

間で児童センターを1,000か所設置等の措置が発表されている。

このほか、2004年5月のEU拡大に伴い、東欧からの移民労働者の急増が懸念されている。他の大陸諸国と異なり、イギリスはなるべく移民に対して制裁を講じない方針を維持しているが、社会保障給付目的の移民を防ぐ目的で、資産調査付き社会保障給付(住宅給付、所得補助、所得ベースの失業給付、年金クレジット等)については、2年間の受給制限を課すこととした。また、NHSについても、非居住者に対して人道的な視点から認められていたNHS給付の制限を強化した。

ブレア首相は、今回の総選挙には党首として立候補しないことを明言しており、今後、ブラウン財務大臣が党首の座を引き継ぐことが有力視されている。こうした中、ブレア首相の指導力がだんだん低下することが見込まれており、ブレア政権は残された期間でこれまでの改革の総仕上げを行うこととなる。

(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、貯蓄クレジットは支給される。最低所得保障制度の下では、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。この貯蓄クレジットにより、私的年金に係る減額が緩和される。

(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的組織である。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

##### a 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。

##### b 制度の概要

財源は原則労使折半の保険料(労使合わせて賃金の

19.5%相当額、2005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26.4%(2003年:ドイツ年金保険受給者連盟)が国庫補助で、残り(73.6%)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。これより早く支給開始する場合は、生涯にわたり月々の年金額が減額(早める月数×0.3%)される。ただし、所定の要件をみたす失業者については60歳からの満額支給が認められるなど、一部に例外がある(失業者の減額支給開始年齢は、2008年には63歳となる)。

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。現在の現役世代の平均的な税・社会保険料控除前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(413金庫：2004年1月：連邦統計局)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：連邦統計局)に達している。公的医療保険未加入者の配偶者及び子女のうち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労使分合わせて14.27%(2004年1月：連邦統計局)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>(註1)</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)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、282万8,000人(2003年：連邦統計局)である。これに対し、特別扶助の受給者数は、161万1,000人(2003年：連邦統計局)である。

なお、2003年12月に従来失業扶助(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た。これ