

- (注1) 日本の社会保険料に相当。アメリカの公的年金(OASDI)は、現役世代が支払う社会保障税が、その時点の高齢者に年金として支払われる賦課方式で運営されている。
- (注2) 一般教書演説
大統領が、上下両院に対し内外の情勢を報告し、今後1年間の内政及び外交全般の施政方針を表明するもの。憲法第2条でこの実施が大統領に要求されている。一般教書演説は毎年2月に発表される予算教書及び経済報告と並び「三大教書」と呼ばれ、大統領演説の中では最も重要なものとされている。
- (注3) キャッシュバランス・プラン
一定の算定式により年金給付額が計算されるため法律上の位置付けは確定給付年金プランであるが、従業員個人ごとに仮定の勘定を設け、勤務年数の経過とともに当該勘定に一定の額(拠出及び利息)を定期的に賦与し、仮想口座の残高に応じて年金給付の額が計算されるもの。確定拠出年金プランと同様、掛金拠出額が安定的なため、企業は将来の負担の急増を回避することができる。
- (注4) AFL-CIO(アメリカ労働総同盟産別会議)
1955年にAFLとCIOが合併し発足。アメリカにおける最大の労働組合の全国中央組織(ナショナルセンター)。組合員数は、1,000万人。1995年にスウィニー現会長が就任。
- (注5) メディケア・パートC(メディケア・アドバンテージ: Medicare+Advantage)
- a 給付内容
政府に代わって民間の保険者がパートAの給付と同等以上の給付を請け負う。
- b 加入要件
パートA及びパートBの双方に加入している者。
- c 保険者による保険の仕組み
民間保険者は、会員制健康医療団体(Health Maintenance Organization; HMO。保険料は低額だが診療機関や受診内容の制約が厳しい)、PPO(保険料は割高だが医療機関を自由に選択できる特約医療団体)等を通じ、加入者に医療給付を行う。
- d 民間保険者の報酬の受態様
民間保険者は、給付を請け負った加入者1人当たり定額の報酬を連邦保健・福祉省メディケア・メディケイドセンター(Centers for Medicare & Medicaid Services: CMS)から受領し、当該報酬額の範囲内で給付内容・給付サービスに係る競争が民間保険者の間で行われている。
- e パートAとの主要差異
パートAでは給付対象外となっている外来薬剤や予防検診などの給付が認められている。しかし実態は、民間保険者は経費圧縮のため加入者に対し医師や医療機関へのアクセスを大幅に制限しているため、メディケア加入者の9割弱がパートAを選択していて、パートCの加入者は12~13%程度となっている。

イギリス

1 社会保障の概要と動向

イギリスでは、労働者互助組織である友愛組合の伝統のもと、1911年の国民保険法により社会保障制度が創設され、第二次大戦中に提出された「ベバリッジ報告」により社会保障制度の青写真が示され、体系の整備が進められたことから、歴史的には社会保障制度の体系的な整備に先駆的に取り組んできた国の一つであるとの評価がある。

しかしながら、現在では、社会保障分野での先進的な側面は必ずしも多くない。社会保障給付費の規模(対国民所得比)でみても、アメリカや日本より大きいものの、ドイツやフランスなど大陸欧州諸国と比べれば低い水準に止まっている。

概括的に言えば、社会保障の枠内でも、税財源で原則無料でサービスを提供し、公的関与度の高い医療、社会保険方式に基づき、また私的年金の役割も大きい年金、自治体为中心的な役割を果たし、民間サービスの活用も積極的に図られている福祉、といった特色が

あり、「公」の関与度(民間セクターの役割)、国と自治体の役割分担、制度としての成熟度、機能分化の在り方は様々である。

1997年に就任した労働党のブレア首相は、それまでの保守党サッチャー政権下での自立自助路線を継承しつつも、社会的公正の観点も重視した「第三の道」を標榜した諸改革を推進してきた。政権発足から間もなく10年を迎える中、ブレア首相の求心力に翳りが見られつつも、政権発足以降取り組んできた社会保障分野の改革の総仕上げを行うべく、今なお精力的な取り組みが進められているところである。

また、社会保障については、雇用政策とも一体的に政策展開されており、職業訓練、就労あっ旋等を通じ、働くことが可能な者には極力就労を促進する一方で、社会保障制度は、真に困難をきたす者に重点を置くべきであるとの基本的考え方の下、積極的な雇用促進策、就労を促進するための給付内容の見直し、低所得者への重点的な財源配分といった各般にわたる施策が

併せて推進されている。

2 社会保険制度等

(1) 概要

イギリスにおける社会保険制度は、年金、雇用関連給付も含めた国民を対象とした社会保険制度(国民保険(National Insurance))に一元化されている。

医療については、この国民保険制度とは別に、税金を財源とする国営の国民保健サービス(NHS)として国民を対象に原則無料で提供されている。

また、高齢者、障害者等に対する社会サービスについては、地方自治体(原則カウンティ)において税を財源とした対人社会サービスの提供が行われている。

(2) 退職年金制度

a 制度の概要

イギリスの年金制度は、年金を中心として、失業、業務上災害等に係る給付を総合的・一元的に行う制度である「国民保険(National Insurance)」制度の基幹部分として運営されている。国民保険は、退職年金(基礎年金(Basic State Pension)、国家第二年金(State Second pension)(旧所得比例年金))、就労不能給付(Incapacity Benefit)、遺族関連給付(遺族一時金、有子遺族手当、遺族手当)、求職者手当(Jobseeker's Allowance)、業務災害障害給付等の給付を行う単一の社会保険制度として、医療保障と公的扶助制度を除く総合的な所得保障制度として実施されている。

年金制度部分の基本的な構造は、わが国と同じ2階建ての制度であり、1階部分は国民を対象とする基礎年金、2階部分は被用者のみを対象とする国家第二年金に加入することとなる。

義務教育終了年齢を超えるすべての就業者(所得がない又は一定額以下の者を除く)は退職基礎年金に加入する義務がある。被用者は、基礎年金(Basic State Pension)に加え、二階部分の国家第二年金に原則どおり加入するか、あるいは一定の基準を満たす職域年金又は個人年金を選択すれば、国家第二年金の適用除外(contracting out)を受け、私的年金(企業年金又は個人年金)に加入することも可能である。実際には、この適用除外を受けている者は多いことから、私的

年金は、2階のみならず3階部分の機能を果たしていると言することができる(図2-1)。

支給開始年齢は、退職したかどうかにかかわらず、男性65歳、女性60歳である。ただし、女性については2010年から2020年にかけて段階的に65歳に引き上げられることとなっている。基礎年金の支給額は、2006年現在、満額の場合(男性は44年、女性は39年の加入が要件)、本人84.25ポンド/週、被扶養の妻は夫の支給額の約60%を基本に支給される。2007年4月までの被用者(クラス1)に係る国民保険の保険料率は給与の23.8%(本人11%・使用者12.8%)となっている。

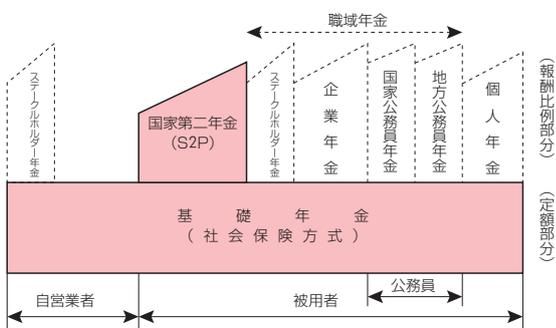
他の先進諸国と比べた場合、イギリスの年金制度については、公的年金の給付水準が相対的に低いこと、公的年金の役割を縮小する方向の見直しを先駆的に実施してきたこと、高齢化の速度も比較的緩やかであるため、年金財政への危機感が比較的乏しいこと、が特徴として挙げられるが、他方、近年では、中低所得者の給付水準の充実や男女間の平等の確保が中心的な課題とされた。

ブレア政権下では、1999年及び2000年に成立した関連二法により、基礎年金制度は維持しつつ、①主に中低所得者向けの2階部分の新たな選択肢として、管理費用を縮減することにより保険料を低額に押さえた確定拠出型個人年金であるステークホルダー年金の創設(2001年4月発売開始)、②従来の国家所得比例年金に比べて低所得者の給付額を高めた国家第二年金を創設し国家所得比例年金との置き換え(2002年4月以降)、③離婚時の年金受給権整理の新たな選択肢として2階部分の年金権の分割が創設(2000年12月以降開始の離婚手続きに適用)されたほか、所得補助制度(公的扶助)において年金生活者を対象とした最低所得保障額(Minimum Income Guarantee)を設定し、低所得の年金生活者の生活を支援(1999年10月実施)する等の見直しが行われた。

2003年10月には、最低所得保障額制度に代えて年金クレジット(Pension Credit)制度と貯蓄クレジット(Saving Credit)が導入された。年金クレジットは、最低所得保障額制度と同様、60歳以上の者の収入が適正額(appropriate amount: 単身世帯は週114.05ポンド、有配偶者世帯は週174.05ポンド。被扶養者がいる場

合等は加算措置あり。収入額には、公的、私的年金のほか6,000ポンドを超える預貯金等は、500ポンドあたり収入1ポンドと換算して合算する)に満たない場合、その差額を支給する制度である。貯蓄クレジットは老後に備えた預貯金や、私的年金への加入を促進するため、65歳以上の者について、収入のうち所定額(starting point: 単身世帯は週84.25ポンド、有配偶者世帯は週134.75ポンド)を超える部分の額により定まっている額(単身世帯は週17.88ポンド、有配偶者世帯は週23.58ポンドが上限)を上乗せ支給する制度である^(注1)。

〔図2-1〕 イギリスの年金制度体系



b 国家第二年金(SSP)

SSPは、年間4,368ポンド以上の収入がある者につき所得比例で年金を給付するものである。従来の国家所得比例年金(SERPS)が完全な所得比例であったのに対し、①年収が12,500ポンド未満の者で家族介護や育児のために就労できない者についても週1ポンドの掛金で加入できる、②年収28,800ポンド未満の者についても給付を従来の国家所得比例年金より手厚くする等、低所得者により有利な設計となっている。国家第二年金は、将来的に定額給付となるように見直す方針が発表されている。

c ステークホルダー年金

企業年金を設けていない企業の従業員にも、自分で老後に備え蓄えることができるようにするため、金融機関の販売する年金商品のうち一定の要件を満たすものをステークホルダー年金とし、これに加入する被用者の掛金を所得控除することで加入を促している。ステークホルダー年金については、2001年4月の販売開始以降、49の企業が商品を発売するなど盛況を見せ

た。他方、2001年10月以降、5人以上を雇用する事業主には被用者に商品の一つを選定して情報提供を行い、希望する被用者については掛け金を天引き徴収し代行納付する義務(アクセス提供義務)を課し、違反した場合は最大5万ポンドの罰金が科せられる。

しかしながら、2003年5月に英国保険業協会が発表したレポートによれば、2001年4月の販売開始以降ステークホルダー年金の販売数は140万件を超えているものの、48%は他の形態の貯蓄からの移行であり、売上も減少傾向にあること、事業主にアクセス提供義務が課されているが、90%の事業者は被用者からの契約実績がないこと、定期的に拠出を行っている契約者の平均貯蓄額は月140ポンドであり、予想よりも高い所得者層が購入していること等が指摘されており、必ずしも順調に普及しているとは言い難い。

既に、手数料規制の緩和、ステークホルダー年金と類似のスキームを短期、長期の運用商品にも拡大する等の見直しが検討されている。

d 年金制度改革の動き

(a) 公的年金

将来に向けた人口構造の変化等を踏まえ、長期的に懸念される課題を回避するため、2002年にターナー卿(元CBI(経団連)に該当)会長)を委員長とする年金委員会(Pension Commission)が設置され、3年間の検討の成果が2005年11月30日に公表され、その後、これを踏まえた政府案であるホワイトペーパーが2006年5月25日に公表されたところである。

見直しの基本的な考え方としては、①個人の責任の範囲を拡大すること、②所得差、男女間、世代間といった違いを超えて誰に対しても公平な制度とすること、③雇用主、被用者などそれぞれの役割が明確になるよう制度をシンプルなものとする、④マクロ経済から見た安定性が確保された制度であること、⑤将来に向け、制度の柔軟性を留保しつつも全国的な合意を得られるものであること、という視点に留意しつつ、検討が加えられた。

具体的な改正案の内容としては、①安い費用で低、中等所得者に貯金を促す制度を2012年から導入することとしている。具体的には、個人ごとの勘定を立ち上げ、

被用者(4%) + 事業主(3%) + 政府(1%)と負担を持ち合うことで被用者に貯蓄を促すこととしている。②子育てや介護を担っていた女性が結果として十分な年金を得られないという問題の克服のため、満額受給するためには従来であれば国民保険料を女性は39年納める必要があったところ、2010年以降30年に短縮、併せて、ケアを担う者に対する福祉給付を拡充し、子育てや重篤な障害者を週20時間以上介護する場合にはその期間について年金拠出期間に繰り入れる(現行週35時間以上)。③基礎年金の支給額を再び賃金スライドに移行し、支給開始年齢を2020年代半ばから約10年かけて1年ずつ遅らせ2050年までに68歳に引き上げることとしている。具体的には2024年に65歳から66歳に、2034年に67歳に、2044年からは68歳になる見込みである。

この改革案は法律としては2本立てとなる予定で、2006年11月28日、個人勘定の立ち上げ以外のほぼ全てを盛り込んだ法案が議会に提出された。また、個人勘定に関する詳細な政府案が12月12日公表された。

(b) 企業年金

企業年金制度は運用利回りの鈍化、平均寿命の伸び等を背景に、イギリス全体で270億ポンドの積立不足が生じていると推計されており、深刻な状況にある。特に、イギリスでは、公的年金制度の「民営化」が進められており、一定の要件を満たす企業年金、個人年金の加入者は所得比例の国家第二年金に加入しなくてよいこととされており、こうした中で、企業年金、個人年金の積立不足は切実な問題である。

従来、イギリスの企業年金は大部分が確定給付型であったが、新規採用者から確定拠出型への移行を表明する企業が急増しており、過半の企業が確定給付年金制度への新規加入を認めていないといわれている。2002年12月に政府が示した改革案の大枠では、公的年金の支給開始年齢を現行のまま据え置き一方、年齢に基づく労働者の差別の禁止(定年制の禁止)等により高齢者の就労を促進し、年金税制の抜本改革及び企業年金制度の簡素化等のインセンティブ策を導入するほか、企業年金受給者及び制度加入者の保護強化等を進めることを提案している。

2004年には、①年金保護基金(Pension Protection Fund)の設置、②年金監督機関の新設、③支給開始を繰り延べた人に対する繰り延べ年金の一括支給制度の創設^(注2)が盛り込まれた年金改革関連法案が成立した。

(3) 保健医療サービス

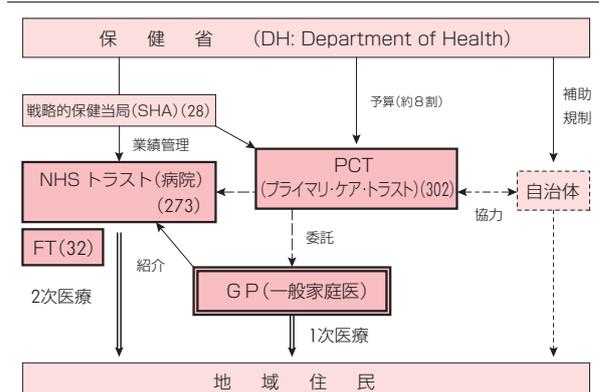
a 概要

イギリスでは、1948年に創設された国民保健サービス(NHS)によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを、税財源により原則無料で提供している(外来処方薬については一処方当たり定額負担、歯科治療については3種類の定額負担が設けられている。なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い)。制度創設当初は、病院は国営、医療従事者は公務員とされていたが^(注3)、サッチャー政権下での改革などを通じて、現在では実際のサービス供給は、より地域住民に近く、NHS本体から一定の独立性を持った公営企業体であるプライマリケア・トラストが運営している(図2-2)。

国民は、救急医療の場合を除き、①あらかじめ登録した一般家庭医(GP: General Practitioner)の診察を受けた上で、②必要に応じ、一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっており、このような制度下で、イギリスはこれまで先進国中比較的小さい医療費(2002年の国民医療費は806億ポンド(約17.3兆円)、対GDP比は7.7%)を維持してきた。

なお、民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、国民医療費の1割強を占めている。

〈図2-2〉 NHSの制度体系



- ① 保健省(Department of Health)は医療福祉政策に責任を有し、その下に戦略的保健当局(Strategic Health Authority)が地方支分部局が設置。
- ② 地域住民に対する医療サービス確保の責任はプライマリ・ケア・トラスト(PCT)が負う。
- ③ NHSトラストは複数の病院を傘下に持ち、病院サービス(手術・入院等)を提供する。

なお、「トラスト」は、保健省本体から一定の独立性を有する公営事業体的な性格。

- ① GPは公務員ではないが、PCTから請負契約に基づく報酬を受け取る。
- ② NHSサービスを受ける権利は、税の支払いや国籍とは無関係に、英国に6か月以上滞在する資格を得たすべての住民に付与。外国人も居住期間6か月以上であれば可。

b 労働党政権下でのNHS改革

(a) 概要

1980～1990年代のサッチャー政権下では、競争原理の導入を主眼として、①病院を国から独立した公営企業とする、②サービスの質に応じてNHSが病院からサービスを購入する方式を導入、③一般家庭医に登録患者に係る予算管理を行わせる(予算保持一般家庭医)こと等により、NHS内部にいわば「市場」を創設する改革が行われた。これは、NHS組織の硬直性、非効率を改善する一定の成果を得たものの、投資不足と相まってNHSの抱える待機期間の長期化等の問題が深刻化した。

1997年に発足した労働党ブレア政権は、1999年末のインフルエンザ流行により、がんの手術がベッドや麻酔医不足でキャンセルされ手遅れになる等の事案が頻発したことを契機に、イギリスの国民医療費の対GDP比が欧州諸国でも低位であること(欧州平均より約2ポイント低い)が強く批判され、NHS改革に本格的に取り組む必要性が認識された。このような中、NHS職員及び一般国民の意見聴取が行われ、2000年7月、病院、病床等の拡充、医師、看護師等の医療専門職の増員等について、その後のNHS改革の中核的な役割を担うこととなるNHSの近代化計画「NHSプラン」(期間は10年)が公表され、これに基づく施策が逐次推進さ

れている。

また、2002年には、欧州諸国よりも低い水準にあった医療費をEU諸国の平均レベルまで引き上げるため、医療費対GDPを欧州平均並みの9%台にまで引き上げることを目標として設定し、2007年度までNHS予算を実質7.4%ずつ引き上げることが決定された。

(b) NHS改革の進捗状況

NHS改革の大きな柱は、①地域に密着した医療提供体制(地域への大幅な権限委譲及び住民・医療従事者の決定への参加)、②施設設備、人員の拡充、③医療の質の向上、④サービスの地域間格差の是正、⑤患者による選択であり、これらについての改革の進捗状況は次のとおりである。

ア 地域に密着した医療提供体制

税財源により医療を提供しているNHSにおいては、地域レベルでどのように予算管理をするか、医療サービスはどのような組織で提供するのが極めて重要である。

予算管理については、NHSの地方支分部局である地方保健当局が中心となっており、保守党政権下での予算保持一般家庭医もこの権限の一部を一般家庭医が希望した場合に委譲するものであった。労働党政権下の改革により、2003年4月からは、人口およそ15万人単位に、地域の医療従事者の代表が参加する形で運営されている公営企業であるプライマリ・ケア・トラスト(PCT)が中心となり、一般家庭医、NHS病院等からサービスの購入(予算管理)を行い、地域保健サービスを自ら提供する体制が整った。これに伴い、地方保健当局の役割は、より戦略的な計画の策定、プライマリ・ケア・トラスト、NHSトラストの監督等に限定されることとなった。地方保健当局の大幅な整理統合が行われ、全国28か所の戦略的保健当局(Strategic Health Authority: SHA)に置き換えられた。

2004年4月からは、独立採算性であるNHSトラストの制度を更に進め、人事、運営に関する保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファウンデーション・トラスト(Foundation Trust: FT)制度がスタートし、現在では

32に上るファウンデーショントラストが設立されているところである。

イ 施設設備、人員の量的拡充

施設設備の拡充についてはPFI方式も含め病院病棟の整備の他、プライベート病院への委託や病院施設の買収等が進められている。

PFIは、ブレア政権の公共サービス改革の目玉として道路、鉄道、刑務所等のほか、病院建設に積極的に利用されており、100件以上の病院がPFI方式で設立されており、新規の病院建設の主流となっている。しかしながら、PFIについては、30年という長期間にわたる契約に基づくものであり、コストと成果との関係、見通しどおりの運営が図られない場合に債務問題を惹起するなど問題点も多く指摘され始めている。このほか、白内障等の長期手術待機患者を減少させるための治療センターを設けたが、海外の事業者を中心とする民間事業者が、その過半の運営の受託を受けた。

マンパワーの拡充については、給与引き上げを含む離職者の復帰促進を推進しつつ、養成定員の拡充が効果を発揮するまでの間のつなぎとして、医師、看護師等につき欧州諸国等から期限付きでの採用が進められている。また、NHSの近代化を進める過程で、130万人のNHS職員の労働契約について、17の組合との間で賃金水準の引き上げ、成果主義の導入などを内容とする見直しが行われた。同様に、病院の専門医については、20%昇給する見返りに割増賃金なしで一定の時間外診療・休日診療を行うこと等を内容とする新契約、一般家庭医については、10～20%の報酬の増加と併せて、人頭報酬を基本としつつも、一般家庭医の診療所における高度な検査、処置等を行う場合の報酬契約上の評価等を認めることを内容とする新契約が合意された。

ウ 医療の質の向上及び地域間格差の是正

医療の質の向上及びサービスの地域間格差の是正については、全国サービスフレームワーク(National Service Framework)に基づき、目標、目標とするサービス提供の具体的なあり方、老人、精神保健、児童、糖尿病、ガン、心臓病等の分野別に定められたほか、国

立優良診療研究所(NICE)により個々の医療行為、薬剤等の適用についての評価、疾患についての診療ガイドラインが作成されている。また、NHS近代化庁等による行政、病院等に対するコンサルテーション等も行われてきている。

このほか、一般病院、専門病院、精神病院、救急搬送センターとプライマリ・ケア・センターを対象に待機期間、各種死亡率、清潔度等28項目のパフォーマンス指標が公表されており、それぞれの運営改善の参考とされている。さらに、これらの主要データの改善度や監査での評価により病院のパフォーマンスを4段階にランク付けする(三つ星から無星まで)パフォーマンスレーティングも行われており、三つ星の病院には、査察を軽減し、投資計画への事前承認を要しないこととするなどのメリットを付与し、逆に無星の病院については、NHS本部の介入により業務改善が行われ、なお改善が見られない場合にはその運営を成績優良なトラスト等に委ねる方針が表明されている。こうしたパフォーマンス情報の公表システムは、病院サービスの水準向上とともに、病院のアカウントビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることを狙いとしている。

また、待機時間(waiting list)の問題については、これまでは設定された目標をおおむね順調に達成しているところである(2日以内にGPを受診できる、救急患者は4時間以内に入院、退院できる等)。次の大きな課題としては、2008年に向けて、病院が紹介を受けてから患者が治療を受けるまでの時間を18週間以内とする目標の達成を目指している。

また、国家的なITプロジェクト(“Connecting for Health”)を総額62億ポンドの予算を投入して進めているところであり、オンラインでの病院予約システム(エで後述)や、2020年までに3万人のGPと300の病院を結び、5,000万人の患者情報を管理・共有するシステムの構築、電子処方の実現等が予定されている。

エ 患者の選択

イギリスにおいては、一般家庭医の紹介がない限り、原則として病院で受診することができない等、患者の選択は我が国と比べて大きく制限されているが、病院

の予約に当たって病院が複数の日時を提示する、一定期間待機した場合には民間病院も含めた医療機関での受療を認める等の施策が進められている。また、患者の権利についても、患者憲章の策定、各プライマリ・ケア・センターに患者助言連絡サービスの設置等が行われた。

また、NHS病院のオンライン予約システム(“Choose & Book”)の導入が2005年夏以降、進められている。このシステムでは、GPが4~5か所の病院をリストアップし、患者の意向を踏まえてオンラインで予約するというものである。当初、2005年末には全面導入が予定されていたが、一部GPの反発や関連するプログラムの技術的な問題等から、普及が遅れている。

3 公衆衛生施策

(1) 地域保健サービス

イギリスでは、地域保健サービスは、病院サービス、一般家庭医サービスと並ぶ国民保健サービスの柱の一つである。地域保健サービスは、病院予算、一般家庭医予算を含むNHS予算を管理するプライマリ・ケア・トラストが雇用する保健師、地域看護師、助産師により提供される場合が多い。

保健師は、疾病予防や健康指導に当たる。また、地域看護師は、患者の自宅を訪問して包帯を交換したり注射をしたり投薬の管理をしたりする。他方、一般家庭医サービスについても、一般家庭医が予防活動等に積極的に関わることが促進されており、両者は診療施設を共有したり(ヘルスセンター)、連絡したりしながらサービス提供に当たる場合も多い。

こうした地域保健サービス、一般家庭医サービスにより、母子保健サービス、学校保健サービス(健康診断、事後指導等)、老人保健サービス(訪問看護師による訪問、保健指導、看護サービスの提供等)、障害者保健サービス(同左)、精神保健サービス(同左)、予防接種、家族計画の指導等が実施されている。

なお、老人保健サービス、障害者保健サービス、精神保健サービスについては、NHSサービスを提供するプライマリ・ケア・トラストと対人社会サービスを提供する地方自治体との連携を強化する取り組みが進められてきている。

(2) 健康増進

1998年に公表された国民健康増進計画(Our Healthier Nation)において、公衆衛生も含めた国民の健康維持増進政策の推進が謳われ、国民がより快適な環境で元気に長生きできるような環境整備、有病率や死亡率の地域間格差の是正等が掲げられている。その中では、2010年までに達成すべき数値目標として、①心臓病、脳卒中及び関連疾患による65歳未満の死亡率を3分の1以上削減(対1996年度比)、②事故死削減のため、重傷事故発生数を5分の1削減(同)、③がんによる65歳未満死亡率を5分の1以上削減(同)、④精神衛生対策として自殺及び関連する原因不明死の削減、が公約されており、NHSプランでもその推進が再確認されている。

2004年2月に発表された首相、保健相、財務相の委託による報告書では、イギリス政府は、NHSに対する大幅な投資に併せて、予防対策にも重点を置くことを強調しており、たばこ、運動、果物及び野菜(食事)、食品表示、広告、性感染症、職場環境の7分野を中心に、2004年度中に政府、自治体、個人、企業等が行う総合的な取り組み策がまとめられた。また、5月には、下院の保健委員会が肥満の問題に関する報告書を発表し、関係省庁が連携しての総合的対策、業界による分かりやすい表示の基準の制定等を求めている。既に、イギリス政府がファストフード業者、冷凍食品業者、缶詰業者等に対して、塩分を減ずることを企業の経営者に直接求めたり、高カロリーであることの表示を求めたりする動きがある。また、学校からジャンクフードを追放する動き等が大きくなっている。このほか、国民的な議論を喚起した禁煙問題について、公共の場所、飲食店等を完全禁煙とする法案が2006年秋に成立し、2007年夏から施行されることとなっている。

(3) 薬事

イギリスにおける医薬品の承認は、医薬品及びヘルスケア製品規制庁(MHRA)が行っている。また、欧州医薬品庁(EMA)の承認を得た場合には、医薬品及びヘルスケア製品規制庁の別個の承認は不要である。

イギリスでは、医薬分業が徹底されており、一般家庭医が原則一般名で処方した薬を、薬局で調剤する仕

組みとなっている。イギリスでは、医薬品は要処方薬、薬局のみで販売できる薬、一般店で販売できる薬に3分類されている。医薬品を入手しやすくするよう、要処方せん薬を処方せんが不要な薬に変更する方針が進められており、解熱鎮痛剤等については、一般店で販売されている。また、NHS処方せん取扱い薬局についても制限を緩和して大規模販売店等が参入しやすくなった。

このほか、薬剤師による処方、相談指導する場合の報酬の評価など、薬剤師の役割の見直しについても検討が進められ、薬剤師による処方が可能な薬剤の種類が増加し、相談指導に係る報酬の評価基準も改訂され、薬剤師がさまざまな事項の相談にのることができるようになった。

4 公的扶助制度の概要

イギリスの社会保障政策における現金給付は、拠出制給付(退職年金等)、非拠出制給付(児童手当、障害手当等)及び所得関連給付(所得補助等)に分類され、このうち所得関連給付が公的扶助に相当する。具体的には、所得補助(Income Support)、所得関連求職者給付(Income-based Jobseekers Allowance)等があるが、所得補助の場合、就労時間が週当たり16時間未満であって収入・資産が所定の基準で算出した所要生計費に満たない場合が対象とされる。具体的には高齢者、疾病や障害により就労できない者、家庭内介護や子供の養育のため就労できない者が主な受給者となる。

支給額は、申請者の年齢に応じた基本所要生計費に家族構成や障害の程度等に応じた加算を行い所要生計費が算出され、これから実際の収入(貯蓄がある場合はこれも勘案)を差し引いた残額として算出される。

2003年4月から、所得関連給付に分類される児童税額控除(Child Tax Credit)、就労税額控除(Working Tax Credit)が新設された。これは従来の就業家族税クレジット(Working Family Tax Credit)、就業障害者税クレジット(Disabled Person's Tax Credit)制度の対象を拡大したものであり、それぞれ就業者のいない児童家庭、児童がいない貧困家庭等が対象に含まれる。

5 社会福祉制度

(1) 高齢者を含む保健福祉サービス

a 概要

戦後から一貫してイギリスの保健福祉サービスのうち、保健医療サービスは国営のNHSとして、福祉サービスについては地方自治体を中心に対人社会サービスとして、いずれも税方式で提供されている。福祉サービスについては、戦後一貫して地方自治体が個々のサービスごとに申請を個別審査し、当該サービスが必要と判定された利用者に公営のサービスを直接提供する仕組みが採用されてきた。しかし、サッチャー政権の民営・市場競争原理に基づいた改革により、1993年以降、地方自治体がケアマネジメントを行うことにより申請者個々の福祉ニーズを総合的に評価し、望ましいサービスの質及び量を具体的に決定した上で、これを最も効率的に提供できる供給者を競争で選び、契約によってサービスを提供する方式が採用された。これにより福祉分野にも競争が導入され、地方自治体福祉部局の組織も、ケアマネジメント及びサービス調達の決定を行う部門、直営サービスを提供する部門、不服審査や監査を行う部門の3部門に再編され、従来主流であった自治体直営のサービスが縮小し、民間サービスへの移行が進んでいる。

例えば、高齢者及び障害者向けの入所施設(レジデンシャル・ケア・ホーム)は、1994年以来ほぼ33～34万床程度で推移しているが、その間公的施設が一貫して減少し、民間施設が若干の変動をしつつも増加してきている。

b 保健福祉への労働党政権の取り組み

労働党政権は、保健福祉サービスの近代化をスローガンに、1998年11月に網羅的な政策提言書を公表した。同報告書では、保守党政権下で民間参入が促進され、地方分権が推進された結果、地域間・利用者間の不公平が拡大したとして、サービス提供者や地方自治体に対する国レベルの関与を強化することとした。高齢者の疾病予防とケアの改善に関するガイドライン(National Service Framework)が策定されたほか、高齢者に限らず各種福祉サービスの水準を向上させるため、全国ケア基準委員会が2001年4月設置され、従

来自治体ごとに異なっていた入所施設基準など各種サービス基準を整備しつつ、2002年4月以降、入所施設や民間病院の登録・監督を開始し、2003年4月からは在宅ホームヘルプサービスにも監督の対象が拡大された。2004年には、地方自治体が提供するサービス全般の評価を行う機能を加えた、社会ケア査察委員会(CSCI)に改組された。

さらに、2001年秋には、福祉専門職の登録や行為規範の策定等を通じ資質の維持向上を図る一般社会ケア協議会、社会サービスの地域間格差是正のため関連データベースを活用しつつ優良なケアのガイドラインを策定周知していく優良社会ケア研究所(SCIE、NHSにおけるNICEに相当)も発足している。

c 保健医療と福祉の連携

イギリスでは保健医療と福祉サービスの提供主体が制度的に異なるため、全体として両者間の連携が悪く、社会的入院が待機期間を長期化させている(ベッドブロッキング)等の批判があった。

労働党政権は発足直後からこの問題に積極的に取り組み、1999年保健法等により、NHSと福祉サービスによる共同事業を進めているほか、NHS組織に福祉サービスも統合して提供させるケアトラスト化を推進している。

また、医療サービスの提供を受けてから、地域に戻るまでの間のリハビリテーションサービスについて、中間ケアと位置づけ、在宅、施設、その他におけるサービス提供体制の整備が図られている。

さらに、病院から退院する患者について、退院に当たり福祉サービスが必要であるとの通報を受けた地方自治体において適切なサービスを提供できなかったために退院が遅れた場合には地方自治体がNHSに当該機関の滞在費、介護費として1日100ポンドを支払うこと等を内容とするベッドブロッキング法が2003年4月に成立した。

d 高齢者介護の費用

従来、老人ホーム等への入所費用負担については原則自己負担とされている。自治体が補助する場合も資産審査の資産要件が厳しいため、持ち家の処分を

余儀なくするものとしてその見直しが求められ、1999年3月には高齢者介護問題王立委員会から対人福祉サービスの一律無料化が提言されていた。

一般に、英国では介護施設(Nursing Home)の料金は、滞在費、個人ケア費用、看護費用に分類されている。このうち、看護師による看護ケア費用は、在宅の場合はNHSサービスの一環として無料で提供されるのに対し、介護施設では他のコストと同様に原則自己負担とされており、この不均衡を是正するため2003年4月からNHSが施設での看護費用を負担することとなり、要介護度に応じNHSから週当たり40～129ポンドが施設に支払われることとなった。

(2) 障害者保健福祉施策の概要

a 身体障害者及び知的障害者

可能な限り地域で自立した生活を可能とするリハビリテーションの理念の下、地方自治体を中心となって、NHS、教育機関、ボランティア団体等と連携しつつ、デイケア、ホームヘルプサービス、施設、給食、補装具の支給、住宅改造、職業訓練等のサービスを提供している。また、障害による就労不能を事由とする就労不能給付や、重度障害による生活費の加重を補う障害者生活手当等の現金給付がある。2000年4月には障害者権利擁護委員会が発足し、障害者差別の解消のための普及啓発、苦情処理等の活動を開始している。

b 精神障害者

保健医療サービスはNHSが、福祉サービスは地方自治体関係諸機関と連携しつつ提供している。

精神保健サービスについては、1999年9月にサービスの水準向上を目的としたガイドラインが策定されており、NHSプランにおいてもこれが再確認され、一般家庭医を助ける精神保健スタッフの増員、青少年期の精神疾患が放置されないよう治療に結びつけるチームの設置、急性期患者の抱える「危機」に迅速に対応し無用の入院を回避するチームの整備、女性専用のデイセンターの整備等が盛り込まれている。また、精神保健サービス利用者に対する偏見や差別解消のための啓発キャンペーンが2001年から開始されている。

福祉サービスについては地方自治体を中心となっ

てデイセンター、入所施設等が提供される。必要に応じ個々の対象者のニーズを審査してケアプランが作成され、指定されたケアコーディネーターが実施状況をモニターする仕組み(ケア・プログラム・アプローチ)が採用されており、措置入院から退院後の患者に対するケアのフォローの点で有効とされている。精神ソーシャルワーカーの業務はNHSの地域保健チームと一体的に行われるようになってきており、上記のNHSプランにおける各種専門チームの考え方もこれを前提としている。なお、精神ソーシャルワーカーは患者本人及び家族の精神疾患を巡る問題のカウンセリングを担当する他、患者に自傷他害のおそれがある等の場合には措置入院の申請を行う。

(3) 児童健全育成政策

イギリスの児童福祉・家族政策の中心課題は、全児童の約3分の1といわれる貧困の問題と家庭責任を有する者の仕事との両立支援である。英国では近年出生率が上昇傾向にあり、少子化対策は行われておらず、緩やかな出生率の低下による将来の労働力不足についても、EU加盟国等からの移民、高齢者、女性の就労促進により対応するというのが政府の方針である。

a 貧困対策

労働党政権は、2010年までに貧困児童を半減させることを公約としており、およそ170万世帯にも上る一人親世帯数(25年前には約60万世帯)について、社会保障給付への過度の依存から派生する問題の解決になるとの観点から、職業訓練、職業紹介の強化などを柱とした「福祉から就労へ」(Welfare to Work)という一連の施策を実施している。

現金給付においても、従来からの児童手当^(注4)に加え、児童税額控除制度等により、低所得者層に焦点を当ててその就労を誘導しつつ貧困からの脱却を促す施策を展開している。

これと併せて、地域的社会的に不利な環境にある家庭をターゲットとして、保健、福祉、生活環境等総合的に育児環境の重点多岐な改善を図る省庁横断的な取組(シュア・スタート)を推進している。

このほか、児童扶養法の改正により、同居していな

い親の責任額評価の簡素化、罰則強化等により私的扶養義務の履行を目指している。

b 仕事と家庭の両立支援策

家庭責任を有する者の仕事との両立支援策として、出産休暇の充実、父性出産休暇の付与、家庭責任保護(Home Responsibility Protection)^(注5)等の雇用法制、社会保障法制面の充実が図られている。保育サービスについては、公立、営利企業、非営利団体、個人等の多様な主体が、保育所(day nursery)、遊戯グループ、保育ママ(Child minder)、ベビーシッター、学童保育等、休日学童保育等のさまざまなサービスを提供している。また、早期教育については、幼稚園(nursery school)があるほか、小学校もレセプションクラスとして就学前の児童を受け入れている。

2002年から、早期教育も保育も教育技能省管轄下の教育水準局が監督しており、両者の統合が進められつつある。

幼稚園、レセプションクラスは原則半日、無料であるのに対して、保育サービスについては、サービス提供の時間、場所等は多様であるものの原則自己負担とされている。また、2歳児以上の週当たり保育料が平均123ポンドであるが、近年その高騰が問題視されている。

なお、低所得者については、児童税額控除等により、実際に負担した保育料相当額の一部が支給される。

労働党政権は保育サービスの拡充にも前向きに取り組むこととし、1998年には全国保育戦略を発表し、良質かつ多様な保育サービスを、手頃な値段で提供できるよう、関係予算の増額、又は宝くじ資金の利用等により、100か所の早期優良教育センターの設置、事業立ち上げ資金の援助、リクルートキャンペーン、養成プログラムの充実等を図っている。また、160万人分の保育サービスの定員増加、早期教育と保育が受けられる3、4歳児用のサービスを定員10万人分増加等の方針が示されている。

c 要保護児童対策

要保護児童(自治体の介入がない場合には、健康、発達に著しい影響があると見込まれる場合、又は障害

児の場合)の福祉に関しては、地方自治体にその児童及び家族に援助を与える責務があり、必要に応じて、助言、デイケアサービス、ホームヘルプサービス等を与えることとされている。

6 財 源

国民保険の保険料は、被用者と雇用主が負担する。2006年度における被用者の保険料は、週当たり所得のうち97～645ポンドの間については11%、645ポンドを超える部分については1.0%である。雇用主の保険料は、被用者の週当たり所得のうち84ポンドを超える部分につき12.8%である。

なお、週84～97ポンドの収入しかない被用者については、実際には保険料は徴収されないが保険料を拠出したものとみなされ、保険料拠出記録に算入される。

自営業者の場合、年間収入が4,465ポンド以上の場合、定額保険料(2006年度は週当たり2.1ポンド)を納める。

また、無所得ないし低所得のための国民保険料納付の義務がない者も、所定額の保険料を支払い任意に加入することができる。国民保険のために集められた保険料の一部は、国民保健サービス(NHS)等の費用として拠出される。

NHSについては、国民保険からの拠出金(2割強)を除けば、ほとんど税によって賄われている。なお、社会福祉サービスは地方税、国庫交付金(概ね一般財源)などにより運営されている。

7 近年の動き、課題、今後の展望等

1997年に発足以降、約10年を迎えるブレア政権は、ブレア首相が次回の総選挙には党首として臨むことはないと表明しており、2005年末から政治的スキャンダルが相次いで発覚したこともあり、求心力の低下が否定できない状況となっている。

このような中、NHS改革及びその膨大な財政赤字の問題や年金改革など社会保障分野では、実現すべき政策テーマはそれなりの進展・成果を挙げてはいるものの、まだ道半ばというところである。サッチャー政権の後を受けた労働党政権として、これらの課題は内政

上最も重要視されてきた課題であり、ブレア政権の歴史的評価にも大いに関わることから、これらの課題の総仕上げに向けた動きが加速するものと見込まれる。

特に、目下の大きな課題と認識されているのは、医療と年金の改革である。これらについては、改革の方向性自体には異論はないものの、その実現に向けては波及効果も大きく、具体的方法をめぐって賛否も渦巻く中、どのように実現を図っていくかが注目される。

医療については、2005年度には、約512億ポンドにも達するNHSの財政赤字の発生が明らかとなり、大きな政治的問題となっている。このため、年度末には、予算抑制のための受診抑制、病棟閉鎖、手術延期等が行われたほか、約15,000人に上る医療関係スタッフの削減が行われているとの指摘もあり、この問題をいかに克服していくかが2006年度の大きな課題となっている。

また、PFIによる病院建設やIT技術を活用したネットワークの構築などについては、膨大な費用と政策効果との関係について、当初の意図のとおり機能しているとは言いがたく、また実施スケジュールも遅れ気味ということもあり、批判の対象となっている。

年金については、前述した年金改革のホワイトペーパーが5月に公表され、今後は法案化作業の段階に移る。この改革案は法律としては2本立てとなる予定で、個人勘定制度の創設を除くほぼ全ての内容を盛り込んだ法案は2006年11月、国会に提出された。また、個人勘定制度に関する詳細な政府案が12月に公表された。これに併せて、2006年の10月からは、雇用における年齢差別が禁止されており、高齢者雇用の促進というテーマとセットとなった「引退」の在り方についての模索が続けられることとなる。

福祉分野については、これまでの政策スタンスを継続し、基本的には、「福祉から就労へ」という流れが継続される見込みである。具体的には、各種の福祉給付の見直し(廃止・削減あるいは要件の強化)が進められていくものと考えられる。

- (注1) 収入が適正額を超える場合、年金クレジットは支給されないが、貯蓄クレジットは支給されることもある。最低所得保障制度の下では、老後に備えて私的年金に加入していた場合、私的年金全額が支給額から減額されていた。このため、老後の準備を行うインセンティブに欠けるという問題があった。この貯蓄クレジットにより、私的年金に係る減額が緩和される。
- (注2) 従来は、年金の支給開始を繰り延べた場合、繰り延べた期間の年金については支給開始後の年金に上乘せすることしかできなかった。

- (注3) なお、医療従事者のうち、一般家庭医、薬局(薬剤師)は、NHSと契約関係に立つ独立の事業主として位置づけられている。
- (注4) 児童手当は、16歳未満(全日制教育を受けている場合は19歳未満)の児童を扶養する家庭に支給される。2004年の支給額は、第一子で週当たり16.50ポンド、第二子以降は同11.05ポンドである。
- (注5) 家庭責任保護制度とは、育児等により就労することができず国民保険料を払えない者に対して、当該期間を国民保険料納付期間と見なす制度である。

ドイツ

1 社会保障制度の概要

ドイツの社会保障制度は、世界で最初に社会保険を制度化したビスマルクの疾病保険法(1883年)に端を発する。現在では、年金保険、医療保険、労働災害保険、失業保険及び介護保険の5つの社会保険制度と、児童手当、社会扶助などがある。

2 社会保険制度等

(1) 年金制度

a 制度の類型

公的年金制度は、1階建ての年金制度が分立している。被用者のうち労働者(ブルーカラー)については労働者年金保険、職員(ホワイトカラー)については職員年金保険に原則として強制加入することになっていたが、2005年より、労働者年金保険と職員年金保険とが一般年金保険に統合された。自営業者には任意加入が認められており、国民皆年金とはなっていない。このほか官吏恩給制度等がある。

b 制度の概要

公的年金保険の財源は原則労使折半の保険料(労使合わせて賃金の19.9%相当額、2007年1月現在)、国庫補助等である。財源の26.6%が国庫補助、72.9%が保険料である(2005年)。1992年の年金改革により、国庫補助は賃金上昇率と保険料引上げ率に応じて自動的に改定されることとなった。さらに1998年4月からは、付加価値税の引き上げ分を財源とする追加的な国庫補助が行われており、1999年4月か

らは、環境税(エコ税)の増収分も年金財源に投入されている。

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。ただし、一定要件を満たした女性、長期失業者、長期被保険者、重度障害者等については、老齢年金を繰上げて支給できる。繰上げ支給する場合は、生涯にわたり月々の年金額が減額(早める月数×0.3%)されるのが原則であるが、重度障害者については63歳以降の支給開始であれば減額されずに満額支給が認められている。なお、2005年末現在の繰上げ支給開始年齢は、原則60歳(長期被保険者については63歳)であるが、年々引き上げられる傾向にある。例えば、長期失業者の繰上げ支給開始年齢は、2006～2008年にかけて60歳から63歳に段階的に引上げられる。

なお、年金額は、全被保険者の可処分所得の伸び率に応じて改定される。現在の現役世代の平均的な税・社会保険料控除前所得に対する年金の比率は約53%(2004年)であるが、少子高齢化の進展により水準の低下が見込まれているため、2004年3月成立した「公的年金保険持続法」により、将来(2030年)においても43%を下回らないようにするとされた。

(2) 医療保険制度等

a 制度の概要

医療保険制度は、一般労働者、職員、年金受給者、学生などを対象とした一般制度と、自営農業者を対象とした農業者疾病保険とに大別され、その運営は地区、企業など(計8種類)を単位として設置されている公法