
第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第1節 主要先進国
アメリカ
1 概況

人口：2億8千142万人(2000年)、国土面積：962万9千k²、高齢化率：12.4%(2000年)、合計特殊出生率：2.10(2000年)、1ドル=133円(2002年2月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

アメリカ

2 社会保障制度の概要と最近の動向

(1) 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(SSI: 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ている。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)。

●福祉改革法案、下院で可決

福祉改革法(P.L.104-193 7)が今年で期限切れとなることを受けて、2002年2月にブッシュ政権から提案されていた同法改正案が、2002年5月16日、下院で可決された(2002年7月下旬 上院審議中)。

同法案の概要は以下のとおり。

1) 現在、原則50%の生活保護受給者を就労させることが州に対し義務付けられているが、この割合を2007年度までに70%まで引き上げる。これに合わせて、今後、義務付ける労働時間を現在の週30時間から40時間のフルタイムに延長する。

2) 現在連邦政府から州政府に支給されている現行の関連予算(Temporary Assistance for Needy Families: 2003年から2007年まで、年間約165億ドル)を続行するとともに、シングルマザーの再婚(初婚)を進めるプログラムに対し、年間3億ドルの予算を計上する。

3) 2)の予算とは別途に、児童保育のために、5年間で最高260億ドルが州政府に支給される。さらに、各州政府は、最高50%まで、1)の予算を児童保育に廻すことが可能となる(現行は30%)。

4) 州政府は、連邦政府が定める福祉関連法や規則(連邦政府が行っている福祉事業にかかる規則、例えば、食券給付、公共住宅、職業訓練・児童保育、その他の低所得者向けプログラムなど)について、連邦政府の承認の上、各州はそれらに関連する規則を独自に制定することが可能となる(ただし、これによって連邦から支給される予算を他の州政府事業には振替えることはできない。)

5) 市民権を得ていない合法移民に対する福祉は、現行の制度を維持する。

(2) 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845ドル/月、障害年金786ドル/月であり、4,590万人が受給している(2001年)。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。

(3) 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、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)も普及している。

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4,000万人(2001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50ドル(2001年))と連邦政府の一般財源により賄われている。

一方、65歳未満の人々の多くは、雇用主を通じて民間の医療保険に加入するなどしているが、いかなる医療保険の適用も受けていない国民は、約3,870万人(2000年)に達し(人口の14%)、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(SCHIP: State Children's Health Insurance Program)」が創設され、2001財政年度においては、約460万人の児童と2001年以降加入可能となった成人23万人が本制度の対象となっている。

(4) 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。2000年現在、約960万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390万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。

(5) 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(TANF: Temporary Assistance for Needy Families)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。

(6) 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図表のとおりであり、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。

(7) 障害者保健福祉施策

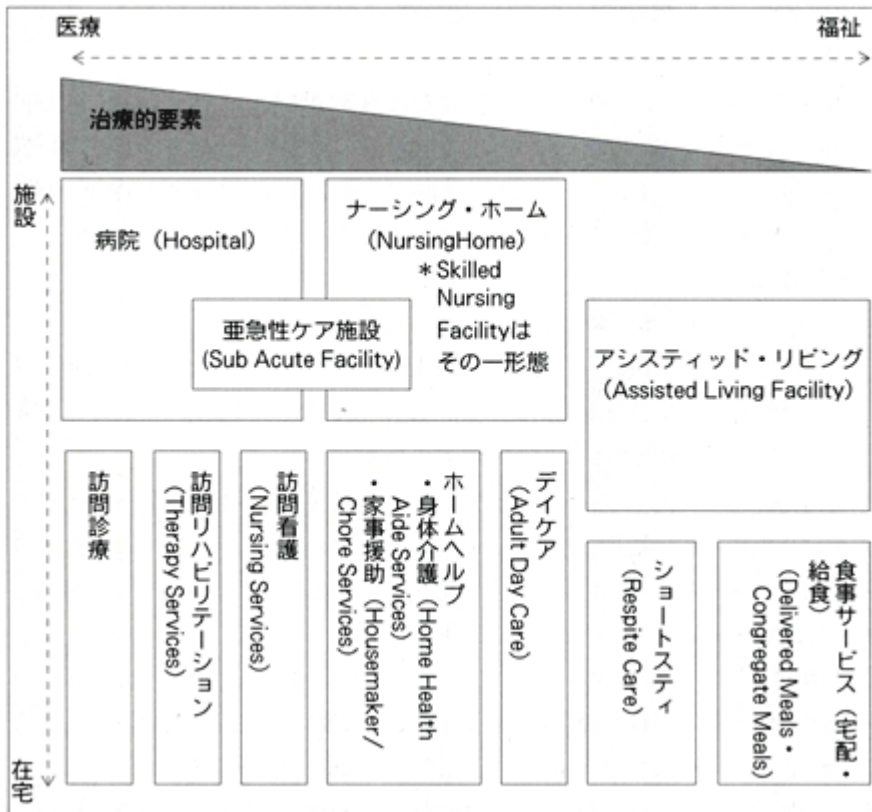
障害者に対する保健福祉サービスとしては、障害年金の給付や補足的所得保障による現金給付、メディケアおよびメディケイドによる医療保障が中心である。また、障害保健福祉施策を総合的に提供する組織は存在しない。なお、99年12月には、これまで就労による所得上昇等によってメディケイド等の医療保険の対象でなくなってしまう障害者に対して医療保障の適用を延長し、障害者の雇用促進を図ることとされた。

(8) 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(TANF)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。また、児童扶養強制プログラムにより、親の搜索・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。

図1-4 アメリカにおける高齢者介護サービス体系

図1-4 アメリカにおける高齢者介護サービス体系



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。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。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

アメリカ

3 社会保障制度の課題

2000年大統領選挙の争点の一つともなった社会保障年金改革やメディケア改革については、今後ベビーブーマー世代が受給者となっていくことから大きな政策課題と認識されている。2001年1月のブッシュ政権発足以降、大統領自身も内政上の最重要課題の一つとして位置付けた上で、改革の実現に向けた取り組みを進めてきた。

しかしながら、2001年9月11日の同時多発テロ事件を受け、内政課題のプライオリティは相対的に下がり、政権発足後1年間で特に形となって改革が実現したものはない。

2002年に入り、ようやくこれらを含めた内政課題についての議論に再び関心が向くようになり、折からのエンロン社破綻の影響もあり、年金・医療問題等への関心も高まっている。秋には中間選挙を控えていることも、今後の議論の進捗に影響を与えることが予想される。

【年金関係】

1) 社会保障年金改革について

第2次大戦後の1946～1964年に生まれた「ベビーブーマー」の引退に伴い、社会保障年金信託基金は、2016年には単年度収支が赤字となり、2038年には財政破綻を来すものと推計されている。

この問題について、ブッシュ大統領は、大統領選以来、社会保障税の一部を原資とする個人退職勘定を創設するという考え方を示してきた。これは、より高い利回りが期待できる市場の個人運用を行うことにより、ひいては制度の財政を安定化させようとの考え方に立つものである。

具体的には、2001年5月に社会保障年金委員会(Commission to Strengthen Social Security)を発足させて個人勘定の創設に向けた議論を進め、同年12月め最終報告において、制度改革案のアウトラインが示された。

そこでは、

- 1)個人勘定の創設(社会保障税(12.4%)の2%分を充当)を行うだけの最少の制度変更を行う案、
- 2)個人勘定の創設(社会保障税(12.4%)の4%分を充当)に加え、給付額算定方法の変更による給付抑制を行い、制度財政の長期的安定を図る案、
- 3)新たな拠出に基づく個人勘定の創設(社会保障税とは別に賃金の1%を拠出)に加え、給付伸び率の抑制などを行い、より制度財政の長期的安定を図る案

の3案が併記された。

しかしながら、これらの案については、そもそも複数案の提示しかできなかった点や給付削減につながる点などについて各方面から批判が浴びせられており、11月に中間選挙を控えていることから、この案に沿って議論が活発化していく可能性は低く、仮に中間選挙で民主党が躍進すれば、この個人勘定創設の提案自体の扱いも不透明となり、改革の実現には時間を要するとの見方もある。

2) エンロン社破綻を受けた401(k)制度見直し議論

2001年末の大手エネルギー会社エンロン社の破綻は多くの問題を惹起させたが、エンロン社員の401(k)を中心とした退職後のための貯蓄に大きな影響が出たことから、401(k)制度の見直しに関する議論も活発化することとなった。

エンロン社では、同社401(k)プランにおける自社株ファンドへの投資割合が約6割にも至っており、同社の破綻が従業員の退職後貯蓄に大きな打撃を与える結果となった。これを受け、政府・議会では、このようなケースにおいて従業員の401(k)資産をいかに保護するかという観点から議論が行われ、様々な法案が議会に提出されている(例えば、勤続一定年数以上の社員は自社株全てを他の投資に移管することを認める、自社株の割合に制限を付す等)ところであるが、今後さらにどのような議論が展開され、制度に反映されていくのか注目される。

【医療関係】

1) メディケア改革(外来処方薬給付)

外来診療をカバーするメディケアパートBは、基本的に処方薬に係る費用をカバーしないが、医薬品価格の急上昇の中で、外来処方薬の費用が受給者の大きな負担となっており(特に低所得高齢者)、これをいかにカバーするかが大きな課題となっている。この問題については、ブッシュ大統領は、低所得メディケア受給者に対し、州政府を通じて外来処方薬給付に係る費用を補助するが、その90%を連邦が負担するとの考え方を示している。(2003年度予算案)。現在、両党からこの問題の解決に向けた法案が提出されているところであるが、具体的方策及び財源のあり方についての考え方には隔たりがあり、相当の議論が見込まれる。

2) 患者の権利法案制定の動き

マネージド・ケアは医療費の抑制に寄与したとの評価がある一方、医師や医療機関へのアクセスを制限し、適切な医療提供を阻害しているとの批判も強い。このため、患者が適切な医療を受ける権利を保障するため、1998年頃から患者の権利法案策定に向けた動きが活発化している。上下各院とも2001年にそれぞれ法案を通過させているが、両党で患者の訴訟権、賠償限度額、管轄裁判所等の問題について見解の相違があるところである。

3) 無保険者対策

国民のおよそ7人に1人が医療に関し、いかなるカバレッジも受けてない状況にあることから、特に低所得の無保険者をいかに保護すべきかという議題がある、2001年の景気後退や同時多発テロ事件以降は、失業者への医療保険の提供という論点が中心となっており、景気刺激策の一環として、失業者用のCOBRAプログラム(失業後も失業前と同じ保険を購入できる)の活用を政府が支援するための法案が提出されている。ただし、景気後退による税収減などにより、法案が成立を見るには時間がかかることが予想されている。

【その他】

・福祉については、1996年の一連の改革を進めた結果、福祉依存の状態から就労への移行が促進されるなどの効果が見られたとの評価となり、その考え方の延長線上に立ってさらに「自立」を基本とする福祉改革を進めるべく、ブッシュ大統領は、2002年2月末に改革提案を行った。その内容は、

1)就労を通じた自立の促進、

2)一人親家庭を含む低所得勤労者家庭への援助と結婚の奨励による家庭の強化、

3)州政府における福祉プログラム効率化に向けた取組を弾力的に強めていく、

などを柱としたものであり、今後その具体化に向けた議論が注視される。

・同時多発テロ事件及び2001年10月以降の一連の炭疽菌事件を受けて、バイオテロ対策の強化が進められている。事件後の緊急バイオテロ対策においては、全国民向けに天然痘のワクチンを2002年末までに確保することとされるとともに、炭疽菌テロ等対策のための抗生物質ストックの拡大といった緊急修正予算措置が講じられた。2003年度予算案においても、前年度比45%増のバイオテロ対策費が計上され、NIH(国立衛生研究所)における研究開発の増強、CDC(疾病管理・予防センター)や州、自治体等の公衆衛生・医療の現場体制の充実・強化などが盛り込まれているところである。

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第1節 主要先進国
イギリス
1 概況

人口：5,950万人(99年)、国土面積：242千k²、高齢化率：15.9%(99年)、合計特殊出生率：1.68(99年)、1ポンド=190.95円(2001年12月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

イギリス

2 社会保障制度の概要と最近の動向

英国では、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英国独特の国民保健サービス(NHS)として実施されている。

97年に発足した現労働党政権はサッチャー以来の自立自助路線を継承しつつ社会的公正の観点でこれを調整していく「第三の道」を標榜した諸改革をすすめ、2001年6月の総選挙を経て現在第2期に入ったところである。ブレア政権は、就任当初から社会保障関係費用は、政府支出の中でも突出し伸びも高いにもかかわらず、所得格差の増大、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、社会保障改革を最重要課題の一つに位置づけてきた。

このため、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華本的考え方の下、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、各般にわたる社会の構造的格差(社会的疎外：Social Exclusion)の是正の取り組みと併せ、推進してきている。また、公的医療制度については、長年の投資不足により手術や入院の長期間待機が慢性化しており、これに対処すべく医療提供体制の拡大を中心とした改革がすすめられている。

●NHS改革目標の設定

NHSプラン等既定の改革を着実に実行するために、2002年7月15日、保健大臣と大蔵大臣の間で公共サービス合意(Public Service Agreement：PSA)が締結された。同合意においてNHS改革目標を明記しその推準を管理するとされている。主な改革目標は以下のとおり。

- ・最大待機期間を2005年末までに外来3ヵ月、入院6ヵ月とし、2008年には入院も3ヵ月とする。
- ・救急患者の最大待機時間を2004年までに4時間とする。
- ・2004年までに一般家庭医へのアクセス待機時間を最大48時間以内(熟練看護婦等との面会は24時間以内)とする。
- ・専門外来や入院を2005年までに全て予約制とする。

- ・2010年までに主要疾患の死亡率を相当程度削減する(75歳未満の者の心臓病死亡率を4割、ガン死亡率を2割削減等)。

(1) 退職年金制度

義務教養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72.50ポンド/週、被扶養の妻43・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(2001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、英国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、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の創設(2001年4月発売開始)、
- 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2階部分の年金権の分割が創設(2000年12月移行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ている。

なお、物価スライド制への不満が強かった基礎年金の支給額改定について、ブラウン蔵相が2002年度予算の基本方針演説(2001年11月)等において、ブレア政権2期目の間、毎年最低2.5%の引上げを表明するなど、従来の中・低所得者層への重点配分路線から若干軌道修正の動きも見られる。

また、最低所得保障制度は、私的年金等の自助努力による収入がある場合にその全額が減額調整されることとなっていたが、減額調整を4割にとどめ自助努力を評価する内容に改正される予定である(ペンション・クレジット。2003年以降)。

●ステークホルダー年金の普及状況

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、30を超える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つき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)を負うこととされ、政府の見積もりで約40万の事業主がこれに該当すると見込まれていたが、その大半は5人以上を使用する中小零細事業主であることもあって、2001年8月時点でまだ半数以上の事業主がアクセス提供措置未達成と報じられている。なお、アクセス提供義務に違反した事業主には最大5万ポンド

ドの罰金が科されうるとされている。

●国家第二年金(SSP)のポイント

SSPは、年9500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9500ポンド未満の者や家族介護や障害のために就労できない者についても9500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。

(2) 保健医療サービス

英国では、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、低所得者、妊婦等については免除となる。)

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、英国はこれまで先進国中比較的少ない医療費(国民医療費の対GDP比6.7%：98年)で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(過去約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：手術待機者のウェイティングリストは2002年2月末現在で105.4万人となっている(イングランドのみ。前年同期比1.7%増))。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。

●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、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うプライマリーケアトラスト(PCT)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

等が99年4月以降実施されてきたが、この段階では大幅な予算増は行われず、ウェイティングリスト問題も全体の運営効率化での対処に重点が置かれていた。

しかし、99年末のインフルエンザ流行によりウェイティングリスト問題が再燃した(例：ガンの手術がベッドや麻酔医不足によりキャンセルされ手遅れになる等の事案が頻発)ことを契機に、英国の国民医療費(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、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(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行い2000年7月に、病院、病床等の拡充、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」が公表され、逐次推進されてきている。

●NHSプランの推進状況

NHSプランの主要事項とその進捗状況は別表のとおりであるが、特に、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、民間病院への委託や病院施設の買収等がすすめられてきており、マンパワーの拡充については、給与引上げを含む離職者の復帰促進をすすめつつ、養成定員の拡大が効果を発揮するまでの間のつなぎとして、医師、看護婦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プランでは明記されていなかったものの、医師会や患者団体の要請を受け、ドイツ、フランス、ギリシャ等の海外の医療機関に対しても股関節手術や白内障手術など特に長期間の待機が問題化し、かつ、移動自体に大きな問題がない患者につき、診療の委託が開始されている。

また、2000年7月以来、一般病院と地区保健当局を対象に待機時間、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きており(直近は2002年2月)、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(三ツ星から無星まで)パフォーマンス・レーティングも行われており、三ツ星の病院には、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、なお改善がみ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。これらのパフォーマンス情報の公表システムの狙いとしては、病院サービスの水準向上とともに、NHS病院のアカウンタビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることが主眼と位置付けられている。

表1-80 イギリスのNHS病院パフォーマンス・レーティングの主要項目

表1-80 イギリスのNHS病院パフォーマンス・レーティングの主要項目

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来待機者リストの縮減 ・ 18 ヶ月以上の入院待機者の有無 ・ 乳ガンが疑われる患者につき、GP 紹介から 2 週間以内に外来初診 ・ 財政の健全性 ・ トロリーで 12 時間以上待機させられる患者数の縮減 ・ 手術の当日キャンセルが 1 %未満であること |
|--|

表1-81 イギリスのNHSプラン(2000年7月公表)の概要及び進捗状況

表 1-81 イギリスの NHS プラン (2000 年 7 月公表) の概要及び進捗状況

(1) 保健医療関係

主要事項	概 要	主な進捗状況
●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・医療ニーズに一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 患者記録の電子化、電子予約システム、テレメディシンの推進 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急ベッド 597 床 (25%) 増。一般病床 714 床 (0.5%) 増 10 の主要病院開発をオープン 心臓専門の大手民間病院を買収 診療所 797 ヶ所を近代化 MRI 21 台増設。CT52 台、リニアック 22 台を増設ないし更新 最低レベルの衛生水準の病院を全て改善 ワンストップセンター 68 ヶ所設置。2002 年 3 月には 196 ヶ所に 94 の新メニューを有名シェフの協力を得て開発し、レシピブックを配布 IT 関連の項目については、予算人員不足により進捗は遅れぎみ
●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 看護婦養成定員を 5500 人、専門医養成定員を 1000 人、GP 養成定員を 550 人増 院内保育所を 100 ヶ所整備 医師との契約を NHS 診療専念を促進する方向で見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 看護婦 10000 人増 専門医 1100 人増。GP130 人増 看護婦につき 1300、専門医 300、GP130 の定員増 NHS 大学の設置など生涯学習の基盤を整備 院内保育所の整備目標を 150 ヶ所に引上げ NHS 全職員の給与を 3 年間継続して物価上昇を上回って引上げ 専門医契約の見直しにつき医師会と協議中
●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 	<ul style="list-style-type: none"> 処方等を行えるコンサルタント看護婦を 570 人養成
●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協定を締結 	<ul style="list-style-type: none"> 基本協定を締結。 民間大手病院において、股関節手術を迅速に実施する委託契約を予定
●待機問題	<p>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</p> <p>救急患者についても、2004 年までに、到着から 4 時間以内に入院、転送又は退院。トローリーでの長時間不適切な待機を解消</p> <p>時間外であっても、NHS ダイレクト電話相談の利用により、全国民がケアにアクセス</p>	<ul style="list-style-type: none"> 約 6 割の GP で目標達成 入院患者の 7 割は 3 ヶ月以内に対応 15 ヶ月以上の待機者数は一年間で 3 分の 2 未満に縮減 (12600→8100)。さらに 2002 年 4 月時点でほぼ解消 がん疑診患者の 91% が GP の紹介から 2 週間以内に専門医に受診 2002 年までに救急部門の 75% で目標を達成 12 時間以上のトローリーでの待機は 6 割限となり、24 時間超の待機は実質的に解消 2002 年までに 1000 万人の患者にアクセス提供

●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が、近年の医師等による犯罪や医療過誤等に対応して、クリニカルガバナンスの強化を推進 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の技能の定期的審査と資格登録の更新制を導入（2002年度予定） 医師等のパフォーマンスを審査する国立診療アセスメント当局を2001年4月に設置
●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 	<ul style="list-style-type: none"> 全国及び地域ごとに近代化委員会を設置し、NHS プランの進捗状況を点検 NHS 近代化庁を設置し、ガン診療に関する優良事例集やビデオ教材を作成
●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 	<ul style="list-style-type: none"> 新たな患者憲章を策定（Your Guide to the NHS） 100以上の病院トラスト等に患者助言連絡サービスを設置 トラスト毎に患者フォーラムを設置し、病院施設やサービスをモニターする仕組みを導入予定
●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 精神保健対策として、24時間看護病床、保安病床、積極的関与チームの増設等 2010年までに150万人を禁煙に導く 	<ul style="list-style-type: none"> 国立優良医療研究所（NICE）において抗ガン剤、心臓病治療薬の使用ガイドラインを策定 放射線治療やがん専門医へのアクセスにはまだ相当の格差あり 胸痛クリニック150ヶ所を設置 心臓病患者の平均待機期間を3.2ヵ月に短縮（一般平均4.1ヵ月） 精神保健24時間看護病床320、保安病床500、積極的関与チーム170を増設 精神保健研究所を設置し、優良ガイドラインの策定普及に着手 4週間の禁煙プログラムにより64500人が禁煙に成功
●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歳の児童220万人に毎日一個の果物を無料で給付 	<ul style="list-style-type: none"> 8万人の児童に果物を給付

(2) 高齢者の保健医療福祉関係

主要事項	概 要	主な進捗状況
●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 	<ul style="list-style-type: none"> ケアトラスト推進の関連法案を策定 ベッドブロッキングの解消のため、福祉サービスへの予算を追加
●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ヵ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 	<ul style="list-style-type: none"> 2001年10月から、入所施設に対し、看護ケアに相当するものとして、要介護度に応じ35～100ポンド/週を支給
●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 	<ul style="list-style-type: none"> 2001年4月、診療差別の撤廃、中間ケアの推進、卒中・転倒・精神保健対策の充実、アクティブライフの推進等7項目からなるガイドラインを策定

資料出所：2000～2001年度 NHS 近代化委員会報告書等

(3) 健康増進

98年に公表された国民健康増進増計画(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96年比)。
- 2)事故死削減のため、重症事故発生数を5分の1削減。(同)。
- 3)ガンによる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。

(4) 高齢者を含む保健福祉サービス

英国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、いずれも税法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。

たとえば、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、94年以来ほぼ37万—39万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しつつも増加してきている。(ただし、入所施設に関する基準の制定や近年の好況による人材確保難もあり、小規模施設を中心に閉鎖する事案も報じられている。)

●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、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、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、入所施設基準(2001年5月)など各種サービス基準を整備しつつ、2002年4月以降は入所施設や民間病院の監督も担当することとされている。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における優良医療研所(NICE)に相当)も発足している。

●保健医療と福祉の連携

英国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く、社会的入院がウェイティングリストを押し上げている(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、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するとともに、サービスのうち「看護」相当部分を無料化する旨が表明され、2001年要介護度に応じ35-100ポンド/週が施設に支払われることとなった。なお、スコットランドは独自に対人ケアサービス無料化の方針を表明していたが、財源確保等の点で実施は困難視されている。

(5) 公的扶助制度の概要

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)、就業家族税額控除(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。

なお、2001年6月の総選挙後に行われた中央政府の組織変更により、年金及び各種福祉手当を所管していた社会保障省は、就労支援施策を担っていた教育雇用省の部局と統合され雇用年金省(Department of Work and Pensions)となり、福祉給付受給者に対する就労支援の強化のため、職業紹介を行うジョブセンターと福祉給付の窓口であるベネフィットオフィスとを統合してジョブセンター・プラス庁に再編していくこととされるなど、「福祉から雇用へ」を標榜するニューディール政策を推進する観点からの組織改正が進められている。(このほか、現在及び将来の年金受給者を対象とした年金サービス庁が並行して設置され、勤労世代を対象とするジョブセンター・プラス庁と併せて、横断的な組織再編が行われたと見ることができる。)

(6) 障害者保健福祉施策の概要

●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、地方公共団体社会サービス部局が中心となって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、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。また、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。

●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公共団体社会サービス当局が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、GP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公共団体社会サービス当局が中心となってデイセンター、入所施設等が提供される。必要に応じ対象者ごとにニーズ・アセスメントを経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コンタクト役としてその実施状況をモニターする仕組みが採用されており(ケア・プログラム・アプローチ)、措置入院から退院後の患者に対するケアのフォローの観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の地域精神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。

触法精神障害者については1983年精神保健法により、刑事司法手続きと保安病棟との接続、不服申し立てなど患者の保護に関する事項等が整備されているが、重度の人格障害により公共に大きなリスクを有する者の取扱いや、本人の同意に基づかない治療の地域医療での導入等の見直しが議論されている。

(7) 児童福祉・家族政策の概要

児童福祉・家族政策の中心課題は、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(約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(全児童の3分の1が貧困世帯に属していると指摘されている)。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」という一連の施策とともに、現金給付においても低所得層に焦点をあ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。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。

なお、2001年9月から保育サービス提供者に対する監督権限が、地方公共団体から教育技能省管轄下の教育水準局に移管されている。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15.50ポンド/週、第2子以降は10.35ポンド/週支給される(2001年)。

なお、就業家族税額控除は、2003年度以降、非就業世帯に対する手当(所得補助や求職者給付)と統合再編される予定である。

また、新生児一人一人に優遇利率を付した個人口座を設け、政府が頭金や就学の節目ごとに一定額を預託し(成人まで引き出し不可)つつ家族等の拠出も誘導し、成人時への資金準備を促す「子供信託口座」の創設が表明され、具体化に向けての検討が進められている。

(8) 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(87~575ポンド/週：2001年度)につきその10%、雇用主が、一定額(87ポンド/週：2001年度)以上の収入につき11.9%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72-87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(3955ポンド/年：2001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(4535~29900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、国庫交付令などにより運営されている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

イギリス

3 社会保障制度の課題

ブレア内閣は、2001年6月の総選挙において「公共サービスの改善」を最大公約に掲げて勝利し、引き続き政権を担当することとなった。NHSは、参育、交通等とともに改善されるべき公共サービスの筆頭に挙げられており、2002年度以降もNHSプラン推進のための大幅予算増が必要とされる中(注：大蔵大臣の委嘱により進められているNHS財政運営に関する長期見通しの検討(中間報告)においても、高齢化、技術革新、国民の期待値の増大の3つの主要因により、今後20年にわたり投資が必要と指摘されている。)、その財源を補う何らかの増税策が打ち出されるものと見込まれている。

また、ミルバーン保健大臣は、2002年1月に「NHSの再定義」と題した演説を行い、

1)税財源で運営され、保険料拠出等を受療の要件としないこと、

2)貧富の差にかかわらず医師により認定されたニーズに対応する適切な医療が提供されること、

の2点が確保されればNHSの医療サービスの供給主体は公的セクターに限られる必要はないと表明しており(これは、NHSプランでも垣間見えていた思想であり、以後総選挙等を通じ次第に明らかになってきていた。)、これに公共部門の労働組合が強く反発しており、民間セクターの活用は、2000年秋以降に噴出した基礎年金引き上げ問題に替わり、労働党内部での最大の懸案事項になっていくと見られる。

さらに医療改革を巡っては、医師会や保守党を中心に、欧州大陸諸国の制度を参考に患者負担の拡大や財政システムの公的保険制度への転換を求める議論も根強くあり、NHS改革には今後も曲折が予想される。

年金関係では、本来のターゲット層に十分浸透していないステークホルダー年金の普及とともに、ミーンズテストを伴う最低所得保障やペンションクレジットへの批判への対応が当面の課題である、企業年金を巡っては、従来大部分が確定給付型であった企業年金につき、運用利回りの鈍化、平均寿命の伸び等を背景に確定拠出型への移行を表明する企業が増えてきており、労働組合がそうした動きに反発を強め、政府に規制の強化を求めている。個人年金関連では、従来75歳到達までに個人年金資産の全額をアニュイティ(終身定期金)の購入に充てることが義務付けられていたが、長年の金利低下や平均寿命の伸びによる支給水準の低下を受け、購入義務付けの見直しを求める声が高まり、政府として検討作業を本格化することとされており、今後の動向が注目される。

家族関連では、各般の歳出圧力等により今後厳しさを増す財政状況の中で、保守層からばらまきとの批判を受けていた「子供信託基金」や「貯蓄入門口座」構想の進捗が注目される。

公衆衛生関係では、結核の罹患率の上昇やHIV感染者の動向が懸念されている他、自閉症やクローン病との関連を指摘する論文の公表以来接種率が低下しているMMRワクチンの取扱い等が注目される。

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第1節 主要先進国
ドイツ
1 概況

人口：8,202万人(2000年)、国土面積：357千k²、高齢化率：15.9%(99年)、合計特殊出生率：1.36(2000年)、1マルク=58.92円(2002年4月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

ドイツ

2 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。

(1) 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(19.1%、02年1月現在)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年か白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、2001年5月11日に、保険料率上昇の抑制及び給付水準の引下げを柱とする年金改革法案が連邦参議院において可決された。

同法案については、労働組合等の反発も強く、2001年1月26日に連邦議会を通過した後、連邦参議院での審議が難航していたものである。

同改革法の概要は以下のとおり。

年金改革法の概要

1 年金保険料率上昇の抑制

保険料率を、2020年までは20%以内、2030年にも22%以下に抑える。(昨年の19.3%から本年は19.1%に引き下げられている。2010年には18.8%まで引き下げられ、その後の段階的引上げにより、2020年に20%とする予定。)

2 給付水準の引下げ(対象者は新規裁定者に限られる)

現在、モデル年金(平均的な所得の人が45年間加入したケース)の給付水準が現役世代の平均的な可処分所得の70%となるように設計がなされて、いるが、この水準を2010年から段階的に引き下げ、最終的に67%とする。(当初案では、現行の70%を64%まで引き下げることとされていたが、政府と労組側との交渉の結果、政府が労組や連立与党左派の要求に配慮し、67%までの引下げとすることに応じたもの。)

3 補足的な老後保障制度の創設(施行は2002年1月1日)

公的年金の給付水準を引き下げると同時に、公的年金制度を補足する自助努力の年金制度として、任意加入の積立式による老後保障制度を創設する。この補足的年金制度は個人年金又は企業年金の形態をとる。(導入時の保険料率を支払給与総額の1%、その後2年ごとに1ポイントずつ引き上げ2008年に4%とする。労働組合にも年金ファンドを設立することが認められており、一部の労働組合は発足に向けた準備を進めている。)

当制度は基本的には自助努力とされているが、積立金を非課税とする、低所得者に対して補助を行う等、国も援助を行う。国の補助は、基本補助と児童補助からなり、子供の数が増えるほど加給されるようになっており、育児負担に配慮している。

4 賃金スライド方式の変更

2年間凍結されていた賃金スライドを、2001年から再開する。現行制度では、現役世代の可処分所得の伸びに応じた賃金スライドが行われているが、可処分所得から上記の補足的老後保障制度への積立金を差し引いた額に応じてスライドするものとする。

5 育児期間の年金計算上の優遇

育児をする女性の年金請求権をより良いものにする。子供が10歳になるまでの間の育児をしている者の就業については、報酬を年金計算上50%、ただし最大で平均収入の100%まで高めることとする。この評価を高める措置は、結婚の有無にかかわらないので、1人で育児をしている者にとって特に大きな効果がある。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。2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 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

ドイツ

3 高齢者保健福祉施策の概要

(1) 高齢化の状況

99年の高齢化率(65歳以上人口比率)は15.9%であり、今後、移民による年間の人口増を10万人と見込んだ場合、65歳以上の人口は2010年で全人口の20.2%、2030年で26.5%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。

(2) 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。

表1-82 ドイツの高齢者福祉施設の設置状況(95年6月現在)

種 類	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・青少年省調査

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。

(3) 介護保険制度

●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。

●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

●公的介護保険制度の概要

1) 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)

2) 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)。

3) 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。

●給付内容

表1-83 ドイツの介護給付額(在宅・施設別)

表1-83 ドイツの介護給付額(在宅・施設別)

① 在宅介護給付

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1.5時間以上/日)	月額 750DM まで (750DM)	月額 400DM
重度の介護を必要とする者 (平均3時間以上/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5時間以上/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（ ）内は、デイケア・ナイトケアの利用限度額。

1 ドイツマルク (DM) ≒ 55.60 円 (2001 年)

② 施設介護給付

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。

●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。

●財源構成

1)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。)

2)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)

●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0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。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

ドイツ

4 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、社会保険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、保険料が20.3%から段階的に19.1%にまで引下げられた。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、連邦議会(衆議院に相当)を通過させた。しかし、野党が多数を占める連邦参議院での審議は難航したが、2001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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第1節 主要先進国
フランス
1 概況

人口：6,110万人(2001年)、国土面積：552千k²、高齢化率：(65歳以上)16.1%(2001年予測値)、合計特殊出生率：1.90(2001年)、1ユーロ=117円(2002年2月)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

フランス

2 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。

(1) 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%(通常の医薬品の場合は65%)が原則である。

医療費の抑制を図るため、1996年の制度改正により、社会保障の収入と支出の均衡を盛り込んだ社会保障予算法が国の予算と同様、国会の議決対象となり、その中で医療保険支出国家目標(ONDAM)として医療保険支出の全国目標額が設定されるようになった。ただし、医療保険支出が目標を超過した場合のペナルティはごく限定されたものとなっており、実際には制度施行後も医療保険支出は目標額を超過している状況(2000年の医療保険支出の対前年伸び率は5.6%(目標値2.5%))となっている。目標超過の主たる原因は外来医療費であり、公的病院については1984年に導入された総枠予算方式により目標がほぼ達成されている。

表1-84 フランスの社会保障制度の概要

表1-84 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 障害者手当 在宅手当	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)	
疾病保険 疾病 出産 障害 死亡	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 鉱業、船員、国鉄、パリ市交通公社	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 基礎的年金 補足的年金	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」

(2) 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18年間(2001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。したがって、この条件を満たすために60歳時点で年金の受給を開始しない場合も多い。

(3) 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、中央では雇用連帯省が、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。

(4) 公的扶助制度

フランスにおいては、数多くの困窮着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。

●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2002年1月1日現在、単身者405.62ユーロ/月、夫婦608.43ユーロ/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依りてRMIが減額される。

●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2002年1月現在で、単身6997.74ユーロ、夫婦12,257.01ユーロであり、給付年額は単身6832.58ユーロ、夫婦12,257.01ユーロである。

●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。給付額は受給者の収入、年齢、勤務経験年数等に応じて計算され、給付期間は6ヵ月間である。家族手当給付を含まない収入上限月額額は単身935.20ユーロ、夫婦1469.6ユーロである。

(5) 高齢者保健福祉施策

●高齢者自助手当(Allocation personnalisée d'autonomie : APA)

高齢者介護に関しては、高齢者介護手当(prestation spécifique dépendance : PSD)の制度が1997年より施行されていたが、財源不足の問題を抱えており、また、軽・中程度の自助能力の欠如に苦しむ高齢者を対象外としていたことから、利用者数が伸び悩んできた(70万人を想定しつつも、実際には13万5千人程度であった)。こうした反省から、2001年7月20日、新たに「高齢者自立援助のための介護手当(APA)に関する法律」が制定され、2002年1月1日より施行されている。その概要は以下のとおりである。

1) APAの特色

フランス全土において同じ条件でかつ個々の受益者のニーズに合った介護サービスが提供されるような制度となっている。受給者の収入額は手当額の算定に影響するものの、従来のように収入が一定の水準の越えると手当が受けられないということはなくなり、また、受給者死亡後の遺産から給付済み手当の経費を徴収されることもなくなった。在宅介護の場合、個々の受給者の介護ニーズに応じた「援助プラン」をもとに享受できるサービスが決定され、その経費が支給される。また、施設介護について

は、APAの施行に合わせて行われた要介護老人収容施設(EHPAD)の料金体系の改革により宿泊滞在経費(利用者負担)や医療経費(疾病保険の給付対象)とは別のものとして明確に位置付けられた「介護経費(tarif dependance)」がAPAの手当の対象とされている。

2) 受益者の資格要件

60歳以上のフランス人及びフランスに合法的に長期居住する外国人で、日常生活に支障のある高齢者が対象。受給者数は、在宅で55万人、施設で25万人、合計80万人を想定している。

3) 要介護度の認定及び援助プランの作成

在宅の場合、医師とソーシャル・ワーカーからなるチームが申請者の家庭を訪問し、申請者及びその家族の話し合いにより援助プランを作成しつつ、申請者の介護ニーズを把握する。申請者の要介護度は、6段階からなる要介護状態区分(第1段階が再重度で、第5段階と第6段階は手当を受けられない)への当てはめについて、チームからの報告に基づき、県議会議長を長とする委員会が審査し、県議会議長が決定する。判定への異議申し立ても可能である。施設に置いては、介護ニーズの把握は、医師の責任において、施設によって行われる。

4) 支給額

手当の支給額は、サービス経費から利用者負担額を差し引いたものとなる。在宅の場合、サービス経費の上限額は要介護度ごとに設定されており、最重度の第1段階では、月1090.42ユーロ、第2段階934.65ユーロ、第3段階700.98ユーロ、第4段階467.32ユーロとなっている(2002年1月1日現在)。利用者負担はサービス経費に対する定率の負担となるが、負担率は受給者の所得に応じて計算される(0~80%)。施設の場合には、サービス経費は要介護度ごとに設定されており、また、利用者負担額は、所得や要介護度によらない定額部分と所得及び要介護度に応じた定率部分によって構成される。

5) 給付の対象となる在宅サービス

個々の申請者のニーズに応じて、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護用具購入費、住宅改修経費など、幅広いサービスが給付の対象となる。介護サービスは原則として認可を受けた事業者又はホームヘルパーから受ける必要があり、無認可のホームヘルパーを雇う場合は利用者負担が1割加算される。配偶者や同居家族等によるサービスは給付対象とならない。給付は毎月行われるのが原則であるが、高額な介護用具を購入する場合や住宅改修を行う場合は、介護ニーズを把握するチームの報告に基づき、複数月分の給付の一括給付も可能(ただし1年につき4ヵ月分が限度)である。

6) 財源

財源は、国庫負担金(財源は一般社会拠出金(CSG))、老齢保険による負担及び県の負担金である。国庫負担金及び老齢保険による負担金は、APAのために新たに設置されたAPA財政基金を経由してAPAの実施主体である県に配布され、不足する部分を県による負担金が補う。基金から各県に配布される金額は、各県の高齢者(75歳以上)数、財政力及びRMI(社会参加最低所得保障手当)の受給者数を勘案して決定される。

●在宅介護近代化基金の創設

APAの施行により増大が見込まれるホームヘルパーの需要に対応するため、在宅介護近代化基金が設置され、ホームヘルパーをより魅力ある資格とするための資格制度の改革や研修養成の強化が行われることとなった。その財源はAPA財政基金から賄われるものである。

(6) 児童福祉施策

●家族給付

家族給付には、大きく分けると、社会保険制度の一つとしての家族・出産保険(家族手当金庫(CNAF)の所轄)による給付と、同保険に加入していないもの又は適用されない貧困者を対象とする社会扶助制度による給付とがある。

家族・出産保険による給付としては、家族手当(我が国の児童手当に類似する給付)ほか各種の手当が定められており、主要なものは以下のとおり。なお、対象児童は、原則として16歳未満の児童である。

●保育サービス

保育サービスには大きく分けて、保育所によるものと、個人(保育ママ)によるものがある。

保育所は3歳未満の子どもを預かる施設で、集団保育所、家庭保育所(認可保育ママのグループであり、保育サービスは保育ママの自宅で行われるが、利用者と保育ママの間に雇用関係がなく、利用者側に保育ママを雇うための行政手続きが発生しない等の点で、個人としての保育ママとは異なる)、親が組織する共同保育所といった類型があり、地方自治体立、非営利団体、私立を問わず多様な形態が認められている。利用者負担は、所得や扶養家族数によって異なる。

保育ママは、家族・社会扶助法典に基づき、県議会議長によって認可される必要がある。個人としての保育ママによるサービスについては、料金や時間帯について利用者と保育ママとの間で自由に取り決めを行うことができる。6歳未満の子どもを持つ利用者については、保育ママの雇用者として支払うべき社会保険料等を家族手当金庫が利用者に代わって支払う。

表1-85 フランスの家族・出産保険による主要手当一覧

表1-85 フランスの家族・出産保険による主要手当一覧

手当の種類	支給要件	月額(2001年)	所得制限の有無
家族手当	2人目の子どもから	第2子：108.85ユーロ (約12,735円)	×
家族補足手当	3歳以上の子どもを3人以上扶養している場合	157.09ユーロ(約18,380円)	○(注)
家族扶養手当	片親、遺児の場合	片親の場合：76.54ユーロ (約8,955円)	×
里親制度	単身の妊婦、片親	所得制限額との差額	○
乳幼児手当	妊娠4ヵ月～3歳まで	156.31ユーロ (約18,288円)	○(注) (生後3月まで所得制限なし)
養育手当	3人以上子供がいることにより親が就労しないまたはパート労働の場合	無就労、下の子が3歳以上： 484.97ユーロ (約58,741円)	×
在宅児童保育手当	両親ともに就労しており、6歳未満の子を認可保育ママに委託する場合	子供の年齢、親の所得額により異なる	×
特別養育手	20歳未満の障害児	109.40ユーロ(約12,800円) 障害の程度による加算	×
新学年手当	6歳～18歳の就学児のいる世帯に年1回	243.92ユーロ/年 (約28,539円)	○

注 1 ユーロ≒108.78円(2001年)

単親及び共稼ぎの場合は、両親がいて片働きの場合よりも所得制限額は高めに設定されている。

(7) 財源

基本的には社会保険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特徴である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

フランス

3 社会保障制度の課題

年金制度については、ベビーブーム世代が60歳に到達する2005年頃から年金受給者の急増が見込まれており、将来における保険料や給付の水準、支給開始年齢、早期退職を促進する各種施策の見直し等の議論が不可避な状況となっている。また、急速な高齢化への対応策の一つとして、1999年社会保障財政法において「年金準備基金」が設置されている。この基金は、2020年までに社会保障の余剰金及びその他の財源により約1兆フランを積立て、これにより2020年から2040年までの保険料の上昇を緩和することを目的とするものである。しかしながら、財源として期待されていた第3世代携帯電話のライセンス売却益が予想額を大きく下回るなど、財源の調達面の問題を抱えている。

また、公務員の年金は、例えば満額年金を受け取るための拠出期間が150四半期とされているなど、民間サラリーマンの制度よりも優遇されたままとなっており、この官民格差を今後どうしていくかが大きな政治課題となっている。

表1-86 フランスの社会保障における保険料の負担割合

表1-86 フランスの社会保障における保険料の負担割合

保険等種類	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
老齢保険	8.2% + 1.6%	6.55%	上限年 28,224 ユーロ
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 28,224 ユーロ

(2002年2月現在)

疾病保険については、近年の医療費抑制施策が期待されたほどの成果を上げておらず、経済状況が良好であった2000年においても疾病保険は赤字となっており、今後経済成長が鈍化した場合には赤字の拡大が予想される。また、35時間労働制の導入により、病院における人件費の増大が予想される。他方で、医師、看護婦等の診療報酬の改定はここ数年来抑制的であったことから、2001年後半から診療報酬の大幅な改定等を求める医療職のストライキ・示威行動が頻発する状況となっており(2002年春に大統領選挙が行われることも大きな要因である)、大統領選挙後に新たな医療制度改革の議論が活発化することが予想される。

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第1節 主要先進国
スウェーデン
1 概況

人口：891万人(2001年末)、国土面積：450千k²、高齢化率：17.2%(2001年末)、合計特殊出生率：1.57(2001年末)、1クローナ＝約12円(2001年12月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

スウェーデン

2 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(日本の県に相当する広域自治体)等が供給主体となっている。福祉サービスは、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、高齢者福祉サービス、障害者福祉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、社会保険庁、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。

(1) 年金制度

老齢年金は、99年の制度改正により、賦課方式で財政運営される所得比例年金と積立方式で運営される積立年金(プレミアム・ペンション)の2階建て制度となっており、また、年金額が一定水準に満たない者には、国の税財源による最低保障年金制度が設けられている。

支給開始年齢は、61歳以降自ら選択することができる(支給開始年齢に応じて年金額を増減)が、最低保障年金は65歳からである。所得比例年金の支給額は生涯に納付した保険料額の水準と国民の所得水準の伸びをもとにしたスライド率などを基に算出され、また積立年金の支給額は納付保険料の積立分とその運用利回りによって決定される。なお、積立年金の運用機関は登録された金融機関等の中から個人が選択する仕組みになっている。

保険料率は、将来にわたって18.5%に固定することとされており、原則としてそのうち16%が所得比例年金分、2.5%が積立年金分として充てられる。

遺族年金には、有期の生活転換年金、稼働能力が低い場合等に支給される特別遺族年金、寡婦年金(90年に廃止されたが経過的に支給)、遺児年金などの種類がある。

障害年金は、16歳から64歳までの間の者を対象に、医療的な理由により恒久的又は長期にわたり4分の1以上就業能力が失われた場合に支給される。

(2) 所得保障制度

スウェーデンの社会保障の特色の一つは高度な所得再分配政策であり、多様かつ水準の高い現金給付制度が設けられている。具体的には、傷病手当、障害手当、介助者手当、自動車補助、労災給付、職業訓練手当、妊娠手当、両親手当、児童手当、養育費補助、障害児介護手当、住宅手当、失業保険といった制度があり、これらは基本的に国レベルで運営されている。

一方、我が国の生活保護に当たる社会扶助は、コミューンの責任の下に運営されており、国は基準額の

設定等を行っている。2000年には、約27万9千世帯(18歳～64歳に属する世帯の約7%)が受給しており、支給総額95億クローナ(1世帯平均約34,166クローナ)、平均支給期間は5.8ヵ月となっている。シングルマザー世帯の4分の1以上が受給していること、成人受給者の7割程度は大都市周辺に居住していること、外国生まれの国民(難民は除く)の17%が受給していること(スウェーデン生まれの国民の場合は3%)などが指摘されている。

(3) 保健医療サービス

スウェーデンの医療は、税方式による公営サービスが中心となっている。すなわち、基本的にはランズティングが医療施設を設置、運営し、費用はランズティングの税金(主として住民所得税)及び患者一部負担によって賄われる仕組みとなっている。このため、病院の予算や患者負担の設定方法はランズティングごとに異なっているが、全ランズティングで見れば総支出の89%を医療関連経費(歯科を含む)が占め、総収入の69%が税金、21%が国庫補助等、3%が患者自己負担、その他7%となっている(2000年)。

91年当時、ランズティングに属する病床数は全国で約94,000床(人口千人当たり10.8床)であったが、2000年には約32,000床(人口千人当たり3.6床)となっており、92年に実施されたエーデル改革で約31,000床が福祉施設としてコミューンに移管されたことや民間病院の増加を考慮しても、90年代を通じて病床数が相当程度縮減されている。医療従事者についても、91年約44万人(全賃金労働者の10.3%)から99年約31万人(全賃金労働者の7.9%)まで減少している。

これに対応して、保健医療費の対GDP比を見ると、1985年には9.0%であったものが、2000年には7.7%まで低下しており、この間の高齢化率が変化していないこと(17.4%から17.2%へ)を考慮したとしても医療費が抑制されていることが明らかである。

なお、病院等の民営化については、その是非をめぐって議論がある中で実態として一部ランズティングで進められてきたが、2001年1月以降については救急病院の営利団体等への移管を禁止する法律が施行されている。

(4) 高齢者福祉施策

スウェーデンの人口高齢化は、後期高齢者の増加という形で現れており、80歳以上人口比率は1985年の3.7%から2000年には5.1%まで高まっている。

高齢者福祉サービスには、我が国と同様、在宅福祉サービス(ホームヘルプサービス等)と施設福祉サービス(ナーシングホーム、グループホーム、サービスハウス等)があるが、スウェーデンにおける「施設」は高齢者のための「特別の住居」として考えられている(すなわち、入居者は家具等と共に「引っ越し」をしていくことになる)点に留意する必要がある。サービスの提供主体は基本的にコミューンであるが、民間委託もホームヘルプサービスの7%以上、施設サービスの11%以上の割合で行われている(2000年)。また、サービスの費用は、基本的にコミューンの税財源とサービス利用者の自己負担で賄われる。

(5) 障害者福祉施策

障害者関係施策は、福祉サービスや所得保障施策(障害年金などの現金給付)のほか、教育、住宅、交通、就労支援、文化、福祉機器の提供など幅広い分野において障害者の完全参加と平等の理念の下に実施されている。

障害者サービスについても、コミューンを中心として運営されており、ホームヘルプ等の在宅サービスや、グループホーム、サービスハウス等の施設サービスがあるが、知的障害者については90年代に脱施設化が進展するなど、障害者の社会参画が促進されている。

(6) 児童福祉施策

スウェーデンの保育サービスには、対象児童の年齢に応じて、基本的に1～6歳児(就学前)を対象とする保育所(プレスクール)、就学している児童を対象とする学童保育所(アフタースクール・センター又はレジャータイム・センター)、そして両者(1～12歳児)を対象とする家庭保育(ファミリー・デイケア)がある。なお、6歳児については教育制度の一部として就学前学級(プレスクール・クラス)制度が設けられている。

保育所には、さらに通常の保育所と開放型保育所(オープン・プレスクール)の類型があり、このうち開放型保育所は父母等が児童とともに自分で日を選んで任意の時間に訪問できる施設で、地域の子どもの遊び場であると同時に父母等に交流の機会を提供している。また家庭保育は、一定の資格を有する保育担当者が、自分の家で数人の児童を保育するものである。1～6歳児の76%が保育サービスを利用(うち保育所54%、学童保育所14%、家庭保育8%)し、また7～9歳児の65%(うち学童保育所63%、家庭保育2%)、10～12歳児の8%が保育サービスを利用している(2000年)。なお、保育サービスの自己負担額については、2002年1月から上限額を設定する制度(各コミュニティの判断で導入)が設けられている。

保育サービスはコミュニティの担当であるが、保育所に通っている児童の約15%、学童保育所に通っている児童の約8%はコミュニティ立以外の施設(親等の共同運営や企業によるもの)に通っている。なお、中央政府部内では、保育サービスは1996年以降教育科学省の担当となっている。

さらに、スウェーデンの育児支援策として、育児休業制度も重要である。育児休業は、児童が8歳又は義務教育第1学年終了までの間に取得することができ、育児休業を取得したときには、両親保険制度から両親手当を計480日間まで(父親・母親はそれぞれ240日間まで受給権を有し、そのうち60日間を除けば、父親・母親間で受給権を移転可)受給することができる。両親手当の支給額は、480日間のうちの390日間までは原則として所得の80%相当額であるが、残りの90日間については日額60クローナである。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第1節 主要先進国

スウェーデン

3 社会保障制度の課題

スウェーデンは90年代初頭の経済危機を乗り越えて以後、順調な景気回復を図ってきた。また、95年にはEU加盟を実現し、ヨーロッパ通貨統合参加(ユーロ導入)についても「参加については国民の判断を待つが、参加に向けた準備を進める」方針の下、通貨統合参加のための条件を満たすべく、財政の健全化に努めてきている。一方、国内市場の規模が小さいスウェーデンは高い技術力を武器に貿易によって経済を支えているが、産業の国際競争力や国内の雇用を維持するためには、既に高水準にある税負担等を引き上げることは難しくなっている。

このような背景の下、90年代には、社会保障分野においても、将来の保険料上昇を抑制し持続可能な年金制度を構築するための年金改革や、いわゆる社会的入院の是正等を図る高齢者医療・福祉改革(エーデル改革)が、積極的に実施されてきた。

スウェーデンの社会保障が当面している主な課題は以下のとおりである。なお、2002年秋には総選挙が予定されていることから、他に大きな争点がない中で国民の関心は医療、福祉、教育などの生活に身近な分野で高まっており、これらの問題について政府、与野党、労使等の関係団体間、マスコミ等で活発な論議が行われている。

(1) 少子化問題

スウェーデンでは83年に合計特殊出生率1.61まで少子化が進行した後、90年に2.14まで回復したが、90年代には再び少子化が急速に進行した(99年には1.50まで低下)。少子化進行の原因としては、女性の高学歴化や雇用情勢の悪化などが指摘されている。

政府は、既に育児休業制度の見直しや両親手当制度の充実を図るなど、家族支援策を積極的に推進しており、少子化の進行はこのような取組みを強化させる方向で働くものと考えられる。

(2) 医療提供体制

医療分野においては、病床や医療従事者等について、90年代を通して相当程度の削減が行われている。これと関連して、診療を受けるための「待ち時間」の問題が生じており、対策としては、「ケア・ギャランティー制度」(診療に係る待ち時間に上限を設定する制度)について議論がなされている。また、ランディング等は医療従事者の確保に努めているが、人手は不足している。

また、医療サービス提供主体の民営化問題についても、引き続き議論がなされている。

(3) 傷病手当制度

社会保険制度の一つとして、疾病等による所得の低下をカバーするための傷病手当制度が設けられてい

る。病気になってから最初の14日間(待機期間)については、雇用主から手当を受け、それ以降は社会保険事務所から傷病手当(賃金の80%、上限日額602クローナ)を受ける仕組みになっている。

傷病手当の受給者は98年以降急激に増大しており、とりわけ地方自治体の福祉サービス等分野で働く女性の受給増が目立っている。保険料率も引き上げられ、被角者の場合99年7.5%(全額事業主負担)となっていたものが、2000年8.5%、2001年には8.8%となっている。

この問題は、給付費増による財政圧迫という観点だけでなく、医療・福祉分野の労働環境等の問題、さらにはいわゆる「アブセンティーズム」の問題などを含んでおり、社会保障のあり方そのものにも関わっていると考えられる。

(4) 高齢者福祉サービス

90年代におけるスウェーデンの高齢者福祉については、エーデル改革(92年)により施設療養環境が改善されるなど進展もあったものの、全体として状況が悪化してきたことが指摘されている。

保健福祉庁が取りまとめた報告書では、次のような問題点が指摘されている。

- 90年代、特にその前半、公的福祉サービスは量的に伸び悩み、サービス受給者割合は低下した。この結果、配偶者等家族による介護の比重が高まっている。
- 多くのコミュニティにおいて、専門教育を受けた者の新卒採用が難しくなり、あるいは介護従事者の長期病気休暇が増大している結果、十分な技術を持った介護マンパワーが不足しており、介護の質・量ともに悪影響を及ぼしている。
- 介護サービス受給者の自己負担が増大している。
- 在宅高齢者のリハビリテーションの必要性が高まっており、それに対応するためのスタッフの養成等が求められている。
- 医師・看護婦等の人材確保対策や高齢者に対するリハビリテーションの提供などに関し、コミュニティとランディングとの間の連携促進がより重要となっている。

(参考データ)

表1-87 スウェーデンの分野別社会保障支出の推移(国民経済計算ベース)

表1-87 スウェーデンの分野別社会保障支出の推移 (国民経済計算ベース)

(単位:百万クローナ)

	1993	1995	1997	1999
保 健 医 療	129,890	130,916	136,925	163,038
うち現金給付	34,082	28,197	26,507	41,898
うち現金給付以外	95,808	102,719	110,418	121,140
障 害 者	60,314	71,925	69,008	75,277
高 齢 者	194,937	205,533	224,019	240,427
遺 族	12,829	13,977	14,004	14,515
家 庭 ・ 児 童	68,957	68,255	63,373	67,977
失 業 者	66,850	65,238	62,241	52,337
住 宅	18,142	19,825	15,903	15,006
そ の 他	18,954	17,968	18,291	16,529
合 計	570,873	593,637	603,764	645,106
うち現金給付	367,002	355,398	357,917	375,639
うち現金給付以外	203,871	238,239	245,847	269,467

資料出所: 中央統計局「Statistisk Årsbok」
注 1クローナ=11.99円(1999年)

表1-88 スウェーデンの社会保険料率

表1-88 スウェーデンの社会保険料率

(%)

保険等種類	1999年		2000		2001	
	使用者	被用者	使用者	被用者	使用者	被用者
医療保険料	7.50		8.50		8.80	
両親保険料	2.20		2.20		2.20	
老齢年金保険料	6.40	6.95	10.21	7.00	10.21	7.00
遺族年金保険料	1.70		1.70		1.70	
労働市場保険料	5.84		5.84		5.84	
労働災害保険料	1.38		1.38		1.38	
小計	25.02		29.83		30.13	
一般賃金税	8.04		3.09		2.69	
合計	33.06	6.95	32.92	7.00	32.82	7.00

注 自営業者については異なる保険料率が適用されている。

表1-89 スウェーデンの病床数の推移

表1-89 スウェーデンの病床数の推移

年	自治体		国 (社会 保険庁)	公 営 小 計	民 間	合 計
	人口千人 当たり					
1988	104,145	—	449	104,594	7,500	112,094
1990	98,009	—	430	98,439	8,045	106,484
1991	93,679	10.8	428	94,107	8,045	102,152
1992	57,778	6.7	427	58,205	7,840	66,045
1993	52,991	6.1	427	53,418	7,840	61,258
1994	45,837	5.2	455	46,292	10,875	57,167
1995	42,395	4.8	455	42,814	10,875	53,689
1996	38,139	4.3	454	38,593	10,875	49,468
1997	34,885	3.9	417	35,302	10,875	46,177
1998	33,234	3.8	426	33,660	—	—
1999	32,755	3.7	341	33,096	—	—
2000	31,765	3.6	—	—	—	—

資料出所：保健福祉庁「Hälso-och sjukvård-statistisk årsbok」

注 民間病床数は、90、92、94年調べ。92年1月1日より、エーデル改革で約31,000の長期療養病床がコミュン（日本の市町村に相当）に移管される等の措置が講じられている。

表1-90 スウェーデンの保健医療従事者数の推移

表1-90 スウェーデンの保健医療従事者数の推移

(人)

年	男 性			女 性			合 計
	公共部門	その他	計	公共部門	その他	計	
1990	66,293	8,840	75,133	351,856	24,010	375,866	450,999
1991	64,504	9,254	73,758	343,843	24,601	368,444	442,202
1992	59,566	9,755	69,321	309,155	26,012	335,167	404,488
1993	56,385	8,010	64,395	290,423	23,980	314,403	378,798
1994	54,136	9,334	63,470	274,679	27,579	302,258	365,728
1995	49,753	9,473	59,226	256,731	28,345	285,076	344,302
1996	45,927	9,329	55,256	242,651	27,751	270,402	325,658
1997	43,892	9,184	53,076	227,895	26,985	254,880	307,956
1998	44,372	9,913	54,285	226,143	29,501	255,644	309,929
1999	42,103	13,129	55,232	211,702	44,942	256,644	311,876

資料出所：保健福祉庁「Hälso-och sjukvard-statistisk årsbok」

表1-91 スウェーデンの医師・看護師数の推移

表1-91 スウェーデンの医師・看護師数の推移

(人)

年	医 師			看 護 士		
	公共部門	その他	計	公共部門	その他	計
1990	20,484	1,698	22,182	72,039	72,039	72,039
1991	21,482	1,672	23,154	74,144	74,144	74,144
1992	21,893	1,762	23,655	71,444	71,444	71,444
1993	22,061	1,800	23,861	70,766	70,766	70,766
1994	22,121	2,424	24,545	71,384	71,384	71,384
1995	21,954	2,633	24,587	69,493	69,493	69,493
1996	22,129	2,636	24,765	69,199	69,199	69,199
1997	21,948	2,652	24,600	67,697	67,697	67,697
1998	22,125	2,832	24,957	68,128	68,128	68,128
1999	20,632	4,796	25,428	64,078	64,078	64,078

資料出所：保健福祉庁「Hälso-och sjukvard-statistisk årsbok」

表1-92 スウェーデンの福祉サービス対象者数

表1-92 スウェーデンの福祉サービス対象者数

種 類	人 数 (人)
生 活 保 護	692,000
高 齢 者 在 宅 サ ー ビ ス	126,000
高 齢 者 施 設 サ ー ビ ス	119,000
薬 物 ・ アル コ ール 乱 用 成 年 者 の ケ ア	20,000
児 童 ・ 青 少 年 ケ ア	16,000

資料出所：保健福祉庁「Social services statistics」

注 1998年11月1日時点の数字

表1-93 スウェーデンの児童手当支給額(2001年)

表1-93 スウェーデンの児童手当支給額 (2001年)

(単位: クローナ)

子の数	児童手当月額	多子加算額	合計
1	950	-	950
2	1,900	-	1,900
3	2,850	254	3,104
4	3,800	1,014	4,814
5	4,750	1,964	6,714
6以上	1人当たり+950	1人当たり+950	1人当たり+1900

注 1 クローナ≒12円 (2001年末)

表1-94 スウェーデンの保育サービスの自己負担上限額(月額)

表1-94 スウェーデンの保育サービスの自己負担上限額 (月額)

(単位: クローナ)

家庭の所得	子1人	子2人	子3人以上
10,000	300	500	600
14,000	420	700	840
18,000	540	900	1,080
22,000	660	1,100	1,320
26,000	780	1,300	1,560
30,000	900	1,500	1,800
34,000	1,020	1,700	2,040
38,000	1,140	1,900	2,280

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
韓国
1 概況

人口：4,768万人(2001年)、国土面積：99千k²、高齢化率：7.4%(2001年)、合計特殊出生率：1.47(2001年)、100ウォン=約10円(2002年2月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

韓国

2 社会保障制度の概要と最近の動向

(1) 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、社会福祉館の運営、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。

(2) 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。2001年5月現在、事業場加入者は575万8千人、農漁村加入者は202万4千人、都市加入者は817万2千人、任意(継続)加入者は12万8千人であり、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。

(3) 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。(2003年7月に地域被保険者財政と職場被保険者財政の統合が行われることとなっている。)

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4兆1200億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、2001年末には1兆8千億ウォンの赤字を記録しており、財政の早急な再建策が緊急の課題となっている。

(4) 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・調整等の行政的事務を行っている。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。

2001年末現在、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3,356か所、病院・医院(韓方病・医院を含む)等の医療機関は41,296か所ある。

(5) 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・自律欲求等を勘案、世帯別に自律支援計画を立て、自律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155万人(2002年)と3倍に増加した。

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。

(6) 高齢者保健福祉施策

2001年現在、65歳以上の高齢者人口は全体の人口の7.4%である354万人となり、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、2001年現在10.6%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いものとみている。

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疎び余暇利用事業、敬老孝親思想の拡大及び敬老優待事業等に区分される。2001年末現在の老人福祉施設(養老・療養施設)は296か所であり、22,518人が利用し、敬老堂(老人専用の休憩・娯楽施設)40,691か所を133万人が利用している。

老後の所得保障支援については、98年7月から、年金を受ける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、2001年末現在、痴呆専門療養施設37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7か所を運営し、11か所を建設中である。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88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)52か所及び短期保護施設(Short-Stay Center)23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。

(7) 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、2001年末現在で約120万名である。登録率は年々上昇傾向にあり、90年は26%であったものが2001年には83.5%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。

(8) 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1,562万人であったものが、2001年末には24.6%である1,170万人となり、2020年には21%である1,098万人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。2001年6月末現在で、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270か所あり、18,386人が入所し保護されている。

2001年末現在、19,276の保育施設で約68万6千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 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

韓国

3 社会保障制度の課題

(1) 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。

(2) 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4兆1200億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、2001年末には1兆8千億ウォンの赤字に転じており、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。

(3) 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。

(4) 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2001年12月現在では75万人と少ないが、2008年には244万人と現在の3.3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。

こめため、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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
中国
1 概況

人口：12億7,627万人(都市部4億8,064万人、農村部7億9,563万人)、国土面積：約9,600千k?(中国政府では公式に概数のみ公表)、高齢化率：約7.1%(9062万人)、合計特殊出生率：1.9(1999年)、1元=約16円(2001年5月)

中国の人口は世界人口の約2割を占めており、毎年約900万人～1,000万人増加している。これまでの人口増加等に伴い、農村部での余剰労働力問題が深刻化している(約1億5000万人)。中国政府は、1980年より計画生育政策(いわゆる一人っ子政策)を実施し、人口の抑制策を進めている。

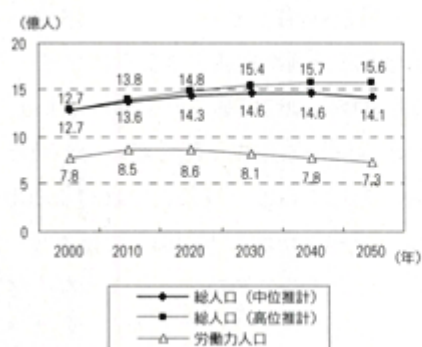
なお、計画生育政策が厳格に実施される都市部に比して、農村部では第2子の出産許可が得られるなど、弾力的な扱いを認めている省も多く、農村部の方が出生率及び自然増加率は高い。このため、一般的な傾向として、都市部では高齢化率が比較的高く、農村部では高齢化率が低い。今後、計画生育政策に伴い、都市部を中心に高齢化問題が顕在化するおそれが指摘されている。

第1部 2001～2002年の海外情勢
 第4章 社会保障制度の概要と動向
 第2節 アジア
 中国
 2 計画生育政策

1980年より、国务院直轄の国家計画生育委員会を中心に、計画生育政策を実施してきている。

図1-5 中国の人口の将来推計

図1-5 中国の人口の将来推計

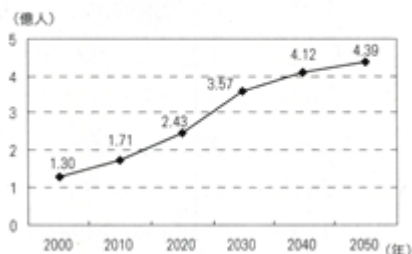


資料出所 国家計画生育委員会推計 (2001)

注 労働力人口は95年人口調査をもとにした推計 (1997人口統計年鑑)

図1-6 中国の60歳以上人口の今後の推移

図1-6 中国の60歳以上人口の今後の推移



人口増加を経済社会発展計画に適応させることとし、夫婦の計画出産義務を事実上、賦課している。具体的な施策として、

●晩婚晩産の奨励

●計画生育内出産に対する優遇措置(奨励金、託児所優先入所、学費補助、医療費支給、住宅の優先配分等)

●計画生育外出産に対する制裁措置(生育保険の適用除外、計画外出産費等の徴収、保育費等の自己負担、奨励金の返還等)

を実施している。

(2) 人口と計画出産法

これまで憲法25条、婚姻法12条の規定等に基づき、通知等によって計画生育政策が実施されてきたが、2001年12月、「人口と計画出産法」が公布され、計画出産義務の明確化、人口発展計画の策定、計画出産者への制度的報奨等の規定が整備された。

(3) 最近の動向等

●基本的に計画生育は厳格に守られているが、農村部では弾力的な扱いを認めている地域もあり(各省等の法規によって規定)、また、都市部において一人っ子同士の結婚の場合には第2子を認めているケースもある。

●1994年頃より、人口の抑制のみを主眼にするのではなく、農村部における生活の向上、母子保健の向上、寄生虫予防等をはじめとする衛生状況の改善、さらには婦人の地位向上等を考慮した対策が講じられるようになった。強制的な住民管理策だけではなく、住民への衛生サービスの提供をきっかけにして、自主的な意識に働きかけた家族計画を推進するようになった。当該分野においては、我が国政府、国際家族計画連盟等の資金協力により、家族計画国際協力財団が家族計画・母子保健・寄生虫予防を組み合わせたインテグレーション・プロジェクトを実施している(対象人口は約1,000万人に達する)。計画生育委の行政ネットワークが地方末端部まで行き渡っていることもあり、今後はこの協力成果を全国的に裨益させるような人材育成が課題となっている。

図1-7 中国の人口の推移

図 1 - 7 中国の人口の推移

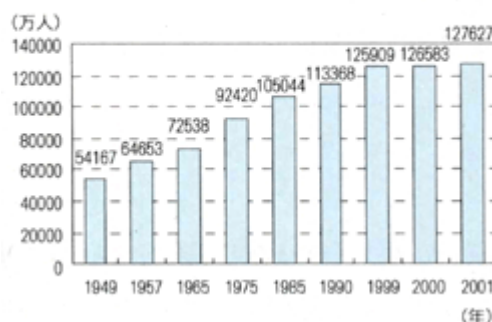
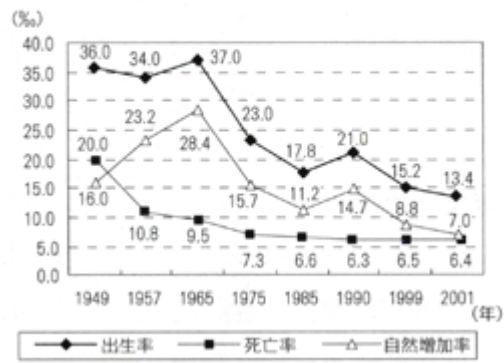


図1-8 中国の出生率・死亡率・自然増加率

図1-8 中国の出生率・死亡率・自然増加率



(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
中国
3 都市と農村の所得状況

2001年のデータによると、都市住民の一人当たり可処分所得は6,860元である一方、農村住民の純収入は2,336元となっており、都市住民と農村住民の所得格差は拡大傾向にある。

こうした経済格差が、衛生水準の格差や社会保障水準の格差をもたらしており、社会保障に係る制度も分立した状態となっている。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

4 社会保障制度

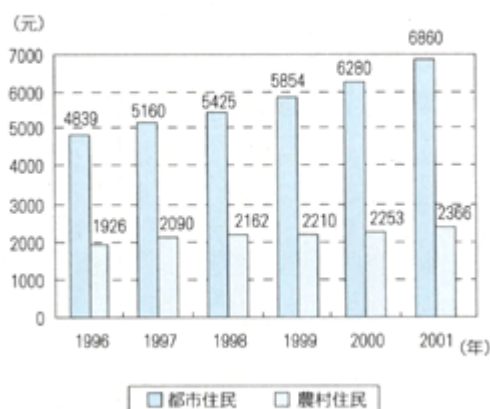
(1) 沿革と最近の動向

● 「労働保険条例」制定(1951年)

労働保険条例は、中国における社会保障制度の起源となるものであった。これにより、国有企業労働者に対する老齢給付、医療給付、出産育児、死亡保障等について、国家財政を基礎として総合的・全国統一的な制度を実施した。また、国家保障として、工会(労働組合)を通じた企業福利による生活保障を実施していた(1950年中国工会法)。

図1-9 中国の都市住民可処分所得と農村住民純収入(1人当たり)

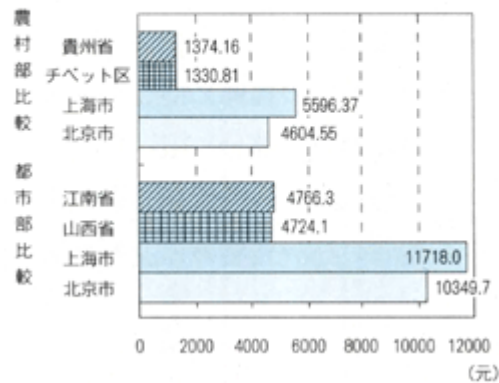
図1-9 中国の都市住民可処分所得と
農村住民純収入(1人当たり)



資料出所：中国統計摘要（2001）ほか

図1-10 中国の農村部間及び都市部間の所得比較(2000年)

図1-10 中国の農村部間及び都市部間の所得比較(2000年)



●文化大革命期

文化大革命期には、社会保障制度を担っていた工会や政府組織の活動が停止し、社会保障制度が崩壊した。(1969年「国営企業財務工作のいくつかの制度に関する改革意見」発出)

これにより、国有企業労働者が支払っていた社会保険基金の機能等が停止し、社会保険の性格が完全に失われた。あわせて、国家の社会保障機能(国有企業労働者に対する社会保険給付、医療給付、社会福祉等)が機能停止し、企業の単年度支出に依存した「単位(企業等)」自らによる保障へと移行するに至った。

一方、農村部では「五保」制度等の互助制度や生産共同体による互助医療体制が整備された。

●社会保障の再建期と改革期(1978年～)

改革・開放政策に伴ない、市場経済化に適応した社会保障制度の再建及び移行が図られるようになった。制度の確立・改革は主に次の点を目的としている。

- ・ 国有企業改革に伴なう企業競争力の確保及びセーフティネットの確保
- ・ 国有企業のみならず全社会的な保障システムの確立
- ・ 国家又は企業丸抱えから、個人・企業
- ・ 国家の分担による保障システムの確立
- ・ 経済発展の程度に則した給付水準への抑制(個人積立による給付の実施や賦課方式部分の限定)
- ・ 社会保障基金の管理の適正化・効率化
- ・ 地域の経済発展の程度や事情に則した多元的な制度実施

最近の改革の背景

- 国有企業改革との関連

- 1) 国有企業の負担軽減による経営改善・競争力強化
- 2) 下南労働者・失業者・貧困層対策(社会安定機能)
- 3) 安定的な財源の確保
- 4) 多様な形態の労働者に対する社会保障の確保

○人口の高齢化等に伴う社会保障給付の増大

- 1) 個人拠出の拡大の必要性
- 2) 経済発展の程度に則した給付の抑制

(2) 改革に伴ない顕在化する課題

●給付水準の抑制

改革後の制度では、財源は個人口座の設定など個人拠出に依存するとともに、個人拠出に対応した給付限度額等が設定されている。必然的に、個人負担の増大とともに、民間保険等との組み合わせ等を要することになる。

●弱者群に対する保障機能の必要性

第9回全人代第5次会议においても強調されたとおり弱者群が増大している一方で、必ずしも社会保障制度はこれらの者に対する必要十分な生活保障を提供できていない。むしろ、改革後の社会保障(特に年金・医療等の社会保険)の恩恵に浴することができる層は経済水準が比較的高い層や地域の者であり、社会保障制度が生活格差を拡大させるという面もぬぐえない。

特に、農村部における社会保障が不十分な状態であり、都市部に比して農村部の経済発展が遅れている状況で、農村部の不満が高まるおそれがある。

また、都市部においても、出稼ぎ者を中心として生活保障を得られない階層が増大している。

●財政投入や地域間、都市・農村間の財政調整機能の不備

農村部における経済成長が低く地域的な格差が大きい状況では、都市部と同じような社会保障制度を整備することは困難であり、農村部における制度の整備は都市部とは別に検討せざるをえない。また、都市部内においても、企業競争力の確保を優先しなければならない状況及び住民の拠出意識も併せ、現在の状況では地域間の財政調整や賦課方式等の採用は困難な状況にある。

仮に農村部や老人層、弱者層への給付を確保するためには、相応の財政投入と地域間、都市・農村間の

財政調整が不可欠であるが、現在では財政投入や財政調整機能が不十分な状況にある。

●急速な高齢化への対応

計画生育政策の影響もあり、中国は都市部を中心に急速に高齢化が進行する。高齢化社会に対応した制度整備や社会ストックの形成が急がれる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

5 年金制度

(1) 年金制度の種類

中国において、いわゆる公的年金制度に該当するものは、都市企業労働者に対する都市従業者基本年金、公務員退職者に対する公務員年金保険、農村住民に対する農村社会養老保険がある。年金制度は、公的年金を基礎として多層的に整備するものと位置付けられており、公的年金を補充するものとして補充養老保険(企業年金)、個人積立型養老保険(民間保険)があり、加入が奨励されている。(企業年金については、企業補充医療保険と同様、企業が負担する保険料のうち賃金の4%相当までは損金算入措置が認められている。)

(2) 基本年金制度の改革

都市企業労働者に対する養老保険制度については、従来、各企業の責任で給付を行っていたが、

- 1)WTO加盟等を背景とする国有企業等の競争力立て直し(過剰な企業負担の軽減)、
- 2)安定的な拠出財源を背景にした安定的な給付の実現、
- 3)国有企業以外の企業形態に勤務する従業者等の老後保障の確保

等を目的として、全国統一的な新たな年金制度(基本年金制度)の普及が進められている。(2000年末で在職者約1億447万人、退職者約3,170万人が加入。)

(3) 個人口座(強制積立方式)と賦課方式の混合型

基本年金制度は、賦課方式(給付水準は平均賃金の20%)と積立方式の二本立てとなっている。都市労働者は制度に強制加入しなければならず、積立部分については、賦課方式部分の受給権とからめた一種の強制貯蓄となっている。

(4) 基本年金制度における財政問題

近年、保険料収入と支出のギャップが拡大し、社会保障基金に対する公費補填が増加している(各省区政

府・直轄市政府が補填)。特に、旧制度適用者や、新制度適用前から勤務し新制度後に退職した者に対する経過的・特例的な給付について、社会保障基金の負担が増大している。本来積み立ててあるはずの個人口座分をこれらの給付に用いることにより、口座残高がないという「空帳」の問題が発生しており、実態上、賦課方式に化している。

(5) 都市企業従業者基本年金制度の仕組み

制度の具体的な詳細は各地域の事情等を考慮して、各省政府(直轄市は市政府)が決定する。

●方式

個人口座による給付と社会保障基金による給付との二本立て(積立方式及び賦課方式)

●被保険者

当該市区域内にある企業(国有企業、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店等全てを含む。公務員や準行政事業単位等は含まない)に勤務する都市労働者

●保険者(基金運営者)

各省・自治区、直轄市

●保険料(北京市の例)

1) 個人口座(銀行等に設置)の保険料

毎月、企業は賃金の3%、従業員本人は8%を負担する。

(賃金とは当該従業者の前年平均月額賃金)

「統一的企業労働者基本年金保険制度の確立に関する決定」(1997)によれば、個人口座分に対して企業、従業員本人負担分を併せ賃金の11%を積み立てなければならない。移行措置が講じられているが、最終的には従業員本人負担分は8%とし、残り3%を企業が負担することとされている。

2) 社会統一基金の保険料

企業が賃金の16%(北京市の場合)を負担する。

上記決定によれば、社会統一基金分及び個人口座分に係る企業負担分は賃金の20%を超えないものとされている(20%を超える場合には労働社会保障部及び財政部の審査が必要)。この企業負担分のうち、個人口座用の負担分を除いた額を社会統一基金に納付する。

3) 低賃金者及び高賃金者の保険料調整

従業者の賃金が当該地域の最低賃金標準より低い場合には、最低賃金標準をもとに保険料が算定される。また、従業者の賃金が当該地域の平均賃金の300%を超える場合には、300%を超える部分については保険料算定の対象としない。

4) 納付

企業は従業員分を含め、企業が口座を開き社会保険運営機構が委託する銀行に納付する。

●給付

本制度開始後就業した者で15年間保険料を納めた者は、退職後基本年金を受給することができる(退職年齢は一策的に男性は60歳、女性は50歳(幹部クラスは55歳))。基本年金は、個人口座分からの給付及び社会統一基金から給付される基礎年金によって構成される。

(注)過渡的年金

制度実施前から就業していた者に対する経過的な付加年金(過去の既得権の代替的な意味をもつ。基本年金制度が確立するまでは、各国有企業等が掛け金等を徴収し年金を給付していたこと、またこれらの者は個人口座の残高が比較的少ないことに鑑み、相応の給付を行うこととしたもの。北京市の場合、1992年から1997年の被保険者の平均月額賃金(賃金スライドによって調整)を基礎として、当該月額賃金に勤務月数を乗じ、その1%分を毎月給付する。)

1) 個人口座分

個人口座残高の120分の1が給付される。

2) 基礎年金

退職時より毎月、各省区及び直轄市地域の平均賃金の20%が給付される。

制度施行後、従業者本人の保険料の納付期間が15年に満たない場合には、基礎年金を受給することができない。この場合、個人口座分については一括して支払われる。

3) 経過的な給付

制度実施前に既に退職している者は従来の規定により年金が給付される。また、制度実施前に就業し、制度実施後に退職した者で、かつ、従業者本人の原則15年分以上に相当する保険料等をこれまで納付していたとみなされる者については、基礎年金及び個人口座分に加えて過渡的年金等が給付される。

●政府補助

給付等の支出に対して保険料収入が不足した場合には、各省区政府、直轄市政府が補填する。

(6) 農村部の年金保障

人口の約80%近くを占める農村部(及び都市近郊の農業従事者)については、基本的に公的年金制度は整備されていない。各地域の経済発展に程度差があること及び公費補填や財政調整等が困難であること等から、全国統一的な年金制度の整備に至っていない。

都市基本年金を適用拡大することに対しては、都市部の給付水準の低下、年金財政の不安定要因をもた

らすことになりかねず、一般的には否定的である。また、従前の企業内福利の代替と考えられる都市基本年金は農村部とは無関係との意識が一般的であり、かつ、保険料徴収に対する抵抗感も強い。郷鎮企業が発達した地域では、郷鎮企業の収益を農村内福祉に活用するシステムを有しているところもあり、この方が賦課方式等の年金保険による間接的な福祉よりも、企業や住民に受け入れやすい。

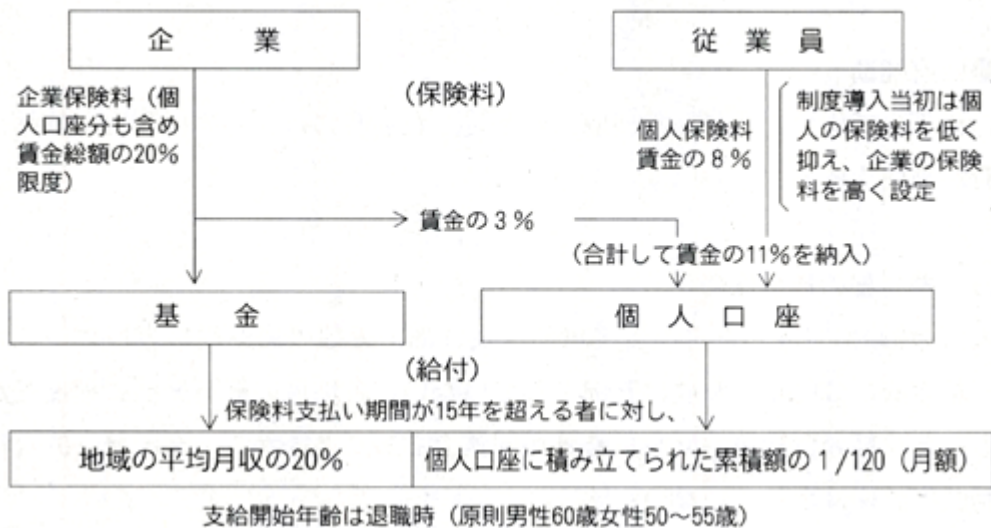
一方、経済水準が比較的高い農村部では、郷鎮企業従業者も含めた任意加入、積立方式による農村社会年金保険を設置している地域もある(1991年「県級農村社会養老保険基本方案」を發布。)現在、約8,000万人の農村部住民が参加している。

加入の低さの原因

- ・ 経済発展が遅れている地域では、給付に対応できる保険料を負担する余裕がなく、強制的な徴収は住民の反発を招くこと。
- ・ 農村部の生産方式が、従前の集団方式から個人請負方式に変わったことに伴ない、老後保障は各家庭の扶養で行うべきとの意識が高いこと。
- ・ 基金管理が徹底しておらず、使途の分散等が見られ、住民の理解が得がたいこと。

図1-11 中国の都市基本年金制度のしくみ

図 1 - 11 中国の都市基本年金制度のしくみ



第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

6 医療保障制度

(1) 医療保障制度の種類

中国において、いわゆる公的医療保障制度に該当するものは、都市企業労働者に対する都市従業者基本医療保険制度及び高額医療費補充医療保険、公務員に対する公費医療制度、農村住民に対する農村合作医療制度がある。

なお、公務員に対する公費医療制度は基本医療保険制度よりも給付率が高く設定されていたが、当該制度は2002年中に廃止され、都市従業者基本医療保険制度に統合が予定されている。(基本医療保険制度の給付を超える部分については、公務員医療補助を実施する。)

また、これらの公的医療制度を補完するものとして企業補充医療保険や商業保険、公的保険に加入できない者等を対象とする社会扶助等があり、これらを多層的に整備することによって医療保障制度を整備するものと位置付けられている。

(2) 基本医療保険制度の改革

都市企業労働者に対する医療保障については、従来、各企業の責任で給付を行っていたが、

- 1)WTO加盟等を背景とする国有企業等の競争力立て直し(過重な企業負担の軽減)、
- 2)従業員の個人負担を含めた安定的な拠出財源の確保、
- 3)個人口座給付や患者負担によるコスト意識の喚起(過剰診療・給付の抑制)、
- 4)経済発展の程度に見合った公的給付水準への抑制、
- 5)国有企業以外の企業形態に勤務する従業者等の医療保障の確保

等を目的として改革が進められている。つまり、これまでの企業福利による給付から個人の積立を中心とする保険制度による給付、企業丸抱えの給付から従業員及び企業の負担による給付への転換を図るべく、1998年より全国統一的な新たな医療保障制度(基本医療保険制度)の普及が進められている。(基本医療保険制度は都市企業従業者及びその退職者を被保険者としており、2001年末で対象となる都市のうち97%が制度を創設し、約7630万人が加入。但し、試行段階のため、従前の労働者医療保険(各企業による個別給付)と並存している都市も多い。)

(3) 個人口座(個人積立)からの給付と社会保険給付の混合型

基本医療保険制度は、個人口座(個人積立)からの給付と社会統一基金からの給付の二本立てとなっている。

社会統一基金は、原則的に入院費用の一定標準額以上(各地域の年平均賃金の10%程度)から最高給付限度額(各地域の年平均賃金の4倍程度)までの費用を給付する。

外来費用及び入院費用の一定標準額以下の費用は、個人口座から給付される。なお、基金の最高給付限度額以上の費用については、商業医療保険等によつて対応する。

(4) 医療保険財政の状況

基本医療保険制度による給付水準は各地域の経済水準に見合ったものとする事及び基金の収支を均衡させることを法令上明記している。社会統一基金からの給付が限定的であることもあり、現在のところ、基金財政は黒字基調となっている(2001年の収支状況によれば、129.5億元の余剰)。一方で、個人口座負担や給付外の自己負担が高まっているとともに、都市基本医療保険を実施している地域でも加入率が低く(政府の目標としてもカバー率50%を目指している状況)、無保険状態の者が多く存在する。

(5) 都市企業従業者基本医療保険制度の仕組み

制度の具体的な詳細及び導入時期は各地域の事情等を考慮して、各省政府(直轄市は市政府)が決定する。

●方式

基本医療保険基金による給付と個人口座による給付の二本立て。

●被保険者

当該区域内にある都市部の企業、準公的機関等に勤務する都市労働者。なお、各市内の農村部にある郷鎮企業従業者や個人経営体(自営業者)に勤務する従業者については各省区政府が決定する。

●保険者(基金運営者)

地級市(各省区の下にある比較的大きな都市)、地区(場合によってはその下にある市や県でも可)及び北京、天津、上海市の直轄市

●保険料(賃金とは当該従業者の前年平均月額賃金)

1) 個人口座(銀行等に設置)の保険料

毎月、企業は賃金の1.8%程度、従業員本人は賃金の2%を負担する。ただし、各地域の裁量により異なり、従業員の年齢によって企業負担の保険料に差異を設けるなどの措置を行っている地域もある。

2) 社会統一基金の保険料

企業が賃金の4.2%程度を負担。ただし、各地域の裁量により異なる。

もともと、本制度は都市労働者及びその退職者を対象にしているという意味で、いわゆる企業労働者等に特化した「突き抜け型」であり、かつ退職者個人口座に対する企業負担もあることから個人ベースでの「突き抜け型」の要素が強い。一方、基金への企業拠出保険料における退職者相当分は各企業で統一されており、この部分は各企業の年齢構成を勘案しない共同負担となっている。

3) 低賃金及び高賃金者の保険料調整(北京市の例)

従業者の賃金が各地域の平均賃金の60%より低い場合には、平均賃金の60%をもとに保険料を算定する。また、前年賃金が各地域の平均賃金の300%を超える場合には300%を超える部分については保険料算定の対象としない。

4) 退職者の個人保険料(北京市の例)

- a. 新制度施行前に退職した者は保険料を支払うことを要しない。
- b. 新制度施行後に就業し、保険料を25年間(女性は20年間)納付した者は保険料を支払うことを要しない。
- c. 新制度施行前に就業し、施行後に退職した者のうち、保険料納付期間が上記期間に達しない者は不足額を支払うことによって給付を受けることができる。ただし、連続就業年限等が国家规定に合致すれば、保険料納付期間とみなすことができる。

5) 納付

企業は従業員分を含め企業が口座を開き社会保険運営機構が委託する銀行に納付する。

●給付

個人口座給付分及び社会統一基金給付分ともに、各省区・直轄市政府が定める基本医療保険薬品目録、基本診療項目・医療機器サービスについて給付が行われる。なお、価格については物価担当部局が決定する。現在、医薬品をはじめとして保険対象リストが整備されつつあるが、依然として制度施行前の価格リストを適用している地域も多い。

1) 社会統一基金分(北京市の例)

入院費用(急診に係る入院前7日分の外来費用を含む)及びガンの放射能治療・化学療法、腎臓透析、腎臓移植後の投薬治療に係る外来費用が対象となる。交通事故等の賠償責任の対象となる治療や労災保険の対象となる治療等は対象にならない。なお、費用のうち、原則的に一定標準額以上(各地域の年平均賃金の10%程度)から最高給付限度額(各地域の年平均賃金の4倍程度)までの費用を給付する。北京市では、一定標準額は1,300元となっており、同一年度内で複数回入院した場合には、2回目より650元となっている。また、最高給付限度額(年間累積給付額の限度)は50,000元となっている。

基金による給付に係る診療については患者自己負担を要することとなっており、患者自己負担額は受診病院の種類及び医療費の額によって異なる。以下は北京市の例。

表1-95 中国北京市における医療費の患者自己負担割合

表1-95 中国北京市における医療費の患者自己負担割合

受診病院	医療費	患者自己負担
三級病院を受診	一定標準額～10,000 元	20%
	10,000 超～30,000 元	15%
	30,000 超～40,000 元	10%
	40,000 元超	5%
二級病院を受診	一定標準額～10,000 元	18%
	10,000 超～30,000 元	13%
	30,000 超～40,000 元	8%
	40,000 元超	3%
一級病院を受診	一定標準額～10,000 元	15%
	10,000 超～30,000 元	10%
	30,000 超～40,000 元	5%
	40,000 元超	3%

注 病院の規模（ベット数）に基づき、規模の大きい順に三級から一級まで定められている。

2) 個人口座分

外来費用及び薬局における医薬品購入費用並びに入院費用の一定標準額以下の費用について、個人口座から支払う。個人口座の残高が不足した場合には、別途、全額本人負担となる。

3) 指定病院制度

医療保険の適用対象となる指定病院・薬局が定められており、指定病院以外の医療機関等で受診した場合には保険給付の対象にならない。被保険者は指定病院のうちから、3～5ヶ所の病院をあらかじめ選択・登録し、基金の確認を受ける。選択に当たっては、社区卫生サービスステーション、かかりつけ医、専門病院、総合病院、中医(漢方医)病院を総合的に選択する。病院数の多い都市では、患者獲得のための競争が激化している。

4) 給付方法

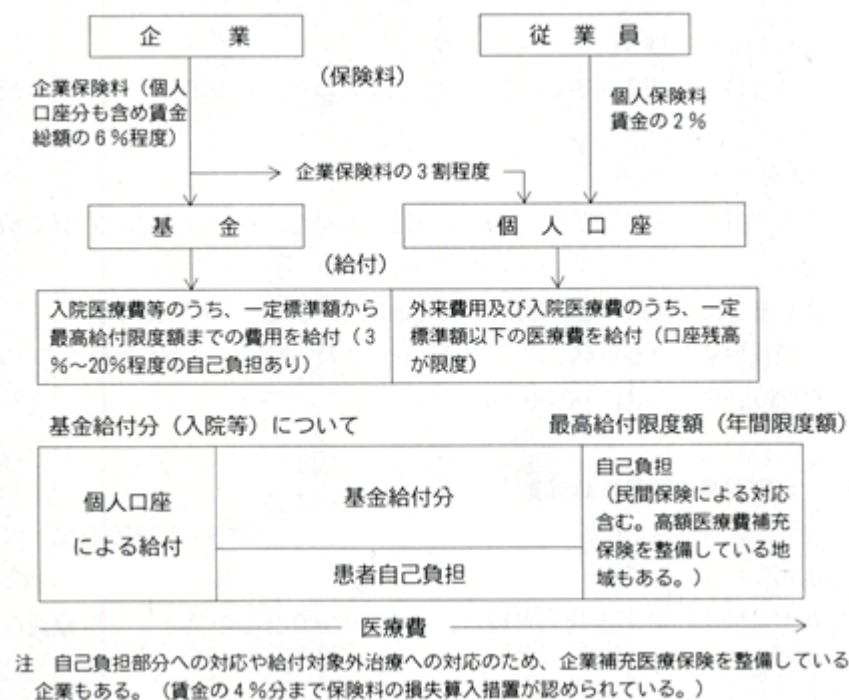
個人口座分については償還払い(一旦全額を支払い、後ほど口座に請求)となっているが、基金分については、現物給付(患者負担分を病院に支払い病院が給付分を基金に請求)となっている。

●被扶養者

基本医療保険制度では被扶養者は対象になっていない。各企業(単位)等による個別給付に委ねられている。

(参考) 図1-12 中国の都市企業従業者基本医療保険制度のしくみ

(参考) 図1-12 中国の都市企業従業者基本医療保険制度のしくみ



(6) 高額医療費補充保険制度

被保険者の自己負担額が高額になった場合、当該医療費に係る負担を補充するため、基本医療保険とは別に、高額医療費補充保険制度を設けている市もある。以下は北京市の例。

●保険対象者

基本医療保険に加入している者。

●保険料

企業は従業員総賃金の1%、従業員及び退職者は月3元を負担する。資金に不足を生じた際には、市政府が補填する。

●給付

1) 外来等の費用(それぞれ年間給付額上限は20,000元まで)

現役従業員の場合、1年間の外来費用等が2,000元を超えた場合、その超過額の50%を給付する。退職者の場合、年齢により次のとおり給付する。

70歳未満の退職者：

1年間の外来費用等が1,500元を超えた場合、その超過額の60%を給付。

70歳以上の退職者：

1年間の外来費用等が1,500元を超えた場合、その超過額の70%を給付。

2) 基金に係る最高給付限度額(50,000元)を超える入院費用等

現役従業者及び退職者の1年間における最高給付限度額超過額の70%(年間給付額上限は100,000元まで)

(7) 特別困窮者医療扶助制度

一方で、医療保険に加入できない低所得者に対する医療扶助制度を整備している地域もある。北京市の場合、倒産等により雇用関係を失った者等について、医療費が年間1,000元を超えた場合、年間10,000元を限度として医療費の50%を給付する。

(8) 農村部の医療保障

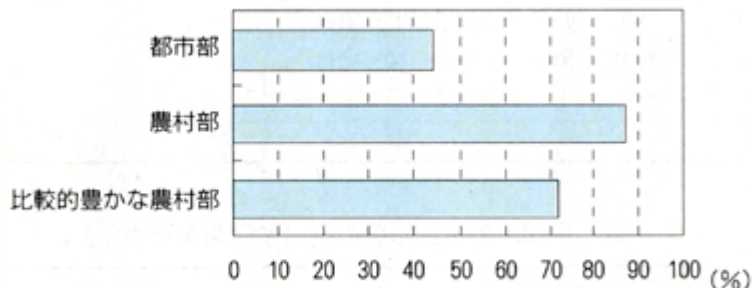
人口の約80%近くを占める農村部(及び都市近郊の農業従事者)については、基本的に公的医療保障制度は整備されていない。一部地域においては、農村合作医療を実施している地域もあるが、少数派である。大部分の農村部では全額自己負担を要することになる。(一部に社会扶助等あり。)

集団経済当時は人民公社等が集団的に医療を含めた生活保障を担っていたが、生産請負方式や市場経済導入以降、各家庭は自らの負担で医療を受けざるをえなくなった。中国の市場経済体制は農村部から進行したとみることができるが、一方で医療保障等の生活保障は都市部における改革が先行している段階であるとみることができる。

農村部の医療保障のためには、農民収入の低さ等から保険料等の収入が乏しいため、財政投入が不可欠であるが、各地域の経済力及び財政力から財政投入は初級予防衛生分野を優先している傾向が強い。

図1-13 中国の自費診療の割合(人口比)(1998年)

図 1 - 13 中国の自費診療の割合 (人口比) (1998 年)



資料出所：中国社会保障発展報告（1997～2001）

●経緯

1940年代頃から、農村住民の自発的な医療扶助形態として発生し、その後、生産協同形態がとられるようになって以後、住民が支払う保健費や公益金等を財源として発達した。人民公社時代には、住民の生活保障の一環として整備が進み、1979年には、「農村合作医療方案(試行草案)」が發布され、急速に整備が進められた(当時、全国農村部の約90%が整備)。この仕組みにより、農村部の保健サービスステーションの整備や村医の普及と相俟って農村部の医療保障を担った。しかしながら、人民公社制度の廃止、市場経済化への移行(家族生産請負体制等)に伴い、農村合作医療は急速に衰退した(1985年には実施農村の占める割合は約5%に低下)。政府として、農村合作医療の再建を奨励するものの、現在でも農村人口比で約10%の住民しかカバーしていない状一況である。一部沿海部等の比較的経済水準の高い地域では、普及が進んでいる地域もあるが、中西部を中心に再建は非常に困難な状況になっている。

●農村合作医療の例

農村合作医療は沿海部地域や西部大開発に伴う財政援助を有する地域で実施されている例がある。各地で保障内容等は異なる。

表1-96 中国江蘇省高郵市の例(高額医療重点型)

表1-96 中国江蘇省高郵市の例(高額医療重点型)

実施単位	各郷鎮地域。各地域完全独立型
財源	郷鎮政府負担：住民一人当たり年間1元 集合企業(郷鎮企業等)負担：住民一人当たり年間1～55元 個人負担：無し
給付	入院治療費、薬剤費等(医療費が300元から給付対象) 医療費300元の場合：10%給付 301～500元の場合：20%給付* 501～800元の場合：25%給付 801～1000元の場合：30%給付 1001～2000元の場合：35%給付 2001～5000元の場合：40%給付 各郷鎮において上限額を定める。
住民加入率	91.4%

表1-97 中国河南省武陟県の例(予防事業重点型)

表 1 - 97 中国河南省武陟県の例（予防事業重点型）

実施単位	各郷鎮地域。各地域完全独立型
財源	集合企業（郷鎮企業等）負担：協議によって決定 個人負担：各戸年間 10 元
給付	予防接種、基礎的健康診査（郷鎮衛生院及び社区医師が巡回診査） 村医による巡回診療及び退院後の在宅診療 健康手帳の作成 健康教育の実施 疾病発見時は、社区卫生サービスステーション及び村衛生所において受診。重病者は郷鎮衛生院に転院。 郷鎮衛生院での受診時には、初診料免除及び医療費の 15～20%を給付。
住民加入率	10.8%

資料出所：中国農村衛生事業管理 2001 年 8 月「農民家庭合同保健制度の実践と考察」

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

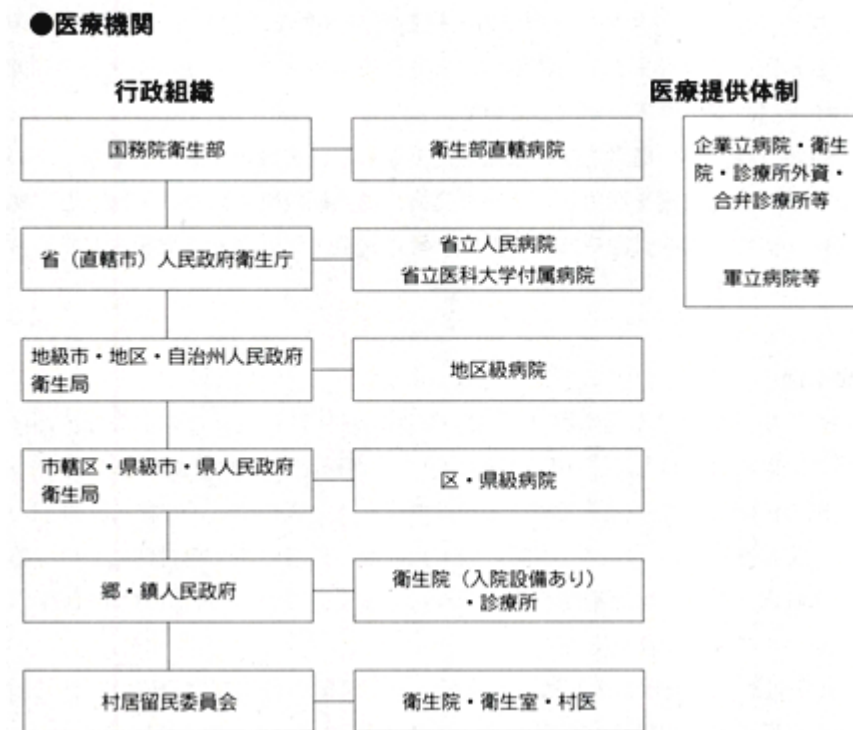
第2節 アジア

中国

7 保健医療サービスの内容・組織・財源、公衆衛生の現状等

(1) 行政組織・医療提供体制

●医療機関



中国の医療機関は基本的には各行政レベルに対応し、医療機関が機能分化されている。各レベルの衛生担当部門が設置していることが多いが、改革・開放政策以降、各医療機関(特に病院)は独立採算による経営が原則となっており、各医療機関の経営努力や地域の経済水準によって経営内容や医療水準が大きく異なる。また、医療保険改革の実施により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

一人当たり病床数は日本の約6分の1程度(2.39/1000)である。病床数は都市部への集中がみられ、特に、

農村部で低水準となっている。たとえば、北京市、上海市と貴州省、広西自治区とを比較すると、一人当たり病床数、医療従事者数は3～6倍め格差となっている。

また、都市部の基幹病院では高水準の医療機器を有しているところもある一方で、農村部の衛生院や診療所は機器、薬剤ともに低水準の状態となっている傾向が強い。

なお、衛生院や診療所等は、治療とともに地域の予防保健活動に従事しており、プライマリヘルスケア分野での人材養成が重要な課題となっている。(現在、我が国のプロジェクト技術協力により、安徽省プライマリヘルスケア訓練センタープロジェクトを実施している。)

今後は、地方部の拠点病院の機能強化とともに、患者の搬送ネットワークの確立や情報通信技術を活用したデータ交換、拠点病院での研修の実施など、拠点病院が有する人的資源や技術を農村部等に裨益・移転させる取組みが求められる。

●医師

現在、中国における医師数(医生)は209万9,700人。この中には、西洋医学の医師だけでなく、中医(漢方医)、中西医结合医も含まれる。

中国の医師は、大学医学部卒業者だけでなく、高校卒、中卒後一定期間の研修・実務を経た後、医師(医師、医士)になった者(主に農村部における診療や病院内における医療補助業務を行う)も多く、これらの者に対する医学水準のレベルアップが必要となっている。

1999年に「中国執業医師法」が施行され、医師の資格制度が確立した。施行前から医療業務に従事していた者は経過措置によって、資格が与えられる。また、2002年にはこれらの医師資格を有する者の職能団体として、中国医師協会が設立された。

なお、外国人医師が中国内で診療をするためには、「外国医師短期行医許可証」(有効期間1年間)を取得する必要がある。

●外資経営病院

新聞報道によれば、中国政府は外資合弁、合資による病院経営を広く認める方針であり、既に、2000年には衛生部・対外貿易経済合作部により「中外合資、合作医療機関管理暫定規定」を発出し、必要な要件等を定めている。これによると、外資出資比率は70%以下であること、合資、合作期間は20年を超えないこと、各市政府の許可を要すること等の規定が定められている。

前記報道によれば、2001年11月までに38病院、139診療所が合資、合作により設立されたとのことである。

(2) 衛生事業関係の主なデータ(2001年末)

●医師数(医生数)209万9,700人(対前年比1.1%増。人口千人当たり1.69人)

●病床数 320.12万床(対前年比0.8%増。人口千人当たり2.39床。)

●医療関係機関数 33.03万ヶ所

うち、病院16,781 衛生院48,643 診療所等244,345 衛生防疫監督機関4,253(うち衛生防疫所3,550 疾病予防コントロールセンター149衛生監督機構113) 母子保健センター2,548 社区卫生サービスセンター 11,700村衛生室約71.0万

●人口1人当たり診療回数約 1.7回

●人口1万人当たり入院者人数 439.2人

●平均入院日数 11.8日

●平均病床使用率 61.6%

●衛生関係総費用(医療及び予防衛生関係等の費用も含む。2000年)

4,764億元(対GDP比で5.3%。対前年比14.1%増)

支出に占める各割合中央・地方政府支出14.9%、社会衛生支出24.5%、個人支出60.6%

1人当たり衛生関係総費用 376元(都市部771元、農村部224元)

●1回当たり平均外来費用

及び入院費用

外来93.6元(対前年比9.1%増)、入院3,245.5元(対前年比5.2%増)但し、衛生部直轄病院や省級病院等の大病院の方が地域の中小病院よりも費用は相当高い(例えば、衛生部直轄病院の1回当たり入院費用は県級病院のそれに比して約5.5倍)。

●医療機関における平均薬剤比率

外来57.7%(前年に比して0.9%減少)、

入院45.5%(前年に比して0.6%減少)

(3) 疾病状況

都市部では、経済水準や衛生水準の向上により感染症等が減少している。一方、悪性腫瘍、脳血管系、循環器系の疾患が増加し、先進国型の疾病構造に徐々に近づいている。

他方、農村部では、肺結核を含む感染症や呼吸器系疾病、新生児感染症等による死亡率が比較的高く、感染症及び非感染症の両者の対策が必要となっている。

また、世界的な感染症対策として重視されている感染症(エイズ、結核、マラリア、ポリオ、寄生虫症)は、すべて中国においても対策が必要とされている。ポリオについては、1993年より、日本の無償資金協力、プロジェクト技術協力等により、ポリオワクチンの一斉投与等に対する協力が行われている。この成果により、2000年には野生株ポリオが根絶した。(なお、ポリオウイルスの移入リスク等に対応するため、2001年度も単独機材供与としてポリオワクチンを供与した。)

(4) 予防接種

1980年代半ばより、BCG、ポリオ、DPT、麻疹の4種類で実施している。1996年にはB型肝炎を追加している。(2001年末の予防接種率をみると、BCG97.6%、ポリオ98.3%、DPT98.3%、麻疹97.7%となっている。)

表1-98 中国都市部における主な死亡原因

	悪性腫瘍	脳血管疾患	心臓病	呼吸器系疾患	事故及び中毒	内分泌代謝・免疫疾患	消化器系疾患	泌尿器生殖器系疾患	精神病	神経系疾患
死亡率 (10万人比)	135.9	111.01	95.77	72.64	31.92	17.18	17.06	8.55	5.37	5.20

表1-99 中国農村部における主な死亡原因

表1-99 中国農村部における主な死亡原因

	呼吸器系疾患	脳血管疾患	悪性腫瘍	心臓病	事故及び中毒	消化器系疾患	泌尿器生殖器系疾患	新生児病	肺結核	内分泌代謝・免疫疾患
死亡率 (10万人比)	133.42	112.6	105.36	77.72	63.69	24.14	9.09	※ 79.2	7.38	6.59

※新生児病は、出産児に対する比率

予防接種の実施に当たっては、安全な予防接種のトレーニングを受けた医療関係者が全国的に不足していること、使用済みディスプレイ注射器の不適正処理等の課題が発生しており、我が国のプロジェクト技術協力により、予防接種事業強化プロジェクトが実施されている(2000-2005年)。また、2002年にはワクチン輸送・保存のためのコールドチェーン整備に係る無償資金協力が行われる。

(5) 結核の現状

●感染者数等

中国の結核菌感染者は約5億人以上と推計され、発病者は約500万人、塗抹性陽性患者は約200万人となっており、感染者は世界で2番目に多い(発病率は367人/10万人。うち伝染性肺結核は160/10万人)。このように結核は中国における最大の感染症となっており、罹患率は世界第2位である。結核は、貧困問題と密接な関連があり、貧困農村地域での感染が多くみられる。感染者は特に、55歳未満の壮年・若年層に多く、家計の稼得能力を喪失してしまうことにより治療機会の喪失、不徹底な治療等、ひいては感染の拡大という悪循環が広がるケースが多い。

また、近年では、流動人口の増加により、農村部から都市部への感染拡大の恐れが高い。

●国際協力による対策

中国は1991年から世銀融資により、WHOが推奨するDOTS方式を用いて、13省(人口の50%をカバー)における結核対策を実施してきた。この結果、150万人以上の患者が治療を受け、世銀融資対象地域では結核罹患率が大幅に減少した。

中国政府では、2010年までに結核患者と死亡率を半減させることを目標とし、2005年までにDOTS対象地域を人口の90%まで拡大することを目標としている。WHO西太平洋地域事務局を中心に、世銀、英国DIFD、ベルギー等が援助を行っているが、我が国においても、2001年度より中西部地域等(9省2自治区)を対象に無償資金協力を実施している。

(6) エイズの現状

●感染者数等

中国においては、1985年にはじめて感染者を公的に確認してから、毎年感染者の報告例が増加している。麻薬使用や不適正な輸血等に起因する感染例が主流であったが、今後、性的接触による感染が増加するおそれも指摘されている。また、特に農村部における感染者、20歳～30歳代の感染者、男性の感染者が比較的多い。

2001年末のデータによると、これまでのHIV/AIDS感染者の報告例は30,736人(前年比約40%増)であり、発病者は1,594人、死亡者は684人となっている。しかしながら、衛生部等の推計では約85万人が感染しているものと見込まれ、対策を講じなければ2010年までに感染者は1,000万人に達するものと考えられている。

報告例による主な感染経路をみると、静注薬物濫用が68%、採血時の感染が9.7%、輸血及び血液製剤による感染が1.5%、性的接触が7.2%となっている。

●中国エイズ予防・コントロール計画等

現在、中国エイズ予防・コントロール計画(1998年～2010年)、中国エイズ予防・コントロール行動計画(2001年～2005年)を策定し、年間感染者増加率を10%以内とし、2010年における感染者を150万人に抑制することを目標としている。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

8 公的扶助(生活保護)制度

我が国の生活保護制度に類する、生活困難者に対する給付として最低生活保障制度がある。1993年頃より一部地域で導入が進められていたが、1997年に「全国に都市住民最低生活保障制度をつくることに関する通知」を発出し、全国的に制度の整備が進められた。また、各地で実施されていた最低生活保障制度をできる限り統一的に運営するため、1999年に「都市住民最低生活保障条例」が公布された。

(1) 制度整備の背景

●市場経済化の進展と貧困層の増大

市場経済化の進展に伴い、富裕層が出現する一方で貧困層が増大し、これらの者に対する生活保障が大きな課題となった。(中国社会科学院の研究者報告によると都市部の貧困人口は約3100万人)

●国有企業改革に伴う失業者等の増大

国有企業改革が進められることによって、レイオフ等に伴ない、一時帰休者(下南)や失業者が増大し、セイフティーネットの整備が求められた。これまでのように一時帰休者や失業状態の者に対し企業が最低生活を保障することが困難になり、

- 1)一時帰休者(下南)に対する基本生活保障費の給付、
- 2)失業者に対する失業手当の給付、
- 3)失業手当の受給資格を失った者に対する最低生活保障費の給付

という各段階の救済システムを整備することが、国有企業改革を進める上で社会的に必要な条件となった。

●従来の社会救済制度の機能弱化

従来の社会救済制度では、財政不足の問題もあり、対象者数が限定されてしまい(例えば収入がなく、稼働能力がなく、扶養者がいない者(三無者)等に限定され、失業等を理由にする者が対象から外れていた)、かつ、最低生活に必要な給付が行えない状況にあった。

(2) 対象者

収入(各家庭就業者一人当たり平均収入)が、各都市ごとに定める最低生活保障基準未満の都市住民。最低生活保障基準は各地の生活状況や財政状況を勘案して、各市地方政府が定めることとされているが、概ね各地平均賃金の20~30%となっている。

(3) 実施者

各市及び県人民政府所在鎮

(4) 申請及び給付

申請人は、所在地域の街道弁事処又は居民委員会に申請し、各地政府が認定を行う。認定されると、最低生活保障基準から収入額を控除した額が給付される。しかしながら、個別の必要費用等は勘案されず、仮に医療や教育等の特別な支出を要したとしても給付額には反映されない。

(5) 財源

基本的に各地方政府の財政予算で賄う。ただし、中央政府からの補助も投入されている。

なお、地域によっては、地域所在の各企業(単位)に負担を求める場合もある。(各企業のレイオフ等に起因して受給者が増大していることによる。)

(6) 実施状況

受給者は2000年末で約403万人(支給を要すると認められる制度対象者のうち56.9%をカバー)。

中国社会保障発展報告(1997~2001)によると、1999年には実施市は3直轄市、668市、1638県に上っており、全市及び全ての県人民政府所在鎮において実施されている。

なお、農村部においても最低生活保障制度を導入している地域もあり(受給者数約300万人)、伝統的な「五保」制度(約271万人)等とともに、農村部における社会扶助機能を果たしている。しかしながら、その給付水準は低い。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

9 高齢者保健福祉施策

(1) 中国の高齢化の特色

- 高齢者の絶対数が多く、かつ、高齢者増加率が高い。
 - 高齢化の進展に伴ない、扶養率が増加する。扶養率は、2010年ごろ底打ち(子供の人口が低下)する一方、高齢化の進展に伴ない再び上昇する。
 - 各地域によって高齢化の状況が大きく異なり、地域格差が大きい。
- 北京や上海などの都市部では、65歳以上人口比率が10%以上に達している地域もあるが(上海11.53%、北京8.36%)、地方部では低い。(例えば、青海省4.33%、寧夏省4.47%、チベット自治区4.50%、新疆自治区4.53%)しかしながら、都市部では独居老人の増加、女性の就業の一般化、失業の増加等により家庭内扶養が困難になるケースも増加する一方、農村部においても農業収入の低さ、失業(農業余剰人員)の増加等により、扶養力が低下してきている。
- 有病高齢者や要介護高齢者が増加している一方で家庭内扶助・社会扶助力が低下している。
 - 先進諸国では、工業化、都市化が進行した後に、高齢化が進行した経緯をたどるが、中国は発展途上状態のなかで高齢化社会に突入している。こうした経済社会基盤において、高齢化社会に対応した社会的支援のニーズが一層高まることになる。

一方、高齢化が進行しても、労働力人口は依然として豊富にあり、人口の高齢化が経済成長に影響を及ぼすことは限定的とみられる。ただし、2010年頃扶養率が底打ちした後、高齢化の進展に伴ない扶養率が急激に上昇していく2020年以降は、経済成長に対して影響を及ぼすことも考えられる。

(2) 対策の方向性

高齢者の生活保障については、医療保障制度、年金制度及び最低生活保障制度の改革・整備が中心となっている。1996年には、老年人権益保障法が制定され、家庭扶養義務、社会保障、教育、文化生活、施設整備、社会参加等、実施すべき高齢者対策の基本的な考え方が定められている。

また、2001年8月には、第15次老齡事業發展5ヵ年計画が定められ、高齢者事業に関する原則的な方向性が示されているが、具体的な事業計画やその実施、財政負担は各地方政府によって定められる。經濟發展の状況等に照らし、医療保障や年金制度、最低生活保障等の整備が優先されており、高齢者保健福祉については、家族扶養、社区(地域コミュニティ)による提供、個人によるサービス購入等による対応が中心となっている。

●都市部での対応

高齢者の生活保障については、各個人が所属していた(国営)企業等を中心にした対応がとられてきたが、国営企業改革や企業の競争力向上等の観点から、社会的支援の方向に転換している。主に利用者自らによるサービス購入(家政婦等の雇用など)、地域サービスの利用、地方政府によるサービス提供等の組み合わせにより支援を実施している。特に、地域コミュニティ(社区)の活用等を重視している。

1) 地区住民の生活共同体である社区(コミュニティ)の取組みを強化

社区では、福祉サービス(家政婦・ヘルパーの派遣、短期入所)や保健サービス等を提供している。費用は、利用者負担、地方政府からの補助、各社区事業の収入、寄付等を財源とする。なお、比較的富裕な都市では社区による保健福祉サービス(在宅サービスや入所サービスなど)の提供に対し、地方政府が一部資金を提供している例もみられる。

2) 社区

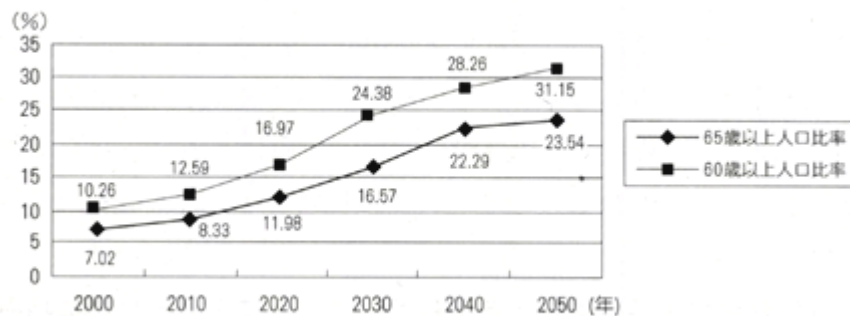
社区とは、原則的に居民委員会の管轄地域内に形成される都市住民の生活共同体である(2000年末で12,600ヶ所。社区サービス施設は約18万ヶ所)。これまで都市部では所属する企業(単位)が一種の生活共同体として生活保障機能等を担っていたが、国有企業改革の進展により所属企業ではなく、地域住民の生活共同体を重視するようになった。また、流動人口の増加により、地域単位での住民管理や福利厚生提供が求められるようになったことも背景にある。現在、国策として社区の整備が進められており、各社区ごとに住民サービスセンターや衛生サービスステーション、障害者福祉ステーション、高齢者活動センター等の社会サービス機能をもたせ、住民福利厚生的一端を担う役割が強化されつつある。

3) 施設

老人施設として敬老院や福利院などの老人ホームがあるが、介護専門施設というより低所得者向け施設という側面が強い。また、ベッド数も少ない(都市部で約33万床。都市部及び農村部全体で約88万床)。一方、都市部では地方政府等が設立する有料老人ホームもあるが、比較的高額の自己負担を要する。なお、第15次老齡事業發展5ヵ年計画においては、都市部における老人ホームベッド数を老人1,000人当たり10床整備することを目標にしている。

図1-14 中国の高齡者人口比率の推移

図1-14 中国の高齢者人口比率の推移



資料出所：国家計画生育委員会推計（2001）

●農村部での対応

医療保障、所得保障の対象範囲は限られており、家族による扶養が主流となっている。こうした家族による扶養を補うものとして「五保」(農村部における互助的救済制度)があり、郷鎮政府等が給付を実施しているがその保障水準は低い。また、近年は農村社会養老保険制度や農村最低生活保障制度を導入している地域もある。

身寄りのない老人については、農村敬老院、養老院等の老人ホームに入所させることもあるがその数は少ない(2000年末で約56万床)。なお、第15次老齡事業発展5ヵ年計画においては、農村部における敬老院の整備率を90%とすることを目標にしている。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

10 障害者保健福祉施策

中国においては約6,000万人の障害者が存在すると推計されており、最近では労災事故や交通事故による障害者が急増傾向にある。また、0～14歳の障害児は約900万人に上るとみられている。

(1) 障害者施策

●障害者保障法(1990年)

1990年に障害者保障法を施行した。この法律では、障害者の権利、政府の責務、各政府及び社会において実施すべき対策(リハビリテーション、教育、就業対策、文化生活、福祉、環境等)等の障害者対策の全般にわたる基本的事項・対策指針が定められた。なお、中国政府は国連障害者権利条約策定に積極的な姿勢を示している。

表1-100 中国の主な障害者対策事業の現状(2000年)

表1-100 中国の主な障害者対策事業の現状 (2000年)

白内障手術の実施	48.1 万例
耳の不自由な児童の幼稚園・小学校入学率	19.4%
救済貧困精神障害者数	13 万人
福祉用具供給数	85 万件
リハビリを受けた者 (肢体不自由者)	53,000 人
リハビリを受けた者 (知的障害児)	24,000 人
未入学障害児	39 万人
教育・訓練を受けた障害者	65 万人
1年間に就業した都市在住障害者	27 万人
都市在住未就業障害者	96 万人
農村在住未就業障害者	358 万人
障害者就業サービスセンター数	3,012 ヶ所
金銭上、基本生活に支障のある者	979 万人
障害者対策従事者数	8 万人

資料出所：中国統計年鑑 (2001)

●中国障害者事業第10次5ヵ年計画(2001年4月)

同計画において、2001年～2005年に実施すべき障害者対策の基本的方向を提示している。計画の主な内容として、リハビリテーションの実施(510万人にリハビリテーションを実施)、就業の促進(就業率の目標を85%)、盲人按摩の発展(35,000人の盲人按摩人員を訓練)、障害者扶貧対策(1,200万人の農村貧困障害者の労働参加を支援)等の政策の方向性を定めている。

(2) リハビリテーション対策

●リハビリテーション専門職養成の必要性

1996年、中国衛生部は「総合病院リハビリテーション医学管理に関する規定」を発出し、三級、二級の総合病院にリハビリテーション医学科(理学療法室、作業療法室)を設置することを規定した。しかしながら、リハビリテーション専門の人材を養成する学校が十分に整備されておらず、リハビリテーション専門職の養成・配置が十分に進んでいない現状がある。

中国障害者連合会の推計によれば、リハビリテーション医師は12,000人～18,000人、PTは58,000人～317,000人、OTは17,000～90,000人、STは10,000～55,000人が必要とされているが、現状の養成体制では必要数を確保することが困難になっている。こうしたリハビリテーション人員の養成及び指導者(教員クラス)の養成に対する協力を目的として、現在、我が国のプロジェクト方式技術協力により、「リハビリテーション専門職養成プロジェクト」を実施している(2001年～2006年)。

●費用保障の問題

リハビリテーションを受診するためには、長期間にわたって受診することを要するが、そのための費用保障の問題がある。医療保険制度の内容と関連するが、リハビリテーション受診者(特に児童等)の中には、制度や企業(単位)等からの保障を受けることができず、多額の自己負担を要している者も多い。

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

中国

11 生育保険(出産育児保険)

(1) 沿革等

女性従業員が出産・育児をする場合に出産有給休暇、出産に係る医療保障を受けることができることを内容とする生育保険は、1951年「労働保険条例」に基づき、国有企業女性労働者を対象にする社会保険として成立した。

(2) 労働保険条例等による従来 of 制度(労働条例制定以後、逐次改正)

正常分娩の場合56日(双生児出産の場合70日)の出産有給休暇を取得できる。また、出産に係る医療費を所属企業が負担するとともに、生育扶助費を支給した。

(3) 出産育児保険の改革

●背景

従前の労働保険条例等に基づく生育保険は企業負担において実施してきたことから、企業負担が増大してきた。特に、女性従業員が多い企業等における負担が重く、企業間の負担格差が発生した。特に、計画経済期にはこれらの負担を国家が吸収していたが、市場経済化移行後、各企業の負担が顕在化した。このため、女性の採用を回避する傾向も増加する問題も発生した。

また、一時帰休者(下南)は企業負担の重い女性が対象になることも多く、出産休暇中の女性が対象になるケースも発生した。こうしたなか、女性労働者の保護規定の整備が求められた。

●改革の内容

1988年以降、改革が進められ、同年には「女性従業者労働保護規定」、1994年には「企業従業員の生育保険施行弁法」を発出した。これらに基づき、各地方政府が具体的規定を整備している。弁法によれば、生育保険のための社会保険基金を設立し企業負担を分散するとともに、対象企業を拡大し(外資系、郷鎮企業を含むすべての企業や事務所、公共機関を対象)、保障内容も拡大した。

●実施者

各地級市、県級市、県内の鎮

●保険料

各企業より従業員総賃金の1%を限度として、保険料を徴収する(個人負担はない)。なお、一部地域では配偶者が所属する企業に保険料の50%を負担させる地域もある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
インドネシア
1 概況

人口：2億1,049万人(2000年)、国土面積：1,905千k²、高齢化率：4.5%(97年)、合計特殊出生率：2.1(97年)、100ルピア=1.31円(2001年3月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

インドネシア

2 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。

(1) 健康維持保障制度(JPKM)

●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。

●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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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、老人ホームへ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。

(8) 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。

(9) 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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
インドネシア
3 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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
タイ
1 概況

人口：6,287万人(2001年)、国土面積：513千k²、高齢化率：6.0%(2001年)、合計特殊出生率：1.98(99年マヒンド大学推計)、1バーツ=約3円(2002年3月現在)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

タイ

2 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。

同制度の対象は、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2001年12月現在で587万人である。なお、2002年4月より、被用者1人以上の事業所に適用が拡大される予定。

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。

(1) 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。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。

なお、社会保障法の適用対象者や公務員等を除く集団層を対象に、1回当たり30パーツの自己負担で医療機関に電話できるようにする施策を2001年4月から実施している(同年10月から全県実施)。

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。

(2) 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。

(3) 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。

なお、タイ保健省は、権限、財源を県以下のレベルに移譲する地方分権を推進している。

(4) 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(2000年現在で2ヶ所、入所者数約3,500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(2000年現在で9ヶ所、入所者数約4,700人)。

(5) 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(2000年現在で20ヶ所、利用者数約2,900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(2000年で17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、身寄りのない貧困高齢者を対象に月額300バーツの生活費補助が行われている。

(6) 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(2000年現在で計29ヶ所、利用者約9,900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。

(7) 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。

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
タイ
3 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、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とともに、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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
マレーシア

人口：2,327万人(2000年)、国土面積：330千k²、高齢化率：3.8%(1999年)、合計特殊出生率：3.1(1999年)1リンギ=約31円(2002年7月)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

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。

(1) 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。

(2) 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。

●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。

●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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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)期間は一時的であり、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。

(7) 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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
フィリピン
1 概況

人口：7,650万人(2000年)、国土面積：300千k²、高齢化率：4.0%(97年)、合計特殊出生率3.62(97年)、1ペソ=約2.6円(2002年1月末)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第2節 アジア

フィリピン

2 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。

(1) 社会保険制度

フィリピンの社会保険制度は、医療保険制度を除いて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。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はフィルヘルスが実施している。

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)、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2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。

●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月には、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。

●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。

●医療保険プログラム

医療保険プログラムは、フィルヘルス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。

●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。

(2) 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。

●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。

1) 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。

2) 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。

3) 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。

●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)

●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。

●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。

(3) 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。

2001年の保健省の統計によれば、粗出生率は人口1,000当たり26.24、粗死亡率は人口1,000当たり5.83、合計特殊出生率は3.61(97年)である。

なお、97年の乳児死亡率(生後1年未満の死亡)は出生1,000当たり17.0、小児死亡率(5歳未満の死亡)は人口1,000当たり67(95年)、妊産婦死亡率(妊産婦の死亡)は出生1,000当たり0.9である。また、97年の主な死亡原因は、多い順に、心臓疾患、循環器疾患、肺炎、事故、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、多い順に、胎児・新生児呼吸不全、肺炎、先天性異常、下痢、出生時損傷などである。(保健省)

●保健医療行政

地方行政機関としては、全国を16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78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14,267か所(98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。

●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。

●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。

99年現在、国公立機関立の病院は648施設43,477床であり、民間病院が1,146施設40,014床である。両者合わせると全国で人口916人当たり1床となる。

●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。

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第2節 アジア
フィリピン
3 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 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第3節 大洋州
オーストラリア
1 概況

人口：1,897万人(99年)、国土面積：7,692千k²、高齢化率：12.3%(2000年)、合計特殊出生率：1.75(99年)、1オーストラリアドル=約70円(2002年2月)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢

第4章 社会保障制度の概要と動向

第3節 大洋州

オーストラリア

2 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。

(1) 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歳に引上げられる。))に達した国民に老齢年金が支給される。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、高齢夫婦で同40%の水準の年金給付を行うことを目指しており、現在の支給額は高齢者1人につき、単身の場合410.50豪ドル/2週、夫婦の場合342.60豪ドル/2週である。ただし、所得、資産による減額がある。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。

(2) 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(課税所得の1.5%。メディケア関連支出の約25%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。)

(3) 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。

(4) 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364.60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301.70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、住宅保有者、住宅非保有者という類型ごとに資産審査も行われる。

受給者数は1万2,495万人である。

(5) 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。

(6) 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。)もなお、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、レスバ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 Community 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。

(7) 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 Services 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Child care 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講じられている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1部 2001～2002年の海外情勢
第4章 社会保障制度の概要と動向
第3節 大洋州
オーストラリア
3 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、2001年5月の連邦予算において措置された。
