

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

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。

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。

(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られるものとして、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(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、確定給付型企業年金において1兆8,500億ドル、確定拠出型企業年金において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。

(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)⁽¹¹¹⁾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取めてきた。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⁽¹¹²⁾、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。

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。

(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。

(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。

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。

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。

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。

(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。

(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享受できるよう、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、「チャイルドケアパウチャー」を経済的に恵まれない親に支給し、親はそのパウチャーで各種チャイルドケアサービスを入手する。パ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。

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たすものと推計され、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つ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。

(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

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^④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