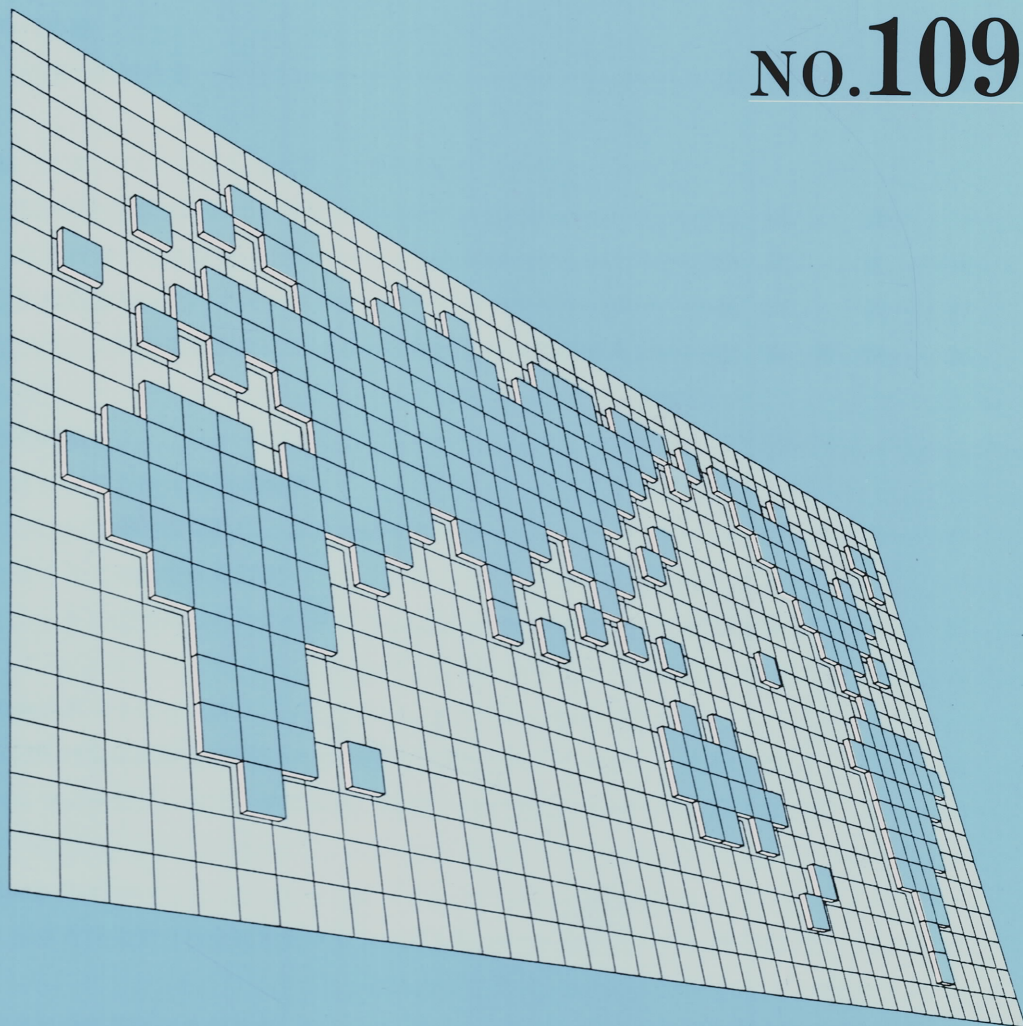


# 海外社会保障情報

*Overseas Social Security News*

Winter 1994

No.109



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

## 時代の眼

# 中国の老親扶養

湯 沢 雍 彦

中国は、老人人口からみても世界一の大国である。1990年センサスによると、総人口11億3,000万のうち60歳以上が1億3,000万人いて11.5%を占めるから、指導者はすでに「高齢社会」に入っていると自覚している。社会保障が未成熟な中国において、この老人存在が巨大な社会問題になることはまちがいない。

20年ほど前までは、老親扶養の強い意識と慣習がこの問題をカバーしてきたが、若者の流動が激しくなった最近では、その慣習が動揺している。都市部の男性老人は74%に年金があり、医療費も80%の人が公費負担ですんでいるが、農村では年金はほとんどなく、男性の4%、女性の0.3%しか医療費公費負担を受けていない(1987年、60歳以上)。だから、農村では半数以上が、都市でもかなりの者が子の扶養を頼りにしている。

新婚姻法第15条は「扶養扶助の義務」を明記しており、具体的には、精神上的の尊敬ばかりでなく、経済上の扶養を含み、さらには生活の面倒をみることも含むとされる。生活の面倒とは、具体的には「食事の世話をすることだ」ということも強調されている。

しかし一部の地域では、扶養されないばかりか、老人虐待まで起こっている。山東省の調査では、親孝行しない子どもが10%前後いるという。河北省石家地区では、扶養訴訟が86年に2,131件、87年には2,340件起り、全民事訴訟発生件数の10.9%にまで上昇している。天津では、市内でも郊外農村でも扶養をめぐる紛争が急増し、年間1,000件以上の事件が人民法院に係属するようになった。

そのため、86年頃から老人の合法權益を保護する法規を制定する地域が多くなってきた。

具体的な手段としては、親子間で扶養契約（贍養協議）を結ぶことを奨励している。たとえば、北京市では1992年前半期で1,000件、山東省禹城県では91年に5万件も締結されたという。

ではどのような内容のものか、北京市郊外農村の一例を紹介してみよう。

〔1. 住居〕父母の住居は、長男某、次男某のいずれ方と同居する場合でも、一番良い部屋（南向きの部屋続きの内でも東の部屋）とする。毎年10月1日を移転の日とし、その同居期間は1年と

---

する。家屋の所有権は2人の息子にあり、父母は使用権を持つのみである。

〔2. 食料〕父母各自の食料は、2人の息子が責任を負う。各自につき毎年小麦300斤、米100斤とし、給付日には、小麦は収穫の初秋後に米は収穫の晩秋後に、とする。もし、父母が食事の支度など日常生活を自ら行えなくなった場合には、2人の息子が責任を負う。いずれの息子であれ、その家で食事の面倒をみる。」(以下略。加藤美穂子「中国高齢者扶養問題の現状」より)

これは、かつて日本農村の一部で行われた「家族農業協定＝親子契約」によく似ている。日本では結局拡まらなかったが、中国の扶養契約がどう展開するか、今後の行方を見守りたいものだと思う。

だが他方において、伝統的な親孝行意識も根強く存在している。

この春、私共調停研究者が訪中した時、中国民政局の女性、刘さん(40歳)が終始ガイド役として世話してくれた。ある食後の雑談で、「自分の長所を1つずつ挙げてみよう」ということになり、我々は、「目が良いこと」「虫歯がないこと」などと言いあって、最後に刘さんの番を待った。刘さんはしばらく考えていたが、「親孝行なこと」とずばり言って我々を驚かせた。「隣家に住む母親の世話を出来る限りしています」と胸をはるのである。

天津市の婚姻登記処を訪問した夜は、その処長が中心になって晩餐会を開いてくれた。ところが正に宴が始まろうとする時、処長は「他に大事な用があるので退席します」と挨拶した。日本ではまず考えられないことなので我々がびっくりしていると、「今晚は妻の父親が80歳の誕生日で、その祝いの宴がある。それをはずすことは孝行に反することになるのでとても出来ない。失礼だがお許しください。」とのことだった。もっとも、それを配慮して同じレストランに2つの宴を用意して、時々顔を出してくれたが、中心はあくまで親の宴の方に置いていた。全体としては、親孝行もさすがに健在な国なのである。

(ゆざわ・やすひこ お茶の水女子大学教授)

## EC 社会保障法における年金

山 田 晋

### I. はじめに

「1992年」のヨーロッパ統合の熱狂が過ぎ去ってみると、「統合」がいうほどには容易ならざることであることに、ヨーロッパは改めて気がついた。しかしそのなかにあっても、社会政策は、1989年の「EC 社会憲章、(Community Charter of the Fundamental Social Rights of Workers)」とそれに基づく「行動計画 (action program)」, マーストリヒト条約と、一連の著しい展開をみせている。

社会保障に関しては、ローマ条約, EC 社会憲章, 規則 (Regulation), 理事会指令 (Directives), そしてそれらをめぐるヨーロッパ共同体裁判所 (European Court of Justice: ECJ) の判決が、「法源」となり, EC 社会保障法を形成している。EC 加盟国は、これらの EC 社会保障法を無視してはもはや自国の社会保障法・政策を展開できない。

EC 社会保障法には、「整合化 (co-ordination)」と「調和化 (harmonisation)」との二局面がある。労働者の域内自由移動を確保するための、複数の加盟国間での「社会保障の権利の移転可能性 (portability)」, 各国社会保障制度における国籍による差別の禁止, などを柱とするのが「整合性」であり, 国際機構としての EC が, EC 社会保障法の諸原則を加盟各国の社会

保障制度に化肉化することを要請するのが「調和化」である。

このような EC 社会保障法のなかで, 近年著しい展開をみせているのが, 年金による所得保障の領域である。EC 社会政策の追求する価値であるところの「男女平等」の拡大である (したがって, EC 社会保障法の二局面のうち, 「調和化」が問題となる)。1990年5月17日, ECJ は, 職域年金制度 (occupational pension scheme) にもローマ条約119条の適用があり, それゆえ年金年齢の男女差別はローマ条約違反と判断を下した。これが著名なバーバー・ケース (Barber case) である (Barber v. Guardian Royal Exchange Assurance Group, Case C-262/88)。これを契機に, 年金制度の多様な側面での「調和化」が問題となり始めた。

本稿では, 初めに EC 社会保障法における年金の「調和化」について, 次いでバーバー・ケースの概要, いわゆるバーバー・プロトコール (Barber protocol), バーバー・ケース以後の ECJ 判決, の順で, EC 社会保障法における年金を論じる。

### II. EC 社会保障法における年金の「調和化」

ローマ条約中には, 年金制度における男女平等の「調和化」について, 直接言及したものは



ない。したがって、男女平等について言及する119条が重要な意義をもつこととなる。119条は、同等の労働に対する男女平等の報酬 (equal pay for equal work) の原則の適用を加盟国が確保すべきことを規定する。同条は「報酬 (pay)」についての定義をふくみ、雇用に関して使用者から労働者が受けとる、現金であれ現物であれ、それが直接的に支払われるものであれ間接的に支払われるものであれ、賃金、月給、その他あらゆる形態の「利益 (consideration)」をふくむものとする。

近時問題となっている年金制度とは、職域年金制度の場合がほとんどであり、この場合、年金給付がここでいう“pay”に含まれるか否かが1つの論点となっている。

年金についての男女平等の「調和化」に関する「EC規則 (EC Regulation)」は存在しない。これについての「EC理事会指令 (EC Council Directive)」は、以下の2つである。

「社会保障における男女平等に関する理事会指令79/7」(1978年12月19日)は、制定法上の (statutory) 社会保障制度、すなわち、公的な社会保障制度における、男女平等原則の確保を目的とする。制度の範囲、アクセスの要件、拠出義務、拠出料の算出等についての男女差別の撤廃が加盟国の義務となるが、老齢年金 (old-age pension) と引退年金 (retirement pension) の年金年齢 (pensionable age) の決定については、79/7号指令の適用外となっている (7条)。

「職域社会保障における男女平等に関する理事会指令86/378」(1986年7月24日)は、制定法上の・公的な社会保障給付を補足しまたは代替する目的の、職域における社会保障給付での男女平等原理の確保を目的としている。

### III. バーバー・ケース

#### 1. バーバー・ケースの概要

EC加盟各国の年金制度関係者に衝撃を与え、大いなる転換の起爆剤となったバーバー・ケースについて、その重要性にかんがみ、改めてここでその概要を紹介する<sup>1)</sup>。

イギリスの社会保障制度としての年金制度は、2階建て構造になっており、均一給付の基礎年金制度の上に、所得比例年金がのっている。原則としてこれらは全て公的制度、政府管掌制度であるが、一定の要件を備えた企業年金は、政府の監督庁の審査をパスすれば、政府管掌の所得比例年金部分の代替となることができる。このような公的年金の代替資格をもつ企業年金を、「適用除外 (contract-out)」の職域年金という。バーバー・ケースで問題となったのは、このような「適用除外」の職域年金である。

バーバー氏は、それ以前に勤務していた会社が、ガーディアン社 (Guardian Royal Exchange Assurance) に合併されたため、同社の社員となった。ガーディアン社は、企業年金制度をもっており、これは「適用除外」の職域年金であった。この企業年金の通常の年金支給開始年齢は、男性65歳、女性60歳であったが、バーバー氏は合併前の会社からの引き継ぎであり、例外措置の適用を受ける。例外措置としての年金年齢は、男性62歳、女性57歳であった。またこの例外措置の下で彼は、62歳になるかまたは52歳の誕生日以後に解雇された場合には、「即時年金 (immediate pension)」を受け権利を持つ。またガーディアン社の企業年金では、40歳以上で10年以上の勤務ののちに退職した者

には、「待機年金 (deferred pension)」を給付していた。これは、この要件をみたす者が、通常の年金年齢に達したのち、年金給付を受けるものである。

一方、ガーディアン社の退職規則は、余剰人員解雇の場合について、男性55歳、女性50歳になっていることを条件に、「即時年金」の権利を持つと規定し、他の全ての社員は、その勤務年数に応じて、一時金と「待機年金」の権利を得るとしていた。

バーバー氏は、1980年に、会社の再編のため余剰人員として解雇され、勤務年数に応じた一時金と、制定法上の余剰人員整理解雇手当相当額の現金を支給され、さらに報償金も支給された。しかし、この時、バーバー氏は52歳であったため、余剰人員解雇の際に、男性55歳という「即時年金」の受給要件をみたしておらず、「即時年金」は受給できなかった。しかし彼には、例外措置による職域年金の年金年齢 (62歳) になった1990年に「待機年金」の受給資格が発生した。

ここでバーバー氏は、自分が性差別を受けていると考えた。つまり、自分と同じ立場にある女性 (バーバー氏と同様に余剰人員として52歳で解雇された女性) は、「即時年金」と制定法上の余剰人員整理解雇手当の両方を受給できることになるのである。バーバー氏は、1975年の「性差別禁止法 (Sex Discrimination Act)」1条1項 a, 6条2項 a, 同 b, およびローマ条約119条、「雇用・職業訓練・昇進・労働条件へのアクセスにおける男女均等待遇原則に関する EC 理事会指令76/207」(1976年2月9日)等に、ガーディアン社のこのような職域年金制度が違反しているとして、労働審判所 (Industrial Tribunal) へ訴えた。労働審判所でも、その上部審査機関

である雇用審判所 (Employment Appeal Tribunal) でも、彼の主張はしりぞけられた。

バーバー氏は、控訴審裁判所 (Court of Appeal) に上訴したところ、裁判所はローマ条約177条に基づいて、EC法の解釈につき ECJ の判断を求めた (予備的判決 preliminary ruling)。

控訴審裁判所が求めた予備的判決は、以下の点についてである。第1点として、本件と同様の状況で、労働者が使用者によって強制的な余剰人員として解雇されたとき、その解雇について受けた給付は、ローマ条約119条および「男女同一賃金に関する EC 理事会指令75/117」の意味での“pay”に該当するのか、それとも「均等待遇指令76/207」の領域に入るのか？

第2点目として、問題となっている給付の1つが、使用者によって運営される私的な職域年金であることは、第1点目の回答に影響するか？

3点目として、(a)もし同年齢の男性と女性が同じ状況で強制的に余剰人員として整理解雇されたとして、女性が「即時的な」私的年金を受け、男性が「待機してから」私的年金を受けるような場合、これはローマ条約119条と「同一賃金指令75/117」で述べられている平等原則の侵害となるか？ また、(b)女性が受け取る給付総額が、男性のそれより大きい場合には平等原則の侵害となるか？

第4点目として、本件の場合、ローマ条約119条と「同一賃金指令76/207」は、直接的効力 (direct effect) をもつのか？

第5点目に、本件で退職規定により給付される「即時年金」を受ける女性の権利は、その女性が私的な職域年金制度の下で「即時年金」の

受給資格がある場合に限られるということは、第3点の質問に対する回答を左右するものなのか？

これに対する ECJ の回答 (= 判断。これが予備的判決である) は、次のようなものであった。第1点の問題について、ローマ条約119条の“pay”であるか否かは、労使関係の終了後にそれが支払われたかどうかということによって決定されるものではない。また制定法上の余剰人員解雇手当であっても、またそれが使用者の「好意による (ex gratia)」給付であっても、“pay”であることに変わりはない。結局、給付が労働契約に基づくものであれ、制定法上の制度であれ、任意的なものであれ、ローマ条約119条が適用される。

第2点目について、本件で問題となっている給付制度が、労使双方のまたは使用者の一方的な協定・規則によるものであることや、財源的に完全に使用者に依存していることなどを考慮すると、この制度は、使用者によって労働者に提供される“pay”の一部を形成するものである。また、この制度は、強制的に全労働者に適用されるものではなく、特定の企業に雇用されている者だけに適用される。したがってそれは一定の労使関係・雇用関係の結果である。そしてこの制度は、制定法の一般的制度の代替となるものである。これらの3点を考慮すれば、「適用除外」の私的職域年金制度にも、ローマ条約119条は、適用される。

第3と第5の質問について。ローマ条約119条は、男女の賃金のいかなる差別も禁じている。したがって、私的制度における男女の年金年齢の差が、制定法の男女年金年齢に準じているとしても「適用除外」の年金制度の、性により異なる年金年齢は、119条に違反する。これゆえ、

強制的に余剰人員として解雇された男性が、同じ地位の女性であれば、「即時年金」の権利を持つときに、制定法に準じた、性により異なる年金年齢の結果、通常の年金年齢で支給される「待機年金」のみの権利しか持たないということは、ローマ条約119条に違反する。

第4の質問については、直接的効力は、すでに確立された判例法 (the established case law) であると述べ、ローマ条約119条が国内の裁判所によって援用されることを認めた。

## 2. バーバー・プロトコール (Barber Protocol)

バーバー・ケースについての ECJ の判断の持つ影響は大きく、特にイギリス国内では、企業年金に関係のある企業や法曹たちは大混乱に陥った。

イギリスでは、「適用除外」の職域年金制度はきわめて一般的なものであり、年金年齢を政府の公的年金のそれに準じて設定していたにもかかわらず、これが EC 法で容認されなくなれば、企業も労働者も無関心ではいられない。特に大きな問題となったのは、この判決の「効力」はいつからなのか——ということをめぐるものである。「遡及的効力 (retrospective effect)」の問題である。

このことに関して、バーバー・ケース自体は次のように述べていた。

「119条の直接的効力は、……、本判決日以前に適切な国内法の下で訴訟の提起あるいはそれと同等の申立てをなした労働者あるいはその申立人の場合をのぞき、本判決日に先立つ日から有効なものとして、年金に対する資格を申立てるために援用することはできない。」

しかしこの判決文も、それが意味するところ

は、厳密に明らかになっているとはいえない。例えば、判決日である1990年5月17日現在、支給中の年金給付は、いつ支給が開始されたかにかかわらず、バーバー・ケースの適用を受けるのか？あるいは、第1回目の支給が、判決日以降の年金の場合にのみ、効力が及ぶということなのか？——、などとといった点に、明確な答えは出せない。バーバー・ケースのこの不明確さゆえに、「ポスト・バーバー・ケース」と呼ばれる、一連の年金争訟がECJに持ちこまれることとなった。

混乱の解決としてECは、1992年2月にマーストリヒト条約締結に際して、バーバー・ケースの遡及効について確定するため、いわゆる「バーバー・プロトコール (Baber Protocol)」を採用した。プロトコールは次のようにのべる。

「本条約119条の目的のために、……、職域社会保障制度の下での給付は、1990年5月17日以前に、適切な国内法の下で訴訟の提起あるいはそれと同等の申立てをなした労働者あるいは申立人の場合を除き、それが1990年5月17日に先立つ雇用の期間に起因するものである限りは、報酬 (remuneration) とはみなされない」

しかし「バーバー・プロトコール」をもってしても、年金争訟の波をしずめることはできなかったのである。

#### IV. ポスト・バーバー・ケース

バーバー・ケース以後、「ポスト・バーバー・ケース」と呼ばれる一連の年金争訟がECJに殺到した。その多くはイギリス国内で発生したものであったが、これらの争訟についてのECJの判断は、今後のEC社会保障法、年金法を方向づ

けるものとなり、無視できない。以下に、ポスト・バーバー・ケースを紹介しよう。

#### 1. カラロール・ケース (Coloroll Pension Trustees Ltd., v. Russell and others) <sup>2)</sup>

「バーバー・プロトコール」によるバーバー・ケースの遡及的効果に関する「公権的解釈」が示される以前に、バーバー・ケースに関する疑義が提示された。カラロール年金信託社事件において、イギリスの高等法院 (High Court) からECJに要請された予備的判決である。

イギリスのカラロール企業グループは、経営上の破綻から、グループの巨大な年金制度のいくつかは損害を被った。それゆえ制度の受託者は、年金制度の負債を確定し、いかにその資産をふりわけるかを決定せねばならなくなった。受託社は、性による差別を設定しているような制度の条項は、ローマ条約119条によって無効となるのではないかということに気をもんでいた。例えば、この年金制度は、特定の給付を計算するとき、男女の異なった統計上の仮定を用いて、男女の異なった年金年齢を設定していたし、ある扶養給付は、男性のメンバーにのみ給付されることになっていた。制度のこれらの差別待遇の点が、ローマ条約119条によってどのような影響を受けるかが明らかにならない限り、年金基金の分配はできないため、高等法院はどのようにこれをすすめるかを問われた。そこで高等法院は、以下の点について、ECJの予備的判決を求めた。

—1. 使用者に反するのと同様に、企業年金制度の受託者 (trustee) と、その資産に反する、強制可能な権利をローマ条約119条は生ぜしめるか？

—2. もしそうであれば、使用者の義務と受託

者の義務との相互関係はどのようなものか？

- 3. 当該年金制度の下で支給される給付が、119条の条件をみたすことを確保するために、その制度との関係で、使用者が持っている権限を、使用者はどの程度まで行使する義務を負っているのか？
- 4. 制度の構成員の扶養者は、ローマ条約119条の下でどの程度の権利を持つのか？
- 5. バーバー判決にふくまれる遡及的効果の限定の適正な解釈はどのようなものか？
- 6. 政府管掌の所得比例年金(State Earnings Related Pension Scheme)の「適用除外」でない制度に、バーバー・ケースの原理はどの程度まで適用されるのか？
- 7. 引退一時金等の計算時に、男女別の異なる保険数理上のファクターを利用することは、ローマ条約119条と両立するか？
- 8. 119条は、労働者の拠出や他の制度からの移転支払いなどを含む基金(fund)のように、完全に使用者の支払いで形成されたものではない資産にも適用されるのか？

これらの高等法院からの質問にECJはいまだ回答していない。

## 2. 機会均等委員会ケース(R. v. Secretary of State for Social Security, ex parte the Equal Opportunity Commission)<sup>3)</sup>

イギリスでは、性差別禁止法により設立された機会均等委員会(Equal Opportunity Commission)が、男女平等の実現のために積極的に活動しており、本件もその成果である。

イギリスの「社会保障法(Social Security Act 1975)」では、女性は39年間の拠出で完全年金

(full pension)となるが、男性は44年間拠出せねば完全年金は獲得できない。また60歳から64歳の間に雇用に従事する男性は、拠出を続けねばならないが、女性にその必要はない。機会均等委員会は高等法院において、イギリスの「社会保障法」および「社会保障年金法(Social Security Pensions Act 1975)」による政府の拠出制年金制度がEC法に違反していることの宣言を求めた。高等法院はECJに予備的判決を求めた。

—「社会保障における男女平等に関する理事会指令79/7」7条(1)(a)に従って、あるひとつの加盟国が、老齢年金・引退年金受給のための男女で異なる年齢(男性65歳、女性60歳)を維持しており、国民保険制度の拠出が、政府の引退年金をふくむ一連の社会保障給付の財源となっているところで、「指令79/7」は加盟国が、(i)同一の基礎年金の資格のために、男性に女性より5年間長く拠出させることを要求することにより、そして(ii)女性については、雇用に従事しているか否かにかかわらず拠出をその年齢まで要求されないのに、65歳まで雇用に従事する男性には、65歳まで国民保険における拠出を継続することを要求することにより、「指令79/7」4条に規定された社会保障における男女平等待遇の原則を侵害することを許しているのか？

ECJは、「指令79/7」7条(1)(a)は、イギリスのように国家の年金制度において、男女の異なる拠出期間を維持することを認めていると判断した。7条(1)(a)の「例外措置」は、年金受給の時点での男女の不均等な取り扱いを許すのみでなく、「指令」が追求し達成しようとしている目的のために必要であれば、差別の他の形態も容認している。7条(1)(a)の「例外措置」は、年金

制度の「複雑な財政的平衡 (complex financial equilibrium)」をこわすことなしに、制度が漸進的に順応してゆくように、加盟国に女性に与えられた優遇を一時的に維持することを認めている。

### 3. ヴァン・カント・ケース (Van Cant v. Rijksdienst voor Pensioenen)<sup>4)</sup>

ベルギー法では、1991年まで、通常の家年金年齢は男性65歳、女性60歳であった。引退年金に対する資格は、男性45歳、女性40歳をこえない範囲で、おのおのの暦年に対する賃金の一定の比率で算出された。フレキシブルな引退年齢を導入した1990年7月20日の法(デクレ)は、男女ともに60歳で引退することを認めた(1991年1月1日より発効)。しかし計算の方法は旧法に規定されたものを維持しており、「おのおのの暦年に適用される比率は、資格を有する者が男性か女性かにより、1/45あるいは1/40である」としていた。

ヴァン・カント氏は65歳で引退し、引退年金を1991年6月1日から受給しはじめた。国家年金局(Rijksdienst voor Pensioenen)は、彼の年金を、雇用歴の45年の最も良い条件の賃金に基づいて計算した。ヴァン・カント氏は、もし40年間の最も良い条件の賃金が考慮に入れられる女性の年金算出方式が、自分にも適用されれば、自分はより高い年金が得られたはずだと考えた。彼はアントワープ労働裁判所(Arbeidsrechtbank Antwerpen)に、国家年金局の決定の取り消しを求めて提訴した。アントワープ労働裁判所は、ECJに以下の点につき、予備的判決を求めた。

—1.ベルギー法における男性の引退年金の計算方式は、「社会保障における男女平等に

関する理事会指令79/7」4条が対象とする性差別にふくまれるか?

—2.だとすれば、この場合、「指令79/7」4条は直接的効力を持つか?

これに対するECJの回答は次のようなものであった。

「「指令79/7」は、男女の労働者が同一の年齢で引退することを認める国内法規が、年金の計算における性差別を維持することを不可能にしている。……。

国内法によって、男女の異なる引退年齢が廃止されたところでは、「指令79/7」7条(1)(a)はもはや、引退年齢の差と結びついていた引退年金の計算方式による男女差別を正当化するためには援用できない。」

また「指令」の直接的効力についてもこれを肯定的に回答した。

### 4. テン・エヴァ・ケース (Ten Oever v. Stichting Bedrijfspensioenfonds voor het Glazenwassers en Schoonmaakbedrijf)<sup>5)</sup>

テン・エヴァ氏の妻であるヘーラン夫人(Heeran)は、1988年10月13日のその死の時まで、労使双方によって作られたオランダのクリーニング産業をカバーする職域年金制度のメンバーであった。その時点で、この年金制度のルールは、寡婦にのみ遺族年金を給付するというものだった。この遺族年金は、1989年1月になるまで鰥夫(widower)には拡張されなかった。

夫人の死後、テン・エヴァ氏が遺族年金を年金基金に申請したが、現行制度下で鰥夫年金は認められないとして却下された。テン・エヴァ氏は、バーバー・ケースのECJ判決に依拠して彼の主張をなしたが、年金基金は、ヘーレン夫



人の死亡は、1990年5月17日のバーバー・ケース判決以前であり、バーバー・ケースで述べられた遡及的効果の制限がヘーレン夫人のケースに適用されると主張した。テン・エヴァ氏はユトレヒト下級裁判所 (Kantongerecht in Utrecht) に、年金基金は彼に鰥夫年金を支払う旨の命令を求め提訴した。そこで、同裁判所は ECJ に、EC 法の解釈を求めた。

—1. ローマ条約119条の“pay”は、遺族関係 (surviving relations) に対する非制定法上の給付 (non-statutory benefit) の支払い(例えば本件の鰥夫年金のような)もカバーするものとして理解されるのか？

—2. もしそうであるのならば、鰥夫年金を求めて提訴している原告との関係にも、119条は適用されるのか？ (a)彼の妻の死亡の日(1988年10月13日)からか、あるいは(b)1990年5月17日のバーバー・ケース判決の日からか、それとも(c)彼の妻は1990年5月17日以前であるため適用はないのか？

これに対する ECJ の判断は以下のとおりである。第1の点については、従来の ECJ の判断から遺族年金に対する結論を導きだした。ローマ条約119条の“pay”には、現金であれ現物であれ、直接的に支払われるものであれば間接的に支払われるものであれば、雇用関係から生じる利益 (consideration) が全て含まれると判示したが、これに加えて特定の給付が雇用関係の終了後に支払われたという事実は、それが119条の“pay”に含まれることを妨げるものではない、とした。119条は、制定法にのみ直接的に規定され、労使の協定の要素が全くなく、そして財政的に公的援助を受けている社会保障給付には適

用がない。テン・エヴァ・ケースでは、問題となっているのは、法に直接的には規定されず、労使双方の負担によって財源的に裏づけられている。遺族年金は、労働者に支払われるものではないが、119条の範囲に入る——と結論した。

第2の点に関して、ECJ は2つの考慮すべき事項につき言及した。

「労働者の勤労生活を通して漸進的に (gradually) 生じる、年金に対する現実の資格と、特定の年齢まで延期される、現実の支払いとの間には時間差がある——というのが、“pay”のこの形態の特徴であるという事実を、バーバー・ケースの限界を考えるとときに、共同体裁判所は考慮に入れる。

また共同体裁判所は、職域年金基金が財源づけられる方法と、定期的な拠出(保険料)と、支払われるべき将来の総額との間の、個々の事例において存在する会計的結びつきの方法をも考慮に入れる」

「職域年金における平等取扱いを申立てるという目的のために、ローマ条約119条の直接的効力は、1990年5月17日以降の雇用の期間に関連して支払われる給付との関係にのみ限定される。ただし、当該日以前に適切な国内法の下で訴訟の提起あるいはそれと同等の申立てをなした労働者あるいはその申立人の場合については例外とする」

##### 5. バーズ・アイ・ウォール・ケース (Birds Eye Walls Ltd., v. Roberts)<sup>6)</sup>

ロバーツ (Roberts) 夫人は、バーズ・アイ・ウォール株式会社 (Birds Eye Walls Ltd.) に17年間勤務したのち、健康上の理由から57歳で退職した。バーズ・アイ・ウォール社は、ユニレバー (Unilever) 企業グループの1つであり、

そこに勤務するロバーツ夫人は、ユニレバー企業年金基金 (Unilever Superannuation Fund) の年金の権利を持っていた。彼女はまた、バース・アイ・ウォール社によって運営される「裁量的年金 (discretionary pension)」によってもカバーされていた。この「裁量的年金」によって、契約上の退職年齢である60歳まで働けば得たであろう経済的な地位を保証するための、付加的な年金を、彼女は得る。

バース・アイ・ウォール社の規則では、企業年金受給者が公的年金の年金年齢に達したときには、その年金額は減額されることになっていた。この場合、年金受給者が、国家の年金を受けているか否かは関係ない。それゆえ、ロバーツ夫人の年金は、彼女が60歳に達したときに減額された。

一方、彼女は、国民保険料の拠出に関して、既婚女性のための減額国民保険料拠出を選択したので、完全年金 (full pension) の権利はなかった。しかし、完全年金と同等の寡婦年金 (widows pension) の権利を持っていた。

ロバーツ夫人と同年齢で、同じ状況の下で退職した男性に支払われる企業年金は、公的年金の受給を反映するために、65歳になるまでは減額されることはなかった。ロバーツ夫人は、男性が60歳から65歳まで受けとる年金額より少ない年金額を彼女が受けとるのは、ローマ条約119条の原則に反すると考え、労働審判所に提訴した。労働審判所ではこの訴えは退けられたが、上訴を扱った雇用審判所はロバーツ夫人の主張を支持した。バース・アイ社は、控訴院に上告し、控訴院は以下の点について ECJ の予備的判決を求めた。

1. このようなやり方で「裁量的職域年金」を運営することは、ローマ条約119条に違

反するか？

2. 1 に対する回答は、女性が国民保険の拠出に関する選択に影響を与えるか？
3. 前述の質問に対する回答は、公的引退年金に対する権利を持っていない労働者が、実際には、それと同等の寡婦年金の権利を持つという状況に影響を与えるか？

第1の点に関して、ECJは、ローマ条約119条の“pay”における男女平等の原則は、その適用をうける男女が同等の状況にあることを前提としている、と述べる。本件において、年金は、一定の期間にわたって受給者の経済的状況の変化に基づいて査定されている。60歳から65歳の間の女性の経済的状況は、その年齢の男性の状況と同じではない。というのは、男性にはないのに、女性には公的年金の資格があるからである。

本件で ECJ は、男女の経済的状況の差は、必然的に、年金の額が男女で異なるということが必要とするのでであると判示した。これは差別でもなく、119条の違反とも考えられない。もちろん、60歳以上の女性の年金を、彼らが国家の年金を受ける前に、同じレベルに維持することは、65歳まで公的年金をもらえない男性の損害に対する不平等取り扱いの問題は生じる。

第2、第3点につき、ECJは、ロバーツ夫人は、国民保険の拠出につき、減額された拠出料率を選択するか否かに関して全く自由であったし、その選択権を行使することによって経済的利益を受けられることもできた一として、これらの要素を無視すること、そして関係する女性が実際に受けとる公的年金の額を参考にして、「つなぎ年金 (bridging pension)」の額を計算することは不合理である。そうすることは、減額の拠

出支払いという選択肢を持たない男性と、その選択権を行使しない女性に対して、減額保険料支払いの既婚女性に不公正な優遇を与えることになる。そのうえ、ロバーツ夫人が、完全年金と同等の寡婦年金を受けるという事実を考慮しないことは、不公正である。男性と、完全年金の資格をもつ女性は、それを考慮に入れられるからである。それゆえ、国民保険の拠出料の選択等を考慮に入れることは、119条に反しない。

#### 6. モロニ・ケース (Moroni v. Firma Collo GmbH)<sup>7)</sup>

モロニ氏 (Michael Moroni) は、1968年から約15年間、ドイツのコロ社 (Firma Collo GmbH) で働いたのちに転職した。コロ社勤務中は、男性65歳、女性60歳を年金年齢とする同社の企業年金のメンバーであった。

ドイツ法によれば、労働者は10年間勤務したのちに、引退年齢前に転職する場合には、待機年金の権利を持つ。実際の勤務の年月と、引退年齢である65歳まで勤務したと仮定する理論的な期間との比率に応じて、65歳で支払われるべき職域年金を減額することによって、その資格は計算される。同様の計算は女性についてもなされるが、年金年齢は60歳である。これゆえ、転職から引退年齢までの年月は、女性の方が短かく、女性の年金は、同様の状況の男性よりも減額率が低い。さらにドイツ法では、もし労働者が通常の引退年齢より前に、国家年金を申請すれば、当該労働者は、企業年金の早期支給をも申請したことになり、それも比例して減額される。しかしもし男性労働者が彼の企業年金を60歳から65歳の間に申請すれば、早期支給とみなされ、彼に支払われる企業年金は結果的に減

額される。しかし女性労働者であれば、減額されることなく、完全な企業年金を60歳でもらえる。

モロニ氏は、ローマ条約119条に基づいて、60歳になればただちに企業年金の資格をもち、減額は、65歳と転職年齢の差ではなく、60歳と転職年齢の差によるべきだとして、ボン労働裁判所 (Arbeitsgericht) に提訴した。

ボン労働裁判所は以下の点につき ECJ に予備的判決を求めた。

- 1. 男性労働者は65歳で、女性労働者は60歳で、補足的な引退年金を支払う職域年金は、今日の時点で、「職域社会保障における男女平等に関する理事会指令86/378」を考慮した上で、ローマ条約119条に違反するか?
- 2. もしそうであれば、「指令86/378」の下では、1993年以前には生じないように見える法的責任が生じるのか? 男性労働者は、60歳から減額なしの完全な企業年金を受給できるか?
- 3. バーバー・ケースの限界の厳格な意味について。

第1の点に関して、ECJは、デフェレヌ・ケース (Defrenne)、ビルカーカウフハウス・ケース (Bilkakaufhaus GmbH v. Weber von Hartz) 等をひいて、制定法上の制度を補足する企業年金も119条の範囲にふくまれ、バーバー・ケースで定立された原則が適用されるとした。

第2の点については、119条が直接的効力があるというのは確立した判例法である点に言及し、「指令86/378」がそれを阻害することはない、と判示した。

3点目に関しては、先例を引用した。

## 7. ニース・ケース (Neath v. Hugh Steeper Ltd.)<sup>8)</sup>

ニース氏 (Neath) は、54歳で剰員解雇されるまで17年間、ヒュー・スティーパー社 (Hugh Steeper Ltd.) に勤務していた。同社の企業年金は、「適用除外」の職域年金で、年金年齢は男性65歳、女性60歳であった。従業員の負担する保険料は男女間に差はない。この制度の下では、50歳以上で、使用者の同意を得れば、早期退職し、引退年齢との差に応じた減額年金を受けることができた。同意を得られない場合には、労働者は待機年金か、他の年金基金への「移転支払い (transfer payment)」かを選択できる。移転支払いの額は男女で異なる。蓄積した給付の資本的価値の保険数理上の計算にあたり、女性は男性より長生きであると想定された。これゆえ、女性に対する年金支給額の方が、男性に対してより多いことになる。したがって、移転支払いは、男性よりも女性の方が大きくなる。

ニース氏が余剰人員として解雇されたとき、彼は減額された年金を受けることはできなかった。彼には、65歳で延期年金をうけとるか、移転支払いかの選択肢が提示された。このとき移転支払い額の算出にあたっては、男性の引退年齢65歳で計算され、男性用の保険数理を用いて計算された。ニース氏はこれらがローマ条約119条に反するとして、リーズの労働審判所に提訴した。労働審判所は、以下の点に関して、ECJに予備的判決を求めた。

- 1. ローマ条約119条と、バーバー・ケースは、1990年5月17日以後にその雇用が終了した男性労働者に、もし彼が女性であれば受けたであろう同等の年金を与えるという、単純な効果を持つのか？
- 2. 本件制度下での移転給付 (transfer

benefit)、一時金 (lump-sum) の選択、に対して同じことが適用されるか？

- 3. バーバー・ケースの効力についての時間的限界。

ECJ はこれらを、(a)バーバー・ケースの効力についての時間的限界の解釈、(b)私的な職域年金の領域で、性により異なる保険数理上の要素を使用することは、ローマ条約119条と両立するか、という2点に要約した。

(a)に関しては、バーバー・ケースの効力についての時間的限界についての先例的判断の適用下に、移転給付や一時金の場合もふくまれるとした。

(b)に関しては、本件移転支払い等が119条のいう“pay”にふくまれるかについて、まず、検討する。職域年金制度の下で、従業員に対する使用者の関与は、定期的な年金の支給という点にある。しかし、年金の定期的な支給を確保するために選ばれた財源調整にまで、使用者のこのような関与は拡大しないし、それはローマ条約119条の“pay”の範囲外である。これゆえ、性により異なる保険数理上の要素の使用に起因する使用者の年金基金制度への性的に不平等な拠出は、119条の範囲外の問題である。

## V. まとめ

以上に、バーバー・ケースと、いわゆるポスト・バーバー・ケースと呼ばれる一連の年金争訟についての概要のみを紹介した。

EC年金法における男女平等原則の展開は、バーバー・ケースを転換点として、一気に本格的に開始した。公的年金から職域年金へ、公的制度の代替的制度から補完的制度へ (例えば、イギリスの「適用除外」職域年金から、非「適

用除外」年金へ), 年金給付から給付額算出方式へ, 老齢年金から遺族年金へと, その範囲も拡大の一途をたどっている。加盟国の拡大とともに, 今後もこの拡大化は続く。EC加盟国の年金政策の動きとして, 補足的制度(supplementary scheme)の重要性が増大していることを考えれば, さらに多様なケースがECJで議論されることになろう<sup>9)</sup>。当然, その過程で, ヨーロッパ社会保障法学の枠組みも一定の変化を余儀なくされる。

注

- 1) バーバー・ケースについては, 山野嘉朗「年金制度における男女差別に関するEC裁判所1990年5月17日判決」愛知学院大学論叢法学研究34巻1号(1991年), 山田 晋「ECの職域年金における男女平等」週刊・社会保障1679号(1992年), 同「国際社会保障法規の比較法」学会誌・社会保障法8号(1993年)に詳しい。
- 2) 25, 7, 1991, High Court.
- 3) Case No. : C-9/91 ; [1992]IRLR. 376. 評釈として, Tamura K. Herveg, *Common Market Law Review*, vol. 30, p. 653, 1993.

- 4) Case No. : C-154/92 ; [1994]IRLR. 38. 評釈として, Dominique de Vos, Pensionable Age and Equal Treatment from Charybdis to Seglla, *Industrial Law Journal*, vol. 23, p. 175, 1994.
- 5) Case No. : C-109/91 ; [1993]IRLR. 601.
- 6) Case No. : C-132/92 ; [1994]IRLR. 29.
- 7) Case No. : C-110/91 ; [1994]IRLR. 130.
- 8) Case No. : C-152/91 ; [1994]IRLR. 91.
- 9) 補足的年金に関しては, Robert Holzmann, The provision of complementary pensions : Objectives, forms and constraints, *International Social Security Review*, vol. 44, p. 75, 1991 ; Giovanni Tamburi, Pension insurance and the participation of private enterprise, *International Social Security Review*, vol. 46, p. 67, 1993. など参照。

参考文献 (注で挙げたもののほか)

- 前田充康, 1989, 『EC統合と労働問題—1992年』, 日本労働協会  
 恒川謙司, 1992, 『ソーシャル・ヨーロッパの建設—EC社会政策とソーシャル・パートナー』, 日本労働研究機構  
 (やまだ・しん 佐賀大学助教授)

## 家族政策の基本原則（上）

小 島 宏

### I. はじめに

わが国では、1980年2月に「家庭基盤充実施策」がとりまとめられてからしばらくは家族政策に関する議論が活発に行われ、『昭和58年版国民生活白書』で家族が特集されたりしたが<sup>1)</sup>、1980年代後半になると議論が鎮静化したようである。しかし、1990年の「1.57ショック」以降、子育て支援が政策的課題となり、国際家族年と「児童の権利に関する条約」批准が迫ったことから、1990年代に入って家族政策についての議論が再び活発化した。1.57ショックを契機として設けられた「健やかに子供を生き育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」の1991年1月と1992年6月の報告書では子育て支援策の必要性が唱えられ、各種の提言がなされている<sup>2)</sup>。また、『平成2年版厚生白書』、『平成4年度国民生活白書』、『平成5年版厚生白書』においても家庭政策、家族政策、児童家庭政策（子育て支援策）の必要性が唱えられている<sup>3)</sup>。さらに、家族社会学、家族法、社会福祉、社会保障、経済学等の研究者による議論もさまざまな角度から行われてきた。

しかし、そのような議論の際に家族政策の概念規定が行われたり、家族政策が立脚すべき基本原則について論じられることは必ずしも多くなかったようである。最近の基礎的研究として

は家族政策の概念について論じた黒須の研究、社会政策としての家族政策について論じた柄本の研究、家族福祉の概念の変遷について論じた桂の研究、簡潔ながらもわが国における総合的家族政策の必要性について論じた松村の研究が目につく<sup>4)</sup>。このように少ないとはいえ、家族政策に関する根本的な議論が行われ始めているので、今後それがますます活発化することが期待される。本稿はそのような議論に対して参考資料を提供するため、先進諸国を中心とする家族政策の基本原則について論じることとする。本号掲載の前半部分では家族政策の概念とその基本原則の研究動向について論じ、次号掲載予定の後半部分では1980年代以降に国際機関、各国政府関係機関によって述べられた基本原則を紹介する。なお、本稿では諸外国の例にならない、家族政策として出産・育児に関するものを中心に考える。また、日本語、英語、フランス語のいずれかで書かれたものを検討の対象とする。

### II. 家族政策の概念

#### 1. 国際機関

家族政策の定義にはさまざまなものがあるが、国際社会保障協会事務局は、1982年にブダペストで開かれた「社会保障と家族政策」に関する国際会議の報告書で「社会保障の脈絡における『家族政策』は実際的な観点から、一単位



としての家族またはその成員に対して焦点を合わせたり、影響を与えたりする施策として定義される。通常、それらの施策が家族の福祉を向上させ、家族の機能を強化することを目的とするという考えがその基礎を成している。」と述べていた<sup>9)</sup>。しかし、最近では社会保障という限定を除く場合もあるようで、1989年にプラハで開かれた同協会主催の「人口変動との関連での家族政策の変化」に関する国際会議では、家族政策を実際的な観点から、「一単位としての家族とその成員に関する一連の施策で、家族の福祉を向上させ、その機能を強化することを目的とするもの」と定義している<sup>10)</sup>。いずれにしても国連が述べるとおり<sup>7)</sup>、単一の明確で広範に認められた定義は存在せず、多様な概念が存在する<sup>8)</sup>。

それでも、EC 委員会のように統合に向けて社会政策の施策面で各国間の調和を図ることを目指す場合には、ある程度統一的な定義ないしそれに類するものを掲げねばならないはずである。1989年秋の家族問題担当閣僚理事会のために準備された EC 委員会事務局の家族政策に関する文書では、明示的な家族政策を採っている加盟国が多数派でないこともあって明確に定義されなかったが、多くの加盟国で行われている「家族支援施策」の区分として、①経済的負担に対する補償(家族給付, 社会扶助, 税制), ②家族環境(住宅, 交通, 奨学金, マスメディア, 家庭内事故), ③共通の関心について加盟諸国によって採られている施策(仕事と家庭生活の両立・家庭内の責任分担, 単親家族や多子家族といった特定の集団の支援, 最貧家族の支援)の三者が挙げられている。そのうちで③の仕事と家庭生活の両立・家庭責任の分担に関する施策については詳しい内訳が示されているが、それらは出産・保育に関する施策(母子の健康に直

接関係する施策, 出産に関する社会的支援の施策), 就学前児童・学齢期児童のための施設, 家庭責任のより公平な分担, 労働時間に関する施策である<sup>9)</sup>。

同じ会議のために準備された報告書『EEC 諸国における家族政策』では編集責任者の Dumon が家族政策を「家族のための特別な目的をもった政府のあらゆる施策」と定義している<sup>10)</sup>。この会議の結果できたヨーロッパ家族政策観測団による1989～90年の年次報告書では定義するのが困難であるとされた<sup>11)</sup>。しかし、1990年の年次報告書では政策が「権力の座にある当局によって特定の目的を達成するためになされる一連の行為」と定義され、家族が「世帯」と「個人支援集団」の両者として定義されたうえで、観測団が家族政策として検討対象とするものは「各種の当局によって制度・世帯, ネットワーク・個人支援集団のそれぞれとしての家族に対して採られる政策」であると述べられている。さらに、家族政策上の施策が家族生活の法制化・制度化と家族政策を支援する社会政策上の施策に区分され、前者は①家族法に関する章として具体化され、後者は②税制, ③家族給付, ④家族と仕事, ⑤家族と保育施策に関する章として具体化されている<sup>12)</sup>。しかし、年次報告書の章立てに現れる各種施策の内訳は年とともに若干変化しているようである。

他方、Bartiaux は EC 事務局からの委託で1990年現在の EC 諸国における家族政策に関する諸制度をまとめたが、その際に家族政策を「個人の属する世帯の構成または家族の関係(夫婦・同棲パートナー間, 親子間, 兄弟姉妹間)を左右する条件の下においてのみ個人に影響を及ぼすような、(あらゆるレベルの)政治権力によって採られる法律化された措置」と定義して

いる。そして、諸制度の象徴的指標として、①憲法での家族に対する国家の責任に関する明示的な言及、②家族問題に関する省庁の有無、③家族・子ども・青年に関する省庁間調整委員会の有無、④子どもと高齢者のケアに関する管掌の地方分権化、⑤福祉に関する管掌の地方分権化、⑥「家族」を名称に含む国会の委員会の有無、⑦「家族」を名称に含む裁判所ないし裁判官の有無、⑧人口や家族に関する国立研究機関の有無、⑨単一の家族擁護団体の有無、の九者を挙げている<sup>13)</sup>。

## 2. 各国政府関係機関

EC諸国の中で明示的な家族政策を実施しているフランスのような国でも、政府部内で家族政策の定義は統一されていないようである。例えば、経済社会評議会の1991年の報告書では政府の諮問文書から、「フランスの家族政策は、基本的に社会福祉政策の実施と家族給付と税制上の優遇措置の複雑な制度の実施に依存する。実際の施策は最貧家族と多子家族に対する施策を中心にしながら、すべての家族を支援することを目的とする。」という定義を引用して同評議会の1981年の勧告で提唱された総合的家族政策の定義と比べてやや限定的であるとし、自らは「両親は時間、空間、所得の大きな部分を子どものために捧げているし、国民全体を無関心のままにすることができない社会的投資に関するものであるため、公的権力が両親によって扶養されるそれぞれの子どもの存在を認知することを目的とするもの」と定義している<sup>14)</sup>。しかし、1981年の報告書も厳密に総合的家族政策を定義しておらず、「それを実施することは家族が生活している単位で、空間と時間の連続体の中に存在することを考慮することである」と述べているに過

ぎない<sup>15)</sup>。なお、ヴァンデ県の1990年の報告書で委託執筆者のDumontは、家族政策を「家族が人類の幸福の観点からみたその責任と変化の自由な受け入れを促進するような手段、手続き、規則の全体」と定義し、県レベルの家族政策を「県レベルの政策決定と行政運営を行う際に、社会の基礎を成す家族の現実を考慮に入れること」と定義している<sup>16)</sup>。

家族政策を広義の社会政策（社会保障制度）の一部とする考え方が内外で一般的であるが、後者が個人を対象とするのに対して前者が一単位としての家族を対象とするものであるという考え方を示したものもある。このような考え方は、カナダのケベック州社会問題省の1984年の報告書が示しており、われわれの社会の全体的計画において個人のための社会政策から区別され、それと補完的な関係にある、特別な総合的家族政策を家族が必要としていると述べている。ただし、家族を定義しているが、家族政策そのものを定義していない<sup>17)</sup>。同州家族政策諮問委員会の1986年の報告書の第2巻でも家族政策そのものを定義していないが、その適用範囲を限定するために満たすべき条件として、①家族政策の目的のためには、片親または両親による子育てがあるときに家族が存在すること、②家族政策の目的のためには、親としての責任、義務、便益を決定する際に基準となるのは子育てであって、親の個人的、市民的、法的、職業的地位でないこと、③家族政策の目的のためには、親の責任は子どもが成人になるまで果たされるものであること、④家族政策と個人としての家族成員に関わる他の社会政策の目的のためには、家族成員が家族の成員権に関して考慮されること、の四者を挙げている<sup>18)</sup>。

わが国の政府関係機関の報告書等では家族政

策が定義されることはあまりないようである。例えば、1963年の『児童福祉白書』では「家庭対策」が「一般児童対策」の一部として位置づけられ、それが家族計画と家庭養育の指導に区分されているが、定義されているわけではない<sup>19)</sup>。同年の8月に出された中央児童福祉審議会・家庭対策特別部会による「家庭対策に関する中間報告」でもやはり明確な定義は示されていないが、「児童福祉の立場からは“夫婦とその子からなる核家庭（ママ）と、祖父母、孫を含めた家族”の人間関係に限定して家庭対策を審議する…」と述べられており、当面の具体的対策として、①専門機関による家庭相談および助言を行うこと、②地域組織活動を助成して健全な家庭の建設に役立てること、③妊産婦と乳幼児の保護を徹底すること、④経済的に不安定な家庭に対して援助指導を講ずること、⑤児童福祉を柱とした一般家庭対策を実施する機関を設置するように検討すること、⑥変動しつつある社会経済状況下における現代家庭の状況を的確に把握すること、の六者が挙げられている<sup>20)</sup>。この報告書では、『児童福祉白書』とは逆に、かなり幅広いものが想定されていることが伺われる。

他方、家庭基盤充実構想推進連絡会議による1980年2月の「家庭基盤充実のための基本施策のとりまとめ」では、家庭基盤充実施策を直接定義していないが、「家庭が本来有している福祉的な諸機能を見直し、現在の家庭と家庭をとりまく環境条件の変化に即応しつつ家庭のこれらの機能の発揮を助けることによってこれからの生活の質の向上、福祉の充実を図ること」を意味しているようである<sup>21)</sup>。最近の『国民生活白書』、『厚生白書』には家族政策ないし児童家庭政策という言葉が登場するが、必ずしも明確に定義

されていない<sup>22)</sup>。ただし、『平成2年版厚生白書』では家庭政策（ファミリーポリシー）を「家族・家庭の有する諸機能の低下に注目し、これを補強・強化していくことを目的とした施策」と定義している<sup>23)</sup>。

### 3. 個別研究者

家族政策の研究者についてみると、Aldous and Dumon は最近の論文で家族政策とは「家族の福祉を目的とし、政府関連機関がそれを達成するために採る特定の施策」のことであると述べている<sup>24)</sup>。他方、Kamerman and Kahn のように、「政府が家族に対しておよび家族のためにするすべてのこと」という広い定義から始めて、定義のさまざまな方法を紹介したうえで、「政府が行為または無為によって家族の成員としての役割に関して国民に影響を与えるためにすること、または制度としての家族の将来に影響を与えるためにすること」と定義している者もある<sup>25)</sup>。Zimmerman も政策と社会政策の定義から始めて定義のさまざまな方法を紹介しているが、自らの明確な定義を示していないようである<sup>26)</sup>。しかし、最近の著作では Kamerman and Kahn による最初の定義と視角としての定義を自らの定義として挙げるとともに、もう1つの定義として「家族問題に対処するうえで集合的に合意が成された目的と価値の追求と実現における選択」がありうると述べている<sup>27)</sup>。また、Maroney は定義が明示的な政策をもつ国とまたない国で異なる可能性を示唆し、後者では Schorr が述べるとおり、「家族についての目的の中核に関する合意とこれらの目的を達成するための社会政策・プログラムの計画的な形成」と定義されるとしている<sup>28)</sup>。

他方、Anderson のように、家族政策の領域を

限定したうえで、定義することを試みた者もいる。彼女は家族政策を、家族機能の4つの基本領域、すなわち①家族構成・構造（出産、結婚、離婚、育児、養子、里子に影響を与える政策）、②経済的支援（家族が被扶養者の基本ニーズを満たす能力に影響を与える政策）、③育児（家族が子どもを慈しみ、育てる能力に関する政策）、④家族ケア（あらゆる年齢の慢性的疾患、虚弱性、障害をもつ成員や親族をケアする能力に関する政策）、に対する国家の投資に直接的、明示的に関係する政策に限定すべきだと述べている。そして、家族政策はこれらの家族の問題に対処したり、責務を支援したりすることを試みるような、家族の社会的状態を対象としたプログラムを策定すべきものであるとしている<sup>29)</sup>。

わが国の研究者も家族政策を定義するのが難しいことを指摘している。例えば、平山は「その領域が広く、かつ多重構造になつて（ママ）いるばかりでなく、時代の変化のなかで、要請される政策課題が著しく変化してきていることがわかる。それだけに、家族政策は、きわめて難しい政策分野であるといえる。」と述べている。しかし、自らの定義を述べている研究者もいる<sup>30)</sup>。最近では、黒須が家族政策を「行動単位としての主体が、家族生活という場面を通して行う、人間関係の調整、経済的環境の整備である」と定義している<sup>31)</sup>。また、原田は『平成2年版厚生白書』の定義を狭義のものとし、自らは広義の家族政策を「個人の生活の確保と労働力の再生産のための基礎的単位としての家族を国家がどのようなものとして把握し、それにいかなる位置・役割を担わせていこうとしているか」という意味での政策と定義している<sup>32)</sup>。さらに、松村は家族政策を「家族の形成を促し、家族生

活が円滑に営まれるような社会的、経済的、文化的諸条件整備のために、国や社会が行う支援策である」と定義しながらも、国によって、また時代によってどのように具体化されるかはさまざままで、他の先進諸国では子育て支援策が中心となっているが、わが国では高齢者の介護激励策の面が強く出ていたと述べている<sup>33)</sup>。このように実際的にも理論的にも家族政策を定義するのはなかなか難しい。しかし、本稿では議論の出発点を明らかにする必要があるため、国際社会保障協会の定義にならって、家族政策を「一国あるいは地方の政府が家族の福祉と機能強化のために、何らかの手段をもって、一単位としての家族またはその成員に対して直接間接の影響を与えようとする意図、またはその意図をもった行為」と定義する<sup>34)</sup>。

### III. 家族政策の基本原則に関する研究動向

#### 1. 先進諸国

家族政策の定義にさまざまなものがあるように、その基本原則にもいくつかのレベルのものがああり、家族政策の研究者もさまざまなものを挙げている。また、家族政策が社会政策の一部として位置づけられている場合には、社会保障制度ないし社会政策全般に当てはまるような基本原則が挙げられていることもしばしばある。また、原則という言葉が使われず、ガイドライン、方向付け、価値、目的、論理、概念といったさまざまな呼称が用いられることもある<sup>35)</sup>。

家族政策に関する古典ともいべき Beltrão による『家族福祉政策に向けて—家族政策の経済的、社会的規範学の諸要素—』では家族政策に関するモデルが提示され、その中ではいずれ

も実践レベルにある施策が政策（具体的なプログラム）によって規定され、次にそれが教理（抽象的なプログラム）によって規定され、さらにそれが理論レベルにある科学（科学的法則）、道徳（道徳的原則）、技術（技術的法則）によって規定されると述べられている<sup>36)</sup>。本稿では理論的レベルの原則ないし法則を中心に検討したいと考えている。ただし、Beltrãoの議論は書物の副題からも明らかなおおり、第2の道徳的原則に関わる部分が多く、哲学的な内容が多いので本稿では紹介しないが、個人に関する人権、自由、社会的公正に対応するものとして、「家族の権利」、「家族の自由」、「家族的公正」といった概念を提示しているのが興味深い。いずれにしてもこれら3種類の原則・法則のいずれかに重点をおきながら、他のものを含む議論がなされてきた。

1960年代後半以降のアメリカ合衆国では第3の技術的法則を中心とする議論が盛んになったようで、Cohen and Conneryはガイドライン（指針となる法則）として、①家族に関する政策の策定において、成功を収めた社会システムが分化され、統合されたサブシステムから成ることと、このシステムの変化の方向と速度が政府の政策によって大きな影響を受けることが認識されること、②直接・間接の支援を通じて、家族に関して有効な政策を断定するための基礎を提供するような、家族に関する事実のデータ、理論、研究の発展を促進することへの継続的責任が政府にあること、③家族に関する政策の策定において、家族に固有な制度的属性とともに他の制度体に共通する制度的属性が認識され、観察されること、④熟慮された家族に関する政策と施策がアメリカ社会の他の制度体の正統なニーズを反映せねばならないと同様、家族の

利害に直接・間接に関係する社会政策の策定において家族に対する配慮が反映されるべきであること、⑤家族に関する政策が残余的、限定的、復古的でなく、能動的、包括的、積極的でなければならないこと、⑥家族に関する政策は可能な限り、アメリカ社会の自然的、地理的多様性を保存することに努め、差異と自然的変動が活力と社会的創造性の源泉であると認識されるべきであること、⑦制度体としての家族の強さ、活力、成長は民主主義社会における個人と社会の自由にとっての必要条件であることが認識されるべきであること、の7項目を挙げている<sup>37)</sup>。

また、Maasによれば、1970年代後半のアメリカ合衆国のFamily Impact Seminarは作業を進める際の基礎的価値として、①家族の福祉と家族がその成員のケアをする能力に関心をもつこと、②家族に影響を与える公共政策は家族が基本的機能を遂行する際に支援し、補完するように努めるべきであること、③学校のような制度体が機能を分担する際に両親が意思決定に影響を及ぼすことができるようにすべきであること、④政府の政策は選択の幅を広げるべきであること、⑤家族の多様性が認識され、尊重されるべきであること、⑥家族を支援するために策定された政策は必要とされる社会資源をもっとも利用しにくい家族と家族成員を優先すべきであること、の六者を挙げている。しかし、理論的に⑤と⑥は矛盾する場合が多いし、実際にほとんどの国では予算の制約により可処分所得やサービスの利用に関する不平等を解消するために特定の形態の家族を優先せざるを得ない<sup>38)</sup>。

1978年にはヨーロッパの研究者達によって『家族政策の科学的基礎』という書物が出され、Beltrãoのいう科学的法則の模索が始まったようである。同書の中でMladenovicは総合的社

会経済発展計画の枠組みにおける近代的社会政策の一般的原則として、①社会階層に無関係なあらゆる家族のニーズに応じた調整という面での社会政策の民主化の原則、②社会的権利の実現における平等の原則、③社会的ニーズに関する家族の権利の度合いがそのコミュニティに対する義務を補完するような方法で、裕福な個人と地域が社会的公正に寄与する際に依拠すべき連帯と互惠の原則、④普遍性と社会政策が実施される際の形態と方法に関する多様性の原則、⑤治療的施策に対する予防的施策の優先の原則、⑥すべての家族に対する社会保障を通じた保護の原則、⑦あらゆる形態の家族、子ども、母性の保護の統一性の原則、⑧家族に関する総合的社会政策の創設とそれを実現するために利用可能な人的、物的資源の活性化に対する家族と市民の参加の原則、⑨社会的施策の主題、範囲、方法、手段、制度、要員に関する科学的基礎の原則、の9項目を挙げている<sup>39)</sup>。

オーストラリアでも特に1980年代以降、連邦政府の家族研究所を中心として家族政策の総合的研究が行われており、最近の論文で副所長のMcDonaldが家族に焦点を合わせた社会政策の基礎となる原則として、①家族と家族関係は基礎的で根本的な社会内支援の手段であること、②家族は政府が社会保障を提供するためにもっとも重要で効率的な手段であり続けているが、家族に公的扶助を提供しないことの口実として使われるべきでないこと、③家族、政府、雇用主、コミュニティが組み合わされた相互支援的システムは社会的支援の最良でもっとも効率的な手段であること、④家族の価値の維持が問題でなく、一般的に家族がその成員を援助することを望み、それを自分達だけではできないにしても、ほかの誰よりも多い真の配慮と

愛情と少ない費用をもってするであろうこと、⑤家族政策は家族類型に関して中立的であるように努め、特に政策は世帯を超えた家族の実態を考慮する必要があること、⑥家族政策は性別に関しても中立的であるべきで、一方の性別をもう一方の性別よりも優遇すべきでないこと、⑦政策は特に育児費用に関してすべての家族に基本的支援を提供すべきであるが、一部の家族が他の家族より多くの支援を必要とすることを認識すべきであること、⑧危機の後に破片を拾い集めるような純粋に治療的なアプローチは有効でも効果的でもないため、家族生活の質を向上させ、予防的性格をもつような政策が強調されるべきであること、⑨サービスが公共部門か民間部門によって供給されるべきであると自動的に想定すべきでないこと(ただし、公共・民間を問わず、サービスがすべての者にとって利用可能であることを保証するよう、政府機構を通じてあらゆる努力が成されるべきである)、⑩少数の人々が家族の支援から孤立し、高水準の公的支援を必要とするであろうことが認識されねばならないこと、の10点を挙げている<sup>40)</sup>。これらの原則も Beltrão のいう技術的法則を中心としている。

他方、フランスの文献では家族政策の目的でなく、原則の1つとして出生力が挙げられることがある。例えば、Théry は家族政策の方向付けの原則として、①人格主義(個人の尊重)、②公正、③(家族の)安定、④特定性(総合性、整合性等)、⑤出生力、の5項目を挙げている<sup>41)</sup>。出生力を原則の1つとするのは出生促進主義的なフランス社会の脈絡から理解できるが、もう少し一般的にいえば、子ども数に関する選択の自由ないし特定の家族形態の誘導ということになろう。実際、Dumont はフランスの将来のため



の家族政策の支柱として、①家族が将来の価値であるとの認識、②私的関係の存在が財産であることの確認、③子どもが父親と母親をもつ権利の尊重、④選択の自由、⑤世代間の連帯、⑥女性の自由、⑦家族政策の自立、の7項目を挙げているが、そのうちで④は主として子どもを受け入れる自由のことを指している<sup>42)</sup>。また、Villacによれば、家族政策について、①非介入、②選択の自由、③誘導性、④保険、の4つの概念ないし論理があり得るし、そのような国家と個人の関係に関する概念とともに表明される、所得再分配における経済的論理として、⑤社会福祉、⑥平等、⑦家族擁護主義、の3つの論理がある。彼はフランスの家族政策においてこれらの異なる論理（①はフランスに無関係）がたとえ矛盾しないとしても共存することがその一貫性を損ない、その目的を理解しにくいものにしてしていると述べているが<sup>43)</sup>、このことは次号掲載予定の後半部分でみるとおり、他の国々にも多かれ少なかれ当てはまる。

## 2. 日 本

わが国では家族政策に関する基礎的研究が少ないこともあり、その基本原則について論じたものは少ない。平山は経済企画庁の報告書の中で家族政策の基本的前提として、①家族問題に関するハードなデータの作成と、正確な実態把握、②産業・社会の変化と家族問題との関連についての十分な分析、③個人生活との関連における、政策の在り方についての基準の明確化、④各種施策間の関連性の分析評価、⑤家族機能のなかで、外部化されうるものとそうでないものとの納得的な区分、⑥外部化できる家族機能については、その受皿の専門機関の機能充実、⑦外部化できない家族機能については、主婦等

の余裕と負担力向上を図る政策の重視、⑧住宅、雇用、教育など家族問題と深い関連をもつ他の諸政策との関連性の追求、⑨家族機能の担い手の教育と相談業務の充実、⑩弱くなった家族の力を補完的に支える地域やコミュニティの相互扶助活動、の10項目を挙げている<sup>44)</sup>。

松村は、わが国において家族政策が「家族を利用して社会のほころびを隠すような施策」から、「真に個人の生活の充実をもたらすような家族生活の支援策」になるための原則として、①家族政策の独自性は個人の特定の時期の特定の問題解決を目的とするための社会諸政策と異なり、複数の人をセットで対象にすることの意味を理解し、政策の展開をすること、②人間の生活の諸側面を分断的に扱わず、できるだけ総合的に判断した施策の構成をすること、③個人、家族、地域、国そして地球に広がる生活の正確な現状認識に基づく家族処方箋を出すことの三者を挙げている<sup>45)</sup>。これら2人の研究者が挙げる原則は Beltrão のいう技術的法則に傾いているといえよう。

## IV. おわりに

本号に掲載された前半部分では家族政策の概念とその基本原則の研究動向について論じたが、入手可能な資料に基づくものなので、包括的であるとはいえないかもしれない。しかし、国際的にみても、概念についてのレビューを含む研究は若干あるが、基本原則についてレビューしたものはなさそうなので一定の意義はある。次号に掲載予定の後半部分では国際機関(国連、国際社会保障協会、EC委員会)と各国政府関係機関(フランス、カナダのケベック州、アメリカ合衆国、イギリス、日本)が掲げた家族

政策の基本原則を紹介する。

注

- 1) 経済企画庁 (1983)
- 2) 健やかに子供を生み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議 (1991, 1992)
- 3) 厚生省 (1991, 1994), 経済企画庁 (1992)  
なお、「1.57ショック」直前に出た『平成元年版厚生白書』ですでに家庭支援の必要性が訴えられていたし、そのような主張の基礎として、「これからの家庭と子育てに関する懇談会報告書」が掲載されている[厚生省(1990)]。
- 4) 黒須 (1990), 栃本 (1990~91), 桂 (1992), 松村 (1993)
- 5) General Secretariat of the ISSA (1983) p. 12
- 6) Gilliland (1990) p. 179
- 7) United Nations (1987a) pp. 19-20
- 8) 家族政策を定義することの困難さは多くの研究者により指摘されてきた。例えば, de Bie (1980) pp. 4-8, Steiner (1981) pp. 194-199, Aldous and Dumon (1990) pp. 1136-1137 を参照されたい。
- 9) Commission of the European Communities (1989) pp. 39-40
- 10) Dumon (1989) p. 1
- 11) European Observatory on Family Policies (1990) p. 7
- 12) European Observatory on Family Policies (1991) pp. 9-12
- 13) Bartiaux (1991) p. 2
- 14) France (1991) p. 33, p. 144
- 15) France (1981) p. 636
- 16) Dumont (1990) p. 139
- 17) Québec (1984) pp. 20-21
- 18) Québec (1986b) pp. 5-6
- 19) 厚生省児童局 (1963)
- 20) 中央児童福祉審議会・家庭対策特別部会 (1963) pp. 1-2
- 21) 家庭基盤充実構想推進連絡会議 (1980) p. 151
- 22) 厚生省(1994)p. 64, 経済企画庁(1992)pp. 185-239
- 23) 厚生省 (1991) p. 105
- 24) Aldous and Dumon (1990) p. 1137

- 25) Kamerman and Kahn (1978) p. 3, p. 495
- 26) Zimmerman (1988) pp. 13-23
- 27) Zimmerman (1992) pp. 3-4
- 28) Maroney (1976) p. 130
- 29) Anderson (1991) p. 238
- 30) 平山 (1984) p. 153
- 31) 黒須 (1990) p. 64
- 32) 原田 (1992) pp. 39-40
- 33) 松村 (1993) p. 37
- 34) 小島 (1985) p. 64
- 35) 本稿では、原則といいながら、政策手段、政策分野等について論じているものは検討の対象としない。
- 36) Beltrão (1957) pp. 10-12
- 37) Cohen and Connery (1967) pp. 11-15
- 38) Maas (1984) pp. 9-10
- 39) Mladenovic (1978) pp. 51-52
- 40) McDonald (1993) p. 46
- 41) Théry (1988) pp. 145-173
- 42) Dumont (1986) p. 179, pp. 167-170
- 43) Villac (1992) pp. 9-10
- 44) 平山 (1984) p. 159
- 45) 松村 (1993) pp. 37-38

参考文献

- Aldous, Joan, and Wilfried Dumon 1990 "Family Policies in the 1980s: Controversy and Consensus", *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 52, No. 4.
- Anderson, Elaine A. 1991 "The Future of Family Policy: A Postscript", E. A. Anderson and R. C. Hula (eds.), *The Reconstruction of Family Policy*, Greenwood Press.
- Bartiaux, Françoise 1991 *Institutions for Family Affairs in the Member States of the European Community: A Comparison for 1990*, Commission of the European Communities.
- Beltrão., Pedro Calderan 1957 *Vers une politique de bien-être familial. Eléments d'une normative économique et sociale de la politique familiale*, Librairie Editrice de L'Université Grégorienne.
- 中央児童福祉審議会・家庭対策特別部会 1963「家

- 庭対策に関する中間報告」。
- Cohen, Nathan E., and Marice F. Connery 1967  
“Government Policy and the Family”,  
*Journal of Marriage and the Family*,  
Vol. 29, No. 1.
- Commission of the European Communities  
1989 “Communication from the Commission on Family Policies” COM (89) 363 final.
- de Bie, Pierre J. L. 1980 “The Rationale and Social Context of Family Policy in Western Europe”, J. Aldous and W. Dumon (eds.), *The Politics and Programs of Family Policy: United States and European Perspectives*, University of Notre Dame Press and Leuven University Press.
- Dumon, Wilfried (ed.) 1989 *Family Policy in EEC-Countries: Report prepared for the European Communities, Directorate General for Employment, Social Affairs and Education*, Katholieke Universiteit Leuven.
- Dumont, Gérard-Francois 1986 *Pour la liberté familiale*, PUF.
- Dumont, Gérard-François 1990 *La famille en Vendée*, Conseil Général de la Vendée.
- European Observatory on Family Policies 1990  
*National Family Policies in 1989-1990*, Commission of the European Communities.
- European Observatory on Family Policies 1991  
*National Family Policies in 1990*, Commission of the European Communities.
- France, Conseil Economique et Social 1981 *La politique familiale globale (Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, Séances des 26 et 27 mai 1981)*.
- France, Conseil Economique et Social 1991 *La politique familiale française (Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, Séances des 24 et 25 septembre 1991)*, Direction des journaux Officiels.
- General Secretariat of the ISSA 1983 “Social Security and Family Policy: Introductory Report”, ISSA (ed.) *Social Security and Family Policy*, ISSA.
- Gilliand, Pierre 1990 “Conclusions of the General Reporter”, ISSA (ed.), *Evolution of Family Policy in the Light of Demographic Development*, ISSA.
- 原田純孝 1992「日本型福祉と家族政策」上野千鶴子ほか(編)『変貌する家族6 家族に侵入する社会』岩波書店。
- 平山裕次 1984「家族・家庭に関する政策の方向について」経済企画庁国民生活局(編)『家庭機能とその施策の充実の方向に関する調査報告書』。
- Kamerman Shiela B., and Alfred J. Kahn 1978  
“Families and the Idea of Family Policy” and “Family Policy as Field and Perspective”, S. B. Kamerman and A. J. Kahn (eds.), *Family Policy: Government and Families in Fourteen Countries*, Columbia University Press.
- 家庭基盤充実構想推進連絡会議 1980「家庭基盤充実のための基本的施策のとりまとめ」, 経済企画庁国民生活局(編)『わが国の家庭の現状と今後の課題』。
- 桂良太郎 1992「家族福祉の概念の変遷」野々山久也(編)『家族福祉の視点』ミネルヴァ書房。
- 経済企画庁(編) 1983『昭和58年版国民生活白書』。
- 経済企画庁(編) 1992『平成4年度国民生活白書』。
- 小島 宏 1985「出生政策と家族政策の関係」『人口問題研究』第174号。
- 厚生省(編) 1990『平成元年版厚生白書』。
- 厚生省(編) 1991『平成2年版厚生白書』。
- 厚生省(編) 1994『平成5年版厚生白書』。
- 厚生省児童局(編) 1963『児童福祉白書—児童福祉法制定15周年記念—』。
- 黒須伸之 1990『『家族政策』と『家族政策学』』『社会学論叢』第107号。
- Maas, Frank 1984 “Should Families be a Focus for Policies? ”, *Institute of Family Studies Policy Background Paper*, No. 5.
- Maroney, R. M. 1976 *The Family and the State: Consideration for Social Policy*. Longman.

- 松村祥子 1993「家族問題と家族政策—1994年  
国連・国際家族年の課題—」『社会福祉研究』  
第58号。
- McDonald, Peter 1992 “Social Policy in Aus-  
tralia: The Family Dimension”, *Family  
Matters*, No. 34.
- Mladenovic, M. 1978 “The Relationship  
between Social Policy and the Family”, C.  
Presvelou and P. de Bie (eds.), *The  
Scientific Bases of Family Policy*, ICOFA.  
Québec, Conseil des ministres 1984 *For Quebec  
Families: A Working Paper on Family  
Policy*.
- Québec, Comité de la consultation sur la politi-  
que familiale 1986b *Report of the Comité  
de la consultation sur la politique familiale,  
Part Two, Collective support recommended  
for Quebec families*.
- Steiner, Gilbert Y. 1981 *The Futility of Family  
Policy*, Brookings Institution.
- 健やかに子供を生ま育てる環境づくりに関する  
関係省庁連絡会議 1991「健やかに子供を生  
み育てる環境づくりについて」。
- 健やかに子供を生ま育てる環境づくりに関する  
関係省庁連絡会議 1992「『健やかに子供を生  
み育てる環境づくり』に関する施策の推進状  
況と今後の方向」。
- Théry, René 1988 *Pour une politique de la  
famille. Questions de sens et de justice*,  
Cerf.
- 栃本一三郎 1990~91「家族政策を考える—ソ-  
シャル・ポリシーとしての家族政策—」『児童  
手当』第20巻7号~第21巻3号。
- United Nations 1987a *National Family Poli-  
cies: Their Relationship to the Role of the  
Family in the Development Process*,  
United Nations.
- Villac, Michel 1992 “Politique familiale et re-  
distribution en direction des familles”,  
*Recherches et Prévisions*, No. 28.
- Zimmerman, Shirley L. 1988 *Understanding  
Family Policy: Theoretical Approaches*,  
SAGE.
- Zimmerman, Shirley L. 1992 *Family Policies  
and Family Well-Being: The Role of  
Political Cultures*, SAGE.
- (こじま・ひろし  
人口問題研究所人口政策研究室長)

## 医療制度改革とパターンリズム

福 田 敬

### 1. はじめに

近年、欧米諸国において医療制度改革の動きが活発になっている。各国とも目標としているのは医療の効率性の追求である。医療における効率性は、単に少ない費用で医療を提供することではなく、同じ効果をより少ない資源の投入で実現すること、言い換えれば、同じ資源でより高い効果を得ることであり、これは医療に限らず製造業でもサービス業でも常に追求されていることである。医療制度改革の動きはこの追求を具現化するものであり、各国ともさまざまな工夫をこらしている。そこで、本文ではイギリス、アメリカそして日本の医療制度および医療制度改革案をもとに、医療制度改革の動きについて述べてみたい。

### 2. 医療制度改革の必要性

先進国・途上国を問わず、医療に関する行政の目標は全ての国民に医療へのアクセスを保証することであった。我が国では昭和30年代に国民皆保険を達成し、全ての人々が低料金で医療を受けることができるようになった。先進諸国のうちで、現在でも全ての国民への医療提供が保証されていないのはアメリカくらいである。本来、医療はサービス産業の一部であると考えら

れ、サービス産業においては受益者が費用を負担するのが一般的である。しかしながら、医療のニードはいつ誰に発生するか予測が困難であり、どれだけのサービスが必要かの判断がつかない。そこで保険という形態により、集団が共同でそのリスクを背負うことになる。日本のように国の政策として全国民に保険加入を義務付けることは、医療が公的な性格を有するためとも考えられる。しかしながら、医療提供システムは国により違いがあり、全国民に医療へのアクセスを保証しているといっても、保険制度を中心とするものや、税収入を中心として国の事業として行っているものなどさまざまである。Blendonら(1990)は10カ国で現行の医療制度に対して変更が必要かどうかを調査している

表1 10カ国におけるヘルスケアシステムの評価(1990年)

	ほぼ変更は 必要ない	根本的な変更 が必要である	完全に作り直 す必要がある	国民1人あ たり医療費
カナダ	56%	38%	5%	1,483ドル
オランダ	47	46	5	1,041
ドイツ	41	35	13	1,093
フランス	41	42	10	1,105
オーストラリア	34	43	17	939
スウェーデン	32	58	6	1,233
日 本	29	47	6	915
イギリス	27	52	17	758
イタリア	12	46	40	841
アメリカ	10	60	29	2,051

出所: Blendon (1990) より作成

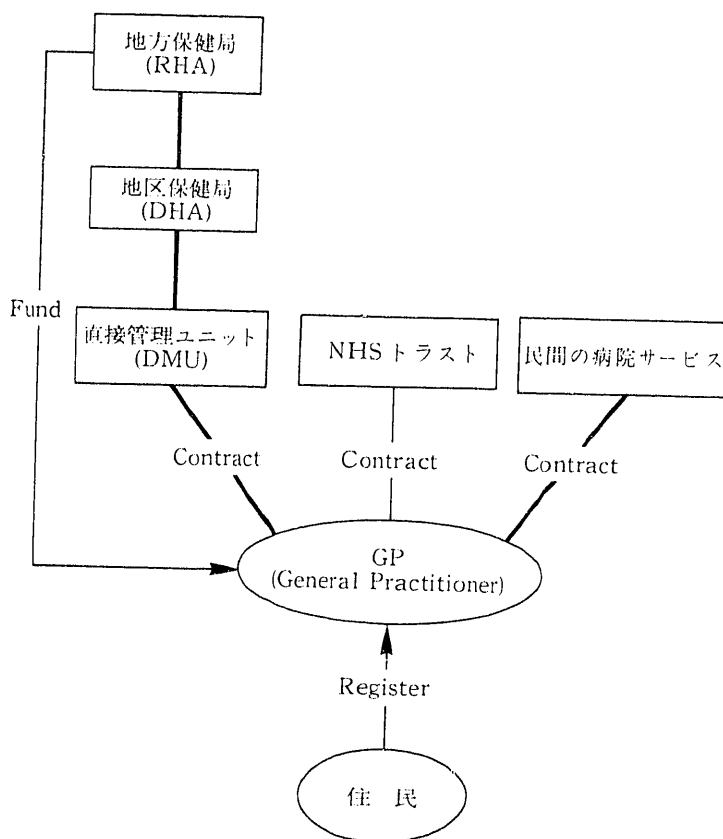
が、アメリカのみならず、日本を含む各国で医療システムの何らかの改革が必要であると答えている(表1)。近年では特に、日本を含む先進諸国において人口の高齢化が進み、それに伴い医療需要が高まることが予想され、現時点から医療費が高騰することが懸念されている。近年の各国でさまざまな医療制度改革は主として医療の効率的な提供を意図するものであると思われる。

### 3. 医療制度改革の方法

#### (1) イギリスの医療制度改革

イギリスでは国民医療制度(National Health Service)により医療提供がなされている。

これは、基本的にGP(General Practitioner)への登録とそこから2次医療機関へのReferにより成り立っている。1990年の改革での大きな変更点は、GPがそれぞれに予算の管理をし、病院サービスの購入を行うことである。これにより病院間で競争が起こり(Inner Market)、効率性が発揮されることを意図している。これまで、病院サービスを受けるには長い待ちが必要であったりして、効率的な運営に問題があるとされていたが、競争の原理を取り入れることにより質の高いサービスを安価に購入できるとしている。Inner Marketは、ファンドを持つGPがNHSの直接管理ユニットやNHSトラストあるいは民間病院から契約に基づいて患者に必要なサービスを選択し購入する



ファンドを持つGPは住民の必要に応じて地区保健局の直接管理ユニットやNHSトラスト、民間病院から契約により必要なサービスを購入する。

図1 ファンドを持つGPの病院サービス購入形態



ものである(図1)。医療サービスにおいては、主に情報の非対称性により競争原理は働かないと考えられているが、イギリスでは医療に関する専門的な情報を持たない患者が医療サービスを選ぶのではなく、患者のAgentとしてのGPが病院サービスを選択することにより、この問題が解決されることを期待している。しかしながら、この場合にはGPが患者のAgentとして、患者にとって最適なサービスを選択することが条件であり、そのためにはそもそも競争および選択が可能なだけの病院サービスが全ての地域において提供されている必要がある。イギリスのように国の制度として全国民に医療が提供されている国でこのような競争がうまく働かどうかを疑問視する見方もある。この1つとして病院間で競争を行うために、病院とGPとの間で契約を結ばなければならないが、GPも病院もこれまでなかった契約という作業に慣れておらず、どのようにサービスに値段を付けていくかが問題である。また、通常の企業間で競争が起こった場合にはその結果として、'倒産'する企業が発生する。病院間でも競争が起こった場合には当然、経営的に苦しくなる病院が発生すると考えられる。これらの病院の'倒産'を認めていくかが問題である。その理由の

第1は、競争により倒産が起こる結果、そもそも供給量の少ない地域では容易に独占あるいは寡占状態になりうることであり、第2は競争により生き残る病院が必ずしも質の高い医療を提供しているかどうかの保証がされないことである。病院サービスを患者自身ではなくAgentとしてのGPが選択することによりある程度は質の高いものが残っていくと思われるが、病院の経営と質の保証の両立が困難であることは我が国でもしばしば耳にすることである。医療の質を保証しながら競争をうまく働かせるための医療供給機関を確保していくことを市場にまかせるのが困難であるとすれば、ある程度国が介入することになり、結局、完全な国の管理を離れて市場原理を導入する場合に、どの程度のものが適切であるかを検討する必要がある。このことは我が国でも考えられることであり興味深い。

(2) アメリカの医療改革

アメリカではクリントン政権の大きな柱として医療制度改革が取り上げられ、議会で審議されている。1993年秋には大統領案が提示されているが、ここで基本となっているのは、'Managed Competition'の考え方である。アメ

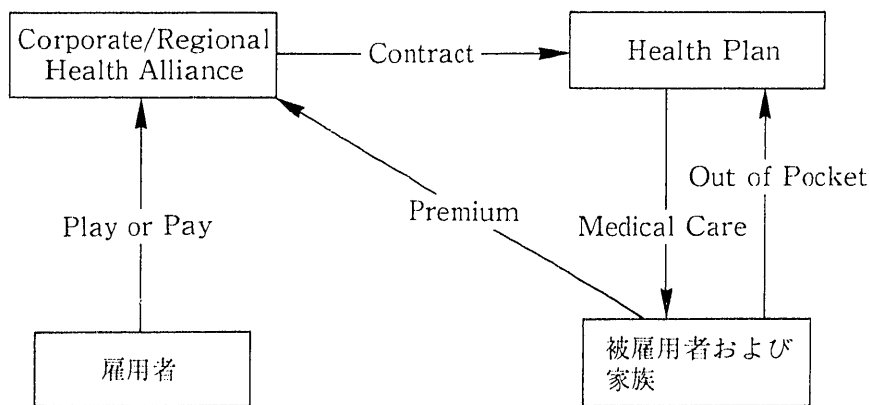


図2 クリントン案におけるヘルスプランとの契約

リカでは国が費用負担する医療制度としては高齢者のためのメディケアと低所得者のためのメディケイドがあるが、それ以外は個人が民間の保険に加入し医療サービスを受けている。医療サービスの価格は個々の医師や病院が決めるが、加入している保険によりサービスを受けられる医師や価格が異なるのが一般的である。近年ではHMOなどの集団による医療保障が進んでおり、クリントン案でもこのような形態が基本となっている(図2)。この案においては、企業あるいは地域で‘Health Alliance’が組織され、これを通じて個人が加入するヘルスプランを決め、購入するという形になっている。‘Health Alliance’の機能としては、各ヘルスプランで提供されるサービスについての情報の提供と購入の助言である。ここにおいてもAllianceが患者のAgentとして働くことによりヘルスプランとの契約に関して正常な競争状態が生じるように意図されている。各地域に選択可能なヘルスプランがあることや、それらヘルスプランの質の保証もHealth Allianceの機能である。また、ヘルスプランが経営上の理由などによりサービスを提供できなくなった場合にも他のヘルスプランと契約するまで継続的な医療提供を保証する制度も提案されている。これまで、個人が医師や病院を選択していた場合にも競争は可能な状態であったはずであるが、情報の非対称性などにより、結果として医師誘発需要などが問題として生じてきた。医療サービスの価格は上昇し、無保険者を中心として医療へのアクセスが低下する状態となった。クリントン案のような医療制度改革が実現し、うまく機能すれば、競争により効率的な医療が提供できる可能性もあるが、そもそもHealth Allianceを中心とした新たな機能が実現できるかどうか

は疑問である。

#### 4. 医療制度改革の方向

このようにイギリスでもアメリカでも、医療サービスを効率的に提供するために、患者のAgentを介して適度な競争を実現しようとしている。しかしながら、それは完全に市場にまかされた競争ではなく、競争をするための提供者の量や質、あるいはこれらの情報の提供に関して国が介入する形となっている。始めにも述べたように、医療の公共的な性質を考えると医療供給が不足し、患者が必要な医療を受けられなくなることは重要な問題であり、そのために必要な介入を国がすることはやむを得ない感もある。しかし、そこで重要なのは政府がどの程度の介入を行うべきであるかである。アメリカではあくまでも競争の原理を基本とし、それを有効に働かせるための制度改革であり、イギリスでは国が行っていた医療サービスをより効率的にするために市場原理を導入しようとするものである。日本では国の政策としての国民皆保険制度のもと、民間医療機関を中心に医療提供がなされ、医療サービスの価格は国により決められているため、価格による競争は起こり得ない状況となっている。これまで日本ではどの病院でも診療所でも同じ価格で医療の提供が受けられ、かつどこの病院、診療所で受診するかは個人の自由選択に任されてきた。そして、その結果、患者は設備の整った大病院へ集中するようになった。これに対して、現在、病院と診療所、あるいは病院間の機能分化がすすめられており、具体的には高機能病院における紹介外来制度の奨励や病院・診療所間での診察料の差別化などによりすすめられている。これにより、

地域全体における医療の提供が効率的になる可能性もあるが、同時に患者の自由選択が阻害されることにもなる。結局、医療サービスが公的な性格を有する以上、ある程度政府が介入することは必要であるが、その際に考えなければならないことは、国の役割である。国が国民のために十分な医療提供を保証しかつ効率的に医療を提供するために基本となるのは、'Rationing'の考え方である。以下、'Rationing'について述べてみたい。

## 5. 'Rationing' について

医療資源には限りがあるといわれるが、資源自体に限りがあるというよりも、公的な資金あるいは保険で医療提供を行う際の財源に限りがあるということである。そこに'Rationing'の考え方が必要となる。全ての国民に最高の医療を提供できれば理想的であるが、現実には我が国においても臓器移植をはじめとする最先端医療などには保険による支払いが行われていない。また、病室や食事などのいわゆる Amenity の部分ではどこまでを保険により負担すべきかの議論がなされている。財源が限られている以上、すべてではなく、ある程度の医療を提供することが行われることになるが、より重要なことは、その範囲が人によって違わない、すなわち、公平さが保たれていることである。クリントン案においても各ヘルスプランが標準的に提供する医療内容として、'Standard Package' を国を通じて設定するとしている。しかしながら、実際には個々の医療行為、たとえば手術などの需要は全ての人に発生するわけではなく、一部のみに限られる。つまり、日本の診療報酬点数表にあるような医療給付範囲のすべての項目を

すべての人が必要とするわけではない。そこで医療提供を行う施設や人員などの条件により、どの人にどの医療を優先的に行うかの判断が必要となる。これまでこのような判断は個々の医師や医療機関で行われている場合が多かったが、国あるいは州のレベルで優先順位を決めるべきだという主張もあり、アメリカのオレゴン州での試み<sup>2)</sup>などはその一例である。そこでのやり方には賛否があるようだが、少なくとも限られた財源の中での'Rationing'は必要であり、そのことを Health Economics の対象として取り上げているところも多い。

イギリスのヨーク大学にある Centre for Health Economics (CHE) においては<sup>3)</sup>、'Rationing'についての考え方は非常に明確である。すなわち、医療においては主に情報の非対称性などにより市場機能がうまく働かない。そこで、国の介入が必要となり、国が責任をもって国民に医療を提供することが必要となる。ところが、その財源には限りがあるため、どの医療を誰に提供するかを判断する基準を決めなければならない。その基準を決めるための研究をしている、ということである。そこでは、医療における経済性は投入した資源量に対してどれだけの効果が得られたかであると考えられている。従って、各医療行為の経済性を考える際にそこで投入する資源量とその効果を測定することが必要となる。

CHE は経済学者を中心とするグループが活動している場であるが、そこでの専らの関心事はお金ではなく、医療の効果の測定である。確かに、医療資源の投入量よりも産出としての効果の方が測定は難しい。費用と効果の測定の指標、および測定方法に関しては Drummond ら

表2 QALY League Table

	Cost/QALY (£ Aug 1990)
コレステロール検査と栄養指導 (40~69歳)	220
頭部傷害に対する脳神経外科的手術	240
GPによる禁煙教育	270
クモ膜下出血に対する脳神経外科的手術	490
脳卒中予防のための高血圧療法 (45~64歳)	940
ペースメーカー装着	1,100
大腿骨置換手術	1,180
大動脈狭窄による弁交換	1,410
コレステロール検査と治療	1,480
冠状動脈バイパス手術 (左冠状動脈主幹部病変, 重度の狭心症)	2,090
腎臓移植	4,710
肺癌のスクリーニング検査	5,780
心臓移植	7,840
コレステロール検査と段階的治療 (25~39歳)	14,150
家庭での血液透析	17,260
冠状動脈バイパス手術 (1枝病変, 中度の狭心症)	18,830
腹膜透析	19,870
病院での血液透析	21,970
透析患者の貧血のためのエリトロポイエチン療法 (死亡率の10%減少を仮定)	54,380
悪性脳腫瘍に対する脳神経外科的手術	107,780
透析患者の貧血のためのエリトロポイエチン療法 (死亡率の減少なしを仮定)	126,290

出所: Drummond (1993) より作成

(1987)の著書にまとめられているが、この中で主に取り扱っているのが、効用 (Utility) の測定方法としてのQALY (Quality Adjusted Life Years) である。つまり、医療行為の効果はそれを行わなかった場合のQOLの時間的変化と、それを行った場合のQOLの時間的変化の差分で表されるとする考え方である。この差を積分してQALYとして表す。その医療行為のために投入された資源は費用として金銭換算して用いる。このようにして、1 QALYあたりの費用を算出し、これをリストしてLeague Tableを作成する(表2)。ここにはさまざまな医療行為が列挙され、これを基に優先順位を決めようとするものである。根底には同じ資源の投入でより高い効果が得られるものを優先的に

行おうとするものであるが、年齢や疾患が異なる対象に対しての医療行為を同じテーブルの上で比較し、優先順位を決めることの妥当性には疑問がある。また、これを基に政策に反映させるとすると、そこにも問題が生じる。一般にCost-Utility Analysisで用いられるQALYは個々の医療行為の結果生じるADL等を基に、集団の意見をまとめたものであり、必ずしも個人の意見はそれとは一致しない可能性がある。従って、現実にある疾患に罹り、複数の治療方法がある場合にどれを選択するかについては、費用効用分析(CUA)のような手法による社会的な基準と、個人の自己決定(Autonomy)との間で差が生じる可能性がある。つまり、集団の意見として最も費用対効用が高い医療行為であ

っても、個人にとってみればそれが自分の希望するものとは異なる場合もあり得るわけである。この場合に、政策的な見方をすれば、国あるいは保険の費用で負担するのだから、集団として最も費用対効用の高い医療を公平に提供すべきであると考えられることもできる。また、逆に、個々の患者にとってなにが最も Utility を上げるものであるかは異なるのだから、Autonomy を優先させるべきであると考えられることもできる。中間的な案として最も費用対効用の高い医療行為を選択しない場合で、費用の差が生じる場合にはそれを自己負担とするなどの方法もあるが、これは結局、特に自己負担能力の少ない国民に対して最も費用対効用の高い行為を強いることになり、Autonomy は発揮できない。この点に関する CHE のスタッフの考え方は、国が費用負担をするのだから、最も費用対効用の高い行為を選択するのが望ましいことであり、これを選択するように医師などの医療提供者を教育することが必要であるという返事であった。これはあまりにパターナリスティックな考え方ではないかと思われてならない。

## 6. 医療制度改革とパターナリズム

では、このような観点から各国の医療制度改革や日本の状況を見るとどうであろうか。イギリスにおいては GP が患者の Agent となって最適な医療行為の選択の援助をすることになっているが、この際に患者の意見が100%反映されるかどうかは疑問である。特に GP が予算執行権を持ち、多くの人に公平に医療提供をしなければいけない状況を考えると、選択される医療行為や医療機関には、自ずと優先順位が付けられ (priority setting) てくるのではないかと思

われる。アメリカにおいては比較的患者の権利意識が高いと思われるが、クリントン案でも住民は年間契約でヘルスプランと契約を結ぶ必要があるが、結局その契約に則った医療機関で医療提供を受ける必要がある。日本においては、ほぼすべての医師、病院が保険適用であるため、現時点では、どこでも自由に選択して受診することができる。しかし、近年の機能分化の動きは、大学病院などの高機能病院への外来受診を制限し、診療報酬点数上では病院よりも診療所での診察を高く評価するなどして患者の流れを制御しようとしている。これは、地域単位で見れば効率的な医療提供に結びつくかもしれないが、患者側からみれば、自由な医療機関選択を制限することに他ならない。つまり患者の自由裁量の余地が減るわけである。では、医療行為についてはどうだろうか。現在のところ患者の Agent としての役割を果たすのは個々の開業医・病院勤務医であり、Refer されれば専門医でもある。どのような医療行為がなされるかに関しては、学会等で疾患ごとの標準的な処置方法 (Clinical Guidelines) などが示されているものもある。しかし、多くの場面においては、その患者に適した医療行為は Agent としての医師の判断に委ねられている。もちろんそこが、専門職としての医師の技量が発揮される最大の場であり、尊重されるべき領域である。一般的に患者は行われる医療行為の効果や弊害に関する情報が不足しているが、それでも医師への信頼から、医師がすすめる医療行為を受け入れることが多いと思われる。問題は、今後、医療提供の効率化という理由で、患者の医療機関の選択や、患者あるいは Agent としての医師の判断に制約が加わることが適切であるかどうかである。イギリスでもアメリカでも医療制度改革に

より、患者の Agent を通じて競争状態を作り出そう、あるいは保とうとしている。患者の Agent としての医師の判断が、完全に患者の意志を尊重するものになるかどうかは国の政策により影響される。現実には日本でも患者への医療行為の提供に当たって、主に診療報酬制度を中心とした諸制度の影響を受けていると思われる。提供された医療が適切であったかどうかを評価する機能もなく、個々の医師の判断に応じて医療の提供がなされている。効率性に関しては一般に、OECD 加盟国の医療費に関する分析等を通じて、日本は平均寿命が長く、GDP に占める医療費の割合は低いため効率的な医療提供がなされているとされているが、医療費の抑制に関しては、国が定める一律の診療報酬点数のもとで、低価格で医療が提供されていることが主たる要因と考えられる。現在のところ日本では GP などを Agent として医療の購買を行う制度はなく、医療機関の選択は自由である。病院と診療所とでは外来患者を多く獲得するために競争状態にあるが、価格による競争はできない。つまりイギリスやアメリカで考えられているような市場機能を取り入れる場は現在のところないといえる。しかし、市場機能の導入を検討する場合には患者あるいはその Agent による自由な医療サービスの選択と国あるいは保険財源の制約とをいかにバランスさせるかが重要な課題となる。

医療の目的は、従来「病気を治すこと」であったかもしれないが、人口構造や疾病構造が転換した現在、病気は必ず治るものではなく、いかに病気とつきあっていくかが重要な場面がしばしばある。そこで私見では、医療の目的を「患者の QOL の向上」と考えたい。時間的な軸につ

いては治療が終わった時点のみでなく、医療が提供されている過程をも含めて、治療後も継続的に考える。「向上」といっているのは必ずしも医療を受ける前に比べて向上することではなく、医療を受けなかった場合に比較して QOL が高いことを意味する。これを時間的な軸に対して累積するので、一時的に、例えば外科的処置などで、QOL がこの処置を行わなかった場合に比較して低下することがあっても、累積により処置を行った方が QOL が高いことが目的である。そして、これは個々の患者の QOL の向上である。つまり、個人としての患者の QOL は原則的にはその個人にしか判断できない。確かに集団としての意見もあり得るが、最終的には個人の QOL は個人が判断する以外になく、そのために必要なできる限りの情報をその個人に提供する必要がある。そのうえで、個人である患者の自己決定により行うべき医療行為が決定されるべきである。つまり、医療サービスの選択に関しては Autonomy が最優先されるべきであり、医学的に専門性の高い情報の理解が困難であるなどの理由で患者個人が医療の選択ができない場合には、患者が最も信頼できる Agent としての医師を選択することも Autonomy の 1 つであろう。問題は、この患者の Autonomy と国あるいは保険者の制約とをどのように、あるいはどのレベルで両立させるかである。

#### 注

- 1) イギリスの NHS 改革および Inner Market については、中泉真樹 (1993) 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズムについて」『海外社会保障情報』No. 104 に詳しい。
- 2) オレゴン州ではメディケア対象者への医療提供に関して、優先順位を付け、効率的な提供を試みがなされた。久繁哲徳 (1992) 「医療

の優先順位決定と医療システムの効率化—オレゴンの医療改革』『海外社会保障情報』No. 101を参照のこと。

- 3) 以下のパラグラフは主として筆者が1993年に参加したヨーク大学の Centre for Health Economics でのセミナーにおいて得た知見をもとに記述している。筆者はセミナーでのスタッフの講義をこのように理解したが、若干異なっている可能性もある。その点に関する責任は筆者にある。

#### 参考文献

- 有岡二郎 1994 「西欧の医療制度改革」『厚生指標』第41巻第10号  
中泉真樹 1993 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズム」『海外社会保障情報』No. 104  
池上直己 1987 『成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本』保健同人社  
Blendon, R., *et al.* 1990 "Satisfaction With Health Systems In Ten Nations" Health

Affairs Summer 1990

- Drummond, M., Maynard, A. 1993 "Purchasing and Providing Cost-effective Health Care" Churchill Livingstone  
Drummond, M., *et al.* 1987 "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes" Oxford Medical Publications  
Fenn, P., *et al.* 1994 "Contracts and supply assurance in the UK health care market" Journal of Health Economics Vol. 13  
Klein, R. 1994 "Can we restrict the health care menu?" Health Policy Vol. 27  
Maynard, A. 1993 "Competition in the UK National Health Service: Mission impossible?" Health Policy Vol. 23  
Reisman, D. 1993 "Market and Health" St. Martin's Press  
——1993 "The President's Health Security Plan" Times Books

(ふくだ・たかし

東京大学大学院医学系研究科博士課程)

## フランス社会保障制度における一般化社会拠出金の導入

加藤 智章

### 本稿の目的

本稿は、1990年12月29日の1991年財政法により制定された一般化社会拠出金（CSG：contribution sociale généralisée）の制定経緯と問題点を検討する<sup>1)</sup>。被保険者はじめ関係当事者の運営する社会保障金庫を管理運営主体とし、被備者やその使用者の拠出する保険料に主たる財源を求めるという自律性原則によって特徴づけられるフランス社会保障制度において<sup>2)</sup>、社会保障財源の多様性を確保するために、目的税としての性格を有する一般化社会拠出金が設けられた意義は大きく、慢性的な失業者の滞留のほか人口高齢化に起因する点でわが国の社会保障財政にとっても、貴重な示唆を含んでいると考えるからである。

### 1 フランス社会保障制度の概要

わが国において社会保障制度という場合、社会保険、公的扶助、公衆衛生および社会福祉の4部門を指すが、フランスでは、社会保険（assurances sociales）、労働災害（accidents du travail）および家族給付（prestations familiales）の3部門を意味する。わが国における公的扶助、社会福祉に該当する社会扶助（aide sociale）、あるいは法定給付を補う上乗せ給付

や法定給付には存在しない失業保険を、労働協約によって実現する補足制度を含める場合、社会保護（Protection sociale）という広義の概念が用いられる。

このようにフランスの社会保障制度は、社会保険、労働災害および家族給付から構成される。これら3部門の人的適用範囲はそれぞれ異なり、それに応じて管理運営組織が存在するため、複雑な制度構造を有する。特に、社会保険部門では、職種や業種に応じた多数の職域保険制度が併存しており、わが国における国民健康保険のような地域保険制度は存在しない<sup>3)</sup>。

まず、社会保険部門は、その人的適用範囲から4つの法定制度に分類することができる。商工業被備者を中心とする一般制度（régime général）、鉱山労働者や船員等の特定の業種や職種に属する被備者のための特別制度（régimes spéciaux）、農業部門以外の自営業者など非被備者のための自治制度（régimes autonomes）、そして被備者、経営者の別なく農業に従事する者を対象とする農業制度（régime agricoles）である<sup>4)</sup>。これらの法定制度のうち、一般制度は、わが国の健康保険制度と厚生年金保険制度に相当し、人的構成、財政規模いずれにおいても群を抜き主要な制度といえる。また、特別制度や自治制度は、個別的な職域保険制度の集合体であり、それぞれ独自の管理運営組織を持つ。次に、家族給付部門は、第二次世界大戦以前から、



商工業被傭者とともに自営業者なども支給対象者としており、全国家族手当金庫が統括し、県単位に設けられる家族手当金庫が給付業務を行う点で、社会保険部門と事情を異にする。

最も代表的な法定制度である一般制度は、国籍、年齢、性別を問わず、「報酬の額と性質、契約の方式、性質および有効性に関わりなく、一又は複数の使用者のために雇用され又は労働するすべての者」を被保険者とする。管理運営組織は、給付部門と徴収および財務管理部門に分けられ、下部組織と全国組織が存在する。下部組織のうち、県(département)レベルには、被保険者の加入業務と老齢、遺族および家族給付以外の給付業務を行う初級疾病保険金庫、保険料の徴収を行う「社会保障および家族手当保険料徴収組合(以下、徴収組合と略す)」がある。また、いくつかの県を管轄する地方(région)レベルには地方疾病保険金庫が設けられ、労働災害および職業病の発生原因や頻度などの情報を収集し、その防止活動を行うほか、下部組織を持たない全国被傭者老齢保険金庫のために、退職年金などの給付業務を担当する。これらの下部組織を統括し全国レベルでの管理運営を行う全国組織として、全国被傭者疾病保険金庫(CNAMTS)、全国被傭者老齢保険金庫(CNAVTS)があるほか、社会保障組織中央財務管理機構(ACOSS)は、家族手当全国金庫を含めた全国金庫全体の財務管理を行う<sup>5)</sup>。これらの管理運営組織はすべて被保険者や使用者などの関係当事者の代表からなる理事会によって管理されるが、その構成は各組織により異なる<sup>6)</sup>。

保険料は、使用者を納付義務者とし、源泉徴収される点でわが国と共通し、「労働の対価として、又は労働を契機として」被傭者に支払われ

表1 一般制度における保険料率

(単位：%)

保険費目	使用者	被保険者
疾病、出産、障害、死亡保険 報酬全額	12.80	6.80
老齢保険 報酬限度内*	8.20	6.55
報酬全額	1.60	なし
家族給付 報酬全額	5.40	

\*1994年1月1日現在月額12,680フラン

\*\*労災保険は、予防効果を意図し災害の発生率と連動させるいわゆるメリット制を採用しているため、その料率は企業規模や業種により異なる。

出典：Liaisons Sociales, (legislation sociale), No.6777 et Memo sociale (Liaisons Sociales) 94, p.1039.

表2 フランス社会保障制度における保険料の占める割合

(単位：%)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994年
制度全体	72.5	73.0	73.5	72.5	71.8	71.1	71.3
一般制度	91.1	90.6	90.6	88.8	87.5	87.7	88.1

出典：Commission des comptes de la sécurité sociale, "Les comptes de la sécurité sociale. Résultats quasi définitifs 1992, prévisions 1993 et 1994", Documentation Française, 1993, p. 33.

る賃金や現物給付などが保険料の算定基礎となる報酬とされる。しかし、負担割合は労使折半ではなく、使用者の負担率が高く、また社会保障財政にしめる保険料収入の割合も高い(表1, 表2参照)。このように算定された保険料は、使用者の事業所を管轄する徴収組合に納付される。また、1983年まで、保険料の算定に用いられる報酬には、一定の限度額(plafond)が設定されていた。しかし、報酬限度額の存在は、保険料の財源を制約するものとして機能する。このため、社会保障財政の悪化に伴い、報酬限度

額の撤廃が図られ、医療保険、家族給付、労災保険の順に、84年、89年および90年から実現された<sup>7)</sup>。したがって、現在では、老齢保険の保険料についてだけ報酬限度額が設定されている。その額は94年1月1日現在、月額12,680フラン（約25万円相当）であり、日本における標準報酬月額等級の等級上限よりもはるかに低い水準である。

## 2 フランス社会保障制度における 財政問題

このように、フランスの社会保障制度は、被保険者やその使用者などの関係当事者によって構成される金庫理事会を中心に、国家財政に依存することなく当事者の拠出する保険料を主たる財源として運営されてきた。しかし、職域保険制度を複数併存させることによって人的適用範囲の拡大を図ってきたため、就業構造の変化や人口高齢化の影響を受けて、財政状況が悪化する個別制度が見られるようになった。衰退産業分野において組織されている職域保険制度では、被保険者の減少と年金受給者の増加が同時に発生するからである。このような社会保障制度の展開過程を財政問題に着目して概観するとき、財政調整（compensation）と租税代替化（fiscalisation）の動きが重要である。

まず、70年代後半から、制度間連帯の理念に基づいて、財源の補填を行う財政調整システム

が導入された。これは、被保険者すなわち保険料を負担する者の移動によって、各制度の財政基盤が変化したことを理由に、財政的に最も苦しい制度の被保険者数や保険料額を基準に算定される調整額を補填するシステムであり、60年代から進行した就業構造の変化に起因する。老齢保険や疾病保険を中心に行われ、一般制度のように、就業構造の変化により被保険者数が増加した制度は調整額を拠出し、農業被用者制度などは逆に調整額の補填を受ける制度となる<sup>8)</sup>。しかし、財政的に恵まれた制度においても財政調整に拠出できる資金に限界があることや、財政調整の算定基準があいまいなため公平性に欠けるとの指摘が出されていることなどから、財政問題を根本的に解決するには至っていない。

これに対して、租税代替化の議論は、80年代における経済成長の鈍化すなわち賃金の抑制と失業者の増加による保険料を負担する者の減少を背景に登場し<sup>9)</sup>、給付を削減し保険料を引き上げるというこれまでの手法が、以下の3点で限界に達していることに起因している。第1に、保険料率がすでにかなり高率となっており、これ以上の引き上げは、企業の国際競争力を損なう。第2に、これと密接に関連して、使用者の保険料に関する負担割合の高さが雇用の創出を妨げているという議論から、保険料の引き上げは、失業問題の解決に逆行する。第3に、21世紀初頭に予想される人口高齢化のピークに対応

表3 人口高齢化（全人口に占める65歳以上人口の割合）に関する日仏比較

（単位：％）

	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050年
フランス	11.38	13.96	15.28	16.26	19.45	21.76	22.72	22.33
日本	5.21	9.10	15.20	18.62	20.92	19.97	22.66	22.30

出典：Livre blanc sur les retraites, Documentation Française, 1991, p. 117.

表4 人口高齢化の予測（15歳以上人口に占める60歳以上人口の割合）

(単位：%)

	1990	2000	2005	2010	2020	2030年
出生率1.8	23.9	25.2	25.3	27.4	31.3	35.6
出生率2.1	23.9	25.2	25.1	27.0	30.2	32.2

\*出生率の数字は、1人の女子が一生の間に生む子どもの数である。

出典：Livres blancs sur les retraites, Documentation Française, 1991, p. 77.

するため(表3, 表4参照), 社会保障財源の多様化が求められた。このため, 財源を保険料以外の租税に求める租税代替化の機運が高まり, 80年代に入ると, 公的機関の報告書の多くが社会拠出金の導入を提言し始めた。事実, 83年から, いくつかの時限立法が, 全国家族手当金庫や全国老齢保険金庫の財源に充てるため, 前年度の収入 (revenus) や動産収入 (revenus de capitaux mobiliers) など特定の収入を課税対象とする社会拠出金を制定した<sup>10)</sup>。さらに, 91年度財政法に影響を与えたと思われる第10次経済計画社会保護部会の報告書には, 世帯収入すべてを対象とする比例拠出金 (prélèvement proportionnel) が提案されていた<sup>11)</sup>。

### 3 一般化社会拠出金の導入をめぐる議論

一般化社会拠出金に関する具体的な検討は1989年の秋から開始されていたが, 91年度財政法により導入しようとする意図は, 90年の春に明らかにされた。以来, 左右両派からの強い抵抗に遭遇し, 法案を審議した委員会報告書の中にも, 政府案に反対することを明言するものがある状況のなかで, ようやく可決成立した。審議過程では, 疾病保険給付の合理化と人口高齢

化に対応するための老齢保険制度の将来計画を先行すべきであること, 料率が引き上げられる蓋然性が高いこと, あるいは低所得者に対する免除規定が存在しないことなどを理由とする導入反対論も提出された<sup>12)</sup>。また, 一般化社会拠出金に異議を唱える議員達は, 財政法において, 社会給付を受けることができない人々をも対象に賦課徴収することは平等原則に反するとして違憲審査を提訴したが, 憲法院は90年12月28日, 憲法に違反しないとの判決を下した<sup>13)</sup>。しかし, 一般化社会拠出金の導入をめぐる議論において注目されるのは, 家族給付制度の性格が変化したという議論と社会的公正を担保するという観点から保険料システムの限界論が提出されたことである。財源の多様化を図り, 社会保障財政の安定化を促すという租税代替化の議論に, 理論的根拠を与えた点で重要だからである。

第1に注目しなければならないのは, 家族給付制度の性格に関連する議論である。家族給付制度は, そもそも, 職種や業種ごとに制度化された社会保険部門とは異なり, 当初から被傭者と自営業者とを区別することなく, 全国家族手当金庫を管理運営組織の頂点として組織化されており, 社会保険部門のような職域保険制度の併存体制とは無縁であった。また, 1975年7月4日の法律は, 何らかの職業に従事していることを支給の要件とすることを廃し, 78年1月1日から, 国籍を問わず, 居住要件のみで家族手当などを支給することとした<sup>14)</sup>。この就業要件の撤廃は, 理論的に家族給付制度の性格に変更を迫り, 財源構造にも影響を及ぼすものであった。それまで, 家族給付制度の保険料は, 自営業者の場合を除き, その歴史的沿革から, 使用者のみが負担していた。78年以前の段階では, 家族給付制度の基本的目的は, 被傭者の扶養児

童が増加すれば、それに比例して可処分所得が減少することに対する所得保障、すなわち賃金や職業収入を補完するものとして機能していた。しかし、居住要件のみで家族給付を支給する以上、家族給付制度の目的は、フランスに居住し、児童を扶養する者すべてに対して、普遍的に所得保障を行うことに変化したといえることができる。このような所得保障の普遍化に伴い、労使関係の存在を基礎として、使用者にのみ財源の負担を求めることは理論的に妥当しなくなる。支給対象者の普遍化は、同時に財源負担の普遍化を求めるからである。このため、国民連帯の徴表として、すべての者を対象に徴収される租税としての拠出金の負担が求められた。この議論は、就業要件の撤廃により家族給付制度の性格が変化したことを前提としており、支給対象者の普遍化が財源負担の主体をどこに求めるかという社会保障制度の財源のあり方を問う問題を提起している点で注目される。さらに、家族給付部門において、一般化社会拠出金の導入が可能であった背景には、社会保障制度における地位の相対的低下という事情が存在する。社会保障給付費に占める疾病保険、老齢保険および家族給付の割合をみると、家族給付部門は1948年には50.2%を占めていたのが、92年には17%まで低下している<sup>15)</sup>。このため、一般化社会拠出金の具体的な料率を低く抑えることが可能であり、新たな財源の設定に対する拒否反応を緩和することができたと思われる。

第2に、これまでの保険料システムを維持することは、社会的公正の実現を損なうという議論が提示されたことである。具体的には、報酬限度額の存在、保険料の算定対象と賃金以外の収入の関係、さらに所得税控除の問題という3点について、保険料システムの限界が指摘され

た。これらの問題が指摘されること自体、多年にわたる料率の引き上げにより、保険料の負担能力が労使双方にとって限界に達していることを意味している。

先に簡単に触れたように、商工業被傭者を対象とする一般制度の場合、その財源である保険料は、基本的に、労働の対価として支払われる賃金などの報酬を基礎として算定される。しかし、報酬限度額を越える報酬については保険料を算定する際の対象とはされなかった。また、不動産などによる資産収入、国債や株式投資などによる収入は保険料の算定の対象とはされないほか、社会保障制度の保険料は所得税の算定基礎から控除されていた。したがって、報酬限度額の問題に象徴されるように、従来の保険料システムにおける保険料の拠出割合は、同じ被傭者であっても、報酬限度額を超える賃金を得ている者ほど相対的に低く抑えられていた。同時に、高額所得者ほど、賃金以外の資産運用による収入なども多いといえるから、これらの者は、低賃金労働者との比較からいえば二重の意味で、保険料の徴収について優遇されていたといえることができる。このため、保険料率の引き上げは低賃金労働者の負担をより一層強いるものとして忌避された。こうして、同一の所得を得ている者は同一の拠出を負担すべし (à revenu égal, contribution égal)<sup>16)</sup> という理念のもとに、賃金以外の収入をも課税の対象とし、所得税の算定に際しても控除の対象とされない一般化社会拠出金が導入されたのである。ここでさらに留意しなければならないのは、老齢保険部門における報酬限度額の問題である。先に述べたように、現在、保険料の算定において報酬限度額が存在するのは老齢保険部門だけである。これは、人口高齢化による財政事情の悪化

が顕在化しているにも関わらず、補足制度の充実が報酬限度額の撤廃を阻止する機能を果たすというやや特殊な事情が存在するからである。報酬限度額の存在を前提に生成発展してきた補足制度にとって、限度額の廃止は補足制度の存在意義を否定することになる。このため、補足制度を存続させる一方で人口高齢化にも対応する手段として、一般化社会拠出金の導入により、家族給付部門における使用者の拠出金の負担割合を引き下げ、その負担軽減分を老齢保険の保険料率の引き上げに用いることが構想された。

#### 4 一般化社会拠出金の概要とその性格

1990年12月29日に制定された91年財政法は、社会保障財源の多様性を確保するため、一般化社会拠出金を恒常的に設けることを定めた。この一般化拠出金は、その内容から、保険料というよりも租税の性格を有するものであり、保険料を主たる財源として運営されてきた従来の枠組みに大きな変更を迫るものであった。

一般化社会拠出金は、以下に説明する3つの類型にそれぞれ課される社会拠出金の総称である。その課税類型は、第1に、労働者の賃金や非被傭者の職業収入 (revenus d'activité) と退職年金、失業手当などの代替所得 (revenus de remplacement)、第2に、不動産収入、財産や権利の譲渡収入などによる資産収入 (revenus de patrimoine)、第3に有価証券や国債などによる投資運用収入 (produits de placement) である。これらのうち、賃金、職業収入および代替所得に関する社会拠出金は、91年2月1日以降に支払われる収入から徴収され、社会保険料と同様に、使用者を納付義務者として源泉徴収の方法により徴収組合 (URSSAF) に納付され

る。しかし、前年度の所得税額が400フラン未満の者や労働法典L第117条の1による徒弟契約 (contrat d'apprentissage) を締結している徒弟などは課税を免除されるほか、無拠出年金である国民連帯基金による付加手当の受給者に対する退職年金などは課税の対象とはされない<sup>17)</sup>。また、第2の類型である資産収入に関する拠出金は90年度の収入から、さらに、投資運用収入に関する拠出金は91年1月1日以降の収入を対象に、第1類型とは異なり、所得税と同様に申告納税の方法により賦課徴収されることとなった。これら3種類の社会拠出金は、フランスに居住する租税法上の自然人を対象に、それぞれの課税対象となる収入に一律1.1%の料率を乗じて算定される。したがって、賃金のほかに資産収入もある労働者の場合には、職業収入にかかる社会拠出金のほか、資産収入に関する社会拠出金も負担しなければならないことになる。

これら3つの類型からなる社会拠出金に基づく財源は、家族給付部門へ充当される。これと関連して、使用者の負担する老齢保険の保険料率に変更された。先に述べたように、老齢保険部門の保険料は、算定の対象となる報酬に一定の限度額が設定されていた。使用者は、家族給付制度の保険料として、被用者1人当たり、その報酬全体の7%を負担していたがこれを5.4%に引き下げ、この負担軽減分を老齢保険部門に充てることとされた。すなわち、91年1月23日のデクレにより、報酬限度額の範囲で算定される8.2%の料率とは別に、新たに報酬全体に対して1.6%の保険料を負担するものとされた<sup>18)</sup>。したがって、一般化社会拠出金の導入は家族給付部門にとどまらず老齢保険部門の財源にも影響を及ぼすものであった。こうして、91年

表5 一般化社会拠出金の推移

(単位：100万フラン，92年までは確定値，93年以降は推定値)

	1991	1992	1993	1994 年
一般化社会拠出金(A)	29,884	40,351	41,028	42,175
全国家族手当金庫の収入(B)	195,865	206,249	210,268	216,022
A/B(%)	15.25	19.56	19.51	19.52

出典：Commission des comptes de la sécurité sociale, "Les comptes de la sécurité sociale, résultats quasi définitifs 1992 prévisions 1993 et 1994", Documentation Française, 1993, p. 107.

度こそ、徴収額はおよそ299億フランにとどまったが、92年度以降94年度まで400億から420億フランで推移しており、家族給付部門の総収入の20%ほどを占めている(表5参照)。他方、家族給付部門の使用負担分が減少した見返りに引き上げられた老齢保険の保険料収入は、91年度において、対前年比26%の伸びを見せた<sup>19)</sup>。

その後、失業の大量化、長期化を理由とする保険料収入の伸び悩みにより、93年末には、一般制度の累積赤字が1,000億フランに達するとこの予測が出されたこと、また人口高齢化に伴う老齢保険制度の財政基盤を安定させるという要請に基づき、93年6月22日に制定された93年財政修正法により、同年7月1日から、一般化社会拠出金の料率は1.3%引き上げられ、現在は2.4%である<sup>20)</sup>。この引き上げにより、93年度240億フラン、94年度には500億フランの増収が見込まれている。この増収分は、国民連帯基金を改組して設けられる老人連帯基金(fonds de solidarité vieillesse)の財源とされ、保険料の納付期間が短いために、低額の年金しか受給し得ない人々に給付される老齢被用者手当などの支給に充てられる<sup>21)</sup>。

このような一般化社会拠出金、特に職業収入に関する社会拠出金は、社会保障法典(Code de la sécurité sociale) L第242条の1により、労働の対価または労働を契機として支払われる賃

金などの報酬を算定基礎とする点では共通するが、次のような点で社会保険の保険料とは異なる。第1に、企業の業績により配分される利益や従業員持ち株制度に基づく利潤などは、保険料の算定基礎とはされないが、社会拠出金では算定の対象とされる。第2に、通勤手当など職務遂行に必要な経費的手当(frais professionnels)は、保険料の場合、一定の場合にしか報酬から控除されないのに対して、社会拠出金では、一律5%の控除が認められた。最後に、一般化社会拠出金の租税たる性格を明確にする特徴として、社会保険の保険料は所得税の算定基礎から控除されるのに対して、一般化社会拠出金は控除の対象とはならない。

## 5 一般化社会拠出金の意義と問題点

多くの議論を経ながら、一般化社会拠出金が導入された原因をひとつだけ指摘するとすれば、それは人口高齢化に求められる。高齢化の進行は、年金と医療という2つの側面に影響を及ぼすからである。高齢者の増加により医療支出が増大するとともに、現行の水準を維持する限り、賦課方式という世代間扶養システムを採用している年金財政が破綻することは誰の目にも明らかであった。他方、財源としての保険料の引き上げが企業の国際競争力の維持や失業の

回避といった経済的要請、給付水準の引き下げは国民の賛同を得られないという政治的理由、あるいは財政調整による財源の捻出も高齢社会の到来という事態の前には根本的解決とはならないなどの諸事情が存在した。また、やや逆説的であるが、80年代に行われた老齢保険部門を除く報酬限度額の撤廃が、保険料と租税との境界を取り除いたことも、その導入を容易にしたといえる。このため、一般化社会拠出金は、医療保険制度や年金保険制度の冗費を削減し、合理化を徹底すべしという主張に優先して、社会保障財源の最後の切り札として創設されたといえることができる。

さらに93年には、一般化社会拠出金の料率の引き上げと歩調を合わせて、保険料の納付期間を37.5年から40年とし、年金額の算定に用いられる平均年間賃金の算定対象期間を10年から25年に延長する年金制度の改革が行われた<sup>22)</sup>。このことは、フランスにおける人口高齢化の影響が差し迫った問題であることを示すと同時に、遅かれ早かれ、社会保障財源の多様化、安定化という要請が働き、その名目はともかく、新たな財源確保の取り組みが求められたであろうことを物語っている。

一般化社会拠出金の創設は、フランス社会保障制度の財源に、次のような3つの特徴を有する租税を導入した点で、きわめて重要なものといわなければならない。第1は、保険料とは異なり、その拠出が必ずしも社会保障給付に関する受給権や支給額に連動しないこと、第2に低所得者に対する免除規定が存在しないことから明らかなように、課税対象が広範囲に及ぶこと、第3に、それまでの社会拠出金が時限立法として制定されていたのに対して、恒常的な財源として法定されたことである。

このうち、第1の特徴は、一般化社会拠出金の位置づけを考えるうえで、特に重要である。一般化社会拠出金の拠出は、その負担額に応じて、家族給付を構成する諸手当や退職年金の増額を意味するものでない。当該拠出金を負担する個人の給付水準の引き上げと直接には連動しないのである。保険料の負担が反対給付としての保険給付の支給額に反映されるのとは異なり、租税代替化の議論の延長として導入された一般化社会拠出金の性格を端的に示している。このような一般化社会拠出金の性格に関連して、以下の2つの見解が注目される。1つは社会保障財政の今後のあり方に関する見解であり、いま1つはフランス社会保障制度全体の評価に関わるものである。

一般化社会拠出金の将来展望については、導入時の議論にも見られたように、料率の引き上げに対する拒否反応が根強いから、社会保障財政における比重を急激に増加させるとは考えにくい。しかし、保険給付との対応関係が薄いことから、医療保険における現物給付いわゆる療養の給付についても、一般化社会拠出金を財源とするのが妥当であるとする見解が登場している<sup>23)</sup>。家族給付部門の財源にしめる一般化社会拠出金の割合が2割程度にとどまっている現状では、療養給付に関する財源に用いられる可能性は低いといわなければならない。けれども、その租税としての性格から、一般化社会拠出金が拠出と給付との対応関係の薄い分野の財源として位置づけられる方向性を見て取ることができる。さらに、これに関してやや注目されるのは、一般化社会拠出金の長所のひとつとして、議会によりその料率を審議することが指摘されていることである<sup>24)</sup>。社会保険部門や家族給付部門の保険料率は、政令事項として、政府が一

方的にデクレにより決定できるのに対して、一般化社会拠出金の料率は、法律事項として議会における審議を経なければならぬからである。これは、議会が関与することによって、懸念される一般化社会拠出金の料率の引き上げを抑制し得ること、社会保障制度にとどまらず社会保護制度全体の枠組の中で財政問題を審議し得ることを示唆している。これらのことは、単なる社会保障財源の拡大を通じてその安定性を確保する措置として一般化社会拠出金が導入されたのではなく、社会保障給付の内容に応じて、保険料と租税との間に財源としての役割分担が確立していることを意味する点で、示唆に富むものといえることができる。

次に、一般化社会拠出金の課税対象者が広範囲に及び、恒常的な財源として導入されたという特徴とも関連して、ある論者は、社会保障制度はもはや労使の問題ではなく国民全体の問題に移行した、あるいは社会保障制度における職域連帯の時代は去り、国民連帯の時代となったと評する<sup>25)</sup>。一般化社会拠出金の導入により、フランス社会保障制度の制度理念が、国民連帯にその重心をシフトし始めたことは確かである。しかし、国民連帯へ移行したとは即断できない。それは次の2つの理由による。1つは、先に述べたように、一般化社会拠出金が家族給付部門や老人連帯基金の財源に限定されていることによる。いま1つは、これと密接に関連して、社会保障財政の大部分を占める医療保険と老齢保険とからなる社会保険部門は、依然、職域保険制度の併存体制を維持しており、職域連帯の理念が妥当する領域といえることができる。このため、個別制度ごとに保険料の算定基準や拠出能力に違いがあるほか、給付水準等に関する制度間格差の問題が存在する。また、職域連帯とい

う理念は、既得権の問題を提起するほか、財政的自律への固執という障害にもなりうる。さらに、その比重を低下させてきているとはいえ、依然継続されている財政調整措置は、職域連帯を前提とした制度間の相互扶助システムと評価することができる。したがって、職域連帯から国民連帯への移行、すなわち租税代替化への移行は、これらの問題を解決することなしには実現不可能といわなければならない。加えて、自己申告制を採用しているため脱税の可能性が高いという所得税の徴税システムの欠陥は、資産収入や投資運用収入に関する社会拠出金にもそのまま妥当する。このため、より公平な負担を求めるのであれば、このような税制上の問題も解決すべき問題として残されている。

#### 参考文献

- 1 社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会 1989年
- 2 社会保障研究所編『社会保障の財源政策』東京大学出版会 1994年
- 3 J. -J. Dupeyroux, "Droit de la sécurité sociale", Dalloz, 12<sup>e</sup> éd. 1993.

#### 注

- 1) Loi No. 90-1168 du 29 déc. 1990 de finances pour 1991, D. 1992, 4, pp. 39 et s.

この91年財政法の一般化社会拠出金に関する議会資料として Doc. parl., A. N., Lettre rectificative au projet de loi de finances pour 1991 (No. 1593). No. 1627 (1990-1991) et Rapport, No. 1635 (1989-1990) ; Doc. parl., S., Avis, No. 89 (1990-1991)がある。

一般化社会拠出金に関する論稿は多数にのぼる。一般化社会拠出金の導入以前の議論や、租税代替化に関する議論に言及するものとして、B. Molkhou, "La gestion de trésorerie de la sécurité sociale, l'exemple du régime général", Dr. Soc., 1987 No. 11, pp. 761 et s. ;



- A. Euzeby, "Les cotisations sociales en France ; problèmes et perspectives", *Dr. Soc.*, 1987 No. 12, pp. 864 et s. ; J.-M. Dupuis, "Le financement de la protection sociale en France : 45 ans de projets de réforme", *Dr. Soc.*, 1992, No. 2, pp. 100 et s. 一般化社会拠出金の内容, 問題点, 意義および展望に関するものとして, G. Vachet, "La contribution sociale généralisée", *Rev. dr. sanit. et soc.*, 1991, pp. 296 et s. ; J. Bichot, "C.S.G. : la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale !", *Dr. Soc.*, 1991 No. 1, pp. 74 et s. ; A. Euzeby, "La cotisation sociale généralisée (CSG) : justifications et perspectives", *Dr. Soc.*, 1991 Nos. 7-8, pp. 644 et s. ; D. Libault, "Le financement de la sécurité sociale après la contribution sociale généralisée", *Dr. Soc.*, 1992, No. 2, pp. 108 et s.
- 2) 第二次世界大戦後のフランス社会保障制度の形成に大きな影響を及ぼしたのは, ピエール・ラロック (Pierre Laroque) が中心となって策定した社会保障計画である。P. Laroque, "Le plan français de sécurité sociale", *Rev. fr. aff. Soc.*, 1946, No. 1, p. 9 et s. また, 田端博邦「フランスにおける社会保障制度の成立過程」社会保障研究所編『福祉国家2 福祉国家の展開[1]』東大出版会 1985所収, 拙稿「フランス社会保障制度の構造とその特徴—ラロックプランの成立まで—」北大法学論集 35巻3・4 合併号参照。
  - 3) いずれの基礎制度にも属さない人々のために, 老齢, 障害および寡婦を保険事故とする任意加入保険制度と疾病, 出産を対象とする個人保険制度がある。
  - 4) 特別制度は, フランス国有鉄道職員, パリ交通公団職員および公務員等々の個別制度から構成されている。自治制度の場合, 老齢保険部門では, 商工業自営業者, 職人などの手工業者および開業医や弁護士等の自由業者が個別制度を構成し, それぞれの管理運営組織を有するが, 疾病保険については全国非農業非被傭者疾病出産保険金庫 (CANAM) によって一本化されている。農業制度は, さらに農業経営者制度と農業被傭者制度に分けられ, 例外的に農業法典 (Code rural) 第7編第2部以下に規定されている。農業社会共済金庫が主たる管理運営組織である。
  - 5) 初級金庫などの下部組織は私法上の組織とされるのに対し, 全国組織はすべて公施設法人である。また, 管理運営組織に対応する監督官庁は, 社会問題, 衛生および都市省で, その下級機関として県および地方に社会衛生問題局が設けられている。
  - 6) 疾病保険金庫の系列と全国老齢保険金庫は, 基本的に被保険者代表と使用者代表の理事から, また家族手当金庫は, 家族給付制度がフランスに居住するすべての人を対象としている関係で, 自営業者等の代表を含む三者構成とされている。さらに, 初級疾病保険金庫と家族手当金庫における被保険者代表と, 家族手当金庫の自営業者代表の理事は, 被保険者等の選挙により選出される。他方, 各金庫の使用人代表は, CNPF などの使用者職業団体により指名される。
  - 7) 疾病保険制度は, 1983年12月30日法 (Loi No. 83-1245, D. 1984. 4. p. 104) 第1条により84年1月1日から, 家族給付制度は89年1月13日法 (Loi No. 89-18, D. 1989. 4. pp. 86 et s.) 第7条により90年1月1日から, また労災保険部門は, 90年1月23日法 (Loi No. 90-86, D. 1990. 4. pp. 118 et s.) 第1条により91年1月1日から, 報酬限度額の撤廃が実施された。
  - 8) 1991年における一般制度の場合, 全国被傭者疾病保険金庫は170億フランから208億フラン, 全国被傭者老齢保険金庫は280億フランから314億フランを財政調整に関連する支出として計上している (Commission des comptes de la sécurité sociale, "Les comptes de la sécurité sociale, résultats quasi définitifs 1992 prévisions 1993 et 1994", 1993, pp. 441 et 445.)。
  - 9) 1981年のミッテラン政権の誕生以降, 国内総生産の伸び率は, 88年と89年にそれぞれ4.6%と4.5%という高い伸びを示した以外は, 1ないし2%の低い数字で推移しており, 特に93年には, 世界的不況の影響を受けて, -0.4%というマイナス成長となっている。さらに, ミ

- ッテラン政権が失業問題への取り組みに消極的であったこともあって、失業者は80年代を通じてさらに増加し、失業期間の長期化と若年失業者の増加を大きな特徴とし、1993年2月の時点で月末登録求職者数が302万4,000人に達した(Liaisons Sociales, documents, No. 105/93 du 14 oct. 1993)。平山 卓「新内閣の雇用政策」日本労働研究雑誌403号61頁以下、湯浅 伸「若年失業者の現状」日本労働協会雑誌347号71頁以下等参照。
- 10) 例えば、1983年1月19日の法律(Loi No. 83-25, D. 1983. 4. pp. 126 et s.)は、全国家族手当金庫のために、92年度の年間所得9万フラン以上の者を対象にその所得に1%の社会拠出金を課した。また、86年8月18日の法律(Loi No. 86-966, D. 1986. 4. pp. 442 et s.)は、全国老齢保険金庫のために、85年度と86年度の所得に対して0.4%の社会拠出金を設けた。
  - 11) Documentation Française, "Planifier aujourd'hui Le X<sup>e</sup> Plan 1989-1992", les Cahiers Français, No. 242 (1989), p. 67 et s.
  - 12) Doc. parl., A. N., *op. cit.*, Rapport, No. 1635 (1989-1990), p. 33; Doc. parl., S., *op. cit.*, Avis, No. 89 (1990-1991), pp. 53 et s.
  - 13) X. Prétot, "La conformité à la Constitution de la loi instituant la contribution sociale généralisée", Dr. Soc., 1991, No. 4, pp. 338 et s.
  - 14) Loi No. 75-574 du 4 juill. 1975. D. 1975. 4. pp. 233 et s.
  - 15) P. Steck, "La branche famille de la sécurité sociale état des lieux", Dr. Soc., 1994, No. 1, p. 60によれば、一般制度における疾病保険、老齢保険および家族給付の各給付費用の占める割合は、1948年にはそれぞれ33.5%, 16.3%, 50.2%であったのが、92年には53%, 30%, 17%と変化した。
  - 16) Doc. parl., A. N., *op. cit.*, No. 1627 (1990-1991), p. 4.
  - 17) Cir. No. 91-3 du 16 janv. 1991, J. O., 27 janv. 1991, pp. 1450 et s.
  - 18) Décr. No. 91-91 du 23 janv. 1991, D. 1991. 4. pp. 135 et s.
  - 19) 1992年の一般化社会拠出金の合計額は、表5に示したように、約403億5,000万フランであるが、職業収入等、資産収入および投資運用収入のそれぞれに関する社会拠出金の内訳は、それぞれ311億, 68億および24億フランであった。Commission des comptes de la sécurité sociale, "Les comptes de la sécurité sociale, résultats quasi définitifs 1992 prévisions 1993 et 1994", 1993, p. 107.
  - 20) Loi No. 93-859 du 23 juin. 1993 de finances rectificative pour 1993, J. O., 23 juin 1993, pp. 8815 et s. この引き上げでは、単身世帯につき3,000フラン、有配偶者世帯6,000フランを限度に、引き上げ分の1.3%につき算定基礎所得から控除することとされたが、この規定は93年12月31日の94年財政法により削除された。
  - 21) 社会保障法典L第136条の8, L135条の2(C. s.s., mise a jour au 27 août 1993, Dalloz. 1993) 参照。
  - 22) この改革は、93年7月22日法(Loi No. 93-936 du 22 juill. 1993, J. O., 1993, pp. 10374 et s.) および93年8月27日の3本のデクレ(Décr. No. 93-1022, No. 93-1023 et No. 93-1024 du 27 août 1993, J. O. 1993, pp. 12145 et s.)により具体化された。
  - 23) G. Huteau et E. Le Bont, "Sécurité sociale et politiques sociales", Masson. 1994, p. 125.
  - 24) Doc. parl., A. N., *op. cit.*, No 1627 (1990-1991), pp. 4 et s.
  - 25) J. Bichot, "C.S.G. : la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale !", Dr. Soc., 1991 No. 1, pp. 74 et s.  
(かとう・ともゆき 山形大学助教授)

## ドイツの医療保障制度改革

——『構造改革』による21世紀への対応——

高 智 英太郎

### 目 次

- I. ドイツ医療保障制度の沿革（序にかえて）
- II. 「1993年医療構造法」〈GSG〉による改革とその効果予測
- III. 医療保障制度の現状
- IV. 年金受給者疾病保険制度の現状と動向
- V. 今後の展望と若干の考察
- ☆ 主要参考文献等一覧

### I. ドイツ医療保障制度の沿革 （序にかえて）

ドイツ連邦共和国（以下、「ドイツ」という）で公的疾病保険〈GKV； Gesetzliche Krankenversicherung〉制度が導入されたのは今から111年前の1883年のことである。今日、わが国で紹介されている文献の多くは、この国の医療保障政策の沿革（歴史）もしくは制度発展の過程等を総合的に勘案し、「医療保険」に代えて「疾病保険」の表記をあてることでほぼ一定のコンセンサスが得られていると考えられる（ドイツ国内外で刊行されている英語版の文献では〈health insurance〉という表記が用いられているが、保険者を意味する語彙には〈Sickness

Fund〉を常用）。本稿では、上述の趣旨および視点から特別に断りのない限り、「公的医療保険」を指す場合には、「疾病保険〈GKV〉」と記述することとする。

さて、1883年制定の疾病保険法によって世界で初めての社会保険制度となった疾病保険が、1911年のライヒ保険法〈Reichsversicherungsordnung〉によって拡充・整備され、ひいてはわが国の健康保険のモデルとなった経緯についてはすでに周知のとおりである。

しかしその後、疾病保険など社会保険各制度（1884年＝労災保険、1889年＝年金保険、1927年＝失業保険がそれぞれ創設されている）は、ナチス政権によって第2次大戦中に著しく後退し、単なる徴税機構と化することとなったが、戦後に至って疾病保険を中心に労使による社会保険の自主管理〈Selbstverwaltung〉責任の原則が復活するとともに、給付面の実質的な改善が図られた。

1960年代末から1970年代初頭にかけて、旧西ドイツでは他の西側先進諸国の水準をはるかに凌ぐ順調な経済発展を遂げることができた。このような基盤を背景に、社会民主党〈SPD〉政権のもとで、①疾病保険の適用対象者の拡大、②給付項目の追加導入が相次いで実現した。しかし、順風満帆の経済状況にもやがて終焉が訪れた。1970年代半ば以降、世界を震撼させたオ

イル・ショックに見舞われ、それを契機として同国の経済状況は悪化の一途をたどることを余儀なくされた。長引く国家経済の衰退により、1977年7月から疾病保険費用抑制法〈KVKG〉施行という手段により強力な医療費抑制策が講じられることとなった。今日でこそ、先進諸国では、医療費の増嵩に適切に対応するための法的手段を講じることは珍しくなくなったが、KVKGは世界で初めて医療費抑制を直接の目的とした立法措置である。

その骨子は、①保険医の診療報酬の引上率を予想される賃金の上昇率の範囲に抑える、②年金受給者疾病保険〈KVdR〉の費用負担について全国的規模で財政調整〈Finanzausgleich〉を実施する、③処方薬剤費総額を規制する、④医薬品給付費、歯科補綴給付費等の患者一部負担〈Selbstbeteiligung〉を引き上げる、⑤財政窮迫疾病金庫の費用負担について同一州〈Land〉内所在の同種疾病金庫間で財政調整を実施することなどを規定したものであった。KVKGの施行により疾病保険費用の伸び率は一時的に低下し、保険料率の上昇も抑えられるという短期的な効果は認められたが、1980年代に入ってから経済のファンダメンタルズは基本的に不変で、政府は「さらなる医療費抑制政策の強化が不可欠」との視座から1982年12月にKVKGの補強を目的とした『第2次疾病保険費用抑制法』および『病院医療費抑制法』の制定に踏み切り、いずれも1983年1月から施行された。前者の骨子は、①軽微な医薬品〈Bagatel-Arzneimittel〉を保険適用薬剤リストから除外（全額患者負担）、②温泉（クア）療法給付を制限する、③歯科補綴給付に係る患者負担を引上げる、④保険医〈Kassenärzte〉の診療報酬の引上率を制限する、⑤医薬品の価格と効能を分類表示した透明

化リスト〈Vergleichlist〉を作成する、⑥コ・メディカルサービスの年間総費用を抑制する、⑦入院療養費日額〈Tages-pflegesätze〉の引上率を規制する、⑧医薬品、各種の補助（装）具、治療用品、めがねの患者一部負担の引上げなどを内容とするものであった。

一方、病院医療費抑制法は、①各州における「病院需要計画」を効率性の確保という観点から実際の需要に見合う方向に改善する、②高度（大型）医療機器〈Medizinisch-technische Großgeräte〉の導入を病院需要計画の中に織り込み、病院間での相互調整を義務化する、③病院建設等に対する連邦・州による助成金交付の効率化を図る、④病院経営の合理化を図る、⑤Tages-Pflegesätzeの算定方法を改善する、⑥在宅看護給付の拡大を図る、⑦入院診療の経済性をチェックする審査委員会を設置する等を柱としたものである。

なお、1980年代後半から経済状況は次第に好転の兆しを示すに至ったが、人口高齢化および疾病構造の変化等に対応できる新たな視座に立脚した医療保障制度の確立が喫緊の政策課題となり、年金保険〈Rentenversicherung〉制度の抜本改革（『年金改革'92』〈Rentenreform '92〉）に先駆けて1988年12月成立の『医療改革法』〈GRG〉が1989年1月から即、施行された。同法は、疾病保険財政の中長期的な安定を図ることに主眼が置かれ、給付項目・内容についても時代の要請に見合った枠組みにリニューアルされた。

要約すれば、GRG施行を契機に従前から繰り返されてきた各種の医療費抑制政策の継続もしくは単純な強化措置のみに終始しては、進展する高齢化社会に対応した疾病保険財政の安定確保（とくに給付保障、保険料率の安定化）

はきわめて困難とする基本的な認識判断を軸に、疾病保険の「構造改革」へ着手した点に大きな意義を認めることができる。

同法の特徴について言及するには、その全体像を的確に把握したうえで複眼的な視野から分析し直すことが必須であるがあえて強調するとすれば、「制度100年のオーバー・ホールが不可欠」との視点から給付の重点目標を明確にし、高齢化社会に呼応したしくみの整備の一環というコンセプトから「在宅介護給付」を新たに導入するとともに、国民の生命保険等への加入(自衛手段の強化)という実態を直視するなかで「死亡一時金」〈Sterbegeld〉の給付廃止(GRG 施行日に加入者であった者には定額給付を継続)を決めたこと、その他、「歯科予防給付の拡充強化」が図られたことなどを制度上の大きな変容として象徴的に列挙することができる。なお、GRGの詳細は本誌 No. 96誌上(拙稿)でも紹介したので、ここでは割愛する。

本稿では、1992年12月に成立(翌1993年1月1日施行)した『医療構造法』〈GSG〉の評価等に言及するとともに、医療保障制度の現状、医療費の動向、老人医療費の課題と動向および今後の医療保障政策ならびに制度の展望等について若干の私見を述べるとともに、1990年10月3日(旧両ドイツ再統一の日)以降の時間の流れを回顧しての記述にも紙幅を割いてみることにしたい。

## II. 「1993年医療構造法」〈GSG〉による改革とその効果予測

### 1. 公的疾病保険〈GKV〉の財政収支状況(1993年)

GKVの財政収支状況は表1、2のとおりで、

全ドイツでみると1993年は約102億 DMの黒字を計上した。92年に約94億 DMの赤字を生じていたことを考慮すればGSGの波及効果には目を見張るものがある。東西両地域別にそれぞれの状況を概観してみよう。

まず旧西ドイツ地域では、91億 DMの黒字(被保険者当たり支出額1.3%減、保険料算定対象報酬額の伸び3.9%増。1993年1月1日現在の平均保険料率13.42%であったが、1994年1月1日現在13.35%と、対前年比0.07ポイントの低下)であった。

一方、旧東ドイツ地域では約11億 DMの黒字(被保険者当たり支出額11.2%増、保険料算定対象報酬額の伸び16.8%増、1993年1月1日現在の平均保険料率12.55%であったが、1994年1月1日現在12.97%と0.42ポイント引上げた)であった。同地域の財政収支が黒字であるにもかかわらず保険料率を若干引上げることとした背景には、旧西ドイツ地域の保険料(率)水準と調整する過程であって取られた措置(連邦保健省筋)とのことである。

### 2. 主要給付項目別にみた支出(旧西ドイツ地域)の変動

このほど、1993年対92年比でみた主要給付項目別支出の増減割合(%)が明らかになったが、そのうちとくに大きな変動をみたのは、義歯(△26.6%)、医薬品(△19.3%)、マッサージ等各種療法手段(△6.3%)が際立った落ち込みを示している。一方で、交通費(+13.9%)が突出した増加を示していると同時に、重度要介護者の介護給付(+7.2%)の伸びも目立った。他の給付項目等についてみると、医科診療(+3.0%)、義歯を除く歯科診療(+2.2%)、治療材料・補助(装)具(+0.8%)、病院診療(+4.9%)、

表1 公的疾病保険の財政収支状況（旧西ドイツ地域）

（支出金額単位：10億DM；加入者当たり増減割合：％）

給付項目区分	1990年	1991年	1992年	1993年
医科診療	24.4 (+ 5.6)	26.7 (+ 7.5)	28.9 (+ 6.7)	30.1 (+ 3.0)
歯科診療計	13.0 (+ 1.7)	14.7 (+11.1)	17.0 (+13.7)	15.3 (△ 9.8)
—通常歯科診療	8.2 (+ 4.2)	9.1 (+ 9.5)	10.2 (+ 9.1)	10.3 (+ 2.2)
—義 歯	4.8 (△ 2.3)	5.6 (+13.7)	6.8 (+20.2)	5.0 (△26.6)
医 薬 品	21.8 (+ 6.0)	24.5 (+ 9.9)	27.1 (+ 9.1)	21.9 (△19.3)
各種療法/ 補助(装)具等	8.7 (+ 5.8)	10.0 (+12.9)	11.2 (+10.4)	11.1 (+ 0.8)
病 院	44.6 (+ 7.2)	49.1 (+ 8.0)	53.9 (+ 8.3)	57.0 (+ 4.9)
給付支出計	134.2 (+ 6.9)	151.6 (+10.7)	167.8 (+ 9.2)	165.9 (△ 1.3)
加入者当たり保険料 算定対象報酬の伸び (%)	+5.1	+5.0	+5.1	+3.9
収支差引(10億DM)	+6.1 (黒字)	+5.6 (赤字)	△9.1 (赤字)	+9.1 (黒字)
平均保険料率(%)	12.5	12.2	12.7	13.4

注1) 旧西ドイツ地域の年金受給者疾病保険にかかる保険料率は、1993年7月1日から13.4%！。

2) 当面の平均保険料率は13.4%（1994年2月）である。

3) 個別疾病金庫間でみた保険料率の乖離幅は6.0%～16.8%である。

資料出典：A4-hoch V 1.01 Pfad: J.; G, 1SK, 112, 03-94, MEIER, GSGUMSET. TXT Entwurf; "Gesundheitsstrukturgesetz, Finanzielle Bilanz des ersten Jahres und Stand der Umsetzung", -März 1994-, S. 3

傷病手当金（△1.2%）、温泉（クア）療法（+1.7%）、給付費合計（△1.3%）、事務費（△0.1%）、総支出合計（△1.3%）一となっている。

### 3. 給付項目別にみた特徴

#### (1) 交通費

・1993年の財政収支上の観点（給付費の増加）から最も注視されている給付項目の1つである。なお、交通費の細目に含まれる移送費および救急搬送費用についても「予算枠の設定」が検討されてもよい（将来の課題として）との専門家の見解が示されている。

#### (2) 医薬品費および補助(装)具等に対する新たな措置

- ・「定額給付〈Festbetrag〉設定薬剤」の取り扱いを受けていない薬剤については、1993年1月1日から1994年末までの丸2年間、2～5%の幅で薬価引下げの対象とする。
- ・前記期間に限り「Festbetrag 設定薬剤」以外の製品の価格引上げは認可しない。
- ・1993年内は、薬剤費についてGKVが負担する予算額を一定枠に抑える制限を講じる。一定枠（予算）超過の場合、医師および製薬企業が超過相当額を負担する。1994年以降は医師および疾病金庫間の自主管理措置の導入を待って、前記措置の解消が図られる。

表2 公的医療保険の財政収支状況（旧東ドイツ地域）

（支出金額単位：10億DM；加入者当たり増減割合：％）

給付項目区分	1991年	1992年	1993年
医科診療	3.3	4.4 (+33.1)	5.2 (+19.5)
歯科診療計	2.8	5.1 (+82.4)	3.8 (△23.5)
一 通常歯科診療	1.6	2.4 (+48.8)	2.5 (+5.4)
一 義 歯	1.2	2.7 (+127.2)	1.3 (△50.0)
医 薬 品	4.0	5.5 (+36.7)	5.8 (+8.2)
各種療法/ 補助(装)具等	1.1	1.8 (+68.4)	2.1 (+18.9)
病 院	8.0	10.3 (+29.1)	11.7 (+16.0)
給付支出計	21.9	31.7 (+44.6)	34.3 (+11.2)
加入者当たり保険料 算定対象報酬の伸び (%)	—	+29.3	+16.8
収支差引(10億DM)	+2.8 (黒字)	△0.3 (赤字)	+1.1 (黒字)
平均保険料率(%)	12.8	12.6	12.9

注1) 旧東ドイツ地域の年金受給者疾病保険にかかる保険料率は、1994年7月1日  
まで12.6%である。

2) 当面の平均保険料率は13.0%（1994年2月）である。

3) 個別疾病金庫間でみた保険料率の乖離幅は9.6%～13.8%である。

資料出典：A4-hoch V 1.01 Pfad：J.; G, 1SK, 112, 03-94, MEIER, GSGUMSET.  
TXT Entwurf; "Gesundheitsstrukturgesetz, Finanzielle Bilanz des  
ersten Jahres und Stand der Umsetzung", -März 1994-, S. 4

- ・薬剤費の給付支出額が顕著なまでに減少した背景には、医師が必要不可欠な薬剤の処方に心掛けたこと。また、有効成分に鑑み、同等成分の製品があれば低水準価格の《Generika》剤を処方したこと。併せて、治療効果の面等から多分に疑義の余地を残している血行促進剤、静脈剤、ビタミン剤等の処方手が控えられたことの反映が認められる。
- ・各種療法手段〈Heilmittel〉の項目を検証してみると、温泉（クア）療法およびマッサージ処方が減少しているのに対して、その一方で療養体操〈Krankengymnastik〉および言語療法〈Sprachtherapie〉の処方量の増加が目立

った。

- ・結局、GKVにおける1993年の医薬品費にかかる給付支出は、対前年比約50億DMの節減を達成（そのうち、約30億DMは医師自らが経済的な処方に徹した結果であり、約20億DMは薬価引下げと「Festbetrag 設定薬剤」の適用拡大による）した。これにより、結果として医薬品給付費にかかる被保険者負担は約10億DMの減に通じた。

### (3) 病院（入院）分野に対するGSGに基づく

#### 主要な改善およびその評価

- ・一般病院の平均在院日数（1991年：11日）が短縮されつつあるのは、GSGの法規定が病院

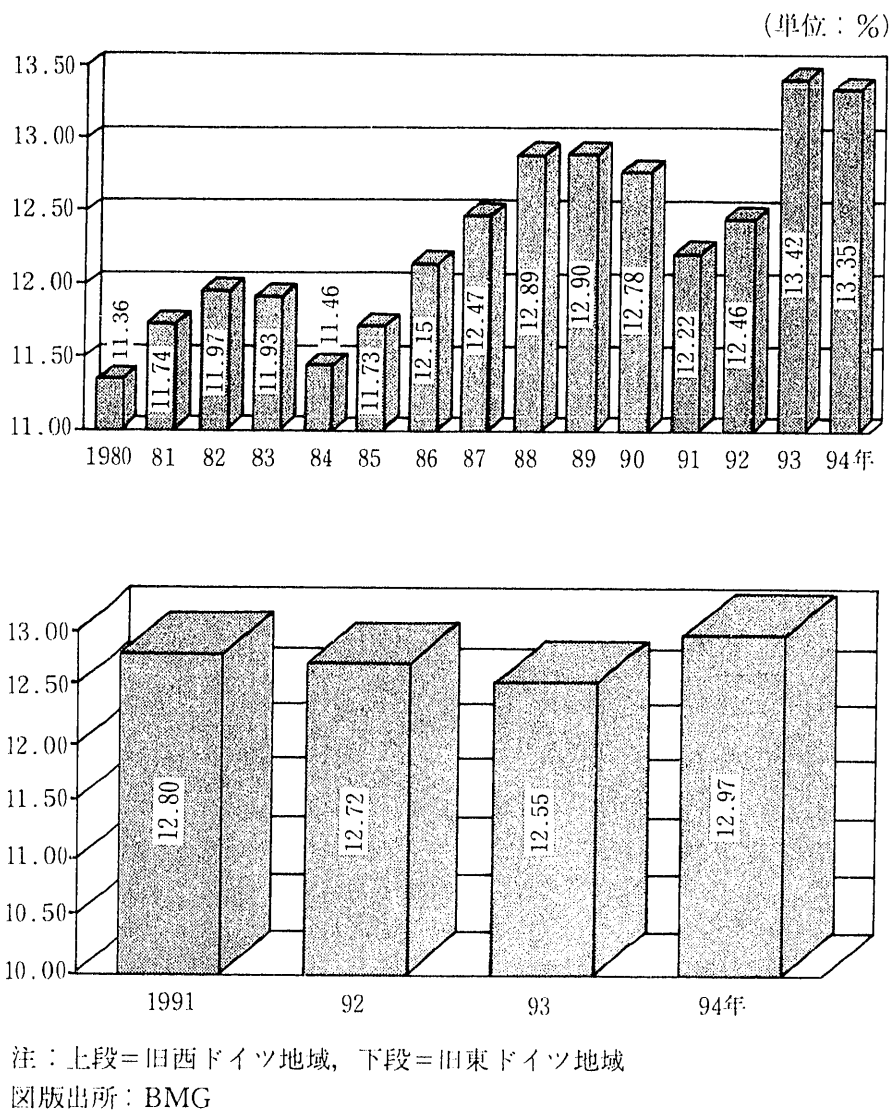


図1 公的 disease 保険の平均保険料率の推移—各年1月1日現在—

サイドへの大きな刺激材料となり、病院が自主的に（適切な）早期退院へのシフト化と積極的に取り組みつつある証とみてよいだろう。ちなみに旧西ドイツ地域のラインラント-ファルツ州では当該日数を対前年比2.4%短縮できたという情報も届いている。

従来から、『病院』分野が医療費抑制の最大の砦とする認識が巷間“常識化”する中であって、GSG 施行以前の法的な諸手段は、いずれも息の短い財政効果しか生むことができず、結果として“改革”の意図が足元からすくわれてきた感

触を否定できなかった。そのため、医療費支払サイドの代表格である各種疾病金庫の中央組織からは、常々、「病院分野への切り込み技法が手ぬるい（州の権限が強すぎたのが一番の要因だが）からに外ならない」という手厳しい非難と批評が度々発せられてきたところである。この点について連邦保健省首脳陣は、「GSG の施行効果は、決して不確実なものではなく、病院分野にも“新しい息吹”が込められ、より確実な経済的インセンティブの導入を可能にした」との感触をつかんだ模様である。



経済的なインセンティブは、懸案の「病院の外来手術〈Ambulante-Krankenhaus-Operation〉」および入院前後の診療にも好影響をもたらすとの観測を拡大させている。

- ・多数の病院で患者へのサービスの質を低下させることなく、自主的な努力や作業手順に合理化の工夫を加える余地を残していることを認めている。近い将来実現をみる新しいしくみに基づく診療報酬の「包括払、特別報酬払、細分化（診療科目別）された入院療養費」の導入により、病院への刺激はいつそう強まることが確実視されている。

#### (4) GSG の総合的な評価と展望

- ・GSGによる財政安定化への波及効果は、既述のように1993年1年間については相応の評価を得ているが、法施行1年を経た後の「1994年第1・四半期」の財政収支の悪化（同業疾病金庫；IKK など一部の金庫）が報道されるや、「現状のまま財政状況が推移すれば、われわれはこの年末には赤字決算へ転落するであろう」（IKK 首脳）との見解も。

一方、「医師の治療を受けるごとに3 DMの一部負担を課すべき」（自由民主党；FDP）とする新たな提案について、最大の保険者である地区疾病金庫（AOK）連邦連合会の最高責任者 Hans Jürgen Ahrens 氏は、「このような給付制限および患者一部負担の変更によっては費用効率面の反映は考えられない。こうした政策は、単に被保険者の負担増を招くだけで、医療保障制度の根幹の改善に寄与するものではない」と、いち早く応酬に出た。

さて、1994年9月に入って「同年上半期」の財政収支の結果が明らかにされた。連邦保健省の公表データによれば、「ドイツ全体で約10億DM（内訳：旧西ドイツ地域で6億DM、旧東ド

イツ地域で4億DM）の節減効果が図られた」。ちなみに、『西』の総支出額は926億DM、『東』では200億DMと報告されている。これにより、『西』の保険料率は、13.4%から0.2ポイント引下げられた。また『東』でも13%以下の安定した水準で推移していることが確認されている。この事実に関連して、ホルスト・ゼーホーファー保健相〈Horst Seehofer〉は、多くの保険者（とくに『西』のIKK および『東』の全種類の疾病金庫）を厳しい姿勢で批判した。この発端は、これら疾病金庫が（財政収支の窮状を口実に）裏では法外の積立準備金を保有していた事実が発覚したためである。

これら疾病金庫がこのような動きに走った背景には、1996年から実施される「加入者の疾病金庫選択の自由化」が大いに関係していると見てよい。すなわち、保険料率の低い“優良金庫”に加入者が鞍替えすることを予め想定、これに懸念を抱いていた多くの疾病金庫が、戸惑ったあげくにとった適切さを欠いた蓄財行為ということになる。

さて、同保健相は各種メディアが特定の給付項目を例に取り上げる中で、「ことさらに誇張して、一部特定給付項目の支出の“唐突な伸び”だけに焦点を絞った報道をすることは厳に慎まなければならない。確かに、『西』では義歯の給付支出が1994年の上半期に28.7%の高いアップ率を示しているが、前年同期の数値は（GSGの施行が功を奏して）42%の支出減を達成しているところをキチッと見てもらわねば正確な論評にはならない」と、マスコミの報道姿勢についても、率直にクギを刺した。

いずれにせよ、保健相の強気な姿勢とそれに裏打ちされた各種のデータが、同相の思惑どおりに推移していくとすれば、1994年の下半期も

上半期で示した数値に近い黒字計上の実現もあながち不可能な話とはいいい切れなくなるが、果たして、その目がどちらに出るのか、その自信にあふれた手腕の結果のほどに注目したい。

### III. 医療保障制度の現状

#### 1. 疾病保険制度の最新事情とあらまし

世界で最も長く由緒と歴史のあるドイツの疾病保険制度はその創設以来、とりわけ第2次世界大戦後(より正確にはオイル・ショック以降)、法改正もしくは制度創設(①法定給付として「在宅介護給付」を導入、②必要性が著しく低下した給付項目〔死亡一時金〈Sterbegeld〉など〕の廃止等、③患者一部負担の強化および適正化、④医療供給側に対する各種規制の強化〔1999年から保険(契約)開業医〈Kassen-Vertragsärzte〉に対する68歳定年制の導入、⑤1995年1月から新設する公的介護保険(疾病金庫が事務を代行。民間疾病保険加入者も同保険の介護保険に強制加入) — “国民皆介護保険”の実施 — に伴う行政機構の変更等、斬新かつ大胆な改革に間髪を入れず取り組んできた。こうした経緯を回顧してみると、この国独特の社会政策理念の象徴でもある〈Sozialstaat〉という“社会保障推進の原動力”とでもいうべき基本理念に対する国民の期待と信頼が消え失せることなく、逆に強く反映された経緯とその結果を同時に感じ取ることができる。

ともあれ、ドイツではその国民性を反映してか、疾病保険の運営に関しては「国民相互間における連帯の原則」「当事者自治の原則」「現物給付〈Sachleistung〉の原則」などの諸原則が維持されてきており、将来的にも諸原則が大きく揺らぐことはないと思われる。

GKVには、一般労働者〈Arbeiter〉、職員〈Angestellte〉を対象とした一般疾病保険〈AKV〉および自営農民等を対象とした農業者疾病保険がある。一般疾病保険では、一定額の報酬・所得(1994年旧西ドイツ地域:年68,400DM,旧東ドイツ地域:同53,100DM=保険料算定報酬限度額と一致)以下の職員(広義のホワイトカラー)、労働者(同、ブルーカラー)、職業訓練生、失業者、芸術家、作家、福祉工場等に従事する障害者、国立・指定高等教育校の学生・実習生、年金受給者等(外国人〈Ausländer〉を含む)を強制加入者としている。上記限度額を超える年取がある職員・労働者(ただし、船員は除く)、上級官吏、軍人、聖職者、勤労学生、一部の自営業者および就業時間が短い者等については保険加入義務が免除されている。なお、これらの者は保険加入義務免除者の認定を受けてから3カ月以内に「任意加入」の手続きをとることができる。

農業者疾病保険〈Landwirt. Krankenversicherung〉は自営農林業者本人および、一緒に働らく家族ならびに老齢引退者を強制加入者としている。これら一般疾病保険と農業者疾病保険の被保険者総数(1994年2月現在:旧西ドイツ地域約3,948万人,旧東ドイツ地域:約1,112万,合計5,060万)とその家族数は、総人口の約90%前後(『社会的介護保険』を特集した連邦労働社会省刊行の月刊官報〈Bundesarbeitsblatt, 7, 1994, S. 5〉によれば、92%と報告されている)を占めているものと推測される。なお、1992年のマイクロセンサスによれば、旧西ドイツ地域総人口の10.8%、旧東ドイツ地域総人口の1.1%が民間疾病保険〈PKV〉の加入者であった。ちなみに、旧東西両ドイツ再統一の実現を経て1991年1月から旧東ドイツ地域においても、原則と

して旧西ドイツ地域と同じ制度の導入が図られることとなった（保険料算定報酬限度額や一部負担の減免、それにポリクリニック〈Poliklinik〉等の期間限定付き存続など医療供給体制の面でも経過措置を採ることとされた。）。

## 2. 保険料率

一般疾病保険の保険料率は個々の疾病金庫によって異なり、平均保険料率は1994年1月現在旧西ドイツ地域13.35%、旧東ドイツ地域12.97%（労使折半負担）である。月額報酬・所得が一定額（1994年では旧西ドイツ地域610DM、旧東ドイツ地域480DM）以下の被用者の保険料は雇用主が全額負担しなければならない。また、前述の保険料算定報酬限度額を超える職員・労働者がGKVに任意加入せず、PKVに加入する場合は、雇用主が保険料相当額の1/2までを補助するが、任意加入者は保険料を自ら単独で負担しなければならない。

失業者の保険料は連邦労働公社が負担する。一方、年金受給者の保険料は加入者本人と年金保険者が保険料の1/2ずつ負担する。年金受給者に対する保険料率は、当該年1月1日現在の平均保険料率〈durchschnittlich-Beitragsätze〉が同年7月1日から翌年6月30日まで適用される。1994年7月1日から適用されている保険料率は旧西ドイツ地域13.35%、旧東ドイツ地域12.97%である。したがって、年金受給者本人の保険料率は各人の年金額のそれぞれ6.67%、6.48%が課されることとなる。この保険料率でカバーされ得ない費用については農業疾病金庫を除く全疾病金庫間で財政調整が実施されている。

保険加入義務のある学生〈Student[in]〉は保険料（1993/94年冬季学期＝旧西ドイツ地域：月

額74.73DM、旧東ドイツ地域：57.20DM）を単独負担しなければならないが、連邦教育推進法による給付を受けている学生には一定範囲の保険料補助がある。農業者疾病保険の保険料は、「保険料等級」によって決められ、加入者が単独負担する。高齢者も高齢手当などの収入から保険料を支払う。それでも不足する分（額）は連邦政府の負担となる。

疾病保険の財源は、労使・自営業者の保険料、年金保険者と連邦労働公社からの繰入保険料および連邦補助金（全財源に占める割合約3%：1992年実績）が充当されている。

## 3. 給付内容および患者一部負担

一般疾病保険の給付は、疾病給付（医療給付、薬剤・治療補助〔装〕具等給付、予防給付、温泉〔クア〕療法給付、傷病手当、病院給付）、出産給付（分娩、妊娠に伴う助産および医療給付、分娩手当、出産手当）、在宅看護給付、在宅介護給付、家政援助給付、リハビリテーション給付、交通（移送・搬送）費および死亡一時金（給付対象者限定）である。

疾病給付に関しては（患者）一部負担が設定されている。薬剤給付費の場合、従来1993年12月31日までは、3DM〔30DMまでの薬剤〕、5DM〔30DMを超え50DMまでの薬剤〕、7DM〔50DM超の薬剤〕と、医薬品の価格に応じた負担が課されていたが、1994年1月1日からは包装の大きさ（小包装〔N1〕—例えば20錠では3DM、中包装〔N2〕50錠では5DM、大包装〔N3〕100錠では7DM）に応じた負担区分が設定されている。また、1993年末までは「Festbetrag適用薬剤」の患者一部負担は免除されていたが、現在ではすべての薬剤について前記基準による負担が課されている。ただし、a)低所

表3 追加払い（患者自己負担）諸規則一覧

疾病金庫の給付項目	旧西ドイツ地域の追加払い概要	旧東ドイツ地域の追加払い概要	支払免除適用の方途
医薬品および包帯等材料	・ 3 DM, 5 DM, または 7 DM—いずれの薬剤も包装パックの大きさに応じて上記3段階の負担が課される。	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項 c) 子ども
交通費 —入院治療への往復	・ 片道（往路・復路）当たり—20 DM	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
—入院治療の回避が見込まれる場合の通院治療	・ 片道当たり—20 DM	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
—救急車または患者搬送車を利用の場合	・ 片道当たり—20 DM	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
各種の療法（例えば、マッサージ）	・ 費用の10%。医師の診療を通じての給付時と同様。	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項 c) 子ども
18歳以上の加入者が入院治療を受ける場合	・ 暦日当たり—12 DM, ただし14日を限度とする。	・ 暦日当たり—9 DM, ただし14日を限度とする。	・ 子ども以外は免除の方途はない。
予防およびリハビリ措置を伴う（滞在型）持続療法	・ 1日ごとに12 DM	・ 1日ごとに9 DM	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
義歯およびそれに付随した歯科医師による治療	・ 費用の50%（通常） ・ 定期的な予防検診受診者は費用の40%（ボーナス給付）	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) スライド式の過重負担緩和条項
満18歳以下加入者の顎骨形状異常、歯列矯正・咬合機能維持にかかる治療（口腔歯科の専門分野）	・ 費用の20%, ただし, 1人以上の子どものが同時に左記治療を受診の場合は1人を超えるごとに費用の10%となる。	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	・ 免除の方途はないが「治療完了」を条件に, 最終治療時に償還手続きがとられる

資料出典：DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG, BMG, Stand: Januar 1994, S. 116

得者（社会条項適用者）、b) 過重負担緩和条項適用者、c) 18歳未満の子どもは免除される。その他にも患者一部負担の規定が設けられているが、詳細については表3を参照されたい。

#### 4. 予防給付

予防給付がこの国で活発化し始めたのは1977年の疾病保険費用抑制法〈KVKG〉の施行を契機としている。現行の給付概要は、①44歳以上の男子および19歳以上の女子を対象としたガン検診、②35歳以上の者を対象とした心臓病等の検診（1回/2年）、③6歳未満の幼児を対象と

した幼児特定疾患検診、④12歳未満の園児および学童に対する歯科集団検診、6～20歳未満の者に対する歯科個別検診（1/2年に1回）がある。最近、注目すべき動向としては「ガンは、男性が負う（確率の高い）宿命の疾患になりつつある」というような学説が発表されるなど、この国でも急性疾患による死亡率がめっきり減少し、かたや成人病（とりわけ心臓病、循環器系疾患、糖尿病、リウマチ等）の増加がますます顕著化する傾向にある。

## 5. 一般疾病保険の運営

一般疾病保険の運営（旧東西両ドイツ地域の計）は、地区疾病金庫236、企業疾病金庫812、同業疾病金庫165—海員疾病金庫2、連邦鉱山従事者組合2、労働者補充金庫13、職員補充金庫13の計1,243によって行われている。なお農業者疾病保険の運営は農業疾病金庫22により実施されている（1994年1月現在、会計上の処理は両地域別に単独で実施）。

## 6. 医療供給制度

医療供給制度は保険医（疾病金庫契約医）、保険歯科医（同）、病院（公立、公益、私立）、薬局、療養所（サナトリウム、母性保護施設等）および老人療養施設等から成る。

上述の保険医または保険歯科医になるには、6年間の医学・歯学部教育を経た後、別に定められた一定期間の実地修練と保険医（保険歯科医）の指導を受けることが絶対条件として課されている。この修了を待って、開業希望地区の保険〔契約〕医・保険〔契約〕歯科医協会に参入許可申請を行い、正式認可を得て初めて資格を取得することができる。

1994年年初のデータ（速報値）によると、同時点において全国で医業に従事している医師の総数は約26万人である。うち約1/3は専門診療科名を標榜していない医師で、その大半は病院勤務の代診医〈Assistenzärzte an Krankenhäusern〉もしくは比較的高齢の開業医（Niedergelassene Ärzte）である。一方、専門医群の中で最も多いのは内科医で約3万人を数える。ちなみに旧西ドイツ地域の病院勤務医の総数は1960年の30,700人から30年を経た1990年には3倍を超える96,200人へと急伸した。また、直近のデータによると、1床当たり従事する病

院スタッフの数は3～4人である（事実、病院勤務者総数は1991年末の時点で旧西ドイツ地域：約100万2千人、旧東ドイツ地域：約20万7千人の巨大な労働力供給市場を形成している）。それとともに、高度（大型）医療機器の配置（表5）の増加傾向にもはずみがつき、Tages-Pflegesätzeは300～700 DM（ハンブルク）に達している。

それにしても、旧西ドイツ地域では医師の失

表4 医療・保健分野に従事する者の人数 —1991年—

職群区分	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
①医師 (Ärzte)	202,020	42,218
②歯科医師 (Zahnärzte)	43,135	11,837
③薬剤師 (Apotheker)	37,550	4,057
④獣医師 (Tierärzte)	13,682	3,614
⑤治療士 (Heilpraktiker)*	14,000	—
⑥マッサージ師、療養体操(運動)士 (Masseure, Krankengymnasten およびそれらに類する職種 und verwandte Berufe)	114,000	12,189
⑦看護婦、看護師、助産婦 (Krankenschwester,-pfleger, Hebammen)	708,000	116,659
⑧看護助手 (Helfer in der Krankenpflege)	122,000	18,039
⑨食餌療法および調剤処方技術 関係の助手 (Diätassistenten, pharmazeu- tisch-technische Assisten- ten)	36,000	16,384
⑩診療補助者 (Sprechstundenhelfer)	364,000	13,011
⑪臨床検査助手 (Medizinallaboranten)	109,000	23,801

\* 医師ではないが正式の許可を受けている《治療師》。英語の表記では〈Lay medical practitioner〉が用いられている。

資料出典：Gesundheit in Deutschland=Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik = Bundesministerium für Gesundheit, Stand: Nov. 1993, S. 26

表5 ドイツ全国における高度（大型）医療機器の配置状況（単位：台）  
 —Medizinisch-technische Großgeräte in BRD—；（基準日：1993年3月31日）

大型医療機器の類型	旧西ドイツ地域			旧東ドイツ地域		
	病院	診療所	小計	病院	診療所	小計
左心カテーテル装置	237	19	256	20	1	21
CT スキャン	491	410	901	111	45	156
核紡錘体スキャン	130	159	289	8	12	20
ポジトロン放出断層撮影装置	10	0	10	0	0	0
リニアック	165	16	181	29	0	29
コバルト遠隔照射装置	133	15	148	15	0	15
腎臓/胆嚢結石破碎装置	87	7	94	23	0	23
計	1,253	626	1,879	206	58	264

資料出典：Gesundheit in Deutschland = Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik ;  
 Bundesministerium für Gesundheit, Stand : Nov. 1993, S. 38.

業届提出が相次いでおり、1975年の518人から1992年には6,168人へと増加を続けている。同年の“ペーパー・ドクター”数は51,238人（自らの意思で医業に就いていない者も含む）であるから、失業医師の実態解明が進むにつれ、この国の医師過剰問題の深刻さが改めて浮き彫りにされてきている。

つぎに歯科医師の就業状況について。旧西ドイツ地域には1993年末現在37,888人、旧東ドイツ地域には10,731人の計48,619人が従事している（歯科保険〔契約〕医協会独自の計算による）。両地域の計（全ドイツ）で見ると、対前年比6.4%増であるが、州単位で概観するとブレーメンの13.8%増が最高、ザールラントの0.8%増が最低であった。

なお、薬剤師および薬局の状況については、紙幅の関係等から割愛させていただく。

#### IV. 年金受給者疾病保険制度の現状と動向

##### 1. 旧東西両ドイツの再統一と社会保障統合化への歩み

1990年10月3日に「ドイツ再統一」が現実のものとなったが、これに先行して旧西ドイツでは“医療保障制度創設100年の改革〔オーバー・ホール〕”の手段として「医療改革法」〈GRG〉を成立（1988年12月）させ、1989年1月から施行。疾病保険財政の安定を第1の目的とした法律の効果のほどに期待を寄せていたところであった。そこへ降ってわいたようなドイツ再統一という予想だにしていなかった「シナリオなき政変劇」への対応の不可避という事態を招致した。とりわけ旧西ドイツ政府が、この歴史的な急展開とそれに伴う対策に翻弄されることとなったことは、いまだ記憶に新しいところだ。

1949年の東西分断から約40年間、政治・経済体制を異にしてきた旧東西両ドイツは、旧ソ連

邦の解体に象徴される東欧社会主義国の政治経済改革の渦に巻き込まれながら、旧ソ連大統領ゴルバチョフ氏の“暗黙の合意”を手中に、統一への道を一気に突っ走ったのである。

この再統一に伴う「社会保障の統合」は、旧東西両ドイツ間で1990年5月18日に調印された「通貨・経済・社会同盟の創設に関する両ドイツ間の統一達成のための条約」(1990年10月3日施行)に基づき逐次、必要な措置が採られてきた。この条約により、社会保障の統一的導入(『東』の『西』の水準への近接・統一化)が詳細に規定されたのである。

事実、高齢化が加速している旧西ドイツ地域にとって「人口高齢化に対応した社会保障制度の再構築」が社会政策的な判断からも重要視されてきた。高齢化を意識した具体的な政策面の反映は1980年代の半ばから本格的に着手された。まず1989年1月施行の『医療改革法<GRG>』に次いで、1992年1月からは『年金改革'92』<Rentenreform '92>の施行をみたことがこの間における最も銘記すべき重要な動向といえることができる。

繰り返しになるが、これら“世紀の大改革”といわれるほど大きな意義のある立法措置ではあったが、両改革法には旧西ドイツにおける人口高齢化(推計等)の要素だけが加味された内容に終始しており、当然のことながら旧両ドイツの再統一を想定した諸対策および法的手段は全く含まれていない。しかしながら、ドイツ政府は再統一後において社会保障各分野の改革法を旧両ドイツ地域で一様(一部経過的措置含む)に適用することで一致をみたのである。したがって、前述のGRGに例をとってみても、当初予測された改革の効果(疾病保険財政収支の改善)は、必然的に縮小されたものとなり、その結果

を受けて「統一ドイツ」を改めて視野に取り込んだ中での再改革が不可欠の状況へと追い込まれたのである。

改革の突破口として、国会論戦の的になったのが『93年医療構造法<GSG>』である。同法は統一ドイツ第2代保健相ホルスト・ゼーホーファー氏の肝入りで1992年12月に成立、年明け早々から施行に移された。1991年1月から旧東ドイツ地域にも原則として旧西ドイツ地域で実施されていると同様のしくみの社会保障制度が適用されつつあるが、GSGの施行で今後は、①医療費の抑制(とりわけ病院医療費と老人医療費)、②医療供給体制の整備・改善、③介護保険法(<PflegeVG>=1995年1月1日施行)の疾病保険制度に与える影響など、一連の“改革の波”への関心は日増しに高まりつつある。

わが国と同様にドイツでも老人医療費の動向が疾病保険財政を大きく揺さぶる主要な因子になっていることから、「年金受給者疾病保険」<KVdR>の財政運営のあり方に着目した種々の立法措置を講じてきた。しかし、いずれも短期的な効果は認められたものの、中長期的な財政安定確保に寄与した実績はつとに乏しいというのが従前からの経緯である。

## 2. 国際的にもユニークな存在の年金受給者 疾病保険

わが国では1983(昭和58)年2月から老人保健法が施行され、老人医療制度を一般制度と切り離し、別建てで運営している。ドイツも老人(年金受給者)医療保険財政を現役組(一般加入者)と区分している点で日本と共通項を保持するしくみを整備している。翻って、国際的な視点から制度自体の比較検討を試みると、老人医療制度を別建てで運営している国はきわめて

マイナーな部類（例えば米国のメディケアは、制度創設当初は純粋に高齢者のみを対象としていたが、1972年の改正で65歳未満の重度障害者および腎疾患患者も被保険者に加えるなど、当初の目的からは大きく外れているのが現状）に属する。さて、ドイツの老人医療制度の中核をなすKVdR制度の沿革をなぞってみると、そのルーツは1940年代まで遡る。同制度の特徴は、①加入者本人も保険料を負担すること、②財源の約2分の1を年金保険の保険者が負担していること、③1993年1月施行のリスク構造調整＝医療構造法による改革の一環として、1995年1月から年金受給者疾病保険の財政調整もこれに吸収して「全面財政調整」導入の道を選択したことなどを列挙することができる。

#### (1) 加入者

KVdRは、年金受給者本人とその家族を適用対象としている。年金受給者は、老齢年金受給者（通常65歳以上）、障害年金受給者、遺族年金受給者などである。1994年1月現在の年金受給者数は、旧西ドイツ地域1,141.2万人、旧東ドイツ地域314.2万人の合計1,455.4万人で、疾病保険の被保険者総数（旧西ドイツ地域約3,950.6万人、旧東ドイツ地域約1,116.0万人、合計約5,066.6万人）の28.7%を占めている。KVdRはわが国の健康保険組合に相当する8種類を数える疾病金庫によって運営されている。被保険者総数に占めるKVdRの加入者割合は、旧東ドイツ地域の実態が詳らかになるにつれて、疾病金庫の種別により東西両地域間で加入割合に明白な差異が認められるところとなっている。疾病金庫間で年金受給者の占める割合に乖離幅があり、財政負担の格差を伴うため全疾病金庫間（農業疾病金庫は除く）でKVdRにかかる費用の財政調整が行われている。

KVdRの導入は「年金受給者疾病保険に関する労働大臣命令」（1941年）に法的根拠をもつものであるが、1956年に至り「年金受給者疾病保険法」によって制度のしくみが明確にされると同時に、疾病保険制度への組入れが行われた。これを契機として同制度は細部の改正が数次の段階を経て行われてきた。主要部分を挙げると、まず1967年と69年の改正（年金受給者の強制加入および財源調達方式の変更）、ついで疾病保険費用抑制法（KVKG）施行の1977年と翌78年の改正を経て財源調達方式の再変更（年金保険からの財源繰入れ割合の変更）ならびに新しい視点に立脚した財政対策（財政調整、連帯保険料の引上げなど）が実施された。なお、前出の農業疾病金庫を除く全疾病金庫間での財政調整は、1977年のKVKGの法規定を拠り所としては賄いきれない部分の費用負担について行われてきている。

#### (2) 保険料負担

年金受給者の保険料は、本人と年金保険者がそれぞれ折半負担することとされている。年金受給者に課される保険料率は、当該年1月1日現在の平均保険料率が同年7月1日から翌年6月30日まで適用される。1994年1月1日現在の平均保険料率は、旧西ドイツ地域13.35%、旧東ドイツ地域12.97%であるため、1994年7月1日から1995年6月30日までの年金受給者の保険料率は、本人の年金相当額のそれぞれ6.67%、6.48%となる。

#### (3) 保険給付の特徴と今後の課題

KVdRの給付は、傷病手当金や出産手当金を除けば一般制度（AKV）の保険給付の内容とほぼ同様である。あえて特筆すれば、わが国の保健施設事業の中核の1つに数えられている疾病予防給付（ドイツではガン、心臓病等の成人病



検診が中心)や在宅介護給付(介護手当の支給、介護要員の派遣、介護休暇〔代替介護要員派遣〕給付)が年金受給者にとっては特にニーズの高い給付項目ということになろう。在宅介護給付の骨子は、①要介護者を休暇旅行や療養等のために介護できない場合、1年に4週間を限度に代替介護要員の派遣に応じる。給付限度額は1,800 DM (1 DM≒65円、1994年11月1日現在)、②要介護者宅に1回1時間、月25回〔ユニット〕を限度として介護要員の派遣基地＝ゾツィアルシュタツィオン＝〈Sozialstation〉から介護要員派遣を行うか、選択により400 DMの介護手当を支給する。

ちなみに、1994年7月、連邦政府は「良心的な事由」に基づく兵役忌避者＝ツィヴィルディーンストラー＝〈Zivildienstler〉の代替兵役従事期間〔現行：兵役12カ月、代替兵役15カ月〕を本来の兵役期間と同様、1996年から2カ月短縮する意向をほのめかしている。Zivildienstlerは高齢者介護施設〈Pflegeheim〉やSozialstation等に従事し、要介護者をデイセンターやナイトケアセンター等へ送迎する、また、介護施設および在宅要介護者宅へ給食を届ける、在宅の要介護者(障害者を含む)宅の清掃、居室内外の整理整頓、入浴・衣服着脱の介助および身の世話、書籍・新聞の音読サービス、各種介護機器・用品の補修・修理—など多様かつ細分化された業務の第一線を担う支援戦力として、その役割は従来から高く評価されてきた。中には、代替兵役を満期退役した後も、「天職」として医療・保健・福祉の分野を生涯の仕事としてそのまま代替兵役期間中に携わった業務に従事し続ける者も少なくないという。今回の代替兵役期間短縮の報道により、介護分野に専従する者の不足を招致することは必至で、将来的にも

看過することのできない、高齢化時代の新たな社会問題として取り沙汰されることになろう。

在宅介護給付のほか在宅看護給付がある。病院に入院する必要があっても事情によりそれが不可能な場合、1疾病につき4週間まで看護要員を派遣するものである。なお、疾病保険の在宅介護給付は、1995年1月に創設される「介護保険」〈PflegeVG〉の法定給付となる。同保険の給付開始は1995年4月から(保険料率は当初、1995年1月から1%—保険料算定報酬限度額は疾病保険適用額と同じ。原則労使折半負担)実施される。また、1996年7月からは第2段階の給付として施設介護給付が実施される(保険料率は新たに0.7%上乘せされて1.7%となる)。一連の措置については、最終的に1994年4月末までに連邦議会と連邦参院においてそれぞれ可決、成立に至ったところである。介護保険は、「社会保険第5の柱」として総合的な給付(要介護者の実態に見合った「段階別」の現物給付、介護手当(現金給付)、両者の組合せ給付)内容を兼ね備えているという意味では、世界で初めての本格的な介護保険制度となることから国際的にもその動向が注目されている。

## V. 今後の展望と若干の考察

ドイツでは、『医療改革法〈GRG〉』(1988年12月成立89年1月施行)について、『93年医療構造法〈GSG〉』(1992年12月成立、一部法規定については経過措置付)が93年1月から施行された。同法は、1990年10月に旧両ドイツが再統一されて以来初めて、「全ドイツ」を視野に取り込んだ中で実施された立法措置であることに画期的な意義を認めるものである。旧西ドイツにおいて従前から数次にわたって実施されてきた医療費

抑制政策がいずれも“短命”（中長期に効果を発揮できなかったということ）に終始してきたことから、改めて『93年医療構造法』の“威力”のほどに注目が集まっているのである。

これまで旧西ドイツで実施されてきた幾多の「医療費抑制を直接的目的とした諸改革」がいずれも所期の効果を挙げることに結実しなかった理由には種々の背景がある。そのうち多くの識者に共通する認識としては、医師・歯科医師数の顕著な増加とも大いに関係するが、現在、GKV 給付支出総額の約1/3を占める病院関連支出面に着目した『病院改革』（とくに専門医・各種検査技師数、病床数等の適正規模を逸脱した供給過剰および高度〔大型〕医療機器導入への適切さを欠いた対応措置等）への“切り込み不足”が大きな要因の1つ、ということで大方の見解がほぼ一致している。

『病院改革』の足を引っ張ることになったのは、権限の委譲が大きく認められてきた各州〈Land〉の権力介在が大きくものをいった結果とみてもよい。ただ、ようやく解消の方向が見えてきた“ベッドの山〈Berg〉—過剰病床—崩し”については一定の評価を与えてよいだろう。ちなみに GSG でも、病院分野に関係した重要な改革内容を包含している。その中核には、医療の非経済性を排除することを目的として、病院財政システムの全面的改革の観点から「実費補填原則」（病院運営に関する資本的経費は州の補助金で、経常的経費は疾病金庫が負担する方式）を廃止することである。それにより、病院経費を①診療報酬により賄う経常費用、②国（1/3）と州（2/3）がそれぞれ分担する投資費用—の二元的財政方式から脱却し、すべての病院費用について疾病金庫が負担（診療報酬＝入院費からの支出）するしくみへと段階を踏んで

一元的システムへと移行（連邦保健省によれば、移行完了までには10～15年を要する）させる方針が示されている。

疾病金庫が投資部門の負担に応じることにより、その発言権の強化に繋げようという意図が込められている。ただし、旧東ドイツ地域については、当面、整備環境が『西』と格段に異なることから公費負担中心による整備が進められることとされている。ちなみに、前述の診療報酬で工面することとされている経常経費の引き上げ幅については、1993～95年までは1992年をベースとして各年の基礎賃金〈Grundlohn〉の伸び率を超えてはならないこととされている。

そして連邦保健省は、病院分野の区分化された報酬システム（新入院療養費規則）への移行を1996年から実施することを決定している。その骨子は、①1件当たり包括（まるめ）払い、②特別報酬（高度な手術が対象）払い、③細分化（診療科別）された入院療養費日額払い—という3つのカテゴリーに分けられる。新規則の導入により、病院のより経済的な診療および『サービスの質』の低下をもたらさない入院日数短縮化が期待されている。

また、この国ではいま「家庭医制度」〈Hausärzte〉の本格的導入の機運が盛り上がっている。GSGの規定に基づき GKV の加入者は家庭医の自己選択ができるとともに、家庭医の役割が明確にされたからである。家庭医導入の最大の動機づけとなったのは、患者の専門医受診傾向に歯止めが掛からず、これがために薬剤等の処方量（件数）が比較的多く、報酬自体も一般医に較べて割高になっている状況に着目してのことである。

1994年4月中旬以降、『家庭医』の活字が各新聞紙上を賑わせたが、5月21～23日付の〈Süd-

deutsche Zeitung = 南独新聞) は、「家庭医の報酬改善へ—GKVの見直しで—」という見出しのもと、連邦議会 (Bundestag) が6億DMの増額予算を決定した事実を報じている。財源の捻出方法としては、高度医療機器の利用頻度の高い医師の診療報酬引下げ (とりわけ検査診療の機会が多い生化学検査医らの報酬の実質的低下につながる) による“節減分”の充当を旨としている。家庭医の任務は、社会法典 (SGB) 一第V巻第73条第1項—「(現在では) 契約医師の診療」 (Vertragsärztliche Versorgung) —において全4項目 (①一般的に継続する診断・診療に際しては、患者の家族および患家の環境について理解すること, ②診断, 診療上および看護の措置について相互に調整を図る, ③とくに外来もしくは入院診療を通じて掌握された診療データ, 所見および情報収集, 評価ならびに資料の保管整備, ④予防またはリハビリテーション措置の導入, もしくは実行および医師以外の診療補助要員との調和を前提として実施する治療措置) が規定されている。

家庭医の導入に当たって特筆すべき点を1つだけ挙げるとすれば、それは病院勤務医・専門医対家庭医 (家庭医相互間も含む) 間における「患者情報提供」の義務が発生したことである。それにより、診療行為のムダが除去されることはもちろん、家庭医に課される特殊な任務 (①患者に対するライフスタイルの変容喚起, ②時間外診療への柔軟な対応, ③在宅介護サービスへの連携参加, ⑤ (入院回避を主眼に) 臨機応変な往診応需—など) が一般にも広く認識され、その社会的地位の向上に繋がっていくことが重要と考えられる。

いずれにせよ、連邦保健省の思惑どおり、新しい試みによる家庭医制度の普遍化でGKV加

入者に対する適正医療の確保と保険財政安定が結実するものが注目されるところだ。

この外、21世紀を見越した医療保障制度刷新のための新たな動向としては、従来の『受診券』 (Krankenschein) に代わる『被保険者カード』 (Versichertekarte) の導入を挙げることができる。高度情報化時代に対応して、患者の重複検査防止を可能とするなど、制度のスムーズかつ効率的運営を図る意義 (患者情報の蓄積 = 患者の知る権利の確保と保証) が強調されている一方で、一般開業医にとってはハードウェアの設置に手間どり、しかも「概してメリットとなる点が少ない」 (ノルトラインの開業医談) ことから、同カード導入にはいささか冷やかな見方に徹している医師 (医療現場) も少なくないのも一面、事実のようだ。

ドイツの医療保障制度の課題は山積。しかも多分に複雑な側面をも有している。1994年秋の総選挙の結果次第では、課題解決の方向性にも少なからず影響が出てくるものと予測しておいてよい。その意味では次回総選挙は、文字どおり、「21世紀のドイツ医療保障制度の方向性を占う」重要な争点を形成することになる。現在、同国の各地で《GKV 2000》—西暦2000年の公的医療保険—を主要テーマとして、関係各方面の専門家を集めたシンポジウムなどが開かれている。

1995年1月から施行される「社会保険第5の柱 = 介護保険」(1994年4月28, 29日に連邦議会、連邦参院で可決、成立 = Pflege-Versicherungsgesetz vom 26 Mai 1994, BGBI IS. 1014 =) の動向は、疾病保険との連携が密であることからみて今後とも目が離せない。事実、現物給付および介護手当給付を主軸とした「総合的な給付内容」(両給付の組合せ支給も可とするフレキシ

ブルな対応が特徴)を網羅した世界初の『国民皆介護保険制度』は、国際的にも強い関心と注目を集めている。

本稿を締め括るにあたり、新設の介護保険の動向が疾病保険の屋台骨に与える影響度は、法施行以前の段階ゆえに正確な予測ができるものではないが、“皆保険下”における介護保険の給付動向等が、この国の医療保障制度の根幹を左右するに十分なインパクトをもつものであることだけは、ここでとくに強調しておきたい。

#### 主要参考文献一覧

- Sozialgesetzbuch (SGB V)*, Stand: 1. Januar 1994, Fachverlag CW Haarfeld GmbH  
*SOZIALBERICHT 1993*, Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 12/7130, 23. 03. 94  
*DIE GESETZLICHE KRANKEN - VERSICHERUNG*, BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, Stand: Januar 1994.  
*Gesundheitsstrukturgesetz - Finanzielle Bilanz des ersten Jahres und Stand der Umsetzung*-März 1994-, A4-hoch V 1.01 Pfad: J, G, 1SK, 112, 03-94, MEIER, GSGUMSET.

TXT Entwurf [\*]

*Gesundheit in Deutschland*- <Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik>, Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit; ursprünglich bearbeitet vom Institut für Gesundheits - System - Forschung Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel.

*Das Gesundheitswesen in Deutschland, Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung*, F. Beske/ J. G. Brecht/A.-M. Reinkemeier; Unter Mitarbeiter von P. Heinrichs, L. Keuchel, L. Chl. Kyburg, D. Müller, F.-M. Niemann, P.K. Schädlich und I. Thoben, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1993

付記：本稿の作成にあたっては、府川哲夫(国立公衆衛生院社会保障室長)氏から貴重な文献〔上記一覧中末尾に[\*]を付してある〕の提供を受けた。また、三石博之(在独日本大使館1等書記官)氏のレジュメ『医療保険構造法の施行評価』〔筆者所属団体の研修団が1994年6月訪独の際に用意頂いた〕を参考にさせて頂いた。

ここに記して、両氏へ深甚なる謝意を表する次第である。

(こうち・えいたろう)

健康保険組合連合会・共同事業二課長)

## イタリアの医療保障制度

——1992年からの医療改革を中心に——

小島 晴 洋

### I. はじめに

イタリアでは、1978年の医療改革によって、従来の社会保険型の医療保障システムに代わって、イギリス型の公営医療制度「国民保健サービス (Servizio Sanitario Nazionale)」を導入した。これは、国が全国民に等しく総合的に健康を保障しようという理念のもとで、従来の共済的な保険組織を廃止して、地域単位で住民に保健医療サービスを供給する組織を全く新しく設置するという、根本的な医療制度の変革であった。社会保険を中心として、いわば「大陸型」として社会保障制度を発展させてきたイタリアにとっては、ひとつの壮大な実験ともいえる、意欲的な試みであった。

しかし、この国民保健サービス制度は、発足当初からさまざまな問題点が噴出し、その理念の崇高さにも関わらず、現実の運用は非効率で国民生活を満足させるものではなかった。そこで、制度創設後すぐにその見直しの議論が開始され、1992年からは本格的な見直しが実施されるに至っている。

そこで本稿では、1992年からの医療改革の紹介を中心として、イタリアの医療保障制度についての概説を試みた。記述したポイントは、国民保健サービス制度の概要、問題点、改革内容、

特徴と今後の動向、の4点である。本来は、医療従事者や医療施設を中心とした医療供給体制、医療費等についても触れるべきところであるが、紙幅の問題もあり、それらは別の機会に改めて論じたい。

### II. 国民保健サービス制度の発足

#### 1. 国民保健サービス制度の目的および理念

国民保健サービス制度は、1978年12月23日法833号（以下、78年法という。）によって導入された。導入前の状況について、ここで簡単に触れておく。

国民保健サービス制度導入前のイタリアにおいては、公衆衛生、疾病の予防、低所得者に対する救貧的医療、病院の規制といった、公行政による保健医療制度と、複数の共済的な保険組織を通じて疾病の治療費を保障する社会保険的なシステムがそれぞれ分立しており、複雑に関係し合いながらもまったく別のものとして実施されていた。

まず、保健医療サービスを供給する体制は、主に次の4つであったが、それぞれは互いに独立してサービスを供給しており、連携が十分とはいえなかった。

- ①市町村 (comune) や県 (provincia) : 公衆衛生、疾病の予防、低所得者に対する救貧

的医療などの行政サービスを供給する。

- ②病院 (ospedale)：入院医療を行う。
- ③各共済保険組織によって運営される専門診療施設 (poliambulatorio specialistico)：外来で検査や専門的な治療を行う。
- ④一般開業医，専門医，薬局等：各共済保険組織との契約により，その加入者に対して医療サービスを供給する。

共済保険組織は，各職種ごとに設立され，国民保健サービス制度発足前には全国民のほぼ9割をカバーしていた。しかし，無保険者は依然として存在し，各組織による給付内容の格差も存在したり。また，あくまで疾病に対する「保険」という考えの下で，対象は疾病の治療のみに限定され，予防やリハビリテーションはほとんど無視されていた。さらに，その財源は，本人および事業主の拠出によることが基本であったが，近年は各組織とも恒常的な赤字に陥り，国庫からの助成を受けていた。

行政の不統一も分裂した状況に拍車をかけた。病院や医療従事者の規制や監督，公衆衛生施策の実施等は保健省 (Ministero della Sanità) の所管であったが，共済保険組織は労働社会保障省 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale) が所管していた。

国民保健サービス導入前のイタリアでは，このような分裂と不平等の中で医療費の膨張が続いていた。また，イタリア特有の南北格差も依然として解消されていなかったのである。

そこで，国民保健サービス制度は，上記の問題を解決するために，以下の理念を基本として組み立てられた。

- ①すべての国民に同じレベルの健康を保障すること。
- ②疾病の治療のみならず，予防およびリハビ

リテーションと合わせ，健康を総合的に保障すること。

- ③地域で健康の保障を一括して担当する組織を実現すること。
- ④サービス利用者および担当者の制度運営への参加を促進すること。
- ⑤保健医療の地域格差を是正すること。
- ⑥財源を，現在の保険料方式から段階的に一般財源 (租税) に切り替え，将来的には完全な一般財源化を実現すること。

このようにして，国民保健サービス制度は，「個人的および社会的な条件の区別をすることなく，サービスに関して市民の平等を保障するような方法で，すべての国民の肉体的および精神的な健康を増進，維持および回復させることを目的とする機能，組織，サービスおよび活動の総合体」(78年法1条)として，創設されるに至ったのである。

## 2. 国民保健サービスの組織

国民保健サービス制度を実施するための，国，州および市町村の役割は，それぞれ次のように割り当てられた。

- ①国：制度に関する一般的な指揮監督，財源の確保，国際関係の規律を行うとともに，制度の統一性を確保するために，全国保健医療計画 (Piano sanitario nazionale) の策定，サービスに従事する職員との労働関係の定立，一般開業医等との協約(各 USL の締結する契約の基準となる)の締結等を行う。
- ②州：州法により州内の保健医療サービスを規律する。州保健医療計画 (Piano sanitario regionale) を策定し，医療資源を適正に配置するとともに，財源を配分する。また，

サービス実施の規制および監督を行う。

③市町村：単独または共同で、USL (Unità Sanitaria Locale, 「地域保健単位」とも訳される。)を組織して、保健医療サービスを実施する。

このUSLは、78年法が地域の保健医療を一括して総合的に所管し、実施する組織として導入したものである。病院等の公立の医療機関は原則としてUSLに属するものとされ、USLにおいて、疾病の予防から、治療、リハビリテーションまで、地域住民の健康を総合的に管理し、保障することとなった。また、大気、水質、土壌等の環境衛生、職場の労働衛生、家畜衛生等もUSLが所管した。USLは、原則として人口5~20万人に対して1つ設置されるものとされ、その数は全国で約650となった。USLの組織は、総会 (Assemblea generale)、理事会 (Comitato di gestione) および事務局 (Ufficio di direzione) から構成された。

### 3. 供給される保健医療サービスの内容

USLは、直営の医療施設を通じた直接のサービスとともに、外部の医療施設(民間病院、一般開業医、薬局等)と契約することにより、住民に対して保健医療サービスを実施した。主要なものは、次のとおりである。

#### (1) 家庭医による基本医療サービス (Assistenza sanitaria di base)

住民は、USLの契約している一般開業医のなから、自らを担当する家庭医 (Medico di base) を選択・登録し、その家庭医を通じて医療サービスを受ける。家庭医は、診察、治療、薬剤の処方等を行うほか、専門医の紹介、検査の処方、病院への入院も、すべて家庭医を通じて行う。家庭医を変更することも認められてい

る(原則として年1回)。1人の家庭医に登録できる住民は、原則として1,500人までである。(12歳以下の子どもに対しては、家庭小児科医 (Pediatria di base) を選択・登録する。1人の家庭小児科医への登録は、最大800人である。)

#### (2) 薬剤の給付

薬局はほとんどが私立であり、地域のUSLと契約を行っている。住民は、家庭医から処方を受け、薬局で薬剤の給付を受ける。

#### (3) 専門医による診察および検査

専門医による診察や、レントゲン等の検査も、家庭医の処方に基づいて行われる。専門医としては、USL直営の専門診療施設(以前は共済保険機関によって運営されていたもの)および病院、そして民間の契約専門医の3種類があるが、前2者が原則とされた(III4.)。

#### (4) 入院

入院も家庭医の処方に基づいて行われる。病院にはUSLの運営する公立のものと、その他のもの(私立、宗教団体立等)があり<sup>2)</sup>、これらはUSLと契約を行っている。必ずしも全部のUSLが病院を有しているわけではなく、患者には、地域も含めて、病院を選択する自由が認められている。

#### (5) その他

補装具、車椅子等の用具の支給、温泉療養などが、家庭医の処方に基づいて行われる。

### 4. 財源

国民保健サービスの利用は無料が原則とされたが、「チケット」と呼ばれる一部負担制度が、薬剤の給付や専門医による検査の実施等に導入されている。この問題については、後に詳述する。

国民保健サービスの実施に必要な資金は、全

表1 国民保健サービス制度の拠出料率(1993年～)  
(1992年法438号)

年間所得			
被用者	0～4,000万リラ	事業主 9.60%	被用者 1.00%
	4,000万～1億リラ	事業主 3.80%	被用者 0.80%
自営業者	0～4,000万リラ	5.40%	
	4,000万～1億リラ	4.60%	

国医療基金 (Fondo sanitario nazionale) と呼ばれ、国の予算として毎年定められる。これは、一定の基準に従って各州に配分され、さらに各州から各 USL に配分される。

その財源は、将来的にはすべて一般財源化することが目指されていたが、保険料方式による拠出もなお重要な財源となっている。拠出料率は表1のとおりであるが、年金等と同様、事業主負担が重い。全財源のうち、一般財源による部分と保険料拠出による部分の比率は、ほぼ1：1である。

### III. 国民保健サービス制度の問題点

国民保健サービス制度の実施は、その理念の崇高さにも関わらず、あるいは、それ故に、多くの困難に直面した。さまざまな理由によって(多くは政治的なものであるが)、今回の改革に至るまで全国保健医療計画が結局策定されず、

州保健医療計画の策定も10州に留まったことに象徴されるように、その理念の多くはなかなか実現されなかった。そして実施に向けての努力の中で、すでに多くの問題点が噴出し、制度創設後すぐに、その見直しの議論が開始され、それが92年からの本格的な見直しに結びついていく。

そこで本節では、問題点を、① USL 組織の非効率、②家庭医制度、③一部負担(「チケット」)制度、④専門医による診療、⑤病院医療、そして、⑥全国医療基金の配分、の計6項目に整理して紹介し、今回の改革の背景を明らかにしたい。

#### 1. USL 組織の非効率

USL は、疾病の予防から治療、リハビリテーションまでを総合的に所管するとともに、さらに環境や家畜衛生までを取り扱い、まさに地域住民の健康を総合的に保障する組織として、国際的にみてもたいへん意欲的な試みであった。しかし現実には、各種のサービスはそれぞれバラバラに実施されるに過ぎず、USL は単にその寄せ集めに過ぎないといった状況が一般化していた。本来は USL の内部で伝達されるべき医療情報を、患者が自ら USL の他部門に連絡しなければならないという事態がこれを象徴していた。組織のこのような非効率は、利用者の不満を引き起こして制度に対する信頼を低下させるとともに、医療費を増大させる要因となり、早い時期からその是正の必要が指摘されてきた。

非効率をもたらした原因には、USL の組織構成そのものに由来する内在的なものと、外部の条件から引き起こされたものがあった。

内在的な原因の第1は、事務局が弱体で指揮



命令系統が不明確なことであった。事務局組織としては、Ufficio di direzione というものがあったが、これは、いわば執行委員会ともいえるべき集団指導体制であった。また、USL の各部署の活動を調整するために、保健調整官 (Coordinatore sanitario) と管理調整官 (Coordinatore amministrativo) の 2 人の調整官が設置されていたが、彼らはいずれも重要部署の長を本務としており、調整官の職務は片手間に過ぎなかった。そこで、多くの場合、個人のカリスマ性や個人的ないわゆる「コネ」関係が大きな影響力を有した。

第 2 は、USL 組織の政治化である。USL の地域における権益に対して、多くの政治家が群がった。USL 運営の最高機関として当初設けられていた「總會」は、多くの場合、市町村議会と一致していたが、その与える政治的な影響が大きすぎたため、1986 年法 4 号によって廃止された。しかし、その結果実質上最高機関となった理事会も、多くの場合、各政党の代表者によって占められ、依然として政治的な機関であった。そして、USL の行う対外的行為は、単純な物品購入も含め、すべて理事会の議決を要するものとされていたため、弱体な事務局機能と相まって、USL の活動全般にわたって政治の介入が行われるという傾向が顕著になったのである。

内在的な原因の第 3 は、USL 自体の地位、特にその独立性が不明確であったことである。78 年法は、USL を「市町村等の運営組織 (struttura operativa dei comuni)」と規定したが (15 条 1 項)、USL と市町村との関係は必ずしも明確ではなく、実務上大きな混乱をもたらした。また、USL には独立した法人格が認められていなかったため、病院等の施設、設備等は、法的には USL 直接ではなく、市町村に属するものと

された。このような不明確な USL の地位は、USL に対する政治的な介入の原因ともなった。

USL の非効率をもたらした外的な要因は、USL の設立数が多すぎ、規模が過小となってしまったことであった。これは、全国的な計画の欠如と、地域における政治的な妥協の産物であった。その結果、多すぎる理事会や事務局上層部のポストには、管理能力に問題があり任に耐えないような者が多く任命されるという事態が生じた。このことはまた、USL 組織の政治化の原因ともなった。USL の運営をめぐるのスキャンダルも多発し、住民の信頼を失う原因ともなったのである。

## 2. 家庭医制度

国民保健サービス制度において、家庭医は、住民と身近に接してその健康を総合的に管理する者として、大きな権限を与えられた。家庭医は、薬剤の給付、専門医による診療や検査、病院への入院等について処方を行うことはもちろん、専門医による薬剤の処方も、有効となるためには家庭医の承認が必要とされたのである。

しかし、このような大きな権限に対応するだけの能力を、一般には家庭医は持ち合わせていなかった。家庭医は、USL との契約により独立して診療を行う、いわば開業医であるが、USL の組織定員および新採用の凍結措置により<sup>3)</sup>、新卒の医師たちの多くが家庭医としての道を選択した<sup>4)</sup>。家庭医は、通常、単独で診療所を開設し、ひとりで診療を行った。専門医や病院の医師と協力して診療活動を行う機会も少なく、研修の機会を設けている USL も少なかった。

家庭医に対する報酬は、原則として登録している住民の数に基づいて定められた。1990 年末に承認された新協定で、簡単な傷の縫合や鼻出

血に対する詰め物などの小処置について追加報酬が認められるまで、診療行為に応じた報酬は認められていなかった。そのため、家庭医の実務経験の機会はさらに限られることになった。

家庭医の能力不足と人頭報酬制度は「顧客としての患者を失わない」ように診療をする、という家庭医の行動様式をもたらした。家庭医は、患者の要求するままに、また、製薬メーカーの勧めのままに、高価な薬を気前よく処方した。これに対しては、州が監視指導を行うこととされていたが、州は財政責任を負う必要がなかったため（後述6.）あまり積極的には取り組まなかった。結局、一部負担制度を用いたコントロールがほとんど唯一の対策となったのである。

### 3. 一部負担（「チケット」）制度

国民保健サービス制度の下では、本来、すべての給付は無料で実施されるはずであった。しかし、給付費用の抑制や、特に前述の薬剤の乱用対策のために、薬剤や検査についての一部負担制度（通称「チケット（Ticket）」とよばれる）を導入せざるを得なくなったのである。

「チケット」が最初に導入されたのは1983年であったが、その後、幾次の変遷を経て、近年は非常に複雑なものとなった。ここでは、1990年のものと、今回の改革直前の1993年のものを紹介する。

#### (1) 1990年の「チケット」制度

まず、薬剤については、3種類に区分され、それに応じた一部負担率が定められた（基本薬（全薬剤費の2%分）：無料、ワクチン等：30%、その他の大部分：40%）。そのほかに、処方箋料が1処方につき3,000リラと定められた。ただし、1処方についての負担額は、4万リラまでとされた。検査については、一部負担率は30%

%とされ、同じく4万リラが上限とされた。

低所得者、障害者、特定の慢性疾患（心臓病、糖尿病等）にかかっている者についての一部負担は免除された。

#### (2) 1993年の「チケット」制度

1993年には、処方箋料が4,000リラに、薬剤の1処方の上限額が5万リラにそれぞれ引き上げられた。検査については、一部負担率が50%に引き上げられたほか、1処方の上限額も7万リラに引き上げられた。

免除対象者も、すべて処方箋料の負担が必要とされた。さらに、低所得者の場合には、薬剤の一部負担免除は、事前に支給される16枚のクーポン券の範囲のみとされた。

1993年には、一定以上の所得を有する者を対象に、通常の「チケット」制度とは別の、より重い一部負担制度が導入された<sup>5)</sup>。すなわち、所得が基準額を超える場合には、薬剤および検査が原則として全額自己負担とされ（ただし、薬剤については、1処方4万リラを超える場合には4万リラ+超える額の10%。検査の場合には、1処方10万リラを超える場合には10万リラ+超える額の10%）、さらに、家庭医受診料として1人当たり年額85,000リラ（定額）の負担が求められた。

「チケット」制度は、利用者にコスト意識を喚起した点においては意義があったが、特にその複雑さと免除基準が不明確であった<sup>6)</sup>ために、多くの批判を招いた。また、自己負担率が高すぎたため、患者の適正な受療行動を阻害するという副作用ももたらした。

薬剤の一部負担については、その効果自体が疑問視された。家族の中に1人でも免除対象者がいれば、患者は、家庭医の協力さえ得れば、免除対象者の名前でもほとんど自由に薬剤を入手

することができたのである<sup>7)</sup>。

#### 4. 専門医制度

専門医制度の問題としては、まず、医療資源や費用のムダが挙げられる。

国民保健サービス制度の中で専門医としての主力を担うことを期待されていたのが USL 直営の専門医療施設であったが、これは旧来の共済保険機関の施設や人員をそのまま引き継いだものであり、もともと過剰な状態にあった。それに対して、報酬は、出来高ではなく勤務時間を単位として支払われたので、いわば、余剰人員を養っているのも同然であった。また、専門医が行うことを認められていたのは検査や診断のみであり、手術や処置を行うことは認められていなかった。そこで、専門医はその能力を徐々に喪失し、専門医が必要と判断して入院させた場合でも、病院側は専門医の診断を信じず、同じ検査を再び行うという事態も頻発した<sup>8)</sup>。

専門医としての診療サービスは、国民保健サービス制度の中では、原則として USL 直営の専門医療施設または病院が供給することとされていたが、1982年から、3日以内に公的部門 (USL 直営) のサービスが受けられない場合には、民間の契約専門医を受診することもできることとなった。(1982年法12号。なお、1988年からは4日以内とされた。)

これは、USL 直営部門の非効率から患者を保護することを意図した措置であったが、医療機関側からの乱用を誘発した。民間の契約専門医には、USL の病院に非常勤で勤務する医師が自ら開業している場合や、病院勤務医等と近い関係にあるものも多く、患者を誘導することは容易であったのである。民間の契約専門医に対しては、出来高に応じて報酬が支払われるため、

これは直接に医療費を増大させる要因となった。

専門医制度は、その受診の手続きにも批判が集まった。国民保健サービス制度は家庭医に大きな権限を与え、専門医の受診はすべて家庭医の処方箋を要するものとしたが、専門医が他の専門医の受診を処方することは認めなかった。専門医を受診するためには、まず家庭医の処方箋を受け、それを USL に提示し、次に専門医の予約をし、そしてやっと受診ができるという、たいへんめんどろな手続きが必要であったのである。さらに、専門医による検査結果は患者自らが家庭医まで運ばなければならず、その間に患者が見てしまうこともできるので、その精神的な悪影響を指摘する声もあった。

#### 5. 公立病院

USL の運営する公立病院は、全病院数の約 6 割、病床数では約 8 割を占め(表 2)、国民保健サービス制度における入院医療の中核的な役割を果たすことが期待されていた。そして、患者が公立病院に集まり、入院医療が USL 直営で供給されれば、医療費のコントロールも容易にできるはずであった。しかし、残念ながら、公立病院の非効率のために、多くの患者が民間の契約病院に入院し、その入院日数に応じた報酬が支払われることとなったため、専門医の場合と同様、入院医療費も増大する事態が起きたのである。

公立病院の非効率の原因は、主に 3 つあった。第 1 は、USL 組織と同様、病院内も指揮命令系統がはっきりせず、院長(Direttore sanitario)、保健評議会(Consiglio dei sanitari)のメンバー、医長(Primario)等の幹部職員の実務能力にも問題があった。第 2 は、勤務医のうちかな

表2 病院数および病床数の推移

		1981年	1985年	1990年
公立	病院数	1,147 (62.8)	1,136 (63.1)	1,148 (60.4)
	病床数	451,418 (85.3)	396,440 (84.2)	313,576 (76.5)
民間	病院数	679 (37.2)	662 (36.9)	752 (39.6)
	病床数	77,803 (14.7)	74,139 (15.8)	96,450 (23.5)
計	病院数	1,826 (100)	1,798 (100)	1,900 (100)
	病床数	529,221 (100)	470,579 (100)	410,026 (100)

注：カッコ内は構成比（単位：％）。

出典：1981年および1985年は、Colozzi, pp. 333-334。1990年は、ISTAT, 1992, Tavola 3.1 (p. 89)。

りの者が非常勤であり<sup>9)</sup>、その多くが、専門医として開業したり、民間病院に勤務したりしていたのである。彼らには、一般に、公立病院で勤勉に働く意欲が乏しかった。第3に、救急受入部門の能力に問題があった。救急受入部門の医師には経験が不足している者が多く、院内の各診療科との連携も十分でなかった。そのため、多くの救急患者が適切な治療を受けられず、公立病院は、住民の信頼を失っていったのである。

## 6. 全国医療基金の配分

国民保健サービス制度では、財源の半分はなお保険料方式によったが、国が国民に保健医療サービスを保障するという考えのもとで、支出は「全国医療基金(Fondo sanitario nazionale)」として毎年全額を国家予算に計上し、それを各州を通じて全国のUSLに配分する方式を採用した。

「全国医療基金」は、各種のサービスを実施する経費として使われる当座勘定 (Spesa corrente) と、施設・設備等の資金として充当される資本勘定 (Spesa in conto capitale) に区分され、それぞれ一定の基準に基づいて国から各州に配分された（実際には、全体の95%以上が

当座勘定である。）。しかし、それらは毎年常に不足し、そのつど特別法によって予算を確保し、事後的に補填するという措置を繰り返していた（表3）。

当座勘定の配分の基準は、全体を、予防措置費、病院外経費、病院経費および管理経費の4種類に区分し、それぞれについて、人口比を基礎としながら必要に応じて高齢化率、死亡率等を加味するというものであったが、実際には基準が厳密に適用されることはまれで、多くの場合、過去の経緯等が考慮され、透明性に欠ける、いわばうやむやな配分がなされていた。

配分の実際上の問題は他にもあった。第1は、時期が遅れていたことである。各州は、年度途中まで配分額が分からず、計画をたてることができなかった。第2は、国家予算に計上されて配分されてくる経費は、もともと過小推計され、当初から不足することが明らかであったことである。この過小推計は、予算上費用を抑制して財政赤字を少なくする印象を与えるという政治的な目的で、故意に行われていた。その結果、各州は政府に対する信頼を失うとともに、最終的には毎年かならず特別法で赤字補填がされたため、医療費抑制に積極的に取り組む意欲を喪

表3 全国医療基金の収支状況（当座勘定，1985～1992年）

（単位：10億リラ）

	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年
収 入								
全国医療基金……………	39,200	40,857	47,265	52,650	58,870	64,875	78,840	82,872
補 正	—	—	—	—	—	—	5,600	6,130
USL独自収入……………	750	950	550	750	2,074	1,572	2,532	2,250*
州独自収入	—	—	—	—	—	972	1,220	1,968
<b>総 収 入</b>	<b>39,950</b>	<b>41,807</b>	<b>47,815</b>	<b>53,400</b>	<b>60,944</b>	<b>67,419</b>	<b>88,192</b>	<b>93,220</b>
<b>総 支 出</b>	<b>42,797</b>	<b>47,625</b>	<b>54,088</b>	<b>61,614</b>	<b>69,522</b>	<b>80,158</b>	<b>92,386</b>	<b>93,342*</b>
欠 損 額……………	2,847	5,818	6,273	8,214	8,578	12,739	4,194	122*
そのうち								
州負担分……………	—	—	—	—	—	1,469	1,398	122
国庫負担分……………	2,847	5,818	6,273	8,214	8,578	11,270	2,796	—

\*：推計額

出典：Relazione generale sulla situazione economica del Paese-1992. (Correnteの引用 (p. 26) による)

失したのである。

各州は、それぞれ配分された経費（「州医療基金 (Fondo sanitario regionale)」）を、さらに各USLに配分した。その基準は、原則として国→州の配分基準に準じたが、各USLは規模が過小で必ずしも全サービスを供給しているわけではなく、また、患者のUSL間の移動も激しかったため、実際の配分はやはり過去の経緯等によらざるを得なかった。各USLにおいても、州と同様、医療費抑制に取り組むインセンティブは働かなかったのである。

#### IV. 1992～94の医療改革

国民保健サービス制度の見直しの議論は、制度創設後すぐに開始されていたが、実際には、費用抑制の観点から毎年の財政法（国家予算を定める）等によって、いわば「その場しのぎ」の手直しを行ってきたにすぎなかった<sup>10)</sup>。問題

の中核として議論が集中していたのは、USLの組織・構造改革であったが、それにメスを入れようとする歴代保健大臣による法案は、ほとんどが失敗に終わっていた<sup>11)</sup>。

今回の改革は、1992年10月23日法421号によって実現するに至ったが、これは、保健医療、公務員、年金および地方財政の各制度について、総合的な改革を行った法律であった。この時期にこれらの改革が実現した背景には、EC統合をにらんだ経済政策が求められていたことと、当時のアマート内閣が進めていた実務型改革が労働組合を含めて国民の広範な支持を得ていたという事情がある<sup>12)</sup>。また、特に医療に関しては、国民保健サービスの非効率や「チケット」制度に対する国民の不満が、もう許容限度を超えていたともいえるかもしれない。

この改革法は、政府に委任立法の制定を委任した、いわゆる「授権法 (Legge di delega)」であるが、政府はこれに基づき、1992年～93年

にかけて、改革のための委任立法を公布した(1992年12月30日委任立法502号,改正:1993年12月7日委任立法517号)。これらの改革は、順次実施に移されている。以下、その主要な内容を紹介する。

## 1. USLの組織・構造改革

### (1) USL数の削減

USLとしての適正な規模を確保するため、現在のUSLは廃止し、より大規模なものとして新たに設置する。その範囲は、1つの県の領域と一致することを原則として、各州が定める(委任立法3条5項a号)。全国で約650あったUSLは、100程度に減らされることになった。

### (2) USLの公企業化

USLは、組織、管理、財産、会計、運営および技術上の独立性、ならびに公法人格を有する企業(azienda)とする(委任立法3条1項)。すなわち、USLは地方自治体とは分離された、国民保健サービスを実施するための特別な組織とされた。従来は法律上市町村に属していた施設、設備等も、法人格としてのUSLの所有に移管された。USLの会計基準は民間企業のものに準拠して定められ、会計の内容や分析結果は毎年公開されることが義務づけられた(委任立法5条4~6項)。USLの規模拡大とも関連して、USLの指導監督は、基本的には州の管轄とされた。

USLの組織としては、旧来の組織に代わり、トップに、事務総長(Direttore generale)と監査役会(Collegio dei revisori)が設置された<sup>13)</sup>。

注目されるべきは事務総長職であり、これはUSLの組織体としての指揮命令系統をはっきりさせ、また、政治色を払拭するために、「USL運営のすべての権能を有し、USLを代表する」

(委任立法3条6項)責任者として設置されたものである。この医療改革と同じ授権法(1992年法421号)によって実施された公務員制度改革により、USL職員も含め公務員の労働関係が私法上の雇用契約とされ、職員の労務管理が柔軟に行えることとなったことと相まって、事務総長には、USLの管理運営に大ナタをふるうことが期待されている。

事務総長は、保健省の作成する候補者名簿の中から、州政府が任命する。候補者名簿には、65歳以下で大学卒業資格を有し、公的または民間組織において管理者として5年以上の経歴を有するものが登録される。事務総長は常勤で、任期は5年である。再任も可能であるが、70歳を超えることはできない。国や地方議会の議員、市長等の公職や、USLと一定の関係(契約等)にある組織(民間病院等)の職との兼務は禁じられている。

事務総長の下には、管理局長(Direttore amministrativo)、保健局長(Direttore sanitario)および保健評議会(Consiglio dei sanitari)が設置された。管理局長は法学ないし経済学の分野における大学卒業資格を有し、一定の管理経験を有する者、保健局長は医師であって一定の管理経験および能力を有する者から、事務総長が任命し、それぞれの分野において、USLの運営業務を統括し事務総長を補佐する。保健評議会は、医師、看護婦等の医療関係者から成り、事務総長に対し、技術的な助言を行うものである。

## 2. 病院の独立公企業化

USLにより運営されていた公立病院のうち、「国家的な重要性および高度の専門性を有するもの」(委任立法4条1項)は、USLから分離し、

独立した公企業とした。独立すべき病院の認定は、一定の基準に従って原則として国が行うこととされたが、具体的には、大規模な総合病院、大学教育医療施設、地域の救急医療のセンターとなっている病院等が該当する。公企業化は州により行われるが、その公企業としての性質はUSLと同種とされ、組織も事務総長等同様とされた。公企業化されない公立病院は、そのままUSLの施設として、医療を供給することとされた。

病院（公企業）では、地域の家庭医や専門医のために活動スペースを確保するとともに、病床数の5～10%の範囲内で、利用者に追加負担を求めることのできる一種の「差額病室」を設けることとされた。財政の基準は州が定めることとされたが、医療基金からの配分額は総費用の80%以内とされ、その他は、出来高に基づく報酬や、差額収入等によることとなった。

### 3. 州の独立性の強化

#### (1) 計画および指導監督

医療計画は、従来どおり国の全国計画に準拠して、各州がそれぞれ州保健医療計画を策定するものとされたが、その自主性は拡大され、特に、USLや病院の配置、国民保健サービスの供給水準の設定（国の定める全国保障水準を超えることができる）、財政基準の設定等も州が行うものとされた。さらに州は、国民保健サービスの実施について、技術的な指導助言や管理運営上の監督、供給される医療の質の評価まで、USLや病院をほとんど全面的に指導監督するものとされた。

#### (2) 財政の独立

国民保健サービスの実施に要する費用は、従来どおり基本的には全国医療基金として毎年国

家予算に計上され、各州に配分される。各州への配分は、全国保健医療計画において国が定めるサービスの全国保障水準を国民ひとりひとりに保障することを基本原則として、人口比、施設等の地域格差等を考慮して行われる。

しかし、従来最終的には常に国家財政によって赤字が補填され、それが国民保健サービス制度運営における州の努力を阻害していたことを考慮して、今回の改革においては、医療基金の配分を当初の1回のみとして、州が独立して国民保健サービス制度の財政運営を行い、責任は最終的には州が負うものとされた。すなわち、州は、最終的な赤字は自らの財源によって負担しなければならないこととされたのである。

これに対して、州にはそのために独自財源を確保する権限が与えられた。それは、①患者の一部負担の強化、②拠出料率の引き上げ、または③州税の引き上げ、のいずれかの方法によることとされた。

この財政の独立は、また他方では、サービス実施に当たっての州の独立性や裁量の余地を拡大することでもあった。すなわち、州は、独自財源を活用することによって、国の定める全国保障水準を超える独自のサービスを住民に供給することもできるようになったのである。

### 4. その他

#### (1) 新しい「チケット」制度

1994年1月から、薬剤および検査の一部負担制度が大幅に改められ、簡素化された。注目されるのは、所得を基準とする特別の負担や一部負担免除が廃止され、免除は、年齢によるもの（10歳以下の子どもおよび61歳以上の老人）、障害によるものおよび慢性疾患によるものに限定されたことである。

薬剤については、まず、3グループに分類された。Aグループ(約1,500剤)は、基本薬および慢性疾患治療薬であり、一部負担は処方箋料5,000リラとされた。免除対象者は、特別な障害者のみとされた。Bグループ(約300剤)は、治療上重要な薬とされ、価格の50%が一部負担とされた。特別な障害者は全額免除、その他の障害者、慢性疾患罹患者、子どもおよび老人は、5,000リラの処方箋料のみを負担するものとされた。その他の薬剤はCグループとされ、全員が全額自己負担とされた。

検査については、免除対象者(障害者、慢性疾患罹患者、子どもおよび老人)は処方箋料5,000リラのみを負担し、それ以外の者は、1処方につき10万リラを限度として全額自己負担することとなった。

#### (2) 家庭医、専門医および病院

家庭医、民間の専門医および病院は、引き続きUSLとの契約により、国民保健サービスを実施するが、専門医と病院に関しては、従来の協約は廃止され、出来高に応じた報酬を中心とする新協約が導入されることとなった。また、1991年法412号で、各州には診療報酬を審査する特別の委員会を設置することとされていたが、今回の改革法はそれを改めて確認した。

#### (3) 補完制度 (Forma integrativa di assistenza sanitaria) の導入

選択の自由度やより質の高いサービスを求める国民のニーズに応えるため、企業や職種を単位として、「保健補完基金 (Fondo integrativo sanitario)」を設立し、国民保健サービス制度によって保障される以上のサービスを供給することが認められることとなった。これは、年金の領域において、公的年金を補足するものとして補足的年金制度 (Forma pensionistica com-

plementare) が導入されたのと軌を一にするものであり、保健補完基金も年金基金 (Fondo pensione) と同種のものとして設立されることとされたものである<sup>14)</sup>。

また、州は、住民のニーズに応えるため、その他に、第三セクターの設立等により、実験的に新しい保健医療供給体制を実施することができるとされた。

#### (4) サービスの質の確保

保健医療サービスの質を確保するためには、3方向からの対策が採用された。

第1は、評価基準の作成である。評価基準は、国(保健省)が専門家等と協力して作成し、各州が実際のUSL、病院等のサービスに適用して評価を行うこととなった。

第2は、住民やボランティア組織の参加である。各USLや病院においては、内部に利用者の権利保護のための組織を設け、住民等の参加のもとで不適正なサービスについての情報を収集・分析し、さらに年に1回、サービス向上のための特別な会議を召集することとされた。また、利用者のための意義申し立て制度も整備された。

第3は、医師等の職員の資質の向上である。州、USLおよび病院は、それぞれ、大学、専門家の団体等と協力して、職員の再教育や研修を積極的に行うべきものとされた。

## V. おわりに

### 1. イタリアの医療の特徴—イギリスとの比較で—

代表的な公営医療システムを有するイギリスにおいても、イタリアに先立ち、1990年に医療改革が実施されている。イタリアの改革は、イ



ギリスの改革をひとつのモデルとしているが、当然のこととしてイタリアに独特な特徴もそこには存在する。両国の改革の比較を通じて、イタリアの医療の特徴を明らかにしたい。

(1) 改革の要因

まず、両国に共通する要因として、制度の非効率を挙げることができる。イギリスにおいて最優先課題とされたのは病院のウェイティングリストの解消であり、イタリアにおいても USL と病院の非効率性が最大の問題であった。ここで注意しなければならないのは、両国とも毎年の財源不足には悩まされながらも、医療費総額としては先進国中で低位の水準に留まっていることである(表4)<sup>15)</sup>。少なくともイタリアにおいては、医療費の抑制自体は改革の副次的な目的に留まり<sup>16)</sup>、制度の効率的な運用が結果的に医療費の抑制につながると考えられた。これは、公営医療システムとしての、共通する特徴と考えることができよう。

第2に、イタリアに独特な要因としては、USL の政治化、地方制度の中における USL の

位置づけの不明確性、財政責任の不明確性(特に国一州関係)等があった。これらは、制度の非効率の原因ということもできるが、その問題の深刻さゆえに、非効率と並ぶ、別個の改革要因といい得るものであった。国民保健サービス制度の創設直後から開始された見直しの議論も、主にこの問題に集中していたのである。

(2) 改革内容

イタリアの医療改革の主な内容は、IVから、① USL や病院の公企業化、補完基金制度の創設等による市場原理の一部導入、② USL の組織・構造改革、および③州への権限・責任の一元化を行ったものと整理することができよう。

まず、市場原理の導入は、イタリアおよびイギリスの両国に共通する特徴ということが出来る。イギリスにおいても、80年代から引き続き民間医療保険の導入が促進され、90年改革では、独立採算のトラスト病院の分離等の措置がとられた。この点においては、両国はきわめて類似している。しかし、イギリスが、サービスの購入者と提供者という形で保健当局と病院の役割分化を進め、その間に内部市場を構築したのに対し、イタリアでは、USL と病院の両者を公企業化するという方法が選択された。

すなわち、イタリアでは、公企業化された病院の役割はサービスの提供者として明確化されたが、USL は、一方では公企業化されなかった自らの病院等を通じて依然として提供者であると同時に、他方では住民の病院医療について公企業化された病院と契約を結んでサービスを購入する主体にもなった。この体制では、競争は主に公企業化された病院相互間や民間病院との間で行われ、病院と USL、あるいは USL 相互間の競争関係はあまり明確にはならないであろう。その意味で、競争原理の導入はかなり制限

表4 主要各国の医療費総額 (Total Health Expenditure) の対 GDP 比

	1980年	1985年	1987年	1990年
	%	%	%	%
フランス	7.5	8.6	8.6	8.8
ドイツ	8.4	8.2	8.2	8.8
イタリア	6.6	6.7	6.9	8.1
日本	6.5	6.6	6.8	6.7
スウェーデン	9.2	9.4	9.0	8.6
イギリス	5.9	6.0	6.1	6.0
アメリカ	9.2	10.6	11.2	12.2
OECD 平均	7.0	7.4	7.3	7.8

出典：1980, 1990：OECD, 1993, Vol. I, Table 1, (p. 18)。

1985, 1987：OECD, 1990, Table 1 (p. 10)。

的である。これは、次に述べるように、イタリアの場合には、効率化の追求が、市場原理の導入のみならず組織改革を通じてもなされており、特に USL の組織・構造改革が最優先とされた結果ではないかと考えられる。この点では、効率化を主に市場原理の導入によって追求したイギリスより、事態は少々複雑である。

第2は USL の組織・構造改革であるが、注目しなければならないのは、USL 自体が公企業化されたという点である。病院の公企業化は競争原理の導入と素直に結びつくが、USL 自体の公企業化は、前述のとおり、競争原理導入と直接の関係はない。これはやはり、USL 自体の政治化、非効率等の問題に対する解決策と位置づけられるものであろう。強力な事務総長の下、独立採算で民間企業と同様に経営管理を行う。いわば、半民営化することによって効率化を追求したものと考えられる。USL の公企業化は、国民の健康の、国による保障という国民保健サービスの理念と、効率性の追求との狭間のぎりぎりの選択であったのである。

第3は州への権限・責任の一元化であるが、これは、イギリスにおいて、国—地方保健当局 (Regional Health Authority) —地区保健当局 (District Health Authority) という保健当局側の組織構造に基本的な変更はなかったことと比較しても、イタリア独特の要因によるところが大きいことを示唆している。つまり、イタリアの医療改革が、前述のとおり制度の効率化を2方向から進めることとした結果、それを統合するものとしての役割が州に期待されるようになったものと考えられる。この場合、州に期待される第1の役割は、一部導入された市場や制度に要する費用についての経済面におけるコントロールであり、第2の役割は USL 等の組織

運営の指導・監督である。

実際、改革の内容をみると、まず経済面については、「収入は国に集中、支出は各 USL で分散」という責任のあいまいな体制を解消し、財政の責任を明確化して州に負わせた。次に、USL の運営に関しては、州—市町村—USL のあいまいな関係を解消して USL の指導監督を州の任務とした。もともとイタリア憲法の原則に従っても医療は州の管轄事項であるが (117 条)、今回の改革は、その意味では、単なる原則回帰ではなく、むしろそれ以上に、国民保健サービス制度運営の責任の所在を明確化して州に一元的に負わせるという、もっと積極的な意味を持つものとみることができよう。イタリア医療になお存在する地域格差に対する配慮からも、制度運営の単位としては、州が適正レベルと考えることができる。また、これは、州を中心とする分権化の促進という、現在のイタリアの行財政改革の流れとも一致するものである。

### (3) イタリア医療の特徴

以上から、イタリアの医療の特徴は、次のように整理できるのではないと思われる。

第1は、イギリスとも共通する公営医療サービスとしての特徴であり、その内容としては、①コストは比較的安い、しかし、②非効率であることが挙げられる。

第2は、イタリア独特のものであるが、国民保健サービス制度がなお定着への発展途上段階にあるということである。制度の創設からはまだ十余年を経過したにすぎず、社会にはなお旧制度の伝統的な体質が残存している。その点では、公営医療の実現から既に40年以上を経過したイギリスとは同列には論じられないものと思われる。制度の創設当初から多くの問題が噴出したということは、とりもなおさず、理念を現

実の社会に適用することの困難性を示すものであり、その間にはある程度の試行錯誤もやむを得ないのではなかろうか。その好例といえるのがUSLであり、今回の組織・構造改革は、経験による学習のひとつの成果であった。その意味では、今回の改革によっても、国民保健サービス制度がイタリアの保健医療制度として完成した姿に達したとは、なおいえないものと思われる<sup>17)</sup>。

## 2. 国民保健サービスの今後

最後に、国民保健サービス制度の今後の動向について考えてみたい。

第1に、今回の改革の帰趨であるが、カギを握るものは2つある。まず、USL改革に関しては、事務総長がその能力を発揮してUSL運営の効率化に成功するかがポイントである。すなわち、事務総長として優秀な人材を確保できるかがカギとなろう。次に州がその重大な権限と責任を全うできるかであるが、そのためには国と州の信頼関係の構築が必要である。国が「医療基金」の配分を適正に行い、州による制度運営の努力が適正に評価されることが重要になってこよう。

第2は、保健・福祉の連携の問題である。イタリアにおいても、障害者、老人、薬物常習者等を対象とした福祉サービス(社会的援助、Assistenza sociale)を、公的施策で行う必要性が増大してきているが、もともと78年法は保健・福祉の統合を目指して、福祉サービスとUSLによる保健医療サービスとの連携・調整についての裁量権を州に与えていた。それに基づき、一部の州では、通常のUSLに代わり、両サービスを一体的に実施するUSSL(Unità Socio-Sanitaria Locale)の設置が行われていた。しか

し、そのような州でも両者の連携は必ずしもうまくいかなかったため、「州に任せる」という78年法のあいまいな整理に代わり、保健・福祉の連携を法律上明確に位置づけ、両者の供給体制の一体的な整備を行っていくことの必要性を指摘する声も出ていた。

しかし、今回の改革では、「USLは地方自治体から委任を受けて社会的援助サービスを実施することができる」旨の規定が1項設けられたにすぎなかった(委任立法3条3項)。むしろ、USLの組織改革等は、純粹に保健医療サービスの実施の効率性を主眼として行われた感が強い。これは、やはり、国民保健サービス制度の効率化が急務として優先されたためであろうと思われる。保健・福祉の連携は、イタリアでは中央省庁のタテ割りの問題もあり(保健は保健省、福祉は内務省が主に所管。そのほかに労働社会保障省がある)、議論はされるもののなかなか進まない。今回の医療改革が軌道に乗れば、次は、国民保健サービス制度にとっても、福祉との連携が本格的な検討課題となろう。

最後に、イタリアは公営医療システムとしての国民保健サービス制度を、今後も維持していくであろう。そう考えられる理由は2つある。1つは、医療費の抑制のためには、やはり予算を通じてコントロールすることのできる公営医療制度が有効であると考えられることである。もう1つは、78年法で導入された国民保健サービス制度の理念が、国民の幅広い支持を得ていると考えられることである。国民保健サービス制度の見直しの議論の中には、当初から、民営化をより大幅に進め公的制度では最低水準の保障のみを行うという、ネオ・リベラリズム的な考え方も存在した。しかし、最終的に実現したのは、一部市場原理を導入しながらも、国民保

健サービス制度を生かした現在の改革であったのである<sup>18)</sup>。

注

- 1) 共済保険組織としては、最大の INAM (Istituto Nazionale per l'Assistenza Malattia, 1943年にそれまでの各組織を統合して発足した一般的なもの)をはじめ、ENP-DEDP (Ente Nazionale di Previdenza Dipendenti Enti di Diritto Pubblico, 公共企業体職員対象), ENPAS (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Stato, 国家公務員対象), INADEL (Istituto Nazionale Assistenza Dipendenti Enti Locali, 地方公務員対象), ENPALS (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Lavoratori Spettacolo, 興行関係者対象), 手工業者共済金庫, 商業者共済金庫等が存在し, 1977年においては30を数えた。一般に経済的に恵まれた職種の共済組織のほうが, 給付内容もやはり恵まれていた。無保険者数は, 250万人 (Corrente, p. 21) とともに, 450万人 (Garattini, p. 109) ともいわれる。
- 2) 国民保健サービス制度のもとでは, 病院は次の5種類に分かれる。
  - ① 公立病院 (Ospedale pubblico) : USL が直接運営を行う, もっとも一般的な病院。
  - ② 民間契約病院 (Casa di cura convenzionata) : USL と契約を行い, 住民に入院医療サービスを提供する民間の病院。医療費は入院日数に応じて支払われる。
  - ③ 研究診療施設 (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) : 高度医療研究施設として, 保健・科学研究両省が定めるもの。公立, 私立両者がある。地域の USL は契約の義務がある。
  - ④ 選別病院 (Ospedale classificato) : 大部分が宗教団体立のもので, 公立病院と同様に取り扱われる。
  - ⑤ 大学教育医療施設 (Istituti e cliniche universitarie) : 公立病院またはその一部分が, 教育訓練施設として, 大学と契約を行っているもの。  
 なお, 1968年法132号によって, 公立病院

のみが「病院 (Ospedale)」と呼ばれ, 民間病院は「療養施設 (Casa di cura)」と呼ばれることとなった。

- 3) USL の組織定員の凍結措置は1981年に (法律命令247号), 新採用の凍結措置は1983年に (法130号) 行われた。
- 4) Vicarelli の引用する保健省のデータ (1985) によれば, USL と契約している医師数は101,729 (家庭医57,365, 家庭小児科医3,397, 専門医22,923, 救急医18,044), USL の勤務医数は74,743である (Vicarelli, p. 367)。ISTAT によれば, 公立病院勤務の医師数は, 常勤61,863人, 非常勤24,270人である (1990) (ISTAT, 1993, Tavola 3.2, 3.3)。医学部卒業生数は毎年1万人程度おり (ISTAT, 1991-93, Tavola 4.18), 医師は, 全体として過剰の傾向にある。
- 5) 所得基準額は, 世帯構成員数に応じて定められたが, 1人で年収3,000万リラ, 2人で4,200万リラ, 3人で5,000万リラ (以下1人につき500万リラ増) であり, それほど高いものではなかった (100リラ=約7円)。
- 6) 例えば, 1990年法407号および1991年保健省令32号は, 免除対象者を, 基本的には慢性疾患罹患患者, 障害者および年金受給者に限定したが, 低所得者についても, 市町村に認定し免除する権限を与えていた。
- 7) 薬剤師連盟 (Federazione dei farmacisti) の推計によると, 1989年の薬剤費のうちの85%が, 人口の約25%にすぎない免除対象者によって消費されているという (Garattini, p. 26)。
- 8) その対策として, 1990年末の新協約によって, 専門医にも一定の小手術が認められるようになった。
- 9) ISTAT によれば, 公立病院勤務の医師のうち約3分の1が非常勤であるが, その数, 割合とも近年は減少しつつある (ISTAT, 1993, Tavola 3.2, 3.3)。なお, 公立病院職員の兼職は, 1991年法412号によって原則として禁止された。
- 10) 国民保健サービス制度関係の主な改正は以下のとおり。
  - ① 1985年12月23日法595号 : エイズ, 老人医療等の重点目標および病床数の基準等を定め

- る。
- ②1988年3月11日法67号：病院近代化，老人施設等のために，3年間で30兆リラの国庫補助を定める。
- ③1988年4月8日法109号：公立病院の人員基準を定める（増員）。
- ④1991年12月30日法412号：チケット制度や病床数の基準等の見直し，職員の兼職禁止等を定める。
- ⑤1992年11月14日法438号：チケット制度の見直し，拠出料率の引き上げ等を定める。
- 11) 各法案は以下のとおり（いずれも保健大臣の名を冠している）。
- ① Degan 案（1984）：USLの法人化等を意図したが，失敗。結局，1986年法4号で，USLの総会の廃止のみが実現した（本文III1.）。
- ② Donat Gattin 案（1987）：州の権限強化をねらったが，失敗。
- ③ De Lorenzo 案（1989）：Donat Gattin 案を拡充したが，失敗。今回の改革の原型といえる。1991年法111号で，USLの理事会を廃止する等の経過的改正のみが実現した。
- 12) 改革実現の背景については，年金改革についての拙稿（小島，1993および1994a）を参照されたい。
- 13) 当初のUSLの組織は，総会（Assemblea generale），理事会（Comitata di gestione）および事務局（Ufficio di direzione）であったが（本文II2.），その後次のように変遷している。
- ①1982年4月26日法181号：監査役会（Collegio dei revisori）の設置。
- ②1986年1月15日法4号：総会の廃止（本文III1.）
- ③1991年4月4日法111号：理事会の廃止と，保証人会（Comitato di garanti）および特別管理者（Amministratore straordinario）の設置。当初は1992年6月30日までの臨時措置とされたが，その後今回の改革の実施まで延長された。注11) ③参照。
- ④1993年4月28日法128号：保証人会の廃止。
- 14) 設立方法等について，年金基金と同様に定められる（委任立法9条）。年金基金については，拙稿（小島，1994b）を参照されたい。
- 15) 1990年前後からはイタリアについても増加の傾向がみられ，今後の注意が必要である。
- 16) 1992年法421号（授權法）は，医療改革の目的として，「国民保健サービスに与えられた資源の最適かつ合理的な利用，市民の保証による効率性の追求，分配の公正および医療費用の抑制」を掲げている（1条1項）。
- 17) イギリスにおいても，1985年に National Health Service 機構の各段階に総括管理者（General manager）を設置する改革が行われたが，期待どおりの成果はあげられなかったといわれている（バトラー，1994，pp.226-230）。イタリアはイギリスの後を追っている部分も多く，イタリアの独自性を明らかにするためにも，今回の改革の今後の推移に注視する必要がある。
- 18) 労働組合等も今回の改革を支持しているが，彼らは，決して「改革（Riforma）」とは呼ばず，「再編成（Riordino）」という用語を用いている。これは，78年法による国民保健サービスの実現こそが改革だったのであり，今回の改正は，その欠点を改めたものにすぎない，との認識に基づいている。

#### 参考文献

- 姉崎正平・池上直己編 1991 『世界の医療改革—政権交代は医療を変えるか—』頸草書房。
- ジョヴァンニ・ベルリングエル（大津真作訳，大津静夫監修）1981 『保健・医療改革の方向』三一書房。
- ジョン・バトラー（中西範幸訳）1994 『イギリスの医療改革，患者・政策・政治』勁草書房
- Colozzi, I, 1988 "Le strutture della salute," in ISTAT, *Immagini della società italiana*.
- Corrente, E. 1993 *Sanità previdenza pubblico impiego*, Fisos-Cisl.
- 藤川鉄馬 1980-82 「イタリアの「全国医療機構」」『国際社会保障研究』Vol. 25-29.
- Garattini, L. 1992 *Il SSN : Organizzazione, servizi, finanziamento*, Kailash Editore.
- ISTAT 1991 *Annuario statistico italiano 1991*.
- ISTAT 1992 *Annuario statistico italiano 1992*.
- ISTAT 1993 *Annuario statistico italiano 1993*.

- 片桐由喜 1994 「イギリス医療保障制度の現状と課題—国民保健サービスの特徴とその変遷—」『日本社会保障法学会誌』Vol. 9。
- 小島晴洋 1993 「イタリアの年金改革の動向(上)(下)」『ジュリスト』No. 1031-32。
- 小島晴洋 1994a 「イタリアの年金と高齢者の生活」『海外社会保障情報』No. 106。
- 小島晴洋 1994b 「新しい段階を迎えたイタリアの年金制度」『日本労働研究雑誌』No. 410。
- 厚生省保険局企画課 1992 『欧米諸国の医療保障』社会保険法規研究会。
- 久保田章市 1980 『最新・欧米医療保障事情』社会保険実務研究所。
- 松井和子 1988 「イタリアの医療制度改革」『海外社会保障情報』No. 85。
- Ministero dell'Interno, Direzione generale dei servizi civill 1987 *Servizi socio-assistenziali e sicurezza sociale in Italia.*
- 中泉真樹 1993 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズムについて」『海外社会保障情報』No. 104。
- OECD 1990 *Health care systems in transition (OECD Social policy studies No. 7).*
- OECD 1993 *OECD Health systems (OECD Health policy studies No. 3).*
- Persiani, M. Bellini, V. Rossi, F. P. 1979 *Il servizio sanitario nazionale, Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, Zanichelli.*
- Persiani, M. 1993 *Diritto della previdenza sociale, CEDAM.*
- 社会保障研究所編 1987 『イギリスの社会保障』東京大学出版会。
- 須田和子 1981 「イタリアの保健医療改革」『季刊社会保障研究』Vol. 17 No. 1。
- Vicarelli, G. 1988 "Il personale della salute," in ISTAT, *Immagini della società italiana.*
- (こじま・せいよう 社会保障研究所主任研究員)

## 国際社会保障協会 (ISSA) の概要と活動

松 田 将

するものといえよう。

### 1. ISSA の概要

#### (1) ISSA とは

ISSA (International Social Security Association: 国際社会保障協会) は、1927年に設立された国際機関で、世界各国の社会保障事業に携わる政府機関や非政府団体等を会員とし、会員の活動に関する情報交換や会員相互の技術的援助、社会保障に関する調査・研究活動等の推進を通じて、社会保障の保護、増進および発展を図ることを目的としている。

会員は、正会員と準会員に区分され、政府部局、中央機関、全国的連合体は正会員として、その他の全国的非営利団体は準会員として、ISSA に加盟する資格を有する。1994年現在、世界127カ国から331の政府機関、団体が会員（正会員242、準会員89）となっている。我が国からは社会保険庁、労働省のほか、関係の12団体が会員となっている。

会員の属する各国の社会保障制度の普及発展の程度は、その国の社会経済の発展状況を反映して、一様ではないが、社会保障のそれぞれの発展段階で直面する問題には共通点があり、ISSA は、先進国の経験を途上国が学んだり、先進国間で共通する問題につき意見交換を行ったり、会員が相互に学び合う場を提供することによって、世界の社会保障の発展に貢献しようと

#### (2) 組織・財政

ISSA の機構は、総会、評議員会、役員会および事務局から構成されている。すべての正会員が出席する総会は3年ごとに開催されるが、最近では1992年にアカプルコで開催され、1993～95年の3カ年間の活動計画および予算の承認が行われると共に、1990～92年の3カ年間の研究調査活動等の報告が行われている。なお、次回総会は1995年、ジャカルタで開催予定である。事務局本部はジュネーヴに所在し、アフリカ(アビジャン)、アメリカ(ブエノスアイレス)およびアジア太平洋(ニューデリー)の各地域に地域事務所が置かれている。ヨーロッパ地域には、地域事務所は設置されていなかったが、東欧諸国の市場経済化等に伴い、東欧の会員等から技術援助のニーズが高まるなど、事務所設置の必要性が認識されている。現事務総長はアメリカ社会保障庁出身のホスキンス氏(1990年10月就任)である。

ISSA の予算は、1993年で約700万スイスフラン(約5億円)となっており、財源は、会員の分担金(正会員は、その所管する被保険者数を基準に算出されるポイント数に応じて負担)、ILOからの拠出金、出版物売上収入等で構成されている。ただし、上記予算は、いわば通常予算に当たり、この他に、後述する各種会議やト

レーニングコースについては、ホスト国の会員が相当部分を負担するなど、会員の任意拠出金により ISSA の活動は支えられている。

## 2. ISSA の活動

### (1) 3つの活動分野

ISSA の活動は、技術活動、地域活動およびリサーチ・資料活動の3部門に大きく分けられる。これらの活動は相互に関連し合っているが、技術活動は、社会保障の各部門に特有な問題または共通する問題ごとに設置されている10の常設技術委員会を通じて、世界レベルで調査研究を行い、その結果を会員に還元するものである。地域活動は、アフリカ、アメリカ、アジア太平洋およびヨーロッパの各地域において、それぞれの地域のニーズに応じて、各種の会議や会員団体の職員の資質向上を目的としたトレーニングコースやセミナーの開催等である。なお、本年5月、日本で初めてアジア太平洋地域のトレーニングコースが開催されている。リサーチ・資料活動として、ISSA は社会保障の発展やトレンドに関し分析を行うと共に、各国の社会保障に関する情報の収集およびこれを取りまとめた出版物の発行等を行っている。

### (2) 最近の活動状況

#### (重点プログラム)

ISSA の活動は、3カ年計画で運営されているが、ISSA は、1993～95年の活動期間において優先的に実施すべき事業として次の4つのプログラムを定めている。

#### ① 社会保障事業担当者に対するトレーニングの充実

地域活動の中で、定期的にトレーニングコー

ス等が実施されているが、特に中堅職員にターゲットを置いたハンドブックやマニュアルの作成等トレーニング機材の開発に優先的に取り組んでいる。

#### ② 社会保障のデータ処理、管理技術関連活動の強化

「社会保障分野のデータ処理に関する国際会議」を開催（本年6月）したり、会員に対する情報提供や技術的援助を効果的に行うため、情報収集やトレーニング・セミナーの開催など、データ処理関連活動を強化している。

#### ③ ISSA 事務局の情報収集能力の強化

ISSA と ILO で共同して、「国際社会保障情報システム」（社会保障に関する法制、出版物等のデータバンク）の開発に取り組むと共に、各国の情報提供者ネットワーク（現在世界に200人以上）の拡大等を図り、ISSA 事務局の情報収集能力の強化に取り組んでいる。ISSA が収集した情報は、「Trends in Social Security」（毎年2、3回発行）や「World Bibliography of Social Security」（年2回発行）等で定期的に発表されている。

#### ④ 予防活動の促進と統合

これまで労働災害等、一部の分野に限定されていた予防活動を、交通、スポーツ等の分野に拡大し、さらには健康なライフ・スタイルの確保という高次の目的を実現するため、予防活動関連事業を強化している。

#### (調査・研究の状況)

以上で、ISSA の活動を概観してきたが、最後に技術活動としてどのような調査、研究に ISSA が取り組んでいるか主要なものを紹介しよう。

#### ① 失業保険および雇用確保

特に途上国（多くの国で失業保険は未整備）



および中・東欧地域における失業者数の増大を踏まえ、失業者に対する所得保障が課題となっており、失業保険制度化の際の最低条件や財政措置の在り方、また、職業紹介サービスの組織化等につき研究を進めている。

②老齢、障害および遺族保険

障害状態の決定システム、補足年金（企業年金）および移民労働者に対する社会保障を主要課題として検討を進めている。障害の決定については、障害が一時的なものか恒久的なものかの決定、年齢や労働条件の障害状態への影響、障害の再確認の手続、さらには、障害保障として年金に代わる代替策（保護雇用（sheltered employment）等）を中心に研究を進めている。補足年金については、世界各国のさまざまなタイプの補足年金の起源や機能について分析を行うと共に、年金権の移転問題等につき検討を行っている。移民労働者については、世界的規模の移民現象を踏まえ、移民労働者と社会保障の問題を総合的に検討するため、昨年、ストックホルムで研究会議を開催すると共に、作業グループで1995年のISSA総会に報告を行うべく研究を進めている。

③医療保障および医療保険

ヘルスケアにおける予防と健康教育の統合についての各国の状況の調査、健康の維持・増進における社会保障と公衆衛生の役割等につき研究を進めると共に、薬剤について、保険負担の有無、使用量の相違等につき各国の状況の比較分析を行っている。

④家族手当

家族手当の財源について、保険料主体とする国と税金主体とする国があるが、その財源措置が採られた理由、背景、また両者の長所、短所につき研究を行っている。また、女性の労働市場への進出を踏まえ、家族給付に対する新しいニーズがどの程度あるのか、さらに現金およびサービスそれぞれの形態の家族給付の役割等につき検討を進めている。

⑤統計・数理問題

所得代替率（replacement ratio）について、所得はグロスかネットか、最低年金か最高年金か、新規年金裁定者か全年金受給者の平均か等、その捉え方が一様でないことから、国際比較が困難となっているが、統一的な定義に基づき比較が可能となるよう検討を行っている。

（まつだ・すすむ

在ジュネーブ国際機関日本代表部一等書記官）

## スウェーデンにおける過疎地域の動向

高野 和良

### 1. はじめに

日本社会の現実と比較した場合、スウェーデンが充実した社会福祉サービスの水準を維持し得ている事実はあらためてここで指摘するまでもない。日本社会の高齢化が急速に進行し、このような状況への対応が求められている現在、ひとつのモデルとしてスウェーデンの先進的な諸制度を検討し、個別制度の比較検証を行うことはきわめて重要でかつ必要な作業であると考えられる。

しかしながら、これまでのスウェーデンの高齢者社会福祉サービスの情報は、都市地域でのものが中心であったことは否定できない。その理由として、日本社会では都市地域の高齢者の実数や彼らが必要とするサービスの量的な大きさのために、都市高齢社会の問題が中心的な課題として位置付けられてきたことが指摘できるであろう。そこでは、おのずから必要とされる情報も都市型の社会福祉サービスに重点が置かれるものと考えられる。

しかし、その一方で日本の過疎地域の高齢者が極限状態に置かれていることも事実であり、実際に社会福祉サービスを担う人的資源の確保の問題をはじめとして、都市地域と同一のあるいは同水準のサービスを維持することが困難な事態を招来している。もちろん都市高齢者が十

分なサービスの提供を受けているとは必ずしもいえないが、この格差はきわめて深刻である。そこで、これをどのようにして解消し得るのかが検討されなければならないが、そのための予備的作業として、果たしてこのような問題設定自体が日本社会特有のものなのか、社会福祉サービスの先進国であるスウェーデンではこのような問題が生じているのかいないのかを、検討しておくことも必要であろう。

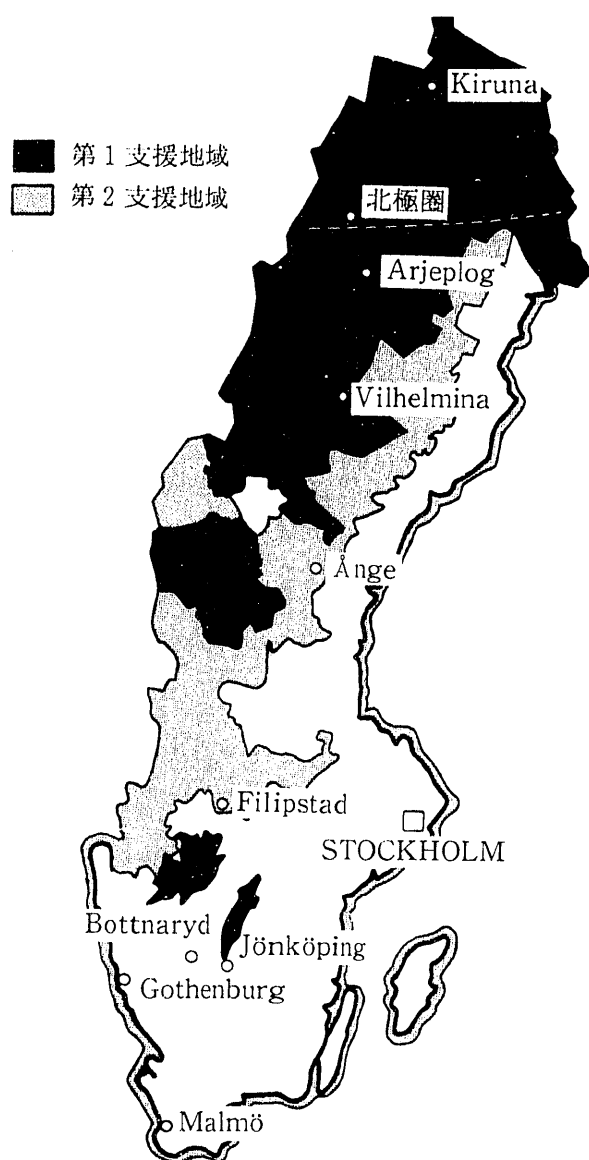
以上のような問題関心にしたがって、本稿ではスウェーデンの過疎地における高齢者社会福祉サービスの現状のごく一端を紹介すること<sup>1)</sup>を試みる。

### 2. スウェーデンの「過疎地」の現状

スウェーデンにおける過疎地域<sup>2)</sup>対策は、1960年代の半ばにまでさかのぼる。当初の目的は、人口密度の過小な地域に競争力を保持した経済的基盤を創出することにあった。

スウェーデンの過疎地域対策の基本的な目標は第1および第2支援地域 (Support Zones 1 and 2) と呼ばれる2つの地域の開発であるとされる。ここで、簡単にこの支援地域の状況をみておこう。

1991年時点で、図1のように支援地域はスウェーデンの総国土面積のおよそ60%を占めているにもかかわらず、人口は総人口のわずか2%



出典：〔Glesbygdsmyndigheten, 1992, p. 3〕

図1 支援地域の分布

ほどに過ぎない。人口密度<sup>3)</sup>は、スウェーデン全体で21人/km<sup>2</sup>（日本は327人/km<sup>2</sup>）であるのに対して、第1支援地域ではわずか1.3人/km<sup>2</sup>、第2支援地域では7.2人/km<sup>2</sup>（日本の過疎地域は45人/km<sup>2</sup>）に過ぎない。このことは、約27万 km<sup>2</sup>の過疎地域に約17万人の住民が点在していることを意味している。日本の場合は、総人口（平成2年国勢調査）に占める過疎地域市町村の人口（約808万人）の割合は6.5%、国土総面積に

占める過疎地域市町村の面積（約18万 km<sup>2</sup>）の割合は47.7%〔国土庁地方振興局過疎対策室，1994，p. 27〕である。このような数字のみで判断することは厳に慎まなければならないが、単純な比較をみてもスウェーデンの地域対策の困難さが推測される。

現在の過疎地域対策は、交通、教育、社会福祉サービスなどの各領域の地域的な均衡を、次のような手段を用いて達成することを目指している。すなわち、教育や社会資本の整備を目的とする財政援助や、支援地域に投資を行う企業に対する補助金交付である。この補助金の使途については、基本的に過疎自治体の裁量に委ねられており、これをもって、社会福祉サービスの地域的な格差が解消されることが期待され、実際に高齢者を対象とする社会福祉サービスについては、各自治体間の差はほとんど存在しないとされている。

一方、日本の過疎地域は「人口の減少が引き続いているばかりでなく、高齢者の割合が多く、若者の割合が少ない等、人口の減少に伴って地域社会の活力が低下している」〔国土庁地方振興局過疎対策室，1994，p. 9〕現状にあるとされている。しかし、単に過疎地域といった場合、それがどのような状態を指しているのか、あるいはどのように定義するかは、きわめて困難な問題であり、新過疎法に規定されている人口もしくは財政力を基準とした要件に従わざるを得ないのが実情であろう。しかしながら、この新過疎法によって展開された道路の整備、各種施設の建設や企業誘致といった、経済的な発展を重視する過疎対策が根本的な解決策として機能し得ない事態に対して、すでに指摘<sup>4)</sup>されているように、過疎地域住民の意識の側面を重視する対策が要請されているものと考えられる。地域

開発はもちろん重要であるが、過疎地域住民の孤独感や役割喪失といった側面から過疎を考えた場合、この問題がすぐれて社会的な課題であることが理解されるものと思われる。

以上のことをふまえて、スウェーデンにおける農業政策の展開を簡単に整理しておこう。なぜなら、過疎問題は日本社会の現実をみるまでもなく、農業の動向を抜きにして語ることはできないからである。

### 3. スウェーデンの農業政策

ここで、スウェーデンの農業政策と過疎化の問題について簡単な整理<sup>5)</sup>を行っておきたい。

スウェーデンの農業政策は、1930年代から1950年代にかけて、一貫して経営規模の拡大を指向してきた。一方でこの時期は、工業部門の急速な発展にともなう高度経済成長が実現された時期でもあった。このような状況は、労働力を都市地域の工業部門が吸収する過程でもあったために、必然的に労働力の逼迫をまねき、農村地域から都市地域への大規模な人口移動が引き起こされた。同時に、トルコ、旧ユーゴスラビア、フィンランドなどからの外国人労働者の受け入れも行われたのである。

これによって、都市における過密と農村地域の過疎化状況が同時に進行したために、1970年代に入ると、政府は都市地域に集中した人口の農村地域への移動を促した。しかしながら、この政策は、十分な成果をあげることができなかった。これには、次のような原因が指摘されている。すなわち、政府は農家の安定的な経営を目指して規模拡大を政策目標としてきたために、たとえば、10戸ほどの小規模な農業集落において、このなかの1～2戸が大規模化を計画

した場合、その他の小規模農家の経営を圧迫する可能性を回避し得なかったのである。このような事態は、結果的に大規模化を図れなかった層の流動化を招来し、都市地域への移動を一層加速し、さらに過疎化が進行することとなったとされる。

1980年代になると、政府は新たな政策を試みるようになってきた。その主なものは、都市住民に農村での生活の機会を提供する「グリーンツーリズム」の推進や、工芸品の製造などの小規模な地場産業の奨励であった。もちろん、この背景には、大規模な産業開発を実施するには、交通をはじめとする社会資本の整備が不十分であったことも指摘されている。

さらに、近年、共通市場の動向をにらんだ農業重視政策が展開されるようになった。域内の「食物工場」としての地位を得るためには、農業の競争力を確保する必要がある。よって、農業の経営規模の拡大や合理化をさらに促進することが求められたのであった。実際に、農業がきわめて非効率的に経営され価格も高いことが指摘されたのである。しかし農業者側からは、大規模化を図るには根本的に労働力が不足していること、したがって所得水準の向上、休暇の確保などの生活水準の上昇によって労働力の確保を図ることが必要であり、大規模化、効率化には限界があることが主張されたのであった。

一方で、過疎地域の高齢化の進行にともなって、政府は高齢者対策の一環としても、農業の重要性に注目するようになった。過疎農村地域への定住を可能とする条件を整備し、高齢者のみならずその後継者世代までも視野に入れた家族農業の維持が課題となってきたのである。これは、農業の大規模化に対するひとつの対抗策として、また、地域社会の持続性を保障する手

段として、大きな機能を果たしつつあるとされている。

以上のように、スウェーデンの農業政策は、高齢化の進行や国際情勢の変化といった構造的な変動に対して、地域社会の維持を基本とすることを明白に掲げ、そのことが結果的に高齢者対策として機能しているものと考えられる。しかし、高齢者世帯の増加はサービスへのニーズの増加を意味しているが、農業政策のみでは限界があることも明らかである。そこで、次に高齢者福祉サービスの現状について簡単にふれておこう。

#### 4. 社会福祉サービスの特徴

それでは、スウェーデンの過疎地における高齢者福祉サービスにはどのような特徴を見出すことができるだろうか。

そこで、先に述べた支援地域には含まれないが、スウェーデン中南部の都市イェンシェーピン (Jönköping) 近郊の人口1,240人 (1990年現在)、高齢化率17%の小規模な農村地域ボットナリ (Bottnaryd, 図1参照) の高齢者施設の事例を簡単にみておこう。

周知のとおり、現在のスウェーデンの高齢者福祉施設は、以下のように分類されている。(1)「老人ホーム」は、1970年代に建設が進められた施設であり、10 m<sup>2</sup>程度の占有面積で、シャワーなどは共有の場合が多い。現在、改築が行われつつあり、30~40 m<sup>2</sup>の占有面積で簡易キッチンなどが設置されるようになった。(2)「ナーシングホーム」は、エーデル改革によって地方自治体に移管され、現在、多床室 (大部屋) の個室化が図られている。(3)「サービスハウス」は、老人ホームに代わる施設として、70年代の終

りから建設がはじめられ、居室は1~2 DKほどの広さである。1980年代に急速に建設が進められてきたが、主として痴呆性高齢者の増加が原因であるとされている。(4)「グループホーム」は、新しく建設される施設の中心となっている。

それぞれの個別の特徴については、すでに多くの紹介がなされているのでこれ以上立ち入らないが、各種施設の建設が困難な過疎地や、農村地域においてはサービスハウスが有効に機能しているようである。その理由として、サービスハウスには、当該地域を担当するホームヘルパーの事務所や、地域社会に開放された各種施設が併設され、それらの連携が確保されていることが挙げられる。たとえばボットナリでは、デイセンター、給食サービスを行うレストラン、足治療室といった施設が、入所者のみならず移動サービスの充実とあいまって、在宅高齢者の生活をも保障しているようであった。また、サービスハウスは地域住民の生涯学習・社会教育の場としても機能しているようであった。

さらに、施設を中心としたサービスの提供とならんで、過疎地における特別な社会サービスとして、あまり一般的ではないが郵便配達人による高齢者世帯に対する安否確認などが行われている。このようなサービスは各自治体で試みられているが、基本的には、道路などをはじめとする社会資本の充実を図ることによって、ホームヘルプなどの基礎的サービスを容易に提供し得る社会環境を整備することに目標が置かれていると考えられる。

それでは、各自治体において、サービスの格差が生じないのはなぜであろうか。この理由として挙げられるのは、ひとつには各自治体に交付される補助金による財源の保障である。本稿では、補助金による中央のコントロールと分権

化との関係について検討する余裕はないが、各自治体の広範な裁量権の保障と、自治体間の競争によるサービスの質の向上といったスウェーデンの実践は、特筆されるべきものと考えられる。

また、人口の偏在は過疎地だけではなく都市地域にも影響を及ぼしていることはいうまでもないが、このことを、女性高齢者などに注目して指摘しておこう。

スウェーデンの大半の農村地域では、冬期には多量の降雪に見舞われる場合が多く、道路などの整備が進められているとはいえ、過酷な環境に置かれているものと考えられる。かつて男性は、農閑期の冬期であっても狩猟や木彫などに生きがいを見出すことができたが、女性にはそのような場あるいは機会が乏しく、結果的に都市地域への女性の「出稼ぎ」が行われていた。もちろん、日本の場合と同様に現金収入を得ることが目的であったともされているが、70年代以降の女性の高学歴化や税制の影響もあって、冬期のみ「出稼ぎ」ではなく、後継者世代の流出が起こったといわれる。この結果、現在の農村地域の高齢者層では、女性の割合が低い場合が多くみられることとなった。これは都市地域に居住する高齢者では、独居の女性数が多いことのひとつの理由でもある。

また、スウェーデンはかつてアメリカ合衆国などへ多くの移民を送り出した歴史をもつが、現在は人口のおよそ10%が外国籍といわれるまでに、移民を受け入れている。また先に述べたように、高度経済成長期の移民労働者の定住化などによって、都市地域における「移民」高齢者の増加がみられるようになっている。この文化的背景の異なった高齢者に対しても各自治体によって多様なサービスが提供されている。ス

ウェーデン語による意思表示が困難な高齢者については通訳サービスが行われている例もあるという。

高齢者が増加することについての危機感は社会のあらゆる部分でひろく語られるが、実際には女性や移民といった、高齢者層のなかの特定の集団がその割合を高めていくことの意味を考慮する必要があるだろう。どのような属性をもつ高齢者が増加しているかという問題は、日本社会においてもさらに検討されなければならないと考えられる。

## 5. おわりに

以上本稿では、きわめて雑駁ではあるが、スウェーデンの過疎農村地域における社会福祉サービスを取りまく状況の紹介を試みた。

冒頭にも述べたように、こうしたスウェーデンの試みを、日本社会の問題に引き寄せたうえで比較検討することから多様な示唆が得られることは言をまたない。したがって、さらに詳細な分析が必要であることはいうまでもないが、ここでは十分に行う余裕はない。しかし、本稿にもしも結論めいたものを求めるとするならば、高齢化社会状況を単に個別の社会福祉サービスの領域にのみとどまらず、社会構造的な変動をふまえたうえでの検討があらためて要請されているということである。

### 注

- 1) 筆者は、社会保障研究所平成5年度研究員海外派遣制度によって、1994年2月にスウェーデンで、高齢者を対象とする社会福祉サービスの現状について情報を得る機会を与えられた。本稿の記述は、その際の聴取資料などに拠っている。

- 2) ここでいう「過疎地域」とは“sparsely populated areas”を指しており、「希薄人口地域」というべきであるかもしれない。したがって、この用語には、日本の新過疎法(過疎地域活性化特別措置法)で示された財政力や人口の短期間での急激な減少といった定義は与えられていない。スウェーデンの状況について「過疎」という用語を使用することは適切ではないとも考えられるが、ここでは混乱を避けるため、あえて「過疎」を用いている。
- 3) 日本の人口などは、平成2年国勢調査による。
- 4) [安達, 1970], [乗本, 1989]などを参照のこと。
- 5) 以下は、LANTBRUKARNASRIKSFÖRBUND (Federation of Swedish Farmers), およびスウェーデン農林省などでの聴取をもとに記述したものである。

#### 引用・参考文献

Glesbygdsmyndigheten (National Rural Area

Development Authority) 1992 “WHERE THE ROAD ENDS”

Statistiska centralbyrån 1992 “Tätorter 1990 Befolkning och areal i tätorter och glesbygd Reviderade uppgifter” (Localities 1990 Population and area in urban and rural areas Revised Figures)

—1993 “Jordbruksstatistisk årsbok 1993” (Yearbook of Agricultural Statistics 1993)

—1993 “STATISTISK ÅRSBOK FÖR SVERIGE 1994” (Statistical Yearbook of Sweden 1994)

安達生恒 1970 「過疎の実態：過疎とは何か、そこで何がおきているか」、『ジュリスト』455, 有斐閣

国土庁地方振興局過疎対策室(監修) 1994 『平成5年度版 過疎対策の現況』

乗本吉郎 1989 『過疎再生の原点』, 日本経済評論社

(たかの・かずよし 社会保障研究所研究員)

## 杉本貴代栄著『社会福祉とフェミニズム』

(勁草書房, 1993年)

渋谷 敦 司

本書は、著者杉本氏が1985年に有斐閣から出版した『アメリカ女性学事情』の続編といえる。前著の副題が「レーガン政権下の福祉社会」となっていたように、著者の問題意識は、以前から、女性の立場からアメリカの社会福祉の実状を検討するというところにあった。今回の著作では、女性学、フェミニズムの視点からの社会福祉研究の理論化がより体系的に目指されている。また、両著に共通する問題領域としては、アメリカにおける働く女性と保育の問題が挙げられる。前著では80年代初頭のアメリカの保育事情がルポルタージュ風に紹介されていたが、本書では保育問題がフェミニズムの視点からの社会福祉研究の展開、社会福祉理論におけるフェミニスト・パースペクティブの形成にとって最重要の論点として位置づけられている。「社会福祉をフェミニズムの視点で再考するということ」(はしがき)は評者自身の問題意識でもあるので、本書の出版を契機にして日本の社会福祉研究の分野でフェミニズム理論の問題提起が正面から受けとめられることが期待される。

本書は3部構成となっている。第1部には、「社会福祉とフェミニズム」というテーマに沿って序論を含めて4つの論文が収録されている。本書のメイン・タイトルどおりの内容を持つこの第1部が、今回の著作の特徴となっており、本書の理論編を構成しているといえる。ま

ず、序論では、学問諸分野におけるフェミニズムの視点、女性の視点からの理論的再検討が進展したアメリカにおいて社会福祉研究、実践についてもフェミニズムの視点の重要性、必要性が幅広く認識されるようになったということが述べられる。それと比較すると日本では社会福祉の見直し、社会福祉論のパラダイム転換が盛んに論じられながらも、「フェミニズムをその『方法』とすることの主張はほとんどない」という現実が指摘される。そのようななかで、現在の日本における高齢化社会の進展、出生率低下の継続、女性労働の実状、「家」意識を背景とした公私の根強い性別役割意識の存在は、フェミニズムによる社会福祉の再検討を緊急の課題としていると著者は指摘する。

第2章「女性学の挑戦とその影響」は、アメリカの女性学の展開についての概観である。第3章「フェミニズムによる研究の軌跡」でアメリカにおけるフェミニズム視点からの社会福祉研究の展開が概観される。1970年代以降、社会学などの領域において、従来の理論に内在するセクシズム(性差別主義)、男性中心主義的傾向が指摘され、女性の体験、女性の視点を重視することの必要性が議論されてきたが、それと同様の展開が社会福祉研究の分野でもみられたことが、専門雑誌に掲載された論文テーマの変遷などを素材に紹介されている。また、70年代に



は主に研究・実践における性差別主義の批判とこれまで埋もれていた「女性に関する問題」の発掘が行われたが、「社会福祉の構造自体をフェミニズムの視点により再検討すること」(47頁)が本格化するのは80年代以降であるということが指摘されている。

そこで注目されている理論動向は、フェミニズムの視点からの福祉国家批判の試みである。第4章「フェミニスト・パースペクティブの構築へ向けて」は、このような福祉国家理論の動向を紹介したものである。そこでは、ジェンダーという要素を無視した従来の理論が批判され、ジェンダーの視点を欠いた福祉理論が女性の直面する問題を軽視してきたという問題が指摘される。著者は、80年代から、社会福祉政策が内包しているセクシズムについての批判的分析が出現するようになったと述べ、特に、80年代後半以降のフェミニズムによる「福祉国家」批判の展開に注目する。そこで紹介されている理論は、「家族倫理」(family ethic)概念を軸にしたミミ・アブラモビッツ(Mimi Abramovitz)の理論と、「家父長的必然性」(patriarchal necessity)という概念を用いたドロシー・ミラー(Dorothy Miller)の理論である。

アブラモビッツの「家族倫理」とは、男性を勤労による「自立」へと追い立てる「勤労倫理」に対応して、女性に家庭や地域でのいわゆる女性役割を担わせるように誘導する規範、イデオロギーであり、性別役割を再生産するイデオロギーである。このようなイデオロギーが社会福祉政策には内在しているというのがアブラモビッツの主張である。ミラーの理論も、「社会福祉システムの家父長的機能」を論じることで、ほぼ同様の主張を展開しているものとして紹介されている。そして、社会福祉研究におけるフェ

ミニズム・パースペクティブの形成に向けた理論的課題として、社会福祉政策の基底に横たわる家族観、女性観の問い直しの作業があることが指摘される。具体的な政策分野の分析としては、女性と子どもに関わる政策、貧困、労働、保育などの問題の分析が優先的な課題となると著者は考えている。

第2部「働く女性と保育」、第3部「家族と社会福祉政策」に納められた諸論文は、このような政策分野、問題領域についてのアメリカの現状を概観したものである。第2部の諸論文を通じて、アメリカにおける女性労働をめぐる保護と平等についての政策動向、女性運動団体の対応、そのなかで出産、育児の問題が政策的にどのように位置づけられてきたかということ、現在の保育問題、保育政策の現状が紹介される。この概観を通じて、読者は、アメリカが保育政策という点で先進諸国のなかでも例外的な後進国であるという現実、伝統的な保育観、それを支える伝統的な家族観、性別役割意識の存在の問題を知ることができるであろう。第3部では、このように子育てが女性の役割として政策的に維持されている結果もたらされている問題として、「貧困の女性化」という現象が位置づけられ、検討されている。そして、このような問題を男女平等という立場から解決していくものとして、「家族政策」の重要性が注目されている。

以上のように、本書は、フェミニズムの視点から社会福祉政策を批判的に再検討する必要性を提起し、その中心的論点に保育問題と女性の貧困問題を位置づけ、それらとの関連で「家族政策」の理論的位置づけが重要であることを、アメリカの理論、政策動向を紹介するなかで指摘している。著者が指摘するように、社会福祉の理論研究においてフェミニズム理論の展開が

あまりインパクトを持ちえていない日本において、本書のようなアメリカの状況の紹介は重要な問題提起の役割を果たしうるであろう。しかし、「社会福祉とフェミニズム」という本書のメイン・テーマについての理論動向の整理、著者自身による展開という点では、今後課題を持ち越したという印象が残る。

書き下ろし論文を中心にした第1部についても、アメリカの2人のフェミニスト理論家の概略的紹介だけではフェミニズムの視点からの社会福祉政策の構造的分析の枠組の整理としては不十分だろう。第2部、第3部でのアメリカにおける保育政策の歴史、家族をめぐる政策論争の展開過程についての説明も、著者が以前から紹介してきた現状の概説の域を出ておらず、フェミニズム理論を分析の軸に据えた政策分析とはなりきっていないのではないだろうか。著者は、「構造的性差別」との関連で「貧困の女性化」という現象に注目し、「フェミニスト福祉政策」の必要性を指摘しているが、アメリカにおける「社会福祉政策」、「家族政策」を歴史的、構造的に分析するという点では、今後多くの課題を残したものとなっている。

一般に政策分析をする場合に、国家、資本の論理とともに、社会運動主体の側の論理、実践の批判的な検討が必要である。本書では、そのような運動主体としてのアメリカ女性運動についての批判的な分析が不十分である。現在のそのようなアメリカの社会福祉状況の独自性をもたらした要素として、女性運動のアメリカ的特質というものも注目する必要があるのではないだろうか。社会福祉の家父長的機能とか、社会福祉政策における構造的差別ということを抽象的、一般的に指摘するだけでは、この問題は解明されないだろう。北欧、ヨーロッパ諸国のフェミ

ニズム理論の展開の中での福祉国家研究やそれらの諸国における女性運動の展開と比較しつつ、アメリカの女性運動の歴史とフェミニズム理論の特徴についてより批判的な検討を加える必要があるのではないだろうか。

具体的には、保育問題、家族の諸問題についてアメリカのフェミニズム理論とフェミニズム運動がどのような関わり方をしてきたのかを歴史的に分析することが求められていると評者は考えている。ニクソン大統領をはじめとして、公的保育施策充実のための保育法案に反対してきた歴代の保守政権の論理はこれまでも多くの論者が問題としてきたが、子育てという家族の中心機能への国家の介入に対して運動主体、とりわけアメリカの女性運動がどのような立場をとってきたのかについて、アメリカのフェミニズム理論の動向と関連させて検討する必要があるだろう。つまり、「保育政策なきアメリカ社会」(152頁)をもたらした要因の1つとして、政策主体サイドの論理だけではなく、女性運動の理論、戦術の問題も検討する必要があるということである。それは、70年代から80年代にかけての「家族政策」論議の分析についても必要な作業であると評者は考えている。

評者自身は、杉本氏の前著が出版された1985年に上記のような作業を行うためにアメリカに行き、保育関係諸団体、女性運動団体、労働組合などの関係者にインタビュー調査を行った。ちなみに、その留学時に日本から携えていった本の1つが氏の前著『アメリカ女性学事情』であった。その時の調査の私の問題意識の1つは、なぜアメリカの女性運動は保育問題について無関心なのかということであった。「無関心」というと語弊があるが、少なくとも、「産まない自由・権利」を擁護することと較べると、産むた

めの条件整備についてアメリカの女性運動は主導的役割を果たしてこなかったのではないか、それはなぜなのか、ということを経験の私は考えていた。

1980年代初頭には、NOWの創設者であり、アメリカにおけるフェミニズム運動のきっかけをつくった当事者であるベティー・フリーダン自身がそのような疑問を提起し、論争をまきおこしていた。その時の中心的論点が「産む権利」の保障ということであった。1980年代半ばから本書でも触れられている出産・育児休暇を保障するための連邦法を実現するための法案提出活動が議会で活発になっていた。それと並行して、70年代に幾度となく葬り去られた保育法案を提出する動きも活性化し、「児童防衛基金」(Children's Defence Fund)などの児童福祉、保育運動団体などを中心にした共闘組織によるロビー活動なども展開されていった(渋谷, 1990)。

しかし、これらの動きのなかでNOWなどの主流の女性運動団体は大きな役割を果たしていなかったというのが私の見たかぎりでの印象であった。当時、アメリカの女性運動は、ERA批准運動の挫折、女性副大統領実現の失敗などもあり、冬の時代を迎えているとも言われ、反フェミニズム運動からの揺り戻しが強まって、女性運動は守勢に立たされ、そのなかで中絶権(abortion rights)の擁護ということが女性運動の最大の課題となっていた。NOWの関係者のひとり、私の質問に答えて、中絶問題は80年代のアメリカでも政治的反動化のなかでの「強いられた闘いだ」と指摘していた。その点で、本書で取り上げられている保育問題、家族問題などに取り組む余裕が当時の女性運動にはなかったのだと考えることもできるかもしれない。しかしはたして理由はそれだけだろうか。

上記のロビー運動の中心になっていたのは、児童福祉、保育運動団体の他には、女性労働者を構成員として多数かかえた労働組合などであった(渋谷, 1987, 1989)。これらの労働組合の中心的活動家や組合幹部である女性たちの多くが、女性運動団体は自らの運動課題を限定し過ぎていているという批判を持っていた。また、戦術的に、意見の分かれる可能性が高い論争的課題である中絶権をめぐる問題(choice issue)は共闘課題からはずし、より日常生活に密着した保育、雇用などの「経済問題」に焦点を絞って法案提出活動を行っていると話してくれた団体もあった。さらに、当時、保育法案提出活動の事務局的役割を担って議会活動を行っていた「児童防衛基金」の担当者も、低賃金の女性労働者を多数抱えた労働組合と比べて、女性運動団体は保育問題に関して重要な役割を果たしていないと指摘していた。そして、70年代後半以降にはフェミニストは保育問題をエネルギーを費やすに値しないものと判断し、「女性のライフサイクルのごく一時期」の問題である保育の問題よりも、ERAや中絶権をより普遍的な課題と考えたのではないかと感想を述べていた。

いずれにしても、アメリカの保育政策をはじめとした社会福祉政策の分析を行う場合、上記のような女性運動団体をはじめとした運動主体の側の動きを政策主体の論理の分析とからめて歴史的に検討することが必要であろう。また、家族と福祉というテーマと関連して、福祉改革法案として登場し、成立した1988年の「家族支援法」の評価など、重要な理論課題が本書のなかではあまり触れられていないが、この法案についても女性運動団体がどのような対応を採ったのか、フェミニストたちはどのようにこの法案を評価したのかなどが、検討されねばならな

いだろう (渋谷, 1993)。

「家族政策」, 「家族福祉」とは何なのかという理論的検討と合わせて, 80年代以降のアメリカにおける「国家」と「家族」の関係をめぐる政策動向を, フェミニズム理論の蓄積を踏まえて今一度整理すること。これは, 評者自身の研究課題でもあるが, このような作業を行って行くうえで, 本書巻末の参考文献一覧は有益な検討素材となるであろう。これらのアメリカを中心にした理論動向をどのように整理して自らの分析枠組に取り込んだのかを, 今後著者が本書第1部の延長線上により体系的に我々読者に示し, 「社会福祉とフェミニズム」という重要テーマについての日本における議論を活性化してく

れることを期待したい。

#### 参考文献

- 渋谷敦司(1987)「現代アメリカにおける女性労働と女性運動」鎌田とし子編『転機に立つ女性運動』学文社
- (1988)「アメリカ合衆国における『母性保障』運動」婦人団体連合会編『婦人白書1988年版』
- (1989)「『サービス社会化』とアメリカの女性運動」岩崎・矢沢編『都市社会運動の可能性』自治体研究社
- (1993)「アメリカにおける家族政策の動向と女性の『自立』」『立命館大学人文科学研究紀要』第58号
- (しぶや・あつし 茨城大学助教授)

# 海外社会保障関係文献目録

1994年4月～6月 社会保障研究所図書室受入分

1v, 23 cm.

## 社会保障・社会政策一般

### 単行本

- Baldwin, Sally/Falkingham, Jane. ed.  
*Social security and social change*  
New York, Harvester Wheatsheaf, 1994  
xi, 298p 23 cm.
- Cahill, Michael  
*The New social policy*  
Oxford, Blackwell, 1994  
ix, 203p 23 cm.
- Ferris, John/Page, Robert ed.  
*Social policy in transition : Anglo-German perspectives in...*  
Aldershot, Avebury, 1994  
xii, 203p 23 cm.
- Jacobs, Lesley A.  
*Rights and deprivation*  
Oxford, Clarendon Press, 1993  
x, 230p 23 cm.
- Lottes, Gunther ed.  
*Soziale Sicherheit in Europa : Renten- und Sozial...*  
Heidelberg, Physica-Verlag, 1993  
274p 23 cm.
- Matthewman, Jim  
*Tolley's social security and state benefits 1993-94*  
Croydon, Tolley, 1993

### 専門誌

- Amenta, Edwin  
The state of the art in welfare state research on social spending efforts in capitalist democracies since 1960. *Amer. J. of Sociol.* 99 (3) Nov. 1993, p. 750-63.
- Bieback, Karl-Jurgen  
The protection of atypical work in the Australian, British and German social security systems. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 46 (2) 1993, p. 21-42.
- Guhan S.  
Social security options for developing countries. *Internat. Lab. Rev.* 133 (1) 1994, p. 35-54.
- Harris, John  
Evolution across two revolutions: social care policy in Czechoslovakia. *Critical Soc. Poli.* (40) Sum. 1994, p. 70-87.
- Hicks, Alexander/Misra, Joya  
Political resources and the growth of welfare in affluent capitalist democracies, 1960-1982. *Amer. J. of Sociol.* 99 (3) Nov. 1993, p. 668-710.
- Huber, Evelyne et al.  
Social democracy, christian democracy, constitutional structure, and the welfare state. *Amer. J. of Sociol.* 99 (3) Nov. 1993,

p. 711-49.

Jenkins, Michael

Extending social security protection to the entire population: problems and issues.

*Internat. Soc. Sec. Rev.* 46 (2) 1993, p. 3-20.

Papadakis, Elim/Bean, Clive

Popular support for the welfare state: a comparison between institutional regimes.

*J. of Pub. Pol.* 13 (3) Jul.-Sep. 1993, p. 227-54.

Weale, Albert

Social policy and European Union. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (1) Mar. 1994, p. 5-19.

## 社会保険

### 専門誌

Baza, Anaclet et al.

Health insurance and the Bamako initiative in Burundi: value for money?. *Internat. J. of Health Planning & Management* 8 (2) Apr.-Jun. 1993, p. 129-35.

Bennett, Sara et al.

Health insurance and private providers: a study of the civil servants' medical benefit scheme in Bangkok, Thailand. *Health Planning and Management* 8 (2) Apr.-Jun. 1993, p. 137-52.

Gray, Anne

Integrating citizen's income with social insurance. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 46 (2) 1993, p. 43-66.

Tamburi, Giovanni

Pension insurance and the participation of private enterprise. *Internat. Soc. Sec. Rev.*

46 (2) 1993, p. 67-88.

## 社会福祉

### 単行本

Finlayson, Geoffrey

*Citizen, state, and social welfare in Britain 1830-1990*

Oxford, Clarendon Press, 1994

487p 23 cm.

Mayo, Marjorie

*Communities and caring: the mixed economy of welfare*

Houndmilles, The Macmillan Press Ltd., 1994

242p 23 cm.

Wistow, Gerald et al.

*Social care in a mixed economy*

Buckingham, Open University Press, 1994  
x, 166p 23 cm.

### 専門誌

Gough, Ian/Thomas, Theo

Need satisfaction and welfare outcomes: theory and explanations. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (1) Mar. 1994, p. 33-56.

Kaufman, Dennis A.

Welfare and the private provision of public goods when altruism increases. *Pub. Finance Q.* 22 (2) 1994, p. 239-57

Pearson, Veronica/Phillips, Michael

Psychiatric social work and socialism: problems and potential in China. *Soc. Work.* 39 (3) May. 1994, p. 280-87.

Powell, William E.

The relationship between feelings of alienation and burnout in social work. *Families in Society*. 75 (4) Apr. 1994, p. 229-35.

Rosenthal, Marguerite G.

Single mothers in Sweden : work and welfare in the welfare state. *Soc. Work*. 39 (3) May. 1994, p. 270-79.

Webber, Pamela Arnsberger et al.

Living alone with alzheimer's disease : effects on health and social service utilization patterns. *Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 8-15.

Wilding, Paul

Maintaining quality in human services. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (1) Mar. 1994, p. 57-72.

### 高齡者問題

#### 單行本

Döhner, Hanneli ed.

*Sozial- und Gesundheitsplanung für ältere Menschen in...*

Hamburg, Lit Verlag, 1993

244p 21 cm

Schick, Frank L./Schick, Renee

*Statistical handbook on aging Americans 2nd ed.*

Phoenix, Oryx Press, 1994

xxii, 335p 30 cm.

#### 專門誌

Chappell, Neena L.

Home care research : what does it tell us?.

*Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 116-20.

Checkoway, Barry

Empowering the elderly : gerontological health promotion in Latin America. *Ageing & Soc.* 14 (1) Mar. 1994, p. 75-96.

Coward, Raymond T. et al.

Residential differences in the use of formal services prior to entering a nursing home. *Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 44-49.

Hayward, Mark D. et al.

Work after retirement : the experiences of older men in the United States. *Soc. Sci. Res.* 23 (1) Mar. 1994, p. 82-107.

Hornbrook, Mark C. et al.

Preventing falls among community-dwelling older persons : results from a randomized trial. *Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 16-23.

Johnson, Paul

The employment and retirement of older men in England and Wales, 1881-1981. *Econ. His. Rev.* 47 (1) Feb. 1994, p. 106-28.

Johnson, Robert J./Wolinsky, Fredric D.

Gender, race, and health : the structure of health status among old adults. *Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 24-35.

Krynski, Michele D. et al.

How informed can consent be? new light on comprehension among elderly people making decisions about enteral tube feeding. *Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 36-43.

Maddox, George L.

Social and behavioural research on ageing : an agenda for the United States. *Ageing & Soc.* 14 (1) Mar. 1994, p. 97-108.

Riley, Matilda White/Riley, Jr. John W.

Age integration and the lives of older peo-

ple. *Gerontologist* 34 (1) Feb. 1994, p. 110-15.

## 保健・医療

### 単行本

Harrison, Stephen

*Controlling health professionals*

Buckingham, Open University Press, 1994

xii, 176p 23 cm.

President of the United States

*Health security act*

Washington, D.C., U.S. Government Printing office, 1994

1342p 28 cm.

### 専門誌

Aaron, Henry J.

Sowing the seeds of reform in 1994. *Health Affairs* 13 (1) Spr. 1994, p. 57-68.

Altman, Stuart

Health system reform: let's not miss our chance. *Health Affairs* 13 (1) Spr. 1994, p. 69-80.

Arons, Bernard S. et al.

Mental health and substance abuse coverage. *Health Affairs* 13 (1) Spr. 1994, p. 192-205.

Bloch, Robert E./Falk, Donald M.

Antitrust, competition, and health care reform. *Health Affairs* 13 (1) Spr. 1994, p. 206-23.

Brown, Randall S. et al.

Do health maintenance organizations work for medicare?. *Health Care Financing Rev.* 15 (1) Fal. 1994, p. 7-24.

Chernomas, Robert/Sepehri, Ardeshir

An economist's brief guide to the recent debate on the Canadian health care system. *Internat. J. of Health Services* 24 (2) 1994, p. 189-200.

Elling, Ray H.

Theory and method for the cross-national study of health systems. *Internat. J. of Health Services* 24 (2) 1994, p. 285-310.

Fox, Harriette B. et al.

State medicaid health maintenance organization policies and special-needs children. *Health Care Financing Rev.* 15 (1) Fal. 1994, p. 25-38.

Fuchs, Victor R.

The clinton plan: a researcher examines reform. *Health Affairs* 13 (1) Spr. 1994, p. 102-14.

Glennerster, Howard/Matsaganis, Manos

The English and Swedish health care reforms. *Internat. J. of Health Services* 24 (2) 1994, p. 231-52.

Herzlinger, Regina

The quiet health care revolution. *Pub. Interest* (115) Spr. 1994, p. 72-90.

McMillan, Alma

Trends in medicare health maintenance organization enrollment: 1986-93. *Health Care Financing Rev.* 15 (1) Fal. 1994, p. 135-46.

Miller, Mark E./Gengler, Daniel J.

Medicaid case management: Kentucky's patient access and care program. *Health Care Financing Rev.* 15 (1) Fal. 1994, p. 55-70.



- Moffitt, Robert/Wolfe, Barbara L.  
Medicaid, welfare dependency, and work :  
is there a casual link ?. *Health Care Financ-*  
*ing Rev.* 15 (1) Fal. 1994, p. 123-34.
- Newhouse, Joseph P.  
Patients at risk : reform and risk adjust-  
ment. *Health Affaires* 13 (1) Spr. 1994,  
p. 132-46.
- Ong, Bie Nio/Joseph, Dawn  
Developing health services management in  
South Africa : the question of transforma-  
tion. *Health Planning and Management* 8  
(2) Apr.-Jun. 1993, p. 95-106.
- Pauly, Mark V.  
What happened to the tough choices? .  
*Health Affaires* 13 (1) Spr. 1994, p. 147-60.
- Reinhardt, Uwe E.  
The Clinton plan : a salute to American  
pluralism. *Health Affaires.* 13 (1) Spr. 1994,  
p. 161-78.
- Rivlin, Alice M. et al.  
Financing, estimation, and economic  
effects. *Health Affaires* 13 (1) Spr. 1994,  
p. 30-49.
- Saltman, Richard B.  
Patient choice and patient empowerment in  
Northern European health systems : a con-  
ceptual framework. *Internat. J. of Health*  
*Services* 24 (2) 1994, p. 201-30.
- Wilensky, Gail R.  
Health reform : what will it take to pass? .  
*Health Affaires* 13 (1) Spr. 1994, p. 179-91.
- Zelman, Walter A.  
Rationale behind the Clinton health reform  
plan. *Health Affaires* 13 (1) Spr. 1994, p. 9-
- 29.
- 雇用と失業**
- 専門誌**
- Audenrode, Marc A. van  
Short-time compensation, job security, and  
employment contracts : evidence from  
selected OECD countries. *J. of Poli. Econ.*  
102 (1) Feb. 1994, p. 76-102.
- Banerjee, Biswajit/Bucci, Gabriella A.  
On-the-job search after entering urban  
employment : an analysis based on Indian  
migrants. *Oxford Bull. of Econ. & Statist.*  
56 (1) Feb. 1994, p. 33-48.
- Bell, Stephen H./Orr, Larry L.  
Is subsidized employment cost effective for  
welfare recipients? : experimental evi-  
dence from seven state demonstrations. *J.*  
*of Human Resources* 29 (1) Win. 1994, p. 42  
-61.
- Castells, Manuel/Aoyama, Yuko  
Paths towards the informational society :  
employment structure in G-7 countries,  
1920-90. *Internat. Lab. Rev.* 133 (1) 1994,  
p. 5-34.
- Davidson, Carl et al.  
Jobs and chocolate : samuelsonian sur-  
pluses in dynamic models of unemploy-  
ment. *Rev. of Econ. Studies* 61 (1) # 206 Jan.  
1994, p. 173-92.
- Drazen, Allan/Gottfries, Nils  
Seniority rules and the persistence of un-  
employment. *Oxford Econ. Papers* 46 (2)  
Apr. 1994, p. 228-44.

Hosios, Arthur J.

Unemployment and vacancies with sectoral shifts. *Amer. Econ. Rev.* 84 (1) Mar. 1994, p. 124-44.

Lockwood, Ben/Philippopoulos, Apostolis

Insider power, unemployment dynamics and multiple inflation equilibria. *Economica* 61 (241) Feb. 1994, p. 59-78.

Marshall, Adriana

Economic consequences of labour protection regimes in Latin America. *Internat. Lab. Rev.* 133 (1) 1994, p. 55-74.

Puma, Michael J./Burstein, Nancy R.

The national evaluation of the food stamp employment and training program. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 13 (2) Spr. 1994, p. 311-30.

Raskin, Carl

Employment equity for the disabled in Canada. *Internat. Lab. Rev.* 133 (1) 1994, p. 75-88.

Telles, Edward E.

Industrialization and racial inequality in employment: the Brazilian example. *Amer. Sociolo. Rev.* 59 (1) Feb. 1994, p. 46-63.

### 貧困問題

#### 專門誌

Jargowsky, Paul A.

Ghetto poverty among blacks in the 1980s. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 13 (2) Spr. 1994, p. 288-310.

Jarrett, Robin L.

Living poor: family life among single parent, African-American women. *Soc. Problems* 41 (1) Feb. 1994, p. 30-49.

Konrad, Kai A.

The strategic advantage of being poor: private and public provision of public goods. *Economica* 61 (241) Feb. 1994, p. 79-92.

Pfeffer, Max J.

Low-wage employment and ghetto poverty: a comparison of African-American and cambodian day-haul farm workers in Philadelphia. *Soc. Problems* 41 (1) Feb. 1994, p. 9-29.

Schiller, Bradley

Who are the working poor?. *Pub. Interest* (115) Spr. 1994, p. 61-71.

### 家族問題

#### 專門誌

Booth, Alan/Amato, Paul R.

Parental marital quality, parental divorce, and relations with parentes. *J. of Marriage & the Family.* 56 (1) Feb. 1994, p. 21-34.

Cooney, Teresa M.

Young adults' relations with parents: the influence of recent parental divorce. *J. of Marriage & the Family.* 56 (1) Feb. 1994, p. 45-56.

Dwyer, Jeffrey W. et al.

Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and Burden: the exchange of aid in the family caregiving relationship. *J. of Marriage & the Family.* 56 (1) Feb. 1994,

p. 209-18.

Hantrais, Linda

Comparing family policy in Britain, France and Germany. *J. of Soc. Poli.* 23 (2) Apr. 1994, p. 135-60.

Jerrome, Dorothy

Time, change and continuity in family life. *Ageing & Soc.* 14 (1) Mar. 1994, p. 1-28.

Murray, Charles

Does welfare bring more babies?. *Pub. Interest* (115) Spr. 1994, p. 17-30.

Perry-Jenkins, Maureen/Folk, Karen

Class, couples, and conflict: effects of the division of labor on assessments of marriage in dual-earner families. *J. of Marriage & the Family* 56 (1) Feb. 1994, p. 165-80.

Ruggles, Steven

The origins of African-American family structure. *Amer. Sociolo. Rev.* 59 (1) Feb. 1994, p. 136-51.

## 住宅問題

### 専門誌

Clapham, David/Kintrea, Keith

Community ownership and the break-up of council housing in Britain. *J. of Soc. Poli.* 23 (2) Apr. 1994, p. 219-46.

## その他

### 単行本

ISSA. General Assembly, 24rd...

*Attitude of mutual benefit societies to the*

*increasing...*

Geneva, ISSA, 1992

52, 51p 30 cm.

## 統計類

### 単行本

Central Statistical Office

*Annual abstract of statistics No. 130 1994*

London, HMSO, 1994

ix, 348p 30 cm.

Central Statistical Office

*Social trends # 24 1994*

London, HMSO, 1994

199p 30 cm.

Department of Health

*Health and personal social services statistics for England*

London, HMSO, 1993

139p 30 cm.

Dept. of Health and Social Sec...

*Social security statistics 1993*

London, HMSO, 1993

335p 30 cm.

Germany, Statistisches Bundesamt

*Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland...*

Wiesbaden, Metzler-Poeschel, 1993

790p 26 cm.

Statistics Canada

*Canada year book 1994*

Ottawa, 1994

vi, 707p 31 cm.

U.N. Dept. of Internat. Econ...

*Report on the world social situation 1993*

- New York, U.N., 1993  
xxii, 226p 28 cm.
- U.N. Economic Commission for...  
*Economic survey of Latin America and the Caribbean 1990 Vol. 1*  
Santiago, U.N., 1992  
248p 26 cm.
- U.N. Economic Commission for...  
*Economic survey of Latin America and the Caribbean 1991 Vol. 1*  
Santiago, U.N., 1993  
281p 26 cm.
- U.N. Economic Commission for Europe  
*Economic survey of Europe in 1992-1993*  
New York, U.N., 1993  
ix, 289p 30 cm.
- United Nations  
*National accounts statistics : trends in international...*  
New York, U.N., 1993  
v, 336p 29 cm.
- United Nations ESCAP  
*Economic and social survey of Asia and the Pacific 1992 Part 1*  
New York, ESCAP, U.N., 1993  
xi, 123p 27 cm.
- United Nations ESCAP  
*Economic and social survey of Asia and the Pacific 1992 Part 2*  
New York, ESCAP, U.N., 1993  
xi, 125p 27 cm.
- U.S. Dept. of Commerce...  
*Statistical abstract of the United States 1993 113th*  
Washington, D.C., 1993  
xxv, 1009p 24 cm.

## 編 集 後 記

本号は、ヨーロッパの社会保障に関する論文や情報を集めました。ヨーロッパ統合への動きの中で、社会保障も大きな影響を受けています。同時に、各国それぞれの独自性もなお大きな意味を持っています。東欧諸国の様子もそろそろ気になり始めました。『海外社会保障情報』では、ヨーロッパの情報を、今後とも定期的にフォローしていきたいと考えています。

また、本号では、医療について3カ国の情報が集まりました。前号(108号)のアメリカの医療の特集を合わせると、各国の医療の特徴が浮き彫りになり、なかなか興味深く読むことができます。

次号は、アジア諸国の社会保障の特集を予定しています。ご期待下さい。(K)

編集委員長	宮澤健一	(社会保障研究所長)	都村敦子	(日本社会事業大学教授)
編集委員	井堀利宏	(東京大学助教授)	直井道子	(東京学芸大学助教授)
	塚啓明	(中央大学教授)	庭田範秋	(社会保障研究所監事)
	郡司篤晃	(東京大学教授)	橋本宏子	(神奈川大学教授)
	小山路男	(社会保障研究所顧問)	三浦文夫	(日本社会事業大学学長)
	塩野祐一	(一橋大学教授)	伏見恵文	(社会保障研究所研究部長)
	地主重美	(駿河台大学教授)	高木安雄	(社会保障研究所調査部長)
	庄司洋子	(立教大学教授)	小島晴洋	(社会保障研究所主任研究員)
	清家篤	(慶応義塾大学教授)	西村万里子	(社会保障研究所研究員)
	武川正吾	(東京大学助教授)	丸山桂	(社会保障研究所研究員)

### 編 集 幹 事

---

## 海外社会保障情報 No.109

平成6年12月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240円)

編集・発行 **社会 保 障 研 究 所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03(3589)1381

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197

---