

西欧型社会保障制度への切り替えを急ぐハンガリー

有岡二郎

要旨

1968年の第1次経済改革の失敗のあとを受けて、1986年ころから始まったハンガリーの経済改革は、上部構造の政治体制を変革しなければならないところまで行き着いて、1989年から90年にかけて、社会主義体制の放棄と複数政党による総選挙の実施、社会主義政党の政権舞台からの退場という大きな政治変動が起きた。

この過程で、社会保障制度も、従来の社会主義体制下の国による全面的な年金、医療の給付体制は立ち行かなくなり、西側の社会保険システムを導入しようという模索が始まっている。

ハンガリーの改革をひとことで言えば、年金については、基礎年金、報酬比例年金、個人年金の3階建ての制度を目指し、医療制度は、公的保険で基本的な部分の給付は約束するが、それ以上の地域的、個人的な欲求に基づく給付は準民間、あるいは民間保険に譲る2階建ての制度にする、という構想だ。

いわば、西側の福祉先進諸国が、高齢化の進展の中で、公的な支出を抑制するために市場原理を積極的に導入しようとしている政策を真似して、性急に試みようとしている。西側の政策の多くは、第2次大戦後40年余りにわたった福祉国家を見直そうという各国政府の政策転換の中で、まだ模索状態のものが少なくない。大き

な政治、経済改革の中で、ただでさえ深刻になっているハンガリーの国民生活が、この社会保障改革の試みでさらに苦境に陥らないか、心配な点が少なくない。

はじめに

このレポートは、昨1989年11月にハンガリー現地を訪問して取材したデータをもとにまとめた。折から東欧各国は激動を続けていた時で、社会保障改革の動向にも、その後変化があるだろうことを、あらかじめお断りしておきたい。

筆者が訪問したのは、89年10月23日に、ハンガリー政府が「人民共和国」から「共和国」に国名変更を宣言した直後の時期だった。それまで一党独裁体制で政権を握っていたハンガリー社会主義労働者党が、国名変更の直前に「社会党」と党名を変え、そのまま政権を維持していた。その後、90年の3月と4月の2回にわたった自由な総選挙で、新しい政府が誕生した。社会党は破れて、幅広い知識層を支持基盤とする民主フォーラム(MDF)が第一党になり、第三党の小地主党、6位のキリスト教民主国民党と一緒に連立政権をつくって、5月に新内閣が発足している。

総選挙の結果が出て、政権獲得が確実になったあと、民主フォーラムの経済・財政スポークスマンは、朝日新聞の取材に対して「目標は、

巨大な、恐ろしい国家独占を小さな単位に分割民営化して、経済の活性化を図ること」と強調して、①向こう3—5年間に国営企業の6割を民営化する②社会保険など諸経費を含め88%に達する国民負担率を50%まで下げる、の2点を経済改革の目玉として挙げている（90年5月1日付け朝日新聞）。

また別のスポークスマンは、これにより先、「まずインフレ沈静化に取り組む。国営企業の補助金を削り、民営化で収入を増やす。問題は失業だ。いま失業者は5万人くらいだが、50万人くらいは覚悟しなければならない」と語っている（90年3月29日付け朝日新聞）。

新政権の経済・社会保障政策はまだ明らかになっていないが、以上の二つの発言から、新政権が従来の国家財政依存、国営企業主導の経済を改めて、民間活力を生かした市場経済中心の経済財政運営への転換を図ろうとしていることがわかる。この路線は、ハンガリーが86年から着手した経済改革の中で進めてきたものの延長線上にある。新政権は、それをより強く、効果的な形で進めようと考えているようだ。したがって、以下の報告が、新政権の下で進められるであろう改革の考え方と大きくへだたるものではないと考えられる。少なくとも、以下の報告は、新政権が進める改革の流れの上流にあるもので、新政権の政策の前史を形づくるものと申し上げてよいと思う。

また、ハンガリーの改革は、東欧圏のほかの国々が取り組んでいる社会保障改革の動きをうかがう参考にもなると思う。

「90年は医療、91年は年金改革」と次官

ブダペストのハンガリー厚生省で、社会保険担当のジュールフィ次官に会ったのは89年11月

14日だった。

次官は「経済計画を市場経済に変えるのと合わせて、社会保険システムも変えて行くことが88年に決まり、89年1月から実施されている」と語った。ハンガリーは、東欧圏の中で、他の諸国に先駆けて経済改革に着手し、これが89年からの政治改革にもつながったのだが、この経済改革に合わせて、社会保障制度の改革もすでに始まっていた、というわけだ。

次官は「今までの社会保険財政は、保険料収入が足りなくて国費を大きくつぎ込んでいた。収入と支出のバランスが一切考慮されてなかった。財政システムはめっちゃめっちゃで、積立金や財産がなにもなかった」と従来の制度への反省を語り、「90年にはまず医療保険制度の改革に手をつけ、91年からは年金制度の改革に取り組みたい」と、改革のスケジュールを明らかにした。

従来の社会保険システムは破産状態だった

次官の言葉にもあるように、ハンガリーの従来の社会保障制度も社会保険方式で行われてきている。

年金には、老齢年金、障害年金、遺族(寡婦)年金、孤児手当がある。年金受給者総数は、89年初頭で242万人、全人口の22.9%にあたる。ちなみにハンガリーの人口は約千五十万人である。88年の1人当たり支給額は月額4,515 フォリントで、平均賃金の56%。

老齢年金は男性は60歳から、女性は55歳から支給される。受給者数は89年初頭で、137万人。支給額は平均月額で5,172 フォリント。制度上は、受給前の5年間の中で給与の良かった3年間の平均の33%が保証されて、加入期間に応じての加算があり、最高限度は42年加入で、平均

給与の75%まで、という仕組みだった。

そのほかの所得保障としては、家族手当、児童手当がある。家族手当は、14歳以上の子どもと身障者が対象で、学生の場合は25歳まで対象となる。受給している家族は、87年7月現在で、133万家族、支給額は月額1,369フォリン

ト。児童手当は、出産後18カ月間支給される育児手当と、出産後3年間支給される育児助成があり、ともに家庭で育児に専念する親に、平均賃金にリンクして支給される。

医療は、病院などの公共保健サービス施設を通じて、患者に直接供給される現物給付だ。患

表1 主な所得保障と支給額

	1975	1980	1988
年金支払い総額 100万フォリント	27,103	55,979	129,966
対国民所得比	6.9	9.6	11.3
1人平均年金月額 フォリント	1,272	2,267	4,515
家族手当総額 100万フォリント	6,426	13,561	37,001
平均支給月額 フォリント	592	966	2,168
児童手当総額 100万フォリント	3,006	3,913	8,965
児童手当受給者 1,000人, 12月	265	254	240
傷病手当金の月平均受給者 1,000人	259	248	269
傷病手当金総額 100万フォリント	6,859	8,534	17,500

表2 年金の種類と受給者、支給額 (1989年1月)

	受給者, 1,000人			支給額, フォリント		
	男性	女性	計	男性	女性	計
老 齡 年 金	613.5	757.5	1,371.0	6,124	4,400	5,172
労働者, 事務員	417.2	592.0	1,009.2	6,318	4,552	5,282
農 民	145.4	142.2	287.6	5,212	3,784	4,506
障 害 年 金	304.6	197.2	501.8	5,529	4,150	4,987
労働者, 事務員	207.0	152.3	359.3	5,626	4,244	5,040
農 民	78.8	41.8	120.6	4,986	3,761	4,561
個 人 年 金	918.1	954.7	1,872.8	5,927	4,348	5,122
労 災 給 付	23.3	4.2	27.5	2,153	1,913	2,116
遺 族 年 金	0.3	301.7	302.0	3,630	3,780	3,779
農民協同組合手当	11.4	78.8	90.2	4,031	3,680	3,724
孤 児 手 当			93.3			3,055
その他の手当			45.5			5,722

者の自己負担は、薬剤費と補装具の15%。ただし、人命にかかわる重要な疾患と出産、乳児医療の薬剤費は無料だ。ほかに傷病手当金や出産手当金もある。(表1, 2)

財源は、87年現在で、雇用主が賃金の40%を負担した。ただし、雇用主が政府の場合は保険料負担は賃金の10%、同じく農業協同組合の場合は29%の負担ですむ。政府は、雇用主としての保険料負担のほかに、欠損金が出れば、給付費用の40%までをめぐりに負担する。被保険者本人は、賃金に応じて3%から15%の保険料を払うが、これは年金のため。つまり、財源のほとんどは雇用主と政府が負担する仕組みだ。

ジュールフィ次官によると、このような形の社会保険システムは1950年以降のもので、欠損金があれば政府が負担するという仕組みのために、国庫からの支出金で社会保険を賄っている格好となっていた。また、費用は、「毎年集めた税金や保険料の中から支出していたから、資本、財産が何も残されていなかった」という。従来の制度は破産状態だった。

制度改革に、独立採算、収支バランスなどの原則

そこで、89年から始まった制度改革は、次のような基本思想のもとに進められた。

第1の原則は、社会保険を、政府の一般会計予算から切り離すこと。「税金収入に頼るやり方はいけない」(次官)という反省からだ。

原則の第2は、政府系の団体も、民間企業も同じ保険料率で負担するということ。89年の保険料率は、賃金の43%とされた。ほかに、被保険者本人は、賃金の10%を年金の保険料として納める。

したがって、改革後は、雇用主負担の43%

と、被保険者本人の10%を合わせて、賃金の53%が保険料として入り、財源となる。「この収入のうち、12%から13%が医療保険に振り向けられて、30%が年金の財源となる。残りの10%程度は失業保険や労災保険、児童手当などの財源になる」というのが次官の説明だった。

ただ、賃金の43%となると、企業は実質的に名目賃金の1.4倍強の賃金負担となる。この保険料負担が、これから市場経済を導入して経済的發展を目指そうとしているハンガリー経済の足をひっぱる心配がある。

原則の第3は、保険料収入と支払い総額は収支のバランスをきちんととる、ということ。収支バランスの将来見通しをしっかりと立てることによって、「国民が年金の保険料を払うときに、老後の年金生活がどうなるのか分かることが必要だ」と次官は言っていた。逆に言えば、これまでは、西側では当たり前のそうした将来見通しが十分に示されていなかったということだろう。

「社会保険の目的は財産づくりではない」との批判も

このように、制度改革はまず、社会保険財政の一般会計からの切り離しと、独立採算から始まった。

ただ、社会保険には基本財産がなかったので、政府が50億フォリントの国債を出した。結果は、「89年はインフレによる物価上昇率が17%もあったが、賃金も19—20%上昇したので(保険料収入が好調で)、社会保険は黒字になった。保険財政に余裕が生まれれば、それで政府の国債を購入して運用することができる。黒字分は130億フォリントで、国債を購入し、クリスマス年金手当支給にも回す。独立採算の

見通しが立ってきた」と次官は話した。

次官は、この制度改革の一応の成功を第1ステップにして、「90年はまず医療保険を中心とする具体的な保険システムをつくりたい」と述べた。家族手当は、社会保険財政が切り離されて、政府の予算から支出されることになった。

しかし、社会保険の独立採算を図ろうという改革の考え方には批判もある。ハンガリー科学アカデミーの社会科学研究所研究員で、社会政策を専攻するクリューメール氏は「馬鹿げた逆行が行われている。社会保険を利潤の上がる制度にしようとしていることだ。社会保険は89年には黒字が出るが、出た利益で年金をインフレに合わせて引き上げることをせずに、土地や建物を買って、財産をつくることを考えている。改革は急激過ぎて、よく考えられたものではない」と批判していた。

年金は、基礎、報酬比例、個人の3階建てに

次官の明らかにしたスケジュールでは、90年に医療改革に着手し、91年には年金改革に入る段取りだ。まず年金改革から報告したい。

次官の話してくれた年金改革の構想は、日本が86年の制度改革で目指したものと似通っている。

まず、国民のだれにも、仕事をしているか仕事していないかに関係なく、権利として支給する基礎的年金をつくる。「国民の平均給与の半分か、最低収入の3分の2は支払いたい」と次官。

その上に、所得によって保険料を納め、それに応じて年金額も決まる報酬比例の年金がつけられる。

さらに、個人的に民間保険の年金に加入するか、公的保険の上乗せ部分に加入する年金も認

西欧型社会保障制度への切り替えを急ぐハンガリー

めるようにしたいという。

こうした構想について、次官は「スウェーデンやフィンランドの制度を模倣したい」と語っていた。

年金生活者を直撃する深刻なインフレ

しかし問題は、このような抜本的な改革を、激しいインフレの中で進めなければならないことだ。

ここ数年間のハンガリー経済は深刻だ。インフレ率は88年が15.5%。「89年は17%と予測され、2年間で35%を超える」と、ハンガリー中央統計局のファーイッティ収入・消費・労働統計部長は語った。

1人当たりの対外債務が東欧一という状況の中で、生活必需品の値上がり率が激しく、低所得層の人ほどインフレの打撃を受けている。政府が、経済改革を進める過程で、この2年ほどの間に、各種の国庫補助金を減らしたことも、インフレの大きな要因になっている。補助金によって、食料品をはじめとする生活必需品の価格を低く抑えていたからだ。

このため、年金水準は物価の上昇に追いつけず、年金生活者は苦しくなっている。

ハンガリー中央統計局で、国民生活と社会保障のデータを聞いたが、ファーイッティ部長は「70年代末からのハンガリー経済の停滞と人口高齢化の中で、国民生活の中に占める年金の役割は大きくなったのに、その実質価値は目減りを続けている」と指摘した。

老齢年金は、10年足らずで3分の2に目減り

年金をめぐる問題の第1は、支払い総額の国民所得に占める割合が、表1でわかるように、ここ10年あまりで、5倍近くに大きくなったこ

とだ。これは、ハンガリーの国民経済にとって大きな負担となっている。

ハンガリーの人口は約1,000万人で、ほぼ横ばいだ。このうち年金受給者は1970年には138万人で、全人口の13.4%だったのが、高齢化などで、89年には242万人、23%まで増えた。(表3)

このため、表1でみるように、年金の支払い総額は、75年には国民所得の6.9%だったものが、88年には11.3%にまで上昇している。

このような年金負担の増大を抑える狙いで、政府は一時、老齢年金の支給開始年齢を男女とも5歳遅らせる構想を発表した。支給開始年齢の5年繰り延べによる年金負担の軽減という日本そっくりの構想だったが、国民の反対に遭って、断念している。

第2の問題は、国民経済の中で年金の負担が増えているにもかかわらず、国民1人当たりの年金支給額は目減りしていることだ。

中央統計局によると、高額年金ほど、インフレの進行の中で目減りして、80年に比べて、88年の年金は10年足らずの間に、3分の2の価

値に目減りしている。(表4)

このように、年金額の多少によって、インフレによる目減りに格差があるのは、政府が、毎年の年金水準の見直しの際に、低水準の年金だけでもインフレに見合う引き上げをしようと努力してきた結果だ。ということは、全体の年金水準をインフレに見合うように引き上げる余裕が政府になく、年金の一番低いところを手直しするのがやっとだったということでもある。

このため、低水準の年金については比較的、物価上昇分が考慮されてきたが、高水準の年金はそうした考慮が少なく、結果として目減りの幅が大きかった。

たとえば、80年に1,500フォリントだった年金は88年には約3,000フォリントになっているが、実質価値はほとんど横ばいだ。しかし、高水準の年金になるほど、実質価値は落ちている。

第3の問題は、高齢者ほど、低水準の年金になっていくことだ。これは、「古い受給者は、加入期間が短かったうえに、収入が少なかった」(同部長)からだが、これにインフレの影

表3 年金生活者と年金額の推移

年	年金受給者 単位・1,000人	全人口に 占める割合	1人当たり 年金額(月) フォリント	職 種 別	
				労働者 事務員 フォリント	農業協同 組合員 フォリント
1970	1,380.3	13.4	765	1,136	
1975	1,747.9	16.6	1,272	1,966	1,318
1980	2,018.0	18.8	2,267	3,215	2,303
1981	2,081.8	19.4	2,415	3,382	2,507
1982	2,130.8	19.9	2,647	3,615	2,710
1983	2,175.6	20.3	2,849	3,791	2,850
1984	2,215.3	20.7	3,109	4,095	3,075
1985	2,260.5	21.2	3,340	4,318	3,322
1986	2,299.4	21.6	3,557	4,604	3,553
1987	2,337.2	22.0	3,880	5,011	3,864
1988	2,373.7	22.4	4,515	5,698	4,349
1989	2,421.7	22.9			

表4 支給決定された年金額の実質価値の推移

(1980年の水準を100として。金額の単位はフォリント=Ft)

1980年の年金額	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
	1986年で70歳以下の人							
1,500 Ft	102.1	103.3	104.0	105.6	106.4	107.0	107.3	109.1
2,000 Ft	100.5	99.9	98.3	97.9	97.2	96.8	95.7	95.2
3,000 Ft	98.8	95.3	92.4	88.0	84.0	82.9	80.9	78.5
4,000 Ft	98.1	94.1	90.2	85.1	80.7	78.8	75.9	72.3
5,000 Ft	97.8	93.4	89.2	83.9	79.3	77.3	73.9	69.4
	1986年で71歳以上の人							
1,500 Ft	102.1	103.3	104.0	105.6	106.4	107.0	109.2	113.7
2,000 Ft	100.5	99.5	98.3	97.9	97.2	96.8	97.8	101.3
3,000 Ft	98.8	95.5	92.4	88.0	84.0	82.9	83.3	85.8
4,000 Ft	98.1	94.1	90.2	85.1	80.7	78.8	79.0	81.1
5,000 Ft	97.8	93.4	89.2	83.9	79.3	77.3	77.3	79.2

表5 年金支給額別の受給者数 (単位: パーセント)

年金支給額 フォリント	1987年1月	1988年1月	男 女 別	
			男 性	女 性
2,499以下	10.7	0.3	0.2	0.5
2,500—2,999	22.6	8.8	2.0	15.6
3,000—3,999	35.3	40.8	27.1	54.4
4,000—4,999	15.0	24.2	30.4	18.1
5,000—5,999	7.4	11.6	16.9	6.3
6,000—6,999	3.9	6.1	9.5	2.7
7,000以上	5.0	8.1	13.9	2.4
	100.0	100.0	100.0	100.0

響が加わり、新規裁定の年金水準が高くなっていることも要因だ。このため、老齢年金の支給額は、年金をもらい始める世代の水準は高いが、高齢者の年金額は低い、という現象が起きている。

このような事態は、激しいインフレという悪条件があったことが大きな原因だ。その上、「年金水準を物価や賃金の上昇にスライドするシステムがない」(同部長)という制度の欠陥も要因になっている。「年金水準は、その年の初めに一定の引き上げをするだけだった」(フ

ァーイッティ部長)からだ。

医療改革では DRG, HMO も導入

医療改革について、次官は「基本的には西側のものを導入する。強い家庭医のサービスシステムと、開放的な病院のネットワークをつくりたい。米国式の DRG システムも導入したい。HMO もすでに実験を始めている。一連の改革を90年代のうちに完成させたい」と語っている。

まず90年に、動きの鈍い地域医師制度を英国

型の家庭医制度に切り替える計画で、91年には、患者が病院を選べる「オープンな病院システム」を実施する。保険から病院に支払う医療費は、出来高払いではなく、あらかじめ一定の症状ごとに医療費を決めて払う DRG 方式を、91年から採用する。「92年からは家庭医制度も同じ DRG システムにしたい。93年には、病院のシステムと家庭医のシステムを一緒にして、制度を完成させたい」というスケジュールだ。

HMO は、保険会社が加入者から保険料を集めて加入者の健康管理を請け負い、病院と契約して加入者の診断や治療をする仕組みだが、米国で開発されたこの制度の導入実験は、米国の保険会社と提携して行われているという。実験は、何人かの医師が組合をつくり、住民と契約する。住民は組合に料金を払い、病気になると診てもらふ。言ってみれば、医療生協のような形で実験をしているようだ。「いまのところ、入院の少ない、コストの安いシステムになっている」と次官は評価する。住民は酒やたばこをやめて健康維持の努力をすれば、組合から還付金が出る。

次官は「目指している制度はカナダやフィンランドの制度に似通っている」と話し、医療制度も、全国民に強制加入を義務づけて国が運営する公的な医療保険と、個人が付加的な給付を望んで加入する独立採算の制度との2階建ての制度にしたいという構想を語った。「独立採算の制度は地域の状況に応じて付加給付ができるようにしたい」とも述べた。付加的サービスの分野で HMO 方式を導入したいという考えだ、

医師はこれまで、自治体の公務員となっていて、給付も自治体から出ていた。病院など施設は公費で維持していた。これを、社会保険の費用で賄うことにしたいと考えている。

こうした構想に合わせて、すでに、医師が個人経営の診療所や病院を開業することを認め、外国資本が病院建設や経営に投資することも歓迎している。

改革を進めて行くのと並行して、「2つの条件を整えていきたい。1つは、情報システムを整えたい。いまは病院について、ハードもソフトも情報が不足している。大型のコンピューターがほしいが、これにはかなりの予算がかかる。第2には、病院の格差を小さくしたい。いまは、病院のいろいろな水準がほぼ4倍も違う」とも話していた。

地域医療は地域医師と病院の連携で

地域医療改革のモデルとなっているブダペスト市内の病院も訪問した。ブダペストの郊外にあるヤーン・フェレンツ病院で、ギュグシー院長は「いま、医療制度を西欧やスカンジナビア型に切り替えようとしている。この病院はモデルになっていて毎日会議の連続だ。もう、すごく忙しい」と話していた。

院長の言葉は、ジュールフィ次官の話した「カナダやフィンランドに似通った制度」とはニュアンスが異なるが、それだけ西側各国の制度をいろいろ研究して、その良いと考えられるところを、次々と導入しようとしているということだろう。

病院は、ブダペスト市の南部の2つの区の中核病院として80年12月に設立された。対象人口は2つの区を合わせて約20万人。「ほかに、もう1つの区にも、内科や精神科、耳鼻科の医療サービスをしているから、合わせると、対象は30万人になる」という。

病院には1,560ベッドあり、医師や看護婦らのスタッフは約3,500人。年間に約3万人の治

療や入院を引き受けている。

ハンガリーの医療制度は、地域医師（パネルドクター）と、地域ごとに置かれている病院とが連携して、住民の健康を守る仕組みだ。地域医師には、成人2,000人に1人の割合で置かれている成人相手の医師と、子ども1,000人に1人の割合に配置されている子ども医師がいる。

医師の数は、88年で約3万6,000人。人口1万人当たり34人で、日本の16人強に比べると2倍以上、西独の25.6人、フランスの31.9人と比べても多い。ただ、全人口の2割が集中して

いるブダペストに医師も集中していて、人口1万人当たりの医師数は、ブダペストが60人なのに対して、その他の地域は28人とかなり差がある。うち、病院勤務医は約1万3,000人で、大人対象の地域医師は約4,300人、子ども医師は約1,300人。（表5、6、7）

ヤーン・フェレンツ病院の管内には、120人の地域医師がいる。うち80人は大人対象の医師で、40人は子ども専門の医師だ。大人対象の医師は、診療所に2人から5人が組んで登録している。担当地域は別々だが、お互いに相手の休

表6 病院数、病院で働く医療関係者数、平均在院日数

病院, 医療関係者	1970	1980	1985	1987	1988
病 院	178	154	147	148	148
医 師	8,065	10,644	12,597	12,724	12,968
看 護 婦	31,211	45,084	50,291	52,526	53,180
100床当たりの医師数	9.7	11.4	12.7	12.5	12.8
同 看護婦数	37.4	48.4	50.7	51.7	52.3
平均在院日数	15.0	14.2	13.6	13.2	12.9

表7 医師の数と率

	1970	1980	1985	1987	1988
ブダペストの医師数	9,236	11,390	12,400	12,440	12,688
その他の市町村の医師数	14,288	19,452	22,148	23,003	23,500
医 師 計	23,524	30,842	34,548	35,443	36,188
人口1万当たり数	22.7	28.8	32.5	33.4	34.1
菌 科 医	2,733	3,431	3,762	3,881	3,988

表8 薬剤師と看護婦

	1970	1980	1985	1987	1988
薬 剤 師	3,924	4,262	4,548	4,569	4,501
うち薬局薬剤師	3,324	3,424	3,500	3,404	3,346
看 護 婦	27,964	39,856	42,681	44,524	44,851
保 健 婦	4,089	4,959	5,175	5,227	5,321
助 産 婦	1,897	2,640	2,569	2,709	2,613
子 供 看 護 婦	8,228	14,887	16,172	15,844	15,200
看 護 助 手	17,073	25,304	32,223	33,827	35,133

日や留守をカバーし合う。子ども専門医は通常1人である。

大人対象の地域医師と子ども専門医、病院勤務医はそれぞれ研修期間と内容が異なり、医師としてのスタート時点から違って相互の人事的交流はない。

英国型の地域医療体制を目指す

しかし、この地域医療体制は近年、思うように機能していなかった。「地域医師は患者をすぐ病院に回すし、病院はかなり忙しいから病気を見つけるのが遅く、入院したときは手遅れが多い」とギュグシー院長は指摘していた。また、「医療は無料」の建前も、「実際には医者に多額のチップを払わなければならない」（ハンガリー政府の広報幹部）という状態だ。

地域医師が患者をすぐ病院に送る理由について、ギュグシー院長は「予算の問題だ」と指摘する。「地域医師はレントゲン検査くらいは自分のところでしたらよいのだが、そこを節約してどんどん病院に送り込んでくる。だから病院は大変混んでしまう」という。

地域医療の改革は「地域医師がプライマリーケアをきちんとやって、心や体の病気を早くみつけるようにしたい。理想的な家庭医の仕組みにして、英国式の改革をしたい」とギュグシー院長は言う。そのために住民が地域医師を選んで登録する英国のNHS的な方式を考えている。「登録している住民の健康には地域医師は責任をもち、また住民は自由に医師を選べるようにしたい」と言うのだから、英国が取り組んでいるNHS改革の方向も早速取り入れようという姿勢だ。

ベッドを減らしても、医療の効率化を

一方、人口構造の高齢化に合わせて、病院内のシステムを変えて行きたいという。具体的には、もっと在院日数を短くして、病院では「最も近代的な検査や手術をしたい」とギュグシー院長はいう。

これに関連して、ジュールフィ厚生次官は「CT スキャンなどを導入したいが、価格が大変高い。しかし、高度の設備を導入すれば、医療の効率は良くなり、在院日数も短くなるだろう」と語り、財政状態をにらみながら、設備の近代化を精力的に進めたい意向を示した。

また、「現在、全国で10万4,000ベッドある。人口1万人に104ベッドというのは、高い水準だ。医師が3万6,000人いるのも、多すぎる。こうした基本的な数字を見るだけでも、医療体制の効率が悪いことがうかがえる。ベッドを減らしても、医療技術のレベルを上げた方がよい」とも語った。2人の話からは、病院の設備と院内システムの近代化と効率化を進めたいが、どうやったら良いか手探り状態にある雰囲気を感じられた。

ジュールフィ次官はまた、「病院のベッドの30%が老人ホームでもケアをできる老人たちに占領されていることも問題だ」と指摘していた。このため、老人ホームの設備と在宅ケアの推進も、ハンガリーの社会保障政策の重要な柱となっている。

日本より10歳近く低い平均寿命

なお、統計の上では、表6にみるように、ここ10年間で在院日数の短縮傾向が見られるが、これは、プライマリーケアが十分に機能していないことによって、病院に入って来るときには

すでに手遅れの状態が少なくないことに一因があるとの指摘もあった。

医療体制の不備は、平均寿命の短さにも現れている。院長をはじめ関係者が「残念なことだが」と口をそろえて語っていたが、平均寿命は欧州でも短い方だ。

88年現在で、男性が66.2歳、女性は74.0歳だ。日本は、88年の平均寿命が男性で75.5歳、女性は81.3歳だから、男性は10歳近く、女性も7歳近く、ハンガリーの方が短い。

60歳の平均寿命は男性が15.1歳、女性は19.2歳だ。1960年代からほとんど延びず、変わっていない。これに対して日本は、男性が19.8歳、女性23.9歳。日本の方が5年ほど長生きだ。

死亡原因の上位は心臓病、がん、事故、自殺が占めている。「地域医師が理想的な家庭医になって、患者の健康に気を付けて、検査もやり、また住民の方も健康に関心を持つようなシステムにしたい」とギュグシー院長は語った。地域医療体制の整備によって、平均寿命の引き上げを図って行きたいということだろう。

おわりに

以上、ハンガリーの社会保障改革を駆け足で紹介してきたが、改革の狙いは、制度を西欧型に切り替えるだけでなく、社会保障に市場原理を持ち込み、公的な支出を抑えることにある。市場原理の導入は、日本や西欧の福祉先進国が、高齢化社会の進行で社会保障の費用がかさんでいるのをなんとか抑えようと試みているもので、こうした西側の模索まで性急に切り入れようとしているところに、ハンガリーの意欲と

西欧型社会保障制度への切り替えを急ぐハンガリー

焦りを感じた。

しかし、大急ぎの改革が、経済的困難の中で、財政的に破綻しないか、国民に保険料負担の増加やサービスの低下という形でしわ寄せが集中しないか、など心配な点はたくさんある。制度は整っても、年金や医療給付は低水準で、肝心の老人や病人など社会的弱者は置き去りというおそれは強い。

先に紹介したハンガリー科学アカデミーのクリューメールさんは「政府の改革は急ぎすぎだ。しかも弱者を救うという社会保障の使命を忘れて、制度を整えて財政的に安定させることばかり考えている」と批判する。

ジュールフィ次官は、改革について、「長距離ランナーが走りながら服を着替えるような難しい作業」と困難な作業であることを認め、「しかも、仲間が走っている足をひっぱって邪魔をしようとする」と、政府内部や関係機関との調整の難しさを語っていた。

最後に、ハンガリー政府の対外広報部門の幹部がしみじみと語っていた言葉を紹介し、ハンガリーの改革の成功を願って、この報告を終わりたい。

「私たちは、社会主義は体制として当然に、社会保障をきちんとやれると考えていた。それも、発達している資本主義国よりも大きなサービスができると思っていた。しかし間違いだった。いままで進んで来た道は行き止まりだったとわかったのだから、いったん戻って別の道を捜さなくてはならない。社会保障の水準は、その国の経済状態に密接に関係することもわかってきた」。

(ありおか・じろう 朝日新聞編集委員)