

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

1 アメリカ

人口:2億7千269万人、国土面積:962万9千km²、高齢化率:12.7%、合計特殊出生率:2.06、1ドル=約125円

※ 人口及び高齢化率は99年、合計特殊出生率は98年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

1 アメリカ

(1) 社会保障制度の概要と最近の動向

イ 社会保障制度全般について

アメリカでは、政府は原則として個人の生活に干渉しないという自己責任の精神と、連邦制のため州の権限が強いことが、社会保障制度のあり方に対しても大きな影響を及ぼしている。

アメリカの代表的な社会保障制度としては、大部分の有業者に適用されている老齢・遺族・障害年金(OASDI:Old-Age, Survivors, and Disability Insurance)のほか、高齢者等の医療を保障するメディケア(Medicare)や低所得者に医療扶助を行うメディケイド(Medicaid)といった公的医療保障制度、補足的所得保障(SI:Supplemental Security Income)や貧困家庭一時扶助(TANF:Temporary Assistance for Needy Families)といった公的扶助制度がある。全般的にみて、医療、年金等の分野においても、民間部門の果たす役割が非常に大きいことが特徴であり、また、州政府が政策運営の中心的役割を果たすものが多い。

さらに福祉の分野においては、96年8月に成立した個人責任および就労機会調整法(The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996)による一連の福祉改革により、「福祉から就労へ(Welfare to Work)」が連邦政府の福祉政策の基本方針とされた。この政策の中心的役割を果たす州政府の取り組みなどにより、例えば、貧困家庭一時扶助の受給者の就労率は、96年から約3倍の33%に達している(99年)。

ロ 年金制度

アメリカの公的年金制度は、老齢・遺族・障害年金という一般的制度と、公務員、鉄道職員など一定の職業のみを対象とする個別の制度とに大別される。

老齢・遺族・障害年金は、一般に社会保障年金(Social Security)と呼ばれ、連邦政府が運営している。被用者や自営業者の大部分を対象とし、社会保障税(Social Security Tax)を一定期間以上納めることによって得られる受給要件に基づき、支給開始年齢に到達したときから死亡するまでの間年金を支給する社会保険制度である。その財政方式としては、現役世代が納める社会保障税収によって高齢世代に対する年金給付を賄うとともに、高齢化による将来の支出増加に備えるために、社会保障税収などの歳入が給付総額を上回る分を社会保障年金信託基金(OASDI Trust Fund)に積み立てて管理運用している。社会保障税率は、OASDI相当分で現在12.4%であり、被用者は事業主と折半して負担、自営業者は全額負担となっている。また、老齢年金の支給開始年齢は原則65歳であるが、2003年から2027年までの間に段階的に67歳に引き上げられることとなっている。平均給付額は、現在、老齢年金804ドル/月、障害年金754ドル/月

であり、4,460万人が受給している。社会保障年金受給者に所得限度額を超える年金以外の所得がある場合には、年金給付額が減額されていたが、2000年4月には高齢者の働く自由法(Senior Citizens' Freedom to Work Act of 2000)が成立し、支給開始年齢を超える受給者についてはこの規制は撤廃された。なお、従来からの繰上げ受給制度については今回の改正は影響はない。

アメリカでは企業年金制度が発達しており、内国歳入法(IRC:Internal Revenue Code)に規定する要件を充足する企業年金について、貯蓄を奨励する観点から税制上の優遇措置が適用されている。被用者退職所得保障法(ERISA:Employee Retirement Income Security Act)は、加入者及び受給者を保護する観点から、企業年金がその設立、運営及び終了に当たって充足すべき基準を規定している。これにより、確定給付型制度を提供する企業年金が支払不能となった際には、政府機関である年金給付保証公社(PBGC:Pension Benefit Guarantee Corporation)により一定限度の給付が保証されることになる。なお、96年には、中小企業における企業年金の普及を促進するため、企業年金に係る運営負担を軽減し、税制適格要件を簡素化する法改正が行われた。

ハ 医療保険制度

アメリカは先進国中唯一、国民全体を対象とする公的医療保障制度が存在しておらず、医療保障は民間保険を中心に行われている。福利厚生の一環として事業主の負担を得て団体加入する場合も多い。また、最近では、医療費の高騰に対応し、管理医療型の保険(マネージドケアプラン)が急速に普及している。

公的医療保障制度としては、メディケアおよび低所得者に対する公的扶助であるメディケイドがある。メディケアは連邦政府が運営するものであり、65歳以上の者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者等を対象とし、約3,880万人(99年)が加入している。入院サービス等を保障する強制加入の病院保険(HI:Hospital Insurance,メディケア・パートA)と外来等における医師の診療等を保障する任意加入の補足的医療保険(SMI:Supplementary Medical Insurance,メディケア・パートB)からなり、パートAの財源は社会保障税(税率はHI相当分で現在2.9%。被用者は事業主と折半して負担、自営業者は全額負担)により、パートBの財源は加入者の保険料(毎月の保険料は45.50ドル(2000年))と連邦政府の一般財源により賄われている。

一方、いかなる医療保険の適用も受けていない国民は、約4,260万人(99年)に達し、大きな社会問題となっている。近時、各種保険の適用拡大、促進のための措置が講じられている。例えば、97年の均衡予算法において、州政府主導の下、現行のメディケイド・プログラムの拡大などにより無保険者状態にある児童数を減少させる「児童の医療保険プログラム(CHIP:State Children's Health Insurance Program)」が創設され、99年現在、約200万人の児童が本制度の対象となっている。

ニ 公衆衛生の現状、保健医療サービスの内容・組織・財源

2000年に、Healthy People 2000を改定し、Healthy People 2010が策定された。

Healthy People 2010は、米国民に対し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、米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、一人一人の健康およ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。

保健医療サービスの提供施設である病院については、例えば平均在院日数に着目すると、30日未満の短期入院型病院と30日以上長期入院型病院に分けられる。また、設置主体に着目すれば、半数以上が民間非営利病院であり、次いで自治体立病院、民間営利病院の順となっている。

このほか、保健医療サービスについては、連邦政府から州政府への補助制度に基づき医療へのアクセスが難しい地域に設置されるコミュニティ・ヘルス・センターを通じ、予防的および第一次的な保健医療サービスが提供されている。98年現在、約8,300万人に保健医療サービスが提供されており、無保険者の

うち約3,300万人が同センターにおいて何らかの保健医療サービスを受けている。

ホ 公的扶助(生活保護)制度

アメリカでは、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存在せず、高齢者、障害者、児童など対象者の特性に応じて補足的所得保障、メディケイド、貧困家庭一時扶助、フードスタンプなどの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。

補足的所得保障とは、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。また、多くの州において補足的給付が行われている。

メディケイドとは、連邦政府・州政府共同の低所得者に対する医療扶助制度である。連邦政府が定める資格要件などのガイドラインの範囲内で、各州が受給資格やサービスの範囲等を設定しており、事業内容は各州ごとに異なる。

貧困家庭一時扶助とは、96年8月の福祉改革の一環として創設された制度であり、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、連邦政府から州政府へ定額補助を行うものである。また、継続して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、並行して実施されている就労支援プログラムによって就労等による自立を求められることになる。

フードスタンプとは、連邦政府が、低所得者世帯に対し、食料購入に使用できるクーポンを支給する制度である。

公的扶助制度については96年、長期間公的扶助を受給している者の自立促進、関連予算の削減などを目的とした個人責任および就労機会調整法により、長期受給の制限、勤労要件の厳格化、州政府における権限の強化等の福祉改革が行われた。

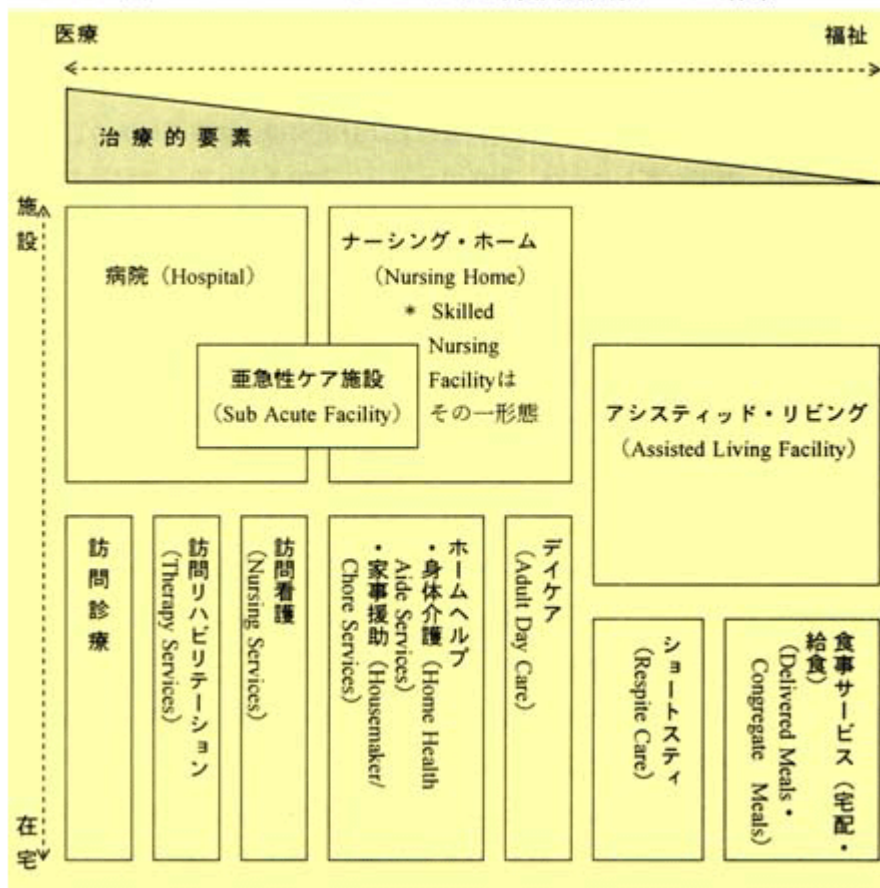
ヘ 高齢者保健福祉施策

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。そのため、医療の範疇に入る一部の介護サービス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という構成である。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、この予算規模は極めて小さいものとなっている。

アメリカにおける高齢者介護サービスの体系は第1-5-1図のとおりであり、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。

図1-5-1 アメリカにおける高齢者介護サービス体系

図1-5-1 アメリカにおける高齢者介護サービス体系



ト 障害者保健福祉施策

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所得保障による現金給付、メディケアおよ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、99年12月には、こ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う障害者に対して医療保障の適用を延長し、障害者の雇用促進を図ることとされた。

チ 児童福祉施策

児童およ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、養子縁組および児童の自立支援の提供、児童虐待対策、保育施設、発達障害児童対策などが行われている。なお、子ども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、施設や職員などの基準は各州政府によって設定されており、連邦政府は州政府に対する財政支援を行っている。保育サービスの充実は、前政権が力を入れていた分野の一つであり、補助金の増額や、専門の担当部局が厚生省内に設置されるなどの体制の強化が図られた。また、内国歳入法に基づき、労働者は保育に係る必要額(子ども1人当たりの保育費用の上限は2,400ドル)の30%まで所得控除を受けられることとなっており、これは放課後児童の保育を含め、13歳未満の児童を対象としている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

1 アメリカ

(2) 社会保障制度の課題

アメリカにおいては2001年1月にブッシュ新政権が成立したが、大統領選挙戦においては、社会保障年金改革や医療制度改革に係る議論が有権者の関心を最も集めた争点の一つとなった。また、新政権発足後の上下両院合同会議演説(例年の一般教書演説に該当するもの)においても、社会保障年金改革や医療制度改革は、教育問題と並び内政上の最重要課題として位置付けられている。以下、大統領選挙から合同会議演説に至る議論の流れを踏まえ、ブッシュ新政権の抱える今後の社会保障制度の課題について考えてみたい。

イ 社会保障年金改革について

アメリカにおいては、第2次大戦後の1940年代後半から1950年代前半に生まれたベビー・ブーマーが、2010年以降引退年齢に到達し、社会保障年金の支出が急激に増大することが見込まれている。社会保障年金信託基金の信託理事会の最新の推計によれば、2016年には社会保障年金信託基金の単年度収支が赤字となり、2038年には同基金は財政破綻をきたすとされている。大統領選挙においては、このような社会保障年金の財政状況に対して如何に対処するのかが大きな争点となった。

この問題について、ブッシュ大統領は、社会保障年金のセーフティ・ネットを補強するものとして、個人の選択により社会保障税の一部を個人退職勘定(Personal Retirement Account)とすることができることとし、より高い利回りが期待できる個人による市場運用を認めることを提案した。

これに対しては、1)個人退職勘定の生み出す将来の利回りに係る仮定があまりにも楽観的ではないか、2)政府は個人退職勘定の運用結果についてどの程度までこれを支える義務を負うのか、3)個人退職勘定は社会保障年金の持つ所得再分配機能を弱めることとならないか、4)政府が何百万にも及ぶ小額の個人退職勘定を管理することができるのか、5)現行のシステムから部分的に民営化されたシステムへの移行コストを如何に賄うのか、といった疑問が提起されている。

ブッシュ大統領は、改革案の詳細については、社会保障年金改革のための大統領直轄の委員会を設置して、これを検討することとしている。個人退職勘定の創設は、社会保障年金の部分的民営化(Partial Privatization)という性格を持つものであり、同委員会において如何なる改革案が提示されるのか、今後の議論の動向が注目される。

ロ メディケア改革について

社会保障年金と同様に、医療制度においても将来の財政は大きな問題となっており、例えば、病院保険信託基金の信託理事会の最新の推計によれば、メディケア・パートAは2029年には財政破綻をきたすとされている。その一方で、現行のメディケアにおいてはカバーされていない外来処方せん薬に係る患者の負担が大きくなってきたことから、これを如何に保障するかが大きな課題とされており、この問題について、ブッシュ大統領は二段階の改革案を提案した。

第一段階は、州政府が低所得のメディケア加入者を対象に外来処方せん薬に係る費用を補助するプログラムを設ける場合に、当該費用について、抜本的改革までの間、一時的に州政府に対する補助制度を創設するものであり、2001年から2004年にかけて毎年約120億ドルを充てることとされている。

第二段階はより抜本的な改革を目指すもので、2004年以降、最低限の基準を満たせば、民間保険会社等によるメディケア・プログラムへの参入を認めるものである。これにより、メディケアに係る加入者の選択の余地を大幅に拡大できるとされており、外来処方せん薬の給付についてもこの改革の中で対応することとされている。

これに対しては、1)第一段階においては低所得の患者にしか外来処方せん薬に係る費用が補助されないが、これでは不十分ではないか、2)第一段階は実質的にメディケアの運営に州政府が関与するものであり、今後、州政府がメディケアについて過度に責任を負うことにはならないか、3)第二段階においてメディケアにおける私的セクターの役割を強めることにより、メディケアという制度の本質を変えてしまうことにはならないか、といった疑問が提起されている。

現在、第一段階の改革案が大統領側から議会に提示されているが、同法案に係る議論の動向はもとより、第二段階の改革に係る議論はメディケアという制度の性格自体を変えてしまう可能性をも秘めているものであり、今後の議論の動向が注目される。

ハ マネージドケア規制について

90年代初めから、民間医療保険においては、旧来のサービスごとの費用償還方式から、1)病院や医師団体との包括契約、2)自社組織への統合、3)提供するサービスや利用医療機関、薬剤の制限等の手段を通じ医療サービスの内容を管理(Manage)することにより、医療サービスに係る費用を抑制するマネージドケアへ急速に転換が進んでいる。マネージドケアは医療費抑制のほか、不適切な医療の排除、医療機関間の競争による効率性の向上、予防医療指向の高まり等の利点が指摘される一方、専門医への適切な照会が遅れる、医療サービス提供者への高額医療の支払いが保険者によって拒否されるといった批判もある。

これらの批判を受け、マネージドケアに関し、救急医療における保険手続の適正化や、いわゆる『ギャグ・ルール』(医師が患者に特定の治療方法の存在を示すことを費用抑制の観点から保険者が禁止する規則)の禁止等を盛り込んだ「患者の権利法」が議会において議論され続けてきているが、患者に訴訟上の権限をどの程度付与するかを巡って議論がまとまっていない。

また、無保険者対策については、無保険者が医療保険を購入することができるよう、新たな税額控除制度を創設するとともに、低所得者が近隣で良質な医療を受けることができるよう、コミュニティ・ヘルス・センターの数を増やし、同センターで保健医療サービスを受ける者の数を今後5年間で倍増させることなどが提案されている。

ニ その他

福祉関係については、宗教関係団体が行う社会サービスに対して連邦政府が補助を出しやすくする等の制度(Faith-Based Initiative)の創設や子どもの扶養控除枠の倍増が提案されているほか、研究開発については、国立衛生研究所(NIH:National Institutes of Health)の予算を倍増させることなどが提案されている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

2 イギリス

人口:5,923万人、国土面積:242千km²、高齢化率:15.7%、合計特殊出生率:1.72、1ポンド=約182円

※ 人口は98年、高齢化率は98年、合計特殊出生率は98年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

2 イギリス

(1) 社会保障制度の概要

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険制度が創設され、第2次大戦中に出された「ベバリッジ報告」により社会保障制度の青写真が示され、その後、その体系が整備されていった。

所得保障としては、1)すべての国民を対象とする保険料を財源とする拠出制給付(退職年金、傷病手当等)、2)租税を財源とし、所得にかかわらず支給される非拠出制給付(児童手当等)、3)租税を財源とし、低所得者を対象とした所得関連給付(所得補助等)に大別される。また、医療サービスについては、税財源で原則として無料でサービスを提供するイギリス独特の国民保健サービス(NHS)として実施されている。

イ 退職年金制度

(制度の概要及び概況)

義務教育終了年齢を超えるすべての有業者(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、基礎年金に加え、二階部分の年金として国民保険の国家所得比例年金(SERPS)か、一定の基準を満たす職域年金又は個人年金を選択することとなっている。各制度への加入割合(96年)は、国家所得比例年金34%、職域年金40%、個人年金26%である。退職基礎年金は、退職したかどうかにかかわらず65歳(女性は現在60歳であるが、2010年から2020年にかけて段階的に65歳に引き上げ)から支給され、本人67.50ポンド/週、被扶養の妻40.40ポンド/週を基本に、80歳以上の場合及び扶養児童がいる場合には一定額が加算される(2000年)。

97年5月の労働党政権発足後、社会保障制度全般の改革論議の中で、年金制度改革も大きな論点となったが、イギリスの公的年金は給付水準が高くなく、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は比較的少なく、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、99年及び2000年に関連二法案が成立した。これらにおいては、基礎年金制度は維持しつつ、1)主に中低所得層向けの二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抑えた確定拠出型個人年金であるステークホルダー年金を創設(2001年4月施行)、2)現行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(SSP)を創設し国家所得比例年金に置き換え(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二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(Minimon Income Guarantee)を設定し、低所得の年金生活者の生活を支援(99年10月実施)する等の見直しが行われている。

(基礎年金額の改定問題)

なお、基礎年金の支給額の改定はサッチャー保守党政権以降物価スライド制がとられてきており、2000年度の基礎年金の引き上げが小額(本人分で75ペンス)にとどまったことを不満としてサッチャー政権以前の改定方式(賃金指数と物価指数の高い方に連動)に戻すよう求める運動が労働党大会を中心として展開されたが、現労働党政権はこれを容れず、2001年度については政策改定として大幅な引き上げを公約しつ

つ(本人分で5ポンド、配偶者分3ポンド)、財源の中低所得者層への重点配分と個人の自助努力を評価奨励する観点から、最低所得保障(MIG)の充実、冬季燃料手当の引き上げ等を行うこととしている。

(SERPS相続額2分の1削減の施行見直し)

国家所得比例年金(SERPS)受給権者が死亡した場合には配偶者が引き続きその受給権を承継することとなっているが、1986年保守党政権時の制度改正により2000年10月以降の死亡分についてはその額が2分の1に減額されることとされていた。しかし、施行に向けた対象者層への周知が長年にわたり不十分であったことが批判されたため、現政権は、年金年齢到達の時期により、2002年から2010年までの5段階で承継額を漸次削減する旨表明している。

(注1) ステークホルダー年金のポイント

(イ) ステークホルダー年金は、毎年の保険料拠出に上限を設けるとともに、管理手数料に上限を設け、中低所得者に加入しやすいものとした確定拠出型の企業・個人年金。

(ロ) これまで被用者向けの企業年金を設定していなかったり、設定していても加入できない被用者が残っている事業主は、被用者向けに複数のステークホルダー年金商品を被用者に情報提供し、被用者が加入を希望した場合、保険料を天引徴収し保険会社に支払う等の協力を行わなければならない。ただし、保険料について事業主が負担する義務はない。

(注2) 国家第二年金(SSP)のポイント

SSPは、年9,500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が、年収が9,500ポンド未満の者や家族介護等のために就労できない者についても9,500ポンドの年収があったものとして取り扱われる。年金額算定についても低所得者に有利な設計となる。SSPは、施行5年後に定額給付となるよう見直される。

ロ 保健医療サービス

(制度の概要及び概況)

イギリスでは、48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あたり定額の自己負担、歯科治療については8割の自己負担が設けられているが、高齢者や低所得者等については免除措置が設けられている。)

国民は、救急医療の場合を除き、あらかじめ登録した一般家庭医(GP)の診察を受け、必要に応じ、GPの紹介により病院の専門医に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少ない医療費で(国民医療費の対GDP比6.9%:97年)相対的に高い健康水準を維持してきたが、長年にわたる病床数の削減(過去40年間で25万床から13.6万床に約半減)等を背景として入院や手術等の待機期間の長期化や地域間の診療内容のばらつきが問題とされてきている(例:病院入院のウエイティングリストは2000年12月末現在で103.4万人となっている(イングランドのみ。前年同月比6.6%減))。なお、民間保険や全額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。

(労働党政権以降のNHS改革)

ブレア労働党が97年12月に公表したNHS改革白書においては、保守党政権時に実施された競争促進政策(内部市場の創設)の見直しが主眼とされ、1)病院については独立採算(トラスト)の枠組みを維持しつつも、GPについては予算保持GP制度を廃止し、地域(人口10万人程度)内のGP等が共同して予算管理を行っていくプライマリーケアグループ制度に移行、2)標準的な診療基準の策定を行う国立優良医療研究所

(NICE)の創設、3)保健医療と福祉サービスの連携を向上させるためNHS担当部局と地方公共団体の事業運営の共同化の推進(ケアトラスト化)等が99年4月以降実施されてきた。また、恒常化している入院・手術の待機患者数(ウエイティングリスト)問題についても労働党政権は大幅削減を公約し、一定の改善をみつたつあったものの99年末からのインフルエンザ流行により医療受給の逼迫が社会問題化した。これを契機としてイギリスの国民医療費(の対GDP比)が欧州諸国でも低位にあること(欧州平均より約2ポイント低い)が強く批判されたことを受け、ブレア政権は国民医療費の規模をEU諸国の平均レベルまで引き上げていくこととし、そのため4年間で毎年平均6.3%NHS予算を引き上げる旨表明しNHS職員及び一般国民の意見聴取を含めたNHS制度の大幅見直し作業が行われた。その結果、2000年7月に、病院、病床、医療機器等の施設設備の拡充、医師、看護婦等の医療専門職の増員を含め、全体で10年にわたるNHS制度の見直し計画(NHSプラン。概要は下表)が公表され、逐次実施していくこととされている。

表1-5-2 NHSプラン(2000年7月公表)の概要

表1-5-2 NHSプラン（2000年7月公表）の概要

(1) 保健医療関係

| 主要事項 | 概要 |
|---|--|
| ●施設設備の拡充 | <ul style="list-style-type: none"> 2004年までに7000床増床するとともに2010年までに100件以上の病院を新設。 診療所3000カ所以上を近代化。 画像診断装置250台、人工透析設備400カ所の増設。 医師等に加えソーシャルワーカー等を配置し各種の保健・医療ニーズにカ所に対応するワンストップサービスセンターを500カ所整備。 病棟衛生や給食サービスの改善 |
| ●マンパワーの充実 | <ul style="list-style-type: none"> 専門医7500人、GP2000人、看護婦20000人、その他専門職6750人の増員。 医師養成課程の定員を1000人増。 院内保育所を100カ所整備。 医師契約内容をNHS診療専念を促進する方向で見直し。 |
| ●手術キャンセル問題 | <ul style="list-style-type: none"> 病院側都合による手術延期の場合、28日以内の日程確保を義務づけ。 |
| ●GP・看護婦の役割 | <ul style="list-style-type: none"> 手術も行うスペシャリストGPを1000人配置。 処方等を行える熟練看護婦を養成。 |
| ●民間病院との関係 | <ul style="list-style-type: none"> 適切な民間病院につき、その設備をNHS診療に利用できるように協定を締結。 |
| これらの措置により、2002年までに国民は48時間以内にGPと面会できるようにし、2005年末までには、病院・専門医の診療につき、外来3ヶ月（現行9ヶ月）、入院6ヶ月（現行18ヶ月）を待機期間の上限とする。 | |
| ●専門職の監督 | <ul style="list-style-type: none"> 医師、看護婦等の監督は職能別に独立した機関（General Medical Council等）により行われてきたところ、近年の医師等による犯罪や医療過誤等に対応して、これらを統括するアンブレラ組織を創設し、監督を強化する。 |
| ●優良プラクティスの普及促進 | <ul style="list-style-type: none"> 優良な診療プラクティスを全国に普及させるNHS近代化庁（NHS Modernisation Agency）を設置するとともに、新たな助成基金National Performance Fund（5億ポンド）を設置して優良な病院等に助成金を支給。 |
| ●患者の権利擁護 | <ul style="list-style-type: none"> 患者を代弁して病院との間で苦情処理等に当たるPatient Advocacy and Liaison Services (Pals) を病院トラストごとに設置するほか、診療内容について患者への情報提供をルーティン化するなど、患者中心の視点からサービス体制の見直しを行う。 |
| ●特定疾患対策（がん、心臓病、精神保健） | <ul style="list-style-type: none"> がん治療薬の処方の地域格差を是正するガイドラインを策定し、胸痛クリニックを整備し、心臓手術の待機期間を優先的に短縮化し、精神保健対策として初期診療に当たるGPを支援する専門家チームを335編成する。 乳ガン検診を現行の50～64歳から65～70歳まで拡充。 |
| ●児童の栄養改善 | <ul style="list-style-type: none"> 児童の栄養改善の観点から、4～6歳の保育園児に毎日一個の果物を無料で給付。 |

(2) 高齢者の保健医療福祉関係

| | |
|---|--|
| ●保健と福祉の連携の推進 | <ul style="list-style-type: none"> NHSと社会福祉サービスが財源を共同でプールして一元的にサービスを提供していくケアトラスト化の推進により、高齢者が両者の谷間で取り残されたり、在宅復帰が可能にも関わらず入院を継続する状態（Bed Blocking）の解消を目指す。 |
| ●施設入所費用負担問題（従来、老人ホーム等への入所費用負担については、持ち家の処分を余儀なくする過酷なものとして見直しが求められていた。） | <ul style="list-style-type: none"> 99年3月に高齢者介護問題王立委員会が提言していた対人ケアサービスの一律無料化は見送られ、看護サービスに係る費用のみ無料化することとされた。ただし、自己負担額算定のためのミーンズテストにおいては、王立委員会の提言に則し、入所後3ヶ月間は持ち家の価額は勘案しないこととされた。これらにより約35000人が年間約5000ポンドの負担軽減となる。 |
| ●高齢者診療差別問題 | <ul style="list-style-type: none"> 高齢者医療のガイドラインを策定普及していく。 |

ハ 高齢者を含む保健福祉サービス

(概況)

イギリスの保健福祉サービスは、戦後から一貫して、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公共団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おり、この枠組み自体についてはこれまで大きな変更はない。福祉サービスについては、戦後一貫して地方公共団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活・市場競争原理に基づいた改革により、93年以降、地方公共団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、地方公共団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、直営福祉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。

(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、98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公共団体に対する国レベルの関与を強化することとし、2000年には高齢者サービスに関する全国ガイドラインが公表されたほか、各種福祉サービスのケア基準の策定やサービス提供者の監督を担う全国ケア基準委員会や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担う機関の設置、各種福祉施設の基準設定等を内容とするケア基準法が成立し、逐次施行されていくこととなっている。また、自ら在宅ケアパッケージのマネジメントを行いたいと希望する若年の障害者には97年4月以降これが可能とされていた(ダイレクトペイメント制度)が、2000年2月に高齢者にも対象が拡大された。

(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良くないとの批判があった。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、99年保健法等により、NHSと社会福祉サービスが財源を共同でプールして一元的にサービスを提供していくケアトラスト化を推進していくこととしている。

(高齢者介護の費用負担問題)

従来、老人ホーム等への入所費用負担については、ミーンズテストの資産要件が厳しく持ち家の処分を余儀なくするものとして見直しが求められ、99年3月には高齢者介護問題王立委員会から対人ケアサービスの一律無料化が提言されていたが、NHSプランにおいてはミーンズテストの基準を緩和しつつサービスの一律無料化は見送られることとされた。

二 公的扶助制度

現金給付は伝統的に、拠出制給付(退職年金等)、非拠出制給付(児童手当、労災給付、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している。具体的には所得補助(Income Support)、所得関連求職者給付(Income-based Jobseekers Allowance)、就業家庭税額控除(Working Family Tax Credit)、就業障害者税額控除(Disabled Person's Tax Credit)等があるが、その基本となる所得補助の場合、就労時間が週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者が対象とされ、具体的には高齢者、傷病や障害により就労できない者、家庭内介護や子ども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ってまず所要生計費が算出され、これから実際の収入(貯蓄がある場合これも勘案)を差し引いた残額として算出される。

ホ 児童福祉施策

児童福祉・家族施策の中心課題は、およそ170万世帯にも上る単親世帯をめぐる問題であり、その数の増大(25年前には約60万世帯)のみならず、これらの世帯の多くが社会保障給付の受給者となっていることが指摘されている。労働党政権は、これらの世帯は雇用機会を得ることにより所得確保のみならず、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もなるとの観点から、職業訓練、職業紹介の強化などを柱とした「福祉から雇用へ」という一連の施策を展開している。またこれと併せて、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的な改善を図る省庁横断的な取り組み(シュアスタート)を推進している。

保育サービスとしては、保育所のほか、ボランティア団体等による遊戯グループ、保育ママ(Childminder)があるほか、小学校もプレスクールとして就学前児童を受け入れているが、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、保育所や保育ママの拡充により、2004年には3歳以上のすべての児童につき親が希望すれば保育サービスを受けられるよう体制を整備する方針が表明されている。

児童関連の現金給付としては、すべての児童に給付される児童手当のほか、児童を養育する低所得の勤労家庭に対して給付される就業家族税額控除がある。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、第1子で15.00ポンド/週、第2子以降は10.00ポンド/週支給される(2000年)。就業家族税額控除は、従来の就業家族所得補助に替わるものとして99年10月に導入された。支給方法を雇用主経由として行政事務の効率化を狙うとともに、就業促進の観点から減額調整を緩和し、保育サービスの利用に要した費用も考慮する内容となっている。

へ 財源

国民保険については、被用者の場合、被用者本人が、収入の一定幅(76~535ポンド/週:2000年度)につきその10%、雇用主が、一定額(84ポンド/週:2000年度)以上の収入につき12.2%を負担する。なお、国家所得比例年金への加入を免れているものについてはその分保険料が減額される。なお、週67~76ポンドまで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、一定額以上(3,825ポンド/年:2000年度)の収入のある場合、定額保険料(2ポンド/週:2000年度)及び収入に応じた保険料(4,385~27,820ポンド/年の間の収入の7%)を納める。

また無所得ないし低所得のため国民保険料の納付義務がない者も、所定額の保険料を支払い任意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)などに回される。

NHSについては、国民保険からの拠出金(1割強)以外は、ほとんどの資金が国庫負担によって賄われている。なお、社会福祉サービスは地方税、国庫補助などにより運営されている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

2 イギリス

(2) 社会保障制度の課題

ブレア内閣は、社会保障費用は政府支出の中でも突出し、伸びも高いにもかかわらず、所得格差の拡大、制度に過度に依存する層の増大など、十分その機能を果たしていないとし、政権発足直後から社会保障改革を最重要課題の一つに位置づけてきた。職業訓練、就労あっせん等を通じ、働くことが可能な者には極力就労を促し、社会保障制度は、重度の障害等により真に就労に困難を来す者に重点を置いたものにすべきであるとの基本的考え方の下、支持基盤のひとつである労働組合さらには与党内の反発を受けつつも、積極的な雇用促進策、制度を就労促進的にするための給付内容の緩和、低所得者への重点的な財源配分を推進してきている。

他方、2001年春にも予想される次期総選挙を控え、これまでの好況による税収増等により蓄積された財政黒字も視野に、各方面から歳出圧力が強まってきており(NHSプランや、基礎年金の引き上げ論議はその嚆矢であったと見ることができる)、ブレア政権が今後どのようにこれに対応していくかが注目される。

NHS制度に関しては、引き続き当面の最大課題であるウェイティングリストの削減はもとより、NHSプランに掲げられた諸施策のうち特に時間を要するとされる医療マンパワーの拡充や、同プラン公表後早々に関係団体の反発が見られた専門医の勤務契約の見直し、高齢者費用負担問題等の今後のゆくえが注目される。さらに、個別の領域では、頻発する児童虐待や医療関連不祥事への対応、触法患者対策を中心とした精神保健法の見直し、ヒトゲノムやヒト胚に係る応用医療研究、さらに欧州にわたる問題でもある食品安全問題への取り組み動向が注目される。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

3 ドイツ

人口:8,206万人、国土面積:357千km²、高齢化率:15.8%、合計特殊出生率:1.30、1マルク=約58円

※ 人口は97年、高齢化率は97年、合計特殊出生率は96年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

3 ドイツ

(1) 社会保障制度の概要

ドイツの社会保障制度は、83年のビスマルクの疾病保険法に端を発するが、現在では年金保険、医療保険、労働災害保険、失業保険および介護保険の5つの社会保険制度と、児童手当、社会扶助などがある。

イ 年金保険

被用者のうち労働者(ブルーカラー)は労働者年金保険、職員(ホワイトカラー)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おり、保険料(19.5%、99年4月～)は労使折半が原則である。強制加入対象外の自営業者には、任意加入が認められている。

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。長期加入者、重度障害者、一定の要件を満たす女性及び失業者等については早期支給の特例が設けられていたが、一部の例外を除き、2000年から従来の予定を前倒しして廃止された。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、可処分所得に対する年金の比率は約70%である。2000年は、全国一律に0.6%引き上げられ、標準年金ベースで旧西独地域は約2,020マルク、旧東独地域は約1,752マルクとなっている。

なお、年金保険については、本年5月11日に改革法案が成立したが、その詳細は第4章参照のこと。

ロ 医療保険

公的医療保険制度は、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る。一般制度では、一定所得以上の者および官吏は、強制適用ではなく、我が国のような皆保険政策はとられていない。95年現在、公的医療保険全体で全国民の約90%をカバーしている。

給付内容は、医療給付、予防給付、医学的リハビリテーション給付、在宅看護給付などがあり、現物給付を原則とする。また、このほかに、傷病手当金や出産手当金などの現物給付がある。医療給付の給付率は、被保険者、家族とも原則10割であるが、入院および薬剤給付などについては一部自己負担がある。

公的医療保険制度は、地区、企業などを単位として設置されている疾病金庫(98年4月現在441金庫)を保険者として、当事者自治の原則の下で運営されており、保険料率も各疾病金庫ごとに定められている。保険料率は全疾病金庫の平均で2000年上半期には13.57%であり、これを労使折半で負担する。

ハ 公衆衛生施策

公衆衛生サービスは各州を中心に実施されており、郡、市の保健所が、伝染病の予防、水質・大気などの監視、病院・薬局などの監視、食品・医薬品などの流通の監視、健康管理などに関する業務を行う。

医療施設としては、開業医と病院がある。開業医は我が国の診療所に相当し、一般開業医、専門開業医、歯科開業医に分類される。また、病院は大きく分けて、市町村や州が運営する公立病院、財団や宗教団体などによって経営される公益病院および私立病院の3種類がある。

ニ 公的扶助制度の概要

扶助の受給者に対し、人間の尊厳にふさわしい生の営みを可能にするとともに、できる限り扶助に依存せず生活する能力を与えるため、連邦社会扶助法(61年制定)に基づく社会扶助制度がある。この制度では、自助の可能な者や必要な援助を他の者、特に親戚や他の社会給付運営者から受けることができる者は対象外である。また、社会扶助の種類、形態、基準は、個々の場合に依りて、とりわけ扶助受給者である個人、その需要の種類、地域の状況によって決定される。

社会扶助制度は、郡と郡に属さない市が実施する。ただし、精神疾患患者等を施設に入所させる必要がある場合など特定のケースでは、市や郡の区域を超えた広域的な社会扶助実施機関が担当する。

扶助の種類は、大きく分けて生活扶助と特別な生活状態に係る扶助(特別扶助)の二つがある。扶助に要する費用は、基本的に自治体が負担し、連邦の負担は例外的である。

ホ 児童福祉・家庭政策の概要

ドイツでは、有子家庭と無子家庭間の負担調整を行うために、児童手当(原則として給与に対する所得税の源泉徴収額から税額控除される方法で支給)と児童扶養控除制度(所得控除方式で支給)が併存し、両者の選択制である。96年1月から始まった家庭政策の総合的な改善の一環として、その両者について、金額、支給年齢の上限、所得額の引上げ等大幅な改善が図られた。このうち児童手当は、所得の多寡にかかわらず、原則として、18歳未満のすべての子どもを対象に支払われる。また、育児のために週19時間未満の就労しか行っていない親は、子どもが2歳に達するまでの間、育児手当を受給できる(所得制限あり)。

なお、年金計算上の評価の措置として、児童養育期間が認めれており、子どもを養育している者は、誕生から3年間、保険料を支払うことなしに公的年金制度の強制加入者となり、その間の平均報酬の75%の報酬に相当する保険料を支払ったものとして評価される。

ヘ 財源

年金保険の場合、労働者年金保険と職員年金保険の財源の約20.4%(99年)が国庫補助で、残りは保険料である。92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依りて自動的に改定されることとなった。さらに98年4月からは、付加価値税の引上げ分を財源とする追加的な国庫補助が行われており、99年4月からは、環境税の増収分も年金財源とされている。医療保険については当事者自治が原則となっており、国庫補助は原則行われていないほか、介護保険についても国庫補助は行われていない。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

3 ドイツ

(2) 高齢者保健福祉施策の概要

イ 高齢化の状況

97年の高齢化率(65歳以上人口比率)は15.8%であり、今後、65歳以上の人口は2000年で全人口の15.9%、2025年で21.8%に達すると予想されている。97年現在、65歳以上の38%に当たる約340万人が一人暮らしであり、一人暮らしの高齢者の割合は増加傾向にある。

ロ 介護サービスの体系

介護サービスの提供主体は、公的セクターに限定されず、地方公共団体の他にも、民間福祉団体、教会等の民間の非営利団体や営利団体など、多岐にわたっている。

在宅サービスは、主としてソーシャルステーションが提供している。ソーシャルステーションでは、訪問看護、在宅介護、家事援助、相談等保健・医療・福祉にわたり、総合的にサービスを提供している。対象は高齢者に限定されない。91年には全国に約4,400か所あったが、介護保険の導入により急増し、97年9月には約1万1,700か所となっている。

施設サービスとしては、老人居住ホーム、老人ホーム、老人介護ホーム等が存在する。このうち、老人居住ホームは高齢者が極力、自立した生活を送れるような設備のある独立の住居の集合体であり、個々の高齢者のニーズに応じて、必要な場合には身の回りの世話、食事等のサービスが施設側から提供される。老人ホーム、老人介護ホームはそれぞれ、日本の養護老人ホーム、特別養護老人ホームに相当する。

各施設の設置状況は次表のとおり。

表1-5-3 ドイツの介護サービス施設の設置状況

表1-5-3 ドイツの介護サービス施設の設置状況

(95年6月現在)

| | 施設数 | | 定員数 | |
|---------|-------|------|---------|------|
| | 実数 | % | 実数 | % |
| 老人居住ホーム | 442 | 5.4 | 49,405 | 7.5 |
| 老人ホーム | 1,821 | 22.2 | 125,546 | 19.1 |
| 老人介護ホーム | 2,272 | 27.7 | 142,018 | 21.6 |
| 老人複合施設 | 3,657 | 44.6 | 340,619 | 51.8 |
| 合計 | 8,188 | | 657,588 | |
| 公共施設 | 1,158 | 14.1 | 122,689 | 18.9 |
| 非営利私立施設 | 4,522 | 55.2 | 402,084 | 62.0 |
| 営利私立施設 | 2,508 | 30.6 | 123,915 | 19.1 |

資料出所：連邦家庭・高齢者・女性・青少年省調べ

八 介護保険制度

1) 介護保険法制定の背景

ドイツにおいては、要介護状態となった場合の経済的負担は、基本的に本人または家族の個人的問題として考えられてきた。しかし、高齢化の進行に伴う介護問題の深刻化を踏まえ、89年、「医療保険構造改革法」により、医療保険の給付として在宅介護給付(現物・現金)が導入された。他方、施設介護(老人介護ホーム等)については、自由契約入所が原則であり、入所費用は入居者本人が年金等により負担しなければならなかった。従って、入居者の約8割(旧東独地域ではほぼ10割)は、自治体の運営する社会扶助(国庫負担なし)に依存せざるを得ず、要介護者とその家族はもちろん、自治体財政にとっても甘受できない、深刻な問題となっていた。

2) 介護保険法案の提出・法律の施行

93年6月 連立与党、介護保険法案を議会に提出

94年4月 法案が、連邦議会および連邦参議院で可決され、成立

95年1月 保険給付に先立ち、保険料徴収を開始

4月 第1段階(在宅介護給付)施行

96年5月 第2段階施行のための法案が可決・成立

7月 第2段階(施設介護給付)施行

3) 公的介護保険制度の概要

(a) 保険者

「介護金庫」(医療保険の保険者である「疾病金庫」が行う)

(b) 被保険者

原則として全国民が強制加入(民間医療保険加入者は、原則、民間介護保険に義務加入)。

(c) 要介護度および介護給付の決定

「メディカルサービス(MDK)」(疾病金庫が地域に共同で設置し、医師、介護士等が参加)の審査を経て、介護金庫が最終的に決定する。

4) 給付内容

(a) 在宅介護給付

(i) 表1-5-4 ドイツの要介護の程度による現物/現金給付一覧(いずれか選択。組み合わせ請求も可。)

(i) 表1-5-4 ドイツの要介護の程度による現物/現金給付一覧
(いずれか選択。組み合わせ請求も可。)

| 要介護の程度 | 現物給付 ホームヘルプ/デイケア・ナイトケア | 現金給付 (介護手当) |
|------------------------------|---------------------------|----------------|
| 相当の介護を必要とする者 (平均1.5h以上/日) | 月額 750DMまで (750DM) | 月額 400DM |
| 重度の介護を必要とする者 (平均 3h以上/日) | 月額1,800DMまで (1,800DM) | 月額 800DM |
| 最重度の介護を必要とする者 (平均 5h以上/日) | 月額2,800DMまで (2,800DM) | 月額 1,300DM |
| 特別に過酷なケースの場合 | 月額3,750DMまで (2,800DM) | 月額 1,300DM |

注 現物給付の欄中のカッコ内は、デイケア・ナイトケアの利用限度額。

(ii) ショートステイ(年間4週間、2,800DM以内)

(iii) 代替介護(年間4週間、2,800DM以内)

(iv) 介護用具の支給・貸与(例:介護ベッド、車椅子、昇降装置)

(v) 住宅改造補助(1件当たり5,000DM以内)

(b) 表1-5-5 ドイツの要介護の程度による施設介護給付額一覧

表1-5-5 ドイツの要介護の程度による施設介護給付額一覧

(b) 表1-5-5 ドイツの要介護の程度による施設介護給付額一覧

| 要介護の程度 | 定額給付額 |
|---------------|-----------|
| 相当の介護を必要とする者 | 月額2,000DM |
| 重度の介護を必要とする者 | 月額2,500DM |
| 最重度の介護を必要とする者 | 月額2,800DM |
| 特別に過酷なケースの場合 | 月額3,300DM |

- 注1 給付額は、各施設のトータルの介護費用の75%を上限とする。
 2 上記給付額には、「治療的介護（注射、カテーテル装着など）」および「社会的世話（社会的活動など）」に要する費用が含まれる。
 3 食事および宿泊の費用は、要介護者の自己負担。
 4 各介護金庫の年間1人当たり施設介護給付額は、平均30,000DMを上限とする。

5) 介護者の社会保障

家族等の介護者は、年金保険の被保険者となり、要介護度・介護時間に応じ、介護金庫が当該者の年金保険料を負担する。また、家族等の介護者は、労災保険の被保険者となり、市町村がその労災保険料を負担する。

6) 財源構成

(a) 保険料:労使折半(年金受給者の場合には、年金保険者が事業主分を負担。)

(b) 保険料率:95年1月～1.0%

96年7月～1.7%(施設介護給付の開始時に引上げ)

二 介護保険の実施状況

97年12月、ドイツ連邦労働社会省は、「介護保険の動向に関する第1次報告」を連邦議会および連邦参議院に提出した。本報告は、社会法典第11編(介護保険)第10条第4項の規定により、同省97年を第1回として、3年ごとに、介護保険の動向、介護サービス供給の状況等を立法府に報告することとされていることに基づくものであり、これが介護保険制度導入後、最初の報告である。報告書のポイントは次のとおりである。

1) 給付状況

97年8月末現在、約160万人の要介護者が公的介護保険給付を受給している。うち、在宅介護給付が約117万人、施設介護給付が約43万人である。この結果、要介護者の社会扶助からの脱却が進んでおり、社会扶助を運営する自治体の負担も100億DM以上軽減されたとの調査結果がある。

2) 介護基盤の改善

在宅介護を担うソーシャルステーションは、91年の約4,400か所から、97年9月には、約1万1,700か所に

急増した。また、老人介護ホーム等の入所施設数は、97年9月現在、約8,000か所ある。在宅介護優先の原則により、施設入所数は減少したため、待機リストは解消され、空きベッドも存在する。

3) 財政状況

施行以来、黒字基調であり、累積黒字は98年末で約97億DMに達している。ただし、99年は単年度では初の赤字となり、2000年以降もしばらく赤字基調となることが見込まれている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

3 ドイツ

(3) 社会保障制度の課題

ドイツでは、92年後半以降の不況による失業者の急増が深刻な問題となり、コール政権(当時)は、ドイツ経済の高費用体質が国際競争力を低下させているとの問題意識から、様々な社会保障改革を矢継ぎ早に実施した。医療保険では、96年9月の「医療保険料軽減法」により、保険料率の引下げ、自己負担の引上げ等が行われ、続く97年7月の「第3次医療保険改革」により、自主管理と事故責任の強化により公的医療保険の給付能力を確保した。さらに、安定した保険料率の下で公的医療保険の財政基盤を強化することを目標として、保険料率の引上げと自己負担の引上げを連動させることにより保険料率の引上げの抑制を図ることとしたほか、患者自己負担の引上げ、疾病金庫等の当事者自治の拡大・競争の促進等を実施した。

また、公的年金制度についても、老齢年金支給開始年齢引上げの前倒しや学校教育期間等の年金算入期間を短縮する等の改革が行われた。さらに97年12月、平均余命の伸びを勘案した年金水準の低下、障害年金改革、児童養育期間評価の強化等を主たる内容とする「99年年金改革法」が成立し、99年1月から本格的に施行されることとされていた。

ところが、98年9月の連邦議会選挙の結果、従来の野党である社会民主党(SPD)が勝利を収め、同年10月のシュレーダー(SPD)を新首相とするSPDと同盟90/緑の党(緑の党)による連立政権が誕生した。SPDおよび緑の党は、連立協定において、老齢保障改革、保険制度改革、介護保険の安定等を打ち出すとともに、労使の負担を軽減するため、環境型税制改革(ガソリン税の引上げ等)から得た収入を用いて、社会保障料負担を現行の総賃金費の42.3%から将来的には40%以下に引下げることを出した。

具体的には、医療保険の分野では、旧コール政権下で実施された患者負担の増大等を撤回するために、「公的医療保険連帯強化法」が制定され、医薬品患者負担の引下げ、慢性病患者負担の緩和等が99年1月より実施に移された。

一方、シュレーダー政権も医療保険財政の安定化のための改革は必要であるとし、99年8月に2000年医療改革案を打ち出した。その内容は、保険者への支出抑制の義務付け、薬のポジティブリストの導入、病院情報の透明化などであり、患者の負担等は伴わないものとなっている。この改革案は、野党が多数を占める連邦参議院では審議が難航しており、99年12月、連邦参議院の同意が不用な部分のみが切り離されて成立したが、改革の本体部分は、成立の目途が立っていない。

また、年金保険の分野では、環境税の増収分を年金財源とすることにより、99年4月から、保険料が20.3%から19.5%に引下げられた。支給開始年齢については、高齢者の退職を促進するため60歳からの早期支給の道を開くべきであるとの議論も行われたが、年金財政の事情等から見送られた。逆に、保険料率上昇を抑制するために、現政権は、支持母体である労働組合の反発を受けながらも、2010年からの給付水準の引下げ(対象者は新規裁定者に限られる)、積立方式による補足的老後所得保障制度の新設、賃金スライド方式の変更を柱とする年金改革案を提示し、2001年1月、連邦衆議院を通過させた。野党が多数を占める連邦参議院での審議は難航したが、2000年5月に参議院においても可決され、成立した(第1部第4章3(1)イ参照)。

介護保険については、制度発足当初、給付申請が殺到し、認定の遅れ、却下率の高さなどの問題が指摘

されていたが、その後は落ち着きを取り戻し、財政的にも黒字基調であるなど、おおむね順調に推移している。しかし、99年には、額は小さいものの単年度で初の赤字(約6千万マルク)となり、2000年以降も赤字基調が見込まれる。98年末で約97億マルクの積立金があり、また連邦政府は黒字転換を予想しているが、介護サービスの質の向上とあわせて、介護保険財政の安定を図ることが重要な課題である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

4 フランス

人口:6,019万人、国土面積:552千km²、高齢化率:21.3%、合計特殊出生率:1.75、1フラン=約17円

※ 人口及び合計特殊出生率は99年、高齢化率は99年1月1日現在、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

4 フランス

(1) 社会保障制度の概要

フランスの社会保障制度は、大きく社会保険制度(assurance sociale)と社会扶助制度(aide sociale)に分けられる。

社会保険制度は、保険料によって賄われる制度であり、疾病保険、老齢保険及び家族手当に分かれている。さらに、社会保険制度は職域に応じて多数に分立し複雑な制度となっているが、その中で加入者数が多く、代表的な制度は、民間の給与所得者を対象とする一般制度である。制度の分立に伴う制度間の人口構成上の不均衡を是正するため、75年以来、疾病保険、老齢保険及び家族手当について全制度を通じた財政調整が実施されている。社会保険の適用については、戦後、制度の一般化という形で適用の拡大が図られてきたが、さらに疾病保険に関しては、フランスに常住するフランス人及び外国人を対象とする住民皆保険法が、99年7月に公布され、2000年1月1日から実施された。

他方、社会扶助制度は、社会保険制度の給付を受けない障害者、高齢者、児童などの救済を目的とする補足的制度であり、医療扶助、高齢者扶助、障害者扶助、家族・児童扶助などにより構成されている。社会扶助は租税を財源としているため、給付を受けるには一定額以下の所得が条件となる。

表1-5-6 フランスの社会保障制度の概要

表1-5-6 フランスの社会保障制度の概要

| | 一般制度 | 特別制度 | 非被用者制度 | 農業制度 | 任意的制度 |
|---------------|---|--|---|--|------------------------------|
| 保険料徴収 | 社会保障機関中央機構(ACOSS) | 特別の制度なし | | | |
| 家族手当 | 家族手当全国金庫(CNAF) | 家族手当全国金庫または使用者(ex. 国) | 家族手当全国金庫(CNAF) | 農業共済組合(MSA) | |
| 障害者手当 在宅手当 | | | | | |
| 疾病保険 | 被用者疾病保険全国金庫(CNAMTS) | 公務員、地方公共団体職員、フランス電力公社等一般制度に結びつけられている制度 | 疾病、出産：農業以外の非被用者疾病保険全国金庫(CANAM) 障害：商工業全国自営業調整金庫(ORGANIC) 職人老齢保険調整全国自治金庫(CANCAVA) 自由業老齢保険全国金庫(CNAVPL) 弁護士全国金庫(CNBF) | 農業共済組合(MSA) (または農業経営者のための共済組合または保険会社) | 共済組合 互助金庫 保険会社 個人保険 |
| 労働災害 職業病 | | | | | |
| 老齢保険 | 被用者老齢保険全国金庫(CNAVTS) 補足的退職年金制度組合(ARRCO) | 公務員、地方公共団体職員、フランス電力公社、鉱業、船員、国鉄、パリ市交通公社等の特別制度 | 商工業全国自営業調整金庫(ORGANIC) 職人老齢保険調整全国自治金庫(CANCAVA) 自由業老齢保険全国金庫(CNAVPL) 弁護士全国金庫(CNBF) | 農業共済組合(MSA) | 各種補足的制度 |

資料出所：「社会保障・社会保障財政協会」

イ 疾病保険制度

保険給付は償還払いが基本だが、入院等の場合には直接、医療機関に支払われる。償還率は医療行為により異なるが、外来の場合は70%(通常の医薬品は65%)が原則である。

医療費の抑制を図るため、総枠予算制の導入(84年)、償還率の引下げなどが行われてきた。

ロ 老齢(年金)保険制度

一般制度の場合、満額年金であれば、その水準は従前賃金のうち最も高い17年間(2000年現在。2008年までに25年に引上げ)の平均賃金の50%となっているが、拠出上限額の50%が上限である。これに補足年金を加えると、従前賃金の5~8割の水準になる。なお、年金の支給開始年齢は、かつては65歳だったものが83年に60歳に引き下げられたが、満額年金を受給するためには、拠出期間が157四半期(2000年現在。毎年1四半期加算され2003年以降は160四半期となる)に達しているという条件を満たしている必要が

ある。

ハ 公衆衛生施策

公衆衛生行政は中央集権的な仕組みであり、中央では、保健活動、病院、医薬品の3部門を管理する保健省が、伝染病予防、妊婦、幼児、医療の分野で地方の地域保健局や県の医療部局を指導している。また、各地方公共団体には公立の医療機関のほか、医科及び歯科が併設された保健センターが多数あり、高齢者向けの長期介護施設や日帰り介護施設の設置、在宅サービスの調整を行っているところもある。

二 公的扶助制度

フランスにおいては、数多くの困窮者救済策が国民連帯の思想に基づき発展してきた。社会的ミニマムと呼ばれる最低生活保障は8種あり320万人が受給しているが、なかでも重要なのは最低社会復帰扶助(RMI)、連帯老齢年金及び連帯失業手当(ASS)であり、いずれも財源は国庫負担である。なお、社会扶助の原則として、受給者の死後相続額が一定額(例えば、連帯老齢年金については25万フラン)を超える場合には、給付額の回収が行われる。

(イ) 最低社会復帰扶助(RMI)

88年に創設され、25歳以上65歳未満のフランス常住者で生活に困窮しかつ就業努力を行っている者(職業安定所への登録、就業努力の証明が必要)が対象である。約100万人が受給しており、家族手当金庫が運営している。支給額は2000年1月1日現在、単身者2,608.50フラン/月、夫婦3,912.75フラン/月である。子ども等扶養家族がある場合は、その人数に応じて割増がつく。収入がある場合にはそれに応じてRMIが減額される。

(ロ) 連帯老齢年金(Minimum Vieillesse)

連帯老齢年金は1956年に創設され、65歳以上で年収が一定の額に達しないフランス常住者の生活困窮者を対象とする非拠出年金である。年収がある場合にはその分、受給額は差し引かれる。93年までは全国連帯基金、94年からは老齢連帯基金により運営される。80万人程度が給付を受けており、年金制度の普及拡充とともに受給者数は減少の傾向にある。年収限度額は2001年1月現在で、単身44,914フラン、夫婦78,670フランであり、給付月額は最高で単身3,654.5フラン、夫婦6,555.83フランである。

(ハ) 連帯失業手当(ASS)

連帯失業手当は84年に創設され、過去10年間のうち少なくとも5年間就業していた者で失業手当の受給期間が切れた者を対象とし、約50万人が受給している。失業保険協会(ASSEDIC)が運営している。家族手当給付を含まない収入上限月額は単身6,013.7フラン、夫婦12,027.4フランで、給付月額は単身3,436.4フラン、夫婦9,450.1フランであり、給付期間は6ヶ月である。収入上限を超える場合には減額措置が定められている。

ホ 高齢者保健福祉施策

(イ) 高齢者介護手当法の概要

世界最高水準の平均余命を有するフランスにおいては高齢化が急速に進行しつつあり、85歳以上人口は98年で100万人、2020年で210万人、2050年には450万人に達する見込みである。他方、97年に成立した高齢者介護手当法は、要介護人口を700,000人と想定して創設されたものの、2000年度までに手当を申

請、受給したのは100,000人とどまっていた。2001年2月現在、高齢者及び家族が申請を控えている状況を改善するための改正法案の提出が予定されているところであるが、現行の高齢者介護手当法の概要は以下のとおりである。

1) 受益者の資格要件

社会扶助の一環として60歳以上のフランス人住民(一定条件下での外国人住民を含む)で6段階に分けた介護認定表に基づき1~3までの重症者については、規定水準の収入の限度内(1人の場合月収6,386.66フラン、夫婦10,644.41フラン)であれば、申請に基づき、介護料が支給される。

限度額以上の収入のある者についても超過状況に従い、不足分が支給される。在宅介護も施設介護も対象となる。

2) 介護を要する状態の判定

医師とソーシャル・ワーカーからなる審査チームが全国的に統一された評価項目と評価基準に基づき行う。

3) 支給額

対象者の介護の必要度や在宅介護か施設介護かにより異なるが、具体的な支給額は上記審査チームが判定する。納付額は県により若干異なる。最高支給額は、各県で決定できるが、最低支給額は障害者介護制度上の手当と関連づけて設定されており、5,881.24フラン/月(2000年度)を下回ってはならないこととなっている。支払いは在宅介護の場合、本人が雇い主ならば本人に対して介護報酬経費として支払われるが、必要な場合には、在宅介護サービスの提供者に対して直接介護料として支払われる。施設内にいる場合は施設に対し支払われる。この給付は、家事手伝いサービス、障害者介護制度上の手当などの他の給付制度と併せて受給できない。

4) 支払い者

県。申請先は住んでいる県の県議会議長。

5) 本件給付により雇うことができる介護サービス提供者

配偶者、同棲者は対象から除く。

6) 介護サービスの検査

年に少なくとも1回、審査チームのメンバーが受益者を訪問し、介護が適切に行われているか否か検査する。適切性を欠く場合には、サービス提供者の交代等解決策を県議会議長名で提案する。

7) 従来の高齢者扶助制度と比較しての特色

これまでの高齢者扶助はどちらかというと低所得者や金銭的に困難な人に対する金銭給付が主たる目的であった。しかし、高齢者は、実際に介護という手助けが必要なのであり、金銭給付では解決しない場合が多い。実際、金銭を支給しても使われていない場合も多い。したがって高齢者介護手当法では金銭給付の額は定めているが、実際には介護サービスを当該高齢者に提供することが主たる目的である。この法律は数県において2年間、試験的に実施した経験を基に制定された。

8) 本制度の問題点

県により給付額やサービス内容に格差があり、公平を欠くとの批判が出ている。

また、受益者の死後、遺産から介護経費の回収がある程度行われる。このため、子どもに資産を残すために、本件制度の適用を受ける資格がありながら利用しない高齢者もかなりいるともいわれている。

(ロ) その他の高齢者向け社会扶助制度

各年金金庫、県及び市町村では、家事援助サービスを中心として、食事宅配サービスやデイケアセンター、リハビリ老人クラブ、高齢者移送サービス等のサービスを行っているが、それぞれが独自に行っているため、県、地域により格差がある。なお、これらのサービスは高齢者介護手当の対象とならない高齢者を対象とする。

(ハ) 障害者介護制度の準用

高齢者介護手当法ができるまで一時期、障害者介護制度を介護を要する高齢者に準用していたが、同法の実施後は、障害者介護制度は原則60歳未満の者にのみ適用されるようになった。

へ 児童福祉施策

いわゆる社会保障制度の枠内で家族給付が多岐にわたって制度化されている。大きく分けると、社会保障制度の一つとしての家族・出産保険(家族手当公庫(CNAF)の所轄)と同保険に加入していない者又は適用されない貧困者を対象とする社会扶助制度とがある。

家族・出産保険における現金給付の中で最も重要な位置を占めるのが家族手当(les allocation familiales)である。家族手当は2人以上の子どもを扶養するすべての世帯に支給される(子ども2人699.49フラン/月、3人1,594.99フラン/月、11歳から16歳までの子どもについては197.01フラン/月の加算、16歳以上の子どもについては349.25フラン/月の加算、新学期手当1600フラン/人(2001年1月現在))。所得要件はない。

また、労働法典により、第1子及び第2子については、出産予定日前6週間及び出産後の10週間の計16週間、第3子以降は出産予定日前8週間及び出産後18週間の計26週間(双生児等に関する特例あり)の出産休暇が規定されているほか、父親の出産休暇も認められている。なお出産(産前検診を含む)は疾病保険の全額負担である。

保育サービスとしては、3歳児未満の子どものための託児所、6歳未満の子どものための保育所などのサービスがある。特に保育所については、女性就業率が80%を超える社会を反映し、小型保育所、親が組織する共同保育所、家庭的保育(保育ママ)等地方自治体立(保育費無料)、非営利団体、私立(共に補助金あり)を問わず多様な形態が認められている。

ト 財源

基本的には社会保障制度は保険料で運営するのが原則であり、保険料負担は労使で分担するが、使用者負担の割合が非常に大きい(下表参照)、以前は国庫負担は赤字補填に限定されていたが、91年度から実施された一般社会拠出金(CSG)をきっかけに社会保障の国庫負担は増大した。CSGは、当初、RMIを始めとする福祉支出を目的として創設されたが、その後給与所得のみならず資産所得を賦課対象とするようになり、その拠出率は91年1.1%であったものが98年には7.5%となっている。96年度からは社会保障の累積赤字(特に疾病保険部門)返済を目的とした13年間限定の社会保障負債返済拠出金(CRDS)0.5%が加わった。これら拠出金は共に免税対象者(最低賃金の1.3倍までの所得の者)、年金生活者にも課税されるのが

表1-5-7 フランスの社会保障における保険料の負担割合

表 1 - 5 - 7 フランスの社会保障における保険料の負担割合

| 社会 保 障 負 担 | 使 用 者 負 担 | 被 用 者 負 担 | 拠 出 算 定 基 準 |
|-----------------------|---------------|-----------|----------------|
| 疾 病 出 産 保 険 | 12.8% | 0.75% | 給 与 全 額 |
| 家 族 手 当 | 5.4% | な し | 給 与 全 額 |
| 労 災 保 険 | 事 業 所 毎 変 動 率 | な し | 給 与 全 額 |
| 寡 婦 保 険 | な し | 0.1% | 給 与 全 額 |
| 老 齡 保 険 | 8.2%+1.6% | 6.55% | 上 限 年 176,400F |
| 住 宅 手 当 金 庫 へ の 拠 出 金 | 0.5% | な し | 給 与 全 額 |
| 失 業 保 険 | 3.97% | 2.21% | 上 限 年 176,400F |

(2000年12月31日現在)

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

4 フランス

(2) 社会保障制度の課題

フランスにおいては、98年から経済が上向きに転じ、年成長率3%を超え、雇用状況も劇的に改善(1998-2000年で約100万人の雇用が創出され、失業率も97年6月に12.6%であったのが、2000年6月には失業率9.6%、2001年1月には9%まで改善)しており、社会保障負担歳入が向上し、税金(CSG、CRDSを含む)も増大し、その結果、社会保障の財政赤字が解消されつつある。反面、高成長の果実を給与に反映させることを要求する各医療職種の賃上げ要求が激化している。

年金制度については、ベビーブーム世代が21世紀初めに年金を受給し始めることから、世代間連帯に最もかなった賦課方式を維持しつつ、どのように改革を行うかが課題となっている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

5 スウェーデン

人口:886万人、国土面積:450千km²、高齢化率:17.3%、合計特殊出生率:1.50、1クローナ=約13円

※ 人口は2000年末、高齢化率は99年末、合計特殊出生率は99年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

5 スウェーデン

(1) 社会保障制度の概要

スウェーデンは、公的部門を中心とした普遍主義的な社会保障制度が早くから発達しており、所得保障としては、年金、児童手当、傷病手当等が国の事業として実施されている。保健・医療サービスは、ランスタング(保健・医療サービスの供給を主な任務としている広域自治体)等が供給主体となっている。社会サービスは、コミューン(日本の市町村に相当する基礎的自治体)によって担われており、高齢者サービス、障害者サービス等が実施されている。

国レベルでは、法律・政策案の準備等は社会省が担当しているが、実際の行政執行は、規則制定を含め、保健福祉庁等独立性の高い多数の中央行政庁が担当している。

なお、2001年から施行の新社会保障法により、社会保障受給権が、スウェーデンでの居住を基に発生する権利と勤労を基に発生する権利に整理された。

イ 年金制度

年金には、公的年金のほか、協約年金(使用者団体と労働組合との協約に基づく年金であり、大多数の労働者が加入。)及び民間の個人年金がある。

公的高齢年金は、98年7月の法改正により、99年1月から支給年齢を61歳以上で個人の選択に委ね、給付額を生涯所得に基づく社会保険料拠出立てとし、制度の長期的安定化、負担と給付の関係等を図る新年金制度が発足した。なお、年金額が一定額に満たない者には、国の一般財源から保障年金が支給される。掛け金の一部については、登録を受けた民間基金等の中から個人で自由に運用先を選べる仕組みとなっており、2000年に最初の運用ファンド選択が行われた。

また、公的年金制度改革の一環として、2000年には遺族年金制度の改正等が行われた(2003年から施行)。

ロ 医療保険制度

公的な医療保険としては、負傷、疾病により失った所得の一定割合(80%)を保障する傷病保険制度が社会保険庁(中央行政庁の一つ)により運営されている。98年から、障害年金も傷病保険により財源措置されている。保険料は全額使用者負担で、不足分は国の一般財源で補填されている。

ハ 公衆衛生施策

健康増進、疾病予防については国立公衆衛生機構等が、感染症対策等については、保健福祉庁、国立感染症予防機構等の中央行政庁が国レベルの公衆衛生の増進に努めているほか、地域住民の健康水準に関し全般的な責任を持つランスタング等が、地区保健センター、児童保健センター等を通じ、健康リス

クの調査、保健指導等を行っている。また、スウェーデンは小売り段階の国有企業による一定度数以上の酒の専売制等厳格なアルコール政策を採っているところ、2000年国際協力と地域での取組みの強化を目的とした「アルコールの悪影響防止のための国行動計画」が国会で承認された。

医療サービスは、主としてランスティング等が直接提供しており、財政面でもランスティングの経費は、ランスティング自身の税で68.7%(98年)まかなわれている。医療サービスの自己負担額は、ランスティング毎に定められているが、上限は国が定めており、一般診療の自己負担額は、初診からの12ヶ月において900クローナ、外来薬剤費については最高1,800クローナとなっている。

医療供給体制に関しては、90年代、財政状況の悪化、エーデル改革、医療技術の進歩等の要因により、ランスティングの病床数は88年の104,145床から99年は32,755床へ、ランスティングの保健医療従事者も85年の411,141人から99年の259,519人へ減少している。また、2000年には、プライマリーケア強化等を目的とした「保健医療の発展のための国行動計画」が国会で承認されるとともに、「営利を目的とした救急病院の禁止」法案も時限法として成立した。

ニ 公的扶助制度

生活保護を含む社会サービスは、社会サービス法に基づき、コミューンが全責任を負うこととされており、経費も全額コミューンの負担となっている。生活保護手当は、決定に対し異議申立て可能な生計手当とそれ以外の経済的援助に分けられ、さらに生計手当は、政府が公的価格調査に基づき政令で決定する部分とコミューンが妥当な水準を設定する部分とに分けられている。なお、99年からホームレスに対する支援事業が試行的に国庫補助されている。

ホ 高齢者保健福祉施策

高齢者に対しては、コミューンが、社会サービス法に基づき、ホームヘルプサービス等の在宅介護、サービスハウス、グループホーム、ナーシングホーム等の「特別の住居」の提供等を行っており、92年のエーデル改革に伴う奨励補助金により、特別の住居は質量ともに改善され、いわゆる「個室」は9割、専用トイレがある「部屋」も8割を超えており、65歳以上高齢者の8.2%、80歳以上高齢者の19.5%が通常の住居でのホームヘルプサービスを、65歳以上高齢者の7.6%、80歳以上高齢者の20.3%が「特別の住居」の提供を受けている(いずれも99年)。提供主体は基本的にはコミューンであり、企業、財団、組合等への民間委託は9.4%(99年)となっている。財源は、コミューンが一定の利用料を徴収の上負担しているが、2001年1月には社会保険庁長官が社会保険方式を提案して議論を呼んでいる。

ヘ 障害者保健福祉施策

90年代には、高齢者施策に係るエーデル改革(92年)のほかに、94年に障害施策改革、95年に精神障害施策改革(いわゆるサイコエーデル)の二大改革が実施された。

障害施策改革では、段階的にランスティングからコミューンにサービス提供責任が移管されるとともに、重度障害者に対する専属補助者の措置、リハビリ強化のための奨励的補助、障害者オンブズマンの設置等が図られた。

精神障害施策改革では、医学的に治療済となった精神障害者の処遇責任がランスティングからコミューンに移管されるとともに、グループホーム設置のための奨励的補助等が図られた。

さらに、2000年には、2010年までに店舗、レストラン等全ての公共的空間・輸送機関のバリアフリー化等を目指す「障害者政策に係る国行動計画」が国会で承認されるとともに、65歳を過ぎても専属補助者を雇用することが可能となるよう「特定機能障害者に対する援助・サービス法」が改正された。

ト 児童福祉施策

スウェーデンの女性の労働力率は、75.5%(2000年:16~64歳)と男性と遜色なく、7歳以下の子どもを持つ女性の労働力率は72.8%(99年)となっている。このような夫婦共働きを支えるため、育児休業中の所得保障として社会保険庁から最長450日まで両親手当を支給するほか(財源:両親保険料)、コミューンが1歳から12歳までの子どもに対し種々の保育サービスを供給している。財源はコミューンが負担しており、自己負担額の割合はコストの18%となっている(99年)。基本的にはコミューンが直接提供しているが、民間委託も14.8%と進んでいる。なお、民間委託のうち45%が親によって設立された組合運営となっている(99年:児童数ベース)。

財政健全化を受け、2000年、2001年と児童手当(財源:国一般財源)が引き上げられたほか、2001年7月からの失業者の子どもへの保育サービスの提供、2002年からコミューン毎で独自に設定されている保育料に全国一律の上限を設定する措置が提案されている。

さらに、2002年からの両親保険における「パパの月」、「ママの月」の1ヶ月延長等も検討されている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第1節 主要先進国

5 スウェーデン

(2) 社会保障制度の課題

スウェーデンは、90年代の不況と財政赤字を克服した結果、財政再建の果実を減税、社会保障の充実に充てることが可能となっている。社会保障システムは、90年代様々な変容を遂げたものの、個人の生涯におけるリスクを社会主導で再配分するシステムは維持されており、租税・社会保険料負担率は、52.6%(2000年見込み)とOECD諸国最高水準となっている(ただし、社会保険給付が原則課税対象である影響を除外すれば、47.8%程度)。現社民党政権は、社会的公正・連帯を重視しているものの、引き続きそのあり方について議論がされている。

社会保険については、EU議長国(2000年前半)として女性の就労を容易にする両親保険等の家族政策、支給開始年齢が個人の選択自由でかつ安定的な年金制度をアピールしているほか、「就労優先」の観点から障害年金等の改革を検討している。

社会サービス、医療等、地方自治体が担っている分野については民間委託を推進する大都市部の保守系地方自治体と国レベルの社民党政権の間で対立が続いている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

1 韓国

人口:4,728万人、国土面積:99千km²、高齢化率:7.1%、合計特殊出生率:1.42、100ウォン=約9円

※ 人口及び高齢化率は2000年、合計特殊出生率は99年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

1 韓国

(1) 社会保障制度の概要と最近の動向

イ 社会保障制度全般

韓国の社会保障制度は、社会保険、公的扶助、社会福祉サービスで構成されている。社会保険には国民年金、健康保険(医療保険)、雇用保険、産業災害補償保険(労災保険)の4種類が、公的扶助には国民基礎生活保障(旧生活保護)事業、災害救護事業、報勲事業が、社会福祉サービスには児童福祉、老人福祉、障害者福祉、女性福祉、浮浪者福祉の5種類の主要事業のほか、社会福祉相談、職業補導、無料宿泊、地域社会福祉、在宅福祉、医療福祉、社会福利館の運営、精神疾患患者及びハンセン病完治者の社会復帰と福祉施設の運営及び支援等がある。また、社会保障制度は、公衆衛生、環境政策、雇用政策、住宅政策、教育政策などと密接な関連があり、相互の緊密な連携が必要となっている。

ロ 年金制度

公的年金制度は、1960年の公務員年金を皮切りに、軍人年金が68年、私立学校教職員年金が75年に導入されたが、これらの制度は公務員・軍人・私立学校教職員に適用される特殊職域年金であり、一般国民には適用されなかった(全国民の2.4%)。

こうした中、88年1月に、一般国民を加入対象とする国民年金制度が施行され、本格的な公的年金の時代を迎えることとなった。18歳以上60歳未満の国民を加入対象とする国民年金制度は、当初10人以上事業場労働者を当然適用対象として実施した後、92年1月から5人以上事業場に、95年7月から農漁民及び郡地域居住者に拡大適用し、99年4月からは都市地域居住者(自営業者・1人以上事業場労働者)にまで拡大し、国民皆年金を達成した。2000年7月現在、事業場加入者は545万7千名、農漁村加入者は213万2千名、都市加入者は874万7千名、任意(継続)加入者は25万名であり、基金積立金は55兆ウォンを超えている。

国民年金の老齢年金は、加入期間及び受給年齢により、完全老齢年金と減額老齢年金、在職者老齢年金、早期老齢年金及び特例老齢年金に区分される。

近年には、年金財政の長期的安定を期するための制度改善を図った。給付水準を40年加入時で所得月額の70%水準から60%水準に引き下げ、受給年齢を2033年には65歳に延長するとともに、財政計算制度による財政収支の均衡を維持できる制度的措置を整えた。この他にも、老齢年金を受給するための最少加入期間を15年以上から10年以上に緩和し、年金保険料中の退職金転換金を廃止した。また、年金保険料を労使がそれぞれ4.5%ずつ納付するようにするとともに、事業場加入者の滞納年金保険料に対する加入期間を一部認定することとした。

なお、韓国では、労働基準法上、企業が退職金を支払う義務を有しているが、それ以外の企業年金等の私的年金制度は確立していない。

ハ 健康保険(医療保険)制度

医療保険制度は1977年7月に導入されたが、当初は500人以上の事業場労働者のみに適用された。その後、医療保険適用対象を段階的に拡大し、88年1月に農漁村(郡部)地域、89年7月に都市地域及び5人以上事業場に適用拡大し、国民皆保険を達成した。

その後、98年10月には、保険料負担の均衡性及び管理運営の効率性を高めるため、別の枠組みであった地域組合と公務員・私立学校教職員医療保険管理公団を統合して国民医療保険管理公団を設立し、さらに2000年7月には、国民医療保険管理公団と各職場組合を統合して国民健康保険公団を設立し、新たな国民健康保険制度をスタートさせた。

財源は、被保険者の保険料、使用者の負担金(職域保険の場合は労使折半)、政府の補助金により調達されている。

保険給付は現物給付を原則としており、給付の種類は、被保険者及び被扶養者の疾病、負傷等の保険事故に対し給付を行う療養給付、療養費、分娩給付、分娩費等の法定給付と、葬祭費、分娩手当、本人負担金補償金等保険者の財政状態により弾力的に運営する付加給付がある。また、診療費の一部(入院費の20%、病院等級により外来診療費の30~55%)は本人が負担するようにしている。

保険制度の充実化、保険財政の安定化のため、短期的には保険料の適正水準への引き上げ、徴収率の向上、診療報酬・薬価基準等の調整等が、中長期的には診療費支払制度の改編、2000年7月から施行された医薬分業の徹底、国庫負担の適正化方策の検討等が課題となっており、こうした問題の解決のための対策を推進している。

こうした中、人口の高齢化等による受診率の上昇、給付対象の拡大、診療報酬の数次に渡る引き上げ、医薬分業による薬剤費負担の増加等により、1995年末には4兆1,200億ウォンあった保険積立金は、2000年末には9200億ウォンまで減少し、2001年末には3兆ウォンの赤字に転じることが見込まれており、財政の早急な再建策が緊急の課題となっている。

ニ 公衆衛生及び保健医療サービス

公共保健医療については、大別すると、政策部署である行政組織と、病院・保健所等の保健医療サービス提供組織とで実施されている。

行政組織においては、保健福祉部等の中央政府組織と、道・市・郡・区といった地方自治体の関連部署を中心として、公共保健医療部門の企画・調整等の行政的業務を行っている。特に、保健福祉部のような中央組織では、保健医療政策の企画・立案と、地方自治体に対する支援・指導業務を担当しており、地方自治体では、地域内の保健医療政策の企画・管理と各保健機関に対する調整・支援等を行っている。

1960年代以降、公共保健医療サービスは、結核事業やハンセン病患者対策のような伝染病管理事業と、家族計画事業といった人口政策が中心であった。最近では、高齢者人口の増加と慢性退行性疾患の増加等により、高齢者に対する保健事業、精神保健事業、訪問保健事業、各種健康教育といった新しい保健事業も推進している。

また、保健所では一般行政部門に属する保健医療行政も担当しており、医療機関の指導業務・大麻管理・医薬品管理・地域内の保健医療関連施設の管理、公衆衛生及び食品衛生管理等の業務を行っている。

99年現在、保健所・保健支所・保健診療所といった地域保健医療機関は3,422か所、病院・医院(韓方

病・医院を含む)等の医療機関は34,588か所ある。

ホ 公的扶助制度

公的扶助の基本法令の制定沿革を見ると、1961年に生活保護法、62年に災害救護法、79年に医療保護法が制定され、憲法第34条に規定する生存権の保障の理念に基づき、国家の公的責任(いわゆる税方式)による支援を実施してきた。

2000年10月からは、従来の生活保護法に代わる国民基礎生活保障法が施行され、これまでの支援対象要件となっていた年齢要件、就業要件を廃止し、最低限の生計を維持できない全ての低所得世帯に生計費等を支給するとともに、生計費に含まれて支給されていた住居給付を分離・新設し、賃貸料・維持修繕費を補助することで、低所得層の住居実態をより正確に反映することができるようにした。また、勤労能力のある者に対しては、従来は生計費を除く教育・医療費等のみ受給できたが、新しい制度では、職業訓練に参加することで生計費を受給できるような勤労誘因措置を設け、自立自活を促進することとし、福祉と雇用の連携による生産的な福祉の実現を図ることとした。さらに、社会福祉専門要員が受給者の勤労能力・世帯与件・自立欲求等を勘案、世帯別に自立支援計画を立て、自立に必要なサービスを体系的に支援するようにした。

これにより、生計費の支給対象者は、従来の50万人から150万人と3倍に増加し、1人当たりの支給額も18.8万ウォンから20.5万ウォンに増加した。

2003年からは、対象選定の際の基準(所得基準と財産基準)を一元化し、財産を所得に換算し合算することで、住宅等の基本財産があるために支援を受けられなかった低所得者・失業者も支援を受けやすくなる予定である。

へ 高齢者保健福祉施策

2000年現在、65歳以上の高齢者人口は全体の人口の7.1%である337万人となり、高齢化社会を迎えることとなった。人口の高齢化は今後急速に進み、2022年には高齢者人口が14%を超え、高齢社会になるものと見通している。また、経済活動人口(労働力人口)に対する高齢者人口の比率である高齢者扶養比率は、2000年現在10%であるが、2030年には30%に上昇し、生産年齢人口3、4人で1人の高齢者を扶養しなければならなくなるものとみている。

韓国の高齢者保健福祉政策は、高齢者福祉施設の拡充及び充実化、老齢・敬老年金制度の実施、老人健康増進、在宅老人福祉サービス事業、老人の社会参加拡大及び余暇利用事業、敬老孝親思想の拡大及び敬老優待事業等に区分される。

99年末現在の老人福祉施設(養老・療養施設)は229か所であり、12,751名が利用し、敬老堂(老人専用の休憩・娯楽施設)38,452か所を130万人が利用している。

老後の所得保障支援については、98年7月から、年金を受けないことができない低所得老人の所得保障のために、保険料納付義務のない「敬老年金制度」を導入し、65歳以上の生活保護高齢者及び低所得高齢者71.5万人に月3～5万ウォンを支給している。また、老人就業あつ旋センター70か所の運営を支援するとともに、高齢者に相応しい職種を44種から77種に拡大して高齢者の雇用促進、所得保障を支援している。さらに、高齢者に対する働く場の提供を活性化するため、老人共同作業場を拡大しており、99年末現在で510か所を運営している。

高齢者保健については、老人性疾患の予防、痴呆・重症疾患老人に対する支援、在宅老人に対する保健福祉サービスの提供、保健医療と福祉サービスの連携等を主要課題として推進中である。老人性疾患の予防、早期発見のために、83年から生活保護対象老人を対象とした無料の健康診断を実施しており、健康診断項目を徐々に拡大し、糖尿病、白内障等老人性疾患の検査項目を追加するとともに、血液検査、X線検査の他にも癌検査等老人が希望する老人性特殊疾患検査を選択できるようにしている。痴呆老人に対する対策としては、「痴呆老人10か年計画」(1996～2005年)を樹立し推進中であり、99年末現在、痴呆専門療養施設21か所を運営し、2003年までに60か所に拡大する計画である。また、痴呆専門療養病院

も11か所を運営中であり、2001年までに市・道別に1か所ずつ拡充する計画である。さらに、家庭内保護老人に看病及び入浴等の生活サービスを提供する家庭奉仕員派遣センターを78か所、昼間や短期間入所させ食事や入浴等の世話をする昼間保護施設(Day-Care Center)42か所及び短期保護施設(Short-Stay Center)21か所を運営しており、2003年までにはこのような施設を全ての市・郡・区に1か所ずつ設置する予定である。

ト 障害者保健福祉施策

韓国の障害者数は、全人口の約3%である145万人と推定されており、このうち障害者福祉法により登録した障害者数は、2000年末現在で約102万名である。登録率は年々上昇傾向にあり、90年は26%であったものが2000年には71%となった。

2000年には、従来は肢体・視覚・聴覚・言語・精神遅滞等といった外形的・機能的障害に限られてきた障害の範囲に、心臓・腎臓・精神・発達障害を追加し、今後もその範囲を段階的に拡大する計画である。

韓国の障害者保健福祉施策は、1997年12月に策定された「障害者福祉発展5か年計画(1998~2002年)」により、障害者の完全な社会参加と平等を保障することを基本目標に、障害者の福祉・雇用・教育等について総合的に解決するよう推進している。

まず、障害発生予防のため、先天性代謝異常検査の無料実施、低所得者層の先天性異常時に対する支援を行うとともに、障害者についての社会認識を改善するため、96年から始められた「障害者がまず最初に」運動を展開するなど、各種広報を実施している。

障害者の所得保障と生活安定支援、負担軽減策としては、障害手当(月4万5千ウォン)の支給や、低所得障害者世帯の中・高生の入学金と授業料、自活保護対象障害者が一般診療機関で診療する際の医療費等を支援するとともに、低所得障害者の自立資金(12億ウォン限度)の貸与等を行っている。また、障害者車両の特別消費税の免税範囲を、1~3級障害者が購入する1,500cc車両から1~3級障害者のすべての車両に拡大するとともに、自動車と関連する登録税、所得税、自動車税の免税範囲も拡大し、障害者と関連する贈与税、所得税、関税等に対する減免範囲を拡大するなど、税制減免等を通じた経済的負担の軽減策を実施している。さらに、生活保護対象障害者に対しては、視覚障害者用音声機械、聴覚・言語障害者用文字電話機等のリハビリ補助器具を無料で交付し、義肢・補助器の医療保険(保護)給付を行っている。

障害者の福祉施設については、生活施設195か所、地域リハビリ施設184か所、職業リハビリ施設163か所を運営し、障害者に必要な相談・治療・教育・訓練及び療養等を行うとともに、障害者福祉施設発展委員会を構成・運営し、施設運営の透明性・専門性・効率性・民主性の確保とサービスの質向上を図っている。また、97年に制定された「障害者・老人・妊産婦等の便宜増進保障に関する法律」に基づき、公共施設等において、障害者のための駐車場、エレベーター、車椅子用通路等の便宜設備の設置を促進している。

リハビリ支援としては、国立リハビリ院における医療リハビリの実施、専門医、作業療法士等の専門人材の育成、授産施設(保護作業場)の設置・運営、職業リハビリ施設における訓練の実施及び障害者生產品の発注指定制度の実施などを推進している。また、2001年から、従来の障害者雇用促進法を障害者雇用促進及び職業リハビリ法に全面改正し、職業リハビリと職業訓練・あっ旋の有機的な連携を図ることで、一層の障害者の雇用促進を図ることとした。

チ 児童福祉施策

1960年代以降、核家族化と家族計画事業の成功的な推進により児童人口は減少を続け、80年の児童人口は全体人口の41%である1,562人名であったものが、2000年には26%である1,238万人となり、2020年には21%である1,098万名にまで減少するものとみられる。

児童福祉に関する主要事業としては、要保護児童発生予防事業(児童相談事業、迷子探し総合センターの設置・運営)、家庭保護制度(国内養子縁組、父母の死亡等により生活が困難な18歳未満の者を一般家庭で

保護する家庭委託少年少女家長世帯保護)、施設保護制度(児童福祉施設、施設延長児童の自立支援)、結縁後援事業、児童愛護思想の涵養、児童保育事業がある。99年末現在で、児童相談所、乳幼児施設、児童一時保護施設等の児童福祉施設は271か所あり、約1万8千人が入所し保護されている。

99年末現在、約1万9千の保育施設で約64万人の嬰幼兒に保育サービスを提供しており、98年9月からは職場保育施設における認可制を申告制に転換するなど職場保育施設の設置を活性化した。また、農漁村地域の保育施設に人件費及び車両運営費を特別支援し、低所得層の嬰幼兒の保育料を支援している。

さらに、児童虐待予防及び安全保護対策として、99年12月に児童福祉法を改正し、児童虐待を知った者が児童保護機関に申告する児童虐待申告の義務化、緊急電話の設置、児童保護専門機関の設置及び児童安全教育の義務化等の措置を行っている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

1 韓国

(2) 社会保障制度の課題

イ 生産的福祉と国民基礎生活保障制度の推進

2000年代は、経済成長と国民所得の増加による生活様式の変化や生活水準の向上だけでなく、高齢化、個人主義化、価値観の変化等により福祉需要が増大し、福祉を権利として認識する傾向がより拡散するものとみられる。

国際化・情報化の進展により競争が加速化し、社会的に阻害された階層が量産され、貧富の格差が深刻になるとともに、貧困問題に対する国民の関心も絶対的貧困から相対的貧困に移行するものとみられる。また、個人と家族の社会保障的機能が弱まり、必然的に国と社会の福祉責任が増大するものとみられる。

したがって、このような社会変化に対応し、欧州福祉国家で発生した福祉病という前轍を踏まないために、「生産的福祉」という新しい福祉理念を掲げてきた。民主主義と市場経済、そして生産的福祉が調和し、全ての国民がともによりよい生活を送ることが最も重要な課題である。

このような理念の下、2000年に施行された国民基礎生活保障制度を着実に定着させ、低所得者層の生計保障と、勤労を通じた自活支援を推進していくことが重要である。

ロ 健康保険(医療保険)財政の安定化対策の推進

健康保険財政は、人口の高齢化等による受診率の上昇、給付対象の拡大、診療報酬の数次に渡る引き上げ、医薬分業による薬剤費負担の増加等により、1995年末には4兆1,200億ウォンあった保険積立金は、2000年末には9,200億ウォンまで減少し、2001年末には3兆ウォンの赤字に転じることが見込まれており、財政の早急な再建策が緊急の課題となっている。

短期的には、保険料の適正水準への引き上げ、徴収率の向上、一定所得以上の職場被扶養者の地域加入者への転換、国庫支援水準の適正化、過剰受診の防止、不当請求の抑制、診療費の診療報酬・薬価基準等の合理的な調整、管理運営費の削減等を推進しているところである。

また、中長期的には、診療費支払制度の改編、薬価取引価格の償還制度の見直し、医薬分業の定着、医薬品流通体系の改革、医療人材の適正水準維持を通じた受診率増加の抑制、国庫支援適正化のための制度改善、適正負担―適正給付についての国民的コンセンサスの形成等により、保険制度の改善を図っていくこととしている。

ハ 医薬分業の定着・推進

医薬分業については、当初2000年7月から導入する予定であったものが、医師会の数次に渡る導入反対のための医療スト(集団的診療拒否)が行われるなど混乱を極め、1か月の猶予期間を経てようやく同年8月から実施された。

しかし、導入後も医師会と薬剤師会等の関係者の間には依然として意見の対立も見られ、また、医薬分業の導入による診療報酬の引き上げに伴い健康保険財政が悪化するとともに、薬剤費負担が逆に増加し、保険料の引き上げも行われるなど、国民の理解も十分には得られていない。

このため、医薬分業の必要性和効果について国民に幅広く広報を行い、医師や薬剤師等の関係者を含め国民的な信頼・協力関係を構築するとともに、制度の評価・分析を継続的に行い、必要な措置を追加的に講ずることとしている。また、医薬品の適正な流通のための改革も併せて実施している。

二 国民皆年金時代の基盤整備

社会の高齢化が急速に進展する中、高齢者層が抱える最も困難な問題である「経済的問題」を解消するために、国民年金制度による所得保障は、ソーシャル・セーフティネットとしての意義が大きい。国民年金制度は1988年に始まり、国民皆年金となったのが99年と歴史が浅く、受給者は2000年現在では24万名と少ないが、2008年には244万名と現在の10倍になり、真の意味での国民皆年金の時代が間もなく到来するものとみている。

このため、高齢者層のみならず、全世代的な観点から適正な水準の給付がなされるようにし、制度の成熟を通じた老後の生活保障という国家百年の大計の観点から、現在の世代と未来の世代全ての制度として発展させなければならない。

今後は、世代間相互の公平負担を通じた国民年金財政の長期的安定化と、保険料と給付水準の調整はもちろん、年金基金の運用収益率を高め、その運用に加入者代表を数多く参加させることで、国民皆年金として成熟した制度に発展させる基盤を整備することとしている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

2 中国

人口:12億4,810万人、国土面積:9,571.3千km²、高齢化率:7.04%、合計特殊出生率:2.12、1元=約15円

※ 人口は98年、高齢化率は97年、合計特殊出生率は95年、為替相場(中値)は99年3月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

2 中国

(1) 社会保障制度の概要

イ 社会保障制度全体の概要

中国における社会保障制度は、51年に「労働保険条例」が制定され、国有企業労働者に対する老齢給付、医療給付等が制度化されたことにその起源を有する。その後、公務員、農村住民とその職業に応じて逐次制度化が図られており、現在でもその区分は基本的に維持されている。

中国の社会保障制度は文化大革命時代に破壊され、各企業が年金等を全額負担することとなり労働者福祉制度的な性格が強まったが、78年の共産党第11期三中全会において社会保障制度の再構築が指向されて以降、徐々に社会保障制度としての体系が整えられつつある。特に、93年の共産党第14期三中全会において社会保障制度改革が社会主義市場経済体制改革における重要な柱であると位置づけられて以降、年金、医療保険等の各制度において、改革が急速に進められているところである。

また、社会保障制度改革を推進するため、98年には、労働社会保障部が創設され、複数の部門にまたがっていた社会保障関係業務を一元的に実施、監督する体制が整備された。

近年、社会保障制度改革が急速に進められた背景には、人口の高齢化や医療費の増大への対応のほか、国有企業改革との関連が大きく、国有企業の福利厚生に係る負担を軽減するとともに、国有企業のリストラを進めるための社会安定機能として、社会保障制度が整備されたという面があり、99年の共産党第15期四中全会においても「社会保障体系の建設は国有企業の改革を順調に推進させるための条件である」と指摘されている。

2000年の全国社会保障工作会议においては、国有企業改革に伴う下高(レイオフ)労働者に対する基本生活費の保障と離退職者に対する年金の完全支給を「2つの確保」と位置づけ、その確保を最重課題として対策が進められている。また、同会議においては、「都市社会保障体系整備の施行に関する方案」に基づき遼寧省全省及びその他の省、自治区、直轄区の一部の都市において社会保障制度のモデル的な取組みを行うことが決定された。

また、2001年3月の全国人民代表大会において採択された第10次5カ年計画においても、社会保障制度の充実が柱のひとつとして位置づけられており、企業から独立した多様な資金源を持ち、管理・サービスが社会化された社会保障システムを形成するとしている。

ロ 年金制度

(イ) 企業労働者養老保険

企業労働者に関する養老保険制度については、従来、各企業の責任で年金給付を行うこととなっていたが、制度の改革が80年代から開始され、97年に国務院より「企業労働者基本養老保険制度確立に関する決定」が公布され、当該決定に基づき、全国統一的な基本養老保険制度の普及が進められているところである。この基本養老保険制度は、強制加入であり、日本の公的年金に相当するものであるが、これを補完するものとして、任意に補充養老保険(日本の企業年金に相当)、個人積立型養老保険(日本の民間養老保険に相当)を併用して実施することが政府により奨励されている。

基本養老保険制度の概要は次のとおり。

(a) 仕組み

基本養老保険は、加入者別の個人口座と社会的積立て(基金)を組み合わせた方式が採用されており、個人口座及び基金の管理運営は、各地方(省、地区、県又は市)ごとに設けられる社会保険基金により行うこととなっている。

(b) 保険料

各個人は本人保険料として個人口座に毎月前年度平均賃金額の11%を納付する。この額は当初は個人が4%、企業が7%を負担し、将来的にはその負担割合は個人8%、企業3%とする。また、各企業は企業保険料として賃金総額の一定割合(個人口座に納付する部分も含め賃金総額の20%以下とする)を基金に納付する。

また、旧制度での退職者集団への給付のために不足する積立金については新制度における積立金及び国家予算等により措置されている。

(c) 給付

給付は、保険料支払期間が15年を超える者について、毎月、地域の労働者の平均月収の20%を基礎年金として支給し、加えて個人口座に生涯にわたり積み立てられた累積額の百二十分の一に相当する額を支給する。支給開始年齢は、男性60歳、女性50～55歳とする。

(d) 現状

基本養老保険制度の実施状況は、99年末で、加入者総数9,502万人、受給者2,984万人、99年の全国の基本養老保険基金の総収入は1,965億元、総支出は1,925億元、基金の残高は734億元となっている。また、近年、養老年金の支給の社会化(企業を通じず、銀行、郵便局等を通じて年金を個人に直接支給すること)が進められており、支給の社会化率は92%に達している。

(ロ) 公務員養老保険

公務員に関する養老保険制度については、制度の試行を進めている一部の地域を除き、78年に制定された「安置老弱病残幹部に関する暫行方法」及び「工人退休、退職に関する暫行方法」等の従来制度に基づき実施されており、給付財源はすべて政府機関が負担し、個人の保険料負担はない。給付内容は、勤務期間等に応じ標準収入の60%～90%となっている。

(ハ) 農村社会養老保険

農村住民に関する養老保険制度については、経済基盤が脆弱であることからその整備が進まず、80年代半ばにおいて80万人程度の者が養老保険制度に加入している状況に過ぎず、社会救済制度としての五保制度が普及するにとどまっている状況であった。このため、91年に民政部より「農村社会養老保険基本方案」が公布され、現在、これに基づき全国で制度の試行が進められているところであり、99年の制度のカバー人口は8,025万人となっている。

ハ 医療保険制度

(イ) 労働医療保険制度

企業労働者に関する医療保険制度については、国有企業労働者に対しては51年の労働保険条例等に基づき、それ以外の労働者に対しては国有企業に準じる形で制度が任意に実施されていた。これらの制度は、当該国有企業等ごとに労働者及び退職者の保険集団を設け、自ら経営する又は契約する診療所や病院において医療保障を行うというものであった。

しかしながら、80年代において、改革開放経済の深化に伴う国有企業の経営不振、非国有企業部門の増大に加え、医療費の増大等の状況が生じたことから、90年代から本格的な制度の改革が進められている。

改革はまず複数の制度を各地で試行するという形で進められており、92年に鎮江市及び九江市の2市がモデル都市に指定されことに始まり、その後約40都市に拡大され、個人医療口座制度という新制度が試行された。この制度は、各人に個人口座を設け、個人と企業により積立てを行い、通常、当該口座より医療給付を行うが、併せて一定額を超えた場合の給付を賄う基金を社会的にプール化するというものである。このほか、高額医療費や退職者医療費について基金を設け、医療費の社会プール化を行う制度が各地で試行された。

こうした成果を踏まえ、98年12月に都市労働者医療保険制度改革会議が開催され、新たな全国統一的な制度として都市労働者基本医療保険制度を実施するという方針が示され、各地で当該制度の普及が進められているところであり、労働社会保障部の発表によると、2000年末で349地域のうち320地域で医療保険制度の改革法案が策定され、284地域で制度が開始され、制度のカバー人口は4,300万人以上に達しているということである。2000年の医療保険工作座談会においては、2001年末までに90%以上の地区市において同制度が実施され、カバー人口を8,000万人とするという目標が示されている。

この都市労働者基本医療保険制度は都市のあらゆる単位の労働者及び退職者を対象とするものであり、その主な内容は次のとおり。

(a) 仕組み

都市労働者基本医療保険制度は、加入者別の個人口座と社会的積立て(基金)を組み合わせた方式が採用されており、個人口座及び基金の管理運営の単位は、原則として地区以上の行政区(直轄市は市)により行い、それが困難な場合は県レベルでもよいとしている。

(b) 保険料

事業主は原則として賃金総額の6%を基金に納付(このうち30%は労働者の個人口座に繰入れる)、労働者は原則として賃金額の2%を個人口座に納付する。

(c) 給付

医療給付については、個人口座より行うが、医療費が各地域の平均賃金の10%を超える場合には平均賃

金の4倍を限度として基金より給付を行う。(この基金による医療給付の範囲については地域の実情に応じて変更可能としている。)ただし、基金から給付を行う場合には一定の患者負担を求める。

(ロ) 公費医療制度

公務員に関する医療保険制度は、「全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業体の国家職員の医療・予防実施に関する指示」(52年)及び「公費医療管理法」(89年)により実施されており、医療給付の内容についての一定の制限があるものの、保険料は徴収されておらず、政府により全額負担されている。ただし、都市労働者基本医療保険制度の実施に伴い、公費補助の下に公務員も当該制度に参加することとなった。

(ハ) 農村合作医療制度

農村部における医療保障制度は、79年に制定された「農村合作医療章程」に基づき、80年代以降その普及が進められているが、当該制度は、任意加入を原則とし、実施主体も給付内容もその地域の実情に応じて定めるという弾力的なものとなっている。給付水準は一般的に低く、現在、その普及率は10%~20%程度にとどまっている。

二 保健医療サービス

保健医療サービスの主な供給主体は、99年現在、病院1万6,678ヶ所、衛生院5万257ヶ所、診療所・医務室22万2,047ヶ所、衛生防疫センター3,627ヶ所、母子保健所・センター2,630ヶ所となっている。

病院の設置主体については、衛生部及び省、地区、県の各級政府の衛生部門によるものが、設置数で約5割、病床数で約7割を占めており、医療供給に占める公的部門の割合が高いことが特徴となっている。また、これまで国有企業等が直接労働者の医療保障を行う制度であった経緯から、国有企業等の経営する病院が全体の4割強を占めており、衛生部門に次ぐ供給主体となっている。病院及び衛生院の人口千人当たりの病床数は2.39床、平均入院日数(県級以上の病院)は14.8日となっている。

農村部の保健医療供給体制は都市部に比べて整備が遅れており、村衛生室等の一次的な医療供給ポイントが整備されているのは村全体の約9割にとどまっており、また、村衛生室の設備水準も最低限の保健サービスを確保する程度のもにとどまっている。このため、中国においては、農村部における保健医療水準の向上が大きな課題となっており、第10次5カ年計画においても、農村初級衛生保健サービス体系を健全ならしめ、農村衛生基礎施設の建設を強化することが目標とされている。

また、医療マンパワーの状況は、医師(中等医学教育修了者の医士を含む)が204.5万人であり、人口千人当たり1.67人となっている。医師(医生)についてはこれまで国家資格制度が整備されていなかったが、98年に医師法が制定され、99年に第1回の国家試験が実施された。また、農村では県級衛生行政部門の試験を受けて郷村医師資格証を取得した郷村医師が101万人おり、重要なマンパワーとなっている。また、看護婦については124.5万人、人口千人当たり1.02人となっている。

国民総医療費に関する公式の統計はないが、労働者医療費用で見ると、97年は773.3億元となっており、これは78年と比較すると28倍にあたり、年率19%の伸び率となる。また、医療費の内訳(衛生部門の総合病院の場合)については、外来医療費のうち60.0%、入院医療費のうち47.2%を薬剤費が占めており、薬剤比率が高いことが特徴となっている。

ホ 社会救済制度

高齢、虚弱、疾病、障害又は労働能力喪失等により基本的生活を維持できない者を救済する社会救済制度については、都市部と農村部で制度が大きく異なる。

都市部における社会救済については、改革経済の進展等に伴い、都市に貧困層が増加していることを背

景として、都市住民最低生活保障制度の整備が進められている。この都市住民最低生活保障制度は、93年に上海市で試験的に実施され、その成果を踏まえ96年に全国人民代表大会で当該制度を全国的に整備することが定められた。この制度は97年の国務院通知(「全国都市住民最低生活保障制度に関する通知」)に基づき、全国の市及び県人民政府所在地の鎮において整備が進められていたが、99年には国務院令として都市住民最低生活保障条例が制定され、現在、全国の667市、1,638県において同制度が整備されている。本制度は、固定収入、労働能力、扶養者がいない者、失業保険受給期間満了後就職できない者や家庭の平均収入が最低生活保障線以下である者に対して、各人の申請に基づき、政府がその認定を行い、最低生活保障線から実収入額等を控除した額を支給することとなっている。この最低生活線費の支給額は、当該地域の生活水準、経済状況等に応じて差異が生じているが、99年には30%の引上げ措置が行われ、99年ではほぼ月額1人当たり300元~150元となっている。また、2000年末の同制度の対象者は381.8万人であり、中央政府による補助は8億元、地方財政による投入は21.6億元となっている。

農村部における社会救済についても、地方ごとに規定を定め、複数の制度が実施されており、その内容には差異があるが、五保という制度がその中核を占めている。

五保とは、食、衣服、住居、医療、葬祭を保障するという意味であり、労働能力がない等の条件に合致する高齢者、障害者、孤児に対する救済制度である。99年末で五保受給者は195.4万人、1人当たり平均月額994元となっている。

へ 高齢者保健福祉施策

60歳以上の老人(注:老年人權益保障法では60歳以上を老人と定義)の人口は1.24億人(人口比率9.96%)であるが、2000年には1.3億人に達し、その人口比率も10%を超え、また、65歳以上の人口比率も7%を超え、その後、2030年には15.3%、2040年には20.1%と、今後、人口の高齢化が急速に進展することが見込まれている。こうした本格的な高齢社会の到来を踏まえ、99年には全国高齢工作委員会(李副総理が主任)が設けられ、2000年には国務院により全国高齢工作会議が開催されるなど、高齢化対策が重視されつつある。

96年には高齢者対策の基本法となる老年人權益保障法が制定され、扶養義務、社会保障、教育、文化生活、施設整備、社会参加等の高齢者施策に関する基本的事項が定められた。同法においては、第10条において「老人の扶養は主として家庭によるものとし、家族は老人の世話をしなければならない」、11条において「扶養義務者は親を経済的に扶養し、生活上の世話をし、精神的に支え、老人の特殊な需要に応えなければならない」と規定されており、家庭扶養の原則が定められている。

また、第10次ケ年計画においては「家庭による扶養を奨励するとともに、高齢者サービス施設の建設を強化し、高齢者事業や産業を発展させる」とされており、今後、社会サービスの充実を図っていくこととされている。

高齢者に対する保健福祉サービスについては、主として、地域住民の自治・自助・互助の精神に基づき運営される社区(地域コミュニティ)サービス組織により実施されている。

社区サービス組織の財源については、寄付、社区経済(郷鎮企業等)収入、政府補助、有償サービス収入により賄われている。政府も、家庭扶養を補完するものとして、社区サービス体系の拡充を重視しており、家庭扶養、養老保険、社区サービスによる3つの安全網の確立を進めているところである。

高齢者施設の状況は、郷鎮敬老院が3.8万ヶ所(約85万床)、街道敬老室及び託老所が1.1万ヶ所(約10万床)等となっている。

ト 障害者保健福祉施策

中国においては約6,000万人程度の障害者がいると推計されている。90年には障害者保障法が制定され、障害者の権利、政府の責務、リハビリテーション、教育、就業、文化生活、福祉、社会環境、法律責任等の障害者の生活の全般に関わる基本的事項が定められた。

障害者施策については、2001年4月に国務院障害者工作協調委員会において「中国障害者事業第10次5ヶ年計画概要」(2001年～2005年)が制定されたところであり、同計画に基づき次のような施策が実施されることとなっている。

- ・リハビリテーション工作の堅持(510万人にリハビリテーションを実施する等)
- ・就業の推進(就業率を85%程度に高める等)
- ・盲人按摩の発展(3.5万人の盲人按摩人員を訓練する等)
- ・障害者扶貧工作の強化(1,200万人の農村貧困障害者の労働への参加を援助する等)
- ・障害者の基本生活の保障
- ・バリアフリーの推進
- ・地域による障害者工作の強化
- ・障害者の権利保護(障害者就業条例等の制定)等

チ 計画生育政策

中国の人口は99年末で12.6億人に達しており、世界人口の約2割を占めている。他方、中国の耕地面積は世界の7%であり、1人当たりの耕地面積は世界の平均の1/4となっている。また、人口が毎年約1,200万人増加する状況にあり、農村部の余剰労働力は1億人以上にのぼっている。

このような状況を背景に、人口の著しい増長を抑制するため、計画生育政策が80年代より本格的に開始された。82年に制定された現行憲法においては、国は計画生育を推進して人口増加を経済社会発展計画に適応させる旨が規定されるとともに、夫婦の計画出産義務等が定められた。また、具体的な施策は各地方政府の条例により定められるが、各条例においては結婚年齢の上乗せ(婚姻法では男性22歳、女性20歳の制限があるがこれを上乗せするもの)や、計画生育内出産に対する優遇措置、計画生育外出産に対する制裁等が定められている。

中央政府は、1夫婦1子を原則とする方針を示しているが、各地方の経済的、社会的事情に応じた措置も認めており、大都市部では1夫婦1子が徹底されているものの、多くの省において、農村部では1番目の子が女兒なら一定期間を経て第2子の出産も認める、男女を問わず第2子まで認めるとしているほか、少数民族の地区については2子以上も認められている。

このような計画生育政策の結果、人口自然増加率は、70年の25.83%から99年には8.27%まで低下している。他方、計画生育政策により、今後、人口の高齢化が急速に進展していくことが見込まれている。

2000年には国務院において「21世紀の人口と発展」(人口白書)がとりまとめられ、2005年の人口を13.3億人以内に、2010年の人口を14億人以内に、21世紀の人口ピーク時の人口を16億人以内にするのが目標として掲げられている。

また、計画生育施策については、94年より、人口の抑制という面だけではなく、農村部における生活上、母子保健や婦人の地位の向上等の面も重視し、母子保健対策等と組み合わせた施策が進められており、人口白書においても婦人と児童の権利保障が行動計画のひとつとして位置づけられている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

2 中国

(2) 社会保障制度の課題

イ 制度の着実な普及

社会保障制度については、従来その多くが試行段階にあったが、96年の企業労働者基本養老保険制度、97年の都市住民最低生活保障制度に加え、98年末には都市労働者基本医療保険制度に関する政府の決定が行われたことから、今後はこれらの全国統一制度を各地方に本格的に普及させる段階に入っており、その着実な普及を図ることが課題となっている。特に、国有企業改革との関連で、年金の完全支給を確保するとともに、下崗労働者に対する基本生活保障、失業保険、都市住民最低生活保障制度による3つの保障ラインの確立が課題となっている。また、その普及に際しては、各保険制度への加入の促進、保険料の徴収率の向上や基金の財政基盤の強化、年金支給の社会化等を図ることが課題となっている。さらに、企業の補充養老保険や個人積立型養老保険、民間商業医療保険についても社会保険制度を補完するものとしてその役割が重視されており、これらを含めた重層的な社会保障体系を整備することが課題となっている。

ロ 法制度の整備

今後、国有企業以外のあらゆる形態の企業に対して制度への加入を促進し、制度の適切な運営を図るため、社会保険法や年金、医療保険等の各制度に関する条例を制定するなど、社会保険法制を整備することが課題となっており、現在、その準備が進められているところである。

ハ 農村部における制度の普及及び充実

都市部における改革は制度の普及段階に入っているが、他方、総人口の約7割を占める農村部においては改革は未だ試行の段階にあり、また、その給付水準等についても都市部との格差が大きく、農村部における各種社会保障制度の普及及びその充実が今後の課題となっている。

ニ 医療費の増大への対応と医薬医療体制改革

医療保険制度においては増大する医療費への対応が課題となっている。新たに導入された都市労働者基本医療保険制度においては個人口座を設けることとしているが、これは患者にコスト意識を働かせることにより医療費の抑制を図ることも目的としたものである。

また、保険制度の改革と同時に、医療機関や薬品流通体制の改革が必要としており、99年には保険適用の対象となる薬剤目録や診療項目に関する標準等が策定され、医療機関間の競争促進、薬剤と医療の分離管理、薬品の購入方式等に関する改革が進められているところである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

3 インドネシア

人口:2億600万人、国土面積:1,905千km²、高齢化率:4.3%、合計特殊出生率:2.1、100ルピア=約1円

※ 人口は98年、高齢化率及び合計特殊出生率は97年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

3 インドネシア

(1) 社会保障制度の概要

インドネシアにおいては、我が国のように全国民を対象とする社会保障制度は整備されておらず、政府の許可を受けた健康維持保障制度、労働者社会保障制度(健康保険、労災保険、老齢給付、死亡保障)、国家公務員および軍人を対象とした医療保障制度および年金制度、高齢者、障害者、貧困者等に対する社会福祉サービスなどが個別に存在している。また、従来から、国公立病院、保健所で安価な医療サービスの提供が行われているほか、貧困者に対して無料の医療サービスが提供されている。

社会福祉事業の一環として、NGOの社会福祉活動を支援する方策も実施されている。

イ 健康維持保障制度(JPKM)

(イ) 健康維持保障制度の現状

92年に現在の関連法が制定され、92年から95年までの間組織等の体制整備を行い、96年より現在の制度が運用されている。政府(保健・社会福祉省)は申請のあった団体が政府の定める基準を満たす場合に健康維持保障事業に係る免許を与える。本事業において加入者(被保険者)は免許を受けた健康維持保障事業団体(以下「事業団体」と)予め定められた保険料及びサービス内容(疾病の予防、検査、治療等、健康の回復・維持・向上のためのサービス)について契約し、保険料を事業団体に直接支払う。被保険者は必要な場合、事業団体が契約した病院等保健医療機関において受診し、保健医療サービスに要する費用は予め事業団体と保健医療機関との間で契約に基づき定められた額が事業団体より支払われる。現在20団体が事業免許を取得し、推計で国民の約15%(約3,000万人)がこの制度を利用している。

現在、制度改革が進められており、検討中の素案(新制度)との比較において現行の制度は、加入が個人の任意であること、また事業団体は加入申込者の中から随意契約できることから高齢者や乳幼児等のハイリスクグループが排除されている可能性があること等の特徴があげられる。

(ロ) 健康維持保障制度改革案の概要

制度改革に係る法案について関係省庁及び学識経験者等による制度改革プロジェクトチームが政府内に組織され、約1年かけて検討した結果2000年10月25日付で新制度に係る素案がまとめられた。インドネシア政府としては全ての国民に対して必要十分なヘルスケアを供給する必要があると考えており、そのためには保険料を事前に徴収することにより、国民に安定的かつ必要最低限の医療受診の機会を保障・提供すべく、素案(新制度)においては既存の制度を主に以下のとおり改正することを提案している。

○加入者(被保険者)

- ・従来の健康維持保障制度への加入は任意であったが、今後は全ての国民が強制的に加入する。各企業においては健康保険組合を組織し、被雇用者(及びその扶養家族)は組合に所属、組合はいずれ

かの事業団体と契約する。また個人事業者の場合は個人(及びその扶養家族)単位でいずれかの事業団体と契約する。事業団体は原則加入申込みのあった全ての組合又は個人と契約し、事業団体が選択することはできないこととする。

- ・ 失業者・貧困者も制度の対象とする。
- ・ 3ヶ月以上インドネシアに在住する外国人についてもこの制度に加入することとする。
- ・ 国外に居住するインドネシア人は対象としない。

○保険料と医療サービス

- ・ 扶養家族のある被雇用者は所得の6%(独身者は3%)の保険料を支払う

こととし、保険料の50%は雇用者が負担する。外資系企業においても同様とする。失業者及び貧困者の保険料については政府が負担する。

・ 所得は個人により異なるので当然支払うべき保険料は個人により異なるが、所得の6%(独身者は3%)の保険料を支払う被保険者の受けられる医療サービスの範囲は同一とし、失業者・貧困者も同一とする。

- ・ 納めるべき保険料の上限を設けることは今のところ考えられていない。

○独立行政法人の設立

- ・ 保険料の徴収にあたっては各州ごとに新たに設立される独立行政法人によ

り行うこととし、組合又は個人加入者は銀行又は郵便局等を通じて当該法人へ保険料を支払うこととする。当該法人は集めた保険料から各事業団体に診療報酬等医療費を支払うこととし、これを通じて事業団体及び医療機関等による保険料の適正な使用等につき監視する。

・ 中央政府は事業団体への免許交付及び独立行政法人の指導監督を通じて健康維持保障制度の監督を行う。

□ 労働者社会保障制度(JAMSOSTEK)

92年に制定された労働者保障制度に関する法律により、健康保険、労災保険、老齢給付および死亡保障からなる制度に改められた。本制度は10人以上の労働者を雇用、または労働者に1月100万ルピア以上の給与を支払っている雇用主は、本制度に加入する義務がある。また、それ以外の雇用主は任意加入できる。現在約8万3,000の事業所が加入し、約1,500万人が参加している。健康保険としては労働者およびその家族に対する外来診療、入院診療、分娩、薬剤などが現物給付される。保険料は家族がいる場合、給与から6%、独身の場合3%が徴収される。老齢給付は、完全積立制で、積み立てた保険料が年金または一時金の形で還付される。労働者は55歳の定年年齢に達した時点で給付を受ける権利が発生する。労災、死亡保障および老齢給付に関わる保険料等は、雇用主が負担する。

ハ 公務員・退職者健康保険制度

公務員(軍人を含む)は本制度への加入を義務づけられており、公務員は給与の2%を保険料として徴収される。これは全国17ヶ所に支部を持つ国有インドネシア健康保険株式会社により実施されている。本人

および家族が本制度により、保健所、病院を通じて医療サービスを受けており、現在、1億3,600万人が本制度に加入している。また、5年前から公務員以外であっても、100人以上の従業員のいる企業は、労働者であれば、任意で本制度に加入できるように改正され、約2千の企業の約60万人が本制度に加入している。公務員の給与が低いことから保険料収入が増えず、一方、医療サービスの料金高騰で、提供できる医療サービスの質が低下するなどの問題が起きている。

ニ 公務員年金制度

公務員年金制度は、退職一時金を受け取る制度と毎月年金を受け取る制度の二つが存在する。前者は、国有年金会社により運営され、公務員は毎月給与の3.25%を天引きされ、勤続年数、給与に応じた退職一時金を受け取る。後者は、公務員の年間給与の4.75%を年金基金(国)が徴収し、定率の政府補助金を加えて、国有年金会社、銀行、郵便局などを通じて、年金を支払っている。したがって公務員は給与の計8%をこれら年金のために徴収されていることになる。

ホ 公衆衛生施策

公衆衛生を担当する国の機関として保健・社会福祉省が設置されている。保健・社会福祉省は州単位で27の州事務所を設置している。地方機関として各州・県・市に衛生局が置かれている。また県の機関として郡単位で最低1ヶ所の保健所(プスケスマス)および保健所支所(サブプスケスマス)がある。

インドネシアでは民間医療施設のほとんどは大都市に集中し、富裕層に対する医療サービスを行っており、一般住民を対象とする保健医療サービスは公的機関の果たす役割が大きい。保健所はインドネシアの初期医療の中心的役割を担っており、住民に対する予防活動や健康教育、治療活動を行うとともに、医療関係者に対する研修を行っている。さらに、村単位で「ポシアンデュ」と呼ばれる住民が管理運営する健康組織の設置が進められている。

ヘ 公的扶助制度

多くの途上国にみられるように、インドネシアにおいても、経済成長に伴い貧富の差はむしろ拡大している。さらに3年前から東南アジアを襲った経済危機により、失業者が増加し、全人口のおよそ20%が貧困層に当たるとされている。

貧困層の人々の生活水準の向上を図るための援助プログラムとして、社会福祉育成指導事業が行われている。本事業は、収入源のない、あるいは収入はあるが生活必需品を満たすには十分でない家族を対象に、生活姿勢、方法を改善し、自信と能力を形成させることを目的とする。具体的には、継続的な生活指導、動機づけのためのカウンセリング、社会的訓練、技能的訓練、経済的・生産的事業支援などが行われている。経済的・生産的事業支援については、事業の対象となった貧困な村落ごとに住民を数グループに分け、生産的活動を行うための機材、原材料を支給するなど、生産物の販売までを含めて指導援助を行うというものである。

貧困者、貧困地域の住民を対象とする医療扶助として、医療費免除制度がある。本制度の対象者が医療機関を受診する場合は、ヘルスカードと呼ばれる証明証を提示することになっている。またダナセハットと呼ばれる村・郡を単位とする地域レベルの保険基金がある。これは、共同体における生活習慣であるゴトン・ロヨン(相互扶助)の考え方を基本とする低所得者のための医療保険制度であり、住民による掛け金のほか、裕福な者からの寄附を財源として運営されている。

ト 高齢者保健福祉施策

インドネシアでは、都市部においても家族の絆が強く残っており、高齢者ケアのほとんどは家族に任されている。そのため高齢者対策は、身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者など恵まれない高齢者を主たる対象としている。

社会庁が中心となり、老人ホーム、公共施設利用の割引を通じた社会サービスを実施している。中央政府が全国に46ヶ所、州政府が23ヶ所、民間が88ヶ所の老人ホームを運営しており、約1万人がサービスを受けている。

チ 児童福祉施策

政府の対策は貧困児童への経済的援助が中心となっている。身寄りのない子どもなどに対し、いくつかの公共団体が保護、保育等の施設サービスを実施している。施設(公的施設33ヶ所、民間施設730ヶ所)におけるリハビリテーションとして、6ヶ月間の精神教育、技術訓練を中心に行っている。また養子縁組が盛んに行われている。

さらに社会的、経済的な問題を有する家族に対し、生活支援サービスや生計向上のための資金貸付などが行われているが、児童手当など一般国民を対象とする制度はない。

リ 財源

労働者社会保障制度において、健康保険、老齢給付および死亡保障については、所得比例定率性の負担となっており、健康保険および死亡保障については、雇用主が全額負担する。また健康保険では、労働者が結婚している場合には倍の率で負担する。老齢給付は、労使双方で負担しているが、一般に雇用主の負担割合が労働者より高く設定されている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

3 インドネシア

(2) 社会保障制度の課題

近年の経済危機による貧困層の増加に対処するため、インドネシア政府は世銀、アジア開発銀行、日本などの主要なドナー国からの援助を受け、ソーシャル・セーフティ・ネットプログラムを始めている。本プログラムでは、保健・医療、教育の充実が中心となっており、公的医療機関での無料診療、5歳以下の子どもや妊婦を対象とした栄養対策などが行われている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

4 タイ

人口:6,147万人、国土面積:513千km²、高齢化率:5.3%、合計特殊出生率:1.98、1バーツ=約3円

※ 人口は98年、高齢化率は97年、合計特殊出生率は99年(マヒドン大学推計)、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

4 タイ

(1) 社会保障制度の概要

タイの社会保障制度は、社会福祉制度と社会保険制度に大別され、前者は、貧困者、障害者、児童、高齢者、女性、山岳少数民族などに対する福祉サービスをその内容としている。後者の歴史は比較的浅く、90年に、疾病、出産、障害、死亡、児童扶養、老齢および失業に対して給付を行う社会保障法が成立した。これにより、タイの民間被用者に対する社会保障制度は新たな時代を迎えた。(現在、疾病、出産、障害、死亡、児童扶養および老齢に係る給付部分が施行されている。)民間被用者を対象とする社会保障制度は、20人以上の事業所の被用者を対象とする労働災害補償給付を除けば、それまでは存在しなかった。

このほか、公務員、公営企業被用者や軍人に対する医療保障、恩給制度等がある。

イ 医療制度

医療費の援助としては、貧困者家庭、高齢者、子どもなどを対象とした制度が福祉的な医療として実施されていたが、これらに加えて91年4月より社会保障法に基づく給付が開始された。対象は、当初、被用者20人以上の事業所であったが、93年9月より同10人以上の事業所に拡大された。94年9月、任意加入制度が創設されたこともあり、加入者数は2000年11月現在で581万人である。給付内容は、現物給付(診療費、治療費、入院看護費、医薬品費、移送料等)と現金給付がある。加入者は、政府が指定した病院のうち、原則として、事業主があらかじめ登録した病院で受診できる。

保健医療サービスの供給体制については、公立の保健医療機関として、大学付属病院、専門病院、県立病院、郡立病院といった公立病院が約1,000施設存在し、これに加えて初期医療を担う機関として保健所が設置されている。民間の医療機関としては、病院(約470施設)、診療所(約1万2,000施設)などがある。

ロ 年金制度(老齢年金)

社会保障法の老齢年金に係る部分は、98年末に施行された。180ヶ月以上保険料を納付することが必要で、55歳から支給される。支給額は、納付した保険料額および期間に応じて決定される。

ハ 公衆衛生施策

公衆衛生を担当する国の機関として保健省が設置され、家族計画、母子保健、栄養対策、感染症対策を中心とした疾病対策が実施されている。また、地方機関として、各県に県保健事務所、この下に郡保健事務所、そして準郡の保健所が設置されており、簡単な外来診療や予防対策が行われている。また、これとは別に農村ヘルスボランティア(VHV)というボランティアが養成され、地域住民への家族計画の普及や健康教育等の初期医療を行っている。

二 公的扶助制度

生活困窮者に対して最低生活を保障する日本の生活保護のような制度は確立されていない。生計維持者の疾病、死亡等により所得の低い世帯に対しては、2,000バーツの家族福祉助成金が給付される。ホームレス対策として、ホームレスの浮浪者等を一時的に受け入れる施設があり、親族がいないかどうかの確認等を行っている(99年現在で2ヶ所、入所者数約4,700人)。引き取る親族もない生活困窮者については、食事等基礎的な生活ニーズをカバーするとともに、簡単な職業訓練を行う収容施設がある(99年現在で6ヶ所、入所者数約4,900人)。

ホ 高齢者福祉施策

タイの高齢者福祉には、貧困者家庭に対する一般的な公的扶助制度によるもののほか、住居や身寄りのない貧困老人を入所させる老人ホーム(99年現在で17ヶ所、利用者数約2,700人)、医療や理学療法、カウンセリング等を実施する社会サービスセンター(99年で14ヶ所)がある。遠隔地の高齢者については、医療や福祉に係る巡回サービスを提供する“mobile unit”を実施している。また、地域社会の中心となっている寺院を社会サービスセンターとして位置づける施策を推進しており、99年には宮澤基金を活用して、1ヶ所当たり、運営費5万バーツ、設備投資費14万バーツ、総額4,300万バーツの補助を実施した(99年現在で200ヶ所)。

また、身寄りのない貧困高齢者を対象に月額200バーツの生活費補助が行われている。

ヘ 児童福祉施策

在宅福祉施策として、低所得世帯の子育てを支援する観点から、カウンセリングの実施や養育、生業、医療、教育等に要する費用の助成を行っている。また、養子縁組や里親の斡旋を行うとともに、他の政府機関や非政府機関との協力の下、遺棄、虐待、その他社会的に容認されない境遇におかれている児童の保護に当たっている。

また、施設福祉施策として、養護に欠ける児童、障害児のために、いわゆる乳児院、養護施設、障害児施設が設置されている(99年現在で計29ヶ所、利用者約8,300人)。施設においては、教育、職業訓練、職業紹介などのサービスも提供されている。なお、民間の経営による養護施設や保育所が増加しており、児童福祉サービスの分野では、民間セクターの役割が重要となってきた。

ト 財源

一般の保健施策、福祉施策の財源は税金で賄われている。社会保障法については、現在施行されている給付のうち、疾病、出産、障害、死亡に関する部分に係る保険料は、政府、雇用主、被用者の3者がそれぞれ被用者の賃金の1.5%に相当する額(計4.5%)を負担することとなっており、政府の管理する社会保障基金に納付される。なお、現在の景気停滞に配慮して、1998～2002年の間は、上記の保険料率は1%に軽減されている。

老齢年金、児童扶養手当に係る政府、雇用主、被用者の保険料率は、それぞれ2000年から2002年は、1%、2%、2%、2003年以降は、1%、3%、3%とされている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

4 タイ

(2) 社会保障制度の課題

経済社会の発展に伴い、経済格差是正の必要性が認識されるようになり、社会保障制度の拡充を求める世論が高まってきている。こうした中、2001年2月に発足した新政権は、社会保障法の適用対象者や公務員等を除く貧困層を中心とした人々を対象に、1回当たり30バーツの患者負担で医療機関に受診できるようにする施策を実施することとしている。また、現行の社会保障法の適用対象を従業員10人以上の事業所から1人以上の事業所に拡大することを予定している。さらに、全国民を対象とした医療保障制度の構築、失業保険制度の実施などを検討している。

医療施設や人的スタッフなどの医療資源については、特に地方において、依然、質量ともに不足しており、医療保障制度の確立にあわせて医療提供体制を整備することが喫緊の課題となっている。

また、人口構造の高齢化、産業構造の変化に伴い、高齢者福祉や保育サービス等のニーズが今後一層高まると予想される。

なお、国境地帯では、マラリア、エイズ、結核といった感染症の蔓延が深刻であり、国際社会との協力の下、感染症対策を推進することが緊急の課題である。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

5 マレーシア

人口:2,271万人、国土面積:330千km²、高齢化率:3.8%、合計特殊出生率:3.1、1リンギ=約30円

※ 人口、高齢化率及び合計特殊出生率は99年、為替相場は2001年2月

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

5 マレーシア

(1) 社会保障制度の概要

マレーシアにおいては、退職給付制度のほか、児童福祉、高齢者福祉、障害者福祉などの社会福祉事業、生活保護が行われているが、公的な医療保険制度はない。

イ 退職給付制度

民間の従業員を対象とする退職給付制度と、公務員を対象とする年金制度がある。

民間の従業員に対しては、大蔵省管轄の被雇用者積立基金によって退職給付制度が運営されており、加入が義務付けられている。定年(55歳)後あるいは就労不能になった場合などに、配当を含む積立金を受け取る仕組みになっており、50歳時にその30%を引き出すことなども可能である。負担は所得比例定率制で、毎月給与の23%を、従業員11%、雇用主12%の割合で負担している。なお、自営業を営む者は、自発的に同積立基金に加入することができる。

公務員の場合は、人事院が管轄する公務員年金制度があり、定年後(通常55歳)に支給が開始する。在職中の自己負担はなく、年金額は、在職期間月数と退職時月額給与によって決定される。なお、公務員も上記被雇用者積立基金を選択することができるが、その場合は、公務員年金制度からは除外される。

ロ 労災補償制度

被雇用者社会保障法の下、社会保障機構により民間の従業員を対象とする労災補償制度が運営されている。月給2,000リンギ以下の従業員及びその雇用者は強制加入(月給2,000リンギ超の従業員は、雇用者との合意の上での任意加入)で、本制度への拠出金は、毎月、雇用者が月給の1.7%、従業員が0.5%となっている。本制度には2種類の制度があり、補償金額は加入期間等の条件により異なる。

1) 雇用障害保険制度

従業員が勤務中の事故や職業病が原因で身体に障害を負った場合、医療補償、休業補償、介護手当、遺族補償、葬儀費用、リハビリ費用、教育費用等の補償を受けられる。

2) 就労不能年金制度

重度の身体障害や治療困難な疾病が原因で就労不能となり、収入が通常の1/3以下となった場合、年金、補助金、介護手当、遺族年金、葬儀費用、リハビリ費用等の補償を受けられる。

ハ 医療保障制度

マレーシアには、公的な医療保険制度はない。他方、医療サービスの供給については、公立の医療機関では、無料または極めて安い料金で治療が受けられる(保健省管轄下の総合病院等では初診、再診ともに1リンギ、教育省管轄下の大学病院でも1リンギで診療が受けられる。ただし、これが払えない人や政府職員は無料。)。これに対し、民間の医療機関では、診察のための待ち時間が短い(公立の医療機関では、時に数ヶ月待ちもあり得る。)などサービスはより充実しているが、医療費は全額自己負担となる。このため民間企業では、一定の限度額を定めて従業員の医療費を会社で負担している場合が多い。

ニ 公衆衛生施策

公衆衛生を担当する国の機関として保健省が設置されており、保健省予算に基づき公衆衛生施策が行われている。また、地方での公衆衛生を担当する機関としては、保健所と農村保健所がある。いずれも、外来診療サービスも行う保健医療機関ではあるが、基本的には、分娩、定期検診、予防接種などの母子保健サービスを行う拠点として、その設置が進められている。マレーシアの公衆衛生施策は、「Health for all(すべての人に健康を)」を掲げ、人種や地域の別なく、全国民が必要な保健医療サービスを受け、健康を向上させることを目指している。

ホ 社会福祉施策

マレーシアの社会福祉施策は、1)社会的に自立していない層に対して、その需要に応じた援護と介護の提供、2)社会的に自立していない層、社会的不適応層に自立促進の援助、3)助け合う社会、気配りのある社会(caring society)の創出、の3つを目標に、児童福祉、青少年福祉、高齢者福祉、障害者福祉、婦人福祉、家庭福祉、地域のコミュニティ強化及びボランティア開発が幅広く行われている。

ヘ 児童福祉・家族施策

児童福祉施策としては、施設保護、児童手当、学習補助金などの手当のほか、「児童保護チーム活動」、保育園がある。施設保護は、孤児、被虐待児、浮浪児などを対象に行われるが、入所(収容)期間は時的であり、家庭の状態が回復すればなるべく早く退所させるのが通常である。また、「児童保護チーム」は要援護者の児童または家庭に適切な援護サービスを実施しており、91年に制定された児童福祉法によって組織された全国児童福祉協議会は、全国各地の児童福祉事業の円滑な実施のため、各地区の児童保護チームを統括、指導している。

児童手当は、低所得者層に属する家庭で、児童が施設で保護されておらず、かつ、孤児の場合、両親が病気、高齢などの理由で適正な収入が得られない場合、障害児で完全介護を必要とする場合などに支給される。また、貧困のため学業を続けることが困難な場合には、受験料、寄宿舎代などに対する学習補助金が支給される。

また、保育園は、4歳以下の児童が対象であり、民間部門により運営されている。10人以上の児童を集めて運営されている保育園は政府への登録が義務付けられている。

ト 高齢者保健福祉施策

高齢者福祉施策としては、老人福祉手当、老人ホームによる施設サービスなどがある。老人福祉手当については、「原則として60歳以上で、自分自身は収入がないが、自分の住むところがあり、自立生活可能か誰か身の回りの世話をする者が身近にいる者」に対し、月額100リンギの老人福祉手当が支給される。老人ホームについては、現在、全国各地に9ヶ所の官営老人ホームが設立されており、60歳以上の一人暮らしで、他に適当な住居がなく、伝染病に感染していない場合などに、老人ホームへの入所が認められる。官営老人ホーム以外では、政府の資金援助を受けて民間ボランティアによって運営されている老人ホームもいくつかある。有料老人ホームは、主に民間によって運営されている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

5 マレーシア

(2) 社会保障制度の課題

マレーシアでは、人口の高齢化率は先進国と比較してまだ低く、人口の年齢別構成はピラミッド型であり、労働者不足の問題もあって政府は積極的な人口増加策をとっている。

しかし、急速な都市部への人口移動の結果、農村部では稼働年齢層が急減する一方、都市部においても労働力を安定的に供給するため、既婚女性の企業・職場への積極的な進出が目立っている。高齢者介護が家族介護に大きく依存している現状では、都市部でも農村部でも、高齢者問題は深刻になりつつある。

このため、政府としては、地域社会全体で高齢者の介護を行うなど社会福祉体制の見直しが必要であるとして、全国的にデイケアセンターの整備・拡張に重点を置くこととしている。

また、現在マレーシア政府は高齢者介護の「質」の向上に向けた制度の整備に関心を寄せており、高齢者福祉サービスの内容は徐々に向上してきている。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

6 フィリピン

人口:7,530万人、国土面積:300千km²、高齢化率:4.0%、合計特殊出生率:3.62、1ペソ=約3円

※ 人口は2000年5月1日現在、高齢化率及び合計特殊出生率は97年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

6 フィリピン

(1) 社会保障制度の概要

フィリピンにおいては、退職年金、医療保険等の社会保険制度、高齢者の社会活動の支援を目的とした高齢者福祉事業、棄児や保育に欠ける児童等の保護・保育を目的とした児童福祉事業、出生率の低下を目的とした家族政策等が行われている。また、低所得者層に対する医療を確保する観点から、国公立の医療機関においては、所得に応じた医療費の減免が行われている。

イ 社会保険制度

フィリピンの社会保険制度は、公務員を対象とするGSIS(Government Service Insurance System:公務員保険基金)と一般国民を対象とするSSS(Social Security System:社会保障基金)とに分けられるが、事業内容はほぼ同じである。

SSSは、傷病手当、障害年金、遺族年金、退職年金、出産休暇手当等の支給を行う社会保障プログラム(Social Security Program:SS)、労働者及びその家族に対して医療費の給付を行う医療保険プログラム(Medicare Program:MCR)、業務上疾病に関する医療費、労働災害に伴う傷病手当、障害年金、遺族年金等の支給を行う労災補償プログラム(Employees' Compensation Program:EC)の3基金から構成される。

また、SSSは生活資金、教育資金、住宅取得資金、株式投資資金の貸付も行っている。GSISも公務員を対象として、SSSと同様の事業を実施している。

1) 強制および任意加入者

SSSへの加入は、使用者、60歳以下のすべての労働者、一定額(1,000ペソ/月)以上の収入を得ている家庭内の使用人(メイド、コック、ドライバー、庭師、子守り、門衛等)、自営農・漁民、一定額(1,000ペソ/月)以上の収入を得ている自営業者(俳優、プロ・スポーツ選手、専門職等)については、法律により義務とされている。それ以外の者、例えば、一定額(2,750ペソ/月)以上の収入を得ている海外建設労働者、退職者、SSS加入の配偶者、在フィリピン各国大使館等外国政府機関に勤務する労働者等については任意で加入できる。SSSに加入すると、労使双方にSS番号が付与され、SS-IDカードが交付される。このSS番号は生涯有効であり、SSSに関するすべての手続きにおいて必要とされる。

なお、97年5月、すべての自営農・漁民にもSSSへの加入を義務づける新法が制定された。(従前は一定額(1,500ペソ/月)以上の収入を得ている自営農・漁民のみがSSSへの義務加入であった。)

2000年のSSS加入者数は被雇用者約1,894万人、自営業者369万人。また、GSISの加入者は約150万人(強制加入対象者の約8割)である。なお、SSS及びGSISによる医療保険プログラムは、加入者およびその家族を含めて約2,400万人をカバーしている。

2) 財源

SSSは、社会保険制度であり、その費用は労働者および使用者が負担する保険料により賄われている。GSISでは、中央政府および各地方公共団体が使用者として、応分の負担をしている。各保険料は、毎月使用者が労働者から徴収し、使用者負担分と共にSSSに支払う。通常、労働者の給料から控除される。

保険料は各基金ごとに、労働者の標準報酬月額に基づいて定められている。なお、標準報酬月額は、労働者が一月に受け取る給与およびすべての手当(残業手当、通勤手当、扶養手当、食費補助等)を合算した金額を元に、1,000ペソから11,000ペソまで、500ペソ毎に21段階に分けられている。

SSSについては、標準報酬月額の平均8.4%(使用者5.04%、労働者3.36%)である。医療保険プログラム(MCR)については、労使均等折半で、標準報酬月額の平均2.5%、ただし標準報酬月額3,000ペソ以上は定額75ペソである。ECについては、全額使用者負担で定額10ペソである。

なお、フィリピンの全国民の約49%が21歳未満の未成年であるという人口構成と、医療保険プログラムにより支給される医療費は、疾病ごとの定額制であるため、現時点では保険財源は大いに余裕がある。

3) 医療保険プログラム(MCR)

MCRは、フィリピン健康保険組合(Philippine Health Insurance Corporation:PHIC)により運営されている。GSISとSSS、そして海外労働者を対象者としたOWWA(Overseas Worker's Welfare Administration:海外労働者福祉庁)は、各加入者から保険料を徴収するとともに、医療費の支払いを行う。

加入者本人およびその扶養家族(配偶者、21歳未満の子、60歳以上の両親、21歳以上の障害を持つ子)がフィリピン医療委員会(Philippine Medical Care Commission:PMCC)から認定された病院または手術施設において、外科手術、化学療法、放射線治療、人工透析等の入院医療を受けた時に、医療費(室料、食費、薬剤費を含む。)が給付される。ただし、白内障については、外来通院による外科手術についても給付される。

医療費は、傷病の種類、医療施設の規模及びレベルに基づいて定められた一定額が医師または病院にMCRから直接支払われ、それを超える分については患者の自己負担となる。99年5月現在、1次医療機関への入院には1日120ペソ、2次医療機関への入院には220ペソ、3次医療機関への入院には1日345ペソが支給される。また、支給される薬剤費の上限は、1万1,885ペソである。

また、MCRからの医療費給付の対象となる入院期間は、加入者本人については1年に最大45日まで、扶養家族については併せて最大45日までに制限されている。なお、美容整形、視力矯正、精神疾患、一般健康診断、正常分娩については、給付の対象外である。

なお、労働災害による傷病の場合には、労災補償委員会(Employees' Compensation Commission:ECC)に認定された病院で、認定された医師が治療する場合について、労災補償プログラムから医療費が給付される。支給限度額は、労災補償委員会が定め、入院だけでなく、外来治療も給付の対象である。

4) 社会保障プログラム(SS)

傷病手当、障害年金、遺族年金、退職年金、出産休暇手当などの支給を行っている。また、傷病手当、障害年金、遺族年金については、労災補償プログラムとの重複支給が認められている。ここでは、退職年金について詳述する。

退職年金は、120か月以上保険料を支払った60歳以上の退職者(就労中であっても低所得(月収300ペソ以下)の者も含む)および65歳以上の高齢者(就労者も含む)に対して支給される。年金額は、加入期間と平均報酬月額により決定されるが、最低支給額は月1,000ペソ。ただし240か月以上保険料を支払っていた場合は、月1,200ペソである。退職年金は、完全障害者に支給される障害年金と同額である。なお、保険料の支払い期間が120か月に満たない者に対しては、支払った保険料とその利息に相当する金額が一時金(最低1,000ペソ)として支給される。

退職年金受給者が21歳未満の未婚の子ども(月収300ペソ未満)を扶養している場合には、被扶養者年金として、5人までを限度とし、1人当たり月額年金額の10%(最低月150ペソ)が支給される。

ロ 社会福祉施策

社会福祉分野については、主に社会福祉・開発省が貧困の解消を政策目標として掲げ、最貧困層の国民の生活環境、生活の質の向上を図る種々の施策および、高齢者福祉、障害者福祉に関する施策を行っている。なお、91年地方自治法により、直接の実施主体は各地方公共団体となり、国は各公共団体の指導、監督に当たるとともに、必要最低限の資金・サービスを提供するのみである。すなわち、ストリート・チルドレンを含む就学前児童を収容するデイケアセンターの運営や栄養不良児に対するミルクや補助食品(ビタミン剤、鉄剤)の供与等を実施しているほか、恵まれない家庭に対しては自立援助のための生計向上プロジェクトや金銭的援助(無利子融資)、食糧補助を行っている。

1) 児童福祉・家族政策

児童福祉は社会福祉・開発省を中心に、家族政策は保健省を中心にそれぞれ各関係政府機関が取り組んでいる。また、所得保障の観点からSSSおよびGSISが出産休暇手当を支給している。

(a) 児童保護

家族関係の問題や病気、極度の貧困状態などが原因で両親が児童を扶養することが不可能または不適切な場合に、その児童を両親に代わって扶養する事業が行われている。その内容は、養子制度、里親制度、法的後見人制度、里親による家族的扶養サービス、施設保護等である。里親による家族的扶養サービスは、養子、里親、法的後見人による扶養に先立つ準備として行われる。また、施設保護は、通常一時的である。

(b) 児童保育

すべてのバランガイ(フィリピンの最小行政単位で、人口数千程度。日本の市または区に相当するが、自治体としての機能を有し、バランガイの首長は公選制である。)は、両親が働いて、なおかつ祖父母や親戚が世話をすることができない就学前(6歳未満)の児童に対する保育施設(day care center)を設けることとされている。このため法律により、各バランガイに対して設置を義務づけるとともに、必要な補助を行うこととしている。

また、労働法により、女性が働いている職場には保育施設を設けることが求められている。

(c) 家族政策

フィリピンにおいては、依然として高い水準にある人口増加率、特に合計特殊出生率を低下させることが切実に求められている。

このため、フィリピン政府は日本等の外国政府及び国連人口基金(UNFPA:日本は同基金の最大拠出国である。)等からの援助も受けて、避妊具(コンドーム、子宮内挿入避妊具等)・避妊薬(ホルモン剤、低用量ピル等)の無償配布、性別を問わず全住民を対象とした家族計画教育・避妊指導などを行い、出生率および人口増加率の抑制に務めている。

2) 高齢者福祉

政府も身寄りや行き場のない高齢者のための保護施設を設置しているが、一般的には各家庭において高

齢者の世話が行われている。また、各種NGOも高齢者福祉サービスを提供している。なお、各市町に高齢者センターの設置を進めている。(共和国法第7876号)

政府が提供する公共交通機関、宿泊施設、医薬品等については、高齢者が利用する場合は、2割引となる。(共和国法第7432号)

3) 障害者福祉

全国民の10%は何らかの障害を有しているといわれているが、障害者のために地域リハビリテーション活動が進められている。障害者を収容する施設や社会復帰のための施設は、政府のほかキリスト教教会を中心にした民間ボランティア機関が運営している。

4) 生活保護

緊急食糧援助、個人援助、遺族援助、食糧援助、緊急避難所援助、帰郷援助、恒久避難所援助の各制度がある。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第2節 アジア

6 フィリピン

(2) 公衆衛生・保健医療の概要

公衆衛生のうち、保健医療については保健省を中心に、ごみ問題等の環境衛生については環境・天然資源省を中心に、各関係政府機関が取り組んでいる。

97年の保健省の統計によれば、粗出生率は人口1,000当たり21.94(前年比-0.66)、粗死亡率は人口1,000当たり3.7(同-1.20)、合計特殊出生率は3.61(同-0.07)である。なお、95年の乳児死亡率(生後1年未満の死亡)は出生1,000当たり48.93、小児死亡率(5歳未満の死亡)は人口1,000当たり13.30、妊産婦死亡率(妊産婦の死亡)は出生1,000当たり0.6である。

また、96年の主な死亡原因は、心臓疾患、肺炎、循環器疾患、悪性新生物(がん等)、結核などである。このうち乳児の主な死亡原因は、胎児・新生児呼吸不全、肺炎、先天性異常、出生時損傷、下痢などである。(保健省)

イ 保健医療行政

地方行政機関としては、全国を13地域に分け、各地域ごとに保健省が地域事務所を設置しているほか、全国79の各州には州保健局が設けられている。また、全国約1,500の各市・町には、それぞれ市・町保健事務所が設けられるとともに、医師、保健婦・看護婦、検査技師等が常勤する保健所(Rural Health Unit:RHU)が全国2,405か所(97年)に設置されている。なお、ミンダナオ・ムスリム自治区(ARMM)については、同自治区政府の保健省が中央政府から独立して保健医療行政を行っているが、中央政府保健省とARMM保健省との関係は良好である。

全国約42,000のバラングイのうち、主に地方農村部の13,556か所(97年)に准看護婦兼産婆(midwife)が勤務するバラングイ・ヘルス・ステーション(Barangay Health Station:BHS)が設けられている。このBHSにおいては、分娩介助、家族計画教育、避妊薬・避妊具の配布、母子保健教育、乳幼児検診、予防接種、結核治療、栄養失調児へのビタミン剤支給等の簡単な治療や保健指導が行われている。

ロ 医薬品政策

医薬分業制をとっており、医師は原則として投薬をせず処方箋を交付して患者自身が薬局で薬を購入する。政府はすべての国民が医薬品を安価に入手できるように「国家医薬品政策」を推進している。この政策の重要な柱は88年9月に公布され、90年1月より全面施行されている「一般薬品名法」である。これは高価なブランド品ではなく安価な一般薬を消費者が選択できるようにするため、医師の処方箋や薬のラベルに一般薬品名の使用を義務づけたものである。

また、97年12月には、生薬等の伝統医薬品に関する法律が制定され、法制度面での整備が始められた。

ハ 保健医療機関

フィリピンの保健医療機関は、国公立機関と民間機関に分けられ、さらに機能により1次から3次に分けられている。1次医療はRHUあるいは民間診療所が担っているが、これらの施設に入院機能はない。2次医療は、州立病院および州立地区病院、あるいは民間病院が担っている。3次医療については、地域病院や専門病院などの各種国立病院が担っている。国立病院は、おおむね各地域ごとに設置されているほか、心臓病、精神病等の専門病院、特別病院が主にマニラ首都圏に設置されている。また、各州には州立病院と数か所の州立地区病院が設置されている。

97年現在、国公立機関立の病院は645施設44,818床であり、民間病院が1,172施設39,830床である。両者合わせると全国で人口868人当たり1床となるが、マニラ首都圏では353人当たり1床となる。

二 保健医療従事者

保健医療従事者に関する正確な統計は存在しないが、専門職規制委員会(Profession Regulation Commission)によれば、98年2月現在の各保健医療関係免許の累計登録者数は、医師8万9,083人、歯科医師3万8,999人、看護婦31万7,751人などとなっている。また、90年以降、毎年平均、医師約2,500人、看護婦約1万8,600人が新たに登録されている。なお、高等教育委員会(Commission on Higher Education)によれば、フィリピンには28の医科大学があり、毎年1,500人の卒業生を送り出している。

これら医療技能者の多くは、英語が堪能であることから、フィリピン国内よりも高い収入の得られる米国、中東を中心に海外で就労しており、4万人以上のフィリピン人医師、12万人以上のフィリピン人看護婦が海外で就労しているといわれている。

また、国内で活動している医療従事者の多くがマニラを中心とする大都市に集中しているため、地方の医療従事者不足は深刻である。

ホ 公衆衛生の今後の課題

91年から進められている中央官庁から地方公共団体への権限委譲に伴い、主に財政上の理由により、保健医療分野の公的サービスに地域格差が生じている。また、財政に余裕のある都市部の自治体は、同時に富裕な住民が数多く居住している地域でもあり、民間保健医療サービスも充実する傾向がある。このため、都市部の貧困地区と共に、地方農村部の保健医療サービスの充実が今後の課題である。しかし、このような地域は同時に社会インフラが未整備であり、保健医療分野に限らず、道路、学校、水道等の整備の推進、さらには産業育成、雇用創造も含む総合的な経済・社会開発が求められている。

また、医療保険分野においては国民皆保険を目指しヘルスパポートという保険制度をいくつかのモデル都市において試験運用を開始しており、その結果が注目されるところである。

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第3節 大洋州

1 オーストラリア

人口:1,853万人、国土面積:7,692千km²、高齢化率:12.0%、合計特殊出生率:1.80、1オーストラリアドル=約65円

※ 人口及び高齢化率は97年、合計特殊出生率は96年、為替相場は2001年4月末

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第3節 大洋州

1 オーストラリア

(1) 社会保障制度の概要

オーストラリアの社会保障制度としては、年金、家族手当、生活保護等の「所得保障制度」、メディケアと呼ばれる「医療保障制度」、高齢者ケア、障害者福祉、児童福祉といった「社会福祉制度」が存在する。このほか、民間による退職後の所得保障制度として、被用者個人ごとに積み立てる強制貯蓄制度である退職年金基金制度がある。

その特色としては、1)所得保障制度及び医療保障制度が社会保険方式ではなく、原則的に一般財源で賄われていること、2)所得保障制度が所得・資産審査に基づく必要性に応じた個別的・限定的な給付であるのに対し、医療・福祉サービスは全国民を対象とする普遍的なサービスであること、3)連邦、州、地方公共団体、民間団体といった多様な主体が機能的に分担し、並列的な立場でサービスを提供していることが挙げられる。

イ 年金制度

受給年齢(男性65歳以上、女性62歳以上(ただし、2013年までに65歳に引き上げられる。))に達した国民に老齢年金が支給される。ただし、所得、資産による減額がある。その目的は、高齢者の基礎的な生活を保障することで、単身高齢者で男性の平均賃金の25%の水準(年間1万275ドル)、高齢夫婦で同40%の水準(年間1万7,150ドル)の年金給付を行うことを目指している。年金支給に必要な財源は、全額一般財源から賄われ、社会保険料負担が全くないのが特徴である。

退職年金基金制度は、個人ごとの積立による貯蓄制度である。歴史的に労働組合の要求により、給与条件の一つとして使用者がその労働者のために給与の一定割合を積み立てるという形で発展してきた。しかし、政府は90年代に入って、この退職年金基金制度を老齢年金を補完する退職者の所得確保と国民貯蓄増加の重要な手段として位置づけ、その積立を奨励するために、92年7月より使用者による積立を実質的に義務づける退職年金保障税制度を導入した。

ロ 医療保障制度

メディケア制度とは、国民全般を対象とした医療保障制度で、84年2月に発足した。同制度は、国費による医療費の一定割合の支給(メディケア給付)と、公立病院の入院費用の全額公費負担を2本の柱としている。制度運営に係る費用は、一般財源と目的税(課税対象所得の1.5%。支出の約26%を占める。)によって賄われている。

外来の場合、医療費(政府の定める規定料金)の85%がメディケア給付として支給され、残りの15%が自己負担である(ただし、1回の診療につき、52.50ドルが自己負担の上限)。これに対し、入院の場合、公立病院で公費患者であれば、病院が指名する医師が診療に当たり、医療費、病院費用(ベッド代、看護料)などの入院に係るすべての費用が公費により負担され、自己負担はない。また、公立病院で私費患者の場合、患者が自ら指名した医師から診療を受けることができるが、医療費の75%のみが給付の対象とな

り、25%が自己負担となる(病院費用は給付の対象とならない。)

ハ 公衆衛生・保健医療サービス

公衆衛生・保健医療の分野においては、連邦政府は、資金補助等の財政管理も通じメディケア制度と呼ばれる医療保障制度の運営・管理、医薬品の安全性確保対策、そしてアルコール規制、薬物規制、エイズ対策といった疾病予防・健康増進事業等の医療政策の企画・立案・実施を行っている。

州政府は、従来から公衆衛生・保健医療サービスの提供・管理の面で中心的役割を果たしており、州立の医療サービス施設(公立病院、地域保健医療クリニック)の企画・管理運営・提供について責任を有するほか、医師、歯科医師を含む医療関係者の登録・管理といった規制を行っている。また、公衆衛生関連法規は、連邦政府が定める基準に則り各州ごとに制定されており、州政府が上下水道、大気、廃棄物に関する管理責任を有する。

地方公共団体は、実際の公衆衛生管理及び在宅・地域保健サービスの面で中心的役割を果たしており、地方公共団体に設置される衛生管理官が、環境衛生面での州法の適合状況を調査しているほか、廃棄物の収集・運搬は地方公共団体に権限移譲されている。また、地方公共団体自ら障害者や高齢者を中心とした在宅・地域保健サービスを提供している。

二 公的扶助制度

生活保護制度は、91年社会保障法に基づき、年齢や肉体的、精神的障害など自分の力だけでは対応できない理由により、自らとその扶養家族の生計を十分に維持できない者のうち、他の所得保障制度の適用を受けられない者を対象とし、その必要最低限の生活を保障する制度である。このため、受給者の大部分(83%)は、他の所得保障制度の適用を受けるために必要なオーストラリアでの居住要件を満たせない「近年移民してきた者」である。この他の受給者としては、子どもや無能力者を扶養する者、18歳未満の若年ホームレス、妊婦等がいる。

実施機関は、家族・地域サービス省の執行機関であるCentre Linkである。

給付の種類には、基本給付と家賃補助がある。給付水準は家族・地域サービス省の判断により決定されるが、目安としては、新生活手当(21歳以上で老齢年金の受給対象年齢以下の失業者を対象とした手当。単身で子どもがいない場合、最高で350.80豪ドル/2週)及び若年者手当(16~24歳までのフルタイム・パートタイムの学生、21歳未満の失業者等を対象とする手当。単身で親等と別居の場合、最高で290.10豪ドル/2週)に準じ、これを超えない範囲とされている。なお、受給者に所得があれば当該所得分は給付額が減額される。また、住宅所有者、住宅非所有者という類型ごとに資産審査も行われる。

受給者数は1万413人であり、65歳以上が63.6%を占めている。また、オーストラリア生まれが8.1%であるのに対して、他国生まれが91.9%と大多数を占めている。

ホ 高齢者保健福祉施策

老人医療についても、年金受給者等に対する薬剤費の自己負担分の軽減等、医療費負担の軽減措置が講じられていることを除き、一般成人に対する医療と同様、メディケア税と一般財源で賄われる「メディケア制度」及び「薬品費給付制度」により公的医療保障が行われている。また、第一次医療としての一般医(GP=General Practitioner)、第二次医療の場としての病院という医療提供体制についても一般成人と相違はない。

一方、老人福祉(高齢者ケア)については、連邦政府と州政府、地方自治体、民間非営利団体を含めた多くの関係者の協力のもとに、主に連邦政府からの補助金により運営されている「介護施設ケア」(旧「ナーシングホーム」及び「ホステル」については、97年10月より連邦政府からケア施設への公的補助金の算定基礎となる施設入居者分類基準が統一化された。)サービスと、連邦と州政府の共同事業としてのHACC(Home and Community Care Program、地域・在宅サービス事業)の下で、ホームヘルプ、訪問看

護、給食、デイサービス等様々な地域・在宅ケアサービスが提供されている。なお、これらサービスに対する政府からの補助は税を財源としている。

老人福祉(高齢者ケア)の特筆事項の一つとして、各高齢者が個々のニーズに応じ、施設ケア、地域・在宅ケアのうち最も適切なサービスを受けられることを保証するためにACATチーム(Aged Care Assessment Team:高齢者ケア判定チーム)が設置されている。ACATは各地域ごとに置かれ、看護婦、老年科医、OT、PT、ソーシャルワーカー等から構成されており、病院からの退院時やケア施設入所時など、各高齢者に対し介護又は支援が必要となったとき、個々の要介護者の医学的・社会的ニーズを判定し、ケア施設入所や地域・在宅サービスなど、最も適切なケアのパッケージ(ケア・プラン)を処方している。

なお、ホーク労働党政権時代の85年に開始された高齢者ケア改革(Aged Care Reform Strategy)等の下で地域・在宅サービスの拡充及び移行が積極的に推進されてきているが、この流れは、一部社会保障水準の切り下げが行われてはいるものの、96年に誕生したハワード現保守政権の下でも基本的に踏襲されてきている。

へ 障害者福祉施策

障害者に対する福祉施策としては、所得保障と雇用援助も含めた種々の障害者支援サービスが行われている。所得保障は連邦政府の所管であるが、障害者支援サービスは、連邦・州政府障害者協定(Commonwealth/State Disability Agreement(91年合意、98年改訂))に基づき、連邦・州・自治体政府が協力連携しながら、総合的に提供されている(協定の中で、特に、連邦は雇用に対し、州は居住環境その他支援サービスに対する責任を負うことが明確化されている。)。なお、連邦レベルでは、98年の省庁再編により新しく誕生した「家族・地域サービス省」(Department of Family and Community Services)が所得保障及び障害者支援サービスを一括して所管している。

具体的には、所得保障として、障害年金(Disability Support Pension)、介護者手当(Carer payment)、疾病手当(Sickness Allowance)、移動手当(Mobility Allowance)等が障害者本人あるいはその介護者に対して支給されている。

一方、障害者支援サービスは、協定に基づくものとして、居住サービス、就労サービス、地域生活援助、地域社会参加促進、レスパイトケア等のサービスが提供されている。また、主に高齢者が利用している地域・在宅サービス事業(HACC:Home and Care Program)により提供されるホームヘルプ、訪問看護、給食、デイケア、移動補助などの様々なサービスが、障害者にも提供される(HACC利用者のうち、20%は65歳未満の障害者)。リハビリや相談サービス、日常生活用具の給付も行われている。

ト 児童福祉施策

オーストラリアの児童福祉・家族施策は、児童サービス、家族支援サービスそして家族手当等の家庭に対する所得保障制度を通じて行われている。児童サービスに対する連邦政府の関与は、72年の児童福祉法(Child Care Act)の成立に始まり、88年に発表された連邦・州政府国家児童福祉戦略(Commonwealth/State National Child Care Strategy)に基づく児童サービス事業(Children's Service Program)等の下で、連邦政府・州政府の補助による各種児童サービスの拡充が図られてきている。

児童サービス(Children's services)としては、連邦政府・州政府による補助の下、地方政府、民間団体、営利企業等により、ロングデイ・ケア・センター(Long day care centers、保育所に相当)、オカージョナル・ケア(Occasional care services、託児所に相当)などのサービスが提供されている。また、主に州政府による補助の下、民間団体又は学校教育プログラムの一部として、キンダーガーデン/プレスクール(kindergarten/Preschool、幼稚園に相当)サービスも提供されている。

また、子どものいる家庭を経済的に支援するため、連邦政府によるChild Care Benefit(以前はChildcare Assistance及びChildcare Rebate)と呼ばれる保育サービス利用料金の補助の施策が講じられているほか、Family Tax Benefit Part A、同Part B、Parenting Payment、Maternity Allowance等の家族支援関係の税制上の優遇措置(還付)や給付制度があり、これらを通じて子どものいる世帯に対する所得保障施策が

2000年 海外情勢報告
講じられている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2000～2001年の海外情勢

第5章 主要先進国社会保障制度の概要

第3節 大洋州

1 オーストラリア

(2) 社会保障制度の課題

オーストラリアも他の先進諸国と同様、80年代より経済環境及び社会情勢に変化が生じてきた。すなわち、90年代初めの深刻な不況は、大量の長期的失業者を生み出し、以来失業問題は深刻な社会問題となっている。さらに、人口の高齢化、家族構成の変化は、社会保障制度の膨張をもたらしている。このような状況の下、オーストラリアも他の先進諸国同様、長期的・安定的な社会保障制度の運営を確保するため必要な改革に迫られている。すなわち、社会的ニーズの変化に対応するため、社会保障制度のあり方について再評価が求められているところである。

特に、2000年7月から実施された財・サービス税の導入を柱とした税制改革に伴い、児童・家庭に対する所得保障を中心とした制度改革が行われた。さらに、2000年8月には、「相互義務」原則の拡大等が盛り込まれた社会保障制度改革に関する専門家委員会報告(いわゆるマクロー報告)が発表され、政府は、同報告を踏まえた社会保障制度改革に対する政府対応案を12月に発表したところである。
