

公費も15.8%を占めている⁸⁾。社会保険方式で運営される中、税財源も相当な地位にあることが分かる。これらの合計である公的な負担割合は8割を超え、3カ国の中で最も高い。私費は家計支出がほとんどであり、17.3%となっている。韓国の場合、社会保険の割合は41.6%、公費の割合は11.0%と公的な負担割合は52.6%にとどまる。私費のうち家計支出は38.1%を占めるが、民間保険も3.4%を占めている(表2)。

3カ国の医療費の財源構成に共通して見られるのは、私費の割合が相当な水準に上ることである。わが国と同様に、カナダや韓国でも所得格差が存在する。OECDの資料等⁹⁾によると、3カ国の2000年～2005年頃の等価可処分所得のジニ係数は、おおむね0.31～0.33の水準にある。これは、OECD加盟国の平均(0.33)に近い水準にあり、3カ国は同じ程度の「格差社会」であるといえる。このことは、医療費(私費負担分)の負担能力に格差があることを意味する。各国の統計から、世帯所得

五分位別の医療費等の保健医療支出の消費支出に占める割合を見ると、カナダでは、この割合は第1五分位で4.0%である一方、第5五分位では2.0%と半分程度にとどまっている。日本はそれぞれ、4.7%、3.7%と1.0%ポイントの差、韓国はそれぞれ7.7%、5.1%と2.6%ポイントの差となっている。保健医療支出は、高所得層ほどよりよいサービスを求めるために支出金額自体が増加することも考えられる。しかし、消費支出に占める割合で見ると、低所得層ほど負担が大きくなっており、医療費負担能力の「格差」が明確に現れている(表3)。

3. 医療制度の分類と3カ国の位置づけ

カナダ、日本、韓国の医療制度には上記のような違いが見られるが、各国の医療制度の分類に関しては、さまざまな考え方がありうる。Gordon(1988)によれば、各国の医療制度は次の4つに大別することができるという。

表2 カナダ・日本・韓国における医療費の財源構成(2004年)

	公的財源			私費			
	社会保険	公費		家計支出	民間保険	その他私費	
カナダ	70.2%	1.5%	68.7%	29.8%	14.6%	12.8%	2.4%
日本	81.7%	65.9%	15.8%	18.2%	17.3%	0.3%	0.6%
韓国	52.6%	41.6%	11.0%	47.4%	38.1%	3.4%	5.9%

注：公費とは、社会保険制度以外からの政府部門からの支出を意味し、ここでは公的財源の割合から社会保険の割合を引いて求めた。なお、日本の場合、社会保険制度に公費負担が入っており、それを考慮した公費の割合は厚生労働省「国民医療費」で見ると、2004年度で34.8%となる。

資料：OECD、「OECD Health Data 2007」より作成

表3 カナダ・日本・韓国における消費支出に占める保健医療支出の割合(世帯所得五分位別)

	第1五分位	第2五分位	第3五分位	第4五分位	第5五分位
カナダ(2005年)	4.0%	3.8%	3.3%	2.5%	2.0%
日本(2006年)	4.7%	4.8%	4.3%	4.1%	3.7%
韓国(2006年3月)	7.7%	6.1%	5.3%	4.7%	5.1%

注：国名の()内は調査時点。日本の家計調査は総世帯ベース(単独世帯を含む)

資料：カナダ統計局資料、日本は総務省統計局「家計調査」、韓国は韓国統計庁「家計調査」

- ①伝統的な疾病保険制度 (Traditional sickness insurance)
- ②国民健康保険制度 (National health insurance)
- ③国民保健サービス制度 (National health services)
- ④混合型制度 (Mixed systems)

①は、ドイツ、オランダ、フランスといったヨーロッパ大陸諸国に多く見られる伝統的な社会保険方式の医療制度である。保険者は職域を基盤とした複数の「疾病金庫」が分立する形態をとることが一般的である。日本は地域保険である国民健康保険を基盤とする皆保険体制をとっているが、基本的にこの類型に属しているものと考えられる。近年の市町村合併等の結果、保険者の数は減少傾向にあるが、それでもなお3,000を超える数の保険者が分立している。その一方で、保険給付の内容等については制度間の差違はほとんどなく、②に近い要素も含んでいると考えられる。次に、②は、カナダの Medicare を典型とする、一国レベルでの統一的な医療保険制度である。韓国は、従来は日本と類似した①のタイプの分立型の社会保険医療制度であったが、2000年7月のいわゆる「統合改革」(Integration Reform)によって、複数の保険者分立の状態から国民健康保険公団に一本化が図られ、②の類型に移行したと考えることができる¹⁰⁾。ただし、財源的にはカナダが税方式であるのに対し、韓国は社会保険方式であるという相違がある。また、③は、イギリスを典型とする、いわゆる NHS (National Health Service) タイプの制度である。この場合、医療需要(財源面)のみならず、医療サービスの供給についても国が主要な役割を果たしている。こうした基本性格は、いわゆるサッチャー改革後においても基本的に変わっていない。最後に、④はこれらの混合型であり、Medicare および Medicaid という公的制度と民間保険が並立しているアメリカがこれに相当すると考えられる。この

4分類においては、カナダ、日本、韓国の3カ国は①ないしは②の類型に属していることになる。

また、今回の高齢化とヘルスケア (health care systems in diversified and aging societies) という課題との関連では、高齢者介護の問題にどのように取り組んでいるかも各国の制度の在り方を考察する上で重要である。日本は、ドイツの介護保険制度に倣い、2000年4月に公的介護保険制度を導入した。そして制度創設後5年目に当たる2005年に一定の見直しが行われたが、医療保険制度や福祉制度から独立した社会保険方式の制度によって高齢者の介護問題に対応するという基本的な性格は変わっていない¹¹⁾。一方、韓国は、2008年7月から介護保険制度を導入することが予定されている。これに対し、カナダの場合は、伝統的な医療および福祉サービスによって高齢者介護の問題に対応しようとしている¹²⁾。

カナダ保健法(Canada Health Act)は、Medicareの運営に当たる各州政府が連邦政府から満額の補助金を受けることができるための各種の要件を規定している。その中で、次の5つが基本的な基準として挙げられている¹³⁾。すなわち、a) 公的運営基準 (public administration)、b) 包括性基準 (comprehensiveness)、c) 皆保険基準 (universality)、d) ポータビリティ基準 (portability)、および e) アクセス基準 (accessibility) である。これらの基準は、カナダのみならず、基本的には日本および韓国の医療保険制度にもあてはまる要件であると考えられる。さらに、以上の5つの基準に加え、カナダの Medicare については、次の2つの規定が適用されている。すなわち、i) 混合診療禁止 (no extra-billing) および ii) 患者一部負担禁止 (no user charges) である。カナダにおいては、混合診療や患者一部負担は、医療サービスを受けようとする人々に対する(経済的)障害とみなされ、上述したアクセス基準に反するものと考えられている。これに対して、日本および韓国は、これら

の規定に関して明らかにカナダとは異なった政策スタンスを取っている。日本の場合、混合診療は、保険外併用療養費の場合を除いて原則として禁止されている。また、患者の一部負担は、少なくともこれまでは、医療費適正化対策として活用されてきており、国民医療費総額の14%を占めるに至っている。韓国の場合、上述したように、日本以上に患者一部負担は医療財政上重要な位置を占めている。こうした患者負担の問題については、一般的なアクセス基準や特に低所得者への影響から医療における公平性を損なうという考え方がある一方で、患者負担をなくすことは、明確な価格シグナル機能の欠如につながり、消費者のモラル・ハザードや医療サービスの過剰消費につながるという考え方もある¹⁴⁾。カナダと日本および韓国は、この点では明らかに異なった見解を取っているように見える。

4. 3 各国の医療制度のパフォーマンス評価

WHO (2000) は、加盟 191 カ国の医療制度のパフォーマンスについてランク付けを行ったことで有名である。表 4 は、いわゆる G7 諸国および韓国の医療制度に関する WHO の全般的評価を示したものである。

これを見ると、カナダおよび日本は相対的にかなり良好なパフォーマンスを示していると評価されていることが分かる。全体的な目標の達成度では、カナダおよび日本はいずれもベストテンに入っている。韓国も、加盟 191 カ国の中では、上位 20 ~30%以内にランクされている。しかしながら、こうしたランキングは、必ずしも実態を反映したものではないという批判は当然ありうる。また、評価の基礎となったデータは 1997 年のものであり、この 10 年間で医療の状況に大きな変化が起こっていることもありうる。特に韓国の場合、近年の抜本的な医療制度改革の動向等を踏まえれば、その

表 4 WHO による各国医療制度の評価
(1997 年時点、191 カ国中順位)

国名	全体的目標到達度	全体的な医療制度のパフォーマンス
カナダ	7 位	30 位
フランス	6 位	1 位
ドイツ	14 位	25 位
イタリア	11 位	2 位
日本	1 位	10 位
韓国	35 位	58 位
イギリス	9 位	18 位
アメリカ	15 位	37 位

資料：WHO、“World Health Report 2000”より作成。

位置が大きく改善している可能性がある。

OECD (2001) によれば、日本の医療提供体制については、「機能分化と標準化の欠落」という大きな問題があるとされている。例えば、病院と診療所は機能が分かれておらず、地域の医療において協力・連携するというよりはむしろ互いに競合する関係にある。診療所が病床を有するケースも少なからずある一方で、病院も通常大きな外来診療部門を有している。近年に至るまで「医薬分業」も十分ではなく、医師は医薬品の処方・調剤によって大きな収益を上げてきた。こうした状況は基本的に韓国も同様であり、2000 年 7 月のいわゆる「分離改革」(Separation Reform)によって、ようやく医薬分業が達成された¹⁵⁾。日本における 2006 年のいわゆる「医療制度構造改革」は、基本的にこうした医療における機能分化と標準化を推進する方向の改革であると考えられる。

5. 医療分野における diversification

ここで、医療分野における diversification の問題について考えてみよう。まず、医療サービスに対する需要面に関しては、一般に医療サービスは急性期医療と慢性期医療に大別される。その構成割合は、疾病構造の変化に応じて変化する。介護サービスに対する需要は多くの先進諸国において増大

しつつあるが、これは人口の高齢化のみならず、家族構造や特に女性の役割の変化に基づくものである。一方、在宅医療サービスに対する人々のニーズには大きなものがあるが、実際の医療費の配分は施設サービスに偏したものとなっている¹⁶⁾。近年の医療をめぐる議論において、QOL (Quality of Life) は、キーワードの1つとなっており、従来のサービス提供「量」から、提供される医療サービスの「質」がより問われるようになってきている。また、予防医療や健康増進に対する人々の関心も高まってきている。こうした変化はすべて当該社会における個人の価値観（の変化）に基づくものであり、医療政策はこうした多様化する人々のニーズに適切に応えるものでなければならない。

一方、医療サービスの供給面に関しては、限りある希少な資源の配分が問題となる。入院医療と外来医療、施設サービスと在宅サービスの間の適切な組合せが求められる。日本および韓国においては、医療サービスの提供は、非営利ベースの民間供給主体によって主として担われてきた。このことは全体として効率的な医療サービスの提供につながってきたと考えられるが、他方で、近年における所得格差の拡大傾向等を考慮すれば、国立および自治体立病院を含む公的な供給主体の役割および機能も重要である。こうした面における官民の役割分担が求められる。また、伝統的なパターナリスティックな医療は、次第に消費者重視の医療に置き換えられてきている。その場合、医療における情報の非対称性の問題をどのようにして克服するかが課題である。政府や保険者、非営利機関等重層的な主体による適切な情報開示を推進することが求められている。

最後に医療費負担、特に家計による負担について考えておきたい。すでに述べたように、3カ国には医療費の負担能力の「格差」が存在する。このことは、同じ疾病にかかっても低所得層にとっては、医療費負担が重く感じられ、結果として低所

得者には健康状態が良くない者が多くなるという、「健康状態」と「所得格差」がリンクした状態につながりかねない。そのため、医療費の負担の在り方について、所得格差に配慮する必要があるものと思われる。カナダの場合、民間保険の普及率が高く、2000年で65.0%となっている¹⁷⁾。その一方で保険給付対象の拡大も重要な政策課題であり、2002年のロマノウ報告は¹⁸⁾、薬剤費や在宅ケア等を給付対象にすることを勧告している。薬剤費については、州政府が補助する制度を設けている¹⁹⁾。患者の一部負担に関しては、日本では低所得者への配慮が行われている。例えば、現役並みの所得がある高齢者は3割負担である一方で、低所得の高齢者は1割負担とした上で一般の高齢者よりも低い一部自己負担の限度額が設けられている。韓国では、一部自己負担はわが国よりも高くなっているが、地方の医療機関や高齢者に対しては一部自己負担を軽減する等の対応を取っている。このように、高齢化の進行や所得格差が存在する中、現在の仕組みの中で医療費の負担における多様な人々への配慮が重要であることが共通しているものと思われる。

6. 結論

カナダ、日本および韓国の医療制度については、多くの共通点が存在する。中でも、まず第1に、これらの3カ国は、イギリスのようなNHSでも、アメリカのような民間保険中心型でもない、公的な皆保険制度を採用していることが大きな特徴である。医療制度は、結局、当該制度を成立させている社会の基本的価値観に基づくものであり、これらの3カ国はその点でも多くの共通点があるものと思われる。その一方で、各医療制度は、それぞれ固有の特徴を有している。例えば、日本および韓国は、患者一部負担を医療費抑制政策として活用するとともに、消費者のコスト意識を重視す

る政策をとってきたのに対し、カナダは、患者一部負担はアクセス基準に反するとして、原則としてこれを排除してきている。また、保険者に関しては、韓国が2000年7月以降単一の統合された保険者に移行したのに対し、カナダおよび日本は複数の保険者システムを維持してきている。

第2に、これらの3カ国の医療制度をめぐる基本的な環境の変化は、多かれ少なかれ共通であるように思われる。高齢者人口の増大および出生率の低下は、そのベースは異なるものの、これら3カ国に共通した高齢化ないしは高齢社会をもたらしている。そして、高齢化は医療および介護ニーズの在り方に大きな影響を及ぼしている。日本はすでに独立した公的介護保険制度を導入しており、韓国もこれに追随しようとしている。その一方で、カナダは伝統的な政策を維持しようとしている。また、人口高齢化に加えて、人々の医療に対するニーズの多様化も重要である。政策立案者は社会の多様化するニーズに対して敏感に対応しなければならない。その場合、異なったニーズと利害を有する人々の間に合意を形成するためには、エビデンスに基づいた政策形成がますます重要となっていく。

第3に、3カ国においては、それぞれの社会における諸変化に対応して、今後とも医療制度改革を継続していくことが求められている。その場合、各国の置かれた状況や背景の相違を考慮に入れながら、それぞれの国の改革の経験からお互いに学びあうことが有益かつ有効である。長期的な医療政策の方向性は、基本的に3カ国共通であり、今回のような比較研究を通じて、多くを学ぶことができるものと思われる。

謝辞

本論文は、2008年2月16日にカナダ大使館で行われた、カナダ・日本・韓国3カ国社会保障研究プロジェクトのシンポジウム「多様化する高齢社会にお

ける医療、仕事と家庭の両立および所得再分配のあり方」での報告原稿(Reorganizing Health Care Systems in Diversified and Aging Societies, Trilateral Social Policy Research Project: Canada, Korea and Japan, February 2008)を元に加筆・修正を加えたものである。シンポジウム当日に有益なコメントをいただいた参加者の方々および関係者の方々にはこの場を借りて厚く御礼を申し上げたい。

なお、本論文の作成にあたっては、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究(H19-政策-一般-021)」より助成を受けた。

注

- 1) 医療費を増大させる要因としては、医療技術の進歩が大きいとされている(Newhouse (1992))。
- 2) この点については、厚生省(1999)で言及がある。
- 3) 日本の平均受診回数は13.8回であるが、これについて、UNESCAPの専門家会合であるExpert Group Meeting (EGM) on "Strengthening Health Systems for Economic Growth and Achieving MDGs in the Asian and Pacific Region" (2006年11月)での議論では、ユニバーサルカバレッジが達成された結果、医療サービスを受けやすくなったことを反映しているとしている。
- 4) カナダ保健省(2005)、城戸・塩野谷(1999)参照。
- 5) 韓国の医療保険制度の沿革、現状については、許・角田(2003)、国民健康保険公団(2007)が詳しいほか、詳細な情報は韓国国民健康保険公団webサイト<http://www.nhic.or.kr>を参照。
- 6) 詳細は尾形(2002)参照。
- 7) 医療費が増加トレンドをとった場合の推計。医療費を抑制した場合の2050年の対GDP比は、カナダ3.4%、日本8.5%、韓国6.0%となる。詳細はOECD(2006)を参照。
- 8) 日本の場合、社会保険制度に公費負担が入っており、それを考慮した公費の割合は厚生労働省「国民医療費」で見ると、2004年度で34.8%となる。
- 9) OECD雇用労働社会局作成の資料等による。
- 10) 韓国の医療制度改革については、OECD(2003)

を参照。

- 11) 日本の近年における介護保険制度および医療保険制度改革については、尾形(2006)を参照。
- 12) 各国の介護サービス提供制度については、OECD(2005)を参照。
- 13) Canada Health Act等の内容については、Health Canada web サイト http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2006-cha-lcs-ar-ra/chap_1_e.html を参照。
- 14) OECD (1995) p49を参照。なお、Manning and Marquis(1996)によれば、最適な患者自己負担比率は45%と推計されている。
- 15) OECD (2003) を参照。
- 16) 日本においては、国民医療費33兆円余のうち、在宅医療費は約2%程度の水準にとどまっていると推計されている。
- 17) OECD (2004) 参照。
- 18) 詳細は金子(2004)、岩崎(2003)、Commission on the Future of Health care in Canada(2002)参照。
- 19) 各州(準州を含む)の制度の概要は、以下のweb サイト <http://www.drugcoverage.ca> を参照。

参考文献

- 1) カナダ保健省(2005年)，“Canada’s Health Care System”。
- 2) 城戸喜子・塩野谷祐一(1999年)，“先進諸国の社会保障3 カナダ”，東京大学出版会。
- 3) 韓国国民健康保険公団(2007年)，“2007 National Health Insurance Program of Korea”。
- 4) 許棟翰・角田由佳(2003年)，“韓国の社会保障”，広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』，東京大学出版会，第4章。
- 5) 尾形裕也(2002年)，“日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性”，『海外社会保障研究』，第139号，2002年6月，pp.14-26。
- 6) OECD(2006)，“Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the main drivers ?”，Economics Department Working Papers No. 477。
- 7) OECD(2004)，“Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”，OECD Health Working Papers No. 15。
- 8) UNESCAP(2007)，“Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific

Policies and Actions within Health Systems and Beyond”，Asia-Pacific MDG Study Series。

- 9) 金子能宏(2003年)，“カナダの国民医療制度改革動向—連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望—”，『海外社会保障研究』，第145号，pp.53-67。
- 10) 岩崎利彦(2003年)，“医療保障制度改革への動向—王立カナダ医療保障将来委員会の最終報告書から—”，『けんぽれん海外情報』，第58号，pp.10-16。
- 11) Commission on the Future of Health care in Canada(2002)，“Building on Values: The Future of Health Care in Canada”。
- 12) Folland, Goodman, Stano(2006) *The Economics of Health and Health Care*, fifth edition, Pearson Prentice Hall。
- 13) Gordon, Margaret S(1988) *Social Security Policies in Industrial Countries*, Cambridge University Press。
- 14) Manning, Willard G. and M. Susan Marquis(1996) *Health Insurance: The Tradeoff Between Risk Pooling and Moral Hazard*, *Journal of Health Economics* 15 609-639。
- 15) OECD(1995) *Internal Markets in the Making: Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom*. OECD, Paris。
- 16) OECD(2001) *OECD Economic Surveys: Japan*, OECD, Paris。
- 17) OECD(2003) *OECD Reviews of Health Care Systems: Korea*. OECD, Paris。
- 18) OECD(2005) *Long-term Care for Older People*, OECD, Paris。
- 19) WHO(2000) *World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva。
- 20) 尾形裕也(2006年)，“2006年医療制度改革及び2005年介護保険制度改革”，医業・会計システム研究会編著『病医院の経営・会計・税務』，TKC出版。
- 21) Newhouse, Joseph P.(1992)，“Medical Care Costs: How Much Welfare Loss ?” *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No. 3, Summer, pp. 3-21。

(こじま・かつひさ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第3室長)
(おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授)

カナダの連邦児童給付制度の展開と日本への示唆

尾澤 恵

■ 要約

カナダの連邦児童給付制度は、児童扶養控除、家族手当、払戻型児童税クレジット、非払戻型児童税クレジットの諸制度のいくつかの組合せを経験して現在に至っている。本稿は、諸制度とそのさまざまな組合せを経験したカナダの連邦児童給付制度の展開とその意義を、家族手当法を廃止し、児童税給付を創設した1992年改正に焦点を当てて検討し、わが国への示唆を述べた。1992年改正では、(a)低所得世帯と所得の多くない世帯、特に就労低所得世帯への経済的支援の強化と、(b)児童給付の簡素化が目指されたが、2006年以降、これに逆行するような制度改正も行われている。カナダの連邦児童給付制度の展開は、扶養児童のいる世帯への経済的支援について、普遍性と累進性の関係、親の就労の有無と支援のあり方などを考えさせるものである。わが国の児童給付制度も、水平的平等だけでなく垂直的平等にも目を向ける必要がある。

■ キーワード

カナダの児童給付、児童手当（家族手当）、扶養控除、税額控除（税クレジット）、普遍性と累進性

I はじめに

わが国で児童手当制度が創設されたのは、1971年のことである（児童手当法〔昭和46年法律第73号〕）。一方、所得税法の児童に関する扶養控除の規定は、これより半世紀前から置かれていた（所得税法〔大正9年法律第11号〕第16条）。児童手当制度と税制上の扶養控除は、目的は異なるものの、「子育てに係る経済的な支援という機能面では」、「同様の機能を有するものと考えることができる」ため〔児童手当制度研究会 2004, p.49〕、両者の関係については児童手当法の制定時から議論が行われていたが、近年では、少子化という状況を背景にして議論が活発化している。2007年11月20日に決定した税制調査会の答申では、児童手当制度と税制上の控除の関係が特に問題にされたわけではないが、本文で「いわゆる『給付つき税額控除』（税制を活用した給付措置）の議論」という項

目を取り上げられ、「諸外国の実施状況等を参考にしながら、その制度化の可能性や課題について議論が進められていく必要がある。」と記載された〔税制調査会 2007, pp.15-16〕。児童手当制度と税制上の控除の関係については、かつては、児童手当制度と扶養控除の関係が問題にされていたが、現在は、扶養控除だけでなく税額控除も念頭に置く必要があり、その税額控除には、払戻（還付）型の税額控除と非払戻（非還付）型の税額控除があることから、検討しなければならない問題は複雑化している¹⁾。

カナダでは、1918年に児童扶養控除が導入され、1944年に家族手当法が成立した。カナダの連邦児童給付制度²⁾は、児童扶養控除、家族手当、払戻型児童税クレジット³⁾、非払戻型児童税クレジットの諸制度のいくつかの組合せを経験して現在に至っている。本稿では、諸制度とそのさまざまな組合せを経験したカナダの連邦児童給付制度の展開と

その意義について、家族手当法を廃止し、児童税給付 (Child Tax Benefit. 以下、「CTB」という。) を創設した 1992 年の改正に焦点を当てて検討し、児童手当制度と税制上の控除のあり方および両者の関係が政策課題の 1 つになっているわが国への示唆を考えたい。

II カナダ連邦児童給付制度の展開の概要

1 カナダの社会保障制度における連邦政府の位置づけ

カナダは連邦国家であるので、カナダ連邦児童給付制度の展開について検討する前に、社会保障制度に関する連邦政府と州政府の権限の分配について簡単に確認しておきたい。

現在、10 の州と 3 つの準州からなるカナダの国家としての始まりは、1867 年英領北アメリカ法 (*The British North American Act*, 以下、「BNA 法」という。) の制定により自治領カナダが誕生したことに遡るが、BNA 法における連邦政府と州政府の権限の分配の原則は、医療と福祉に関することは、もっぱら州と市町村 (municipalities) の責任であるというものだった (Guest 1997, p.8)⁴⁾。カナダで連邦政府が社会保障立法を行い、現在のような社会保障制度が確立していくのは、主として第 2 次世界大戦後のことであるが、所得保障の分野に連邦政府が関与し始めたのは 1920 年代後半のことであり⁵⁾、大恐慌が、社会保障の分野に連邦政府が本格的に関与する契機となった。

1935 年 3 月、連邦法の失業への対応を制度化する雇用および社会保険法 (*The Employment and Social Insurance Act*) が下院を通過したが、この連邦法は合憲性が問題になり、カナダ連邦最高裁判所は、1936 年、失業保険と医療保険を含むあらゆる種類の保険は、BNA 法第 92 条第 13 号の「財産権および私権」または同条第 16 号の「州におけるすべての、もっぱら地方的または私的性質の事

項」に基づき、排他的に州の管轄に属するものだとし [*Reference Re The Employment and Social Insurance Act*, [1936] S.C.R.427]、当時のカナダの最終上訴裁判所であった英国の枢密院も、これを是認した [*Attorney-General for Canada v. Attorney-General for Ontario*, [1937] A.C.355]。管轄権が排他的に州にあるとされた社会保険制度の分野では、その後 2 回にわたり BNA 法が改正され、連邦政府の権限が拡大された⁶⁾。

他方、社会保険制度以外の所得保障制度における連邦政府と州政府の関係は、BNA 法の改正ではなく、連邦政府と州政府の間の財政権限と行政権限の分配によって確定されてきた。1957 年の Angers 対連邦歳入庁長官事件判決 [*Angers v. Minister of National Revenue*, [1957] Ex.C.R.83] では、BNA 法第 91 条の「カナダの平和、秩序および正しい統治」のための一般的な立法権に基づき、連邦政府による家族手当制度の創設は合憲とされた⁷⁾。1992 年の改正時、連邦政府が児童給付を行う方法として、家族手当ではなく税制による方法を選択しなければならなかった憲法上の制約はなかったと言える。

2 カナダ連邦児童給付制度の展開の概要

表 1 は、カナダ連邦児童給付制度の展開の概要をまとめたものである。

制度の組合せに着目すると、カナダ連邦児童給付制度は、おおよそ次の 6 期に分けられる。すなわち、第 1 期は、児童扶養控除 (child tax exemption) が導入された 1918 年から、1944 年家族手当法が成立する 1944 年までの児童扶養控除だけの時期、第 2 期は、家族手当が導入された 1945 年から、払戻型の児童税クレジット (以下、「CTC」という。) が導入されることになる 1978 年までの児童扶養控除と家族手当の併存期、第 3 期は、CTC が導入された 1979 年から、児童のための非払戻型の税クレジットが導入され、児童扶養控除が廃止される 1988

表1 カナダ連邦児童給付制度の展開の概要

期	年	カナダ連邦児童給付制度の展開			制度改正時の首相(政党) ¹⁾	
		扶養控除および非払戻型税クレジット系列	家族手当系列	払戻型税クレジット系列		
第1	1918	1917年戦時所得税法(<i>The Income War Tax Act, 1917</i>)を改正するための法律成立(児童扶養控除導入) ²⁾			R.L. Borden (保守)	
	1944				1944年家族手当法(<i>The Family Allowances Act, 1944</i>)成立 ³⁾	W.L. Mackenzie King (自由)
第2	1945		1973年家族手当法(<i>The Family Allowances Act, 1973</i>)成立		児童税クレジットを導入するために所得税法を改正し1973年家族手当法を改正するための法律成立(CTC導入)	P.E. Trudeau (自由)
	1973					B. Mulroney (保守)
1978	1992年改正法成立(CTB導入。家族手当、児童のための税クレジット、CTC廃止)					
第3	1979	普遍的保育給付法(<i>The Universal Child Care Benefit Act</i>)成立(UCCB導入)	1998年予算履行法(<i>The Budget Implementation Act, 1998</i>)成立(CTB、CCTBへ移行)	J.Chrétien (自由)		
第4	1988		児童のための税クレジット(非払戻型)導入、児童扶養控除廃止	S.Harper (保守)		
	1992					
第5	1993	2007年予算履行法(<i>The Budget Implementation Act, 2007</i>)成立(非払戻型の児童税クレジット導入)				
	1998					
第6	2006					
	2007					

注：1) 「保守」=カナダ保守党(Conservative Party of Canada)、「自由」=カナダ自由党(Liberal Party of Canada)(日本カナダ学会編 2008, p.334)。

2) この間、児童扶養控除は、1942年から1946年までの間、一時廃止され(非払戻型税クレジット導入)、1947年に再導入(非払戻型税クレジット廃止)された。

3) この間、1964年に青年手当法(*The Youth Allowances Act*)が成立したが、同法は、1973年家族手当法により廃止された。

出典：Consultation Paper 1985, pp.17-19, Kesselman 1993, p.110, 2005年NCB報告書, p.6および法令資料等を参照し、筆者作成。

年までの児童扶養控除、家族手当および払戻型児童税クレジットの併存期、第4期は、児童のための非払戻型の税クレジットが導入された1988年から1992年改正までの、家族手当、払戻型児童税クレジットおよび非払戻型税クレジットの併存期、第5期は、CTBが導入された1993年から、普遍的保育給付(Universal Child Care Benefit、以下、「UCCB」という。)が導入されることになる2006年までの払戻型税クレジットに一本化された時期、第6期は、1998年にCTBから移行したカナダ児童税給付(Canada Child Tax Benefit、以下、「CCTB」という。)と、UCCB等の併存期(2006年～現在)の6期である⁹⁾。

カナダの連邦児童給付制度は、1992年改正により払戻型の税クレジットに一度は一本化されたが、その後2006年にUCCBが創設され、2007年には非払戻型の児童税クレジット等が導入されたため、現在は、払戻型の税クレジットであるCCTB、普遍的な給付であるUCCB、非払戻型の児童税クレジット等が併存する状況になっている。1992年改正は、連邦児童給付制度の集約と拡散の分岐点だと言える。以下、1992年改正に焦点を当てて、カナダの連邦児童給付制度の展開の意義について検討する。

Ⅲ カナダ連邦児童給付制度における1992年改正

1 1992年改正の概要

1992年2月25日、D.Mazankowski財務大臣は1992年度の予算案を提示し、同日、B.Bouchard保健福祉大臣⁹⁾は、「児童給付：カナダの新たに統合された児童税給付に関する白書(The Child Benefit: A White Paper on Canada's New Integrated Child Tax Benefit)」(以下、「1992年白書」という。)を公表した。そして、第34議会法律案第80号¹⁰⁾が提出され、同年10月15日、所得税を

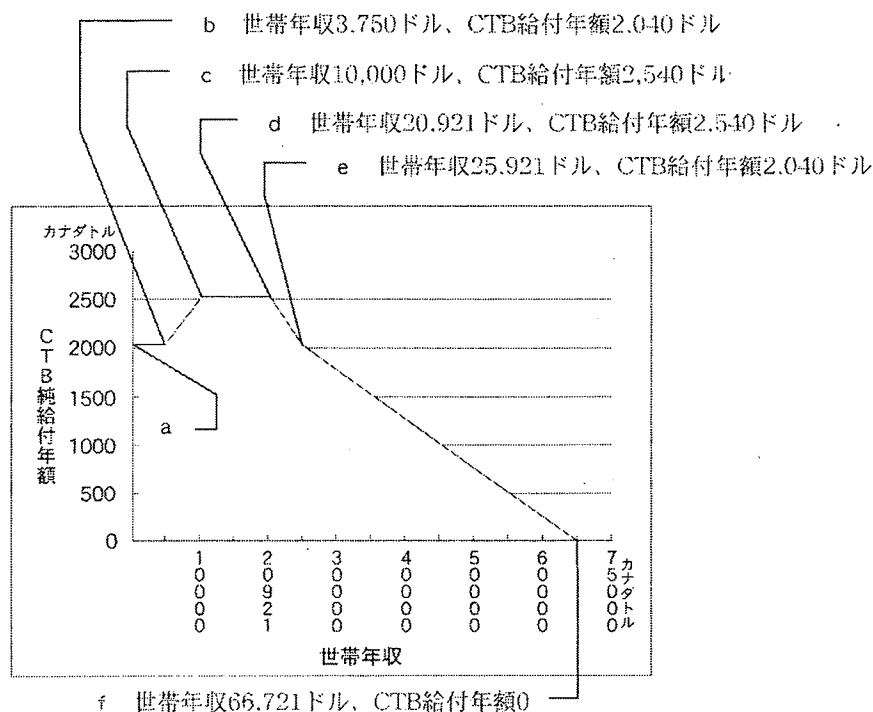
改正する等のための法律(*An Act to amend the Income Tax Act, to enact the Children's Special Allowances Act, to amend certain other Acts in consequence thereof and to repeal the Family Allowances Act, 1992*, c.48. 以下、「1992年改正法」という。)が成立した。これにより、1993年1月1日から、家族手当、CTC、児童のための非払戻型の税クレジットは、CTBに置きかえられ、扶養児童のいる低所得就労家族への付加的な援助を含む月ごとに支払われる1つの給付にまとめられるようになった。CTBの概要は、以下のとおりである¹¹⁾。

(1) 受給資格

CTBは、18歳未満の認定された扶養児童のために受給資格を認められた者(親等)に毎月支払われる非課税の給付である。認定された扶養児童1人につき、どの月も1人だけが受給者になることができる。受給者は、(a)認定された扶養児童と一緒に暮らし、(b)認定された扶養児童の世話と養育の第1の責任を引き受ける親で、(c)カナダに居住し、(d)その者かその者の同居の配偶者が、カナダ国民であるか、移民法で規定された永住者であるか、移民法で規定された訪問者または許可の保持者で、過去18箇月間カナダに居住していたか、移民・難民局の難民認定部によって認定された協定難民でなければならない。認定された扶養児童が母親と暮らしている場合には、母親がその児童の世話と養育の第1の責任を引き受ける親だと推定される。¹²⁾

(2) 給付

CTBの給付月額、税還付申請時に申請された世帯の純所得(受給者とコモンロー上の配偶者を含む配偶者の純所得の合計)と扶養児童の数に基づく。給付額は、世帯収入が一定額を上回ると漸減する。図1は、1993年1月現在の7歳以上の扶養児童が2人いる片稼ぎ両親世帯のCTBの給付年額を示したものである。



注：7歳以上の扶養児童が2人いる片稼ぎ両親世帯の場合（1993年1月現在）
 出典：本稿注11に掲げた資料を参照し、筆者作成。

図1 CTB 給付年額

CTBの給付月額は、(a)基礎給付年額と、(b)低所得就労家族に年500カナダドル（以下、「ドル」という。）（約5万円）¹³⁾まで支払われる就労所得補足（the earned-income supplement）、(c)扶養児童1人につき年213ドル（約2万円）まで支払われる保育に関する追加給付の合計(A)から、世帯年収が25,921ドル（約233万円）を超えた場合に適用される減額分(B)を引いた年間合計給付額を12で割った額である。

$$\text{CTBの給付月額} = \frac{1(A-B)}{12}$$

上記定式の「A」は、下記(a)、(b)、(c)の合計である。

(a)の基礎給付年額は、1,020ドル（約9万円）に認定扶養児童の数を掛けた額と、75ドル（約7万円）に3人目以降の認定扶養児童の数を掛けた額

である。

(b)の就労所得補足は、世帯の勤労年収が3,750ドル（約34万円）を超えた額の8%（年500ドル（約5万円）まで）(C)である。ただし、世帯の勤労年収が20,921ドル（約188万円）を超えると、20,921ドル（約188万円）を超えた額の10% (D)が減額される (C-D)。

(c)の保育に関する追加給付は、年213ドル（約2万円）に7歳未満の認定扶養児童の数を掛けた額 (E)から、保育費用に関する所得税法第63条に基づく当該認定扶養児童にかかる控除総額の25% (F)を引いた額である (E-F)。

前記定式の「B」は、世帯年収が25,921ドル（約233万円）を超えた場合に適用される減額分で、世帯年収が25,921ドル（約233万円）を超えた額の5%（認定扶養児童が1人だけの場合は2.5%）で

ある。

例えば、7歳以上の扶養児童が1人いて、世帯年収が2万ドル（180万円）の家族のCTBの給付年額は、1,520ドル（約14万円）である。7歳以上の扶養児童が2人いて、世帯年収が4万ドル（360万円）の家族のCTBの給付年額は、1,336ドル（約12万円）である。¹⁴⁾

CTBの給付月額、子どもの誕生といった家族の変化を反映して調整される。受給者の前年の記録は、税還付申請時に申告される家族の年収等に基づき、毎年7月に更新される。CTBの給付水準等は、消費者物価指数が年3%を超えて変動した場合には、物価スライドされる。

受給者は、CTBを毎年申し込む必要はなく、CTBの額は自動的に計算される。CTBは非課税で、納税時に給付額の一部または全部に相当する額が取り戻されるようなことはない¹⁵⁾。

州政府は、CTBのうち基礎給付の部分についてだけ、標準的な給付額を変更することができる。アルバータ州は扶養児童の年齢に応じて給付額を変え、ケベック州は、扶養児童の年齢と数に応じて給付額を変えた。

(3) 財源と運営主体

CTBは、還付可能な税クレジットとして設計されており、給付は、連邦政府の整理公債歳入基金（Consolidated Revenue Fund）から行われ、運営は、カナダ歳入庁（Revenue Canada）¹⁶⁾が行っていた。

2 1992年改正の背景

表2は、1992年改正前後のカナダ連邦児童給付制度の概要を示したものである。1992年改正の前、連邦政府は、家族手当、CTC、児童のための非払戻型の税クレジットの3つの児童給付に年45億ドル（約4,050億円）を使っていた¹⁷⁾（1992年白書、p.3）。家族手当は、18歳未満の子どもがいるすべてのカナダの家族に、児童1人につき月約35ドル

（約3千円）（年約419ドル（約4万円））を給付していた。家族手当は課税対象の制度で、受給世帯（約370万世帯）のうち高所得の約60万世帯は、1989年以降、納税時に受給額の一部または全部に相当する額を返納することになるような仕組みになっていた（本稿注15参照）。CTCは、課税年度の終わりに、18歳以下の児童1人につき年601ドル（約5万円）まで行われていた払戻型の税クレジットで、約230万世帯が対象になっていた¹⁸⁾。児童のための非払戻型の税クレジットは、課税年度の終わりに、18歳以下の扶養児童1人につき年71ドル（約6千円。3人目以降の扶養児童については、倍額）が認められ、約330万世帯が対象になっていた。

これら3つの児童給付には、主として次の5つの問題点があったとされる（*Ibid.*, pp.3-4）。第1は、それまでの児童給付も低所得世帯に最も多く給付を行ってはいったが、低所得世帯への支援はそれでも不十分であったこと、第2は、3つの児童給付制度は、受給要件や給付時期などが異なり、制度がつぎはぎで不便だったこと、第3は、家族手当は個人の所得に応じて給付されていたため、世帯の総所得がほぼ同じでも給付額が異なることがあったこと、第4は、3つの児童給付制度は、子どものいる低所得世帯が働くことにした場合、雇用に関連する経費が生じるとともに、公的扶助の給付額が減る可能性に直面するという問題に対応していなかったこと、第5は、多くの家族にとってCTCは連邦から給付される児童給付の半分以上を占めていたが、多くの場合、CTCを満額受け取るまでに1年以上待たなければならず、毎月必要になる児童に関する支出に対応できなかったため、多くの家族が早期給付を受けるために本来なら受給できたはずの給付額の一部を放棄していたことである。こうしたことから、CTBは、(a)給付総額を増額し、増額した給付を低所得世帯と所得の多くない世帯に向けること、(b)就労低所得世帯への支援

表2 1992年改正前後のカナダ連邦児童給付制度の概要

	1992年改正前(1992年現在)			1992年改正後 (1993年現在)
	家族手当	CTC(払戻型 税クレジット)	児童のための 非払戻型税クレジット	CTB(払戻型 税クレジット)
受給要件 (適用要件) の概要	18歳未満の扶養児童 がいること	課税年度の終わりに18 歳以下の扶養児童が いること	課税年度の終わりに18 歳以下の扶養児童が いること	18歳未満の扶養児童 がいること
受給者 (適用者)	扶養児童の世話と養育 の第1の責任を引き受 ける親(通常母親)	家族手当の受給者また は受給権者	納税時に家族手当の受 給を申告しなければな らない者(世帯のうち 所得が高い方の親)	扶養児童の世話と養育 の第1の責任を引き受 ける親(通常母親)
受給世帯 (適用世帯) 数	約370万世帯	約230万世帯	約330万世帯	約310万世帯 ¹⁾
支給額(負 担軽減額)	児童1人につき 約35ドル/月(419ド ル/年)	原則として児童1人 につき601ドル/年(世帯 収入が25,921ドルを上 回ると漸減。7歳未満の 児童のための追加給付 あり)	児童1人につき 71ドル/年(3人目以降 の児童は倍額)	原則として児童1人 につき1,020ドル/年(世 帯収入が一定額を上回 ると漸減。7歳未満の 児童のための追加給付、 就労所得補足あり)
支給周期 (適用周期)	月1回	年1回	年1回	月1回
課税の 有無	課税(Clawback制度 あり)	非課税	非課税	非課税
物価 スライド の有無	消費者物価指数が年 3%を超えて変動した場 合のみ	消費者物価指数が年 3%を超えて変動した場 合のみ	消費者物価指数が年 3%を超えて変動した場 合のみ	消費者物価指数が年 3%を超えて変動した場 合のみ
連邦政府 の純給付 総額	19億ドル	22億ドル	4億ドル	49億ドル ²⁾

注：1) 1992年に家族手当の受給対象になっていた約370万世帯のうち、高所得の約60万世帯がCTBの受給対象から除外されることになるが、これらの世帯は、納税時に家族手当受給額の一部または全部に相当する額を返納するClawback制度の対象世帯とほぼ同じだとされる〔National Council of Welfare 1992, p.2〕。

2) 連邦政府は、5年間で1992年に行われていたよりも21億ドルの追加支援を行うとしていた〔1992年白書, p.1〕。

出典：1992年白書, pp.2-3, National Council of Welfare 1992, Woolley, et al. 1996, p.27等を参照し、筆者作成。

を強化すること、(c)ばらばらに行われていた児童給付を毎月支払われる1つの簡素な制度に整理することの3つを目指したとされる〔Ibid., pp.1-2〕。

1992年改正は、予算案の提示から改正法の施行まで1年たらずで行われた。しかし、1992年改正の淵源は、貧困問題が政策課題として顕在化し、カナダの社会保障制度全般の見直しが行われ、多くの政府資料が出されるようになった1960年代後半から1970年代に遡ることができ、それが現実の制度として初めて現れたのは、1978年のCTCの導入だったと思われる¹⁹⁾。以下、CTCの導入後に児

童給付のあり方が本格的に議論されるようになった1985年以降の政府資料のうち、1985年1月に出された「児童と高齢者の給付(Child and Elderly Benefits)」と題された諮問書(以下、「Consultation Paper」という。)と、その後に出された関連する政府資料のいくつかおよび1992年改正時の議論を概観する。

(1) Consultation Paperの内容

1984年9月17日、B.Mulroney首相のもと、約5年ぶりにカナダ保守党政権が誕生した。同年11月8日、政府は、「カナダのための新たな方向：経

济再生のための計画 (A New Direction for Canada: An Agenda for Economic Renewal)』と題された声明 (以下、「Agenda Paper」という。) を発表した。Agenda Paper の基本原則は、(a)財政赤字と国の債務の削減、(b)経済成長のため、民間主導と市場を頼みにすること、(c)政府の規模と範囲を縮小すること、(d)“真にそれを必要とする人”に支援を向けるようにすることで、基本的な所得保障制度に関する政府の効率性と持続性を促進することだったとされる〔Moscovitch 1990, p.172〕²⁰⁾。これに先立つ連邦議会下院の選挙期間中の 1984 年 8 月 18 日、その後首相になる Mulroney 氏は、「普遍的な社会保障制度は、不可侵の託された任務であり、みだりに変更されることはない」²¹⁾と述べ、多くの人は、保守党は社会保障制度を変えずに改革を行うのだと受け取っていたので、Agenda Paper は、社会保障政策に関する連邦政府の公約に懸念をひき起こしたとされる〔Moscovitch, *op.cit.*, p. 173〕。こうした中、1985 年 1 月に J.Epp 保健福祉大臣の名前で出されたのが、Consultation Paper である。これは、Agenda Paper により提起された児童と高齢者の給付に関する協議過程への国民の参加を助けるために作られたとされる〔Consultation Paper, p.1〕。

Consultation Paper は、冒頭で、「1. 普遍性 (universality) の概念はカナダ社会のセーフティネットの根本原理であり、その維持は問題にされてはならず、異議を唱えられることはない。」「2. 選別的な (selective) 給付制度の適格性を認定するのに、ミーンズ・テストの概念は適切ではない。CTC、補足所得保障 (Guaranteed Income Supplement: GIS ²²⁾) などの制度の受給資格は、今後も課税対象所得に基づいて決められる。」「3. 制度の変更から生じ得る節約分は、財政赤字の削減のためには使われない。」という児童と高齢者の給付の検討に際する 3 つの原則を表明し〔*Ibid.*, pp.5-6〕、結論部分でも、(a)「家族手当と老齢所得保障 (Old Age

Security: OAS ²³⁾) の普遍性を保つこと」、(b)「選別的な給付制度の受給資格の認定の基礎として、今後もミーンズ・テストではなく所得テストを用いること」、(c)「制度の見直しから生じる節約分を、財政赤字の削減ではなく最もニードのある者の保護を含む社会目的の制度に使うこと」の 3 つの公約を確認している〔*Ibid.*, p.15〕。この Consultation Paper は、現行制度の公平性に疑問が生じていることなどを指摘し²⁴⁾〔*Ibid.*, p.8〕、児童給付について次の 2 つの改革案を示した。

A. 児童給付の再配分に関する諮問案 (Consultation Option) 〔*Ibid.*, pp.26-27〕

これは、家族手当は 1985 年の水準 (児童 1 人につき月 31.27 ドル (約 3 千円)) を維持し、児童扶養控除を廃止し、児童税クレジットを 1985 年の児童 1 人につき 367 ドル (約 3 万円) から 595 ドル (約 5 万円) に増額するとともに、CTC が漸減を開始する所得水準を 26,330 ドル (約 237 万円) から 20,500 ドル (約 185 万円) に引き下げるという案である。

この案が採用された場合の各世帯への影響は、世帯類型、児童の数、どの州に居住しているかによって異なるが、給付が増えるのは低所得世帯だけであり、所得の多くない世帯を含む大部分の世帯は給付を失うことが見込まれていた。また、児童扶養控除の廃止等により、1985 年に連邦政府は 8 千万ドル (72 億円)、州政府は 3 億 3 千万ドル (297 億円) の税収の増加が見込まれていた。

B. 児童給付の再配分に関する代替案 (Alternative Option) 〔*Ibid.*, pp.28-29〕

これは、家族手当を 1985 年の水準 (児童 1 人につき月 31.27 ドル (約 3 千円)) から児童 1 人につき月 20 ドル (約 2 千円) に減額し、児童扶養控除を児童手当の新水準と同じになるように減額し (児童 1 人につき年 710 ドル (約 6 万円) から年 240 ドル (約 2 万円))、CTC を 1985 年に支払われる児童

1人につき367ドル(約3万円)から610ドル(約5万円)に増額するとともに、CTCが漸減を開始する所得水準を26,330ドル(約237万円)から20,500ドル(約185万円)に引き下げるという案である。

この案が採用された場合の各世帯への影響は、世帯類型、児童の数、どの州に居住しているかによって異なるが、低所得世帯への給付の増額はA案よりも少なくなり、大部分の中所得世帯の給付額はほとんど変わらず、高所得世帯は、給付の減額はA案よりも少なくなるものの、ほとんどの給付を失うことが見込まれていた。また、児童扶養控除の減額等により、1985年に連邦政府は1億3千万ドル(117億円)、州政府は1億5千万ドル(135億円)の税収の増加が見込まれていた。B案(代替案)は、A案(諮問案)よりも変化が小規模であったため、「政治的により安全な児童給付改革」だと評されている〔Battle 1993, p.423〕。

(2) Consultation Paper 後の議論

①カナダ連邦議会下院の報告書

カナダ連邦議会下院の医療・福祉・社会問題に関する常任委員会は、Consultation Paperで提起された問題を検討し、1985年4月、報告書²⁵⁾(以下、「下院報告書」という。)をとりまとめた。同委員会は、冒頭で、(a)カナダの児童福祉に関する問題の管轄が主として州政府にあることを認識しているが、所得保障等の財政において連邦政府が主要な役割を果たしていること、(b)カナダ統計局によって1983年の世帯所得の中央値は30,895ドル(約278万円)だと推計されているが、カナダの世帯の半数の所得はそれ以下であること、(c)貧困状態で暮らしているカナダの16歳未満の児童の5人に1人(110万人)こそ、最も多くの支援を必要としている児童であること、(d)子どものいる女性の多くが経済的必要性から就労していること、(e)1981年には10世帯に1世帯(約59万世帯)が母子世帯であったこと、(f)社会全体が単親世帯やすべての

カナダの子どもを支援する責任を有していることなどを述べ〔下院報告書、pp.7-10〕、Consultation Paperでは取り上げられなかった単親に認められる配偶者相当控除(the Equivalent to Married Exemption²⁶⁾)と、保育費控除(the Child Care Expense Deduction)にも言及して当時の児童給付制度を概観した〔*Ibid.*, pp.11-17〕。そして、(a)カナダのセーフティネットの基本原則である「普遍性(Universality)」²⁷⁾、(b)低所得者が高所得者よりも多くの給付を受けるべきだという「累進性(Progressivity)」、(c)低所得世帯と中所得世帯の給付水準を現在よりも上げるべきだとする「適切性(Adequacy)」、(d)給付は常に生計費に完全に物価スライドさせるべきだとする「物価スライド方式(Indexation)」、(e)子どものいる世帯だけでなくすべての者が累進的で公平な所得税制度の中で公平な負担を行うべきだという「費用負担(Sharing of costs)」、(f)家族手当に所得税特別付加税を課すことが望ましいという証拠は見当たらないという「所得税特別付加税(Surtax)」(への反対)の6項目をカナダの児童給付制度の原則として挙げた〔*Ibid.*, p.19〕。

同委員会は、財政赤字を増やすような提案は受け入れられない、社会支出範囲を減少させないというConsultation Paperが示した2つの指針を受け入れた上で、参考人の意見では、Consultation PaperのA案(諮問案)の方向性が望ましいとされ²⁸⁾、B案(代替案)は受け入れがたいとする意見が多かった²⁹⁾と述べ、オンタリオ州に在住する扶養児童が2人いる片稼ぎ両親世帯の場合の新制度の望ましい特徴として、次の5点を挙げた〔*Ibid.*, pp.21-23〕。

- (a)低所得世帯は、Consultation PaperのA案(諮問案)が提案する最高給付額(1,940ドル(約17万円))程度以上の額を受給すべきであること³⁰⁾。
- (b)高所得世帯は、現在の課税後の給付額程度の額を家族手当から受給すべきであること³¹⁾。

- (c)平均的な所得の世帯は、現在受給している給付に匹敵する額を受給すべきであること³²⁾。
- (d)制度変更から生じる連邦政府の節約分は、第1に、上記(a)から(c)のために使われるべきであること³³⁾。
- (e)児童扶養控除の削減から生じる州政府の租税収入の変化は最小限にすべきであること。

Consultation Paper の A 案 (諮問案) では、給付が増えるのは低所得世帯だけであり、所得の多くない世帯を含む大部分の世帯は給付を失うことが見込まれていたが、下院報告書の考え方では、中所得世帯の給付水準は維持されることになる。

②カナダ連邦議会上院の報告書

Consultation Paper は、連邦議会上院にも 1985 年 2 月 5 日に上程され、社会問題・科学技術に関する常任委員会で審議が行われ、同年 12 月 16 日には中間報告書³⁴⁾が、また、1987 年 6 月 23 日には報告書³⁵⁾ (以下、「上院報告書」という。) がとりまとめられた³⁶⁾。

上院報告書は、児童と家族のための給付制度の創設や変更にあたり、カナダ政府が次の 3 つの目標を表明ないしは含意してきたと述べる [上院報告書、pp.3:13-14]。

- (a)一般に、親は個人的な理由で子どもを持つのであるが、親は将来労働力となる次世代を産み育てることによって経済にも貢献している。政府は、子どもを産み育てるという重要な社会的仕事を認める印として、児童扶養控除、保育費控除、家族手当などの家族給付を行ってきた。
- (b)家族給付は、扶養児童のいる家族といない家族との間の水平的平等をはかるためにも行われてきた。例えば、児童扶養控除や保育費控除は、扶養児童のいる家族の課税所得を減らすことによって子育ての追加的費用を認めている。
- (c)ほかの世帯よりも経済的支援を必要とする家族がいる。財源には限りがあるので、経済的支援はしばしばそうした経済的支援の必要性の大き

い世帯に向けられてきた。1978 年以降、連邦の CTC は貧しい世帯のために家族手当を補充するために行われてきたので、家族給付は貧困軽減の目的にも資してきた。

そして、Consultation Paper では取り上げられなかったが下院報告書では取り上げられた配偶者相当控除と保育費控除に加え、保育に関する政府支出と、州の公的扶助制度にも言及して児童給付に関する制度を概観し [Ibid., pp.3:15-32]、考慮すべき事項として、(a) 5 人に 1 人の子どもが貧困状態で暮らしているという国家として不名誉な状況にあること、(b) 現行の連邦児童給付制度は異なる時期に異なる目的で導入され、貧困状態の児童を十分に救済していないこと、(c) 現在、連邦政府によって財政改革が進行中であること、(d) 保育政策については別途検討が行われていることを挙げ、次の 6 項目の提言を行った [Ibid., p.3:48]。

- (a)最も多くの連邦児童給付は、より貧しい扶養児童のいる家族に向けられるべきである。
- (b) 18 歳未満の扶養児童のいる親のための連邦資金は、貧困の軽減に資するため、より累進的に使われる。
- (c)この再配分は、最高額の給付を受けるために親が別々に暮らそうとしたりすることがないように行われるべきである。
- (d)児童給付制度に、受給者が就労するようになり、働き続けたり、再訓練を受けたりするインセンティブとなる仕組みが組み込まれるべきである。
- (e)障害児などの特別なニーズのある児童のための制度は維持される。
- (f)制度は、現行の児童給付制度のいくつかを置きかえたり再構成して、家計を補助するために設計される。

上院報告書は、その後の議論に何ら寄与しなかったとされるが [Moscovitch, *op.cit.*, p.180]、1974 年からサスカチュワン州で行われていた家族所得計

画 (Family Income Plan) を参照し、CTC、児童扶養控除、配偶者相当控除の3つの制度またはこれらに家族手当を加えた4つの制度を、提言に沿って新たに作られる「補足家族保障 (Guaranteed Family Supplement)」制度に置きかえることを構想した〔上院報告書、pp.3:47-54〕。

(3) 1992年改正前の状況

Consultation Paper は、不況期中、財政赤字を増やさず、社会保障の費用も削らず、その配分をより優先順位の高いものに向けようという考え方に立つものだと言える。その後出された下院報告書は、Consultation Paper の考え方に沿いつつも、中所得世帯と高所得世帯にも目を向けるとともに、完全な物価スライドの重要性にも言及した。Consultation Paper と下院報告書は、累進性と並んで普遍性を同じくらい重視しているが、上院報告書は、累進性により比重を置き、就労インセンティブにも言及した。これらの政府資料は、それぞれ異なる点があるが、累進性を強化しようと考えた点は共通している。

上院報告書が出された後、1987年12月には保育費控除の最高額の増額などを内容とする「国家保育戦略 (National Child Care Strategy)」が公表され、1988年には児童扶養控除や配偶者相当控除が非払戻型税クレジットに転換し、1989年には家族手当等に Clawback 制度 (本稿注 15 参照) が導入されるなどした。保育費控除の増額は、その時点ですでに非課税の最も所得の低い世帯には意味のないものであるし、児童扶養控除等の非払戻型税クレジットへの転換と家族手当等への Clawback 制度の導入は、高所得世帯への配分を抑制しようとするものではあるが、低所得世帯への給付が増えるものではない。児童扶養控除の廃止は Consultation Paper 等が主張していたことであるが、この間の変化は、Consultation Paper 等が目指したものと異なるものだったと言える。こうした中で、1992年改正が行われる。

(4) 1992年改正時の議論

1992年改正の審議が本格的に始められたのは、第34議会法律案第80号 (本稿注10参照) の審議が連邦議会下院の第2読会で始められた1992年6月1日のことである。その冒頭で、副首相および財務大臣の政務次官だった P.H. Vincent 氏は、法文に書かれていない法案の目的を、家族手当、CTC、児童のための非払戻型の税クレジットの「3つの制度を廃止して、1つの制度により多くの財源を投入すること」だと述べ、簡素化 (simpler) と公平化 (fairer, more equitable) をキーワードに、1992年白書の内容に沿って法案の意義を説明した〔*House of Commons Debates*, Vol. IX, 1 June 1992, at 11170-11171, Mr. Pierre H. Vincent.〕³⁷⁾。同氏は、法案の成立によって年収約6万7千ドル (約600万円) 超の世帯が児童給付を受け取れなくなることについて、「高所得世帯は、子どもを育てることが金銭的に可能なのだから、連邦政府からのお金を受け取るべきでないということは、実に公平だと思う。」と述べ、年収5万ドル (450万円) 未満の世帯は、扶養児童1人あたりの児童給付年額が平均250ドル (約2万円) 増えるだろうと説明した〔*Ibid.*, at 11171〕³⁸⁾。

審議過程で議論された同法案の問題点は、おおむね次の5点である。

1点目は、就労していない福祉受給者の給付が増えないことである (本稿図1の点aから点b参照)。CTBは、就労低所得世帯の支援を重視した制度であり (本稿図1の点bから点d参照)、このことは、支援に値する貧困者 (the deserving poor) と支援に値しない貧困者 (the undeserving poor) とを分けることになるのではないかという懸念が表明されている〔*House of Commons Debates*, Vol. X, 15 September 1992, at 13160, Mr. Jim Karpoff., *Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*, No. 22, 8 October 1992, at 22:93, Mr. Lynne

Toupin.³⁹⁾。

2点目は、1点目の問題点と関連することで、全国的な保育制度の整備が児童貧困との戦いの鍵となるものであり、貧困な親が働くためには、保育制度の整備が必要だということである〔*Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affaires, Science and Technology*, No.22, 8 October 1992, at 22:56. Dr. Brigitte Kitchen⁴⁰⁾〕。

3点目は、普遍的な所得保障制度であった家族手当制度に明白に終止符が打たれること⁴¹⁾である。多くのカナダ人が共有している「普遍性(universality)」の考え方は、子育てをカナダのすべての家族の責任だと考えていることの証左〔*House of Commons Debates*, Vol.IX, 1 June 1992, at 11194, Mr. Axworthy.〕であるのに、これに終止符を打つことは、カナダの社会保障政策のアメリカ化であり〔*Ibid.*, Vol.X, 16 September 1992, at 13230, Ms. Dawn Black.〕、公的医療保険などのカナダのほかの普遍的な社会保障制度をも脅かすことになる〔*Debates of the Senate*, Vol.134, No.93, 14 October 1992, at 2215, Senator Bonnell.〕ということが述べられている⁴²⁾。

4点目は、CTBが、消費者物価指数が年3%を超えて変動した場合にだけ物価スライドする部分的な物価スライド制であるため、毎年給付の価値が目減りしていくということである⁴³⁾。

5点目は、当該法律案が、保健福祉大臣ではなく財務大臣によって提案されたため、カナダの児童に責任を持つのは誰かということである〔*House of Commons Debates*, Vol.IX, 1 June 1992, at 11183, Mr. David Walker.〕。これに関しては、CTBは、保健福祉省と財務省が共同で完成させた制度であること〔*House of Commons Debates*, Vol.IX, 1 June 1992, at 11197, Mrs. Barbara Sparrow (保健福祉大臣の政務次官)., *Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affaires, Science and Technology*, No.21, 7 October 1992, at 21:24-

25, Mr. Ian E. Bennett (財務省税政策部副大臣上級補佐).〕、CTBについて問題が生じた場合の問い合わせ先は、基本的にはカナダ歳入庁(本稿注16参照)であるが、保健福祉省に関する問題が含まれる場合にはカナダ歳入庁が保健福祉省に取り次ぐこと〔*Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affaires, Science and Technology*, No.21, 7 October 1992, at 21:41, Mr. Rod Hagglund (保健福祉省所得保障制度局政策立法部長補佐).〕などが説明されている。

同法案は、これらの問題点を抱えたまま、同年10月15日に成立した⁴⁴⁾。

3 1992年改正後の展開

1992年改正で連邦の児童給付額が増えたのは低所得世帯と所得の多くない世帯であり、減ったのは中所得以上の世帯であった⁴⁵⁾。カナダ連邦児童給付制度は、その後、1998年にCTBがCCTBに移行した。CCTBは、18歳未満の扶養児童のいる低所得世帯と所得の多くない世帯に毎月支払われる非課税の給付で、その一部である国民児童給付補足(the National Child Benefit Supplement, 以下、「NCBS」という。)は、同じく1998年に導入された、連邦政府、州政府、準州政府の共同主導で扶養児童のいる低所得世帯に対して行われる国民児童給付(the National Child Benefit, 以下、「NCB」という。)の一部を構成している⁴⁶⁾。1998年改正では、連邦児童給付総額がわずかに増額されるとともに、制度設計が変わり、就労していない福祉受給世帯も就労低所得世帯と同額のCCTBを受給できるようになったが(本稿図1で言うと、点aから点cまでが水平な給付設計になった)、就労低所得世帯の受給額がわずかに増えたのに対し、福祉受給世帯は、CCTBの増額分だけ州政府等からの福祉給付を減額されたので、1998年改正によって手元に入る金額が増えたわけではなかった〔National Council of Welfare 1997, p.5, p.10〕。

2008年4月現在の CCTB の標準的な基礎給付額は、児童1人につき月額106.91ドル(約1万円)⁴⁷⁾である。1992年改正時の主たる問題点の1つであった完全な物価スライドでないという問題は、残存している。

また、2006年には、「6歳未満の児童1人につき最大年1,200ドル(約12万円)⁴⁸⁾の直接的な金銭支援を通じて保育の選択を助け、家族を支援する」という目的で、UCCBが導入された。UCCBは、扶養児童のいる世帯に毎月支払われる点は CCTB と同じであるが、対象となる扶養児童が低年齢である点、高所得世帯にも支払われる点、課税される点などが、CCTB と異なる。

さらに、2007年には、18歳未満の扶養児童のいる世帯に対して、年2,000ドル(約20万円)⁴⁹⁾の非払戻型の児童税クレジットが導入された。この非払戻型の児童税クレジットの実質的な価値は、15%という最も低い所得税率が課された場合、年300ドル(約3万円)になる〔Battle 2008, p.21〕。これは、適用時点ですでに非課税の最も所得の低い世帯には効果がない。

IV おわりに—1992年改正の意義とわが国への示唆—

以上、カナダ連邦児童給付制度の展開を、1992年改正を中心に概観してきた。最後に、わが国とカナダの違いを念頭に置きつつ、1992年改正の意義とわが国への示唆について述べたい。

わが国の児童手当制度は支給対象を低年齢に限定しているなどの特徴があるが〔尾澤 2005, p.123 参照〕、制度創設時から所得制限があり、完全な普遍性は制度創設時からなかったと言える。その点では、完全に普遍的な家族手当制度から所得制限付きの制度に移行したカナダとは異なる。しかし、制度の併存状況だけを見れば、日本は CTC が導入される前の本稿「II-2」の第2期だと言える。

ベヴァリジ報告〔Sir Beveridge 1942〕の影響を受けて出されたマーシュ報告〔Marsh 1943〕では、カナダで大家族に起因する貧困が少なくとも20%と推測されたこと〔*Ibid.*, p.15〕、賃金がすべての家族の子どもを養うのに十分ではなかったこと〔*Ibid.*, p.87〕、子ども1人につき年間108ドルの所得控除が認められていたが、最も支援を必要とする非課税の者がその範囲外になってしまうこと〔*Ibid.*〕などから、児童手当制度の創設が提唱された。1944年に創設された家族手当制度は、マーシュ報告の考え方に沿って作られたというわけではなかったが、制度改革を経ながらも1992年改正まで存続し、改正前や改正時の議論でその廃止が強く主張されたわけではなかったし、その廃止に反対する意見も出されていた。1992年改正時、複数の連邦児童給付制度と関連する州の制度がばらばらな状態で併存していたカナダにおいては、制度の簡素化が望ましかったし、その方向としては、少子化よりも児童貧困が問題とされていたため、累進性の強化が妥当であったと思われるが、Consultation Paper の A 案（諮問案）が提示し、下院報告書が賛成したような、家族手当制度の維持と払戻型税クレジットの強化という選択肢もあったと思われる。1992年改正と比べていずれの方法が適切だったかについては、1992年改正後等の法令資料および政府資料の分析、制度改革による法的構造の異同等を含めて引き続き検討したい。

わが国の児童手当制度と税制上の控除の今後の方向としては、児童扶養控除の逆進性は以前から指摘されてきたことであり〔尾澤 2005, p.123 参照〕、これを低所得世帯にも支援が届くような制度に変えていくことが望ましいと考える。

払戻（還付）型の税額控除は、低所得世帯に効果的な金銭的支援を行える可能性を持つ制度として魅力的であるが、国民の約7割が税申請を行っているカナダ⁵⁰⁾とは税制が異なること、カナダは1992年改正以前の1978年に払戻（還付）型の児童

クレジットを導入していたにもかかわらず、CTBの導入に際してカナダ歳入庁（本稿注16参照）は4千人を雇用し訓練しなければならなかったとされており〔*House of Commons Debates*, Vol.X, 14 September 1992, at 13046, Mr. Francis G. LeBlanc.〕、運営面で越えなければならない課題は大きい。

わが国でも払戻（還付）型の税額控除の導入が可能であるとすれば、その設計の仕方が問題になる⁵¹⁾。払戻（還付）型の税額控除は、目的によってさまざまな設計の仕方が可能である⁵²⁾。設計に際しては、特に、低所得世帯（または低所得者）に関する部分（本稿図1の点aから点cの部分）と、高所得世帯（または高所得者）に関する部分（本稿図1の点eから点fの部分）の設計をどのようにするかが重要である。

CTBは、低所得世帯に関する部分を、就労等へのインセンティブを組み込む形に設計した。これについては、すでに述べたとおり、支援に値する貧困者と支援に値しない貧困者とを分けることになるのではないかという懸念が表明され、その後改正も行われた。子どもへの支援は、親の就労の有無にかかわらず行われるべきであり、就労等へのインセンティブの問題は、成人のための払戻（還付）型の税額控除の場合に考えるべきだと考える〔*Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*, No. 22, 8 October 1992, at 22:34, Mr. Ken Battle. 参照〕。

また、CTBは、高所得世帯に関する部分について、年収約6万7千ドル（約600万円）超の世帯を給付対象から除外するように設計した。カナダの連邦児童給付制度における高所得世帯に関する部分の評価は、1992年改正の対象から除外された保育費控除等も含めて行わなければならないと考えるが、所得が一定額以上の高所得世帯を児童のための給付制度から完全に除外することは、少子

化という状況にあるわが国の場合、適切ではないと思われる。

このほか、1992年改正時の議論では、部分的な物価スライドにより、受給者が気づかないうちに給付の価値が毎年少しずつ目減りしていく問題なども指摘されていた。受給者に不利益になることも含めて受給者が制度を理解できるようにすることは、制度を利用しやすくすることとともに重要だと考える。

本稿では取り上げることができなかったが、カナダでは、1992年改正にいたる過程で、児童貧困が児童の将来に与える影響などについても検討を行っている。どのような形の児童給付制度が望ましいかについてはなお検討が必要であるが、水平的平等（扶養児童が増えることによる追加的費用の支援）だけでなく垂直的平等（低所得世帯への支援）にも目を向け、児童の成長過程を見据えた制度にしていくことが必要だと考える。

補記

本論文の作成にあたっては、平成19年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「所得・資産・消費と社会保障料・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究（H19-政策-一般-021）」より助成を受けた。

注

- 1) わが国の児童手当制度と税制上の控除の概要およびこれまでの議論の状況については、尾澤2005および尾澤2009参照。なお、払戻（還付）型の税額控除は、「給付つき税額控除」と表記されたりもするが、本稿では、refundable tax creditに相当する制度を日本について考える場合に、「払戻（還付）型の税額控除」と表記した（本稿注3も参照）。
- 2) ここに言う児童給付制度は、Battle, et al. 2001, p. 7. にならない、児童に関する費用の支出を助ける給付制度または児童が増えることによって世帯が得られる金銭的支援を言い、税制上の控除の形態を