

ドイツにおける社会保障改革の動向

はじめに

2005年5月、ドイツのノルトライン・ヴェストファーレン州議会選挙で、シュレーダー首相(Schröder, Gerhard)の所属する社会民主党(SPD)が大敗し、39年ぶりに同州の政権交代が確実となった。景気の低迷と失業問題の悪化が続くドイツで、シュレーダー首相は長期失業者への雇用対策の見直し、医療費の患者負担の引き上げ、年金の削減などの労働市場改革と社会保障改革をはじめとする包括的な構造改革を進めてきた。地方選挙でもその改革の是非が争われ、SPDの敗北が続いていたが、SPD最大の基盤ともいえる同州での惨敗は、シュレーダー首相の改革に対する国民の不支持を鮮明に印象づけるものとなった。

この敗北が明らかになった当日、シュレーダー首相は、来年9月に予定されていた総選挙を今年の秋に前倒しする意向を明らかにした。ドイツでは連邦議員は4年間の任期をつとめるのが通例で、1年の任期を残しての解散・総選挙はきわめて異例である。ドイツ基本法は首相の解散権を認めておらず、首相が議会に求めた信任動議で支持票が過半数に達しないときに、大統領の判断で解散・総選挙を行うこととなる。戦後、こうした解散が行われた例は2回しかないが、1983年1月にコール首相が1年半余り前倒しの総選挙を行って勝利し、政権の基盤強化を図ったことはよく知られている。基本法の精神に反するとして異論も多いこの手段をシュレーダー首相が選択したことは、与党の退潮が決定的とな



土田 武史(つちだ たけし)
(早稲田大学商学部教授)

略歴

1943年 秋田県生まれ
1969年 早稲田大学政治経済学部卒業
1972年 早稲田大学大学院経済学研究科修士課程修了
1971~74年 日本労働協会勤務
1974~84年 (社)産業労働研究所研究員
 国土館大学政経学部教授等を経て
1993年 早稲田大学商学部助教授
1995年より現職

専門分野

社会保障論

主な役職等

社会政策学会会員、 社会保障法学会員
日本年金学会会員、 日本労務学会会員
中央社会保険医療協議会会長
(財)医療経済研究・社会保険福祉協会理事

主な著書

『ドイツ医療保険制度の成立』 勁草書房、1997年
『日本社会保障の歴史』(共著) 学文社、1991年
『比較福祉国家論』(共著) 法律文化社、1997年
『先進諸国の社会保障4・ドイツ』(共著) 東京大学出版会、1999年
『社会保障概説・第4版』(共著) 光生館、2003年
『これからの賃金・退職金・企業年金』(共著) 中央経済社、2004年

るなかで、野党の態勢が整う前に捨て身の賭けにでたものとみられている。

このようにドイツは総選挙に向けて動き始めたが、総選挙で最大の争点になるのは、シュレーダー首相の進める労働市場改革および社会保障改革の是非であろう。財政再建と企業競争力の強化を優先した改革路線には、社会的公平を重視する SPD 左派などから強い批判が行われ、かつての SPD 党首で蔵相をつとめたラフォンテーヌ(Lafontaine, Oskar)は SPD を離れて、新党の結成へと向かった。野党のキリスト教民主同盟(CDU)とその姉妹政党の

キリスト教社会同盟(CSU)は、東ドイツ出身で CDU 党首である女性のアンゲラ・メルケル(Merkel, Angela)を首相候補に決定したが、社会保障改革については野党側も一致しておらず、錯綜した動きをみせている。

以下では、ドイツで大きな争点となっているシュレーダー政権の労働市場改革(ハルツ改革)および社会保障改革(リユルプ改革)をとりあげ、その特徴と意義について検討してみることにしたい。

雇用保険と社会扶助の改革

1 失業問題の深刻化

ドイツではこの十数年来、景気が低迷し、失業率が10%を上回る状況が続いており、景気回復による失業問題の解決が最大の政策課題とされてきた。一般に、ドイツの景気が回復しない原因として、硬直化した労働市場が大量失業にもかかわらず労働コストを高止まりさせ、またそれに連動する社会保障コストの増大をもたらし、それらがドイツ商品の国際競争力を弱化させるとともに、企業の国内投資意欲を阻害していることが指摘されている。そのため、与野党を問わず、労働市場改革と社会保障改革が緊急課題とされてきた。

シュレーダー政権では、失業問題に対して、前政権と同じように旧東ドイツでの各種公共事業や雇用助成、産業構造の転換にともなう職業教育、長期失業者を雇用した企業への賃金補助などの対策を講じてきた。また、従来の雇用関係や労働協約等に関しても、前政権

のいわゆる柔軟化政策を踏襲し、多くの規制緩和を行ってきた。それにともない、雇用関係も変化し、パートタイム労働、僅少労働、派遣労働などの非正規雇用が増大してきた。しかし、依然として景気は低迷し、失業率の改善はみられなかった。

そこでシュレーダー政権は、抜本的な労働市場改革を行うために、2002年2月にフォルクスヴァーゲン社の労務担当重役ハルツ(Hartz, Peter)を長とする委員会(通称ハルツ委員会)を設置した。同年8月には改革についての答申を得たが、その中には労働組合が容易に受け入れがたい内容も盛り込まれており、改革(ハルツ改革)の実施は9月の総選挙後に持ち越された。

2002年秋の総選挙では、失業の増大等により政権交代が必至とみられていたが、イラク戦争とドレスデンの洪水を機に SPD が逆転勝

利した。こうして政権を持続することとなったシュレーダー内閣にとって、ハルツ改革の実施が最優先課題となった。注目されていた改革担当者として、ノルトライン・ヴェストファーレン州の首相として実績のあるクレメ

2 ハルツ改革の実施

2003年1月からハルツ改革が始まった。ハルツ改革は から まで区分されており、最初はハルツ および が施行された。これにより、解雇制限規制の緩和、期限付き雇用の部分導入、低賃金労働（Minijobs. 税や社会保険料の軽減措置を講じる）や小規模な自営業（Ich-AGs. 失業者が起業した場合には補助金を支給）の拡大支援、民間職業紹介事業の認可などが行われ、雇用創出と労働力の流動化が図られた。2004年1月にハルツ として、連邦雇用庁の組織改革が行われ、名称を「連邦雇用エージェンシー」（Bundesagentur für Arbeit）と改め、失業給付から職業紹介を主とする機関への転換が図られた。

続いて2005年1月からハルツ改革の中核をなすハルツ が実施された。ハルツ の骨子は、「失業手当」（Arbeitslosengeld）の給付期間を過ぎた後に給付されてきた「失業扶助」（Arbeitslosenhilfe）と「社会扶助」（Sozialhilfe. 日本の生活保護に相当）を、新たに設ける「失業手当」（Arbeitslosengeld ）に一本化するというものである。従来は、失業手当（新制度では「失業手当」となった）の受給期間の過ぎた長期失業者は、期間の制限のない「失業扶助」を受け取り、また「社会扶助」は「失業扶助」とは関連づけられずに給付されてき

ント（Clement, Wolfgang）を経済大臣に登用し、労働政策を経済政策と一体的に行うことを企図して労働・社会省の労働部門を経済省に合体して経済・労働省とした。

た。

ハルツ の概要は、以下のようになっている。

「失業手当」の給付期間を過ぎた者には「失業手当」を支給する。失業手当の給付期間は、55歳未満が12ヵ月、55歳以上が18ヵ月とされていたが、施行後に見直しが行われ、2006年1月末までは現行通り（45歳未満12ヵ月、47歳未満18ヵ月、52歳未満22ヵ月、57歳未満26ヵ月、57歳以上32ヵ月）とされた。また、失業手当の受給者には経過措置として2年間「付加金」が加算される。

「社会扶助」の受給者で就業能力があり一定の資産を有する者には「失業手当」を支給する。病気や障害などによって働けず資産も少ない者には、従来通り「社会扶助」を支給するが、資産の算定方法および給付基準が変更され、支給要件が厳しくなった。

「失業手当」の受給者は、ジョブセンターのパーソナルアドバイザーが紹介する仕事を正当な理由なしに拒むことができない。これまで「失業扶助」の受給者は、紹介された仕事が、従前から有している職業資格が反映されない、賃金が産業別労働協約水準に達しない、勤務地が遠いなどの場合には、それを拒否することができたが、新制度ではそれ

らは正当な拒否理由とは認められなくなった。拒否したうえで、自分でも仕事を見つけられない場合には、「失業手当」が3ヵ月にわたって減額される。

「失業手当」の受給者が、公共・福祉部門等が提供する「1ユーロ・ジョブ」(時給1~2ユーロの低賃金労働)やその他の労働に従事した場合、一定の収入までは「失業手当」を受給し続けることができる。その範囲は、子のない場合は月額1,200ユーロ、子のある場合は1,500ユーロとなっている。また、その範囲内の収入に対しても段階的な非課税措置が講じられている。

「失業手当」の受給者には、公的年金の保険料相当額が支給され、老齢年金の受給資格を得ることができるようになっている。ただし、私的年金については、一定水準を上回る積立金は資産査定の対象となる。

以上のような内容を有するハルツが、失業

3 ハルツ による影響

ハルツ の施行と同時に、失業率が急上昇した。2004年12月に446万4,000人であった失業者が、2005年1月には503万9,000人に増大した。失業率は前月より1.1%上昇し12.1%となった。失業者の東西の内訳をみると、西側地域が326万6,000人(失業率9.9%)、東側地域では177万1,000人(失業率20.5%)で、東側の失業率が西側の約2倍に達している。東側ではメクレンブルク・フォアポンメルン州が最も高く23.5%、最も低いテューリンゲン州でも19.0%となっている。西側ではブレーメン17.5%、シュレスヴィヒ・ホルシ

給付制度および社会扶助制度をワークフェア(workfare)的な仕組みに変えようとするものであることはいうまでもない。失業の増大・長期化によって社会給付の受給者が「福祉依存症」ともいわれる状況に陥り、社会から排除されていく(social exclusion)現象が拡大していくなかで、彼らの自立を促し、社会的に包摂していく(social inclusion)ためには、労働の強制はやむを得ない方策であるとして評価する見解がある一方、ワークフェアは救貧制度の復活であり、福祉の後退であるとして厳しく批判する見解もある。昨年秋にこの改革の概要が明らかになって以来、与党のSPD内でもまた労働組合内でも激しい対立が生じた。ドイツ各地で毎週月曜日にハルツに反対するデモが行われ、ハルツ・フィーバーと呼ばれる状況を呈した。そうしたなかでシュレーダー首相にはハルツ改革を断行する以外に選択肢はなかった。

ユタイン州12.7%、ニーダーザクセン州12.1%と北部の州が高いのに対して、南部ではバーデン・ヴュルテンベルク州6.9%、バイエルン州8.9%と相対的に低く、産業構造の相違を反映している。東西格差と南北格差が大きいのが特徴的である。

連邦雇用庁では、前月比で増加した57万5,000人のうち、34万6,000人が冬季に失業が高まる季節要因によるものであり、失業者として新たに登録された失業手当の受給者数は23万人であったと説明している。

主な州都における社会扶助の変化をみると、

図表1のようになっている。各都市とも2004年12月に社会扶助を受給していた者のうち90%以上が失業手当の受給者に移され、社会扶助の受給者は大幅な減少を示している。

その後の失業者の動向をみると、失業者数は依然として500万人を上回っており、しかも失業手当の受給者数が2月は35万6,000人、3月は37万6,000人と増加傾向を示している(図表2)。また、ハルツの施行についても、肝心の失業手当の受給者に対する職業紹介が停滞しており、また、社会扶助と失業手当の区分基準が不明瞭であるとの批判も多く、政府の労働市場改革に対して厳しい目が向けられている。こうした状況について、シュレーダー

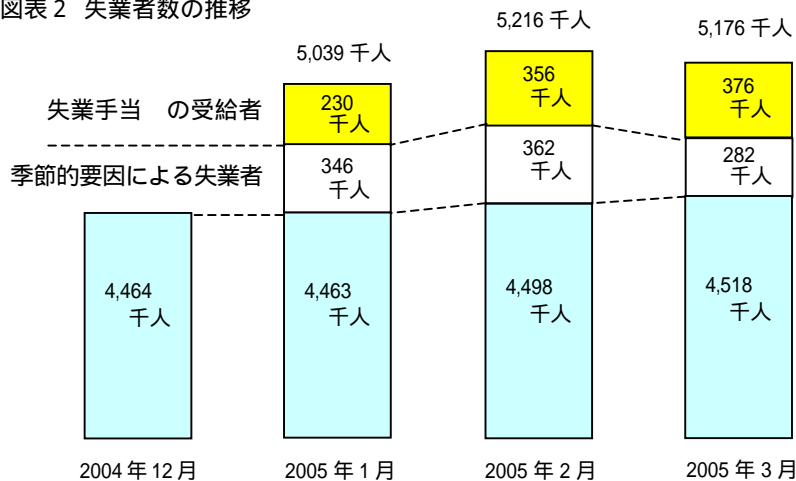
首相、クレメント経済労働相らは、労働市場改革にともなう一時的な増加であるとしてい

図表1 主な州都における社会扶助受給者数の変化

州都名	社会扶助受給者		
	2004年12月31日	2005年1月31日	減少率
ミュンヘン	46,495	2,484	94.7%
ポツダム	5,677	202	96.4
ブレーメン	45,334	3,633	92.0
ヴィースバーデン	20,835	621	97.0
デュッセルドルフ	29,769	1,095	96.3
マインツ	8,216	440	94.6
ドレスデン	17,777	564	96.8
キール	20,879	514	97.5
エアフルト	8,830	159	98.2

出所) 連邦統計局

図表2 失業者数の推移



出所) 連邦経済・労働省

るが、野党は政府の失政であるとして厳しい批判を行っている。

医療保険の改革

1 医療制度改革の推進

第二次シュレーダー政権は、労働市場改革に取り組む一方、社会保障改革にも着手した。まず、改革の推進にあたって労働・社会省の社会保障部門を保健省に合体して保健・社会省とし、2002年11月に賢人会議のメンバーで

あるリュルプ (Rürup, Bert) 教授を長とする委員会 (通称リュルプ委員会) を設置して社会保障改革の検討を依頼した。同年12月の第1回会合で同委員会は、年金・医療・介護の各保険部会を設けて審議を行い、2003年秋に

報告書をまとめることとした。

しかし、医療保険の分野では、財政が逼迫し保険料率の引き上げが続いていることから答申の提出が急がれた。医療保険財政は雇用および賃金の低迷によって収入が伸び悩む一方、支出はとくに薬剤費を中心に増加し、2001年、2002年と連続して30億ユーロの赤字となった。そのため多くの疾病金庫で保険料率の引き上げが行われ、平均保険料は2001年の13.5%から2003年には14.3%に上昇し、保険料率の抑制が強く求められたのである。こうしたなかで保健・社会省は2003年2月、後に見るように医療の質の向上と効率化を図るための抜本改革をめざして、「医療保険近代化」という名称で主要論点をまとめ、改革草案の提案を行った。続いて3月にシュレーダー首相の改革基本方針「アジェンダ2010」(Agenda 2010)にあわせる形でリュルプ委員会の中間

2 医療保険近代化法の概要

医療保険近代化法の概要は以下のようになっている。

(1) 患者負担の引き上げ

() 外来診療における診察料(Praxisgebühr)の導入

それまで、診療時には薬剤費(包帯等を含む)入院費、移送費以外、患者負担はなかったが、患者は同一疾病につき、3ヵ月に1回、診療料として10ユーロを医療機関の窓口で支払うこととした。患者が紹介状(Überweisung)持参の場合、18歳未満の者、早期発見措置としての成人病検診・乳幼児検診・歯科検診、各種予防接種、妊娠中の検査等の場合は、診

報告が提出され、その内容が先の医療保険近代化の提案に組み込まれ、5月に法案化に向けて閣議決定が行われた。

医療保険近代化法(Gesetzliche Krankenversicherung-Modernisierungsgesetz, GMG)案は与党内の検討を経て、6月国会に提出された。法案の多くが参議院の同意を必要とすることから、当初は多数を占める野党の抵抗にあって早期の成立は困難とみられていたが、シュミット(Schmidt, Ulla)保健・社会大臣と野党代表のゼーホーファー(Seehofer, Horst. CDU 副党首)の交渉が合意に達し、2003年9月に近代化法案が可決成立した。医療保険改革について与野党の合意がみられたのは、ゼーホーファーが保健大臣のときに成立した医療保険構造法(GSG)以来11年ぶりのことであった。近代化法は2004年1月1日に施行された。

療料の支払いは要しない。こうした初診料にも似た患者負担の導入は、患者の診療抑制と医療財政への寄与を企図したものと思われるが、ドイツの医療保険史上はじめてのことである。

() 医薬品等の患者負担の変更

従来、医薬品については包装の大きさにより3段階の定額負担とされていたが、上下限付きの10%の定率負担(最低5ユーロ、最高10ユーロ)に変更された。補助具(包帯・サポーター・おむつ等)についての患者負担も定額負担から10%の定率負担(最高10ユーロ)に改められた。また、医薬品等に係る負担額も、

患者負担限度額の算定対象に含まれることとなった。

() その他の患者負担の引き上げ

1日9ユーロであった入院時の患者負担が、1日10ユーロに引き上げられるとともに、その支払い期間の限度が年に14日から28日へと延長された。また、訪問看護、マッサージ等の患者負担は、それまで費用の15%となっていたが、費用の10%に1処方当たり10ユーロを加えた額に変更されるとともに、訪問看護の負担は最長28日までとされた。家事援助(8歳未満の子を有する家庭で、入院等により家事を行う者がいない場合の援助)についても、1日当たりの費用の10%(最低5ユーロ、最高10ユーロ)とされた。

() 患者負担の限度額についての変更

患者負担の限度額は、従来と同じく年間実質所得の2%(慢性疾患患者は1%)と変わらないが、負担額の算出は世帯単位に改められ、計算方式も世帯の実質所得から妻と子の扶養控除額を差し引いた額が基準となった。また、上記のように医薬品の負担も算定対象となった。さらに、負担の緩和措置として行われてきた「社会条項」(Sozialklausel. 社会扶助受給者の負担免除)、「過重負担条項」(Überforderungsklausel. 低所得者等の負担軽減)は廃止された。

(2) 保険給付の改革

() 傷病手当金の新たな位置づけと事業主負担の軽減

ドイツでは賃金継続支払法に基づき、被用者が病気やケガをして休業した場合、最初の6週間は事業主が賃金の80%(労働協約により

100%まで変更することが認められている)を支払い、7週目以降に医療保険から傷病手当金(3年間で78週まで、賃金の80%)が支給されることになっている。近代化法では事業主の負担の軽減化を図るため、2006年より医療保険のなかに傷病手当金保険を設け、それに係る保険料率を被保険者が単独で負担することとした。現在、傷病手当金に係る保険料率は1%で労使折半していることから、2006年からは被保険者の拠出が0.5%から1%に引き上げられることとなる。

() 出産手当金・母性援助、子が病気の場合の傷病手当金の削除

出産手当金(産前6週間・産後8週間、賃金の80%)や母性保護にかかわる給付(妊娠・出産・産後の療養等にかかわる給付)、12歳未満の子が病気で休業する場合の傷病手当金(1年間で10日まで)は、医療保険になじまない給付であり、国が行うべき給付であるとして保険給付から削除された。ただし、実際の給付は疾病金庫から行われ、その財源を国が負担する形をとっている。国はたばこ税の段階的引き上げによって財源をまかなうこととなった。

() 死亡一時金、眼鏡・コンタクトレンズ、交通費等の削除

死亡一時金は1989年の医療保険改革法(GRG)で一定の年齢以下の者について廃止されていたが、完全に給付から削除された。また、眼鏡・コンタクトレンズは、18歳未満の者、重度の視力障害者を除き、原則として廃止された。交通費についても、歩行障害のある者、人工透析・がん患者が化学療法のため

め通院する場合など特別な場合を除き、原則として廃止された。

() 歯科補綴における民間保険の導入

歯科補綴の給付を公的医療保険から除外し、歯科補綴については民間医療保険に加入するよう被保険者に義務づけることとした。

(3) 医療供給体制に関する改革

() 家庭医モデル (Hausarztmodelle) の実施

家庭医の相談機能および振り分け機能を強化するため、家庭医のモデル事業を実施することとした。それによると、被保険者からモデル事業への参加者を募集し、参加者は最低1年間は必ず家庭医の診察を受け、家庭医が必要と認めた場合には紹介状をもって専門医や病院の診察を受けるといふもので、モデル事業の参加者には診察料を免除するなどの優遇措置を講ずることとした。

() 慢性病患者に対する疾病管理プログラム (Disease Management Program)

糖尿病、乳がん、喘息、冠状血管にかかわる心臓病の治療について疾病金庫が疾病管理プログラムを設定し、それに参加する患者についてはより高額な標準給付費が適用されるとともに、その給付費をリスク構造調整(注)の対象にするというものである。当該プログラムは適切な医療の質、管理、評価を実施するものでなければならず、そのために各プログラムは連邦社会保険庁の承認を得なければならない。患者がこのプログラムに参加するかどうかは任意である。

(注) リスク構造調整：各疾病金庫は、被保険者の年齢構成、性別、家族被保険者数、所得水準の相違によってリスクの大きさが異なる。そこで、所定の算出方法による調整額を授受

することによって、疾病金庫間での保険料負担の公平化を図る仕組み。

() 統合的医療 (Integrierte Versorgung) の推進

ドイツでは外来部門と入院部門はそれぞれ開業医(保険医)と病院が担当し、両者は厳格な機能区分を行っており、疾病金庫もそうした機能区分による診療契約を結んできた。しかし、そうした区分が医療の質と効率性の向上を阻害しているとの認識が強まり、2000年の医療保険改革法では病院に入院前後の外来診療を認め、開業医に病院での手術等を認めるなど、部門別主義を緩和し、医療機関の競争を活性化することとしたが、実際には両者の統合は遅々として進まなかった。とくに外来診療に関する保険医側の抵抗が大きかったといわれる。そこで近代化法では、病院に対してポリクリニックの設置や外来診療の拡大を認めるとともに、疾病金庫が部門を超えた医療機関と直接的に契約を結ぶことができることとし、そのモデル事業の実施のために診療報酬総額の1%を充てることとした。

() ポリクリニックの設置

ポリクリニックとは、旧東ドイツ地域で行われていた各診療科の開業医による共同診療所のことである。単独で開業する場合のコストの軽減を図るとともに、患者の利便性などから、その設置を推進することとした。

(4) 診療報酬の改革

() 入院診療における DRG システムの試行

ドイツでは病院医療費の抑制が課題とされ、1993年の医療保険構造法以来、1件当たり包括払いの導入など入院医療費の支払方式の改革が行われ、1件当たり包括払いと診療科別

1日当たり定額払いなどの混合型の支払方式となっていた。しかし従来の1件当たり包括払いの拡大に限界があることから、2004年からはオーストラリア型の診断群別包括払い方式（DRGシステム）の導入が試行的に行われており、徐々にその拡大が図られることになっている。

なお、ドイツの病院は、州立をはじめとする公立病院が53%、宗教団体などによる非営利病院が39%、民間病院が8%となっている。病院医療費増大要因のひとつとして公立の大規模病院における過剰な病床数と非効率な利用が指摘されてきたが、この10年間で公立病院における病床数の削減と民間営利病院での増加が目立っている。

() 外来医療における診療報酬の改革

外来診療については、各州の疾病金庫連合会と保険医協会が被保険者数と所得等を算定基礎として診療報酬総額を決定し、その総額を州保険医協会は出来高払いにより各医師に支払うという方式がとられている。しかし、保険医側では、診療報酬総額が被保険者数や賃金によって制約されているため、各医師の診療行為が診療報酬に正確に反映されないという不満があった。そこで保険医協会では、2007年から罹患率に基づく新たな診療報酬支払い方式（Morbidityorientierte Regelleistungsvolumen）の導入をめざして検討を進めている。

(5) その他の改革

() 民間医療的要素の導入

任意加入の被保険者に対して、現物給付と現金給付の選択ができるようにして、疾病金庫

は、現金給付を選択した被保険者が医療費のうち的一定額を自分で引き受けることを条件に、低い保険料率を設置できるようにする。また、疾病金庫は、一定の条件を満たす任意被保険者が1年間医療給付を受けなかった場合に保険料の一部を還付できることとする。また、疾病金庫は、病院の医長（Chefarzt）の指定、個室・二人部屋の利用、海外での診療を担保する民間医療保険への加入を仲介することができることとする。

() 医薬品に関する改革

薬剤費の増大を抑えるため、定額給付制（参照価格制）の対象薬品の拡大を図る。ポジティブリスト（保険薬剤の特定化）の導入を見送る。医薬品の通信販売を認める。薬剤師による4店舗までの複数所有を認める。

() 医師の研究制度

開業医の医療技術の向上を図るため、定期的な研修を義務づける。

() 医療の質と経済性に関する研究所の設置

医療の質と経済性の向上を図るために、保険医・病院・疾病金庫が共同で、政府から独立した研究機関を設置する。研究所では、主な病気の標準的な治療指針と評価額の策定、慢性疾患と疾病管理プログラムの推進、医薬品の薬効・コスト・評価額の検討などを行う。

() 患者の権利の強化

患者や障害者の組織化を図るとともに、保険診療のあり方などを審議する委員会等に患者の代表が当事者として参加できるようにするなど、患者の権利の拡大を図る。

3 近代化法施行の意義

最初に述べたように、ドイツでは社会保険料の事業主負担分をこれ以上増やさないと、できればそれを抑制していくことが重要な課題とされている。いわゆる「負担の限界」がドイツの深刻な問題となっており、医療保険近代化法はいかにしてそれに対応していくかが課題とされていた。

また、同時に医療の質を高めることも重要な課題とされた。WHOの2000年世界保健報告のなかで、ドイツの医療制度のパフォーマンスが世界で25位という低い評価を受けたことを契機に、ドイツの医療資源が果たして効率的に使われているかどうかということについての疑念が提起され、大きな論議がわき起こっていた。そうした論議を背景に、医療協調行動会議は2002年に主要な医療関係者（医療機関、疾病金庫、政府機関、患者グループなど）を対象とする調査を行い、報告書を提出した。そこでは、例えば一般的な慢性疾患に対する医療サービスにおいて、過度の利用、経済的非効率性がある一方、利用不足と避けることのできる医学的事故があるなど、ドイツの医療制度は効率向上と質の改善の余地が大きいことが指摘された。そのうえで報告書では、医療供給および資金提供の区分けの改善、過剰供給の削減、持続的な専門能力の促進、予防・リハビリ・介護・苦痛緩和のための資源配分の改善、患者に影響を及ぼす医療制度の決定に対する患者グループの参加などを勧告した。

医療保険近代化法は、一方では保険料率抑

制のために医療費の抑制を図り、他方では医療のコストパフォーマンスの改善を図るという2つの要求に応えることを課題とするものであった。その内容をみると、外来診療に対する診療料の導入、入院時患者負担の引き上げ、薬剤費の定率負担への変更、傷病手当金の拠出方式の変更、歯科補綴の民間保険への変更、死亡一時金・交通費の廃止等は、まさになりふり構わず保険料率抑制を図ろうとする方策であるといえよう。また、疾病管理プログラム、統合的医療の推進、家庭医モデルの導入、ポリクリニックの設立等は、医療の質の向上と効率化を図るための方策であり、ドイツの保険診療の改革を企図する試みであるといえよう。

近代化法の実施による影響については、まだ明確な資料を入手していないことと、施行から1年余りしか経過していないため、はっきりしたことはわからない。簡単なデータによると、医療保険財政が黒字に転じ、2003年12月末に60億ユーロあった借入金も2004年12月末には20億ユーロに減少したとされている。それにより、10%余りの被保険者に対して保険料率がわずかながらも引き下げられた。2005年の第1四半期に医療給付費が被保険者1人当たり対前年同期比で2.9%（西側地域2.3%、東側地域5.2%）上昇し、それに対して保険料収入は0.5%の伸びにとどまっている。しかし2004年の数値は、近代化法の実施当初で給付が大幅に抑えられた時期であったことから、支出の伸びはとくに深刻なものと

は受けとめられておらず、良好な財政状態が続いているとみられている。その結果、平均保険料率は2005年4月1日現在で14.2%と前年の同時期より0.1%低くなっているが、2005年7月までに0.9%低下するものとみられている。

このように財政状態がやや安定化してきた

年金保険の改革

1 リュルプの年金改革案

周知のように、ドイツでは2001年に公的年金の給付水準の引き下げと、それを補填するための私的老齢年金（いわゆるリースター年金）が導入された。連邦政府は、その改革によって、当時19.1%であった年金保険料率が2010年までに18.8%に引き下げられ、その後徐々に上昇するものの、2020年までは20%以内、2030年でも22%に抑えられるとし、ネットの所得代替率は67%を維持すると述べていた。しかし、リースター年金への加入者は少なく、保険料率も徐々に上昇する傾向がみられた。

そうしたなかで、2002年秋の総選挙で勝利したシュレーダー内閣が引き続き政権を担うこととなったが、そこでの最大の課題は先に述べたように、企業の投資環境を整備し、失業者の雇用拡大を図るために、企業の社会保険料負担を抑えて社会保障制度の財政的安定を図ることにあつた。その検討を行うために、リュルプ委員会が設置された。委員会は2003

のは、診療料の導入による受診の抑制と、薬剤支出の抑制によるところが大きいとみられている。また、2004年における疾病金庫の事務費が対前年比で1.5%の減少を示しており、全般的に疾病金庫の費用抑制が図られたことがうかがわれる。

年8月、年金改革に関する報告書を提出した。

報告書は、2001年の年金改革が不十分なものであって、このままでは2020年まで保険料率を20%以下に抑えるところか、早くも2004年には20.3%に上昇し、2030年には24%を超え、同時に給付水準も低下するという見通しを示し、年金保険財政を改善するために次の改革を早急に行うことを求めた。

第1に、老齢年金の受給開始年齢を65歳から67歳に引き上げる。具体的には、2011年から1年に1ヵ月ずつ引き上げ、2025年に67歳にするというものである。第2に、高齢化の進展による被保険者の保険料負担の急増を避けるため、受給者と被保険者との比率によって給付の伸びを調整する「持続可能性係数」(Nachhaltigkeitsfaktor)を導入するというものである。第3に、年金保険に関する課税方式を変更し、年金受給者への課税を強化するというものであつた。以上の提案を受けて、連邦政府は新たな改革に取り組むこととなった。

2 2004 年年金改革

(1) 持続可能性係数の導入

リュルプ委員会報告で2004年に年金財源が80億ユーロ不足し、保険料率が20.3%にまで上昇すると予測したことに対処するため、連邦政府は2003年11月、次のような年金保険法の一部改正を行った。すなわち、2004年の年金給付額のスライドを凍結する、年金保険者と折半負担してきた年金受給者の介護保険料を全額本人負担とする、2004年の保険料率を19.5%に据え置く、というものであった。

続いて、2004年3月に連邦議会は、年金保険給付の算定式として「持続可能性係数」を導入することを可決し、その実施を2005年1月からとした。ドイツの公的年金制度はポイント制となっているが、この改正によりポイント単価の伸びは図表3の算定式によって求められることとなった。ここにみられるように、持続可能性係数(PQ=被保険者数に対する受給者数の比率)が増大するにつれてポイント単価の伸びが抑えられる仕組みになっている。ドイツでは完全賦課方式がとられていることからいって、年金額が抑えられることは同時に保険料負担が抑えられることを意味している。

なお、持続可能性係数の導入については、1999年にコール政権の下で可決されながら、政権交代によって実施されなかった「高齢化係数」(Demografiefaktor, 平

均余命の予測値の伸長にともなって年金水準を引き下げるといった類似していることが指摘されている。

この改正で、リュルプ委員会報告で提案され年金受給開始年齢の65歳から67歳への引き上げは見送られた。しかし、失業した場合などに申請が多いことで問題になっていた老齢年金の繰り上げ支給については、最低年齢を2006年から2008年にかけて現行の60歳から63歳に引き上げる改正が行われた。

(2) 年金受給者に対する課税方式の変更

2004年6月に年金受給者に対する課税方式を変更する法案が成立し、2005年1月から施行された。この改正の背景についてふれておくと、現行の年金保険制度では、拠出時課税(本人負担分のみ)・給付時非課税となっているのに対して、公務員の恩給制度では本人拠出がないため拠出時の課税はなく、給付時課税となっているが、それについて元公務員が課税方式の異なるのは不平等であるという訴えを行い、それをドイツ連邦憲法裁判所が認めたことがあげられる。また、EUが拠出時課税ではなく給付時課税方式を進めていること

図表3 持続可能性係数を導入した個人報酬点数の算定式

$$\frac{AR_{(T)}}{AR_{(T-1)}} = \frac{BE_{(T-1)} (1 - b_{(T-1)} - v_{(2010)})}{BE_{(T-2)} (1 - b_{(T-2)} - v_{(2010)})} \left[\left(\frac{PQ_{(T-1)}}{PQ_{(T-2)}} \right) + 1 \right]$$

AR: ポイント単価
 BE: 加入者の平均総収入
 b: 社会保険料率
 v: 個人勘定(リースター年金)の保険料上限率(2010年に4%)
 PQ: 持続可能性係数(受給者数/(加入者+失業者数))
 : 1/4

も、今回の改正を促した要因とされている。

改正法では、現行 100%の拠出時課税について、2005 年には 60%分を非課税とし、その後毎年 2 % ずつ非課税部分を拡大していき、2025 年に拠出時については全額非課税とする。一方、非課税とされている給付については、2005 年に 50%分を課税対象とし、その後 2020 年までは 2 % ずつ、その後は年に 1 % ずつ拡大し、2040 年に 100%課税とするということになっている。

(3) 年金保険制度の統合

さらに、2004 年 11 月、連邦参議委員で公的年金の組織改革法が可決された。これにより、

3 改革の意義

ドイツでは 1999 年以降、公的年金制度の給付削減とそれを補うための方式について、さまざまな論議がかわされてきた。その結果、いわゆるリースター年金が導入された。その主要点は次の 2 つである。

任意加入の確定拠出型の私的年金(企業年金または個人年金)が導入された。この制度は 2001 年から年収の 1 % でスタートし、2008 年には年収の 4 % まで拠出できるようにする。拠出については政府の補助金および税法上の優遇措置を講じる。

公的年金の給付水準を徐々に引き下げ、2030 年までに 45 年加入で平均的な賃金を得ていた者の手取り賃金代替率を従来の 70% から 67% に引き下げる。その適用は新規裁定者だ

2005 年 1 月から公的年金保険の二大制度である労働者年金保険と職員年金保険が統合して「ドイツ年金保険」となり、また、鉱山従業員年金保険、鉄道年金保険および海員保険が統合して「ドイツ鉱山・鉄道・海上年金保険」となった。

連邦政府によると、この年金制度の統合によって労働者 (Arbeiter. ブルーカラー) と職員 (Angestellte. ホワイトカラー) の一体化がさらに進められるとともに、事務の統合によって管理費や通信費等が軽減され、約 3 億 5,000 万ユーロの費用削減が見込まれるとしている。

けでなく、すべての年金受給者を対象とする。

上記のリュルプ委員会の報告とそれに基づく改正は、上記に述べたとおりであるが、これによってドイツの年金制度が安定化するかどうかはきわめて疑わしい。年金の賃金代替率は徐々に低下しており、しかもその低下を補填するために導入されたリースター年金への加入者は期待されたほどに伸びていない。さらに 2001 年に導入された基礎保障法に見られるように、基礎的な生計費を稼得できない人々が増大し、高齢者の所得格差と貧困の広がりが問題となっている。持続可能性係数の導入等によって、ドイツの公的年金制度に対する信頼性が維持できるかどうか注目される。

おわりに

第二次シュレーダー政権における労働市場改革と社会保障改革について瞥見してきた。ドイツの基本法ではドイツが社会国家（Sozialstaat、福祉国家とほぼ同義）であることを掲げ、それを具体化するものとして雇用保障と社会保障の充実を図ってきた。それは時として危機的状況に見舞われることがあったが、これまで「ドイツモデル」ともいわれる高度に発展した福祉国家の1つの姿を具体化してきたと言える。

しかし、幾度か述べたように、1990年の東西ドイツの統一と90年代半ば以降に急展開していった経済のグローバル化のなかで、ドイツは景気の低迷と失業問題から脱却できないまま苦悩する状況が続いている。シュレーダー政権が行おうとしている労働市場改革と

社会保障改革は、問題の解決にはドイツの福祉国家体制の修正を求めざるを得ないという認識によるものといえるが、ドイツ福祉国家体制のなかで生活してきた国民にとっては、その生活が大きく揺るがされることになる。最近の報道によると、シュレーダー政権の構造改革は国民から強い反発を受けており、今秋に予定されている総選挙でも勝利する可能性はますます小さくなっている。

先進諸国のなかで社会保障改革に成功している国は皆無と断言するが、展望の不透明な改革に苦悩するドイツの状況は、福祉国家体制が解体へ向かう前兆であるようにも思われる。ドイツはこれからどのような方向に進んでいくのか、今後の動向が注目される。