

健保連海外医療保障

No.90 2011年6月

■特集Ⅰ：社会保障と税制

- フランス
フランスにおける社会保障と税制 柴田 洋二郎
- イギリス
イギリスにおける社会保障と税制 一圓 光彌
- スウェーデン
スウェーデンの社会保障、税制、所得再分配 飯野 靖四

■特集Ⅱ：医療保険の財政運営

- ドイツ
ドイツにおける公的医療保険の財政運営
—2010年医療改革を中心として— 田中 謙一

■参 考 掲載国関連データ

- ドイツ／フランス／イギリス／スウェーデン

健保連海外医療保障

No.90 2011年6月

フランスにおける社会保障と税制

中京大学准教授

柴田 洋二郎

Shibata Yojiro

フランスの社会保障財源を長期的にみると、租税の割合が増加し、保険料の割合が減少していることがわかる。その主たる要因となっているCSGは所得にかかる社会保障目的税である。CSGは社会保険料の税制上の取り扱いや所得税の問題点を踏まえて創設されている点で、「社会保障と税制」の観点からの検討を経たものとなっている。本稿では、CSGをめぐる議論から「社会保障財源としての租税」について概観したうえで、①CSGによる所得の再分配効果と、②CSG創設以後の所得課税改革の動向を考察する。

1. はじめに—状況の概観

フランスにおける社会保障¹⁾と税制のつながりを検討するに先立ち、EU諸国間の比較とフランスにおける社会保障制度の財源構成および税収構成から、フランスの特徴と位置付けを明らかにしておこう。

(1) 社会的保護財源のEU諸国間比較

EU加盟国については、Eurostatが加盟国の社会的保護費のデータを集積したものであるヨーロッパ社会的保護統計総合システム(ESSPROS)を通じた比較が可能である。

EU諸国の社会的保護²⁾財源の割合をみると(表1。同表では本特集で取り上げる予定の6か

表1 EU諸国の社会的保護財源の割合(%)

	公費負担		社会保険料						その他	
	1995	2008	合計		使用者負担分		被保護者負担分*		1995	2008
	1995	2008	1995	2008	1995	2008	1995	2008	1995	2008
EU15か国**	32.3	38.5	63.7	57.6	39.0	37.2	24.7	20.4	4.0	4.0
EU25か国***	37.4	38.1	59.1	57.6	38.5	37.1	20.5	20.4	3.5	4.3
デンマーク(DK)	69.7	61.8	23.9	32.2	10.2	11.4	13.7	20.8	6.3	6.1
ドイツ(DE)	28.5	35.0	68.8	63.1	40.1	34.9	28.7	28.2	2.7	1.9
フランス(FR)	21.5	32.0	74.9	64.6	47.4	43.8	27.5	20.8	3.5	3.4
オランダ(NL)	17.0	21.3	63.7	66.6	21.0	32.4	42.7	34.2	19.2	12.2
スウェーデン(SE)	49.2	49.6	42.8	47.5	37.5	37.7	5.3	9.8	8.0	2.9
イギリス(UK)	50.5	49.4	48.7	43.9	25.4	32.4	23.3	11.4	0.9	6.7

注：小数第二位を四捨五入しているため、合計が100にならない場合がある。

*被用者だけでなく、自営業者、年金受給者等も含む。

**EU15か国の2008年の数値は予測値である。

*** EU25か国については、2005年の数値と2008年(予測)の数値を記載している。

出典：1995年につき、European Commission, *European social statistics: Social protection: Expenditure and receipts 1980-99*, Office for Official Publications of the European Communities, 2001.

2008年につき、A. PUGLIA, 《Population and social conditions》, *Statistics in focus*, 17/2011, p.10 Table 5.

EU15か国およびEU25か国の数値につき、ESSPROSの下記サイトを参照。

(http://circa.europa.eu/irc/dsis/esspros/info/data/esspros_public_data/publication/receipts.htm)

表2 フランスの社会的保護財源の割合(%)

	1990	1991	1994	1997	1998	2005	2008(予測)
社会保険料	79.5	78.8	75.3	73.0	66.4	65.6	64.6
うち使用者負担分	51.0	50.4	47.7	46.6	46.2	44.7	43.8
うち被保護者負担分*	28.5	28.3	27.6	26.4	20.2	20.9	20.8
公費負担	17.0	17.6	21.5	23.9	30.9	30.6	32.0
目的税**	3.1	3.9	6.8	9.2	16.4	17.1	22.3
普通税	13.9	13.7	14.7	14.7	14.6	13.4	9.7
その他	3.5	3.6	3.3	3.1	2.7	3.8	3.4
合計	100	100	100	100	100	100	100

注：小数第二位を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。

*被用者だけでなく、自営業者、年金受給者等も含む。

**目的税にはCSG(本文2.参照)を含む。

出典：1990-1998年につき、European Commission, *European social statistics: Social protection: Expenditure and receipts 1980-99*, Office for Official Publications of the European Communities, 2001.

2005-2008年につき、ESSPROSのサイト(表1参照)を参考に筆者作成。

国を掲載した)、EU全体としては社会保険料(以下、単に「保険料」という)の占める割合が大きい。しかし、当然ながら加盟国間でばらつきがあり、デンマーク、スウェーデン、イギリスといった普遍性を基礎とする社会保障制度(ビュアリッジ型)の諸国では公費負担(租税)が第一の財源となっている。他方で、ドイツのような職業を基礎に発展してきた社会保障制度(ビスマルク型)の国では、保険料を第一の財源としつつも、時系列的にみるとその割合は減少傾向にある。ビスマルク型の国に属するフランスは、ドイツと同様の動向を示すが、動向が顕著である点に特徴がある。すなわち、公費負担の割合が10ポイント以上増加しているのに対し、保険料の割合は10ポイント以上減少している。

フランスの動向を仔細にみると(表2)、以下の2点を指摘できる。①社会的保護財源に占める公費負担の割合の増加と保険料の割合の減少は一過性のものではなく、長期的な動向であること。②本稿のテーマとの関連でより重要なことは、公費負担の割合の増加は目的税の割合の増加によるものであること(普通税の割合はむしろ減少している)。フランスでこうした動向がみられている理由は簡単に説明できる。一般化社会拠出金(CSG)と呼ばれる所得にかかる社会保障目的税が1991年に創設されたことと、CSGが引き上げられると同時に被保護者(とりわけ被用者)の負担する保険料が引き下げ

表3 2009年のフランス一般会計における税収構成

	税収 (億ユーロ)	税収総額に 占める割合(%)
直接税	所得税	550.6
	法人税	494.8
	富裕税	35.9
	その他*	241.3
	小計	1322.5
間接税	付加価値税(TVA)	1681.1
	石油製品内国税	149.0
	その他*	106.5
	小計	1936.7
合計		3259.1
		100

注：小数第二位を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。

*登録税のうち相続・贈与に関わるものは直接税に、それ以外のものは間接税に含めた。

出典：Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État, *Données budgétaires 2009*, pp.23 et s.

(http://www.performance-publique.gouv.fr/fileadmin/medias/documents/ressources/Comptes/2009/Donnees_Budgetaires.pdfにて閲覧可)を参考に筆者作成。

られる改革が複数回にわたり行われたことである³⁾。

(2) フランスの税収構成

近年のフランスの税収構成をみると(表3)、最も重要なのは所得税、法人税、付加価値税(TVA)であり、これらの合計が税収のおよそ85%を占める。とりわけ、TVAは単独で51.6%を占めており、これを反映して直間比率はおおよそ4:6で、間接税の占める割合の方が大きい。また、これらのことは長期的に一貫した傾向で

ある⁴⁾。

ただし、これはあくまで一般会計に充当される税収であり、社会保障制度に充当される社会保障目的税は含まれていないことに注意しなければならない。とりわけ、前述したCSGの収益は1998年以降所得税収を上回り、2010年で830億ユーロとなっており⁵⁾、社会保障財源に大きな影響を及ぼしているにもかかわらず、表3には含まれていない。

(3) 本稿の構成

以上から、CSGは社会保障財源としてだけでなく、税制との関わりからも、理論的・現実的に大きな影響を及ぼしていることがわかる。そこで、以下では、まずCSGの考察を行う(2.)。これが本稿の中心である。次に、今日わが国における「社会保障と税制」に関する議論の中心となっている「社会保障財源としての消費税(付加価値税)」が、フランスではどのように議論されているのかをみておこう(3.)。最後に若干のまとめを行う(4.)。

2. 一般化社会拠出金(CSG)

(1) CSG創設をめぐる議論

フランスでは、1970年代以降、保険料に強く依存してきた社会保障財源に、積極的に租税を投入しようとする租税化(fiscalisation)が議論されてきた。その際、社会保障負担だけでなく税制にまで及ぶ視野の広い総合的な考察が行われ、CSGの創設に帰結した。

①保険料と税制

租税化の議論の背景には、主要な財源である保険料に対する批判がある。批判はさまざまな観点からなされたが、税制に関わるのは、保険料に対する課税方法が所得再分配を妨げ、社会的公正(justice sociale)に反するとされたことである。

租税一般法典は、保険料を所得税の課税基礎から除外し(83条)、保険料納付の対価として支給される社会保障給付(老齢年金等)は原則として所得税の課税基礎に含めている。しかし、こ

の原則—拠出時控除・給付時課税—から外れる社会保障給付が増えていった。例えば、医療保険の現物給付⁶⁾は、その大部分が保険料を財源としているにもかかわらず、所得税の課税基礎とならない。

所得税の課税基礎から保険料を控除することにより所得税の対象となる所得部分が減少する。したがって、保険料を引き上げると所得税負担は軽減され、その程度は高所得層ほど大きい。なぜなら、所得税率は累進的だからである。そのため、高所得層は保険料額が増大しても、その分高率で所得税を課税される所得部分が減少するのに対し、低所得層(所得税非課税者)は保険料額が増大するのみとなる。

②所得税の欠点

したがって、社会的公正の観点からすれば、拠出能力を反映する財源—高所得層に負担を求める財源—に依拠すべきこととなる。すなわち、累進税率であり、稼働所得だけでなく資産所得(一般に高所得層に認められる)をも課税基礎とする所得税である。

ところが、フランスの所得税の以下の4つの特徴のため、所得税による租税化は難航した。

①非課税者の多さと強い累進性とは相まって、所得税が一部の納税者に集中し、高額化していたこと⁷⁾。これと関連して、②課税対象とならない所得や基礎控除による課税基礎の狭さ、さらには税率軽減、税額減額といった所得税制上の措置が多様に存在すること。③世帯単位で課税されること(租税一般法典6条)。その際、家庭状況を考慮するため、家族の人数によって定まる除数(parts)で世帯の課税所得総額を割った額に応じて所得税率が定まる(家族係数(quotient familial)制度：租税一般法典194条)。その後、その税率を適用して得られた額に除数を乗じたものが所得税額となる(N分N乗方式：租税一般法典193条)。④源泉徴収ではなく、申告納税方式を採用していること。

こうして、所得税収はそれほど小さくなく(①・②)、婚姻の有無や子どもの数が税負担の大きさに影響し、高所得層ほど大きな負担軽減

を受けることができる(③)。したがって、所得税によって租税化を実現すると、所得税はますます一部の所得階層に集中することになる。それを避けるには、課税対象を拡大したうえで累進性を弱めるような所得税改革が必要であった。ところが、税制の複雑さ(②)と痛税感の大きさ(①・④)から、フランスの所得税は不人気で、政治的に改革を直ちに実行できない状況にあった。その結果、所得を課税基礎としながらも所得税とは異なる社会保障財源を創設することが次第に提案されるようになっていった。

③ CSG の特徴

以上の問題点や議論を踏まえて創設された CSG は以下のような特徴を有する⁸⁾。①稼働所得および代替所得、資産所得、投資益、(97年から)競馬・くじ・カジノでの獲得金を課税対象とし、いずれの所得類型においても所得税よりも広範な所得を課税対象とすること(社会保障法典 L.136-2 条以下)。②これら4つの所得類型はそれぞれ別個に算出され、徴収されること。③稼働所得にかかる CSG は保険料と同じく源泉徴収されること。④CSG の額は所得税の課税所得から控除されないこと(ただし、後述(2)②参照)。⑤税法上フランスに居住しているとされ、かつ強制加入の医療保険制度による保障を受ける者を賦課対象としたうえで(社会保障法典 L.136-1 条¹⁾)、所得税と住民税のいずれも非課税となる者のみ CSG を免除していること。

こうして、保険料と比べると、CSG は稼働所得以外の所得を課税対象に含めることで、(一般に高所得層に多い)資産所得や投資益の保有者に大きな税負担を課し、所得再分配に適うものとなっている(①)。そして、CSG は所得税の課税所得から控除されないため、所得税収が減少することも、所得税の累進性が損なわれることもない(④)。

次に、所得税との比較では、非課税者が多かったために負担が集中し、かつ高額化していた所得税の欠点に応え、広範な人的対象を有する(⑤)。また、世帯ではなく個人を課税単位としているため、CSG の負担が家族構成に大きく左

右されることはない(⑤)。納税方式は源泉徴収とすることで痛税感を緩和しているだけでなく、脱税のリスクを軽減することにもつながっている(③)。そして、源泉徴収を可能としているのは、所得税が総合所得税であるのに対し CSG を分類所得税とし、所得類型ごとに異なる機関に徴収を委ねることで、当該機関の経験を活用し、徴収を効率化しているためである(②)⁹⁾。

また、CSG は社会保障財源(家族手当、老齢年金、医療保険)に充当される目的税であるために納税義務者が心理的に受け入れやすく、安定的に財源を確保することができる。

(2) CSG 創設以後の動向

① CSG の改革

CSG は税率が段階的に引き上げられている(表4)だけでなく、以下のような改革も行われている。1997年社会保障財政法(n° 96-1160)は競馬等の獲得金を課税対象とする新たな類型の CSG を創設し(前述)、同時に、代替所得、資産所得、投資益について CSG を課されていなかった所得まで課税対象を拡大した。また、1998年社会保障財政法(n° 97-1164)は、代替所得にかかる CSG についてのみ所得税と住居税の(非)課税に着目して軽減税率を設けた。その後、2004年8月13日の法律(n° 2004-810)により稼働所得にかかる CSG の課税基礎が拡大された。稼働所得にかかる CSG は控除前賃金(salaire brut)の95%を課税基礎としてきたが、これを97%へ

表4 CSG 率の推移(%)

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資益	競馬等の獲得金
91.2.1	1.1				—
93.7.1	2.4				—
97.1.1	3.4				
98.1.1	7.5	6.2(3.8)	7.5		
2005.1.1 (現行)	7.5	6.2/6.6* (3.8/3.8)	8.2		9.5

注：() 内は、所得税非課税者かつ住民税課税者に対する軽減税率である(1998年までは軽減税率なし)。

*一時的な就労不能に基づく代替所得(失業手当、休業補償手当等)は6.2%、職業生活からの引退に基づく代替所得(老齢年金、拠出性障害年金等)は6.6%。

出典：J.-P. CHAUCHARD, *Droit de la sécurité sociale*, L.G.D.J., 5^e éd., 2010, p.269等を参考に筆者作成。

表5 一般制度*における保険料率の推移(%)

	1990.1.1	1991.2.1	1997.1.1	1998.1.1	2005.1.1	2008.1.1 (現行)
医療保険**						
被用者負担	5.90	5.90	5.50	0.75	0.75	0.75
使用者負担	12.60	12.60	12.80	12.80	12.80	12.80
老齢保険						
被用者負担						
算定基礎上限額まで	7.60	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55
賃金全額					0.10	0.10
使用者負担						
算定基礎上限額まで	8.20	8.20	8.20	8.20	8.20	8.30
賃金全額		1.60	1.60	1.60	1.60	1.60
家族手当(使用者のみ負担)**	7.00	5.40	5.40	5.40	5.40	5.40

注：本表はCSGの改革を説明するのに必要な保険料率の変遷のみを掲載している。

*一般制度(régime général)は被用者が主たる加入者となるフランス社会保障の中心的制度である。

**医療保険と家族手当の保険料は算定基礎上限額はなく、賃金全額に賦課される。

出典：J.-J. DUPEYROUX (et al), *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 16^e éd., 2008, p.820.等を参考に筆者作成。

と引き上げた(控除を5%から3%へと引き下げた)。これにより、CSG率を維持したまま稼働所得にかかるCSGからの収益が増大する。

②CSGの引き上げ方法と税制との関わり——所得の再分配の観点から¹⁰⁾

CSGは税率を継続的に引き上げているが、それと同時に行われている多様な調整的措置は税制に影響を及ぼし、所得の再分配効果が異なったものとなる。そこで、CSGの引き上げ方法の違いによる所得階層間の負担移転について考察する。

その際、CSG率の引き上げに、①保険料の引き下げを伴うか否か(表5)、②CSG額が所得税の課税基礎から控除可能か否か、という2つの観点に注目する。これらは、それぞれCSGと保険料を合わせた負担(①)と、所得税負担(②)に影響を及ぼす。すると、これまでのCSGの引き上げ方法を4つに分類できる(表6)。

③の方法は低所得層から高所得層への負担の移転を生じさせる。CSG創設と同時に被用者負担の老齢保険料が引き下げられたため¹¹⁾、算定基礎上限額が定められている老齢保険料が算定基礎上限額のないCSGに代わる。これにより、算定基礎上限額を超える賃金を得ている高所得層だけCSGと保険料を合わせた負担が増大する(①)。所得税の課税基礎から控除できる保険料が、所得税の課税基礎から控除できないCSGに

表6 CSGの創設・引き上げに伴う調整的措置

所得税の課税基礎からの控除 社会保険料	控除できない	控除できる
引き下げる	③1991年創設	④1997・1998年改革
引き下げない	②1993年改革	①2004年改革

出典：筆者作成。

代わることで、保険料の減少に対応して課税基礎が拡大する。その結果、所得税の累進性を考慮すると、所得が大きくなるほど所得税額も大きく引き上げられる(②)。

③の方法によると、CSGの負担は所得階層にかかわらず比例的に増加する(①)。また、所得税の負担に変化はない(②)。そのため、再分配は生じない。

④の方法は相対的に高所得者層の負担が軽減される点で、所得の再分配に反する。CSGの引き上げと同時に被用者負担の医療保険料が引き下げられたが、医療保険料は算定基礎上限額がなく賃金全額にかかるため、CSGと保険料を合わせた負担は賃金階層にかかわらずほとんど推移しない(①)。また、引き上げ分のCSG額を所得税の課税基礎から控除できるため、CSG額の増加と反比例して課税所得が減少し、所得税負担は軽減される(②)¹²⁾。

④の方法は再分配に反する効果を有する。保

険料を引き下げずにCSGを引き上げることにより、CSGと保険料を合わせた負担は所得階層を問わずに一律に増大する(①)。他方で、所得税負担は㉔の方法と同様となる(②)。したがって、低所得層の方が相対的に大きな負担増となるからである。

以上から、保険料の引き下げを伴い、CSG額が所得税の課税基礎から控除できない㉔の方法が所得の再分配に最も適うことがわかる。そして、保険料の引き下げを伴わなかった㉕・㉔の方法はあらゆる所得階層の負担を引き上げる措置であり、CSG額を所得税の課税基礎から控除できる㉔・㉔の方法は、所得税非課税者にはCSG負担を増大するのみだが、所得税を納めている者にはCSG負担を増大する代わりに所得税負担を軽減するものといえる。

③ CSG創設以後の所得(課)税改革

CSGは既存の所得税とは異なる新たな所得課税であり、将来的に不可避な所得税改革の試金石と考えられた。それでは、CSGの創設は以後の所得(課)税改革に実際に影響を与えたのだろうか。

結論からいえば、所得税の特徴(と同時に欠点)——①非課税者の多さと強い累進性、②規制の複雑さ、③N分N乗方式、④申告納税方式(前述(1)②参照)——はCSG創設以後もほとんど変わっていない¹³⁾。ただし、課税段階と最高税率の改革を通じて累進性(①)は緩和される傾向にある。課税段階はCSG導入直前には13段階(非課税を含む。以下同じ)に区分されていたが、1994年財政法(n° 93-1352)により7段階となり、さらに2006年財政法(n° 2005-1719)により5段階となっている。そして、最高税率についてCSG導入直前は56.8%だったが、1997年財政法(n° 96-1181)、2001年から2004年までの毎年の財政法(n° 2000-1352、n° 2001-1275、n° 2002-1575、n° 2003-1311)、そして2006年財政法により段階的に40%まで引き下げられた。現行の所得税率は非課税、5.50%、14%、30%、41%の5段階である(租税一般法典197条)。

さらに、所得課税とCSGに関わる近年の改

革として直接税上限制度(bouclier fiscal)の創設に触れておこう。この制度は個人の直接税負担(所得税、住民税、富裕税、不動産税等)の上限を所得額の60%までとし、60%を超える部分については申請により還付を行うものであり、2006年財政法により導入された。そして、2007年8月21日の法律(n° 2007-1223)は、上限額を50%に引き下げると同時に、導入当初は対象となる直接税に含まれていなかったCSGの額を同制度の対象に加えた(租税一般法典1条1項および1649-0 A条参照)。

これらはいずれも高所得層に対して所得課税負担の軽減をもたらす、いわば富裕層のための改革といえる。したがって、所得課税を全体としてみると、広い人的対象を有するCSGが引き上げられるなかで、もともと所得税非課税だった低所得層の所得課税負担は重くなっているのに対し、高所得層はCSG引き上げの効果が部分的に相殺されている¹⁴⁾。

3. 社会保障財源と消費税

(1) 一般消費税——TVA

租税化の議論の過程ではTVAによる租税化も検討されていた。TVAに依拠するメリットは、①企業の生産コストに直接的な影響を与えないこと、②輸出品に対しては免除され、輸入品に対しては課税されるため、TVAを引き上げることにより輸出を促進し、逆に輸入される外国製商品に社会保障財源を負担させることになることである。こうして、企業競争力が強化され、それが雇用の促進をもたらすことになる。また、③フランスの税収構成からわかるように(表3)、収益性も高い。最終的には、租税化の議論はCSGという新たな所得課税の創設に帰結したが、近年でもなお複数の公的報告書が社会保障財源としてTVAに依拠することを検討しており、依然として関心が高いことが窺われる。具体的には、2004年にSénatの財政委員会の報告書が、労使負担の保険料を引き下げ、TVA率を2ポイント引き上げる提案をしており、同年

Sénatの経済問題委員会の報告書は、医療保険、家族手当、住宅関連給付にかかる使用者負担保険料をTVAに代えることを提案している¹⁵⁾。さらに、2007年の大統領選時の選挙公約を受けて、TVAによる租税化の議論が再燃した。ここでは、「TVA率を引き上げて社会保障財源に充当すること」を「社会的TVA」(TVA sociale)と呼び、そのメリットとデメリットを検討するため複数の報告書が策定された¹⁶⁾。

それでも、これらがいずれも提案や議論にとどまり、実現に至っていないのは、TVAによる租税化のデメリットが大きいとされているためである。それは、①インフレを招きやすく、したがって個人消費を阻害する恐れがあること、②ヨーロッパの税制調和¹⁷⁾からすればTVAは逆に引き下げるべきものであること、③TVAの引き上げは所得の低い者ほど大きな負担増となる(逆進性を有する)こと、④技術的な問題のため、不正行為が行われるリスクが大きいことである¹⁸⁾。

結局、TVAは社会保障に充当される普通税の一部として社会保障財源に関わっていると思われるが、目的税化はされていない。

(2) 個別消費税

個別消費税には社会保障目的税(医療保険財源)となるものもある。まず、たばこ消費税¹⁹⁾の税収の38.81%である(社会保障法典L.241-2条)。次に、アルコール飲料税(社会保障法典L.245-7条以下)²⁰⁾とアルコール入り炭酸飲料(premix)にかかる税²¹⁾であり、いずれも製造者、卸業者、輸入業者等が徴収する。最後に、専門薬剤の卸売企業の売上高にかかる税である(社会保障法典L.138-1条以下)²²⁾。

たばこアルコールにかかる税はこれら製品により一定の医療費が生じていることを考慮したものである。これに対し、薬剤卸売企業にかかる税は医療保険から利益を得る製薬業界にも医療保険の財源を負担させるために創設された。もともと、これらはいずれも補助的な財源でしかなく、社会保障財源に占める割合は極めて小さい。

4. おわりに

わが国では、「社会保障と税制」というテーマは「社会保障財源としての租税」を中心に論じられているが、フランスでは実際に1990年代以降保険料の占める割合が低下し、税財源の割合が増大する租税化が進行している。この動きの中核といえるCSGは保険料と税制との関わりや所得税の特徴に目配りしたうえで、社会保障負担を通じて所得の再分配を行おうとする所得にかかる社会保障目的税である²³⁾。

また、CSG額が所得税の課税基礎から控除可能か否かは、所得税上の社会保障財源の取り扱いという形で、社会保障財源が税制に影響を与える場面といえる。所得税や住民税の(非)課税が、代替所得にかかるCSGの軽減税率を決定する要素となっていることは、逆に税制が社会保障財源に影響を与える一例である。このように、CSGは「社会保障と税制」の相互関係に関わる点も見受けられる。

なお、わが国の「社会保障財源としての租税」の議論で中心となっている消費税について、フランスでも従来から一般消費税(TVA)の一部を社会保障財源に充当しようとする提案があり、近年も社会的TVAという形で議論の俎上に載せられたが実現には至っていない。

[付記] 本稿は、科学研究費補助金(若手研究(B): 課題番号21730055)および2011年度中京大学特定研究助成費(課題番号1110614)の助成による研究成果の一部である。

注)

- 1) フランスで「社会保障」(sécurité sociale)と呼ばれているのは、①社会保険(医療・出産・障害・死亡・老齢年金・遺族の各制度)、②労災補償、③家族手当である。失業保険や公的扶助を含むより広い意味(わが国の社会保障に相当する)の場合には、「社会的保護」(protection sociale)と呼ばれる。本稿では両者を区別せず社会保障と呼ぶ。ただし、1. (1) で使用するESSPROS(本文参照)の統計に関連する限りでは社会的

- 保護という言葉を用い、その意味については ESSPROS の定義に従う(脚注 2 参照)。
- 2) ESSPROS における「社会的保護」が対象とするリスクもしくはニーズには、「疾病／保健医療、障害、老齢、遺族、家族／児童、失業、住宅、他に分類されない社会的排除」が含まれる。
 - 3) これに対し、使用者負担保険料の割合が減少しているのは、使用者負担保険料の大きさが企業の負担となり雇用創出を妨げているとして、使用者保険料の軽減を認める失業対策政策がとられてきたことによる。
 - 4) 栗原毅『ユーロ時代のフランス経済—経済通貨統合下の経済政策の枠組みと運営』(清文社、2005 年)405 頁の表 6-2 参照。
 - 5) A. BOURGEOIS (*et al.*)、《Les comptes des administrations publiques en 2010》、*INSEE Première*, N° 1348, mai 2011, p.3.
 - 6) フランスの医療保険では、原則として、患者が医療サービスに要した費用を一旦全額医師に支払い、その後、保険者から費用の一部の償還を受ける償還払い方式が取られている。
 - 7) CSG の導入直前には、税法上の世帯の 48% が所得税を免除され、所得水準の上位 5% の世帯からの税収が 52% を占めていた (*J.O.* 1990. *Doc. Administratifs*, n° 84, pp.317 et s.)。
 - 8) 法律の合憲性審査機関である憲法院 (Conseil constitutionnel) は、拠出金 (contribution) という名称にもかかわらず、CSG の法的性質は租税であると判断している (n° 90-285 DC)。ただし、CSG が租税とされるのはフランス国内においてであり、ヨーロッパレベルでは、まさに社会保障財源に充当されることを理由に CSG の法的性質は保険料であると判断されている (CJCE, 15 février 2000, affaire C-169/98)。
 - 9) R. PELLET (*et al.*)、*Leçons de droit social et de droit de la santé*, Sirey, 2^e éd, 2008, pp.299 et s.
 - 10) ②の記述は、O. GUTMAN (*et al.*)、《CSG et justice sociale》、*Regards sur l'actualité*, n° 238, février 1998, pp.10 et s.に大きく依拠している。
 - 11) 稼働所得にかかる CSG は控除前賃金の 95% を課税基礎とするため、CSG・1.1 ポイントとはほぼ対応する老齢保険料率 1.05 ポイント ($\approx 1.1 \times 0.95$) が引き下げられた。
 - 12) 資産所得について所得階層ごとにこの点を試算するものとして、O. GUTMAN (*et al.*)、*op. cit.* note 10, p.12.
 - 13) J.-J. DUPEYROUX (*et al.*)、*Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 16^e éd., 2008, n° 310.
 - 14) R. PELLET (*et al.*)、*op. cit.* note 9, p.303.
 - 15) それぞれ、P. MARINI、*Les prélèvements obligatoires et leur évolution*, Rapport d'information, n° 52, Sénat, séance du 3 novembre 2004.; F. GRIGNON、*La délocalisation des industries de main-d'œuvre*, Rapport d'information, n° 374, annexe à la séance du 23 juin 2004.
 - 16) J. ARTHUIS、*La TVA sociale comme mode alternatif de financement de la Sécurité sociale destiné à renforcer la compétitivité des entreprises française et l'emploi*, Rapport d'information, Sénat, 22 février 2007; C. LAGARDE、*Étude sur la possibilité d'affecter une partie de la TVA au financement de la protection sociale en contrepartie d'une baisse des charges sociales pesant sur le travail*, septembre 2007; E. BESSON、*TVA sociale*, Rapport, septembre 2007.
 - 17) 詳細は、栗原・前掲注 4 書 392 頁以下を参照。
 - 18) J.-J. DUPEYROUX (*et al.*)、*op. cit.* note 13, n° 309.
 - 19) 小売価格に課され、税率はたばこの種類ごとに異なる。最も一般的なたばこである紙巻きたばこについては、現在 64.25% となっている (租税一般法典 575 条および 575-A 条)。
 - 20) 度数 25% を超えるアルコール飲料について、1 デシリットルあたり 0.16 ユーロで課される。
 - 21) 現在では純アルコール 1 デシリットルあたり 11 ユーロで課される。
 - 22) 税率は 2 段階になっており、第一段階は当該暦年の売上高につき 1.9%、第二段階は当該暦年の売上高が前暦年の売上高を上回った部分につき 2.25% で課される。
 - 23) とはいえ、CSG 創設以後の動向は所得の再分配という点で、CSG 創設時の論理と一貫性をもっているとはいいがたい。CSG 額の一部分が所得税の課税基礎から控除可能となったことは、社会保障負担 (CSG) と税負担 (所得税) を合わせると高所得層ほど全体として負担が軽減されるためである。さらに、所得税の改革はむしろ高所得層の所得税負担を緩和する方向にある。

イギリスにおける社会保障と税制

関西大学教授
一圓 光彌
Ichien Mitsuya

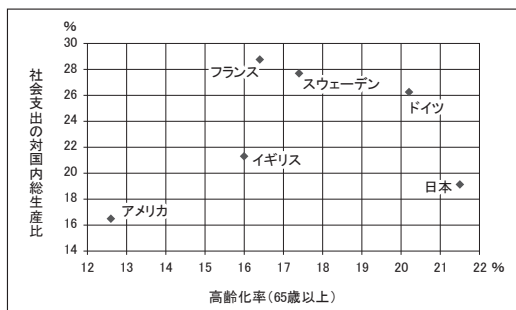
イギリスの社会保障制度とその財源は、ヨーロッパの他の国ともまた日本とも大きく異なっている。ヨーロッパの大陸諸国では社会保険が大きな役割を果たしているが、イギリスでは社会保障費の多くが税金で賄われ、そのことがイギリスの社会保障の規模を低位に保つ一つの理由となっている。同じ税方式でも北欧の国々では社会保障の規模は大きい、それは医療や福祉などが地方政府により、負担と給付の関連が分かりやすい形で（換言すれば地域保険に近い形で）、運営されているからだと考えられる。年金などはイギリスでも社会保険で運営されているが、定額給付が中心で低い給付水準しか達成できず、資力調査を伴う公的扶助や所得調査を伴うタックスクレジットが大きな役割を果たしている。

1. 社会保障の規模

イギリスの社会保障給付費の規模は、アメリカや日本と比べれば大きいものの、北欧諸国やヨーロッパの大陸諸国と比べると明らかに小さい。図1は、OECDの社会支出の対GDP比を主要国について比較したものである。横軸には各国の高齢化率をとって人口高齢化との関係で社会支出の規模を表示しているが、高齢化を考慮するとイギリスの社会保障給付費の低さが一層明らかとなる（日本はそのイギリスよりはるかに低い）。

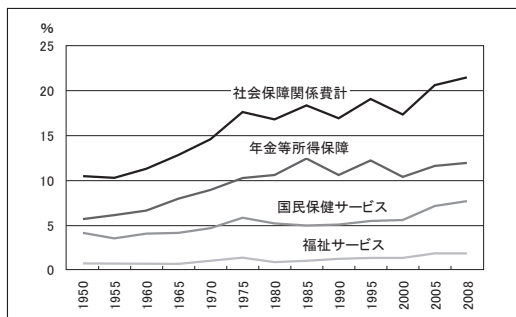
社会保障給付費の相対的な低さは今に始まったことではない。図2は、戦後の社会保障給付費の対国内総生産比の推移を示したものである。ここでは、年金や公的扶助などの所得保障給付費（イギリスでsocial securityは所得保障を意味する）、国民保健サービス制度（NHS）の費用、対人社会福祉サービス等の社会福祉費をもって社会保障関係費としている。全体として

図1 主要国社会支出と高齢化の関係（2007年）



（資料）国立社会保障・人口問題研究所『平成20年度社会保障給付費』

図2 社会保障関係費の対GDP比の推移



（資料）1975年までは一圓光彌（1982）、1980年以降はOffice for National Statistics, Annual Abstract of Statistics, 各年版

の社会保障関係費は1970年代中頃まで急勾配で増加し、それ以降は下降と上昇のサイクルを繰り返しつつも緩やかな上昇傾向をたどっていることがわかる。

1970年代後半以降の全体としての社会保障関係費の変動は、主として所得保障費の変化を反映している。70年代後半に総費用が低下するのは、石油危機後の低成長下で所得が伸びない中で人々が増税を受け入れられなかったからで（Glennerster 2003 p.37）、支出の抑制は所得保障よりも医療と福祉で顕著であった。80年代と90年代はサッチャー、メイジャーと続いた保守党政権の時代で、保健医療も社会福祉も抑制されたままで推移したが、所得保障の対GDP比の変化は主に景気の変動（GDPの変動）を反映したものである。1990年代の終わりから労働党政権に入り、以後すべての項目で増加しはじめるが、それはとりわけNHSで顕著となっている。

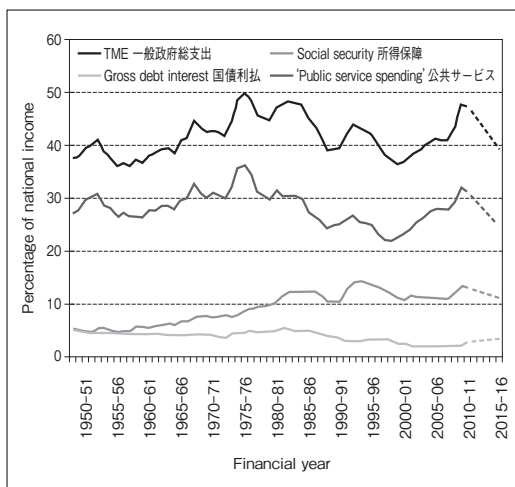
このようにイギリスの社会保障関係費は、そもそも当初からそれほど大きな規模ではなかったが、1980年代以降約20年間にわたって厳しく抑制され、社会保障を厳しく制限する抑制型の社会保障はイギリス社会保障の特徴としてすっかり定着することになった。その結果が図1に表れている。

2. 政府支出の変化と社会保障費の関係

以上のような社会保障給付費の低さはイギリスの社会保障の制度的特徴やそれを賄う財源の構成とも関係している。図3は、一般政府支出（中央政府、地方政府、社会保険などをすべて含む広い意味での政府支出）を所得保障と国債の利払いと公共サービスに3分割してその対国民所得比の変化を追ったものである。戦後の一般政府支出の変化について、Institute for Fiscal Studiesは、次のように説明している。

国債の利払いは、1980年代末まで5%程度で安定していたが、その後2000年代の中頃まで低下している。所得保障（年金等の現金給付とタックスクレジット＝税額控除）は第二次世界大戦

図3 一般政府総支出と社会保障関係費の推移（対国民所得比%）



（資料）IFS 2011 p.135

後から1980年代始めにかけて増加を続けた。その後は、12%程度を中心として、景気後退期に上昇し好景気の時期には下落する形で変動している。公共サービスの変化はもっと激しく、1975年度には35%まで上昇したが、1998年度には第2次世界大戦直後と同じ22%の水準にまで低下している。この間の公共サービス費の低下は、公営住宅の売却、国営企業等の民営化、国防費、教育費の引き下げなどによるものであった。労働党政権はこの傾向を反転させ、1999年度から2005年度にかけて、教育費、小学校入学前児童に対する援助、保健医療費（NHS）などを中心に支出増を図っている。2008年度と2009年度の公共サービス費の増加は、政策的な引き上げというより国民所得が伸びなかったことによるものであった。2010年に誕生した保守自民連立政権が2010年に発表した公共支出計画では、一般政府支出は2009年度の31.7%から2014年度の25.6%にまで引き下げられることになっている（IFS 2011 p.134-135）。

以上のIFSの説明から、一般政府支出の大きな変化は主に公共サービス支出の変動でもたらされていることがわかるが、公共サービス費の中でも大きな比重を占める保健医療費はむしろ安定して増加傾向をたどっている（IFS 2011

p.140)。言い換えれば、1980年代以降で一般政府支出が大きく低下した時期においても社会保障関係費についてはそれほど低下させることはできなかった。イギリスの社会保障は所得保障にしても医療にしても、もともとスリムに作られていて、これを合理化してさらに低くすることは国民生活に与える影響も大きく難しかったということであろう。したがって公共支出抑制の時期にも社会保障関係費は低下することなく通増せざるをえなかったし、また通増したとはいえその社会保障の規模は今日もなお他のヨーロッパの国と比べて低い水準にとどまっていることに変わりはない。

3. 一般政府の予算

表1には、2011年度の一般政府の予算につき、収入および支出の内訳を示している。収入では、所得税が全体の27%弱を占め一番大きい。国民保険の保険料と付加価値税がそれぞれ17%程度で、その他の消費課税（酒税等）と法人税が8%程度である。居住用不動産に対する固定資産税

（カウンシル税）が4.4%でこれが地方税に当たる。4.2%の事業用不動産課税も地方政府の財源に用いられるが中央政府が集めて地方に配分している。グレンスターは、地方税収入がドイツでは州政府も含めれば30%を占め、スウェーデンでも医療サービス等の財源として地方税収入が30%に上っていることを指摘し、これに対してイギリスでは4%程度でしかないことが、イギリスの社会保障支出の低さを説明する一つの要因であると捉えている（Glennerster 2003 p.42）。

イギリスは北欧諸国とともに、社会保障を主に税財源でまかなっていて、この点で社会保険の役割が大きい大陸諸国との違いが強調される。しかし、同じ税財源重視の国であっても、北欧諸国は大陸諸国以上に高い社会保障水準を維持しているのに対し、イギリスは大陸諸国よりも低い社会保障水準しか達成できていない。同じ税重視の国の間のこの違いを説明する一つの理由は、地方税収入の果たす役割の差にあるといえるかもしれない。北欧諸国では一般に県が医療を受け持っているが、県税は比例税であり、その税はほとんどが医療に使われているので、県単位で社会保険であるということもできる。基礎自治体の税収は、医療を担当する県の税収ほど目的税化していないが、それでも身近な福祉にかかわる財源を比例税中心で徴収していて、税負担と受け取る給付との対応関係は国税一般よりはるかにわかりやすい。これがイギリスと北欧諸国の社会保障水準の違いを説明する一つの理由であると考えられる。

同様のことは、ヨーロッパの大陸諸国との比較においても指摘できるが、この場合は地方税の少なさというより保険料財源の少なさに関係している。イギリスの税保険料収入に占める社会保険料収入の割合は、ヨーロッパの大陸諸国や日本と比べてかなり低くなっている。表1で一般政府支出の内訳をみると、所得保障が最大（28%程度）で、これに保健医療（NHS）18%程度と社会福祉4.5%を加えた社会保障関係費は支

表1 一般政府の2011年度予算

収入	億ポンド	構成比
所得税	1,580	26.8
社会保障保険料	1,010	17.1
付加価値税	1,000	17.0
その他消費課税	460	7.8
法人税	480	8.1
固定資産税	260	4.4
事業用不動産課税	250	4.2
その他	850	14.4
計	5,890	100.0

支出	億ポンド	構成比
所得保障	2,000	28.1
保健医療	1,260	17.7
社会福祉	320	4.5
教育	890	12.5
国防	400	5.6
住宅環境	240	3.4
法と秩序	330	4.6
産業・農業・雇用	200	2.8
運輸	230	3.2
国債利払い	500	7.0
その他	740	10.4
計	7,110	100.0

（資料） HM Treasury 2011 p.6.

出全体の50%強を占めている。社会保険の保険料収入1,000億ポンド強は主として1,600億ポンド弱の所得保障に用いられるが、これは所得保障費の3分の2程度に相当する。言い換えると、日本の社会保障費に相当する所得保障と保健医療と社会福祉の合計3,600億ポンドに対して保険料収入は28%を賄っているにすぎない(HM Treasury 2011 p.6)。

ちなみに日本の場合では、2008年度の実績で、社会保障の総給付費が94.1兆円であるのに対し社会保険料は57.4兆円で、61%に上っている(国立社会保障・人口問題研究所 2010 p.6-7)。社会保障の定義が若干異なるし管理費の扱いも統一していないので厳密な比較にはならないが、イギリスの社会保障が日本などと比べて税収に大きく依存していることが分かるであろう。また日本では、所得税などの税率は据え置かれる中、保険料率が引き上げられて、増加する社会保障の費用が賄われてきたが、イギリスでは1979年以降で保険料率が引き上げられたのは2002年の一度だけにすぎない。これは、イギリスの社会保険が定額制の伝統をいまだに乗り越えることができず、社会保険の給付構造が定額給付中心で、容易に保険料率(所得比例の保険料)を引き上げることができないためであると考えられる。

4. 医療保障制度とその財源

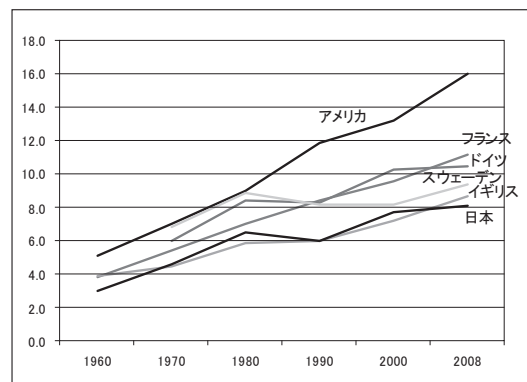
イギリスの医療保障制度の特徴は、1948年以來もっぱら税財源でその費用が賄われてきたことである。2006年の総費用とその内訳をみると、国民保健サービス費1,032億ポンドのうち、国庫負担が80.3%にあたる829億ポンドを占め、国民保険の保険料の繰り入れが18.4%の190億ポンド、患者負担が1.3%の13億ポンドとなっている。保険料収入も18.4%に上るが、社会保険のように保険料の拠出が医療を受ける際の条件になっているわけではなく、国民保険に対して支払われる保険料がNHSの財源として繰り入れられるだけである。この保険料からの繰り入

れについてはベバリッジ報告で示唆されていたが(山田監訳 1969 p.246-252)、戦後の制度発足時にはなく、1951年になって税による財源を補う意味で7~8%程度の保険料繰り入れが実施され、その後少しずつ引き上げられてきた(Office of Health Economics 2009 p.118)。最近では2003年度に国民保険の保険料率が引き上げられたがその理由はNHSへの拠出を増やすためであった。このように、NHSに対する保険料の繰り入れは、税財源が十分に確保しにくい事情の下で、用途が特定できる社会保険料が活用されたものと考えられる。

NHSの費用の多くが国の予算として管理されてきたことが、言い換えれば税方式で運営されてきたことが、国全体の包括的な保健医療の費用を比較的低位に維持できた理由である。主要国の医療保障費の推移を比較した図4を見れば、当初からイギリスは医療保障費を低く管理してきたことがわかる。2000年以降上昇傾向を示しているのは、労働党政権がヨーロッパ大陸並みに増額することを目標としてNHS予算を計画的に引き上げてきたためであるが、税方式の場合、抑制するのも引き上げるのも、予算を通してコントロールできる点に特徴がある。

NHSが医療費を低く維持できたもう一つの理由として、グレンスターは家庭医によるゲートキーパー機能をあげている(Glennerster 2003 p.56)。イギリスでは各自が自分の家庭医を決

図4 主要国の総医療費の対国内総生産比の推移
日本の2008年は2007年の数値



(資料) OECD, Health Data 2010

めていて（現在は診療所に登録）、家庭医が必要と認めた場合に病院の専門医を受診できる。この仕組みのため9割以上の診察は家庭医の段階で終了し、家庭医には人頭報酬を中心に包括的な報酬が支払われている。家庭医制度や人頭報酬はその財源を税金で賄うか保険料で賄うかは関係がなく採用できるが、イギリスでは国の予算が、人口150万人ぐらいを対象として組織されているプライマリケア・トラストに対して、その人口の保健医療ニーズに応じて配分され、それはさらに管内の診療所に配分され、診療所を共同で経営する複数の家庭医（一般医）がその予算を用いて登録住民の医療を管理している。こうした仕組みが包括的な保健医療を比較的低い保健医療支出で、また低い患者負担で、提供できている理由であると考えられる（一圓2008）。

5. 所得保障の給付構造とその財源

イギリスの所得保障制度の給付水準も他の先進諸国と比べて低い。図5は、所得保障制度の中で最も大きな比重を占める年金給付費について、対GDP比を主要国で比較したものである。各国の高齢化との関係でその規模を比較すると、イギリスの年金給付費の規模は、日本と並んで低いことがわかる。

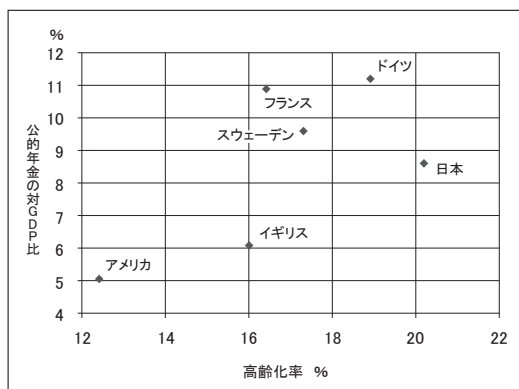
イギリスの所得保障給付費の規模が小さい理

由は、イギリスの所得保障が伝統的に最低限の所得の保障を主なねらいとしていて、社会保険はあるものの所得に応じた十分な給付を実現することができなかったからである。第二次世界大戦後のイギリス社会保険の形成に大きな影響を与えたベバリッジは、世帯規模に応じた最低限の給付を支給することが国の社会保険の目的であって、それ以上は各自が自分で備えるべきだと考えていた。給付が定額である以上、それに対する保険料も定額であるべきとし、所得再分配の役割は社会保険に対する国庫負担で果たすべきと考えていた（山田監訳 1969 p.186－187）。

この社会保険におけるフラット制と呼ばれる財源制度では、保険料財源の確保は非常に難しく、従って十分な給付水準を維持することはできなかった。ベバリッジ報告では1965年に社会保険給付費の46%に相当する国庫負担を予定していたが、実際には同年で16%にとどまり（一圓 1982 p.61）、その後も1980年代を通して削減され最終的には廃止された。1960年代以降所得に比例する保険料の徴収とそれに見合う所得比例の付加給付が導入されるが、十分な水準を達成することはできなかった。傷病手当金等の短期給付に対する比例給付は1980年代に廃止され、年金についてのみ基礎年金に上乗せする比例年金が給付率を引き下げて維持されたが、基礎年金の改訂が賃金スライドから物価スライドに変更されたため年金の給付水準は低下傾向をたどり（一圓 1987 p.233-241）、長年保険料を支払ってきた年金受給者も、それだけでは老後は公的扶助に頼らざるを得ない状況となっている。

基礎年金に付加する所得比例年金の水準が低いため職域年金や個人年金の役割は大きくなるとともに、一定の条件を備えた職域年金・個人年金加入者には国の付加年金への適用除外が認められるようになり、民間の年金には税制上の優遇措置も取られてきた。こうした社会保険から民間保険へのシフトは、図6の社会保険の規模縮小にも表れているように、特に1980年代

図5 高齢化率と公的年金の規模 2005年



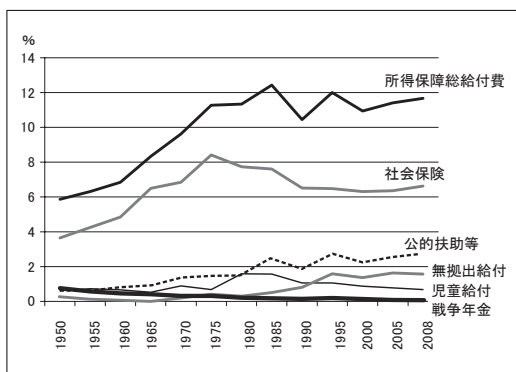
（資料）OECD, Health Data 2010

以降顕著となる。これは、社会保険を通して所得を再分配する仕組みから、減税を通して民間制度で自助を強化する仕組みへの政策的転換を意味している。1999年度の推計で、職域年金や個人年金等に対する優遇税制による租税支出額（隠された税支出）は411億ポンドに上っているが、この額は、公的年金給付費総額404億ポンド（基礎年金359億ポンド、付加年金45億ポンド）を上回っている（Glennerster 2003 p.139）。言い換えれば私的年金に対する租税支出分を税収として確保できれば、給付水準は単純に2倍になり、公的扶助に依存しなくてすむ年金給付水準は十分に達成できたことになる。

公的所得保障支出の削減と減税の組み合わせは、普遍的な手当の削減とタックスクレジット制度の拡大という形で年金以外の給付部門でも進行した。世帯人員に応じた定額の給付の社会保険を維持するためには、子どもの養育費を保険料財源とは別に国庫で負担する必要がある、それがババリッジの考え方でもあったが、十分な児童手当は支払われたことがなく、その結果子供を持つ世帯が公的扶助水準を下回る貧困に陥ることが多くなった。児童手当を引き上げるのでなければ、低賃金で働く子どものいる世帯を公的扶助水準から引き上げることでできる何らかの制度が必要になった。こうして、厳しいミーンズテストが伴う公的扶助とは別に、パートの収入があってもそれが全額収入として認定されないタックスクレジット制度が整備されるようになった。

図6は、所得保障給付費の対国民所得比の推移を、社会保険給付費、公的扶助等の費用（所得調査を伴うタックスクレジット制度も含む）、障害者などに支払われる福祉手当など無拠出給付、所得制限のない児童手当、戦争年金に分けて示している。所得保障給付の全体は1950年以降社会保険給付とともに増加したが、1970年代後半になると社会保険は低下するようになり、それが全体としての所得保障費を抑制することに寄与していることがわかる。言い換えると、1970年代中頃の財政危機を境として、それまで

図6 所得保障給付構造の変化
（対国民所得比の推移）



（資料）図2と同じ

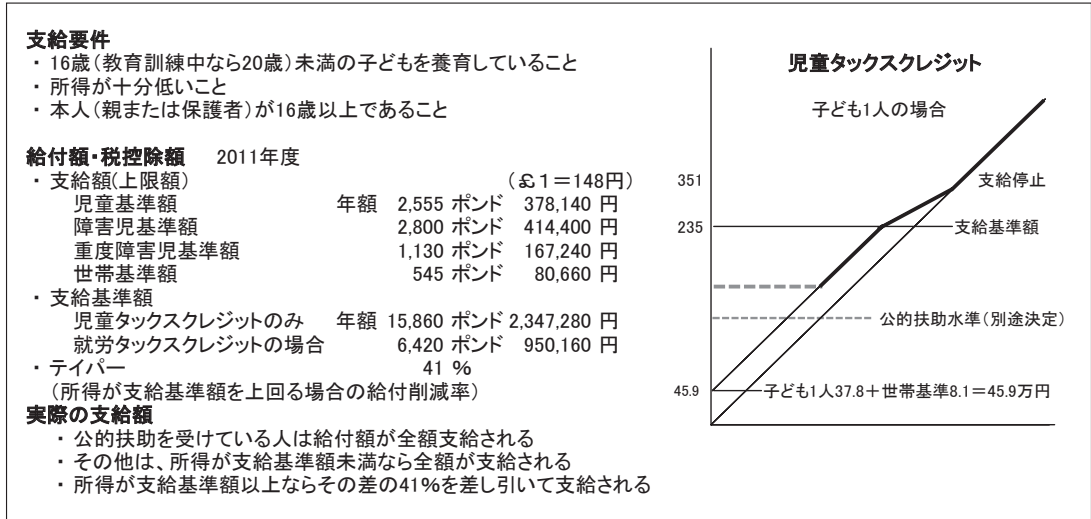
の普遍的な給付制度の充実による所得保障の政策は放棄され、代わって所得調査や資力調査を伴う給付制度、および一定のニードに対して支払われる福祉手当（無拠出給付、児童給付）により、最低限度の所得を保障することにねらいをおく政策が採用されるようになったといえることができる。

イギリスの社会保険は、年金や障害年金など長期給付も傷病手当金や失業手当金などの短期給付も統合されて単一の国民保険制度で管理され、被用者も自営業者もこの制度に対して国税庁を通して保険料を拠出し、必要な場合にこの制度から給付を受けることになる。拠出は所得比例であるが、給付は若干の付加年金をのぞけば定額である。また国民保険の財源は、かつては国庫負担もあったが今はすべて保険料だけで賄っている。言い換えれば、社会保険以外の所得保障費や医療保障費や福祉サービスの費用はすべて税金で賄われている。全体としての社会保障費の中で社会保険が果たす役割は小さく、それが社会保障全体の規模を小さく維持することにつながり、それに代わって公的扶助制度やタックスクレジット制度の役割を大きくする結果となっている。

6. 資力調査・所得調査付きの給付制度

表2は児童を対象とするタックスクレジット

表2 児童タックスクレジット Child Tax Credit の概要



(資料) Child Poverty Action Group 2011

制度の概要を示したものである。1ポンド148円で計算して円換算すると、子ども1人に対して支払われる給付額は年46万円程度で、その世帯の所得が235万円程度にまで上がると給付額は追加所得の41%が減額(言い換えれば税率41%)される。児童に対するクレジットだけでなく、より給付額の高い障害者やパートタイム就労者のための就労タックスクレジット、年金受給者に対する貯蓄クレジットも設けられている。

このような所得調査付きの給付制度は、すべてを失って扶助を受ける公的扶助の仕組みとは異なり、勤労収入があればそれを一部手元に残しつつ扶助も受けられる制度であり、最低生活の保障と勤労意欲(年金の場合は貯蓄意欲)を両立させる工夫であるが、普遍的な社会保険給付と比べると自助と両立させる機能は弱いと言わざるを得ない。現在のイギリス所得保障制度の特徴は、こうした所得調査・資力調査付き制度が大きな役割を果たしている点にあり、それが所得保障の費用を小さくしている理由である。

表3は、2009年における所得調査・資力調査付き制度の受給者数(申請している世帯主の数)を示している。公的扶助の受給者は198.0万人で、児童クレジットと就労クレジットの受給者

表3 所得調査・資産調査付き給付受給者数
(2009年 単位 1000人)

公的扶助	1980
児童クレジット・就労クレジット受給者	4712
年金クレジット受給者	2731
計	9423

(資料) Office for National Statistics 2010

は471.2万人、両者併せては670万人になる。年金受給年齢以上の者には一般の公的扶助とは別に年金クレジット制度が設けられていて、年金クレジットには最低保証クレジット(公的扶助に相当)と貯蓄クレジット(一定の貯蓄を収入認定しない扶助制度)があるが、273.1万人の受給者のうち213万人は最低保証クレジットの受給者である。これらをあわせ942万世帯(全世帯の3分の1強)が資力調査付給付かそれと所得水準が大きく変わらない所得調査付給付受給世帯であることになる。

7. むすび

イギリスの社会保障制度と税制は、以上のようになどどちらかといえば日本と異なる点が多いが、その制度・政策から学ぶべき点は少なくない。

医療保障制度については、国がその予算を通

してサービスを提供するイギリスの仕組みは日本の社会保険とあまりにも違うように見えるが、プライマリケアトラストや家庭医への予算配分の仕組みは、できるだけ患者住民に近いところに権限を委譲して、患者や家庭医主導の医療提供を目指す取り組みであり、社会保険方式の日本でも取り入れることができる考え方である。

所得保障制度についても、就業形態が多様化して人々の生活を常勤か失業かで区分することは困難となり、したがって税保険料を負担する局面としての常勤と社会保障給付を受ける局面としての失業・疾病・傷害を截然と区別できなくなっている状況では、イギリスが積極的に取り入れている給付付きの税額控除制度を活用する必要性は一層高まるに違いない。と同時に、それが普遍的な給付を大幅に置き換えるような形になると、多くの国民が広い意味での貧困の罅にとらわれる結果となり、かえって給付への依存を高めるおそれがあるということもまたイギリスの経験から学ぶことができる。

- ・ Office for National Statistics 1985-2010
Annual Abstract of Statistics Palgrave
- ・ Office of Health Economics 2009
Compendium of Health Statistics OHE

参考文献

- ・ 一圓光彌 1982 『イギリス社会保障論』光生館
- ・ 一圓光彌 1987 「最近のイギリス社会保障の動向」ケンケイド著・一圓訳『イギリスにおける貧困と平等－社会保障と税制の研究』光生館
- ・ 一圓光彌 2008 「イギリスの医療制度における診療所の役割」『政策創造研究（関西大学政策創造学部）』（p.15-28）
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所 2010 『平成20年度社会保障給付費』国立社会保障・人口問題研究所
- ・ 山田雄三監訳 1969 『ベヴァリジ報告・社会保険および関連サービス』至誠堂
- ・ Child Poverty Action Group 2011 *Welfare Benefits and Tax Credits Handbook* CPAG
- ・ Glennerster, Howard 2003 *Understanding the Finance of Welfare* The Policy Press
- ・ HM Treasury 2011 *Budget 2011* The Stationary Office
- ・ Institute for Fiscal Studies (IFS) 2011 *The IFS Green Budget* IFS
- ・ OECD 2010 *Health Data 2010* OECD

スウェーデンの社会保障、税制、所得再分配

帝京大学教授

飯野 靖四

Iino Yasushi

マクロの指標で見る限り、スウェーデンは高福祉・高負担の国、日本は中福祉・中負担の国というイメージは間違っていない。しかし、スウェーデンの社会保障給付のうち現金給付は多くが課税給付金である。したがって、現金給付のみで生活している人にも課税されており、税負担は決して低くない。そのことが、スウェーデンが国債に頼らないでも高福祉を維持していける秘訣である。ただ、所得再分配という観点からみた場合、スウェーデン、日本とも社会保障給付が貢献しているのであって税制ではない。

(キーワード：高福祉高負担、社会保障給付、所得税と社会保険料、ジニ係数)

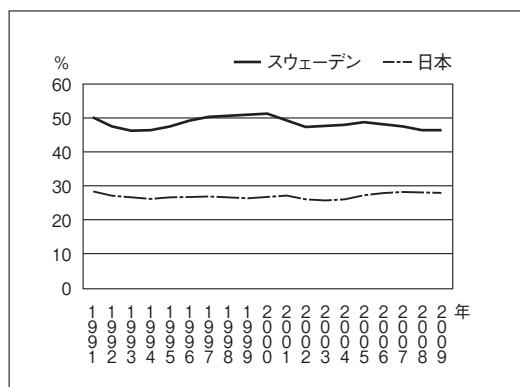
1. はじめに

スウェーデンは高福祉・高負担の国であり、日本は中福祉・中負担の国であるというイメージが一般に定着している。それが本当であるか確かめるためにOECDの最新(2010年公表)の統計を使ってマクロの指標で見てみよう。まずGDPに占めるそれぞれの国の(社会保険料負担

を含む)租税負担率を見てみると(図1)、たしかにスウェーデンの方がかなりの高負担である。

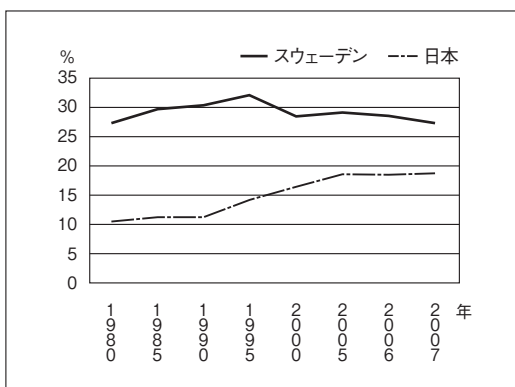
他方、GDPに占める(年金、医療サービス等を含む)社会保障給付の大きさを見てみると(図2)、近年日本の給付率が上昇してきているが、こちらもやはりスウェーデンの方がかなり大きい。したがって、マクロの統計で見る限り、スウェーデンは高福祉・高負担の国であり、日本

図1 租税負担率(対GDP比)



出所：OECD：統計資料集 2010年

図2 社会保障給付率(対GDP比)



出所：OECD：統計資料集 2010年

表1 平均的な工場労働者と失業者の可処分所得（各国の通貨単位）

		失業手当	所得税	社会保険料	純所得	総所得	平均賃金	勤労所得以外の所得
スウェーデン	労働者	0	84,793	25,400	270,277	362,291	362,291	18,179
	失業者	176,800	34,312	12,400	130,088	0	362,291	0
日本	労働者	0	375,606	583,938	3,836,665	4,796,209	4,796,209	0
	失業者	2,101,212	0	0	2,101,212	0	4,796,209	0

出所：OECD：統計資料集 2010年

は中福祉・中負担の国であるというイメージはそれほど間違っていないと言える。

次に、2009年の平均的な未婚の工場労働者と失業者の総所得の中に占める税負担と社会保障（の現金）給付を比べてみると（表1）、似たような傾向がみられるが、そこにスウェーデンの税負担、社会保障給付の特徴が見えてくる。

まず失業者の失業手当を平均賃金との割合で比較してみると、スウェーデンは48.8%、日本は43.8%でスウェーデンの方が高いが、スウェーデンでは失業手当にも所得税と社会保険料が課せられるので、それらを差し引いた後の可処分所得で比較してみると、スウェーデンは35.9%、日本は（非課税なので）43.8%で、日本の方が実質的には高くなっている。

次に、平均的な労働者の負担する所得税・社会保険料の重さを、総所得の中に占める割合で測ってみると、スウェーデンは30.4%、日本は20.0%でスウェーデンの方が重い。スウェーデンでは傷病手当や親保険金のような賃金以外の所得（社会保障の現金給付）の占める割合も大きいので、それらを加えた総所得で割っても29.0%と少し軽くなるだけで依然としてスウェーデンの方が重い。

以上のように、スウェーデンでは社会保障（の現金）給付は日本より高いが、それらに課税されるのでそれらを含めたとしても税負担は日本より高いことが分かる。このような形でスウェーデンは高い社会保障給付を（日本のように国債に頼らないで）高い税負担で実現していることに注目する必要がある。

2. スウェーデンの社会保障の概要

スウェーデンは福祉国家なので、その主たる政策目標は社会保障の拡充だと信じている人が多いが、実はスウェーデン最大の政策目標は「完全雇用経済」の実現である。働く意欲と能力のある人がすべて働ける社会を作ることが究極の目標である。ただそのような社会が実現しても病気、老齢、妊娠、心身の障害等によって働くことができなくなる時があるので、その期間の所得を保障し、できるだけ早く労働に復帰して自立した生計を維持できるように支援するセフティネットが社会保障である。

スウェーデンの社会保障の中心は、社会保険である。社会保険は、例えば失業して所得が得られなくなった時にその所得を補償して経済的な自立を支援する役割をもつ。また病気や育児の理由で欠勤した時に給与がカットされるが、その際にそれぞれ（給与の8割が）補償される傷病手当や親保険金の支援も社会保険に含まれる。社会保険で給付される保険金・手当のほとんどは課税給付金である（後述の表3を参照）。これらの社会保険のいずれの支援からも漏れて経済的自立ができない人には、最後のセフティネットとしての公的扶助（以前には社会補助金と呼ばれていた）の支援がある。

スウェーデンの社会保障には、この社会保険のほかに原則としてすべての人に支給される一般補助金、例えば一般児童手当と（年金受給権をもたない人に支給される）保証年金がある。他方ではいろいろな制約の付いた社会保障給付、例えば所得制限のついた住宅補助金もある。

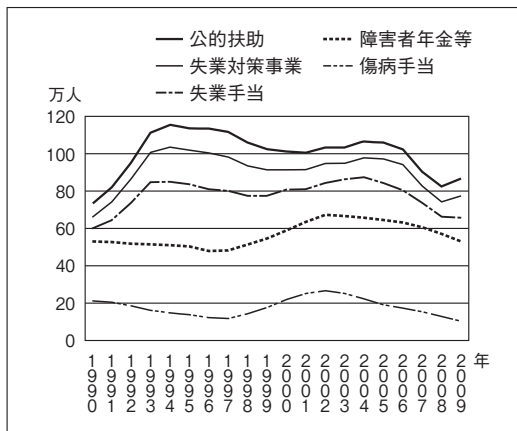
スウェーデンの社会保障には、以上のような

現金給付のほかに医療サービスのような現物給付がある。この医療サービスには、通常の診療・手術のほかに病気予防や妊婦健診、乳幼児健診なども含まれる。また、失業者に対する現物給付として職業案内や失業対策事業、障害者対策事業等もある。そのほか、保育所、ホームヘルプサービス等の現物給付もある。

3. 社会保障の恩恵を受ける人々の数と金額

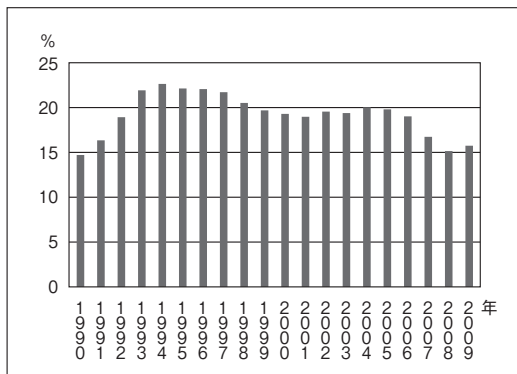
以上のような社会保障の恩恵を受ける人々のうち（老齢年金を除く）現金給付を受ける人々の数とそれらの人々の生産年齢（20～64歳）の労働人口に占める割合を示したのが、それぞれ図3と図4である。

図3 現金給付を受ける人々の数



出所：スウェーデン中央統計局：所得分配統計 2010年

図4 現金給付受給率

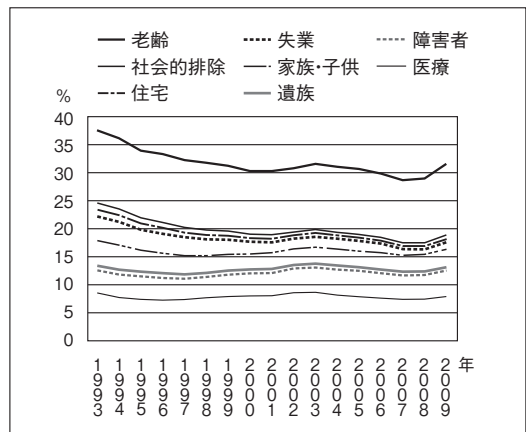


出所：スウェーデン中央統計局：所得分配統計 2010年

図3を見ても分かるように（老齢年金を除く）現金給付の受給者は年によって若干の波があるが大体100万人である。現金給付受給者の中でもっとも多いのは障害者年金受給者で30～45万人、傷病手当受給者は15～25万人、失業手当受給者は10～35万人である。実際には傷病手当の支給条件が厳しくなると障害者年金の受給者が増えるという傾向があるので両者を加えた人数はほぼ一定である。現金給付受給者の人数の変動は失業手当の受給者の増減の影響をもっとも多く受けている。失業手当の受給者数はスウェーデン経済の動向を敏感に反映する。

図4を見ても分かるように、（老齢年金を除く）現金給付受給者の割合は生産年齢労働人口550万人の15～20%である。2011年現在、人口は940万人であるが、彼らがこの現金給付受給者と185万人の老齢年金受給者とを支えていることになる。これくらい社会保障給付受給者の割合が大きくなると、もはや社会保障給付の削減は難しくなる。したがって保守中道政権ができた時に日本のマスコミは社会保障給付の削減を予想したが、そのようなことは政治上できない。他方では実際に働く人の負担が重くなり、働かないで社会保障給付に頼る人たちへの不満も募ってきている。したがってスウェーデンではどの政党であっても、これらのバランスをとりながら政策を進めざるを得ないのが現状であ

図5 社会保障給付費の対GDP比



出所：スウェーデン中央統計局：統計年鑑 2011年

表2 2008年の社会保障給付

(百万 Kr)

		総給付額(A)	所得税額	純給付額(B)	B/A (%)
1. 医療	現金給付	40,666	10,978	29,688	73%
	現物給付	200,103	0	200,103	
2. 障害	現金給付	74,791	19,518	55,273	74%
	現物給付	64,717	0	64,717	
3. 老齢	現金給付	290,890	82,335	208,555	72%
	現物給付	77,644	0	77,644	
4. 遺族	現金給付	17,968	4,802	13,166	73%
	現物給付	0	0	0	
5. 家族	現金給付	47,850	6,224	41,626	87%
	現物給付	47,893	0	47,893	
6. 失業	現金給付	21,771	3,967	17,804	82%
	現物給付	5,681	0	5,681	
7. 住宅	現金給付	0	0	0	
	現物給付	14,695	0	14,695	
8. 社会的排除	現金給付	10,245	0	10,245	100%
	現物給付	9,345	0	9,345	
合 計	現金給付	504,181	127,824	376,357	75%
	現物給付	420,078	0	420,078	
給付合計		924,259	127,824	796,435	86%
給付(対GDP比)		28.8	4	24.8	86%

出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版

る。

図5には、現金給付と現物給付を合計した社会保障給付費用の分野別金額がGDPのどれくらいに達しているかを示したものである。それを見ても分かるように、もっとも大きな割合を占めるのは高齢者を対象とした老齢年金と介護支援費用である。次に大きいのは障害者を対象にした支援費用であり、医療費がそれに続く。スウェーデンの介護と医療はそれぞれコミューン、ランスタングと呼ばれる地方自治体によって運営され、その費用はそれらの地方自治体が徴収する所得税によってまかなわれている。健康保険はあることはあるのであるが、その収入は傷病手当と親保険金の支払いに使われており、医療費にはほとんど使われていない。

表2は2008年の社会保障給付に要した金額を分野別に、そして現金給付と現物給付別に示したものである。

表2を見ても分かるように、社会保障給付のうち現金給付については老齢年金が、現物給付については医療がそれぞれ半分近くを占めている。現金給付のうち傷病手当、老齢年金、障害

表3 課税給付金と非課税給付金

(十億 Kr)

課税給付金	462.5
年金	335.2
傷病手当等	78.2
親保険金	25.6
失業手当等	20.7
その他	2.8
非課税給付金	79.3
児童手当	23.7
奨学金	21.7
うち要返済額	10
住宅手当	15.8
公的扶助	9.8
その他	8.3
その他移転支出	26.2
合計	554.9
所得税総額	528.6

出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版

者年金等については課税されるので、税引き後の手取り割合は支給額の75%を割っている。他方では児童手当など家庭・児童等を対象にして支給される現金給付には課税されないものが多いので手取り額は85%を超えている。全体としてみると、現金給付の手取り額は支給額の75%

となっている。

4. 課税給付金と非課税給付金

今度は各家庭が受け取った課税給付金と非課税給付金の合計金額を2008年について見てみると次のようになる。

表3を見ても分かるように、現金給付の中で課税給付金の占める割合が非課税給付金と比べて圧倒的に大きい。この課税給付金の多さがスウェーデンの高福祉高負担を支える核心であると言ってよいであろう。所得税収入の額が現金給付の額にほぼ近いということも、「所得税－社会保障給付」を軸とした所得再分配システムをバランスよく機能させているということを示している。

5. 社会保障を支える財源

以上のような社会保障を支えるための財源として、社会保険料、税収、基金収益等がある。社会保険料には企業（雇い主）が負担する「雇い主負担金」、個人事業主が自己負担する「個人事業主自己負担金」、各個人が自分の年金保険料を負担する「一般年金負担金」がある。

企業が負担する「雇い主負担金」には老齢年金

負担金（2010年には賃金の10.21%、以下同じ）、遺族年金負担金（1.7%）、健康保険負担金（健康保険負担金の料率は待機日の長さによって異なり、1日の待機日の場合には6.78%、3日の待機日の場合には6.74%、30日の待機日の場合には5.95%）、親保険負担金（2.2%）、労働者災害保険負担金（0.68%）、一般賃金負担金（6.03%）等があり、全体で賃金の31.42%になっている。以上のほかに企業は労働組合との協約によって労働市場に関する保険料を支払っている。個人事業主にも企業と同じような名目の負担金が課せられており、2010年には合計29.71%になっている。「一般年金負担金」は一定額以上の勤労所得のある人すべてに課せられる負担金で、料率は7%である。

スウェーデンの公共部門、すなわち国および地方政府そして社会保険部門が徴収する2009年の税および社会保険料のGDPに占める割合は表4のようにになっている（スウェーデンではこれらの税および社会保険料そして国営放送受信料までも国税庁が一括して徴収し、それを各機関に分配している）。表4では労働への課税と資本への課税、そして家計に対する課税と企業に対する課税とに分類して示されているが、分類はあくまで便宜であって負担者を意味するものではない。

表4 スウェーデンの税収の内訳（2009年）（対GDP比）

労働への課税		(%)	資本への課税		(%)
家計に対して	国の所得税	1.4	家計に対して	国の所得税	0.8
	地方所得税	16.5		不動産税	0.4
	社会保険料の自己負担	2.8		財産税等	0.1
	減税	▲5.3		小計	1.3
	小計	15.4			
企業に対して	雇い主負担金	11.2	企業に対して	法人税	2.7
	個人事業主負担金	0.3		不動産税	0.4
	特別の賃金税	1		年金基金収益税	0.4
	付加価値税	9.7		小計	3.6
	物品税	3.9			
	小計	26.2			
合計		41.6	合計		4.9

出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版

表4を見ても分かるように、税および社会保険料収入のGDPに占める割合、つまり租税負担率は2009年には46.5%であった。この値は2000年頃には50%前後であったから、少しずつ下がってきているといえる。消費課税（付加価値税と物品税）の占める割合は13%とずっと不変であり、資本に対する課税は（景気に敏感に反応して変動するが）そもそも小さな割合しか占めていないので、租税負担率の低下はほとんど労働に対する課税の軽減に起因するということがいえる。

税と社会保険料収入の中で大きな割合を占めているのが、所得税収入と雇い主負担金等の社会保険料、そして消費課税収入の3つである。所得税は従来、国税と地方税それぞれが課せられていたが、1991年の世紀の税制改正によって一般の国民には国の所得税が課せられなくなった。地方所得税は比例税で、医療サービスの提供を専門に行うランスタングと（介護を含む）地方行政をつかさどるコミューンがそれぞれ独自に税率を決めている。2010年のランスタングの全国平均の税率は10.87%、コミューンの平均税率は20.74%、したがって地方自治体全体の平均税率は31.56%である。スウェーデンでは基礎控除に加えて通勤費控除と個人年金積立控除があるだけで他に所得控除がないので、また現金給付の多くが課税対象となるので、手にした所得のほとんどが課税所得となって30%強の税が課せられてしまう。高額所得者にはそれに加えて国の所得税が課せられる。

企業に対しては日本と比べて低い法人税が課せられているが、雇い主負担金の負担が重いので全体として企業の負担が軽いとはいえない。最近では雇い主負担金が重くて国際競争に負けるという企業の要求を入れて、雇い主負担金を各個人（労働者）の負担に切り替えつつある（一般年金負担金）。

スウェーデンの消費課税の中心をなす付加価値税の標準税率は25%で、レストランでの食事を除く食料品とホテル代には12%、新聞、書籍、映画、オペラ、スポーツ、動物園、乗客輸送等

には6%の軽減税率が課せられている。付加価値税はすべて内税となっているため、一般顧客は物価が少し高いと感ずるだけで付加価値税の負担が重いと感じることはそれほど多くない。それよりも高いと感じるのは物品税で、中でも、たばこ、酒類、ガソリン等エネルギーへの課税の高さは毎年税率が引き上げられることもあって国民には周知の事実である。

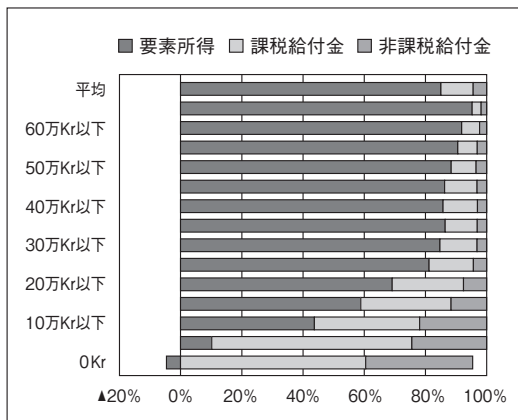
6. 最近の税制改革

2006年に社会民主党政権に代わって登場した保守中道政権は、選挙公約にしたがって2007年から「勤労所得控除」を導入した。これは実際に働いて得た所得と社会保障給付による所得とを明確に区別して、実際に働いて得た所得を優遇することによって、社会保障給付に頼って働かない労働者を労働市場に呼び戻し、労働供給を増やそうとする政策である。名前は「勤労所得控除」となっているが、実際には所得控除ではなく（税額から直接その額だけ減税される）税額控除である。減税額は勤労所得が増えるに従って少しずつ増えてゆくが、一定額を超えると定額（2010年には年間2万1,000Kr）になる。勤労所得の中に占める減税額の割合は低所得者ほど高く、所得が増えるに従って逡減していく構造になっている。さらに、65歳以上の労働者については勤労意欲を高めるために、勤労所得控除額の割り増しが用意され、2010年には最高2万5,000Krとなっている。この勤労所得控除は2010年をもって打ち切られたが、この控除の導入によって労働供給量が2%増え、傷病手当の受給者が9%減ったと報告されている。最新の統計では、この勤労所得控除が打ち切られた結果、2011年第1四半期には傷病手当の受給者が0.1%増えたと報告されている。

7. スウェーデンの所得再分配効果——日本との比較

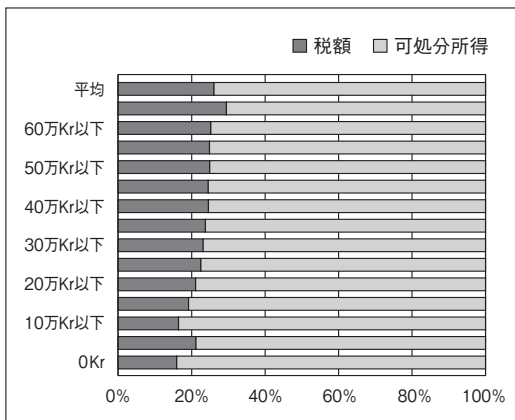
以上の税制－社会保障を通じた所得再分配の

図6 総所得の内訳 (2008年)



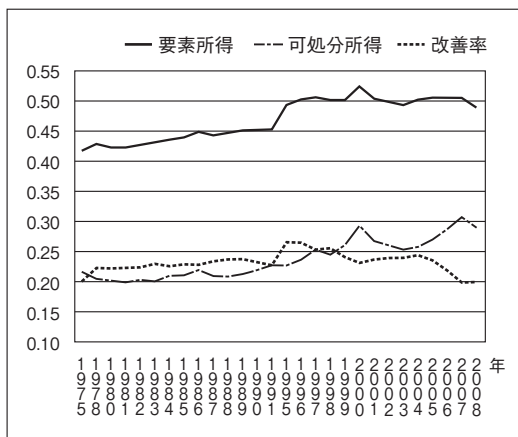
出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版

図7 税負担と可処分所得 (2008年)



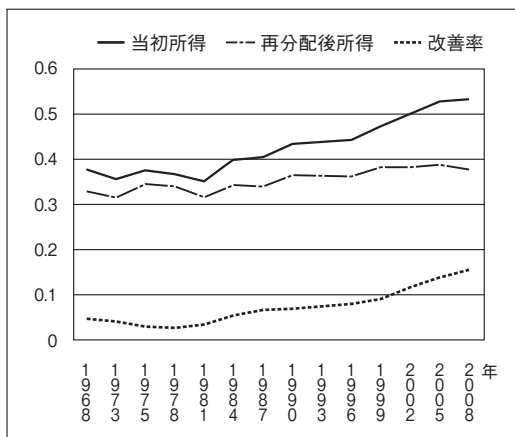
出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版

図8 スウェーデンのジニ係数



出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版

図9 日本のジニ係数



出所：厚生労働省：平成20年所得再分配調査報告書

結果、各所得階層の所得がどのように変わったかを見てみよう。図6は所得階層別に、総所得の内訳を示したものである。要素所得とは労働・資本・土地等の生産要素を提供することによって受け取る所得で、賃金・利子・地代収入等がそれに当てはまる。要素所得のない家計の要素所得の平均値はマイナスで、これは借金があることを示している。棒グラフの一番上は平均的な家計の総所得の内訳を示したものである。

図6を見ても分かるように、平均的な家計の総所得に占める現金給付の割合は17%である。また、要素所得の少ない家計の収入の大部分は現金給付で占められているが、現金給付の多くが課税給付金で占められていることに注目する

必要がある。

図7は所得階層別に、税負担の割合を示したものである。

図7を見ても分かるように、平均的な家計の租税負担率は27%で、要素所得がなくすべてが社会保障給付だけの家庭でも租税負担率は17%である。

最後にジニ係数によって、最初の要素所得が税制と社会保障の所得再分配政策によってどれくらい平等化が進んだかを見てみよう。ジニ係数は所得分配の不平等度を示す係数で0に近いほど平等度が高い。図8と図9にはそれぞれスウェーデンと日本のジニ係数の動きが示されている。

表5 ジニ係数の変化(2008年)

スウェーデン	要素所得	現金給付後	課税後	現物給付後
	0.56	0.376	0.317	0.296
	改善率	0.184	0.059	0.021
日本	要素所得	社会保険後	課税後	現物給付後
	0.5318	0.4023	0.3873	0.3758
	改善率	0.1295	0.015	0.0115

出所：スウェーデン国税庁：租税統計年鑑2010年版
厚生労働省：平成20年所得再分配調査報告書

それらを見ても分かるように、再分配前の要素所得(日本の場合は当初所得)の段階では、スウェーデンでも日本でも不平等度が高まりつつある。ところが、税と現金給付の役割によってスウェーデンでは所得再分配が強力に推し進められ、可処分所得(日本の場合は再分配後所得)の段階でみると日本よりもはるかに平等化が進んでいる。もっとも最近ではスウェーデンの再分配化のペースが落ちてきているのに対して、日本では改善されてきているので格差は小さくなってきている。

この所得再分配がどれくらい税と社会保障給付によって行われたかを同じ2008年のスウェーデンと日本のジニ係数の動きによって見てみると、表5のようになる。

表5を見る限り、両国ともジニ係数の改善は社会保険ないし社会保障を通じて行っており、税の果たす役割はそれほど大きくない。スウェーデンで言われている「税は社会保障の財源としての役割がもっとも大切であって、所得再分配は社会保障が行う」ということが日本でもあてはまっている。

参考文献

- ・藤井 威『スウェーデン・スペシャル』Ⅰ～Ⅲ
新評論 2002年～2003年
- ・星野 泉『スウェーデン 高い税金と豊かな生活』イマジン出版 2008年

ドイツにおける公的医療保険の財政運営 —2010年医療改革を中心として—

社会保険診療報酬支払基金 経営企画部長
(元在ドイツ日本国大使館一等書記官(厚生担当))

田中 謙一
Tanaka Kenichi

日独における公的医療保険の財政運営を比較すると、医療費の財源の構成、保険者相互間の財政調整の範囲並びに診療報酬の性格及び構造が異なる。

ドイツでは、近時、保険料率の固定、付加保険料の見直し、社会調整の導入等を内容とする公的医療保険の財政運営の改革が実施された。

その内容は、被保険者の保険料負担との関係での事業主の保険料負担の在り方や、保険料負担との関係での公費負担の在り方として、妥当でない。診療報酬の在り方については、今後の動向が注目される。

本稿では、ドイツにおける公的医療保険の財政運営について、わが国と比較した特徴を整理した上で、近時の動向を紹介し、評価を試みたい¹⁾。

なお、本稿中の評価は、筆者の個人的な見解である。

1. 公的医療保険の財政運営の特徴

ドイツにおける公的医療保険の財政運営について、わが国と比較した特徴を整理すると、次のとおりである。

(1) 医療費の財源の構成

医療費の財源は、保険料負担、患者負担及び公費負担によって構成される。

一方で、保険料負担と患者負担との関係を比較すると、わが国は、患者負担に重点を置いているのに対し、ドイツは、保険料負担に重点を置いている。

他方で、保険料負担と公費負担との関係を比

較すると、わが国は、公費負担に重点を置いているのに対し、ドイツは、保険料負担に重点を置いている。

すなわち、保険料負担については、2011年度には、わが国では、協会管掌健康保険の平均保険料率が9.5%にとどまっているのに対し、ドイツでは、公的医療保険の一般保険料率が15.5%に達している。

これに対し、患者負担については、2011年度には、わが国では、一部負担が原則として医療費の30%に達しているのに対し、ドイツでは、

- ① 保険医に係る一部負担が原則として1四半期当たり10ユーロ
- ② 病院に係る一部負担が原則として1日当たり10ユーロ
- ③ 薬局に係る一部負担が原則として薬価の10%

にとどまっている²⁾。

また、公費負担については、2010年度には、わが国では、協会管掌健康保険に対する定率の国庫補助が給付費等の16.4%に達しているのに

対し、ドイツでは、公的医療保険に対する定額の連邦補助（155.4億ユーロ）が給付費（1,651.0億ユーロ）の9.4%にとどまっている。

なお、「OECD HEALTH DATA 2010」によると、わが国では、2007年には、総保健医療支出の対国内総生産比が8.1%、1人当たりの保健医療支出が2,729米ドルにとどまっているのに対し、ドイツでは、2008年には、総医療費の国内総生産比が10.5%、1人当たりの医療費が3,737米ドルに達している。

（2）保険者相互間の財政調整の範囲

わが国では、高齢者については、保険者相互間の財政調整が支援金又は納付金の徴収及び交付金の交付という方法で実施されているものの、若年者については、協会管掌健康保険に対する国庫補助が組合管掌健康保険との間での財政力の格差を調整するために実施されている。

これに対し、ドイツでは、高齢者か若年者かを問わず、疾病金庫相互間における被保険者の所得、年齢、性別、有病率等に応じた財政調整（「リスク構造調整」）が実施されている。連邦補助は、リスクの分散という保険の原理に基づいて説明することが困難である給付（「保険になじまない給付」）³⁾に係る疾病金庫の経費を包括的に支弁するためのものであって、疾病金庫相互間における財政力の格差を調整するためのものではない。

（3）診療報酬の性格及び構造

診療報酬の性格を比較すると、わが国では、診療報酬が支払側、診療側等の意見を聴いた上での政府の公定に委ねられているのに対し、ドイツでは、診療報酬が支払側と診療側との交渉及び契約に基づく当事者の自治に委ねられている。

また、診療報酬の構造を比較すると、わが国では、点数のみならず1点単価も全国統一的に設定されているのに対し、ドイツでは、点数が連邦統一的に設定されているものの、1点単価が州単位で設定されている。

2. 公的医療保険の財政運営をめぐる近時の動向

ドイツにおける公的医療保険の財政運営をめぐる近時の動向は、次のとおりである。

（1）大連立政権

2005年9月の連邦議会選挙を経て、同年11月、「キリスト教民主同盟／キリスト教社会同盟（CDU／CSU）」と「社会民主党（SPD）」との大連立政権が発足した。

その後、2007年3月26日付けの「公的医療保険における競争の強化に関する法律（Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung）」（「公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）」）は、2006年10月にCDU／CSU及びSPDの共同提出、2007年2月に連邦議会の可決及び連邦参議院の承認を経て成立し、同年4月に施行された。

これは、「社会法典（SGB = Sozialgesetzbuch）」第5編等を改正し、公的医療保険の財政運営について、

- ① 保険料及び連邦補助の受入れ並びに被保険者人頭割の交付金（「基本包括交付金」）及び被保険者のリスクに応じた交付金（「年齢・性別・リスク加算・減算交付金」）の交付を経理する基金（「医療基金」）の創設
- ② 疾病金庫の定款で規定される疾病金庫単位の保険料率の廃止並びに連邦政府の命令で規定される連邦統一的な保険料率及び疾病金庫が被保険者より徴収する定率又は定額の付加保険料の導入
- ③ 連邦補助の段階的な拡大
- ④ 保険医の給付の償還における1点単価の変動制から固定制への移行

等を盛り込んだ。

（2）右派連立政権

2009年9月の連邦議会選挙を経て、同年10月、CDU／CSUと「自由民主党（FDP）」との右派連立政権が発足した⁴⁾。

その後、2010年12月22日付けの「公的医療保険の持続的かつ社会的に調和した財政運営に関する法律（Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung）」（「公的医療保険財政運営法（GKV-FinG）」）は、2010年9月にCDU／CSU及びFDPの共同提出、同年11月に連邦議会の可決、同年12月に両院協議会の招集を提案しない旨の連邦参議院の決定を経て成立し、2011年1月に施行された。

これは、社会法典第5編、「完全・部分入院の病院給付のための報酬に関する法律（Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen）」（「病院報酬法（KHEntgG）」）等を改正し、

- ① 財政運営基盤の強化
- ② 公正な社会調整（後述）の実現
- ③ 支出の抑制
- ④ 競争の促進のための条件の整備

のための方策を盛り込んだ。

そのうち、公的医療保険の財政運営に係る部分について、主要な内容を整理すると、次のとおりである⁵⁾。

なお、公的医療保険財政運営法を通じた公的医療保険の支出の減少は、2010年12月22日付けの「公的医療保険における医薬品市場の新秩序に関する法律（Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung）」（「医薬品市場新秩序法（AMNOG）」）等と相俟って、2011年度で35億ユーロ程度、2012年度で40億ユーロ程度と見込まれた。

1) 保険料率の引上げ（社会法典第5編第241条及び第243条）

保険料率は、0.6%分引き上げられ、

- ① 疾病手当（社会法典第5編第44条第1項）⁶⁾の受給権を有する被保険者に係る一般保険料率は、15.5%
- ② 傷病手当の受給権を有しない被保険者（社会法典第5編第44条第2項）に係

る軽減保険料率は、14.9%

となる。

これは、保険加入義務の対象となる被用者に係る保険料率のうち、被保険者単独で負担される0.9%分を控除した、被保険者と事業主との折半で負担される分（社会法典第5編第249条第1項）について、2009年1月に連邦政府の閣議決定となった第2次景気対策の一環として、2009年3月2日付けの「ドイツにおける雇用及び安定の保障に関する法律（Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland）」（「安定確保法（StabSiG）」）の規定に基づき、2009年7月より、0.6%分引き下げていたが、それを旧に復する趣旨である。

2) 保険料率の固定（社会法典第5編第220条第1項及び第2項並びに第241条及び第243条）

保険料率は、従前、命令で規定されていたが、今後、法律で規定される⁷⁾。また、医療基金の収入の見込みが医療基金の支出の見込みの少なくとも95%を充足しない場合には、保険料率が引き上げられなければならない旨の規定（「95%条項」）等は、廃止される。

これは、医療費の増加が賃金付帯費用の増加に直結しないよう、あるいは、景気の動向が財政運営基盤に影響しないよう、保険料率を固定し、収入の増加を上回る支出の増加について、所得に比例しない定額の付加保険料で財源を調達する趣旨である。

3) 付加保険料の見直し

イ 付加保険料の徴収の方式（社会法典第5編第242条第1項）

医療基金の交付金で財政需要を充足しない疾病金庫が定款で規定して被保険者より徴収する付加保険料は、従前、定率でも、可能であったが、今後、定額に限り、可能となる。

ロ 付加保険料の徴収の上限（社会法典第5編第242条第1項）

付加保険料の徴収の上限は、従前、

① 定率では、保険料義務の対象となる被保険者の収入（社会法典第5編第226～240条）の1%

② 定額では、月額8ユーロと設定されていたが、今後、廃止される。

ハ 付加保険料の徴収の免除（社会法典第5編第242条第5項）

作業所（社会法典第9編第136条）等で勤務する障害者など、一定の人的範囲については、付加保険料の徴収が免除される。

ニ 付加保険料に係る延滞加算（社会法典第5編第242条第6項）

被保険者は、付加保険料の納付を6ヶ月にわたって延滞しているときは、疾病金庫に対し、満期が到来した直近3件の付加保険料の総額を上限とし、かつ、少なくとも20ユーロに達する水準の延滞加算を支払わなければならない⁸⁾。この場合においては、被保険者による付加保険料の納付及び延滞加算の支払いが完了するまでの間、社会調整が実施されない⁹⁾。

ホ 失業手当Ⅱ又は社会手当を受給する被保険者に係る付加保険料（社会法典第5編第242条第4項及び第251条第6項）

失業手当Ⅱ又は社会手当（社会法典第2編第19条第1項）¹⁰⁾を受給する被保険者については、付加保険料が平均の付加保険料（後述）を上限として徴収される。この場合においては、付加保険料が医療基金の流動性積立金（後述）の資金で調達される。

ただし、付加保険料が平均の付加保険料を上回る場合には、疾病金庫は、生計保障給付を受ける被保険者による差額の支払いを定款で規定することができる。この場合においては、付加保険料と平均の付加保険

料との差額が生計保障給付を受ける被保険者によって負担されなければならない。

なお、生計扶助又は老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障（社会法典第12編第19条第1項及び第2項）¹¹⁾を受給する被保険者については、現行のとおり、社会扶助運営機関が付加保険料を引き受ける（社会法典第12編第32条第4項及び第42条）。

ヘ 平均の付加保険料（社会法典第5編第242a条）

平均の付加保険料は、疾病金庫の年間支出の見込みと医療基金の年間収入の見込みとの差額を疾病金庫の被保険者数の見込みで除して得られる年額を12で除して得られる月額である。

そして、連邦保健省は、連邦財務省と協議して翌年度に係る平均の付加保険料の金額を決定し、かつ、各暦年の11月1日までに連邦官報で公示する。

なお、2011年度には、公的医療保険全体としては、医療基金の交付金が疾病金庫の支出に見合うものと見込まれるため、平均の付加保険料は、0ユーロである（2010年12月31日付けの「2011年度に係る社会法典第5編第242a条第2項の規定に基づく平均の付加保険料の公示（Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a Absatz 2 SGB 5 für das Jahr 2011）」）。

4) 社会調整の導入

イ 社会調整の要件（社会法典第5編第242b条第1項）

平均の付加保険料が保険料義務の対象となる被保険者の収入の2%（「社会的調整のための負担限度」）を上回る場合には、被保険者は、社会調整を請求する権利を有する。

なお、2011年度には、平均の付加保険料が0ユーロであるため、社会調整が実施さ

れない。

ロ 社会調整の方法（社会法典第5編第242b条第2項）

社会調整は、所得に比例する定率の保険料の被保険者負担分を軽減することにより、実施される。

すなわち、定率の保険料の被保険者負担分の軽減については、負担限度を保険料義務の対象となる被保険者の収入で乗じたものを平均の付加保険料より減じることにより、保険料徴収機関が算定する¹²⁾。この場合においては、過重負担分は、定率の保険料の被保険者負担分より、控除される。

もともと、定率の保険料の被保険者負担分の軽減を通じて完全に社会調整を実施することが不可能である場合には、還付が実施される。この場合においては、保険料徴収機関は、被保険者に対し、適切な書面の形態で申請の権利を教示し、かつ、管掌の疾病金庫に対し、情報を提供する義務を負う。

ハ 同時に2以上の保険料義務の対象となる収入を有する被保険者の取扱い（社会法典第5編第242b条第3項）

被保険者が同時に2以上の保険料義務の対象となる収入を有する場合には、疾病金庫は、収入の総額に照らし、社会調整を請求する権利の存否を審査し、かつ、保険料徴収機関に通知する。この場合において、社会調整を請求する権利が存在するときは、疾病金庫は、最も高い額の収入を取り扱う保険料徴収機関に対し、定率の保険料の被保険者負担分を軽減して徴収するよう、通知する。

ただし、保険料義務の対象となる収入が260ユーロを上回る水準の公的年金保険の年金を含む場合には、定額の保険料の被保険者負担分を減額して徴収する機関は、公的年金保険の運営機関である。この場合に

においては、疾病金庫は、その他の保険料徴収機関に対し、社会調整を取り扱う枠組みで、定率の保険料の被保険者負担分と負担限度を保険料義務の対象となる被保険者の収入で乗じたものとの合計額を徴収するよう、通知しなければならない。

そして、疾病金庫は、同時に2以上の保険料義務の対象となる収入を有する被保険者について、年間にわたって実施される社会調整を検査し、かつ、被保険者に対し、過多に支払われた保険料を還付し、又は被保険者より、過少に支払われた保険料を追徴する¹³⁾。

ニ 自ら保険料を支払う被保険者の取扱い（社会法典第5編第242b条第4項）

自ら保険料を支払う被保険者については、管掌の疾病金庫が社会調整を実施する。

ホ 非常勤の被用者の取扱い（社会法典第5編第242b条第5項）

疾病金庫は、非常勤の被用者について、被保険者の申請に基づき、3ヶ月が経過してから12ヶ月が経過するまでの間、社会調整を請求する権利を審査し、かつ、被保険者に対し、過多に支払われた保険料を還付する。この場合においては、疾病金庫は、非常勤で雇用される被保険者に対し、定期的に適切な文書の形態で申請の権利を教示する義務を負う。

ヘ 社会調整の適用除外（社会法典第5編第242b条第6項）

次のいずれかに該当する被保険者は、社会調整を請求する権利を有しない。

- ① 付加保険料の徴収が免除される場合
- ② 付加保険料が完全に第三者によって負担され、又は支払われる場合
- ③ 生計扶助又は老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障を受給する場合

5) 医療基金の流動性積立金の見直し(社会法典第5編第271条第2項)

医療基金の流動性積立金では、年度を越えない収入の変動、基本包括交付金及び年齢・性別・リスク加算・減算交付金の設定に際して勘案されない収入不足等のほか、

- ① 社会調整の実施のための経費
- ② 失業手当Ⅱ又は社会手当を受給する被保険者に係る付加保険料のための支払いも、充足されなければならない。

6) 社会調整のための連邦の支弁の導入(社会法典第5編第221b条)

連邦は、社会調整のため、2015年度より、毎月第1銀行営業日に振り込まれる分割払いで、流動性積立金に繰り入れられるよう、医療基金に支弁する。その額は、2014年度に法律で規定される。これは、失業手当Ⅱ又は社会手当を受給する被保険者のために徴収される付加保険料等に係る支払いの全額を含む。

7) 疾病金庫の事務費の抑制(社会法典第5編第4条第4項)

各疾病金庫の事務費¹⁴⁾は、2011年度及び2012年度には、対2010年度比で引き上げられてはならない¹⁵⁾。ただし、法律で新規に割り当てられた業務を通じた人的な超過需要が不可避である場合において、経済的余裕の活用を通じて超過需要を充足することが不可能である旨を疾病金庫が証明するときは、監督官庁は、それを許可することができる。

8) 家庭医中心診療の見直し(社会法典第5編第73b条第5a項及び第9項)

そもそも、疾病金庫は、被保険者に対し、家庭医中心診療を提供しなければならない(社会法典第5編第73b条第1項)。家庭医中心診療に対する参加は、任意であるが、家庭医中心診療に参加する被保険者は、疾病

金庫に対し、自ら選択した家庭医及びその紹介した外来の専門医の治療(眼科医及び婦人科医の給付を除く。)しか利用しない義務を負う(社会法典第5編第73b条第3項)¹⁶⁾。疾病金庫は、単独で、又はその他の疾病金庫と共同で、州保険医協会の区域の一般医であって、家庭医の診療に参加するもののうち、少なくとも2分の1を代表する団体との間で、家庭医中心診療を広域的に保障するための契約を締結しなければならない(社会法典第5編第73b条第4項)。

この点、2010年9月22日以降に締結される契約では、償還が合意されるに当たり、保険料率安定の原則が留意されなければならない。計算に基づく平均の症例値¹⁷⁾が州保険医協会が家庭医診療に参画するすべての医師に係る平均の症例値(家庭医中心診療に関する契約の対象とならない給付のための償還に係る部分を除く。)を上回らない等の場合には、保険料率安定の原則が満たされる¹⁸⁾。

そして、2010年9月22日以降に締結される契約は、疾病金庫を管掌する監督官庁に提出されなければならない。監督官庁は、契約について、2月以内に異議を申し立てることができる。

なお、疾病金庫側及び給付提供機関側の契約当事者は、経済的余裕を活用したにもかかわらず、必要な医療の供給を確保することが不可能である場合を除き、保険料が引き上げられないよう、償還に関する合意を形成しなければならない(「保険料率安定の原則」)(社会法典第5編第71条第1項)。保険料率安定の原則に適合するためには、合意の内容となる償還の変更は、前年度下半期及び当年度上半期の全期間に係る対前年同期比での疾病金庫の全被保険者に係る保険料義務の対象となる収入に関する被保険者1人当たりの平均の変更率(「全国のための変更率」)を適用して算定される償還の変更を上回ってはならない(社会法典第5編

第71条第2項)。全国のための変更率については、連邦保健省が各年度の9月15日までに翌暦年に係る償還に関する合意のために設定する(社会法典第5編第71条第3項)。

9) 保険医の給付の償還の見直し

イ 指標値の見直し(社会法典第5編第87d条第1項)

そもそも、連邦保険医協会は、連邦疾病金庫中央連合会との間で、評価委員会(社会法典第5編第87条第3項)¹⁹⁾を通じ、連邦概括契約の構成要素として保険医の給付のための統一評価基準を合意する(社会法典第5編第87条第1項)。統一評価基準では、毎年度、8月31日までに、連邦統一的な1点単価が保険医の給付の償還のためのユーロ建ての指標値として設定されなければならない(社会法典第5編第87条第2e項)。

この点、2011年度及び2012年度に関しては、指標値の改定(社会法典第5編第87条第2g項)が実施されない。

また、保険医の給付を管掌する評価委員会は、毎年度、8月31日までに、1点単価に関する地域の合意で指標値を逸脱することが可能となる基礎として、費用及び診療の構造における地域の特性の定量化のための指標を設定する(社会法典第5編第87条第2f項)。

この点、2011年度及び2012年度に関しては、指標の設定が実施されない。

ロ 1点単価の見直し(社会法典第5編第87d条第1項)

そもそも、州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、共同で統一的に、指標値を基礎として、各年度の10月31日までに、保険医の給付の償還のために翌年度に適用されなければならない1点単価を合意する。この場合においては、州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、主として費用及び診療の

構造における地域の特性を勘案するため、指標値に対する加算又は減算を合意することができる(社会法典第5編第87a条第2項)。

この点、2011年度及び2012年度に関しては、1点単価の改定が実施されない。この場合においては、2010年度に関して合意された加算が改定されてはならない。

ハ 地域ユーロ料金規程の見直し(社会法典第5編第87d条第1項)

そもそも、保険医の給付のための1点単価及び統一評価基準に関する合意に基づき、ユーロ建ての地域の料金規程(「地域ユーロ料金規程」)が作成されなければならない。その中では、通常の場合のための価格のほか、診療が不足又は過剰である場合における価格も明らかにされなければならない(社会法典第5編第87a条第2項)。

この点、地域ユーロ料金規程は、2011年度及び2012年度に関しては、専ら通常の場合のための価格を内容とする。

ニ 償還総額の見直し(社会法典第5編第87d条第2項)

そもそも、毎年度、10月31日までに、州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、共同で統一的に、翌年度に関し、州保険医協会の区域に居住する被保険者に係るすべての保険医の診療のために疾病金庫から州保険医協会へ支払われる償還総額を合意する。この場合においては、主として被保険者の人数及び有病構造の変更に応じて改定される治療需要(社会法典第5編第87a条第4項)が統一評価基準を基礎とする総点数として合意され、かつ、ユーロ建ての1点単価で評価される(社会法典第5編第87a条第3項)。

この点、償還総額は、2011年度及び2012年度に関しては、それぞれ所定の期日までに、算定されなければならない。この場合においては、2011年度及び2012年度の治療需要は、当年度に係る被保険者1人当た

りの治療需要を1.25%分加えて翌年度に係る疾病金庫の被保険者数の見込みで乗じることにより、疾病金庫単位で算定されなければならない。加えて、2011年度に係る州保険医協会の区域に居住する被保険者1人当たりの治療需要は、疾病金庫ごとに区分されない地域の改定要素²⁰⁾に相当する分、疾病金庫単位で引き上げられなければならない²¹⁾。これらを通じて改定された2011年度及び2012年度の治療需要は、ユーロ建ての1点単価で評価される。

なお、対2010年度比での2011年度に係る治療需要の改定率は、最低のベルリン州等で1.2500%、最高のブランデンブルク州等で4.7340%である²²⁾。これは、連邦保健省の説明によると、治療需要に関する地域的な差異を調整する趣旨である。

ホ 償還総額の対象とならない保険医の給付の見直し(社会法典第5編第87d条第4項)

そもそも、保険医の給付は、地域ユーロ料金規則を基礎として、州保険医協会によって償還される(社会法典第5編第87b条第1項)。

この点、州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、共同で統一的に、2011年度及び2012年度に関しては、それぞれ一定の期日までに、償還総額の枠外で償還される保険医の給付に係る支出制限のための措置を合意する。この場合においては、翌年度の支出総額は、全国のための変更率より所定の百分率²³⁾を減じたもの²⁴⁾に相当する分、当年度の支出総額を引き上げたものを上回ってはならない。

また、州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、償還総額の枠外で償還される保険医の給付について、地域ユーロ料金規則又は数量制限ルールで価格の段階化を合意することができる。

さらに、連邦保険医協会及び連邦疾病金庫中央連合会は、州保険医協会及び州疾病

金庫連合会の合意について、支出制限の範囲及び手続に関する勧告を合意することができる。

10) 保険歯科医の給付の償還の見直し

イ 1点単価の見直し(社会法典第5編第85条第2d項)

保険歯科医の給付(義歯を除く。)のための2010年12月31日の時点での1点単価については、2011年度及び2012年度には、全国のための変更率より所定の百分率を減じたものに相当する分を上限として、変更が可能である。

ロ 償還総額の見直し(社会法典第5編第85条第3f項)

償還の対象となる保険歯科医の給付(義歯を除く。)のすべてのための支出総額としての償還総額については、2011年度及び2012年度には、全国のための変更率より所定の百分率を減じたものに相当する分を上限として、変更が可能である。

11) 病院報酬の見直し

イ 収益予算の見直し(病院報酬法第4条第2a項)

そもそも、病院運営機関及び社会給付運営機関²⁵⁾によって合意される収益予算(病院報酬法第11条第1項及び病院財政運営法第18条第2項)は、完全・部分入院の給付の提供の見込みについて、症例包括報酬及び付加報酬を内容とする報酬(病院報酬法第4条第1項及び第7条第1項)の種類及び数量をそれぞれ基準となる報酬額で乗じることにより、給付に応じて算定される。この場合においては、症例包括報酬に係る報酬額は、有効評価係数(病院報酬法第7条第2項及び第9条第1項)²⁶⁾及び州基礎症例値(後述)で評価されることにより、算定さ

れる(病院報酬法第4条第2項)。

この点、当歴年の合意と比較して付加的に収益予算で勘案される給付については、2011年度に関しては、30%に相当する水準の償還減算(「超過給付減算」)が適用される。2012年度以降、病院運営機関及び社会給付運営機関は、減算の水準を合意する。

ただし、付加的に合意される報酬については、

- ① 物件費の比率が3分の2を上回る場合
- ② 付加的な収容能力が州の病院計画又は投資プログラムに基づくものである場合

には、超過給付減算が適用されない。その他の場合には、病院運営機関及び社会給付運営機関は、個々の給付について、不当な要求となる過酷を回避するため、減算の適用を除外することができる。

このような超過給付減算は、州基礎症例値で償還される病院の給付のすべてに対する統一的な減算を通じて実施されなければならない²⁷⁾。

また、超過給付減算は、州基礎症例値を算定するに当たり、引下げの方向で勘案されない²⁸⁾。

ロ 州基礎症例値の見直し(病院報酬法第10条第3項及び第4項)

そもそも、州病院協会及び州疾病金庫連合会は、毎年度、翌暦年に関して州レベルで適用される基礎症例値²⁹⁾(「州基礎症例値」)を合意する(病院報酬法第10条第1項)。この場合においては、症例包括報酬で償還されない給付分野における総支出の動向も、勘案されなければならない。

この点、合意に際しての勘案の基準となるのは、2011年度及び2012年度に関しては、変更率より所定の百分率を減じたものである。

また、州病院協会及び州疾病金庫連合

会によって合意される州基礎症例値の変更は、変更率を適用する場合における州基礎症例値の変更を上回ってはならない。

この点、2011年度及び2012年度に係る州基礎症例値の交渉については、基礎症例値の変更に係る上限が変更率より所定の百分率を減じたものに制限される。

3. 評価

ドイツにおける公的医療保険の財政運営に対する評価を試みると、次のとおりである。

(1) 被保険者の保険料負担との関係での事業主の保険料負担の在り方

定率の保険料は、一般保険料率(15.5%)又は軽減保険料率(14.9%)のうち、被保険者単独で負担される特別保険料に係る部分(0.9%)を除き、被保険者と事業主との折半で負担される。これに対し、定額の付加保険料は、被保険者単独で負担される。今般、公的医療保険財政運営法は、定率の保険料を固定し、収入の増加を上回る支出の増加について、定額の付加保険料で財源を調達する仕組みとした。

この点、何故、定率の保険料の事業主負担分を現行の一般保険料率のうちの7.0%又は軽減保険料率のうちの7.0%という水準に固定し、今後における医療費の増大に専ら被保険者によって負担される定額の付加保険料の引上げで対応するのか、その合理的な根拠を見出すことは、困難である。

そもそも、社会保険料の事業主負担の根拠は、事業主が従業員の労働能率の増進を通じて利益を享受すること及び従業員を利用する事業主が雇用契約に付随する配慮義務を負うことにある。換言すると、事業主は、従業員を使用して利益を受ける以上、その生活を保障する責任を全うすべきである。これを踏まえると、本来、被用者に係る社会保険料の負担を労使で折半する仕組みを堅持することが

妥当である。

なお、元連邦保健省幹部の説明によると、保険料率の固定については、被保険者によって負担される定額の付加保険料の上げが現実化すると、政権の枠組みの如何にかかわらず、何らかの見直しが必至であるものと見込まれる。

(2) 保険料負担との関係での公費負担の在り方

定額の付加保険料は、被保険者の所得の多寡にかかわらず、賦課される。今般、公的医療保険財政運営法は、定額の付加保険料が過重な負担となる低所得の被保険者について、定率の保険料の負担を軽減するため、社会調整及びそのための連邦補助を導入した。これは、高所得者が低所得者を支援する所得再分配を保険料負担によらずに公費負担で実施することを意味する。

そもそも、民間保険と比較した社会保険の本質は、いつでも誰にでも生じ得る疾病等のリスクを社会的に公正な態様で分散するため、一定の範囲の者に対して加入を強制し、健者に患者を支援させるなど、加入者に対して相互の助け合いを求めることにある。あわせて、社会保険においては、民間保険と異なり、誰も年をとり得ることを前提として、若年者が高齢者を支援するほか、昨日の貧者が今日の富者となり、あるいは、今日の富者が明日の貧者となり得ることを前提として、高所得者が低所得者を支援する、といった機能を見出すことが可能である。これを踏まえると、今後、定率の保険料と比較した定額の付加保険料の比重が高まり、公費負担での低所得の被保険者に対する支援が拡大されると、保険料負担を通じた所得再分配の機能が弱まり、社会連帯という社会保険の本質が損なわれるため、妥当でない。

また、現行の連邦補助は、保険になじまない給付に係る疾病金庫の経費を包括的に支弁するためのものである。このように、社会保険の財政運営に当たり、原則として保険料負

担で対応するが、保険になじまない給付について、例外的に公費負担で対応する、という考え方は、保険の原理に照らして論理的である。

しかしながら、今般、公的医療保険財政運営法は、現行の連邦補助に加えて、社会調整のための連邦補助を導入した。これは、定額の付加保険料が過重な負担となる低所得の被保険者について、定率の保険料の負担を軽減する点で、所得再分配の機能を有する。このように、機能が異なる連邦補助を併存させることは、連邦補助の位置付けを曖昧にしてしまうため、妥当でない。

(3) 診療報酬の在り方

今般、公的医療保険財政運営法は、2011年度及び2012年度について、保険医及び歯科保険医の給付に係る1点単価及び償還総額並びに病院報酬に係る収益予算及び州基礎症例値の改定に関する通常のルール適用を除外した。これは、抜本的な見直しを検討する時間を確保するための当面の見直しと評価される。

したがって、診療報酬の在り方をめぐる今後の動向が注目される。これについては、筆者としても、更にフォローしたい。

注

- 1) 本稿中の法文は、2011年1月現在のものである。
- 2) ドイツでは、2010年度には、給付費及び一部負担の合計(1701.1億ユーロ)に対する給付費(1,651.0億ユーロ)の比率は、97.1%に達している。
- 3) 具体的には、疾病手当、避妊、不妊及び妊娠中絶、妊娠時及び出産時の給付並びに家事援助である(「連邦を通じた保険になじまない給付のための疾病金庫の支出に係る包括的な支弁の配分に関する規則(Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den

Bund)」「(包括的支弁令(PauschAV))」第2条第1項及び別表)。

4) 2009年10月における「成長・教育・団結(WACHSTUMBILDUNG.ZUSAMMENHALT.)」と題する連立協定は、公的医療保険の財政運営について、

① 財政運営の仕組みを公正かつ透明なものとするため、有病率に着目したリスク構造調整を簡素化すること

② 短期的には、経済危機に起因する収入不足が専ら被保険者の負担とならないよう、経済危機を克服するための全国的な対策を実施するとともに、不要な支出を回避すること

③ 長期的には、財政調整制度について、保険料の自治、地域差の可能性及び被保険者によって負担される定額の保険料を拡大するとともに、医療費が賃金付帯費用と切り離されるよう、事業主負担分の保険料率を固定すること

等を盛り込んだ。

5) 公的医療保険財政運営法では、

① 費用償還に関する規制の緩和(社会法典第5編第13条第2項)

② 公的医療保険から私的医療保険への変更に関する規制の緩和(社会法典第5編第6条第1項、第4項及び第9項)

③ 両親手当の受給又は両親休暇若しくは介護休暇の請求の期間に引き続いて短時間労働の雇用関係を開始する被用者の申請に基づく保険加入義務の免除に関する規定の追加(社会法典第5編第8条第1項)

④ 選択料金表に関する規制の緩和(社会法典第5編第53条第8項)

⑤ 2011年4月までの保険医の給付を管掌する評価委員会による償還の段階的な収斂のための考え方の提出に関する規定の追加(社会法典第5編第87条第9項)

⑥ 2013年12月までの連邦保健省による病院報酬に係る連邦統一的な基礎症例値の収斂のための法律案の提出に関する規定の削除(病院報酬法第10条第13項)

等も盛り込まれた。

6) 疾病手当とは、被保険者が疾病で労働不能となる等の場合における給付をいう。

7) 「公的医療保険における保険料率の設定

に関する命令(Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung)」「(公的医療保険保険料率令(GKV-BSV))」は、廃止される。

8) 詳細については、疾病金庫が定款で規定する。

9) 分割払い契約が締結された場合において、分割払いが契約に従って履行されるときは、被保険者は、社会調整を請求することができる。

10) 失業給付Ⅱとは、就業能力を有する要扶助者の生計の保障のための給付をいう。これに対し、社会手当とは、就業能力を有しない要扶助者であって、就業能力を有する要扶助者と同一の世帯に属するもの(老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の受給権者を除く。)の生計の保障のための給付をいう。

11) 生計扶助とは、要扶助者(老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の受給権者を除く。)の生計の保障のための給付をいう。これに対し、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障とは、要扶助者であって、

① 支給開始年齢(社会法典第12編第41条第2項)に到達したもの

② 18歳に到達し、かつ、永続的就業能力喪失に該当するものの生計の保障のための給付をいう。

12) 例えば、保険料義務の対象となる被保険者の収入が800ユーロである場合には、社会調整のための負担限度は、800ユーロの2%に相当する16ユーロであるため、平均の付加保険料が16ユーロであるときは、社会調整が実施されないのに対し、平均の付加保険料が20ユーロであるときは、20ユーロより16ユーロを減じた4ユーロの社会調整が実施される。

13) 20ユーロを下回る額の延滞は、追徴されない。

14) 第三者に対する事務の委託のための費用も、事務費に該当する。

15) 標準的な事務費の充足のための医療基金から疾病金庫への交付金のための基準となる規定単位の変更等は、勘案されなければならない。

16) 小児科医の利用は、妨げられない。

17) 症例値とは、1症例当たりの償還額をいう。

18) 契約に基づく措置で達成される経費の縮減

及び効率の向上を通じて超過経費の財源を調達することが契約で保全される場合には、所定の値を上回ることが可能である。

- 19) 評価委員会は、連邦保険医協会によって指名された代表及び連邦疾病金庫中央連合会によって指名された代表によって構成される。
- 20) そもそも、治療需要が改定されるに当たっては、主として、
 - ① 被保険者の人数及び有病構造の変更
 - ② 法律若しくは定款の規定に基づく疾病金庫の給付範囲の変更又は検査・治療法の評価に関する連邦共同委員会の勧告に基づく保険医の給付の種類及び範囲の変更
 - ③ 入院部門と外来部門との間での給付の移転に基づく保険医の給付の範囲の変更
 - ④ 保険医の給付の提供に際しての経済的余裕の活用に基づく保険医の給付の範囲の変更
 が勘案されなければならない(社会法典第5編第87a条第4項)。この点、2011年度及び2012年度に関しては、②が適用されるものの、①、③及び④が適用されない。
- 21) 評価委員会は、遅くとも2010年10月13日までに、州保険医協会の区域に居住する被保険者の治療需要の改定に関する手続を決定する。
- 22) 詳細は、「2011年1月1日に施行される2011年度及び2012年度に係る保険医の償還の発展に関する社会法典第5編第87条第4項の規定に基づく拡大評価委員会の2010年10月5・11日における第23回会合での決定(Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach §87 Absatz 4 SGB 5 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011)」及び「2011年1月1日に施行される2011年度及び2012年度に係る保険医の償還の発展に関する拡大評価委員会の決定の変更に関する社会法典第5編第87条第4項の規定に基づく拡大評価委員会の2010年11月24日における第25回会合での決定(Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach §87 Absatz 4 SGB 5 in seiner 25. Sitzung am 24. November 2010 zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur

Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 mit Wirkung zum 1. Januar 2011)」のとおりである。

- 23) 2011年度に関しては0.25%、2012年度に関しては0.5%である。
- 24) 2011年度に関しては、0.9%である。
- 25) 具体的には、疾病金庫等である。
- 26) 有効評価係数とは、連邦疾病金庫中央連合会がドイツ病院協会との間で合意する連邦統一的な症例包括報酬カタログに基づく評価係数(限界在院期間及び転院に関する規定並びにこれらに応じた加算及び減算を含む。)をいう。
- 27) 超過給付減算の実施の詳細については、病院運営機関及び社会給付運営機関が合意する。
- 28) 超過給付減算の対象となる給付は、後続年度の収益予算で州基礎症例値を引き下げない水準で合意されなければならない。
- 29) 基礎症例値とは、1症例当たりの平均の報酬額をいう。

参考文献

- ・連邦保健省報道発表「連邦議会が疾病金庫財政の改革を決定して透明性、安定性及び公正性の向上のための転轍を敷設する(Bundestag beschließt Reform der Krankenkassen-Finzen und stellt die Weichen für mehr Transparenz, Stabilität und Gerechtigkeit)」(2010年11月12日付け第64号)
- ・連邦保健省報道発表「安定的な金庫財政及び医薬品市場の新秩序のための途が開かれる－2件の重要な法律が連邦参議院を通過する(Der Weg ist frei für stabile Kassenfinzen und eine neue Ordnung im Arzneimittelmarkt - zwei wichtige Gesetze passieren Bundesrat)」(2010年12月17日付け第82号)
- ・連邦保健省報道発表「2010年度における疾病金庫の財政動向が公的医療保険財政運営法の必要性を強調する－2011年度に十分な支出の充足のための交付金(Finanzentwicklung der Krankenkassen in 2010 unterstreicht die Notwendigkeit des GKV-Finanzierungsgesetz - 2011 reichen Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben)」(2011年3月7日付け第15号)
- ・連邦保健省発表「公的医療保険の持続的かつ社会的に調和した財政運営に関する法律(公的医

- 療保険財政運営法) (Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz)) (2010年12月29日)
- ・連邦保健省発表「何が変更されなければならないか? (Was soll sich ändern?)」(2010年12月29日)
 - ・連邦保健省発表「公的医療保険財政運営法の基本的な規定 (Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes)」(2010年12月29日)
 - ・連邦保健省発表「すべての者が拠出する (Alle leisten ihren Beitrag)」(2010年12月29日)
 - ・連邦保健省発表「付加保険料 (Der Zusatzbeitrag)」(2010年12月29日)
 - ・連邦保健省発表「社会調整 (Sozialausgleich)」(2010年12月29日)
 - ・連邦保健省発表「医療改革のスケジュール (Der Zeitplan der Gesundheitsreform)」(2010年12月29日)
 - ・藤本健太郎「ドイツにおけるDRGシステムの導入状況」(社会保険研究所「社会保険旬報」2006年4月21日号)
 - ・松田晋哉「ドイツの医療制度と診断群分類」(社会保険研究所「社会保険旬報」2006年7月21日号)
 - ・津田小百合「社会保険料の労使折半に関する比較法的考察—ドイツにおける議論を例に—」(国立社会保障・人口問題研究所「季刊・社会保障研究」2006年冬号)
 - ・国民健康保険中央会「ドイツ医療保険制度調査(第4次)」報告書(2007年1月)
 - ・田中謙一「ドイツの2007年医療改革(1)～(4)」(法研「週刊社会保障」2007年6月28日～7月9日号)
 - ・田中謙一「ドイツの医薬品供給(1)～(7)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2007年9月1日～11月1日号)
 - ・田中謙一「ドイツにおける社会保険に対する連邦補助(上)・(下)」(法研「週刊社会保障」2008年2月18・25日号)
 - ・田中伸至「ドイツにおける医療提供体制の改革」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療情報」2008年3月号)
 - ・松本勝明「ドイツにおける外来診療報酬制度改革」(社会保険研究所「社会保険旬報」2008年

- 7月21日号)
- ・田中謙一「ドイツにおける社会保険料の徴収(1)～(6)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2008年10月1日～11月21日号)
 - ・土田武史「ドイツにおける医療保険財政の改革—統一保険料率・医療基金・罹患率による財政調整の導入をめぐる—」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療情報」2008年12月号)
 - ・松本勝明「ドイツにおける2007年医療制度改革—競争強化の視点から—」(国立社会保障・人口問題研究所「海外社会保障研究」2008年冬号)
 - ・田中謙一「ドイツの2008年介護改革(1)～(7)」(法研「週刊社会保障」2008年12月8日～2009年1月26日号)
 - ・島崎謙治「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」(国立社会保障・人口問題研究所「社会保障財源の制度分析」2009年4月東京大学出版会)
 - ・ネオパラダイム研究会「公的医療保険における保険者間の財政調整の在り方」(社会保険研究所「社会保険旬報」2009年5月11日号)
 - ・田中謙一「ドイツにおける最低年金をめぐる議論(上)・(中)・(下)」(法研「週刊社会保障」2009年6月1・8・15日号)
 - ・田中伸至「ドイツ医療提供体制の法的構造—機能分化・適正配置・機能連携—」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療情報」2009年6月号)
 - ・土田武史「ドイツ医療保険における新たな競争」(法研「週刊社会保障」2009年8月24日号)
 - ・田中謙一「健康保険及び厚生年金保険の適用基準の在り方—ドイツの例を参考として—(上)・(下)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2009年9月11・21日号)
 - ・国民健康保険中央会「ドイツ医療保険制度調査(最終版)」報告書(2009年10月)
 - ・土田武史「医療保険における競争強化と保険者機能の強化」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療情報」2010年3月号)
 - ・田中伸至「ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療情報」2010年9月号)
 - ・船橋光俊「医療費の合理的負担を支える診療報酬体系—2009年実施のドイツのリスク構造調

整と診療報酬制度～(上)・(下)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2010年11月21日・12月1日号)

- ・田中謙一「ドイツにおけるジェネリック医薬品の供給」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療情報」2011年3月号)

1. 基本情報

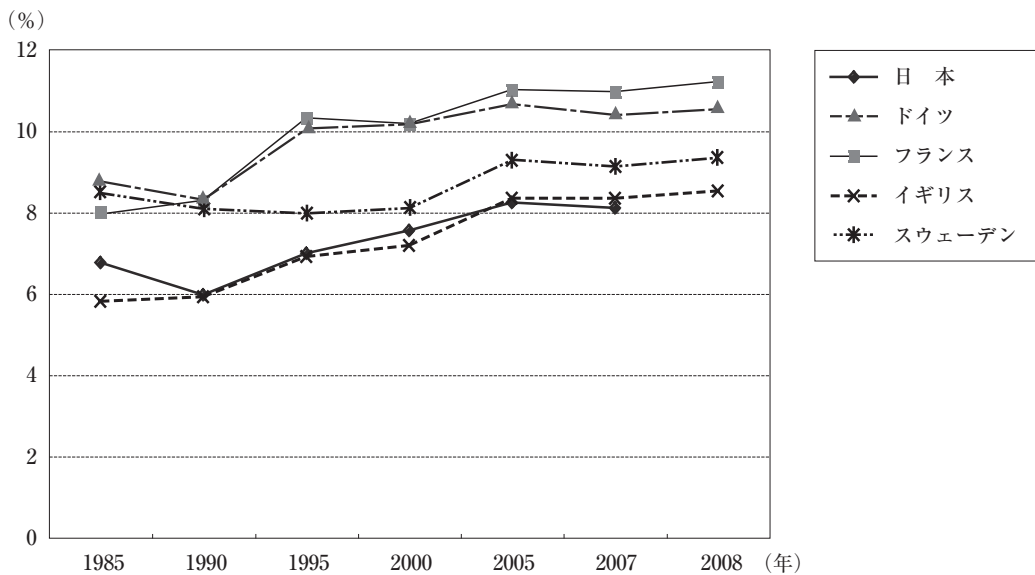
(09年)	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	
総人口(千人)	127,395	82,807	62,149	60,930	9,301	
高齢化率(%)	22.8	20.3	16.6	15.8	17.9	
合計特殊出生率	1.37(08年)	1.38(08年)	2.00(08年)	1.96(08年)	1.91(08年)	
平均寿命(年)	男79.3／女86.1 (08年)	男77.6／女82.7 (08年)	男77.8／女84.5	男77.6／女81.8 (07年)	男79.4／女83.4	
失業率(%)	3.9(07年)	8.6(07年)	8.1(07年)	5.2(07年)	6.2(07年)	
社会保障費対GDP(%)	18.6	26.8	29	21.2	29.4	
医療費対GDP(%)	8.1(07年)	10.5(08年)	11.2(08年)	8.7(08年)	9.4(08年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	39.0	52.4	61.2	48.3	64.8
	租税負担率(A)	21.5	30.4	37.0	37.8	47.7
	社会保障負担率(B)	17.5	21.9	24.2	10.6	17.1

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国05年の数値。

2. 国民負担率については、日本は10年度見通し。諸外国は07年の数値。

出所：OECD Health Data 2010、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Data 2010。

3. 医療提供体制

(08年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン
平均在院日数(急性期)			18.8	7.6	5.2	7.1	4.5(07年)
病床数	医療施設	急性期	1,040,271 (8.1)	464,288 (5.7)	223,696 (3.5)	165,348 (2.7)	2,303(05年) (0.3)
		長期	356,877 (2.8)	— —	98,000 (1.5)	— —	2,303(05年) (0.3)
		精神	349,321 (2.7)	39,072 (0.5)	57,141 (0.9)	38,969 (0.6)	4,461(07年) (0.5)
		その他	9,502 (0.1)	171,060 (2.1)	61,819 (1.0)	1,660 (0)	— —
	介護施設		741,775 (5.8)	799,059(07年) (9.7)	535,056 (8.4)	527,140 (8.7)	— —
医療 関係者数	医師		274,992 (2.2)	292,129 (3.6)	— —	157,658 (2.6)	32,495(06年) (3.6)
	歯科医師		96,690 (0.8)	63,485 (0.8)	— —	31,145 (0.5)	7,541 (0.8)
	薬剤師		186,052 (1.5)	49,904 (0.6)	— —	38,858 (0.6)	6,605(06年) (0.7)
	看護師		1,218,332 (9.5)	877,000 (10.7)	— —	575,989 (9.5)	98,378(06年) (10.8)

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD Health Data 2010.

4. 掲載国通貨円換算表(2011年5月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	スウェーデン (1スウェーデン・クローネ)
117.77	137.64	13.49

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp