

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(Rentenversicherung)

a 制度の概要

ドイツでは、1階建ての公的年金制度が「一般年金保険」(州ドイツ年金保険組合・連邦ドイツ年金保険組合・鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険組合が運営)と「鉱員年金保険」(鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険組合が運営)とに分立している。被用者は収入の多寡にかかわらず年金保険への加入義務を負い、また、自営業者であっても特定の職業グループ(教師、看護・介護職、芸術家、手工業者、ジャーナリスト等)に属する場合には、年金保険への加入義務を負う。他方、それ以外の自営業者のほか、管理恩給制度がある公務員等、他の制度によって老齢時の所得が保障されている者や、僅少雇用の状態(geringfügig)にある被用者については、加入義務が免除されている。なお、加入義務を免除されている者で過去5年以上の加入期間があるものや、加入義務のない16歳以上の者等については、任意加入の道が開かれている。

ただし、農業従事者のための年金は、独自の「農業従事者社会保障制度」の枠組みにおいて別に提供されている。(医療保険や介護保険についても同様。)

b 財源

公的年金保険の主な財源は、原則労使折半の保険料(2009年1月現在、保険料率は労使合わせて19.9%)及び国庫補助である。保険料率の水準については、2004年3月成立した「公的年金保険持続法」により、2020年までに20%を、2030年までに30%を上回らないようにするとされている。国庫補助については、1992年の年金改革により、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ており、その水準は、2009年(予算ベース)で総支出の26.1%^(注1)となっている。なお、その財源については、1998年4月からは付加価値税の引上げ分^(注2)が、1999年4月からは環境税(エコ税)の増収分(導入後は賃金上昇率で改定)が国庫補助の一部として充当されるようになった。

c 給付

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。ただし、2012年から2029年までの間において、段階的に67歳まで引き上げられることが既に法定化されている。また、実際に年金受給を開始する年齢は、繰上げ支給の仕組みにより、平均で63.1歳(2007年)となっている。

年金給付額は、被保険者期間における各被保険者の報酬に基づいて算定されるが、全被保険者の可処分所得の伸び率に応じて改定される。ただし、改定においては、私的年金である「リースター年金」の導入によって公的年金給付が代替されることを考慮した一定率(リースター階段)、現役世代が支払う保険料率の増減率、現役世代に対する年金受給者の比率が考慮される^(注3)。つまり、現役世代の保険料負担が増大する場合や、現役世代に対する年金受給者の比率が増大する場合には、年金額の改定は抑制されることになる。

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50.5%(2008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、「公的年金保険持続法」により、2020年までに46%を、2030年までに43%を下回らないようにするとされた。

年金給付に対する課税については、1982年の連邦憲法裁判所の判決に則り、老齢年金給付の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^(注4)。

(2) 医療保険制度(Krankenversicherung)

a 制度の概要

医療保険制度の運営は、地区、企業などを単位として設置されている公法人たる疾病金庫(2009年4月:

196か所)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。

公的医療保険においては、一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではないため、実際に公的医療保険でカバーされている者は全国民の約85%である。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(被扶養者)は、保険料の追加的負担なしに被保険者となる。なお、2007年2月に成立した「公的医療保険競争強化法」により、2009年1月において公的医療保険に加入していない者については、原則として、公的医療保険又は民間医療保険に加入することとされた(一般的加入義務)。

公的医療保険の主な財源は保険料であるが、保険給付になじまない給付(被扶養者に対する給付等)に充当するという名目で、一定規模の国庫補助が行われている(2009年は72億ユーロ^(註5))。

保険料率はこれまで疾病金庫ごとに定められていたが、2009年1月より公的医療保険の財政が医療基金(Gesundheitfonds)の創設によって統一されたことに伴い、保険料率も統一された。その水準は、新制度の開始時において15.5%となっている。ただし、経済金融危機の折、この保険料率は同年7月より14.9%に軽減されることが決定している。なお、これらの保険料率のうち、0.9%分は、労使折半ではなく、被保険者のみが単独で負担することとなっている。

給付については、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、現物給付を原則としている。また、これらのほかに、現金給付として傷病手当金(Krankengeld)がある。診療を受けた際の一部負担は、外来については1四半期につき10ユーロ、入院については1日につき10ユーロ(ただし、年間28日分が限度)、薬剤費については製品価格の10%(下限5ユーロ、上限10ユーロ)とされている。

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(保険医の認可を受けた開業医の団体)とがあり、両者はいずれも公法上の団体で、州医師会の上位には連邦医師会が、州保険医協会の上には連邦保険医協会が存在する。

保険医協会の主な業務には、保険医の利益を代表して診療報酬に関し疾病金庫と交渉を行い、診療契約を締結し、その配分を行うこと等がある。連邦保険医協会は、疾病金庫中央連合会(GKV-Spitzverband)と共に、診療報酬点数表である統一評価基準(EBM)の決定、1点当たり基準単価(2009年は3.5001セント)の決定に参画する。他方、州連邦保険医協会は、州疾病金庫連合会との交渉により、地域における診療報酬総額や診療報酬基準(Regionale Euro-Gebuehrordnung)を合意し、各保険医に対する診療報酬の配分を行う。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

従来、外来の診療報酬総額は、保険料率の伸びの範囲内で州保険医協会と州疾病金庫連合会との間で決められており、診療実績が増えても事後的に変更されることはなかった。つまり、保険医が受け取る診療報酬は、医師数の増加や疾病の流行等によって診療実績が増加した場合、1点当たり単価が引き下げられるという結果を招いていた。

しかし、2009年1月から実施されている診療報酬改革により、診療報酬単価は予め固定され、また、診療報酬の総額は地域の医療ニーズに基づいて算定されることとなった。その反面、個々の医師に対する報酬には、基本的に「基準給付量(Regelleistungsvolumen; RLV)」という枠が設けられることとなった。具体的には、保険医の診療報酬は、四半期ごとに、前年同一四半期の診療事例数×診療単価(Fallwert)によって算出される基準給付量^(註6)の枠内での報酬と、予防接種や健診等による枠外の報酬によって算定される。基準給付量を超える診療を行った医師に対しては、当該超える部分については減額された診療報酬が支払われる。ただし、これらのほか、インフルエンザの流行等の予期できない事情によって不可避免的に医療費が増大した場合には、それに見合う額が疾病金庫から追加的に支払わ

れる。

また、病院に対する報酬は、各病院と州疾病金庫連合会との間で締結される契約によって予算が決められる。2004年以降導入が進められているDRG(診断群)による包括払いによる診療報酬の算定は、その予算のもととなる重要な要素であるが、2009年とされていた全面導入は2010年に延期されている。なお、これとは別に、各病院の設備投資のための費用については、各州政府が補助金を支出している^(注7)。

(3) 介護保険制度(Pflegeversicherung)

a 制度の概要

被保険者は、原則として医療保険の被保険者と同じ範囲であり、年齢による制限はない。つまり、被保険者である若年者が障害等で要介護状態になった場合には、当然に介護保険からの給付を受けることができる。

保険者は介護金庫と呼ばれ、医療保険者である疾病金庫が別に組織し、運営している。

介護保険の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、2008年7月に0.25%引き上げられ、賃金の1.95%(被保険者:0.975%,事業主:0.975%)となっている。(ただし、子を有しない23歳以上の被保険者については、2.2%(被保険者:1.225%,事業主:0.975%)となっている。

要介護認定は、医療保険メディカルサービス(MDK; 疾病金庫が各州に共同で設置し、医師、介護士等が参加する団体)の審査を経て、介護金庫が最終的に決定する。要介護度は要介護Ⅰから要介護Ⅲまでの3段階であるが、要介護Ⅲのうち特に重篤と認められるケースについては支給限度額が嵩上げされる。

b 給付内容

介護保険の給付には、①在宅介護・部分施設介護、②介護手当、③完全施設介護、④代替介護(年間4週間、1,470ユーロ以内)、⑤ショートステイ(年間4週間、1,470ユーロ以内)、⑥介護用具の支給・貸与(例:介護ベッド、車椅子、昇降装置)、⑦住宅改造補助(1件当たり2,557ユーロ以内)がある^(注8)。また、認知症等により日常生活能力が相当制限される者に対しては、要介護認定の有無にかかわらず、⑧世話手当(月額200

ユーロ以内)が支給される。

在宅介護を受ける者については、①の現物給付と②の現金給付とを組み合わせ受給することも可能となっている(支給限度額や現金支給額は、利用する割合に応じて按分)。

完全施設介護については、在宅での生活が困難な場合に行われ、MDKがその必要性を審査することとされている(要介護Ⅲの場合は、特段の審査は要しない)。また、ホテルコスト、食費等は自己負担であり、介護金庫が支払う費用は入所費用全体の75%を超えないこととされている。

〈表2-103〉ドイツの介護保険の支給(限度)額

介護度	在宅介護・部分施設介護	介護手当	完全施設介護
介護Ⅰ	月額420ユーロ	月額215ユーロ	月額1,023ユーロ
介護Ⅱ	月額980ユーロ	月額420ユーロ	月額1,279ユーロ
介護Ⅲ	月額1,470ユーロ	月額675ユーロ	月額1,470ユーロ
特に重篤なケース	月額1,918ユーロ	月額675ユーロ	月額1,750ユーロ

c サービス提供者

介護保険のサービスは、介護保険の給付を行う事業者・施設として必要な要件を満たすものとして、介護金庫や州介護金庫連合会とサービス提供の契約を締結した事業者・施設によって行われる。

介護保険のサービスを提供する施設としては、老人居住ホーム(Altenwohnheim)、老人ホーム(Altenheim)、介護ホーム(Pflegeheim)等が存在する。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、入所者が共に食事をとる機会等が設けられている。老人ホームは、自立した生活を送ることが困難である高齢者が居住し、身体介護や家事援助の提供を受けることができる施設であり、多くの場合それぞれ独立した住居となっている。介護ホームにおいては、入所者は、施設内の個室又は二人部屋において、包括的な身体介護や家事援助を受けることとなる。

d 高齢者・要介護者の状況

連邦統計局によると、2007年には、全人口が8,222万人であるのに対し、65歳以上人口は1,652万人であり、高齢化率は20.1%となっている。2007年における

人口推計によれば、今後の高齢化率は、2030年で29%に達すると見込まれている。

2007年末現在において介護保険の給付を受給している要介護者は、在宅に約146万人、施設に約71万人存在している。在宅における要介護者のうち、現金給付を受給している者は、全体の約8割に上る。また、要介護者を要介護度別にみると、要介護Ⅰが53.1%、要介護Ⅱが34.2%、要介護Ⅲが12.7%となっている。

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、開業医の運営する診療所と病院とがある。

開業医は、家庭医、専門医、歯科医等に分類される^(注9)。開業医が公的医療保険の保険医として認可を受ける際には、何らかの専門医資格を有している必要がある。また、保険医の認可においては、地域ごと・専門診療科ごとに、住民数に対する保険医の定員を規定した「給付需要計画」に基づく制限があり、保険医の数が多し給付過剰地域においては基本的に保険医としての認可が受けられず、事実上開業は困難になっている。

なお、保険医については、開業医の数が多すぎることを理由に、1999年以降、満68歳への到達をもって原則として認可を取り消すという定年制が導入されていたが、昨今、特に旧東独地域において医師不足が懸念される事態に至り、2008年より定年制は廃止された。

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5～7年)を修了することにより、専門医の認定を受ける。また、開業医には、5年間で250単位(1単位は1時間の講義に相当)の生涯研修が義務づけられている。

4 公的扶助制度

(1) 社会扶助(Sozialhilfe)全般

親族等からの支援がなく、かつ、就労によって十分な所得を得られない生活困窮者に対して給付される公的扶助として、社会扶助がある。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扶助がある。これらの給付については、いずれも資力調査が要件となっている。

なお、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。

(2) 生活扶助(Hilfe zum Lebensunterhalt)

生活扶助の給付内容は、食料、住居、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等)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。給付額は、必要不可欠な生計費から手取り収入や他制度からの現金給付等の合計を差し引いた額を基本に算定される。生活扶助の受給者数は、31万2千人(2007年末)である。

なお、低所得者の居住費用への支出を支援するため、社会扶助の枠組みとは別に、住宅手当(Wohngeld)という制度がある。この給付には、家賃補助のほか、暖房費も含まれており、近年のエネルギーコストの上昇を踏まえ、2009年1月より引き上げられた(2008年10月に遡及適用)。引上げ後の平均の受給額は、月額140ユーロ程度となっている。

(3) 基礎保障(Grundsicherung)

社会扶助には、高齢や稼働不能を理由に十分な生

活の原資を得ることが期待できない者に対して、基礎保障という給付がある。基礎保障の受給者は、生活困窮者のうち、65歳以上の者又は18歳以上で稼得不能な者とされている。

基礎保障の給付は、その趣旨において生活扶助と大きく変わるものではないが、親族等に対する事後の償還請求を行わないという点において違いがある。資力調査についても、基本的に本人及び同居の配偶者に係るもの以外を行わないが、子又は親の所得が年間10万ユーロを超える超高額所得者である場合には、例外的に本人は基礎保障を請求することができない。

なお、社会扶助の枠組みとは別の基礎保障として、2005年1月にハルツIV改革によって、失業扶助を廃止して新たに導入された「失業給付Ⅱ」を「求職者に対する基礎保障(Grundsicherung fuer Arbeitsuchende)」と呼んでいる。これにより、失業保険における失業給付の受給が終了した者で就労可能な者は「失業給付Ⅱ」を、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。2008年における受給者数は、平均で約500万5000人となっている。なお、この失業給付Ⅱの運営主体は市町村と連邦雇用機関が共同で設置するジョブセンターであるが、責任の主体が明確でないとの理由で2007年12月20日に違憲判決が下され、遅くとも2010年末までの改善が求められており、現在、連邦政府及び州政府と関係機関において対応策が検討されている。

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統一的に

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制度に該当するものは存在しない。

(2) 高齢者保健福祉施策

高齢者に対する介護サービスについては、実質的には、主に介護保険の枠組みで行われている。(2(3)参照。)

(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。また、先述のとおり、障害等によって要介護状態にある若年者は、介護保険の給付を受けることも可能である。

6 児童家庭施策

(1) 母性手当(Mutterschaftsgeld)

公的医療保険に被保険者本人として義務加入又は任意加入している(傷病手当金の請求権を持つ)女性は、保護期間(就労禁止期間。原則として出産前6週間、出産後8週間。)にわたり、1日につき保護期間の開始前3か月間の平均手取り日額を受給することができる。支給額のうち、1日13ユーロまでは疾病金庫が負担し、残りは事業主が負担する(事業主補助)。

公的医療保険に被扶養者(専業主婦又は低所得の場合)として加入している女性や民間医療保険に加入している女性は、連邦社会保険庁によって支払われる最高210ユーロの一時金を受給することができる。なお、これらの者のうち、被用者については、公的医療保険に被保険者本人として加入している者と同様に、事業主より、事業主補助を受けることができる。

(2) 児童手当 (Kindergeld)・児童控除 (Kinderfreibetrag)・児童加算 (Kinderzuschlag)

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)又は児童控除を受けることができる^(注10)。これらの額については、2009年1月より、「家庭給付法」によってそれぞれ増額されている。

児童手当は、原則として所得の多寡にかかわらず、18歳(教育期間中の子供については25歳、失業中の子供については21歳)未満のすべての子供を対象に支払われる。支給額は、第1子及び第2子については月額164ユーロ、第3子については月額170ユーロ、第4子以降は1人につき月額195ユーロである。

児童控除は、夫婦の場合で児童1人当たり年額3,864ユーロの「児童扶養控除」と、年額2,160ユーロの「監護・養育教育控除」となっている(したがって、合計6,024ユーロ)。

児童加算は、子供の貧困を防ぐために、低所得の親に対して支給される給付である。支給要件は、①当該子供が児童手当の支給対象であり、②両親の所得が900ユーロ(片親で600ユーロ)以上である一方で、基礎的な生活上のニーズ等を積み上げて算定される所得上限額未満であり、③この給付を受けることで失業給付Ⅱや社会扶助の受給が不要になることである。給付額は児童1人につき140ユーロが上限となっている。

(3) 両親休暇 (Elternzeit)・両親手当 (Elterngeld)

3歳未満の子供を持つ両親は、それぞれ最長3年間休暇を取得することができる(両親が同時に権利を行使することも可能)。また、事業主との合意の上、12か月を限度として、子供が3歳から8歳の間に休暇を持ち越すこともできる。両親休暇期間中においては、週30時間を限度として短時間労働が可能であるほか、従業員15人以上の事業所においては、週15～30時間の範囲内で労働時間の短縮を請求することができる。なお、両親休暇の申請は、開始7週間前までに書面にて行う必要がある。

両親手当の額は、月額1,800ユーロを上限として、従前の手取り賃金の67%^(注11)に相当する額であり、支給

期間は、12か月間(片親の場合や、両親の他方も2か月以上にわたって両親手当を受給する場合^(注12)は、14か月間)となっている。ほかに3歳未満(3人以上の子がいる場合には6歳未満)までの子供を養育している場合には、さらに10%(下限75ユーロ)の加算を受けることができる。なお、毎月の受給額を半額にすることによって、受給期間を2倍に延ばすことも可能である。

(4) 保育所整備

保育所の整備は、もともと女性の就業率の高かった旧東独地域に比して、旧西独地域の方が遅れている。2008年3月15日現在、3歳未満の児童に係る保育所の利用率は、全独で15.3%、旧西独地域で10.0%、旧東独地域で38.4%であり、3歳以上6歳未満の児童に係る保育所の利用率は、全独で90.3%、旧西独地域で89.6%、旧東独地域で94.1%となっている。

(5) 育児期間中の社会保険

年金計算上の評価の措置として、児童養育期間(Kindererziehungszeit)が認められており、子供を養育している者(両親の一方のみ)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、また、その間の平均報酬に相当する保険料を(追加的に)支払ったものとして評価される。

また、母性手当や両親手当の受給期間中においては、公的医療保険や公的介護保険の保険料は徴収されない。

7 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 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;年金支給開始年齢等調整法(RV-Altersgrenzeanpassungsgesetz)」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。

また、2008年における年金改定に際しては、当時の好況による賃金上昇の恩恵を現役世代だけでなく高齢者も受けるための措置として、2008年及び2009年において適用されるべき「リスター階段」の適用を2012年及び2013年に延期したことにより、本来であれば0.46%の引上げにしかならなかったところ、結果的に旧西独・旧東独地域とも1.1%の引上げとなった。2009年における年金改定に際しては、もともとの高い賃金上昇(旧西独地域で2.1%、旧東独地域で3.1%)に加え、この措置の恩恵によって、旧西独地域で2.41%、旧東独地域で3.38%の引上げとなった(リスター階段が適用されていた場合、旧西独地域で約1.8%、旧東独地域で約2.7%の引上げに留まったと推計されている)。

さらに、2009年においては、政府は、平均賃金が下落した場合でも年金のマイナス改定は行わないことを保障するための法律改正^(註13)を行うことを決定している。

(2) 医療保険改革

「公的医療保険における競争の強化に関する法律(公的医療保険競争強化法; GKV-WSG)」が2007年2月に成立し、同年4月より施行された(本格実施は2009年1月)。その主要な内容は、次のとおりである。

a すべての者のための医療保険の導入

- (a) 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
- (b) 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)

b 医療サービスの構造及び公的医療保険の組織の改革

- (a) 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)
- (b) 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)

- (c) 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^(註14))
- (d) 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)
- (e) 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)
- (f) 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)

c 財政運営ルール改革

- (a) 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～)
- (b) 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)

d 私的医療保険の改革

- (a) 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～)
- (b) 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～)
- (c) 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～)
- (d) 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～)

このほか、2009年には診療報酬制度の大幅な改革があったところ、その実施に際しては、大きな混乱が見られる。

今般の診療報酬改革においては、対2007年の実績で総額30億ユーロ(約10%)の診療報酬総額の増が行われるとともに、診療報酬の配分方法の変更や、州ごとに決められていた診療報酬1点当たり単価の統一が行われた(2(2)c参照)。しかし、①診療報酬は2008年において既にある程度上昇していたこと、②医師ごとに「基準給付量」という診療報酬の枠が決められたこと、③単価の統一がこれまで単価の高かった地域(特にバイエルン州、バーデン＝ヴュルテンベルク州、シュレスヴィヒ＝ホルシュタイン州、ノルトライン＝ヴェストファーレン州等の旧西独地域)においては不利に働いたこと等から、特にこれらの地域の多くの医師(特に専門医)たちは改革によって大幅な収入減を見込む結果となった。

こうした状況を受けて、特に旧西独地域の医師たちは政治的圧力を強めており、2009年9月の連邦議会選挙の結果にも影響を及ぼす可能性が指摘されていた。

(3) 介護保険改革

「介護保険の構造的発展に関する法律(介護発展法; Pflegeentwicklungsgesetz)」が2008年2月に成立し、同年7月より施行された。その主要内容は、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(支給限度額の「プール」)の導入等)
- b 保険給付の改定(要介護者に対する支給限度額、現金給付額及び施設給付額等の段階的引上げ、世話手当の引上げ等)
- 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%等)

また、この法律には間に合わなかったものの、政府は、2005年11月11日の連立協定に基づき、要介護状態の概念の見直しについての検討を進めていた。介護保険における要介護状態の概念は、身体能力の低下という側面に偏り過ぎているため、例えば意思疎通や社会参加といった能力の低下という側面を反映させていないとの批判があった。そのため、認知症等により日常生活動作が限られている人々に対する一般的な世話、見守り、付添いの需要は、ほとんど考慮されなかった。

こうした声を踏まえ、連邦保健省では、大臣の諮問機関として「要介護状態の概念の見直しに関する審議会」(ユルゲン・ゴージェ会長)を設置し、検討に当たってきたところ、2009年1月及び5月に報告書をまとめた^(注15)。当該報告の主な内容は、以下のとおりである。

- a 要介護状態の判定の基準は、「必須の介護に要する時間」ではなく、活動の実施及び生活領域の形成における「自立度(Grad der Selbstständigkeit)」となる。
- b 新たな尺度は、要介護状態の包括的な考慮を狙いとしており、身体的能力の減退と同様に、認知的・心理的能力の減退(例えば、認知症)も把握する。また、医学的リハビリの必要性を評価するため、予防に関連したリスク(病気に由来するリスク、環境要因及び

- 行動に由来するリスクも把握する。
- c 要介護認定手続きの測定単位(モジュール)は、次の6つである。また、各モジュールは、似た種類の活動や能力のグループ又は生活領域を包括するとともに、複数の下位構造(「項目」又は「メルクマール」)を含んでおり、認定者はそれに対する評価を行うことになる:
- (a) 移動性:短い距離の移動及び体位変換
- (b) 認知及び意思疎通の能力:記憶、知覚、思考、判断、意思疎通(精神的・言語的「活動」)
- (c) 行動様式及び心理的問題:自ら若しくは関係者を危険に晒すこと、その他発生しうる問題を伴う行動様式及び不安、パニック又は妄想
- (d) 自己管理:身体の手入れ、着衣、飲食及び排泄行動
- (e) 病気又は精神療法に由来する要請や負担との折合い:病気又は精神療法に関する措置の結果としての要請や負担の克服を目的とした活動。例えば、医薬品の摂取、けがの処置、身体補助具との折合いや家の内外における時間のかかるセラピーの実施。
- (f) 日常生活の形成及び社会的な接触:時間配分、起床・就寝のリズムの遵守、利用可能な時間の意味ある(需要に即した)活用及び社会的関係の育成
- d 要介護度は、従来の3段階から、5段階に改められる。
- e 新たな要介護状態の概念の導入による財政影響は、大きく4通りのシナリオを設定した試算によれば、最低3.02億ユーロから最高36.37億ユーロの追加費用が必要となる。

(4) 児童家庭政策における改革

「保育所における3歳未満の児童の支援に関する法律(児童支援法; KifoG)」が2008年11月に成立し、2008年12月より施行された。その主要内容は、次のとおりである。

- a 2013年7月までに、3歳未満の全ての児童の3分の1を保育するために必要な保育所等の定員を確保するため、保育所等の整備を進める(75万人分を新たに創設)^(注16)。
- b 2013年8月以降、全ての1歳以上の児童について、保育所の入所を請求する法的権利を付与する(現在は3歳以上)。

- c 2013年以降、3歳未満の児童を保育所等に入所させずに家庭において保育する親に対しては、「保育手当(Betreuungsgeld)(仮称)」を支給する。
- また、「家庭及び家庭に身近なサービスの支援に関する法律(家庭給付法; FamLeistG)」が2008年12月に成立し、2009年1月より施行された。その主要内容は、次のとおりである。
- a 児童手当及び児童控除の増額(5(4)b参照)
- b 児童保育費用に関する控除の拡充(3歳以上6歳未満(共働き又は片親の場合は14歳未満)の児童の保育に要する費用につき、児童1人当たり年額20,000ユーロを限度として、当該費用の20%を控除できる。)
- c 学用品需要費(Schulbedarfspaket)の支給(失業給付Ⅱ又は社会扶助の受給者の家庭で養育される児童に対し、義務教育期間における学用品の需要を賄うため、それぞれ追加的に100ユーロが支給される。)

- (注1) 連邦が負担することとされている育児期間中の保険料支払い等に要する額を含めた場合、2009年予算ベースで31.3%となる。
- (注2) 導入時において15%から16%への引上げ分に相当する1%分。これは、2007年1月に税率が19%に引き上げられた後も変更されておらず、ここ数年は総額約90億ユーロで安定している。
- (注3) リースター階段(2002~2010年において、0~4%に増増するよう、法律上規定されている)及び保険料率の増減率を加味して算定される係数は「リースター係数」と呼ばれ、現役世代に対する年金受給者の比率を加味して算定される係数は「持続性係数」と呼ばれている。リースター係数は、 $\{(100\% - \text{前暦年におけるリースター階段一前暦年における保険料率}) / (100\% - \text{前々暦年におけるリースター階段一前々暦年における保険料率})\}$ によって算定され、持続性係数は、 $\{(1 - \text{前暦年における被保険者に対する年金受給者の割合} / \text{前々暦年における被保険者に対する年金受給者の割合}) \times 25\% + 1\}$ によって算定される。
- (注4) 年金給付については2005年にその50%が課税対象となり、2040年までの間において段階的に100%へと引き上げられる。また、年金保険料については2005年にその60%が税控除の対象となり、2025年までの間において段階的に100%へと引き上げられることとされている(老齢所得法)。
- (注5) 公的医療保険に対する国庫補助は、法律上、2009年においては40億ユーロとし、その後毎年15億ユーロずつ合計140億ユーロになるまで増額することとされていたが、2009年1月に決定された経済金融危機に伴う第二次景気対策において、2009年7月以降の保険料率を0.6%減額することが決定されたため、これを賄うべく32億ユーロが追加投入された。

- (注6) 診療事例数が自らの属する専門診療科の平均の150%を超える場合、基準給付量は、150～170%の部分については25%引きの、170%～200%の部分については50%引きの、200%を超える部分については75%引きの診療単価によって算定される。
- (注7) 病院に対する設備投資については、2008年12月に成立した「病院財政改革法」によって、2012年以降、申請による投資から投資評価指数に基づく一括投資へと合理化することとされた。このほか、病院財政改革法においては、①2008年及び2009年における労働協約において合意された賃金上昇の50%分を疾病金庫が負担すること、②17,000の新たな看護・介護職員の雇用創出プログラムを実施し、費用の90%を疾病金庫が負担すること等が定められている。
- (注8) 「部分施設介護」とは、日中又は夜間に、介護施設において一時的に要介護者を預かる給付（いわゆるデイケア・ナイトケア）、「代替介護」とは、自分の介護者が休暇や病気で一時的にいない場合に、代わりの介護者を雇うための費用である。
- (注9) ドイツでは、1924年に専門医制度が発足し、専門医と一般医が確立された。医師免許をすると一般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、それを修了しないと保険医として認めないようになった。1994年以降は、家庭医の専門医資格として、一般医学専門医 (Allgemeinmedizin) という資格が確立されている。現在では、一般医学専門医、家庭医供給に参加する内科医、小児科医等が家庭医として活動している。
- (注10) 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。具体的には、2009年においては、養育児童が一人の場合、夫婦で年収約67,000ユーロ以上、片親で年収35,000ユーロ以上であれば、所得控除の方が有利になる。

- (注11) 従前の手取り賃金が1,000ユーロ未満である場合には、当該下回る額2ユーロにつき、0.1%が加算される。また、従前より就労していない者を含め、下限は月額300ユーロとなっている。
- (注12) つまり、両親の間で14か月を分割するということである。両親が同時に両親手当を受給することも可能であるが、その場合には重複する期間はダブルカウントされることになる。
- (注13) 現行の法律にもマイナス改定を防ぐための「保護条項 (Schutzklausel)」が存在しているが、これは「リースター係数及び持続性係数による調整は、結果として年金給付額の引下げにつながる場合には、適用されない」というものであり、今般検討されている改正は、たとえ平均賃金が下落した場合でも年金給付額の引下げは行わないことを保障するために保護条項の適用範囲を拡大するもの。なお、この措置によって不足する財源は、後の各年の年金改定における増額幅の半減によって調整されることとなる。
- (注14) 再建拠出金については、2007年及び2008年における措置であり、2009年以降は適用されていない。
- (注15) 1月の報告書においては要介護状態の概念の見直しに関する全体的な枠組みが報告され、5月の報告書においては改革が及ぼす財政影響の試算が報告された。
- (注16) この措置のために2013年までに必要な財源は合計120億ユーロであり、そのうち連邦が40億ユーロを、各州が残りを負担する。また、40億ユーロの内訳は、21.5億ユーロが投資コストであり、18.5億ユーロが運営コストである。

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2-104)。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、高齢者扶助、障害者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2-105)。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)