



海外社会保障研究

AUTUMN 2010

No. 172

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

特集の趣旨	駒村 康平	2
諸外国における社会保障番号制度と税・社会保険料の徴収管理	高山 憲之	4
デンマーク電子政府の試み		
—社会保障制度における財源徴収と情報管理—	安岡 美佳・鈴木 優美	17
EHRが変える保健医療		
—諸外国の取り組みと我が国への示唆—	山本 隆一	31
我が国におけるEHRに向けた一考察		
—社会保障カード構想を通じて—	中安 一幸	42

研究ノート

ドイツ連邦共和国・デンマーク王国における介護職員養成	筒井 澄栄・石川 彪	57
----------------------------	------------	----

書評

井伊雅子編『アジアの医療保障制度』	米山 正敏	66
小林甲一著『ドイツ社会政策の構造転換 労働生活とその人間化をめぐる』	森 周子	71

THE QUARTERLY OF SOCIAL SECURITY RESEARCH
(KIKAN SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol. 46

Autumn 2010

No. 2

Foreword

Difficulties of Defining a Minimum Budget StandardMASAMI IWATA 84

Special Issue: Evaluating Subsistence-Level Social Security in**View of the Data**Well-being and Consumption Patterns: Comparison of Low-Income
Households and Welfare RecipientsAYA ABE 86Necessary Consumption and Minimum Living Standards
.....HIDEAKI KIKUCHI 101

New Risks of Poverty among Elderly People in JapanATSUHIRO YAMADA 111

Measuring Relative Income Poverty in Japan: Trends in
Poverty Rates by Household Type between 1999 and 2005
.....YUKIMITSU NISHIMURA 127Social Security for Low-Income Households:
Housing and Life Satisfaction.....AKEMI UEDA 139**Article**Human Resource Management to Reduce Job Stress among Caregivers
in Japan's Long-Term Care Insurance FacilitiesSATOKO HOTTA 150**Research Note**Unpaid Work of Hospital Employed Physicians and Medical Service
Staff in JapanRYUTA RAY KATO and MAKOTO KAKINAKA 164**Report and Statistics**

Social Security Law CaseAKIYO SHIMAMURA 176

Book ReviewMakiko Nishikawa
Restructuring Care Work and Care Relations.....YUKIMITSU NISHIMURA 184

Edited by

National Institute of Population and Social Security Research
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO • JINKO MONDAI KENKYUSHO)季刊
社会
保障
研究

Vol. 46, No. 2, Autumn 2010

(通巻
一八九号)国立
社会
保障
・人口
問題
研究所

季刊 社会保障研究

Vol. 46

Autumn 2010

No. 2

研究の窓

最低生活費裁定の難しさ岩田正美 84

特集：最低生活保障のあり方：データから見えてくるもの

低所得世帯と被保護世帯の生活実態
—消費パターンとウェル・ビーイング—阿部彩 86

消費の社会的強制と最低生活水準菊地英明 101

高齢期の新たな相対的貧困リスク山田篤裕 111

世帯収入による貧困測定を試み—1999-2005年の貧困率と
世帯主の特徴との関連について—西村幸満 127

低所得者に対する社会保障のあり方—住宅と生活満足度—上枝朱美 139

投稿（論文）

介護保険事業所（施設系）における介護職員のストレス軽減と
雇用管理堀田聡子 150

投稿（研究ノート）

日本における病院勤務医の過剰労働と医療サービス
.....加藤竜太・柿中真 164

判例研究

社会保障法判例島村暁代 176
—自動車損害賠償保障法上の政府保障事業による損害のてん補と
労災保険の年金給付との調整—

書評

西川真規子著『ケアワーク 支える力をどう育むか
スキル習得の仕組みとワークライフバランス』西村幸満 184

季刊社会保障研究投稿規程

1. 本誌は社会保障に関する基礎的かつ総合的な研究成果の発表を目的とします。
2. 本誌は定期刊行物であり、1年に4回（3月、6月、9月、12月）発行します。
3. 原稿の形式は社会保障に関する論文、研究ノート、判例研究・評釈、書評などとし、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。
4. 投稿者は、審査用原稿1部とコピー1部、要旨2部、計4部を送付して下さい。
5. 採否については、編集委員会のレフェリー制により、指名されたレフェリーの意見に基づいて決定します。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。
なお、原稿は採否に関わらず返却しません。
6. 原稿執筆の様式は所定の執筆要項に従って下さい。
7. 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。
8. 原稿の送り先、連絡先——〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6F
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

季刊社会保障研究執筆要項

1. 原稿の長さは以下の限度内とします。
 - (1) 論文：16,000字（図表を含む）。
 - (2) 研究ノート：16,000字（図表を含む）。
 - (3) 判例研究：12,000字。
 - (4) 書評：6,000字。なお、図表は1枚200文字に換算します。
2. 論文、研究ノート、判例研究・評釈・書評には英文題が必要となります。
3. 引用文献の形式は次のとおりとします。
 - (1) 注を付す語の右肩に1) 2) ……の注番号を入れ、全体で通し番号とし、後部に注を一括して掲載して下さい。
 - (2) 著書を引用する場合には、著者名、書名、出版社、出版年、引用頁を記載して下さい。
 - (3) 論文を引用する場合には、著者名、題名、雑誌名、巻号、発行年、引用頁を記載して下さい。
 - (4) 和書の場合には、書名・誌名に『 』、論文に「 」を付けて下さい。
4. 図表はそれぞれ通し番号を付し、表題を付けて下さい。1図、1表ごとに別紙にまとめ（出所を必ず明記）、挿入箇所を論文右欄外に指定して下さい。
5. 原稿は横書きして下さい。ワードプロセッサによる場合はA4判1枚につき1行40字・30行、横打ちして下さい。

海外社会保障研究

AUTUMN 2010 No. 172

国立社会保障・人口問題研究所

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 趣 旨

高齢化による社会保障受給者数の増大と社会保障制度の充実による給付の質的・量的充実、複雑化に伴い、社会保障制度の情報化の重要性はますます高まっている。いくつかの先進国では、いち早く情報システムの構築を進めており、さらに社会保障制度を充実しつつあるアジア諸国もこれに追随している。一方、日本においては、いわゆる「消えた年金」、「宙に浮いた年金」という社会保険行政における年金記録管理の問題に加えて、昨今では、いわゆる「消えた高齢者」問題という行政間の情報連携の欠如により、すでに生存しない高齢者に老齢年金や遺族年金が給付されているのではないかという疑問も指摘され、社会保障に係わる個人情報照合システムの重要性は高まっている。しかし、社会保障制度の情報化の構想は、2009年に前政権により「社会保障カード」の構想が進められたものの、9月の政権交代と事業仕分けの影響により議論が停滞している。ただし、新政権においても、個人情報照合システムの必要性は変わらない。2010年6月に公表された「新年金制度に関する検討会基本構想」の7つの基本原則のうち、年金制度の一元化、最低所得保障、給付と負担の対応、消えない年金記録、保険料の確実な徴収を現実のものにするためには、歳入庁による所得捕捉と保険料の徴収、税・社会保障共通個人番号といった個人情報照合システムの構築が不可欠であり、そのことはほぼ同時期に「社会保障・税に関する番号制度に関する検討会中間報告」でも確認されている。社会保障に係わる個人情報照合システムの重要性は年金にとどまらない。医療の情報化は、すでに電子カルテや画像データなどの分野での医療機関内、医療機関間では進んでいるが、保険者、被保険者、さらには行政を組み込んだ広がりには及んでいない。医療・健康における個人情報照合システムの確立は、医療資源の効率的な配分、新しい健康増進・医療サービスの可能性を広げることになる。

本特集では、所得捕捉と給付の両面から、個人情報照合システムを活用した管理運営に焦点をあて、社会保障の情報化を進めている各国の事例から我が国への示唆を得ることを目的としている。特集の構成は、社会保障番号制度と保険料・税の一体徴収(高山論文)、医療に関する個人情報照合システムの可能性と課題(山本論文)、電子政府先進国であるデンマークの状況(安岡・鈴木論文)、そして日本における議論の状況、今後の課題(中安論文)から構成される。

個人情報システム導入の目的は、1)国民、被保険者、受給者、利用者にとっては、簡易な手続き漏れがなく受給できるという利便性、2)行政、給付主体にとっては、税・社会保険料の徴収や重複受給の回避、行政機関間・給付機関間の情報共有に関する効率性、3)年金情報や健康情報を国民等と行政・給付機関等の間で共有することにより、貯蓄行動や健康維持・増進などについて、長期的な視点から国民が合理的な選択を行える機会を提供することができる。すなわち自分の将来の年金額の見通しを提供することにより、過大でも過少でもない貯蓄を行うことができる。あるいは、健康状態に関するデータも現在だけではなく、過去からの変化も知ることにより健康への意識が高まり生活習慣もより適切なものになるかもしれない。最近、注目されている行動経済学においても、情報の提供とその

与え方は「フレーム」効果として合理的な選択への誘導のために重要であることが確認されている。加えて、健康・医療情報の集計・分析によって、新しい医療サービス、効率的な医療機関の配置などの可能性も広がる。しかし、個人情報照合システムの確立の前には、いくつかの克服されなければいけない課題もある。1)個人情報・プライバシーへの国民の意識の高まり、2)情報漏洩・セキュリティ確保への不安、3)膨大な情報管理を行う政府や制度が本来意図しない目的外の商業利用への不信、4)国民のITCリテラシーの不足、5)システム開発・導入・維持のための膨大なコストの問題、といった課題をひとつひとつ丁寧に解決していく必要がある。国民からの効率的・効果的な社会保障制度の情報化への期待の一方で、根強く存在するプライバシーへの不安という矛盾した反応を「プライバシー・パラドックス」という。最大の関門である「プライバシー・パラドックス」解消に向けて国民的な議論の深まりを期待したい。

(駒村康平 慶應義塾大学教授)

諸外国における社会保障番号制度と税・社会保険料の徴収管理

高山 憲之

■ 要旨

税と社会保険料の一体徴収は米国が先鞭をつけ、今や世界の流れとなっている。行政費用を節約する一方、企業や加入者のコンプライアンス費用(行政協力費用)を軽減することに、その狙いがある。一体徴収をしている国々で、一体徴収そのものを疑問視する声は皆無に近い。他方、社会保障番号制度の具体的内容は国による違いが少なくないものの、いずれの国においても電子政府を実現するきっかけとなっており、行政における基本的な本人確認手段として国民の利便性向上に役立っている。

■ キーワード

社会保障番号、行政における本人確認、税と社会保険料の一体徴収、行政費用、コンプライアンス費用

わが国の「社会保障・税に関する番号制度に関する検討会」は2010年6月29日に中間とりまとめを発表した。そして3つの視点からの選択肢を複数提示し、そのいずれかの導入にいよいよ本格的に着手しようとしている。本稿では、スウェーデン・米・英・仏・伊、および韓国を取りあげ、それらの国の社会保障番号制度や税と社会保険料の一体徴収について述べる¹⁾。

1 スウェーデン

1.1 国民総背番号制度

スウェーデンは、いわゆる国民総背番号制度を採用している国である。あらゆる行政手続きにおいてこの個人番号は普遍的に利用され、また民間の取引においても活用されている。プライバシーの侵害という議論は、この制度に関するかぎりほとんどなく、制度は定着している(詳細はSwedish Tax Agency, 2000、参照)。

国内で新生児が生まれると、病院から税務署へ出生記録が送付される一方、両親が新生児の氏名申告書を出生から3ヶ月以内に税務署へ提出する。それらの情報に基づいて国税庁(Skatteverket)が管理している住民登録中央データベース(Population Register)に住民登録し、個人番号を付番する。なお国外からの移住者には移住時に個人番号が付番される。一方、死亡診断書を書いた医師は死亡の事実を、また埋葬責任者は埋葬場所をそれぞれ税務署に報告しなければならない。

住民の出生や死亡等は、もともと教会に届け出ていた。教会における住民記録管理は1571年に始まったといわれている。1686年には住民記録管理に関する統一規則が制定された。国民総背番号制度が導入されたのは1947年である。1960年代に入ると、記録のデジタル化(コンピュータ化)が開始された。住民登録実務が教会から国税庁に移管されたのは1991年である。その移管

の目的はIT基盤のデータ化を促進する一方、生活面における利便性を向上させることにあった。

個人番号は原則として一生、不変のままである。転居や結婚・離婚、改姓・改名でも個人番号は変わらない。個人番号は性転換したときには変更される。

住民登録情報の具体的内容は個人番号、出生年月日(移住年月日)、氏名、出生地、国籍、教区名、両親の氏名、育児責任者の氏名、現住所、結婚歴、離婚歴、結婚相手の氏名、子供の氏名、養子の有無、所有不動産等である。

転居や結婚・離婚・出産・養子縁組・育児責任者の変更・性転換等の場合、住民は税務署にそれらを申告する義務がある。この中では転居の手続きがとりわけ重要である。転居する場合、遅くとも転居の1週間前までに最寄りの税務署・社会保険事務所・郵便局のいずれかに変更届を提出するか、インターネット上の住所変更サイト(Adressändring)で変更手続きをしなければならない。変更申請後に変更確認書が転居前の住所に郵送される。この確認書送付は他人の不正申告を避けるために行われる。確認書に署名して返送すると住所変更手続きが完了する。その完了後に郵便局をはじめとするほかのすべての行政機関が共用する住所情報が自動的に変更される。

なお上記のインターネットサイトで不在期間中の郵便物取りおき、再配達、郵便物の転送サービス(有料)、などの申込みもできる。

住所変更を申請せずに転居してしまう人もいる。そこで社会保険手続、運転免許証の交付・更新、子供の就学手続等、のさいに登録済みの住所とは異なる住所が記入された場合、各行政機関はその住所変更を税務署に通告する義務がある。

登録住所が正しくない場合、本人に毎年送付される所得税確定申告用通知書が本人に届かず、

税務署に戻ってくる。その場合、移動先の新事業主や社会保険事務所、地方自治体等からの住所変更通知を税務署は待つことになる。なお所得税の確定申告は国民全員の義務となっている。その確定申告のさいに現住所情報が更新されることもある。

個人番号は10桁の番号であり、3つの要素から構成されている。ある地域で1964年8月23日に生まれた男性を例(640823-3234)にとって説明しよう。まず、最初の6桁は生年月日である。次の3桁は生誕番号(birth number)であり、男性は奇数、女性は偶数となっている。3桁の数字は乱数的に付番され、特別の意味を有していない。性転換者の番号が変わるのは、性別で生誕番号が異なるからである。最後の1桁はチェック番号を表している。

個人番号はあらゆる行政手続および民間の取引において広範に使用されている。住民登録、納税、社会保険、雇用・失業、病院、徴兵、運転免許、パスポート、郵便、不動産登記、警察、教育、選挙、統計調査など。民間では銀行取引、保険手続など。統一された個人番号の使用頻度は高く、誰もが覚えている。

なお個人番号が記入されたパスポートを本人確認用のIDとして使う場合が多い。またICチップ入りの職員証(身分証明書、個人番号記載、顔写真つき)を本人確認用のIDとして使用しているケースもある。

1.2 税金と社会保険料の一体徴収

保険料の徴収業務が国税庁・税務署に移管されたのは1985年であった。これには主として事業主の便宜を向上させること、また徴収コストを節減すること、の2つに狙いがあった。

毎月12日に税および社会保険料が事業主から税務署に納付される。なお事業主負担の社会保険料の賦課ベースは青天井となっており、上限

がない。さらに事業主は前年に支払った給与総額の従業員別ファイルを毎年1月に税務署に提出する。

社会保険料と税金は国税庁(税務署)が一体として徴収している。年金保険料の徴収記録は国税庁から社会保険庁に電子伝送されており、両庁のデータベース間に不一致はほとんど生じない。個人番号を利用した照合と伝達がスムーズに行われているからである。ただデジタル化が完了する前の1970年以前には手書きで年金記録を残しており、記入ミス・転記ミスが残っていた。

記入ミスを少なくするために給与支払額や保険料の天引額を事業主が本人に毎月、給与明細表で通知する一方、事業主は税務署にそのすべてを申告する。その申告に基づいて税務署は所得税確定申告書用フォーム(給与額や社会保険負担額があらかじめプリントされている)を作成し、本人に郵送する。その両者を照らしあわせて本人が給与支払い額と保険料天引額を確認し、記入ミスがなければ、その用紙に署名して税務署に提出する。給与が高いほど老齢年金受給額も高くなるので、正直に申告するインセンティブが老齢年金制度に組みこまれている。直近データによると事業主報告の99.5%は正確だといわれている。

事業主から正しい報告が税務署に行われているかについては、(1)税金・社会保険料の合計額と1月に提出される前年分の納付総額のクロスチェック(給与総額のクロスチェック込み)、(2)従業員本人の所得税確定申告書と事業主提出の給与支払い申告書のクロスチェック、(3)予告なしの事業所訪問と検査、の3つによってチェックしている。(3)は、特にレストランや床屋、建設業者に対して重点的に行っている。レストランについては約80%の店舗を1年間で訪問しており、雇用記録の毎日作成義務を果たしているか、無届け

の従業員がいないかなどをチェックしている。床屋は現金払いのところが多い。Swedish Tax Agency(2007)によると、不法就労に伴うTax Gapは2001年から2005年までの5年平均で年間660億クローナ(Tax Gap総額の約50%、Tax総収入の約5%、GNPの約2.5%)となっていた。1クローナは日本円換算で約13.1円である(2010年7月8日時点)。

税務署には税金や社会保険料の振込用専用口座(税金口座)が設けられている。法人・個人とも、それぞれ1口座となっており、その口座に税金や社会保険料を振り込む。この口座は銀行や郵便局の預金口座と類似している。

給与明細書を保存する義務は従業員には課せられていない。ただ、倒産等で事業主が各種の申告を怠った場合、本人が給与明細書(の写し)を提出すれば各種の社会保障給付が受けられる。

給与の無申告・過少申告に基づく社会保険料の未納分は年間で約300億クローナ(2006年)と推計されており、保険料総額の約8%相当となっていた。なお社会保険料の滞納は45億クローナ(全体の0.3%)にとどまっていた(Lund, 2008、参照)。所得の不正申告等によるTax Gapのうち520億クローナは個人事業主(micro company)にかかわるものであった。

税務署が徴収した税金・社会保険料は国庫に納められ、そのうち所要額が社会保険庁に振り込まれる。税金の徴収費用は全体として徴収総額の0.45%であった(2006年)。国税庁・税務署の職員数は2007年時点で約1万3000人であり、年々減少している。

1.3 徴収庁：滞納徴収の一元化

スウェーデンには税金や社会保険料だけでなく、公私を含めたさまざまな滞納金を一元的かつ専門に徴収する機関がある。スウェーデン語でkronfogdemyndigheten(英訳名：enforcement au-

thority)という機関がそれであり、国税庁と関連している(所在地は同じである)ものの、独立機関である。

徴収するのは税金・社会保険料の滞納金以外に、テレビ受信料、駐車違反の罰金をはじめとする各種の滞納金である。このうち民間請求分では裁判所の判決が出た強制徴収分(いわゆる悪質な滞納分)のみに限定されている。

滞納分はまず税金還付金や各種給付から控除する形で徴収する。給与や不動産を差し押さえ、競売を執行する権限もある。徴収は本来徴収分の納付期限の年末から5年以内と定められており、それまでの間に徴収できない場合は、一部ないし全部を債権放棄することになる。徴収庁による滞納分の回収率は税金の場合、最近時点で約50%となっている。

1.4 社会保険庁の業務

現在、社会保険庁の職員総数は1万4000人前後である(地方機関込み)。行革やIT化の流れの中で人数は最近、減っている。年金部門の職員は昨年1年間に約3割減少した。2006年に発足した保守・中道の連立政権(非社会民主党政権)は行革に熱心である。ちなみに2008年度における給与総額の増額は3%にとどまっており、人員削減をさらに進めないと、民間なみの給与アップとはならない。なお社会保険庁におけるパートタイム職員の数はきわめて少ない。

民間に委託している業務も今のところきわめて限定的である。各種データのスキニング、IT上の技術開発、オレンジレターの印刷・郵送など。

行政費用は老齢年金だけに着目すると、保険料収入の0.6%にすぎなかった(2006年)。

スウェーデンでは年1回、2月の後半から3月にかけて全6ページの手紙を16歳以上の年金被保険者(全国計で600万人)に送る。この手紙はオレンジ

色の封筒で送られるので、オレンジレターと通称されている。

オレンジレターに記載されている項目は、氏名、個人番号、給与収入、所得比例年金の年初・年末残高、1年間のみなし運用益、プレミアム年金情報、所得比例年金とプレミアム年金を合計した年金予想受給額、計算根拠、用語解説などである。なお記載内容は毎年、少しずつ改良されてきた。またオレンジレターの記載内容はインターネットを通じてアクセス可能となっている。その郵送の狙いは、給与支払い額や年金記録が正確であるか否かを年1回のペースで本人に確認を求め、誤っている場合は直ちに修正することにある。さらに年金受給月額を多くするためには高い給与を稼ぐか、退職年齢を遅くするか、のいずれかの選択しかないことを自覚させる効果もある。

他方、年金受給者には年1回、1月14日前後に年金給付支払い通知書が送付される(年金給付は課税対象となっており、給付時に源泉徴収される)。

2 アメリカ合衆国

2.1 内国歳入庁が国税と社会保険料を一元的に徴収している理由

国税と社会保険料を一体徴収することは今日、世界の流れになっている。それを世界ではじめて実施したのが米国である。米国では公的年金制度が実施された1935年当初から公的年金の保険料を国税の徴収機関である内国歳入庁(Internal Revenue Service, IRS)が徴収してきた。

国税と社会保険料の一体徴収は、全体として徴収コストを低くし、行政の効率化に資する。また徴収される側(事業主や自営業主など)の便宜にも配慮するものである。一体徴収で徴収される側の二度手間が避けられるからにほかなら

ない。今日、両者を一体徴収することの是非をめぐる議論は米国では皆無に近く、一体徴収制度は定着している。

なお、内国歳入庁は、かなり前から低所得の自営業者を含む広汎な人を対象に税の徴収業務をしてきた。ちなみに今日、米国では年間400ドル(4万円弱)以上の課税所得のある自営業者は個人所得税を確定申告し、社会保険料を納付する義務がある。

2.2 本人確認手段としての社会保障番号

1935年に社会保障法が成立し、1936年11月から社会保障番号(Social Security Number, SSN)の付番が始まった。そして1943年、どのような行政目的であれ、本人確認システムを新たに構築する場合、本人確認用には社会保障番号を統一的使用することを連邦政府が決定した。納税者番号として社会保障番号が公式に使用され始めたのは1962年からである。

2.3 税や社会保険料の納付

税金や社会保険料の納付は金融機関を介して行われる。内国歳入庁の窓口で現金を直接納付することは認めていない。ただしクレジットカード払い(自営業者の場合)や小切手等の使用は認められている。

2.4 税金・社会保険料の滞納・不払い

2001年データによると、税金や社会保険料の納付に関するコンプライアンスは総じてかなり高い水準にあった。ちなみに納付すべき税金・社会保険料の総額は2兆1120億ドル、そのうち当年中に納付された金額は1兆7670億ドル(収納率は83.7%)、延納分・強制執行分550億ドル(2.6%)、未収分2900億ドル(13.7%)であった。

2001年末時点の滞納・未納分(tax gap)3450億ドルは、①無申告分(nonfiling)270億ドル、②過

小申告分(underreporting)2850億ドル、③滞納分(underpayment)330億ドル、とそれぞれ推計されている。3つの中では過小申告分が最も大きい。過小申告分は個人所得税で1970億ドル(控除等の過大申告分150億ドル込み)、法人税300億ドル、社会保険料(公的年金保険料、メディケア保険料、および失業保険料の総額)540億ドル、そのほか40億ドルとなっていた。ただし給与の過小申告は金額ベースで約1%程度にすぎず、給与所得者が納付する公的年金保険料・メディケア保険料の過小申告分も140億ドルにとどまっていた。一方、自営業主の申告する事業所得の過小申告分は1090億ドルと推計されており、事業所得の自己申告分は実際の半分程度だと考えられている。それと連動して自営業主が納めている社会保険料も390億ドルが過小申告分になっていた。なお2001年末時点で滞納となっていた2001年分の社会保険料は50億ドルであった(IRS, 2007、参照)。

2.5 滞納・不払いの例

法人の中には、実際は被用者である人を契約社員として採用する例も少なくない。契約社員は個人事業主扱いである。さらに派遣社員を活用する例も増えている。人材派遣会社が倒産すると、税や社会保険料の滞納や不払いが生じやすい。

不法移民は建築業や農業などで日雇いで雇われる人が多い。日雇い賃金は現金で支払われるのが通常であり、税金や社会保険料を控除しない例が少なくない。なお賃金の現金払いはベビシッターなどに対しても行われている。

2.6 事業主による年金保険料の不払い

給与から公的年金の保険料を天引きしておきながら、なんらかの理由で公的年金の保険料を事業主が内国歳入庁へ納付しなかった場合、どうなるか。税金や社会保険料の納付遅延には罰

にあわせないような高額は無申告加算税・延納利子税の支払いが伴う。双方をあわせると5ヶ月遅れで納付額は50%アップとなる。事業主には納付催促の通知が内国歳入庁からくりかえし届けられる。その通知が3回行われても滞納がつづく場合、全米で約5000人いるフィールド・オフィサーが法人や法人役員などに対して財産差し押えなど強制執行に乗りだす。

ただ、夜逃げや国外逃亡などで強制執行が不可能となる場合もある。その場合、内国歳入庁は最終的に債権放棄の手続きをとる。

なお事業主が公的年金の保険料を内国歳入庁に納付した事実がない場合でも、本人が給与明細書(payroll slips)を保存していて年金保険料の源泉徴収が確認できたときには、公的年金給付はその源泉徴収分についても支払いが保証されている。その支払い財源は税金である。

2.7 社会保障番号の付番

米国の社会保障番号は1人1番号が原則となっており、転居や改姓、転職などでは変わらない。改姓時には、改姓を社会保障庁に届け出る義務がある。社会保障番号は社会保障庁から付番される。付番は通常、生まれた直後、家族からの届出に基づいて行われる(アメリカ国民の90%強)。外国人居住者は入国直後に付番を社会保障庁に申請する。

1人1番号の例外事由は、666番が忌み嫌われる数字(bad and evil sign)であるため変更要求があること、他人による不正使用や家庭内暴力等の特別の事情があり別カードの発行請求があることなどである。

最近では毎年、約500万件強の新規付番があり、2003年末の付番件数は累積で約4億2000万件に達していた。

2.8 社会保障番号の利用範囲

ほかに便利な番号がなかったため、社会保障番号は社会保障目的以外においても広範に利用されている(新規就職時・再就職時や納税時さらには銀行口座開設時、1万ドル超の金融取引時、クレジットカード申込時、選挙人名簿作成時など。なお統計調査のさいの調査対象抽出には利用されていない)。ただ、社会保障番号を本人確認用の唯一絶対的な手段とすることには1970年代以降ブレーキがかかった。もともと、本人が社会保障カードを常時携行することはない。むしろ顔写真つきの運転免許証(氏名、性別、生年月日、身長、体重なども記載されている)やパスポートを本人確認手段として用いることも少なくない。ちなみに社会保障カードの券面に記載されているのは①社会保障番号、②氏名、③発行日、の3情報のみであり、顔写真はなく、現時点でICチップつきともなっていない。なお社会保障番号は部外秘(confidential)となっており、個人情報保護の対象となっている。

2.9 社会保障番号の構成

社会保障番号は9桁の数字のみで構成されており、アルファベットは含まない。最初の3つの数字は地域番号(最初に申請したときの連絡先住所にかかわる郵便番号)、次の2つの数字がグループ番号、最後の4つの数字がシリアル番号(通し番号)、をそれぞれ表している。

2.10 年金定期便

公的年金の加入者(25歳以上)には年1回、社会保障庁から加入期間の給与支払額が記載された年金定期便(social security statement)が送付される。加入者の現住所情報は内国歳入庁から取得している。ただ、内国歳入庁から毎年入手している現住所情報は異動が少なくない米国では必ずしもすべてが最新のものとなっておらず、最

近では通知の2%(約500万通)が未達(no reach)として社会保障庁に戻ってくる。

なお加入者がインターネットを通じて年金定期便に記載されている情報を閲覧したり修正を求めたりすることは、今のところ、できない。もともと内国歳入庁が管理している情報であり、秘密保護が義務づけられているからである。

2.11 社会保障番号の盗用・不正使用など

社会保障番号を盗用し、クレジットカードを偽造・不正使用する事件があいついで起こっている。クレジットカード被害に遭った人は社会保障番号を変更することができる。

盗用された社会保障番号が不法移民用に流用されることもある。

社会保障番号の盗用にはさまざまな契機がある。最近、目立つのは従業員や契約者に関する情報の入ったラップトップパソコンやメモリースティックの紛失・盗難である。一例を挙げると、97万人の契約者情報が入ったAIG(保険会社)のラップトップが2006年に盗まれた。また財布の紛失・スリ、銀行・クレジットカード会社・電話会社・税務当局等からの郵便物(社会保障番号も記入されているものが少なくない)着服、インターネット上に登録された個人情報の覗き見、個人情報の密売(データブローカーの暗躍)などもある。

社会保障番号の不正使用に関する苦情処理は連邦公正取引委員会(Federal Trade Commission)が行っている。

社会保障庁が毎年送付する年金定期便で社会保障番号の不正使用に本人が気づくことも少なくない。その場合は本人が社会保障庁に連絡することになっている。

社会保障番号の不正使用を未然に防止するための措置もいくつか講じられている。例えば運転免許証に社会保障番号を記入することは禁止

した。給与支払い小切手の券面からは社会保障番号を除去することにした。年金通知等でも社会保障番号における一部の数字を記載していない。社会保障カードも肉眼では見えない図柄等を含む特殊な紙を使用している。

3 イギリス

3.1 税と国民保険料の一体徴収

イギリスの歳入関税庁(Her Majesty Revenue & Customs, HMRC)は2005年に内国歳入庁と税関が統合されて創設された機関である。内国歳入庁は税と国民保険料(日本の社会保険料に相当している)を1999年から一体徴収していた(徴収代行ではない)。業務の重複を避け行政経費やコンプライアンス費用を節減できるため、徴税機関が税金と保険料を一括して徴収することを徴収側・納付側双方ともに合理的だと考えている。徴収側は確実に徴収ができ、納付側は源泉所得税を処理するさいに同時に国民保険料も自動的に事務処理することができるので便宜がよい。事業主が従業員の源泉所得税とともに国民保険料を天引きし、事業主負担分の国民保険料と併せてHMRCに納付する。ちなみに国民保険料総額の95%強は企業から納付されている(残りは自営業者分)。なお国民保険料に関する政策は財務省の所管となったので、他の財政政策をも視野にいられた包括的なアプローチがとれるようになった。

3.2 給与明細書の保持義務

給与明細書の発行は200年ほど前に義務化されたが、それを本人が保持する義務は必ずしもない。ただ、複数の収入があるために自主申告する場合には会計年度末から22ヶ月、記録を保管する義務がある。

3.3 国民保険料の負担回避・滞納

国民保険料を納めないで老後に年金を受給することができない。それが分かっているのに、国民は通常きちんと保険料を払う。ただ、実質的に個人であっても法人として活動している場合、実態としての給与を配当金の形に変えることができ、国民保険料負担を回避することができる。またIR35(Intermediaries Legislation)というService Companyを通じて業務を提供する場合、クライアント会社には個人契約ではなくCompanyと受請契約をしてもらう。その場合も国民保険料負担を回避することができる(IT技術者、コンサルタントが典型例である)。さらに零細企業の中には給料から税金や国民保険料を控除したにもかかわらず、それをHMRCに納付する前に破産する例もある。事業主による国民保険料の過少申告も多々ある。あるいはルールが複雑で分からないケース、転職後に国民保険番号を間違えて申告するケース、国民保険番号の未記入なども少なくない。

なお所得税は年間総所得で免税となるか否かが決まるものの、国民保険料の場合は支払い案件ごとに控除が適用される。控除額が週に100ポンドだと仮定すると、90ポンドずつの収入が別々に3回ある場合、毎回それが控除の対象となる。国民保険番号を所持していない移民や女性などを事業主が意図的に雇い、国民保険料負担の生じない低い賃金レベルで雇用を契約することもある。

3.4 国民保険番号制度

1948年に国民皆保険の国民保険制度が導入された。最初は名前と住所で管理していたが、その後には番号づけをするようになった。国民保険番号は税金および社会保障の分野で使用されている。また、国民保険カードはかつては紙製のカードだったが、今はプラスチックカードであ

る。カードには名前と番号の2つが記載されている。

3.5 国民保険番号の構成

AB111111Cのように、アルファベット2文字の後に6桁の数字が続き、最後にアルファベット(A、BかCあるいは空欄)がくる。米国と違い、国民保険番号を暗記している人は少ない。しかし番号は給与明細書等で容易に確認することができる。

3.6 1人1番号制

1人に1番号が割りあてられている。生涯1番号のままである。児童手当のデータから雇用年金省(DWP)が16歳の誕生日前(15歳9カ月時点)に親の自宅宛にその児童の国民保険番号通知を郵送する。移民労働者など後から番号が必要になった場合は、DWP所管のJob Centre Plus(英国版ハローワーク)で国民保険番号を付番してもらう。

3.7 不正利用等

イギリスでは国民保険番号を事業主に通告せずに給与を稼いでも、無通告そのものによって本人にペナルティが課されることはない。国民保険番号記入の有無にかかわらず給与から国民保険料が天引される(money comes first, information comes later)。国民保険番号の記載がない国民保険料拠出分は一時保留基金(suspension fund)で保管される。国民保険番号の届け出がないと、この資金を振り回ることができない。国民保険番号未記入の拠出は最近、年間で190万件もある。うっかりミスや移民労働者にかかわるものが多い。さらに国民保険番号の売買が移民労働者間でまかり通っている。国民保険番号の取得手続きが面倒であるので、移民労働者やその事業主などが同じ番号を複数の従業員に使用する例がある。また新規の移民労働者が1万人

なのに移民労働者用に2万人分の国民保険番号が新たに発行されたという年もある。複数の移民が同じ番号を使いつづけたら生涯の年金受給資格がその番号に生じてしまう。くわえて給付つき税額控除制度が創設・拡充された後、国民保険番号を不正に使用して給付を手にする例もあるという。

4 フランス

フランス生まれのフランス人については出生届の提出先である地方自治体(市役所)が出生届受理のさいに社会保障番号を付番する(8日以内)。1人1番号であり、番号は一生変わらない。付番した地方自治体はその番号を本人とINSEE、CNAV(クナブ)に連絡する。新規に就職すると、事業主が社会保障制度の中央管理・運営機関であるCNAVにその旨を申告する。その申告に基づいて社会保障番号入りの社会保障カードがCNAVから本人に送られてくる。つまりフランス人にとって社会保障カードの使用開始時点は新規に就職するときである。その後、そのカードを本人が利用しつづける。

外国人は新規就業時に事業主がCNAVに届出し、その届出に基づいてCNAVが社会保障カードを発行する。

社会保障番号(15桁の数字)の構成は次のとおりである。最初の1桁は性別(男性が1、女性が2)を表し、次の4桁は生年月日である。さらに次の2桁と3桁は県番号と地方自治体(コミューン)番号をそれぞれ示している。その次の3桁は同一地方自治体内における同年同月生まれの人の届出順番であり、最後の2桁は行政上の確認キー番号を意味している。性別をトップにもってきていることにフランスの社会保障番号の特徴がある。番号は本人には覚えやすい。

社会保障カードの券面には、社会保障カード

番号、氏名、生年月日、出生地名、ICチップ、などが記載されている。顔写真は入っていない。ICチップ入りとなったのは1997年頃からである。それ以前は紙媒体であった。

事業主は従業員への給与支払額(年額)を毎年、CNAVと社会保険料徴収機関(URCSAF)に申告する。CNAVはその情報を税務当局に伝達する。従業員1人ひとりの所得税申告書には事前に給与額が記入されており、本人はそれを使って税金を納付する。給与額は毎月渡される給与明細書でも確認できる。またパスワードを利用すればインターネット(CNAVのデータベース)でも過去の給与額すべてを閲覧することができる。

年金記録関連のクレームは給与の記入漏れに関するものが多いものの、ほとんどインターネットを通して解決されている。フランスには給与明細書を40年間、従業員が保管する義務がある。給与明細書が渡された直後に会社のコピー機を使って、そのコピーをとることが慣行となっている。

税金は年に1回納付する一方、社会保険料は毎月ベースで納付している。徴収機関は現在、別々になっている。徴収機関一元化をめぐる大激論が進行中であるものの、雇用整理(解雇)をどちらの機関でやるかという難問があり、徴収一元化は容易ではない。

税金の分野で社会保障番号を使用するかどうかについては賛否両論があった。納税者番号(ただし、本人には覚えられないような番号)が別にあったが、結局、社会保障番号にヒモづけすることが税金の分野では認められている。税務当局は個人の社会保障番号をINSEEで照合する権利を有しており、照合1件につき5サンチームの料金を支払っている。この料金支払いはINSEEとの間で潤滑油の役割を果たしている。

5 イタリア

イタリアでは1970年代の税制改革で納税者数が激増した。また1973年における付加価値税の本格導入で法人番号も体系的に付番する必要があった。税務署の職員数を増やすわけにはいかなかったため、個人と法人の戸籍管理をオートメ化する必要性が急激に高まったのである。そこで1977年に納税者番号制度が導入され、個人については16桁、法人については11桁の番号がそれぞれ付番されることになった。

当初は納税者のみに付番したが、その後、1990年代になって納税者カードを本人確認用にも使用し始めたことに伴い、1991年以降、番号は出生時に付番することになった。出生届が市役所に提出されると、その情報がインターネットを通じてSOGEI(ソジェイ)に転送される²⁾。SOGEIで番号を付番し、納税者カードを発行する。そしてカードは出生地の市役所に送られ、市役所の受け渡し窓口で本人(家族)がカードを受領する。

国外に居住している人でイタリアの年金を受給している人、イタリアの銀行に預金口座を持っている人、イタリアの土地を所有している人、などに関する情報は各国のイタリア大使館経由でSOGEIに送られてくる。またEU以外の国から居住目的でイタリアに入国した外国人には地方自治体の警察で番号を付番している。最近、アフリカやインドなどからの外国人移住者が増えている。その中には苗字、生年月日や出生地が不明な者もあり、付番に苦慮するケースがある。

個人用の納税者番号は16桁で構成されている。1970年1月1日生まれのMario Rossi氏(RSSMRA70A01L726S)を例にとって説明すると、以下のようになっている。すなわち最初の3桁のRSSはアルファベット3文字であり、通常は苗字の子音

(最初の3つ)を表す。次の3桁MRAもアルファベットの3文字であり、通常は名前の子音(最初の3つ)。子音が2つの場合は最初の母音を追加)を意味している。次の2桁70は生年(末尾2桁)であり、さらに次の1桁Aは誕生月を表すアルファベット(1月がA、2月がB、3月がC、…)、次の2桁の数字01は誕生日(末尾2桁)を示す。そして次の4桁L726は出生地番号であり、最後の1桁Sは行政チェック記号(アルファベット)にほかならない。

原則として1人1番号であり、転居しても番号は変わらない。しかし外国人(とくに中国人や韓国人など)は同一番号になってしまう可能性があるため、出生地番号の末尾をアルファベット化して重複調整している。

納税者カードの券面(表面)に記載されているのは、氏名、生年月日、出生地、納税者番号、有効期限(5年間)、の5情報である。裏面には磁気テープが走っており、バーコードもある。磁気テープには表面の情報が入れている。またバーコードは納税者番号読み取り用である。納税者カードは、一部の地域(ロンバルディア、ベネチア、シチリアの3州)では現在、ICチップ入りとなっている(ICチップには血液型や病歴などの医療情報が入っている)。

顔写真や現住所は記載されていない。ただ、納税者カードは2004年から健康保険証を兼ねているので、現住所を本人が届け出るインセンティブをビルトインしてある。転居届は地方自治体に提出する。その情報は地方自治体からSOGEIに自動的に連絡され、SOGEIのデータベースが更新される。

当初、納税者番号は税務関連業務(税の申告・収納)における本人確認のために導入されたが、1991年より銀行口座の開設、不動産登記、必要経費証明なども本人確認用の番号として利用されることになった(義務化)。同時に社会保障番号(年金や医療など)としても使われ始めた。さ

らに1994年頃よりガス・電気・電話の契約時にも本人確認用に使われ始めた。イタリアの納税者番号は、このように行政や銀行取引などにおいて「対話チャンネル」として現在、機能しており、e-ガバメントをイタリアが欧州で先導するきっかけとなった。イタリアでは行政のオンライン化が進み、ローカルネットワークも整備されている。

2000年以降、イタリアでは納税はすべて電子申告となっている(添付書類の提出は廃止された)。税金の入金はすべて銀行・郵便局振込み(オンライン納税の場合は口座引き落とし)となっており、自動化されている(銀行・郵便局のみが代理収納窓口となっている)。税務署職員の仕事はデータ確認に重点が移った、ただ、依然としてマンパワーが足りない状態にあり、全件チェックはしていない。法人については3年に1回程度はチェックしている。自営業主については職種別に典型的な利益率表があり、それと大きくちがうケースは毎年すべてチェックし、警告している(コンピュータ上にチェック・システムを構築済み)。抜きとり調査では領収書などの現物確認をしている。

納税者番号や電子申告は行政手段を簡素化し、行政コストを削減する上で多大な貢献をした。ただ、今日、さらにもう1段上にステップアップし、顧客志向第1という考え方に立って電子政府を進展させていく必要があるという。

イタリアの年金制度は職業別に分立している。本人確認は従来、制度ごとにやっていた。各制度が本人の戸籍情報を保有していた。現在は納税者番号で本人確認をしている。納税者番号は年金だけでなく、医療や失業保険、労災保険でも利用している。INPS(年金制度運営機関)のデータベースにアクセスするためにはパスワード(割当制、変更不可、1人1番号)が必要となっており、プライバシーの保護に努めている。

年金加入記録は5年に1回ずつ、約20年前から本人に送付している。健康保険証の役割を納税者カードが担っているため、本人側に現住所の最新情報をSOGEIやINPSに連絡するインセンティブがある(ただ、現住所情報のINPSへの提供義務はない)。現在、INPSとSOGEIは本人の現住所に関するデータベースを共有している。給与額の記入ミスは20年前には確かに問題となった。しかし現在、給与額の記入ミスはほとんど問題になっていない。イタリアでは給与明細書をはじめとする各種の証明書(領収書を含む)を少なくとも5年間は保存する義務がある。それと照合すれば、年金加入記録の誤りは直ちに修正可能となっている。

社会保険料の収納窓口は銀行・郵便局だけである。これは税金とまったく同様である。銀行・郵便局に振り込まれた税金や社会保険料は、いったん5日以内に経済財政省内の国庫庁に集められ、そこから各制度の運営機関に移転される。

なおイタリアには納税者カードとは別に住民登録カードがある。15歳以上の人には住民登録カード(Carta d'Identità)が配布されている。住民登録カードについては内務省が集中管理システムを現在、構築中である。従来、住民登録カードは紙媒体であったが、現在、プラスチックカード型の普及が進められている。いずれも顔写真入り。氏名、生年月日、出生地、国籍、住所、未婚・既婚の別(拒否すれば無記載)、職業、身体的特徴(身長、目・髪の色、その他)などが券面に記載されている。

6 韓国

朴大統領時代(軍部独裁政権)の1960年代、韓国は北朝鮮と対立していた。北朝鮮から送り込まれたスパイを摘発する必要があり、満17歳以上の韓国人には身分証明証を常時携帯させる方

向で議論が1962年頃に始まった。そして、その身分証明証用の住民登録番号制度が1968年に制度化された(当初は12桁の番号)。その後、住民登録番号は1975年から13桁に変更され、今日にいたっている。

住民登録番号は原則として出生申告時に付番する。その目的は、住民の身元確認を通じた生活便宜の向上および行政の効率化、の2つにある。住民登録番号は1人1番号となっており、生涯を通じて番号は変わらない。現在、番号は13桁となっており、最初の6桁が生年月日、次の1桁が性別、次の4桁が地域番号、次の1桁が(同一の生年月日、同一の性別、同一の地域番号を有する者の)出生申告順位、最後の1桁が検証番号となっている。住民登録番号は韓国籍の人のみに付番される。

なんらかの事情により出生届を提出しなかった人や外国人に住民登録番号は付番されない。ただ、外国人には別の行政機関が所管している外国人登録番号制度が適用されている。外国人登録番号は上記の住民登録番号とほぼ同様の構成となっており、最初から7桁目の性別が5、6、7、8のいずれかになっている(例えば5番は1900年代生まれの男性)。

なお出生時以外の新規登録もある。例えば外国人が帰化して韓国籍を取得したとき、あるいは海外で生まれた韓国人が帰国したときなど。

当初、住民登録番号はビニールケース入りの紙を使っていたので、偽造が比較的容易だった。1987年からコンピュータ化に取り組み始め、1998年にプラスチックカード化した。

プラスチックカードに記載されている項目は、①住民登録番号(性別込み)、②氏名(ハングルおよび漢字)、③顔写真、④発給日時、⑤発給機関名(地方自治体名)、⑥右手親指の指紋、⑦住所変更履歴(手書き)、の7つである(このうち、⑥⑦は裏面掲載)。プラスチックカード化以前は父

親の名前も記載されていた。また住所変更履歴はカード上は手書きであるものの、ホスト・コンピュータにはインプットされている。現住所は年1回の間隔で調査・確認している。そのさい現住所が不明となった人はコンピュータ上で「居住地確認不可」と記入されている。

有効期間は記載されていない。7~8年ごとにいっせいに更新され、カード発給は行政上の義務となっている。整形で顔が変わる場合、申請により新カードが発給される。

ICチップ入り電子住民カードへの切りかえは、すでに提案されているものの、市民団体など多数の反対により実現していない。

住民登録番号は、すべての行政機関(中央・地方)がオンライン上で普遍的に使用している。例えば、教育(入学等)、就職、運転免許証、パスポート、選挙、統計調査、社会保険適用など。なお公的年金制度は1980年代に発足したこともあり、当初から1人1番号の住民登録番号を使用していたので、宙に浮いた年金記録の問題は韓国にはないといわれている。

行政における本人確認は住民登録番号制度によって、きわめて容易に行われており、住民登録番号制度は行政の効率を高めるのに多大な貢献をしてきた。また韓国がIT国家となる大きなきっかけとなっている。

住民登録番号制度内では納税時や民間取引における使用を義務づけていないものの、住民登録番号は民間取引や納税にも使用されている。例えば金融法等で銀行口座開設時に住民登録番号の記載を求めている(個々の金融取引には番号を記載しなくてもよい)。また所得税法上でも住民登録番号の記載を求めている。総じて生活のあらゆる局面において住民登録番号の提示を求められることが多い。

韓国におけるインターネット取引では本人確認手段として住民登録番号を記入させることが

慣例となっている。しかし、“他人へのなりすまし”が頻発しており、現在、大問題となっている。自分の番号が他人によって盗用されたかどうかを調べてくれる専用のインターネットサイト(有料)まであり、盗用をされた事実を確認した人も少なくない。あるいは盗品の自動車を他人名義で申告している例もある。

プライバシー保護の重要性についての意識と関心は韓国でも今日きわめて高く、住民登録番号の“行きすぎた”使用を今後どのように制限していくのかを最近、真剣に議論している。さらに本人確認のためには住民登録番号だけでなく暗証番号(パスワード)を合わせて使用することが必要ではないかという議論も多い。

7 結びに代えて

国民の目線に立った国民本位の効率的なIT(情報技術)社会を実現するためには、社会保障・税に関する番号の個人識別機能をさらにほかの行政分野に拡大する一方、民間の金融取引のさいにも番号を記入するようなインセンティブ(手数料の軽減)を付したらどうか。そのような番号は行政サービス受給者番号(仮称)というべきかもしれない。それによって全府省庁・全自治体がオンラインで結ばれ、申請主義の行政を180度転換した情報提供型行政を実現するための切り札が提供されるのである。

くわえて、それぞれの行政機関が保有しているデータを横に連携させる(行政機関同士で利用

者データを交換する)ことにより、添付書類や無駄な手続きを不要として国民の利便性を向上させる電子行政を実現する必要がある。具体的には多くの行政機関にまたがるライフイベントごとの煩雑な手続きがワンストップで可能となる国民本位のデジタル社会を実現するのである。

さらに今日のグーグル・アマゾン型社会では、本人参加型すなわち本人自身による基本情報の随時確認と修正が可能な対話型システムを設計上の基本コンセプトとする必要がある。お上意識に基づく行政サイドからの一方的通知は、もはや時代遅れである。

注

- 1) 本章は高山『年金と子ども手当』(岩波書店、2010年)第2章2節を改稿したものである。
- 2) SOGELは経済財政省が株式の100%を保有している特殊な民間企業(テレコム・イタリア傘下)であり、1976年に税務システムを管理運用する目的で設立された。税のオペレーションのみを担当し、税の賦課徴収に関する意思決定にはいっさい関与していない。

参考文献

- Internal Revenue Service (2007), “Tax Gap Components,” IRS, 16 July.
- Lund, H. (2008), “Assessment and Collection of Social Contribution in Sweden,” mimeo., March.
- Swedish Tax Agency (2000), “The Swedish System for Population Registration.”
- Swedish Tax Agency (2007), “The Tax Gap Map.”

(たかやま・のりゆき 一橋大学経済研究所
特任教授)

デンマーク電子政府の試み

—社会保障制度における財源徴収と情報管理—

安岡 美佳・鈴木 優美

■ 要旨

デンマークは、高税率国であると同時に社会保障の充実で知られてきた。そして現在では、国の基盤である財源徴収と社会保障提供の効率化を達成すべく情報技術利用を積極的に促進する電子政府国家としても知られつつある。本稿では、市民ポータル、医療・保健ポータル、税務ポータルを中心にデンマークの電子政府システムを概観し、いかに情報技術が導入され、利用されているかを報告する。さらに、デンマークが他国に先駆けて電子政府を進められた理由、今後の課題について考察する。

■ キーワード

電子政府、国民番号、市民ポータル、電子署名

デンマーク電子政府構想概略

デンマークの電子政府構想は、1994年に発表されたInfo-Society 2000に端を発す。その後、1999年にはIT先進国に向けた政策提案レポートが発表され、2002年、2004年、2007年にはそれぞれ電子政府戦略が発表されている¹⁾。むしろ実際の電子政府構築進展には、施策以前のさまざまな要因が絡んでいることにも注意が必要だ。1968年にはすべての国内在住者を個人番号(CPR nummer)で管理する住民登録制度の導入と、その管理組織である個人番号中央管理局の設立、1970年には税の源泉徴収制の導入、1972年には市の日常業務支援システム提供を目的としたデータセンター(KMD)の設立が行なわれ、これらは電子政府構想の進展に少なからず影響を与えている。

デンマークの電子政府システムは、早いもので1970年代から、異なる時期に独立したシステ

ムとして構築され機能してきた。近年これら各システム間の連携が進み、2007年には、税・社会保障・医療といった公共サービスポータルであるBorger.dk(デンマーク語で「市民」を指す。以下「市民ポータル」)が導入され、利便性が向上している。2010年現在、市民ポータルで提供される主なサービスは、社会保障情報や各種給付金関係手続き、医療サービス、税金関連情報や確定申告手続き、公共機関からの連絡を電子的に受け取ることのできる電子私書箱など多岐にわたる。システム連携が進んだ背景には、2005年6月に各種行政機関が領域を超えて協働する運営委員会²⁾が設置されたことや、2008年12月に公営KMDが民間³⁾に20億デンマーク・クローネ(以下DKK、1DKKは2010年6月現在約15円)で売却され、収益が市民ポータルの電子化推進資金となったことなどが挙げられる。

市民ポータルに統合されている電子政府システムをシステム構成から見ると、図に示される

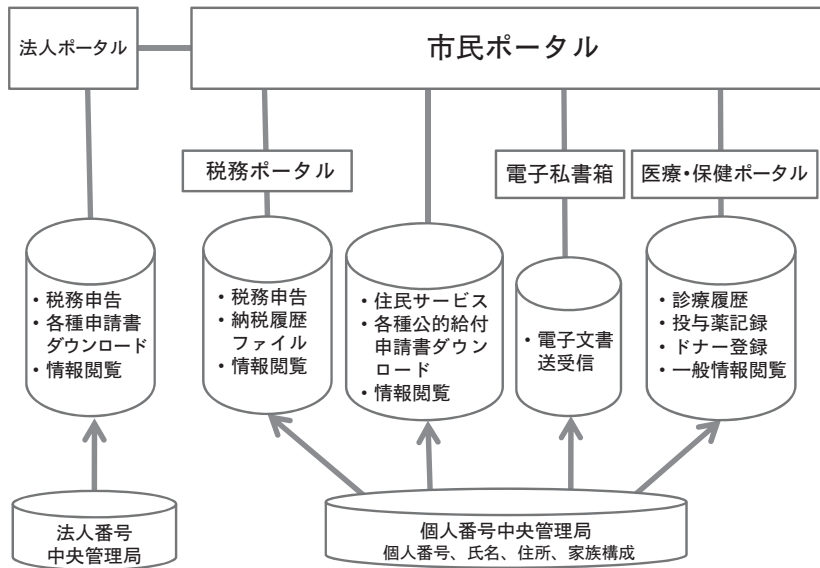


図 電子政府のシステム構成

ように個々に独立したシステムが存在するモジュール型システムが採用されている。各種社会保障情報・給付金関係サービスの市民ポータル、医療サービスのSundhed.dk(以下「医療・保健ポータル」)、税務サイトのSkat.dk(以下「税務ポータル」)、電子郵便サービスe-boks.dk(以下、「電子私書箱」)などさまざまなサービスが、市民ポータルにぶら下がる形だ。さらに、一般市民対象とは別に、法人支援のポータルVirk.dkもある。歴史的な経緯も関係してくるが、人口554万人を対象とした「小規模な」システムにおいてもシステムやデータの完全な統一ではなく、各サービスが独自のインターフェースを備え、モジュールごとの最適化を図りバックオフィス連携を志向している。1つのポータルに表面上すべてを集約しているため、結果的に利用者である市民の利便性に貢献する公共サービス提供が可能だ。

本稿では、市民ポータル、医療・保健ポータル、税務ポータルを中心に、デンマークの電子政府システムを概観する。電子政府システム構

成や導入の経緯には、当国の社会保障・医療サービス・税制度や社会状況などが関わるため、各サイトに対応する公的サービスと背景にある現在の社会状況や政界での新しい議論も合わせて紹介する。まず、Iでデンマークの社会構造および市民ポータルを紹介する。市民ポータルは、公共サービス一般の情報窓口という一面がある一方で、社会保障サービスに特化した公共情報・手続きの基幹サイトとしても機能している。その導入と経過、提供サービスと利用の現状に触れ、同時に、個別の社会保護給付(後述)や公的扶助関連手続きに焦点を当てる。IIでは医療・保健サービスの現状と、医療・保健ポータルについて、IIIは、2010年の税制改革後のデンマークの税制および税務ポータルを紹介する。最後にIVでシステム導入の要となっている個人番号制度と個人情報保護、電子署名とセキュリティ、デジタルディバイドの課題に言及しまとめとする。

I 市民ポータルBorger. dk

1 デンマーク社会

デンマークは、北欧に位置する人口554万人の国家で、統計局によると2010年予算は1兆129億DKKである。そのうちの44%が社会保護、14%が教育、14%が保健・医療に割り当てられている。デンマークの社会保障は、社会保護給付、医療や介護などのサービス、育児・教育支援などで成っている。社会保護給付には、非就業期間の所得保障として機能する失業手当、育児休暇手当、奨学金⁴⁾、老齢年金、障害年金、疾病手当、労災手当など、そして生活困窮者救済として機能する生活保護、住宅扶助や医療扶助などが含まれる。デンマークは、普遍主義に基づく福祉を前提としており、社会保障サービスはひとりひとりの生活に密接に関わっている。2007年の自治体改革で98の市と5つの地方が誕生し⁵⁾、保育、小中学校での教育、高齢者介護福祉といった地域福祉は市の、病院での医療は地方の所轄サービスとなった。平均24.8%の住民税、8%の医療保険賦課金がそれぞれ市・地方の財源となるほか、国からは「ブロック補助金」と呼ばれる一般財源(地方交付税)が住民数や住民の属性に応じて各市・地方に交付される。最終的な福祉の責任は国にあり、市から個人に給付される公的給付金は、のちに国から市へ還付される。こうした給付金関連の手続きは市単位で行うため、窓口業務の電子化など事務手続きの簡素化やコスト削減の方策は、市の課題である⁶⁾。

EUでは加盟国に経済収斂基準を適用し、財政赤字をGDP比3%以下に抑えること、債務残高をGDP比60%以下にすることを要請している。デンマークは、債務残高はGDP比46%であり基準を満たすが、財政赤字は2010年1月の減税策実施の影響で、2010年にはGDP比5.5%にのぼってい

る。そのため、公共投資の拡大抑制を図りつつ、2011年から2014年までに240億DKKの公共支出の削減が求められている。政府は、世界経済危機の影響でデンマーク国民も痛み分けは避けられないと説明し、大幅な福祉削減を行う見通しだ。こうした背景の下、公共サービスの電子化による業務効率化は、長期的に有望なコスト削減策と期待されている。

2 市民ポータル構築の目的

(1) 背景・歴史

デンマークでは各機関や地方自治体が、90年代から個々に電子システムを構築し、2000年代前半には、それら行政システムが乱立していた。当時の電子システムは、所轄官庁ごとのサービス区分で分けられ、利用者にとっては希望するサービスの所轄がわかりにくいという問題が指摘されていた。その後、2005年の科学研究省(当時)が委託した調査とその結果を元に、利用者の市民の視点からすべてを包括するページである市民ポータルの構築が開始された。それ以前には、KMDによる市民向け情報サイトと公式電子政府情報サイトに別々に掲載されていた情報が、市民ポータル構築で「公共機関と市民をつなぐワンストップ窓口」として統合されたことになる。2007年1月には、国・市が関わる各種手続きをセルフサービスで行う窓口として市民ポータルが位置づけられ、個人情報保護に配慮しつつ行政機関・個人・法人間での情報交換を可能にする手段として電子署名利用が開始された。縦割りとなりがちな行政機関間で必要な情報交換を可能にするバックオフィス連携が進められ、複数行政機関へまたがる事項であっても、ワンストップで手続きが可能になった。

2008年10月には、個人向けにカスタマイズされたマイページの利用が開始された。デンマーク国籍保持者・永住外国人・一時滞在外国人を

問わず、医療保険証を持つ15歳以上の者は、電子署名を使い、公共サービスにかかわる個人情報を市民ポータル上のマイページ上で閲覧することが可能となった。その後、2010年5月には、公共機関との連絡窓口である電子私書箱⁷⁾が市民ポータル上に開設された (Skat, 2007; Borger.dk, 2009a; NTTデータ, 2008)。

(2) 利用可能サービス

市民ポータル全体

現在この市民ポータルを用いて、数多くの行政関連情報や、各種申請手続き、関連する法律や手続き方法、内務・保健省の保健情報、余暇に関してまで幅広く網羅した情報の閲覧が可能になっている。マイページに電子署名を用いてログインすることで、個人データ、住居と転居、経済・税・年金、子どもの保育・学校、保健と医療という5つのカテゴリーの個人情報を閲覧できる。また、所轄官庁がわからない場合には、共通公共アドレスデータベース(FOA)⁸⁾で、公共セクター全体にまたがって検索することができる。

市民ポータルでは、現在600強の自己申告・申請が可能で、漸次サービスを拡大中だ。連絡窓口である電子私書箱では、電子署名を通じてログインすると、行政機関に加え公共性が高い法人(銀行、電気、各種保険、不動産など)が一覧になっており、電子的に連絡を取りたい機関・法人を個々に登録する。民間法人の場合には契約番号等を入れることで、利用明細などをあわせて受領可能だ。法人側に通信費や事務作業の節約のために登録するインセンティブがあり、登録数は拡大している。

社会保障・給付サービスとしての市民ポータル

各種社会保障の関連情報や給付に関しては、市民ポータル上で適用規則を参照したり、個々のケースに応じた支給額⁹⁾などを確認することが可能だ。一例として、国内の転居届けはマイペー

ジにログインし、一覧の自己申請手続きから「引越し」を選択する。新旧それぞれの自治体へ転入・転出届を出す必要はなく、住所変更に関連する公共サービス手続き(同伴家族の有無、かかりつけ医の変更など)が同時に問われ、完了する(安岡, 2009)。

(3) 利用の現状

市民ポータルの利用は、実際のところまだ限定的だ。2009年は、月間平均で35.7万人の利用があったと報告されているが、閲覧利用が主な利用法と見られ、別の報告では2009年1月の段階で市への電子申請は全体の5%以下にとどまっている。想定するモデルケースと異なる場合の電話・対面サポート力の弱さが目立ち、電子署名、ブラウザー、システム連携などの技術的な課題も山積している(最終章で課題として言及する)。電子申請を選択肢の1つとしておくだけでは利用率は高まらないようだ。例えば、転居届けは、電子署名を利用することで簡単に手続きできるが、現在のところ7%しか利用されていない。一方、多少強引でも電子申請のみ受領とし、利用数が伸びた例もある。奨学金申請は毎年31.5万件に上るが、2009年から電子申請のみの受付としたところ、従来の20%から95%に上昇した(残りの5%は特例が適用される学校群で、電子手続きができない)(Borger.dk, 2009b; Hansen, 2009)。あまり反発なく受け入れられたようだが、奨学金というコンピュータにも慣れ親しんだ若者を対象としたサービスであり、電子申請が導入しやすかった点を鑑みる必要がある。

政府は、2012年には法人、個人と公共機関の書面でのコミュニケーションはすべて、インターネットを通じて行なえるようにすることを目指している。そのため、第二世代電子署名(後述)と電子私書箱を市民に普及させ公共機関からの伝達を集約させることを2012年までの目標としている。

II 医療・保健ポータルへの導入と経過

1 デンマークの医療・保健サービス

(1) 初期医療を行なうかかりつけ医と病院運営

デンマークの医療は、費用の85%が税金で賄われる公共医療が中心であり、外国人を含む国内に在住するすべての人に対して保障されている。ほとんどの人がかかりつけ医を持つことを希望し、医院の連絡先が記載された医療保険証が支給され、無料で診療を受けることができる。特定のかかりつけ医を希望しない場合には、自由にどの医師にもかかることができるが、居住自治体から出る医療費補助金を超える額は自己負担となる。基本的にかかりつけ医が初期医療を担当し、必要であれば医薬品の処方箋を出し、患者はそれを薬局に持参し薬を購入するのが通常である¹⁰⁾。患者の既往症や受診歴はかかりつけ医により医療電子通信システム(メドコム)を通して中央データベースに記録される。このデータベースは国内のすべての医療施設からアクセス可能である。かかりつけ医の手に負えないような深刻な病気の疑いがある場合に初めて、病院を紹介される。

デンマークの医療施設は95%が公立病院で、治療費が自己負担となる民間病院が5%ほどある。その占有率はわずかだが、現行政権の施策により公共医療の中でも役割の一端を担うようになってきている。

(2) 治療待機期間保証と自由病院選択制

デンマークでは、病院での検査や治療・手術が必要でも、待機リストに入れられて長期間待たねばならない状況が恒常化していた。こうした状況を改善するため、自由党・保守党の連立政権は2002年に治療待機期間保証という政策を出した。これは、2002年当初は8週間、2007年か

らは原則として4週間以内の待機期間を約束され、それを超えた場合には自由に同様の治療を行なえる民間医療施設を選び(「自由病院選択制」)、治療費の支払いは本人に代わって患者の住む地方がするというものだ。これにより2001年の政権発足時には平均して90日間だった待機期間は、2005年には平均57日に短縮された。民間医療施設での治療費は公立病院での治療費よりも高くつくと言われるが、この制度により患者にとっては無料でかかれる公立の施設と変わらないことになった。医療・保健セクターでストライキが長期化した2008年には、保証期間以内に治療を受けられない患者が一斉に民間の病院に公費でかかり¹¹⁾、公共支出のうち医療費は膨大なものとなった。

2 医療・保健情報化の目的

医療関連サービスは公的社会保障の一環であり、近年の複雑化・専門化・高度化する医療に対応し、情報の共有と再利用、一貫性のある治療といった医療サービスの充実、近年課題となっているコスト削減や医療従事者の協調連携、国民の満足度向上を図ることを目的としIT導入が検討されてきた。医療分野は内務・保健省の管轄であるが、病院を運営する地方が、国から補助金といった財政支援を受け、地域の医療関連団体・法人と連携し、90年代からさまざまな医療サービスのIT化を進めている。その中の目玉の1つが医療・保健ポータルである。

同ポータル構築の主目的は、健康的な市民生活のための情報提供をし予防意識を持たせること、患者の病気への主体的関わりや医療関係者とのコミュニケーションを促進することである。同時に、医師・その他医療従事者の事務作業の効率化を図ることも重要な目的である。次に、医療・保健ポータルの導入背景、利用可能サービスと、利用の現状を報告する。

(1) 背景・歴史

デンマークの医療情報システムの発端は、1977年の国民患者登録システム(NPR)¹²⁾までさかのぼる。NPRは、個人ごとき系列にデータが作成される医療記録システムで、個人番号である10桁の番号を基にインデックスが作られる。1994年には医療電子通信システム(メドコム)の利用が開始され、かかりつけ医は、診察のたびにメドコムを利用しNPRにアクセスするようになる¹³⁾。医療機関でのITアプリケーションの導入はその後も進展し、電子通信や個々の医療機関で独自のデータベース構築が進んだ。当時の医療システムは病院やかかりつけ医のみがアクセス権を持ち、病院の待機期間の確認や患者情報などの閲覧システムとして機能した¹⁴⁾。

1996年には、全国医療情報システム構築に当たり、統一用語集や業務区分の策定、電子カルテ構築が開始された。その後、1999年には、病院の情報化政策¹⁵⁾が内務・保健省より発表され、電子カルテが医療施設での情報システムの中心システムとして位置づけられた。利用は順調に進み、2002年には、かかりつけ医・薬局・病院間ネットワーク連携が50%に達し、同年には3,200万件の電子通信の利用が確認されている。さらに2005年には、92%のかかりつけ医、60%の専門医が電子カルテを利用している。また、異なるシステムが乱立していた病院の電子カルテシステムも統合が進んできている。全国で1つのシステムを構築することはEU公共調達指令に反する¹⁶⁾ため、当面の目標として2013年までに1地方につき1つ、計5つの電子カルテシステムに集約することが掲げられている。

医療・保健ポータル的一般利用は2003年に開始されており、医療関連情報の閲覧に加えて、2005年からは1977年以降の自分のカルテ記録閲覧も可能になっている。

(2) 利用可能サービスと現状

医療・保健ポータルで利用可能なサービスは、1.健康や医療一般情報や手続き閲覧、2.医療関係者への連絡、3.自分の医療記録(カルテ)閲覧である。薬局の共通データベース導入も進み、市民は処方箋無しでも薬剤の購入が可能だ。薬局は、かかりつけ医が記録した処方箋データを確認し薬剤を処方し記録を残す。医師・薬局・市民が同時に確認可能で、薬の二重処方防止に役立つ。今までの医療分野での課題である待機期間なども、電子システムで一部支援されている。例えば、前述の自由病院選択制に対応し、医療・保健ポータルのリンク先の1つに医療施設選択サイトがあり、患者が全国各地から自分の疾患を治療することができる医療施設一覧から、地理的条件や待機状況などの情報をもとに、希望する病院を探すことができる。

医療・保健ポータルは、信頼できる医療情報源として市民の認知度も高い。しかしながら、市民ポータルと同様、利用されているのは主に一般情報閲覧であり、政府が推奨するかかりつけ医の予約や、医師からの個人への連絡、検査結果や個人医療情報閲覧の利用は限定されている。例えば、かかりつけ医に電子的に連絡することも可能になったが、利用方法は依然複雑で、電子署名の入手を初めとした初期設定などが必要なため、電話応対を希望する者が大多数である。

III 税務

1 税務

(1) 世界一の税負担

ここまで挙げてきた社会保障を可能にするのが、税金である。被雇用者の場合は、給与所得から住民税として市へ平均24.8%、医療保険賦課金という名目で医療を所管する地域へ8%、労

働市場貢献費として雇用保険へ8%、そして国へは5.48%、6%、15%の限界税率で所得税が累進課税され、これらが源泉徴収されてきた(2009年)。奨学金や年金、失業手当、生活保護といった移転所得もすべて課税対象である。さらにすべてのもの・サービスに一律25%の付加価値税がかかるため、実質の国民負担率は73%程度で世界一となっている。

しかし、当然ながら徴税が必ずしも順調なわけではない。個人レベルで見ると、家庭での清掃サービスや家屋のリフォームや電気工事などを、口約束と現金払いで行なうことによって、徴税逃れをしているケースが指摘される。合法に作業を受注した場合には、労働者が納める所得税と作業への付加価値税が税金として納められるため、無申告で働いた場合と比較すると、2.5倍程度の価格となる。ロックウール財団研究ユニットが2004年に行った調査では(Rockwool fondens forskningsenhed, 2006)、2001年にはGNPの3.8%にも相当する労働がブラックで行なわれ(2005年には3%にまで低下¹⁷⁾)、国内のブラック市場の大きさは190億DKKと試算されている。法人レベルでは、複数の多国籍企業が低税率の国にある姉妹会社と不当な価格で商品の仮売買をし、経常利益をゼロと申告することで数十年にわたって法人税の徴税を逃れているケースが2010年に問題になった。また、税避難地に資産を隠して徴税を逃れる個人に対しても、新しく対策が講じられ始めている。2010年2月に着任した税務相は、税避難地となっている国の銀行から顧客データを買収する計画を明らかにし、摘発前に自主申告すれば、追加徴税だけで処罰をなしにするなどの恩赦をつけて誘因とするとともに、納税という国民の義務を果たさない者に対して厳しく処する覚悟を明らかにしている。税務局の独自調査によって脱税が摘発される場合もあるが、匿名の情報提供も推奨されている。

経済危機後、匿名の脱税情報提供は増加しており、一例では2009年、シェラン島の中部・南部の税務局ではひと月に約50件(12月半ばの時点で同年546件)の情報が寄せられ、2,800万DKK超、付加価値税450万DKK超、罰金76万DKKの成果を上げている¹⁸⁾。

(2) 税制改革と減税の撤回

自由党・保守党の連立政権は2001年に発足してすぐに「税ストップ」という政策を掲げた。これは、不動産、自動車、タバコ、アルコール等の税率を2001年の段階にとどめ、そこから上げないことを指す。これに伴い、2005年に51.0%だった対GDP比税負担率は、2010年には45.9%にまで下がった。この税ストップとともに、現行政権の公約に掲げられていたのが、2010年1月から実施された税制改革による減税である。中間税率が廃止され、これまで三段階だった所得税が二段階になり、15%の最高税率を受ける者はほんの一部の高所得層だけに、残りの大多数は3.67%の課税となった。同時に、所得税の最高税率も59%から51.5%に下がった。

しかし、「税ストップ」を実施していなければ2010年末までに182億DKKの税収が見込めたと財務省自身の試算が出され、政府に批判が集中した。そのためラスムセン首相は、早くも税ストップを諦めざるを得なくなり、2010年5月には来る2年間でこれまで据え置かれていた税率を上昇させ、最高税率適用所得額を引き上げる措置を延期することが公式発表された。

2 税務情報化の目的

税は財源基盤であり、デンマーク国内外の経済状況や労働市場状況により徴税の枠組みが頻繁に調整される。個々人に対応した社会保障サービス額算出には膨大な時間と労力がかかっていた。そこで、情報技術により税務制度をより効率的効果的に処理し、かつ利用者にとって税金

申告や算出が簡便なシステムを提供することが優先課題として挙げられた(OECD e-government studies, 2010)。

(1) 背景・歴史

税務制度の効率化への取り組みとして、1960年代には管理ツールとしての情報技術が、1970年には源泉徴収制が導入され、情報化への基盤が整備されてきた。その後、1995年には、前年の税金還付の電話システムが開始され、一年後の1996年には、同税金還付のウェブシステムの利用が開始された。2004年には3分の2以上が同ウェブを通じて申請されている。2005年には、公的給付金や各種還付金の受け取りに、指定個人口座の利用が開始された。時期を同じくして、法人税申告システムの利用が始まった。利用は義務ではないものの、このオンラインで給与管理が可能なシステムを使うことで、従業員の所得税やそのほか福利厚生や所得控除の計算や源泉徴収が簡便になったため、利用は急速に拡大した(Skat, 2007; Skat, 2010)。国は電子署名配布を開始し、個人・法人のプライベートな情報を電子的かつ安全に交換するシステムが整備されたのも2005年である。

その後の大きな変革としては、2007年に開始された電子所得申請システム(E-Income)に言及する必要がある。これは、既に社会保障サービス提供のために収集された個人データを税金申請で再利用する仕組みで、同システム利用に伴い、税金申請データは今までの年次記録から月次記録となる。2008年までは、税額の算出は一年に一度、しかも個人申請を含むさまざまな情報源から行なわれていたため税額通達の遅延が問題となっていた。しかしながら、同年から、雇用主は被雇用者の月額給与明細を税務局のE-Incomeデータベースに毎月提出することで最適な税額をこまめに算出することが可能となった。2008年末からは、自動化が促進され、所得に応

じた税額の算出が自動的に行なわれている。今後は、所得額、納税額、11の社会保障サービスとの情報連携が進み、すべてを包括した税金の自動算出が可能になると発表されている。このE-incomeシステムにより、単なる費用や人的資源の削減ばかりでなく、自動化によるより精度の高い算出が可能になり、業務の効率化が図れるとしている(Skat, 2010; OECD e-government studies, 2010)。財源徴収と社会保障による再分配が一括で行なわれるようになったとも言えるだろう。

(2) 利用可能サービスと現状

個人の税務ポータルは、見込納付額の変更、税額計算ツール、延滞税情報、納税票の注文といった「税務申告」、これまでの納付・還付歴の関連ドキュメントが収められた「税概観ファイル」、役所への連絡を中心とした「外部情報リンク」で成り立っている。3月に前年度の納税額が確定すると順に通知され、「税概観ファイル」の情報を本人が確認し、控除申告漏れや内容に誤りがあった場合には5月までに税務局へ連絡をすることが義務付けられている。法人は、税務局が提供するオンライン給与算出システムやE-Incomeシステムを用いて、毎月被雇用者の給与の算出と源泉徴収の申告を行なう。

このように、税務ポータルで提供される税確定申告システムは個人は年に数回、法人であれば、毎月利用される。税務局は、これら税務ポータルや各種ITシステムの利用により、年間1,200から1,300人分の仕事量の削減が可能になったと報告している。

IV 導入は順調だったか 今後どうなるか

各種電子政府指標でも上位にランクされるデンマークだが、電子政府導入の歴史の始まりを個人番号導入時の60年代後半と考えると、意外

と長い期間をかけて現在の段階にまで到達したということがわかる。着手されたプロジェクトは無数に存在し、消滅したプロジェクトも少なくない。アイデアは良くても、一般に普及するまでに10数年を要したものや、いまだに利用促進に困難を見ているサービスもある。現在のよう利用しやすいシステムが構築された理由として、市民を巻き込んだユーザ主導デザイン手法導入が一般的にあげられる(Bang, 2006)が、こうした評価は、複数回のデザイン改良や、数段階のパイロットプロジェクト期間が実を結んだものといえる。この章では、電子政府進展の理由を考察し、さらに今後の課題として、個人情報保護、セキュリティ、デジタルディバイドについて「自律した市民」という視点から考察する。

1 デンマーク電子政府の特徴

デンマークの電子政府は、情報システムの一義である必要な情報や資料の入手を可能にする十分な情報の集約地となっている。必要なときに、必要な情報のブラウジングが可能な、まさにポータルとしての役割を担っており、各種ポータルサイト訪問のインセンティブを確実にしている。現状では、市民ポータルの例からも見られるように、利用者は、情報閲覧を主目的としており、各種手続き機能や電子私書箱機能の利用は盛んであるとは言いがたい。しかしながら、枠組みをまず利用させ、段階的に機能を付加していくことで、その利便性を実感した市民がさらに付加価値の高いサービスを利用するようになっていく。これが第一の特徴といえよう。

二つ目に、電子化を段階的かつ半強制的に導入していることである。省庁や公共団体が率先して電子システムを導入し、電子申請や登録などが可能になる。その後、電子化を半ば強制的に法人に導入し、複数サービスができる基盤が

整った頃に、市民に利用を促進させる形が取られることが多い。

三つ目には、早期の個人番号導入が情報化を促進したことが挙げられる。1994年のIT国家戦略策定時に既に個人番号制度や各種専門ITシステムが導入されており、市民や専門家の日常に浸透していた。個人番号は、各種システムでの個人特定を簡便にし、税務ポータルや医療・保健ポータルの前身となった各種情報システムにおいて、専門家の評価が既に確立していた。情報システム導入時には、個人番号の利用は開始から20年以上経過しており、IDとしての利用は自然に進んだ。しかし、この点に関しては、利点欠点の両視点からみられるべきであり、個人情報やセキュリティの問題と絡めて、次に議論する。

2 今後の課題

(1) 個人番号制度と個人情報保護の問題

個人番号制度は1968年に導入され、既に40年以上も個人認証として利用されてきた。導入当初は、個人に番号が振られることへの嫌悪感や警戒心も見られたようである。その後、2000年個人情報保護に関するEU指令95/46/ECに基づき、「個人データ処理に関する法律¹⁹⁾」が制定された。同法律では、個人情報保護のため、個人番号をデータベースIDとすることが禁止され、同年に、データ監査局²⁰⁾が設置されて個人データ保護の監視・報告が定められた。各行政機関・団体は、個人番号中央管理局のデータにその都度アクセスして必要な個人情報を入手し、個人情報の変更は、個人番号中央管理局のみが行ない、市民は各機関に変更を申請する必要がない。各機関は、利用目的に沿った情報だけを管理し、複数機関の間で情報の交換は基本的には行なえず、警察の捜査などに使う以外には、各組織が管理する情報を一元化することは禁じられている。

いわば、行政の個人情報一元管理ではなく、分散管理が達成されていることになる。同時に、個人データ処理に関する法律で自分の情報について知る権利が定められており、各ポータル上では自分の情報にアクセスした機関一覧が確認できる。

しかし、現在、個人のID管理がずさんであるとしてデータ監査局が警告するほど、個人情報窃盗の問題が表面化し始めている。個人データ処理に関する法律に基づけば、契約締結する場合を除き、個人番号を顧客に聞く必要はないが、オンラインサイトでも、認証のため安易に個人番号を要請する場合がある。消費者団体の弁護士は、個人番号売買や、盗まれた個人情報を用いての銀行口座開設や犯罪のケースを複数報告している。これらは個人の注意不足以上に、公共サービスが次々と電子化され、人々の意識が追いつかないことも一因だ。多くの市民にとって、個人番号は物心がついたときには与えられていたものであり、個人情報として注意して扱われなければならないものであると認識されていないのが実情だ。一度電子的に記録された個人番号は、完全消去することは困難だが、自ら個人番号を記載した履歴書をオンラインで公開したり、大学事務が学生の個人番号をホームページ上で公開していたなどのケースが後を立たない。

(2) セキュリティと電子署名

ITシステムの安全性向上は、電子政府の課題の1つであり、そのための取り組みとして、電子署名に関するEU指令1999/93に基づき、2000年10月には電子署名法が施行された。電子署名導入以前には、税務ポータル、その他各行政機関や銀行のネットバンクサービスが独自に簡易IDやパスワードを配布してきたが、電子署名は、民間法人も共有できる安全な電子IDとして導入された。国は2001年から個人には無料で、法人に

は取得料のみ有料・利用料は無料で配布し、その利用促進に努めてきた。

電子署名は、2008年4月で100万件、2010年4月には300万件が発行されている。人口の半数を超える取得数はそれなりの浸透度を示すが、利用者数には法人も含まれ²¹⁾、政府が推進をしている電子私書箱機能や、医療情報の閲覧や医師との連絡手段に電子署名を利用する市民はまだ限られる印象だ。現状では、市民ポータルの個人情報閲覧には、電子署名の取得が必須であるが、市民ポータル以前に構築され、最も利用者の多い税務ポータルや地方自治体の各行政機関のサイトでは、旧来の簡易ID・パスワードが利用可能であるケースも多い。

政府はセキュリティを強化した第二世代の電子署名導入を2010年7月から進めている。第一世代電子署名は、DanIDと呼ばれる公開鍵基盤による電子署名システムである(NTTデータ、2006)。利用者は、1つのコンピュータ(多くの場合個人所有のコンピュータ)に暗号鍵をインストールし、さらにログイン時に暗号鍵のパスワードを入力する。電子署名の入手の手続きは煩雑で、申請から配布まで数週間かかり、送られてきても期限内に有効化できなかった、アクセス元が限られるといった点で、早くから利便性に問題が指摘されてきた。

第二世代のNemIDは、よりセキュリティと簡便性が強化された新電子署名で、利用者は、ID、パスワード、キーカード²²⁾を利用しログインすることになる。これによって、ハード依存ではなく、キーカードというソフト依存になるため、アクセス元を選ばない。NemIDは、7月から開始され11月には移行終了予定であり、2010年11月からは、公共機関ではNemIDを使い、税・社会保障関連の手続きや個人情報の確認をするようになる。

(3) 自律した市民は育てられるか

デンマーク電子政府システム推進は、公共支出・サービスのコスト削減・人的資源の有効活用などの効率化が主目的であった。つまり、電子政府推進は、単なる公共サービスの向上ではなく、ITによるセルフサービスをできる限り導入し効率化を進めることが求められてきた。これは、「自律した市民」の育成が北欧における社会政策の暗黙のアジェンダとして機能してきたためだ。誰にでも情報を公開し、アクセス権を保障することで、消費者・利用者が物事に積極的に参画することを前提とみなす。しかし、現実的には公式にアクセス権はあっても、言語能力、生活環境、ITリテラシーといった障壁によって、機会の平等は適えられても結果の平等は適えられないケースが多々ある。デンマーク電子政府政策においても、一部の集団がシステムからこぼれ落ちる、デジタルディバイドの問題は少なからず存在する。

前任のラスムセン首相から始まった、現行の自由党・保守党政権による「小さな政府」へ向けた自由化の方針²³⁾は、市民により多くの選択肢を提供したが、同時に市民の責任を強めた。ひとりひとりが「自律した市民」であることを前提とし、選択肢の中から個人の責任で決断し、それに伴う結果も自分の選択によるものだという論理である。複雑な情報から最善策を見つけ出せる者には適した制度だが、IT機器に慣れていない高齢者、デンマーク語に不慣れな外国人、必ずしも会計の知識のない市民にとっては、情報の洪水の中から自力で最適な情報を入手するのは簡単ではない。

デンマークに住む外国籍を持つ者も2010年1月で約1割を占め、無視できない存在となっているが、現在の各ポータルでの情報提供はデンマーク語が中心であり、外国人には利用しにくい。例えば、前述の電子署名取得手続きは、連絡が

すべてデンマーク語で、DanID電子鍵のインストール方法も、デンマーク語でのみの提供である。市民ポータルサイトの下には外国語の選択もできるように書かれているが、デンマークで提供される情報が他言語で読めるわけではない。就労・留学ビザなどをもつ外国人を対象として、生活一般情報のリンクを紹介をしているに過ぎない。

こうした個人をサポートする窓口業務に関しては、簡素化や自治体統合による業務移転など、以前に比べ逆に非効率になっているという批判もある。これに対して、科学研究相は(完全電子化を目指す)2012年になっても窓口サービスを完全に停止するわけではないとし、国民のIT能力を引き上げるために有効なイニシアティブを多く実施していると強調している。広報・周知と教育訓練によって、一部の市民への公共サービスの低下を招くことなく、電子化をいかに達成していくかが今後の課題の1つとして挙げられる。

さいごに

本稿では、電子政府システムを概観し、税・社会保障情報の管理と活用を考察してきた。デンマークは、小国であるがゆえ電子政府のインフラ整備や組織横断システムの構築がより柔軟に対応できたともいえる。そのため、本事例をそのまま他国に移植することは適切ではないが、デンマークから学ぶことは多々あるだろう。例えば、市民ポータルでは、労災や病欠、休暇などの規則から個々人に対応した権利まで一元的にまとめられ、所轄官庁を超えて簡単に調査可能だ。信頼の置ける公式情報を一箇所にまとめ、市民の公共情報へのアクセスを簡便にすることで、社会に対する関心が日常生活の中から醸成されやすい。

今後、デンマーク政府は、公共セクターへの

より容易なアクセスの実現、更なる安全性の確保、市民ポータル の携帯版を含めた移動体通信の活用を進めていくとしている。2010年6月にはOECDから電子化に関する報告書(OECD e-government studies, 2010)が出され、デンマークの電子化戦略の高評価と同時に、一貫した電子政府の枠組み強化、公共部門での更なる利用促進、市民・法人など民間の参画強化の3点が提案されている。これらの点に関しての考察も進められるだろう。今までの経験を踏まえ、今後どのように電子政府が改良されていくか注目される。

注

- 1) eGovernment Strategy, eGovernment Strategy for 2004-2006, eGovernment Strategy for 2007-2010 http://modernisering.dk/fileadmin/user_upload/documents/Projekter/digitaliseringsstrategi/Danish_E-government_strategy_2007-2010.pdf
- 2) 運営委員会は財務省、地方自治体連合(地域市民サービスを所轄)、広域自治体連合(医療サービスを所轄)、科学・技術・発展省、経済産業省、内務・社会省、保健・予防省(当時)、税務省の官僚が構成。
- 3) ベンチャーキャピタルのEQTが85%、年金の一部を管理するATPが15%の株保有率で買収した。
- 4) 奨学金は国から学生への生活支援手当として、約5年間個人口座に支給。期限が終了した場合や規定額以上を希望する場合には、低金利の学資ローンの貸付が可能。
- 5) この自治体改革で、地方自治体Kommune(本文中は「市」と表記)が271から98へ統合され、広域自治体Amt(同、「県」)は廃止されて広域自治体連合Region(同、「地方」)に再編成された。
- 6) 2009年に電子化推進のために科学・技術・発展省が設置した高速ブロードバンド委員会は、最終的な電子化サービスコストは、窓口個人対応と比較し、約50分の1になると試算している。
- 7) 経緯概観 <https://www.borger.dk/OmBorgerDK/Sider/Omborgerdk.aspx>
- 8) 省庁・局・地方・市・王室, EU, 国際組織, 大使館, 裁判所, 国会, フェロー諸島, グリーンランド, その他の組織と多岐にわたる情報が集約されている。FOA <https://www.borger.dk/FOA/Sider/>

default.aspx

- 9) 失業手当など多くの社会保障給付は個人単位で、所定期間の当人の所得額に応じて給付額が調整される。一方、年金や生活保護は例外的に配偶者間の扶養義務が適用され、配偶者に十分な収入がある場合、支給停止や減額がされる。
- 10) 受診は無料だが、薬は一定額を超えるまで自己負担である。病院に入院する際には、食費や薬代を含めてすべて無料となる。
- 11) ストライキ終結後の2008年11月には、2009年6月末までの同期間保証制度の一時凍結措置が決定・実施された。
- 12) the National Patient Registry, NPR.
- 13) Dansk Selskab for Medicinsk Informatik DSMI. www.dsmi.dk, www.health-telematics.dk
- 14) Center for Sundhedstelematik, Fyn Amt. <http://www.cfst.dk/>
- 15) National Strategy for Information Technology in Hospitals 2000-2002.
- 16) EUでは加盟国が公共調達をする際、入札の公正を期すために告知や公示期間の基準を定めた公共調達指令(2004/18/EC)が適用される。オランダでは全国電子カルテを目指し、政府が積極的に推進したが、1つのサプライヤが全国統括システムを構築することが同指令に反するために問題となり、当該iSoft社は撤退せざるを得なくなった(Toft, 2010; NTTデータ, 2007)。
- 17) 同研究ユニットは、デンマーク語のsort arbejde (black work)という言葉を用い、「意識的に税務局に知らせないことで、経済的なメリットを得ることに両者が合意したもの」と定義し、不正な申告や無申告といった「通常の税逃れ」と区別している。同調査で対象としているのは、両者の合意に基づいた前者のみである。
- 18) Lørdagsavisen 2009.12.15. <http://koege.lokalavisen.dk/annmeldelser-giver-resultat-hos-skat/20091215/artikler/712159865/1557>
- 19) 個人データ処理に関する法律 Persondataloven (The Act on Processing of Personal Data).
- 20) データ監査局 Datatilsynet (Danish data Protection Agency).
- 21) 前述のように、法人は各種機関との連絡や税務関連手続きをオンラインで行う必要があるため、電子署名の取得は必須だ。法人は、法人番号(CVR nummer)で管理される(p.18図参照)。
- 22) キーカードは、当面、コード一覧が印刷されているカードサイズの紙であり、ICチップ等は導入されていない。安全性確保のため、定期的に新しいカードが更新(郵送)されるとしている。

- 23) アナス・フォー・ラスムセン前首相は, Robert Nozick (1974) *Anarchy, State, and Utopia* (ロバート・ノージック著, 嶋津格訳(2000)『アナキー・国家・ユートピア 国家の正当性とその限界』木鐸社)の最小国家論に啓発され, 1993年に *Fra socialstat til minimalstat* (『社会福祉国家から最小国家へ』)を著している. 小さな国家路線を標榜し, 市場原理に則った改革を進めた.

参考文献

- Bang, Mads. 2006. "Skat er digitalt forbillede", *Computerworld*.
<http://www.computerworld.dk/art/35399/skat-er-digitalt-forbillede>
- Bodal, Carsten and Hansen, Anders-Schmidt. 2009. "Effective and Efficient ICT Strategies to Support Pension Administration", International Seminar on Priority Challenges in Pension Administration.
- Borger.dk. 2009a. "Baggrund og perspektiv." In *Borger.dk hjemmesider*.
<https://www.borger.dk/OmBorgerDK/Sider/Omborgerdk.aspx>.
- Borger.dk. 2009b. "Handlingsplan for indsatsområdet brug erinddragelse." *Borger.dk*
https://www.borger.dk/SiteCollectionDocuments/Partnerforum/Brugerinddragelse%20og%20brugerunders%C3%B8gelse/Handlingsplan_for_brugerinddragelse.pdf
- Greve, Bent. 2008. "Velfærdssamfundet – en grundbog." *academica*.
- Hansen, Kenneth. 2009. "Tvangs-digitalisering af SU'en giver pote." *Computerworld*.
<http://www.computerworld.dk/art/52620/tvangs-digitalisering-af-su-039-en-giver-pote>
- Karkov, Rasmus. 2010. "Befolkningen lades i stikken når det offentlige digitaliserer." *Dagbladet Information*, 2010.3.22. <http://www.information.dk/227956>
- Kæregaard, Inger et al., 2010. "Sociale ydelser 2010: Hvem, hvad & hvornår," *Forsikring & Pension*.
Lørdagsavisen 2009.12.15.
<http://koegge.lokalavisen.dk/anmeldelser-giver-resultat-hos-skat/20091215/artikler/712159865/1557>
- Ministeriet for Videnskab Teknologi og Udvikling, Digital kommunikation mellem det offentlige og borgerne, 2007.
<http://vtu.dk/filer/publikationer/2005/digital-kommunikation-mellem-det-offentlige-og-borgerne/index.htm>.
- OECD e-government studies, Efficient e-government for smarter public service delivery, 2010.
<http://www.oecd.org/dataoecd/43/55/45382552.pdf>
- Regionernes Sundheds-it Organisation (RSI) Pejlemærker for sundheds-IT 2010, 2010.
<http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Pejlemærker%20for%20sundheds%20it.ashx>
- Rockwool fondens forskningsenhed, Nyt fra Rockwool fondens forskningsenhed April 2006
<http://www.rff.dk/files/RFF-site/Publikations%20upload/Newsletters/Dansk/Nyhedsbrev%20april%202006.pdf>
- Skat. 2007 "Om tastselv, borger." In *Skat hjemmesider*.
<http://www.skat.dk/skat.aspx?oId=399845&vId=202497&search=digitalisering>
- Skat. 2010. "Skat har vundet digitaliseringsprisen for virks omheder." In *Skat hjemmesider*.
<http://www.skat.dk/skat.aspx?oId=1896428&vId=0&search=digitalisering>
- The Ministry of the Interior and Health. 2005. *The Local Government Reform – In Brief*.
<http://www.regioner.dk/DanskeRegionerInternet/In%20English/Publications%20and%20Policy%20Papers/~media/Filer/Danish%20Regions/The%20Local%20Government%20Reform%20in%20Brief.ashx>
- Toft, Ole Nikolaj. 2010. "Kun én EPJ per region i 2013", In *Altinget/sundhed*, 2010.6.7.
<http://www.alinget.dk/Sundhed/artikel.aspx?id=113391>
- NTT データ 2006「デンマークにおけるデジタル署名の普及に向けた取り組み」『欧州マンスリー』2006年5月号.
http://e-public.nttdata.co.jp/f/repo/384_e0605/e0605.aspx
- NTT データ 2007「電子医療先進国オランダの進める全国電子患者記録」『欧州マンスリー』2007年1月号.
http://e-public.nttdata.co.jp/f/repo/438_e0701/e0701.aspx
- NTT データ 2008「デンマークの社会保険ワンストップ・サービス」『欧州マンスリー』2008年10月号.
http://e-public.nttdata.co.jp/f/repo/583_e0810/e0810.aspx
- ジェトロ コペンハーゲン事務所 2006「デンマークの医療の効率化とIT」『ユーロトレンド』2006年9月号.
<http://www.jetro.go.jp/world/europe/eurotrend/pdf/0609R3.pdf>
- 鈴木優美 2010『デンマークの光と影—福祉社会とネオリベラリズム』リベルタ出版(近刊).

デンマーク統計局. <http://www.dst.dk/>
デンマーク中央銀行. <http://www.nationalbanken.dk/>
安岡美佳2009「市民ポータル構築から見るデンマーク
の電子政府政策」『JDNET』, 2009. March.

(やすおか・みか 京都大学GCOE研究員
コペンハーゲンIT大学GIRIプロジェクト研究員)
(すずき・ゆうみ ロスキレ大学博士課程)

EHRが変える保健医療

—諸外国の取り組みと我が国への示唆—

山本 隆一

■ 要旨

健康・医療情報の電子化は着実に進められているが、個人にとって、あるいは地域や国にとって真に有用であるためには、医療機関や保健機関が情報を管理する現状では限界がある。特に我が国では医療機関をほぼ自由に選択できる制度であり、生涯にわたる情報管理を医療機関等に期待することはできない。その一方で少子高齢化が進行し、生活習慣病を主体とする慢性疾患が重要な課題となり、長期に渡る健康・医療情報の利活用が求められている。これを解決するために提案されているものがEHR(Electronic Health Record)であり、実現が期待される。我が国で真に有用なEHRになるためには本人が情報を必要とするときにすでに蓄積されている(Pre-population)必要があり、また特段の情報リテラシーがなくても情報が蓄積されて(Auto-population)いなければならない。このような機能を持つEHRがユニバーサルサービスとして実現されれば、今後の我が国の医療や健康管理に大きな利益をもたらすと考えられる。

■ キーワード

EHR、Electronic Health Record、個人情報保護、Pre-population、ユニバーサルサービス

はじめに

医療は本来、人と人が信頼を元に個人的に向き合うことで成り立つもので、感覚的にはコンピュータとネットワークによるITと容易に結びつくものでもないし、また安易に結びつけるものでもない。しかし現実には医療現場には着実にITが導入されている。

ITとはInformation Technologyの略で、日本語訳は情報技術である。端的に言えばコンピュータとネットワークを利用して情報の処理を効率化する技術と言え、本格的に開花したのは1960年代以降と言われている。当初はあくまでも計算が主体であったが、インターネットを中心とする通信技術が発達するにつれて、計算だけではなく、ITを介した人の対話や協調作業といっ

たコミュニケーションも重視されるようになった。そのために最近ではInformation and Communication Technologyと呼ばれることが多く略語もITではなくICTが使われる傾向にある。さてITからICTに進化することで、人と人を結びつける機能が重視されるようになったことで、多少は医療現場にも親和性が出てきたとも考えられるが、それでも、健康に不安があり、原因の究明と親身になったケアを求める患者さんがコンピュータと対話したいと考えて医療機関を訪れるわけではない。

では、なぜ医療現場へのICTの導入がこれほどまでに熱心に進められるのであろうか。逆説的に聞こえるかも知れないが、1つには医療の本質に起因していると考えられる。2003年の文部科学省研究補助金特定領域研究「ITの深化の基盤を

拓く情報研究」の公開シンポジウムで日本IBMの岩野氏は、人の一生にかかわる情報をすべてデジタル化した場合にどれくらいの量になるか、という興味深い予測を公表した。彼らはほぼ1 peta bytesと予測している。petaという単位は我々にとってあまりなじみのあるオーダーではないが、10の15乗に相当する。現在の技術でこのオーダーの情報を蓄積するためには大きめの机一個程度の体積を必要とする。この総量自体をどう感じるかは人それぞれであろうが、岩野氏によればその70%程度は健康と医療にかかわる情報としている。つまり情報の量として考えれば人の一生にかかわる情報の7割は健康と医療にかかわる、医師を始めとする医療従事者等が直接的・間接的に扱わなければならない情報と言うことができる。つまり医療や健康は本質的に大量の情報を扱わなければならない分野と言うことができる。この膨大な量の情報を必要に応じて利活用できる形で効率良く扱うためには紙やフィルムといった物理媒体では不可能であることは自明であろう。もちろん現時点では医療健康にかかわる情報が完全にデジタル化されているわけではない。しかしX線撮影やMRI、内視鏡などの画像情報は着実にデジタル化されつつあり、検体検査はかなり以前からコンピュータによる自動計測が当たり前であるし、ECGなどの波形情報もデジタル化が進んでいる。撮影や測定がデジタル化されてもフィルムに印刷し、報告書をプリントアウトすれば何も変わらないと思われる向きもあるかも知れないが、それはデジタル化の本質をとらえていない。情報を電子化、つまりデジタル化と言うことは、まったく同じものをいくつでも複製でき、時間による劣化から解放し、さらに検索や再構成を飛躍的に容易にする。ICTは道具にすぎないが、ボールペンが道具であることと同じ意味の道具ではない。情報の利用性の飛躍的な向上を意味しており、現在

デジタル撮影された胸部単純撮影画像は50年後でも現在とまったく同じ精度で観察できることを意味している。また、まったく同じ画像を何箇所でも同時に観察できることを意味している。旧来は紹介患者さんが来た場合、多くても数ページの紹介状と数枚のコピーフィルムがあり、既往歴は問診で埋めているが、遠くない将来にはサマリとしての紹介状は変わらないかも知れないが、根拠となる検査成績や画像情報・波形情報は紹介元とまったく同じものが利用でき、必要であればすべての情報を入手できるようになることは確実である。さらに高速で要領よく縦覧することが可能で、必要に応じて自施設で生じた情報と一体的に扱うこともできる。わからないことはあきらめもつくが、利用できる情報を適切に利用しないために最適の加療を行えないということは許されるものではないだろう。このような意味では医療のICT化は必然とも言える。

EHR : Electronic Health Record

とは言え、保健医療機関は基本的に目の前の患者のケアに専念するための組織であり、自らの加療対象ではなくなった人の情報を持ち続けることは業務の域を超える。もちろん診療録や調剤記録には法令で定められた保存期間があるが、これはあくまでも診療などの行為の監査性を確保するためであり、長い時間を経ても利用可能なように手をかけることを想定しているわけではない。我が国では患者は医療機関も保険薬局も自由に選択できるために、医療機関などが情報を持ち続けることは経済的な利益につながる保証はまったくない。その一方で情報の漏洩等のリスクは情報を保持する限り存在するために、教育や研究などリスクを超えるメリットを持つ大学病院のような医療機関以外は難しい。

この問題はオランダや英国など、人頭登録の General Practitioner (GP) 制度の国でさえ重要な課題となりつつある。つまり情報の電子化によって利便性は向上するものの、利便性を維持するための情報管理主体がこれまでの制度では不明瞭であった問題が世界的に顕在化していると言える。

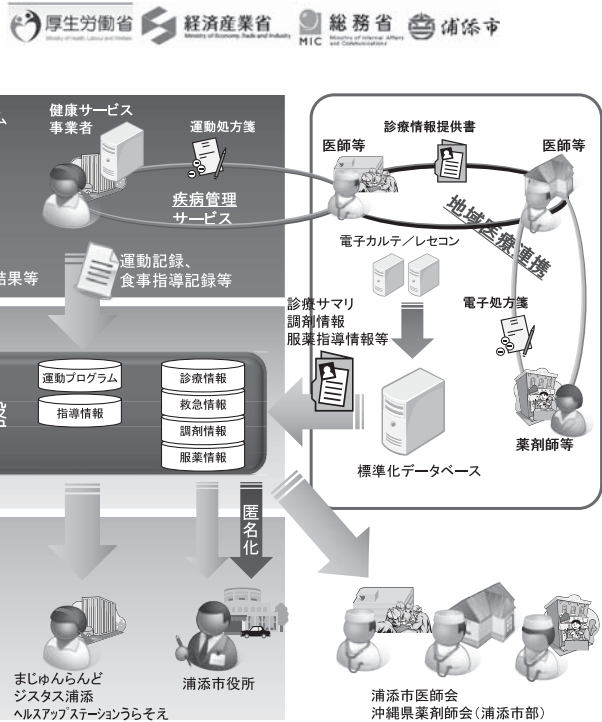
また保健医療情報の利用性の飛躍的な向上は情報主体である個人のために使われるだけではなく、国や地域レベルのマスとしての分析にも寄与することは当然である。例えばある自治体において全住民の中で降圧剤を服用している人数、飲み始めた人数、服薬を中止した人数を毎月、リアルタイムに全数把握できれば、入念に計画された cohort 研究に比べれば精度は落ちるかも知れないが、その自治体における高血圧症の状況を把握することができ、例えばその自治体で脳卒中に対する施策を実施した場合の効果判定に有用なデータとなりうる。このようなデータがない場合は脳卒中の発生率や死亡率が指標となり、これらの指標は血圧のコントロールが向上したとしても、数年あるいは10数年してはじめて把握可能になる。しかし現状では我が国ではこのような情報を把握することが非常に難しい。調剤薬は診療報酬請求明細(レセプト)には記載されているが、保険者ごとに収集され横断的に分析する仕組みはない。また保険者の中だけでも分析されているとは限らない。英国のように単一の保険者であれば保険者の努力で不可能ではないが、米国では保険者ごとに対応が異なる。我が国では多くの保険者にそのような分析を行う余裕さえないというのが現状であろう。

つまり個人としての保健医療情報の生涯にわたる利活用の面においても、地域や国レベルでのマスとしての分析における活用においても現状は仕組みが存在せず、新たな仕組みが必要と

言える。個人としての保健医療情報の生涯にわたる利活用を可能とする仕組みを PHR: Personal Health Record と呼ぶことが多いが、マスとしての分析まで含めて考える場合 EHR: Electronic Health Record と呼ぶことが多い。ただし EHR という言葉は国によって、あるいは研究者によって異なる意味に用いられることがあるため、本稿では前述の個人として保健医療情報を生涯利活用できる基盤とマスとして分析可能な基盤の両方を持つ仕組みのことを指すと定義する。

我が国のEHRへの取り組み

我が国では明に「EHR」という言葉が用いられたのは2009年に麻生政権のもとで作成されたIT政策である i-Japan 2015 で「日本版EHRの実現」だけであるが、実際は2006年のIT新改革戦略以降、さまざまな取り組みがされている。まず2006年のIT新改革戦略に基づく重点計画2006では「生涯利活用可能な健康情報データベースの構築」と「医療健康情報の全国規模での分析・活用」が政策目標として掲げられ、これにそうものとして、特定健診およびレセプトデータのナショナルデータベースの構築と、厚労省、経産省、総務省の「健康情報活用基盤実証事業」が開始された。ナショナルデータベースは電子化されたレセプト情報と特定健診情報を匿名化した上で集積するもので、すでにデータが集まりつつある。「健康情報活用基盤実証事業」は2007年度に開始され、経産省が全国4箇所では PHR の構築を実験的に行い、その内一箇所である浦添市では厚労省、総務省が連携して事業を実施しており、EHRの実証を行っている。図は浦添市の事業の全体像である。後で「我が国のEHRのあるべき姿の項」で詳しく述べるが、国民(住民)であれば誰でも望めば利用できるユニバーサルサービスとしてのEHRを実現するために基礎自治体である浦添市が事業



出所)浦添市 健康情報活用基盤実証事業推進委員会資料。

図 浦添健康情報活用基盤の概要

主体となっている。さらに2009年には前述のように自民政権下でi-Japan 2015が作成され、「日本版EHRの実現」が謳われたが、2009年8月に政権交代が起こり、見直されることとなった。しかし、2010年5月に発表された「新たな情報通信技術政策」ならびに6月に公表されたその工程表で「どこでもマイ病院」の構築が謳われた。やや目的があいまいになり、個人に情報を渡すことが主体で、その後の利活用に踏み込んでいないなど、若干後退の印象はあるが、その一方で別の工程表として「シームレスな地域医療連携」があげられ、その中で医療情報の公的機関による網羅的な把握が含まれており、全体として見れば本質的にEHRの構築を目指していると言える。つまり我が国では2006年以降、一貫してEHRの構築を積極的に検討してきたと言える。

世界のEHRの状況

EHR構築の試みは当然我が国だけではなく、むしろ我が国は時期としてはやや遅れている。英国では2000年前後からNational Health Service (NHS)がNPfIT(National Project for IT)として取り組みを開始し、2007年末には基盤は完成し、その後、電子処方箋、統合Pathwayプロジェクト、Map of MedicineガイドラインなどEHR上で動くアプリケーションを次々と稼働させている。

フランスはDMP(Dossier Médical Personnel: Personal medical record)と呼ばれる国営のデータベースを構築し、2007年から2年にわたる個人情報保護の議論の後、2010年から医療機関等の情報が強制的に蓄積され始めている。フランスはSesame Vitaleと呼ばれる保険証ICカードをすでに16歳以上の全国民に配布しており、また医療

従事者にはCPSと呼ばれる資格を示すICカードを配布しており、それらのカードをアクセスキーとすることで活用を始めている。

デンマークはEHRの構築に関しては最も進んでいると言われており、実用的に稼働して久しい。デンマークの成果を元にEU全体での取り組みも加速されており、救急データ、診療サマリ、電子処方箋、患者IDを2015年以降EU間で共有するMandate403が発令され、各国で取り組みを強化している。

アジアでは香港がすでに構築を完了したと宣言しており、韓国、台湾、中華人民共和国、シンガポールなど多くの国ではかなりの予算をかけて国家レベルでの取り組みが進められている。

米国は2004年に当時のブッシュ大統領が年頭教書で国民一人一人にEHRを提供することを謳い、おおむね二次医療圏ごとにRHIO(Regional Health Information Organization)と呼ばれる組織がデータベースを運用し、NHIN(National Health Information Network)が情報の標準化や相互接続をサポートする構想を打ち出し、進めてきたが、あまり進まなかった。2009年にオバマ大統領が、ARRA(American Recover and Reinvestment Act)で医療の情報化とその意味のある利用(Meaningful Usage)を打ち出し、EHRへのデータ提供を容易にした上で、保険者ごとのEHRの構築を推進している。多額の予算を用意した上で、一定期間後は適切な電子化を行わない医療機関に診療報酬上のペナルティを科す野心的な試みと言える。

このように多くの国でEHRの構築が進められているが、医療にかかわる制度が国によって異なることもあり、その目指す姿には多少の違いが存在する。米国では医療は基本的に州の管轄であり、連邦政府は州をまたがる要素に限られる。その意味でEU的な統合的なデータベースを構築するというよりは保険者が中心となる。も

ちろん高齢者の医療保険であるMedicareと低所得層の医療保険であるMedicaidは連邦政府が運用しており、連邦政府も保険者ではあるが、カバー率は高くない。個人の医療健康情報の管理は保険者ごとでも可能ではあるが、横断的な利用は困難である。そのため例えばFDAによるSentinel Projectのように、保険者などが構築するデータベースに対して共通の検索を行い、その結果だけは統合できる仕組みの検討も始められている。英国は世界最大の公共機関であるNHSが唯一の公的な医療費支払い者であり、横断的な利用に重点が置かれており、医療のアウトカム評価が重要な目的として取り上げられている。フランスは横断的な利用はほかのEUと同様にすでにデータの提供が義務化されており、そのデータベースは存在していたために、PHRとしての側面が強いEHRの構築が目指されている。

我が国のEHRのあるべき姿

我が国の医療の特徴は国民皆保険とフリーアクセスと呼ばれている選択の自由である。保険者は健康保険組合、各種共済健保、協会健保、国民健康保険と医療保険の構造は複雑で、保険者の数も多い。さらに少子高齢化と生活習慣病を主体とする慢性疾患の増加により、いずれの保険者も財政的には厳しい状況に置かれており、公費が全体として30%強投入されている。医療費は厳しく抑制され、国民一人あたりの医療費はG7の中では最低、OECD加盟国の中でも20位前後と低い。その一方で医療・健康のアウトカムは高いレベルにあり、WHOの評価は総合で世界一位である。つまりかなりの高効率な医療を実現していると言え、さらに昨今は限界を超えて医療崩壊を来し始めていることは周知の通りである。

このような状況で医療機関や保険者に新たな

負担を求めることは容易ではない。また少子高齢化社会での総医療費が逼迫している現状では国あるいは地域レベルで医療健康サービスのさらなる合理化が求められており、EHRを構築するとすれば、国あるいは比較的広域の地域レベルで効果の現れるものでなくてはならない。この意味でも保険者ごとの取り組みや、一つの医療機関、あるいはそのグループでの取り組みでは難しい。もちろん後で述べるように、EHR/PHRを用いたサービスにはフィットネスクラブやダイエット・コンシェルジュが関与するような個人で経費を負担すべき、ビジネスとして発展するものもありうるが、当面は最低限の情報の蓄積と利活用のための基盤は公的なサービスとして整備される必要があると考えられる。また個人情報保護の項で後述する一定の条件を満たせば、その情報を横断的に分析することで、地域にとっても国にとっても有用な施策の根拠となりうる。その意味では最低限のEHRは国や自治体にとっても利点のあるものであり、またそのように構築する必要がある。このような基本的なEHRが整備された上で、オプションなPHRあるいはそれを活用したサービスがビジネスとして発展することが理想であろう。つまりすべての住民あるいは国民が利用可能な仕組みとして基本的なEHRが整備されなければならない。利用を強制するものではないが、望めばいつでも利用できるユニバーサルサービスとして実現されるべきで、なおかつ生涯にわたって利用できるものでなければならない。

さて、ではコンテンツとして期待される最低限の情報とは何であろうか。この点に関してはすでに結論や合意があるわけではない。今後の検討を待たなければならないが、すでに制度として実施されていることによる情報は含まれるべきであろう。例えば母子手帳に記載されている乳幼児検診や予防接種の情報、学校健診、労

働安全衛生法に基づく企業健診、特定健診・保健指導、さらにお薬手帳がこのような情報に属する。これに医科、歯科、薬科の診療報酬明細が加わればさらに価値は高まる。フランスのように医療機関における診療サマリを強制することは現状の日本では医療機関の負担を考えると難しいと言わざるを得ない。

Pre-populationとAuto-population

さらに前述したような最低限の情報をどのように収集するかという問題がある。EHRでは医療・健康情報を個人の責任のもとに管理することが大原則である。そのことが極めてプライバシーに機微な情報を扱うためのほとんど唯一の解決法であろう。つまり本人のコントロールの元に情報が扱われなければならない。しかし、その一方で、健康への関心は現在、あるいは将来の自身の健康に何らかの不安が生じたときに高まるが、何の不安もないときに十分な関心を引き起こすことは期待できない。それにもかかわらず生活習慣病を中心とする慢性疾患が主体の我が国では、健康に不安を感じない時期からの医療健康情報が意味を持つことも少なくない。またかつて大量に使われた抗生物質であるクロラムフェニコールと再生不良性貧血のように服用後数10年してから明らかになる副作用がある。つまりEHRには情報を蓄積すべきであるが、本人の関心は低いと言う状態を乗り越えなければならない。

そのためには、本人が特段の希望をしなくても、情報が蓄積する仕組みが必要になる。このような情報の蓄積をPre-populationと呼んでいる。また本人が健康に関心を持ち、情報を蓄積する意図があったとしても、いったん本人に渡った医療健康情報を本人自身がEHRに格納するには一定のITリテラシーが必要になり、特に健康に

問題のある時点ではかなり難しくなる可能性がある。そのような負荷を避けるためには本人が意図するだけで自動的に情報が蓄積される必要がある。このような蓄積をAuto-populationと呼んでいる。Auto-populationはともかく、Pre-populationは個人情報保護との関係を整理する必要があるが、この点に関しては後述する。

さらにPre-populationに関しては、個人の識別子(ID)の問題がある。現在、我が国でも国民共通IDの議論が行われているが、少なくとも医療介護で共通に利用できる国民IDが出生児に付与されていなければPre-populationは著しく難しくなる。この問題は我が国でEHRを構築する上で重要なので詳述したい。

Pre-populationとは簡単に言えば、出生時に医療健康情報を蓄える箱としてのEHRを一人一個作り、本人(未成年の場合は親権者)の明確な拒否がない限り、最低限の医療健康情報を自動的に蓄積する仕組みである。したがって情報が蓄積される時点では本人に明確なEHRの使用の意志があるとは限らず、ない場合には使用の申し込みなどはまだ行われていない。EHRはITシステム上の一種のデータベースであるが、継続して個人の情報が紐づけられた状態で蓄積されるためには、将来本人が利用すると決めた場合の箱に蓄積されなければならない。EHRが利用の意志に基づいてセットアップされるとすると、利用の意志を示す前には格納すべき箱が存在しない。これを避けるためには、出生時、あるいはEHRの運用開始時にすべての国民の箱が用意される必要がある。郵便局の私書箱のようなものと考えれば理解しやすい。そしてこの私書箱にはコンピュータで扱うことが可能な識別記号が必要になる。この識別記号が保健医療分野で利用可能な国民共通IDである。このIDを仮に保健医療番号と呼ぶ。保健医療番号は同じ番号を生涯にわたって使い続けることが原則ではある

が、変更を可能とすることもできる。変更した場合で、過去の番号との関係も破棄する場合、それまでにEHRに蓄積された保健医療情報は本人に結びつけられなくなり、本人の健康管理には意味のないものになるが、そのことを承知の上で変更とした場合、認められるべきであろう。なお、国民IDとしての社会保障カードとEHRの関係は別項(中安論文)にも詳細に述べられているので参考にさせていただきたい。

EHRと個人情報保護

EHRがユニバーサルサービスとして実現され、さらにPre-populationが可能となった場合、おそらく個人情報保護に関する懸念が顕在化するであろう。日本の個人情報保護関連法規と19世紀以降発展を続けてきたプライバシーの概念は微妙にずれてはいるが、一般市民にとって、さまざまな行為が適法・遵法であることより、みずからのプライバシー権が守られることが直接的利益であると考えられるため、適法・遵法は当然として、ややその範囲を拡大したプライバシー権とEHRの関係を整理したい。

プライバシーとは個人にかかわる情報の利活用に関する本人の権利であり、2つの概念からなる。1つは現に広く知られていないことを無闇に暴き立てられない権利で、“Right to be let alone”として1890年にWarrenとBrandeisによって提唱されたクラシックな概念である。大衆新聞と言うマスコミの登場によって認識されたと言ってもよい概念で「そっとしておいてもらう権利」と呼ぶこともある。2つ目はこの概念に追加される形で1970年代に認識された、自己に関する情報(個人情報)を自身のコントロール下におく権利である。この2つは情報の利活用を意識するかしないかと言う点で大きく異なる。自分の情報を自分の利益のために用いることはコンピュータやネッ

トワークの発展なしにはそもそも難しい。逆に言えばコンピュータやネットワークという情報処理技術が大衆化することにより、自己の情報を自分の利益のために活用することも可能となり、また悪用された場合、大きな不利益につながるようになったとも言える。

健康医療情報はプライバシーに機微な情報とされており、この2つの権利が十分確保されることが望まれる。我が国の個人情報保護法制では自己の情報のコントロール権と言う言葉は直接使用されておらず、厳密な意味でコントロール権が確保されなければ違法とは言えないかも知れないが、健康・医療分野はステークホルダ間の信頼がその基礎にあり、その意味では一般的にプライバシーと考えられている権利は保護されるべきであろう。

EHRにおけるPre-populationにはプライバシー権上でどのような問題を引き起こしうるであろうか。情報が収集される場合に利用目的が明示されていれば個人情報保護法制上は収集すること自体には問題がない。もちろん安全に管理されることや、目的外の利用を行わないことが前提になる。しかし法制上、問題はないとしても、一般市民の感情としては、収集する主体によっては抵抗があるかも知れない。また収集されてからも、本人の明確な許可がなければ個人情報のままで利活用することはできない、という前提であるが、この前提がどのくらい確かなものかも懸念としてはあり得る。その一方で1970年以降のプライバシー権は情報が利活用できないことによる不利益の最小化という側面もある。つまり「そっとしておいてもらう」あるいは「隠す」だけでは適切に活用することによる利益を失う可能性があり、その利益を失わず、さらに個人に不当な損害を与えないために、自己の情報のコントロール権が想定されたとも言える。EHRはその典型的な例であり、活用することによっ

て、生涯にわたって適切な健康管理や医療を受けられることができるが、情報が隠されているだけ、あるいは抹消されているだけではその利益を受けることができない。

つまりPre-populationを前提としたEHRが存在しなければ情報漏洩や不当な利用というリスクは生じないが、失われる利益も存在する。コントロール権は主体的で能動的な権利であり、本人が行使しなければ本当の意味では機能しない。もちろんコントロール権が保証されていることにより、不当な利用の抑制にはなりえるが、仮に誰もその権利を主張しなければ抑制効果も望めない。したがって適切な権利の主張がサンプリング的ではあっても実際に行われる必要がある。またこの権利の主張は原則として本人しかできない。そのために、EHRはITシステムではあるが、ごく普通の市民が特別なITリテラシーなしにコントロール権を主張できる仕組みを整備しなければならない。

端的に言えば自己の情報を見たときに、過去にその情報がどのように扱われたかをわかりやすく理解できる仕組みが必要である。そうすれば、利用の停止や内容の確認など、コントロール権を発動することが容易となる。

パーソナル情報としてのEHR

さて、では縦覧の利用、あるいは匿名化利用はどうであろうか。前述したようにPre-population、Auto-populationを導入することで、情報の網羅性は高くなり、地域レベルや国レベルでの分析に大きな意味が生じる。適切に用いられれば、自治体あるいは国の施策の根拠となり、最終的にはEHR利用者の利益につながるもので、歓迎すべきものではあるが、問題は匿名性である。時系列で蓄積される健康医療情報は複雑なものとなり、一般的に個人を識別できる情報を

除いたとしても、結果的に個人が識別できてしまう可能性はある。例えば100万人に一人程度の有病率の疾患を人口10万人の自治体で検索すれば該当するのはせいぜい一人であり、その疾患が外見上の特徴を持てば、これは個人を特定していると言える。このような検索は慎重でなければならない。医療健康情報とは限らないが、大規模で網羅的なデータベースを持っている国では、一定数以下に検索結果がなる場合は利用を禁止している場合もある。米国のSocial Security Numberを用いた検索は5名以内に絞られる検索は禁止されているし、アイスランドでも一定数以下になる検索を禁止している。我が国のEHRでもこのような対策は必要であろう。

また仮に、20年間の間に調剤薬局で調剤を受けた年および月がすべてわかれば、身近な人間にとってはその情報の主体を推定できる可能性がある。しかしあくまでも推定であり、確実ではなく、それが推定されたところで多くの人にとっては意味がない。とは言え、個人が特定できないと言い切りにくい。このような場合は対策が必要であろうか、また必要とすればどのような対策があり得るだろうか。個人情報保護法上の個人情報とは言えないが、個人に由来する情報をパーソナル情報と呼ぶことがあるが、このパーソナル情報の取り扱いに関しては我が国においても、またほかの国においても一定の取り扱いルールは存在しない。

例えばICカード定期券を用いていればある駅前の時間帯ごとの乗降客の年齢層を把握することができる。また、PCや携帯電話でのインターネット等の検索履歴などもこれに相当する。Googleが検索履歴を活用して興味を引きそうなサイトを提示していることはよく知られている。コンビニエンスストアの電子マネーも一部は個人情報を登録して使う。この電子マネーを使った場合、買い物の内容と客の年齢層、性別、店

と住所の関係などのプロフィール情報をコンビニエンスストアは利用でき、品揃えのためのデータとして有用であることは容易に想像できる。これらがパーソナル情報の例であるが、いずれも個人を識別することは意図されていないが、個人に由来する情報を活用している。このようなパーソナル情報の活用の際に事前に明に同意が必要とは言えないが、例えばICカード定期券を使わなければ利用されることもないし、検索やコンビニエンスストアの電子マネーも同様である。つまりいつでも利用を停止できる自由は個人の側にある。コンビニエンスストアの電子マネーは利用を止めたからと言って、それほど利便性が低下するわけではないが、ICカード定期券は利用の停止は多少深刻な影響をおよぼすかも知れない。しかし健康や命にかかわることではない。

EHRではどうであろうか。まだ整備されていない仕組みでできる、できない、を論じることには無理があるが、当然、EHR自体の利用を取りやめる自由は個人にあると考えられる。ただし、利用の取りやめに伴って、本来EHRが提供できる利益も放棄しなければならない。EHRに蓄積された情報をパーソナル情報として縦覧的に利用することは情報主体である本人にとって、必ずしも直接的利益を生むものではなく、そのために本来個人の健康医療情報をして活用し、自身の健康管理や医療に役立てるといふ利益とは質が違う。つまりパーソナル情報としての利用に不満あるいは不快があるからといって、EHR自体の利用を取りやめることは失う利益が大きく、適切な対応とは言えない。

またパーソナル情報としての縦覧的な利用は常に計画的に行われるわけではない。20年先の社会の健康や医療の課題を予測すること自体が難しいであろう。したがって情報が蓄積される際にあらかじめ本人が利用のされ方を吟味する

ことも難しい。このような課題への対応に定説があるわけではないが、主に米国の保険者ではOpt Outの手法が試みられている。Opt Outの手法とは、

1. あらかじめ包括的な目的を提示し、未来の利用に際して同意を得る。
2. 実際に分析を行う際には、分析計画を公表し、EHR利用者は個々の分析計画に際して自分のパーソナル情報の利用を拒否することができる。

以上の2点からなるもので、1の包括的同意はfuture consentと呼ばれるもので、例えば「国民あるいは地域住民の健康状態を把握し、その向上に資するため、個人識別情報を除いて利用する」のような包括的な利用目的を提示し、その際に個々の分析にあたってはWEBページなどで公開し、拒否権が存在することを通知するもので、まだ十分に評価されていないものの、合理的な解決策になりうるように見える。

EHRが変える日本の保健医療

少子高齢化社会に突入しつつあるのは日本だけではないが、日本は現状の健康管理・医療のアウトカムがかなり高いレベルを示し、WHOの評価でも総合で一位とされている。さらに国民の総医療費は国民一人あたりでは先進国の中では低い方であり、簡単に言えば、かなり効率の高い健康管理や医療がすでに実施されているとすることができる。むしろあまりに高い効率が破綻を来しつつある、という状況が日本の現状であろう。

これまでは経費の節減や医療自体の合理化に積極的に取り組み、IT導入の目的としても合理化や医療費の適正化が重要な目的ととらえられてきた。もちろんこれらは重要な目標であり、不断の見直しが必要ではあるが、すでに高い効

率にあり、世界最高水準のアウトカムを何とか維持している状態が少子高齢化社会を迎えると言うことは、これまでの対策だけでは健康管理や医療の崩壊を阻止することができないと言っても過言ではない。

医療も健康管理も実際に行われていることの大部分は情報処理である。確かに健康管理における運動指導や、医療における手術のように、一見、情報処理ではないように見えるものもあるが、適切な運動種別や運動量を指導するためには本人の健康状態の正確な把握が必須であり、また手術を行うか否かを勘で決めているわけではない。つまり正確で十分な情報を収集し、それを処理することなしに、健康管理も医療も成立しない。

情報を電子化すれば保存に要するコストは低下する。ITシステムやネットワークに要するコストは確実に低下しており、今後主体となるクラウドコンピューティングを活用した共同利用型システムではさらに運用コストも低下する。その一方で、物理媒体で保管する場合、特に我が国では場所の確保が容易ではなく、保存コストは上昇する。つまり情報の電子化を推進すれば、長期に、かつ高い利用性を維持したままで情報を保存することが可能になるように思いがちである。しかしこれは前述したように間違っている。

英国のように住民登録制をベースにしたGP制度では登録されている間は情報を保持する動機が医療機関側にある。では十分な情報とはどの程度であるかと言えば、GPから高次医療機関である病院に紹介された場合は病院で生じた情報はGPが管理をすれば良い。そうすることによって任意の時点で適切な判断をするための情報処理が可能になる。

我が国の医療は国民皆保険制度に基づき、市民(患者)は自由に医療機関を選択できる。診療

所は英国のGPとは異なり、専門化が進んでいる。このような制度の違いに際してさまざまな意見があるが、現状の制度が高いレベルのアウトカムを実現していることも事実であり、近い将来に大きく変化するとは思えないし、その必要もない。ただし、情報の管理と言う面から見れば医療機関の情報管理にだけ依存するわけにはいかない。我が国においては医療機関にとって患者は問題の解決のために選択されたものであり、言い換えれば問題が解決された場合、関係が継続する保証はない。英国のGPでは複数の医師が勤務し、乳幼児から老人までカバーするが、我が国では小児科は小児科であり、小児期に受診した診療所に中年になってからも受診することは、普通はない。循環器科と胃腸科を区別して受診することも都会では珍しくない。つまり医療機関から患者情報を見れば、一連の診療が終了した場合、二度と来ない患者の情報であるかも知れない。病院にとっても同様である。その一方で診療情報はプライバシーに機微な情報であり、医療従事者には厳しい守秘義務が課せられている。医療機関にとっては、診療情報はリスクの塊であり、保持する限りは細心の注意を払って管理しなければならない。二度と来ないかも知れない患者の情報を、リスクを承知で細心の注意を払って、数10年、要求されればいつでもアクセスできる状態で管理をすることを医療機関に求めることができるか、と言えば不可能である。これは医療機関だけではなく、保健薬局でも、健診を実施する保険者や企業でも同様である。

現に我が国では情報の電子化は確実に進んでいるものの、情報は一定の期間が過ぎれば、大学病院のように教育や研究という目的がなければ、抹消されることが普通である。したがって

EHRの構築が我が国では今後の医療や健康管理にとって必須であり、またそれはユニバーサルサービスでなければならない。

ユニバーサルサービスとしてのEHRが実現できれば、少なくとも情報処理のための情報収集と言う点では医療機関等の負荷を軽減し、また、本人にとっても、判断のための材料が常に手中にあることになり、本人自身が自ら分析し活用することが難しいとしても、新たなサービス産業として発展が期待される健康コンシェルジュのようなサービスを利用し、未病の状態でも適切な管理を行うことにより、医療自体の負担も軽減することが期待できる。また、Pre-population、Auto-populationが実現できれば、網羅的な状況把握が可能になり、根拠に基づいた、説明可能な施策が可能になる。我が国の医療・介護の人的リソースは世界で見れば決して豊富ではない。それぞれの国で制度や定義の違い、直接の比較は慎重でなければならないが、それでも先進国の中では少ない方であることは間違いない。今後は是正される可能性はあるが、それにしても我が国の医療や健康管理の特徴である高効率と高いアウトカムレベルは維持しなければならない。そのための情報基盤としてのEHRは必須かつ喫緊の課題と考えて良いであろう。

参考文献

- “Electronic Health Records: A Global Perspective”, HIMSS Enterprise Systems Steering Committee and the Global Enterprise Task Force, 2008.
http://www.himss.org/content/files/200808_EHRGlobalPerspective_whitepaper.pdf,
 (2010年6月確認)
 (やまもと・りゅういち 東京大学大学院准教授)

我が国におけるEHRに向けた一考察

—社会保障カード構想を通じて—

中安 一幸

■ 要旨

医療・健康情報を長期に亘り有用に活用したいとの取組はこれまでも多くみられたが、近年、我が国においてもEHR(Electronic Health Record)にまつわる議論が各方面で進捗中である。社会基盤としてのEHRを論じようとするとき、厳格な本人識別とそれに基づく確かな認証が不可欠となるが、現下、医療分野に有用なID基盤が存在しない。

「年金手帳、健康保険証、介護保険証としての役割を果たし、年金の記録等を自宅においても常時、安全かつ迅速に確認できるものとしつつ、将来的な用途拡大にも対応可能なものとする。」とした社会保障カード構想は、EHRで用いるID基盤に最も近いものであると期待されたところであるが、この構想における検討をモチーフに、ID基盤の在り方と個人のプライバシー権の関係性、またそれらが内含する課題等について考察し、解決に向けた制度的検討、技術的検討の方向性を模索する。

■ キーワード

社会保障カード、EHR(Electronic Health Record)、ID、プライバシー権

社会保障カード(仮称)構想に至るまで

情報技術は日進月歩の進歩を続けており、情報を電磁的記録として保存する方法や媒体は、品質や使い勝手、安全性、低価格化という観点でも格段に向上している。

市場に新しい情報技術が紹介されると、それを医療分野でも活用できないかと考える向きが現れるのは至極当然のことであり、これまでのすべての発想が実現をみたわけではないが、そういった挑戦と失敗、ならびにその失敗の評価・分析なくしては、今日進捗しつつある医療のIT化はなかったであろう。

相当以前から、本人の医療情報を何らかの媒体に格納して持ち帰り、本人が参照したり、ほかの医療機関に提示して医療者の判断の一助としたりするなどのことが構想されてきた。浮か

んでは消えていった過去のこのような構想においては、カルテデータを磁気テープに記録して持ち歩き、診療にかかる際にその記録を再生して提示するというようなものに端を発し、格納媒体も時代の変遷に応ずるようにさまざまなものが提案された。この段階までは「紙でもらえる医療情報をフォルダに挟んで持って帰る」とことと比べて、そう大きな違和感を覚えない。

その後、ネットワークと暗号というものが、一般的な用途に使えるまでに普遍化してきた頃から、それ以上の利便を要求することも可能になった。

「一般に情報化とは、情報のネットワーク化が実現されることにより、科学的、客観的データの蓄積が可能となるとともに、大量の最新情報がリアルタイムに伝送、共有されることが可能となることであり、医療分野においては、診療

情報の電子化・高速伝送・同時共有がなされ、最新医療情報の多方向アクセスが可能となることを意味している。これが医療に与える影響は多方面にわたるが、大別すれば、医療の質の向上、医療の効率の提供、という好ましい効果が期待できる。『保健医療分野における情報化については、『情報の安全性の確保に留意しつつ、サービス利用者の立場から情報処理・通信の技術を活用して情報の高度利用を図ること』を理念とし、『保健医療サービスの質の向上』と『資源の有効活用による合理的・効率的なサービス提供体制の構築』を目的として進めることが適切であり、この理念、目的の意義はますます大きくなっている。」と述べた「保健医療分野の情報化にむけたグランドデザイン¹⁾」では、医療分野の情報化に向けたロードマップを年次ごとにマイルストーンを置いて示し、それが実現されていくとどうなるかを描いた。この進捗、達成度を年度ごとに評価し、次のアクションにつなげるPDCAサイクルを確立しようとしたのが「e-Japan戦略」であったが、評価の指標としての「電子カルテの普及率」の数値管理に終始するあまり、この間、機能面の評価や、このキャンペーンが医療分野にもたらした副産物的効果などについてはあまり議論が深められてこなかったことは残念至極である。

これに対し、2006(平成18)年1月に発表された「IT新改革戦略²⁾」では、ITを活用して医療をどうしたいのかということに主眼を移している。ITによる社会・経済の構造改革が主要なテーマになり、これに対しては当時、ITは単なる道具の位置づけになったように見え、IT産業界が期待するものでなくなったように見えるとの意見も散見されたものである。しかしこういった意見はIT化される側、つまり医療機関側からみれば、闇雲に、言い換えれば誰も望んでいなくても進めようとする極めて単眼思想的な意見として映りかねない。政策としてのIT化、とりわけ、こ

れまでIT化に積極的でなかった分野におけるそれは、IT産業振興のためだけに推進されるものではない(無論、そのことも目的の一つではあるが)ため、課題解決の道具として役立つからこそ広く活用されるべきとの方針転換を図るべく、ITの利活用に視点を移した「IT新改革戦略」はむしろ評価されてもよく、そのような流れは、これ以降示される戦略に引き継がれていくこととなる。

この頃から、ネットワーク越しの認証により医療保険の資格確認に使えるなどの用途が考えられるようになったことは、レセプト転記ミスによる「資格過誤」での返戻を減少させることを期待させ、このことは医療機関にとってはもちろん、審査機関などでも再審査などの手間や費用が減少するというわかりやすいメリットをもたらすものでもあった。医療機関と保険者をネットワーク化できるということになれば、資格情報の問い合わせにとどまることなく、レセプトそのものを伝送できるのではないかとの発想は、それを蓄積する必然を伴い、そうするとそれを単なる診療報酬の請求明細書として処理するのみでなく、二次的に活用して何かの役に立てようとするのはまた、当然の流れであると言える。

一方で健康増進・健康維持のための健診情報の長期的活用が構想された特定健診の制度が検討中でもあったこのとき、保険者や医療機関に散在する本人の医療情報にアクセスするためのキーとして構想されたのが「健康ITカード³⁾」というものであった。医療機関における診療情報、保険者におけるレセプト情報および健診情報が電子化して蓄積され、ネットワーク化されて伝送して活用することの可能性が見え始めたこの頃、「保健医療分野の情報化にむけたグランドデザイン」に描かれたような情報化の姿がようやく具現化してきたといえる。

平成18年度に、3~4年後の導入を目的として始まったこの構想は、折しも顕在化した年金記録問題の再発防止方策の一環として、また、当初に構想したサービス範囲と関係の深いほかの制度への適用可否の検討などを踏まえて、平成19年度には「社会保障カード⁴⁾」の構想へと引き継がれる形で終結する。

EHRへのアプローチと社会保障カード

EHR(Electronic Health Record)については必ずしも確立された定義があるとは言えないながら、本特集では、別の項(山本論文)においてこれを試み詳述されているためそちらを参照されたいが、小括すると、おおむねEHRというものは、

- ① 医療機関などにおいて電磁的記録による医療情報の蓄積や提供が可能な状況にあって、
- ② それにより蓄積される医療情報を関係者間で適切に共有し、
- ③ 医療の効率化や質の向上、医学研究や医療政策のevidenceとして活用できるような社会基盤

を指すものであると考えることができよう。またそのような社会基盤が成立した折には、

- ④ 相当の長期にわたり本人の健康増進などのために電子化された医療情報を活用できるサービスを提供することまたはそのサービス

を指してPHR(Personal Health Record)というものであると思われる。

しかしこのようなことを構想するにあたって、長期にわたりかつ散在する情報を、間違いなく本人のものであると同定し続けることの困難さは、いわゆる年金記録問題を想起する限りにおいて想像に難くない。一方で、情報の提供者となる医療従事者や保険者に要求されている個人情報取扱責任の重さに鑑みれば、適切な本人

認証を経ずして機微な医療情報を安易に提供できようはずもない。また医療情報の公益に資する活用の場面においても、データの二重取得の防止や、公衆衛生上の観点から厳格な本人同定を必要とする局面も想起されるところである。

そうすると確実な本人認証・本人同定のためには、厳格な本人識別に基づいたクレデンシャルと、それを用いた適切な名寄せの手段が必要となることは論をまたず、そのための医療分野におけるID連携基盤の確立が必要となる。

これまで述べてきたような目的を達しようとする観点からは「医療分野におけるID連携基盤」として、「年金手帳、健康保険証、介護保険証としての役割を果たし、年金の記録等を自宅においても常時、安全かつ迅速に確認できるものとしつつ、将来的な用途拡大にも対応可能なものとする。」とした社会保障カード構想に寄せる期待は決して小さくはないだろう。

ではなぜ、EHRの構築を目指す観点から「社会保障カード構想」に期待が寄せられるのか。それは、必要不可欠ながら運用の仕方によっては重大なプライバシーリスクにも繋がりがかねないID連携基盤の構築を委ねることができるからであり、EHR-IDとでもいうべきID基盤を別に作るとなるとそれだけで相当な労力を要し、社会コストを引き上げてしまうからである。そこに手間取って、例えば十年実現が遠のけば、十年間の貴重な情報が失われると言ってもよい。社会保障カード側からすれば、EHRの基盤として活用され、社会的価値が高まることはもちろん大歓迎であろう。

もとより筆者ごときが職責上、制度・政策を云々できる立場にないので、これより先のは多くは私見となってしまうが、このような制度を設計するに当たって、十分に留意しておかねばないと考える点につき述べておくこととする。

EHR-IDとプライバシー権

我が国の医療制度は、フリーアクセスの確保を旨としてきた。医療自体は医師または医療機関という民間事業者によるサービスであっても、制度としては国民が医療を受ける機会を「いつでもどこでも誰でも」保障⁵⁾しようというものである。したがって、国民皆保険体制にある上では、社会保障カードで医療保険資格を確認できるということは、「確認してよい権限を付されている限りにおいては」医療分野で患者を一意に識別でき得るIDであるということと意味的に大差ない。

そうすると、そのIDが盗み取られて制度や本人すら予期しない名寄せに用いられるようなことがあってはならない。また一方で、情報取扱者が相互に個人の情報を共有して事務を執るからこそ効率化が進むということや、患者の追跡性が向上することにより、治療成績の向上や医学研究の効率化が期待されるが故にEHRというものの構築を目指すということもまた事実であろうことから、万が一にも情報取扱者の恣意によりIDが運用されるようなことがあれば、それはある方面で「国民総背番号」などと言われるプライバシー上の脅威に繋がるおそれがある。

EHRにおけるIDが、専ら自らの情報へのアクセスキーとしての設計を念頭に置くはずのものであり、いわゆる国民総背番号制というものが、知らず知らずのうちに国家から一方的に管理されるという脅威を指すものであれば、決してそのようなことを目指すものでないことは明らかであり、そのことは社会保障カード構想においても同様である⁶⁾。

それでもなお社会保障カードには反対であるとする意見もある。

その一つを挙げてみると、

「このような社会保障カードの『番号』が導入された場合、この番号は、

- ① すべての国民と在留外国人に付された、
- ② 原則不変の、
- ③ 重複しない識別番号となり、しかも、
- ④ 民間利用が前提となる

ものであるから、市民生活のあらゆる場面の個人情報とともに、この『番号』が記録されることになる可能性が高い。すると、この『番号』をマスターキーとすることにより、官民の保有する数多くの個人情報を検索・名寄せし、データマッチングすることが可能となる。しかも、データマッチングが行われうる情報には、病名、投薬名、受診医療機関名などのレセプト情報、特定健診情報、そして、勤務先などの年金情報という極めて要保護性の高い情報が含まれるのである。その上、「費用対効果」を考えれば、今後、社会保障カードの用途拡大が必須となってくる⁷⁾。というものである。

もともと、プライバシーの侵害には4つの類型があるといわれ、それはすなわち、

- ① 私生活に侵入されること
- ② 他人に知られたくないような私事を公開されること
- ③ 事実の公開により、真実でない誤った印象を与えること
- ④ 氏名や肖像を他人の利得のために流用されること

であるとされる⁸⁾。

我が国ではこのプライバシーを侵害されない権利は、憲法13条により保障されているとされる。この権利とIDとの関係性については、平成20年の住基ネットにかかる最高裁判決⁹⁾を巡り、種々の議論がなされているところである。

概説するところの事案は、行政機関が住民基本台帳ネットワークシステムにより被上告人らの個人情報を収集、管理または利用することは、憲法13条の保障するプライバシー権そのほかの人格権を違法に侵害するものであるなどと主張

して、上記の人格権に基づく妨害排除請求として、住民基本台帳からの被上告人らの住民票コードの削除を求めたものである。この原告の主張を最高裁が支持する判決を下した。しかし上告を受けた最高裁では一転、原判決を破棄、住民基本台帳ネットワークシステムにより行政機関が住民の本人確認情報を収集、管理または利用する行為は、当該住民がこれに同意していないとしても、憲法13条の保障する個人に関する情報をみだりに第三者に開示または公表されない自由を侵害するものではないとしたものである。

最高裁判決はこう述べた上で、住基ネットからの離脱を認めないとした主張を違憲でないとしたものの、この判決にはいくつかの問題があると多方面から指摘されている¹⁰⁾とおり、IDそのものの問題がないと判示するものではない。EHRを構想するに必要であろうID基盤の構築が、最高裁判決を先例として、憲法13条との関係において、何らの問題がなくなったと考えることは、必ずしも妥当しないと考えるべきであると思慮する。

判例研究そのものが本稿の主たる目的でないため、あまりに深く立ち入ることは別の機会に譲ることとするが、最高裁が、原審の言うような「具体的な危険」があるとまでは言えない、とした要件は、制度として検討していく上での重要な留意点を示唆してくれる。

大きく言えば、それらは以下のように整理することができる。

- ① 4情報(氏名、性別、生年月日、住所)に住民票コードとその変更情報を加えたもの。これらはいずれも個人の内面にかかわるような秘匿性の高い情報とは言えない
- ② 個人情報を一元的に管理することができる機関または主体は存在しない
- ③ システム技術上または法制度上の不備があり、そのために(中略)具体的な危険が生じ

ているということではない

- (a) 本人確認情報の管理、利用等は、法令等の根拠に基づき、正当な行政目的の範囲内で行われている
- (b) 本人の予期しないときに予期しない範囲で行政機関に保有され、利用される具体的危険については、刑罰をもって禁止されている
- (c) 同じ領域に適用される一般法(個人情報保護法)と特別法(住民基本台帳法)がある場合は特別法が優先して適用される

住基コード(と4情報、住基コードの変更情報を加えたもの)の秘匿性はそう高くないと判示するが、それはあくまで、住民票コードとして住基ネット上で取り扱われるからであるということに留意が必要である。もともと、紙の台帳に記録されても序列がつくものであるし、何らかのデータベース上に記録しようとするれば、何らかのIDは付されているものである。問題となっているのは、住基ネットというネットワーク上で一意に識別されるという広範さである。EHRについて考えてみると、そのキーをもってさまざまな情報へのアクセスを可能にし、連携して個人情報を活用することを主旨とした情報基盤を構築しようとするものであるから、IDにより連携して活用される情報の範囲が、住基コードによって連携される行政情報よりもさらに広範になる点や、IDを利用する関係者も多岐に渡る点となるため、キーとなるID自体の秘匿性が高くないと評価することは必ずしも妥当しないのではないかと。なかんずく、多分野にわたる統一IDを多くの関係者で共有して用いるなどを想起する場合、IDの秘匿性を高く評価して対策を講じなければ、制度や本人が予期しない名寄せリスクの可能性は、飛躍的に高まるのではないだろうか。

そうすると、最高裁判決が示す当該要件の一

でも欠くこととなると、「具体的な危険がない」とは言えなくなることはもとより、住基ネットと同等の措置を講じていたとしても、その利用目的や利用範囲に照らして、具体的な危険がないとまでは言い切れない局面も起こり得るのではないかと考えるべきである。

しかも本人確認情報の管理、利用等は、法令等の根拠に基づき、正当な行政目的の範囲内で行われていなければならないのであるから、そろそろEHRというものの在り方について、法制上、どうとらえるのかということを考えるべき時期にきているのではないだろうか。

もう一つのプライバシー権

この最高裁判決を巡ってはもう一点、重要な議論がなされている。諸説あって必ずしも結論めいたものが得られているわけではないが、原審は憲法13条により保障される権利を「プライバシーを侵害されない権利」と「本人の情報をコントロールする権利¹¹⁾」の2つであると主張し、その保護を求めたものであるが、最高裁判決では「本人の情報をコントロールする権利(いわゆる『自己情報コントロール権』)」について、必ずしも精緻に論じられたわけではない¹²⁾というものである。

もとより本件が、行政機関が住民基本台帳ネットワークシステムにより個人情報収集、管理または利用することに対する人格権に基づく妨害排除請求として、住民基本台帳からの住民票コードの削除を求めた裁判であり、結局のところこれがプライバシーに関する権利のうち、「放っておいてもらう権利」と「自らの情報の削除(や開示、訂正等)を請求する権利」、すなわち自由権か請求権かのいずれを巡って争ったものかといったことについて、筆者のような専門外の人間にはこれ以上考察を深める手立てもないが、通常

の使用場面において住基コードが主として行政機関内部における通牒として用いられることが多いのに対して、EHRで用いられるIDについては、正に「自己情報をコントロール」するためにこそ用いられることが多いと考えられる。住基ネットのケースはどうあれ、EHR/PHRに関しては、これを正しくとらえておかなければ、IDを設け運用することとそれに伴うリスクとの比較衡量が難しいのではないだろうか。

のみならず、収集、蓄積、伝達、開示等のそれぞれのプロセスにおいて、自己情報をコントロールしようとするならば、それが憲法に保障された権利であるからというばかりでなく、具体的な請求手続きなどについて別に法に定めるなどの措置が必要となろう。ここでもEHRが法制上どう位置づけられるか、公共の利益のために構築を目指す情報基盤の在り方と、個人のプライバシーに関する権利の保障と行使の方法をどのように整理するかという問題に行き当たる。

公共の利益と個人の権利

こういった公共の利益とプライバシーを論ずる上で、代表的なものをもう一つ挙げておくと、繁華街などの街中に設置された防犯カメラ¹³⁾というものがある。

犯罪の抑止・防止は社会全体の願いであり、公共の利益であるし、住民一人一人からすればそれでも起きる犯罪に巻き込まれないか、巻き込まれても被害が大きくならないうちに素早く救出されるなどのことを願えば「防犯カメラ」がそこにあることは、個人にとっても「安心な社会」であるということになり、これは個々人の利益であるということになる。

しかし一方で、そこにいっただけ勝手に撮影されるということになる個人のプライバシーとの関係性を鑑みれば、運用に厳格な配慮が求め

られるところである。

これについては種々の問題を指摘する意見もありながら、紙幅の関係もあってここではその一々を取り上げて詳細に立ち入ることはしないが、その中にはただ反対だと主張するだけでなく、重要な論点を述べたものがある。引用すると、

「監視カメラがあっても、常に人がその映像をリアルタイムで見ている、犯罪が起こったと言われたらすぐ助けに行けなければ『防犯』にならない。ロンドンでは監視カメラが本当に多いが、イギリスはそういう方向に向かおうとしている。日本はカメラだけ付けておしまいになっているケースも多いのではないか。

そのようなものは『防犯』になっていないので、実態に合わせて『監視』カメラと呼ぶべき。犯罪を起こす人は起こす必要があって起こしているのであって、監視カメラがあれば犯罪を起こさないわけではない¹⁴⁾。」

というものであり、さらには

「イギリスでは撮られた人はだれでも申請すれば自分の映像をもらえるという仕組みがあり、一般人による1つの監視チェックである。」

と述べられている。

それを監視と呼ぼうが防犯と呼ぼうが、カメラが設置されていることで一定の犯罪抑止に繋がっている(当然にそれ以外にも考慮すべき要素はあるとしても)こと自体は否定されてはおらず、プライバシー上の問題があるからといってそれを除去せよというものではない。設置の本来の目的を達するために必要と考えられるはずの措置の不十分さを指摘し、運用に関する不安を払拭する具体的措置を講じる必要性を示唆するものである。

設置の目的といえば筆者も含めた「ただの一般

人」を監視しようというものでないことはおそらくあるまい。

また運用に当たっては、一般的には記録された映像の取扱について明文化された規程があり、大抵はそれに反した扱いがなされれば罰則が適用される仕組みになっていることなどの措置が講じられており、その中では第三者機関による運用の監視について定められていることが多い。それでもなお本人による「監視の状況の監視」の方策を講じる必要があるとする意見は、絶対的な信頼を寄せられるべき職に就く者が不祥事を起こすこともあることに鑑みれば、(それが行政であるとしても)情報取扱者の悪意により不都合な事態(例えば個人情報の漏示や売買)が起きる可能性がないではなく、規程や罰則に一定の抑止効果が期待されるとはいえ、罰を受けることも覚悟で働かれる悪事はどうしようもない。さらには、情報取扱者の個人的な悪事ばかりでなく、独占的に情報を保持する組織・機関が暴走して、独善的にその情報を使う(例えば政府機関による国民監視)という脅威もあり得る。そういったときに、その機関の意を汲んで設置された第三者機関など、それを抑止できるのか甚だ疑問がある、との対立的構造から導き出されるものであるかもしれない。

EHRなどという制度の基盤構築にあたっては、情報取扱者による不用意なミスや悪意によって起こり得るすべてのリスクを想定し、取り得る限りの予防策を取っておくことは当然の配慮といえ、プライバシー情報というものは、万が一不都合な事態が起こった際には、本人にとっては深刻な被害をもたらしかねないものであり、医療・健康にかかわる情報はそのセンシティブ性ゆえに要保護性の最も高いものである。社会保障カードの議論においてもそのことは重要視され、本人の情報(属性情報そのものを取り扱うわけではないが、本人識別情報によって、本人

の属性情報のコントロールを可能にするという意味において同義である)がどのように取り扱われているかを本人が確認できる仕組みを講じておく必要があることは、報告書¹⁵⁾にも述べられているところである。

そのような監査や証跡管理という技術は「やったこと」の証明をするものであり、その精度というか確からしさを向上させることや、説明責任の一端として、理解しやすさを向上させることは可能でもあり、情報取扱者(この場合は政府機関等)に措置を義務付けることも出来ると考えられる。しかしどのようにその技術が向上しようとも、それが「全数であること」の保障などできようはずがない。「最近はやりのITでなら、なんとかなるだろう」ぐらいに考える人たちが多いかもしれないが、突き詰めれば「やっていないこと」の証明などできないという限界も存在するのが事実である。

そうすると、

- ① 「確認できる権利」が、対立的構造を示した上で権利であると、万一の不都合が起こったときにも「確認したのだからそれ以降の不都合はすべて患者の責任である」などと極端な解釈をするものになってしまうこと
- ② 「取れていないログ」は当然に見せることもできないため「まだ隠しているだろう」と疑い続けられれば、情報取扱者としては隠していないことの証明ができず、途方に暮れることになること

などが懸念される場所である。

社会保障カードの報告書にある「本人の情報かどのように取り扱われているかを本人が確認できる仕組みを講じておく必要」というのは、制度の透明性を高め、制度への信頼性を向上させることを願って書かれたものである。

EHRのような制度は、「プライバシー上の不安」という不愉快さとトレードオフに、個々人の健

康の増進という個の益、医学研究や医療政策、医療経済などがよくなるという公の益をもたらすことを目論むものである。それならば、自己情報コントロール権を確保する責任も個と公の対立的構造から導くものではなく、受益者を本人と政府とした信託における受託者の忠実義務の一つであるというように考えるわけにはいかないものだろうか。

社会保障カード構想のすがた

ところで「社会保障カード」という語感からは、「ICカード」であるという即物的な議論ととらえられがちであるが、当然ながらこの構想の主旨はICカードそのものではない。

医療機関、各種保険者、行政機関その他の関係者の情報化が完成し、ネットワーク化されており、それらのデータベースにアクセスするための認証手段や、情報伝達のために必要な用語、コード、データ項目、それらが伝達された際に人手を介さずとも機械可読な形式のメッセージ構造、などの種々の取り決め、すなわちさまざまな標準化がなされた上で情報の相互運用性が確保されており、セキュリティポリシー、プライバシーポリシー、SLA¹⁶⁾(Service Level Agreement)等の整備がなされることをもって情報化の基盤整備が整った上で「本人が保険資格を有することを主張できるようになっている仕組み」や「本人が散在する本人情報を手許に引き寄せて活用できる仕組み」の基盤整備こそがその本質である。

しかしセンシティブ情報を巨大な「個人情報一元化データベース」にしてはならないことは、先の最高裁判決にも述べられているとおりであり、情報セキュリティ上も好ましいことでもない。そうすると、各情報保持者が自らの責任で情報を保持したまま、適切な認証を経て、情報の開示や共有をするための仕組みが必要である。

そのような仕組みは、国民の誰でもが利用できるユニバーサルサービスであらねばならないため、利用の不便は極力排さなければならないが、反面、これまで述べてきたような制度上の課題を多く抱える高度なセンシティブ性を有する情報を扱うシステムである。加えて、第三者機関を設置するとか罰則を付した法制上の措置などを十分に講ずるとしても、医療情報は暴露による被害の救済が困難なケースがあり得る。

事後規制で十分な保護が働かないケースがあり得るのであれば、不都合な事態を招きそうな不注意や悪意による取扱を可能な限り排除するシステムを構築するほかない。このような場合、技術面の検討の重要性は、制度的検討に勝るとも劣らない。

何であれ、情報システムを通じてサービスを受けようとする、アクセスの制御というプロセスが必要である。大きく言えばこれは「識別 (identification)」と「認証 (authentication)」と「認可 (authorization)」、それを「監査 (audit)」する仕組みからなる。ここでは差し当たり簡単に、識別とは本人を間違いなく実存する本人であると同定すること、認証とはアクセスしてきたのがその本人であることを認識すること、認可とは本人確認ができたのでサービスの提供(データを読んだり、プログラムを実行したりすること)を許可すること、監査とはそれらのプロセスとどのようなサービスを利用したかを記録しておくこととしておく。

そもそも、社会保障カード構想のような社会システムを設計するとき、使用場面ごとにどのような手続きとなっていて、どの程度の信頼確認を要しているかを見極めなければならない。社会保障カードの活用事例の中でも代表的な「医療機関における医療保険資格の資格確認」を例にとってみれば、保険資格情報を医療機関端末に返さねばならない保険者が、資格確認要求をど

う信用して情報を開示するかということになる。

- (a) カードの正当性と所持者との結びつき
- (b) カードとカードリーダー、医療機関のワークステーション端末の結びつき
- (c) 医療機関内のネットワークと職員のログイン等認証、情報取扱の権限管理
- (d) 医療機関と中継データベース(仮称)と保険者の間のネットワーク
- (e) 中継データベースによるID連携の確からしさ

これらの一つでも信頼に足る状況になれば、IDを「認証」して情報の開示を「認可」することができない。これに加えてIDそのものが厳格な本人識別に基づいているものかどうか、そのIDの格納・送出手続きが適切でなりすましなどの脅威が排されているかどうか信頼の根拠となる。

「ICカード」はそのような情報基盤において、所持者(申請者)が確実に本人であることの証明書であるID、すなわち「アクセスキー」を格納しておく媒体に過ぎない。

とはいえ、プライバシー情報のうちでも、最も機微なものであるとされる医療情報へのアクセスをなさしめるものであるから、相当に厳格な本人確認を経て発行され、間違いなく正当な所持者に交付されており、その正当な所持者がカードを行使していることが担保されていなければ、サービス提供者はこれを信頼して認証することができない。ICカード自体の発行・交付プロセスの信頼性と媒体そのものの耐タンパ性(内部の情報を読み取ろうとする行為に対する耐性)が高次に要求されるのは当然のことである。

言わずもがなこういった検討の過程においては、種々の媒体について比較検討を加えている。券面への番号記載と目視または口頭告知による運用等は本来の目的外の利用を抑制し難いこと、情報取扱に関係する人間を増やすこととなることがかえってセキュリティホールとなりかねな

いことなど、また磁気カードについてはスキミングのおそれがあるため、金融系のカードがICカードに移行し、もはや一般的となった経緯を踏まえると、選択肢からは除外してもよいのではないかと思慮されるところである。USBトークンといったものも考えられるが、関係機関(端末)が相当の多数になることを考えると、インストールを必要とするような運用は現実的でないと考えられる。

ICカードについては、昨今、媒体そのものについても動作を定義するアプリケーションなどについても各方面で規格化されており、それらを適切に引用することにより、安全性についての説明責任を果たすことが容易となるというメリットもある。

そうしたことから、現在はこれが適していると考えられたものであるが、こういった構想が具現化する際に、さらに優れた媒体があったとしたら、それを採択することに何らの躊躇がないであろう。

医療情報の取扱にまつわるルールやそれを扱うに適したネットワークなどについては、関係各省からガイドラインなど¹⁷⁾が公表されているため当然にそれに従うものとして、ここでは詳細に立ち入ることは控えるが、その余の重要な技術的論点としてはID連携とSSO(Single Sign-On)の仕組みに関することがある。SSOとはいくつかのサービスに認証、認可を要求する手続き(サイン-オン)を、利便に鑑みて1回で済ませようというものであり、このことも社会保障カード構想の要求事項である。

IDというのは情報システム上で本人を一意に特定する情報、と解してよい。社会保障カード構想のような情報基盤においては、それによりアクセスされる情報の機微性に鑑みれば、そのIDは厳格な「識別」を経ていなければならないと言える。その主な用途は、

- (a) サービスを利用するための認証や認可
- (b) 制度間や制度内の組織間での給付に関する情報連携

の2つである。

これらの用途からすると、(a)に用いるときには他人に知覚され、本人も制度も予期していないような名寄せに使われるなどのリスクがあることから、秘匿性が重要であり、(b)に用いるときには情報を保持する関係者(この場合は保険者等)には通知されないと情報連携に必要な情報共有や開示のための認証も認可もできないということになる。この場合、システムやネットワークの障害や異常に対する対応も考慮しておく、人が確認できることが必要な局面も想定される。

このように秘匿と公開という二律相反する性格をもつIDが必要であるが、一つの番号や識別情報をもってそれとすることは実はかなり困難を伴う。

このようなIDを用いることによって発生する、名寄せやなりすましといった脅威を防ぐためには、

- ① 認証や認可(用途a)と情報連携(用途b)のための情報を分離すること、
- ② 認証や認可にかかわる情報を秘匿すること、
- ③ 認証や認可にかかわる設定権限を脅威となりえる者に与えないこと、

の三つのことが必須である。

社会保障カードにおいては、IDを可視化しないで用いる(IDを用いたと同様の効果を得る)ため、PKI¹⁸⁾(Public Key Infrastructure；公開鍵基盤)という暗号技術を使うことが検討された。ICカードが「電子証明書の堅牢な格納媒体」だとして、一応、本人が送出するIDは秘匿できたとしよう。そののみをもってして安全で利便性の高いID連携が完成するというわけではない。そこで構想したのが「中継データベース(仮称)」という仕組み

みである。中継データベースは文字通り、本人と保険者等のサービス提供者の中間に位置するものと考えていただきたい。紙幅の都合から簡単に概説しておく、

- (a) 本人からPKIによる認証を要求された中継データベースは、認証できた上でポータル画面からサービス(医療保険か年金保険か、など)をメニューとして提示する
- (b) 中継データベースは認証できた本人が選択したサービスへの接続を認可するため、当該保険者が従前から使用している被保険者番号で、保険者のデータベースにアクセスの許可を求める
- (c) 本人からの情報開示の要求ならば、保険者データベースは認証でき次第、開示を認可することになる(サービス認証、認可にかかわる情報は秘匿されたままである)
- (d) 保険者A - 保険者B間で情報の連携が必要な場合、本人のIDは秘匿されたままであるから使えないこととなる。そこで保険者Aは中継データベースにアクセスし、中継データベースが提供する「仮名」を用いて保険者Bに認証を要求し、保険者Bは中継データベースが提供する「仮名」と被保険者番号の結びつきをもって認証し、情報の送出手を認可することになる

一見、複雑な仕組みであるが、例えばSAML¹⁹⁾という技術と、それを活用したID-FF²⁰⁾というシングルサインオンのフレームワークにより実装が可能である。

このようなことを思慮に含めると、その構想の外観は、おおむね「社会保障カード(仮称)の基本的な計画に関する報告書」にあるような姿となる。ただし、この報告書については、未確定の種々の要素につき、さまざまな仮定を置きながらの検討の途上にとりまとめて公表したものである。

この報告書において仮定としたさまざまな構成要素を検証すべく、2009年度から実証事業を開始したところであり、本年はその2年目に当たる。

実証事業の実施にあたっては、事業のねらいとして以下の4点を掲げて公募した。

- ① 社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会において仮定した中継データベースなどのシングルサインオン・関係機関の情報連携の仕組みが実際に機能することを検証すること。

公開された標準による連携方式であるSAML2.0/ID-WSF²¹⁾2.0方式を標準仕様とし、また、シングルサインオンの実現方式は、SAML2.0方式を標準仕様として「中継データベース」を構築することを実証事業受託者の公募における要件としたところである。

これについては、既存の規格、特定の技術の採択を強制するものでないため、これによらないほかの方式で中継データベースを設計することは、提案の評価には一切影響しないこととしたが、これによらないこととした理由と併せて、実装を予定する方式を前述との対比において説明することを必須とした。つまりこれは、「社会保障カード(仮称)の基本的な計画に関する報告書」で仮定した仕組みの有効性の検証と、ほかの方策による利便性、安全性の比較検証を実施するための配慮である。

- ② 社会保障カード(仮称)が便利で安心安全なものとして利用者に実感してもらうこと。

これは、実証事業において、最も重要な検証項目である。通信や認証、セキュリティ等に関する技術的検証を行うのは、この項の検証のためであると言っても差し支えない。アプリケーションの開発実証でも単なるシステム検証でもなく(もちろん必要なセ

キュリティにおける論点等の課題は検証するが「社会保障カード」という基盤があったとしたら、基礎自治体の業務が、医療機関における医療サービスが、住民の受療行動や健康増進への取組や意識が、どう変容するかをうらなう社会実験である。

- ③ 社会保障カード(仮称)を導入するにあたっての制度運用面等での課題を抽出すること。現下は存在しない「社会保障カード」というものがあつたとしたら、という将来構想に向けた実証であるため、現下の規制の過不足がこういう情報化基盤の構築において不都合があるとすれば、それを抽出しようというものである。
- ④ 実証事業終了後も、当該地域における公共サービスとして継続し、社会保障カード(仮称)の発展的活用のモデルとして機能すること。

7つの地域で実証事業を展開したが、サービスやシステムの構成に、統一的・画一的なモデルの実施を強制しなかった。複数箇所と同じようなものを作ろうとしても、それぞれの地域において医療・健康・行政等の抱える課題等はさまざまであろうし、課題なきところに解決策は必要ない。何らかの課題解決のために情報化基盤を望むならば、地域に特性が見られて然るべしである。ユニバーサルサービスである「社会保障カード構想」の基盤の上で、それぞれの地域に独自の医療・健康・行政等アプリケーションを配置すれば、地域の社会保障情報基盤として定着するかの創意工夫を各コンソーシアムの特色として評価するものとした。加えて、実証事業が終期を迎えても現地で自活し、公共サービスとして拡張でき得るビジネスモデルの提案力も必要とされるところである。

これまでの社会保障カードに関する検討の方向性を確かめるべく、報告書²²⁾をライン・バイ・ラインに分割し、検証項目として各コンソーシアムに割り振って実証せしめる方法を採用、報告書にある方法によらない構築をするコンソーシアムは対案の比較検証となるよう調整を図り、このような制度に対する社会的受容性等の懸念や円滑な導入に向けての課題について明らかにし、社会保障分野の情報化基盤の制度設計において大いに参考にしようというのが、本事業の目的である。

各コンソーシアムは、社会保障カード構想を基盤に、地域ごとの住民ニーズを踏まえ創意工夫を凝らした、いわば「社会保障カード+ α 構想」を事業展開した。単なるシステム検証や、医療連携のモデル事業でなく、地域の保険者、行政、何より住民も加わっての、この「+ α 」の社会実験こそ、EHRへのトライアルではなからうか。

社会保障カードについては2009年11月12日の行政刷新会議による「事業仕分け」において次年度の予算計上を見送ることとされた。とりまとめコメントは「来年度の予算計上は見送る。新政権のもとでの方針をしっかりと守って、また、省内及び省庁間ですりあわせて、予算要求をしていただきたい。」というものであった。構想自体を廃止せよということではなく、現政権下の他の政策との整合を図り、あらためて検討せよとの指示が含まれる。

制度が複雑化し、さまざまな課題を抱える社会保障分野において、社会保障カードのような基盤は作ることのメリット云々以前の問題として、現下、ないことのデメリットが大きすぎるため、いずれ必要であると考えるが、そうすると今後の議論の方向性が、果たしてEHRに適したものとなるかどうか、ID基盤の設計上、EHRをその射程に含めた制度設計になるかどうか肝要である。

そう考えれば、現下の社会保障カードとEHRは必ずしも一体不可分のものではなく、その性格の違いから一定の距離を置いていることが必要ではないだろうか。

一定の距離、とするのは、社会保障カード構想が潰えたとしても、EHRは我が国の医療政策上、必要なものであろうし、EHRを意識しなくとも社会保障カードのような情報連携の基盤は必要であろうと思慮されるからである。

要すればこの2つは、道路と旅客・運輸等のサービスの関係にあると考えればよい。道路自体は何も稼ぎださないし、建設予定地やその周辺の住民には迷惑ですらあるかもしれない。完成した折にはその上を自動車が走り、旅客や運送の利便、効率が向上し、道路の接続先には観光産業の確立や工業の誘致などの経済的効果をもたらす可能性がある。

道路の費用対効果を論ずる際に、活用の度合いとそれがもたらす経済効果の見込みを示さねばならないが、サービスからすればその道路を通らねばならない理屈はどこにもない。仮に道路の建設計画が遅れようともサービスに適さない道路になったとしても、コストの二重化を恐れないなら別の道を作って通ればよく、その先にニーズがあるならばサービスが道路と共倒れになる必要などないのである。

しかしそうなると、利用の見込みの立たない道路の費用対効果は格段に落ち、あまりに費用対効果に乏しい道路は建設の計画自体も批判を受けることとなる。

先の最高裁判決を見ても、ID基盤を構築してから後に、広範にIDを利用するような用途を追加することには、それなりの困難を伴いそうである。最初から適さない基盤を構築してしまわないためにも、そろそろEHRが何のために作られるのか、誰を関係者として、どう作るのかといった議論が成熟し、要件が示されることが必

要な時期に来ているのではないかと考える。

注

- 1) 厚生労働省「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン(第一次提言)について」、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0108/h0808-4.html>
- 2) 首相官邸高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部(IT戦略本部)「IT新改革戦略」、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/060119honbun.pdf>
- 3) 当時の検討概要については、例えば「平成19年度第1回医療評価委員会(平成19年7月2日開催)資料4」など。
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iryoku/kaisai_h19/dai1/siryoku4.pdf
- 4) 「社会保障カード(仮称)」そのものについては、紙幅の関係からここでは深く立ち入ることはしない。概要については以下を参照されたい。「社会保障カード(仮称)の基本的な構想に関する報告書について(平成20年1月25日 厚生労働省)」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/s0125-5.html> 『「社会保障カード(仮称)の基本的な計画に関する報告書」の取りまとめについて(平成21年4月30日厚生労働省)』、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/s0430-4.html>
- 5) 国民皆保険体制のほか、医療者の応召義務等(医師法19条、薬剤師法21条、等)による受療の機会の確保、特定の医療機関等への恣意的な誘導を禁ずる等(保険医療機関及び保険医療養担当規則2条の5、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則2条の3第2号)による選択の確保、高額療養費制度等による。
- 6) 前掲注4)。
- 7) 水永誠二＝吉澤宏治「なぜ、今、社会保障カードなのか?」(自由と正義60(5)(通号724) 日本弁護士連合会2009年)21頁。
このほか、日本弁護士連合会『「社会保障カード(仮称)」に関する意見書」(平成19年12月13日)、<http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/data/071213.pdf>
同『「社会保障カード(仮称)の基本的な構想に関する報告書」に関する意見書」(平成20年8月27日)、<http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/data/20080827.pdf>
などが同様の指摘をする。
- 8) William L.Prosser, Privacy, California Law Review, Vol.48, No.3, 1960.
- 9) 平成19(オ)403 平成20年03月06日 最高裁判所第一小法廷判決 民集 第62巻3号665頁。

- 10) 例えば、田島泰彦「監視社会のなかのプライバシーと住基ネット」(自由と正義60(5)(通号724) 日本弁護士連合会2009年)9-16頁、右崎正博「住基ネットとプライバシー・再論」(獨協ロー・ジャーナル(4) 獨協大学法科大学院2009年)3~12頁、佐伯彰洋「住基ネット訴訟の論点」(同志社法学60(3)(通号328) 同志社法学会2008年)1175~1219頁、羽瀧雅裕「住基ネットのプライバシー性」(帝塚山法学(15) 帝塚山大学法学会2007年)1~30頁、などを挙げておく。
- 11) 右崎正博「住基ネットとプライバシー・再論」(獨協ロー・ジャーナル(4) 獨協大学法科大学院2009年)5~6頁、「高度情報通信社会といわれる現代にあって、個人が人格的自律を確保していくためには、プライバシーの権利の保障が不可欠であり、かつてプライバシーの権利は、『一人で放っておいてもらう権利』と観念されたが、高度情報通信社会といわれる現代においては、より積極的に『自己の存在にかかわる情報を開示する範囲を選択できる権利』ないし『自己に関する情報をコントロールする権利』ととらえ直され、個人についての情報の取得・収集、保有、利用・伝播のすべての段階に及ぶと考えられるようになってきている。つまり、プライバシーの権利には、重要な一内容として『自己に関する情報の流れをコントロールする権利』(自己情報コントロール権)が含まれているとするのが、学説のほぼ一致した見方である。」とする。
- 12) このことを批判する意見も多くみられる一方、「自己情報コントロール権については、法文上の根拠が存在せずその内容、範囲、法的性格に関しては様々な見解があり、権利としての成熟性が認められないから、未だ実体法上の権利とは認められない。そもそも、プライバシーの法的保護の内容は、みだりに私生活(私的生活領域)へ侵入されたり、他人に知られたくない私生活上の事実又は情報を公開されたりしないことを中心的利益とする消極的自由権として把握されてきたものである。自己情報コントロール権を認める見解が主張する個人情報の開示請求権・訂正請求権は、憲法13条の文言解釈を逸脱するものではないかとの疑問があるし、民事法上も極めて困難である。」として最高裁判決はそれらを考慮したのではないかとする意見がある。
- 工藤敏隆「最近の判例から 住基ネット訴訟最高裁判決」(法律のひろば61(8) ぎょうせい2008年)62頁。
- この意見前段に関して、「自己情報コントロール権」の提唱者である佐藤幸治京都大学名誉教授は以下のように述べている。
- 「独自の権利であるという以上、できる限り特定性・明確性を備えたものでなければならない。『自己情報コントロール権』説はその結果ですが、その性質上請求権的側面も持ってくることになります。ところが、従来の憲法学では、権利が自由権か請求権かといった厳格な類型論が支配的であり、ここでもすっきりしない主張として受け止められたようです」『自己情報コントロール権につきまず浴びせられた批判は、『情報』の範囲がはっきりしない、『コントロール』といっても何をどのようにコントロールしようというのか明確でない、ということでした。」
- 堀部政男=佐藤幸治「情報ネットワーク法学会特別講演会『個人情報保護、自己情報コントロール権の現状と課題』憲法13条と自己情報コントロール権」(NBL No.912 商事法務2009年)17頁。
- 13) 例えば「街頭防犯カメラシステム」(警視庁ホームページ)、<http://www.keishicho.metro.tokyo.jp/seian/gaitoucamera/gaitoucamera.htm>
- 14) 田島泰彦=吉田柳太郎=高間剛典=清水勉「ユビキタス社会と法一座談会」(自由と正義60(5)(通号724) 日本弁護士連合会2009年)21頁。
- 15) 前掲注4)。
- 16) ここではサービスを提供する者と受けるとの間で、サービスの内容と範囲、品質等に要求される水準を明確にして、あらかじめ合意しておくことを指して用いた。当初に合意しておくだけでなく、継続的に見直しも図られることが望ましい。
- 17) 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.1版(平成22年2月 厚生労働省)」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/s0202-4.html>
「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン(平成20年7月 経済産業省)」、http://www.meti.go.jp/policy/it_policy/privacy/080724iryuu-kokuzi.pdf
「ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン(平成21年7月 総務省)」、http://www.soumu.go.jp/main_content/000030806.pdfなど。
- 18) 暗号化(encryption)、デジタル署名(digital signature)、認証(authentication)といったさまざまなセキュリティ対策を実現するため、公開鍵暗号という暗号技術を用いた通信社会上の基盤。
- 19) 「Security Assertion Markup Language」の略。「OASIS (Organization for the Advancement of Structured Information Standards)」という、webサービスやそれに用いるXMLなどの使用に関する国際標準化団体で策定されたセキュリティ情報(認証、属性、

認可)の交換のXML言語の一つであり、個人情報
をきめ細かく管理し、制御することを想定したも
の。

- 20) 「Identity Federation Framework」の略。ユーザー認
証技術の標準化団体Liberty Alliance Projectが提唱
するSSOを実現するための仕様群であり、連携ID、
SSO、シングルログアウト等を規定し、IdP間連携、
IdP匿名認証を可能にする。
- 21) 「Identity Web service Framework」の略。Liberty
Alliance Projectが公表した、認証機能付きWebサー

ビスを展開するためのオープン標準仕様ベースの
フレームワーク。パーミッション・ベースの属性
共有、認証ディレクトリ・サービス、相互作用サー
ビス、セキュリティ・プロファイル、対応クライ
アントの拡張といった内容を扱っている。

- 22) 前掲注4)。

(なかやす・かずゆき 厚生労働省
政策統括官付社会保障担当参事官室主査
東北大学大学院客員准教授)

ドイツ連邦共和国・デンマーク王国における介護職員養成

筒井 澄栄・石川 彪

■ 要旨

わが国の介護職養成を検討する際の資料とするために、ドイツ・デンマークの介護職養成に関して両国における養成機関の担当者らへの調査を行った。その結果、以下の点が明らかになった。①介護職の養成は、理論と実技の2本立ての職業基礎教育体制となっていること。②高齢者の抱える疾病が慢性化し、介護現場において医療行為が必要な状況にあり、利用者の利便性と財源を鑑み、介護職の業務として一部の医療行為を許可し、医療行為を行うための養成カリキュラム構成としたこと。③介護職には、継続教育が必要不可欠であることから、時代のニーズ、特に利用者のニーズを最優先に効率よいサービスの提供方法についてのOJTが考えられ行われている。④少子化による若年人口の低下、「やりがいはあるものの、きつい仕事」というイメージからか就労希望者は減少し、マンパワーの確保が課題となっている。

以上の知見を基礎とし、将来におけるわが国の介護福祉士の看護と介護との接近・融合の必要性とともに療養生活支援介護師あるいは上級介護福祉士(いずれも仮称)の教育システムについて検討した。

■ キーワード

高齢者介護、ドイツ介護職養成、デンマーク介護職養成、療養生活支援介護師

I はじめに

わが国では、多くの高齢者が要介護状態となっても在宅生活を望んでいることが報告されているが、この要介護状態の多くは、疾病に起因するため、介護保険制度の導入直後から、医療依存度の高い要介護高齢者に対する日常的な医療行為¹⁾を介護職に認めるか否かの検討が行われてきた²⁾。

法律上は、看護は医療、介護は福祉分野と区分され、身辺介護や身体介助では看護師と介護福祉士の業務が重なるにもかかわらず、看護師の対象は傷病者であり、介護職は日常生活に支援を要する者を対象とするとされてはいる。しかし高齢障害者とも言うべき要介護高齢者に対

するケアをして、これを介護と看護に厳密に区分するのは困難と考えられる。

一方、ヨーロッパ諸国では、既存の介護職に医学的知識と技術を付与することで看護領域と介護領域の業務を融合・統合して対応するという方策をとっている。

例えば、在宅介護の優先を基本理念とするドイツでは60年代半ばから社会的援助だけでなく、医療的援助も行うAltenpfleger(以下AP)が養成され、高齢者介護の中心的役割を担ってきた。さらに2000年公布の連邦法「高齢者看介護の職業に関する法律：Gesetz über die Berufe in der Altenpflege(以下、連邦法)」では、看護師と同等の医療職として規定された。

また、24時間365日の巡回型在宅介護サービス

を展開するデンマークでは1990年の社会保健基礎教育法(Grundlæggende social-og sundhedsuddannelse)により介護・看護・保健の教育体系を統一し、わが国の介護福祉士に相当するSSH(Social og Sundhedshjælper: 社会保健ヘルパー)に、医療処置も適切に対処できる能力を有するSSA(Social og Sundhedsassistent: 社会保健アシスタント)が在宅介護の中心的な役割を担っている。

本稿では、上記の2国(ドイツ・デンマーク)の介護職養成の在り方と現行の介護職による医療行為を整理し、わが国の高齢者介護の専門職養成および職能開発についての考察を行う。

II 研究の目的と方法

ドイツについては、ノルトライン・ヴェストファーレン州(以下、NRW州³⁾)のファッセルゼミナールAP養成施設⁴⁾、NRW州厚生省、社会民主党(SPD)系のAWO(デュッセルドルフ労働者福祉事業団、Ernst-und Berta-Geimmke-Haus)、介護金庫設立のNRW州北部の介護認定機関(MDK Nordheim)において、介護・看護・ソーシャルワーカーの教育システムと介護職養成施設での職業教育および介護職養成における課題について調査した。さらに、Walter-kobold-Haus介護型有料老人施設、Sozialsation社会福祉センターにおいて、教育現場の現状と介護職の業務内容について、半構造化面接法を用いて調査を行った。

デンマークにおいては、デンマーク教育省、コペンハーゲン介護職養成学校とUniversity College Sjællandにて、担当者への聞き取り調査を実施した。

III ドイツ・デンマークの介護職における教育内容の変化

医療依存度の高い要介護高齢者の増大と保健・

医療・福祉政策の変化に伴い、両国とも介護職の職務内容に「治療に関する介護の実施」を規定し、養成カリキュラムに反映している。

1 ドイツ連邦共和国の介護の変化

1950年代の高齢者介護施設での身辺介護は、疾病介護師や修道女らが担っていた。疾病介護師の需要増加、修道女などの減少、高齢の進展に伴う高齢者介護が社会問題となり、施設介護は深刻な状況に陥り、専門職養成の必要性が高まった。

ドイツ公私扶助連盟は、1965年に医療的援助と社会的援助を行う職業教育コンセプトを発表し、1969年にNRW州が初めて高齢者看介護職員職業訓練規則を制定し養成を始めるとほかの州でも規則が定められるようになった。

70年代に在宅サービスが組織されると労働力確保の問題とともに、老年学・介護学の発達に伴い高齢者介護の質が問われるようになった。すなわち、継続的に運動能力低下・喪失をきたす疾病を有する者への支援や加齢に伴う精神的変調による生活援助には、看護領域の専門的な知識と技術を基盤とした介護の必要性が顕在化してきたのである。この結果、看護領域の介護(医療的援助)の実施が、介護の質を担保するという考えをもたらすこととなった。

2 デンマーク王国の介護の変化

デンマークは、1960年に高齢化率は10%を超え、60年代の急激な経済成長に伴い労働力不足が深刻化し、女性の社会進出が進んだため、保育や介護の公的援助が求められた。この結果、プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)や保護住宅が増設され施設介護の充実が図られた。

70年代の要介護高齢者は、病院や施設への入所を余儀なくされたが、景気の悪化や自治体財

政の見直しと効率化により、1988年には施設新設を凍結し、施設介護と在宅介護、介護と看護などの壁を取り払い、統合的ケアと24時間在宅ケアへと政策転換した。

この結果、尊厳ある自立生活をし、住み慣れた在宅生活を継続し(継続性)、自分の意思による管理されない生活(自己決定)、利用者がもつ知識や技術を地域社会に還元しつつ生活する(自己資源開発)の「高齢者三原則」に沿う政策が推進された。

また細分化され複数の職員によるサービスよりも特定の介護初期員による総合サービスが効率的であるとの認識が広まった。

介護職は疾病の有無にかかわらず、利用者夫々の生活支援に必要な総合的な介護を判断し、責任あるサービスの提供できるSkillが求められたため、一層の専門教育が必要となり、1991年の新教育制度が発足した。

IV ドイツ・デンマークにおける専門職養成の特徴

両国の介護教育の特徴は、臨床実習を重視し、実務に直結した即戦力養成の職業訓練教育を臨床現場で行う点にある。

1 ドイツの職業教育

ドイツの職業教育は、「デュアルシステム(二元制度)」と呼ばれる。実践部分を週に3~4日間の程度で勤務先の事業所において学び、そして週に1~2日間は職業学校の授業で理論を学ぶという方法である。ドイツでは理論と実務能力を備えた人材育成が行われ、修了時の試験結果によって資格を取得する。

2 APIに係る法律およびカリキュラム

60年代末から各州独自に行われていたAP養成

は、教育期間が2~3年、教育内容は看護重視の教育体制もあれば、福祉重視の体制もあったように、多様であったが、2000年の連邦法により、教育期間3年間(講義2100時間、実習2500時間)の実習重視の職業訓練教育に統一された。

APの養成は、9年間の義務教育後に、1年間の実業学校修了者または2年間の就業経験者が対象となる。授業料の負担は無く、介護施設やソーシャルステーションと雇用契約を結び、給与または研修費という形で生活費を得る。

連邦法では、教育の枠組のみが規定される。したがって、講義・実習の内容やカリキュラムは各州が「指導要綱」で規定するため州により内容は異なる(「指導要綱」が無い、拘束力を持たない州もある⁹⁾)。

例えば、NRW州の「指導要綱」は講義・実技などの内容が詳細に規定され、実習については各養成施設で「実施要綱」が定められている⁶⁾。

専門科目は、専門分野(社会学、心理学、倫理学など)、医学系分野(疾病論、薬学、精神病学など)、職業専門分野(職業論、労働組織、労働方法論など)があり、労働方法論では介護プロセス管理やプロセス志向型の介護計画作りに必要な考え方やモデルについての議論や考察が行われている。

3 デンマークにおけるSSH・SSAの養成

デンマークでは、24時間巡回型在宅サービスへの政策転換に伴い1990年の社会保健基礎教育法で介護職教育の刷新と充実を図り、介護や育児など福祉・保健関連の人材を養成するSOSU学校(Social-og sundheds skolerne)が新設され、ここではSSH・SSAをはじめ、保育士養成と卒後教育が行われている。

(1) 入学資格

入学資格は義務教育修了であるが、転職や再

就職者も少なくない。SSH養成課程は9年間の義務教育修了の15歳または、16歳以降に就労実習を含む20週間の基礎教育プログラム受講し、合格した者の入学を許可することとされている。

基礎教育は、単なる学力ではなく、共同作業が可能か、介護への興味や意欲、学習への主体性などが求められる。もし資質に不安がある場合は、「1年くらい社会に出て仕事をしてからにしませんか」と指導することもある。なお10年間の義務教育修了者や就業経験者は基礎教育が免除される。

入学が許可されると学生はケアセンターやプライエボーリなどと雇用契約を結ぶ(多くは自治体のケアセンターとの契約である)。ほかの職業教育と同様に教育期間中に雇用主が給与を支払う。

(2) カリキュラム

「人間の尊厳」を教育の柱とし、一般教養、高齢者関連の社会学、心理学、衛生学、活動を促すさまざまな活動技術などのカリキュラムが準備されている。SSH・SSAいずれの養成課程でも「経験から学ぶ」ことが重視され、学校の授業と現場実習が交互に行われる。成績は介護支援を通じ、学生自身が社会とどうかかわっているかが評価される。

① SSH養成課程

介護と家事援助を中心業務とするSSH養成課程は、1年2ヶ月(延長2ヶ月)である。義務教育を終えた若年者の多くは変化に対応できず、現場で支障が生ずることも少なくないため、臨床現場での適切な問題解決のための教育が行われている。

教育は授業4週間、実習2週間、授業16週間、実習29週間、授業4週間の合計55週間(延べ時間、授業720時間、実習900時間)の理論と実習の積み

重ねて行われ、学校では全分野の基礎となる生態学や衛生学の理論を学び31週間の現場実習が行われる。

実習先での試験に合格することで資格取得が認められる。実習先は、施設と在宅サービスがあり、施設の実習指導員が指導を行う。

SSH養成課程修了者は、既存のホームヘルパーと異なり、在宅に限らず、病院以外の施設などでも働くことができる。

② SSA養成課程

医療依存度の高い利用者の支援を行うSSA養成課程の受講者の多くは、SSHでの勤務経験者で勤務を通して、より専門性を高めようとSSAを志している者である。

1年8ヶ月(延長2ヶ月)の養成期間となっており、授業10週間→実習9週間→授業10週間→一般病院実習15週間→精神科病院15週間→授業6週間→在宅8週間→授業6週間で行われる。

精神医学が必須で、内科学、外科学、薬理学などを学び、実習は内科か外科の病院、精神科病院、在宅の順で行う。

またSSHを指導できる教育者としての力量と資質も求められる。

SSAは、「サービス内容の決定は利用者であり、介護職員は利用者の自立を支援する」という意識を持ち、利用者の残存能力を的確に判断できる能力が求められる。

養成課程修了者の多くは、医療施設に勤務し、利用者へのサービス提供とともにSSHの指導、業務調整などの職場のリーダー的役割を果たす。

SSAは看護師の管理下で、ルーティン・ワークとして与薬、カテーテル交換、鼻腔カテーテルによる栄養補給なども行う⁷⁾。

養成課程を修了すると理学療法士、作業療法士、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、放射線技師などの養成課程に進むこともできる。

(3) 実習教育

SSH、SSAの養成課程ともに、学校で理論の学習→実習→理論→実習のサイクルで展開され、実習先の実習指導員はSSHの実習では実習生1人につき1人があたる。

SSAの実習では、実習指導員1人が数人の実習生を担当する。実習指導員は卒後・継続教育で実習指導員の講習を受けた者が担当する。

学校は、実習前に実習指導員と情報交換を行う。

実習生の習熟度を実習指導員に伝え、それをもとに現場での学習内容について検討を行うことが義務付けられている。

実習指導員は、学校に対して、実習に必要な技術や理論を伝えることで、学校側の教育内容の編成および改正がなされる。10年、20年後の現場と教育機関との乖離を防ぐため、社会の動きや実際のニーズに付随した教育内容の変更が行われることが目指されている。

(4) 継続教育

仕事の継続のためには、新しい技能や理論を身につける必要があるという考えから、仕事をしながらでも受講可能な研修環境が整備されている。

例えば、1980年代のヘルパー資格(12週間研修)で勤務している人は、勤務先から派遣される形で資格を取直し現行制度に対応している。

V ドイツ・デンマークにおける介護関連職種の就労状況

両国とも要介護高齢者の増加により介護職員は不足しており、介護職員の確保が課題となっている。その背景には、わが国と同様に、少子化による若年人口の減少と「やりがいはあるが、きつい仕事」のイメージがある。

1 ドイツにおける介護関連職種と就労状況

ドイツではAPのほかに高齢者介護助手(Altenpflegehelfer⁸⁾)、教育課程にある実習生、兵役の代わりに福祉事業などに従事する兵役拒否による非軍事役務従事者が重要なマンパワーとなっている。

2004年11月の連邦保健・社会保障省の報告書(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, op.cit.)では在宅介護従事者は190千人うち実習生は2千人(1%)、非軍事役務従事者は6.6千人(3.5%)である。施設介護従事者は475千人うち実習生は17千人(4%)、非軍事役務従事者は11千人(2%)となっている。

高齢者介護助手は、疾病看護師およびAPの指導下で介護業務を行う、原則1年(定時制教育は3年)の教育期間で養成される州認定の専門職である。介護サービスについては独自の判断で介護サービスの提供ができるが、治療サービス⁹⁾の提供は権限のあるAPなどの指示を受けて実施する。

高齢者介護助手がAPとなるためには、老人医学や心理学、精神医学などの勉強が3年必要となる。勤務先は外来、訪問介護、高齢者介護施設、病院などでAPと同じである。

APの離職率は高く、就労から5年以内に約80%が離職するとされる。離職理由は、高齢者の疾病・障害・衰弱・死に直面した際の理論的・方法論的教育の不足、労働条件、低賃金、肉体的重労働、高い資格や昇進の機会がないなどが挙げられている。

2 デンマークにおける介護関連職種と就労状況

デンマークの労働時間は、ほぼ週30時間である。フルタイムとパートタイムとの均等待遇が図られている。フルタイムでも就労を自分の生活に合わせて労働日時が選択できる。デンマークの介護労働組合は全国横断組合で3年ごとに労

働協約を締結している。自治体の初任給18500クローネ(約37万円)が最低賃金である。

自活できる賃金が保障されている介護職は女性にとって働きやすい仕事であるが定着率はよくない。各ステーションでは折に触れてのパーティー開催などで相談やコミュニケーションを図り働き易いよう工夫している。

既に、移民外国人がヘルパーとして働いており、現在のところ利用者との問題はなく定着もしているが、介護記録作成が苦手あるいは、力不足が目立つ者が増えている。将来の少子化に伴う外国人ヘルパー増加による問題が懸念されている。

介護職員不足の理由としては、①非職業教育の進路増大、②医師不足が身体介護者、家事援助者不足を助長、③医師不足によって看護師の役割が増え、看護師業務をSSAが担うなどの役割の変化、④出生率は日本よりも高いが介護領域への就労希望者の減少などが挙げられている。

高齢者ケアは、医療よりも看・介護に重点が置かれホームドクターと対等な関係のもと包括的なサービス提供を中心に行っている。薬などの処方などは医師が行うが服薬管理や投薬はSSAが行う。静脈注射や人工呼吸器使用者の吸引なども研修を受けたSSAが行うことができる。

VI 考察

2025年には後期高齢者は倍増し認知症はじめ医療依存度の高い在宅高齢者の急増が予測され介護需要が増大するわが国の介護環境は、財政負担増大や財政見直し効率化を求めた1980～90年代のデンマークの状況や高齢者介護の日常的業務に医療行為を認めた1980年代のドイツ状況と酷似している。

2005年の介護保険制度改正では、「施設介護から在宅介護へ」「要介護状態の重度化予防」の方向

を示し地域包括支援センターや地域密着型サービスが新設され、医療依存度の高い要介護高齢者への介護については医療と介護の連携を強めることが求められている。また地域包括ケアの担い手として、医学的知識・技術を持った介護専門職が経管栄養や喀痰吸引も実施できるようになることが要請されている状況にある。

1 わが国における介護人材確保の仕組みづくり

「特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査」(厚生労働省2008年)では、夜勤や宿直の看護職員が必ず勤務する施設は約2%であり、痰の吸引の約2割は、看護職員が手薄な午後10時～午前5時台に実施されている。このため、介護職員による痰の吸引などは違法にも関わらず日常的に行われていることが明らかにされた。

「社会保障国民会議」の試算では、2025年に介護職員が約255万人、看護職員は203万人が必要とされ、既に①介護職の養成数の増加、②外国人介護職の受入れ、③介護職の離職防止、④潜在介護職の活用などの取組みがなされているが2008年4月時点の介護福祉士養成施設の定員充足率は45.8%と定員割れが生じ、外国人介護職の受入れも低調である。

今後、地域ケアおよび医療依存度の高い要介護者の支援を担う人材確保を考える際には、マルチ・スキルを有する介護職の創設や、潜在的有資格者の活用、離職防止のための環境整備、既存介護職の専門性・技能・モチベーション向上のための職位・職制の見直しが必要となると考えられる。

(1) 医療介護資格である療養生活支援介護師(仮称)の創設

医療依存度が高いことを理由に施設入所拒否・退去勧告がなされている現状を是正するために

は、一定の条件のもとで日常的に行われている医療行為を介護職員に認めるよう検討すべきであり、在宅生活の継続性のためには特別なOJTを受けた訪問看護師の医療行為の実施などの施策が必要である。このためには、一部の医療行為を担うことのできる新たな資格として療養生活支援介護師の創設の検討が望まれる。

(2) 介護職の専門性・技能・労働意欲を向上させる職業教育の整備

より高度なスキル修得や専門性の向上という意欲を職場教育により喚起することや、こういった意欲に応えられる研修システムとして、次図に示す職階を規定し、高齢者介護にかかわる専門職の職能全体のレベルアップや社会的評価の向上にも資する仕組みが必要と考える。

2 現行の介護福祉士と療養生活支援介護師との関係

既存の介護福祉士などの訪問介護員すべてに医療行為を許可するのではなく、職業教育と継続教育を整備することを条件に、療養に必要な医療行為ができる上位資格とおおむね准看護師と介護福祉士の双方のskillと一部の医療行為の実施を許可する医療介護資格である療養生活支援介護師の創設とOJTを主とした教育システムの構

築を検討すべきである。

本資格は、おおむね2700時間(3年間)以上の養成期間で介護福祉士と准看護師の教育内容を融合した形で、介護と一体に行われる医療行為(医療的ケア)を実施できるSkillを学ぶことが望まれるが、医療行為を含むことから業務・名称独占の国家資格とすべきであろう。

本資格への現行資格制度からの移行方法として下記の方法が考えられる。

移行方法1：介護福祉士からの移行

介護福祉士の資格を有する者は2年間の准看護師の養成課程などでの養成教育を受けるものとし、国家試験に合格し、登録をすることで療養生活支援介護師となる。

移行方法2：准看護師からの移行

准看護師の資格を有する者は、1年間の介護福祉士の養成課程での養成教育を受けるものとし、国家試験に合格し登録をすることで療養生活支援介護師となる。

VII まとめ

本稿では、わが国において、特定の医療行為を可能とするような新たな介護専門職養成を換

療養生活支援介護師	養成課程修了後国家試験に合格した者
専門療養生活支援介護師 ・認知症介護 ・終末期介護 ・緩和介護 ・慢性疾患介護	専門介護の責任者 有資格者である療養生活支援介護師の専門教育指導者
実習指導療養生活支援介護師	教授法などの実習教育に関する養成課程を修了した、 実習施設における指導者 療養生活支援介護師養成施設の補助教員
研究教育療養生活支援介護師	療養生活支援介護養成施設の教員 療養生活支援介護技術等の研究者
運営・管理療養生活支援介護師	運営管理に関する課程を修了した、 在宅介護支援センターなどの施設経営者

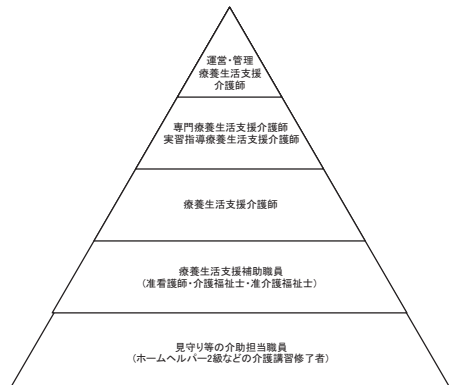


図 療養生活支援介護師（仮称）の職能と職位

討する際の資料とするために、ドイツ・デンマークの介護職養成および高齢者介護の現状に関する調査結果を示し、これらの知見を基礎とし介護福祉士や准看護師の上位資格として医療行為を行える新たな専門職を提案し、その教育システムについて検討した。

両国は、理論と実技の2本立ての職業基礎教育が行い、臨床現場での利用者からも高い満足度を得ていた。また、医療行為が日常的に必要な要介護高齢者が増加している状況を反映し、介護サービス利用者の利便性を高めるために、従来の介護職に対して職業教育の一環として医療行為を訓練し、これを行うための養成教育が行われていた。

わが国では、介護労働現場における看護師の慢性的な不足と医療依存度の高い高齢者の増加などの問題が相まって、介護現場における医療の在り方についての問題が顕在化した観がある。既に「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」では介護職による医療行為が条件付で認められることとなった¹⁰⁾。このような状況からもドイツ・デンマークの介護職養成カリキュラムの在り方などは、わが国にとって有益な示唆を与えるものとなる。

投稿受理(平成21年9月)

採用決定(平成22年6月)

注

- 1) ここでの「日常的な医療行為」とは療養生活において日常的に行われる医療と規定されている行為で医師の指導を受ければ本人またはその家族が行える爪切り、軟膏等塗布、点眼、服薬管理、血圧測定、口腔内かき出し、褥瘡の処置、摘便、浣腸、坐薬挿入、吸引器による痰吸引、経管栄養の準備・実施、インシュリン注射、湿布貼布、狭心症治療薬貼布、在宅酸素吸入・管理、導尿、カテーテル管理をいう。
- 2) 厚生労働省「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する

検討会」。

- 3) ドイツの16州中で最大の州でライン河の下流にある産業地帯。人口1700万人。
- 4) 全ドイツでリーダー学校である新教系の養成学校(Fachseminar fuer Altenpflege, Kaiserwerther Diakonie)。
- 5) 連邦が枠組みを定め州が行政を行うが学校連盟やAP団体の自主性を認め補足性の原理的な運営が認められている。
- 6) NRW州では、職業教育の規定と指針(106頁)、教育と試験の実施指針(119頁)、実務教育計画(221頁)、実技指導者の継続教育(43頁)、教育指導案と学習領域(102頁)などが規定されている。
- 7) SSAは看護師に指示された医療行為のみ行え、その実施については看護師への報告義務がある。
- 8) 各州法で認める就業年限1年の職業資格。定員はAPの定員以内でAP10名の雇用に対し9名以内などの職務権限において制約されている。
- 9) APが行う医学的処置として点滴、褥創処置の実施、傷の処置、人工呼吸器コントロール、投薬、血糖測定、カテーテル挿入、筋肉注射がある。
- 10) 厚生労働省老健局高齢者支援課特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する取りまとめについて(平成22年3月31日)」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0331-14a.pdf>(平成22年6月11日)。

参考文献

- 筒井澄栄, 石川彪ほか: ドイツ連邦共和国のAltenpfleger/In養成における現状と課題, 介護福祉教育, Vol. 13(2), pp.87-94(2008.3).
- 華表宏有: ドイツにおける看護と介護, 医事法学; 19, 2004.
- 八田和子: ドイツにおける老人介護職制度の新展開, 賃金と社会保障; 1295: pp.4-16, 2001.
- 柏木聖代: ドイツの看護師制度の概要, 世界の労働; 第55巻10号: pp.54-58, 2005.
- 高木和美: ドイツにおける高齢者看護師(Altenpfleger)の職業領域に関する判決とその理由, 社会医学研究. 第23号, pp.63-73, 2005.
- 峯川浩子: ドイツ連邦共和国におけるAltenpflegerの制度的位置づけ, 老人介護士から老人看護婦(士)へ?, 医事法学(0912-7194)17巻, pp.9-22, 2002.07.
- 泉眞樹子: 第9章 高齢者介護制度の現状と課題, 総合調査「少子化・高齢化とその対策」, pp.162-183 (2005.02).
- ドイツ連邦教育研究省: 「職業教育報告書2003」Berufsbi

- ldungsbericht 2003, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Mai 2003.
- 旭川荘50周年記念シンポジウム：日独介護保険の将来展望, 2007.03.
- ジェトロデュッセルドルフセンター：ドイツの医療・福祉サービス, 2002.02.
- 白石知子, 百瀬由美子：デンマークの高齢者施策における在宅ケアシステムに学ぶ新たな視点 ～ヒョースホルム市の予防家庭訪問とサービス判定～ 愛知県立看護大学紀要Vol.13, pp.41-48, 2007.
- 高木剛：デンマークにおける介護福祉専門職の養成教育. 総合ケア. 15(10)：pp.79-83, 2005.
- 高木剛：介護福祉専門職の「医療行為」に関する研究と今後の専門職養成の考察 ドイツおよびデンマークの現状分析を中心に. 訪問看護と介護. 12(8)：pp.674-678, 2007.
- 鬼崎信好：「世界の介護」北欧の介護 デンマークを中心に. 教育と医学, 51(3)：pp.262-269, 2003.
- 松岡洋子：デンマークの高齢者住宅とケア政策 海外社会保障研究No.164：pp.54-65, 2008.
- 松岡洋子：『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論, 2005.
- デンマーク大使館：「デンマークの医療」, 2007.
- 介護福祉士養成高度化研究会：「介護福祉士養成高度化に関する研究報告書」財団法人社会福祉振興・試験センター助成研究, 平成21年3月.
- Landenberger, M. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa - Vergleichende Analyse und Vorbilder für die Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2005.
- Stöcker, G. u.a.: Bildung und Pflege Eine berufs- und Bildungspolitisches Standortbestimmung. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2002.
- Stöcker, G. u.a.: Dilemma der Pflege (ausbildung) In: Zeitschrift: Die Schwester/Der Pfleger 41 (3) Mabuse Verlag 2002.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsausbildung in der Altenpflege Lernzielorientiertes Curriculum für die praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Altenpflege. Bartelsmann, Bielefeld 2002.
- Schneider (Hrsg.): Das Lernfeldkonzept - zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen. In: Pflege pädagogik für Studium und Praxis, Springer Verlag, Berlin 2003.
- E. Kellnhauser u.a.: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.): Berufskompetenzen professionell Pflegenden. 2003.
- (つつい・すみえい 岡山県立大学准教授)
(いしかわ・ひょう 八戸大学教授)

井伊雅子編
『アジアの医療保障制度』

(東京大学出版会、2009年)

米山 正敏

I はじめに

「アジアの医療保障制度」と言った場合、「アジア」は極めて多様性に富んでいる地域であることを想起しなければなるまい。さらに、「医療保障制度」についても、そのあり方はやはり多様であり、日本や韓国のような皆保険制度を採用する国から、オーストラリアのような税制度を採用する国などがある。そして、現代はまさに「アジアの時代」とも言われる国際的状況にあることは言を待たない。驚異的な経済成長を続ける中国、それに追従するかのように成長するインド、もはや経済的には先進国入りしたと見てよい韓国やシンガポールなど、これらの国々はみな本書で取り上げられている国々である。ただ、中国やインドでは、農村部と都市部の経済的格差が極めて大きいことも忘れてはなるまい。また、アジアの国々の中には、わが国と同様に深刻な少子化に見舞われている国もある。韓国や香港が日本より合計特殊出生率が低いことはよく知られている。少子化の急速な進行は人口構造の高齢化を招き、医療費の高騰をもたらす。それは、その国の国家財政への負担を増し、ひいては経済成長に悪影響を与えかねない。これらはまさに、今後のわが国が直面している大きな課題でもある。本書は、中国やインドのように「成長と格差」の両面の様相を見せるアジア経済、東アジアを中心に進行する少子化と言った背景を踏ま

えながら、財源論、医師などのマンパワー、医療技術、病院運営、高齢者医療ないし介護の問題など、極めて多様な要素が複雑に交叉する医療保障制度を、アジアの各国ごとに解説した意欲的な著作である。

II アジア各国の医療保障制度の紹介

この節では、本書の章立てにしたがって、アジア各国の医療保障制度についての本書による解説をごく簡潔に紹介する。

①オーストラリア

この国の医療保障制度は、イギリスのそれに倣っており、税方式による皆保険制度を基本としプライマリケアシステムと一般医(GP)制度が確立されているなど、イギリス連邦諸国としての共通の枠組みを持っている。現在、医療制度のあり方として一番の争点となっているのは民間医療保険の位置づけである。オーストラリアでは、充実した皆保険制度の存在にもかかわらず、国民の43%(2005年)が民間医療保険に加入している。これには、さまざまな制度上の優遇措置が民間医療保険のシェア拡大に大きく貢献していることがある。このようなオーストラリア方式は公的・民間両部門の棲み分けが医療サービスの内容に応じてなされているという特徴を持った「官民二本立ての制度」である。

②シンガポール

シンガポールは日本より合計特殊出生率が低く¹⁾、政府は高齢化社会への移行に対処するための医療政策を打ち出している。すべてのシンガポール国民および永住権保持者に加入が義務付けられた強制貯蓄制度として中央積立基金(CPF)があり、これは年金、教育費、介護保険、生命保険、医療費、不動産購入などに使用される多目的社会保障制度である。シンガポールでは、日本と異なり国民には保健医療であっても自助努力が求められ、政府の関与は最低限であることが特徴である。そして、国民および永住権保持者が初めてCPF口座を開いた時点で加入可能となるMediShieldとIncomeShield Plusと呼ばれる医療保険は日本の公的医療保険とは趣が異なり、例えばこの保険を使用するか否かは加入者に選択の余地があるなど、民間保険と様相が似ている。

③香港

香港は合計特殊出生率が1.0(2007年)²⁾と世界的にも最も低い部類に入る。したがって、香港社会の高齢化は医療制度の財政的持続性を巡る議論を惹起している。香港の医療制度は医療財源を税方式としている。一般財源から病院機構下の病院などに公的資金が投入されており、香港市民であれば外来患者、入院患者ともそれぞれ一律の僅かな自己負担で医療サービスが受けられるというのが香港の基本的な医療制度である。ただし、一次医療と二次医療との相互連携が弱いことが香港の医療制度の大きな課題である。また、香港の65歳以上の人口は2004年総人口の11.7%から2030年には25%程度に達する見込みだ。したがって、香港でも医療部門と社会福祉部門の連携という日本と共通する難しい課題に直面している。

④中国

中国では、いわゆる「一人っ子政策」による出生率の低下により、若年人口(0-14歳)の急速な減少と同時に高齢化も進行している。高齢化の速度は加速度的であり、65歳以上人口の割合は2027年には14%に達するが、この速度は日本の経験とほぼ同様である。高齢者の一層の増加は中国の医療保障制度改革を考える上で重要である。中国の保健水準を見ると、農村部における保健状況の改善が重要な課題であることが確認される。例えば、農村部や経済水準の低い地方で周産期医療改善の遅れが示唆される。さらに、農村部の医療施設の病床数は非常に低水準であるなど、中国の医療状況は都市・農村間または地方間によって大きく異なっている。一方、改革開放以降中国は急速な経済成長を遂げ、1998年に都市部労働者向けの医療保険制度が設立された。また、旧来の農村合作医療が急速に衰退した後、2000年代に入り新型農村合作医療制度が設立された。このように、20世紀末より中国は社会保険型の医療保障体制構築に向けて改革を進めてきていると見ることができる。

⑤インド

インドは人口増加を続ける若い国であり、高齢化に伴う社会保障上の問題は顕在化しておらず、この点で、同規模の人口大国である中国が④で述べたように高齢化が急速に進んでいるのと対照的である。この国の公的保健政策を見ると2005年に農村などにおける保健システムや保健指標の改善を念頭に、国民保健政策2002とMDGs(ミレニアム開発目標)の実現を促すべく「農村保健ミッション」が設立された。同ミッションは公表した保健指標を2012年までに時限つきで達成するように運営される。次に、インドの医療保険制度についてであるが、まず、インドの医療保険は国民皆保険ではない。公的医療保

険としては公務員とフォーマルセクターの企業従業員向けの制度のみである。このほかの大多数の国民には民間医療保険があるのみであるが、料率が高い上、病院が遠くの町や都市にあるため、仮に高い料率を払ってもその保険が機能しない可能性がある。このように、公的医療保険のカバレッジが狭く罹患による経済コストの負担ができていない。なお、インドは多様性を内包する国土をもつので、地域ごとの事情が大きく異なり、したがって地域に適合した制度を採用する必要がある。

⑥韓国

韓国では現在のベビーブーマーが高齢化してゆくにつれて、出生率の急激な低下(2007年の合計特殊出生率³⁾は1.2と日本(同年で1.3)を下回り、世界最低水準である)も相俟って日本以上のテンポで高齢化が進むと予想される。韓国の医療保険制度は朴政権誕生直後の1963年11月に制定された医療保険組合法に始まる。これに続いて同年12月医療保険法が制定・公布された。1970年代半ば以降急激な経済成長に伴い医療需要が急増するなど医療保険の必要性が大きくなった。医療保険法の数次の改正により適用事業所の拡大を進め、最後の懸案である農漁村のような地域住民への保険制度は、1988年に農漁村医療保険が実施され、翌1989年、皆保険の達成をみた。その後、2000年に「医療保険完全統一元化」を目指すという大改革が実施された。組織の統合から始まって、2003年7月より被用者と自営業者が完全に財政統合され、国民健康保険公団の被保険者となった。しかし、容易に想起されるように、源泉徴収される被用者と所得が自主申告の自営業者の所得捕捉率の格差が問題となる。そこで自営業者対象の地域保険については保険料は所得のみでなく、自動車や不動産などの資産や全体的な生活水準を点数で評価し保険料に

反映させる賦課方式がとられている。このほかに特筆すべきは、診療報酬請求オンライン(EDI)化と情報活用が進んでいること、2008年7月より介護保険制度が開始されたことである。

⑦台湾

台湾の合計特殊出生率は、1984年には人口置換水準(約2.1)を下回り、2005年時点では1.12となっており、日本1.26をも下回り、少子化についてはすでに日本を追い越している。高齢化のスピードも日本より速く、2050年時点での高齢人口割合は台湾37%、日本40.4%と、ほぼ同水準となると予想されている。1995年、国民皆保険制度である国民医療保険制度が導入された。国民医療保険は「出来高払い」でスタートしたが、不要な医療需要を惹起する可能性が指摘されていたため、段階的にDRG/PPS(診断群分類別定額支払方式)が採用され、2002年7月にはすべての病院に「総額予算支払制度」が導入された。課題としては、今後台湾がより豊かになると同時に、先述のように急激な高齢化を迎えるなかで、医療費の抑制を続けていけるかどうかということである。

⑧日本

近代明治政府は殖産興業に力を入れ、近代産業が勃興してきたが、これとともに工場労働者や賃金労働者が発生した。こうした中、労働者を保護し労使の協調と融和を図るものとして、1922年に健康保険法が制定された。同法はドイツの疾病保険法をモデルとしている。この後、1929年に世界恐慌が発生、日本に波及して昭和恐慌が発生し、農村と農民に大きな打撃を与えた。農村は、兵の供給源でもあり、国防力充実のためにも農村の保健対策が強く要請された。こうした状況の中、1938年、旧国民健康保険法が制定された。同法では市町村を単位とする組

合主義を採用した。戦後、激しいインフレによる医療費の高騰などの厳しい時期を経て、1958年に新国民健康保険法が成立し国民健康保険事業の実施を市町村に義務付け、1961年から全国で実施された。1959年には国民年金法も成立し、1961年4月、国民皆保険・国民皆年金の達成をみた。こうした医療保険制度とともに重要なのは、わが国の医療制度・政策における需要面でのフリーアクセス、供給面での自由開業制と自由に診療科目を標榜できる自由標榜制である。しかし、いつでも誰でも全国どこでも必要な医療サービスを受けられるフリーアクセスの政策が、必要以上の医療サービスの受診などの過剰な需要、患者の大病院への集中といった適正な資源配分を損なう非効率性をもたらしてきたのである。なお、医療のシステムや政策について現状の評価などによる設計を行うために、医療統計の体系化が必要である。

Ⅲ 本書から敷衍される「アジアの医療保障制度」に係る論点と議論

島崎(2005)によれば、医療保障制度と公的年金制度との違いは、後者が基本的にはファイナンスの仕組みのみで構築されており、年金給付の財源をいかにして調達するかという財源論にとどまるのに対し、前者は医療の「供給」を行うシステムがまず始めにあった上で、その費用をいかにして調達するかというファイナンスの問題が存在するという、「供給」と「財源」の二元論になっていることにあるという。しかし、同じく島崎(2005)によれば、わが国では人口の高齢化により、医療保険も実質的に賦課方式をとっている公的年金制度と同様に、「世代間扶養」の仕組みに近くならざるを得ないという。すなわち、2007年度(推計)でも総人口の約2割を占める65歳以上の高齢者が医療費の半分以上を消費し、

2025年度(推計)では総人口の約3割を占める高齢者が医療費の7割を消費することになれば、当然医療保険においても「世代間扶養」の要素が強くなるというのだ。このように、医療保障制度には「供給」と「財源」の二つの側面があり、また、高齢化によって公的年金制度と同様に医療保険も世代間扶養の仕組みに近くなるという島崎の議論は、「アジアの医療保障制度」を考える上でも参考になる。上記Ⅱのアジア各国の医療保障制度の紹介では、医療の「供給」と「財源」の二側面のうち後者に重点を置いて記述したが、本書においては前者の医療「供給」についての解説が軽視されているわけでは決していない。例えば、シンガポールにおいては、「供給」面に含まれる医療技術において、診療科によっては日本より進んでいると思われるとの記述が本書中にある。その理由として、日本では厚生労働省の政策により海外で開発された新薬・医療器具の承認は10年かかることも珍しくないが、シンガポールでは欧米で開発された新型薬剤・医療器具は迅速に承認されることが多いことが挙げられている。高齢化と医療保障制度の関連についても、上記Ⅱでも触れたように、出生率の急激な低下が見られる各国において、すなわちシンガポール、香港、中国、韓国、台湾、日本、といった国々で高齢化に伴う医療保障制度上の課題が表面化してきている。特に、高齢化で先頭を走る日本が、アジアのほかの国々にとって参考となる高齢者医療政策を打ち出せるかを、アジア各国が見守っている。わが国で2008年4月に施行された後期高齢者医療制度については、翌2009年に政権交代を果たした民主党により、制度の廃止ないしは見直しが検討されている。また、医療保障の財源論に目を向ければ、アジアの一部の国でユニークなのは、社会保険方式や税方式でもなく、米国のような高齢者や低所得者などの特定の層にのみ公的医療保険を適用させると

いう方式でもない、「強制貯蓄制度」を持つシンガポールの方式である(ちなみに本書評の執筆直前に、米国ではオバマの医療保険改革が成立した)。この「強制貯蓄制度」は、医療費のファイナンスの観点からも有効であるのみならず、この貯蓄から教育費や不動産購入にも用いられるため、公的年金制度における強制貯蓄機能と類似する側面がある。公的年金制度による強制貯蓄は投資の源泉となりマクロ経済の成長に寄与するが、シンガポール流の強制貯蓄制度も、それと同様の効果が期待でき、医療費のファイナンスと「一石二鳥」であるという、ユニークな制度である。この制度はこれから経済成長と医療保障制度を同時に達成しようと努力する途上国にとっては、採用を検討するに値する制度ではないだろうか。また、わが国にとって参考となるのは、韓国の医療保険制度である。わが国でも、産業構造の変化による農林漁業従事者の減少、日本型雇用システムの変容による正規労働者と非正規労働者の二分化による被用者保険の変容といった条件から、国保と健康保険を統合化(一本化)するべきとの議論が起こっている。この問題については、被用者保険と地域保険の両者を完全に財政統合して、保険者を一本化することに成功した韓国の例が多いに参考となろう。わが国が本気で、韓国と同様のことに挑戦するのならば、韓国においてはいかなる条件があったから、この困難な被用者保険と地域保険の統合に成功したのか、十分な研究がなされる必要がある。

IV むすび

Ⅲで詳しく議論したように、日本もアジアの

一員として、ほかのアジア諸国と経済的・社会的共通点のある国も多く、日本がほかのアジア諸国から学ぶべき点、逆にほかのアジアの国々が日本から学ぶべき点の双方があるということ、本書を通読して感じた。また、医療保障制度は、農村と都市部と言った地域格差、民間医療保険の位置づけ、ファイナンスのみならず供給面の課題など、考慮すべき要素が著しく多い。また、人口動態については、日本は先進国の中ではドイツと並んで出生率が相当低い部類に入るが、アジアには日本の出生率をも下回る韓国、シンガポール、香港、といった国々があり、今後の人口高齢化の中で高齢者医療を中心にいかにして制度を組み立てていくか、共通の課題である。このように、「アジアの時代」と言われる中、日本をアジアの一員と位置付けて、ほかのアジア諸国の医療保障制度を詳細に紹介し、分析している本書は、今後のわが国の医療保障制度をより「ベター」なものにしていく上で、極めて示唆的である。「アジア」という観点に関心をお持ちの諸氏にも、「医療保障制度」という観点に関心をお持ちの諸氏にも、ぜひ一読をお勧めしたい。

注

- 1) 合計特殊出生率は、日本1.3に対し、シンガポールは1.0(ともに2007年)。出所：World Development Indicators (2008)。
- 2) データの出所は上記1)と同じ。
- 3) データの出所は上記1)と同じ。

参考文献

島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」
遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房

(よねやま・まさとし 国立保健医療科学院
福祉サービス部主任研究官)

小林甲一著

『ドイツ社会政策の構造転換 労働生活とその人間化をめぐる』

(高菅出版、2009年)

森 周子

I はじめに

戦後、先進資本主義国の多くは、完全雇用と社会保障を二本柱とする、いわゆるケインズ＝ベヴァリッジ型福祉国家の道を歩んできた。しかし、1970年代半ば以降連綿と続く社会状況・経済状況の変化(少子高齢化の進展、低成長経済、経済のグローバル化など)によって、失業率の上昇、雇用の不安定化、社会保障財政の逼迫などの問題への対応に苦慮している。日本も例外ではなく、今後の福祉国家と社会政策の目指すべき方向性をめぐる議論が政界や学界で活発化している。

その議論で重視される論点の一つは、雇用と社会保障(もしくは労働と福祉)をいかに関連づけるか、である。安定した雇用を前提とした社会保障の拡充、という従来の状況が崩れつつある中で、雇用と社会保障(もしくは労働と福祉)の新たな関連づけが求められている。さらにまた、労働生活のあり方も問い直されている。非正規雇用の増大や、正社員の長時間労働などが問題となる中、安定した仕事に就ける、やり甲斐のある仕事に就ける、充実した余暇を過ごせる、仕事以外の活動に打ち込める、仕事と家庭を両立できるといった、質の高い労働生活が追求されている。

本書は、「社会政策の展開を規定してきた労働生活への視点ならびに社会政策を突き動かして

きた「社会的なもの」(das Soziale)を問い直すという姿勢を基本に、社会政策にあって社会保障の拡充によりこれまで見過ごされがちであった人間の労働や労働生活に軸足をおいて、改めてドイツ社会政策の構造転換を明らかにしようとする(p. 2)するものであり、労働生活、福祉国家、社会政策の今後のあり方をめぐる議論に一石を投じるものと位置づける。

II 本書の概要

本書は序章から第9章までの合計10章からなる。以下で各章の内容を概説する。

序章「社会政策の構造転換と労働生活」では、本書の構成と各章の内容の要約がなされ、第1章「労働の人間性と社会政策」では、著者が理論上依拠する、新社会主義を代表する理論家エデュアルト＝ハイマン(1889-1967)の社会政策理論が詳説される。ハイマンは、近代の経済社会体制を「経済主義」の体制としてとらえた。経済主義とは、自己目的化した経済の拡張により、物質的、経済的価値があらゆるほかの社会的価値に対して優位する体制をさし、ハイマンは、このような経済主義体制を超える体制改革のゆくえを展望したとされる(p.11)。著者はハイマンの所論を受けて、資本主義という経済主義体制のもとで、労働する人々の自由が奪われ、労働の品位と尊厳が失墜させられること(労働の非人間

化)を憂えている。

第2章「社会政策の拡大と体制改革」では、ドイツの社会政策がどのように拡大・展開し、それを通じて社会政策が資本主義にどのような体制改革をもたらしたかが考察される。19世紀末にドイツに成立した社会保険は、適用対象となる生活上のリスクと適用人口とを拡大することで社会全体に浸透した。また、1929年の世界恐慌を契機にアメリカに登場した社会保障は「社会保険を再建・拡充し、それを補完するために保険原則に依らない扶助制度を設立し、さらに安定した生活に必要な保健、教育、住宅、福祉その他の公共サービスも充実させた」(pp.45-46)。その後、イギリスのベヴァリッジ報告を経て1942年にILOによって定式化された社会保障によって「社会政策は、労働者層を含む全国民を対象にその「社会問題」(soziale Frage)を解決するための政策として拡大された。こうして社会保障の形成は、社会政策の拡大がさらなる展開に及び、体制改革が新たな段階に入ったことを意味していた」(pp.46-47)とされる。

ハイマンは、このような社会政策の進展を社会改革(Sozialreform)と呼び、その制度的成果として①労働者保護、②労働者社会保険、③労働協約の3つに着目した(p.48)。だが、ハイマンにとって社会改革の制度的定着は、結局のところ経済主義体制である資本主義を下支えする以上の積極的な意味をもたなかった(社会改革の歴史的限界)。このことを受けて著者は、「われわれは、経済的福祉の向上だけを追求するのではなく、より高次の精神的福祉を求めて人間社会を改革する方向に進むべきである」(p.52)と主張する。

第3章「労働生活と総合社会政策」では、近代社会の誕生によって労働生活が構造変化し、労働世界と生活世界とに分断されたことが指摘され、そのことと併せて、ドイツ社会政策論が労働と

労働生活をどのようにとらえて展開してきたかが整理される。19世紀後半における成立当初、主に労働者問題を緩和・解決してきた社会政策であったが、20世紀前半には、労資の階級対立の緩和を社会政策の目的とする「古典的」社会政策論が誕生し、戦後は、労働者階級のみならず社会の成員すべてを対象とし、社会政策論を社会政策(Sozialpolitik)から総合社会政策(Gesellschaftspolitik)に拡大しようとする新しい社会政策論が台頭した。著者は、ドイツの有力な社会政策学者ハインツ・ラムパートの社会政策論を援用しつつ、労働生活に軸足を置いた総合社会政策論の構築を提唱する。

第4章「労働の人間化」構想と社会政策」では、1970年代の社会民主党(SPD)政権期にさまざまな政党や団体によって提案された「労働の人間化(Humanisierung der Arbeit: HdA)」論議について概説される。当時、「人間生活の質的向上をはかり、生活において人間性を回復するためには労働生活の人間化が不可欠であると考えられるようになり」(p.91)、1974年には労働社会秩序省と研究技術省が「労働生活の人間化に向けた研究」プログラム(HdAプログラム)を発表した。しかし、その内容はさまざまな団体の主張の最大公約数のような曖昧なものに留まり、抜本的に労働生活を問い直すものとはならなかったと指摘される。また、第5章「労働の人間化政策の展開と労働社会の転換」では、1980年代のキリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)政権下で発表された研究・開発プログラム「労働と技術(AuT)」によってHdAプログラムが代替され、当初の「労働の人間化」論議の内容が矮小化されたと指摘される。

第6章「労働時間の諸変化と社会政策」では、社会政策の形成当初から労働者保護における最も重要な問題領域のひとつであった労働時間政策の展開が概観される。労働時間短縮が主であった従来の労働時間政策が、35時間労働制の普及

によってそれ以上の短縮が困難かつ問題視された1980年代以降には、新しい労働時間政策、すなわち労働時間の弾力化へと方向転換したことが示される。

第7章「家族と労働世界」では、1980年代以降、労働時間が短縮されたことを契機に生活世界の中心部分を占める家族活動が再評価され、1984年に連邦青少年・家族・保健省学術審議会が公表した報告書「家族と労働世界」によって、家族政策の重要性が強調されるようになったが、1990年代半ば以降はその反作用として、社会政策の重心が再び家族から労働市場へと移行していると述べられる。

第8章「社会保険と稼得活動指向型構造改革」では、社会保険が戦後の社会保障構想のもとで保険原則から逸脱し、労働から切り離される傾向があったものの、1970年代半ばの「社会国家の危機」以降あらためて、「稼得活動を指向し、ふたたび稼得活動を組み込んだ、稼得活動と調和した構造改革(p.208)」を遂げていることが、受給要件である稼得能力の喪失・減退の基準の厳格化をめぐる揺れ動いた1990年代後半の障害年金改正の内容を中心に検討される。

第9章「労働市場問題と社会政策の構造転換」では、2001年5月に与党SPDの党委員会によって発表された報告書『労働の未来』、2002年のハルツ委員会（「労働市場における現代的サービス」委員会）の報告書、その内容を受けて2002年から2003年にかけて立法化されたハルツⅠ～Ⅳ法（労働市場における現代的サービスに対する第Ⅰ～Ⅳ法）といった2000年代の一連の労働市場改革の内容が概説される。「雇用保障あってこそその生活保障」という従来の前提が「高失業社会」に陥る中で崩れてきたことから、「人びとに労働する機会と場を提供するために、「労働」や「雇用」の側からあるいは労働生活の視点から、改めて社会政策の構造転換をはかる必要が高まった」(p.213)とさ

れる。これらの改革によって「確かに労働市場政策は活性化したが、最終的には、失業の減少や雇用の増大だけでなく、その労働市場改革によって稼得活動がどれほど活性化するかが問われなければならないときが訪れるだろう。」(pp. 233-234)と著者は展望する。

Ⅲ コメント

本書を貫く問題意識は、社会政策が、成立以降その対象や内容を拡大させていく中で、①時代ごとの社会・経済状況に応じて、労働および労働生活をより「人間化」するために、いかなる理論や理念に基づいて構造転換していくべきか、また、その際に②労働生活における労働世界と生活世界の最適な均衡はどのように措定されるべきか、の二点であろう。

①について、著者はハイマンの理論に依拠して自説を展開している。現代ドイツの社会・経済状況と社会政策の現状とをハイマン理論から読み解くことで、社会政策がどのように、経済主義体制を超えた体制改革に資することができるかを考察しようとしている。

労働および労働生活の「人間化」について、従来の労働についての観念を変えねばならない、労働の質の向上を図らねばならないとする著者の問題提起は、根源的かつ重要であり、長期的視野に立って議論する必要があると思われる。しかし、理想論の域を出ないとの批判を回避するためには、「人間化」の具体的な内容が明確化される必要がある。労働者保護や共同決定の拡充にとどまらない、さらなる労働の質の充実のための具体策が例示されるべきだろう。

②について、著者はハイマンがいうところの「善き生活(gutes Leben)」(人間の本性にあった生活形成)(p.26)を実現するための労働世界と生活世界の最適な均衡を実現すべく、社会政策が構

造転換を図らねばならない、と主張する。そして、そのための個別具体的な政策内容として、第6章では労働時間政策、第7章では家族政策について述べており、これらはワーク・ライフ・バランスやファミリー・フレンドリーという概念をめぐる議論と重なる。

2000年代の労働市場改革に関する第9章の内容は、ワークフェアをめぐる議論と重なる。著者のいう「稼得活動指向型構造改革」とは、労働と福祉の関係を緊密にしようとする2000年代のワークフェア的な一連の労働市場改革をさしている。ワークフェアは、就労義務を最重視するワークファーストモデルと、積極的労働市場政策を最重視するサービスインテンシブモデルに区分しようとする（宮本2002, p.131）。2000年代のドイツの労働市場改革は、斡旋された職を特別な理由なく拒否した場合に手当が減額され、適切な職の斡旋が困難な場合には時給の低い簡易な仕事に従事することが義務付けられる（1ユーロジョブ）など、ワークファーストモデルの要素も有するが、他方で就労促進のための個別の給付をきめ細かく行うなど、サービスインテンシブモデルの要素も有する。

次に、本書のタイトルでもある「社会政策の構造転換」に論及する。本書で著者がドイツ社会政策の構造転換のメルクマールとしてとらえているのは、戦後の社会保障制度の確立と、2000年代のワークフェア的な稼得活動指向型構造改革の二つであると解釈しうる。ここで問われるべきは、後者が「善き生活」を実現するための労働世界と生活世界の最適な均衡を実現するための構造転換であると果たして解釈できるか、ということであろう。ワークフェアは、ともすると労働の質を問わずに就労を強制することにつながりかねず、また、就労していないことを理由とする給付の厳格化にも容易に結びつきかねないからである。

最後に、評者が本書の内容に関して疑問に感じた点を二つ挙げる。ひとつは、第9章で何度か用いられる「稼得活動の活性化」という語の意味についてである。ハルツIV法で導入された失業手当II（稼得能力ある困窮者が受給する）の受給者には、僅少労働に従事する、いわゆる「ワーキング・プア」が多いことが指摘される（名古屋2009, p.145）。また、1ユーロジョブの有効性についても疑義が呈されている（Hohmeyer 2009）。そのような中、とりあえず求職者が何らかの職を得れば稼得活動が活性化されたといえるのか。あるいは稼得活動の活性化とは、働き甲斐のある質の高い（通常またはそれ以上の賃金の）職を得ることを意味するのか。著者が志向する「稼得活動の活性化」の具体的内容の明示が望まれよう。

もう一つは、生活世界と労働世界の均衡についてである。資本主義社会において、生活世界と労働世界の望ましい均衡を果たす労働生活とはどのようなものか。そもそも「善き生活」を措定すべき主体は個人なのか国家なのか。措定された「善き生活」を実現すべく、生活世界と労働世界の均衡を個人が独自に組み立てるべきか、あるいは国家が均衡のモデルケースを設定すべきか。これらについての著者の具体的な展望を知りたく思った。

以上の疑問点は残るものの、総じて本書は、日本を含む多くの先進資本主義諸国が目下頭を悩ませている、福祉国家と社会政策が今後目指すべき方向性を理論的かつ政策的に検討している点で大変意義深い。さらに、1980年代以降のドイツで再評価の機運が高まるハイマンの所論が現代の労働生活のあり方に与える示唆を鋭く分析している点、政策を構想・展開する上での政策理論や政策理念の重要性を真正面から取り上げている点が、本書のオリジナリティであり、学術的貢献といえよう。

参考文献

- 名古屋道功2009「労働者の生活保障システムの変化—ドイツにおける低賃金労働・ワーキングプア」『社会保障法』第24号pp.136-148.
- 宮本太郎2002「福祉国家再編の規範的対立軸—ワークフェアとベーシックインカム—」『季刊社会保障研究』第38巻第2号pp.129-137.
- Hohmeyer, Katrin. 2009. “Effectiveness of One-Euro-Jobs. Do Programme Characteristics Matter?” *IAB-Discussion Paper*, 20.

(もり・ちかこ 佐賀大学准教授)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

- (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

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(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き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・などを使用してください。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。

- (例) <表1>受給者数の変化
<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 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。

- (例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 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*, Vol.58, No.3, 63-87.

檜原朗 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.

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009, Human development indicators,

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP(Desk Top Publishing)にて行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

- (1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものをご提出いただく場合もあります。
- (2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。
- (3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS(Windows、Macintosh など)、アプリケーション名(Excel、Lotusなど)、バージョン名(2.0など)を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第173号 2010年12月発行予定 特集：諸外国の就学前教育・保育サービス
—子どもの「育ち」を保障する社会のしくみ—

バックナンバー

- 第172号 2010年9月発行……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
- 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

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障およ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など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」、および「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などはいずれもほかに未投稿・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、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」、および「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. 掲載された論文などは、ほか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

本号特集は当初「社会保障カード(仮称)」導入に向けての政府の動きを念頭に企画されましたが、途中政権交代による「税・社会保障共通番号」への変更を受けて、情勢を睨みつつ企画案を練り直し、時宜を得た内容、刊行時期を目指しました。

本年6月には政府が共通番号の具体案を提示し、その後「消えた高齢者問題」も浮上し、制度の管理運営における情報システム活用への関心は高まる一方です。本特集の諸外国の例が日本のシステムのあり方を考える参考資料として広く活用されることを願っております。

(J.T.)

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 涉 (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. 172

平成22年9月25日発行

ISBN 978-4-904486-17-7

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

大和綜合印刷株式会社

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋1丁目12番11号

Tel: 03-3263-5156 Fax: 03-3263-0470

e-mail: daiwa@cd.mbn.or.jp

homepage: <http://www17.ocn.ne.jp/~daiwasg/>

ISSN 1344-3062