

公募研究シリーズ^{®1}

公募委託調査研究報告書

(研究期間：2019年1月～2019年12月)

タイの社会的企業の経営実態と持続的発展に関する研究……………金子 勝規
大阪市立大学経済学研究科 教授

社会保険における子どもの位置付けの強化に関する国際比較研究……………平部 康子
佐賀大学経済学部 教授
(代表研究者)

医療保障における共済・民間保険の可能性……………松本 勝明
—独仏の比較研究による日本への提言—
熊本学園大学社会福祉学部 教授
(代表研究者)

超高齢社会を支える介護保障システムの構築……………森山 治
金沢大学経済学経営学系 教授
(代表研究者)

全労済協会

発刊にあたって

全労済協会は、勤労者の生活・福祉の向上を目指すシンクタンク事業の一環として、2005年より「公募委託調査研究」を実施しており、相互扶助組織や共済・保険、社会保障等、勤労者の生活・福祉の向上に寄与する研究助成を行うとともに、成果報告書、当協会ウェブサイト、広報誌などをおして、広く研究成果の発信、普及に努めてまいりました。

2018年度の公募委託調査研究では「ともに支えあう社会をめざして」をメインテーマに募集を行い、4件の研究を採用いたしました。

このたび、1年間の研究期間が終了し、各研究者より提出いただいた成果について「公募研究シリーズ81」として発刊いたします。今回の報告書より各年度の採用研究を一冊にまとめ、サイズ変更することで、これまで以上に読みやすく、親しみやすい報告書として一人でも多くの方にお読みいただけるよう目指しました。

本報告書が勤労者の生活・福祉の向上の一助となれば幸いです。

2020年9月
全労済協会

◆ 2018年度公募委託調査研究 募集テーマ

メインテーマ：「ともに支えあう社会をめざして」

1990年代以降の日本社会では市場原理主義的な発想のもとで、小さな政府を志向する政策が採用されてきたと言っても過言でないでしょう。そのような中において、少子高齢社会の到来、地域コミュニティの弱体化、不安定雇用の広がり、相互扶助思想の後退、社会保障制度の機能不全など勤労者の生活不安の高まりが指摘されています。

このような状況において、豊かで持続可能な日本社会であるためには、これまで日本社会で育まれてきた人々の助け合いの心をさらに醸成させて、ともに支えあう社会であり続けることが不可欠であると考えます。

このような社会であり続けるためにどのような施策・方策があるか、以下の①～③いずれかの視点からアプローチ（考察）する調査研究を公募します。

- ① 共済・保険等の果たす役割
- ② 協同組合・相互扶助組織の果たす役割
- ③ 社会保障が勤労者福祉に果たす役割

タイの社会的企業の経営実態と持続的発展に関する研究

金子 勝規

要旨	9
1. はじめに	16
2. タイの社会的企業をめぐる政策の変遷	18
(1) 社会的企業の関連政策	18
(2) 仏歴2562年社会的企業振興法	22
3. 社会的企業登録制度と登録企業	26
(1) タイ社会的企業事務局（TSEO）による登録制度	26
(2) 社会的企業振興事務局（OSEP）による登録制度	27
4. 社会的企業の経営実態	30
(1) 使用したデータ	30
(2) 登録企業データの分析	30
(3) サーベイデータの分析	34
(4) 考察	44
5. おわりに	47
参考文献	48

社会保険における子どもの位置付けの強化に関する 国際比較研究

平部 康子

要旨	51
1. はじめに	56
2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ	59
(1) 所得給付における子どもにかかる費用の取り扱いの法原則—公的扶助に 芽生えた新たな視点	59
(2) 社会保険の法的技術と子どもの位置づけ	61
(3) 我が国の児童養育にかかる給付—「貧困にある子ども」に対応できて るか?	63
別表資料	66
3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担	69
(1) 子どもの養育にかかる支出と国民保険制度	69
(2) イギリスの子どもに対する給付	72
(3) イギリスの国民保険における子育て休業のための給付	75
4. フランス家族手当制度の規範の変容	80
(1) フランスの家族政策の動向	80
(2) 検討の視座と論点	82
(3) フランスの家族手当の性格	84
(4) 家族団体の位置付け	97
5. おわりに	100

医療保障における共済・民間保険の可能性

—独仏の比較研究による日本への提言—

松本 勝明

要旨	101
1. 研究の目的	108
2. ドイツの民間医療保険	111
(1) 歴史的沿革	111
(2) 関係法規	112
(3) 公的医療保険との関係	113
(4) 民間医療保険の概要	116
(5) 被保険者数等の状況	123
(6) 民間医療保険と公的医療保険との協力関係	124
(7) 現行システムの問題点	125
3. フランスの民間医療保険	127
(1) 歴史的沿革	127
(2) 公的医療保険の現状	128
(3) 民間医療保険の位置づけ	133
(4) 民間医療保険の組織	134
(5) 民間医療保険の給付	137
(6) 責任・連帯契約	139
(7) 低所得者に対する補足的な医療保障	142
(8) 民間医療保険の保険料	144
4. 独仏の比較と日本への提言	147
(1) 独仏の比較	147
(2) 日本への提言	149
参考文献	153

超高齢社会を支える介護保障システムの構築

森山 治

要旨165

I. 日韓介護保険制度とにない手の比較研究

森山 治

1. はじめに.....172
2. 研究の目的.....174
3. 韓国における介護保険・人材確保政策の展開.....176
4. 日本における介護保険・人材確保政策の特徴.....178
- (1) 短期的改善施策としての現任労働者に対する賃金の向上.....178
 - (2) 中・長期的改善策としての外国人労働者の導入.....178
 - (3) 長期的改善策としての資格の統合化.....180
5. おわりに 家族介護者制度と介護者手当.....181

II. 介護労働者の処遇をめぐる動向の日韓比較

井口 克郎

1. はじめに	182
2. 日本における介護労働者の処遇と人材確保をめぐる動向	183
(1) 介護労働者の賃金水準の推移	183
(2) 介護保険制度による破局的人材不足の作出・助長	185
(3) 進む介護労働者の高年齢化	187
3. 日本における介護保険制度下における介護人材確保方針の変化と帰結	188
(1) 介護労働者の階層化による人件費抑制と人材確保	188
(2) 介護保険サービス範囲の限定化と、住民の「自助」「互助」への動員	190
4. 韓国における介護の非営利化政策への転換と労働者の処遇をめぐる動向	191
(1) 老人長期療養保険制度の発足と介護の営利化	191
(2) 介護の営利化政策の一定の転換と文政権下の「社会サービス院」構想	191
5. おわりに 日韓比較から得られる示唆	193
参考文献	194

Ⅲ. 韓国における家族介護をめぐる政策の動向

尹 一喜

1. はじめに	195
2. 韓国における高齢者介護に関する意識と介護人材の現状	197
(1) 高齢者介護に関する意識	197
(2) 介護人材の現状	198
3. 韓国の家族介護に対する支援政策の概要	200
(1) 家族療養費制度	200
(2) 家族療養保護士制度	200
(3) その他の家族介護支援政策	203
4. 韓国の家族介護に対する支援政策の課題	204
5. おわりに 日本での家族介護支援政策への示唆	206
参考・引用文献	208

要 旨

タイの社会的企業の経営実態と
持続的発展に関する研究

金子 勝規

大阪市立大学経済学研究科 教授

1. はじめに

本稿の目的は、東南アジアで積極的に社会的企業の育成・支援を行っているタイの社会的企業の経営状況の分析を試みることである。新興国の社会的企業の多くは政府からの補助金が期待できない環境下でビジネス志向を強くする一方、貧困をはじめとする社会的課題の解決を求められている。このビジネス志向と事業の持続性に関して組織形態、事業分野、事業規模、ガバナンス体制、地域性といった観点から考察を行う。

2. タイの社会的企業をめぐる政策の変遷

(1) 社会的企業の関連政策

2008年12月に発足したアピシット内閣は、平等で公正な知識社会を構築するための新しい経済制度構築の目玉施策として社会的企業の支援制度作りを進めた。2010年に策定された仏歴2553-2557（2010-2014）年社会的企業振興マスタープランに基づき設置されたタイ社会的企業事務局（TSEO）は、社会的企業生態系を構築するために、さまざまな関係組織のネットワーク化を進め、資金調達、マーケティング、人材育成などの支援を行った。2016年には社会的企業に対する法人税控除が認められたが、TSEOは廃止された。その後、2019年に仏歴2562（2019）年社会的企業振興法が施行されて、社会的企業育成・支援を担う中核組織となる社会的企業振興事務局（OSEP）が設置されたことで、タイの社会的企業支援・育成が再始動した。

(2) 仏歴2562（2019）年社会的企業振興法

同法は社会問題やコミュニティの問題、環境問題を解決したり、社会へ利益を還元するための事業促進を目的として、2019年5月に公布・施行された。社会的企業の登録要件として、社会課題の解決のために雇用を促進して、収入の50%以上を販売やサービス提供の対価として受け取り、利潤の70%以上を事業拡大等への再投資に回し、企業統治に優れていることが定められている。社会的企業は出資者・株主への配当を行わない企業と行う企業の2種類のどちらかを選択できる。その一方で、社会的企業として登録していない事業体が「社会的企業」と名乗り事業を行うことを禁じている。

3. 社会的企業登録制度と登録企業

(1) タイ社会的企業事務局（TSEO）による登録制度

2010年に設立されたタイ社会的企業事務局（TSEO）は、仏歴2553-2557年社会的企業振興マスタープランに基づいて社会的企業の登録を行った。しかし、2015年時点での登録企業数は68社とあまり進展しなかった。社会的企業振興法の国会審議のスケジュールの遅延などの影響で、社会的企業には登録するインセンティブが弱かったことが一因である。

(2) 社会的企業振興事務局（OSEP）による登録制度

2020年現在、社会的企業の登録を行っているのは、仏歴2562（2019）年社会的企業振興法に基づき設置された社会的企業振興事務局（OSEP）である。同法は、タイの法律に基づいて設立された製造業、販売業、サービス業に従事する会社もしくはパートナーシップ、その他法人の中で社会的目的が主な事業目的であり、同法に従い登録された事業体のみを社会的企業とみなすことを明記している。2020年1月時点の社会的企業の登録数は合計で121社となっている。

4. 社会的企業の経営実態

(1) 使用したデータ

経営実態の分析には、OSEPの内部資料から作成したデータセットと前事務局であるTSEOの協力を得て作成した社会的企業のデータを2019年8月～12月にかけてアップデートしたデータセットを用いた。

(2) 登録企業の分析

登録企業は121社の約97%の組織形態は会社であり、パートナーシップ、協同組合、財団として法人登録している社会的企業は非常に少ない。社会的企業の事業分野では「コミュニティ」に関連する事業を手掛ける社会的企業が最も多い。利潤の配当を目的とする社会的企業は全121社の12%であった。

(3) サーベイデータの分析

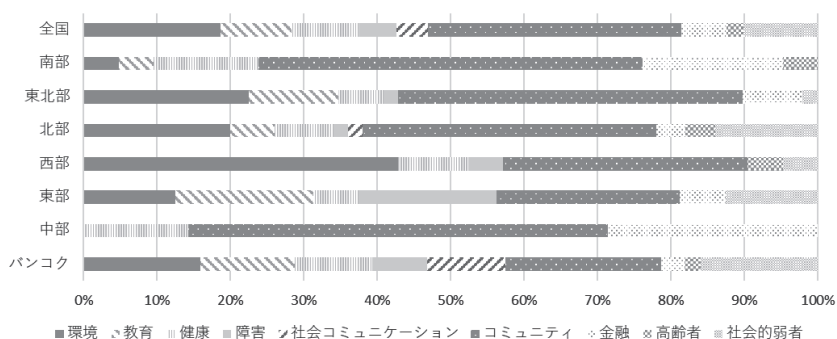
社会的企業で最も多い組織形態は株式会社であり、コミュニティ・エンタープライズと合わせれば全体の3分の2を占める。残りの3分の1が協同組合、協会、財団、パートナーシップ、コミュニティ・グループ、個

■ 要旨

人事業といった組織形態である。設立時期との関係では、2010年以前に設立された社会的企業の約半数はコミュニティ・エンタープライズであったが、2011年以降に設立された社会的企業の半数以上は株式会社である。

図表1は事業分野の割合（複数回答）を示している。事業分野別では「コミュニティ」「環境」「教育」に関連する事業に取り組む社会的企業が多い。

図表1 事業分野



（出所）筆者作成。

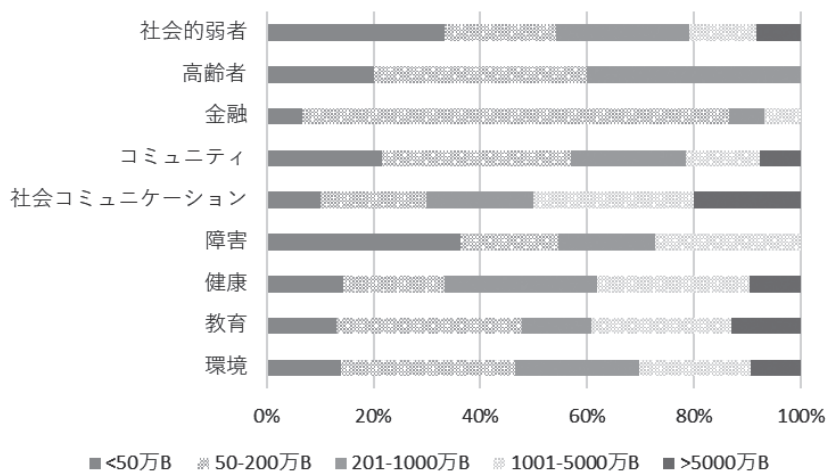
社会的企業の従業員規模は「11-50人」の組織が約38%で最も多く、「5-10人」(30%)「4人以下」(22%)がそれに続き、「51人以上」を雇用する大きな社会的企業は少ない。

社会的企業の売上規模は50万バーツ¹以下の小規模な組織から5,000万バーツを超える大規模な組織まで分かれる。コミュニティ・エンタープライズやコミュニティ・グループの約6割は売上が200万バーツ以下の小規模なところが多い。株式会社、協同組合、協会、財団では、売上が1000万バーツを超える社会的企業が半数を占めている。特に株式会社と財団の中には5000万バーツを超える大きな社会的企業もある。売上規模

¹ 1バーツは約3.3円。

と従業員規模の大きさには正の相関が見られる。

図表2 事業内容別に見た売上規模



(出所) 筆者作成。

(4) 考察

タイの社会的企業の組織形態に関して、2011年以降に設立された社会的企業の多くが株式会社形態をとっていることから、TSEOの支援制度などの整備が進む中で、株式会社として法人登録する社会的企業の育成に注力されたことが示唆される。事業分野については、環境関連の事業に取り組む社会的企業が比較的多いことはタイの特徴である。売上に関しては、コミュニティ・エンタープライズという同じ組織形態であっても社会的企業の方が平均売上額が高くなっている。

5. おわりに

本稿ではタイにおける社会的企業の育成・支援制度と社会的企業の経営状況に関する分析を試みた。タイの社会的企業の育成・支援制度は、一時遅延も見られたが、確実に整備が進んできている。タイの社会的企業は組織形態、事業分野、事業規模、ガバナンス体制、地域性といった

■ 要旨

観点からみても多様であり、経営の状況も異なっている。タイの社会的企業育成・支援制度の評価は、OSEPによる社会的企業登録制度とそれに続いて導入が予定されている認証制度の経営安定化に対する寄与度の測定を待つ必要があるだろう。

タイの社会的企業の経営実態と 持続的発展に関する研究

金子 勝規

大阪市立大学経済学研究科 教授

1. はじめに

本稿の目的は、東南アジアで積極的に社会的企業の育成・支援を行っているタイの社会的企業の経営状況の分析を試みることである。新興国の社会的企業の多くは政府からの補助金が期待できない環境下でビジネス志向を強くする一方、貧困をはじめとする社会的課題の解決を求められている。このビジネス志向と事業の持続性に関して組織形態、事業分野、事業規模、ガバナンス体制、地域性といった観点から考察を行う。

タイは、農村地域の人々の生活水準を向上させるための農村開発に長く取り組んできた。1990年代にはコミュニティ・ビジネスの育成が行われ、2002年以降は一タムボン一産品（One Tambon One Product: OTOP）¹による起業家の育成に力を入れてきた。2005年にはコミュニティ・エンタープライズ振興法が制定され、全国に多くのコミュニティ・ビジネスが生まれる中で地域資源の活用による商品化が各地で行われた。ただし、他の中小企業支援政策²と同様に地方の貧困などの経済問題の解決にはつながっていないとは言い難い。タイでも財政的制約のために公的部門への依存は期待できず、他の新興国においてもしばしば観察されるように、民間部門の育成が強く求められてきた。

2006年の軍事クーデター以降は政治的衝突が続き政権交代が頻繁に起こるなど混乱が生じたが、2008年に民主党のアピシット政権が誕生したことで落ち着きを取り戻す。同政権は国家開発の新機軸を追い求める中で、新しい経済制度構築のために社会的企業の促進を2010年に打ち出し

¹ 一タムボン一産品（One Tambon One Product: OTOP）は日本の大分県の一村一品運動（One Village One Product: OVOP）に触発されて始まった政策である。OVOPは「ローカルにしてグローバル」、「自主自立・創意工夫」「人づくり」の三本柱に基づいて活動が行われたが、OTOPは輸出できる産品の発掘に注力されている点など異なっている（平松、2011）。

² 例えばValeepitakdej and Wongsurawat（2015）は小規模・零細コミュニティ・エンタープライズ政策は、貧困の削減や地域住民の他地域への流出を止めることへの影響は確認できないと結論付けている。

た。社会的企業という言葉が政府文書などで使われるようになったのはこの時からであるが、社会的企業を含むいわゆる社会的経済組織は以前から活動していた。

例えば1937年に財団として登録された中華系民間慈善団体である華僑報徳善堂（片岡、2015）は古くからよく知られている。タイで最初の協同組合は1917年に設立されたピサヌローク県のワットチャン無限責任信用組合とされ（重富、2014）、1928年の協同組合法（Cooperative Societies Act）が制定されたことで協同組合運動への支援が開始されたとされる（Yamao、1993）。ソーシャル・ビジネスに取り組むNGOや財団、国際アドボカシー組織なども1970年代~1980年代ごろから活動を行っている³。

このほかにもコミュニティ組織、コミュニティ・ビジネス組織といった社会的な目的のために活動する組織が多く存在しており、それらの活動は長い歴史を有している。2009年時点の社会経済組織の統計によれば、バンコクだけで1,915組織、地方に11万4,382組織の合計11万6,297組が活動していた。この社会的経済組織の過半数はコミュニティビジネスに取り組んでおり、多くは地域の特産品などを製造・販売していた。ソーシャルビジネスを手掛ける協会や財団もそれぞれ126組織、104組織が登録されている。この他、廃棄物処理を行う組織や各種協同組合、貯蓄グループなども活動していた（Thai Social Enterprise Office、2010）。

以上のように、タイは2009年時点で社会的企業が発展する基盤をすでに有していた。次章ではアピシット政権以降の社会的企業をめぐる政策と制度化についてみていく。

³ 最も有名なNGOであり社会的企業であるThe Population and Community Development Association（PDA）は1974年に設立され、コミュニティ開発に取り組んできた。また、王室プロジェクトを実施するメー・ファー・ルアン財団や世界中で社会起業家の支援を手掛けるアショカ（Ashoka）といった組織も1980年代後半からタイの社会開発の分野で重要な役割を果たしてきた（The Japan Research Institute、2016）。

2. タイの社会的企業をめぐる政策の変遷

(1) 社会的企業の関連政策

タイにおいて社会的企業が注目されるようになったのは、2008年12月に発足したアピシット内閣が経済政策の一環で社会的企業の制度化の方針を打ち出したことである。同政権は前国王ラーマ9世が提唱した充足経済哲学（Sufficiency Economy Philosophy）⁴を取り入れた持続可能な開発政策の策定にあたり、平等で公正な知識社会を構築するための新しい経済制度構築の目玉施策として社会的企業の制度作りを一気に進めた。2009年に首相が委員長を務める社会的企業振興委員会が設置され、翌2010年に同委員会において社会的企業振興マスタープランの草案が作成されることになる（Royal Thai Government, 2010a）。その後、仏歴2554（2011）年社会的企業振興に関する首相府規則および仏歴2553-2557（2010-2014）年社会的企業振興マスタープランの両草案が閣議決定された。

同マスタープランでは、2010年に社会的企業事務局の設置、社会的企業の定義とモデルの設定、社会的企業の状況の研究と適切なモデルの探索、公的セクター、民間セクター、市民社会の三者間のネットワークづくりを行うことを定めている。また、2010年から2012年にかけて、社会的企業の広報活動、法的にも明確な社会的企業モデルの提示と効率的な起業家の能力開発、スタートアップおよび既存の社会的企業による資金アクセス改善、社会的企業概念の浸透を地方部へ拡張することが計画されていた。さらに2010年から2014年までの目標として全国の各地域に

⁴ 充足経済哲学とは、個人、家族、コミュニティ、国家といった全ての段階、農民、ビジネスマン、政治家、公務員、教育者といった全てのグループに行動規範として中庸の道を強調する哲学である（National Economic and Social Development Board, 2007）。この哲学の解釈をめぐるさまざまな議論があり、経済活動においてはその理解に幅がある。

において社会的企業を全ての事業分野で増加させ、社会的企業数の増加率を少なくとも年20%とすることが明記されている。

同マスタープランに基づき設置されたタイ社会的企業事務局（Thai Social Enterprise Office: TSEO）⁵は社会的企業生態系⁶を構築するために、さまざまな関係組織のネットワーク化を進め、資金調達、マーケティング、人材育成の面でサポートを行った。さらに、タイ国内における社会的企業の認知度を上げるための情報提供を行い、社会的企業モデルを構築し、資本や資源へのアクセス手段の開拓を通して、社会的企業支援によるソーシャル・イノベーションの実現を目指していた。

図表1 タイの社会的企業に関連する主な動き

2009年	・社会的企業振興委員会の設置
2010年	・第1回社会的企業振興委員会開催。社会的企業振興マスタープランの草案作成。 ・仏歴2554（2011）年社会的企業振興に関する首相府規則および仏歴2553-2557（2010-2014）年社会的企業振興マスタープランを閣議決定。 ・タイ社会的企業事務局（TSEO）を設置
2012年	・タイで初めての社会的企業ファンド設立
2016年	・社会的企業への税制優遇 ・タイ社会的企業事務局（TSEO）廃止
2018年	・仏歴2562（2019）年社会的企業振興法を閣議決定
2019年	・社会的企業振興事務局（OSEP）を設置 ・仏歴2562（2019）年社会的企業振興法に基づく社会的企業登録開始

（出所）各種資料より筆者作成。

⁵ TSEOはタイ健康増進財団（Thai Health Promotion Foundation）の傘下に位置づけられ、豊富な資金を有する同財団から予算の配分を受けていた。

⁶ TSEOが構築を目指していた社会的企業生態系とは、①調査研究・知識情報発信、②ソーシャル・イノベーション、③社会起業家の育成、④社会的企業の推進、⑤社会課題解決への取り組みの5つからなるサイクルを進める中で社会的企業を育成することである。

■ 2. タイの社会的企業をめぐる政策の変遷

2011年に政権交代が起こった後もTSEOを中心に社会的企業の育成が進められていたが、社会的企業振興法の立法手続きは遅れ始めることになる⁷。タイ証券取引所（SET）が社会的投資の促進に取り組むなど、次第に社会的企業への財政的支援にも広がりが見られるようになった。その後、2014年に軍事クーデターが再度起こり、社会的企業支援の再活性化が期待されたがあまり進展は見られなかった⁸。2016年に利潤を株主に還元しない社会的企業に対する法人税控除が認められるなど制度整備に前進が見られたが、TSEOの廃止によって、社会的企業の支援は再び停滞することになる。

軍事政権下で成立した2017年憲法は、民政移管後の次期政権に経済を含む多面的な国家改革を義務づけただけでなく、軍政下の国家改革推進会議（National Reform Steering Assembly: NRSA）が定めた国家改革目標を引き継ぐことを求めた（船津・今泉、2018）。しかし、これは社会的企業の育成・支援には追い風となっている。2016年3月に社会的経済に関するワーキンググループがタイの社会的経済の発展の方向性を示した『Social Economy Reform』と題する報告書（Social Economy Reform Working Group、2016）を軍事政権へ提出しており、民政移管後も社会的経済の活性化が約束されていたからである。

同報告書は、過去の資本主義の下での経済発展が人々のニーズを満たしていないと問題提起をしたうえで、社会・経済・環境のバランスに配慮した持続可能な経済開発の新しい形が必要であると述べられている。政府による公共サービス供給は常に需要に対して不足しており、予算の手当てが追いついていない。多くの企業はCSR活動を行っているが、社会問題の解決には程遠い状況である。NPOや公益団体などは活動資金の81.8%（約1700億バーツ）を寄付に依存しており、寄付金の減少傾向

⁷ 当時のインラック政権は民主党政権時代に開始された社会的企業支援よりもOTOPを経済政策として重視していたこともあり、立法化にあまり関心を示していなかった。

⁸ TSEOは2014年以降、社会的企業振興法案づくりを最優先事項としていた。2015年に社会的企業振興法案を内閣法制局に送り、国会での審議が行われたが、法制化は果たせなかった。

が予想される中で財政面の持続性が危惧されている。学術機関⁹も実用的な研究が乏しく社会課題の解決に結びついていない。この状況を打破するためには「社会開発のための経済開発」が必要であり、非営利組織および市民社会組織の役割が重要であると強調する。

さらに同報告書はタイにおいてビジネス的手法を用いた社会問題の解決は妥当であり、社会的企業などが参入できる市場の余地が十分に残されていると指摘する。例えば市民社会組織およびNPOの貯蓄額は700億バーツとも言われ、年間収入は2,000億バーツに達している。また、社会開発人間安全保障省の障害者雇用局の年間予算は90億バーツであり、民間企業のCSR活動向け支出は年間100億バーツと試算されている。こうした潜在市場を有効利用するためにも、サードセクター、社会的投資市場、社会的経済組織のための環境整備が必要とされる。その上で10年以内にソーシャルビジネスあるいはサードセクターの2,000組織が恵まれていない20万人にサービスを提供し、GDPの5%に匹敵する6,000億バーツの付加価値を生み出すことを目標に掲げている。

2018年に入ってから社会的企業振興法が閣議決定され、翌年に仏歴2562（2019）年社会的企業振興法として施行された。同法に基づき社会開発・人間安全保障省のもとに社会的企業の育成・支援を担う中核組織となる社会的企業振興事務局（OSEP）が設置されたことで、タイの社会的企業支援・育成が再始動することになる。

この他、2019年1月にはタイ社会的企業協会が設立されている。メン

⁹ 社会起業家の育成などに乗り出す大学もある。タマサート大学はSchool of Global Studiesに学士課程（Bachelor of Arts in Global Studies and Social Entrepreneurship）、修士課程（Master degree in Social Innovation and Sustainability）を設置している。ウドンタニ・ラチャパット大学は修士課程（Master of Arts (M.A.) in Social Entrepreneurship）、モンクット工科大学トンブリ校は修士課程（Master of Business Administration in Innovative Entrepreneurship Management）、North Chiang Mai University runs the Social Entrepreneurship in Southeast Asia Programmeシーナカリンウィロート大学はMOOC コース（Introduction to Social Entrepreneurship）を開講している。ノース・チェンマイ大学はSocial Entrepreneurship in Southeast Asiaプログラムを米国の大学と共同で実施している（British Council, 2016）。

2. タイの社会的企業をめぐる政策の変遷

バーとなった社会的企業を他の社会的企業あるいは外部組織と結び付けて、社会問題や環境問題の解決に取り組む事業の成長を促すことをその役目とする。また社会起業に関する知識の普及や政策アドボカシーも同協会のミッションとして掲げられており、社会的企業のネットワークをめぐる新たな動きも出始めている。

(2) 仏歴2562年社会的企業振興法

2020年現在、タイにおける社会的企業¹⁰の支援・育成は、仏歴2562(2019)年社会的企業振興法に基づいて行われている。同法は社会問題やコミュニティの問題、環境問題を解決したり、社会へ利益を還元するための事業促進を目的として、2019年5月22日に公布、翌23日に施行された。同法は、第1章社会的企業、第2章社会的企業振興委員会、第3章社会的企業振興事務局および社会的企業振興基金の管理運営、第4章社会的企業振興・支援、第5章社会的企業の登録・取消、第6章ソーシャル・ビジネス・グループ、第7章総会、第8章行政処分¹¹の全8章89条から構成される。

社会的企業としての登録要件は第5条で定められている。社会的企業は、社会課題の解決のために雇用を促進して、収入の50%以上を販売やサービス提供の対価として受け取り、利潤の70%以上を事業拡大等への再投資に回し、企業統治に優れていることなどが求められている。このほか、過去2年間に社会的企業の登録取り消しを受けたことがないことや代表者等が取消を受けた社会的企業の代表者でなかったことも条件と

¹⁰ 社会的企業を指すタイ語として「thúrákit phûa sǎnkhom (ธุรกิจเพื่อสังคม)」[kitcakaan phûa sǎnkhom (กิจการเพื่อสังคม)]が用いられてきたが、仏歴2554(2011)年社会的企業振興に関する首相府規則および仏歴2553-2557(2010-2014)年社会的企業振興マスタープランの中で「kitcakaan phûa sǎnkhom (กิจการเพื่อสังคม)」が使用されたことで統一された。その後、2015年の国家改革評議会での審議以降は「wisāhakit phûa sǎnkhom (วิสาหกิจเพื่อสังคม)」が使用されている。

して示されている。

第6条は、2種類の社会的企業としての登録が可能であることを明記している。一つ目は出資者・株主への配当を行わない社会的企業であり、二つ目は出資者・株主へ配当を行う社会的企業である。第8条では社会的企業の登録の要件を示している一方で、第9条では第8条に基づき社会的企業として登録していない事業体が「社会的企業」と名乗り事業活動を行うことを禁じている。

社会的企業として登録されると、年次事業報告書、財務報告書、事業結果報告書を作成して社会的企業振興事務局（OSEP）に提出することが義務付けられる（第12条）。また、内閣の承認を経て社会的企業振興委員会が定めた基準と手続きに従って、毎年、基金に一定額を納付する義務も負うことになる（第13条）。その一方で、登録された社会的企業は、社会的企業振興基金からの財政支援、税制優遇、政府調達における優遇、その他の法的利益を享受することができる（第59条）。

同法第73条は、社会的企業ではなくソーシャル・ビジネス・グループとしての登録も認めている。OSEPが定めた規則、手順、条件にしたがいソーシャル・ビジネス・グループとして登録することで、設立支援、生産プロセス、財務、会計、マーケティング、経営に関する情報提供といったOSEPからの支援を受けることができる。支援を受けることで組織を発展させて、将来的には社会的企業としての登録が期待されている。

社会的企業の管理・監督の最終決定を行う社会的企業振興委員会は、首相あるいは副首相を委員長とする計22名の委員から構成される（第15条）。12名の委員は各省庁や団体の代表から選ばれることになっており、財務省、社会開発・人間安全保障省、農業・協同組合省、商業省、天然資源・環境省、労働省、内務省、工業省の8省の事務次官、タイ証券取引委員会委員長、タイ商業会議所会頭、タイ工業連盟会長、タイ銀行協会会長が任命される。専門委員として8名が選ばれるが、その内訳は社会的企業代表者あるいはソーシャル・ビジネス・グループの代表者から3名、民間事業者から3名、その他専門員が2名任命される。ここに社会的企業振興事務局長が同委員会の委員兼事務局として加わる。

社会的企業振興委員会の義務権限は、同法第19条に定められている。

■ 2. タイの社会的企業をめぐる政策の変遷

それらは、①社会的企業振興の戦略、政策、計画を策定して内閣に提出・実施、②社会的企業振興活動計画の検討・承認、③社会的企業振興のための税制優遇や政府調達に関して内閣に提言、④国家社会的企業振興計画に合わせて関係する法律、規則、規制、閣議決定の修正を内閣に提言、⑤社会的企業およびソーシャル・ビジネス・グループの事業促進・発展のための調査研究支援、⑥社会的企業総会の開催、⑦社会的企業が基金に納付する金額の規定、⑧社会的企業振興事務局と外国機関または国際機関との合意あるいは協力を承認、⑨審査委員会の設置、⑩社会的企業振興事務局の事業計画、予算、同事務局が定める規則、規制等の監督、⑪社会的企業振興事務局長の任命・罷免、⑫社会的企業振興基金の監督管理、⑬その他の割り当てられた業務の遂行と多岐にわたる。

同委員会の監督のもとで管理実務に携わるOSEPは、首相が設置を認める独立行政法人の形態をとり（第23条）、社会的企業振興委員会の行政業務および学術業務の責任を負うとともに社会的企業とソーシャル・ビジネス・グループが自立できるように支援する義務を課されている（第24条）。OSEPのトップとして事務局長が任命¹¹されるが（第29条）、任期は4年である（第33条）。また、第66条、第67条に明記されているように、OSEPは社会的企業の監督・監視を行い、事業評価の結果によっては社会的企業としての登録を取り消す権限を有している。

社会的企業振興基金に関しては第46条で定められており、社会的企業の振興・支援・発展によってコミュニティ開発、社会開発、環境改善といった問題の解決を促進することを目的として設立される。同基金の資金と資産は、①第13条に基づく拠出金、②本法律に基づく罰金、③同基金への寄付、④同基金の運用益、⑤国内外の民間部門および外国政府、国際機関から受け取った金銭や資産などが元手となる。同基金の用途は、①社会的企業の設立や事業拡張のための貸付、②設立後間もない社会的企業への財政支援、③社会的企業振興活動計画に基づく活動に関わる政府機関、国営企業、私企業の支援、④その他法人への補助金、合弁

¹¹ 2019年12月時点において、事務局長は任命されていないため、社会開発・人間安全保障省社会開発福祉局長が兼任している。2020年に事務局長を選出して任命される見通しとなっている。

事業等への支援、⑤勅令などで規定されたその他の財政支援、⑥社会的企業振興委員会が定めた基金の運営費となっている（第48条）。

罰則規定は第78条および第80条に規定されており、社会的企業として登録していない事業体が社会的企業の名称を使用すると2万パーツ以下の罰金およびその状態が続く限りにおいて1日500パーツの罰金が科される。

なおOSEPは、社会的企業振興法が定める事項に関する細則を定めて社会的企業振興委員会の承認を受けなければならないが、その作業プロセスには遅延がみられる。OSEPは①利潤の社会への還元する条件、②優れたコーポレートガバナンスの要件、③事業期間、④社会的企業の登録申請書等、⑤人事管理に関する規定、⑥事務局長の採用、雇用、業務内容および業績評価に関する規定、⑦財務、調達、会計、および資産償却に関する規制、⑧従業員に対する福利厚生を提供に関する規制、⑨OSEP事務局長およびスタッフの制服およびOSEPのトレードマークの使用に関する規定、⑩OSEP事務局長代理に関する規制、⑪手数料、法主、サービス料の規定を同法施行後90日以内に定めて承認を受ける必要があった。①から⑥まではすでに承認を受けているが、⑦から⑪までは未承認となっている。この他にも期限の定めはないものの基準等を定めなければならない項目として15項目あるが、そのうち14項目について何も決まっていない状態である。社会的企業振興委員会の現委員長である副首相が多忙でありスケジュールを押さえられないために、承認の場が設けられないことも一因である。2020年に事務局長が任命される見通しであり、その任命を待ってこれらの基準が示されるものとみられている。

3. 社会的企業登録制度と登録企業

(1) タイ社会的企業事務局（TSEO）による登録制度

2010年に設立されたタイ社会的企業事務局（TSEO）は、仏歴2553-2557年社会的企業振興マスタープランに基づいて社会的企業の登録を行った。同マスタープランでは、社会的企業を「設立時から明確な社会的目標を掲げて製品の販売およびサービスの提供を行う、もしくは社会問題の解決あるいはコミュニティ・社会・環境の発展といった目標に変更した事業体で、株主や事業主の利潤最大化を目的としないという主原則を掲げる事業体」と定義している。また、社会的企業に対して、①いかなる生産工程および操業が社会、個人の身体的・精神的・社会的に良好な状態、環境に対して長期的に害を与えない、②良いガバナンス、③自力による継続的な財源確保の見込み、④収益の大部分を事業への再投資、あるいは社会もしくはサービス利用者へ還元、⑤様々な組織形態、⑥充足経済哲学の活用を要件として求めている。その一方で、TSEOは最大で利潤の30%まで配当を認めている。

TSEOはSE登録システム（SE Registration System）への登録を社会的企業に推奨していた。SE登録システムの目的は社会的企業の調査分析を進めることで、社会起業家の能力開発のための研修コースなどを開発することである。登録企業はTSEOが主催する様々なイベントや研修を受ける権利が付与されるなどの特典がある。

図表2はSE登録システムに登録した社会的企業を地域別、組織形態者の種類別に分類したものである。地域別にみると、首都バンコクを含む中部が最も多く、その他の地域間にはあまり大きな差は見られない。社会的企業振興にかかる中期目標の通り社会的企業が地方部へも拡張したことは確認できるが、バンコクを中心とする中部と比較するとかなり規模は小さい。一方、組織形態の種類で見れば、社会起業家が最も多く、

(2) 社会的企業振興事務局（OSEP）による登録制度

財団がそれに続いている。地方部においてはコミュニティ組織・ネットワークが相対的に多くなっており、地方部の社会起業家の育成が課題となっていた。

SE登録システムへの社会的企業の登録は、結果からいえば、あまり進展しなかった。2015年ごろのTSEOのサーベイでは、全国に社会的な事業に取り組む事業体が480組織あり、そのうち169組織はTSEOが定める社会的企業の要件を満たすとみなされていた。しかし登録されているのは68組織のみであったため、データベース化も進展しなかった。社会的企業振興法の国会審議のスケジュールの遅延などの影響で、社会的企業には登録するインセンティブが弱かったこと¹²が原因である。

図表2 地域別・組織形態別の登録状況（2015年）

	中部	西部	東部	東北部	北部	南部	合計
会社	3	0	0	0	0	0	3
TBL	10	0	0	0	0	3	13
社会起業家	18	4	0	0	2	0	24
政府機関	0	0	1	0	0	0	1
財団	10	1	0	0	1	0	14
コミュニティ組織 ・ネットワーク	2	1	3	2	2	3	13
合計	43	6	4	4	5	6	68

（表注）TBL: Triple Bottom Line Business

（出所）金子（2016）を一部改変。

(2) 社会的企業振興事務局（OSEP）による登録制度

2020年現在、社会的企業の登録を行っているのは、仏歴2562（2019）年社会的企業振興法に基づき設置された社会的企業振興事務局（OSEP）

¹² 2015年に筆者がSE登録システムに登録していない社会的企業のヒアリング調査を行った際、複数の社会的企業の代表者から登録するメリットがないとの回答を得ている。

3. 社会的企業登録制度と登録企業

である。同法は、タイの法律に基づいて設立された製造業、販売業、サービス業に従事する会社もしくはパートナーシップ、その他法人の中で社会的目的が主な事業目的であり、同法に従い登録された事業体のみを社会的企業とみなすことを明記している。

社会的企業の登録に当たっては、同法第7条で示された必要情報を記した書類を作成してOSEPに申請しなければならない。ここで申請時に必要となる項目は、①法人名、②法人登録証明書、③株主総会決議、すべてのパートナーの合意、または法人の取締役会決議、④代表者の氏名・住所、⑤覚書（存在する場合）、⑥社会的企業設立から1年以上にわたって行ってきた事業の詳細を示す書類、⑦第6条にある社会的企業の種類、⑧その他報告書類¹³である。これらの書類審査を経て、社会的企業としての登録が行われる。

OSEPは2019年11月15日、社会的企業として89社が登録されたことを発表した。同年11月18日にさらに27社の社会的企業を登録している。図表3に示したように、2020年1月時点の社会的企業の登録数は合計で121社となっている。

図表3 地域別・組織形態別の登録状況（2020年）

	首都圏	中部	東部	西部	北部	東北部	南部	全国
会社	33	7	11	9	19	23	15	117
パートナーシップ	1	0	0	0	0	0	0	1
協同組合	1	0	0	0	0	0	0	1
財団	1	0	1	0	0	0	0	2
合計	36	7	12	9	19	23	15	121

（出所）社会的企業振興事務局資料より筆者作成。

地域別ではバンコク首都圏が36社と最も多く、東北部の23社と北部の19社が続いている。2015年ごろと比較すると社会的企業の登録数は大幅

¹³ その他報告書類は、同法第5条に適合する事業計画、過去1年間の財務諸表、適切な企業統治に関する詳細、保有株式が20%を超える主要株主名、事業許可証（事業許可が必要な場合）が含まれている。

(2) 社会的企業振興事務局（OSEP）による登録制度 ■

に増加しているように見えるが、実際には軍事政権下で設立された社会的企業プラチャーラット・ラック・サマキー・ウイサハキット・プア・サンコム（ヘン・プラテート・タイ）（Pracharath Rak Samakkee Social Enterprise (Thailand)）と、バンコクを除く76県に同様の名称の社会的企業を設立したことが登録企業数の増加につながっている¹⁴。一方、社会的企業の中には北部や東北部といった他地域で活動しているが、法人の登記上の住所が首都バンコクである事業体も見られることが首都圏の登録企業数を増やしている。

¹⁴ 例えばチェンマイ県には、「プラチャーラット・ラック・サマキー・チェンマイ（ウイサハキット・プア・サンコム）」という名称で設立されている。

4. 社会的企業の経営実態

(1) 使用したデータ

本章の分析には2つのデータセットを使用する。最初のデータセットは、社会的企業振興事務局（OSEP）の内部資料から作成したものである。ただし、前章でまとめたように現在の社会的企業登録制度は2019年に始動したばかりである。さらに、その登録企業の半数以上は政府主導で各県に設立された中間支援機能を持つ社会的企業群であり、事業内容や財務状況などに大きな差はみられないため、現在の登録企業を対象とした社会的企業の分析には限界がある。そこで、前事務局であるタイ社会的企業事務局（TSEO）の協力を得て作成した社会的企業のデータ¹⁵を2019年8月～12月にかけてアップデートしたデータセットを分析に用いる。

(2) 登録企業データの分析

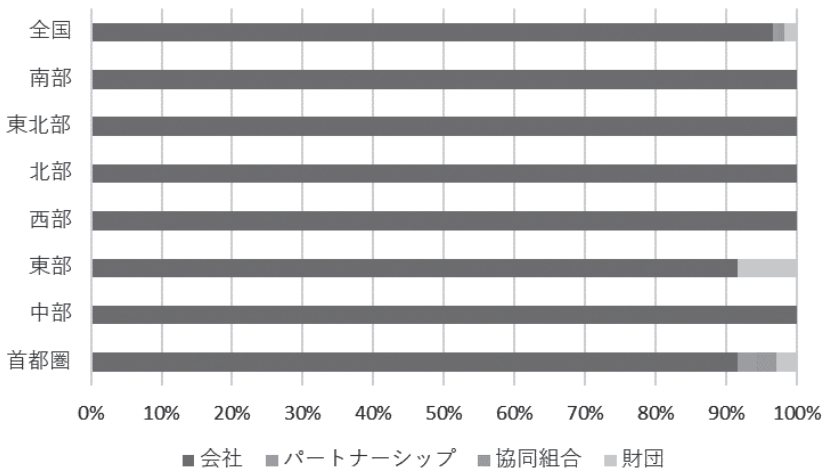
2020年1月時点で社会的企業として登録している企業数は121社である。組織形態を見ると約97%は「会社」であることが分かる（図表4）。組織形態を地域別にみれば、中部、西部、北部、東北部、南部の社会的企業はすべて「会社」である。首都圏には「パートナーシップ」「協同組合」「財団」、東部には「財団」として法人登録している社会的企業が確認できるが、大部分は「会社」として法人登録された社会的企業である点で他の地域と大きな違いはない。

地域別に見た社会的企業の事業分野を示したものが図表5である。全

¹⁵ 対象となる社会的企業は、2016年までに設立された組織のみである。

での地域で「コミュニティ」に関連する事業を手掛ける社会的企業が最も多い。地域別では首都圏を除く各地域で活動する社会的企業の80%はコミュニティに基盤を置いた事業を展開している。とりわけ西部、北部、東北部、南部では登録企業の90%を超えている。首都圏、東部、西部、北部には健康関連の社会的企業が登録している。農業と健康を結び付けて、安全な食品プロジェクトを通して地域の農業を推進し、病院で患者やその家族、医療関係者に安全な食品を提供している。また、北部以外の地域には障害者の雇用・自立の促進を目指す社会的企業も登録しており、障害者に無利子での資金融通なども行われている。なお、社会的弱者向けの事業を行っている社会的企業は、例えば寄付された物資などの販売事業により雇用を創出したり、満足な教育を受けしていない人や犯罪歴のある人向けの職業訓練を行うところもある。高齢者向けに職業訓練や医療費の支援を行う社会的企業も存在する。「金融」「通信・コミュニケーション」関連の社会的企業はまだ1社も登録されていない。

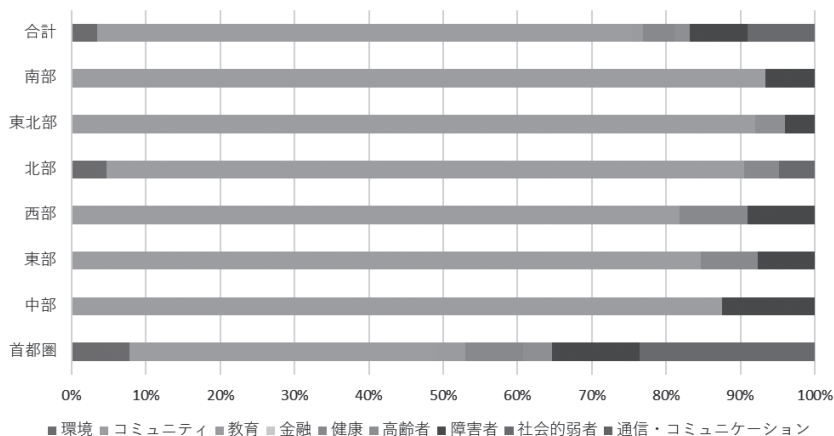
図表4 地域別に見た組織形態（2020年）



(出所) 筆者作成。

4. 社会的企業の経営実態

図表5 地域別に見た事業分野（2020年）

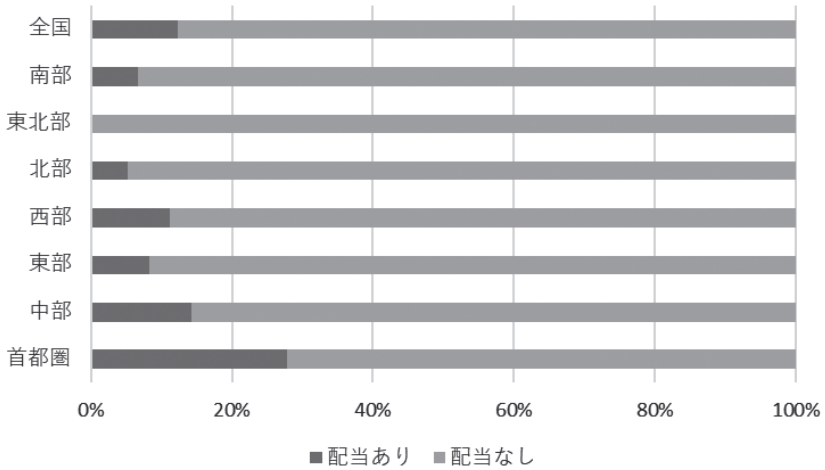


（出所）筆者作成。

次に利潤の配当を目的とする社会的企業かどうかである（図表6）。全121社の12%の社会的企業は利潤を配当として株主へ分配している。首都圏の社会的企業の27%、中部の社会的企業の14%、西部の社会的企業の11%が配当を出している一方、東北部の社会的企業で配当を出している社会的企業は1社もない。

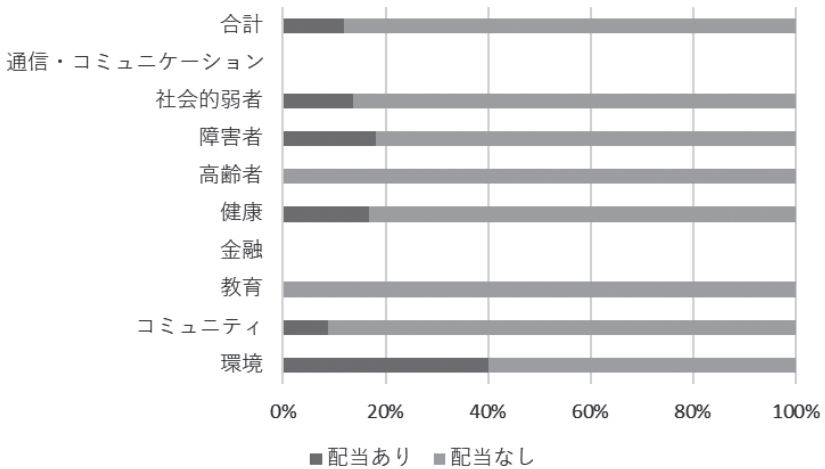
図表7は事業分野と配当の有無である。環境分野の事業を手掛ける社会的企業の40%が配当を株主へ分配している。教育と高齢者関連の事業を手掛ける社会的企業で配当を分配している企業はない。コミュニティ、健康、障害者、社会的弱者関連の事業に取り組む社会的企業の中で利潤を分配しているのは10%程度である。

図表6 登録地域と利潤の配当の有無（2020年）



(出所) 筆者作成。

図表7 事業分野と配当の有無（2020年）



(出所) 筆者作成。

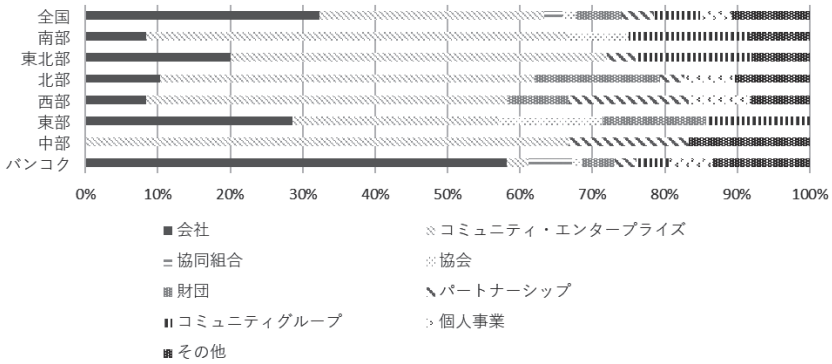
4. 社会的企業の経営実態

(3) サーベイデータの分析

サーベイデータにある社会的企業を組織形態毎にまとめたものが図表8である。社会的企業として事業を行うためには、タイの法律に基づく法人登録¹⁶が求められる。全国の社会的企業で最も多い組織形態は株式会社（51社）であり、コミュニティ・エンタープライズ（49社）がそれに続く。株式会社とコミュニティ・エンタープライズの2形態で全体の3分の2を占める。残りの3分の1が協同組合（4社）、協会（3社）、財団（10社）、パートナーシップ（7社）、コミュニティ・グループ（10社）、個人事業（7社）といった組織形態を取っている。地域別ではバンコクの社会的企業の半数以上が会社組織であり、コミュニティ・エンタープライズが主要形態である他地域と一線を画している。バンコクには若手の社会起業家が多く、ビジネス手法を用いて都市の社会的課題の解決に取り組んでいる。バンコク以外の地域では社会的企業の絶対数が少ないが、これは会社組織の社会的企業がバンコクと比べて圧倒的に少ないこととも関係しており、旧社会的企業事務局の啓蒙活動が地方部にはあまり訴求できていなかったことを示唆している。そのため地方では、コミュニティレベルに組織されている貯蓄グループや生産者グループといったコミュニティ・グループの存在感が強くなっている。

¹⁶ 社会的企業として活動している事業体は既存の組織形態で商業省に登録しなければならない。既存の組織形態としては、非営利組織である（1）財団、（2）協会、営利組織である（3）パートナーシップ、（4）営利企業の4形態がある（Kanjanaipibul（2011））。

図表8 地域別に見た組織形態

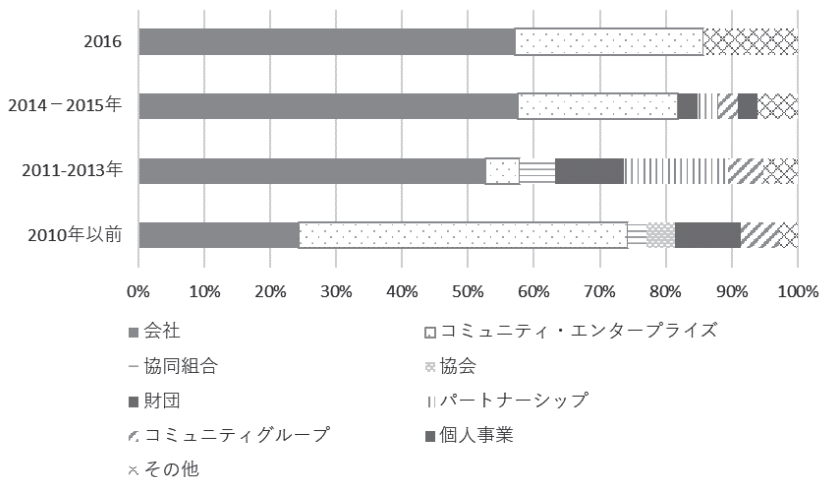


(出所) 筆者作成。

設立時期と組織形態を見ると、2010年以前と2011年以降では異なるトレンドが観察される。2010年以前に設立された社会的企業の約半数はコミュニティ・エンタープライズであったが、2011年以降に設立された社会的企業の半数以上は株式会社である。2011年から2013年にかけてコミュニティ・エンタープライズの社会的企業の設立が減少するが、この時期は株式会社やパートナーシップの設立が急増している。従来、ソーシャル・ビジネスを手掛ける組織形態と認識されていなかったこれらの組織による設立が増えていることから、タイ社会的企業事務局（TSEO）が実施した社会的企業を広く国民に認知してもらうプロモーションの効果が現れていると考えられる。逆に、協会はTSEOのプロモーションの影響をあまり受けていないと考えられ、またTSEOが促進する社会的企業としての活動への関心があまり高くないことが数字となって表れている。財団、コミュニティ・グループなども従来から独自に活動を続けてきた団体が多く、社会的企業を名乗ることにはあまり積極的ではない。その他の組織形態とは、個人事業でまだ法人登録を完了していない事業を指している。タイ経済の景気があまり思わしくない状況の中で、個人でソーシャル・ビジネスに乗り出す人も増える傾向にある。

4. 社会的企業の経営実態

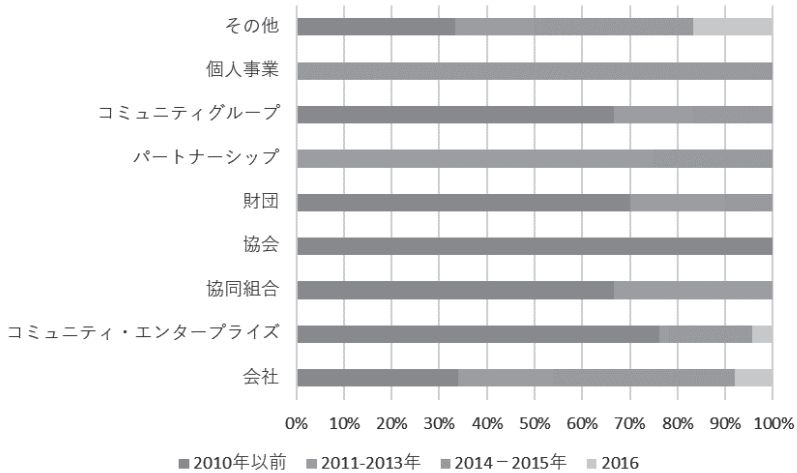
図表9 設立時期と組織形態



(出所) 筆者作成。

組織形態別に設立時期をみると、株式会社では2010年以前と2014～2015年に設立された社会的企業が多い。コミュニティ・エンタープライズは2010年以前に設立された組織が75%を超えている。協同組合、財団、コミュニティ・グループでも同様に65%を超える組織は2010年以前の設立となっている。一方、TSEOが設立されて社会的企業の支援・育成がスタートした2011年以降に設立が多いのは、パートナーシップと個人事業である。

図表10 組織形態別の設立時期



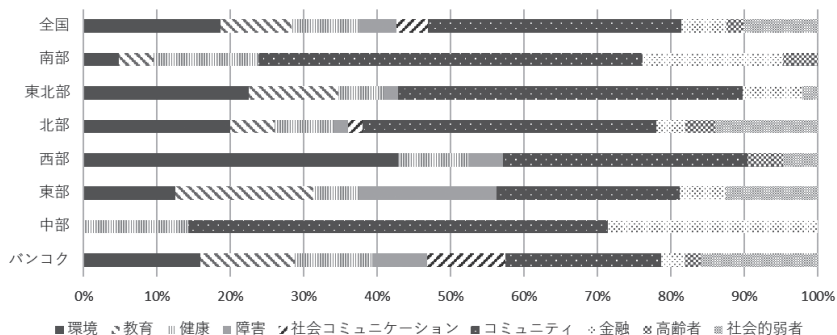
(出所) 筆者作成。

図表11は地域別に見た事業分野の割合を示している。ここで社会的企業の多くは複数分野の事業を手掛けているため、この事業分野については複数回答の結果を示している。まず全国をみると、コミュニティ開発など「コミュニティ」に関連する事業に取り組む社会的企業が最も多い。これは地域別にみた場合も同様で、コミュニティを基盤とする事業がタイの社会的企業にとって最も関心の高い事業分野であるといえる。ただし、バンコクと中部はその比率が他地域よりも低い。二番目に多い事業分野は「環境」である。バンコクのような大都市だけでなく、近年は地方都市においてもゴミの収集・リサイクルに対する住民の関心・意識が高い。また東部、西部、北部は石油化学産業や石炭火力発電所などを原因とする大気汚染や水質汚染といった環境問題を抱えている地域でもある。その次に多い事業分野は「教育」である。対象は学校の生徒から地域住民、企業の従業員など幅広く、そのテーマも環境教育や保健教育、恵まれない子供たちへの基礎教育まで多岐にわたっている。「健康」は農業を使用しない有機野菜の都市部で普及させたり、住民の健康意識を高め、セルフメディケーションを推進する社会的企業もある。「障害」

4. 社会的企業の経営実態

は経済的に発展しているバンコクと中部に多い。「社会的弱者」へサービスなどを提供する社会的企業の比率はバンコク、東部、北部で高くなっているが、これは同地域に社会的弱者が集まっていることが認識されていることを示すものであるかもしれない。

図表11 地域別にみた事業分野



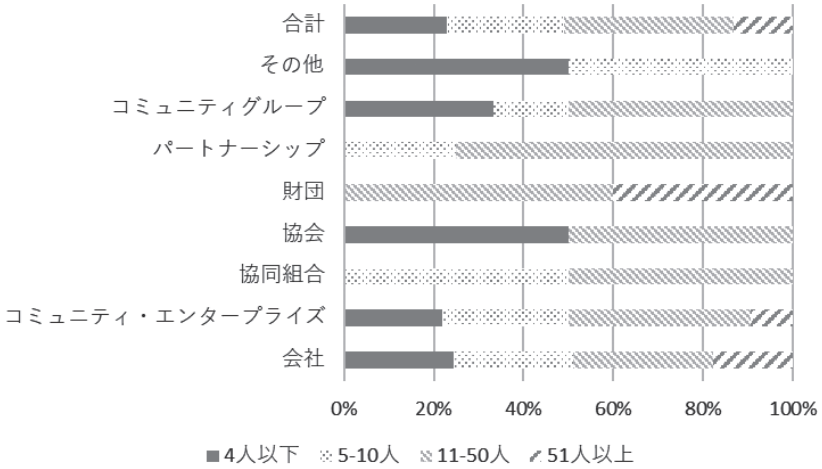
(出所) 筆者作成。

次に社会的企業の従業員規模を見ていく(図表12)。従業員規模「11-50人」の組織が約38%で最も多く、「5-10人」(30%)と「4人以下」(22%)がそれに続き、「51人以上」を雇用する大きな社会的企業は少ないことがわかる。株式会社とコミュニティ・エンタープライズは従業員規模に偏りはみられない。協同組合では、「4人以下」の小さな社会的企業や「51人以上」の大きな社会的企業は存在しない。協会、パートナーシップ、コミュニティ・グループ、その他の組織形態では、従業員が「51人以上」の大きな社会的企業は存在しない。一方、財団が運営する社会的企業は、全ての組織が従業員規模「11-50人」「51人以上」となっている。

事業分野と従業員規模の関係が図表13に示されている。「環境」「障害者」「高齢者」「社会的弱者」に関する事業に取り組む社会的企業は、従業員規模が「4人以下」「5-10人」と小規模である。一方、「教育」「健康」「社会コミュニケーション」「コミュニティ」に関する事業を手掛け

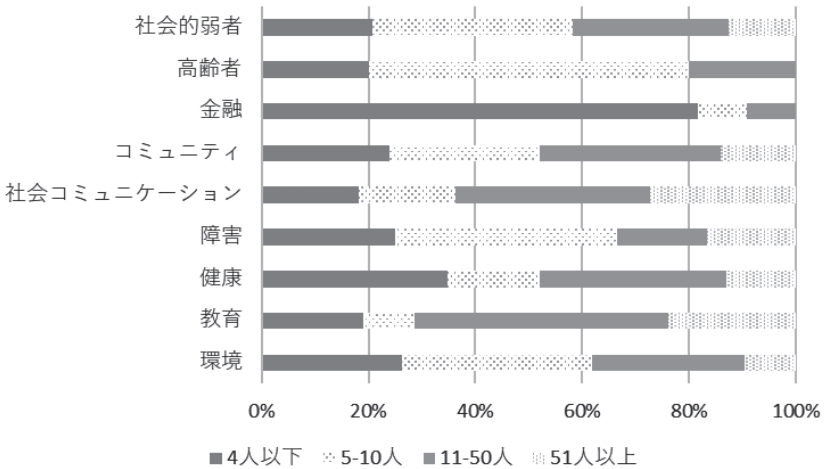
る社会的企業は、「11-50人」「51人以上」と規模が比較的大きい。

図表12 組織形態と従業員規模



(出所) 筆者作成。

図表13 事業分野と従業員規模



(出所) 筆者作成。

4. 社会的企業の経営実態

社会的企業の売上規模は50万パーツ¹⁷以下の小規模な組織から5,000万パーツを超える大規模な組織まで分かれる。組織形態と売上規模の関係を見ていくと、売上の大きいグループと小さいグループに二極化する組織形態と売上規模が小さい事業体から大きな事業体まで均等に分散している組織形態があることがわかる。コミュニティに基盤を置くコミュニティ・エンタープライズやコミュニティ・グループの約6割は売上が200万パーツ以下の小規模なところが多い。株式会社、協同組合、協会、財団では、売上が1,000万パーツを超える社会的企業が半数を占めている。特に株式会社と財団の中には5,000万パーツを超える大きな社会的企業もある。

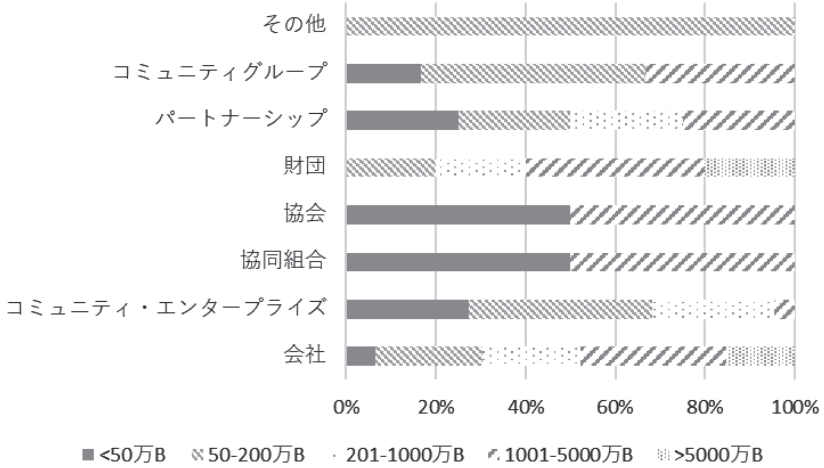
従業員規模と売上規模の関係を表したものが図15である。全体をみると「50-200万パーツ」が最も多く、「1,001-5,000万パーツ」「201-1,000万パーツ」「50万パーツ未満」「5,001万パーツ以上」の順となる。従業員規模が4人以下の社会的企業では200万パーツ以下が約85%を占めているが、従業員規模5-10人では50%、従業員規模11-50人では約30%、従業員規模51人以上では約15%と従業員規模が大きくなるにつれてその比率は低下していく。逆に売り上げが1,000万パーツを超える企業の比率は、4人以下では0%、5-10人では約27%、11-50人では約40%、51人以上では約70%と従業員規模が大きくなるにつれて高くなっている。5,000万パーツを超える売上規模を持つ社会的企業は51人以上の組織のみであることから、当然のことではあるが売上規模と従業員規模の大きさには相関が見られる。

図表16は事業分野別に見た売上規模を示している。「障害」「コミュニティ」「金融」「高齢者」「社会的弱者」向け事業を手掛ける社会的企業は、売上が200万パーツ以下の事業体が50%以上となっており、売上規模が比較的小さい。一方、IT企業も含まれる「社会コミュニケーション」事業を展開する社会的企業の半数は売上が1,000万パーツ以上と売上規模が比較的大きい。IT関連社会的企業の中には、営利企業向けにサービス料金を高く設定して、非営利組織向けにはサービス料金を安く

¹⁷ 1パーツは約3.3円。

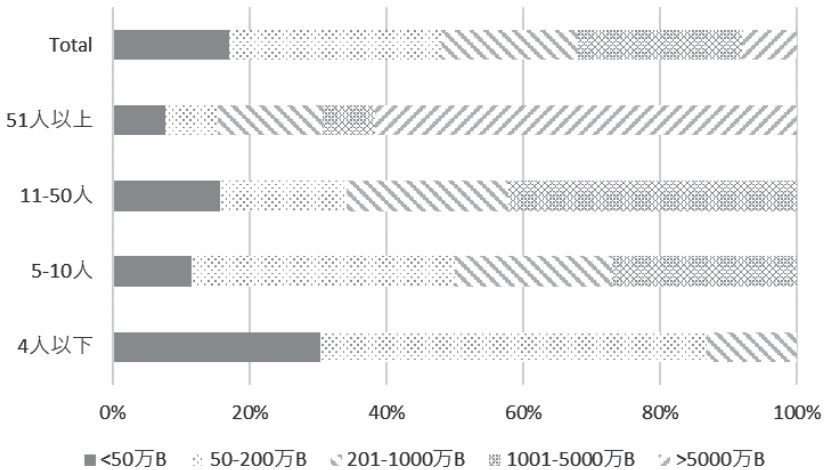
設定することで、売上を伸ばしているところもある。

図表14 組織形態と売上規模



(出所) 筆者作成。

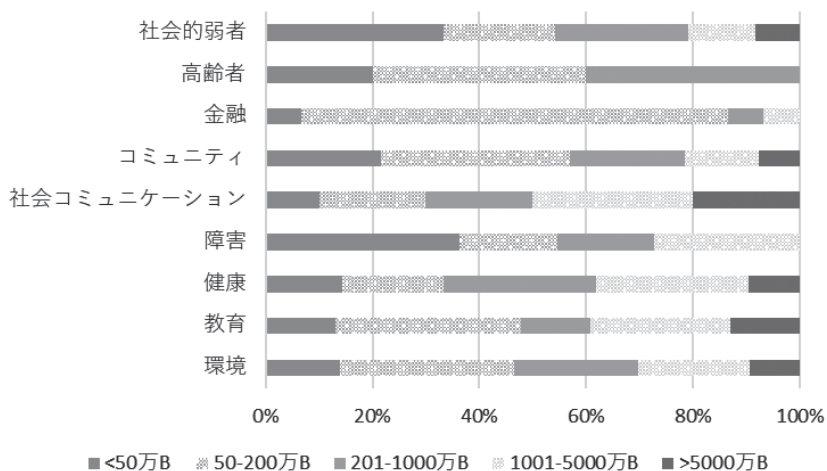
図表15 従業員規模別に見た売上規模



(出所) 筆者作成。

4. 社会的企業の経営実態

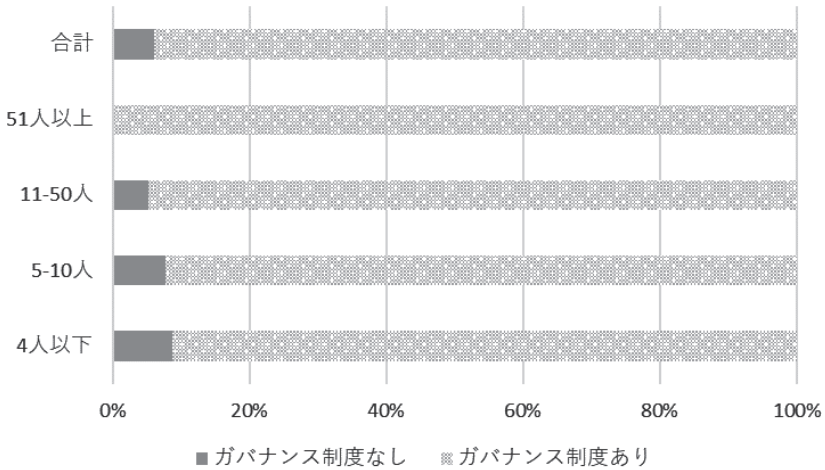
図表16 事業内容別に見た売上規模



(出所) 筆者作成。

各法人の総会の開催や監査体制などに関するガバナンス体制については、従業員規模が「51人以上」の一番大きいグループのみ、すべての社会的企業がガバナンス制度を有している。従業員規模が「4人以下」「5-10人」「11-50人」のグループでは、少数であるがガバナンス体制に不備がある社会的企業もある（図表17）。

図表17 ガバナンス制度の有無と従業員規模

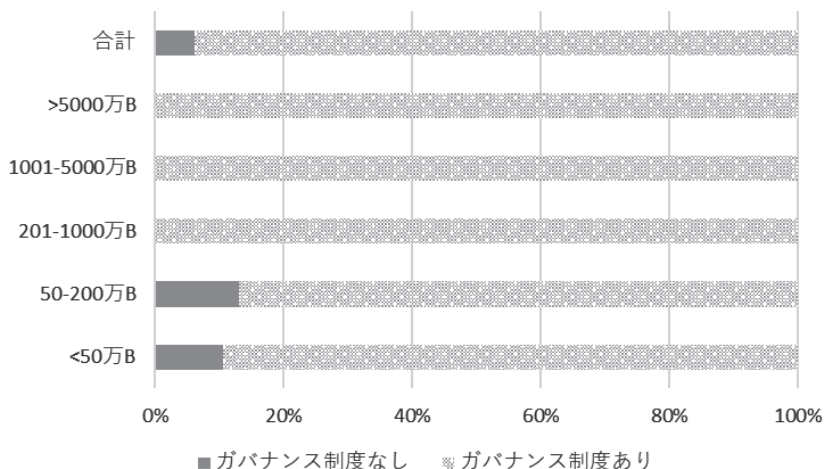


(出所) 筆者作成。

次に売上規模との関係を見ると、「201-1000万B」「1001-5000万B」「>5000万B」の社会的企業はガバナンス体制が整っていることがわかる。一方、売上が200万パーツ以下の社会的企業の中にはガバナンス体制が整備されていないところもある。個人あるいは2~3人で運営する小規模事業で、事業主がその必要性を感じていない場合にガバナンス体制が軽視されている可能性がある (図表18)。

4. 社会的企業の経営実態

図表18 ガバナンス制度の有無と売上規模



(出所) 筆者作成。

(4) 考察

前項で行ったデータ分析の結果について、組織形態、事業分野、従業員の雇用、売上、ガバナンス体制の面からの考察を加える。タイで2010年以前に設立された社会的企業の多くはコミュニティ・エンタープライズであった。これは1990年代以降のコミュニティ・ビジネスの促進と2000年代前半に当時の政権によって強力に押し進められた一タムボンー産品（OTOP）スキームのもとで、コミュニティレベルでの起業が促進された結果であろう。2011年以降に設立された社会的企業の多くが株式会社形態をとっていることから、タイ社会的企業事務局（TSEO）の支援制度などの整備が進む中で、株式会社として法人登録する社会的企業の育成に注力されていたことが示唆される。

一般に社会的企業研究には、①稼得所得学派、②社会的イノベーション学派、③社会的経済学派の三つの学派がある（Defourny and Nyssens（2012））。①稼得所得学派、②社会的イノベーション学派は主

に英米の社会的企業概念による研究であり、③社会的経済学派は欧州における社会的企業概念による研究といえる（米澤、2013）。タイは社会的企業育成制度の導入の経緯上、英国の影響¹⁸を強く受けているが、その一方で農業国でもあり協同組合も多いため、英米系と欧州系の両方の社会的企業概念¹⁹が存在している。しかし、タイの社会的企業の組織形態をみても、欧州的概念よりも英米系概念が強い²⁰と考えられる。今後、協同組合や非営利組織セクターによる社会的企業の育成・支援が広がれば、タイの社会的企業は独自の発展を遂げる可能性もある。

次に事業分野についてであるが、本稿ではタイの社会的企業の事業分野を便宜上「環境」「教育」「健康」「障害」「社会コミュニケーション」「コミュニティ」「金融」「高齢者」「社会的弱者」と分類している。アジアで社会的企業支援制度の整備が進んでいる韓国²¹では、「その他」に分類されている製造、販売、食品、家庭用品など関わる事業を手掛ける社会的企業が約半数となっている。これはタイで「コミュニティ」に関連する事業を手掛ける社会的企業が多い状況と似ている。タイのコミュニティに基盤を置く社会的企業の多くは、コミュニティの生産機能や商社機能を果たしている。また、環境関連の事業に取り組む社会的企業が約19%と比較的多いことは一つの特徴である。これはタイにおいて環境問題に対する公共政策の対応が不十分なことが一因であろう。

雇用創出の面でも社会的企業はその役割が期待されている。タイの社

¹⁸ 制度設計の初期段階において、British Councilを通じて関係者が英国を視察している。

¹⁹ 英米系の社会的企業は伝統的な営利企業と伝統的な非営利組織のハイブリッド組織として概念化されている。欧州系の社会的企業は協同組合と非営利組織のハイブリッド組織として概念化されている。

²⁰ TSEO事務局長であったNattapong Jaruwannapong氏による説明によれば、TSEOは英米系概念に基づいて支援を行っていた（金子、2016）。

²¹ 寺島（2019）によれば、韓国の社会的企業の提供サービス・活動分野は、その他（製造、販売、食品、家庭用品等）48.4%と産業での分類が難しい事業体が最も多い。残りは、文化・芸術11.6%、清掃10.3%、教育8.2%、環境5.9%、介護・家事5.0%、旅行・スポーツ2.4%、医療0.7%、育児0.7%、文化財0.5%、森林保護0.4%、雇用0.4%となっている。

■ 4. 社会的企業の経営実態

会的企業の雇用者数は、1人から1,600人程まで幅があり、平均雇用者数は50人である。単純な比較は難しいが、日本の社会的企業の平均有給職員数の28人（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社、2015）と比べるとより多くの雇用を生み出しているといえる。また、コミュニティ・エンタープライズ型社会的企業の雇用者数は平均20人であったが、これはタイの全国サンプル調査（Santipolvtut and Sripruetkiat、2012）の平均39人よりも少なかった。

タイの社会的企業で最も多い組織形態はコミュニティ・エンタープライズであったが、そのコミュニティ・エンタープライズの平均売上額は402万1,277バーツであった。これはタイにおいて実施されたコミュニティ・エンタープライズの全国サンプル調査（Santipolvtut and Sripruetkiat、2012）における平均売上額の199万4,969バーツよりも高くなっている。これは経営者が社会起業家精神をもって経営にあたることで、事業が拡大して売上が増大する可能性を示すものかもしれない。今後の社会的企業の発展にとっても期待が持てる結果が得られた反面、50万バーツ以下の売上しかない社会的企業の中には経営状況が悪化している事業体も多く含まれている。こうした小規模社会的企業への金銭的・非金銭的な支援制度の拡充が望まれる。

一方、ガバナンス体制に関しては、ほぼ全ての社会的企業がガバナンス体制を有していると回答している。しかし、これは欧州の社会的企業において重視されているガバナンスの問題とは異なる。米澤（2013）が述べているように欧州の社会的企業では「民主的意思決定や参加的性格」が重要視されている。タイの社会的企業の実際は、経営者に権限が集中しているところも少なくない。タイですでに廃業した社会的企業の中には、経営者が売上の増大を強く志向した結果、部下と仲違いして分裂を引き起こした事例もある。有名NGOの創設者のようにカリスマ的でトップダウン式の社会的企業の経営に長けた人材がいる一方で、社会的企業育成・支援制度はより普遍的なもので未経験者でも社会的企業を運営していくことを念頭に設計されている。長期的に社会的企業が発展していく上で、このガバナンスの課題がボトルネックとなる可能性もある。

5. おわりに

本稿ではタイにおける社会的企業の育成・支援制度と社会的企業の経営状況に関する分析を試みた。タイの社会的企業の育成・支援制度は、一時遅延も見られたが、確実に整備が進んできている。タイの社会的企業は組織形態、事業分野、事業規模、ガバナンス体制、地域性といった観点からみても多様であり、経営の状況も異なっている。政府からの補助金が期待できないタイにおいて、市場からの資金調達を余儀なくされている多くの社会的企業がビジネス的手法重視の事業運営をしている。タイの社会的企業育成・支援制度の評価は、社会的企業振興事務局(OSEP)による社会的企業登録制度とそれに続いて導入が予定されている認証制度の経営安定化に対する寄与度の測定を待つ必要があるだろう。

本稿は社会的企業の個票データを用いて経営状況の考察を行ったが、今後の研究課題が残されている。第一に社会的企業の経営状況に関する適切な定式化と詳細なデータに基づく統計分析である。より詳細なデータを入手することで社会的企業の生産関数や費用関数の推定、経営成果の決定要因といった実証分析を行うことで、分析結果の一般化が可能になるだろう。第二に社会的企業の育成・支援制度の効果測定である。社会的企業の育成・支援制度を評価するためには、社会的企業ファンドなどから資金提供を受けること、あるいは法人税の税制優遇を受けることが社会的企業の経営成果に与える影響を検討する必要がある。これらの残された研究課題については別稿に委ねることとする。

参考文献

- British Council (2016), Social enterprise in a global context: The role of higher education institutions - Country Brief: Thailand.
(https://www.britishcouncil.org/sites/default/files/thailand_-_social_enterprise_in_a_global_context_-_final_report.pdf)
- Defourny, J. and M. Nyssens (2012), “The EMES Approach of Social Enterprise in a Comparative Perspective”, EMES Working Paper.
(https://emes.net/content/uploads/publications/EMES-WP-12-03_Defourny-Nyssens.pdf)
- The Japan Research Institute (2016), Study of social entrepreneurship and innovation ecosystems in South East and East Asian countries: country analysis: Kingdom of Thailand, *IDB Technical Note1212*, Inter-American Development Bank
- Kanjanapaibul, P. (2011), Legal Entity for Social Enterprise. Master Thesis. Faculty of Law, Thammasat University.
- National Economic and Social Development Board (2007), *Sufficiency Economy Implications and Applications*, National Economic and Social Development Board.
- Royal Thai Government (2010a), The Cabinet Meeting News Summary on 20 January 2010 (<http://www.thaigov.go.th/th/media-centre-government-house/news-summary-cabinet-meeting.html>)
- Royal Thai Government (2010b), The Cabinet Meeting News Summary on 28 July 2010, (<http://www.thaigov.go.th/th/media-centre-government-house/news-summary-cabinet-meeting.html>)
- Royal Thai Government Gazette (2011), The regulation of Prime Minister Office on National Promoting Social Enterprise B.E.2554, 128 (special part 142 ng) pp.1-4. 18 May 2011.
- Santipolvut, S. and Sripruetkiat, K. (2012), Development of

- Community Enterprise in Thailand. Shanghai International Conference on Social Science (SICSS 2012), Conference Paper.
- Social Economy Reform Working Group (2016), Report of Social Economy Reform, The National Reform Steering Committee on Economics Reform, The National Reform Steering Assembly.
〈https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d030759-02.pdf〉
- Thai Social Enterprise Office (2010), Social Enterprise Master Plan, Thai Social Enterprise Office.
- Valeepitakdej, V. and Wongsurawat, W. (2015), “Can top-down community enterprise development reduce poverty and out-migration? Evidence from Thailand” *Development in Practice*, 25, 737-746.
- Yamao, M (1993), “Cooperative Movement in Thailand : Towards the Establishment of Cooperatives Society Act in 1968”, *South Pacific Study*, 13 (2), pp. 183-210.
- 片岡樹 (2015)、「タイ国における中国系善堂の宗教活動 —— 泰国義徳善堂に見る中国系宗教とタイ仏教 ——」『東南アジア研究』52巻2号、pp.172-207。
- 金子勝規 (2016)、「タイにおける社会的企業の現状と課題」『季刊経済研究』第37巻3・4号、pp.1-25。
- 重富真一 (2014)、「タイにおける協同組合生成についてのノート」重富真一編『開発における協同組合－途上国研究のための予備的考察－』基礎理論研究会成果報告書、アジア経済研究所、pp.84-99。
- 寺島彰 (2019)、「韓国のソーシャルファーム 実態調査報告」〈<https://jodes.or.jp/wp-content/uploads/2019/03/韓国のソーシャル・ファーム訪問報告.pdf>〉
- 平松守彦 (2011)、「アジアへ 世界へ 世界へ広がる一村一品運動」2011年10月10日タイ・ブラパー大学名誉博士号授与式記念講演会資料。
- 船津鶴代・今泉慎也 (2018)、「2017年のタイ 2017年憲法下の政党政治

■ 参考文献

- の抑制と国家構造改革」『アジア動向年報2018』日本貿易振興機構アジア経済研究所、pp. 283 - 308。
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社、(2015)『我が国における社会的企業の活動規模に関する調査 報告書 (内閣府委託調査)』、
(<https://www.npo-homepage.go.jp/uploads/kigyuu-chousa-houkoku.pdf>)
- 米澤旦 (2013)、「ハイブリッド組織としての社会的企業・再考——対象特定化の困難と対応策」大原社会問題研究雑誌、662号、pp. 49 - 60。
(法律)
- 仏歴2562年社会的企業振興法 (พระราชบัญญัติ ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒)

要 旨

社会保険における子どもの位置付けの
強化に関する国際比較研究

平部 康子

佐賀大学経済学部 教授

伊奈川 秀和

東洋大学社会学部 教授

■ 要旨

従来の社会保障制度では、子どもへの支援は親の状況と連動して支給を決定する仕組みをとることが多く、親の扶養責任と強く関連する給付や支給要件、子どもへの援助を世帯（主）への給付に包含するような給付、親の選択が重視される給付手続き等が定められてきた。しかし、社会保障給付を受けられない不利な状況が親を通して子にも課せる結果、経済的格差の拡大につながっていることが多くある。この中には、貧困ラインの境界で生活し、将来的に成人し独立すると就労的自立や社会的自立が困難になるリスクを有する者も少なくない。

このような子どもをめぐる社会保障制度の課題は、社会保障制度の中でも特に大きな比重を占めている社会保険のあり方に密接に関連していると考えられる。社会保険の特質として、「保険」という側面に着目すると、「給付・反対給付均等の原則」および「収支相当の原則」というルールを見出すことができる。この保険原理を修正する理念を、社会保障法学では「扶助原理」と呼び、基本的人権を実質化のツールとしてきた。

第1に、我が国の社会保険制度における子どもの位置づけを明らかにし、課題を明らかにした。社会保険において子どもに対応する給付は世帯全体を包含した給付として支給され、「親の被保険者資格」、「支給要件（保険事由が発生するまでの保険料の拠出、保険事由が発生するまでの保険加入期間）」に強く依拠する。これらの条件は、親の就労形態、労働時間、就労継続期間がその内容を決定する。他方、子どもの状態が直接的に給付水準（額）に影響する要素として、子どもの人数、年齢、障害の有無があるが、公的扶助に比較すると影響する範囲は限定的であり、子どもの現実のニーズをカバーできていない。このような現象が生じるのは、現在の社会保険給付が、対象者および給付水準について保険原理の維持に比重を置いた制度設計であるためといえる。最低生活水準の維持を目的とする生活保護制度を除けば、このような社会保険の限定性に対する「補足」は、社会手当が担うことが予定されている。しかし、現行の児童手当および児童扶養手当は、給付水準の低さ、所得制限の設定という点からみて、補足としての役割が果たせていない。

第2に、単一社会保険の中で特に「扶助原理」を拡大することによ

って、上記の課題に対応している例として、イギリス国民保険制度上の給付と児童手当の構造を明らかにした。イギリスの国民保険は包括的で一元的な社会保険制度として成立しているが、児童にかかる出費は所得の低下をもたらす他の要保障事故とは独立させ、児童手当制度として構成している。国民年金制度では、労働不能給付（短期・定額給付を除く）・遺族年金・退職給付とも児童加算が設けられている。加算の対象となる子どもの対象年齢は、発達を保障するという法目的を共通にして、児童手当と一致させていることが多い。児童手当は対象となる年齢は原則として16歳未満であるが、子どもが全日制の教育を受けていれば19歳未満まで支給が延長される。子どものニーズを世帯で包含する給付が維持される一方で、教育訓練の機会など子どもの独自のニーズに着目し、支給対象となる年齢や要件が設定されていることが着目される。また、世帯を一体として給付する前提には、親の社会保険の加入・就労が求められるところ、安定的な正規雇用か否かに関わらず、就労時間と子育て時間への配慮（ワークライフバランス）が求められる。育児休業給付の機能を有する国民保険制度上の法定出産給付および法定出産手当では、「継続的雇用要件」が縮小され、自営業者あるいは自営業者の補助者まで労働法上の出産休暇の権利を有しなくても出産手当の受給権を有するまでになっている。安定的な「雇用」ではない働き方に対して受給権を拡大するためには、社会保険の加入資格および給付要件に見られる継続的雇用原則を緩和し、子育ての一定期間については「所得喪失・減少」の証明を厳格に求めない（稼働していない限り出産後一期間を所得減少期間と「みなす」という法技術は、子どものいる「ライフ」を重視する社会保険の変容のための一つの足掛かりになると考えられる。

第3に、フランスの家族手当を題材に、社会保険を補完する制度の変容を確認する。制度創設時、家族手当は労働者以外も支給対象に取り込むことにより普遍化が実現していたが、財政的には事業主拠出による保険料を財源としてきた。これが、一般社会拠出金（CSG）の財源投入により、家族手当財源の職域連帯から国民連帯への転換が進んだ。このような基本理念の変容により、現行の家族手当は4つの点で「補完」としての役割から、以下の社会手当の「独自性」を獲得してきたといえる。

■ 要旨

第1番目に、家族給付及び家族手当金庫は、変化する社会保障制度の多様な「政策目的」の受け皿となってきたこと、第2番目に、出生児の約2/3が婚外子という多様な家族形態が存在するフランスにあって、「家族形態」の変化への対応の実現手段となっていること、第3番目に、家族給付のうち柱である家族手当は所得段階別給付ではあるものの普遍性と多子優遇の出産奨励的性格を維持していること、第4番目に、家族主義等の思想の体現者である家族団体の存在は、政府の関与が強まる金庫等の活動も含め、家族政策にとって不可欠な組織として存続していること、である。

最後に、比較法研究を通じた我が国への示唆として、子どもに関連する社会保険給付のあり方は大きく2つの方向性が考えられる。1つは、社会保険における扶助原理の拡大である。その方法として、緩やかなものとしては、特定の給付の支給要件について「継続的就労要件」を緩和・削除することである。さらに支給の普遍化を進める方法として、年金制度のように、同一の給付事由（リスク）について拠出に応じた二層構造の給付を設けることである。第2の方向性は、社会保険を補完する社会手当の役割を再検討することである。フランスの家族手当が示唆するのは、家族手当に求められているのは、「目的」・「家族形態」の多様化への対応という点であり、給付の水準や種類の決定および財源負担のバランスを含めた、独自の役割を維持するには、家族という政策目的に関与する団体の存在が重要であるということである。

社会保険における子どもの位置付けの 強化に関する国際比較研究

平部 康子

佐賀大学経済学部 教授

伊奈川 秀和

東洋大学社会学部 教授

1. はじめに

近年、「子どもの貧困」問題が顕在化し、我が国の社会保障制度が子どものニーズに対応できていないことが指摘されている。「子どもの貧困」とは、子どもが単に物質的・経済的欠乏状態にあるだけでなく、教育・社会参加および就労可能性・健康や安全・家庭環境などの点で最低限保障されるべき生活が維持できていない状態を指すとされる。OECDやユニセフの調査に大きく影響を受けて、2013年には「子どもの貧困対策の推進に関する法律」が制定され、我が国もこの問題に取り組むこととなった。続いて策定された大綱では、重点施策として教育支援・生活支援・保護者に対する就労支援・経済的支援などが列挙されているが、統一的に個別方策が実施されているとは言い難い¹。

従来の社会保障制度において、子どもへの支援は親の状況と連動して支給を決定する仕組みをとることが多く、親の扶養責任と強く関連する給付や支給要件、子どもへの援助を世帯（主）への給付に包含するような給付、親の選択が重視される給付手続き等が定められてきた。しかし、親自身が非正規雇用であり家族を養うことが難しい例や、離婚をしたが別居親から必要な養育費の分担を得られない例など、不利な状況の負担が親を通して、子にも課せられている状況が多くある。また、子どもの中には、現時点において世帯としてみれば経済的には困窮状態になくても貧困ラインの境界で生活し、将来的に成人し独立すると就労的自立や社会的自立が困難になるリスクを有する者も多くいる。

このような子どもをめぐる社会保障制度の課題は、社会保障制度の中

¹ 2019年2月7日に公表された「子どもの権利条約第44条に基づき締約国から提出された報告の審査に対する子どもの権利委員会総括所見」（CRC/C/JPN/CO/4-5）では、子どもの相対的貧困率がこの数年高いままであることから、日本に対して、資源配分について、子どもの権利の視点を含んで、子どもに対する明確な配分額を定めるとともに、資源配分の十分性、有効性および公平性の監視および評価を行なうための具体的指標や予算策定手続の確立を求めている。

でも特に大きな比重を占めている社会保険のあり方に密接に関連していると考えられる。社会保険の特質として、「保険」という側面に着目すると、「給付反対給付金等の原則」および「収支相当の原則」というルールを見出すことができる。ただし、社会保険では厳密な意味での等価交換は修正され、被保険者の保険料を要件として保険給付が発生するという、相当に弱められた「対価性」あるいは「牽連性」になっている²。この保険原理を修正する理念を、社会保障法学では「扶助原理」と呼び、基本的人権を実質化のツールとしてきた。例えば、公的医療保険には、傷病リスクに応じた危険保険料相当分および事務費に対応する部分といった私保険と共通する保険的要素のほか、疾病リスクの高い者への移転分、低所得層への移転分、被扶養者を多く抱える被保険者への移転分といった要素が含まれる。また、給付の面でも、拠出の多寡に依拠せず医療の必要性に応じて決定される療養の給付は扶養原理の表れといえるだろう。

しかし、扶養原理を具体化した制度設計は、国と時代により一様ではない。社会保険制度を展開する国々の間で一定の共通性がある一方で、多様性もある。先進諸国が直面する子どものニーズの拡大・複雑化への社会保険の対応にも同様の指摘をすることができるだろう³。

以上を踏まえ、本研究では子ども発達の保障という観点から、社会保険制度の改正の指針となる規範を明らかにする。社会保険に芽吹きつつある新たな規範を見つけるためには、社会保険固有の法技術（保険原理）を尊重しつつ、憲法上の基本的人権や児童福祉法上の法規範に目を配る必要がある。本研究では「扶養原理」という分析視角を用いて、(1)被保険者の「子」への給付拡大、(2)親の扶養義務の客体ではなく、基本的人権の主体としての「子ども」への共助の拡大を提唱する。

² 河野正輝「社会保険の概念」、河野正輝・良永彌太郎他編『社会保険改革の法理と将来像』、法律文化社、2010年、3-4頁。

³ 例えば、ドイツ介護保険制度では、子のいる被保険者と子のいない被保険者との間で同じ保険料を適用するのはドイツ基本法に反するという連邦裁判所の判決が出された。松本勝明『社会保険改革—ドイツの経験と新たな視点』、旬報社、2017年、145-164頁。

■ 1. はじめに

分析の方法として、まず我が国の法制度の展開及び実務で生じる課題を整理する。次に「扶助原理の拡大」の可能性を探るため、イギリス・フランス法で観察される具体的な措置（法技術）およびその背景にある法理念・規範を照らし合わせて考察したい。

2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ

(1) 所得給付における子どもにかかる費用の取り扱いの法原則—公的扶助に芽生えた新たな視点

我が国の社会保障制度では、制度設計時には「子（ども）」は男性労働者にとっての経済的負担として把握され、主に生活賃金制で対応されることが想定されていた。日本的雇用システムは、子どもの扶養にかかる経済的負担と労働者の家庭責任を顕在化させてす、例外的に、この生活賃金制で対応できないほどの子どもの数（多子）あるいは子ども自身への要保障事故（疾病・傷病）の発生といった、限定的な事項に所得保障給付を設けてきたのである。また、子どものケアについては妻による役割分業が前提となっていた。これが不可能な場合に保育・社会的養護等が「措置」として用意されていた。つまり、子どもへの対応は極めて私的な領域であり、自助努力で対応することが求められていた。社会保障制度所得保障においては、子どもの扶養自体を社会保障の対象とする仕組みは、1972年に成立した児童手当法をはじめとして、全体の中では大きく遅れて展開した⁴。

社会保険は上記のような世帯・受給者モデルを想定し、その受給者が被る可能性の高い典型的なリスクに対応するために、定型的な給付を用意してきた（具体的な内容は後述する）。一方で、社会保障制度はこのような「モデル」から疎外された者への対応として、生活保護制度を設けてきた。それでは、生活保護は子どもに対してどのようなアプローチをとってきたのであろうか。

⁴ 子どもを養育する責任について、我が国の民法は他の親族と区別した強いものとして766条で扶養義務を定めるほか、820条で親権の効果としての監護教育義務を定めている。民法にみられる「子どもの養育について、家庭・家族の責任を過度に重く見る考え方などの影響により、子どもの貧困の実態は見えにくく」なっている（大綱）と指摘される。

■ 2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ

社会保障制度の中で、生存権が求める健康的で文化的な最低生活を保障する生活保護では、要保護者の需要は、世帯ごとに厚生労働大臣が定める基準を基礎として測られる。このうち、基準生活費は、個人別の額と世帯人数によって定められる額との合算になる。個人別の額は成人の基準額が20年あるいは10年の単位で分けられるのに対し、児童は2年から7年となっており、例えば、0-2歳カテゴリーでは24,440円、6-11歳カテゴリーでは月27,470円、12-19歳カテゴリーでは31,530円（令和元年10月、2級地—1・基準額②の基準額）となっている。さらに、世帯に18歳までの児童の養育にあたる者がいれば「子どもの健全育成費用（学校外活動費用）」を補填する目的で支給される児童養育加算が、ひとり親家庭には「ふたり親世帯と同等の生活水準を保つために必要となる費用」を補填する目的で母子加算が行われる⁵。生活保護は「必要即応の原則」に沿って保護が実施されなければならない（生活保護法第9条）、基準生活費の個人別の額は、児童の成長を考慮し、細かい年齢単位でカテゴリーが設けられていることが分かる。

特に、子どものいる世帯については、「児童養育加算」や「母子加算」の可否および水準が社会保障制度審議会生活保護基準部会で繰り返し議論されてきた。その結果として、貧困や格差の実態把握の仕方について新たな視角が求められている。すなわち、金銭所得や資産保有の状況など金銭換算可能な指標を中心に捉えられがちであったが、多面的な生活の実態をより正確に把握し「人間らしい生活」の内容をイメージできるためには、健康状態、社会的対面、家族関係や人間関係、社会活動への参加、社会サービスへのアクセス等の相対的剥奪や社会的排除にも、併せて目配りすることが重要であるということである。この結果、児童養育加算の対象となる児童は、従来の「小学校3年生修了前まで」から「18歳まで」に延長されたり、教育扶助の一項目である「学習支援費」を、児童の塾代・課外クラブ活動などより広い活動を想定した額に再設

⁵ 基準生活費とは別に、小学生、中学生に対し、義務教育にかかる必要な学用品費や教材代、給食費等を補填するものとして教育扶助が、高校生に対し、高等学校教育にかかる必要な学用品費や教材代、交通費等を補填するものとして高等学校等就学費（生業扶助の一つ）が支給される。

定するなどの変更が見られる。

(2) 社会保険の法的技術と子どもの位置づけ

次に、生活保護とは異なる法原則をもつ社会保険制度を確認したい。

①被保険者／被扶養者としての子ども

被用者保険では老齢年金は個人単位化が進められているものの、それ以外では生計維持関係で結ばれた家族または世帯を一つのまとまりとした制度設計が維持されている⁶。健康保険制度では、被保険者によって生計を維持されている「子」は「被扶養者」として位置づけられ（健康保険法3条7項）、被扶養者の傷病や出産にかかる保険給付が被保険者に対して支給される。被扶養者となるために「子」には年齢の要件は設けられていないが、生計が同一で所得が一定以下であることが求められる。また、民法上の「子」でない場合でも、子どもが3親等以内の親族、事実婚の配偶者の子等法で定める範囲の者であれば被扶養者となれる。地域保険である国民健康保険の場合、保険関係の諸手続きや保険料の賦課は世帯を単位として行われるが、世帯員は各自が「被保険者」とされ各々に保険給付が支給される。

国民健康保険制度の場合、世帯員たる子どもは、健康保険法のように子に準じる一定の関係で範囲を区切られることはなく、生計維持要件および年齢要件も設けられていない。すなわち、子ども個人が「被保険者」と位置付けられる。

②加算対象としての子ども

年金制度では、生計を維持されていた18歳未満（障害がある場合は20歳未満）の「子」は、障害基礎年金及び遺族基礎年金の「加算」の対象となる（国民年金法33条の2、同法39条の2）。配偶者は障害厚生年金で加算の対象となっていることに比べると、「子」については1階部分の職

⁶ 岩村正彦「社会保障における世帯と個人」岩村正彦・大村敦編『融ける境 超える法 1 個を支えるもの』東京大学出版会、2005年、263-271頁。

■ 2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ

域によらない普遍的な仕組みにおいて対応していることがわかる。また遺族基礎年金は、支給の対象となる遺族の範囲を、被保険者によって生計を維持されていた、18歳未満の子（1・2級の障害がある場合20歳未満）と生計を同じくする配偶者か、18歳未満の子としている。遺族厚生年金の遺族の範囲には配偶者や子のほか、父母・孫・祖父母まで含まれることに比べると、遺族基礎年金については子の有無が決定的な影響を与えている。これは、遺族基礎年金が旧国民年金法の母子年金および遺児年金を引き継いだものであるためであるが、子どもの有無で生活困窮度に大きな違いがあり、子どもがいると自立や再婚も容易ではないと理解されていたためである⁷。

雇用保険・労災保険の給付には、受給者に子がいることを理由とする加算はない。遺族（補償）年金については18歳未満の子は第2順位の受給資格者である。子ではなく最先順位の者が遺族（補償）年金を受ける場合には、受給権者と生計が同じであれば遺族の数の中に合算され、それに応じた給付額が決定される（労災保険法16条の3）。

③親の被保険者資格抛出要件と子ども

被用者保険と一般住民の社会保険を比較した場合、一般には①厚生年金に見られる階建て構造、②健康保険における休業手当金・出産手当金に見られる保険事故の射程（休業保障までを射程にしていること）、③雇用保険における基本手当や育児休業給付、のように前者が有利な給付を受けられる。子どもの視点から見れば、親に保険事故が発生した場合の所得保障にかかわるだけでなく、子どものための休業（出産休業や育児休業）を取得する場合にも関連する。しかし、わが国の被用者保険の被保険者資格は、親が雇用契約を締結して労働しているか、すなわち親の就労の性質（労働者性の有無）だけでなく、その他の条件にも依拠している。例えば、社会保険（健康保険）の強制適用事業所でない事業所で雇用されていたり、週20時間未満のパートタイムのため雇用保険未加入で働いていたりする場合、休業は取得できても給付なしという状況

⁷ 堀勝洋『年金保険法（第3版）』法律文化社、2013年、476頁。

(3) 我が国の児童養育にかかる給付—「貧困にある子ども」に対応できているか？

が生じる。このようなズレが生じるのは、主に社会保険側が一定の制限をもって制度設計されているためであり、ア. 社会保険の適用がある事業所とそうでない事業所があること、イ. 労働者の労働条件（労働時間・契約期間）によって、社会保険に加入できる者とそうでない者がいること、ウ. 社会保険に加入していても、労働者側について保険事由以外の保険給付の支給要件（保険事由発生までの一定の加入期間等）を満たす者と満たさない者がいること、といった理由が考えられる。

年金給付は、拠出に応じて決まった額の給付が支給される。反対に拠出をしていない場合や拠出期間が短い場合、給付がなかったり少額となったりすることとなる。つまり、親の拠出が、子への給付を決定づけるのが原則である。遺族年金の受給権は遺族に固有の権利とされ、配偶者も子もそれぞれに受給権を持つが、原則として配偶者に年金が支給されれば、子の年金は支給停止される（国民年金法41条2項）。遺族厚生年金の場合、配偶者および子以外にも支給対象は広げられているが順位は後になっており、配偶者たる遺族が存在しない場合には、子自身が受給権を優先して有することになる。

(3) 我が国の児童養育にかかる給付—「貧困にある子ども」に対応できているか？

公的責任において設定されるナショナル・ミニマムを体現する生活保護制度においては、子どもの発達状態に着目した加算や給付項目という手段を通じて「子どもの貧困」防止に対応しようとしている⁸。これに対して、社会保険の諸制度は、どのような手段を用いて、子どものニーズに対応しようとしているのか。以下で個別制度を確認する。

⁸ ただし、子どもの貧困の測定を欠いたまま政策が実施されてきたことが、生活保護世帯の子どもの不利な状況の固定化につながっていることも指摘されている。松本伊智朗「なぜ、どのように、子どもの貧困を問題にするのか」、松本伊智朗・湯沢直美編『生まれ、育つ基盤 子どもの貧困と家族・社会』、明石書店、2019年、35-38頁。

■ 2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ

①年金

生計維持者を失った単親世帯または子は遺族年金（基礎年金・厚生年金）が支給される。子の年齢は18歳までであり、有識者会議では大学進学希望が出せるよう20歳までに延長するよう求めたが見送られた。また、親が重度の障害を有した場合、障害基礎年金、厚生年金が支給される。

年金給付は、拠出に応じて決まった額の給付が支給される。反対に、拠出をしていない場合や拠出期間が短い場合、給付がなかったり少額となったりすることとなる。つまり、親の拠出によって、子への給付が決定される仕組みをとる。

②医療保険

健康保険では親が被保険者になれば、子は被扶養者として給付が受けられる。ただし、親が短時間労働などで働いている場合、健康保険に加入できず、国民健康保険の加入となる。国民健康保険の場合、保険料は世帯で納付するが、子どもは「被保険者」である。親が保険料を滞納しても子どもには6か月の短期保険証が無条件で交付される（2009年改正国民健康保険法）。つまり、年金と異なり、子どもの保護のために、親の拠出と子の給付が（一定程度）連動しないようになっている。

③社会手当

ア. 児童手当

現在は第1子からを対象に義務教育終了まで、給付額を児童の年齢により3つに区分して、支給を行う。児童手当は制度創設時（1970年）3千円（第3子以降／義務教育修了まで）であったが、「子ども手当」への改正までに8回の給付額の変更を行っている。当初の多子に対する貧困対策（第3子以降を支給対象）から2000年以降少子化対策としての性格を強めているものの、給付額自体は1975年～2000年までは月額5,000円ベース、2007年以降（子ども手当を除く）は月額1万円ベースであり、家計支出との関連性はない。受給資格者の所得制限はいったん廃止されたが、2013年度より再び設けられ、受給額が「特例給付」となる。所得

(3) 我が国の児童養育にかかる給付—「貧困にある子ども」に対応できているか？ ■

制限は高所得者を除外するためのものであり、ワークインセンティブとは連動していない。

児童手当の支給対象者は、児童を監護し生計を維持する者であり、例えば児童が施設に入所している場合、受給資格者は設置者となる。親側の受給の条件は、国内に居住し、児童を保護・監督し生計を維持する（＝扶養）していることとであるが、後者は形式的（居住／父母指定者／入施設の設置者）に判断する。

2012年子ども・子育て支援法では、児童手当は「子どものための現金給付」に組み込まれることとなったが、子どものための教育・保育給付とのつながりは財源以外はまだ設けられていない。

この他の特徴として、社会保障給付の一般原則では、受給権の譲渡・担保付与・差押が禁止されているところ（児童手当法15条、児童扶養手当法24条）、児童手当からは保育料・義務教育に伴う学級費・学校給食費等を手当から差し引く「特別徴収」が認められている（児童手当法22条）。もともとは滞納防止のための仕組みと考えられるが、子どものための給付を確実に子どものために使う方法の一つが導入されたともみることできる。

イ. 児童扶養手当

当該制度は母子福祉年金を補完する形で設けられたものであるが、2010年度より父子家庭にも範囲が拡大した。児童一人の場合を基本とし、児童の数が増えるごとに加算があるが、第3子は第2子と比べ加算額が減額される。第3子以降は加算額減額はない。1985年の法改正により、第1子への給付額の改定基準が「母子福祉年金に準じ」るものではなく、物価スライド制になった。一方、第2子及び第3子以降への加算額は定額で長らく据え置かれ、2016年になり多子世帯の貧困解消のためようやく物価スライド制が導入された。

受給資格者への所得制限は、2002年から就労等により収入が増えた場合に総収入がなだらかに増える支給停止基準を導入している。このほか、支給期間が5年を超える者への一部支給停止（2分の1）が定められ（ただし、求職活動等を行っていれば減額されない扱い）、手当の目的で

■ 2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ

ある「子どもが育成される家庭の生活の安定と自立の促進」のうち、後者（自立の促進）について強化されることとなった。

児童扶養手当は、ミーンズテストを伴わない「社会手当」に位置づけられているといいつつも、その水準や所得制限は現実の所得保障ニーズと強く対応するように設計されている。すなわち、子どもの養育者だけでなく同居する扶養義務者（祖父母など）にも所得制限があるほか、父から養育費を受けたときにも全額ではないが80%が受給資格者の収入とみなされる。ただし、例えば母子支援施設への入所、公営住宅の利用など、他の母子支援施策を利用しても特に調整はない。

同じ収入で同額の児童扶養手当を受けていても、住宅費について実質的な支援が受けられる世帯とそうでない世帯とでは子どものために利用できる費用に差が出てくると考えられる。

別表資料 1

厚生労働省大臣官房総務課行政相談室 「国民の皆様の声・集計報告書」(平成28年4月—平成30年12月受付分)

○子の加給年金加算が18歳到達日以降の最初の3月31日までであることに納得がいかない。(中略) 学生の間も加給年金を維持してほしい。(略)

○育児・介護休業法における育児に関する制度は、所定外労働制限が3歳までで、時間外労働制限も小学校就学までが対象となっている。(中略) ひとり親でも、仕事と育児が両立できるよう、所定外労働制限等の制度を利用できる期間を拡充してほしい。

○子の看護休暇について、取得可能年齢を小学校就学前まででなく、もう少し長い期間取得できるようにしてもらいたい。障害のある子がいると、(中略) 介護休暇では対応しづらい事案もある。

○特定不妊治療費の助成内容を拡充してほしい。

○成人前に発症した一型糖尿病を障害年金の対象にしてほしい。

○学生時の年金の未払いがあり(中略) 全納は経済面からできなかった。追納期間10年の壁があり追納できないので、追納期間の延長を検討

(3) 我が国の児童養育にかかる給付―「貧困にある子ども」に対応できているか？

してほしい。

別表資料2

シングルまぎらず・ふぉーらむからの意見聴取

○経済支援について

- ・児童扶養手当について、相対的貧困率を半減させるという目標をすえて、支給額を2倍程度にする必要がある。遺族基礎年金の額を目標に増額していくべきではないか。
 - ・児童扶養手当の全部支給所得制限が、遺族年金に比して低く設定されすぎている。200万円（年収ベース）程度が適切と考える。
 - ・窓口対応マニュアルをつくる（ハラスメントをなくすために）
 - ・離婚前別居中ひとり親への支援の検討
 - ・児童扶養手当法13条3（5年間手当支給後の一部支給停止）と適用除外の改正撤廃
 - ・障害年金と児童扶養手当を併給できるようにすべきである
- #### ○離婚前・出産前のひとり親への支援
- ・離婚前親教育だけでなく、離婚前生活支援が必要である
 - ・別居中に単独世帯としての支援が受けられる方策
 - ・児童手当の支給名義の変更・社会保険の扶養をはずすなど技術的な問題では、「現状優先」（絶対ではない）というルールを定着させてほしい
 - ・同時に未婚の母になる前の妊娠期からの支援が必要である。

別添資料3

専門家委員からの意見聴取

○児童扶養手当の受給者の拡大が多くの支援事業の対象拡大につながる。平成30年度に全部支給停止所得制限限度額が160万円に引き上げられたが、児童手当と同じ所得制限にする。また、同居する扶養義務者は両親のみとする。（余儀なく離職した場合などで各種支援を受けた場合において、前年度所得による児童扶養手当支給停止のため就労支援等の

■ 2. 我が国における社会保険法上の子どもの位置づけ

対象とならない場合がある。また、兄弟の収入の恩恵を受けられない場合にも支給停止になることがあり、多くの支援対象から外れてしまう。）

○児童扶養手当と年金の子ども加算を子どもが20歳に達するまでに延長すること（19歳になった後の世帯の困難を考え、一時金のような対応を含め検討いただきたい）。

○児童扶養手当の支給回数が年6回となったことは一歩前進であるが、毎月支給にすることが望ましい。また、4月・8月・12月は児童扶養手当と児童手当ともに支払われない状況であり、児童手当の支払い回数の見直し（隔月支給）を実現したい。

○児童扶養手当の全部支給所得制限限度額を2002年当時の200万円に引き上げること（低い所得制限と「児童扶養手当の満額支給の所得制限以上に働くと損する」という誤解から、月収10万程度で働く母子を増やし、困窮する状況を作り出してきたと感じる。住民税非課税ラインと同等のところまで上げるべき）。

○児童扶養手当が障害年金と併給禁止であることでさまざまな弊害が訴えられているため、支給停止理由などの件数などから実態を把握することが必要。

○非正規雇用の場合、残業をしてもその分の賃金は延長保育等の利用料で無くなってしまう場合があると聞いている。こうした場合の手当や延長保育の利用料の減免等の仕組みがあると良い。

3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担

(1) 子どもの養育にかかる支出と国民保険制度

イギリスの国民保険制度（National Insurance）は、退職年金を別にすると、全国民を対象とし均一額の給付を行う国民保険給付が中心となっている。国民保険制度は、ドイツやフランスの社会保険と比較すると、以下の特徴を指摘している。第1に、国民保険給付に関して、所得に応じた拠出を求めつつ、給付はほぼ定額であることから、拠出対給付の対価関係という保険原理を極めて弱く機能させている。第2に、要保障事故を単一の保険制度で網羅している。しかし、後で述べるとおり、ここに子どもにかかる出費は含まれていない。第3に、被保険者についても、被用者と非被用者を同一の制度に位置づけている。ただし、我が国の基礎年金のように国民保険制度の内部では、被用者、自営業者、高所得自営業者、低所得者（任意）というように4つのカテゴリーに分けて、別々の保険料賦課方法を用いている。第4に、保険料の拠出について、使用者は使用者側に重い義務が課せられている。保険料の拠出は労使折半ではなく、使用者側に保険料率が高く設定されているのに加え、保険料拠出の基礎となる報酬について労働者側には上限があるが、使用者側にはない。

ところで、ドイツやフランスと異なり、国民保険では被扶養者にも年金受給権が与えられている。しかし、家族（主に子ども）の扶養にかかる出費については保険事故の対象外とされている。国民保険の設計に関与したベヴァリッジは、労働による賃金は家族の規模に対応してはいたため、税を財源に社会全体が児童扶養の責務を分担する児童手当を設けることが社会保障計画の前提条件として必要であるとする一方、家族への国家の介入には慎重であり、両親の責任に対する不要な介入にならないようにすべきだと主張した。このため1945年家族手当法（Family

■ 3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担

Allowance Act1945) では、第二子からの（失業世帯は第1子から）所得制限を付さない児童手当を提案した。また、わが国と比べ特徴的であるのは、給付はあくまで家族全体のものとされつつも、家族手当の受給者は母親とされたことである。すなわち、現実的な監護者という観点から、両親がいる場合には受給権者を第1義的には母親とし、両親の合意があれば（父親に）変更できるとしている。

ただし、同法で設けられた児童手当の給付水準はベヴァリッジの求める額には遠く、1948年と1967年の2回しか増額されなかった⁹。この点は、わが国の児童手当の給付水準が賃金や消費水準とは全くリンクしていなかったことと類似している。

1970年代にはひとり親の増大により、従来の社会保障計画による対応の限界が生じてきた。保守党は、週24時間以上就労し一定以下の所得の世帯に対する6か月間の期限付きで給付である家族所得補足制度（Family Income Supplement）を1971年に導入した。FISは所得制限が課税ラインの水準で設定されていたため捕捉率が低く貧困の罍を生じさせるとの批判があったが、これがその後就労家族クレジット（Working Tax Credit）および児童クレジット（Child Tax Credit）につながっている¹⁰。これとは別に普遍的な家族手当の拡大を求める声も強く、労働党政権交代時の1975年に児童手当法（Child Benefit Act 1975）が成立し、第1子から給付対象が広がり、給付水準は物価上昇に対応することとなった。

保守党政権下では、社会保障支出削減を目的に制度の「重点化」が行われた。児童手当制度については水準の引き上げを凍結する一方で、子どものいる世帯が受ける給付への就労インセンティブの強化（所得補助、家族クレジット）、非同居親の私的責任（養育費支払い）の強化が行われた。ひとり親に対しては、所得補助の各種加算、児童手当の加算

⁹ イギリスの社会保障制度の展開について、N. Wikely & A. Augus, *The Law of social Security* 5th ed, Butterworth, 2002, pp653-659, 所道彦『福祉国家と家族政策』法律文化社、2012年、67-82頁参照。

¹⁰ ジョナサン・ブラッドショー・所道彦「子どもの貧困対策と金銭給付」季刊社会保障研究48巻1号、2012年、63頁。

などが行われていたが、1996年から加算額引き上げの凍結、児童加算とひとり親加算の統合、ひとり親手当の廃止が行われた。このような政策を通じた「重点化」は、子どもより親に着目した支援－有子世帯の選別強化につながったと考えられる¹¹。

1997年から政権を担当した労働党は、「子どもの貧困」削減を政策の重点課題とし、2010年子どもの貧困法（Child Poverty Act 2010）として国の義務とした。具体的には、①相対的低所得世帯にある子どもの割合、②低所得および物質的剥奪にある世帯にある子ども、③絶対的低所得にある子ども、④貧困の継続（3年）という4つの指標を示し、2020年までの数値目標達成を定めた。具体的な政策としては、①所得補助の子ども加算、児童手当の給付水準の引き上げ、児童タックスクレジット（Child Tax Credit）、②就労タックスクレジット（Working Tax Credit）、③初期教育（Sure Start Program）の拡大、が行われた。このうち、①と②は親の就労に関わらない給付という点で就労外手当（out of work benefit）と就労内手当（in work benefit）と区分されることもある。ブレア政権での政策は、就労促進を強化した給付を設定しつつ、就労内手当では子どもへの焦点化をすすめたことに特徴があったといえよう。

しかし、現政府からこれを廃止する「福祉改革および就労法（Welfare Reform and Work Act 2016）」が国会に提出され、2016年3月に成立した。新法では、4つの数値目標を廃止し、「ライフチャンス測定」として①失業世帯の子どもおよび長期間失業している世帯の子どもの数、②全ての子どもの教育的達成および不利な状況にある子どもの教育的達成という2つの指標を設定している¹²。その背景には、連立政権が進める福祉改革において、子どもの貧困法が達成を求める4つの指標の数値目標は、持続可能で柔軟な政策選択を妨げるとの批判があった。連立政権

¹¹ N. Wikely & A. Augus, *op. cit.*, p658. また、1989年児童法で「親責任」を親権に代わって定めたが、子どもに対する家族の役割の強調はサッチャーリズムの表れであるとの指摘もある。秋元美世『児童青少年をめぐる法と政策』中央法規出版、2004年、217頁。

¹² Welfare Reform and Work Act 2016. Explanatory Notes, TSO, 2016

■ 3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担

では、就労タックスクレジットは廃止され、児童タックスクレジットの子どもに関する控除が縮小、家族控除が廃止となる¹³。また、児童手当には所得制限が設けられるとともに、他の給付と同様4年間の給付引き上げが凍結される。

(2) イギリスの子どもに対する給付

前述のような展開を経た後で、イギリスの子どもに対する給付はどのように設定されているかを概観したい。従来型の社会保障給付（所得保障）としては、①国民保険による給付、②児童手当、③所得補助および資力調査付給付、④就学前教育およびケアを内容とする子どもサービス（children's service）および児童福祉サービス（社会的養護など）がある。

①国民保険による給付

イギリスでも2003年4月の児童クレジット導入以前は、被保険者に扶養する子どもがいる場合、給付に加算をする方法が採られていた¹⁴。しかし、現在は各給付に加算を設けるのではなく、児童クレジットとして給付が行われている。夫婦がそれぞれに社会保障給付を受ける場合、あるいは一人が複数の社会保障給付を受ける場合でも、子どものための上乗せは一本化されることを意味する。子どものための上乗せ部分に限っていうと、世帯への包含が一層進められた形をとるようになっている。遺族関連給付については、扶養する子どもの有無によって受給者が受ける給付（期間および額）に違いが生じる。また、我が国の場合、遺族に該当する配偶者がいないならば子が受給者となるが、イギリスは受給者

¹³ 所得補助、就労タックスクレジット、児童タックスクレジットは（資力調査付求職者給付・雇支援助手当・住宅給付とあわせて）2017年度からユニバーサルクレジットに一元化する。ユニバーサルクレジットについて、平部康子「イギリスにおける社会保障給付と財源の統合化」海外社会保障研究179号、2012年、29-37頁。

¹⁴ N. Wikely & A. Augus, *op. cit.*, p248-249.

に含まれていない。

②児童手当

児童手当の受給者は、居住要件を満たした上で、扶養する16歳以下の子どもまたは資格のある若年者に責任をもつ者である。「資格のある若年者」の定義は、認定された訓練・教育機関でフルタイムで学ぶ者で最大20歳まで延長される。児童手当の対象となる子どもおよび若年者の定義は、遺族関連給付、児童クレジット、所得補助等で共通に用いられている。成人年齢を超えても子ども（若年者）の発達の機会を支えるよう、制度間の整合性を図っているといえよう。一方で、連立政権下での大きな制度改正として、2013年に所得制限が設けられた¹⁵。

③所得補助および資力調査付給付

所得補助では、子どもについて3通りの位置づけを与えている。第1に、受給者が責任を持つ (responsible) 16歳未満の子どもまたは16歳から18歳までのフルタイムの教育を受けている者は、家族単位 (family unit) の家族に該当するとしている。第2に、児童手当と同様に定める教育・訓練をフルタイムで受ける者や、特別の事情のある21未満の若年者等で非大学型高等教育 (non-advanced education) を受ける者は、稼働要件の免除を与えている。第3に、親の援助が受けられない等特別の事情のある16歳および17歳に対して、所得補助・求職者手当 (制度改正後はユニバーサルクレジット) の受給権を認めている。

資力調査付給付に対する子ども分の加算については、国民保険の給付と同様に児童クレジットにより世帯で合算した給付に上乘せがつけられる。

④子どもサービスおよび児童福祉サービス

労働党政権下では保育と就学前教育の融合が進められ、2004年児童法では担当部局の改編とともに「子どもサービス」として統合されること

¹⁵ 従来の所得制限のない普遍的特性は貧困の罍の危険を防いできたと評価されてきた。N. Wikely & A. Augus, *op. cit.*, p652.

■ 3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担

になった。そして2006年児童ケア法（Child Care Act 2006）にもとづき、地方当局はすべての3-4歳児に週15時間・年間38週の子どもサービスを無償で提供する義務を有することとなった。また、2014年からは低所得・社会的困難を有する過程の子どもは、その対象年齢を2歳に引き下げた。子どもサービスは、従来の保育の枠を広げてすべての児童に「普遍化」した部分と、子どもの社会的不利を是正することを目的に「選別化」した部分とを混在させた構成になっているといえよう。

また、現政府は「稼働世帯は給料を増やすことが最もよい方法であるが、そうでない世帯は福祉のセーフティーネットを提供しなければならない」とし、現物給付の提案を行っている。その例として、全低学年児童への無料給食、低所得家庭の子どものためのバウチャー（朝食クラブ、プリスクールでのフルーツや野菜）、学校・自宅間の交通費の割引があり、資力調査付給付の受給を要件としている。

⑤ 社会保障給付の中で子どもの自己決定

子どもの権利条約が示した子どもの「自己決定・自立」は社会保障給付の中で可能なのだろうか。子どもの貧困解消をめざすイギリスを検討すると、2つのことが言えるだろう。

まず、金銭給付を市場の中で使用しながら子どもの発達が確保されるためには、子どものニーズが世帯への給付に包含される構造は継続しなければならないだろう。世帯一体型の給付であるからこそ、親にとっても子にとっても用途を自由にすることができ、自己決定権を行使できるといえよう。

ただし、世帯一体型の給付は必然的に親に要件の充足を求める。イギリスでは親の仕事がないことが子どもの貧困の最も大きな原因ととらえ、親の就労支援を重視した給付を増やしている。就労を条件にした給付は、求められる就労がなければ支給されないという制裁が付随しがちであり、結局は子どもに給付がいきわたらないことになる。この点を考慮し、子育て時間に配慮した最低就労時間数を設定するなど「求められる就労」の水準には、子どもの利益に配慮することが必要だろう。

(3) イギリスの国民保険における子育て休業のための給付

働く人が子どもを持つ場合、就労ができないあるいは抑制しなければならない期間が生じる。そのため、労働法は労働者へ出産や育児の期間の休業を保障し、社会保険法は休業期間の賃金を代替する所得を保障している。我が国の場合、親が安定的な就労を有さなければ社会保険上の給付を受けられないことが多く、育児休業給付も例外ではない。子どもの利益という観点から見れば、親の就労条件が不利な世帯ほど、「ライフ＝家族と関わる時間」にも社会保障制度上の機会の制限を受けているといえる。

このような制度について、イギリスの国民保険には方針の転換が見られる。この点につき、実質的には育児休業を意味する、イギリスの出産給付および出産手当について検討する。

①子育て休業制度

イギリスの出産休暇は、取得可能な日数の上限が長期の52週となり、実質的には育児休業の機能を果たしている。そのうち、前半の26週は「通常出産休暇 (Ordinary Maternity Leave)」、後半の26週は「追加的出産休暇 (Additional Maternity Leave)」という。通常出産休暇は、欠勤前の仕事に復職する権利が保障される。追加的出産休暇では、使用者は合理的に実行可能であれば欠勤前の仕事に復職させなければならないが、そうでなければ、適切で適合的な仕事に就かせなければならない。対象者は女性被用者であり、取得前の継続的雇用要件は設けられていない。出産予定週の11週前から取得でき、52週間を限度とする（出産後2週間は強制休業）。期間中、10日を限度に就労が認められる。

一方で、乳児期の育児に関する父親の参加という意味での「育児休業」については、出産休暇からの転換ができず、限定的な（法定）父親休暇 (Statutory Paternity Leave) でしか進まなかった。父親休暇は、期間や給付水準の不十分さから、制度の利用が進まないこともあり、男女平等および共同の子育ての観点から批判がなされるようになった。

■ 3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担

その解決として、女性労働者が取得した出産休暇の期間の一部を、育児を目的とした新しい休業制度に挿入し配偶者が活用する、共同両親休暇（Shared Parental Leave）が2014年より設けられた¹⁶。

②法定出産給付と法定出産手当

ア. 法定出産給付

法定出産給付は、39週間支給される。出産予定週の11週日以降で就労を中断していれば、どの期間を選択してもよい。このうち、6週間は被用者の平均報酬の90%（上限なし）が支給され、残る期間（33週間）は、決められた額（2019年は週当たり148.68ポンド）と平均報酬の90%のうち、低い額が支給される。

a. 法定出産給付の受給要件

■継続的雇用要件

給付を受ける者は、出産予定週の15週前までに、26週間は同じ使用者の下で雇用されていなければならない。疾病など法令に定められている特定の事由による就労の中断は、中断期間とみなさないとしている。1997年以降、国外にいる女性被用者についても、使用者が本人のための国民保険料の支払い義務を有しているのであれば、その使用者によって雇用される被用者とされる。

■所得の下制限

出産予定週の15週前までの8週間の平均報酬（週当たり）が、国民保険料の負担で用いられる最低稼得収入額（the Lower Earning Limited :

¹⁶ 協働両親休暇の対象者は、法定出産休暇を取得する権利のある者およびその配偶者（パートナー）であり、それぞれが以下の要件を満たさなければならない。まず、共有両親休暇を取得しようとする者は、継続的雇用要件（出産予定週の15週前までに26週間の雇用）を満たさなければならない。休暇中も同一の使用者に雇用されていなければならない。共有両親休暇を取得しない側の配偶者（母）であっても、経済的活動要件（出産予定週の前66週のうち26週は経済的活動をし、うち13週の平均週当たり報酬が最低稼得収入額を上回ることを満たさねばならない。強制休業期間2週間を除く50週間について、両親で分割して取得することができる。

(3) イギリスの国民保険における子育て休業のための給付 ■

2019年度は週118ポンド)を超えていなければならない。この最低稼得収入額の基準は、多くの場合は国民保険料の拠出と連動するものの、あくまで収入額の下限を決定するためのものである。

b. 法定出産給付の費用負担

法定出産給付は、その被用者のために国民保険料を支払う義務のある使用者によって支給される。使用者が複数存在する場合、使用者間の合意によって割合が決まるが、合意がないときは被用者の報酬の割合に応じて法定出産給付の費用を分担する。

このように、法定出産給の費用は一義的には使用者が負担するが、法定出産給付で負担した費用のうち92%について、国民保険料の事業主負担が減額されるため、実質的には使用者に還付される。小規模事業の使用者の場合、法定出産給付で負担した費用と追加的費用（国民保険料負担分）をあわせた103%が戻ることになる。

イ. 法定出産手当

法定出産給付の要件を満たさなくても一定の稼働（work）を行う者に対して、法定出産手当が設けられている。法定出産手当は、国民保険の拠出型給付の1つであり、財源は国民保険となっている。法定出産手当は、拠出型給付として出発したが、現在では自営業や継続的雇用要件を満たすことができない者にも対応している。具体的には、「雇用（employment）」および「雇用の継続性」という要素を弱め、それに代わり「所得の下制限」に移行させた。

現在では、①本人自身が被用者あるいは自営業者として収入を得ている場合、②本人が自営業の配偶者またはパートナーの補助をしている場合が支給対象となる。出産予定週の11週目以降で就労を中断していることは共通であるが、それぞれの類型で、就労に関する要件、支給額、支給期間が異なる。

a. 本人が稼働している場合の法定出産手当の受給要件

法定出産給付は、「稼働」「所得の下制限」「妊娠期間」「法定出産給

■ 3. イギリスの国民保険給付と児童手当の役割分担

付の非該当性」の4つの要件を満たす者に支給される。

■ 稼働

給付を受ける者は、出産予定週の前の66週のうち少なくとも26週は、被用者あるいは自営業者として、稼働していなければならない。

■ 所得の下制限

法定出産給付の満額を受けられるのは、最低稼得収入額（LEL）以上の平均収入のある者である。支給期間は39週間であり、支給額は法定出産給付の（6週目以降の）低い額と同額（2019年は週当たり148.68ポンド）か、平均収入の90%の額のうち低い方となる。もし、平均収入が、最低稼得収入額以下かつ法定出産手当で定める下限額（2019年度は週30ポンド）以上である場合、平均収入の90%が支給額となる。

自営業者の場合、実際の収入を認定するのではなく、国民保険料（自営業者向け）の拠出の有無によって判断する。すなわち、国民保険料を拠出している場合、法定出産給付の満額を受けることができる。一方、被保険者（自営業向け）に位置づけられているものの、僅少所得による例外扱いで現実の拠出をしていない場合、出産手当で定める下限額の収入があったものとみなし支給額を決定する。

b. 本人が配偶者の補助をしている場合の法定出産手当の受給要件

以下の要件を満たす場合、法定出産手当で定める下限額の90%の額を14日間支給される（2019年度は週27ポンドとなる）。

■ 自営業の配偶者の補助

共同経営や雇用ではない形で関わる自営業の家族従事者の経済的活動を念頭に置いたものであり、出産予定週の前の66週のうち少なくとも26週は、配偶者またはパートナーの自営業の補助活動を行うことが求められる。

■ 自営業を行う配偶者の国民保険料拠出

自営業を行う配偶者またはパートナーは、歳入関税庁に自営業の登録をし、国民保険料を拠出していなければならない。

③国民保険のモデルチェンジ

法定出産給付と法定出産手当の要件をみると、両者をあわせた出産関連給付制度が、継続的な雇用される「被用者モデル」から働き方に中立的な「市民モデル」に移行していることを指摘でいる。

法定出産手当が、給付要件に継続的雇用原則を用いず、自営業者および自営業補助者にも給付を行っていることは、注目に値する。これを可能にしているのは、第1に、社会保障給付を必要とする「仕事の中断」について、法定出産手当は厳密な認定を行わず、以前の一定の稼得収入と出産という状態をもってこれに該当すると「みなす」からである。第2には、自営業者向けまたは自営業補助者向けの法定出産給付にも、給付水準に差を設け、保険料拠出要件と関連付けている点が挙げられる。

育児休業関連給付の役割は、休業期間中の所得喪失の補填から、継続雇用のための休業取得促進であった。しかし、今や雇用以外の場面を含めたワーク・ライフ・バランスに広がっており、それは子どもの利益という観点からも広がりが必要とされる。安定的な「雇用」ではない働き方に対して受給権を拡大するためには、社会保険の加入資格および給付要件に見られる継続的雇用原則を緩和し、子育ての一定期間については「所得喪失・減少」の証明を厳格に求めない（稼働していない限り出産後一定期間を所得減少期間と「みなす」）という法技術は、上記のモデルチェンジおよび社会保険の変容のための一つの足掛かりになると考えられる。

4. フランス家族手当制度の規範の変容

(1) フランスの家族政策の動向

① 国民的コンセンサスとしての家族政策

フランスは、手厚い家族給付と管理・運営主体である家族手当金庫(CAF)を核に「家族政策 (politique familiale)」を推し進めてきた国である。これと出生率との相関は、同国でも議論があるが、先進国の中でも合計特殊出生率が2%前後で推移している希有な国である。

さまざまな関係者とのこれまでの意見交換の中でも、政党や思想的立場の違いを超えて、家族政策自体に異議を唱える人はまずいないほど、家族政策は国民的コンセンサスとなっていることが指摘されている¹⁷。

② 日本の少子化対策

日本の政策レベルでは、家族政策という概念は一般的ではなく、少子化対策が使われることが多い。しかも、少子化対策が登場したのも、さほど昔のことではなく、出生率の低下に伴う少子高齢化、その帰結である人口減少という中で人口にも膾炙するようになってきた。また、背景の一つとしては、人口問題が戦前の出産奨励策のイメージと結びつき、戦後も家族政策は肯定的に捉えられてこなかったことがある。さらに人口に関する認識も、戦後の食糧難等もあり過剰人口論が強かった。しかも、高度成長期の人口ボーナスの恩恵があったことから、1970年代以降の合計特殊出生率の継続的低下が深刻に受け止めにくい時代の雰囲気も存在してきた¹⁸。

¹⁷ 2019年11月に意見交換を行ったパリ政治学院ダモン教授、カトリック家族協議会(AFC)等の認識でもある。

¹⁸ 日本の人口政策の変遷については、一般社団法人日本再建イニシアティブ『人口蒸発「5000万人国家」日本の衝撃 人口問題民間臨調調査報告書』(新潮社、

所得保障である家族手当に対応する児童手当も、終身雇用の下での賃金としての家族手当が存在しており、別途児童手当制度を設ける必要性が乏しかった。このため、我が国の児童手当の創設は、ILOの120号条約の批准という外在的な要因によって、1972年という遅いタイミングになった点でも、家族手当を社会保障の中核に位置付けるフランスとは異なる状況があった。

③ フランスの近年の動向

ところでフランスでは、社会保険の国有化（étatisation）ともいうべき現象が起きている。

本来、職域連帯等の連帯の基礎の上に社会保険を社会保障の中心に据える形で発展してきたのがフランス社会保障である¹⁹。すなわち、保険料を主たる財源とし、その拠出者である労使が社会保障金庫の理事会の構成員として運営を担い、保険料との間に牽連性を有する給付を行うという仕組みである。これは、ベヴァリッジ型ではなく、ドイツのビスマルク型の社会保険制度の運営面での表れである。

しかし、近年、財源的には、一般社会拠出金（CSG）という所得税に類似した税が社会保障に投入されるようになってきている。運営面では、社会保障金庫の理事会および労使の役割が低下し、社会保障財政法を通じた国の関与や大臣任命を通じた事務局長の権限が強まっている。さらに、給付面でも保険料拠出との牽連性を問わない給付の比重が高まってきている。

このような社会保障の変質から家族手当も無縁ではなく、むしろ家族手当制度がそのような脱ビスマルク型の動きを牽引してきた面もある。それにもかかわらず、社会保障における家族手当や家族手当金庫に役割には大きなものがある。

このことは、家族政策重視の中で如何に制度が変容するかという疑問を投げかけることになる。ひるがえって日本では、少子化対策や児童手当の議論には、子育て観や社会観の違いを反映した哲学的レベルでの対

2015年)の特に第4章を参照されたい。

¹⁹ 伊奈川秀和『社会保障法における連帯概念』（信山社、2015年）

4. フランス家族手当制度の規範の変容

立がつきまとう。そのため児童を巡る政策論は、時に対立構造の中で展開することになる。

日本の急速な人口減少を前に、ここでフランスの家族政策の根底にある不変と変化、家族政策の本質を抽出することは、今後の少子化対策を整序する上でも有益であると考ええる。本稿では、そこで、以下では日本の少子化対策の論点を洗い出し、フランスの家族政策にぶつけることで何らかの示唆を得ることにしたい。

(2) 検討の視座と論点

① 日本の少子化対策に潜む論点

日本の少子化対策は、子育て支援に関する子ども・子育て支援法、児童の貧困問題に関する子どもの貧困対策法、障害児に関する障害者総合支援法等の改革など、変革の途上にある。しかし、各種施策の推進の背景や根底には、対立する以下のような論点が潜んでいる。

ア. 子育ての責任

子育ての責任の問題は、子ども手当と児童手当を巡る議論にも影響を与えた。もちろん子育ては、親の第一義的責任である（児童の権利条約18条）が、社会や法がそこに関与するとき立場の違いが表れる。つまり、社会と親の関係性を如何に捉えるかの問題である。例えば、社会が親の子育てを支援するのか、社会がより積極的に子育てに関与するのか（子育ての社会化）といった立場の違いである²⁰。

イ. 事業主の責任

児童手当の財源には労使の保険料がないことから、児童手当は社会手当である。しかし、事業主拠出金が存在し、租税法主義が適用される

²⁰ 子ども手当が「次代の社会を担う子どもの健やかな育ちを支援する」ことを目的とするのに対して、児童手当は「家庭等における生活の安定に寄与すること」と「児童の健やかな成長に資すること」が目的に並列的に規定されている。微妙ではあるが、両者には社会と子育ての関係についての理解の違いがあるようにも見える。

税金でない以上、そこには事業主にとっての何らかの受益が存在するはずであり、その限りでは社会保険との親和性を有する。

さらに子ども・子育て支援法の制定により、年金特別会計の子ども・子育て勘定への事業主拠出金の投入は、ワークライフバランスという両立支援策の色彩を強めており、2018年には拠出金率の引き上げも行われた²¹。そのことは、従業員の福利厚生に直結する負担から、より一般的な負担に拠出金の性格を変質させる可能性がある。そのことは、拠出金の限界との関係で受益性の問題を喚起することにもなる。

ウ. 政策の機動力

児童福祉の困難の一つは、誰でもが関わりを持つ分野であるものの、期間限定であるという点にある²²。子育ても、それが一区切り着けば過去の出来事となり、しかも成長する児童であるが故にニーズも年齢に応じて変化していく。また、対象が児童であることは、児童権利条約（12条）が規定する意見の表明権が典型であるが、児童の最善の利益の実現にはそれなりの工夫が求められることになる。

このことは、同じ福祉分野でも、障害当事者が中心となった運動や活動が障害者施策を動かしてきた障害者分野と比較すれば分かりやすい²³。もちろん児童福祉分野に限らず、障害者でも知的障害や精神障害の分野、更に引きこもり問題の分野では、親や家族等が当事者団体を構築することがある。このような当事者団体の重要性が認識され、さらに障害者権利条約のように実施・監視への当事者の関与・参加を義務付け

²¹ 社会保障・税一体改革による少子化対策への消費税の投入が個人の負担であるとするれば、使用者負担である拠出金は、個人と企業が負担を分かち合う観点からの応分の負担ということになる。

²² 期間限定という児童福祉の制約の中で、あるべき制度を検討したものとして、伊奈川秀和「社会保障法制における「子ども」のニーズの位置付けと変容」日本社会保障法学会『社会保障法第32号』（法律文化社、2017年）11-24頁

²³ 当事者性という点では、子供会、青年団等の活動があるが、日本におけるYouth policy（子ども・若者政策）は、青年団活動が過去内務省から文部省に移管されるなど、当事者と行政の双方において紆余曲折を経て現在に至っている。現時点の到達点としては、子ども・若者育成支援推進法（2010年施行）がある。

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

場合がある。しかし、事業者等のステークホルダーが政策形成に関与してきた歴史と比べれば、当事者及び当事者団体の政策形成への関与は、全体として緒に就いたばかりと言える。いずれにしても、政治的・法的には、労働組合を制度に組み込んだ労働法制を見れば分かるように、ステークホルダーが代表性を有することが担保されることが必要である。

② 検討すべき論点

日本の少子化対策を概観するとき、まず検討すべき点として、ア. 拠出金制度も含めた児童手当の理念やそれを実現する規範、イ. 少子化対策を推し進める機動力及びその推進母体の存在が重要となる。言い換えるなら、少子化対策の法的ロジックとそれを推進するステークホルダーの問題である。以下では、この点を踏まえ、持続可能性を有しているフランスの家族手当の法的性格と家族手当金庫と家族団体の存在を考察することにしたい。

(3) フランスの家族手当の性格

拠出と給付の牽連性、給付の普遍性といった法的側面から、家族手当の変遷を辿ることにする。検討の前提となる現行制度は、家族手当金庫が担う業務をメルクマールとするならば、家族給付以外の住宅や低所得者関係の給付も取り込んだ広範な給付体系となっている（図1）。家族給付に限って言えば、給付の種類の高さと家族手当に見られる出産奨励主義の色彩の強さが特徴である。以下では、本稿の目的に即して、まず制度の変遷を概観する（図2）。

図1 家族手当金庫が所管する主な給付

類型	給付	備考
家族給付	家族手当 (AF)	第2子から支給される所得段階別手当
	家族補足手当 (CF)	児童3人以上の低所得者に支給される補足的手当 *最低所得階層には加算された家族補足手当が支給
	家族支援手当 (ASF)	父母との離死別等の児童に着目した手当 (所得制限なし) *扶養義務者に対する養育費の回収制度あり
	乳幼児受入手当 (PAJE)	3歳未満を対象とした所得制限付・所得段階別の①出産一時金等、②基礎手当、③児童養育分担給付、④保育方法自由選択補足手当
	その他	①親付添日額手当 (AJPP)、②新学期手当 (ARS)
障害給付	成人障害者手当 (AAH)	成人障害者に支給される所得制限付給付
	障害児養育手当 (AEEH)	障害児に支給される所得制限なしの給付
住宅給付	個人化住宅手当 (APL)	家賃補助のための所得制限付給付
	家族住宅手当 (ALF)	家族手当受給者等に対する家賃補助のための所得制限付給付
	社会住宅手当 (ALS)	個人化住宅手当・家族住宅手当対象外の低所得者への家賃補助
最低所得保障給付	活動連帯所得 (RSA)	最低生活水準を確保するための①基礎的RSA、②活動RSAを支給

(出所) T. Guyot-Petyt, *Le Lamy protection sociale 2018*, Wolters Kluwer, 2017; 清水泰幸「家族給付」松村祥子・田中耕太郎・大森正博『新世界の社会福祉第2巻フランス/ドイツ/オランダ』(旬報社、2019年) 167-183頁を参考に筆者作成

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

① 黎明期の補償金庫

フランスの家族手当の嚆矢は、1932年3月11日法による家族手当の法制化より以前に遡る。それは事業主の主導により創設された付加賃金を企業間で調整するための民間制度であり、賃金との関係が強かった。その背景には、第1次世界大戦後のインフレによる賃金の目減りと労働力不足という状況の中で労働力確保等の問題があったことがある。

この民間制度は、登場後急速に拡大し、子を抱える従業員の扶養負担を緩和することになった。法的視点からいえば、当時の制度は、次の3つの問題を喚起した。

ア. 同一労働同一賃金の問題である。この原則からすれば、多子を理由に賃金を上乘せする理由はないが、家族手当は賃金制度とは別建てにすることにより、同一労働同一賃金の問題を回避し、結果的に子を養う労働者の経済負担が軽減されることになった。しかし、そもそも多子でも生活可能な賃金を支給すべきという考え方もあり、労働組合（CGT）によっては、付加賃金が労働者の賃金水準を低下させるとして制度に反対の立場をとっていた²⁴。

イ. 保険的性格の有無である。事業主から見ると、偶然の産物である従業員の児童数について、一企業を超えた枠組みとしての補償金庫が存在することにより、従業員の多子に起因する事業主負担の不均衡のリスクを分散されることになる。その点では、補償金庫の仕組みは、共済保険（assurance mutuelle）としての性格を有していたことになる²⁵。また、家族手当が補償（compensation）制度である所以は、企業の掛金が従業員への給付の多寡とは独立の労働時間・日数、従業員数、支払賃金総額といった要素で決定されることにある²⁶。とはいえ、1932年の家族手

²⁴ 家族の人数に関係しない賃金である絶対的扶養賃金（salaire familial absolu）に対して、家族の人数に応じて変動する賃金を相対的扶養賃金（salaire familial relatif）の問題である（D. Ceccaldi, Histoire des prestations familiales en France, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 2005, p.31）。労働組合の態度については、*ibid.*, pp.32-34

²⁵ *Ibid.*, pp.21-22

²⁶ *Ibid.*, p.22

当創設後とは違い、加入は事業主の任意であり、強制加入ではなかった。

ウ. 給付の普遍性の問題である。給付については、家族手当に相当する養育手当 (allocations d'entretien)、出産一時金 (prime de naissance) のような一時金等があった。これらの給付は、勤務日数に応じた按分支給もあるなど、就労との関係性を有していたが、失業、病気、労災の場合に支給されたり、所得制限があったりすることもあったことが指摘されている²⁷。この点では、黎明期において、既に家族手当の就労と切斷の萌芽が見られることになる。

事業主による家族賃金への補償制度という点で、労働組合の態度は、当初の反対から容認に変わるが、経営家族主義 (paternaliste) による事業主金庫という図式は受け入れられるものではなかった²⁸。また、事業主主導で強制適用でないことは、次第に加入事業主の停滞を招くことになり、1932年の法制化につながることになる。

このような過渡的段階の手当は、ア. 事業主による無償譲与 (libéralité) なのか、イ. 賃金の一部なのかを巡っては、両説があったことが指摘されている²⁹。この指摘によれば、仮に無償譲与であれば、忘恩による取消など、手当制度になじみにくいといった問題もあり、次第に賃金説が優位になったとされる。しかし、賃金の一部であれば、労災補償の算定上は補償額に反映されるべきことになるが、破毀院は、手当を無償譲与と位置付け、賃金への算入を認めなかった。この結果、家族手当の法制化以前に手当の法的性格の議論は収斂しなかったことになる。

1932年の法制化の過程でも、家族手当の法的本質に関わる論点が議論の対象となった³⁰。

ア. 社会保険化

社会保険方式の場合には、労働者の保険料が問題となるが、社会保険

²⁷ *Ibid* , p.27

²⁸ *Ibid* , p.30

²⁹ *Ibid.* , p.35

³⁰ *Ibid.* , pp.35-52

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

方式を推す関係者はおらず、既存の補償金庫を活用した強制適用が選択されることになった。

イ. 手当の賃金的性格

破産院による手当の賃金への不算入問題については、労働者及び被扶養者が労災発生後も家族手当を受給できるようにすることにより立法的に解決されることになった。

ウ. 給付の法的性格

事業主にとって制度が強制適用になった関係から、家族手当を無償譲与と考えることは困難となった。つまり、労働者にとって家族手当は、賃金に上乘せされるべき絶対的な権利となったわけである。しかるに、その権利がいかなる権利化といえ、家族手当を賃金の補完手当ではなく特別制度 (*institution sui generis*) と捉える論者もいた。

なお1932年の法制化以降も、賃金の引き上げの際には、賃金財源から家族手当分を控除することで調整が行われるなど、法的・経済的に家族手当は賃金と深く結びついた制度であった。その後、家族手当は人口政策的な色彩を帯びることになるが、手当の性格が変わるわけではなく、社会的と人口的な両方の目的を帯びた制度であるとされる³¹。

② 1939年の家族法典

第2次世界大戦前夜の制度の到達点を知る上では、家族法典と称される1939年7月29日の家族及び出生率に関するデクレ・ロワ (*décret-loi*) が重要である。当該立法により、全体主義的な出産奨励策とは一線を画し家族の自由を尊重しつつも、出産奨励主義の色彩は強まることになった。たとえば、第1子への手当の支給に代えて初産一時金 (*prime à la première naissance*) が導入され、多子優遇がより鮮明になったことなどである。

補償金庫という事業主による負担の調整という仕組みに関しては、労働との関係性が次第に薄れていくことになる³²。すなわち、累次の改革により、労災の場合の継続給付のみならず、失業、出産休暇、障害等も

³¹ *Ibid.*, p70

³² *Ibid.*, pp.87-88

手当の対象となるなど、現在の労働ではなく過去の労働をメルクマールとする方向に転換していった。しかし、全くの非稼働者は、社会扶助で対応するという基本原則を変えるには至らなかった。

このほか労働との関係の希薄化という点では、家族法典により、国家の関与が強まることになったことも重要である。つまり、家族法典の中には、家族手当以外に家族支援、中絶・避妊等の防止、人口教育など広範な政策が盛り込まれることになった。ただし、戦前においては、事業主主導という基本は維持されており、事業主には加入する補償金庫の選択が許容されていた。

③ 1941年の労働憲章

ドイツ占領下の1941年10月4日に制定された労働憲章 (Charte du travail) は、最低賃金等のほか、付加的な賃金についても言及している。それによれば、家族手当は、家族に関する一般法又は職業別の特別法により、賃金に付加される現金又は現物給付であることが規定されている。

④ 戦後の社会保障改革の影響

戦後の家族手当改革は、社会保障局長であるラロック (Laroque, P.) の下で社会保障全体の中で展開することになる。そのため、ベヴァリッジ報告にも通じる単一金庫の創設により、家族手当もその中に統合される可能性があった。しかし、そうなれば、理事会構成からして、家族手当関係者は埋没する危険性があった。

結果的に家族手当は、単一の全国金庫の下に置かれた各地域の家族手当金庫が担うことになった (1945年10月4日のオルドナンス)³³。この家族手当金庫は、法人格としては共済が準用され、理事会には、被用者、自営業者、家族団体等が構成員に加わり、事業主代表は1/4に止まることになった。また、保険料については、老齢、疾病等の他の部門と一体的に賦課徴収されることになった。さらに、家族手当財政が、社会保障

³³ 家族手当金庫の独立性の問題は、1949年2月21日法が金庫に自律性を付与することにより一応の決着がついた。

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

という枠組みの中で、企業間を超えた異なる制度間で一元化されることは、事業主同士の調整制度ではなくなることを意味した。

これら動向に鑑みるならば、家族手当からは、戦前の補償金庫のような事業主負担の調整という性格は消失したといえる。また、保険料が他の部門と一緒に徴収されることも、家族手当と賃金との関係性を弱める見直しであった。つまり、家族手当は、戦後の社会保障の出発点において、既に財政の租税代替化 (fiscalisation) の徴候を示していたことになる³⁴。

⑤ 家族手当の独自性

戦後、家族手当も他の社会保障部門と同列の制度として位置付けられることになった結果、家族手当の独自性は、事業主負担の調整ではなく、以下のように別の形で強まることになった。

ア. 金庫の福祉事業

家族手当金庫は、保育所、児童厚生施設等の整備、ソーシャルワーカーによる相談支援、付加的な金銭的支援など、他の金庫と比べても活発な福祉事業を展開している。とりわけ、1980年代以降は、家族手当金庫と市町村との保育所契約 (contrats crèches) を通じた保育所の整備等を通じた乳幼児の育児支援が中心となる。

イ. 家族手当等の改善

家族手当は、対象者の拡大及び家族手当以外の給付の多様化を通じて、労働者や賃金との関係性を一層希薄化させていくことになる。たとえば1946年8月22日法により、家族手当の対象が働いていない世帯の子にまで拡大したことである³⁵。また、住宅の賃貸借等に関する1948年9月1日法により、賃金と直接の関係のない住宅手当が創設され、家族手当金庫の柱の一つになった。

³⁴ *Ibid.*, pp12-121

³⁵ 同法は、所得制限無しに2人目の児童から支給される家族手当のほか、1人目の児童から支給される単一賃金手当、出産前手当、出産手当という家族給付4本柱を確立した点でも重要である。

⑥ 家族手当の位置付けの変化

戦後のベビーブームの終焉と出生率の低下、高齢と疾病部門の支出の増大等の状況の変化に伴い、家族手当の役割・位置付けにも、以下のような変化がみられるようになった。

①孤児手当、障害児手当、成人障害者手当、育児費用手当等の類型別の新手当の創設³⁶

②単一賃金手当等の所得制限付の手当に加え、新手当の導入に際しての所得制限付または対象者限定（選別的）の給付の増大

⑦ 家族手当の普遍化及び多子優遇の継続

1978年には、家族手当が普遍化されることになった。それ以前も改革により家族手当の拡大は進んでいたが、1975年の法改正により、就労要件に関する規定がなくなり、家族手当が就労の有無にかかわらず支給されることになった。

また、共稼ぎの増大への対応という点では、保育費用を賄う育児費用手当のほか、単一賃金手当等の制度再編により創設された補足手当も重要である。補足手当は、専業主婦であるか否かに関わらず支給され、所得制限も緩和された。

政権の方向性は、それまでと同様であり、選別性、特別な社会的ニーズへの給付支給、所得に応じた加減に改革の特徴を見出すことができる³⁷。このほか、家族手当金庫が貧困対策も含め社会的な機能を強化していく過程では、障害者問題への対応も重要である。1975年には障害者福祉改革が実施されるが、その際にも障害児関係の手当の特別教育手当への一元化、成人障害者手当等の大人向け給付の障害成人手当への移行も実施されている。

³⁶ 成人障害者手当は、家族手当の新類型を創設することへの政府の抵抗感から、全国家族給付基金によって賄われるものの家族手当には位置付けられなかった。しかし、これが契機となり、家族手当金庫の業務の中に伝統的な家族手当でない給付が追加されることになった（P. Steck, *Les prestations familiales*, PUF, 1993, pp.21-22）。

³⁷ *Ibid.*, p.29

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

⑧ 社会党及び保革共存政権下の家族手当

1981年の社会党政権の誕生は、一般的な見立てに反し、家族政策重視の立場をとった。特に乳幼児期の育児及び多子世帯重視の政策の採用とともに、最低所得制度（RMI）が家族手当金庫の所管に追加されることになった。

また、社会党政権下においても、出産奨励的な施策は維持された。例えば、児童の出産の度に支給される乳幼児手当や育児休業等の間支給される養育親手当は、出産奨励的な性格を有していた。この家族政策重視は、その後の保革共存政権下でも継続し、養育親手当の改善が行われた。ただし、給付水準に関しては、社会党政権の時代は福祉国家の転換点であったことから、政権当初の引上げ路線はすぐ放棄され、引き下げ路線に舵が切られることになった。

この時代、家族手当は財源面でも転換点を迎える。家族手当は、労働者以外も給付に取り込むことにより普遍化が実現していたが、財政的には事業主拠出による保険料を財源としてきた。ところが、1991年創設の一般社会拠出金（CSG）の財源が家族手当に投入されることになり、部分的に租税代替化が実現することになった。いってみれば、家族手当財源の職域連帯から国民連帯への転換であった。

⑨ 1990年代以降の家族手当

1980年代後半からの家族政策の流れは、共稼ぎ世帯の増加に伴う乳幼児期の子育て支援の強化である³⁸。市町村との間の保育所契約による保育所整備は、その象徴である。家族手当本体においても、1985年の養育親手当（APE）創設以降、1986年の在宅育児手当（AGED）、1990年の認定保育ママ家族支援費（AFEAMA）が登場するなど、子育て支援重視は終始一貫した政策であった。その後、2004年の乳幼児受入給付（PAJE）による子育て支援給付の整理統合が行われるが、個人の選択の幅を広げ、子育てと仕事の両立を促進する狙いがあった。

³⁸ J. Damon, *Les politiques familiales*, PUF, 2018, pp.26-31. なおダモン教授は、子育て支援とともに、多様な家族関係の中での親の役割や機能（paraentalite）の強化の流れも指摘している。

また、保守政権に回帰した1995年以降は、ジュペラン（Plan Juppé）に代表されるように財政問題への対応が家族手当にも影響を与えるようになる³⁹。2000年代に入っても、厳しい財政状況に変わりはなく、時の政権にとって財政対策は重要な課題であり続けるた。その中で2008年には、家族手当の再度所得制限の議論が浮上する。導入には至らなかったものの、2008年のRSA（最低所得保障制度）の創設と引き替えに単親手当（API）が廃止されることになった。しかし、2014年の社会保障財政法では、家族手当本体も改革の対象となり、所得段階別給付の導入等が規定されることになった。

⑩ 家族手当の普遍性

近年の社会保障を概観すると、社会保障制度における普遍的要素は家族手当のみならず疾病保険においても強まっている。さらに2019年には、普遍的年金給付の創設を提言する報告書が提出されるなど、社会保障全体に普遍化が拡大している⁴⁰。その点では、社会保障の普遍化の先駆けが家族手当であったことになる。

しかし、家族手当制度に限っていえば、確かに支給対象の拡大により普遍性が強まっている一方で、所得制限の導入を巡って政策に揺らぎが目立つようになってきた。その原点は、1970年代に始まる所得制限付の家族給付の増大にある。しかし、制度への衝撃という点では、1998年に1年限りとはいえ導入された家族手当本体の所得制限であった。反発の強さから一旦廃止された所得制限ではあるが、その後も検討課題として浮上する。そのような伏線の帰結が、2015年改正により導入された所得段階別の給付であったことになる。

これは、所得制限でないものの、所得の多寡により給付水準に差が生

³⁹ J.-J. Dupeyroux et al, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2015, pp.698-699

⁴⁰ 疾病保険においては、療養給付に報酬比例的要素がないことに加え、無保険者対策としての普遍的疾病保険給付（CMU）の導入、被保険者の非就労者への拡大による児童以外の被扶養者制度の廃止等の改革により普遍化が進んだ。年金においては、最低保障年金が存在するが、現在提案されている普遍的年金給付は、制度の一元化を推し進めるものである。

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

じることになり、それまでのフラットな給付が放棄された点で、手当の性格を変質させるものである。こうした背景には、社会保障財政の悪化と家族手当の普遍性への信望との相克がある。パリ政治学院ダモン(Damon, J.) 教授の言葉を借りれば、所得制限は、社会保障財政が悪化すると浮上する「ウミヘビ (serpent de mer)」ということになる⁴¹。

制度の安定性という点では、憲法レベルでの議論にも目を向ける必要がある。1998年の所得制限導入の際に出された1997年12月18日の憲法院判決(Décision N° 97-393DC)によれば、家族手当の普遍性等は立法政策の問題である(共和国の諸法律により承認された基本原理ではない)。それだけに、普遍性を巡る議論では、規範的歯止めは弱く、家族手当に対する時の政権の思想的な立場が影響力を持つことになる。

立法政策を左右する思想として、ダモン教授は、ア. 出産奨励主義、イ. 家族主義、ウ. 社会主義を挙げる⁴²。これを所得制限に当てはめると、家族主義であれば、所得にかかわらず家族の維持に必要な費用を保障すべきという主張になるのに対して、社会主義であれば、低所得者に保障を集中すべきという主張になる。さらに自由主義の立場からは、制度の効率性が重視される。このため、所得制限は、社会主義のみならず自由主義とも親和的ということになる。

いずれにせよ、財政問題に加え様々な思想が絡み合いながら制度は構築される。その相克の中で、現実の制度は、子育て支援という点での低年齢児重視とともに、所得制限付給付の増大という点で低所得者重視の色彩を強めてきたことになる。なお、住宅手当や最低所得保障を別とすれば、家族給付の中核部分における所得制限の規模はさほどではないとの指摘もある⁴³。

⁴¹ J. Damon, *op. cit.*, pp.37-38

⁴² *Ibid.*, pp.51-53

⁴³ J.-J. Dupeyroux et al, *op. cit.*, p.704

図2 戦後の家族手当の潮流

時期	基本的方向	改革の内容
1946年～ 1967年	家族手当制度の支給対象の拡大、給付の多様化	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅手当の創設（1948年） ・所得税改正に伴う補償手当の創設（1948年） ・被用者の配偶者に対する単一手当に相当する自営業者の配偶者に対する専業主婦手当の創設（1955年） ・障害児に係る特別養育手当の創設（1963年） ・出産前手当の就業経験のない女性への拡大（1954年） ・出産手当の外国人への適用拡大（1954年） ・家族手当水準と最低賃金との連動の廃止（1947年）
1967年～ 1974年	給付の分化と所得制限の転換	<ul style="list-style-type: none"> ・多子世帯の給付水準の引上げ ・孤児手当（所得制限付）の創設（1970年） ・重度障害児に対する障害児手当及び大人に対する成人障害者手当（何れも所得制限付）の創設（1971年） ・高齢者、障害者等に対する社会的住宅手当の創設（1971年） ・乳幼児の養育費用のための育児費用手当の創設（1972年）
1974年～ 1981年	[ジスカールデスタン政権] 3子以上の多子世帯優遇	<ul style="list-style-type: none"> ・多子世帯の家族手当水準の累次の引上げ ・学用品等のための新学期手当（所得制限付）の創設（1974年） ・単一賃金手当・専業主婦手当に代わる補足家族手当（所得制限付）の創設（1978年） ・障害関係給付の特別教育手当、障害成人手当への一元化（1975年）
1981年～ 1995年	[ミッテラン政権] 社会党政権・保革共存政権下での家族政策の重視	<ul style="list-style-type: none"> ・出産前手当・出産後手当・補足手当の統合による乳幼児養育手当の創設（1985年） ・孤児手当に代わる家族支援手当及び養育費の回収制度の創設（1984年） ・在宅育児手当の創設（1996年） ・一般社会拠出金の創設による家族手当への財源投入（1991年）
1995年～	[シラク、サルコジ、オランド、マクロン大統領] 財政問題への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・家族手当の所得制限導入（1997年のみ） ・乳幼児受入手当（PAJE）の創設（2004年） ・家族手当の所得段階別給付の導入（2015年）

（出所）P. Steck, *Les prestations familiales*, PUF, 1993 ;J.-J. Dupeyroux et al , *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2015等に基づき筆者作成

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

⑪ 現代の家族給付の性格

制度の変遷も踏まえ、現代の家族給付の性格を整理すると以下のとおりとなる。

ア. 家族手当への所得段階別給付の導入を典型として、給付の普遍性を形式上維持しつつも、数多くの給付における所得制限・所得段階制に鑑みるならば、給付の普遍性は弱まっている（図3）。

イ. 家族手当基礎日額（BMAF）に対する割合による給付水準割の設定により、賃金との関係性の痕跡を残しているが、個別給付と賃金との連動はなくなっている。むしろ所得制限・所得段階制により、所得再分配の要素が強まっている。

ウ. さらに家族手当金庫による最低所得保障制度の運営も踏まえるならば、家族給付所得再分配による社会政策の担い手として重要性を増していることになる。その一方で第2子からの家族手当の支給に象徴されるように多子世帯優遇による出産奨励的な家族政策の骨格は維持されている⁴⁴。

エ. 同一労働同一賃金が補償金庫による賃金との調整に関係したのとは異なるが、ノーワークノーペイとの関係で育児休業、児童の病気のための付添休暇等の関係で家族給付が所得保障を担っている。その点では、家族給付と労働法制との関係は、両立支援という現代的な課題と音関係で重要性を有している。

総じていえば、賃金との関係性を失った家族手当等の家族給付には、児童の利益、家族の視点、両立支援など多様な政策目的が積み重なり、全体としての整合性が確保されない状態が発生していることになる⁴⁵。また、家族給付と家族除数による所得税の家計への影響という点では、低所得と高所得層において所得水準の改善効果が大きく、中間所得層に恩恵が少ないという問題（所得水準を横軸に採るとUの字となること）を引き起こすことが指摘されている⁴⁶。

⁴⁴ 1945年の予算法により創設された所得税の家族除数による多子世帯優遇策も維持されている。

⁴⁵ J.-J. Dupeyroux et al. *op. cit.*, pp.702-703

⁴⁶ 生存所得創設友の会（AIRE）は、家族給付の複雑化が適切な所得再分配を実現

図3 家族手当における所得制限の状況

	所得によらない 給付	所得により 変わる給付	所得制限付の 給付
家族手当		X	
補足手当		X	
新学年手当			X
家族支援手当	X		
出生一時金			X
乳幼児受入手当の基礎 手当		X	
障害児養育手当	X		

(出所) J. Damon, *Les politiques familiales*, PUF, 2018, p.38

(4) 家族団体の位置付け

① 家族手当のステークホルダー

戦後改革後の社会保障金庫においては、保険料拠出との関係でステークホルダーとしての正当性を有する労使が理事会を構成し、その理事会が金庫の意思決定機関でもあった。一般社会拠出金の比重が高まった現在でも、保険料は社会保障財源の中核であるが、金庫の理事会の位置付けは、意思決定機関から評議機関に変質してきている。また、労働組合は兎も角として、経済団体（使用者）からみた社会保障は、労使自治による金庫制度を介した労使宥和に不可欠な制度ではなく、単なる負担になってきているといえる。

していないことの問題を指摘し、一種のベーシックインカムを創設し、高所得層への給付の問題を所得税の賦課により解決することを主張する（2019年11月の意見交換）。L. Régent, *La face cachée des prestations familiales - Projet de simplification*, Édition de l'Onde, 2018 ; M. de Basquiat et G. Koenig, *Liber, un revenu de liberté pour tous, II*, Édition de l'Onde, 2017

■ 4. フランス家族手当制度の規範の変容

それとは逆に政府の関与は強まってきている。特に決定的であったのが、1996年の憲法改正で導入された社会保障財政法（LFSS）であった。すなわち、保険料だけで賄われている限り議会のコントロールの外にあった社会保障財政に限定的ながら議会の審議権が及ぶようになった。さらに金庫と政府の間で結ばれる手段・目的協約（COG）を介して、間接的ながら社会保障財政法の財政的統制が金庫に及ぶようになった。更に全国金庫の運営責任者である事務局長が政令任命であることに鑑みると、金庫の自律性は弱まっており、金庫をもって自律的な機関として捉えることが困難になってきている。

そのうえで制度の普遍化（就労を要件としないフラットな給付）も含めて考えるなら、家族手当および疾病保険に関する限り、ビスマルク型からベヴァリッジ型に近付き、今やハイブリッド型の様相を呈している⁴⁷。それだけに国や地方公共団体以外のステークホルダーとしての家族団体は、依然として存在感を有しており、フランス的家族政策を特徴付ける存在として際立つ。

② 家族団体

そもそも家族団体は、1901年の社団（association）法と同時期に登場する民間団体である。人的結合である社団は、「団結が力をつくる（l'union fait la force）」という諺の法的表現であるとされる⁴⁸。それだけに、複数人が共通目的に向かって活動することが社団にとって本質的要素であり、家族団体も例外ではない。

家族団体の運動には、カトリック、プロテスタント等の宗教的な流れも含め、さまざまなものがある⁴⁹。既に戦前において家族団体は重要であった。さらに家族主義（familialisme）者であるドゴール大統領の時代の1945年のオルドナンスにより、各種家族団体は家族協議会

⁴⁷ J. Damon et B. Ferras, *La sécurité sociale*, PUF, 2015, pp.31-34

⁴⁸ Ch. Debbasch et J. Bourdon, *Les associations*, PUF, 2006, p.36

⁴⁹ カトリック系の団体には、カトリック家族協議会（AFC）があるが、協会組織とは直接の関係はなく、カトリックの精神に基づく団体である（2019年11月のヒアリング）。

(association familiale) として社会保障法典に位置付けられることになった。これに関連して、家族協議会は、全国家族協議会連合会(UNAF)の下で組織化され、労働組合とならぶ家族手当金庫の理事会構成員となった。地域レベルでは、異なる家族協議会が多数存在しており、各県には県家族協議会連合会がある。どの家族協議会が家族手当金庫の理事会構成員になるかは、地域によっても異なるが、特定団体の独占を避けるため持ち回りになっているようである。

家族団体の役割は、ア. 金庫の理事会構成員に象徴される家族の代表者の立場とイ. 後見の担い手や各種サービス提供に象徴される事業者の立場である⁵⁰。

如何に伝統がある家族団体とはいえ、組織はそれだけは存続し得ない。UNAFには、家族手当金庫等から資金が拠出されており、そこから家族団体にも資金が流れることになっている。その点では、家族団体は家族の利益の保護というミッションの下に集結する自主的な社団であると同時に制度化された存在でもあることが、家族団体が現代においても存在できるゆえんであることになる。

⁵⁰ J. Damon, *op. cit.*, p.56

5. おわりに

最後に、ここまでの考察をまとめるとともに、フランスからのとりあえずの示唆を提示したい。

- (1)家族給付及び家族手当金庫は、変化する社会保障制度の多様な政策目的の受け皿となってきたこと。
- (2)特に出生児の約2/3が婚外子という多様な家族形態が存在するフランスにあって、家族手当は多様な社会政策の実現手段となっていること。
- (3)数多くの家族給付の中にあつて、柱である家族手当は所得段階別給付ではあるものの普遍性と多子優遇の出産奨励的性格を維持していること。
- (4)家族主義等の思想の体现者である家族団体の存在は、政府の関与が強まる金庫等の活動も含め、家族政策にとって不可欠な組織として存続していること。

子ども・子育て支援法により、少子化対策と関係する子育て支援については、現金給付も含め一応の制度体系への取り込みがなされたが、児童に係る所得保障（社会手当）の規模や体系性は、フランスと比べるなら見劣りする。新たな子どもの貧困対策大綱でも、現物給付重視であり、経済的支援は効果的な組合せが言及されているのに止まる。このことは、日本では普遍的な生活保護が存在することと無関係ではない。しかし、児童の貧困問題が重要となっている現在、保育サービス等の現物給付や幼児教育・保育無償化に加え、所得保障自体にも質と量の両面から目を向ける必要があると考える。

要 旨

医療保障における共済・民間保険の可能性 —独仏の比較研究による日本への提言—

松本 勝明

熊本学園大学社会福祉学部 教授

松本 由美

大分大学福祉健康科学部 准教授

1. 研究の目的

人口高齢化の進展などに対応し、日本の公的医療保険においては今後とも給付費支出を抑制するなどの改革が進められる可能性がある。同様の課題に直面するドイツ及びフランスでは、公民の医療保険を適切に組み合わせることにより必要な医療の保障が行われている。そこで、本研究は、この両国の民間医療保険についての調査・検討を行い、日本における今後の民間医療保険の在り方を明らかにすることを目的とする。

2. ドイツの民間医療保険

ドイツにおいては、長年にわたり公的医療保険と民間医療保険の併存が続いている。公的医療保険では、すべての国民に加入を義務づける仕組みはとられていない。また、公的医療保険の給付の種類や範囲は法律等により定められており、すべての医療が給付の対象になるわけではない。このような公的医療保険の被保険者及び給付の範囲に対応して、ドイツの民間医療保険には代替医療保険と付加医療保険が存在する。

代替医療保険は、自営業者、官吏等、報酬が限度額を超える被用者など、公的医療保険への加入義務がない者を被保険者として、公的医療保険に代わる保障を行う。各保険会社からは、償還率、免責額などが異なる複数の商品が販売されている。給付は、被保険者が医療機関で支払った費用について、保険契約の定めに従って算定した額を償還することにより行われる。保険料の額は、各被保険者のリスク（契約締結時の年齢、健康状態）、保険給付の水準に応じたものとなっており、高齢期に増加する費用に充てる高齢化引当金の積み立て費用を含めた水準に設定される。

一方、付加医療保険は、公的医療保険及び代替医療保険ではカバーされない費用を補填する。公的医療保険の自己負担、1~2人室への入院による差額負担、入院諸費用などを対象に、費用の種類に応じた商品が販売されている。事業主が従業員のために契約し保険料を負担する付加医療保険である企業医療保険も存在する。

公的医療保険の給付が縮減されたことや、公的医療保険の保険者に被保険者と保険会社との仲介が認められたことにより、近年においては、付加医療保険の件数が増加している。また、企業医療保険の契約も大幅に増加している。

3. フランスの民間医療保険

フランスでは、人口の大部分が加入する公的医療保険と低所得者に対する普遍的医療保障を通じて、すべての人が公的な医療保障の対象となっている。しかしながら、日本やドイツと比べると公的医療保険の給付水準がやや低いことに加えて、医師の超過報酬等も存在することから、患者の経済的な負担が大きくなりやすい制度的構造である。このため、公的医療保険を補足する民間医療保険が国民の医療保障に重要な役割を担っており、人口の95%以上をカバーするまでに普及している。

民間医療保険の保険者は、共済組合、保険会社および労使共済制度の3種類である。補足的な医療保障の分野において共済組合は優位にあるが、近年、民間医療保険組織間の競争は激しさを増している。一部の共済組合は、補足的医療保険に加えて公的医療保険の代行を行っている。

民間医療保険の給付は、公的医療保険を利用した場合の患者一部負担、入院時定額負担、医師の超過報酬等をカバーする役割を担う。これに加えて、自由料金が設定される歯科補綴、眼鏡、補聴器などの費用に対する給付や公的医療保険の給付対象外の治療費用等に対する給付を行っている。民間医療保険は、とくに外来医療において大きな役割を担っており、開業医の診療費、歯科治療費、視力補正具の費用の相当部分をカバーしている。

また、民間医療保険が補足的な医療保障の役割を十分に果たすことができるように、「責任・連帯契約」の仕組みを通じた保険契約内容のコントロールが行われている。今日、市場で販売される民間医療保険契約の95%は責任・連帯契約に該当するものであり、医療保障の在り方に大きな影響を及ぼしている。

民間医療保険に加入できない低所得者に対しては、連帯補足医療保障

■ 要旨

によって、無拠出で補足的な医療を受けることが可能となっている。民間医療保険組織は、連帯付加税を通じてこの制度の財源を負担するとともに、管理機関としての役割も担っている。

民間医療保険の保険料は、とくに共済組合において収入に応じた保険料が適用されていることや、いずれの組織においても子どものいる家族に配慮した保険料設定が広く行われていること等にみられるように、部分的に連帯原理の要素を取り込んだものとなっている。

4. 独仏の比較と日本への提言

(1) 独仏の比較

この両国では、公的医療保険の被保険者と給付の範囲についての根本的な違いがある。それを反映して、ドイツでは公的医療保険を代替する保険が、フランスでは公的医療保険の給付を補足する保険が、民間医療保険の中心となっている。提供する医療保険の内容については、ドイツでは保険者の法人格による違いはないのに対して、フランスでは保険者の種類による違いがある。両国では、民間医療保険の給付や保険料に一定の制約を加えることにより、広い範囲の国民が民間医療保険に加入できるよう配慮されている。また、両国には公的医療保険とあわせて民間医療保険の保障が受けられるよう、両者の連携を図る取り組みが行われ、成果を上げている。ドイツでは、公的医療保険と民間医療保険の併存が両制度の被保険者間での医療アクセスの格差につながっているが、フランスでは、民間医療保険が大部分の国民をカバーするとともに、カバーされない低所得者向けの制度の整備により格差解消が図られている。

(2) 日本への提言

日本の公的医療保険においては、高齢化の進展等に対応した見直しが行われ、被保険者自身が負担しなければならない費用が拡大する可能性がある。この場合には、ドイツ及びフランスの状況からもわかるように、国民に適切な医療を保障するうえで、民間医療保険の必要性が高ま

ると考えられる。このため、今後は、「公的医療保険とそれを補完する民間医療保険の両者をあわせて、広い範囲の国民が安心して医療を受けられることをいかに保障するか」が重要になる。

民間医療保険が広い範囲の国民に対する適切な医療の保障に貢献することについては、次のような問題が想定される。民間医療保険の場合には、各被保険者のリスクに応じた保険料が徴収されるため、加入時の年齢や既往歴によっては、保険料が高くなりすぎる、保険会社等から契約を拒否される、あるいは、特定の疾病が給付の対象外になる可能性がある。このため、ドイツの基本タリフやフランスの共済組合等が提供する保険のように、リスクに応じた保険料設定などの民間保険の基本的考え方に修正を加えた民間医療保険が必要になると考えられる。

また、公的医療保険の被保険者がそれを補完する民間医療保険に簡便に加入できるようにする必要があると考えられる。そのための手段としては、ドイツにおける公的医療保険の保険者による民間医療保険の仲介やフランスにおける公民の医療保険の一元的管理のような仕組みが考えられる。

さらに、ドイツにおける企業医療保険やフランスにおける被用者の補足的な医療保障の一般化にみられるように、事業主が公的医療保険とあわせて適切な医療保障を提供する民間医療保険の契約を従業員のために締結し、保険料を負担する仕組みも検討する必要があると考えられる。このように仕組みは、従業員の医療保障だけでなく、企業にとって必要な人材の採用や定着促進にも貢献することができる。

医療保障における共済・民間保険の可能性

— 独仏の比較研究による日本への提言 —

松本 勝明

熊本学園大学社会福祉学部 教授

松本 由美

大分大学福祉健康科学部 准教授

1. 研究の目的

ドイツおよびフランスにおいては、日本と同様に、国民が可能な範囲の負担で必要な医療を受けられることを保障するため、公的医療保険の制度が設けられている。また、この三カ国のいずれにおいても、公的医療保険と並んで、医療にかかる費用の保障を行う共済・民間保険（以下、民間医療保険）が存在する。公的医療保険は、一定範囲の者に加入義務を課し、それらの者の疾病についてあらかじめ定められた給付を行う。もし、すべての者に公的医療保険への加入義務が課され、それらの者に行われる医療のすべてが公的医療保険により給付されるのであれば、人々が民間医療保険に加入する必要性は存在しないであろう。公的医療保険の対象にならない者あるいは公的医療保険の給付ではカバーしきれない費用の負担が生じるからこそ、それらを対象とする民間医療保険が存在する。このため、それぞれの国において民間医療保険が果たす役割は、その国の公的医療保険がどのような制度となっているかによって大きく左右される。

この三カ国のいずれにおいても、人口高齢化の進展、慢性病を中心とした疾病構造への変化、医学・医療技術の進歩などにより、医療のために必要な費用は今後ますます増加するものと予想されている。こうしたなかで、公的医療保険の財政的な持続可能性を確保することが共通する重要課題となっている。このような課題に対応するため、日本では、これまでも患者一部負担の引き上げなど公的医療保険の給付費支出を抑制するための改正が行われてきた。また、最近においても、後期高齢者医療制度における患者一部負担の引き上げや一定の薬剤を公的医療保険の給付対象から除外することなどについて提案や議論が行われている。

公的医療保険の給付費支出を抑制するための方法としては、診療報酬制度や医療供給体制の見直しなどを通じて、給付の効率性・経済性を高めることが考えられる。それだけでなく、公的医療保険の給付を縮減することや被保険者の範囲を縮小することによっても、公的医療保険の給

付費支出を抑制することは可能である。給付を縮減する方法の一つは、患者一部負担金や高額療養費に係る自己負担限度額の引き上げのように、給付に要する費用のうち公的医療保険の給付として負担される部分を小さくすることである。もう一つの方法は、一定の種類の給付を公的医療保険の給付対象から除外することである。また、被保険者の範囲を縮小する方法としては、一定範囲の者（例：高所得者）については、民間医療保険に加入することなどにより疾病のリスクに対するあらかじめの備えを自ら行うことができるとして、公的医療保険への加入義務を免除することが考えられる。

日本の公的医療保険においては、今後とも給付費支出を抑制するなどの改革が進められる可能性がある。このため、人々がこれからも医療費の負担についての不安なく安心して生活を送れるようにするためには、民間医療保険を含めた医療保障全体の在り方を考えることが重要となっている。

日本と同様の課題に直面するドイツおよびフランスにおいては、従来から、国民に必要な医療を保障するうえで、公的医療保険だけでなく、民間医療保険が重要な役割を果たしている。また、近年においても、両者を適切に組み合わせることにより、広く国民が所得の多寡にかかわらず必要な医療を受けられるようにするため、民間医療保険の給付や保険料の在り方についての公的な関与を拡大する方向での改革が行われている。

このような状況を踏まえ、本研究は、ドイツおよびフランスの民間医療保険についての調査・検討を行い、その結果を基に、日本の公的医療保険について給付費支出を抑制するなどの改革がさらに進められるとした場合の民間医療保険の在り方を明らかにすることを目的とする。なお、民間医療保険を対象とする本研究は、公的医療保険についてそのような改革が進められることの是非を検討の対象とするものではないことを念のため申し添える。

この目的を達成するため、本研究では、民間医療保険を中心にドイツおよびフランスの医療保障制度についての文献研究並びに現地の専門家および研究者の訪問調査を行った。また、これらの結果に基づき、研究

■ 1. 研究の目的

協力者である医療経済研究所所長のGünter Neubauer教授（ドイツ・ミュンヘン）ならびにMonika Steffen名誉教授（フランス国立科学研究センター、グルノーブル大学）との間での意見交換を行った。両氏のご協力に対して改めて感謝の意を表したい。

本研究の結果は以下のとおりである。

2. ドイツの民間医療保険

(1) 歴史的沿革

ドイツでは、1883年にビスマルク社会保険立法の第一弾として「労働者の医療保険に関する法律」¹(以下、労働者医療保険法)が制定された。世界で最初の公的医療保険を導入したこの法律より、特定の事業所の労働者に対して公的医療保険への加入義務が課されるとともに、医師による診療、薬剤、傷病手当金などの給付が行われることになった。

公的医療保険の導入は、民間医療保険の発展にとっても重要な意味を持っていた。労働者医療保険法の制定当初において、公的医療保険への加入義務の対象者は国民の1割にも満たなかった²。このように、当時の公的医療保険は、広く国民を疾病のリスクから保護することとはかけ離れた状態にあった。このため、19世紀末には、公的医療保険の対象とならない者に公的医療保険に相当する保障を行う民間医療保険の販売が開始された (Nagel, 2007 : 113)。

20世紀の初めには、今日においても活動している民間医療保険の保険者の起源となる官吏の医療保障を行うための相互扶助組織や手工業者のための相互医療保険社団 (Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit) も設立された。また、第一次世界大戦の前には、民間医療保険を行う株式会社も設立された。これら民間医療保険の保険者は、1901年に制定された「民間保険会社に関する法律」³に基づき帝国民

¹ Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. 6. 1883, RGBl. S. 73.

² 公的医療保険の対象者がドイツ国民に占める割合は、1885年には9%にとどまっていた。その後、この割合は、18% (1914年)、30% (1932年)、45% (1938年) と徐々に上昇した (Boetius, 2010 : 8)。

³ Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmen vom 12. 5. 1901, RGBl. S. 139.

■ 2. ドイツの民間医療保険

間保険監督庁（Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung）の監督下におかれた⁴。

創設当初において、民間医療保険は国民の医療保障に僅かな役割を果たすものに過ぎなかった。その理由の一つは、中産階級は病気になった場合の治療費を主に自分の資力により負担していたことにある（Böckmann, 2011 : 46）。しかし、第一次世界大戦後のインフレーションにより中産階級の貯蓄が価値を失ったことは、民間医療保険への需要の拡大をもたらした。1924年にインフレーションが収束したのちは、民間医療保険の被保険者数および財政規模は急速に拡大した⁵。1933年のナチスによる政権掌握後も、民間医療保険の制度的な構造は維持された。

第二次世界大戦後も、ビスマルク時代と同様に、公的医療保険は「社会的な保護が必要」な一定範囲の者を対象とした。このため、公的医療保険と民間医療保険が併存する構造は存続した。民間医療保険のビジネス・モデルも基本的に従来どおりとされた。

公的医療保険が対象とする者の範囲はその後拡大され、今日では、9割近くの者が公的医療保険に加入している。2009年には、ドイツ医療保険の歴史において初めて、公的医療保険に加入していない者に民間医療保険契約を締結することが義務づけられた。しかし、この改正も、ドイツの医療保障システムを根本的に変革したわけではなく、公的医療保険と民間医療保険が併存するシステムを改めて肯定したものといえる。

(2) 関係法規

保険会社と被保険者との間の契約に基づく民間医療保険に関しては、

⁴ この法律以前にも監督に関する規定は存在したが、全国統一的なものではなかった（Bürkle, 2019 : 9）。

⁵ 民間医療保険の被保険者は、1924年には全体で50～60万人に過ぎなかったが、1925年の初めには200万人を超え、その後も毎年かなりの増加がみられた（Rudolph, 2015 : 50）。

その適正な運営を確保し、被保険者を保護するため、保険監督法⁶および保険契約法⁷に基づく規制が行われている。このうち、保険監督法は、民間医療保険の被保険者を保護するため、営業許可、監督官庁による監督、資本構成や投資に関するルール、保険料の算定ルールなどについて定めている。一方、保険契約法は、民間医療保険契約の締結義務、保険期間、待機期間（給付を受けるために必要な保険期間）、保険料の調整、解約などについて定めている。

(3) 公的医療保険との関係

① 被保険者の範囲

民間医療保険の対象となる者の範囲は公的医療保険の被保険者の範囲に依存する。なぜならば、公的医療保険への加入が法的に義務づけられている者については、公的医療保険と同様の保障を受けるために重ねて民間医療保険に加入することは考えられないからである。これに関連するドイツの重要な特徴は、日本のように全ての国民に対して公的医療保険への加入を義務づける仕組みは取られていないことである。すなわち、公的医療保険への加入義務があるのは、労働報酬を得て就労している被用者、年金受給者、失業手当受給者、農業経営者およびその家族従事者、芸術家および著述家などとされている。このため、大部分の自営業者には公的医療保険への加入義務が課されていない。また、官吏（Beamte）、裁判官および軍人（以下、官吏等）のように、特別の法的関係に基づき、雇用者としての連邦、州などから疾病治療に関する費用の補助（Beihilfe）を受けられる者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。さらに、被用者であっても、通常の間年労働報酬が限度額⁸（以下、年間労働報酬限度）を超える者に対しては、公的医

⁶ Versicherungsaufsichtsgesetz vom 1. 4. 2015, BGBl. I S. 434.

⁷ Versicherungsvertragsgesetz vom 23. 11. 2007, BGBl. I S. 2631.

⁸ 2019年では年額60,750ユーロが限度額とされている。

■ 2. ドイツの民間医療保険

療保険への加入義務が免除されている。

公的医療保険に任意で加入することは、加入義務がなくなった者であって、過去5年間に24カ月以上被保険者であった又は直近12カ月以上連続して被保険者であった者など、一定の要件を満たす者に限り認められている⁹。

公的医療保険への加入義務がなく、かつ、公的医療保険への任意加入が可能なのは、3カ月の届出期間内においては、公的医療保険への任意加入とそれに代わる民間医療保険への加入を選択する権利を有する。したがって、被用者で当初は公的医療保険への加入義務があった者が、その後労働報酬が増加したために加入義務がなくなる場合や自営業者になる場合には、このような選択権が発生する。

被保険者の配偶者、パートナーおよび子¹⁰であって、その収入が限度額¹¹を超えないなどの要件を満たす者は、公的医療保険の家族被保険者となる¹²。家族被保険者は、日本の健康保険の被扶養者と同様に保険料を負担することなく公的医療保険の給付を受けることができる。

公的医療保険の加入状況をみると、2018年では、公的医療保険の被保険者数は合計で約7,280万人となっている。その内訳は、被保険者（本人）が約5,660万人、家族被保険者が約1,620万人である。公的医療保険の被保険者がドイツの居住者全体（約8,300万人）に占める割合は約88%にとどまる¹³。このため、ドイツにおいては、民間医療保険が公的医療

⁹ ただし、ドイツ国内で初めて就労を開始し、労働報酬が年間労働報酬限度を超えるために公的医療保険への加入義務がない者については、公的医療保険の被保険者期間にかかわらず、任意加入が認められる。

¹⁰ 学校教育を受けている場合などには25歳未満の子、就業していない場合には23歳未満の子、その他の場合には18歳未満の子が対象となる。ただし、その子が障害者であって自ら生計を維持することが困難な場合には、年齢による制限はない。

¹¹ この限度額は2019年で月額445ユーロとなっている。

¹² 家族被保険者である子の子も、要件を満たす場合には家族被保険者となる。

¹³ 被保険者数等のデータは、Bundesministerium für Gesundheit, Ergebnisse der GKV-Statistik KM 1/13, Stand: 18. März 2019およびDie Ersatzkassen Krankenversicherungsschutz der Bevölkerungによる。

保険の被保険者でない者に対して公的医療保険に代わる保障を行う余地が存在している。

② 給付の範囲

公的医療保険の被保険者の範囲だけでなく、公的医療保険による給付の範囲も民間医療保険に重要な影響を及ぼす。仮に公的医療保険によって被保険者の治療にかかわる費用がすべてカバーされるとするならば、公的医療保険の被保険者にとっては、公的医療保険でカバーされない費用を補填するために重ねて民間医療保険に加入する必要はない。それとは逆に、公的医療保険の給付範囲が厳しく制限されるほど、民間医療保険の可能性は拡大する。

ドイツにおいても、公的医療保険の給付は被保険者に行われる医療のすべてを対象としているわけではない。公的医療保険が行う給付については、法律（社会法典第5編）によりその種類などが定められるとともに、共同連邦委員会（Gemeinsamer Bundesausschuss）¹⁴により制定される指針や保険者団体と医療供給者団体との間での契約などにより具体的な対象範囲が定められている。また、公的医療保険の対象となる医療を受ける場合であっても、患者に自己負担が生じるときがある（図表1）。このため、ドイツにおいては、民間医療保険が公的医療保険の給付ではカバーされない費用を補填する余地が存在している。

これにとどまらず、公的医療保険による給付の範囲は、公的医療保険に加入しない者を対象に公的医療保険に代わる保障を行う民間医療保険の給付範囲にも、間接的な影響を及ぼす。なぜならば、このような民間医療保険の給付は本質的には公的医療保険による給付に倣っているからである（Böckmann, 2011 : 55）。

¹⁴ 共同連邦委員会は、社会法典第5編の規定に基づき、保険医の全国組織である連邦保険医協会、病院の全国組織であるドイツ病院協会および保険者の全国組織である疾病金庫連邦中央連合会によって設立される。

■ 2. ドイツの民間医療保険

(4) 民間医療保険の概要

以上に述べた公的医療保険の被保険者および給付の範囲に対応した民間医療保険として、代替医療保険および付加医療保険が存在する。この両者が民間医療保険の中心的な位置を占めているが、民間医療保険にはこのほかに企業医療保険、海外旅行医療保険などがある。

① 代替医療保険

ドイツでは、公的医療保険の被保険者（強制被保険者および任意被保険者）でない者が存在することに対応して、それらの者に公的医療保険に代わる保障を行う民間医療保険が存在する。このような民間医療保険は「代替医療保険（substitutive Krankenversicherung）¹⁵」と呼ばれている（図表2）。公的医療保険を有する多くの国で、民間医療保険は公的医療保険を補完するものに限られており（von Maydell, 2005 : 585）、それと併せて公的医療保険を代替する民間医療保険が提供されていることは、ドイツの場合の最も重要な特徴となっている。

ア. 被保険者

代替医療保険の被保険者は、自営業者、官吏等、年間労働報酬限度を超える収入がある被用者など、公的医療保険への加入義務がないあるいは免除されている者である。ただし、官吏等の場合には雇用主としての連邦、州などから疾病治療に関する費用の補助が行われるため、その残りの費用が代替医療保険でカバーされる¹⁶。公的医療保険の場合とは異なり、代替医療保険には保険料負担義務のない家族被保険者の仕組みは存在しない。したがって、公的医療保険では家族被保険者となりうる家

¹⁵ 代替医療保険は、「フルの医療保険（Krankenvollversicherung）」とも呼ばれる。

¹⁶ 官吏等の配偶者、パートナーおよび25歳までの子であって、所得がないあるいはわずかしかない者もこの補助の対象となる。補助の金額は通常は費用の50%であるが、家族構成によってこの割合は引き上げられる。

族であっても、代替医療保険では被保険者として保険料を負担しなければならない。

2009年以降は、公的医療保険の被保険者でない者に保険会社との間で代替医療保険の契約を締結することが義務づけられている。

イ. 保険者

民間保険の営業許可は、株式会社、相互保険社団 (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit)¹⁷又は公法上の法人・組織にしか与えられない (保険監督法第8条第2項)。2018年12月現在、民間医療保険を販売している保険会社のうち、32社が株式会社、16社が相互保険社団となっている (PKV, 2019: 10)。

ウ. 給付

各保険会社からは、給付の水準が異なる複数の保険商品が販売されている。販売されている保険商品には、例えば、歯科補綴の費用の償還率、入院できる病室 (多床室、2人部屋および個室) の種類、免責額などに違いが設けられている。加入希望者はこれらの保険商品の中から自分のニーズや好みに合ったものを選択することができる。

加入希望者は、保険会社と契約を締結することにより保険に加入することができる。保険会社には加入希望者との間で保険契約を締結する義務はない。したがって、保険会社は、加入希望者のリスクが大きすぎると思われる場合には、保険契約の締結を拒み、あるいは、加入希望者と当該リスクに見合った保険料の加算や特定の疾病に対する給付の除外に

¹⁷ 相互保険社団は、保険監督法に基づく特別の形態の保険会社である (Pohlmann, 2017: XIV)。相互保険社団はその構成員 (社員) の保険を「相互性の原理 (Prinzip der Gegenseitigkeit)」に基づき運営する。相互保険社団の場合には、保険加入者は同時に相互保険社団の社員となる。社員は同等取扱いの権利を有しており、保険料および給付は同じ基準により算定される。相互保険社団には理事会、理事会を監督する監査役会および社員総会又は社員代表の三つの機関が設置される。社員総会又は社員代表は監査役を選任し、規約の変更を決定する権限を有している。社員は相互保険社団の所有者として会社の利益の分配を受ける権利を有する。

■ 2. ドイツの民間医療保険

ついて合意することができる。

代替医療保険の給付は、公的医療保険の場合のような現物給付ではなく、被保険者の治療にかかった費用を被保険者に償還する形態により行われる。すなわち、被保険者は、治療を受けた場合には、まず治療を行った医療供給者からの請求に基づき料金の支払いを行う。その後、被保険者は保険会社に対して費用償還を請求する。保険会社からは、被保険者からの請求に基づき、保険契約の定めに従って算定した金額が支払われる。

民間医療保険の被保険者である患者の診療を行った医師および歯科医師に対する報酬は、それぞれ連邦医師法および歯科医療法¹⁸に基づく法規命令で、公的医療保険の適用を受けないプライベート患者（Privatpatienten）の診療に適用される医師報酬規程（GOÄ）および歯科医師報酬規程（GOZ）に従って算定される¹⁹。同じ内容の診療を行った場合でも、医師に支払われる報酬の額は、一般的には、プライベート患者の診療を行った場合には公的医療保険の被保険者である患者の場合よりも高くなる²⁰。入院療養の場合には、プライベート患者についても公的医療保険の被保険者である患者と同じ「DRG（診断群）に基づく包括報酬」が算定されるが、それと併せて、1～2人室を利用する場合や医長（Chefarzt）²¹による診療を受ける場合には、追加の費用が発生する。

¹⁸ Bundesärzterordnung: Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde.

¹⁹ GOÄおよびGOZにおいては、医師・歯科医師が行う給付の種類ごとに報酬点数が定められている。報酬点数に一点単価を乗じて得た額が各給付の報酬単位となる。医師・歯科医師への報酬額は、報酬単位に一定の倍率を乗じて得た額とされている。通常の場合には、医師・歯科医師による診療については最高2.3倍、医療技術的な給付については最高1.8倍、検査については最高1.15倍までの倍率を用いて診療報酬を算定することができる。ただし、診療の困難度、所要時間および状況が通常の場合とは明らかに異なる場合には、より高い倍率（たとえば、診療については最高3.5倍）を用いて算定することができる。

²⁰ 民間医療保険連盟による試算では、例えば、がんの疑いがあり、骨盤のMRI検査を行った医師は、代替医療保険からは公的医療保険の3倍程度の報酬が受けられる（PKV, 2012: 6）。

²¹ 病院内の各部門の長となる医師をいう。

エ. 保険料

代替医療保険の保険料は、各被保険者のリスクに応じたものとなり、契約締結時の被保険者の年齢、健康状態、保険給付の水準が保険料の額に影響を及ぼす。保険料額は原則として変更されないこととされており、保険会社は、契約締結後に当該被保険者の健康上のリスクが高くなったことを理由に保険料を引き上げることや契約を解除することはできない。保険料の引き上げが認められるのは、平均寿命の伸長や医学・医療技術の進歩による相当の支出の増加など、各被保険者の個別の事情を超えた一般的な情勢の変化による場合に限られる。

代替医療保険においては、法律の規定に基づき、被保険者について生涯にわたり必要となると考えられる標準的な費用を前提とした高齢化引当金（Alterungsrückstellung）を積み立てることが義務づけられている。このため、保険料は、必要な高齢化引当金を積み立てるための費用を含めた水準に設定される。高齢化引当金は、被保険者が高齢となりより多くの医療費がかかることに備えるものである²²。このように、保険料は被保険者期間全体を見通して算定されるため、若年期には実際の支出を上回り、高齢期には実際の支出を下回る水準となる（図表3）。

被用者であって、その収入が年間労働報酬限度を超えるために公的医療保険への加入義務がなく、代替医療保険²³に加入している者は、事業者から保険料補助（Beitragszuschuss）を受けすることができる²⁴。その額は、当該被用者が公的医療保険の加入者であったとすればその事業主が負担しなければならない保険料の額に相当する。ただし、保険料補助の額は、当該被保険者が代替医療保険に支払うべき保険料の半額を超え

²² その背景には、年齢とともに疾病のリスクが高まることに対応して保険料を引き上げる仕組みとした場合には、高齢のために十分な就労を行えない被保険者にとって保険料を支払うことが困難になることがある（Sodan, 2006, 25）。

²³ この場合の代替医療保険において、加入者は公的医療保険の場合と同じ種類の給付が受けられることが条件となる。

²⁴ このような被用者は、公的医療保険に任意加入する場合にも、事業主から同様の保険料補助を受けることができる。

■ 2. ドイツの民間医療保険

ることはできない。

なお、被保険者が負担した民間医療保険の保険料のうち、医長による診療、1～2人室での入院などを除いた「基礎保障」の給付に相当する部分は、税法上の控除の対象となる。

オ. 基本タリフ

従来、公的医療保険への加入義務がない者が公的医療保険に代わる民間医療保険に加入するかどうかは、本人の選択に委ねられてきた。しかし、公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）²⁵により、2009年からは公的医療保険に加入していない者に一定の条件²⁶を満たす民間医療保険契約の締結が義務づけられた（保険契約法第193条第3項）。

この改正により、公的医療保険への加入義務がなく、公的医療保険の任意被保険者又は民間医療保険の被保険者にもなっていない者は、新たに民間医療保険に加入しなければならなくなった。そのなかには、例えば、自ら零細な事業を営み、高い保険料を負担することが困難な者が含まれていることから、このような者が「基本タリフ（Basistarif）」に基づく代替医療保険契約を締結することを可能にするための改正が併せて行われた。「基本タリフ」の給付は公的医療保険の給付に匹敵するものとされた（図表4）。また、「基本タリフ」の保険料には上限が設定されるとともに、特別にリスクの高い者に保険料のリスク加算を求めることや給付の除外を求めることはできないとされた。このため、「基本タリフ」に基づく代替医療保険の場合には、通常の代替医療保険とは異なり、個々の被保険者の「リスクに応じた保険料」の考え方が貫徹しない。

② 付加医療保険

ドイツには、代替医療保険のほかに、公的医療保険又は代替医療保険

²⁵ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. 3. 2007, BGBl. I S.378.

²⁶ この民間医療保険は、少なくとも外来および入院での治療費用の償還を行わなければならない。また、免責額は1暦年に5,000ユーロを超えてはならない。

ではカバーされない治療費用などを補填する民間医療保険が存在する。この民間医療保険は付加医療保険（Krankenzusatzversicherung）と呼ばれている。付加医療保険は、後述するように保障の対象とする費用の種類に応じて、「公的医療保険による保障に対する付加保険」、傷病給付金保険、病院給付金保険などの分野に分かれている。

ア. 被保険者

付加医療保険は、公的医療保険又は代替医療保険の被保険者を対象とする。

イ. 保険者

付加医療保険の保険者は、代替医療保険の場合と同様に、保険監督法に基づく許可を得た株式会社および相互保険社団である。

ウ. 給付

付加医療保険に関する契約は分野ごとに行われる。ただし、保険会社によって提供している付加医療保険の種類には違いがある。付加医療保険のうち、「公的医療保険による保障に対する付加保険（Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz）」に属する保険については、主に公的医療保険の被保険者との間で契約が締結されている。一方、傷病給付金保険（Krankentagegeldversicherung）、病院給付金保険（Krankenhaustagegeldversicherung）などについては、公的医療保険の被保険者だけでなく代替医療保険の被保険者とも契約が締結されている。

a. 公的医療保険による保障に対する付加医療保険

■ 外来タリフ（Ambulante Tarife）

このタリフでは、視力補助具（眼鏡、拡大鏡等）の費用、補聴器の費用、薬剤に係る一部負担金、補助具の費用であって公的医療保険により負担されない部分などを対象に、その一定割合又は一定額が償還される。

■ 2. ドイツの民間医療保険

■ 病院選択給付タリフ (Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus)

このタリフでは、1~2人室に入院した場合の差額や医長の診療を受けるための費用が償還される。

■ 歯科タリフ (Zahntarife)

このタリフでは、歯科補綴にかかる費用の自己負担があらかじめ定められた条件に従い償還される。

b. 傷病給付金保険

この保険では、被用者が傷病により労働不能となった場合に従前の賃金と公的医療保険による傷病手当金²⁷との差額を埋めるため、あらかじめ定められた金額の給付金が支給される。

自営業者も、傷病により労働不能となった場合に備えて、保険会社とこの保険の契約を締結することが可能である。

c. 病院給付金保険

この保険では、被保険者が入院した場合に、あらかじめ定められた一日当たり定額の給付金が支払われる。この給付金は、公的医療保険の一部負担金の支払い、電話代、家族が病院に来るための交通費、入院中の家事援助者にかかる費用などのために使われることが想定されている。

エ. 保険料

付加医療保険の保険料は、代替医療保険と同様に、被保険者の加入時の年齢、健康状態、保険給付の水準に応じて算定される。付加医療保険の保険料の一定部分も税法上の控除の対象となる。

③ 企業医療保険

企業医療保険 (Betriebliche Krankenversicherung) は、事業主が従

²⁷ 公的医療保険から支給される傷病手当金の額は、グロス賃金の70% (ただし、税・社会保険料控除後のネット賃金の90%以下) とされている。

業員のために契約し、保険料を全額負担することにより、公的医療保険又は代替医療保険の保障を上乗せする付加医療保険である。企業医療保険の契約を締結することは、事業主にとっても次のようなメリットがあるとされている（PKV, 2020 : 1）。それによって当該事業所の従業員として働く魅力が高まることにより、当該事業所が求める資質を持った従業員の採用が可能になる。また、従業員の満足度、やる気を高めることにより、従業員を当該事業所につなぎとめることができる。また、適切な医療が受けられることにより、従業員の病欠欠勤や早期退職を防止する効果がある。

(5) 被保険者数等の状況

2018年でみると、民間医療保険の被保険者数等の状況は次のとおりである²⁸。民間医療保険の中心となっているのは代替医療保険である。代替医療保険の被保険者は874万人²⁹であり、ドイツの総人口の10.5%に相当する。代替医療保険の被保険者数は、この10年間はほぼ横ばいで推移している。代替医療保険の被保険者の半数は、連邦、州などから疾病治療に関する費用の補助を受けることができる官吏等およびその家族に該当するものである。

これに対して、付加医療保険の契約件数は、2008年の2,100万件から2,600万件へと増加している³⁰（図表5）。その内訳は、外来タリフが795万件、病院選択給付タリフ618万件、歯科タリフが1,600万件、傷病給付金保険が364万件、入院給付金保険が768万件などとなっている。民間医療保険の保険者団体である民間医療保険連盟（Verband der Privaten Krankenversicherung）によれば、付加医療保険の契約件数の増加は次

²⁸ 民間医療保険の被保険者等の状況に関する以下のデータはいずれもPKV（2019）による。

²⁹ このうち、基本タリフに基づく代替医療保険の被保険者数は32,000となっている。

³⁰ 付加医療保険の場合には、一人で二種類以上の契約を締結している被保険者が存在する。

■ 2. ドイツの民間医療保険

のような原因によるものである（PKV, 2019 : 29）。一つは、公的医療保険による給付が縮減されることにより、多くの人が付加医療保険を必要と考えるようになったことである。もう一つは、後述する公的医療保険近代化法（GMG）による改正の結果、公的医療保険と民間医療保険との協力が可能となったことである。これにより多くの人にとって民間医療保険への加入が容易になった。

企業医療保険については、7,700の事業主との間で契約が締結されており、被保険者である従業員の数は合計で約76万人となっている。企業医療保険契約を締結した事業主の数および被保険者数は2015年にはそれぞれ3,848および約57.5万人であった。つまり、この3年間でそれぞれ100%および32%の増加となっている（図表6）。民間医療保険連盟によれば、従業員は企業医療保険による保障があることを重視しており、不足する専門労働力を確保するうえで、企業医療保険は事業主にとって軽視できない要因となっていることがその背景にある（PKV, 2020 : 2）。

民間医療保険の保険料収入の総額は398億ユーロで、過去5年間の平均伸び率は1年当たり2.4%となっている。保険料収入の約70%は代替医療保険によるものである。一方、民間医療保険の保険給付総額は286億ユーロで、過去5年間の平均伸び率は1年当たり3.8%となっている。保険給付費の内訳では、外来給付が45.5%と最も大きな割合を占め、次いで入院給付が30.0%、歯科給付が15.8%などとなっている。

高齢化引当金の積立額は、2008年の1150億ユーロから2018年には2240億ユーロにまで増加している。

(6) 民間医療保険と公的医療保険との協力関係

2003年に制定された公的医療保険近代化法（GMG）³¹により、公的医療保険の保険者である疾病金庫には、付加医療保険に関して当該疾病金庫に加入する被保険者と保険会社との仲介を行うことが認められた。こ

³¹ GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. 11. 2003, BGBl. I S. 2190.

れにより、自分が加入している疾病金庫を通じて公的医療保険による保障を補完する民間医療保険の契約を結びたいという被保険者の希望が考慮されることになった³²。

このような協力が行われることにより、被保険者にとっては有利な保険料（グループタリフ）が適用され、保険会社にとっては契約件数が増加し、疾病金庫にとっては被保険者の獲得に有利に働くという効果が期待される。実際に、協力を行う多くのパートナーがお互いにその機会を活用し、また、被保険者により良い保障を提供することも達成されている（Michel, 2012 : 59）。前述のように、この協力が付加医療保険の契約件数の増加に貢献していることは、それが疾病金庫および保険会社の双方にメリットをもたらすことを如実に物語っている。

(7) 現行システムの問題点

公的医療保険と民間医療保険（代替医療保険）が並存する現行の医療保障システムについては、医療へのアクセスの平等や医療保険における負担の公平の観点から問題点が指摘されている。医師は、同じ内容の診療を行ったとしても、民間医療保険の被保険者である患者の場合には、公的医療保険の被保険者である患者よりも高い診療報酬を得ることができる。このことは、病状等により速やかな診療が必要な場合を除き、医師の診療を受けるために待たなければならない日数が民間医療保険の被保険者である患者の場合にはより短く済むなど、医療アクセスの格差につながっている。

また、公的医療保険における公平にかかわる問題もある。連帯原理に基づく公的医療保険においては、健康上のリスクの高い者と低い者（例：高齢者と若年者）、収入の多い者と少ない者、家族の多い者と少ない者との間の再分配（社会的調整）が行われている。しかし、現状では、年間労働報酬限度を超える労働報酬のある被用者などは、公的医療保険

³² Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 138.

■ 2. ドイツの民間医療保険

に代わる民間医療保険に加入することにより、公的医療保険における再分配から逃れることが可能となっている。

これらの問題点³³を解決するため、公的医療保険と民間医療保険の併存を解消し、統一的な医療保障システムに移行することが提案されているが、これに対しては強い反対論もあり、現在のところ実現の目途はたっていない。

³³ その他の問題点については、松本（勝）（2017：63）を参照されたい。

3. フランスの民間医療保険

(1) 歴史的沿革

フランスには、補足的医療保険 (assurance maladie complémentaire) と呼ばれる民間医療保険が存在する。このような民間医療保険は、公的医療保険を利用した際の患者の自己負担をカバーする「補足的な保障」を行う。民間医療保険はフランス人口の95%以上をカバーしており (DREES, 2019 : 8)、共済組合 (mutuelles)、労使共済制度 (institutions de prévoyance) および保険会社 (sociétés d'assurance) によって提供されている。

共済組合は、フランスにおいて長い歴史と伝統をもつ相互扶助組織である³⁴。共済組合は、第二次世界大戦以前には公的医療保険の管理運営を行っていたが、戦後の社会保障制度の創設の際に公的医療保険の管理運営から外れ、補足的な保障を担うこととなった。1970年代末まで共済組合は、補足的な保障に関しては独占的な地位を占めていた (Bizard, 2016 : 14)。

一方、労使共済制度は、歴史的には事業主のイニシアチブによって組織された社会的保護の仕組みである。第二次世帯大戦後、社会保障制度を補足する役割が期待されたが、その活動の中心は公的年金制度に上乘せされる補足年金給付におかれてきたため、医療の分野への参入は1960年代以降のことであった (笠木, 2012 : 57-8)。

保険会社に関しては、戦後も民間医療保険の分野への参入機会は限られていたが、1989年に制定されたEvin法によって直接的な参入が認められることとなった (笠木, 2012 : 85-90)。これ以降、これらの3種類の組織は、民間医療保険の市場において競合関係におかれている。

³⁴ 邦語文献としては、ドレフェス (2017) (深澤・小西訳) において共済組合の歴史が詳細に論じられている。

■ 3. フランスの民間医療保険

また、1970年代から公的医療保険における自己負担の引上げが度々行われるようになり、これに対応するように民間医療保険の加入者は増え続けた。人口に占める民間医療保険の加入者の割合は1980年代に70%であったが、今日では95%に達している（Bizard, 2016 : 1）。

(2) 公的医療保険の現状

① 概要

フランスでは、公的医療保険を補足する民間医療保険が、国民の医療保障の実現において非常に重要な役割を担っている。ここでは、民間医療保険の検討において必要な部分に限定し、公的医療保険の給付の現状について概観しておきたい。

フランス人口の大部分は、一般制度（régime général）³⁵と呼ばれる強制加入の公的医療保険によってカバーされている。一般制度の医療部門を管理運営する全国疾病保険金庫は人口の93%をカバーし、医療保険支出全体の90%の財源を供給している（Direction de la Sécurité sociale, 2019 : 13）。

また、医療保険にカバーされていない人々に基礎的な医療給付を保障するため、2000年に普遍的医療給付（couverture maladie universelle : CMU）が創設され、今日では、すべての人が公的な医療保障の対象となっている³⁶。

公的医療保険の主要な給付の償還率³⁷は図表7のように定められてい

³⁵ 一般制度には、被用者、自営業者・自由業者等が加入している。この他、農業従事者の制度、公務員や国有鉄道職員等の特定の職域に設けられた個別の小規模な制度が存在する。

³⁶ 2016年からは、CMUに代わり普遍的医療保障（protection universelle maladie : PUMA）が実施されている。

³⁷ フランスの公的医療保険においては、歴史的に、医師が患者に対して診療報酬を請求し、患者が医師に支払いを行った後に医療保険から給付を受ける「償還払い」に基づいた給付が行われてきた。このため本稿では、医療保険の給付率

る。

② 患者の自己負担

公的医療保険の被保険者が医療を受けた場合には次のような自己負担が生じる。

ア. 主要な患者自己負担

まず、主に外来診療を担当する自由医 (médecins libéraux)³⁸による医療を受けた場合の患者の自己負担について見ていく。医師の診療報酬は医療保険と医師組合との間で締結される医療協約によって定められ、協約料金 (tarif conventionnel) と呼ばれる。協約料金は、医療保険から医師へ支払われる料金のベース (償還基準) であり、責任料金 (tarif de responsabilité) あるいは規定料金 (tarif opposable) とも呼ばれる。医師による診療を受けた場合、公的医療保険が協約料金の70%を被保険者に給付し、30%は患者一部負担 (ticket modérateur) となる³⁹。

フランスには、協約料金を遵守して医療を提供する医師 (「セクター1」の医師) に加えて、協約料金を上回る超過報酬を請求することのできる医師 (「セクター2」の医師) が存在する⁴⁰。2012年現在、自由医全体に占めるセクター1の医師の割合は75%であり、25%がセクター2の医師である。自由医のうち、一般医では10%、専門医では41%がセクター2の医師である (ISNAR-IMG, 2017 : 10)。セクター2の医師から医療

を「償還率」と表記する。

³⁸ 勤務形態に着目すると、医師は自由医と勤務医に区分することができる。勤務医は公立・民間病院や医療センター等で雇用される医師であるのに対して、自由医は、個人的な患者に対して、診察室や民間病院等において医療を行う医師であり、自由医療の伝統に重きを置く医師である (松本, 2012 : 147-8)。

³⁹ なお、120ユーロ以上の高額の医療を受けた場合には患者の負担は軽減され、定率で計算される患者一部負担に替えて24ユーロ (2019年現在) の定額負担となる。

⁴⁰ 超過報酬を請求できる医師 (セクター2) の仕組みは、1980年5月29日の第三次協約によって創設された。なお、セクター1の医師であっても、患者の求めによる時間外の診察等の場合には、例外的に超過報酬を請求することができる。

■ 3. フランスの民間医療保険

を受けた場合、医療保険からの給付は償還基準に基づいて行われ⁴¹、残り（償還基準の30%と超過報酬）が患者負担となる。

歯科医による予防的な治療（歯石除去や虫歯の治療等）はおおむね協約料金で行われるが、歯科補綴の治療では協約料金が実際の費用を大きく下回ることが多く、これをカバーする民間医療保険の役割が重要となっている（DREES, 2019 : 21）。また、眼鏡や補聴器の費用も公的医療保険の対象となるが、給付水準が低いため、大きな自己負担が発生する。

病院に入院した場合の患者の一部負担は医療費の20%である⁴²。なお、営利民間病院では多くの医師は被用者ではなく自由医として医療を提供しているため、入院医療を受けた場合に、セクター 2の医師として超過報酬を請求される場合が少なくない。

これらに加えて、公立・民間の病院に入院する患者は、病院の宿泊費用の一部として、一日当たり20ユーロ（精神科の場合は15ユーロ）の入院時定額負担（forfait journalier hospitalier）が求められる。快適な療養環境（個室、電話、テレビ等）を得るための追加負担が発生する場合もある。

イ. 新たな患者自己負担

⁴¹ セクター 2の医師への医療保険からの償還基準は、セクター 1の医師の償還基準（＝協約料金）よりもやや低い。例えば、セクター 1の一般医が診察を行った場合、償還基準（＝協約料金）は25ユーロであるのに対して、セクター 2の一般医が診察を行った場合の償還基準は23ユーロである。

⁴² 患者一部負担の算定ベースは公立病院・非営利民間病院と営利民間病院では異なる。これは、病院医療に対する診療報酬の中心となっている「1入院当たりの包括払い」のなかに、前者では医師の報酬が含まれているが、後者では含まれていない（医師の診療報酬は別途支払われる）ことによる。公立病院および非営利民間病院の場合には、病院ごとに定められた給付日額（tarif journalier de prestation）に入院日数を乗じた金額が患者一部負担の算定ベースとなる。一方、営利民間病院に入院した場合には、入院医療の同質的グループ（groupe homogène de séjour : GHS）ごとに定められた包括的な入院費用が患者一部負担の算定ベースとなる。加えて、医師の報酬に対する患者一部負担も求められる。

公的医療保険における患者の自己負担は、歴史的に眺めると、社会保障財政状況の悪化を背景として徐々に引き上げられてきたが⁴³、これによる患者の追加的な負担は、民間医療保険の給付拡大によって部分的に補われてきた。2000年代に入り、公的医療保険に新たな患者自己負担が相次いで導入されているが、これらの自己負担は、民間医療保険がカバーしないよう政策的に誘導されている点において従来とは異なる性質を持つ。

新たな自己負担の一つ目は、医療保険に関する2004年8月13日の法律（以下、2004年医療保険改正法）⁴⁴により導入された医師の診察等に対する1ユーロの定額自己負担（participation forfaitaire）である。フランスでは多くの場合、患者自己負担が民間医療保険によってカバーされるため、濫受診の抑制効果が十分に発揮されない状況となっていた。新たな定額自己負担はこれを抑制する目的をもつ⁴⁵。

二つ目は、2008年社会保障財政法によって導入された給付の免責額（franchise médicale）である。これは、薬剤1単位（箱・瓶など）当たり0.5ユーロ、医療補助職（看護師、マッサージ・運動療法士、言語治療士など）の一行為当たり0.5ユーロ、およびタクシー、軽装備の医療車両および救急車による移送一回当たり2ユーロを患者負担とするものである。

ウ. かかりつけ医制度のもとでの患者自己負担

日本と同様にフランスでも、患者が受診する医師を自由に選択できる

⁴³ 第二次世界大戦後の一般制度の創設時には、医療保険の償還率は80%、患者一部負担の割合は20%と定められていたが、その後、患者一部負担の割合は徐々に引き上げられていった。1970年代以降、社会保障財政状況が危惧されるなかで、自己負担の引上げが度々行われるようになった。さらに1983年には新たに入院時定額負担が創設された（松本 2012：225-6）。

⁴⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁴⁵ 笠木（2012：147-9）では、低所得者の患者自己負担をカバーする補足的CMUの導入による「デュアル・システム」の制度化が、1ユーロの患者定額負担が導入された背景として指摘されている。同書によれば、濫受診のみを排除し、必要な受診を不当に抑制しないために、自己負担は低額（1ユーロ）にとどめられた。

■ 3. フランスの民間医療保険

フリーアクセスの仕組みがとられていた。このようななか、2004年医療保険改正法によって「かかりつけ医制度」が導入され、今日では広く浸透している⁴⁶。この制度のもとで医療保険の被保険者は、外来診療を受ける場合には、まず自ら選択したかかりつけ医の診察を受け、必要がある場合には、かかりつけ医の紹介を受けて他の専門医を受診する。このような医療提供のあり方は「連携された医療の経路」と呼ばれている。かかりつけ医を経ない受診（「連携された医療の経路」外の受診）に対しては、患者一部負担の割合を通常の30%から70%に引き上げる経済的ペナルティが科される。

患者の望ましい受診行動を促すため、この医療の経路外の患者自己負担の割増部分（開業医の診察料金の40%）についても、民間医療保険がカバーしないよう政策的に誘導されている。

③ 医師の超過報酬

フランスでは、被保険者の所得の多寡にかかわらず医療へのアクセスを保障することが優先度の高い政策課題であり、患者の自己負担の増大、とりわけ行き過ぎた超過報酬が低所得者の医療アクセスを阻害し得ることに政策的な関心が寄せられている⁴⁷。過度の超過料金の請求を抑制するために、2013年に外科、産婦人科等のセクター 2の医師が任意で参加する医療アクセス契約 (contrat d'accès aux soins)⁴⁸が導入された。

2016年の医療協約によってこの仕組みが強化され、医療アクセス契約に代わって、全領域のセクター 2の医師を対象とした「抑制料金実践オプション (option pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM)」が導入され

⁴⁶ 一般制度では、かかりつけ医制度導入後、かかりつけ医を選択した被保険者の割合は急速に増加し、2011年時点で89.7%に達した（松本, 2017: 55）。

⁴⁷ セクター 2の医師による超過報酬水準の全国平均は52%（つまり、協約料金の約1.5倍の料金を患者に請求）であるが、地域差が大きく、パリ市では114%と高い水準になっている（L'Assurance Maladie, 2018）。

⁴⁸ 医療アクセス契約は、それを締結した医師に対して、医療活動の一定割合を協約料金で提供し、かつ一定の超過水準を守ることを義務付け、その見返りとして、医師の社会保険料負担を軽減する仕組みであった。

た⁴⁹。OPTAMは2017年から実施されており、2018年10月現在、対象となる医師の約半数がOPTAMに参加している⁵⁰。参加する医師に対しては、超過報酬の抑制の程度に応じた公的医療保険から報奨金が支払われる。また、患者がOPTAMに参加する医師の診察を受けると、公的医療保険と民間医療保険⁵¹からよりよい給付が行われ、患者の自己負担が軽減される場合がある⁵²。

2015年現在の超過報酬総額は28億ユーロであり、このうち70%は患者の自己負担、30%は民間医療保険による償還となっている（La Fédération nationale de la Mutualité Française, 2017）。

(3) 民間医療保険の位置づけ

これまで見てきたように、フランスの公的医療保険制度の給付範囲はやや限定的であり、患者の経済的な負担が大きくなりやすい制度的構造となっている。このような特徴をふまえると、広く国民に対して必要な医療保障を確保するうえで、公的医療保険の給付を補う民間医療保険の役割が重要であることが分かる。このため、民間医療保険を通じた医療保障が一定の効果を発揮するよう、「責任・連帯契約（contrat responsable et solidaire）」の仕組みが導入されており、保険契約内容が

⁴⁹ なお、外科医と産婦人科医には、OPTAM-COと略称される特別のオプションが設けられている。

⁵⁰ OPTAMに参加する医師が9,791人、OPTAM-COに参加する医師が3,199人、計12,999人であり、参加率は対象医師（約26,000人）の49.6%となっている（L'Assurance Maladie, 2018）。

⁵¹ 当該民間保険の契約が責任・連帯契約の条件を満たす場合に限られる。

⁵² 例えば、次のようなケースがあり得る。患者がOPTAMに参加する眼科医の診察（料金60ユーロ）を受けた場合、公的医療保険と民間医療保険からそれぞれ30ユーロが給付され、患者の自己負担はゼロとなる。これに対して、OPTAMに参加していない眼科医の診察（料金60ユーロ）を受けた場合、公的医療保険と民間医療保険からそれぞれ23ユーロが給付され、残りの14ユーロが患者の自己負担となる（L'Assurance Maladie, 2018）。

■ 3. フランスの民間医療保険

政策的にコントロールされている。

民間医療保険によってカバーされる人口を拡大するために、雇用保障に関する2013年6月14日の法律⁵³によって、事業者による補足的な医療保障をすべての被用者に拡大する改革が行われた。これにより、2016年1月1日から、すべての事業主は従業員に対して補足的医療保障を提供する法的な義務を有することとなった。加えて、事業主には保険料の半分以上を負担することが義務づけられた。この改革によって補足的な医療保障を提供する企業は増加し、2017年現在、96%の被用者はそれを得ることが可能となっている（DREES, 2019 : 9）。

さらに、低所得者に対する連帯補足医療保障（complémentaire santé solidaire : CSS）が整備されており、補足的な医療保障へのアクセスが経済状況に左右されない状況が実現している。

(4) 民間医療保険の組織

補足的な医療保障を提供している民間医療保険の保険者（以下、民間医療保険組織という）には、三つの種類がある。それらは、共済組合、保険会社および労使共済制度である。図表8は、3種類の民間医療保険組織の特徴を示したものである。補足的な医療保障の分野において共済組合は優位にあるが、近年、民間医療保険組織間の競争は激しさを増しており、共済組合の市場占有率は低下傾向にある。また、民間医療保険組織の集中化やグループ化が急速に進んでおり、組織数の減少が著しい⁵⁴。

① 共済組合

⁵³ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

⁵⁴ 民間医療保険組織は、2001年には1,702組織であったが、2017年には474組織にまで減少している。また、保険会社の市場占有率の高まり（2001年19%から2017年31%へ）を背景に、共済組合の市場占有率は低下している（DREES, 2019 : 46）。

共済組合法典 (Code de la mutualité) によって規定された共済組合は、私法上の非営利法人であり、組合員の自治により運営される。共済組合の多くは、公務員や特定の職業部門の被用者および年金受給者を対象としている (DREES, 2019 : 42)。共済組合の活動領域は広く、補足的な医療保障に加えて、就労不能となった場合の所得保障、生活支援サービスや経済的支援、病院や福祉施設の運営等を行っている場合もある。共済組合の活動の中心は「医療」であり、総売上高の85%に上る (図表8)。共済組合の加入者の年齢は相対的に高く、2016年現在、60歳以上の者が43%を占めている (DREES, 2019 : 42-44)。個人契約が全体の7割を占めている⁵⁵。

また、一部の共済組合に対しては、歴史的に公的医療保険の管理委託が行われている (つまり、代行が行われている)⁵⁶。委託を受けた民間医療保険組織は、補足的な給付とあわせて公的医療保険による基礎的な給付の管理を行い、委託元の公的医療保険 (全国疾病保険金庫) は委託先の組織に管理手数料を支払う (DREES, 2019 : 44)。具体例を挙げると、国民教育一般共済 (mutuelle générale de l'éducation nationale : MGEN) は、公的医療保険に関する管理委託を受け、加入者の給付を一元的に管理している。これにより、管理費用が節約されることとあわせて、加入者にとっては、一つの窓口 (guichet unique) を通じて手続きが簡便になるというというメリットがある⁵⁷。

また、共済組合においては伝統的に加入者の「収入」に応じた保険料設定が行われるなど、加入者間の連帯を重視した制度運営が行われている。

⁵⁵ 共済組合の売上高の71%、受給者の69%は個人契約である (DREES, 2019 : 43)。

⁵⁶ 1947年4月9日法により、国家公務員の公的医療保険の給付管理を共済組合に委託することができるようになった。教育職の国家公務員の共済組合が公的医療保険の代行を獲得するに至った経緯については、Beudet et Pierron (2018 : 30-4) を参照。また、第二次世界大戦直後の社会保障創設をめぐる共済組合の立場や主張については、ドレフェュス (2017 : 74-81) を参照されたい。

⁵⁷ 2019年11月に実施したSection MGEN de l'Isèreでの聞き取り調査およびパンフレット (MGEN aux côtés des professionnels de l'enseignement supérieur et de la recherche) による。

■ 3. フランスの民間医療保険

② 保険会社

保険法典（Code des assurances）によって規定された保険会社は私法上の営利法人である⁵⁸。保険会社の活動は、財産の保護（火災保険、盗難保険、水害保険等）、人的保護（生命保険、疾病保険、傷害保険、介護保険）等の領域で多様に展開されている。医療分野の活動の比重は相対的に小さく、売上高の5%を占めるに過ぎない（図表8）。とはいえ、補足的な医療保障の分野では存在感を増してきており、2017年の市場占有率は31%である（図表8）。契約形態としては、個人契約と集団契約がほぼ半分ずつを占めている。2016年現在、契約者の59%は25～69歳、34%が60歳以上である（DREES, 2019 : 43-44）。

③ 労使共済制度

社会保障法典（Code de la sécurité sociale）により定められた労使共済制度は私法上の非営利法人であり、使用者側と労働者側の同数代表によって管理される。労使共済制度は賃金労働者の生活保障に関する多様な給付等を行う組織であり、労使合意⁵⁹に基づいて管理運営される。被用者および退職者、被扶養者の死亡、傷病、出産、就労不能、障害、失業等のリスクに対する保障を行い、退職年金・退職手当等を支給する。企業や職業部門をベースとしているため、労使共済制度の主な対象は現役の労働者であり、2016年現在、加入者の75%は25～59歳である。また、受給者の88%は集団契約を通じてカバーされている（DREES, 2019 : 42-43）。

⁵⁸ 営利の保険会社のほか、商業目的を持たない私法上の法人である相互保険会社（sociétés d'assurance mutuelles）も存在する。

⁵⁹ 労使共済制度は、労働協約、集団協定あるいは事業主により提案され、当事者の過半数によって承認された合意計画に基づいて、あるいは総会における労使の合意によって創設される（社会保障法典L931-1条）。

(5) 民間医療保険の給付

① 給付の内容

民間医療保険は、まず、公的医療保険の対象となる医療を受けた場合の患者一部負担、入院時定額負担および医師の超過報酬に対する給付を行う。また、公的医療保険による診療を基礎としつつ、自由な料金設定が行われる歯科補綴、眼鏡、補聴器等の費用に対して給付を行い、患者の経済的負担を軽減する。さらに、公的医療保険の給付対象とはならない治療（オステオパシー等）の費用に対しても給付を行うことができる。

民間医療保険の具体的な給付内容は多様であるが、ここでは、400万人以上をカバーする代表的な共済組合である国民教育一般共済(MGEN)グループの提供する医療給付の内容を見ておきたい⁶⁰。図表9はMGENの提供する給付のうち、開業医の診療と薬剤に関する給付の一部を抜粋したものである。給付水準や重点分野の異なる4つのタイプ「イニシアル (Initiale) (若者向け)」、「バランス (Equilibre) (超過報酬の保障充実)」、「標準 (Référence) (子どものいる夫婦向け)」および「完全 (Intégrale) (最高水準の保障)」が用意されている（それぞれの保険料については、後述）。例えば、医師の超過報酬に対する保障水準について比較するために同図表の「専門医の診察・訪問」に注目すると、当該医師がOPTAMに参加している場合、「イニシアル」と「標準」の給付は公的医療保険の患者一部負担相当額（償還基準の30%）と定められており、超過報酬はカバーされない。一方、「バランス」では、公的医療保険の患者一部負担と超過報酬を合わせた額が償還基準の80%まで給付されるため、公民の医療保険を通じて医師の診療料金が償還基準の1.5倍までカバーされる。同様に「完全」では償還基準の130%まで給付さ

⁶⁰ MGENグループは教育・研究、文化・スポーツ等の行政にかかわる公務員の公的医療保険（代行）と補足的な医療保障を提供することに加えて、企業等の集団契約を通じた医療保障等を提供している。

■ 3. フランスの民間医療保険

れる（公民の医療保険を通じて医師の診療料金が償還基準の2倍までカバーされる）。この他、入院関連給付、公的医療保険の対象外の治療（オステオパシー、鍼治療等）に対する給付、予防ワクチン等の予防給付、眼鏡・歯科治療・補聴器等に関する給付内容がタイプ別に細かく設定されている。

② 給付の構造

公的医療保険と民間医療保険による医療費の負担構造は、図表10のようになっている。民間医療保険によってカバーされない部分（最終的な患者自己負担）は残されるが、この部分が小さいことが国際比較上のフランスの特徴である⁶¹。

民間医療保険の支出を制度別・項目別に示した図表11に基づき、給付の全体像を確認しておきたい。2017年現在、医療費⁶²の13.2%（263億ユーロ）は民間保険によって負担されている。その内訳をみると、共済組合が約半分、保険会社が約3割、労使共済制度が約2割を支出している。民間医療保険の役割は入院医療においては相対的に小さく（入院医療費の5.1%）、外来医療ではより大きい。なかでも開業医の診療費の18.7%、歯科治療（歯科補綴を含む）の費用の40.9%、さらに視力補助具（眼鏡・コンタクトレンズ）の費用の73.1%を民間医療保険が負担している状況である。

また、入院や温泉療養の際の特別室やテレビの料金、公的医療保険の対象とならないオステオパシーや代替医療等の医療関連給付は、同図表における医療費の対象には含まれないが、民間医療保険の支出の約6%

⁶¹ 医療費の財源負担に関する国際比較によると、2015年現在、フランスでは任意加入の民間保険による財源が14%、家計負担が7%となっている。これは、ドイツ（それぞれ3%、13%）、スイス（それぞれ8%、28%）、イギリス（それぞれ6%、15%）等と比較すると、民間保険の役割が大きく、家計負担が小さいことが分かる（DREES, 2019 : 34, Graphique 3）。

⁶² ここでは、医療費として「医療財・サービス消費（consommation de soins et de biens médicaux : CSBM）」を用いている。CSBMには病院医療、外来医療、薬剤、移送、眼鏡等の費用が含まれるが、予防医療の費用は含まれない。

を占める規模である。

(6) 責任・連帯契約

① 概要

フランスでは、民間医療保険が医療アクセスの改善のために一定の義務を果たすことを促す仕組みが設けられている。最初に導入されたのは「連帯契約」である。2001年補正財政法 (loi de finances rectificative pour 2001) により、被保険者（あるいは加入を希望する者）の医療情報を収集しない、および被保険者の健康状態に基づく保険料の設定を行わないという条件を満たす民間医療保険の契約は「連帯契約」と位置づけられ⁶³、税制上の優遇が受けられることとなった。

さらに、2004年医療保険改正法によって「責任契約」が導入された。背景には、患者の望ましい受診行動を促し、責任感を持たせるという政策的なねらいがあった。かかりつけ医を経ない受診（医療の経路外の受診）に対する患者一部負担の割増部分、および1ユーロの患者定額負担をカバーしてはならないという条件を満たす民間医療保険の契約は「責任契約」と位置づけられた。2008年に新たな患者負担である免責額が導入されると、これについても「責任契約」ではカバーしてはならないこととされた。

責任契約と連帯契約の両方の義務を果たす民間医療保険の契約は一般的に「責任・連帯契約」と呼ばれ、税制上あるいは社会保障制度上の優遇措置の対象となる⁶⁴。責任・連帯契約が満たすべき条件は、2014年の

⁶³ 連帯契約としての本文中の二つの条件を満たす必要があるのは、民間医療保険に個人で加入しているか、集団保険に任意で加入している場合である。強制加入の集団保険の場合には、二つ目の条件（被保険者の健康状態に基づく保険料の設定を行わない）を満たせば連帯契約と位置づけられる。

⁶⁴ 社会保障法典においては、民間医療保険に適用される連帯付加税の税率とその適用条件について定めたL862-4条（連帯契約の条件を規定）と責任契約の条件

■ 3. フランスの民間医療保険

改革によって厳格化された⁶⁵。それにより、現在では、民間医療保険の保険契約が責任・連帯契約と認められるのは、先に見た義務を果たすことに加えて、医療給付に関する最低保障と保障上限を遵守する場合となっている⁶⁶。

責任・連帯契約の最低保障は、次のように定められている。公的医療保険の給付（開業医や医療補助職の報酬、入院費、検査費、薬剤費など）の患者一部負担については、その全額を民間医療保険の給付がカバーしなければならない。ただし、中程度（償還率30%）あるいは軽度（同15%）と評価された薬剤、ホメオパシーおよび温泉治療の自己負担をカバーすることは義務ではない。入院時定額負担については、期間の制限を設けることなくカバーしなければならない。

また、責任・連帯契約の保障上限については、次のようになっている。セクター2の医師に関しては、OPTAMに参加している場合は超過報酬の保障上限は設定されていないが、OPTAMに参加していない医師の超過報酬には保障の上限が設けられている⁶⁷。さらに眼鏡、補聴器等についても保障上限が定められている⁶⁸。

今日、市場で販売されている民間医療保険契約の95%は責任・連帯契約の条件を満たすものであり⁶⁹、責任・連帯契約はフランスにおける医

を定めたL871-1条、R871-1条およびR872-2条により、責任・連帯契約として満たすべき条件が規定されている。

⁶⁵ 責任契約の枠組みの大幅な見直しは、2014年社会保障財政法（loi de financement de la sécurité sociale pour 2014）と2014年11月18日のデクレ（décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales）を通じて実施された。

⁶⁶ 責任契約において提供しなければならない保障の内容は、社会保障法典R871-2条において規定されている。

⁶⁷ 超過報酬の保障上限は、「責任料金の100%（2倍）」と「OPTAMに加入している医師の超過報酬の保障上限から20%差し引いた水準」のより低い方とされる。

⁶⁸ 眼鏡の保障上限に関する規定は2019年1月11日のデクレによって見直され、レンズの性能等に応じて細分化された保障上限が定められた。あわせて、補聴器と歯科補綴の保障上限に関する規定も設けられた。

⁶⁹ フランス連帯・保健省のウェブサイト (<https://solidarites-sante.gouv.fr/>)

療保障のあり方に大きな影響を及ぼしているといえる。

② 責任・連帯契約のメリット

責任・連帯契約の条件を満たす保険契約をめぐることは、関係当事者（民間医療保険組織、事業主および被保険者）にさまざまなメリットが付与されている。

民間医療保険組織にとっての最大のメリットは、連帯付加税 (taxe de solidarité additionnelle)⁷⁰の軽減である。連帯付加税は、補足的な医療保障を目的とした民間医療保険の保険料に課税され、責任・連帯契約の条件を満たす場合の税率は13.27%であるのに対して、満たさない場合には税率が7%ポイント引き上げられ、20.27%となる⁷¹。

また、事業主が、責任・連帯契約の条件を満たし、すべての従業員を対象とする集団加入の保険契約を結んでいる場合、事業主の負担する民間医療保険の保険料が社会保険料（一般制度）の賦課ベースから控除される（控除の上限あり）。つまり、事業主にとっては、社会保険料が軽減されるというメリットがある。

被保険者は、責任・連帯契約の条件を満たす契約を通じて、最低保障の給付を確実に受け取ることができる。民間医療保険組織が責任・連帯

systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/article/100-sante-faciliter-l-acces-aux-soins-et-aux-equipements-auditifs-optiques-et 2020年3月21日 アクセス)による。

⁷⁰ 従来、民間医療保険の保険契約は、保険契約特別税 (taxe spéciale sur les conventions d'assurance) と (旧) 連帯付加税の対象とされていた。後者の元となったのは、普遍的医療保障 (CMU) の費用を賄うために1999年に創設された新たな拠出金であり、これは民間医療保険組織に保険料をベースとした新たな負担を求めるものであった。この拠出金は2011年財政法によって (旧) 連帯付加税へと変更された。その後、民間医療保険への税制の合理化を目的として2015年社会保障財政法によって先の二つの税が統合され、現在の形の連帯付加税となった。

⁷¹ 連帯付加税による税収は、低所得者に対する補足的な医療保障の資金管理を行う基金に配分されるとともに、医療保険金庫にも充当される (Fonds CMU-C, 2019 : 87-8)。

3. フランスの民間医療保険

契約による税制上の優遇措置を受けるためには、加入者が「第三者払い (tiers payant)」(医療提供者に対して直接に費用償還を行う方式)を利用できるようにすることとされている⁷²。これにより、被保険者にとっては、医療費の前払い負担が軽減されるというメリットがある。

③ 眼鏡等の給付水準の改善

フランスでは眼鏡等も公的医療保険の給付対象となっているが、償還基準が低く定められており、民間医療保険に加入していても多額の自己負担が発生することが少なくない。このような状況のもとで、医療保障の観点から改善が求められていた眼鏡、歯科補綴および補聴器の自己負担について、一定の条件のもとで自己負担をゼロ(公的医療保険と民間医療保険を合わせて費用の100%を負担)にする改革(「100% Santé」と呼ばれる)が行われ、2020年1月から段階的な実施が始まった⁷³。この仕組みを利用できるのは、責任・連帯契約の基準を満たす保険契約を結んだ被保険者と後述の連帯補足医療保障の受給者である。

(7) 低所得者に対する補足的な医療保障

公的医療保険において受療時に求められる自己負担は、民間医療保険

⁷² 民間医療保険の対象給付については、少なくとも責任料金の水準までは第三者払いとすることが定められている(社会保障法典L871-1条)。

⁷³ 例えば、眼鏡に関しては、一定の基準を満たした販売価格の上限30ユーロのフレーム(16歳以上の場合には17種類・複数の色から選択可)と視力矯正のために必要なレンズが、公的医療保険と民間医療保険によって100%カバーされ、自己負担が生じない。眼鏡は2年ごと(子どもの場合は1年ごと)に買い替えが可能である。なお、この対象とならないフレームを希望する場合にも民間医療保険からの給付は行われるが、その場合の給付の上限は100ユーロと定められている。眼鏡に加えて、歯科補綴の一部が2020年1月からこの対象となっている。2021年1月からは、対象となるすべての歯科補綴と補聴器について100%の給付が実施される。

(7) 低所得者に対する補足的な医療保障 ■

にカバーされていない人々（とくに低所得者）には重くのしかかり、医療アクセスを困難にする。この問題に対応するため、2000年に補足的医療給付（couverture maladie universelle complémentaire : CMU-C）が創設され、収入が一定の上限未満の者は保険料負担なしで補足的な医療保障が受けられるようになった。

CMU-Cの受給者は、医療を受けた場合の患者一部負担や入院時定額負担、1ユーロの定額自己負担、免責額、医療の経路外の受診の自己負担割増等を免除されることに加えて、協約料金で医療を受けることができる（超過報酬は請求されない）。2017年現在、約550万人（人口の8.2%）がCMU-Cの受給者であった（DREES, 2019 : 87）。受給者は自らの補足的な給付の管理機関を選択できるが、多くは医療保険金庫（社会保障制度）による管理を選択しており、民間医療保険組織を選択している者は少ない状況であった⁷⁴。

さらに、CMU-Cの所得上限を上回る低所得者に対して、2005年に補足的医療保険支払補助（aide au paiement d'une complémentaire santé : ACS）の仕組みが導入された。対象となるのはCMU-Cの所得上限を超え、その135%までの収入を得る者であり、年齢に応じた保険料の補助が行われた。

2019年11月からCMU-Cが拡充された新たな仕組みである、連帯補足医療保障（CSS）が実施されている（従来のACSの仕組みはCSSに吸収され、廃止）。従来のCMU-Cと同様に、CSSの受給者には受療時の負担は求められないが、収入が一定水準を超えると毎月の拠出（保険料に相当）が求められる。図表12は、CSSの対象者と拠出の有無を定める二つの収入上限を示している。例えば、単身者の場合、月収が746ユーロ未満であれば拠出は求められないが、746ユーロから1,007ユーロの間である場合は拠出が求められる。毎月の拠出額は年齢に応じて定められている⁷⁵。月額1,007ユーロを超える収入がある場合にはCSSの対象とはなら

⁷⁴ 2017年現在、CMU-Cの受給者の89%は強制加入の社会保障制度による管理を選択しており、民間医療保険組織を選択した受給者は12%であった（DREES, 2019 : 87）。

⁷⁵ 拠出月額、29歳以下では8ユーロ、30～49歳では14ユーロ、50～59歳では21ユ

■ 3. フランスの民間医療保険

ない。CSSの対象者は、自らのCSSの管理機関を、医療保険金庫あるいは民間医療保険組織のなかから選択することができ、後者を選択した場合には次のようなメリットがある。CSSの受給者であったが、その収入が上限を超えたためにCSSの対象から外れた者は、民間医療保険を管理機関としていた場合には、当該管理機関から提供される有利な1年間の退出契約 (contrat de sortie) に基づく保障を受けることができる⁷⁶。このため、従来CMU-Cの受給者のうち、民間医療保険による管理を選択する者 (現在は1割強) が、今後、増えることも予想される。

CSSの管理機関には、当該制度の資金管理を行う基金⁷⁷からCSS受給者の医療保障に要した費用が償還される。無拋出のCSSについては実際にかかった医療費が、拋出制のCSSについては実際にかかった医療費から受給者の拋出額を差し引き、管理費用⁷⁸を足した金額が管理機関に支払われる。これらの低所得者の補足的な医療保障のための財源は、民間医療保険によって負担される連帯付加税によって賄われている⁷⁹。

(8) 民間医療保険の保険料

① 個人契約の保険料の特徴

ーロ、60～69歳では25ユーロ、70歳以上では30ユーロと定められている。

⁷⁶ 退出契約の料金は法令で定められており、年齢に応じた定額料金となっている。

⁷⁷ CMU-Cの資金管理を行っていた基金 (Fonds CMU-C) は、2019年12月24日の法律により、連帯補足医療保障基金 (Fonds de la complémentaire santé solidaire) に変更された。

⁷⁸ 管理費用はCSS受給者一人当たりの定額で定められており、2020年は年額32ユーロ、2021年は同30ユーロ、2022年は同28ユーロである。なお、現在の仕組みでは、無拋出制のCSSの管理費用は支払われないことになる。

⁷⁹ 2000年のCMU-Cの創設以降、低所得者に対する補足的な医療保障の財源として国庫負担、アルコール税、たばこ税などが投入されてきたが、2007年以降は連帯付加税がその大部分を占めている。2017年社会保障財政法によってたばこ税が充当されなくなったため、現在はその財源の100%が連帯付加税で賄われている (Fonds CMU-C, 2019 : 86-8)。

個人契約による民間医療保険の加入者のうち、65%は共済組合、30%は保険会社、残りの5%は労使共済制度に加入しているが（DREES, 2019 : 57-58）、保険料の算定方法（どのような要素に着目するか）は民間医療保険組織によって大きく異なる。

図表13は2006年と2016年の料金設定方法を比較したものである。3種類の民間医療保険組織を比較すると、共済組合においては4割弱の加入者に対して「収入に応じた保険料」が適用されているのに対して、民間保険では保険料算定において収入は全く考慮されていないことが分かる。また2006年からの10年間で、共済組合において年齢と無関係の保険料の適用を受ける加入者の割合が大幅に減少している（36%→3%）。これは、競争圧力の高まりによって共済組合の料金設定方法が民間医療保険のそれに近づきつつあるためである（DREES, 2019 : 59）。いずれの民間医療保険組織においても、8～9割の加入者には、子どものいる家族に配慮した保険料（子どもの数にかかわらず定額等）が適用されている。

[保険料算定方法の具体例]

収入と年齢に応じた個人契約の保険料設定の具体的な例として、共済組合（MGENグループ）の保険料算定方法を見ておきたい。図表14は、現役労働者（actif）に対する保険料の算定方法として2019年1月から適用されている一覧表の一部である（年金受給者に対しては、別の保険料算定表が設けられている）。先に見た給付内容の4つのタイプ別に、保険料率と年間保険料の上限と下限が定められている。保険料率は8つに区分された年齢階層ごとに設定されており、年齢に応じて逡増する。つまり、所得の低い者と高い者の間の連帯をベースとしつつ、年齢（リスクの高低）を加味した保険料の設定となっている。

同共済組合が保険料の算定に年齢の要素を取り入れたのは近年のことであり、長らく年齢とは無関係の保険料設定が行われてきた。このような変化の背景には、保険会社等との競争に直面し、若者に魅力のある保

■ 3. フランスの民間医療保険

保険料設定が求められるようになったという状況がある⁸⁰。

② 集団契約の保険料の特徴

集団契約は、とくに労使共済制度において多く見られる民間医療保険の契約形態である。2016年現在、受給者全体に占める集団契約の受給者の割合は、共済組合では31%、労使共済制度では88%、保険会社では45%となっている（DREES, 2019: 43）。

図表15は、2006年と2016年の集団契約の料金設定方法を比較したものである。個人契約と比較した場合、集団契約では収入に応じた料金設定方法がより積極的に導入されており、2016年には加入者全体の39%に適用されている。また、家族に配慮した保険料が適用されている加入者の割合も個人契約の場合より高く、労使共済制度では100%（2016年）となっている。

⁸⁰ 2019年11月に実施したSection MGEN de l'Isèreでの聞き取り調査による。

4. 独仏の比較と日本への提言

(1) 独仏の比較

以下においては、前章までの検討結果に基づき、民間医療保険にかかわる重要な点についてドイツとフランスとの比較検討を行うこととする。

① 公的医療保険と民間医療保険との関係

公的医療保険における被保険者と給付の範囲については、両国の間に根本的な違いがみられる。ドイツでは「社会的保護の必要性」が認められる者を公的医療保険の対象にするとの考え方がとられており、公的医療保険への加入義務が課されていない者が存在する。ただし、公的医療保険の被保険者でない者には、それに代わる民間医療保険との契約締結義務が課されている。これに対して、フランスでは医療を平等に保障するという観点から、人口の大部分が加入する公的医療保険と、公的医療保険にカバーされない人々を対象とした普遍的医療保障を通じて、すべての人が公的な医療保障の対象となっている。

一方、公的医療保険の給付に関しては、ドイツでは現物給付が原則とされており、そのための費用は公的医療保険でカバーすることが基本的な考え方となっている。これに対して、フランスでは歴史的に償還払いが原則とされてきたことから、公的医療保険は医療に要する費用の一部を負担する役割にとどまっている。

このような公的医療保険に関する両国間での違いは、民間医療保険の在り方に大きな影響を与えている。すなわち、ドイツにおいては、公的医療保険に代わる保障を行う代替医療保険が民間医療保険の中でも最も中心的な保険となっている。これに対して、フランスでは、公的医療保

■ 4. 独仏の比較と日本への提言

険に代わる保障を行う民間医療保険は存在しないが、公的医療保険の給付を上乘せる民間医療保険（補足的医療保険）が国民の医療保障に重要な役割を担っている。

② 保険者

ドイツにおける民間医療保険の保険者には、株式会社と相互保険社団の形態をとるものがある。ただし、提供する医療保険の内容（種類、給付、保険料算定など）において、保険者の法人格に基づく違いは基本的に存在しない。

これに対してフランスにおける民間医療保険の保険者には、共済組合、保険会社および労使共済制度があり、それぞれが提供する保険には、加入者の年齢、契約形態（個人契約／集団契約）、保険料算定方法（とくに収入を考慮するか否か）において違いがある。

③ 民間医療保険の中間的性格

ドイツにおいては、連帯原理に基づく公的医療保険とは異なり、民間医療保険の場合には、基本的に、給付の水準は保険契約で定められ、保険料は各被保険者のリスクや給付の水準に応じて徴収される。ただし、基本タリフに基づく民間医療保険の場合には、公的医療保険と同等の給付水準とされ、また、保険料の上限なども定められている。

一方、フランスの民間医療保険は、部分的に収入を考慮した保険料の徴収が行われていることや、子どものいる家族に配慮した保険料の設定がなされていることなど、一部、連帯原理の要素を取り込んだものとなっている。このため、公的医療保険と民間医療保険の境界線はドイツと比較すると曖昧である。また、責任・連帯契約の仕組みを通じて民間医療保険の保険契約が一定の保障水準を満たすよう政策的に促されている。

このように、両国では民間医療保険の給付や保険料に一定の制約を加えることにより、広い範囲の国民が所得の水準や既往歴の有無などに

かわりなく民間医療保険に加入できるよう配慮されている。

④ 公的医療保険と民間医療保険の連携

両国においては、公的医療保険による保障とあわせて、それを補完する民間医療保険による保障が受けられるよう、公的医療保険と民間医療保険の連携を図る取り組みが行われている。

ドイツでは、公的医療保険の保険者である疾病金庫により被保険者に対する民間医療保険の仲介を行う仕組みが導入され、成果を上げている。また、フランスでは、一部の共済組合により公的医療保険の代行が行われており、手続きの簡略化や管理費用の削減等が可能となっている。

⑤ 医療アクセスの格差

ドイツでは、代替医療保険の被保険者の診療を行った場合には公的医療保険の被保険者の診療よりも高い診療報酬が得られることが、医療アクセスの実質的な格差につながっている。このため、統一的な医療保障システムへの移行についての提案が行われているものの、実現の見通しは立っていない。

これに対して、フランスでは、公的医療保険の給付を補足する民間医療保険が人口の95%以上をカバーしている。また、民間医療保険ではカバーされない低所得者を対象にする補足的な医療保障制度の整備を進めることにより、医療アクセス格差の解消が図られている。

(2) 日本への提言

ドイツおよびフランスでは、日本と同様、公的医療保険とあわせて民間医療保険が存在する。しかし、この両国において民間医療保険が担っている役割は日本よりもはるかに大きなものとなっている。その主な理

■ 4. 独仏の比較と日本への提言

由は、ドイツではすべての者に公的医療保険への加入を義務づける仕組みは取られておらず、人口の1割強が公的医療保険に加入していないことである。また、フランスでは、公的医療保険の給付水準が日本やドイツに比べて低いことに加えて、医師による超過報酬の請求が認められていることから、患者により大きな自己負担を求める構造となっているためである。

日本でも高齢化の進展等に対応し、公的医療保険制度の財政的な持続可能性を高めることを目的とした改革が進められてきている。そのなかで、公的医療保険の一部負担金の引き上げなどが行われてきた。そのほかにも、薬剤などの給付対象範囲の縮減、給付の対象とならない高度先進医療の拡大などにより、公的医療保険ではカバーされないために被保険者自身が負担しなければならない費用の範囲は今後さらに拡大していく可能性がある。日本においても、公的医療保険についてこのような見直しが進められる場合には、広く国民が適切な医療を受けられることを確保するうえで、公的医療保険の給付ではカバーされない費用を償還する民間医療保険の必要性が高まっていくものと考えられる。

そのことはドイツおよびフランスの状況からも裏づけられる。すなわち、公的医療保険による償還が比較的安く抑えられているフランスでは、被保険者の大半が残りの費用をカバーする民間医療保険（補足医療保険）に加入している。また、ドイツでも、公的医療保険の給付率が低い歯科補綴に関する付加医療保険には多くの公的医療保険被保険者が加入している。

したがって、日本においても、今後は、公的医療保険の在り方だけではなく、「公的医療保険とそれを補完する民間医療保険の両者をあわせて、広い範囲の国民が安心して医療を受けられることをいかにして保障していくか」が重要になると考えられる。

さらに、これまでのところ日本での政策的な議論の俎上には登っていないが、公的医療保険の被保険者の範囲が見直され、一定範囲の者に公的医療保険への加入義務が免除される可能性についても考えておく必要がある。ドイツにおいて全国民を対象とする統一的な医療保障システムの導入が提案されている理由に示されているように、このような見直し

は公的医療保険における負担の公平や医療アクセスの平等にとって重要な問題をもたらす恐れがある。もし、それが実施されたとした場合には、このような問題への対応のほかに、ドイツの代替医療保険のように公的医療保険の被保険者でない者に公的医療保険に代わる保障を行う民間医療保険の必要性が出てくるものと考えられる。

民間医療保険が広い範囲の国民に対する医療保障に一定の役割を果たしていくことについては、次のような問題点が想定される。連帯原理に基づく公的医療保険の場合とは異なり、「給付・反対給付均等の原則」に立つ民間保険の場合には、各被保険者のリスクの大きさに応じた保険料が徴収される。このため、加入年齢や既往歴によっては、保険料が高くなりすぎること、保険契約の締結が保険会社側から拒否されること、特定の疾病が給付の対象外とされることなどにより、民間医療保険が広い範囲の国民を対象とする医療保障としてはかならずしも十分に機能しない可能性がある。このような問題に対応するためには、ドイツの基本タリフに基づく保険やフランスの民間医療保険が提供している保険のように、リスクに応じた保険料設定に修正を加えること、既往歴がある加入希望者との契約拒否や保険料加算を認めないことなど、民間保険の基本的考え方に一定の修正を加えた民間医療保険が必要になると考えられる。

また、公的医療保険の被保険者が公的医療保険の保障を補完する民間医療保険に簡便な手続きで加入できる仕組みを設けることも、公的医療保険と民間医療保険をあわせて適切な医療保障を実現していく上で必要になると考えられる。そのために考えられる手段の一つは、ドイツで行われているように、公的医療保険の保険者が被保険者の民間医療保険加入の仲介をするなど、公的医療保険と民間医療保険のそれぞれの保険者間での連携の仕組みを構築することである。さらに発展した連携の在り方として、フランスの一部の共済組合が行っているような公的医療保険と補足的な民間医療保険の一元的な管理運営も、医療保障の効率的な確保において有効であると考えられる。

このほか、ドイツにおける企業医療保険やフランスにおける被用者の補足的な医療保障の一般化にみられるように、事業主が公的医療保険と

■ 4. 独仏の比較と日本への提言

あわせて適切な医療保障を提供する民間医療保険の契約を従業員のために締結し、その保険料を負担するような仕組みを導入することについても、検討する必要があると考えられる。年金については、公的年金に加えて従業員により豊かな老後を保障するために企業年金の制度を有する企業がある。それと同様に、企業医療保険は、従業員が安心して医療が受けられることを保障するために各企業の取り組みとして行われるものである。このような民間医療保険は従業員に適切な医療を保障するだけでなく、企業にとって必要な人材の採用や定着促進にも貢献することができると考えられる。

参考文献

[ドイツ語文献]

- Boetius J. (2010), *Private Krankenversicherung*, München.
- Böckmann R. (2011), *Quo vadis, PKV?*, Wiesbaden.
- Bürkle J. (2019), Einleitung, in: Kaulbach D., Bähr G., Pohlmann P., *Versicherungsaufsichtsgesetz*, München, S. 1-34.
- von Maydell B. (2005), „Gesetzliche und private Krankenversicherung. Neuere Entwicklungen eines schwierigen Verhältnisses in der Europäischen Gemeinschaft“, in: Söllner A. et al. (Hrsg.), *Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze*, München, S. 585-595.
- Michel K. (2012), GKV und PKV: Verschwimmen die Grenze?, in: Dörner H. et al. (Hrsg.), *17. Münsterische Sozialrechtstagung: Kooperationsfelder und Steuerungsmechanismen in GKV und PKV - wer lernt von wem?*, Karlsruhe, S. 53-68.
- Nagel E. (2007), *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, 4. Aufl., Köln.
- Pohlmann P. (2017), *Privateversicherungsrecht*, 23. Aufl., München.
- Rudolph J. (2015), Geschichte der PKV, in: Bach P., Moser H., *Private Krankenversicherung*, München, S. 48-60.
- Sodan H. (2006), *Private Krankenversicherung und Gesundheitsreform 2007*, Berlin.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2012), *Gut für Sie. Gut für alle*, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2019), *Zahlenbericht 2018*, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2020), Die betriebliche Krankenversicherung nützt Arbeitnehmern und Arbeitgebern.
(<https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/betriebliche->

■ 参考文献

- krankenversicherung/)
- Wallrabenstein A. (2009), *Versicherung in Sozialstaat*, Tübingen.
- [フランス語文献]
- Ameli.fr (2019), *Consultations en métropole : vos remboursements* (<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>)
- L'Assurance Maladie (2018), *Les dépassements d'honoraires et l'OPTAM, Garantir l'accès aux soins et améliorer l'efficacité du système pour mieux le préserver*, Dossier de presse du mardi 16 octobre 2018, à 9h au siège de la CPAM du Bas-Rhin (https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_OPTAM.pdf)
- Argentin, Véronique et Fages, Alice (2017), *Complémentaire santé et prévoyance : guide pratique*, experts-comptables.
- Beaudet, Thierry et Pierron, Luc (2018), *La mutualité*, Que sais-je ?.
- Bizard, Frédéric (2016), *Complémentaire santé, Le scandale !*, DUNOD.
- Chagny, Muriel et Perdrix, Louis (2018), *Droit des assurances 4e édition*, LGDJ.
- Direction de la Sécurité sociale (2019), *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2018*.
- DREES (2019), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019*.
- Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C) (2019), *Rapport d'activité 2018*.
- Groutel, Hubert (2018), *Droit des assurances 14e édition*, Dalloz.
- ISNAR-IMG (2017), *Comprendre les secteurs de conventionnement et les enjeux des négociations - Guide pratique à l'usage des internes*, Septembre 2012 - Mis à jour Janvier 2017.
- La Fédération nationale de la Mutualité Française (2017), *Le contrat*

responsable et solidaire (<https://www.mutualite.fr/presse/contrat-responsable-solidaire/>)

MGEN (2019), *Statuts & règlements mutualistes, au 1er janvier 2019*.
Nguyen, Thi-Ly et Le Mauviel, Adrien (2019), *Fonctionnement et spécificités des mutuelles*, L'Argus Édition.

[日本語文献]

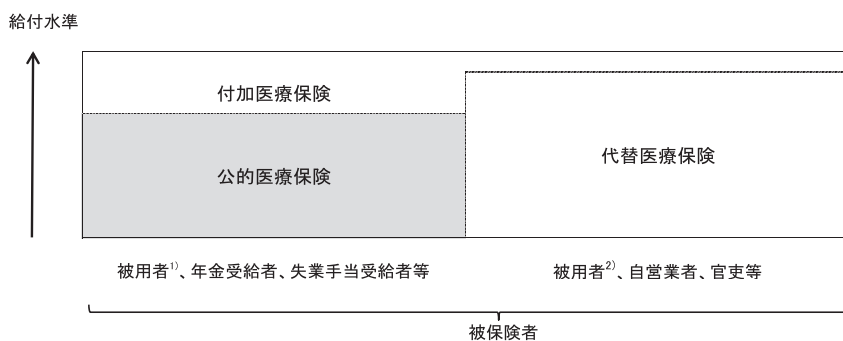
- 笠木映里 (2012)、『社会保障と私保険—フランスの補足的医療保険』有斐閣。
- 松本勝明 (2012)、「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向」財務省財務総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー』通巻第111号、pp. 90-110。
- 松本勝明 (2017)、『社会保険改革：ドイツの経験と新たな視点』旬報社。
- 松本由美 (2012)、『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学出版部。
- 松本由美 (2017)、「フランスにおけるかかりつけ医制度の導入—高齢化する社会における開業医の役割—」大分大学大学院福祉社会科学研究所『福祉社会科学』第8号、pp.49-65。
- ミッシェル・ドレフェス (深澤敦・小西洋平訳) (2017)、『フランスの共済組合—今や接近可能な歴史—』晃洋書房。

(図表1) 公的医療保険における患者自己負担

主な給付	自己負担
外来医科診療	なし
入院療養	一日当たり10ユーロ(1暦年当たり28日まで)
薬剤	価格の10%(最高10ユーロ、最低5ユーロ)
歯科補綴	費用の35～50%

出典：筆者作成。

(図表2) 公的医療保険と民間医療保険の関係

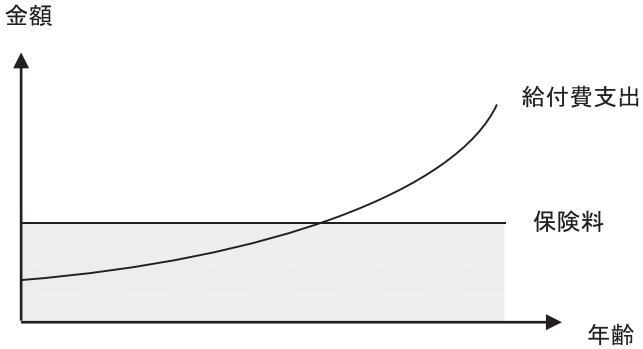


1) 労働報酬が年間労働報酬限度以下の者。

2) 労働報酬が年間労働報酬限度を超える者。

出典：筆者作成。

(図表3) 代替医療保険の保険料と給付費支出の関係



出典：筆者作成。

(図表4) 公的医療保険と民間医療保険の比較

	公的医療保険	代替医療保険(一般)	代替医療保険(基本タリフ)
被保険者	・被用者 ¹⁾ 、年金受給者、失業手当受給者など	・公的医療保険の被保険者でない者	・民間医療保険契約の締結義務が生じた者など
保険関係の成立	・法的加入義務(任意被保険者を除く) ・保険者は加入を拒むことができない	・被保険者と保険会社間の私的契約 ・保険会社は契約を拒むことができる	・同左 ・保険会社は契約を拒めない
保険者	・疾病金庫(公法上の法人)	・保険会社(株式会社、相互保険社団)	・同左
給付	・範囲・水準は基本的に一律 ・医療上の必要性に応じた給付 ・現物給付が原則	・範囲・水準は商品によって異なる ・医療上の必要性及び保険商品の内容に応じた給付 ・償還払い	・同左 ・範囲・水準は公的医療保険に匹敵 ・同左
保険料	・負担能力(収入)に応じた保険料 ・家族に係る保険料負担なし ・被用者の場合には被保険者と事業主が負担	・リスク(加入年齢・健康状態)や給付に応じた保険料 ・家族に係る保険料負担あり ・被用者の場合には事業主からの補助あり	・同左(公的医療保険の最高保険料額以下) ・同左 ・同左
財政方式	・賦課方式	・積立方式	・同左
財源	・保険料と税	・保険料	・同左

1)報酬が年間労働報酬限度を超える者を除く。

出典：筆者作成。

(図表5) 民間医療保険の被保険者数・契約件数の推移

	2008年	2018年
代替医療保険の被保険者数	8,639,300	8,736,300
付加医療保険の契約件数	20,983,200	26,030,200

出典：PKV(2019)に基づき筆者作成。

(図表6) 企業医療保険の推移

	2015年	2018年
契約事業主数	3,848	7,700
被保険者数	575,000	757,500

出典：PKV(2020)に基づき筆者作成。

(図表7) 公的医療保険(一般制度)の主要な給付の償還率

医師等の報酬	
医師・歯科医師・助産師の報酬	70%
医療補助職(看護師・マッサージ・運動療法士等)の報酬	60%
入院	80%
検査	
生物学的検査	60%
医師・歯科医師・助産師による採取	70%
薬剤	
代替不可かつ特に高額な薬剤	100%
有用性評価により重要とされた薬剤	65%
有用性評価により中程度とされた薬剤	30%
ホメオパシー薬等	15%

出典：ameli.frのウェブサイトTableaux récapitulatifs des taux de remboursement(<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>)に基づき作成。

(図表8) 民間医療保険組織の特徴(2017年)

	共済組合	労使共済制度	保険会社
組織数	346	25	103
市場占有率(%)	51	18	31
2016年の総売上高に占める医療活動の割合(%)	85	50	5
準拠する法典	共済組合法典	社会保障法典	保険法典
ガバナンス	被保険者(組合員)	労使代表同数による管理	株主

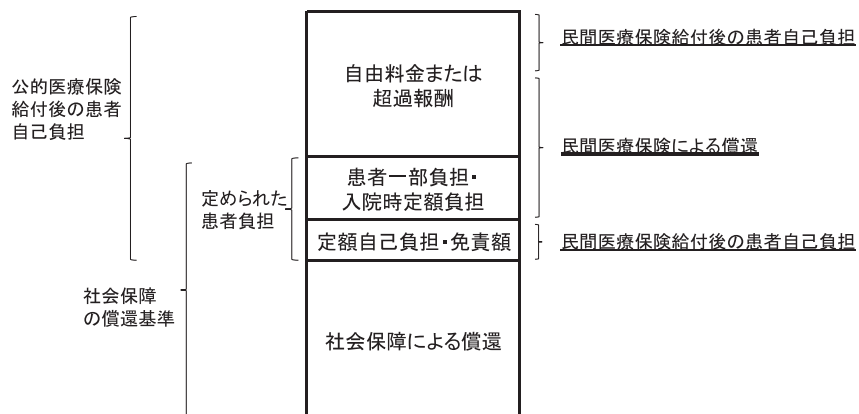
出典：DREES, 2019 : 43, Tableau 1.

(図表9) 国民教育一般共済(MGEN) グループの給付(抜粋)

	イニシアル	バランス	標準	完全
一般医、専門医(総合医療)および助産師の 診察・訪問(連携された医療の経路内・外)	30%	30%	30%	30%
専門医の診察・訪問				
連携された医療の経路内				
OPTAMに参加している医師	30%	80%	30%	130%
OPTAMに参加していない医師	30%	60%	30%	105%
連携された医療の経路外	30%	30%	30%	30%
薬剤				
社会保障によって65%償還される薬剤	35%	35%	35%	35%
社会保障によって30%償還される薬剤	70%	70%	70%	70%
社会保障によって15%償還される薬剤	無し	年額25ユーロ(定額)	無し	年額50ユーロ(定額)
社会保障によって償還されない薬剤				

出典：MGEN, 2019：32-3より作成。

(図表10) 医療費の負担構造



出典：DREES, 2019：19, Schéma 1.

(図表11) 民間医療保険の支出内訳(2017年)

項目別の民間医療保険の支出	共済組合	保険会社	労使共済制度	全体	2016年～2017年の変化	民間医療保険による支出割合(%)
医療費(医療財・サービス消費)(注1)	13,369	7,725	5,226	26,319	-8	13.2
入院医療	2,630	1,377	732	4,739	49	5.1
外来医療	5,635	3,322	2,435	11,392	124	21.3
医師	1,900	1,242	823	3,965	-31	18.7
歯科治療(補綴含む)	2,196	1,269	1,147	4,611	118	40.9
医療補助職	1,003	484	281	1,768	76	11.2
分析検査所	536	327	185	1,048	-38	23.5
薬剤	2,247	1,159	692	4,099	-143	12.6
その他の医療財	2,750	1,816	1,349	5,915	-35	38.2
視力補助具等	1,925	1,448	1,093	4,467	-92	73.1
補装具等	824	368	256	1,448	57	15.4
移送	108	51	17	175	-4	3.5
医療関連給付	893	543	263	1,699	98	
病院・療養所の宿泊費	694	356	191	1,241	11	
医療の周回の給付	199	187	72	458	86	

注1: 医療費(医療財・サービス消費)に含まれる費用(入院医療、外来医療、薬剤、その他の医療財、移送)の合計。

出典：DREES, 2019：97, Tableau 1.

(図表12) 連帯補足医療保障(CSS)の月収上限

	単身	夫婦	夫婦と子ども1人	夫婦と子ども2人
無拋出のCSS	746ユーロ	1,119ユーロ	1,343ユーロ	1,566ユーロ
拋出制のCSS	1,007ユーロ	1,510ユーロ	1,813ユーロ	2,115ユーロ

出典：Mutualité FrançaiseのホームページQuestions-réponses sur la complémentaire santé solidaire(<https://www.mutualite.fr/presse/questions-reponses-sur-la-complementaire-sante-solidaire/>)より作成。

(図表13) 民間医療保険組織別の個人契約の料金設定方法の変化(2006年と2016年)

単位：%(カバーされている人に占める割合)

	共済組合		労使共済制度		保険会社		全体	
	2006年	2016年	2006年	2016年	2006年	2016年	2006年	2016年
収入に応じた保険料	37	38	3	6	0	0	27	25
年齢と無関係の保険料	36	3	25	23	0	0	27	3
加入の年齢制限あり	29	10	78	75	78	47	43	24
加入期間に応じた保険料	24	9	0	2	4	5	19	8
居住地に応じた保険料	14	24	69	76	80	85	32	45
家族定額、あるいは第2、3 または4子から無料	84	92	93	94	80	76	83	87

出典：DREES, 2019 : 59, Tableau 2.

(図表14) 国民教育一般共済(MGEN)グループの保険料(現役労働者・抜粋)

	30歳未満	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60歳以上
MGENイニシアル	1.68%	2.00%	2.23%	2.70%	2.82%	2.96%	3.04%	3.31%
最低保険料(ユーロ・年額)	258	384	390	393	396	399	402	408
保険料上限(ユーロ・年額)	864	1,389	1,389	1,389	1,389	1,389	1,389	1,389
MGENバランス	2.20%	2.89%	2.96%	3.23%	3.35%	3.49%	3.56%	3.84%
最低保険料(ユーロ・年額)	402	534	540	543	549	552	558	564
保険料上限(ユーロ・年額)	1,422	1,764	1,770	1,779	1,788	1,797	1,806	1,818
MGEN標準	2.23%	2.92%	2.94%	3.08%	3.18%	3.29%	3.33%	3.58%
最低保険料(ユーロ・年額)	393	522	528	531	537	540	546	552
保険料上限(ユーロ・年額)	1,410	1,749	1,752	1,758	1,764	1,767	1,773	1,782
MGEN完全	2.66%	3.47%	3.49%	3.66%	3.78%	3.89%	3.96%	4.25%
最低保険料(ユーロ・年額)	465	666	672	678	684	690	699	705
保険料上限(ユーロ・年額)	1,635	2,028	2,037	2,046	2,058	2,067	2,076	2,094

注：保険料率は加入者の総収入相当の算定基礎(base brute fiscale de l'ensemble des employeurs)に賦課される。

出典：MGEN, 2019 : 53より作成。

(図表15) 民間医療保険組織別の集団契約の料金設定方法の変化(2006年と2016年)

単位：％(カバーされている人に占める割合)

	共済組合		労使共済制度		保険会社		全体	
	2006年	2016年	2006年	2016年	2006年	2016年	2006年	2016年
収入に応じた保険料	26	33	57	56	15	16	36	39
家族定額、あるいは第2、3または4子から無料	96	95	95	100	94	93	95	97

出典：DREES, 2019：61, Tableau 3.

[執筆分担]

第1章・第2章・第4章 松本勝明

第3章 松本由美

要 旨

超高齢社会を支える 介護保障システムの構築

I. 日韓介護保険制度とにない手の比較研究

森山 治

金沢大学経済学経営学系 教授

II. 介護労働者の処遇をめぐる動向の日韓比較

井口 克郎

神戸大学大学院人間発達環境学研究科 准教授

III. 韓国における家族介護をめぐる政策の動向

尹 一喜

金沢大学国際基幹教育院GS教育系 助教

1. はじめに

我が国において高齢社会が進行するに伴い介護のにない手不足は深刻化している。厚労省は団塊の世代が後期高齢者となる2025年の介護人材について約34万人不足すると推計している¹。その一方で介護人材の不足や大手企業との競合を理由に、小規模・零細事業所の倒産件数も増加傾向にある²。このままの事態が進行していくと、介護保険制度は崩壊しかねない。まさに「制度あって介護なし」という危険性が現実味を帯びている。介護のにない手を増やす必要があるのに増えていない。離職も歯止めがかからない現状をどう改善出来るのかとした問題意識が本研究の着想となった。

2. 研究報告

本研究は森山、井口、尹の3名による共同研究である。

森山は研究の総括を担当し、日韓の政策動向及び我が国の特徴である外国人介護労働者の導入に対する問題点を中心に整理をおこなった。

井口は我が国の介護労働者の賃金水準を時系列的に検証しながら、短時間労働者の賃金水準の低さ、介護労働者の高齢化といった我が国の問題点を整理している。

尹は日韓の家族介護状況を分析のうえ、家族介護が前提となっている状況を踏まえて、韓国独自の制度である家族療養保護士制度の導入を我が国においても検討が必要なことを提案している。

3名の研究内容を要約して紹介すると次のとおりである。

(1) 文在寅政権（2017.5-）による老人長期療養保険改革の特徴

文在寅政権（2017.5-）における老人長期療養保険の改革では、社会サービス公団を設立し、介護事業等を公共施設で直営化し、介護・保育人材を民間から公共人材へ転換をおこなうとした政策が進行している。

¹ 2015年6月公表の厚生労働省『2025年に向けた介護人材にかかる需要推計（確定値）について』では37.7万人、2018年5月公表『第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要性について』では約34万人の介護人材が不足するとしている。

² 東京商工リサーチ（2020）『2019年「老人福祉・介護事業」倒産状況』

この背景には、老人長期療養保険制度成立期に非営利・営利事業者の他に個人事業者の参入を認めた結果、事業者の8割弱を個人事業者が占めたことが理由としてあげられる。韓国政府は小規模事業所（多くが個人事業者）の存在が介護労働者の労働環境の悪化と、サービスの質の低下をまねいていると分析している。

介護労働者の処遇改善については、2014年度以降、療養保護士処遇改善費（手当）の設置、2018年6月人件費支給比率の義務化、同10月長期勤続手当の設置といった措置がおこなわれている。他方事業者に対しては、2018年6月の社会福社会計基準の適用がおこなわれるなどの一連の政策が、営利企業事業者や個人事業者に対して経営を圧迫している。経営基盤が弱い小規模な個人事業者の多くは、政府の思惑どおり制度から淘汰されていくことが予測される。

(2) 日本における介護保険・人材確保政策の特徴

日本における介護のいない手の確保に関しては、3点に整理が出来る。

① 介護労働者の賃金水準の推移と改善策

これまで介護事業者に支払われる介護報酬ないし事業所が介護労働者に支払える人件費は、低く抑えられてきた。介護保険制度の発足は、介護事業所における「常勤換算方式」を本格化させ、介護分野における非正規雇用の不安定な労働者の多用を助長させた。図に示したのは厚労省「賃金構造基本統計調査」から算出した、介護保険制度発足以降の施設介護職員およびホームヘルパー（一般労働者および短時間労働者）の年収（残業代、賞与等含む）の推移である。

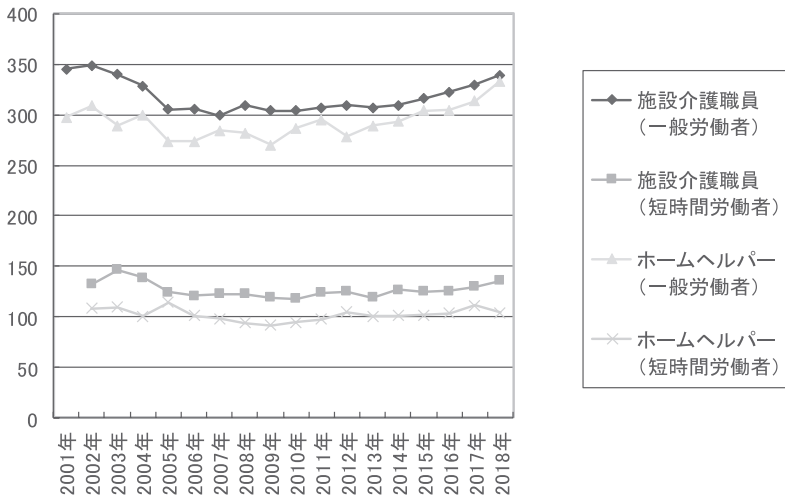
図からは2015年頃から一般労働者における年収が回復基調を見せていることが理解出来る。2018年には「施設介護職員」については、339.6万円まで回復を見せ、「ホームヘルパー」については、333.4万円と介護保険制度発足当初の賃金水準をやや上回るに至った³。しかし、両職種ともに「短時間労働者」については、介護保険制度発足以降一貫して賃金

³ ただし、訪問介護分野では、パートなどの非正規雇用の労働者が圧倒的多数を占め、フルタイム労働の「一般労働者」のホームヘルパーは全体の中においては少数にすぎない。

■ 要旨

は低い水準にとどまっており、近年の処遇改善交付金や加算は、それらを非正規雇用労働者についてはほとんど改善するに至っていない。同様のことは厚労省「介護従事者処遇状況等調査」からも確認でき、非常勤の労働者については賃金の改善に乏しく、逆に賃金水準が低下しているものもある⁴。

図1 施設介護職員・ホームヘルパーの年収（残業代、賞与等込）の推移
(万円)



(出所) 厚労省「賃金構造基本統計調査」より井口氏算出。

近年の介護労働者の処遇をめぐる政策と、人材不足に関する動向を見ると、次のことも指摘できる。2015年以降の「施設介護職員（一般労働者）」「ホームヘルパー（一般労働者）」における一部の正規雇用労働者の賃金水準の回復・上昇は、処遇改善加算等の施策の効果も一部あると思われるが、根底には介護人材の不足が大きな要因となっている。事業所ではあまりに深刻な人材不足から、業務を回すことのできる経験や資格のあるベテラン職員については相当の給料を保障し「引き抜き」

⁴ 井口「社会保障制度改革推進法と介護保障の貧困化」(2016) 参照。

「困い込み」をしなければもはや現場が立ち行かない危機的状況となっているため、統計上、賃金の平均額がかなり上昇しているとも考えられる。

② 中・長期的改善策としての外国人労働者の導入

外国人労働者の導入は、名目上は経済協力・技術移転を目的としているが、実質的には労働者の不足を補うことに主な目的がある。外国人労働者の導入方法は介護福祉士養成校への入学、経済連携協定（EPA）による受入れ、技能実習生制度による受入れと大きく3つの選択肢があるがそのなかでも政府が積極的に導入しているのが技能実習生である。

技能実習制度は1993年技能移転を目的につくられ、介護分野へは2017年11月に導入された。勤務可能年数は原則5年であるが、2019年4月に新設された特定技能⁵へ移行出来れば、さらに5年間延長が可能となる。2019年6月末現在、技能実習生は367,709人（法務省）が在留している。しかし技能実習の問題は、実質的な低賃金労働であり日本弁護士連合会をはじめとする国内外からの人権を損なうとする制度批判が多い。また定着を目的とした制度ではないため、労働力の確保としては一時的な効果しか期待は出来ない。

③ 長期的改善策としての資格の統合化

厚労省は保健医療福祉の専門資格の新たな共通基礎課程の創設を目指していたが、共通基礎課程は現実化されないまま今に至っている。

(3) 新たな介護の不在手としての家族療養保護士

家族療養保護士制度は、要介護者と家族関係にある療養保護士が訪問サービスを提供した場合、それを現物給付として認める韓国独自の制度である。訪問介護事業所に所属する有資格の職員として賃金を得ている。

日韓において、高齢化率や介護保険制度の成熟度など異なる部分はあるものの、家族による高齢者介護を重要視している点、介護人材の不足、家族介護者に対する不足な支援等の共通点がある。韓国の制度を踏

⁵ 特定技能は我が国の人手不足対応のため一定の専門性・技能を有する外国人を受入れするためにつくられた制度である。

■ 要旨

まえて日本に示唆できる点は以下のとおりである。

日本では介護保険が執行されても、家族による介護が7割以上を占めており、介護を理由に離職・退職する人が、10万人をのぼっている。家族としての役割を果たしつつそれが労働としても認められる家族療養保護士は日本にも馴染みやすい制度であると考えられる。

次に、韓国の家族療養保護士の勤務時間は短く受け取る賃金は少ない。しかし、これまで無償であった家族介護に対して賃金が発生することは、家族介護を行うことに対する動機づけになる。さらに、それが専門的な教育を受けたうえ、国家資格を取得したことが前提条件になるため、社会から認められた専門職である自負心にもつながる。また、家族介護終了後、新たな介護のにない手として期待できる可能性を秘めている。

3. おわりに

外国人労働者の導入で我が国の介護人材不足を解決出来るとは考えにくく、既存の介護労働者に対する労働条件・環境を改善する他、家族介護者制度等の導入検討も検討すべき課題である⁶。介護労働者に対する労働条件の改善や新たな介護従事者の確保に対する本研究は、現役介護労働者の確保と質の保証に結びつき、将来の労働力確保にも大きく寄与するとともにサービスを必要とする高齢者に対する介護の保証につながる。また、家族を介護労働者と位置づけることによって、実質的にアンペイドワークとなっている家族介護者に対する経済的支援、家族介護の終了後、新たな介護のにない手を創り出すことに結びつく。

⁶ 森山と井口はフィンランドにおける親族介護支援制度についても研究をおこなっている。井口・森山（2019）「社会保障抑制政策下における在宅介護者支援制度の形成に対する視座 -フィンランドの親族介護支援制度の動向を参考に-」『医療福祉政策研究』2巻1号

超高齢社会を支える 介護保障システムの構築

I. 日韓介護保険制度とにない手の比較研究

森山 治

金沢大学経済学経営学系 教授

II. 介護労働者の処遇をめぐる動向の日韓比較

井口 克郎

神戸大学大学院人間発達環境学研究科 准教授

III. 韓国における家族介護をめぐる政策の動向

尹 一喜

金沢大学国際基幹教育院GS教育系 助教

本研究では、高齢社会を支える介護保障システムをいかに構築することができるか、3人の研究者がそれぞれの視点でアプローチした。まず、「日韓介護保険制度とにない手の比較研究」を森山が担当した。つづいて、「介護労働者の処遇をめぐる同行の日韓比較」を井口が担当した。最後に、「韓国における家族介護をめぐる政策の動向」を尹が担当した。

I. 日韓介護保険制度とにない手の比較研究

森山 治

1. はじめに

我が国において高齢社会が進行するに伴い介護のにない手不足は深刻化している。厚労省は団塊の世代が後期高齢者となる2025年の介護人材について約34万人不足すると推計している¹。その一方で介護人材の不足や大手企業との競合を理由に、小規模・零細事業所の倒産件数も増加傾向にある²。このままの事態が進行していくと、介護保険制度は崩壊しかねない。まさに「制度あって介護なし」という危険性が現実味を帯びている。

他方、急速に高齢社会をむかえつつある隣国韓国も同様の課題を抱えている。我が国の介護保険制度も参考としながら2008年には韓国版介護保険制度である長期療養保険制度をスタートさせた。制度をスタートするにあたり韓国では「家族療養保護士」制度を採用し、療養保護士資格を取得した者に対して、労働として親族介護を一定限度認めたこともあり、爆発的に療養保護士資格取得者を増やしてきた経緯がある。

¹ 2015年6月公表の厚生労働省『2025年に向けた介護人材にかかる需要推計（確定値）について』では37.7万人、2018年5月公表『第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要性について』では約34万人の介護人材が不足するとしている。

² 東京商工リサーチ（2020）『2019年「老人福祉・介護事業」倒産状況』

両国ともに社会背景や制度の仕組みに共通点を持ちながら、各国の状況にあわせた独自の取組みを展開している。しかしながら、介護のにない手を増やす必要があるのに増えていない。離職も歯止めがかからない状況にある。以上の問題意識が本研究の着想につながる経緯となった。

2. 研究の目的

本研究は、文在寅政権下の老人長期療養保険政策から我が国の介護保険政策に対して示唆を得ることにより、21世紀の我が国における超高齢社会下での介護の社会化を一層図り、支柱となる介護保険制度の改革に寄与することにある。

韓国との国際比較研究をおこなう理由として以下があげられる。

- (1)両国共に社会保険制度による制度運用をおこなっている。
- (2)高齢社会の進行が早く、持続可能な制度の運用と財源の確保が求められている。
- (3)制度は準市場の性格を持ち、事業者に営利企業の参入が認められている。
- (4)介護従事者の資格制度（介護福祉士・療養保護士）がある。
- (5)介護人材の不足が深刻化している。
- (6)言語（母語）に汎用性がなく、外国人労働者の導入に困難性が高い。

次に3名による研究は以下の分担により報告をまとめた。

森山は研究の総括を担当し、日韓の政策動向及び我が国の特徴である外国人労働者の導入に対する問題点を中心に整理をおこなった。

井口は我が国の介護労働者の賃金水準を時系列的に検証しながら、短時間労働者の賃金水準の低さ、介護労働者の高齢化といった我が国の問題点を整理している。そのうえで、韓国にみられる労働条件の「生活賃金」を目安とした統一整備化の我が国への導入を検討している。

尹は日韓の家族介護状況を分析のうえ、家族介護が前提となっている状況を踏まえて、韓国独自の制度である家族療養保護士制度の導入を我が国においても検討が必要なことを提案している。

こうした介護労働者に対する労働条件の改善や新たな介護従事者の確保に対する提言は以下の課題に対して寄与する可能性を持つ。

- (1)労働条件の改善は、現役介護労働者の確保と質の保証に結びつき、将来の労働力確保にも大きく寄与する。

- (2)労働条件の改善を図り介護のにない手を確保することで、サービスを必要とする高齢者に対する介護の保証につながる。
- (3)家族を介護労働者と位置づけることによって、実質的にアンペイドワークとなっている家族介護者に対する経済的支援、家族介護の終了後、新たな介護のにない手となる可能性を持っている。

3. 韓国における介護保険・人材確保政策の展開

老人長期療養保険制度は李明博政権下の2008年7月に導入された。韓国は大統領制であり大統領候補の公約等によって政策が左右する特徴を持つ。制度化の準備は金大中政権下の2001年8月に「老人療養保障制度」の導入について発表され、金大中の後継者であった盧武鉉大統領候補（当時）が選挙公約として「公的老人療養保障制度の導入の推進」を明記（2002年）したことに始まる。前二者とは異なる政治的立場にある李明博大統領も既にモデル事業を展開していた老人長期療養保険制度の導入を阻止することは出来ない状況にあった³。

さて、李明博氏が大統領（2008.2-2013.2）へ就任した際の公約の特徴は公共部門の民営化であった。福祉に関するスローガンは、市場機能を福祉に導入するとした「能動的福祉」であり、経済成長により、仕事の創出、失業・貧困の減少、社会福祉予算の節減を目指すものであった。李明博政権時に老人長期療養保険は、水増し請求、RFIDを利用した不正請求の問題がクローズアップされ、家族療養保護士の労働時間数が削減される根拠となった。また、個人事業者が多く参入する訪問介護事業は、利用者10人未満の事業所が全体の40%を占め（2011保健福祉部統計）、資金不足を主な理由とする小規模事業者は経営が厳しいため、人材育成の教育・訓練に対応できず、質の向上が困難な状況がはっきりとしてきた時期である。非営利や規模の大きい事業者に比べ療養保護士の待遇が悪く、後の処遇改善対策へと結びついてくる。

それに対して文在寅政権（2017.5-）では、老人長期療養保険制度の事業主体の変化、具体的には社会サービス公団を設立し、介護事業等を公共施設で直営化し、介護・保育人材を民間から公共人材へ転換をおこなうとした政策が進行している。この背景には、老人長期療養保険制度

³ 制度成立時の状況については次を参照。森山治・森山千賀子（2010）「韓国における老人長期療養保険制度の動向」『医療・福祉研究』19号医療・福祉問題研究会

成立期に事業者の対象を規制緩和することによって、非営利・営利事業者の他に個人事業者の参入を認めた結果、事業者の8割弱を個人事業者が占めたことが理由としてあげられる。政府は供給過剰の原因を小規模事業所（多くが個人事業者）に求め、その存在が介護労働者の労働環境の悪化と、サービスの質の低下をまねいていると分析している。

介護労働者の処遇改善については、2014年度以降、療養保護士処遇改善費（手当）の設置、2018年6月人件費支給比率の義務化、同10月長期勤続手当の設置といった措置がおこなわれている。同時に最低賃金制度そのものの大幅な引き上げが実施されている。

他方事業者に対しては2018年6月の社会福社会計基準の適用がおこなわれるなど、人件費の伸びに対して介護報酬の伸びが鈍っている状況下でおこなわれている一連の政策が、営利企業事業者や個人事業者に対して経営を圧迫している。社会サービス公団の設立も含め経営基盤が弱い小規模な個人事業者の多くは、政府の思惑どおり制度から淘汰されていくことが予測される。

4. 日本における介護保険・人材確保政策の特徴

我が国における介護のいない手の確保に関しては以下の3点に整理することが出来る。

(1) 短期的改善施策としての現任労働者に対する賃金の向上

他産業に勤務している労働者賃金と比較し、介護職員の賃金が低いとの調査結果から、介護職員の処遇改善策として2009年10月から「介護職員処遇改善交付金」が開始されたことに始まり、それを引き継ぐかたちで2012年度からは「介護職員処遇改善加算」が開始されている。さらに、定着率の向上を目的とし、リーダー的な役割を担う勤続10年以上の介護職員を対象として2019年10月からは「介護職員等特定処遇改善加算」が創設されている。こうした助成制度は、正規労働者等に対しては一定の効果が出ているが、短時間労働者には効果がみられない。その原因として「常勤換算方式」の導入があげられる。

(2) 中・長期的改善策としての外国人労働者の導入

外国人労働者の導入は、経済協力、技術移転を目的としているが、実質的には労働者の不足を補うことに主な目的がある。そのなかでも政府が積極的に導入しているのが技能実習生である。外国人労働者の導入方法は大きく3つの選択肢がある。

① 介護福祉士養成校への入学

2017年9月に在留資格「介護」が創設されたことが後押しとなり、介護福祉士を目指す外国人留学生は増加している。2018年の養成施設入学者数をみると、全国の養成施設入学者6,856人のうち16.7%にあたる1,142

人（20カ国）の留学生を受け入れている⁴。そのうち約8割の留学生は日本国内の日本語学校を経由して入学している。外国人労働者の導入が低賃金化を伴わず、日本人介護労働者の労働条件を保証するには、養成施設で教育を受ける事が同一教育・同一労働・同一賃金を前提とした条件がつけられるため望ましい。都道府県によって異なるが、養成施設入学者に対する修学資金貸付制度がつけられており、無利子であるばかりか一定期間介護福祉士として勤務に従事すると返済が全額免除となる制度もつけられている。一定の質が確保出来、事業者・従事者にとっても経済的負担が少なくなる可能性を持っている。

② 経済連携協定（Economic Partnership Agreement：EPA）による受入れ

介護福祉士の資格取得に向けた支援を主旨としたEPAは2008年度から開始され、インドネシア（2008年度から）、フィリピン（2009年度から）、ベトナム（2014年度から）から受入をおこなっている。EPAはその名のとおり、経済連携が目的であり、一カ国からの受入も年間300人（ベトナム200人）に限定されているため、外国人労働者の確保という視点では効果は少ないと考えられる。それでも2018年度までに累計4,265人の受入をおこなっている。2017年、2018年の介護福祉士国家試験結果をみると、2017年度合格者213人（合格率50.7%）、2018年度合格者266人（合格率46.0%）である。国別合格率では、インドネシア38.5%（2017）、33.1%（2018）、フィリピン37.8%（2017）、40.3%（2018）、ベトナム93.7%（2017）、87.7%（2018）となっている。ベトナム人の合格率が他2国と比べて高いのは基礎語学力の違いが大きいと考えられる。インドネシア、フィリピンからの受入条件が日本語能力試験N5程度以上であるのに対し、ベトナムはN3以上の取得が受入条件となっている。

EPAによる受入れは前述のとおり外国人労働者の確保という視点では効果は少ないが、受入れに際してそれぞれの国において看護等の基礎資格を所持していることが条件となることから、発展途上にある国から完成された人材搾取をおこなっていることになる。

⁴ 山田洋輔（2019）「介護福祉士を目指す外国人留学生の受入れ状況と課題」東京都福祉人材対策推進機構説明資料

■ 4. 日本における介護保険・人材確保政策の特徴

③ 技能実習生制度による受入れ

日本政府が積極的に導入をおこなっているのが技能実習制度である。技能実習制度は1993年技能移転を目的につくられた。介護分野へは2017年11月に導入された。勤務可能年数は原則5年であるが、2019年4月に新設された特定技能⁵へ移行出来れば、さらに5年間延長が可能となる。その間に介護福祉士資格が取得出来ると在留資格の取得が可能となる。2019年6月末現在、技能実習生は367,709人（法務省）が在留している。技能実習は実質的な低賃金労働と言われ、日本弁護士連合会をはじめとする国内外からの人権を損なうとする制度批判が多い状況にある。また定着を目的とした制度ではないため、労働力の確保としては一時的な効果しか期待は出来ない。

(3) 長期的改善策としての資格の統合化

2016年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の初会合において医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直しとして、保健・医療・福祉教育に共通基礎課程を設ける提案がなされた。このうち福祉系有資格者への保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討については、保育士資格と介護福祉士資格の統合（中長期的課題）という目標をたて、2013年3月に厚生労働省「まち・ひと・しごと創生サポートプラン」において医療・介護、福祉サービスの基盤整備に関する取組方針として意見がまとめられている。その後2015年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において他の福祉系国家資格所有者等の保育士資格取得への対応について検討をおこなうこととし、厚労省内においては2016年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置し、保健医療福祉の専門資格の新たな共通基礎課程の創設を目指していたが、共通基礎課程は現実化されないまま今に至っている。

⁵ 特定技能は我が国の人手不足対応のため一定の専門性・技能を有する外国人を受入れするためにつくられた制度である。

5. おわりに 家族介護者制度と介護者手当

日韓の介護政策及び介護の不在手についての議論を中心に整理してきたが、外国人労働者の導入で我が国の介護人材不足を解決出来るとは考えにくい。

既存する介護労働者の労働条件を改善する他、今後の検討課題として必要なのは、韓国で導入されている家族介護者制度と介護者手当の導入検討である。現在我が国の介護保険制度では家族に対する現金給付は導入していない⁶。但し、政治的妥協の産物として、従来地方自治体で実施されていた介護に対する慰労金制度を参考に、国が予算措置を行い市町村長の判断により、介護保険給付とは別枠で「家族介護慰労金」の支給事業助成は実施した。しかし社会的な影響力を持つに至っていない。また、家族ヘルパーについても、同居家族に対する訪問介護は禁止し、別居親族ヘルパーについても、親族以外による訪問介護が極めて困難な心身状況にあることや、離島・山間地域等で訪問介護のサービス提供量が不足しているなどのかなり限定的な条件で、なおかつ、その必要性をあらかじめ保険者と協議し、介護保険サービスとして適正かどうかを判断された上で提供可能となるとした厳しい条件をつけたため、こちらも事実上制度としては大きな役割を持っていない。

不在手に対する議論を進めていくには、家族介護者や介護者手当の導入についても議論をおこなう余地が十分あるといえる⁷。

⁶ 介護保険制度成立過程における現金給付の議論については森山治（2017）「家族介護制度についての一考察」『実践と研究』16号石川県社会福祉士会を参照のこと。

⁷ 森山と井口はフィンランドにおける親族介護支援制度についても研究をおこなっている。井口・森山（2019）「社会保障抑制政策下における在宅介護者支援制度の形成に対する視座 -フィンランドの親族介護支援制度の動向を参考に-」『医療福祉政策研究』2巻1号

Ⅱ．介護労働者の処遇をめぐる動向の日韓比較

井口克郎

1. はじめに

本稿では、韓国における介護人材確保の取り組みと日本におけるそれを比較しながら、特に専門職労働者の人材確保に向けた示唆を得ることを目的とする。

日本においては2000年に介護保険制度が導入されたが、それは社会保障費の抑制や、社会保障分野の市場化・営利化を目的とした新自由主義「構造改革」による政策的意図を含んでいた。日本においては、介護保険制度の発足以降、政策的には介護分野への営利事業者の参入を認める営利化路線が継続されている。

しかし、韓国で2008年から導入された老人長期療養保険制度は、当初は介護分野への営利事業者（個人事業主等）の参入を促進する形でサービス供給量を増加させることが目論まれたものの、2016年頃から次第に非営利化の動きを見せるようになった。現在の文政権は、介護の非営利化政策を掲げ、そのことが介護事業者や、労働者に様々な形で影響をもたらしている。

本稿ではそれらを比較しながら、日本の介護保険制度下における労働者の処遇改善と人材確保のために必要な視角を検討する。

2. 日本における介護労働者の処遇と人材確保をめぐる動向

(1) 介護労働者の賃金水準の推移

日本においては、新自由主義「構造改革」による社会保障抑制ないし、社会保障分野を民間営利企業に開放し利潤追求の対象へと転化する政策の下、介護事業者に支払われる介護報酬ないし事業所が介護労働者に支払える人件費は、低く抑えられてきた。また、介護保険制度の発足は、介護事業所における「常勤換算方式」を本格化させ、介護分野における非正規雇用の不安定な労働者の多用を助長させた。介護労働者の雇用形態や処遇の様相は多様を極めるが、例としてここでは賃金水準を概観する。

図表1は、厚労省「賃金構造基本統計調査」から算出した、介護保険制度発足以降の施設介護職員およびホームヘルパー（一般労働者および短時間労働者）の平均年収（残業代、賞与等含む）の推移である。介護労働者の賃金の推移は、その時々に行われる介護報酬改定等の政策に大きく左右される。たとえば、小泉「構造改革」による社会保障費抑制が強力に進められた2000年代前半、2003年および2006年の介護報酬マイナス改定により、とくに正規雇用労働者を含む「一般労働者」を中心に賃金水準は大幅に低下した¹。2002年には「施設介護職員」（一般労働者）の平均年収は349万円であったが、上記のマイナス改定を経て、以後はおよそ300万円付近の水準で推移する。

2003年、2006年の介護報酬のマイナス改定が介護事業者の経営や介護労働者の処遇に与えた影響は大きく、それ以降、介護労働者不足が介護領域全体に広がった（後述）。こうした状況を受け、2009年10月から介

¹ 賃金構造基本統計調査でいう「一般労働者」は、常用労働者のうち短時間労働者以外の者を指す。正規雇用労働者に加え、有期雇用のフルタイム労働者なども含む。

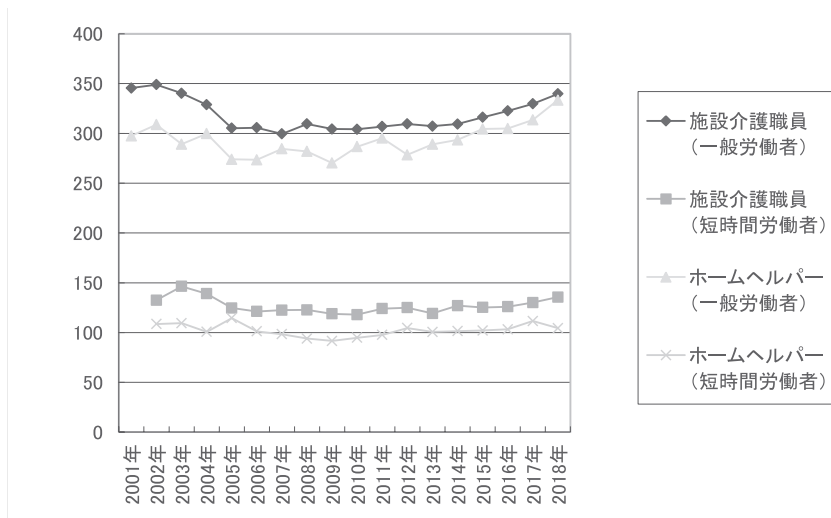
2. 日本における介護労働者の処遇と人材確保をめぐる動向

介護労働者の処遇を改善すべく介護職員処遇改善交付金が、民主党政権下の2012年の介護報酬プラス改定時にはその介護報酬への組み込み、すなわち介護職員処遇改善加算が設けられ、介護労働者の処遇改善のために一定の施策が進められることとなる。

図表1では、2015年頃から一般労働者における年収は回復基調を見せている。2018年には「施設介護職員」については、339.6万円まで回復を見せ、「ホームヘルパー」については、333.4万円と介護保険制度発足当初の賃金水準をやや上回るに至った²。

図1 施設介護職員・ホームヘルパーの年収（残業代、賞与等込）の推移

(万円)



(出所) 厚労省「賃金構造基本統計調査」より筆者算出。

他方、両職種ともに「短時間労働者」については、介護保険制度発足以降一貫して賃金は低い水準にとどまっておき、近年の処遇改善交付金や加算は、それらを非正規雇用労働者についてはほとんど改善するに至

² ただし、訪問介護分野では、パートなどの非正規雇用の労働者が圧倒的多数を占め、フルタイム労働の「一般労働者」のホームヘルパーは全体の中においては少数にすぎない。

っていない。同様のことは厚労省「介護従事者処遇状況等調査」からも確認でき、非常勤の労働者については賃金は改善に乏しく、逆に賃金水準が低下しているものもある³。

(2) 介護保険制度による破局的人材不足の作出・助長

次に、介護労働者の処遇と人材不足の関係について見ておきたい⁴。先述のように、介護保険制度発足直後の2002年頃までは、「施設介護職員（一般労働者）」の平均年収は350万円程度であった。しかし、その後、2003年・2006年の介護報酬の大幅なマイナス改定により、一気に300万円程度まで低落した。この時期以降、介護現場では介護労働者の労働条件の悪化に拍車がかかり、「人材不足」が社会問題化した。

図表2は、介護保険制度発足以降の介護関係の職業ないし全産業の有効求人倍率の推移である。2000年代について見ると、施設介護職員・介護福祉士等を含む「社会福祉専門の職業」の有効求人倍率は、2005年に1倍を超え、2000年代中頃から、離職率の高さや「人材不足」が社会問題となっていった。しかし、介護保険発足20年を迎える今日の人材不足は当時とは比べものにならないほどの高水準である。2014年ないし15年頃から有効求人倍率は急上昇し、2018年には、「介護サービスの職業」で有効求人倍率の平均は4.01倍という異常な水準に達した。

近年の介護労働者の処遇をめぐる政策と、人材不足に関する動向を見てくると、次のことが指摘できる。2015年以降の「施設介護職員（一般労働者）」「ホームヘルパー（一般労働者）」における一部の正規雇用労働者の賃金水準の回復・上昇は、処遇改善加算等の施策の効果も一部あると思われるが、この破局的人材不足が大きな要因となっている。事業所ではあまりに深刻な人材不足（2000年代中頃の比ではない）から、業務を回すことのできる経験や資格のあるベテラン職員については相当の給料を保障し「引き抜き」「囲い込み」をしなければもはや現場が立ち

³ 井口（2016）参照。

⁴ この点については、井口（2020）参照。

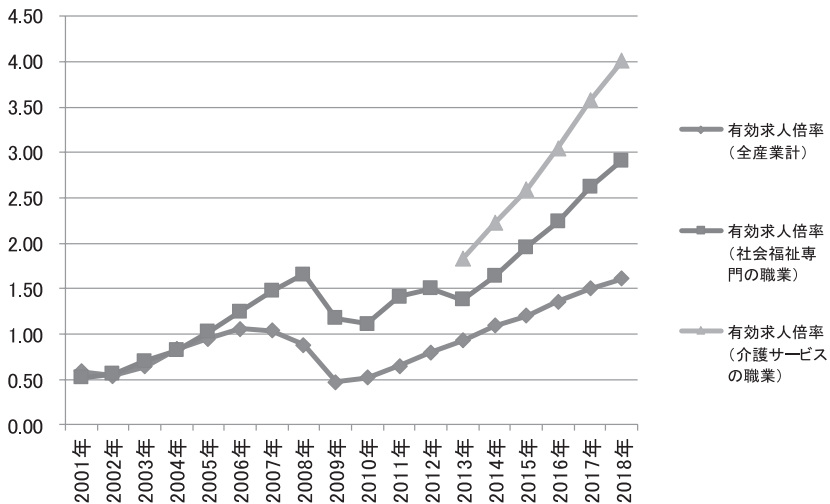
■ 2. 日本における介護労働者の処遇と人材確保をめぐる動向

行かない危機的状況となっているため、統計上、賃金の平均額がかなり上昇しているようである。

近年統計上は、介護労働者の賃金水準が一部回復しているように見え、望ましいことのように思えるが、このことは、長年にわたり介護労働者の処遇を引き下げ、抑制し、若年層の介護分野への就職志望を減退させ、離職や人材不足を作出・助長してきた新自由主義的介護保険及び介護人材政策の失敗・破綻の皮肉な表れなのである。

図2 介護関係の職業および全産業の有効求人倍率の推移

(倍)



(注) 職業分類の改変により、2013年からは従来の「社会福祉専門の職業」から、介護職員等の介護サービスを担う労働者が一部分離され、「介護サービスの職業」という項目が新設された。「社会福祉専門の職業」「介護サービスの職業」の値はパートタイムを含む常用。「全産業計」の値は、新規学卒者を除き、パートタイムを含む。

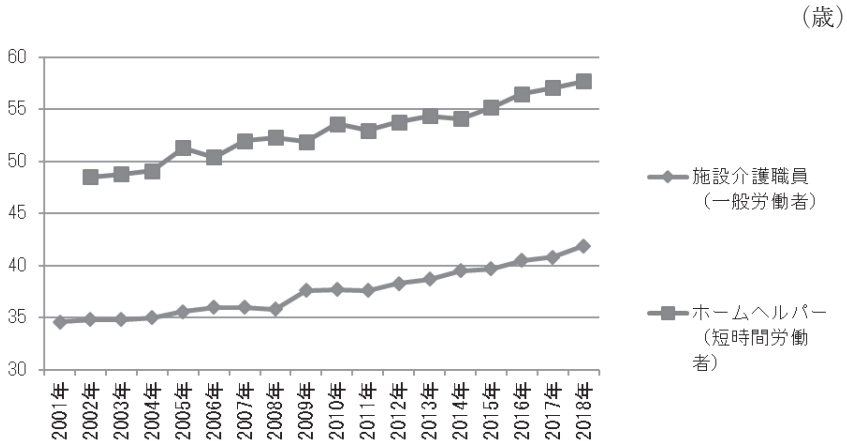
(出所) 厚労省「職業安定業務統計」より作成。

(3) 進む介護労働者の高年齢化

加えてこの間介護労働者をめぐっては、もう一つ大きな変化が起きている。それは、介護労働者の全体的な高年齢化である。

図表3は、厚労省「賃金構造基本統計調査」による施設介護職員（一般労働者）およびホームヘルパー（短時間労働者）の平均年齢の推移である。介護保険発足直後の2002年当時、施設介護職員（一般労働者）の平均年齢は34.8歳、ホームヘルパー（短時間労働者）は48.5歳であったが、2018年には前者が41.9歳、後者が57.7歳となった。全般的には、介護保険発足後20年間で、若年層の就労希望の減少と労働者の高年齢化が進んだことが窺える。

図3 施設介護職員（一般労働者）ホームヘルパー（短時間労働者）の平均年齢の推移



(出所) 厚労省「賃金構造基本統計調査」各年版より作成。

3. 日本における介護保険制度下における介護人材確保方針の変化と帰結

先述のように、小泉「構造改革」が社会保障費抑制を至上命題とする中で、2003年、2006年介護報酬改定による報酬大幅引き下げは、介護人材不足を作出・助長した。これ以降、介護人材不足の深刻化を抜本的に食い止めるためには、介護の仕事で十分なゆとりある生活ができる条件を整えること、すなわち労働条件や環境を整えるために社会保障費抑制政策を転換することが最低限必要であったが、当時の政権はそれを怠った。その中で、社会保障費抑制を継続しながら、介護人材確保を試みる施策が2000年代後半以降展開されていく。その大きな柱は、以下の2つである。

(1) 介護労働者の階層化による人件費抑制と人材確保

第1は、介護労働者の階層化によって総人件費を抑制しつつも、若年層などに介護の仕事は給料が上がっていく魅力のある仕事であるという希望を抱かせる施策である。介護労働者は先述のように全産業中でも賃金や労働条件の低い状況が作り出され、人材不足に拍車がかけられた。本来、このような状況を解決するには、介護労働者の労働条件を底上げすることが望ましい。しかし、それには多くの費用が必要となる。社会保障費抑制政策を進める自公政権は当然それを忌避するため、少ない費用で介護労働者を最低限確保し、介護保険制度の「体面」を保つため、介護労働者を階層化し、「キャリアアップ」の道筋を作ることによって、賃金が向上するという展望を労働者に抱かせる手法へと傾斜していった。介護労働者に長く勤続し能力を高めて行けば賃金向上につながる「キャリアアップ」の展望を見せれば、定着率が上がるという発想である。他方でこのことは言い換えれば、介護労働者の労働条件を改善するためには介護の質の向上が必要であり、そのために介護労働者にはもっ

(1) 介護労働者の階層化による人件費抑制と人材確保

と能力を高めることを求めるということである⁵。この間、日本介護福祉士会なども「キャリアアップ」の仕組みの必要性を主張し、厚労省とともに介護福祉士の上位資格の創設に取り組んできたところである。

「キャリアアップ」についてはこの間、専門介護福祉士創設の議論など様々な議論がある。紙数の関係上詳細は割愛するが、今日においては、介護福祉士の上位資格として一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構が2015年12月から認証・認定を開始している。認定介護福祉士は、継続的な教育機会を提供し、資質を高め、社会的な要請に応じていくことを目的につくられた、介護福祉士のキャリアアップのための仕組みである⁶。認証は始まって間もないが、将来的に介護福祉士のキャリアパスとして広がっていく可能性がある。

また、近年の介護従事者などの処遇改善加算の仕組みを見ても、厚労省の提示する制度は、一律に介護労働者の処遇を改善するのではなく、勤続年数や資格、「キャリアアップ体制の整備」などに引き付けて加算を支払おうとする傾向が強い。このことは、介護労働者の階層化、「キャリアアップ」論による総人件費抑制の思惑と密接に関連している⁷。

しかし、労働者が自己の能力を高めれば評価され、賃金向上につながる、そしてそのような希望ある職種には求職者がたくさん来て、人材不足が解消される、という発想は一見もっともに思われるが、経済学的には正しくない。しばしば、企業が能力主義や成果主義を導入する場合、能力のある労働者や成果を挙げた労働者の賃金は、そう使用者に評価されなかった労働者の賃金を差し引いてあてがわれる傾向にある。介護分野のように、国が社会保障費抑制政策の中で事業所に支払う介護報酬総

⁵ 紙数の関係上詳細は割愛するが、この間作出された人材不足の状況は、介護専門教育を十分に受けていない労働者層の介護現場への流入を助長した。介護労働条件の低位性やこのようなことも影響し、介護施設等における職員による虐待事件など、介護の質の低下の問題が現在深刻になっていることも事実である。このような事態を作り出した政策の責任は重い。

⁶ 一般社団法人認定介護福祉士認定・認証機構 <http://www.nintei-kaishi.or.jp/certification/> (2020年2月29日最終閲覧)。

⁷ 外国人介護士の受け入れ政策についても論じなければならないが、紙数の関係上別稿に譲る。

■ 3. 日本における介護保険制度下における介護人材確保方針の変化と帰結

額を結局のところトータルでは抑制している（様々な加算の受けられる条件はあるものの）状況下では、キャリアアップの仕組みを作ったとしても、それは「並み」「能力が低い」とみなされた介護労働者の処遇を低位固定化ないし引き下げる方向に作用する可能性もあり、また専門職総人数の増加には限界があるため、人材不足の抜本的改善にはつながらない⁸。

(2) 介護保険サービス範囲の限定化と、住民の「自助」「互助」への動員

また、2000年代後半以降、専門職の不足を改善するため抜本的な施策（働き続けられる労働条件の底上げ、責任ある専門職養成等）をしない中、厚労省は新たな形で、「介護のにない手」の確保策を進めていった。それはボランティアや家族といった無償の労働力に介護を委ねる（「自助」「互助」）「地域包括ケアシステム」の構築を同時に進めるというものである。

2015年の介護保険制度改定によって、特別養護老人ホームへの入居が、要介護度3以上の者に制限された。また、以後要支援1・2を対象とする介護予防給付（訪問・通所介護）のサービスについて、市町村の行う「総合事業」への移行が進められることとなった。「総合事業」では、一部のサービス類型において、地域のボランティアを介護のにない手として使用できるものがある。介護費用を抑制する政策的意図を持って創設されたものである。

この時期以降本格的に、専門職サービスを抑制し、「自助」「互助」の役割に大きく期待する介護人材政策が展開されてきている。ただし、国民生活がこの間の構造改革により変貌し逼迫する中で、再び介護を無償の家族や地域のボランティアな担い手に期待するという政策は、その実現の客観的基盤に乏しい。

⁸ 先述のように、実際に、介護職員処遇改善加算導入後も、一部非正規労働者の処遇はむしろ下がってきている面がある。

4. 韓国における介護の非営利化政策への転換と労働者の処遇をめぐる動向

(1) 老人長期療養保険制度の発足と介護の営利化

韓国の老人長期療養保険制度は、当初は日本の介護保険制度と同じく、介護分野への営利事業者の参入を大幅に緩和する方向性の中で発足した（介護の営利化）。日本においては、特養、老健、介護療養型医療施設のいわゆる介護保険3施設を除く通所・在宅分野に、多くの法人としての営利企業も参入したが、韓国においては、施設分野において多くの個人事業主の営利事業者が参入した。また介護報酬も日本と同様に低位に抑制された結果、とくに既存の社会福祉法人等に比べて経営規模が小さく経済力の乏しい個人事業主の介護事業者を中心に介護労働者の労働条件の低位さが慢性化した。

2017年頃からは韓国においても深刻な介護労働者不足が発生するに至っている。韓国の現場の労働者らへのヒアリングによれば、韓国の介護現場は労働条件が悪く、よい人材が長く働き続けることが困難だという。施設で3年も勤めると介護労働者自身の健康状態が悪くなってしまいうという（2019年8月19日、ドルボム介護従事者総合支援センターヒアリングより）。

(2) 介護の営利化政策の一定の転換と文政権下の「社会サービス院」構想

老人長期療養保険制度は、個人自営業主の参入を促進する形でサービス供給拡大を図る中で、低額な介護報酬や事業者の経済力の乏しさから労働条件の低さやサービスの質の担保の難しさなどが指摘されて来た。そのような中、2017年に誕生した文政権による介護の非営利化への方向転換の動きの中で潮目の変化がみられる。以下2点主なものをあげる。

■ 4. 韓国における介護の非営利化政策への転換と労働者の処遇をめぐる動向

一つは、2018年に介護報酬のうち一定比率を労働者の人件費に充てなければならないことが義務化されたことである。このことは、介護報酬のうち労働者に支払われる人件費割合について、事業者任せにするのではなく公的規制が強化されたという点で一定の評価ができる。ただし、このような人件費率の義務化がなされても、介護現場で多様な介護労働者の職種（療養保護士、ヘルパーや看護師等の医療職種等）があり、それぞれに適切な賃金が実現しているかが把握できないという問題が生じている。とくに、訪問介護事業所などの賃金支払い形態が時間給の非正規雇用労働者の多い事業所では、人件費率義務化の効果がわかりにくい。多くの民間営利事業者が存在する中で、介護労働者の待遇の全体像の把握すら困難となっており、政府の諸施策によってそれが改善しているのか、悪化しているのかの判断すら難しいのが現状のようである。同政策は、介護労働者の処遇の現状を把握する必要性を改めて提起している。

もう一つは、文政権下では、サービス供給を民間にゆだねるのではなく、一定程度公的な機関が関与して供給充足を図る取り組みが進められている。そしてこのことが間接的に、介護労働者の待遇改善に向けた機運になるのではないかという期待が医療・介護労働者を中心にもたらされている。

例えば、ソウル市では「社会サービス院」による介護サービス供給のモデル事業が始まっている。社会サービス院は、介護サービス供給の公営化を進めるものであり、民間事業者よりも働く介護労働者の処遇保障への公的関与・責任性が強まらざるを得ない。調査時点では、ここで働く介護労働者は、「準公務員」という扱いになり、労働者の間では「ソウル市生活賃金」をその賃金水準の目安にせざるを得ないのではないかという期待がされていた。

様々な課題はあるものの、営利化から非営利政策への転換は、介護労働者の望ましい労働条件の在り方を具体化するための大きな転機となっている。

5. おわりに 日韓比較から得られる示唆

韓国は文政権下で介護の非営利化が一定進められてはいるものの、人材政策という面では専門職としての介護労働者を養成・確保するというよりかは、日本の地域包括ケアシステムを参考にしたコミュニティケア推進の政策的方向性も見られ、この矛盾と葛藤に満ちた動きに関する考察が今後必要になってくる。

日本でも韓国でも、介護保険制度ないし老人長期療養保険制度における営利化推進の結果、人材不足の発生に至り、また民間参入・営利化という手法上、労働者の労働条件に関する責任が個々の事業者に転嫁され、またその中で労働者の実態が多様化し、その全体的把握すら困難になってきているということは共通している。

しかし、そのような中で韓国においては人件費率の設定や、社会サービス院という公営化の流れの中で、労働条件の「生活賃金」を目安とした統一整備化の展望が見えてきていることは非常に重要な出来事である。介護労働者の処遇を民間事業者に丸投げするのではなく、非営利化・公的責任を強化することにより、改善する展望が生まれていることは注目に値する。

日本においても労働者の階層化、多様化、ないし家族やボランティアへのケアの精神論的押し付けではなく、ケアをする労働者や家族も、ケアを必要としている要介護者も双方の人権が保障されるケアシステムへの転換が急務である。とくに、現在、介護労働者の処遇のあり方は市場化・営利化を口実に、各事業者の判断・責任に転嫁されているが、そうではなく、人間らしい生活のできる賃金と労働条件を基本とした、職種横断型賃金体系の確立による介護労働者処遇の公的責任化を目指すことが求められる。

参考文献

- 井口克郎「『全世代型社会保障』と介護労働者の処遇問題」『住民と自治』No.678、自治体問題研究所、2019年、19～22ページ
- 井口克郎「介護労働者におけるディーセント・ワークの実現をめぐる現状と課題」『国民医療』No.339、日本医療総合研究所、2018年、47～65ページ
- 井口克郎「『全世代型社会保障』における医療・介護分野の改革動向の問題点」『月刊全労連』No.277、全労連、2020年、12～19ページ、

Ⅲ．韓国における家族介護をめぐる政策の動向

尹 一喜

1. はじめに

日本においては、急速な高齢化に伴い介護需要の増大への対応が迫られている。一方、労働者人口が減少すると予測されているなか、介護従事者については、2025年度に240万人程度が必要と推計されており、介護支援専門員などの関係職員も含めると新たに150万人余りの人材確保が必要とされている（厚生労働省2018）。そこで高齢者の介護において、家族に代表されるインフォーマル資源の重要性が強調されている。OECD（2011）においても、高齢化の進行による要介護者の介護ニーズが増加することで財政的な圧迫、介護の人材確保の難しさ等を解消するため、家族による介護を政策案として取り上げている。しかし、伝統的に重要な役割を担ってきた家族による介護を、制度上どのように位置づける必要があるかについては十分な検討がなされていない。

日本では、介護保険法案の議論の中で、家族介護に対する現金給付の必要性を唱える意見はあったが、成立には至らなかった。増田（2005）は、家族に対する給付として、介護手当に関する議論が情緒的レベルや財政的視点や事業者からの発想にとどまり、社会保険における保険給付の意義、被保険者の立場からの議論、家庭内の介護労働への評価という観点からの議論が不足したままになったことを指摘している。

一方、日本と同じように、家族による介護が伝統的に重要視されており、社会保険方式で介護保険制度が運営されている韓国の場合、近年、家族による介護に対して現物・現金給付が支給されている。家族介護に対する意識、制度の構造は同じように見えるが、韓国が家族介護を介護保険制度の中に組み込んだのはどのような背景があったのか。またどのように運営されており、どのような課題を抱えているのか等を検討する

■ 1. はじめに

ことで、日本の介護保険制度における家族介護者支援の在り方について示唆を得ることができる。

以上のことから本稿では、韓国における家族介護をめぐる政策の動向を検討することで、日本の介護保険制度における家族による介護及び家族介護者の支援策を探るための示唆を得ることを目的とする。

2. 韓国における高齢者介護に関する意識と介護人材の現状

(1) 高齢者介護に関する意識

家族は社会を構成する最も小さい単位である。家族構成員の人数が減れば危険に対抗する力も目立って減ると言われている。統計庁（2015）によると、核家族は81.7%、三世代家族等の直系家族は5.3%となっており、核家族の比重が増えることによって家族間のケア機能（介護、子育て）が弱まってくることが予想されている。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の構成（2017年）をみると、高齢者夫婦の世帯が48.4%、一人暮らしの高齢者世帯が23.6%となっている。これまで形態的には依然として直系家族が支配的であり、子どもの家族と同居することによって遂行されてきた高齢者扶養や介護が、家族という集団から高齢者個人へと変化してきたと言えるだろう。このように家族形態が変化している中で、高齢者扶養・介護に関する国民の意識はどのように変化しているのだろうか。

統計庁（2018）によると、「親の老後は誰が扶養・介護すべきだと思うのか。」という設問に対して、家族と答えた人は26.7%、自分で対応する19.4%、国や社会は5.7%であった。公的な制度が整えればそれに対する家族の役割は縮小するはずだが、未だに親の扶養・介護を家族の役割だと認識している人が全体の45%を占める。

以上のように、家族形態や構成員の減少によって、家族機能が弱まっているにも関わらず、高齢者扶養や介護に関しては、家族がやるべきだという意識は未だに高い水準であり、それは公的なサービスの利用率からも読み取ることができる。

韓国は2008年7月より老人長期療養保険制度（日本の介護保険制度に当たる）が施行された。要介護認定者数は、2008年制度導入時21万人から2019年現在は71万人にのぼっており、認定者の規模は制度導入後3.3

■ 2. 韓国における高齢者介護に関する意識と介護人材の現状

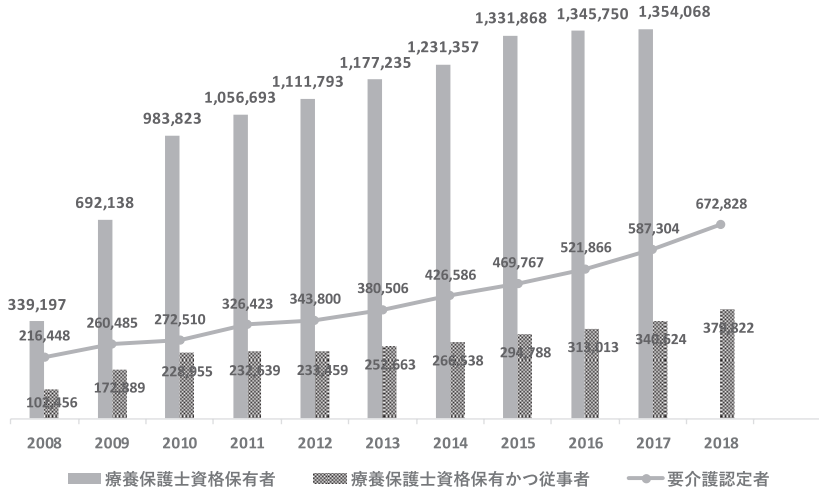
倍も増加した。しかし、要介護認定者のサービス利用実態をみると、家族による介護のみが22.6%、公的なサービスの利用率が11.0%であり（ソン2016）、要介護認定を受けたとしても、公的なサービスを利用せず、家族がそれを担っている現状が伺える。特に、居宅サービスを主に利用する4～5等級の場合、家族による扶養の割合が全体の70～80%を占めており（韓他2016）、介護が制度化はされているものの、完全に社会化されたとは言い難く、家族による介護は依然として存在する。

(2) 介護人材の現状

前述したように、韓国の場合、高齢者介護について家族の役割意識が強く、それが公的なサービス利用にも影響を及ぼしている。しかし、老人長期療養保険制度という社会保険が施行されているなか、当然それを担う専門職も存在する。その専門職の中でも圧倒的に多いのが療養保護士である。療養保護士は、介護サービス提供機関に所属し、自立した日常生活が送れない高齢者に対して介護サービスを直接に提供する専門職である。資格は、市・道知事が指定する教育機関にて240時間の教育（理論・実技・実習を各80時間）を受けた後、療養保護士の国家試験に合格した者のみが取得できる。2008年療養保護士制度の導入当時は、療養保護士の資格を取得しようとする者は、年齢・学歴とも問わず、療養保護士の教育機関にて一定の教育（240時間）さえ履修すれば資格が取得できる仕組みであった。しかし、2010年「老人福祉法」の改正によって、240時間の教育に国家試験の受験が求められるようになった。ただし、年齢と学歴の制限は設けない、という条件は維持したままであったため、近年も療養保護士の約8割が50～60代であり、絶対多数は女性（居宅94.6%、施設93.8%）である。また、療養保護士の業務が低賃金かつ劣悪な勤務条件である認識が広がり、資格取得者中、実際に介護従事者として働く者は約25%（2017年）に過ぎない（図1）。以上のことから、療養保護士に対する処遇改善を検討するとともに、現在の療養保護士の退職後の人材不足と要介護者の増加を鑑みると、新規の療養保護

士、とくに若い世代の人材確保と養成が求められる。

図1. 療養保護士と要介護認定者の推移



注) 療養保護士資格保有者は2017年、療養保護士資格保有かつ従事者は2018年までのデータしか公開されていない。

出典：国民健康保険公団（2008-2018）「老人長期療養保険統計年報」を参考に筆者作成。

3. 韓国の家族介護に対する支援政策の概要

以上の現状を踏まえて、韓国では家族による介護を公的に保障するシステムの構築が求められ、「家族療養費制度」と「家族療養保護士制度」が老人長期療養保険制度の下で運営されている。

(1) 家族療養費制度

家族療養費制度は、インフラの不在・不足で長期老人療養保険内のサービスが利用できない地域で、訪問介護に準ずる給付を家族等が行った場合、その費用を要介護者に現金として支給する制度である。制限的ではあるが、定額を支給することによって、サービスの利用を促す趣旨として、サービスの公平性の側面に寄与する。

家族療養費制度は、要介護度および所得水準に関係なく、月に15万ウォンが支給されており、制度導入から今まで給付額の変動はない。現行の老人長期療養保険制度は、原則的に現物給付を行っているが、家族療養費は例外的に現金給付を認めている。また、老人長期療養保険制度の受給者が制度導入に比べて46万人増加したのに対し、家族療養費の受給者は1000人（2009年6月）から、781人（2018年2月）に減少している。その支出額も1億990万ウォンとして、全体支出の0.002%に過ぎない。受給者が少ない理由としては、家族療養費を受給している間は、居宅サービスや施設サービス等と重複して利用することができなく、極めてサービスの利用が制限的であり、かつ給付額が少ないところにあると考えられる。

(2) 家族療養保護士制度

家族療養保護士制度は、要介護者と家族関係である療養保護士が訪問

サービスを提供した場合、それを現物給付として認める制度である。家族療養保護士は、訪問介護事業所に所属している職員として賃金をもらうことになる。この制度は、老人長期療養保険制度の設計時には予想されていなかった形である。老人長期療養保険制度が導入される前から家族に介護を行っていた人が、制度導入後に療養保護士の資格を取得し、家族にサービスを提供しそれに対する給付を申請することによって現れてきた形態といえる。

家族療養保護士は、2009年13,250人から2011年43,758人に急増し、2016年43,139人であり、全体の療養保護士の28.2%を占める。また、居宅サービス利用者の14.9%が家族療養保護士によってサービスを受けており、家族療養保護士の給付は居宅サービス支出の25%以上を占めている（保健福祉部2017）。なお、家族療養保護士制度によって老人長期療養保険（2014年）においても、約1476億ウォンの財政削減の効果がみられる¹。

家族療養保護士制度は、導入後に数回の改正が行われた（表1）。2008年6月、療養給付額などに関する告示（第2008号-66号）により要介護者と同居する家族療養保護士が提供する訪問介護は、所要時間によって算定されるが、1日120分未満とし、同居家族は要介護者と同じ住宅で生活する家族を称することとした。同年7月には、1日90分に給付の範囲が縮小された。一方、同居家族を中心に家族療養保護士を定義することで相対的に別居している家族療養保護士による給付は軽視されているとの指摘があり（李2010）、2011年家族療養保護士の基準を新たに設定することになった。既存の同居家族を中心としたことから、同・別居の区分を廃止するとともに、1日60分に給付の範囲を再び縮小した。その後、療養保護士資格の乱発などから家族療養保護士が急増することになり、家族療養保護士の給付をさらに縮小したが、規模上の大きな変化はなかった。近年においては、他の職域加入者の場合、家族療養保護士としての資格が制限される等、規制とモニタリングが強化されている。

以上のように、家族療養保護士に対する給付の範囲が縮小されたにも

¹ 国民健康保険公団（2018）「家族療養サービス制度改善に関する研究」

3. 韓国の家族介護に対する支援政策の概要

関わらず、家族療養保護士からサービスを受けている要介護者は2010年3万7千人から2016年4万2千人に維持されている（李2017）。

表1. 家族療養保護士制度の改正内容

区分 告示 施行日	家族療養保護士の認定基準		給付認定額
2008.6.30	同居家族	要介護者と同じ住宅で生活する家族	訪問介護1日 120分（毎日）
2008.7.1	同居家族	要介護者と同じ住宅で生活する家族	訪問介護1日 90分（毎日）
	別居家族		一般療養保護士と同様（1日4時間）
2009.6.30	同居家族	同じ住宅の意味を拡大し、同じ建物あるいは敷地内にある事実上の同一な住居空間として拡大	1日90分（毎日）
2011.6.29 (2011.8.1)	家族 (同・別居)	・同・別居の区分廃止 ・配偶者、直系血族及び兄弟姉妹、直系血族の配偶者、配偶者の直系血族及び配偶者の兄弟姉妹	1日60分（月20日）
	特別な事情のある家族	65歳以上の療養保護士が配偶者を介護する場合、認知症等による問題行動がある場合	90分（月20日、超過給付費用請求可能）
2014.1.1	家族	家族療養制限； 月160時間以上常勤として医療保険の職域加入者の家族療養制限	
2016.1.1	家族	家族療養制限； 医療保険の職域加入者→全ての職場へと拡大	

出典：ソン（2016）「老人長期療養保険の運営成果評価及び制度モデル再設計方策」p.401を参考に筆者作成。

(3) その他の家族介護支援政策

家族介護者の負担を軽減するために利用できるサービスとしては、認知症家族休暇制と家族相談支援等が設けられている。高齢者介護の公的な責任が強化されているものの依然として家族を中心とする介護が行われており、家族介護者の負担を軽減させることが重要視されている。このような観点から2014年7月に認知症家族休暇制が導入された。認知症家族休暇制は、在宅で認知症のある要介護者を介護する家族介護者の休暇のために限度額と関係なく15%の自己負担で、年6日以内のショートステイの利用、あるいは訪問介護を1回につき12時間利用できる制度である。導入当時、在宅で認知症のある要介護度1～2等級者を介護する家族と限定していたが、2018年1月からは制度の利用率をあげ家族介護者の実質的な休暇を確保するため、認知症のある全ての要介護者に拡大された。利用件数は2014年220人から2018年963人まで増えているが、全体の利用可能者からみると微々な実績である。

その他に、まだ公的なサービスとして制度化されていないが、国民健康保険公団にて家族相談支援モデル事業を運営している。在宅で要介護者を介護する家族介護者の負担を軽減するため導入されたもので、2015年から2回にかけて行われている。国民健康保険公団では、2回のモデル事業を通して、家族介護者のための個別・集団プログラムおよび電話相談等を運営した（韓2015・2017）。

4. 韓国の家族介護に対する支援政策の課題

以上のように、韓国において家族介護をめぐる支援政策は一定の成果はあったものの、いくつかの課題も残っている。

一つ目、家族療養費制度と家族療養保護士制度との間で生じている補償の公平性の問題である。家族療養費制度は、要介護度に関係なく15万ウォンとして定額が支給される。しかし、家族療養保護士がサービスを提供する場合（訪問入浴を除く）、家族療養保護士の月平均の給付額は約48万ウォン程だと推算される。ここから、自己負担金10万ウォン（給付額の15%）、訪問介護事業所の管理費（手数料）を差し引くと、手取りが月24万ウォンであることがわかる。運営方針によっては、90分の報酬（認知症高齢者対象）の場合は、約60万ウォン程度の給付が受け取れる。つまり、家族介護者が行う同じ内容の介護であったとしても、資格の有無によって補償額が異なってしまうことから、公平性の問題が提起できる。

二つ目、家族介護者が提供するサービスの質をどのように担保するのか、という問題である。サービスの利用者と提供者が家族関係であることから、実際にサービスを提供・利用したのか等を確認する方法が設けられていない。特に、特定の時間にサービスが集中される等の不正受給の事例が発生したことからも指摘できる。制度の改正によって、家族療養保護士に対する給付の範囲が縮小されてはいるが、居宅サービスの領域において家族療養保護士が約30%占めていることを考えると、より積極的な管理体制が求められる。

三つ目、家族介護者の負担を軽減するための対策が不十分である。家族による介護を望む高齢者が多く存在する中、家族介護者は介護による疲れや自分の時間が確保できない、または社会との交流の減少等からストレスを抱えている。しかし、多くの家族介護者は適切なストレス解消方法や対策を持っておらず、さらに相談などの専門的なサービスに対する認識と理解が乏しいことが明らかになった（韓2015）。家族介護者が

抱える負担を社会的に支援する必要性が問われている中、国民健康保険公団では、家族介護者の介護負担を軽減するために、相談や教育支援モデル事業を行ったが、サービスの利用者と家族介護者が直面する多様な問題に対応するためには、家族介護者のニーズを把握することと同時に、相談支援のみならず、自助グループによる支援など幅広い支援が求められる。さらに、家族介護者の負担を軽減することによって社会経済的にどのような影響があるのかというマクロ的な視点に立った検討も必要であろう。

5. おわりに 日本の家族介護支援政策への示唆

日韓において、高齢化率や介護保険制度の成熟度など異なる部分はあるものの、家族による高齢者介護を重要視している点、介護人材の不足、家族介護者に対する不足な支援等の共通点もある。韓国における家族介護者をめぐる政策動向を検討した結果を踏まえて、日本に示唆できる点を以下のように述べる。

一つ目、高齢者介護に関する国民の意識を踏まえた政策が必要である。前述したように、韓国国民は家族形態や構成員の減少によって、家族機能が弱まっているにも関わらず、高齢者扶養や介護に関しては、家族がやるべきだという意識は未だに高い水準であり、それは公的なサービスの利用率が低いことから読み取ることができる。しかし、これは日本もそれほど変わらない現状である。介護保険が執行されても、家族による介護が7割以上であり、介護を理由に離職・退職する人が、10万人をのぼっている。つまり、両国とも高齢者に介護が必要になった時、それを“家族が担う”という役割意識が根付いている。このような現状の中、いくら公的なサービスを活用するように促したとしてもそれほどの効果は見られないだろう。そうであれば、家族としての役割を果たしつつそれが労働としても認められる家族療養保護士は日本にも馴染みやすい制度であると考えられる。

二つ目、家族介護者に対する社会的承認と保障の社会化が必要である。家族療養保護士は、自分が行った介護が制度内で公的なサービスとして認められ給付を受けるところに、一般の家族介護者と大きく異なる。他人を介護する療養保護士と比較すると、家族療養保護士の勤務時間は短く、よって受け取れる賃金も少ない。しかし、これまで無償であった家族介護に対して賃金が発生することは、家族介護を行うことに対する動機づけになる。さらに、それが専門的な教育を受けたうえ、国家資格を取得したことが前提条件になるため、社会から認められた専門職である自負心にもつながる。

三つ目、家族療養保護士制度によって介護保険の財政削減が期待できる。前述したように、他人を介護する療養保護士と比較すると、家族療養保護士の場合、勤務できる時間は短く、よって受け取れる賃金も少ない。言い換えれば、一般の療養保護士によるサービスの提供より、家族療養保護士がサービスを提供した方が、財政的には少ない支出で済むことになる。実際に、韓国では（2014年）、家族療養保護士制度によって老人長期療養保険においても、約1476億ウォンの財政削減の効果がみられている。

参考・引用文献

- ・厚生労働省（2018）「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」
- ・OECD（2011）「Help wanted? : Providing and paying for long-term care」
- ・増田雅暢（2005）「家族介護を評価する介護手当など見直しの議論に期待する論点」『法律文化』17巻1号、p8-11
- ・統計庁（2015）「人口住宅総調査」
- ・統計庁（2018）「韓国の社会動向2018」
- ・ソンウドク・姜ウンナ他4名（2016）「老人長期療養保険の運営成果評価及び制度モデル再設計方案」
- ・韓ウンジョン・李ジョンソク他2名（2016）「長期療養認定者の給付利用形態別扶養実態調査」国民健康保険公団、健康保険政策研究院
- ・国民健康保険公団（2008-2018）「老人長期療養保険統計年報」
- ・保健福祉部・韓国保健社会研究院（2017）「老人実態調査」
- ・国民健康保険公団（2018）「家族療養サービス制度改善に関する研究」
- ・李ユンギョン（2010）「老人長期療養保険の家族療養給付体系改善方案」『保健福祉フォーラム』165巻7号、p96-104
- ・韓ウンジョン・李ジヘ他2名（2015）「長期療養家族相談支援モデル事業運営及び評価Ⅰ」
- ・李ユンギョン・ジョンヒョンソン他5名（2017）「第2期長期療養基本計画樹立研究」韓国保健社会研究院

〈執筆略歴〉

タイの社会的企業の経営実態と持続的発展に関する研究

金子 勝規（かねこ かつのり）

大阪市立大学大学院経済学研究科教授

専門分野：東南アジア経済論、タイ地域研究

神戸商科大学大学院経済学研究科博士後期課程単位取得退学。博士（経済学）。タイ国立ブラパー大学講師、大阪市立大学大学院創造都市研究科准教授を経て、2019年より現職。

社会保険における子どもの位置付けの強化に関する国際比較研究

平部 康子（ひらべ やすこ）

佐賀大学経済学部教授

神奈川県生まれ。専門は社会保障法。九州大学大学院法学研究科博士課程単位取得退学。福岡県立大学人間社会学部専任講師、准教授、教授を経て現職。

著書 『社会法の基本理念と法政策—社会保障法・労働法の現代的展開』（共著）（法律文化社、2011年）、『世界の介護保障（第2版）』（共著）（法律文化社、2014年）、『社会福祉法入門（第3版）』（共著）（有斐閣、2015年）など。

伊奈川 秀和（いながわ ひでかず）

東洋大学社会学部社会福祉学科教授

長野県生まれ。専門は社会保障法、社会福祉運営論。東京外国語大学外国語学部フランス語学科卒業。九州大学法学博士（法学）。厚生労働省、内閣府大臣官房少子化・青少年対策審議官、厚生労働省中国四国厚生局長、全国健康保険協会理事を経て現職。

著書 『フランス社会保障法の権利構造』（信山社、2010年）、『社会保障における連帯概念—フランスと日本の比較分析』（信山社、2015年）、『概観』社会保障法総論・社会保険法（第2版）』（信山社、2020年）など多数。

医療保障における共済・民間保険の可能性 —独仏の比較研究による日本への提言—

松本 勝明 (まつもと かつあき)

熊本学園大学教授

博士 (法学)。京都大学経済学部卒。厚生省福祉人材確保対策室長、一橋大学教授、北海道大学教授などを経て現職。主な著書に『労働者の国際移動と社会保障』(旬報社、2018年) など。

松本 由美 (まつもと ゆみ)

大分大学准教授

博士 (商学)。神戸大学経営学部卒、早稲田大学大学院商学研究科修了。熊本大学講師などを経て現職。主な著書に『医療制度改革』(共著、旬報社、2015年) など。

超高齢社会を支える介護保障システムの構築

森山 治 (もりやま おさむ)

金沢大学経済学経営学系教授

専門：社会福祉 修士 (文学)

業績：共著「The Predestined Nature of Assistive Technologies for Dementia」

『Intelligent Assistive Technologies for Dementia』

Oxford University Press 2019 他

井口 克郎 (いのくち・かつろう)

神戸大学大学院人間発達環境学研究科准教授

専門：社会保障 博士 (経済学)

業績：共編著『社会保障レボリューション—いのちの砦・社会保障裁』高菅出版2017 他

尹 一喜 (ゆん・いるひ)

金沢大学国際基幹教育院GS教育系助教

専門：高齢者福祉 博士 (社会福祉学)

業績：分担執筆『新版基礎から学ぶ社会保障』自治体研究社
2019 他

公募委託調査研究報告書

2020年9月

発行 ■ 一般財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-11-17
ラウンドクロス新宿5階
TEL: 03 - 5333 - 5127
FAX: 03 - 5351 - 0421

印刷 ■ 大日本印刷株式会社

全労済協会「公募研究シリーズ」既刊報告書

(所属・役職は発刊当時です。)

■2017年度採用 (77～80)

- ⑧0『韓国における社会的経済組織の育成政策と経営実態』 2019年7月

立命館大学産業社会学部 准教授 呉 世雄 氏

- ⑦9『地域社会のソーシャルキャピタルと社会保障制度への態度の関係』 2019年7月

甲南大学マネジメント創造学部 准教授 上村 一樹 氏

- ⑦8『廃校活用を通じた地域コミュニティ機能強化の可能性』 2019年6月

NPOフォーラム自治研究 (FJK) 理事長 嶋津 隆文 氏 (代表研究者)

- ⑦7『連帯社会の可能性』 2019年6月

法政大学大学院連帯社会インスティテュート教授 中村 圭介 氏

■2016年度採用 (72～76)

- ⑦6『高齢期平均余命の伸長に伴う長生きのリスクヘッジに関する実証研究』 2019年4月

中央大学経済学部教授 和田 光平 氏

- ⑦5『農福連携事業による「効果」の実証について』 2018年7月

京都大学大学院農学研究科生物資源経済学専攻 (博士課程後期) 植田 剛司 氏 (代表研究者)

- ⑦4『災害時におけるコミュニティ組織やNPO間の連携や協働のあり方に関する調査研究』 2018年6月

九州大学大学院人間環境学研究院 教授 安立 清史

- ⑦3『社会福祉事業が果たす地域自立に向けた福祉のまちづくりへの役割

—大阪府下の事例を中心に—』 2018年5月

大阪市立大学工学研究科 講師 蕭 閔偉 (代表研究者)

- ⑦2『新規居住者 (勤労者) と農業従事者等との融合による

新しいコミュニティの形成に関する調査研究—兵庫県豊岡市を事例に—』 2018年5月

特定非営利活動法人 地域再生研究センター主任研究員 井原 友建 (代表研究者)

全勞濟協會