

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向 アメリカ

---

(注1) 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2) 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、

- 1) 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、
- 2) 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、
- 3) 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、

等が批判されている。

---

(注3) メディケア・パートC（メディケア・プラス・チョイス：Medicare+Choice）

#### a 給付内容

政府に代わって民間の保険者がパートAの給付と同等以上の給付を請け負う。

#### b 加入要件

パートA及びパートBの双方に加入している者。

#### c 保険者による保険の仕組み

民間保険者は、会員制健康医療団体（Health Maintenance Organization：HMO。保険料は低額だが診療機関や受診内容の制約が厳しい）、PPO（保険料は割高だが医療機関を自由に選択できる特約医療団体）等を通じ、加入者に医療給付を行う。

#### d 民間保険者の報酬の受領態様

民間保険者は、給付を請け負った加入者1人当たり定額の報酬をCMSから受領し、当該報酬額の範囲内で給付内容・給付サービスに係る競争が民間保険者の間で行われている。

#### e パートAとの主要差異

パートAでは給付対象外となっている外来薬剤や予防検診などの給付が認められている。しかし実態は、民間保険者は経費圧縮のため加入者に対し医師や医療機関へのアクセスを大幅に制限しているため、メディケア加入者の9割弱がパートAを選択していて、パートCの加入者は12～13%程度となっている。



## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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、連邦制で州の権限が強いことが、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や低所得者に医療扶助を行うメディケイドといった公的医療保障制度、補足的所得保障や貧困家庭一時扶助（TANF）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が多い。

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。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

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、障害者、低所得者等に限定されている。

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 2 社会保険制度等

##### (2) 年金制度

#### 1) 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、要件を満たした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。

2004年においては、1億5,600万人の被用者又は自営業者 (全被用者及び全自営業者の96%) が社会保障年金制度によってカバーされると見込まれている。また、2003年末現在、4,700万人の受給者が社会保障年金を受給しており、その平均月額は、退職者単身世帯で909ドル、夫婦二人世帯で1,523ドルであった。

なお、社会保障年金制度を巡っては、2010年以降のベビーブーマー世代の大規模な引退を控え、制度の持続可能性を維持するためにその全部又は一部を民営化するという議論がクリントン政権時代から活発に行われており、この流れはブッシュ政権においても引き継がれている。クリントン及びブッシュ両政権下においては、それぞれ改革案の検討のための委員会が組織され、様々な提案が行われたが、いずれの提案も全体としての合意を得るには至らなかった。しかしながら、ブッシュ大統領は、2004年1月の一般教書演説において、労働者が自ら社会保障年金の一部を運用するための個人退職勘定の創設の必要性を説いており、この問題は同年秋の大統領選挙や2005年の議会における争点となると見られている。

#### 2) 企業年金制度

米国においては、公的年金たる社会保障年金に上乘せされるものとして、企業年金が多様な発展を見せ

ている。

企業年金には、大別すると「確定給付型企业年金 (Defined Benefit Plan)」及び「確定拠出型年金プラン (Defined Contribution Plan)」という2つの形態がある。確定給付型企业年金は、比較的古くからある企業年金の形態であり、その特徴としては

- 1) 加入者に対し、勤務年数、給与等を考慮した一定の給付算定式によって算定される給付を予め約束していること、
- 2) 拠出金の拠出は事業者のみであり、加入者からの拠出は必要としないこと、

等が挙げられる。一方、「確定拠出型企业年金」は、1980年代以降、401 (k) プランの登場によって急速に普及した企業年金の形態であり、その特徴としては、

- 1) 給付額は、受給時までには制度に拠出された拠出金の合計額と、加入者が選択した方法による運用の実績によって、事後的に決定されること、
- 2) 拠出金の拠出は、加入者が行うものを基本としつつ、事業者からの一定の追加拠出を認めていること、

等が挙げられる。

こうした企業年金プランの創設は事業主の任意であり、法的に強制されている訳ではないが、現実的には、大企業を中心とするほとんどの企業は、何らかの企業年金を有している。その結果、企業年金が保有する資産の額は膨大なものとなっており、その規模は、2001年現在、確定給付型企业年金において1兆8,500億ドル、確定拠出型企业年金において2兆1,100億ドルにも上っている。

企業年金制度のうち、加入者に対して算定式に基づく一定の給付額を予め約束している確定給付型プランについては、2000年以降の株式市場の低迷と、低金利の影響から、多くのプランにおいて、年金資産の総額が給付債務の総額を下回るという「積立不足」の状況が見られている。こうした状況を踏まえ、議会では、制度建て直しのための改革案が検討されてきたが、これまでのところ抜本的な改革の合意には至っておらず、2004年は、当面のプラン救済を図るための暫定措置を講じる法案が成立したのみである。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 2 社会保険制度等

#### (3) 医療保険制度等

##### 1) 制度の種類

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。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。

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）（注1）が普及し、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っている。2001年には民間保険料は10.5%引き上げられ（注2）、公的医療保険であるメディケア医療費よりも高い伸び率を示していることから、リベラル派からは、他の先進諸国同様、政府を保険者とする統一した皆保険システムの創設を促す主張もなされている。

国民医療費は、2001年から2011年の間にGDPの成長率よりも毎年2.5%高く伸びていくものと予測され、2011年には対GDP比で17%を占めるものと見込まれている。

米国の医療費を支出主体別に見ると、民間医療保険が34%と最大の割合を占め、次に、メディケア支出が17%、メディケイド支出と自己負担がそれぞれ15%となっている（出典：米厚生省Centers for Medicare and Medicaid Services）。

##### 2) メディケア、メディケイド等

メディケア（Medicare）は、1965年に創設された連邦政府が運営する公的医療保険制度である。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4,050万人（2002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）により、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））及び連邦政府の一般財源により賄われている。

2003年におけるメディケアによる支払総額は2,548億ドル（予算ベース）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1,459億ドル、補足的給付（メディケア・パートB）における支出が1,089億1,000万ドルであった。

メディケイド（Medicaid）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、メディケアとともに1965年に創設されたが、その支出は増加し続け、2003年には州・連邦合算で1,587億ドルに達している。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、メディケアがカバーしない長期ケアをもカバーする。

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。

---

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 保健医療施策

---

政府は、2000年に、“Healthy People 2000”を改定し、“Healthy People 2010”を策定した。“Healthy People 2010”は、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 3 公衆衛生施策

##### (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用しており、専門医は自らの契約する病院の機器、病床を使って治療や手術等を行い、退院後は自らの事務所に患者を通院させるか、その他のリハビリ施設に通わせることとなる。

米国病院協会（American Hospital Association：AHA）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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 3 公衆衛生施策

##### (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。

看護師については、登録看護師数は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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 4 公的扶助制度

---

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

主要な制度は、貧困家庭一時扶助（Temporary Assistance for Needy Families：TANF）、補足的保障所得（Supplement Security Income：SSI）、メディケイド、食料スタンプ（Food Stamp）、一般扶助（General Assistance：GA）の5つである。

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

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

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

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

受給者数は、2002年において約514万人、206万家族となっている。

補足的保障所得は、連邦政府所掌の資産調査付公的扶助制度で、保護の必要な高齢者、視覚障害者等障害者を対象にしており、全米を通じた受給要件を定め、月単位で現金給付を行っている。

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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ため、医療の範疇に入る一部の介護サービス（Skilled Nursing Homes等）がメディケアでカバーされるに過ぎず、介護費用を負担するために資産を使い尽くして自己負担ができなくなった場合に初めて、メディケイドがカバーすることになる。また、食事の宅配、入浴介助等医療の範疇に入らない介護サービスについては、アメリカ高齢者法（Older Americans Act）によって、一定のサービスに対する連邦政府等の補助が定められているが、この予算規模はきわめて小さいものとなっている。

アメリカにおける高齢者介護サービスは、民間部門（特に営利企業）の果たしている役割が大きいのが特徴である。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 5 社会福祉施策

#### (2) 障害者福祉施策

---

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 5 社会福祉施策

#### (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、子供を養育する全家庭を対象とした児童手当制度は実施されていない。

保育サービスについては、全国統一的な保育制度は整備されておらず、州政府が施設整備、職員配置基準などを定めている。連邦政府は連邦厚生省（HHS）内に保育の専門部局（保育局：CCB；Child Care Bureau）を設置し、州・地域などで低所得の家族が良質の保育サービスを楽しむよう、財政的支援を行っている（2001会計年度で連邦は約59億ドルを支出して、州に支援している。州（及びさらに州から財源移譲を受けた郡、市町村）は、この金額を大きな財政的基礎にして、各種サービスを実施する。例えば、「チャイルドケアバウチャー」を経済的に恵まれない親に支給し、親はそのバウチャーで各種チャイルドケアサービスを購入する。バウチャー制度は州によって異なっているが制度の監督・整備は連邦厚生省保育局の大きな任務になっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 6 近年の動き・課題等

##### (1) 年金制度

---

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、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支出の拡大は、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### アメリカ

#### 6 近年の動き・課題等

##### (2) メディケア改革

2002年11月の中間選挙に勝利した後、ブッシュ大統領は、大統領選挙において公約していたメディケア改革について、2003年1月の一般教書演説で言及するとともに、メディケア改革のための法律を早期に提出して採決するよう、議会に対して強く呼びかけていた。

これを受けて議会での議論が本格化し、6月には、上・下院で、処方せん薬代の連邦政府負担部分等の内容が異なる法案がそれぞれ成立した。

このため共和党の主導で上下院で可決された法案の内容の相違を埋めるための話し合いが行われた結果、一部民主党議員の賛成も得て、2003年11月25日、米上院は、メディケア制度改革法（Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003）を可決し、12月8日にブッシュ大統領が署名して同法は成立した。

同法は、メディケア・パートDを新設して、これまで保険の適用外だった外来患者に係る処方せん薬代を適用対象に加えることを主内容とするもので、この改正は1965年のメディケア制度発足以来初めての大きな改正となった。

#### 1) 改正の主内容

処方せん薬代の給付を行うため、メディケア・パートDを新設した。加入対象者は、メディケア・パートA及びパートBの双方に加入している者である。

パートDは任意加入であり、保険料が施行当初は月額35ドル、給付内容は以下のとおりとされた。

〈表2-56〉メディケア・パートD給付内容

〈表2-56〉メディケア・パートD給付内容	
年間薬剤負担額	給付内容
年間250ドル未満	免責(全額加入者自己負担)
250ドル以上2,250ドル未満	75%給付(自己負担25%)
2,250ドル以上3,600ドル未満 (カバレッジギャップ)	全額自己負担
3,600ドル以上(破局的給付)	95%給付

また、メディケア・パートC（注3）加入者に関しては、パートCの給付の一環として外来薬剤が給付される。

なお、パートDの施行は2006年1月1日からとされ、それまでの暫定措置として、実施前の2004、2005年の2年間は、高齢者に対して処方せん薬代を15%以上安く購入できるディスカウントカードを配布する。しかし、カードによる割引率よりも市販薬価の上昇率が大きいため、ディスカウントカードの実効性は相殺されており、高齢者団体や民主党はもとより、共和党の一部からも、カナダ等からの低廉な処方薬の逆輸入を認めるよう規制緩和が主張されている。これに対し、連邦食品医薬品局（FDA）は、安全性の問題を理由に、逆輸入薬の開放について反対の姿勢を続けている。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

---

(注1) 収入が適正額を超える場合、年金クレジットは支給されないが貯蓄クレジットは、所定額を超える部分の4割相当額が支給される。最低賃金保障制度の下では、老後に備えて私的年金に加入していた場合、私的年金全額が支給額から減額されていた。このため、老後の準備を行うインセンティブに欠けるという問題があった。

---

(注2) 従来は、年金の支給開始を繰り延べた場合、繰り延べた期間の年金については支給開始後の年金に上乘せすることしかできなかった。

---

(注3) なお、医療従事者のうち、一般家庭医、薬局（薬剤師）は、NHSと契約関係に立つ独立の事業主として位置づけられている。

---

(注4) プライマリ・ケア・トラストとは、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組織である。病院、一般家庭医等と契約し、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。

---

(注5) 児童手当は、16歳未満（全日制教育を受けている場合は19歳未満）の児童を扶養する家庭に支給される。2004年の支給額は、第一子で週当たり16.50ポンド、第二子以降は同11.05ポンドである。

---

(注6) 家庭責任保護制度とは、育児等により就労することができず国民保険料を払えない者に対して、当該期間を国民保険料納付期間と見なす制度である。

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

##### 1 社会保障の概要と動向

---

英国では、労働者互助組織である友愛組合の伝統のもと、1911年の国民保険法により社会保障制度が創設され、第二次大戦中に提出された「ベバリッジ報告」により社会保障制度の青写真が示され、その後、体系の整備が進められた。

所得保障は、

- 1)すべての国民を対象とする保険料を財源とする拠出制給付（退職年金、傷病手当等）、
- 2)租税を財源とし、所得に関わりなく支給される非拠出制給付（児童手当等）、
- 3)租税を財源とし、低所得者を対象とした所得関連給付（所得補助等）

に大別される。また、医療サービスについては、税財源で原則として無料でサービスを提供する英国独特の国民保健サービス（National Health Service：NHS）として実施されている。

1997年に就任した労働党のブレア首相は、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視点でこれを調整していく「第三の道」を標榜した改革を推進してきた。既にブレア首相の任期は労働党の首相としては最長となる8年目に入っており、2005年春にも行われると予想される総選挙を経て、第三期目を目指しているところである。

ブレア政権は、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、発足当初から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くべきであるとの基本的考え方の下、積極的な雇用促進策、就労を促進するための給付内容の見直し、低所得者への重点的な財源配分を、各般にわたる社会の構造的格差（社会疎外：Social Exclusion）の是正の取組みと併せて推進している。

また、公的医療保険については、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 2 社会保険制度

##### (1) 概要

---

英国における社会保険制度は、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）がある。いずれも全国民を対象としている。

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険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（原則カウンティ）において税を財源とした対人社会サービスの提供が行われている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 2 社会保険制度

##### (2) 退職年金制度

#### 1) 制度の概要

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。1996年における各制度への加入割合は、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。支給開始年齢も、退職したかどうかにかかわらず、男性65歳、女性60歳である。ただし、女性については、2010年から2020年にかけて段階的に65歳に引き上げられる。支給額は2003年現在、本人79.60ポンド/週、被扶養の妻週65ポンド/週を基本とし、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（2003年）。

2003年度から国民保険の保険料が労使とも1パーセントずつ引き上げられ、21.8%（本人10%、使用者11.8%）となった。

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。しかしながら、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弱く、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た。1999年及び2000年に成立した関連二法により、基礎年金制度は維持しつつ、

1)主に中低所得者向けの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）、

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

3)離婚時の年金受給権整理の新たな選択肢として2階部分の年金権の分割制度を創設（2000年12月以降開始の離婚手続きに適用）したほか、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。

2003年10月には、最低所得保障制度に代えて年金クレジット（Pension Credit）制度と貯蓄クレジット

(Saving Credit) が導入された。年金クレジットは、最低所得保障額制度と同様、収入が適正額 (appropriate amount: 単身世帯は週105.45ポンド、有配偶者世帯は週160.95ポンド。被扶養者がいる場合等は加算措置あり) に満たない場合、その差額を支給する制度である。貯蓄クレジットは、65歳以上の者について、収入のうち所定額 (単身世帯は週79.60ポンド、有配偶者世帯は週127.25ポンド) を超える部分の6割 (単身世帯は週15.51ポンド、有配偶者世帯は週20.22ポンドが上限) を支給する制度である。(注1)

## 2) 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の企業が商品を発売するなど盛況を見せた。他方、2001年10月以降、5人以上を雇用する事業主には被用者に商品の一つを選定して情報提供を行い、希望する被用者については掛金を天引き徴収し代行納付する義務 (アクセス提供義務) を課し、違反した場合は最大5万ポンドの罰金が科されうることとなった。

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

既に、次期年金改正でも、手数料規制の緩和、類似スキームを短期、中期の運用商品にも拡大する等の見直しが検討されている。

## 3) 国家第二年金 (SSP)

国家第二年金は、年間4,180ポンド以上の収入がある者につき所得比例で年金を給付するものである。従来の国家所得比例年金 (SERPS) が完全な所得比例であったのに対し、

- 1) 年収が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週1ポンドの掛金で加入できる、
- 2) 年収24,600ポンド未満の者についても給付を従来の国家所得比例年金より手厚くする等、

低所得者により有利な設計となっている。ブレア政権は、施行から5年後に国家第二年金を定額給付となるように見直す方針を発表している。

## 4) 次期年金改正に向けての動き

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

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、過半の企業が確定拠出年金制度への新規加入を認めていないといわれている。こうした動きに対して労働組合が反発を強め、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き上げの必要性が指摘されていた。

2002年12月に政府が示した改革案の大枠では、公的年金の支給開始年齢を現行のまま据え置く一方、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。

2004年には、

- 1)年金保護基金（Pension Protection Fund）の設置、
- 2)年金監督機関の新設、
- 3)支給開始を繰り延べた人に対する繰り延べ年金の一括支給制度の創設（注2）

が盛り込まれた年金改革関連法案が国会に提出された。

#### 英国の年金制度改革案

##### 1 公的年齢の支給開始年齢の据え置きと高齢者雇用の推進

- 公的年金の支給開始年齢の65歳据え置き
- 年齢に基づく労働者の差別の禁止
- 支給を繰り延べた場合の国家年金の割り増し給付
- 企業年金を受給しながらの就労の容認
- 早期退職年齢の引き上げ等

##### 2 個人の年金受給見込額に関する情報提供の充実

- 金銭教育、キャンペーン
- 年金受給見込額に関する情報提供の充実

##### 3 年金税制の抜本的な改革

- 優遇措置を（現行8制度）を、生涯限度額約150万ポンド、年間限度額20万ポンドに一本化

##### 4 企業年金制度の大幅な簡素化

- 企業年金に関する最低限度額の引き下げ（制度毎の積立額を決定）
- 物価スライド義務の軽減（5%→2.5%に引き下げ）
- 企業年金への加入義務づけの容認

##### 5 受給権の保護

- 年金保護基金の設立（事業主破産等の場合、企業年金の90%を保証）
- 企業年金を終了させる場合の長期加入者の保護
- 企業年金制度に変更を加え、又は廃止する場合の加入者との相談義務づけ

6 金融サービス事業者及び年金市場に関する規制緩和等

- 3～5年間の支給期間限定の年金、75歳前に死亡した場合に一定額が返還される年金等多様な年金商品を認める

7 監督機関等の新設

- 従来の監督機関（OPRA）を廃止し、問題を抱える基金に早期に対応できるよう、検査中の資産凍結等の権限を有する新監督機関（年金規制局）を設置
- 「年金委員会」を設置し、今回改正後の状況も踏まえ、より強制的な措置を講じる必要の有無等を検討

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 2 社会保険制度

#### (3) 保険医療サービス

---

##### 1) 概要

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。制度創設当初は、病院は国営、医療従事者は公務員とされていたが（注3）、サッチャー政権下での改革により、現在では病院は公営企業（NHSトラスト）が運営している。

国民は、救急医療の場合を除き、あらかじめ登録した一般家庭医（GP）の診察を受け、必要に応じ、一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっており、このような制度下で、英国はこれまで先進国中比較的少ない医療費（2001年の国民医療費対GDP比は7.6%）で相対的に高い健康水準を維持してきた。しかし、長年にわたる病床数の削減（過去40年間で急性期病床は17万7,000床から13万6,000床に減少）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なっている（2003年末の手術の待機者リストは、イングランドで90万6,000人となっている）。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。

##### 2) 労働党政権でのNHS改革

サッチャー政権下では、競争原理の導入を主眼として、

1) 病院を国から独立した公営企業とする、

2) 一般家庭医に登録患者に係る予算管理を行う（予算保持一般家庭医）

ことにより、紹介患者の治療について両者に価格交渉をさせ、NHS内部にいわば「市場」を創設する改革が行われた。これは、NHS組織の硬直性、非効率性を改善する一定の成果を得たものの、投資不足と相まって、待機期間の長期化等の問題が深刻化した。

ブレア政権は、1997年12月に公表したNHS改革白書に基づき、1999年4月以降、保守党改革時に実施さ

れた政策について、関係者の連携・協調と不平等是正の視点から、

- 1)病院については公営企業（NHSトラスト）の枠組みを維持、
- 2)予算保持一般家庭医制度を廃止し地域（人口15万人程度）ごとに地域の医療従事者の代表も参加して域内患者に係る予算管理を行うプライマリー・ケア・トラスト（PCT）制度（注4）に移行（2002年4月移行完了）、
- 3)標準的な診療基準の策定を行う国立優良診療研究所（NICE）の創設、
- 4)保健医療と福祉サービスの連携を向上させるためNHS担当部局と地方自治体の事業運営の共同化推進、

等の施策を実施してきた。

また、1999年末のインフルエンザ流行により、がんの手術がベッドや麻酔医不足によりキャンセルされ手遅れになる等の事案が頻発したことを契機に、英国の国民医療費（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）が強く批判された。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るため、4年間毎年平均6.3%NHS予算を引き上げる旨表明した。その後、NHS職員及び一般国民の意見聴取が行われ、2000年7月、病院、病床等の拡充、医師、看護師等の医療専門職の増員等で10年にわたるNHS制度の近代化計画「NHSプラン」が公表され、逐次推進されている。

2002年7月15日、NHSプラン等の規定の改革を着実に実施するために、保健相と財務相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。

### 3) NHS改革の進捗状況

NHS改革の大きな柱は、

- (1) 地域に密着した医療提供体制（地域への大幅な権限委譲及び住民・医療従事者の決定への参加）、
- (2) 施設設備、人員の拡充、
- (3) 医療の質の向上、
- (4) サービスの地域間格差の是正、
- (5) 患者の選択

であり、これらについての改革の進捗状況は次のとおりである。

#### NHS改革目標

- ・最大待機期間を2005年末までに外来3か月、入院6か月とし、2008年には入院も3か月とする。
- ・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（熟練看護師等との面会は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、がん死亡率を2割程度削減等）。

〈表2-57〉 NHS改革の進捗状況

〈表2-57〉 NHS改革の進捗状況

## (1) 保健医療関係

主要事項	概要	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か所以上を近代化。</li> <li>画像診断装置250台、人工透析設備400か所の増設。</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1か所に対応するワンストップサービスセンターを500か所整備。</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>救命救急ベッドは、781床(33%)増の3,143床。一般病床は、1,599床(1.2%)増の13万6,679床。</li> <li>42の主要病院をオープン。13を建設中。</li> <li>心臓専門の大手民間病院を買収。</li> <li>診療所約2,000か所を近代化。</li> <li>MRI88台増設。CT204台、リニアック91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268か所設置。</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。当局が行う給食の評価も46%が「良い」、56%が「まあまあ」で、「悪い」はなくなった。</li> <li>2002年3月までに全ての一般家庭医診療所がNHSNetに接続。2006年4月までに、電子カルテ、電子予約、電子処方箋を導入予定。予算として合計23億ポンド。しかしながらIT関連の項目については、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、看護師20,000人、その他専門職6,750人の増員。</li> <li>看護師養成定員を5,500人、専門医養成定員を1,000人、一般家庭医養成定員を550人増。</li> <li>院内保育所を100か所整備。</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>看護師は5万6,720人増の38万6,360人。医師(一般家庭医専門医)は1万5,010人増の10万8,990人。</li> <li>医学部は、2,058人増の6,030人。看護養成学校は、6,099人増の24,806人。</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140か所を整備。</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%引き上げ。</li> <li>専門医につき、賃上げ、休日・夜間の勤務強化等を内容とする新契約が、GPIにつき、賃上げ、高度な処置、検査等をした場合の評価、夜間往診義務の免除を認める等、従来の人割割の報酬体系を修正する新契約が合意された。</li> </ul>
●一般家庭医・看護師の役割	<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師を養成。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>スペシャリスト一般家庭医1,300人を配置。</li> <li>処方等を行えるコンサルタント看護師を年840人養成。</li> <li>従来、病院で行われていた処置60万件が一般家庭医で行われた。</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。</li> <li>白内障等のNHS待機患者を手術する民間運営の診断治療センターを2か所開設、32か所計画。(NHS運営の治療センターは26か所開設、20か所計画)</li> </ul>
●待機問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>これらの措置により、2002年までに国民は48時間以内に一般家庭医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か月(現行9か月)、入院6か月(現行18か月)を待機期間の上限とする。</li> <li>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。</li> <li>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事前予約不要で看護師と面会できるウォークインセンターを整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>98%の一般家庭医で目標達成。</li> <li>9か月以上の入院待機者はほぼ解消。6か月以上の待機者も18万9,854人から7万7,587人に減少。平均待機期間は10.2週。</li> <li>17週以上の外来待機患者はほぼ解消。13週以上の待機者も12万258人から4万3,843人に減少。平均待機期間は7.1週。</li> <li>がん疑診患者の98%が一般家庭医の紹介から2週間以内に専門医を受診。</li> <li>2002年までに救急部門の94%で目標達成。</li> <li>2003年には641万人の患者にアクセスを提供。</li> <li>全国にウォークインセンターを43か所整備。</li> <li>6か月以上待機の心臓疾患患者に民間及び海外の病院も含めた紹介先の選択権が与えられる。ロンドンでは白内障手術について同様のパイロットプログラムあり。</li> </ul>
●専門職の監督	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師、看護師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、がん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系の見直しを行う。</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>全て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一般家庭医を支援する専門家チームを335編成する。</li> <li>乳がん検診を現行の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)において抗がん剤、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か所を設置。</li> <li>心臓病患者であって9か月以上待機者は212人。6か月以上待機者は、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2003年には、15万人が禁煙に成功。</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>60万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	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拘わらず入院を継続したりする状態(Bed Blocking)の解消を目指す。</li> <li>5,000の中間ケア病床の整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアトラスト推進の関連法を制定。</li> <li>ベッドブロッキングの解消のため、福祉サービスへの予算を追加。福祉サービスの提供の遅れにより退院できない場合、NHSが自治体に費用負担を求めることを認める法律を制定。</li> <li>3,300の中間ケア病床を整備。</li> <li>社会サービスの提供の遅れにより退院が遅れている患者は、2003年12月には3,220人。(前年比29.8%減)</li> </ul>

●施設入所費用負担問題(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)	・1999年3月に高齢者介護問題王立委員会が提言していた対人ケアサービスの一律無料化は見送られ、看護サービスに係る費用のみ無料化することとされた。ただし、自己負担額算定のためのミーンズテストにおいては、王立委員会の提言に則し、入所後3ヶ月間は持ち家の価額は勘案しないこととされた。これらにより約3万5,000人が年間約5,000ポンドの負担軽減となる。	・2001年10月から、入所施設に対し、看護ケアに相当するものとして、要介護度に応じ35～100ポンド/週を支給。
●高齢者診療差別問題	・高齢者医療のガイドラインを策定普及していく。	2001年4月、診療差別の撤廃、中間ケアの推進、卒中・転倒・精神保健対策の充実、アクティブライフの推進等7項目からなるガイドラインを策定。

資料出所 英国保健省 "Chief Executive's Report to the NHS" (2004年5月) 等

#### 4) 地域に密着した医療提供体制

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

予算管理については、国（NHS）の地方支分部局である地方保健当局が中心となって行っており、保守党政権下での予算保持一般家庭医もこの権限の一部を一般家庭医が希望した場合に委譲するものであった。労働党政権下の改革により、2003年4月からは、人口およそ15万人単位に、地域の医療従事者の代表が参加する形で運営されている公営企業であるプライマリー・ケア・トラスト（PCT）：304か所）が中心となり、一般家庭医、NHS病院等からサービスの購入（予算管理）を行い、地域保健サービスを自ら提供する体制が整った。これに伴い、地方保健当局の役割は、より戦略的な計画の策定、PCT、NHSトラストの監督等に限定されることとなった。地方保健当局の大幅な整理統合が行われ、全国29か所の戦略的保健当局に置き換えられた。

実際の医療サービスの提供については、一般家庭医が一次医療、NHSトラストが二次（病院）医療を提供する体制は維持された。2004年4月からは、独立採算性であるNHSトラストの制度をさらに進め、人事、運営に関する保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファウンデーション・トラスト制度が、NHSの民営化につながるものとして大量の労働党左派議員の造反を出しながらも、僅差で成立した。今回のNHS病院改革は、今後の英国における公共サービスのモデルとしても注目されている。

#### 5) 施設設備、人員の量的拡充

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

PFIは、ブレア政権の公共サービス改革の目玉として道路、鉄道、監獄等のほか、病院建設に積極的に利用されており、100件以上の病院がPFI方式で設立されており新規の病院建築の主流となっている。このほか、白内障等の長期手術待機患者を減少させるための治療センターを設けたが、海外事業者を中心とする民間事業者が、その過半の運営の受託を受けた。

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

契約が合意された。

## 6) 医療の質の向上及び地域間格差の是正

医療の質の向上及びサービスの地域間格差の是正については、全国サービスフレームワーク（National Service Framework）に基づきサービス提供の具体的なあり方、目標が、老人、精神保健、児童、糖尿病、がん、心臓病等の分野別に定められたほか、全国優良診療機関（NICE）により個々の医療行為、薬剤等の適用についての評価、疾患についての診療ガイドラインが作成されている。また、NHS近代化庁等による行政、病院等に対するコンサルテーション等も行われてきている。

このほか、一般病院、専門病院、精神病院、救急搬送センターとプライマリー・ケア・センターを対象に、待機期間・各種死亡率・清潔度等28項目のパフォーマンス指標が公表されており（直近は2003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）パフォーマンスレーティングも行われており、三ツ星の病院には、査察を軽減し、投資計画への事前承認を要しないこととするなどのメリットを付与し、逆に無星の病院については、NHS本部の介入により業務改善が行われ、なお改善が見られない場合にはその運営を成績優良なトラスト等に委ねる方針が表明されている。こうしたパフォーマンス情報の公表システムは、病院サービスの水準向上とともに、NHS病院のアカウンタビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることを狙いとしている。

## 7) 患者の選択

英国においては、一般家庭医の紹介がない限り、原則として病院で受診することができない等、患者の選択は我が国と比べて大きく制限されているが、病院の予約に当たって病院が複数日時を提示する、一定期間待機した場合には民間病院も含めた医療機関での受診を認める等の施策が進められている。また、患者の権利についても、患者憲章の策定、各プライマリー・ケア・センターに患者助言連絡サービスの設置等が行われた。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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NHS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ー・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。プライマリー・ケア・トラストは、病院、一般家庭医等と契約し、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。）が雇用する保健師、地域看護師、助産師等により提供される場合が多い。

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

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

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 3 公衆衛生施策

##### (2) 健康増進

---

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

- 1)心臓病、脳卒中及び関連疾患による65歳未満の死亡率を3分の1以上削減（対1996年度比）、
- 2)事故死削減のため、重傷事故発生数を5分の1削減（同）、
- 3)がんによる65歳未満死亡率を5分の1以上削減（同）、
- 4)精神衛生対策として自殺及び関連する原因不明死の削減、

が公約されており、NHSプランでもその推進が再確認されている。

心臓病、脳卒中及び関連疾患による75歳以下の死亡率は、血栓溶解術の普及等により23%低下しており（人口10万人当たり1996年141.4→2002年126.8）、75歳以下のがんの死亡率も待機期間の減少、新治療薬の導入等により11%低下している（人口10万人当たり1996年141.5→2002年108.5）。

2004年2月に発表された首相、保健相、財務相の委託による報告書では、英国政府は、NHSに対する大幅な投資に併せて、予防対策にも重点を置くことを強調しており、たばこ、運動、果物及び野菜（食事）、食品表示、広告、性感染症、職場環境の7分野を中心に、2004年度中に政府、自治体、個人、企業等が行う総合的な取組策をまとめることを提案している。また、5月には、下院の保健委員会が肥満の問題に関する報告書を発表し、関係省庁が連携しての総合的対策、業界による分かりやすい表示の基準の制定等を求めている。既に、英国政府がファストフード業者、冷凍食品業者、缶詰業者等に対して、塩分を減ずることを企業の経営者に直接求めたり、高カロリーであることの表示を求めたりする動きがあるほか、公共の場所の禁煙等も活発に議論されている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 3 公衆衛生施策

#### (3) 薬事

---

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

英国では、医薬分業が徹底されており、一般家庭医が原則一般名で処方した薬を、薬局で調剤する仕組みとなっている。英国では、医薬品は要処方薬、薬局のみで販売できる薬、一般店で販売できる薬に分類されている。医薬品を入手しやすくするよう、要処方薬を処方せんが不要な薬に変更する方針が進められており、解熱鎮痛剤等については、一般店で販売されている。また、NHS処方せん取扱薬局についても制限を緩和して大規模販売店等が参入しやすくなった。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 4 公的扶助制度の概要

---

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

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

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

なお、2001年6月の総選挙後に、「福祉から雇用へ」を標榜するニューディール政策を推進する観点から中央政府の組織変更が行われ、年金及び各種福祉手当を所管していた社会保障省は、就労支援施策を担っていた教育雇用省の部局と統合され雇用年金省（Department of Work and Pension）となり、福祉給付受給者に対する就労支援の強化のため、職業紹介を行うジョブセンターと福祉給付の窓口であるベネフィットオフィスを統合してジョブセンタープラスに再編していくこととされた。

また、英国では、税の徴収を担当する内国歳入庁が社会保険料の徴収を担当してきた。これに加え、労働党政権下では、児童関連給付（児童手当及び所得関連給付のうち児童税額控除、就労税額控除等）についても、内国歳入庁が新たに担当することとなった。しかしながら、従来と異なる所得、家族構成等の認定事務等への不慣れのほか、就労税額控除等の制度変更に伴う新システムの不具合等も生じたことから、2003年には給付の払い込みが大幅に遅れる事態が続出し、50万世帯に支払いの遅れ等が生じた。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 5 社会福祉制度

##### (1) 高齢者を合む保健福祉サービス

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

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

#### 1) 保健福祉への労働党政権の取組み

労働党政権は、保健福祉サービスの近代化をスローガンに、1998年11月に網羅的な政策提言書を公表した。同報告書では、保守党政権下で民間参入が促進され、地方分権が推進された結果、地域間・利用者間の不公平が拡大したとして、サービス提供者や地方公共団体に対する国レベルの関与を強化することとを提案している。この提案を受け、高齢者の疾病予防とケアの改善に関するガイドライン（National Service Framework）が策定されたほか、高齢者に限らず各種福祉サービスの水準を向上させるため、全国ケア基準委員会が2001年4月設置され、従来自治体ごとに異なっていた入所施設基準など各種サービス基準を整備しつつ、2002年4月以降、入所施設や民間病院の登録・監督を開始し、2003年4月からは在宅ホームヘルプサービスにも監督の対象が拡大された。2004年には、地方自治体が提供するサービス全般の評価を行う機能を加えた、社会ケア査察委員会（CSCI）に改組された。

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

#### 2) 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悪く、社会的入院が待機期間を長期化させている（ベッドブロッキング）等の批判があった。労働党政権は発足直後からこの問題に積極的に取り組み、1999年保健法等により、NHSと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、医療サービスの提供を受けてから、地域に戻るまでの間のリハビリテーションサービスについて、中間ケアと位置づけ、在宅、施設、その他におけるサービス提供体制の整備が図られている。

さらに、病院から退院する患者について、退院に当たり社会サービスが必要であるとの通報を受けた地方公共団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地方公共団体がNHSに当該機関の滞在費、介護費として1日100ポンドを支払うこと等を内容とするベッドブロッキング法が2003年4月に成立した。

### 3) 高齢者介護の費用問題

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資産審査の資産要件が厳しく、持ち家の処分を余儀なくするものとして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、英国では介護施設（Nursing Home）の料金は、滞在費、個人ケア費用、看護費用に分けて考えられている。このうち、看護師による看護ケア費用は、在宅の場合はNHSサービスの環として無料で提供されるのに対し、介護施設では他のコストと同様に原則自己負担とされており、この不均衡を是正するため2003年4月からNHSが無料で提供することとなり、要介護度に応じて週当たり35～100ポンドが施設に支払われることとなった。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 5 社会福祉制度

#### (2) 障害者保健福祉施策の概要

##### 1) 身体障害者及び知的障害者

可能な限り地域で自立した生活を可能とするリハビリテーションの理念の下、地方自治体を中心となって、NHS、教育機関、ボランティア団体等と連携しつつ、デイケア、ホームヘルプサービス、施設、給食、補装具の支給、住宅改造、職業訓練等のサービスを提供している。また、障害による就労不能を事由とする就労不能給付や、重度障害による生活費の加重を補う障害者生活手当等の現金給付がある。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。

##### 2) 精神障害者

保健医療サービスはNHSが、福祉サービスは地方自治体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、一般家庭医を助ける精神保健スタッフの増員、青少年期の精神疾患が放置されないよう治療に結びつけるチームの設置、急性期患者の抱える「危機」に迅速に対応し無用の入院を回避するチームの整備、女性専用のデイセンターの整備等が盛り込まれている。また、精神保健サービス利用者に対する偏見や差別解消のための啓発キャンペーンが2001年から開始されている。

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

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連携、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への導入等の見直しが議論されている。

2002年6月には、ケア・プログラムに基づくサービス提供、強制的な措置は準司法的な精神保健審査会の

承認を必要とすること、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、英国議会への提出は見送られている。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 5 社会福祉制度

#### (3) 児童健全育成政策

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

##### 1) 貧困対策

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

現金給付においても、従来からの児童手当（注5）に加え、児童税額控除制度等により低所得者層に焦点を当ててその就労を誘導しつつ、貧困からの脱却を促す施策を展開している。

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

このほか、児童扶養法の改正により、同居していない親の責任額評価の簡素化、義務履行された場合の所得補助の控除対象としない部分の拡大、罰則強化等により私的扶養義務の履行を目指している。

##### 2) 仕事と家庭の両立支援

家庭責任を有する者の仕事との両立支援策として、出産休暇の充実、父性出産休暇の付与、家庭責任保護（Home Responsibility Protection）（注6）育児期間を国民保険料納付期間とみなす等の雇用法制、社会保障法制面の充実が図られている。保育サービスについては、公立、営利企業、非営利団体、個人等の多様な主体が、保育所（day nursery）、遊戯グループ、保育ママ（child minder）、ベビーシッター、学童保育、休日学童保育等の様々なサービスを提供している。また、早期教育については、幼稚園（nursery school）があるほか、小学校もレセプションクラスとして就学前の児童を受け入れている。

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

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

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

る。

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

また、2004年には3歳以上の全ての児童につき、親が希望すれば幼稚園、レセプションクラスに入園できるよう体制の整備がなされた。

### 3) 要保護児童対策

要保護児童（自治体の介入がない場合には、健康、発達に著しい影響があると見込まれる場合、又は障害児の場合）の福祉に関しては、地方自治体にその児童及び家族に援助を与える責務があり、必要に応じて、助言、デイケアサービス、ホームヘルプサービス等を与えることとされている。

また、児童の虐待防止のため、地方自治体の教育、社会サービスが一定の水準に達しない場合に直接介入することのできる査察官の国への設置、教育、社会サービス全般に責任を持つ担当責任者の地方自治体への設置、関係者が閲覧できるように児童の個人情報記録する電子ファイルを地方自治体に設けること等を内容とする児童法が国会に提出されている。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 6 財源

---

国民保険の保険料は、被用者と雇用主が負担する。2004年度における被用者の保険料は、週当たり所得のうち91～610ポンドの間については11%、610ポンドを超える部分については1%である。雇用主の保険料は、被用者の週当たり所得のうち91ポンドを超える部分につき12.8%である。

なお、週79～91ポンドの収入しかない被用者については、実際には保険料は徴収されないが保険料を拠出した者とみなされ、保険料拠出記録に算入される。

自営業者の場合、年間収入力が4,045ポンド以上の場合、定額保険料（2004年度は週当たり2.05ポンド）を納める。

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

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### イギリス

#### 7 近年の動き、課題、今後の展望等

労働党は、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が、来年春にも予想される次の総選挙においても公共サービスの改革が主要な論点となる様相を示している。

労働党政権下における公共サービスの「近代化」政策のため支出が伸び続けるなか、世界的な不況等の影響により、これまで経済が好調であった英国でも税収が伸び悩んでおり、労働党政権が固執してきた「経常的支出は税収で賄う」という財政規律を守れるか疑問視する声も出てきている。

こうした中、ブラウン財務相は、2004年度の財政演説でも、NHS、教育等の重点分野に対する投資を今後とも継続するとしており、その財源として中央省庁の大幅なリストラを含む大幅な行政の効率化を掲げている。

他方、ブレア政権が発足して7年以上経過し、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増加の成果が関心を集めている。一部の病院での待機期間が短縮したと見せかけるため集計を歪めているとの指摘や、改善を図る指標の設定自体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、看護師の増員等、既に達成された目標も多く、待機期間の削減等についても2004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、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、患者の満足度が向上したか等の点については、なお引き続き疑問が呈されている。

また、ここ数年、地方税の増額が高齢者の生活を厳しくしている。英国の地方税は資産課税であるため、年金生活者である高齢者に対しても課税される。公共サービスの改善、職員の待遇改善のための地方税の増額が高齢者の生活を直撃しており、大規模な街頭デモ、地方税の不払い運動等が行われた。ブラウン財務相は、2004年度の財政演説において高齢者に対して一人100ポンドを支払うことを表明した。折しも年金法案の審議の最中であり、英国の民営化の陰としての年金生活者の貧困問題を浮き彫りにすることとなった。

児童についても、2010年までに貧困児童を半減するという政府目標達成のため、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（成人まで引出し不可）しつつ、家族等の拠出も誘導し、成人時の資金準備を促す「子供信託基金」の創設、事業主の保育手当について週50ポンドまでの税金、社会保険料の免除、今後5年間で児童センターを1,000か所設置等の措置が発表されている。

このほか、2004年5月のEU拡大に伴い、東欧からの移民労働者の急増が懸念されている。他の大陸諸国と異なり、英国はなるべく移民に対して制限を講じない方針を維持しているが、社会保障給付目的の移民を防ぐ目的で、2年間資産調査付き社会保障給付（住宅給付、所得補助、所得ベースの失業給付、年金クレジット等）については、2年間の受給制限を課すこととした。また、NHSについても、非居住者に対して人道的な視点から認められていたNHS給付の制限を強化した。

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

##### 1 社会保障制度の概要

---

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

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度

---

#### 1) 制度の種類

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

#### 2) 制度の概要

財源は原則労使折半の保険料（賃金の19.5%相当額、2004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28%（2002年、育児期間の保険料の国庫負担分を含む）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、付加価値税の引き上げ分を財源とする追加的な国庫補助が行われており、1999年4月からは、環境税の増収分も年金財源に投入されている。

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。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年から廃止された。

年金額は、全被保険者の可処分所得の伸び率に応じて改定される。現在の現役世代の平均的な税引前保険料控除所得に対する年金の比率は約53%である。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 2 社会保険制度等

##### (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（2004年1月現在413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いる（いわゆる組保管掌方式）。これは19世紀後半にビスマルクが医療保険制度を創設した際に、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。

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公的医療保険でカバーされる者は、2004年現在全国民の約85%に達している。公的医療保険加入者の配偶者及び子女収入が一定額以下の者は、保険料の追加的負担なしに被保険者となる。

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2004年1月現在資金の14.27%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、家族とも入院、薬剤給付などの例外を除き原則10割であったが、2004年1月より自己負担として、原則四半期に1回10ユーロの外来診察料の負担や原則1割の薬剤負担等が導入された。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

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。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 3 公衆衛生施策

##### (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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 3 公衆衛生施策

#### (3) 医療従事者

---

医師の養成は、

- 1)大学の医学部で6年間の医学教育を修了し、その間に予備・第一次・第二次の国家試験に合格する、
- 2)医学教育修了後、第三次国家試験に合格する、
- 3)第三次国家試験合格後1年半の卒後実施研修を修了する（ただし、卒後実施研修については、2004年10月に廃止される予定である）ことによって医師免許が交付される。さらにその後、
- 4)各州の医師会から資格を与えられた専門医の指導の下、大学病院などにおいて行われる卒後専門医研修（通常5～6年）を修了する

ことにより、専門医の認定を受ける。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 4 公的扶助制度

---

他の援助が得られない生活困窮者に対して与えられる公的扶助として、連邦社会扶助法（1962年実施）に基づく社会扶助があり、失業保険、失業扶助の受給権のない人々へのセーフティネットとして機能してきた。社会扶助の内容には、必要不可欠な生計費等を保障する生活扶助と、障害、疾病、要介護など様々な生活上の特別な状況にある者に対して援助を行う特別扶助がある。いずれも資力調査が要件となっている。

生活扶助の給付内容は、食料、住宅、衣服、身体の手入れ、家具、暖房及び日常生活上の個人的需要（一定限度内での交際や文化生活への参加など）に係る費用（必要不可欠な生計費）である。児童及び青少年は、特に成長及び発達に伴う特別な需要（教材等）を含むものとされている。

社会扶助の管理運営主体は地方自治体であり、財源は地方自治体の一般財源である。

生活扶助の受給者数は、2002年で277万6,000人である。

なお、2003年12月に従来の失業扶助（失業保険が終了した人に資力調査の上で支給するもの）と社会扶助を統合し、「失業給付II」とする法律が成立し、2005年1月より失業給付の請求権を持たない就労能力のある失業者であって家計的に扶助が必要な状態ある者に対しては、「失業給付II」が支給されることとなった。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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。すなわち、

- 1)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、
- 2)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、それでも対応できない場合に初めて社会福祉の対象とするという構造になっており、
- 3)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。

我が国のように社会福祉サービスの内容を法律で定めておらず、社会福祉サービスの内容はその実施主体により異なる。

民間サービスが福祉サービスに占める役割も大きく、特に民間6団体といわれる

- 1)カトリック・カリタス連合、
- 2)プロテスタント・デアコニー事業団、
- 3)社会民主党・労働福祉協会、
- 4)中立・無宗教団体、
- 5)ドイツ赤十字及び
- 6)ユダヤ教団体

が重要な役割を担っている。我が国の社会福祉法人に該当するものは存在しない。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 5 社会福祉施策

#### (2) 高齢者保健福祉施策

---

##### 1) 高齢化の状況

2002年の高齢化率（65歳以上人口比率）は17.5%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20.0%、2030年で26.6%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。

##### 2) 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。

##### 3) 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。介護保険法に基づく認可を受けた在宅サービス事業所は、2001年12月には約1万600か所となっている。

##### 4) 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。

##### 5) 介護保険

###### a 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、1996年7月から資金の1.7%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、

1)在宅介護給付と

2)施設介護給付

がある。

## b 介護保険の給付内容

在宅介護給付には、

- 1)現物、現金給付（表2-57参照）、
- 2)ショートステイ（年間4週間、1,432ユーロ以内）、
- 3)代替介護（年間4週間、1,432ユーロ以内）、
- 4)介護用具の支給・貸与（例：介護ベッド、車椅子、昇降装置）、
- 5)住宅改造補助（1件当たり2,563ユーロ以内）

がある。

在宅介護給付を利用する場合は、現物給付と現金給付のいずれか単独でも、双方の組み合わせでも可能となっている。

施設介護給付については、介護度Ⅰで1,023ユーロ（月額）、介護度Ⅱで1,279ユーロ、介護度Ⅲで1,432ユーロ、特に過酷なケースは1,688ユーロとなっている。

〈表2-58〉 介護保険の給付内容

〈表2-58〉 介護保険の給付内容

介護度	現物給付(ホームヘルプ、デイケア、ナイトケア)	現金給付(介護手当)
介護Ⅰ	月額384ユーロ	月額205ユーロ
介護Ⅱ	月額921ユーロ	月額410ユーロ
介護Ⅲ	月額1,432ユーロ	月額665ユーロ
特に過酷なケース	月額1,918ユーロ	月額665ユーロ

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

ドイツ

5 社会福祉施策

(3) 障害者福祉施策

---

障害者福祉を行っている団体は、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いる。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

---

ドイツでは、子供のいる家庭と子供のいない家庭間の負担調整を行うために、子供のいる家庭は児童手当（原則として給与に対する所得税の源泉徴収額から税額控除される方法で支給）と児童扶養控除制度（所得控除方式で支給）がいずれかを選択できる。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供を対象に支払われる。また、育児のために週19時間未満しか就労していない親は、子供が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、子供を養育している者は、子供の誕生から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、その間の平均報酬に相当する保険料を支払ったものとして評価される。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) 概要

---

##### 1) 省庁再編

2002年9月の連邦議会選挙でかろうじて過半数を維持した社会民主党（SPD）・緑の党による連立与党は、第二次シュレーダー政権の発足に当たり、省庁再編により連邦経済労働省、連邦保険社会省を発足させ、労働市場改革・社会保障改革を実施する体制を整えた。

##### 2) リュールupp委員会

第二次シュレーダー政権は、労使折半で保険料を徴収している社会保障の負担（2003年現在の保険料は、年金19.5%、医療保険14.3%、介護保険1.7%、失業保険6.5%を合計すると42%）が大きくなりすぎたため、企業の国際競争力や雇用創出能力を失わせているとの認識に基づき、社会保障改革を自らの重要な政策課題と位置づけた。

2002年11月、ウラ・シュミット保険社会大臣は「社会保障の資金調達の持続性に関する委員会」（委員長の名をとってリュールupp委員会と呼ばれる）を発足させ、年金保険、医療保険、介護保険の中長期的な抜本改革案を審議させた。

##### 3) アジェンダ2010と医療・年金改革の断行

2003年3月、シュレーダー首相は連邦議会における所信表明演説で、自らの改革方針「アジェンダ2010」を公表し、労働市場改革とともに、医療保険改革、年金保険改革を断行することを宣言した。その後の政治的な調整を経て、2003年9月に医療保険改革法、2003年12月に短期的年金改革法、2004年3月に中長期的年金改革法が成立した。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (2) 医療保険改革

2003年8月、与野党が11年ぶりに医療保険改革について妥協して共同の改革案を作成することとなり、同年9月、「医療保険近代化法」が連邦参議院の同意を得て成立した。法律の主な内容は以下のとおりである。

#### 1) 診察時患者自己負担の導入

2004年1月より、18歳以上の患者の外来について、紹介状がある診療については3か月に1度10ユーロ、紹介状がない診療についてはこれに加え1回当たり10ユーロを徴収する。また、年収の2%（慢性疾患患者については1%）を負担の上限とする。

2) 入院について、2004年1月より、1日10ユーロの患者負担を1年に28日まで徴収する。

3) 訪問看護、マッサージ等については、2004年1月より費用の10%と、一処方当たり10ユーロの患者負担を徴収する（訪問看護については年28日まで）。

4) 2005年より歯科治療の給付を、公的医療保険給付から除外する。公的医療保険の被保険者は、公的に新たに創設される歯科治療に係る追加的保険又は私的医療保険に必ず加入しなければならない。

5) 2006年より傷病手当金（現在、病休第7週目以降につき賃金の約8割を給付）は被保険者のみの負担（0.5%の特別保険料）により賄う。

6) たばこ税を2004年と2005年に3段階に分けて増税し、その財源を保険になじまない給付（出産手当金等）の財源に用いる。

7) 2004年より死亡一時金、分娩手当金、不妊給付等を公的医療保険の給付から除外する。

8) 外来患者の診療所までの交通費は、歩行障害のある者やがん患者の化学療法のための通院など例外的な場合を除き認めないこととする。眼鏡等に関する給付については、18歳未満の者及び重度の視力障害者を除き認めないこととする。

9) 被保険者は現物給付と現金給付を選択できる。疾病金庫は、現金給付を選択した任意被保険者が医療費のうち一定額を自己負担することを条件に、低い保険料を設定できる。疾病金庫は、一定の要件を満たす任意被保険者が1年間医療を受けなかった等の場合に保険料の一部還付を行うことができる。疾病金庫は適切な予防活動を行った等の被保険者に対し「ボーナス」（自己負担免除を含む）を支給したり、紹介状なしでは直接専門医に行かず家庭医にかかる等特定のサービス契約を行った被保険者の保険料又は自己負担を軽減することができる。疾病金庫は、病院の主治医指定、個室・二人部屋利用、海外での治療についての民間保険の付加保険契約の仲介をすることができる。

10)医薬品について、以下の改革を行う。

- a 医薬品に係る患者の自己負担を見直す（原則1割負担、医薬品毎に最低5ユーロ、上限10ユーロ。なお、上記1)の負担の上限（年収の2%）は、各種医療サービス・医薬品に係る自己負担の合計額に適用される）
- b 定額給付制の対象となる医薬品の範囲の見直し（拡大）を行う。
- c 処方箋なしで入手できる医薬品については、一部の例外を除き医療保険からの給付は行わず、原則全額自己負担とする。
- d 医薬品の通信販売を認める。
- e 薬剤師による薬局の4店舗までの複数所有を認める。

なお、ポジティブリスト（保険が適用される医薬品の限定列記）の導入は見送られた。

11)被保険者は自己の医療費について情報提供を受けることとする。

12)医師に医療の質の管理及び定期的な研修を義務づける。

13)政府から独立した財団により「医療の質・経済性研究所」を設立し、治療方法や医薬品等の効果等について研究し、成果を公表・勧告する。

14)現在入院に特化している病院の機能を一部外来診療に開放する（医療が不足している地域、高度専門的な治療等）。

15)保険医協会を近代化し、合併を促進する（現行23→17又は18）。疾病金庫の管理コストの抑制・透明化を図る。統合された医療供給方式については、疾病金庫は各保険医と個別に診療報酬契約を結べるようにする。

16)外来診療の診療報酬について、2007年から罹患率の上昇により生じた診療の増加に対応できるよう変更する。

2004年4月、連邦保険社会省は「医療改革断行100日」と題する記者発表を行い、今年半ばまでに公的医療保険の被保険者（約7,000万人）の38%が保険料軽減の恩恵を受け、保険料率の全国平均も2004年中には14%（2003年1月の全国平均は14.3%）を下回るとの見通しを示している。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (3) 年金改革

1)年金財政の逼迫により、2004年の年金保険料を引き上げないための緊急措置が必要となり、2003年12月、社会保障法典第6編（公的年金保険法）の改正が成立した。その主な内容は以下のとおりである。

a 2004年1月以降も年金保険料を19.5%に据え置く。

b 2004年7月の年金スライドを凍結する。

c 2004年4月1日より年金受給者の介護保険料を全額本人負担とする（注 従来は保険料の半分を年金受給者が負担）。

d 変動準備金の下限を一か月の支出額の50%から20%に引き下げる。

e 2004年4月以降新たに年金受給者となる者については毎月初めではなく毎月末に年金を支給する（注 当該改正事項については連邦参議院の同意を得て成立）。

2)2004年3月、年金財政の中長期安定化を目指す「公的年金保険持続法」が連邦議会で成立した。その主な内容は以下のとおり。

a 年金スライド式に「持続性要素」を導入する（被保険者と年金受給者の割合の変化率をスライドに反映させる）とともに、計算式に用いる所得を保険料納付義務所得に限定する。

b 失業者及び高齢期部分従業者の早期年金受給制度の支給開始年齢を2006年から2008年にかけて60歳から63歳に引き上げる。

c 老齢年金一般の支給開始年齢引き上げを検討するため、2008年に政府は人口高齢化の状況及び労働市場の状況につき報告書を作成することとする。

d 算入可能就学期間（年金受給資格に考慮される保険料免除期間）を原則として職業訓練期間のみの最高36か月に限定する。

e 変動準備金の上限を一か月の支出額の70%から150%に引き上げ、積立金の形成を目指す。

f 将来の年金水準（45年加入の平均的賃金の労働者の年金額を現役労働者の税・医療保険及び介護保険料控除前所得と比べたもの）を、2030年で43%を下回らないようにする。

### 3)年金課税の見直し

1982年の連邦憲法裁判所の判決に則り、年金保険料の課税撤廃と、年金給付への課税について法案が審議されている。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### ドイツ

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

#### (4) 社会保障改革をめぐる政治状況と今後の課題

##### 1) 社会保障改革をめぐる現在の政治状況

コール政権末期から現在の第2次シュレーダー政権に至るまで、ドイツでは与野党の激しい政治的対立が続き、様々の改革法案に連邦参議院が同意しない事態が続いてきた。2004年1月から順次施行されている「医療保険近代化法」における与野党合意は政治的にみても画期的なものと注目された。

しかし、同法や年金改革法は社会民主党党内左派の反発を招いた。また、年金生活者などの負担増（年金スライド凍結、1月からの医療患者負担の増、4月からの介護保険料の半額→全額負担化）に加え、医療保険近代化法の施行の混乱（患者自己負担の徴収をめぐる医療機関の混乱、ウラ・シュミット保険社会大臣のピル処方患者自己負担の例外化の明言とその撤回、患者自己負担の上限が年収の1%に限定される慢性疾患患者の範囲の未確定など）に対しては国民的な批判が集まっている。

##### 2) 医療、介護の中長期的改革構想

「リユールップ委員会」により示された中長期的改革のうち、現在のところ制度改革が行われたのは年金のみ（公的年金持続法）にとどまっている。

医療に関しては、「リユールップ委員会」より、医療保険の財源調達方法につき中長期的な抜本改革案が示されている。第1案は「市民保険方式（又は国民皆保険方式）」であり、公務員、自営業者も公的医療保険に強制加入させ、家賃、利子所得等も保険料の付加対象にし、保険算定限度額（保険料算定の対象となる所得上限額）を引き上げる考え方である。第2案は「定額保険料方式」であり、被保険者が月約210ユーロの定額保険料を負担（低所得者の負担が増えないよう国庫補助を導入）する考え方である。社会民主党（SPD）は2003年11月に行われた党大会において、第1案の「市民保険方式」の導入を目指し検討していく方針が了承されたが、具体案の検討には時間がかかるものとみられている。

介護保険に関しても、「リユールップ委員会」より、2010年から制度を抜本的に改革し、

- 1) 現役世代・年金生活者共通の保険料率は1.2%とし、現役世代は別途0.5%を自分の将来の介護のために積み立て、年金生活者からは別途2%の保険料を徴収する、
- 2) 給付を毎年改善（スライド）する、
- 3) 在宅給付の水準を引き上げる

という内容の改革構想が示されており、今後の改革への取組みが注目される。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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（年金）及び家族手当等に分かれている。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2-59）。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、1975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。

〈表2-59〉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

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、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2-60）。以前は国庫負担は赤字補填に限定されていたが、1991年から導入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年の1.1%から1998年には7.5%に上昇している。このほか、1996年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。これら拠出金はともに免税対象者（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2-60〉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 (年金)	8.2%+1.6%	6.55%	使用者負担のうち1.6%部分は給与全額 上限報酬限度年額29,184ユーロに対して、使用者負担8.2%被用者負担6.55%
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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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、年金と医療保険がそれぞれ別々の制度であるというだけでなく、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、介護保険制度はないが、これに相当するものとして高齢者自助手当がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 2 社会保険制度等

#### (2) 老齢保険（年金）制度

##### 1) 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分立している。ただし無業者は任意加入となっているので国民皆年金とはなっていない。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し、すべ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が、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。

##### 2) 一般制度の概要

財源は、労使拠出の保険料で、報酬全体を対象に使用者が1.6%の保険料率を負担し、さらに、報酬限度額までを対象に被用者が6.55%、使用者が8.2%を負担する。

支給開始年齢は、かつて65歳だったが、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21年間（2004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。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。

##### 3) 補足退職年金制度

フランスにはこのほか、幹部職員と一般労働者で異なるが、労働協約に基づいて2つの補足的退職年金制度がある。一般労働者向けの制度は1998年までは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（ARRCO）及び幹部職員退職

年金制度総連合会（AGIRC）が設立されている。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 2 社会保険制度等

#### (3) 医療保険制度等

---

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あり、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フランスに常住するフランス人及び外国人は、2000年1月1日から実施された普遍的医療ガバレッジ制度の対象となる。現在、国民の99%が保険でカバーされている。このほか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ある。一方、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ないため、退職後も就労していた時に加入していた職域保険に加入し続けることになる。

一般制度については、全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）が管理運営を行っている。

財源は労使拠出の保険料で、保険料率は被用者が給与全額の0.75%、使用者が給与全額の12.8%である。

給付内容については、償還払いが基本であるが、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。ただし、多くの場合、差額（自己負担分）は共済組合や相互補助組合等によりカバーされており、これらによってカバーされない部分が最終的な自己負担になる。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 保健医療施策

---

保健医療行政は中央集権的な仕組みで、中央の責任官庁である保健・社会保障省が出先機関として、各地方（Region：全国に22地方（海外領土は除く））に地方保健福祉局（DRASS）、各県（Departement：全国に95県（海外領土は除く））に県保健福祉局（DDASS）を設置している。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 3 公衆衛生施策

#### (2) 医療施設

---

医療施設としては、公立病院（主に県立、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、医療費の支払い、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、2001年で、公立病院が1,010施設・309,047床、公的病院活動に参加する非営利病院が573施設・53,637床、公的病院活動に非参加の非営利病院が318施設・16,326床、営利病院が1,151施設・93,511床となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 3 公衆衛生施策

#### (3) 医療従事者

---

医師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の資格を得る。現役の医師の数は約19万6,000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、代表的な医師組合としてはフランス医師組合連合会（CSMF）とフランス医師連盟（FMF）がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 4 公的扶助制度

##### (1) 制度の類型

フランスでは、数多くの困窮者救済策が国民連帯の思想に基づき発展してきた（表2-61）。このうち、重要なものとしては最低社会復帰扶助（RMI）、連帯老齢年金及び成人障害者手当などがあり、いずれも財源は国庫負担である。なお、社会扶助の原則として、受給者の死後相続額が一定額を超える場合には、給付の回収が行われる。

〈表2-61〉 フランスの社会扶助給付受給者数

	2001年受給者数	2002年受給者数	増減(%)
社会復帰手当	36,717	42,900	16.8
寡婦手当	13,600	13,000	-4.4
障害者補足手当	105,000	105,600	0.6
片親手当	160,700	164,063	2.1
連帯失業手当 ASS	391,596	372,400	-4.9
成人障害者手当 AAH	710,800	728,383	2.5
連帯老齢年金 FSV	644,687	605,000	-6.2
最低社会復帰扶助 RMI	938,459	950,693	1.3
本土合計	3,001,599	2,983,739	-0.6
海外領土、海外県	278,873	284,147	1.9
フランス全国合計	3,280,432	3,267,886	-0.4

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 4 公的扶助制度

#### (2) 最低社会復帰扶助 (RMI)

---

最低社会復帰扶助は1988年に創設された。2003年1月地方分権法により管理運営は県に移行したが、給付は家族手当金庫及び農業社会共済金庫が引き続き行っている。対象者は25歳以上65歳未満のフランス常住者で、生活に困窮し、失業している場合は就業努力を行っている者である。支給額は2004年1月1日現在、単身者417.88ユーロ/月、夫婦626.82ユーロ/月で、子供等扶養家族がある場合は人数に応じて割増がつく。なお、収入がある場合にはそれに応じて減額される。給付期間は原則1年以内とされているが更新可能であり、受給者は増加傾向にある。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

フランス

4 公的扶助制度

(3) 活動最低扶助 (RMA : Revenu Minimum d' Activite)

---

低額の所得よりも最低社会復帰扶助の受給を選択する者が多いことを踏まえ、2003年に創設された。週20時間18か月を期限（1回更新可能）とする臨時労働契約により行われ、最低社会復帰扶助との重複受給が可能である。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 4 公的扶助制度

#### (4) 連帯老齢年金 (Minimum Vieillesse)

---

連帯老齢年金 (Minimum Vieillesse) は1956年に創設された、65歳以上で年収が一定の額に達しないフランス常住の生活困窮者を対象とする非拠出年金である。管理運営機構は1993年までは全国連帯基金、1994年からは老齢連帯基金である。年収限度額は2004年1月現在で、単身7,223.45ユーロ、夫婦12,652.36ユーロで、給付年額は最高で単身7,052.95ユーロ、夫婦12,652.36ユーロである。所得がある場合には、その分受給額が差し引かれる。受給者数は80万人程度で、年金制度の普及拡充とともに減少傾向にある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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みで行われ、各県において、県議会議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。租税を財源としており、給付については原則として所得制限がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 5 社会福祉施策

#### (2) 高齢者保健福祉施策

##### 1) 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。

##### 2) 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41万9,384床）、集合住宅（logement-foyer：2001年1月現在で15万8,152床）及び長期医療ケア病床（Service de soins de longue duree：2001年1月現在で8万3,527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。

##### 3) 高齢者自助手当（APA）

高齢者介護のための制度である高齢者自助手当（Allocation personnalisee d' autonomie ; APA）は、1997年創設された介護給付（Prestation Specifique Dependance : PSD）を、2002年に改正したものである。

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、日常活動に支障のある者である。

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、

1)在宅サービスの場合、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、給付は第1段階～第4段階のみ）への認定につい

て、チームからの報告に基づき、県議会議長を長とする委員会が審査し、県議会議長が決定する。

2)施設サービスにおいては、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、

1)在宅サービス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1,125.59ユーロ、第2段階が964.79ユーロなどとなっている。

2)施設サービスの場合は、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。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か月分が限度である。

#### 4) 在宅介護近代化基金

2002年、高齢者自助手当制度の導入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。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 5 社会福祉施策

#### (3) 障害者福祉施策

---

障害者福祉施策の実施主体は、国、県、社会保障金庫等である。サービスの内容としては、

(i) 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。

(ii) 在宅サービスとして、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

---

##### 1) 児童に関する手当

児童関係の給付としては、家族給付がある。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。

我が国の児童手当に類似する給付として、家族手当が2児目からの児童に給付される。所得要件はなく、月額2児112.59ユーロ、3児256.83ユーロが20歳になるまで支給される。また11歳～16歳までの児童には割増として31.67ユーロが加算され、16歳～20歳までの割増は56.29ユーロである。

このほか、2003年5月の家族問題全国会議において乳幼児迎え入れ手当（PAJE：Prestation d' Accueil du Jeune Enfant）の導入が公表され、2004年1月1日以降に出生した子どもから適用されている（詳細は特集記事第1章18ページ以降参照）。

##### 2) 児童健全育成施策

保育サービスには大きく分けて、託児所によるものと、個人によるものがある。

託児所は主に3歳未満の子供を預かる施設で、集団託児所、ファミリー託児所、親が組織するペアレント保育所など様々な形態が認められている。（詳細は特集記事第1章24ページ参照）利用者負担は、所得や扶養家族数によって異なる。

認定保育ママは、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。個人としての認定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認定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、認定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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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7月、

- 1)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年までに民間と同じ40年に延長する、
- 2)さらに、全給与所得者について2012年までに41年、2020年までに41年9か月に延長することを検討する、
- 3)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、
- 4)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、

等を主な内容とする年金改革法案が成立した。

なお、現在、日仏間の就労者の異動を促進するため、保険料の二重払いを避ける日仏社会保障協定の締結に向けた交渉が続けられているところである。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (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、ここ数年連続して赤字となっており、2004年には赤字が141億ユーロに達すると予想されている。こうした中で、現在、病院運営の改善や費用の評価を内容とする病院改革が進行中であるほか、政府は2003年10月、医療保険金庫の運営改善や公私の医療保険の役割分担の見直し等を含む疾病保険の抜本的改革に向け、首相府に「疾病保険の将来に関する高等評議会」を設置した。2004年夏までに疾病保険改革法案を議会に提出する予定である。

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ている。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フランス

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (3) 高齢者保健福祉施策関係

---

高齢者自助手当については、2003年9月末における受給申請数が累計で155万5,000件に達している。このうち、既に140万5,000件については要介護認定が終わり、全体の84%について給付が認められたが、その17%は更新、改訂である。なお、介護給付（PSD）を引き続き受給している者は13,000人である。また、2003年第3四半期末での高齢者自助手当の受給者総数は75万8,000人で、55%が在宅、45%が施設入所者となっている。6%が給付打ち切りとなったが、そのほとんどは受給者の死亡によるものであった。受給者のうち第4段階に相当する者は44%で、その53%は在宅である。2003年9月における給付水準は、在宅においては平均給付月額が約470ユーロであるのに対し、施設においては平均給付月額が約371ユーロとなっている。

申請者数、受給者数が当初の予想を遥かに超えたことから、財政不足は深刻（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37億ユーロであった）であり、国と県がそれぞれ4億ユーロを負担することとしたため、県の歳入である固定資産税、住居税を引き上げる例が多くなっている。また、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こととされ、4億ユーロの支出縮減のため、

- 1)受給権の発生時点を申請時から認定時に遅らせる、
- 2)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、
- 3)在宅高齢者自助手当の平均自己負担率を5%から12%に引き上げ施設高齢者自助手当との均衡を図る、

という3本立ての改正が2004年から実施されている。

さらに、こうした高齢者自助手当の深刻な財政状況に加え、2003年夏には猛暑により高齢者を中心に1万5,000人が死亡するという事態が発生した中で、現在、社会保障の4つ目の柱に介護を含め、そのための全国基金を創設（休日の廃止により2008年までに90億ユーロの追加財源を措置）することや、高齢者、障害者への支援策として、老人ホームの改善やヘルパーの増員などを計画しているところである。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

##### 1 社会保障制度の概要

##### (1) 社会保障制度の全体像

---

スウェーデンの社会保障制度は、広範かつ高水準の所得保障を特徴としており、年金、児童手当、傷病手当などの現金給付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（2001年）は7,078億8,500万クローナ、対GDP比31.3%となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

##### 1 社会保障制度の概要

##### (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、国レベルでは、社会省が法律・政策案の準備・国の予算作成等を行い、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、社会保険庁と地方社会保険事務局は現在別の組織であるが、リーダーシップの強化等を図るため2005年から1つの新組織に統合再編することとされている。

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おり、その中心的事務は医療サービスの提供となっている。また、ランスティング、コミューンとも自主財源比率が高い。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 制度の概要

スウェーデンの「社会保険」には、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み（社会扶助は含まない）、また労災保険も含むが、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、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が所管している。

社会保険制度として位置付けられている諸給付は、

- 1) 家族及び児童に係る経済的保障、
- 2) 病気や障害に係る経済的保障、
- 3) 高齢者に対する経済的保障、

の3つに分類される。

まず、1)に属するものとしては、児童手当、養育費補助、両親保険、住宅手当等がある。このうち住宅手当は、子供のいる家庭や28歳以下の若年者を対象に、子供の数、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。約14万件が女性の単親又は独身世帯（平均月額約1591クローナ）、約4万件が男性の単身又は独身世帯（同962クローナ）、約4万件が夫婦同居家庭（同1677クローナ）に支給されており（2001年12月）、母子・父子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、1)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、2)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21日間（2003年7月以前は14日間）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。傷病手当の給付水準は2003年7月から引き下げられて従前所得の77.6%相当（改正前は80%相当）とされ、さらに失業手当の額を上限とすることとされている。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などがある。また、障害関係の給付として、活動年金及び傷病年金（これらは日本の障害年金に相当）、障害手当、介助者手当、近親者介護手当、自動車補助などがある。労災手当も2)の分類に属するものとされている。これ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。2003年1月には、特別労災手当を創設する等の改正が実施された。

最後に、3)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。

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 2 社会保険制度等

##### (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）を組み合わせた仕組みに制度体系が再編され、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。所得比例年金の保険料率は、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。

新制度に基づく年金支給は経過措置とともに段階的に導入されるが、特に2003年1月には、旧制度（基礎年金及び付加年金制度）に基づく従前の給付が廃止（裁定替え）されるなど、新制度への完全移行が実現した。

遺族年金は、2003年1月から改正が実施され、有期（10か月）の生活転換年金及び延長生活転換年金（同居している18歳未満の子がいる場合）、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（活動年金及び傷病年金）についても2003年1月に改正が実施された。改正後の活動年金は19～29歳の者を対象とする有期給付（3年以内）、傷病年金は30歳以上を対象とする無期又は有期の給付である。いずれも医療的理由によって1年以上にわたり4分の1以上就業能力を喪失した場合に支給される。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 2 社会保険制度等

#### (3) 保健医療サービス

---

スウェーデンの医療は、税方式による公営サービスが中心となっている。すなわち、基本的にはラン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。

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92%を医療関連経費（歯科を含む）が占めている（2002年）。

患者自己負担の水準は、「保健医療サービス法」において設定された全国的な上限額の範囲内で、各ランスタディングが設定するのが原則である。

具体的には、外来では通院1回当たりの定額が、初診か否か、患者の年齢、訪問先等に応じて設定されている。2004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、法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1年間で900クローナで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。18歳未満の子については無料である。

入院に係る患者自己負担については、1日当たりの定額が、患者の年齢・所得、入院日数等に応じて設定されている。法律による上限額は1日当たり80クローナである。2004年の自己負担額は、1日当たり概ね35～80クローナ（子供を除く）である。

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おり、1年間で1,800クローナが上限である。

なお、国民経済に占める医療の規模を見ると、総保健医療費の対GDP比は8.7%、うち公的支出は7.4%（2001年。OECD）となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 保健医療施策

---

#### 1) 公衆衛生の現状

2002年のスウェーデン国民の平均寿命は男性77.73歳・女性82.11歳、乳幼児死亡率は3.27%となっており、スウェーデンは地界最高水準の健康・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、現在の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。

#### 2) 健康増進

主な公衆衛生施策としては、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」がある。この行動計画では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。

薬物乱用対策に関しては、2002年1月に政府が「麻薬に係る行動計画」を国会に提出している。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。

公衆衛生全般については、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。

---



## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 3 公衆衛生施策

#### (2) 医療施設

---

スウェーデンの医療提供は、公営サービスが中心であり、これに関連して医療機関の役割分担が明確になっている。具体的には、特に高度先進的な医療を提供する圏域病院が全国6つの保健医療圏に計9つあり、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分けてカバーする計45のレーン地区病院があり、さらにプライマリケアを担当する計864の保健医療センターがある（2000年）。

1991年当時、ランスタングに属する病床数は全国で約9万4,000床（人口千人当たり10.8床）であったが、2002年には約2万8,000床（人口千人当たり3.1床）となっており、1992年に実施されたエーデル改革で約3万1,000床が福祉施設としてコミューンに移管されたことや民間病院の増加を考慮しても、1990年代を通じて病床数が相当程度縮減されている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 3 公衆衛生施策

#### (3) 医療従事者

---

医療従事者については、職種の専門分化が進んでいるのが特徴である。例えば看護師については、地域医療、小児科、外科、老年科、救急などの分野ごとに専門看護師資格が設けられている。医療従事者数は看護補助職種を中心に減少傾向にあり、全体で1995年の約35万人（全賃金労働者の9.0%）から2001年には約32万人（全賃金労働者の7.7%）にまで減少している。一方、医療従事者は医師・看護師など職種や地域による差はあるものの総じて不足しており、人材の量的確保及び資質の向上が重要な課題となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 4 公的扶助制度

---

我が国の生活保護に当たる社会扶助は、コミュニンの責任の下に運営されており、財源はコミュニンの一般財源である。対象者はスウェーデンに1年以上居住する18～64歳の者で、公共職業安定所に求職登録したうえで、就労能力のある者には求職活動が要求される。給付額は申請者の資力と所得を総合的に算定した額と各コミュニンが決めた基準額との差額となる。2002年には、23万7,000世帯（18歳～64歳に属する世帯の6.0%）が受給しており、支給総額85億クローナ（1世帯平均約3万6,000クローナ）、平均支給期間は5.8か月となっている。これらは1996年をピークに減少してきており、2001年と比較して受給世帯数は約6%、支給総額は約4%の減少となっている。受給世帯類型別に見ると、シングルマザー世帯の23%が受給者となっていること、受給者年齢別では18歳～29歳の世代が全受給者の37%を占めるなど若年世代の受給者比率が高いこと、外国生まれの国民（難民は除く）の12%が受給していること（スウェーデン生まれの国民の場合は2%）、長期失業者（年間を通じて公共職業紹介に登録されている者）は受給者の約3%になっている、といった特徴がある。

なお、政府は2001年に「社会扶助受給者を1996年から2004年までに半減する」との目標を示していたが、この目標達成は既に困難とされている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 5 社会福祉施策

#### (2) 高齢者保健福祉施策

---

スウェーデンでは、65歳以上高齢者比率は1984年に17%台に達して以降は安定的に推移しているが（2002年17.2%）、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2002年には5.3%まで高まってきている。

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。サービスの提供主体は基本的にコミューンであるが、民間委託も首都ストックホルムを中心に増大傾向にある。2002年にはホームヘルプサービスを受けた高齢者のうち約9%、特別の住居に居住する高齢者のうち約12%は民間主体によるものである。

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ものである。2003年には利用者負担の上限額は、ホームヘルプ等について1,544クローナ（2004年には1,572クローナ）、施設サービスについて1,608クローナ（同1,638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4,162クローナ（同4,238クローナ）、配偶者がいる者について3,487クローナ（同3,550クローナ）となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 5 社会福祉施策

#### (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ティ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、政府関係機関が講じるべき措置（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、必要なリ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。2002年12月には、行動計画の進捗状況についての政府報告書が公表、国会に提出された。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

---

##### 1) 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）から成る。

基本的に国内に居住する16歳未満の子供を持つ親は、子供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、子供が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供に対して、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で月額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供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することができる。なお、2003年1月には、養育費を支払うべき親の死亡により遺児年金を受給できる場合には、養育費補助を支給しないこととする改正が行われた。

##### 2) 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、通常の保育所と開放型保育所（オープン・プレスクール）がある。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。

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。2002年において1～6歳児の81%（うち保育所60%、学童保育所14%、家庭保育7%）7～9歳児の72%（うち学童保育所71%、家庭保育1%）、10～12歳児の9%が保育サービスを利用している（以上2002年）。

保育サービスはコミュニケーションの担当であるが、2002年10月時点で、保育所に通っている児童の17%（1994年には約12%）、学童保育所に通っている児童の8%（1994年には約4%）はコミュニケーションが設立した以外の施設（親等の共同運営や企業によるもの）に通っており、サービスの民営化が徐々に進展している。

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いる。改革は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、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、各コミュニケーションの判断で導入することとされているが、2003年1月時点で全てのコミュニケーションがこの制度を導入している。第4の改革は、コミュニケーションは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月から実施された。

### 3) 育児休業及び両親保健

スウェーデンの主な育児支援策として、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がある。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成る。

妊娠手当は、女性が妊娠により仕事に就くことができない場合に最高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、子供が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（150クローナ（2004年より180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歳未満の子供の看護等のための休業期間について子供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。なお、両親が学校訪問等のために休業する場合に支給されていた一時的両親手当（年1日間のコンタクト・デー制度）は、2003年1月に廃止された。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) 概要

2003年、スウェーデンにおいて政策上最大の争点となったのは、ヨーロッパ共通通貨ユーロ導入の是非であった。ユーロ導入賛成派の主な根拠は、

- 1)ヨーロッパ協力を完全な形で参加すべき、
- 2)ユーロ導入は為替リスクの軽減、欧州市場へのアクセス向上などの経済的メリットがある、

といったものであり、一方ユーロ導入反対派の主な根拠は、

- 1)ヨーロッパ連合（EU）に対する不信感、
- 2)高水準の社会保障など「スウェーデンらしさ」を喪失するおそれ

などであった。2003年9月14日に実施された国民投票の結果は、賛成42.0%、反対55.9%（投票率82.6%）で、ユーロ導入は否決された。この結果、現行通貨クローナが維持されることとなったことから、当面は経済・財政・金融政策、さらに社会保障政策についても従来の枠組みの延長線上で推移することになると推測される。

2003年、スウェーデンで世論を賑わせたもう一つの問題は、精神医療制度である。精神治療歴のある者等によって起こされた死傷事件が相次いだ上に、国民投票日直前の9月10日には、国民に人気のあった政治家であり次期首相候補の一人とも目されていたリンド外務大臣が、精神治療歴のある男に刺殺される事件があり、さらにその翌日にも5歳の幼児が精神病患者に殺害されたことを受けて、精神医療制度の現状を批判する世論は一気に高まった。政府は、1994年の精神医療制度改革後の推移について、

- 1)在宅医療へのアクセスが不十分、
- 2)入院医療の病床数が不足、
- 3)コミュニティによる就業支援が不十分、

という3つの問題点を認めた上で、自治体間の施策の調整や政府への改善策提案等を担う「ナショナル・コーディネーター」を設置し、スウェーデン赤十字総裁のアンデシュ・ミルトン氏を任命した。

中長期的視点に立った場合、スウェーデン社会保障に係る今後の注目点としては以下のようなものが挙

げられよう。

### 1) 社会保障の国際化への対応

衛生規制等の国際的調整、国内居住外国人等への公的給付・サービス提供のあり方、外国人・企業等のサービス参入、国際的視点から見た社会保障に係る給付と負担のあり方など、様々な局面において社会経済の国際化は社会保障のあり方に関わるが、日本と比較した場合、国際化への対応という観点でスウェーデンが先行している部分は多い。

現在、スウェーデンでは2004年5月のEU拡大に伴い、所得水準の低い新加盟国からの労働力移動の自由化を懸念する議論があるが、こうした社会保障国際化の問題にスウェーデンがどのように対応していくかは、注目に値する。

### 2) 社会保障と技術革新との関係

技術革新は生産性の向上等を通じて経済発展をもたらすが、経済全体の「パイ」を大きくすることは社会保障全体の発展と安定に関わる問題である。スウェーデンはノーベル賞の国であるとともに、研究開発投資が世界的に見て高水準に達する科学技術先進国である。現在、スウェーデンではIT技術の保健医療・介護への応用が注目されているが、こうした医療技術など厚生科学の発展という観点からのみならず、より幅広く社会保障と科学技術との関わりという観点から、スウェーデンは注目すべきものを有している。

### 3) 社会保障をめぐる諸改革とそのフォローアップのあり方

スウェーデンは「実験国家」とも呼ばれて、大胆な改革を果敢に実行することには国際的な定評がある。スウェーデンでは、多くの場合、こうした改革が実施された後の推移についてのフォローアップ、事後評価が行われ、必要に応じ施策の見直し等につなげている。

例えば、スウェーデンは地方分権の進んだ国として知られるが、現在では、地方財政問題、コミューンとランスティングの連携のあり方、さらに国・ランスティング・コミューンの役割分担などについて、国内で様々な角度からの議論や取り組みが行われており、進んだ地方分権がどのような結果をもたらしたかという観点から、研究の価値がある。

スウェーデンが大胆に改革に取り組む姿勢そのものにも学ぶべき点はあるが、さらにスウェーデンの経験から学ぶという観点から、単に改革の内容だけでなく、改革後の推移とその評価についても適切に情報を収集していくことが重要である。

なお、2003年から2004年にかけて、スウェーデン財務省が経済・財政等に係る長期計画を公表してきている。この長期計画は、概ね5年おきに政府の公式報告書として公表しているものであるが、今後の政策全般に係る長期的動向を考える上で参考となる。この中で特に、社会保障財源の多様化を促進する観点から、サービス費用を賄うための社会保険方式の問題及び医療・福祉・教育に係る自己負担引上げの問題が取り上げられており、今後の施策にどのように反映されていくかが注目される。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### スウェーデン

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (2) 当面の課題

#### 1) 保健医療

1997年以降受給者が急増してきた傷病手当については、財政や事業主の負担増大（保険料率は、被用者の場合1999年7.5%から2003年11.08%まで上昇）等の問題を生じさせ、政府は2002年、「2008年までに国民の病気欠勤日数を半減する」との目標を示して様々な対策を講じてきた。受給者数そのものは2002年をピークに漸減傾向にあるが2003年7月1日には、

- 1) 使用者が病気手当を支給する日数を従来の2週間から3週間に延長する、
- 2) 傷病手当の給付額を従前賃金の80%から77.6%相当へ引き下げる、
- 3) 傷病手当の給付水準について失業手当の額を上限とする

等の改正が実施された。

病院等の民営化については、2003年3月に政府委員会の報告書が取りまとめられ、民間医療機関をある程度容認する一方、大学やランスタングが現在提供している医療について民間医療機関へ移管することは平等の観点から適当でないとする意見が提出された。これを受け政府は、2002年末までの時限立法とされていた救急病院の営利団体等への移管を禁止する法律の適用期限の延長を図ったが、国会の多数派を形成できず、同法は失効した。

このほか、2003年9月にはSARS問題等を契機とした感染症対策の強化について政府委員会の提言、同年11月には高度専門医療のあり方について社会省の提言が、それぞれ公表されている。一方、診療を受けるための「待ち時間」、ランスタングの財政難、医療従事者の人材確保・養成、政府保有企業による医薬品小売販売独占とEUの競争法との関係、隣国のアルコール税率引下げに関連したアルコール対策なども議論となっており、スウェーデンの保健医療政策は国内外から来る数多くの要請、課題に対応する必要に迫られている。

#### 2) 次世代健全育成

スウェーデンの合計特殊出生率は1983年に1.61まで低下した後、1990年の2.14まで上昇、その後再び1990年代に低下傾向を示し、1999年には1.50を記録した。このため90年代末には少子化をめぐる論議が

起こったが、2000年代に再上昇を開始し、2003年には1.71まで回復している。このため、少子化問題はいわば下火となったが、子育て支援策をめぐる論議は、父親の育児参加の問題等を中心に引き続き活発に行われている。

保育サービス改革については、教育庁において2007年までの間毎年フォローアップを行い政府に報告することとされている。教育庁はコミューンに対するアンケート調査などを実施しているが2003年までに、保育サービスの量的拡大、自己負担額のコミューン格差などが指摘されている。

### 3) 高齢者福祉等

2003年10月、全政党を代表する国会議員等からなる「高齢者2005年委員会（SENIOR2005）」が「今後の高齢者政策（Aldrepolitik for framtiden）」と題する報告書を発表した。この報告書では、今後の人口高齢化の進展を踏まえて、幅広い政策分野を網羅して今後の高齢者施策に関する100項目の具体的提案が行われており、高齢者あるいは年をとるということに対する国民の見方・考え方を改めることを基本的な狙いとして掲げている。

またSENIOR2005の報告書においては、

- a 議論の対象を年金や福祉といった社会保障分野に限らず、政府全体の共通認識・共通課題として報告書をまとめていること
- b 100項目の提案が、幅広い分野にわたる具体的政策・施策に係るものとなっていること
- c スウェーデンの団塊の世代である「40年代生まれ」が80歳代に達する2025年を目標に、それまでに国民が対応するための準備期間を考慮して2010年までに高齢者医療・福祉に係る政策・法律体系の整備（新「高齢者福祉サービス法」制定など4つのシナリオ）を提言していること

といった点が注目される。

（参考データ）

〈表2-62〉 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2-62〉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)

(百万クローナ)					
	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
保健医療	141,797	154,067	168,762	184,626	202,635
うち現金給付	26,507	34,635	42,785	51,511	59,447
うち現金給付以外	115,290	119,432	125,977	133,115	143,188
障害者	70,775	74,137	77,829	80,661	85,980
うち現金給付	46,374	46,679	47,567	48,871	51,113
うち現金給付以外	24,401	27,458	30,262	31,790	34,867
高齢者	228,569	235,202	242,857	246,972	255,478
うち現金給付	179,017	182,710	187,874	189,826	194,925
うち現金給付以外	49,552	52,492	54,983	57,146	60,553
遺族	14,004	14,071	14,388	14,707	14,868
うち現金給付	14,004	14,071	14,388	14,707	14,868
うち現金給付以外	-	-	-	-	-
家庭・児童	63,474	59,036	61,341	61,669	66,456
うち現金給付	28,141	31,100	31,393	33,774	36,731
うち現金給付以外	35,333	27,936	29,948	27,895	29,725
失業	62,241	57,802	52,301	43,262	38,806
うち現金給付	55,722	50,417	44,388	36,533	31,900
うち現金給付以外	6,519	7,385	7,913	6,729	6,906
住宅	15,903	15,356	15,006	13,992	14,401
うち現金給付	-	-	-	-	-
うち現金給付以外	15,903	15,356	15,006	13,992	14,401
その他	17,932	16,876	16,064	15,655	15,254
うち現金給付	12,652	11,738	10,961	10,059	9,355
うち現金給付以外	5,280	5,138	5,103	5,596	5,899
合計	614,695	626,547	648,548	661,544	693,878
( ) は対 GDP 比	(32.5%)	(31.7%)	(31.2%)	(30.1%)	(30.6%)
うち現金給付	362,417	371,350	379,356	385,281	398,339
うち現金給付以外	252,278	255,197	269,192	276,263	295,539
(参考) GDP	1,890,187	1,973,848	2,078,549	2,196,764	2,266,619

資料出所 スウェーデン中央統計局 "Statistisk Årsbok för Sverige 2004"  
 (注) 昨年までのデータと比較して、付加価値税の取扱い等が変更された。

〈表2-63〉スウェーデンの社会保険制度収支 (2002年)

〈表2-63〉スウェーデンの社会保険制度収支(2002年)

(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	86,020	15,920	-	101,940	96,734	3,206	101,940
薬剤給付等	-	2,147	-	2,147	1,969	178	2,147
障害手当	-	1,277	-	1,277	1,177	100	1,277
労災手当	13,620	168	-	13,788	7,273	369	7,642
自動車補助	-	249	-	249	212	37	249
介助者手当	-	7,630	2,241	9,871	9,767	104	9,871
老齢年金 AP基金	160,553	-	-84,542	76,011	151,562	2,081	153,643
国庫	11,898	-	-	11,898	9,665	100	9,765
積立年金制度	20,403	-	-	20,403	1	526	527
遺族年金	16,743	26	-	16,769	14,421	70	14,491
住宅費補助 (BTP)	-	10,786	11	10,797	10,514	283	10,797
部分年金	0	186	-	186	182	4	186
両親保険	21,634	131	-	21,765	19,630	799	20,429
児童手当	-	21,127	-	21,127	21,018	109	21,127
住宅手当	-	4,082	-	4,082	3,717	365	4,082
障害児介護手当	-	2,242	-	2,242	2,110	132	2,242
養育費補助	-	2,747	1,956	4,703	4,298	405	4,703
児童養育期間中の年金権	-	3,669	-	3,669	3,669	-	3,669
その他の給付	11,107	383	101	11,591	11,327	264	11,591
その他の事務費	-	746	-	746	-	746	746
総 計	341,978	73,516	-80,233	335,261	371,246	9,878	381,124

資料出所 スウェーデン社会保険庁 "Socialförsäkringsboken 2003"

〈表2-64〉スウェーデンの社会保険料率

〈表2-64〉スウェーデンの社会保険料率

(%)

	2001～02		2003		2004	
	使用者	被用者	使用者	被用者	使用者	被用者
医療保険料	8.80		11.08		11.08	
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		3.70		3.70	
労働災害保険料	1.38		0.68		0.68	
小 計	30.13		29.57		29.57	
一般資金税	2.69		3.25		3.13	
合 計	32.82	7.00	32.82	7.00	32.70	7.00

(注) 自営業者については異なる保険料率が適用されている。

〈表2-65〉スウェーデンの病床数の推移

〈表2-65〉スウェーデンの病床数の推移

	1999年	2000年	2001年	2002年
専門医療病床数 (対人口千人)	26,703	25,677	23,322	22,171
うち 内科短期治療用	11,905	11,522	10,496	10,499
外科短期治療用	9,605	9,185	8,629	8,205
短期治療用(区分なし)	1,207	1,233	849	666
老年科	3,502	3,189	2,766	2,298
その他	421	548	582	503
精神科病床数 (対人口千人)	5,786 (0.7)	5,565 (0.6)	5,218 (0.6)	4,831 (0.5)
小計	32,489	31,242	28,540	27,002
プライマリケア病床数	266	282	273	265
ランスタング以外の主体が経営する病床数	—	241	309	658
総計 (対人口千人)	32,755 (3.7)	31,765 (3.6)	29,122 (3.3)	27,925 (3.1)

資料出所 ランスタング連合会 "Verksamhet och ekonomi i lansting och regimer"

(注1) 2000年以前は「保有ベッド数」、2001年以降は「利用可能ベッド数」で、統計の取り方が変更された。2000年と2001年の間では約500床(利用可能ベッド数)が削減された。

(注2) 2002年の「ランスタング以外の主体が経営する病床数」の中には、以前は統計の対象としていなかった190床が含まれている。

〈表2-66〉スウェーデンの保健医療従事者数の推移(65歳未満、12月末現在資格保有者)

〈表2-66〉スウェーデンの保健医療従事者数の推移(65歳未満、12月末現在資格保有者)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Apotekare (薬剤師)	—	—	—	1,562	1,762	1,917	2,052
Arbsterapeuter (作業療法士)	—	—	—	7,411	8,139	8,539	8,916
Barnmorskor (助産師)	7,071	7,226	7,386	7,542	7,627	7,724	7,777
Kiropraktorer (カイロプラクティック士)	132	142	143	336	373	407	431
Logoped (言語療法士)	815	839	887	904	949	986	1,048
Läkare (医師)	29,304	29,909	30,487	31,141	31,845	32,656	33,533
Naprater (ナブラバシー士)	542	580	618	664	706	733	785
Optiker (視能訓練士)	1,967	2,021	2,078	2,125	2,174	2,226	2,268
Psykologer (心理療法士)	6,441	6,579	6,715	6,919	7,085	7,292	7,498
Psykiater (臨床心理士)	2,913	3,054	3,288	3,452	3,586	3,713	3,751
Receptarier (医薬品処方士)	—	—	—	5,577	5,778	5,871	5,927
Röntgensjuköterskor (診療放射線技師)	—	—	—	—	20	82	174
Sjukhusfysiker (病院技師)	—	—	—	205	233	245	256
Sjukgymnaster (理学療法士)	12,627	13,123	13,527	13,957	14,327	14,694	15,029
Sjuksköterskor (看護師)	115,866	117,710	119,428	121,053	122,598	123,914	125,457
Tandhygienister (歯科衛生士)	2,796	2,941	3,084	3,220	3,390	3,534	3,644
Tandläkare (歯科医師)	10,979	11,074	11,171	11,237	11,193	11,115	11,060

資料出所 スウェーデン保健福祉庁 "Statistik över hälso-och sjukvårdspersonal 2002-12-31"

(注) 表中の日本語名称は仮訳である。

〈表2-67〉スウェーデンの福祉サービス対象者数

〈表2-67〉 スウェーデンの福祉サービス対象者数

種 類	(人)						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
生活保護	753,109	749,104	691,982	581,322	522,242	469,004	434,046
高齢者・障害者在宅サービス	145,169	145,872	140,746	140,686	135,637	135,845	140,011
高齢者・障害者施設サービス	132,834	136,206	124,425	121,132	123,970	124,090	120,906
薬物・アルコール乱用成年者のケア	37,258	21,126	11,753	11,174	12,258	12,538	12,039
被虐待児童・青少年等のケア	16,059	16,406	17,004	17,929	18,244	18,755	19,169
(参考) 総人口	8,844,499	8,847,625	8,854,322	8,861,426	8,882,792	8,909,128	8,940,788

資料出所 スウェーデン中央統計局 "Statistisk Årsbok för Sverige 2004"

〈表2-68〉 スウェーデンの児童手当支給額 (2004年)

〈表2-68〉 スウェーデンの児童手当支給額(2004年)

子供の数	(クローナ)		
	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

〈表2-69〉 保育サービスの自己負担上限額 (2004年)

〈表2-69〉 保育サービスの自己負担上限額(2004年)

	就学前児童に係る上限月額 (保育所及び家庭保育)	就学児童に係る上限月額 (学童保育所及び家庭保育)
第1子	所得の3%(最高1,260クローナ)まで	所得の2%(最高840クローナ)まで
第2子	所得の2%(最高840クローナ)まで	所得の1%(最高420クローナ)まで
第3子	所得の1%(最高420クローナ)まで	所得の1%(最高420クローナ)まで
第4子	無料	無料

(注) 2004年1月1日に引上げを実施。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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、総じて歴史が浅い。

主要な社会保障制度には、国民年金、医療保険、雇用保険、産業災害補償保険（労災保険）がある。

公的扶助制度は国民基礎生活保障（生活保護）、一時緊急救護、（低所得者に対する）医療給付に分かれる。社会福祉サービス制度は、老人福祉、家庭・児童福祉、保育事業、障害者福祉等に分かれる。

その他の社会保障制度としては、公衆衛生、最低賃金制度・賃金債権補償制度などがある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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。退職金は日本と同様、企業負担となっている。介護保険制度はないが、高齢者のための敬老年金制度がある（5（2）参照）。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 2 社会保険制度等

##### (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ほか、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8%（年に1%ずつ加算されてきていて、2005年7月から9%）を年金保険料として保健福祉部傘下の国民年金管理公団に支払う（2010年以降2030年まで5年ごとに保険料率の値上げを予定）。

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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 2 社会保険制度等

#### (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とが統合的に管理・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、低所得者には医療給付（142万人対象）があり、医療保険（4,665万人）と合わせて全国民をカバーする体系となっている（2002年末）。

保険料率は、職場保険の場合は勤労所得の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は勤労所得の5.6%（労使折半）、地域保険の場合は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%、病院で診療費総額の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）。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 保健医療施策全般

---

保健医療施策としては、医療サービスの供給体系の改善、医療の質の管理、医療紛争調整制度、臓器移植制度、生命倫理及び安全管理体系の構築、選択診療制度の運営、保健資源政策としては保健資源の合理的育成、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。

#### 1) 公衆衛生の現状

公衆衛生の管理対象は公衆衛生管理法の適用を受ける公衆衛生営業（宿泊業、浴場業、理容業、美容業、洗濯業、衛生管理用役業）と公衆利用施設（業務施設、多用途建築物、公演場、地下道の商店街、結婚式場、室内体育施設）であり、公衆衛生法の適用を受ける衛生処理業、衛生用品製造業に分類して管理している。

#### 2) 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。

#### 3) 健康増進

公共保健医療機関において、伝染病の管理、慢性・退行性疾患（高血圧等）の管理、ガン疾患の管理、精神保健、口腔保健等の事業を通じ国民健康の増進に寄与している。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 3 公衆衛生施策

##### (2) 医療施設

---

一次機関として医院（22,977か所）、二次機関として病院（680か所）、三次機関として総合病院（283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（146か所）、韓方医院（8,139か所）等がある）。下位機関からの紹介がない場合は、原則として医療保険が効かないこととされている。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

韓国

3 公衆衛生施策

(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、2002年現在、医師78,162人、歯科医師19,600人、韓医師13,549人、助産師8,881人、看護師181,786人、薬剤師53,124人、医療技師109,049人等がいる（医師1人当たり人口は653人、1病床当たり人口は153人となっている）。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 4 公的扶助制度

---

従来の生活保護制度を廃止し、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。

受給者数は全国民の約3%に当たる135万3,000名（2002年末）となっている。

その他に一時緊急救護事業としてホームレス・浮浪者等の支援事業、災害救護、報勲事業が、また低所得者に対する医療給付がある（高齢者、障害者については5（2）、（3）参照）。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

韓国

5 社会福祉施策

(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。老人保健福祉、家庭・児童福祉、保育事業、障害者福祉、社会福祉支援体系の確立、地域社会福祉の活性化、民間福祉資源の活性化等の事業がある。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 5 社会福祉施策

#### (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が実施）。高齢者福祉政策としては、敬老年金の支給、高齢者の経歴を活用した経済・社会参加の拡大のための「地域社会シニアクラブ」モデル事業の実施、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、老人共同作業場の設置・運営、老人支援奉仕活動及び余暇活動の支援による老人の社会活動参加支援等がある。

敬老年金は税負担により運用され、2002年は61万6,000名の低所得者に1人当たり月額約20万ウォンが支給された。

また、痴呆・痛風等疾病老人の管理対策、老人医療福祉施設の拡大、「家庭奉仕員派遣施設」の運営、デイケア・一時保護施設の運営、一人暮らし老人世帯の保護、無料敬老食堂の支援及び食事配達事業を推進している。高齢者雇用促進法においては、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 5 社会福祉施策

#### (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。2002年現在、登録障害者は129万4,000人、推定障害人数は147万人となっている。

具体的な施策としては、障害者福祉の拡大のために、

- (イ) 障害発生の予防、
- (ロ) 障害者の登録及び調査研究、
- (ハ) 障害者の所得保障・生活安定支援と負担軽減、
- (ニ) 障害者福祉施設・便宜施設の拡充、
- (ホ) 障害認定範囲の拡大、
- (ヘ) 障害者リハビリテーションの支援、

また、障害者雇用の促進のために、

- (イ) 障害者雇用義務制度（法定雇用率2.0%）の実施、
- (ロ) 障害者雇用促進の支援、
- ハ) 就職斡旋及び職業訓練の実施

（等を行っている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 韓国

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

---

##### 1) 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。

##### 2) 児童健全育成施策

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、

(イ) 児童の健全育成施策として児童相談事業の推進、児童虐待予防センターの設置・運営、迷子総合センターの設置・運営、血縁後援事業、児童権利保護認識の推進、

(ロ) 家庭保護としてクラブホーム及び家庭委託保護、少年・少女家庭児童の保護、児童の求職支援、

(ハ) 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、

(二) 国内養子縁組制度の実施

等がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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・地位向上が重要となっており、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。その一方で、2001年には女性施策を担当する中央省庁として女性部が設立されており、業務の整理が必要となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

---

(注1) 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、2003年の中国における農村部の絶対貧困層は2,900万人であり、農村部人口の約3.8%を占めるとされている（2003年国民経済及び社会発展統計公報）。

---

(注2) 従来、各企業の責任で給付を行っていたが、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ていた。

---

(注3) 従来の公費医療制度の水準を維持するため、基本医療保険制度に加入の上、年1度上乗せ給付する。

---

(注4) なお、2003年12月に発表された中国疾病予防コントロールセンター及びUNAIDS、アメリカCDC等との共同調査の分析によれば感染者は84万人、発病者は約8万人とされている。

---

(注5) 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。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、流行する。

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

##### 1 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、介護保険制度はない。

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（注1）。社会保障制度の恩恵を蒙ることができる層は、都市住民など、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側面もある。

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「小康社会」や第2回会議において強調した「親民路線」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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度

###### 1) 制度の種類

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。公的年金制度には、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り、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。

農村部ではそもそも公的年金制度が整備されていない。そのため、国民皆年金とはなっていない。また、都市企業労働者は強制加入することとなっているが、実際の加入者は必ずしも多くない。

###### 2) 都市従業者基本年金制度

都市従業者基本年金については、各省・自治区及び直轄市（北京、上海、天津、重慶）政府が詳細を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うことを原則とするが、地域の実情に応じて市レベルで行っている地域もある。財源は、個人口座（所属企業の申請に基づき社会保険運営機構が管理する銀行等に開設）に納付する保険料、社会保障基金（各地域において社会的にプールされる統一社会保険会計）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。

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。

給付の要件は、本制度開始後就業し15年間保険料を納めることで、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）である。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。具体的には表2-70のとおりである。

〈表2-70〉 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合わせ賃金の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障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年末の財政投入額は560億元。うち中央政府からの補助金は408億元）。

資料出所 中国政府資料

なお、以前は、企業や管理機関が直接給付業務を行っていたが、給付用の積立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、現在は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。

都市従業者基本年金制度の加入者数は、2003年末現在、在職者1億1,646万人（都市部就業者の約45%程度）、退職者3,840万人（都市部退職者の約90%程度）である（2003年末）。

〈表2-71〉 都市従業者基本年金の給付内容

〈表2-71〉 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。
過渡的年金等	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) 過渡的年金：制度実施前から就業していた者に対する経過的な付加年金（過去の既得権の代替的な意味をもつ。基本年金制度が確立するまでは、各国有企業等が掛け金等を徴収し年金を給付していたこと、またこれらの者は個人口座の残高が比較的少ないことに鑑み、相応の給付を行うこととしたもの。北京市の場合、1992年から1997年の被保険者の平均月額賃金（賃金スライドによって調整）を基礎として、当該月額賃金に制度実施前の勤務月数を乗じ、その1%分を毎月給付する）

### 3) 農村部の年金保障

人口の約70%を占める農村部住民及び農業戸籍者については、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、政府は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（地域社会に基盤を有する企業）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法案」を発布。）。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。2003年末では、約5,428万人の農村部住民が参加している。

#### 農村部における公的年金制度加入の低さの原因

##### 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。

### 4) 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（注2）については、

- 1)WTO加盟等を背景とする国有企業等の競争力立て直し（過剰な企業負担の軽減）、
- 2)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）、
- 3)国有企業以外の企業に勤務する従業者等の老後保障の確保

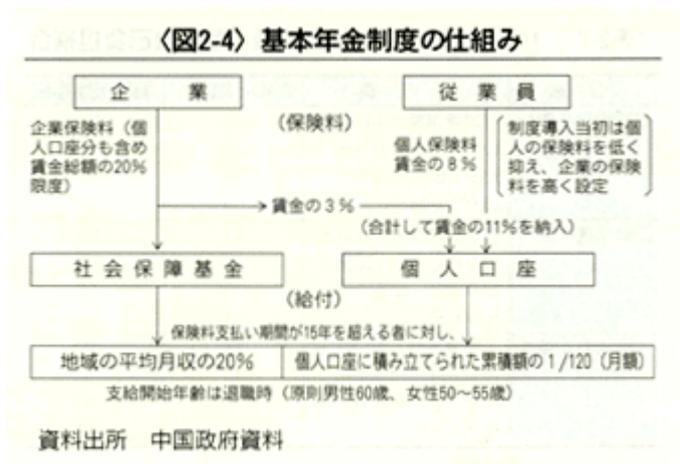
等を目的として、全国統一的な新たな年金制度（基本年金制度）の普及・移行が進められている。

なお、現行制度は、1997年に発出された「統一的な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経過的・特例的な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。個人口座部分の積立方式が形骸化し、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、個人口座と社会保障基金の管理を峻別するとともに、年金財政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2-4〉基本年金制度の仕組み



## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

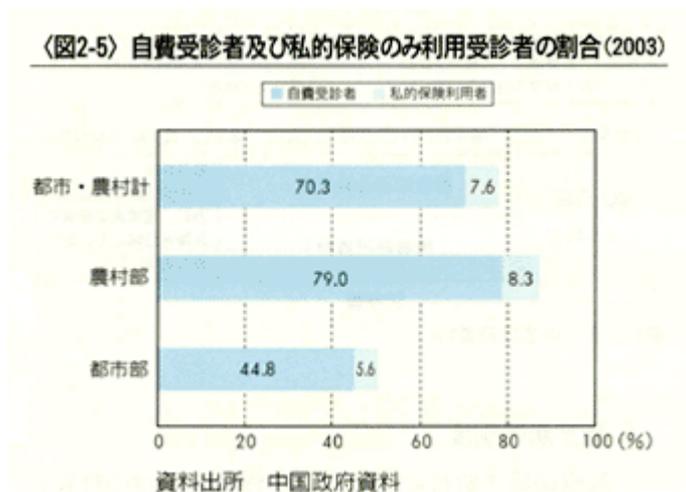
#### 2 社会保険制度等

##### (2) 医療保険制度等

#### 1) 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、公務員に対する公務員医療補助制度（注3）、農村住民に対する農村合作医療制度がある。

〈図2-5〉 自費受診者及び私的保険のみ利用受診者の割合（2003）



#### 2) 都市従業者基本医療保険制度

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

ばならないが、必ずしも全ての都市企業労働者が加入しているわけではない。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、重慶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基本医療保険基金（社会保障基金）に納付する保険料である。

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、自営業者等及び政府組織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も認められるようになった。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2-72〉 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。

#### a 個人口座と基本医療保険基金

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（各地域の平均年間賃金の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である。

〈表2-73〉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。
基本医療保険基金	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（放射線治療・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（各地域の平均年間賃金の10%程度）から最高給付限度額（各地域の平均年間賃金の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。

資料出所 中国政府資料

〈表2-74〉中国北京市における医療費の患者自己負担割合

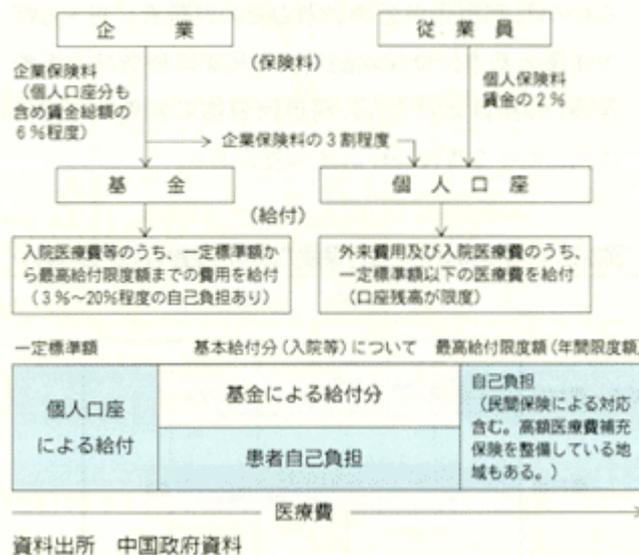
受診病院	医療費	患者自己負担(%)	退職者自己負担(%)
三級病院を受診	一定標準額～10,000元	20	12
	10,000超～30,000元	15	9
	30,000超～40,000元	10	6
	40,000元超	5	3
二級病院を受診	一定標準額～10,000元	18	10.8
	10,000超～30,000元	13	7.8
	30,000超～40,000元	8	4.8
	40,000元超	3	1.8
一級病院を受診	一定標準額～10,000元	15	9
	10,000超～30,000元	10	6
	30,000超～40,000元	5	3
	40,000元超	3	1.8

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。

〈図2-6〉 中国の都市従業者基本医療保険制度の仕組み

〈図2-6〉 中国の都市従業者基本医療保険制度の仕組み



b 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か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、後で口座に請求）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。

2003年末の都市従業者基本医療保険制度の加入者数は、在職者及び退職者合計で1億902万人（うち在職者7,975万人、退職者2,927万人、それぞれ都市部就業者の31%、退職者の67%が加入）となっている。

3) 高額医療費補充保険制度

高額医療費補充保険制度は、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2-75〉 高額医療費補充医療保険制度（北京市）の給付内容

〈表2-75〉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1,300元を超えた場合、その超過額の70%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1,300元を超えた場合、その超過額の80%を給付する。 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

#### 4) 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、条件を満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。

#### 5) 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。一部の地域では、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医療費は全額自己負担である。

集団経済当時は、人民公社等が集団的に医療を含めた生活保障を担っていたが、生産請負方式や市場経済導入以降、各家庭は自らの負担で医療を受けざるをえなくなった。

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。

#### 6) 農村合作医療

農村合作医療は、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、生産協同形態導入後、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、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）。政府は、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%程度の住民しかカバーしていない。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が、中西部を中心に再建が困難な状況になっている。このため、近年、中国政府の農村重視施策により、中央政府資金の投入など、農村合作医療の再建に向

けた動きが活発化しつつある。

## 7) 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、

- 1)WTO加盟等を背景とする国有企業等の競争力立て直し、
- 2)従業員の個人負担を含めた安定的な拠出財源の確保、
- 3)個人口座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）、
- 4)経済発展の程度に見合った公的給付水準への抑制、
- 5)国有企業以外の企業形態に勤務する従業者等の医療保障の確保

等を目的として、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。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 公衆衛生の現状

#### 1) 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2-76〉都市部及び農村部における主な死亡原因

〈表2-76〉都市部及び農村部における主な死亡原因

都市部(市)における主な死亡原因(2003年)

	悪性腫瘍	脳血管疾患	呼吸器系疾患	心臓病	怪我及び中毒	消化器系疾患	内分泌代謝疾患	泌尿器生殖器系疾患	神経系疾患	周産期疾患
死亡率 (10万人比)	134.54	105.40	77.29	76.23	32.55	19.31	14.05	7.08	4.81	162.14 (10万出産件数比)

上記10疾患が死亡者総数の89.1%を占める。

農村部(県)における主な死亡原因(2003年)

	悪性腫瘍	脳血管疾患	呼吸器系疾患	心臓病	怪我及び中毒	消化器系疾患	内分泌代謝疾患	泌尿器生殖器系疾患	肺結核	周産期疾患
死亡率 (10万人比)	95.68	89.89	70.86	45.53	21.54	10.52	14.53	7.17	372.17	4.17 (10万出産件数比)

上記10疾患が死亡者総数の92.9%を占める。

## 2) 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）」として地方財政負担により実施されており、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）。

## 3) 結核の現状と対策

中国における最大の感染症は結核である。衛生部によれば、2003年3月現在中国の結核菌感染者は約5.5億人、発病者は約450万人、感染性肺結核患者は約150万人と推計されており、結核患者は世界で2番目に多く、結核に起因する死亡者は年間13万人以上に上る。また、毎年、145万人の新規患者（うち感染性肺結核患者は65万人）が発生している。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。

そこで中国では、1991年から世銀融資により、WHOが推奨する総合的な結核対策である。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、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。また、WHO西太平洋地域事務局を中心に、我が国をはじめとした国際協力も実施されており、DOTSの拡大が図られている。今後は、患者発見率の向上が重要な課題になっている。

## 4) エイズの現状と対策

中国においては、1985年に初めてHIV/AIDS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。感染の主な原因は麻薬使用や不適正な輸血等であったが、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、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。

2003年6月までのデータによると、これまでのHIV/AIDS感染者の報告例は45,092人（なお、2002年末は40,560人。前年比32%増）であり、発病者は3,532人、死亡者は1,800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（注4）。

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。

## 5) SARS（重症急性呼吸器症候群）の現状と対策

SARS（注5）は、公式には2002年11月頃より広東省において初めて確認された。この新型の呼吸器症候群は、2003年上半期において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年の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。ただし、SARSへの対応策が整備されたこともあり、2004年は散発的な感染が報告されたにとどまっている（2003年12月から2004年5月までに、中国では合計14人のSARS患者が確認された）。

SARSは、WHOやわが国等において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。

---

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 3 公衆衛生施策

#### (2) 行政組織・医療提供体制

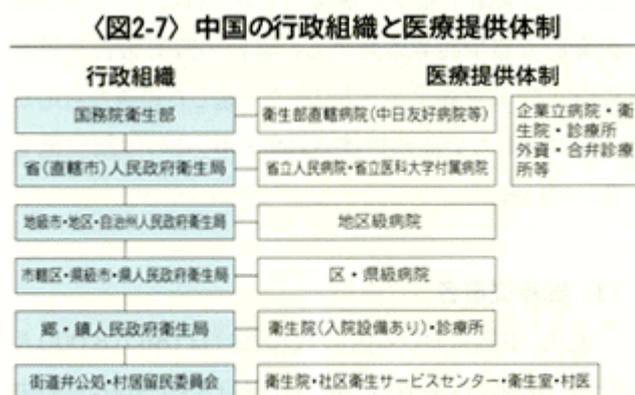
##### 1) 医療機関の現状

中国の医療機関は基本的には各行政レベル、衛生担当部門が設置していることが多く、医療機関が機能分化されている。各レベルの、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。

2003年末の1000人当たり病床数は2.43/1000と日本の約6分の1程度である。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3.67/1000、県レベルでは1.50/1000。2003年末）。

地域間格差も大きい。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。

〈図2-7〉 中国の行政組織と医療提供体制



資料出所 中国政府資料

## 2) プライマリヘルスケア、疾病予防等を重視した医療保険体制の整備

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・鎮政府の負担に依存し、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。

## 3) 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・農村部等の病院に移転させる取組みが求められている。

## 4) 予防衛生・公衆衛生機能の強化の必要性

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の整備が十分ではないこと等から、突発的な感染症等が発生した場合の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おり、その体制整備を急いでいる。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 3 公衆衛生施策

#### (3) 医療従事者

現在、中国における医師数（医師）は186万8,000人（うち「医師」資格者は148万6,000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）、中西医結合医も含まれる。

中国の医師は、大学医学部卒業生だけではなく、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2-77〉 衛生事業関係の主なデータ（2003年末）

〈表2-77〉 衛生事業関係の主なデータ（2003年末）

項目	内容
医師数（医師数）	186万7,957人（対前年比1.3%増。なお2002年は対前年比12.2%減）人口千人当たり1.48人
医療機関病床数	314万4,170床（人口千人当たり2.43床）
医療関係機関数	29万1,323ヵ所（村衛生室を除く）うち、病院17,764ヵ所、衛生院45,204ヵ所、診療所等204,468ヵ所、社区卫生サービスセンター10,101ヵ所、疾病予防コントロールセンター（防疫センター）3,584ヵ所、母子保健センター3,033ヵ所
人口1人当たり診療回数	約1.7回/年
人口1万人当たり入院者数	483人
平均入院日数	9.0日
平均病床使用率	58.7%
1人当たり衛生関係総費用（2002年）	442.6元
1回当たり平均外来費用及び1人当たり入院費用	外来108.2元（対前年比8.6%増）、入院3910.7元（対前年比8.7%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6.44倍）
医療費における平均薬剤比率	外来54.7%（前年に比して0.7ポイント減少）、入院44.7%（前年に比して0.3ポイント上昇）



---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 4 公的扶助制度

---

中国には生活困難者に給付を行う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作ることにに関する通知」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対策の推進に関する通知」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。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。

最低生活保障制度の対象者は、収入（各家庭成員1人当たり平均収入。現金収入及び現物収入を含む）が最低生活保障基準未満の都市住民である。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%となっており2003年の全国平均は月155元である。

最低生活保障制度の管理運営は各市及び各県政府（受給対象者の居住地かつ戸籍所在地政府が実施）が行っている。

申請者（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、各地方政府が認定を行う。この際所有家財など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。2003年の実際の支給額は1か月当たり全国平均56元である。ただし、地域によって相当のばらつきがある。また、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。

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も資金が投入されている（2003年の財政投入資金151億元。うち、中央財源92億元）。

2003年末の受給者は2,247万人と、対前年比で8.8%増加し、2000年の5.6倍に達している。また、2002年中国民政統計年鑑によると、2001年末の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（2003年末の受給者数約367万人）、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受給者2288.6万人。2002年）、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（2001年末のデータによれば、農村部において最低生活保障の支給を要すると認められる対象者は1,196万人）。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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、市場経済への移行に伴い、国有企業等の福利厚生による対応から一般社会よる対応が必要とされている。特に、高齢化の進展等に伴い、高齢者の生活支援が課題となっており、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」の売上収入、民間事業者の資金投入等である。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）が原則となっており、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 5 社会福祉施策

#### (2) 高齢者保健福祉施策

---

##### 1) 高齢者の現状

2003年末の中国における65歳以上高齢者は9,692万人に達しており、65歳以上の高齢者人口比率は7.5%となっている。今後も、高齢化は急速に進行することが予想されている。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。

##### 2) 施策の現状と課題

現在は、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（地域コミュニティー）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、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（2002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10.2床）。また、専門的な技能を有する職員は少なく、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、家族の負担に依拠している。

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か年計画（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応じて定められる。

---

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 5 社会福祉施策

#### (3) 障害者福祉施策

---

##### 1) 障害者の現状

中国の障害者は約6,000万人と推計されており、最近では労災事故や交通事故による障害者が急増する傾向にある。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。

##### 2) 施策の方向性等

中国では障害者に特化した所得保障制度はなく、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、健全者と同様に、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。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。就業促進以外の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等が行われている。

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）のリハビリセンターが中心となって整備を進めているが、財政負担が十分ではなく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、社会福祉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、数も少ない。

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の加入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、十分なサービスを享受できない障害者も多い。

##### 3) 施策の概要

###### a 障害者保障法

1990年に施行された障害者保障法では、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か年計画（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%）、盲人按摩の養成（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、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。

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1万2,000人～1万8,000人、理学療法士は5万8,000人～31万7,000人、作業療法士は1万7,000～9万人、言語治療士は1万～5万5,000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。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童福祉施策と生育保険（出産育児保険）

---

##### 1) 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中心であり、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、児童福利院等の入所施設への収容が中心となっている（2002年末の入所児童数は54,549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、2002年では4万7,860人に上っている。

##### 2) 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。この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、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、2002年末の都市企業就業女性は4,156万人）。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

中国

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 個人対応の重視

---

改革後の医療、年金制度では、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、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (2) 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、財政投入も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る等、農村部、都市部貧困層の生活は必ずしも十分、保障されていない。

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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 中国

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

#### (3) 地域間、都市・農村間の財政調整機能

---

農村の経済の成長率が低く、地域間格差が大きい状況では、農村部に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抛出意識も併せて考慮すると、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とすれば、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、必要経費に対し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。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

中国

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(4) 急速な高齢化への対応

---

計画生育政策の影響もあり、今後中国では都市部を中心に急速に高齢化が進行すると予想される。高齢化社会に対応した制度整備や社会資本の形成が急がれる。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

中国

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(5) 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く、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いる。高齢化の進行を踏まえ、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いる。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

---

(注) 経済的・生産的事業支援については、事業の対象とは、貧困な村落ごとに住民を数グループに分け、生産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ものである。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

##### 1 社会保障制度の概要

###### (1) 制度の種類

---

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、労災補償、老齢給付、死亡保障）、国家公務員及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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

##### 1 社会保障制度の概要

##### (2) 労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)

---

###### 1) 制度の概要

労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK) は、老齢給付や医療給付をカバーする総合的な社会保障制度で、1992年に制定されたJAMSOSTEKに関する法律により、健康保険、労災補償、老齢給付及び死亡保障からなる制度に改められた。労災補償、老齢給付及び死亡保障は強制加入であるが、健康保険は任意加入である。これは、会社がJAMSOSTEKよりよいサービスを提供できる場合を考慮したものである。

###### 2) 財源

健康保険、労災補償及び死亡保障は雇用主が全額負担し、その負担額は固定給比例定率性となっており、健康保険では未婚者は3%、既婚者は6%、労災補償では業種に応じ0.24%から1.74%、死亡保障では0.3%となっている。老齢給付の負担額は雇用主と労働者がそれぞれ固定給の3.7%、2%である。

###### 3) 制度の対象者

10人以上の労働者を雇用し、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。それ以外の雇用主も任意加入できる。2003年末現在、約11万1,000の事業所が加入し、約2,200万人が参加している。

###### 4) 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。労災補償は、障害に応じた補償金が給付される。老齢給付は完全積立制で、労働者は55歳の定年年齢に達した時点等で給付を受ける権利が発生し、積み立てた保険料が一時金または最長5年間の分割支給の形で還付される。死亡保障は、労働者の死亡時に定額の埋葬費及び見舞金が給付される。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度

---

#### 1) 制度の種類

インドネシアには公務員年金制度があるが、国民皆年金とはなっていない。

#### 2) 公務員年金制度

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。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あり、どちらにも事実上強制的に加入する。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%を徴収され、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、年金が支払われる。したがって公務員は給与の計8%を年金のために徴収されていることになる。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 2 社会保険制度等

##### (2) 医療保険制度等

---

#### 1) 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）及び前述の労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）である。その他、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。国民皆保険とはなっていない。

- 1)健康維持保障制度（JPKM）は任意加入の制度である。財政方式は保険方式である。
- 2)労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）は適用者には強制加入であるが、適用対象とならない者も多い。財政方式は保険方式である。なお、
- 3)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。

#### 2) 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。政府（保健・社会福祉省）は申請を受け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。2003年では、24団体が事業免許を取得し、推計で国民の約21%（約4,400万人）がこの制度を利用している。

### 3) 公務員・退職者健康保険制度

公務員・退職者健康保険制度は、軍人を含む公務員に対する医療保障制度で、公務員は本制度への加入を義務づけられている。全国17か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給与の2%を保険料として徴収される。本人及び家族が、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、公務員以外でも、100人以上の従業員のいる企業の労働者が、任意で本制度に加入できるように制度が改正され、約2,000社の企業の約60万人が本制度に加入している。

公務員の給与が低いことから保険料収入が増えず、一方、医療サービスの料金高騰で、提供できる医療サービスの質が低下するなどの問題が起きている。

### 4) 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書を提示することで医療費が免除される。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。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 3 保健医療サービスの内容等

---

インドネシアでは、民間病院は大都市に集中し、富裕層に対する医療サービスを行っている。一般住民を対象とする保健医療サービスにおいて公的機関が果たす役割は大きい。2001年現在の病院施設数は、公立病院935、精神科病院50、その他専門病院193である。

県・市が運営する保健所（プスケスマス）には医師、看護師、助産師が配置され、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。2001年現在、全国で7,277か所設置されている。県・市が運営する他の医療施設として、保健所の下部組織で僻地の医薬品配達所である保健所支所（プスケスマス・プンバントゥ、同全国1,818か所）、自動車や船を用い遠隔地での巡回診療や母子保健活動を実施する巡回保健所（プスケスマス・クリリン、同全国5,800か所）及び村単位に設置された助産所（ポリンデス）がある。これらにおける医療・投薬費用は安く、特に貧困者には中央政府予算で無料となる。

この他、住民が設立・運営し妊産婦及び5歳以下の乳幼児を対象とした診療所である地域保健ポスト（ポシアンデウ）がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 4 公的扶助制度

---

インドネシアでは、全人口のおよそ20%が貧困層に当たるとされているが、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。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力桁われている。

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（注）などが行われている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 5 社会福祉施策

##### (1) 社会福祉施策全般

---

ストリートチルドレン、生活困窮者、児童、障害者、高齢者、麻薬中毒者、売春婦等を対象とする国または州政府が所管する公的施設や民間施設が設置されている。

しかし、予算不足、施設の不足、地方分権化政策による州政府ごとの対応の違いなどの多くの課題を抱えており、社会福祉制度及び施設が十分に整備され、運営されているとはいえない状況にある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 5 社会福祉施策

#### (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。

高齢者用施設の利用料は、収入に応じた負担を求めている。無収入者は無料であるが、経済的に余裕はあるが身寄りがない高齢者の場合、応分の負担が求められる。

施設数、入所者数等については、地方分権が推進された影響から州政府が管轄する施設数が増加している。

〈表2-78〉 高齢者用施設及び入所者数

〈表2-78〉 高齢者用施設及び入所者数

所 管	施設数	入所者数
国（社会省）	2	180
州政府	66	4,228
民間	118	4,098
合 計	186	8,504

(2002年統計資料より)

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 5 社会福祉施策

#### (3) 障害者保健福祉施策

---

「障害者に関する法律（1997年法律第4号）」に基づき、機会均等、リハビリテーション、社会的援助、社会福祉水準の維持に関する施策を実施するとされている。機会均等とは、社会インフラへのアクセス、教育、労働面における機会均等である。リハビリテーションには、医療リハビリテーション、教育リハビリテーション、社会リハビリテーション、職業リハビリテーションがある。社会的援助とは、リハビリテーションの対象となりうる障害者への金銭等の給付をいい、社会福祉水準の維持とは、リハビリテーション措置の対象となり得ない障害者に対する金銭等の付与をいう。

国・州は、社会リハビリテーションや職業リハビリテーションを通じて社会復帰を図る施設を設置・運営しており、全国に46か所ある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

##### 1) 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。

##### 2) 児童福祉施策

政府の対策は貧困児童への経済的援助が中心となっている。身寄りのない子どもなどに対し、複数の公共団体が保護、保育等の施設サービスを実施している。施設の種類と対象者、施設数及び対象者（入所者）数は次のとおりである。（2003年統計資料より）

##### a PSAA (Panti Sosial Asuhan Anak) 〈児童養育社会施設〉

ストリートチルドレン、みなし子、貧困者層の子供を対象とする収容施設である。

〈表2-79〉 児童教育社会施設数及び入所者数

〈表2-79〉 児童教育社会施設数及び入所者数		
所 管	施設数	入所者数
国（社会省）	2	135
州政府	14	725
民間	2,866	125,332
合 計	2,882	126,192

（2002年統計資料より）

## b PSBR (Panti Sosial Bina Remaja) 〈若年者 (10代) 収容施設〉

主に高校を中退した10代の若年者を対象とした収容施設である。ドロップアウトした理由の多くが経済的問題による場合が多く、社会省の施設では貧困者層を主たる対象としている。

〈表2-80〉 若年者収容施設数及び入所者数

〈表2-80〉 若年者収容施設数及び入所者数

所 管	施設数	入所者数
国 (社会省)	3	285
州政府	33	4,420
民間	37	4,840
合 計	73	9,545

(2002年統計資料より)

## c TPA

生活困窮者層等で共稼ぎをせざるを得ず、子供を預けるところがない場合の子供を預かる施設である。民間施設であるが、社会省の管轄下にある。

〈表2-81〉 生活困窮者保養施設数及び入所者数

〈表2-81〉 生活困窮者保養施設数及び入所者数

所 管	施設数	入所者数
民間	917	21,370

(2002年統計資料より)

## d PSMP

非行少年の更生施設である。

〈表2-82〉 非行少年更正施設及び入所者数

〈表2-82〉 非行少年更正施設及び入所者数

所 管	施設数	入所者数
民間	8	595

(2002年統計資料より)

## e PSM

ストリートチルドレンが通う施設で、強制的に収容する施設ではない。親はいるが兄弟が多く扶養されない子供や収容しても施設の生活（ルールのある生活）に適応できないような子供を対象とした施設である。

この施設の中には、国立民営方式（国が土地、建物を提供し、民間（yayasan）などに運営を委託する。）の施設が多く含まれているようであるが、その内訳は不明である。社会省が管轄している。

〈表2-83〉 ストリート・チルドレン収容施設数及び入所者数

所 管	施設数	入所者数
民 間	315	46,250

(2002年統計資料より)

## f Yayasan Adopsion（養子縁組斡旋施設）

捨て子などを一時保護し、養子縁組を斡旋する社会福祉法人（民間）で、全国に7施設ある。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) 貧困削減

---

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与えられたことを受け、ユスフ・カッラ国民福祉担当調整大臣（当時）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、

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

の重要性が明確化された。2004年度予算では、4千万人の貧困者に対する医療関係費として3兆ルピア（約400億円）を計上し、貧困者層への社会保障を強化した。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### インドネシア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (2) 国民社会保障制度法案

---

現行の社会保障制度は、業種ごとに異なる組織が運営し保障内容がまちまちであること、強制加入でないことから保障対象が全国民の20%以下に限られている。そこで、政府は、全ての国民に対し同等の保障を提供するため、これまでの各種保障制度を統合した国民社会保障制度法案を2004年1月に国民議会に提出した。法案によると、健康保険、労働災害補償、老齢給付、年金、死亡保障の5種類の社会保障制度からなり、全ての制度への加入が義務となる。掛金は、雇用主、労働者、政府から徴収される。2004年8月までに国会において本法案が成立されれば2005年から順次施行される予定である。

健康保険については、労使が保険料を負担し、政府が決めた治療指針、投薬指針・薬価、診療費に基づく治療を受けることとなる。また、貧困者に対しては政府が補助金として保険料相当額を負担する。なお、本制度に登録されずに保険料を支払っていないインフォーマル・セクターについては、自己負担となる。

年金については、労使が掛金を負担し、加入期間が15年以上で給付対象となり、本人、または扶養家族が受給する。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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る。社会福祉制度は、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である。

社会保険制度は、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ことを定めた社会保障法が成立した1990年以後、段階的に施行されており、2004年1月からは失業保険にかかる部分が施行され、同法の全ての制度が施行されることとなった（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30パーツ医療政策が実施されている。

なお、介護保険制度はない。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### タイ

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度

---

#### 1) 制度の種類

社会保障法による年金制度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。

#### 2) 社会保障法に基づく年金制度

社会保障法の老齢年金に係る部分が施行されたのは1998年末である。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。加入者数は2004年3月現在で756万人である。

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か月以上保険料を支払った55歳以上の者であり、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### タイ

#### 2 社会保険制度等

#### (2) 医療保険制度

---

##### 1) 制度の種類

従来より医療費の援助として、貧困者家庭、高齢者、子供などを対象とした医療費援助制度が福祉的に実施され、また公務員等に対する医療保障制度が整備されていたが、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、2002年4月より「30バーツ医療政策」が全国で実施されている。

##### 2) 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。

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。

##### 3) 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。2003年現在、加入者数は4,800万人となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### タイ

#### 2 社会保険制度等

#### (3) 失業保険制度

---

社会保障法に基づいた失業保険制度は2004年1月より施行されている。給付を受けるためには6か月以上の保険料の支払いが必要である。給付期間・給付水準は失業理由により異なっており、自己都合退職の場合は退職後1年以内の90日間を上限として賃金の30%が支給される。それ以外の場合、1年以内の180日間を上限として賃金の50%が支給される。財源は雇用主及び被用者が償金の0.5%、政府が0.25%となっている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### タイ

#### 3 公衆衛生施策

#### (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、郡立病院等の公立病院が960施設ある。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440施設）、診療所（約1万4,400施設）などがある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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（1年1家族当たり3回まで）が給付される。ホームレス対策として、ホームレス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か所、入所者数約2,000人）。引き取る親族もいないホームレスについては、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か所、入所者数約4,400人）。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

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ある。

---

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

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

タイ

5 社会福祉施策

(2) 高齢者保険福祉施策

---

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（2003年現在20か所、利用者数約3,000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（2003年で19か所）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（mobile unit）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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### タイ

#### 5 社会福祉施策

#### (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か所で行われている。

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か所設置されている。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### タイ

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

---

##### 1) 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。

##### 2) 在宅サービス

在宅サービスとして、養子縁組や里親のあっせんを行うとともに、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置かれている児童の保護に当たっている。

##### 3) 施設サービス

施設サービスとして、乳児院、養護施設、障害児施設が設置されている（2003年現在で計34か所、利用者約10,500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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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）、多額の国家予算が必要となっている中（2004年度予算約600億バーツ）、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。

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合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。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。

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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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*

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### マレーシア

#### 2 社会保険制度等

##### (1) 年金制度 (SS)

---

#### 1) 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。

#### 2) 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。

#### 3) 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。

---

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

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### マレーシア

#### 2 社会保険制度等

##### (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、時に数か月待ちもあり得る）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、被雇用者社会保障法に基づき、民間の被用者を対象とした労災給付制度が、社会保障機構により運営されている。月給2,000リンギ以下の従業員及びその使用者は強制加入（月給2,000リンギ超の従業員は、使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、使用者が月給の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。すなわち、

1)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。

2)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3分の1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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### マレーシア

#### 3 公衆衛生施策

##### (1) 保健医療施策

---

#### 1) 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。

#### 2) 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、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。

---

定例報告 2003～2004年の海外情勢

第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

マレーシア

3 公衆衛生施策

(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。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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*

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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、

- 1)社会的に自立していない層に対して、その需要に応じた援護と介護の提供、
- 2)社会的に自立していない層、社会的不適応層に自立促進の援助、
- 3)助け合う社会、気配りのある社会（caring society）の創出、

の3つを目標に、児童福祉、青少年福祉、高齢者福祉、障害者福祉、婦人福祉、家庭福祉、地域のコミュニティ強化及びボランティア開発が幅広く行われている。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### マレーシア

#### 5 社会福祉施策

#### (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リンギが支給される。老人ホームについては、現在、全国9か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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### マレーシア

#### 5 社会福祉施策

#### (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、全国に国立小児療育センターが5か所、成人職業訓練施設が1か所あるほか、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### マレーシア

#### 5 社会福祉施策

#### (4) 児童健全育成施策

---

##### 1) 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。

##### 2) 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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

---

(注) 全国の各村落。フィリピンの最小行政単位で、全国に約4万2,000か所あり、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。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

##### 1 社会保障制度の概要

---

フィリピンでは、年金や医療保険といった社会保険制度が政府関係機関によって運営されているほか、障害者、高齢者、児童等を対象とした社会福祉サービスが主に地方自治体を通じて供給されている。

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 2 年金制度

---

主な公的年金制度には、一般国民（労働者）を対象とした年金制度と公務員を対象とした年金制度がある。前者は、社会保障機構（Social Security System；SSS）、後者は公務員保険機構（Government Service Insurance System；GSIS）が運営している。

このほか、軍人、警察関係者等職域別に個別の年金制度が存在する。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 2 年金制度

##### (1) 社会保障機構による年金制度

#### 1) 運営主体

社会保障機構は、政府管轄下の機関である（根拠法；共和国法8282号）。上位組織として社会保障委員会（Social Security Commission；SSC）が、社会保障機構の管理監督を行っている。同委員会には雇用労働省長官が構成員として加わっており、委員長は大統領によって任命される。

社会保障機構は、年金給付サービスのほか、加入者に対し、傷病等による休業給付サービス、後述の公務員保険機構と共通の労災補償プログラム（The Employees' Compensation program）によるサービス、生活資金、教育資金等に対する貸付サービスも提供している。

#### 2) 財源

財源は、労使双方の負担による社会保険料と投資、貸付等の資産運用の収益から成り立っており、税金の投入等国庫からの支出はない。社会保障機構の財政状況は芳しくない。2002年の総収入約459億ペソに対し、総支出約454億ペソとかなり黒字を保っているものの、保険のみの収支では、会員からの保険料総額約342億ペソに対し、給付総額約409億ペソ（表2-83）と67億ペソの赤字となっている。今後の給付額の増大に対しては、積立基金（Reserve Funds）の充当も検討されている。また、各種貸付（2002年単年で総額約107億ペソ）の返済（徴収）に滞りが見られるという指摘もある。

〈表2-84〉 給付状況（2002）年

項目	金額 (100万ペソ)
年金給付	35,444
退職給付	17,496
死亡給付	14,413
障害給付	3,536
その他（一時金等）	5,427
計	40,872

資料出所 社会保障機構(SSS)

### 3) 対象者

法律上、60歳以下の全ての民間労働者及びその使用者、月1,000ペソ以上の収入を得ている家庭内使用人（メイド、運転手等）並びに原則全ての自営業者（俳優、プロ・スポーツ選手、農漁業関係者等を含む）等は、社会保険機構への加入が義務付けられている。

加入者数は、2002年末現在、2,497万6,000人（労働者1,977万8,000人、使用者66万8,000人、自営業者453万人）である。

### 4) 保険料

保険料は、労働者の標準報酬月額9.4%と定められており、労使の負担比率は、それぞれ使用者6.07%、労働者3.33%である。標準報酬月額は、労働者が1か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）を合計した金額を元に、1,000ペソから1万5,000ペソまで、500ペソ毎に29段階に区分されている。

### 5) 給付内容

年金給付には、退職年金、死亡年金、障害年金がある。

#### a 退職年金

社会保障機構加入者のうち、60歳以上の退職者であって120か月以上保険料を支払った者、又は65歳以上（就労の有無を問わない）で120か月以上保険料を支払った者が対象となり、加入者のうち保険料を120か月以上支払っていない退職者については、支払った保険料と同額の年金とその利息分が一括給付される。

給付月額は、保険料支払い期間と平均報酬月額により、以下のa) 又はb) のうちより大きい額が支給される。

$$a) 300\text{ペソ} + \text{平均報酬月額} \times \{0.2 + 0.02 \times (\text{支払い年数} - 10\text{年})\}$$

$$b) \text{平均報酬月額} \times 0.4$$

なお、最低給付額として、120か月以上保険料を支払った者に対し月1,200ペソの給付が20年以上保険料を支払った者に対し月2,400ペソの給付が保障されている。

また、最低年金受給者が21歳未満で未婚の就労していない子供を扶養している場合には、子供5人までを限度とし、1人当たり年金（月）額の10%（最低額月250ペソ）が給付される。

原則、加入者が指定する銀行に毎月振り込まれるが、最初の18か月分について、一定の減額の下、一括して受け取ることができるオプションもある。

#### b 死亡年金

死亡した加入者の親族が給付を受ける。対象は、36か月以上保険料を支払った加入者の配偶者（ただ

し、再婚した場合はこの限りでない)又は21歳未満の未婚の子供である。該当者が存在しない場合、加入者の両親が給付の対象となるが、この場合、一括して給付されることになる。

給付月額、保険料支払期間により決定し、

- 1)保険料支払期間が10年未満の場合1,000ペソ
- 2)10年以上20年未満の場合2,000ペソ
- 3)20年以上の場合2,400ペソ

である。

また、死亡した加入者が、死亡時点で21歳未満で未婚の就労していない子供を扶養していた場合には、更に、5人までを限度とし、1人当たり年金(月)額の10%(最低額月250ペソ)が給付される。

受取人が指定する銀行への毎月の入金によるか、又は、限度額の下、一括給付による。

### c 障害年金

主として身体の障害のため日常生活に支障を来す者に対し給付されるものである。

社会保障機構の加入者のうち、障害発生時点までに36か月以上保険料を支払っていた者で、主として治療見込みのない身体障害を有する者である。なお、36か月以上の支払いという要件を満たしていない者については、一括給付がなされる。給付は該当者が就労している限り行われる。また、障害から回復した場合、給付は停止される。給付月額は、以下のとおり保険料支払期間により決定し、

- 1)保険料支払期間が10年未満の場合1,000ペソ以上
- 2)10年以上20年未満の場合1,200ペソ以上
- 3)20年以上の場合2,400ペソ

以上である。

また、障害年金受給者が21歳未満で未婚の就労していない子供を扶養している場合には、更に、5人までを限度とし、1人当たり年金(月)額の10%(最低額月250ペソ)が給付される。

受取人が指定する銀行への毎月の入金によるか、又は、限度額の下、一括給付による。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 2 年金制度

##### (2) 公務員保険機構による年金制度

---

#### 1) 運営主体、財源

公務員保険機構も社会保障機構と同様、政府管轄下の機関である（根拠法；共和国法8291号）。上位組織として、管理委員会（Board of Trustees of the GSIS）が、公務員保険機構の管理監督を行っている。同委員は大統領によって任命される。

サービスも、年金給付サービスのほか、各種保険サービス、労災補償プログラム（The Employees' Compensation program）によるサービス、貸付サービス等社会保障機構の管理監督とほぼ同様である。

#### 2) 財源

財源は、社会保障機構と同様、労使双方の負担による社会保険と主に投資活動による資産運用から成り立っており、税金の投入等国庫からの支出は無い。

2002年の総収入は約644億ペソと、総支出約321億ペソを大きく上回っている。

#### 3) 対象者

全ての公務員（国、地方）に対し加入が義務付けられている。加入者数は、2002年末現在、138万3,000人となっている。

#### 4) 保険料

公務員保険機構の保険料は、標準報酬月額17.0%と定められており、労使の負担比率は、それぞれ使用者10.0%、労働者7.0%となっている。

#### 5) 給付内容

退職年金、辞職年金、死亡年金、障害年金等があり、かなり恵まれた内容となっている。

a 退職年金

いわゆる高齢者年金に当たる。

要件は、15年以上勤務した加入者で定年（60歳）を迎えた者が対象となる。

給付月額は、勤務年数と平均報酬月額（過去3年間の報酬より算定）により以下の額が支給される。

$$0.25 \times (\text{平均報酬月額} + 700\text{円}) \times \text{勤務年数}$$

b 辞職年金

3年以上15年未満勤務した加入者で定年（60歳）前に辞職した者、又は15年以上勤務した加入者で定年前に辞職した者が対象となる。前者には、平均報酬月額と同額が年額として60歳まで毎年給付される。後者には、一時金（平均報酬月額の18倍）のほか、60歳より年金が給付される。

c 死亡年金

死亡した加入者の親族が給付を受けられるものである。対象は15年以上勤務した加入者の配偶者（ただし、再婚した場合はこの限りでない）又は18歳未満の未婚の子供で、給付月額は、配偶者に対し加入者の死亡時の平均報酬月額の50%が、子供には5人までを限度として、1人当たり同10%が給付される。

d 障害年金

主として身体の障害のため日常生活に支障を来す者に対し給付されるものである。15年以上勤務した加入者と15年未満の加入者それぞれに対し、給付制度が存在する。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 3 医療保険制度

##### (1) 運営主体、財源

---

同制度は1995年2月、前述の社会保障機構、公務員保険機構両制度のうち医療保険部分（メディケイド）を統合し設立されたものである。公的医療保険制度を運営しているのは、フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation（PHIC）；フィルヘルス）である。フィルヘルスも社会保障機構や公務員保険機構同様、政府管轄下の機関である（根拠法；共和国法第7875号）。

財源は、労使双方の負担による社会保険料、投資活動による資産運用に加え、公的支出（保健省及び地方自治体）から成り立っている。

収支については、2003年上半期で収入75億9,500万ペソ、支出58億300万ペソであり、現在のところ良好な経営状況であるが、近年は給付総額の増加に比べ、保険料の徴収が伸び悩んでいる。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

## 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

## フィリピン

## 3 医療保険制度

## (2) 加入者

法律上は、全国民の加入が求められている。保険料徴収の主な対象者は、被雇用者（公私）、自営業者である。また、「貧困プログラム」があり、フィルヘルスより「貧困」の指定を受けた者については、保険料を国と地方自治体が分担している。

〈表2-85〉 医療保険制度の対象者

〈表2-85〉 医療保険制度の対象者

(人)

	加入者数	保険適用者数(見積り)
公務員	2,136,762	10,198,543
民間企業労働者	4,904,794	19,576,454
自営業者	1,565,853	7,759,987
貧困プログラム対象者	1,451,785	7,258,925
無償対象者(退職者、保険料支払満了者)	490,242	735,362
合計	10,549,436	45,529,271

資料出所 フィリピン健康保険公社(2003年6月現在)

保険適用者は、加入者、貧困プログラム対象者、無償対象者（退職者、保険料支払満了者）及びこれら対象者の扶養家族である。

保険適用者のカバー率は、2003年6月現在56.3%となっている。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 3 医療保険制度

##### (3) 保険料

---

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1か月に受け取る給与及び全ての手当を合算した金額を元に、4,000ペソから1万5,000ペソ以上まで、1,000ペソ毎に12段階に分けられている。

保険料は標準報酬月額の2.5%と定められており、労使の負担比率は、それぞれ使用者1.25%、労働者1.25%の折半となっている。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 3 医療保険制度

#### (4) 給付内容

---

基本的に、入院医療に係る費用（室料、食費、薬剤費、検査費、診察料）が給付対象となる。外来医療については、白内障摘出術等簡易な外科手術、放射線治療、透析のほか、結核DOTS（直接監視下短期化学療法）、出産等に係る特別プログラム（上限あり）に対して適用がある。

給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額が、フィルヘルスより医師又は病院に償還払いされ、同額を超える部分については患者の自己負担となる。

なお、保険は、適用者が、フィリピン医療委員会（Philippine Medical Care Commission ; PMCC）から認定された病院又は手術施設（病院については、保健省の認証がある病院の約88%をカバーしている）及び保健所（Rural Health Unit ; RHU。「貧困プログラム」のみに対して適用がある）において、保険指定医等による診療を受けた場合に適用される。

〈表2-86〉 医療保険給付一覧

〈表2-86〉 医療保険給付一覧

給付内容	病院の種類		
	1次病院	2次病院	3次病院
室料及び食費(45日まで)	200	300	400
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(ICU対象疾患等。以下同じ。)	2,500	4,000	9,000
c.重度特別診療(急転移等重篤な疾患。以下同じ。)	—	8,000	16,000
X線、検査費等(1回の入院につき)			
a.一般診療	350	850	1,700
b.集中治療	700	2,000	4,000
c.重度特別診療	—	4,000	14,000
診察料(1回の入院につき) (ただし、一般医の場合、1日150ペソ、専門医の場合、1日250ペソを上限とする。)			
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			
手術室料(1回の入院につき)			
a.RVU・30点以下	385	670	1,060
b.RVU31点から80点まで	0	1,140	1,350
c.RVU81点以上	0	2,160	3,490
外科医(1回の入院につき)	上限16,000ペソ		
麻酔科医(1回の入院につき)	上限 5,000ペソ		

資料出所 フィリピン健康保険公社(2003年1月)

(注) RVU(Relative Value Unit)は、外科手術の難易度等によって付けられた点数であり、1点につき、40ペソが加算される。

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 4 公的扶助制度

---

フィリピンには、日本のように、政府が、生活困窮者に対し、恒常的に経済的支援等を行う公的扶助制度はない。帰郷援助（マニラ首都圏に出稼ぎに出たものの生活等が困窮し、帰郷を希望する者に対して1回限りの交通費を支援する制度）や遺族援助（「フィリピン慈善くじ協会」による財政的支援）等の制度がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 5 社会福祉制度

#### (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、1992年以降の地方分権化により、直接の事業実施主体は各地方公共団体（Local Government Unit ; LGU）が担うこととなり、国は制度・各種プログラムの策定、パイロット事業の実施及び地方公共団体の指導・監督・支援を行うこととなった。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 5 社会福祉制度

#### (2) 高齢者福祉施策

---

2004年2月に新規制定された高齢者法（Senior Citizen Act,共和国法第9257号）により、60歳以上の高齢者全てに対し、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することとなった（従来は、年収6,000ペソ未満の高齢者に限られていた）。

また、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が進められている。

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に対しては政府、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 5 社会福祉制度

#### (3) 障害者福祉施策

---

WHOの推計によれば、フィリピンの全国民の10%は何らかの障害を有しているといわれている。

障害者に関しては、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整備されているが、実質的には、障害者の支援事業は少ない。障害者福祉施設では、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ている。これらの施設は、政府のほかキリスト教教会を中心とした民間ボランティア機関が運営している。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 5 社会福祉制度

#### (4) 児童福祉施策

---

##### 1) 児童保育

法律により、全てのバランガイ（注）は、両親が働いており、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おり、このため、地方自治体が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。

また、3歳から6歳児を対象とした早期児童発育プログラム（Early Child Development Program）が保健省、教育省、社会福祉開発省の3省庁によって進められており、デイケア・センターを活用して、早期児童の発育強化が行われている。

##### 2) 児童保護

家族関係の問題や病気、極度の貧困状態などが原因で両親が児童を扶養することが不可能又は不適切な場合に、その児童を両親に代わって扶養するため養子制度、里親制度、法的後見人制度等の制度が整備されており、里親による家族的扶養サービス、施設保護等が行われている。里親による家族的扶養サービスは、養子、里親、法的後見人による扶養に先立つ準備として行われる。

施設保護は、社会福祉開発省の定める基準の下、NGOが運営する施設で行われる保護事業であり、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

## 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

## フィリピン

## 6 公衆衛生及び保健医療

## (1) 公衆衛生の現状

## 1) 保険指標

フィリピンの代表的な指標をASEAN近隣諸国と比較すると、乳幼児死亡率（IMR）、5歳児未満死亡率（U5MR）は1970年代に比べ改善しているとは言え、かつては大きく差の開いていたベトナムやインドネシアに追いつかれつつある状況にある。また、妊産婦死亡率は高く、依然、改善の余地がある。

〈表2-87〉 ASEAN諸国の保険指標比較

〈表2-87〉 ASEAN 諸国の保健指標比較

国名	平均寿命		乳児死亡率		5歳未満死亡率		妊産婦死亡率	
	調査年	1970-75	2000-05	1970	2001	1970		2001
			出生千対		出生千対		対人口10万	
マレーシア		63.0	73.1	46	8	63	8	41
タイ		61.0	69.3	74	24	102	28	44
<b>フィリピン</b>		<b>58.1</b>	<b>70.0</b>	<b>60</b>	<b>29</b>	<b>90</b>	<b>38</b>	<b>170</b>
ベトナム		50.3	69.2	112	30	157	38	95
インドネシア		49.2	66.8	104	33	172	45	380
日本		73.3	81.6	14	3	21	5	8

資料出所 国連開発計画 UNDP "Human Development Report 2003"

## 2) 10大死因

1998年の主な死亡原因は下記のとおりで、乳児では現在も感染症が主な死亡原因であるのに対し、全体では感染症と生活習慣病の両方が共存する構造となっている。感染症では結核が最大の疾患である。

## 〈表2-88〉 10大死因（成人及び乳児）

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. 心疾患	76.5	胎児・新生児呼吸不全	3.5
2. 脳血管	56.6	肺炎	2.8
3. 肺炎	46.1	先天性異常	1.9
4. 悪性新生物	43.9	出生時損傷	0.9
5. 事故	40.8	下痢	0.9
6. 結核	38.3	敗血症	0.6
7. 慢性肺疾患	19.5	髄膜炎	0.3
8. 糖尿病	12.1	他の呼吸器	0.3
9. 他の呼吸器	10.3	栄養失調	0.2
10. 腎臓系	10.2	麻疹	0.2

資料出所 保健省

## 3) 3大感染症の状況

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。

a 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。

b 結核：結核による死亡人数はWHO西太平洋事務局管内で第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人が死亡している。

c 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。

## 4) 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、2.03%（1995年から2000年）と、ASEAN地域においても人口増加率最大国の一つとなっている。1995年国勢調査による年齢分布によれば18歳未満の割合は45.0%であり、若い国といえる。



## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 6 公衆衛生及び保健医療

##### (2) 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15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の各州に州政府保健局が設けられている。また、全国的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、保健師・看護師、検査技師等が常勤する保健所（Rural Health Unit：RHU）が全国的1,880か所（2002年）設置されている。

また、全国のバラングイには、助産師（midwife）等が常駐しているバラングイ保健支所（Barangay Health Station：BHS）が約15,000か所設置されており、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。

なお、ミンダナオ・ムスリム自治地域（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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 6 公衆衛生及び保健医療

#### (3) 施設

保健医療提供施設は、運営主体によって、大きく公的機関、私的機関に分類される。私的な保健医療機関には、病院（1,077施設（2002年））と診療所がある。

公的な保健医療機関については、以下のとおり分類される（病院は2002年には661施設。保健所、バラングイ保健支所は2001年にそれぞれ1,879施設、1万5,107施設整備されている）。

保健省が直接管理しているのは、全国の主要都市に存在する約70か所の国立病院（National Hospital Retained Hospital）であり、州立病院（Provincial Hospital）及び地区病院（District Hospital）については、人件費、医薬品を含む消耗品の購入費及び施設の維持管理費を含め州政府が管理している。

また、原則として、保健所（Rural Health Unit；RHU）については町が、バラングイ保健支所（Barangay Health Station：BHS）については町又はバラングイが、それぞれ管理しており、地域住民に対するより基礎的な保健医療サービスの提供については、各自治体が責任を負っている構造となっている。

〈表2-89〉 公的な保健医療提供施設

分類	運営主体
中央病院(16) 肺センター 腎センター 小児センター 心臓センター マニラ首都圏特別病院(12)	保健省(DOH)
地域病院(Regional Hospital) (56)	保健省(DOH)
州病院(Provincial Hospital)	州政府
地区病院(District Hospital)	州政府
保健所(RHU)	町政府
バラングイ保健支所(BHS)	町政府又はバラングイ

(参考：大学病院232(高等教育委員会 Ched))

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 6 公衆衛生及び保健医療

##### (4) 医療従事者

---

国家統計調整委員会によると、フィリピンの公的部門に所属する主な医療従事者の人数は、医師2,957人、看護師4,819人、助産師1万6,612人となっている。一方、1991年から2000年までの累計登録者ではそれぞれ医師9万5,016人、歯科医師4万1,484人、看護師33万7,939人、助産師12万9,532人となっている。

なお、年間の国家試験合格者数（2000年）は、医師2,316人、歯科医師1,354人、看護師4,228人、助産師1,138人となっている。

また、これらの従事者のほか、 balan-gay・ヘルス・ワーカー（BHW）と呼ばれるボランティア職員が存在しており、施設にもよるが各村落に数名程度勤務している。これら医療従事者のうち、医師、看護師については、地域偏在により地方におけるマンパワー不足が指摘されている。

昨今、看護師（医師が看護師の資格を取り直す場合も含む）の海外流出については、正確な統計は存在しないものの、一部報道によると、約30万人のフィリピン人看護師が、121か国で就労しているという推計がある。

保健省当局によると、国内では数的には看護師は足りているものの、熟練した看護師が不足しているとのことである。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 7 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) 保険改革 (HSRA)

---

保健省では、1991年から進められている地方分権化に伴って、1999年から5か年の計画でHealth Sector Reform Agendaを策定し、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。

- 1)保健財政 (国民皆保険の実現)
  - 2)地域保健システム (良質な医療アクセスの改善)
  - 3)公衆衛生 (拡大予防接種計画、家族計画、健康増進活動)
  - 4)病院システム (施設・機材・人材の改善)
  - 5)保健行政・規制 (基準策定、医薬品審査制度の強化、迅速化)
-

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 7 近年の動き・課題・今後の展望等

#### (2) 国内の健康水準格差

---

フィリピンにおける人々の健康水準については、他の多くの途上国同様、地域間格差及び社会経済階層間格差が極めて大きく、全国平均値による分析のみでは実態を十分に捉えることはできない。

例えば、合計特殊出生率を、所得階層別に見ると、最貧困層20%に属する世帯では、未だに6.5と高水準に留まっているのに対し、最富裕層20%では2.1までに低下している。

また、5歳未満児死亡率については、地域別に見ると、マニラ首都圏（NCR）では、出生千対38.6に対し、ムスリム・ミンダナオ自治地域（ARMM）では、同97.6となっている。その他、地域別には、ベッド数対人口10万人（NCR26.9、ARMM1.8）（2002年）、保健医療従事者数の比（医師（NCR7.1、中央ミンダナオ2.3）、看護師（NCR10.1、中央ルゾン4.3））（2000年）についても格差の存在が見取れる。

フィリピンにおいて、出生率や死亡率の低下が周辺のASEAN諸国と比べて緩慢である背景の一つとして、これら地域間格差や社会階層間格差の問題が存在し、一部の後進地域や貧困層における停滞が、全国平均値にも影響している可能性についても留意する必要がある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### フィリピン

#### 7 近年の動き・課題・今後の展望等

#### (3) 二国間社会保障協定

---

フィリピンは多数の海外労働者を世界各国に送り出していることから、彼らの老後の生活保障のため、高齢者年金に係る二国間協定の締結が政府間で進められているところである。なお、医療保険については、現在のところ交渉は行われていない。

1)協定発効・締結済の国；カナダ、フランス、オランダ、イギリス、スイス、オーストリア、スペイン、ベルギー

2)交渉中の国；イタリア、スウェーデン（以上、2004年3月時点）

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

---

(注1) 平均賃金は全ての男性雇用者の税引前給与の平均値を毎年統計から算出している。ただし、以下の雇用者の賃金は含まれない。

- ・ 軍隊関係者
  - ・ 農林水産業関係の雇用者
  - ・ 個人家庭で雇用されている者
  - ・ 外国の大使館、総領事館で雇用されている者
  - ・ オーストラリア国外に居住する者
  - ・ 自営業
- 

(注2) 一時的に障害者を障害者施設等に引きとってケアを提供し、家族が身体的、精神的に疲れてしまわないようにするもの。

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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に、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」がある。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、

- 1) 所得保障制度及び医療保障制度が社会保険方式ではなく、原則的に一般財源で賄われていること、
- 2) 医療・福祉サービスは全国民を対象とする普遍的なサービスであること、
- 3) 連邦、州、地方公共団体、民間団体といった多様な主体が各制度を機能的に分担し、並列的にサービスを提供していること

が挙げられる。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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制度（Age pension）、被用者ごとの積立てによる貯蓄制度である退職年金基金制度（Superannuation）がある。医療保険についてはメディケア制度がある。

なお、介護保険制度はなく、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（1）参照）。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 2 社会保険制度等

##### (2) 年金制度

---

#### 1) 制度の種類

オーストラリアの公的年金制度は、老齢年金、退職年金基金の2階建ての制度だが、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。

#### 2) 老齢年金制度

老齢年金制度は、高齢者の基礎的な生活を保障することを目的とし、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、単身高齢者で男性の平均賃金（注1）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452.80豪ドル/2週、夫婦の場合378.00豪ドル/2週（1人当たり）である。ただし、資産調査があり、所得、資産により減額される。

#### 3) 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。強制ではないが自営業者、無業者も積み立てを行うことができる。

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可能である。

---

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

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 2 社会保険制度等

#### (3) 医療保障制度等

---

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となっている。メディケア制度の創設は1984年2月と比較的新しく、質の高い医療サービスを求める者は民間保険を活用することができる。

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、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、一般財源とメディケア税（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豪ドルが自己負担の上限）。入院の場合は、公立病院で医療費、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。ちなみに、公立病院で、患者が自ら指名した医師から診療を受ける場合、医療費の25%が自己負担となり、病院費用は給付の対象とならない。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### 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・管理等を行っている。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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 3 公衆衛生施策

##### (2) 医療施設

---

医療施設としては、

1)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）、

2)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、小規模のことが多い）

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。

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 3 公衆衛生施策

#### (3) 医療従事者

---

医療従事者としては医師、看護師等合計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、第一次医療を行う一般医（General Practitioner；GP）と専門医とがある。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 4 公的扶助制度

---

生活保護制度 (Special Benefit) 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。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、住宅所有者、住宅非所有者という類型ごとに資産審査も行われる。

---

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 5 社会福祉施策

##### (1) 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」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）の特徴として、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。高齢者ケア判定チームは各地域ごとに置かれ、看護師、老年科医、作業療法士、理学療法士、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 5 社会福祉施策

#### (2) 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し、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（注2）等のサービスが提供されている。また、主に高齢者が刑用している地域・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（地域・在宅サービス事業利用者のうち、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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 5 社会福祉施策

#### (3) 児童健全育成施策

---

##### 1) 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Child care Assistance及びChild care 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。

##### 2) 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。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (1) メディケア改革

---

メディケアにおける患者の自己負担は医療費の15%とされているが、医師が患者の自己負担分を割り引いて医療費の85%のみを請求する場合は、患者は支払い手続きに関与せず、医療機関が直接メディケア事務所に請求することになる。これをバルビリングと呼び、患者には、金銭的、事務的負担がない上、医師にとっても多数の患者が獲得できるというメリットがある。

しかし、バルビリングの提供率は、1996年の約80%から2003年12月四半期には66.5%へと低下し、特に医師が不足している地方部での提供率が極めて低くなっていた。

こうした状況に対応し、ハワード政権は、2004年から「メディケアプラス」と題するメディケア改革を実施した。バルビリング提供率向上のため、低所得者（コンセッションカード所有者）及び16歳未満の子供にバルビリングを提供する医師に対し、地方部では7.5豪ドル、都市部では5豪ドルを診療報酬に上乗せしたほか、バルビリングが提供できない患者の救済のために患者負担額の上限（低所得者は年間300豪ドル、それ以外は年間700豪ドル）を設定した。さらに、常勤換算で1,500人分の医師増員及び1,600人分の看護師増員等の医師不足対策が実施された。

---

## 定例報告 2003～2004年の海外情勢

### 第3章 各国における社会保障施策の概要と最近の動向

#### オーストラリア

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望等

##### (2) 年金制度改革

---

進行する高齢化への対応策として、高齢労働者の労働参加を促進する一方、退職後所得の一層の充実を図るため、

(ア) 退職年金基金からの受給にあたっては、従来、受給者の退職が要件とされているところ、2005年7月よりこれを撤廃し働きながらも受給を可能とすることで早期退職への誘因を除去し、また、

(イ) 退職年金基金の加入（積立）については、週10時間の就労が要件であるが、2004年7月より、

(i) 老齢期の所得拡充のため、18歳以上65歳未満の場合には、就労要件を撤廃して積立を奨励するとともに、

(ii) 短期契約等老年労働力の弾力的就労に対応するため、65歳以上75歳未満の場合には就労時間の計算を週単位から年単位へ変更する、

等の改正が行われる。

---

---