



ドイツの社会保障改革の動向 : 年金保険、疾病保険 ならびに介護保険の制度改革を中心にして

永合, 位行
平田, 謙輔
村上, 寿来

(Citation)

国民経済雑誌, 194(4):51-71

(Issue Date)

2006-10

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/00056106>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/00056106>



ドイツの社会保障改革の動向

——年金保険、疾病保険ならびに介護保険の制度改革を中心にして——

永 合 位 行
平 田 謙 輔
村 上 寿 来

少子高齢社会の進展の下、社会保障制度を持続可能なものへと改革することは、最も重要な政策課題となっている。本稿では、2005年に誕生した大連立政権において目下取り組まれているドイツの社会保障改革について、年金・医療・介護の3つの社会保障改革に焦点を当て、近年の改革とその重要な指針となっているリュールupp委員会報告について概観しながらその動向を明らかにしている。また、現状の改革に関する留意点について、ドイツの社会保障研究の代表的論者であるW.シュメールの所説に依拠しながら検討しているが、シュメールは、①明確な構想にもとづく制度改革の必要性、②保険構想にもとづく改革と「保険になじまない給付」への扶助構想の適用、③家族政策的措置の体系化と人的資本形成の重要性、を改革を進める上での重要な論点として指摘する。これらの諸点に注意しつつ今後の改革を見ていかなければならないだろう。

キーワード ドイツ、年金保険、疾病保険、介護保険

1 は じ め に

今日、戦後の福祉国家体制の下で築き上げられてきた社会保障制度が大きく揺らいできている。とりわけ、人口の少子・高齢化の進展は、社会保障支出のさらなる増大を引き起こし、現役世代の負担を過剰なほどに高めることになる。現役世代にとって負担可能な範囲に社会保障支出を抑え、社会保障制度を持続可能で安定した制度へと改革することは、今日の最も重要な政策課題といえることができる。本稿の対象とするドイツにおいても、事情は同様であり、社会保障の中心となる社会保険（年金保険、疾病保険、介護保険ならびに失業保険）の保険料率を全体で40%以下に抑えながら、社会保障制度を持続可能な制度へと改革することは、メルケル (A. Merkel) を首班とし2005年に誕生した CDU-CSU と SPD の大連立政権の合意事項となっている。¹⁾

もちろん、社会保障制度の改革については、ドイツにおいても、すでにさまざまな改革が実施されてきている。とりわけ、第2次シュレーダー (G. Schröder) 政権 (2002-2005年) の

下、社会保障の制度改革に関わる2つの委員会が設けられ、その委員会の提言にもとづき、一連の重要な改革が実施された。一つは、首相の諮問委員会として設けられたハルツ (P. Hartz) 委員会 (2002年最終報告) であり、直接的には400万人を超える失業者を削減するために必要な労働市場改革に関する政策提言を目的とするものであった。この委員会では、社会保障にかかわる事項として失業手当ならびに失業扶助の支出削減策についても検討がなされ、その提言にもとづき、失業手当の給付期間の短縮や失業扶助の見直し等の制度改革が実施された。²⁾ いま一つは、旧連邦保健・社会保障相によって招聘されたリュールupp (B. Rürup) 委員会 (2003年最終報告) であり、年金保険、疾病保険ならびに介護保険の財政を長期的に安定化させるための改革提言を目的とするものであった。このリュールupp委員会の改革提言に関しては、年金保険に関する提言の一部が実施に移されたものの、それ以外の提言、とりわけ疾病保険と介護保険の制度改革については、現在の大連立政権における重要な検討課題となっている。

このようにドイツではさまざまな改革が実施されてきているが、本稿は、今後の高齢社会の下でとりわけ重要になる年金保険、疾病保険ならびに介護保険に焦点をあて、ドイツにおけるこれら3つの社会保険の制度改革の動向について検討することを目的とする。すでに述べたように、これら3つの社会保険の制度改革については、リュールupp委員会報告が、今後の改革の方向を見るうえで、重要な視点を提起してくれる。それゆえ、以下ではまず、このリュールupp委員会報告の内容を、近年、実施されてきた制度改革とともに紹介し、その上で、今後、社会保障制度改革を進めるにあたって留意すべき点を明らかにしていくことにする。

2 ドイツの社会保険の制度改革の方向

2.1 年金保険の制度改革

リュールupp委員会によれば、ドイツの「法定年金保険」(gesetzliche Rentenversicherung) は、「保険原則」(Versicherungsprinzip)、「関与等価原則」(Prinzip der Teilhabenäquivalenz)、「所得代替機能」(Einkommensersatzfunktion)、「賦課方式」(Umlageverfahren)、「社会的調整」(Sozialer Ausgleich) の5つの基本原則にもとづいて編成されている。³⁾ すなわち、まず法定年金保険は、保険料という形での事前の拠出を前提としたうえで、高齢時の所得不足、稼得能力の減少ならびに遺族というリスクに対する集団的保障を提供している (保険原則)。つぎに保険料の拠出と年金給付の関係については、労働報酬に比例して保険料を負担し、その負担した過去の保険料に応じて年金給付額を算定する仕組みがとられている。具体的には、毎年、各被保険者は、被保険者全体の平均報酬に対する自らの労働報酬の比率をその年の「報酬点数」(Entgeltpunkte) として獲得する。この報酬点数を保険期間を通して総和した

点数に、毎年絶対額で決定される「年金現在価値」(aktueller Rentenwert)が掛け合わされることによって、各人の年金給付額は決定されるのである。こうした年金給付額の算定方式をとることによって、法定年金保険においては、関与等価原則が成り立つことになる。つまり、ある時点の被保険者は、同じ高さの保険料負担に対し、同じ価値の年金給付請求権を獲得することができるのである。さらに、法定年金保険は、勤労生活時の所得に代替する所得代替機能を果たすことを基本原則とし、そのために、年金給付水準の実質価値の維持がはかられている。具体的には、先に述べた年金現在価値が、「年金調整公式」(Rentenanpassungsformel)にしたがって、賃金水準の上昇等にに合わせてスライドさせられるのである。また、法定年金保険の財政に関しては、世代間契約の考えにもとづき、賦課方式がとられている。それゆえ、収入不足に備えるための準備金は存在するが、将来の年金支払いにあてるための積立金は必要とされない。ただし、法定年金保険の財政は、保険料収入だけで賄われるのではなく、連邦による補助金も、重要な収入源となっている。とりわけ、法定年金保険においては、児童養育期間の考慮に見られるように、保険料の拠出が実際にはなされていないいわゆる「保険になじまない給付」(versicherungsfremde Leistungen)が社会的調整の原則にしたがって行われているが、この給付は、連邦の補助金で賄われるようになってきているのである。

リュールッブ委員会は、法定年金保険の制度改革を検討するにあたって、まず、これらの基本原則を今後とも維持し、その原則の変更につながるような改革を明確に拒否するとの基本的立場をとる。それゆえ、税を財源とした基礎年金システムへの転換や賦課方式から積立方式への転換といった改革案は、委員会によって明確に拒否されるのである。その上で、委員会は、第1次シュレーダー政権(1998-2002年)の下で実施された「2001年年金改革」を正しい改革の方向として評価する⁴⁾。その改革の方向とは、賦課方式にもとづく法定年金保険を老齢保障の中心としてあくまで維持し、ただしその保険料負担が少子・高齢化の進展のなかで現役世代に過重なものにならないように、年金給付水準をある程度引き下げ、この年金給付水準の引き下げを補完するために、私的⁴⁾老齢保障(企業年金ならびに私的年金)の拡充をはかるといものである。その具体的な施策として、2001年年金改革ではまず、私的⁴⁾老齢保障への加入を促進するための国家助成の制度が導入された。すなわち、私的⁴⁾老齢保障への加入は任意であるが、一定の基準を満たす私的⁴⁾老齢保障に加入した者は、補助金ないし税制上の特別支出控除を受けることができるようになったのである。補助金は、基本手当と子供の数に応じて付加される児童加算からなり、表1のように2008年まで4段階で引き上げられる。一方、特別支出控除は、同じく2008年までに4段階で控除額の上限が引き上げられ、この上限まで、自己拠出額と補助金との合計額が支出控除の対象となる。対象者は、補助金か特別支出控除かのいずれか有利な方を選択することができるが、ただし、それらを満額受給する

表 1 私的老齢保障に対する国家助成

年	満額受給のための保険料 (補助金を含む)	基本手当	児童加算 (子供 一人あたり)	特別支出控除上限
2002-2003	前年所得の 1 %	38ユーロ	46ユーロ	525ユーロ
2004-2005	前年所得の 2 %	76ユーロ	92ユーロ	1050ユーロ
2006-2007	前年所得の 3 %	114ユーロ	138ユーロ	1575ユーロ
2008以降	前年所得の 4 %	154ユーロ	185ユーロ	2100ユーロ

ためには、表 1 に示される保険料 (補助金を含む) を支払わねばならない。これよりも低い保険料しか支払わない場合には、国家助成が減額されることになる。⁵⁾

このような国家助成を通じて、私的老齢保障が奨励されるが、これにより法定年金保険の年金給付水準の引き下げをはかることが可能となる。そのために、年金給付水準の算定の基礎となる年金調整公式が表 2 のように変更された。ここで、年金調整公式の「老齢保障割合」(Altersvorsorgeanteil) というのは、先の国家助成の対象となる私的老齢保障にたいする保険料負担を考慮したものであり、2009年まで 8 段階で引き上げられる。もちろん、この老齢保障割合は、いわば私的老齢保障に対する見なし保険料率にすぎず、実際にそれだけの保険料負担が行われていることを意味するものではない。式を見れば明らかなように、年金現在価値は、平均総賃金の上昇率分引き上げられるのではなく、法定年金保険の保険料率と老齢保障割合の和 (いわば、私的老齢保障を含めた保険料率) が上昇した場合には、引き上げ率が抑制されることになる。もちろん、老齢保障割合は、2009年までは年々引き上げられることから、その分、年金現在価値の引き上げ率が抑制され、年金給付水準の引き下げにつながることになるのである。

表 2 年金調整公式の変更 (2001年年金改革)

2001年から2009年まで

$$AR_t = AR_{t-1} \times \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \times \frac{100\% - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}{100\% - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}}$$

2010年以降

$$AR_t = AR_{t-1} \times \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \times \frac{90\% - AVA_{2009} - RVB_{t-1}}{90\% - AVA_{2009} - RVB_{t-2}}$$

AR: 年金現在価値, BE: 被用者の平均総賃金, AVA: 老齢保障割合, RVB: 法定年金保険料率 (ただし, 老齢保障割合は, 2002年 (0.5%), 2003年 (1.0%), 2004年 (1.5%), 2005年 (2.0%), 2006年 (2.5%), 2007年 (3.0%), 2008年 (3.5%), 2009年 (4.0%))

このような改革がなされることによって、2001年年金改革当時の推計では、2030年まで法定年金保険の保険料率は22%以下に抑えられ、現役世代の平均純賃金の70%とされる標準年金 (保険期間が45年で、その間、被保険者の平均労働報酬を得ていた者に支給される年金)

水準も、今後引き下げが予定されているものの2030年まで67%を下回ることとはないとされた。しかしながら、リユールップ委員会によれば、2001年年金改革の基礎におかれたさまざまな前提、とりわけ人口動態予測がその後の展開により適切なものではなくなったことから、こうした2001年年金改革の計画は達成することができず、さらなる改革が必要とされるのである。このような基本認識にもとづき、リユールップ委員会は、私的⁶⁾老齢保障のさらなる拡充とともに、とりわけ次のような2つの改革が必要であると主張する。すなわち、一つは年金支給開始年齢の引き上げであり、いま一つは年金調整公式への「持続性要素」(Nachhaltigkeitsfaktor)の導入である。以下、これら二つの改革提言を簡単にみておくことにしよう。

① 年金支給開始年齢の引き上げ

法定年金保険において、現在、老齢年金を減額なしで受給できる人の年金支給開始年齢は65歳であるが、リユールップ委員会によれば、この65歳の人の平均余命は、男性15.79年、女性19.51年から2040年には男性18.96年、女性23.17年に上昇すると見込まれる。こうした余命の延長は、当然のことながら、年金支出の増大を招くことになる。これに対処するために、委員会は、年金支給開始年齢を65歳から67歳へと引き上げることを提言する。もちろん、こうした年金支給開始年齢の引き上げを行うためには、同時に、生涯労働時間の延長がはからねばならない。しかしながら、ドイツでは、早期退職への意向が強く、高齢者の労働参加が低いため、実際に生涯労働時間の延長が実現されるためには、高齢者の労働参加を高めるための施策が必要になってくる。とりわけ、高齢者の労働の質を向上させるための職業教育や再教育の実施、高齢者の健康状態を維持するための予防とリハビリの充実、早期年金受給への誘因の解体等が必要とされるのである。

② 年金調整公式への持続性要素の導入

リユールップ委員会は、以上のような年金支給開始年齢の引き上げに加え、法定年金保険の財政を人口構造の変化だけでなく、移民の動きや人々の就労活動の変化に対しても安定したものとするために、年金調整公式の変更を提言する。賦課方式をとる法定年金保険にとって、その財政状況を規定してくるのは、保険料支払者に対する年金受給者の比率である。この比率は、人口構造の変化だけでなく、移民の動きや人々の就労活動の変化によっても、変動することになる。それゆえ、こうした変化にも対応するために、保険料支払者が相対的に増加した場合にはより高い年金調整に、逆に年金受給者が相対的に増加した場合にはより低い年金調整に導くような要素(持続性要素)を組み込んだ年金調整公式への変更が必要とされるのである。

リユールップ委員会が示したこれら2つの主要な改革提言のうち、年金調整公式への持続性要素の導入に関しては、2003年の「年金保険持続法」によって実現された。すなわち、年金調整公式が表3のように変更されたのである。

表 3 年金調整公式の変更 (2003 年年金改革)

$AR_t = AR_{t-1} \times \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \times \frac{100\% - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}{100\% - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}} \times \left\{ \left(1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) \times \alpha + 1 \right\}$
RQ: 年金受給者比率 (保険料支払者に対する年金受給者の比率) ただし, α の値は 0.25 であり, AVA は, 2003 年 (0.5%), 2004 年 (1.0%), 2005 年 (1.5%), 2006 年 (2.0%), 2007 年 (2.5%), 2008 年 (3.0%), 2009 年 (3.5%), 2010 年 (4.0%) 以降固定となる。

残る年金支給開始年齢の引き上げに関しては, 現在のメルケル政権の課題となっているが, すでに CDU-CSU と SPD の大連立政権の合意事項となっていることから, 高齢者雇用の促進策とともにいずれ導入がはかられるものと思われる。

2.2 疾病保険の制度改革

ドイツではすでに 1970 年代に費用爆発と称されるほどの医療支出の急激な増大が始まったことから, 1977 年の「法定疾病保険支出抑制・構造改革法」以来, 今日にいたるまで, さまざまな医療支出抑制策が講じられてきている。その抑制策については, CDU のコール (H. Kohl) 政権の下で制定された 1992 年の「医療保障構造法」によって, 今日まで続く改革の方向性が示されたということが出来る。すなわち, 医療保障制度に競争原理を導入し, 各主体に医療支出抑制的行動をとらせる誘因を設定するという改革の方向が明確に示されたのである。リユールップ委員会も, こうした方向での支出サイドでの改革が今後とも必要であるとの立場をとる。そこで, ここでは医療保障構造法以降の支出抑制策を, 各行為主体への誘因設定という視点から, まず簡単に整理しておくことにしよう。⁷⁾

これまでに実施されてきた医療支出抑制策は, 誘因づけの対象となる主体, つまり保険者である疾病金庫, 医療サービス供給者, ならびに被保険者, に応じて, 3 つに分けてとらえることができる。まず, 保険者である疾病金庫にたいしては, 保険料率引き下げへの誘因を与えるために, 医療保障構造法によって, 被保険者の疾病金庫選択の自由が大幅に拡大された。これにより, 被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争が強化され, 保険料率の引き下げやサービスの向上につながると期待されたのである。しかしながら, 各疾病金庫の間には被保険者の年齢構成, 性別, 所得水準の違いなどにより, 保険料率やサービスの面ですでに大きな格差が存在したことから, 疾病金庫間の競争条件を揃えるための措置があわせてとられることになった。すなわち, 財政基盤の強い疾病金庫から調整金を徴収し, それを財政基盤の弱い疾病金庫に交付する「リスク構造調整」(Risikostrukturausgleich) の導入である。このリスク構造調整によって, 疾病金庫間の保険料率の格差が是正されるとともに, 同時に疾病金庫間の競争によって保険料率の引き下げが実現されると期待されたのである。

こうした疾病金庫間競争とリスク構造調整の枠組みは、当初は一定の効果をあげ、1998年に誕生したシュレーダー政権によっても、医療支出抑制のために不可欠なものとして受け入れられた。しかしながら、この方式には、一つの大きな欠陥が存在した。それは、リスク構造調整において、各疾病金庫の被保険者の罹患率が財政調整の対象とされなかったことである。そのため、罹患率の差による財政格差は残されることになり、その結果、疾病リスクの低い被保険者ほど、保険料率の低い疾病金庫へと移動し、保険料率の格差が拡大するという事態が生じてきたのである。この問題に対処するために、シュレーダー政権は、2001年に「リスク構造調整改革法」を制定し、これにより、被保険者の罹患率を考慮した財政調整が行われるようになってきている。

つぎに、医療サービスの供給者にたいしては、報酬システムの変更を通じて、支出抑制への誘因づけをはかる改革が実施された。これに関する典型的事例は、医療保障構造法による入院診療部門での「1件当たり包括払い」(Fallpauschal)方式の導入である。従来、入院診療報酬に関しては、「実費用補填原則」(Selbstkostendeckungsprinzip)が適用され、各病院の必要とする費用がすべて入院診療報酬として支払われる仕組みになっていた。しかしながら、このやり方では、かかった費用がすべてカバーされる以上、病院の側に費用節約への誘因が働かず、非経済的な経営や診療行為を引き起こす原因となっていた。このため、医療保障構造法において、1件当たり包括払いを柱とする新たな入院診療報酬制度が導入されたのである。1件当たり包括払いとは、特定の療養1件当たりに必要な費用を算定し、病院にはその金額内で当該患者の入院診療をおこなわせるというものである。これにより、病院はできるかぎり経済的に当該患者の診療を行うことで利益をあげることができるようになり、病院の経済性の向上がはかれると期待されたのである。こうした入院診療報酬制度の改革の方針もまた、シュレーダー政権によって受け入れられ、とりわけ包括払い方式の導入が入院診療の一部にとどまっていたことから、「2000年医療保障改革法」によって、入院診療全般に適用される包括的な診療報酬制度の段階的導入がはかれることになったのである。

最後に、被保険者にたいしては、医療サービスへの要求を抑えるように誘因づける一連の措置が講じられた。ただし、この被保険者への誘因づけに関しては、被保険者の経済的負担の増加につながるため、上記2つの制度改革とは違い、この施策の導入をはかってきたCDUとこれに批判的なSPDとの間の対立点となってきた。事実、1998年の政権交代によって、コール政権下で決定された被保険者の負担増につながる措置が広範囲にわたって撤回されたのである。しかしながら、2003年に与野党合意の上で制定された「医療保険近代化法」においては、被保険者にもいっそうの経済的負担を求める一連の改革が導入され、この点でも改革の方向性について一定の合意が成立したといえることができる。

被保険者の誘因づけに関してとられてきた施策としては、まず第一に患者の自己負担の導

入と拡大をあげることができる。医療サービスの給付を受けるさいの一部負担金に関しては、これまで何度も、その金額の引き上げと対象範囲の拡大がはかられてきた。とりわけ医療保険近代化法においては、これまで一部負担金を支払う必要のなかった外来診療に関しても、患者の自己負担が導入された⁸⁾。また、保険給付の対象となる医療サービスの範囲の見直しも進められてきており、給付対象から除外されたサービスに関しては、患者の全額自己負担となる。

こうした自己負担の拡大に加え、近年の改革で注目されるのは、被保険者と疾病金庫の契約への民間保険的要素の導入である。とりわけ医療保険近代化法においては、被保険者による実物給付と費用補填方式との選択制、任意被保険者が一定額の自己負担を条件に費用補填方式を選択した場合の保険料引き下げ契約、任意被保険者が1年間保険給付を受けなかった場合の保険料一部還付、予防活動や特定のサービス契約を行った被保険者へのボーナスの支給等が導入されたのである。

以上、簡単にこれまでの医療支出抑制策について見てきたが、すでに述べたように、リユールップ委員会は、こうした方向での支出サイドでの改革を今後とも必要なものと位置づける。しかしながら、委員会によれば、支出サイドだけでの改革では、「法定疾病保険」(gesetzliche Krankenversicherung) 財政を安定化させることはできず、これまで手をつけられることのなかった財政サイドでの抜本的改革が必要とされるのである。この財政サイドでの改革に関して、リユールップ委員会は、とりわけ2つの選択肢を提示する。一つは、全国民を包括する「国民保険」(Bürgerversicherung) モデルであり、いま一つは、「定額健康保険料」(pauschale Gesundheitsprämien) モデルである¹⁰⁾。それぞれについて、簡単に見ておくことにしよう。

① 国民保険モデル

現在の法定疾病保険制度は、国民皆保険とはなっておらず、法定疾病保険への加入を義務づけられている被保険者は、所得が保険加入限度額以下の被用者を中心として、失業者、学生、年金受給者など国民の一部に限定されている。それ以外の国民は、任意被保険者として法定疾病保険に加入したり、民間疾病保険に加入したり、あるいは官吏等のように独自の給付を受けたりしている。国民保険モデルは、こうした現在の制度を改め、あらゆる国民を法定疾病保険の被保険者とし、法定疾病保険を通じて全国民に必要な医療保障を提供していくとするものである。

そのために必要な措置として、まず被保険者集団の拡大がはかれねばならない。これに関しては、保険加入限度を廃止することによって所得の高い被用者を義務被保険者とする⁹⁾こと、自営業者や官吏などこれまで法定疾病保険への加入を義務づけられていなかった集団にも加入義務を課することが必要な施策として提言される。また、保険料を所得比例とする現

行の保険料算定方式は維持されるが、被用者を主たる対象とした法定疾病保険を全国民を対象とする国民保険へと改革することに合わせて、保険料算定ベースを現行の賃金所得から、資産所得を含むあらゆる種類の所得へと拡大することが必要とされる。さらに、保険料の課せられる所得の上限である保険料算定限度額を引き上げ、保険料負担の逆進性を緩和することも、合わせて必要とされる。

② 定額健康保険料モデル

定額健康保険料モデルは、所得比例の保険料算定方式を完全に廃止し、それにかわって定額の保険料を被保険者が支払う方式に変更しようとするものである。リユールップ委員会は、その具体的な方式として以下のようなものを提言する。

- (1) 同じ疾病金庫に属するあらゆる被保険者は、同額の定額保険料を支払う。この定額保険料は、各被保険者が加入する疾病金庫の一人当たり医療支出額に等しくなるように設定される。したがって、疾病金庫間ではサービス内容や経営の効率性に応じて定額保険料に差が生じ、その結果、サービスの質や効率性をめぐる競争が期待される。
- (2) 保険料の雇用者負担分は廃止し、これまでの負担分は賃金支払いに組み込む。
- (3) 法定疾病保険制度から、所得再分配的課題は、完全に切り離す。したがって、定額の保険料負担が過剰となる低所得の被保険者にたいしては、全額税負担による補助金を支給する。
- (4) 現在、保険料支払いが免除されている成人の家族被保険者に関しては、保険料免除を廃止する。そのかわりに、家族政策的配慮に関しては、全額税負担による補助金支給で対応する。

以上のように、リユールップ委員会は、財政サイドでの改革として2つの案を提起するが、いずれも現行の法定疾病保険制度の抜本的改革を目指すものとなっている。基本的には SPD は国民保険モデルを、CDU は定額保険料モデルを支持しており、現在の大連立政権における対立事項となってきたが、大連立政権内の協議を通じて、新たな医療保険改革案として「健康ファンド」(Gesundheitfonds) モデルが浮上し、2006年7月、このモデルでとりあえずは基本的合意に達している。合意内容は、次のようなものである。

- (1) 新たに「健康ファンド」を創設し、保険料や一般財源からの拠出は一端この基金に集められる。
- (2) 保険料率は未定だが、被用者、雇用主ともに法律により定められる。
- (3) 各疾病金庫は被保険者一人あたり定額の資金をファンドから受け取る。加えて、被保険者の年齢、罹患率、性別などに応じた「リスク調整交付金」(riskadjustierte Zuweisungen) が支給される。
- (4) 子供の共同保険は保険料を無料とし、その財源は税を充てる。

(5) 各疾病金庫は運営状況により、黒字の場合は被保険者に還付し、赤字の場合は定額か定率のいずれかの方法で追加保険料を被保険者に求めることができる。ただし、追加保険料の額は世帯所得の1%を越えてはならない。

この案では、ファンド設立で財源を一元的に管理し、また社会政策的な課題については全額税負担で対応することによって、財政の透明化が図られている。特に子供の共同保険の保険料無料化の負担を一般財源にすることは、被保険者に限らずすべての国民へとその負担を拡大することが併せて意図されている。また、還付および追加保険料の方式を取り入れることで、疾病金庫間の競争促進が図られている。

この健康ファンドモデルについては、保険料負担や管理コストの増大に対する懸念などが取りざたされている。特に、リユールップ委員会を率いたリユールップは、この案について構造問題をなんら解決するものではないとして強く批判を加えている。また、保険料率や財源をはじめとして、詳細については今後の決定事項として残されており、引き続き今後の動きを見る必要がある。

2.3 介護保険の制度改革

1994年の「介護保険法」によって導入されたドイツの「社会的介護保険」(soziale Pflegeversicherung) に関しては、今日までそれほど大きな制度改革は、実施されていない。しかし、このことは、現行の制度になんら問題がなく、将来的にも持続可能であることを意味するものではない。

表4は、社会的介護保険導入以降の財政状況を示したものである。表より明らかなように、1999年以降、社会的介護保険は財政赤字が続いている。このような状況にありながら、法律で決められている1.7%の保険料率の引き上げがなされなかったのは、社会的介護保険導入当初に形成された積立金が存在したからにほかならない。しかしながら、この積立金も、2007年には枯渇すると見積もられている。

このように社会的介護保険は厳しい財政状況におかれているが、保険給付支出は今後、さらなる増大が予想される。保険給付支出増大のもっとも大きな要因は、高齢化の進展にとも

表4 社会的介護保険財政の推移

(単位: 10億ユーロ)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
収 入	8.41	12.04	15.94	16.00	16.32	16.55	16.81	16.98	16.86	16.87	17.49
支 出	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86
収入－支出	3.44	1.18	0.80	0.13	-0.03	-0.13	-0.06	-0.38	-0.69	-0.82	-0.36

(資料出所: 連邦健康省ホームページ (http://www.bmg.bund.de/cln_041/nr_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/03-Die-Finanzentwicklung-der-sozialen-PV.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/03-Die-Finanzentwicklung-der-sozialen-PV.pdf) より作成)

なう要介護者、すなわち社会的介護保険受給者の増加である。社会的介護保険の受給者は、1996年の約155万人から2005年の約195万人へと増え続けているが、リユールップ委員会の推計では高齢化の進展とともに今後、さらに上昇し、2030年には310万人に達すると見込まれている。¹¹⁾ 保険給付支出の増大をもたらす要因は、それだけではない。社会的介護保険においては、基本原則である「収容介護に対する在宅介護の優先」を実現するために、現金給付制度を設ける等、いわゆる「ホーム吸引」(Heimzog) 効果が生じないようにする工夫がなされている。表5は、社会的介護保険の保険給付限度額を示しているが、要介護状態が低い介護段階ⅠおよびⅡでは在宅介護給付の方が完全収容介護給付よりも、給付限度額が低く抑えられている。さらに、在宅介護の場合には、要介護者は実物給付か現金給付かを選択することができるが(両方を組み合わせることも可能)、現金給付である介護手当を受給した場合には、さらに限度額が低くなる。それゆえ、こうした現金給付があることによって、要介護者が収容介護よりも在宅介護、在宅介護の中でも介護手当を受給してくれるほど、保険給付支出は、低く抑えられることになる。実際、当初はこうした選択傾向が見られたものの、すでに要介護者の選択は、逆の方向に、すなわち在宅介護から収容介護へ、在宅介護の場合には現金給付から実物給付へと動いてきている。数値を紹介すれば、収容介護受給者の比率は、制度導入当初の1996年には25%程度であったものが、2005年には約33%に増加してきている。また、給付種類別でみた介護手当受給者の比率は、1996年の60%から、2005年には48%へと低下してきている。¹²⁾ この傾向が今後も続くとすれば、保険給付支出は、いっそう増加していかざるをえなくなるであろう。

表5 介護給付の段階別限度月額

(単位:ユーロ)

	介護段階Ⅰ	介護段階Ⅱ	介護段階Ⅲ
在宅介護給付 (実物給付)	384	921	1432
介護手当	205	410	665
部分収容介護給付	384	921	1432
完全収容介護給付	1023	1279	1432

こうした財政上の問題に加え、現行の社会的介護保険の問題として、リユールップ委員会¹³⁾ がとりわけ重視するのが、すでに述べた保険給付限度額の問題である。すなわち、現行の給付限度額は、法律で固定されており、物価や介護費用の上昇に合わせて自動的に引き上げられる形にはなっていないのである。このため、限度額が今後とも維持された場合、保険給付の実質価値の減少をもたらすことになり、ひいては、要介護リスクに対する保障としての社会的介護保険の意味を失わせることになりかねないのである。しかも、給付限度額を超える介護費用はすべて要介護者の自己負担となることから、給付限度額の維持は、今後、予想さ

れる介護費用の上昇からして、要介護者の自己負担能力を超える負担をもたらす可能性がある。このことは、社会援護受給者の削減という社会的介護保険の重要な目的を損ない、ふたたび社会援護受給者を拡大させることにつながるのである。

社会的介護保険に関しては、以上のような状況にあることから、リユールップ委員会は、¹⁴⁾ 以下のような制度改革が必要であると提言する。

① 介護給付限度額のダイナミック化

給付限度額の制度それ自体は、介護領域における費用爆発を回避するために必要であり、今後とも維持されねばならない。しかしながら、保険給付の実質価値が低下することは避けねばならず、そのために現在、固定されている給付限度額を、物価ならびに賃金の上昇率に合わせて引き上げるようダイナミック化する必要がある。

② 在宅介護と収容介護の給付限度額の統一

現在、介護段階ⅠおよびⅡに関しては、収容介護の給付限度額の方が在宅介護の給付限度額よりも高く設定されている。しかし、これでは在宅介護よりも収容介護を受給しようとする誘因が働くことになる。それゆえ、収容介護に対する在宅介護の優先の原則をいっそう徹底するために、介護段階ⅠおよびⅡの在宅介護の給付限度額を引き上げ、逆に収容介護の給付限度額を引き下げる形で給付限度額を統一する必要がある。具体的には、介護段階Ⅰについては400ユーロ、介護段階Ⅱについては1000ユーロに給付限度額をそれぞれ統一し、また、介護段階Ⅲについては、現在の給付限度額では収容介護の費用を賄うのに十分ではないことから、1500ユーロへと引き上げることが提言されている。なお、介護手当に関しては、現在の水準からのダイナミック化が必要とされる。

③ 世代間の負担調整

人口の高齢化によって、介護給付支出は、今後、増大が予想されるが、委員会が提言する介護給付限度額のダイナミック化は、給付支出のいっそうの増加を引き起こすことになる。現在の現役世代のこれ以上の負担増を避けるためにも、この支出の増加分は、ダイナミック化によって主として利益を得る年金受給者が「所得に応じた世代調整保険料」(einkommensabhängiger generativer Ausgleichsbeitrag)を支払うことによって賄われる。この調整保険料収入によって、現役世代の保険料率は、現在の1.7%のままに維持され、しかもその一部が積立金に回されることによって、現役世代が将来、年金受給者になったときに発生する調整保険料の負担の軽減がはかられる。

リユールップ委員会は、社会的介護保険に関して、以上のような改革提言を行うが、保険給付限度額のダイナミック化および収容介護に対する在宅介護の優先の原則の徹底化については、現在の大連立政権の合意事項になっている。しかしながら、その具体的形態ならびに財政方式の改革については検討事項となっており、今後の動きが注目される。

社会的介護保険に関しては、以上のような制度改革に加え、いま一つ重大な問題が存在する。それは、2001年4月3日に連邦憲法裁判所によって出された「介護保険における家族の改善」判決に対する対応である。連邦憲法裁判所は、この判決において、賦課方式をとる社会的介護保険において、子供を養育し、次世代の育成に貢献している被保険者とそうではない被保険者が同じ介護保険料を負担していることは違憲であり、子供の養育を保険料の査定において考慮するように、遅くとも2004年12月31日までに法改正することを命じたのである。

この問題にたいし、リユールップ委員会は、社会的介護保険という限定された領域¹⁵⁾においてのみ、子供を養育している親の負担軽減をはかることに、疑念を表明している。というのも、次世代の育成の必要性は、社会的介護保険だけの問題ではなく、経済社会システム全体の問題であるからである。それゆえ、委員会は、子供を養育している親の負担軽減を、社会的介護保険の保険料率の差別化によってはかるのではなく、税を財源とした補助によって行うべきであるとしたのである。しかしながら、こうしたリユールップ委員会の意見に反し、シュレーダー政権は、2004年に「子供考慮法」を制定し、2005年1月1日以降、社会的介護保険の子供のいない23歳以上の被保険者は0.25%の追加保険料を支払うという形で、連邦憲法裁判所の判決に対する対応策をとったのである。このように、連邦憲法裁判所の違憲判決¹⁶⁾に関しては、一応の決着をみたが、少子化の進展のなかで、家族政策的措置をどのように進めていくのかは、きわめて重大な課題になってきている。現在のところ、社会保障のさまざまな領域において個々に、家族政策的配慮をいっそう充実する方向で改革が進められているが、これらを全体としていかに体系づけていくのか、今後の動きが注目される。

3 社会保障改革をめぐる留意点

前節では、リユールップ委員会の提言ならびに近年の制度改革をもとに、ドイツの社会保障改革の動向について見てきた。こうした社会保障改革の動きにたいし、ドイツの社会保障研究の代表的論者の一人であるブレーメン大学のW.シュメール(W. Schmähl)は、いくつかの重要な論点を指摘する。以下では、かれの見解に依拠しながら、この点を見ていくことにしよう。

3.1 明確な構想にもとづく制度改革の必要性

シュメールによれば、社会保険の保険料率を総計で40%以下に抑えることが、現在の大連立政権の最重要課題となっていることからわかるように、近年の制度改革においては、社会保障制度の明確な構想にもとづいて改革が行われてきたというよりもむしろ、いかにして社会保険の保険料率を引き下げるかに重点がおかれてきた¹⁷⁾ということが出来る。このことは、経済のグローバル化の進展のなかで、ドイツ企業の競争力を高めるために、賃金付随費用に

直結する社会保険の保険料率の引き下げが是非とも必要とされたからにほかならない。しかしながら、明確な構想もなく繰り返される改革は、社会保障制度への国民の信頼を損なうものとならざるをえない。とりわけ、長期にわたる人生設計の基礎になる老齢保障制度に関しては、こうした国民の信頼が不可欠であり、それゆえ、国民にたいし改革の基本構想を明確に示し、たとえ政権交代がおきたとしてもその構想に変更が生じないようにすることが必要とされるのである。

しかしながら、シュメールによれば、こうした制度への信頼が不可欠なものであるにもかかわらず、老齢保障制度においては、なんら国民に明示されることなく、基本構想の変更がはかられてきている。¹⁸⁾ というのも、すでに述べたように、現在、法定年金保険の改革は、2001年年金改革の方向に沿って進められているが、この方向は、法定年金保険の基本原則と両立しうようなものではないからである。すなわち、2001年年金改革では、法定年金保険を補完するものとして、私的¹⁸⁾老齢保障を国家助成によって奨励するシステムが導入されたが、この私的¹⁸⁾老齢保障は、法定年金保険の補完というよりも、現在のところは部分的であるにせよ、まさに法定年金保険に代替するものにほかならないのである。このことはとりわけ、年金調整公式のなかに一種の私的¹⁸⁾老齢保障の見なし保険料率である老齢保障割合が組み入れられたことによって明らかになる。すでに示されたように、老齢保障割合は段階的に4%まで引き上げられるが、このことは私的¹⁸⁾老齢保障による備えを被保険者が段階的に拡大していくとの前提の下に、それに応じて、法定年金保険の給付水準を段階的に引き下げていくことにほかならない。年金改革の方向として、今後いっそうの私的¹⁸⁾老齢保障の拡充が目指されているが、こうした方向での改革が進められれば、年金調整公式の老齢保障割合もそれに応じて引き上げられ、その結果、年金給付水準のいっそうの引き下げにつながる可能性がある。それだけでなく、2003年年金改革では年金調整公式のなかに持続性要素が導入され、これにより今後、年金給付水準は、いっそう引き下げられることになる。しかも、持続性要素のなかには、 α という一種の政策変数が組み込まれ、これにより、年金財政の展開によっては、 α の値を政治家が意図的に操作し、年金給付水準をさらに引き下げるという事態も想定されうるのである。¹⁹⁾

シュメールによれば、2001年年金改革による年金給付水準の引き下げの結果、社会援護水準に等しい年金給付（平均純賃金の40%とされる）を受けとるためには、被保険者の平均賃金と同じ賃金を得ている者で約29年、平均賃金の70%の賃金を得ている者では約40年の保険期間が必要となってきた。しかも、男性の年金受給者の約5割、女性の年金受給者の約9割が標準年金よりも少ない年金給付しか得ていない現状を考慮すれば、シュメールが言うように、「将来的には長期の保険期間を有する多数の人にとってさえ、社会援護水準と大差のない年金しか獲得できなくなる危険が生じる」²⁰⁾ことになる。そして、こうした事態は、所得に²⁰⁾応じた保険料拠出の正当性を失わしめ、やがては法定年金保険制度を、税を財源とした基

礎年金制度へ変質させることになりかねないのである。

もちろん、こうした法定年金保険の給付水準の引き下げに対しては、私的老齢保障の拡充で対処することになるが、国家助成がなされているとはいえ、私的老齢保障への加入は任意であり、2001年年金改革で想定された通りの私的老齢保障による備えが実現される保証はない。低所得層を中心に私的老齢保障による備えが不十分になれば、高齢時の所得格差はいつそう拡がることになる。現在、私的老齢保障への加入が少しずつ普及してきているとはいえ、今後、法定年金保険の給付水準がいつそう引き下げられた場合、あるいは私的老齢保障への加入が低調な場合、私的老齢保障の義務化が政治日程にのぼってくることになろう。²¹⁾

このように2001年年金改革は、シュメールが言うように、ドイツの老齢保障制度の根本的なパラダイム転換を意味するものであり、それゆえ、それはまさに、「所得に関係づけられた法定年金保険からの離脱の始まり」²²⁾にほかならないのである。にもかかわらず、リユールツプ委員会の報告では、こうしたパラダイム転換についての指摘はなく、あくまで法定年金保険の基本原則の維持が謳われている。こうした状況にあって、次のようなシュメールの指摘は、きわめて示唆に富むものということができよう。すなわち、「法定年金保険の構想上の方向変化は、場合によると目立たず、潜在的に実行されうるのであり、明確な方向転換をつうじてのみなされるわけではない」²³⁾のである。

3.2 保険構想にもとづく制度改革

以上のような基本認識にもとづいて、シュメールは、社会保障改革を進めるにあたっては、明確な構想にもとづいた改革がなされねばならないと主張する。すなわち、「社会保障の個別領域に関する明確な構想への方向づけなしには、首尾一貫した、政策的に『持続的な』解答は存在しない」²⁴⁾のである。では、シュメール自身は、どのような構想にもとづいて社会保障改革を進めようとするのであろうか。これに関して、かれはとりわけ二つの視点を提起する。一つは、社会保障の給付と拠出の関係にかかわるものであり、いま一つは、少子化の進展のなかで今日、きわめて重要となっている家族政策的措置に関するものである。ここではまず、第一の点に関するかれの議論を見ていくことにしよう。

シュメールによれば、社会保障の給付と拠出のあり方に関しては、原則的に2つの基本構想が存在する。²⁵⁾「扶助構想」(Versorgungskonzeption)と「保険構想」(Versicherungskonzeption)である。扶助構想は、個人間の所得再分配を目的とするものであり、給付にあたって事前の拠出は前提とされず、また、財源は税によって賄われる。一方、保険構想は、リスクに対する備えを目的とするものであり、給付を受けるには保険料という形での事前の拠出が前提とされる。ドイツにおいては、老齢、医療ならびに介護保障は、いずれも社会保険方式を中心にして実現されているが、そのシステムは、保険構想のみにもとづいて成立し

ているものではない。むしろさまざまな形で扶助的なあるいは所得再分配的な要素が組み込まれ、それゆえ、ドイツの社会保険は、保険構想と扶助構想の混合システムといえることができる。しかしながら、この混合は、けっして整合的なものではなく、そのため、ドイツの社会保険制度には重大な欠陥が存在するのである。

このような基本認識から、シュメールは、社会保険方式を維持しようとするのであれば、この欠陥を除去し、社会保険制度を保険構想により適合した制度へと改革していく必要があると主張する。とりわけ、かれが重視するのは、保険構想に反して拠出と給付の関係を弱める原因となっている扶助的な諸課題を、保険料ではなく、税財源で賄う方式へと制度改革することである。²⁶⁾ 法定年金保険においては、こうした「保険になじまない給付」は、すでに連邦補助を通じて税財源で賄われるようになってきている。しかしながら、シュメールによれば、「圧倒的に扶助的に動機づけられた給付」であるにもかかわらず、依然として保険料収入で賄われている大きな領域が存在する。それは、遺族年金の給付である。ドイツでは、法定年金保険の被保険者が死亡した場合、残された配偶者は再婚しない限りにおいて遺族年金を受け取ることができるが、この遺族年金に関しては、残された遺族に一定額以上の所得がある場合、その超過額の一部が遺族年金から差し引かれるようになっている。こうした遺族の自己所得の算入は、遺族が遺族年金をそもそも必要としているかの検査をおこなうことにはかならず、それゆえ、遺族年金は、扶助的性質を有したものといえるのである。こうした認識から、シュメールは、遺族年金を税財源で賄うことを提案する。そして、法定年金保険の支出のうち遺族年金の比率が約1/5を占めることから、これにより3.5%の保険料率の引き下げが可能となり、この引き下げ効果は、2001年年金改革で期待されたものよりもはるかに大きなものとなるのである。

シュメールはさらに、法定年金保険以外の社会保険においても、同様の改革が必要であると主張する。ドイツでは、連邦補助が重要な財源の一つとなってきた法定年金保険とは違い、法定疾病保険の場合、その財源のほとんどが保険料収入で賄われており、出産手当金等の「保険になじまない給付」に関しても、これまでは保険料収入で賄われてきた。しかしながら、この保険になじまない給付に関しては、2004年の医療保険近代化法によって、連邦補助金で賄うように制度改正された。シュメールは、この改正を正しい方向での改革として位置づけるが、しかしいまだ十分なものではない。かれが法定疾病保険においてとりわけ問題視するのが、「家族共同保険」(Familienmitversicherung)の制度である。すなわち、法定疾病保険の被保険者の配偶者ならびにその子供は、所得が一定限度を超えない場合、保険料の負担なしに、家族被保険者として法定疾病保険の被保険者となることができるのである。シュメールは、事前の拠出をせずに、医療サービスの給付を受け取っているこうした家族被保険者の支出に関しても、他の被保険者の保険料収入によってではなく、税財源で賄うことが適当で

あるとする。かれによれば、この措置により、法定疾病保険の保険料率を平均で約2.5%引き下げる²⁷⁾ことができるのである。

3.3 家族政策的措置と人的資本の形成

社会保障改革を進めるにあたって、シュメールがいま一つ重視するのが、家族政策的措置²⁸⁾の取り扱いである。少子化の進展にともない、今日、家族政策の重要性が高まってきているが、ドイツにおいても、児童手当の支給だけでなく、社会保障のさまざまな領域において、家族政策的措置が拡充されてきている。表6は、社会保険の領域での代表的な家族政策的措置を例示したものであるが、これらの給付を賄うために、ときには保険料収入が、ときには税が用いられ、そのため、家族政策的措置の負担と給付の関係を把握することが困難なほど、家族政策的措置は、複雑で多様なものになってきているのである。

表6 社会保険における家族政策的措置の例

疾病保険	介護保険	失業保険	年金保険
一定の所得以下の配偶者と子供に対する家族共同保険		子供のいる被保険者に対するより高い給付額	児童養育期間の考慮 子供のいる配偶者に対するより高い遺族年金給付
妊娠・出産の場合の給付	介護者に対する年金保険料の補助		

(資料出所：W.シュメール「家族、社会保障および社会保険」海外社会保障研究 No.143, 平成15年, 72ページより一部修正の上作成)

こうした家族政策的措置のあり方を検討するさいに注意すべきことは、連邦憲法裁判所の介護保険判決に対するリュールupp委員会の見解においても指摘されたように、次世代の育成が、賦課方式をとる社会的介護保険だけの問題ではなく、経済社会システム全体の存続にかかわる問題であるということである。それゆえ、次世代の育成に携わっている人に対する負担軽減の措置は、個々の社会保険制度の内部だけでなされるべきものではない。シュメールもまた、こうした立場に立ち、子供のいない被保険者に追加保険料を課すとした2004年の社会的介護保険の改革を、「政府によって計画された施策は、それ自体、矛盾した形で、そして社会的介護保険の財政状況の改善という関心のなかで、財政的観点の下でのみ構想されたもの²⁹⁾と思われる」と痛烈に批判するのである。

そのうえでシュメールは、家族政策的措置の透明性を向上させるためにも、家族政策的措置にかかわる財政をすべて「家族金庫」(Familienkasse)という一つの制度の下に統一し、その財源を税によって賄うことを提言する。図1は、かれの家族金庫の構想を図式的に示したものであるが、先に述べた法定疾病保険(ならびに社会的介護保険)の家族共同保険の財政もこの家族金庫を通じて賄われることになる。さらに、社会的介護保険における子供のいる

びに国民の経済的福祉の基礎となる人的資本に向けさせる機会となるであろう」³¹⁾。

4 結びにかえて

本稿においては、リユールップ委員会の報告をもとにドイツの社会保険改革の動きを概観し、そのうえでシュメールの所説に依拠しながら、近年の社会保険改革の動きを見るにあたって留意すべき点を明らかにしてきた。ただし、本稿では、年金保険、疾病保険、介護保険以外の社会保障制度の改革、とりわけハルツ委員会報告にもとづき進められてきている失業保険制度の改革について取り扱うことはできなかった。しかしながら、こうした社会保障制度全体の改革の動きを見る場合にも、シュメールが行った指摘、すなわち明確な構想にもとづく制度改革の必要性和家族政策的措置の体系化は、重要な視点となってくるであろう。そして、こうした視点に立って、今後、メルケル政権の下で進められていくであろう社会保障改革の動きもまた、見ていかなければならない。今後の課題としたい。

注

* 本稿は、神戸大学六甲台後援会、学術振興会科学研究費補助金基盤研究B（課題番号17330065）ならびに神戸大学経済学研究科・経済経営研究所21世紀 COE プログラムの助成を受けた研究成果の一部である。なお、本稿の作成にあたっては、W.シュメール教授より、貴重なご助言をいただいた。記して感謝申し上げたい。むろん、本稿作成の責任は、すべて筆者三名にある。

- 1) Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (<http://www.bundesregierung.de/Anlage920/35/Koalitionsvertrag.pdf>).
- 2) 具体的には、失業手当の給付期間の最長32ヶ月から最長18ヶ月への短縮、失業扶助から失業手当IIへの変更およびその給付額の、失業前賃金水準にリンクした額から社会援護水準に合わせた額への変更、連邦雇用庁（Bundesanstalt für Arbeit）から連邦雇用機関（Bundesagentur für Arbeit）への組織改革等が実施されている。
- 3) Vgl. Rürup Kommission, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme-Bericht der Kommission, 2003, S. 68-72.
- 4) Vgl. Rürup Kommission, Nachhaltigkeit..., a. a. O., S. 65-68.
- 5) こうした国家助成に加え、2002年から被用者は自らの労働報酬の一部を企業年金に報酬移動する権利を与えられ、この移動分に関しては免税であり、また社会保険料が免除される（ただし2008年まで）という形での助成が行われている。なお、私的老齢保障に関しては、Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Zusätzliche Altersvorsorge (<http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Zusaetzliche-Altersvosorge-798.property=pdf.bereich=bmas.sprache=de.rwb=true.pdf>) を参照。
- 6) Vgl. Rürup Kommission, Nachhaltigkeit..., a. a. O., S. 81-109.
- 7) 近年の医療支出抑制策については、Th. Gerlinger, Rot-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz –, *Papers der Arbeitsgruppe Public Health* P02-205, 2002; Th. Gerlinger, Vom korporatistischen zum wettbewerbblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel

- politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: W. Gellner und M. Schön (hrsg), *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?*, Nomos, 2002; 田中耕太郎「ドイツの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』No. 145, 平成15年を参照。
- 8) すなわち, 18歳以上の外来患者は, 3ヶ月に一度, 10ユーロを支払うことになった。ちなみに, これ以外にも, 入院診療に関しては1日10ユーロが徴収され, 医薬品に関しては費用の10% (最低5ユーロ, 最高10ユーロ) を自己負担とすること等が, 医療保険近代化法において決定された。ただし, 1年間の自己負担額は, 年総所得の2%を上限としている。
- 9) Vgl. Rürup Kommission, *Nachhaltigkeit...*, a. a. O., S. 145-146.
- 10) Vgl. Rürup Kommission, *Nachhaltigkeit...*, a. a. O., S. 147-176.
- 11) Vgl. Rürup Kommission, *Nachhaltigkeit...*, a. a. O., S. 189.
- 12) 連邦健康省ホームページ (http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn.773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegenstufen-p.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegenstufen-p.pdf および http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn.773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten-p.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten-p.pdf) を参照。
- 13) Vgl. Rürup Kommission, *Nachhaltigkeit...*, a. a. O., S. 185-190.
- 14) Vgl. Rürup Kommission, *Nachhaltigkeit...*, a. a. O., S. 191-210.
- 15) Vgl. Rürup Kommission, *Nachhaltigkeit...*, a. a. O., S. 196-197.
- 16) なお, 65歳以上の被保険者に関しては, この追加保険料は免除される。
- 17) Vgl. W. Schmähl, *Gesundheits- und Alterssicherung- Analysen und Vorschläge vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen für die Sozialpolitik-*, in: H. Rische und W. Schmähl (hrsg), *Gesundheits- und Alterssicherung- gleiche Herausforderungen, gleiche Lösungen?*, LIT Verlag, 2004.
- 18) 以下の議論に関しては, Vgl. W. Schmähl, *Entwicklungstendenz der deutschen Alterssicherung im internationalen Vergleich*, in: S. Fisch und U. Haerendel (hrsg), *Geschichte und Gegenwart der Rentenversicherung in Deutschland*, Duncker & Humblot, 2000; W. Schmähl, *Ein Paradigmenwechsel in der deutschen Alterssicherungspolitik - von leistungsdefinierter Umlagefinanzierung zu mehr beitragsdefinierter Kapitalfundierung*, in: Japanisch-deutsches Zentrum Berlin (hrsg), *Reform der sozialen Sicherungssysteme in Japan und Deutschland*, IUDICIUM, 2003; W. Schmähl, *Paradigm shift in German pension policy: measures aiming at a new public-private mix and their effects*, in: M. Rein and W. Schmähl, *Rethinking the Welfare State*, Edward Elgar, 2003.
- 19) この α の問題は, 筆者三名が2005年7月29日に行ったシュメール教授とのインタビューにおいて, 教授が持続性要素の問題点としてとくに指摘された点である。
- 20) W. Schmähl, *Ein Paradigmenwechsel...*, a. a. O., S. 91.
- 21) W. Schmähl, *Paradigm...*, a. a. O., S. 191. なお, 国家助成を伴う私的高齢保障の総契約数は,

- 2001年：1,400,000, 2002年：3,370,500, 2003年：3,924,440, 2004年：4,189,500, 2005年：5,630,900と推移している（連邦労働社会省ホームページ（<http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/root,did=119954.html>）を参照）。政府は、2005年に約150万の新規契約があったことから、私的高齢保障の義務化に関しては、いましばらく様子を見よとの立場をとっている。
- 22) W. Schmähl, Ein Paradigmenwechsel..., a. a. O., S. 92.
- 23) W. Schmähl, Entwicklungstendenz..., a. a. O., S. 362.
- 24) W. Schmähl, Gesundheits- und Alterssicherung..., a. a. O., S. 8.
- 25) Vgl. W. Schmähl, Senkung der Lohnnebenkosten in Deutschland-Optionen und Potentiale, *Sozialer Fortschritt*, Nr. 4, 2003, S. 84-85.
- 26) W. Schmähl, Senkung der Lohnnebenkosten..., a. a. O., S. 87-89.
- 27) シュメールは、2005年7月29日のインタビューにおいて、こうした形での法定疾病保険の改革を、リユールップ委員会が提言した国民年金モデルと定額健康保険料モデルに対する「第三の道」として強く主張した。
- 28) Vgl. W. Schmähl und H. Rothgang, Familie und Pflegeversicherung: Verfassungsrechtlicher Handlungsbedarf, Handlungsmöglichkeiten und ein Gestaltungsvorschlag, *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, Jg. 53, Heft 2, 2004; W. Schmähl, Zielgenaue und transparente Familienpolitik mit Hilfe einer steuerfinanzierten Familienkasse—Grundsätzliche Überlegungen aus Anlass der Umsetzung des Verfassungsgerichtsurteils zur Berücksichtigung von Familienleistungen in der Pflegeversicherung—, in: J. Althammer (hrsg.), *Familienpolitik und soziales Sicherung*, Springer, 2005; W. シュメール「家族、社会保障および社会保険」『海外社会保障研究』No. 143, 平成15年。
- 29) W. Schmähl und H. Rothgang, Familie..., a. a. O., S. 188.
- 30) Vgl. W. Schmähl, Ein Paradigmenwechsel..., a. a. O., S. 94-95.
- 31) W. シュメール前掲翻訳書, 77ページ