Think Canada: Think Social Harmony Symposium」の時点までは、SPRPプロジェクトチームが中心になって両国における社会政策の課題と加日社会政策研究協力の発展性について議論してきたが、今後はSPRPを基盤にもっと個人または機関のレベルでの研究協力や政策の協力が期待されると考えられる。2001年末には3年連続で日本側の政策専門家がオタワで行われたNational Policy Research Conferenceに招かれ、「Think Canada: Think Social Harmony Symposium」のフォローアップとして「International Comparative Research on Population Health—Best Practices and Research Priorities」という共同ワークショップが行われた。現在、特に医療保健の領域における共同研究に関する交渉が行われている。

最後に、ここで再度SPRPプロジェクトのような国際的な社会政策協力の可能性、要望、そして今

後のチャレンジについて考えたい。まず、社会政策の国際協力はSPRPプロジェクトの例からわかるように、そのメリットは十分に認識されているものの、実行の面でまだ初期の段階にあるといえる。また、SPRPの経過でもわかるようにその推進は前向きであるが急速な展開とはいえない。したがって、このような国際協力は長期的な視点で進められなければならない。しかし、SPRPの成果は両国にとって良い影響を及ぼすことは確実である。まず、SPRPは両国の政府の有効関係を前進させるだけではなく、同時に両国における研究者と研究者との協力関係、そして機関と機関との協力関係をも深めることができる。実際に、2001年の「Think Canada: Think Social Harmony Symposium」以来、シンポジウムに参加した研究者との間で共同研究の話がいくつかすでに進められている。このように、加日社会政策協力が政府間のレベルだけではなく機関や個人のもっと広い枠組みのなかでの研究協力につながれば、もっと意味深い国際協力を実現することもできるし、また人と人と、そして組織と組織とのリンクによる新たな市民社会の活動につながる可能性も高くなるだろう。

しかし、同時にSPRPの成功にあたっていくつかのチャレンジもある。まず、社会政策協力を行う際、たとえ両国の間で同じような関心があったとしても必ずしも同じ問題意識を共有するとは限らない。したがって、協力の際どこにプライオリティを置くのか、またどのような視点から問題を追及し政策協りに組み込むのかという基本的な課題が残っている。また、たとえ社会政策に関するプライオリティが明らかであっても共同研究や政策協力の上でどれぐらい両国の間における対応性(comparability)があるのかも問題である。その上、これは国際比較や国際共同研究の際常に問題となることであるが、問題の要因がどこまで文化的な違いによるものなのか、そしてどの程度それが文化的要因以外の要因(例えば経済的、社会的要

因)と理解できるのかが大きな問題となる。しかし、反対にこれらの課題を超えることができれば、大きな進歩を見ることができるだろう。

注

- 1) Ito Peng は1998年から、World Bankが主催する国際社会政策研究会(ASEM Project)の参加者として研究を続けている。
- 2) 1996年の国民健康保健法の改正で連邦政府の財政負担に制限がかけられ、現在ではブロックファンディングの方法で連邦政府から州政府に補助金が交付される仕組みになっている。

参考文献

- Myles and Pierson. 1999.
OECD. 1999. *A Caring World: The New Social Policy Agenda*. Paris: OECD.
Overseas Development Institute. 2000. "Can There be a Global Standard for Social Policy? The 'Social Policy Principles' as a Test Case." *ODI Briefing Paper*, 2: May 2000, pp. 1-4.
World Bank. 1999. *Principles of Good Practices in Social Policy: Issues and Areas for Public Action*.
UNDP. 1999. *The Human Development Report: Globalisation with a Human Face*. New York: UNDP.
(Ito Peng 関西学院大学助教授)
(Bernadette St. Jean カナダ大使館一等書記官)

日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性

尾形 裕也

■ 要約

日本及びカナダの医療（保険）制度は、国際的な比較制度論の観点からすると、共通する点が多く、publicly funded and privately deliveredと総括しうる。一方、両国の医療費の動向は、1980年代、90年代を通じて全く対照的なトレンドを示している。カナダにおいては、競争原理導入というよりはむしろ競争抑制的な政策がとられてきているが、医療費のコントロールについては各国の中でも成果を挙げてきているといえる。「カナダの医療の将来に関する検討委員会」の中間報告（2002年2月）は、カナダの公的医療制度の現状と課題を分析し、今後の改革の方向性を示唆するものであるが、日本の医療制度改革を考察するにあたって参考となる点が多い。特に、カナダの医療に関する5原則の堅持、漸進的、追加的改革の積み重ね、国民各階層からの幅広い意見の聴取、州政府による「保険」制度運営の市町村国保への示唆といった点が参考になろう。

■ キーワード

publicly funded and privately delivered、カナダの医療法の5原則、カナダの医療の将来に関する検討委員会、漸進的、追加的改革、カナダ Medicare と市町村国保

I 日本及びカナダの医療（保険）制度の現状

1. はじめに

本稿の主たる目的は、近年の日本、カナダ両国における医療保険制度改革の動向を比較検討することにある。後述するように、両国の医療（保険）制度は、多くの点で共通する面と異なった面とを有しており、単純な比較は困難である。しかしながら、同じ先進資本主義の大国（ともにG7メンバー）に属する「隣人」でありながら、両国の医療ないしは医療政策について比較検討することは、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスといった他のG7諸国の場合と比べ、これまできわめて稀だったように思われる¹⁾。これらの諸国の医療（保険）制度の概要について、あるいは近年の改革の動向について記述した邦語の文献は枚挙にいとまがな

い。アメリカのHMOの動向について、イギリスのNHS改革について、さらにはドイツの医療保険構造改革について扱った邦語文献にあたることは比較的容易であろう。しかしながら、カナダの医療となると、そもそもその基本的な財政方式が保険なのかどうかといったことすらおぼつかないというのが、少数の例外を除いて、わが国の多くの研究者や政策当局者の実態だったのであるだろうか（筆者自身、数年前まではそうだった）。カナダのような重要な国の医療についての情報がこうした状況にあるということは驚くべきことであり、それ自体が考察に値するとさえいえるかもしれない。こうした状況を踏まえ、本稿においては、はじめに両国の医療（保険）制度の現状について、簡単に紹介、検討することから議論をはじめることとした²⁾。

2. 医療に関する主要指標の比較

以下では、主としてOECDの国際比較医療データ³⁾に従って、日本とカナダの医療に関する主要指標のいくつかを見てみよう。

まず、医療のアウトカムを表わす指標である。表1は、主要国の男女別平均寿命(0歳時の平均余命)であるが、これを見ると、1997年時点において、日本は男77.2歳、女83.8歳であるのに対して、カナダは男75.8歳、女81.4歳となっており、いずれもOECD諸国の中でも、きわめて高い水準となっていることがわかる。女性の平均寿命が80歳を超え、男性についても75歳を超えるに至っている日本及びカナダは、「長寿社会」の達成という意味では、よく似た共通する面があるといえる。

また、表2には、出生1,000対の乳児死亡数を示している。ここでも日本は、スウェーデン(3.6)に次いで低い水準となっているのに対し、カナダは平均的な数値であるが、アメリカ、イギリス等に比べれば、低い水準となっていることがわかる。

次に、医療費と経済との関係を見てみよう。図1には、横軸に各国の1人当たりGDPを、縦軸に1人当たり医療費を、いずれも1998年の米国ドル表示データに基づいてプロットしたものを示した。これを見ると、一部の例外を除いて、各国の1人当たりGDPと、1人当たり医療費は、非常によく相関していることがわかる。各国の医療制度は、財源調達方式から支払い方式に至るまで、それぞれかなり大きな相違があるということを考慮すると、これは驚くべき結果であるといえる。この図で、カナダと日本はちょうどトレンド線をはさんで上下に分かれた形になっている。OECDによれば、1998年時点で、医療費の対GDP比率は、カナダが9.3%であるのに対し、日本は7.5%となっている。カナダがこの水準であったのは、1981年(7.3%)時点であり、後述するように、80年代を通じて、この比率が9%まで上昇していることを考慮すると、医療費水準だけを単純に比較すれば、日本はカナダの

表1 主要国の男女別平均寿命(1997年)

	男	女
日本	77.0(1)	83.8(1)
カナダ	75.8(5)	81.4(7)
アメリカ	73.6(19)	79.4(19)
イギリス	74.6(12)	79.7(18)
フランス	74.6(12)	82.3(2)
ドイツ	74.1(17)	80.3(15)
OECD加重平均	73.5	79.6

注：()内は、OECD30か国における順位

表2 主要国の乳児死亡率
(出生1,000対死亡数、1997年)

日本	3.7(2)
カナダ	5.5(14)
アメリカ	7.2(24)
イギリス	5.9(17)
フランス	4.7(6)
ドイツ	4.8(8)
加重平均*	8.9

*韓国を除く29か国についての加重平均値

80年代に相当するといえるかもしれない。

最後に、医療供給面のデータを見てみよう。医療供給量を規定する基本的なインプットと考えられる資本及び労働投入について、代表的な指標を表3から表5に示した。まず、表3は、人口1,000人当たりの病床数(Total inpatient beds)を主要国について見たものである。これを見ると、カナダのアメリカ、イギリス等と並ぶ病床数の少なさと、日本の際立つ多さがよくわかる⁴⁾。ドイツ、フランス等のヨーロッパ大陸諸国は両者の中間の水準にあるといえる。日本とカナダの状況は、しかしながら、1960年までさかのぼると、日本9.0、カナダ6.2と、現在ほどの大きな差はなかったことがわかる。

表4に示したように、日本が長期的に病床数が増加傾向にあったのに対して、カナダは70年代以降(特に90年代に入ってから顕著な)人口当たり病床数の減少が続いており、現在のような大きな

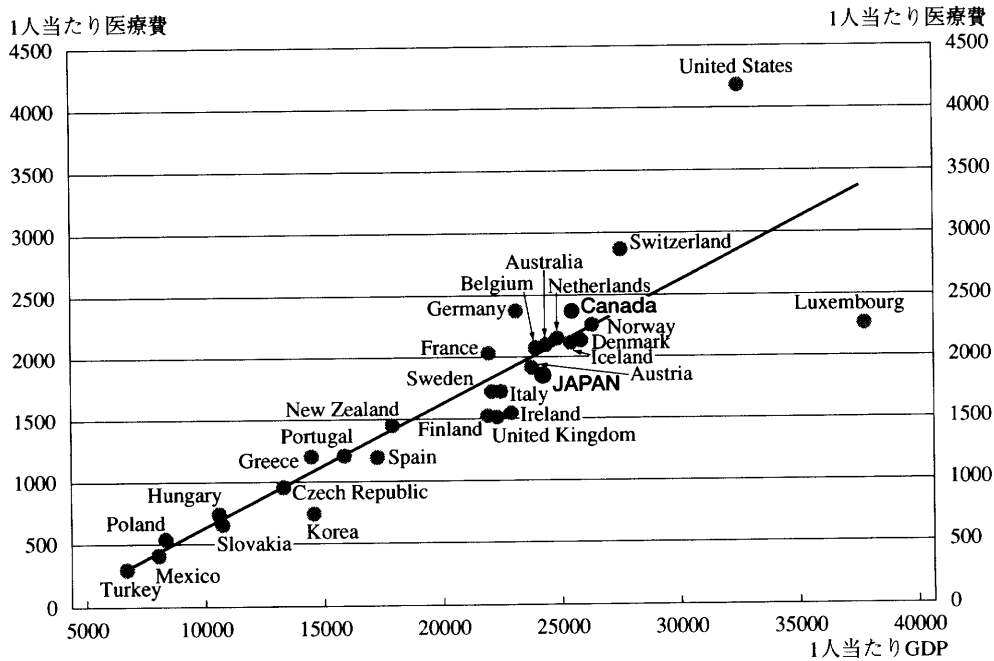


図1 医療費と経済の関係：1人当たりGDP及び1人当たり医療費（1998年、米ドル表示）

表3 主要国の人口1,000人当たり病床数（1998年）

日本	16.5 (1960年：9.0)
カナダ	4.1 (1960年：6.2)
アメリカ	3.7
イギリス	4.2
フランス	8.5
ドイツ	9.3
平均*	6.9

*スウェーデン、スイス等5か国を除く25か国平均

差につながっているといえる。

次に、表5には、人口1,000人当たりの医師数 (Practising physicians) 及び看護職員数の国際比較を示した。これを見ると、医師数、看護職員数とも、日本とカナダはよく似た水準にあることがわかる。もちろん、医療専門職の定義及び業務内容は、国によって異なっており、単純な比較はできないことに留意する必要がある。例えば、日本の場合、准看護師の占める比率が高いことや看護職の行える医療行為の範囲の制限等を考慮する必要がある。し

表4 日本とカナダの人口1,000人当たり病床数の推移

	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
日本	9.0	12.5	13.7	14.7	16.0	16.2	16.5
カナダ	6.2	7.0	6.8	6.7	6.3	4.8	4.1

表5 主要国の人口1,000人当たり医師数及び看護職員数（1998年）

	医師数	看護職員数
日本	1.9	7.8
カナダ	2.1	7.5
アメリカ	2.7	8.3
イギリス	1.7	5.0
フランス	3.0	6.0*
ドイツ	3.4	9.6

* 1997年データ

かしながら、少なくともOECDのデータによる限り、日本とカナダの医療専門職の人口当たりで見た供給数は、アメリカやドイツ等に比べると少ないが、イギリスよりは多いという状況にあるといえる。

3. 両国の医療(制度)の国際的位置付け

ここで、日本及びカナダの医療(制度)について、国際比較の観点から、その位置付けを考察してみよう。

WHO(世界保健機関)[2000]によれば、日本及びカナダは、世界各国の医療制度の中でも高い評価を得ている。例えば、障害調整後平均寿命(DALE)で測った医療のレベル、医療制度のresponsiveness、医療費負担の公平性等を総合した全体的な医療制度の目標達成度についての評価では、日本は191か国中1位、カナダは7位にランクされている。また、全体的な医療制度のパフォーマンス評価では、日本は10位、カナダは30位となっている(ちなみに1位はフランスである)。WHOのこの評価については、指標の選択、評価の客観性等をめぐってさまざまな批判がありうる。しかしながら、相対的に見て、日本及びカナダ両国の医療制度が国際的に高い地位を占めていることについては、大きな異論はないだろう。WHOの選んだ9つの指標(及び合成指標)のいずれをとっても、日本、カナダ両国は良好な成果を示しているのである。

ここで、両国の医療制度の国際的な位置付けについて、さらに考察を進めてみよう。福祉国家の分類に関しては、Esping-Andersen[1990]の議論が著名である。Esping-Andersenによれば、カナダはアメリカ、オーストラリア等と並んで「リベラル型」福祉国家に分類されているのに対し、日本は3つの類型(リベラル型、コーポラティズム型、社会民

主主義型)のいずれにも明示的には属していないように見える。こうした分類の方法や内容自体についてはさまざまな議論がありうるが、特に、本稿との関連では、医療の扱いについて問題が多いように思われる⁵⁾。例えば、カナダ、アメリカ、イギリスの医療制度を同じアングロ・サクソン型の「リベラル型」とすることは全く説得的ではない。これらの国の医療の財政方式、医療供給方式、さらには医療費支出の水準は大きく異なっており、とうてい同一のタイプに属するとは思えないのである。

ここでは、日本、カナダ両国の医療制度の比較検討という観点から、医療制度の国際比較のための1つの仮説的な座標軸を構成してみよう。図2は、その簡単な概念図であるが、公的な医療の適用人口の割合が、左側の100%(イギリス、カナダ、日本)から、右側の46%(アメリカ)まで並んでいる。また、それとも関連するが、基本的な財源調達方式については、租税方式(イギリス、カナダ)から社会保険方式(日本、ドイツ、フランス、オランダ)、さらには私保険中心(アメリカ)という順に並んでいる⁶⁾。この座標軸では、左に行くほど「公」的色彩が強く、逆に右に行くほど「私」ないしは「民間」的色彩が強いと見える。社会保険方式の中でも、ほぼ完全な保険料主義をとっているドイツ、フランスを中心に、公費とのミックス型(日本)が左に、民間保険とのミックス型(オランダ)が右に位置している⁷⁾。

さらに、医療サービス供給の方式としては、イギリスのNHSのように、ほぼ完全な国営型医療供給

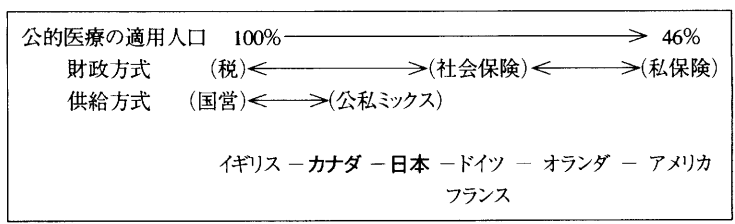


図2 医療制度の国際比較の座標軸

体制をとっている国と、カナダ以下の、特に開業医を中心に民間(ないしは私)の役割が大きいタイプの国とに分けることができる。カナダの医療制度の特徴を一言で表わす表現として、publicly funded and privately deliveredということがよく言われる⁸⁾が、fundingの方式の違いはあるものの、この点でも、日本とカナダは比較的良好似た類型に属しているといえよう。

II 日本及びカナダの医療制度改革の動向

1. 問題の所在(近年の両国の医療費の動向)

以上のような日本、カナダ両国の医療制度の概観を踏まえながら、近年における両国の医療制度改革の動向について検討してみよう。

表6には、主要国の医療費がGDPをどれだけ上回って伸びてきたかについて、1960年から10年ごとに4つの時期に区切って示している。日本及びカナダを中心にこの表を見てみると、いくつかの興味深い特徴が見てとれる。

第1に、1960年代、70年代を通じ、日本の医療費はGDPをかなり上回る伸び率で伸びてきている。これは、OECD全体の平均と比べると、やや高目ではあるが、ほぼそのトレンドに沿ったものであることがわかる。経済の高度成長期は、同時に医療費の高度成長の時期にも当たっていたという

ことができるだろう。これに対して、カナダの医療費は、この時期、相対的にかなり低目の伸び率を示している。特に、70年代には、カナダの医療費の伸びは、ほぼGDP成長率に見合ったものとなっており、各国と比べても、その伸び率の低さは際立っているといえる。

第2に、両国のこうした傾向は、1980年代、90年代になると、かなり様変わりしてくる。1980年代には、日本の医療費の伸び率はGDPの伸び率を下回り、医療費の対GDP比率は低下しているのに対し、OECD全体では、伸び率は大幅に鈍化したものの、依然として医療費はGDPを上回る伸び率(1.1%)を示している。ところが、これが1990年代になると、再度逆転して、日本の医療費の伸び率は再びGDPの伸び率をかなり上回るようになる。OECD全体では、80年代とほぼ同様のトレンドが続いているので、日本の医療費の動向はかなり特異的であるといえる。こうした90年代に入ってから医療費と経済の関係の再逆転が、近年の日本の医療保険財政の急激な悪化と、それに伴う医療制度改革論議の基本的な背景となっている。こうした医療費と経済の動向は、ドイツなどに類似したものがあるといえよう。これに対して、カナダの場合は、日本とは全く逆に、1980年代における医療費の相対的に高い伸び率、そして90年代に入ってから医療費のコントロールが特徴的である。

表6 主要国の医療費の伸び率等の推移

(%)

	GDP成長率を上回る医療費の伸び率(年率平均)				医療費の対GDP比率	
	1960-70	1970-80	1980-90	1990-97	1960	1997
日本	5.0	4.1	-0.8	2.4	3.0	7.4
カナダ	2.8	0.3	2.6	-0.4	5.4	9.0
アメリカ	3.5	2.5	3.4	1.3	5.1	13.0
イギリス	1.5	2.6	0.6	1.8	1.5	6.7
フランス	3.9	3.0	1.8	1.3	4.1	9.4
ドイツ	2.2	3.8	-0.1	2.6	4.7	10.5
OECD平均	4.1	3.6	1.1	1.2	3.8	7.6

カナダの場合は、60年代～70年代のトレンドを80年代～90年代という20年単位で繰り返しているとも見ることができよう。

第3に、こうした医療費及び経済の長期的トレンドの結果、医療費の対GDP比率は、日本の場合、1960年の3.0%から1997年の7.4%へと2.47倍に上昇している。これは、OECD全体の平均が同じ期間に3.8%から7.6%へと、ちょうど2倍の伸びであるのに比べ、やや高目の伸びとなっている。これに対し、カナダについては、1960年の5.4%から1997年の9.0%へと1.67倍であり、やや低目の伸びとなっている⁹⁾。カナダは、60年代における世界でも最も医療費負担の重い国から、現在はそれほど目立たない位置へと移行しているように見える。いずれにせよ、こうした日本及びカナダの医療費の長期的トレンドの相違は、両国における近年の医療制度改革をめぐる議論の前提に大きな影響を与えていると考えられる。

2. 改革の基本的テーマ(カナダの医療の将来に関する検討委員会中間報告をめぐって)

2002年2月、「カナダの医療の将来に関する検討委員会」(Commission on the Future of Health Care in Canada、以下「検討委員会」という)は、“Shape the Future of Health Care”と題する中間報告(Interim Report)を公表した。この検討委員会は、2001年4月にカナダ連邦政府から委託を受け、カナダの公的医療の現状を検討し、21世紀においてもこれを持続可能なものとするような方策を勧告することをその設立目的としている。昨年4月以来約10か月間にわたる調査研究、ヒアリング等のfact-findingの成果を取りまとめたのが、この中間報告である。同検討委員会は、今後この中間報告を基に、各方面との対話を進め、2002年11月を目途に最終報告書を取りまとめることになっている。以下では、この中間報告を中心に、カナダにおける最近の医療制度改革をめぐる議論を紹介し、併せて

日本の状況との比較検討を行うこととしたい¹⁰⁾。

同中間報告は、①カナダ国民の基本的価値観とCanada Health Actとの関係(同法見直しの必要性の有無)、②制度の持続可能性と財源問題、③サービスの質とアクセスの問題、④リーダーシップ、協力、責任分担問題という4つの基本的なテーマについて幅広い検討を行っている。

まず、第1のカナダの医療制度に関する基本法であるCanada Health Actの見直しに関しては、カバーされるサービスの範囲の問題、現行法上の5つの基本原則の評価、医療サービス供給における州(provinces)の役割、さらには民間部門の役割をどう考えるか、といった点が見直しのポイントになるとしているが、一方で、現行法は現状でも十分機能しており、その安易な見直しは、医療におけるいわゆる「2階建てシステム」の導入ないしはより民間保険的な要素を強めるような改悪につながるおそれがあるとの意見も並行して記されている¹¹⁾。

ここで、若干補足しておくが、カナダの現行法においてカバーされているサービスの範囲は、基本的に病院及び診療所における医療サービスに限定されており、日本の医療保険・介護保険に比べると、一般にその範囲は狭いといえる。例えば、在宅ケア、長期ケアのほか、「医学的に必要な(medically necessary)」サービス以外のものとして、歯科、病院外の処方薬等は(連邦レベルの)公的医療保険制度によってカバーされるサービスからは外されている。このことが、上記の民間部門の役割という問題にも関連してくるわけであるが、カナダの総医療費のうち、公的制度でカバーされている部分は、おおむね70%程度であるとされている¹²⁾。こうした公的制度によってカバーされるサービスの範囲の見直しということが、1つの重要な論点として提起されているのである(その際、カナダ側にとっては、特に地域保険として構成されている日本の介護保険制度が参考になる可能性がある)。

また、現行法上の5つの原則とは、①公的な

管理運営 (public administration)、② 包括性 (comprehensiveness)、③ 普遍性 (universality)、④ ポータビリティ (portability)、⑤ アクセス確保 (accessibility) の5つであり、program criteriaとして、法文上明記されている¹³⁾。①については、基本的に州 (province) 政府が医療保険制度の管理運営に当たっており、日本の市町村国民健康保険制度が広域に拡大された形態に近いといえる。②については、上述のように連邦レベルで規定された「医学的に必要な」サービスを各州レベルの制度においてカバーしなければならないという意味であり、日本でいう「保険給付」ないしは「療養の給付」の規定に相当するといえるだろう。③は、公的医療保険制度が原則としてすべての地域住民をカバーしなければならないという趣旨の規定であり、日本の市町村国保が、法文上は原則としていったんすべての地域住民を被保険者として適用しており、それによって国民皆保険体制が担保されていることに相当するといえる。④は、国内 (州外)、及び国外において診療を受けた場合の給付規定であり、日本では公的医療保険の国内共通適用及び海外療養費の規定がそれに相当する。最後に⑤は、原則として患者窓口負担等を課すことなしに、医療サービスに対するアクセスを確保することをうたった規定であるが、日本に比べ、公的医療保険によってカバーされるサービスの範囲が狭い代わりに、カバーされたサービスについては患者一部負担は原則として課さないというのが、カナダの医療保険制度の1つの特色であるといえる。以上のような5原則は、これまでカナダの医療制度を支える基本原則として機能してきているわけであるが、こうした考え方が、かえって近年における医療サービスの質の革新や改善に対する障害となっている可能性があるのではないか、というのが、ここでの問題意識である。

次に、第2の制度の持続可能性と財源問題に関しては、表6において示したように、90年代に入っ

てからのカナダの医療費のコントロールは、各国と比べても成果を挙げてきているといえる。しかしながら、1997年以降、総医療費は再び増加のスピードを速めており、特に病院や診療所といったカナダの公的医療保険制度でカバーされている部分以外の医療費が増大していることが指摘されている。また、公的医療費の拡大は、州政府予算にとって年々大きな負担となってきている。2000/2001会計年度には、平均して医療費予算のシェアは州政府予算全体の35%を超えると予測されており、教育や住宅等他の必要な予算を締め出す (crowd out) ことも危惧されている。こうした中で、持続可能な医療制度を長期にわたって安定的に維持するためには、連邦・州政府間の負担のあり方とともに、患者負担のあり方をも含めた検討が必要であることが問題提起されている。

第3のサービスの質とアクセスの問題に関しては、第1章において示したような医療資源のスリム化の結果、専門医の診療、MRI等の高度医療機器による検査、救急病床、長期ケアといった領域においてウェイティングリストの長さが問題になっている。自国の医療制度に対するカナダ国民の満足度は従来非常に高いとされてきたが、近年、特にこうしたウェイティング問題等の影響で、満足度が低下してきていることが各種の調査において指摘されている¹⁴⁾。また、カナダのような広大な国では、特に過疎地域における医療サービスへのアクセスの問題等地域格差が大きな問題となっている。そうした意味では、医療費及びその負担の地域差や離島、へき地等における医療の確保が依然として問題となっている日本と共通の面があるといえる。さらに、サービス提供の一層の地域化、コミュニティーベースでのサービス提供の推進等プライマリケアの改革も大きな課題となっており、各地でパイロットプロジェクトが進行している¹⁵⁾。全体として、限られた資源の制約の下で提供される医療サービスの質とアクセスをいかにして確保し、

改善していくかという問題は、日本、カナダ共通の課題であるといえよう。

第4のリーダーシップ、協力、責任分担問題に関しては、供給サイド、需要サイド、医療問題専門家等と政府との対話の重要性が強調されている。上記のように、これまでの fact-finding phase においても、すでに州、準州政府関係者との対話、海外を含む専門家との会合、各ステークホルダーとの会合、さらには e-mail 等を利用した一般カナダ国民からの意見聴取等が行われてきているが、この中間報告書公表の後は、さらに本格的な public consultation phase に入ることとされている。日本の医療制度改革も、2002年度の改革実現の後、「医療保険制度改革等」として改正法案に盛り込まれている基本的な事項について検討を進めることになる。1997年以来、医療制度の「抜本改革」をめぐるのは、さまざまな紆余曲折があり、ステークホルダーの間でのスムーズな合意形成が非常に困難になってきているが、こうしたカナダの改革実現へ向けた段階的な合意形成の手法は、日本にとっても参考になるものと思われる。

III 今後の展望

ここで、日本、カナダ両国の医療（保険）制度の今後について展望してみよう。もちろん実際の具体的な制度改革は、ステークホルダー間の交渉や利害調整、さらには複雑な政治過程等を経て実現していくものであり、本稿の範囲を超えた問題である。しかしながら、ここ数年間の両国における医療制度改革をめぐる議論をフォローしていく中で、自ずと浮き彫りになってくる問題もあるように思われる。以下では、基本的な政策スタンス、制度改革の方法論、市町村国保との関連という3点に関して、今後の両国の制度改革の基本的な方向性について考察することとしたい。

1. 基本的政策スタンス

上述のカナダの現行法上の5つの原則については、基本的に同じ「国民皆保険」体制をとっている日本においても、おおむね受け入れられやすい考え方であると思われる。制度の公的な管理運営、包括性、普遍性、ポータビリティといった原則については、いかなる制度改革を構想するにしても、おそらく大方の賛同が得られる考えであろう¹⁶⁾。しかしながら、第5の原則である「アクセスの確保」については、日本とカナダとでは考え方に大きな相違があるように見える。すでに第2章において述べたように、単純化していえば、日本が広い給付範囲に対して一定の患者負担を設定し（しかも、近年、その負担率を引き上げてきている）のに対し、カナダは給付範囲を狭く制限している代わりに、カバーされている給付については原則患者負担を課さないという基本的な政策スタンスをとっているのである。しかしながら、こうした定式化も実は現実をかなり単純化して概念化したものであり、実際の両者の相違はもっと相対的なものであるともいえる。例えば、日本における近年の特定療養費の拡大という政策の方向は、カナダ型の考え方への接近とも考えられる。また、カナダにおける今回の検討委員会の中間報告においては、給付範囲の拡大問題とともに、財源調達問題の中で患者負担のあり方も含めた問題提起が行われているので、今後、両者はさらに接近した形となっていくことも考えられよう。

次に、マクロの医療費のレベルについては、カナダはすでにGDP比9%台という水準に達しているが、こうしたレベルについては、隣国のアメリカがさらに上に行く高医療費国であること、さらに60年代にはカナダ自身が世界一の高医療費国であったということなどもあって、あまり批判の声は聞かれず、むしろおおむね妥当とする一般的なコンセンサスが存在するといわれている¹⁷⁾。カナダのMedicareは、今やカナダ国民の統合・連帯の象徴

として、その存在が国民の間に定着しているとともに、国境を接する超大国アメリカとの相違を構成する重要な要素の1つとなっているという¹⁸⁾。日本においても、国民皆保険体制についての肯定的評価は、論者の立場を超えたほぼ共通の認識となっているといえるが、カナダのMedicareほどの高い地位を獲得しているようには見えず、医療費のレベルについても、GDP比7%台の現在において、すでに、これをどう考えるかについては意見が分かれている¹⁹⁾。日本より早く「高医療費」に突入し、その後も内外で評価の高い医療制度を、カナダ国民にとって「大切に思う制度」(cherished system²⁰⁾)として持続してきているカナダの経験は、今後の日本にとっても参考になる点が多いものと思われる。

2. 制度改革の方法論

医療制度改革の方法論については、大別して、「ビッグバン」タイプの抜本的な改革と、漸進的な改革の積み重ね(cumulative incremental change)の2種類があるといわれる²¹⁾。カナダの医療制度改革については、ビッグバンタイプの改革アプローチは(プライマリケア改革などに見られるように)、関係者の抵抗が強く、これまでのところ必ずしもうまく行っていない。むしろ、現実的で有効なアプローチとしては、漸進的かつ追加的な改革(progressive incremental change)、さらには組織運営や財源調達における多元主義(pluralism)の容認といったことが提唱されている。日本においても、「医療ビッグバン」的な議論が喧伝された時期もあったが、現実を変革する力を持たない不毛な議論が多かったように思われる。着実な改革の積み重ねが、結局のところ長期的には大きな変化をもたらすというのが、日本、カナダ両国に共通の制度改革の方向であろう。

また、注11)において示したように、近年のカナダの医療制度改革は、アメリカ型の競争促進的な政策の導入ではなく、むしろそれとは逆に、競争

原理や市場原理的な政策を回避した、単一の支払者である州政府による「買い手独占」的なコストコントロール政策であったとされている。これは、90年代の各国の医療制度改革の潮流とはかなり異質のものであったといえる²²⁾。具体的には、病院の資本支出の厳しい抑制や総額予算制、病床数の削減目標の設定、病院の統廃合、医師の養成数の削減といった供給面のコントロールに加え、外来医療や日帰り手術の促進、治療中心の医療から予防、健康増進的なアプローチやコミュニティケアへの転換といった政策がとられてきた。こうしたアプローチは、一方で各種のウェイティング問題等を引き起こしている面もあるが、表6に見られるように、少なくとも90年代前半までの医療費コントロールには相当有効であったと考えられる。日本の今後の改革においても、こうした供給面を重視した政策の展開は、大いに参考になるものと思われる²³⁾。

3. 市町村国保との関連

カナダの医療(保険)制度を、日本のそれとの比較という観点から検討してみると、全体として、日本の市町村国民健康保険制度との類似性、親縁性を強く感じさせられる。両者ともに、地域保険であること、行政府(市町村及び州政府)が保険者(制度の運営主体)であること、中央政府からの巨額の補助金による財政調整が行われていることなどよく似ている面が多い。もちろん、憲法上、医療に関する権限が基本的に州政府にある連邦国家のカナダと、基本的に中央政府の責務と考えられている日本とでは、権限関係に大きな相違があるし、地方政府といっても、日本の場合、医療に対する都道府県・市町村の関わり方の相違も無視できない。また、基本的に税方式をとっているカナダには、(国保税を含めて)社会保険方式をとっている日本のような問題(未加入、滞納問題等)は存在しない。このような相違は認めつつも、しかしながら、全体としてみれば、少なくとも市町村国保に関しては、

表7 カナダ各州の人口構成(2001年7月1日現在)

州名	人口(千人)	65歳以上人口比率(%)
ニューファウンドランド・ラブラドル	533	11.8
プリンス・エドワード島	138	13.3
ノヴァスコシア	942	13.4
ニューブランズウィック	757	13.0
ケベック	7,410	13.0
オンタリオ	11,874	12.6
マニトバ	1,150	13.5
サスカチュワン	1,015	14.6
アルバータ	3,064	10.2
ブリティッシュコロンビア	4,095	13.2
カナダ全国	31,081	12.6

資料：Statistics Canada ホームページによる

アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ等の諸国の制度と比べ、日本とカナダの間に相対的により類縁性があることは否定できないだろう²⁴⁾。

そうした意味で、今後の日本の市町村国保制度のあり方を考えるに当たって、カナダの制度は参考になる点が多いものと思われる。市町村国保については、従来から、保険者編成及び保険者規模の問題、低所得者や高齢者等ハイリスク・グループを多く抱えることに基づく財政基盤の脆弱さの問題等が基本的な課題であるとされてきた²⁵⁾。

このうち、保険者編成、保険者規模に関しては、保険者機能の発揮という意味での地域保険のメリットは十分に認めるものの、現行の3,000を超える数の市町村保険者という構成にはやはり無理があるものと考えられる²⁶⁾。表7には、カナダの各州(準州を除く)の人口規模及び65歳以上人口比率を示した。これを見ると、最も人口の少ないプリンス・エドワード島の13.8万人から最大のオンタリオ州の1187万人まで、カナダもかなりの「保険者」規模の差があることがわかる。しかしながら、日本の市町村国保における被保険者数の相違(おおむね100人から100万人規模まで)に比べれば、その差はずっと小さい。プリンス・エドワード島を除けば、最小のニューファウンドランド・ラブラドル州の

人口(被保険者数)50万人余というのは、日本でいえば(国保被保険者人口の全住民に占めるシェアを考慮すれば)150万人規模のごく普通の県ということになる。国保保険者の都道府県単位での再編という議論が提起されて久しいが、カナダの現状はかなりそれに近いといえるだろう。

また、表7を見ると、高齢者の比率の相違も州単位ではそれほど大きくなく、日本が、市町村保険者間の高齢者比率の大きな格差を調整するため、老人保健制度によって巨額の所得移転を行わねばならない状況とはかなり異なっているといえる。カナダは、1977年のいわゆるEPF(Established Program Financing)法により、連邦補助金の形態がそれまでの基本的に医療費ベースの補助から定額ベースに変更され、現在に至っている。1980年代から90年代にかけての連邦政府による補助金の削減は、医療における連邦政府の影響力の減少とともに、州政府の政策展開の多様性をもたらしたといわれている²⁷⁾。日本の国保についても、保険者編成のあり方とあわせ、国庫補助のあり方を、保険者の責によらない要因については、よりリスク構造調整的な要素を強めるとともに、保険者の自立性や多様性を尊重する方向での改革が望まれる。

注

- 1) 例えば、厚生労働省編[2001]は、少なくとも制度の内容に関わる部分については、日本と、G7のうち、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスの4か国との国際比較が中心であり、政策当局の関心の所在を示している。なお、カナダの医療(保険)制度については、高橋[1999]、新川[1999]等が邦文の基本文献である。また、英文の文献としては、OECD[1994]、Charles, Badgley[1999]、Naylor[1999]、Hutchinson, Abelson, Lavis[2001]、Health Canada[2000]等が参考になる。
- 2) 本稿においては、「日本とカナダの医療保険制度改革」という与えられた表題をそのまま使用しているが、内容的には医療保険制度のみならず、医療供給面も含めた「医療制度改革」全般をカバーしている。近年の制度改革について、こうしたアプローチをとることの必要性については、尾形[2002]等を参照。なお、カナダの制度を「医療保険制度」と呼ぶことは、社会保険料を主たる財源とする保険方式という意味では適切ではないが、Medicareと総称されるカナダの公的医療制度については、一般にこれを health care insurance planと呼んでいることから、ここでもそうした用語法に従った。ちなみに、現在のカナダの医療制度に関する基本法である Canada Health Actにおいては、カバーされる医療サービスを insured health services (services de santé assurés)、これを提供する制度のことを health care insurance plan (regime d'assurance-santé)、カバーされる住民を insured person (assuré)と呼んでいる。
- 3) 以下のデータは、基本的に OECD Health Data 2001 及び OECD [2001a]による。これらのデータについては、各国の国内統計とは用語の定義や範囲等の相違により、微妙に数値が異なっているが、ここでは、比較可能性の観点から、国内統計ではなく、OECD 統計に従った。
- 4) もちろん、病床の定義は国によって異なっており、単純な比較はできない。表3は、あくまで大づかみな姿を示したものと受け取るべきである。ちなみに、ここでいう「病床」(Inpatient beds)には、ナースিংホームを含む、あらゆる公的・私的な入院・入所施設における利用可能なベッドを含むものとされている。なお、カナダ、イギリス等のデータには、ナースিংホームの数値は含まれていないという。
- 5) Esping-Andersenの福祉国家類型論をめぐる議論については、例えば、富永[2001]等を参照。Esping-Andersenの医療についての扱いが的外れなのは、年金等の所得保障制度と同様に現金給付に焦点を当てているためであると思われる。
- 6) もちろん、これは、各国の制度の大宗を占める部分についての記述であって、補足的な制度が存在する

ことを否定するものではない。例えば、ドイツやフランスにおいても、社会保険を補完する民間保険制度があるし、アメリカにおいても、メディケアやメディケイドといった公的(保険)制度が存在することは言うまでもない。

- 7) 日本の場合、社会保険方式といいながら、国民健康保険、政府管掌健康保険、さらには老人保健制度を中心に国民医療費の約3分の1という巨額の公費負担が投入されているのが、大きな特徴である。また、オランダの医療保険制度については、1年以上の長期入院をカバーする保険については、一本化されているが、それ以外の「短期医療保険」については、「私」保険のウエイトがかなり高い公私ミックス型となっている。オランダの医療保険制度については、大森[2001]、OECD[2000]等を参照。
- 8) 例えば、U.S.GAO[1991]、Fooks[1999]、Folland他[2001]等を参照。
- 9) こうしたカナダの医療費コントロールの成功については、特に、カナダにおける公的な国民「皆保険」体制導入(1972年)以前の医療費の対GDP比率がアメリカとはほぼ同じ水準であった(1970年において、カナダ7.0%に対しアメリカ6.9%)ことに着目して、公的な医療保障制度の優位性に結びつける議論もある。こうした議論については、例えば、U.S.GAO[1991]、Charles, Badgley[1999]等を参照。
- 10) カナダのこの中間報告については、現状及び問題点の整理と、それを踏まえた改革へ向けての問題提起が中心となっている。そうした意味では、日本の場合でいえば、2001年9月のいわゆる厚生労働省「改革試案」よりも、むしろその前の2001年3月に公表された厚生労働省編「課題と視点」[2001]に近いレベルのレポートであるといえるかもしれない。
- 11) カナダのこれまでの医療制度改革については、アメリカ流の競争原理的要素の導入という、世界的な潮流とは逆に、むしろ、現在の single payer system を維持する中で、競争抑制的な政策ないしは「買い手独占」的なコストコントロール政策を展開してきたという評価が一般的である。このような評価については、例えば、OECD[1994]、Wessen[1999]等を参照。
- 12) Commission[2002] p.17。また、OECD[2001a]によれば、1998年時点で、総医療費に占める公的医療費の割合は、カナダ70.1%、日本78.5%となっている。
- 13) したがって、法令上は、これらの「原則」は、あくまで州政府が連邦政府からの補助金の交付を受けるために満たさなければならない規準(criteria)として規定されている。
- 14) 例えば、アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリア及びニュージーランドの5か国について調査した The Commonwealth Fund[1998]のほか、Naylor[1999]、

高橋[1999]等を参照。なお、近年における病床数の削減は、在院日数の短縮や日帰り手術の増大等により、かえって病院へのアクセスを改善するとともに、ケアの質や国民の健康状態への悪影響も見られない、とするRoos他の報告[1998]もある。

- 15) カナダのプライマリケア改革の動向については、Béland [1999], Hutchinson 他 [2001] 等を参照。Hutchinson 他は、カナダにおけるプライマリケア改革については、医療のコア部分というよりは周辺部分の改革に留まっているとの評価を下している。
- 16) ただし、「普遍性」については、「社会保険方式」を徹底させようという発想からは、別の考え方もありうる。例えば、1984年の健保法改正においては、当初、高所得者を公的保険の強制加入対象から外すという、ドイツやオランダ等に近い案が検討されたことがあった。また、「公的な管理運営」に対しては、市場原理主義者からは異論がありうるであろう。
- 17) OECD[1994], Health Canada[2000]等を参照。
- 18) Naylor[1999], Charles, Badgley[1999]等を参照。
- 19) その場合、特に、今後の急速な高齢化の進展とともに、現在のような医療費支出の構造を前提とすれば、近い将来、医療費の負担が相当重いものとなることを危惧する意見が多いように思われる。こうした考えについては、例えば、厚生労働省編[2001]等を参照。
- 20) Health Canada[2000]。
- 21) 以下の記述はHutchinson 他 [2001]による。OECD [1994]も、80年代のカナダの改革は全体として漸進的 (incremental) なものであったとの見解をとっている。日本について、「抜本改革」的な方法論に対する批判を展開している文献としては、例えば、池上・キャンベル [1996], 二木 [2001] 等を参照。
- 22) 90年代の各国の医療制度改革については、「擬似的市場メカニズム」の導入 (OECD [1999]), 「命令・管理モデル」から「契約モデル」へ (Saltman 他 [1998]) といった定式化が行われている。
- 23) こうした供給面重視の政策についての筆者の考え方については、尾形 [2001] 等を参照。
- 24) 一方、組合健保や共済組合については、基本的にドイツやフランスのような大陸型社会保険 (Esping-Andersen のいう corporatism 型) である (ただし、日本の場合は、これらの諸国とは異なり、いわゆる「突き抜け」とはなっていないことに留意する必要がある。被用者保険は基本的に現役被用者 (とその家族) のための制度であり、現役引退後の医療保障は市町村国保に委ねられているのである)。こうしたタイプの異なる市町村国保と被用者保険から構成されている日本の医療保険制度はまさに hybrid 型であるといえるだろう。
- 25) 1988年の国保制度の改革以降の改革は、こうした問

題意識に立ったものであったと思われる。なお、2002年度以降、実施が予定されている国保制度の財政基盤の強化策としては、①市町村国保の広域化等を支援する基金の創設、②高額医療費共同事業の拡充・制度化、③低所得者を多く抱える保険者を支援する制度の創設等の措置が掲げられている。

- 26) 保険者編成に関する筆者自身の考え方については、尾形 [2000] を参照。筆者は、基本的に、行政府からは独立した (公的性格を有する) 運営主体による地域保険を中心に保険者を編成すべきであると考えている。
- 27) こうした見解については、Hutchinson 他 [2001], 新川 [1999] 等を参照。

参考文献

- 池上直己, J.C.キャンベル [1996] 『日本の医療』中公新書
大森正博 [2001] 『オランダの医療制度改革と「保険者機能」』『海外社会保障研究』No. 136 国立社会保障・人口問題研究所
尾形裕也 [2000] 『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画
尾形裕也 [2001] 『動学的な保険者機能の充実に関する試論』山崎泰彦編著『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』厚生省平成12年度厚生科学研究費補助金研究報告書
尾形裕也 [2002] 『医療提供体制の改革と病院経営』『医療と社会』vol. 12 No. 1 (財) 医療科学研究所
厚生労働省編 [2001] 『医療制度改革の課題と視点: 解説・資料編』ぎょうせい
厚生労働省 [2001] 『医療制度改革試案: 少子高齢社会に対応した医療制度の構築』
新川敏光 [1999] 『医療保険: 財政連邦主義の終焉』城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3: カナダ』東京大学出版会
高橋淑郎 [1999] 『医療制度』城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3: カナダ』東京大学出版会
富永健一 [2001] 『社会変動の中の福祉国家』中公新書
二木立 [2001] 『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房
Béland, François. [1999]. "Preventive and Primary Care Access Systems." In *Health Care System in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
Charles, Catherine A., and Robin F. Badgley, [1999]. "Canadian National Health Insurance." In *Health Care System in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
Commission on the Future of Health Care in Canada. [2002]. *Interim Report: Shape the Future of Health Care*. Ottawa.

- The Commonwealth Fund. [1998]. *1998 International Health Policy Survey*. New York.
- Esping-Andresen, Gøsta. [1990]. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Folland, Goodman, Stano. [2001]. *The Economics of Health and Health Care, third edition*. Prentice Hall.
- Fooks, Catherine. [1999]. "Will Power, Cost Control and Health Reform in Canada, 1987-1992." In *Health Care Systems in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
- Health Canada. [2000]. *Canada's Health Care System: Speaking Notes for Allan Rock, Minister of Health*. Ottawa.
- Hutchinson, Brian, Julia Abelson, and John Lavis. [2001]. "Primary Care in Canada: So much innovation, so little change." *Health Affairs*, May/June 2001.
- Naylor, C. David. [1999]. Health Care in Canada: Incrementalism under fiscal duress." *Health Affairs*, May/June 1999.
- OECD. [1994]. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. OECD, Paris.
- . [1999]. *A Caring World: The New Social Policy Agenda*. OECD, Paris.
- . [2000]. *OECD Economic Surveys: Netherlands*. OECD, Paris.
- . [2001a]. *Health at a Glance*. OECD, Paris.
- . [2001b]. *OECD Economic Surveys: Canada*. OECD, Paris.
- Roos, Noralou P., Marni Brownell, Evelyn Shapiro, and Leslie L. Roos. [1998]. "Good News about Difficult Decisions: The Canadian approach to hospital cost." *Health Affairs*, Sep/Oct 1998.
- Saltman, Figueras, and Sakellarides, eds. [1998]. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press.
- U.S. General Accounting Office. [1991]. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. Washington, DC.
- Wessen, A. F. [1999]. "Structural Differences and Health Care Reform." In *Health Care Systems in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
- World Health Organization. [2000]. *World Health Report 2000*. Geneva.
- (おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授)

カナダの保健医療：組織・財源・アクセス*

ロバート・エバンス、モーリス・バーラー
谷合 由理子・泉田 信行 訳

*“Health Care in Canada: Organization, Financing, and Access”

1. 保健医療制度の概要

カナダの保健医療制度は、1968年から1971年にかけて一新された。当時のまま現在まで、基本原理や基本的な構造、財源に関して変化はない。制度は、過去30年間にわたり少なくとも外部環境の変化、保健医療の需要やその可能性に適應するよう進展してきた。しかし、30年前に作られた制度のままであると解釈しても間違いないだろう。

カナダの保健医療は、民間開業者（医師、歯科医師、薬剤師など）と非営利病院によって提供されている。大半の州において保健専門機関は、州政府によって権限が委任されている独立専門組織によって管理されている。開業者は、サービスに応じた金額が支払われ、ほとんどのプラクティショナーは一人もしくは小規模グループとして開業しているが、フルタイムまたはパートタイムで雇用されている者もいる。病院は、対照的に、それぞれが立地している州の保健省から1年間の予算（global budget）を受け取っている。病院以外で施設ケアを提供する機関では、基本的に1日あたり単価によって支払われている。個人や企業によって運営されている営利企業や地域グループによって提供されているものがある。

公的保険の基本的形態は、医師サービスと救急治療、拡大治療（extended care）を保障するものである。全カナダ居住者は、自己負担や保険外負担なしに、全ての「医学的に必要な」病院サービスと

医療サービスを受給することが保障されている。従って、治療の必要性があるときはいつでも医師を選択し、治療の必要性を認められたのであれば、金銭的な影響を受けずに治療を受けることが出来る。供給されたサービスは、州政府とその州の医師会との交渉によって決められた報酬体系（fee-schedule）に応じて、患者の居住地の州政府によって支払われる。

専門医の指示による検査も、報酬体系（fee-schedule）に応じて支払われる。カナダの医師の半分は一般医もしくは家庭医である。よって、一般的に治療を受ける場合には、患者は初めに家庭医の所に行き、もし必要ならば、そこから専門医に紹介される。

患者は、一般開業医を選ぶ自由選択権（free choice）を持つ。一般医は、専門的な治療に特化していない。もし紹介が必要な場合には、一般医は、ある特定の専門医を紹介することができる。特定の病院に入院すること希望している患者は、自由選択権に基づいて医者を選択するかもしれない。しかしながら、実際は、患者が一般医を選んだ時点で、暗黙のうちに、その一般医と紹介関係にある専門医が決められてくる。同様に、その医者の紹介関係の病院に入院することとなる。いずれにせよ、全ての病院は、全ての医師同様に公的保健プログラムに含まれている為、金銭的な問題は生じてこない。このように、カナダの保健医療シ

システムは、「私的」に提供されている。公的プログラムが行うことは、私的開業医や非政府病院によって供給される治療に対して支払いを行うことである。カナダ版メディケアは、「公的医療」ではなくて、「公的保険」である。

しかしながら、公的保障の範囲は、総保健医療支出の半分以下である。病院と医師に対する支出は、現在(2000年)の所、総保健医療支出(951億カナダドル)のうち、それぞれ31.8%と13.5%と推計されている。残りの36.7%は、薬(主に処方薬)、他の専門家によるサービス(歯科医など)、病院以外の施設ケアに用いられている。公的保障の範囲の形態は、州によって様々であり一定でない。カナダ全体として、公的財源は2000年度の総保健支出の71%をカバーしている。その割合は、先進国の中ではかなり低いものである。このように、カナダは、他国よりも病院と医師サービスに関しては包括的な公的保障を提供しているが、他の保健医療サービスに関しては依然として提供が少ない。

2. 連邦政府と州政府の関係

1970年代初頭から、システムの基本的な構造に関して大幅な変化はない。しかし、連邦政府と州政府の関係について、システムを運営する資金が連邦政府から州政府へ移転されるなどいくつかの大きな変化がみられた。

実務的な観点からだけでなく、憲法上の規定により、カナダの州政府は、州内での保健医療制度の管理と財源調達の双方について事実上全ての責任を持つ。他方連邦政府も、州政府が「守るべき」基準を設けることができ、その基準を達成させるために州政府に財政移転を行ったり、所得税にかかる課税標準の一部を州政府の管轄に移転することができる。その上連邦政府は、費用に関する限りにおいて、州の計画に影響を与えるいくつかの基本原則を定めることができる。現行法制下では、連邦政府の基準とそれに基づく支出は、「医

学的に必要な」病院サービスと医師によるサービスに関するもののみである。

全ての州は、計画の基本原則として、普遍的保障、「同一条件・同一状況」でのアクセスの普遍性、給付の包括性、州間での給付の通算性、公的管理を基本としている。特に、アクセスの便宜は、保健医療サービスの受給者にいかなる直接的負担も課さないものと連邦政府により解釈されている。1984年のカナダ保健法(Canada Health Act of 1984)の施行により、保健医療サービスの受給者に自己負担を課している州に対しては連邦政府から州政府への財政移転が自己負担収入額のみだけ減少されることとなった。このように連邦政府の支出の性質とその相対的な規模は年と共に変化してきている。

3. 保健医療システムのパフォーマンス

カナダ人の健康水準を乳児死亡率や平均余命によって評価するならば、それらの値は改善され続けており、世界でもトップクラスにある。1997年のカナダ男性の平均寿命は、75.8歳であり、女性は、81.4歳であった。10年前は、男性が76.3歳、女性が79.9歳であり、男女とも平均寿命が伸びている。1997年のカナダの乳児死亡率は、乳児1000人当たり5.5人であった。1987年では1000人当たり7.3人であり、この10年で減少している。この値はカナダでは過去最低であるが、日本の1000人当たり3.7人という値と比べると依然として高いままである。

一般的に、健康水準を測定する際に、平均余命や乳幼児死亡率などの指標が用いられるが、全住民の健康水準を測定するためには不完全な指標である。また、どの程度保健医療システムの影響や質を反映しているのかも疑わしい。全住民の健康水準は、保健医療システムのパフォーマンスよりも人々が活動する場の物理的、社会的、経済的環境の質に依存することが示されてきたためである。

いずれにせよ、少なくとも先進国では、上述の

統計数値は保健医療の支出とほとんど関連性がない。日本とカナダの比較が実証している。1998年に日本では、保健医療支出がGDP比約7.6%であり、カナダでは、GDP比9.5%であった。アメリカの指標を見てみるとアメリカでは、1997年の男性平均余命は79.4歳、女性は73.6歳であり、乳児死亡率は1000人当たり7.2人と健康水準は非常に悪いにもかかわらず、保健医療支出はGDP比13.6%となっている。

保健医療制度の質を測定するより直接的な方法は、定期調査や政府報告書に反映されるサービス満足度であろう。カナダ版メディケアが着手されてから1990年代の初頭まで、カナダ人の多くは、カナダの保健医療制度に高い満足度を示しており、保健医療制度の基本原則を支持していた。その後支持が急速に低下し、最近の調査では制度の根拠となる基本原則については高い支持があるものの、制度の財政的安定性についての関心は高まっている。

カナダの費用抑制政策を他国と比較すると全く視座が異なっている。カナダはOECD諸国でも医療費が高い国である。しかし、カナダとアメリカのシステムが非常に良く似ている点と、後者がカナダ人の生活に大きな影響を与えている点を考えると、コストパフォーマンスの違いは著しい。医師報酬、システムの管理コスト、資源集約的な病院治療など、その違いを説明するものが多数見受けられる。

4. カナダの医療制度が抱える課題

4-1. 現在の問題

公的医療への信頼の低下は、1990年代に起こった。これによりカナダの保健医療サービスは、医療サービスのマネージメント提供体制の再編をせまられた。制度設立当初の公正かつ安価な保健医療システムに新風を吹き込めば、現在のサービスとプログラムの範囲の見直しが可能となろう。すなわち、メディケアを終焉に導き得る。メディケ

アは先進国の中で最も高費用で不十分な保健医療システムであるアメリカ型医療制度にカナダ人を縛り付けているものである。メディケアの終焉は全てのカナダ人が望んでいるわけではないが、その可能性はさらに現実的なものになってきている。

4-2. 長年の課題

メディケアはカナダ人の間で広い支持を得てきたがその支持は決して普遍的なものではなかった。多くの個人や団体は、カナダにおいてアメリカのシステムにより近い私的・公的混合システムを採用することに経済的関心を抱いている。そのような変化は効率性やアクセス可能性を改善すると論じているが、彼らのメディケアへの反感は、経済的利己主義と以下の2つの基本的な財政上の事実に関する論理に依っている。

- サービスの需要や健康水準に関わらず、保健医療に使われる費用は必ず誰かの所得から支払われる。
- すべての保健医療の財源に関して、サービスの需要以上に費用を支払っている人もいれば、費用の支払い以上にサービスを必要している人もいる。

政治学者であるAaron Wildavskyが4半世紀前に、保健医療システムは自己制約的でないと言指ように、社会が保健医療への支出をたとえどんなに好意的な感情を抱いていたとしても、最終的には、費用コントロールを行う必要性が生じてくる。よって必然的に財源に関して、費用負担者と保険医療からの受益者の間に利害衝突が発生することになる。

4-3. 最近の問題

保健医療分野は1990年代中頃から厳しい財政圧力の下にある。1992年から1997年のインフレ調整済み1人当たり総保健支出は平均して1.1%ずつ減少した。この支出額の低下は前例を見ない

ものであった。主に影響を受けた病院サービスについては16%以上下落し、医師サービス支出は、6%下落した。

同時に私的部門の支出(主に医薬品、歯科サービス、民間による施設ケア)は、16.4%ずつ上昇した。この実質支出の上昇は、民間部門の急激な価格の上昇を伴っており、民間部門の保健医療支出が占める割合を1992年の26%以下から1997年には30%以上へと押し上げた。この民間部門の支出の拡大は、公的部門の費用コントロールの代償やそれに対応するものではない。民間部門と公的部門の役割は、依然として大部分は重なっていないままである。しかしながら、この異なる経験は、費用コントロールの能力に関して2つの部門の費用抑制にかかる相対的な実効性を示している。

4-4. 懸案事項

多くの社会プログラム維持している累進税制が持つひとつの帰結は、カナダの高所得層がメディケアのような社会プログラムを切り離し、税額を低下させることから得られる潜在的な利得が増大してきたということである。この潜在的な利得は社会プログラムに保守的な減税及び小さな政府指向というリスクを負わせる。社会プログラムへの批判には、直接的な批判と間接的な批判が存在する。直接的な批判は「経済の効率性にゆがみを与える。」というものであり、間接的な批判は、「税は経済的繁栄の妨げとなる。」というものである。この間接的な批判は特に有効であり、税の軽減に反対する組織を作ることを困難なものとしている。1990年代中頃から始まった所得移転プログラムの削減は大幅な減税を伴って現在でも継続されており、高所得層に支持されている。この動きは、最近、カナダの課税・所得移転構造への批判に変化してきている。

4-5. 現実の課題

政策に基づき、多くの問題を抱えているカナダ

版メディケアを廃止の方向に向かわせている議論の背景には、幾つかの現実的な問題が潜んでいる。カナダの保健医療制度にとって最優先の課題は、公的保健医療制度内で利用できる効果的な保健医療サービスの範囲を適切なタイミングで広げていくこと、国民所得のうち保健医療の占める割合を適切な水準に抑制すること、という二者間のバランスを保つという非常に難しいものである。

1990年代中頃に論証されたように、公的プログラムは費用を抑制するための必要最低限の管理メカニズムを一定期間は持っている。しかし、国民は保健医療サービスへのアクセスの確保が改善されていないと認識しており、その結果として不満や制度への信頼の失墜が表面化した。それを受けた政治的圧力により財政的に「維持できない」率で支出が再度拡大している。しかし、支出の拡大による公的な信頼の回復は現在のところその徴候すらない。アクセスを改善するよりも収入増加のために新しい財源を探そうとする供給者側の要求は、調整がされないまま大きくなっている。

バランスの達成は、常に、「正しいことを行うこと」、「ものごとを正しく行うこと」の双方にかかっている。つまり、医療供給が適切かつ効果的でタイミング良いこと、さらに出来る限り効率的に生産されることを保障することである。しかし、不適切で不必要なサービスをなくし、提供されるサービスが効率的となるような技術革新を行うことは医療供給者側の根強い反対におつかる。このような技術革新は確立された治療パターンや医療供給者の収入に影響を与えるためである。その解決法は、私的であれ公的であれ、より多くの費用を投入し、効率や効果を監視する最小規模の外部監視機関の下でより多くのサービスを提供することである。この問題のよい例は医薬品に関わるものである。医療専門家の供給(教育)についても同様の問題が発生し始めている。

5. 地方や辺境地域における医療へのアクセス

カナダは他の多くの国と同様に、都市部以外の地域において質の高い保健医療サービスを提供するために様々な取り組みを行っている。しかしながら、他の多くの国と異なり、カナダ・アメリカ国境沿いの一連の都市部と人口密度が極度に低い広大な自治州部分が併存しているという根本的な人口地理学的条件を取り扱う方法を発見しなければならない。すべての居住者に保健医療への合理的な水準のアクセスを保障するのは、日本やイギリスなどの人口密度が高い国が直面する問題とは全く異なったものである。

保健医療サービスが過小供給である地域における医師の確保や補充の問題は専門家や政策立案者にとって医師供給問題としてよく知られている。そこには、以下のような問題が存在する。

- 地方における診療に関する特殊事情についての十分なトレーニングが欠けている
- 報酬問題
- 待機義務の重責や過重労働による「燃え尽き」
- 専門家としての孤立
- 配偶者の雇用機会の不足
- 子供の教育・課外活動の機会の不足
- 過酷な気候
- 娯楽や文化的機会の不足
- 家族や友達からの距離感

これらの多くの障壁の為に、カナダ全土に渡って、不可能ではないにしても効果的な政策の進展を図ることは難しい。教育、募集活動、診療の機会、援助施設、労働条件、金銭的サポートなど、全てが改善可能な要素である。ことに結婚と家族問題を解決する実効的な方法を発見することは大変難しい問題である。いくつかの改善可能な要素、特に上に述べたような医学部や医学生のレジデントの問題は、予想・期待されるよりも効果が小さいであろう。

カナダ全州は、(ときおり調整不足の場合もあったものの)医師の地理的分布を変化させることを目

的とした政策を長く行ってきた。多くの地域では、その効果は疑わしいものの、様々な政策が数十年間にわたって行われてきた。表1は、最近の調査から州別の政策の概要をまとめている。属性に応じて6つのグループ(①規制/管理、②財源/支払、③教育—財源関連、④教育/訓練、⑤市場原理、⑥その他(コミュニケーション・スキルを含む))に分類し調査している。

6. 展望

カナダ版メディケアは、病院や医療治療へのアクセスに関して、いかなる財政的圧力をも取り除くこと、支払能力に応じた住民間の支払い負担の公平性を広げることなど初期の目標を達成してきた。これは全階級における治療へのアクセスを公平なものにした。しかし、アクセスの公平性が健康水準の公平性をもたらしてはいない。また、支払能力の問題とは別の、地理的孤立などが原因のアクセスの不公平性が残されたままであり、国民の関心を集めている。しかしながら、興味深いことに、アクセスの違い、または、少なくともサービスの使用の差異と健康水準の差異は相関しない。

民主主義国家では、大きな変化は、政府の方針により左右される。現在、カナダでは、確かにその兆候が見られる。おそらくカナダ版メディケアは、財政上であるにしろないにしろ、政府によって行われる再分配計画を継続させようとする人々と、所得の不平等や機会の不平等を好み、そのような再分配計画を停止させようとする人々の間の利害衝突を引き起こす1つの事例となるであろう。

この他の点を含めて、問題の核心は未だ不明確であるが、もはやカナダだけの問題でない。確かなことは、議論が保健医療供給の抑制や潜在的技術革新といった問題だけでなく様々な保健医療施策へもシフトしてきていることである。

表 1 現代の州・自治州の政策

規制/管理

政策内容	B.C.	Alta.	Sask.	Man.	Ont.	Que.	N.B.	N.S.	P.E.I.	Nfld.	Yuk.	N.W.T.
請求数							×	×				
過疎地域でのサービス提供を条件とする免許交付												
診療地域を限定した海外医大卒業生受入	×	×	×	×	×					×		
医師以外の医療従事者の診療内容を拡大する法律		×			×					×		

財源/支払

政策内容	B.C.	Alta.	Sask.	Man.	Ont.	Que.	N.B.	N.S.	P.E.I.	Nfld.	Yuk.	N.W.T.
所得補助及び最小所得保障	×			×	×	×		×		×	×	
過小供給地域での診療に対する報酬の上乗せ及び報奨金給付	×			×	×	×		×		×		
過剰供給地域での診療の割り当て及び報酬の制限					×	×			×		×	
勤務医待遇もしくは他の代替的給与支払	×		×	×			×	×	×	×		
(過小供給地域での) サービス提供に対する補助及び報奨金給付	×	×	×		×	×		×		×		
過小供給地域での診療に対する特別旅費手当	×		×		×	×	×			×	×	
医師を代替する専門家に係る特別プログラム及び財政措置	×	×	×	×	×			×	×	×		×
診療体制確立に対する援助			×			×						
休暇に対する財政支援(有給休暇)					×		×			×		
専門医に対する特別待機手当	×					×				×		
救急診療に対する特別待機手当	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		

教育-財源関連

政策内容	B.C.	Alta.	Sask.	Man.	Ont.	Que.	N.B.	N.S.	P.E.I.	Nfld.	Yuk.	N.W.T.
過小供給地域での診療を条件とする貸付・援助・奨学金制度			×	×	×	×				×		×
レジデント修了及び専門技術形成に対する特別財政援助及び貸付	×	×	×	×	×	×	×	×		×		×
夏期就職活動及びレジデント取得のための特別旅費手当		×	×	×	×							
医師に対する医学の生涯教育のための財政支援	×	×	×	×	×	×	×	×	×			

教育/訓練

政策内容	B.C.	Alta.	Sask.	Man.	Ont.	Que.	N.B.	N.S.	P.E.I.	Nfld.	Yuk.	N.W.T.
医学部生の過疎地診療の教育・体験	×	×	×	×	×	×	×			×		
過疎地におけるレジデント診療・専門医診療と関連した教育	×	×		×	×		×			×		
再度のレジデント教育及び技術向上に対する特別措置		×	×	×			×	×		×		
新入医学部生に対する特別募集策・特別募集基準		×	×	×	×							
大学院レベルのレジデント教育に係る特別募集策・募集基準	×											
新しい意思伝達技術を利用する能力に関する生涯教育の展開		×	×					×		×		
医学教育における過疎地診療の奨励				×			×	×		×		
看護師もしくは似たプログラム			×	×	×					×		

市場原理

政策内容	B.C.	Alta.	Sask.	Man.	Ont.	Que.	N.B.	N.S.	P.E.I.	Nfld.	Yuk.	N.W.T.
募集フェア・ツアー		×	×		×	×	×	×		×		
医師サービス供給に対する地域的な財政措置の許容						×		×		×		

その他

政策内容	B.C.	Alta.	Sask.	Man.	Ont.	Que.	N.B.	N.S.	P.E.I.	Nfld.	Yuk.	N.W.T.
新しい遠隔診断技術に対する財政措置	×	×	×		×		×	×		×		
配偶者支援措置												
子弟の教育支援												
医師資源コーディネーター			×							×		

(Robert G. Evans Professor, University of British Columbia)

(Morris L. Barer Professor, University of British Columbia)

(たにあい・ゆりこ 一橋大学大学院修士課程)

(いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部研究員)

カナダの年金制度

高山 憲之

■ 要約

カナダの公的年金は2階建ての給付構造となっている。1階の基礎年金は一律定額の給付であり、税方式で運営されていた。財政危機の中で1989年からインカム・テストが導入されたものの、高齢者のうちの5%に相当する高所得者のみが基礎年金の減額対象となっているにすぎない。他方、低所得の年金受給者には別途、補足年金が上乘せされている。2階の所得比例年金は自営業者にも適用され、保険料負担のさいに基礎控除が認められるなど、日本の制度との違いも少なくない。また保険料賦課対象の賃金上限は平均賃金に等しく、日本のそれよりかなり低い。保険料は税金とともに国税庁が一体徴収している。賦課方式で財政は運営されているものの、近年、事前積立の強化が図られた。年金保険料は2003年以降、9.9%の水準で長期固定される予定である。なおカナダでは私的年金の役割が比較的大きく、1998年時点で高齢者が受給している年金給付総額の43%を占めていた。

■ キーワード

カナダ、年金、2階建て給付、インカム・テスト、補足年金

1. はじめに

カナダの公的年金は日本と同様、2階建てとなっている。すなわち1階が基礎年金、2階が所得比例年金である。

他のOECD加盟国と同じように、カナダも人口構造の高齢化や経済成長率の低下が進むなかで年金財政不安が高まり、1980年代の後半以降、制度の見直しがあいついで断行された。1階部分については基礎年金にインカム・テストを導入した1989年の改革（いわゆるクローバック・システムの導入）が重要である。2階部分は1997年に包括的改革が行われ、事前積立の加速と強化が図られた。その結果、2003年に年金保険料は労使込みで9.9%となり、それ以降、年金保険料を引き上げなくても年金財政は長期的に安定する見通しとなったとカナダ政府は言明している。

なお1階部分は1996年の政府改革案では抜本

的に見直す（Seniors Benefitへの全面衣替え）ことになっていたが、1998年7月末にその改革案は撤回された。

人口3100万人を擁するカナダは隣りに位置する超大国アメリカの動向に左右される部分が少なくない。ただ、こと年金をはじめとする社会保障の分野では自助努力を重視しつつもアメリカと違って社会連帯意識も強く、社会的な安全ネットが、それなりに厚目に張られている。本稿では今日におけるカナダの年金制度に着目し、そのうち老齢年金制度の概要を説明することにする¹⁾²⁾。

2. 1階部分：Old Age Security (OAS)

2.1 沿革

カナダでは1927年にOld Age Security Actが施行され、ミーンズテスト付きの基礎年金（月額1人20カナダ・ドル。以下、単にドルと表記する）が州

政府の責任(財政負担を含む)において導入された。当初の受給開始年齢は70歳であった。

1952年にいたり、基礎年金制度に関する大改革が行われた。まず、給付はミーンズテストがはずされ、普遍的給付となった。金持ちの老人であっても給付は減額なしで受けられるようになったのである。さらに財政責任は州政府から連邦政府へ移り、一般財源で給付は賄われることになった。

1965年に受給開始年齢は引き下げられ、65歳から基礎年金を受給することが可能になった。そして1972年からスライド制が導入され、基礎年金給付は消費者物価(CPI)にスライドされるようになった。なお1973年から年金スライドは年1回ではなく年4回(4半期ベース)となっている。

1989年には、いわゆるクローバック・システムが導入された。連邦財政は赤字に悩まされており、その赤字克服の一環として高所得の年金受給者については基礎年金給付の一部を減額することになった。すなわち基礎年金給付込みの所得が年間で5万ドルを超える年金受給者については翌年の所得申告のさいに基礎年金給付の一部または全額を連邦政府に戻すことにしたのである。そのような措置によって連邦政府は高所得者から税金を取り戻す(claw back)ことになった。

2.2 現行給付の概要

OASは国内居住要件を満たす者に対して65歳

から支給される。すなわち18歳以降、少なくとも40年以上カナダに居住していることが満額受給のための要件となっている。また最低で10年間、カナダに居住していないとOASは受給することができない(国外居住のカナダ人はカナダに最低20年間居住した経験がないとOASを請求することができない)。40年未満のカナダ居住者には不足分1年につき1/40の減額つきでOASは支給されている。なお65歳以降、在職していてもOASは原則として減額されない。また2階部分の所得比例年金への加入の有無にかかわらず(たとえば若いときから専業主婦であっても)OASは受給することができる。OASは毎月、月末に各人の金融機関口座に振り込まれる(月払い。なお給与は月2回払いが一般的である)。OASは全額が課税所得扱いである。

OASは個人単位の年金である。2001年当初のOASは月額433.52ドル(円換算値で約3万6200円強³⁾)、年額5202.24ドルであった。2000年の個人所得(OAS込み)が年間で5万5309ドル以下であればOASは減額されない。OAS込みの所得が年間で5万5309ドルを超えると、超過所得1ドルにつき15セントだけ2001年分のOASが減額される(限界税率は15%)。このときOAS込みの個人所得が8万9948ドル超の人にはOASは支給されない(図1参照)。

高所得が理由でOASが減額となっている者は年金受給者の約5%にすぎない(そのうち2%は

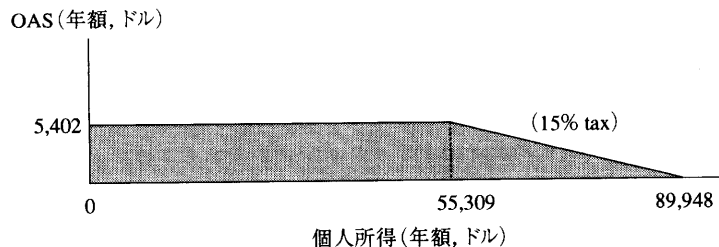


図1 OAS (2001年)

OASを全額、政府に払い戻している)。インカム・テストはきわめて寛大なものとどまっている。

なお私的年金への税制優遇措置により高所得者ほど高い恩恵を受けている(後述参照)。その恩恵をも考慮に入れると、税による高齢者への給付や恩恵はほぼ普遍的(universal)に与えられていると考えるべきだろう。

2.3 補足年金給付等(GIS, SPA)

カナダの基礎年金水準は最低保障所得(いわゆる貧困線所得)と比べると、かなり低い。ちなみに2001年の最低保障所得は単身高齢者(人口50万人以上の大都市居住者)の場合、年間1万8829ドルであったので、基礎年金の水準はその3割にも満たない。そのような傾向は制度発足当初から変わっていない。

低所得の年金受給者に対する施策はOASの水準引き上げとは別の方法で講じられた。すなわち世帯単位でインカム・テストつきの補足年金給付(Guaranteed Income Supplement, GIS)や配偶者手当(Spouse's Allowance, SPA)等が支給されている。財源はいずれも一般財源(税)である。

GISは1967年に創設された。OASだけでは手許不如意となっている低所得の年金受給者のみが受給できる給付である。GISは65歳以上のOAS受給者に限定されている。受給額は配偶者がいるかないかによって、また世帯所得の大小によってそれぞれ異なる。

図2と図3は例示のために用意したものである。図2は単身のOAS受給者(死別や離別を含む)に適用されるGISを示している。2001年におけるGISは最大で月額526.08ドル(約4万4000円弱)、年額6312.96ドルであった。GISはOAS以外の所得があると減額(所得1ドルにつき50セント減額)される。減額は限界所得税率50%に相当している。したがってOAS以外の所得が年間で1万2625.96ドル以上あるOAS受給者にはGISは支給

されない(単身の場合)。

図3は夫婦ともにOAS受給者の場合である。この場合、2001年時点におけるGISは最大で月額1人342.67ドル(2人分で月額685.34ドル、約5万7300円弱)、年額1人4112.04ドル(2人分で8224.08ドル)であった。OAS以外の所得が夫婦合計で1ドルふえるごとに夫婦合計のGISは5セントずつ減額される(50%限界税率)。したがってOAS以外の所得が夫婦合計で1万6448ドル超になるとGISは支給されない⁴⁾。

GISの減額は世帯ベースでみるかぎり単身者も夫婦世帯もいずれも限界税率50%であり、変わりが無い。ただ、夫婦世帯の場合、夫または妻に着目すると限界税率は25%になっている(図3参照)。

SPAは1975年に創設された。SPAは60~64歳のカナダ居住者のうち低所得に悩むOAS受給者の配偶者ないし未亡人・寡夫に支給されるインカム・テストつきの年金手当である。SPAを受給するためにはカナダに18歳時から10年以上居住していなければならない。2001年時点における未亡人用SPAは月額822.47ドル(約6万8700円強)、年間9870ドル弱であった。年間所得が6720ドル以下の場合、所得増1ドルに対してSPA75セント減額となる(限界税率75%)。年間所得が6720ドル超になると、所得増1ドルに対してSPA50セント減額となる(50%限界税率)。年間所得1万6380ドル以上の人にはSPAは支給されない(図4参照)。

OAS受給中の人の配偶者が60~64歳で、かつ世帯所得が低い場合には、その配偶者に対して最大で月額785.33ドル(2001年)のSPAが支給される。そのSPAはOAS以外の世帯所得が年間2万3568ドル超になると支給されない。

SPA受給者が65歳に到達すると、給付はOASやGISに切りかえられる(未亡人・寡夫の場合は別途、加給の遺族手当が支給される)。

GISやSPAをOASに加えても、その合計額は最低保障所得の水準には届かない。ただ、高齢者の

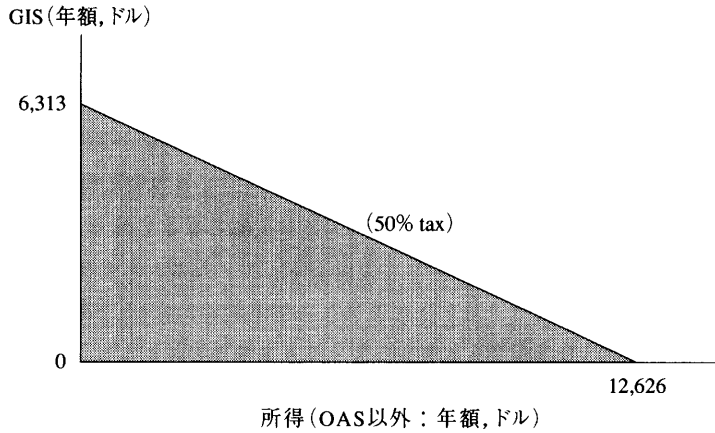


図2 GIS (単身の場合: 2001年)

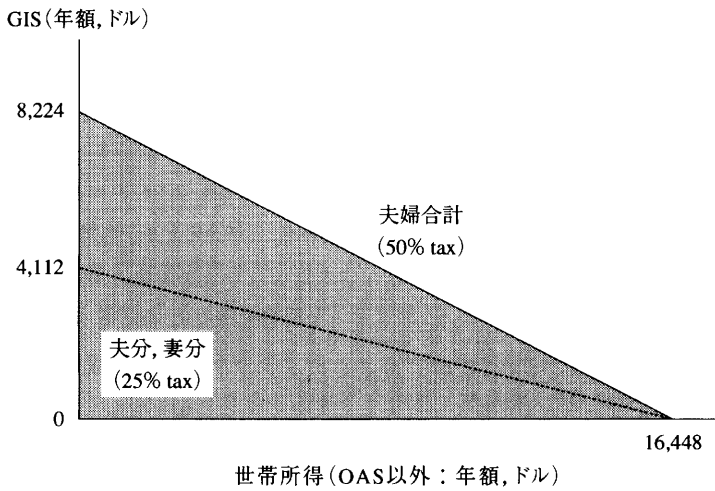


図3 GIS (夫婦世帯の場合: 2001年)

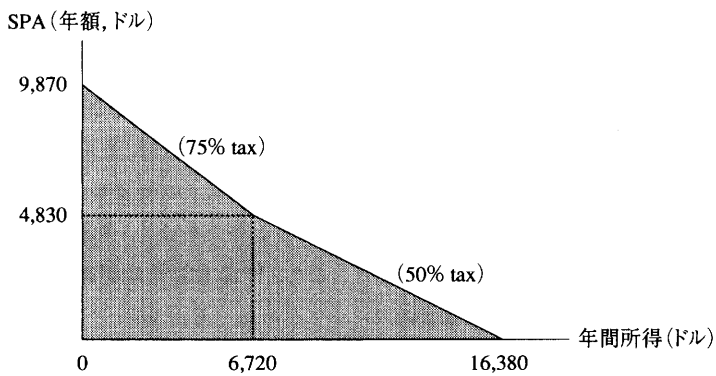


図4 SPA (60歳代前半の未亡人の場合: 2001年)

貧困者比率は現在5%未満であり、世界の主要国の中ではカナダのそれは最低のグループに属している。

なおGISやSPAは全額が非課税所得扱いである⁵⁾。

3. 2階部分：Canada Pension Plan (CPP)

3.1 沿革

カナダの所得比例年金(CPP)は給付建ての年金であり、保険料と運用収入の2つを財源とする社会保険方式に基づく年金である。この制度は1965年に創設され、1966年1月から施行されている。ケベック州のみ独自のQuebec Pension Plan (QPP)を有しているが、CPPとQPPは完全通算を行っており、制度内容もほぼ同一である。以下、CPPについて解説する。

CPPは今日まで、改正を繰り返してきた。1986年までにスライド制や離婚・別居時の年金分割(credit splitting、選択制)が導入され、老齢年金受給要件から退職要件もはずされた(65歳以上の場合)。さらに在職していても老齢年金は減額なしで受給できるようになった。また7歳未満の子供を養育していた場合、低賃金ないしゼロ賃金だった期間(養育期間)はその者の給付額の算定のさいに除外することになった。この措置によって子育て経験のある女性の年金は改善された。

1987年には年金受給開始年齢(基準は65歳)の繰り上げや繰り下げが弾力的に認められるようになった。また離別していない夫婦間の年金分割(pension sharing)が選択制により認められるようになったのも1987年であった。年金分割を選択すると婚姻期間中の夫婦の賃金は合算され、合算賃金の2分の1が夫婦それぞれの年金算定用賃金として用いられる。

直近の大改正は1997年に行われ、1998年から施行されている。事前積立の強化が図られ、年金積立金の運用方法も抜本的に改められた。

3.2 現行制度の概要

CPPは18歳以上70歳未満のほとんどすべての賃金労働者に例外なく適用される。70歳に到達すると、どんなに高額の賃金を稼いでいてもCPPは適用されず、年金保険料の支払いは求められない。なお在職のままCPPから障害年金や老齢年金を受給している者も年金保険料は拠出しない。

自営業者の場合、事業経費を除いた事業所得のみが賃金相当とみなされ、CPPが適用される。利子・配当・家賃・地代収入等の財産収入や財産売却等に伴う一時所得は年金保険料算定のさいには考慮されない。

年金保険料は、保険料賦課対象賃金(pensionable earnings, PE)が賦課ベースとなっており、その上下限は年間ベースで与えられている。下限は3500ドル(年間賃金で約29万円強)であり、1997年以降、凍結されたままである。この凍結は今後とも続けられることになっている。他方、上限は2001年時点で3万8300ドル(年間賃金で320万円強)であった。この上限は製造業の平均賃金にほぼ等しい。上限額は毎年1月に賃金スライドされている。日本の厚生年金と比べると、カナダの上下限はかなり低いのが特徴である。

年金保険料は労使折半で負担されている。自営業者は労使負担の合計額を拠出する。

年金保険料は過去、段階的に引き上げられてきた。その引き上げスピードが1997年以降において加速され、2003年には9.9%となる。2004年以降の年金保険料引き上げは今のところ、いっさい予定されていない(表1参照)。

年金保険料負担額の計算方法は日本と若干、違っている。年間賃金(AE)、PEの下限(MIN)、PEの上限(MAX)、保険料率(100%)が与えられると、年金保険料負担額(C)は

$$C = 0, \text{ AEがMIN以下の場合、}$$

$$C = t \times [(AE) - (MIN)], \text{ MIN} < \text{AE} < \text{MAX} \text{ の場合、}$$

表1 CPPにおける保険料率の推移(労使込み、%)

年	保険料率	年	保険料率
1966	3.6	1995	5.4
87	3.8	96	5.6
88	4.0	97	6.0
89	4.2	98	6.4
90	4.4	99	7.0
91	4.6	2000	7.8
92	4.8	01	8.6
93	5.0	02	9.4
94	5.2	2003以降	9.9

$C = t \times [(MAX) - (MIN)]$ 、AEがMAX以上の場合となる。

すなわち保険料負担のさいには賃金に基礎控除(basic exemption)が適用され、その基礎控除額はMINに等しく設定されている。基礎控除(実際には定額の保険料控除)の適用により、低賃金労働者ほど年金保険料が実質的に大きく軽減される⁶⁾⁷⁾。ただ、その分、見かけ上の年金保険料を高目に設定する必要がある。

年金保険料はカナダの国税庁が税金とともに一体徴収している。

事業主分の保険料負担は全額が損金算入される。一方、本人分の保険料負担はその17%が所得税において所得控除の対象になっている。

老齢年金給付は最高で生涯平均賃金の25%である。基準となる拠出期間は47年(18歳以降65歳まで)であるが、子供(7歳未満)の養育期間や失業・大学就学等により無所得や低所得になった期間(加入期間全体の15%まで)は生涯平均賃金算定のさいに除外される。その分だけ生涯平均賃金は高目に算定されることになる。

拠出期間が10年未満の者にCPPの老齢年金は支給されない。また拠出期間が47年に満たない者はその分だけ給付が減額される。

基準の年金受給開始年齢は65歳であるものの、

60～70歳の間で自由に受給開始年齢を選ぶことができる。繰り上げや繰り下げに伴う減額率・増額率は同じであり、1カ月につき一律0.5%(1年あたり6%、5年で30%)である。60歳受給開始の場合は30%減額となり、これは日本の繰り上げ減額率と変わりがない(昭和16年4月2日以降に生まれた者)。CPP年金を繰り上げて受給するためには受給前に退職していること、あるいは受給前月の給与が月額で775ドル(約6万4800円弱、2001年)未満であること、が要件となっている。この給与額775ドルはCPP老齢年金の最高月額に等しい⁸⁾。繰り上げ受給後はCPPへ保険料を拠出することができない。また繰り上げ受給に伴う減額は一生つづく。ただ、いったん老齢年金を受給しはじめると、その翌月から高い給与を稼いでもCPPの年金給付額は影響を受けない。なお繰り下げ増額率は日本の方が若干高い(1カ月につき0.7%)。

加入者の年齢が30歳以上になると、CPPの年金給付がどの程度になるかを毎年、本人に通知している。その金額は、年々のCPP保険料賦課対象賃金額およびCPP保険料納付額を知らせる“Statement of Contributions”という通知の中に記載されている。通知は日本の社会保険庁と厚生労働省年金局が一体となったような機関(Human Resources Development Canada)から送付される。

CPPの平均受給開始年齢は現在、62歳である。繰り上げ受給を選択している者が多い。これは企業年金による早期退職促進によるところが大きい。

財政方式は部分積立を含む賦課方式が基本的に維持されている。ただ、完全賦課方式のもとでは2030年段階で保険料を14.2%まで引き上げる必要があると見込まれていた。1995年の保険料は5.4%であったため、それは2.6倍の保険料引き上げに相当する。そのような引き上げに対しては当然のことながら強い懸念が示された。そのような保険料の引き上げは世代間でみて不公平であり、かつ「雇用に対する税金(tax on jobs)」の課税強化

を意味するという批判である。そのような中でカナダ最大の英字新聞グローブ・アンド・メール紙 (Globe and Mail) は CPP の廃止と完全民営化を主張するにいたっていた。

過激な年金民営化案はさすがに政治のテーブルには一度も乗らなかったものの、CPP において事前積立を強化し、ピーク時の保険料率を可能なかぎり低くすることには大方の賛同が得られた。その結果、従来、1年間に0.2ポイントずつ引き上げていた年金保険料を1997年と1998年にはそれぞれ0.4ポイント、1999年には0.6ポイント、2000年からの3年間は1年間にそれぞれ0.8ポイントずつ、そして2003年には0.5ポイント、引き上げることにした。

1996年の年金保険料と比較すると2002年の年金保険料は3.8ポイントのアップとなっている。6年間における3.8ポイントの保険料引き上げはかなり急激なものである。なぜ、このような急激な引き上げが政治的に合意されたのか。この間、カナダ経済は総じて堅調であり、失業率も低下傾向にあった。賃金上昇、失業保険料(1990年代の後半はCPPの保険料とほぼ同水準であった)の引き下げ、所得税の大減税等が同時進行しており、現役労働者の手取り所得は年金保険料引き上げにもかかわらず総じて実質的に増大していたからである。

CPPの将来がどうなるかは基本的な想定どおりに現実が推移するかどうかに左右される。直近の2000年12月再計算時の想定は次のとおりである。まず合計特殊出生率は1.64、平均寿命は男性が76.2年(2000年)から78.8年(2025年)、女性が81.6年(2000年)から83.2年(2025年)へとそれぞれ伸長する。失業率は6.5%、物価上昇率は年3.0%、賃金上昇率は年4.1%、運用利回りは年6.8%である。賃金は実質で年1.1%、利回りは実質で年3.8%を意味している。

以上のような想定のもとでCPPの積立金は増えつづけ、15年後には年間総給付額の5倍強の規模

に達すると見込まれている。また年金保険料の引き上げは2004年以降、長期的にいっさい不要であると政府は言明している。

年金積立金は従来、各州の発行する地方債の購入のみに充てられていた。地方債は市場性がなく利回りも相対的に低かった。その運用規定が1998年から大幅に変わり、企業年金と同様、国内株式や外国債・外国株式の購入も含めて運用先の弾力化が図られている。地方債の購入も認めている一方、その利回りは市場金利連動型となった。地方債の運用利回りは今後、長期的に年6.5%(実質3.5%)と見込まれている⁹⁾。

CPPの年金積立金はCPP Investment Boardの下で管理・運用されている。この機関は政治からの独立を保障された、政府100%出資の株式会社である。政府は予算や人事を間接的にコントロールするだけであり、実質的な運営は民間の運用会社に準じている。これまでの運用利回りは1998年が5.0%、1999年40.1%、2000年がマイナス9.4%であった(いずれも名目値)。株式を運用ポートフォリオに組みこんでいるので運用収益は年々の変動が大きいものの、総じて良好な運用結果であると政府は言明している¹⁰⁾。

年金財政計算は従来、5年に1回の間隔で行われていた。1997年の改革により今後は3年に1回の間隔に改められた。直近の財政再計算は2000年12月に行われている。

なおCPPのハンドリング費用は1999年時点において総給付費の1.7%(保険料収入の2.0%)に相当していた。

カナダの公的年金(OAS、GIS、CPP)について2001年時点の給付体系を図示すると図5のようになる。1階部分のOAS(基礎年金)はほぼ普遍的であり、低所得者用にインカム・テストつきのGISが上乘せされているところに特徴がある。一方、所得比例年金CPPの対象賃金上限は相対的に低い。その分、民間の企業年金や個人年金が中高所得者

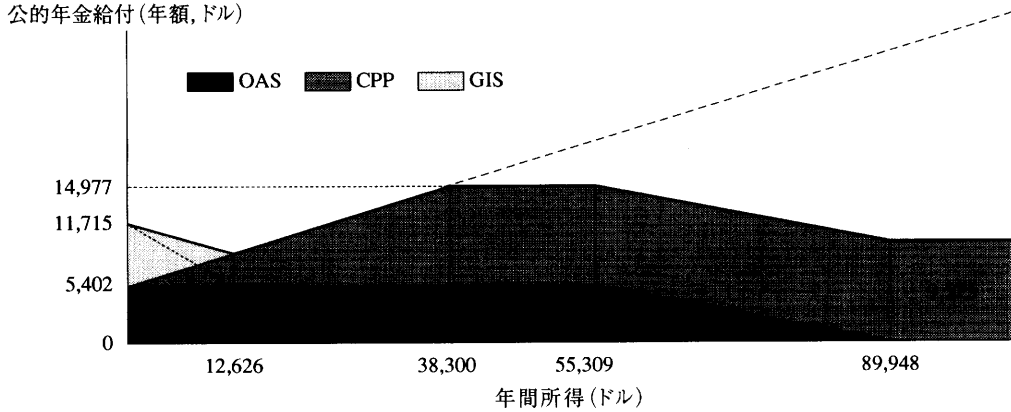


図5 カナダの公的年金給付(単身の場合：2001年)

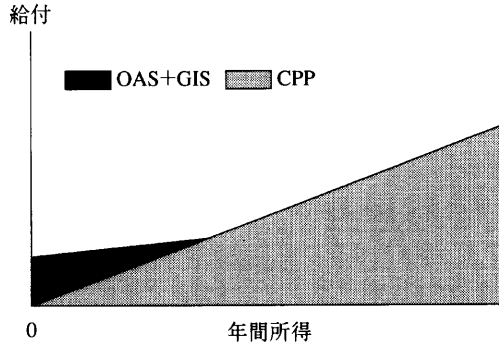


図6 公的年金給付の体系

には広く開かれ、老後所得の重要な柱となることが期待されている。なおOASのインカム・テストはきわめて寛大であり、それによって公的年金給付が減額されているのは高齢者の5%にすぎない。

日本ではカナダの公的年金給付について図6に示したような体系を紹介している向きもある。しかし、それは誤解に基づいており、今回、オタワでインタビュー相手となった方々はいずれも事実を反していると言っていた。

3.3 ステルス改革

限られた時間の中で大改革を進めようとする表向きは“sustainability”（年金財政の安定）確保や保険料負担における「世代間の公平性」が強調

されがちである。これは、どの国も同じであろう。ただ、カナダ政府は1997年改正のさい、きわめて巧妙に、実質的にみかけより負担増となる措置を講じる一方、いくつかの技術的変更により給付の抑制を図った。Battle(2002)は、このような政府の取りくみを“stealth”のようだと形容している。それは湾岸戦争時に世界に紹介された戦闘機の名前（ステルス戦闘機）と同じである。「補足しがたい、こっそりとした」やり方だと主張したいのだろう。日本では、さしずめ「上手にウソをつく」に相当する表現であろうか。

具体的には、まず年金保険料を算定するさいに用いる基礎控除額を年間3500ドルで長期間凍結することにした。もともと、この基礎控除額は毎年、

賃金スライドされ引き上げられてきた。平均賃金のほぼ10分の1とすることが従来、想定されていたのである。今後、賃金が年率で名目4.1%ずつ上昇していくと2030年時点の基礎控除額は822ドル(1997年価格表示)まで実質的に低下していく。30年あまりで4分の1以下になる。

その凍結は、年金保険料賦課ベースの賃金が実質的に年々拡大していくことを意味する一方、従来、控除制度によって利益を受けてきた平均以下の賃金階層(若者や女性が比較的多い)の利益を徐々に薄くしていく性格をもっている。その結果、2030年時点における年金保険料を1.63ポイントだけ低くすることが可能になった。すなわち基礎控除額を従来どおり賃金スライドしていくと2030年時点の保険料を9.9%にとどめることはできず、11.53%まで引き上げなければならなかったはずである。しかし1997年時点において、この点を正確に理解した者は一部の年金専門家を除くと、ほとんどいなかった。

次に老齢年金の場合、新規裁定後はCPIスライドされるが、新規裁定時には過去賃金の読みかえ(再評価)が行われる。再評価率は従来、過去3年間の平均賃金額(より厳密にはCPP保険料賦課対象賃金上限の過去3年間における平均値)に着目して改定されてきた。それを過去5年間の平均賃金額に着目して改定することにした。再評価方法の変更は1998年から行われている。この間、賃金上昇がつづいていたので、再評価率の改善はその分だけ(具体的には1.7ポイントだけ)抑制された。また障害年金の受給要件も厳しくなる一方、障害年金が65歳時点で老齢年金に切りかわるさいの賃金再評価も障害年金の新規裁定時までとなり、65歳までの間はCPIスライドにとどめることになった。さらに障害年金と遺族年金の併給調整も厳しくなり、死亡一時金も最高2500ドルで凍結された。いずれも低賃金の者やその遺族にとって相対的に厳しい給付減額となる。ただ、この点を改

革時点で理解している者も、きわめて少数(専門家だけに)に限られていた。

1997年における改革のさいには基準となる年金受給開始年齢の引き上げ問題(65歳から67歳へ)や、給付建てから掛金建てへの変更も議論された。ただ、双方とも反対論が圧倒的に多かったので、見直しの対象とはならなかった。

またCPP対象賃金の上限を思いきって引き上げることの是非、離婚時や離別時の年金分割(実際の利用例は少ない)を強制適用すること、60歳代後半における失業給付と年金給付の併給調整、などの問題はいずれも先送りされた。

4. 企業年金・個人年金¹¹⁾

カナダには税制適格の企業年金・個人年金がある。企業年金(職域年金込み。以下、単に「企業年金」と記す)として主要なものRPP(Registered Pension Plans)であり、通常、労使双方が掛金を拠出している。1998年時点で給与所得者の41%が加入していたが、そのほぼ半数は公的セクターに勤務する者であった。加入者の87%は給付建て制度の適用を受けているものの、企業規模が小さくなると掛金建ての企業年金を利用するケースが少なくない。企業年金加入者の割合は1983年には45%だったので、この間に加入率は低下した。給付建て制度における各種の規制強化がその主たる理由である。女性加入者の割合は男性より低い。未適用となっている非正規労働者の割合が男性より高いためである。RPPは完全積立方式に基づいて財政運営されている。

一方、税制適格の個人年金はRRSP(Registered Retirement Savings Plans)と呼ばれ、掛金建ての制度である。1998年時点で自営業者を含む労働者総数の41%がこの制度に加入していた(男女別では男性が45%、女性が38%であった)。RRSP加入者のうちの半分弱(44%)はRPPにも加入している給与所得者である。RRSPは、もともと自営業者

用に1957年に創設されたが、その後、給与所得者にも門戸が開かれた。事業主が被用者本人のために団体ベースで加入することも認められている。なお個人が複数のRRSPに加入することもできる。

税制適格年金全体として労働者総数の54%がそれに加入している(1998年)。加入率は高所得の者ほど高い。年間収入4万ドル(約330万円強)超になると加入率は80%超となるが、年収2万ドル階層の加入率は50%強にとどまっている。

年収が高いほど税制適格年金への平均拠出額も高い。1998年時点で年間給与が2万ドルの者は平均して給与の7.5%を拠出していた一方、年間給与が7万5000ドルの者は平均して給与の16%を拠出していた。

税制は拠出時と運用時が非課税、給付時が原則課税となっている。掛金建ての場合、給与の18%まで(上限は2001年時点で年間1万3500ドル)が拠出時非課税である。この上限は2005年には1万5500ドルに引き上げられる。他方、給付建ての場合、給付乗率2%(1年加入で給与の2%分が年金給付として支払われる約束を意味している)まで、給付額換算で年間1722ドル(30年加入者の場合、年間5万1660ドル=月額36万円弱)まで拠出時非課税扱いである。

給付建てのRPPと掛金建てのRRSPの双方に加入している場合、全体として給与の18%までが拠出時非課税となる。そのさい給付建てRPPへの拠出分は掛金建て拠出額相当分に換算された金額(pension adjustment)が用いられる¹²⁾。

拠出額が非課税拠出限度額に届かない場合、未利用分は全額が将来に繰り越される。未利用分の将来持ちこみに期限はいつさい付いていない。この点はカナダに特有の制度となっている。

拠出時非課税枠は高所得の者ほどメリットが大きい。個人所得課税においては累進税率が適用されるからである。私的年金の税制優遇措置はこの意味で逆進性が強い。

給付は原則、課税である。ただ、年間1000ドル(約8万4000円弱)までが所得控除の対象になっている。

1998年時点における拠出総額はRPPが169億ドル、RRSPが248億ドル、合計417億ドルであった。その合計額はGDPの4.6%に相当している。積立金の総額もRPPが6444億ドル、RRSPが2412億ドルとなっており、その合計額8856億ドルはGDPの98.1%に到達していた。なお給付支払いはRPPが305億ドル、RRSPが128億ドルであり、合計433億ドル(GDPの4.8%)であった。近年はRRSPの伸びが著しい。

5. 老後所得における年金の役割等

年金が老後の所得源としてどの程度の役割を果たしているかを調べておこう。Statistics Canada(1999)によると、単身者の場合、1997年の中位所得(median)は55～64歳層が2万1500ドル、65～74歳層1万7000ドル、75歳以上1万5100ドルであった。65～74歳層のそれは55～64歳層のほぼ8割弱に相当している。なお65歳以上単身者のうちRRSPから年金給付を受けていたのは12%にすぎなかった。

高齢夫婦世帯(夫婦のうちどちらか、または双方が65歳以上の世帯)の中位所得は1997年時点で3万5600ドル(約300万円)であった。そのうち公的年金給付が33%を占め、収入面における最大の柱となっている。企業年金・個人年金からの収入は26%(所得合計に占める割合)、賃金20%、投資収益(年金以外)13%、その他7%であった。

公的年金の重みは所得の多寡によって異なる。退職前所得が1万5000ドル前後の場合、公的年金給付はその8割以上となっており、所得代替率はかなり高い。退職前所得が3万ドル前後になっても公的年金による所得代替率は70%弱であり、所得の安定という目的は公的年金によってほぼ達成されている(夫婦世帯の場合)。他方、退職前所得

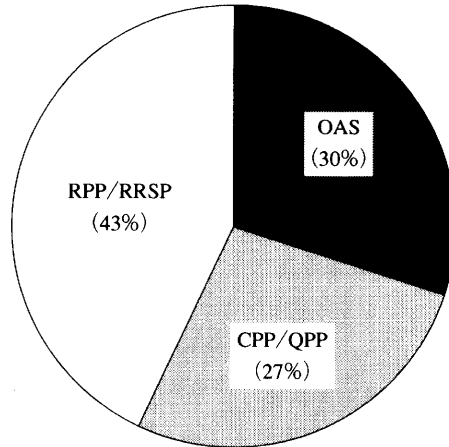


図7 年金給付の内訳(60歳以上：1998年)

が6万ドル(あるいは9万ドル)の場合、公的年金給付はその30%(あるいは20%)程度にすぎない。中高所得者は企業年金や個人年金で所得安定のための財源を補っている。

60歳以上の人が受給している年金給付は図7のとおりである(1998年)。公的年金は57%(OAS・GISが30%、CPPが27%)、私的年金が43%を占めていた。日本と比べると、カナダの方が私的年金のウェートが高いようである。

2002年における公的年金給付は1階部分(OAS/GIS/SPA)が260億ドル、2階部分(CPP/QPP)が209億ドルと見込まれており、それぞれGDPの2.5%、2.0%(合計4.5%)に相当している。日本の公的年金給付は2002年度において約45兆円(GDPのほぼ9%)と推計されているので、公的年金給付のウェートは日本の方が断然、大きい。

注

1) 本稿の基礎となった研究に対して文部科学省科学研究費補助金(特定領域研究「世代間利害調整」:課題番号12123202および12123204)および加日社会政策研究円卓会議と連携して実施された厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業(H12-政策-004))から研究助成を受けた。本稿は2001年12月にオタワで行われたインタビューに依るところが少なくない。インタビューにご協力下さったKen Battle氏(Caledon Institute of Social Policy), Edward Tamagno氏

(Human Resources Development Canada), Suzan Kalinowski 女史, Stephane Jette 氏, Ian Pomroy 氏(いずれも Ministry of Finance, Canada)に心よりお礼申し上げる次第である。また上記インタビューは、在日カナダ大使館のBernadette St-Jean 女史および国立社会保障・人口問題研究所の金子能宏氏と宮里尚三氏のご協力・ご支援によって可能となった。記して謝意を表したい。

2) カナダ政府は情報公開という点にかぎり世界の最先端にあり、最も積極的である。本稿の記述も以下のwebsiteを参考にした部分が少なくない。

<http://www.hrhc-drhc.gc.ca>

<http://www.fin.gc.ca>

<http://www.ncwcnbes.net>

<http://www.statcan.ca>

<http://www.osfi-bsif.gc.ca/eng/office/actuarialreports/index.asp>

なおカナダの年金制度に関する優れた解説に村上(1989)、丸山(1999)がある。

3) 2002年4月30日時点で1カナダ・ドルは83.56円であった。

4) 夫婦合計のGISは単身者用のGISの2倍とはなっていない(約1.3倍)。世帯には「規模の経済」があると考えられているからである。ただ、そのような仕組みは偽装離婚を誘発するおそれがある。

5) 現行制度(1階部分)の抜本的改革案(Seniors Benefitへの衣替え)は、インカム・テストをすべて世帯単位に変更し、給付はすべて非課税とする案であったが、1998年に政府はその改革案を撤回した。その顛末はBattle(2002)に詳しく記述されている。

6) 他方、CPPの給付を計算するさいにはMAX以下のPEがそのまま給付計算ベースとして用いられる。そ

のさいMINは控除されない。拠出時と給付時の賃金ベースが異なることによりMAX(平均賃金)以下の賃金労働者はMAX以上の賃金労働者より年金制度上、有利な扱いをうけている。

- 7) 日本の厚生年金はカナダのCPPと違って定額の保険料控除がない。日本の場合、

$$C = t \times [(MIN) + (AE) - (MIN)] \\ = t \times (MIN) + t \times [(AE) - (MIN)]$$

と書くこともできる。すなわち厚生年金の保険料は定額部分(右辺第1項)と賃金比例部分(右辺第2項)によって構成されていると考えることも可能である。

- 8) 所得比例年金(CPP)の最高給付額は日本の厚生年金のその37%にすぎず、公的年金としては相対的に低目である。
- 9) 地方債の運用利回りはCPPIBによる民間市場での運用利回り(平均で年7.25%)より若干、低い。このためCPPの積立金全体としての運用利回りは長期的に年6.8%(実質3.8%)になると想定されている。
- 10) CPPのInvestment BoardについてはTamagno(2001)が詳細に論じている。
- 11) 以下の記述はDepartment of Finance, Canada(2001)に依拠している。
- 12) 加入期間が1年間伸びたことによって増えた給付建て年金給付月額に9を乗じ、600ドルを控除した金額がpension adjustmentとして用いられる。

参考文献

丸山桂 1999「年金制度」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障③ カナダ』第6章, 東京大学出

版会

村上清 1989「年金制度」社会保障研究所編『カナダの社会保障』東京大学出版会

Battle, K. 2002. "Sustaining Public Pensions in Canada: a Tale of Two Reforms," DP, 一橋大学経済研究所「世代間利害調整」プロジェクト, 4月

CPP Investment Board. 2001. *Annual Report 2001*, CPPIB.

Department of Finance, Canada. 2001. "Overview of Canadian System of Tax Assistance for Retirement Saving," mimeo.

Finance Canada. 1997. "The Canada Pension Plan: Securing Its Future for All Canadians," *News Release*, 97-083, FC.

Government of Canada. 1997. *Securing Canada's Retirement Income System*.

Human Resources Development Canada. 2001. *Old Age Security*, HRDC.

———. 2001. *2001-2002 Estimates*, HRDC.

———. 2001. *Canada Pension Plan*, HRDC.

National Council of Welfare, Canada. 1999. *A Pension Primer*, NCWC.

Office of the Chief Actuary. 2000. *The 18th Actuarial Report on the CPP*, Office of the Superintendent of Financial Institutions.

Statistics Canada. 1999. "Seniors Income," *The Daily*, 5 August.

Tamagno, E. 2001. "Investing Social Security Fund: Principles and Considerations," Caledon Institute of Social Policy.

(たかやま・のりゆき 一橋大学経済研究所教授)

子育て支援策の日加比較

永瀬 伸子

■ 要約

カナダでは2歳以下の児童を持つ母親の就業率が6割を超えるまでに劇的に上昇、仕事と家庭の両立問題は大きい課題になってきている。子育て支援策としては、比較的充実した17歳までの児童手当、約1年間に延びた雇用保険からの出産・親給付などがある。日本と比較すると、比較的不安定な雇用者も出産・親給付を受けられること、児童手当が低所得者に厚く、収入による支給段差が少ないことなどが参考となる。一方で、2歳児の4割が定期的な有償ケアを受けているが、個人託児が主で税控除以上の補助に欠ける点は懸念されている。児童給付、保育政策、育児休業制度について、夫婦の就業状況の差を含め、日本と比較した。

■ キーワード

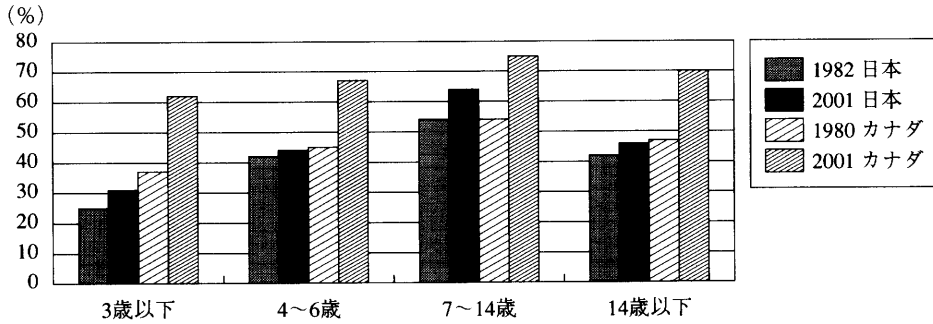
児童手当、保育制度、カナダ、育児休業制度、仕事と家庭の両立、女性の就業

本稿の目的はカナダの子育てと就業の両立支援政策を検討し日本と比較することにある。カナダでは幼い子どもを持つ母親の継続就業が急速に広まっており、このため政策課題が日本とは異なる点もあるが示唆も多い。また両国の比較は日本の政策の特徴をより明らかにもするだろう。第1節では子どものいる世帯の母親の就業状況と変化を見る。第2節では、就業中の子どものケアはカナダではどうなされているのか、父親の参加、託児の実態、その評価等について紹介する。第3節では、カナダの子育て支援策を記述し、日本と比較する。児童給付、雇用保険からの出産・親給付、保育政策（保育費用の税額控除を含む）、その他の政策を取り上げる。第4節はまとめである。2001年6月に行われた加日社会政策研究円卓会議におけるDuxbury教授の講演にも言及しつつ、日本への示唆を述べる¹⁾。

I カナダと日本の子育て世帯：母親の就業状態

カナダの母親は幼い子どもの有無にかかわらず、驚くほど多くが仕事に就いている。図1のとおり、1980年当時はカナダも日本の母親とさほど変わらなかった。当時2歳以下の子を持つカナダ女性の労働力率は37%にすぎなかった。しかし20年間に62%へと劇的に増大する。日本では現在でも末子年齢が低いほど母親の労働力率は大きく下がり、末子3歳以下と学齢とでは31%と64%、つまり30%ポイントの差がある。一方、カナダでは2歳以下の子どもを持つ母親の労働力率も62%であり、学齢児の親の75%と比べて格差は10%強と小さい。

カナダでは一人親世帯の増加という変化も見られる。過去10年間で4/3倍に増加、6歳未満児がいる世帯のうち、一人親世帯の割合は14%である。

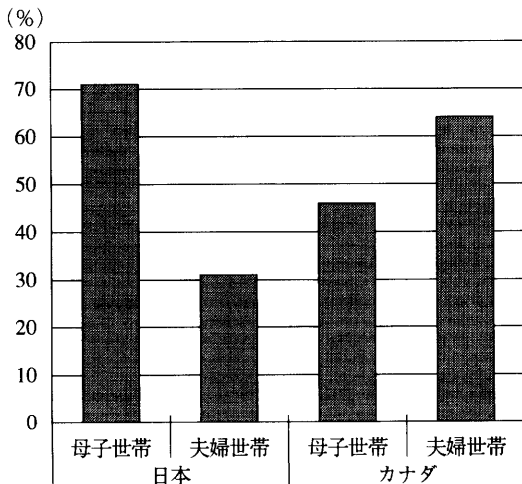


注：日本のデータは1982年は総務省「就業構造基本調査」、2001年は総務省「労働力特別調査」である。カナダはStatistics Canada Labor Force Surveyからである。カナダの分類は、2歳以下、3～5歳、6～15歳、15歳以下と日本の分類と若干ずれがある。日本は核家族の妻の労働力率である。

図1 幼い子どもを持つ母親の労働力率の変化：日加比較

興味深いのが母子世帯と夫婦世帯の母親の労働力の差である。図2には2歳以下の子どものいる母親の労働力率を示した。日本では母子世帯の母親の労働力率は71%であり夫婦世帯の母親の31%を大きく超える。一方カナダでは母子世帯の46%に対して逆に夫婦世帯の母親の労働力率の方が

64%と高い。カナダもかつては夫婦世帯の母親の労働力率の方が低かったが(1976年に、15歳以下の子どものいる母子世帯48.3%に対して夫婦世帯の妻38.4%)、1984年ごろを境に逆転した。母子世帯をより脆弱な世帯と見るとすれば、かつては、より脆弱な世帯の母親が仕事を持ったが、現在のカナダではより脆弱な世帯の母親が仕事を持たない。この間、母親が仕事を持つことが、カナダでは当たり前のこと、あるいはどちらかという望ましいことになったのではないかと推察する。



注：日本の母子世帯は1997年「就業構造基本調査」、夫婦世帯は2001年「労働力特別調査」である。カナダはStatistics Canada Labor Force Survey. 日本の夫婦世帯は3歳以下の子どもの分類である。

図2 2歳以下の子どものいる母親の労働力率
母子世帯と夫婦世帯の日加比較

日本では母親が仕事を持たないことが貧困と結び付けられることは少ない。一方カナダでは、母親の就業中の子どものwell-beingへの関心が高まっているとはいえ、実態として母親が仕事を持っているかどうかで世帯の稼得所得に大きい差を生む。National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY)、1994年調査を集計したLefebvre and Merrigan (1998)によれば、4～5歳児のいる世帯について、有子夫婦世帯の所得平均は母親が有業の場合64000ドル、無業かパート就業の場合は46000ドルであった(構成割合としては後者の方が少ない)。また母親が有業の母子世帯で26000ドル、無業かパートの母子世帯では15000ドルである。つまり母親が仕事を持たないことが世帯の

所得低下に強く結び付いている。カナダでは女性の労働力率と学歴は大きい正の関係を持っており、仕事を持つということは、持てるということでもあるのだろう。一方日本では幼い子どもを持ちつつ仕事を持つ母親は依然として少数派である。

なお25～44歳層を見ると、カナダでは女性の労働力率が大きく上がる一方、壮年期についても男性の労働力率が落ちる傾向がある。女性の労働力率が1980年の57.8%から2001年の75.3%にと大きく増える一方で、男性の労働力率は1980年の90.1%から2001年に85.9%に低下している。日本では、女性の労働力率は上昇したが、男性の労働力率が下がるというほどの大きい変化は起きていない。

II 幼い子どものケア

1. 父親と育児

末子が2歳以下でも母親の6割が働くカナダでは、子どもはだれがどのようにケアしているのだろうか。Kobayashi(1999)、小林(2000)は、6歳未満児のいる世帯について、日本とカナダの生活時間比較を日記調査から比較したが、子どもと風呂に入る、子どもと遊ぶといった程度の参加である日本男性に比べて、カナダ人男性は炊事、掃除、子どもの着替えなどの家事への参加が高いことを指摘している。小林はまたカナダの生活時間調査であるGeneral Social Survey Cycle 7(1992)と日本の総務省『社会生活基本調査』(1997)とを比較、6歳未満児のいる30～39歳層のカナダ男性と日本男性を比べると、育児・家事時間が日本男性19分、カナダ男性2時間13分と大きい差があること、さらに子どもがいる世帯といない世帯を比べると、日本では、子どもの存在は女性の賃金労働時間を減らすのが男性の賃金労働時間はむしろ伸ばすのに対して、カナダでは男女ともに子どもの存在が賃金労働時間を減らすことを見いだしている(30～39歳

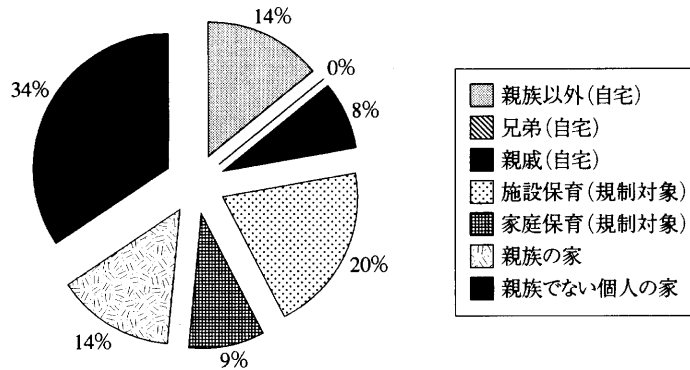
層の男性を挙げると日本では労働時間が7時間40分へ22分増加、逆にカナダでは、5時間15分へと6分とわずかだが減少する)。

2. 親以外からのケア

親以外からはどのようなケアを受けているのだろうか。non-parental careを有償で定期的な親以外からのケア(週10時間以上、年8か月以上)と定義した上でNorris, Brink and Mosher(1999)は、1994年のNLSCYを用いて0歳児では24%が、1、2歳児では44%が、3歳児では43%がこうした有償ケアを定期的に受けていたとする。就学年齢に達するとともに有償ケアを受ける割合は低下、6歳児で32%、9歳児で27%、11歳児で13%である。つまりカナダでは父親の育児参加も多いが、加えて0～5歳児をまとめればその40%、6～11歳児では27%が有償ケアを受けている。母親がフルタイム就業の場合、親以外のケアを利用する者は67.8%、パートでは51.5%であるとしている。

ではどんなケアを受けているのだろうか。図3は0～5歳児で見た保育の内訳であるが、個人的で規制もほとんどない「他人の家庭に預ける」、あるいは自宅にベビーシッターとして来てもらうといった保育がカナダの主流である。場所別に見ると、自宅に来てもらうが22%、保育園が20%、個人宅が57%である。親族でない個人による、規制なしの託児が48%を占め、うち個人の家での保育が34%、自宅での出張保育が14%である。

なぜ個人的な託児が多いのだろうか。一つは価格の問題があると考えられる。Norris, Brink and Mosher(1999)は、1996年の施設保育の平均価格は月間0歳児で458ドル、2歳児で424ドル、3歳児で392ドル、4歳以上で309ドルといった調べを示している。表1から他の保育形態の価格と比較すれば、施設保育が最も高価、出張保育が次いで高価、個人託児が最も安価である。保育者の資質という点では、施設保育の場合、保育者の平均学歴



出所：Norris, Brink and Mosher (1999)より作成 (NLSCY1994による)

図3 カナダの保育利用の構成(0~5歳児)
定期的に親以外の有償ケアを受けている者の内訳

表1 カナダの多様な保育：その特性

	出張保育	家庭保育	施設保育	家庭保育(規制対象)
保育者の年収平均	8700ドル	10400ドル	18500ドル	15600ドル
親が支払う保育料の平均	3700ドル	3000ドル	N.A.	3200ドル
保育者が未婚である割合	54%	18%	37%	11%
保育者が高卒免状を持つ割合	77%	86%	85%	85%
保育者が専門学校卒である割合	28%	33%	48%	36%
平均子供数	2.3人	3.5人	N.A.	4.9人

出所：Beach, Bertrand and Cleveland (1998) 他, Norris, Brink and Mosher (1999)より転載

が一番高いが、それでも年収は150万円程度と極めて低賃金である。出張保育は子ども対保育者比率が最も高いが、保育者の年収は70万円程度、自宅保育も年収80万円程度である。比較的低学歴の者の仕事になっている面が否めない。

両親の学歴と所得階層が高いほど子どもが親以外からのケアを受ける割合が高い。5歳以下の子どもを持つ世帯で、所得階層第1五分位では23.8%、所得階層第5五分位では51.8%が親以外のケアを使っているとNorrisらは示している。また保育の種類を見ると、高所得の第5五分位で一番利用が多いのが個人託児(規制対象外)で3割強、次いで出張保育、施設保育(それぞれ約2割)である。逆に施設保育の利用が多いのは、低所得世

帯である。低所得層(第1五分位)の利用者の3割が施設保育利用、続いて個人託児(規制対象外)、親族ケア(それぞれ2割弱)であるとす。

幼い子どもの保育に施設保育と並行して家庭保育が活用されている国に、北欧、フランスなどもあるが、カナダはこれらの国に比べてもさらに非公式の家庭託児に偏った国といえるだろう。低所得層のみが保育料の軽減等を受けられるため、施設ケアの利用者は一人親世帯、低所得世帯、高校を終了していない母親、極めて若い母親、高い保育料を払うことが可能な職業が確立した40歳以上の母親とNorrisらは指摘している。

ちなみに有業の母親の子どもの保育状況を日本について国立社会保障人口問題研究所「第11回

出生動向基本調査』から集計した結果が表2である。これはカナダの結果と直接比較はできない。その理由はまず第1子が1歳になるまでと低年齢なこと、子どもの保育の担い手の主なもの3つまでの選択であり、排他的な選択肢となっていないこと、親のみのケアを受けている子どもも集計に含まれること、定期的でない無償ケア者も集計に含まれることなどである。ただし全般の傾向は分かり、有業者に限っても、認可保育園の利用が2割、同居親族の利用が2割、別居親族の利用が2割強であり、個人の家での託児が全体の2%と極めて限られているのがカナダと対比できる日本の特徴といえる。

人口全体で見て、カナダでは0歳児の24%が親以外の定期的なケアを受けていたが日本ではどうか。親以外の保育者を挙げた者の割合を92～97年の第1子出産者について無業者をも含め集計すると、全体の43.1%が親以外のケアを挙げた(ただし定期的なケアに限らない回答である)。同居の祖父母を除くと28.5%が、さらに別居の祖父母

表2 日本における有業の母親の第1子1歳時点の
主なケア者(3つまで選択)

	第1子を92～97年に 出産した有業の母親	
	正社員	有業者
自分	99.4%	99.2%
夫	24.7%	30.7%
同居の祖父母	20.9%	23.1%
別居の祖父母	20.9%	25.8%
その他の親族	5.7%	4.5%
認可保育園	22.2%	17.8%
企業内保育園	3.8%	2.3%
その他保育施設	3.8%	2.3%
個人家庭保育やベビーシッターなど	1.9%	1.9%
育児休業	38.9%	23.1%
サンプル数	158	264

注：同居の妻の親、夫の親、別居の妻の親、夫の親と4つに分かれて設問が設定されているが、集計上合わせて表示してある。

出所：永瀬(2001)

も除くと0歳児を持つ母親の7.4%が親以外のケアを挙げた。カナダでは、0～5歳児についてであるが、親族以外のケアが8割を占めていた。これに対して日本では0歳と年齢は低いので直接比較はできないが、親族ケアがほとんどであった。なお就業者に限ればすでに述べたように認可保育園の利用が親族ケアとならんで重要という点がカナダと対比できる。

3. 母親の就業と子どもの発達への影響

カナダでは子どもの育ちが母親の急速な労働力化によって大きく変わりつつあるため、それが子どもにどのような影響を与えるのか、またどのような保育が望ましいのかが大きい関心事になりつつある。Lefebvre and Merrigan(1998)は、母親の就業が子どもの発達にどのような影響を与えるのか、NLSCYを用いて発達指標および行動指標と母親の就業の影響を計量分析し、結論として、4～5歳児の知能発達と母親の就業に直接の関連はなかったとしている。また4～11歳児のいくつかの問題行動等に対して母親の就業が有意に悪影響を与えていたが、他の世帯属性の影響(母親や父親の学歴、子ども数や性別、出生順位、離婚家庭であることや一人親であること、福祉受給世帯であること)などに比べれば影響は相対的に小さかったとしている。しかし何歳から託児されたのか、どのような託児形態であったかなどは分析されていない。カナダでは規制対象外のケアがほとんどであることから、ケアの実態も明らかではない。故にさらに今後もそうした点を明らかにすることに関心が高まっている。

III カナダの子育て支援策：日本との比較

カナダの子育て支援策には、児童給付、雇用保険からの出産・親休業給付、保育政策(保育費用の税額控除を含む)、その他の政策がある。この

順番により多くの世帯に影響を与えているのではないかと私は考える。以下その政策を日本と比較しつつ紹介する。

1. Canada Child Tax Benefit (CCTB 児童給付)

カナダの児童給付の沿革については都村(1999)が詳しいが、その後さらに拡充がなされている。1998年7月に従前のChild Tax Benefitに替わり、CCTBが施行された。18歳未満の子どものいる世帯が対象の非課税の所得制限つき給付であり、子どものいる世帯の80%が給付を受けている。給付の所得制限は1998年から段階的に緩和されており、2004年には子どものいる世帯の90%が支給を受ける予定である。給付は、2001年7月現在では、基本給付(CTB)が最高で子ども1人あたり年間1117ドル(3人目以降78ドル増し)、加えてNational Child Benefit Supplement (NCBS)が1255ドルである。7歳未満の子どものいる世帯には補足給付があり子ども1人あたり221ドルが加わる(ただし保育料の税控除を受けている者は控除された額の25%分は221ドルから減額される)。給

付は家計の税引き後の所得が21744ドル以下までは全額給付がされる。これ以上の世帯では所得に応じて段階的に減額され、子ども1人の場合、税引き後所得が32000ドルを超えるとNCBSは支給停止、77600ドルを超えると基本給付(CTB)も支給停止となる。全額給付であれば、年間1人目に2372ドル、2人目に2172ドル、3人目以上に2175ドルが給付されている。給付水準は生計費指数に連動して見直しがされる(カナダの平均世帯収入は1995年に54600ドルである)。

1999～2000年の給付総額は60億ドルを超え、6歳未満児に対する補足給付は2.9億ドルである。子どものいる世帯の経済負担を軽減し拡充するための基本政策となっている。

表3は児童手当を日本の児童に対する給付と比較したものである。日本の児童手当は2000年の対象年齢の引き上げ、2001年の所得制限の緩和と、この数年に拡充が進み、就学前の子どもの85%が対象となったとされる。ただしカナダと比較するとカナダは17歳まで支給されるのに対して、日本は6歳と期間が短いことが一つ大きい差である。またカナダでは、低所得層に厚く(子ども1人年間

表3 児童への給付の日加比較(1年間あたり円換算)、2001年現在

	所得制限の 所得基準例	カナダ		日本		
		児童給付(CCTB)の額		児童手当	母子世帯への 児童扶養手当	
		17歳以下 1人	17歳以下 2人		未就学 1人	17歳以下 1人
カナダCCTB全額支給	≤175.8万円	186,196	356,698	60,000	508,440	568,440
日本母子世帯一部支給	204.8万円	157,342	303,889	60,000	340,200	399,000
日本母子世帯支給停止	300万円	76,538	153,075	60,000	0	340,200
カナダの平均世帯所得	430万円	47,100	94,200	60,000	0	0
カナダCCTB子ども1人なら支給停止	609万円	0	15,694	60,000	0	0
日本児童手当支給停止	780万円	0	0	0	0	0

注：所得制限と給付額については簡易表から計算した大まかな数字である。1カナダドル78.5円で円換算したが実質の購買力よりは低い円換算となっているかもしれない。日本の児童手当支給停止の780万円は扶養者3人の勤労者世帯の例であって自営世帯では596万3000円から停止される。日本の児童扶養手当の支給停止基準等は母と子ども1人の世帯の例である。

19万円程度)支給されるが、日本は夫婦世帯であれば、低所得世帯だろうと中所得世帯であろうと1人年間6万円と一律であり、中間所得層以下ではカナダと比べ金額が貧弱であり、逆に年収400万円くらいからはより厚くなっている。所得制限について、カナダでは所得上昇とともになだらかに給付が減額されるが、日本は所得一定額まで一律給付、一定額以上はゼロ給付という大きい段差があることがこの差を生んでいる。この段差は就業調整行動を起こしやすいなど制度設計として問題と言えよう。なお母子世帯に対する児童扶養手当は日本は高いが、これも年収300万円です突然ゼロになる2段階の階段となっている。ただし、よりなだらかな段差とする見直し案が現在出されている。

2. 雇用保険からの出産給付、親休業給付

雇用保険からの給付には、出産給付(maternal benefit)と親給付(parental benefit)がある。日本との差は、利用度合いと利用のしやすさの差である。表4に出産者数に占める給付者数の日加比較を示した。カナダは約半数が給付を受けている。一方日本でも平成10年に出産した女性雇用者の育休取得割合は56%だが(「女性雇用管理調査」)、しかし出産そのものに占める利用の割合は実に4%に過ぎない。

カナダの雇用保険の出産給付は1971年に創設され、親給付は1990年に創設されたことから、表4のとおり、給付期間は90年代に伸びており、2000年末の制度変化から2001年にはまた一段伸びると予想される。

カナダの制度が使いやすいのは、この給付は通常週の収入が40%以上減少した場合に申請し受けることができ、受給資格を得るためには過去1年間に600時間分の雇用保険加入があれば十分であることにあると考える。出産給付は予定日の8週間前から予定日または出産日の17週間までの間に15週分受けることができる。親給付は新生児および養子を迎えるにつき35週まで受けとることができる。出産後1年以内であれば、期間を分けての給付も、夫婦で分けて(あるいは同時に)も可能である。2000年12月31日に拡充がなされ、25週の給付(産休15週分、親休暇10週分)が50週の給付へ(産休15週分、親休暇が35週分)と延びた。また従前は休暇中に収入がある分だけ給付が引き下げられたが、週の給付額の25%か週50ドルまでは稼得しても給付は引き下げられないことになった。資格時間も700時間が600時間と得やすくされた。

なお子どもがいる低所得世帯であって(世帯所得25921ドル未満)、CCTBを受けている世帯が雇

表4 育児休業給付等の利用の日加比較

	カナダ：産休および親給付			日本：育児休業制度	
	出産者にしめる 適用者の割合(%)	給付期間(週)	週あたり額(ドル)	出産者にしめる 適用者の割合*(%)	1人当たり 給付額平均(万円)
1980	35.8	13.6	269	—	
1990	51.9	13.8	287	—	
1995	45.7	26.3	288	2.8	20.2
1996	48.3	25.0	284	3.1	37.5
1997	51.1	24.0	277	3.5	39.6
1998	48.7	24.5	277	3.8	40.8
1999				4.2	42.2

*日本は出産者にしめる育児休業にかかわる厚生年金保険料免除者数から利用者数を推計また雇用保険年報から育児休業給付と職場復帰給付金の和を初回受給者数で割って1人当たり給付金額を推計

出所：Statistics Canada(1999)、日本の一部は「女性のライフスタイルの変化等に対応した年金のあり方に関する検討会」(2001)

用保険給付を受ければ、低所得者のための家族補足給付がさらに加わる。

1999～2000年に17.6万人の母親が産休給付を、17.1万人の両親が親給付を受け、給付総額は、1999～2000年で雇用保険の出産給付が7.2億ドル、親給付が4.7億ドルであった。

なおカナダの労働基準法では、17週の出産休暇、37週の親休暇(計52週まで)を無給の休暇として定めており、従業員は4週間前に書面で通知することで、休暇をとることができる。

3. 保育政策：Child Care Expense Deduction (保育費用税額控除)と保育料の減額

カナダの保育政策は日本と比べると貧弱であり、州ごとに多様で規制等も異なっている。小出(1997)は、カナダの保育園は米国ほどチェーン店化はしていないが、営利型が全国平均で30%を占め、非営利型も大半が民間設置、自治体による開設は、ケベック州とオンタリオ州のみであり、カナダの国政選挙で保育が争点の一つともなると紹介している。保育者の資格基準も職員の一部が要件を満たせばよい州がほとんどであって、日本よりも基準が低い、児童数に対する職員配置は日本よりも多い場合が多く、小規模園が多いとしている。

保育政策として、低所得者、若年、一人親世帯などを中心に公立保育また非営利組織の施設保育利用の保育料の一部または全額免除(Canada Assistance Plan)があり、費用負担は政府と州とが2分の1ずつであるが、枠は州や自治体政府が設定するために、水準差があり足りていない。中間所得層はこの恩恵が受けられず、低所得層は、助成枠の空き待ちをしていることが指摘されている。

もう一つの政策が保育費用の税額控除である。1971年に導入され、1998年には7歳未満児の税額控除が5000ドルから7000ドルに、7～16歳児は3000ドルから4000ドルに増額された。障害児を持つ場合は加えて最高10000ドルまで税額控除が可

能である。控除される対象費目はかなり幅広く、保育園や、ベビーシッターへの支払いにとどまらず、夏のキャンプ、全寮制学校、ケアサービスを提供する教育機関の支払いなども含まれる点の一つの特徴だろう。これらは所得の低い方の親からの税額控除の対象となるが、控除額は親の所得の3分の2を超えることはできない。1999～2000年に総額4.3億ドルの税額控除が行われている。ただし問題は、低所得層には恩恵がないということである。

日本では認可保育園入園児童に対しては全国共通の制度があり、国基準では原則として保育所の運営費の半分は公費負担である。また親から徴収する保育料にも親の所得によって国基準が示されており、実徴収額は市町村レベルで差があるが、国基準より高くなることはない。つまり保育政策はカナダよりはるかに充実している。ただし認可保育園に入れない場合、他の保育手段に対しては、保育費用控除等の制度はない。その上、需要に対応して柔軟に認可保育園枠が増えていないことの問題は大きく、多様性への配慮には欠けている。

4. その他の地域に根差した子育て支援施策

1999年にカナダ政府は州政府や自治体とともにNational Children's Agenda (NCA)の政策立案をはじめ、2000年9月にはカナダ政府は6歳未満児の発達支援、子どものいる世帯の支援のために、The Early Childhood Development Agreementを発表、6歳未満児童を対象としたサービスやプログラムを拡大することに合意し、5年間で総額22億ドル規模の予算を確保した。目的は子どもの可能性を広げ、子どもの健康と安全を確保し、子どもが学ぶ意欲を持って、コミュニティの中で子どもとその家族が育つことを支援することとしている。

その中で取り上げられているプログラムについてそのいくつかを紹介する。(なお日本でも様々な試みがはじまっているが、ここでは取り上げない。)

(1) Community Action Program For Children

低所得層、10歳代の親、社会行動上の問題や感情障害を持つ親、虐待された親などリスクの高い世帯を対象に、コミュニティが、親になるワークショップ、カウンセリング、家庭訪問、おもちゃ貸し出し図書館、家族資源センター、コミュニティキッチンなどを提供するプログラムである。参加者は親やボランティアなどである。利用者には15000ドル以下の年間所得階層や、一人親世帯、高卒ドロップアウトも多い。1999～2000年の予算は5.9億ドルであり、499箇所で開催された。

(2) Nobody's Perfect

6歳未満の子どもに対する親支援、親教育のプログラムであり、若い親、一人親、社会的にあるいは地理的に隔絶された親、低所得の親、低学歴の親などが対象である。6～8週のグループ活動、読みやすい無料の本の提供などが内容で、親の参加は自由で無料である。1999～2000年は子どもケアセンターや学校、民族センター等1000箇所以上で開催された。7000人近くのコミュニティ・ワーカー、親と保健婦が指導者として訓練されている。1999～2000年の連邦政府のみ(自治体持分を除く)の予算は16000ドルである。

カナダの子ども支援の特徴は、地域の力、ボランティア精神にある(小出、1999)とするが、そうした側面が垣間見られる。

IV おわりにかえて

日本とカナダの子育て支援策の比較をまとめることにしよう。

まず児童給付は、カナダでは18歳未満の子どものいる世帯の経済状況を均等化するための給付として大きい役割を果たしているのに対して、日本の場合、2000年以降に充実されてきたが依然低額かつ一律であって期間も6歳までと短い。代

わりに日本では企業の年功賃金や企業の扶養手当など、生活給的な賃金体系が実質的な育児負担への配慮となってきたのだろう。しかし企業規模間の差が大きく、年功カーブの度合いは子ども数と無関係、さらに非正規就業も増大しており、企業任せでは子育て世帯に重くのしかかる経済負担は緩和されない状況になっている。低所得層に傾斜して児童手当を18歳未満まで国が給付するカナダの制度は参考になる点が多い。

次に雇用保険からの親休業給付を比較すると、日本の制度は対象が限定されていることがより明確となった。日本では0歳児のいる妻の労働力率は23%(総務省『就業構造基本調査』、1997年)であるが、育児休業をとる者は出産者の4%にすぎず、労働力率と休業給付支給率との間に大きいギャップがある。これに対してカナダは就業女性が6割程度、給付を受け取っている女性が5割程度でありギャップは小さい。日本の利用が少ないのはそもそも離職者が多いことが一番の原因である。加えて労働力に占める自営世帯が相対的に多いこともある。しかしもう一つの大きい要因は日本の制度が非正規社員を実質的に除外していることにあると考える。カナダの制度では過去1年間に600時間以上働き雇用保険に加入していて、かつ週の収入が40%未満に落ちれば給付対象になるから、比較的不安定な雇用者も対象に含まれやすく申請もしやすい。一方、日本の育児休業給付は、自分から雇用保険に申請するだけでは給付は受けられないから、脆弱な雇用者に保障がない。

カナダに比べて制度の充実がはるかに高いのは日本の保育制度である。国の財政支出基準が明確、保育料の軽減も全国基準があり、監督もしっかりされている。保育者の平均学歴や資質もより高いと推察される。ただし都心部を中心に特に低年齢児保育が不足しているにもかかわらず需要に

見合って供給が十分に増えていないのも事実である。また認可保育園以外の手段に対する税額控除などの制度がないことも一つ問題だろう。また「近隣で預け合う」といったスタイルは日本に極めて不足しており、施設保育に入らなければあとは親族保育しかない。近隣での預け合いは、増加を期待したい保育のあり方でもある。

以上が制度と実態の比較のまとめだが、両国には基本的な大きい社会状況の差がある。カナダでは幼い子どもの有無にかかわらず母親が仕事をもち続けることが一般的な家族のあり方になってきており、父親の家事・育児分担も広範で日常的なものとなっている。これに対して日本では女性の平均学歴の増加とともに、結婚遅延、出産遅延が増えているものの、出産前後には母親が無業となるケースが依然多数を占め、男性の家事育児負担は極めて低い。背景には労働市場の差もあるだろう。カナダでは労働時間の長短によって日本ほど大きく賃金が落ちない。その結果女性の学歴や期待就業年数の上昇とともに、就業継続行動が直接に増えたのではないかと考える。これに対して日本では、労働時間を短くしようとすれば正社員にはとどまれない。非正社員は賃金水準が低くまた仕事の継続が将来賃金の見通しをあまり引き上げないから育児中に継続するメリットは薄い。かといって正社員のまま育児と共働きを両立するのはかなり時間的に窮屈である。それで結果として、今日でも出産期の母親の育児専業が多いのだろうと考える。しかしこれが一方で男性の家事育児参加の低さを、他方で専業主婦の育児不安や孤立、大きい負担感を生み出している。

このように全般の状況には大きい差があるが、Duxbury教授の講演による家庭役割と仕事役割との交錯の中での葛藤の内容は日本でも馴染みのあるものだった。仕事と家庭の両立の難しさが家族のきずなや夫婦関係、親子関係に影響し、満足感を下げ、さらに仕事能率や仕事モラルにも影響す

るとする。また良い職業人の神話、すなわち良い職業人は仕事に深くコミットし、プライベートを仕事に持ち込まない者だという職場の暗黙の常識、一方で母親役割に対する期待が、仕事と家庭の両立を難しくし、葛藤を増やしていることを指摘する。Duxbury教授は、1991年当時と比べて、カナダでは仕事の負担感を感じる者が増え、また仕事が家庭生活を脅かしていると感じる者も増え、さらに家族責任が仕事に悪い影響を与えていると感じる者も増えていることを指摘している。両立のための制度ができただけでは不十分で、そうした制度を利用したために不利に扱われると思わずに済むような環境、上司の理解が必要、残業を拒否する権利の法制化が必要といったDuxbury教授の指摘は、日本にも全く適用できる。ただし違いがあるとすれば、企業が雇用者の生産性を上げるための大きい課題として仕事と家庭の両立問題を本格的に検討しだしているという報告であった。カナダでは仕事と家庭の両立の問題が女性のみ縁辺化された問題ではなく、企業の生産性問題として企業に取り上げられる段階に入ったのだろう。

注

- 1) 本稿の基礎となった研究に対して加日社会政策研究円卓会議と連携して実施された厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業(H12-政策004))から研究助成を受けた。記して謝意を表したい。

参考文献

- 小出まみ 1997「カナダの保育」『諸外国における保育の現状と課題』世界文化社 pp. 212-224
 小林ベバリー 2000「家事・育児労働を日本人とカナダ人で比較する」大沢真智子、石井久子、永瀬伸子『働き方を変えて、暮らし方を変えよう』東京女性財団 pp. 174-175『女性のライフスタイルの変化等に対応した年齢の在り方に関する検討会報告書』(2001)
 都村敦子 1999「児童給付」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障カナダ』東京大学出版会 pp. 165-191
 永瀬伸子 2001「女性の就業継続と育児休業制度」厚生科学研究政策科学推進研究事業(主任研究者高橋重郷)『少子化に関する家族・労働政策の影響と少子化

の見通しに関する研究』pp. 280-293

Duxbury, Linda. 2000. "Work-Life Balance in Canada, Making the Case for Change."カナダ日本社会政策会議発表論文(於関西学院大学)

Kobayashi, Beverly. 1999. Japanese Time Use on Housework and Child Care—With Comparison to Canadian Time Use—. (修士論文、お茶の水女子大学)

Lefebvre and Merrigan. 1998. "Family Background, Family Income, Maternal Work and Child Development." Applied Research Branch Strategic Policy Human Resources Development Canada W-98-12E.

Norris, Christina, Satya Brink, and Patricia Mosher. 1999. "Measuring Non-Parental Care in the NLSCY: Content and Process Issues." Applied Research Branch Strategic

Policy Human Resources Development Canada T-00-1E. Statistics Canada. 1999. "Employment Insurance Support to Families with New Borns." *The Daily* Oct. 25.

Statistics Canada. 2002. "Women in Canada: Work Chapter Updates." Catalogue No.89F0133XIE.

Report on Government of Canada Activities and Expenditures 2000-2001.

このほか政策や制度の詳細についてはカナダ政府のインターネットの公式頁を参照した。

謝辞:カナダの育児休業制度を調べるにあたって Sherri Torjman氏から貴重な資料の提供を受けた。残る誤りは筆者のものである。

(ながせ・のぶこ お茶の水女子大学助教授)

カナダにおける仕事と生活の両立支援：変化に対応した取組み*

リンダ・デュックスベリー、クリス・ヒギンズ
小林信彦・金子能宏 訳

*“Work-Life Balance in Canada: Making the Case for Change.”

1. はじめに

新世紀を迎え、カナダでは政府以下、共通の挑戦—カナダ人にとって仕事での役割と仕事以外での有意義な生活とのバランスをいかに簡単にするか—に直面している。この10年以上にわたる多数の研究の結果、多くのカナダ人が仕事と家庭のバランスをとることに苦慮していることが明らかになった(Akyaempong, 1997; Macbride-King, 1990; Lero et al., 1993; Duxbury et al., 1991; Higgins et al., 1992; Duxbury and Higgins, 1998, Johnson et al., 1997, Dr. Linda Duxbury; Dr. Chris Hinggin) ¹⁾。

この論文は仕事—生活のバランスについての分野の研究を比較検討し、労働者とそのリーダー、政策策定者、学識経験者とのコンセンサスとして理解されるような大きい目標はどのようなものかを探るとともに、この10年間でカナダでこの分野で起こった観点を提供するものである。ただし、この論文ではこの10年以上にわたる従業員と雇用主や社会における仕事と生活の衝突の影響に特に注意を払いたいと思う。

この論文は5つのセクションで構成されている。セクション1は、読者に適切なトピックの背景を。セクション2は、データを文脈に人口統計学、社会、経済、そしてカナダの労働—生活の衝突にインパクトがある政治上の変化を概説する。セクション3は、(1)カナダにおける高い仕事—生活の衝突の広がりをもっと最近のデータにより確かめるとともに、(2)

1991年と2001年の労働—生活のバランスの経験を比較することにより具体的にどの程度仕事—生活の衝突の問題があるのかを考察する。セクション4に含まれるデータは高いレベルの仕事—生活の衝突の個人、家族、組織、社会一般への効果はどれほどのものかの変化についてビジネスケースへ提供する。セクション5は、組織と政府は仕事—生活の衝突を減少させることができるかどうかを考察することにより、21世紀のカナダにおいて仕事をする家族に対するより好ましい施策について提言を行う。

2. 仕事—生活のバランスとは何か

カナダの労働力の様相はこの十数年の間に劇的に変化した。労働—生活の衝突の増加は下記の事項と関係している。労働と生活のバランスと緊張はカナダの女性労働者の増加と共稼ぎ家族への付随したシフトを言及しないわけにはいかない。1977年と1996年の間に女性労働の就業率は43%から57%まで増加した。1998年には58%の25歳以上の女性が家の外で稼いだ。同じ期間男性の就業率は81%から74%まで低下した。1998年には女性労働力はカナダの労働力45%まで上昇した。特に、子供がいる女性(とりわけ幼い子供)の就業率は劇的であった。1976年から1998年の間に3歳以下の子供を持った女性の就業率は32%から64%に倍増した。同じ期間に6歳から15歳の子供を抱

えた女性の就業率は50%から72%に増加した。1998年には3分の2の女性が就業した。

カナダの最近のデータは、女性の労働環境が男性のそれに似つつあることを示している。伝統的に女性がかつて結婚するとき仕事から去った。1990年代にはこれはもはや多くの女性の中では大多数ではなく、子供を産んでから2年以内に仕事に復帰した。近年、共稼ぎの家族はカナダの家族の典型になりつつある。その割合は、今日、10家族中7家族である1967年の34%からの増加)。カナダの家族で、いまだ男性が稼ぎ頭で女性が主婦であるモデルにフィットするのはたった20%の家族である。2つめの家族形態である片親も1990年代に増加した。1996年には片親の家族は110万世帯に達し1991年から19%増加し1986年には36%増加した。これらの数字が男性、女性の稼ぎ頭を含むにもかかわらず片親は女性の領分であった。1996年には女親は男親より4倍多くなった。

さらに、カナダの人口構造の高齢化も仕事-生活のバランスに影響を及ぼし始めている。1950年代と1960年代初頭のベビーブームの後、出生率の低下が続いた結果、人口構造に占める15-24歳の若者のプールを減らした。2001年には20%のカナダ人が65歳以上になると試算されている。この高齢人口はカナダに高齢介護に対する責任を有するカナダ人のさらに多くの人口を費やされることを示している。1996年の国勢調査によると15%のカナダ人は高齢者に何がしかの世話を供給している。バニア研究所は75歳以上の66%は家事、料理、個人のことを家族に頼っていると記述した。この事実は高齢者が増加することにより、多くのカナダ人が彼ら自身の両親の世話が必要となることを提案している。

1991年と1996年の間に0.7%収入が減少した。平均的な家族収入は90年代のあいだに減少している。1990年に平均的な家族収入は57300\$であった。1995年には54600\$になり5%減少した。

スコットはこの家族収入の減少はとりわけ同期間の子供養育費にとって問題となるとしている。女性の収入はかつての家族の金銭的平穏に比較して大切である。カナダの家族の半分近くの女性の稼ぎは25%から49%に増加した。4人家族のうちの1つの女性の稼ぎは半分もしくはそれ以上収入に寄与している。

以上の諸要因によって影響を受けている仕事-生活のバランスとは、日常生活で我々は雇用者としての役割、親としての役割、子供としての役割等多くの役割を演じている。それらの役割が実際に果たされるためには、いずれについても時間や、エネルギー、役割の遂行が必要とされる。仕事-生活の衝突を生じさせる仕事や、仕事をしていない生活からの要求がいくつかの場面で相容れないため、ある役割を果たすことは他の役割を果たすことを困難にする。幾10年間にわたる研究が仕事-生活の領域を分析してくれたのは確かである。しかしながら、研究のパラダイムは労働と生活の分けられた世界に対する没頭から仕事(積極的でも消極的も両方)が家族の領土や逆に仕事と家族、共同体の領域の相互作用と相互関係にあふれ出ることをどのように経験するか的一点に集約される。

なぜここにきて仕事-生活の衝突が論点となるのかについては、1990年代の支配的な経営戦略は人々の発達よりコスト削減であり、カナダ政府はバランスの達成よりも経済、安全、仕事の継続に執着していたからである。女性の労働市場への参入、産業構造の変化に伴う経済力の変容、政府の介入の変化等、この10年間は労働者がとてつもなく大きな変化に直面した時期であり、これにより従来の仕事-生活の関係が変化していったことによる。

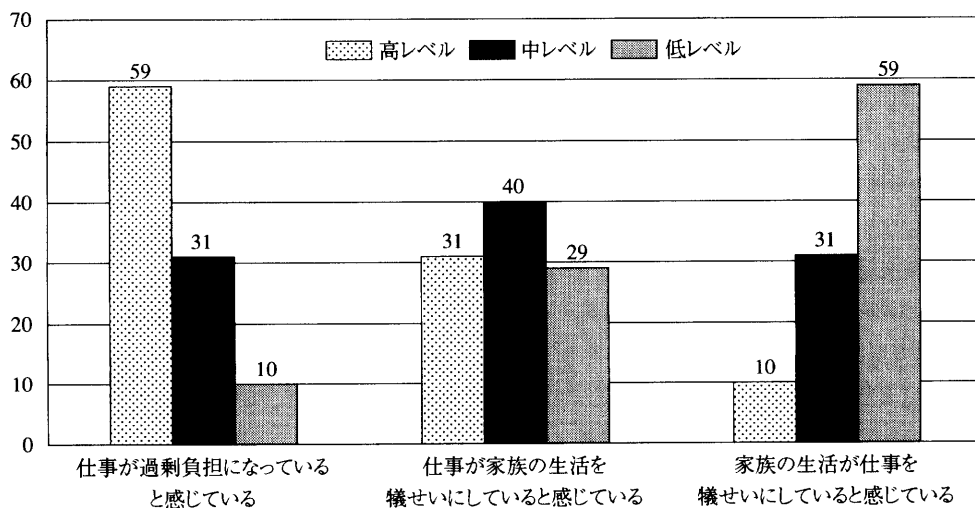
3. 仕事-生活のバランスとストレスとの関連性

2001年の仕事-生活の衝突のデータを図1に示す。これらのデータは、10人中6人のカナダ人労

勤者が過剰負担のレベルの役割を報告していることを示している(彼らは利用できる時間の量に對することが多く、忙しい、彼ら自身のことをする時間が無く、肉体的にも、感情的にも、疲弊していると感じている)。高いレベルで仕事が家庭生活への妨げになると答えた人の割合は3分の1であった(例えば、仕事の要求は家族や友達と家でゆっくり過ごすことを困難にしており、親に親切にすることができず、仕事の計画が個人の趣味を邪魔している)。一方、高いレベルで家族が仕事の妨げになるという人の割合は10分の1でしかなかった(家族での生活が仕事の責任の妨げになる、残業できない、彼らが見たいと思っている仕事や職業の時間の量を費やすことができない)。これらのデータは肉体的、精神的な健康の問題と強く関係があることが分かっている。過重負荷が高いレベルにあることは、欠勤、仕事との関係で心の傷を負うこと、事故などの発生率を上昇させる原因となる。他方、仕事が家族の生活を犠牲にしていると強く感じていることはモラルと組織への忠誠心

の低下と大きく関係している。意識の起伏が大きければ大きいほど、精神の安定はより損なわれることになるからである。

従業員は2001年には家族に使う時間を仕事の要求にまだ合わせている。1991年における同様の調査と比較すると、仕事が家族を犠牲にしていると強く感じていることはこの10年間に3%増加した。家族との生活が仕事を犠牲にしていると感じているという回答者は10年間で増加した。家族との生活が仕事を犠牲にしていると感じている人々の中で、その程度が中レベルだった人の割合は、1991年は27%だったのに対して、2001年には、31%に増加した。同じ期間、従業員が家族のために独立してケアできる時間は一週間に16時間から11時間を下回るくらい減少した。知覚できるほど高いストレスとうつ状態を抱えているカナダ人の割合は10年間で増加している。1991年には48%の回答者が我々のサーヴェイに知覚できるストレスを回答し、3人中1人がうつ状態になったことがあると答えていた。2001年にはストレスを



注：高レベル、中レベル、低レベルは感じ方を示すグループの中で、それぞれ強く感じている、感じている、やや感じていることを示す。

図1 カナダの人々が直面する仕事と生活との間のアンバランス

感じている人の割合は55%にまで増加した。また、うつ状態を経験したことのある人は38%まで増えた。これらの発見と精神面の健康と生命の満足度と間の強い関係は文献によって報告された人生の満足度はこの10年間に渡り減少してきているということは驚くべきことではない(1991年の一番高いときが42%で2001年には40%)。

これまでのところ、仕事と生活の両立の挑戦についての解答は仕事と生活のバランスの変化と従業員の残業が及ぼす精神的な健康状態を見るとフェアではない。この結果は多くのカナダ人労働者にさまざまな弊害をもたらしている。

4. 仕事—生活のバランスを失うことのコスト

雇用主から見ると、仕事と家族の要求のバランスが取れないことは仕事の成果を減らすことになり、欠勤者、転職者、低いコミット、モラルが増加することになる。仕事と生活の衝突は、生産性の減少、動きがのろいこと、予定外の欠勤、急な休み、電話の過度の使用、会議に出ない、仕事への集中ができないことなども繋がっている。カナダの会社の欠席による直接的コストを見積もった著者による最近の研究では仕事と生活のバランスが取れないことによる被害は一年間で3億円以下である。これと同じ研究は高い生活と仕事の衝突を伴った従業員は一年間で13.2日休みやすい—実質問題が無い従業員の5.9日より高い。他の研究者は生活…はより高い欠勤と結びつけた、カナダの統計では例えばカナダ人が仕事を休むことに関係するストレスのコストを見積もるとおおよそ一年につき120億ドルになる。

政府から見ると、最近のカナダ人の健康システムが直面している挑戦は地方と連邦の政策策定者が重要な仕事—生活の衝突と肉体的、精神的健康の間のつながりを見渡すことを受け入れがたい。カナダにおける人口の健康が明白に世界中でベストにもかかわらず、カナダは健康に対しての

支出に関して妬まれるポジションではない。カナダはそのGDPの9—10%を健康に割いている、OECDの他の国に比べてUSのみもっと高いGDPを健康に割く。コスト—維持の戦略は資金調達とヘルスケアのサービスの多くのカナダ人がヘルスケアシステムを“永久の危機”と見ている状態の地域への配達についてのかんがりの関心事と議論が引き起こされた。政府の新しい効率を高める道を調査することによりヘルスケアの“危機”に対する反応の重大であるかどうかにかかわらず、最初の場所でヘルスケアサービスの要求の減少の道の調査についての議論により戻ると同じくらい重要である。最近の研究で高い仕事と生活の両立問題でストレスをもった従業員により作られた医者に対する余分なコストは少なくとも毎年4億2500万カナダドル掛かる。我々の最も最近の研究では高い仕事—生活の衝突を持った人ははっきりと病院にも訪れるし、入院もするし、医療チェックもすることを示唆している。かれらは開業医(籠府、セラピスト、心理学者)を明らかによく使い、薬をよく飲んでる。これらのデータはカナダの労働者の仕事—生活の衝突を減少させることによりカナダ人の健康の改善とヘルスケアの支出の削減に向かって重要なステップを表明した。

5. 仕事—生活のバランスを取り戻すための課題

なぜ、政府と組織が仕事—生活のバランスへの配慮をこれまで以上に重要視しなければならなくなったのかという疑問に関し、90年代は明確にカナダが変化した10年と関係する。従来よりもさらに大きな割合で労働力を求められることにより、親、配偶者等それぞれの役割間のバランス調整が困難になったという事実を反映し、仕事—生活の衝突が明らかに増大した。従業員はさらにストレスが溜まり肉体的にも精神的にも状況は非常に悪いものとなり、それに伴い人生に対する満足度も同様に低下している。同じ期間、従業員の仕事と雇

い主への態度は変化した。仕事についてはよりストレスが溜まるようになり、その満足度は低くなり、組織に対しても忠義を尽くすことはなくなった。彼らはかなり多くの時間を仕事に割いている、職場で対処できなかった仕事を家に持って帰り、夜や週末に仕事を終わらせるために家で作業を行う。カナダのマスコミがかつて“カナダらしい生活に値する時間の流れが崩れた”、だから“シンプルな生活に戻れ”“ストレスに対抗しよう”といった標語に没頭した時期があった。逸話的であるが、このことから我々は、人々は今バランスをとるのにより困難になったとことに気付くのである。それだからこそ経験的に異なった研究(ビジネス、心理学、科学、経済、老齡学、衛生学、ソーシャルワーカー、法的な人的資源、工業)の研究者は仕事と家庭のバランスの論点を扱い、この分野を研究する。

高いレベルでの仕事－生活の衝突はこの10年間に渡り明白であった。仕事－生活の衝突の原因となった大きな社会経済面の変化は次の3つである。(1)多くのカナダ人女性が家の外で賃金労働をしている、(2)多くのカナダ人の家族が経済的に

副収入に頼っている、(3)労働者の不足を伴い、カナダ人の雇用主は彼らの労働力の半分を捨てることはもはやできないほど彼らを活用している。

仕事－生活の衝突をいかにして減少させていくかについては、まず仕事－生活の衝突はこの10年間で増加したことを確認した上で、従業員の肉体的、精神的な健康状態は組織と仕事への満足度を減少させることになるという共通の認識をもつことが必要である。この論文が指摘したこと、すなわち、しばしば仕事－生活の衝突は組織のあり方について否定的な印象を与え、従業員の健康を害し、家族の一員としての役割を果たすことの楽しみを奪い、その結果として健康を維持するために費用をかけることになることに我々は注意を払わなければならない。このような問題意識に従ってこの問題について組織と政府のそれぞれが果たす役割について本論文で検討したが、その結果得られた職場環境に関するアイデアは次の通りである。すなわち、生活時間を大切にするために、仕事の時間や場所の選択ができる伸縮的な雇用形態(パート・タイム労働などの非正規労働)と職場

表1 仕事と生活の両立を援助するための労働条件の調整(カナダの主な研究²⁾に取り上げられた事例

(%)

	Paris, 1989	Akyeampong, 1997	Lero et al., 1993	Duxbury et al., 1991	Higgins et al., 1992	Duxbury and Higgins, 2001
労働条件の調整						
フレックスタイム労働	49	24	32	24	18	19
パートタイム労働	30	19	53	3	—	7
ジョブ・シェアリング	19	1.5	24	—	—	1
CWW	28	—	—	17	1	14
テレワーク・サテライトオフィス	11	9	—	0.2	0.5	1
事業所内託児所	5	—	6	—	—	7
出所	Employer survey: 385 large (2000+ employees) Canadian public and private sector organizations	Labour force survey: nationally representative of Canadian employees aged 15 to 69	Labour force survey: nationally representative of Canadian employees with primary responsibility for child care **	Employee survey: 6,000 + employees working in 6 Canadian federal public sector departments	Employee survey: 17,000 + employees working in 37 Canadian private sector organizations	Employee survey: 25,000 + employees working in 107 Canadian public, private and not for profit organizations

注1：労働条件の調整は諸外国でも行われているが、ここにとり上げたのはカナダの最近の研究だけである。従業員調査が多いが、Paris (1989)だけ事業主調査である。従業員調査と事業主調査で割合が異なるのは、必ずしもすべての従業員が労働条件の調整の対象となるとは限らないためである。

2：— 該当なし

3：** サンプルの95%が女性である。

形態(サテライト・オフィスなど)を活用することである。これに加えて、伸縮的な雇用形態に対応した多様な福利厚生制度や職場環境の改善が図られなければならない。これについては、従業員の仕事と生活の両立を援助するための労働条件の調整に関する事例を比較した6人の研究者の成果をまとめた表1が参考になるだろう。

最後に、政策策定者が今後、政策を時代遅れの家族の定義を根拠とし続けるのであれば彼らは本当の家族のニーズを理解していないと明記すべきである。いまだ多くの政策は1950年代の男性が家族の稼ぎ頭で、母親、父親、子供からなる核家族が理想であったものに基づいている。この論文で検討した社会経済面の変化に加えて、平均寿命の伸び、離婚、再婚などによるさまざまな変化が、伝統的でない家族構成を増加させたり、家族とは何かということを変えた。政府の政策もこれらの諸問題を反映するべきである。

注

- 1) 筆者ら自身によって作られた下記の参考文献を参照。
- 2) 注1と同様。

参考文献

- Akyaempong, E. (1997). Work arrangements: 1995 overview. In: Statistics Canada, *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue 75-001XPE, Spring, 48-52.
- Akyaempong, E. (1998). Work absences: New data, new insights. In: Statistics Canada, *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue 75-001XPE, Spring, 16-22.
- Atkinson Letter, (1999) *Are Canadians Working Too Many Hours?* Part 2, October.
- Baker, M. (1995), *Canadian Family Policies: Cross-National Comparisons*, University Of Toronto Press: Toronto
- Barling, J. (1990), *Employment, Stress and Family Functioning*. John Wiley and Sons: Chichester, England
- Beaujot, R. (1991). *Population Change in Canada: The Challenges of Policy Adaptation*, McClelland and Stewart: Toronto.
- Betcherman, G., McMullen, K., Leckie, N. and Caron, C. (1996). *The Canadian workplace in transition*. Kingston: Queen's University, Industrial Relations Centre.
- Bond, J., Galinsky, E. and Swanberg, J. (1997). The 1997 National Study of the Changing Workforce, Family and Work Institute: New York.
- Bowen, G. and Pittman, J. (1995). *The Work and Family Interface: Toward a Contextual Effects Perspective*, Family Focus Series, NCFR, Minneapolis MN.
- Canadian Home Care Association, (1998). *An Overview of Publicly Funded Home Care Programs in Canada*, National Conference on Home Care, March.
- CCSD, (1996). *Family Security in Insecure Times: Volumes 2 and 3*, Canadian Council on Social Development: Ottawa.
- CCSD, (1998), *The Progress of Canada's Children*, Canadian Council on Social Development: Ottawa.
- CLC, (1998a). *Unemployment Insurance Bulletin*, Canadian Labour Congress: Ottawa, June, Volume 1.
- CLC, (1998b). *Left Out in the Cold*, Canadian Labour Congress: Ottawa
- CLMPC, (1997). *Changing Times, New Ways of Working*, Canadian Labour Market and Productivity Center: Ottawa, April.
- Conger, J. (1998). How "Gen X" Managers Manage, *Strategy and Business*, First Quarter, 21-29.
- Cote, D. (1998). *Who Will Be Responsible for Providing Care? The Impact of the Shift to Ambulatory Care and of Social Economy Policies on Quebec Women*, (Translation), Status of Women: Ottawa.
- Coyte, P. and McKeever, P., (1999). The Perils of Rushing Into Home Care, *Globe and Mail*, March 29, pg. A15.
- Duxbury, L., Dyke, L., and Lam, N. (2000). *Managing High Tech Employees*, Carswell Press: Toronto
- Duxbury, L. & Higgins, C. (1991). Gender Differences in Work-Family Conflict, *Journal of Applied Psychology*, 76, 60-74.
- Duxbury, L. Higgins, C. Lee, C. & Mills, S. (1991). *Balancing Work and Family: A Study of the Canadian Public Sector*, Prepared for The Department of Health and Welfare Canada (NHRDP), Ottawa, Ontario.
- Duxbury, L., Higgins, C. & Lee, C. (1994). Work-Family Conflict: A Comparison by Gender, Family Type and Perceived Control, *Journal of Family Issues*, 15, 449-466.
- Duxbury, L. & Higgins, C. (1994). Families in the Economy, in M. Baker (ed). *Family Policy*, Vanier Institute, Ottawa, Ontario, 29 to 40.
- Duxbury, L. and Higgins, C. (1995). Obstacles to Productivity: Do You Have a Supportive Manager, *Recruiting and Supervision Today*, January, 10-11, 22.
- Duxbury, L. & Higgins, C. (1997). Supportive Managers: What are They? Why do they Matter? *HRM Research Quarterly*, 1, Winter, 1-4.

- Duxbury, L. and Higgins, C. (1998). *Work-life Balance in Saskatchewan: Realities and Challenges*, Government of Saskatchewan: Regina.
- Duxbury, L., Higgins, C., & Johnson, K. (1999) *An Examination Of The Implications And Costs Of Work-Life Conflict in Canada*, Department of Health: Ottawa
- Duxbury, L. and Higgins, C. (2001), *Work-Life Balance: Rhetoric versus Reality*, Canadian Policy Research Network: Ottawa.
- Fast, J. and de Pont, M. (1997). Changes in Women's Work Continuity, *Canadian Social Trends*, Autumn.
- Foot, D. (1996). *Boom, Bust & Echo. How to profit from the coming demographic shift*. Toronto: Macfarlane Walter & Ross.
- Friedman, D. and Johnson, A. (1996). *Moving from programs to culture change: The next stage for the corporate work-family agenda*. New York: Families and Work Institute.
- Frieler, C. (1998). *Benefiting Canada's Children: Perspectives on Gender and Social Responsibility*, Status of Women: Ottawa.
- Frone, M. and Rice, R. (1987). Work-family Conflict: The Effect of Job and Family Involvement, *Journal of Occupational Behaviour*, 8, 45-53.
- Frone, M., Russel, M. and Cooper, M. (1992), Prevalence of Work-Family Conflict: Are Work and Family Boundaries Asymmetrically Permeable? *Journal of Occupational Behaviour*, 13, 723-729.
- Frone, M., Russel, M. and Barnes, G., (1996). Work-family Conflict, Gender and Health Related Outcomes: A Study of Employed Parents in Two Community Samples, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 57-69.
- Frone, M., Russel, M. and Cooper, M., (1997). Relations of Work-family Conflict to Health Outcomes: A Four Year Longitudinal Study of Employed Parents, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 325-335.
- Galinsky, E. and Stein, P. (1990), The Impact of Human Resource Policies on Employees: Balancing Work/Family Life, *Journal of Family Issues*, 11, 368-383.
- Galinsky, E., Friedman, D., and Hernandez, C. (1991). *The corporate reference guide to work-family programs*. New York: Families and Work Institute.
- Ganster, D. and Schaubroek, J. (1999). Work-Related Stress and Employee Health, *Journal of Management*, 17, 235-271.
- Gautier, A. (1996). *The State and The Family: A Comparative Analysis of Family Policies in Industrialized Countries*, Oxford University Press: London.
- Gionfriddo, J. and Dhingra, L. (1999) Retaining High Tech Talent, *Compensation and Benefits Review*, Sept/Oct.), 31-35.
- Higgins, C., Duxbury, L. & Lee, C. (1992). *Balancing Work and Family: A Study of the Canadian Private Sector*, National Centre for Research, Management and Development, London, Ontario.
- Higgins, C., Duxbury, L. & Lee, C. (1994). Impact of Life-cycle Stage and Gender on the Ability to Balance Work and Family Responsibilities, *Family Relations*, 43, 144-150.
- Higgins, C.A. and Duxbury, L.E. (1999). Managing for Success, Being a Supportive Leader. pp. 266-271. Monica Fleck (ed.), Harper Collins Publishers Ltd., Toronto, Canada.
- Hochsfield, A. (1989), *The Second Shift*, Viking Penguin: New York.
- Hochsfield, A. (1997), *The Time Bind: When Work Becomes Home and Home Becomes Work*, Holt: New York.
- Jick, T., & Mitz, L. (1985). Sex differences in work stress. *Academy of Management Review*, 10, 408-420.
- Johnson, L. (1997). *Changing Families, Changing Workplaces: Case Studies of Policies and Programs in Canadian Workplaces*, HRDC: Ottawa, Cat. L38-51/1994E.
- Johnson, K., Duxbury, L. & Higgins, C. (1997). *Making Work and Lifestyle Initiatives Work: Beyond Best Practices*, prepared for Industry Canada, Ottawa, Ont.
- Johnston, W. and Packer, A. (1987). *Workforce 2000: Work and workers for the 21st century*. Indianapolis: Hudson Institute.
- Kanter, R.M. (1979), *Men and Women of the Corporation*, Sage: New York.
- Kamerman, S. and Kahn, A. (1987). *The responsive workplace. Employers and a changing labor force*. New York: Columbia University Press.
- Karasek, R., Gardell, B., & Lindell, J. (1987). Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. *Journal of Occupational Behaviour*, 8, 187-207.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 29, 285-308.
- Kingston, P. (1990). Illusions and ignorance about the family-responsive workplace. *Journal of Family Issues*, 11, 4, 438-454.
- Lamert, S. (1990). Processes Linking Work and Family: A Critical Review and Research Agenda, *Human Relations*, 32, 239.
- Leiter M. and Durup, M., (1996). Work, Home and In-Between: A Longitudinal Study of Spillover, *The Journal of Applied Behavioural Science*, 32, 29-47.

- Lero, D., Brockman, L., Pence, A., Goelman, H. and Johnson, K. (1993). *Workplace benefits and flexibility: A perspective on parents' experiences*. Ottawa: Statistics Canada. Catalogue 89-530E.
- Lord, M. and King, M. (1991). The state reference guide to work-family programs for state employees. New York: Families & Work Institute.
- Lero, D. and Johnson, K. (1994). *110 Canadian statistics on work and family*. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women.
- Lowe, G. (2000) *The Quality of Work: A People Centred Agenda*, Oxford University Press: Toronto.
- Lowe, G. and Schellenberg, G. (1999). *Changing Employment Relationships: Implications for Workers, Employers and Public Policy*, CPRN, Ottawa.
- Mathews, L., Conger, R. and Wickrama, K., (1996). Work-family conflict and marital quality: Mediating processes, *Social Psychology Quarterly*, 59, 62-79.
- MacBride-King, J. (1990). *Work and family: Employment challenge of the '90s*. Ottawa: Conference Board of Canada.
- National Forum on Health (1996). *Maintaining a national health care system: A question of principles... and money*. Ottawa: National Forum on Health.
- O'Neil, R. & Greenberger, E. (1994). Patterns of commitment to work and parenting: Implications of role strain, *Journal of Marriage and the Family*, 56, 101-112.
- Paris, H. (1989). *The corporate response to workers with family responsibilities*. Ottawa: Conference Board of Canada.
- Quick, J., Nelson, D., & Hurrell, J. Jr. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rashid, A., (1998). Family Income Inequality: 1970-1995, *Perspectives on Labour and Income*, 10, 1.
- Report of the Advisory Group on Working Time and the Distribution of Work, (1994) *Report of the Advisory Group on Working Time and the Distribution of Work*, Supply and Services Canada: Ottawa, Catalogue Number LT-O11-12-94
- Schellenberg, G. and Ross, D., (1997). Left Poor by the Market: A Look at Family Poverty and Earnings, *Social Research Series No. 2*, Canadian Council on Social Development: Ottawa
- Schlussel, Y. James, G. and Pickering, T., (1992). *Gender Differences in the Effects of Occupational and Domestic Roles on Cardiovascular Risks*, American Sociological Association: New York.
- Schwartz, F. (1992). Women as a business imperative. *Harvard Business Review*, March-April, 105-113.
- Katherine Scott, (2000) *Work Family and Community: Key Issues and Directions for Future Research*, Labour Bureau, HRDC, Ottawa. (Also see <http://labour.hrdc-drhc.gc.ca/doc/wlb-ctp/ccsd-ccds/c1-en.html>)
- Status of Women, (1995). *Setting the Stage for the Next Century: The Federal Plan for Gender Equality*, Status of Women: Ottawa.
- Skrypnek, B. and Fast, J. (1996), Work and Family Policy in Canada: Family Needs, Collective Solutions, *Journal of Family Issues*, 17, 793-812.
- Statistics Canada (1993). Historical Labour Force Statistics, Statistics Canada: Ottawa, Catalogue no. 71-201.
- Statistics Canada (1997a), CANSIM, Matrix 6367.
- Statistics Canada (1997b). *Historical labour force statistics*. Ottawa: Statistics Canada, Catalogue 71-201.
- Statistics Canada (1997c). *Labour force annual averages*. Ottawa: Statistics Canada, Catalogue 71-529.
- Statistics Canada (1997d). *Characteristics of dual-earner families*. Ottawa: Statistics Canada, Catalogue 13-215-XPB.
- Statistics Canada (1997e). *1996 Census: Marital status, common-law unions and families*. The Daily, Tuesday, October 14.
- Statistics Canada (1997f). *Labour force update: Hours of work*. Ottawa: Statistics Canada, Catalogue 71-005-XPB.
- Statistics Canada, (1998), Labour Force Historical Review (microdata file), Statistic Canada: Ottawa.
- Statistic Canada, (June 1998). Family Income After Tax, 1996. *The Daily*, June 22, Statistic Canada: Ottawa
- Statistics Canada, (October, 1998), Earning Characteristics of Two-Partner Families, *The Daily*, October 23, Statistic Canada: Ottawa
- Statistics Canada (1999). *National Population Health Survey, 1996-97, 2nd Cycle*.
- Statistics Canada, (January, 1999) Labour Force Update: An Overview of the Labour Market 1998, *The Daily*, January 27, Statistic Canada: Ottawa
- Statistics Canada, (2000). *Women in Canada 2000: A Gender Based Statistical Report*, Statistics Canada: Ottawa, Catalogue no. 89-503-XPE.
- Stone, T. and Meltz, N. (1993). *Human Resource Management in Canada*, Dryden Press: Toronto.
- Thomas, L. & Ganster, D. (1995). Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective. *Journal of Applied Psychology*, 80, 6-15.
- Towers Perrin & Hudson Institute (1991). *Workforce 2000. Competing in a seller's market: Is Canadian management prepared?*
- UT-Houston Work/Life (2001). *Work-Family Task Force Report*, <http://www.uth.tmc.edu/family/wftfcost.html>

Vanier Institute, (1997). *From the Kitchen Table to the Boardroom Table: The Canadian Family and the Workplace*, Vanier Institute of the Family: Ottawa.

Vanderkolk, B. and Young, A. (1991). *The work and family revolution: How companies can keep employees happy and business profitable*. New York: Facts on File, Inc.

Vanier Institute (1994) *Profiling Canada's Families I*, Vanier Institute of the Family, Ottawa.

Vanier Institute (2000) *Profiling Canada's Families II*, Vanier Institute of the Family, Ottawa.

Yukon Declaration on Economic Equality of Women. (1992), *Yukon Declaration on Economic Equality of Women*, Supply and Services Canada: Ottawa.

(Linda Duxbury School of Business, Carleton University)

(Chris Higgins Richard Ivey School of Business,

University of Western Ontario)

(こばやし・のぶひこ

国立社会保障・人口問題研究所客員研究員)

(かねこ・よしひろ

国立社会保障・人口問題研究所

社会保障応用分析研究部第一室長)

地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の展開

—日本とカナダの比較—

金子 能宏
小島 克久

■ 要約

本稿では、日本とカナダの人口構造の相違を地域格差の起源に触れながら概観した上で、地域格差と所得格差を考慮したカナダの社会保障研究の動向を概観した。そして、地域ブロック別に見た当初所得、可処分所得、再分配所得それぞれのジニ係数を計測して、日本における地域格差と所得格差の関連性と所得再分配政策の役割を検討した。地域ブロック別のジニ係数の計測結果によれば、税制や社会保障政策を通じた所得再分配機能により、どの地域ブロックでも当初所得の格差よりも可処分所得や再分配所得の格差の方が小さい。しかし、地域ブロック別に見た可処分所得のジニ係数が決して一様ではないことから、各地域ブロックで可処分所得の分布にある程度の不平等が見られるのみならず、その不平等の程度が地域ブロックごとに異なっていることが見いだされた。このことは、日本の医療改革ではこれまでどの地域においても一律の自己負担の引き上げがとられてきたが、このような改革を評価するには、カナダの社会保障研究が示すように、地域格差と所得格差を考慮した研究の積み重ねが必要であることを示唆している。

■ キーワード

人口構造、地域格差、所得格差、ジニ係数、パフォーマンス計測

1. はじめに

平成13年2月に発表された「高齢社会対策大綱」では、世代間の連帯を強化していくことが横断的に取り組む課題とされ、そのために、社会保障制度においても世代間の公平性に配慮した給付と負担の均衡を図るとともに、負担能力のあるものには能力に応じて公平に負担を求めるという指針が示された。このような視点は、高齢者医療制度改革における患者負担の見直しでは、低所得者に配慮しつつ完全定率負担とするとともに、一定以上の所得の者に対しては応分の負担とするという、大綱の健康・福祉に関する課題においても示されている。

このような課題が提示されるようになった背景には、公的年金改革の議論の中で給付と負担の関係における世代間の公平性が広く理解されるよう

になったことに加えて、1990年代に入って経済成長率が低下し現役世代の所得の伸びが小さくなったにもかかわらず、高齢化によって現役世代と引退世代を合わせてみると所得格差が拡大する可能性が指摘されるようになったからである。所得格差が拡大しているかどうかの判断はデータに基づく慎重な分析が必要であり、このような問題意識に従って、1990年代後半以降、わが国では所得格差の実態把握と要因分析に関する多くの実証分析が行われてきた。

所得格差の実態と社会保障制度の役割については、『平成11年版 厚生白書』が、わが国の所得分布の時系列的变化をジニ係数の比較により示すとともに、累進所得税制や所得控除などによって租税が再分配効果を発揮した後の所得分布のジニ係数と、年金や失業保険や児童手当などの社会保

障制度による所得移転が再分配効果を発揮した後のジニ係数を比較して、社会保障制度の持つ所得再分配効果を確認している。しかし、近年、所得再分配前の所得(当初所得)のジニ係数が1980年代に比べて1990年代の方が高くなった事実の解釈をめぐる多くの実証分析に基づいて、近年、所得格差が人口構造の高齢化と関係していることが広く認識されるようになった。

所得分布は、遺産等それぞれのコーホートが生まれたときに受け取る所得の分布が変化しても、またそれぞれのコーホートの人々が働くときに得られる賃金所得や事業所得の分布が変化しても変化する。さらに、後者の分布は、学歴間賃金格差や年功賃金がある場合には、年齢が高くなるほど所得が大きくなる傾向の影響などによって、年齢が上がるにつれて不平等化する可能性がある。大竹・斎藤(1999)は、このように所得格差の要因をコーホート効果と年齢が上がることによる高齢化効果に分ける Deaton and Paxson の方法を1981年と1993年の「所得再分配調査」に基づく実証分析に応用して、コーホート別にみた高齢化効果とコーホート効果とが相まって拡大していることを示した。同様の方法を用いて平成1年から平成7年の「国民生活基礎調査」から構成したコーホート別および年齢別データに基づいて分析を行った岩本(1999, 2000)によっても、高齢化効果による所得格差の存在が見いだされている。また、金子(2000)は、Lerman and Yatzaki によるジニ係数の要因分解を1981年、1993、1996年の「所得再分配調査」に基づく実証分析に応用して、年齢が上がるにつれてジニ係数が上昇する要因として、雇用者所得の格差と報酬比例部分によってこれに連動する年金所得の格差が上げられることを指摘した。さらに、小島(2001)は、「国民生活基礎調査」を用いて、わが国の所得格差の変化(1985年から1997年)には、人口高齢化が相当程度影響を与えていることに加えて、世帯構造の高齢化も寄与していること

を明らかにしている。その一方で年金などの社会保障給付が高齢者、特に低所得の高齢者の所得源泉として重要であることも示している。

このように、人口構造の高齢化は所得格差の実態とこれに対する社会保障制度を通じた所得再分配政策の役割について影響を及ぼすが、高齢化の早さの相違や高齢化の地域格差という高齢化の中身にまで考慮した所得格差の実態把握や所得再分配政策の役割に関する考察は、これまで十分には行われてこなかった。これに対して、民族のモザイクとよばれる人口構造を持つカナダは、国全体として高齢化が進んでいる中で、移民が建国の当初から進んだ州と、今なお移民が入りつつある州との間で高齢化率が相違するような人口構造の相違に注目した所得格差の研究が進められている。4節で指摘するように、所得格差の地域格差はわが国においても見られることであるが、これまでの所得格差に関するわが国の実証分析では、十分に検討されてこなかった問題である。これに対して、カナダでは地域格差と所得格差との関係に留意した社会保障研究が進められつつある。

したがって、本稿では、カナダにおけるこのような社会保障研究の動向を概観した上で、日本における地域格差と所得格差に配慮した社会保障研究の課題について考察する。そのために、まず地域格差の起源に触れながらカナダと日本の人口構造の相違を概観した上で、カナダにおける地域格差と所得格差との関係に留意した社会保障研究の動向を概観する。そして、このような観点からの分析を試みるために、一人当たり当初所得、可処分所得および再分配所得のジニ係数を計測して、その結果を用いて所得再分配政策の効果について考察する。最後に、このようなジニ係数の計測結果から把握される日本の地域格差と所得格差の実態を踏まえた場合に、カナダにおける社会保障研究の動向が示す日本の社会保障研究の今後の課題について述べる¹⁾。

2. 日本とカナダの人口構造の相違

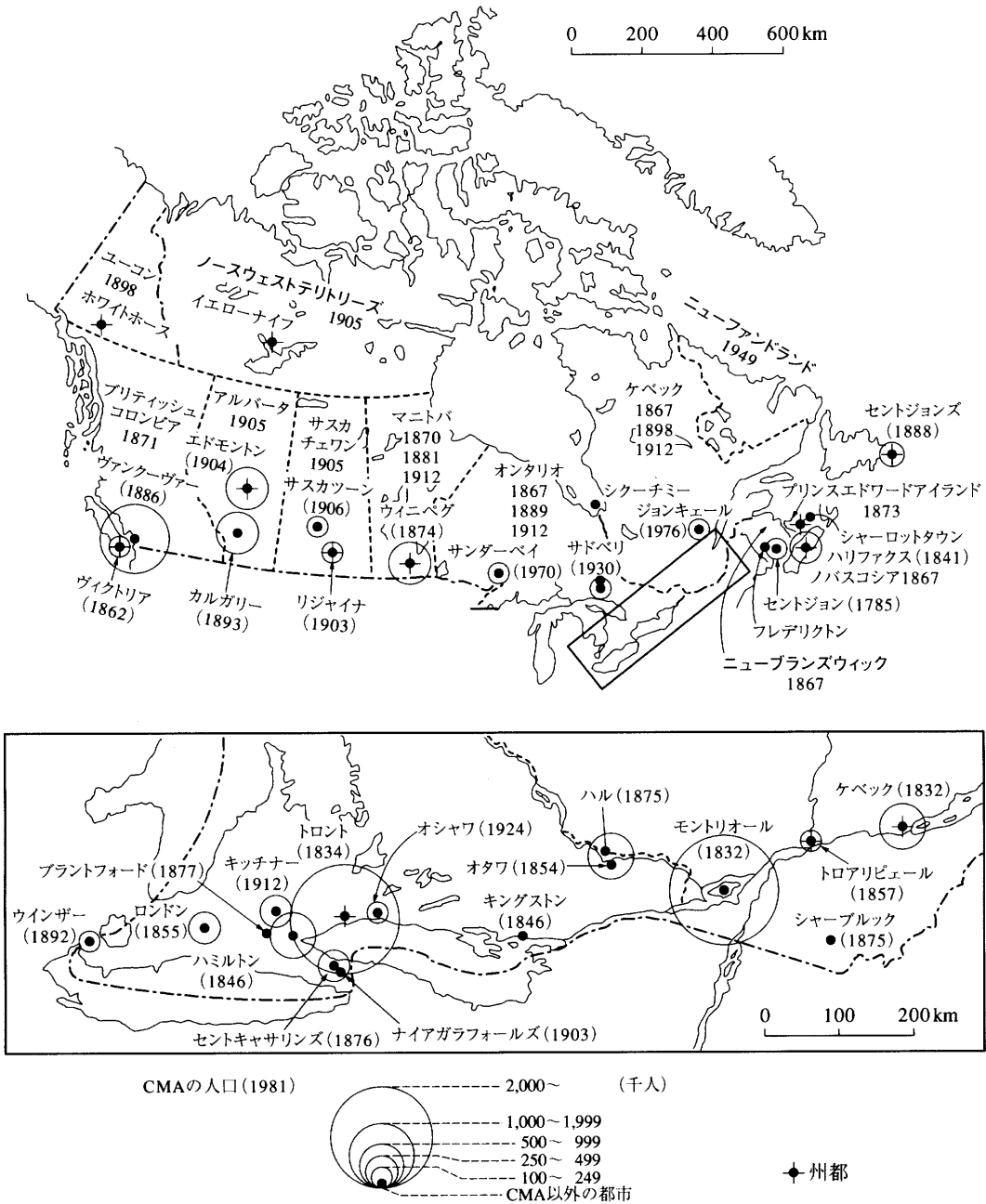
2.1 カナダの国家形成と人口増加の過程

日本とカナダの人口構造の相違は、歴史的に見ると人口増加の過程の長さが日本は非常に長いものに対して、カナダは先住民と移民が接触した後に人口増加が続いたために²⁾、その長さが比較的短くかつ多民族国家を形成していることである。わが国が室町時代から戦国時代に移り変わるさ中にあった1497年に、イギリスが派遣したイタリア人ジョン・カボットがカナダの東海岸を発見し、上陸した島をセントジョン島と名付けた。これに続いて、1534年に、フランスのジャック・カルチエがガスペ島に上陸してフランス領土を宣言した。このように、カナダの移民は当初から、イギリス系移民とフランス系移民が対峙する形で始まった。フランスは、1610年にシャンプランがケベック砦を建設し、ヒューロン湖地方を探検したことを足がかりに、「ニューフランス(ヌーベルフランス)会社」を設立して、カナダの植民地経営をこの会社に任せることとなった。これに対して、1670年にイギリスが「ハドソン湾会社」を設立し、大西洋沿岸の開拓を開始した。その後、フランスとイギリスは半世紀以上にわたって植民地争奪戦を展開したが、1702年～1713年のアン女王戦争と1755年～1763年のフレンチ・インディアン戦争でイギリスが勝利したため、ニューファンドランド、アカディア、ハドソン湾が英領となり、ニューフランスが英領ケベック植民地となった。

その一方、1776年にアメリカ合衆国がイギリスから独立したことにより、領土拡張を図るアメリカの脅威があらたにカナダの植民地に影響を及ぼし始めた。1864年に、プリンスエドワード島で英領北アメリカ全域の連合を図る植民地代表者会議が開催されて、自治領カナダ結成への動きが強まったことを受けて、1867年、イギリス国会において英領北アメリカ法が成立した。これによって、カナダ・イースト(現オンタリオ州)、カナダ・ウェスト(現ケベック州)、ノバスコシア、ニューブランズウィックの4植民地が

まとめ、自治領カナダが成立し、連邦政府が樹立された(図1参照。州の名前の下に、その州の成立年が示されている)。さらに、1873年までにブリティッシュ・コロンビア州とプリンス・エドワード州が連邦に参加し、1898年にはユーコン準州が成立した(図1参照)。1905年には、アルバータ州とサスカチュワン州がルパートランドから分離して連邦に加わり、ルパートランドの残りの地域がノースウェスト準州となった(図1参照)。そして第2次世界大戦後の1949年に、10番目の州、ニューファンドランド州が連邦に加わり、現在のカナダ連邦が成立した(図1参照)。なお、1999年にノースウェスト準州からヌナブト準州が分離・成立している。

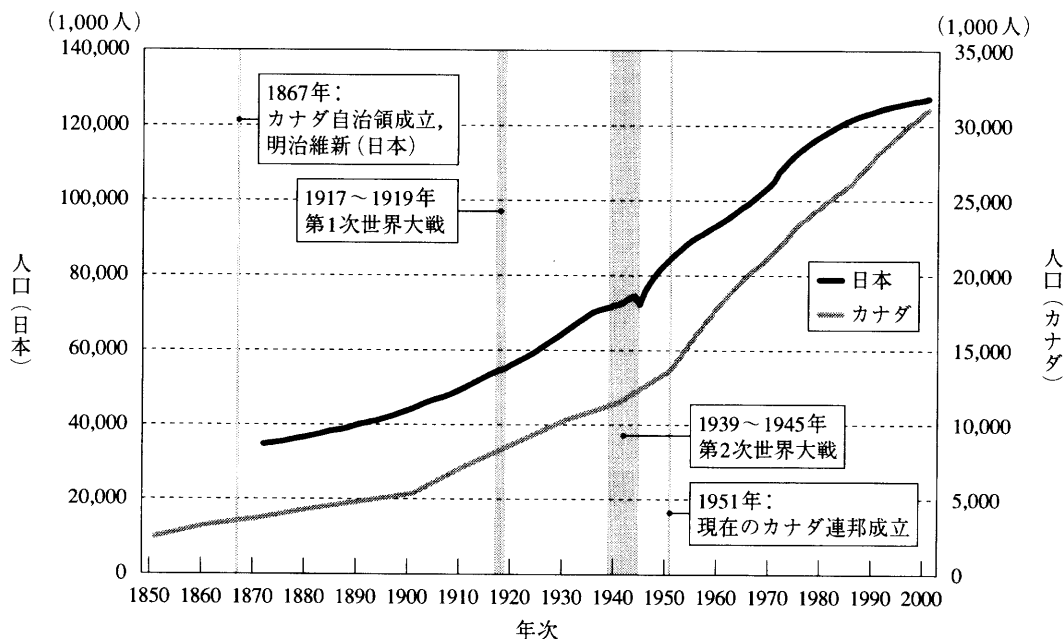
コーリン・クラーク³⁾によれば、アメリカ合衆国とカナダ連邦それぞれの成立に至る植民地領域の人口は、16世紀から18世紀まで100万人台で推移し、19世紀に600万人に増加したとされている。1851年に行われたセンサスによると、244万人が当時の「カナダ」に住んでいたことが明らかにされている。これに対して、日本の人口は近代以前、既に平安時代に644万人に達したと推定されている⁴⁾。自治領カナダが成立し、連邦政府が樹立された1867年は明治維新の始まりに当たるが、この年の日本の人口は3383万人と推定されている⁵⁾。その後の日本の人口増加は、図2の通りであるが、およそ100年後の1970年に人口が1億人を突破した。これは1867年の水準の3倍に相当する。これに対して、現在のカナダ連邦の人口は3108万人である(表1)。現在の形のカナダ連邦が成立した翌年1950年は1374万人であったから、この50年間に人口が3倍近くに増加したことになる。対応する期間の日本の人口は8411万人から1億2729万人へと、およそ1.5倍の増加となっており、カナダにおける人口増加ペースの方が日本よりも大きいことが分かる。このように人口が大きく増加した最大の要因は人口の自然増加であるとされている⁶⁾。なぜならば、第2次世界大戦以後、アメリカ経済の拡大とともにカナダの経済も



注：CMA (Census Metropolitan Area)：人口10万人以上の都市化中心地、あるいは連担市街地 (2km以上の断絶を持たずに連続している市街地)と、その主な都市圏の範囲がこのような呼ばれる。主な都市圏とは次のような自治体を指す。1. 完全にあるいは部分的に都市化中心地の中に入る自治体, 2. その自治体に住む就業者の、少なくとも40%以上が都市化中心地で従業している自治体, 3. その自治体で働く従業者の、少なくとも25%以上が都市化中心地に住んでいる自治体。(Statistics Canada: 1981 Census Dictionary, 1982, による.)

出所：山口岳志編：世界の都市システム, 古今書院, 1985.⁷⁾

図1 カナダの州・都市の分布とそれらの成立年次



資料：日本は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、総務省統計局「国勢調査」及び「各年10月1日現在推計人口」による。カナダはセンサス結果による。

図2 カナダと日本の人口の推移

表1 カナダ連邦の各州・準州の人口と年齢3区分別人口

州・準州	人口 1996年	人口 2001年	人口増加率	人口割合%	1996年(%)			2001年(%)		
					15歳未満 人口割合	15～64歳 人口割合	65歳以上 人口割合	15歳未満 人口割合	15～64歳 人口割合	65歳以上 人口割合
カナダ連邦	28,846,760	31,081,887	7.74827745	100	20.5	67.3	12.2	18.8	68.6	12.6
Newfoundland	551,795	533,761	-3.268243	1.7172735	19.9	69.3	10.8	16.9	71.2	11.8
Prince Edward Island	134,555	138,514	2.9422913	0.4456422	21.6	65.4	13.0	19.2	67.5	13.3
Nova Scotia	909,280	942,691	3.6744457	3.0329272	19.8	67.1	13.1	17.8	68.8	13.4
New Brunswick	738,130	757,077	2.566892	2.4357498	19.6	67.8	12.6	17.7	69.3	13.0
Quebec	7,138,795	7,410,504	3.8060905	23.841873	19.2	68.7	12.1	17.6	69.4	13.0
Ontario	10,753,575	11,874,436	10.423148	38.203717	20.6	67.0	12.4	19.2	68.2	12.6
Manitoba	1,113,900	1,150,034	3.2439178	3.7000135	22.0	64.4	13.7	20.7	65.8	13.5
Saskatchewan	990,240	1,015,783	2.5794757	3.2680867	23.1	62.2	14.7	21.2	64.2	14.6
Alberta	2,696,825	3,064,249	13.624317	9.8586325	22.8	67.3	9.9	20.5	69.4	10.2
British Columbia	3,724,500	4,095,934	9.9727212	13.177881	19.7	67.5	12.8	17.7	69.1	13.2
Yukon	30,765	29,885	-2.860393	0.0961492	24.0	71.6	4.4	20.4	73.9	5.7
Northwest Territories	64,400	40,860		0.1314592	32.6	64.4	3.0	26.7	69.0	4.2
Nunavut		28,159		0.0905962				36.8	60.6	2.6

出所：Statistics Canada (カナダ統計局) ホームページ

拡大して生活水準が向上したため乳幼児死亡率の低下と平均余命の伸びがもたらされたからである。また、経済の拡大による労働市場の拡大は増加する国内の労働力人口を吸収するとともに、移民の受け入れを可能にした。これにより、人口の社会増加

をもたらした。しかし、カナダの人口分布は、自然環境の影響もあって現在もお州や準州の間で決して一様ではない(表2)。

表1から、カナダ連邦の人口の約6割が連邦樹立の中心的役割をになったケベック州(旧カナダ・

ウェスト)とオンタリオ州(旧カナダ・イースト)に集中しており、これに1870年代から発展したブリティッシュ・コロンビア州の人口を合わせると、これら三つの州にカナダの人口の71%に達することがわかる。しかし、人口増加率を見るとこれら三つの週にも格差があり、オンタリオ州、ブリティッシュ・コロンビア州に加えてアルバータ州が高い人口増加率を示しているのに対して、ケベック州の人口増加率は3.8%と相対的に低い。さらに、ユーコン準州とニューファンドランドの人口増加率はマイナスを示している。このような人口増加率の格差と民族による平均余命の格差とが影響し合う結果、65歳以上人口割合の州・準州の間に複雑な格差が見られる。平均余命の長いヨーロッパ系国民の多いニューファンドランド、ノバスコシア、ニューブランズウィックやケベック州では65歳以上人口割合が13%以上であるのに対して、イヌイットの占める割合が他の州・準州よりも多いユーコン準州やノースウェスト準州ではこの割合が5.4%と4.2%と

表2 カナダの州・準州別の世帯数と1世帯当たり平均世帯人員数(2001年)

Region	Private Households	Average number of persons per household
Canada	10,820,055	2.6
Newfoundland	185,500	2.9
Prince Edward Island	47,960	2.7
Nova Scotia	342,595	2.6
New Brunswick	271,155	2.7
Quebec	2,822,030	2.5
Ontario	3,924,510	2.7
Manitoba	419,385	2.6
Saskatchewan	372,820	2.6
Alberta	979,175	2.7
British Columbia	1,424,635	2.6
Yukon	11,465	2.6
Northwest Territories	18,825	3.4

出所: Statistics Canada (カナダ統計局) ホームページ

いう低い値となっている。その結果、カナダ連邦における65歳以上人口の割合は12%となっている。

このような人口分布の偏りと人口増加率の格差がある一方、カナダでは1世帯当たり平均世帯人員数には大きな格差が見られない(表2)。1世帯当たり平均世帯人員数がイヌイットの占める割合が多いノースウェスト準州の3.4を除いて、どの州・準州でも2.6ないし2.7となっているのは、これらの州で核家族世帯と単独世帯の割合が高いからである。このような状況に加えて出生率の低下と65歳以上人口割合が12%に達していることから、老後の生活保障は家族よりも社会保障制度を重視せざるを得ない状況にあり、カナダにおいても人口構造の高齢化が重要な社会政策上の課題となっている。

2.2 日本とカナダの将来推計人口

2000年(平成12年)の日本の総人口は、同年の国勢調査によると1億2693万人であった。これを推計の基礎とする2002年1月の将来推計人口(中位推計)によれば、平成18(2006)年の1億2774万人をピークに人口が減少することが予測されている。すなわち、平成27(2015)年には、現在の人口を下回り、平成62(2050)年にはおよそ1億60万人になると予測されている。

また、人口の年齢構造についてみると、2002年1月の将来推計人口(中位推計)によれば、年少(0~14歳)人口割合は2000年の14.6%から減少を続け、2005年には14%台を割り込み、2036年の11.0%を経て、2050年に10.8%になると予測されている。生産年齢(15~64歳)人口割合は、2000年の68.1%から減少を続け、2020年の60.0%を経た後も緩やかな縮小を続け、2050年に53.6%になると予測されている。そして、老年(65歳以上)人口割合は2000年の17.4%から、2014年に25%台に、2033年には30%台に達した後も出生率の低下の影響を受けて上昇が続き、2050年には35.7%に達することが予測されている⁸⁾。

表3 カナダと日本の将来人口見通し

年次	人口(1,000人)				割合(%)		
	総数	年少人口 (0～14歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)	年少人口 (0～14歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)
カナダ							
2001年	31,002	5,819	21,248	3,935	18.8	68.5	12.7
2006年	32,229	5,527	22,400	4,302	17.1	69.5	13.3
2011年	33,362	5,246	23,270	4,846	15.7	69.8	14.5
2016年	34,420	5,241	23,477	5,702	15.2	68.2	16.6
2021年	35,382	5,334	23,377	6,671	15.1	66.1	18.9
2026年	36,191	5,382	23,056	7,753	14.9	63.7	21.4
日本							
2000年	126,926	18,505	86,380	22,041	14.6	68.1	17.4
2005年	127,708	17,727	84,590	25,392	13.9	66.2	19.9
2010年	127,473	17,074	81,665	28,735	13.4	64.1	22.5
2015年	126,266	16,197	77,296	32,772	12.8	61.2	26.0
2020年	124,107	15,095	74,453	34,559	12.2	60.0	27.8
2025年	121,136	14,085	72,325	34,726	11.6	59.7	28.7
2030年	117,580	13,233	69,576	34,770	11.3	59.2	29.6
2035年	113,602	12,567	65,891	35,145	11.1	58.0	30.9
2040年	109,338	12,017	60,990	36,332	11.0	55.8	33.2
2045年	104,960	11,455	57,108	36,396	10.9	54.4	34.7
2050年	100,593	10,842	53,889	35,863	10.8	53.6	35.7

資料：日本は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」、カナダはカナダ統計局
 “Population Projections for Canada, the Provinces and Territories (2001)”による。

2.1で述べた理由により、カナダにおいても人口増加の低下と高齢化は避けられない。カナダにおいても将来推計人口は、出生率、死亡率について異なる想定を置いた三つの推計(高位、中位、低位)を公表している(表3)。この中位推計によれば、2001年の総人口3100万人が、2016年に3442万人、2026年には3619万人まで緩やかに増加する。しかし、高齢化は着実に進行し、65歳以上人口割合は、2001年の12.7%から、2016年には16.6%、2026年には21.4%に達することが予測されている。このように、カナダにおいても急速な高齢社会への変化が明確に認識されるようになった。同時に、連邦制のもとでは各州・準州の独立性を維持する代わりに直面せざるを得ない地域格差にも配

慮せざるを得ないことから、カナダでは、近年、地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究が進められるようになった。

3. カナダにおける地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の動向

3.1 カナダの所得格差の現状

カナダ連邦の所得格差を日本の所得格差と比較するために、ルクセンブルク・インカム・スタディの資料を用いて当初所得に相当する所得のジニ係数を時系列的に整理したものが、表4である。この表から、カナダにおいても1980年代後半に低下したジニ係数が1990年代に上昇したことがわかる。1994年時点では、ドイツとフランスのジニ係数

の値はそれぞれ0.261と0.288で、カナダのジニ係数は0.285であったから、フランスとほぼ同じ値を示していた。しかし、1998年にはカナダのジニ係数は0.305まで上昇し、アメリカの1997年の値0.372より低いが、日本の1996年の値より高い値を示している。このような現状から、所得の不平等化への対策の必要性がカナダでも認識されるようになり、所得格差の拡大の要因に関する分析が行われるようになった。その中で、2.1で考察したカナダ連邦の成立過程にもかかわる地域格差と所得格差との関連を考慮した研究が行われている点、カナダの社会保障研究の新しい動きである。

Mahler (2002)は、政治過程に参加する度合いの地域格差が所得再分配政策を通じて所得格差に及ぼす影響について実証分析を行っている。Mahler (2002)によれば、連邦政府に対する政治過程への参加度合いは地域ごとに異なるが、政治参加の度合いが大きい地域ほど中央政府から所得再分配政策等を通じた便益が大きくなり、しかも(一票の価値の平等原則があるとすれば)その便益は政治参加するその地域の人々の間には公平に配分される傾向があるため、地域ごとの所得分布の不平等度(例えばジニ係数)は中央政府への政治参加の度合いによって小さくなると考えられる。Mahlerは、カナダの州・準州別に見た1984年と1994年のジニ係数(表5)を含むルクセンブルク・インカム・スタディ参加諸国の地域別に見たジニ係数のデータベースを作成して、この仮説を検証した。回帰分析の結果、政治過程に参加した結果得られる再分配政策等を通じた便益は所得格差を縮小するように働くこと、また左翼系政党の影響力がある場合ほどその縮小傾向が大きくなることを見いだしている。

3.2 地域格差と所得格差を考慮した医療のパフォーマンス計測

医療技術の進歩によって健康指標や患者の健康

表4 各国のジニ係数の時系列的変化

国	年	ジニ係数	国	年	ジニ係数
Australia	1981	0.281	Italy	1986	0.306
	1985	0.292		1991	0.289
	1989	0.304		1995	0.342
	1994	0.311	Luxembourg	1985	0.237
Belgium	1985	0.227		1991	0.24
	1988	0.232	1994	0.235	
	1992	0.224	Netherlands	1983	0.26
	1997	0.255		1987	0.256
Canada	1971	0.316	Sweden	1991	0.266
	1975	0.289		1994	0.253
	1981	0.284		1975	0.215
	1987	0.283	1981	0.197	
	1994	0.285	1987	0.218	
	1997	0.291	1992	0.229	
France	1979	0.293	U.K.	1995	0.221
	1981	0.288		1969	0.267
	1984	0.292		1974	0.268
	1989	0.287		1979	0.27
	1994	0.288		1986	0.303
Germany	1973	0.271	U.S.	1991	0.336
		1978		0.264	1995
	1981	0.244	1974	0.318	
	1983	0.26	1979	0.301	
	1984	0.249	1986	0.335	
	1989	0.247	1991	0.336	
	1994	0.261	1994	0.355	
				1997	0.372

出所：Luxembourg Income Study Key Figures, Income Inequality Measures から一部引用

表5 カナダの州・準州別に見たジニ係数

州・準州	1984年	1994年
Alberta	0.282	0.285
British Columbia	0.275	0.279
Manitoba	0.277	0.267
New Brunswick	0.265	0.277
Newfoundland	0.265	0.279
Nova Scotia	0.264	0.281
Ontario	0.272	0.275
Prince Edward I.	0.261	0.253
Quebec	0.27	0.267
Saskatchewan	0.284	0.282

出所：Mahler (2002), Table 1

状態の見方が変わるので、医療制度のパフォーマンスを計測し、それを政策評価につなげて新しい医療政策を実行していくためには、こうした医療技術の変化を含む時間の経過を視野に入れた医療のパフォーマンスを計測する必要がある。カナダ政府保健省の協力により2001年11月に首都オタワでOECDの「医療制度のパフォーマンスの計測に関する会議」(OECD Conference on “Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries”)が開催され、OECD医療政策ユニット部長のジェレミー・ハーストによって時間の経過を視野に入れたOECDの新しい医療パフォーマンス計測の枠組みが示された(図3)。

図3は、時間の経過に従って、医療技術の成果測定とその分析、新しい技術の認知とこれに対応した新しい医療政策、その結果としてもたらされる新しい医療制度という流れに沿って、内側の矢印から外側の矢印に向かって医療のパフォーマンス計測と新しい医療制度構築(言い換えれば医療改革)が進んでいくことを示している。

3.1で示された州・準州別に見た所得格差は、貧困の悪循環を通じて、医療のパフォーマンスにも影響を及ぼす。アメリカでは、メディケアとメディケイドの対象とならない勤労者は、一般的には民間医療保険に加入して医療費を負担する必要があるため、個人所得の格差、言い換えれば個人所得の分布の不平等度と医療パフォーマンスとの関係に早くから関心が集まり、実証分析が進められてきた(Rodgers, G.B., 1979, Le, Grand J., 1987, Kaplan, G.A., Pamuk, E., Lynch, J.W., Cohen, R.D., Balfour, J.L., 1996, Ben-Shlomo, Y., White, I.R., Marmot, M., 1996, Fiscella, K., Franks, P., 1997, Gravelle, H., 1998, Kennedy, B.P., Kawachi, I., Glass, R., Prothrow-Stith, D., 1998, Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Cohen, R.D., Heck, K.E., Balfour, J.L., et al., 1998)。

これに対して、カナダの医療制度は、日本と同様に社会保険制度に基づく医療供給体制をとっており、その範囲では自己負担のないフリーアクセスの医療サービスを受けられるため、1990年代に入るまではこのような実証分析はほとんど行われて

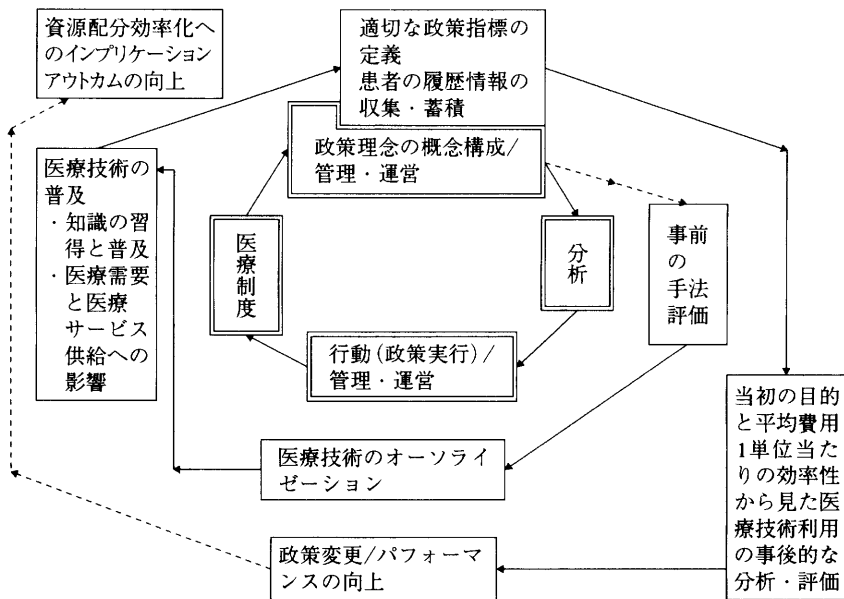


図3 医療政策におけるパフォーマンス計測と評価の枠組み

こなかった。しかし、尾形(2002)によれば、カナダの医療制度の特徴は、社会保険制度をとりながらも、フリーアクセスで受けられる診療行為の種類が日本よりも狭く設定されている点にあるとされる。したがって、社会保険制度の範囲を超える診療行為については、個人の自己負担が余儀なくされるため、個人の医療支出に影響する所得格差は、医療需要の多寡に影響を及ぼすことを通じて、医療のパフォーマンスにも影響を及ぼすことになる。このような観点から、カナダでは、近年、アメリカと同様に地域格差と所得格差を考慮した医療のパフォーマンス計測が試みられている(Bourne, L.S., 1997, Murdie, R.A., 1998, Wolfson, M.C., Murphy, B.B., 1998, Wolfson, M.C., Kaplan, G., Lynch, J., Ross, N.A., Backlund, E., 1999)。

Ross and Berthelot (2002)は、所得が貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合を不平等度の指標に用いて、不平等度の格差と癌による死亡率との関係について実証分析することによって、所得格差を考慮した医療パフォーマンス計測の必要性について考察している。彼らは、人口区分を生産年齢人口と高齢者人口とした上で、このように定義される不平等度をカナダの州・準州別および主要都市(Metropolitan areas)別に計測するとともに、アメリカの州別および主要都市別に計測した。州別の計測結果では、生産年齢人口の男性については、カナダとアメリカの両方において、貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合が低いほど、癌による死亡率が高い関係が見いだされた(図4)。さらに、彼らは、カナダの生産年齢人口男性を対象にこれらの変数の関係について回帰分析を行い、その結果から、所得が貧困線以下の世帯の平均所得を1%引き上げることで、癌による死亡者数が人口10万人に対して21人減少するという計測結果を出している。しかし、子供・青少年人口および高齢者人口については、このような関係は見いだされず、人口

全体について回帰分析した結果は有意ではなかったことを付記している。

3.1ではジニ係数の時系列的变化と、州・準州別に見たジニ係数の相違および(2時点ではあるが)その変化を観察したが、このように時系列的に変化する所得格差は、貧困線以下の所得しかない世帯数の変化とこれらの世帯の平均所得を変化させる。その結果、所得が貧困線以下の世帯の平均所得を1%引き上げることで癌による死亡者数が何人減少するかは、時間の経過とともに変わり得るものである。このような要因を考慮すると、所得格差と癌による死亡率とは線形の関係ではなくより複雑な非線形の関係にあるかもしれない。彼らはこの問題点を考慮した医療のパフォーマンス計測が今後の課題であるとしている。

4. 日本の地域格差・所得格差の現状と所得再分配政策の役割

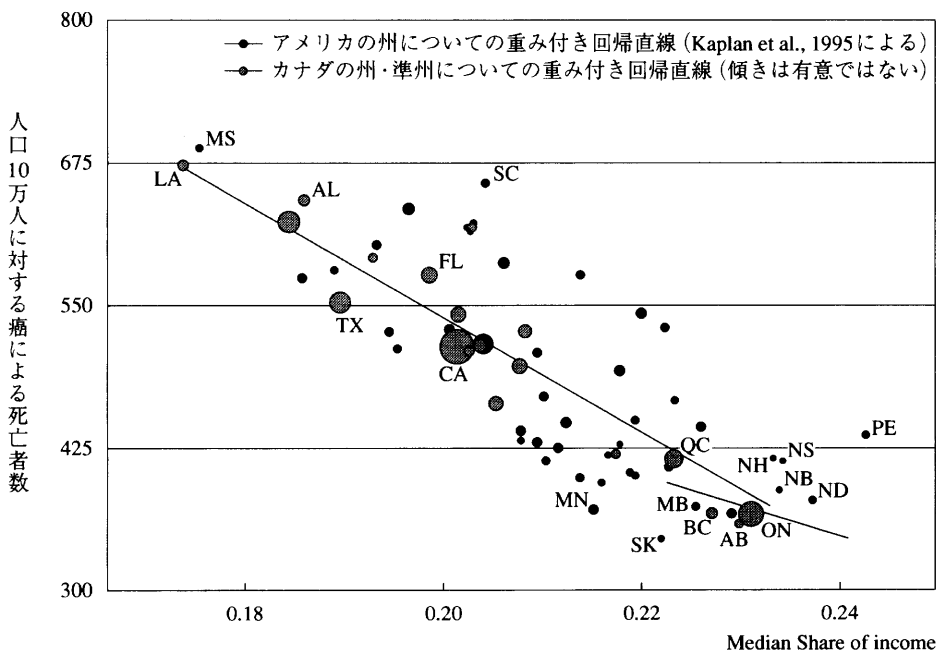
カナダでは、1996年から2001年の間にヌナブト準州がノースウェスト準州から分かれたことを除くと、これら以外の10の州・準州のうち二つの州で人口が減少している。日本においても、2000年の国勢調査によれば、平成7(1995)年から平成12(2000)年にかけて既に23道県で人口が減少している⁶⁾。また、カナダでは、2.1で述べたように人口の約6割が連邦樹立の中心的役割をになったケベック州とオンタリオ州に集中しているのに対して、日本の総人口に占める割合が最も大きかったのは東京都(9.5%)、次いで大阪府(6.9%)である(平成12(2000)年の国勢調査による)。ただし、都道府県の将来推計人口(2002年3月推計)によれば、総人口に占める割合は、東京都では今後徐々に増大するが、大阪府では逆に減少していき、平成42(2030)年にはそれぞれの割合は10.3%、6.5%となる。特に、東京都の周辺に位置する埼玉県、千葉県、神奈川県や、政令指定都市を擁する宮城県、愛知県、福岡県などでは総人口に占める割合が上

昇を続ける。地域ブロック別に見ると、2000年に全国人口に占める割合が最も大きかったのは千葉、埼玉、東京、神奈川の1都3県から成る南関東で(その割合は26.3%)、この南関東の人口割合は今後も緩やかに上昇して平成42(2030)年には28.5%に達する。一方でその他の地域ブロックの占める割合は横ばいしないしは減少となることが予測されている。

このように地域ブロック別に見ると、日本においても地域格差が人口構造の点でも見いだされることがわかるが、この問題と関連する所得格差も地域ブロック別に考察することができる。人口減少が大きくなる一つの要因は、地域ブロックへの生産年齢人口の流入が少ないことであるが、これは雇用機会が少ないことを示唆しており、労働需給

の観点から見るとその地域ブロックにおける労働需要が不足していて、賃金水準も他の地域ブロックより低く、平均賃金よりも低い失業給付しか得られない失業者数も多くなる可能性があることを示唆している。したがって、人口流入の見られる地域ブロックとそれ以外の地域ブロックの間では、所得格差が存在することになる。また、所得格差の要因分解から、高齢化効果が所得格差の要因として比較的大きな影響を及ぼしている。そのため、人口増加が見られず高齢化が進む地域ブロックの方がそうでない地域ブロックよりも所得格差が大きくなる可能性がある。

1.で述べたように、1990年代に入ってジニ係数の上昇が見いだされるようになったが、地域ブ

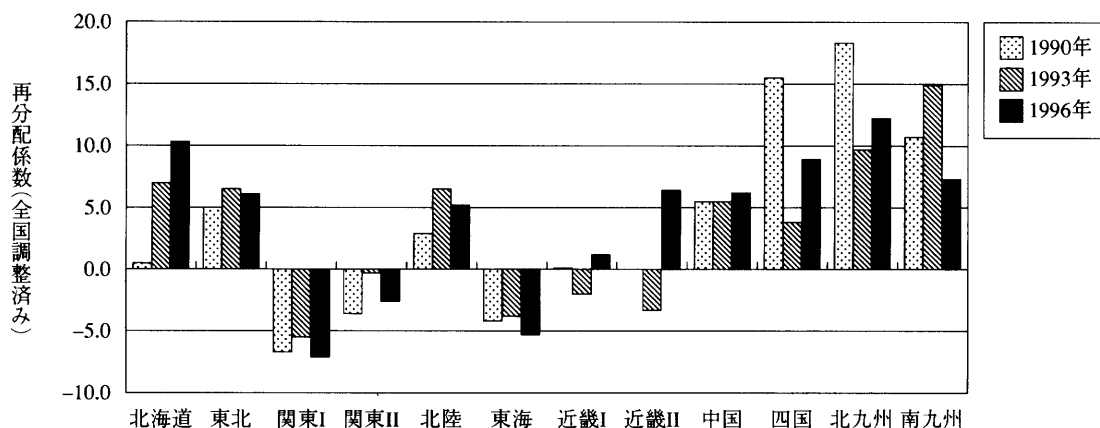


注：アメリカの州の記号：LA-Louisiana; MS-Mississippi; AL-Alabama; SC-South Carolina; FL-Florida; TX-Texas; CA-California; AR-Arkansas; NH-New Hampshire; MN-Minnesota. カナダの州・準州の記号：QC-Quebec; NS-Nova Scotia; NB-New Brunswick; ND-Newfoundland; PE-Prince Edward Island; ON-Ontario; AB-Alberta; BC-British Columbia; MB-Manitoba; SK-Saskatchewan
出所：Ross and Benthelot (2002), Fig 1.

図4 貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合と癌による死亡率との関係 (勤労者世帯(男子世帯主)) アメリカ(1990年), カナダ(1991年)

ロック別に当初所得のジニ係数の推移を見ると(図5)、1980年代後半に比べて1990年代にジニ係数が上がった地域ブロックとそうでない地域ブロックとが混在することがわかる。このような所得格差の多様な変化に対して、所得再分配機能がどのように働いているかを見るために、平成8年の『所得再分配調査』を用いて、地域ブロック別に見た1人当たりの当初所得、可処分所得、再分配所得それぞれの平均値とジニ係数を求めたものが、表6である。表6から、人口増加が見られない地域ブロックの方が人口増加の見られる地域ブロックよりも、当初所得が大きくなっていることがわかる。当初所得のジニ係数と累進税制の効果を含む可処分所得のジニ係数を比較すると、前者より

も後者の方が低く、さらに累進税制に加えて年金や公的扶助による移転の効果も含む再分配所得のジニ係数の方が可処分所得のジニ係数よりも小さい値を示している。このことは、どの地域ブロックにおいても税・社会保障を通じた所得再分配効果が機能していることを示している。さらに、1人当たり当初所得の高い地域ブロックでは、当初所得よりも可処分所得や再分配所得が低いのにに対して、1人当たり当初所得の低い地域ブロックではこれと逆の関係が見いだされる。このことは、当初所得の高い地域ブロックからそれが低い地域ブロックへ、地方交付税制度や基礎年金を含む年金制度などを通じた所得再分配機能が働いていることを示唆している。この点は、再分配係数を地域ブ



資料：小島厚生省大臣官房政策課調査室「平成8年所得再分配調査」

出所：『平成11年版厚生白書』第2章

注：地域ブロック別区分の定義は以下の通り。

北海道：北海道

東北：青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県

関東I：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、関東II：茨城県、栃木県、群馬県、山梨県、長野県

北陸：新潟県、富山県、石川県、福井県

東海：岐阜県、静岡県、愛知県、三重県

近畿I：京都府、大阪府、兵庫県、近畿II：滋賀県、奈良県、和歌山県

中国：鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県

四国：徳島県、香川県、愛媛県、高知県

北九州：福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、南九州：熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

全国調整済み再分配係数は(各地域の再分配係数-全国の再分配係数)で求めた。

図5 地域ブロック別所得再分配状況(1990, 93, 96年)

表6 地域ブロック別に見た1人当たり平均所得とジニ係数の推移(平成8年)

地域ブロック	一人当たり所得(万円)			ジニ係数		
	当初所得	可処分所得	再分配所得	当初所得	可処分所得	再分配所得
平均	197	189.1	207.4	0.402	0.325	0.327
北海道	177.5	179.9	205.6	0.425	0.326	0.340
東北	175.8	174.3	195.3	0.397	0.329	0.331
関東-I	240.1	220.9	235.2	0.381	0.325	0.323
関東-II	190.2	182.2	196.9	0.406	0.333	0.329
北陸	190.4	185.1	208	0.365	0.300	0.304
東海	212.3	199.2	211.8	0.394	0.331	0.326
近畿-I	203.4	195.8	216.6	0.406	0.315	0.313
近畿-II	172.8	177.8	195.4	0.373	0.301	0.294
中国	171.8	170.9	192.3	0.388	0.310	0.320
四国	172.3	176.7	196	0.432	0.343	0.332
北九州	156.5	157.7	184.4	0.427	0.335	0.346
南九州	142.1	141.1	160	0.437	0.354	0.363

出所：小島(2002)による厚生労働省「所得再分配調査」の再集計結果

注1：地域ブロック別区分の定義は以下の通り。

北海道：北海道

東北：青森県，岩手県，宮城県，秋田県，山形県，福島県

関東I：埼玉県，千葉県，東京都，神奈川県，関東II：茨城県，栃木県，群馬県，山梨県，長野県

北陸：新潟県，富山県，石川県，福井県

東海：岐阜県，静岡県，愛知県，三重県

近畿I：京都府，大阪府，兵庫県，近畿II：滋賀県，奈良県，和歌山県

中国：鳥取県，島根県，岡山県，広島県，山口県

四国：徳島県，香川県，愛媛県，高知県

北九州：福岡県，佐賀県，長崎県，大分県，南九州：熊本県，宮崎県，鹿児島県，沖縄県

注2：ここで示したジニ係数は世帯の1人当たり当初所得，1人当たり可処分所得，1人当たり再分配所得それぞれのジニ係数の値である。これに対して，「平成11年版 厚生白書」表2-2-2が示したジニ係数は世帯所得に基づく値であり，ルクセンブルク・インカム・スタディのジニ係数は世帯規模を調整した後の世帯所得に基づく値であるため，ここで示した値と異なる値を示している。

ロック別に求めてグラフにまとめた図5によって確かめることができる。

5. まとめと今後の課題

本稿では、日本とカナダの人口構造の相違を地域格差の起源に触れながら概観した上で、地域格差と所得格差を考慮したカナダの社会保障研究の動向を概観した。そして、地域ブロック別に見た当初所得、可処分所得、再分配所得それぞれのジニ係数の計測に基づいて、日本における地域格差

と所得格差の関連性と所得再分配政策の機能を検討した。確かに、地域ブロック別に見たジニ係数の計測結果から、税制や社会保障政策を通じた所得再分配機能により、どの地域ブロックにおいても当初所得の格差よりも可処分所得や再分配所得の格差の方が小さくなる。また、地方交付税制度と社会保障制度を合わせた所得移転は、地域ブロック間の所得格差を縮小する役割を果たしている。しかし、地域ブロック別に見た可処分所得のジニ係数が決して一様ではないことは、各地域ブ

ロックで可処分所得の分布にある程度の不平等が見られるのみならず、その不平等の程度が地域ブロックごとに異なっていることを意味している。このように可処分所得の分布が複雑であるにもかかわらず、日本の医療改革では一律に自己負担や保険料率を変更することが改革の選択肢として挙げられている。これに対して、カナダでは、社会保険方式の医療制度のもとでも、そのパフォーマンスを計測するために、地域格差と所得格差に留意した実証分析を進めている。従って、OECDが示したように、今日、医療改革が医療のパフォーマンス計測に基づいて客観的な根拠を踏まえて進められるべきであるとするならば、日本においても、今後ますます地域格差と所得格差に留意した医療需要と医療のパフォーマンスに関する実証分析が進められるべきであると考えられる。

注

- 1) 本稿の基礎となった研究に対して加日社会政策研究円卓会議と連携して実施した厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業(H12政策-004))から助成を受けた。また、本研究における医療政策の研究動向については、Yuen Pau Woo博士およびJean-Marie Berthelot氏から有益な示唆を得た。記して謝意を表したい。
- 2) 歴史的に見れば、カナダの現在の先住民、イヌイットの直接の先祖がシベリアからベーリング海峡を越えてカナダに移動したのは、約3000年前で、カナダ北部の海岸や島伝いに移動して、グリーンランドにまで達したことが知られている。しかし、ヨーロッパからカナダへ本格的に移民が始まったのは、大航海時代になってからである。
- 3) 『人口増加と土地利用』1967年(杉崎真一訳、大明堂)
- 4) 鬼頭宏『人口から読む日本の歴史』(講談社、2000年)に基づく『人口統計資料集 2001/2002』表1-6による。
- 5) 森田優三『人口増加の分析』(日本評論社、1944年)に基づく『人口統計資料集 2001/2002』表1-7による。
- 6) 日本の将来推計人口および年齢3区分別人口については、『人口統計資料集 2001/2002』を参照。
- 7) この図の出所については、阿部隆(1992b)を参照した。
- 8) 都道府県の将来推計人口(2002年3月推計)によれば、日本の総人口が減少することに対応して、人口が減少する都道府県は今後も増加を続けることが予測されている。すなわち、平成17(2005)年から平成22

(2010)年にかけては36道府県、平成27(2015)年から平成32(2020)年にかけては滋賀県、沖縄県を除く45都道府県で人口が減少し、以後平成42(2030)年までほとんどの都道府県で人口減少が続くと予測されている。

参考文献

- Ben-Shlomo, Y., I.R. White, and M. Marmot. "Does the Variation in the Socio Economic Characteristics of an Area Affect Mortality?" *BMJ* 1996;312:1013-4.
- Bourne, L.S. 1997. "Social Inequalities, Polarization, and the Redistribution of Income within Cities: A Canadian Example." In *Developing Small Area Indicators for Policy Research in Australia*, edited by B.A. Badcock, and M.H. Browett. Adelaide: National Key Centre for Social Applications of Geographical Information Systems, University of Adelaide.
- Fiscella, K., and P. Franks. "Poverty or Income Inequality as Predictors of Mortality: Longitudinal Cohort Study." *BMJ* 1997;314:1724-8.
- Gravelle, H. "How Much of the Relation between Population Mortality and Unequal Distribution of Income is a Statistical Artifact?" *BMJ* 1998;316:382-5.
- Kaplan, G.A., E. Pamuk, J.W. Lynch, R.D. Cohen, and J.L. Balfour. "Income Inequality and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways." *BMJ* 1996;312:999-1003.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I. and D. Prothrow-Stith. "Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States." *BMJ* 1996;312:1004-7.
- Kennedy, B.P., I. Kawachi, R. Glass, and D. Prothrow-Stith. "Income Distribution, Socioeconomic Status, and Self Rated Health in the United States: Multilevel Analysis." *BMJ* 1998;317:917-21.
- Le Grand, J. "Inequalities in Health: Some International Comparisons." *Eur Econ Rev* 1987;31:182-91.
- Lynch, J.W., G.A. Kaplan, E.R. Pamuk, R.D. Cohen, K.E. Heck, and J.L. Balfour, et al. "Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States." *Am J Public Health* 1998;1074-80.
- Luxembourg Income Study. 2002. LIS Key Figures: Income Inequality Measures. www.lisproject.org/keyfigures/ineqtable.htm
- Mahler, Vincent A. 2002. "Exploring The Subnational Dimension of Income Inequality." Luxembourg Income Study Working Paper, No.292.
- Murdie, R.A. "The Welfare State, Economic Restructuring, and Immigrant Flows: Impacts on Socio-spatial

- Segregation in Urban Toronto.” In *Urban Segregation and the Welfare State*, edited by S. Musterd, and W. Ostendorf. New York: Routledge, 1998:64-93.
- OECD Conference on “Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries.”
- Rodgers, G.B. “Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-section Analysis.” *Popul Stud* 1979;33:343-51.
- Wolfson, M.C., and B.B. Murphy. “New View on Inequality Trends in Canada and the United States.” *Monthly Labor Rev* 1998;April:3-23.
- Wolfson, M.C., G. Kaplan, J. Lynch, N.A. Ross, and E. Backlund. “The Relationship between Income Inequality and Mortality is not a Statistical Artifact: An Empirical Assessment.” *BMJ* 1999;319:953-7.
- 阿部隆 1992a「シリーズ/世界の国々の人口 カナダの人口(1)」『世界と人口』No. 218, pp. 42-48
- 阿部隆 1992b「シリーズ/世界の国々の人口 カナダの人口(2)」『世界と人口』No. 219, pp. 58-63
- 岩本康志 2000「ライフサイクルから見た不平等度」国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』東京大学出版会
- 大竹文雄 1994「1980年代の所得・資産分布」『季刊理論経済学』Vol. 45, No. 5, pp. 385-402.
- 大竹文雄・斉藤誠 1997「人口高齢化と消費の不平等」『日本経済研究』No. 33, pp. 11-35.
- 大竹文雄・斉藤誠 1999「所得不平等化の背景とその政策的含意：年齢階層内効果、年齢階層間効果、人口高齢化効果」『季刊社会保障研究』第35巻第1号
- 大竹文雄 2000「90年代の所得格差」『日本労働研究雑誌』2000年7月, 第480号
- 金子能宏・山本克也 2000「公平性の基準と厚生年金改革の効果」『季刊社会保障研究』第36巻第3号, pp. 435-453
- 厚生省監修 2000「平成11年版 厚生白書」ぎょうせい
- 小島克久 2001「高齢者の所得格差」『人口学研究』第29号
- 橘木俊詔 1998『日本の経済格差—所得と資産から考える』岩波書店
- (かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第一室長)
- (こじま・かつひさ 国立社会保障人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第三室長)

カナダの社会政策と高齢化*

ニーナ・チャペル
山田 聖子 訳

*“Canadian Social Policy and Aging”

本稿では、まずカナダにおける高齢化について簡単に紹介し、人口と文化的側面についてふれてから、さらなる議論をしよう。西洋資本主義社会では個人の自立と独立が重視されているため、多くの高齢者は弱く、孤独で孤立しており、長期のケア施設に押し込まれると思われがちである。ここ30年間の実証研究から次のことが明らかとなっている。高齢者は身体的な健康が徐々に衰えていくにもかかわらず、家族の一員として生活するよりも「一定の距離をおいた親密さ」を好み、社会ネットワークのコミュニティーの中でうまく対処しその中で定着する傾向がある。さらに、家族は健康が悪化した際、最初に助けを求める場であり、すべての個人的なケアのうち75～80%を占めると推定されている。換言すれば、個人主義が重視されていても、高齢者の孤立や孤独、また彼らの健康が損なわれたときに彼らが見放されるというわけではない。

本稿では、人口の高齢化に関する、現代カナダでのいくつかの問題について議論する。第1に、近代資本主義社会におけるある傾向、すなわち、生産活動における役割や彼らの所有する富から評価すると、高齢者は低い評価を受ける傾向があるという問題を議論する。彼らを賃金労働から排除することは、彼らに対して、社会的に定義された社会へ貢献する役割を与えないことになる。社会貢献から排除された者のみが彼らの役割となる。これは、老年期においても働く能力がある期間が伸

びるにつれてますます重要となってきた。政府は、ボランティア活動は、高齢者に意味のある役割を与えると同時に、高齢者が高齢者特有の人的資源を活かすことができるメカニズムの一つであると考えている。第2に、年配者を含む大多数の人々が望ましいと考えている「高齢者の社会参加(aging in place)」を議論する。この広範な論題には多くの経済的な意味や、適切なヘルス・ケア、適切な住宅供給、その他の環境問題等が含まれる。本節では主に、高齢者の社会参加のためにつくられた環境と、そのためのいくつかの計画(高齢者用に整備された住宅供給を含む)に焦点を当てる。さらに、高齢者の社会参加に関して、次節ではカナダにおいてコミュニティー・ホーム・ケアの目覚ましい拡大について議論する。現在行われているカナダでの保健・医療改革にもかかわらず、カナダのヘルス・ケア・システムが国民の高齢化に対しより適切な方向へ改善されている兆候はほとんど見られない。実際、逆の結果を示唆する経済指標もある。最後に、下位文化の差に注目し多様性について議論する。多様性とは、多くの文章で見られるものの十分に理解されているわけではなく、さまざまな文化を持つ高齢者集団のニーズを保証するメカニズムは、いまだ解明されていない。

この論文の目的は、既存研究でのさまざまな知識を集成し展開することで、カナダの高齢化について概観を提供することにある。ここでは、高齢者

について一般に受け入れられている固定観念を否定する研究について、情報を提供する。また、さまざまな問題について解答や解決策が得られていないなら、この点を明示する。解決策は知られているがそれを実行する意図が見られないのであれば、この点についても指摘する。本稿では、カナダにおける高齢者の現状を述べた後、カナダでの社会老年学が現在取り組んでいるいくつかの問題に焦点を当てる。ほかに比べて解決策がより明らかな問題もあるが、将来は誰にも分からない。最適な解決策が知られている分野でさえも(例えば、ヘルス・ケアのように)、必要な改革を保証する政府が存在するかは全く明らかでない。議論を通じて、改革に論争が生じている点を強調する。だからといって、カナダの高齢者が、他の国で見られるよりも多くの不満を持ち、受けられる援助が少ないというわけではない。むしろ、カナダでは、高齢者の生活水準は高く、高齢者に対する多くの社会政策がある。これには、長期にわたって定着している保健、福祉基準や、現在でも注意の必要な高齢化に関する多くの問題が含まれる。すなわち、高齢者に対する社会的な援助はどこでも改革の余地があり、カナダもその例外ではない。

1. カナダの人口

- カナダも高齢化が進んでいる。
- 高齢者に占める女性の比率が高い
- 人口に占める4分の1(27%)以上は移民である。
- 人口のほとんど(93%)は個人の家で暮らし、そのうち高齢者を世帯主とする世帯は半分以上(68%)である。高齢者を世帯主とする世帯の90%以上は家のローンを払い終えている。
- 多くの人々(57%)は配偶者とともに暮らし、7%は家族や親類とともに暮らし、29%は一人暮らしである。7%は長期のケア施設で生活している。
- 現在の高齢者の教育水準は、比較的低い。大学教育を受けた者は8%、高校には行ったが卒

- 業していない者が25%、9年生以下が37%である。半分以上(53%)は、簡単なものしか読むことができない。
- 高齢者世帯のほとんどはインターネットに接続する設備を持たず、高齢者を世帯主とする世帯のうちわずか4%のみである。より若い世帯では15%である。
- カナダ人高齢者の多くは仕事を引退しているが、6%は賃金労働をしている。ただし、約4分の1(23%)が正規のボランティア活動に参加している。高齢者の80%は少なくとも一つの慈善事業へ寄付をしており、これはほかのすべての年齢階級よりも多い。
- 60歳以上の高齢者は非常によくテレビを見る。1日に平均で4.9時間に達する。一方、18から59歳については、ほとんどが2時間余りである。見るテレビの内容はニュースや公務に関することが主で、1日に2時間以上を占める。
- カナダの高齢者は、若い世代と同様に活動的で、50%は定期的に運動し、12%は時々運動する。
- Statistics Canadaによると、1997年のカナダの高齢者の19%は低所得である。この値は1980年には34%であった。未婚の高齢女性の所得は低い傾向があり、49%が低所得に属する。
- ほとんどの高齢者は健康は良好であると答えているが、家で生活している82%は少なくとも1つの慢性病と診断されており、関節炎とリウマチが最も一般的な慢性病となっている。28%は、長期的な健康問題が原因で行動に何らかの制限があると答えている。家で生活する高齢者のうち25%は、長期疾病や身体生涯を抱えている。
- 高齢者は病院に頻繁に通い、入院者の数は45~65歳と比較すると3倍以上にも及ぶ。高齢者の大部分(84%)は何らかの薬物療法を受けており、これには処方箋に従った者とそうでない者とが含まれる。一般的に、痛みを緩和するため薬が使用されている。

結論として、

- カナダの高齢医者のほとんどは、結婚して配偶者と生活するかまたは一人暮らしをしている。子供と同居したり、他の家族と同居する者はほとんどいない。
- ほとんどは賃金労働をせず、4分の1は正式なボランティア活動に参加している。
- 貧困率は減少しているが、未婚女性の高齢者は弱い立場にある。
- カナダの高齢者は、年齢の割には全般的な健康は良好であると考えているが、病院や薬をよく利用する。

2. カナダ人の文化と生活

カナダは資本主義社会で、長期にわたる確固とした民主主義の伝統がある。しばしばアメリカほどには個人主義や実物主義が強くないといわれるが、集団主義、全体主義を重んじる多くのアジアの国々と比較すると、間違いなく西洋諸国のグループに属する。前節で明らかになったように、カナダの高齢者は一般に子供とは同居しない。配偶者が亡くなると一人暮らしをする傾向がある。西洋資本主義社会では個人の自立と独立が強調されるが、これと若者中心の傾向が、カナダのような西洋諸国では高齢者市民を軽視する問題や、年齢差別的な姿勢を導いている。高齢者はほとんど賃金労働では雇用されず、さらに、体力は明らかに低下していく。彼らは大抵が家族と、特に子供たちと疎遠になり、社会の主流から阻害されている(Wernick, 1995; Turner, 1995)。

カナダでは、ほとんどの高齢者が賃金労働せず、年齢差別が顕著となっている。年齢差別の傾向は特に、メディア、学校に通う子供たち、ヘルス・ケアの専門家からも見て取れる。高齢者が賃金労働できない主要な原因として、雇用者側が年齢差別的であることが問題となっている。だからといって、高齢者が孤独で孤立していて、可能な限り長期の

ケア施設へ押し込まれるというわけではない。1970年代に始まり1980年代まで続いたカナダ・アメリカの調査では、高齢者支援の方法や範囲、その供給源が報告されている。当時、北アメリカでは老人は見捨てられ、特に家族から孤立していると信じられていたが、社会老人学はこれが間違いであることを明らかにした。これによれば、実際は「一定の距離をおいた親密さ」が正しく、高齢者とその子供たちは同居を好まず、お互いの親密さや関係の深さは保ちながら独立して暮らすことを好んでいることが明らかとなった。高齢者のほとんどは社会ネットワークの中で定着し、かつほとんどが少なくとも1人の子供の近所に住んでいる。

病気になったときには、家族や友人がケアをするというインフォーマルなネットワークがあり、現代の西洋社会では、このような親類や友人によるケアの供給が主要となっている。1980年代において、施設に頼らないカナダ人高齢者の90%が、このようなインフォーマルなネットワークを持っていた。Kane (1990)によれば、西洋工業諸国では、包括的なヘルス・ケア・システムがあるかないかに関わらず、個人的なケアの75%から85%は、インフォーマル・セクターで提供されている。すなわち、家族は個人的に提供されるヘルス・ケアの伝統的な主体であるが、今日でもそうであり続けている。

孤立した核家族よりも、相互援助と親類との個人的なつながりを強調した拡張された家族の概念が(Litwak, 1960)、今日のカナダ社会の特徴となりつつある。今日のカナダ社会の特徴は、拡張された家族、世代間関係の強化、親に対する子供としての責任ある行動の継続、世代間での頻繁なコンタクトである。すなわち、個人主義と若者への注目は、必ずしもその社会での高齢者の孤立と孤独を意味するわけではない。

ほとんどの高齢者は、かなり広範にわたって社会と関係を持ち、年を取るごとに何かの組織に属する必要性が減ったり、人々の生活において重要

性が減少するという事は見られない。人が年をとったときに、携わる役割の欠如は賃金労働の欠如と関係があり、社会との関係の欠如は健康状態が悪く、弱くて少数派の高齢者に関係がある。カナダにおいても、他の工業国と同様に、男性より女性の方が親類とかかわりが深い傾向がある。Rosenthal (1985; 1987) が指摘した、親類との親密な関係を保つ役割や、家族を慰める役割が、このような活動における女性の優位を強化している。女性は、人間関係において、個人的な関係や感情的な部分を理解する傾向があるのに対して、男性は、より機械的な方法で自らの振る舞いを理性的に判断する傾向がある。明らかに、今日の高齢者のほとんどは、結婚と子育てに没頭してきた。

カナダの高齢者は活動的な生活を送っている。報告されている主な余暇での活動は、友達や親戚と集まる、テレビを見る、ガーデニング、新聞を読む、静かに考える、である。彼らの大半は、たとえ知っていたとしても、高齢者を対象にした組織と関係を持たない。このような組織は実際、カナダのすべての都市に存在している。ただし、健康状態が良く、交通機関を利用でき、人生のほとんどで中流階級か、またはそれより低い階級で生活をし、親密な近所付き合いをしてきた女性の多くは、高齢者向けの組織と関係を持つ傾向がある (McPherson, 1998)。当然ながら、高齢者も多様なので、レジャーのパターンも多様である。しかしながら、高齢者のレジャーは、若年時期に確立された仕方と関係があるようである。典型的に、レジャー活動を減らす原因は健康状態の悪化である (Cousins & Keating, 1995)。

もちろん、将来におけるカナダの高齢者人口は、今日とはかなり異なるであろう。ベビーブーム世代は現在の高齢者よりも、ずっと多くの教育を受け、離婚率が高く、子供が少なく、女性は賃金労働をし、引越したり移住の経験が多い。目に見える一番の違いは、先端技術を使いこなす能力の差であ

る。疑いなく、ベビーブーム世代の高齢化は、異なってくるだろう。しかしながら、ベビーブーム世代が家族や老人に対して責任を負わなくなっているということを示す傾向は見られない。逆に、ベビーブーム世代は、現在中年を迎え、カナダの社会では、多くの家族の高齢者に対してケアを提供しており、これはカナダ人の家族関係が強いことを示している。彼らの生活は競争がより厳しいにもかかわらず、彼らは愛する高齢者をケアするために多くを犠牲にしている。この状況は将来も続くであろうといわれている (Keating et al., 1999)。

カナダ社会における高齢者は孤立し、見放されているというわけではなく、一般に社会のネットワークに組み込まれ、多くの活動に従事している。しかし、だからといって改善の余地がないわけではない。実際、社会老年学者達は、社会政策が早急に考慮すべき、長期にわたる新たな問題があると議論している。加えて、重要なことには、ほとんどの高齢者が実際に高齢化に伴うさまざまな問題に対処をしているからといって、高齢者には社会政策に対するニーズがないというわけではない。むしろ、弱く、貧困生活を強いられ、孤立し、孤独な少数の高齢者がいることを忘れてはならない。この点を、次節で明らかにする。

3. 現在の論点 — 意味ある生活

カナダの多くの高齢者はすでに引退しており、賃金労働をしていない。働いていたとしても、時給制が主である。これを「自由」な時間、辛い仕事を終えた見返り、社会貢献に対する報酬とみなすこともできるが、カナダのような資本主義社会では、社会へ貢献せず、生産活動に参加する役割の欠如や、さらに悪いことには経済の膿ととらえられがちである。さらに、賃金労働から高齢者が排除されても、その代わりとなる役割があるわけではない。老年期が伸びる中、これは能力のない自由な時間として問題になってきている。最新の指標が示す

ように、人々が仕事をしない老年期はほぼ3分の1も伸びている(Wilkins, 1998)。これはすべての高齢者が、現在従事しているものとは異なった役割に必ず就くべきであると議論しているわけではない。しかし、これは、多くの高齢者はあまり利用されていない人的資源であることを意味する。多くの高齢者が社会貢献をしたいと考えているだけでなく、このような役割を持つことは、価値観や役に立つことの意味を持ち、意味ある老後に不可欠であると考えている(Centre on Aging, 1998)。加えて、中央政府は、意味ある役割を与えるためのボランティア活動の可能性を認識し、高齢者に代表されるような資源を活用するメカニズムを提供するだけでなく、高齢者自身がより意味のある活動を追及するために要求をしている。換言すれば、社会へ何かを与えるという考え方とボランティア活動の意味概念が絡み合ったのである。Hadley (1998)は、次のように綴っている。

人間の成長において、第3期は、教訓や知恵、長い生産的な人生を通じて導かれたさまざまな財産を社会へ与えることが可能な時期である。この第3期は、我々の知恵と精神主体としての私的な感覚を深めることができる特別な時期である。この段階をどのように位置付けようとも、完全な契約は、我々の共通の利益を高めることを暗示している。(Hadley, 1998, "Volunteering and Healthy Aging: What We Know")

前にも指摘したように、正式なボランティア活動に参加している高齢者は4分の1程度でしかない。1997年のNational Survey on Giving, Volunteering, and Participating (NSGVP)は、正式なボランティア比率は、1987年と比較して若年世代では2倍に増加したものの(17%から34%)、65歳以上については23%でほぼ横ばいである。しかしながら、高齢者は、それ以外の世代よりも多くの時間をボラ

ンティア活動に費やしている。

今世紀になって、ボランティア活動は昔とずいぶん変化している。ここ100年間、カナダは福祉国家へと進歩し、精神ケア、刑事処罰、発達障害者へのサービス、経済の保全、健康管理などの社会制度が整備されてきた。20世紀末には、専門的なサービス・ワーカー(援助を目的とする専門職であり、ソーシャル・ワーク、理学療法、作業療法、言語療法、心理学、精神学、児童発達、社会発達)が、ボランティアを含む、より普通の人々に広く取って代わられた。ここから得られた教訓は、ボランティアよりも、訓練された専門家の方がより良く、より適任であるということである。政府の地域非営利ボランティア組織に対する支援は強固ではない。実際、財政状況が厳しいときには資金がカットされる。

今世紀、社会はその他の点についても同様に変化している。例えば、レイプ緊急相談センターのような新しい組織の設立を支援する女性運動や、虐待された女性の保護施設、直接のサービス・ワークの多くをボランティアに依存している女性の出産健康サービス(reproductive health services)などである。民主的な意思決定、サービス・ユーザーの関与、比較的非序列的構造が、これらの組織の特徴である。新たな考え方は、いかに社会のアイデンティティーが、階級や性、人種などの社会的構造変数によって影響を受けるかを理解することが重要であると強調される。実際に生きている人々と政治経済的文化との因果関係に対して強い認識がある。

これらの社会変化は特に重要である。なぜならば、1990年代の健康保健改革とともに、20世紀後半において、政府は、多くの伝統的な分野を管理する責任を得た後で、残りは地方自治体と非営利部門へ権限を委譲し始めたためである。以前は政府が提供していたプログラムで、現在ボランティア部門に委任されたサービスプログラムは、こ

のセクターに対する圧力と機会を、驚くほどに増加させてきた。政府の改革は、社会ネットの弱者や弱いグループに対する行政的・財政的責任は、その地域の責任になることを意図していた。しかしながら、国のボランティアと非営利組織に提示された少数の金額と宣言された利益は別として、政府がこの分野に対して意味のある支援をしようとしているかは明らかではない。

これを実行するために必要なインフラが、もう十分であるという点まで、福祉国家を構築する間に劣化することが懸念される。すなわち、現在政府はパートナーシップを採用し、何十年にもわたり資源が不足している地方機関での代行を促進しているが、新たな協力に必要な地域のインフラは、この役割を遂行するには十分ではない可能性がある。インフラは再構築のための資源を要するが、現時点で十分な資源がこの部門へ投下される兆候は見られない。

2つの問題に注意すべきである。1つは、政府の支援であり、これは資源の形(資金のほかに、地域社会のインフラを構築し維持するための予備期間)をとることもあれば、高齢者が自身で意味があると考えているボランティア活動をする機会でもある。多くの者にとって「意味ある」とは、意味のある貢献をしているという感情も含まれる。それにもかかわらず、国のボランティア組織ネットワークは、受付係や、郵便事務、お茶くみのような、ある高齢者には向いているだろうがそれを好まない者もいるような、単純な繰り返しの仕事のリストを作ることに焦点を当てている。意味があることはさまざまであろう。ある者にとっては、引退する以前の賃金労働で得た技術を利用したいと考えるだろうし、そうでない者もいるだろう。また、抵抗を感じる者もいるだろう。意味のあるボランティアの役割を統合するには、雇用組織内でのボランティアの役割を展開することを含む。これには、経営者と組合両方の関与が必要であり、ボランティアが

搾取されず、かつ雇用の安全が脅かされないような、適切で詳細な調整が必要であろう。カナダで生じまだ解決されていないもう一つの問題は、特にボランティアが、子供や、経験的に傷を持っていたり、または痴呆の症状がある老人など、ほかの弱い人々とともに活動するときの責任(liability)である。

ボランティア活動と高齢者の社会の主流へ貢献する活動の議論は、公的および私的責任の問題と関係がある。社会参加を促し、市民へ権限を与える哲学が一般にあるにもかかわらず、他の工業諸国のように、カナダでもそれを保証する方法がまだ見つかっているわけではない。実際、技術進歩や専門知識が増えても、いかにボランティアが彼らが興味を持っていたり、または頼まれたりするような、多くの市民活動に関して適切な知識を得ることが可能かを知るのは難しい。今のところ、市民参加について分かったことは、例えばヘルス・ケアにおいては、非常に悲観的なものである。ノルウェー、アメリカ、スウェーデンでの調査では、すべて、ヘルス・ケアの地域化は、一部の専門家と官僚が支配権を握り、市民側の影響力はないという結果に終わっている(Church & Barker, 1998)。同様に、O'Neill(1992)は、ケベックにおける市民参加の役割を研究し、地域社会にはシステムへ大きな影響を及ぼすような権限が与えられなかったと結論している。この著者は、彼らが直面している、非常に専門的で入り組んだ問題は、彼らが属さなかった専門技術分野と同様に、これが生じるのを抑制していることを示唆している。地域社会の権限強化を保証するために、選挙で勝って多数派があるように、議会が自立的な権力の源泉を持たなければならない。

しかしながら、カナダ人は社会民主主義モデルを維持したいと考えている。Peters(1995)は、1980～1995年にわたる18の世論調査と、1995年に国中で行われたいくつかの集団討議(focus group discussions)を分析した。ここで次のような結論が得

られている。カナダ人は、社会政策において政府の役割を最小化すべきでないと考えている。むしろ、ヘルス・ケアを含め、社会政策はカナダのアイデンティティーにとって中心的な特徴を形成している。Sennett (2001)は、政府に対する主要な要求は、確実な社会参加を保証することであると主張している。民主主義社会において、発言権や選択権を持つことは疑いないが、その言葉が実際に何を意味しているかについてはそれほどコンセンサスが得られているわけではなく(Abelson & Lomans, 1996)、それがいかに達成されるかについては、さらに意見が分かれる。多くの者たちは、関与と協議は社会参加と同義ではないこと、およびカナダの選挙制度はすべての意見が聞き入れられるわけではないことに合意している。これらの意見が聞き入れられるメカニズムが欠如しているのである。

将来の高齢者世代は、今日の高齢者世代よりも多くの発言権を要求するかもしれない。カナダの市民はより政治的な手腕を身に着け(Nevitte, 2000)、知識が増え、政治的に意味のある情報に対して注目が増し、どこで中立的な政治情報を入手すべきかについての知識も増えていることが明らかになっている。それ故、カナダ人は、政治的な思考においてより自立的となり、政治家と政治に対する評価においてずっと厳しくなっている。同時に、カナダの多数派は、カナダで機能している民主主義にはひどく不満足であるばかりでなく、民主主義一般に対しても不満を持っている。今日の政府に対する主要な要求の一つは、これらの勢力が象徴する資源を資本化し利用する方法を見つけることである。すなわち、過去とは本質的に異なった市民とともに新たな運営方法を明らかにすることである。これには、有意義なことに関与したいと願う高齢者にその機会を与えることも含む。

4. 現在の論点— Aging in place

家庭(home)の概念は家族概念と密接な関係が

あり、常識的な理解を内含するが、厳密な科学的定義ではない。しばしば家庭は、安全、心地よさ(comfort)と親交(familiarity)、思いやり(caring)、責任(commitment)、プライバシー、メンバー間の親密さ、援助(helpfulness)と関係ある(Dupuis & Thorms, 1996; Namazi et al., 1989)。特に老人にとっては、家庭は自分で管理ができ、自分の個性を表現できる場を意味する(Rutman & Freedman, 1988)。カナダの高齢者は、ほとんどの産業諸国における高齢者と同じように、“Aging in place”のため、彼ら自身の家庭での滞在を望む。

これは、彼らの人生全体を1つの家で生活をすることを望んでいるというのではなく、むしろ、彼らが中年または老年以降に1つの場所に落ち着くように、親しみがあり、身動きがとりやすく、どこで必要なものが手に入るかなどよく知っているような住み慣れた生活空間から引き離されて、家族や友達そのほかから遠く離れた、馴染みがなく、これまでの自分とはあまり関係のない場所へ移り住むのを望まないということである。ある者にとっては、家庭は大家族かもしれないし、またある者にとっては子供たちが去り夫婦2人きりの小さな平屋かもしれない。共同住宅の一画かもしれないし、養護住宅かもしれない。“Aging in place”は、さまざまな政策的な対応を必要とする。なぜならば、個人がそこで生活するために十分な所得や、自宅に住み続けるために整備された環境、適切な地理的環境を整備する必要があるのみならず、彼らがそこに住み続けるために適切なヘルス・ケアが必要なためである。

先に述べたように、未婚の高齢者女性の不釣り合いな割合が、貧しく暮らしている。このため、特に身体的な健康状態が低下し始めているとき、彼女らは自立して生活し、“Aging in place”で高齢化をする選択肢を持たない。これらのニーズは、所得の増加(老齢年金を引き上げるか、または保証所得補填のようなプログラム)か物質的な援助

のどちらかを通じて満たされる。住宅供給については、現在カナダで注目を集めているが、生活援助 (assisted living) または、支援住宅 (supportive housing) として知られており、ここでは、個人が最低限のものがそろっている共同住宅で生活し、管理人が常駐し、彼らを確認したり建物のメンテナンスだけでなく、多くのことをしている。個人について緊急時の警報システムがあり、望む者については集団での食事も用意されている。

国の支援にもかかわらず、これまでの支援住宅の展開は非常に遅い。現在利用されているこれらの施設の多くは、民間部門により提供されており、そのため多くの高齢者には行き届かず、特に最低生活水準 (poverty line) よりも貧しい生活の者に対してそうである。ある州 (例えばブリティッシュ・コロンビア) は、現在、公的な支援が決定しまだ具体化していない支援住宅建築の実行可能性を評定している。すべてのカナダの主要都市では、すでに高齢者センターのネットワークと高齢者活動があるのに対して、それらは主に健康な高齢者を対象としている。支援住宅は、健康が衰えつつある人々のためのものである。アルバータ州の寄宿施設は、多くの点で支援住宅と類似しており、個人が自身の生活空間を持ち、食事と娯楽だけは空間を共有する支援住宅とみなすことも可能である。加えて、Abbeyfield の概念はもともと英国に由来するが、今ではカナダでも利用されている。これらは、しばしば広くて、6～10人の地域の親しい人々が、家政婦とともに家族として暮らすものである。彼らは浴室のついた個室を持ち、料理のような雑用を分担している。

さらに、連邦および州政府は、助成金や貸し付け、税の払い戻しなどを通じて、高齢の住宅所有者に対しさまざまな支援を提供している。政策は、税の払い戻しから家賃補助、抵当権の解除の支援にまで及んでいる。「家は豪華だがお金がない」としばしば表現されるように、多くの高齢者にとって

家を維持していくことは困難なため、これらの政策は重要である。助成金は、低所得者については、低い利率やローンの免除を通じて、家のさまざまな修理や、車椅子利用のための改築にも利用可能である。ある州では、保護施設手当 (shelter allowances) が、住宅供給投資にではなく、個人へ支給されている。住宅供給政策は、しばしば高齢者個人、特に田舎に住んでいる人々が、彼らの所属する地域社会に居残ることを可能にしている (Joseph & Martin-Matthews, 1993)。

5. 現在の論点—ホーム・ケア

身体的な健康問題は年齢とともに増え、特に (要介護率が高くなる80歳以上の方のような) 年を取った高齢者にとっては深刻なことを考慮すると、ヘルス・ケアは、“aging in place”の者にとって、特に重要である。高齢者は急性疾患ではなく、主に慢性疾患を抱えている。しかし、カナダの医療システム全般は、急性疾患に対する医者の治療や病院での治療を優先的に考えられたものである。換言すれば、カナダの医療システムは、医療の中で最も費用がかかる2つの形態を対象とし制度化されている。このシステムの中では、地域を基盤としたプログラムや医療とは代替的な治療方法、長期の治療は無視されている。1990年代におけるすべての保健医療改革の視野は、事実上病院で提供される医療よりも安価で、より適切と思われる種類のホーム・ケアの拡大を要求するものであった。この議論は特に、高齢者集団を対象になされた (Segall & Chappell, 2000; Chappell, 1993)。しかしながら、カナダは非病院、非医療に関係するサービスについては、全般的または広範囲にわたって、保証の範囲とはしたことがなく、現在でもそうではない。

すべての州は何らかのホーム・ケア・サービスを提供しているが (ブリティッシュ・コロンビアでは、home support services と呼ばれている)、どんなサービスが利用可能なのか、それは利用者が料金

を支払うのか、料金は支払い能力によるのかなど、州ごと、または行政区ごとで、さまざまに異なっている。近年、カナダのNational Forum on Health (1998)では、医療ケアに加えて、ホーム・ケアが全国にわたって普遍的に利用可能となることが推奨されたものの、現時点では、ホーム・ケアは非集権的な制度で提供されており、全国的な調整や一般的な利用方法があるわけではない。医療システムにおける最近の改革では、これまで長期の慢性的治療の大黒柱として地域で提供されてきた伝統的なホーム・ケア・サービスの解体が提唱され、現在それらは支援されておらず、拡大していない。

ヘルス・ケアでの資金を、高価な急性医療からより費用のかからないホーム・ケアへ再分配する試みは、ブリティッシュ・コロンビア州でのCapital Health Regionに代表される。Penning et al. (1998)は、1988-89から1995-96の8年間におけるヘルス・サービスに関する公式な政府支出データを調査し、医療や病院サービスに割り当てられる予算の割合は徐々に低下していることを明らかにしている。地域や継続治療を含む他のヘルス・ケアサービスへ割り当てられる予算の割合は増加している。継続治療の中でも、予算の割合が拡大したのは、最初のうちはホーム・ケア・サービス、すなわち非看護サービス(non-nursing service)のみであったが、近年低下した。同様に、ホーム・ケア・サービスを受けた患者の人数とそのサービス時間は最初のうちは増加したが、近年低下している。

逆に、これらのサービスを受けている者にサービスが集中している。すなわち、サービスを受け

る人は減っているが、サービスを受けた者についてはその時間が増加している。加えて、サービスを受けている人々はより高水準のケアを必要としている人々である。これらのデータは、地域をベースとしたホーム・ケア・サービスが拡大したのではなく減少したことを示唆し、保健医療改革は、よりニーズの少ない患者(予防の可能性が高い)、非医療または支援サービスを望む患者へのサービスを減少させ、より集中的で医療を中心としたニーズの高い患者へそのサービスを向かわせる結果に終わったことを意味する。地域ホーム・ケアでは、より多くの医療的支援が提供され、ソーシャル・ケアは減少している。これはまさに、DRG(diagnostic related groups)が病院での急性疾患治療のための資金提供方法として利用されたという、アメリカでの経験と同じである。この新たな定式は、ホーム・ケアを通じて利用可能なソーシャル・サービスは制限されていたため、急性疾患の後の集中的なケアについて、病院の義務を解放し、ホーム・ケアの需要を増加させた(Este & Wood, 1986)。地域サービスは病院での医療ニーズを支援し、現在健康維持や予防治療を促進するサービスをますます低下させている。ホーム・ケアは、非医療ケアの領域で拡大するよりもむしろ、医療を支援するシステムになってきている。

多くの州では、病床数の減少や病院の閉鎖に続いて(特にサスカチワンでは、病院が完全に閉鎖した)、これらの移行が起きた。

(Neena L. Chappell University of Victoria)
(やまだ・せいこ 医療科学研究所客員研究員)

A. B. Atkinson

The Economic Consequences of Rolling Back the Welfare State

(Cambridge: The MIT Press, 1999)

上枝 朱美

I はじめに

OECD諸国の中では、日本の社会保障支出の対GDP比率は現在まだ低水準であり、日本がはたして福祉国家といえるかどうかは議論の余地がある。しかし、バブル崩壊後の不況の長期化によって鈍化したGDP成長率を社会保障費の伸びが上回っており、さらに少子・高齢化の急速な進展にともない今後社会保障費の増大が予測されている。

日本では公的年金、医療とも保険料方式で運営されており、それぞれ財政面から改革が行われている。公的年金の保険料率の上昇を抑制するために、支給開始年齢の引き上げや物価スライドの凍結など給付面からも見直しが行われている。また2001年10月より、日本でもアメリカにおける401Kプランのような確定拠出方式の企業年金が導入可能となった。確定拠出方式では、運用リスクを被用者側が負担することになるが、ポータビリティ等の利点もある。年金についての税制面での優遇措置の見直しや所得に応じて減額することも検討されている。

日本は高貯蓄率であるため、アメリカやイギリスのように社会保障の存在による貯蓄低下がこれまで問題とされることはなかった。むしろ消費の低迷による総需要不足が、現在のデフレの大きな原因である。年金制度の維持を図るため、さまざまな改革が行われているが、公的年金に対して国民

の信頼感が得られているとは言い難い。雇用や老後に対する不安があれば、消費を減少させ、その分貯蓄にまわすだろう。今必要なことは、年金の目的とは何かについて改めて問い直し、明確に示した上で、信頼できる年金制度を確立することではないだろうか。その意味で、福祉国家の本来の目的を考慮している本書は、参考となるだろう。

1990年代の終わりに出版された本書は、全体で216ページの小冊であり、コンパクトにまとめられているが、福祉国家に関する多数の先行研究についてふれられている。実証研究についてはテーマごとに一覧表も付けられており、福祉国家についてこれまで行われてきた経済学による研究を概観することもできる。

アトキンソンが研究を始めた1960年代初期には社会保障について経済学による研究はほとんど行われていなかったが、ミクロ経済学やマクロ経済学を用いて失業保険や年金、財政赤字に関する議論や研究が次第に行われるようになってきた(pp. 3-4)。日本においても社会保障に関して経済学による研究が広範に行われるようになってきたのは最近のことである。

リンドベック他(1994)など先行研究の多くは、福祉国家は経済成長を妨げるものであると考えてきた。1970年代にフェルドシュタインは、賦課方式による公的年金のために個人貯蓄率が低下することで資本蓄積が阻害され、その結果国民所得水準を低下させるとして、公的年金は経済成長にマイナスの影響を

及ばずとした。また失業保険についてもレイオフ(一時帰休)を増加させ、自然失業率を上昇させるとして、経済成長に負の効果を与えるとしている(p. 4)。

そこで本書では、公的年金(state pension)と失業保険の2つに焦点を当て、福祉国家と経済的効率性や経済成長は共存可能であるかどうか、また福祉国家が経済成長や雇用(失業)に与える影響について考える。

アトキンソンの専門領域は公共経済学であり、現在の研究テーマは、所得分配と貧困についての経済学とミクロ経済学である¹⁾。アトキンソン指標や、課税と社会保障などの公共経済学の研究で著名であり、ミクロ経済学や公共経済学の理論を用いた所得や資産の不平等に関する実証研究など、理論、実証、そして政策の各面から幅広い研究を行っている。

II 本書の構成と概要

本書は、1995年11月にMunich大学経済研究センターで行われた3つのレクチャーに改訂を加えたものであり、全体で8章から構成されている。以下に各章の概要を述べる。

第1章「攻撃される福祉国家」では、福祉国家に関する最近の経済研究について以下の4点から批判を行っている。まず第1に、福祉国家が果たそうとしているプラスの機能の認識不足である。たとえば所得再分配は政府の重要な役割の一つであるが、階層間だけが考えられている。しかし社会保障が存在することによって世代間や個人属性によるグループ間、またライフサイクルにおけるリスクの普遍的な削減が可能となる。つぎに現代の工業化経済におけるポジティブな経済機能を十分に認識していないことである。福祉国家がマイナスの経済効果を与えるという結論は、完全競争の枠組みを用いた分析から得られたものである。さらにモデル化するにあたり、社会保障の制度上の構

造を無視しがちである。先行研究での仮定とは異なり、現実の失業保険は、給付期間が制限されており、抛出等の受給要件や求職活動を行っているかどうかのチェックを受ける。最後に公共選択の観点からは、福祉国家の基礎にある政治的要因が考慮されておらず、公の場で福祉国家の経済効果についての議論がほとんど行われなないことに対して批判を行っている。以上の各点について、2章以後順に説明を行っている。

第2章「福祉国家と経済成果(performance)」では、これまで行われてきた実証研究について検討を行っている。まず福祉国家と効率性や経済成長について、GDP水準との関係でみる「レベル仮説」とGDP成長率についての「成長率仮説」という2つの仮説による違いを示している。つぎに、所得移転(social transfer)と成長率に関してこれまで行われてきた計量経済学による研究間の推定結果の違いは、推定に含まれる変数や変数の定義の違い、推計期間の違い等が原因であるとしている。また失業率と失業給付の水準についてのクロスセクション分析では、含まれる国などデータの範囲による違いや反応の時間経路の問題、データから特定のプログラムの影響を分離することが困難であること等により、推計結果の違いが生じたとしている。

第3章「労働市場の均衡モデル」では、最初に簡単な競争均衡モデルを使って、所得移転プログラム(ここでは年金)の効果とその支出額削減のインプリケーションについて考えている。そしてGDPが市場に現れてこない労働を無視していることや租税コスト等の問題があることを示している。つぎに未充足求人と求職中の失業者が同時に存在するUVモデルを用いて、組合がない労働市場での賃金決定と、失業保険が労働市場に与える影響について考察される。そして、労働組合が組織されている場合の雇用量と実質賃金との関係を労働の需給から求め、失業給付削減が雇用(失業)に与える影響について述べている。

第4章「二重 (segmented) 労働市場における失業保険」では、ジョブ・サーチ・モデルや効率賃金モデルでの失業給付についての仮定が、現実には即しておらず適切さを欠くとして批判している。そこで、失業給付について独自の仮定をおいた上で、労働組合の交渉により賃金が決定される第1次部門と労働条件がそれほどよくない第2次部門からなる二重労働市場モデルを使って、各部門の賃金水準の決定と失業給付削減の影響について考察を行っている。ここでは厚生やゆがみ (distortion) の点からではなく、雇用量への影響について考えている。

第5章「公共選択と失業保険」では、失業保険を例として取りあげ、政治経済学の問題について分析を行っている。まずヨーロッパ各国政府の失業に対する対応の違いを歴史的に見てみると、社会保障の中でもとくに失業保険は政治の影響を強く受けるため、その変遷は国により大きな違いがある。つぎに中位投票者モデルを使って理論分析を行っている。代表的労働者の選好により、失業保険の給付水準と保険料率とが決定されるが、無差別曲線の形状により結果は異なる。投票者の選好が政策に移される過程では、政治家や公務員の意向も反映されるため、現実の政策において投票者の選好は制限されており、さらに圧力団体や特殊利益集団も政策決定に関わっている。

第6章「貯蓄、年金と経済成長」では、社会保障支出で大きな割合を占める (1986年ではOECD諸国のうち8カ国で給付総額の半分以上を占めている) 年金、とくに退職年金と成長率について、アローの学習モデル (AKモデル) とソローモデルを使った理論分析が行われている。また二期間のライフサイクルモデルを使って、退職年金が貯蓄や経済成長に与える影響について分析を行っている。その後、公的年金の代替として、ミーンズ・テスト付きの給付について考えている。年金受給の要件としてインカム・テストの導入は、長期的には貯蓄や経済成長にも影響を与え、少額の貯蓄を

行った場合よりも貯蓄ゼロの方が所得が多くなるという「貯蓄の罠 (savings trap)」の問題を生じさせることを示している。

第7章「投資、年金積立金と資本市場」では、賦課方式の公的年金から私的強制積立年金への移行が資本市場に与える影響について考えている。資本市場への影響を考えるために、法人部門を導入し、企業の利潤率と経済成長率との関係について分析を行っている。年金積立金は資本市場で次第に大きな割合を占めるようになっており、有益であると広く考えられているが、企業の所有と経営とが分離していれば、株主による監視 (monitoring) の増大により、公的年金から私的年金への移行が成長率を低下させる可能性があるとしている。

第8章は「結論」であり、本書で得られた主要な結論について短くまとめられている。

III 本書の特徴

本書の特徴は、これまでの多くの先行研究のようには、福祉国家を否定的にとらえていないことである。社会保障プログラムには達成しようとする本来の目的があり、削減や廃止を議論する時には、他の方法によって目標を達成する場合の時間とコストについても考慮しなければならない。アトキンソンの著書 *Incomes and the Welfare State* (1995) (丸谷 冷史訳『アトキンソン教授の福祉国家論I』(2001) 見洋書房) の第2部は「福祉国家の経済分析」であり、福祉国家と経済成長との関係については、すでにこの本の第6章でふれられているが、本書では成長の観点からさらに詳細に記述が行われている。アトキンソンは、視野に社会全体を入れて、福祉国家を冷静に分析している。

また本書では、先行研究に対し理論、実証の両面から検討を行っている点が特徴である。第4章では、理論モデル分析により、先行研究とは違う独自の結果を示している。アトキンソンの仮定で

は、第2次部門では効率賃金が存在し、失業給付を受け取れない場合も生じるとしている。このため怠業 (shirking) により解雇されても失業給付が受け取れるとする仮定の下での Shapiro and Stiglitz (1984) 等の分析から得られた、失業給付削減は就労を促進するという結果とは逆に、失業給付削減により失業が増加することをアトキンソンの分析では示している (ただし、同じ結果は他の手法による先行研究 (Axell and Lang (1990)) に存在しているとしている)。

さらに理論分析では、これまで曖昧なままであった問題について、明確な区別を行っている。たとえば第2章の「レベル仮説」と「成長率仮説」という2つの仮説では、短期的には区別がつきにくい、長期的には大きく異なっている。第6章での公的年金の存在による貯蓄の減少が経済成長に与える効果として、内生的成長モデル (AK モデル) では成長率を下げるが、新古典派モデル (ソローモデル) では産出水準を下げるというように区別している。

以上が本書の特徴であるが、本書のテーマである福祉国家と経済成長の関係については、これまで行われてきた実証分析では所得移転支出と成長率の関係についてプラス、マイナス両方の結果が得られており、信頼性に欠けるとし、一人当たり GDP と社会保障支出との間に因果関係があるとは断言できないと結論づけている。つまり福祉国家削減が経済成長にプラスの影響を与えるという確証は得られていない。

本書の目的は、福祉国家削減が経済成果を改善すると考えていた既存の研究に対して批判のベースを見出すものである (p. 184) として、社会保障支出削減を行うべきかどうかについてのアトキンソン自身の考えについては述べていない。福祉国家の未来についての判断は、読者に託されている。

IV おわりに

日本は、イギリスやアメリカと貯蓄率や失業率の点で大きく異なっているため、本書で取りあげた退職年金と成長率、失業保険と失業率との関係というテーマについてこれまでは多くの関心が寄せられてはいなかった。しかし、不況による労働市場の変化により、失業率の上昇とともに失業保険 (日本では雇用保険) に注目が集まり始めており、今後研究を進める上で本書は有益であろう。

また第6章では、普遍的年金 (universal pension) とミーンズ・テスト付きの場合の比較を行い、先行研究では考慮されていない問題点を指摘している。アトキンソンは、貧困研究をずっと行ってきたためかもしれないが、一貫して普遍主義の立場をとっており、選別主義に対して批判的である。

本書に対して不満があるとすれば、それは以下の点である。

まず、失業保険と比べて公的年金自体に関する分析が少ないように感じられた。公的年金と他のプログラムとの比較は行われているが、本書では失業保険により重点がおかれているように感じられた。

また本書の長所でもあるが、理論モデルによる分析に重点が置かれているために、アトキンソン自身による実証分析については記述が見られなかった。他の文献においては、人的資本形成や教育についての研究、および TAXMOD や POLIMOD といったマイクロ・シミュレーションモデルを用いた実証分析を行っている。こうした研究については、本書の読後、さらにアトキンソンの他の文献にすすまれたい。

注

1) アトキンソンのホームページ (<http://www.nuff.ox.ac.uk/economics/people/atkinson.htm>) 参照。

(うえだ・あけみ)

国立社会保障・人口問題研究所客員研究員)

編集委員長

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

埋橋 孝文 (日本女子大学教授)
岡 伸一 (明治学院大学教授)
尾形 裕也 (九州大学教授)
勝田 智明 (厚生労働省大臣官房国際課室長)
沙 銀華 (ニッセイ基礎研究所副主任研究員)
武川 正吾 (東京大学助教授)
土田 武史 (早稲田大学教授)
植村 尚史 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)
須田 康幸 (同研究所・総合企画部長)

小島 宏 (国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

松本 勝明 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)
金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)
白波瀬 佐和子 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)
佐藤 雅代 (同研究所・総合企画部研究員)
山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)
小林 信彦 (同研究所・客員研究員)
上枝 朱美 (同研究所・客員研究員)

海外社会保障研究 No. 139

平成14年6月25日発行

ISBN 4-900849-58-8

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目16番10号

東京日産渋谷ビル8階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: books@infoasia.co.jp

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062
