

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

a 制度の種類

公的年金制度は、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たが、2005年より、労働者年金保険と職員年金保険とが一般年金保険に統合された。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。

b 制度の概要

公的年金保険の財源は原則労使折半の保険料(労使合わせて賃金の19.9%相当額、2008年1月現在)は国庫補助等であり、国庫補助は、総支出の26.1%(2006年)に相当する水準である。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(エコ税)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。

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。保険料控除後・税控除前の平均労働報酬に対する標準年金の比率は52.6%(2005年)であるが、少子高齢化の進展により水準の低下が見込まれているため、2004年3月成立した「公的年金保険持続法」により、将来(2030年)においても43%を下回らないようにするとされた。

なお、1982年の連邦憲法裁判所の判決に則り、

2004年に成立して2005年に施行された老齢所得法においては、老齢年金給付が支給時に初めて課税の対象となる(つまり、就労時には、年金保険料は課税対象所得から除外される)課税の繰延べへ段階的に移行するものとされている。

(2) 医療保険制度等

a 制度の概要

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(2007年12月:353箇所)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、一定所得以上の者や公務員など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、全国民の約85%(2004年)に達している。公的医療保険加入者の配偶者及び子女のうち医療保険未加入の者で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、一般保険料率は全疾病金庫の平均で労使分合わせて13.88%(2007年12月)<sup>(注1)</sup>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割で自己負担がなかったが、2003年9月に成立した「医療保険近代化法」により、2004年1月から外来診察料について、四半期毎に

10ユーロ徴収されることとなった。また、入院費や薬剤費についても自己負担の引上げが行われている。

#### b 医師の組織

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。

#### c 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である。

### 3 公衆衛生施策

#### (1) 行政組織等

公衆衛生サービスは各州単位で実施されており、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、開業医と病院とがある。開業医(家庭医)<sup>(注2)</sup>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ことによって医師免許が交付される。さらにその後、③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。

なお、2004年10月より、卒後18か月間の実地研修が廃止された。

### 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(Sozialhilfe)があり、失業給付(Albeitslosengeld;ドイツにおける失業保険)及び失業扶助(Albeitslosenhilfe;失業給付が終了した者に資力(収入や財産)調査の上で支給)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)に係る費用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、30万4千人(2006年12月31日)である。

なお、2005年1月に失業扶助が廃止され、「失業給付Ⅱ(AlbeitslosengeldⅡ)」が新設された。この改革により、失業給付受給が終了した者で就労可能な者は失業給付Ⅱ、就労不能な者は、社会扶助を受給するようになった。そのため、従前は、社会扶助を受給していた者のうち就労可能とされた者は、失業給付Ⅱに受給が

切り替わっている。

## 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;日本の市町村に相当)が第一義的な権限と責任を有するものとされている。

日本のように社会福祉サービスの内容を法律で定めておらず、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。日本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

#### a 高齢化の状況

連邦統計局によると、2005年には、全人口が8,244万人であるのに対し、65歳以上人口は、1,587万人であり、高齢化率は19.3%となっている。今後の高齢化率は、2050年で33.2%に達すると見込まれている。

#### b 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。

#### c 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。

#### d 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。

#### e 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、保険料であり、国庫補助は行われていない。保険料率は1996年7月以来、賃金の1.7%(被保険者:0.85%,事業主:0.85%)であるが、2005年1月より、子を有しない23歳以上の被保険者に関しては、1.95%(被保険者:1.1%,事業主:0.85%)となった。

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2-119参照)、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、原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、特に重度なケースでは1,688ユーロとなっている。

〈表2-119〉ドイツの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   |
| 特に重度なケース | 月額1,918ユーロ              | 月額665ユーロ   |

### (c) 在宅介護サービス事業者及び介護ホーム

在宅介護サービス事業者は、2005年12月15日現在、1万977か所であり、そのうち、営利団体立が6,327か所、非営利団体立が4,457か所、公立が193か所である。

介護ホームは、2005年12月15日現在、1万424か所であり、そのうち、営利団体立が3,974か所、非営利団体立が5,748か所、公立が702か所である。

### (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) 児童家庭施策

a 出産時の手当として、出産休暇を取得する女性に対し、疾病金庫又は連邦保険庁から1日につき就労禁止期間の開始前3か月間の平均手取り日額(母性手当; Mutterschaftsgeld)が支払われる。疾病金庫からは1日13ユーロ、連邦保険庁からは総額210ユーロが上限とされる。休暇期間中も平均賃金相当額が使用者から支払われ、母性手当を受給した場合にはその額が控除される。

b 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(Kindergeld; 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)又は所得控除(Abesetzbarkeit)を受けることができる(児童手当は、毎月、支給されるが、暦年終了後、所得税の査

定に当たり、所得控除の方が児童手当よりも有利である場合には、所得控除が適用されるとともに、児童手当が精算される)。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、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。

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。支給金額は、第1子から第3子までは1人につき月額154ユーロ、第4子以降は1人につき月額179ユーロである。

また、育児のために週30時間未満しか就労していない、又は職に就いていない親は、子供が2歳に達するまでの間、育児手当(Erziehungsgeld)を受給できる(所得制限あり: 子供が1人の場合は、両親の年収が3万ユーロ以下)。受給額及び期間は、原則として子1人につき月額300ユーロ、24か月である。2007年以降に生まれた児童については、育児手当に代えて、子の出生に際して従前の所得に代替する給付としての「両親手当(Elterngeld)」が新たに導入された(6(2)d参照)。

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。

c 3歳未満の子供を持つ親は、それぞれ最長3年間休暇を取得(期間が重なっても可)するか、パートタイム労働に移行することができる(両親休暇: Elternzeit)。

d 託児所(Krippe)は0~3歳の児童を対象とする。託児所の整備は、旧東独地域に比して旧西独地域の方が遅れている。具体的には、3歳未満の児童に係る保育所の利用率は、2006年3月15日現在、全独で12.1%、旧西独地域で6.8%、旧東独地域で36.7%である。

2005年1月より、

(a) 託児所、複合保育所(Kindertagesstaette)<sup>(注3)</sup>及び家庭預かり保育を拡充し、3歳児未満の児童の受け入れ体制を整えること(2010年までに23万人分拡充)、

- (b) 保育の質を向上させ、乳幼児の早期育成をはかること、
- (c) 両親に対して様々な保育の選択肢を提供し、家庭預かり保育を拡充すること、

を目指す保育整備法が施行され、連邦政府は、州及び市町村(Kommune)に対し、失業扶助及び社会扶助の見直しによる経費削減等により浮いた費用から、毎年15億ユーロを児童保育の整備に利用することを可能にした。

## 6 近年の動き・課題・今後の展望等

### (1) 省庁再編

2005年秋の国政選挙において、従前から政権を交代で運営してきたドイツの2大政党である社会民主党(SPD)とキリスト教民主社会同盟(CDU/CSU)の勢力が拮抗し、両党の間で話し合いが行われ、11月22日CDU/CSUのメルケル党首を首相とする大連立政権が発足した。

これに伴い、省庁再編が実施された(表2-120参照)。今回の再編により、労働分野及び厚生分野の省庁編成は、2002年以前の体制<sup>(註4)</sup>に戻ることとなった。

また、再編後の連邦保健大臣は、前連邦保健・社会大臣のウラ・シュミット(社会民主党)が再任された。

〈表2-120〉2005年11月厚生労働分野担当省庁再編図

| 旧                  | 主な所掌分野 | 新(2005年11月以降)       |
|--------------------|--------|---------------------|
| 連邦経済・労働省<br>(BMWA) | 経済政策   | 連邦経済・技術省<br>(BMWFi) |
|                    | 労働政策   | 連邦労働・社会省<br>(BMAS)  |
| 連邦保健・社会省<br>(BMGS) | 年金     |                     |
|                    | 介護保険   | 連邦保健省<br>(BMG)      |
|                    | 医療保険   |                     |

### (2) 社会保障改革をめぐる直近の動き

#### a 年金改革

「人口構造の変化に応じた標準支給開始年齢の改定及び公的年金保険の財政基盤の強化に関する法律」が2007年3月に成立した。その主要内容は、次のとおりである。

- (a) 老齢年金の標準支給開始年齢を2012年から2029年までの間に段階的に65歳から67歳へ引き上げる。
- (b) 「特別長期被保険者に対する老齢年金」を新規に

導入し、45年以上の被保険者期間を満了した者が65歳で満額の年金の受給を開始することを可能にする。

### b 医療改革

#### (a) 医薬品供給経済法

「医薬品供給における経済性の改善に関する法律」が2006年4月に成立して同年5月より施行された。その主要内容は、次のとおりである。

- ア 公的医療保険による償還の対象となる医薬品に係る時限的な価格の凍結(2006年4月～2008年3月)
- イ 参照価格ルールの見直し(参照価格を30%以上下回る価格の医薬品に係る患者負担の免除等)
- ウ 薬局に対する現物割引(無料の医薬品包装の交付)の禁止
- エ ジェネリック医薬品に係る製造業者による疾病金庫に対する法定割引の引上げ(6%→10%)
- オ ボーナス＝ハンディキャップ＝ルール(保険医の処方に係る薬価が目標値を下回る場合には、疾病金庫が保険医協会に対して褒賞金を支払うのに対し、保険医の処方に係る薬価が目標値を上回る場合には、保険医が疾病金庫に対して制裁金を支払う仕組み)の導入

#### (b) 公的医療保険競争強化法

「公的医療保険における競争の強化に関する法律」が2007年2月に成立して同年4月より施行された。その主要内容は、次のとおりである。

- ア すべての者のための医療保険の導入
- (ア) 一般的保険加入義務(すべての者が公的医療保険又は私的医療保険に加入する義務)の段階的導入
- (イ) 公的医療保険の任意加入者の取扱いの見直し(2か月にわたる保険料の未納の場合における被保険者資格の取消しに代わる保険給付の制限等)
- イ 医療サービスの構造及び公的医療保険の組織の改革
- (ア) 保険給付の改善(医療職種及び看護職種によって構成される終末期療養チームによる外来の終末期医療サービスの提供等)
- (イ) 医薬品供給の安全性及び経済性の向上(参照価格の対象とならない医薬品に係る公的医療保険によ

- る償還の上限となる最高価格の設定、保険医が高コストかつ高リスクな医薬品の処方によって専門医のセカンド・オピニオンを経る仕組みの創設等)
- (g) 入院診療に係る診療報酬の抑制(病院による疾病金庫に対する再建拠出金の負担)
- (h) 患者の自己責任の強化(医学的に不要な措置に起因する疾病に係る保険給付の制限等)
- (i) 疾病金庫間及び医療提供者間の競争の強化(疾病金庫が被保険者の選択に応じて提供する選択料金表の多様化等)
- (k) 公的医療保険の組織の合理化(疾病金庫の種類横断的な合併等)
- ウ 財政運営ルールの改革
- (f) 医療基金の創設及びリスク構造調整の見直し(医療基金が疾病金庫によって徴収される保険料及び連邦補助を受け入れて基礎定額交付金及び年齢・性別・リスク調整加算金を疾病金庫に交付する仕組みの創設等)(2009年1月～)
- (i) 保険料徴収方法の段階的見直し(事業主が届出及び保険料納付を1か所の疾病金庫等に一元化する可能性の付与等)
- エ 私的医療保険の改革
- (f) 基本料金表の導入(私的医療保険の保険者が公的医療保険に相当する保険給付及び保険料を内容とする基本料金表を提供する義務の導入等)(2009年1月～)
- (i) 標準料金表の見直し(私的医療保険の保険者がかつて私的医療保険に加入していたものの現に医療保険に加入していない者に対して基本料金表に相当する標準料金表を提供する義務の導入等)(2007年7月～)
- (g) 老齢積立金の携行可能性の拡大(同一の保険者の範囲内で基本料金表に変更する私的医療保険の加入者による完全な老齢積立金の携行等)(2009年1月～)
- (l) 公的医療保険から私的医療保険への変更の制限(2007年2月～)

### c 介護改革

「介護保険の構造的発展に関する法律案」が2007

年10月に閣議決定となった。これは、2008年7月における施行を予定しているが、現在、連邦議会において審議中である。その主要な内容は、次のとおりである。

- (a) 個人の需要に応じた在宅サービスの強化(地区単位の介護支援拠点の整備、ケースマネジメントの導入、2以上の要介護者による現物給付の共同利用の導入等)
- (b) 保険給付の改定(要介護者に対する在宅現物給付、現金給付及び入所現物給付の段階的引上げ、日常生活能力が相当程度制限された者(認知症患者等)に対する現金給付の引上げ等)
- (c) 被用者に係る介護休暇の導入(15人以上の被用者を雇用する使用者に対して6か月を限度として無給での労働の免除を請求する可能性の付与等)
- (d) 介護における予防及びリハビリテーションの強化(リハビリテーション等を通じて要介護者の要介護度を引き下げた完全入所介護施設に対する一時金の支給等)
- (e) 介護サービスの質及び透明性の向上(医療保険メディカルサービスによる検査報告結果の公表等)
- (f) 世代横断的なボランティア活動に対する支援(介護に従事するボランティアのネットワークの構築)
- (g) インターフェース問題の解消(介護ホームによるホーム医の雇用等を通じた介護ホームにおける外来診療の改善等)
- (h) 経済性の向上及び官僚主義の解消(介護ホームによる介護従事者に対する地域で通常支給される水準の報酬の支給、介護施設の会計及び簿記に関する義務の簡素化等)
- (i) 自助の強化及び私的介護義務保険の適正化(介護金庫が私的付加保険を仲介する可能性の付与、私的介護義務保険が低所得者向けの料金表を提供する義務の導入(2009年1月～)等)
- (j) 保険料率の引上げ(1.7%→1.95%)

### d 新たな児童健全育成施策(両親手当(Elterngeld)の導入)

育児のために労働時間を短縮して週30時間未満とする親及び休業する(従前より就労していない者を含む)親は、従前、子供が2歳に達するまでの間、育児手当

(Erziehungsgeld)を受給できたが、2007年1月1日以降生まれた子供については、育児手当に換えて、新制度である両親手当が支給されることとなった。

育児手当は、24か月支給の場合、月額300ユーロの定額給付であったが、両親手当は、従前の手取り賃金の67% (月額1,800ユーロが上限)を12か月(母親だけでなく父親もそれぞれ単独で最低2か月にわたって就業を制限して育児に従事する場合は14か月)支給する。ただし、低所得者(従前より就労していない者を含む)については、月額300ユーロが最低保障として支給される。また、両親手当には所得制限がない点も変更点である。

(注1) 医療保険料は被用者と事業主の折半であったが、2005年7月1日より労働者のみ追加保険料として0.9%が上乗せされて徴収されている。

(注2) 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として認めないようになった。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3) 複合保育所(Kindertagesstaette)は、以下の3施設の複合施設である。①3歳児未満を対象とする託児所(Krippe)、②3歳以上就学前の保育所(Kindergarten)、③就学児童保育施設(Hort)。

(注4) 2002年の連邦議会選挙後、戦後長らく労働・社会保障分野を所掌して存在していた連邦労働・社会(秩序)省(BMA; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung=Federal ministry of Labor and Social[order])が、従前の連邦経済・技術省と統合され、連邦経済・労働省となる大規模組織改編が行われた。従前の労働・社会(秩序)省のうち、社会保障関係部分等は、新編の連邦保健・社会省に編入された。

2002年の省庁再編はドイツの近隣国の組織にも大きな影響を与えた(例:オーストリアが従前の連邦労働・社会省を経済労働省に改変)。

## 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(assurance maladie)(医療)、老齢保険(assurance vieillesse)(年金)、家族手当等に分かれている。また、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ものが、民間の給与所得者を対象とする一般制度である(表2-121)。制度の分立に伴う各制度間の人口構成上の不均衡を是正するため、1975年以来、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な制度であり、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2-122)。従来、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般社会拠出金(CSG)をきっかけに社会保障の国庫負担が増大した。CSGの拠出率は、当初1.1%で家族手当金庫の財源として充当されていたが、現在の税率は一部の所得を除き7.5%であり、1.1%分が家族手当金庫、1.05%分が老齢連帯基金、5.25%分が疾病金庫の財源として充当されている。このほか、1996年からは社会保障の累積赤字(特に疾病保険(医療)部門)返済を目的として、当初13年間限定であったが現在では無期限となった社会保障負債返済拠出金(CRDS)の0.5%が加わった。これらの拠出金は、免税対象者(最低賃金(SMIC)(最低賃金制度の詳細は定例報告第2章「各国にみる労働施策の概要と最近の動向(フランス)」PP.55～69を参照)の1.3倍までの所得の者)及び年金生活者にも課税されるのが特徴である。