

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### アメリカ

---

(注1) 個人責任及び就労機会調整法は、クリントン前政権時代の1996年に制定され国から公的扶助を受ける個人又は家族に、労働またはそれに準ずるジョブトレーニングや教育プログラムの取得を義務づけている（現在、母子・父子家庭の保護者には週30時間の労働、両親ともにいる家庭の保護者には週35時間の労働が義務付けられている。）。また、保護者が仕事に出ている間の児童保育について、同法は法施行後6年間で140億ドルの連邦予算を児童保育に当て、育児の面から受給者をサポートしている。同法の下では、州政府にその運営に関する大きな裁量があり、例として、州知事会と米国公共福祉協会が設立した自立者数の目標値を達成した場合、連邦政府から州政府に対してボーナス予算が支給される特典がある。同法の評価は党派を問わず高く、多くの受給者を経済的に自立させたと言われている。

---

(注2) ブッシュ大統領の提案は、子どもの幸福に関して、結婚した父親と母親がいる家庭で育てられた方が望ましいとし（片親により育てられた子どもは、そうでない子どもに比べ約2倍も学校で落第したり、5割以上多い割合で薬物を濫用している統計を例として引用）、州がシングルマザーに初婚（再婚）を勧めるプログラムを実施するのを奨励している。当該提案に対して、保守派の共和党員から好意的な意見がある一方、「婚姻というプライベートな問題に政府が介入すべきではない。」とする意見がリベラル派の民主党員にあると言われている。

また当該事項とは別途に父親の児童教育を推奨するプログラムに年間2,000万ドルを計上している。

---

(注3) 民間で雇い入れられなかった公的扶助受給者の受け皿として、公的機関が設けている仕事やコミュニティーサービスのこと。3月6日、ブッシュ政権は、公的機関が設けた仕事やコミュニティーサービスに対しても、最低賃金を保障すると発表している。

---

(注4) マネージドケアは、医療コストを減らすために、医療へのアクセス及び医療サービスの内容を制限する制度である。従来は、医師が医療を決定した。しかしこの制度では、決定権が医師から支払い側（保険者）に移り、医師以外の人によって医療が管理されることになった。その結果、医師の意見は参考にはされるものの、医療へのアクセス及び医療サービスの内容について最終決定をするのは医師ではなく保険者である。

---

(注5) メディケイドは、低所得者に公的医療扶助を行う制度である。メディケイドは、メディケア（高齢者医療保険制度）とともに1965年に創設されたが、その支出は増加し続け、1995年には州・連邦合算で1,520億ドルに達している。

メディケイドは通常の医療サービスをカバーする以外に、他の医療保険がカバーしない長期ケアをもカバーする。

---

(注6) マネージドケアにおいては保険者があまりにも力を持ちすぎ、消費者（患者）の意向を無視していると批判されている。具体的には以下のような内容である。

私的医療保険を事業主が従業員に提供する場合、従業員の意向を無視して低価格の保険提供会社と契約しがちであること。

マネージドケア会社（保険会社）は、病院と契約する際、提供される医療サービスの内容より価格を重視し、病院も患者よりも保険会社の意向を重視すること。

マネージドケアの保険料収入のうち8~10%は投資運用に回されているが、昨今の金融市場の不調により運用収入が低下していること。

---

(注7) メディケア・チョイス・プランとは、予め保険加入者と保険者（非営利の健康保険法人と営利の保険会社がある）と医師の間で医療や介護サービスの提供とその費用の負担について取り決めておくプラン（マネージドケア）の一形態。医師や病院などの医療サービス供給者が創設したプランで、医療機関の選択・変更が自由で治療法、処方薬等選択幅が広い。伝統的なメディケアは社会保障であり高齢者及び障害者を対象としたほとんど自己負担のない制度である。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### アメリカ

#### 1 社会保障制度の概要

---

米国においては、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、州政府の権限が強い連邦制が、社会保障制度のあり方にも大きな影響を及ぼしている。

米国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、補足的保障所得（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。

医療保障、退職後所得保障の分野において顕著であるが、民間部門の果たす役割が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も多い。

さらに福祉の分野においては、1996年8月に成立した個人責任及び就労機会調整法（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なっている。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### アメリカ

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 制度の概要

米国の社会保険制度については、年金分野においては広く国民一般をカバーする社会保障年金制度が存在するが、医療分野においてこうした制度は存在せず、公的な医療保障の対象は高齢者等に限定されており、現役世代の多くは民間医療保険に加入しているものの、相当数の無保険者の存在が大きな課題となっている。なお、公的な介護保険制度は存在しない。

##### (2) 年金制度

###### ●老齢・遺族・障害年金

米国の公的年金制度は、一般制度である老齢・遺族・障害年金と、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。この制度は、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た者に対し、支給開始年齢到達時から死亡時までの間年金を支給する社会保険制度である。

財政面においては、現役世代が納付する社会保障税収によって高齢者に対する年金給付を行うとともに、高齢化による将来の支出増加に備え、毎年の社会保障税収などの歳入が歳出額を上回る分を社会保障年金信託基金 (OASDI Trust Fund) に積み立てている。この社会保障税の税率は、OASDI相当分で現在12.4%であり、被用者は事業主と折半してその半分を、自営業者は全額を負担している。

給付については、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。

受給者に一定の所得限度額を超える年金以外の所得がある場合には、年金給付額の減額が行われていたが、2000年4月に成立した高齢者の働く自由港 (Senior Citizens' Freedom to Work Act of 2000) により、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、今回の改正の影響はない。

なお、2001年におけるOASDIの被保険者数は1億8,730万人であった。また、同保険による老齢年金の受給者数は4,587万8千人で、支給総額は1兆13億400万ドルと、前年より482億2,000万ドルの増加であっ

た。老齢年金の平均額は月874ドルで前年より30ドルの増加、夫婦の場合は1,466ドルで前年より46ドルの増加であった。

## ●企業年金制度

米国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は、貯蓄を奨励する観点から税制上の優遇措置が講じられている。また、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、確定給付型プラン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ている。

現在、こうした企業年金制度についても、その見直しが議論されている。

2001年末の大手エネルギー会社エンロン社の破綻は、コーポレートガバナンス、企業会計、年金制度など幅広い分野において、様々な議論を惹起した。エンロン従業員の401（k）を中心とした退職後のための貯蓄が壊滅状態に陥ったことが注目を集めたことも事実であるが、むしろ会計監査会社までも含めた企業幹部による不正行為・不正経理等の発覚により、株高に牽引された米国経済・資本市場のシステムとしての信頼性が大きく揺るがされたことが、この事件の最大の影響であると考えられる。

その後もワールドコム等の企業不祥事が続発し、中間選挙を控えた2002年7月には企業会計制度改革法が成立したが、同法においては、企業年金制度に関しては、従業員が自社株の売却を制限されるブラックアウト期間に関する規制が措置されたのみで、自社株の投資分散化、投資アドバイスなどの見直しは先送りされ、現在も懸案となっている。

## ●近年の動向

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、制度の改革が課題となっている。

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改革案を支持しており、2001年5月には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た。この委員会は、個人勘定の創設を含む3つの改革モデルを提示する最終報告書を同年12月に取りまとめたが、そもそも案を一つに絞ることが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た。

また、2002年11月の中間選挙に当たり、対イラク問題等の外交課題、内政面における経済対策などの、より重大かつ緊急を要する政治課題が浮上し、社会保障年金改革の優先性は相対的に低下した。

さらに、近時の株価の動向は、株式市場の不安定性・投資リスクを国民に改めて想起させ、個人勘定の創設という大統領の提案に対する懸念を強めることとなった。また、景気の後退等による連邦財政の黒字基調から赤字基調への変化は、個人勘定を創設する際の移行コストの有力な財源の消滅を意味し、大統領の提案の実現可能性に対する信憑度を低下させた。

こうした状況を背景に、中間選挙において共和党が勝利したとはいえ、この問題について当面は目立った進展はないとの見方が多い。

### (3) 医療保険制度等

## ●制度の類型

米国には先進国の中で唯一、国民全体を対象とする公的医療保障制度が存在せず、公的な医療保障の対象は、高齢者及び障害者、低所得者などに限定されている。

現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行われており、企業の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、医療費が高騰する中で、管理医療型の保険（マネージドケアプラン）も普及し、1993年から2000年までは、医療費が横ばいで推移し、医療費抑制に一定の成功を収めてきた。しかしながら、マネージドケアの病院に対する支配力は近年衰退し、それが病院医療費、ひいては全体の医療費の高騰につながり、2001年には民間保険料は10.5%引き上げられた。「医療」に「マネジメント」の考えを導入することにより、医療制度を効率化しようとすることは失敗に終わったとの指摘もある。

### ●代表的制度の仕組み

公的医療保険制度としては、高齢者及び障害者に対するメディケア及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しており、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）とで構成されており、パートAが社会保障税（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）を財源としているのに対し、パートBは加入者の保険料（毎月の保険料は58.7ドル（2002年））と連邦政府の一般財源により賄われている。

他方、現役世代の多くは、雇用主を通じて民間の医療保険に加入しているが、いかなる医療保険の適用も受けていない国民が約3,870万人（2000年）に達し（人口の14%）、大きな問題となっている。近年、各種保険の適用拡大、促進のための措置が講じられており、例えば、1997年の均衡予算法においては、州政府主導の下で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23万人がこの制度の対象となっている。

なお、1999年におけるメディケアの適用者数は3,910万人で、このうち65歳以上の高齢者は3,390万人、障害者は520万人であった。

2000年におけるメディケアによる支払総額は2,192億7,500万ドルで、そのうち病院保険（メディケア・パートA）における支出が1,302億8,400万ドル、補足的給付（メディケア・パートB）における支出が8,899億1,000万ドルであった。

アメリカにおける医師の数は、1999年において79万8,000人となっている。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### アメリカ

#### 3 公衆衛生施策

---

##### (1) 保健医療施策一般

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、一人一人の健康及び公衆衛生に関する制度の改善そして疾病や障害の予防と治療を推進していくことを目指している。

##### (2) 医療施設

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

AHA（American Hospital Association）の調査によれば、1999年における登録病院数は全米で5,890病院となっており、このうち急性期病院（acute hospital）が4,956病院、長期病院（long term hospital）が129病院となっている。

急性期病院を開設主体別に見た場合、3,012病院が民間非営利病院であり、1,197病院が自治体立病院、747病院が民間営利病院となっている。また、こうした病院の病床数は83万床、人口1,000人当たりでは3.0床であり、開設主体別に見た場合、民間非営利病院が59万床、自治体立病院が14万床、民間営利病院が11万床となっている。

##### (3) 医療従事者

1999年時点で、全米で約72万人の医師が実際に働いていると推計される。医師の内訳は、プライマリケア医（9.4%）、専門医（57.9%）、病院勤務医（6.4%）、研修医（13.2%）となっている。

看護婦については、登録看護婦数は2000年で約270万人となっているが、このうちフルタイムの雇用が58.5%、パートタイムの雇用が23.2%と推計されている。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*



---

第1部 2002～2003年の海外情勢

第4章 社会保障施策の概要

第1節 主要先進国

アメリカ

4 公的扶助制度

---

公的扶助制度については、第2部第1章参照。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### アメリカ

#### 5 社会福祉施策

---

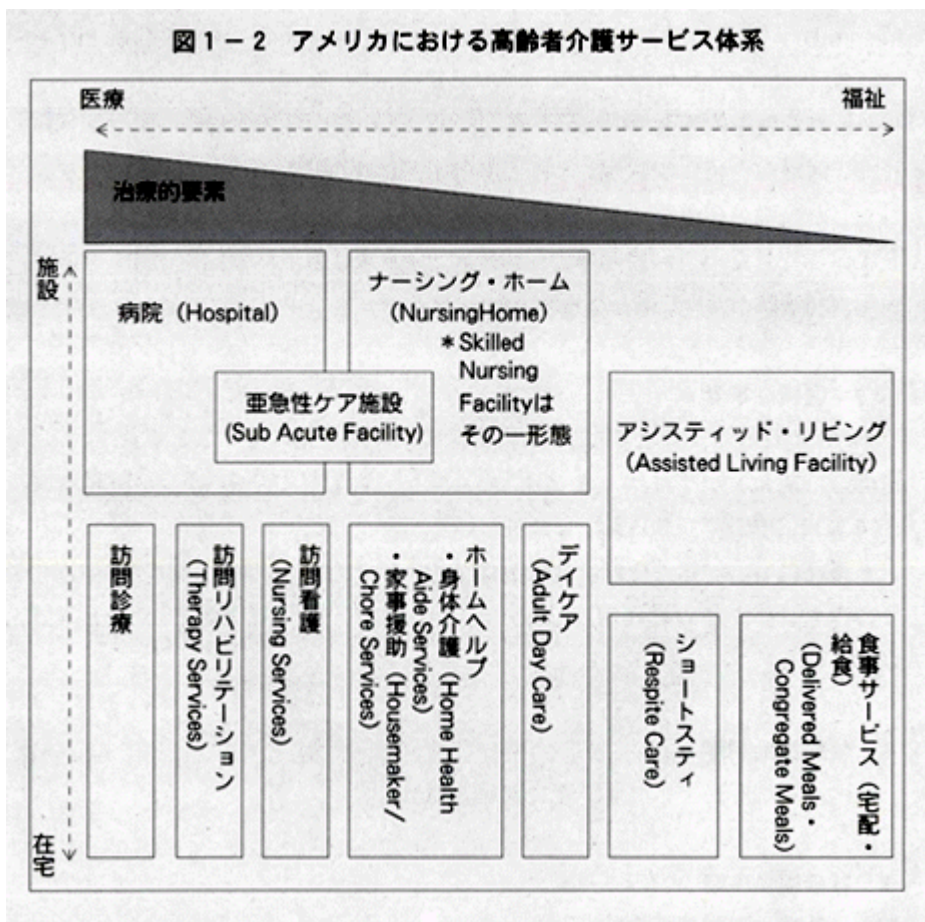
##### (1) 高齢者保健福祉施策

米国では、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（Skilled Nursing Homes等）がメディケアでカバーされるに過ぎず、介護費用を負担するために資産を使い尽くして自己負担ができなくなった場合に初めて、メディケイドがカバーするという構成である。また、食事の宅配、入浴介助等医療の範疇に入らない介護サービスについては、アメリカ高齢者法（Older Americans Act）によって、一定のサービスに対する連邦政府等の補助が定められているが、この予算規模は極めて小さいものとなっている。

アメリカにおける高齢者介護サービスの体系は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。

図1-2 アメリカにおける高齢者介護サービス体系

図1-2 アメリカにおける高齢者介護サービス体系



(2) 障害者福祉施策

障害者に対する保健福祉サービスとしては、障害年金の給付や補足的保障所得による現金給付、メディケア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、1999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。

(3) 児童健全育成施策

児童及びその家庭に対する福祉施策としては、児童を養育する低所得家庭を対象とする貧困家庭一時扶助のほか、里親、養子縁組及び児童の自立支援の提供、児童虐待対策、保育施設、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。

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。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### アメリカ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) 全般的な動向

ブッシュ政権は、2001年1月の発足以来、メディケア改革や社会保障年金改革を内政上の重要課題の一つとして位置付け、改革の実現に向けた取組みを進めてきたが、同年9月の同時多発テロ事件以降は、テロ対策、対イラク問題等の外交課題が最優先課題となる中で、内政課題の優先度は相対的に低下している。内政課題の中でも、社会保障といった個別課題よりも、まず現下の経済情勢への対応が重視される方向にある。

こうした状況の中で2002年11月に中間選挙が行われたが、「政権党が議席数を減らす」とのジンクスを覆して共和党が上下両院の過半数を掌握したため、基本的にはブッシュ政権・共和党の勝利と評価されている。

しかしながら、共和党は議会における圧倒的多数を確保できたわけではなく、イラク情勢が緊迫する中で、内政面の政策についてブッシュ政権と議会共和党サイドとの間で意見の相違も見られるようになっている。景気の減速等に伴い財政収支が悪化し、歳出面の自由度も失われた中で、2年後の大統領選挙までの間に、社会保障制度についてどのような政策の前進が見られるかは不透明である。

##### 公的扶助制度改革法の改正法案の内容（注1）

###### 1 就労促進強化

現在、原則50%の公的扶助の受給者を就労させることが州に対し義務づけられているが、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 シングルマザーの結婚奨励策

現在連邦政府から州政府に支給されている児童保育予算（5年間で約240億ドル）を続行するとともに、シングルマザーに対して再婚（初婚）を勧めるプログラムに対し、年間3億ドルの予算を計上する（注2）。

###### 3 州の権限の強化

各州独自の公的扶助政策を推奨するために、連邦政府が定めた個々の規則を州独自にアレンジする権限を与え、さらに、各種保育補助、食料スタンプ等の実費補助を各州が独自にコーディネートできるように州政府の裁量を大幅に認める。

なお、この点については、下院において、州政府の裁量を大幅に認めることにより、連邦政府の権限が弱まることを懸念する意見が共和党の一部にあり、結局、「州政府は、連邦政府が定める公的扶助関連法や連邦政府が行っている公的扶助事業に係る規則（食券給付、公共住宅、職業訓練、児童保育、その他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、それらに関連する規則を独自に制定することができる。」とすることとされた。

#### 4 移民の扱い

入国5年以内の合法移民に対して食料スタンプ等の補助を行う一方、1996年以降入国した非合法移民に対しては公的扶助の対象とはしないとする現行の制度を維持する。

### ●各界の反応等

今回の公的扶助制度改革法改正案については、「原則的には概ね賛成であるが、現実的には問題が多い。」という意見がマスコミや福祉関係者の中で多く見られるとされ、政策に対する評価、特に義務的労働時間の延長について、「児童保育の充実を伴わない義務的労働時間の延長は、受給者の負担を増し、公的扶助制度改革法の最大の目的である公的扶助受給者の経済的自立を、その目的に反して妨げるのではないか。」等、問題点が多く提起されている。具体例としては、次のとおりである。

州政府は、改革案の労働時間を満たすために、公的扶助受給者に対し、公的扶助受給者の将来を考慮した職業に就かせることを推奨するかわりに、公的機関が設けている作業（注3）を押しつける可能性がある。その結果、公的扶助受給者は、職業生活に必要な技術を養うことができず、さらに福祉へ依存していくことになるのではないか。

貧困層の女性が無職の状態にいる一つの大きな理由として、児童保育の欠落がある。

当該問題に関して、トミー・トンプソン厚生長官は、3月12日に開かれた両院の小委員会の公聴会において、労働義務の強化に伴う児童保育の必要性を認め、その為の予算も計上していると述べている。また他の行政官も、予算的には1996年と変わらないが受給者の数が当時と比べると半減しており、児童保育に回す予算は十分にあると述べている。

## (2) 医療保険制度の動向

### ●概要

厚生省医療保険センター（CMS：Center for Medicare and Medicaid Service）は、アメリカの医療保険制度の動向について発表を行った。

#### アメリカの医療保険制度の動向

##### 1 国内医療支出の対GDP比の推移

国内医療支出の対GDP比の推移は、1980年の約9%から1993年には13%にまで上昇した。その後、1993年から2000年にかけては13%程度で安定して推移している。1993年以前の医療費増加は主に医療保険料が上昇したこと、また、医療機関における支払いが増加したことが原因と考えられる。

1993年以降には、マネージドケア（注4）により、保険会社側が医療機関との交渉力を増したことにより、医療費の増加を抑制することに成功した。

2000年以降についてはまだデータが出ていないが、上昇傾向に戻るが見込まれている。

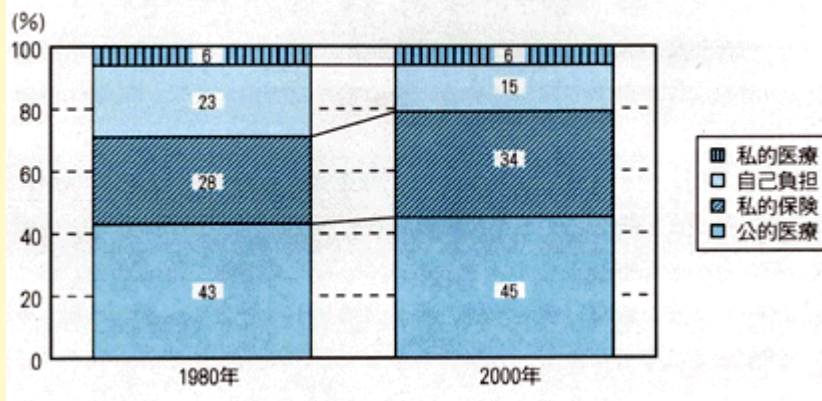
##### 2 医療費財源の内訳と変化

医療費財源の内訳（2000年）については、「公的医療」が45%、事業主が提供する「私的保険」が34%、「患者自己負担」が15%、慈善事業など「その他の私的医療」が6%となっている。1980年と比較すると、「公的医療」と「その他の私的医療」はあまり変化がないが、私的保険（28%から34%）、患者自己負担（23%から15%）に変化が見られる。

図1-3 医療費の財源の内訳



図1-3 医療費の財源の内訳

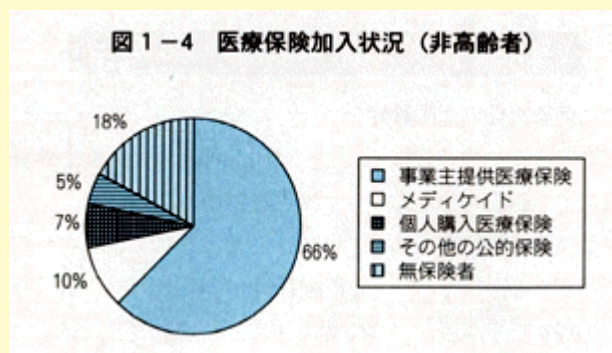


### 3 所得に占める医療費の自己負担の割合

所得に占める医療費の自己負担の割合を見ると、年齢階層が上がるにつれて所得に占める自己負担割合が上昇しており、65歳以上では所得の14%が自己負担額に当てられている。また、所得階層別では、所得が低いほど自己負担割合が上昇しており、年収2万ドル未満の低所得層では所得の15%が自己負担額に当てられている。

### 4 医療保険の加入状況

図1-4 医療保険加入状況（非高齢者）



### 5 皆保険導入の議論

アメリカ厚生省医療保険センターによると、アメリカ市民は医療を受けることを権利とは考えず、自動車を購入するように自分の望むような医療を購入することを望んでいる。ただ、最も大きな問題は、メディケイドを受けられるほど低所得ではないが、自分で私的保険を購入するほどの財政的余裕がない所得階層である。これらの所得階層については、州政府と連携して、児童については公的に医療保障する制度を導入している。

### 6 地域病院における外来医療及び入院医療の支出の変化

地域病院（Community Hospitals）における外来医療及び入院医療の支出の変化については、1980年代後半には増加率が高まったが、1992、3年頃からマネージドケアが普及した結果、増加率が抑制された。しかし2001以降は行き過ぎたマネージドケアへの反発（注6）から、急上昇が予想されている。

## (3) ブッシュ大統領による医療保険制度改革案の発表

2003年1月28日、ブッシュ大統領は、一般教書演説において、メディケア改革に関し、次の10年で4,000億ドルを追加投資すると述べたところであるが、3月4日、同大統領はアメリカ医師会の大会において、医療制度の近代化及び改善について、医療過誤に係る責任の上限設定、メディケア改革等を盛り込んだ提言を行った。

#### ブッシュ大統領による医療保険制度改革案の内容

##### 1 医療過誤に係る責任の上限設定

?約2割のアメリカの病院において、産科、神経外科、整形外科のような弁護士が医療過誤訴訟を提起しやすい部門を縮小したこと、

?病院医師は訴訟での責任追及を予防するために、医療上必要とされている以上の過剰な検査や治療をせざるを得ないこと、

?医療過誤保険料及び防衛的な医療行為は、連邦政府の医療負担を年当たり280億ドル以上引き上げていること

を挙げ、これらの状況を改善するため、医療提供側による医療過誤の責任を制限する（慰謝料のような非経済的な損失に係る請求の上限を25万ドルとする）ための法律の成立が必要である。

##### 2 患者の安全対策の推進

?患者の安全の観点から、医師、看護師等が作成した記録の弁護士による使用を禁止することにより、医師、看護師等に対し、患者の安全のための記録作成を促すこと（弁護士による使用が禁止されれば、医療訴訟を恐れて記録作成がされないことがなくなる）、

?患者の医療記録に迅速に医師、看護師等がアクセスできるようにするため、IT化を促進すること

が必要である。

##### 3 メディケア改革

メディケアについて以下の改革を行う。

###### ?重い患者の自己負担の軽減

メディケア加入者は、入院60日目以内は一日840ドルまでが自己負担であり、超過分についてのみ保険給付がなされるなど患者の自己負担が重いので、これを軽減する必要がある。

###### ?外来処方薬の給付（2003年2月の一般教書）

全ての高齢者が外来処方薬を保険でカバーできるようにすることが必要であり、しかも高齢者が自分の望む医療保険プラン（従来型のメディケア・プラン又は民間運営のメディケア・チョイス・プラン）を選択できることが重要である（2003年2月に発表された「一般教書」において、ブッシュ大統領は、民間運営のメディケア・チョイス・プラン（注7）の加入者だけが外来処方薬の給付を受けられ、伝統的な政府運営のメディケア・プラン（メディケア加入者の約80%がこのプランを使っている）については外来処方薬の給付を保証しない（外来処方薬は保険でカバーされない）と述べていた）。

#### ●各界の反応等

民主党のブロー上院議員は、高齢者が伝統的な政府運営のメディケア・プランに残るか、民間運営のメディケア・チョイス・プランに加入するかを選択を認めることができるものとして、大統領の提言を評価した。

バンクオブアメリカのマネージング・ダイレクターのプレスラー氏は、メディケア改革は長年の懸案であり、今回の改革案について直ちに議論が進むことには懐疑的であること、改革案の詳細は未定であり、メディケア改革を巡る不確実性が高いことは医療関連産業にとってマイナス要因であると述べた。



*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

#### イギリス

---

(注1) 同報告書では、1年間の間にロンドンで路上生活をする者は少なくとも2,400人に達するとしている。18歳未満の路上生活者は非常に少なく、18歳から25歳の者が約25%、60歳以上の者は6%であり、全体の約90%が男性であるとしている。

---

(注2) 政府組織の改編により、現在では、路上生活者対策部は副首相事務局 (Office of the Deputy Prime Minister) に設置されている。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### イギリス

#### 1 社会保障制度の概要

##### (1) 制度の概要

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障制度が創設され、第二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。

1997年に発足した現労働党政権はサッチャー政権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進め、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拡大など、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付けてきた。

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進し、社会保障制度は、重度の障害等により真に就労に困難を来す者に重点を置いたものにすべきであるとの基本的考え方の下、支持基盤の一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期間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進められている。

##### (2) NHS改革目標の設定

NHSプラン等の規定の改革を確実に実施するために、2002年7月15日、保健大臣と大蔵大臣と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進を管理するとされている。主な改革目標は以下のとおりである。

- ・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割程度削減等）。
- 
- 

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### イギリス

#### 2 年金・医療等の所得保障制度

##### (1) 制度設計

英国における社会保険制度は、全国民を対象として、退職年金（基礎年金、国家第二年金（旧所得比例年金））、就労不能給付、遺族関連給付（遺族一時金、有子遺族手当、遺族手当）、求職者手当、業務災害障害給付等の給付を行う単一社会保険制度（国民保険）を有している。医療については、この国民保険制度とは別に、税金を財源とする国営の国民保健（NHS）サービスとして全住民を対象に原則無料で提供されている。また、高齢者、障害者等に対する社会サービスについては、地方自治体において税を財源とした対人社会サービスの提供が行われている。

なお、財源は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（89～585ポンド／週：2002年度）以上の収入につき11.89%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者についてはその分保険料が減額される。なお、週75～89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者とみなされ、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（4,025ポンド/年：2002年度）の収入のある場合、定額保険料（2ポンド/週：2002年度）及び収入に応じた保険料（4,615～30,420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納付の義務がない者も、所定額の保険料を支払い任意に加入することができる。国民保険のために集められた保険料の一部は、国民保健サービス（NHS）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、国庫交付金などにより運営されている。

##### (2) 退職年金制度

###### ●一般的制度の仕組み

制度は、二階建てで、一階部分は所得が一定額以下の者を除く全ての就業者に加入資格がある社会保険方式である。義務教育終了年齢を超えるすべての就業者（所得がない又は一定額以下の者を除く。）は退職基礎年金に加入する義務がある。被用者は、基礎年金に加え、二階部分の年金として国民保険の国家第二年金か、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（1996年）は、国家所得比例年金（現：国家第二年金）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75.50ポンド/週、被扶養の妻45.20ポンド/週を基本に、80歳以上の場合及び被扶養児童がいる場合には一定額が加算される（2002年）。

1997年5月の労働党政権発足後、社会保障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、英国の公的年金の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、

?主に中低所得者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押さえた確定拠出型個人年金であるステークホルダー年金の創設（2001年4月発売開始）、

?従来の国家所得比例年金に比べて低所得者の給付額を高めた国家第二年金を創設し国家所得比例年金に置き換え（2002年4月以降）、

?離婚時の年金受給権整理の新たな選択肢として二階部分の年金権の分割が創設（2000年12月以降開始の離婚手続に適用）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。

また、最低所得保障額は、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調整減額されることとなっているが、2003年10月からは減額調整を4割にとどめ自助努力を評価する改正が施行される（ペンション・クレジット）。

### ●国家第二年金（SSP）

SSPは、年10,800ポンド以上の収入がある者につき所得比例で年金を給付するものである。従来の国家所得比例年金（SERPS）が完全な所得比例であったのに対し、

?年収が10,800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10,800ポンドの年収があったものとして取り扱われる。

?24,600ポンド未満の年収を有する者についても給付を従来の国家所得比例年金より手厚くする

等、低所得者により有利な設計となっている。ブレア政権は、施行後5年後にSSPを定額給付となるように見直す方針を発表している。

### ●ステークホルダー年金

ステークホルダー年金については、2001年4月の販売開始以降、49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義務を行い、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、違反した場合は最大5万ポンドの罰金が科されうる。

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

### ●次期年金改正に向けて動き

英国政府は、次期年金改正について、改革の方向性、大枠を示し、各界の意見を聴取するためのグリーンペーパーを発表した（2002年12月17日）。運用利回りの鈍化、平均寿命の伸び等を背景に、英国企業全体で270億ポンドの企業年金制度の積み立て不足が生じていると推計されている。従来、英国の企業年金は大部分が確定給付型であったが、新規採用者から確定拠出型への移行を表明する企業が急増しており、労働組合がそうした動きに反発を強め、規制強化を求めていた。他方、財政負担を軽減する観点からは、公的年金制度について支給開始年齢の引上げの必要性が指摘されていた。同グリーンペーパーにおいては、公的年金の支給開始年齢を現行のまま据え置く一方、年齢に基づく労働者の差別の禁止（定年制の禁止）等により高齢者の就労を促進し、年金税制の抜本改革及び企業年金制度の簡素化等のインセンティブ策を導入するほか、企業年金受給者及び制度加入者の保護強化等を進めることを提案している。

### (3) 国民保健サービス

#### ●一般的制度の仕組み

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当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（国民医療費対GDP比6.7パーセント：1998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：手術待機者のウエイティングリストは2002年末現在で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。

#### ●労働党政権移行のNHS改革

ブレア労働党が1997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、

?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（2002年4月に移行完了）、

?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、

?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1999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、ウエ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、1999年末のインフルエンザ流行によりウエイティングリスト問題が再燃した（例：ガンの手術がベット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プランの進捗状況



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、プライベート病院への委託や病院施設の買収等が進められてきており、マンパワーの拡充については、給与引き上げを含む離職者の復帰促進を進めつつ、養成定員の拡充が効果を発揮するまでの間のつなぎとして、医師、看護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、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、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診療の委託が開始されている。

また、一般病院、専門病院、精神病院、救急搬送センターとPCTを対象に待機期間、各種死亡率、清潔度等28項目のパフォーマンス指標が公表されており（直近は2002年7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）パフォーマンスレイ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、なお改善が見られない場合にはその運営を成績優良なトラスト等に委ねる方針が表明されている。こ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病院のアカウントビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることが主眼と位置付けられている。

表1-109 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"> <li>2004年までに7,000床増床するとともに2010年までに100件以上の病院を新設</li> <li>診療所3,000ヵ所以上を近代化</li> <li>画像診断装置250台、人工透析設備400カ所の増設</li> <li>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ヵ所整備</li> <li>病棟衛生や給食サービスの改善</li> <li>患者記録の電子化、電子予約システム、テレメディスンの推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急ベッド3,070床（30%）増。一般病床714床（0.5%）増</li> <li>10の主要病院開発をオープン</li> <li>心臓専門の大手民間病院を買収</li> <li>診療所1,325ヵ所を近代化</li> <li>MRI 21台増設。CT52台、リニアック22台を増設ないし更新</li> <li>最低レベルの衛生水準の病院を全て改善</li> <li>ワンストップセンター184ヵ所設置</li> <li>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</li> <li>2002年3月までに全てのGP診療所がNHS Netに接続。しかしながら、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</li> </ul>
●マンパワーの充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門医7,500人、GP2,000人、看護婦20,000人、その他専門職6,750人の増員</li> <li>看護婦養成定員を5,500人、専門医養成定員を1,000人、GP養成定員を550人増</li> <li>院内保育所を100ヵ所整備</li> <li>医師との契約をNHS診療専念を促進する方向で見直し</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護婦28,740人増（2002年3月時点。2年早く目標を達成。）</li> <li>専門医3,130人増。GP483人増</li> <li>看護婦につき3,060、専門医1,100、GP500人の定員増</li> <li>NHS大学の設置など生涯学習の基盤を整備</li> <li>院内保育所の整備目標を150ヵ所に引上げ</li> <li>支払い方法に変更を加えながら、NHS全職員の給与を3年間で10%引上げ</li> <li>専門医契約の見直しにつき病院専門医の投票が行われたが、NHS及び医師会が協議した案が可決された</li> </ul>
●GP・看護婦の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術も行うスペシャリストGPを1,000人配置</li> <li>処方等を行える熟練看護婦を養成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>スペシャリストGP650人を配置</li> <li>処方等を行えるコンサルタント看護婦を840人養成</li> </ul>
●民間病院との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本協定を締結。</li> <li>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</li> </ul>
●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ヵ月（現行9ヵ月）、入院6ヵ月（現行18ヵ月）を待機期間の上限とする。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rolley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"> <li>84%のGPで目標達成</li> <li>15ヵ月以上の待機者数は2002年4月時点でほぼ解消。12ヵ月以上の待機者も2001年10月から2002年10月までの間に61%減少（39,700→15,500）</li> <li>がん疑診患者の98%がGPの紹介から2週間以内に専門医に受診</li> <li>2002年までに救急部門の77%で目標を達成</li> <li>12時間以上のトrolley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</li> <li>2002年までに1,000万人の患者にアクセス提供</li> </ul>



●専門職の監督	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の技能の定期的審査と資格登録の更新制を導入</li> <li>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</li> </ul>
●優良プラクティスの普及促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
●患者の権利擁護	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新たな患者憲章を策定 (Your Guide to the NHS)</li> <li>94% の病院トラスト等に患者助言連絡サービスを設置</li> <li>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</li> </ul>
●特定疾患対策 (がん、心臓病、精神保健)	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん治療薬の処方の地域格差を是正するガイドラインを策定し、胸痛クリニックを整備し、心臓手術の待機期間を優先的に短縮化し、精神保健対策として初期診療に当たる GP を支援する専門家チームを335編成する</li> <li>乳ガン検診を現行の50~64歳から65~70歳まで拡充</li> <li>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</li> <li>2010年までに150万人を禁煙に導く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>胸痛クリニック172カ所を設置</li> <li>心臓病患者であって9ヶ月以上待機者は212人。6ヶ月以上待機者は、他機関での治療を選択できる</li> <li>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191を増設</li> <li>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</li> <li>4週間の禁煙プログラムにより25万人が禁煙に成功</li> </ul>
●児童の栄養改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8万人の児童に果物を給付</li> </ul>

(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"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアトラスト推進の関連法案を策定</li> <li>ベッドプロッキングの解消のため、福祉サービスへの予算を追加</li> </ul>
●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"> <li>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括無料化は見送られ、看護サービスに係る費用のみ無料化することとされた。ただし、自己負担額算定のためのミーンズテストにおいては、王立委員会の提言に則し、入所後3ヶ月間は持ち家の価額は勘案しないこととされた。これらにより約35,000人が年間約5,000ポンドの負担軽減となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
●高齢者診療差別問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者医療のガイドラインを策定普及していく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

資料出所 イギリス政府「2000-2001年度 NHS 近代化委員会報告書」等

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### イギリス

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 地域保健サービス

英国では、地域保健サービスは、病院サービス、一般家庭医サービスと並ぶ国民保健サービスの柱の一つである。地域保健サービスは、病院予算、一般家庭医予算を含むNHS予算を管理するプライマリ・ケア・トラスト（地域住民の医療サービスの確保に一義的な責任を持つ公営企業体的組織。PCTは、病院、GP等と契約し、サービスを購入するほか、自らのスタッフによりサービスを提供することもできる。）が雇用する保健婦、地域看護婦、助産婦等により提供される場合が多い。

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

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

なお、老人保健サービス、障害者保健サービス、精神保健サービスにおける看護サービスについては、NHSサービスを提供するPCTと対人社会サービスを提供する地方自治体との連携を強化する取り組みが進められてきている。

##### (2) 健康増進

1998年に公表された国民健康増進計画（Our Healthier Nation）において、公衆衛生も含めた国民の健康維持増進政策の推進が謳われ、国民がより快適な環境で元気に長生きできるような環境整備、有病率や死亡率の地域間格差の是正等が掲げられている。その中では、2010年までに達成すべき数値目標として、

?心臓病、脳卒中及び関連疾患による65歳未満の死亡率を3分の1以上削減（対1996年度比）、

?事故死削減のため、重傷事故発生数を5分の1削減（同）、

?ガンによる65歳未満死亡率を5分の1以上削減（同）、

?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。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

第1部 2002～2003年の海外情勢

第4章 社会保障施策の概要

第1節 主要先進国

イギリス

4 公的扶助制度

---

公的扶助制度については第2部第2章参照。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### イギリス

#### 5 社会福祉施策

##### (1) 社会福祉施策一般

###### ●概要

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、いずれも税方式で提供されている。福祉サービスについては、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、1993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。

###### ●保健福祉への労働党政権の取り組み

労働党政権は、保健福祉サービスの近代化をスローガンに、1998年11月に網羅的な政策提言書を公表した。同報告書では、保守党政権下で民間参加が促進され、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た。高齢者の疾病予防とケアの改善に関するガイドライン（National Service Framework）が策定されたほか、高齢者に限らず各種福祉サービスの水準を向上させるため、全国ケア基準委員会が2001年4月に設置され、従来自治体ごとに異なっていた入所施設基準など各種サービス基準を整備しつつ、2002年4月以降、入所施設や民間病院の登録・監督を開始し、2003年4月からは在宅ホームヘルプサービスにも監督の対象が拡大された。さらに、2001年秋には、福祉専門職の登録や行為規範の策定等を通じ資質の維持向上を図る一般社会ケア協議会、社会サービスの地域間格差是正のため関連データベースを活用しつつ優良なケアのガイドラインを策定周知していく優良社会ケア研究所（SCIE）（NHSにおけるNICEに相当）も発足している。

###### ●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、社会的入院がウエ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、1999年保健法等により、NHSと社会福祉サービスによる共同事業を進めているほか、NHS組織に社会サービスも統合して提供させるケアトラスト化を推進していくこととしている。また、2001年10月には、3億ポンド（600億円）に上る予算を計上している。現在、英国には社会サービスが不十分なため退院できない患者が約4,000人いると推計されている。

また、NHS病院から退院する患者について、退院に当たり社会サービスが必要であるとの通報を受けた地方自治体において適切なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合には自治体がNHSに当該患者のホテルコスト、ケアコストを支払うこと等を内容とするベッドブロッキング法案が2003年4月に成立したところである。

## (2) 高齢者保健福祉施策

### ●施設サービス

(1) のような状況もあり、高齢者及び障害者向けの入所施設（レジデンシャル・ケア・ホーム）は、1994年以来ほぼ33万～34万床程度で推移しているが、その間公的施設が一貫して減少し、民間施設が若干の変動をしつつも増加してきている。

### ●高齢者介護め費用問題

従来、老人ホーム等への入所費用負担については原則自己負担とされている。自治体が補助する場合もミーンズテストの資産要件が厳しいため、持ち家の処分を余儀なくするものとしてその見直しが求められ、1999年3月には高齢者介護問題王立委員会から対人社会サービスの一律無料化が提言されていた。

一般に、英国ではナーシングホームのコストは、ホテルコスト、個人ケアコスト、看護コストに分けて考えられている。このうち、看護婦による看護ケアコストは、在宅の場合はNHSサービスの一環として無料で提供されるのに対し、ナーシングホームでは他のコストと同様に原則自己負担とされており、この不均衡を是正するため2003年4月からNHSが無料で提供することとなり、要介護度に応じ週当たり35ポンド～100ポンドが施設に支払われることとなった。

## (3) 障害者福祉施策

### ●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、ホームヘルプサービス、施設、給食、補装具の支給、住宅改造、職業訓練等のサービスを提供している。また、障害による就労不能を事由とする就労不能給付や、重度障害による生活費の加重を補う障害者生活手当等の現金給付がある。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ィセーター、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点で有効とされている。精神ソーシャルワーカーの業務はNHSの地域保健チームと一体的に行われるようになってきており、上記のNHSプランにおける各種専門チームの考え方もこれを前提としている。なお、精神ソーシャルワーカーは患者本人及び家族の精神疾患を巡る問題のカウンセリングを担当する他、患者に自傷他害のおそれがある等の場合には措置入院の申請を行う。

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。

2002年6月には、ケア・プログラム・アプローチによるサービス提供、強制的な措置は準司法的な精神保健審査会の承認にかからしめること、治療不可能であるため従来措置入院の対象外とされてきた重度の人格障害者に対する公共のリスクの観点からの措置、本人の同意に基づかない地域医療の導入等を内容とする、1983年精神保健福祉法を大幅に見直す法案が公表されたが、精神障害者団体、医師等の反発が強く、2003年の英国議会への提出は見送られた。

#### (4) 児童健全育成施策

##### ●児童健全育成施策一般

児童福祉・家族政策の中心課題は、およそ170万世帯にも上る一人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（一人親世帯の全児童の約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なるとの観点から、職業訓練、職業紹介の強化などを柱とした「福祉から就労へ」という一連の施策とともに、現金給付においても低所得者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として、保健、福祉、生活環境等総合的に育児環境の重点多岐な改善を図る省庁横断的な取り組み（シュア・スタート）を推進している。

保育サービスとしては、保育所その他、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歳以上の全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、すべての児童に支給される児童手当のほか、児童を養育する家庭を対象とする児童税額控除制度が2003年4月から実施されている。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、第一子で15.75ポンド／週、第二子以降は10.55ポンド／週支給される（2003年）。

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「子ども信託基金」の創設が表明され、2003年度の予算演説でも具体化に向けての検討を進めることとされている。

これらのほか、離婚後に金銭的な扶養義務を履行していない非同居の親が約3分の1にのぼることから、児童扶養制度（Child Support Act）を改正し、非同居の親の扶養責任額のアセスメントを簡素化して扶

養児童の数に応じて収入の一定割合とする（子ども1人の場合15%、子ども2人の場合20%等の扶養義務を負う。）、非同居の親の扶養義務が履行された場合であっても一定の範囲で所得補助の控除対象としない、非同居の親の義務違反の場合の罰則強化等の改革が行われた。

また、英国政府は、養子縁組政策を促進することとしており、裁判所の決定が下された児童の95%以上を、12ヵ月以内に養子縁組させるとの目標を立てている。2000年度は、3,067件の養子縁組があり、全般的に増加傾向を示している。2002年度には、養子縁組事業者の登録・監督制度の導入、養子縁組手続の明確化、規定整備、各自治体に養子縁組サービスの確保の義務づけ等を内容とする法改正を行っている。

---

---



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### イギリス

#### 6 近年の動き、課題、今後の展望等

##### (1) 医療関係

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、教育、交通とともに改善されるべき公共サービスの筆頭にあげられており、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財源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年間にわたり投資が必要と指摘されている。）、2003年度から国民保険の保険料を労使とも1パーセントずつ引き上げることとなった。

2002年7月の「包括的歳出見直し」により今後3カ年の歳出計画が策定され、2005年度には、今年度より630億ポンド以上の公共支出が行われ、増加分の75%以上を優先度の高い医療、教育、交通等に振り分けることが表明されている。

他方、ブレア政権が発足して5年以上がたち、ブレア首相が内政の最重要課題として掲げてきたNHS改革についてもこれまでの大幅な投資額の増加に見合った成果が上がっているのかが焦眉の課題である。一部、病院の待合い時間のみせかけを減らすために集計を歪めているとの指摘、そもそも改善を図る指標の設定そのものに対する批判等もあるが、NHSプランに掲げられた目標については、看護婦の増員等、既に達成された目標も一部出始めているほか、待機時間の削減等についても2002年の中間目標がほぼ達成されるなど全体的に大きな改善傾向を示している。しかしながら、施設整備の拡充、マンパワーの充実等が、量的拡充だけではなく、サービスの近代化、質の向上を通じてそのお金に見合った成果を上げているのかという点については、なお引き続き疑問が呈されている。

また、NHSの近代化を進める過程で、120万人のNHS職員の労働契約について、17の組合との間で賃金水準の引き上げ、成果主義の導入などを内容とする見直しの交渉を行っているほか、病院の専門医やGPとの契約も見直し交渉を進めている。しかし、保健省と英国医師会が合意した20%の昇給の見返りに割増賃金なしでの一定の時間外、休日診療等を内容とする新契約を病院の専門医が否決したためとん挫したり、同様に保健省と英国医師会が合意した10～20%の報酬の増加、365日、24時間診療義務の免除、一般家庭医の診療所における高度な検査、処置等の能力を積極活用し、こうした検査等を行う場合の報酬契約上の評価等を内容とする新しい一般家庭医契約の投票も反対派が多数となりそうなことから延期される等ブレア政権の改革はいくつもの困難にぶつかっている。

このほかブレア政権の公共サービス改革の目玉とされているのが、民間資本の活用（PFI）である。英国でも、道路、鉄道、監獄等のほか、病院建設にもPFIが積極的に使用され、100件以上の病院がPFI方式で設立されており新規の病院建築の主流となっている。また、大幅な現場への権限委譲も進められてお

り、特に、病院の分野ではこれまで全て国立であったNHS病院について、ほとんど保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファンデーション病院構想が発表されている。しかしながら、どこまで経営の自由を認めるのか、特に、借入について民間資金を自由に借り入れられるようにすべきであるとするミルバーン保健大臣と、基本的には保健省予算の枠内で借り入れることができるようにとどめるべきであるとするブラウン蔵相の対立が取り上げられている。今回のNHS病院改革は、今後の公共サービスのモデルとしても注目されているが、NHSファンデーション病院に立候補できるのは、当初3つ星評価を受けた病院に限られていたため、一部のエリート病院とその他の二層化が進むと懸念する声も強く、ミルバーン保健大臣は5年以内に全ての病院をファンデーション病院に移行することを表明するなど政治的な妥協点の模索が続いている。

保健大臣は、保守党政権下の「内部市場」政策のように病院が価格競争を広げるのではなく、患者の選択を通じた競争促進、公的企業の企業家精神の発揮等を通じたより質の良いサービスの提供を目指すものであることを繰り返し表明しているが、労働党左派を中心に制度変更に対する抵抗感は根強く、下院における法案の委員会付託の可否を問う議決でも、60名を超える大量の労働党の造反議員を出すこととなった。

2003年の英国議会にNHSファンデーション病院関連法案が提出されているが、政府の最重要法案の一つであるとともに最も政治的な妥協が困難な法案の一つとして注目を集めている。

なお、2000年における国民保健サービスの総支出額は530億3,900万ポンドであった。また、同年におけるグレートブリテン島における医師の数は、7万900人となっている。

表1-110 国民保健サービスの総支出額の推移

	1996	1997	1998	1999	2000
総支出額	42,383	43,878	47,194	48,362	53,039
対GDP比	5.48	5.32	5.43	5.29	5.51

資料出所 国家統計局 "Annual Abstract of Statistics"

## (2) 年金関係

年金分野については、2002年末のコンサルテーションペーパーの発表により、今後一気に議論が加速していく可能性が高い。特に、改革案発表後も、企業が確定給付型企业年金を新規加入者に対して閉鎖する動きは全く収束する様相を見せてはいない。野党、財界、高齢者団体、シンクタンク等がそろって政府の提案では現状は好転しないと指摘するなか、当面は株式相場の軟調が続くことが予想されており、年金改正に向けた今後の意見集約は困難が予想される。

なお、2000年における国民保険の被保険者数は2,795万人で、前年と比べ60万人の増加となった。また、同保険による2000年の老齢年金の受給者数は1,096万7,000人、支給総額は423億4,978万ポンドであった。したがって、一人当たりの老齢年金の平均額は年3,861ポンドとなる。

表1-111 イギリスの老齢年金受給者数及び支給総額の推移

表1-111 イギリスの老齢年金受給者数及び支給総額の推移

(千人、千ポンド、ポンド)

	1996	1997	1998	1999	2000
受給者数	10,785	10,910	10,042	10,941	10,967
支給総額	34,735,720	36,396,421	38,071,687	41,156,649	42,349,778
一人当たり受給額	3,221	3,336	3,791	3,762	3,861

資料出所 国家統計局 "Annual Abstract of Statistics"

### (3) 公衆衛生関係

公衆衛生の分野では、2002年7月にマリファナが販売等は罰せられるものの、単純所持は罰せられないCランク麻薬に格下げしたことが賛否両論の物議を醸したほか、ごみ埋め立て税が増税となる一方、医療関係廃棄物が大手業者により大量に不法投棄された事件が大きく報道されている。このほか、NHSが処方箋取り扱い薬局数を制限しているのが自由な競争を阻害しているのでスーパーマーケット等にも自由な参入を認めるべきであるとの勧告を出し、過疎地域も含めた薬局確保の必要な措置であると保健大臣、貿易産業大臣が反論しているため今後の成り行きが注目される。また、天然痘等によるバイオテロ対策として、既に発生患者数等から判断される危険度に応じ、保健職員、警察職員等への予防接種、臨時予防接種所、患者収容所の設置等の対策をとるガイドラインが公表され、感染症、毒物、化学物質、放射能に関する専門の知見を有し、関係省庁の連携、技術的援助を行う保健保護庁が設立される等関連施策が強化された。

### (4) 社会福祉関係

福祉分野では、貧困問題、特に、児童の貧困問題が今後の焦点となってきた。政府は貧困世帯の児童を2004年までに120万人減少させるとしているが、政府のこれまでの対策にも関わらず、達成は困難ではないかと予測されている。2003年度の予算演説でも、一人親世帯の就労対策の強化、児童税額控除の施行、児童信託基金の発表等を行ったほか、貧困世帯の児童を2004年までに4分の1以上、2010年までには半減させるという目標への道筋を示し、福祉制度、サービス提供体制の改革についての報告書を次年度予算までに発表するとしており、今後が注目される。

#### ●新たなホームレス対策

##### a 概要

2002年7月、イギリス政府は新たなホームレス対策を打ち出した。

##### b 経緯

1998年7月、社会的疎外対策部 (Social Exclusion Unit ; SEU) は、イギリスでの路上生活者削減のための方針を打ち出した報告書 "Rough Sleeping" (注1) を発表した。これを受けてブレア首相は、路上生活者の数を可能な限り削減し、少なくとも2002年までには3分の2にするという目標を設けた。また、1999年4月、環境運輸地域省 (Department of the Environment, Transport and the Regions ; DETR) に路上生活者対策部 (Rough Sleepers Unit ; RSU) が設置され、同年9月から国のホームレス対策を担当することとされた (注2)。

##### c 内容

##### (a) 地方自治体への補助金の追加

2002年7月31日、政府はホームレス対策のために、地方自治体に300万ポンドの補助金を追加することを発表した。この補助金は、以下のような用途に用いられることとなっている。

- ?問題を抱えている家族や夫婦のための調停サービス
- ?女性が家庭内暴力から逃れるための支援強化
- ?ホームレスの人々の住居探しを支援するための保証金の貸与
- ?強制退去を削減するための家主への助言サービス
- ?住宅の保有を支援するためのカウンセリング

#### (b) ホームレス法 (Homelessness Act 2002) の施行

2002年2月26日に成立したホームレス法が、同年7月31日から施行された。同法の主な内容は以下のとおりである。

##### ?ホームレス対策についての戦略

各地方自治体の住宅問題担当局は、それぞれの地域でのホームレス問題の現状を概観し、それに基づく戦略を整備し発表する。最初の戦略の発表は12ヵ月以内に行わなければならない。また発表から5年以内に新しい戦略へ更新していかなければならない。

##### ?宿泊設備の利用申込み

各地方自治体の住宅問題担当局は、宿泊設備の利用申込みに関する助言や情報を無料で住民に提供しなければならない。また申込みにあたって援助が必要な者に対しては、無料で援助を与えなければならない。

#### (c) その他

朝食付き宿泊施設で生活する家族や、路上生活を続けている者を含む独身のホームレスの人々への支援等、ホームレス対策として今年度だけで1億2,500万ポンドの支出が予定されている。

### ●住宅給付制度の改正

#### a 概要

イギリスにおいては、賃貸住宅に居住する低所得者に対して賃料の補助を行う住宅給付 (Housing Benefit) 制度が1988年から導入されている(第2編第2章参照)。

2002年10月17日、アンドリュー・スミス雇用年金大臣は、この住宅給付制度について、導入以来最大の規模となる大幅な改正を行うことを発表した。

新制度は、10カ所の先行地域 (pathfinder area) において、2003年から2004年にかけて試験的に運用される。試験運用の結果によっては、2005年から全国で新制度が導入されることとなっている。

## b 背景

住宅給付制度については、以下のようにその制度の複雑さ・分かりにくさと申請の処理の遅さが問題視されていたことから、政府が、制度導入以来14年ぶりとなる大改革に踏み切ったものである。

?給付額の算定法が複雑なため、就職や転居等により給付額がどのように変更されるかが分かりにくく、「下手に就職や転居をして給付額が減るよりも現状を維持したほうがよい」と考える者が少なくない。

?自治体監査機構（Audit Commission）の報告によれば、申請の審査手続きが遅れているために立ち退きの危機に直面している借入人は数千人に上る。全申請のうち3分の1は、政府が設定した目標期間内に処理が完了されていない。

### 住宅給付制度の改正の内容

#### 1 目的

今般の改正の目的は以下のとおりである。

- ?就労に当たっての障害を削減する
- ?低所得者が必要な住居を維持できるよう保障する
- ?借入人の選択の幅を広げる
- ?賃料の支払いに関して借入人の個人責任を拡大する
- ?分かりやすく明確なルールに基づく良質かつ迅速なサービスを提供する
- ?不正受給を困難にする

#### 2 内容

##### (1) 給付額の算定基準の変更

受給者の収入額と賃料に基づいて算定されている現行の給付額を、各地域の賃料の相場と受給者の家族構成に基づいて算定される均一額（ただし、算定された支給額の全額が支給されるかどうかは、引き続き受給者の収入額から判断される。受給者の収入額によって、算定された支給額が全額支給されないこともある。）とすることにより、賃料の安い住宅に転居した場合でも、手当が減額されないようにする。

##### (2) 就職時の再申請の廃止

受給者が就職した場合に、現行制度では新たに給付の申請をし直す必要が生じるが、この手続きを廃止し、就職した旨の通知を地方自治体に行えば、地方自治体が給付額を算定し直すまでは、自動的にそれまでの給付が継続するものとする。なお、6ヵ月以上の失業期間を経て就職した者については、現行制度下で既に、就職後も引き続き4週間は同額の給付を受けることができるものとされている。

##### (3) 電話による申請手続の導入

ジョブセンター・プラスにおいては、電話による各種給付の申請の受付を行っているところであるが、住宅給付についても同様の取扱いとし、ジョブセンター・プラスから住宅給付を取り扱っている各地方自治体へ申請を回付するものとする。

##### (4) 反復申請の廃止

年金受給者については毎年の反復申請を不要とする（現行制度では、一年ごとに給付の申請をやり直さなければならない）。将来的には全ての受給者について再申請手続なしに給付を継続する方針である。

##### (5) 給付方法の変更

現行制度においては、給付金は賃貸人に対して直接支払われる形になっているが、改正後は、受給者（借入人）に対して支払われるものとする。

##### (6) 不正受給対策

制度が簡素化されることにより、行政内部での手続に係る業務量が削減されるため、データのチェックや疑わしい申請者の調査等の審査体制を強化することが可能となる。審査体制の詳細については今後地方自治体と相談していく予定である。



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### ドイツ

#### 1 社会保障制度の概要

---

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

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### ドイツ

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度

###### ●制度の種類

年金制度は、1階建ての年金制度がいくつか分立している。即ち、被用者のうち労働者（ブルーカラー）については労働者年金保険、職員（ホワイトカラー）については職員年金保険が存し（このほか官吏恩給制度等が存する）、労働者及び職員は原則としてこれらの保険に強制加入することになっている。強制加入対象外の自営業者には、任意加入が認められており、国民皆年金とはなっていない。

###### ●制度の概要

財源は原則労使折半の保険料（19.1%、2002年1月現在）及び国庫補助で、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%（1999年）が国庫補助で、残りは保険料である。1992年の年金改革により、国庫補助は賃金上昇率と保険料引上げ率に応じて自動的に改定されることとなった。さらに1998年4月からは、付加価値税の引上げ分を財源とする追加的な国庫補助が行われており、1999年4月からは、環境税の増収分も年金財源とされている。

給付の要件については、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、一部を除き、2000年から予定を前倒して廃止された。

給付内容については、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、現役世代の平均的な可処分所得に対する年金の比率は約70%である。

###### ●最近の動き

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可決・成立し、2002年1月から施行されている。同法案については、労働組合からの反発が強く、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は難航した。

###### 年金改革法の概要

###### 1 年金保険料率上昇の抑制

下記給付水準の引下げ等により、保険料率を、2020年までは20%以内、2030年にも22%以下に抑える。



(2000年の19.3%から2001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。) (本改革を行わない場合、2030年に26%と推計されている。)

## 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 補足的老後保障制度の創設

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) 医療保険制度等

医療保険制度は、一般労働者、職員、年金受給者、学生などを対象とした一般制度と、自営農業者を対象とした農業者疾病保険とに大別され、その運営は地区、企業など (計8種類) を単位として設置されている公法人たる疾病金庫 (1998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 (いわゆる組合管掌方式)、これは19世紀後半にビスマルクが医療保険制度創設に当たり、既存の職員や労働者の共済組合を医療保険者として再編成したことに由来する。例えば一般制度では、一定所得以上の者及び官吏は、強制適用ではなく、皆保険政策はとられていないが、実際には公的医療保険でカバーされる者は、1995年現在、全国民の約90%に達している。

財源は、労使折半で負担する保険料で、当事者自治の原則にしたがい、国庫補助は原則行われていない。保険料率は各疾病金庫ごとに定められている。なお、保険料率は全疾病金庫の平均で2000年上半期には13.57%である。

給付内容については、各種保険を通じ、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金給付がある。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、入院及び薬剤給付などについては一部自己負担がある。



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### ドイツ

#### 3 公衆衛生施策

---

##### (1) 行政組織等

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。

##### (2) 医療施設

医療施設としては、開業医と病院がある。開業医は一般開業医、専門開業医、歯科開業医に分類される。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及び私立病院の3種類がある。

##### (3) 医療従事者

医師の養成は、

?大学の医学部で2年間の臨床前教育（物理、生物学等）を受け、医師予備試験に合格する、

?医師予備試験合格後4年間の臨床学科の教育を受け、医師試験を受けてこれに合格し医師免許を取得する、

?専門医となるためには、4～6年間（診療科目によって異なる）、指定病院で指導医の指導を受けた後、認定を受ける、

という過程を踏んで行われる。

---

---

第1部 2002～2003年の海外情勢

第4章 社会保障施策の概要

第1節 主要先進国

ドイツ

4 公的扶助制度

---

公的扶助制度については、第2部第3章参照。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### ドイツ

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

社会福祉施策は補完性の原則に貫かれている。即ち、

?民間サービスの独立性とその公的サービスに対する優先性が基本法（憲法）で定められ、

?社会保障については、まず社会保険で国民のリスクに対応し、それでは対応できない場合に初めて社会福祉の対象となるという構造になっており、

?公的部門も、まず基礎的自治体（Gemeinde；我が国の市町村に相当するが、州により制度が少しずつ異なる）が第一義的な権限と責任を有するものと

されている。このため、社会福祉施策の内容はその実施主体により異なり、民間サービスが福祉サービスに占める役割も大きく、我が国のようにサービスの内容を法律で定めるという状況とは大きく異なった状況にある。民間サービスについては、民間6団体といわれる

?カトリック・カリタス連合、

?プロテスタント・デアコニー事業団、

?社会民主党・労働福祉協会、

?中立・無宗教団体、

?ドイツ赤十字及び

?ユダヤ教団体

が特に重要な役割を担っており、宗教団体の役割が大きなものとなっている。一方で我が国の社会福祉法人に該当するものは存在しない。

## (2) 高齢者保健福祉施策

## ●高齢化の状況

1999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。1997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。

## ●施策の実施主体

サービスの実施主体は、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

在宅サービスは、主として訪問看護、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するソーシャル・ステーションが実施している。対象は高齢者に限定されない。ソーシャル・ステーションは1991年には全国に約4,400カ所あったが、介護保険の導入により急増し、1997年9月には約1万1,700カ所となっている。

## ●施設サービス

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。

表1-112 高齢者福祉施設の設置状況（1995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	8,192	(100.0)	657,588	(100.0)
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	122,915	19.1

資料出所 連邦家庭・高齢者・女性・青少年省調査  
 (注) 運営主体別の施設数の合計は上記施設種別の合計と一致しない。

## ●介護保険

## a 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、基本的に本人又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、1989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。このような状況を踏まえ、1994年に介護保険制度が創設されたものである。

介護保険法案の提出・法律の施行の経緯

1993年6月 連立与党、介護保険法案を議会に提出

1994年4月 法案が、連邦議会及び連邦参議院で可決され、成立

1995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

1996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

## b 公的介護保険制度の概要

原則として全国民が被保険者として強制加入（民間医療保険加入者は、原則、民間介護保険に義務加入）となる。なお、介護金庫が実施運営する制度を「社会介護保険」、民間医療保険会社が実施運営する制度を「民間介護保険」と称する。

財源については、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。）による保険料で、保険料率は1995年1月～1.0%、1996年7月～1.7%（施設介護給付の開始時に引上げ）である。なお、国庫補助は行われていない。

給付の要件は、要介護度及び介護給付の決定を受けることであるが、当該決定については、「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。

給付内容は、

?在宅介護給付と

?施設介護給付と

がある。詳細は次のとおりである。

## c 介護保険の給付内容

在宅介護給付には、

?現物、現金給付（下表参照）、

?ショートステイ（年間4週間、1,432ユーロ以内）、

?代替介護（年間4週間、1,432ユーロ以内）、

?介護用具の支給・貸与（例：介護ベッド、車椅子、昇降装置）、

?住宅改造補助（1件当たり2,563ユーロ以内）



がある。

表1-113 介護保険の給付内容

表 1 - 113 介護保険の給付内容  
(2001年1月1日現在)(ユーロ)

要介護度 (I~III)	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)
I (相当の介護を必要とする者) (平均 1.5 時間以上/日)	月額 384 まで (384)	月額 205 まで
II (重度の介護を必要とする者) (平均 3 時間以上/日)	月額 921 まで (921)	月額 410 まで
III (最重度の介護を必要とする者) (平均 5 時間以上/日)	月額 1,432 まで (1,432)	月額 665 まで
特別に過酷なケースの場合	月額 1,918 まで (1,432)	月額 665 まで

資料出所 "Bundesministerium fuer Gesundheit, 2001"

(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。  
現物給付と現金給付はいずれかを選択又は組み合わせも可能。

施設介護給付については、要介護の程度に応じて以下のとおりの定額の給付がなされることとなっている。

表1-114 施設介護給付の内容

表 1 - 114 施設介護給付の内容  
(ユーロ)

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 1,023
重度の介護を必要とする者	月額 1,279
最重度の介護を必要とする者	月額 1,432
特別に過酷なケースの場合	月額 1,688

資料出所 表 1-113 と同じ。

- (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 食事及び宿泊の費用は、要介護者の自己負担。  
4 各介護全庫の年間 1 人当たり施設介護給付額は、平均 15,375 ユーロを上限とする。

#### d 介護保険の実施状況

1997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」を連邦議会及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、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。

##### 介護保険の動向に関する第1次報告の概要

###### 1 給付状況

1997年8月末現在、約160万人の要介護者が公的介護保険給付を受給している。うち、在宅介護給付が約117万人、施設介護給付が約43万人である。この結果、要介護者の社会扶助からの脱却が進んでおり、社会扶助を運営する自治体の負担も100億DM以上軽減されたとの調査結果がある。



## 2 介護基盤の改善

在宅介護を担うソーシャル・ステーションは、1991年の約4,400カ所から、1997年9月には、約1万1,700カ所に急増した。また、老人介護ホーム等の入所施設数は、1997年9月現在、約8,000カ所ある。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1998年末で約97億DMに達している。ただし、1999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。

### (3) 障害者福祉施策

障害者福祉施策は、

?主体は、民間団体及び自治体などの公的団体であるが、民間団体、特に宗教団体の役割が大きい。

?サービスの内容としては、障害者福祉施設の設置等が行われており、民間団体総計で1996年現在約9万の施設があり、定員は約35万人となっている。

### (4) 児童健全育成施策

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力法で支給）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。1996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られており、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。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### ドイツ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

##### (1) コール政権

###### ●概要

ドイツでは、1992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。

###### ●医療保険制度

医療保険では、1996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1997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。

###### ●年金制度

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1997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、1999年1月から本格的に施行されることとされていた。

##### (2) シュレーダー政権

###### ●概要

ところが、1998年9月の連邦議会選挙の結果、従来の野党である社会民主党（SPD）が勝利を収め、同年10月のシュレーダー（SPD）を新首相とするSPDと同盟90／緑の党（緑の党）による連立政権が誕生した。SPD及び緑の党は、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が打ち出した。

## ●年金制度

年金制度については、2（1）でみたように、人口減少・高齢化等に伴う保険料率の上昇を抑制するための年金制度改革がなされ、新年金制度が2002年1月から施行されている。同改革はシュレーダー首相の成果として一定の評価を得ている。同改革では、財政の見直しにより年金保険料率の急上昇を抑制することを主眼としているため、短期的な保険料率の上昇はある程度やむを得ないものとなっている（年金保険料率は2003年1月から19.5%に引き上げられた）。

この年金制度改革に続く改革を実施するため、検討を進めていた政府の諮問委員会（「社会保障の資金調達の持続性に関する委員会」。検討の対象は年金以外も含む。委員長ベルト・リュールupp氏の名前からリュールupp委員会と称される）が、2003年4月に行った提言等に基づき、今後年金の支給開始年齢の引き上げや保険料率の再度の見直し等が予定されている。

## ●医療保険制度

社会保険料負担の抑制のためには、医療保険料率の抑制が欠かせないものとなっている。このため、シュレーダー政権は医療供給側の改革によって医療費増大を抑制しようとし、医療改革2000と称する改革法案では予算制の強化、医療の過剰供給の強制的調整等によって医療費の増大を抑制しようとしたが、同法案は医師や看護婦の猛反発を受けて連邦参議院を通過することができなかった。結局、家庭医の役割強化、医療費の包括支払い方式（治療内容や入院期間にかかわらず、病気ごとにあらかじめ定められた一定額を基本に医療費を計算する方法。不要な治療等の抑制を目的とする。）の導入など、連邦参議院の同意が不要な部分だけが、1999年12月に成立した。

なお、最近の医療保険料率の上昇に対する、抜本的な改正が再び必要であるという判断から検討が進められていたが、2003年7月下旬、

?新たな患者自己負担の導入、

?歯科補填の給付対象からの除外、

?医療保険改革の財政効果による保険料率の引き下げ（2007年に12.15%）

等を内容とする改革の骨子案に与野党が合意した。8月をめどに同骨子案を元に法案を作成し、審議に入る予定となっている。

## ●介護保険

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、1999年には、額は小さいものの単年度で初の赤字（約6,000マルク）となり、2000年以降も赤字基調が見込まれる。1998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。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### フランス

#### 1 社会保障制度の概要

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

社会保険制度は、保険料によって賄われる制度であり、疾病保険、老齢保険及び家族手当に分かれている。さらに、社会保険制度は職域に応じて多数に分立し複雑な制度となっているが、その中で加入者数が多く、代表的な制度は、民間の給与所得者を対象とする一般制度である(表1-115)。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であって、義務的医療保険制度の対象とならない者を対象とする普遍的医療カバレッジが、1999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。

なお、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(表1-116)。

以前は国庫負担は赤字補填に限定されていたが、1991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、最低社会復帰扶助（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1991年1.1%であったものが1998年には7.5%となっている。1996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。

表1-115 フランスの社会保障制度の概要

表1-115 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	全国被用者医療保険金庫(CNAMTS)	公務員、地方公共団体職員、フランス電力公社等一般制度に結びつけられている制度	疾病、出産：農業以外の非被用者疾病保険全国金庫(CANAM) 障害：商工業全国自営業調整金庫(ORGANIC) 職人老齢保険調整全国自治金庫(CANCAVA) 自由業老齢保険全国金庫(CNAVPL) 弁護士全国金庫(CNBF)	農業共済組合(MSA) (または農業経営者のための共済組合または保険会社)	共済組合 互助金庫 保険会社 個人保険
労働災害 職業病		鉱業、船員、国鉄、パリ市交通公社			
老齢保険 基礎的年金 補足的年金	全国被用者老齢保険金庫(CNAVTS) 補足退職年金制度連合会(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

表1-116 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 29,184 ユーロ (使用者負担のうち 1.6%部分は給与全額)
住宅手当金庫への拠出金	0.4%+0.1%	なし	給与全額 (0.1%部分は上限年 29,184 ユーロ)

(注) 2003年1月1日現在

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### フランス

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 制度の概要

フランスの社会保険は、社会保険制度整備以前から存在してきた職域ごとの相互扶助組合や社会事業等を国の社会保障に組み込む形で社会保障制度が形成されてきた経緯もあり、年金、医療保険がそれぞれ別々の制度というだけでなく、年金、医療保険ともに種々の制度が分立し、金庫（caisse）と呼ばれる管理運営機構が運営を行っている。ただし、国民の大多数はいずれかの年金制度及び医療保険制度によってカバーされている。

なお、介護保険制度は存しないが、これに相当するものとして高齢者自助手当（後述）が存する。

##### (2) 年金制度

###### ●制度の種類

フランスの年金制度は、法定基礎制度として一階建てで強制加入の職域年金が多数存する。ただし無業者は任意加入となっているので国民皆保険とはなっていない。各職域年金の管理運営機構として金庫（caisse）が設置され、利害関係者から構成される理事会がその運営に当たっている。法定基礎制度として最も代表的な制度が「一般制度」であり、その管理運営機構が「全国被用者老齢保険金庫」（CNAVTS）である。法定基礎制度は我が国の厚生年金に相当する。全て社会保険方式である。

なお、法定基礎制度のほかに補足的年金制度がある。これは法定制度の支給水準の低さを補う重要な役割を果たしており、元来労働協約に基づく私的な制度であったものの、現在では強制適用されて、我が国の厚生年金制度に相当する重要な役割を果たしている。

###### ●代表的制度の仕組み

一般制度の場合、その仕組みの概要は概ね以下のとおりである。

財源は、労使拠出の保険料で、被保険者6.55%、使用者8.2%である。

給付要件については、かつて支給開始年齢は65歳だったものが1983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160四半期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。



給付内容は、満額年金であれば、従前賃金のうち最も高い20年間（2003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。給付内容は高くないが、後述の補足退職年金を受給する者も多く、両者を加えると従前賃金の5～8割の水準になる。

### ●補足退職年金制度

フランスにはこのほか労働協約に基づいて幹部職員向けと一般労働者向けの2つの補足的退職年金制度が存し（1998年までは一般労働者向けの制度は46の制度が分立していたが、1999年から1つの制度に統合された）、労働協約の拡張制度（労働協約の当事者たる使用者と労働組合（及びその組合員）以外にも労働協約で定めたことを広く一般に適用する制度）により農業者等にも広く強制適用されている。この2つの補足退職年金制度の管理運営機構として、補足退職年金制度連合会が設立されている。

## (3) 医療保険制度等

### ●制度の種類

フランスの医療保険制度は、法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度が存し、各職域保険の管理運営機構として金庫（caisse）が設置されている。具体的には、被用者制度（一般制度、特別制度（パリ市交通公社、船員、軍人等））、非雇用者制度（自営業者、聖職者）等様々な制度があるが、このうち一般制度に国民の80%が加入している。これら強制適用の各制度の対象とならない者については普遍的医療カバレッジ制度の対象となる（強制保険でカバーされるのは国民の99%）。このほかフランスには任意加入の制度として、共済組合や相互扶助組合等の補足的制度が存在する。一方でフランスには、我が国の国民健康保険のような地域保険が存在しないため、退職後も就労していたときに加入していた職域保険に継続して加入し続けることになる。

### ●代表的制度の仕組み

一般制度は、その管理運営機構を、全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）と称している。

財源は、労使拠出の保険料で、被用者0.75%、使用者12.8%である。

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

### ●近年の動き

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ー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（2001年の医療保険支出の対前年伸び率は5.6%（目標値2.6%））となっている。目標超過の主たる原因は外来医療費（特に医薬品支出）であり、公的病院については1984年に導入された総額予算方式により目標がほぼ達成されている。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### フランス

#### 3 公衆衛生施策

---

##### (1) 保健医療施策全般

保健医療行政は中央集権的な仕組みであり、中央では社会問題・雇用・連帯省が責任官庁であり、各地方（Region：全国に22地方（海外領土は除く。））にその出先機関である地方保健福祉局（DRASS）を、各県（Departement：全国に95県（海外領土は除く。））にその出先機関である県保健福祉局（DDASS）を設置している。

##### (2) 医療施策

医療施設としては、公立病院（県立、市町村立。国立は僅少）、民間非営利病院（社団、財団、宗教法人）、民間営利病院（個人、会社組織）、診療所（個人）がある。公的病院活動に参加し、公的病院と同様の役割を果たす民間非営利病院については、医療費の支払、施設整備の補助金等の取扱いについても公的病院と同様の取扱いとなる。病院の施設数・病床数については、1998年末時点で、公立病院が1,058施設・318,795床、公的病院活動に参加する非営利病院が792施設・69,475床、その他の民間病院が2,353施設・103,772床となっている。

##### (3) 医療従事者

?医師の養成については、国家試験がなく大学卒業資格である医学国家博士号の取得により医師となりうる。

?現役の医師の数は約19万6千人（2000年）であり、人口当たり医師数は過去最高の水準となっているが、将来的には医師不足が見込まれ、近年は医学生数の枠を増加させる措置を講じている。また、人口当たり医師数には地域格差が大きいという問題もある。

?医師の職業団体としては、全員強制加入の医師会と、職種又は政治的主張ごとに組織される医師組合があり、医師組合の代表的なものはフランス医師組合連合会（CSMF）とフランス医師連盟（FMF）とがある。

---





第1部 2002～2003年の海外情勢

第4章 社会保障施策の概要

第1節 主要先進国

フランス

4 公的扶助制度

---

公的扶助制度については、第2部第4章参照。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### フランス

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

社会福祉施策は、フランスでは社会扶助制度の枠組で行なわれ、各県において、県議会長の指揮下にある県社会活動局と、国の出先機関である県保健福祉局（DDASS）が相互に連携を取りつつ施策を実施している。租税を財源としているため、給付については原則として所得制限がある。

##### (2) 高齢者保健福祉施策

###### ●在宅サービス

在宅サービスとして、地域社会福祉センター（CCAS）を経由したホームヘルプサービス等が行われている。財源は、社会保険の金庫、利用者負担等様々である。具体的には、余暇クラブの設立、高齢者レストランの設置、在宅介護サービスの提供等が行われている。近年は在宅介護の充実が課題となっており、後述の高齢者自助手当の対象とならない高齢者を対象として、各年金金庫、県及び市町村では、家事援助サービスを中心として、食事宅配サービスやデイケアセンター、リハビリ老人クラブ、高齢者移送サービス等のサービスを行っているが、それぞれが独自に行っているため、県、地域により格差がある。

###### ●施設サービス

施設サービスとしては、老人ホーム（Maison de retraite：2001年1月現在で419,384床）、集合住宅（logement-foyer：2001年1月現在で158,152床）及び長期医療ケア病床（Servicedesoinsdelongueduree：2001年1月現在で83,527床）の整備が図られている。近年は、施設に併設される、痴呆症老人のためのグループホーム（Cantou）が増加してきている。

###### ●高齢者自助手当（APA）

高齢者介護のための制度として、2002年に創設された高齢者自助手当（Allocation personalisee d'autonomie；APA）の制度が存する。

適用対象は、60歳以上のフランス人及びフランスに合法的に長期在住する外国人で、日常的に支障のある高齢者である。

財源は、国庫負担金（一般社会拠出金（CSG））、老齢保険負担及び県の負担金である。

要介護度認定は、

?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し、6段階からなる要介護状態区分（第1段階が最重度）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、県議会議長が決定する。

?施設においては、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。

給付内容は、

?在宅の場合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り、給付の対象となるサービス経費の上限額は、最重度の第1段階が月1,090.42ユーロ、第2段階934.65ユーロなどとなっている。

?施設の場合は、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額部分によって構成される。

給付の対象となる在宅サービスは、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス等である。施設サービスについては、医療経費及び宿泊滞在経費を除いた介護経費のみが給付の対象となる。

なお、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、高額な介護器具を購入する場合や住宅改築を行う場合は、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である（ただし1年につき4ヵ月分が限度）。

### ●在宅介護近代化基金

高齢者自助手当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創設され、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図られることとなった。その財源は在宅介護近代化基金から賄われる。

### (3) 障害者福祉施策

障害者福祉施策は、

?主体は、国、県、社会保障金庫等である。

?サービスの内容としては、

(i) 障害者には障害者手帳が交付される。

(ii) 施設入所福祉サービスとして、児童向けに知的障害児施設、運動障害児施設、重複障害児施設、再教育施設などがあり、成人障害者向けに障害者居住施設、障害者生活寮、重度障害者成人寮などがある。

(iii) 在宅サービスについては、障害児教育のための地域支援センターの設置、各県の進路・職業委員会による職業指導

等が行われている。

?全体としてなるべく普通の生活をするのが推奨されており、施設に対する需要は軽度障害者に対するものが減少し、重度障害者に対するものが増加している。

#### (4) 児童健全育成施策

##### ●児童手当

児童関係の給付としては、家族給付が存する。家族給付は、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（家族手当公庫（CNAF）の所轄）と同保険に加入していない者又は適用されない貧困者を対象とする社会扶助制度とがある。

家族・出産保険による給付としては、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、主要なものは表1-117のとおりである。なお、対象児童は、原則として16歳未満の児童である。

表1-117 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(2003年)	所得制限の有無
家族手当	2人目の子供から	第2子：110.71ユーロ	×
家族補足手当	3歳以上の子供を3人以上扶養している場合	1児につき144.09ユーロ	○(注)
家族支援手当	片親の場合、孤児を引き取り養育する場合	片親の場合：1児につき77.84ユーロ	×
単親手当	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	158.97ユーロ	○(注) (生後3月まで所得制限なし)
養育手当	2人以上子供がいることにより親が就労しない又はパート労働の場合	子供2人、無就労の場合：493.22ユーロ	×
在宅児童保育手当	両親ともに就労しており、6歳未満の子を自宅で他人を雇って保育させる場合	子供の年齢、親の所得額により異なる	×
認可保育ママ雇用援助手当	6歳未満の子を自宅で認可保育ママに保育させる場合	子供の年齢、親の所得額により異なる	×
特別養育手当	20歳未満の障害児	基本額111.26ユーロ 障害の程度による加算あり	×
新学年手当	6歳～18歳の就学児のいる世帯に年1回	249.07ユーロ/年	○

(注) 単親の場合、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。

##### ●児童健全育成施策全般

保育サービスには大きく分けて、保育所によるものと、個人によるものがある。

保育所は3歳未満の子供を預かる施設で、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3歳児未満の子どものための託児所、6歳未満の子どものための保育所などのサービスがある。特に保育所については、女性就業率が80%を超えることを反映

し、小型保育所、親が組織する共同保育所、家庭的保育（保育ママ）等地方自治体立（保育費無料）、非営利団体、私立（共に補助金あり）を問わず多様な形態が認められている。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。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### フランス

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

##### (1) 年金関係

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た。これまで民間年金制度に比べて優遇されてきた公務員年金制度を改革しなければ、今後20年以内に制度が破綻するとの危機感があり、政府は2003年初頭より年金改革に本格的に着手した。2003年5月24日、

?公務員の満額年金受給資格取得のための保険料拠出期間を現在の37.5年から2008年まで民間と同じ40年に延長する、

?さらに、2012年までに41年、2020年に41年9ヵ月に延長することを検討する、

?満期加入の低所得者に対する年金給付の最低保証額を最低賃金（SMIC）の85%とする、

?14～16歳から就労を開始した者は、満期加入であれば、60歳前の早期退職を認める、

?これまで賃金スライド制であった公務員の年金受給額を民間と同様に物価スライド制とする、

こと等を主な内容とする年金改革法案が成立した。

##### (2) 医療関係

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効果を上げておらず、ここ数年継続して赤字となっており、2003年には赤字は70億ユーロに達すると予想されている。このため、政府は2003年秋に、公私の医療保険の役割分担の見直し等を盛り込んだ疾病保険改革法案を提出することをもくろんでいる。

患者の権利及び医療の質に関しては、公衆衛生法典の一部改正法が成立し、遺伝子情報を理由とする差別からの保護、患者の自らの医療情報へのアクセスの権利、医師のミスによらない医療事故等に対する



補償制度等に関する規定が盛り込まれたところである。

### (3) 高齢者保健福祉施策関係

2002年に施行された高齢者自助手当制度（APA）の同年9月末時点における受給申請数、受給者数については、当初の予想を超えるものとなっており、累計で87万8,000の受給申請がなされたうち、既に54万2,000については要介護認定が終わり、うち46万9,000（約85%）についてAPA給付が認められており、そのうち42%は在宅APA給付の、58%は施設APA給付の対象である。また、受給者のうち82%は75歳以上で、4人中3人は女性である。認定が終わっていない34万5,000件のうち、68%は在宅で、32%が施設入所者である。認定の結果給付が認められない比率は、在宅の方が施設入所者より約3倍高くなっている。給付水準については、在宅においては平均給付月額が約500ユーロで平均自己負担率が5%であるのに対し、施設においては平均給付月額が約470ユーロで平均自己負担率が12%となっている。

受給者数が当初の予想を超えていること等から、APA制度の財政不足が深刻なものとなっている。2003年の支出総額の見込みは当初25億ユーロであったところ、2002年12月時点で37億ユーロとなっており、政府は12億円の財政不足のうち国と県がそれぞれ4億ユーロを負担し、残りの4億ユーロは制度改正による支出縮減によって解決する方針を発表した。4億ユーロの支出縮減のための政府の制度改正案は、

?受給権の発生時点を申請時から認定時に遅らせる、

?ケアプラン上にないサービスが給付対象となっていないことの確認のための証拠書類を県が要求できるようにする、

?在宅APA給付の平均自己負担率を5%から12%に引き上げ施設APAとの均衡を図る、

という3本立てとなっている（2003年2月現在）。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### スウェーデン

#### 1 社会保障制度の概要

---

##### (1) 全体像

スウェーデンは、社会保険を中心とした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、ランスティング（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。

スウェーデンの社会保障給付費（2000年）は6,653億2,300万クローナ、対GDP比で見れば日本の2倍以上（スウェーデン31.7%、日本15.2%）の規模となっている。

##### (2) 社会保障制度を担う組織体制

社会保障制度に係る組織体制については、まず国レベルでは社会省があり、法律・政策案の準備・国の予算作成等を担当しているが、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。なお、2002年10月には医薬品給付庁が新設された。同庁は、医薬品に係る社会保険制度の適用に関し、給付対象の決定や価格の決定等を行う。

次に地方自治体については、保健・医療サービスについては18のランスティング、2のレギオン（ランスティングより権限が広い広域自治体）及びこれらに属さないコミューンであるゴットランドという計21の自治体が担当し、福祉サービスについては289（2003年1月より290）のコミューンが担当している。ランスティングは我が国の県と異なり担当する事務の範囲が限られていて、その中心的事務が医療サービスの提供となっていること、ランスティング・コミューンとも自主財源比率が高いことが特徴となっている。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### スウェーデン

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 制度の概要

スウェーデンにおいて「社会保険」の語は、我が国とは異なり、より広く税財源で賄われる各種の手当を含んで用いられ（社会扶助は含まない）、また労災保険をも含むが、失業保険は含まれていない。給付の内容は現金給付（所得保障）であり、我が国の医療保険や介護保険のように、主としてサービス費用を賄うための制度ではない。社会保険制度は、制度・職域ごとに保険者が多数分立している日本とは異なり、基本的に職域の別なくスウェーデンに住む全住民に適用される。また、各種給付は所得制限を設けず、従前賃金の一定水準を保障するという形態が多い。なお、社会保険庁は給付の支給に係る事務のみを取り扱い、社会保険料徴収は国税庁の所管である。

なお、社会保険制度として位置付けられている諸給付は、

?家族及び児童に係る経済的保障、

?病気や障害に係る経済的保障、

?高齢者に対する経済的保障、

の3つに分類するのが一般的である。

まず、?の分類に属するものとしては、両親保険、住宅手当等がある。このうち住宅手当は、有子家庭や28歳以下の若い夫婦を対象に、子の数、住居の大きさ、所得に応じた額を支給するものであり、所得制限がある。住宅手当は、約15万件が母親のみの単親家庭、約4万件が父親のみの単親家庭、約5万件がその他（同居夫婦）を対象として支給されており（2000年12月）、実態上、単親家庭に対する経済的支援の制度として機能している。このほか、?の分類に属するものとしては、児童が傷病、障害等のために特別な介護等が必要な場合に支給される障害児介護手当がある。

次に、?の分類に属するものとして、病気による所得の低下に対する傷病手当がある。病気になってから最初の14日間（待機期間）については、雇用主から病気手当を受け、それ以降は社会保険事務所から傷病手当を受けることとなる。支給期間に上限はないが、支給が長期にわたる場合には、社会保険事務所の判断で障害年金の支給対象として取り扱われることがある。このほか医療関係の社会保険給付としては、薬代に対する給付、歯科治療に係る給付がある。また、障害関係の給付としては、障害年金のほか、機能的な障害を有することにより付加的に費用がかかる者に対する障害手当、介助者手当、近親者

介護手当、自動車補助がある。労災保険の手当は、業務上の傷病により傷病手当等の支給期間を過ぎても稼働能力が低下した状態が継続しているときに、その者の所得に応じた額を支給するものである。30日以上病気休暇等をした者が職業訓練等のリハビリテーションを受ける期間中は、職業訓練手当を受けることができる。

最後に、?の分類に属するものとしては、老齢年金・遺族年金のほか、低額の老齢年金受給者等のための住宅費補助、特別住宅費補助といった制度がある。

## (2) 年金制度

老齢年金は、1999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（1990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。

## (3) 保健医療サービス

### ●制度の種類

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、基本的にはランスタディングが医療施設を設置、運営し、費用はランスタディングの税収（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。

### ●代表的制度の仕組み

病院の予算等はランスタディングごとに異なっているが、全ランスタディングで見れば総支出の89%を医療関連経費（歯科を含む）が占めている（2001年）。

患者自己負担の水準は、各ランスタディングが設定するのが原則であるが、「保健医療サービス法」において全国的な上限額が設定されている。具体的には、まず外来では通院1回当たり定額という形をとるのが一般的であり、初診か否か、患者の年齢、訪問先といった要素に応じて金額が設定されている。

2003年においては、通常のプライマリケアの外来の場合1回当たり100～150クローナとなっているが、法による全国一律の上限は1年間で900クローナ（ランスタディングはこれより低い額を定めることもできる）である。次に入院に係る患者自己負担については、1日当たり定額という形が一般的であり、患者の年齢・所得、入院日数といった要素に応じて金額が設定されている。実態としては、1日当たり40～80クローナ（2003年。子ども・高齢者を除く）であるが、法による上限額は1日当たり80クローナである。なお、薬剤については、社会保険制度による給付として、全国一律の自己負担額が設定されている（1年間で1,800クローナが上限）。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、2001年には8.0%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。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### スウェーデン

#### 3 公衆衛生施策

---

#### (1) 保健医療施策全般

##### ●公衆衛生の現状

スウェーデン国民の平均寿命は男性77.55歳・女性82.07歳、また乳幼児死亡率は3.65%。(以上2001年)となっており、スウェーデンは世界最高水準の健康・衛生状態を誇っている。保健福祉庁が取りまとめた「2001年公衆衛生レポート」によれば、現在スウェーデンが抱える課題としては、アルコール問題、若年者の生活習慣等の問題、肥満の増大、単親家庭など特定グループの高い健康リスクの問題、高齢化に伴う特定の疾病対策の必要性などがあり、政府はこれらの問題に積極的に取り組んでいる。

##### ●健康増進

主な公衆衛生施策としては、まず、2001年2月に国会で議決された「アルコール関連の害悪防止に関する行動計画」があり、2001年から2005年までの計画期間中にアルコールによる医療的・社会的害悪を減少させるとの基本目標を達成するため、全体のアルコール消費量の削減、大量飲酒者になることの防止、大量飲酒者のアルコール消費に影響を及ぼすこと、特定の環境・特定の人生段階におけるアルコール使用の排除といった戦略を掲げ、コミュニケーションレベルでの対策の強化・連携、各種対策の強化、青少年向けの措置及び成人向けの措置について、幅広い対策を講じることとされている。

次に、薬物乱用対策に関して2002年1月に政府が国会に提出した「麻薬に係る行動計画」がある。行動計画では、2002年から2004年までの間に政府が講じる対策として、薬物対策に係る政府内の責任者として関係行政機関・地方自治体その他関係者間の調整等を任務とする薬物対策調整官を設置すること、3年間で総額3億2,500万クローナの薬物対策予算を確保することなどを掲げている。

最後に、政府が2002年12月に国会に提出した「公衆衛生目標」がある。この中では、「社会参加」、「経済的・社会的保障」、「成育のための安全・健全な条件」、「職業生活における健康」、「健康を積極的に促進する保健医療サービス」、「感染症の効果的予防」、「安全な性行為と良好なリプロダクティブ・ヘルス」、「運動の増加」、「良好な食習慣と安全な食品」、「喫煙・飲酒の減少、ドラッグ・フリー社会及び過剰な賭博による害悪の削減」といった11分野にわたって、政府が推進すべき目標が盛り込まれている。

#### (2) 医療施設

公営サービス中心であることと関連して、スウェーデンの医療提供体制においては、医療機関の役割分担が明確になっている。具体的には、全国6つの保健医療圏に計9つの圏域病院があつて特に高度先進的な医療を提供しており、また各ランスタングごとに当該ランスタング全体をカバーする計22のレーン病院と、ランスタング内を複数の地区にわけてカバーする計45のレーン地区病院があつて、さらにプライマリケアを担当する計864（2000年）の保健医療センターがあるといった形で、提供される医療の内容等について整然と役割分担が図られている。

1991年当時、ランスタ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、1992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ニ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。

### (3) 医療従事者

医療従事者についても、1991年約44万人（全賃金労働者の10.3%）から2000年約31万人（全賃金労働者の7.6%）まで減少している。

---

---



---

第1部 2002～2003年の海外情勢

第4章 社会保障施策の概要

第1節 主要先進国

スウェーデン

4 公的扶助制度

---

公的扶助制度については、第2部第5章参照。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### スウェーデン

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

スウェーデンの社会福祉サービスは、「個人及び家族に対するサービス」、「高齢者及び障害者に対するケア」の2つに大別される。

「個人及び家族に対するサービス」とは、様々な理由により支援・保護等を必要とするグループに対するものであり、児童、家族、アルコール・薬物中毒者等に対する助言、支援、ケア、治療、経済的支援（社会扶助）等を行うものである。また、この中には、本人の同意なしに強制的に実施される、例えば虐待者のケアのようなものも含まれる。

一方、「高齢者及び障害者に対するケア」とは、「社会サービス法」、「保健医療サービス法」及び「機能的障害者のための扶助及びサービスに関する法律」の規定に基づく高齢者及び障害者に対するケア、サービスである。

##### (2) 高齢者保健福祉施策

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5.3%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ことから、その具体的内容はコミューンごとに異なるが、2001年「社会サービス法改正」の結果、2002年7月から高齢者・障害者福祉サービスに係る利用者負担限度額保障制度が導入された。これは、サービスの利用者負担に全国一律の上限額を設定するとともに、利用者負担額を支払った後利用者の手元に残る額の下限額を設定するという、2つの制度が組み合わさったものである。利用者負担の上限額は、ホームヘルプ等について1,516クローナ、施設サービスについて1,579クローナとなっている。また利用者の手元に残る最低所得保障額は、単身者について4,087クローナ、配偶者がいる者について3,424クローナとなっている（2002年）。

### (3) 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。障害者サービスはコミュニケーショ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。また、「職業生活における障害者差別の禁止に関する法律」、「大学における学生の平等な取扱いに関する法律」といった法律が制定され、また「障害者オンブズマン法」に基づき国に設けられた障害者オンブズマンが、障害者の完全参加と平等の理念の実現を図るためのモニタリング、フォローアップ等を行っている。

2000年5月に国会で可決された「障害者施策に係る行動計画」においては、政府関係機関が構じるべき措置（建物のバリアフリー化、資料作成や政府調達に当たっての配慮など）、建物・交通機関等のバリアフリー化、地方自治体におけるサービスの向上、障害者に対する教育の充実、障害者雇用の促進、必要ならハビリテーションの確保などの幅広い対策が盛り込まれている。

### (4) 児童健全育成施策

#### ●児童手当・養育費補助

児童手当は、（基礎）児童手当・延長児童手当・付加的児童手当（＝多子加算）から成っており、基本的に国内に居住する16歳未満の子を持つ親は、子1人当たり月額950クローナの児童手当を受けることができる。延長児童手当は、子が16歳を過ぎても義務教育相当の学校に通っている間支給されるものである。

養育費補助は、両親が離婚して一方の親と同居している子に対して、もう一方の親が予め合意した養育費を支払わない場合等に最高1,173クローナを社会保険制度から支給するものである。この場合、本来養育費を支払うべき親は、原則として社会保険事務所から子に支給された額を返済しなければならないこととされており、その点で、この養育費補助は、他の手当とは性質が異なり、児童の経済的保障等のための国による養育費立替え払い制度ということができる。

#### ●保育サービス

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）のタイプがあり、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77%が保育サービスを利用（うち保育所56%、学童保育所14%、家庭保育8%）し、また7～9歳児の66%（うち学童保育所64%、家庭保育2%）、10～12歳児の9%が保育サービスを利用している（以上2001年）。

保育サービスはコミュニケーションの担当であるが、2001年10月時点で、保育所に通っている児童の約17%（1994年には約12%）、学童保育所に通っている児童の約7%（1994年には約4%）はコミュニケーション立以外の施設（親等の共同運営や企業によるもの）に通っており、設置主体の民営化が徐々に進展している。

また保育サービスについては、2001年以降段階的に改革が実施されてきている。改革の具体的内容は4つの部分に分けられ、第1の改革は失業家庭の児童に対し最低1日3時間ないし1週15時間の保育サービスを確保するというもので、2001年7月から実施されている。第2の改革は、親が育児休業中である児童に対

し、最低1日3時間ないし1週15時間の保育サービスを確保するというもので、これは2002年1月から実施されている。第3の改革は、保育サービスの自己負担額について、2002年1月から上限額を設定する制度の導入である。これは、各コミュニティの判断で導入することとされているが、2002年1月時点で実際に導入したコミュニティ数は全289コミュニティ中287コミュニティにのぼっている。第4の改革は、コミュニティは4歳以上の児童に対し、秋学期から、最低年間525時間以上の保育サービスを提供しなければならないというもので、2003年1月から実施することとされている。

## ●育児休業及び両親保険

スウェーデンの育児支援策として、育児休業制度及び育児休業期間中の所得保障を行う両親保険制度も重要である。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る。

両親保険の給付は、妊娠手当、両親手当、一時的両親手当からなる。

妊娠手当は、女性が妊娠により仕事に就けず代わりの仕事もないときに最高50日間支給される。

両親手当は、子どもの出生・養子縁組に際し育児休業をした期間について合計480日間まで支給される。父親・母親はそれぞれ240日間までの受給権を有するが、そのうち60日間を除けば、父親・母親間で受給権を移転できる。

両親手当は、子が8歳又は小学校の第1学年を終了するまで受給することが可能である。両親手当の支給額は、480日間のうちの390日間までは所得の80%相当額（120クローナ（2003年から150クローナ）の基礎額を下限とする）、残り90日間については日額60クローナ（最低保障額）となっている。また、通常の勤務時間の1/4、1/2、3/4又は7/8だけを勤務した場合に、3/4、1/2、1/4又は1/8の支給額を受給することも可能である。

一時的両親手当は、原則として12歳未満の子の看護等のための休業期間について子1人当たり原則年60日間まで支給される。また、父親については、出産前後の付添い等のための休業について、10日間の一時的両親手当受給が認められている。原則として6歳から11歳までの子については、年に1日分、両親が学校訪問等のために休業する場合にも、一時的両親手当が支給される（コンタクト・デー制度）。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第1節 主要先進国

##### スウェーデン

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) 概要

スウェーデンは1990年代初頭の経済危機を乗り越えて以後、比較的順調な景気回復を図ってきた。また、1995年にはEU加盟を実現し、さらにヨーロッパ通貨統合参加（ユーロ導入）を念頭において健全な財政運営に努めてきている。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、世界経済の一体化（グローバル化）やヨーロッパ統合の深化・拡大が進む中で、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が難しくなっている。このような背景の下、1990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）を積極的に実施する一方、1990年代末には医療・高齢者福祉サービス等の水準低下を防ぐ動きも見られた。

2002年9月15日の国会・地方議会同時一斉総選挙の結果からは、こうした潮流についてスウェーデン国民がどう受け止めているかが伺われる。国政では、「福祉国家の維持」を訴えた与党社会民主党が、「減税」を主要争点に掲げた野党に勝利し、引き続き左翼党・環境党と協力しながら政権を担当する枠組みが維持された。一方、地方レベルでは、例えば首都ストックホルム市で保守連立政権が敗れ社会民主党を中心とする社会主義政権が復活するといった政権交代が起こっている。地方自治体は、医療・福祉サービスのあり方に対して大きな影響力を持っていることから、今回の選挙結果は、社会保障政策の今後の動向に関し少なからぬ影響を及ぼしたと考えることができる。なお、総選挙後一斉に、相当数の地方自治体が住民税の引上げを実施している。

また、総選挙後に行われた新内閣の組閣では、薬物対策等の問題を担当する「保健福祉担当大臣」、傷病手当給付費増大問題を担当する「職業生活担当大臣」、保育問題等を担当する「就学前教育等担当大臣」などのポストが新設され、社会保障・労働政策が当面する諸課題への取り組みを一層重視する姿勢が示されている。

一方、2002年11月には、ユーロ導入に関する国民投票の実施日（2003年9月14日）が決定された。仮にユーロに参加することとなれば、財政運営等について一定の枠がはめられることはもちろん、経済政策運営において金融・為替という手段を失う結果、景気後退局面等において財政が果たすべき役割は一層強まらざるを得ず、結果、社会保障に対する効率化の要請が高まる可能性がある。またユーロの導入はスウェーデンの「EU化」をさらに促進し、例えば企業等の社会保障・税負担のあり方等について議論を生じさせる可能性もある。このような大きな潮流が、スウェーデンの社会保障のあり方にどう影響するのか、今後の展開が注目される。

## (2) 当面の課題

### ●傷病手当制度

傷病手当の受給者は1998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、被用者の場合1999年7.5%（全額事業主負担）となっていたものが、2000年8.5%、2001・2002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。

2002年10月8日に国会提出された政府予算案においては、2008年までに国民の病気欠勤日数を半減するとの目標の下、

?公共セクターにおける率先的取り組み

?保健医療サービスのアベイラビリティの改善

?リハビリテーションに係る事業主の責任強化

?障害年金制度の改革

?社会保険事務所の役割の強化

といった対策が提案されている。

### ●保健医療サービス

診療を受けるための「待ち時間」の問題が生じており、このため政府（社会省）はランスティング連合会との間でいわゆる「ダグマール合意」を結んでいる。2002年12月の合意では、1997年に導入されたいわゆる「0-7-90ルール」（当日のうち（=0日以内）に保健センターへの連絡が付くこと、必要があれば7日以内に医師と連絡が付くこと、さらに90日以内に専門医に面会できることを保証）を2003年においても適用するとともに、同ルールを一定期間内の治療を保証するものに拡大すべく検討を進めることとしている（早ければ2004年1月に実施）。

病院等の民営化については、実態として一部ランスティングで進められてきたが、2001年からは2年間の時限立法として、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きた。2003年3月には、この問題に関する政府委員会の最終報告が取りまとめられることになっている。

医療従事者の人材確保・養成も重要な課題となっている。2002年に新規登録した医師数は1,470人であるが、このうち外国で教育を受けた者は658人で、新規登録医師の44.8%（1996年は21.8%）に達している。看護師についても、2002年の新規登録者3,635人中503人（13.8%）は外国で教育を受けた者であり、1996年の5.4%から倍以上に増加している。

### ●児童健全育成及び高齢者福祉等

パーション首相は、総選挙後の施政方針演説（2002年10月1日）において、今後4年間の任期中の福祉施策に対する取り組み方針を示した。これによれば、

?児童手当の引上げ及び第2子以降に対する追加的手当の導入

?両親手当の改善

?保育所で働く教員等の増加

?高齢者福祉分野で働くスタッフの労働環境及び職業訓練の改善

?高齢者福祉に係る査察体制の強化

?男女平等に関する行動計画の策定

などが提言されており、これらについてどのような形で実現が図られるのか、今後の動向が注目される。

表1-118 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 1-118 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)

	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
保健医療	131,652	136,925	149,400	164,323	180,125
うち現金給付	25,114	26,507	34,635	42,785	51,411
うち現金給付以外	106,538	110,418	114,765	121,538	128,714
障害者	69,838	69,008	72,788	76,648	80,036
うち現金給付	46,380	46,374	46,679	47,567	48,871
うち現金給付以外	23,458	23,486	26,109	29,081	31,165
高齢者	221,274	227,667	233,925	241,820	245,405
うち現金給付	173,955	179,017	182,710	187,874	188,368
うち現金給付以外	47,319	48,650	51,215	53,946	57,037
遺族	14,556	14,004	14,071	14,388	14,707
うち現金給付	14,556	14,004	14,071	14,388	14,707
うち現金給付以外	-	-	-	-	-
家庭・児童	65,016	63,373	66,694	68,129	71,926
うち現金給付	29,611	28,141	31,100	31,393	33,774
うち現金給付以外	35,405	35,232	35,594	36,736	38,152
失業	62,098	62,241	57,802	52,301	43,106
うち現金給付	55,569	53,955	55,722	44,388	36,533
うち現金給付以外	9,669	8,143	6,519	7,913	6,573
住宅	18,441	15,903	15,356	15,006	13,996
うち現金給付	-	-	-	-	-
うち現金給付以外	18,441	15,903	15,356	15,006	13,996
その他	17,836	18,291	17,215	16,529	16,022
うち現金給付	12,211	12,652	11,738	10,961	10,075
うち現金給付以外	5,625	5,639	5,477	5,568	5,947
合計	600,711	608,264	627,251	649,144	665,323
( ) は対 GDP 比	(34.2%)	(33.4%)	(32.9%)	(32.4%)	(31.7%)
うち現金給付	355,782	362,417	371,350	379,356	383,739
うち現金給付以外	244,929	245,847	255,901	269,788	281,584
(参考) GDP	1,756,358	1,823,799	1,905,349	2,004,651	2,098,451

資料出所 スウェーデン中央統計局 "Statistisk Årsbok för Sverige 2003"

表1-119 スウェーデンの社会保険制度収支 (2001年)



表1-119 スウェーデンの社会保険制度収支 (2001年)

(単位:百万クローナ)

給付名	収入				支出		
	保険料	国庫負担	その他	計	給付費	事務費	計
傷病手当	82,546	13,811	-	96,357	93,353	3,004	96,357
葉剤給付等	-	2,377	-	2,377	2,198	179	2,377
障害手当	-	1,145	-	1,145	1,060	85	1,145
労災手当	13,077	176	-	13,253	7,246	376	7,622
自動車補助	-	260	-	260	226	34	260
介助者手当	-	6,444	1,896	8,340	8,238	102	8,340
老齢年金 AP基金	156,611	-	-25,036	131,775	143,564	1,943	145,507
国庫	10,803	0	-	10,803	10,116	100	10,216
積立年金制度	18,376	-	-	18,376	0	442	442
遺族年金	16,109	0	-	16,109	14,007	58	14,065
住宅費補助 (BTP)	-	10,683	13	10,696	10,420	276	10,696
部分年金	0	266	-	266	260	6	266
両親保険	20,849	0	-	20,849	18,002	802	18,804
児童手当	-	21,232	-	21,232	21,108	124	21,232
住宅手当	-	4,371	-	4,371	3,994	377	4,371
障害児介護手当	-	2,180	-	2,180	2,053	127	2,180
養育費補助	-	2,885	1,884	4,769	4,380	389	4,769
児童養育期間中の年金権	-	3,276	-	3,276	3,276	-	3,276
その他の給付	-	45	127	172	166	6	172
その他の事務費	-	650	-	650	-	650	650
総計	318,571	69,801	-21,116	367,256	343,667	9,080	352,747

資料出所 スウェーデン社会保険庁 "Socialförsäkringsboken 2002"

表1-120 スウェーデンの社会保険料率

表1-120 スウェーデンの社会保険料率

(%)

	2000年		2001年		2002年	
	使用者	被用者	使用者	被用者	使用者	被用者
医療保険料	8.50		8.80		8.80	
両親保険料	2.20		2.20		2.20	
老齢年金保険料	10.21	7.00	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	29.83		30.13		30.13	
一般賃金税	3.09		2.69		2.69	
合計	32.92	7.00	32.82	7.00	32.82	7.00

資料出所 表1-119に同じ。

(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1-121 スウェーデンの病床数の推移

表 1-121 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 スウェーデン保健福祉庁 "Hälsa-och sjukvård-statistisk årsbok"

(注) 民間病床数は、1990、1992、1994年調べ。

1992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ーンに移管される等の措置が講じられている。

表1-122 スウェーデンの保健医療従事者数の推移

表 1-122 スウェーデンの保健医療従事者数の推移

年	保健医療従事者数 (人)						合 計
	男 性			女 性			
	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
2000	42,578	12,685	55,263	210,295	43,294	253,589	308,852

資料出所 表 1-121 に同じ。

表1-123 スウェーデンの医師・看護師数の推移



表1-123 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	3,301	75,340
1991	21,482	1,672	23,154	74,144	3,482	77,626
1992	21,893	1,762	23,655	71,444	3,839	75,283
1993	22,061	1,800	23,861	70,766	3,997	74,763
1994	22,121	2,424	24,545	71,384	4,917	76,301
1995	21,954	2,633	24,587	69,493	5,134	74,627
1996	22,129	2,636	24,765	69,199	5,037	74,236
1997	21,948	2,652	24,600	67,697	4,920	72,617
1998	22,125	2,832	24,957	68,128	5,434	73,562
1999	20,632	4,796	25,428	64,078	10,579	74,657
2000	21,571	4,829	26,400	65,269	10,113	75,382

資料出所 表1-121に同じ。

表1-124 スウェーデンの福祉サービス対象者数

表1-124 スウェーデンの福祉サービス対象者数

(人)

種 類	1995年	2001年
生 活 保 護	720,783	469,004
高齢者・障害者在宅サービス	154,717	135,845
高齢者・障害者施設サービス	135,414	124,090
薬物・アルコール乱用成年者のケア	31,165	12,538
被虐待児童・青少年等のケア	15,509	18,470
(参考) 総人口	8,837,496	8,909,128

資料出所 スウェーデン中央統計局 "Statistisk Årsbok för Sverige 2003"

表1-125 スウェーデンの児童手当支給額 (2002年)

表1-125 スウェーデンの児童手当支給額 (2002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+1,900

資料出所 スウェーデン政府資料

表1-126 保育サービスの自己負担上限額 (月額)

表 1 - 126 保育サービスの自己負担上限額（月額）

	就学前児童に係る上限額 (保育所及び家庭保育)	就学児童に係る上限額 (学童保育所及び家庭保育)
第1子	所得の3% (最高 1,140 クローナ) まで	所得の2% (最高 760 クローナ) まで
第2子	所得の2% (最高 760 クローナ) まで	所得の1% (最高 380 クローナ) まで
第3子	所得の1% (最高 380 クローナ) まで	所得の1% (最高 380 クローナ) まで
第4子	無料	無料

資料出所 表 1-125 に同じ。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 韓国

#### 1 社会保障制度の概要

---

韓国の社会保障制度は、大枠は日本のものと類似しているが、総じて歴史が浅く、また日本や他の先進諸国に比べて未成熟である。

社会保障制度は国民年金、医療保険、雇用保険、産業災害補償保険（労災保険）に分かれる。公的扶助制度は国民基礎生活保障（生活保護）、災害救護、報勲事業に分かれる。社会福祉サービス制度は弱者（児童・高齢者・障害者・女性・ホームレス）対策、社会福祉相談に分かれる。その他の社会保障制度としては、公衆衛生・保険医療、最低賃金制度・賃金債権補償制度などがある。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 韓国

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 制度の概要

社会保険としては、国民年金、医療保険、雇用保険、産業災害補償保険（労災保険）が存在する。

また、勤労基準法第34条に退職金支払いの規定（使用者は継続勤労年数1年に対して30日分以上の平均賃金を退職金として退職する勤労者に支給することができる制度を設定しなければならない）がある。

介護保険制度はないが、5（2）にあるように高齢者のための敬老年金がある。退職金は企業負担であり、また、敬老年金は税負担により運用されている。

##### (2) 年金制度

国民皆年金制度となっている。日本の国民年金と厚生年金のように分かれてはいないが、事業場加入者と地域加入者で保険料算定基準や保険料率が異なる。企業の私的年金制度については未確立である。

また、国民年金法に基づく国民年金の他、公務員年金や軍人年金等の職域年金がある。

事業場加入者は勤労所得の9%（労使が折半（各4.5%））、地域加入者は総所得の6%（一昨年より1%ずつ加算されており、2005年7月からは9%）を年金保険料として保健福祉部（部は省に相当）傘下の年金管理公団に支払う。

20年以上加入し60歳に達した者は完全給付（40年加入の場合は標準月額（退職時所得等）の約60%）を受け、そうでない場合は減額制度（原則として10年以上の加入が必要）がある。その他に障害年金、遺族年金等がある。

##### (3) 医療保険制度等

国民皆保険制度となっている。2000年7月に地域医療保険と職場医療保険が統合的に管理・運営されることとなり、2001年7月には財政も統合された。保健福祉部傘下の国民健康保険公団が運営している。また、貧困者には医療保護（159万人対象）があり、健康保険（4,599万人）と合わせて全国民をカバーする体系となっている。

職場保険の場合、勤労所得の2～8%の範囲内で自律的に定められ（平均3.75%、労使折半）、公務員・私学教職員保険の場合、勤労所得の5.6%（労使折半）、地域保険の場合、所得と財産に比例して賦課される。

保険給付には療養給付、分娩給付、健康診断、葬祭費等があり、診療費の自己負担がある。自己負担は、入院の場合で20%、外来の場合、総合病院で診察費＋薬代の45%、病院で診察費総額の40%、医院で30%、薬局調剤料が30%となっている（少額の場合、別計算規定あり）。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 韓国

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 保健医療施策全般

###### ●公衆衛生の現状

医療政策としては臓器移植への対応、選択診療制度、医療の質の管理、医療紛争調整制度、医療サービス供給体系の改善が、地域保健政策としては地域保健医療計画の樹立、保健所の支援・育成、公衆保健医師の配置、地域保健情報体系の開発・運営、保健診療員制度、保健所訪問看護事業、健康増進拠点保健所示範事業が、保健資源政策としては保健資源の育成、保健医療人国家試験・免許制度の改善、民間医療機関の育成・支援、応急医療体系の構築、血液管理対策等が近年の主な推進事業となっている。

###### ●行政組織等

公衆衛生を担当する国の機関として保健福祉部が設置されており、保健福祉部予算に基づき公衆衛生施策が行われている。食品・医薬品行政については、保健福祉部の外庁である食品医薬品安全庁が設置されている。また、地方での公衆衛生を担当する機関としては保健所（市・郡・区別に1か所。必要な場合市長・郡守・区庁長は追加設置）、保健支所（邑・面別に1か所。必要な場合市長・郡守・区庁長は追加及び統合支所を設置・運営）、保健診療所（里単位の漁・僻地に設置）がある。

###### ●健康増進

公共保健医療機関において、伝染病管理、衛生指導、各種保健教育・食品衛生管理、医薬品・麻薬管理等の事業を通じ国民健康の増進に寄与している。

##### (2) 医療施設

1次機関として医院（21,340か所）、2次機関として病院（706か所）、3次機関として総合病院（278か所）があり、原則として下位機関からの紹介を受けて上位機関に行く形式となっている（その他韓方病院（139か所）、韓方医院（7,558か所）がある。）。下位機関からの紹介がない場合は、原則として保険が効かないこととされている。



表 1 - 127 療養機関の現況

総合病院	278
病 院	706
医 院	21,340
歯科病院	71
歯科医院	10,790
韓方病院	139
韓方医院	7,558
保健機関	3,403
薬 局	18,372
助 産 院	87
合 計	62,744

(注) 2001年12月現在

## (3) 医療従事者

医師、歯科医師、韓医師、助産師、看護師等がいる。医療従事者は医療法、高等教育法等により定められており、2000年現在、医師72,503名、歯科医師18,039名、韓医師12,108名、助産師8,728名、看護師160,295名、薬剤師50,623名、医療技師94,467名等がいる（医師1人当たり人口は556人、1病床当たり人口は164人となっている。）。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 韓国

#### 4 公的扶助制度

---

従来 of 生活保護法を廃止し、国民基礎生活保障法を1999年8月に制定した（2000年10月1日施行）。年齢・就業要件を廃止し、所得基準と財産基準の一元化、住居給付・緊急給付の新設、社会福祉インフラの拡充等を行った。

選定基準（1999年）は1人当たり月所得が23万ウォン以下で世帯当たり財産額が290万ウォン以下であることで、受給者数は全国民の4.1%に当たる193万5,000名（1999年）となっている。

その他に災害救護、報勲事業がある（高齢者、障害者については5（2）、（3）参照）。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 韓国

#### 5 社会福祉制度

---

##### (1) 社会福祉施策全般

社会福祉施策は、保健福祉部が実施している。弱者（児童・高齢者・障害者・女性・ホームレス）対策、社会福祉相談、簡易宿泊等の事業がある。他の先進諸国に比べて未成熟であり、雇用政策・住宅政策・教育政策等の関係政策との相互関係がまだ十分に確立されていない。

##### (2) 高齢者保健福祉対策

保健福祉部が実施している（一部の事業は労働部（労働省に相当）が実施）。高齢者福祉政策としては、在宅老人福祉サービス提供のための「家庭奉仕員派遣センター」の設置・運営、働く場を提供し所得を保障するための「老人就業斡旋センター」の設置・運営、敬老年金の支給等がある。また、痴呆老人対策、老人の健康増進・余暇開発等を積極的に推進している。努力義務規定であるが、高齢者基準雇用率（3.0%）があり、事業主に対する雇用指導が行われている。

##### (3) 障害者福祉施策

保健福祉部が実施している（一部の事業は労働部が実施）。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、障害者福祉発展5か年計画（1998～2002年）に基づき、障害者の福祉・雇用・教育等の諸問題の解決を総合的に推進している。2000年現在、登録障害者は95万8,000名、推定障害人数は144万9,000名となっている。

具体的な施策としては、障害者福祉の拡大のために、

?障害発生の予防、

?障害者の所得保障・生活安定支援と負担軽減、

?障害者の登録及び調査研究、

?障害者福祉施設・便宜施設の拡充、

?障害認定範囲の拡大、

?障害者リハビリテーションの支援、

障害者雇用の促進として、

?障害者雇用義務制度（法定雇用率2.0%）の実施、

?障害者雇用促進の支援、

?就職斡旋及び職業訓練の実施

等を行っている。

#### (4) 児童健全育成施策

##### ●児童手当

日本の児童手当に該当する手当はない。なお、地方自治体の一部では出産祝い金等を出す場合がある。

##### ●児童健全育成施策全般

児童健全育成施策は、保健福祉部が実施している。児童福祉施策としては、

?児童の健全育成施策として児童相談事業の推進、迷子総合センターの設置・運営、血縁後援事業、児童愛護思想の涵養、

?家庭保護としてクラブホーム及び家庭委託保護、少年・少女家庭保護、

?施設保護として児童福祉施設での保護、施設延長児童の自立支援、

?国内養子縁組制度の実施

等がある。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 韓国

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

- ・社会福祉関係予算の拡充、福祉政策の充実は、OECD加盟国として他の先進諸国並みの国民生活水準を達成し、来る高齢化社会に備えるためにも重要な課題となっている。
  - ・家族構成が変質する中、女性の社会進出・地位向上が重要である。併せて、母性保護や出産・育児と社会参加の両立支援が重要となっている。
  - ・健康保険財政の破綻問題が発生するなど、社会保険財政に関する長期的改善が必要となっている。
  - ・企業年金を導入した場合は法定退職金の代替とみなすという、財政経済部（財務省に相当）による企業年金導入方案が提案されているが、労使の賛成が得られず法制化には至っていない。
-

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 中国

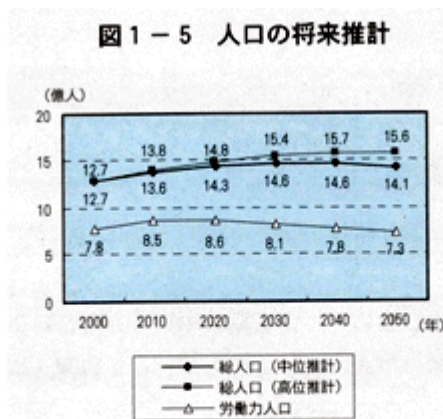
#### 1 社会保障制度の概要

#### (1) 人口政策（計画育成政策）

##### ●概要

中国の人口は世界人口の約2割を占めており、毎年約800万人～900万人増加している。中国政府は、1980年前後より計画生育政策（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。

図1-5 人口の将来推計

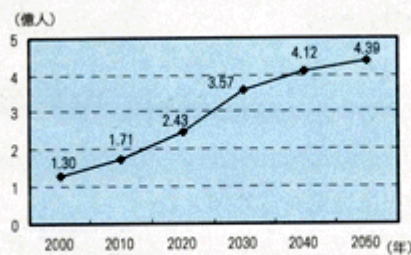


資料出所 国家計画生育委員会推計（2001）

（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 60歳以上人口の今後の推移

図1-6 60歳以上人口の今後の推移



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)

●計画生育政策の具体的な内容

a 開始時期及び実施機関

1980年より、国務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。

b 根拠法令

2001年12月、「人口と計画出産法」が公布され、計画出産の目的・具体的な内容、計画出産責務・権利の明確化、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。また、これまで地方法規によって実施されていた計画生育政策の統一的な法的根拠が明確化された (2002年9月1日施行)。

c 内容

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

?一人っ子出産の奨励 (ただし、各省区等ごとに定めた条件により、例外的に第二子・第三子出産を認める。)

?計画出産に対する優遇措置 (避妊技術サービス等の給付、産休・育休等の延長、奨励金給付、年金・退職金等の上乗せ等)

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

を実施している。

●最近の動向等

1994年頃より、計画生育政策においても、人口の抑制のみを主眼にするのではなく、家族計画 (少産) を通じて、子どもや家庭生活の質の向上を図ることを推進するようになってきた。このため、計画生育政策では、母子保健の向上や保健衛生知識の普及・啓発、衛生状況の改善等を通じた生活の質の向上、婦人の地位の向上が重要な要素となりつつある。ちなみに、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)。人口計画出産委員会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 人口の推移

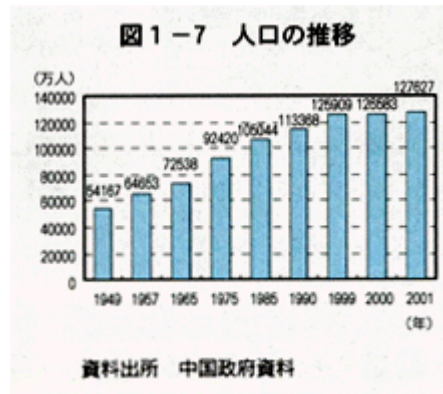
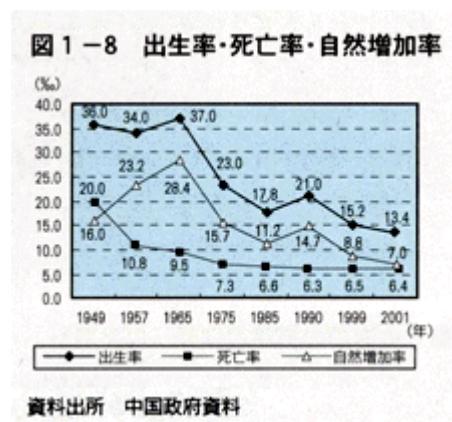


図1-8 出生率・死亡率・自然増加率



## (2) 社会保障制度の沿革と最近の動向

### ●社会保障制度の概要

中国における社会保障制度は、1951年に「労働保険条例」が制定され、国有企業労働者等に対する老齢給付、医療給付等が制度化されたことにその起源を有する。公務員、企業労働者、農村住民とその職業等に応じて、逐次制度化が図られており、現在でもその区分が基本的に維持されている。なお、介護保険制度は存しない。

#### a 都市部

中国における社会保障制度は、1990年代末頃より、主に都市住民を対象とした統一的な制度が整備されている。主な制度として、都市従業者基本年金制度、都市従業者基本医療保険制度、生育保険（出産育児保険）制度等の社会保険制度及び最低生活保障制度（生活困窮者に対する公的扶助）、傷痍軍人や退役軍人等に対する支給制度がある。しかしながら、制度上は都市部住民のすべての就業者が加入することになっているものの、必ずしも加入率は高くない。

また、高齢者や障害者等に対する公的福祉サービスは、各地域の実情に応じて地域の公的サービス機関等による供給が行われている。しかしながら、統一的な制度はなく、またその運営費用等については受益者負担が中心となっており費用保障等は十分ではない。なお、中国においては歴史的な



経緯から各就業先等の福利厚生が一種の生活保障機能を果たしてきたが、統一的な社会保障制度が整備されるに伴い、その役割は低下しつつある。

## b 農村部

農村部及び農村出身の出稼ぎ労働者等については、基本的には社会保障制度はほとんど普及していない。経済水準が比較的高い地域において、農村社会年金保険制度、農村合作医療制度や農村社会救済制度、農村最低生活保障制度を実施している地域もあるが、一部地域に限られている。中央及び地方財政を投入することによって福祉施設の整備を進めているが、その絶対量は不足しており、基本的には、家庭内扶養や集落内の相互扶助等（五保制度等）による対応が中心となっている。

### ●社会保障の再建と改革（1978年～）

改革・開放政策に伴い、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。

- ?国有企業改革に伴う企業競争力の確保及びセーフティーネットの確保
- ?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

なお、最近の改革の背景としては、以下の点が挙げられる。

#### 最近の改革の背景

##### 1 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) 下崗労働者・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

##### 2 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

- (3) 社会保障制度を取り巻く状況－国民生活における格差の拡大

中国は、広大な国土と膨大な人口を抱えていることから、国民生活の状況は一様ではなく、統一的な社会保障制度等の構築が難しい状況にある。特に、社会主義市場経済に移行してから、国民間の所得格差や地域間格差をはじめとする様々な格差が顕在化している（公表されている中国のジニ係数（2001年）は0,45となっている－2003年5月18日付人民網。また、2002年の中国における農村部の絶対貧困層は2,820万人であり、農村部人口の3%を占めるとされている）。

他方、地域主義や歴史的な経緯もあり、都市・農村間の格差や地域間格差をはじめとする格差は社会的支援に係る制度格差にそのまま反映されており、各国民の所属・就業形態等による保障内容の相違や地域ごとの対応の相違となって現れている。これらを背景にして、社会保障に係る制度も分立した状態となっている。また、制度内における地域間や就業グループ間の財政調整が難しい状況にある。さらに、人口の多くを占める農民（人口の約70%以上）や出稼ぎ者（流動人口）に対する社会保障は、現在のところ制度化されていない。

このように、社会保障制度の恩恵を蒙ることができる層は、都市住民をはじめとした、比較的経済水準が高い者や経済水準の高い地域の者となっている一方、社会的弱者層（老人、障害者、失業者、無・低収入者、出稼ぎ者、農民等）に対する社会保障制度が完備されておらず、むしろ社会保障制度が生活格差をさらに拡大させているという面もぬぐえない。

中国政府においては、第10期全人代第1回会議において強調したように、「小康社会」の実現の一環として、生活困窮者に対する支援策の強化を打ち出しており、今後、社会保障制度の整備・強化をはじめとして、特に弱者層に対する制度的な対応が喫緊の課題となっている。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 中国

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度

###### ●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年金保険がある。中国では、公的年金を基礎部分としつつ各種私的年金を多層的に整備することによって、全体として必要な老後所得を保障することとしている。このため、公的年金を補完するものとして企業補充年金保険（企業年金）、個人積立型年金保険（民間保険）がある。

このように中国の年金制度は分立している。都市企業労働者に対する都市従業者基本年金についてみると、労働者はこれに強制加入することとなっているが、加入者は必ずしも多くない。また、農村部ではそもそも公的年金制度が整備されていない。したがって各種年金によって全ての国民がカバーされているわけではなく、国民皆年金とはなっていない。財政方式は、都市従業者基本年金の場合、一種の強制貯蓄方式（銀行等に開設する個人口座へ保険料を納付）と社会保険方式とを組み合わせたものとなっている。

###### ●代表的制度の仕組み

a 都市従業者基本年金制度（加入者数：在職者1億1,128万人、退職者3,608万人（都市部在職者の45%、退職者の85%が加入）（2002年末）

都市における代表的制度である都市従業者基本年金については、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（北京、上海、天津）は市政府）が決定することとなっているが、大枠は次のとおりである。

管理運営は、各省・自治区及び直轄市が行っている。

財源は、個人口座（銀行等に開設）に納付する保険料及び社会統一基金へ納付する保険料及び政府の補助金である。具体的には次のとおりである。

表1-128 都市従業者基本年金の保険料等

表 1-128 都市従業者基本年金の保険料等

保険料の区分等	保 険 料 等
個人口座の保険料	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こととされている。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。北京市の場合、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）。
社会保障基金の保険料	社会保障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保障基金に納付する。北京市の場合、企業が基金分として賃金の16%を負担する。
低賃金労働者及び高賃金労働者の保険料調整	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。
納付の方法	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。
地方・中央政府の補助金	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。中央政府の財政からも補助金が投入されている（2002年末の投入額408.2億元）。

資料出所 中国政府資料

適用対象は、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である。

給付の要件については、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（退職年齢は一般的に男性は60歳、女性は50歳（幹部クラスは55歳））。本制度実施前に就業した者で、10年間保険料を納めた者も受給できる。ただし、保険料納付期間に応じて基礎年金が減額される。

給付内容は、基本年金については、個人口座分からの給付及び社会保障基金から給付される基礎年金によって構成される。具体的には以下のとおりである。

なお、従来の制度等において、企業や管理機関が直接給付業務を行うことによって、給付金の流用等の問題が深刻化したことや経営状況等に左右され迅速に給付が行われなかったことから、現在、給付業務を企業から切り離し、銀行等を通じて給付する方式に切り替えている。

表1-129 都市従業者基本年金の給付内容

表 1-129 都市従業者基本年金の給付内容

給付区分	給 付 内 容 等
個人口座分	個人口座残高の120分の1が給付される。
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。なお、制度施行後就業した者で、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。
経過的年金等	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。

資料出所 中国政府資料

(注) 経過的年金：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、当該月額賃金に制度実施前の勤務月数を乗じ、その1%分を毎月給付する。）



## b 農村部の年金保障

人口の約70%近くを占める農村部及び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。

都市基本年金制度を農村部に適用拡大することについては、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、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。）。これは、郷鎮企業や私営企業従業者も含めた任意加入、完全積立方式（個人口座）による年金保険であり、政府機関による年金貯蓄の支援・代行、自主的な防貧対策の喚起、個人口座への補助といった面が重視されている。2002年末では、約5,462万人の農村部住民が参加している。

### 農村部における加入の低さの原因

#### 1 保険料負担の余裕のなさ

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。

#### 2 家庭責任を重視する風潮

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。

#### 3 基金管理の不徹底

基金管理が徹底しておらず、用途の分散等が見られ、住民の理解が得がたいこと。

## ●最近の動き

### a 基本年金制度の改革

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

?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）、

?個人負担を含む、安定的な拠出財源を背景にした安定的な給付の実現（国有企業の年金財政の破綻が背景）、

?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・移行が進められている。

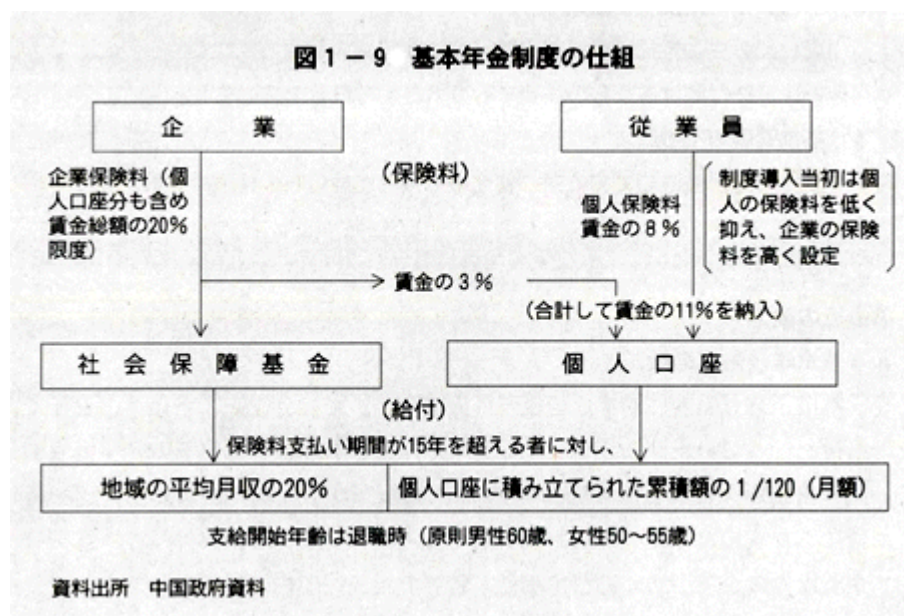
特に、従来の企業による給付は、各年ごとの完全な賦課方式を前提としていたため、地域ごと、企業ごとに負担のばらつきが生じ、財政力のない企業の退職者は十分な給付を受けることができなくなったことが背景にある。

なお、現行制度は、1997年に発出された「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」に基づき、各省ごとに規定を定めている。

## b 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。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とこれに伴う公費補填が増大している。また、個人口座に対する企業負担分保険料等がこれらの給付に流用されるなど、本来積み立ててあるはずの個人口座の残高が少ないという「空帳」の問題も発生している。個人口座部分の積み立て方式が形骸化し、これが現在及び将来の大きな債務負担（二重の負担）になる可能性がある（2001年から開始された遼寧省における社会保障モデル改革では、不足額のうち中央財源から75%、省財源が25%負担している。）。ちなみに、過渡的な給付が必要になる歴史的な債務は3兆元～10兆元に上るとの指摘もある（中国社会保障発展報告（1997～2001））。

図1-9 基本年金制度の仕組み

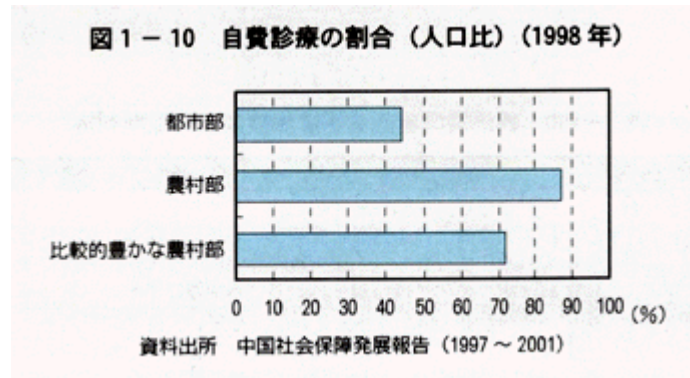


## (3) 医療保険制度等

### ●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、都市企業労働者及びその退職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（公費医療については、基本医療保険制度よりも給付率が高く設定されている。なお、公費医療制度は、公務員医療補助制度を創設の上、都市従業者基本医療保険に統合することとされている。しかし、一部地域では実施されているが、2003年7月現在、北京市では未だ実施に至っていない。）。

図1-10 自費診療の割合（人口比）（1998年）



## ●代表的制度の仕組み

a 都市従業者基本医療保険制度（加入者数：在職者6,926万人、退職者2,474万人（都市部就業者の27.9%、退職者の58.6%）（2002年末）

都市における代表的制度である都市従業者基本医療保険制度については、個人口座（個人積立）と基本医療保険基金（社会保険方式）の二本立てとなっている。制度上、都市企業労働者は強制加入しなければならないこととされている。管理運営は、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、上海市の直轄市が行っており、具体的な内容は各地域の事情等を考慮して各省政府（直轄市は市政府）が決定することとなっている。

財源は、個人口座（銀行等に開設）に納付する保険料及び社会統一基金へ納付する保険料及び政府の補助金である。

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が法令上明記されている。

適用対象は、企業、公的機関など、当該区域内にある都市部のすべての雇用組織（国有企業、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店、自営業者等を含む。政府組織については制度上対象となっているが完全には実施に至っていない。）に勤務する都市労働者であるが、被扶養者は対象になっていない。最近では、臨時工などパート形態の労働者も対象にすることとしており、雇用先及び当該企業との雇用関係が明確な臨時工が加入することのみならず、臨時工が単独で個人口座を設置したり、高額医療費補充医療保険に加入することを認めるようになった。各区域内の農村部の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内政府が実情に応じて決定する。

表1-130 都市従業者基本医療保険制度の保険料等



表1-130 都市従業者基本医療保険制度の保険料等

保険料の区分等	保 険 料 等
個人口座の保険料	企業は賃金（当該従業者の前年平均月額賃金）の1.8%程度、従業員本人は賃金の2%を負担する。ただし、保険料率や分配は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。
基本医療保険基金の保険料	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、かつ企業保険料から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率は統一されており、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。
低賃金労働者及び高賃金労働者の保険料調整	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。
退職者の個人保険料	原則的に退職者本人は保険料を納付せず、企業が負担する一括保険料から各地域の規定に基づき一定額を退職者の個人口座に納入する。年齢に応じて個人口座に充当する企業負担分の保険料額を多くする措置を講じている地域も多い。 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25年間（女性は20年間）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。
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。

資料出所 中国政府資料

給付の内容については、以下の点に留意する必要がある。

### ?個人口座と社会統一基金

給付は個人口座（個人積立）からの給付と基本医療保険基金からの給付の二本立てとなっている。個人口座は、外来費用及び入院費用の一定標準額以下の費用について給付を行う。基本医療保険基金は、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。

基金の最高給付限度額以上の費用については、高額医療費補充医療保険や商業医療保険等によって対応する。

給付は、各省区・直轄市政府が中央レベルの目録や規定を参考にして定める「基本医療保険医薬品目録」、「基本診療項目目録」、「医療サービス設備範囲」に規定された診療行為について行われる。給付対象は、基本的に医療の中核部分であり、院内生活関連費用、救急車移送を含む移送費（中国では救急車についても基本的に即時の支払いを要する）、付添い看護費、医療以外の病院内設備利用費、食費等は給付対象にならない。価格については物価担当部局が決定する。基本医療保険では価格をも勘案して「目録」収載を決定し、「目録」の収載を通じて、低価格品等の使用を誘導する狙いもある。

具体的には以下のとおり。

表1-131 都市従業者基本医療保険制度の給付内容



表1-131 都市従業者基本医療保険制度の給付内容

給付区分	給付内容等
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。
医療保険基金分	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（以下の表は北京市の例）。

資料出所 中国政府資料

表1-132 中国北京市における医療費の患者自己負担割合

表1-132 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(%)	退職者自己負担(%)
三級病院を受診	一定標準額～10,000元	20	12
	10,000超～30,000元	15	9
	30,000超～40,000元	10	6
	40,000元超	5	3
二級病院を受診	一定標準額～10,000元	18	10.8
	10,000超～30,000元	13	7.8
	30,000超～40,000元	8	4.8
	40,000元超	3	1.8
一級病院を受診	一定標準額～10,000元	15	9
	10,000超～30,000元	10	6
	30,000超～40,000元	5	3
	40,000元超	3	1.8

資料出所 中国政府資料

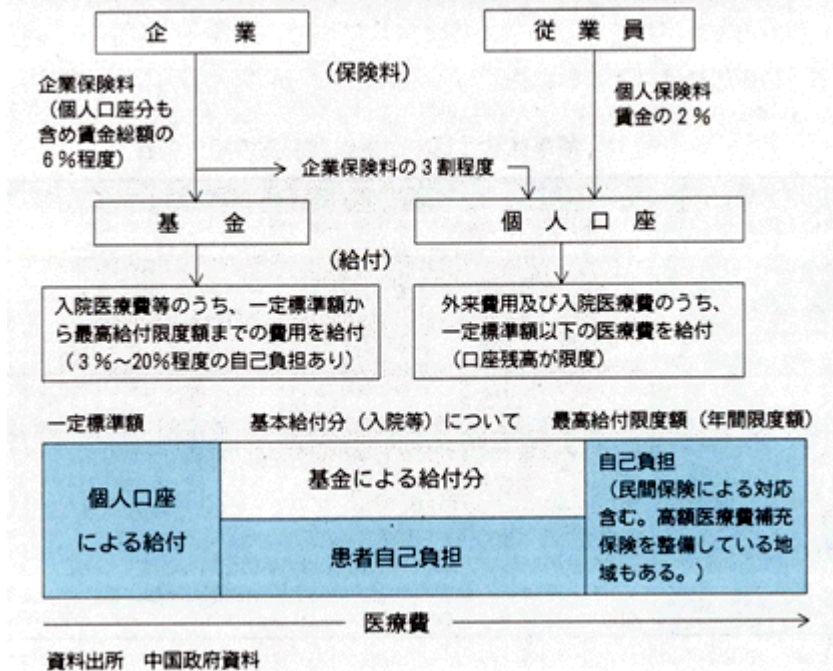
(注) 病院の規模（ベット数）に基づき、規模の大きい順に三級から一級まで定められている。

## ? 指定病院制度

医療保険の給付については、医療保険給付の対象となる指定病院及び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カ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やかかりつけ医をまず選択し、次の選択で専門病院、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。給付方法は、個人口座分については償還払（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。

図1-11 中国の都市従業者基本医療保険制度の仕組み

図1-11 中国の都市従事者基本医療保険制度の仕組み



b 高額医療費補充保険制度

高額医療費補充保険制度は、一部の市が、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設けている制度で、管理運営は市が行っている。近年、本制度を実施する地域が増えている。ここでは北京市の例を紹介する。

財源は、労使の保険料で、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。

適用対象は、基本医療保険に加入している者である。給付の内容は、次のとおりである。

表1-133 高額医療費補充医療保険制度 (北京市) の給付内容

表1-133 高額医療費補充医療保険制度 (北京市) の給付内容

費用の区分	給付内容	
外来等の費用	現役労働者	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。年間給付額上限は20,000元。
	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%を給付する。年間給付額上限は20,000元。
	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。年間給付額上限は20,000元。
基金に係る最高給付限度額 (50,000元) を超える入院費用等	現役労働者	最高給付限度額超過額の70%を給付する。年間給付額上限は100,000元まで。
	退職者	同上。

資料出所 中国政府資料

### c 特定困窮者医療扶助制度

最低生活保障制度対象者や収入が低く基本医療保険制度に加入できない者は、医療費に関する保障を受けることができず、都市困窮層における深刻な問題となっている。こうした状況を受け一部の地域では、医療保険に加入できない困窮者等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、条件を充たした生活困窮者に対して、手術費、入院費、高額検査費について20~50%割引（負担）し、また、重病時の医療費が年間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。

### d 農村部の医療保障

人口の約70%以上を占める農村部住民及び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その割合は少ない。大部分の農村部では全額自己負担を要することになる。

集団経済当時は人民公社等が集团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。

こうした農村部における医療保障の実態は、2003年のSARS（重症急性呼吸器症候群）流行時において改めて大きな課題となった。

### e 農村合作医療

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、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。

## ●最近の動き

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、

- ?WTO加盟等を背景とする国有企業等の競争力立て直し、
- ?従業員の個人負担を含めた安定的な拠出財源の確保、
- ?個人口座への拠出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）、
- ?経済発展の程度に見合った公的給付水準への抑制、
- ?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、全国統一的な新たな医療保険制度の普及・移行が進められている。



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 中国

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 公衆衛生の現状

###### ●疾病状況

一般的に、経済水準や衛生水準の向上により感染症等の発病率が減少してきている一方、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。特に都市部では慢性疾患患者が多い。他方、農村部では、肺結核を含む感染症、新生児感染症等も依然として多く、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、急性弛緩性麻痺（AFP）サーベイランス等に対する協力が行われた。この成果により、2000年には野生株ポリオが根絶した。

表1-134 都市部における主な死亡原因

	2002年									
	悪性腫瘍	脳血管疾患	呼吸器系疾患	心臓病	ケガ及び中毒	消化器系疾患	内分泌代謝疾患	泌尿器生殖器疾患	神経系疾患	周産期疾患
死亡率 (10万人比)	135.38	100.6	89.90	84.12	50.42	19.60	14.10	9.68	5.23	4.87

資料出所 中国政府資料

(注) 分類は中国政府の定義による。

表1-135 農村部における主な死亡原因

表1-135 農村部における主な死亡原因

	2002年									
	悪性腫瘍	脳血管疾患	呼吸器系疾患	心臓病	ケガ及び中毒	消化器系疾患	泌尿器生殖器系疾患	内分泌代謝疾患	周産期疾患	肺結核
死亡率 (10万人比)	84.34	70.64	63.8	58.5	41.48	14.53	5.89	4.92	4.38	4.33

資料出所 中国政府資料

(注) 分類は中国政府の定義による。

## ●予防接種

1980年代半ばより、BCG、ポリオ、DPT、麻疹、B型肝炎ウイルス（1992年以降）の5種類で実施している。現在、これらの予防接種は1978年頃より導入された「拡大予防接種計画（EPI）として実施されており、流入者も含め、原則無償で受けることができる（2002年末の1歳児予防接種率をみると、BCG98.0%、ポリオ98.4%、DPT98.2%、麻疹97.9%となっている。）。

## ●結核の現状と対策

中国の結核菌感染者は約5.5億人と推計され（2003年3月衛生部発表）、発病者は約450万人、塗抹性陽性患者（感染症肺結核患者）は約150万人となっており、感染者は世界で2番目に多い（発病率は367人／10万人。うち塗抹性陽性患者は122人／10万人。2000年）。結核に起因する死亡者は年間12万人以上に上る（感染症死亡者のうち3分の2が結核に起因する）。今後、適切な対策を講じない場合には、2010年までに2～3億人が感染し、2000万人から3000万人の新規患者が発生するものと見込まれている。このように結核は中国における最大の感染症となっている。

そこで中国では、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、「全国結核予防治療計画（2001－2010）」等を定め、2010年までに結核患者と死亡率を半減させることを目標に、2005年、2010年までにDOTS対象地域をそれぞれ人口の90%、95%まで拡大し、それぞれ200万人、400万人の感染性肺結核患者が治療を受けることを目標としている。

## ●エイズの現状と対策

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が指摘されている。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。

2002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40,560人（前年比32%増）であり、発病者は2,639人、死亡者は1,047人となっている。しかしながら、衛生部等の推計では約100万人以上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1,000～1,200万人に達するものと考えられている。

こうしたエイズの現状に対処するため、現在中国では、エイズ予防・コントロール中長期計画（1998年～2010年）、エイズ予防・コントロール行動計画（2001年～2005年）を実施し、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。

## ●SARS（重症急性呼吸器症候群）の現状と対策

38度以上の発熱、呼吸器症状（咳、呼吸困難感等）に加え、頭痛、悪寒戦慄、筋肉痛、筋硬直、食欲不振、倦怠感、意識混濁、発疹、下痢等を主な症状とするSARSは、公式には2002年11月ごろより広東省においてはじめて確認された（2003年7月現在）。この新型の呼吸器症候群は、コロナウイルスの一種であるSARSウイルスを病原として、主に飛沫感染や接触感染により、中国各地及び世界各地に感染を広げた。中国各地への流行が始まった当初における中国政府の初動が不十分であったこともあり、北京市を中心に、主に院内感染により拡大し、2003年8月1日現在、中国における患者総数は5,327人（うち北京市

2,521人)、死亡者は349人(うち北京市193人)となった。

SARSは、WHOやわが国等の中国に対する渡航延期勧告をもたらすなど、一時的ながらも中国の社会経済等へ大きな混乱や影響を及ぼすとともに、突発的な感染症に対する中国の衛生体制の課題を浮き彫りにし、「突発性公共衛生事件応急条例」等が制定された。また、SARSは、2003年4月より法定感染症に指定され、「伝染病予防法」や「伝染性非典型肺炎予防・治療管理弁法」等に基づいて、対策が講じられた。SARSは短期間における患者数の多さや確定的な検査・治療法が確立していないことと相俟って、医療衛生分野への財政投入など、中国における資源配分の見直しを喚起することになった。

## (2) 行政組織・医療提供体制

### ●医療機関の現状

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、市場経済への移行に伴い、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。

1000人当たり病床数は日本の約6分の1程度(2.32/1000)である。医療資源は都市部への集中がみられ、農村部で低水準となっている(1000人当たり病床数をみると市レベルでは3.69/1000、県レベルでは1.51/1000)。また、地域間格差も大きい。

また、都市部の基幹病院では高水準の医療機器を有し、例えば移植治療や生殖治療をはじめ高度医療を相当数実施している病院もある一方で、農村部の衛生院や診療所は機器、薬剤、医師の質ともに低水準となっている。

### ●プライマリヘルスケア、疾病予防等を重視した医療保健体制の整備

今後は、プライマリヘルスケアを中心とする医療提供体制水準の向上や地方部の拠点病院の機能強化が重要課題とされており、財政投入を徐々に強化しつつある。たとえば、2002年には「中国農村初級衛生保健発展綱要(2001~2010)」等が策定され、2010年までに乳児死亡率等を2000年に比して5分の1引き下げること、妊産婦死亡率を同4分の1引き下げること、平均寿命を2000年に比して1~2歳引き上げること等を含めた整備目標を掲げた。ただし、医療機関等の整備や医師等の研修訓練、公衆衛生サービスの提供等については、医療機関の医業収入からの自己負担、県・鎮政府の負担に拠っており、省政府、中央政府の負担割合は低いのが現状である。また、農村部では村医(村衛生室)が初期診療や予防接種等を担当することが多いが、基本的に村医に対する財政支援はない。

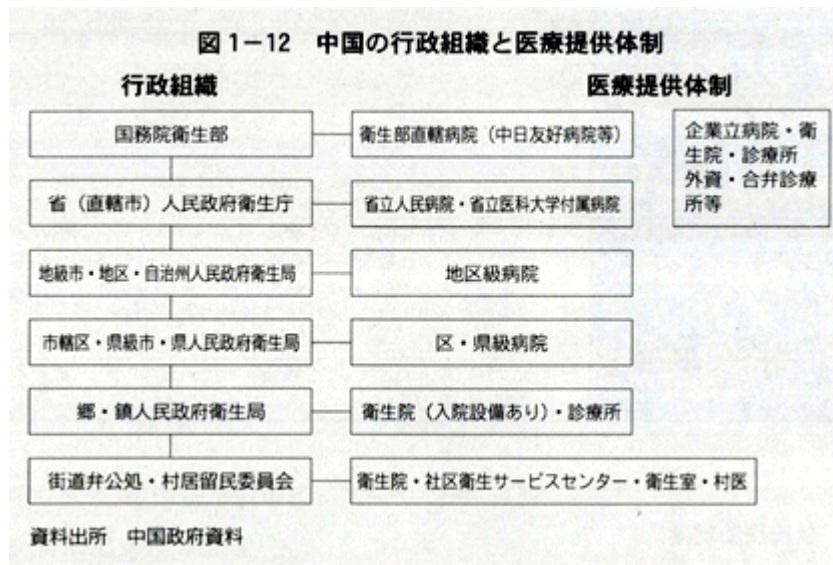
### ●拠点病院等を中心にした医療水準の向上

中国では医療機関間の機能分化が進んでいることもあり、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、院内感染防止対策のノウハウ等を地方部・農村部等の病院に裨益・移転させる取組みが求められている。

### ●予防衛生・公衆衛生機能の強化の必要性

一方で、本来、公衆衛生活動の拠点となる、診療活動とは独立した公衆衛生機関が十分ではないことから、突発的な感染症等が発生した際における情勢報告や対策について、公衆衛生ネットワークを通じた迅速な対応が十分にとれない面が指摘されている。

図1-12 中国の行政組織と医療提供体制



### (3) 医療従事者

現在、中国における医師数（医生）は184万4,000人（うち「医師」資格者は146万3,600人）である。この中には、西洋医学の医師だけではなく、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はなく、中学・高校卒業後一定期間の研修・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。

表1-136 衛生事業関係の主なデータ（2001年末）



表 1 - 136 衛生事業関係の主なデータ (2001 年末)

項目	内容
医師数 (医生数)	184 万 3,995 人 (対前年比 12.2 % 減。人口千人当たり 1.47 人)
病床数	311 万 3,165 床 (人口千人当たり 2.32 床。)
医療関係機関数	30 万 6,038 カ所 (村衛生室 69 万 8,966 カ所を除く。村衛生室設置割合は 89.7%)。うち、病院 17,844、衛生院 46,014、診療所等 219,907、社区卫生サービスセンター 8,211、疾病予防コントロールセンター (防疫センター) 3,580、母子保健センター 3,067
人口 1 人当たり診療回数	約 1.7 回
人口 1 万人当たり入院者数	478 人
平均入院日数	8.7 日
平均病床使用率	57.4 %
1 人当たり衛生関係総費用 (2001 年)	403.6 元
1 回当たり平均外来費用及び入院費用	外来 99.6 元 (対前年比 6.4 % 増)、入院 3,597.7 元 (対前年比 10.9 % 増)。ただし、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 人当たり入院費用は県級病院のそれに比して約 6.4 倍)。
1 回当たり医療費における平均薬剤比率	外来 55.4% (前年に比して 2.3% 減少)、入院 44.4% (前年に比して 1.1% 減少)。

資料出所 中国政府資料



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 中国

#### 4 公的扶助制度

##### ●概要

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（整備の強化のため2001年に「都市住民最低生活保障条例」を公布）。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。

##### ●対象者

収入（各家庭成員一人当たり平均収入。現金収入及び現物収入を含む。）が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等を勘案して、各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（2002年のデータによると1ヵ月当たり90元～344元）。

##### ●実施者

各市及び各県の人民政府所在鎮（受給対象者の居住地かつ戸籍所在地政府が実施）である。

##### ●申請及び給付

申請人（世帯主）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。この際所有家財などをはじめとする資産状況も調査される。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、給付額に特別な必要経費等は勘案されず、仮に医療や高等教育等の支出を要したとしても給付額には反映されない。

##### ●財源

主な社会保障制度の中で、唯一、財政資金のみで運営している制度である。基本的に各地方政府の財政予算で賄い、中央政府及び省政府からの補助も投入されている（2002年の財政投入資金108.7億元。うち、中央財源46億元。）。

##### ●実施状況

1999年10月以降、本制度は全市及び全県において実施されることになった。

受給者は2002年末で約2,064万7,000人となっており、対前年比で76.4%増加している。また、2001年末のデータによると、最低生活保障の支給を要すると認められる対象者のうち70.7%が給付を受けている。

一方、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（2002年末の受給者数約407万

8,000人)、伝統的な「五保」制度等とともに(「五保制度」を含む伝統的な救済制度の対象者1,881万人)、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、その給付水準やカバー率は低い(農村部における救済を要すると認められる者は4,765万人)。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 中国

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策一般

中国における社会福祉施策は、主に「三無者」（法定扶養者がいない又は扶養能力のある法定扶養者がおらず、労働能力がなく、生活能力がない者）などの生活困窮者、災害被災者、退役軍人・傷痍軍人等への支援を中心に実施されてきた。一方、一般住民に対する高齢期や傷病時の支援については、計画経済においては国有企業等の福利厚生によって対応してきたところであるが、市場経済への移行に伴い、個別企業による対応から一般社会における対応が必要とされるようになった。特に、高齢化の進展等に伴い、高齢者の生活支援が一般住民における普遍的な課題となっており、地域社会における福祉サービスの提供が重視されるに至っている。

福祉サービスの財源は、政府の財政投入とともに、社会各界からの寄付、「福祉宝くじ」の売り上げ収入、民間事業者の資金投入等を組み合わせている。また、「三無者」等の生活困窮者は別にして、福祉サービスは基本的には受益者負担（サービス購入）が中心となっており、政府の施策としては、地域（社区）におけるサービス供給者の整備・支援等に重点が置かれている。しかしながら、その整備水準は経済水準を背景に地域格差が大きい。

##### (2) 高齢者保健福祉施策

###### ●高齢者の現状

中国における65歳以上高齢者は9,377万人に達しており、65歳以上の高齢者人口比率は7.3%となっている（2001年末）。今後とも、高齢化は急速に進行することが予想されている。一方で、後期高齢者（80歳以上高齢者）も増加しており、生活に困難を来す高齢者に対する介護支援、生活支援や医療保障等の問題が顕在化してきている。

高齢者に対する支援は伝統的に家庭内扶養が中心となっているが、一方で世帯員の就業等により、現実的に家庭内扶養・生活支援が困難になるケースが増加している。

###### ●高齢者保健福祉対策－対策の方向性

まずは、医療保障制度、年金制度及び最低生活保障制度の整備が優先されている。介護支援など的高齢者保健福祉の費用保障等について統一的な制度はなく、家庭内扶養、社区（地域コミュニティ）によるサービス提供、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。

高齢者保健福祉の提供体制については、現在、医療提供体制の一般的な整備及び高齢者福祉施設の整備、社区を中心とした地域内におけるサービス提供体制の整備が進められているが、高齢者福祉施設は高齢者の需要を満たしていない（2001年末の65歳以上高齢者人口1,000人当たり、老人関係入居施設ベッド数は約10.7床）。また、その職員において、専門的な技能を有する者は少なく、技能水準の向上が課題となっているが、給与水準が低いこともあり難しい課題となっている。

また、これらの費用負担については、基本的に受益者負担が中心であり、サービスを受けるためには退職金収入、年金収入及び都市困窮者に対する最低生活保障制度による給付金収入等によって賄うことになるが、多くの高齢者は自らの収入だけでは負担することができず、家族の負担や仕送り等に依拠している。このため、費用負担ができない高齢者世帯は、一般的にはこれらのサービスを受けることができない。

なお、1996年には、高齢者權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カ年計画（2001年～2005年）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の実情等に依拠して定められる。

### (3) 障害者福祉施策

#### ●障害者の現状

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、60歳以上の障害者が全体の約40%を占める一方、0～15歳の障害児は約16%を占めるとみられている。

#### ●施策の方向性

中国における障害者施策としては、障害者に対するリハビリテーション等の提供体制の整備及び障害者教育、就業促進等（盲人あんま院の整備等）が中心となっている。障害者に対するリハビリテーションや医療等については、医療機関や社区（コミュニティー）のリハビリセンターが中心となっており、各地域においてその整備を進めている。しかしながら、整備に当たっては、財政負担が十分ではないことや社会的な寄付等に拠っていることから、サービスを必要とする障害者に比して供給が不足している。

また、一部の障害者は、社会福利院等に入居しているが、これらの施設は障害者に特化した施設ではなく、主に困窮者向けの収容施設であり、またその絶対数は少ない。

一方で、これらのサービスを受けるためには、医療保険や労災保険に加入している者や就業先の費用負担を受けることができる一部の者を除き、基本的には受益者負担となっている。このため、これらの制度の対象外となっている者（特に貧困家庭）については家族等の自助努力及び地域の相互扶助等に拠っており、各家庭における経済負担が重く、十分なサービスを受受できない障害者も多い。

また、障害者の所得保障に関し、障害に特化した制度はなく、都市基本年金制度、最低生活保障制度、社会救済扶助制度等の枠内において、健常者と同様に、各制度の要件に合致する者（都市部住民が中心）に対してのみ各制度の一般的な給付が行われるにとどまっている。年金制度や最低生活保障制度においても、障害に着目した費用支出についての保障はない。このため、障害者の所得保障は就業参加（福祉工場などの障害者用の就業の場の確保）の促進を通じた対策が主眼となっている。

#### ●施策の概要

##### a 障害者保健法

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。

## b 中国障害者事業第10次5ヵ年計画（2001年4月）

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た。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。

## c リハビリテーション対策

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）。

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。

## (4) 児童福祉施策と生育保険（出産育児保険）

### ●児童福祉施策

中国における児童福祉施策は、孤児や貧困地域の農村部等から都市に流入した浮浪児等（15万人に上ると推計される）をはじめとする困窮児童に対する対策が主であり、児童手当等、一般児童向けの統一的な施策はない。

困窮児童に対する対策は主に、児童福利院等の入所施設への収容が中心となっている（2001年末の入所児童数は50,590人）。なお、児童福利院は入所設備とともに、障害児童に対するリハビリ等の医療サービスも提供している。

また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2001年では45,844人に上っている。

### ●生育保険（出産育児保険）

中国における主な育児支援対策には、女性企業従業者に対する出産有給休暇及び出産に係る医療保障を内容とする生育保険がある。ただし、この保険制度は都市企業等に就業する女性労働者を対象とするものであり、就業者の配偶者は対象にならない。また、当然に、都市企業以外において就業している女性労働者や無就業の女性及びその出産児には適用されず、これらの者を含む一般的な保障制度ではない（2002年末の加入者3,488万人。なお、2001年末の都市企業就業女性は4,226万人）。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### 中国

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### ●個人対応の重視

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、給付限度額等が設定されているなど、自助努力を含めた多層的な対応によって、生活保障を確保しようとしている。このため、個人負担への依存が高まるとともに、民間保険等との組み合わせ等を要することになる。

##### ●社会的弱者層に対する保障機能の必要性

農村部、都市部貧困層等への支援が強調されているが、社会保障制度はむしろこれらの者を排除する仕組みとなっており、必ずしも必要十分な生活保障を提供できていない。また、財政投入は、最低限の保障である、都市部住民の最低生活保障制度や年金財源の補填に重点がおかれている。

特に、農村部や流動人口に対する社会保障が不十分な状態である。高齢化の進行や離村者の増加、農業収入が低水準であることなど、「土地」が安定的な生活保障手段となりえなくなっているなかで、農村部等の弱者層への包括的な生活保障の確立が急がれる。

##### ●財政投入や地域間、都市・農村間の財政調整機能

農村部の経済成長が低く、地域間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。

仮に農村部や高齢者層、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、企業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困難かつ不十分な状況にある。近年、中央財源等の投入を増加させているところであるが、必要経費のうち定率で交付する仕組みではなく、財政事情に応じたその都度の定額配分となっており、一般的にみて安定的な中央財源・省財源の配分が実現していない。

##### ●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。

##### ●提供体制整備と費用保障の両立

社会保障に対する政府の財政投入が比較的少ないなかで、まずは、医療機関や福祉施設などの提供体制の整備が優先されている。これに対して、サービスの利用に当たっては、個人負担に大きく依拠しており、利用可能な者を限定してしまっている。高齢化の進行を踏まえて、中低所得者層を中心に社会保障ニーズが普遍化していくなかで、アクセスの拡大が必要になってきている。



*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### インドネシア

#### 1 社会保障制度の概要

---

インドネシアにおいては、我が国のように全国民を対象とする社会保障制度は整備されておらず、政府の許可を受けた健康維持保障制度、労働者社会保障制度（健康保険、労災保険、老齢給付、死亡保障）、国家公務員および軍人を対象とした医療保障制度及び年金制度、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。なお、介護保険制度はない。

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。

#### ●労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）

##### a 制度の概要

インドネシアには、労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）が存する。これは、老齢給付や医療給付総をカバーする総合的な社会保険制度で、1992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、老齢給付及び死亡保障からなる制度に改められた。

##### b 財源

労働者社会保障制度において、健康保険、老齢給付及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、健康保険及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。

##### c 制度の対象者

10人以上の労働者を雇用、又は労働者に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。

##### d 給付内容

健康保険としては労働者及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又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。

---



---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### インドネシア

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 年金制度

###### ●制度の種類

インドネシアにおける年金制度の中核は、上述の労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）である。公務員には、公務員年金制度が存する。基本的にはこの2つだけである。労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）の年金は、1階建ての年金である。強制加入であるが、適用対象とならない者も多く国民皆年金とはなっていない。財政方式は保険方式である。なお、公務員年金制度は、事実上強制加入の制度であり、財政方式は保険方式である。

###### ●労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）による年金

労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）による年金は、1で述べたとおりである。

###### ●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。

##### (2) 医療保険制度等

###### ●制度の種類

インドネシアにおける医療保障の中核は健康維持保障制度（JPKM）及び労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）である。公務員（軍人を含む）には、公務員・退職者健康保険制度による医療保障が行われている。医療保障関係の制度は基本的にこの3つである。?健康維持保障制度（JPKM）は任意加入の制度であり、国民皆保険とはなっていない。財政方式は保険方式である。?労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）は強制加入であるが、適用対象とならない者も多く国民皆年金とはなっていない。財政方式は保険方式である。なお、公務員・退職者健康保険制度は強制加入の制度であり、財政方式は保険

方式である。

### ●健康維持保障制度（JPKM）

健康維持保障制度（JPKM）は、一定の基準を満たす団体に免許を与えて健康維持保障事業を行わせるもので、1992年に現在の関連法が制定され、1992年から1995年までの間組織等の体制整備を行い、1996年より現在の制度が運用されている。即ち、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。

### ●労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）

労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）は、1で述べたとおりである。

### ●公務員・退職者健康保険制度

公務員は・退職者健康保険制度は、公務員（軍人を含む）に対する医療保障制度で、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カ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。本人及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いる。

また、近年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2,000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。

### ●医療費免除制度

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。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

#### インドネシア

#### 3 公衆衛生施策

---

##### (1) 保健医療施策全般

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カ所の保健所（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。

##### (2) 医療施設

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。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

#### インドネシア

#### 4 公的扶助制度

---

インドネシアには、我が国の生活保護制度のような公的扶助制度は整備されていない。

一方、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。そこで、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。

---



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

#### インドネシア

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

社会福祉については、家族がその負担をする等まだまだ十分に整備されているとはいえない。近年では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。

##### (2) 高齢者保健福祉施策

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

社会庁が中心となり、老人ホーム、公共施設利用の割引を通じた社会サービスを実施している。中央政府が全国に46カ所、州政府が23カ所、民間が88カ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。

##### (3) 児童健全育成施策

###### ●児童手当

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。

###### ●児童福祉施策全般

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カ所、民間施設730カ所）におけるリハビリテーションとして、6カ月間の精神教育、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。

---



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### インドネシア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

2000年の国家開発計画において、貧困削減に対し最大限のプライオリティーが付されたことを受け、ユスフ・カツラ国民福祉担当調整大臣を中心に「Interim Poverty Reduction Strategy paper」がとりまとめられ、2002年10月に公表された。基本的な貧困削減戦略として、

- ? 機会の創出、
- ? 地域の活性化、
- ? キャパシティビルディング、
- ? 社会保障・社会保護、

の重要性が明確化された。

#### ●健康維持保障制度改革

現行の健康維持保障制度（JPKM）については、

- ? 加入が個人の任意であること、
- ? 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、

などが指摘されており、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、1999年より制度改革が検討されている。その内容については、2000年10月にとりまとめられた素案を元に検討が進められ、その後大きな変更は見受けられないが、現在、ユスフ・カツラ国民福祉担当調整大臣、スユディ保健大臣の他、大蔵大臣、社会大臣など関係閣僚間で調整が行われており、早期の国会提出を目指している。

#### 健康維持保障制度改革案の内容

##### 1 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。

## 2 改革案の内容

### (1) 加入者（被保険者）

イ 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。

ロ 失業者・貧困者も制度の対象とする。

ハ 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。

ニ 国外に居住するインドネシア人は対象としない。

### (2) 保険料と医療サービス

イ 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。

ロ 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。

ハ 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。

### (3) 独立行政法人の設立

イ 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。

ロ 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。

---

第1部 2002～2003年の海外情勢  
第4章 社会保障施策の概要  
第2節 アジア  
タイ

---

---

(注) 失業保険制度については、第1章116頁～参照。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### タイ

#### 1 社会保障制度の概要

---

タイの社会保障制度は、社会福祉制度と社会保険制度に大別され、前者は、貧困者、障害者、児童、高齢者、女性、山岳少数民族などに対する福祉サービスをその内容としている。

後者の歴史は比較的浅く、1990年に、疾病、出産、障害、死亡、児童扶養、老齢及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、児童扶養及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、事業所の被用者を対象とする労働災害補償給付を除けば、それまでは存在しなかった。このほか、公務員、公営企業被用者や軍人に対する医療保障、恩給制度等がある。

こうした医療費保障制度の対象とならない者に対しては、2001年4月より段階的に1回当たり30バーツの自己負担で医療機関に受診できるようにする施策（30バーツ医療政策）が実施されており、2002年11月には本政策を制度面から後押しする「国民健康保険法」が成立した。

なお、介護保険制度は存しない。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### タイ

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 年金制度

###### ●制度の種類

社会保障法による年金制度（1998年末に社会保障法の老齢年金に係る部分が施行され、ようやく年金制度が整ったばかりである）と公務員等に対する恩給制度とがあるが、比較的シンプルな制度となっている。年金は、適用対象者は強制加入であるが、国民皆年金とはなっていない。財政方式は社会保険方式である。

###### ●社会保障法に基づく年金制度

社会保障法の適用対象は、当初、労働者20人以上の事業所であったが、1993年9月より同10人以上の事業所に拡大された。1994年9月、任意加入制度が創設され、2002年4月には1人以上の労働者を雇用するすべての事業所が対象となったこともあり、加入者数は2002年11月現在で690万人である。

財源（児童扶養手当に係る財源を含む。）は、雇用主及び被用者の保険料並びに政府の拠出により賄われており、保険料率・拠出率は、この3者について2000年から2002年にかけてはそれぞれ2%、2%、1%、2003年以降は、3%、3%、1%とされている。

給付対象は180ヵ月以上保険料を支払った55歳以上の者となっており、給付内容（支給額）は、納付した保険料額及び期間に応じて決定される。

##### (2) 医療保険制度

###### ●制度の種類

従来医療費の援助として、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、また公務員等に対する医療保障制度は存していたが、これらに加えて1991年4月より社会保障法に基づく給付が開始された。また、2001年4月より「30バーツ医療政策」が実施されている。

###### ●社会保障法に基づく医療保険

社会保障法に基づく医療保険の仕組みの概要は以下のとおりである。



財源は、雇用主及び被用者の保険料及び政府の拠出で、この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。ただし、現在の景気停滞に配慮して、1998～2003年の間は、上記の保険料率は1%に軽減されている。

給付内容については、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。

### ●30バーツ医療政策

社会保障法の適用対象者や公務員等を除く国民を対象に、1回当たり30バーツの自己負担で医療機関に受診できるようにする施策が2001年4月から試行的に開始された。本政策の対象地域は順次拡大され、2002年4月より全ての地域で実施されている。「30バーツ医療」を受けるためには、最寄りのヘルスセンターで登録手続（治療を受ける病院も登録される）を行い、IDカード（ゴールドカード）を入手する必要がある。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### タイ

#### 3 公衆衛生施策

---

##### (1) 保健医療施策全般

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、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、一般の保健施策の財源は税金で賄われている。

##### (2) 医療施設

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900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330施設）、診療所（約1万4,000施設）などがある。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### タイ

#### 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（2001年現在で2カ所、入所者数約3,900人）。引き取る親族もい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（2001年現在で9カ所、入所者数約4,500人）。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### タイ

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

一般の社会福祉施策の財源は税金で賄われている。

##### (2) 高齢者保健福祉施策

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（2001年現在で20カ所、利用者数約2,800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（2001年で17カ所）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（モービル・ユニット（mobile unit）と称す）を提供している。

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。

##### (3) 障害者福祉施策

1991年に制定された障害者リハビリテーション法等に基づいて施策が行われている。

在宅サービスとして、社会に障害者への理解を深めていく活動（Community-Based Rehabilitation：CBR）プログラムによる障害者に対する総合指導等が全国数十カ所で行われるなどしている。

施設サービスとして、障害児施設、知的障害者施設が主にバンコク周辺に複数設置され、職業訓練センターが全国に8カ所設置されている。

##### (4) 児童健全育成施策

###### ●児童手当

我が国のような児童手当制度とは異なるが、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。

###### ●在宅サービス

在宅サービスとして、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。

●施設サービス

施設サービスとして、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（2001年現在で計29カ所、利用者約10,100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。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### タイ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

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、2002年4月より「30バーツ医療政策」が全国で実施されるとともに社会保障法の適用対象が従業員10人以上の事業所から1人以上の事業所に拡大された。さらに、同年10月の「国民健康保険法」の成立により、法律上、全ての国民が医療を受ける権利を保障されることとなり、政治主導で導入された「30バーツ医療政策」に制度的な裏付けが与えられた。ただし、保険料徴収に関する規定はなく（そのため厳密には「保険」制度になっていない）、30バーツという低額の自己負担で制度が維持できるか、他の被用者保険との統合をどうするか等の課題がある。このほか、社会保障法について、いまだ施行されていない失業保険制度の実施も検討されている（注）。

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 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 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、生活保護が主として州政府を中心に行われている。なお、介護保険制度はない。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*



---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### マレーシア

### 2 社会保険制度等

---

#### (1) 年金制度 (SS)

##### ●制度の種類

マレーシアの年金保険制度は民間被用者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であり、比較的シンプルである。ともに1階建てで、強制加入（公務員の場合は保険料は徴収されないが自動的に適用の対象となる）であるが、退職給付制度は自営業者は任意加入であり、国民皆年金とはなっていない。

##### ●民間労働者を対象とする退職給付制度

民間労働者に対しては、財務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。

財源は労使による所得比例定率制の保険料で、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。なお上述のとおり、自営業者は、自発的に同積立基金に加入することができる。

給付内容は、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。

##### ●公務員を対象とする年金制度

公務員の場合は、人事院が管轄する公務員年金制度がある。

財源は国が全額負担しており、公務員の在職中の自己負担はない。

給付内容は、定年後（通常55歳）に支給が開始する。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) 医療保険制度 (MCR) 等

マレーシアには公的な医療保険制度はない。しかし、医療サービスの供給については、公立の医療機関では、無料又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。

なお、労災給付制度が、被雇用者社会保障法の下、社会保障機構により民間の被用者を対象として運営されている。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。即ち、

?雇用障害保険制度については、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。

?就労不能年金制度については、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。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### マレーシア

### 3 公衆衛生施策

---

#### (1) 保健医療施策全般

##### ●行政組織等

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。

##### ●健康増進

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。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。

#### (2) 医療施設

医療施設としては、各州に国立の州総合病院がある。また、私立の病院もある。そのほか、農村部には2,000人規模の自治体単位で看護師が簡単な診察と投薬を行う簡易診療機関がある。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### マレーシア

#### 4 公的扶助制度

---

マレーシアには、我が国の生活保護に類する公的扶助制度はないが、状況に応じて入院中の生活費、食料品、現金等の配給が行われている。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### マレーシア

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

マレーシアの社会福祉施策は、

?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、

?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、

?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。

##### (2) 高齢者保健福祉対策

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リングが支給される。老人ホームについては、現在、全国9カ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。

##### (3) 障害者福祉施策

障害者は障害者登録制度により、医師の診断に基づいて各州の福祉局が障害の程度を認定、障害の程度に応じて手当が支給される。在宅サービスとしては、福祉省により「地域に根ざしたりハビリテーション」（CBR）事業が行われている。

施設サービスとしては、全国に5ヵ所国立小児療育センターが、1ヵ所成人職業訓練施設があるほか、州立の施設が存在するが、恒常的に多くの待機者を抱えているといわれる。

#### (4) 児童健全育成施策

##### ●児童手当

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。

##### ●児童健全育成施策全般

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」は要援護者の児童又は家庭に適切な援護サービスを実施しており、1991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。

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。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### マレーシア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

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 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### フィリピン

#### 1 社会保障制度の概要

---

フィリピンにおいては、人口の約半分が加入する退職年金、医療保険等の社会保険制度、障害者、高齢者、少数民族、棄児や保育に欠ける児童等に対する施設における保護等を始めとする福祉サービス、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。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### フィリピン

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 制度の概要

###### ●概要

フィリピンの社会保険制度は、3つの制度からなっている。フィルヘルスが実施する公的医療保険制度及びその他の個別の保険事故（老齢、労災等）を包括的に補償し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）である。なお、公的介護保険制度は存しない。

###### ●社会保障基金（SSS）及び公務員保険基金（GSIS）

###### a 制度の概要

社会保障基金（SSS）は、退職年金を初めとして障害年金、遺族年金、出産休暇手当等の給付を行う社会保障プログラム（Social Security Program：SS）及び労働災害に伴う傷病手当、障害年金、遺族年金等や業務上疾病に関する医療費の給付を行う労災補償プログラム（Employees' Compensation Program：EC）の二基金から構成される。また、社会保障基金は生活資金、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。公務員保険基金（GSIS）も公務員を対象として、社会保障基金（SSS）と同様の事業を実施している。

###### b 財源

財源については以下のとおりである。

###### ?SSS

SSSの財源は労使の保険料である。

保険料は、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、労働者が一カ月に受け取る給与及び全ての手当（時間外労働手当、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15,000ペソまで、500ペソ毎に29段階に分けられている。

社会保障プログラム（SS）分は、雇用者及び労働者双方が負担し標準報酬月額の平均8.4%（雇用者5.07%、労働者3.33%）である。自営業の場合は同じ8.4%をすべて自己負担する。

雇用者労災補償プログラム（EC）については、全額雇用者負担で定額10ペソである。労働者の保険料は、毎月雇用者が労働者から徴収し、雇用者負担分と共にSSSに支払う。

## ?GSIS

GSISについては、中央政府及び各地方公共団体が雇用者として、応分の負担をしている。社会保障プログラム（SS）分は、標準報酬月額16,000ペソまでは平均21%（雇用者12%、労働者9%）である。標準報酬月額16,000ペソを超えた部分は労働者側がその部分の11%を支払う。

なお財政については、SSSの財政状態は悪化している。実際、2000年の収支によれば、総収入約427億ペソに対し総支出約380億ペソで黒字となっているが、保険のみの収支でみると会員からの保険料約303億ペソ、給付339億ペソで赤字となっている。1999年に行われた推計によれば、現在の保険料（8.4%）と給付額のバランスが維持されると2008年より、支出が収入を上回り2015年に破産する計算となっており、2003年3月より雇用者負担分を1%上げ、合計9.4%にする予定とされている。

GSISについては、保険料がSSSより高めに設定できていること、比較的安定した雇用である公務員のみを対象としていることなどにより健全な財政状態にあるとされている。

しかしながら、両団体とも政府監査団や民間団体より収支を粉飾しているとの指摘を受けており実像については不明である。

## c 制度の対象者

社会保障基金（SSS）への加入は、法律上加入義務群と任意群に分かれる。

義務群は、60歳以下の全ての労働者、全ての自営農・漁民及び一定額（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）や自営業者（俳優、プロ・スポーツ選手、専門職等）である。それ以外の者が任意群で、例えば、一定額（3,000ペソ/月）以上の収入を得ている海外建設労働者、退職者、SSS加入者の配偶者、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となっている。なお、1997年5月に全ての自営農・漁業者にも社会保障基金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・漁業者のみが社会保障基金（SSS）への義務加入であった。）。

なお、社会保障基金（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、社会補償基金（SSS）に関するすべての手続において必要とされる。

加入者数については、2001年末の社会保障基金（SSS）加入者数は雇用者約63万人、被雇用者約1,935万人、自営業者417万人である。また、公務員保険基金（GSIS）の加入者は約142万人（強制加入対象者の約8割）である。

## (2) 年金制度（SS）

### ●制度の類型

給付は一階建て型で、最低給付を保障して支払額に応じて給付を受ける額が変動する。適用は義務加入者群と任意群に分かれ、国民皆年金制度ではない。現在までところ税金の投入はなく社会保険方式である。

#### a 給付要件

給付要件は、120ヵ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）及び65歳以上の高齢者（就労者も含む）に対して給付される。

#### b 給付内容

給付内容は、加入期間と平均報酬月額により決定される。給付額は、最低給付額以上で、下に示した二計算式の大きい方となる。最低給付額は240ヵ月以上保険料を支払っていた場合は月2,400ペソでそれ未満であれば1,200ペソである。

#### 給付額計算式

?平均報酬月額の40%

?平均報酬月額の  $(20+y) \% + 300$

y=支払い年数-10（マイナスの場合は0）

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）として給付される。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250ペソ）が給付される。

### (3) 医療保険制度等

#### ●制度の種類

公的医療保険制度は、フィリピン健康保険組合（Philippine Health Insurance Corporation : PHIC、フィルヘルス）のみにより運営されている。適用者は、社会保険基金等の適用要件に該当する者は強制適用であるが、国民皆保険ではなく、実際医療保険の対象とならない者が多数存在している。徴収は社会保険方式である。

#### ●代表的制度の仕組み

##### a 管理運営主体

1995年2月に成立したフィリピン健康保険法（National Health Insurance Act of 1995 (R.A.7875)）に基づきフィルヘルスが実施機関となった。これは年金、医療保険、ローン貸付等の包括的社会保障制度の公務員向け制度（GSIS）とそれ以外の者向け制度（SSS）の医療保険部分を抜き出し両者を統合し設立したものである。

##### b 財源

被雇用者保険料は、労使均等折半で標準報酬月額の併せて約2.5%、ただし標準報酬月額3,000ペソ以下は月定額75ペソ、10,000ペソ以上は定額250ペソである。個人事業者の負担は月額100ペソに

固定されている。貧困プログラムは、会員本人の負担はなく、中央政府と会員の住む地方政府が合計月額99ペソ負担している（負担割合は地方政府の資産レベルによる。）収支については、2001年で収入約145.1億ペソ、支出約87.5億ペソで、約57.6億ペソプラスであり、現在のところ良好な経営状況とのことである。しかしながら、政府監査団や民間団体より収支を粉飾しているとの指摘を受けており実像については不明である。

### c 制度の対象者

制度の対象者（会員）は、大きく分けて被雇用者、個人事業者、無償対象者である。

被雇用者は、公務員及び私企業勤務者（GSIS,SSS所属者）である。個人事業者は、自営業者、OFW（海外出稼ぎ者）、自営専門職者（医師、弁護士、歯科医等）である。無償対象者は、GSIS,SSS所属の退職者、年金受給者等の高齢者及び貧困層プログラムの対象者である。

また、保険の適用の範囲は、加入者本人及びその扶養家族（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）となっている。

表1-137 医療保険制度の対象者

	会 員 数	適用者数
公 務 員	2,179,490	10,396,184
私企業従事者	4,847,162	19,376,791
自 営 業 者	1,364,387	6,754,792
貧困プログラム	1,267,650	6,338,250
無償対象者	477,448	716,172
合 計	10,136,137	43,582,189
推 定 人 口	80,292,566	
カ バ ー 率	54,28%	

資料出所 フィリピン健康保険組合  
(注) 2002年12月現在

### d 給付内容

入院医療にかかわる室料、食費、薬剤費、検査費、診察費等が対象となる。例外として白内障等の外来手術や特別プログラム下の外来診療等も対象となる。医療費は、傷病の種類と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又は病院に医療保険プログラムから直接支払われ、それを超える分については患者の自己負担となる（表1-138参照）。

また、医療保険プログラム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、給付の対象から除かれている（精神疾患を対象にすることを現在検討中。）。

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。

なお、利用可能な医療施設はフィリピン医療委員会（Philippine Medical Care Commission : PMCC）から認定された病院又は手術施設（全ての公立病院及びメトロマニラであればほとんどの私立病院）である。全国で1,700を超える病院中、1,502施設が医療保険が使用可能な施設となっている。

表1-138 医療保険給付一覧

給付内容	医療施設の種類の		
	1次医療機関	2次医療機関	3次医療機関
室料と食費 加入者本人は45日まで、扶養家族については併せて45日まで。	120	220	345
薬剤費			
1回の入院につき			
a. 一般診療	1,500	1,700	3,000
b. 集中診療	2,500	4,000	9,000
c. 重度特別診療	0	8,000	16,000
X線、検査費など			
1回の入院につき			
a. 一般診療	350	850	1,700
b. 集中診療	700	2,000	4,000
c. 重度特別診療	0	4,000	14,000
専門医診断料	一般開業医の場合、1日150ペソ		
1回の入院につき下記の料金を超えないものとする	専門医の場合、1日250ペソ		
a. 一般診療			
一般医	600	600	600
専門医	1,000	1,000	1,000
b. 集中診療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	1,500
c. 重度特別診療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	2,500
その他			
手術料			
a. 5 RUV以下	380	670	1,060
b. 5.1～10 RUV以下	0	1,140	1,350
c. 10.1 RUV以上	0	2,160	3,490
外科医	上限16,000ペソ		
麻酔専門医	上限5,000ペソ		
外来診療費：化学療法、放射線療法、白内障手術、血液透析、手術室で行われる軽度な外科的処置			
外科的家族計画			
精管切除	900	900	900
卵管結紮	1,125	1,125	1,125

資料出所 フィリピン健康保険組合「フィルヘルス給付（2001年1月29日）」

(注) 1 RUVは、「Surgical Procedure's Relative Unit Value」の略で、外科手術の難易度を示す。  
2 医療保険プログラムでは加入者本人及びその扶養家族を対象とする。

## ●問題点

問題点としては、以下のことが挙げられる。

?保険料が収入の一定割合になっているが、負担額の上限が低く、結果として高額所得者が優遇されていること、また、高額所得者も多く含む個人事業者の負担額が月額100ペソに固定され、逆累進負担となっていること。

?給付対象からほとんどの外来診療が除外されていること、また給付上限により個人的負担に耐えられないような高額医療に対する解決となっていないこと。

?同一疾患での給付日数に上限を設けており、すでに10大死因のいくつかを占めている生活習慣病に対応していない給付ルールとなっていること。

?貧困層プログラムは中央政府、地方政府の折半により貧困層を保険システムに組み込むこととしているが、受益者は自己負担が無く、保険形式となっておらずまたその体制の維持の見通しが不明瞭であること。

?2010年までに国民皆保険を目指しているが、貧困層が40%を超えるフィリピンにおいて国民

皆保険制度を維持する収支見通しが不明瞭であること。

●我が国の支援方向

医療保険制度の給付対象や会員対象の増加は、貧困層の医療アクセスの改善や患者からの収入がほとんど無い公的病院の経営改善につながることから、我が国としても支援重要分野と考えており、短期専門家の派遣を通じ具体的支援の方向性について検討している。

---

---



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### フィリピン

#### 3 公衆衛生施策

#### (1) 保健医療施策全般

#### ●公衆衛生の現状

##### a 基本指標

フィリピンの公衆衛生の基本指標は下表の通りである。乳幼児死亡率（IMR）、5歳児未満死亡率（U5MR）は東アジアと太平洋地域の平均とほぼ同じレベルで、IMRで見れば我が国の1970年頃の状況と重なる。妊産婦死亡率（MMR）は同平均より高い。

HDI（人間開発指数）は、国連開発計画（UNDP）が開発した新たな開発指標で、平均寿命、成人識字率、国内総生産（GDP）の3つを勘案したものであるが、約170カ国の評価の中で77位であった。

表1-139 アジア諸国の平均寿命と各死亡率

国名	人間開発指標 の世界順位	平均寿命		乳幼児死亡率		5歳児未満 死亡率		妊産婦 死亡率
		1970-75	1950-00	1970	2000	1970	2000	1985-99
				1000 出生当		1000 出生当		10 万当
マレーシア	59	63.5	71.9	46	8	63	9	41
タイ	70	59.5	69.6	74	25	102	29	44
<b>フィリピン</b>	<b>77</b>	<b>58.1</b>	<b>68.6</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>90</b>	<b>40</b>	<b>170</b>
インドネシア	110	49.2	65.1	104	35	172	48	380
ベトナム	109	50.3	67.2	112	30	157	39	95
日本	9	73.3	80.5	14	4	21	4	8

資料出所 世界銀行 "Human Development Report 2002"

##### b 10大死因

保健省発表の1998年の主な死亡原因は下記の通りで、乳児では現在も感染症が主な死亡原因である



のに対し、全体では感染症中心の疾病構造から感染症と生活習慣病両方が共存する構造に変化している。感染症では結核が最大の疾患である。

表1-140 フィリピンの各死亡原因（1998年）

	成人死亡原因（人口10万対）		乳児（1歳未満）死亡原因（出生千対）	
1位	心疾患	76.5	胎児・新生児呼吸不全	3.5
2位	脳血管	56.6	肺炎	2.8
3位	肺炎	46.1	先天性異常	1.9
4位	悪性新生物	43.9	出生児損傷	0.9
5位	事故	40.8	下痢	0.9
6位	結核	38.3	敗血症	0.6
7位	慢性肺疾患	19.5	髄膜炎	0.3
8位	糖尿病	12.1	他の呼吸器	0.3
9位	他の呼吸器	10.3	栄養失調	0.2
10位	腎臓系	10.2	麻疹	0.2

資料出所 フィリピン保健省

### c 感染症の状況

3大感染症であるエイズ、結核、マラリアの状況は以下のとおりである。

?エイズ：HIV感染者数（2000年）は5,000人、有病率は0.007%とされている。近隣諸国（インドネシア0.047%、マレーシア0.183%、タイ1.129%）に比し驚異的に低く、我が国とほぼ同値である。

?結核：WHO西太平洋事務局管内で、結核による死亡人数は第2位であり、罹患率、死亡率では最大の結核蔓延国である。1996年で2万7,000人が死亡、毎日73人が死亡することとなる。

?マラリア（寄生虫）：マラリアは、国家的に重要な疾患ではなくなったものの、ミンダナオ、パラワン、北部ルソン等の高浸淫地域においては、10大死亡原因に入り、1995年の死亡数は700人であった。また、土壌媒介性寄生虫（鞭虫、回虫等）は小児の貧血、栄養不良、発達遅延の原因となるが、人口の半分が罹患しているとされる。

### d 人口

2000年国勢調査によれば、2000年の人口は7,650万人でその増加率は、2.2%（1995年から2000年）であった。2000年現在の世界の人口増加率は1.3%であるが、そのうち開発途上国で1.6%、後発開発途上国は2.4%とされており、フィリピンは、アジア地域でも人口増加率最大国の一つである。1995年国勢調査による年齢分布によれば18歳未満の占有率は45.0%であり未だ若い国といえる。

### ●行政組織等

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。

保健省は、本省及びその下に全国を15地域に分けたリージョンごとの地域事務所を設置している。地方行政機関としては、全国79の各州には州保健局が設けられている。また、全国約1,500の各市・町には、それぞれ市・町保健事務所が設けられるとともに、医師、保健婦・看護婦、検査技師等が常勤する保健

所 (Rural Health Unit : RHU) が全国2,405か所 (1997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。

全国約42,000のバラングイ (フィリピンの最小行政単位で、人口数千人程度。日本の字又は区に相当するが、自治体としての機能を有し、バラングイの首長は公選制である。) のうち、主に地方農村部の14,416か所 (1999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。

## ●健康増進

1999年から5カ年の計画でヘルスセクターリフォームアジェンダを決定し、以下の5分野について包括的なサービス体制の改善を図ることとしている。

- ?医療分野財政改革 (国民皆保険の実現)
- ?地域医療システムの改善 (良質な医療アクセスの改善)
- ?公衆衛生 (疾病コントロール、プライマリーヘルスケアの推進)
- ?病院システム (施設・機材・人材の改善)
- ?保健・医療制度 (基準策定、免許制度能力の改善)

さらに、2001年2月の現保健省長官就任後、ヘルスセクターリフォームアジェンダの中でも優先すべき政策として結核対策、タバコ対策、家族計画の推進、小児疾病予防関連 (ワクチン接種等)、薬品価格の値下げ誘導 (政府が安価な薬品をインドより輸入することにより誘導する。)、国民皆保険制度の推進の6事項をあげている。

### (2) 医療施設

フィリピンの医療施設は、国公立施設と民間施設に分けられ、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、州立病院及び州立地区病院、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。

1999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 (人口は2000年の値を使用。)

### (3) 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、2000年までの各保健医療関係免許の累計登録者数は、医師95,016人、歯科医師41,484人、看護婦337,939人などとなっている。また、フィリピンには28の医科大学、191の看護学校があり毎年、医師1,500~3,000人、看護婦5,000~30,000人が新たに登録されている。

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。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### フィリピン

#### 4 公的扶助制度

---

公的扶助制度としては、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。

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### フィリピン

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

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及び高齢者福祉、障害者福祉に関する施策を行っている。なお、1991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、モデル事業を立ち上げより良いサービス提供を提案することが主な事業となった。

また、社会福祉・開発省は子供、障害者、高齢者といったセクター別支援とは別に、国家予算や外国ドナーの資金を利用して包括的統合的な貧困問題解決と開発を目指した事業も行っている。

##### (2) 高齢者保健福祉施策

60歳以上年収6,000ペソ未満の高齢者に対し、公共交通機関、宿泊施設、医薬品等の2割引、税控除、無料医療サービスなど様々な特権を付与している（共和国法第7432号）。さらに、1995年に制定された共和国法第7876号により各市町に我が国の老人福祉センターに相当する高齢者センターの設置を進めている。

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が身寄りや行き場のない高齢者のためには、政府、地方自治体、NGO等が保護施設等高齢者福祉サービスを提供している。

##### (3) 障害者福祉施策

WHOの推定によれば、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正確な数字は不明である。障害者のためのマグナカルタ（共和国法第7277号）、アクセシビリティ法（国家法第344号）、職業リハビリ法（共和国法第1179号）等障害者の権利、支援を明確にした法律が制定されている。

実質上は、障害者の支援事業は少なく、施設において身体・知的・精神障害者のために医学的リハビリ、職業訓練等が行われることが中心的な事業となっている。これらは、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。しかしながら、施設においてもフィリピン全土で公立の障害者向け施設が9カ所しかないなど、サービスの質的、量的不足は深刻である。

#### (4) 児童健全育成施策

##### ●児童健全育成施策全般

全てのバランガイは、両親が働いていて、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。

##### ●児童保護

児童保護について、社会福祉・開発省が中心となって取り組んでいる。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、里親による大家族的扶養サービス、施設保護等である。里親による大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。

施設保護は通常一時的であるが、棄児、孤児、ストリートチルドレン等の保護施設、虐待、性的虐待などを受けた少女の保護施設等がある。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第2節 アジア

##### フィリピン

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

1991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、財政力、首長の社会保障の無理解等の理由により、保健医療及び福祉分野の公的サービスに地域格差が生じている。

また、2000年で人口の40%弱が最低限の生活を営むことのできる貧困ライン以下の生活をし、貧富の格差を示す指標であるジニ係数は42.9（1994年）と高水準を示している。貧富の格差、地域の格差の是正が今後の課題である。

年金制度、医療保険制度は、リスクの分散とともに所得移転の意義も認められており、このような視点においても今後の社会保障制度の充実が求められている。

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第3節 大洋州

##### オーストラリア

#### 1 社会保障制度の概要

---

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

オーストラリアの社会保障制度の特色としては、

?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、

?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、

?連邦、州、地方公共団体、民間団体といった多様な主体が各制度を機能的に分担し、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。

---



---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第3節 大洋州

##### オーストラリア

#### 2 社会保険制度等

---

##### (1) 制度の概要

オーストラリアでは、年金については、税財源により所得及び資産調査に基づいて給付される老齢年金（Old age pension）、被用者ごとの積立による貯蓄制度である退職年金基金制度（Superannuation guarantee）がある。医療保険については主として税財源により給付されるメディケア制度がある。

なお、介護保険制度は存在せず、主として税財源により介護サービスが提供されている（5（2）参照）。

##### (2) 年金制度

###### ●制度の種類

オーストラリアの公的年金制度は、上述のとおり2階建ての制度といえる（もっとも退職年金基金は強制的な部分と任意の部分とがあるため厳密には3階建てといえる）。

###### ●老齢年金制度

老齢年金制度は、資産調査のもと、要件を満たす高齢者に支給される。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。給付の要件は、受給年齢（男性65歳以上、女性62歳以上（ただし、2013年までに65歳に引き上げられる。））に達することで、当該年齢に達した国民に老齢年金が支給される。

給付内容は、高齢者の基礎的な生活を保障することを目的とし、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429.40豪ドル/2週、夫婦の場合358.40豪ドル/2週（一人当たり）である。

ただし、所得、資産による減額がある。

###### ●退職年金基金制度

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、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、1992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。

適用対象は、月450豪ドル以上の所得のある被用者である（自営業者、無業者は含まず）。

財源は、使用者による積立金で、最低でも被用者の給与の9%に当たる額を支払わなければならないが、当該積立拠出金を支払わない場合は、国税庁（Australian Taxation Office；ATO）により、積立金所要額を上回る退職年金保障税が課される。積立及び受給については税制上の優遇措置はあるが、国庫補助はない。なお積立には、この強制的な部分に上乗せして任意に積み立てることも当然可能である。

### （3） 医療保険制度等

オーストラリアの医療保障は、医療保険制度ではなく、税財源によるメディケア制度により医療費の一部を負担する仕組みがとられている。制度創設が1984年と比較的新しいこともあり、高いサービスを求める者は民間保険を活用することができ、この結果実際には保険診療と自由診療の混合的な仕組みとなっている。

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、1984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。

財源については、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が、州立病院の場合には州政府がその運用費用を分担している場合がある。

給付内容は、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。）。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第3節 大洋州

##### オーストラリア

#### 3 公衆衛生施策

---

##### (1) 保健医療施策全般

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を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。

##### (2) 医療施設

医療施設としては、?公的病院（州からの補助を受ける病院。州によって仕組みが異なる）、?私的病院（州からの補助を受けない病院。主として宗教団体や慈善団体によって運営され、小規模のものが多）等がある。設置許可は州の権限であり、その基準は州によって異なる。

##### (3) 医療従事者

医療従事者としては医師、看護婦等合計24の医療関連専門職種が存在するが、その免許制度は州の権限であり、資格要件は州ごとに異なる。医師には、一般医（General Practitioner；GP）と専門医とがある。

---



## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第3節 大洋州

##### オーストラリア

#### 4 公的扶助制度

---

生活保護制度は、1991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、その最低限の生活を保障する制度である（Special Benefit）。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、子ども等を扶養する者、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センターリング（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374.90豪ドル／2週）及び若年者手当（16～24歳までのフルタイム又は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310.10豪ドル／2週）に準じ、これを超えない範囲とされている。なお、受給者に所得があればその分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1万2,811万人である。

---

---

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第3節 大洋州

##### オーストラリア

#### 5 社会福祉施策

---

##### (1) 社会福祉施策全般

オーストラリアの社会福祉は、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。

##### (2) 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）、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、1997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地域・在宅サービス事業（HACC：Home and Community Care Program）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高齢者ケア判定チーム（ACATチーム：Aged Care Assessment Team）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1985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、1996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。

### (3) 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（1991年合意、1998年改訂））に基づき、連邦・州・自治体政府が協力連携しながら、総合的に提供されている（協定の中で、特に、連邦は雇用に対し、州は居住環境その他支援サービスに対する責任を負うことが明確化されている。）。なお、連邦レベルでは、「家族・地域サービス省」（Department of Family and Community Services）が所得保障及び障害者支援サービスを一括して所管している。

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

一方、障害者支援サービスは、協定に基づくものとして、居住サービス、就労サービス、地域生活援助、地域社会参加促進、レスパイトケア等のサービスが提供されている。また、主に高齢者が利用している地域・在宅サービス事業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。

### (4) 児童健全育成施策

#### ●子供のいる世帯に対する所得保障

子どものいる家庭を経済的に支援するため、連邦政府による保育手当（Child Care Benefit。以前はChildcare Assistance及びChildcare Rebate）と呼ばれる保育サービス利用料金の補助の施策が講じられているほか、家族（税）手当、両親手当、出産手当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。

#### ●児童健全育成施策全般

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、1972年の児童福祉法（Child Care Act）の成立に始まり、1988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。

## 第1部 2002～2003年の海外情勢

### 第4章 社会保障施策の概要

#### 第3節 大洋州

##### オーストラリア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

---

オーストラリアも他の先進諸国と同様、1980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、1990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、深刻な社会問題をもたらした。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た。

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、その後、連邦政府予算において段階的に実現が図られている。

しかし、医療、教育、福祉といった国内問題を得意分野とする労働党が1996年以来政権から離れていること、他方ハワード首相率いる保守連合政権は、もともと財政再建を標榜して成立した政権であること、2001年9月11日の米国同時多発テロ事件、2002年のバリ島爆弾テロ事件及び昨今のイラク問題を巧みに利用し、国民の関心を国外問題に向けることに成功していること、これに関連して国防・治安対策関係予算の増大圧力が高まっていることから、社会保障分野の課題に対しては、財政上の負担軽減が主眼となる傾向にある。例えば、上院の反対で実現してはいないが、02/03年度予算において政府は、薬剤費の自己負担水準の引き上げ、障害者給付資格の厳格化などを提案していた。

---