

第3章 各国にみ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 =

アメリカにおいては、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。

アメリカの代表的な社会保障制度としては、大部分の有業者に適用される老齢・遺族・障害年金 (OASDI: Old-Age, Survivors, and Disability Insurance) のほか、高齢者等の医療を保障するメディケア (Medicare: Medical+Care) や低所得者に医療扶助を行うメディケイド (Medicaid: Medical+Aid)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: Temporary Assistance for Needy Families)といった公的扶助制度がある。

医療保障、高齢者の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。

2 社会保険制度等 =

(1) 制度の概要

アメリカ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。

(2) 年金制度

a 老齡·遺族·障害年金

アメリカの公的年金制度は、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、連邦政府の社会保障庁 (Social Security Administration) 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) (注1)を10年間以上納めた者に対し、(受給の要件を満たした時から)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、現在、給与の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歳であったが、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。

2006年においては、1億6,200万人の被用者又は自営業者(全被用者及び全自営業者の96%)が社会保障税を納入すると見込まれている。また、2006年6月末現在、4,886万人の受給者が社会保障年金を受給している。

なお、社会保障年金制度をめぐっては、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、さまざま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11月の大統領選挙で再選



されると、社会保障年金改革を政権2期目の内政の最重要課題として掲げ、2005年2月の一般教書演説^(注2) 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(Personal Retirement Accounts)の創設を提案した。

b 企業年金制度

アメリカにおいては、公的年金たる社会保障年金に 上乗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「確定給付型企業年金プラン(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。確定給付型企業年金は、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主のみであり、加入者からの拠出は必要としないこと、等があげられる。

一方、「確定拠出型企業年金」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る。その特徴としては、①給付額は、受給時までに制度に拠出された拠出金の合計額と、加入者(被用者)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、事業主からの一定の追加拠出を認めていること、等があげられる。

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わけではないが、現実的に は、大企業を中心に多くの企業は、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、2004年現在、確定給 付型企業年金において1兆8,690億ドル、確定拠出型 企業年金において2兆5,540億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年金プランについては、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、プランの廃止が相次いだ。こうした状況を踏まえ、制度建て直しのための検討が続けられてきたが、2006年9月、退職後所得保障に関する包括的な改革案が、2006年年金保護法として成立した。同法は、確定給付年金プランについては、積立ルールの厳格化により各プランの財政健全化を図るとともに、企業がプランを提供する意欲を失わないよう、キャッシュバランス・プランでは、の法的正当性を明確化する等の措置を講じている。また、確定拠出年金プランについては、従業員が反対の意思を表明しない限り原則としてプランに加入することとなる自動加入制度や、年金プランの管理を受託している金融機関によるプラン加入者に対する投資教育を認めることなどにより、制度の一層の活用を図ることとしている。

〈表2-94〉企業年金・医療保険制度を提供している事業所の割合

(%

(70)				
	企業年金制度			
	企業年金制度 のある事業所	うち確定給 付年金制度	うち確定拠 出年金制度	医療保険制度
規模計	48	10	47	62
99人以下	47	9	45	60
100人以上	90	36	88	96

資料出所 National Compensation Survey (2006年3月) 連邦労働省労働統計局[BLS]

(3) 医療保険制度等

a 制度の類型

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。国民医療費は、2005年から2015年の間に年平均7.2%(GDPの成長率よりも毎年1~2%高い率)で伸びていくものと予測され、2015年には対GDP比で20.0%を占めるものと見込まれている。

アメリカの医療費を支出主体別に見ると、民間医療保険が36%と最大の割合を占め、次に、メディケア支出が19%、メディケイド支出が17%、自己負担が16%となっている(出典:連邦保健・福祉省 Centers for Medicare and Medicaid Services)。



b メディケア、メディケイド等

メディケアは、1965年に創設された連邦保健・福祉 省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4,200万人(2005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医療保険(MI: 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、現役労働者の社会保障税(税率は HI 相当分で現在、給与の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88.5ドル(2006 年))及び連邦政府の一般財源により賄われている。

2005年におけるメディケアによる支払総額は3,303 億ドルで、そのうち病院保険(メディケア・パートA)における支出が1,800億ドル、医療保険(メディケア・パートB)における支出が1,503億ドルであった。

メディケイドは、低所得者に公的医療扶助を行う制度である。メディケイドは、メディケアとともに1965年に創設されたが、その支出は増加し続け、2004年には州・連邦合算で2,909億ドルに達している。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(介護)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4,582万人(2004年)に達し(人口の15.7%)、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、2004年度においては、約615万人の児童と2001年以降加入可能となった成人65万人がこの制度の対象となっている。

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、アメリカ国民に対し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、アメリカ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、一人ひとりの健康及び公衆衛生に関する制度の改善そして疾病や障害の予防と治療を推進していくことを目指している。

(2) 医療施設

アメリカでは、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。アメリカ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。

アメリカ病院協会(American Hospital Association: AHA) の調査によれば、2002年における登録病院数は全米で5,764病院となっており、このうち急性期病院(acute hospital)が4,895病院、長期病院(long term hospital)が126病院となっている。

急性期病院を開設主体別に見た場合、2,984病院が 民間非営利病院であり、1,121病院が自治体立病院、 790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82万床、人口1,000人当たりでは2.8 床であり、開設主体別に見た場合、民間非営利病院が 58万床、自治体立病院が13万床、民間営利病院が11 万床となっている。

(3) 医療従事者

2003年時点で、全米で約77万人の医師が実際に働いていると推計される。



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。

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)、補足的所得保障 (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使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。

延べ5年間扶助を受給した世帯は受給資格を失うことになり、受給者数は、2005年において約447万人、190万家族となっている。また、平均給付月額は一世帯当たり360ドルとなっている。

補足的所得保障は、連邦政府による低所得者に対する現金給付制度であり、65歳以上の高齢者又は障害者のうち資産および所得に関する受給資格要件を満たす者が対象となる。新規無資産受給者に対する連邦の所得保障の給付上限月額は、603ドル(2006年)

である。2004年12月現在の連邦SSIの受給者は約713 万人であり、連邦は299億ドル支出している。なお、他 からの収入がある場合やOASDIなど他から給付所得 がある場合には、補足的所得保障の給付額は減額され る。また、多くの州において連邦所得保障に州独自の 上乗せ支給を行っている。

食料スタンプは、連邦政府が低所得者世帯に対し食料購入に使用できる一種のクレジットカードを支給し、カードの持ち主がそのカードで買い物をすると代金が本人の食料スタンプ口座から引き落とされる制度となっており、農業省(USDA)所管・運営している。政府からの給付金は毎月、食料スタンプ口座に振り込まれることとなる。給付金の額は世帯構成員や所得の大きさによって異なり、2人世帯の場合、最高で284ドル(他の所得無しとみなされた場合)となっている。上述のSSIなどの公的扶助と併給も可能となっている。2004会計年度には、平均で1,030万世帯、2,390万人が利用し、272億ドルを給付した。

5 社会福祉施策 —

(1) 高齢者保健福祉施策

アメリカでは、日本のような公的な介護保障制度は存在しないため、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。

(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しま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。

(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、保育施策、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、親の捜索、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。連邦政府は連邦保健・福祉省(Department Health and Human Services; 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享受できるよう、財政的支援を行っている(2005会計年度で連邦は約48億ドルを支出して、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入手する。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・整備は連邦保健・福祉省保育局の大きな任務

になっている。

6 近年の動き・課題等 =

(1) 社会保障年金制度

a 大統領の公的年金改革案

2005年2月2日、ブッシュ大統領は、一般教書演説 (State of the Union Address) において、個人勘定の創 設などの、公的年金制度改革の実施について提案した。

大統領は、現行の公的年金制度は放置すれば崩壊 することを訴え、高齢者の年金を賄う現役世代の社会 保障税の一部を、新たに設ける個人勘定に移すことを 提案した。

提案によると、個人勘定は2009年から創設され、加入者負担の社会保障税6.2%のうち、最終的に4.0%分を任意で個人勘定に繰り入れることができるようにするというものである。

個人勘定は、自分の持ち分がいくらになるのかが本 人に明確にわかる部分であり、運用方法は各人が選択 する形態とされている。

この制度改革は、現役世代が退職者の年金を負担 する現行の年金形態を、自己責任型に変換していこう とするものであると考えられている。

b 提案の背景

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、2017年には単年度収支が赤字となり、2041年には財政破綻を来たすものと推計され、制度の改革が課題となっている。

このため、ブッシュ大統領は、2000年の大統領就任 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、社会保障年金改革 を政権2期目の最重要課題と位置づけたと考えられる。

改革概要

個人勘定:1950年以降生まれの者は、社会保障税のうち、年間1,000ドルを上限に、個人勘定にすることができる。この上限は、段階的に高め、最終的には、社会保障税のうち4.0%分とする。

導入時期:2009~2011年に導入。

個人勘定の引き出し:年金と一時金の組み合わせの

形で引き出す。引退前の引き出しは不可。

個人勘定管理·監督:連邦政府。

個人勘定運用先: 国が用意するファンドから本人が選

択。

相続:残余分は子孫などに相続可能。



c 提案後の動向

大統領は、一般教書演説後、自ら先頭にたって各州でのキャンペーンを展開したが、民主党、労働組合(AFL-CIO[米労働総同盟-産別会議](注40)、高齢者団体などは強く反対し、一部の共和党議員からも反対の声があがるなど、国民の支持は得られなかった。このため、2006年1月の一般教書演説では、大統領の提案にも関わらず議会が立法化しなかったことを指摘したうえで、高齢化が連邦財政に与える影響をメディケア、メディケイドも含め包括的に検討するための超党派委員会の設立を提案した。大統領は、個人勘定の創設を公式には撤回していないが、事実上の失敗に終わっており、今後は超党派の委員会の動向が注目される。

(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により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・処方せん薬プラン (Medicare Prescription Drug Plans (メディケア・パートDともいわれる))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。

a 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・処方せん薬プランを新設し、2006年1月1日からスタートさせ

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。

処方せん薬プランは任意加入である。また、メディケアがプランの管理主体となり、診療行為に応じて報酬を支払うパートA及びパートBとは異なり、補助を受けた民間保険会社がプランを提供する。保険料・給付内容は加入者が選択する保険会社やオプションによって異なるが2006年の保険料の平均月額は24ドルであり、連邦政府の定める給付内容の最低基準は以下のとおりである。

〈表2-95〉処方せん薬プラン給付内容

年間薬剤負担額	給付内容	
年間250ドル以下の部分	免責(全額加入者自己負担)	
250ドル超2,250ドル以下の部分	75%給付(自己負担は、25%)	
2,250ドル超5,100ドル以下の部分	全額自己負担	
5,100ドル超の部分	95%給付(自己負担は、5%)	

(注) 例えば、年間薬剤負担が6,000ドルの場合、自己負担額は、3,645ドル (250+2,000×0.25+(5,100-2,250)+(6,000-5,100)×0.05=3,645)

メディケア・パートC (注5) 加入者に関しては、パートC のオプションのとり方でメディケア・処方せん薬プラン に加入しないでも外来薬剤代の給付を受けることもできる。また、従来から退職者に対する外来薬剤給付を 行っている企業が提供するプランに対しては、メディケアからの補助が行われている。これらのメディケア関連制度により、2006年5月15日(制度開始当初から受給資格を満たしていた者のメディケア・処方せん薬プラン加入期限)において3,280万人が、外来薬剤給付の対象となっている。

b 財政支出の見通し

処方せん薬プランは、メディケア・パートBと同様に加入者の保険料と連邦政府の一般財源により賄われる。必要となる一般財源の額は、2006年の462億ドルから上昇を続け、2015年には1,192億ドル(10年間で計7.881億ドル)に達すると予想されている。



(注 1) 日本の社会保険料に相当。アメリカの公的年金(OASDI) は、現役世代が支払う社会保障税が、その時点の高齢者に 年金として支払われる賦課方式で運営されている。

(注 2) 一般教書演説

大統領が、上下両院に対し内外の情勢を報告し、今後1年間の内政及び外交全般の施政方針を表明するもの。憲法第2条でこの実施が大統領に要求されている。一般教書演説は毎年2月に発表される予算教書及び経済報告と並び「三大教書」と呼ばれ、大統領演説の中では最も重要なものとされている。

(注3) キャッシュバランス・プラン

一定の算定式により年金給付額が計算されるため法律 上の位置付けは確定給付年金プランであるが、従業員個人 ごとに仮想の勘定を設け、勤務年数の経過とともに当該勘 定に一定の額(拠出及び利息)を定期的に賦与し、仮想口 座の残高に応じて年金給付の額が計算されるもの。確定拠 出年金プランと同様、掛金拠出額が安定的なため、企業は 将来の負担の急増を回避することができる。

- (注 4) AFL-CIO(アメリカ労働総同盟産別会議) 1955年にAFLとCIOが合併し発足。アメリカにおける最大の労働組合の全国中央組織(ナショナルセンター)。組合員数は、1,000万人。1995年にスウィニー現会長が就任。
- (注 5) メディケア・パートC(メディケア・アドバンテージ: Medicare+Advantage)

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連邦保健・福祉省メディケア・メディケイドセンター(Centers for Medicare & Medicaid Services: 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。

イギリス

1 社会保障の概要と動向 =

イギリスでは、労働者互助組織である友愛組合の伝統のもと、1911年の国民保険法により社会保障制度が創設され、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、体系の整備が進められたことから、歴史的には社会保障制度の体系的な整備に先駆的に取り組んできた国の一つであるとの評価がある。

しかしながら、現在では、社会保障分野での先進的な側面は必ずしも多くない。社会保障給付費の規模(対国民所得比)でみても、アメリカや日本より大きいものの、ドイツやフランスなど大陸欧州諸国と比べれば低い水準に止まっている。

概括的に言えば、社会保障の枠内でも、税財源で原 則無料でサービスを提供し、公的関与度の高い医療、 社会保険方式に基づき、また私的年金の役割も大きい 年金、自治体が中心的な役割を果たし、民間サービス の活用も積極的に図られている福祉、といった特色が あり、「公」の関与度(民間セクターの役割)、国と自治体の役割分担、制度としての成熟度、機能分化の在り方は様々である。

1997年に就任した労働党のブレア首相は、それまでの保守党サッチャー政権下での自立自助路線を継承しつつも、社会的公正の観点も重視した「第三の道」を標榜した諸改革を推進してきた。政権発足から間もなく10年を迎える中、ブレア首相の求心力に翳りが見られつつも、政権発足以降取り組んできた社会保障分野の改革の総仕上げを行うべく、今なお精力的な取組みが進められているところである。

また、社会保障については、雇用政策とも一体的に 政策展開されており、職業訓練、就労あっ旋等を通じ、 働くことが可能な者には極力就労を促進する一方で、 社会保障制度は、真に困難をきた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といった各般にわたる施策が