

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療施策

政府は2000年に、“Healthy People 2000”を改定し、“Healthy People 2010”を策定した。“Healthy People 2010”は、アメリカ国民に対し500以上にわたる健康に関する目標値を示し、今後10年の間、アメリカ国民が健康的で質の高い生活を持続し、健康を害する行為を減少させることを目的に策定された。これまでの“Healthy People 2000”で取り上げられていた、がん、HIV、喫煙などといった事項に加え、慢性的な腎臓疾患、呼吸器疾患、医療器具の安全性なども取り上げられ、官民協力して、健康的な生活習慣の普及、健康で安全な地域社会の構築、一人ひとりの健康及び公衆衛生に関する制度の改善そして疾病や障害の予防と治療を推進していくことを目指している。

こうした政策目標を達成するため、国立衛生研究所(National Institutes of Health)において疾病・ウイルスの研究等を行っており、研究費予算は、2009年度で306億ドルとなっている。

なお、喫煙予防・たばこ管理施策に関しては、2009年6月に、オバマ大統領の署名により、連邦保健・福祉省の食品医薬品局(Food and Drug Administration)内に新たにたばこ製品センターを設立してたばこに係る規制権限を付与するなど、対策を強化する法律が成立した。

(2) 医療施設

アメリカでは、患者は通常、まず近所で診療所を開業するプライマリケア医を受診し、その後プライマリケア医の推薦する専門医を受診することとなる。アメリカの専門医は病院に雇用されている勤務医ではなく、病院の近くに自前の事務所を抱える独立事業主となっている場合が多い。病院の多くもオープン病院のシステムを採用しており、専門医は自らの契約する病院の機器、病床を使って治療や手術等を行い、退院後は自らの事務所に患者を通院させるか、その他のリハビリ施設に通わせることとなる。

アメリカ病院協会(American Hospital Association: AHA)の調査によれば、2007年における登録病院数は全米で5,708病院となっており、このうち急性期病院

(short term hospital)が4,897病院、長期病院(long term hospital)が136病院となっている。

急性期病院を開設主体別に見た場合、2,913病院が民間非営利病院であり、1,111病院が自治体立病院、873病院が民間営利病院となっている。また、こうした病院の病床数は95万床となっている。

(3) 医療従事者

2009年時点で、全米で約94万人の医師が実際に働いていると推計される。

看護師については、登録看護師数は2004年で約290万人となっているが、このうちフルタイムの雇用が72.2%、パートタイムの雇用が20.4%と推計されている。

4 公的扶助制度

日本の生活保護制度のような、連邦政府による包括的な公的扶助制度はない。高齢者、障害者、児童など対象者の属性に応じて各制度が分立している。また、州政府独自の制度も存在している。

主要な制度は、貧困家庭一時扶助(Temporary Assistance for Needy Families: TANF)、補足的所得保障(Supplement Security Income: SSI)、メディケイド、補足的栄養支援(Supplemental Nutrition Assistance Program: SNAP(2008年10月より食料スタンプ(Food Stamp)から名称変更))、一般扶助(General Assistance: GA)の5つである。

また、広義の所得保障として勤労所得税額控除(Earned Income Tax Credit: EITC)がある。

このうち補足的保障所得と補足的栄養支援は連邦政府直轄事業であり、貧困家庭一時扶助とメディケイドは連邦政府が定める比較的緩やかな基準の下で州政府が運営し、連邦政府は費用の一定割合の補助金を交付する。

貧困家庭一時扶助は、州政府が児童や妊婦のいる貧困家庭に対して現金給付を行う場合に、連邦政府が州政府へ定額補助を行うものであり、「個人責任及び就労機会調整法」などによる1996年の福祉改革の一環として創設された制度で、「福祉から就労へ」を促進することを目指している。

財政的には、州の裁量により連邦政府から交付される補助金の使途の大部分を定めることができることとなった。給付の内容については州が独自に定めることができる。

延べ5年間扶助を受給した世帯は受給資格を失うことになり、受給者数は、2007年度において約396万人、170万家族となっている。また、平均給付月額は一世代当たり344ドル(2006年度)となっている。

補足的所得保障は、連邦政府による低所得者に対する現金給付制度であり、65歳以上の高齢者又は障害者のうち資産および所得に関する受給資格要件を満たす者が対象となる。新規無資産受給者に対する連邦の所得保障の給付上限月額は、674ドル(2009年)である。2009年5月現在の連邦SSIの受給者は約760万人であり、連邦は41億ドル支出している。なお、他からの収入がある場合やOASDIなど他から給付所得がある場合には、補足的所得保障の給付額は減額される。また、多くの州において連邦所得保障に州独自の上乗せ支給を行っている。

補足的栄養支援は、連邦政府が低所得者世帯に対し食料購入に使用できる一種のクレジットカードを支給し、カードの持ち主がそのカードで買い物をすると代金が本人の補足的栄養支援口座から引き落とされる制度となっており、農務省(USDA)が所管・運営している。政府からの給付金は毎月、補足的栄養支援口座に振り込まれることとなる。給付金の額は世帯構成員や所得の大きさによって異なり、2人世帯の場合、最高で367ドル(他の所得無しとみなされた場合)となっている。上述のSSIなどの公的扶助と併給も可能となっている。2007会計年度には、平均で1,179万世帯、2,647万人が利用し、毎月平均25億ドルを給付した。

5 社会福祉施策

(1) 高齢者福祉施策

アメリカでは、日本のような公的な介護保障制度は存在しないため、医療の範疇に入る一部の介護サービス(Skilled Nursing Homes等)がメディケアでカバーされるに過ぎず、介護費用を負担するために資産を使い尽くして自己負担ができなくなった場合に初めて、メディケイドがカバーすることになる。また、食事の宅配、

入浴介助等医療の範疇に入らない介護サービスについては、アメリカ高齢者法(Older Americans Act)によって、一定のサービスに対する連邦政府等の補助が定められているが、この予算規模はきわめて小さいものとなっている。また、アメリカにおける高齢者介護サービスは、民間部門(特に営利企業)の果たしている役割が大きいのが特徴である。

高齢者介護サービスについては、施設サービスに偏りがちになっていること、個々のサービスが有機的に統合されていないこと、予防に係る取組みが重要になっていること等の課題が指摘されており、連邦保健・福祉省は、高齢者や障害者が利用可能なサービスを一覧できるワンストップ・ショップの機能を持つセンターの創設や、根拠に基づく予防施策、ナーシングホームへの入居を未然に防ぐための施策等を推進している。

なお、オバマ政権の医療制度改革においては、5年間保険料を納付すればコミュニティー生活支援サービスを必要とする状態になった際に一定の金銭給付を受けることができる任意加入の全国的保険プログラムを新たに創設することも議論されている。

(2) 障害者福祉施策

障害者に対する保健福祉サービスとしては、障害年金の給付や補足的保障所得による現金給付、メディケア及びメディケイドによる医療保障が中心である。また、障害保健福祉施策を総合的に提供する組織は存在しない。なお、1999年12月には、それまで就労による所得上昇等によってメディケイド等の医療保険の対象でなくなってしまっていた障害者に対し、州の判断で医療保障を適用することを可能とし、障害者の雇用促進を図ることとされた。

オバマ大統領は、2009年6月に、2009年をコミュニティー生活推進年間とするとともに、障害者がコミュニティーで生活を送ることを支援するための新たなイニシアティブを推進していくことを発表した。

(3) 児童健全育成施策

児童及びその家庭に対する福祉施策としては、児童を養育する低所得家庭を対象とする貧困家庭一時扶

助のほか、里親、養子縁組及び児童の自立支援の提供、児童虐待対策、保育施策、発達障害児童対策などが行われている。また、児童扶養強制プログラムにより、親の捜索、確定及び児童扶養経費の支払命令を実施し、また、養育を行っていない親からの養育費徴収を行っている。なお、子供を養育する全家庭を対象とした児童手当制度は実施されていない。

保育サービスについては、全国統一的な保育制度は整備されておらず、州政府が施設整備、職員配置基準などを定めている。連邦政府は連邦保健・福祉省 (Department Health and Human Services ; HHS) 内に保育の専門部局 (保育局 : CCB ; Child Care Bureau) を設置し、州・地域などで低所得の家族が良質の保育サービスを楽しむよう、財政的支援を行っている (2006会計年度で連邦は約48億ドルを支出して、州に支援している。州 (及びさらに州から財源移譲を受けた郡、市町村) は、この金額を大きな財政的基礎にして、各種サービスを実施する)。例えば、「チャイルドケアバウチャー」を経済的に恵まれない親に支給し、親はそのバウチャーで各種チャイルドケアサービスを購入する。バウチャー制度は州によって異なっているが、制度の監督・整備は連邦保健・福祉省保育局の大きな任務になっている。

6 近年の動き・課題等

(1) 社会保障給付費 (Trust Fund) の財政状況

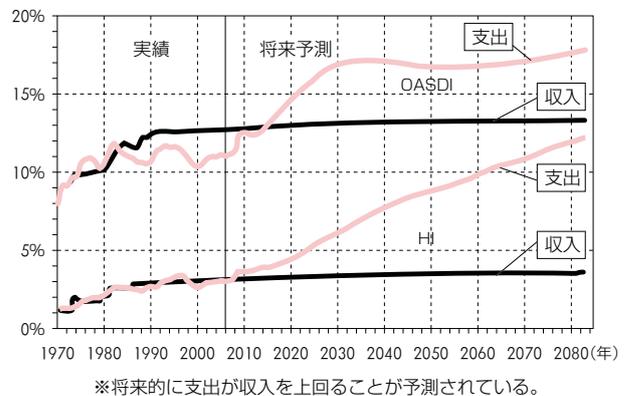
公的年金制度であるOASDIと公的医療保険制度であるメディケアは、Trust Fundという特別会計によって運営されているが、このTrust Fundについては、毎年、財政報告書が出されている。

2009年の報告書によれば、OASDIとメディケアのうち入院保険であるHI (パートA) の財政状況と今後の予測は以下のとおりである。ベビーブーマー世代の高齢化のほか、近時の景気後退や予想を上回る死亡率の低下により、今後急激に財政が悪化することが予想されている。

それぞれのTrust Fundの赤字分を社会保障税率に換算すると、OASDIでは2.00%、HIでは3.88%であり、今後75年間にわたり財政均衡させるためには、理論上は、直ちにこれだけ社会保障税率を引き上げるか、給

付水準をOASDIで13%、HIで53%削減することが必要な状況にある。

〈図2-3〉 収入と支出率 (課税給与総額の割合)

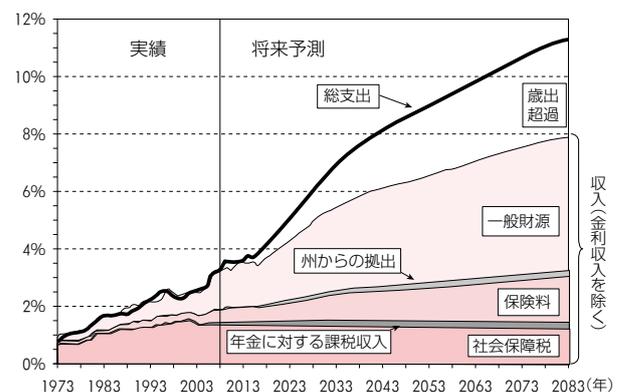


〈表2-102〉 社会保障給付費の今後の推移

	OASI	DI	OASDI	HI
支出が収入を上回る初年	2017	2005	2016	2008
支出が収入を上回る初年 (金利を含めた場合)	2025	2009	2024	2008
積立金が枯渇する年	2039	2020	2037	2017

特に深刻なのはメディケアの財政悪化であり、HIは2008年から金利を含めても単年度収支で赤字となっており、積立金については、2008年の推計より2年早く2017年に枯渇することが予測されている。また、メディケアパートB及びパートDについては一般会計で負担することとなっており (75%財政負担)、これらとHIを合わせた公的医療費は今後も増大し続けることが見込まれていることから、喫緊の改革が必要とされているところである。

〈図2-4〉 CDPに占める利子収入以外の割合予測



(2) オバマ政権の医療制度改革

アメリカは先進国で唯一構造的に無保険者を抱えている国であり、無保険者となって事故や病気により破産の危機に瀕するというのは、福祉を必要とする層だけでなく、中流階級の国民すべてに起こり得る問題となっている。また、医療保険に加入している国民も、解雇や転職等により保障を失い、病気になったときに必要な保障が支払われなくなる可能性がある脆弱なシステムに依存している。一方で、1人当たり医療費は他の先進国の約1.5倍となっており、保険料が高騰して特に中小企業は医療保険の提供をあきらめ、企業の競争力が削がれているほか、無保険者の治療費用は隠れたコストとして保険加入者の保険料に転嫁される悪循環となっている。また、メディケア、メディケイド等は財政的に持続不可能であり、医療制度の問題は財政赤字の問題に直結している。

オバマ大統領は、就任後、内政上の重要課題の一つとして医療制度改革を挙げ、①医療保険に加入している者により大きな保障と安定を付与する、②医療保険に加入していない者に医療保険を提供する、③医療費の伸びを抑制するという3つの基本原則の下、議会と協力しつつ改革に取り組んでいる。具体的には、①については、既往症による保険加入拒否の禁止、不合理な保険料設定の禁止など、民間保険会社に対する規制を強化すること、②については、医療保険エクスチェンジを創設して、保険提供側に既往症による保険加入拒否の禁止等の制約を課す一方、保険購入側には低所得層に対する医療保険料控除の仕組みを設け、無保険者に対する保険市場が機能する環境を整備する一方で、個人に医療保険加入を義務付け、事業主に“Play or Pay”（従業員に自ら保険を提供するか、資金を拠出するか）を義務付けること、③については、メディケア、メディケイド等の無駄・濫用を省き、効率化することが議論されている。なお、オバマ大統領は、医療制度改革は財政赤字を拡大するものであってはならないという立場を明確にしている。

議会においては、内容の異なる法律案が2009年11月に下院、12月に上院をそれぞれ通過し、2010年1月以降、両法案の一本化作業が進められている。医療保険エクスチェンジにおける民間保険会社の競争相手と

して、新たに公的医療保険プランの選択肢を創設するかどうか、中絶をカバーする医療保険プランをどのように賄うか、今後10年間で8,000億ドル以上の改革の財源をどのように賄うか等が、特に争点となっている。

オバマ大統領は、改革案の具体的な内容は議会の議論に委ねる姿勢をとってきたが、2009年9月に上下両院合同本会議において異例の演説を行って以降、関与の度合いを強めてきており、上下両院を通過した法案の一本化作業に当たっては、大統領自ら民主党上下両院指導部と長時間にわたり会議を行って調整に当たっている。

医療制度改革法案については、1月下旬の一般教書演説前の法案成立が理想とされていたが、1月19日のマサチューセッツ州連邦上院特別選挙において、共和党が民主党の議席を奪取し、これにより民主党系は上院で審議打ち切り動議に必要な60票に1票足りない59議席しか確保できない事態となったことから、医療制度改革法案の帰趨は不透明な情勢となっている。

- (注1) 日本の社会保険料に相当。アメリカの公的年金である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) 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給付型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。拠出型年金プランと同様、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3) 平均保険料は月額30.36ドル(2009年度)。
連邦政府の定める給付内容の最低基準(2009年度)は以下のとおり。

年間薬剤負担額	給付内容
年間295ドル以下の部分	免責(全額加入者自己負担)
295ドル超2,700ドル以下の部分	75%給付(自己負担は25%)
2,700ドル超6,135.75ドル以下の部分	全額自己負担
6,135.75ドル超の部分	95%給付(自己負担は5%)

- (注4) 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領態様

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。

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た。その後、第二次大戦中に提出された有名な「ベバリッジ報告」により戦後の社会保障制度の青写真が示され、逐次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、給付水準の手厚さや広汎さの面で先進的であるとは言い難い。社会保障給付費の規模(対国民所得比)でも、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。

概括的にいえば、社会保障の枠内でも、(1) 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、(2) 社会保険方式に基づき、公的年金の水準としては低い部類に属する年金、(3) 自治体が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前首相(～2007年6月)は、それまでの保守党サッチャー・メージ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た。後述するように、医療については、2000年に公表した10年計画である「NHS(National Health Service)プラン」などの政策的イニシアチブに基づき、大幅な医療費増を達成しながら精力的な改革を進めた。年金については、現在、個人勘定の創設など制度の歴史上

でも際立つ大幅な制度改革を行い、福祉については、働くことが可能な者には極力就労を促進する一方、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推進されている。

2007年に就任した労働党のブラウン首相は、ブレア前首相が行った改革を引き継ぎ、その着実な実施とサービスの質向上に努めている。

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全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)として全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) 年金制度

a 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・一元的に行う制度として全国民を対象としている「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