

仲間づくり教養コース ⑥社会福祉学

## 社会保障の現状と課題

第2回

### 主要国の社会保障制度の生い立ちと課題

日時：7月23日（土）10:00am～

場所：鶴瀬公民館 第三集会室

講師：鏡 諭 氏（淑徳大学コミュニティ政策学部 教授）

受講生 27名

淑徳大学コミュニティ政策学部鏡諭教授による第2回の講座は、主要各国の社会保障制度が確立されるまでの歴史を学習し、優れていることや問題点を探って戴いた。講師からは「各国各々悩みや課題はあるが、今後の日本の進むべき道に参考になることも数多くあります」と話され、その後の講義を展開された。

#### フランスの社会保障

○基本的にはビスマルクモデルに近い

- ・職域を基礎に社会保障制度が適用されている
- ・ドイツと異なり、より多数の社会保障制度に分立している

○年 金

- ・法定年金⇒拠出制で職域ごとに分かれているが1階建て  
41.5年の被保険者期間と年齢60歳が要件
- ・満額年金⇒60歳→67歳（2018年）→67歳（2023年）
- ・一般制度（民間サラリーマン）、特別制度（公務員）、職域ごとの自治制度
- ・財源⇒労使拠出
- ・無年金者⇒最低保証として無拠出の高齢者連帯手当（生活保護的）

○医 療

- ・ドイツと同様、強制加入に基づく社会保険方式
- ・管理方式⇒労使代表による自治管理（医療保険基金）
- ・給付率⇒外来が3割負担、入院診療が2割負担、薬剤費が3.5割負担
- ・財源⇒保険料と目的税（一般社会拠出として1991年導入）

## ○介 護

- ・ 高齢者介護⇒税方式
- ・ 特徴⇒①県が実施主体
  - ②高齢者介護サービスと傷害者介護サービスが一体化している
  - ③社会保険ではなく、社会扶助の一環として位置付けられている
- ・ 財源⇒約3分の2を県の一般財源、約3分の1を全国自立連帯基金（CNSA）
- ・ 要介護度⇒6段階うち4段階が介護サービスの適用対象
- ・ 在宅⇒ニーズに応じて家事援助、食事介助、夜間巡回サービス、介護器具購入費、住宅改修修繕費
- ・ 施設⇒医療費と宿泊費を除いた介護経費が対象



【今回も主要国社会保障の成り立ちを、懇切丁寧に解説される鏡教授】

### イギリスの社会保障

- 所得保障制度を中心に考えられている⇒1911年に制定された国民保険法によって、社会保険が導入された
- 特徴⇒老齢、遺族、傷害の年金制度に加えて、疾病、失業、労働災害のリスクを包括的に統合した制度 ただし、労災保険は1990年に国民保険から除外

## ○年 金

- ・国民保険の年金は基礎年金を構成し、伝統的なベヴバアリッジモデルとして、均一拠出、均一給付の原則に基づき運営
- ・国民保険の年金は、比較的low額ですべての国民に強制適用される
- ・低所得者には、拠出免除措置がある
- ・加入期間⇒男性 11 年、女性 9.75 年⇒1 年以上（2010 年）が受給要件となった
- ・支給開始⇒2018 年までに男女とも 65 歳に統一⇒さらに 2046 年までに 68 歳から
- ・2 階建て⇒国民保険の年金を 1 階、2 階部分の年金が各種存在
- ・基礎年金支給額⇒2012 年現在、単身者で週 107.45 ポンド（約 14828 円）、夫婦で 171.85 ポンド（約 23715 円）⇒日本の方が、若干多い

## ○医 療

- ・伝統的な国民保健サービス（NHS）を確立
- ・国営の医療機関がすべての市民対象に、無料で包括的な医療保障サービスを行うことが原則⇒財政難から患者の自己負担が課せられている
- ・医療サービスの供給面でも、次第に市場原理が導入されつつある
- ・財源⇒国庫負担が 80.9%、国民保険の保険料収入から 17.9%、患者負担が 1.3%
- ・特徴⇒市民は個人として通う診療所を決めて登録する  
そこで一般医の診療を受ける⇒診察は原則無料、薬剤は処方 1 回につき 7.65 ポンド（約 1055 円）の自己負担がある

## ○介 護

- ・伝統的に、医療サービスは国が、福祉サービスは地方自治体が、何れも税方式に基づいて管理
- ・国民保健サービスおよびコミュニティケア法（1990 年）  
⇒高齢者介護システムは大きな変化を遂げた  
サービスの市場化が進められ、公的機関の独占が排除され民間と競争関係に
- ・地方自治体の関係組織⇒サービスの購入者と供給者に 2 分割した  
ケアマネジメント方式を導入  
介護サービス評価の、モニタリングの役割も担うことに
- ・在宅看護、訪問保健サービス、保健センターのサービスは、国民保健サービスとして医療保障の一環として、無料で提供される
- ・デイサービス、ショートステイサービス、ホームヘルプサービス、配食サービス、洗濯サービス等は、基本的に税方式により地方自治体が公費で賄う

## アメリカの社会保障

- 政府は国民の生活保障は最低限の役割しか果たさない（小さな政府）
- 市民は、自己責任のもとで政府に頼らず、可能な限り自分で生活防衛をしていく
- 民間保険制度が発展しており、民間福祉ビジネス、私的な医療等が普及している
- 企業福祉や産業別の福祉制度の展開も著しい

- ・政府はこうした私的な行動を保護、育成する措置を講じている

#### ○欧州の考え方との大きな相違3点

- ・市民生活に関係する各種サービスは、主に州政府の管轄に属する認識が強い
- ・社会保障の中心となる年金制度で、社会保険方式を採用している  
企業年金や個人年金の普及が著しい
- ・全国民を対象とした包括的な公的医療保障制度が存在しない  
自由診療を基本として、政府は医療サービスに直接介入してこなかった

#### ○年 金

- ・社会保健法（1935年制定）に基づき、老齢、障害給付を含む公的年金制度（OASDI）が確立⇒アメリカに居住する民間企業の労働者、使用者、特定年収以上の自営業者が対象
- ・支給開始年齢⇒66歳が満額支給開始年齢（2027年から67歳）
- ・早期年金受給⇒62歳から減額受給申請可（標準報酬月額により3段階：極端な所得再配分は合理的）

#### ○医 療

- ・国民の約7割の市民は、民間の医療保険加入（うち9割以上は企業を基礎に民間加入）
- ・医療保険が適用されない無年金者が、国民の1～2割おり（4600万人とも云われている）政治課題となっている
- ・基本は自由診療⇒医療サービスが一つの商品として市場の一大産業化
- ・政府は直接医療行為に関与しない⇒その結果高い資金力が高い医療技術を支えている
- ・逆に、貧しい人たちは、質の高い医療サービスを受けられない⇒セーフティネットとして、障害者や65歳以上の高齢者のための健康保険（メディケア）制度と低所得者のための医療扶助（メディケイド）が制度化されている

＜オバマ大統領＝医療改革を重要な公約の一つに＞

\*医療保険改革法案⇒2010年3月21日可決

- ・全市民に保険加入を義務づけ
- ・加入しない場合は、2014年以降罰金を科す（一人の従業員につき750ドル）
- ・不法滞在者の医療費を税金で賄うことを禁止し、例外を除き注絶補助金も禁止

#### ○介 護

- ・公的な高齢者の介護保険制度は存在しない

- ・高齡アメリカ人法（1965年）の確立⇒医療の枠を超え、主に在宅での高齡者サービスを展開する制度（連邦政府、州政府、民間非営利団体をネットワークで結び、60歳以上の高齡者介護にあたる）



【主要国の制度、特にアメリカにおける個人の自己責任論に驚きを持って聴き入る受講生】

## 中国の社会保障

- 国が責任をもって行うもの⇒社会保険、公的扶助、公衆衛生の三つ（中華人民共和国憲法第45条＝公民社会的権利）
- 計画経済から市場経済に移行する過程⇒社会保障が経済成長に大きく貢献し、経済の安定に役立っていると評価（一方で、経済競争の阻害要因ともなっている）
- 労働保険条例制定（1951年）⇒都市部の政府機関、国有企業等の労働者層で、年金給付、医療給付等が制度化された
- 1976年以降社会保険の改革期⇒全国民への普及を目指した戦略的課題に対応

- ・老齢年金、失業保険、医療保険、労災保険、出産育児保険が一部実施

○生活保護制度⇒都市部から導入され、2007年には全ての省で確立された

○人口問題は依然として、中国の大きな問題のひとつ

⇒一人っ子政策により人口爆発の危険は緩和されたが、高齢化社会を迎えて、社会保障全般に大きな影響を及ぼす

○年 金

- ・普及しているのは都市部においてであり、農村部での遅れが目立つ（2009年新たな制度を導入し加入者を増やしている）
- ・都市従業者基本年金制度（1997年）の導入⇒保険料は国と企業の負担から、労働者と企業の負担に移行
- ・保険料⇒労働者は賃金の8%を拠出、企業は賃金の20%を基金に拠出

○医 療

- ・四つの医療保障制度⇒都市従業者基本医療保険制度、都市住民基本医療保険制度、公務員医療補助制度、農村合作医療制度（経済発展に応じて制度間格差問題や財政問題も深刻化）

○介 護

- ・介護サービス、高齢者への各種サービスは未整備のまま
- ・急速な人口高齢化が進行し、高齢者の介護問題は深刻
- ・医療看護サービス⇒個人ベースで行われつつあるが、全国レベルには至っておらず、介護スタッフも不十分

## 韓国の社会保障

○社会保障の歴史は浅い⇒1960年に公務員年金や軍人年金が導入された

○医療保険は1977年に、雇用保険は1993年に導入

○公的扶助⇒憲法（1948年）の生存権規定により制度化を試みるも経済政策優先で後回し

○社会保障制度⇒国民基礎生活保障法（1999年）により、ようやく実効力ある系となった

○年 金

- ・1986年国民年金法が制定され1988年から施行、公務員、私学教職員、軍人は別制度
- ・国民年金の対象⇒国内居住の18歳から60歳、1999年に国民皆年金達成
- ・保険料⇒一般労働者は賃金収入の9.0%で労使折半、国庫負担は2005年廃止
- ・受給権⇒加入期間10年で可
- ・支給開始年齢⇒従来60歳、2013年から1歳ずつ引き上げられ、2033年に65歳
- ・給付⇒所得比例制に基づき基礎年金が確定
- ・加給年金⇒配偶者や子どもがいる場合
- ・遺族年金⇒加入期間に応じて支給率が異なる
- ・給付水準⇒60%の所得代替率で設定、財政難2008年から引き下げられ、2028年には40%となる予定

## ○医 療

- ・最初の医療保険制度⇒1977年成立、従業員500人以上の大企業のみ
- ・国民健康保険法⇒1999年制定、全国一本化
- ・保険料⇒職域加入は当初賃金の3.4%を労使折半、財政難から2012年から5.8%  
地域加入では、所得の他資産や負担能力を点数化して世帯ごとに設定
- ・財政赤字⇒国庫補助の拡大やたばこ税からの支援が行われている

## ○介 護

- ・少子高齢化が顕著であり、高齢者の介護が深刻な問題となっている
- ・老人長期療養法（2007年）⇒我が国やドイツの制度を参考に制定
- ・介護保険制度（2008年7月）⇒健康保険と県警した構造
- ・保険料⇒健康保険料と一体化され、6.55%
- ・財源⇒保険料予想収入額の20%が国庫負担（日本は国25%地方自治体25%、都合50%）
- ・サービス受益者⇒65歳以上の高齢者で要介護の認定を受けた者
- ・要介護度⇒3等級に分類、施設の場合20%、在宅の場合15%の自己負担

## まとめ

○世界主要国の、社会保障制度の生い立ちと現状を見て来たが、どの国にもそれなりの悩みや課題が山積している

○大まかに云えば、①少子高齢化対策（新興国は制度も未熟で、逆に人口増）

②負担と給付のありかた（小さな政府か大きな政府か）

③税方式か保険料方式か

④自己責任と扶助のバランス等、政治課題をどう解決するか国民の意見集約が大変難しい

○日本は中負担・中福祉政策をとっているが、約7割は高齢者向けの政策となっており、少子高齢化による世代間の不公平感が否めない

○何れにしても、各国各々の国民が求めている社会保障像を、政治が如何に汲み取るかの努力が必要

- ・例えば、スウェーデンにおいては、選挙の際増税を求めても、国民が高負担・高福祉（将来世代のため）が当然と考える国民が多く、増税が争点とはならない

○講師の鏡教授は、2回という短い講義の中で精力的にお話し戴き、受講生からは「世界の社会保障の実態を学習出来て大変良かった」との感想が寄せられた

<文責・秋山 孝昭>