

困ギャップ率が低い（1位）のにもかかわらず、再分配後の貧困ギャップは6位となっており、貧困軽減政策の outcome からはよいとはいえない。日本の特徴として低所得層へのネット移転が比較的少ないことがわかった。また、日本では子どもをもつ世帯が貧困に陥った時に、所得移転が貧困脱却の手だてとなることが少ないことが示唆された。

D 考察

所得格差の動向には世帯構造や家族構造が大きく影響している。日本の場合、三世帯同居や成人未婚子が親と同居するケースなどが多いため、諸外国との比較においても十分な留意を払う必要がある。

税や社会保障などの再分配にまつわる負担と給付については、こうしたマイクロデータに基づく詳細な実態はこれまで明らかにされてこなかったことである。また、生涯ベースでの受給と負担の実態も、今年度の研究から明らかになった。

E 結論

国際的にみた日本の所得格差の状況を把握するには、もととなる統計の調査対象、所得の定義、世帯人員の調整法等を詳細にコントロールすることが重要である。1990年代において日本の所得格差は拡大したが、それは主に世帯構造の変化によるところが大きい。税や社会保障による個別の再分配については、格差縮小効果が小さいものもあった。また、生涯ベースでみると再分配効果が減殺されていることも明らかになった。日本の再分配政策の特徴を捉える上では、諸外国との比較は有益である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

共同研究 1

「社会保障改革の動向に関する国際情報ネットワーク開発」

(平成 11～13 年度)

厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業

「社会保障の改革動向に関する国際共同研究」

共同研究1：「社会保障改革の動向に関する国際情報ネットワーク開発」

近年における OECD 諸国の社会保障改革の動向

国立社会保障・人口問題研究所

阿部 彩

お茶の水女子大学人間文化研究科

田宮遊子

平成14年3月31日

1. はじめに

本稿は、先進諸国9ヶ国の過去3年間における社会保障分野での改革を整理し、その傾向と違いを日本の改革を年頭に分析したものである。本稿で使われた各国の改革の資料は、ベルテルスマン財団（ドイツ）の「リフォーム・モニター・プロジェクト(Reform Monitor Project)」が参加国15ヶ国からの報告をまとめたものである。国立社会保障・人口問題研究所は、日本からの参加機関として3年間にわたって日本の社会保障分野の改革動向の情報発信を行っている。15ヶ国の中から、本稿でとりあげた国は、アメリカ、イギリス、イタリア、オーストラリア、オランダ、カナダ、スウェーデン、ドイツ、フランスの9ヶ国である。これら9ヶ国から、3年間にわたって、計118の改革が報告された。「リフォーム・モニター」に報告された改革は、半年ごとに、それぞれの国の専門家がその期間に重要と思われる改革を選別したものであり、必ずしも、その国の改革をすべて網羅しているわけではない。しかし、これらの改革は、その国の社会保障の方向性を表す重要な道しるべであると言えよう。

本稿では、各分野別（年金、医療、児童・家庭、介護、公的扶助）に、改革の動向をまとめ、比較している。これらの国々の改革は、これからの日本の社会保障の方向性を定める上で、重要な材料であり、これをいち早くとりまとめ日本の政策立案の資料とすることが本稿の目的である。

2. 分野別の社会保障改革の動向

2.1 年金

まず、1999年から2002年にかけて行われた年金制度についての各国の改革内容をみると、概して人口の高齢化と経済成長の鈍化という人口構造上、社会経済上の変化への対応が必要であるとの認識の下で各種の制度改革が行われている。特に、戦後ベビーブーム世代が引退し、大量の年金受給者の発生を目前にひかえ、年金制度の持続可能性を確保するためのとりくみが緊急性をもって行われている。制度の枠組み自体の違いはあるが、各国共通の課題として高齢化社会に適合した年金制度のあり方が模索されているといえよう。以下では、年金制度における高齢化への各国の対策について整理していく。

高齢化への対応として各国が行っている改革は次の4つに大別できる。

- 1) 給付の引き下げと保険料の引き上げの試み
- 2) 高齢者の就労を促進し年金受給者を減らす試み
- 3) 積立方式部分の拡大の試み
- 4) 私的年金制度の整備・拡充の試み

である。

1) 給付引き下げと保険料引き上げ

まず、第一のグループは、現行の制度の枠組みは大きく変更せずに、給付の引き下げ、または保険料の引き上げを行った国々である。この方法は、高齢化による公的年金財政逼迫への最も直接的な対応といえよう。このグループに属するのは、日本とカナダであり、両国とも年金制度の報酬比例部分の給付削減を行っている。

カナダにおいては、給付の引き上げは最小限にとどめ、保険料の引き上げを行うことによって財源の長期的安定を図っている。カナダの公的年金の一部が、賦課方式から積立方式に移行することにも伴い、保険料の引き上げは不可欠となっている。保険料率については、1996年には5.6%（労使合わせて）だったのを2003年に9.9%まで引き上げることが決定されている。さらに、保険料が免除となる所得基準を固定（年\$3,500）し、今後引き上げを行わないことで、長期的に保険料収入を増やしていく方針である（カナダ、No.1/1999）¹。

2) 高齢者の就労促進

高齢者の就労を促進することで年金制度の支え手（被保険者）を増やし、同時に高齢者の年金への依存度を低めることを目的とする改革を行っているのがアメリカ、イタリア、スウェーデンである。高齢者が年金に依存する割合を低めることで、年金制度のプレッシャーを低め、将来的には年金財政への負担を軽減することを狙っている。

アメリカでは、2000年に「年配市民の就労への自由に関する法」が可決され、65歳から

¹ 以下、カッコ内は、「リフォーム・モニター」の報告番号。

69歳までの年金受給者に対する年金給付の収入テスト (earning retirement test) を廃止した。これによって、65歳から69歳の年金受給者に就労による所得がある場合でも年金給付額が減額されないことになった。この法の目的は、高齢者の就労を促進し、高齢者が年金給付ではなく就労によって所得を増やすことである (アメリカ、No.1/2000)。

イタリアでは、老齢年金の受給資格を有する者が就労を継続した場合、2年間は保険料が免除されることとなった。これによって高齢者の就労を促進すると同時に、年金財政の長期的安定を図ることが期待されている (イタリア、No.1/2002)。

スウェーデンでは、67歳まで就労を継続する権利を法的に認めた。この改革の第一義的な目的は高齢労働者の就業上の地位を保全することにある。スウェーデンでは従来、労使間の取り決めによって一般的には65歳、あるいはそれ以前が退職年齢とされており、労働者の意志により定められた年齢を超えて働きつづけることは難しかった。今回の改革は、退職年齢引き上げを義務化するのではなく、働きたい人は就労を継続できるような法的条件の整備を行ったものである。一方、この改革のもう一つの目的は、65歳を超えても自身の将来の年金給付額を増やすことを可能にすることである (スウェーデン、No.1/2001)。

もともと退職年齢が極端に低かったフランスにおいても現在、高齢者の就労を促進するために退職年齢の引き上げと保険料拠出期間の延長が審議されている (フランス、No.1/1999)。

3) 積立方式部分の拡大

さらに、いくつかの国においては、賦課方式から積立方式へ的一部移行である。この方式をとっている改革を報告したのは、カナダとスウェーデンである。

カナダでは、公的年金の報酬比例部分において基本的には賦課方式をとりつつも積立部分を拡大し、同時に株式による積立金運用を可能にしている (カナダ、No.1/1999)。またフランスにおいても、積立方式の導入が審議されている (フランス、No.1/1999)。

スウェーデンは、公的年金の一部を確定給付型から確定拠出型年金制度に転換している。この改革は、従来の基礎年金部分と報酬比例部分からなる制度にかわって、報酬比例給付に一元化した新たな制度枠組みを創設している点でユニークである。この改革によって、最低保障分とそれを上回る所得保障の双方を維持すること、さらに、給付と拠出の関係をより強くリンクさせることでインセンティブを高めることが期待されている (スウェーデン、No.1/1999)。

4) 私的年金制度の整備・拡充

一方で、多くの国では、公的年金の不十分な部分を私的年金によって補完することにより、高齢期の所得保障を行う制度が企図されている。企業年金や個人年金といった私的年金を整備・拡充することで高齢期の所得に占める私的年金の比重を増やし、高齢者の一層の所得保障を確保すると共に、公的年金に加わる圧力を回避することを意図している。

イタリアでは、企業年金、個人年金、生命保険の保険料及び保険（年金）給付について税制上の優遇措置を整備した。例えば、企業年金制度については、労使の保険料負担を 1 億リラ（5,400 ドル）まで税額控除とし、年金給付の利息分を非課税とした。生命保険については、長期保険的性格を有する商品に限って、掛け金の 19%（上限 250 万リラ＝1369 ドル）まで税額控除の対象としている（イタリア、No.1/1999・No.2/1999）。

ドイツでは、個人年金や企業年金を奨励し、公的年金の給付水準を引き下げることで毎年の年金給付額の増大を抑え、あわせて公的年金部分の保険料率の上昇を抑えることが期待されている。具体的には、個人年金や企業年金に対する税額控除を大幅に引き上げ、2002 年は最大 525 ユーロ、2008 年までには 2100 ユーロまでの税額控除が認められる。公的年金と私的年金をあわせて将来の年金受給者の年金水準を維持しようとしている（ドイツ、No.1/2000）。

しかし、私的年金の拡充と共に公的年金の役割を縮小させるという計画を、もっとも具体的に打ち出している国はイギリスであろう。イギリスで 1999 年に制定された「福祉改革と年金法（Welfare Reform and Pensions Act 1999）」は、ベバリッジ以降、最大の方向転換と言える（イギリス、No.2/1999）。この法の基本概念は、国による報酬比例部分の公的年金（State Earnings Related Supplement: SERPS）を廃止し、公的な最低退職後所得（Guaranteed Minimum Retirement Income）と、低所得者に対する第二公的年金（State Second Pension）、中・高所得者に対する私的なステイクホルダー年金に組み替えることにある。第二公的年金は、従来 of 付加年金に替わるもので、従前の制度よりも給付水準を引上げている。ステイクホルダー年金は、確定拠出型の私的年金である。ステイクホルダー年金、他の職域または個人年金の保険料は、3600 ポンドまで税制上の優遇措置を受けることができる。高齢期の貧困を防ぐ主なる主体は国家、最低保障を上回る部分については国家の調整のもと個人、雇用者、民間保険が行うという役割分担は、日本においても論じられる概念であるが、イギリスの改革で興味深い点は、低所得者への第二公的年金を充実することにより、すべての人が最低保障以上の年金を受け取ることができるように設計されているところである。

一方、401k など私的年金が発展しているアメリカでは、公的年金においても一部に個人勘定を導入する改革案が審議されている。保険料として積み立てた資金は政府が管理するが、投資対象は個人で選択できるようにする。現行制度では人種間格差が生じているという指摘がある。白人に比べてエスニック・マイノリティは平均寿命が短いため、年金給付に結びつきにくいというものだ。また、現在の給付水準を将来的に保証することは不可能ではないかとの指摘もあり、個人別年金勘定導入により、これらの問題の解消につながると思われる（アメリカ、No.1/2002）。

2. 2 医療

医療の分野においては、80-90年代より、医療費高騰のはどめをかけるための費用削減を目指す改革が各国の重要課題であった。一例はドイツである。ドイツにおいては、2000年より、医療費の上昇を抑えることを目的とした様々な規制（医療費の上限の設定、医療供給セクターの縮小、薬剤リストの設定等）が導入された（ドイツ、No.1/1999）。医療費削減の方法としては、日本においても、薬価基準の見直しや自己負担率の引き上げなど数多くの施策がとられていることは言うまでもない。このような中、医療費削減の一案として多くの国が政策として掲げているのが民間セクターの積極的活用である。例えば、従来、医療サービスの供給を国が主体となっていたスウェーデンやイギリスにおいても、サービスの一部を民間セクターに委ねる動きが報告された。また、公的医療制度を税法式で賄っているオーストラリアでは、医療保険の分野で民間の活用を促す改革が行われている。

一方、フランスでは、長年の医療費削減政策および貧困層の増大などから、医療保険に加入することができない人々の増加や低所得者の自己負担分の増加が、懸念事項となってきた。すべての人々が平等に医療サービスを受けられることができるという基本理念を再確認し、医療費が増大することとなっても、公的資源を使ってこれを支援しようという改革が始まっている。また、スウェーデンやアメリカでは、こどもを持つ世帯に対する医療給付をむしろ高めようという動きが出始めている。

1) 民間セクターの積極的活用

イギリスとスウェーデンでは、これまで公的セクターがほぼ独占的に供給してきた医療サービスの一部を民間セクターに委ねる動きが出てきている。これらの動きの背景には、上昇する医療費と病院の待ち日数を、効率のよい民間セクターを導入することによって解決しようという考えがある。イギリスでは、労働党がかつての路線から一転して、民間セクターの医療部門における役割の拡大を政策に掲げており、国民の信頼が薄らいでいるNHS（国民医療サービス）の改革を始めている（イギリス、No.1/2001）。スウェーデンにおいても、同様の動きが起こり始め、2000年の政府案において、公的部門に独占された従来の医療セクターの見直しを求める提案が出された。しかし、スウェーデンには、利潤目当ての民間部門が医療セクターに入り込むことに根強い反発があり、政府は、民間部門が入り込める医療分野と公的部門のみで供給する医療分野の線引きを行っている。例えば、2000年には、利潤目的の病院が緊急医療を行うことが禁止した規制が制定された（スウェーデン、No.2/2002）。

また、オーストラリアでは、医療保険における民間保険会社の役割を高める動きが報告されている（オーストラリア、No.1/1999 他）。オーストラリアは、税方式による公的医療制度を導入しており、外来サービスの85%、院内サービスの75%の医療費を国がカバーしている。個人は院内サービスの25%の自己負担分について民間保険を購入することが認め

られている。公的医療制度が税法式で賄われているため、政府はなるべく多くの人が民間保険に加入し、公的医療部門へのプレッシャーが弱まることを願っている。そのため、政府は、1998年に民間医療保険の保険料の30%を国が負担するという政策を打ち出した。さらに、1999年には民間保険会社が個人個人のリスクに応じて保険料を増減することを規制する法が制定された。これは、リスクが高い（医療費が高い）高齢者などに対して、民間会社が高い保険料を設定し、逆選択の現象が発生することを防ぐためである。リスクの高い個人をも、積極的に民間医療保険に加入させることにより、公的医療部門における支出の削減を目指している。

2) 普遍性の拡大

フランスにおいては、すべての人に対する医療サービスの普遍化をさらに真剣に取り組んでいる（フランス、No.1/1999）。フランスの医療は、一般被用者健康保険（CNAMTS）など主に職域による複数の医療保険によってカバーされている。しかし、若年失業者、小規模の自営業者、未亡人、社会扶助を受けていない貧困層など、国民の約1.2%の人々は医療保険に加入していない。そこで、1999年の医療改革では、これらの人々を含めた全国民をカバーする方法として、職域医療保険でカバーされていない人々を一般被用者健康保険でカバーすることとなった²。さらに、低所得者は、一般被用者健康保険が提供する追加医療保険に無料で加入することができるようになり、救急車サービス、病院サービスの他にも、入れ歯、眼鏡などの一定の医療機器が給付されることとなった。これらにかかる費用は、国が一般被用者健康保険に支払い、その財源は政府の一般財源と保険会社からの新税（ターンオーバーの1.75%）から賄われる。また、スウェーデンでは、1998年から、こどものある世帯の医療費の自己負担分をゼロとすることとなった（スウェーデン、No.1/1999）。

国民すべてをカバーする医療制度をもたないアメリカにおいては、医療保険に未加入の人々（特に子供とその親）を医療制度に取り組もうという改革が州レベルにおいて行われている。ウィスコンシン州では、従来連邦政府による低所得のための医療制度メディケア（Medicare）の受給資格を失う人が多くなったため、新しく州レベルでこどもを持つ低所得世帯をカバーする公的医療制度（"Badger Care"）が1999年から導入された（アメリカ、No.1/1999）。また、ニューヨーク州で1999年可決されたHealth Care Reform Act of 2000では、メディケアでカバーされていない子供とその親、小規模企業で働く医療保険でカバーされていない労働者など100万人の人々に医療保険を提供することとなった（アメリカ、No.2/1999）。

² これは、フランスに合法に居住するすべての人々を対象とする。代替案として、様々な医療保険を統合する医療保険の設立の案もあがっていたが、その案は棄却された。

2. 3 家族・児童政策

1) 育児休暇・保育施設：「フレキシビリティ」

就労と育児の両立に関しては、育児と就労の計画は、各世帯によって異なり、育児休暇をとる時期や育児中の就労形態などを各世帯が自由に選択できるようになるべきという認識が高まっている。例えば、「育児対策」は出生後まもない子供だけではなく、就学後の児童にも必要であるとの認識から、育児休暇をとる時期にも従来の固定された期間だけではなく個々の世帯の事情に合わせた期間にとることができるようになる動きが出てきている。換言すれば、育児制度に「フレキシビリティ」をもたせる方向性が見えてきている。例えば、イタリアでは、2000年3月より従来の育児休暇制度（子供が3ヶ月未満までは80%の所得保障、その後6ヶ月は30%、子供が1歳まで勤務時間短縮）を延長し、子供の年齢が最高8歳に達するまで育児休暇をとることができるようになった（3ヶ月までは80%の所得保障、3歳までの6ヶ月は30%、3歳から8歳までは無報酬）（イタリア、No.1/2000）。実質的な休暇期間や所得保障額は従来のままで、その時期を選べる期間が延長されたのである。育児休業制度にフレキシビリティを導入した点で画期的であると言える。また、イギリスでは、育児中の親の勤務時間短縮をもとめる労働者側と、それに反対する経営者側との間の妥協案として、フレックス・タイムの方向性が打ち出された（イギリス、No.1/2002）。2001年11月に発表された「仕事と親タスクフォース」の提案は、6歳以下の子をもつ親は勤務時間を変更する権利を有し、「特別な理由」がない限り雇用者はこれを拒むことができないというものである。ここにおいても、実質的な勤務時間は変わらずとも、勤務時間のフレキシビリティを高めることによって育児と就労の両立を支援しようという方向性が見える。

育児と就労を両立させる制度が比較的整っていると言われるオランダでも、育児制度をさらに柔軟化させる改革が行われた。まず、就学年齢に達した子供のための保育（育児）施設の必要性が認識され始め、1999年に政府は既存の保育施設の倍増を政策目標と掲げ、その増加施設の60%は就学年齢以上の児童を対象とすると発表した（オランダ、No.1/1999）。さらに、2001年には「仕事とケア法（Work and Care Act）」が制定され、子供や老親のケアのための休暇制度がよりフレキシブルになった。この法では、まず、短期期間ケア休暇制度が導入され、子供や配偶者、親などが病気などの際に最高10日間まで70%の報酬が保障されるケア休暇をとることが可能となった。また、災難休暇(Calamity)制度も導入され、家族の急病はもちろんのこと、突発的な水道工事などでどうしても家にいなければならない時など最高数日間まで100%の報酬で休暇をとることができる。また、育児休暇では、通常の勤務時間の13倍の期間の育児休暇（無報酬）が認められ、この期間は子供が8歳になるまでに最高3回にわけてとることができる。（オランダ、No.1/2002）

同じく育児制度が発展しているスウェーデンにおいても、2002年より「ペアレント（親）保険（Parent Insurance）」制度による育児休暇が450日から480日に延長された（うち1年間は報酬の80%、それ以後は均一の所得保障）。さらに、スウェーデンにおいては、「誰

が」育児休暇をとれるかについてもフレキシビリティを加え、実親がいない場合（片親世帯など）や実親が病気などの場合は、親以外の第三者が育児休暇をとることが認められた。これは、子供の実父ではない男性と暮らす女性など多様な世帯形態に応じるために設けられたものである。さらに、子供が小学校の就学期間中（6歳から11歳）は、1年間に1日学校参観などの行事に参加するための休暇が認められた。（スウェーデン、No.2/2000）

ドイツにおいては、2000年に育児休暇および給付の改正が行われ、育児休暇の3年目をその後子供が8歳になるまで保留することが認められるようになった（ドイツ、No.1/2000）。また、従来から育児休暇中にパートで働くことが認められていたが、その時間が週19時間から週30時間まで延長された。また、育児休暇中の給付においても、選択肢が広がり、子供が2歳になるまでの一定額か、子供が1歳になるまでの増額かを選ぶことができる。

このように、ヨーロッパの多くの国においては、「育児」をさらに柔軟にとらえ、育児休暇をとる時期（こどもの年齢）、誰がとるか、どのようにとるか、育児休暇中の給付額と期間などに、幅広い選択肢が設けられるようになってきている。特に、「育児」の期間については、就学前の子供のみならず、就学後の子供をもつ親にとっても、より仕事と家庭を両立できるような方向に改革が行われている。

アメリカ・カナダ：雇用保険と産休制度のリンク化

一方、カナダ・アメリカなど、家族政策が比較的発達していない国々においても、育児制度の延長の傾向が顕著である。アメリカにおいては、1993年の「家族および疾病休暇法（The Family and Medical Leave Act: FMLA）」による12週間の無報酬の育児休暇しか認められていなかったが、クリントン前大統領による1999年の大統領令によって、州政府は育児休暇中の収入の減少を失業保険からの支出によって補填する自由が認められた。各州がこのプログラムに参加するか否かは州政府に委ねられており、またその内容も州政府の決定によるところが大きく、この制度はまだ実験中ともいえるが、この法によって各州が育児中の所得保障を拡充する条件が揃ったといえるであろう（アメリカ、No.2/1999）。カナダにおいては、従来15週間であった産休と10週間であった育休が、合わせて50週（うち育休は最高35週間）まで延長された（カナダ、No.1/2000）。産休・育休中の所得保障は（報酬の55%か\$413/週の高いほう。低所得者は80%）、雇用保険のなかから支払われる。しかし、雇用保険にカバーされる雇用者の育休制度が充実する一方で、雇用保険にカバーされないパートタイム労働者や自営業者は改革の恩恵に与ることができないことから、批判の対象ともなっている。

2) 子供のある世帯の所得保障：社会保障から税制への移行

アングロサクソン諸国では、アメリカのEarned Income Tax Credit (EITC)を発端として、社会政策の一部を税制度によって行おうという動きも各国で見られる。イギリスの報告によると、社会保障給付費の引き上げよりも税制度における控除額の増額のほうが政治的な

反発が弱く、研究者らはこれを「ステルス再分配」と呼んでいる (UK No.1/2000)。税制によるターゲット層への給付のもう一つの利点は、従来の社会保障給付においては、受給世帯にスティグマや心理的コストが生じるが、税制による給付は他の世帯との区別がなく給付できることである。特に子供をもつ世帯に対する社会保障給付に関しては、税制の役割が拡大している。例としては、イギリスの「勤労世帯税クレジット (Working Families Tax Credit: WFTC)」³、Child Tax Credit、アメリカの「勤労所得税クレジット (Earned Income Tax Credit: EITC)」⁴、「児童税クレジット (Child Tax Credit: CTC)」⁴、オーストラリアの「第一子税控除 (The First Child Tax Refund)」などである。

アメリカにおいては、2001年に Economic Growth and Tax Relief Reconciliation Act が2001年にブッシュ大統領によって策定され、児童税額控除 (Child Tax Credit) が大幅に拡充された (アメリカ、No.1/2001)。従来、児童税額控除は、所得制限以下の子供のある世帯は子供一人あたり\$500⁴までの税額控除を受けることができる制度であった。2001年の改正によって、子供一人あたりの税額控除額は徐々に\$1,000 まで引き上げられ、さらに控除額の一部は還元可能 (refundable) となった。還元可能な税クレジット制度の主たるものは、既に1975年に制定されている EITC があり、これは主に子供を持つ勤労世帯を対象とし、最高約\$3700 ドルまでの還元可能クレジットが与えられる。AFDC/TANF が母子家庭のみを対象としているのに対し、EITC と CTC は子供を持つ低所得世帯すべてを対象としており、子供を持つ世帯への所得保障の目玉であることは多くの研究者の指摘するところである。

隣国カナダにおいても、既に80年代から普遍的な児童手当制度から、税制による所得制限付き制度への変換がなされている (カナダ、No.1/1999 他)。カナダは、1997年と2000年に「国民児童給付 (National Child Benefit)」を改正し、子供をもつ低所得者世帯への税制を通じた給付を拡大した。これは、従来の福祉 (公的扶助) 対象世帯への児童関連給付と福祉を受けていない低所得世帯との給付の格差を是正することを意図しており、児童政策を「福祉」から税制による所得制限付きの制度への変換をさらに促すこととなった。

イギリスでは、1999年から、「勤労世帯税クレジット (Working Families Tax Credit: WFTC)」が導入された (イギリス、No.1/2000)。WFTC は、アメリカの EITC と類似しており、こどもを持つ勤労世帯を対象とした税クレジットである。従来の「家族クレジット (Family Credit)」は、一定の所得を超えると給付がなくなってしまうため「貧困の罟」を内在していた。WFTC は、低所得勤労世帯においては、働く時間数が多いほど給付額も増え、また、保育費用などの給付も充実しているため、「福祉から労働へ (Welfare to Work)」政策の切り札として脚光を浴びることとなった。WFTC の導入は、こどもを持つ低所得世帯への支援を社会保障制度から税制度に移行する代表的存在となり、他にも Child Tax

³ イギリスにおいては、他にも Disability Living Allowance の就職にリンクさせた税クレジットへの返還、他の就職関連の税クレジットなど多くの税制を利用した給付制度が設けられている。

⁴ 控除額は、所得によって決定され、一定の所得以上の世帯については、控除額が減額される。

Credit、Disability Living Allowance などでも同様の動きがみられる。

また、オーストラリアにおいても、2002年から5年間の期限付きではあるが「第一子税控除」制度が導入された。これは、第一子出産のために離職した親は、前年の所得税の5分の1を最高5年間還元することができるというものである(オーストラリア、No.1/2002)。この制度は、所得制限はあるものの働く母親も働かない母親も対象とする児童手当(や児童税控除)と異なり、育児のために仕事を辞める母親を対象としているところが興味深い。これは、勤労している母親が育児を期に離職した場合の所得保障であり、その点で育児休暇中の所得保障と似ている。さらに、この制度は、休職のみでなく完全に離職した母親も対象としていること、それを税制度内で行っていることの2点からおもしろい試みといえよう。オーストラリアにおいては、この制度の他にも各種の被扶養者関連の社会保障給付や税控除を一括して行う「家族手当局 (Family Assistance Office)」が設立され、税制度と社会保障制度が事実上統合した1つの児童制度にとりまとめられた。

3) 所得保障と勤労インセンティブ

これと関連して、社会保障給付と勤労インセンティブの関係が問い直される動きが主にアングロサクソン系の国々でみられる。これは、所得制限がある社会保障給付においては、所得が制限に達すると急激に給付がうち切られるため、その所得においては非常に高い **Marginal Tax Rate** が生じ、勤労インセンティブが損なわれるという指摘に答えるものである。具体的には、社会保障として行われてきた所得保障給付から、労働とリンクした税控除制度への転換、また、多くの給付において、所得制限に所得が達した際に給付が100%カットされていた従来の制度から、徐々に給付を減らしていくテーパリング (tapering) の導入が例として挙げられる。例えば、先に挙げたオーストラリアの被扶養家族関連給付では、30%のテーパリングが導入されており、また、アメリカの EITC、イギリスの WFTC とともにテーパリングを伴う勤労世帯を対象とする制度である。

2. 4 介護

本稿で対象とする10ヶ国の中で、介護分野での大きな改革があったのは日本、フランス、スコットランド (イギリス) とオランダであった。傾向としては、介護にかかわる費用を保険方式で解決しようとする日本と、すべての人が必要な介護を受けられる権利を認め、国が国庫 (税) を使って介護費用をカバーしようとするフランスとスコットランドの対比が対照的である。

フランスの個人自立手当 (APA) は、日本やドイツの介護保険と異なり、フランスに合法に住む60歳以上の個人すべてに、普遍的な介護保障を国庫から行うものである (フランス、No.1/2001)。フランスでは、個人が自立した生活を送れなくなった時に国の介護保障を受けられることを「権利」と解釈しており、これまで地域ごとに行われてきた低所得の高齢者向けの福祉政策を国レベルで統一し普遍的なシステムを築き上げようとしている。その

点で、福祉から保険へ介護政策を移行させた日本とは、まったく逆のコンセプトといえよう。

同じように、イギリスのスコットランドでも、原則として無料の介護制度が2002年より導入された。「住宅」や「社会的」な介護は所得テストを伴うものも、通常の介護は100%カバーされる。スコットランドのこの改革は、イギリスの「The Royal Commission for Long-Term Care Report」が1999年に出した報告書の提案を実施するものであるが、イギリス全体の改革ではこの提案は受入れられなかった。しかし、地方への権限委譲が進んでいるイギリスでは、今回、スコットランドが独自にこの提案を受入れたことにより、他の地方との差が生じ、同様の改革が他の地方に波及する可能性がある（イギリス、No.1/2002）。

これと反対に、介護費用の増大にはだめをかけようとする動きがオランダのAWBZの改革である。AWBZは、長期入院や施設入所、高齢者施設などの費用をカバーする制度であり、保険料は所得税とともにすべての納税者から集められている。AWBZの1998年の改革は、介護の主導権を供給側から需要側に移行することにより高騰する介護費を抑制しようというもので、日本の福祉改革と似ている（オランダ、No.1/1999）。

2. 5 公的扶助：住宅扶助

公的扶助の分野では、意外に新しい改革は報告されていない。唯一報告されているのが、イタリアの最低所得保障制度であり、これは今までイタリアに保障されていなかった最低所得を新たに保障するものであった（イタリア、No.1/1999）。低所得者に関する政策としては、上記のイギリスのWFTCや、スウェーデンのこどもの医療費無料化など、こどもを持つ世帯など限られた対象者を設定する制度の拡充が目立った。これらについては、他節にて述べられているので、ここでは省略する。ここでは、今まで触れられなかった住宅扶助の分野について、二つの改革を報告する。

住宅扶助の分野では、アメリカとスウェーデンの二つの国からの報告があった。この二ヶ国は、住宅扶助政策において両端に位置する国であるが、この二つの改革はお互いに若干ではあるが中央に歩み寄る方向性がみえる。

まず、住宅扶助政策が比較的充実しているスウェーデンにおいては、補助の対象者を絞りこむターゲットイングの方向性がみられる。対象世帯として、こどもを持つ世帯がクローズアップされたほか、所得制限などもより厳格に行われるようになった（スウェーデン、No.1/1999）。一方、「権利」としての住宅扶助が充実しておらず、住宅扶助の受給資格がある世帯の3分の1から4分の1ほどしか実際に扶助を受けていないアメリカにおいては、州レベルで住宅扶助の拡充の動きがみられる。特に、アメリカにおける公的扶助（TANF）の削減に対応して、公的扶助から「自立」した世帯に向けての住宅扶助が不可欠であるとの認識が高まっている（アメリカ、No.1/2002）。

3. 考察

まず、年金について言及すると、各国の諸改革は全般的に公的年金制度と私的年金制度それぞれの役割を明確に差別化することで高齢化によって増大する財政上の負担の軽減を目指している。最低保障額は公的年金制度で、それ以上については私的年金制度で賄うことがこれからの高齢期の生活のあり方のモデルとして提示されている。再分配効果は極力最低保障額の部分にとどめ、最低保障を上回る分についてはできるだけ個人の就労による成果、個人の資産運用の成果を反映させようというものだ。

こうした「公」／「私」の役割の再構築の過程における諸改革に対して、低所得者層等私的年金へのアクセスが難しい人々への対応や受給権を守るための方策が十分とられているのかという問題がある。例えば、アメリカにおける個人別年金勘定導入と確定拠出型への移行をめぐる議論のなかで、低所得者層に対して十分な給付額となるかということについては懐疑的な意見が出されている。

また、個人が就労による成果を等しく上げられるように労働条件の整備は十分なされているのかという問題もある。例えば、若年者の失業やパートタイム化、労働市場におけるジェンダー間格差などの課題の解消への取り組みは、同時に進行すべき重要な課題である。

とりあえず他の政策領域とは一旦切り離して年金制度内で限定して考えれば、「公」／「私」の役割を再構築するにあたり、「公」と「私」にそれぞれどの程度ウエイトを置くかが焦点となろう。例えば、「公」が責任をもつ最低保障分の水準をどこに定めるか、最低保障分の受給資格要件はどの程度厳しくするかという問題がある。また、確定拠出型の私的年金制度における個人の運用損を国が補填するのか、税制による優遇措置はどの程度行うか、あるいは私的年金へは「公」は全く関与しないのかといった私的年金制度への「公」の係わり方の問題もある。「公」／「私」の役割の再構築過程において各国の「公」と「私」のウエイトの置き方は一様ではない。

次に、医療については、医療費の上昇を抑える様々な施策の中で、特に民間セクターの積極的な活用を期待している国々が散見された。一般に、民間セクターは公的セクターよりも効率がよく、費用削減に役立つと考えられている。そのため、イギリス、スウェーデンなどでは、医療費抑制とサービスの質の上昇の両方を民間セクターに期待している感がある。しかし、民間セクターが実際に公的セクターよりも効率的でかつサービスの質がよいかどうかは検討の余地があろう。日本においては、例えば、保育の分野などにおいて、利潤目当ての民間保育園のサービスの質が、公的保育園に匹敵するものか、下回ることはないかといった議論がおこっているが、同様の議論が、医療セクターについてもおこるであろう。また、オーストラリアのように、高所得者を公的医療部門からオプト・アウトさせる政策をとる国においては、その政策の長期的な影響を考える必要がある。高所得者とそれ意外の国民との間で、私的と公的という二つのセクターの隔離が進展しないか、高所得者が恩恵を受けていない公的医療制度は、長期的に政治的な持続性を持つのかどうか、などの問題に対して、オーストラリアがどう対処していくのか、日本にとっても大き

な参考資料となるであろう。

一方で、低所得者、こどもを持つ世帯といった「社会的弱者」に、手厚い医療給付を行う方向性もかいま見える。これは、医療の分野においても、社会保障制度が普遍的なものから、より、カテゴリカルなものに変容しつつあることを示唆しているといえよう。

家族・児童政策の分野では、就労と育児のありようの多様性が認識され、「フレキシビリティ」をキーワードとする改革が多く報告された。特に、就学前の子供のみではなく、子供が就学するようになってからも、育児と就労の両立を支援する仕組みが必要という認識は、ほぼ全ての国にてみられた。このように、育児をしながら勤労する親を支援する政策がより手厚くなる一方で、児童政策自体においては、こどものある世帯すべてをカバーする普遍的な児童手当制度（特に社会保障制度による）から、こどもがあり、しかも勤労している世帯のみを対象とする税制による優遇措置に変容しつつある流れがみられた。アメリカの EITC や、イギリスの WFTC がこの典型である。そこで、唯一、反対の方向性をみせるのが、オーストラリアであり、オーストラリアの「第一子税控除」は、育児のために離職する親を対象としているところが興味深い。

介護の分野では、高齢化に伴う介護費用の増大を、保険方式で解決しようという日本と、すべての人が必要な介護を受けられる権利を認識し、国が国庫を使って介護費用を捻出しようというフランスとスコットランドの対比が印象的であった。

9ヶ国、118の改革を全体として傍観してみると、普遍的な対象者、所得比例的な給付をベースとする「普遍的」な制度から、徐々に、対象者を絞り、低所得者又はこどもがある世帯など、カテゴリカルな対象者に「必要最低限」の給付を行い、それ以上のことは民間セクターに徐々に移管していくという方向性がかいま見える。また、社会保障の機能を社会保障制度のみならず、税制にもより委ねていく傾向が顕著である。これらの改革は、日本の今後の制度を検討する上で、貴重な資料となるであろう。

参考資料：

国立社会保障・人口問題研究所(2002) 『10ヶ国における社会保障改革の動向：平成11年～13年度』国立社会保障・人口問題研究所。

リフォーム・モニターHP

<http://www.reformmonitor.org>

共同研究2

「病院医療サービスの高度化のその経済効率性に関する実証分析」

(平成11～13年度)

厚生科学研究費補助金政策科学推進事業

「社会保障の改革動向に関する国際共同研究」

共同研究 2 : 「病院医療サービスの高度化とその経済効率性に関する実証分析」

虚血性心疾患治療の年次変遷；単施設データを用いた日米比較考察

橋本英樹 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室

野口晴子 東洋英和女学院大学社会科学部

金子能宏 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部

池田俊也 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

宮崎俊一 国立循環器病センター心臓内科

平成14年3月31日

はじめに

虚血性心疾患の治療は、当該疾病の有病率・死亡率の規模のみならず、その治療技術の飛躍的な開発・普及過程とそれが及ぼす医療経済的インパクトにおいても注目されている。虚血性心疾患の治療は大きく分ければ薬物治療、経皮的冠動脈手術（Percutaneous Coronary Intervention、以下 PCI）と冠動脈バイパス手術（Coronary-artery Bypass Graft、以下 CABG）の3つに分けられる。しかし PCI ひとつとっても 1977 年に世界で初めて施行され、本邦においても 1983 年に開始されて以来、その内容は大きく異なっている。当初、本研究班においてもそうした「新技術の普及」が及ぼす医療経済上の影響を検討することを予定したが、「新技術」の内容は臨床的にみても一枚岩のものではなく、90年代を通じて年々変化しつづけているため、「技術普及モデル」を適用しがたいことが明らかとなった。一方、このように目まぐるしく変化する技術をどのように現場の医師が採用・実施しているのかという、より基本的な情報が国内外において欠如していることから、日米のモデル病院から得られる情報をもとに記述的な検討を行うことを最終的に目標に掲げ直すこととなった。

虚血性心疾患の治療；臨床的変遷

PCI は当初 Percutaneous Ordinary Balloon Angioplasty (POBA)として冠動脈の狭窄部位をバルーンで拡張する治療としてスタートした。しかし POBA の抱えた問題として 30%に及ぶ再狭窄率、1-5%の確率で発生する急性冠動脈閉塞などがあり、これを克服するためにいわゆる New Device の開発が 80 年代後半進められた。Stent や directional coronary atherectomy、Roterblator などの新手法が試みられ今日に至っているが、中でも Stent が 90 年代の PCI に大きな変化を及ぼしたといっても過言ではないだろう。まず 1986 年に Self-expandable stent が開発・臨床応用されたが、期待されたほどの再狭窄予防効果が得られず、その後登場したバルーン拡張型 Stent が今日主流となっている。しかし Stent の最大の問題は亜急性冠動脈血栓症を起こしやすいことで、これを予防するために抗凝固剤の服用が必要となるため出血事故が多発した。従って Stent は当初 POBA で再狭窄を繰り返す難治例や急性冠閉塞の Bail-out を目的として限定的に用いられていた。ところが 1995 年ころを境にワーファリンを使わない抗凝固療法が確立され、また冠動脈内超音波検査の術中併用により亜急性冠動脈血栓症の予測がつくようになったことから、厳格な抗凝固療法を必要としなくなった。さらにそれまで亜急性血栓症を併発しやすいと考えられていたため禁忌とされていた急性心筋梗塞の超早期治療においても Stent が有効であることが確認されたことから、Stent の適応対象が一気に広げられた。1998 年ころから操作性が改良されたいわゆる第 2 世代 Stent が市場に出回るようになり、さらに Stent の使用頻度が高まっている。こうした背景から多枝病変や困難病変 (ACC/AHA 分類のタイプ C 病変など) については冠動脈の径が十分であれば積極的に最初から Stent を挿入すべきとする意見も多い。こうした傾向は臨床的な観点から見ると国際的に見て循環器専門医の間で相違は少ないと思われる。また Stent の導入についてはむしろ日本のほうが米国よりも関係当局の使用許可が早期に下りた経緯がある。

一方 CABG については、80 年代初頭に静脈グラフトの予後が芳しくないことが明らかになったことからより開存性の高い動脈グラフトを利用する臨床研究が優先された。内胸動脈や右胃大網動脈などを利用して大動脈に手をつけない手法などが確立してきたのに続き、90 年代半ばから低侵襲性手術 (MID-CABG) の開発や人工心肺を用いない手術 (いわゆる Off-pump 手術) が試みられるようになってきた。さらに CABG と同時に弁形成手術・左室縮小術を併用する手術なども専門施設においては件数が見られてきている。

検証する仮説について

上述した臨床的観点から見れば、

- 1) 95 年付近を境に Stent などの New Device の使用が非連続的に増加している。この傾向は日米を通じて同様に観察される。
- 2) New Device の普及に伴い、急性心筋梗塞や高齢者などの POBA では対応が難しかった症例などにおいて PCI 施行が増加している。この傾向も日米を通じて同様に観察さ

れる。

3) New Device の普及に伴い死亡率や合併症率などの低下が見られる。この傾向も日米を通じて同様に観察される。

4) New Device の普及と並行して、在院日数の減少が見られる。ことに米国においては 90 年代の Managed Care の趨勢と重なりその傾向が著しい。

などが仮説として用意される。

なお、本来【仮説 2】New Device 普及による PCI 施行率の増加を検討するには、母集団として PCI や CABG を受けていない薬物治療のみの患者群を想定できなくてはならない。米国側については Medpar を始めとするデータベースが存在することにより、外来治療や薬物治療に関するデータも入手できるが、日本側については該当するデータベースは存在しない。そのため、PCI もしくは CABG を初めて受けた患者について対象をしぼりこみ、其の対象疾患や対象年齢層が占める相対的比率を以って間接的な傍証を得るに止まらざるをえない。また、国家間比較や年次比較を行う上で患者の臨床的状态像の違いを考慮する必要がある。日本側データは臨床情報からの抽出であるため心機能を始め比較的詳細な臨床関連データが入手できたが、米国側データは保険データであり臨床的な詳細情報を含んでいない。当初 Propensity Score 法などを用いて患者ミックスの違いを調整した比較を行うことを考えていたが、こうしたデータの長所短所からその実施は断念せざるを得なかった。診断名として急性心筋梗塞とそれ以外の虚血性心疾患は明らかにその対応や予後が異なるため、急性心筋梗塞の有無による層化分析は行うこととした。

データ構造

米国側データの詳細については別途報告を参照されたい。日本側データとしては国立循環器病センター（以下 NCCH）心臓内科の協力を得て、1994 年 1 月から 1998 年 12 月までに同施設で施行された PCI ならびに CABG の全症例について臨床データならびに医療事務データから抽出された。基本属性（年齢・性別）、臨床病名（急性心筋梗塞か否か）、手術日、手術内容、使用 Device、入院日数、術後合併症の有無（PCI 症例のみ）、術後 1 年以内の死亡率、術後 1 年以内の入院日数総計などを得た。なお診療報酬点数についてはこれを直接さかのぼって得ることができなかったが、別途 PCI、CABG について 2001 年度の任意の数ヶ月分についてサンプルデータを入手し、それをもとに在院日数と処置をもとに入院診療報酬点数の推計を行う予定としている。今回の報告には推計結果は含まれていない。

結果

1) 基本統計

この期間に行われた PCI は総計 2235 例、うち 1336 例が初回 PCI であり、それ以外は 2 回目以降のものであった。期間中に最高 10 回の PCI 治療を受けたものが 2 例含まれていた。施行件数は年々増加傾向にあるが、男女比は変わらなかった。

表1 ; PCI 施行件数 性別

year	male	female	Total
94	309 81.10	72 18.90	381
95	331 80.54	80 19.46	411
96	352 83.61	69 16.39	421
97	404 82.11	88 17.89	492
98	430 81.44	98 18.56	528
Total	1826 81.77	407 18.23	2233

2 例欠損

一方、対象が 65 歳未満か以上かで分けたところ、年々 65 歳以上の高齢者が占める割合が高まってきていた。

表2 ; PCI 施行件数 年齢層別

year	<65 y.o.	>=65 y.o.	Total
94	231 60.63	150 39.37	381 100.00
95	223 54.26	188 45.74	411 100.00
96	217 51.54	204 48.46	421 100.00
97	244 49.49	249 50.51	493 100.00
98	248 46.88	281 53.12	529 100.00
Total	1163 52.04	1072 47.96	2235 100.00

CABG については総計 753 例、うち 745 例が初回 CABG であり、8 例が 2 回目の手術だった。CABG も年々施行件数が増える傾向にあるが、男女比では 4 対 1、また 65 歳以上症例の比率は 94 年を除いて 37—40% とほぼ一定であった。

表3 ; CABG 施行件数

year	Freq.	Percent	Cum.
94	128	17.04	17.04
95	134	17.84	34.89
96	149	19.84	54.73
97	163	21.70	76.43
98	177	23.57	100.00
Total	751	100.00	