

金庫が年金保険者として乱立しているのが、ドイツの特徴)の代表が2005年10月1日ベルリンに集まり、統合して「ドイツ年金保険連盟(Deutschen Rentenversicherung Bund)」を創設することを決めた。

新しい組織は、従業員7万人、年金受給者2,000万人、年金被保険者3,000万人を擁することになる。この統合による、既存各年金金庫の組織見直しにより、2010年までに3億5,000万ユーロ(約490億円)の組織運営経費が節約されるとされる。

ドイツ年金保険連盟の会長には、連邦事務職員保険庁(Bundesversicherungsanstalt für Angestellte : ホワイトカラー労働者(=事務職員: Angestellte)に係る年金を所掌する公法上の法人)総裁のヘルベルト リッシュ氏が選出された。

(4) 社会保障改革をめぐる政治状況と今後の課題

a 社会保障改革をめぐる現在の政治状況

コール政権末期から現在の第2次シュレーダー政権に至るまで、ドイツでは与野党の激しい政治的対立が続き、様々な改革法案に連邦参議院が同意しない事態が続いてきた。2004年1月から順次施行されている「医療保険近代化法」における与野党合意は政治的にみても画期的なものと注目された。

しかし、同法や年金改革法は社会民主党党内左派の反発を招いた。また、年金生活者などの負担増(年金スライド凍結、2004年1月からの医療患者負担の増、4月からの介護保険料の半額→全額負担化)に加え、医療保険近代化法の施行の混乱(患者自己負担の徴収をめぐる医療機関の混乱、ウラ・シュミット健康社会保障相のピル処方患者自己負担の例外化の明言とその撤回、患者自己負担の上限が年収の1.0%に限定される慢性疾患患者の範囲の未確定など)に対しては、国民的な批判が集まっている。

b 医療、介護の中長期的改革構想

「リユールップ委員会」により示された中長期的改革のうち、現在のところ制度改革が行われたのは年金のみ(公的年金持続法)にとどまっている。

医療に関しては、「リユールップ委員会」より、医療保

険の財源調達方法につき中長期的な抜本改革案が示されている。第1案は「市民保険方式(又は国民皆保険方式)」であり、公務員、自営業者も公的医療保険に強制加入させ、家賃、利子所得等も保険料の賦課対象にし、保険算定限度額(保険料算定の対象となる所得上限額)を引き上げる考え方である。第2案は「定額保険料方式」であり、被保険者が月約210ユーロの定額保険料を負担(低所得者の負担が増えないよう国庫補助を導入)する考え方である。社会民主党(SPD)は2003年11月に行われた党大会において、第1案の「市民保険方式」の導入を目指し検討していく方針が了承されたが、具体案の検討には時間がかかるものとみられている。

介護保険に関しても、「リユールップ委員会」より、2010年から制度を抜本的に改革し、①現役世代・年金生活者共通の保険料率は1.2%とし、現役世代は別途0.5%を自分の将来の介護のために積み立て、年金生活者からは別途2.0%の保険料を徴収する、②給付を毎年改善(スライド)する、③在宅給付の水準を引き上げるといった内容の改革構想が示されており、今後の改革への取組が注目される。

(注1) 家庭医

ドイツでは、1924年に専門医制度が発足し、専門医と家庭医が確立し、医師免許を取得すると家庭医として開業できるようになっていたが、70年代に家庭医としての研修を義務づけ、それを済ませないと保険医(注2参考)として認められなくなった。現在は、一般専門医の資格を有する家庭医(専門開業医)と、専門医資格を有しない家庭医(一般開業医)とがある。

(注2) 保険医協会

ドイツにおける医師の組織としては州医師会と州保険医協会とがあり、両者はいずれも公法上の団体で、州保険医協会の上には連邦保険医協会が存在する。

保険医協会の古くからの主要業務は、医療(診療)報酬の配分を行うことである。ドイツは日本と異なり、契約(保険)医は一定間隔で診療報酬の請求を保険医協会に提出する。保険医協会と疾病金庫(健康保険組合)との間で取り決めがあり、保険医協会は適正な診療であるかどうかを審査し、不適切なものを排除してから疾病金庫に送る。疾病金庫も自らの立場で審査し、決定した報酬は一括して保険医協会に渡す。保険医協会は契約医への配分額を決定して手交することになっている。このように、保険医協会は、医療費に関して重要な役割を果たしている。

(注3) 診療報酬総額

診療報酬総額は、州保険医協会と州疾病金庫連合会との間で決められ、伸び率は基本賃金の伸びなどを考慮に入れることになっている。

保険医が受け取る診療報酬は、診療報酬総額を実績に基づき配分したもの。

フランス

1 社会保障制度の概要

フランスの社会保障制度は、大きく社会保険制度 (assurance sociale) と社会扶助制度 (aide sociale) に分けられる。

社会保険制度は、保険料によってまかなわれる制度であり、疾病保険、老齢保険(年金)及び家族手当等に分かれている。さらに、社会保険制度は職域に応じて多数に分立し複雑な制度となっているが、その中で加入者数が多く、代表的な制度は、民間の給与所得者を対象とする一般制度である(表2-70)。制度の分立に伴う制度間の人口構成上の不均衡を是正するため、1975年以來、疾病保険、老齢保険及び家族手当について全制度を通じた財政調整が実施されている。社会保険の適用については、戦後、制度の一般化という形で適用の拡大が図られてきた。

他方、社会扶助制度は、社会保険制度の給付を受けない障害者、高齢者、児童などの救済を目的とする補足的制度であり、医療扶助、高齢者扶助、障害者扶助、家族・児童扶助などにより構成されている。社会扶助は

租税を財源としているため、給付を受けるには所得が一定額以下であることが条件となる。

なお、社会保険制度は保険料で運営するのが原則であり、保険料負担は労使で分担するが、使用者負担の割合が非常に大きい(表2-71)。以前は国庫負担は赤字補填に限定されていたが、1991年から導入された一

〈表2-71〉 フランスの社会保障における保険料の負担割合

保険等種類	使用者負担	被用者負担	拠出算定基準
疾病保険	12.8%	0.75%	給与全額
家族手当	5.4%	なし	給与全額
労災保険	事業所毎変動率	なし	給与全額
寡婦保険	なし	0.1%	給与全額
老齢年金(保険)	8.2%	6.55%	上限報酬限度年額3万192ユーロまでの報酬を対象所得とする。
	1.6%	0.1%	給与全額
住宅支援基金への拠出金	0.4%	なし	従業員9名を超える企業について、給与全額を対象所得とする。
	0.1%	なし	全企業について、上限年額3万192ユーロまでの報酬を対象所得とする。

(注1) 2004年12月1日現在

(注2) 報酬限度額は、月額で2,516ユーロ

〈表2-70〉 フランスの社会保障制度の運営組織

	一般制度(民間被用者を対象)	特別制度(公務員等を対象)	非被用者制度(自営業者等を対象)	農業制度	任意的制度
給付事務運営・担当機関	保険料徴収 社会保障機関中央機構(ACOSS)	各給付機関が徴収			
家族手当 障害者手当 在宅手当	家族手当全国金庫(CNAF)	家族手当全国金庫または使用者(ex.国)	家族手当全国金庫(CNAF)	農業共済組合(MSA)	
疾病保険 疾病 出産 障害 死亡	全国被用者医療保険金庫(CNAMTS)	船員、パリ市交通公社等職域ごとの機関(公務員、地方公共団体職員等は一般制度の適用を受ける)	疾病、出産：非被用者疾病保険全国金庫(CANAM) 障害：商工業全国自営業調整金庫(ORGANIC) 職人老齢保険調整全国自治金庫(CANCAVA) 自由業老齢保険全国金庫(CNAVPL) 弁護士全国金庫(CNBF)	農業共済組合(MSA)(または農業経営者のための共済組合または保険会社)	共済組合 互助金庫 保険会社 個人保険
労働災害 職業病					
老齢保険 基礎的年金 補足的年金	全国被用者老齢保険金庫(CNAVTS) 補足退職年金制度連合会(ARRCO)	公務員、地方公共団体職員、鉱業、船員、国鉄、パリ市交通公社等の職域特別制度運営機関	商工業全国自営業調整金庫(ORGANIC) 職人老齢保険調整全国自治金庫(CANCAVA) 自由業老齢保険全国金庫(CNAVPL) 弁護士全国金庫(CNBF)	農業共済組合(MSA)	各企業

資料出所 社会保障・社会保障財政協会

(注) 要介護者や障害者のための全国自立連帯金庫(CNSA)が2005年から創設されている。