

海外社会保障研究

SUMMER 2010

No.171

特集：アメリカの社会保障

特集の趣旨	藤田 伍一	2
21世紀のアメリカ社会保障	渋谷 博史・中浜 隆・櫻井 潤	4
アメリカの医療保障システム		
—雇用主提供医療保険の空洞化とオバマ医療保険改革—	長谷川 千春	16
アメリカの年金システム	吉田 健三	33
試練の中のアメリカ低所得者支援		
—労働市場との関係を巡る近年の定量的研究結果を踏まえて—	酒井 正	47
アメリカの障害者雇用政策		
—障害者差別禁止法（ADA）の成果と課題—	所 浩代	62

書 評

丸尾直美、レグランド塚口淑子、カール・レグランド著 『福祉政策と労働市場—変容する日本モデル・スウェーデンモデル』	山本 克也	72
小島晴洋・小谷眞男・鈴木桂樹・田中夏子・中益陽子・宮崎理枝著 『現代イタリアの社会保障—ユニバーサリズムを越えて』	工藤 裕子	77

海外社会保障研究

SUMMER 2010 No. 171

国立社会保障・人口問題研究所

特集：アメリカの社会保障

趣 旨

B.H. オバマ大統領が就任してから1年余、社会保障の面で大きな進展が見られた。本年3月に、オバマ民主党政権が国内政策における最大の課題と位置づけてきた「医療保険改革」の法案が、上院に続いて下院でも可決され、大統領の署名を得てようやく成立したのである。これによって4700万人といわれる「無保険者」のうち、3200万人が恩恵を受けることになり、何らかの医療保険にカバーされることになった。

今回の医療改革は、公的健康保険を設けて、そこに全国民を収容する「強制加入」タイプを採用したものではない。一定の基準や条件をクリアする各種の民間医療制度のいずれかを選択して、そこに加入することを義務づけるものであって、一般的には「加入強制」と呼ばれるタイプを指向したものである。

一般国民を対象とした公的な健康保険がないことで、アメリカは先進国の中でもユニークな存在であった。何故、これまで公的健康保険がなかったのか。その答えのひとつは、J.K. ガルブレイスが述べるように、アメリカが「産業国家」として成立した事実の中にあると思われる。アメリカ社会でもっとも普遍的価値を持つのは「生産」であり、それに寄与する「仕事 (job)」である。これが社会保障においても「労働」と連動する「市場内部型」の社会保障を生み出しているのである。

例えば、業務上の災害を補償する「労災保険」は、いちはやく1910年代にアメリカ全州で成立している。しかし健康保険については、1935年の社会保障法を立案する過程でも法案に含めるべきか否かが検討されたが、結局、健康保険は「業務外疾病」を対象とすることから、法案化が見送られたのである。その後、H.S. トルーマンやW.J. クリントン等の大統領の下で、国民皆保険構想の実現が図られたが、「産業原因ではないリスク」に対する産業界の抵抗は強く、皆保険運動はその度に挫折を繰り返してきたのである。

その意味で、今回の医療改革は「強制加入」の国民健康保険を制度化したものではないが、アメリカ社会の成り立ちを考えるならば、画期的な成果として高く評価してよいと思われる。

それに、ドイツのビスマルク疾病保険も、実は「強制加入」ではなくて「加入強制」タイプであったことを想起してよいと思われる。ドイツでは現在も加入者が疾病金庫を選択して加入する「加入強制」方式を採用しているのである。

問題は、アメリカにおける今後であるが、今回の医療改革は公的年金と企業年金の関係のあり方にも大きな影響を与えるのではないかと見られる。アメリカの公的年金 (OASDI) では、加入に稼得要件が課されており、労働市場での参加実績に基づいて年金が給付される仕組みとなっているが、所得層でいえば、下に厚く、上に薄い再分配構造を採用してきた。高所得階層の所得代替率はおよそ21%である。そのため、アメリカの企業年金は「補足型」となり、ホワイトカラー層を中心とする高所得階層が一定の老後所得を確保できるように公的年金との併給調整 (integration) を可能としている。

それに対してイギリスの企業年金は「代替型」であって、一定の条件を満足すれば、公的年金の適用が免除されることになっている。これを「contract out (適用除外)」というが、要は選択できる「加入強制」のタイプなのである。今回の医療改革の流れは、年金に飛び火して、公的年金の「privatization (民営化)」

議論を再び刺激して「適用除外」に突き進む可能性もあると見られる。

筆者が共編者として参加した『先進諸国の社会保障 7 アメリカ』が発刊されてからちょうど10年経つわけであるが、この間に日本もアメリカも財政赤字が膨らみ、大きな政府への反省と見直しが進められてきている。自由選択と市場競争の原理をうまく社会保障に適用するアメリカのケースについてレビューするのは、誠に時宜を得た企画であり、本特集がその期待に十分応えてくれるものと確信している。

(藤田伍一 東京福祉大学教授)

21世紀のアメリカ社会保障

渋谷 博史・中浜 隆・櫻井 潤

■ 要約

アメリカ福祉国家の特徴は、第1に年金分野では主役の雇用主提供年金（企業年金、公務員年金）を社会保障年金（最低保障的な一階部分）が補完し、第2に医療保障分野でも雇用主提供医療保険（現役世代をカバーする主力）をメディケア（高齢者向けの最低保障の社会保険）が補完し、第3に福祉分野では各地域の多様な施策を可能にする分権的な仕組みを軸としている。

医療保障の主力である雇用主提供医療保険等の民間医療保険に対する政府規制も、連邦政府ではなく各州政府レベルで行われ、各地域の特性に合わせて多様な仕組みが構築される。アメリカの分権的な「小さな政府」が良いか悪いかの判断は別として、アメリカ経済社会の実際の姿はこうなっているという正確な認識は必要かつ有用である。

■ キーワード

①アメリカ福祉国家 ②雇用主提供年金 ③雇用主提供医療保険 ④分権的な「小さな政府」 ⑤消費者主導型の医療保険

第1節 アメリカ・モデルの論理

第2次大戦後のアメリカにおいてリベラル派の代表が1960年代のケネディ大統領（民主党）であるとすれば、保守派の代表は1980年代のレーガン大統領（共和党）である。1963年のケネディ暗殺後に継承したジョンソン民主党政権の下で、「偉大なる社会」政策や「貧困との闘い」が展開され、メディケア（高齢者医療の社会保険）やメディケイド（医療扶助）が新設され、また福祉等の拡充も特定補助金（連邦政府からの規制が強い）を軸とする中央集権的なベクトルのものであった。

その中央集権的な「大きな政府」に対して、1980年代のレーガン政権は分権的な「小さな政府」を提示した。いわゆる「レーガノミクス（Reaganomics）」は、アメリカ経済の強い成長力を

回復させる戦略として、リベラル・ケインジアン的な経済政策（「大きな政府」による所得再分配と消費刺激）に代えてサプライサイダー的な経済政策（「小さな政府」による貯蓄・投資促進）を採用し、その重要な一環として、1960年代からの福祉拡充傾向を抑制した。それ以降、1990年代のクリントン民主党政権の時代も含めて「小さな政府」へのトレンドが継続し、2000年代のブッシュ共和党政権期は一層それが強まったという歴史の流れである¹⁾。

しかし本稿では、リベラル派の中央集権的な「大きな政府」と保守派の分権的な「小さな政府」の対比という視角ではなく、両者が共有するアメリカ的な特質という切り口から21世紀初頭のアメリカ社会保障をみてみたい。1960年代からの中央集権的な「大きな政府」といっても、それは、1980

年代からの保守化傾向や1950年代までの基本構造と比較してそういえるのであり、ヨーロッパ諸国の福祉国家と比較すれば、アメリカ福祉国家は一貫して分権的な「小さな政府」である。

分権的な「小さな政府」の構造は、第1に民間部門が主体的に福祉国家システムを担い、第2に政府部門が補完的な役割を果たす場合には地域社会をできるだけ活用する形を目指すベクトルを有している。具体的には、第1に年金分野では主役の雇用主提供年金（企業年金、公務員年金）を補完する社会保障年金（国民全体をカバーする一階部分）があり、第2に医療保険分野でも現役世代と家族をカバーするのは主として雇用主提供医療保険であり、社会保険はメディケア（高齢者向けの最低限の医療保障）のみである。第3に狭義の福祉分野では、各地域の多様な施策を可能とする分権的な仕組みを軸としている²⁾。

本稿の構成は、第1節（渋谷博史）で抽出したアメリカ・モデルの論理を具体的に考察するために、第2節（櫻井潤）ではそれを体現するアメリカ福祉国家の全体像を示し、第3節（中浜隆）では民間主導のアメリカ福祉国家における分権的構造の典型的な事例として民間医療保険に対する州政府の規制を取り上げる³⁾。

第2節 アメリカ福祉国家の全体構造： 分権的な「小さな政府」

2-1 アメリカ福祉国家の規模とその構成

まず表1でアメリカ福祉国家の全体像をみておこう（2006年実績値）。

第1に、雇用主提供年金と雇用主提供医療保険はアメリカ福祉国家の主軸をなす制度であり、民間企業や政府部門が雇用主として被用者に提供する福利給付である。これらは、被用者が雇用主に提供する労働力商品に対する対価の一部である。その対GDP比率の合計は8.9%である。

第2に、政府は各種の租税優遇措置を実施することで、雇用関係ベースの年金や医療などの福利給付を支援している。租税優遇措置による歳入損失の金額は「租税支出(tax expenditure)」と呼ばれており、雇用主提供年金と雇用主提供医療保険にかかわる主な租税支出の対GDP比率はそれぞれ0.7%と0.8%であり、その規模は決して小さくない⁴⁾。

第3に、雇用主提供の年金や医療保険がアメリカ福祉国家の主軸であるのに対して、社会保険は最低限の保障を行うことでそれらを補足する役割を担っている。社会保険は主に社会保険料（賃金税）で賄われており、アメリカの社会保険では、労働による賃金で社会保障年金の受給権を稼ぐという論理が重視されている。社会保険の支柱は、連邦政府が運営する社会保障年金とメディケアであり、その対GDP比率は4.1%と3.0%である。

第4に、租税資金で賄われる公的扶助の対GDP比率は4.1%であり、この規模が大きいこともアメリカ福祉国家の重要な一側面である。中でも医療扶助（メディケイドや児童医療保険制度など⁵⁾）の同比率は2.4%もあり、それは、国民皆保険制度が無いためである。医療扶助やTANF（貧困家族一時扶助）など、公的扶助の多くが州政府や地方政府によって主体的に運営されており、アメリカ福祉国家の分権的な性質が特に強く表れている。

第5に、これらの給付額の合計は約2.7兆ドルであり、それはGDPの20.8%を占めるに過ぎない。雇用主提供の年金や医療保険も含めたアメリカ福祉国家の規模は先進諸国の中で最低水準であり⁶⁾、特にヨーロッパ諸国からみれば、アメリカは「小さな政府」を志向するだけでなく現実も「小さな政府」であると評価することができる。

2-2 1990年以降の動向

以上のような全体像と特徴をふまえて、アメリカ福祉国家の動向を、1990年代と2000年以降の2つの時期に分けて考察しよう。

表1 アメリカ福祉国家の基本構造 (2006年)

		1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2006	
給付と租税支出 (10億ドル)	給付	雇用主提供保険など (A)	415	575	800	930	997	1,052	1,125	1,171
		公務員年金	102	142	192	219	236	251	267	287
		公務員医療保険	36	50	70	91	102	112	123	133
		企業年金	136	191	270	309	320	332	352	361
		企業医療保険	129	176	251	293	320	339	363	370
		団体生命保険	12	16	17	18	19	18	20	20
		社会保険 (B)	408	572	690	816	850	881	933	1,025
		社会保障年金 (OASDI)	244	328	401	447	463	485	513	544
		メディケア	108	179	220	261	278	303	332	395
		失業保険	18	22	21	54	54	37	32	31
	労働災害補償保険	38	43	48	54	55	56	56	55	
	公的扶助など (C)	173	301	360	440	471	516	546	544	
	医療扶助	78	155	205	259	274	300	315	311	
補足的保障所得 (SSI)	17	28	32	35	36	37	38	40		
フード・スタンプ	15	22	15	19	22	26	29	29		
貧困家族一時扶助 (TANF) ※1	19	23	18	18	18	18	18	18		
住宅補助	16	26	24	28	30	31	32	32		
その他※2	28	47	66	81	91	104	114	114		
合計 (A + B + C)	996	1,448	1,850	2,186	2,318	2,449	2,604	2,740		
租税支出	年金	N/A	46	58	72	80	85	79	91	
	医療	N/A	69	76	84	84	95	103	104	
対GDP比率 (%)	給付	雇用主提供保険など (A)	7.1	7.8	8.1	8.9	9.1	9.0	9.1	8.9
		公務員年金	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.1	2.1	2.2
		公務員医療保険	0.6	0.7	0.7	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
		企業年金	2.3	2.6	2.8	3.0	2.9	2.8	2.8	2.7
		企業医療保険	2.2	2.4	2.6	2.8	2.9	2.9	2.9	2.8
		団体生命保険	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
		社会保険 (B)	7.0	7.7	7.0	7.8	7.8	7.5	7.5	7.8
		社会保障年金 (OASDI)	4.2	4.4	4.1	4.3	4.2	4.2	4.1	4.1
		メディケア	1.9	2.4	2.2	2.5	2.5	2.6	2.7	3.0
		失業保険	0.3	0.3	0.2	0.5	0.5	0.3	0.3	0.2
	労働災害補償保険	0.7	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	
	公的扶助など (C)	3.0	4.1	3.7	4.2	4.3	4.4	4.4	4.1	
	医療扶助	1.3	2.1	2.1	2.5	2.5	2.6	2.5	2.4	
補足的保障所得 (SSI)	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3		
フード・スタンプ	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2		
貧困家族一時扶助 (TANF) ※1	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1		
住宅補助	0.3	0.4	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2		
その他※2	0.5	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9		
合計 (A + B + C)	17.2	19.6	18.8	20.9	21.1	21.0	21.0	20.8		
租税支出	年金	N/A	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.6	0.7	
	医療	N/A	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	

注：※1 1995年以前は緊急扶助と要扶養児童貧困扶助 (AFDC)。

※2 直接援助 (direct relief)、勤労所得税額控除 (EITC)、非営利組織への支払い、学生援助、非軍人施設での退役軍人とその家族が受けた医療サービスへの支払い、一般扶助 (general assistance)、エネルギー扶助、貧困者のための医療保険料の支払い。

出所：U. S. Census Bureau, *Statistical Abstract of the United States, various issues*; Centers for Medicare and Medicaid Services, *Sponsors of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1987-2008*; Employer Benefit Research Institute(2009), *EBRI Data Book 2009*; Joint Committee on Taxation, *Estimates of Federal Tax Expenditures, various issues* より櫻井が作成。

まず、1990年代の大まかな動向をみると、1990年から2000年の10年間で給付額合計の対GDP比率は17.2%から18.8%になり、1.6ポイント増えた。この動きを詳しくみると、1990年から1995年には同比率が2.4ポイント増加した一方で、1995年から2000年にかけては0.8ポイント減少しており、前半と後半では異なる動きがみられた。これは、雇用主提供年金と雇用主提供医療保険が1990年代を通して一貫して増えた一方で、1990年代後半に社会保険と公的扶助の伸びの勢いが小さくなったことによるものである。

1990年代後半に社会保険や公的扶助の増加速度が低下した要因は、1997年均衡予算法に基づく制度改革などの影響でメディケアの増加が緩やかになったことや、経済成長が続いたことで公的扶助の増加幅も低かったことなどである。ただし、公的扶助の中の医療扶助の対GDP比率は1990年から2000年にかけて1.3%から2.1%へと0.7ポイントも増加した。これは、各種の連邦法などに基づくメディケイドの資格要件の緩和や1997年均衡予算法による児童医療保険制度の創設によって、低所得世帯の子供や妊婦を中心に医療扶助の対象者数と給付額が大きく増えたためである⁷⁾。

次に、2000年以降の動向をみると、2000年から2006年にかけて、給付額合計の対GDP比率は18.8%から20.8%になり、1990年代と同じく2.0ポイント増加した。詳しくみると、2000年から2003年の間には同比率が18.8%から20.9%になり2.1ポイント増えたが、それ以降はほぼ横ばいで推移している。

社会保険と公的扶助の動向をさらに詳しくみると、社会保険ではメディケアの対GDP比率が2000年から2006年にかけて0.8ポイントも増えている。これはメディケアにパートD（処方薬給付制度）が創設され、それが2004年から段階的に実施されたことによる影響が大きい。公的扶助では、2000年代初頭に児童医療保険制度の対象者数が着実

に増えて医療扶助が膨張したことが目立っている。

2-3 ブッシュ政権期の動向

以上のように、ブッシュ政権が発足した2001年以降（表1では2002年以降）には、給付額合計の対GDP比率は横ばいで推移しているが、この間に民間部門と公的部門の両方で制度改革が実施された。ブッシュ政権の保守性が反映する改革、すなわち、個人の自立を重視しながらの市場ベースの改革であった。

2-3-1 年金政策

2-3-1-1 社会保障年金：個人口座の導入案と信託基金の財政問題

21世紀に突入する頃には、ベビーブーム世代の退職期への突入が近づいてきたことを見据えて、社会保障年金の財政の長期的な見通しを確立することが重要な課題になっていた。クリントン政権の末期には、経済成長に伴う連邦財政収支の黒字化を背景に、連邦基金の資金を社会保障年金信託基金に投入して財源の充実を図ることが提案されたが、その提案は実現しなかった。

ブッシュ政権期になると、財政資金の投入という方向から個人の貯蓄の充実という方向へ政策の重心がシフトし、社会保障年金に個人口座を導入し、それを加入者が選択できるという改革案がほぼ毎年のように示された⁸⁾。個人口座という選択肢を提供することで加入者に貯蓄を奨励し、その資金が投資に向かうことで経済成長を実現し、その経済成長の中で自己責任に基づいて貯蓄のいっそうの増加を実現することがねらいであった。ブッシュ大統領は2004年の大統領選挙で社会保障年金の改革を公約に掲げ、政権の第二期には個人口座の導入案が強調されたが、実現には至らなかった。

結局のところ、社会保障年金の財政問題は先送りされた。社会保障年金信託基金の2009年報告に

よると、2016年には社会保障年金信託基金の支出が収入を超過し、2037年には剰余金が枯渇する見通しであり⁹⁾、ベビーブーム世代の本格的な退職期を前に厳しい財政状況が続いている。

2-3-1-2 雇用主提供年金等：個人退職口座と 確定拠出年金の推進

社会保障年金における個人口座の導入案にみられるように、ブッシュ政権は退職後の生活資金の確保に向けて個人レベルの貯蓄を促すことを重視しており、私的年金の分野でも個人退職口座(IRA)や確定拠出型年金の推進策が実施された。

まず、2001年経済成長・減税調整法に基づく主要な年金改革は、IRAや401(k)プラン(確定拠出型年金の一部)への年間拠出額上限の引上げや、教育向け個人貯蓄口座の創設であった。さらに2006年年金保護法によって、時限立法であった2001年法の改革が恒久化され、また、確定拠出型年金に関する規制が緩和された。これらの推進策が実施されたこともあり、1990年代までの確定給付型年金から確定拠出型年金へのシフトの流れは2000年以降にも継続し、個人退職口座と確定拠出型年金はブッシュ政権期の全体を通していっそう普及した¹⁰⁾。

後述する健康貯蓄口座と同様に、個人退職口座や確定拠出型年金では、資金の運用などに関する個人の自由度を高める一方で、さまざまな運用リスクを個人に帰すことになる。すなわち、金融市場の停滞や景気後退の局面では、これらの年金や口座の資産が減少するリスクが個人に降りかかってくるのである¹¹⁾。それゆえに、2001年以降の株式市場の低迷で明らかになったように、個人退職口座や確定拠出型年金は退職後所得保障の手段としては不安定性という問題があり、その対処が今後の課題になるであろう。

2-3-2 医療保険

2-3-2-1 メディケア：パートD創設と信託基金 の財政問題

メディケアは、パートAからパートDまでの4つの部分に分かれている。その主軸は、入院費用などを保障するパートAと、外来診療費用などを保障するパートBである。パートCは、民間の保険会社やマネジドケア組織がパートAとパートBの給付内容を盛り込んだ医療プランを提供し、パートAとパートBの代わりにこれらの民間プランへの加入を対象者に認めるオプションである。パートDは、パートAやパートBの給付内容には含まれない処方薬給付を提供するものである。メディケアのパートAは社会保障年金と同様に強制加入であり、現役期に社会保障税を一定期間にわたって納めることで退職後の受給権が獲得できる。そして2009年時点で、パートA対象者の大半がパートBに加入しており、パートDにも約70%が加入している。オプションのパートCに加入する者は全体の約20%である。

ブッシュ政権期における主要なメディケア改革は、2003年メディケア処方薬・改善・近代化法(MMA)に基づいて実施された。特に重要なのは、処方薬給付のパートDが創設され、2004年から段階的に実施されたこと、パートCの名称がメディケア・チョイスからメディケア・アドバンテージに変更されるとともに、医療プランの選択肢を増やすなどの変更が行われたことである。

これらのうちパートDの創設は医療保障の充実策であり、それは2004年の大統領選挙を見据えた対応であった側面もあるが、いずれにせよ、メディケア支出の大幅な増加をもたらす改革であった。議会予算局は、パートD創設に伴う連邦支出の増加額を2004年度から2013年度の10年間で3950億ドルと試算していたが¹²⁾、実際にその支出は大きく増加している。

その他、医師の診療報酬の抑制策などが実施さ

れたが、それらはメディケア支出の膨張トレンドを大きく変えるものではなく、メディケアの財政状況はいっそう厳しい状況に置かれている。メディケア信託基金の2009年報告によると、メディケアの入院保険信託基金（パートA）の財政状況は社会保障年金の場合よりも深刻であり、その剰余金は2017年度に枯渇する見通しである。補足的医療保険信託基金（パートBとパートD）については、経済成長率を上回る勢いで支出が膨張していくことが予測され、厳しい財政状況であるといえる¹³⁾。

社会保障年金の場合と同様に、こうした厳しい財政状況を前提に、オバマ政権はベビーブーム世代の退職期への本格的な突入を視野に入れてメディケアの財政再建を目指さねばならず、連邦財政の赤字の拡大と景気後退が進む中で支出抑制の圧力が強まっているといえよう。

2-3-2-2 雇用主提供医療保険等：「消費者主導型の医療プラン」の推進とその限界

1990年代半ば頃から、小企業の被用者や無保険者に民間医療保険への加入を促すことと医療費の抑制を目的に「消費者主導型の医療プラン」の推進策が実施され、「高額定額控除型医療保険」(HDHP) というタイプの医療プランへの加入が促されることになった。HDHPでは、保険給付の適用前に加入者が負担する定額控除が高く設定されており、その代わりに他のタイプの医療プランよりも保険料が安い場合が多い。すなわち、HDHPの相対的に低額な保険料は多くの低所得者や無保険者にとって魅力的であり、加入者は医療サービスの消費を柔軟に選択できるが、加入者は自己責任の下で医療費を負担しなければならない側面が大きいのである。加入者にとっての医療費の負担が大きいことから、医療サービスが慎重に利用されることになり、結果として医療費の抑制が実現することも期待されている。HDHPの使用にあ

たっては、医療費や保険料の支払いに備えて医療貯蓄口座(MSA)などの口座を開設することが可能であり、口座への拠出金(雇用主による医療給付の場合には雇用主の拠出もある)、運用益、医療費に充てるために口座から引き出した資金に関して租税優遇措置が受けられる。

ブッシュ政権期に入り、経済状況の悪化や労働編成の変化の下で雇用主提供医療保険への加入がいっそう難しくなる中で¹⁴⁾、「消費者主導型の医療プラン」の新たな促進策として健康貯蓄口座(HSA)が創設された(2003年MMA)。HSAは、従来の口座に比べて拠出や運用などに関する口座所有者の自由度が高い。ただし、HSAを開設するためにはHDHPに加入していることが条件になっている¹⁵⁾。

「消費者主導型の医療プラン」については批判的な見解も多く、それらは富裕層(多くの租税優遇措置の恩恵を受ける)や健康な者にとって有利に作用するものであり、無保険者を減らすための政策としては効果が疑問視されている。ブッシュ政権は個人の自由と責任を発揮できるという側面を強調しているが、「消費者主導型の医療プラン」の加入者は、自らの責任の下で医療に関するさまざまな金銭的なりリスクを抱えることになる。その結果、その保険料の負担や患者一部負担は低所得者にとって安価であるとは言い難いという指摘もある¹⁶⁾。

以上のように、ブッシュ政権は、「消費者主導型の医療プラン」を推進することで医療費の抑制と無保険者の減少という政策課題を達成しようと試みたが、実際には医療費は膨張し続けており、無保険者の数も増加する一方である。経済と財政の厳しい状況の下で、オバマ政権は同じ政策課題に取り組むことになり、医療保険改革の行方が注目されている。

2-3-3 福祉政策：分権的な就労支援策の

いっそうの推進と新たな課題

1996年個人責任・就労機会調整法の成立によって連邦レベルでの福祉改革が実施されてから、各州の各地域では就労支援を軸とする福祉政策がかなり多様な形で展開してきた¹⁷⁾。1990年代のクリントン政権期には経済成長が続く中で福祉受給者の就労は各地域で進んだが、ブッシュ政権期になると景気後退という悪条件の中で、福祉制度から離脱した労働者の継続的な就労を支援するという新たな課題が目指されることになった。

1996年法は時限立法であったので、2002年10月に期限を迎えることになっていた。ブッシュ政権は当初から福祉改革を基本的に継承する姿勢を示しており¹⁸⁾、数回にわたる期限の延長を経て、2005年財政赤字削減法で福祉改革が再承認されると同時に、個人の自立を重視する就労支援策がいっそう強化された。

その主な内容は、現金扶助のTANFに関する包括補助金の交付年限が2010年度まで延長されたこと、就労参加率を計測するための基準年が1995年度から2005年度に変更されたこと、州の自主財源も用いた就労支援政策の実施も奨励されたことである¹⁹⁾。すなわち、ブッシュ政権期には個人の自立を軸とする福祉改革がさらに強化され、それがいっそう分権的に運営できるような改革が実施されたといえよう。

各地域における就労支援政策の実態はかなり多様であり、いったんは就労したが失職して再び福祉受給者へと戻る者や現金扶助の受給期間が終了する者への対応を含めて、福祉改革は新たな段階を迎えている。近年の景気後退が続く状況下、就労支援策は厳しい局面を迎えており、今後もそれぞれの州や地方政府による分権的な就労支援策の取り組みやその帰結に注目すべきであろう。

以上のように、ブッシュ政権期に実施された制度改革では、個人の自立と市場を重視する方向に

重点が置かれた。しかし、年金、医療、福祉の各分野の政策課題がすべて順調に達成されたとは言いがたく、財政赤字の拡大や景気後退が進む中で問題がますます深刻化している。結果的に、ブッシュ政権はさまざまな形でオバマ政権に「負の遺産」を残したのであり、オバマ政権は発足直後から厳しい状況に立たされていたといえよう。

第3節 医療保険の州規制：民間活用と分権性

3-1 州規制の立法過程

アメリカでは、保険はおもに州政府が規制を行ってきている。各州政府が保険を規制するための立法を行う場合、全米保険監督官協会 (NAIC) が重要な役割を果たしている。NAICは、各州の保険監督規制を統一的・効果的に行うために、各州の保険監督官によって1871年に設立された非政府機関である²⁰⁾。NAICは、主要な活動として全米基準となるモデル法を制定している。

NAICは、各州政府に対してモデル法を全米基準として提示し（モデル法を強制する権限はない）、各州政府はそれを参考にして州保険法を改正している。モデル法は、各州政府にとってたんなる1つの参考モデルではない。各州の保険立法・保険監督・保険業の責任者と専門家が実質的な審議を行い、保険監督官の総意に基づいた重みのある全米基準モデルであり、各州の保険規制と保険業に大きな影響を与えているのである。

3-2 民間医療保険の改革

各州政府は、1980年代に低下した保険入手可能性と保険料負担可能性を改善するために、1990年代に民間医療保険の改革を行った（現在も継続している）。この改革（規制）も上記の立法過程を通じて行われたのであり、この改革（規制）のなかにアメリカ・モデル経済社会の特質を見て取るこ

とができる。

3-2-1 改革の背景

民間保険が公的保険（社会保険）と異なる点、つまり民間保険の特徴の1つは、保険者がアンダーライティングを行う点にある。アンダーライティングは2つの過程から構成されている。1つは、保険者が申込者のリスクに基づいて保険を引き受けるかどうかを判断する「危険選択」である。もう1つは、保険を引き受ける場合、それぞれの加入者のリスクを測定・評価して保険料率を決定する「危険の分類」である。

1980年代半ば～90年代初めにおける民間医療保険は、医療費の急増、保険引受競争の激化、危険選択の強化、料率の格差拡大、料率の変動として特徴づけられる。医療費の急増と保険引受競争の激化のために、保険者はアンダーライティングを強化した。1つは「危険選択」における引受拒否の増加であり、もう1つは「危険の分類」におけるリスクの細分化である。

民間医療保険は1930年代に生成し、発展していった。保険者は1970年代まで、危険選択（引受拒否）をほとんど行っていなかった。しかし、1980年代に危険選択を強化し、申込者の「健康状態」などの医的リスクを重視して保険を引き受けるかどうかを判断し、リスクの高い申込者に対して引受拒否をした。引受拒否は、新契約加入時だけでなく、契約更新時にも行われた（民間医療保険の保険期間は一般に1年である）。

保険者は「危険の分類」において、危険要因を使用して料率を算定する。危険要因は加入者の属性であり、保険者は加入者のリスクを測定するために指標として使用する。医療保険の危険要因のなかで、「地域」「性別」「年齢」「家族構成」「職業・産業」などは人口統計的・客観的要因とされ、「被保険者の特性」と呼ばれる。他方、「健康状態」や「保険金支払実績」などは主観的要因とさ

れ、「危険特性」と呼ばれる。「被保険者の特性」を使用して算定する料率が「標準料率」である。

保険者は1970年代まで、少数の「被保険者の特性」を使用して標準料率を算定していた（「危険特性」は使用していなかった）。しかし、1980年代に多数の「被保険者の特性」を使用して標準料率を細分化した。そのために、団体間（団体医療保険の場合）と個人間（個人医療保険の場合）で料率の格差が拡大した。

さらに、各団体と各個人のリスクを料率に厳密に反映させるために、保険者は「危険特性」を使用して標準料率の割り増しまたは割り引きを行った。中小企業と個人の加入者数は少ないために、「健康状態」は変化しやすく、「保険金支払実績」は毎年大きく変動する。そのために、小雇用主医療保険と個人医療保険において、契約更新のたびに料率が大きく変動するようになった²¹⁾。

リスクの高い中小企業と個人の保険入手可能性と保険料負担可能性が低下したために、雇用主提供医療保険の加入率が低下し、無保険者が増加した²²⁾。無保険者の多くは、中小企業の被用者とその扶養家族であった。

3-2-2 改革の内容

NAICは、1990年代初めに小雇用主医療保険のモデル法を、1996年に個人医療保険のモデル法を制定し、各州政府に提示した。各州政府は、モデル法を受けてそれぞれの州保険法を改正した。

小雇用主医療保険の改革の手段には、「新契約加入保証」「契約更新保証」「契約前発病の免責に対する制限」「契約の携行」「料率規制」「再保険プール」がある。個人医療保険の改革の手段も総じて同じである。

「新契約加入保証」と「契約更新保証」は、リスクにかかわらず、保険者が雇用主に対して新契約加入と契約更新を保証しなければならないものである。つまり、保険者が危険選択を行う（リスク

の高い団体に対して引受拒否をする)ことを禁止するものである。

「契約前発病の免責に対する制限」は、遡及期間と除外期間を一定期間内に制限するものである。「契約前発病の免責」は新契約に適用される。新契約の責任開始日前の一定期間を「遡及期間」、責任開始日後の一定期間を「除外期間」という。「契約前発病」とは、遡及期間中に診断または治療された症状をいう。「契約前発病の免責」は、除外期間中に契約前発病の治療に要した医療費に対する保険金支払いを免責とするものである。「契約前発病の免責に対する制限」は、保険者が保険金支払いを過度に抑制することを禁止している。

「契約の携行」は、医療保険に加入している被用者が転職によって新しい医療保険(小雇用主医療保険または個人医療保険)に加入する場合、以前の保険契約の終了日から新しい保険契約の責任開始日までが一定期間内であるならば、新しい医療保険の保険者が契約前発病の免責を適用することを禁止するものである。

「料率規制」は、保険者が料率を算定するさいに使用する「危険要因」を規制するものである。まず、保険者が標準料率を算定するさいに使用できる「被保険者の特性」の種類を制限する(標準料率の細分化を禁止する)ことによって、団体間の料率の格差を抑制している。

また、保険者が標準料率を割り増すまたは割り引く際に使用する「危険特性」を制限することによって、契約更新のたびに生じうる料率の変動(とくに、リスクの高い団体に対する料率の大幅な引き上げ)を抑制している。「危険特性」の制限には、危険特性の使用を禁止している(つまり、標準料率の割増し・割引きを禁止している)州および危険特性の使用は認めていても割り増し率・割引率を制限している州がある。

料率規制は、料率の格差と料率の変動を抑制するものであり、料率の絶対額を全体的に抑制する

ものではない。民間医療保険におけるマネジドケアの導入は、料率の水準を抑制するものととらえることができよう。

「新契約加入保証」と「契約更新保証」によって、保険者はリスクの高い団体の医療保険も引き受けなければならない。しかし他方で「料率規制」によって、保険者は高いリスクを料率に反映させることができない。リスクの高い団体の医療保険を多く引き受けた保険者は、多額の保険金を支払わなければならないために財務内容が悪化する可能性がある。「再保険プール」は、多額の保険金支払いによって生じる保険者の損失を緩和することによって、リスクの高い団体の医療保険も保険者が積極的に引き受けるようにすることにある。

3-2-3 州規制の特徴

上記の医療保険改革(規制)は以下の2つの点を主要な特徴としており、アメリカ・モデル経済社会に整合するものであった。つまり、渋谷(2010)が的確に指摘しているように、「市場メカニズムに整合する形をとりながら、市場性と公共性の両立を図る」ものであった。

第1に、医療保険改革は、当事者である(医療保険市場に参加する)保険者と雇用主にとって、選択可能な市場行動の範囲内で行われたことである。

保険者は、医療保険市場に参加することもそれから退出することも選択可能である。医療保険改革によって、小雇用主医療保険を引き受ける保険者は「新契約加入保証」や「料率規制」などの規制を受けなければならない。こうした州政府からの規制を受けなければ、その州内の医療保険市場から退出すればよいのである。

他方、雇用主も、被用者に医療保険を提供することも提供しないことも選択可能である。この点は、改革の主体者である州政府にとって重要であった。実際、被用者に医療保険を提供すること

を中小企業の雇用主に強制するクリントン政権の医療保険改革案に対して雇用主は強く反発したのであり、それはクリントン政権の医療保険改革が実現しなかった主要な要因となったのである。

第2に、医療保険改革は、保険者と雇用主に対して、選択可能な市場行動を保証したうえで、医療保険市場への参加を促進するという誘導的な仕組みをとっていることである。

保険者に対しては、「再保険プール」を通じて保険者間のリスクを事後的に調整し、リスクの高い団体の医療保険を多く引き受けた保険者を保護することによって、小雇用主医療保険の引き受けを促進している。

他方、雇用主に対しては、保険者の行き過ぎたアンダーライティングを規制し、保険入手可能性と保険料負担可能性を改善することによって、被用者に医療保険を提供することを促進しているのである。

州規制には、いくつかのメリットとデメリットがある。主要なデメリットには、州ごとに規制が大きく異なりうることがある。州ごとに規制が大きく異なると、複数の州で保険引受業務を行う保険者のコストは増加する（それは加入者のコストにもなる）。

そのために各州政府は規制をできるだけ統一的・効果的に行う必要があるのであり、その活動を積極的に行っているのがNAICである。そして各州政府は、NAICが制定・提示したモデル法の規定が実行可能である場合、モデル法と同じ規定を採用している。他方、モデル法の規定が自州の実情に合わない場合には、自州の実情に合わせてモデル法の規定を修正している。上記の「料率規制」は、後者の事例をよく示している規制である。各州で実情が異なる医療保険市場に対してNAICと各州政府は実効性のある規制を主導的に行っているのであり、こうした医療保険の州規制はアメリカ・モデル経済社会の特質の1つである

「分権性」を典型的に示しているのである。

さらにいえば、アメリカ福祉国家の最大の特徴は、医療保障の分野において国民全体をカバーする社会保険が存在せず、雇用主提供医療保険等の民間医療保険が支柱となる点であるが、その民間医療保険に対する政府部門からの規制においても、連邦政府（中央政府）ではなく各州政府のレベルが行われるので、各地域の特性に合わせて多様な仕組みが構築されることになる。このようなアメリカの分権的な「小さな政府」が良いか悪いかの判断は別として、アメリカ経済社会の実際の姿はこうなっているという正確な認識は必要かつ有用である。

注

- 1) 20世紀のアメリカ福祉国家の大きな流れについては渋谷（2005）を参照されたい。
- 2) 狭義の福祉分野における分権的な「小さな政府」の実態については、根岸（2006）、木下（2007）、渋谷・中浜（2010）を参照されたい。
- 3) アメリカ研究者にとって社会保障という用語は悩みの種である。日本語の社会保障はかなり包括的な概念であり、社会保険や公的扶助等の社会福祉全般を表すイメージであるが、米語のSocial Securityは社会保険の中の年金（日本流に言えば一階部分）を表す言葉である。Welfareは公的扶助に（場合によればAFDCあるいはTANFという制度に）限定されることもある。あえて言えば、Social Welfareの方が広い概念となるが、本稿で力点を置く雇用主提供年金や雇用主提供医療保険が必ずしもそれに含まれない。そこで我がチームは、公的な社会保険や公的扶助と、雇用主提供の福利給付を含む包括的な概念として福祉国家という用語を使用する。それには、表1（櫻井潤作成）にみるように、租税優遇措置（租税支出）も含めることもできる。
- 4) アメリカ福祉国家における租税優遇措置の仕組みや租税支出の詳細については、渋谷（2005）第4章を参照。
- 5) 2009年児童医療保険制度再承認法（Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009）の制定に伴い、児童医療保険制度の名称は州児童医療保険制度（State Children's Health Insurance Program：CHIP）からCHIPに変更された。なお、2009年の再承認を中心とする2000年以降におけるCHIPの動向について

- は、中浜（2009）を参照。
- 6) Adema（2001）は、OECD諸国の粗社会支出と純社会支出を推計した貴重な報告書であり、それによると、アメリカの社会支出の規模はいずれの場合でも先進諸国の中で最低の順位に属する。
 - 7) 1990年代以降における医療扶助の再編については櫻井（2006a, 2006b）を参照。
 - 8) *Economic Report of the President, various issues*. なお社会保障年金への個人口座の導入についてはWise and Woodbury（2009）が詳しく検討している。
 - 9) Board of Trustees, Federal Old-age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds（2009）, pp. 2-4.
 - 10) 詳しくは吉田（2010）を参照。
 - 11) VanDerhei（2009）を参照。
 - 12) Congressional Budget Office（2004）, pp. 9-10.
 - 13) Board of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds（2009）, pp. 2-4.
 - 14) グローバル化の中で進行する労働編成の変化については渋谷（2010）を参照。
 - 15) HSAとHDHPについてはFronstin（2004）やCongressional Budget Office（2006）を参照。
 - 16) Hoffman and Tolbert（2006）.
 - 17) 福祉改革に至るまでの経緯とその意義については根岸（2006）が詳しい。また木下（2007）は福祉改革を民間化という視点で考察している。
 - 18) Chairman of the Council of Economic Advisors, *Economic Report of the President, various issues*.
 - 19) Boiman（2008）.
 - 20) 州政府の保険監督当局は保険局であり、その長官を保険監督官という。保険監督官は、大部分の州では州知事によって任命されている。
 - 21) 小雇用主医療保険とは、一般に被用者50人以下の雇用主が被用者とその扶養家族に提供する医療保険である。小団体医療保険ともいう。
 - 22) このような事態を受けて連邦政府と州政府は医療扶助の改革を行った。渋谷・中浜（2010）を参照。

参考文献

- 木下武徳（2007）『アメリカ福祉の民間化』日本経済評論社。
- 櫻井 潤（2006a）「アメリカの医療扶助と州・地方財政」, 渋谷博史・ウェザーズ編『アメリカの貧困と福祉』日本経済評論社。
- 櫻井 潤（2006b）「ニューヨーク市の医療扶助と民間組織の支援活動」, 渋谷博史・ウェザーズ編『アメリカの貧困と福祉』日本経済評論社。
- 渋谷博史（2005）『20世紀アメリカ財政史』全3巻, 東京

- 大学出版会。
- 渋谷博史編（2010）『アメリカ・モデルとグローバル化 I：自由と競争と社会的階段』昭和堂。
- 渋谷博史・中浜隆編（2010）『アメリカ・モデル福祉国家I：競争への補助階段』昭和堂。
- 中浜 隆（2006）『アメリカの民間医療保険』日本経済評論社。
- 中浜 隆（2009）「アメリカの児童医療保険プログラム」『損害保険研究』第71巻第3号。
- 根岸毅宏（2006）『アメリカの福祉改革』日本経済評論社。
- 長谷川千春（2010）『アメリカの医療保障』昭和堂。
- 吉田健三（2008）「社会政策：オーナーシップ社会の理念と現実」, 河音琢朗・藤木編著『G. W. ブッシュ政権の経済政策』ミネルヴァ書房。
- 吉田健三（2010）「アメリカ企業年金政策の変質：2006年年金保護法の分析から」, 渋谷博史・中浜隆編『アメリカ・モデル福祉国家II：リスク保障に内在する格差』昭和堂。
- Adema, W. (1999), *Net Social Expenditure, Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 39*, OECD.
- Board of Trustees, Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds (2009), *2009 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*.
- Board of Trustees, Federal Old-age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds (2009), *2009 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds*.
- Boiman, Tiffany (2008), *Entering the Next Phase of Welfare Reform: State Responses to Changes in Federal TANF Law and Regulations*, NGA Centers for Best Practices Issue Brief.
- Centers for Medicare and Medicaid Services, *Sponsors of Health Care Costs: Business, Households, and Governments, 1987-2008* (<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg08.pdf>).
- Chairman of the Council of Economic Advisors, *Economic Report of the President, various issues* (大統領経済諮問委員会『米国経済白書』毎日新聞社, 各年版) .
- Congressional Budget Office (2004), *A Detailed Description of CBO's Cost Estimate for the Medicare Prescription Drug Benefit*.
- Congressional Budget Office (2006), *Consumer-Directed Health Plans: Potential Effects on Health Care Spending and Outcomes*.

- Employee Benefit Research Institute, *EBRI Data Book on Employee Benefits*
(<http://www.ebri.org/publications/books/index.cfm?fa=databook>).
- Fronstin, Paul (2004), *Health Savings Accounts and Other Account-Based Health Plans*, EBRI Issue Brief No.273.
- Hacker, Jacob S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge University Press.
- Hoffman, Catherine & Tolbert, Jennifer (2006), *Health Savings Accounts and High Deductible Health Plans: Are They An Option for Low-Income Families?*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured Issue Paper.
- Howard, Christopher (1997), *The Hidden Welfare State: Tax Expenditure and Social Policy in the United States*, Princeton University Press.
- Howard, Christopher (2007), *The Welfare State Nobody Knows: Debunking Myths about U. S. Social Policy*, Princeton University Press.
- Social Security Administration, *Social Security Bulletin Annual Statistical Supplements*, various issues.
- VanDerhei, Jack (2009), *The Impact of the Resent Financial Crisis on 401(k) Account Balances*, EBRI Issue Brief.
- Wise, David A. & Woodbury, Richard G. (2009), "Social Security in a Changing Environment: Findings from the Retirement Research Center at the National Bureau of Economic Research," *Social Security Bulletin*, Vol. 69, No. 4, pp.65-81.
- U. S., House Committee on Ways and Means (2004), *2004 Green book*.
- (しふや・ひろし 東京大学教授)
(なかはま・たかし 小樽商科大学教授)
(さくらい・じゅん 北海道医療大学専任講師)

アメリカの医療保障システム

— 雇用主提供医療保険の空洞化とオバマ医療保険改革 —

長谷川 千春

■ 要約

アメリカの医療保障システムの中核は雇用主提供医療保険であり、1980年代以降顕著となった医療費の膨張とそれに伴う医療保険料の高騰は企業の人件費コストの膨張としても顕在化し、グローバルな競争が激化する状況下で医療保障に対してもコスト節約圧力が強められた。雇用主である企業側の動きは、必然的に被用者とその家族、退職者らの医療保障に反映され、非正規雇用といわれる雇用の不安定層が同時に医療保障の不安定層であるなど、非高齢者の医療保険加入が民間医療保障に依存している限り、民間医療保障を得られる層と、貧困・低所得などで医療扶助の受給資格を得られる層との間に、固定的な無保険者あるいは加入の不安定な流動層を必然的に生み出す。この状況を前提に進められるオバマ医療保険改革の動向から見えてくるのは、20世紀後半に確立してきた民間ベースでの医療保障というアメリカ的枠組み、すなわち選択の自由の堅持による問題解決の困難性である。

■ キーワード

雇用主提供医療保険、コスト節約圧力、医療保障の不安定層、無保険者、オバマ医療保険改革

オバマ医療保険改革は、第1に無保険者（医療保険未加入者）の増加、第2に国民医療支出の膨張という、アメリカ医療保障システムのますます深刻化する問題に、連邦政府としての政策的対応を模索するものである。2009年末に上院、下院でそれぞれ異なる法案が可決し、2010年2月時点では法案一本化に向けての調整が続けられている。

本稿は、上記のオバマ政権のもとでの医療保険改革議論の前提として現に存在する、アメリカ医療保障システムの基本構造のうち、医療保険システムの中核を担う雇用主提供医療保険（Employer-Sponsored Health Insurance）に焦点を当て、医療保障システムに現れるアメリカ経済社会の特質を析出する。

I アメリカ医療保障システムの要： 雇用主提供医療保険

アメリカの医療保障システムは、民間医療保険と連邦政府や州・地方政府が所管する公的医療保険・医療扶助から構成されている。アメリカは国民全体を対象とした、いわゆる「国民皆保険」ではない。すなわち、公的医療保険（メディケア）の受給資格を持つ65歳以上の高齢者と障害者、そして医療扶助にカバーされる貧困者・低所得者以外の人々には、民間医療保険、なかでも雇用主提供医療保険が医療保障を得る手段として存在している。

まずアメリカの医療保障システムの中核的な保険である、雇用主提供医療保険について説明する。民間医療保険には主に、団体保険である雇用

主提供医療保険と、個人で医療保険を購入する個人購入医療保険があるが、その大半は雇用主提供医療保険である。

雇用主提供医療保険とは、雇用主が被用者やその家族、退職者に対して、付加給付（fringe benefit）の一つとして提供する医療保険である。雇用主は、法人、政府、営利・非営利を問わず、被用者に医療保険を提供することを法的に義務付けられていない。また被用者側も医療保険に加入する義務はない。しかし現実には、大企業の大半が付加給付として医療保険を提供している。そのなかには、被用者本人向けの単身保険だけではなく、その扶養家族にまで加入資格を広げた家族保険がある。また、65歳未満の早期退職者や65歳以上のメディケア受給者向けの退職者医療給付プログラムを行っている企業もある。企業が付加給付として医療保険を提供すること、及び被用者の保険加入には、税制上のインセンティブが与えられている¹⁾。

民間企業だけでなく、連邦政府、州・地方政府も雇用主として、その公務員と扶養家族、退職者に対して医療保険を提供している（連邦公務員医療給付（FEHB：Federal Employees Health Benefits）プログラム及び州公務員医療給付プログラム（States Employee Health Benefits））。

公的医療保険は、連邦政府が管理・運営するメディケア（Medicare）のみである。メディケアは、1965年に社会保障法修正法（TitleX VIII of the Social Security Act）により成立し、1966年7月から施行された。メディケア入院保険（パートA）のみが、現役世代がメディケア社会保障税（Medicare social security tax）の支払い義務を負っている強制加入の社会保険である。実際に、メディケアからの給付を受ける資格を持つ受給資格者は、社会保障年金を受給する65歳以上の高齢者、そして65歳未満の身体障害者、末期腎臓疾患患者である。

医療扶助は州・地方政府が所管しており、第1に低所得世帯の子ども、成人、高齢者、障害者を対象とするメディケイド（Medicaid）、第2にメディケイドの受給資格要件には該当しないが民間医療保険の保険料支払いが困難な低所得世帯の子どもをカバーする児童医療保険プログラム²⁾、第3に州・地方政府独自の医療扶助がある。

メディケイドは、一定の要件を満たす低所得者・貧困者向けの、州政府が所管する医療扶助である。いわゆるワーキング・プアの働く親とその子ども、深刻な障害を抱えた人、所得の低いメディケア受給者などが有資格者であるが、個人単位での適格審査で受給資格が認められてはじめて受給資格者となり、実際に受給が開始される。

それでは、医療保険への実際の加入状況についてみてみよう³⁾。民間医療保険、公的医療保険・医療扶助などを含めると、国民全体の約85%がなんらかの医療保障への加入・適用を受けている。ただ、強制保険であるメディケア入院保険（パートA）にカバーされる65歳以上の高齢者と、65歳未満の非高齢者とを区別してみると、65歳以上の高齢者のほとんどが医療保障を受けているのに対し、非高齢者では8割ほどしか医療保障を受けていない。

2008年では、65歳以上の高齢者の93.4%がメディケアの受給資格があり、98.3%が民間医療保険も含めた何らかの医療保障を受けている⁴⁾。それに対し、65歳未満の非高齢者全体では82.6%にすぎず、とくに18～24歳では71.4%、25～34歳では73.5%と、低い年齢層での加入率が低い⁵⁾。

表1は医療保険の加入先別に、非高齢者の加入状況を示したものである。非高齢者にとっての中核的な保険は雇用主提供医療保険である。2006年では、非高齢者の6割以上、1億6000万人以上が自らの雇用先で、あるいは家族の雇用先で提供される医療保険に加入している。それに対し、民間医療保険である個人購入医療保険の加入者は約1670

表1 非高齢者（65歳未満）の医療保険の加入先の推移（1987-2008年）

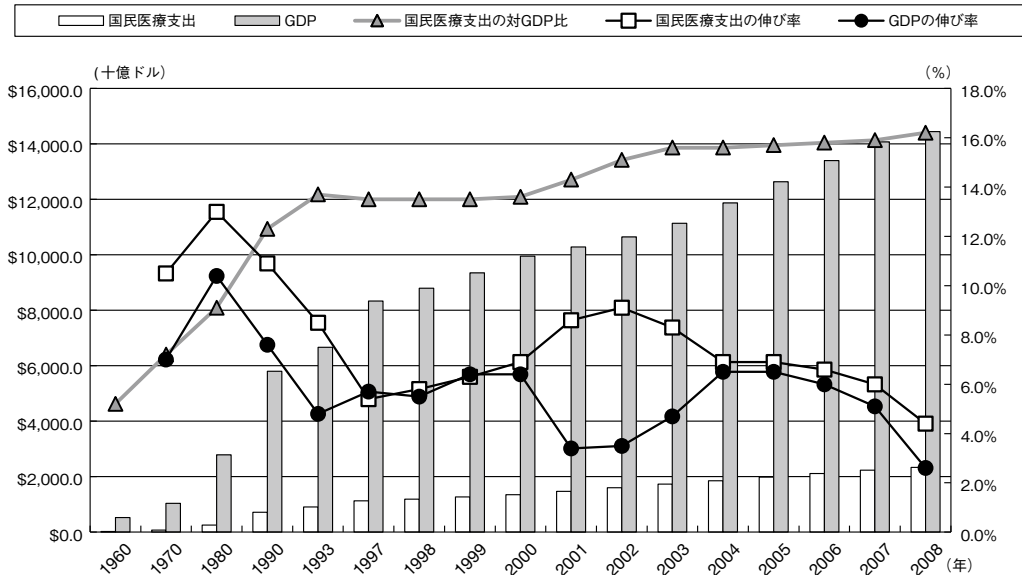
	1987年	1990年	1993年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
(百万人)								
全人口	214.4	220.6	228.0	234.1	236.2	238.6	242.6	244.8
雇用主提供医療保険	150.3	149.6	146.7	151.7	156.9	160.4	164.7	167.5
本人名義	73.5	74.1	76.0	78.0	78.5	80.2	82.2	84.6
家族名義	76.8	75.5	70.7	73.7	78.4	80.2	82.4	82.9
個人購入医療保険	15.0	15.1	17.5	16.8	17.1	16.5	16.4	16.0
公的部門	28.8	32.2	38.5	37.8	35.3	34.6	34.8	35.8
メディケア	3.1	3.5	3.7	4.6	4.7	4.8	4.9	5.4
メディケイド	18.6	22.7	29.4	28.6	26.4	25.2	25.5	26.2
Tricare/CHAMPVA	8.6	7.9	7.5	6.9	6.6	6.9	6.6	6.8
無保険	29.5	32.9	36.4	38.3	39.9	39.4	38.5	38.2
(%)								
全人口	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
雇用主提供医療保険	70.1	67.8	64.3	64.8	66.4	67.2	67.9	68.4
本人名義	34.3	33.6	33.3	33.3	33.2	33.6	33.9	34.6
家族名義	35.8	34.2	31.0	31.5	33.2	33.6	34.0	33.8
個人購入医療保険	7.0	6.8	7.7	7.2	7.2	6.9	6.8	6.5
公的部門	13.4	14.6	16.9	16.2	15.0	14.5	14.3	14.6
メディケア	1.5	1.6	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	2.2
メディケイド	8.7	10.3	12.9	12.2	11.2	10.6	10.5	10.7
Tricare/CHAMPVA	4.0	3.6	3.3	2.9	2.8	2.9	2.7	2.8
無保険	13.7	14.9	16.0	16.4	16.5	16.5	15.9	15.6
(百万人)								
全人口	247.5	250.8	252.7	255.1	257.4	260.0	261.4	262.8
雇用主提供医療保険	166.1	164.9	162.9	161.0	161.3	161.7	162.5	160.6
本人名義	84.1	82.5	81.5	81.6	82.3	82.9	83.9	82.5
家族名義	82.0	82.4	81.5	79.4	79.0	78.8	78.5	78.1
個人購入医療保険	16.0	16.6	16.7	18.0	17.9	17.7	17.1	16.7
公的部門	37.9	40.0	42.5	45.1	45.5	45.5	47.7	51.0
メディケア	5.6	5.8	6.2	6.3	6.4	6.5	7.1	7.7
メディケイド	28.3	29.9	32.4	34.2	34.7	34.9	36.3	39.2
Tricare/CHAMPVA	6.6	6.9	6.9	7.4	7.7	7.1	7.5	7.8
無保険	39.5	41.8	43.1	43.0	44.4	46.5	45.0	45.7
(%)								
全人口	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
雇用主提供医療保険	67.1	65.7	64.5	63.1	62.7	62.2	62.2	61.1
本人名義	34.0	32.9	32.2	32.0	32.0	31.9	32.1	31.4
家族名義	33.1	32.8	32.2	31.1	30.7	30.3	30.0	29.7
個人購入医療保険	6.5	6.6	6.6	7.1	7.0	6.8	6.5	6.3
公的部門	15.3	15.9	16.8	17.7	17.7	17.5	18.2	19.4
メディケア	2.3	2.3	2.5	2.5	2.5	2.5	2.7	2.9
メディケイド	11.4	11.9	12.8	13.6	13.5	13.4	13.9	14.9
Tricare/CHAMPVA	2.7	2.8	2.7	2.9	3.0	2.7	2.9	3.0
無保険	16.0	16.6	17.1	16.9	17.2	17.9	17.2	17.4

注：二つ以上の保険に加入している個人を排除していない。

TRICARE (CHAMPUS) は国防省管轄のプログラムで、退役軍人のためのもの。

CHAMPVA (the Civilian Health and Medical Program for the Department of Veterans Affairs) は退役軍人の扶養家族（身体障害者）と遺族のための医療給付プログラム。

出所：Fronstin (2003, 2009) より作成。



注：国民医療支出とGDPは左Y軸，そのほかは右Y軸。

出所：U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010)より作成。

図1 アメリカ国民医療支出とGDPの推移（1960－2008年）

万人で、非高齢者の6.7%にすぎない。また、公的医療保険であるメディケアに加入あるいは医療扶助（メディケイドなど）を受給しているのは、非高齢者の17.5%、約5100万人である。非高齢者の無保険者数は4570万人、非高齢者の17.9%にも上っており、その背景には雇用主提供医療保険の加入率低下が大きく影響している（詳しくは第III節）。

次に、アメリカの医療費の負担構造についてみてみよう。国民医療支出は、1965年のメディケア及びメディケイド創設以降、一貫して延び続けている（図1）。とくに、1980年代に入って国民医療支出が対GDP比で二桁となり、連邦政府だけではなく雇用主である企業もそのことを問題視するようになった。国民医療支出の対GDP比は、1980年代半ばに初めて二桁となり、1990年には12.0%、1995年には13.4%となった。1990年代後半は13.2%～13.3%の間で安定していたのであるが、2008年には16.2%にまで上昇している。また、国

民医療支出の年平均伸び率は、1997年、1999年を例外に、常にGDPの伸び率を上回っている。

膨張する一方の国民医療支出は、公的部門が約45%、民間部門が約55%を支えている。公的部門は、連邦政府によるメディケア支出及び州政府に対する医療扶助（メディケイドなど）に関する補助金、州・地方政府による医療扶助関連支出などを通じてのものである。他方、民間部門は、患者による自己負担、民間医療保険、その他慈善事業などを通じてのものである。

民間医療保険の保険料拠出にまでさかのぼると、医療費の実質的負担者は、雇用主としての民間企業、連邦政府、州・地方政府、そしてそれらの被用者などの家計である。表2は、民間医療保険（雇用主提供医療保険および個人購入医療保険）の保険料総額と雇用主拠出・被用者拠出額の推移をみたものである。民間医療保険の保険料総額は、2007年には約7710億ドルとなっており、

表2 民間医療保険の保険料拠出（十億ドル）

	1987年	1992年	1997年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
民間医療保険料総額	\$149.0	\$274.6	\$359.0	\$454.7	\$497.6	\$551.1	\$603.7	\$645.9	\$690.0	\$727.5	\$771.0
雇用主提供医療保険 保険料総額	136.6	252.5	335.0	426.2	467.6	517.2	566.4	608.4	653.9	688.0	730.0
雇用主拠出	105.0	191.0	246.7	321.2	350.9	384.1	421.0	450.7	484.8	502.9	532.4
民間企業	84.2	147.9	191.4	250.9	271.7	293.4	319.2	338.5	362.1	375.4	398.4
連邦政府	4.9	10.7	11.4	14.3	15.8	17.7	19.7	21.6	23.1	24.3	25.5
州・地方政府	16.0	32.4	43.9	55.9	63.3	73.1	82.1	90.6	99.5	103.3	108.5
被用者拠出	31.5	61.6	88.4	105.0	116.8	133.1	145.4	157.7	169.1	185.1	197.7
民間企業	24.9	49.5	71.8	85.1	94.4	107.9	118.2	128.4	136.8	150.3	160.3
連邦政府	2.4	3.5	4.1	5.3	5.9	6.6	7.3	8.0	8.4	9.2	10.0
州・地方政府	4.2	8.5	12.4	14.7	16.4	18.6	19.8	21.4	23.9	25.7	27.4
個人購入保険	12.4	22.1	24.0	28.5	30.0	33.9	37.3	37.5	36.1	39.4	40.9

注：現在ドル。

出所：U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2008) より作成。

1997年の2倍以上となっている。その大半は雇用主提供医療保険の保険料であり、総額約7300億ドル（2007年）の内訳は、雇用主拠出約5324億ドル（民間企業3984億ドル、連邦政府255億ドル、州・地方政府1085億ドル）、被用者拠出約1977億ドル（民間企業1603億ドル、連邦政府100億ドル、州・地方政府274億ドル）で、雇用主拠出・被用者拠出ともに、民間企業が最も大きい。

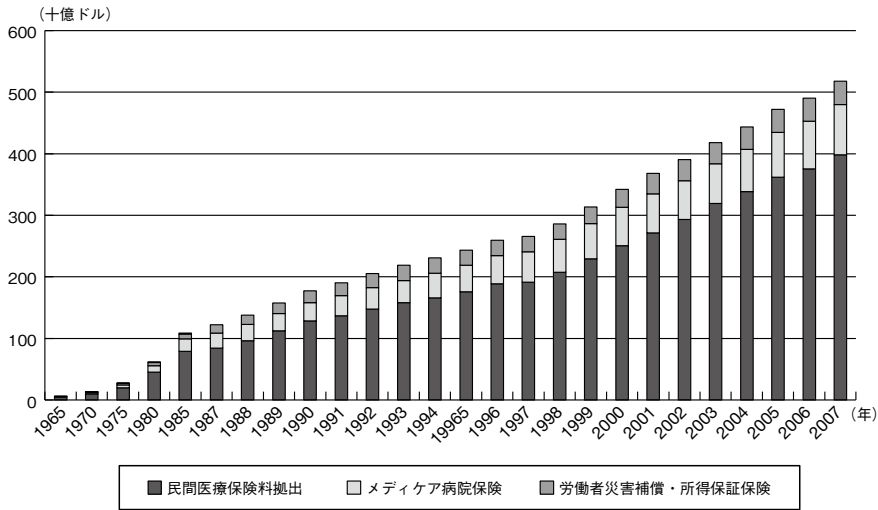
II 医療保障へのコスト節約圧力

雇用主による医療保険の提供は任意であるにもかかわらず、雇用主としての企業が医療給付を行う理由としては、一般に以下の4点が指摘される⁶⁾。第1に、優秀な労働者を採用し、維持するためである。被用者は、同等の現金報酬よりも医療給付を望んでおり、また他の給付よりも医療給付を重視している⁷⁾。第2に、不測の病気や事故による財政的損失から被用者とその家族を保護するためである。第3に、労働者の健康増進のためであり、第4に、それによる労働生産性向上を期待していることが挙げられる。医療給付は雇用主の法的義務ではないのであるが、優秀な労働力を採

用・維持し、労働生産性を向上させることを目的として行ってきた。雇用主である企業は、被用者本人だけでなく、その扶養家族や退職者にまで給付対象を拡大し、給付内容も充実させてきた。

医療費の膨張とそれに伴う医療保険料の高騰は、企業の人件費コストの膨張としても顕在化した。民間企業にとって、医療給付コストはずっと伸び続けている。民間企業による医療関連拠出には、法的義務である社会保障税（メディケアHI Trust Fund）、労働者災害補償・所得保障保険（Workers' Compensation and Temporary Disability Insurance）などがあるが、中でも民間医療保険への保険料拠出が最も大きなコストとなっている（図2）。民間企業による保険料拠出総額は、1980年は約453億ドルであったが、1980年代末から1990年にかけて急増し、1990年には約1123億ドルと1000億ドルを上回った。1990年代に入っても保険料拠出総額は増加傾向を維持し、2007年には3984億ドルとなっている。

とくに1980年代以降、アメリカ経済はグローバルな競争が激化する状況下で厳しい対応を迫られるようになって、医療保障に対してもコスト節約圧力を強めることとなった。



注：1965-1985年の数値は1994年ドルで調整，1987-2007年の数値は2007年ドルで調整されている。
 出所：Cowan et al (1996); U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services (2008) より作成。

図2 民間企業の医療給付関連コストの推移

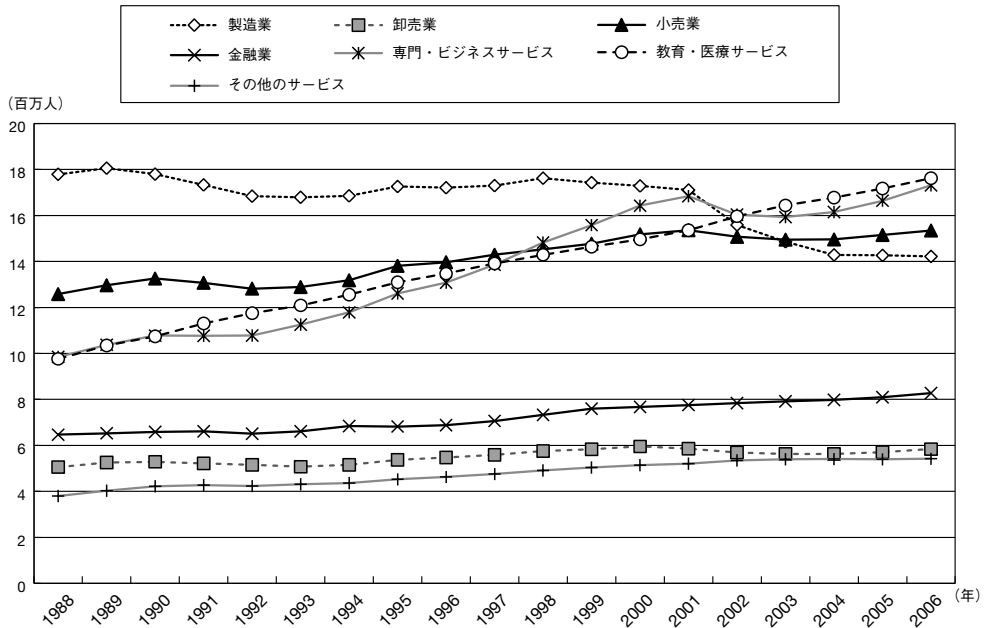
20世紀後半に確立してきたアメリカ医療保障システムの特徴を典型的に示すのが、General Motors社（GM社）である。中核的な医療保険として雇用主提供医療保険が発展したのは、GM社のようなアメリカ経済の発展を牽引した国内大手製造企業が、被用者本人だけでなくその配偶者、家族、退職者などにまで対象を拡大し、保険料拠出や給付対象サービスも拡充するなどして、医療保障を担ってきたからである。1980年には、GM社の医療給付の被保険者数は200万人以上になっており、保険料の雇用主拠出や保険の給付対象の拡充などによって、充実した医療給付プランを提供するようになっていた。

しかし、1980年代以降アメリカ経済がグローバル経済に組み込まれる中で、国内問題であるはずのアメリカ医療保障システムも、その再編を余儀なくされる状況となった。すなわち、被用者・退職者などに医療保障を提供してきた大手企業が、日本をはじめとした海外勢との競争激化などの経

営環境の変化のなかで経営合理化を追求し始め、その一方で医療給付コストの膨張を、医療給付を行う民間企業の国際競争力を阻害するものとして認識し、コスト削減のための医療給付改革を模索せざるをえなくなった。

日本企業をはじめとした海外自動車産業との競争の激化と、業績悪化の中で、GM社は医療費の上昇とそれに伴う医療給付コストの膨張が重荷であると主張しはじめた。GM社は1983年には販売自動車一台当たり430ドルの医療給付コストが上乘せされていると表現し、年次報告のなかでその負担感を訴えるようになった。GM社の医療給付コストは、1983年は22億ドルであり、1970年の6倍⁸⁾にもなっていた（GDPデフレーターで物価調整すると実質約2.5倍）。1970年代までの医療給付プログラムの拡充に伴う医療給付コストの膨張も、経営改善を模策するなかで、無視できなくなった。

2004年の年次報告では、2003年にアメリカ国内



出所：U.S. Bureau of Labor Statistics (1988-2008), Current Employment Statistics Survey より作成。

図3 主要な業種別被用者数の推移 (1988 - 2008年)

で製造した自動車一台当たり約1500ドルが医療給付コストであると説明する一方で、他の先進諸国の自動車メーカーは、母国の政府が被用者や退職者の医療費の大部分をカバーしていると指摘した⁹⁾。

GM社は日系自動車メーカーのコストの低さを引き合いに出しながら、「過去10年に渡って競争力の改善を行ってきたのに、医療給付負担の影響が我々を苛立たせている」¹⁰⁾と、医療給付コストの負担への不快感をあらわにし、ますますグローバル化が進む経営環境の中で、アメリカ企業、とくに製造業にとって重大な競争上の問題である、と主張している。アメリカ国内での生産台数が減少するなかで、2004年のGM社の売上高は1954億ドル、収益は27億ドル、2005年の売上高は1946億ドル、収益はマイナス103億ドルであったが、医療給付コストは2004年52億ドル、2005年には53億ドルに膨張していた¹¹⁾。

GM社のようなミドル・クラスを生み出し、それ

に見合った充実した医療給付プログラムを確立してきた自動車産業でさえも、激しい国際競争にさらされるなかで医療給付の見直しを行い、コスト抑制を模索することとなった¹²⁾。

そして、21世紀のアメリカ経済構造の変化の中で、新たな雇用の受け皿となってきたサービス・小売業は、医療保障に対するコスト節約圧力を、別の形で典型的に示している。その典型は、Wal-Mart社(WM社)である。

2000年までは製造業が依然として雇用の受け皿として大きかったが、2001年以降、雇用の拡大は教育・医療サービス、専門・ビジネスサービス、小売業に牽引された(図3)。製造業の被用者数は2001年以降大きく減少しており、1980年代、1990年代と比較して非常に減少している。他方、サービス産業の被用者数は1990年代以降増加傾向にあり、2001年の景気後退後もほとんど減少せず増加し続けたか、減少してもすぐに1990年代末の規模

にまで回復した。2006年の業種別（非農業産業）での被用者（16歳以上）の数をみると、「製造業」が依然として多くの被用者を抱えている一方で、「教育・医療サービス」、「専門・ビジネスサービス」、そして「小売業」が労働者の雇用の受け皿として大きくなっている。

パートタイム雇用も含めた非正規雇用は、2005年で被用者全体の30.2%、約4260万人と1995年と比較して約300万人増加している。就労形態の主流は、依然として常勤・フルタイム雇用であるが、非正規雇用の増加は無視できるものではなく、また賃金や付加給付との関係で不当に非正規雇用として就労させられている可能性も大きくなっており、医療保障の不安定層の拡大が懸念される。

WM社はアメリカ国内だけではなく、グローバルに事業展開して多額の売上（2009年度約4056億ドル）、そして利益（2009年度約134億ドル）を上げており、またアメリカ最大の雇用主（アメリカ全体で140万人以上（2009年8月時点））である¹³⁾。

それにもかかわらず、WM社は、低廉な雇用条件、とくに医療給付の不十分さを理由に労働組合の支援を受けた従業員組織や州政府からの批判にさらされている。医療給付に関しては、2007年度から、「安価な」保険料の医療保険プランを導入し、パートタイム被用者に対する待機期間の短縮、被用者の子どもに対する加入要件の寛大化などを行うことで¹⁴⁾、「わが社は国民皆保険という理想に大きく貢献するつもりだ」と強調していた¹⁵⁾。

しかし、WM社の医療給付改革後の2007年1月に初めて明らかにされた被用者の医療保険加入状況では、WM社の提供する医療保険への加入率は47.2%と50%に満たなかったことが明らかとなった。そして従業員の3.1%、4万人以上が依然としてメディケイドをはじめとした州の医療扶助を受給しており、1割近くの従業員（9.6%）が無保険状態であった¹⁶⁾。

これらの医療保険を提供する雇用主である企業

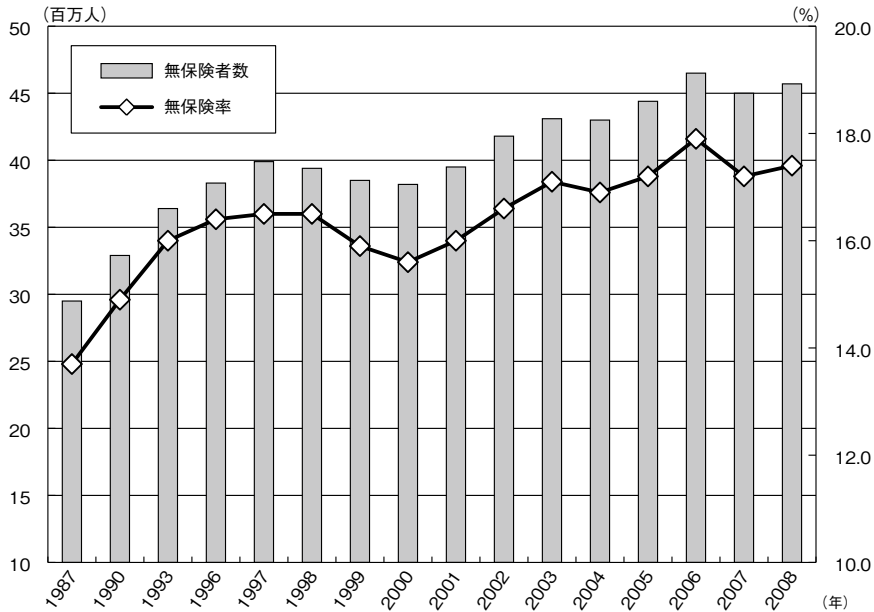
側の動きは、必然的に被用者とその家族、退職者らの医療保障に反映される。非正規雇用といわれる雇用の不安定層は、同時に医療保障の不安定層であり、構造的に無保険者、不安定層が生み出されることになっている。そして、非高齢者の医療保険加入が民間医療保障に依存している限り、民間医療保障を得られる層と、貧困・低所得などで医療扶助の受給資格を得られる層との間に、固定的な無保険者あるいは加入の不安定な流動層を生み出しているのである。

III 雇用主提供医療保険の加入率低下

アメリカ医療保障システムの特徴は、雇用主提供医療保険をその中核とすることであるが、一方で、つねに無保険者問題を抱えることもその特徴としている。それらの民間医療保険と公的医療保険・医療扶助の狭間に、いわゆる無保険者が存在する。

アメリカ国民に占める無保険者の割合、すなわち無保険率は、1990年代以降基本的に上昇し続けている。貧困・低所得層は無保険者の割合が高く、無保険状態に陥りやすいのであるが¹⁷⁾、他方で、1990年代以降の無保険者の増加は貧困・低所得層に限られたものではない。家計所得が連邦貧困基準（FPL: Federal Poverty Guideline）¹⁸⁾ 200%以上の中所得層であっても雇用主提供医療保険に加入できず医療扶助の受給対象にもならず無保険となる人が増加したことも一因であった¹⁹⁾。

非高齢者の無保険者数は、1999年、2000年を例外に、1990年代は一貫して増加し続け、2001年以降もさらに増加している。無保険者数は、1987年は約2950万人であったが、1997年には約3990万人と、10年ほどの間に約1040万人も増加している（図4）。20世紀末の数年間には減少に転じたが、その後再び増加しており、2000年から2008年の間に約750万人も増加した。2008年の無保険者数は約



出所：Fronstin (2003, 2009) より作成。

図4 非高齢者の無保険者数及び無保険率の推移(1987-2008年)

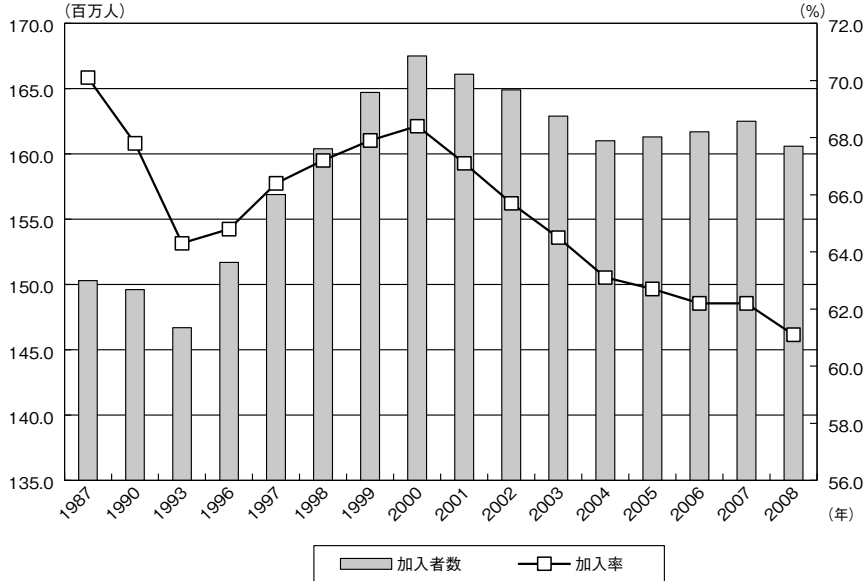
4570万人にのぼっている。非高齢者に占める無保険者の割合（無保険率）も上昇し続けている。1987年には無保険率は13.7%であったが、1990年代に16%台に高止まりした後、2000年以降再び上昇し始め2008年には17.4%に達している。

この無保険率上昇の背景には、雇用主提供医療保険の加入率の低下がある。1990年代以降、雇用主提供医療保険の加入率は1980年代までと比較して非常に低下しており、とくに2000/2001年以降加入者数の減少が著しい（図5）。非高齢者の雇用主提供医療保険への加入率は、1980年代までは70%以上であった。しかし、その後徐々に低下し、2008年には61.1%にまで低下している。1994年から2000年の間は、堅調な経済成長のなかで雇用も拡大したのであるが、加入率は64-68%台にとどまり、1980年代ほど加入率は改善しなかった。

被用者だけに焦点をあてて医療保険の加入状況を示した図6をみると、1990年代は雇用主提供医

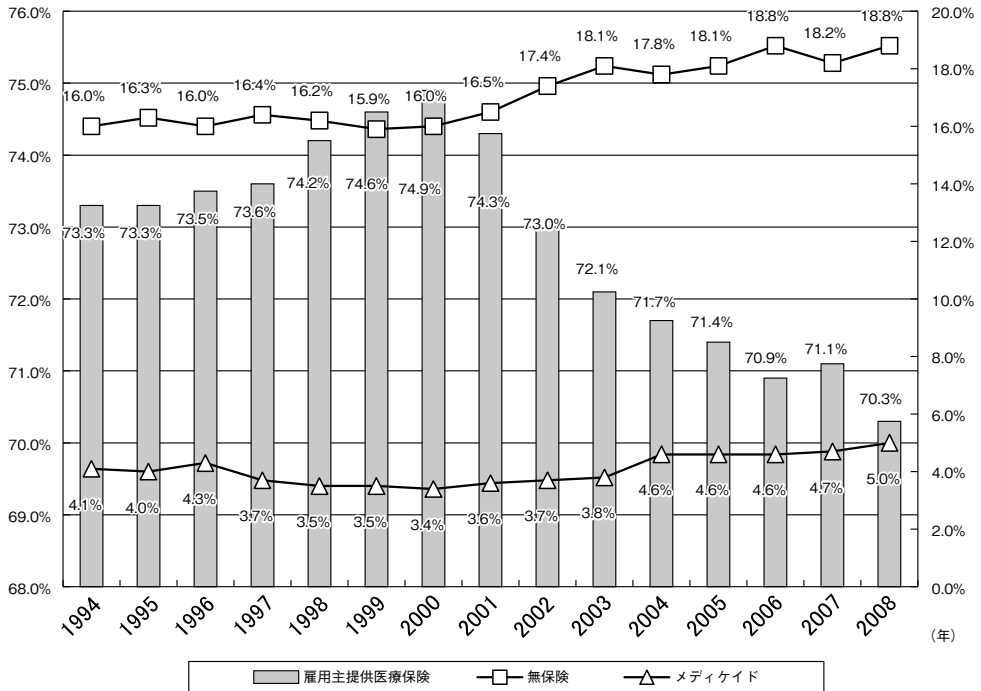
療保険の加入率が上昇していたが、2001年以降大幅に減少していることがわかる。2000年には雇用主提供医療保険の加入率は74.9%であったが、2008年には70.3%にまで低下している。それと反比例するように、被用者の無保険率が悪化し、2008年には18.8%にも達している。

被用者が雇用主提供医療保険に加入できるかどうかは、雇用主が医療保険を提供しているかどうか、そして被用者が雇用主の提示する医療保険の適格条件を満たすかどうか（勤続年数や就労形態などによる。以下、有資格率）、最後に被用者が加入条件を受け入れるかどうか（単身保険か家族保険か、保険料拠出が負担可能かなど。以下、受給率）を分岐点として決まる。医療給付プログラムを持つ雇用主に雇用されている被用者の割合が1990年代は増加傾向にあり、1993年の83.1%から2000年には89.4%に増加し、2000年代以降も高い水準を維持した一方で、第1に有資格率の低下、



出所：Fronstin (2003, 2009) より作成。

図5 非高齢者の雇用主提供医療保険の加入者数および加入率の推移(1987-2008年)



注：雇用主提供医療保険（本人名義，扶養家族名義含む）は，左Y軸。無保険，メディケイドの加入率は，右Y軸。

出所：Fronstin (2009) より作成。

図6 被用者の無保険率（1994-2008年）

すなわちフルタイム被用者の有資格率の低下と有資格率の低いパートタイム被用者の増加、そして有資格率の低い非正規雇用の増加（その多くがフルタイム雇用）、第2に加入資格がある被用者の加入率の低下、すなわち雇用主による保険料拠出の縮小やそれに伴う被用者拠出の増加によるコスト負担を理由に、保険に加入しない、あるいは加入できない被用者の増加が、1990年代から2000年代前半までの被用者の雇用主提供医療保険の加入率の低下の要因なのである²⁰⁾。

1990年代半ば以降の堅調な経済成長と雇用の回復にもかかわらず、雇用主提供医療保険の加入率はあまり上昇せず、無保険率は上昇し続けた。また、2001年の短期の景気後退の後、アメリカ経済はすぐに持ち直したにもかかわらず、雇用主提供医療保険の加入率は低下し続けており、無保険率も上昇している。さらに、2008年のリーマン・ショックに端を発する世界同時不況は、アメリカ医療保障の悪化に拍車をかけている。

IV オバマ医療保険改革と アメリカ経済社会の変化

1 医療保険改革議論の経緯

2009年に大統領に就任したオバマ氏は、民主党の指名候補選のときから、国内政策の重要課題のひとつとして「医療保険改革」を掲げた。オバマ大統領は、第1に医療保険加入者に対しては、より保険の安定性と安全性を高めること、第2に医療保険未加入者（無保険者）に対しては、保険料が負担可能な保険の選択肢を提供すること、そして第3に国民、企業、政府の医療費負担を抑制することを打ち出している²¹⁾。

オバマ大統領は就任後すぐに、上院下院両議会の民主党指導部に法案のとりまとめを指示した。下院の各委員会（Energy & Commerce; Ways & Means; Education & Labor）での法案を一本化した

下院法案（Affordable Health Care for America Act (H.R. 3962)）は、2009年11月7日に可決され、上院の各委員会（Finance; Health, Education, Labor and Pensions）での法案を一本化した上院法案（Patient Protection and Affordable Care Act (H.R. 3590)）は、2009年12月24日ようやく可決された。法案を成立させるためには、上院と下院で可決した法案をさらに一本化して、オバマ大統領の署名を得て成立させねばならない。2010年2月末時点では、法案一本化に向けて新たに大統領提案（2010年2月22日）が出され、民主・共和両党の超党派での法案成立を目指したミーティングを行うなど、調整が進められている。

2 上院法案と下院法案の特徴

上院法案と下院法案は、いずれも医療保険加入の拡大、医療費の抑制、医療サービスの提供システムの改善を目的とした項目を含むが、その具体的手法については大小の相違点を抱えている。以下では、医療保険加入の拡大に関わる項目に焦点を当て、上院法案と下院法案を対比的に整理する²²⁾。

医療保険加入の拡大にかかわる項目は、大きく5点に整理できる。第1に個人の加入義務化、第2に雇用主の責任の明確化、第3に新たな医療保険の加入支援の場（Exchange）の創設、第4に保険料拠出やコストシェアリングに対する補助金の支給、第5に公的医療保険プランの創設である。表3は法案を対比的に整理して一覧にまとめたものである。

第1の個人の加入義務化については、上院法案、下院法案ともに、ほぼすべての国民に対し罰則規定をともなった医療保険加入の法的義務を課すものである。全国で唯一州民への加入義務を課しているマサチューセッツ州では、この義務の対象は18歳以上の成人に限られ、18歳未満の子どもは除外されているが²³⁾、上院・下院法案ともに子どもも対象としている²⁴⁾。

表3 医療保険改革法案（上院，下院）の比較（2009年12月時点）

	下院法案（H.R. 3962）	上院法案（H.R. 3590）
加入義務化	<p>対象：個人 罰則規定：罰金、filing threshold（単身9350ドル、夫婦1万8700ドル）を超える所得の2.5%、あるいは適用される医療保険（単身あるいは家族保険）の全国平均保険料のいずれか低額の方と同等額</p>	<p>対象：国民及び合法居住者 罰則規定：罰金、月額罰金額の総計（無保険者一人当たりの定額750ドル（経過措置あり）。最大2250ドル（家族構成員による））あるいは家計所得の2%のどちらか低額の方と同等額（経過措置あり）として算出）、あるいは適用される医療保険の全国平均保険料のいずれか低額の方と同等額</p>
雇用主の責任	<p>雇用主に対して、被用者に対する医療保険（「適格とされる医療保険（qualified health benefits plan）」でなければならない、ただし5年間は既存のプランを継続可能）の提供、あるいはExchange基金への拠出を義務付け 医療保険を提供する場合、単身保険の72.5%以上、家族保険の65%以上の雇用主拠出、あるいはExchange基金に平均賃金の8%を拠出することを義務付け Exchange基金への拠出は、給与総額が75万ドル以上の場合支払給与総額の8%、75万ドル未満の場合は、その額に応じて拠出金を免除あるいは減額（50万ドル未満の場合は免除） 被用者が加入できるもっとも低額な保険料の医療保険に、被用者を自動的に加入させることを義務付け（ただし、被用者本人が別の医療保険に加入すること、あるいは脱退することを妨げない）</p>	<p>雇用主に対する義務規定無し フルタイム被用者（週平均30労働時間以上）50名以上の雇用主のみを対象に、医療保険を提供せずかつ後述の補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合、フルタイム被用者一人当たり750ドルの罰金 医療保険を提供しかつ補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合、当該被用者一人当たり3000ドル以下の罰金、あるいはフルタイム被用者一人当たり750ドルの罰金 医療保険を提供しているフルタイム被用者200名以上の雇用主に対して、新規採用のフルタイム被用者を自動的に医療保険に加入させることを義務付け（ただし被用者本人の脱退を妨げない）</p>
Exchangeの設立	<p>新たな独立した行政機関（Commissioner）を設立（連邦ベース。恒久的な連邦補助金で運営）して、運営 一定の要件を満たす限りで、州でのExchangeの運営も可能 適格な医療保険プランの承認・取り消し、保険者との交渉・契約、対象となる個人や雇用主のサポート（情報提供や保険料、コストシェアリング補助金）など</p> <p>対象： 【個人】雇用主から直接医療保険を提供されていない州民およびメディケア、メディケイドなどの医療扶助の非対象者 【雇用主】中小の雇用主（2013年被用者数25名以下、2014年50名以下、2015年100名以下）。Exchangeから医療保険を提供する場合、すべての被用者に対し加入資格を与えねばならない。 フルタイム被用者に対する雇用主拠出率72.5%（単身保険）、65%（家族保険）</p>	<p>州が運営（連邦・保健社会福祉省（Health and Human Services）大臣が州政府に対しスタートアップ補助金を交付。2015年以降は自立的に財政運営） 州政府は、小雇用主向けに単独のExchange（SHOP exchange）を設立することもできる Exchangeを管理・運営するのは州行政機関あるいは非営利組織 適格な医療保険プランの承認・取り消し、提供する医療保険プランの内容や保険料などの情報提供など</p> <p>対象： 【個人】合法的な州民（メディケイドなどの医療扶助の非対象者で、収監されていない者） 【雇用主】中小の雇用主（2015年まで被用者数50名以下（あるいは100名以下。州政府による）、2016年100名以下、2017年以降は州政府の裁量による）Exchangeから医療保険を提供するかは雇用主が決定することができる。保険料拠出や加入資格についての規定なし。</p>

<p>保険料及びコストシェアリングの補助金</p>	<p>対象： 所得が400%以下でかつ認定された医療保険に加入しておらず(例えば雇用主提供医療保険、メディケア、メディケイドなど)、Exchangeを通じて医療保険に加入する個人及び家族(ただし、国民及び合法居住者) 雇用主提供医療保険を提供されている場合は、被用者の保険料拠出が所得の12%を超える場合、適用される(2014年～) 補助金は、Commissionerが保険者に直接支払う</p> <p>【保険料補助】 「参考保険料(もっとも低額な保険プラン3つの平均保険料)」以下の負担になるよう調整。 保険料の自己負担上限額を設定(例) FPL133%以下=所得の1.5%、FPL150%=所得の3%、FPL300%=所得の10%、FPL400%=所得の12%</p> <p>【コストシェアリング補助】 所得に応じたコストシェアリング(定額控除や共同負担など)の自己負担上限額を設定(例) 2013年 単身保険 FPL150%以下=500ドル、FPL151~200%=1000ドル、FPL251~300%=4000ドル、FPL351~400%=5000ドル(家族保険の場合は、単身保険の倍) 医療保険プランに対し、所得に応じて実際の医療費の一定比率以上を保険給付するよう規定(例) FPL150%以下=保険給付97%、FPL151~200%=保険給付93%、FPL251~300%=保険給付78%、FPL351~400%=70%</p>	<p>対象： 所得が400%以下でかつ認定された医療保険に加入しておらず(例えば雇用主提供医療保険、メディケア、メディケイドなど)、Exchangeを通じて医療保険に加入する個人及び家族(ただし、国民及び確定申告する合法居住者) 雇用主提供医療保険を提供されている場合は、被用者の保険料拠出が所得の9.8%を超える場合、あるいは保険給付が6割以下の場合、適用される(2014年～) 補助金は、個人に対して、前払いで「還付可能な税額控除」として支払う</p> <p>【保険料補助】 地域で2番目に低額な保険プラン(Exchangeプラン)の保険料に照らして、所得に対する一定の比率以下の負担になるよう調整。保険料の自己負担上限額を設定(例) FPL133%以下=所得の2%、FPL150%=所得の4.6%、FPL300%~400%=所得の9.8%</p> <p>【コストシェアリング補助】 医療貯蓄口座(HSA)適格の高定額控除医療プランの自己負担上限額(2009年 単身保険5800ドル、家族保険11600ドル)を基準として、その一定割合を補助(例) 2014年 FPL200%以下=3分の2減額、FPL201~300%=2分の1減額、FPL301~400%=3分の1減額 医療保険プランに対し、所得に応じて実際の医療費の一定比率以上を保険給付するよう規定(例) FPL150%以下=保険給付90%、FPL151~200%=保険給付80%、FPL200~400%=保険給付70%</p>
<p>公的医療保険プランの設立</p>	<p>Exchangeで提示される保険プランの選択肢のひとつとして、公的医療保険プランを創設したがって、Exchangeの有資格者の加入は任意 連邦HHSが運営(勘定は財務省内) スタートアップ資金は20億ドル</p>	<p>規定無し</p>
<p>医療扶助の拡充</p>	<p>医療扶助の対象を、FPL150%にまで拡大</p>	<p>医療扶助の対象を、FPL133%にまで拡大</p>

出所：Congressional Research Service (2009); Congressional Research Service (2010); H. R. 3962 an ACT (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3962EH/pdf/BILLS-111hr3962EH.pdf>); H.R. 3590 AMENDMENTS (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3590EAS/pdf/BILLS-111hr3590EAS.pdf>); Kaiser Family Foundation (2010)より作成。

この加入義務違反の場合の罰則は、下院法案では所得税の filing threshold を超える所得の2.5%あるいは適用される医療保険（単身あるいは家族保険）の全国平均保険料のいずれか低額と同額の罰金としており、上院法案では無保険者一人当たりの定額（750ドル）か家計所得から算出される月額罰金額の総計か、あるいは適用される医療保険の全国平均保険料のいずれか低額の方と相当額を罰金としている。

第2の雇用主の責任については、上院法案、下院法案ともに小雇用主（上院法案では「フルタイム被用者数50名未満」、下院法案では「支払給与総額50万ドル未満」）はその対象とされていない。下院法案では、雇用主は被用者に対して医療保険を提供するか（単身保険の72.5%、家族保険の65%以上の雇用主拠出を義務付け）、あるいは後述の医療保険への加入支援プログラム（Exchange）の基金に支払給与総額の最大8%を拠出するかのいずれかの義務を果たすことを規定している。ただし、支払給与総額50万ドル未満の雇用主は医療保険を提供しなくても、罰金を免除され、支払給与総額75万ドル未満の雇用主は2～6%に罰金を減額するとしている。また医療保険を提供している場合、雇用主は被用者を最も低額な保険料の医療保険に自動加入させるよう規定している。

それに対し、上院法案では雇用主に対する医療保険の提供義務及び保険料拠出義務の規定はなく、ただフルタイム被用者（週平均30労働時間以上）50名以上の雇用主のみを対象として、医療保険を提供せずかつ後述のExchangeを通じて医療保険に加入し、さらに補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合には、フルタイム被用者一人当たり750ドル（月額62.50ドル）の罰金、医療保険を提供しかつ補助金を受けるフルタイム被用者がいる場合には、当該被用者一人当たり3000ドル（月額250ドル）の罰金、あるいはフルタイム被用者一人当たり750ドルの罰金を科すと規定している。

下院法案で規定している被用者の自動加入については、上院法案ではフルタイム被用者数200名以上の企業のみを対象として規定している。

医療保険を提供する零細雇用主（フルタイム被用者10名以下かつ平均課税賃金2万ドル以下）に対しては、上院法案、下院法案ともにその保険料拠出について税額控除を認めることで、被用者への医療保険の提供を促している。

第3の医療保険への加入支援（Health Insurance Exchange）は、上院法案、下院法案ともに、雇用主提供医療保険に加入できない、メディケイドなどの医療扶助の非対象者である個人と雇用主提供医療保険を提供することが困難な中小の雇用主を対象に、医療保険の購入を促すことを目的としたものである。

Exchangeは保険者ではなく、対象となる個人や小雇用主に対し、比較可能な形で複数の医療保険の選択肢を提示する場であり、下院法案では独立した新たな行政機関（Health Choices Commissioner、以下 Commissioner）を設立して、上院法案では州行政機関か非営利組織が、Exchangeで提供する医療保険について交渉・契約し、後述の保険料やコストシェアリングの補助金の管理・運営を行うとしている。

Commissionerの機能は、マサチューセッツ州医療改革で新たな医療保険プログラムを管理・運営するために創設された準政府機関である Commonwealth Health Insurance Connector Authority（Connector）と同等のものと考えられる。Connectorは、適正な保険料であるか、標準的な質の医療サービスを提供しているかなどをチェックし、認証を与えた民間保険会社などが提供する複数の医療保険のプランの選択肢を提示し、無保険の人がそのなかから家族構成や就労形態などに応じて、負担可能な保険料で民間の医療保険に加入できるようサポートしている²⁵⁾。

中小の雇用主がExchangeを通じて被用者に対し

て医療保険を提供する場合、下院法案では医療保険の幅広い提供や保険料拠出についても義務付けているが、上院法案では特に規定はなく、雇用主の裁量を多く残しているといえる。

Exchangeの財源について、下院法案が恒久的な連邦補助金（州が運営する場合はマッチング補助金）での運営としているのに対し、上院法案では開始当初は連邦補助金を財源とするが、その後は自立的な財政運営を行うとしている。

第4の保険料およびコストシェアリングに対する補助金の支給については、上院法案、下院法案ともに、FPL400%以下の所得層を対象としている。具体的には、上院法案ではFPL400%以下の所得層の個人及び世帯に対して、Exchangeを通じて医療保険に加入する場合に、Exchangeを通じて提供される医療保険のうち2番目に低額の保険料に照らして、所得に対する一定の比率以下の保険料拠出になるように補助金を支給する。加入者の保険料拠出の上限額を所得の2%（FPL133%以下）～9.8%（FPL300～400%）と設定して低所得層ほど手厚くしている。ただし、下院法案のほうがより手厚い補助金支給になるように規定している。

また、上院法案、下院法案ともに、医療保険からの保険給付と加入者自己負担（定額控除や共同負担など）とのコストシェアリングについては、家計所得に応じた自己負担上限額を設定し、保険プランに対しては一定の保険給付率を提示することで、加入者自己負担を抑制するとしている。ただし、家計所得に応じた保険給付率の規定は、下院法案のほうが高く設定している（下院法案：97%（FPL133～150%）～70%（FPL350～400%）、上院法案：90%（FPL100～150%）～70%（FPL200.1%～））。

第5の公的医療保険プランの創設については、下院法案にのみ盛り込まれた項目である。公的医療保険プランは、Exchangeを通じて加入可能な医療保険の一選択肢として提供するとしており、民

間医療保険プランと競合的なものとされている。したがって、加入は任意である。スタートアップ資金は20億ドルとしている。

3 オバマ医療保険改革をどうみるか：グローバル化と企業保障の後退のなかで

2010年2月22日に公表されたオバマ大統領による新提案²⁶⁾は、上院法案をベースに、下院法案と大統領の独自提案を盛り込んだものとなった。中低所得層への補助金の支給を拡大する一方で、民間医療保険に対する監視を強化して保険料上昇を抑制することで、国民と保険者双方から保険料負担可能性を追求するとしている。オバマ大統領が当初から導入を目指し、また下院法案にも盛り込まれていた公的医療保険プランの創設は盛り込まれていない。また、雇用主である企業に対する、被用者向けの医療保険の提供及び保険料拠出についての義務規定もなくなっている。

上院法案、下院法案及びオバマ大統領の新提案から見えてくるのは、公的医療保険の導入見送りに象徴的であるように、20世紀後半に確立してきた「民間ベース」での医療保障というアメリカ的枠組みからはみ出すことが非常に困難ということである。国民に対する医療保険加入義務についても、あくまでも国民による「選択の自由」が堅持されることが強調され、保険料負担可能性のある民間医療保険の選択肢を市場での競争を通じて増やし、保険料拠出に対する補助金支給によって保険加入を促すにとどまる。また、企業に対する被用者向けの医療保険の提供及び保険料拠出義務についても、法定給付の意味合いを強めることから回避されたと考えられる。ただ、「選択の自由」が制限されている既往症のある人に対しては、民間医療保険側の加入拒否や保険料上乘せを禁止することで、政府の介入によって選択の自由を回復しようとしていると捉えられる。

しかし、民間での競争と選択の自由を重視した

企業保障をベースとしたアメリカ医療保障が空洞化の方向にあることは間違いない。1980年代以降の医療費の顕著な膨張と医療保険料の高騰のなかで、医療保障の中核を担うアメリカ企業はグローバルな競争が激化するなかでコスト節約圧力を強めざるを得なくなっており、他方で非正規雇用の増加などの労働編成の再編も、アメリカ企業の医療保障からの後退を方向付けている。そのなかで、無保険者や医療保障の不安定層の問題は深刻化せざるを得ない状況にあるのであり、政府による政策的対応の必要性は高まっているといえよう。

* 本稿脱稿直前の2010年3月21日に医療保険改革法案は連邦下院で可決され、3月23日にオバマ大統領が署名して同法は成立した。同法の内容と実効性については今後の検討課題としたい。

注

- 1) 渋谷 (2005) ; 関口 (2010). 雇用主提供医療に関する租税優遇措置から、アメリカでは雇用主による被用者への医療提供と被用者の医療保険への参加を促進するような租税政策を採用している。
- 2) 州児童医療保険プログラム (State Children's Health Insurance Program: SCHIP) は、2009年の新法制定に伴いChildren's Health Insurance Program (CHIP) に名称変更された。
- 3) 以下の非高齢者の医療保険加入率は、Fronstin (2003, 2009) による。
- 4) U.S. Census Bureau (2009).
- 5) U.S. Census Bureau (2009).
- 6) *EBRI Notes*, March 2002.
- 7) O'Brien (2003).
- 8) *American Demographics*, May 1987.
- 9) General Motors Corporation (2004).
- 10) General Motors Corporation (2006).
- 11) 2005年にはUAWとの労使交渉の結果、時間給退職者の医療給付コストをUAWと共同負担することに合意し、2006年度の医療給付コストは48億円に削減された (General Motors Corporation (2006), Annual Report).
- 12) 1985年にはじまるGM社の医療給付改革については、長谷川 (2010a) 第2章で詳論している。
- 13) Wal-Mart State by State Information.
- 14) Wal-Mart社の医療給付改革については、長谷川 (2010a), 第3章で詳論している。
- 15) ダウ・ジョーンズ米国企業ニュース2006年2月24日、日本経済新聞夕刊2004年4月18日。
- 16) Wal-Mart (2007); *Washington Post*, January 11, 2007.
- 17) 2008年では、無保険者の3分の1 (32.5%) が家計所得2万ドル未満の人であり、家計所得1万ドル未満の人の34.9%、家計所得1万ドル~2万ドル未満の人の32.5%が無保険状態にある一方で、家計所得7万5000ドル以上の人では無保険率が6.8%にすぎない (Fronstin (2009)).
- 18) 連邦貧困基準とは、連邦政府が定める貧困判断の基準である。U.S. Department of Health and Human Servicesの2009年の連邦貧困基準では、4人家族 (子ども (18歳未満) 2人) で22050ドルがFPL100%である (Federal Register, Vol. 74, No. 14, January 23, 2009).
- 19) 1980年代後半から2000年代前半までの約20年間の無保険率、無保険者数の変化を家計所得層別に分析すると、1990年代後半の堅調な経済成長期において家計所得が上位に移動した人が増加した一方で、そのことが必ずしも医療保険の加入につながらなかったこと、そして2000年代前半の景気後退期において医療扶助の対象となるほどには貧困ではないが、雇用主提供医療保険に加入できない低所得層が増加したことが無保険率の悪化につながっている。詳しくは、長谷川 (2010a) 第4章。
- 20) 筆者は雇用主提供医療保険の被提供率が高い一方で、被用者のそれへの加入率が低下する傾向にあることを「雇用主提供医療保険の空洞化」と捉えている。雇用主提供医療保険の空洞化については、長谷川 (2010a) 第4章で詳論している。
- 21) White House (2009).
- 22) 以下の上院法案、下院法案の整理については、以下を参照。Congressional Research Service (2009); Congressional Research Service (2010); H. R. 3962 an ACT (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3962EH/pdf/BILLS-111hr3962EH.pdf>); H.R. 3590 AMENDMENTS (<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3590EAS/pdf/BILLS-111hr3590EAS.pdf>); Kaiser Family Foundation (2010).
- 23) アメリカで初めて州民への医療保険加入義務を課す州法を成立させたマサチューセッツ州の医療改革については、長谷川 (2010b) で詳論している。
- 24) ただし、上院法案、下院法案ともに、医療保険の購入が「財政的困難 (financial hardship)」(ただし両法案で「困難」の判断基準は異なる) を理由とする人は例外としている。
- 25) マサチューセッツ州医療改革とConnectorについて、詳しくは長谷川 (2010b) 参照。

- 26) White House, *THE PRESIDENT'S PROPOSAL*, February 22, 2010.

参考文献

- Congressional Research Service (2009), "Private Health Insurance Provisions of H.R.3962", *CRS Report*, R40885.
- Congressional Research Service (2010), "A Comparative Analysis of Private Health Insurance Provisions of H.R. 3962 and Senate-Passed H.R. 3590", *CRS Report*, R40981.
- Cowan, C.A., B.R. Braden, P.A. McDonnell and L. Sivarajan (1996), "Business, households, and government: health spending, 1994", *Health Care Financing Review*, 17(4), pp.157-178.
- Fronstin, P. (2003), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2003 Current Population Survey," *EBRI Issue Brief*, 264.
- Fronstin, P. (2009), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2009 Current Population Survey", *EBRI Issue Brief*, 334.
- General Motors Corporation (2004-2006), *General Motors Corporation Annual Report*.
- Kaiser Family Foundation (2010), "Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposals", *Focus on Health Reform*, updated January 13.
- O'Brien, E. (2003), "Employers' Benefits from Workers' Health Insurance," *Milbank Quarterly*, 81(1).
- U.S. Bureau of Labor Statistics (1988-2008), *Current Employment Statistics Survey*.
- U.S. Census Bureau (2009), *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*.
- U.S. Department of Health and Human Services, Center for Medicare & Medicaid Services (2008), *Sponsors of Health Care Costs: Businesses, Households, and Governments, 1987-2007*.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010), *National Health Expenditure Data*.
- Wal-Mart (2007), *Open Enrollment Survey Report*.
- White House (2009), "The OBAMA Plan Stability & Security for All Americans".
- 渋谷博史 (2005) 『20世紀アメリカ財政史』全3巻, 東京大学出版会.
- 関口 智 (2010) 「雇用主提供医療とアメリカ租税政策—雇用主提供年金との比較の視点から」渋谷博史・埜武郎編 『アメリカ・モデルとグローバル化Ⅱ』, 昭和堂.
- 長谷川千春 (2010a) 『アメリカの医療保障 グローバル化と企業保障のゆくえ』 昭和堂.
- 長谷川千春 (2010b) 「アメリカ・マサチューセッツ州における医療改革-『加入義務化』と『共同責任』の実態についての考察」, 『生命保険論集』170号.
- (はせがわ・ちはる 立命館大学准教授)

アメリカの年金システム

吉田 健三

■ 要約

年金の国際比較研究において、アメリカの年金システムは「小さな政府」、すなわち制度の規模の小ささや機能の弱さなどから特徴づけられるのが常であった。本稿の課題は、雇用主提供年金と社会保障年金の具体的な特質を分析し、アメリカ年金システムの特徴を再検討することにある。

アメリカの年金システムは、「市場主義」的な第2階部分の雇用主提供年金や個人貯蓄勘定を、基礎的な所得を提供する社会保障が第1階部分として支える重層的な構造となっている。本稿では、社会保障年金の再分配機能、普遍性、および第1階部分としての給付水準の高さに特に注目した。これらの特質は、わが国をはじめとする先進諸国との比較においても妥当する。アメリカの「市場主義」が世界的な影響力を持つ今日において、アメリカ福祉国家の独自の在り方は、部分的な「市場主義」の特質ではなく、全体的な構造として理解されるべきであると筆者は考える。

■ キーワード

アメリカ 社会保障年金 市場主義 年金システム 国際比較

I. 国際比較におけるアメリカ

アメリカ社会を論じる際、多くの者が指摘する特徴は「小さな政府」、すなわち公的制度の規模や生活保障としての機能の弱さや、私的制度の相対的な大きさである。この傾向は、年金に関する国際比較研究においても同様である。Palme (1990) は、先進諸国の年金システムを、デンマーク等の「基礎保障モデル」、フランスやドイツの「所得保障モデル」、スウェーデンやなどの「制度モデル」に区分した上で、アメリカをどのタイプの基準にも届かなかつた「残余（あまりもの）のモデル」としている。比較福祉国家研究の画期的業績といわれる Espin-Andersen (1990) は、アメリカの年金システムを「自由主義レジーム」と位置づけているが、その主な比較材料となっているのは公的制度

の規模や「脱商品化」の機能に関するスコアの低さである。鎮目 (2003) では、「脱商品化」概念をより豊富化させた年金脱貧困化総合指標によって国際比較を試みているが、そこでもアメリカは対象 18カ国中で最下位にランク付けされている。

福祉国家的諸制度の比較研究において、制度的量的な規模ではなく、機能の質的な相違への着目が重要だと唱えられて久しい。しかし、アメリカの年金システムは、今日なお規模の小ささや機能の弱さなどから特徴づけられてきたといえる。こうしたアメリカに対する総括的評価は、もちろん誤りとはいえない。だが、欧州を基準に描かれるアメリカ像は、わが国にとってのそれと異なる。何より複数国の総体をスコアリングによって数的に並列処理する方法の常として、そこではいくつかの重要な具体的特質が見落とされている。本稿

は、雇用主提供年金と社会保障年金の具体的な特質を分析し、アメリカ年金システムの特徴を再検討することを課題とする。

II. ある組立工の退職生活

アメリカの年金システムを考える出発点として、まず一人の幸福なアメリカ人労働者の人生を思い描いてみたい。ここでは彼をジョン・スミスと呼ぼう。ジョンは1941年ミシガンに生まれ、1959年18歳で高校を卒業後、いくつかの工場を渡り歩き、1966年25歳のときに自動車メーカーの最大手であるゼネラル・モーターズ社（以下GM社）に時間給の組立工として採用された。模範的な勤労精神を持ち、また何より幸運であった彼は、泥沼化するベトナム戦争のため徴兵されることも、1980年頃から激化した日本の自動車メーカーとの競争のために一時帰休（レイオフ）に遭うことも、工場閉鎖によってリストラされることもなく、また早期退職に応じることもなく、2006年65歳で退職するまで40年間勤務した。

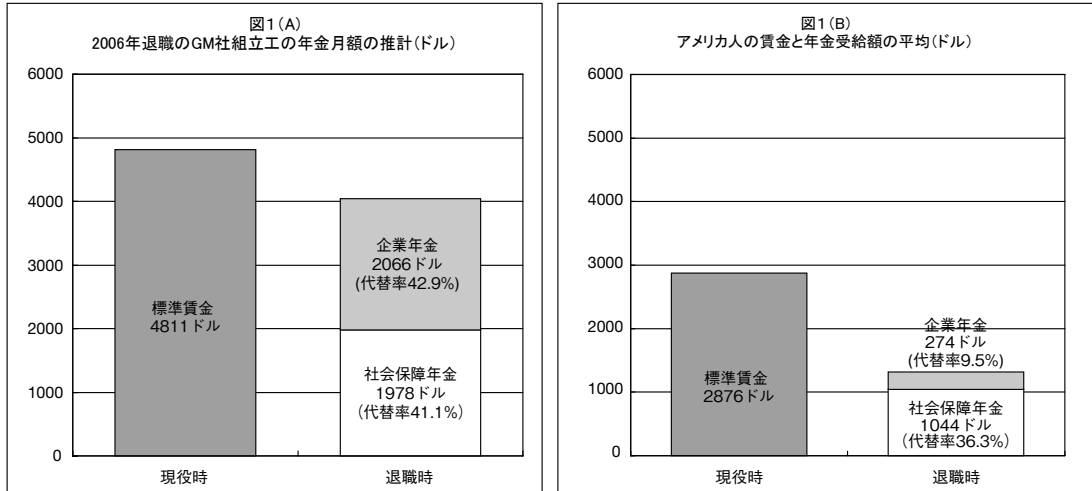
彼は現役時代の所得水準は次のようなものであったと考えられる。自動車労働組合（the United Auto Workers；以下UAW）によれば、2006年時点での組合員の組立工の典型的な賃金は、時給27.81ドルである¹⁾。また労働省の統計によれば、2005年における自動車組立工の年間労働時間の中央値は2076時間である²⁾。この2つの数字から単純計算すればUAW加入の組立工の標準的な年間賃金は57,734ドルとなる。この額を標準として、彼の賃金が実質価値のベースにおいて一般的な年齢別の労働者の賃金構造に概ね従う形で変化してきたとするならば、彼の賃金は1966年25歳に時給4.57ドルの年収9,781ドルではじまり、2006年の退職直前には時給31.91ドルで年収66,251ドルとなる。この額は、UAWが発表する組合員熟練工の典型的時給32.32ドルにも近い。

わが組立工の退職後にはどのような生活が用意されているだろうか。アメリカにおいて、退職後所得保障の体系はしばしば「三脚の椅子」にたとえられる。三脚とは、公的な社会保障年金、企業年金や公務員年金など雇用主提供年金、そして個人貯蓄の3つの所得源である。

まず、第1の柱である社会保障年金について見て行こう。社会保障年金の給付は、後述のように現役時の所得水準を変数として決定される。その算定式に彼の現役時の所得をあてはめれば、給付額は2009年ドル基準で月額1,978ドル、年額で23,736ドルとなる。ところで、年金政策の議論では給付水準を評価する方法として所得代替率（replacement rate）、すなわち現役時の所得水準に対する年金給付額の比率がしばしば用いられる。彼の平均的な賃金水準を基準にした所得代替率は、41.1%である。もし、彼に妻がいたならば、彼女は配偶者年金として月額989ドルが給付される。妻に他の所得がなかったならば、世帯単位での所得代替率は、61.6%となる。

第2の所得源である企業年金からの給付額は次の通りである。2003年の労使協約に基づくGM社の時給労働者向けの年金プランの算定式に、彼の現役時の所得および勤続年数を当てはめれば、彼の給付月額は単位年金51.65ドルに勤務年数の40を掛けあわせた2066.0ドルとなる。それは、年額にして24,792.0ドルであり、基準となる賃金に対する所得代替率では42.9%である³⁾。

彼の退職後の所得源はこれにとどまらない。GM社は、1983年末から個人貯蓄プラン（Personal Savings Plan）を提供している。個人貯蓄プランとは退職後に備えた資産形成の為に、個々人が雇用主の用意した個人勘定に給与の一定部分を積み上げて行くプランであり、拠出金に対して租税優遇措置が与えられる。同社の場合は、給与の5%を上限に税引き前給与の拠出が認められている。生真面目な彼は制度発足直後の1984年から上限まで



出所：General Motors (2003), SSA (2009), UAW (2007), BLS (2006), DOL (2006) より筆者作成。

図1

拠出を続け、またその資産がアメリカにおける同じような個人勘定制度の平均的利回りで運用されたとしても⁴⁾。その結果、彼は65歳の退職時には、150,025ドルの退職資産を形成している。さらに、彼はメディケアと呼ばれる公的な高齢者向けプログラムより手厚い退職者医療保険給付など、GM社退職者としての特別な手当を受ける⁵⁾。

退職時に彼が手にしているものは、図1 (A) が示すように、公私あわせて単身で月額4,044ドル、夫婦であれば5,033ドルの年金給付である。また、150,025ドルの退職資産と手厚い医療給付が、これに加えられる。これらは退職後の所得としては申し分のない額であるように思われる。アメリカの年金政策議論においては一般に、退職後に現役時の生活水準を維持するには、現役時所得の70%-80%程度の所得が必要だとされる⁶⁾。単身の年金給付だけで所得代替率83.0%、夫婦で100%を超える彼の退職後所得は、この基準から見ても十分だといえよう。

III. ハッピー・リタイアメントの条件

(1) 企業年金の現実

実際には、ジョン・スミスの手にした豊かな退職所得は、多くの国民にとっての現実ではない。なぜなら彼の退職所得の中心である企業年金からの手厚い給付は、人生において相当な幸運に恵まれ続けることではじめて得られるものであったからである。

彼の幸運のはじまりは、GM社に採用されたことである。そのメリットは、UAW加入の組合員、特にほかの組立工の1.5倍以上ものGM社員の高い賃金水準だけではない。決定的に重要であるのは、GM社が私的な年金プランを提供する企業だということである。GM社のような給付を約束するタイプの年金プランが提供されるのは、組合部門、あるいは大企業、公務員など被用者などにほぼ限定される。1996年の時点でこの種の年金プランに加入していたものは、民間労働者のうち22%にすぎない⁷⁾。

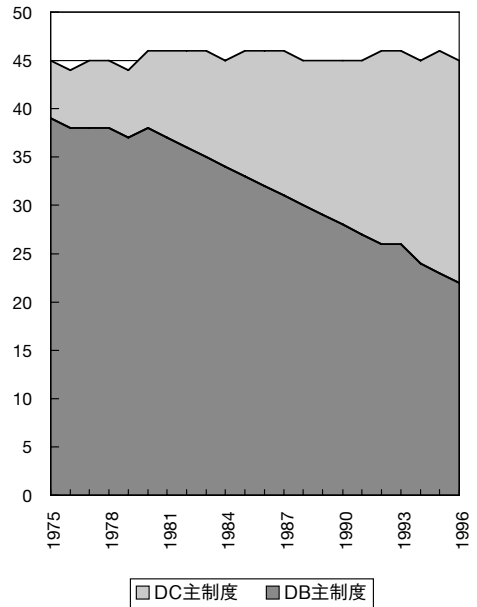
彼がさらに幸運であったのは、そのGM社に40

年間勤続できたということである。すでに見たように、年金の給付額の計算式は、定数あるいは賃金と勤続年数との掛け算で成立している。同社での勤続年数が短ければ、それに比例して年金給付額は減少する。例えば、彼が標準退職年齢の65歳の20年前に離職していたならば、彼の年金給付額は半分の1033ドルとなる⁸⁾。さらに彼の離職が就職して10年以内、65歳以前であるなら年金は1ドルも支給されない。

1980年代以降、顕著となった雇用環境の変化を考慮に入れるならば、ジョンの幸運は、さらに際立ったものとなる。この時期から国際経済における競争の激化、コーポレートガバナンスの変化等の諸要因により、アメリカ経済の労使関係は大きく様変わりした。企業の倒産や工場の閉鎖やリストラは珍しいニュースでなくなり、雇用関係はより短期的なものに、流動的なものに、不安定なものになった。GM社も例外ではない。1975年には61万人、1985年にも56万人いた同社の被用者は、退職による自然減に加え、あいつぐリストラや工場閉鎖の結果、2005年には14万人まで激減している⁹⁾。

こうした状況の中、リストラにも一時帰休にも遭わず、早期退職にも応じず、標準退職年齢である65歳まで40年間勤務し続けた彼の経歴はGM社員の中でもかなり恵まれた部類のものであったと考えられる。実際、2006年時点でのGM社の時給工員向けの退職プランの平均給付額は、月額1160.9ドル、年額13930.86ドルと、わが組立工の半分程度の水準である¹⁰⁾。

UAWのような強力な労働組合のないところでは、リストラや離職の頻度、それによる年金額の減少の度合いはなおさらである。労働省の統計では、2006年の時点での企業年金の受給者の平均受給額は年額3,291.6ドル、月額に換算すれば274.3ドルである。これは、ジョン・スミスの年金の1/8以下の水準である¹¹⁾。GM従業員と一般労働者の賃金格差を考慮し、図1(B)のように、2006年時



出所：DOL (2000) より筆者作成。

図2 企業年金加入率の推移 (全民間労働者；%)

点での民間労働者の年収 (earnings) 中央値 34,511ドル、月収2,876ドルを基準とした所得代替率で見ても9.5%程度、わが組立工の1/4以下である。

より根本的な問題は、年金プランが提供される機会自体の急速な縮小である。ジョン・スミスがGM社より提供されていた年金は、雇用主が退職後に一定の給付を約束する、確定給付型プラン (Defined Benefit Plans；以下「DB」) と呼ばれるものである。図2にみるように、1975年の時点では民間被用者の39%、退職プランの被提供者の86.7%がこのDBの加入者であったが、DB提供企業の雇用縮小、あるいは倒産、あるいは制度の凍結、解散などが続き、代わってGM社においては補足的な制度であった貯蓄プランが主要な退職後給付プランとして採用されるようになった¹²⁾。この種のプランは、企業年金の分野では確定拠出型プラン (Defined Contribution Plans；以下「DC」) と呼ばれる。1975年から1996年までの間に、DBを主制度とする現役加入者は民間被用者の39%か

ら22%まで減少する一方で、DCを主制度とするものは6%から23%まで増大した。2000年の株価混乱期以降は、雇用主によるDBの凍結、終了に拍車をかけた。GM社も、2001年以降に入社した非組合員の定額給与労働者（Salaried Workers）への年金プランの提供を停止し、倒産後2010年以降は組合員向け年金プランの新規提供も停止した。

(2) 社会保障年金の現実

他方、退職所得のもう一つ柱である社会保障年金に関しては、ジョンのような幸運は必要ない。なぜなら、雇用主の任意ないし労使の交渉によって提供される雇用主提供年金と異なり、社会保障年金は労働所得のある国民のほぼすべてを対象としているからである。また社会保障年金は、連邦政府が一元的に運営しており、雇用主ごとに分断されていない。満額の年金給付を受けるために一つの雇用主のもとで勤務し続ける必要がない。同制度のもとでは転職によって加入期間が変更することはなく、同じ賃金プロフィールであれば、同額の年金給付を受けることができる。すなわち、社会保障年金は勤務先や就労形態によって制度から排除することはなく、給付額を増減させることもない。

もっとも、一元化された給付条件は、一元化された拠出義務と表裏一体であることには注意が必要である。雇用主提供年金、特に私的なDBプランは、雇用主の拠出金のみでまかなわれるのが主である。しかし、社会保障年金の場合には、被用者は年金給付をまかなうための拠出金を社会保障税（年金部分）として支払わなければならない。その税率は、一定の上限までの労働所得（earnings）の12.4%であり、被用者は雇用主との折半によりその半額を、自営業者はその全額を支払うことが義務づけられる¹³⁾。

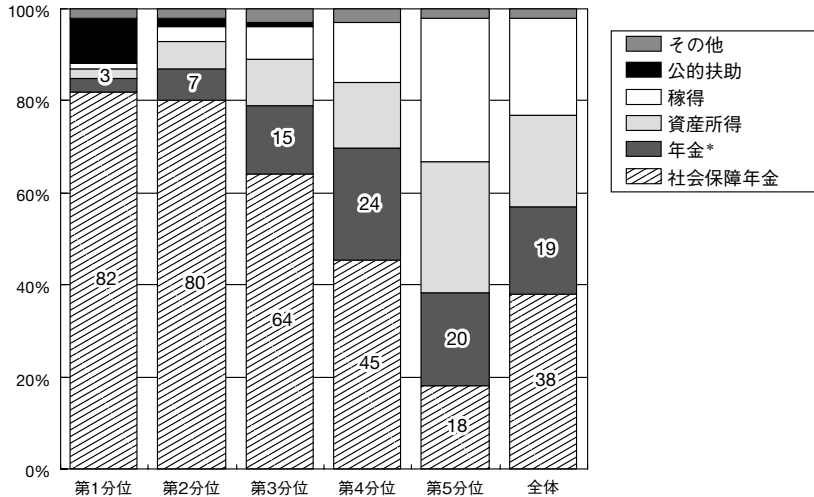
給付条件がより一般的であることから、社会保障年金においては、ジョンが得た給付水準と実際

上の平均的な給付額との落差は、企業年金の場合より小さい。社会保障庁の統計によれば、2006年時点における同制度による退職者年金の平均支給額は男性で1177.50ドル、全体で1044.4ドルとなっている¹⁴⁾。これは、絶対額としてジョン・スミスのもより少額であるが、図1（B）のように2006年時点での民間労働者の年収earnings中央値34,511ドル、月収2875ドルを基準とした所得代替率で見れば、男性平均で40.9%、全体平均でも36.3%である。これは、企業年金がもたらす平均的な所得代替率の約4倍に相当する。

社会保障年金はまた、少なくとも企業年金と比べるならば、非常に安定した制度である。連邦政府の管理下にある公的な制度である社会保障年金は、個別雇用主の提供する年金と比べ解散や消滅の危険性ははるかに少ない。また、伝統的な企業年金の加入率は一方的に減少する中で、社会保障年金の加入率は増加を続けている。さらに、社会保障年金は1983年の改革以来、給付額の減少や制度構造の変化を伴う大規模な改革は行われていない¹⁵⁾。21世紀にはいると、「オーナーシップ社会」をスローガンに掲げるブッシュ政権が、個人勘定の導入及び給付削減を主軸とする年金改革構想をその主要な政策課題とした。しかし、議会や世論の反発にあい、その政策的優先順位の高さにも関わらず、その改革が実現することはなかった。

(3) アメリカの退職後所得保障の全体像¹⁶⁾

限定的で不安定な雇用主提供年金と、普遍的で安定的な社会保障年金といった両者の対照性は、実際のアメリカ高齢者世帯の所得構成にも反映されている。図3の最右列が示すように、65歳以上の高齢者世帯全体の所得において、最大の位置を占めているのは、社会保障年金給付（36.7%）である。統計の中央値、すなわち国民の「平均像」に近いと考えられる平均的な所得3分位の所得構成においては、社会保障年金の占める割合は、



*企業年金, 年金保険商品 (annuity), 公務員年金, 鉄道退職制度, IRA, キオプラン, 401 (k) 支払いを含む。
出所: SSA (2000) より筆者作成。

図3 所得階層別に見た高齢者世帯の所得構成 (1998年)

64%とより高い。

社会保障年金給付は、所得の低い家計においてより重要な位置を占めている。同表とは別に、社会保障年金への依存度に関する統計によれば、年金受給者のうち65%のものが所得の半分以上をこの年金給付に依存しており、33%が所得の9割以上を、20%がこの年金給付を唯一の所得源としている。図3に戻れば、社会保障年金は最も所得の低い第1分位において、高齢者世帯所得の82%、第2分位で80%を占めている。他方、所得階層の上昇につれ、社会保障年金の占める割合は低下する。それは、第4分位で45%、第5分位では18%程度でしかない。「退職後」所得とはいえない勤労所得を度外視したとしても、高所得者が依存する部分は少ない。社会保障年金は、国民全体に広く基礎的な退職所得を提供する年金である。一方で、中流層以上の生活にとって、社会保障年金は不十分な所得源であり、それ以外の所得源が重要となっているといえる。

他方、雇用主提供年金を中心とする「年金」が

高齢者世帯全体の退職後所得に占める割合は19%であり、38%の社会保障年金の半分程度でしかない。「平均像」である所得第3分位においては、15%であり、64%の社会保障年金の1/4程度でしかない。雇用主提供年金は、高い所得階層のものにとってより重要な所得源となっている。第1分位において3%、第2分位において7%でしかないのに対し、所得階層の第四分位で24%となる。第5分位では、被用者年金の割合自体は20%と低下するが、それは資産所得や稼得の比重増大のためである。社会保障年金との比較で見れば、雇用主提供年金の比重が上回るなど「退職後」所得としての重要性は高まっている。

雇用主提供年金は、相対的な富裕層を中心に退職後所得を提供する役割を果たしているといえる。2001年時点における高齢者世帯のうち、社会保障年金から給付を受けているものは91%であった¹⁷⁾。これに対し、限定された被用者のみを対象とする雇用主提供年金は、給付を受けることのできる世帯も限られている。2001年の時点で雇用主

提供年金の受給世帯は、高齢者世帯の40%にすぎなかった。

アメリカの年金システムは、第1階部分として低所得者を含む幅広い階層に基礎的な所得を提供する社会保障年金と、高所得者を中心とする一部の階層に第2階部分として退職後所得を提供する雇用主提供年金との組み合わせで成り立っている。次節では、これらのうち特に社会保障年金に焦点を絞り、その国際的な特徴を検討して行きたい。

IV. 第1階部分としての社会保障年金

年金システムの第1階部分としての社会保障年金は、従来の年金研究において、しばしば軽視されているように思われる。例えば、近年では新川・ポノーリらを中心とする年金改革に関する近年の比較研究は、アメリカを、「準ビスマルク型」として分類している¹⁸⁾。この区分は西欧の年金システムの二つの類型、「社会保険型」「多柱型」のいずれの類型にも届かない、という意味で「残余」という表現と同じ文脈上にある。

このような評価は、全く根拠のないことではない。確かに、アメリカは、社会保障年金単独で十分な所得代替率を達成する「社会保険型」とはいえず、「多柱型」といえるほど第2階部分が整備されているわけでもない。しかし、社会保障年金を単純に小型の「ビスマルク型」制度とする見方では、基礎的な所得を提供する第1階部分としての社会保障年金の特質、すなわちその再分配的性格、普遍性、安定的な給付水準が見落とされる。

(1) 再分配的性格

アメリカの年金政策議論において、よく問題となるのは個人的衡平性 (individual equity) と社会的十分性 (social adequacy) とのバランスである。前者は拠出に応じた給付、すなわち保険における

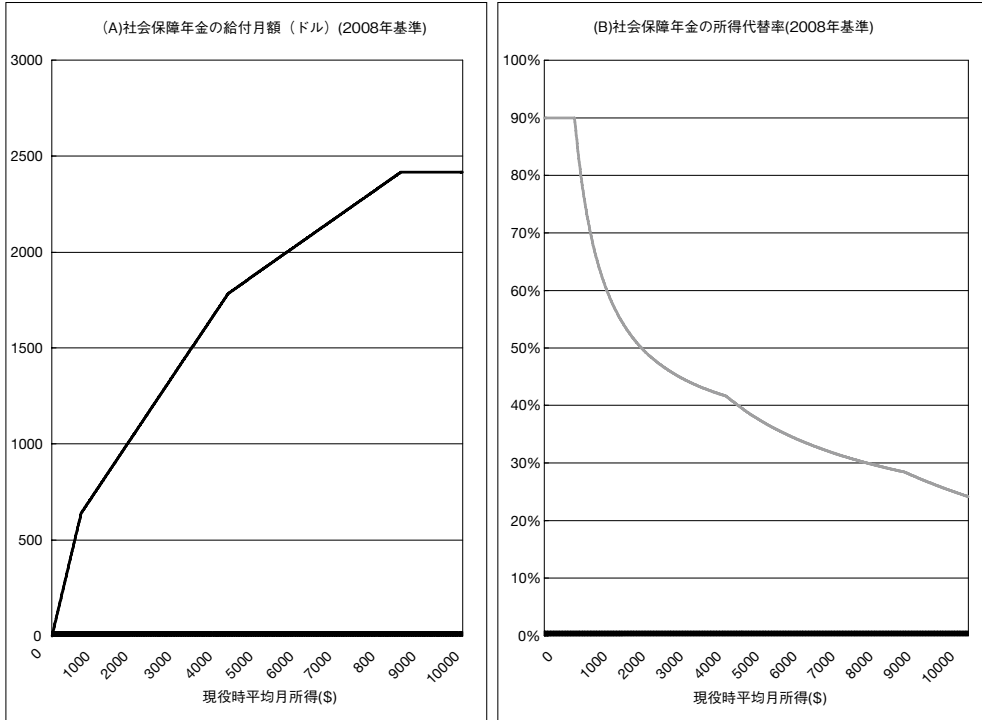
等価交換原則であり、後者は必要に応じた給付、すなわち再分配の原則である。

社会保障年金は、その原理において衡平性に軸点をおいた制度である。社会保障年金の基礎年金額 (Primary Insurance Amount; 以下「PIA」) は、彼の現役時代のうち所得の高い35年間の所得月額平均額をスライド調整した数値 (Average Indexed Monthly Earnings; 以下「AIME」)、に所得別の定数を掛けることで算出される。給付額が所得に応じて決定される。

社会保障年金の財源は名目こそ「社会保障税」であるが、内実は上限付き所得比例型の社会保険料である。社会保障年金に保険料以外の一般財源が一切用いられていない。給付額と拠出額が、それぞれ所得水準に応じて決定される社会保障年金は、見かけ上は「所得比例型」、すなわち「衡平性」の原則を重んじる形をとっている。しかし、そこには「衡平性」原則を完全に覆さない範囲において「必要性」の原則、すなわち高齢者のニーズに応じた所得再分配的な給付思想が入り込んでいる。

社会保障年金で用いられる定数は、低所得者により有利な設計がなされている。2008年の基準において、基礎年金額はAIMEの最初の711ドル部分の0.9倍、711ドルから4,288ドルまでの部分の0.32倍、それ以上から課税上限の8,500ドル (年収102,000ドル) までの部分の0.15倍の和となる。また給付算定式に考慮されるAIMEには、社会保障税の課税対象所得の上限に対応した月収102,000ドル (2008年) という上限がある。この結果、図4 (A) (B) にみるように、年金給付額の伸びは所得の上昇とともに鈍化する。すなわち、現役時の所得階層の低いものほど高い所得代替率が保障され、高所得者への所得代替率は低くなる。

低所得者へ有利な給付算定方式は、純粋な上限付き所得比例型であるドイツやフランスの年金やわが国の厚生年金には見られない。また、最低限



出所：：SSA (2009) より筆者作成

図4

の所得保障を掲げるイギリスやわが国の基礎年金においても、後に詳しく述べる普遍性の欠如から最低保障の機能を十分に果たせているとはいえない。このため欧州諸国では、十分な年金額を受給できない高齢者のための最低保障の枠組みの創設が政策課題として注目されてきた。1990年代の末からイギリス、ドイツ、スウェーデンなどで相次いで一般財源による最低保障年金が創設されており、フランスにも最低保障措置が存在する¹⁹⁾。なおアメリカでは、1972年の時点において租税を財源に社会保障庁が運営する補足的所得保障 (Supplemental Security Income) が、社会保障制度を捕捉する制度として設立されている。わが国では、高齢者の最低保障所得を目的とした保障制度ではなく、一般的な救貧制度である生活保護をもってこの問題に対処している。

社会保障年金の生活保障を促す別の特徴として、家族給付が挙げられる。年金の受給者の配偶者には、年金受給額の50%の配偶者年金、また受給者に18歳以下の未婚の児童がいる場合にも50%を上限とした児童加給がなされる。これもまた、拠出を根拠としない受給者のニーズに応じた給付であるといえる。他国では、イギリス、フランスなどにも類似の配偶者加給があるが、ドイツ、スウェーデンにはない。わが国においては、厚生年金の三号被保険者制度がこうした配偶者加給に相当する措置であるといえるが、それは被用者の配偶者のみを対象とし、それ以外の一号被保険者の配偶者には適用されない。

給付が保障的な性格を持つならば、所得に比例して課せられる社会保障税は、ベヴァリッジ報告で提唱された均一拠出の原則と比べてもなお再分

配的だといえる。例えば、ベヴァリッジ報告に忠実とされる一号被保険者の国民年金保険料は、加入者にはほぼ一律の拠出を求める事実上の人頭税であり、社会保障税と比べて構成員の所得差を考慮しない逆進的な方式といえる。

また、年金給付と直線的な比例関係にない社会保障年金税（年金部分）は、他の公的年金と比べても給付の対価としての性格が弱い。特に、所得の高い35年間の平均所得のみを変数とする給付算定方式は、給付額に反映されない課税を生みがちである。例えば、20歳から働き続け55歳を過ぎた時、所得水準がそれ以前の平均値を押し上げなければ年金給付額が増えることはなく、その期間に支払った社会保障税（年金部分）は捨て金となり、平均値を押し上げたならば以前の拠出分が捨て金となる。なお、社会保障税の課税対象者のうち、55歳以上は17.7%、60歳以上は9.7%である。

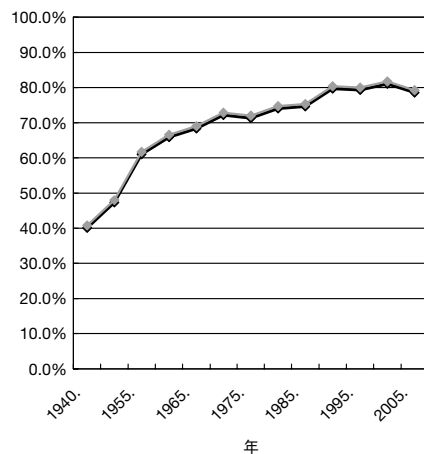
(2) 制度の普遍性

社会保障年金は、強い普遍性を持つ制度である。年金制度の普遍性には、さまざまな定義がありうるが、ここでは単純に、公的な年金制度の統合の度合い、またそれが実質的に包摂する国民の範囲の広さの二点をその指標とする。

第1に、社会保障年金はより統合された制度である。「ビスマルク型」と呼ばれるドイツやフランスにおける公的年金制度は職域などに基づいて分立している。わが国もまた、厚生年金は、民間の被用者のみを対象とした制度であり、公務員や私学教職員にはそれぞれ別の共済制度がある。国民全体を対象とする基礎年金でさえ、就労形態により異なる加入形態、拠出形態が取られている。これら分立した現状と、それが生み出す不公平や、隙間の問題から、「ビスマルク型」と呼ばれるドイツ、フランスなどの諸国では近年、制度の統合が政策的課題に挙げられ、制度の再編が行われてきた²⁰⁾。わが国でもスウェーデンなどをモデルに

「年金の一元化」などが年金改革の課題として挙げられることがある。この文脈からみれば、社会保障年金単独で構成されるアメリカの公的な年金制度は、もともと「一元化」されたものであるといえる。

第2に、社会保障年金が実質的に包摂する国民の範囲は広い。社会保障年金が発足した当初、社会保障年金の適用対象は、今日のわが国の厚生年金と同様に被用者に限定されていた。農業従事者や家内労働者、自営業を除く限定的なものであり、ほとんどの女性、また当時雇用されている黒人人口の過半数を放置するものであった。しかし、その適用範囲は、1950年代の改正をはじめ制度発足直後から年々拡大を続け、1984年には新規の連邦公務員を対象としたほか、その後は州・地方公務員への適用も漸次拡大している。すでに述べたように、今日では労働所得のある国民のほぼすべてが社会保障年金の課税対象となっている。図5（納付率の推移）にみるように1940年の時点で、20歳から64歳までの国民のうち社会保障税を納めるものの割合は40.8%でしかなかったが1960年で66.6%、1990年以降は80%前後で推移し2006



出所：納税者数は、SSA (2009)、人口統計はCEA (2008)。

図5 20-64歳人口に占める社会保障税の課税対象者の割合

年では79.3%となっている。社会保障庁によれば、労働力人口の96%がこの制度にカバーされている。受給側のデータで見ても、65歳以上人口のうち退職給付の受給者は76%であり、世帯単位で見れば高齢者世帯の91%が年金を受給しているとされる。

公的年金の普遍性は、雇用や就労形態の多様化が進む今日においてより重要な問題となる。職域や雇用形態によって分立した年金制度がとられる場合には、その範囲に当てはまらない国民は対象外となる。例えば、ドイツなどでは、各種職域の年金にカバーされない職種の小規模事業者の年金加入は任意である。また、職域内であっても月収400ユーロ（約5万円）かつ週15時間未満の場合は強制加入ではない。またドイツやイタリアにおいては疑似小規模事業者による雇用主の保険料支払い回避行動が社会問題化し、適用範囲の拡大や加入促進策がとられた²¹⁾。分立型ではないイギリス基礎年金もまた、被用者（週82ポンド）、小規模事業者（年4345ポンド）それぞれの所得基準を満たさないもの、無業者は任意加入となる。スウェーデンもまた拠出対象者は、物価基礎額40300SEK（2007年）の42.3%、すなわち17046SEK、約22万円以上の所得のものに限定している。わが国の厚生年金は、加入対象を被用者に限定しており、その上、被用者であっても常用労働者の3/4以上の労働時間のない非正規の被用者はその対象とならない。その対象外の被用者や小規模事業者や失業者など非被用者は、国民年金によってカバーされ、保険料納付が義務づけられるが、実際の保険料納付は事実上、ほぼ加入者の任意に委ねられている。近年では、国民年金の保険料の未納者増加、いわゆる年金の空洞化が問題となっている。

アメリカの社会保障年金も、他国の制度と同様に加入対象を労働所得のあるものに限定しており、無業者は適用外としている。こうした、市民権ではなく就労に基づく限定的な適用対象の設定

は、アメリカが「準ビスマルク型」とされる所以の一つであるとも考えられる。しかし、その範囲内で労働者が排除されることはほとんどない。被用者であれば正規、非正規に関わらず本人および雇用主に社会保障税が課税される。また、小規模事業者の課税最低限も、年収400ドルと他国と比べて非常に低い。所得のある労働者のほぼすべてを排除なく課税対象としているとあってよい。また、その徴収は、社会保障番号に基づき内国歳入庁による所得税の徴税と一括されており、社会保険料を租税と別に徴収しているわが国のように、保険料未納の問題が発生しにくい。

その結果、社会保障税の拠出者率は、国際的に見ても高い水準にある。表1が示すように20歳から65歳人口における2006年の納付率は79.3%である。これはスウェーデンの87.5%には劣るもののイギリス基礎年金の76.7%、同じく76.7%のフランス、また68.9%のドイツよりもやや高い。わが国についていえば、20-60歳の国民全員に年金加入が義務づけられている中、社会問題となっている第一号被保険者の未納分を差し引いた数字は90.5%である。ただ、配偶者加給のあるアメリカとの比

表1 20-64歳人口における公的年金拠出者の割合

国	年	拠出者率
アメリカ（社会保障年金）	2006	79.3%
イギリス（基礎年金）	2005	76.7%
フランス（一般制度） ^{※1※2}	2007	52.6%
（年金制度合計） ^{※1※2}		76.7%
ドイツ（法定年金の合計） ^{※2}	2005	68.9%
スウェーデン ^{※3}	2007	87.5%
日本（国民年金） ^{※1※4}	2007	90.5%
（三号被保険者除く）		75.0%
（全額免除、各種猶予除く）		67.4%
（厚生年金と共済） ^{※1※4}		53.2%

※1. 分母は20-59歳人口。

※2. 拠出者には対象年齢外のものも含まれる。

※3. 当該年に所得比例年金の権利を獲得したものの割合。

※4. 被保険者数から60歳以上の厚生年金被保険者数を引いた数。

出所：各国年金当局資料（拠出者数）および労働政策研究・研修機構（2009）より筆者作成。

較のため配偶者加給と同様の措置である三号被保険者を除けば75.0%、さらに受給権の著しく限定される全額免除、納付先送りである各種の猶予や特例措置を外せば67.4%、所得比例分までもらえる二号被保険者の数字は53.2%である。

最後に、公的年金の実質的な適用範囲を左右するものとして、社会保障税の未拠出期間の扱いについて見ておきたい。第1の問題は、受給資格の付与条件である。多くの国の公的年金では、国民が受給資格を得るための一定の加入ないし納付期間が設定される。アメリカの社会保障年金の場合、この期間は10年である。これは、各種制度の分立しているドイツ（5年）やフランス（14四半期）に比べ、また居住3年を条件とするスウェーデンよりは長期であるが、イギリス基礎年金の11年（男性）よりは、やや短い。わが国の場合、基礎年金の通算加入期間が25年未満の場合は、国民年金、厚生年金を受給する資格が得られない。第2の問題は、未拠出期間の給付額への影響である。アメリカの社会保障年金は給付算定式の構造から、35年が事実上の満期となる。これはイギリスの44年、日本やフランス、スウェーデンの40年より短い。このことから、アメリカにおいては保険料の未納期間、すなわち生涯において労働市場

からの退出期間は、年金減額に結びつきにくい。これらの点からも、社会保障年金はより多くの国民を包摂する普遍性の高い制度だといえる。

(3) 給付水準

社会保障年金の再分配的性格および普遍的性格を考慮に入れるならば、それは単なる「ビスマルク制度」の小型版というべきではなく、多階型のシステムにおける第1階部分に相当する性格を持つものだといえる。このような理解を踏まえ、かつ給付の実態にまで目を向けるならば、社会保障年金の給付水準に関する評価もまた修正が必要となる。

表2の最右列では、OECDの資料による各国年金給付水準の所得代替率（グロス）が示されている。これを見れば、確かにアメリカの公的年金の給付水準の38.6%は、比較対象5カ国のうち37.1%のイギリスに次いで低い水準にあり、58.2%のスウェーデンとは1.5倍以上の開きがある。第1列が示すように各国の平均賃金をもとにした筆者の試算においても、類似の結果が出ている。しかし、社会保障年金が基礎的な第1階部分であるという理解に立つならば、アメリカの給付水準の評価は逆転する。モデルケースにおけるアメリカの社会

表2 各国の年金給付水準（グロス）

国名（単位）	年	平均賃金 （月額）	モデル年金月額 [*] （所得代替率）		平均給付月額 （所得代替率）		OECD(2005) の所得代替率
アメリカ（USD）	2008	3266.40	1457.00	44.6%	1079.00	33.0%	38.6%
フランス（EUR） 〔一般制度のみ〕	2007	2661.00	n.a.	n.a.	1095.00	41.1%	52.9%
			1330.50	50.0%	836.00	31.4%	
ドイツ（EUR）	2008	2507.00	1188.67	47.4%	503.00	20.1%	45.8%
スウェーデン（SEK）	2005	24300.0	16112.0	66.3%	9361.2	38.5%	58.2%
イギリス（GBP） 〔基礎年金のみ〕	2008	2178.08	741.30	34.0%	604.00	27.7%	37.1%
			363.12	16.7%	n.a.	n.a.	
日本（JPN） 〔基礎年金のみ〕	2007	364333	175700	48.2%	161059	44.2%	50.3%
			66008	18.1%	53602	14.7%	

※満期の拠出を行い、65歳から受給する場合の年金額。

出所：各国年金当局資料より筆者作成。

保障年金の所得代替率44%は、イギリスの基礎年金の16.7%、日本の国民年金の18.1%に比べて、はるかに手厚い。

また、実際の受給者への平均給付額でみるならば、社会保障年金の給付水準は他国の公的年金制度全体と見ても必ずしも低いものとはいえない。所得代替率33.0%は、イギリスの公的年金全体の27.7%はおろかドイツの30.0%を上回っており、補足年金を含むフランスの所得代替率41.1%やスウェーデンの38.5%と比べても、モデルが指し示すほどの大差はない。わが国についていえば、実態においても44.2%と五カ国中最大の水準を示しているが、これは労働力人口の半分しかカバーしていない厚生年金の受給者に限定した数字である。

「残余主義」「市場主義」「小さな政府」といった一般的評価と異なり、アメリカ社会保障年金と他国の公的年金との実際上の給付水準との格差は大きなものではない。その要因としては、次の2つが考えられる。

第1にその普遍性の高さである。ドイツ、フランスの「公的年金」は、総じて普遍性を欠く分立した制度であり、したがってアメリカの雇用主提供年金ほどではないにせよ、満期の勤続を前提としたモデルが示す給付水準を実現するのが困難である。このことは、わが国の厚生年金に関しても当てはまる。

第2に制度の「安定性」である。アメリカを除く4カ国とも1990年代から今日に至るまで、大きな年金改革が、国によって数回にわたり展開されている。そこで主な課題とされたのは、人口の高齢化および経済成長率の低下への対処であり、給付水準の削減はその主要な政策の一つである。他方、アメリカの場合は、すでに述べたように1983年以降、大規模な給付水準の引き下げを伴う年金改革はなされていない。このことが、アメリカと他国との実際上の給付水準の差を縮小させている。例えば、わが国の厚生年金の平均給付水準は

給付削減等を反映し、2003年の171,365円から2007年の161,059円と一貫して減少傾向にあり、逆にアメリカの場合は平均所得の上昇に応じ2005年の922ドルから2009の1079ドルと一貫して上昇傾向にある。

ただし、こうした「安定性」は将来も永続するものではないことには注意が必要である。制度の持続可能性という点でいえばアメリカ社会保障年金もまた安定的ではない。本特集の総括論文でも指摘されているように年金財政の危機はアメリカにとっても深刻な問題である。ブッシュ政権による改革提案はこの財政問題を一つ背景としており、その挫折は解決の先送りでもある。人口の高齢化および公的年金批判の潮流から、社会保障年金の改革議論も今後本格化する可能性が高く、その意味では不安定である。

V. アメリカの「市場主義」

アメリカの年金システムに関する議論の多くは、その「市場主義」に注目する。実際にも、1994年の世界銀行の勧告や他国の年金再編にみるように、「市場主義」のいくつかの特徴は「モデル」として世界に影響を与えている。例えば、年金の完全積立、そのための会計方式、基金の資産運用体制、そして個人勘定など、主に雇用主提供年金において発達した方式の世界的な浸透である²¹⁾。

本稿では、こうしたアメリカの「市場主義」が体现されている雇用主提供年金よりも、それを支える社会保障年金の再分配機能、普遍性、および給付水準に注目してきた。アメリカの年金システムは、「市場主義」的な第2階部分の雇用主提供年金や個人貯蓄勘定を、基礎的な所得を提供する社会保障が第1階部分として支えるという重層的な構造である。いいかえれば、アメリカの雇用主提供年金における「市場主義」の発達は、第1階部分である社会保障年金の再分配的性格や普遍性、

給付水準を前提にしたものである。アメリカの「市場主義」が世界的な影響力を持つ今日において、アメリカ福祉国家の独自の在り方は、その部分的な特質によってではなく、全体的な構造として理解されるべきであると筆者は考える。

注

- 1) UAW (2007).
- 2) BLS (2006), Table 2, p. 18.
- 3) 組合員向けGM社の年金プランの内容は, GM & UAW (2003)を参照.
- 4) DOL (2006).
- 5) GMにおける医療保障の詳細は長谷川 (2010) を参照.
- 6) 渋谷 (2003), pp. 142.
- 7) DOL (1998), Table E.4.
- 8) 65歳から受給開始の場合, 通常は早期の支給開始を選択するものと考えられるが, その際には支給年齢の繰り上げ分だけ減額される.
- 9) General Motors Corporation (2006), p. 5. 長谷川 (2010), p. 78.
- 10) General Motors Hourly-Rate Employees Pension Plan, Annual Return/Report of Employee Benefit Plan of 2006 (Form 5500).
- 11) DOL (2006).
- 12) DCシフトの動向, また結果的にそれを促した法律は渋谷・中浜編 (2010), 第3章を参照.
- 13) 社会保障税には年金部分とは別に, 公的な高齢者医療保険 (メディケア) の財源部分がある. その税率は, 2.9%であり, こちらには課税対象の上限はない. 社会保障税 (年金部分) の課税対象となる労働所得の上限は2008年において年収102,000ドル (月あたり8,500ドル) である.
- 14) 以下, 社会保障年金に関するデータはSSA (2009) から.
- 15) 1983年の給付削減の内容は2003年から2025年にかけて支給開始年齢を65歳から67歳に引き上げるものであった. 65歳の受給を前提とすれば, 12%の減額となる.
- 16) 本稿で論じているような, 性質や機能の異なる公的年金と雇用主提供年金との組み合わせの全体像は, 「公私の役割分担」や「公私ミックス」として論じられることがある. アメリカの場合, 雇用主提供年金の相当部分が「公務員年金」であることから, 本稿では「公私ミックス」の表記を避けている.
- 17) 以下, 社会保障年金に関する数字は, Social Security Administration (SSA) (2003) およびEmployee Benefit

Research Institute (EBRI) (1997) を参照.

- 18) 新川・ボノーリ編 (2004) を参照.
- 19) こうした最低保障措置に関する簡潔な整理は, 有森 (2007) を参照.
- 20) 例えばフランスの一般制度やドイツにおける年金統合など.
- 21) 例えば西村淳 (2007) を参照.
- 22) 雇用主提供型年金のモデルとしての性格に関する考察は, 渋谷・中浜編 (2010) の第4章を参照.

参考文献

- 新川敏光, ジュリアーノ・ボノーリ編著, 『年金改革の比較政治学 ～経路依存性と非難回避』, ミネルヴァ書房.
- 有森 美木 (2007), 「先進各国の公的年金制度と高齢者低所得者対策」, 『海外社会保障研究』, 2007年春季号, No.158.
- 石光真 (2010), 「ドイツ法定年金給付抑制のメカニズムと補完策」, 『会津大学短期大学部研究年報』, 第67号.
- 河音琢郎, 藤木剛康 (2008), 『G・W・ブッシュ政権の経済政策 ～アメリカ保守主義の理念と現実』, ミネルヴァ書房.
- 鎮目真人 (2003), 「年金レジームと脱貧困化」, 埋橋孝文編 (2003), 『比較のなかの福祉国家』, ミネルヴァ書房.
- 渋谷博史・中浜隆編 (2006), 『アメリカの年金と医療』, 日本経済評論社.
- 渋谷博史・中浜隆編 (2010), 『アメリカ・モデル福祉国家Ⅱ～リスク保障に内在する格差』, 昭和堂.
- 西村淳 (2007), 「非正規雇用労働者の年金加入をめぐる問題～国際比較の観点から」, 『海外社会保障研究』, 2007年春季号, No.158.
- 長谷川千春 (2010), 『アメリカの医療保障 ～グローバル化と企業保障のゆくえ』, 昭和堂.
- 労働政策研究・研修機構 (2009), 『データブック 国際労働比較2009』.
- Bureau of Labor Statistics (BLS)(2006), *National Compensation Survey: Occupational Wages in the United States*, June 2006.
- Council of Economic Advisors(CEA)(2008), *Economic Report of the President*.
- Department of Labor (DOL)(2000)(2006), *Pension Plan Bulletin*.
- Espin-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press. (邦訳, G.エスピン-アンデルセン著, 岡沢憲美, 宮本太郎訳 (2001), 『福祉資本主義の三つの世界 ～比較福祉国家の理論と動態』, ミネルヴァ書店.)

General Motors Corporation(GM)(2006), *2005 Annual Report*.
GM & UAW (2003), *What You Should Know about Your Benefits, Summary Plan Discription*.
Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)(2005), *Pensions at a Glance 2005*.
Palme, J. (1990), *Pension Rights in Welfare Capitalism –The Development of Old-Age Pensions in 18 OECD Countries 1930 to 1985*, Swedish Institute for Social Research.
Social Security Administration (SSA)(2009), *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin, 2008*.
United Auto Workers (UAW)(2007), *Fighting for America's Future –Good Jobs, Strong Communities*.

(参考サイト)

社会保険庁 (日本) <http://www.sia.go.jp>
Social Security Administration (アメリカ)
<http://www.ssa.gov>
Department for Work and Pensions (イギリス)
<http://www.dwp.gov.uk>
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (フランス)
<http://www.cnav.fr>
Deutsche Rentenversicherung (ドイツ)
<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
Pensions Myndigheten (スウェーデン)
<http://www.pensionmyndigheten.se>

(よしだ・けんぞう 松山大学准教授)

試練の中のアメリカ低所得者支援

— 労働市場との関係を巡る近年の定量的研究結果を踏まえて —

酒井 正

■ 要約

就労を前提とする福祉へと転換された米国の低所得者支援は、労働市場のかつてない悪化の中で改革後はじめて本当の試練を迎えていると言える。福祉改革から10年以上を経た今、低所得者支援策のどのような問題が浮き彫りにされつつあるのか、近年の定量的な評価の整理を通じて探った。記録的な長期失業者の増加を背景として低所得者支援策への期待が高まる一方で、就業を最優先する仕組みが福祉からの安定的な自立につながっているのかという点については疑問も投げかけられている。特に、派遣労働等を通じた就業支援については評価が分かれる。また、福祉からも就労からも漏れ落ちる者が増える傾向にあることや、失業保険による救済を拡大することにはモラル・ハザードや雇用抑制の問題が懸念されるといった現状も確認された。

■ キーワード

低所得者支援、派遣労働、失業保険

I. はじめに

90年代半ばにクリントン政権下で行われた福祉改革は、米国の低所得者支援をそれまでの受給権としての性格のものから就労を条件とするものへと変えた。福祉制度改革の背景とその評価についてはこれまで多くの論考が発表されてきたが¹⁾、勤労所得税額控除（Earned Income Tax Credit、以下EITCと呼ぶ。）の拡大とも相俟って、低所得層におけるシングル・マザーの就業を促進させ、ケースロード（受給件数）を低下させたという観点からは概ね「成功」との評価が下されていると言ってよい。しかしながら、就労を前提とする方向への福祉制度改革は、それが空前の好景気のさなかに行われたことから、景気が低迷して本当に働きたくても働けない者が大量に出てきた時に十分に機能しうるのかという懸念が当初より表明さ

れてきた（Ellwood, 2000）。福祉制度改革後、景気は2001年に若干後退したが、この時の景気停滞は短いものとどまったため、ケースロードの増加は見られなかった。しかし、2007年12月に始まった今回の景気後退²⁾は、2009年に失業率が9%に達するなど、80年代前半以来の厳しいものとなっている。特に、長期失業者の増加はこれまでになく深刻であるとされ、今後、公的な支援に頼る者の数が増えることが予想される。その意味で、米国の低所得者支援は今、福祉改革後初めて本当の試練を迎えていると言える。はたして、どのような問題点が浮き彫りにされつつあるのか。福祉改革から10年以上を経て、「ケースロードの低下」と「就業率の上昇」という表面的な評価を超えて、貧困からの安定的な自立という観点から一歩踏み込んだ定量分析が展開されつつある。本稿では、それらの分析を概観し、それらが提示する

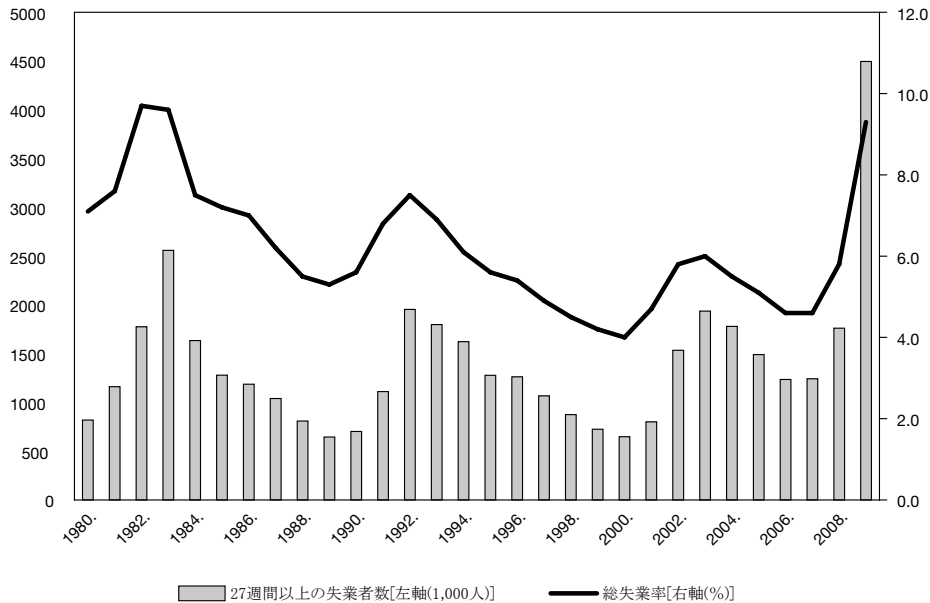
新たな論点も踏まえたうえで、各種の低所得者支援策が一体的に果たしている役割について考える。労働市場が強い回復の兆しを見せない現在の米国において、低所得者支援策のあり方が投げかける問題について探り、日本の社会保障制度への示唆を得たい。具体的には、①就労促進策（特に移行支援サービス）の長期的な帰結、②就労もせず、福祉給付も受けていない者の増加、③失業保険制度の課題、の3点を中心に検討する。通常、低所得者支援と言った場合に失業保険が含まれることは稀だが、貧困へ陥る大きな要因の一つが失業であり、労働市場とセーフティネットの関係を考えるうえでは、失業保険が消費の最初の下支えとして果たしている役割についても確認しておく必要があると思われる。就労を前提とする福祉との相補的な関係という観点からも、失業保険制度について触れたい。また、米国の福祉を考えるうえでは、医療保険との関係も重要となってくるが、医療制度については本特集号の別の論文で詳しく論じられるので本稿では扱わない。同様に、

最低賃金や低所得者への住宅支援、フード・スタンプ等の現物給付についても、紙幅の都合から明示的には論じない。

本稿は以下のように構成される。まず、II節で、中長期的な傾向も見ながら、現状における米国の労働市場と低所得者の実態について概観する。III節で、米国の福祉政策と従来までの評価について大まかに把握した後、IV節で個々の論点について定量的な分析を紹介したい。V節で、日本における低所得者支援への示唆を探り結びとしたい。

II. 近年の米国の労働市場と貧困の様相

図1は、1980年から2009年までの失業率の推移を見たものである。2009年の平均失業率は9.3%を記録したが、年間の平均失業率が9%を超えたのは1983年以来のことである。同図には、27週間以上の長期失業者数も掲載している。直近で失業率の最も低かった2006年から失業者総数は約2倍（103.8%増）になっているが、この増加分のうち約



資料出所：Department of Labor (Bureau of Labor Statistics).

図1 米国の失業率と長期失業者数の推移

半分（ $= 46.6\% \div 103.8\% = 45\%$ ）は27週間以上の長期失業者の増加によるものであり、記録的な失業の長期化によって失業率が高止まっていることが窺える。平均失業期間は、2009年時点で24.4週に及んでいる。就業人口比率を見ても、2006年の63.1%から2009年の59.3%へと低下している。近年になるほど不況後も雇用の回復は弱く、遅いものとなっており、今まで公的な支援に頼ったことがなかったような人びとまでが長く職を見つけられないようになってきているという（New York Times 電子版、2010年2月20日）。正規雇用が削減される一方で、パートタイム労働者については不景気になって当初は増加していた。2008年9月から2009年7月までに、パートタイマーは250万人近く増えた。Mulligan（2010）によれば、これはちょうど5人の正規雇用が失われるごとに1人がパートタイマーに置き換わった計算になるという。だが、そのパートタイマーの増加傾向も2009年7月を最後に止まった。この月に6.55ドルから7.25ドルへと引き上げられた連邦最低賃金³⁾が原因として疑われるとされる（Mulligan, 2010）。不況下における最低賃金の引き上げが、正規雇用減少の受け皿となっていた（もともと賃金の低い）パートタイマーの雇用を抑制した可能性がある。

長期失業者の増加に伴って、失業保険の給付期間を満了してしまう人の数も急激に増加している。給付期間を満了してしまった者は2009年第3四半期には224万人に達しており、1年間で2.5倍以上に増えた。給付満了率（半年前に失業給付の受給を開始した者たちのうち期間を満了してしまった者の割合）も1年間で13.4%ポイント（39.0%→52.4%）上昇しており、失業保険の給付期間が切れてもまだ職が見つからない人びとが急増している様子が見てとれる（U.S. Department of Labor, Unemployment Insurance, Program Statistics）。このような状況に政府も手を拱いて見ているばかりではない。オバマ大統領は、2009年

11月に失業保険給付期間の延長を含む景気対策法案に署名した⁴⁾。米国の失業保険給付は州ごとに規定されているが、連邦政府は各州の失業給付期間に上乘せする形で給付期間を延長させることができる。この法案は、給付期間を最大で14週間延長し、3か月平均で失業率が8.5%を超える特に失業率の高い州については更に6週間を上乘せして計20週間の延長とするものである（労働政策研究・研修機構、2009）。2010年3月には、更に失業保険給付の延長が署名され、2か月以上仕事に就いていなかった者を雇った企業への減税策を含む雇用対策法案も署名された。

それでは、以上のような労働市場の動向を背景として、貧困の状況はどのように推移しているのだろうか。職を失うことはもっとも貧困の引き金となりやすい（McKernan et al., 2009）。米国では、家計が最低限の食料を購入するのに必要な額を3倍した値が公式の貧困基準（絶対的貧困基準）として用いられる⁵⁾。この基準による貧困率を中長期的な観点から見ると、一人当たり実質GDPが傾向的に上昇してきたにもかかわらずこの四半世紀の間、大きくは変化しておらず、大体10～15%前後を推移している。また、所得が貧困ラインの200%以下の者の割合もほぼ25%のままで変わっていない（Blank et al., 2006）。貧困者に占める就業者の割合は、ここ30年ほど35～40%前後を推移しており、直近（2008年）でも大きくは変化していない。また、貧困者のうち年間を通してフルタイムの職に就いている者の割合も、10%前後を保ったままである（U. S. Census Bureau, Historical Poverty Tables – People, Table 18）⁶⁾。その中で長期的には、貧困者に占める既婚者の割合が減ってきており、人種ではヒスパニックの増加、また高学歴化といった傾向が見られる。

もっとも、短期的な変化を見れば、貧困率は景気変動と密接に関連していることが指摘されてきた。但し、近年、その相関関係も弱まってきてい

るとされる (Hoynes et al., 2006)。はたして、今回の不況ではどうだろうか。2009年の数値はまだ得られないが、2008年の公式の貧困率は13.2%であり、前年の12.5%から上がったものの急激な上昇には至っていない (同上, Table 2)。だが、上に見たように、2009年にかけて長期の失業者が急増しており、今後の貧困率の上昇が懸念される。年間を通して働いていた者における貧困率は、2007年から2008年にかけて5.7%から6.4%へと上がったが、これは年間を通してフルタイムで働けなかった者が増加したことと、それらの者たちの間で貧困率が上がったことによるという (Acs, 2009)。失業者のみならず、働いてはいても低賃金しかもらえない労働者の増加もまた貧困の拡大をもたらしているのである。

また、Council of Economic Advisers (2010, Ch. 8)も指摘するように、失業すると人的資本も失われることが多いため、その後長期にわたって労働者本人の生産性や賃金に負の影響が続くとする研究は数多く存在する。長期失業者の増加がもたらす影響は、技能形成機会の喪失を通じて、(現不況下にとどまらず) 景気回復後にも大きく及ぶ可能性がある。

III. 米国の低所得者支援策の概要

1996年に施行された個人責任・就労機会調整法 (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, 略称PROWA。以下ではより一般的な呼称である「福祉改革法」を用いる。)は、「我々が知っているような福祉を終わらせる (end welfare as we know it)」としたクリントン大統領の公約を実現させるものであった。福祉改革法の下、子どものいる貧困家庭に対する現金給付による公的扶助は、AFDC (Aid to Families with Dependent Children) からTANF (Temporary Assistance for Needy Families) へと置き換えられた⁷⁾。

その主要な変更点は、1) 連邦政府が受給のニーズに応じてその一定割合を (無制限に) 負担するそれまでの仕組み (matching grant) から、州ごとに決められた給付の総額を連邦政府が一括して付与する仕組み (lump-sum block grant) へと転換されたこと⁸⁾、2) 連邦政府からの給付期間の合計は個人の一生涯において5年間を超えてはならないと定められたこと、3) 受給者は一定期間受給した後は最低週30時間 (子どもが6歳以下の場合は20時間) の就労が義務付けられ⁹⁾、就労支援プログラムへの参加を拒んだ場合などには制裁として給付が削減されるようになったこと、等である。公的扶助は、就労を前提とする、文字通り暫定的な支援となったのである。このような特徴を持つ仕組みへの変更は、大きな時間軸から見れば、1960年代における福祉拡充策からの揺り戻しとして行われたレーガン政権による福祉抑制の流れを汲むものであり、多くの州においてウェイバー条項によって独自の就労促進策が実施されつつあった中での改革であった (根岸, 2006)。

一見冷徹にも見えるタイムリミットや就労の要件はしかし、州独自の規程や他の制度の存在を背景としており、実際には柔軟かつ補足的な対応がなされている (藤原・江沢, 2007)。タイムリミットの適用除外や「就労」の多様な解釈、税制を通じた給付であるEITC等がそれである。タイムリミットについては、連邦政府が受給者の最大20%までタイムリミットの適用除外を認めており、どのような場合に適用除外になるかが州ごとに定められている。また、福祉受給家庭を州独自の財政によるプログラムへ移行させることによってタイムリミットの適用対象から外すということも一般的に行われている。

「就労活動」については、TANF受給者は週に30時間以上、「主たる就労活動 (core work activity)」か「就労関連活動 (supplementary work activity)」に従事することが義務付けられているが、「主たる

就労活動」には通常の雇用や給与が支払われないインターンシップなどのほかに、オンザジョブ・トレーニングや職業教育訓練も含まれる。また、(受給者が「主たる就労活動」に週20時間以上参加していることを条件として) 仕事に直接つながる教育を「就労関連活動」として数えることが認められている。なにを「主たる就労活動」とし、なにを「就労関連活動」とするのか、その定義は州によって異なっており、また、時々によっても変わっている¹⁰⁾。尚、TANFの就労要件については、2006年に見直しがあり、各州における受給者の50%以上の就労参加が厳格に義務付けられた¹¹⁾。

一方、EITCは、端的に言えば、低所得者が勤労所得に比例する形で現金を受け取ることができる仕組みである。制度の詳細についてここでは省くが、全国統一的な基準によって、低所得者が税制を通じて給付(還付)を受けられることが特徴である。1975年に(当初、時限立法として)導入されたEITCは¹²⁾、クリントン政権下の1993年に給付額が大幅に引き上げられた。2009年現在、EITCの給付総額は、TANFにおける給付総額を大幅に上回る424億ドルに達しており(Office of Management and Budget)、「見えざる安全網(invisible safety net)」(Currie, 2006)となっている。いまや低所得層における所得支援の中核はEITCが担い、州レベルでのきめ細かな支援についてはTANFが補うという構造ができています。このEITCも事実上の機能という点から見れば、就労を前提とする福祉の一つと捉えられる。但し、構造的にどのような場合にもEITCが就業を促すとは限らず、非就業者については(所得効果が無いため)就業が促されることが先験的に明らかであるが、それ以外の(既に就業している)低所得者についてはむしろ労働供給が抑制される可能性もあることには留意しておく必要がある(Gruber, 2005, Ch.21)。

育児補助金の拡大や、子どもへのメディケイド(低所得者向け公的医療保険)やフード・スタン

プ¹³⁾(低所得者向けの食料購入補助)の受給資格をTANFの受給から切り離す措置も、就労を前提とする福祉への移行を支えた。母親へ就業を促すためには、就業中の母親に代わって育児を担う者の確保がその前提条件となっていなければならない。また、医療保険やフード・スタンプを受給するために福祉にとどまるというインセンティブを無くすことも、就労促進と統合的な制度整備として不可欠であった。

以上のように、90年代に米国の福祉は、就労を前提とする制度へと一体的に改革された。それは、単に就労を強く奨励するだけでなく、「働くことを割に合うようにする(make work pay)」ための措置を伴ったものでもあった。それでは、そのような福祉改革は低所得層における福祉受給の実態にどのような変化をもたらしたのだろうか¹⁴⁾。ケースロードの減少は福祉改革以前の1994年頃から始まっていたが、90年代後半に加速し、2001年までにピーク時より40%以上もの減少を記録した。当時好景気であったことの影響を完全に切り離して捉えることは難しいが、複数の定量的分析から福祉改革がその低下を加速させたことはほぼ間違いないとされている。就業率はどうか。これも景気の影響を差し引く必要があるが、90年代後半に、特に低学歴のシングル・マザーにおいて就業率の上昇が大きかったことから、福祉改革が就業を促したことが推察される。

福祉から離脱した者の状況については、TANFから退出した者のうち半数から3分の2が、退出後1、2年を経た時点でも就業しているとの報告も当初あったが、景気の後退期にはこの割合が低下していたことも見出されている(Loprest, 2003)。TANF退出者は、不安定な仕事に就きがちな様子が窺える。この点については、次節でより詳しく見ることにする。

EITCについても定量的な分析から、就業率に対してはプラスに有意に影響する一方で、既に就業

している者の労働時間には影響がないことが見出されている。つまり、EITCは、非就業者の就業を促すという意味においては理論通りであり、一方で既就業者については労働供給を抑制させるような証拠はないということになる¹⁵⁾。

福祉受給の減少と就業率の上昇という二つの変化を背景として、シングル・マザーのトータルでの平均所得は上昇した(Blank, 2006)。いくつかの試算によれば、最低賃金での就業とEITCやフード・スタンプの受給を合わせると貧困ラインを超えるとされている¹⁶⁾。だが、所得という指標は個々人の厚生という観点からはノイズ(攪乱要因)を含んでいるとも考えられる。福祉改革が低所得者の厚生にもたらした影響を精確に検討するのであれば、消費の変化も見る必要がある¹⁷⁾。Meyer and Sullivan (2008)によれば、シングル・マザーの消費額は福祉改革後に下位層から上位層まで総じて上昇した。ただ、細かく消費の構成要素を見れば、交通費への支出が増加している階層もあるなど消費の変化の実態は一様でない。また、下位層においては就業時間の拡大に伴い、「余暇時間」として括られる買い物や料理、家事の時間が減っていたことも報告されている。

ところで、先には触れなかったが、TANFへの移行の一つの目的には、結婚を促し、未婚者の出産を減らし、二人親家庭を望ましいものとして奨励するということが含まれていた(公的支援は、理想的な家族形態について明確な意思表示を行ったのである)。その目的を具現するのが、TANF受給後に出産した子どもに関しては給付額を増額しないとしたファミリー・キャップ(Family Cap)と呼ばれる措置である。これは、子どもを追加的に持つコストを上昇させることにつながる¹⁸⁾。ファミリー・キャップもまた福祉改革法施行前に19州において既に実施されていたが¹⁹⁾、この時期における州間の制度導入タイミングの差異を自然実験として用いた最近の研究は、家族形成に対してファ

ミリー・キャップはほとんど影響をもたらしていなかったことを見出している(Joyce et al., 2004; Kearney, 2004; Ryan et al., 2006)^{20) 21)}。

IV. 「就労を前提とする福祉」の陥穽と関連する課題

1. 「就労を前提とする福祉」における派遣労働の利用—中長期的な帰結

1996年の福祉改革法によって福祉行政の重点は、受給者への現金給付それ自体から受給者をいかに就業させるかということへと移行した。両者に求められる行政側の機能は当然異なる。前者においてスタッフに求められるのは、受給資格の有無を含め個々の貧困家庭の状況を正確に判断し、給付額を算定するといった技能であり、一方、後者において求められるのは、労働市場の状況によく通じ、失業者に対して仕事の見付け方を教えられることや彼らと企業とを橋渡しできるといったことである(Pavetti et al., 2000)。各州では、移行支援サービスの民間委託契約が拡大したが²²⁾、その移行支援の過程において、「仲介業者」を利用するということが多く行われるようになってきた。派遣会社の利用はその典型である。その場合、受給者はまず派遣会社に雇用され、そこから派遣される形で個々の企業で働くことになる。TANF受給者のうち2割以上が派遣労働として就職したというデータもあり、全産業に占める派遣労働者の割合が2~3%に過ぎないことを考えると、福祉受給者が派遣会社を利用して就職する割合は極めて高いと言える(Autor and Houseman, 2006)。この派遣労働に対しては、不安定・低賃金で教育訓練の機会も少なく、将来の見込みのない「行き止まりの(dead-end)」の仕事であるという評価がある一方で、派遣労働者としての雇用が、そうでなければ雇われていなかった者に仕事の経験を与えることを通じて、賃金や待遇の良い安定的な雇用へ

の経由地としての機能を果たしているという見方もある²²⁾。派遣労働を積極的に活用している福祉当局は、上の相反する見方のうち、当然、後者の側面（派遣雇用が安定的な雇用へとつながる側面）を期待していると思われるが、はたして実際のところはどうかだろうか。特に、派遣労働という形で就労要件を満たしたTANF受給者の中長期的な雇用・賃金は、個々の企業に直接雇用された場合やすぐには仕事に就かなかった場合と比べてどのようになっているのか。この問題は、「就業を促された受給者はその後も安定的に就業しているのか」という福祉改革の帰結に関する一つの大きな問いにつながるものである。最低賃金での就業とEITCやフード・スタンプによって、計算上、貧困ラインを超えられたとしても（そしてそれによって給付が削減できたとしても）、それが継続されなければ資源配分は効率的でないことになる。

従来の定量的な研究の多くは、派遣労働がTANF受給者のその後の就業率や賃金を高めるとしてきた。たとえば、Heinrich et al. (2005) はミズーリ州とノースカロライナ州の福祉受給者に関する業務統計を用いて派遣労働に就いた者と直接雇用された者の比較を行っているが、派遣労働に就いた者は初めこそ低い賃金に甘んじるが、その後は高い賃金の伸びを経験することが多く、福祉を受給しなくなる割合も派遣労働以外に就いた場合と比べて大差なくなるとしている²⁴⁾。少なくとも、なにも職に就かなかった場合と比べれば、派遣労働という形で最初に仕事に就くことはその後の賃金や雇用を高めるうえで有効であることが示されている²⁵⁾。

しかし、このような定量的な評価に大きな疑問を投げかけたのがAutorとHousemanの研究である(Autor and Houseman, 2006; Autor and Houseman, 2008)²⁶⁾。それまでの研究は、元来の仕事能力や就業意欲の高い者が派遣労働を選択しているといった可能性を十分に調整したうえで推定を行っ

ていたわけではなかった。そのような推計から得られた結果は、「もしそうでなかったら就業してなかったであろう受給者が、支援プログラムによって派遣労働に就けられたとしたら、その後の賃金や就業率がどれだけ上がるのか」という意味においては正確な値ではない。AutorとHousemanは、以下に示すようなミシガン州のプログラムにおける社会実験に近い状況を巧みに用いることでそのようなバイアスを修正し、それまでの研究とは異なる結果を提示した。ミシガン州デトロイトでは、TANF申請者のうち最低限の就労条件を満たしていない者は就労支援プログラム（「就労第一(Work First)」プログラム）に割り当てられる。このプログラムは（その名の通り）迅速な職探しの支援のみを目的としており、デトロイト市が運営しているが、実際のサービスの提供は各地域の複数の非営利団体の業者（contractor）に委託されている。そして市は、福祉受給者に対して業者を順番に割り当てている。すなわち、各個人にどの業者が割り当てられるかは完全にランダムと言える。ここで重要なことであるが、業者によって、直接雇用での就職率が高いか派遣雇用での就職率が高いかが著しく異なっている。これは、業者によって直接雇用・派遣雇用に対する見方が違い、プログラム参加者の就労支援において派遣会社を積極的に活用するかどうか異なっているためである²⁷⁾。彼らは、この派遣労働での就職率の違いを操作変数（＝賃金のみに影響を与える外的要因）として、直接雇用で就職した場合と派遣雇用で就職した場合で、その後の就業や収入が異なるかどうかを確かめている。その結果、直接雇用で就職した場合、その後の就業率・賃金ともに有意に上昇していることがわかった。一方、派遣労働に就職した場合には、その後の就業率・賃金はむしろ低下する傾向にあることがわかった。「どんな仕事でも、無職よりは良い」というわけではないのである。ではなぜ、直接雇用だとその後の就

業率・賃金が高いのか。彼らによる補完的な分析からは、直接雇用で就職した場合には平均的に少ない数の雇用主の下にとどまる傾向があることが見出されており、その後の賃金上昇の大部分が同一雇用主における継続就業からもたらされていることが示唆される。就労支援プログラムが低技能労働者を安定した雇用に結びつけることを最終目的としているならば、派遣労働としてではなく直接雇用で就職させるべきであるということになる。

このようにAutorとHousemanの研究はそれまでの先行研究の結果に挑むものと言えるが、先行研究も彼らの研究も特定の地域のみを見ており、分析結果から普遍的な結論を導くには留保が必要となる²⁸⁾。派遣労働が効果的に安定的な雇用への橋渡しとなっているのか。それが職業訓練のような支援と比べて、長期的な帰結において有効であるのかといったことは行政側も共有する問題意識である。その意味で、政府の主導で導入された評価実験である雇用維持・向上プロジェクト(Employment Retention and Advancement Project、略称ERA)による成果は期待される。また、不景気には派遣労働は不利になる可能性がある。この点は、そもそもなぜ企業が派遣労働を用いるのかという問題とも関わってくるが、景気の好し悪しによって受給者が派遣労働で就職した場合の帰結が変わるのかということも喫緊の検討課題として含まれるべきであろう²⁹⁾。

2. 「就労を前提とする福祉」から漏れ落ちた人びとの増加

たとえ就労支援が有効に機能したとしてもまだ、働きたくても働けないシングル・マザー達がいる。彼女たちは、精神疾患を抱えていたり、ドメスティック・ヴァイオレンスに悩まされていたりといった理由から就業できない(もしくは仕事に就いても継続就業できない)でいるとされる。といって、彼女たちは障害者給付(Supplemental

Security Income、略称SSI)の受給資格もないことが多い。先に触れた傾向的なケースロードの低下という事実を踏まえると、働ける者はTANFを離脱し、上のような働きたくても働けない最弱者たちばかりがTANF受給者となってしまっているかのようにも一見思える。だが、事実は必ずしもそうでないという(Blank, 2007)。働けない女性たちも多くがTANFから非自発的に離脱しているからである。それは、義務違反に対する制裁が理由であったり³⁰⁾、タイム・リミットが理由であったりする。つまり、就労からも福祉からもこぼれ落ちている者たちが多くいることになる。貧困ラインの200%以下の所得しか得ていないシングル・マザーのうち40%以上の者が、過去3年の間に、稼得収入も福祉受給もないか、両方を合わせた額が極めて低い水準にしかなかった経験が1カ月以上ある(Blank and Kovak, 2009)。そして、稼得収入を得ておらず、福祉も受給していない者

表1 就業しておらず、福祉も受給していない低所得シングル・マザーの割合
(Blank (2007) Table 1 の再掲)

	定義1	定義2
1990年	10.0%	14.8%
1995年	11.6%	16.2%
2000年	13.7%	18.8%
2001年	16.4%	21.7%
2002年	17.3%	22.9%
2003年	16.5%	21.0%
2004年	19.6%	25.3%

資料出所: March Supplement of the Current Population Survey

18～54歳で、18歳以下の子どもを持つ、貧困ラインの200%以下の家庭に属する全てのシングル・マザーにおける割合。

定義1: 前年に、福祉も受給しておらず、稼得収入もなかった者。2004年時点で、135万人。

定義2: 前年に、2,000ドル以下の収入しかなく、且つ1,000ドル以下の福祉しか受給しなかった者。2004年時点で、173万人。

は、福祉改革後、確実に増えている（表1）³¹⁾。福祉改革後におけるケースロード低下の要因としては、他の福祉プログラムへのシフトも指摘されてきたが（藤原・江沢，2007）³²⁾、実際に福祉自体から漏れ落ちてしまう者も増えていたのである。

それでは、このような就業からも福祉からも「絶ち切られている」女性たち（“disconnected” single mothers）は、どのようにその状況をしのいでいるのだろうか。従来から、若年層においては労働市場が悪化すると家族と同居することが多くなることが知られていたが（Card and Lemieux，2000）、近年、低所得者層においても、家族内による支援（所得移転）や家族との同居が増えてきている（Haider and McGarry，2006）。もちろん、家族の支援を受けられるが故に、福祉からも就業からも離脱することができると思えることもできるが、家族機能に負荷をかけることは公的支援の本来の目的にそぐわない。機会の不平等を助長する可能性があるからだ。そのような近親者に頼る傾向が増している一方で、近親者からの支援すら受けられない者も増えていることが確認されている（Blank and Kovak，2009）。現下の不況は、もともと福祉を必要とする者のあいだで更に貧困を深刻化させている恐れがある。

3. 最初のセーフティネットとしての

失業保険—その課題

ここまで、貧困に陥った者が貧困を脱するために必要な支援について見てきたが、福祉が就労を前提とするようになった今では、労働市場の悪化に際しては失業保険に期待される役割も大きくなっている。職を失うことは大きな所得の低下をもたらし、消費を減少させる可能性がある。人びとは大きな消費変動を好まないというのが経済学の基本命題である。失業保険は、職を失った者とその家族の消費を、（貧困の状態にあるかどうかに関係なく）職が見つかるまでの間、支える役割

を持っている。そして、この仕組みに伴うモラル・ハザードを最小にするのが失業保険制度の設計における重要な目的の一つである³³⁾。今回の不況でも、失業保険給付期間の延長は雇用対策として真っ先に行われている。就労を前提とする福祉においては、福祉が失業保険に近くなったと見られる一方で、失業保険には新たな役割が期待されているとも考えられる。

2008年時点の失業保険の給付総額は490億ドルであり、TANFの給付額を上回っている。米国の失業保険制度は、州ごとに運営されているため、各州でその仕組みは異なっているが³⁴⁾、連邦政府のガイドラインに従っており基本的な構造は同じである。本人の責任によらない離職を余儀なくされ、求職活動をしており、すぐにでも仕事に就くことができる状態にあることが受給のための第一の要件となる（“nonmonetary eligibility”）。受給者は、電話もしくはインターネットといった手段を用いて、毎週、求職活動について報告しなければならない。受給資格の第二の要件は、失業前に十分な就業期間があるかどうかということである（“monetary eligibility”）。失業前の5四半期のうち直近の四半期を含まない4四半期（“base period”）³⁵⁾において、一定額以上の賃金を得ているかが要件となる。以上の受給要件を満たした者は、失業前の週当たり賃金の大体半分程度の額を³⁶⁾、基本的に26週間まで受け取ることができる。先にも触れたように、連邦政府は、この基本給付期間に上乘せする形で給付期間を延長することができる。

一方、失業保険料（税）は企業によって支払われる。各企業が支払う保険料率（税率）の算定基準は複雑だが、単純に言えば、レイオフ（大量解雇）が行われ、その企業からの解雇者に対して失業保険給付が多く支払われることになると、その企業の将来の税率が高くなる仕組み、すなわち経験料率（experience rating）が採用されている。この経験料率は企業が大量解雇を抑制するインセン

ティヴとして機能しうる。但し、レイオフに応じた税率の引き上げには上限が設けられており、レイオフに伴う給付増を税率の引き上げによって完全にカバーできるわけではないという意味において「不完全な」経験料率である。もし給付の必要が増え、失業保険給付の財源が枯渇するようなことがあれば、州政府は連邦政府から借入れを行うことができる。

失業者のうち失業保険を受給している者の割合は、現在、40%以下に過ぎない。失業保険を受給していない者は、1) 上記の受給資格がないか、2) 受給資格があってもなんらかの理由から給付の申請を行っていないか、3) 給付期間を満了してしまっているかによる。歴史的には、失業保険の受給率は1970年代前半には60%近くあり、近年にかけて低下してきている (Simms and Kuehn, 2008)³⁷⁾。不況期におけるセーフティネットとして失業保険の役割に期待する場合、この受給率を上げるということが政策目標として挙がってこよう³⁸⁾。そのための有力な手段は、就業履歴算定期間 (“base period”) を短くしたり必要な賃金の最低額を引き下げることを受給要件を緩和することである。この背景には、不安定で低賃金な仕事に就きがちな低技能労働者は、そのために不況の煽りを受け易いが、(その仕事の性質が故に) 失業保険の受給要件も満たせていないのではないかという懸念がある。しかし、賃金の最低額要件に関しては、低技能労働者であっても既に多くの者が要件を満たせているとする報告もある (Levine, 2006)。また、就業期間の最低要件を短くしても、不安定な就業をする者は “nonmonetary eligibility” のほかの要件も満たせていないことが多く、結局、受給要件を満たす者を大幅に増やすには至らない可能性がある。就業期間の最低要件が短いと、長期的に年間労働供給時間の減少が起こるとする最近の実証結果もある (Kuhn and Riddell, 2010)。いずれにしても、受給要件を極端に緩和

させることは福祉との境を曖昧にするため、政治的な困難さが伴うことは十分に予想されうることである。

失業による経済的リスクがもっとも深刻である者のみに特別な受給要件を適用するという “targeted eligibility rule” の考え方も提案されているが、給付が本当に必要な場合とモラル・ハザードの場合の区別をつけるのが難しいことが社会保険制度の根本的な課題であり、制度設計は単純ではない。その実証的な根拠も未だ充分ではない (Nicholson and Needels, 2006)。

米国の失業保険制度には、財政構造の面においても注意を要する点がある。失業保険財政の変化に対する州ごとの対応を定量的に調べた Levine (2006) によれば、失業保険財政が枯渇した場合に、州は (受給資格を厳しくするなどして) 給付を制限するよりも、税率を引き上げるなどの対応を取りがちだと言う。税率の引き上げは、企業にとって雇用のコストが上がることを意味する。労働市場が深刻な時に、失業保険財源確保のためにより完全な経験料率へと変更しようとするれば、低技能労働者などが更に雇われにくくなるといったことにつながりかねない³⁹⁾。

V. まとめにかえて

本稿では、就労を前提とする米国のセーフティネットの体系が、労働市場が深刻に悪化するなかでどのような問題を出させているのか、近年の定量的な分析を踏まえて考察した。2010年中に TANF は議会で再可決されることになるはずだが、抜本的な変更はないと思われる。米国の福祉は必ずしも「働かざるもの食うべからず」に徹しているわけではないと見ることもできるが、少なからず福祉から漏れ落ちる者が出てきていることも確かである。また、就業できたとしても継続的に福祉から離れられるかどうかはわからないこと

も見た。就労を前提とする福祉へとシフトする中、失業保険制度も、モラル・ハザードを引き起こさずに福祉を補完し、そのセーフティネットとしての機能を劇的に高めるには課題が多い。現下の長期失業者の増加は、今後、福祉からも就業からも漏れ落ちる者の数を増やし、貧困状態から長く脱せない者を増加させるかもしれない。

翻って、日本では、タイムリミットや就業を促す仕組みを持つ低所得者支援が主張されるようになってきている。勤労所得税額控除の導入は近年特に、強く主張されているものの一つである。福祉施策に潜在的に伴う就業意欲を阻害する影響を最小限にして低所得者支援を行ってゆくという考え方自体に異論を挟む余地はなく、元より労働力の減少が大きな問題となりつつあるわが国において、就労を志向する福祉施策は当然のこととも言える⁴⁰⁾。しかし、就労を受給の要件として義務付ける施策は、それに長期的な帰結までをも評価する仕組みが備わっていなければ、受給者を不安定な雇用に押し込む誘因にもなりうる。派遣労働などを通じての就職が中長期的に福祉からの脱却につながっていなければ、それは本来的には福祉の機能として充分でないことになる。

米国の福祉改革を特徴づけるタイムリミットや州への一括補助金といったもう一つの仕組みは、現場に近い対応を可能にし、就労への強いインセンティブをもたらす反面、受給者からすれば給付が停止してしまう可能性を有する。だが、給付が本当に停止してしまうようなことがあれば、発育段階にある子どもなどへはその影響が特に甚大なものとなることが予想される (Currie, 2006)⁴¹⁾。あたかも道路や橋の建設を中止するかのごとく、予算上の都合によって支出をコントロールできる仕組みだとすれば、導入にあたっては慎重を期する必要がある。

謝辞

本稿は2010年3月末日現在に入手可能な資料に基づいて執筆されている。本稿の執筆にあたり、Howard Chernick (City University of New York, Hunter College)、黒田有志弥 (国立社会保障・人口問題研究所)、白瀬由美香 (同左) の各氏より貴重な示唆を頂いた。記して感謝申し上げたい。言うまでもなく、本稿に残された誤りは筆者に帰属する。

注

- 1) 米国の福祉制度改革の評価について日本語で論じたものとして、阿部 (2004)、根岸 (2006)、藤原・江沢 (2007) 等が有益である。
- 2) 本稿における景気後退時期の特定は、National Bureau of Economic Research (NBER) の判断に準拠する。
- 3) この引き上げは、ブッシュ政権下で決定された2007年7月からの段階的な引き上げの一環である (労働政策研究・研修機構, 2008)。
- 4) 政府は、2008年の6月と11月にも給付期間を延長している。
- 5) 米国の公式貧困基準の定義については、U.S. Census Bureau のホームページ (<http://www.census.gov/hhes/www/poverty/povdef.html>) を参照のこと。また、この貧困基準の開発経緯については、Fisher (1992) に詳しい。
- 6) 尚、しばしば、低所得者層における就業実態として、複数の仕事のかけ持ちが象徴的に挙げられることがあるが、総雇用者に占める割合に限って見れば複数の仕事に就く者は5%程度で、この比率はここ10年ほど大きく変わっていない。農業従事者やパートタイマーの割合が高い州で、複数の仕事に就く者の割合が高い傾向が見られるが、景気との相関はほとんど見出されないというのが実態のようである (Campbell, 2009)。
- 7) 本節でのTANF及び関連する諸制度についての記述は、主として阿部 (2002)、Gruber (2005, Ch. 17 & Ch.21)、根岸 (2006)、藤原・江沢 (2007)、Kim and Joo (2009) を参考にした。本節での説明は極めて大まかなものであり、より詳しくは上記文献の他に U. S. House of Representatives (2004) を参考にされたい。また、各州独自の法に基づく実際の運営については、黒田 (2009) によるカリフォルニア州の例などが参考になる。
- 8) これは、連邦政府の財源に基づく給付に上限が設けられたという意味のほか、連邦政府財源の使用法

- に関する州政府の裁量の拡大という側面も有していた。
- 9) 就労義務と補完的に、勤労所得に対する給付削減率が引き下げられた。
 - 10) そのため、「就労率」に関する州間の比較・時系列的な比較が困難となっている。SIPP (Survey of Income and Program Participation) の1996年、2001年、2004年のデータ (のそれぞれの年の4カ月分) を用いて、統一的な「就労」の定義によって福祉を受給しているシングル・マザーの就業率を計算してみると、公表されているものよりも就業率は高く、就労関連活動までに抜ければ景気後退期にも必ずしも就業率は落ちていないという (Kim and Joo, 2009)。
 - 11) 当初のTANFにおいても受給者の50%の就労参加が義務付けられていたが、実際にはケースロードの低下率分を規定の就労参加率から差し引くことができた。たとえば、20%のケースロード低下があれば、就労参加率は30% (=50% -20%) を満たせばよいことになる。2006年の見直しによって、それまでのケースロード低下を算入できなくなった (Blank, 2007)。
 - 12) EITCの導入経緯については根岸 (2006) に詳しい。
 - 13) フード・スタンプ (Food Stamp) は、2008年よりその名称がSNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) へと変わった。
 - 14) 福祉改革がもたらした影響に関するこれまでの包括的な評価については、Blank (2002), Blank (2006), 阿部 (2004) が有益である。
 - 15) 代表的な研究として、Eissa and Leibman (1996) 等がある。
 - 16) 但し、給付前と給付後の所得水準を比べるこのような方法は、人びとが給付制度がなかった場合にとつたであろう行動を考慮に入れていないことから、貧困削減効果を評価する手段としては意味がないという見方もある。端的に言えば、給付があるが故に労働供給を抑制するというモラル・ハザードが起きている可能性を考慮していない (Glazer and Rothenberg, 2001)。
 - 17) 所得は、恒常的な所得とそれ以外の変動所得から構成されていると考えられる (但し、二つを完全に識別して計測することは難しいとする)。このうち個人の厚生水準にとって重要なのは恒常所得のほうである。消費は、恒常所得のみに応じて変動すると考えられるので、消費を見るほうが厚生水準の指標として適切ということになる。また、勤労所得の増加は余暇消費の犠牲を伴っている可能性があることから、(所得よりも) 消費を見る必要がある。
 - 18) 福祉改革後、育児を理由とする就労要件の適用除外基準が厳しくなったことも、子どもを持つことのコストを上げたと考えられる。
 - 19) 各州のファミリー・キャップ導入時期については、Kearney (2004) に整理されている。
 - 20) EITCも出生のインセンティブに対して影響を用うるが、これについてもはっきりとした影響は確認されていない (Baughman and Dickert-Conlin, 2007)。
 - 21) ここまで紹介した研究は主に独立的な研究者による評価であったが、行政当局によってもシンクタンク等に数多くの評価研究が委託されて行われている。それらの結論は様々であり、「公的な見解ではない」と断られているものの、論点としては上記の研究群と多くを共有していることを付記しておく。委託研究のリストについては各年のTANF Annual Reportを参照されたい。
 - 22) 民間団体への委託の拡大という事象も、「小さな政府」を志向するレーガン政権以来の流れの中で捉えられうる。福祉の民間化が進められた過程とその課題については、木下 (2007) に詳しい。
 - 23) 派遣労働における柔軟な就業条件という側面も、受給者の就業に資する要因となりうる。特に、幼い子どもを持つ親にとっては正規雇用の硬直的な労働時間などが就業の妨げになっている可能性があり、派遣労働であれば就業できるということも考えられる。また、派遣会社が派遣先の企業に代わって労働者を選別する機能を担っている可能性も指摘されている (Autor, 2001)。
 - 24) Heinrich et al. (2007) でも、派遣雇用での就職は賃金・雇用に長期的にマイナスの影響を与えていないとする同様の結論が得られている。但しそれは、その後派遣雇用以外の職を得た場合に限られることも指摘されている。
 - 25) これは、受給者の属性をコントロールしたうえでの結果である。そもそも高い生産性を反映するとされる観察されやすい属性 (高い学歴等) を持った者しか直接雇用されにくい現実を思えば、(それらの高い属性を持たない受給者にとっては) 派遣労働にまず就くことは明らかに有効であると考えられる。但し、同じミズーリ州とノースカロライナ州の業務統計を分析したDyke et al. (2006) によれば、職探しの支援を受けるよりも職業訓練支援を受けたほうがその後の賃金は高くなることが示されている。
 - 26) Autor and Houseman (2006) と Autor and Houseman (2008) は基本的に似た内容の論文であるが、本稿では最終改訂が2009年8月となっている Autor and Houseman (2008) から主に分析内容を紹介する。尚、Autor and Houseman (2006) については金井 (2008) による解説がある。
 - 27) 業者への電話インタビューに基づく (Autor and Houseman, 2006)。

- 28) Andersson et al. (2007) は全国的な統計から、派遣労働から他の安定的な雇用に移ることができた者に限って、他の条件をコントロールしたうえでその後の賃金が上昇していることを見出しているが、福祉受給者に限定した分析ではない。
- 29) Heinrich et al. (2007) は、派遣労働による就業が長期的に持つプラスの効果は景気の好し悪しに依存しないとしている。
- 30) 就業を阻害する要因のある者は、就労プログラムなどへ参加しない傾向がある。
- 31) 他の統計も用いたより包括的な推計については、Blank and Kovak (2009) を参照。どのような定義によっても、近年、福祉からも就労からも外れているシングル・マザーが増えていることが示されている。
- 32) プログラム間のシフト自体は、意図せざるものとしての側面ばかりではない。
- 33) 失業保険に関するモラル・ハザードとしては、給付期間が長いほど失業期間も長くなるといった例が典型である。Meyer (1990) 等を参照のこと。
- 34) 各州における失業保険の主要な変更点は、毎年、*Monthly Labor Review* 誌上に掲載される。
- 35) 直近の四半期を含まないのは雇用履歴管理上の歴史的な経緯に依るものであったが、実質的に長い“base period”を課すこととなるため、現在いくつかの州では（技術的な進歩もあり）直近の4四半期を“base period”とするようになっている (Levine, 2006)。
- 36) 給付額の算定式は州ごとに異なり、上限額と下限額も州ごとに定められている。
- 37) 失業保険の受給率が低下してきている理由としては、労働組合組織率の低下、受給資格要件の厳格化、受給率の低い地域への労働移動の増加などが挙げられている (Simms and Kuehn, 2008)。
- 38) この節における失業保険制度変更の政策含意については、Levine (2006) に多くを依っている。
- 39) この節における制度改革の議論は、あくまで現行の制度を前提としてのものであった。より抜本的に失業保険制度を改める案としては、個人勘定方式の「失業保険」などがある。このような案についての議論は、Nicholson (2008) 等に詳しい。
- 40) 就労促進的な制度となっていない現在の生活保護制度においても、受給者のうち働ける者については既に米国よりも就業率が高いとする報告もある (玉田・大竹, 2004)。
- 41) 実際に、タイム・リミットによって TANF から離脱した母親の乳児の死亡率が高いことを示唆する研究もある (Leonard and Mas, 2008)。

参考文献

- Acs, G., 2009, “Poverty in the United States, 2008,” The Urban Institute
- Andersson, F., Holzer, H., and J. Lane, 2007, “Temporary Help Agencies and the Advancement Prospects of Low Earners,” *NBER Working Paper* 13434
- Autor, D., 2001, “Why Do Temporary Help Firms Provide Free General Skills Training?” *Quarterly Journal of Economics* 116(4): 1409-1448
- Autor, D., and S. Houseman, 2006, “Temporary Agency Employment: A Way Out of Poverty?” Blank, R., Danziger, S., and R. Schoeni (eds.) *Working and Poor How Economic and Policy Changes are Affecting Low-Wage Workers* Russell Sage Foundation
- Autor, D., and S. Houseman, 2008, “Do Temporary-Help Jobs Improve Labor Market Outcomes for Low-Skilled Workers? Evidence from ‘Work First’,” (Forthcoming, *American Economic Journal: Applied Economics*)
- Baughman, R., and S. Dickert-Conlin, 2007, “The Earned Income Tax Credit and Fertility,” *Journal of Population Economics* 22(3): 537-563
- Blank, R., 2002, “Evaluating Welfare Reform in the United States,” *Journal of Economic Literature* 40(4): 1105-66
- Blank, R., 2006, “What Did the 1990s Welfare Reforms Accomplish?” Auerbach, A., Card, D., and J. Quigley (eds.) *Public Policy and Income Distribution* Russell Sage Foundation
- Blank, R., 2007, “Improving the Safety Net for Single Mothers Who Face Serious Barriers to Work,” *The Future of Children* 17(2): 183-197
- Blank, R., Danziger, S., and R. Schoeni, 2006, “Work and Poverty during the Past Quarter-Century,” Blank, R., Danziger, S., and R. Schoeni (eds.) *Working and Poor How Economic and Policy Changes are Affecting Low-Wage Workers* Russell Sage Foundation
- Blank, R., and B. Kovak, 2009, “The Growing Problem of Disconnected Single Mothers,” Heinrich, C., and J. Scholz (eds.) *Making the Work-Based Safety Net Work Better* Russell Sage Foundation
- Card, D., and T. Lemieux, 2000, “Adapting to Circumstances: The Evolution of Work, School, and Living Arrangements among North American Youth,” Card, D., and T. Lemieux (eds.) *Youth Employment and Joblessness in Advanced Countries* University of Chicago Press
- Campbell, 2009, “Multiple Jobholding in States in 2008,” *Monthly Labor Review* December
- Council of Economic Advisers, 2010, *Economic Report of the President*
- Currie, J., 2006, *The Invisible Safety Net Protecting the*

- Nation's Poor Children and Families* Princeton University Press
- Dyke, A., Heinrich, C., Mueser, P., Troske, K., and K. Jeon, 2006, "The Effects of Welfare-to-Work Program Activities on Labor Market Outcomes," *Journal of Labor Economics* 24(3): 567-607
- Eissa, N., and J. Leibman, 1996, "Labor Supply Response to the Earned Income Tax Credit," *Quarterly Journal of Economics* 111:605-637
- Ellwood, D., 2000, "Anti-Poverty Policy for Families in the Next Century: From Welfare to Work – and Worries," *Journal of Economic Perspectives* 14(1): 187-198
- Fisher, G., 1992, "The Development and History of the Poverty Thresholds," *Social Security Bulletin* 55(4): 3-14
- Glazer, A., and L. Rothenberg, 2001, *Why Government Succeeds and Why It Fails* Harvard University Press
(邦訳 井堀利宏, 土居文朗, 寺井公子訳, 2004, 『成功する政府 失敗する政府』岩波書店)
- Gruber, J., 2005, *Public Finance and Public Policy* Worth Publishers
- Haider, S., and K. McGarry, 2006, "Recent Trends in Resource Sharing among the Poor," Blank, R., Danziger, S., and R. Schoeni (eds.) *Working and Poor How Economic and Policy Changes are Affecting Low-Wage Workers* Russell Sage Foundation
- Heinrich, C., Mueser, P., and K. Troske, 2005, "Welfare to Temporary Work: Implications for Labor Market Outcomes," *The Review of Economics and Statistics* 87(1): 154-173
- Heinrich, C., Mueser, P., and K. Troske, 2007, "The Role of Temporary Help Employment in Low-Wage Worker Advancement," *NBER Working Paper* 13520
- Hoynes, H., Page, M., and A. Stevens, 2006, "Poverty in America: Trends and Explanations," *Journal of Economic Perspectives* 20(1): 47-68
- Joyce, T., Kaestner, R., Korenman, S., and S. Henshaw, 2004, "Family Cap Provisions and Changes in Births and Abortions," *Population Research and Policy Review* 23(5-6): 475-511
- Kearney, M., 2004, "Is There an Effect of Incremental Welfare Benefits on Fertility Behavior? A Look at the Family Cap," *Journal of Human Resources* 39(2): 295-325
- Kim, J., and M. Joo, 2009, "Work-related Activities of Single Mothers before and after Welfare Reform," *Monthly Labor Review* Dec.: 3-17
- Kuhn, P., and C. Riddell, 2010, "The Long-Term Effects of Unemployment Insurance: Evidence from New Brunswick and Maine, 1940-1991," *Industrial and Labor Relations Review* 63(2): 183-203
- Leonard, J., and A. Mas, 2008, "Welfare Reform, Time Limits, and Infant Health," *Journal of Health Economics* 27: 1551-1566
- Levine, P., 2006, "Unemployment Insurance over the Business Cycle: Does It Meet the Needs of Less-Skilled Workers?" Blank, R., Danziger, S., and R. Schoeni (eds.) *Working and Poor How Economic and Policy Changes are Affecting Low-Wage Workers* Russell Sage Foundation
- Loprest, 2003, "Fewer Welfare Leavers Employed in Weak Economy," *Snapshots of America's Family* No.5 (The Urban Institute)
- McKernan, S., Ratcliffe, C., and S. Cellini, 2009, "Transition In and Out Poverty," *Understanding Poverty* Fact Sheet No.1 (The Urban Institute)
- Meyer, B., 1990, "Unemployment Insurance and Unemployment Spells," *Econometrica* 58(4): 757-782
- Mulligan, C., 2010, "Attack of the Minimum-Wage Increase," *New York Times* 電子版 2010年1月20日
- Nicholson, W., and K. Needels, 2006, "Unemployment Insurance: Strengthening the Relationship between Theory and Policy," *Journal of Economic Perspectives* 20(3): 47-70
- Nicholson, W., 2008, "The Evolution of Unemployment Insurance in the United States," *Comparative Labor Law and Policy Journal*
- Pavetti, L., Derr, M., Anderson, J., Trippe, C., and S. Paschal, 2000, *The Role of Intermediaries in Linking TANF Recipients with Jobs: Final Report* Submitted to U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation <http://www.aspe.hhs.gov/hsp/intermediaries00/index.htm>
- Ryan, S., Manlove, J., and S. Hofferth, 2006, "State-Level Welfare Policies and Nonmarital Subsequent Childbearing," *Population Research and Policy Review* 25: 103-126
- Simms, M., and D. Kuehn, 2008, "Unemployment Insurance during Recession," *Recession and Recovery* No.2 (The Urban Institute)
- U. S. House of Representatives, 2004, *2004 Green Book Background Material and Data on the Programs within the Jurisdiction of the Committee on Ways and Means*
- 阿部 彩, 2002, 「EITC (Earned Income Tax Credit) の就労と貧困削減に対する効果: 文献サーベイから」『海外社会保障研究』140: 79-85
- 阿部 彩, 2004, 「アメリカの福祉改革の効果と批判」『海外社会保障研究』147: 68-76
- 金井 郁, 2008, 「論文Today 派遣雇用 - 貧困から脱出する手段となるか?」『日本労働研究雑誌』573: 100-101
- 木下武徳, 2007, 『アメリカ福祉の民間化』日本経済評論社

- 黒田有志弥, 2009, 「カルフォルニア州における公的扶助制度: CalWORKs - アメリカ公的扶助制度研究の端緒として -」 GCOE ソフトロー・ディスカッション・ペーパー・シリーズ GCOESOFTLAW-2009-3
- 玉田桂子・大竹文雄, 2004, 「生活保護制度は就労意欲を阻害しているか - アメリカの公的扶助制度との比較」『日本経済研究』 50
- 根岸毅宏, 2006, 『アメリカの福祉改革』日本経済評論社
- 藤原千沙・江沢あや, 2007, 「アメリカ福祉改革再考 - ワークフェアを支える仕組みと日本への示唆 -」『季刊社会保障研究』 42 (4) : 407-419
- 労働政策研究・研修機構, 2008, 「【特集】最低賃金制度をめぐる欧米諸国の最近の動向 アメリカ合衆国 連邦最賃, 10年ぶり引き上げ」『海外労働情報』 2008年9月
- 労働政策研究・研修機構, 2009, 「アメリカ合衆国 失業給付期間の延長を決定 - 長期失業者数559万人への対応 -」『海外労働情報』 2009年12月
- (さかい・ただし 国立社会保障・人口問題研究所研究員)

アメリカの障害者雇用政策

— 障害者差別禁止法（ADA）の成果と課題 —

所 浩代

■ 要約

アメリカ合衆国の連邦法であるADAは、障害に基づく差別を禁止することによって、障害者に対して、機会の平等、社会への完全参加等を保障する。ただ、ADAによって、障害者の雇用状況が改善されたかといえば、その評価は分かれている。特に、雇用機会の拡大や貧困からの脱却という点では効果が薄いという意見が多い。障害者の雇用率は、ADAの施行後においても上昇せず、障害者の家計状況に大きな改善はみられない。また、訴訟では、原告（求職応募者及び労働者）の9割が敗訴するという結果がある。ただし、一方、肯定的な評価もある。ADAは、すでに雇用されている障害者の職場環境の改善には一定の成果を挙げたとの意見がある。本稿は、雇用機会の拡大と就業環境の改善の点からADAの成果を考察し、ADAの意義と課題を述べる。障害者の就業環境の改善については、ADAの施行を主管する連邦機関であるEEOCが重要な役割を果たしているため、この点についても検討を加える。

■ キーワード

ADA 機会の平等 合理的配慮 障害者雇用 障害者差別

I はじめに

アメリカ合衆国の連邦法である「1990年障害を有するアメリカ人法（Americans with Disabilities Act of 1990、以下「ADA」¹⁾は、障害（disability）に基づく差別を禁止することによって、障害者（people with disabilities）²⁾に対して、機会の平等、社会への完全参加、自立、経済的自足（economic self-sufficiency）を保障する法律である。同法は、アメリカ社会の一員として自立的な生活を営みたいという障害者の強い願いを背景にして、1990年に成立した³⁾。

障害者に対する雇用機会の保障は、ADAの重要な目的の一つである⁴⁾。この目的を達成するために、同法は、雇用における障害者差別を禁止し、加えて、雇用主に、障害に配慮して職場を改善する義務（「合理的配慮（reasonable accommodation）

の要請」）を課した⁵⁾。

ただ、ADAによって、障害者の雇用状況が改善されたかといえば、その評価は分かれている。特に、雇用機会の拡大や貧困からの脱却という点では効果が薄いという意見が多くだされている⁶⁾。統計調査では、障害者の雇用率は、ADAの施行後においても上昇せず（2008年度で17.7%）⁷⁾、障害者の家計状況には大きな改善がみられない（年収が150万円以下の世帯は、障害者の世帯で26%、障害のない世帯は9%）^{8)・9)}。また、訴訟結果の調査では、原告（求職応募者及び労働者）の約9割が敗訴するという結果がでている¹⁰⁾。

一方、ADAを肯定的に評価する報告書もある¹¹⁾。そこでは、ADAが、すでに雇用されている障害者の職場環境の改善に一定の成果をあげたとされている¹²⁾。また、訴訟に至る前に当事者が任意に話し合い、問題が解決される事案も少なく

い。これらは、雇用率や訴訟結果の統計には現れにくい変化である。

本稿は、雇用機会の拡大と就業環境の改善の点からADAを考察し、その成果を検証し、障害者差別禁止法を制定する意義と課題を述べる。なお、ADAは、2008年に法改正がなされ、2009年1月1日から改正法（「ADA Amendment Act of 2008」、以下「ADA2008年法」）¹³⁾が施行されている。本稿では、法改正後の状況については、改正に至った経緯、改正内容を概説するにとどめる。

II ADAにおける雇用差別規制

はじめに、ADA1990年法の内容を概観する¹⁴⁾。ADAは、2008年に「障害」の解釈などが修正されているが、ここでは、現在も継続して施行されている規定を紹介し、改正が行われた部分は後述する¹⁵⁾。

ADAには、重要なルールが2つある。一つは、雇用における障害者差別の禁止であり、もう一つは、障害者に「合理的配慮」を提供することである。ADAでは、募集・採用、職業訓練、解雇、報酬等において、障害に基づいて不利に取り扱うことが「差別」となる¹⁶⁾。ここでは、障害者に差別的な効果を与える基準等を用いることや、ADAが定める条件に反して障害の有無等を調査すること、障害者とかかわりをもっていることを理由としてその者を不利に取り扱うことも「差別」に当たる。さらに、雇用主（15人以上を雇用する事業主等）¹⁷⁾には、障害者が就労できるように、職場の環境を調整することが求められている（「合理的配慮」義務）。具体的には、スロープの設置や、手話通訳者等の用意、点字書物の整備、労働時間の柔軟化、休暇（原則無給）の付与等がこれにあたる。ただし、これらの対応が、業務運営にとって著しい負担（「過大な負担（undue hardship）」）になる場合には、そのような配慮の申し出を拒否しても違法とはならない¹⁸⁾。著しい負担であるか否か

は、雇用主の事業規模、業種、被用者数等と求められている配慮の性質や費用等から総合的に判断される¹⁹⁾。

ADAの保護を受けるためには、ADAが定める要件、①「障害」があること、②「適格性」があること（qualified individual）、の2つを充たさなければならない。ADAにおける「障害」とは、(A) 主要な生活活動を相当に制限する身体的または精神的な機能障害、(B) そのような機能障害の記録、(C) そのような機能障害をもつとみなされていること、と定義されている²⁰⁾。「機能障害（impairment）」とは、医学上の傷病・障害とほぼ同義とされる。「主要な生活活動」には、自分の身の回りのケア、食事、睡眠、会話、学習、コミュニケーションをとる、就労等が含まれる。「主要な生活活動を相当に制限する（substantially limits）」状態とは、「平均的な個人と比較して、ある主要な生活活動を行う能力が相当に制限されている場合」とされ、風邪等の一時的で軽微な症状は、「障害」にあたらない。2つめの「適格性」とは、「希望するあるいは現在の雇用の本質的な内容（essential functions of the employment position）を、合理的配慮を受けて、あるいは受けなくとも遂行できる」ことである。この「適格性」には、「職場において周囲の者の安全や健康に危害を加えないこと」が含まれる（direct threat defense）²¹⁾。

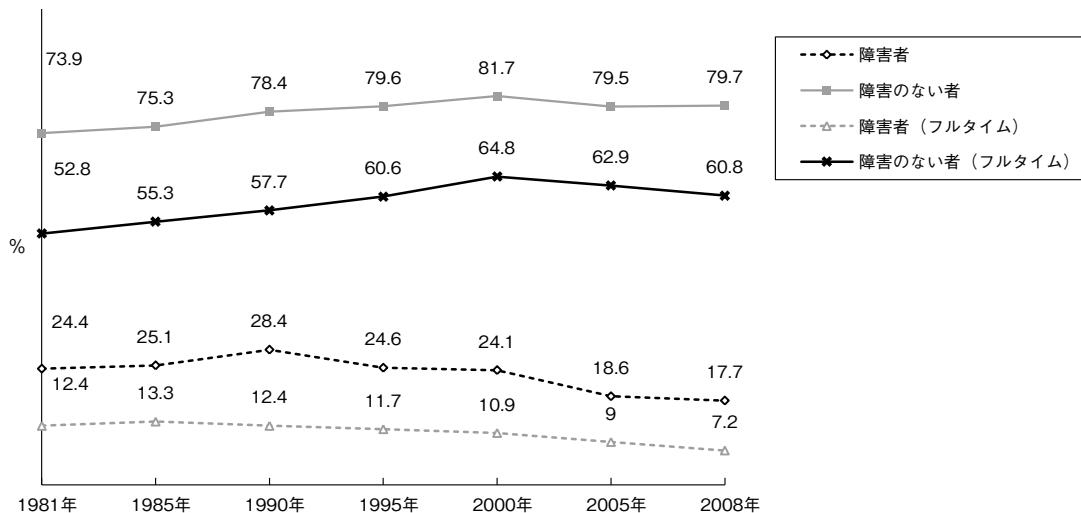
III ADAの成果

1 雇用機会の拡大

ADAの内容を踏まえたところで、次に、ADAの制定によって障害者の雇用状況がどのように変化したのかをみてみよう。最初に、雇用率の推移をみていくことにする。

(1) 雇用率の推移

障害者の雇用率に関する調査は多くだされてい



注：下記の資料から筆者が作成。

出所：2009 Progress Report on the Economic Well-Being of Working-Age People with Disabilities, Cornell University ILR School.

図1 就業年齢者の雇用率 (21歳～64歳)

るが、ここでは、1980年から2008年までの推移を示すCornell大学の調査報告書を用いる²²⁾。図1は、就業年齢(21歳から64歳)にある者の雇用率の推移を示している。ここでの「障害」の有無は、「健康問題や障害により、働くことができないか?あるいは、労働時間や業種の面で一定の制約があるか?」という問いによって振り分けている。これによると、障害者の雇用率は、ADA制定前の1989年が一番高く28.8% (障害のない者は78.2%)であり、ADA施行後に緩やかに低下して、2008年で17.7% (障害のない者は79.7%)となった。なお、ここでの被用者には、パートタイムとフルタイムが含まれている。フルタイムの被用者(1年50週以上勤務し、1週35時間以上就業する者)に着目すると、ADA制定前の1985年が一番高く13.3% (障害のない者は55.3%)であり、2008年で7.2% (障害のない者は60.8%)となっている。

(2) ADAと雇用率—差別禁止法の限界

なぜ、ADAを導入しても、障害者の雇用率は上

昇しなかったのだろうか。さまざまな説明があるが、ここでは、4つの見解を紹介しておこう。

まず、雇用率の調査は、ADAが想定している「障害者」の範囲を正確に反映しきれていないので、ADAの成果を検証する指標として用いるには適切ではないとの意見がある²³⁾。ADAの雇用差別禁止原則が適用されるのは、①日常生活を送る上で心身の機能に相当な制約があるが、雇用主が求める職務は行うことができる者(合理的配慮を受ける場合を含む)(A類型)、②心身上に特段の問題はないが、既往歴や心身の状態に関する誤解やうわさ等によって、健康面で問題があると認識された者(B類型・C類型)である。たとえば、先の調査では、心身の機能の制約に主眼を置いた質問によって「障害」の有無を分けているので、ADAが適用される後者(②)の雇用率を正確に反映しきれていない。また、ADAの保護は、合理的配慮等を受けることによって最終的には求められている職務を行うことができる者にしか及ばない。しかし、先の調査では、「健康問題等で働くことに支

障があるか」と尋ねているので、配慮を受けても就業できない者も「障害者」に含まれることになる。よって、ADAの成果を正確に検証するためには、ADAの「障害」定義を考慮した調査が必要であると指摘されている。

第二の意見は、障害者の多くは、ADAによって就業環境が改善されたとしても、労働市場への参加に消極的な姿勢をとるだろうというものである。障害者は、自らの就業能力を低く評価し、雇用によって自立することよりも福祉的給付によって生計を維持することを選ぶ傾向が強い²⁴⁾。障害者全体の雇用率には、このような就業に消極的なグループが含まれているため、ADAの成果を図る指標として適切とはいえないと指摘する²⁵⁾。

第三に、裁判におけるADAの「障害」に関する解釈が修正されれば、障害者の雇用機会は拡大されるだろうとの意見もある²⁶⁾。この意見の背景を説明しておこう。冒頭で述べた通り、ADAの裁判では、原告の約9割が敗訴していた²⁷⁾。この要因として多くの論者が指摘したのは、ADAの「障害」に関する解釈であった。たとえば、判例法理では、眼鏡やコンタクトレンズ等を使用することによって日常生活の制約が解消される場合は、「障害」があるとはいえずADAの保護を受けることはできないとされていた²⁸⁾。また、自動車工場において、手根管症候群のために両腕を肩まであげて行う作業ができないと訴えた事案では、この腕をあげるという動作は、一般的な日常生活においてほとんどの者が従事する重要な活動とはいえないとして、ADAの「障害」には該当しないと判断された²⁹⁾。うつ病患者の事案においては、内服等によって症状が安定し就業が可能となる場合には、「障害」が認められないと判断された³⁰⁾。ADAでは、健康上の問題があると「みなされて」不利に取り扱われた場合も救済対象とされているのだが（「障害」のC類型）、この場合は、単に、就労に際して健康上の問題があると立証するだけでは

なく、心身の機能の低下等によって、「主要な生活活動が相当に制限されている」とみなされていると立証しなければならなかった³¹⁾。

このような裁判においてADA違反が認められにくいという状況は、雇用主の法令遵守に対する意欲を弱める要因となりうる。また、ADAの救済手続を利用して状況を改善させようという障害者の意欲を減退させてしまう。

それゆえ、ADAによって障害者の雇用拡大を図るためには「障害」の解釈を修正する必要があると指摘されたのである。

この「障害」の解釈に関する問題は、2008年の法改正によって一定の改善が図られている。2008年法では、障害の有無は、内服や矯正器具等の効果が現れる前の段階で判断することが明記された³²⁾。また、心身の機能の低下によってある一つ的生活活動が相当に制限されている者はADAの保護対象とされ、障害者であるという立証に、複数の生活活動が同時に制限されているという点を証明する必要はなくなった³³⁾。さらに、てんかん発作など、症状に波がある者については、どの時点で障害の有無を判断するかが問題となっていたが、改正によって、症状が出現した時点で生活活動が相当に制限されていれば、「障害」があると認められることとなった³⁴⁾。「みなされた」という「障害」のC類型については、心身の機能障害によって（あるいは心身の機能障害があるとみなされたことによって）不利益を受けた場合は「障害」に基づく差別が認められ、心身の機能障害が「主要な生活活動」を制限したか否かという点は問わないこととなった³⁵⁾。

第四の意見は、ADAは、障害者の雇用促進を図るという点において限界があるというものである³⁶⁾。この論者は、ADAは、個々の使用者に対し、障害者が働きやすいように職場の環境を調整するように求めるものであるが、障害者が就労し続けるためには、居宅における生活支援や、勤務

場所までの移動支援、障害に対する長期的なケアを確保するための医療保険の充実等の総合的な環境づくりが不可欠であると指摘する。ADAは、差別禁止という規範をもって、雇用主に「職場」における改善を求めることはできるが、就労に付随する生活支援全般を雇用主に求めることはできない。これでは、障害者が雇用に際して直面している構造的な障壁を除去することはできない。障害者の雇用促進問題は、差別禁止を定めるADAだけでは解決できるものではなく、政府による福祉サービス施策等と調和させて取り組むべき問題なのであるとされている。

2 就業環境の整備

次に、ADAが、障害者の就業環境の改善に与えた影響をみてみよう。まず、(1) (2) において、アンケート調査を2つ紹介する。一つは、ADAの施行後に障害者がどのような変化を感じたかを調べたもの、もう一つは、雇用主に対する調査であり、職場が障害者に対してどのように配慮されているのかを調べたものである。

さらに、差別を受けたという苦情が発生した場合に、その苦情がどのように解決されているかという点も検討する。ADAでは、裁判所に救済を求める前に、行政機関（「EEOC」。EEOCについては、(3) で詳述する）において、雇用主と労働者が話し合いによって問題を解決するプロセスが用意されている³⁷⁾。ADAをめぐる苦情の一部は、このEEOCのプロセスにおいて、自主的に解決されているのである。このEEOCが果たす役割も、ADAの意義を理解するうえで重要であるので、(3) において検討を加える。

(1) 障害者に対するアンケート調査

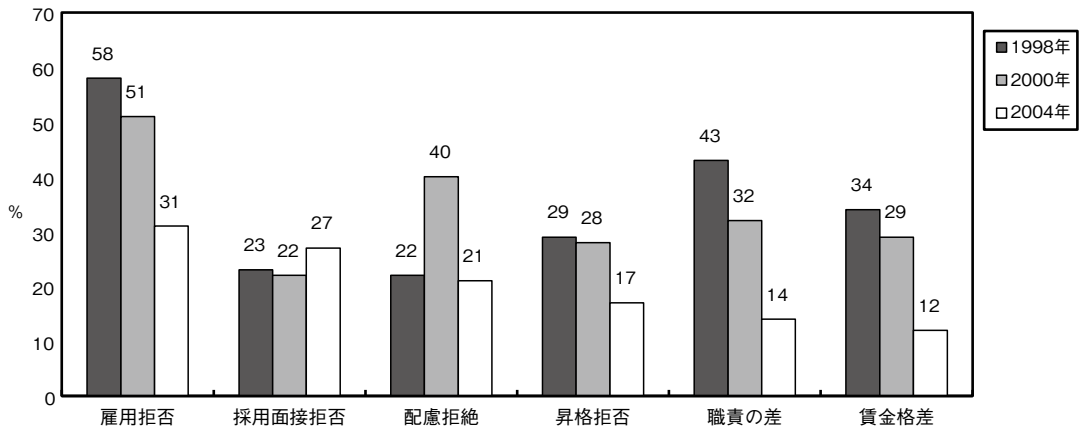
図2は、1986年から実施されている障害者に対するアンケートの結果をしたものである³⁸⁾。この調査では、就労中に差別を受けたと答える者の割

合は、ADA施行前の1986年で27%であったが、施行2年後の1994年に29%、1998年に32%、2000年に36%と少しずつ増加し、2004年に22%と減少した。また、不利益を受けた類型ごとに聞き取りを行った調査では、全体として差別を受けたと感じる者の割合は減少している。ただし、「採用面接を拒否された」という回答をみると、1998年の調査よりも2004年度の調査結果の方が増加している。また、「障害に対する配慮を申し出たが断られた」との回答は、2000年度の調査では増加し(40%) 2004年の調査では減少している(27%)。

(2) 雇用主に対するアンケート調査

2003年に公表された調査では、調査対象(501社)の85%が、「現在は、身体障害者がアクセスできる職場となっている」と回答している³⁹⁾。また、求人募集の場面でも改善がみられる。「採用面接の場所等を、障害者がアクセスしやすいように設定した」と回答した企業が49%、「求人方法や求人広告の掲示方法を障害者のために改善した」と回答した企業が11%、会社のウェブサイト障害者がアクセスしやすいように調整したと回答した企業が7%ある。2000年に公表されたほかの調査でも、障害者のために配慮を行ったと答えた企業は、ADAの施行前1986年では51%であったが、施行後の1995年では81%に上昇したと報告されている⁴⁰⁾。

ADAの成立に際しては、雇用主側から、職場の改善に多額の費用がかかるのではないかという懸念が示されていた。しかし、実際にはそれほど大きな負担にはならなかったという報告がある⁴¹⁾。2009年に報告された5000社を対象とした調査では、障害者から求められた配慮のうち半分が、「費用負担がなかった」とされている。また、費用が発生する配慮のうち75%が500ドル以下(約5万円)であったとされている。



注：下記の資料から筆者が作成。

出所：2004 National Organization on Disability / Harris Survey of Americans with Disabilities p. 12.

図2 障害者の意識調査 (差別の種類別)

(3) EEOCにおける問題解決

ADA違反の是正は、最終的には裁判を通じて行われる。労働者の主張が裁判で認められることはまれであるが、差別が認められた裁判の中には高額な賠償を命じられた例がある⁴²⁾。このような訴訟事情を背景に、裁判に至る前の段階、すなわち行政機関における話し合いの段階において、当事者による自主的な問題解決がなされることも多い⁴³⁾。裁判統計にはあらわれていないが、ADAの制定を契機として、障害者の就労環境が改善されている状況がうかがえる。

① ADAの救済手続

最初に、ADAにおける差別是正プロセスを確認しよう。

ADAの救済を求めるためには、提訴に先立ち、ADAの施行を所管する連邦行政機関、「雇用機会均等委員会 (Equal Employment Opportunity Commission)、以下、「EEOC」に差別の是正を申し立てなければならない。EEOCに申し立てされると、調査官が、ADA違反の有無を調査する。調査において、「差別を推定するに足りる合理的な理由

表1 EEOCに申し立てられた苦情の種類毎の割合 (1992年7月26日～1995年6月30日)

種別	件数	割合 (%)
解雇	25,509	51.0
配慮拒否	13,284	26.6
ハラスメント	5,575	11.2
採用	5,191	10.4
懲戒	3,812	7.6
レイオフ	2,487	5.0
福利厚生 (Benefits)	2,035	4.1
昇進	1,935	3.9
再雇用	1,789	3.6
賃金格差	1,762	3.5
停職	1,123	2.2
その他	12,283	24.6
計	49,974	100.0%

注：下記の資料から筆者が作成。

出所：Kathryn Moss, 2000, *The ADA Employment Discrimination Charge Process How Does It Work and Whom Is It Benefiting?* Peter Blanck ed., *Employment Disability and the Americans with Disabilities Act*, 118-145, Table 2.

(reasonable cause) がある」と判断された場合には、話し合いの場が設けられ、当事者による任意の解決が促される⁴⁴⁾。このプロセスにおいて問題

が解決されなかった場合には、裁判による解決が図られる。EEOCが原告として提訴するか、当事者がEEOCより「訴権付与通知 (Notice of Right to Sue)」を受けて提訴する。裁判では、差別行為の差止め、原職復帰命令、採用命令、金銭賠償（補償的賠償・懲罰的賠償）等によって差別が是正されることになる。

なお、ADA違反の申立てが一番多いのが、解雇の苦情である（51%）。続いて、配慮を申し出たが断られた（26%）、ハラスメントを受けた（11%）、採用を拒否された（10%）の順になっている（表1）。

② EEOCにおける問題解決の状況

EEOCにおいて苦情がどの程度解決されているか、その状況を詳しくみてみよう。

EEOCでは、苦情申立は最終的に6つに振り分けられる⁴⁵⁾。まず、各用語を概説しておく。表2に、6つの区分とそれぞれの割合を示した。表2における「取下げ」とは、EEOCにおける調査が完了する前に当事者が話し合い、解決にむけた合意 (agreement) をして申立を取り下げたものである。ここでは一般に、書面によらない非公式の合意がなされる。「和解」は、EEOCにおける調査が完了する前に、当事者間で書面による正式な合意をしたもの、「調停 (conciliation)」は、EEOCにおいて「差別があると推定できる合理的な理由がある」と判断された後に、当事者が書面による正式な合意をして問題を解決したものである。「調停不成立」は、差別を裏付ける理由があると判断された後に、当事者が話し合ったが解決の合意には至らなかったものである。「差別不存在」は、差別を裏付ける理由がないと判断されて却下されたもの、「行政的処理 (administrative closures)」は、申立人がADAの保護対象要件に該当しない、あるいは、雇用主がADAの適用対象ではない、または、当事者が「訴権付与通知」を請求して裁判手続に移行した等の理由により、EEOCの調査が終了し

表2 EEOCに申し立てられた苦情件数
(1992年7月26日～1995年6月30日)

種別	件数	割合
取下げ (申立人に有利な解決あり)	2,643	9.2%
和解	1,773	6.2%
調停	259	0.9%
計(申立人に利益あったもの)	4,675	16.2%
調停不成立	563	2.0%
差別の不存在	10,130	35.1%
行政的処理	13,458	46.7%
計(申立人に利益なし)	24,151	83.7%
総計	28,826	100.0%

注：下記の資料から筆者が作成。

出所：Kathryn Moss, 2000, at 128, Table 3.

たものである。

表2をみると、EEOCに申し立てたことにより、就業環境が改善された事案が16.2%ある。このうち、差別の有無が判断される前に申立人に有利な解決が図られた事案（「取下げ」「和解」）が15.4%ある。また、EEOCの調査において差別があると判断されると「調停」が行われるが、調停が行われた事案では、約3割が申立人に有利な内容で調停が成立している。表2は、ADA施行後約3年間の状況であるが、2009年度のEEOC報告においても、申立人に有利な解決が図られた事案が全体の22.8%とされている。支払われた金銭総額は6,780万ドル（約67億円）にのぼる⁴⁶⁾。

IV むすび

ADAは、障害者の採用数の拡大という点では大きな成果をあげていないが、すでに雇用されている障害者の就労環境の改善の面では一定の成果を挙げていると思われる。ADAの制定を契機として、障害者の雇用問題について当事者が話し合い、自発的に問題を解決している状況がうかがえる。

ただし、残された課題は多い。採用面について

は、ADAとほかの施策を相補的に充実させる必要があろう。連邦政府は、障害者の雇用促進対策として、雇用されている障害者の労働時間に対応して税額が控除される施策（Work Opportunity Tax Credit）を実施している⁴⁷⁾。連邦司法省は、同制度の浸透をはかるために、1990年に700社に向けて情報を提供したが、情報を受けて同制度を利用した企業は16%にとどまった⁴⁸⁾。制度を利用しやすくする工夫が求められている。また、合理的配慮の提供についても課題がある。ADAの合理的配慮の要請は、個々の障害に対応した配慮を求める点で柔軟性があり、職場の実状に合わせたきめ細やかな対応が図られるというメリットがある。しかし、一方で、ADAの法文だけでは、雇用主がどの程度の負担を負わなければならないのか判断できない。そのため、障害者と雇用主双方が、ADAの遵守に向けて自ら積極的に情報を収集しなければならないという負担が生じている。個人が抱える障害はその性質・程度がさまざまであるから、画一的な対応は難しい。それゆえ、障害者に雇用機会を保障するためには、当事者による話し合いが不可欠である。当事者の話し合いを政府がどのように支援していくかが、今後の課題となっている⁴⁹⁾。

注

- 1) Pub. L. No. 110-336, 104 Stat. 327 (1990), 42 U.S.C. §§ 12101-12213. ADAは、1990年に成立し、2008年に改正された。現在（2010年）は、1990年法に、2008年で改正された条文が組み込まれて規定されている。現在の全条文は、<http://www.access-board.gov/about/laws/ADA.htm>で閲覧できる。なお、本稿の注で参照している各サイトは、2010年4月23日時点で閲覧可能であったものである。
- 2) 障害がある者の表記については、議論があるが、本稿では、「障害者基本法」における表記に従い「障害者」で統一する。
- 3) ADA1990年法の制定に強い影響を与えた障害者運動については、ジョセフ・P・シャピロ（秋山愛子訳）1990『哀れみはいらない 全米障害者運動の軌跡』現代書館が詳しい。
- 4) ADAは、第1編が雇用に関する規制、第2編が、州及び地方自治体が所管する公共サービスに関する規制、第3編が民間によって運営されている公共性の強い施設・サービスに関する規制、第4編が視覚・聴覚障害者等が利用するテレコミュニケーション等に関する規制、第5編が雑則となっている（5編での構成は改正後も維持されている）。
- 5) 42 U.S.C. § 12112(a)(b)(1)-(7)(2006).
- 6) Bagenstos, Samuel R., 2004 *The Future of Disability Law*, *The Yale Law Journal*, Vol. 114, 1-83.
- 7) 雇用率の変化については、さまざまな調査がある。全米障害者評議会（NOD）とハリス社が協同して実施した調査では、2004年度の障害者の雇用率が約35%（障害がない者は約78%）であり、ADA施行前の1986年とほぼ変わらない数値であった。2004 National Organization on Disability / Harris Survey of Americans with Disabilities. <http://www.nod.org/>で閲覧できる。
- 8) *Id.* 1986年の調査では、障害のない者の場合、年収150万円以下の世帯は、4世帯に1世帯であったが、障害者の場合は、2世帯に1世帯であった。（年収が150万円以下の世帯、障害者の世帯で約50%、障害のない者の世帯では約25%）。ADA施行後もこの状態に改善はみられず、2004年時点では、障害のない者の場合、10世帯に1世帯が年収150万円以下であったが、障害者の場合は、4世帯に1世帯となった。
- 9) アメリカの障害者の雇用状況を日本と比較した論考として、工藤正 2008 「障害者雇用の現状と課題」『日本労働研究雑誌』第578号 pp. 4-16.
- 10) ABA Special Feature, 2007, *2006 Employment Decisions Under the ADA Title I—Survey Update, Mental & Physical Disability L. Rep.*, Vol.31, 328-331, 328.
- 11) National Council on Disability, 2007, *The Impact of the Americans with Disabilities Act : Assessing the Progress Toward Achieving the Goals of the ADA*（以下、「NOD 2007 Report」とする）。http://www.nod.gov/newsroom/publications/2007/pdf/ada_impact_07-26-07.pdf.
- 12) *Id.* at 98, Table D.
- 13) 正式名称は、「An Act to Restore the Intent and Protections of the Americans with Disabilities Act of 1990（1990年ADAの意図と保護を回復させるための法律）」である Pub. L. No. 110-325, <http://www.access-board.gov/about/laws/ada-amendments.htm>.
- 14) 42 U.S.C. § 12112(a)(b).
- 15) ADA2008年法の内容については、次の文献が詳しい。川島聡 2009 「2008年ADA改正法の意義と日本への示唆—障害の社会モデルを手がかりに」『海外社会保障研究』第166号 pp. 4-14, 永野秀雄 2009 「『障害のあるアメリカ人法』の改正と再生」『労働法律旬報』第1692号 pp. 38-41, 永野秀雄 2009 「アメ

- リカの障害者雇用」『労働法律旬報』第1696号pp.32-42、長谷川珠子2009「差別禁止法における「障害」(disability)の定義—障害をもつアメリカ人法(ADA)の2008年改正を参考に(特集 障害者雇用の方向性を探る)』『季刊労働法』第225号pp.40-48.
- 16) 42 U.S.C. § 12112(a)(b).
- 17) 「雇用主 (employer)」とは、複数の州にまたがる事業等に従事し、当該年度または前年度において、年間20週以上勤務する者を15人以上雇用する事業主等をさす。この他、雇用あっせん期間、労働組合、労使協議会などにも適用される。連邦政府には適用されないが、州、地方自治体は適用される。42 U.S.C. §12111(2).
- 18) 42 U.S.C. §12111(10)(A).
- 19) 42 U.S.C. §12111(10)(A), 29 C.F.R. §1630.2(p).
- 20) 42 U.S.C. §12102(2).
- 21) 42 U.S.C. §12113(b).
- 22) Bjelland, M. J. et al., 2009, *2009 Progress Report on the Economic Well-Being of Working-Age People with Disabilities*, Cornell University ILR School, <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu>.
- 23) Blanck, P. et al., 2003, *Calibrating the Impact of the ADA's Employment Provisions* Stan. L. Rev., Vol.14, pp. 276-290,274.
- 24) 連邦政府が主管する金銭給付制度には、「SSDI」という障害者年金制度と「SSI」という生活扶助制度(日本における生活保護制度)がある。各州にも、独自の給付制度が整備されている。
- 25) NOD 2007 Report, at 89-90.Kaye H. Stephen の見解。
- 26) NOD 2007 Report, at 90. 2006年の下院法務委員会憲法分科会の公聴会におけるRobert Burgdorf Jr.の発言。
- 27) ADAの制定後から2006年まで一貫して、労働者の敗訴率は9割を超えている(1992年92.1%, 1999年95.7%, 2002年94.5%, 2006年97.2%)。2003年と2006年に、精神患者に特化した調査が行われているが、ここでは、労働者(原告)が勝訴した裁判はなかった(2003年に調査された47件の裁判では、すべて雇用主が勝訴している。2006年の調査では、59件の裁判すべてで雇用主が勝訴した)。ABA Special Feature, 2004, *2003 Employment Decisions Under the ADA Title I—Survey Update*, Mental & Physical Disability L. Rep. Vol.28, 319-323, 323.
- 28) Sutton v. United Air Lines, Inc., 527 U.S. 471(1999). Sutton 連邦最高裁判決については、永野秀雄2000「障害のあるアメリカ人法における「障害」の有無に関する判断基準」『労働法律旬報』第1478号pp. 23-25を参照。
- 29) Toyota Motor MFG., KY., Inc. v. Williams, 534 U.S. 184 (2002). Williams 事件の連邦最高裁判決については、永野秀雄2002「Toyota Motor MFG., KY., Inc. v. Williams, 534 U.S. 184(2002) — 職場における特定の業務に伴う身体的作業を行えないことが、ADAの「障害」の定義に該当するか否かの判断基準」『アメリカ法』2002 (2) pp. 425-429.
- 30) Swason v. University of Cincinnati, 268 F. 3d 307 (6th Cir. 2001).
- 31) EEOC v. Schneider, 481 F.3d 507(7th Cir. 2007).
- 32) 42 U.S.C. §12102(4)(E)(i)-(iii).
- 33) 42 U.S.C. §12102(4)(C).
- 34) 42 U.S.C. §12102(4)(D).
- 35) 42 U.S.C. §12102(3)(A). C類型は、6カ月以下の一時的な症状に対しては適用されない。42 U.S.C. §12102 (3)(B).
- 36) Bagenstos, *supra note 6*, 1 n.2.
- 37) ADAでは、提訴に先立ち、EEOCに苦情を申立てなければならない。ただし、居住区に、「FEPAs (Fair Employment Practice Agencies)」等の地方自治体(州等)が所管する差別是正機関がある場合には、そちらに申し立てることになる。この場合は、EEOCへの申立期間が延長される(原則は、差別を受けた日から180日以内。FEPAs等に申し立てた場合には、EEOCへの申立期間が300日に延長される)。
- 38) 2004 NOD/Harris Survey, *Supra note 7*, at 12.
- 39) Heldrich Ctr. Workforce Dev., 2003, *Restricted Access : A Survey of Employers About People with Disabilities and Lower Barriers to Work*. <http://www.heldrich.rutgers.edu/Publications/AllPublicationsByKC.aspx?id=18>.
- 40) NOD 2007 Report, *supra note 11*, at 95. NOD 1986年調査とNOD 2000年調査の結果が引用されている。
- 41) Fed.Reg., Vol 74, No 183 (Sep. 23, 2009), at 48434.
- 42) 全米にチェーン展開するビザレストラン (Chuck E. Cheese's) に雇用されていた知的障害者が解雇された事案では、30万ドルの賠償金(補償的賠償7万ドル、懲罰的賠償23万ドル)の支払いと原職復帰が命じられた。 <http://www.eeoc.gov/eeoc/newsroom/release/3-15-00.cfm>.
- 43) 永野前掲注) 15, p. 33.
- 44) 42 U.S.C. § 12117(a), 42 U.S.C. §2000e-5(b). ADA では、EEOCの調査において「差別があると推定できる合理的な理由がある」と判断された場合には、協議 (conference), 調停 (conciliation), 説得 (persuasion) を通じて任意の解決を図ることとされている。これとは別に、EEOCでは、独自の「あっせん (mediation)」制度が設けられている(無料)。「あっせん」は、当事者が希望すれば、調査のどの過程において利用することができる。
- 45) Moss, K., 2000, *The ADA Employment Discrimination Charge Process How Does It Work and Whom Is It*

Benefiting? Blanck, P. ed., *Employment, Disability, and the Americans with Disabilities Act*, pp. 118-145.126-127.

- 46) EEOCの公式サイトでは苦情処理内容に関する年次資料が閲覧できる。 <http://www.eeoc.gov/eeoc/statistics/enforcement/ada-charges.cfm>.
- 47) 一定の要件を充たした障害者を雇用した企業は、障害者の労働時間に対応して、税控除を受けることができる。障害者の労働時間が120～399時間の場合、賃金6,000ドルのうちの25%（上限1,500ドル）が課税額から控除される。400時間以上雇用した場合、賃金6,000ドルのうちの40%（上限2,400ドル）が控除される。
- 48) NOD 2007 Report *supra note 11*, at 91.
- 49) 連邦労働省は、「Job Accommodation Network (JAN)」という機構を立ち上げ、合理的配慮などに関する情報の提供と支援を行っている。 <http://askjan.org>.

参考文献（注で取り上げたものを除く）

- 大下慶太郎 1993「1990年米国障害者法（ADA）のインパクト」『国際商事法務』第21巻8号 pp. 946-958.
- 障害者職業総合センター 2008『障害者雇用にかかる「合理的配慮」に関する研究—EU諸国及び米国の動向』独立行政法人高齢者・障害者雇用支援機構.
- 長谷川珠子 2003「障害をもつアメリカ人法における「合理的便宜（reasonable accommodation）—障害をもつ者の雇用と平等概念」—」『法学』第67巻1号 pp. 78-113.
- 長谷川珠子 2007「障害を理由とする差別」『法律時報』第79巻3号 pp. 48-52.
- 長谷川珠子 2008「日本における障害を理由とする雇用差別禁止法制定の可能性—障害をもつアメリカ人法（ADA）からの示唆」『日本労働研究雑誌』第57号 pp. 68-78.
- 畑井清隆 2008「障害を持つアメリカ人法の差別禁止法としての特徴」『日本労働研究雑誌』第57号 pp. 53-61.
（ところ・ひろよ 北海道大学助教）

丸尾 直美、レグランド塚口 淑子、カール・レグランド著
『福祉政策と労働市場—変容する日本モデル・スウェーデンモデル』

(ノルディック出版、2008年)

山本 克也

はじめに

本書は90年代後半から07年ぐらいまで行われた日瑞研究の成果の一部であるが、直接には『Welfare Policy and Labour Markets』Almqvist International, 2004の邦訳という部分（各著者がアップ・ツー・デートした部分を含む）と新たに書き加えられた部分から構成されている。序論にあるように、1) スウェーデンと日本が直面している経済問題の確認、2) 計画した福祉政策・労働政策が超高齢化社会に必要であること、3) 両国の労働市場の分析、4) 所得再分配政策に偏った伝統的な福祉国家像の克服を考えることの4つが本書のタスクとして位置付けられている。しかし、著述は大きく分けてA) 経済・労働環境、B) 福祉・社会保障制度の歴史、C) 家族・ジェンダー、D) 年金制度・年金と高齢者就労、E) 高齢者ケア、F) 税制に関するものの5分野であると思われる。複数の著者の主張は、摺り合わせをしたのだろうかと思わせるほどバラエティに富んでいるが、やや翻訳には難があり、読みにくい章もある。また、序論にある各章の要約にも用語が不統一であったり、内容上に問題があったりするので、まず、各章の要約を示してから論評に入っていくことにする。

各章の要約

1 経済・労働環境、福祉・社会保障制度の歴史

第1章では経済の変動、資源配分効率、経済的公正と福祉に与える資産影響の重要性を強調する。国民総資産の国民所得に対する割合が増加したので、それ以前の時代に比べると資産価値が経済変動と経済的分配に中心的役割を果たすようになったという。過去20年間、資産価格の大きな変動が経済と国内および国際間の資産分配と経済安定に寄与したことは明らかであり、市場経済を良好に機能させるために、時には積極的資産政策が必要であるとされている。また、1990年代のスウェーデンの事例は金融危機に際しての経済政策を研究するにあたって特に興味深いものがあるという。ここで強調されているのは、従来の福祉国家で中心的役割を果たしていた所得再分配型の福祉政策に加えて資産ベースの福祉政策の重要性であるとしている。

第2章では、小泉内閣（2002年～2007年）の構造改革の「明るい面」のエッセンスを確認している。その政策とは需要を創出した構造改革である。それは民間企業が市場に参入できるように支援して、消費者の非可視的な希求を目に見える需要に転換できるように規制を緩和することである。この種の市場化を伴う構造改革が日本に新しい機会をもたらし、日本をストックが豊富で洗練

された高度技術を備えた成熟社会にするだろうと主張している。

第3章では日本の福祉国家の発展を、歴史的、客観的な国際比較に基づいた相対的位置付けとして示している。ここでは、日本の社会保険制度の4つの領域（老齢年金、傷病現金給付、労災、失業保険）の発展に焦点を当て、4つの国（オーストラリア、アメリカ、ドイツ、スウェーデン）と比較している。その際、5つの社会保障制度モデルを提示し、これらの国々の老齢年金、傷病現金給付、労災、失業保険の4つの制度をモデルに照らして評価している。具体的には、日本で社会保険制度が最初に導入された時期はヨーロッパから見れば遅れたが、オーストラリアとアメリカに比べれば特に遅いわけではないこと、比較的初期の段階ではドイツの社会保険の政府のコラボラティスト・モデルを選好する制度を発展させ、その結果、日本では人口を社会経済階層別に分ける継ぎはぎの制度が発展したこと（すなわち大企業の雇用者は最も良い条件で、労働市場の縁辺的雇用者には底辺にというふうに階層化されたこと）が示されている。また、1950年代と1960年代はほかの国々にとっては福祉国家発展の時期だったが、日本におけるそれは1970年代になってからだった（日本では、その直前まで非常に急速な経済成長の時代であった）ことが示されている。

2 家族、ジェンダー

第4章では、家庭での再生産とその組織ならびに労働市場への女性の参加の質に関する分析がなされている。家庭での再生産の仕事は、子ども、高齢者、その他のケアを必要とする者へのケアと家事労働である。そのうちのすべてあるいは一部は、市場を通じて行われる。そして、日本はこの点で例外的な存在かということが問題として提起されている。結論としては、オーストラリア、カナダ、フィンランド、ドイツ、オランダ、スウェー

デン、イギリス、そしてアメリカと日本を比べると、いくつかの違いが見出せるが、異なる分析用具を必要とするほど例外的な国ではないように思われるとしている。今の日本は市場による解決が支配的な国に属するという。そのような国では、家庭での再生産の程度は家族の経済的地位によって違ってくると見えたとされる。日本の多くの女性はゆるい形で労働市場に関係しており、完全な社会市民権を有するといった形ではない。それでも、日本は次第に家庭の再生産サービスが「市場化」し、女性の労働市場への参加の質が高くなることを特徴とする第2のカテゴリーの国に進みつつあると見てよいと考えられるとしている。

第5章では日本とスウェーデンの出生率の型と傾向を検討する。特に、子どもを持つ家族に多くの恩恵を与えているスウェーデンのような家族政策が、本当に全体としての出生水準を引き上げるだろうかという問題に対して暫定的な結論では肯定している。しかし、スウェーデンの出生率は景気変動に応じて変動しがちなことも併せて指摘している。また、スウェーデンが導入した連続的な出生を促す「スピード・プレミアム制度」が、出生率を高めるのに有効であったとの推定結果を報告している。

第6章では日本とスウェーデンにおける男女平等を比較分析している。まず、日本、スウェーデン両国における労働市場政策、労使関係、税制、福祉政策の背後にある論理を概観する。そして著者たちは、労働市場参加、パートタイム、無償労働など、いろいろな形で女性が分離されていることを説明する。この章では、労働市場、無給労働、男女の賃金ギャップなど、いろいろな次元における男女差別（segregation）を明らかにしている。その考察から得られる最も重要な全般的な政策的教訓の一つは、日本でもスウェーデンでも労働市場における性差別が男女平等を達成するために解決すべき最も重要な問題の一つだということである。

3 年金制度

第7章はスウェーデンの年金制度を説明している。制度内容については読者諸氏も十分に承知されているであろう。本文にもあるように、新しい制度に関しては評価を下すほどの年数を経ている。興味深いのは、PPM（個人勘定で運用される部分の年金）に関しては、女性の方が倫理的投資（例えば、企業の業態が環境等に良いか悪いかを判断する）を多くするという研究報告がされていることである。

第8章では、1960年と1999年のスウェーデンの年金改革を日本がどのように取り入れてきたかを明らかにしている。特に2004年の日本の年金改革は保険料率を固定し、結果的に高齢化と経済変動につれて給付を調整するスウェーデンの年金財政の自動調整制度を取り入れたが、1) 政治介入の排除、2) 市場原理的の効率的に運用する部分と、最低生活を保障する政策的部分との分離、3) 資産ベースの財政調整、4) 年金資産の効率的運用などにおいても、スウェーデンの年金制度を参考にすべきとされている。日本の年金制度の財政的持続可能性は、短期的には、女性、高齢者、パート労働者などの就業と社会保険加入を促し、長期的には出生率回復をさせることができれば、一般に言われているほど悲観的ではないと結論付けている。

第9章では、日本とスウェーデンの退職年齢と年金制度の関係を検討し、早期退職への傾向の背後にある要因を、健康状態、労使関係、社会保障制度を考慮に入れて検証している。年金制度が早期退職へのインセンティブになることを説明した上で、民間制度と労使の団体交渉で決められる制度が実際の退職行動を決める上で重要であると強調する。上昇する年金コストと、そのコストを退職年齢の引き上げによって低くしようとする試みは、両国だけでなく多くの国に共通する関心事である。また、高齢者は多様な形（労働時間の長短）で、退職まで働くことになろうとも示唆する。例

えば、スウェーデンではパートタイム労働で、日本では集団主義的やり方を用い、伸縮的に働く方法をとることになるという。

4 高齢者ケア

第10章では、介護供給のスウェーデン・モデルの説明を行っている。スウェーデンでは日本と同様に、介護サービスは自治体による運営が先行し、次第に全国的に制度化されていった過程が示されている。筆者は政府以外の民間やインフォーマルな部門が、より重要な役割を担うようになることを予想するが、少数の限られた人々のニーズだけを政策の対象とする選別モデルになれば、強い社会的連帯に支えられるスウェーデンの福祉は侵食されるだろうということにも言及している。

5 福祉国家と税制

第11章ではスウェーデンにおける税の負担感について書かれている。市民の税負担が高いことはスウェーデンの特徴であるが、これが果たして国民一般の疲弊を招き、福祉・社会保障よりも減税を望むことになっているのかを、時系列および階層間の比較をしながら検討している。具体的には、税金と福祉政策に関する世論についての調査を国際比較も交えながら分析し、スウェーデン社会の税負担の問題を解き明かしている。それによると、医療・保険、基礎教育、高齢者支援などの質の維持・向上のためには、スウェーデン市民は増税をも厭わないという結果になっている。この結果は、時系列的にも、また、階層間でも安定した結果であり、市民意識は一部が主張するように移ろいやすいものではなく、福祉国家主義に対する市民の信頼度は変わらず高いと結論付けている。

また、第12章では、課税制度が世帯単位から個人単位に移行した1970年代初頭に焦点を当てている。当時、既婚女性の大多数は専業主婦であるのが普通であったが、女性の労働市場進出に大きな

影響を与えたこの画期的な税制改革についての文献が少ない中で貴重な論文であるといえる。この税制改革の意図は、女性の労働市場進出を促すことであったが、改革に反発したのは男性ではなく既婚の専業主婦たちであった。女性の中にも、男性が生活費を稼ぎ、女性は専業主婦という性別役割分業に基づく理想的家族のあり方が染み付いていたようである。この改革によって、スウェーデンは高福祉社会としての準備を整え、高齢者・児童福祉を社会化し、女性は高等教育を受けて就業していった。夫婦双方が働くダブルインカム世帯への移行は、また、女性が仕事も子どもも選択できる時代へと変えていった。いわば、税制度の改革はそれまで社会階層を問わずに浸透していたジェンダー意識を変革させ、新しい女性像の創出に大きく「手を貸した」と結論付けられている。

いくつかの疑問点と本書の評価

日本側の記述に関しては、やや楽観的過ぎはしないだろうか。たしかに、我が国は1,456兆円(2009年末)の個人金融資産が存在し、ストック社会であると言うことが可能である。この資産の有効な活用が可能で、かつ、明示的な戦略があれば経済成長の再現も可能かも知れない。しかし、同時に国債及び借入金が870兆円、政府保証債務残高が46兆円あまり¹⁾で、借入金、政府短期証券を含む日本全体の債務残高は1,100兆円を越えてしまっている(2009年12月末)。また、2010年度予算が指し示すように、福祉・社会保障制度の充実のために国債を発行せざるを得ない状況となった。これは、増税をしないので、必要な施策を実施するために財源を国債発行に頼るという悪循環が始まってしまったことを示している。必要な政策を実施するためには財源が必要であり、これには消費税を含めた税制改革が必要ではないだろうか。このことはスウェーデンから学ばれたはずで

あろうが、日本のシステムを語る場合に増税も含めたオプションの提示がないことは残念であった。

また、前後するが我が国の年金制度がスウェーデンからどのような影響を受け、また、どのような影響を受けるべきかが記されている第8章であるが、ややPPMを持ちあげすぎているきらいがある。世界的な不況を招いたサブプライムの事件を引き合いに出すまでもなく、資産運用にはリスクが伴う。しかし、公的年金制度の第一義は老後の所得保障であり、これには一定の再分配政策で対応せざるを得ないのではないだろうか。ここも、やや楽観的すぎるものと思われる。加えて、第3章の取り扱いはいささか雑である。欧米人が我が国の福祉国家の始まりを1970年代とするのは仕方がない面があるが、我が国の福祉国家の起源には武川・田多論争と呼ばれる論争があるほどホットな²⁾問題である。学界の動向を踏まえられた上で注記は必要であったのではないだろうか。

最後に、やや超越的であるが、こう読めば本書の理解は早いという読み方を示そう。本書は、今日のスウェーデンの福祉・社会保障政策が、1) どのような背景を持っているか、2) どのような問題点があるのかを示してくれる。スウェーデンでは、社会基盤を少子高齢化社会に合わせるために、女性および男性の働き方を変えていった(第12章、第4章、第6章)。そして、こうした社会はさらに少子化を止める施策の実行を可能とし、出生率の低下に歯止めを掛けることに成功した(第5章)。また、高齢者対策としては、老人福祉政策のほかには所得の再分配政策である所得保障制度(年金)と、現物給付制度(高齢者ケア)があるが、福祉国家一般が指向した所得再分配型の年金制度には行き詰まりを感じ(第7章)、また、地域が主体的に担ってきた高齢者ケアには選別主義になることを危惧する(第10章)。それでも、社会全体としては福祉・社会保障のあり様を継続していきたいと国民が考えているということである(第11章)。

以上の順番に読めば、スウェーデンの福祉・社会保障政策がどのような背景を持っているかということが容易に理解できるようになっている。その意味で言えば、編集には大きな問題がある。基本的にスウェーデンの事項と日本の事項を対比させることに重点を置いた編集になっているが、研究上の利便性と読み物としての書籍の編集は一般に両立しない。一つ一つの章を見ると、スウェーデンの研究者は読者の知りたいと思われる情報を要領よく記述しているし、日本側の研究者も日本の事情を要領よくまとめている。しかし、書籍としての一体感はあまり感じられないことは残念であった。ただし、繰り返しになるが、上記のよう

にスウェーデンの福祉・社会保障政策の背景、問題点を理解したあと、改めて日本側の記述を読めば、日本の問題点がより鮮明に理解できることは間違いない。

注

- 1) <http://www.mof.go.jp/zaisei/>
- 2) ちなみに武川-田多論争は2007年に起こった(金2010)。

参考文献

金成 垣 (2010)「現代の比較福祉国家論—東アジア発の新しい理論構築に向けて」ミネルヴァ書房

(やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部第4室長)

小島 晴洋・小谷 眞男・鈴木 桂樹・田中 夏子・中益 陽子・宮崎 理枝著
『現代イタリアの社会保障－ユニバーサルズムを越えて』

(旬報社、2009年)

工藤 裕子

イタリアの社会保障制度の普遍性と特殊性：日本との共通点と相違点を中心に

I 人気の保健医療分野マスター・コース

イタリアの大学には、3年間で基本的な学士号を取得するコースと、これに更に2年間の専門課程を加えて専門学士号を取得するコースとがあるが、後者の代わり、あるいは後者の後に、より実務的な知識や手法の取得のために設けられているマスター・コースがある。これは、研究者養成を主な目的とする博士課程とは一線を画し、対象分野、方法論などがきわめて細分化、限定され、一年もしくは二年の修業期間内にインターンシップや実習があり、社会人の参加も多い。毎年2000前後のマスター・コースが提供されているが、これらの中で最も多いのが保健医療分野で700余のコースがあり、全体の約三分の一を占める。続いてエンジニアリング・建築、コミュニケーションなどとなっており、意外にも経済やファイナンスは少ない。

これは、分野の国際性、およびイタリアの職業事情を反映している。経済やファイナンスは、学んだ知識が国境を越えて使えるうえ、国外での就職可能性が高いため、国外の大学院に人気があるが、国内外において制度、資格、背景などが大きく異なる分野については、国内での学習の必要性と重要性が高くなる。したがって、国内マスター・コースの最大の市場が保健医療分野である、ということには大きな意味がある。本書には

制度変遷の経緯が書かれているが、イタリアの社会保障、特に保健医療分野の諸制度は90年代以降、EUレベルでの制度変化、国内の社会構造、人口動態、および政治の変化とそれらに伴う政策の変化、財政上の必要などから、大きく変化してきた。目まぐるしく変化する制度、政策を把握し、新たに必要とされる知識、ノウハウを身につけるため、国内先鋭の研究者と実務家が結集して提供されるマスター・コースが必要とされるようになったのである。当該分野は重要政策分野の一つと考えられており、研究者も研究資金も豊富である。

筆者はピサ大学のマスター・コース、「保健医療機関マネジメント」において、保健医療機関のマネジメントの講義等を担当して数年になる。当コースは専門学士号以上を要件としており、医師、看護師はもちろん、医療機関マネージャなどが受講生の過半数を占める。県内、トスカナ州内はもとより、シチリア州、サルデーニャ州など島嶼部、カラブリア州など南部から空路、『通学』する社会人受講生もあり、教室は熱気に包まれる。彼らは、現場での自らの経験を踏まえ、制度の変化に対応しつつ、毎日直面する組織マネジメント上の課題、悩みにどのように対応したらよいか、その解答を求めてやってくる。時にはこれらの課題、悩みを共有し、ディスカッションを進めていく中で、新しい境地が拓けてくることもあり、教室から教えられることも多い。現場体験に

基づく彼らの発言は重い。医療のプロがこれだけ『勉強熱心』なのは、イタリアの保健医療制度・政策の複雑さとその要請によるところが大きいが、同時に、彼らの問題意識が現場での日常的な判断を支えている。制度・政策は一般論、原則は示すが、一人の人間としての患者とその家族に直面する関係者のとるべき個々の行動は示さない。その中で彼らは日々、医療のプロとしての責務と、生身の人間としての悩みを意識し、常によりよい解答を求めている。

II イタリアの諸制度の普遍性と種差性、国内の多様性

イタリアの制度、現象の多くは、社会保障分野に限らず、日本にとって興味深い事例となり得るが、これまであまり紹介されてこなかった。第一の理由は、言葉の問題である。日本側の問題としては、英語はもちろん、ドイツ語、フランス語と比べてもイタリア語を解する者の数が限定されていること、イタリア側の問題としては、イタリアについて書かれたものの多くがイタリア語に限定され、英語での情報発信がきわめて少ないこと、がある。そして第二に、これは第一の問題から派生しているが、各分野の専門家がイタリアを事例として紹介するのではなく、イタリア語やイタリア研究の専門家が諸分野を紹介することが多かったため、それに伴う限界がつきまとった。国内で仕事をする医療関係者でさえついていくのが大変という制度とその変化を根本から分析し、紹介する書籍はおそらく、本書が初めてであろう。社会保障の専門家によって書かれているゆえの強みである。

イタリアの諸課題はもはや、イタリアに固有の問題ではなく、EU加盟国の多くに共通する。人口減少社会、財政危機はもちろん、イタリアの制度上の特徴、特に政党制、労組、職業組合等の課題

は、ドイツ、フランスなど大陸ヨーロッパ諸国にも共通する。イタリアが日本の参考となるということはしたがって、大陸ヨーロッパ諸国が日本の参考となる、ということになる。イタリアの事例はもはやイタリアに特有の問題でないのは、EUにおける諸問題、その制度、政策が、加盟国の制度、政策の変遷をもたらすことが一般化しているからである。この点から、実は日本においてはEUの諸政策、制度の紹介が少ないことも明らかである。本書は、イタリアの社会保障制度、政策について多くの重要な視点を提供しているが、イタリアの政策とEUの関連政策との関係という視点が強調されれば、さらに今日的となったであろう。例えば労働政策に関し、多くのEU諸国では受容、歓迎されたフレクセキュリティ (flexicurity) はイタリアではなかなか理解されず、期限付きの労働契約による非正規雇用者の増加が社会問題化しており、他のEU諸国とともにこの政策が導入されたものの、イタリアの特殊性があらわれている。

イタリアはまた、その豊かなソーシャル・キャピタルと、それを反映して地域的に形成されてきた複雑な政治、行政制度を考慮するならば、一枚岩では論じられない。本書ではトレント自治県、特別州のフリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州のトリエステ市などの事例が紹介されているが、これらの県、州は特別なステータスを有しており、首長、議会、選挙など民主政治の基本的な制度もそれぞれ固有であるほか、税財政、行政上の諸制度、個別の政策分野に至ってはさらに多くのバリエーションを有する。トレント自治県はもちろん、ボルツァーノ自治県、フリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州ではドイツ語、スロヴェニア語、ラティン語などの言語問題があり、特にトレンティーノ＝アルト・アディジェ州においては、公務員である保健医療機関従事者は、言語試験でバイリンガルであることを証明しなければ採用されない。同時に、多文化圏であることから、

教育、福祉の分野においては特に、多文化共存が尊重されている。したがってこれらの事例はきわめて特殊であり、全国に共通ではない。

州は戦後、新憲法に規定された後、70年代に実体化し、90年代の地方分権化で著しくその存在感を増し、行政、政治、財政とも大きく自立、2001年の憲法改正がその地位を根本から変えた。国から州への大幅な権限移譲が行われ、州は立法権を含む強い自治権を獲得した。各州は独自の州憲法を定め、地方選挙、行政、地方自治などについても独自の制度を導入することができるようになった。州はこうして、それぞれの歴史、伝統、誇りに基づきつつ、他地域との競争の中で切磋琢磨する新時代に突入した。15の普通州においても、保健医療先進地域とされるエミリア・ロマーニャ州やロンバルディア州と、後進地域とされるカラブリア州などとの間には大きな格差がある。分権改革により、保健医療サービスは原則的には州ごとに完結するはずだが、南部から北部への『通院』や、メディカル・ツーリズムは実際に存在する。本書は労働政策、公的扶助などについても広く扱っているが、これらの領域についてはEU構造基金の対象地域となっている南部諸州とそうでない州との相違も大きい。例えば職業訓練について、カラブリア州、サルデーニャ州、シチリア州などは構造基金の恩恵を大きく受けており、関連施策の財政基盤はEUに依存している。

Ⅲ 社会保障分野における今日的課題

本書はイタリアの社会保障を体系的に扱っており、その全体像が容易に把握できる。しかしもちろん、一冊の書籍で扱うことのできるテーマには当然限りがあり、逆にテーマの網羅性を追求するならば、個々の掘り下げには自ずと限界がある。欲を言えばきりが無いが、執筆陣の専門性を鑑みれば理不尽な要請ではないと思われるため、広義

の社会保障分野として、以下の諸点についてカバーする研究が続くことを期待したい。いずれも、日本との比較という視点からも興味深い課題である。

1 少子高齢化社会・人口減少社会

イタリアは、日本と並んで先進国中では最も子供を産まない国の一つである。これは最近の傾向というわけではなく、70年代半ばから出生率は低下の一途を辿ってきた。1997年には合計特殊出生率1.18という最低値を記録、さすがに政府も少子化政策に取り組み始めた。伝統的な家族観が根強く、「女性は家庭に」という発想が欧州諸国の中では際立って強い、女性の高学歴化が進んでいる、戦前・戦中の経験から、戦後、出生率を上昇させることに対するアレルギーがあったなど、イタリアの低出生率の社会的背景は、日本に酷似している。最近では、子供を持たない、あるいは持てない理由として貧困をあげるカップルも増えている。

イタリアでは1975年に『新家族法』が成立し、男女共同参画社会が本格的に始動した。女性の進学率は伸び続け、現在では男性よりも高学歴になっている。しかし就労率は半数に満たず、EU諸国の中では著しく低い。働く女性がキャリアか家庭かの二者択一を迫られる、晩婚化が進んでいる、子育てを終えた女性が職場に復帰できない、若年層の失業率が高く、経済的不安を抱える若者が多い、なども日本と同じである。出産、子育てをサポートする体制が整っていない、乳幼児の保育サービスが進んでいない、法制度はともかく、出産休暇・育児休暇を取得しにくい雰囲気職場に蔓延している。これらもイタリアの現状である。男性の父親休暇はおろか、女性自身もなかなか休暇を取れないのが実情だ。この課題については、EU諸国はそれぞれかなり異なる状況を見せており、日本に最も近く、参考になる事例は明らかにイタリアである。カトリックの国であるため婚

外子が著しく少なく、この点も日本に似ている。

2 ユニバーサル・デザイン

イタリアの都市の多くは城塞都市であり、自然地形を活かした複雑な都市構造となっている。市壁の内側には比較的狭い地域に建物が密集し、坂、階段が多く、バリアフリーからは程遠い。これは小規模な中世都市に限ったことではなく、例えばミラノはイタリアでは比較的機能的な都市だが、2015年の万博開催に向け、公共施設のバリアフリー工事が始まったばかりだ。もっとも、工事のために現在はバリアだらけとなっている。

イタリアにバリアフリー関連の規則がないのかという点も必ずしもそうではない。1989年第13号法が建造物におけるバリアフリー促進のための諸条件を定めているほか、1992年第104号法は、障害者の支援、ノーマライゼーション、そして権利を謳うなかで公共施設のユニバーサル・デザインについても定める。これらに先立つ1986年には既にバリアフリーのための国家予算が組まれており、法律、制度等に関しては、バリアフリー後進国ではない。日本では2006年、ハートビル法（1994年）と交通バリアフリー法（2000年）とが統合されるかたちでバリアフリー新法が誕生、同様の法律が制定されているが、法的な整備はイタリアの方が早い。では、その特徴は何か。

イタリアのバリアフリーは第一に、建造物などハード面でのバリアフリーを追求するアメリカ、日本とは異なり、多くのヨーロッパ諸国と同様に、物理的なバリアフリーよりも、人的な支援等による精神的なバリアフリーに焦点を当てたものになっている。鉄道駅や空港などで、一人旅をする障害者や高齢者を職員やボランティアがサポートしている風景は珍しくない。第二に、イタリアでは、歴史的な中心街においては建造物の改修や改築に厳しい制限があるため、バリアフリーの実現が難しいが、郊外の新築建造物などに関してはバ

リアフリーが実現されつつある。イタリアの都市計画はそもそも、歴史的な中心街における強い制約の中でいかにして住宅を、またそのための土地を確保するか、という命題から始まった。したがって、新たな住宅街に建設される新築住宅ではバリアフリーが可能だが、歴史的な中心街では既存の建造物の修復・再生に限定されるため、物理的に限界がある。しかし、歴史的な都市景観の保全を優先し、建築バリアは人間的な支援によって克服するというコンセンサスがある。

なお、医療費と健康に関する調査によると、バリアフリーの進んでいない地方小都市や農村の住民の医療費は都会人の約半分、つまり、はるかに健康であるという。興味深いデータであろう。

また、都市計画に関連し、ソーシャル・ハウジングやアフォーダブル・ハウジングも興味深いテーマである。

3 終末医療・臓器移植問題・高度医療一尊厳死・安楽死から生命倫理問題まで

2009年春、1992年から植物状態にあったエルアナ・エングラロという女性の尊厳死問題に、イタリア中の関心が集まった。国会、教会までを巻き込んだ議論となったが、本質的な結論が出される前に本人が亡くなり、諸問題が先送りされた。カトリックの国イタリアでは、終末医療、臓器移植問題等に関し、死の定義を含め生命倫理を科学的合理性のみを持って議論することが難しい。再生医学の進展の中で幹細胞が注目されているが、これに関しても宗教的な生命観との折り合いが付けられていない。

なお、エルアナ事件において、本人や家族を差し置いて国会での議論、世論が最高潮に達した頃、教会と多くの国民の非難を浴びつつも、彼女の最期を提供すると名乗り出たのは、フリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州のウディネ市内のホスピスであった。他ならぬこの州であったとい

う事実は特筆に値しよう。同州はまた、国境を挟んだスロヴェニア、オーストリアのケルンテン州などと高度医療について協力関係を築いており、国の保険制度に拘束される保健医療サービスを患者の視点から再構築することをめざしている。

そして、行財政の分権化と保健医療サービスとの関係についても、もう少し掘り下げた議論が欲

しいところである。既に指摘したように、イタリアの保健医療サービスは、90年代以降、政治・行政・財政の分権化の流れの中で、その制度体系の再構成が行われた。同時に、財源確保のための税制のデザインを含め、財政構造の改革は、保健医療サービスの改革を前提として実施されており、両者の関係を明らかにすることは重要である。

(くどう・ひろこ 中央大学教授)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字以内）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

なお、図表は1枚200字に換算します。

2. 原稿の構成

必要に応じて、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c)または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に（）入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63–87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56–72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260–267

海外社会保障研究

第172号 2010年9月発行予定 特集：社会保障制度における財源徴収と情報管理の国際比較

バックナンバー

- 第171号 2010年6月発行…… 特集：アメリカの社会保障
第170号 2010年3月発行…… 特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—
第169号 2009年12月発行…… 特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年
第168号 2009年9月発行…… 特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題
第167号 2009年6月発行…… 特集：韓国の社会保障—日韓比較の視点から—
第166号 2009年3月発行…… 特集：障害者福祉の国際的展開
第165号 2008年12月発行…… 特集：拡大EUの社会保障政策と各国への影響
第164号 2008年9月発行…… 特集：世界の高齢者住宅とケア政策
第163号 2008年6月発行…… 特集：カナダ・韓国・日本3カ国社会保障比較研究
第162号 2008年3月発行…… 特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向
第161号 2007年12月発行…… 特集：フランス社会保障制度の現状と課題
第160号 2007年9月発行…… 特集：子育て支援策をめぐる諸外国の現状
第159号 2007年6月発行…… 特集：所得格差と社会保障
第158号 2007年3月発行…… 特集：先進各国の年金改革の視点
第157号 2006年12月発行…… 特集：ベーシック・インカム構想の展開と可能性
第156号 2006年9月発行…… 特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携
第155号 2006年6月発行…… 特集：ドイツ社会保障の進路—政権交代は何をもたらすか—
第154号 2006年3月発行…… 特集：介護と障害者施策の関係をめぐる国際的動向
第153号 2005年12月発行…… 特集：中南米の社会保障
第152号 2005年9月発行…… 特集：住宅政策と社会保障
第151号 2005年6月発行…… 特集：企業年金の国際的潮流
第150号 2005年3月発行…… 特集：成長するアジアの社会保障
第149号 2004年12月発行…… 特集：OECD諸国における医療改革の流れと今後の方向性
第148号 2004年9月発行…… 特集：海外社会保障研究の展望
第147号 2004年6月発行…… 特集：ワークフェアの概念と実践

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

先々号のイギリスの社会保障に引き続き、本号ではアメリカの社会保障を取り上げました。自由と個人責任の尊重から、小さな政府を指向し市場主義を是とするなど、他の先進国とは一線を画すアメリカの社会保障制度ですが、オバマ政権のもと国民皆保険の実現に向けて一步を踏み出すなど変化の兆しも見えてきます。本号の特集から、アメリカの社会保障の特質・特徴をつかみとっていただければ幸いです。

(W. K.)

編集委員長

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所長事務代理 副所長)

編集委員

江口 隆裕 (筑波大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

落合 恵美子 (京都大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (国際医療福祉大学教授)

武川 正吾 (東京大学教授)

廣瀬 真理子 (東海大学専任教授)

松本 勝明 (国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

東 修司 (同研究所・企画部長)

佐藤 龍三郎 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

竹沢 純子 (同研究所・企画部研究員)

酒井 正 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

暮石 渉 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

白瀬 由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 171

平成22年6月25日発行

ISBN 978-4-904486-16-0

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

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

印刷

株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3丁目27番11号

祐真ビル新館12階

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

e-mail: books@urbanconnections.jp

homepage: <http://www.urbanconnections.jp>

ISSN 1344-3062

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Summer 2010 No. 171

Special Issue: Social Security in the US

Foreword	Goichi Fujita
The Fundamental Logic in American-model Welfare State	Hiroshi Shibuya, Takashi Nakahama and Jun Sakurai
American Medical Security: Hollowing Out of Employer-sponsored Health Insurance and Obama's Health Insurance Reform	Chiharu Hasegawa
Pension System in the United States	Kenzo Yoshida
Serious Challenges Facing Welfare System in the United States: A Literature Survey on the Relationship between Labor Market and Welfare System	Tadashi Sakai
Reasonable Accommodation under ADA and Employment for Persons with Disabilities	Hiroyo Tokoro

Book Review

Naomi Maruo, Yoshiko Tsukaguchi Le Grand and Carl Le Grand <i>Welfare Policy and Labour Markets</i>	Katsuya Yamamoto
Seiyo Kojima, Masao Kotani, Keiju Suzuki, Natsuko Tanaka, Nakamasu Yoko and Rie Miyazaki <i>Universality and Peculiarity of the Italian Social Security System: its Similarity with and Difference from Japan</i>	Hiroko Kudo