



# 海外社会保障研究

Autumn 2012

No. 180

## 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係

特集の趣旨	佐藤 主光	2
イギリス社会福祉における国と地方の関係		
－ニューレイバー政権期における諸改革と政策展開を中心に－	平岡 公一	4
フランスの社会保障制度における国と地方の関係	伊奈川秀和	18
ドイツ社会保障制度における政府間関係	武田 公子	28
カナダの連邦制度と社会保障	池上 岳彦	42
スウェーデンの社会保障制度における国と地方の関係		
－介護サービスにおける「サービス選択自由化法」の影響を中心に－	斉藤 弥生	60

## 書評

李蓮花著

『東アジアにおける後発近代化と社会政策 ー韓国と台湾の医療保険政策ー』

..... 岩渕 豊 77

有森美木著 江口隆裕編

『世界の年金改革』 ..... 山本 克也 82

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

---

Autumn 2012 No. 180

---

## Special Issue: Responsibility in Social Policy Shared by Central and Local Governments

Foreword ..... Motohiro Sato

Central-Local Government Relations in British Social Care with a Focus on Reforms and Policy  
Development under the New Labor Regime ..... Koichi Hiraoka

The Relationship between Central and Local Governments in the French Social Security System  
..... Hidekazu Inagawa

Intergovernmental Relations in the German Social Security System ..... Kimiko Takeda

The Federal System and Social Security in Canada ..... Takehiko Ikegami

The Decentralized Elderly Care System in Sweden: Focus on the Effects of the Freedom of choice Model  
..... Yayoi Saito

## Book Review

Lianhua Li

*Late-Modernization and Social Policy in East Asia : Health Insurance in South Korea and  
Taiwan* ..... Yutaka Iwabuchi

Miki Arimori, edited by Takahiro Eguchi

*Pension reform around the World* ..... Katsuya Yamamoto

---

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2012 No.180

国立社会保障・人口問題研究所

---

## 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係 趣 旨

---

### 社会保障と地方財政

「社会保障と税の一体改革」（以下、一体改革）は地方財政と無縁ではない。5%の消費税率引き上げのうち、地方消費税・地方交付税原資として地方には1.54%が充てられる。これは年金・医療等「制度化された」社会保障給付における国と地方の現行の負担割合を反映したものとされる。実際、我が国において地方自治体は生活保護を含めて社会保障の分野において大きな役割を果たしてきた。よって、一体改革は地方財政を包括した改革でもある。とはいえ、一体改革や地方分権改革の現状は国と地方の財源の争奪戦となってきた。その背景には国・地方の財政悪化がある。「社会保障の安定財源確保」を建前としつつも、地方は地方消費税の充実や交付税の「共有税化」（地方固有の財源としての性格の明確化）を通じて希少な財源の「囲い込み」を図っているのが実態だ。

### 迷走の理由

こうした「迷走」は、国と地方の役割・責任割当の不明瞭さに起因する。我が国の政府間関係は国が政策を企画、財源確保を行い、地方自治体が執行する「集権的分散システム」として特徴付けられてきた。医療、介護を含め社会保障も例外ではない。例えば、財源面では市町村国保や介護保険事業は市町村が実施している。しかし、国と地方の入り組んだ関係はその責任の所在を曖昧にしてきた。医療財政に逼迫や医師の偏在・不足についても国と地方が互いに責任を押し付け合う局面が多く見受けられる。結果、国民に対する「説明責任」を果たせていない。

この集権的分散システムは地方分権改革の弊害にもなっている。地域密着の地方公共サービスとして医療・介護等社会保障サービス（現物給付）を分権化するにも、自治体は国の財源保障を求める。一方、国は「カネを出すなら口も出す」（補助金に条件を付ける）ため、地方の主体性も自己責任も高まらないままになる。加えて、社会保障の機能の混在も地方分権を困難にする。再分配機能であれば、経済合理性（「財源配分論」）の観点からも国の役割が重要視される。一方、介護・医療の保険サービス面に着目するならば、資源配分機能の一つとして地方が担う余地が出てこよう。しかし、その性格が明確でなければ、責任を果たすべき政府の役割も明らかにならない。

### 地方分権と社会保障

教科書的（「機能配分論」）に言えば、社会保障を含む所得再分配の機能は国（中央政府）が担うこと

が望ましい。ただし、社会保障のうち介護や医療サービス等の「現物給付」の提供は財政の「資源配分機能」にあたる。この場合、地方自治体に当該機能を分権化することが、所謂「ナショナル・ミニマム」を超えた水準での住民のニーズを満たし易いという意味で効率に適うとされる（「分権化定理」）。加えて、多くの政策には実験的な要素がある。一口に健診等、生活習慣病予防の普及に向けて「科学的な手法を確立する」といっても、具体的な手法が確立しているわけではない。自治体が様々な政策を試みる「試行錯誤」を通じてのみベストプラクティスが見出せる。

## 政府間関係

社会保障の問題は集権か分権かの二者択一で語るべきではない。分権化定理や政策実験に拠る地方分権のメリットと再分配機能に係る集権化の優位性を折衷するのが政府間関係の在り方である。

この政府間関係の再構築にはカナダの経験は有用だろう。カナダでは公的医療を州政府が担ってきた。その財源の一部は連邦政府からの「カナダ医療補助金（CHT）」でもって賄われる。包括性・普遍性、「適切なアクセス」など原則的な条件を付与するものの、用途は州政府の裁量性に委ねられる。我が国でいえば「一括交付金」に近い。交付税や国庫補助・負担による財源保障に代えて、医療・介護に係る交付金を創設、人口構造等客観的な基準で配分するも一案だ。地方の主体性と責任を高める一方、ナショナル・ミニマムへの国の責任も果たされる。また、国は従来の事前的規制（許認可）に代え、事後的規制（評価）を強化することで、一定の質を担保できる。

## 地方分権への誤解

地方分権とは国と地方の役割分担の見直しであって、国から地方へ、あるいは都道府県から市町村への一方的な権限移譲ではない。「最後のセイフティーネット」たる生活保護は明らかに国が責任を負うべき分野だ。医療保険・介護保険については、それが保険として成立するには、一定の規模（加入者数）が求められる。よって、市町村よりも都道府県が適していよう。実際、イタリアやカナダでは州政府など広域行政体が医療に係る責任を持つ。あるいは自治体を含む行政機関から、医療・介護の分野を切り離すのも一案だ。フランスやドイツの場合、医療保険は「疾病金庫」という保険機能に特化した機関が請け負う。民間委託など「新しい公共」（NPM）の手法を駆使することがあっても良い。いずれにせよ、分権化は「大きな地方政府」を意味しない。

（佐藤主光 一橋大学政策大学院教授）

---

特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係

---

## イギリス社会福祉における国と地方の関係

ーニューレイバー政権期における諸改革と政策展開を中心にー

平岡 公一

---

### ■ 要約

本稿では、イギリスにおけるニューレイバー政権（ブレア政権、ブラウン政権）のもとでの社会的ケア（社会福祉）分野の政策展開に焦点を合わせ、自治体行財政改革の動きとの関連も留意しつつ、その特徴を、①全国的基準設定と規制・監査システムの改革、②自治体社会的ケア行政の業績管理、③市場化の進展とパーソナライゼーション、④パートナーシップ、連携と統合の4点に即して分析するとともに、そこで生じた中央-地方関係（国と地方の関係）の変容を検討した。ニューレイバー政権は、準市場のメカニズムを組み込んだサービス提供体制を維持するとともに、最低基準等の全国的な基準の設定に取り組み、規制・監査・レビュー・評価の機能をもつ独立した機関を設置し、規制・監査等の権限を中央に集中させた。また、業績測定の手法をベースにして、多様な手法を組み合わせることで自治体社会的ケア行政の業績管理の仕組みを作り上げた。このような政策展開は、ガバナンスの形態としてハイアラーキーの比重を高めるものであったが、「パーソナライゼーション」の推進の動きは、社会的ケアのガバナンスに新たな変化を引き起こしている。

### ■ キーワード

イギリス、ニューレイバー、社会的ケア、業績管理、パーソナライゼーション

---

## I 課題と視角

主要先進国の社会保障における国と地方の関係を取り上げる本特集における筆者の役割は、イギリスの社会保障における国と地方の関係（以下では、「中央-地方関係」という概念を用いる）を論ずることであるが、この役割を果たすにあたっては、以下のように分析・検討の対象を限定することとしたい。

第一に、日本的な意味での社会保障を構成する主要な分野は、所得保障、医療保障、社会福祉（サービス）であるが、ここでは、社会福祉分野を対象を限定する。というのも、イギリスの制度設計から見て、中央政府と地方自治体の関係が重

要な意味を持つのは、この三分野のなかでは社会福祉に限られるからである。なお、イギリスでは、1970年代以降、社会福祉の分野を指す用語として対人社会サービス（personal social service）という用語が使われてきた<sup>1)</sup>が、ブレア政権が成立する頃の時期からは、もっぱら社会的ケア（social care）という用語が使われるようになっていく。本稿では、原則として、ブレア政権以前の時期については「対人社会サービス」という用語を、ブレア政権以降の時期については、「社会的ケア」という用語を用いることとしたい。

第二に、本稿で主に分析・検討の対象とする時期を、「ニューレイバー」政権、すなわち労働党のトニー・ブレア政権（1997年5月～2007年6月）とゴードン・ブラウン政権（2007年6月～2010年

5月)の時期に限定する。この時期は、「地方政府の現代化(modernisation)」の旗印のもとで、中央政府によって、地方自治体の組織改革や業績向上のためのさまざまな取り組みが集中的に行われた。本稿では、そのことが、社会福祉分野の中央-地方関係に及ぼした影響にも注目したい。

第三に、イギリスは、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドという4つの国から構成される連合王国であるが、本稿では主にイングランドに関する制度・政策を前提に論述を進める。

本稿では、以下のように論述を進める。

第一に、ブレア政権成立以前の対人社会サービスの提供体制について、そこでの中央-地方関係の性格に注目しながら概観する(2節)。このような中央-地方関係が、ニューレイバー政権期にどのように変化したかという点に本稿は注目する。第二に、ニューレイバー政権の自治体行財政に関わる政策展開について、特に業績管理(performance management)の仕組みの導入に注目しつつ検討する(3節)。本稿では、このような政策展開と、社会福祉分野の政策展開の関連に注目するのである。第三に、ニューレイバー政権の社会的ケア政策について、そのなかでの中央-地方関係の位置づけに注目しつつ検討する(4節)

なお、近年のイギリスの公共政策や社会福祉の動きを論じる際の一つの典型的な論調として、「地方自治の母国」であるイギリスは、「参加と分権化」が最も進んだ国の一つであり、ブレア政権の政策がその進展に寄与しているという議論がある。ブレア政権が展開した公共サービス諸分野のなかには、わが国にもよく紹介されている「地域再生政策」を典型例として、「参加と分権化」の推進にむすびつく政策が確かに見られる。ブレア政権の政策展開を理論的に基礎づけた「第三の道」は、「参加と分権化」の推進に肯定的である。しかし、イギリスの地方自治体についての日英の専門研究

者の論文を何点か読むと、先進諸国のなかで地方分権化が進んでいる国であるとか、ブレア政権が一貫して地方分権化を推進してきたと考えるのは、大きな思い違いであることがわかる。そうした論文の中では、イギリスが、先進諸国のなかでも特に集権度が高い国であるとか、1970年代以降、一貫して中央集権化が進展してきたという指摘さえ見られるのである。実際には、近年の政策展開をみる場合には、集権-分権という次元ではとらえられない部分が少なくないと考えられるが、いずれにせよ、「参加と分権化の先進国」という理想化されたイメージにとらわれずに、政策展開の現実を直視する必要があることをここで強調しておきたい。

## II ブレア政権成立以前の対人社会サービスの提供体制と中央-地方関係

イギリスの地方自治体(local authority)における対人社会サービスの提供体制は、1971年から実施された「シーボーム改革」と呼ばれる制度改革を経て確立したが、このサービス提供体制の特徴は、本稿の課題との関連でみると次のようなものであった<sup>2)</sup>。

第一に、サービス提供主体としての地方自治体の役割が大きいものであった。イギリスは、伝統的にボランティア活動が活発で、民間非営利組織が発達してきた国であるが、福祉国家体制の確立とともに、主要な対人社会サービスは、多くの部分を地方自治体が直営方式で提供するのが望ましいと考えられるようになっていたのである。

第二に、(1972年地方自治法による地方制度改革実施以降)対人社会サービスは、大都市圏ではディストリクトまたはロンドン・バラ(基礎自治体)、非大都市圏ではカウンティ(県)が所管することとなった。そして、全国的な基準を統一的に適用してサービスの対象や水準を統制するとい

うよりも、地方自治体の独自の政策判断が尊重される傾向が強かった。イギリスの地方制度では、「越権禁止の法理」により、それぞれのレベルの自治体は、法令で認められた分野以外の行政サービスの提供を行うことは禁止されている<sup>3)</sup>。しかし、特定補助金による個々の事業の運営方法の統制という手法が使われることは少なく、対人社会サービスの枠内では、独自のプログラムの開発や運営体制の改革の余地は大きかった<sup>4)</sup>。意欲的な自治体は、対人社会サービスを担当する部門——社会サービス部 (Social Services Department) ——のなかに、サービス開発、調査、人材育成等を担当する職員をおくなどして、サービスの質の向上や組織運営の改善などに取り組んだ。

第三に、このサービス提供体制の弱点ともいえる構造的な問題として、保健医療サービスとの組織的な分断という問題があった。保健医療サービスは、国が管理する国民保健サービス (以下、NHSと略記) の枠内で提供され、しかも、自治体の圏域と、NHSの圏域 (医療圏) が必ずしも一致しない。このことによる保健医療サービスと対人社会サービスとの連携の困難を克服するために、自治体の職員であるソーシャルワーカーを、NHSの病院に派遣して常駐させ、退院患者の在宅ケアへの移行の円滑化を図るという取り組みが早くから行われていた。しかし、個別ケースに即した対応だけでは限界があり、1970年代半ばから、NHSの地域レベルの管理機構と自治体の協議機関を設けたり、退院患者に対して自治体が提供するサービスの費用の一部をNHSが負担する「合同財政」制度等の仕組みが作られてきた。しかし、このような仕組みで直ちに問題が解決することはなく、人口の高齢化、医療費の持続的増加などの状況変化のなかで、この問題への取り組みが、その後も重要な政策課題であり続けることになった。

1991年から実施された「コミュニティケア改革」は、このような特徴をもった対人社会サービスの

提供体制を、次のような観点から再編成することを目指す改革であった<sup>5)</sup>。

すなわち、主要なサービスを地方自治体が直接提供するのが望ましいとする考え方が否定され、費用対効果の観点からみて民間非営利部門あるいは営利部門の事業者が提供するサービスの方が優れている場合には、自治体は、それらの事業者からサービスを購入し、住民がそれを適切に利用するように手配する役割を担うものとされた。いわゆる福祉多元主義 (welfare pluralism) の考え方に沿ったものであり、そこで実現したサービス提供体制は、準市場 (quasi-market) という性格をもつものであった (平岡 2000)。

この改革によって、サービス提供体制における地方自治体の主要な役割は、供給主体 (provider) から条件整備主体 (enabler) に変わったといわれる。この条件整備主体としての自治体が果たす役割として、新たにケアマネジメントの実施と苦情処理手続きの運用、コミュニティケア計画の策定が加わり、入所施設に対する監査機能の強化が図られた。

注目すべき点は、かなりの程度の統一性をもって全国的に改革を実施する目的で、保健省が、改革の実施体制全般に関わる「政策要綱」と、個別の課題ごとの「実務要綱」を定め、さらに多くの指示、要綱等を発出したことである。地方自治体に策定が義務づけられた「コミュニティケア計画」については、その内容が、中央政府の方針と合致することが求められ、合致していない場合には、社会サービス監査庁 (Social Services Inspectorate) が指導助言を行い、必要な場合には、法令に基づいて大臣が是正命令を出すものとされた。

このように、この時期においてすでに中央政府は、自らの主導のもとで改革を全国に浸透させ、ある程度の統一性をもった対人社会サービスの提供体制を全国的に整備することを目指していたの



であるが、この時点ではまだ、サービスの利用要件、利用者負担、規制・監査の基準等の全国的統一化に向けての制度改革は行われていなかった。これらの課題に関しては、メジャー政権下でもさまざまな論議が行われたが、本格的な取り組みは、ブレア政権になって初めて行われることになる。

### Ⅲ ニューレイバー政権における自治体 行財政に関わる制度改革と政策展開

ブレア政権は、地方自治体の改革を、「第三の道」の理念に基づく政策展開の重要な柱と位置づけ、1998年の白書『現代的な地方政府』（DETR 1998）に盛り込まれた一連の「地方政府現代化プログラム」を実施した。この「現代化（modernisation）」の概念は、その後も、地方自治体に係わる新たな政策を打ち出すたびに、その性格付けのために使われたが、「現代化」の概念には多様な意味が含まれているという見方が一般的である。しかし、Travers（2008）の指摘によれば、「現代化」の必要が強調されたこと背景には、既存の地方自治体の政治・行政システム、あるいはその議員や職員が、保守的で「時代遅れ」なものになっているという認識があった。労働党は、保守党政権が実施した地方自治体に対する一連の介入措置（特に、自治体行政サービスの強制競争入札制度や、レート・キャッピング（rate-capping）と呼ばれる地方課税権の制限措置）を、中央集権化を進めるものとして強く批判し、政権獲得とともに、自治体への権限委譲を進めることを約束していたのであるが、「保守的で時代遅れな」自治体の政治・行政システムの改革を行うことが、その前提とされていたのである（大田 2008）。

ニューレイバー政権が実施した地方自治体の行財政に関わる改革は、多岐にわたるが、このような自治体改革に対する姿勢が最もよく現れていたのは、ベストバリュー制度（Best Value regime）

の導入であった。ベストバリューとは、「利用しうる最も効果的、経済的かつ効率的な手段で、費用と質の双方をカバーする基準をクリアするようサービスを提供する義務」と定義される（DETR 1998:50）。この制度は、保守党政権時代の強制競争入札制度に代わるものとして、1999年地方政府法に基づき2000年から実施された。この制度が強制競争入札制度と違う点は、費用ばかりでなくサービスの質を重視したこと、および特定の範囲の事務だけでなく、自治体のすべての事務を対象とする点であった。

この制度のもとで、地方自治体の業績が、ベストバリュー業績指標（中央政府が設定する指標と自治体が独自に設定する指標）によって測定される。自治体は、年度ごとに「パフォーマンス計画」を策定し、戦略目標と優先事項、過年度と当該年度の業績、業績の改善目標等をそこに盛り込むこととされた。業績指標には、自治体が満たさなければならない業績標準が定められており、自治体がベストバリューの義務を果たしていないと見なされた場合には、自治体行政に対する広範な介入権限が大臣に与えられた（Wilson and Game 2011: 376-379; 大田 2006; 内貴 2009: 247-251）。

このベストバリュー制度を基盤として、2002年度から包括的業績評価（Comprehensive Performance Assessment）制度が創設された。この制度では、行政サービス9分野の評価と、地方自治体の組織運営能力・政策形成能力の評価を統合し、自治体の総合的な業績についての5段階評価（2005年から「星なし～4つ」の格付け評価）を行うこととされた（内貴 2009: 252-259; Wilson and Game 2011: 380-382）。

ベストバリュー制度と包括業績評価制度は、中央政府が定める評価基準でみた場合の自治体の業績を確かに向上させたが、あまりにトップ・ダウン型の手法であるとか、多数の指標を伴うサービス分野ごとの「パフォーマンス計画」の策定が求

められて煩雑であるといった理由で、自治体側から批判を受けることも少なくなかった。これに対して、2000年から導入された「地方公共サービス協定 (Local Public Service Agreement)」は、自治体側からの評判が比較的良かったといわれる (Travers 2008:59)。この制度は、地方自治体協会の提案に基づいて導入されたものであり、地方自治体が、中央政府と協議の上で、典型的には3年間の業績達成目標を約束し、これに対して中央政府は、法令上・行政上の要件の緩和措置をとり、また目標達成に対して助成金を支給することで報いるという仕組みである (Wilson and Game 2011: 383-385; DCLG 2008; 内貴 2009:117-118)。

以上のようにニューレイバー政権の時期には、地方自治体を、中央政府が設定した目標に沿って公共サービスを提供する機関として位置づけ、業績測定等の手法を用いて、その業績管理を行う仕組みが、拡張され定着していったのである。

では、地方財政の面ではどうであっただろうか。ブレア政権は、政権のスタート後まもなく、保守党政権が行ってきたような画一的な「キャッピング」の仕組みを廃止した。しかし、特定の場合にキャッピングを行う可能性は残し、さらに中央政府が定めた基準を超えてカウンシル税を引き上げた地方自治体にペナルティーを課す仕組みを導入した (Travers 2008:60)。ブレア政権は、政権スタート時点から、自治体の内部組織の改革に対してラディカルな姿勢を示していたのとは対照的に、地方財政制度については、現状維持の姿勢がつかったといわれる (Travers 2008:55)。自治体が要望する自治体の財政的自立性を高めるための改革はなかなか実現せず、自治体の予算の膨張を防ぐための予算編成過程への中央政府による介入は、ニューレイバー政権のもとでも続いたのである (北村 2006)。

#### IV ニューレイバー政権における 社会的ケア政策の展開と地方自治体

ブレア政権は、保守党政権下で実施されたコミュニティケア改革によって導入された多元的な対人社会サービス (社会的ケア) の提供体制を維持する方針をとり<sup>6)</sup>、新たに大規模な制度改革は実施しなかった。しかし、種々の制度改革や新規事業には積極的に取り組み、社会的ケアに関わる白書を2度にわたって作成し、公表した (『社会サービスの現代化』(DH, 1998) と、『私たちの健康、ケア、発言』(DH, 2006))<sup>7)</sup>。筆者は、前半期のブレア政権が積極的に取り組んだ改革のテーマとして、①政府関係の変容と自治体の業績評価、②規制・監査システムの再編とサービスの質の確保、③保健医療・福祉と連携の強化の3点をあげ、その内容を紹介したことがある (平岡 2005)。ニューレイバー政権の政策展開に関する他の日本の研究者による論文では、準市場とNPM (長澤 2002:2005b)、自治体社会的ケア行政の業績指標 (長澤 2001:2005a)、規制・監査システム (岩間 2005)、保健医療と福祉の連携 (長澤 2006)、パーソナライゼーションと現金給付 (長澤 2009a; 小川 2009) などのテーマが取り上げられている。一方、Baldwin (2008) は、福祉国家の現代化の課題に対応した政策展開の主要なテーマとして、「調整と統合」「民間資本の役割の拡大」「中央政府による標準設定と監査」の3つを取り上げて分析している。

前述の2つの白書の中心的なテーマをみると、1998年の白書の場合が、全国的な基準の設定とサービスの質の確保であり、2006年の白書が、自立の維持とサービス利用にあたっての選択と統制の保証であったことから、ニューレイバー政権の前半期の社会的ケア政策では、公共サービスの現代化の課題と対応した全国的な基準の設定とサービ

スの質の確保に重点がおかれ、後半期では、重点が、後段でとりあげる「パーソナライゼーション」の推進に移っていたとみることもできる。

以上の点をふまえた上で、本稿の課題との関連から、ニューレイバー政権の政策展開を、①全国的基準設定と規制・監査システムの改革、②自治体社会的ケア行政<sup>8)</sup>の業績管理、③市場化の進展とパーソナライゼーション、④パートナーシップ、連携と統合の4点に即して整理し、そうした政策展開が中央-地方関係にとってもつ意味を検討することにした<sup>9)</sup>。

## 1 全国的基準設定と規制・監査システムの改革

1998年の白書『社会サービスの現代化』(DH, 1998)は、政策推進の7つの基本原則の一つとして「ケア・サービスの組織、アクセス、提供、財源における全国的な公平性、公開性、一貫性」をあげ、サービスの利用要件や利用者負担に関する基準の明確化や自治体間の格差の是正などの課題を明らかにしている。こうした課題に対応するものとして、2002年から政府は、「サービス利用公平化 (Fair Access to Care)」事業を実施した。これは、地方自治体による一貫性をもったニーズ・アセスメントの実施の推進等をねらいとするものであり、ニーズの水準を4段階 (critical/substantial/moderate/low) に区分する基準を示し、ニーズの水準とサービスの利用要件や量との関連の明確化を自治体に求めた (Baldwin 2008:80)<sup>10)</sup>。

また、1998年の白書では、規制・監査システムの抜本的な改革も謳われており、この点に関する政策展開は急速であった。まず2000年にはケア標準法 (Care Standards Act) が制定され、サービスの種類ごとの「全国最低標準」が初めて設定されるとともに、規制の対象が、ホームケア等の訪問型在宅サービスや訪問看護を提供する機関にまで広げられた。さらに、全国ケア標準委員会 (National Care Standards Commission) が設立され、入所施

設その他の事業所の登録 (registration) と監査の権限が地方自治体から、この機関に移された (岩間 2005)。

さらに2004年には、この全国ケア標準委員会の規制・監査機能が、新たに設置された社会的ケア監査委員会 (The Commission for Social Care Inspection) に移された。この機関は、このほか、社会サービス監査庁が担っていた自治体社会サービス部に対する監査、社会サービス監査庁と監査委員会 (The Audit Commission) が行ってきた合同レビュー、自治体社会的ケア行政の業績測定・格付け評価 (本節3を参照) の機能も併せ持つこととされた (長澤 2009b)。こうして、規制・監査・レビュー・評価の機能を併せ持つ独立した全国的機関が設置されたわけである。

さらに2008年保健・社会的ケア法 (Health and Social Care Act) の成立に伴って、2009年には、ケアの質委員会 (Care Quality Commission) が設立され、社会的ケア監査委員会の機能は、医療委員会 (Healthcare Commission) および精神保健法委員会 (Mental Health Act Commission) の機能とともに、ケアの質委員会に移行した。

この一連の改革をふまえ、Baldwin (2008:79) は、社会的ケアが、「他の公共サービスと同様に地方自治体から切り離され、全国的な質の枠組みを実行に移す中央レベルのシステムによって、厳しく規制されている」と指摘し、規制権限の地方から中央への移管が、1998年の白書以来のニューレイバー政権の政策展開の一貫した特徴だったと指摘している。

## 2 自治体社会的ケア行政の業績管理

ニューレイバー政権が推進した諸政策のうち、この分野の中央-地方関係の再編に直接つながる内容をもった政策は、自治体社会的ケア行政の業績管理を推進する政策であった。

ブレア政権は、1998年の白書に示した方針

に沿って、1999年から「対人社会サービス業績評価フレームワーク（Personal Social Services Performance Assessment Framework, 略して“PSS PAF”）」を導入した。これは、「中央政府の優先施策と戦略的目標」「費用と効率」「サービス提供の効果」「利用者と介護者にとってのサービスの質」「公平なアクセス」という5つの領域に係わる50の指標で構成されるものであり、社会的ケアを所管するすべての地方自治体について、この指標を用いて、毎年、業績が測定され、公表される。この50指標のうち13指標は、ベストバリュー指標と共通のものであるが、その他は、社会的ケア分野の独自の指標である。いずれも、保健省の「全国目標」と「中央政府の優先施策指針」を反映したものである（DH 2000;長澤 2001）。したがって、中央政府の政策目標に沿って自治体社会的ケア行政の業績管理を行うことを意図したものと見える。

さらに2002年からは、自治体社会的ケア行政の業績を、児童向けサービスと成人向けサービスのそれぞれごとに、4段階（0～3つ星）で格付けし公表する格付け評価（star-rating）の仕組みが導入された。これは、保健省の社会サービス監査庁が収集する業績指標のほか、監査結果その他の情報を用いて総合的な評価を行うものである。この格付け評価は、前述の「包括的業績評価」の分野別の評価に位置づけられるものである。そして、業績改善のためのインセンティブとして、評価の高い自治体に対しては、補助金の使途の自由度を高めるとか、監査の頻度を減らすなどの優遇措置がとられることとなった（Social Services Inspectorate 2002;長澤 2005a）。

このような仕組みによる中央政府による自治体の業績管理については、集権的な手法であるという批判が少なくない。しかし、長澤（2005a: 85-86）によれば、自治体の社会サービス部の側の評価は全般的に肯定的であった<sup>11)</sup>。また、ブレ

ア政権の社会的ケア政策についての研究プログラムの成果を総括した論文（Newman 2008:540）でも、このようなある種の強制力を伴って仕組みが、改革を推進する上で一定の有効性を発揮したととされている。

### 3 市場化の進展とパーソナライゼーション

ブレア政権は、コミュニティケア改革によって導入された社会的ケアのサービス提供体制を受け継いだ。そのサービス提供体制には準市場のメカニズムが組み込まれていた。

ここで留意すべき点は、日本において社会福祉基礎構造改革を経て介護と障害者福祉サービスの分野で出現したサービス提供体制にも準市場のメカニズムが組み込まれているが、日本とイギリスの「準市場」は、かなり性格が異なるものであるということである。

準市場のメカニズムを組み込んだサービス提供体制のモデルとして、「サービス購入型」と「利用者補助型」の2つのモデルを設定することができる（平岡ほか 2011:457-459）。「サービス購入型」では、（中央・地方）政府が、競争的環境に置かれた諸事業者のなかから特定の事業者を選定してサービス購入契約を結び、これをニーズをもつ人々が利用できるよう手配する。これに対して「利用者補助型」では、利用者が事業者を自由に選択してサービスを利用し、政府が、その費用の一部または全額を補助する（負担する）。コミュニティケアを経て、イギリスに出現した準市場は、基本的に「サービス購入型」であるのに対して、日本の準市場は「利用者補助型」であるのに対して、日本の準市場は「利用者補助型」である。サービスを提供する事業者の選択という点でみると、「利用者補助型」のモデルでは、利用者による選択権が保証されるのに対して、「サービス購入型」のモデルでは、事業者を選択するのは、直接的には政府であって、利用者には、選択権は必ずしも保証されない<sup>12)</sup>。地方自治体の役割という点でみる

と、「利用者補助型」のモデルでは、準市場における自治体の主要な役割は、市場のルールが守られているかどうかを監視するレフェリーであるのに対して、「サービス購入型」のモデルでは、ニーズに合致した良質のサービスを提供する事業者を選択する責任を自治体が負う。

イギリスの場合、導入されたのは「サービス購入型」の準市場であるから、サービス提供体制において地方自治体が果たす役割が縮小されたということにはならず、むしろ、従来の役割に加え、適切な事業者の選択、さらには、競争的で健全な市場環境の創出という新たな役割が加わったと見るべきである。イギリスにおいて、業績管理の手法により自治体の社会的ケア行政の水準の向上を図ることと、サービス提供体制への準市場のメカニズムの導入が同時に推進されるのは、このような事情があるためである。

ところが、2006年の白書『私たちの健康、ケア、発言』を契機として、政府が「パーソナライゼーション (personalisation)」の推進に本格的に取り組むことになったことで、準市場のメカニズムを組み込んだサービス提供体制のあり方に、変化が生じてくることになった。パーソナライゼーションとは、「法律に基づいて提供されるサービスの場合であれ、私費で利用するサービスの場合であれ、支援を受けるすべての人が、支援の形についての選択し、統制することができること」(Dunning, 2012) を意味する。ここで鍵概念となるのは、「選択 (choice)」と「統制 (control)」である。利用者が、誰からどのような支援を受けるかを選ぶことができ、かつ支援を受ける過程を、(専門職やケア・ワーカーの雇用主ではなく) 利用者自身が統制できることが必須であるという考え方である。

イギリスで、パーソナライゼーションの考え方を体現するサービス提供の仕組みとして最初に出現したのは、直接支払い (Direct Payment) 制度

であった。直接支払い制度とは、ケア・サービスの購入、あるいは介助者 (パーソナル・アシスタント) の雇用のために使用できる現金を給付する制度である。これは、最初は障害者 (18~64歳) を対象に制度化され、1997年4月から給付が開始されたが、2000年からは高齢者に対象が拡大された。この仕組みは、介助者を障害者等が自ら「選択」し、介助の過程を「統制」できるものとして、自立生活を目指す障害者の要求に応じて制度化されたものである。

しかし、給付された資金の管理や介助者の雇用管理の負担などから、この制度の普及には限界があることが明らかになった (長澤 2009a; Glasby and Littlechild 2006)。そこで、一定額の予算枠を使用する権利を付与され、「選択」と「統制」の権利を持ちつつも、サービスの管理を自治体に委ねることができる「パーソナル・バジェット (personal budget)」の仕組みが考案された (Glasby and Littlechild 2009)。このパーソナル・バジェットでカバーされる費用は、ケア・サービスに関する費用のみであるが、さらに障害者の雇用支援、住宅改修資金、福祉用具・機器の経費など、多分野の予算・補助金も含む予算枠を使用できる「インディビジュアル・バジェット (individual budget)」の仕組みも考案された (Land and Himmelweit 2010:19; 小川 2009)。インディビジュアル・バジェットの試行事業は2006年から2年間実施され、その評価結果に基づいて、さらにその普及が図られた。

パーソナライゼーションの推進は、社会的ケアの従来のあり方を根本的に転換させる可能性をもつものとも言われる。しかし、市場化との関連で、より限定的な脈絡でその意義を考えると、パーソナライゼーションの実現により利用者による「選択」の保証が求められるのであるから、準市場は、「サービス購入型」のモデルから「利用者補助型」に転換していくことになる。イギリスの場合、そ

れは一回の改革で一気に進むというより、直接支払い、あるいはパーソナル・バジェット、インディビジュアル・バジェットの利用の増加という形で、徐々に進んできているのである。

#### 4 パートナーシップ、連携と統合

ブレア政権は、政権発足時に、市場競争を重視した保守党政権との違いを浮き彫りにするするために「パートナーシップ」を重視する方針を強調した。政策の推進にあたってボランティア組織 (voluntary organization 民間非営利組織) との連携を重視する方針を示す一方で、ボランティア部門と中央政府・自治体の間で、「コンパクト (Compact)」と呼ばれる一種の協定を結び、両者の関係が「対等なパートナーシップ (equal partnership)」の関係であることを明確にしようとした。公共政策の諸分野では、「パートナーシップ」の関係を組み込んださまざまな事業が実施された。特にその代表例ともいえる地域再生政策におけるパートナーシップ組織については、わが国でも関心をあつめ、多くの研究が行われている (永田 (2011) など)。一方、社会的ケアに関連する問題でいえば、社会的ケアを所管する自治体とNHSの諸機関との関係は、(上下関係にあたるものでないことから) パートナーシップ概念が重要な意味を持つ関係であるともいえる。

Ⅱでみたように、自治体の社会的ケア (対人社会サービス) とNHSの連携については、1970年代からさまざまな対応が行われてきたが、ブレア政権発足時においても、社会的ケアとNHSの組織的分断の問題は解決しておらず、ニューレイバー政権は、優先的な政策課題として、さまざまな制度改革や新規事業を実施した。その主なものは次の通りである。

第一に、「ベルリンの壁」とも言われた社会的ケアとNHSの間の強固な組織的分断をなくし、両者の柔軟な対応を可能にする仕組みが導入され

た。1999年保健法 (Health Act) では、以前は禁止されていた自治体による保健医療サービスの提供と、NHSによる社会的ケアの提供を認めた (Baldwin 2008)。同法はまた、自治体社会的ケアとNHSの管理機関の間で、特定のプロジェクトのために両者の予算を一体的に利用することや、サービスの購入 (委託) 権限を相手方に委譲すること、あるいは両者の統合された組織でのサービスの提供を認めた。ただ、実際には取り組みは広がらなかったという (長澤 2009b)。

第二に、保健医療と社会的ケアの双方のサービスを提供する組織として、2001年保健・社会的ケア法 (Health and Social Care Act) により、ケアトラスト (Care Trust) が創設された (Easterbrook 2003:58-61)。ケアトラストは、NHSの枠内で設立され、社会的ケアも提供する。ただし、これは普及せず、現時点まで11機関しか設立されていない<sup>13)</sup>。

第三に、インターメディエイト・ケアが制度化された。インターメディエイト・ケアとは医学的に確立した概念ではないといわれる (Melis 2004) が、不必要な入院の防止や退院の促進という政策目的に沿って、多職種連携のもとで、医療・看護・介護等のサービスを、数週間といった比較的短い期間の間、集中的に提供する仕組みとして、2000年の「NHSプラン」以降、その普及が図られたものである (長澤 2009b)。

第四に、2003年のコミュニティケア遅延法 (Community Care (Delayed Discharges etc) Act) により、地方自治体による在宅ケア、もしくはケア施設でのケアの受け入れ態勢の準備の遅れにより病院からの退院が遅延した場合、(病院側の請求があれば) 一定額の負担金 (開始時で1日100ポンド、ただしロンドンでは120ポンド) を自治体が支払う仕組みが導入された。この仕組みは、退院の遅延の防止にかなりの効果があったというのが保健省の見解である。しかし、統計データを用

いたGoddenらの研究（Godden et al. 2009）によれば、負担金制度が退院遅延の減少に及ぼした効果はかなり限定的であった。

ニューレイバー政権では、このほか、業績測定的手法を用いた業績管理を、自治体の社会的ケア（対人社会サービス）とNHSの連携という取り組みに適用するなど多様な方法で、社会的ケアとNHSの組織的分断の問題に対応した（長澤2009b）。しかし、組織間の連携を越えた「統合」のレベルには到達することができず、この問題の根本的な解決は、次の保守党・自由民主党連立政権に持ち越されることとなった。

さて、以上みてきた政策展開に関して注目しておきたいことは、一見するとパートナーシップというアプローチがふさわしいと思われる問題であるにもかかわらず、中央政府が介入し、組織の権能の拡大、新たな組織の設立、新たなサービスの枠組の創出（インターメディアイト・ケア）、経済的インセンティブ、業績管理等多様な方法を用いて問題解決を試みたという点である。このような取り組みは、一面においては、地方自治体の政策選択の自由度を増すものであったが、他面においては、経済的インセンティブ（ペナルティ）や業績管理という方法を用いて、自治体への統制を強化するものであったといえよう。

## V 社会的ケアにおけるガバナンスと中央—地方関係の変容

ニューレイバー政権は、社会的ケア政策の重要な柱の一つとして、サービスの利用要件や最低基準等の全国的な基準づくりに取り組み、地方自治体が持っていた入所施設等の規制・登録の権限を中央レベルの独立した機関に移し、規制対象のサービスも拡大し、全国的な規制・監査システムを整備した。さらに、業績測定的手法をベースにして、財政的インセンティブと介入権限、専門的な

監査・レビュー等の方法を組み合わせた自治体社会的ケア行政の統制・管理の仕組みを作り上げた。中央政府の主導のもとでの対人社会サービス提供体制の改善と運営の標準化の動きは、保守党政権自体にもみられたが、ニューレイバー政権下で、その動きが加速化したとみることができる。このような政策展開は、サービスの質の確保と効率化、アカウントビリティの改善といった公共サービス現代化政策の趣旨に沿ったものであり、その一部分は、ベストバリュウ制度等の取り組みと一体的に実施された。

このような政策展開を集権的とみるか、分権的とみるかという問いをたてれば、分権的という答はあり得ない。ニューレイバー政権が、一貫して「参加と分権化」を推進してきたという日本で抱かれているイメージは、実態と乖離しているのである。しかし、ニューレイバー政権は、地方分権推進の旗を降ろしたわけではないのであり、集権化を促進したともみえる制度改革の実施や新規事業の導入には、それなりの根拠があることに留意する必要がある。例えば、規制権限の中央への集中については、地域的公平性の実現ということに加え、全国的なケア・サービスの市場の形成の条件整備とか、ケア・サービスの運営主体や経費負担主体と規制主体との分離という点でのメリットがある。このような性格をもった改革を、集権—分権という次元のみから分析、評価するのは必ずしも適当ではない。

それでは、社会的ケアのガバナンスの形態（レジーム）という観点から見ると、ニューレイバー政権の政策展開をどのように位置づけることができるだろうか。

本稿でみてきたニューレイバー政権の政策展開には、規制権限の中央への集中や、業績測定を通じた業績管理の徹底など、政権が当初掲げてきた地方分権の推進とは異なる方向性がみられる。市場、ハイアラーキー（組織）、ネットワーク、お

よびコミュニティをガバナンスの基本的な形態とするならば、ニューレイバー政権の時期、特にその前半期における政策展開は、ハイアラーキーという形態の比重を高めるものであったといえる。ただし、ハイアラーキーというガバナンスの形態といっても、(かつての)中央集権的な日本の福祉行政の場合とは、性格が違うものである。機関委任事務制度によって特定の事務の全体を中央政府の監督下においたり、特定補助金を用いて個別の事業を全国的に統一的な方法で実施するというのではなく、アウトカムを重視する手法によって業績を測定したり、ソーシャルワーク等の専門性を反映した基準によってサービス提供のプロセスを標準化し、あるいは監査・レビューによる改善を図るという方法がとられたのである。

ニューレイバー政権は、社会的ケアのガバナンスにおける市場の役割も重視した。全国的な基準の設定や、規制・監査システムの改善は、市場の有効な機能を促進するための手段でもあった。コミュニティケア改革で導入された「サービス購入型」の準市場のもとで、地方自治体は、単なる市場のプレイヤーの監視役ではなく、しばしば(利用者に代わってサービス購入の決定を行うという点で)自らが市場のプレイヤーになるものとされた。ところが、規制権限の中央への集中により、自治体は、もはや監視役ではなくなり、パーソナライゼーションが進むと、市場のプレイヤーでもなくなる。このような点でも、社会的ケアのガバナンスにおける自治体の位置づけは変わってきたのである。

ネットワーク、あるいはコミュニティというガバナンスの形態については、本稿の性格上、あまり触れてこなかったが、それらは「第三の道」の政策構想と親和的であり、ニューレイバー政権が、公共サービスの諸分野でこのようなガバナンスの形態を取り入れた新規事業や制度改革を展開したことはよく知られている。

以上の点から見て明らかのように、ニューレイバー政権は、社会的ケアのガバナンスにおいて、市場、ハイアラーキー(組織)、ネットワーク、およびコミュニティというガバナンスの形態を必要に応じて選択し、使い分けてきたとみることができる。そのことが、ニューレイバー政権のガバナンスの全体の性格付けを困難にし、どの側面、どのガバナンスの形態を見るかによって、その評価が異なってくることにもなる。

また、異なるガバナンスの形態間の緊張や矛盾という問題も重要な問題である。この問題に関して、Newmanら(2008)が提起している論点は興味深い。Newmanらは、利用者の「選択」と「統制」を重視するパーソナライゼーションにおいて実現されるガバナンスの形態を、市場とは区別し、「自己ガバナンス」と呼んでいるのであるが、これを実現するためには、当事者団体や地域の市民組織の支援に基づく当事者(サービス利用者)本人の長期的な能力形成や、情報共有や実質的に意味のある参加の経験、意思決定やケアの管理のための技能の形成などが必要であり、そのような多くの時間と高い技能を要する支援活動は、多くの費用を要する。このような活動は、短期的な業績指標のスコアの改善にはつながらない。そこで、業績管理という形をとる「経営主義的(managerial)なガバナンス」<sup>14)</sup>と「自己ガバナンス」の間の緊張が生じるというのである<sup>15)</sup>。

本稿では、ニューレイバー政権の時期における社会的ケア分野の中央-地方関係を扱ってきたが、2010年には政権交代が起き、キャメロン政権(保守党・自由民主党の連立政権)が誕生した。キャメロン政権は、財政再建のために大規模な公共支出削減策を実施するとともに、NHSの大幅な組織改革等を定めた2012年保健・社会的ケア法を成立させた。このようなキャメロン政権の政策展開によって、社会的ケアの中央-地方関係にど



のような変化が生じているのかという点については、今後の検討課題としたい。

#### 注

- 1) 単にsocial serviceと呼ばれる場合もある。対人社会サービス、保健医療サービス、教育サービス等を包含する概念として、social servicesという概念が使われることもあって紛らわしいが、社会福祉サービスを示す意味でsocial serviceという用語が使われる場合、health serviceとの対比が意識されるのが普通である。次に取り上げるsocial careという用語の場合も、socialという言葉は、health careのhealthという言葉との対比で用いられている。
- 2) 詳しくは、平岡（2003）の第1章～第3章、第9章を参照されたい。
- 3) いわば「制限列举方式の権限配分」である（北村2006: 145）。ただし、2000年地方自治法により、管轄地域の経済的、社会的、環境上の福祉の改善のためのサービスの提供が認められたことで、提供できるサービスの幅が広がった。
- 4) この点は、行政サービス全般にあてはまることであり、「授権された事務の遂行における量的および質的選択は、地方自治体の裁量に委ねられていた」（林2004: 26）のである。
- 5) この改革の内容、背景、実施経過等については、平岡（2003）の第4章、第5章、およびMeredith（1993）を参照。
- 6) 保守党政権時代においても、対人社会サービスについては、（一部の業務を除き）競争入札が義務づけられていなかったため、強制競争入札制度廃止の影響は少なかった。
- 7) ただし、2006年の白書は、プライマリケアと社会的ケアの双方の分野を扱っている。
- 8) イギリスでは、地方制度を一層制にするか二層制にするかが、重要な政策的争点であり、政権政党の利害も絡み（村上2008）、改革が繰り返されてきた（Wilson and Game 2011）。ニューレイバー政権の時期には、二層制と一層制が併存していた。二層制の非大都市圏の地域では、カウンティ（県レベルの自治体）が、社会的ケア行政を所管していた。
- 9) 2004年児童法（Children Act）に基づいて、自治体社会サービス部の組織のうち子どもを扱う部分が、教育部と統合されて子どもサービス部が発足した。社会サービス部の組織は、大人社会サービス部となった。この改革以降の時期に係わる本文の記述における「社会的ケア」とは、もっぱら「大人社会的ケア（adult social care）」を指すものである。
- 10) ただし、ニーズの水準ごとに利用できるサービス

種類や量を一律に定めるものではなかった。イギリスの場合、国が特定補助金などで財源保障を行なうわけではなく、また、介護保険制度のように確実に財源が確保できる仕組みがあるわけでもないので、それは困難である。

- 11) イギリスの社会的ケア行政で、このように業績指標が活用されていること背景には、業績指標の研究と開発への取り組みの積み重ねがあることに留意する必要がある。1980年代から90年代にかけて、自治体職員等の論文が掲載されていた専門雑誌には、業績指標に関する論文が相当する掲載されていた（平岡2003: 224-226）。
- 12) ただし、もともと入所施設には、法令上、利用者の選択権が保証されてきた。
- 13) NHSのホームページにおけるケア・トラストの解説による（<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>）。
- 14) Newmanら（2008）によれば、基本的なガバナンスの形態（レジーム）は、「ハイアラキ的ガバナンス」「経営主義的ガバナンス」「ネットワークガバナンス」「自己ガバナンス」である。
- 15) 6ら（2004）は、政府文書等の分析から、ニューレイバー政権の公共経営改革を特徴づける10のテーマを抽出している。それらは、①監査（inspection）、②中央による標準設定、③地域を基盤とする新規事業、④連結政府（joined-up government）のスローガンのもとでの水平的な調整と統合、⑤権限委譲、しかし限られた地方分権化、⑥獲得された自律性（earned autonomy）、⑦民間資本の役割の拡大、⑧市民の義務のわずかな拡大、⑨サービスへのアクセスの改善、⑩電子的サービス提供である。これを見ると、社会的ケア分野の政策展開と共通のテーマが多いことがわかる。なお、6ら（2004）の分析で興味深い点は、これらの個々のテーマは、ニューレイバー政権に固有のものとはいえないが、その特定の組み合わせが、ニューレイバー政権に固有のものであると指摘している点である。これは、本文で述べたガバナンスの諸形態の使い分けということと関連が深いものと考えられる。

#### 参考文献

- Perri and Edward Peck（2004）“Modernization : The Ten Commitments of New Labour's Approach to Public Management” , *International Public Management Journal*, 7（1）: 1-18.
- Baldwin, Mark（2008）“Social Care under Blair: Are Social Care More Modern” , in Martin Powell ed., *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, The

- Policy Press, pp. 73-89.
- DCLG (Department for Communities and Local Government) (2008) *National Evaluation of Local Public Service Agreements: Final Report* (<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/lpsafinalreport>).
- DETR (Department of Environment, Transport and the Regions) (1998) *Modern Local Government*, The Stationary Office.
- DH (Department of Health) (1998) *Modernising Social Services*, Cm4169, Department of Health.
- DH (Department of Health) (2000) *Social Services Performance in 1999-2000* ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4021846.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4021846.pdf)).
- DH (Department of Health) (2006) *Our Health, Our Care, Our Say - A New Direction for Community Services*, Cm6737, Department of Health.
- Dunning, Jeremy (2012) "Expert Guide to Personalisation", *Community Care*, 2012.7.25 (<http://www.communitycare.co.uk/Articles/25/07/2012/109083/personalisation.htm>, 2012.8.11).
- Easterbrook, Lorna (2003) *Moving on from Community Care: The Treatment, Care and Support of older people in England*, Age Concern England.
- Glasby, Jon and Rosemary Littlechild (2006) "An Overview of the Implementation and Development of Direct Payments", in Janet Leece and Joanna Bornat (ed.), *Developments in Direct Payment*, The Policy Press, pp.19-32.
- Glasby, Jon and Rosemary Littlechild (2009) *Direct Payments and Personal Budgets: Putting Personalisation into Practice* (2nd ed.), The Policy Press.
- Godden, S., D. McCoy and A.M. Pollock (2009) "Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102 (1) : 22-28.
- 林正寿 (2004) 「イギリスの地方財政—国と地方の関係における最近の動向—」『早稲田社会科学総合研究』5 (2) : 21-39
- 平岡公一 (2000) 「社会サービスの多元化と市場化—その理論と政策をめぐり—考察」大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡公一編『福祉国家への視座』ミネルヴァ書房、30～52頁。
- (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究—イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房。
- (2005) 「イギリスの高齢者保健福祉サービスの動向—ブレア政権下の政策展開—」『保健の科学』47 (8) : 559-564
- 平岡公一・杉野昭博・所道彦・鎮目真人 (2011) 『社会福祉学』有斐閣。
- 岩間大和子 (2005) 「イギリスにおける介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開—2000年、2003年の監査システムの改革の意義—」『レファレンス』2005.10:6-37
- 北村亘 (2006) 「強制されたアカウントビリティ：イギリス」持田信樹編『地方分権と財政調整制度』東京大学出版会、129-150
- Land, Hilary and Susan Himmelweit (2010) *Who Cares; who pays?: A report on personalisation in social care, A report prepared for UNISON*.
- Melis, René J. F., Marcel G. M. Olde Rikkert, Stuart G Parker and Monique I. J. van Eijken, 2004, "What is intermediate care?", *British Medical Journal*, 329:360-361.
- Meredith, Barbara (1993) *Community Care Handbook: The New System Explained*, Age Concern England (杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳『コミュニティケア・ハンドブック』ミネルヴァ書房、1997年)。
- 村上真 (2008) 「現代イギリス地方自治の展開—その文脈と自治体経営管理改革—」山本隆・難波利光・森裕亮編著『ローカルガバナンスと現代行政』ミネルヴァ書房、92-106頁。
- 内貴滋 (2009) 『英国大行政改革と日本—「地方自治の母国」の素顔—』ぎょうせい。
- 長澤紀美子 (2001) 「福祉領域におけるニュー・パブリック・マネジメント (その1) —英国自治体社会サービスにおける業績指標—」『新潟青陵大学紀要』1: 153-169
- (2005a) 「英国自治体社会サービスの行政評価」『老年社会科学』27 (1) : 81-89
- (2005b) 「英国の社会的ケアにおける擬似市場—NPM (ニュー・パブリック・マネジメント) の適用と条件整備主体の役割—」『社会政策研究』5: 46-77
- (2006) 「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学社会福祉学部紀要』55: 13-29
- (2009a) 「消費者主導型介護現金給付の展開—国際的動向とイギリスにおけるケアの「個別化」—」『高知女子大学紀要 (社会福祉学部編)』58: 47-61
- (2009b) 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革—高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択—」『海外社会保障研究』169:54-70
- 永田祐 (2010) 『ローカル・ガバナンスと参加—イギリ

- スにおける市民主体の地域再生』中央法規。
- Newman, Janet, Caroline Glendinnig and Michael Hughes (2008) "Beyond Modernisation? Social Care and the Transformation of Welfare Governance", *Journal of Social Policy*, 37 (4) : 531-557
- 小川喜道 (2009) 「障害者福祉—ダイレクト・ペイメントの行方—」『海外社会保障研究』169:83-94
- 大田直史 (2006) 「イギリスにおけるNPM改革—地方自治体現代化プログラムとベスト・バリュウ制度」『法律時報』78 (9) : 50-56
- Social Services Inspectorate (2002) A Guide to Social Services Performance "star ratings" ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4054210.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4054210.pdf)).
- 武久顕也 (2011) 「政治的視点からみた日本とイギリスの業績管理」『財政と公共政策』33 (2) : 92-98.
- Travers, Tony (2007) "Local Government", in Anthony Seldon ed., *Blair's Britain 1997-2007*, Cambridge University Press, pp.54-78.
- Wilson, David and Chris Game (2011) *Local Government in the United Kingdom* (5th ed.), Palgrave Macmillan,
- (ひらおか・こういち お茶の水女子大学教授)

## フランスの社会保障制度における国と地方の関係

伊奈川 秀和

### ■ 要約

本稿では、フランスの社会保障と地方分権の関係に焦点を当て、特に社会保障分野別の縦系と行政主体別の横系を組み合わせることで近年の動向を分析した。社会扶助を中心に県への権限移譲が進む一方、社会保険とも関係を有する医療については、州レベルの国の機関への権限集約が見られる等、地方分権一辺倒ではない動きが見られる。

### ■ キーワード

地方分権、地方分散、自由な行政の原則、補完性の原則、権能ブロック、州医療庁

### I はじめに

フランスは「不可分の... 共和国」(憲法1条)であって連邦国家ではない。ただ同時に「地方分権的に組織される」ことが規定されており、憲法上も地域の多様性が承認されている<sup>1)</sup>。さらに、憲法(72条)は、地域共同体(地方公共団体)として、市町村、県、州及び特別の地位を有する地域共同体、並びに海外共同体を規定するほか、法律により、これらの共同体に代替する共同体を創設することを許容している<sup>2)</sup>。

地域共同体の中核は、州(région=26)、県(département =101)、市町村(commune = 36,786)である。このほか、広域行政の共同処理のための特別な地域共同体として、市町村事務組合(syndicat intercommunal)、混合組合(syndicat mixte)が存在する。さらに、独自財源を保有する特別な地域共同体として、都市圏連合(communauté urbaine)、都市近郊圏連合(communauté d'agglomération)、市町村圏連合

(communauté de communes)、新興近郊圏組合(syndicat d'agglomération nouvelle)、大都市共同体(métropole)等が存在する<sup>3)</sup>。

県と市町村の原型は、フランス革命に遡る。このうち県は、県庁所在地まで馬で1日で往復できるよう人為的に区画された共同体である。これに対して、歴史的な地域共同体を基礎とする市町村は、愛郷心(esprit de clocher)も手伝って、その数にほとんど変化がない<sup>4)</sup>。このため、フランスの市町村数の多さは、他の欧州諸国と比較しても際立っている<sup>5)</sup>。これは小規模市町村の存在を意味しており、実に四分の一が二千人未満(最小はロシュフルシャで登録人口1人)である。

県や市町村と異なり、州の歴史は浅い。1972年に国土・経済開発のための公施設法人として州が創設された後、憲法上も地域共同体として位置付けられたのは2003年になってからであった。

### II 地方分権と社会保障

#### 1 地方分権の概観

## (1) 地方分権化の流れ (図1参照)

まず地方分権に関連する概念を整理する。フランスにおける地方分権 (décentralisation) とは、利益共同体又は公役務活動の主体として法人格が付与され、決定権限が純粋な適法性統制を別とすれば自らの機関により執行されるような行政の構造改革を意味する<sup>6)</sup>。具体的には、中央政府から独立・自律した地域共同体に権能を付与することが地方分権であり、この結果として中央政府は、全国的な国法の統一的な実施に必要な限度において、適法性の統制権限を留保するのみとなる<sup>7)</sup>。対概念は中央集権 (centralisation) であり、フランスが中央集権国家と言われてきただけに、地方分権の持つ意味は大きい。

地方分権の近接概念に地方分散 (déconcentration) がある。こちらは、同一主体の内部において下部機関に権能を委任・付与する

ことを意味しており、人事上も活動の面でも上部機関の統制権限に服することになる<sup>8)</sup>。換言すれば、地方分散とは国の地方支分部局への事務分散であるが、現実には地方分権と同時に地方分散も進められてきた<sup>9)</sup>。

1982年から翌年にかけての3本の地方分権関係法により、県知事 (官選) の権能が分割され、地域共同体の執行機関としての権能は県議会議長に移譲されたほか、国による事前的合法性の監督制度から行政裁判所を通じた事後的な違法性は正制度への転換が図られた。

この地方分権改革の第一幕に続き、2003年からは改革の第二幕 (L'acte II) が開始された。改革では、「補完性 (subsidiarité) の原則」を念頭に置いた地方分権化を憲法上も位置付けるとともに、地域共同体の財政自主権が強化された。

さらに2009年には、バラデュール元首相から地

年	地方行政	社会保障
1982 ～ 1984	①市町村・県・州の権利及び自由に関する法律 ②市町村・県・州・国の権限配分に関する法律 ③地方公務員の身分に関する法律	
1984		地方分権に伴う社会扶助等の地方移譲
1989		最低所得保障制度 (RMI) の創設
1992	国家機関の地域分散憲章に関する政令	
1997		特定介護給付 (PSD) の創設
2000		普遍的疾病給付 (CMU) 創設による医療扶助の廃止
2002		個別自律手当 (APA) の創設
2003	地方分権化に関する憲法改正	
2004	①地域共同体の財政的自律に関する憲法72-2条の実施に関する組織法律 ②地方の自由及び責任に関する法律	最低所得保障制度 (RMI) の管理の地方移譲 (自立支援のみならず給付も県に一元化)
2006		障害補償給付 (PCH) の創設
2007		児童福祉制度の改革
2008	総合的公共政策改革 (RGPP) に関する方針の発出	積極的連帯所得制度 (RSA) の試行
2009		①病院改革及び患者・保険・地域に関する法律 (loi HPST) の制定 ②積極的連帯所得制度の実施
2010	①州議会及び県議会の同時再編に関する法律 ②地域共同体の改革に関する法律	

図1 地方分権を巡る動き

域共同体の権能や体制の整理再編等の20の提言から成る報告書が提出された<sup>10)</sup>。その翌年には、①地域共同体間の権能の重複の整理再編、②協約による地域共同体の委任制度の一般化、③地域議会 (conseillers territoriaux) の創設による州と県の議員の融合等、改革の第三幕 (L'acte III) が開始された<sup>11)</sup>。

## (2) 国・地方関係の原則

地方行政の基本原則は、地域共同体の「自由な行政 (libre administration) の原則」である。同原則は、憲法上も「法律は... 地域共同体の自由な行政の基本原則を規定する」(34条) といった形で暗に言及されている。また、憲法院及び国務院も、この原則 (国務院は基本的自由に含まれると明言) を過去の判例を通じて承認している (Décision n° 2010-12 QPC du 2 juillet 2010 ; CE du 18 janvier 2001, n° 229247) <sup>12)</sup>。

自由な行政の原則は、国による地方への過剰介入を禁止する。逆に言えば、この原則を歪めない限りにおいて、法律により地方行政の在り方を規定することが許容される。憲法34条との関係では、公民権、国籍、民事・刑事制度のほか、労働権や社会保障の基本原則を法律事項として議会の権能として留保していることから、むしろ、これらの権能を地域共同体に移譲することは禁じられると解することができる<sup>13)</sup>。何れにせよ国に留保された権能を放棄しない限りにおいて、国は国・地方関係を如何に規定するか広範な裁量が存在する。

## (3) 地方財政

地域共同体の自由な行政の実効性を担保する上では、量・質の両面での地方への財源保障が重要である。憲法72-2条も、自由な行政の保障に不可欠な租税等の自主財源が歳入全体の中で決定的な割合を占めるべきことを規定している。さらに、

同条は地域共同体の活動に必要な財源保障、すなわち権限移譲に伴う地方の負担増についての財源移譲の随伴という意味での「権限補償の原則 (principe de la compensation des compétences)」を規定している<sup>14)</sup>。また、同条は、地域共同体間の財政力格差を是正するための均衡策 (dispositifs de péréquation) の実施を法律に委任している。

国・地方関係については、両者の権限を明確に区分するという権限ブロックの原則がある。これとの関係で問題となったのは、

- ①分権改革前に一般的であった国・地方が負担を  
持ち合う交差財政 (financement croisé)
- ②複数の国・地方の協調による取組である横断的  
政策

であった。このうち、権限の重複の財政面での反映である交差財政は、財政面での共同負担を通じた国による政策協調や脆弱な地方の財政基盤への支援 (個別補助金等) とも捉えることもできる。しかし、一面では、交差財政は負担関係の錯綜や複雑化を招くとともに、財政を通じた国の地方への間接的な後見であったとも評価できる<sup>15)</sup>。これに対して地方分権改革は、権限ブロックの原則に則った行財政制度への転換を推し進めた。

整理すると、権限委譲に伴う地方財源は、

- ①自主財源としての地方税及び国からの譲与税
- ②使途を制限しない自由度の高い国からの交付金  
(dotation)

等を通じて確保されることになる<sup>16)</sup>。

地方財政の問題は、詰まるところ財政力格差の是正と財政自治を如何に実現するかにある。そのための手段としては、①国による地方向けの垂直的均衡策と②地方間の水平的均衡策が存在する<sup>17)</sup>。このうち、①は国からの運営交付金 (DGF) であり、中でも都市部連帯・社会的統合交付金 (DGU)、郡部連帯交付金 (DGR)、均衡化全国交付金 (DGP) 等が重要である。これに対して、②は税財源をプールし地域内で分配するものであ

り、職業税均衡化県基金（FDPTP）、イル・ド・フランス地方連帯基金（FSRIF）及び付加的譲渡税均衡化県基金が存在していた。なお、職業税均衡化県基金は、職業税の廃止に伴い順次廃止され、2012年からは新たに4種類の基金が導入された。

憲法上も規定された財政的自律性の原則は、2004年法が具体的な算定方法を規定しており、地域共同体ごとに自主財源の割合が2003年水準を下回らないことを義務付けている（2009年の自主財源割合は、州62.3%、県65.5%、市町村54.0%）<sup>18)</sup>。

#### (4) 地方分権の評価

共和国の一体性との関係で、地方分権はもろ手を挙げて支持を得ているわけではない。

また、地方分権の進展はあったものの、フランスは依然として単一の共和国である。その点では、地域共同体の自由な行政も、以下のような限界を有する<sup>19)</sup>。

- ①地域共同体の権能には、内容的（国からの授権の範囲）、地理的（法律で規定された行政区画の範囲）及び時間的（法律による将来的な変更可能性）な限界があること。
- ②自由な行政は絶対的な自由ではなく、法律に基づく義務的経費に対する支出義務がある一方で、地方税には法律の縛りがあり地域共同体の課税自主権は完全ではないなど、財源保障は十分ではないこと。
- ③地域共同体は、その決定の事前承認等の事前統制は原則として廃止されたものの、適法性や会計の適正執行等の観点から国の事後的統制に服すること。

## 2 社会保障と地方分権

### (1) 社会保障の主体としての地方

県を例にとると歳出の6割が福祉等の社会保障関係費であり、地方行政の中でもその比重は高い

<sup>20)</sup>。背景には、国家レベルでの国民連帯（solidarité nationale）に対して、地方分権が近接地域連帯（solidarité de proximité）の理念に即して進められ、福祉等はその典型であったことがある<sup>21)</sup>。

ただし、社会保障全体では、金庫等が運営する社会保険関係支出の比重が高く、その規模は国全体の支出を上回る。また、分野別に見ると、福祉等と異なり、公衆衛生・医療や社会保険の場合には国や金庫の比重が高い。とりわけ公衆衛生・医療分野は、疾病対策に関する全国的取組の必要性、財政面での疾病保険への依存といった事情もあり、一般的な地方分権の流れに反して、むしろ中央集権化に向かったとも評価されている<sup>22)</sup>。

地域共同体の経常支出1,487億ユーロ（2010年）のうち4割相当の599億ユーロが政策的経費に充当されており、しかも県の支出割合が地方全体の6割弱を占める。このことが象徴するように、地方の政策的経費の相当部分は社会的な給付（APA、RSA、PCH等）として家計に移転する経費である<sup>23)</sup>。県について言えば、累次にわたる権限移譲により社会事業関係支出は1985年から2008年にかけて4倍（63億→262億ユーロ）となり、経常支出の55%を占めるようになった<sup>24)</sup>。

### (2) 国と地方公共団体の役割<sup>25)</sup>（図2参照）

#### ① 国

社会保障の所管省は、時の政権によって変わる。これは、省の編成が政令事項であることのほか、政権が重視する政策分野や担当大臣の政治的力量などによって、省の大小が変わることが影響している<sup>26)</sup>。具体的には、労働、社会保険、公衆衛生、社会扶助・社会事業の4分野の組合せが政権ごとによって変わる（現在は、社会問題・保健省（Ministère des affaires sociales et de la santé））。

これに対して内部部局は、比較的安定的である。ただし、地方分権化や行政改革の一環としてのエージェンシー化（独立性の高い庁（agence）の創

設)が進められることも多く、それは必然的に関係部局の力を弱めることになる<sup>27)</sup>。

なお、警察も含めた地方行政を所管する内務省の下に、州知事と県知事が置かれている。両者は2010年の総合的公共政策改革(RGPP)の結果として対等ではなくなり、警察権等を除き州知事が県知事の上級官庁として指揮権、代執行権等を有することになった<sup>28)</sup>。

また、上記改革は、施策の均霑化に重要な役割を果たしてきた各省出先機関の再編統合も内包するものであった。社会保障分野の出先機関には州保健社会問題局(DRASS)と県保健社会問題局(DDASS)があったが、この改革に伴い他の出先機関とともに共同機関(県で2~3局、州で6局+大学区長+州医療庁に集約)の中の一部門に集約化された。具体的には、州の州若者・スポーツ・社会統合局(DRJSCS)、県の県住民保護局(DDPP)又は県社会統合局(DDSS)が社会保障分野を担うことになった。

さらに、出先機関は、地方分権のみならず社会保障改革の面からも改組された。例えば、1996年の病院改革の結果、州病院庁(Agence régionale de l'hospitalisation)が創設され、DRASSの担務から病院行政が抜けるとともに、社会扶助等の事務の県への移譲に伴い、出先機関が業務・人員面で縮小してきた。さらに2009年の病院・患者・保険・地域に関する法律(loi HPST)による改革では、医療政策の指導的役割を州に担わせるとの思想の下、州病院庁に代えて州医療庁(Agence régionale de santé)が創設され、開業医、介護等の医療福祉施設等も含めた権限の一層の拡大・集約化が図られた。現在、州医療庁は、医療機関設立、医療機器設置等に係る許認可のみならず、その前提となる医療供給体制の在り方やその実現方策等を盛り込んだ州医療組織計画(SROS)やその前提となる戦略的州医療計画(Plan stratégique régional de santé)を策定するなど、州段階の保健医療行

政の中核となっている<sup>29)</sup>。その一方で、地域共同体との関係は十分整理されておらず、地域共同体間及び地域共同体・国間の権能が並列する状態が残っている<sup>30)</sup>。

## ② 州(地方)

国の出先機関としても、EUレベルでの政策との関係でも、州の重要性は増しているものの、公衆衛生分野も含めた社会保障に関する限り、州の役割は乏しい<sup>31)</sup>。数少ない社会保障関係の権能は、2004年に移管された福祉関係職種の養成である(CASF.L.451-1 et s.)<sup>32)</sup>。これとも関係するが、州が担う行政は、職業訓練のように地域経済やその開発に関連する分野である。その点で、専門性の原則(principe de la spécialisation)及び近接性の原則(principe de proximité)に則り、福祉行政が権能ブロック(blocs de compétences)として県に寄せられる一方、より広域性を有する行政分野は州に集約化されてきている<sup>33)</sup>。

## ③ 県

県にとって社会保障分野は、伝統的に重要な位置を占める。福祉関係では、社会扶助の大半(児童・家庭、高齢者)は、1983年の地方分権法により県の権限とされた。さらに、その後最低所得保障制度も、県に権限が移譲されている。この累次の権限移譲は、いわば福祉の県単位化(départementalisation)の過程であった<sup>34)</sup>。それを象徴するように2004年の法改正では、「県は、...社会事業政策を決定し実施する。県は、その圏域において協力を得ながら展開される活動を調整する。」(CASF.L.121-1)とされた。ここにおいて、県は身近な行政である社会事業のリーダー(chef de file)としての地位を付与されることになった<sup>35)</sup>。

福祉施設関係でも県の果たす役割は大きいのが、2009年の改革で医療的社会施設に関する限り州医



療の権限が強化されている。これは、州単位での権限の国への回帰である<sup>36)</sup>。このため、福祉関係の施設の許認可は、県議会議長（社会扶助が費用を負担する児童、高齢者、障害者等の福祉施設）、州医療庁長官（障害者のリハビリ、訓練等の施設、アルコール・薬物中毒治療施設、疾病保険が費用を負担する福祉施設）、県知事（児童・成人の保護施設、亡命者向け施設）に分散することになり、権限が跨る場合は関係機関による共同認可となる<sup>37)</sup>。

2004年法により県の公衆衛生の権能の一部（結核・ハンセン病・性病、ガン対策）が再度国に戻されたこともあり、福祉と比べて公衆衛生分野で県が有する権限は限定的である<sup>38)</sup>。ただし、国との協定により、県が国の権能（ガン対策等）を実施することも可能である（CSP.L.1423-2）。かかる留保付きではあるが、現在県が有する権能としては、人工妊娠中絶以外の母子保健（健診等）が代表的である（CSP.L.1423-1, L.2111-1 et s.）。

④ 市町村

小規模市町村が多いフランスにあっては、市町村が福祉等の中核的役割を担っているとは言い切れない。市町村は、社会福祉事務所に相当する公施設法人である市町村社会事業センター（CCAS）を設置し、更に任意的な社会事業を展開する場合も多いが、法定の社会扶助については經由機関としての役割に止まる。ただし、県と協約を締結した場合には、その権能の一部を執行することができる（CASF.L.121-6）。もちろん、社会事業について県が指導的役割を担うとしても、任意的な事業である限り、市町村が実施することに特段の制限があるわけではなく、その創意工夫に委ねられている<sup>39)</sup>。さらに、行政基盤の脆弱性の補完手段として、複数市町村による市町村協力公施設法人（EPCI）の設立、事務組合等の設立など、市町村行政の共同化（mutualisation）が社会事業分野でも活用されている<sup>40)</sup>。

これに対して公衆衛生の関係では、市町村は

	行政機関	社会保障金庫（一般制度関係）					
中央	社会問題・保健省	全国疾病保険金庫連合会 (UNCAM)	全国疾病保険金庫 (CNAM)	全国老齢保険金庫 (CNAV)	全国家族手当金庫 (CNAF)	社会保障機関中央機構 (ACOSS)	全国社会保障金庫連合会 (UCANSS)
州	州知事 州若者・スポーツ・社会統合局 州医療庁 (ARS)	老齢保険・労働保健金庫 (CARSAT)					
県	県知事 県社会統合局	初級疾病保健金庫 (CPAM)	家族手当金庫 (CAF)			社会保険・家族手当保険料徴収連合会 (URSSAF)	
市町村	市町村長 市町村社会事業センター (CCAS)						

図2 社会保障の行政組織

一般的警察権を有しており、衛生警察 (police sanitaire) としての墓地埋葬、水質保全等の規制行政を担っているほか、水道、一般廃棄物処理等の公役務を遂行している (CGCTL.2212-1 et s.)。また、市町村は消毒及び保健衛生の権能を有しており、その一環として予防接種や消毒を実施することができる (CSA.L.1422-1)。さらに医療供給という点では、公立病院の多くは市町村立 (理事長が市町村長) であり、市町村によっては診療所、老人ホーム等を設置している場合もある<sup>41)</sup>。

### (3) 社会保障金庫等との関係

フランスでは政府管掌の社会保険はなく、制度別・部門別の金庫が運営の担い手となっている。代表的な一般制度の場合、国レベルの全国疾病保険金庫 (CNAMTS)、全国高齢保険金庫 (CNAV)、全国家族手当金庫 (CNAF) 等のほか、州レベルでの年金保険・労働衛生金庫 (CARSAT)、県レベルでの初級疾病保険金庫 (CPAM) や家族手当金庫 (CAF) 等が存在する。なお、疾病保険に関しては、自営業者及び農業者関係の金庫とともに、医療関係者との交渉機関として全国疾病保険金庫連合 (UNCAM) が設置されている<sup>42)</sup>。

近年の傾向としては、一般社会拠出金 (CSG) 等の特定財源の受皿又は特定の支出目的のための基金が創設されることが多い。1993年の高齢連帯基金 (FSV)、1996年の社会債務償却金庫 (CADES)、2000年の社会保障事業主保険料改革財政基金 (FOREC) 等が代表的である。地方との関係では、2004年創設の全国自律連帯金庫 (CNSA) は、要介護高齢者及び障害者のための給付に必要な財源を地方に補給するための基金としての性格を有する。2009年から実施された積極的連帯所得制度 (RSA) は、最低所得保障としての基本的部分 (RSA-socle) を県が、就労関連の補足的所得としての積極的部分 (RSA-activité) を国が負担する構造になっているが、国からの財源投入の仕組みとして全国積極的自律基金

(FNSA) が設けられている。また、地域医療の面では、疾病保険からの拠出による公私医療施設近代化基金 (FMESPP) が病院施設整備の費用を支援している<sup>43)</sup>。

このような基金制度拡大の潮流はあるものの、社会保険の地方行政との結びつきは総じて強くない。例外は、各種金庫による任意的な保健・福祉事業である。中でも家族手当金庫は地方との関係が深く、県と連携したソーシャルワーカーによる取組み、市町村との協定による保育所等の整備、児童施設等の運営など多様な活動を展開している<sup>44)</sup>。また、高齢保険部門も、ホームヘルパーの派遣 (個別自律手当創設後は補完的)、老人ホーム等の施設整備等を実施しており、サービス・施設の主体としての地域共同体とも連携・協力関係が必要に応じて構築されることになる<sup>45)</sup>。

## Ⅲ 地方分権と主な社会保障行政

### (1) 社会扶助・社会事業

社会扶助は、歴史的に地方分権の影響を最も受けた分野である<sup>46)</sup>。フランス革命後、社会扶助に関する国家責任が承認されたものの、実際に全国的制度が登場するのは、19世紀末であり、それが20世紀後半に再び分権化することになった。

しかも、社会扶助・社会事業は、医療政策との関係でも影響を受ける。1975年法により福祉施設及び医療的福祉施設が規律されて以来、医療的福祉施設分野は福祉行政の一環として実施されてきた。これに対して病院は、1959年及び1970年の制度改正により別途の規整枠組みが設けられ、しかも病院による医療的福祉施設の運営も禁止されるなど、医療と福祉を明確に区分する政策選択がなされてきた<sup>47)</sup>。しかし、2009年法により州医療庁が創設され、要介護高齢者や障害者等を対象とする医療的福祉施設は、その医療的性格 (疾病保険からの財源投入) にも鑑み、同庁の管轄となっ

た。ここにおいて、福祉は依然として県の管轄であるのに対して、医療的福祉施設は、より広域的な州レベルで、かつ、国の医療行政を担う州医療庁の下で公衆衛生法典を中心に規律されることになり、福祉行政に二重の意味での亀裂が生じることになった<sup>48)</sup>。また、福祉施設等の許認可の面でも、国と地域共同体の二系列の権限が県と州の二層で絡み合うため、この間の分権化や州医療庁創設等の政策が制度の複雑化を招いたとの指摘もある<sup>49)</sup>。

## (2) 社会保険

社会保険と地方分権を考える重要な視点は、社会保障の一般化（*généralisation*）である。この我が国の皆保険・皆年金に相当する戦後社会保障の基本理念は、1999年の改革による普遍的疾病給付（CMU）創設により一応の実現をみた。この結果、医療扶助は原則廃止され、その限りでは地方分権とは別の方向で改革は進んだ。州医療庁の創設と合わせて考えるなら、フランスにおいて医療は、医療関係の計画等を通じた地域間・階層間の医療格差の是正も含め、国が主導的役割を担う傾向がみられる。

また、地域保険という視点も重要である。伝統的に地域保険が存在しないフランスにあっては、地域共同体が保険者になることは想定しにくい。第5のリスクとしての介護保険創設を巡る議論においても、社会扶助から地域保険としての社会保険への転換には多くのハードルがある<sup>50)</sup>。そもそも既存の個別自律手当は、所得要件・扶養義務を前提としない普遍的な給付である点で伝統的な社会扶助とは異なるが、県により実施される制度である点では、社会扶助と社会保障（社会保険）の混合形態であるともされる<sup>51)</sup>。これを社会保険化する場合には、運営面のみならず必要な追加財源を如何に確保するかといった問題も加わり、これまでも結論が先送りされてきた経緯がある。

## (3) 公衆衛生

2004年の地域の自由及び責任に関する法律より以前は、県が結核、ハンセン病及び性病の対策やガン検診を担う一方で、エイズ対策やガン対策の一部は国の権限であるなど、公衆衛生行政はパッチワークのように入り組んでいた<sup>52)</sup>。同法は、ガンと同様に感染症対策も国の所管として、県は母子保健を所管するほか、ガン検診等についても国と協力していくこととされた<sup>53)</sup>。

衛生警察は伝統的に市町村の事務とされてきているが、緊急時には国による特別措置の実施を認めるなど、公衆衛生法典を通じた規整が増大している<sup>54)</sup>。また、2004年改革により、医療に関する基本政策の決定は国の責任であることが公衆衛生法典上も明記された（CSP.L.1411-1）。

このような近年の改革や州医療庁の創設等の動きに照らすと、公衆衛生行政における国の比重は高まっているとも言える。

## IV フランスの特徴

最後にフランスの国と地方の関係について、その特徴をまとめることにしたい。

### ① 県の役割の大きさ

州、県、市町村の関係を見ると、社会保障分野に関する限り、福祉を中心に県が果たす役割が大きい。これは、日本において国から都道府県へ、更に市町村へという流れがあるのと異なる。この背景には、フランスの場合には、県や市町村の人口規模が日本より小さく、財政能力が低い小規模自治体が多いことも関係している。ただし、医療行政を中心に州への集約化の動きも見られる。

### ② 権限と財政の一体性

日本のように実施主体が市町村であっても、都道府県や国が財政面で重層的に支援することが多いのと異なり、地方分権の一環として権限移譲が財政面の負担も随伴する形で行われることが多

い。ただし、施設等には複数の主体から財源が投入され、そこに社会保険各部門の財源も混入することから、地方分権の理念にもかかわらず実際の財源構成は単純ではない<sup>55)</sup>。

#### ③社会保険における地方公共団体比重の低さ

社会保険が金庫によって運営されている関係から、国のみならず地方公共団体が社会保険に果たす役割は少ない。これは、我が国において、国民健康保険の市町村公営主義に見られるように、行政が果たす役割が大きかったのと異なる。

#### ④医療における国の比重の大きさ

医療の特徴として、医療供給体制も疾病保険の影響を受けるなど、国、地方、金庫等の多様な主体が関わることが挙げられる。このことは、医療に関する限り単線的な地方分権ではなく、州医療庁の創設に見られるように、国が中心となって金庫も巻き込む形で州レベルでの地域化 (territorialisation) が進められることに反映している<sup>56)</sup>。

#### 注

- 1) J. Baguenard, *La décentralisation*, PUF, 2006, p.18
- 2) 地域共同体は、①公法人としての法人格、②法律によって付与された固有の権能、③選挙によって選出された議会の存在が共通点となっている (M. Thoumelou, *Collectivités territoriales, quel avenir ?*, La documentation française, 2011, p.21)
- 3) これらの地域共同体は、独自の予算、組織等を持つ市町村間協力公施設法人 (établissements publics de coopération intercommunale) と総称される (地域共同体一般法典L.5210-1-1A)。事務組合が自らの税財源を持たないのに対して、それ以外の市町村間協力公施設法人は自ら地方税を賦課することができる。いずれも市町村が小規模で事務処理能力が高くない点を補う効果を有する。詳細は、M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.173-190 ; Comité pour la réforme des collectivités locales, << Il est temps de décider >>, *Rapport au Président de la République*, La documentation française, 2009, pp.40-45
- 4) M. Verpeaux, *Les collectivités territoriales en France*, Dalloz, 2011, p.154
- 5) M. Thoumelou, *op. cit.*, p.17 ; Comité pour la réforme des collectivités locales, *op. cit.*, p.40

- 6) G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, Quadriga/PUF, 2001, p.249
- 7) M. Thoumelou, *op. cit.*, p.24
- 8) G. Cornu, *op. cit.*, p.255 ; M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.23-24 ; 1992年法 (loi ATR) に基づく地方分散憲章 (Charte de la déconcentration) 1条によれば、「地方分散は、国家の民政に関する異なる階層間の権能及び手段の配分に関する一般的規整である」。
- 9) M. Verpeau et C. Rimbault, *Les collectivités territoriales et la décentralisation*, La documentation française, 2011, p.33
- 10) Comité pour la réforme des collectivités locales, *op. cit.*
- 11) 2014年に予定されている地域議会の創設は、地域共同体としての県と州との関係に変化 (県の州化又は州の県化) をもたらす可能性のある改革であり、大都市共同体 (métropole) の創設も含めて考えると、県の弱体化を招く可能性もある (R. Lafore, << Les << territoires >> de l'action sociale : l'effacement du modèle << départementaliste >>? >>, in *RDSS*, N° 1/2011, pp.14-16)。
- 12) M. Thoumelou, *op. cit.*, p.31
- 13) *ibid.*, p.40
- 14) *ibid.*, p.56
- 15) *ibid.*, pp.126-128
- 16) M. Verpeau et C. Rimbault, *op. cit.*, p.92
- 17) M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.158-159
- 18) Observatoire des finances locales, *Rapport de l'Observatoire des finances locales, Les finances des collectivités locales en 2011*, pp.29-30
- 19) M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.59-70
- 20) 社会保障各制度の動向については、過去の海外社会保障研究の論文を参照。
- 21) M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de l'aide sociale et de l'action sociale*, Montchrestien, 2011, pp.194-196
- 22) D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 2009, p.35 et p.52
- 23) Observatoire des finances locales, *op. cit.*, p.14
- 24) DEXIA Crédit Local, *L'action sociale dans les finances des départements, Synthèse et rapport*, 2009, p.3
- 25) J.-P. Hardy et al., *L'aide sociale aujourd'hui*, ESF, 2010, pp.103-142
- 26) M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Montchrestien, 2004, pp.102-103
- 27) D. Cristol, << La réorganisation des services de l'Etat en matière sociale >>, in *RDSS*, N° 1/2011, pp.32-34
- 28) 1992年の地方分散憲章により州知事重視の流れが始まったが、州知事が県知事の上位に立つことにより、第三共和政以来の県中心の伝統は転換することになった (R. Lafore, << Les << territoires >> de

- l'action sociale. . . , *op. cit.* , p.8)。
- 29) D. Cristol , *op. cit.* , p.27 et s. ; B. de Lard et H. Tanguy , << Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé >> in *RDSS* , N° 1/2009 , p.845 et s. ; F. Bourdillon , << Les territoires de santé : un outil de planification en santé >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , p.28 et s.
- 30) P. Villeneuve , << Les compétences des collectivités territoriales >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , pp.86-87.
- 31) Comité pour la réforme des collectivités locales , *op. cit.* , p.47 ; D. Tabuteau , << Politiques de santé et territoire >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , pp.13-15
- 32) 医療関係職種の資格・養成等の企画立案は国の権能とされており、州の権能はコメディカル養成施設の許認可に止まる (CSP.L.4151-9等)。
- 33) Entretien avec Dominique Perben , << Une plus grande souplesse dans la répartition des compétences >> , in *Réforme des collectivités locales : quel bilan ? Regards sur l'actualité* , N° 369 mars 2011 , pp.30-37
- 34) R. Lafore , << Les << territoires >> . . . , *op. cit.* , p.6
- 35) D. Cristol , *op. cit.* , pp.29-32 ; J. Bagueard , *op. cit.* , pp.42-43
- 36) R. Lafore , << Les << territoires >> . . . >> , *op. cit.* , p.7
- 37) D. Truchet , *op. cit.* , pp.55-56
- 38) P. Villeneuve , *op. cit.* , pp.90-92
- 39) M. Long , << Vers un << Acte III de la décentralisation >> ? >> , in *RDSS* , N° 1/2011 , p.21
- 40) *ibid.* , pp.22-26
- 41) 従前は一定規模 (2万人) の市町村は保健所の設置が義務付けられていたが、2002年の法律で義務的設置は廃止された。
- 42) 開業医との協約を通じて、疾病保険は医療格差の是正にも影響を有する。医療の自由との関係から強制的な医師の配置はできないが、医療過疎地域での開業医について診療報酬上の優遇措置 (年間診療報酬の加算等) といったソフトな手法により、医療格差是正のための誘導策を講じている (R. Pellet , << Assurance maladie et territoires >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , p.38 et s.)。これに対して看護師の場合には、過疎地域向けの優遇措置に  
 加え、過剰地域での開業に関して協約の締結拒否制度 (医師については、強制的な需給調整制度はインターンの反対により頓挫) も導入されている (*ibid.*)。
- 43) R. Pellet , *op. cit.* , pp.47-48
- 44) J.-J. Dupeyroux , *Droit de la securite sociale* , Dalloz , 2011 , pp.738-744
- 45) *ibid.* , pp.744-746
- 46) J. Bagueard , *op. cit.* , p.32
- 47) R. Lafore , << La loi HPST et les établissements et services sociaux et médico-sociaux >> , in *RDSS* , No 5 / 2009 , pp.858-860
- 48) *ibid.* , pp.861-862 ; R. Lafore , << Les << territoires >> . . . >> , *op. cit.* , pp.13-16
- 49) A. Vinsonneau , << La régulation du secteur social et médico-social après la loi HPST : des réglees de plus en plus complexes >> , in *RDSS* , N° 1/2011 , p.41 et s.
- 50) 個別自律手当 (APA) は、一部負担 (応能負担) はあるものの所得要件を課さず、要介護に着目した給付が行われる。また、伝統的社会扶助にみられる遺族への求償等はない (E. Alfandari et F. Tourette , *Action et aide sociales* , Dalloz , 2011 , pp.556-256 ; M.Borgetto et R. Lafore , *op. cit.* , pp.349-365)。この独自性を有する制度は、法的には国民的利益の要請に応えるための社会扶助とされる (Decision n° 2001-447 DC du 18 juillet 2001)。
- 51) M.Borgetto et R. Lafore , *op. cit.* , p.362
- 52) D. Tabuteau , << Politiques de santé et territoire >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , p.10
- 53) *ibid.*
- 54) *ibid.*
- 55) R. Lafore , << La loi HPST . . . >> , *op. cit.* , p.859
- 56) D. Truchet , *op. cit.* , pp.62-65

#### 参考文献

- P. Tronquoy (dir.) , *Les collectivités territoriales : trente ans de décentralisation* , La documentation française , 2011
- J. Ferstenbert et al. , *Droit des collectivités territoriales* , Dalloz , 2009
- (いなかわ・ひでかず 内閣府大臣官房少子化・青少年対策審議官)

## ドイツ社会保障制度における政府間関係

武田 公子

### ■ 要約

ハルツIV改革（2005年）によって導入された求職者基礎保障は、社会扶助と失業扶助の統合によって長期失業者の自立支援を一元的に実施する枠組みを作りだした。しかし、その実施主体のあり方について、連邦機関である労働エージェンシーと自治体とがどのように役割分担ないし連携して長期失業者の自立支援を担うのかをめぐって、ここ7年間にわたって制度動揺を繰り返してきた。その中で注目されるのは、自治体が労働行政の一部まで取り込んで求職者基礎保障法の実施主体となる、「認可自治体モデル」である。従来少数派であった認可自治体は、2012年より108団体にまで拡張されることになった。本稿では、こうした認可自治体がこのモデルを選択した理由を検討することを通じて、自治体が雇用政策に取り組む意義を明らかにする。また、自治体が地域のさまざまな政策資源・地域内ネットワークを動員して貧困問題に取り組む可能性について示唆を得る。

### ■ キーワード

ハルツIV改革 求職者基礎保障法 認可自治体モデル ARGE 地域雇用政策

### はじめに

労働市場において不利な条件を抱える人々に対する金銭給付や社会統合への支援は、どのレベルの政府によって担われることが適切だろうか。一般には、労働市場政策は中央政府の役割、対人ケアは地方政府、特に基礎自治体の役割と捉えられており<sup>1)</sup>、わが国においてもハローワークは国、福祉事務所は自治体の部局である。労働市場において不利な条件を抱えがちな長期失業者に対する包摂的な支援は、中央政府と地方政府の双方にまたがる政策領域といえるが、ではこの業務はいずれのレベルの政府によって、あるいは両者のどのような協力関係の下で実施されるべきなのだろうか。

この問題を考える上で興味深い事例となるのが、いわゆるハルツIV改革以後のドイツの動向である。同改革によって新設された「求職者基礎保障」は、連邦機関が担ってきた労働行政の一部と、

自治体が担ってきた公的扶助の一部とを統合して、長期失業者に対する生活保障給付と就労支援とを一元化するものであった。その際、この業務を連邦機関と自治体の間でどう分担ないし連携して実施するのかをめぐって、同制度開始以来6年間にわたって制度は大きく揺れ動いてきた（表1参照）。この動揺は2011年までに一旦収束しているが、この過程で長期失業者の労働市場への統合をめぐる政府間関係について、いわば一種の社会実験が行われたといえる。この実験を通じて、連邦と自治体との役割分担、連携のあり方、自治体が主導する実施体制の可能性と限界等、多くの論点をめぐって議論が繰り広げられてきた。

本稿では、ハルツ改革前後における、求職者基礎保障の実施主体をめぐる政策論議や制度の変遷を概観し、この問題にドイツはどのような回答を見出したのかを明らかにしていきたい。

表1 ハルツ改革関係年表

年	月		備考
2003	12	SGBII成立	実施主体をめぐる議論の発端
2004	7	実験条項導入	
2005	1 12	SGBII施行 住宅費給付の連邦負担比率算定方法の変更	実験条項下でARGEと認可自治体の併存、競争
2006	3	東西基準額の統一、青年単身世帯の申請制限等	
2007	12	ARGEを混合行政とする連邦裁判所違憲判決	改憲による合憲化か「共同ジョブセンター」での空間的同居かをめぐる議論
2008	12	「共同ジョブセンター」案をめぐる議論 SGBII6c条の実験条項に関する評価報告書公表	
2009	3	ジョブセンター改革挫折	
2010	2 6 7 8 12	基準額に関する連邦憲法裁判所の違憲判決 ジョブセンター改革合意 ARGE合憲化のための憲法改正 ジョブセンター改革を内容とするSGBII改正 認可自治体追加申請メ切	
2011	1 2	ジョブセンター改革施行 基準額改訂、1月1日に遡及して適用	
2012	1	41認可自治体追加	改憲によるジョブセンターの存続と認可自治体の恒久化・拡充

## I ハルツ改革とSGBII実験条項

### 1 ハルツ改革の概要

2003年末に成立した「労働市場における現代的サービスのための第四法」<sup>2)</sup>は、一連の「ハルツ改革」<sup>3)</sup>の中でも最も重要かつ大規模な改革を含んでいた。それは、連邦機関が担ってきた失業扶助と、自治体<sup>4)</sup>が担ってきた社会扶助とを統合するものであり、長期失業者に対する給付と就労支援をワンストップ化することを主たる目的としていた。この目的を達成するために制定された社会法典第二編「求職者基礎保障」<sup>5)</sup>(05年施行、以下SGBIIと略す)は以下のような内容をもつものであった(図1参照)。

まず、「求職者基礎保障」は、1年以上の失業者に対する生活保障給付(失業手当Ⅱおよび扶養家族に対する社会手当)と、職業生活への統合に向けた各種プログラムを提供する仕組みであり、それに伴って次の既存二制度が再編されることとな

った。第一は自治体によって担われてきた社会扶助のうち、就労能力ありと判定された人々に対する給付・支援である。社会扶助は生活困窮全般に対する「最後のセーフティネット」として位置付けられてきたが、これを就労能力の有無によって分割し、可働層はSGBIIに、高齢者・障害者等の就労不能層はSGBXII(社会扶助、ないし稼働能力低下時における基礎保障)に移管された。SGBXIIは従来の社会扶助と同様、自治体によって担われるものとされた。

第二は、連邦雇用エージェンシー(Bundesagentur für Arbeit、以下BAと略す)が管轄しその地域機関である労働エージェンシー(Arbeitsagentur、以下AAと略す)が実施してきた失業給付のうちの失業扶助に係る業務である。失業扶助とは、保険原理に基づく失業手当の受給期間が終了してなお失業状態にある場合に、無期限で税財源から給付を受けることのできる仕組みであった。とはいえ、失業扶助の受給額が低額である場合には社会扶助を併給するケースも多かったため、長期失業者に

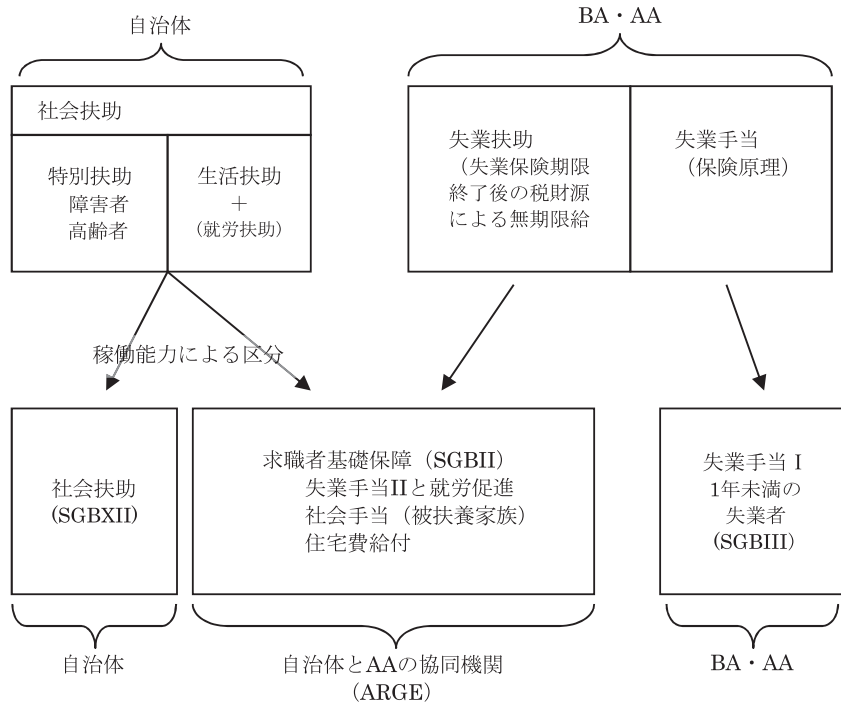


図1 ハルツ改革の概要

対する二制度の併存・重複という問題の解消はハルツ改革の動機の一つともなっていた。改革後は、1年未満の失業者はSGBIII（雇用促進法）に基づく失業手当I（保険原理による給付）を、1年以上の失業者はSGBIIに基づく失業手当IIを受給することとなった。

求職者基礎保障は、AAのもつ斡旋や職業訓練・教育に関する行政資源と、自治体をもつ社会的包摂・自立支援に関する行政資源とを「ひとつの手から」提供する仕組みを作ることを目指した。しかしそれゆえに、連邦機関のAAと自治体という異なる政府レベルの間の分担関係ないし連携関係をどう構築するかという問題をはらむことになった。

## 2 実施主体をめぐる問題と実験条項

SGBIIの実施主体は連邦雇用エージェンシー（BA）とされ（第6条第1項第1号）、第44b条は、

AAが設置するジョブセンター内に自治体との協同機関（Arbeitsgemeinschaft, 以下ARGE）を設けることを定めた。ARGEはSGBIIの実施主体としてAAの任務を遂行し、自治体はSGBIIに定める業務の遂行をARGEに委託することとされた。

しかしこの条文の立法過程で、自治体側とりわけ郡部は強く抵抗した（武田2006、2007）。自治体がBA-AAの主導するARGEにいわば従属的な協力関係を求められること、また従来自治体が担ってきた社会扶助業務の多くがARGEに吸収されてしまうことを問題視したのである。自治体側の反発を当時野党であったキリスト教民主党・社会同盟（CDU/CSU）が後押しする形で、法施行半年前の04年7月30日にSGBIIの改正が行われた<sup>6)</sup>。同改正によってSGBIIには実験条項が盛り込まれ、ARGEによる実施形態の他に、自治体による実施という選択肢が新設されたのである。これによって、SGBIIの実施主体には次の三つのモデル



が併存することとなった。

第一に、AAと自治体とが協同組織を作らず、失業手当Ⅱや斡旋・職業訓練等はAAが、対人支援や住宅・暖房費の給付は自治体がそれぞれ独立して担うというものである。これは分離モデルと呼ばれるものであるが、この形態を選択した例は少数であり、以下ではこのモデルについての検討を割愛する。

第二に、AAと自治体とが協同機関ARGEを設立し、第一の選択肢におけるAA、自治体それぞれの実施業務を統一的に行うものである。ARGEは私法上または公法上の契約によって設立され、その組織形態は参加する主体が、地域の労働市場や経済構造の特殊性を考慮して決定するとされた。

第三に、第6a条（実験条項）の定める、認可自治体モデルである。第一の選択肢においてAAが実施するとされている業務も含めて、自治体の実施主体となるものである。実験条項としての性格上、この選択肢を導入するのは当初69自治体に限定された<sup>7)</sup>。

以上三つの選択肢を設けた上で、第6c条は連邦労働社会省がこれら選択肢のパフォーマンスを比較し、2008年12月31日までにその効果を検証・評価すると定めた。すなわち、上記三つの選択肢は将来的な法改正によって実施体制が確立するまでのあいだ、相互にその成果を競い合うことになった。とはいえ、分離モデルを選択した自治体はごくわずかであり、実質上ARGEか認可自治体モデルか、という比較が専ら関心を集めることになる。

この改正の目的は、認可自治体がSGBIIの実施主体としての地位を奪還することにあつた。自治体はこれまで社会扶助の実施を通じて、その財政負担を重荷に感じつつも、地域雇用政策の担い手としての経験を積み重ねてきた（布川2002、武田2003）のであるが、SGBIIの実施主体がAAに限定されてしまうと、自治体の政策分野が大幅に縮

小されることになる。これは特に、社会扶助の業務が半分以上を占めてきた郡の存在意義を揺るがす問題であった。SGBIIの実施主体をAAとしてしまうと、郡は再編後の社会扶助（SGBXII）については引き続き実施主体となるものの、その政策領域は大幅に縮小されてしまうことになる。こうした危機感から、ドイツ郡会議<sup>8)</sup>は特にこの法改正には強い関心を持ち、またその後も認可自治体モデルの推進役を果たしていったのである。

## II ARGЕ違憲判決とジョブセンター改革の経緯

### 1 違憲訴訟と判決

SGBIIが本格施行される直前の04年末、ドイツ郡会議が支援する11の郡は、SGBIIの違憲性を争点とする訴訟を起こした。この訴訟は失業扶助と社会扶助の統合それ自体を問題にしたのではなく、実施主体の規定と財源保障のあり方を問題にするものであった。郡会議はSGBIIの立法当初から、統合された両給付の事務を一括して自治体レベルに移譲し、憲法に沿った財源保障をすべきであると主張してきたという経緯があり、前述の実験条項で設けられた認可自治体モデルは、まさにこの主張に沿ったものであった。

郡会議によれば、訴訟の争点は次の三点であった（Henneke 2005）。第一に、受給者に対する育児支援、債務相談、依存症相談等の「統合給付」の実施主体を自治体と定めていることについてである（6条1項1文2号）<sup>9)</sup>。憲法では、自治体の業務に関する規定は州の専属的立法権に属するものとされており、連邦法による自治体業務の直接的規定は憲法違反であるという主張である。第二に、自治体とAAがARGEを共同設置し、自治体がSGBIIの業務実施をARGEに委任しなければならないと定めている同法44b条が、憲法が禁止する混合行政にあたるとした。第三に、自治体負担分

として定められた上記統合給付にかかる費用や受給者への住宅・暖房費の問題である。自治体がこうした財政負担責任を負うにもかかわらず、その業務の実施をARGEに委任するよう義務付けられることは、憲法104a条に示される、財政負担と業務遂行主体の一致という原則に反するとした。

2007年12月、連邦憲法裁判所が下した判決<sup>10)</sup>は、上記三点のうち第一、第三の点について棄却した一方、第二の点については郡側の主張を支持し、ARGEの組織形態は違憲とするものであった。連邦機関と自治体がARGEという協同組織を設け、自治体がARGEに業務を委任する義務を負うというSGBII第44b条の規定は、憲法28条2項がうたう固有責任に基づく業務処理の理念に反するということである。判決によれば、ARGEは連邦の組織であるAAと自治体という二つの行政機関を単に空間的にまとめたものにとどまらず、社会保障行政からも労働行政からも分離・独立した、求職者基礎保障に関する高権的給付行政の執行主体となっていることから、連邦と自治体の権限・責任が混在する混合行政にあたとされた。こうした理由から憲法裁判所は、2010年12月31日までに法改正を行い、この違憲状態の解決を図ることを立法者に求めたのである。

判決が下されたのは、ハルツ改革実施からすでに3年を経た時点であり、実施主体の8割を占めるARGEにおいては、自治体とAAの協同体制がようやく軌道に乗った段階だった。この段階でARGEが違憲とされたことによって、SGBIIの実施体制は大きな危機に直面することになった。連邦憲法裁判所が示した「2010年末」という期日までに合憲状態を作り出すために、連邦・州および自治体の間では次に示すような激しい改革論議が行われた。しかしその議論は迷走し、結論の行方は二転三転するという展開を見せた。

## 2 ジョブセンター改革と認可自治体の拡張

08年5月にベルリンで開催された連邦・各州労働社会大臣会合<sup>11)</sup>では、今後の改革論議において前提となるべきは、自治体とAAとの協同関係の存続であり、受給者に対する「ひとつの手からの」援助であると確認された。しかし、両者の協同関係をどう再編して合憲状態を作り出すのかについては見解が大きく分かれた。すなわち憲法に例外規定を設け、混合行政としてのARGEを合憲化するという考え方と、ARGEを解体し、基本的にはBAの指揮命令系統の下に統合させたジョブセンターに再編するという「協同ジョブセンター」案とである (BMAS 2008)。その後7月に開催された連邦・州の間のワーキンググループでも、結局のところ協同ジョブセンター案は賛同が得られず、憲法改正によってARGEを存続させる方向での議論に傾いていった。しかし09年3月に憲法改正は一旦断念され、最終的な結論は09年9月の総選挙後の政局に先送りされた。

09年秋の総選挙の後、05年以来のSPDとの大連立を解消してFDPとの連立に転じたCDU/CSU政権は、SGBII実施体制の見直しに向けて再スタートを切った。2010年2月には憲法改正によるARGEの存続について連立政権内での合意がなされ、7月21日付で憲法改正が行われた<sup>12)</sup>。憲法における連邦主義は、連邦と州の権限区分を明確にすること、また市町村に対する立法は州の専決的権限であることを原則としているが、新設された第91e条では、SGBIIにかかる業務に関しては混合行政を例外的に認めることを定めた。

憲法改正を受けてのSGBII改正<sup>13)</sup>は、認可自治体モデルおよびARGE双方を恒常的な実施体制として認めることを定めた上で、ジョブセンター改革をめぐる議論のなかで浮かび上がった組織上の問題への対応を含むものとなった。その主な改正点は以下の通りである<sup>14)</sup>。

第一に、ARGEの呼称を共同機関 (gemeinsame Einrichtung, 以下gE) と改めるとともに、その意

思決定権限を明確にし、独立性を高めることによって、現場での実施上の裁量を拡大した。また、gEおよび認可自治体ともに実施主体は「ジョブセンター」の名称を用いることとされた。

第二に、SGBIIの実施における成果を、ジョブセンター間で比較可能にするために、認可自治体も連邦統一的な評価システムの下に置くものとし、このためBAとの電算システムの共通化を図るものとした。

第三に、認可自治体モデルの恒久化と認可自治体数の全ジョブセンターの25%までの拡張である。この改正に伴い、認可自治体に移行する自治体の申請が2010年末メ切りで行われ、申請した78団体から41団体が選定され、2012年1月に移行を果たした<sup>15)</sup>。また、連邦制改革を経て、連邦が自治体に直接に関与することが憲法上禁止されたことを踏まえ<sup>16)</sup>、認可自治体への監督は州が行うことを明確にした。

### Ⅲ ARGEと認可自治体モデルの選択

#### 1 実験条項評価報告書

前述のように、04年の改正で盛り込まれたSGBII実験条項は、実施モデル間の成果を評価する旨を定めていたが、この規定に則して、08年末には評価報告書が連邦議会に提出された(Bundesregierung 2008)。実験条項が定めた評価の目的は、求職者の統合におけるARGEと認可自治体両モデル間の成果・効果の相違とその原因を明らかにすることにあった。しかしジョブセンター改革論議のなか、報告書提出の半年前にARGEと認可自治体双方の実施体制存続の政府方針が打ち出されたため、同報告書のまとめ部分では、いずれの実施体制が優れているかについての明言は避けている。とはいえ、報告書の本文では両実施体制の性格の相違が浮き彫りにされている。

まず人事管理と職員の属性について。ARGEは

AAと自治体双方の職員が混在する組織であり、職員の身分や指揮命令系統は二元的である。職員の専門性は、職業斡旋や職業訓練に重きを置くAA出身の職員と、ケースマネジメント志向の自治体出身職員という相違があり、業務の実施においても文化の相違がある。こうしたことから、ARGE設置当初はケースマネジメントを自治体職員が、斡旋・各種措置提供の業務をAA職員が担うという分担関係があったが、ARGEの定着につれてこうした分業関係は薄れ、むしろAA職員も研修を受けてケースマネジメントの役割を担うようになっていく。とはいえ、ARGEでは概して労働行政の性格が伝統的に強く、認可自治体モデルにおいては、社会扶助業務の組織的伝統が強いとされている。

こうした両者の組織文化の相違は、それぞれの活性化・斡旋戦略の相違をもたらしめている。ARGEでは申請から斡旋・プログラム提供に至る過程において、AAから引き継がれた標準的プロセスを踏襲する傾向がある。また、ARGEでは賃金補助金を活用しつつも需要充足的な所得を確保できる職への斡旋が指向され、制裁によって当事者の協力・譲歩を得るという傾向も強い。認可自治体は逆に、賃金補助金の活用は相対的に少なく、就労による給付からの自立を急がせるよりも対人ケアによる社会的自立を重視し、就労後も失業手当IIによる所得補完を必要とする例が多いとされる。これは、社会扶助の伝統からくるケースマネジメント的な社会統合戦略への指向性を示すものであるが、逆にいえば対象者の自主性を尊重する余地の成果は高くないということになる。

また、両者の電算システムの相違がコントロールリングの相違をもたらしめていることも指摘されている。ARGEでは電算システムやケースマネジメントのノウハウについてBAのもつネットワークに依拠するところが大きい。この電算ネットワークを通じて給付業務、ケース記録、提供した措置

等の各種のデータが統一的に把握されるため、BAによる集権的なコントロールングが容易であるといえる。これに対して認可自治体の多くでは、旧社会扶助法の時代に自治体向けに開発された電算システムを使っており、BAのネットワークとのデータ互換性を持たない。それゆえ認可自治体モデルでは地域を超えた業務の統一性や標準化に弱みをもつといえる。なお、これに鑑みて郡会議は独自に認可自治体のネットワークを作り、類似団体間のパフォーマンスの比較やGPの情報提供を実施している<sup>17)</sup>。

前述のようにこの報告書ではいずれが優れているかの明言を避けているとはいえ、ARGEの方が斡旋指向的であり、長期失業者の労働市場への統合の成果が高いことを匂わせている。これに対して、この報告書の草案段階で州や自治体の側からは強い批判が噴出した<sup>18)</sup>。9州が共同して発表したステートメントでは、この報告書が両モデルを公平に比較したものでないこと、調査研究の対象

期間が約1年と短いもので、性急に斡旋された職に対象者がどの程度定着しているかについての検討を欠くこと、認定自治体のソーシャルワーク指向的な統合戦略が長期失業者のもつ種々の問題解決に資している面を過小評価していること、等の批判が展開された。

結局のところ、両体制の優劣を単純に判定することはできない。とはいえ連邦がARGEの優位を仄めかす一方で、2012年の認可自治体枠拡張に多くの自治体が応募したという実態をどう解釈すべきなのだろうか。そこで次節では認可自治体の選択理由について考察を行う。

## 2 認可自治体の特性

表2は、SGBII施行当初からの認可自治体および2012年からの追加認定を受けた自治体のプロフィールを表したものである。人口の大きい都市州（いずれもARGE）を除いての集計であるため、両モデルの平均的な自治体像が比較できよう。

表2 認可自治体の特性

			自治体数	平均人口 (08年末)	一人当り域内生産額平均 (08年、EUR)	08年平均失業率(対就 労可能年齢人口、%)
市	西部州	全自治体	85	196,807	66,211	8.9
		当初認可自治体	5	157,211	69,607	7.9
		追加認可自治体	9	263,722	69,322	8.6
	東部州	全自治体	19	106,057	47,510	13.4
		当初認可自治体	2	96,043	52,065	11.6
		追加認可自治体	0	-	-	-
郡	西部州	全自治体	237	195,691	61,100	5.4
		当初認可自治体	45	211,241	60,737	5.5
		追加認可自治体	23	241,181	64,619	5.7
	東部州	全自治体	54	126,322	51,717	12.9
		当初認可自治体	13	157,407	54,625	13.8
		追加認可自治体	9	162,110	35,376	16.8

資料：Statistische Ämter des Bundes und der Länder, GENESIS Online regional の郡・市単位統計を用い、上記区分ごとに集計した。

注：都市州の4都市（ベルリン、ハンブルク、ブレーメン・ブレーマーハーフェン：いずれもARGE）および失業率データが得られなかったザクセン州は除く。ザクセン州の認可自治体は5郡（うち1郡が2012年度より移行）。

制度当初からの認可自治体の大半は郡であり、市は少数にとどまっている。しかもこれらの市は、一人当たり域内生産額が高いいわば富裕な自治体であり、失業率も相対的に低い。特に西部州では都市部の失業率が高いため、SGBIIの業務を自治体が単独で担うのは困難であると当初は考えられており、BAの広域的な求人情報を共有しやすいARGEが選好される傾向にあった。従って当初からの認可都市では、財政的に豊かでSGBII受給者が相対的に少ない団体が名乗りをあげたものと考えられる。郡については、東西州の間に次のような傾向の相違が見られる。西部州においては認可自治体の人口規模は相対的に大きい半面、域内生産額は低い、失業率はほぼ平均的である。このことは、都市近郊のベッドタウンが多く含まれることを推測させる。他方東部州においては、域内生産額が相対的に高い半面、失業率が極めて高くなっている。そもそも東部州では都市部と郡部の間に失業率の有意な相違がないが、これには東西統一前からの経緯により産業・雇用集積が西部州とは異なっているという事情がある。郡部に立地していた産業が統一後の再編を経てなお十分な雇用を生み出せずにいる状況を垣間見ることができ、こうした東部の郡において認可自治体モデルを選択した自治体が多いことは注目に値しよう。

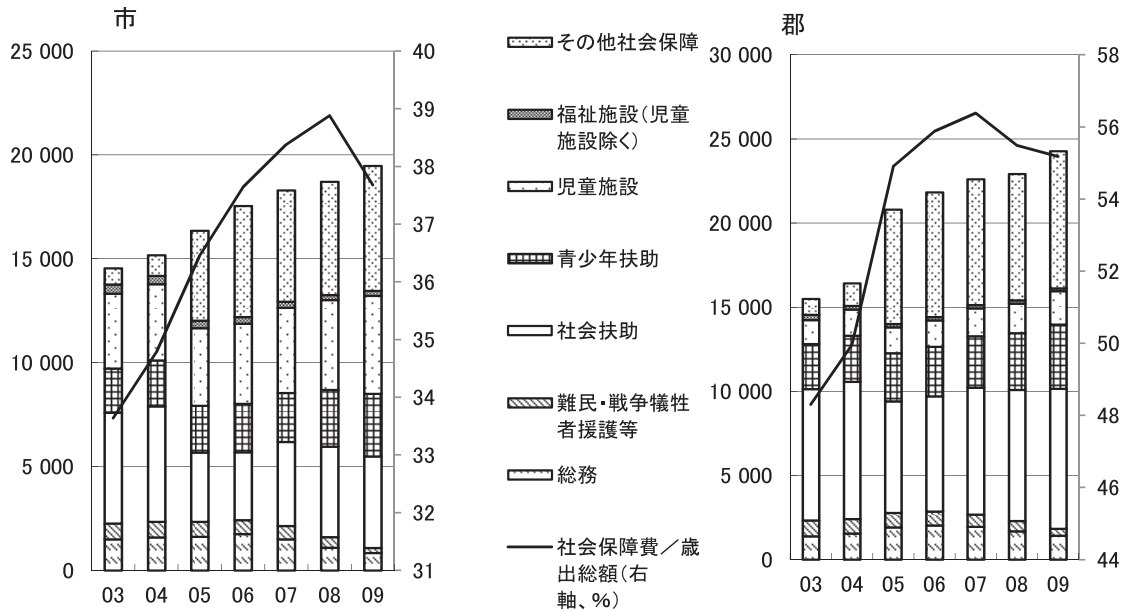
以上のことから、制度発足時の認可自治体の選択においては、一方では自らの地域の雇用・貧困問題に対して自治体が政策的主導権をもちたいという政治的動機と、他方では自治体がそもそも単独でSGBIIの業務を担うだけの行財政的余力があるか否かの判断とを秤にかけて決断を下したものと考えられる。西部州では行財政的余力のある自治体が自らの戦略として、東部州では深刻化する失業を地域政策課題として最重視した上で、認可自治体を選択したものと考えられる。

他方追加された認可自治体について見ると、ま

ず西部州の人口規模の大きい都市が多く含まれていることが目をひく。この中にはノルトライン・ヴェストファーレン州の工業都市エッセン、ゾーリンゲン、ヴッパータール、およびバーデン・ヴェルテンベルク州の州都シュトゥットガルトなどが含まれている。一人当たり域内生産額は全自治体平均より高いとはいえ、失業率は当初認可団体に比べると高い水準にあることがわかる。郡についてみても、追加自治体は相対的に人口規模の大きいところで、かつ失業率も高めであることがうかがわれる。特に東部州の郡では、一人当たり域内生産額の低さや失業率の高さを見ると、東部州の平均像と比べても経済状況・雇用情勢がかなり悪い地域が含まれていることがわかる。概して言えば、2012年から新たに認可自治体に移行した団体は、高い失業率を抱え、自治体の財政状況も必ずしも豊かではないといえる。これらの自治体が、AAと袂を分かち決断をしたこと背景には、SGBII施行から7年間の間のガバナンス上の問題と自らの政策権限を狭められた自治体の不満があったものと推測される。この点についてはIVでさらに検討していく。

### 3 郡自治体の事情

なお、市より郡に認可自治体選択の件数が多い背景として、市と郡における次のような行財政構造上の相違があることも踏まえる必要がある。郡はそこに属する町村からの分担金で財政を賄う共同業務処理団体であるということである。郡は、町村単位では実施が困難と考えられる業務を広域的に担うのであり、それゆえ郡に属さない市とはその行財政上の構造が異なっている。図2は、郡に属さない市と郡との財政支出の構造を比較したものであるが、次のような相違が見取れよう。まず、歳出全体に占める社会保障関係費の比率(折れ線で示した)が、そもそも郡では半分以上を占めているということである。市でもこの比率は



資料：Statistisches Bundesamt, Fachserie 14, Reihe 3.3, Jahresrechnungsergebnisse kommunaler Haushalte各年版より作成。

図2 自治体社会保障関係支出の内訳（百万€）

年々高まってきており09年には38%にも達しているが、郡では55%が社会保障関係業務で占められている。その内訳についてみると、ハルツ改革以前から郡・市ともに大きな比重を占めてきたのが、社会扶助と青少年扶助であるが、SGBII施行の05年以降社会扶助費が減少し、「その他社会保障」が急増していることがわかる。従来の社会扶助受給者のうち可働層に対する生活保障給付が連邦負担に置き換えられた一方で、自治体はSGBII受給者に対する住宅費給付を負担する（一部連邦負担あり）こととなった。従って「その他社会保障」の増加分はこのSGBII受給者への住宅費給付費用と解釈できる。この「その他」増加分は、市・郡とも社会保障費の3分の1程度を占めているが、郡ではより大きいことが見て取れる。また、図からもわかるように、郡では社会扶助費の減少度合が相対的に小さいため、ハルツ改革後の歳出規模が急増している。これは、郡部においては従来の社会扶助受給者の大半が非可働層であり、就労可能

な生活困窮者は失業扶助を受給するケースが多かったためである。

SGBIIが郡財政に大きな追加的負担をもたらすことが予想されたなか、この経費に関わる政策分野をAAが主導するARGEのなかで郡が従属的に実施することは、郡の存在意義を脅かす意味もあった。このことが認可自治体モデルに関する郡の選好の背景にあったといえる。

#### IV ローカルな地域雇用政策の意義

##### 1 認可自治体の選択理由

以下では、二つの西部州の都市での聞き取りをもとに、これらがなぜ認可自治体モデルを選択したのかを検討する。一方は制度発足時から認可市となっているヘッセン州ヴィースバーデン市、他方は2012年より認可自治体に移行したノルトライン・ヴェストファーレン州ミュンスター市である。前出表2と同時期のデータによれば、ヴィースバ

ーデンは人口27.7万、一人当たり域内生産額7.7万€と豊かな地域であり、失業率も7.6%と相対的に低い。ミュンスターは人口27.4万、一人当たり域内生産額6.2万€であるが、失業率は6.4%と追加認可自治体のなかではかなり低いといえる。両市とも失業率が相対的に低く、比較的富裕な自治体であることから、認可自治体選択の背景には単独でSGBIIの業務を担うだけの行財政的余力があるという判断があったものと思われる。

ヴィースバーデン市は、SGBII施行時から認可モデルを選択した西部州の数少ない都市のひとつである。失業率は高くないものの、市当局者によれば貧困率が高く、SGBII受給者は65才以下の14%、15歳未満の24%に達しており、語学訓練、継続教育、1ユーロジョブ、企業の賃金補助、起業支援などの複数の統合措置を併せて受給するケースが多いという<sup>19)</sup>。同市が認可モデルを選択した理由として挙げるのは、自治体が担う多様な政策分野と関連付けての実施が容易であるということ、および自治体が雇用促進政策に関してすでに長い経験を積んできていることである。

市行政の他分野との連携という点では、特に社会労働局の組織が重要な意味をもつ。同市のジョブセンターは社会労働局の下に置かれているが、同局には他に児童青少年扶助、住宅扶助、社会扶助、障害者扶助等の部署が置かれており、ジョブセンターが受給者への対人ケアを行うに際して、これらの部署との横断的連携がきわめて有効であるとのことである。さらに福祉分野内での連携のみでなく、産業振興、雇用政策、都市開発、住宅政策等の政策資源をも関連付けることによって、条件不利者、特に若者とその家族に対する総合的で手厚いプログラムを準備でき、また貧困予防的な施策の展開も可能になるとのことである。

また、行政資源の横断的活用にとどまらず、地域諸団体との連携の意義も大きいとする。福祉団体・市民団体等と連携して条件不利者の問題の分

析と対応を行うことができ、また、雇用の開拓や資格づけ・訓練の場についても地元経済界との密接な連携がとれるのは、認可自治体モデルならではの点としている。

他方ミュンスター市は、ノルトライン・ヴェストファーレン州の州都である。追加認可自治体のなかにはこの他にもバーデン・ヴュルテンベルク州の州都シュトゥットガルトが名を連ねているが、この点からみても認可自治体が政治的にも広く支持されるモデルとなっていることが窺える。さて、同市の市議会は2010年9月に、要件とされる3分の2以上の賛成をもって認可自治体モデルへの移行を議決した<sup>20)</sup>。行政当局はこの選択を、都市の将来にとっての戦略的意義をもつものとして提案しており、選択の背景を次のように説明している。

自治体にとっての雇用政策は、福祉、児童・青少年・家族、教育等の他の政策分野にとっても重要な意味を持つ。より多くのSGBII受給者が職業に就ければ、高齢者の貧困はより少なくなるし、失業している親の子どもにおいて貧困率が高いことを考えれば、子どもの貧困の解決にも資する。また、労働市場から遠い受給者は多くの斡旋障害要因を抱え、容易には労働市場に統合されない傾向があるが、彼らには、動機づけ、安定化、社会的支援といった援助が必要である。自治体が持つ福祉サービス分野の資源はこうした援助に大きく資するのであり、まさにこの点に認可自治体モデルの意義がある。gE（ジョブセンター改革後のARGE）においては自治体が職業斡旋において果たす影響力は減退しているのに対し、認可モデルではこの分野に対する自治体の政策責任はますます大きくなってきている。これまで十分に活用されてこなかった地域的な潜在能力、個別ケースに対する社会的な支援、自治体のパートナーやネットワークを活用した斡旋の活性化が、認可自治体モデルにおいては引き出されることになる。

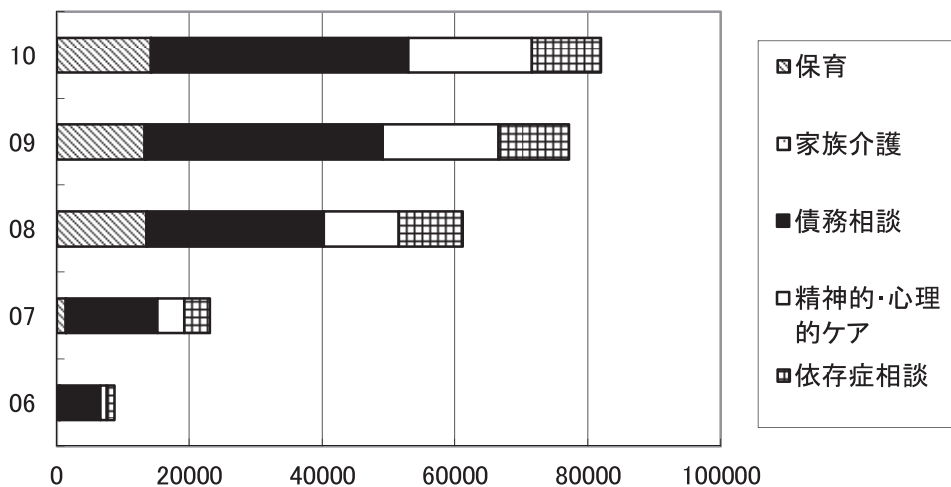
以上のことから、認可モデル選択の主な動機として考えられるのは次の二点と考えられる。第一に、自治体が地域の諸団体や経済界との連携によって、ローカルな雇用を創出する余地が大きいということである。第二に、斡旋阻害要因や労働市場での不利な条件を抱える長期失業者への支援には、性急な就労斡旋よりも対人ケアが必要であるが、認可自治体では福祉部局との連携によって支援サービスの提供がしやすいということである。そこで次にこれらの点について若干説明を加えておきたい。

## 2 ローカルな「貧困との闘い」

自治体による地域的な雇用創出への取り組みは、ハルツ改革以前にも行われていた。旧社会扶助制度下でも、受給者の労働市場への押し戻しによる自治体財政負担軽減を企図して、自治体が「就労扶助Hilfe zur Arbeit」に取り組んできた経緯がある（布川2002）。自治体出資の法人が、清掃、緑地整備、リサイクル等の様々な雇用創出事業に取り組みつつ、就労の習慣づけや職業訓練・資格

づけを行うという事業は1990年代にはかなり一般的となっていた。近年では、自治体が民間企業や非営利団体による雇用創出や就労支援・職業訓練を委託する例も多く見られる。自治体がこうした地域雇用創出策の経験・実績を持っていることが、認可自治体の選択の裏付けとなっているのである。

他方で、地域的な雇用政策については、90年代のEUにおける「貧困との闘い」や欧州雇用戦略に基づく地域雇用戦略への動きも背景として挙げておく必要がある。欧州委員会が「連帯の欧州を目指して一社会的排除への闘いの強化」（EC 1992）という指針を打ち出した後、社会的に不利な条件を抱える人々の社会的な生活および職業生活への統合は、各国の地域レベルにおいて多様に取り組まれてきた。また、2003年に改定された欧州雇用戦略においても、地方当局や各地域主体の役割が強調されるようになってきている（樋口2005）。ドイツでも「社会都市」と銘打ったプロジェクトが打ち出され、都市の衰退を社会経済両面から食い止めるとともに、地域の多様な主体の



資料：Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Information zur Datenlage über die Inanspruchnahme von kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II, Dezember 2010より作成。

図3 統合給付の内容別新規受給者数推移



協働を形成することが目指されている (Hanesch 1997, 2010)。このプロジェクトを特徴づけるのは、問題解決に向けた統合的な手法、行政分野横断的制御、地域の多様な主体のネットワークや協働、都市内分権的な意思決定とローカルな主体参加、地域資源の組み合わせといった手法である。

また、長期失業者においては、学歴・職業資格の低さや就労経験の少なさといった労働市場における不利性をもち、労働市場指向的な斡旋が容易な短期失業者層とは異なる困難を抱えがちである。SGBII第16a条は自治体が提供する統合給付を定めているが、これは斡旋阻害要因をもつ受給者に対して、自治体が対人的サービスを提供し、その要因の解決を図ろうとするものである。図3はこの統合給付の受給者数の推移を示したのだが、5年間で明確な増加傾向を示していることが見て取れる。統合給付のうち多くを占めるのが債務相談であり、これは統合給付の制度が始まって以降一貫して最も多い給付となっている。その他に保育サービスの提供や、精神的・心理的ケア、依存症相談等が提供されているが、これは自治体におけるSGBXII（社会扶助）やSGBVIII（青少年扶助）と共通した行政資源から提供される。これら統合扶助は、ARGEにおいても自治体に委託する形で実施されているのであるが、認可自治体であっても同一の実施主体からの提供という点でこの措置の活用が容易であると考えられる。実際に一団体あたりの統合給付件数を比較すると、圧倒的に認可自治体においてその活用が多い。

認定自治体モデルに見られるように、AAとの協同を選択せず、長期失業者の社会的・職業生活的包摂を自らの政策的影響力の下で実施しようとする自治体が台頭してきていることは、上記のような地域における横断的な政策手法と地域主体の参加・協働の実績がすでに蓄積されてきていることを背景としているのである。

## おわりに

さて、長期失業者の社会・職業生活への包摂はどのレベルの政府が担うべきなのだろうか。この問題を考える上では、労働市場の二極化傾向が鍵を握るように思われる。景気変動によって増減する失業者層の多くは、短期の失業期間の後に労働市場に復帰する可能性をもっている。彼らは失業期間中の職業訓練・資格取得によって、雇用回復後に新たな職につく機会を獲得し得るためである。こうした層に対しては、全国的な雇用政策の枠組みにおける教育・訓練措置や雇用助成金の活用、および広域的な求人情報の提供を通じた支援が必要であり、それゆえ中央政府がこの業務を担うことが妥当であろう。

これに対して長期失業者のかなりの部分は、学歴・職歴・資格・母国語等の条件により労働市場での不利性を抱えている。労働市場の規制緩和のなかでこうした層は不安定雇用に滞留し、失業と就労を繰り返す傾向がある。また、失業が長期化していけば労働市場への再統合は一層困難化していく。こうした層に対しては、個別の受給者が抱える斡旋阻害要因の解決を図るためのケースワーク指向の支援が必要となり、その限りでは自治体がこの業務を担う方が妥当であると考えられる。ただしその際、継続教育、職業訓練・資格取得といった就労能力を高めるための諸措置については、全国的な枠組みで供給される資源を活用できることが望ましい。ドイツの求職者基礎保障はこうした観点から、自治体とAAの協同機関を設置し、これを本則としての実施主体とすることを定めたのである。

とはいえARGEは、BAの集権的統制の強さ、自治体とAAという二つの指揮命令系統の併存、異なる人事上の処遇を受ける職員の混在、というガバナンス上の問題を孕んでいた。自らの政策権限の空洞化を懸念した自治体がAAと袂を分かち、自らSGBIIの実施主体となる「認可自治体モデル」

に転じるケースが多く現れたことは、自治体が地域のさまざまな政策資源・地域内ネットワークを動員して貧困問題に取り組む可能性を大きくしたものと考えられる。

#### 参考文献

- Betz, Franz 2011. Sieben Jahr Jobcenter aus Wiesbadener Sicht, Der Städtetag 6/2011.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 2008. Neuorganisation der Durchführung des SGB II (Nachfolgeregelung für ARGen, Verstetigung der kommunalen Option) . Stand: 23. September 2008.
- Bundesregierung 2008. Bericht zur Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11488, 18. 12. 2008.
- European Commission 1992. Towards a Europe of Solidarity: Intensifying the Fight against Social Exclusion.
- European Commission 2010. Europe 2020 – A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth, Brussels.
- Hanesch, Walter (Hrsg.) 1997. Überlebt die soziale Stadt?, Laske+Budrich.
- Hanesch, Walter (Hrsg.) 2010. Die Zukunft der “Sozialen Stadt”, VS Verlag.
- Henneke, Hans-Günter 2005. Kommunale Verfassungsbeschwerden von elf Landkreisen gegen Hartz IV-Regelung, Der Landkreis, Januar 2005.
- Gerhardt, Klaus-Uwe 2006. Hartz Plus, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Musgrave, R.A. 1959. The Theory of Public Finance, A Study in Public Economy, McGraw-Hill.
- Oats, W.E. 1972. Fiscal Federalism, Harcourt Brace Jovanovich.
- 武田公子 2003 『ドイツ自治体の行財政改革一分権化と経営主義化―』法律文化社。
- ――― 2006 「ハルトツIV法によるドイツ社会扶助改革と政府間財政関係の進展」『金沢大学経済学部論集』第26巻第2号 (125～155頁)。
- ――― 2007 「ハルトツIV改革とドイツ型財政連邦主義の行方」『金沢大学経済学部論集』第27巻第2号 (149～173頁)。
- ――― 2010 「ローカルな「貧困との闘い」の可能性 –EUの枠組みにおけるドイツの事例を中心に–」『彦根論叢』第382号 (81～107頁)。
- 樋口美雄、S.ジゲール、労働政策研究・研修機構編 2005 『地域の雇用戦略―七カ国の経験に学ぶ“地方の取組み”―』日本経済新聞社。

布川日佐史編 2002 『雇用政策と公的扶助の交錯―日独比較：公的扶助における稼働能力の活用を中心に―』御茶の水書房。

- 1) Musgrave (1959) およびOats (1972) により、所得再分配や経済安定化に関わる業務は主として中央政府、公共財の供給は主として地方政府が担うのが望ましいとの理由からである。
- 2) Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003, *BGBI. I*, S.2954. 同法は、社会法典第二編の制定とそれに伴う約60件の他法改正・新設を含む一括法である。
- 3) フォルクスヴァーゲン取締役Peter Hartzが委員長をつとめた労働市場改革に関する諮問委員会の勧告に基づく一連の改革を指す。
- 4) 以下でいう「自治体」とは、社会扶助およびSGBII業務の実施を担うものとされている、郡および郡に属さない市を指すものとする。市Stadtには郡に属するものと、郡に属さない市Kreisfreie Stadtとがあるが、以下でいう市は後者の意味である。
- 5) Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende -, 4. Dezember 2003, *BGBI. I* S. 2954. なお、同法は札幌学院大学法学部嶋田佳広氏によって改正経緯も含め和訳されており、本稿もこれを活用させて頂いた。この場をお借りして謝意を表したい。
- 6) Gesetz zur optionalen Trägerschaft von Kommunen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch vom 30. Juli 2004, *BGBI. I*, S.2014.
- 7) その後東部州を中心に行われた市町村合併により、認可自治体数が減少したが、後述する2012年からの拡張までは追加されることはなかった。
- 8) ドイツの自治体代表団体の一つであり、郡に属さない市を組織するドイツ都市会議、郡所属市町村を組織するドイツ市町村同盟とならぶ自治体代表団体である。
- 9) SGBII本体の施行は05年1月1日であるが、それに先立ち実施主体の組織に関する規定部分は04年1月1日に施行されている。ここでは訴訟当時のSGBII条文による。以下も同様。
- 10) Bundesverfassungsgericht, 2 BvR 2433/04 vom 20.12.2007 ( [http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20071220\\_2bvr243304.html](http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20071220_2bvr243304.html)) .
- 11) Beschluss von Sonderkonferenz der 85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 2008, 09.Mai 2008 in Berlin.
- 12) Änderung des Grundgesetzes vom 21.7.2010, *BGBI. I*, S.944.
- 13) Sozialgestzbuch Zweites Buch, zuletzt geändert durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisation der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 10.8.2010,

*BGBI. I*, S.1112.

- 14) 改正点については、連邦労働社会大臣のステートメントに依拠している。Ursula von der Leyen, "Jobcenterreform schafft solide Basis für Aufschwung am Arbeitsmarkt", Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Pressemitteilung vom 17.06.2010.
- 15) Option Direkt: Newsletter des Deutschen Landkreistages für die zugelassenen kommunalen Träger nach dem SGBII, Nr.1, Jan.2010.
- 16) 憲法の2006年8月31日改正 (*BGBI. I*, S.2034) で、第85条第1項は以下のように定めた。「州が連邦の委任によって連邦法を執行する場合、連邦法が連邦参議院の合意の下で他に定めない限り、関係機関の組織は州の事務に属する。連邦法によって市町村および市町村連合に対して事務を委任することはできない。」
- 17) 例えば、Kommunen für Arbeit, Benchmarking der 67 Optionskommunen, Berichtsjahr 2011.
- 18) Stellungnahme der Länder BW,BY,HE,HH,NI,NW,SL,S N,TH vom 2.12.2008. In: Endbericht zur Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c des SGBII, Anhang.
- 19) 以下は、2010年9月24日 Landeshauptstadt Wiesbaden Amt für Soziale Arbeit での聞き取り記録、および Betz (2011) による。
- 20) 以下の叙述は、2011年9月5日 Jobcenter Münster での聞き取り、および市議会の議事録 (Niederschrift über die 9. Sitzung des Rates am Mittwoch, 29.09.2010, Vorlagen-Nr. V/0623/2010) に基づく。

(たけだ・きみこ 金沢大学教授)

## カナダの連邦制度と社会保障

池上 岳彦

### ■ 要旨

カナダは「大きな州政府」をもつ連邦国家であり、社会保障制度における州・準州の役割が大きい。医療・児童扶養支援・社会扶助等は州・準州が担っており、連邦が運営する年金・雇用保険等についても州が一定の役割を果たす。1980年代後半以降、雇用保険と社会扶助の給付削減、年金をはじめとする現金給付の所得制限導入等、カナダは相対的に「小さな政府」を指向しつつ各種制度の「市場化」をはかる自由主義レジームの色彩を強めている。ただし、州・準州が大きな役割をもつ普遍主義的な現物給付については、持続・向上の圧力が強い。社会保障財源の中心は個人所得税を中軸とする租税であり、税制における州税・地方税の地位が高い。所得制限つき給付及び還付型税額控除は所得再分配の重点化という面をもつが、普遍主義的政策も取り入れられている。社会保障制度には財政収支、政治状況、税制全体の構造といった要素が影響を及ぼす。

### ■ キーワード

大きな州政府 個人所得税 還付型税額控除 普遍主義

### I 連邦と州の権限配分と歳出配分

#### 1 社会保障に関する憲法上の権限配分

カナダは、1867年、4つの州が連邦を結成する形で成立した<sup>1)</sup>。ただし、カナダは完全な独立国家になったわけではなく、その憲法的法律にあたるのはイギリス議会で成立した英領北アメリカ法 (British North America Act) であった。英領北アメリカ法は、その第6章「立法権の配分」において連邦と州の権限配分を規定した。この法律は145年を経た現在もカナダ憲法の一部を構成する「1867年憲法」として存続している。その権限配分規定も大枠として維持されているが、その後新たに発生した政策課題に対応するための規定が付け加えられている<sup>2)</sup>。

連邦の権限を掲げた同法第91条では、社会保障

に関する条項は明記されていないが、州の専管事項から明らかに除外されたものはすべて連邦の権限とされている。これに対して第92条に示された州の権限には、病院・救護院・養育院・慈善施設、市町村制度、財産権及び私権、もっぱら地方的・私的性質をもつ事項等が含まれる。市町村はそれぞれの州の「創造物」であり、団体の種類及び権限は多様である。

「財産権及び私権」及び「地方的・私的性質をもつ事項」が州の専管事項とされるため、その解釈によっては州の権限が大幅に拡大する。現在、「財産権及び私権」に職業・事業・財産・労使関係に関することが広範に含まれており、州ごとの独自の規制や免許制度が設けられる根拠になっている。たとえば医療に関しては、病院が州の管轄事項であるのに加えて、開業医、労働災害、医薬品販売等が「財産権及び私権」関係事項として州

の権限に属し、また公衆衛生も「地方的・私的性質をもつ事項」と考えられているので、ほとんどの事項が州の管轄下にある。福祉についても、明文化されていないものも含む広範な分野が州の所管とされてきた。

## 2 歳出配分と財源

表1に示したように、2008年度の政府支出6,313億カナダドル（以下、ドル）のうち、保健医療1,216億ドルと社会サービス（社会扶助、福祉サービス、年金、雇用保険等）1,903億ドルを合わせた3,119億ドルが社会保障関係費といえる。政府支出から公債費を除いたものをサービス支出と考えれば、社会保障関係費がサービス支出に占め

る割合は、保健医療20.7%、社会サービス32.4%、合わせて53.1%となる。連邦、州・準州とも、社会保障関係費はサービス支出の過半に達している。

また、社会保障関係費のうち州・準州の支出が過半を占める。とくに保健医療はほとんど州・準州の事務である。また、社会サービスのうち、雇用保険・年金を連邦が、生活保護・保育・介護等を州・準州が所管する。その他の分野でも州・準州が中心的役割を担うものが多く、市町村・学区の事務についても州・準州の規制及び補助が大きな役割を果たす。一言でいえば、カナダは「大きな州政府」をもつ連邦国家である。

税源配分については、憲法上、州・地方は「直

表1 カナダの政府支出 [2008年度]

(単位：百万カナダドル)

	連邦	州・準州	地方	CPP/QPP	純計
保健医療	26,061	115,501	1,927		121,577
社会サービス	88,788	61,738	6,684	38,866	190,276
一般サービス	9,588	6,530	7,194		22,822
個人及び財産の保護	28,937	12,093	12,124		50,790
交通・通信	3,537	17,423	15,843		32,197
教育	5,781	81,819	48,015		95,732
資源保護・産業開発	9,856	12,547	1,526		19,975
環境	2,700	2,827	12,826		16,933
レクリエーション・文化	4,232	3,426	9,189		16,306
労働・雇用・移民	1,714	1,147			2,395
住宅	2,220	3,345	2,788		6,120
外交・国際援助	6,513				6,508
地域計画・開発	1,409	1,352	1,382		2,775
研究振興	3,700	655			2,268
一般財源移転	29,217	4,861			-
公債費	18,584	24,196	3,223		43,634
その他の支出	29	724	148		945
支出合計	242,867	350,184	122,870	38,866	631,251
支出合計（公債費を除く）	224,283	325,988	119,647	38,866	587,617
保健福祉の構成比（%）	11.6	35.4	1.6	-	20.7
社会サービスの構成比（%）	39.6	18.9	5.6	100.0	32.4

注：1) 年度は、連邦、州・準州及びCPP/QPPは4月から翌年3月まで、地方は暦年。

2) CPP/QPPは、CPP 29,556百万ドルとQPP 9,310百万ドルの合計。

資料：Statistics Canada, "Government - Revenue and Expenditures" により作成。

(<http://www5.statcan.gc.ca/subject-sujet/result-resultat.action?pid=3055&id=3059&lang=eng&type=CST&pageNum=1&more=0> [2012年6月22日参照])

表2 カナダの政府収入 [2008年度]

(単位：百万カナダドル)

	連邦	州・準州	地方	CPP/QPP	純計
自主財源	243,326	277,358	70,082	50,082	633,672
所得税	153,003	95,652	—		248,655
消費税	42,535	64,499	116		107,150
財産税	—	8,689	46,173		54,862
その他の租税	1,207	19,660	940		21,807
[小計＝租税]	196,745	188,500	47,230		432,474
医療保険料	—	3,390	—		3,390
その他の社会保険料	22,538	12,866	—		80,010
財・サービスの販売	9,588	29,862	18,342		53,168
投資所得	14,017	37,314	3,355		57,793
その他の自主財源	439	5,426	1,155		6,836
他レベル政府からの一般財源移転	334	29,476	2,477	—	—
他レベル政府からの特定財源移転	90	34,749	49,234	—	—
合 計	243,750	341,582	121,793	50,082	633,672

注：1) 年度は、連邦、州・準州及びCPP/QPPは4月から翌年3月まで、地方は暦年。

2) CPP/QPPは、CPP 39,155百万ドルとQPP 10,927百万ドルの合計。その収入は「その他の社会保険料」と「投資所得」の合計。

資料：表1に同じ。

「接税」だけを賦課するものとされた。ただし、両大戦間期から導入されてきた小売売上税も、小売業者を税務当局の「代理」とみなすことにより「直接税」として扱われている。表2に示したように、2008年度における州・準州の自主財源2,774億ドルは連邦の自主財源2,433億ドルを上回り、州・準州と地方の自主財源を合わせると政府収入の54.8%に達する。これは、税源配分において州・地方税の占める地位が高いためであり、両者を合わせると連邦税を上回る。連邦と州・準州は個人所得税、法人所得税、一般売上税、酒税、たばこ税、燃料税等を、ともに賦課しており、とくに消費課税は州税のほうが多い。また、不動産税を中心とする財産税は、州・地方政府のみが賦課している。

表2に示したように、州・地方政府による財・サービスの販売すなわち受益者負担的な収入及び投資所得が大きいこともカナダの特徴である。とくに、投資所得には天然資源からの収入が含まれる。憲法上、天然資源は州・準州の所有物であり、

その採掘権料等は州・準州の収入となる。

ただし「大きな州政府」の財源をまかなうためには、政府間財源移転も重要である<sup>3)</sup>。特定目的のサービスに関する財源移転としては、保健医療、福祉及び高等教育について連邦から州・準州へ補助金が交付されている。ただし、それらは実質上用途が制限されない「ブロック補助金」であり、州・準州はそれぞれ独自の方針に基づく施策の財源としている。また、もともと用途をまったく問わない一般財源移転として、連邦は州・地方税について人口1人当たりの財源調達力が一定の基準額に達しない州に対して、その基準額との差に人口を乗じた額を「平衡交付金」として交付している。さらに、連邦は準州に対しても、財政需要と課税力との差額を補てんする「準州交付金」を交付している。なお、財政力の地域間不均衡を是正するために「平衡交付金」制度を設けるべきことは、「1867年憲法」と並んでカナダ憲法を構成する「1982年憲法」の第36条第2項に明記されている。これらの財源移転は、州・準州における公共サー

ビスの財源を保障するとともに、州どうしの間  
の財政力格差を是正する財政調整制度と特徴づける  
ことができる。

## II 年金

老齢年金が導入されたのは1920年代であり、州  
と連邦が連携した対応がとられた。1926年に導入  
された老齢年金制度は州が運営することとされた  
が、連邦が費用の50%を負担した。連邦の費用負  
担率は1931年に75%へ引き上げられた。

1940年に王立連邦・州間関係委員会（Royal  
Commission on Dominion-Provincial Relations）<sup>4)</sup>  
が発表した報告書では、州が非拠出制の資産調査  
つき老齢年金を運営し、それに加えて連邦が拠出  
制の老齢年金を創設することが提案された。

### 1 非拠出制年金

1951年、連邦は憲法改正を経て、全国的年金と  
しての老齢保障給付（Old Age Security [OAS]）  
を導入した。OASは70歳以上の高齢者を対象とし、  
連邦税を財源とする非拠出制の基礎年金であった  
が、支給開始年齢は段階的に65歳へ引き下げられ  
た。なお、この年金収入は所得として課税される。  
また、連邦財政状況の悪化をうけて、1989年に所  
得制限が導入された。給付額は3か月ごとに消費  
者物価指数の上昇に応じて物価スライドされ<sup>5)</sup>、  
2012年4～6月現在、月額540.12ドルである。個人  
純所得が年間69,562ドル以上になると減額が始ま  
り、112,772ドル以上になると給付対象から外れ  
る。

1967年、「所得付加保障」（Guaranteed Income  
Supplement [GIS]）が導入された。GISは、低所  
得高齢者に対するOASの上乗せ給付であり、連邦  
税を財源とするが、こちらは非課税所得である。  
たとえば単身者の場合、2012年4～6月は月額最高  
732.36ドルであるが、所得があれば減額され、個

人純所得が年間16,368ドル以上の者は対象外とな  
る。さらに、OASとGISを受給する低所得高齢者  
の配偶者（60～64歳）に対する手当（Allowance）  
もある。これは2012年4～6月現在、月額最高  
1,025.73ドルであるが、夫婦合算所得に応じて減  
額され、合算純所得が年間30,336ドル以上であれ  
ば対象外となる。

カナダにおいても長寿化とベビーブーム世代の  
引退により、高齢社会が進行している。連邦政府  
の推計では、高齢者1人を支える就労者は2011年  
の4人台から2030年には2人台に低下し、2011年に  
500万人であったOAS受給者が2030年には940万人  
に増加する見込みである。そこで政府は、OASの  
持続可能性を確保するため、2012年度予算におい  
て、OAS、GIS等の改革を発表した<sup>6)</sup>。それによ  
れば、①2023年から、OASとGISの受給開始年齢  
を65歳から67歳に引き上げる（1958年4月生まれ  
以降の者から徐々に引き上げて、1962年2月以降  
生まれの者は67歳とする）、②同時に、手当  
（Allowance）の受給年齢も60～64歳から62～66  
歳に引き上げる（1963年4月生まれ以降の者から  
徐々に引き上げて、1967年2月以降生まれの者は  
62～66歳とする）、③2013年7月、OASの受給開始  
を最高5年間繰り延べるかわりに給付年額を引き  
上げる選択肢を設ける、④OASの受給申請手続き  
を簡素化する等の改革が行われる。

### 2 拠出制年金——CPP/QPP

拠出制年金としては、1966年に創設された「カ  
ナダ年金制度」（Canada Pension Plan [CPP]）が  
あるが、ケベック州は独自の「ケベック年金制度」  
（Quebec Pension Plan [QPP]）を運営している。  
ただし、制度内容に大きな差はない<sup>7)</sup>。

CPPの保険料は、18歳以上70歳未満の者につき、  
年収3,500ドル超の分に対して、保険料率9.9%で  
課される<sup>8)</sup>。雇用者については雇用者・雇用主が  
4.95%ずつ負担し、自営業者はすべて自己負担す

る。保険料の対象となる所得には年間上限が設定される。年間上限額は平均賃金上昇率にスライドして毎年改定されており、2012年現在、50,100ドルである。このため、年間拠出上限額は、雇用者については2,306.7ドル、自営業者については4,613.4ドルとなる。また、連邦個人所得税の納付額算定に際して、拠出額に最低税率15%を乗じた額を税額控除することができる。

CPPの退職給付の金額は、65歳受給開始の場合、2012年現在、月額最高986.67ドルであるが、平均受給額は527.96ドルである。また、遺族給付、障害者給付等の制度もある。なお、2012年からは、60～65歳受給者のうち収入のある者についてCPP保険料の拠出を義務付けるかわりに退職後給付（Post-Retirement Benefit [PRB]）を上乗せする制度も開始された<sup>9)</sup>。

資金運用は、従来は公債中心に行われていたが、1997年からは新たに設立された「カナダ年金制度投資理事会」（CPP Investment Board [CPPIB]）が、国内外の株式投資中心に運用方針を変えた。

なお、CPPは、連邦が事務を執行しているが、州・準州も制度運営の権限を連邦と共有している。具体的には、連邦と州・準州の財務省が3年ごとに制度の運営状況を検証する。しかも、CPPの制度改革を行うためには、3分の2以上の州が賛成し、しかも賛成州の人口が全人口の3分の2以上を占める必要がある。2010～2012年度の検証結果によれば、少なくとも今後75年間は現在の保険料率と給付水準を維持することができるので、保険料率は当面据え置くとされている<sup>10)</sup>。

### 3 退職向け貯蓄優遇制度

企業年金及び個人の退職向け貯蓄に対する優遇税制も、公的年金の補完措置といえる。とくに重要なのは「登録年金制度」（Registered Pension Plan [RPP]）及び「退職貯蓄登録制度」（Registered Retirement Savings Plan [RRSP]）である。

RPPは、適格とされた企業年金に拠出する場合、それを課税所得から控除して、課税を退職後の取り崩し時まで繰り延べる制度である。RRSPは、71歳になる年までの間、適格とされた個人年金型投資プランに個人が拠出する場合、それを課税所得から控除して、課税を退職後の取り崩し時まで繰り延べる制度である。2012年現在、年額22,970ドルまでRRSPに拠出することができる。

2009年にはこれに加えて「非課税貯蓄勘定」（Tax-Free Savings Account [TFSA]）が創設された。18歳以上の者は、年額5,000ドルまでTFSAに拠出することができる。その際に課税所得からの控除は行われませんが、将来の投資収益は生涯を通じて非課税所得となる。

RPP、RRSP及びTFSAは、いずれも貯蓄収益に課税する包括的所得税の原則から離れて、貯蓄を優遇する措置である。

## III 医療

### 1 州民皆保険

連邦結成以来、医療は州が所管する分野である。1947年、サスカチュワン州が導入した病院保険は、その後、全国的に普及した。包括的な医療保険は、1962年、これもサスカチュワン州が導入し、その後全国に普及した。現在は州営の医療保険制度が州民全体に適用される州民皆保険が定着しているが、その主要な財源は租税である。医療保険料を徴収している州もいくつかあるが、その場合も保健医療費の1割前後をまかなっているに過ぎない。各州の医療保険は医学的に必要な医療行為をカバーしており、また医療保険サービスに関する患者負担はない。なお、医学的に必要な医療行為はすべて保険対象とされるものの、実際は州間で保険適用範囲に違いがあり、医療保険サービスと並行した私的医療サービスを認める州もある。



## 2 連邦のブロック補助金とカナダ保健法

ただし、連邦も医療制度の財源保障に関する役割を担っている。連邦は1957年から病院保険への補助を開始し、1968年には基準に適合する病院・診療サービスの50%を定率負担する「費用分担プログラム」を設けた。1977年には、定率補助金は「定着プログラム財源保障」(Established Programs Financing [EPF]) という連邦から州・準州への税源移譲を組み込んだブロック補助金に転換された。これは、保健医療及び高等教育について、①州支出の全国平均額を基礎に総保障額(人口1人当たり同額とする)を設定する、②連邦の個人所得税額の13.5%と法人所得税率1%を減税し、州が増税する余地を拡大する(租税移転)、③総保障額から租税移転(それに伴う平衡交付金を含む)を差し引いた額を交付する(現金移転)、との仕組みであった。そして、1996年にはEPFと後に述べる連邦の社会扶助補助金「カナダ扶助計画」(Canada Assistance Plan [CAP]) が「カナダ保健医療・社会移転」(Canada Health and Social Transfer [CHST]) に統合され、財政危機対策として現金移転が統合前より4割近く削減された。2004年にはCHSTが医療に向けた「カナダ保健医療移転」(Canada Health Transfer [CHT]) と高等教育及び福祉に向けた「カナダ社会移転」(Canada Social Transfer [CST]) に分割された。さらに、2007年度からCSTは「現金移転」が人口1人当たり同額になっており、CHTも2014年度から同様の仕組みになる予定である<sup>11)</sup>。

連邦が1984年に制定した「カナダ保健法」(Canada Health Act) は医療保険について、①公共部門が運営する、②医学的に必要なすべてのサービスを対象とする、③全住民が被保険者となる、④州外で受けた診療も対象とする、⑤患者負担を徴収しない、の5原則を掲げており、違反すれば補助金が減額される。たとえば、州内の医療保険サービスについて患者負担が徴収された場合、そ

の州に対するCHTの現金移転が同額だけ削減される<sup>12)</sup>。

現在、処方薬及び歯科診療は、基本的には保険対象外である。医薬品コストが増大し、医薬品費が医療費に占める割合が上昇しているため、個人負担・私的保険負担も急増している。また、検査・手術等の待機期間が長く、その対策が急務とされている。州・準州は、医薬品・機器等の購入における共同交渉を推進し、連邦も、在宅ケア、高額医薬品費対策、待機期間短縮及び医療設備充実を理由として、州・準州への現金移転を増額した。2010年度、CHT現金移転256.1億ドルと待機時間短縮促進補助金2.5億ドルを合わせて258.6億ドルが連邦から州・準州へ交付されたが、これは連邦歳出決算の9.6%を占めた。

また、連邦の個人所得税には、本人・家族の医療費の一部について最低税率15%を乗じた非還付型税額控除(Medical Expense Tax Credit) が設けられている。

## IV 雇用保険と勤労所得税給付

第1次世界大戦期以降、国内の入植活動が一段落すると同時に、都市化と工業化が進展して職業の専門化が進み、また移民の増大が顕在化した。経済・社会上の変化は、個人・家族の「自立」を喪失させ、失業は個人の問題ではなく、福祉は市町村の仕事であるという意識が定着した。そのため、州・市町村は失業者救済、労働訓練等の支出を増大させた。1930年代の世界大恐慌により失業問題が深刻化し、失業者救済費により州・市町村財政が圧迫された。1936年に設置された全国雇用委員会(National Employment Commission) は、最終報告において失業保険及び雇用援助策を連邦の職務とするよう提言した。その結果、1940年に英領北アメリカ法が改正されて、失業保険(Unemployment Insurance) は連邦の所管事項と

なり（第91条第2A号）、全国制度としての失業保険が導入された。

現在の憲法解釈では、財政支出等を通じた所得保障プログラムは、連邦・州双方が憲法上の権限をもつ<sup>13)</sup>。実際、連邦はそれぞれの州・準州との間で個別に協定を結び、州・準州が連邦の補助金を受けて、あるいは連邦と共同で、就労支援プログラムを展開している<sup>14)</sup>。

## 1 雇用保険

失業保険が雇用保険（Employment Insurance [EI]）へ名称変更されたのは1995年である。雇用保険は、雇用者と雇用主が納める保険料により運営され、失業後の一定期間、生活費を保障するものである。ただし、地域ごとに経済構造及び失業率は異なるため、この制度は地域間の所得再分配という性格をも備えている。とくにカナダの場合、全国制度であるにもかかわらず、失業率が高い地域では受給に必要な保険加入期間が短く、また受給期間が長く設定されている。

1995年には、名称変更と同時に、連邦が財政再建策の一環として、最長給付期間を50週間から45週間に短縮し、また失業前の給与に対する代替率を57%から55%に引き下げる、という形で保険給付の減額を行った。これにより、失業者に占める受給者の割合は8割台から4割台へと著しく低下し、しかも地域間格差が大きい。

2012年現在、雇用者は給与の1.83%を保険料として源泉徴収の形で納付するが、雇用主はその1.4倍すなわち支払給与の2.562%を保険料として納付する。ただし、保険料の対象となる所得には年間上限が設定されており、2012年現在、上限は45,900ドルである。これにより、雇用者の最大拠出金額は839.97ドルとなる。また雇用者は、連邦個人所得税の納付額算定に際して、拠出額に最低税率15%を乗じた額を税額控除することができる。

それに対して、標準給付（regular benefits）の受給申請者は、地域の失業率に応じて、失業直前の52週間のうち420～700時間働いていたことが必要であり、地域失業率及び直前52週間の労働時間により14～45週間にわたって、就業時の収入の55%を受け取る。ただし給付額には上限があり、2012年の上限は週485ドルである。

なお、独自の給付を行っているケベック州については、連邦の保険料率が低く設定されており、2012年現在、雇用者1.47%、雇用主2.058%である。

## 2 勤労所得税給付

2007年、連邦は低所得労働者支援策の一環として「勤労所得税給付」（Work Income Tax Benefit [WITB]）を導入した<sup>15)</sup>。これは、勤労所得が一定額以上の世帯について、世帯所得を給与所得・事業所得だけでなく、金融所得・社会保障給付・私的年金等まで含めて総合的にとらえた「世帯調整純所得」（adjusted family net income）<sup>16)</sup>が一定額以下であれば所得税額控除を行い、控除額が納税額より多ければ差額を給付する、という仕組みをもつ 還付型税額控除（refundable tax credit）である<sup>17)</sup>。これは、公的扶助を受けていた貧困者が職について勤労所得を得た場合、公的扶助を受けられなくなって所得増が相殺されるために就労意欲が削がれる「貧困の罠」を回避するための制度、すなわち低所得者の勤労促進策として設けられた<sup>18)</sup>。

ただし、勤労所得税給付は全国一律の制度ではない。2012年現在、アルバータ州、ブリティッシュ・コロンビア州、ヌナヴト準州及びケベック州を除く7州・2準州は、連邦が設定した数値を採用している。そこでは、図1に示したように、単身者の場合、勤労所得が年額3,000ドルを超える額の25%が税額控除つまり給付される。勤労所得が6,880ドルに達してからは、給付額は970ドルで横ばいとなる。さらに、世帯調整純所得が11,011ド

ルを超えるとその超過額の15%ずつ給付額が削減され、純所得17,478ドル以上では給付額がゼロになる。

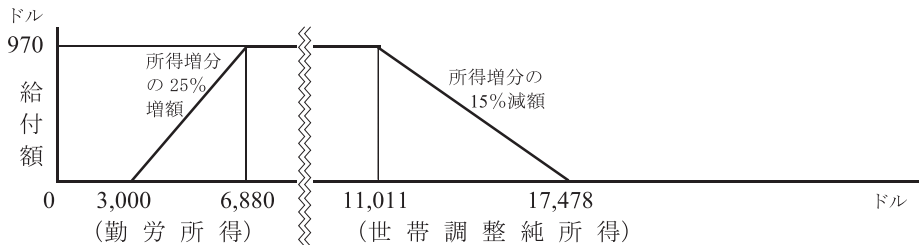
またこれらの州・準州では、家族世帯者の場合、勤労所得が年額3,000ドル超で、かつ世帯調整純所得26,952ドル未満のものについて最高1,762ドルが、それぞれ税額控除つまり給付される。より具体的にみると、勤労所得が3,000ドルを超える額の25%が給付される。ただし上限額は単身者の場合とは異なり、勤労所得が10,048ドルに達したところで給付額は1,762ドルで横ばいとなる。さらに、世帯調整純所得が15,205ドルを超えるとその超過額の15%ずつ給付額が削減され、世帯調整純所得26,952ドル以上では給付額がゼロになる。

これに対して、アルバータ州、ブリティッシュ・

コロンビア州、ヌナヴト準州及びケベック州は、表3に示したとおり、単身者・家族世帯者とも、最高給付額、給付を開始する勤労所得額、給付の増額率、給付減額を開始する世帯調整純所得額及び給付の減額率について、それぞれ独自の数値を設定している。低所得者の勤労意欲を促進する内容であること、連邦の政府支出を増加させないこと、受給者に最小限の給付額を保障すること、連邦プログラム全体との整合性がとれていること等を条件として、各州・準州が最高給付額あるいは給付対象の所得水準を変更する独自性が認められているのである。

また、WITBの給付開始を判断する基準は「勤労所得」であるが、給付減額の基準は「世帯調整純所得」である。これは「勤労所得」以外の所得

[単身者]



[家族世帯]

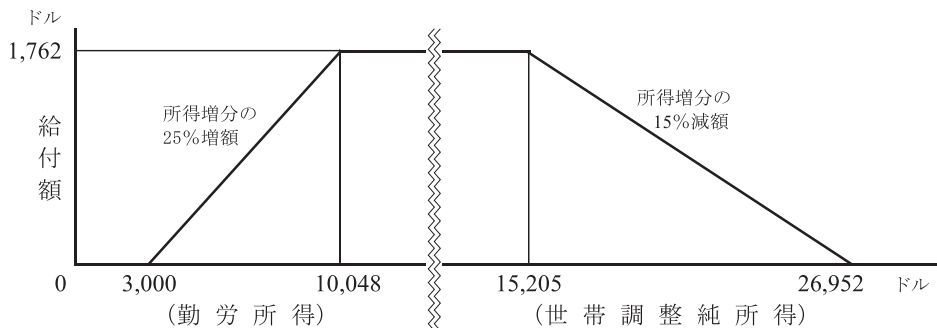


図1 勤労所得税給付のしくみ [2012課税年 (カナダドル)]

注：1) ニュー・ブランズウィック州、ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州、ノヴァ・スコシア州、マニトバ州、オンタリオ州、プリンス・エドワード・アイランド州、サスカチュワン州、ノースウェスト準州及びユーコン準州に適用される数値を示した。その他の州・準州については、表3を参照せよ。

資料：筆者作成。

表3 勤労所得税給付の最高給付額及び所得制限の基準 [2012課税年]

(単位：カナダドル，%)

世帯構成	居住する州・準州	最高給付額	給付が開始される勤労所得	給付の増額率	最高給付額に達する勤労所得	給付減額が始まる世帯調整純所得	給付の減額率	給付額ゼロになる世帯調整純所得
単身者	連邦が設定した数値を用いる州・準州	970	3,000	(25%)	6,880	11,011	(15%)	17,478
	アルバータ州	1,059	2,760	(20%)	8,055	11,535	(15%)	18,595
	ブリティッシュ・コロンビア州	1,206	4,750	(21%)	10,493	12,059	(17%)	19,154
	ヌナヴト準州	608	6,000	(5%)	18,160	20,973	(4%)	36,173
	ケベック州	1,560.87	2,400	(20.5%)	10,014	10,653.19	(20%)	18,457.54
家族世帯	連邦が設定した数値を用いる州・準州	1,762	3,000	(25%)	10,048	15,205	(15%)	26,952
	アルバータ州	1,589	2,760	(20%)	10,705	15,730	(15%)	26,324
	ブリティッシュ・コロンビア州	1,914	4,750	(21%)	13,865	16,254	(17%)	27,513
	ヌナヴト準州	1,216	6,000	(10%)	18,160	26,740	(8%)	41,940
	ケベック州	夫婦のみ	2,433.76	3,600	(20.5%)	15,472	16,291.49	(20%)
	親1人と子	913.68	2,400	(12%)	10,014	10,653.19	(20%)	15,221.59
	夫婦と子	949.76	3,600	(8%)	15,472	16,459.57	(20%)	21,208.37

注：1) 「連邦が設定した数値を用いる州・準州」は、ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州、プリンス・エドワード・アイランド州、ノヴァ・スコシア州、ニュー・ブランズウィック州、オンタリオ州、マニトバ州、サスカチュワン州、ユーコン準州およびノースウェスト準州。

2) 給付開始を判断する基準は「勤労所得」であるが、給付減額の基準は「世帯調整純所得」である。

資料：Canada Revenue Agency, "Working Income Tax Benefit (WITB) Calculation Sheets: 2012 Tax Year,"

([http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/wtb/clcltn\\_sht-eng.html](http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/wtb/clcltn_sht-eng.html) [2012年6月24日参照]) から算出して作成。

が多い世帯が給付対象となることを回避するためである。

WITBは、アメリカの「勤労所得税額控除」(Earned Income Tax Credit)と同様に低所得労働者への援助と勤労促進をはかる政策であるが、連邦制度自体のなかで各州・準州の独自性を広く認めている点で、「大きな州政府」をもつカナダの制度としての特色が表れている。

## V 児童扶養支援

カナダにおいて、児童扶養支援は一義的には州・準州の所管事項であり、保育所、幼児教育等について州・準州ごとに独自のサービスが展開されて

いる。連邦は、州・準州に「カナダ社会移転」(CST)を交付するなかで、保育・幼児教育等に対する財源保障の意味をも含めている。それに加えて、連邦は所得税制等を通じてさまざまな児童扶養支援策を展開している<sup>19)</sup>。

### 1 児童扶養控除

第1は、個人所得税における扶養控除である。1918年に児童扶養控除が導入され、第2次世界大戦中を除いて所得控除の形で運営されていたが、1988年に他の人的控除とともに非還付型税額控除(non-refundable tax credit)に転換された。その税額控除は1993年にいったん廃止されたが、2007年に税額控除として再び導入された。2011年の所

得に対する課税については、18歳未満の扶養家族1人当たり319.65ドルの税額控除を受けられる。ただし、これは非還付型なので、個人所得税を納めていない低所得者には効果が及ばない。

なお、子を保育所に預ける、幼児教育プログラムに参加させる等の費用に対する連邦としての支援策もある。具体的には、連邦所得税を申告する際、それらの保育費について、保護者1人家庭の場合は保護者本人が、保護者2人家庭の場合は原則として2人のうち純所得が低い方が、保育費控除（Child Care Expense Deduction）を所得控除の形で申請することができる。控除の限度額は7歳未満の子については7,000ドル、7～16歳の子について4,000ドルであり、また控除額が勤労所得等の3分の2を超えることも認められない。

## 2 児童手当

第2は、児童手当の給付である。1944年に創設された「家族手当」(Family Allowances [FA])は、所得の多寡を問わない普遍主義的な給付であったが、1989年には高所得世帯への給付減額措置が導入され、1993年には制度自体が廃止された。ところが、2006年、連邦は「普遍的保育手当」(Universal Child Care Benefit [UCCB])を導入した。これは

6歳未満の子をもつ親に子1人当たり月額100ドルを給付する制度であり、所得制限は付されていない。また、受給額に対しては個人所得税が課される。

## 3 還付型児童税額控除

第3は、個人所得税の還付型税額控除の形をとる給付である。1979年、連邦は「児童税額控除」(Child Tax Credit [CTC])を導入した。その時点では、非還付型の児童税額控除、家族手当及び還付型の児童税額控除の三者が併存したことになる。しかし、1993年には前二者が廃止され、CTCも「カナダ児童税給付」(Canada Child Tax Benefit [CCTB])に改組された。

CCTBは、所得制限が付された還付型の児童税額控除であり、その現金給付部分は非課税所得となる。対象となる子は18歳未満であり、税額控除＝給付の金額（以下、給付額）は世帯構成により異なる。たとえば、子1人をもつ世帯についてみると、表4及び図2に示したように、CCTBの中心となる「基礎給付」(Basic Benefit)は、2012年現在、年額1,405ドルである。給付額は、世帯調整純所得42,707ドルを超える額の2%ずつ削減され、世帯調整純所得が112,957ドルに達すると給付額

表4 カナダ児童税給付の「基礎給付」

[2012年7月～2013年6月。1世帯当たり年額（カナダドル）]

子の数	最高給付額	所得制限
1人	1,405ドル	所得が42,707ドルを超える分の2%減額（所得112,957ドル以上は、給付額ゼロ）
2人	2,810ドル	所得が42,707ドルを超える分の4%減額（所得112,957ドル以上は、給付額ゼロ）
3人	4,313ドル	所得が42,707ドルを超える分の4%減額（所得150,532ドル以上は、給付額ゼロ）
4人	5,816ドル	所得が42,707ドルを超える分の4%減額（所得188,107ドル以上は、給付額ゼロ）

注：1) 「基礎給付」の最高給付額は、子1人当たり1,405ドル。ただし、3人目以上の子1人につき98ドルが加算される。ただし「1,405ドル」の部分は、アルバータ州についてのみ、0～6歳1,292ドル、7～11歳1,380ドル、12～15歳1,544ドル、16～17歳1,635ドルとされている。

2) 所得制限の基準となる「所得」は「世帯調整純所得」(2011年分)。その定義は本文参照。

3) 子5人以上をもつ世帯については、記述を省略した。

資料：Canada Revenue Agency, “Canada Child Tax Benefit (CCTB) - Calculation Sheet for the July 2012 to June 2013 (2011 Tax Year),” (<http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/cctb/cctb11bycl-c-eng.html> [2012年6月24日参照]) により作成。

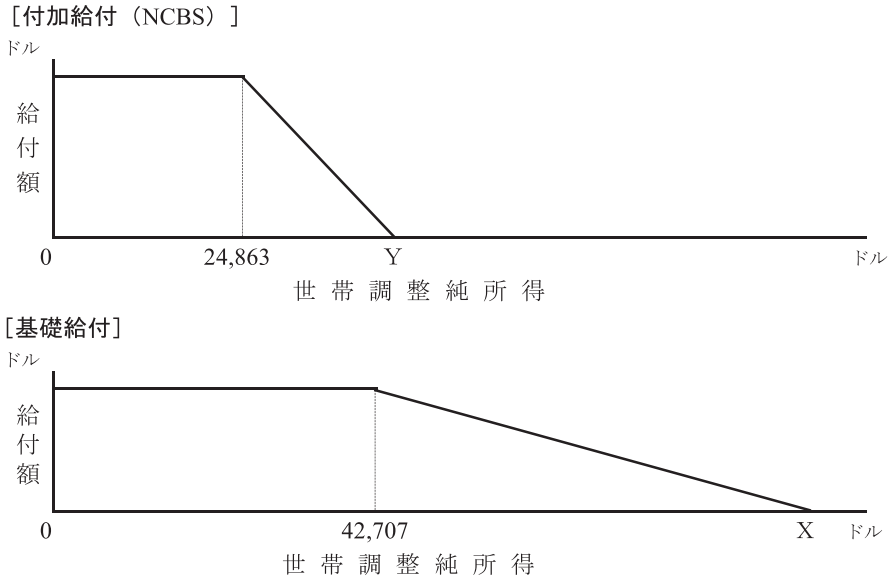


図2 カナダ児童税給付のしくみ [2012年7月～2013年6月 (カナダドル)]

注：1) 基礎給付及び付加給付の最高給付額，減額率及び給付額がゼロになる世帯調整純所得額 (X及びY) の数値については，表4及び表5を参照せよ。

資料：筆者作成。

表5 カナダ児童税給付の「付加給付」

[2012年7月～2013年6月。1世帯当たり年額 (カナダドル)]

子の数	最高給付額	所得制限
1人	2,177ドル	所得が24,863ドルを超える分の12.2%減額 (所得42,708ドル以上は給付額ゼロ)
2人	4,103ドル	所得が24,863ドルを超える分の23.0%減額 (所得42,703ドル以上は給付額ゼロ)
3人	5,935ドル	所得が24,863ドルを超える分の33.3%減額 (所得42,686ドル以上は給付額ゼロ)
4人	7,767ドル	所得が24,863ドルを超える分の33.3%減額 (所得48,188ドル以上は給付額ゼロ)

注：1) 「付加給付」の最高給付額は，1人目の子は2,177ドル，2人目の子は1,926ドル，3人目以上の子は1人につき1,832ドル。

2) 所得制限の基準となる「所得」は「世帯調整純所得」(2011年分)。

3) 子5人以上をもつ世帯については，記述を省略した。

資料：表4に同じ。

はゼロになる。子2人をもつ世帯の場合，「基礎給付」は2倍の2,810ドルとなるが，2人以上の子がいる世帯への給付額は世帯調整純所得42,707ドルを超える額の4%ずつ削減されるので，子1人世帯と同じく純所得112,957ドルに達すると給付額はゼロになる。また，3人目以上の子には1人98ドルが加算されるため，給付額ゼロになる世帯調整純

所得は子1人当たり37,575ドルずつ増える。すなわち「基礎給付」は，中高所得世帯の場合もある程度の給付を受ける。

1997年，連邦と州・準州は「全国児童給付」(National Child Benefit [NCB]) 制度の創設で合意した<sup>20)</sup>。これをうけて1998年，連邦はCCTBについて，低所得世帯向けの「付加給付」(National

Child Benefit Supplement [NCBS]) を導入した。たとえば、表5及び図2に示したように、子1人をもつ世帯のNCBS給付は、2012年現在、年額2,177ドルであるが、世帯調整純所得24,863ドルを超える額の12.2%ずつ給付額が減少し、世帯調整純所得42,708ドル以上になると給付額はゼロになる。2人目の子に対する給付は年額1,926ドルであるが、子2人をもつ世帯については世帯調整純所得24,863ドルを超える額の23.0%ずつ給付額が減少するため、子1人をもつ世帯とほぼ同じく世帯調整純所得42,703ドル以上になると給付額はゼロになる。3人目以上の子に対する最高給付額はそれぞれ年額1,832ドルであるが、子3人以上をもつ世帯については世帯調整純所得24,863ドルを超える額の33.3%ずつ給付額が減少する。そのため、子3人をもつ世帯についてもほぼ同じく世帯調整純所得42,686ドル以上になると給付額はゼロになる。ただし、給付額がゼロになる世帯調整純所得は子4人ならば48,188ドルとなり、そこからは子が1人増えるたびに5,502ドルずつ増えていく。

さらに、障害をもつ18歳未満の子のいる世帯については「障害児童給付」(Child Disability Benefit [CDB])があり、2012年現在、年額2,575ドルが給付される。NCBS給付額がゼロになる世帯調整純所得を超えると、該当児童1人の世帯は超過額の2%、2人以上の世帯は超過額の4%、それぞれ給付が減額される。

NCBの一環としてのNCBSの導入は、それまで州・準州が行っていた低所得世帯向け児童給付にとって代わる意味もあった。すなわち、州・準州はNCBSの金額の範囲内で児童のいる低所得世帯への社会扶助を減額し、財源を当該世帯への新たな給付や保育・医療補助サービスに充当することとされたのである。これは、連邦は現金給付、州・準州はサービス給付、という分担が明確化する方向を示すものであった。

しかし実際は、州によっては社会扶助減額分を

新規サービスに活用しない例もある一方で<sup>21)</sup>、多くの州・準州が児童扶養支援を目的とする還付型税額控除を行っている。そのうちカナダ歳入庁(Canada Revenue Agency)が事務を執行している州・準州の制度内容を整理したのが表6である。いずれも定額給付であるが、世帯調整純所得が一定水準を超えると給付額は減少する。給付額も、またそれが減少しはじめる所得額も、州・準州ごとに異なる。さらに、子の数が増えた場合に下の子に対する給付額が増える州・準州と減る州・準州とに分かれる<sup>22)</sup>。

なお、アルバータ州については、連邦と州の合意のうえ、児童年齢によりCCTB「基礎給付」に差をつける独自の制度がとられる。2012年現在1,405ドルであるCCTBの「基礎給付」が、同州についてのみ、0~6歳1,292ドル、7~11歳1,380ドル、12~15歳1,544ドル、16~17歳1,635ドルとされている。

このように、児童扶養支援を一義的には州・準州の所管事項とするカナダでは、州・準州が運営する制度の内容が多様であるのはもちろんのこと、全国的制度についても州・準州の独自性が認められるのである。

## VI 社会扶助

1867年憲法が救護院・養育院・慈善施設等の設置・維持管理を州の所管事項として以来(第92条第7号)、生活困窮者への社会扶助は州が所管する分野である<sup>23)</sup>。世界大恐慌の際も、貧困者の救済は州・地方政府が担っていた。

連邦が本格的に社会扶助の分野に進出したのは戦後である。連邦は、1966年に「カナダ扶助計画」(CAP)を創設して、州・準州の給付に対する50%の定率負担を開始した。社会扶助の受給条件と給付水準は各州・準州が決定するものの、州・準州のプログラムがCAPの対象となるためには、援

助が必要なすべての人に給付する、異議申立て制度を設置する、一定期間以上その州・準州に居住していることを給付条件としない、との条件が付された。

さきに述べたとおり、連邦が1996年度にCHSTを創設した際、CAPは廃止され、州・準州への現金交付額が大幅に削減された。ただしその際、州・

準州の社会扶助プログラムへの制約は「一定期間以上の州内居住を条件としない」点のみとされた。

この結果、表7に示したように、州・準州の社会扶助給付は大きく異なっている。とくに、広大かつ極めて寒冷な北方地域に位置し、人口がそれぞれ3～4万人台に過ぎない3つの準州では、給付額が高く設定されている。また、低所得世帯向け

表6 カナダ歳入庁が事務を取り扱っている州・準州の児童扶養支援給付の概要

[2012年7月～2013年6月。1世帯当たり年額（カナダドル）]

州・準州	名称	内容
ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州	ニューファンドランド・アンド・ラブラドル児童給付 (Newfoundland and Labrador Child Benefit)	「児童給付」は、1人目の子335ドル、2人目の子376ドル、3人目の子404ドル、4人目以上の子1人につき433ドル。ただし、世帯調整純所得が17,397ドルを超えると、給付は減額される。また、1歳未満の子がいるとともに世帯調整純所得の要件を満たす場合、月額60ドルの「母子栄養付加給付」を給付する。
ノヴァ・スコシア州	ノヴァ・スコシア児童給付 (Nova Scotia Child Benefit)	「児童給付」は、1人目の子625ドル、2人目の子825ドル、3人目以上の子1人につき900ドル。ただし、世帯調整純所得が18,000ドルを超えると給付は減額され、25,000ドル以上は給付されない。
ニュー・ブランズウィック州	ニュー・ブランズウィック児童給付 (New Brunswick Child Tax Benefit)	「基礎給付」は子1人当たり250ドルであるが、世帯調整純所得が20,000ドルを超えると減額される。また勤労所得が3,750ドルを超える世帯には「勤労所得付加給付」があり、勤労所得10,000ドルに達すると1世帯当たり250ドル（最高額）が給付されるが、20,921ドルを超えると減額され、25,921ドル以上で給付されない。
オンタリオ州	オンタリオ児童給付 (Ontario Child Benefit)	「児童給付」は、子1人につき1,100ドル。ただし、世帯調整純所得が20,000ドルを超えると給付は減額される。
アルバータ州	アルバータ勤労家族税額控除 (Alberta Family Employment Tax Credit)	1人目の子715ドル、2人目の子650ドル、3人目の子390ドル、4人目の子130ドルを給付。ただし最高給付額は、1,885ドルもしくは勤労所得（2,760ドルを超える場合）の8%のうち低い方を限度とする。また給付は、世帯調整純所得が34,897ドルを超える分の4%減額する。
ブリティッシュ・コロンビア州	ブリティッシュ・コロンビア家族手当 (BC Family Bonus)	「基礎家族手当」は、世帯調整純所得と子の数に基づいて給付（子1人当たり最高額は1,332ドル）。また勤労所得が10,000ドルを超えると「勤労所得給付」（1人目の子12ドル、2人目の子7ドル、3人目以上の子1人につき70ドル）が付加されるが、勤労所得が3,750～10,000ドルの場合は部分支給され、さらに世帯調整純所得が21,480ドルを超える場合も減額される。
ユーコン準州	ユーコン児童給付 (Yukon Child Benefit)	「児童給付」は、子1人につき690ドル。ただし、世帯調整純所得が30,000ドルを超えると給付は減額される。
ノースウェスト準州	ノースウェスト準州児童給付 (Northwest Territories Child Benefit)	「児童給付」は、子1人につき330ドル。また、勤労所得3,750ドルを超える世帯には、子1人をもつ世帯275ドル、子2人以上をもつ世帯350ドルの「勤労者付加給付」があるが、それは世帯調整純所得が20,921ドルを超えると減額される。
ヌナヴト準州	ヌナヴト児童給付 (Nunavut Child Benefit)	「児童給付」は、子1人につき330ドル。また、勤労所得3,750ドルを超える世帯には、子1人をもつ世帯275ドル、子2人以上をもつ世帯350ドルの「勤労者付加給付」があるが、それは世帯調整純所得が20,921ドルを超えると減額される。

注：1) 給付額算定の対象となる「子」としては、ほとんどの場合18歳未満の者が想定されている。

2) 本表では、カナダ歳入庁が事務を取り扱っていない州のプログラムについては記述していない。

資料：Canada Revenue Agency, “Child and Family Benefits - Provincial and Territorial Programs,”

([http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/rldt\\_pgrms/](http://www.cra-arc.gc.ca/bnfts/rldt_pgrms/) [2012年6月24日参照]) により作成。



表7 福祉所得の州・準州間比較 [2009年]

(単位：カナダドル)

	州・準州 社会扶助 給付	連邦児 童給付	州・準 州児童 給付	連邦売上 税額控除	州売上 税額控 除	合 計	州中位可 処分所得 に対する 割合(%)	
単 身 者	ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州	9,285		268	40	9,593	48	
	プリンス・エドワード・アイランド州	6,661		245		6,906	33	
	ノヴァ・スコシア州	6,114		245		6,359	27	
	ニュー・ブランズウィック州	3,528		245		3,773	18	
	ケベック州	7,067		245		7,312	34	
	オンタリオ州	6,877		245	379	7,501	33	
	マニトバ州	6,570		245		6,815	29	
	サスカチュワン州	8,316		245	219	8,780	37	
	アルバータ州	6,996		245		7,241	24	
	ブリティッシュ・コロンビア州	7,355		245	178	7,778	32	
	ユーコン準州	15,028			341	15,369	51	
	ノースウェスト準州	16,942			374	17,316	52	
ヌナヴト準州	43,452			374	43,826	139		
夫 婦・子 二 人 世 帯	ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州	14,199	6,512	681	747	200	22,339	27
	プリンス・エドワード・アイランド州	16,786	6,512		747		24,045	31
	ノヴァ・スコシア州	12,618	6,512	1,090	747		20,967	26
	ニュー・ブランズウィック州	12,016	6,512	500	747		19,775	26
	ケベック州	12,106	6,512	3,249	747		22,614	30
	オンタリオ州	13,210	6,512	1,700	747	526	22,695	29
	マニトバ州	14,217	6,512		747		21,476	27
	サスカチュワン州	16,135	6,512		747	607	24,001	29
	アルバータ州	14,747	6,607		747		22,101	23
	ブリティッシュ・コロンビア州	13,503	6,512		747	417	21,179	28
	ユーコン準州	26,758	6,455	1,380	747		35,340	37
	ノースウェスト準州	26,258	6,137	380	747		33,522	31
ヌナヴト準州	52,380					52,380	78	

資料：National Council of Welfare, *Welfare Income 2009* (December 2010) Appendices: Statistical Tables, Tables 2 & 7により作成。

の児童給付も州・準州ごとに大きく異なる。さらに、一般売上税の逆進性を緩和するための税額控除<sup>24)</sup>も、連邦の消費型付加価値税である“Goods and Services Tax” (GST) の逆進性対策としてのGST控除 (GST Credit) と並んで、州レベルの一般売上税負担軽減策としての税額控除が行われる例が多く、その負担軽減の度合いは州・準州ごとに異なる。さらに、全体としてみた低所得世帯の「福祉所得」水準及びその中位所得に対する割合も多様である。

## Ⅶ まとめ——「大きな州政府」の重要性

カナダの連邦制度下における社会保障制度の最大の特徴は、州・準州の役割が大きいことである。ここまでみてきたように、カナダの社会保障は、第1次世界大戦期以降の社会変化に応じて州・地方が各種制度を導入・運営し、それが困難になると連邦が全国的制度として援助もしくは運営するという経過をたどってきた。

カナダは社会保障・教育サービスに代表される「大きな州政府」をもつ連邦国家である。連邦が州・準州に交付するCHT/CSTは、州・準州の政

策が連邦の方針に明らかに反する場合に若干減額されるだけであり、ブロック補助金といっても使途に関する連邦からの制限は事実上ない。社会サービスのうち、児童扶養支援・介護・労災補償・社会扶助等は州・準州が担っており<sup>25)</sup>、雇用保険は連邦が運営しているものの、地域により制度内容が異なる。OAS, GIS, CPP/QPP等の年金は連邦レベルの運営が基本であるが、州・準州の役割も無視できない。基本的には「連邦は現金給付、州・準州はサービス現物給付」という分担関係があるものの、社会保障サービス及び教育に加えて社会扶助給付も州・準州が担っており、「大きな州政府」がカナダにおける広義の対人社会サービスを背負っているといえる。

財源の面でも、州税・地方税の規模が大きいがカナダ税制の特徴である。これは、州・準州がそれぞれ社会保障・教育等の政策を独自の方針で推進するために、自主財源としての租税を大規

模に徴収する必要があることから要請されている。個人所得税・法人所得税・一般消費税・財産税という基幹税において、州税・地方税は連邦税を上回る収入を上げている。

社会保険料についても、表8に示したとおり、連邦が雇用保険料を、CPP/QPPが拠出制年金保険料を、それぞれ徴収するが、州・準州も労災保険料を雇用主から徴収するのに加えて、一部の州が医療保険料を徴収している。ただし、社会保障財源の中心は租税である。これは他の先進国で社会保険料を財源とするケースが多い年金・医療についても、「基礎年金」にあたるOAS、低所得者向け年金であるGIS、州・準州の医療保険がいずれも租税を財源としていることに表れている。

なお、カナダにおける社会保障関係の政府支出は、先進国のなかでは比較的小規模である。表9に示したように、2007年時点で社会保障支出の対GDP比は16.9%であり、表示した国のなかではア

表8 社会保険料の内訳 [2009年]

(単位：百万カナダドル)

	連邦政府	州政府	CPP / QPP	合計
CPP / QPP			46,895	46,895
(雇用者)			(22,128)	(22,128)
(雇用主)			(22,128)	(22,128)
(その他)			(2,640)	(2,640)
医療保険		2,624		2,624
(雇用者)		(1,707)		(1,707)
(雇用主)		(917)		(917)
雇用保険	16,790			16,790
(雇用者)	(6,996)			(6,996)
(雇用主)	(9,794)			(9,794)
その他	124	10,782		10,906
(雇用主)	(124)	(10,782)		(10,906)
合計	16,913	13,406	46,895	77,215
(雇用者)	(6,996)	(1,707)	(22,128)	(30,830)
(雇用主)	(9,918)	(11,699)	(22,128)	(43,745)
(その他)	(-)	(-)	(2,640)	(2,640)

注：1) 納付者の「その他」は、自営業者、無業者等。

2) 社会保険料の「その他」は、労災保険等。

資料：OECD, *Revenue Statistics 1965-2010* (Paris: OECD, 2011) pp. 149-151, 268により作成。原資料は、カナダ統計局 (Statistics Canada)。

表9 社会保障支出及び租税・社会保険料の国際比較

	社会保障支出[2007年]		[参考] 65歳以上 人口比率 [2008年] (%)	租税・社会保険料 [2009年]					人口1人 当たり額 (米ドル)
	対GDP比 (%)	人口1人 当たり額 (米ドル)		対GDP比 (%)	[主な内訳]				
					個人 所得税	法人 所得税	社会 保険料	一般 消費税	
カナダ	16.9	6,493	13.7	32.0	11.4	3.4	5.0	4.3	12,888
アメリカ	16.2	7,435	12.8	24.1	8.1	1.7	6.6	2.0	10,905
イギリス	20.6	7,448	15.7	34.3	10.5	2.8	6.8	5.7	12,260
日本	18.7	6,287	22.1	26.9	5.4	2.6	11.0	2.6	10,697
ドイツ	25.2	8,949	20.2	37.3	9.4	1.3	14.5	7.5	15,035
フランス	28.4	9,445	16.6	42.4	7.3	1.5	16.7	7.1	17,752
イタリア	24.9	7,891	20.1	43.4	11.7	3.2	13.7	5.7	15,228
スウェーデン	27.3	10,493	17.6	46.7	13.5	3.0	11.4	9.8	20,318

注：1) 社会保障支出は、OECDの定義による“Public Social Expenditures”を用いた。

資料：OECD Social Expenditure Database (SOCX), OECD Country Statistical Profiles (<http://stats.oecd.org/>より [2012年6月24日参照]), OECD, *Revenue Statistics 1965-2010* (Paris: OECD, 2011) pp. 77-113により作成。

アメリカと並んで低い。これを人口1人当たり額に直すと6,493米ドルとなり、日本と並んで明らかに少ない。これは65歳以上人口比率が低いことも原因の1つである。しかし、1980年代後半以降、雇用保険と社会扶助の給付削減、年金をはじめとする現金給付の所得制限導入等、社会保障支出の抑制傾向は明らかである。その意味で、カナダは相対的に「小さな政府」を指向しつつ各種制度の「市場化」をはかる自由主義レジームの色彩を強めている<sup>26)</sup>。ただし、カナダでは「大きな州政府」が担う社会保障及び教育に対する国民の評価が高い。州・準州が大きな役割をもつ社会保障制度における普遍主義的な現物給付については、持続・向上の圧力が強い。

租税・社会保険料の対GDP比も、カナダは2009年時点で32.0%であり、人口1人当たり額も12,888米ドルと、イギリスを除くヨーロッパ諸国を下回る。ただし、個人所得税が占める地位は高い。さらにその重要性は、所得再分配が個人所得税の還付型税額控除という形で行われる例が多いことにも表れている。すなわち、CCTB, WITB, GST

控除等は所得再分配的な要素が強い。これらは政府支出の統計に表れない「租税支出」(tax expenditure)なので、カナダの政府部門を実態以上に「小さな政府」に見せている<sup>27)</sup>。

カナダで多用されている所得制限つき給付及び還付型税額控除は、所得再分配の重点化という面をもつ。しかし、所得制限が厳しくなれば、その適用を受けない者が国民の多数派となり、制度の維持・拡充への支持が広がりにくい。実際には、2000年代中盤までの財政黒字を背景として、UCCBの導入、GSTの税率引下げのように普遍主義的政策も取り入れられている。このように、社会保障制度及び税制の改革には、財政収支、政治状況、税制全体の構造といったさまざまな要素が影響を及ぼす。

注

- 1) 現在の10州・3準州が揃ったのは1999年である。
- 2) 連邦結成時から第2次世界大戦期までの連邦-州間関係については、池上(2008; 2009)を参照されたい。
- 3) 政府間財源移転に関する最近の動向については、池上(2010)を参照されたい。

- 4) 委員会の動向について、詳しくは池上 (2009) を参照されたい。
- 5) ただし、消費者物価が下落した場合、OAS等の給付額は引き下げられず、据え置かれる。その後、消費者物価指数が過去最高値を超えた時点で、給付額の引上げが再開される。この措置は、CPPも同様である。
- 6) Department of Finance Canada (2012b) Chapter 4による。制度改正法案は、2012年度予算関連法案の一部として2012年4月26日に連邦議会へ提出され、6月29日に成立した。
- 7) ケベック州内で働いた分についてはQPPに、その他の州内で働いた分についてはCPPに、それぞれ保険料を拠出する。両方の制度に拠出した者が給付を受ける場合、給付申請時点でケベック州に居住していればQPPに、その他の州に居住していればCPPに申請を行うが、申請者は両制度から給付を受ける。
- 8) 合計の保険料率は、1987年は3.9%であったが徐々に引き上げられた。しかし、2003年以降は9.9%で据え置かれている。
- 9) 65~69歳受給者のうち収入のある者については、CPP保険料の拠出とPRBの受給は任意とされた。
- 10) Department of Finance Canada (2012b) Chapter 4による。
- 11) 池上 (2010) pp. 100-104を参照されたい。
- 12) 2010年度、過年度の医療保険サービスについて患者負担が徴収されたことを理由に、CHT現金移転がニューファンドランド・アンド・ラブラドル州について3,577ドル (同州に対するCHT現金移転の0.0009%)、ブリティッシュ・コロンビア州について75,136ドル (同0.0021%)、それぞれ減額された。
- 13) Hogg (2007) Volume 1, pp. 903-905を参照せよ。
- 14) Treff and Ort (2011) pp. 14: 6-7を参照せよ。
- 15) 障害をもつ低所得労働者については、WITBに加えて「勤労所得税障害者付加給付」(WITB Disability Supplement)がある。2012年現在、その最高給付額(年額)は、ブリティッシュ・コロンビア州では540ドル、ヌナウト準州では304ドル、ケベック州では501.42ドル、その他の州・準州では485ドルである。
- 16) 「世帯調整純所得」の求め方は以下の通りである。
  - ①本人と配偶者について、それぞれ「総所得」(gross income)を求める。「総所得」とは、給与所得、社会保障給付(公的年金、社会扶助、雇用保険等)、金融所得(配当、利子、キャピタルゲイン(ただし半額)等)、事業所得、不動産所得、私的年金等を合計し、世帯所得を総合的にとらえたものである。
  - ②「総所得」から「控除」を差し引いて「純所得」(net income)を求める。「控除」されるのは、公的年金保険料、私的年金積立金、児童扶養費、障害者控除、転居費、養育費、労働組合費、専門家団体会費、投資関連費、特定事業投資損失、鉱業投資費、雇用関連特定経費、聖職者住居費、一定の手数料、過去の社会保障給付の返還分等であるが、いずれも控除限度額が設定されている。③本人と配偶者の純所得を合計して「世帯純所得」(family net income)を求める。
  - ④児童扶養支援を重視する視点に基づき、「世帯純所得」から後述(V-2)する「普遍的保育手当」及び「障害者貯蓄登録制度」(Registered Disability Savings Plan [RDSP])からの所得を差し引いたものが「世帯調整純所得」である。
- 17) 池上 (2011a) pp. 31-33を参照されたい。還付型税額控除は、「給付つき税額控除」と呼ばれることもある。
- 18) Department of Finance Canada (2007) pp. 78-83を参照せよ。
- 19) 尾澤 (2008) 及び池上 (2011a) pp. 24-29を参照せよ。
- 20) ただし、ケベック州はNCBに参加していない。
- 21) Lightman (2003) pp. 155-158を参照せよ。
- 22) その他の州も独自の給付を行っている。Treff and Ort (2011) pp. 8:8-10を参照せよ。
- 23) 州・準州ごとの社会扶助制度については、Ibid., pp. 8:12-18を参照せよ。
- 21) Lightman (2003) pp. 155-158を参照せよ。
- 22) その他の州も独自の給付を行っている。Treff and Ort (2011) pp. 8:8-10を参照せよ。
- 23) 州・準州ごとの社会扶助制度については、Ibid., pp. 8:12-18を参照せよ。
- 24) 池上 (2011a) pp. 33-44を参照されたい。
- 25) 高齢者介護については、岩崎 (2010) を参照せよ。
- 26) 先進国の福祉レジームを、労働力商品化からの脱却度合い(脱商品化)及び男性稼得者モデルからの脱却度合い(脱家族化)の観点から、社会民主主義レジーム(脱商品化=強; 脱家族化=強)、保守主義レジーム(脱商品化=強; 脱家族化=弱)、自由主義レジーム(脱商品化=弱; 脱家族化=強)及び家族主義レジーム(脱商品化=弱; 脱家族化=弱)の4つに類型化することについては新川 (2011) pp. 16-20を参照せよ。カナダの自由主義レジームへの傾斜については池上 (2011b) を参照されたい。
- 27) たとえば、2011年時点で、CPP/QPPの本人拠出分税額控除により31億ドル、雇用主拠出分非課税により50億ドル、RPPにより156億ドル、RRSPにより99億ドル、医療費税額控除により11億ドル、企業の従業員医療給付非課税により32億ドル、雇用保険の本人拠出分税額控除により11億ドル、雇用主拠出分非課税により21億ドル、WITBにより10億ドル、非還付型児童税額控除により15億ドル、保育費控除により8億ドル、それぞれ連邦個人所得税が減収になったと推計される (Department of Finance Canada (2012a))

pp. 14-21)。

参考文献

- 池上岳彦 2008 「両大戦間期におけるカナダの財政連邦主義」『立教経済学研究』第62巻第1号 pp. 29-56  
 ——— 2009 「現代カナダ財政連邦主義の原点」『立教経済学研究』第63巻第1号 pp. 1-33  
 ——— 2010 「カナダにおける政府間財源移転の特徴と改革」『会計検査研究』第42号 pp. 89-106  
 ——— 2011a 「カナダの個人所得税における還付型税額控除」『立教経済学研究』第64巻第3号 pp. 23-50  
 ——— 2011b 「カナダ福祉レジームの変容」新川敏光編『福祉レジームの収斂と分岐』ミネルヴァ書房  
 ——— 2011c 「カナダにおける社会保障制度と税制」『健保連海外医療保障』第91号 pp.28-36  
 岩崎利彦 2008 『カナダの社会保障』財形福祉協会  
 ——— 2010 「カナダにおける高齢者介護の現状と課題」『健保連海外医療保障』第88号 pp.17-24  
 尾澤恵 2008 「カナダの連邦児童給付制度の展開と日本への示唆」『海外社会保障研究』第163号 pp. 80-97
- 新川敏光 2011 「福祉国家変容の比較枠組」新川敏光編前掲『福祉レジームの収斂と分岐』  
 バンティング, キース (柳原克行訳) 2008 「統治術としての福祉国家」新川敏光編『多文化主義社会の福祉国家』ミネルヴァ書房  
 Department of Finance Canada. 2007. *The Budget Plan 2007: Aspire to a Stronger, Safer, Better Canada* (March 19, 2007).  
 ——— 2012a. *Tax Expenditures and Evaluations 2011* (January 9, 2012).  
 ——— 2012b. *Economic Action Plan 2012: Jobs, Growth and Long-term Prosperity* (March 29, 2012).  
 Hogg, Peter W. 2007. *Constitutional Law of Canada, Fifth Edition* (2 Volumes). Thomson/Carswell.  
 Lightman, Ernie. 2003. *Social Policy in Canada*. Oxford University Press.  
 Treff, Karin, and Deborah Ort. 2011. *Finances of the Nation 2011*. Canadian Tax Foundation.  
 (いけがみ・たけひこ 立教大学教授)

特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係

## スウェーデンの社会保障制度における国と地方の関係

ー介護サービスにおける「サービス選択自由化法」の影響を中心にー

齊藤 弥生

### ■ 要旨

スウェーデンの国と地方の関係は、役割分担が明確な「砂時計モデル」と表現されてきた。本稿ではサービス選択自由化法（2009）がコミューンの介護サービス供給にどう影響したかを検証する中で、国と地方の関係を示す。

サービス選択自由化制度はバウチャー制度の一種ともいわれ、利用者がコミューン直営サービス以外に、民間サービスを選べる可能性を保障しようとするしくみである。同制度の法制化はEU指針と保守中道系政権の政策理念に基づき、公共サービスへの競争原理の導入を求めている。一方、制度の導入はコミューンの判断にまかされており、法制化後も制度の導入計画がないコミューンもある。またサービス選択自由化制度を持つストックホルムとヴェクショーにおいて、介護システムの構造、要介護認定、民間事業者数や特徴、介護報酬等を比較すると、同じ法律を根拠とするシステムでありながら運用はかなり異なっている。スウェーデンの高齢者介護システムでは、EUや中央政府の影響を受けながらも、いまだコミューンの自由裁量が大きいことがわかる。

### ■ キーワード

スウェーデン・コミューン・介護サービス・サービス選択自由化法

### 1 はじめに

スウェーデンの地方自治システムは、国、広域行政、基礎自治体の三層構造が基本となっている（図1）。社会保障制度における国と地方の関係をみると、まず基礎自治体であるコミューン<sup>1)</sup>が介護と福祉、広域自治体であるランスティング<sup>2)</sup>が保健医療、国が年金を担当しており、それぞれの運営責任の分担が明確である。介護、福祉は社会サービス法（Socialtjänstlagen）、保健医療は保健医療法（Hälsa- och sjukvårdslagen）に基づき運営されるが、これらの法律は「枠組み法」と呼ばれ、サービスに関する詳細な規定は記されていない。例えば社会サービス法は「コミューンは地域内に住む住民が必要な援助を受けられるようにその最終責任を負う」（2章2条）として、コミューンに対し介護サービス提供の最終責任を課してい

るが、どのようなサービス（サービスの種類）を、どのように（供給体制）、いくらで（自己負担額）で提供するかはコミューンに任されている。

本稿では介護サービス供給に焦点をあて、国と地方の関係を整理し、近年の動向を分析する。2章ではO.ペッテションのモデルを用い高齢者介護における国と地方の関係の動向を整理する。また具体例として「介護マックスタクサ」（2002）と「サービス選択自由化法」（2009）をとりあげ、国がコミューンに対し、立法を通じて規制を加えた事例として検討する。3章ではストックホルム市とヴェクショー市の行政組織を比較し、4章で両コミューンのサービス選択自由化制度の運用を比較することにより、コミューンの介護システムの多様性を示す。

スウェーデンではコミューンの介護システムの

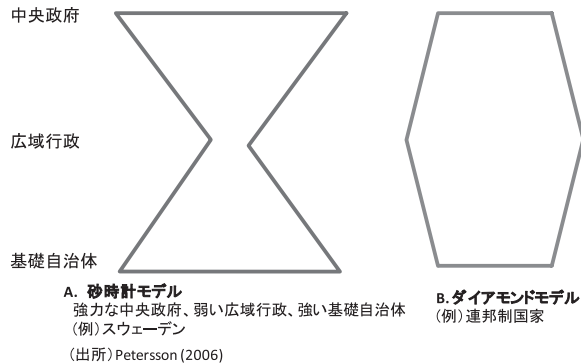


図1 国と地方の関係：2つのモデル

多様化が進み、「スウェーデンの介護システム」としてひとくくりに議論することが難しくなっている。また比較研究としては、その多様性を生み出す直接的な要因を分析したいが、現段階ではまだ状況が流動的でこの作業も困難である。これらは本稿の限界でもある。

## 2 国と地方の関係

### (1) 「砂時計モデル」の地方分権

スウェーデンは地方自治が強い国で、国は外交、防衛、経済政策などを中心に、義務教育と福祉事業はコミュニティの権限で行われている。国とコミュニティの担当領域が明確に区別され、両者が対等であるという点で「砂時計モデル」と呼ばれることもある (Petersson 2006:68)。スウェーデンの地方自治システムは三層構造であるが、広域行政体のランディングは主に医療のみが担当で責任領域が相対的に小さく、そのため図1に示すように砂時計の形となる。連邦制国家では州政府がより大きな権限を持つため「ダイヤモンドモデル」として地方分権でも異なるタイプがあることが指摘される (Petersson 2006:68)。第二次世界大戦後に、スウェーデンでは義務教育、保育、介護サービスのニーズに対応して、基礎自治体の再編が行われた (Gustafsson 1999:56-61)。財政的にも、能力的にも自立した基礎自治体を整備するため、

2度にわたる大規模市町村合併を行い、約2500市町村を290コミュニティに合併した。スウェーデンの地方自治システムは生活関連サービスの供給母体为目标に整備されてきた。全国に290コミュニティ (2012年6月現在) があり、標準規模<sup>3)</sup> は1万6000人である (Gustafsson 1999:56-61)。

またスウェーデンの税体系は地方所得税を中心としており、コミュニティ財源の約7割が地方所得税による自主財源である。国に所得税を払うのは約2割の高所得者のみで、8割の市民は地方所得税のみを直接税として支払っている。地方所得税率はランディング税と合わせて、個人所得の約30%にあたる。コミュニティ歳出の6割が義務教育、介護、福祉に、ランディング歳出の9割が医療に使われており、その意味でスウェーデンの地方所得税には医療、福祉、教育の目的税的な性格があり、納税者にとっては税金の使いみちが見えやすい。コミュニティ法 (Kommunallagen) は自治体の課税権と起債権を保障しており、地方自治の視点から見れば、補助金に依存せず、地域ニーズにあった施策を実施できるシステムを形成している。

### (2) 「花びんモデル」とコミュニティの介護政策

1990年代半ば以降のスウェーデンにおける国と地方関係を、O.ペッテションは「花びんモデル」

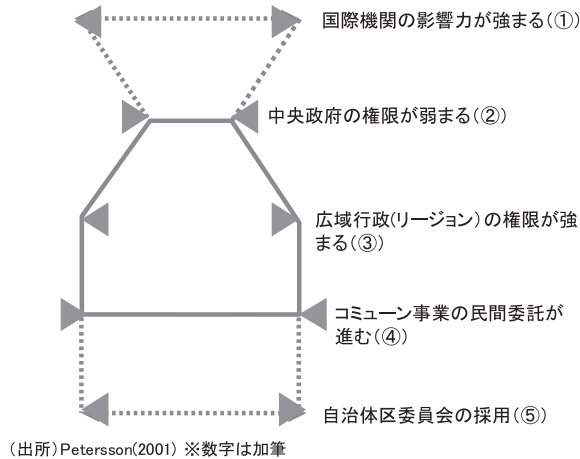


図2 スウェーデンにおける国と地方関係（1990年代以降の傾向）

と称して、図2に示す5点で説明している。国境を越えた組織であるEUの影響が強まり（①）、そのために相対的に中央政府の権限が弱まり（②）、他のヨーロッパ諸国の影響から地域開発の面で2つの広域自治体レギオン<sup>4)</sup>が設立された（③）。コミューンも担当領域である福祉や義務教育の事業を民間に委託する機会が増え、その結果、直営事業が減少している（④）。ストックホルム等の大都市では自治体区委員会(stadsdelsnämnd)（⑤）（後述）が導入されている（Pettersson 2001:68）。

この「花びんモデル」が示す動向をコミューンの介護政策にあてはめて検討する。まずスウェーデンは1995年にEUに加盟したが、EU指令はスウェーデンの介護政策に大きな影響を与えてきた。介護サービスのコミューンによる一元的な供給はスウェーデンの介護政策の大きな特徴であったが、EU指令は競争システムの導入によるサービス供給の多元化を求めた。つまり民営化、市場化の要請は国内論争を越えたところにあり、その意味ではEUの存在により政府の権限は制約されている。また国内では1991年コミューン法改正がコミューン内の自由な組織編成を可能とし、さらに1994年には一括補助金が導入され、用途限定の国庫補助金は原則として廃止となった。コミューン

にとっては組織再編や予算編成の自由度が増すことになり、これらの自治体改革は介護システムの多様化の出発点となっている。

1990年代初頭まで、ほとんどのコミューンでは在宅介護エリアが設置され、そこに配置された地区介護サービス主任(hemtjänstassistent)が地区内の介護サービスの提供責任と要介護者へのサービス内容を決定する権限を併せ持っていた。1990年代中盤以降、要介護認定(行政決定)と要介護者へのサービス提供(介護事業)を組織的に分離する、「要介護認定分離型」を採用するコミューンが増加し、地区介護サービス主任は姿を消した。1994年にはわずか40コミューン(全体の14%)であったが、1999年には170コミューン(全体の58.8%)に増え、2012年現在ではほとんどのコミューンが「要介護認定分離型」を採用している。

また1992年のエーデル改革(高齢者医療福祉改革)では、ランスティング(保健医療の担当)とコミューン(介護の担当)の境界線を引き直した。具体的にはランスティングの責任領域であったナーシングホームと訪問看護<sup>5)</sup>がコミューンの責任領域となった。約5万人の医療関係職員および関連施設とそれに伴う財源がランスティングからコミューンに移譲された点でランスティングの責



任領域は縮小された。「花びんモデル」では広域行政が拡大していることが示されている(図2)が、それは広域自治体レギオン2団体の新たな登場を意味するもので、広域自治体ランスティングの権限はそのものは縮小されたといえる。

コミューンは高齢者介護の責任を一元的に担うことになり、コミューンの権限は拡大したかのように見えるが、「花びんモデル」ではコミューンの権限が弱まる傾向を示している。これはコミューンが多く of の事業を民間に委託するようになったことを意味する(Petterson2001:68)。前述の「要介護認定分離型」組織への再編は、民間事業者への事業委託を促した。民間委託の内容は、当初、清掃や給食などの介護サービスの周辺事業に限定されていたが、介護付き住宅、ホームヘルプ地区の運営委託に広がり、いくつかのコミューンではサービス選択自由化制度(4章)の導入にまで進んだ。

1990年代終盤にはストックホルム市をはじめ、比較的大きなコミューンが自治体区委員会制度を導入し(3章)、ストックホルム市では5~6万人単位の自治体区に直営サービスの運営責任と介護サービス全体の質の管理を移譲するようになった。

### (3) 介護政策に対する中央政府の影響力

EU政策の影響を受け、中央政府の影響力は相対的に弱まったという指摘もできるが、北欧諸国の中では中央集権性が強いといわれるスウェーデン(Petersson 2005:25)では政府の権限は今なお大きいということもできる。ここでは過去10年間にみられた立法の例を2つあげる。

第一に、第二次G.パーション社会民主党政権(1996-2006)時代に導入された「介護マックスタクサ」(maxtaxa)(利用者負担上限額)は、介護政策におけるスウェーデンの国と地方の関係を示す事例として象徴的である。1990年代後半に財政事情から介護サービスの利用料値上げを行うコミューンが増加し、低所得者層でサービスの利用

控えがみられるようになった。この傾向に歯止めをかけるため、政府は全国一律の介護マックスタクサを設定し、コミューンが利用者から徴収できる料金の上限額を1,760クローナ<sup>6)</sup>として、社会サービス法に規定した。また介護サービス利用者の手元には4,967クローナ<sup>6)</sup>(65歳以上1人暮らし)が残されなくてはならないという最低所持金も保証した(※参考:1クローナ=約11.25円、2012年6月末現在)。介護マックスタクサはコミューンの自由裁量に国が規制を加えた一例である。

第二に、2008年入札法<sup>7)</sup>(LOU:Lagen om upphandling)、2009年サービス選択自由化法(LOV:Lagen om valfrihetssystem)の施行で、第一次F.ラインフェルト保守中道連立政権(2006-2010)による介護サービスの民営化と市場化を加速させる政策の一環である。サービス選択自由化法は利用者がコミューン直営サービスと民間サービスの選択できる状況を保障するための法律である。サービス選択自由化制度は1990年代以降いくつかのコミューンで採用されていたが、広まらなかった。法制化により制度の普及を目指している。現行法では制度の導入はコミューンの自主的な判断に任されている。2010年末までに同制度の導入を計画するコミューンには、制度推進に向けた特定助成金(総額30億クローナ)が支給され、社会サービス法の対象となる高齢者介護と障害者福祉の分野には2億8千万クローナが配分された。全290コミューンのうち212コミューン(73.1%)がこの助成金を受けており、2010年10月時点でサービス選択自由化制度導入を決定したコミューンは153コミューンであった(導入済みのコミューンを含む)(Socialstyrelsen 2010:7)。全国で68コミューン(23.4%)が介護サービスにサービス選択自由化制度を導入したことになる。

サービス選択自由化法が施行された当時は、全コミューンのうち半数以上がサービス選択自由化制度を導入すると思われていたが、予想より少な

く、2010年の政府予算案では「2014年までに全コミュニティが民間事業者の選択可能な制度を導入するべきであり、そうでなければ法律を強化する」としており、今後、現政権のもとで法律が強化されることも考えられる (Szebehely 2011:221)。

コミュニティの自由裁量が拡大しながらも、政権与党の政策理念は介護システムに一定の影響を与えている。低所得者対策としての介護マックスタクサ導入には社会民主主義政党、サービス選択自由化法には保守系政党の民営化と市場化路線という政権政党の政策理念が表れている。

### 3 コミュニティの行政機構—介護政策と介護サービス供給を中心に

3章と4章ではサービス選択自由化法がコミュニティに与えた影響を考察するため、ストックホルム市とヴェクショー市の介護システムの動向を示し分析する。

ストックホルム市は全国的に見ても早くから高齢者介護にサービス選択自由化制度を導入したコミュニティである。ホームヘルプ事業者の数も多く、民間事業者のサービスを利用する高齢者が全体の6割を超えている。スウェーデン全体から見ると特殊なケースであるが、介護サービスの民営化、市場化に最も積極的なコミュニティの事例といえる。

これに対しヴェクショー市は立法化の影響を受けてサービス選択自由化制度を導入したが、同制度を導入した他コミュニティとその内容が似ているという点ではより一般的なケースといえる。

サービス選択自由化法の影響を受け、それぞれのコミュニティがどのように介護システムを再編しているかを見ることで、介護サービス供給における国と地方の関係を具体的に理解できる。

まず本章では両コミュニティの行政組織を整理する。ストックホルム市は市長部門制度(borgarråd)の伝統を持ち、また1997年から自治体区委員会(stadsdelsnämnden)制度を採用する等、他のコミ

ュニティよりも行政組織が複雑である。ヴェクショー市の行政組織はより一般的である。スウェーデンのコミュニティで行政組織が統一されていないのは、1991年の地方自治法改正(前述)の影響が大きい。

#### <ストックホルム市の行政組織と介護サービスの運営>

##### (1) 概要

ストックホルム市の人口は84万7,073人で、65歳以上人口比率は14.2% (80歳以上人口は4.7%)、外国籍市民の居住率は9.9%である (2011年)。

ストックホルム市では1997年より自治体区委員会制度を採用しており、市内の14自治体区(stadsdel)がそれぞれに高齢者介護、保育等の分野の予算を持ち、各事業を運営している。各自治体区の平均人口は5~6万人である (表3参照)。

##### (2) 市議会の勢力図

ストックホルム市では1980年代に社会民主党与党が続いてきたが、1990年代に入り、選挙ごとに与党が入れ替わる状況となった。2006年以降は保守系与党が続いている。

ストックホルム市でホームヘルプにサービス選択自由化制度が導入されたのは2002年で、2008年には介護付き住宅、2009年にはデイサービスも対象となった。全国的にも早い動きであるが、周辺コミュニティの影響と1998年市議会選挙で誕生した保守系与党の政策による影響が大きい (Socialstyrelsen 2011:63)。市議会の勢力図 (2010-2014) は、穏健党 (38議席)、国民党 (10議席)、中央党 (3議席)、キリスト教民主党 (1議席) が与党グループ (52議席) を形成し、社会民主党 (25議席)、環境党 (16議席)、左翼党 (8議席) が野党グループ (49議席) となり、両勢力は拮抗している。

##### (3) 行政機構の特徴① 市長部門制度

ストックホルム市は1920年に市長部門制度を導入し、それがストックホルム市の行政機構を特徴づけている (図3)。市長部門には与党から8名、野党から4名、計12名のメンバーが選出され、与

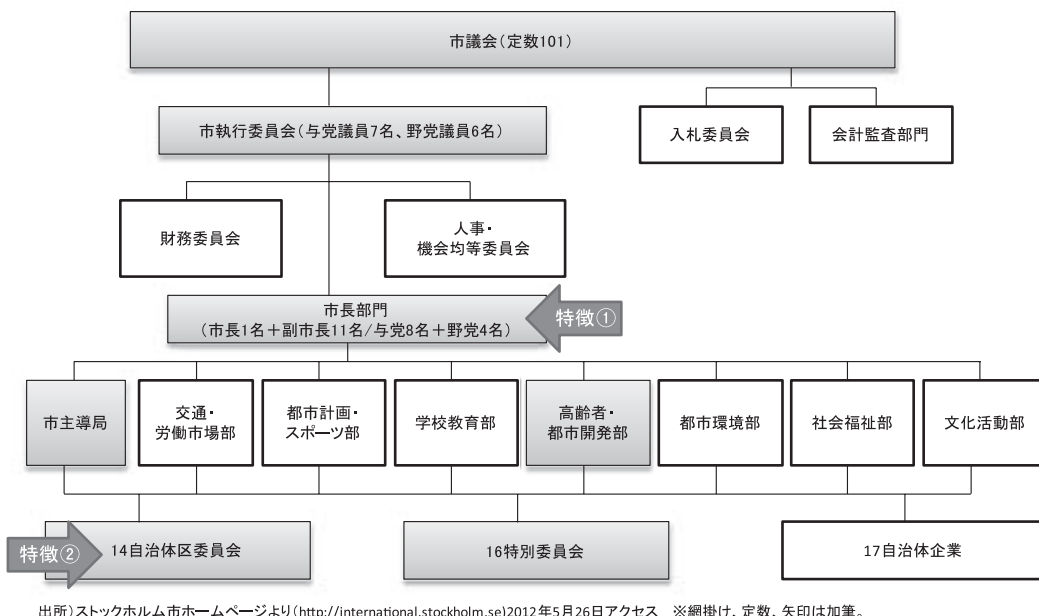


図3 スtockホルム市行政組織図

党選出の8名のうち1名が市長、残り11名が副市長を務める。市長と副市長は政治色と行政色が混在する特徴を持つ。市長と副市長は市内の8委員会(rotlar)に分かれ、各委員会の委員長を務める。2012年6月現在、S.ノルディン市長(穏健党)は財務委員会委員長を兼務し、J.ラーション副市長(穏健党)は高齢者委員会委員長を兼務している。ストックホルムの市長部門制度では市長と副市長が議会の重要委員会の責任者を務める。

ストックホルム市にも他のコミューン同様に市執行委員会(kommunstyrelsen)が設置されている。市執行委員会は13名の議員(与党7名、野党6名)で構成されている。市議会の議案は予算案と同様にすべて市執行委員会で準備されるのは他のコミューンと同じである。しかしストックホルム市では市長部門の権限が大きいため、市執行委員会の機能は他に比べて控えめである(Gustafsson 1999:218)。市長兼財務委員会委員長S.ノルディン(穏健党)を含め、3名の副市長が市執行委員会委員も兼任している(2012年6月現在)。

1990年代終盤にストックホルム市議会は行政当局の中核組織として、与党指名の市助役(stadsdirektör)を筆頭にする市主導局(SLK: stadsledningskontor)を導入した(Gustafsson 1999:221)。市助役は市の政策戦略スタッフと連携し、市主導局には現事業からの責任者を配置している。

ストックホルム市の市長部門制度は与党の政策遂行力を強め、与党の政策理念の実現をより確実なものにしている。またストックホルム市は中央政党との政策的なつながりが歴史的に強い傾向があり、国会与党と市与党が同じ勢力のときには、市の政策は国の政策は強く連動する。

#### (4) 行政機構の特徴② 自治体区委員会制度

さらにストックホルム市の特徴は、自治体区委員会制度を採用している点である(図3)。自治体区委員会制度はストックホルム市の他、ヨーテボリ市、マルメ市をはじめ、いくつかのコミューンで採用されているが、同委員会の権限はコミューンにより異なる。1997年1月にストックホルム市

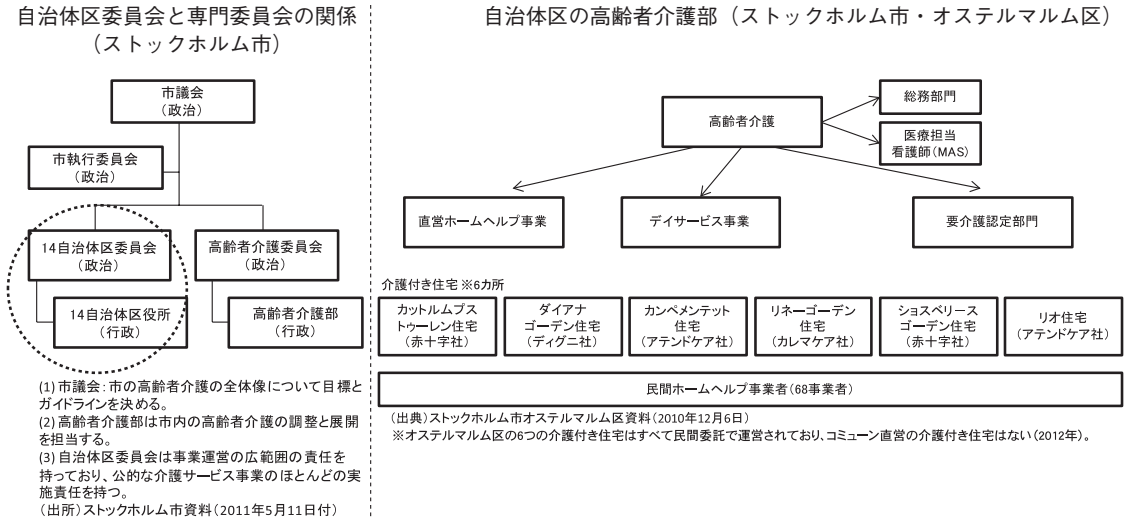


図4 スtockホルム市・高齢者介護行政組織図

議会は穏健党以外の全会一致で、24区の自治体区委員会制度を導入した (Gustafsson 1999:221)。その後1999年には18自治体区に再編され各区の人口は1万5000人~6万4000人となった。各自治体区委員会区では13名の委員 (小規模の2つの区では11名) が選出される (Gustafsson 1999:219)。2012年現在では14自治体区 (2万5000人~12万人) に編成されている。自治体区の意味決定機関である自治体区委員会の議席は市議会と同じ配分で政党に割りあてられており、与党と野党の勢力図は市議会と同じである。自治体区委員会の委員は直接選挙ではなく各政党から選出される。ストックホルム市では、一つはコミュニケーションレベル (市議会) の総合的な行政、もう一つは委員会 (自治体区委員会、専門委員会) の事業実施責任という区分のもとで意思決定が行われている (Gustafsson 1999:221)。

ストックホルム市の行政組織図から高齢者介護の関連部門をとりだしたものが図4左である。ストックホルム市の高齢者介護部は職員約40人で、市議会が決めたガイドラインに基づき、市内の高齢者介護の全体的な調整を行っている。

自治体区委員会制度が始まり、ストックホル

ム市では専門委員会の多くの権限が自治体区委員会に移譲されることとなった。自治体区委員会制度の目的は、地域における民主主義の強化と公共事業の質を高め、効率化を図ることである (Gustafsson 1999:220)。各自治体区の予算はストックホルム市から基準に基づいて包括的に配分され、自治体区委員会の裁量で予算を立てることができる。自治体区委員会の権限は、社会サービスの大部分 (高齢者介護と生活保護)、小中学校、特別学校、就学前教育、余暇活動、(中央図書館を除く) 市立図書館、衛生、道路、環境などである。自治体区委員会はコミュニケーション企業による事業を除くストックホルム市の事業の約70%を実質的に運営している (Gustafsson 1999:219)。

高齢者介護におけるコミュニケーション本体の役割は総合的な高齢者施策の方針決定と入札を通じて介護事業者と委託契約を結ぶことである。各自治体区の役割は要介護認定、コミュニケーション直営サービス (若干のホームヘルプと介護付き住宅) の運営、質の管理を含む介護事業者のフォローアップ等である。自治体区の一つであるオステルマルム区の組織 (図4右) をみると、主に要介護認定と直営サービスの提供を行っていることがわかる。区内

6カ所の介護付き住宅はすべて民間事業者へ委託されている。ホームヘルプは直営事業所を持つが、同時に68民間事業所（2010年）がサービス提供を行っている。前述の通り、介護付き住宅もホームヘルプ事業者もコミューンが入札を行い、契約を結ぶが、質の管理等のフォローアップは自治体区が行う。オステルマルム区の年間予算は10億2665万クローナ（2011年）であり、区の予算は人口、高齢化率などを換算し、市から配分される。

<ヴェクショー市の行政組織と介護サービスの運営>

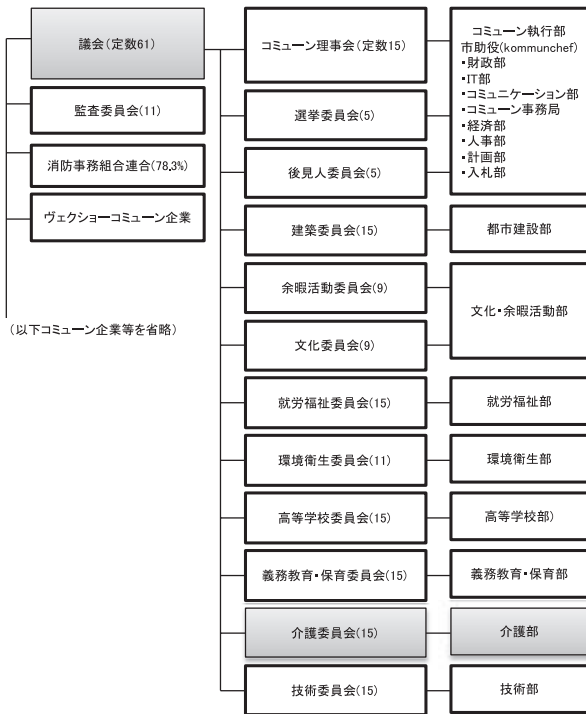
(1) 概要

ヴェクショー市の人口は83,005人で、65歳以上人口比率は17.2%（80歳以上人口は5.1%）、外国籍市民居住率は18.6%である（2010年）。

(2) 市議会の勢力図

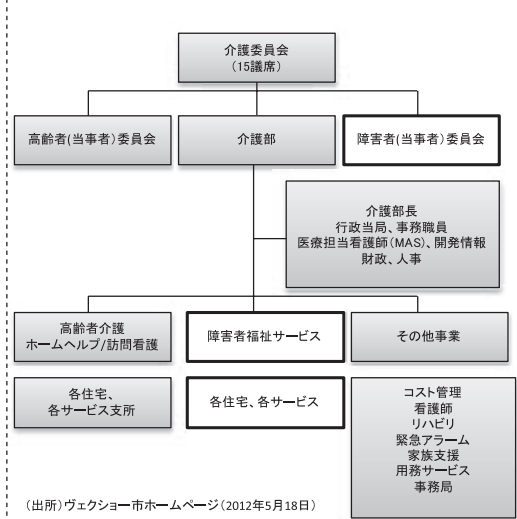
ヴェクショー市では1980年代は保守系与党が続いたが、1994年からは社会民主党系与党（社会民主党+左翼党）が3期続いた。2006年からは国政、ストックホルム市と同様に保守系与党となっているが、両グループの議席は僅差である。ヴェクショー市が、ホームヘルプにサービス選択自由化制度の導入を決定したのは2006年の社会民主党系与党の時であり（Socialstyrelsen 2011:63）、実際の導入は2009年6月で、サービス選択自由化法の影響を受けたといえる。介護付き住宅には同制度を導入していないが、入札による民間委託は行われており、計画では2012年までに25%の介護付き住宅を民間事業者へ委託するとしている。市議会の勢力図（2010-2014）は穏健党（20議席）、中央党（5議席）、国民党（4議席）、キリスト教民主党（2議席）が与党（31議席）グループを形成し、社会

ヴェクショー市行政組織全体図



(出所)ヴェクショー市資料(2011年3月21日)

ヴェクショー市介護委員会組織図



(出所)ヴェクショー市ホームページ(2012年5月18日)

\*網がけは高齢者介護に関係するセクション

図5 ヴェクショー市行政組織図

民主党（19議席）、環境党（5議席）、左翼党（4議席）、スウェーデン民主党（2議席）が野党（30議席）で勢力は拮抗している。

### （3）行政機構の特徴

図5右はヴェクショー市の行政組織である。最高意思決定機関である議会のもとに市執行委員会が置かれている。コミューン執行委員会は与党から8名、野党から7名、計15名が選出され、コミューンの内閣のような役割を果たす。このうちB.フランク委員長（穏健党）、C.スパンベリイ副委員長（社会民主党）、P.シヨルドベリイ副委員長（中央党）の3名が専従勤務（kommunalråd）で、そのうち与党第一党のB.フランクが市長を務める（2012年6月現在）。

行政組織は議員で構成される各専門委員会とその執行機関である行政部局がパラレルに設置されており、これはスウェーデンに比較的多く見られる組織形態である。高齢者介護部門（図5左）を抜き出してみると、介護委員会（議員）のもとに介護部（行政）があり、さらに高齢者介護、障害者福祉、その他事業の各課がある。各課の管理下に市直営サービス部門がある。サービス提供組織と要介護認定部門は切り離されているが、要介護認定も介護委員会の管理下にある。ストックホルム市に比べてシンプルな構造である。

## 4 介護サービスのサービス選択自由化制度

本章では2つのコミューンが採用する高齢者介護のサービス選択自由化制度を検証し、その違いを示す。

表1はスウェーデンにおける高齢者介護サービスについて2000年と2009年の状況を比較している。この推移はサービス選択自由化制度との相関関係で説明することはできないが、ここでは2000年代の高齢者介護サービスの動きとして示す。ホームヘルプ利用者数が12万5300人から14万8400人に増加し（18%増）に対し、介護付き住宅入居者

数は11万8300人から9万5400人に減少した（19%減）。介護サービス利用者の総数はほとんど変化がみられないため、約2万人強の高齢者がホームヘルプ利用に移行したと考えられる。同時に高齢者介護サービス支出は953億クローナから896億クローナに6%の減少がみられた。

コミューンの自由裁量が大きく認められる中でコミューン間のサービス格差が気になるが、スウェーデンでは社会庁（Socialstyrelsen）が毎年、全290コミューンの介護サービスの利用状況について、またスウェーデンコミューン・ランステイニング連合会（Sveriges Kommun och Landsting）は各コミューンの人口1人当たりの介護支出額、介護職員数などの詳細なデータを公表している。表2はストックホルム市とヴェクショー市における介護サービス利用の状況を社会庁と統計局のデータから抜き出したものである。いくつかのサービスで両コミューンでは違いがみられる。例えばホームヘルプの家事援助では、ヴェクショー市では全国平均並みのサービス利用がみられるが、ストックホルム市では全国平均の半分以下の利用である。それはストックホルム市では家事援助は家事労賃控除<sup>8)</sup>（RUT-avdrag）を使って事業者から直接購入することを勧めており、多くの高齢者が家事労賃控除を使ってサービスを購入しているためである。また訪問看護ではストックホルム市はヴェクショー市の半分の利用である。これはストックホルム市では一般住宅への訪問看護はランステイニング<sup>5)</sup>が行っており、その分はデータに反映されていないためである。

スウェーデンでは近年、介護サービスに関するデータが高いレベルで公表されている。しかしスウェーデンの介護システムは、日本の介護保険制度のように全国一律ではなく、コミューンによりシステム、サービス内容が大きく異なっているために数値を単純比較することはできない。この点に注意が必要である。

表1 高齢者介護サービスの推移（2000年、2009年）

	2000年	2009年	変化の割合
ホームヘルプ利用数	125,300	148,400	+18%
介護付き住宅入居者数	118,300	95,400	-19%
両者の合計	243,600	243,800	+/-0%
高齢者介護サービスの総支出（億クローナ）	95.3	89.6	-6%

(出所) Szebehely (2011)

表2 スtockホルム市・ヴェクショー市における介護サービス利用の状況（2010）

	ホームヘルプ全体		家事援助		身体介護		家事援助&身体介護	
	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上
ストックホルム	13,997 (11.7%)	10,383 (26.2%)	3,607 (3.0%)	2,716 (6.8%)	10,341 (8.6%)	7,646 (19.3%)	0	0
ヴェクショー	1,213 (8.4%)	884 (20.8%)	1,022 (7.1%)	775 (18.3%)	1,004 (7.0%)	738 (17.4%)	864 (6.0%)	663 (15.7%)
全国	158,728 (9.1%)	114,898 (23.1%)	127,626 (7.3%)	93,709 (18.9%)	105,620 (6.1%)	77,308 (15.6%)	75,543 (4.3%)	56,529 (11.4%)

	同伴サービスのみ		レスパイトサービス		緊急アラーム		介護付き住宅	
	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上
ストックホルム	201 (0.1)	97 (0.2%)	331 (0.2%)	199 (0.5%)	12,780 (10.6%)	10,149 (25.6%)	7,990 (6.6%)	6,458 (16.3%)
ヴェクショー	-	-	99 (0.6%)	54 (1.2%)	1,160 (8.1%)	913 (21.5%)	915 (6.3%)	756 (17.8%)
全国	2,164 (0.1%)	1,325 (0.3%)	4,368 (0.3%)	2,547 (0.5%)	157,838 (9.0%)	120,254 (24.2%)	90,858 (5.2%)	73,172 (14.7%)

	ショートステイ		デイサービス		訪問看護 <sup>*)</sup>		高齢者数と高齢化率	
	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上	65歳以上	80歳以上
ストックホルム	168 (0.1%)	113 (2.8%)	999 (0.8%)	747 (1.9%)	8,531 (7.1%)	-	119,731 (14.2%)	39,529 (4.7%)
ヴェクショー	101 (0.3%)	73 (1.7%)	-	-	2,313 (16.1%)	-	14,309 (17.2%)	4,232 (5.1%)
全国	10,544 (0.6%)	6,798 (1.4%)	10,674 (0.6%)	6,886 (1.4%)	-	-	1,737,246 (18.5%)	496,904 (5.3%)

( ) 内は利用率（その年齢層人口に占める利用者の割合）を示す。

\*) スtockホルム市では自宅の訪問看護はランスタイング、介護付き住宅等の訪問看護はコミュニティの管轄。ヴェクショー市では訪問看護はすべてコミュニティの管轄である。

(出所) Socialstyrelsen (2011) Statistiska centralbyrån (2011) より作成。

サービス選択自由化制度もコミューンによって運用が異なる。スウェーデンコミューン・ランスティング連合会（2008）の調査によると、制度の対象となるサービスも異なっている。家事援助（service）のみを対象にするコミューンが全体の18%、家事援助と身体介護（omvårdnad）を対象とするコミューンは13%、さらに訪問看護も含めて対象とするコミューンは67%であった。ホームヘルプ事業者数は、ストックホルム市内の自治体区やナッカ市では50事業者を超えるが、約8割のコミューンでは10事業者以下であった。コミューンが事業者に支払う介護報酬（ersättning）の設定も異なり、まず実際に提供したサービス時間（要介護認定による）に対して介護報酬を支払うコミューンが60%、要介護認定による認定時間分をそのまま支払うコミューンが35%、サービス内容に応じて支払うコミューンが5%であった。民間事業者に対して間接税分や事務経費を上乗せして単価を設定するケース、人口密度の高い地域と低い地域、またサービス時間帯で単価に差をつけるケースなどのバリエーションがある。日中のホームヘルプの介護報酬単価は、家事援助で1時間あたり166~337クローナ、身体介護で1時間あたり235~340クローナであった（SKL 2009:2）。

サービス選択自由化法が施行されてもシステムは統一されたものではなく、その実施内容には多くのバリエーションがあることから、コミューンの自由裁量がいかに大きいかかわかる。またその内容を全国一律に統一しようとしなない点もスウェーデンの特徴といえる。

以下、ストックホルム市とヴェクショー市におけるサービス選択自由化制度と介護サービス（主にホームヘルプ）について、(1)事業者の選定、(2)介護報酬、(3)コミューン直営事業所と民間事業所、(4)要介護認定の4点から、供給システムとその運用の違いを比較する。

<ストックホルム市のケース<sup>9)</sup>>

### (1) 事業者の選定

ストックホルム市では年4回の定期的に入札<sup>10)</sup>を行い、介護サービスの委託先を決定している。1回の契約期間は3~5年である。介護付き住宅の運営委託では1カ所につき1事業者を選ぶことになるが、ホームヘルプ事業者についてはコミューンが示す基本条件を満たしていれば、事業者としてサービス提供が可能となる。ストックホルム市ではホームヘルプ事業者の参入について事前規制が緩やかで、むしろ事後規制として独自の監査システム等により、質確保のためのフォローアップ<sup>11)</sup>に力点が置かれている。

介護サービスを提供する事業者の入札はすべてストックホルム市が実施するが、近年では自治体区委員会の意見が反映されるようになってきた。例えば介護付き住宅の入札では、自治体区委員会からの抗議を受けてコミューンが委託先を変更したケース<sup>12)</sup>もある。

### (2) 介護報酬

介護報酬の金額は毎年改訂される。ストックホルム市では要介護認定のレベルごとに、月額で介護報酬単価が設定されているが、家事援助も身体介護も介護報酬の単価が同じである。軽度者への単価を低く、重度者への単価を高くすることで、家事援助と身体介護の介護報酬に実質的に差をつけている。

最も軽度の認定である「緊急アラームのみ（レベル0）」の報酬は月額62クローナで、「月227時間12分以上（レベル18）」では月額58,009クローナ以上というように、19段階に分かれている。「月1時間24分まで（レベル1）」は掃除のみで、この対象者はほとんど存在せず、「月227時間12分以上（レベル18）」の高齢者は介護付き住宅に入ることが多いため在宅にはほとんど存在しない。

利用者の分布で一番多いのが「37時間42分~52時間48分（レベル10）」で月額14,075クローナ



から「68時間6分～83時間6分（レベル12）」月額23,235クローナである（2012年）。

### (3) コミューン直営事業所と民間事業所

表3はストックホルムの14自治体区におけるホームヘルプ事業者数とその利用者数を示す。ストックホルム市内で営業するホームヘルプ事業者は全部で220事業所であり、そのうち22カ所がコミュニティ直営事業所である（2011年）。

民間事業所の増加とコミュニティ直営事業所の業務縮小の結果、ストックホルムのホームヘルプ全利用者の61.4%が民間事業所のホームヘルプを利用している（2011年）。全国的には民間事業者によるサービス供給は19%（2011年）なので、ストックホルム市の数字の高さは例外的である。コミュニティ直営事業所数が少ないため、選択の自由化といいながらコミュニティ直営サービスを選ばない地域があるという批判の声もある。また民間事業所の種類では全国展開の大企業（アテンドケア社、

カレマケア社、アレリス社、フェレナデケア社等）の参入が多い。

ストックホルムでもサービス選択自由化制度が導入（2002年）される前は、ホームヘルプは居住エリア単位で行われており、居住エリア外の事業者を選ぶことはできなかったが、同制度によって自治体区内であればどの事業者でも選ぶことができるようになった。また同時にホームヘルプの供給エリアは解消された（Hjalmarson 2003:5）。

### (4) 要介護認定

ストックホルム市全体では250人の要介護認定員（LSS担当70人、高齢者介護担当140人、精神障害担当40人）が配置されており、各区単位で要介護認定組織を持ち、要介護認定の業務を行っている（Norman 2010:7）。

要介護認定は各自治体区で行われるが、ストックホルム市内では市内共通の基準を用い、コミュニティは市内全域で同じ水準の決定がなされること

表3 スtockホルム市（自治体区別）の介護サービス事業者と利用者（2011）

ストックホルム市内の自治体区	人口：人	高齢化率：％ （ ）内は80歳以上人口の割合	ホームヘルプ利用者数：人 （ ）内は民間事業者の利用割合	介護付き住宅利用者数：人 （ ）内は民間事業者の利用割合	ホームヘルプ事業者数：カ所 （ ）内はコミュニティ直営事業所数
リンケビュ・シースタ区	45,691	9.7% (2.3%)	551 (76.2%)	223 (73.5%)	83 (2)
スボンガ・テンシュタ区	37,675	11.0% (3.0%)	383 (43.6%)	154 (59.8%)	84 (2)
ヘッセルビュ・ベーリングビュ区	65,239	15.5% (5.6%)	1,305 (52.0%)	489 (67.1%)	91 (4)
ブロンマ区	65,635	14.1% (5.0%)	1,145 (51.0%)	476 (57.3%)	91 (2)
クングスホルメン区	61,047	14.7% (4.6%)	1,019 (87.9%)	447 (69.8%)	95 (2)
ノルマルム区	66,812	13.5% (3.6%)	970 (76.2%)	414 (79.5%)	96 (4)
オステルマルム区	65,528	19.4% (6.4%)	1,451 (63.4%)	706 (94.5%)	93 (1)
セーデルマルム区	121,655	14.7% (4.1%)	2,051 (79.3%)	770 (76.7%)	109 (2)
エンシェデ・オーシタ・ヴァンテル区	90,620	13.1% (5.3%)	1,687 (42.9%)	655 (53.8%)	103 (2)
スカルブネック区	43,533	12.4% (4.2%)	693 (29.7%)	339 (92.3%)	87 (8)
ファシュタ区	50,750	17.3% (6.8%)	1,186 (58.3%)	574 (67.3%)	93 (5)
エルヴシェ区	25,130	13.7% (4.6%)	359 (100.0%)	150 (64.6%)	89 (1)
ヘーゲルステン・リリエホルメン区	74,096	12.5% (4.5%)	1,110 (53.5%)	560 (76.7%)	94 (1)
シェールホルメン区	33,662	14.4% (4.4%)	623 (50.9%)	224 (49.1%)	90 (3)
ストックホルム市全体	847,073	14.2% (4.7%)	14,534 (61.4%)	6,207 (72.0%)	210 (22)

(出所) Stockholms Stads Utrednings- och Statistikkontor AB (USK) (2011年10月) より作成

を目標としている。各区の要介護認定担当責任者の会議は頻繁に行われており、要介護認定員は教育、研修を通じてシステムの変更、政策のポイントなどを説明する機会を持っている。

要介護認定はストックホルム市内の14自治体区がそれぞれ担当しており、各自自治体区の高齢者介護部は申請を受けると、要介護認定員が高齢者本人と面会し情報収集を行う。要介護認定員が確認する内容は、〈1〉住宅、近隣、周辺環境、〈2〉知人、家族、社会的ネットワーク、〈3〉身体的な健康状態、〈4〉精神的な健康状態、〈5〉家事の状態、〈6〉活動、〈7〉食事、〈8〉生活スタイルと関心事、〈9〉生計の状況である。必要と判断したサービスについて時間換算を行い、利用時間を決める（前述）。

利用時間の判定は要介護認定員が1人で判定するのが基本であるが、複雑なケース、また申請者との合意がとれない場合、複数の要介護認定員が集まり判定することもある。結果を共同で出しても、担当する要介護認定員の署名で決定される。

その後、高齢者はホームヘルプ事業者を選択する。事業者に関する情報は、要介護認定員が口頭か書面で説明し、利用者が事業者を決める。要介護認定員は本人が希望する事業者に連絡をとる。ここまでが要介護認定員の仕事である。

要介護認定員は利用者が事業者を選択する際には中立の立場で臨まなければならない。しかしあまりに事業者数が多く、高齢者自身が選択するのは不可能だという批判を受け、近年では利用者に対し、事業者の特徴などを説明する等の助言が認められ、例えば認知症介護が充実した事業者について助言等が可能となった。要介護認定員の役割にアドバイスが付加される傾向がある。

事業者を選択する意思がない利用者を受け入れる民間事業者は、入札を通じて予め決められている。コミュニケーション独自の調査では高齢者の6~7割は自分で事業者を選択しているという。ストックホルム市では利用者は1つの事業者しか選択できな

いため、家事援助、身体介護、訪問看護などを同時に提供できる大規模な事業者を選択する傾向が強くなっている。

## <ヴェクショー市のケース<sup>9)</sup>>

### (1) 事業者の選定

ヴェクショー市でホームヘルプの営業を希望する民間事業者は、ホームページに掲載されている必要条件を確認して申請する。コミュニケーション内で人事、財務、医療部門等に従事する職員が構成する評価委員会で書類審査と面接を行われ、その結果は介護部長に通知され、介護委員会が最終決定を行う。ホームヘルプ事業者の場合、介護委員会で否決されることはほとんどないが、過去には否決された例もある。契約期間は3年で、期間延長は2年で2回までの更新が可能である。つまり特段の問題がなければ1回の入札で最高7年まで事業が可能となる。さらに事業継続を希望する場合は、新たに入札を行うことになる。入札の手続きは定期的なものではなく、申請が出された時に行われる。

ヴェクショー市には身体介護を提供する民間事業者は1事業者しかないが、公募の際に身体介護と訪問看護の事業者に対しては高い要求を出している。民間事業者は一般に、営業効率のよい人口密集地区のみでの事業を希望するが、ヴェクショー市では市街地から離れた過疎地区での営業を組み合わせることも参入の条件としている。

ヴェクショー市は介護サービス提供の経験がない事業者に対し、コミュニケーション直営事業所で2日間の事業者教育を行うことが義務付けている。研修には関連法の解釈、ホームヘルプ事業の意義、行政のしくみ、介護の倫理などの内容が含まれている。コミュニケーションによる事業者研修は他にはあまりみられず、ヴェクショー市独自の取り組みといえる。事業者参入の条件では、ストックホルム市に比べ、ヴェクショー市は事前規制がより厳格といえる。

### (2) 介護報酬

表4 ヴェクショー市内の介護サービス事業者とその概要（2011年11月）

事業者名	法人格	職員数	家事援助サービス	身体介護 訪問看護	付加 サービス*	サービス 可能エリア	サービス 時間帯	事業者プロフィール** ／サービスの特徴
コミュニケーション直営	自治体	375	○	○	×	全域	終日	コミュニケーション事業との連携 介護医療職種の充実
パートナーズカッ プケア(株)	株式会社	40	○	○	○	19地区	8:00-18:00	身体介護・訪問看護も提供 できる唯一の民間事業者
ホームメック(株)	株式会社	8	○	×	○	21地区	8:00-18:00	全職員が外国出身、利用者の 言語でサービスを提供。
ホームメイド(株)	株式会社	400 (全国)	○	×	○	21地区	8:00-18:00	1997年設立で、家事援助サ ービスでは全国先駆け。
多文化対応 サービス協同組合	協同組合	25	○	×	○	全域	8:00-18:00	多言語（13言語以上）対応 可
ベテランプール(株)	株式会社	60	○	×	○	全域	8:00-18:00	「高齢者が高齢者をサポー トする」。職員の経験が豊か

\*付加サービスは要介護認定を超えた分のサービスを意味し、自費で購入するサービスを指す。

\*\*事業者プロフィールは各事業者が掲載した文章からの引用。

(出所)ヴェクショーコミュニケーション・ホームページ (<http://www.vaxjo.se>)2011年11月15日アクセス、より作成。

ヴェクショー市でも介護報酬の金額は毎年改訂されている。家事援助は1時間 256クローナ、身体介護は1時間289クローナというように、サービスにより介護報酬単価に差をつけている（2011年）。ヴェクショー市の介護報酬は全国でも最も低いグループに入っており、地元新聞は「(業界最大手の) アテンドケア社はヴェクショー市のサービス選択自由化制度には参入しない」という見出しで、ヴェクショー市のホームヘルプに大手企業が参入しないのは介護報酬単価が安く、利益にならないからだと報じている。

ヴェクショー市では事業者への介護報酬は、サービス提供実績ではなく、要介護認定による時間数で支払いをしている。この方法はコミュニケーションにとって介護報酬の支払い事務が簡素化できる上、事業者にとっては収入が安定する。ただしサービスの質のチェックがしにくい側面もあり、事業者への信頼の上に可能なしくみともいえる。

### (3) コミュニオン直営事業所と民間事業者

表4はヴェクショー市のホームヘルプ事業者とその事業内容を示す。入札を通じての事前規制が厳しい上に介護報酬が安いいためか、家事援助を提供する事業者が6事業者、身体介護を提供する事業者

が2事業者である（コミュニケーション直営事業所を含む）。

ホームヘルプを提供する全6事業者をみると、家事援助サービスは全事業者が提供しているが、身体介護と訪問看護の提供は市直営事業所と民間事業者1社だけである。この唯一の民間事業者も提供エリアと時間帯を限定しているため、コミュニケーション全域と全時間帯において、家事援助、身体介護、訪問看護のすべてを包括的に提供できる事業者はコミュニケーション直営事業所だけである。ヴェクショー市ではコミュニケーションが一元的にホームヘルプを供給していた時代の居住区単位のホームヘルプ地区はほとんどそのまま残されている。コミュニケーション直営サービスは従来のホームヘルプ地区単位にホームヘルプステーションを持ち、民間事業者は家事援助を中心に地区を超えてサービスを提供している。

民間事業者を選ぶ層は、第一に母国語で家事援助を利用したい高齢者である。事業者が多言語対応に力を入れる理由は、ヴェクショーの人口の2割が外国出身者であることも関係する。母国語で介護を受けられることは利用者にとって快適であり、身体介護が必要な場合はコミュニケーション直営サービスとの組み合わせも可能である。第二に付加サービスを購入したい人も民間事業者を選ぶ傾向が

ある。付加サービスとは要介護認定を超える分のサービスを指し、完全な自己負担で購入するものである。サービス選択自由化法はコミューン直営事業所による付加サービスの提供を禁止しており、これは民間事業者への優遇措置となっている。

地元新聞（前述）が指摘するようにヴェクショー市のホームヘルプ事業者には全国展開の大企業はみられない。身体介護と訪問看護を提供する唯一の民間事業者であるパートナーシップケア社もヴェクショー市とその近郊の1コミューンで営業する小さな地元密着型企业であり、また多文化サービス対応協同組合はアラビア語等の外国語を話せる外国籍市民が中心となって働く零細事業者である。ヴェクショー市のサービス選択自由化制度はコミューン直営サービスを柱にして、ユニークな小規模民間事業者の選択肢を提供している。

#### (4) 要介護認定

ヴェクショー市では1996年に要介護認定部門が発足し、市全体で29人の要介護認定員（LSS担当を含む）がいる。要介護認定の申請は半分が病院から、半分は在宅の本人や家族からによる。病院からの退院通告の前に、要介護認定員は本人や家族と相談しながら受け入れ体制を準備する。要介護認定では必要に応じて、作業療法士や看護師も同行し、必要なサービス内容を検討する。必要なサービスを時間換算で認定する点はストックホルム市と共通するが、認定レベルは8段階でストックホルム市ほど詳細ではない。

要介護認定員は利用者がサービス事業者を選択する際に中立でなければならない。要介護認定員はサービスにはコミューン直営サービスと民間事業者のサービスがあること、身体介護と家事援助について異なる事業者を選んでもよいことを利用者に伝える。前述の通り、ヴェクショー市では事業者を2つ選択する事ができる。例えば身体介護はコミューン直営サービスを選び、家事援助では民間サービスを選ぶことが可能である。ヴェクシ

ョー市では事業者選択を希望しない高齢者はコミューン直営サービスを利用することになっている。

事業者数が少ないため、その選択において利用者の混乱はほとんどみられない。ヴェクショー市では1,338人のホームヘルプ利用者のうち、99人（7.5%）が民間事業者を選択し（2010年）、90%以上がコミューン直営サービスを選んでいることになる。これはストックホルム市に比べてサービス選択自由化制度の歴史が短いことも影響しているかも知れない。

#### 5 おわりに

本稿ではスウェーデンにおける介護政策における国と地方の関係を検討するために、2009年に施行されたサービス選択自由化法がコミューンの介護システムにどのような影響を与えているかについて、ストックホルム市とヴェクショー市の事例を比較しながら考察してきた。スウェーデンの介護政策にみられる国とコミューンの関係を「花びんモデル」にあてはめると、EUの政策による事業者間競争を推進する流れを受け、保守中道連立政権はサービス選択自由化制度を法制化した。しかし全国一律のしくみは存在せず、コミューンは多様な介護システムを形成し展開している。分権的なシステムゆえに、介護報酬の設定方針や要介護認定基準等はコミューンで異なり、また毎年のように改訂されており、コミューン選挙の結果次第でも変わりうる。法律ができる前にすでに制度を導入していたコミューンもあれば、法律の影響を受けて制度を導入したコミューンもある。また法律ができて制度を導入をしないコミューンもある。このような状況からも、スウェーデンにおいてコミューンの自治がいかに強いかがわかる。

サービス選択自由化制度は歴史が短く、またシステムの運用があまりに多様なため、スウェーデン国内でも全コミューンの実態把握が困難な状況が指摘されている（Edebalk 2012）。自治体間の多

様性を生み出す要因の分析は現時点では困難であり、本研究の限界でもある。今後、全国の情報が集積するようになれば、サービス選択自由化制度の効果的な運用に向けた研究や議論も可能となることが期待できる。今後の研究課題としたい。(終)

\* 本研究は日本学術振興会の平成23年度海外派遣事業の研究成果の一部である。

#### 脚注

- 1) kommun. スウェーデンの基礎自治体。市、市町村と邦訳されることもある。全国に290コミュニティが存在する(2012年6月)。本稿では基礎自治体としての機能を示す時にはコミュニティ、ストックホルムコミュニティ、ヴェクショーコミュニティ等の固有名詞は、ストックホルム市、ヴェクショー市と表記する。
- 2) landsting. スウェーデンの広域自治体。県、県ランスタングと邦訳されることもあるが主に医療を担当している。全国に20ランスタングが存在する(2012年6月)。
- 3) 最も人口の多いコミュニティはストックホルム市で864,324人、2位はヨーテボリ市で520,374人、3位はマルメ市で320,835人である。人口の少ないコミュニティは北部に多く、最も人口の少ないコミュニティはビュルホルム市で2,431人である(2011年12月)。
- 4) region. スウェーデンの広域自治体で、1997年にマルメヒュース県とクリスチヤンスタッド県が合併してスコネレギオンが発足し、1998年にヨーテボリ県、ボーヒュース県、エルブスボリ県、スカラボリ県が合併してヴェストラヨートランドレギオンが発足し、全国に2団体が存在する。従来から担当する医療や他の広域行政に加え、地域開発においてより大きな権限が認められている。
- 5) エーデル改革後、訪問看護の担当責任はランスタングとコミュニティの協定で決めることとなり、多くのコミュニティでは訪問看護を担当することになった。一方、ストックホルム市のようにランスタングが今でも訪問看護を担当しているケースもある。
- 6) 介護マックスタクサと最低所持金の金額は毎年改訂される。
- 7) 直訳では「公的な購買に関する手続き法」となるが、法律の内容に合わせて、本稿では「入札法」と訳す。今後も訳語の検討が必要である。
- 8) Skatterreduktion för hushållsarbete. 通称RUTは掃除(Rengöring)、世話(Underhåll)、洗濯(Tvätt)の頭文字をとった造語。家事労賃控除は2007年7月にラインフェルト保守中道政権が導入した政策で、掃除、洗濯等の家事サービス購入に対する税額控除である。利用者は実質、半額で家事サービスを購入できる。自宅、サマーハウス、親の住む家において、掃除、洗濯、調理、庭の手入れ、雪かき、子守り、保育所への送り迎え、介護の一部として銀行や通院の付き添いなどに適用される。納税義務のある18歳以上のすべての市民が利用でき、年間で最高5万クローナまでの控除が可能である。主に失業者対策と新規産業分野の開拓を目的に始まったが2012年現在も継続している。
- 9) 2012年3月に実施したヒアリング調査(市担当者)と市資料等に基づいて整理している。
- 10) upphandling. 直訳は公的な購買における手続きである。従来、サービス選択自由化制度に参入するホームヘルプ事業者はコミュニティによる「認可」(auktorisering)を必要としたが、2007年入札法では「認可」という表現を使用せず、入札を通じて事業参入をするという意味づけが行われた。実質的な手続きは以前とほぼ同じという。
- 11) uppföljare. 直訳はフォローアップであるが、介護事業者が提供するサービスの質の管理を意味する。例えばストックホルム市では介護事業者に対する事前規制はほとんどないが、事後規制に力を入れており、他のコミュニティにはみられない独自の監査システムや高齢者オンブズマン制度等を持つ。
- 12) 2011年11月にストックホルム市セーデルマルム区では、カタリーナゴーデン介護付き住宅の委託先をめぐる、コミュニティと自治体区での対立があった。コミュニティは入札を通じてカタリーナゴーデン介護付き住宅の委託先をアテンドケア社に決めしたが、セーデルマルム自治体区委員会はアテンドケア社が半年前に区内の介護付き住宅で虐待事件を起こした事業者であることを理由にストックホルム市の決定に抗議した。1000人を超える住民の署名が集まり、最終的にストックホルム市はアテンドケア社への委託を取り消すこととなった。

#### 引用文献・参考文献

- Edebalk, Per Gunnar. 2012. Kundval inom äldreomsorgen - om kunskap och forskningsbehov. Meddelanden från Socialhögskolan 2011:7. Socialhögskolan, Lunds Universitet.
- Edebalk, Per Gunnar. 1991. Drömmen om ålderdomshemmet. Åldringvård och socialpolitik 1900-1952. Meddelanden från Socialhögskolan 1991:5. Socialhögskolan, Lunds Universitet.
- Gustafsson, Agne. 1999. Kommunal självstyrelse. (Sjunde

- upplagan). SNS Förlag. (岡澤憲美監訳 穴見明訳 1995『スウェーデンの地方自治』早稲田大学出版部)
- Hjalmarson Ingrid. 2003. Valfrihet i äldreomsorgen.- en reform som söker sin form. Enutvärdering av kundvalsmodellen i Stockholm stad. Rapporter-Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2003:4. Äldrecentrum.
- Konkurrensverket. 2009. The Act on System of Choice in the Public Sector.
- Meagher Gabrielle and Marta Szebehely. 2010. Private financing of elder care in Sweden. Argument for and against. Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier 2101:1. Institute for Future Studies.
- Norman, Eva. 2010. Biståndshandläggare att vakta pengar eller bedöma äldres behov. Rapporter-Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum 2010:13.
- Petersson, Olof. 2001. Kommunalpolitik. (Fjärde upplagan). Norstedts Juridik.
- Petersson, Olof. 2006. Kommunalpolitik. (Femte upplagan). Norstedts Juridik.
- Petersson, Olof. 2006. Nordisk politik. (Sjätte upplagan). Norstedts Juridik. (岡澤憲美監訳 齊藤弥生・木下淑恵訳 1995『北欧の政治』早稲田大学出版部)
- Regeringens proposition 2008/09:29. Lag om valfrihetssystem.
- Socialstyrelsen. 1999. Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen. Äldreuppdraget.99:6.
- Socialstyrelsen. 2010. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport.
- Socialstyrelsen. 2011. Äldre Vård och omsorg den 1 november 2010.
- Statens offentliga utredningar (SOU) . 2008. Lov att välja - Lag om Valfrihetssystem. Betänkande av Frittvalutredningen. (SOU 2008:15)
- Statistiska centralbyrå (SCB) . 2011. Final income and tax statistics. Tax deductions for work on and in the home. Press release from Statistics Sweden.
- Svensson Marianne and Per Gunnar Edebalk. 2006. Kvalitetkonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg. Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2009. Valfrihet inom hemtjänsten år 2008.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2009. Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå. Hemtjänst och särskilt boende.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2010. Valfrihetssystem. Erfarenheter från ett antal kommuner och landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2010. Kundval i äldreomsorgen. Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem ?
- Szebehely Marta. 2011. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Laura Hartman (red.) Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk värfärd ? SNS Förlag.
- Växjö kommun. 2011. Omsorgsnämndens årsrapport 2010.
- Växjö kommun. 2007. Information om kundval inom hemtjänst (serviceinsatser) i Växjö kommun.
- Östermalms stadsdelsnämnd (Stockholm). 2010. Verksamhetsplan och budget 2011.
- 齊藤弥生・山井和則 1994『スウェーデン発高齢社会と地方分権』ミネルヴァ書房。
- 齊藤弥生 2003 スウェーデンにみる高齢者介護の民営化-社会庁報告書『高齢者介護における競争の導入と契約委託』を中心に、大阪外国語大学デンマーク語・スウェーデン語研究室編。「IDUN」15号
- 2006 高齢者の生活を支える-「脱家族化」と「コミュニケーション主義」からみた自律社会、岡澤憲美・中間真一編『スウェーデン-自律社会に生きる人々』早稲田大学出版部。
- 2007 高齢期を支える社会福祉 スウェーデンの社会福祉の現状と課題。松村祥子編『欧米の社会福祉』財団法人放送大学教育振興会。
- 2012 スウェーデンにおける介護サービスの民営化と市場化に関する一考察-パウチャーシステムと家事労賃控除 (RUT-avdrag) の導入をめぐって、北ヨーロッパ学会編『北ヨーロッパ研究』第8巻。

#### 新聞記事等

Attendo Care går inte in kundvalet i Växjö. 2009-06-09. Smålandsposten.

#### データベース、資料等

<http://www.scb.se> (Statistiska centralbyrå)

<http://www.uskab.se> (Stockholms Stads Utrednings- och Statistikkontor AB)

<http://www.sos.se> (Socialstyrelsen)

<http://www.skl.se> (Sveriges Kommuner och Landsting)

<http://www.stockholm.se> (Stockholms Stad)

<http://www.vaxjo.se> (Växjö Kommun)

(さいとう・やよい 大阪大学大学院准教授)

書 評

李蓮花著  
『東アジアにおける後発近代化と社会政策  
- 韓国と台湾の医療保険政策 -』

(ミネルヴァ書房、2011年)

岩 淵 豊

I はじめに

本書は、ミネルヴァ書房が、岩田正美、遠藤公嗣、大沢真理、武川正吾及び野村正實監修で発行している「現代社会政策のフロンティア」シリーズの第2巻である。

本書において著者は、後発国における工業化と民主化が当該国の社会政策にもたらした特徴を明らかにするという視点から、韓国と台湾における医療保険政策、特に国民皆保険をテーマとした。その理由は、皆保険に帰結される韓国と台湾の医療保険政策の発展が、東アジア地域における社会政策の特徴と、経済（工業化）、政治（民主化）とのダイナミックな関係を典型的に表していると考えたことにある。

著者によれば、本書の特徴は、「後発国における工業化と民主化」という枠組みの中で韓国と台湾の医療保険政策を整合的に捉えようとした点にあり、アジアの先発国としての日本と、東南アジアや中国などの中継地帯に位置する韓国・台湾の経験を正しく理解することは、社会政策における東アジアの経験を理論化する上でも鍵になるとの意図に基づく。

以下、評者なりに本書の各章の要点をまとめて紹介した上で、本書の意義について考えたい。

II 本書の概要

本書は、序章、第1章から第4章、終章の6章で構成されており、巻末に韓国と台湾の医療保険関連年表等の付録が付されている。

序章においては、著者の問題意識が示される。

はじめに、東アジアといいつつなぜ韓国と台湾だけなのか。驚異的な経済発展等をキーワードとする日本とNIEsそして中国のうち、規模が小さく貿易港であるがゆえに農業社会から工業社会への転換とそれによる社会問題を経験していないシンガポールと香港を除き、さらに発展レベルの違いにより横断比較が困難な日本と中国を除いた結果、工業化と民主化及び皆保険化の同期生である韓国と台湾を対象を絞ったとする。

次に、なぜ医療保険なのか。第1に医療保険が両国の社会政策の中で最も早く制度の整備が進んだ一般国民を対象とした分野であること、第2に工業化と民主化との密接な関連があることをその理由とする。

その上で、著者が本書を通して明らかにしたい具体的課題が示される。第1に、韓国と台湾は、なぜ、どのような経緯で医療保険制度を実施し皆保険を達成することができたのか、両者の共通点と相違点は何か。第2に、工業化と民主化の後発性は、共通点と相違点のうち、どこまで説明でき、説明できない部分はどのような要因に求めるべき

か。第3に、社会政策に東アジア的な道が存在するのか、それと後発性の関係、他の途上国への「複製可能性」はどうか。

第1章では、東アジア地域研究、社会政策研究の流れを整理した上で、東アジアの社会政策の特殊性（とりわけ成長志向）を強調する比較社会政策論からのアプローチと、社会政策における政治的要因を重視する制度主義アプローチがあると、前者は東アジアを欧米諸国と横並びにして特殊性のみを強調した点で、後者は東アジアの社会政策の歴史性を軽視した点で、いずれも歴史的視点が足りないと指摘する。それに対し本書では、社会政策を工業化と民主化の相互作用のなかで捉える政治経済学的視点と、工業化と民主化の歴史性を重視する後発性視点に立ちながら、韓国と台湾の公的医療保険制度の変遷を描き、東アジアの社会政策に対する総合的な解釈を試みるとする。

第2章と第3章は、韓国と台湾の医療保険政策の歴史の変遷の分析に充てられる。

第2章は、1970年代までの医療保険制度導入期で、政治的には権威主義体制が確立・維持され、経済的には援助依存経済から輸出志向型工業化へと離陸する時期である。

韓国においては、朴政権下で1963年に医療保険法を制定する。しかし任意加入で適用率は低く、1977年に職場保険が強制適用になるまでは、一般労働者に対する公的な医療保障が基本的に存在しなかった。台湾においては、国民党政府が台湾に移って間もない1950年に、公営企業や交通部門の労働者を対象とした総合保険（傷病、障害、出産、死亡、老齢を含む）である「労工保険」を導入する。その後、1968年までに、政府機関や学校職員、10人以上の企業の職員も強制加入とし、1970年代に入って外来治療の給付化、対象の拡大が進んだ。

制度導入期の韓国と台湾の共通点について、著者は①圧倒的な成長イデオロギーと、福祉ニーズ充足の雇用と家族への依存、②韓国は大企業から、

台湾は公務員・教員・公企業からという適用対象における選択主義と公平性の欠如、③財源調達方式としての社会保険の採用の3点とする。また民間医療機関中心の医療提供体制、冷戦構造と反共という国是の下、政権側が政策決定の主導権を握ることができたこと、重い国防負担と成長優先により社会政策に割り当てる財源が少なかった、という共通の背景を指摘する。

一方相違点については、①韓国の医療保険に対し台湾の総合保険、②制度創設の時期が韓国の本格的工業化後に対し台湾は工業化前、③韓国は医療保険組合方式、台湾は政府が一元管理、④韓国は組合が財政責任、台湾は政府が財政責任、⑤韓国は給付範囲狭く自己負担率3～5割、台湾は低負担高給付で寛大、の5点を指摘する。

第3章では、80年代から90年代はじめにかけての韓国と台湾の民主化と、時期を同じくする皆保険化に焦点が当てられる。まず、韓国の民主化が、光州事件後の氷河期を経た1984年頃からの民主化運動、1987年の民主化宣言、憲法改正、大統領直接選挙、盧泰愚政権発足、と短期間で進んだのに対し、台湾の民主化は1987年の戒厳令解除から1996年の総統直接選挙まで漸進的であったとする。

韓国の医療保険は、80年代に入ると職場医療保険が全人口の3割弱に適用となり、地域医療保険のモデル事業実施、1988年の農漁村地域保険実施、その後の医療保険是正運動、一元化論争、一元化を目指した「国民医療保険法案」への大統領の拒否権行使などを経て、1989年の都市部地域医療保険全面実施をもって国民皆保険が実現する。一方台湾では、1980年代までに労工保険が普及、また公務員・教員について制度の整備が進み、1980年代後半の農民運動の高まり、1989年の農民健康保険の実施を経て1995年の全民健康保険制度の実施により国民皆保険が実現する。

この時期の両者の共通点については、①政治的



民主化の結果ではなく、民主化移行のなかで実現（政権側の「上からの先制防御」）、②社会運動に見られる社会政策の政治化、③政府の責任強化（国庫補助の導入強化）、④民間中心の医療供給体制の合理化の試み（医療機関の分業等）と挫折、④社会保険方式による公的医療保障の普遍化、を指摘する。

相違点としては、①医療保険制度導入から皆保険まで韓国は12年、台湾は40年以上、②韓国は400超の職場・地域健康保険組合による分権的構造、台湾は中央健康保険局による一元化、③インフォーマルセクターについて韓国は国庫補助を集中投入した地域保険適用、台湾は自営業者や農民も労工保険又は農民健康保険に極力加入、④皆保険後も台湾に比べ韓国は医療費に占める政府支出の割合が低く患者の自己負担率が高い、⑤韓国の是正運動は制度の統合や国家責任・理念を掲げるなどかつての民主化推進勢力による実質的民主化の一環だが、台湾での運動は、当事者主義的、利益集団的なもので、民主化勢力との関連が曖昧、を指摘する。

第4章では、後発国における工業化と民主化と社会政策の関係について理論的考察が展開される。様々な後発工業化論を整理した上で、著者は、韓国と台湾の後発工業化の特徴を①キャッチアップ工業化の戦略としての輸出志向、②政府主導、③工業化の速度・形態としての圧縮的發展、④成長イデオロギーにあるとする。そして社会政策に及ぼす影響については、①は初期における普遍的社会保障との衝突、後期における人的資源保護的な社会政策との親和性、②は政府の自立性、経済官僚の影響力、労使関係への介入と労働運動の抑制、③は近代部門と前近代部門の格差、成長と均衡の問題、④は経済成長を最優先し分配は後という思想であるとする。

後発民主化の特徴は、①権威主義体制が出発点であり、②短期間のパラダイム転換を経た、③経

済成長の中での民主化にあるとする。その社会政策に及ぼす影響については、①は初期における閉鎖的政策決定、成長優先と社会政策の優先度の低さ②は選挙の活性化による社会政策の政治化、公的な異議申し立て及び社会運動と利益政治、③は負担能力の増大と国庫補助による利害調整が可能になったこと、と分析する。

以上の考察に従い、著者は、韓国と台湾の医療保険政策の共通点と相違点について、制度導入期と皆保険化期に分け、それぞれの時期の工業化と民主化の要因の共通点と、パターンの相違からの因果関係の解釈を行う。韓国と台湾がともに社会保険方式を採用した要因については、植民地時代の民間中心の医療供給構造、社会保険の被用者間の助け合い原則は税方式に比べ政府責任が間接的であること、分立的組合方式は特に機能的に経済成長優先主義との親和性が高いことを指摘している。

その上で著者は「社会政策において東アジア特有の経路は存在するのか」と問い、韓国と台湾の共通点から東アジア社会政策の特徴として一般化しうる点として、社会保険方式による国民皆保険と、経済発展過程におけるインフォーマルセクターへの傾斜的財政支援、及び「均衡のとれた発展」というイデオロギーを挙げ、これらを後発社会政策の一形態とみるべきとする。

終章においては、本書全体の論旨が要約された後、皆保険達成後の1990年代以降の韓国と台湾における動向が簡潔に記されている。

### Ⅲ 本書の意義

国民全体に公的医療保障を普遍的に提供している国々の多くは、税を主たる財源としており、社会保険方式による国民皆保険の国はどちらかといえば少数派である。そのなかで、日本と、東アジアで隣接する韓国及び台湾が、なぜ社会保険方式

による国民皆保険を達成したのかは、大変興味をそそられるテーマである。

著者が序章で設定した3つの具体的課題に従って考えたい。

まず、第1の課題である皆保険達成の経緯については、本書の第2章及び第3章が、韓国及び台湾における医療保険制度の発展過程を、制度導入期と皆保険達成期に分けて、工業化と民主化の状況との関係を明らかにしつつ詳細に説明し、かつ共通点及び相違点の抽出と考察を行い、貴重な知見を提供していることを高く評価したい。また本書においては、要所要所に政治経済的な背景や医療保険制度の適用範囲・保険料等の変遷、各政党等の制度改革案等の資料が挿入されるとともに、注により関係者の動向や先行研究などの確かな説明が加えられており、研究資料としても価値が高い。

評者は、日本の国民皆保険が、①被用者保険に当初から政府管掌健康保険を設けたこと、②小規模事業所の被用者や非就業者を地域保険である国民健康保険が吸収することにより皆保険を達成したこと、の2点を重要な特徴と考えているが、歴史的経緯から日本の健康保険法等の影響が強いと思われる韓国の医療保険が政府管掌を持たず強い組合・財政独立主義で発達し、一方台湾の医療保険が当初から一貫して政府管掌主義をとった、という相違がなぜ生じたのかに関心があった。

この点について、第2章では、韓国における医療保険が、重化学工業化と強い輸出志向を背景に大企業労働者から選別的に適用されたこと、国防費の圧迫と成長優先によって国庫負担を最小化できる方式が選択され、発展過程で日本の国民健康保険の国庫負担依存が反面教師と認識されていた経緯を明らかにしている。一方台湾については、1950年に創設された労工保険は日本の制度とは全く異なる総合保険であって、旧ソ連のレーニンの社会保障制度をモデルとしたものであったこと、その背景に、国民党政権への孫文の民生主義の影

響や、経済における公営企業の割合が大きかったことがあるなどの分析が示されている。いずれも大変興味深い。

次に第2の課題である、工業化と民主化の後発性と医療保険政策の関連である。第4章において、著者は、前述の工業化と民主化の分析を行った上で、韓国と台湾の医療保険政策の導入期の共通点を当該時期の工業化の特徴（輸出志向、政府主導、圧縮的發展、成長イデオロギー）及び権威主義体制の特徴（異議申し立ての制限、開発志向と反共主義）に、また皆保険化期の共通点を当該時期の工業化の特徴（政府主導、圧縮的發展、中進国化）及び民主化の特徴（反対の自由化及び平和的移行）によるものとするとともに、導入期の相違点を工業化のタイプの違い（大企業中心か中小企業中心か）と権威主義体制の違い（排他的開発独裁か包摂的党国体制か）に、皆保険化期の相違点を民主化方式の違い（急進的か漸進的か）と導入期の制度の遺制によるものとした。韓国と台湾の医療保険政策の共通点と相違点を工業化と民主化の後発性から説明するという課題に関する明快な結論である。ただし、工業化・民主化と政策の要素を細分化し相互の因果関係の説明を行っている部分は、多数の要素間の関係が錯綜しわかりにくい。

さらに著者は、第3の課題として、韓国と台湾の医療保険政策の比較分析研究を超えた、後発地域の社会政策の一形態としての「東アジア型社会政策」の理論化を追求する。社会政策に東アジア的な道が存在するのか、それと後発性の関係、他の途上国への「複製可能性」はどうか。この課題に関しては、第4章において韓国と台湾の共通の特徴を東アジア社会政策発展経路の要素として挙げるものの、終章においては、日本や中国を含んだ東アジア社会政策の特徴として「総括できる可能性を潜めている」が「さらなる実証分析と理論化が必要」とする。また後発性との関係について

も「工業化と民主化は韓国と台湾の皆保険の十分条件ではなかったが必要条件ではあった」、「工業化と民主化が進めば必然的に皆保険のような社会政策が実施されるかは一言では答えにくい問題」、「これからの後発国では、階層別に異なる医療保障制度が採られる可能性が高い」としているところである。著者のめざす東アジア型社会政策の理論化は、少なくとも本書においては途半ばの段階である。

著者は、あとがきに、中国出身で日本に留学した研究者でありながら韓国と台湾を研究対象とした動機を記している。著者の問題意識は、東アジアの後発国の近代化にあり、当初、高度成長期における日本社会の激変と皆保険・皆年金体制の構築に強く関心を抱いたが、その時点では中国の現実と日本のギャップが大きく、一つの整合的な枠組みの中で日中を捉えることが難しかったため、皆保険を達成した韓国と台湾を後発国における社会保障政策研究の事例としたという。本書刊行後、最近の中国の社会保障政策の急速な発展を受け、医療保障制度の日中韓の比較研究に既に本格的に取り組んでいるとのことであり、一層の成果を期待したい。

最後に、ないものねだりをさせていただく。それは、皆保険化の先にある「保険制度の一元化」である。終章にもあるとおり、韓国は1999年の国民健康保険法に基づき、2000年に保険者組織の国民健康保険公団への一元化を実現し、2003年には財政の一元化を実現した。台湾は1995年の国民皆

保険化の時点で全民健康保険制度への一元化を実現した。それ以前は「社会保険原理を選択している国のなかで、被用者と自営業者を全国単一組織によって管理する国は一つもない」のであり、東アジアの韓国と台湾が相次いで保険制度の一元化を実現したことは、世界各国の医療保険制度史の中で画期的であり、際だった特徴なのではないか。保険制度の一元化は、給付水準、保険料、世帯単位・個人単位の相違などにより様々な軋轢を生むだけでなく、各々の制度分立の源流にある保険集団形成や保険者自治の歴史思想に深くかかわる大変困難な課題である。特に、当初から政府管掌主義をとった台湾に比べ、強い組合・財政独立主義を重視してきた韓国では、保険者・財政の一元化までの距離は大きかったはずである。なぜ、社会保険方式をとる諸国の中で、韓国と台湾において保険制度の一元化が実現したのか、著者が論じてくれることを期待している。

東アジアの社会政策研究、医療保険政策に関心をお持ちの方に是非一読をお薦めしたい。

#### 参考文献

- 鄭文輝・朱澤民著・米山隆一訳（2008）「台湾の医療保険制度」『医療と社会』Vo.18. No.1, 143-188  
 李蓮花（2009）「保健医療政策－過去は乗り越えられたのか？」『海外社会保障研究』No.167,54-66  
 井伊雅子編（2009）『アジアの医療保障制度』東京大学出版会

（いわぶち・ゆたか 前国立社会保障・人口問題研究所 政策研究調整官）

書 評

有森美木著 江口隆裕編『世界の年金改革』

(第一法規, 2011年)

山本 克也

はじめに

本書は有森美木氏の遺稿集である。構成は7部あるが、第6部の「年金経済学入門」は初学者への入門に過ぎず、また、第7部の「年金制度の法的論点」は評者の専門ではないので論評しないことをはじめにお断りしておく（単なる制度紹介の節も割愛する）。有森氏の分析方法には大きく分けて二つで、a) 複数国をある視点から分類・比較対照させるというタイプと、b) 1国あるいは1つのテーマを取り上げ、掘り下げていくというタイプとに分かれる（以下、第1部1の論文は1-1と称し、以下同様）。本書では、a) タイプの論文は第1部の論文と2-4が典型例である。また、b) タイプの論文は第2部（2-4は除く）、第3部、第4部、そして第5部の論文ということになるが、ここにはコララーがあり、3-1、4-1、4-2は二つの大きなテーマで括れる（後述）。

a) タイプの論文

では、a) タイプの論文である第1部の論文と2-4から内容の紹介を行う。1-1では公的年金と企業年金のウエイトで国家を分け、企業年金に重きを置く代表として米国・英国、公的年金に重きを置く代表としてスウェーデン・独を挙げる。企業年金にウエイトを置く国家では、負担の議論はあまり無く、特に英国では、ブレア政権（当時）が

低所得者にも貯蓄インセンティブを高める年金クレジット制度を導入したことを捉えて、給付態様に議論の中心があるとする。一方、公的年金グループは、すでに保険料が十分に高いため、負担態様を論じることが多いとしている。スウェーデンの2000年改革におけるNDC（概念的拠出建て）の導入や独のリスター年金の導入を、拠出建て制度の導入および企業年金の導入による公的負担の軽減策であるとする。日本に関しては代替率が低下していった場合、それほどのように補うのかの議論が必要であること、厚労省の試算にあってもモデル世帯だけではなく多様な世帯を想定する必要があることを訴える。

1-2では米国、イタリア、英国、そして日本（年金制度の評価基準ではないが制度の目標を示した）の年金制度の評価基準から、日本の2004年改革案の評価を試みる。“改革案のどれがより望ましいのかを総合的に判断するためには、今後の日本の社会を考える際に重要となり得る検討項目、「国民皆年金か収入のある者のみか」、「社会保険方式か税方式か」「世帯単位か個人単位か」「世代間扶養か自助努力か」等について、どれをとるのか、または、ウエイトの置き方をどうすべきなのかについて、議論を行い、方向性を決めることが、評価基準を用いた判断に先んじて必要となると考えられる”としている。

1-3では年金改革の類型論という観点から、paradigmatic・parametricな改革という観点から外

国の改革を見るという手法に立つ。paradigmaticな改革とは、年金制度体系そのものを変更する改革をさし、parametricな改革とは、現行の年金制度体系を維持することを前提に、保険料率の引き上げ、給付削減等、年金制度に係る変数を変えろという改革手法である。この考え方はHoltzmann（1999）に遡るが、parametricに対してparadigmaticという対概念も持ち出して分析したのは、管見の限りだが、有森氏が最初である。本稿での主要な結論のその①は、公的年金に重きを置く国々は賦課方式かつ社会保険方式による制度を基本に運営せざるを得ないとする。それは、賦課方式の制度はスライドによる給付額の調整が得意だからであり、DC（拠出建て）やNDCの部分的導入は、DB（給付建て）というすべてのリスクを国家が負担するのではなく、加入者や受給者、あるいは私的年金に負担してもらうためだとする。その②に関しては、第五部とも関係するので後述する。

1-4では、先進各国の公的年金制度と高齢低所得者対策について検討し、次のように述べる。すなわち、“自助努力によって年金・貯蓄を積み立てることが難しい高齢低所得者には、①公的年金の満額年金支給要件を緩和する方法、②保険料免除等による公的年金の構築支援、③給付の優遇、④公的年金の給付水準の引上げ等がある。公的扶助による方法では、包括的な所得保障を行う制度と、高齢者を対象に所得保障を行う制度がある。高齢低所得者対策は、公的年金の給付設計や高齢者向けの公的扶助といった個々の制度のあり方だけでなく、社会保障制度が全体として低所得者に対しどのような対策を提供するかという視点からも検討する必要がある”としている。

2-4では、先進国における社会保障年金へのDC・NDCの導入の潮流に関して、5つの論点から論じる。結論として、社会保障年金制度の選択肢が多様化しており（100%賦課方式のDBという

伝統的な社会保障年金制度だけではなく、DCやNDCを採用する国も現れており、DB・DC・NDCの組み合わせ方は、国の事情によって異なる）、最良の方策が見つかっていないことであるとする。さらに日本に触れて、日本では現在<sup>1</sup>、外国の制度に注目があるが外国の制度を取り扱う際には、DC・NDCの導入事情は国によって異なること、DC導入後の評価は賛否両論であること、どの国にも当てはまる万能な制度はないことを理解する必要があるとする。ただし、日本での年金改革の考え方としては、“リスク分散という観点では、社会保障年金の枠内で、あるいは私的年金も含めたMulti-pillarの年金制度体系の中で、さまざまな制度を組み合わせるのが良いと思われる”としている（2-1、2-2、そして2-3は、概ね2-4に利用されているが適宜参照のこと）。

#### b) タイプの論文

次にb) タイプの論文である。3-2では、独の改革を分析するのに仏の年金制度改革を対照させる。独と仏では、この1、2年<sup>2</sup>に新政権が誕生し、その選挙公約には年金制度改革があった。市場主義経済を重視する政党（独 CDU/CSU、仏国民運動連合）では、企業の競争力を重視するという観点から、社会保険料の事業主負担を軽減する年金・社会保障政策を打ち出す。また、公務員改革を行う場合は、年金制度の官民格差の是正も提唱される。一方、社会保障を重視する政党（独 SPD、仏社会党）では、年金の最低保障額の引上げや、年金給付の削減に反対する年金政策を主張している。また、連帯を重視する考えから、高所得者等に対する課税による税収を年金の財源に充当し、所得再分配を強める政策を取っているとしていると結論づけている。

また、先に3-1、4-1、4-2は二つの共通なテーマで括れるといった。それは、3-1では独の2001年改革におけるリスター年金の導入、企業年金改

革、そして女性と年金の改革（その他はp.149の表4参照）を扱い、4-1では英国の年金改革案における低所得者の貯蓄奨励制度の導入と4-2における英国における離婚と年金（女性の年金権）を扱っていることである。この共通点は、独の2001年改革におけるリスター年金の導入と企業年金改革、そして英国の年金改革案における低所得者の貯蓄奨励制度の導入は、両方とも公的年金制度への負担を減じようとするものであると理解されていて、また、独における女性と年金の改革と英国における離婚と年金は、低年金になりがちな女性の年金権を保護といったものとして理解されているようである。

また、3-1では、特に日本の2004年改正を意識して書かれている。例えば、独の2001年改革と日本の2004年改正について、保険料固定方式で保険料の上限を定め、それに併せて給付を抑制するためにマクロ経済スライドを導入したことという類似性を見いだす。リスター年金におけるEntgeldumwandlung<sup>3</sup>の導入では、公的年金の代替率の低下分だけ生活水準が低下することを望まないのであれば、独の2001年改革のように、日本においてもマッチング拠出を認め、公的年金を代替する制度を導入することが必要であるとする。女性と年金に関しては、独の2001年改革では、婚姻中の年金分割制度が導入されたが、実際にはあまり利用されていないとした。その理由は、婚姻中の年金権分割を選択した人が遺族になると、選択しなかった場合に比べて給付の5%を損することになるからであるとする（3-3は単なる制度紹介のため割愛）。

4-1では、英国の改革案について述べている。英国では、2006年5月に公表された年金白書「退職に関する保障：新しい年金制度に向けて」において、公的年金の1階部分である基礎年金の支給開始年齢の引上げや、自動加入を特徴とした新たな貯蓄制度の創設等の政府年金改革案が示され

た。政府案は、持続可能な公的年金制度を構築するために公的年金改革を行いつつも、基礎年金の給付水準を引上げる等、公的年金によって一定の老後所得保障を提供するという方向性を打ち出している。また、ステークホルダー年金が普及しなかったという教訓から、自助努力を推進する新たな方法として、自動加入によって老後所得を備える機会を提供することを提案しているとする。

4-2では、論文執筆当時、厚労省で「女性と年金」検討会が開催されており、これにあわせて、離婚時の年金分割を議論している<sup>4</sup>。ここでは、前年<sup>5</sup>の12月からSharing（年金権の分割）という年金分割制度を施行した英国における離婚と、年金に関する規定を紹介している。離婚当事者は、他の財産、将来受け取る年金額の現在価値を算定するための割引率、夫の予想寿命、妻の再婚の可能性、税金、コスト等を考慮した上で、最も望ましい選択肢を選ぶことができる。2000年12月に導入されたSharingはclean break<sup>6</sup>が可能であるため、“今後Sharingを選択する割合がどれだけ大きくなるのかが注目されている。英国の制度は、日本で年金分割をはじめとした離婚と年金の取扱いを検討していく上で参考になるであろう<sup>7</sup>”と結んでいる。

最後に第5部についてであるが、5-1では韓国および中国を発端に東アジアの年金制度を俯瞰して、次のように指摘している（既述の通り、1-3の結論②と重なる）。1) 東アジアでは少子高齢化、私的扶養の弱体化で公的年金制度の整備・拡充が認識され始めた。社会扶養が求められる中で、国家が老後所得保障への程度関わるべきなのかを検討することが求められる。現在は公的年金制度が未成熟であるが、少子高齢化が進展する中で、長期的に持続しうる制度であることが必至である。2) プロビデントファンドやDC制度には所得再分配機能やインフレへの対応がない等の弱点がある。プロビデントファンドやDC制度しかない

国では、公的年金に賦課方式の要素を取り入れられるかどうかを検討課題であり、また、積み立てられた資金をどのように年金につなげるかが問題である。積み立てられた資金が老後所得保障としてそもそも不十分である場合や、平均余命の伸長によって従来以上の年金資産原資が必要とされる場合は、短期的な措置として住宅等の年金以外の資産の現金化、長期的な措置として保険料の引上げ等を検討していく必要がある。3) 公的年金の整備が第一の課題であるが、中国や韓国のように、公的年金の上乗せの制度である企業年金の拡充にも取り組む動きが見られる。公的年金制度を組み合わせるMulti-pillarの年金制度体系という考え方に沿うものであり、リスク分散という観点からは望ましいと言える。また、少子高齢化が進展する中で、先進国と同様に、年金・貯蓄を推進するための税制優遇を講じる等の自助努力による老後所得保障を確保することも必要である(5-2、5-3は単なる制度紹介のため割愛)。

5-4ではなじみの薄いイスラム圏の状況について解説している。“イスラム金融とは、イスラム教の聖典コーラン等を法源とするイスラム法(シャリーア)を遵守する金融手法のことであり、そのサービスは個人の宗教心に根ざしている。インドネシアにおいては、イスラム式の私的年金制度として、事業主が提供する制度と金融機関が提供する制度がある。給付は、通常、一時金払いとなっている一方で、私的年金制度の加入者に対してはイスラム式保険会社が提供するアヌイティの購入が義務付けられている。インドネシアにおいては、今後、急速な高齢化が進むことが見込まれており、老後所得への備えとして私的年金が果たす役割はますます大きくなるであろう”としている。

## おわりに

最後に、若干のコメントをしておく。年金の積立金を投資に活用して経済成長のドライブにしようという考え方を、誰もが知る“公然の秘密”としたのは、世界銀行が1994年に刊行した報告書『Averting The Old Age Crisis』である。世銀は主に途上国向けに刊行したのだが、先進国の年金制度改革の方向性に関しても言及したのでILO/ISSAが噛みついた。曰く、少子高齢化という状況で積立制度を前面にした年金制度に再構築するのは難しいと。結局、途上国に関しては人口ボーナス<sup>8</sup>を活かして経済成長を促すには積立制度は有効であり、また、財源の安定性のためには積立金を持った方が、人口ボーナスの去った先進国では有効であるとして、この“喧嘩”は収斂した(5-1参照)。本書を構成する論文は、こうした前提、つまり、賦課方式と積立方式のバランスが大事であること、そして国の成り立ちが多様であるように年金システムも多様(multi pillar)であるべきであるといった世界的なコンセンサスが得られた後に、有森氏は活躍していた。

このことと関連して、読者の誤解を避けておきたい。『Averting The Old Age Crisis』で提示された年金制度体系がThree Tier(3本柱)であり、2005年になって出版された『Old age income support in the 21st century』で提示されたのがmulti pillarと呼ばれる年金制度体系である。本書では、本人が手直しをできなかったため、あたかも1994年からMulti-pillarが使われていたような錯覚をさせる箇所が散見される。実際、有森氏自身は2005年7月の日興年金セミナーで「世界銀行年金報告-5本柱の年金制度体系-」という報告をしていて、そこでは正しい歴史認識がなされている<sup>9</sup>。有森氏の論文は、世銀に代表される国際機関の主張に明るく、また、各国の制度、問題点にも造詣が深か

ったことを表象している。ただし、上述のように社会保障年金と金融を融合させようとする世界銀行やOECDの方向性に対しての危険性を、表だって指摘することはなかった<sup>10</sup>。ある意味で、世銀流（実際にはILO流、ISSA流といった様々な流派がある）のMulti-pillarの伝道者になってしまっていた感が強い。恐らく、数年来には非営利組織に移られていたであろうことを考えると、これまで無かった視点からの彼女のペーパーを読みたかったと思うのは評者だけではないだろう。

#### 参考文献

- Holzmann, R. (1999), "The world bank approach to pension reform, Social protection", Discussion paper series No.9807, The world Bank.
- Holzmann, R and Hinz, R., (2005) "Old-age income support in the 21st Century: an international perspective on pensions", World Bank.
- ICFTU (2003) "World bank Involvement in The Privatisation of Public Pension Systems in Developing and Transition Countries", Background Paper, International Confederation of Free Trade Unions<sup>11)</sup>
- The World Bank (1994) "Averting the old age crisis", Oxford University Press.

#### 注

- <sup>1</sup> この論文は2004年年金改革の議論の際、とくにスウェーデンの改革が官界、研究者だけではなくマスコミも含めて一種のフィーバーになっていた時に書かれたものであることに注意。
- <sup>2</sup> この論文は、2007年9月に公表されている。
- <sup>3</sup> 従業員が所得の4%までを企業年金（引当金制度、直接保険制度、ペンション・フォン）に充当することできる制度のこと。
- <sup>4</sup> この論文は、2001年11月に公表されている。
- <sup>5</sup> 2000年を意味する。
- <sup>6</sup> 当事者をできるだけ離婚前の関係から解放し、それぞれが離婚後の生活に力を注げるようにする、という考え方。
- <sup>7</sup> pp.227-228 編者注を参考にせよ。
- <sup>8</sup> 1国の人口構成が、子供と高齢者が少なく生産年齢人口が多い状態を指す。豊富な労働力で高度の経済成長が可能である。多産多死社会から少産少子社会へ変わる過程で現れる。
- <sup>9</sup> [www.nikko-fi.co.jp/uploads/photos/1/120.pdf](http://www.nikko-fi.co.jp/uploads/photos/1/120.pdf) アクセス平成24年7月19日
- <sup>10</sup> 例えばICFTU（国際自由労連）の主張に言及するということ。
- <sup>11</sup> <http://www.icftu.org/www/pdf/pensionreform.pdf> アクセス平成24年7月19日

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



## 『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字程度）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、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書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.Flor 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.

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

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

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181号 2012年12月発行予定 特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障

### バックナンバー

- 第180号 2012年9月発行…… 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係  
第179号 2012年6月発行…… 特集：社会保障における財源論—税と社会保険料の役割分担—  
第178号 2012年3月発行…… 特集：スウェーデンの社会保障  
第177号 2011年12月発行…… 特集：貧困への視座と対策のフロンティア  
第176号 2011年9月発行…… 特集：若年就業と諸外国の社会保障政策—労働市場政策を中心として—  
第175号 2011年6月発行…… 特集：高齢女性の所得保障：年金を中心に  
第174号 2011年3月発行…… 特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較  
第173号 2010年12月発行…… 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—  
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

## 海外社会保障研究 投稿規程

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

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿の際には、この中からひとつを選択し、原稿の最初に明示してください。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。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性（分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られたりしていることから容易に導き出せるものではないこと）、有用性（内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること）を基本に、おおむね以下のようなものとします。  
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの（図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字）。  
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの（同：12,000字）。  
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの（同：8,000字）。
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」、及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3  
日比谷国際ビル6階  
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係  
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816  
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

## 研究所機関誌のホームページ掲載について

1999年9月より、機関誌3誌（人口問題研究、季刊社会保障研究、海外社会保障研究）の創刊号から直近にいたるバックナンバーのホームページ公開をはじめ、現在では多くのみなさんに利用されています。

近年、デジタルデータの著作権法の適用について、整備がすすみ、本研究所でも評議員会の助言を受けて、機関誌バックナンバーのホームページ掲載について、執筆者に御了解を得る手続きを2012年2月に郵送等で開始いたしました。

過去に御執筆いただいた方で研究所からホームページ掲載についてお願いの文書が現在もお手元に届いていない場合は、その執筆者の連絡先が不明となっていることが想定されます。

お願いの文書が届いていない場合でも、掲載された著作物について、引き続き研究所ホームページに公開することを御了解いただきたく、お願いを申し上げます。

もし、公開を不承諾の場合は、担当まで御連絡いただければ、ホームページから削除させていただきます。不承諾の御意向をいただく期限は原則2013年3月末までの期間とさせていただきます。期間内に不承諾の御連絡を頂けなかった場合は、御承諾いただいたものと考え、引き続きホームページで公開させていただきます。

御執筆いただいた研究成果を、一人でも多くの人々に紹介し、社会に還元するよう努めております。何卒、事情を御賢察の上、御協力いただきますようお願い申し上げます。

国立社会保障・人口問題研究所

お問い合わせ&不承諾連絡先  
情報調査分析部 坂東里江子

メール bando@ipss.go.jp

電話 03-3595-2988

FAX 03-3591-4818

著作権確認実施範囲：

人口問題研究 創刊号～67巻第4号（2011年12月刊）

季刊社会保障研究 創刊号～第44巻第1号（2008年6月刊）

海外社会保障研究 創刊号（海外社会保障情報）～第163号（2008年6月刊）

## 編集後記

平成15年に地方分権推進会議が「三位一体の改革についての意見」を出して、負担金だった公立保育所予算などが地方交付税化され、地方自治体の裁量のもと支出されることになった結果、サービスごとの地方の支出額がわかりにくくなった。一方、これから消費税率を上げた部分の税収はすべて社会保障の充実のためにつかわれることになっているから、増収財源を国と地方でどう配分するかは、どのように国と地方で社会保障の役割分担をしているかにかかってくる。国と地方の関係は、権限の違いだけでなく財源にも影響をうけるようになる。本特集は時代的要請を先取りして、先進諸国の社会保障における国と地方の関係を歴史的な背景も踏まえながら教えてくれている。

(Y.K)

## 編集委員長

西村 周三 (国立社会保障・人口問題研究所長)

## 編集委員

井伊 雅子 (一橋大学教授)

江口 隆裕 (筑波大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

加藤 淳子 (東京大学教授)

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)

廣瀬真理子 (東海大学教授)

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

伊藤 善典 (同研究所・政策研究調整官)

藤原 朋子 (同研究所・企画部長)

林 玲子 (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)

白瀬由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

酒井 正 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

暮石 渉 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第3室長)

竹沢 純子 (同研究所・企画部研究員)

## 海外社会保障研究 No. 180

平成 24 年 9 月 25 日 発 行

編 集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

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

印 刷 株式会社 弘 文 社

〒272-0033 市川市市川南2丁目7番2号

Tel: 047-324-5977

ISSN 1344-3062

●本誌に掲載されている個人名による論文等の内容は、すべて執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。