

## (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5,747病院となっており、このうち急性期病院(short term hospital)が4,927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、2,919病院が民間非営利病院であり、1,119病院が自治体立病院、889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95万床となっている。

## (3) 医療従事者

2008年時点で、全米で約92万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2004年で約290万人となっているが、このうちフルタイムの雇用が72.2%、パートタイムの雇用が20.4%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、2006年度において約423万人、180万家族となっている。また、平均給付月額は一世代当たり344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、637ドル(2008年)である。2006年12月現在の連邦SSIの受給者は約723万人であり、連邦は31億ドル支出している。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時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298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。2006

会計年度には、平均で1,131万世帯、2,560万人が利用し、毎月平均23億ドルを給付した。

## 5 社会福祉施策

### (1) 高齢者福祉施策

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う障害者に対し、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 (2006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) 社会保障年金制度改革

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、現行の公的年金制度は放置すれば崩壊することを訴え、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するため、個人年金勘定の創設を提案し、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。

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 [アメリカ労働総同盟産別会議] <sup>(注6)</sup>)、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。

大統領の提案する個人勘定は、公的年金の一部の置き換えであるため反対も多かったが、最近では民主党サイドから、公的年金を補完する形での個人勘定の

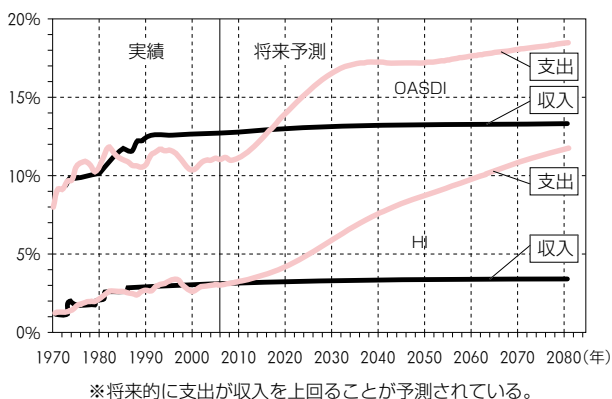
創設が提案されており、これは、超党派の賛同が得られる可能性もあり、今後の議論が注目される。

## (2) 社会保障給付費(Trust Fund)の財政状況

公的年金制度であるOASDIと公的医療保険制度であるメディケアは、Trust Fundという特別会計によって運営されているが、このTrust Fundについては、毎年、財政報告書が出されている。

その2007年報告書によれば、OASDIとメディケアのうち入院保険であるHI(パートA)の財政状況と今後の予測は以下のとおりである。ベビーブーマーの退職により、今後急激に財政が悪化することが予想されている。

〈図2-1〉 収入と支出率(課税給与総額の割合)



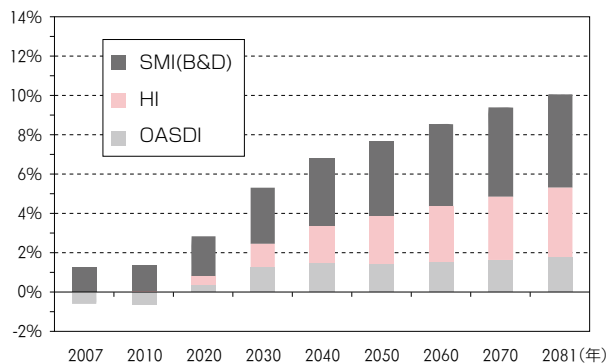
〈表2-118〉 社会保障給付費の今後の推移

|                             | OASI | DI   | OASDI | HI   |
|-----------------------------|------|------|-------|------|
| 支出が収入を上回る初年                 | 2018 | 2005 | 2017  | 2007 |
| 支出が収入を上回る初年<br>(金利収入を含めた場合) | 2028 | 2013 | 2027  | 2011 |
| 積立金が枯渇する年                   | 2042 | 2026 | 2041  | 2019 |

今後の支出を支えるための赤字率を課税所得に占める割合で示す(赤字分を社会保障税率に換算する)と、OASDIでは1.95%、HIでは3.55%となっている。

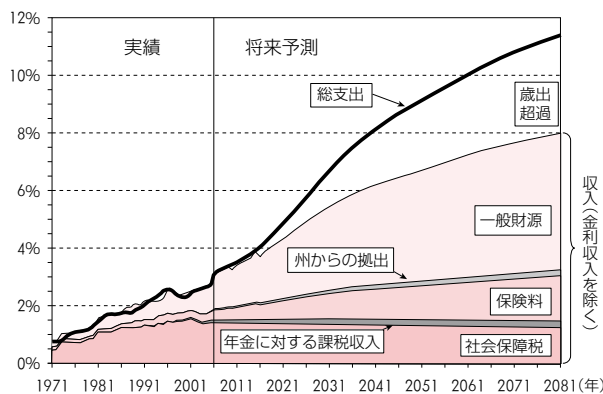
OASDIやHIの財政赤字は、一般会計の負担となってくる。メディケアパートB及びパートDについて一般会計が負担することとなっている分(75%財政負担)と合わせると、今後の一般会計の予測は以下の通りとなっており、2081年には、GDP比で10.1%を占めるほどになると考えられている。

〈図2-2〉 OASDIとHIの歳入とSMI75%財政負担予測



メディケアについては、特に深刻な問題となっている。2003年に成立した「Medicare Modernization Act」においては、メディケアの長期的財政状況の予測(今後75年における財政予測)において、社会保障税、保険料等のメディケアのために徴収された収入とメディケア全体の支出との差(一般会計からの歳出分)が、今後7年の間に45%以上となる場合は、メディケアの財政状況が不適切な状態であり、一般会計からの支出が多くなりすぎているとして報告することとなっている。現在2年連続でその状態が報告されており、今後、何らかの対応が求められるものと考えられる。

〈図2-3〉 CDPに占める利子収入以外の割合予測



(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給付型年金プランであるが、従業員個人ごとに仮定の勘定を設け、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。拠出型年金プランと同様、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) 平均保険料は月額27.35ドル(2007年度)。

連邦政府の定める給付内容の最低基準(2008年度)は以下のとおり。

| 年間薬剤負担額                 | 給付内容            |
|-------------------------|-----------------|
| 年間275ドル以下の部分            | 免責(全額加入者自己負担)   |
| 275ドル超2,510ドル以下の部分      | 75%給付(自己負担は25%) |
| 2,510ドル超5,726.25ドル以下の部分 | 全額自己負担          |
| 5,726.25ドル超の部分          | 95%給付(自己負担は5%)  |

(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の給付と同額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。

(注6) AFL-CIO(アメリカ労働総同盟産別会議)

1955年にAFL(アメリカ労働総同盟)とCIO(産別労働組合会議)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。

英国

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た。その後、第二次大戦中に提出された有名な「ベバリッジ報告」により戦後の社会保障制度の青写真が示され、逐次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、給付水準の手厚さや広汎さの面で先進的であるとは言い難い。社会保障給付費の規模(対国民所得比)でも、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。

概括的にいえば、社会保障の枠内でも、(1) 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、(2) 社会保険方式に基づき、公的年金の水準としては低い部類に属する年金、(3) 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(～2007年6月)は、それまでの保守党サッチャー・メージ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た。後述するように、医療については、2000年に公表した10年計画である「NHS(National Health Service)プラン」などの政策的イニシアチブに基づき、大幅な医療費増を達成しながら精力的な改革を進めた。年金については、現在、個人勘定の創設など制度の歴史上でも際立つ大幅な制度改革に着手しているところである。福祉については、働くことが可能な者には極力就労を促進する一方、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