

第1編

第3部 世界の社会保障制度

はじめに

我が国のみならず、世界の多くの国々において、社会保障制度は、国民の健康を保持し、生活の安定を確保する上で、大きな役割を果たしている。各国の社会保障制度は、その沿革だけでなく、税制等の関連諸制度との関係、さらには個人や家族と社会・国家との関わり方に対する考え方の違いなどにより、それぞれの国の実情に応じて異なった仕組みとなっている。

しかし、人口の高齢化や少子化といった現象は、欧米の多くの国々に共通するものであり、これが社会保障制度に与える影響には共通するものが少なくない。高齢者の介護問題にどのような形で対応すべきか、出生率の低下をどう考え、どのような政策をとるべきか、さらには増大する社会保障負担をどうすべきか、といった問題について、欧米の各国はそれぞれに苦悩し、それぞれの選択をしようとしている。他方、アジアの国々にあつては、近年、社会保障制度が徐々に整備されつつあり、伝統的な家族を中心とした扶助システムから、社会ないしは国家による保障システムへと移行しつつあるように見える。産業の発展や都市化の進行により、これらの国々にあつても、我が国や欧米諸国と同様の問題を抱えるようになる日がいずれ到来するかもしれない。

ここでは、欧米およびアジアのいくつかの国々について、医療保障、年金、社会福祉を中心とした社会保障制度の全体像および高齢者、児童に関する施策ならびにその課題を概観することとした。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第1節 フランス

(人口5,766万人, 国土面積552千km², 高齢化率14.6%, 合計特殊出生率1.65, 1フラン=21.5円)

※人口および高齢化率は1993年, 合計特殊出生率は94年, 為替相場は96年3月現在

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第1節 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、大きく社会扶助制度と社会保険制度とに分けられる。社会扶助制度は、障害者、高齢者、児童等社会的な扶助を必要とする者のための制度であり、教会の慈善活動をその起源としている。医療扶助、住宅扶助、高齢者扶助、家族扶助等各種の給付があるが、租税を財源としているため、受給には一定額以下の所得という所得要件が課される。

これに対し、社会保険制度は保険料によって賄われる制度であり、保険リスクに応じて疾病保険、老齢保険および家族手当に分かれている。さらに、社会保険制度は職域に応じて多数に分立しており、極めて複雑な制度となっているが(表1-1-1参照)、民間のサラリーマンを対象とする一般制度が加入者数も多く、代表的な制度である。このように制度が分立しているため、制度間の人口構成上の不均衡を是正することを目的に、1975年以来、疾病保険、老齢保険およ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。なお、我が国のような皆保険・皆年金は、実現されていない。

(1)

疾病保険制度

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

医療費の抑制を図るため、医療地図の導入(1970年)、総枠予算制の導入(1984年)、償還率の引下げなどが行われてきた。

表1-1-1 フランス社会保障制度の概要

表1-1-1 フランス社会保障制度の概要

	一般制度	特別制度	非被用者制度	農業制度	任意的制度
保険料徴収	社会保障機関中央機構 (ACOSS)	特別の制度なし。			
家族手当	家族手当全国金庫 (CNAF)	家族手当全国金庫または使用者 (ex. 国)	家族手当全国金庫 (CNAF)	農業共済組合 (MSA)	
家族手当 障害者手当 住宅手当					
疾病保険	被用者疾病保険全国金庫 (CNAMTS)	公務員、地方公共団体職員、フランス電力公社等一般制度に結びつけられている制度 鉱業、船員、国鉄、パリ市交通公社	疾病、出産：農業以外の非被用者疾病保険全国金庫 (CANAM)	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
疾病 出産 障害 死亡			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)		
労働災害 職業病					
老齢保険	被用者老齢保険全国金庫 (CNAVTS) 管理職退職年金制度一般組合 (AGIRO、補足的退職年金制度組合 (ARRCO))	公務員、地方公共団体職員、フランス電力公社、鉱業、船員、国鉄、パリ市交通公社等の特別制度	商工業全国自営業調整金庫 (ORGANIC)	農業共済組合 (MSA)	各種補足的制度
基礎的年金 補足的年金			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)		

資料：Dossier introductif : organisation générale de la sécurité sociale et de son financement

(2)

老齢（年金）保険制度

一般制度の場合、37.5年加入すれば満額の年金が受給でき、その水準は最も高い10年間の賃金の50%となっているが、これに補足的年金を加えると、従前賃金の6~7割の水準になる。

年金給付を抑制するため、満額年金受給期間の40年への引上げ、年金額の基礎となる賃金算定期間の10年間から25年間への拡大といった措置がとられている（1994年）。なお、年金の支給開始年齢は、かつては65歳であったが、若年失業者対策として1983年に60歳に引き下げられている。

(3)

家族手当

フランスの家族手当は充実しており、2人以上の子を扶養するすべての世帯に支給される家族手当（子ども2人665フラン/月、3人1,518フラン/月（95年現在）。3人以上の子を扶養する世帯の場合、10歳以上の子の加算あり。）のほか、乳児手当、育児休業手当、住宅手当、障害児手当、片親手当等多数の手当がある。

(4)

財源

社会保険制度は労使の保険料で運営するのが基本であり、保険料負担は使用者の方が重い。国庫負担は導入されてこなかったが、1991年、高齢化による社会保障支出の増大を賄うため、給与所得、資産所得等大半の所得を課税ベースとする目的税たる一般社会税が導入された(96年現在、税率2.4%)。

フランスの社会保険料率(95年：一般制度)

使用者 被用者 計

疾病保険 12.8% 6.8% 19.6%

老齢保険 9.8% 6.55% 16.35%

家族手当 5.4% - 5.4%

計 28.0% 13.35% 41.35%

社会保障(一般制度)の財政状況(単位：10億フラン)

93年 94年 95年(見込み)

疾病保険 -27.6 -31.6 -36.4

老齢保険 -39.5 -12.8 -14.7

家族手当 +10.7 -10.4 -13.3

計 -56.4 -54.8 -64.4

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第1節 フランス

2 高齢者福祉政策

フランスの高齢者保健・福祉サービスは在宅介護を基本とし、在宅サービスとしては、家事援助、在宅看護のほか、緊急通報サービス、食事宅配サービス等も行われている。高齢者施設としては、高齢者住宅、老人ホーム、長期療養施設などがある。

しかし、現在の制度については、社会扶助を中心に、疾病保険および老齢保険の3つの制度にまたがった複雑な仕組みとなっているため、相互の連携が十分でない、中所得者以上の層では自己負担が高額になる、社会扶助の担い手である地方財政が圧迫される、などの問題があった。このため、政府は、1996年から要介護高齢者を社会的に扶養するための自律手当制度を創設する予定であったが、財政赤字問題で制度の創設が1年間延期されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第1節 フランス

3 児童・家族政策

フランスは、伝統的に家族政策に力を入れてきており、家族手当の種類が多だけでなく、第3子に手厚くするなどきめ細かな内容となっている。1994年、政府は出生率の低下に対応し、家庭生活と就労との調和が図れるよう子育ての支援体制を強化することを目的に、「家族のための5か年計画(1995-99)」を発表し、同年、児童および家族対策を強化する「家族に関する法律」が成立した。

また、3歳未満の子どものための託児所、6歳未満の子どものための保育所などの保育サービスが行われている。特に保育所については、ミニ保育所、親の共同保育所、保育ママなど多様な保育形態が認められている。1年間の育児休業制度があるが、育児休業中の賃金は原則として支払われない。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第1節 フランス

4 社会保障制度の課題

フランスでは、1995年末で1,800億フランに達すると見込まれている社会保障制度の財政赤字が政治的問題になっている。95年11月、政府はほとんどすべての所得に対する税率0.5%の社会保障債務返済税の導入、国鉄職員等の満額年金受給期間の延長、医療費の削減等を内容とする社会保障改革案を提示したが、これに反対する労働組合は大規模なゼネストを行った。この背景には、欧州連合(EU)の通貨統合に参加するための条件(公共部門財政赤字対GDP比3%以下、公共部門財政赤字累積額対GDP比60%以下等)を満たすためには、社会保障の赤字額を抑制しなければならないという事情があったが、「後の世代に負担を回さないための累積債務の償却」といわれるように、高齢化が進む中で後代の負担が過重にならないようにするための改革案でもあった。

その後、国鉄職員等の年金受給要件の改正は見送られたが、社会保障債務返済税の導入等改革案の一部は、逐次実施に移されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第2節 ドイツ

(人口8,134万人, 国土面積357千km², 高齢化率15.3%, 合計特殊出生率1.34, 1マルク=73円)

※人口は1993年, 高齢化率は92年, 合計特殊出生率は94年(旧西独), 為替相場は96年3月現在

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第2節 ドイツ

1 社会保障制度の概要

ドイツの社会保障制度は、1883年のビスマルクの疾病保険法に端を発するが、現在では年金保険、医療保険、労働災害保険、失業保険および介護保険の5つの社会保険制度と、児童手当、社会扶助などがある。

(1)

年金保険

被用者のうち労働者（ブルーカラー）は労働者年金保険、職員（ホワイトカラー）は職員年金保険に原則強制加入することとなっており、保険料（18.6%、1995年）は労使折半が原則である。また、自営業者のうち芸術家、手工業者等については、労働者年金保険または職員年金保険への加入義務が課されている。強制加入の対象とはならない自営業者は、任意加入が認められている。強制加入者も任意加入者についても、任意に増額保険料を納付し、付加的な年金給付を受けることが経過的に認められている。なお、鉱山従業員等については別の制度となっており、保険料負担のルールもそれぞれ異なっている。

老齢年金は、原則65歳以上の者に支給されるが、長期加入者、重度障害者、一定の要件を満たす女性および失業者等については早期支給の特例が設けられている。ただし、これらの特例は一部の例外を除き2001年以降段階的に廃止されることになっている（ただし、近年失業者を対象とする早期年金の比重が高まり、年金財政を圧迫していることから、2001年を待たずに支給開始年齢を引き上げる方向で見直しが進んでいる）。年金額は、全被保険者の可処分所得の伸び率に応じて改定され、可処分所得に対する年金の比率は約70%で、今後もこの水準は維持される予定である。旧西ドイツ地区と旧東ドイツ地区の年金水準の格差は年々縮小され、95年現在で約10：8（標準年金ベース）となっている。

(2)

医療保険

公的医療保険制度は、労働者（ブルーカラー）、職員（ホワイトカラー）、年金受給者、学生等を対象とした一般制度と、自営農業者を対象とした農業者疾病保険とに大別される。一般制度では、一定所得以上の者および官吏は強制適用とされており、我が国のような皆保険政策はとられていない。95年現在、公的医療保険への加入者およびその家族は全国民の約90%となっている。

給付内容としては、医療給付、予防給付、医学的リハビリテーション給付、在宅看護給付等がある。医療給付については、保険からの給付率は被保険者、家族とも原則10割の現物給付であるが、入院については14日まで1日当たり旧西ドイツ12マルク、旧東ドイツ9マルクの一部自己負担（18歳以上）があり、薬剤給付等についても一部自己負担がある。傷病手当金としては、事業主の賃金継続支払い義務の切れる休業7週目以降3年間で最高78週まで基本賃金の80%が支給される。

公的医療保険制度は、公法人である疾病金庫を保険者として、当事者自治の原則の下、運営されている。疾病金庫は地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫等8種類、計993に分かれており(94年10月現在)、保険料率も各疾病金庫ごとに定められている。保険料率は全疾病金庫の平均で95年7月現在13.2%(旧西ドイツ地区)となっており、これを労使折半で負担することとされている。

(3)

社会扶助等

社会扶助は、我が国の生活保護に対応するもので、生活困窮者に対する生計扶助と特別扶助(教育扶助、医療扶助、住宅扶助等)を行う。州によって扶助基準は異なる。社会扶助の分野においても、政府により全面改革が検討され、1)扶助受給者をできる限り早く自立させるよう支援する、2)扶助基準を被用者の可処分所得の上昇率以下に抑えるなど支出抑制を図る、といったことを主な内容とする社会扶助改革法案が議会で提出されている。

(4)

財源

年金保険の場合、労働者年金保険と職員年金保険の財源の18.0%(94年、旧西独地域)が国庫補助で、残りは保険料となっている。92年の年金改革により、国庫補助金は、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仕組みとなっており、長期的にこの国庫補助割合が維持される。医療保険については当事者自治が原則となっており、国庫補助は原則行われていない。社会扶助の財源は、州と市町村によって負担される。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第2節 ドイツ

2 高齢者保健福祉施策

高齢者介護については、民間の6つの福祉団体が全国的にサービスを提供し中核的な役割を担っているほか、地方公共団体から営利団体まで多岐にわたるサービス主体が事業を展開している。在宅サービスについては、訪問看護、在宅介護、家事援助、相談等の保健・医療・福祉にわたる総合的なサービスを提供するソーシャルステーションが全国3,900か所余りに設置されている。施設としては、老人居住ホーム、老人ホーム、老人介護ホーム、老人複合施設などが設置されている。

介護に当たる人材としては、看護婦、老人介護士等の資格制度があるが、老人介護士については連邦レベルで教育、試験などの基準が定められておらず、立法措置が検討されている。専門的な知識・技能等を要しない業務においては、良心的兵役拒否者が社会奉仕に従事するツイビルディーンストや、ボランティアが大きな役割を担っている。

これらの介護費用は、これまで原則として利用者本人が負担することとなっていたが、1994年に介護保険制度が創設され、在宅サービスについては95年4月から、施設サービスについては96年7月から介護保険の給付が行われることとなった。保険料率は95年1月から1%、96年7月以降1.7%とされ、労使折半でこれを負担し、国庫補助はない。公的医療保険の加入者は当該疾病金庫に設けられる介護金庫に加入し、その適用除外者で民間医療保険に加入している者は民間介護保険に加入する義務を負う。在宅給付は、現物給付、現金給付または両者の組合わせを選択でき、給付水準は要介護度に応じて決定される。施設介護給付については、要介護度に応じた介護費用が給付されるが、宿泊費および食費は被保険者が自己負担する。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第2節 ドイツ

3 児童・家族政策

ドイツでは、有子家族と無子家族間の負担調整を行うために、児童手当（原則として給与に対する所得税の源泉徴収額から税額控除される方法で支給）と児童扶養控除制度（所得控除方式）が併存し、両者の選択制となっている。1996年1月から始まった家族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、所得制限額の引上げ等大幅な改善が図られた。児童手当は、18歳未満の者に対し国および地方公共団体の負担で支給され、第1子および第2子は月額各200ドイツマルク（97年1月からは220ドイツマルク）、第3子月額300ドイツマルク、第4子以降は月額350ドイツマルクとなっている。また、3～6歳までの児童がすべて幼稚園に入園できるよう州はその整備に努めなければならないとされているほか、子どもが満3歳に達するまでの育児休業制度および2年間の育児手当・年金計算上の評価などの措置が講じられている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第2節 ドイツ

4 社会保障制度の課題

1980年代後半より、年金保険と医療保険において、支出抑制、保険料安定化等のための諸改革が相次いで行われている。89年には医療保険改革法が施行され、薬剤に関する定額給付の導入、患者の自己負担額引上げ、保険給付範囲の縮小・限定、在宅介護給付の導入等が行われた。92年に施行された年金改革法では、支給開始年齢の引上げ、ネット所得スライド制の導入（全被用者の平均賃金の伸び率に応じて行っていた年金額の改定を、全被用者の可処分所得の伸び率に応じて行うこととした）、児童養育期間・介護期間を年金において評価する制度の導入等が行われた。93年施行の医療保険構造法では、保険医数の抑制、支出部門ごとの予算シーリング設定、疾病金庫間の競争促進（疾病金庫間の所得格差およびリスク格差を縮小するための財政調整の実施等）などが行われている。

また、95年4月から在宅介護給付が行われている介護保険制度については、在宅給付受給者の8割が現金給付を選択するなどの状況の中で、初年度は黒字計上と推計されているが、96年7月からの施設介護給付の施行以降においても、介護サービスの質を低下させずに、いかに保険財政の安定を図っていけるかが今後の課題となっている。

ドイツでは、96年初頭の失業率が11%を超え、戦後最悪を記録している。一方、高齢化率の上昇とともに、社会保障給付費の増加による企業の労働コストの増大、競争力の低下が懸念されており、「競争力ある雇用」を確保し創出することは、ドイツにおいて目下最大の内政課題とされている。

このような背景から、連邦政府は1996年1月に「投資と雇用のためのアクションプログラム」を閣議決定し、EUの通貨統合に参加するための条件を満たすため財政支出の抑制が図られる中で、減税を中心とした税制改革とともに、社会保障費用の削減を目指して社会保障制度の多角的な改革に着手することとしている。このための数値目標として、1995年から96年にかけてほぼ2%上昇して41%になった社会保険料率（年金保険、医療保険、介護保険、失業保険）を2000年までに再び40%以下に抑えることが盛り込まれている。具体的には、年金保険については、前述の早期退職年金の見直し、医療保険では1996年施行予定の第3次構造改革（病院部門の予算シーリング強化等）、介護保険では保険料率上昇に伴う企業側の負担調整などが同プログラムで定められ、今後はこれら諸改革が果たして実行に移されるかが注目されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第3節 イタリア

(人口5,706万人, 国土面積301千km², 高齢化率15.3%, 合計特殊出生率1.21, 1リラ=0.07円)

※人口は1993年, 高齢化率は91年, 合計特殊出生率は93年, 為替相場は96年3月現在

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第3節 イタリア

1 社会保障制度の概要

イタリアの社会保障制度は、通常、「社会保険」、「保健医療」、「社会的援助」の三つに分類される。

「社会保険」とは、何らかの事故に遭遇した国民に対し、喪失した所得を補完ないし代替するものであり、年金制度、労災制度、家族手当制度、失業手当制度などがこれに属する。「保健医療」とは、公営医療である「国民保健サービス制度」を指している。最後の「社会的援助」とは、その他の社会保障分野では保護の対象とならない困窮状態（老齢、障害、物質的貧困など）を予防ないし除去することを目的とするものであり、公的扶助、障害者福祉、児童福祉、高齢者福祉などがこれに属する。

(1)

医療

イタリアでは、1978年の医療改革によって、従来の社会保険型のシステムに代わり、公営医療制度である「国民保健サービス」が導入された。これは、従来の共済的な保険組織を廃止して、地域ごとに「地域保健単位（USL）」を設立し、それが地域住民に保健医療サービスを供給するというものである。

具体的には、1)住民は地域の家庭医（USLと契約）を選択して登録する。2)病気の場合には、まずその家庭医の診察を受け、検査や薬剤の処方を受ける。3)入院治療も、家庭医の処方が必要であり、USLの直営病院や契約病院から給付される。

薬剤、検査等の給付については、利用者による一部負担（「チケット」と呼ばれる）が必要である。

(2)

年金制度

年金制度は分立しており、最大の給付機関である「全国社会保険公社（INPS）」のほか、国家公務員、地方公務員、企業経営者、ジャーナリスト、興行関係者、専門資格職（医師、弁護士等）等、個別の職種を対象とした多くの制度・基金が存在する。

被用者を対象とするINPSの「一般義務制度」は、ほぼ我が国の厚生年金保険制度に対応するが、その概要は以下のとおりである。1)年金額は、原則として、40年の拠出期間で満額、従前賃金の80%。2)老齢年金の支給開始年齢は、男子は60歳から65歳に、女子は55歳から60歳に引上げ中である。3)受給に必要な最低拠出期間は、15年から20年へと引上げ中である。4)一定の年限以上（原則35年）拠出し、引退すれば支給される退職年金制度がある。5)最低額を保障する制度がある（95年：年額8,143,850リラ）。

なお、1995年の大改正により、96年1月からの新被保険者については、年金額を、従来の報酬比例の方

式ではなく、全就労期間中に積み立てた拠出額を基に計算する新方式を採用することとした。拠出期間18年以上の者には従来方式が、18年未満の者には従来方式と新方式の混合方式が適用される。

(3)

家族手当

イタリアの家族手当はファシズム期(1935年)に起源をもつが、1988年の全面改正により、現在は低所得で多人数の家族の生計を補助する制度となっている。家族手当の額は、家族の総所得と人員数を基準として定められ、月額2~44万リラ(95~96年)となっている。寡婦、障害者等の場合には、所得制限が緩和される。制度はINPSが運営しており、事業主を通じて支給される。

(4)

財源

国民保健サービスの実施に必要な費用は「全国医療基金」と呼ばれ、国の予算として毎年定められ、一定の基準に従って各州に、更に各州から各USLに配分される。財源は、一般財源(租税)と保険料の両者によっている。

年金等社会保険制度は、原則として労使の保険料で運営され、保険料負担は使用者の方が重い。

保険料率は、年金27.27%(うち被用者8.34%)、家族手当6.2%、国民保健サービス10.6%(うち被用者1%)等、計55.95%(うち被用者9.99%)となっている(工業一般、被用者50人超、ブルーカラーの場合。1994年)。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第3節 イタリア

2 高齢者対策

高齢者対策としては、家事援助、食事援助、在宅看護等の在宅サービス、「カーサ・ディ・リポーズ（休養ホーム）」等数種類の施設類型からなる施設サービス、ソーシャル・センター、老人大学等の社会参加促進などが実施されている。

1970年代の権限の地方委譲により、福祉分野の立法や計画は各州の管轄とされたため、全国レベルでの立法や計画は存在していない。イタリアの社会・経済は、南北差に代表されるように地域差が大きいため、それを反映して高齢者の状況や対策にも大きな地域差がある。また、非営利の民間団体（カトリック教会やその関係団体、労働組合関係団体、協同組合等）やボランティア組織の活動も活発であるが、行政との連携が不十分であるとの指摘もある。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第3節 イタリア

3 児童・家族対策

イタリアでは1971年から育児休業が制度化されている。産前2か月間および産後3か月間は強制出産休暇期間であり、更にその後、子どもが満1歳になるまでの間に6か月間の任意育児休業の権利が認められている。強制出産休暇期間中は賃金の80%、任意育児休業中は30%の手当がINPSから支給される。

保護者のいない児童のための対策としては、里親への委託、養子縁組、児童福祉施設への収容等の施策が市町村によって講じられる。その他、働く母親のための保育所、青少年の社会化のための各種催し物などの対策が行われている。また、家庭の各種の問題に対応するために、家庭相談員が制度化されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第3節 イタリア

4 社会保障制度の課題

イタリアも先進諸国の例に漏れず高齢化が進行しているが、特に最近の急激な出生率の低下により、21世紀には世界でもトップクラスの超高齢社会となる可能性が議論されている。

それに伴い、社会保障関係費用も増加の傾向にあるが、一方、EUの通貨統合に参加する条件を満たすためには財政赤字削減・インフレ抑制が必要であり、社会保障費用の抑制が大きな政治課題となっている。特に、従来から「世界一気前のいい」といわれ、近年給付費の増加傾向の著しい年金制度が主なターゲットとされ、1992年の改正に引き続き、95年には大きな制度改革が行われた。

また、医療分野においては、公営医療システムの通例として、医療費の水準は比較的低位にとどめることができたが、USLの非効率や医療水準の低下など、現実の運用は国民生活を満足させることができず、1992～94年にUSLの効率化や州の権限強化などを内容とする医療改革が実施されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第4節 スウェーデン

(人口882万人, 国土面積450千km², 高齢化率17.5%, 合計特殊出生率1.89, 1クローナ=16.5円)

※人口および高齢化率は1994年末, 合計特殊出生率は94年, 為替相場は96年3月現在

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第4節 スウェーデン

1 社会保障制度の概要

スウェーデンの社会保障は、所得保障、医療保険、保健・医療サービスおよび社会サービスの4分野から成り立っている。所得保障として国民基礎年金（FP）、国民付加年金（ATP）および児童手当等、医療保険として傷病手当等の現金給付を中心とした制度があり、所得保障および医療保険は国の事業として実施されている。保健・医療サービスは県が供給主体となっており、病院等の大部分は県立となっている。社会サービスはコミューン（日本の市町村に当たる基礎的自治体）によって担われており、公的扶助、高齢者サービス、保育サービスなどが実施されている。

(1)

年金制度

公的年金としては、一階部分の制度として65歳に達した3年以上スウェーデンに居住した人（フルペンション受給のためには、40年居住または国民付加年金のポイントを稼いだ年数が30年以上あることが必要）に定額の年金を支給する国民基礎年金、二階部分として、従前の所得に応じた年金を支給する国民付加年金のほか、60～64歳を対象とした部分年金がある。国民基礎年金（老齢給付）は、単身者は基礎額の96%、夫婦で受給するときは1人につき基礎額の78.5%と定められている。基礎額は、96年1月から年額3万6,200クローナとされているが、92年の緊急経済対策により、大部分の公的年金給付については、本来の基礎額の98%相当額を基礎額として年金額計算を行うこととされている。国民付加年金（老齢給付）は、稼得所得の高い15年間の所得に基づき年金額が算定され、国民基礎年金と合わせて支給される。また、ホワイトカラーやブルーカラーといった職種別に企業を横断する協約年金が発達しており、労働組合に加入すると自動的に協約年金にも加入することになっている。公的年金と三階部分の協約年金とを合わせた平均的な年金水準は、従前所得の70%程度となっている。なお、94年には、生涯の所得に基づく給付とすること、経済成長に適合した制度とすること等を柱とする老齢年金の抜本的な改革のガイドラインを定める法案が国会で可決され、現在、改革の詳細についての検討が進められている。

(2)

医療保険制度

医療保険の支出をみると、おおむね3分の2は傷病手当（負傷、疾病により失った稼得収入の一定割合を保障する手当）および両親手当（子どもが生まれて育児休業をとる母親または父親の収入の一定割合を保障する手当）等の現金給付となっており、医療保険制度は極めて所得保障的色彩が強いものとなっている。傷病手当については、かつて従前賃金の90%が国の医療保険から支給されていたが、給付費の増大に対処するため、給付率の見直し等数々の改革が行われてきており、96年1月からは給付率は75%となっている。

(3)

保健・医療サービスおよび社会サービス

保健・医療サービスの提供機関としては、病院およびプライマリーケアを提供する地区保健センターとともに県営のものが大部分であり、93年現在、病床数の84%を県の医療機関が占めている。医療サービスについては、各県ごとに自己負担額を定め、それを上回る部分につき公費または保険でカバーする仕組みとなっている。自己負担額の上限は国レベルで定められており、外来診療の患者自己負担額は、95年7月から年間合計1,800クローナに引き上げられている。社会サービスとしては、高齢者サービス、保育サービス、障害者サービスなどが行われているが、このうち障害者サービスについては、94年1月に「特定機能障害者の支援とサービスに関する法律」が施行され、精神薄弱者や重度身体障害者等について、専任の個人補助者をもつことができるようにする制度が法制化されるなど、こうした障害者の各種サービスに対する権利がより明確化された。また、政府内に設置された「社会サービス委員会」において、公的扶助、家庭内介護者に対する支援、ボランティア、社会サービス当局の役割等社会サービス全般についての検討が行われ、94年10月、委員会から社会サービス法の全面改正案が公表されている。

(4)

財源

国民基礎年金の財源は保険料と税財源により運営され、国民付加年金は保険料を財源として運営されている。児童手当は全額国庫負担により支給されている。保健・医療サービスについては、サービスの供給主体である県の負担（県税収入）が大きい。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第4節 スウェーデン

2 高齢者保健福祉施策

介護対策については、92年に施行されたエーデル改革により、市（コミューン）が一元的に行うことになった。在宅サービスとしては、ホームヘルプサービス、訪問看護、デイケア、配食サービス、入浴サービス、緊急呼び出しシステムなどが展開されている。94年現在、フルタイム換算で94,632人のホームヘルパーが雇用され、掃除、料理、炊事、洗濯など幅広い援助を行っており、94年12月末現在、65歳以上の10%、80歳以上の23%が何らかの形で援助を受けている。また、施設サービスとしては、6~8人の痴呆性高齢者が居住し、24時間体制でホームヘルパーが勤務するグループホーム、一人暮らしが困難な高齢者が自炊を原則に自立して生活し、24時間体制でホームヘルパーが利用できるケア付き住宅（サービスハウス）、ケアを必要とし、一人暮らしが困難な高齢者のための老人ホーム、長期療養が必要な高齢者のためのナーシングホームなどが整備されている。介護のための手当としては、国の制度としては、医療保険を財源に、重篤な病状にある者の介護を行う近親者の所得保障を被介護者1人につき60日まで行う近親者介護手当があり、96年1月からその給付率は従前賃金の75%となっている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第4節 スウェーデン

3 児童・家族政策

子どもが1歳になるまでは育児休業により家庭で親が育て、その後就学までは種々の保育サービスを利用するというのが一般的な実態である。育児休業期間中の所得保障制度として、医療保険から支給される両親手当があり、8歳未満の子どもについて、360日まで従前賃金の75%（父親と母親にそれぞれ割り当てられた各1月については、85%）が支給され、更に90日まで延長した場合は、1日につき60クローナが支給される。1歳からの保育サービスについては、市（コミューン）が法律上の責任を負っている。さらに、子どものいる家庭の経済的支援を目的として、子ども1人当たり年額7,680クローナを基本額とする児童手当が、16歳未満の義務教育修了前まで所得制限なく給付される。16歳以上であっても、義務教育である基礎学校に在学していれば延長手当、20歳未満で総合高等学校や大学に在学していれば奨学手当が支給される。なお、48年に児童手当制度がつくられた際、国の所得税の児童扶養控除は廃止されている。また、1歳以上3歳未満の児童を保育所に預けず、自宅で育児を行う者に対する保育手当が保守・中道4党連立政権下で94年7月に導入されたが、社会民主党は、女性の家庭への回帰を促す制度であるとしてこれを批判し、同党政権復帰後の95年1月に廃止された。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第4節 スウェーデン

4 社会保障制度の課題

スウェーデンの社会保障給付費は、国民所得の49.0%を占めており（91年度）、子どもの養育や高齢者の介護、経済的扶養等に係る公的保障が充実している。

スウェーデン経済は、91年から93年にかけてGDP成長率が3年連続してマイナスとなり、94年には2.2%の成長を確保したものの、94年の公共部門財政赤字は対GDP比10.4%、公共部門財政赤字累積額は対GDP比80.1%という厳しい状況にある。89年には1.5%であった失業率も94年には8.0%にまで上昇している。

94年9月の総選挙で社民党政権が復活したが、同政権の下でも、スウェーデン経済の健全化を図るため、財政赤字の削減が大きな課題となっている。そのため、95/96年度予算における財政強化策等において、社会保障においても現金給付を中心に大きな歳出削減策が講じられ、年金額の物価スライドの抑制、医療保険の本人保険料の引上げ、児童手当の減額、両親手当の給付率の引下げ、傷病手当・近親者介護手当等の給付率の見直し、夫婦の一方のみが受給する場合の老齢基礎年金額の引下げ、患者の自己負担上限額の引上げなどが行われることとなった。

ただし、これらの現金給付の見直しは社会保障の大幅な後退というよりは、財政赤字問題に対処するための部分的見直しという性格のものであり、見直し後の給付も依然相当高水準のものとなっている。また、高齢者介護や保育サービスなどについては、すべての国民に対して必要なサービスを保障するため、厳しい財政事情の下であっても合理化・効率化を図りながら、サービス水準を落とすことのないよう引き続き施策の推進が図られている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第5節 イギリス

(人口5,819万人, 国土面積242千km², 高齢化率15.8%, 合計特殊出生率1.76, 1ポンド=168円)

※人口は1993年, 高齢化率は93年, 合計特殊出生率は93年, 為替相場は96年3月現在

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第5節 イギリス

1 社会保障制度の概要

イギリスでは、友愛組合の伝統の下、1911年の国民保険法により社会保険制度が設立され、第二次世界大戦中に出された「ベバリッジ報告」によりイギリスの社会保障制度の青写真が示され、戦後、その体系が整備されていった。

イギリスでは、ソーシャル・サービスという概念に所得保障、国民保健サービス(NHS)、対人社会福祉サービス、住宅サービス、教育サービスなどが広く含まれている。所得保障としては、自営業者も被用者も含めてすべての国民が単一の制度に加入するイギリス特有の制度として国民保険制度があり、これには退職年金、出産手当、傷病手当、障害給付、寡婦給付(寡婦年金、母子手当金等)などが含まれる。このほか、無拠出の所得保障制度として、児童を扶養する家庭や、障害者に対する各種給付や所得補助制度等がある。

(1)

退職年金制度

義務教育修了年齢を超えるすべての有業者(所得がないまたは一定額以下の者を除く)が退職基礎年金に加入する義務がある。被用者の場合には、基礎年金に加え、二階部分の年金として国民保険の所得比例の付加年金か、一定の基準を満たす職域年金または個人年金を選択することになっている。退職年金は、退職したかどうかにかかわらず65歳(女性は現在60歳であるが、2010年から2020年にかけて段階的に65歳に引き上げられることとなっている)から支給され、一階部分の退職基礎年金は、本人58.85ポンド/週、被扶養の妻35.25ポンド/週を基本に、80歳以上の場合および扶養児童がいる場合には一定額が加算される(94年)。国民保険の付加年金は、保険料が課される下限所得額を超え上限所得額までの範囲の本人の賃金(最も所得の高い20年分の平均)の25%であるが、2000年度からはこの水準が徐々に引き下げられる(具体的には、年金額算定の基準となる賃金は最も所得の高い20年分の平均から本人の全生涯の賃金に切り替えられ、また、年金額はその20%とされる)こととなっている。

(2)

国民保健サービス

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公共サービスとして住民のすべてに提供する医療保障制度であり、1948年から実施されている。国民はあらかじめ家庭医を選択して登録し、必要に応じて家庭医は患者を病院の専門医に紹介する。家庭医および病院の専門医から受ける医療サービスは、原則として無料である。地域保健サービスとしては、予防接種、母子保健、学校保健、救急医療、リハビリテーション、在宅看護、家族計画など広い範囲のサービスが行われている。80年代前半の不況期には、医療費予算の削減が行われた結果、年度末の予算不足による病棟閉鎖や、入院・手術の待機リストの増大といった事態が生じた。これに対し、国営医療サービスの経営の合理化、効率化を通

じ、限られた財源の中で必要なサービス水準を確保するため、91年にNHS改革が行われるとともに、それと前後して医療関係予算の実質的な増加が行われた結果、近年では年度末の病棟閉鎖は生じていない。待機リストについては、長期待機者の減少により一時の危機的状況は脱している。

(3)

その他の所得保障給付

複雑な資力調査を伴うこれまでの補足給付制度に代わって、88年からは各世帯の基準額を計算し、世帯の所得が基準額に満たない場合に補助を行う所得補助制度およびきめ細かな貸付などのニーズに応じる社会基金制度が創設された。このほか、常勤の障害者の所得を補うための障害者就労手当や、後述する障害者生活手当金、付添費用手当金、障害者介護手当金、児童給付など各種の無拠出の給付が行われている。

(4)

財源

国民保険については、被用者の場合には、被用者本人および雇用主が保険料を負担するが、被用者の所得によって保険料率は異なる。一定の基準を満たす職域年金および個人年金に加入している者は、国の所得比例の付加年金への加入を免れ、その分保険料が免除される。自営業者の場合には、定額の保険料に加え、一定所得以上の者は所得比例で一定料率の保険料が徴収される。国民保険のために集められた保険料の一部は、国民保健サービスなどに回される。

国民保健サービスについては、国民保険からの拠出金以外は、原則ほとんどの資金が国庫負担によって賄われている。児童給付、単親給付、障害者介護手当金、所得扶助等は全額国庫負担によって賄われている。社会福祉サービスは、地方税、国庫等により運営されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第5節 イギリス

2 高齢者保健福祉施策

1993年現在のイギリスの高齢化率は15.8%となっているが、2010年以降高齢化率が急増することが予測されている。

イギリスの高齢者保健福祉サービスは、国の運営する国民保健サービスによって提供される医療サービスと、地方公共団体による社会福祉サービスとに分けられる。在宅サービスとしては、国民保健サービスの一環として行われる保健指導、訪問看護サービス、地方公共団体により提供されるホームヘルプサービス、給食サービス、デイセンターなどがある。施設サービスとしては、病院、ナーシングホーム、援助があれば施設内移動が可能な程度の者が入所するレジデンシャルホーム、管理人（ウォーデン）が昼間常駐するアパートであるシェルタードハウジング、管理人が24時間常駐するアパートであるベリーシェルタードハウジングなどがある。現金給付としては、65歳以前に障害が発生した者に支給される障害者生活手当金、65歳以降に障害が発生した者に対する付添費用手当金、上記いずれかの手当の受給者を介護している者に対する障害者介護手当金がある。

93年4月、ケアマネジメントの導入、民間サービスの積極的活用等を目的とするコミュニティケア法が施行された。これにより、個々のサービス実施機関がニーズ判定・サービスの決定を行うのではなく、地方公共団体がニーズの判定、ケアプランの作成、サービスの確保、フォローアップ等の一連のケアマネジメントを統括して行う義務を負うこととなった。また同時に、サービス提供の民間委託が推進され、競争原理の強化が図られている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第5節 イギリス

3 児童・家族政策

イギリスの児童関連の所得保障給付としては、すべての児童に支給される児童給付、その付加給付である単親給付、児童を養育する低所得の勤労家庭に対する追加的な給付で、収入によって給付額が決まるファミリークレジットがある。税制上の扶養控除は77年に廃止されている。児童給付は16歳未満（全日制教育を受けている場合は19歳未満）の児童を扶養する家庭に第1子で週10.40ポンド、第2子以降は週8.45ポンド支給される（95年）。児童給付については、92年の総選挙の際に、現行制度を維持し毎年物価に応じた給付改定を行うことが保守党の公約となっている。週6.30ポンドである単親給付については、シングルマザーの就労を促進する観点から、96年には額の引上げが凍結されている。ファミリークレジットについては、低所得者の就労促進の観点から、94年からは、一定の保育費用を収入から控除してファミリークレジットの給付額を決定するなど、給付の充実が行われている。

就学前の児童の保育については、公的福祉サービスの対象が、健康、発達という観点からみて問題のある家庭の児童に限られている。共働き家庭の保育は公的サービスの対象となっておらず、また育児休業制度も存在しないため、民間サービス等が自費で利用されている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第5節 イギリス

4 社会保障制度の課題

近年、イギリスは、欧州全般を覆った不況から他国に先駆けて脱し、94年には実質3.9%の経済成長、失業率の低下、インフレの鎮静化を達成している。こうした経済のパフォーマンスを維持するためには、健全財政の維持が不可欠であるとの認識であり、1993年度には約500億ポンドに拡大した財政赤字の解消が必要となっている。また過去数回の選挙における国民の反応では減税等負担の軽減を望む結果が出ていることから、政府は政府支出を削減する方向をとっており、福祉国家の理念を堅持しつつ、社会保障制度についても、年金制度の安定化、医療制度の効率化、社会保障給付を受給している者の就労促進の観点からの諸給付の見直し、介護サービスにおける在宅福祉重視への転換といった施策がとられ、社会保障費用のコントロールが行われている。また医療については、近年、政府全体として歳出カットが行われる中で、96年度予算においても、国民が必要とする公共サービスについては支出が増やされており、国民保健サービス（NHS）への支出も増やされている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第6節 アメリカ

(人口2億5,823万人, 国土面積9,364千km², 高齢化率12.6%, 合計特殊出生率2.01, 1ドル=108円)

※人口は1993年, 高齢化率および合計特殊出生率は91年, 為替相場は96年3月現在

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第6節 アメリカ

1 社会保障制度の概要

アメリカは、我が国の憲法第25条に相当する規定が存在せず、政府は原則として個人の生活に干渉しないという自己責任の精神と、連邦制の故に連邦の構成単位である州の権限が強い。このことが、社会保障制度のあり方にも大きな影響を及ぼしており、先進国中唯一、国民全体を対象とする公的医療保障制度が存在しない。また、社会福祉・保健医療サービスの分野では、州政府が政策運営の中心的役割を果たすものが多い。

アメリカの代表的な社会保障制度としては、約4,000万人以上の国民の所得保障を行っている老齢・遺族・障害年金（OASDI）、老齢年金受給者、障害年金受給者および慢性腎臓病患者を対象とするメディケアとよばれる公的医療保障制度、公的扶助制度として老齢者および障害者を対象とする補足的所得保障（SSI）および児童を扶養する家庭を対象とした扶助である要扶養児童家庭扶助（AFDC）があり、また、公的扶助受給者等を対象として、メディケイドとよばれる医療扶助制度が設けられている。

(1)

公的年金制度

老齢・遺族・障害年金とよばれる一般的制度と、公務員・鉄道職員等一定の職業の者のみを対象とする個別の制度とに大別される。老齢・遺族・障害年金は、個別制度の対象者を除き有償の仕事についている者に強制的に適用されており、アメリカの被用者および自営業者の約95%が加入している。老齢年金の支給開始年齢は原則65歳となっているが、2003年から2009年までの間に66歳に、2021年から2027年までの間に67歳に引き上げられることとなっている。基本年金額は、21歳から62歳までのうち賃金が最低の5年間を除いた期間の平均賃金について、最初の437ドルまでは0.9、次の437～2,635ドルについては0.32、2,635ドルを超える部分については0.15を乗じ、それらを合算した額とされている（95年）。なお、アメリカでは企業年金制度が発達しており、一定の基準を満たす適格企業年金基金については、内国歳入法（IRC）に基づいて税制上の優遇措置が受けられるほか、企業年金の受給権保護を目的として立法された雇用者退職所得保障法（ERISA）の基準を満たしている適格基金についても、税制優遇措置が適用される。

(2)

医療保障制度

アメリカには、国民全体を対象とする公的医療保障制度が存在せず、医療費の保障は民間保険を中心に行われている。総人口の6.5割の者が民間医療保険に加入しており、福利厚生の一環として事業主の負担により職域単位で加入する場合も多い。公的医療保障制度としては、メディケアおよびメディケイドがあり、メディケアは老齢年金受給者、障害年金受給者および慢性腎臓病患者を対象とし、メディケイドは他の公的扶助制度（補足的所得保障および要扶養児童家庭扶助）の受給者等を対象とした制度である。

(3)

公的扶助制度等

我が国の生活保護のような一般的な公的扶助制度は存在せず、福祉施策は、母子家庭、障害者等個々の特性に応じて分立して展開されている。具体的には、高齢者および障害者を対象とする補足的所得保障、食料品購入に使えるクーポンを低所得世帯に現物給付するフード・スタンプ、児童を扶養する家庭を対象とした扶助である要扶養児童家庭扶助がある。共和党主導の議会と大統領との間で調整が続けられている改革関連法案には、1935年の社会保障法以来とられてきた連邦レベルでの最低生活の保障という考え方をやめ、州ごとに人口構成等に基づき一定の方式で計算される補助金を州政府に交付するものとし、受給資格等については州が独自に決定することとする福祉改革案が盛り込まれている。

(4)

財源

老齢・遺族・障害年金の主な財源は、事業主、被用者および自営業者から徴収される社会保障税であり、連邦の一般会計とは別に社会保障信託基金として管理されている。メディケアのうち、入院費用をカバーするパートAは社会保障税、外来診療等をカバーするパートBは加入者の保険料と一般財源により賄われている。また、メディケイドは、各州におけるメディケイドに要した費用の一定割合を連邦政府が補助する形で運営されている。公的扶助等社会福祉の分野においても、連邦政府は補助金により部分的な財政的裏づけのみを行っている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第6節 アメリカ

2 高齢者保健福祉施策

近年議会に提出された医療制度改革関連の諸法案の中には、高齢化に伴い深刻化しつつある高齢者の長期介護問題への対策が盛り込まれていたものもあったが、医療保険改革の具体策がまとまらない中で、長期介護の具体的対策に関する議論も今のところまとまっていないのが現状である。

高齢者に対する社会福祉サービス（情報提供、給食サービス、疾病予防サービス、法律相談、要介護者への家事援助、安否確認、デイケアなど）については、アメリカ高齢者法に基づき連邦政府から補助が行われているが、その予算規模は極めて小さいものとなっており、高齢者対策はメディケア・メディケイドが中心となっている。また、全国的な高齢者保健福祉制度が存在しないことから、サービスの提供主体、内容、費用の水準は州によってまちまちである。また、ナーシングホームに入所するためには、高額な費用負担が必要なため、家族や友人によるインフォーマルケアが広く行われており、要介護者のうちインフォーマルケアのみに依存している者は全体の約70%を占めている。訪問看護や理学療法等の在宅医療は、メディケアの在宅プログラムとして行われている。ナーシングホームにおけるケアの質の確保を図るため、87年の包括予算調整法により、入所者一人ひとりについて総合的なアセスメントを行い、適切なケアプランに基づくケアを提供するシステムが導入され、91年からはMDS-RAPs方式の実施がナーシングホームに義務づけられている。

MDS-RAPs方式

1991年より、全米のほぼすべてのナーシングホームにおいて実施が義務づけられているMDS-RAPs方式とは、高齢者の身体、精神等の状態に係るさまざまな査定項目について評価し、その結果を基に適切なケアプランの策定までを一連のプロセスとして実施する介護システムのことである。MDS (Minimum Data Set) とは、ナーシングホーム入所者の状況を、さまざまな角度から定期的に把握し、評価するために「最低限必要」とされる調査項目のことをいい、RAPs (Resident Assessment Protocols) とは、MDSの情報を基に適切なケアプランが策定され、高齢者のニーズに応じたケアが提供されるようにするための「手引書」のことをいう。

この方式の実施により、高齢者一人ひとりの機能や状態を的確に把握するとともに、個々のニーズに対応したより適切なケア・プランの作成を通じた介護サービスの質の向上が図られている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第6節 アメリカ

3 児童・家族政策

児童・家族政策としては、一般的制度としての児童手当制度、保育制度等はなく、児童を扶養する低所得家庭を対象とした扶助制度である要扶養児童家庭扶助、要扶養児童家庭扶助受給家族への教育・職業訓練、低所得者への保育サービス、保育費用の一部を税額控除する制度等がある。また、育児休業制度がないだけでなく、出産休暇についても連邦レベルでは保障されておらず、州によって対応はまちまちである。

近年では、福祉の長期受給者の就労促進が課題となっており、議会と大統領の間で調整が図られている福祉改革関連法案には、福祉の受給を総計で最長5年までとし、成人の福祉受給者については受給後2年間で就労を義務づけることなどが盛り込まれている。さらに同法案には、10代の母親の婚外出産の増加に対処するため、その親などの家族がその面倒をみるべきであるという考えに基づき、州政府が10代の未婚の母親への福祉の給付を廃止できる旨が盛り込まれている。

第1編

第3部 世界の社会保障制度

第1章 欧米諸国の社会保障制度

第6節 アメリカ

4 社会保障制度の課題

アメリカの国民医療費は、1人当たりの額で見ても、対GNP比で見ても世界最高水準にあるにもかかわらず、推計で約3,900万人ともいわれる無保険者が存在しており、医療費保障のあり方は政治的にも社会的にも大きな問題となっている。

アメリカでは、92年度に2,902億ドル、対GDP比で4.9%の財政赤字を記録して以来、景気回復や政策努力により95年度には1,638億ドルまで赤字を縮小させているものの、依然大きな財政赤字が問題となっている。その中でも、メディケアおよびメディケイドに係る支出は義務的支出の約3分の1を占め、議会予算局によれば義務的支出の増大の約5割が医療費の高騰によると推計されている。現在、アメリカでは医療、福祉の改革が最大の政治問題となり、96会計年度(95年10月から96年9月まで)予算をめぐってクリントン大統領と議会は激しく対立し、95年10月を過ぎてもその大部分の予算が成立せず、暫定予算を編成しつつ(期限切れに伴う政府機能の停止も2回発生)、大統領と議会の間で調整が図られている。

こうした状況の中で、大統領は96年1月23日一般教書演説を行い、「大きな政府の時代は終わった」と宣言し、自己責任と協力により一つの国家として前進しようと訴えた。その中で、「7つの挑戦」の第一に家族の絆の強化をあげ、家族の価値の尊重や親の責任・義務などを力説している。
