

- (注1) 収入が適正額を超える場合、年金クレジットは支給されないが、貯蓄クレジットは、所定額を超える部分の4割相当額が支給される。最低賃金保障制度の下では、老後に備えて私的年金に加入していた場合、私的年金全額が支給額から減額されていた。このため、老後の準備を行うインセンティブに欠けるという問題があった。
- (注2) 従来は、年金の支給開始を繰り延べた場合、繰り延べた期間の年金については支給開始後の年金に上乘せすることしかできなかった。
- (注3) なお、医療従事者のうち、一般家庭医、薬局(薬剤師)は、NHSと契約関係に立つ独立の事業主として位置づけられてきている。

- (注4) プライマリ・ケア・トラストとは、地域住民の医療サービスの確保に一義的な責任を持つ公営企業体組織である。病院、一般家庭医等と契約し、サービスを購入するほか、自らのスタッフによりサービスを提供することもできる。
- (注5) 児童手当は、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支給される。2004年の支給額は、第一子で週当たり16.50ポンド、第二子以降は同11.05ポンドである。
- (注6) 家庭責任保護制度とは、育児等により就労することができず国民保険料を払えない者に対して、当該期間を国民保険料納付期間と見なす制度である。

ドイツ

1 社会保障制度の概要

ドイツの社会保障制度は、世界で最初に社会保険を制度化したビスマルクの疾病保険法(1883年)に端を発する。現在では、年金保険、医療保険、労働災害保険、失業保険及び介護保険の5つの社会保険制度と、児童手当、社会扶助などがある。

2 社会保険制度等

(1) 年金制度

① 制度の類型

年金制度は、1階建ての年金制度が分立している。被用者のうち労働者(ブルーカラー)については労働者年金保険、職員(ホワイトカラー)については職員年金保険に原則として強制加入することになっている。自営業者には任意加入が認められており、国民皆年金とはなっていない。このほか官吏恩給制度等がある。

② 制度の概要

財源は原則労使折半の保険料(賃金の19.5%相当額、2004年1月現在)及び国庫補助で、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約28%(2002年、育児期間の保険料の国庫負担分を含む)が国庫補助で、残りは保険料である。1992年の年金改革により、国庫補助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こととなった。さらに1998年4月からは、付加価値税の引き上げ分を財源とする追加的な国庫補助が行われており、1999年4月からは、環境税の増収分も年金財源に投入されている。

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。長期加入者、重度障害者、一定の要件を満たす女性及び失業者等については早期支給の特例が設けられていたが、一部を除き、2000年から廃止された。

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る。現在の現役世代の平均的な税引前保険料控除所得に対する年金の比率は約53%である。

(2) 医療保険制度等

医療保険制度は、一般労働者、職員、年金受給者、学生など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、その運営は地区、企業など(計8種類)を単位として設置されている公法人たる疾病金庫(2004年1月現在413金庫)を保険者として、当事者自治の原則の下で運営されている(いわゆる組合管掌方式)。これは19世紀後半にビスマルクが医療保険制度を創設した際に、既存の職員や労働者の共済組合を医療保険者として再編成したことに由来する。

一般制度では、一定所得以上の者及び官吏は強制適用ではなく皆保険政策はとられていないが、実際に公的医療保険でカバーされる者は、2004年現在全国民の約85%に達している。公的医療保険加入者の配偶者及び子女収入が一定額以下の者は、保険料の追加的負担なしに被保険者となる。

財源は労使折半で負担する保険料で、当事者自治の原則にしたがい、国庫補助は原則行われていない。保険料率は各疾病金庫ごとに定められている。なお、保険料率は全疾病金庫の平均で2004年1月現在資金の14.27

%である。

給付内容については、各種保険を通じ、医療給付、予防給付、医学的リハビリテーション給付、在宅看護給付などがあり、現物給付を原則とする。また、このほかに、傷病手当金や出産手当金などの現金給付がある。医療給付の給付率は、被保険者、家族とも入院、薬剤給付などの例外を除き原則10割であったが、2004年1月より自己負担として、原則四半期に1回10ユーロの外来診療料の負担や原則1割の薬剤負担等が導入された。

3 公衆衛生施策

(1) 行政組織等

公衆衛生サービスは各州を中心に実施されており、郡、市の保健所が、伝染病の予防、水質・大気などの監視、病院・薬局などの監視、食品・医薬品などの流通の監視、健康管理などに関する業務を行う。

(2) 医療施設

医療施設としては、開業医と病院がある。開業医は一般開業医、専門開業医、歯科開業医に分類される。病院は大きく分けて、市町村や州が運営する公立病院、財団や宗教団体などによって経営される公益病院及び私立病院の3種類がある。

(3) 医療従事者

医師の養成は、①大学の医学部で6年間の医学教育を修了し、その間に予備・第一次・第二次の国家試験に合格する、②医学教育修了後、第三次国家試験に合格する、③第三次国家試験合格後1年半の卒後実施研修を修了する(ただし、卒後実施研修については、2004年10月に廃止される予定である)ことによって医師免許が交付される。さらにその後、④各州の医師会から資格を与えられた専門医の指導の下、大学病院などにおいて行われる卒後専門医研修(通常5～6年)を修了することにより、専門医の認定を受ける。

4 公的扶助制度

他の援助が得られない生活困窮者に対して与えられる公的扶助として、連邦社会扶助法(1962年実施)に基づく社会扶助があり、失業保険、失業扶助の受給権

のない人々へのセーフティネットとして機能してきた。社会扶助の内容には、必要不可欠な生計費等を保障する生活扶助と、障害、疾病、要介護など様々な生活上の特別な状況にある者に対して援助を行う特別扶助がある。いずれも資力調査が要件となっている。

生活扶助の給付内容は、食料、住宅、衣服、身体の手入れ、家具、暖房及び日常生活上の個人的需要(一定限度内での交際や文化生活への参加など)に係る費用(必要不可欠な生計費)である。児童及び青少年は、特に成長及び発達に伴う特別な需要(教材等)を含むものとされている。

社会扶助の管理運営主体は地方自治体であり、財源は地方自治体の一般財源である。

生活扶助の受給者数は、2002年で277万6,000人である。

なお、2003年12月に従来の失業扶助(失業保険が終了した人に資力調査の上で支給するもの)と社会扶助を統合し、「失業給付II」とする法律が成立し、2005年1月より失業給付の請求権を持たない就労能力のある失業者であって家計的に扶助が必要な状態ある者に対しては、「失業給付II」が支給されることとなった。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策全般

社会福祉施策は補完性の原則に貫かれている。すなわち、①民間サービスの独立性とその公的サービスに対する優先性が基本法(憲法)で定められ、②社会保障については、まず社会保険で国民のリスクに対応し、それでも対応できない場合に初めて社会福祉の対象とするという構造になっており、③公的部門も、まず基礎的自治体(Gemeinde; 我が国の市町村に相当するが、州により制度が少しずつ異なる)が第一義的な権限と責任を有するものとされている。

我が国のように社会福祉サービスの内容を法律で定めおらず、社会福祉サービスの内容はその実施主体により異なる。

民間サービスが福祉サービスに占める役割も大きく、特に民間6団体といわれる①カトリック・カリタス連合、②プロテスタント・デアコニー事業団、③社会民主党・労働福祉協会、④中立・無宗教団体、⑤ドイツ赤十字

及び⑥ユダヤ教団体が重要な役割を担っている。我が国の社会福祉法人に該当するものは存在しない。

(2) 高齢者保健福祉施策

① 高齢化の状況

2002年の高齢化率(65歳以上人口比率)は17.5%であり、今後、移民による年間の人口増を10万人と見込んだ場合、65歳以上の人口は2010年で全人口の20.0%、2030年で26.6%に達すると予想されている。1997年現在、65歳以上の38%に当たる約340万人が一人暮らしであり、一人暮らしの高齢者の割合は増加傾向にある。

② 施策の実施主体

サービスの実施主体は、公的セクターに限定されず、地方公共団体の他にも、民間福祉団体、教会等の民間の非営利団体や営利団体など、多岐にわたっている。

③ 在宅サービス

在宅サービスは、主として訪問看護、在宅介護、家事援助、相談等保健・医療・福祉にわたり、総合的にサービスを提供するソーシャル・ステーションが実施している。対象は高齢者に限定されない。介護保険法に基づく認可を受けた在宅サービス事業所は、2001年12月には約1万600か所となっている。

④ 施設サービス

施設サービスとしては、老人居住ホーム、老人ホーム、老人介護ホーム等が存在する。このうち、老人居住ホームは高齢者が極力自立した生活を送れるような設備のある独立の住居の集合体であり、個々の高齢者のニーズに応じて、必要な場合には身の回りの世話、食事等のサービスが施設側から提供される。老人ホーム、老人介護ホームはそれぞれ、日本の養護老人ホーム、特別養護老人ホームに相当する。

⑤ 介護保険

a 公的介護保険制度の概要

原則として全国民が被保険者として強制加入(民間医療保険加入者は、原則、民間介護保険に義務加入)

となる。なお、介護金庫が実施運営する制度を「社会介護保険」、民間医療保険会社が実施運営する制度を「民間介護保険」と称する。

財源は、労使折半(年金受給者の場合には、年金保険者が事業主分を負担)による保険料で、保険料率は、1996年7月から資金の1.7%である。なお、国庫補助は行われていない。

給付の要件は、要介護度及び介護給付の決定を受けることであるが、当該決定については、メディカルサービス(MDK、疾病金庫が地域に共同で設置し、医師、介護士等が参加)の審査を経て、介護金庫が最終的に決定する。

給付内容は、①在宅介護給付と②施設介護給付がある。

b 介護保険の給付内容

在宅介護給付には、①現物、現金給付(表2-57参照)、②ショートステイ(年間4週間、1,432ユーロ以内)、③代替介護(年間4週間、1,432ユーロ以内)、④介護用具の支給・貸与(例：介護ベッド、車椅子、昇降装置)、⑤住宅改造補助(1件当たり2,563ユーロ以内)がある。

在宅介護給付を利用する場合は、現物給付と現金給付のいずれか単独でも、双方の組み合わせでも可能となっている。

施設介護給付については、介護度Ⅰで1,023ユーロ(月額)、介護度Ⅱで1,279ユーロ、介護度Ⅲで1,432ユーロ、特に過酷なケースは1,688ユーロとなっている。

〈表2-58〉 介護保険の給付内容

介護度	現物給付(ホームヘルプ、デイケア、ナイトケア)	現金給付(介護手当)
介護Ⅰ	月額384ユーロ	月額205ユーロ
介護Ⅱ	月額921ユーロ	月額410ユーロ
介護Ⅲ	月額1,432ユーロ	月額665ユーロ
特に過酷なケース	月額1,918ユーロ	月額665ユーロ

(3) 障害者福祉施策

障害者福祉を行っている団体は、民間団体及び自治体などの公的団体であるが、民間団体、特に宗教団体の役割が大きい。サービスの内容としては障害者福祉施設の設置等が行われている。

(4) 児童健全育成施策

ドイツでは、子供のいる家庭と子供のいない家庭間の負担調整を行うために、子供のいる家庭は児童手当（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（所得控除方式で支給）がいずれかを選択できる。1996年1月から始まった家庭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、所得額の引上げ等大幅な改善が図られた。このうち児童手当は、所得の多寡にかかわらず、原則として、18歳未満のすべての子供を対象に支払われる。また、育児のために週19時間未満しか就労していない親は、子供が2歳に達するまでの間、育児手当を受給できる（所得制限あり）。

なお、年金計算上の評価の措置として、児童養育期間が認められており、子供を養育している者は、子供の誕生から3年間、保険料を支払うことなしに公的年金制度の強制加入者となり、その間の平均報酬に相当する保険料を支払ったものとして評価される。

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 概要

① 省庁再編

2002年9月の連邦議会選挙でかろうじて過半数を維持した社会民主党（SPD）・緑の党による連立与党は、第二次シュレーダー政権の発足に当たり、省庁再編により連邦経済労働省、連邦保険社会省を発足させ、労働市場改革・社会保障改革を実施する体制を整えた。

② リュールupp委員会

第二次シュレーダー政権は、労使折半で保険料を徴収している社会保障の負担（2003年現在の保険料は、年金19.5%、医療保険14.3%、介護保険1.7%、失業保険6.5%を合計すると42%）が大きくなりすぎたため、企業の国際競争力や雇用創出能力を失わせているとの認識に基づき、社会保障改革を自らの重要な政策課題と位置づけた。

2002年11月、ウラ・シュミット保険社会大臣は「社会保障の資金調達を持続性に関する委員会」（委員長の名をとってリュールupp委員会と呼ばれる）を発足させ、年金保険、医療保険、介護保険の中長期的な抜本

改革案を審議させた。

③ アジェンダ2010と医療・年金改革の断行

2003年3月、シュレーダー首相は連邦議会における所信表明演説で、自らの改革方針「アジェンダ2010」を公表し、労働市場改革とともに、医療保険改革、年金保険改革を断行することを宣言した。その後の政治的な調整を経て、2003年9月に医療保険改革法、2003年12月に短期的年金改革法、2004年3月に中長期的年金改革法が成立した。

(2) 医療保険改革

2003年8月、与野党が11年ぶりに医療保険改革について妥協して共同の改革案を作成することとなり、同年9月、「医療保険近代化法」が連邦参議院の同意を得て成立した。法律の主な内容は以下のとおりである。

① 診察時患者自己負担の導入

2004年1月より、18歳以上の患者の外来について、紹介状がある診療については3か月に1度10ユーロ、紹介状がない診療についてはこれに加え1回当たり10ユーロを徴収する。また、年収の2%（慢性疾患患者については1%）を負担の上限とする。

②入院について、2004年1月より、1日10ユーロの患者負担を1年に28日まで徴収する。

③訪問看護、マッサージ等については、2004年1月より費用の10%と、一処方当たり10ユーロの患者負担を徴収する（訪問看護については年28日まで）。

④2005年より歯科治療の給付を、公的医療保険給付から除外する。公的医療保険の被保険者は、公的に新たに創設される歯科治療に係る追加的保険又は私的医療保険に必ず加入しなければならない。

⑤2006年より傷病手当金（現在、病休第7週目以降につき賃金の約8割を給付）は被保険者のみの負担（0.5%の特別保険料）により賄う。

⑥たばこ税を2004年と2005年に3段階に分けて増税し、その財源を保険になじまない給付（出産手当金等）の財源に用いる。

⑦2004年より死亡一時金、分娩手当金、不妊給付等を公的医療保険の給付から除外する。

⑧外来患者の診療所までの交通費は、歩行障害のある

者やがん患者の化学療法のための通院など例外的な場合を除き認めないこととする。眼鏡等に関する給付については、18歳未満の者及び重度の視力障害者を除き認めないこととする。

- ⑨被保険者は現物給付と現金給付を選択できる。疾病金庫は、現金給付を選択した任意被保険者が医療費のうち一定額を自己負担することを条件に、低い保険料を設定できる。疾病金庫は、一定の要件を満たす任意被保険者が1年間医療を受けなかった等の場合に保険料の一部還付を行うことができる。疾病金庫は適切な予防活動を行った等の被保険者に対し「ボーナス」(自己負担免除を含む)を支給したり、紹介状なしでは直接専門医に行かず家庭医にかかる等特定のサービス契約を行った被保険者の保険料又は自己負担を軽減することができる。疾病金庫は、病院の主治医指定、個室・二人部屋利用、海外での治療についての民間保険の付加保険契約の仲介をすることができる。

- ⑩医薬品について、以下の改革を行う。

- a 医薬品に係る患者の自己負担を見直す(原則1割負担、医薬品毎に最低5ユーロ、上限10ユーロ。なお、上記①の負担の上限(年収の2%)は、各種医療サービス・医薬品に係る自己負担の合計額に適用される)
- b 定額給付制の対象となる医薬品の範囲の見直し(拡大)を行う。
- c 処方箋なしで入手できる医薬品については、一部の例外を除き医療保険からの給付は行わず、原則全額自己負担とする。
- d 医薬品の通信販売を認める。
- e 薬剤師による薬局の4店舗までの複数所有を認める。なお、ポジティブリスト(保険が適用される医薬品の限定列記)の導入は見送られた。

- ⑪被保険者は自己の医療費について情報提供を受けることとする。
- ⑫医師に医療の質の管理及び定期的な研修を義務づける。
- ⑬政府から独立した財団により「医療の質・経済性研究所」を設立し、治療方法や医薬品等の効果等について研究し、成果を公表・勧告する。
- ⑭現在入院に特化している病院の機能を一部外来診

療に開放する(医療が不足している地域、高度専門的な治療等)。

- ⑮保険医協会を近代化し、合併を促進する(現行23→17又は18)。疾病金庫の管理コストの抑制・透明化を図る。統合された医療供給方式については、疾病金庫は各保険医と個別に診療報酬契約を結べるようにする。

- ⑯外来診療の診療報酬について、2007年から罹患率の上昇により生じた診療の増加に対応できるよう変更する。

2004年4月、連邦保険社会省は「医療改革断行100日」と題する記者発表を行い、今年半ばまでに公的医療保険の被保険者(約7,000万人)の38%が保険料軽減の恩恵を受け、保険料率の全国平均も2004年中には14%(2003年1月の全国平均は14.3%)を下回るとの見通しを示している。

(3) 年金改革

- ①年金財政の逼迫により、2004年の年金保険料を引き上げないための緊急措置が必要となり、2003年12月、社会保障法典第6編(公的年金保険法)の改正が成立した。その主な内容は以下のとおりである。
- a 2004年1月以降も年金保険料を19.5%に据え置く。
- b 2004年7月の年金スライドを凍結する。
- c 2004年4月1日より年金受給者の介護保険料を全額本人負担とする(注 従来は保険料の半分を年金受給者が負担)。
- d 変動準備金の下限を一か月の支出額の50%から20%に引き下げる。
- e 2004年4月以降新たに年金受給者となる者については毎月初めではなく毎月末に年金を支給する(注 当該改正事項については連邦参議院の同意を得て成立)。
- ②2004年3月、年金財政の中長期安定化を目指す「公的年金保険持続法」が連邦議会で成立した。その主な内容は以下のとおり。
- a 年金スライド式に「持続性要素」を導入する(被保険者と年金受給者の割合の変化率をスライドに反映させる)とともに、計算式に用いる所得を保険料納付義務所得に限定する。