

健保連海外医療保障

No.91 2011年9月

■特集Ⅰ：社会保障と税制②

●ドイツ

ドイツにおける社会保障と税制との関係

—社会扶助及び社会保険に対する連邦負担を中心として—

.....田中 謙一

●オランダ

オランダの社会保障と財政 大森 正博

●カナダ

カナダにおける社会保障制度と税制 池上 岳彦

■特集Ⅱ：アメリカ医療保障の動向

●アメリカ

アメリカ医療保険改革

—雇用主提供医療保険の空洞化との関連で— 長谷川 千春

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

●ドイツ／オランダ／カナダ／アメリカ

健保連海外医療保障

No.91 2011年9月

ドイツにおける社会保障と税制との関係 —社会扶助及び社会保険に対する連邦負担を中心として—

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

社会保障財源の内訳を日独間で比較すると、社会保険料負担、とりわけ、事業主負担の構成比率については、ドイツが我が国を相当程度上回る水準にある。ドイツでは、社会扶助の一類型である老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障については、2009年1月より、連邦負担が定額から定率へ見直された。また、社会保険のうち、公的年金保険及び公的医療保険については、近年、連邦負担が段階的に拡充されてきた。ドイツでは、我が国と同様に、今後とも、人口の少子高齢化や就業形態の多様化に伴い、社会保障給付が着実に増加するものと見込まれるため、その財源をどのように調達していくかは、重要な課題である。

1. はじめに

本稿では、ドイツにおける社会保障と税制との関係について、社会保障財源の内訳に言及した上で、社会扶助及び社会保険に対する連邦負担を紹介するとともに、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。

2. 社会保障財源の内訳

社会保障財源の内訳について、ドイツにおけ

図表1 社会保障財源の内訳に関する日独間の比較(2008年度(平成20年度)確定値)

ドイツ(単位:百万ユーロ)						日本(単位:百万円)		
種類	金額	構成割合	源泉	金額	構成比率	項目	金額	構成比率
社会保険料	466,100	63.1%	企業	206,709	28.0%	社会保険料	57,447,622	56.6%
使用者	257,548	34.9%	連邦	172,061	23.3%	事業主拠出	27,326,132	26.9%
被保険者	208,552	28.2%	州	63,013	8.5%	民間事業主	22,770,508	22.4%
被用者	164,885	22.3%	市町村	70,128	9.5%	公的事業主	4,555,625	4.5%
自営業者	9,934	1.3%	社会保険	3,198	0.4%	被保険者拠出	30,121,490	29.7%
受給者	21,353	2.9%	私的組織	11,215	1.5%	被用者拠出	22,508,399	22.1%
その他	12,379	1.7%	私的世帯	212,773	28.8%	自営業者及び年金受給者拠出	7,613,091	7.5%
政府の助成	258,270	35.0%	その他の分野	-151	-0.0%	公費負担	32,701,516	32.2%
その他の収入	14,576	2.0%				国	23,467,002	23.1%
						地方	9,234,514	9.1%
						他の収入	6,881,436	6.8%
						資産収入	760,144	0.7%
						その他	6,121,295	6.0%
						積立金からの受入	4,507,178	4.4%
合計	738,946	100.0%	合計	738,946	100.0%	合計	101,537,754	100.0%

出典:連邦労働社会省「社会予算」2011年度版及び国立社会保障・人口問題研究所「平成20年度社会保障給付費」(平成22年11月)

る社会給付²⁾に関する2008年度確定値を我が国における社会保障給付費に関する2008年度確定値と比較すると、図表1のとおりである。

これによると、公費負担の構成比率については、ドイツが我が国とおおむね同程度の水準にあるのに対し、社会保険料負担、とりわけ、事業主負担の構成比率については、ドイツが我が国を相当程度上回る水準にある。

もっとも、2008年度には、我が国では、社会保障給付費(94兆848億円)の国内総生産(492兆670億円)比が19.1%となっている³⁾のに対し、ドイツでは、社会給付(6,918億ユーロ)の対国内総生産(2兆4,812億ユーロ)比が27.9%となっている。

このように、そもそも、国民経済に占める社会保障の比重が日独間で異なっている点については、留意が必要である。

3. 社会扶助に対する連邦負担

(1) 社会扶助の位置付け

ドイツの社会扶助は、おおむね我が国の生活保障に相当する。

もっとも、要扶助者に対する給付としては、求職者のための基礎保障が社会扶助に優先して支給される(「社会法典(SGB = Sozialgesetzbuch)」第12編第21条)。

具体的には、要扶助者のうち、就業能力を有するものは、求職者のための基礎保障を受給する(社会法典第2編第7条)のに対し、就業能力を欠くものは、社会扶助を受給する(社会法典第12編第19条)。

そして、社会扶助のうち、要扶助者に対して生計需要を保障するための給付は、生計扶助並びに老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の2類型である(社会法典第12編第8条)。

この点、連邦労働社会省の説明によると、就業能力を有しない要扶助者については、就業を通じた物質的な困窮状態の克服が、

- ① 年齢を理由として期待不可能である場合
- ② 健康を理由として永続的に不可能である場

合には、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障が生計扶助に代位して支給される。すなわち、就業能力を有しない要扶助者のうち、就業能力を回復する見込みを欠くものは、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障を受給する(社会法典第12編第41条)のに対し、就業能力を回復する見込みを有するものは、生計扶助を受給する(社会法典第12編第27条)。

(2) 社会扶助の財源調達

社会扶助の運営機関は、

- ① 郡及び郡に属しない市である地域的運営機関
- ② 州によって規定される広域的運営機関(「州社会局(Landessozialamt)」)等である(社会法典第12編第3条)。

そして、社会扶助については、原則として社会扶助の運営機関が財源の全部を調達するものの、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に関しては、例外的に連邦が財源の一部を調達する。

この点、連邦労働社会省の説明によると、特定の税が社会扶助に充当される訳ではない。

(3) 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の導入

2001年6月26日付けの「公的年金保険の改革及び積立方式の老齢保障資産の助成に関する法律(Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens)」(「老齢資産法(AVmG)」)第12条の規定に基づき、「需要に応じた老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に関する法律(Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)」(「基礎保障法(GSiG)」)が「連邦社会扶助法(BSHG = Bundessozialhilfegesetz)」と別途に制定され、2003年1月より、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障が導入された。

これに伴い、老齢資産法第13条の規定に基づ

き、「住宅手当法（WoGG = Wohngeldgesetz）」が改正され、2003年1月より、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担が導入された。

具体的には、従前より、州によって支給される住宅手当の半額は、連邦によって償還される（旧住宅手当法第34条第1項）ものとされていたが、2003年3月以降、連邦は、州の持分のうち、年額4億900万ユーロという定額を支弁する（旧住宅手当法第34条第2項）ものとされた。

なお、2003年12月27日付けの「社会法典における社会扶助法令の統合に関する法律（Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch）」第1条の規定に基づき、基礎保障法が連邦社会扶助法と併せて廃止され、2005年1月より、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障がその他の社会扶助と併せて社会法典第12編に統合された。

これは、連邦労働社会省の説明によると、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障については、基本的な規定しか基礎保障法に盛り込まれなかったため、連邦社会扶助法のいずれの規定を準用することが可能であるかどうかに関する疑義が少なからず生じたためである⁴⁾。

1) 趣旨

老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の導入の趣旨は、次に掲げる2点にあった。

- ① 高齢者が社会扶助の運営機関による扶養義務（「民法典（BGB = Bürgerliches Gesetzbuch）」第1601～1615o条）を負う子女に対する請求を危惧して要扶助状態にあるにもかかわらずあえて生計扶助を請求しないことによる貧困（「羞恥心に基づく老齢貧困」）を防止すること。
- ② 主として、児童又は少年の時期より重度又は最重度の障害を有し、かつ、両親の世帯で生活する永続的就業能力喪失者に対し、成年時以降に生計需要を両親に依存しないで独自に保障すること。

このため、老齢期及び就業能力喪失時の

基礎保障は、生計扶助と比較すると、いくつかの点で異なっていた⁵⁾。

その結果、社会扶助の運営機関では、連邦社会扶助法の規定を適用するに際して生じない費用が基礎保障法の規定を適用するに際して生じた（「基礎保障に起因する増加費用」）。

したがって、連邦負担の導入の趣旨は、基礎保障に起因する増加費用を填補することにより、基礎保障法の規定が適用される場合における社会扶助の運営機関を連邦社会扶助法の規定が適用される場合と同様な財政状況に置くことにあった。

そして、基礎保障に起因する増加費用は、次に掲げる3類型と定義された（旧住宅手当法第34条第2項）。

イ 扶養請求に関する増加支出

次に掲げる2点を通じて直接に生じる増加支出（「扶養請求費用」）は、基礎保障に起因する増加費用に該当する。

（イ）扶養推定の適用除外

生計扶助については、請求者がその他の者と共同して生活する場合には、それらの者の収入及び資産に照らして期待することが可能である限り、それらの者が共同で家計を営み（「世帯共同体」）、かつ、相互に生計のための給付を受けるものと推定される（「扶養推定」）（社会法典第12編第39条）。

これに対し、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障については、同居の配偶者の収入及び資産が勘案されなければならないものの、扶養推定が適用されない（社会法典第12編第43条第1項）（「扶養推定の適用除外」）。

（ロ）扶養請求の放棄

受給権者が受給期間中に民法法令に基づく扶養請求権を有する場合には、これ

は、経費を上限として、扶養法令に基づく回答請求権と併せて社会扶助の運営機関に移転する（「扶養請求」）（社会法典第12編第94条第1項）。

ただし、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障については、受給権者の子女及び両親（年間の総所得が10万ユーロを下回る場合に限る。）に対する受給権者の扶養請求権が勘案されない（「扶養請求の放棄」）（社会法典第12編第43条第2項）。すなわち、連邦労働社会省の説明によると、社会扶助の運営機関は、受給権者の子女及び両親が受給権者を扶養する義務を実施することができない。

ロ 労働医学的鑑定に関する増加支出

公的年金保険の運営機関による永続的就業能力喪失の医学的要件の鑑定に関する任務の引受け（社会法典第6編第109a条第2項）を通じて直接に生じる増加支出（「鑑定費用」）は、基礎保障に起因する増加費用に該当する。

具体的には、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の受給権者は、要扶助者のうち、高齢者のほか、永続的就業能力喪失者である（社会法典第12編第41条）。

このため、社会扶助の運営機関は、公的年金保険の運営機関に対し、永続的就業能力喪失の医学的要件の鑑定を要請する（社会法典第12編第45条⁶⁾）。

なお、連邦労働社会省の説明によると、永続的就業能力喪失の医学的要件の鑑定が公的年金保険の運営機関の所掌に属するのは、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の請求権の要件となる就業能力喪失の定義が就業能力喪失年金（社会法典第6編第43条）の請求権の要件となる就業能力喪失の定義に相当するためである。

ハ 一時給付に関する増加支出

統計的な把握（旧連邦社会扶助法第128

条第3項）を通じて直接に生じる増加支出は、基礎保障に起因する増加費用に該当した。

具体的には、生計扶助の受給権者は、非経常的に短期で生じる生計需要⁷⁾について、一時給付を付加的に申請しなければならなかった（旧連邦社会扶助法第21条）。

これに対し、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の受給権者については、生計扶助で支弁される標準額⁸⁾のほか、標準額の15%に相当する包括額が一時給付の包括払いとして支給された（旧基礎保障法第3条⁹⁾）。加えて、生計扶助で一時給付の対象となる生計需要を包括額で充足することが明白に不可能である場合には、一時給付を付加的に申請することが可能であった（旧連邦社会扶助法第21条）。

このような事例では、社会扶助の運営機関は、基礎保障法の規定に基づく包括額と連邦社会扶助法の規定に基づく付加的な一時給付との二重給付を提供しなければならなかった。このため、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の受給権者に支給される付加的な一時給付は、基礎保障に起因する増加費用を意味した¹⁰⁾。

しかしながら、2005年1月より、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障がその他の社会扶助と併せて社会法典第12編に統合されるに当たっては、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に関する規定が生計扶助に関する規定に適合するように整備された。その一環として、生計扶助のほか、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障についても、広汎な包括化¹¹⁾を伴う標準額（社会法典第12編第28条及び第42条）が適用され、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障がかつて生計扶助の枠組みでしか支給されなかった給付も包摂する¹²⁾ようになった。

その結果、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障と生計扶助との間での一時給付に関する相違が解消され、基礎保障法の規定

に基づく包給額と連邦社会扶助法の規定に基づく付加的な一時給付との二重払いが生じなくなった。

したがって、2005年度以降には、2004年度以前と異なり、基礎保障に起因する増加費用のうち、一時給付に関する増加支出は、生じなくなった¹³⁾。

2) 水準

連邦負担の導入に際しては、連邦負担の水準が年額4億900万ユーロと定額で設定された(旧住宅手当法第34条第2項)。

これは、老齢資産法に関する立法手続における基礎保障に起因する増加費用の水準に関する推計を基礎とするものであった¹⁴⁾。

もともと、連邦負担の水準は、2年ごとに、基礎保障に起因する増加費用を基礎として検証されなければならない、基礎保障に起因する増加費用の水準が基準日に適用される連邦負担の水準をその10%超に相当する分上回り、又は下回る場合には、相応に改定されなければならない(旧住宅手当法第34条第2項)¹⁵⁾ものとされた。

3) 配分方法

連邦負担は、前年度分の特別家賃補助のための経費に応じて州に配分される(旧住宅手当法第34条第2項)ものとされた。

これは、連邦労働社会省の説明によると、2004年度以前には、2005年度以降と異なり、住宅手当の一類型である特別家賃補助が社会扶助の受給権者のための宿泊費に対する包括的な持分を意味したこと等によるものであった。

しかしながら、2003年12月24日付けの「労働市場における現代的なサービスに関する第4の法律(Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt)」(「ハルトツIV(Hartz IV)」)第25条の規定に基づき、住宅手当法が改正され、2005年1月より、特別家賃補助が廃止された¹⁶⁾。これに伴い、連

邦負担は、2002年度分の特別家賃補助のための経費に応じて州に配分される(旧住宅手当法第34条第2項)ものとされた。

4) 規定箇所

連邦負担は、連邦社会扶助法又は基礎保障法によらずに住宅手当法で規定された。その理由は、連邦労働社会省の説明によると、次のとおりである。

すなわち、現金給付を付与し、かつ、州によって実施される連邦法は、連邦による現金給付の全部又は一部の負担を規定することができる(「基本法(GG = Grundgesetz)」第104a条第3項)ものとされている。

この点、連邦社会扶助法及び基礎保障法は、州によって実施される連邦法に該当したが、現金給付のみならず現物給付も規定していたことにより、現金給付を付与する連邦法に該当しなかったため、連邦負担を規定することができなかった。

これに対し、住宅手当法は、現金給付を付与し、かつ、州によって実施される連邦法に該当したため、連邦負担を規定することができた。

しかしながら、2005年1月より、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障がその他の社会扶助と併せて社会法典第12編に統合されるに当たっては、現物給付が社会法典第12編第2章で、現金給付が社会法典第12編第4章でそれぞれ規定された。

その結果、社会法典第12編第4章は、現金給付を付与する連邦法に該当するようになったため、連邦負担を規定することができるようになった。

(4) 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の見直し

2006年11月、連邦参議院は、「住宅手当法及び社会法典第12編の改正に関する法律(Gesetz zur Änderung des Wohngeldgesetzes und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)」案(BR-Drs.

752/06：24.11.2006)を議決した。これは、2007年1月より、連邦が社会扶助の実施機関での老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の純支出の20%を負担するものとしていた。

これを受けて、2007年1月、連邦政府は、連邦参議院の法律案に関する見解(BT-Drs. 16/4019：11.01.2007)を連邦議会に提出し、その中で、連邦参議院の法律案を拒否した¹⁷⁾。

そして、同年8月、連邦政府は、「社会法典第12編その他の法律の改正に関する第2の法律(Zweites Gesetz zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze)」案(BR-Drs. 542/07：10.08.2007)を「住宅手当法令の制定及びその他の住宅法令の規定の改正に関する法律(Gesetz zur Neuregelung des Wohngeldrechts und zur Änderung anderer wohnungsrechtlicher Vorschriften)」案(BR-Drs. 559/07：10.08.2007)と併せて連邦参議院に提出した。これは、連邦が社会扶助の実施機関での老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の純支出の7.1%を負担すること¹⁸⁾等を盛り込んだ。

これを受けて、同年9月、連邦参議院は、連邦政府の法律案に関する見解(BR-Drs. 542/07：21.09.2007及びBR-Drs. 559/07：21.09.2007)を議決し、その中で、連邦政府の法律案を拒否するとともに、相応な負担率の設定のほか、毎年度の負担率の改定を提案した。

これに対し、同月、連邦政府は、連邦政府の法律案に関する連邦参議院の見解に対する意見(BT-Drs. 16/6542：28.09.2007及びBT-Drs. 16/6543：28.09.2007)を連邦議会に提出し、その中で、連邦参議院の提案を拒否するとともに、負担率の水準に関する譲歩の可能性を示唆した。

そして、2008年4月、連邦議会が住宅手当法令の制定及びその他の住宅法令の規定の改正に関する法律を可決した(BR-Drs. 284/08：02.05.2008)。

これを受けて、同年5月、連邦参議院が両院協議会の開催要求を議決した(BR-Drs. 284/08：23.05.2008)。

そして、同年6月、両院協議会は、連邦議会に対し、主として次に掲げる点で修正を議決するよう、勧告した(BT-Drs. 16/9627：18.06.2008)¹⁹⁾。

- ① 住宅手当法令の制定及びその他の住宅法令の規定の改正に関する法律の題名を「住宅手当法令の制定及び社会法典の改正に関する法律(Gesetz zur Neuregelung des Wohngeldrechts und zur Änderung des Sozialgesetzbuch)」とすること。
- ② 定額の連邦負担の廃止など、社会法典第12編その他の法律の改正に関する第2の法律案の内容を住宅手当法令の制定及び社会法典の改正に関する法律の規定に引き継ぐこと。
- ③ 7.1%とされていた負担率について、2009年度に13%とし、その後、1年度当たり1%で段階的に引き上げ、2012年度以降に16%とすること²⁰⁾。

これに対し、同月、連邦議会が両院協議会の議決勧告を受託した(BR-Drs. 435/08：27.06.2008及び01.07.2008)。

そして、同年7月、連邦参議院が連邦議会によって議決された住宅手当法令の制定及び社会法典の改正に関する法律を承認した(BR-Drs. 435/08：04.07.2008)。

このような経緯で成立した2008年9月24日付けの住宅手当法令の制定及び社会法典の改正に関する法律第1条、第2b条及び第2d条の規定に基づき、住宅手当法、社会法典第6編及び社会法典第12編が改正され、2009年1月より、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担が見直された²¹⁾。

これは、基礎保障に起因する増加費用を扶養請求費用と鑑定費用とに区分し、それぞれ連邦による定額の支弁に代替する財政的な補填を導入しようとするものであった²²⁾。

その内容は、次のとおりである。

1) 連邦による住宅手当の償還の見直し

州によって支給される住宅手当の半額に相

図表2 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の推移 (単位:百万ユーロ)

年 度	2005	2006	2007	2008	2009	2010
老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担	409.0	409.0	409.0	409.0	450.9	517.5
老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の純支出	2,799.6 (-)	3,072.6 (+9.8%)	3,463.2 (+12.7%)	3,669.3 (+6.0%)	3,916.5 (+6.7%)	-
[参考] 社会扶助の純支出	17,579.4 (-)	18,109.6 (+3.0%)	18,837.8 (+4.0%)	19,755.4 (+4.9%)	20,930.1 (+5.9%)	-

注1) 純支出は、鑑定費用を含まない。

注2) 括弧内は、対前年度比増減率である。

注3) 社会扶助は、生計扶助並びに老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障のほか、医療扶助、介護扶助等を含む。

出典:連邦労働社会省「社会法令に関する総覧」2011・2012年度版

当する州の持分に対する連邦による定額の支弁が廃止された²³⁾。

2) 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の案件における鑑定のための償還の導入

老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の案件における鑑定のための償還が年金法令(社会法典第6編第224b条)で導入された²⁴⁾。

すなわち、連邦は、連邦ドイツ年金保険組合に対し、2010年度以降、各年5月1日付けで、公的年金保険の運営機関による永続的就業能力喪失の医学的要件の鑑定に関する任務の引受けを通じて生じる前年度分の費用及び仮払金を償還する。連邦労働社会省、連邦財務省及び連邦ドイツ年金保険組合は、1件当たりの費用及び仮払金のための経費に応じた包括額を合意する。

そして、連邦保険局は、決済を実施する。連邦ドイツ年金保険組合は、連邦保険局に対し、2010年度以降、各年3月1日付けで、前年度分の件数を伝達する。公的年金保険の運営機関に対する償還額の配分は、連邦ドイツ年金保険組合を通じて実施される。

3) 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の純支出に対する定率の連邦負担の導入

老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の純支出に対する定率の連邦負担が社会扶助法令(社会法典第12編第46a条)で導入された。

すなわち、連邦は、扶養推定の適用除外及

び扶養請求の放棄を通じて社会扶助の運営機関で生じる増加支出を補填するため、老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の一部を負担する。連邦は、前々年度分の純支出のうち、

- ① 2009年度にあつては、13%の持分
 - ② 2010年度にあつては、14%の持分
 - ③ 2011年度にあつては、15%の持分
 - ④ 2012年度以降の各年度にあつては、16%の持分
- を負担する。

そして、連邦によって支弁される各年度分の支出に対する各州の持分(「州持分」)は、前々年度分の連邦レベルの純支出に対する各州の持分に相当する。連邦は、各年7月1日付けで、州持分を支払わなければならない。

(5) 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の推移

老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の推移は、図表2のとおりである²⁵⁾。

4. 社会保険に対する連邦負担

(1) 公的年金保険に対する連邦負担

連邦は、一般年金保険の支出について、次に掲げる3種類の補助を拠出する(社会法典第6編第213条)²⁶⁾。

- ① 一般連邦補助
- ② 付加価値税に係る付加連邦補助
- ③ 環境関連税制に係る付加連邦補助(「嵩上げ

図表3 公的年金保険に対する連邦負担の推移

(単位:百万ユーロ)

年 度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
一般年金保険に対する連邦補助	42,419	46,007	49,264	53,869	54,365	54,812	54,909	55,944	56,431	57,333
一般連邦補助	33,341	33,830	34,785	36,589	37,101	37,488	37,446	38,080	38,240	38,653
付加連邦補助	9,078	12,177	14,479	17,280	17,264	17,324	17,463	17,864	18,190	18,680
付加価値税	7,749	8,015	7,669	8,179	8,095	8,173	8,269	8,700	8,883	9,045
環境関連税制	1,329	4,162	6,810	9,101	9,169	9,151	9,194	9,164	9,308	9,635
育児期間のための保険料	11,453	11,532	11,615	11,875	11,843	11,715	11,393	11,548	11,478	11,466
[参考1] 一般年金保険の年金費	177,751	183,344	189,747	194,864	197,450	198,812	199,423	200,658	203,162	207,642
鉦員年金保険に対する連邦負担	7,376	7,335	7,393	7,305	7,030	6,831	6,449	6,273	6,088	6,032
[参考2] 鉦員年金保険の年金費	12,446	12,432	12,607	12,885	13,072	13,049	12,998	12,991	13,019	13,199

出典：連邦ドイツ年金保険組合「時系列で見る年金保険」2010年10月版

額」)

また、鉦員年金保険では、連邦は、各年度分の収支差額を負担する(社会法典第6編第215条)。

そのほか、連邦による育児期間のための保険料の納付(社会法典第6編第177条)等の仕組みも存在する²⁷⁾。

なお、公的年金保険に対する連邦負担の推移は、図表3のとおりである²⁸⁾。

1) 一般連邦補助

一般連邦補助は、1被用者当たりの総賃金・給与の増減率及び保険料率の改定率に応じて改定される。

ただし、2006年6月29日付けの「2006年度財政附属法(Haushaltsbegleitgesetz 2006)」の規定に基づき、2006年7月より、2006年度以降の一般連邦補助は、包括的に減額される。その趣旨は、連邦財政の負担軽減にある。

この場合においては、2006年7月における僅少継続雇用(社会法典第4編第8条第1項第1号)²⁹⁾に係る公的年金保険の包括保険料(社会法典第6編第172条第3項)³⁰⁾の引上げ(12%→15%)等を通じた保険料収入の増加の実績がその見込みに相当する包括的減額分と乖離する差額は、精算される。

なお、一般連邦補助については、保険になじまない給付³¹⁾の財源を調達する機能及び老

齢保障に特化されないリスクを補填する機能にとどまらず、負担軽減及び補填の機能並びに一般的な保障の機能が認められる³²⁾。

2) 付加価値税に係る付加連邦補助

1997年12月19日付けの「公的年金保険に対する付加連邦補助の財源調達に関する法律(Gesetz zur Finanzierung eines zusätzlichen Bundeszuschusses zur gesetzlichen Rentenversicherung)」の規定に基づき、1998年4月より、付加価値税に係る付加連邦補助が導入された。その機能は、保険料で支弁されない給付を包括的に支弁することにある。

具体的には、付加価値税に係る付加連邦補助は、1998年度及び1999年度には、1998年4月における一般付加価値税率の引上げ(15%→16%)を通じた税収の増加におおむね相当する額に設定されるとともに、2000年度以降、付加価値税収総額の増減率に応じて改定される。

この場合においては、見込みと実績との差額が精算されない。

ただし、1999年12月22日付けの「連邦財政の再建に関する法律(Gesetz zur Sanierung des Bundeshaushalts)」(「財政再建法(HSanG)」)の規定に基づき、2000年1月より、2000～2003年度における付加価値税に係る付加連邦

補助は、包括的に減額される。その趣旨は、連邦財政の負担軽減にある。

なお、付加価値税に係る付加連邦補助の導入は、付加価値税を目的税として位置付けた訳ではない。

3) 環境関連税制に係る付加連邦補助

財政再建法の規定に基づき、2000年1月より、環境関連税制に係る付加連邦補助が導入された。その趣旨は、保険料率の引下げ及び安定化にある。

具体的には、付加連邦補助については、2000～2003年度には、1999年12月16日付けの「環境関連税制改革の継続に関する法律（Gesetz zur Fortführung der ökologischen Steuerreform）」³³⁾の規定に基づく税収より一定の額を控除した額が嵩上げされる。

この点、当初、環境関連税制改革の第2～5段階を通じた税収の増加におおむね相当する額を設定した上で、見込みと実績との差額を精算する取扱いとされていた。

その後、2000年12月20日付の「就業能力減少・喪失年金の改革に関する法律（Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit）」の規定に基づき、2001年1月より、農業者のための減税を通じた税収の減少を勘案して一定の額を控除した上で、見込みと実績との差額を精算しない取扱いとされるに至った。

そして、2004年度以降の嵩上げ額は、1被用者当たりの総賃金・給与の増減率に応じて改定される。その結果、嵩上げ額の改定は、環境関連税制に係る税収の動向と切り離されたため、省エネルギーの推進が嵩上げ額の目減りをもたらす懸念は、払拭された。

ただし、老齢資産法の規定に基づき、2003年1月より、2003年度以降の嵩上げ額は、4億9百万ユーロ分の減額となる。その趣旨は、2003年1月に導入された老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の財源調達にある³⁴⁾。

なお、環境関連税制に係る付加連邦補助の導入は、鉱油税を目的税として位置付けた訳ではない。

(2) 公的医療保険に対する連邦負担

2003年11月14日付けの「公的医療保険の現代化に関する法律（Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung）」（「公的医療保険現代化法（GMG）」³⁵⁾の規定に基づき、2004年1月より、公的医療保険に対する連邦負担が導入された。

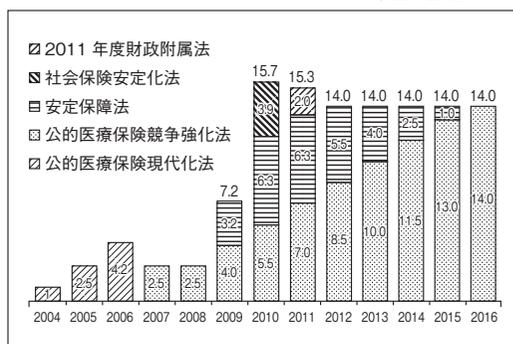
具体的には、連邦は、保険になじまない給付のための疾病金庫の支出を包括的に支弁するため、一定の額を拠出する（社会法典第5編第221条第1項）³⁶⁾ものとされた。

この場合においては、公的医療保険に対する連邦負担の財源調達のために充当されたのは、たばこ税の段階的な引上げを通じた税収の増加であったが、これは、たばこ税を目的税として位置付けた訳ではない。

なお、公的医療保険に対する連邦負担の推移は、図表4のとおりである³⁷⁾。

図表4 公的医療保険に対する連邦負担の推移

単位：10億ユーロ



出典：連邦保健省

1) 水準

連邦負担の水準については、当初、

- ① 2004年度に10億ユーロ
- ② 2005年度に25億ユーロ
- ③ 2006年度以降の各年度にそれぞれ42億ユーロ

とされた。

その後、2006年度財政附属法の規定に基づき、2006年7月より、

- ① 2006年度に42億ユーロ
- ② 2007年度に15億ユーロ

とされた。その趣旨は、連邦財政の安定化を図るため、連邦負担を段階的に廃止することにあった。

しかしながら、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)」)³⁸⁾の規定に基づき、2007年4月より、

- ① 2007年度及び2008年度にそれぞれ15億ユーロとすること
- ② 年額140億ユーロを上限として、2009年度以降の各年度にそれぞれ15億ユーロ分引き上げること

とされた。その趣旨は、安定的かつ公正かつ雇用促進的な財政運営を確保することにあった。

その後、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)」(「安定保障法 (StabSiG)」)の規定に基づき、2009年7月より、

- ① 2009年度に72億ユーロ
- ② 2010年度に118億ユーロ

とされた。その趣旨は、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の保険料率の引下げ³⁹⁾のための財源の調達にあった。

また、2010年4月14日付けの「社会保険安定化法 (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz)」の規定に基づき、2010年1月より、連邦は、2010年度に付加的に39億ユーロを拠出する(旧社会法典第5編第221a条)ものとされた。その趣旨は、景気の低迷に伴う保険料収入の減少の補填にあった。

さらに、2010年12月9日付けの「2011年度財政附属法 (Haushaltsbegleitgesetz 2011)」の規定に基づき、2011年1月より、連邦は、2011年度に付加的に20億ユーロを拠出する(社会法典第5編第221a条)ものとされた。その趣旨は、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)」)⁴⁰⁾の規定に基づく保険料率の引上げに伴う収入の増加の補完にあった⁴¹⁾。

2) 配分方法

連邦負担は、保険になじまない給付のための支出に応じて各疾病金庫に配分される(「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経費のための包括的な支弁の配分に関する命令 (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3条第1項)。

この場合においては、保険になじまない給付のための支出として取り扱われるのは、

- ① 疾病手当
- ② 避妊、不妊及び妊娠中絶
- ③ 妊娠時及び出産時の給付
- ④ 家事援助

である(包括的支弁令第2条第1項及び別表)。

(3) 公的介護保険に対する連邦負担

公的介護保険については、制度が創設されて以来、連邦負担が実施されていない。

これは、連邦保健省の説明によると、公的介護保険では、公的医療保険と異なり、保険になじまない給付がおおむね見当たらない等のためである⁴²⁾。

5. 評価

(1) 社会保障財源の内訳

社会保障財源の内訳を見ると、社会保険料負担、とりわけ、事業主負担の構成比率については、ドイツが我が国を相当程度上回る水準にある。具体的には、民間被用者に係る社会保険の保険料率を日独間で比較すると、図表5のとおり、ドイツが我が国の約1.4倍に相当する水準に達している。それにもかかわらず、ドイツについては、2009年度には、国内総生産がアメリカ、日本及び中国に次ぐ世界第4位、輸出額が中国に次ぐ世界第2位、輸入額が米国及び中国に次ぐ世界第3位となっている⁴³⁾ことに象徴されるとおり、国際競争力を有する企業の経営が維持されているように見受けられる。

これを踏まえ、我が国の産業界に対しても、健康保険及び厚生年金保険の適用基準の見直し⁴⁴⁾など、社会保障制度に対する応分の貢献を通じ、使用者として被用者の生活を保障する責任を全うするよう、切に期待したい。

(2) 社会扶助に対する連邦負担

ドイツでは、社会扶助の任務は、受給権者に対して人の尊厳に値する生活を可能にすることにある(社会法典第12編第1条)。これは、人の

尊厳の不可侵を尊重し、かつ、保護することがすべての国家権力の義務である旨の基本法第1条第1項の規定を具体化するためのものとして位置付けられている。もっとも、社会扶助については、その一類型である老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に限り、例外的に連邦が財源の一部を調達しているものの、原則として州が財源の全部を調達している。

これに対し、我が国では、生活保護法(昭和25年法律第144号)の目的は、生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を実施し、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することにある(生活保護法第1条)。これは、憲法第25条の規定に基づく生存権等を具体化するためのものとして位置付けられている。それを理由として生活保護の費用負担に対する国の責任を強調する主張も見受けられる。しかしながら、ドイツの例を踏まえると、憲法の規定に基づく権利等の保障がそれを具体化するための制度の費用負担をめぐる国と地方公共団体との責任関係に直結する訳ではないものと思料される。

(3) 社会保険に対する連邦負担

ドイツでは、公的年金保険に対する連邦負担については、改定基準が法定されているものの、複雑で分かりにくい内容となっているほか、年度によっては、改定基準を逸脱して特例的に減額する措置が講じられるなど、毎年度の財政状況に左右されやすい仕組みとなっている。また、公的医療保険に対する連邦補助については、定額で法定されており、算定基準が明確ではないため、毎年度の財政状況に左右されやすい仕組みとなっている。

これに対し、我が国では、基礎年金に対する国庫負担や政府管掌健康保険に対する国庫補助については、給付費に対する定率で法定されており、単純で分かりやすい内容となっているほか、毎年度の財政状況に左右されにくい仕組みとなっている。この点については、中長期的に展望されるべき社会保険の財政運営の安定性に

図表5 社会保険の保険料率に関する日独間の比較—民間被用者(2011年4月)—

	ドイツ	日本
公的年金保険	19.9% (9.95%)	16.058% (8.029%)
公的医療保険	15.5% (7.3%)	9.5% (4.75%)
公的介護保険	1.95% (0.975%)	1.51% (0.755%)
失業保険	3.0% (1.5%)	1.55% (0.95%)
合計	40.35% (19.725%)	28.618% (14.484%)

注1) ドイツの公的年金保険は一般年金保険の保険料率、公的医療保険は一般保険料率である。なお、公的医療保険の一般保険料率のうち、被保険者及び事業主によって折半で負担されずに被保険者によって単独で負担される特別保険料に係る部分は、0.9%である。

注2) 日本の公的年金保険は厚生年金保険の一般の被保険者に係る保険料率、公的医療保険は協会管掌健康保険の被保険者に係る平均保険料率、公的介護保険は協会管掌健康保険の被保険者に係る保険料率、失業保険は雇用保険の一般の事業に係る失業等給付分(1.2%)及び2事業分(0.35%)の保険料率である。

注3) 括弧内は、事業主負担分である。

資するため、引き続き堅持していくことが適当であるものと思料される。

6. おわりに

ドイツでは、我が国と同様に、今後とも、人口の少子高齢化や就業形態の多様化に伴い、社会扶助の純支出、公的年金保険の年金費、公的医療保険の給付費等の社会保障給付が着実に増加するものと見込まれるため、その財源をどのように調達していくかは、重要な課題である。

したがって、筆者としては、引き続き、我が国における社会保障と税制との関係をめぐる議論の参考となるよう、ドイツにおける社会保障給付の財源調達をめぐる動向に注目していきたい。

注

- 1) 本稿中の法文は、2011年7月現在のものである。
- 2) 連邦労働社会省「社会予算」によると、社会給付とは、
 - ① 労働所得の一時的又は永続的な喪失のための代替としての所得給付
 - ② 予防、緩和又は回復の給付として、又は特別な負担の補填のため、受給権者に対し、任意で、又は法律、定款若しくは賃金協約の規定に基づき、施設、地域団体又は企業体によって提供される現物給付をいう。
- 3) 国内総生産は、内閣府経済社会総合研究所国民経済計算部「平成21年度国民経済計算確報(フロー編)ポイント」(平成22年12月24日)による。
- 4) 詳細については、拙稿「ドイツにおける最低年金をめぐると議論(下)」を参照願いたい。
- 5) 詳細については、拙稿「ドイツにおける最低年金をめぐると議論(中)」を参照願いたい。
- 6) 詳細については、拙稿「ドイツにおける最低年金をめぐると議論(中)」を参照願いたい。
- 7) 例えば、家具、台所用品又は冬服の調達である。
- 8) 標準額とは、すべての受給権者に生じるために包括化の対象となる平均的な生計需要(地域ごとに異なるために包括化の対象とならない宿泊及び暖房に係るものを除く。)をいう。詳細については、拙稿「ドイツにおける最低年金をめぐると議論(上)」を参照願いたい。
- 9) 連邦労働社会省の説明によると、基礎保障法では、包括額の水準の根拠となる包括額の支給の目的を明確に規定する文言が欠如したため、包括額の内容に関する解釈の余地が存在した。
- 10) 連邦労働社会省の説明によると、ほとんどの事例では、一時給付が貸付として支給されてその後の月に標準額で勘案されたため、実際には、基礎保障に起因する増加費用が社会扶助の運営機関で発生しなかった。
- 11) 連邦労働社会省の説明によると、かつて連邦社会扶助法で規定された一時給付が一時需要(社会法典第12編第31条及び第42条)を除いて標準額に統合された。一時需要に関する詳細については、拙稿「ドイツにおける最低年金をめぐると議論(上)」を参照願いたい。
- 12) 連邦労働社会省の説明によると、生計扶助又は老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の受給権者は、かつて一時給付に包摂された生計需要を充足することができないときは、補足的貸付(社会法典第12編第37条及び第42条)の提供を受けることができる。補足的貸付に関する詳細については、拙稿「ドイツにおける最低年金をめぐると議論(上)」を参照願いたい。
- 13) 連邦労働社会省の説明によると、施設外の者が老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障と併せて生計扶助を受給する混合事例は、生じなくなったため、受給権者及び運営機関の負担が軽減された。また、かつて老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障と併せて支給された生計扶助に係る扶養請求の可能性が排除されたため、扶養義務を負う両親及び子女の負担が軽減された。
- 14) 老齢資産法案等に関する連邦議会労働社会委員会の議決勧告(BT-Drs. 14/5146 : 24.01.2001)及び報告書(BT-Drs. 14/5150 : 25.01.2001)は、連邦負担を3億700万ユーロという中位推計の水準に設定したが、老齢資産法に関する両院協議会の議決勧告及び報告書(BT-Drs. 14/5970 : 09.05.2001)は、連邦負担を4億900万ユーロという上位推計の水準に設定した。
- 15) 社会法典第12編その他の法律の改正に関する第2の法律案によると、2004年度分の基礎保障に起因する増加費用は、扶養請求費用で173百万ユーロ、鑑定費用で8百万ユーロ、合計で180百万ユーロであった。

- 16) 特別家賃補助の廃止に伴い、社会扶助の受給権者のための宿泊費が住宅手当によらずに社会扶助で支弁されるようになった。なお、2004年7月30日付けの「社会法典第2編の規定に基づく市町村の選択的な運営権限に関する法律(Gesetz zur optionalen Trägerschaft von Kommunen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch)」(「市町村選択法(Kommunales Optionsgesetz)」)第1条の規定に基づき、社会法典第2編が改正され、連邦は、特別家賃補助の廃止に伴う市町村の増加費用を補填するため、求職者のための基礎保障における宿泊及び暖房のための給付の一部を負担する(旧社会法典第2編第46条第5~10項)ものとされた。
- 17) 連邦政府が連邦参議院の法律案を拒否した理由は、連邦参議院の法律案が連邦負担の水準に関する検証を放棄して定額の連邦負担を2004年度分の純支出に対する百分率に換算したこと等にあった。
- 18) 負担率(7.1%)は、2004年度分の扶養請求費用(172百万ユーロ)を2004年度分の調整純支出(2,438百万ユーロ)で除することにより、算定された。
- 19) 連邦議会は、国民によって直接に選挙され、かつ、正当化される議会であるのに対し、連邦参議院は、各州を代表する州政府の構成員によって構成される議会である。したがって、両院協議会の議決勧告は、通常、連邦議会によって議決された法律を州にとって有利な内容に修正する。
- 20) 両院協議会では、連邦及び州は、求職者のための基礎保障における宿泊及び暖房のための給付に対する連邦の負担について、毎年度の負担率の改定に関する規定の適用期限を撤廃する旨、合意した。なお、連邦労働社会省の説明によると、両院協議会の議決勧告は、連邦及び州の合意を含む全体としては、連邦にとって不利な内容でなかった。
- 21) 別途、2008年7月28日付けの「社会法典第2編の改正に関する第4の法律(Viertes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)」第1条の規定に基づく旧社会法典第2編第46条第8項の規定の改正は、2008年8月より、求職者のための基礎保障における宿泊及び暖房のための給付に対する連邦の負担について、2010年度以前にしか適用しないものとされていた毎年度の負担率の改定に関する規定を2011年度以降にも適用するものとした。
- 22) 社会法典第12編その他の法律の改正に関する法律案によると、鑑定費用を扶養請求費用と区分して取り扱う理由は、鑑定費用については、扶養請求費用と異なり、統計的な把握を通じた精算が可能であること等にある。
- 23) 州によって支給される住宅手当の半額は、連邦によって償還される(住宅手当法第32条)。
- 24) 社会扶助の運営機関による公的年金保険の運営機関に対する鑑定費用の償還(旧社会法典第12編第45条第2項)は、廃止された。
- 25) 「2011年度連邦財政計画(Bundshaushaltsplan 2011)」は、
- ① 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の純支出に対する定率の連邦負担で582百万ユーロ
 - ② 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障の案件における鑑定のための償還で5百万ユーロ
 - ③ 合計で587百万ユーロを計上した。
- 26) 詳細については、拙稿「ドイツにおける社会保険に対する連邦補助(上)」を参照願いたい。
- 27) 詳細については、拙稿「ドイツにおける社会保険に対する連邦補助(上)」及び「ドイツの公的年金保険における育児及び介護に対する支援(上)」を参照願いたい。
- 28) 連邦労働社会省「社会法令に関する総覧」によると、2011年度には、
- ① 一般年金保険における年金費(2,131億ユーロ)に対する連邦補助(590億ユーロ)の比率が27.7%
 - ② 連邦の支出(3,058億ユーロ)に占める一般年金保険に対する連邦補助(590億ユーロ)の比率が19.3%に達している。
- 29) 僅少継続雇用とは、雇用に基づく労働報酬が経常的に月額400ユーロを上回らない場合をいう。
- 30) 詳細については、拙稿「ドイツにおける社会保険料の徴収(4)」を参照願いたい。
- 31) 保険になじまない給付とは、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をいう。
- 32) 詳細については、連邦労働社会省「社会法令に関する総覧」を参照願いたい。
- 33) 具体的には、ガソリン及びディーゼルに係る

鉱油税率が2000～2003年度に段階的に引き上げられた。

- 34) 老齢期及び就業能力喪失時の基礎保障に対する連邦負担の見直しに際しても、高上げ額の減額に関する規定が改正されなかった。
- 35) 詳細については、松本勝明「シュレöder政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」を参照願いたい。
- 36) 詳細については、拙稿「ドイツにおける社会保険に対する連邦補助(下)」を参照願いたい。
- 37) 2010年度の公的医療保険における給付費(1,651.0億ユーロ)に対する連邦負担(155.4億ユーロ)の比率は、9.4%にとどまっている。
- 38) 詳細については、拙稿「ドイツの2007年医療改革(1)～(4)」を参照願いたい。
- 39) 詳細については、拙稿「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－」を参照願いたい。
- 40) 詳細については、拙稿「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－」を参照願いたい。
- 41) 連邦労働社会省「社会法令に関する総覧」によると、連邦によって2011年度に付加的に拠出された20億ユーロは、2012～2014年度の間、付加保険料(社会法典第5編第242条及び第242a条)に係る社会調整(社会法典第5編第242b条)の財源調達のために充当される可能性がある。付加保険料に係る社会調整に関する詳細については、拙稿「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－」を参照願いたい。
- 42) 詳細については、拙稿「ドイツにおける社会保険に対する連邦補助(下)」及び「ドイツの公的年金保険における育児及び介護に対する支援(下)」を参照願いたい。
- 43) 詳細については、財団法人国際貿易投資研究所の国際比較統計を参照願いたい。
- 44) 詳細については、拙稿「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)」を参照願いたい。

参考文献

- ・連邦労働社会省「社会予算(Sozialbudget)」2011年度版
- ・連邦労働社会省「社会法令に関する総覧(Übersicht über das Sozialrecht)」2011・2012年

度版

- ・連邦ドイツ年金保険組合「時系列で見る年金保険(Rentenversicherung in Zeitreihen)」2010年10月版
- ・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年度に支出の充足のために十分な交付金(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)
- ・松本勝明「シュレöder政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」(国立社会保障・人口問題研究所「海外社会保障研究」第155号:2006年6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)
- ・土田武史・田中耕太郎・府川哲夫「社会保障改革－日本とドイツの挑戦－」(ミネルヴァ書房:2008年1月)
- ・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)
- ・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)
- ・財政制度等審議会財政制度分科会「海外調査報告書」(2009年6月)
- ・田中謙一「ドイツの公的年金保険における育児及び介護に対する支援(上)・(下)」(法研「週刊社会保障」2009年8月24・31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日・21日号)
- ・島崎謙治「日本の医療－制度と政策－」(東京大学出版会:2011年4月)
- ・田中謙一「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－」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2011年6月号)

オランダの社会保障と財政¹⁾

お茶の水女子大学准教授
大森 正博
Omori Masahiro

オランダの社会保障制度は、ベバリッジの社会保険中心主義に則っており、財源の最も多くを社会保険料に拠っている。しかし、オランダは、社会保険料に依拠する度合いを高めながらも、社会保障の費用の増加と共に政府の歳出も増加させざるを得ない状況にある。オランダは、社会保障に占める「老齢」の支出割合をあまり増加させないできているが、「保健医療」等への支出割合を増加させている。財政赤字を抱え、財政再建の観点から社会保障向けの政府の歳出の在り方について検討する必要性に迫られている。

1. はじめに

少子高齢化の進展、経済成長の鈍化をはじめ、社会的、経済的環境の変化の中で、多くの先進諸国は財政赤字を抱え、各国は政府の役割、あり方について、再考を迫られている。我が国もその例外ではなく、2010年度末の長期債務残高は、国が約662兆円、地方が約201兆円、国全体で約862兆円になり、財政再建が叫ばれている。言うまでもなく、長期債務残高の増加の背景には、歳出が歳入を上回る財政の状況があり、歳出を削減するか、歳入を増加させるかの選択しかない。歳入の基本に据えられるべきものは租税であり、税率、税のレベルの設定、さらにはどのような税制を整備するかを判断を必要とする。一方、歳出については、従来の政府のサービスについて、歳出削減をするばかりでなく、政府が供給すべきサービス内容の再検討まで必要とするかもしれない。前者については、日本では消費税の税率の引き上げが政策的検討課題の一つになり、後者については、歳出のなかでも大きな割合を占める社会保障関係費用が大

きな焦点の一つになる。我が国で「税と社会保障の一体改革」が重要な政策的課題の一つになるのも必然的といえよう。

同様のことが諸外国でもあてはまるが、本稿では、オランダに焦点を当て、その現状について考察を行うことにしたい。オランダは、医療制度の効率化のために「規制された競争」を導入し、介護保障において、世界でも先駆的に介護保険制度を導入し、最近では制度の効率化のためにケア強度パッケージ(ZZP)を導入するなど社会保障分野で様々な施策を講じている。本稿では、そのオランダにおける社会保障、財政の状況について紹介する。

本稿の構成は以下の通りである。第2節では、オランダの社会保障制度とその財源構成の特徴について検討する。第3節では、オランダの国家財政に焦点を当て、オランダの税制の概要、および財政状況、近年の経済・財政運営の状況について検討する。第4節では、オランダの社会保障費用の動向について、OECDの「社会支出(Social Expenditure)」のデータを中心に検討する。第5節では、オランダの社会保障費用

の中でも割合を増加させている医療・介護保障について、最近の動向を検討する。第6節では結語が述べられる。

2. 社会保障制度とその財源構成・特徴

本節では、オランダの社会保障制度の概要とその財源構成について解説する。

最初に、オランダの社会保障制度について説明する。オランダの社会保障制度は、ベバリッジ流に言えば、社会保険制度 (Social Insurance) と公的扶助制度 (Public Assistance) に分類して、理解することができる。オランダの社会保障制度は、ベバリッジの考え方を反映し、社会保険で主たるリスクをカバーし、公的扶助制度がそれを補助するという仕組みになっている。

オランダの社会保険制度は、原則として保険料の拠出を前提として、給付を行っており、国民保険 (National Insurance Schemes) と被用者保険 (Employees Insurance Schemes) に分類することができる。

国民保険は、オランダの居住者全てが加入することを義務づけられている保険である²⁾。国民保険を構成する具体的な制度は、一般老齢年金制度 (AOW)、一般遺族年金制度 (ANW)、自営業者のための障害給付制度 (WAZ)、特別医療費保険制度 (AWBZ)、一般児童手当制度 (AKW) などである。

表1 国民保険の保険料 (2011年1月1日-) (%)

制度名	AOW	ANW	AWBZ
使用者	-	-	-
被用者	17.90	1.10	12.15

出典：A short survey of social security in the Netherlands half-yearly summary January 2011

表2 被用者保険の保険料 (2011年1月1日-) (%)

	WAO/WIA (基本保険料)	WGA	WW (AWF)	WW (SFN)	KO	ZVW
使用者	5.10	0.62	4.20	1.75	0.34	7.75
被用者	-	-	-	-	-	-

出典：A short survey of social security in the Netherlands half-yearly summary January 2011

被用者保険制度を構成する制度は、被用者を対象とする障害者保険制度 (WAO)、健康保険制度 (ZVW)、失業給付制度 (WW)、傷害給付制度 (ZW) である。被用者保険は、オランダの被用者が加入する保険であり、被用者である限り強制加入である。

一方、公的扶助制度 (Public Assistance) は、ベバリッジ流に言えば、特定の条件を満たした者をターゲットに、租税財源から給付する制度である。オランダの場合には、この整理に従えば、構成する制度は、補足給付制度 (TW)、若年者のための障害給付制度 (Wajong)、自営業者の中で老齢及び部分的な障害により最低所得を稼得できない者に対する所得保障制度 (IOAZ)、老齢及び部分的な障害により最低所得を稼得することができない者に対する所得保障制度 (IOAW)、若年者のための労働継続のための投資制度 (WIJ)、補足的な老齢年金制度 (AIO)、芸術家の労働と所得法 (WWIK)、労働及び社会的扶助制度 (WWB) である。

これらの社会保障制度の財源はどの様になっているのか、以下みていこう。表1は2011年の国民保険の保険料、表2は被用者保険の保険料を示している。これらの国民保険料、被用者保険の保険料は、すべて、徴税当局により徴収されていることが特徴的である³⁾。

次にオランダの社会保障制度の財源構成の概要をみてみよう。各国の社会保障のみを対照にした財源について直接、情報を得ることは困難であるが、数少ない統計として、EUの社会保障 (Social Protection) 費の統計がある⁴⁾。表3は、オランダの社会保障費の財源構成を示している。2005年には「社会保険料」が67.9%、「一般政府支出」が19.9%、一部負担を中心とする「その他」が12.3%を占めている。オランダの社会保障制度が、財源面でも社会保険中心で構成されていることが分かる。

また表3をみて特徴的なことは、オランダの社会保障財政において、目的税が一切導入されていないことである。ルクセンブルク、フランスなど社会保障目的税を導入している国々と対

表3 オランダの社会保護 (Social Protection) 費の収入内訳

(単位: 100万ユーロ、(%))

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
総収入	108,581 (100.0)	114,303 (100.0)	120,297 (100.0)	127,945 (100.0)	134,224 (100.0)	137,447 (100.0)	146,000 (100.0)	157,869 (100.0)	163,372 (100.0)	167,212 (100.0)
社会保険料	69,111 (63.6)	73,508 (64.3)	77,116 (64.1)	84,570 (66.1)	90,578 (67.5)	93,568 (68.1)	98,470 (67.4)	106,894 (67.7)	112,530 (68.9)	113,518 (67.9)
使用者負担の社会保険料	22,943 (21.1)	23,563 (20.6)	34,584 (28.7)	36,498 (28.5)	39,479 (29.4)	44,588 (32.4)	49,282 (33.8)	51,958 (32.9)	55,382 (33.9)	55,929 (33.4)
現実の使用者負担の社会保険料	15,007 (13.8)	14,989 (13.1)	25,776 (21.4)	27,032 (21.1)	30,132 (22.4)	34,680 (25.2)	39,128 (26.8)	42,242 (26.8)	45,302 (27.7)	45,237 (27.1)
計算された使用者負担の社会保険料	7,936 (7.3)	8,575 (7.5)	8,808 (7.3)	9,466 (7.4)	9,347 (7.0)	9,908 (7.2)	10,154 (7.0)	9,716 (6.2)	10,080 (6.2)	10,692 (6.4)
保護されている人々の社会保険料負担	46,169 (42.5)	49,944 (43.7)	42,532 (35.4)	48,072 (37.6)	51,099 (38.1)	48,980 (35.6)	49,188 (33.7)	54,936 (34.8)	57,148 (35.0)	57,589 (34.4)
一般政府支出	18,342 (16.9)	18,811 (16.5)	19,134 (15.9)	18,923 (14.8)	19,302 (14.4)	22,148 (16.1)	26,909 (18.4)	30,728 (19.5)	31,542 (19.3)	33,209 (19.9)
目的税	0 (0.0)									
一般歳入	18,342 (16.9)	18,881 (16.5)	19,134 (15.9)	18,923 (14.8)	19,302 (14.4)	22,148 (16.1)	26,909 (18.4)	30,728 (19.5)	31,542 (19.3)	33,209 (19.9)
その他	21,127 (19.5)	21,985 (19.2)	24,048 (20.0)	24,002 (18.8)	24,344 (18.1)	21,731 (15.8)	20,621 (14.1)	20,247 (12.8)	19,300 (11.8)	20,485 (12.3)

出典: European social statistics. Social protection Expenditure and receipts-Data 1997-2005. 2008ed.

照的である。

1996年からの年次推移をみていくと、「社会保険料」が1996年の63.6%から2005年の67.9%に微増し、「一般政府支出」は、1996年の16.9%から2005年の19.9%に微増している。代わりに減少したのが一部負担を中心にした「その他」であり、1996年の19.5%から2005年の12.3%に減少している。オランダの社会保障制度の財源構成は、より社会保険料に財源を求め、一般政府支出を増加させながら、一部負担を減少させる方向に動いていることが分かる。これは、社会保障の支出の増加に伴い、その財源を社会保険料に依拠しながらも、政府支出も増加させ、財政出動をしなければならない状況にオランダが直面していることを示していると考えられる。

3. オランダの財政

オランダの社会保障の財源において、一般政府支出の割合は約20%であるが、社会保障制度

の運営上、財政は重要な役割を果たしている。以下ではオランダの中央政府の財政について説明する。最初に歳入について、税制を中心に解説し、次に歳出について説明する。

(1) オランダの税制

ここではオランダの2011年の租税制度について説明しよう⁵⁾。

1) 所得税

所得税は、稼得所得に対して課される。課税所得は3種類に分類されており、「Box 1」、「Box 2」、「Box 3」に分類される。

(a) Box 1

このカテゴリには、労働所得が含まれており、累進課税になっている。表4は、オランダの65歳未満の人々の所得税のBox 1の状況を示している。課税所得の増加につれて、税率が最小1.85%から最大52%まで上昇している。

(b) Box 2

このカテゴリは、実質的利子 (Substantial

表4 所得税 (Box 1) の税率

等級	年間所得	所得税率
		65歳未満
1	18,629ユーロ未満	1.85%
2	18,629ユーロ以上33,437ユーロ未満	10.80%
3	33,437ユーロ以上55,695ユーロ未満	42.00%
4	55,695ユーロ以上	52.00%

出典：Ministry of Finance. 2011 (c). A brief outline of all taxes in the Netherlands.

Interest) 所得が含まれており、税率は25%である。実質的利子所得とは、公的有限会社 (Public Limited Company)、ないし私的有限会社 (Private Limited Company) の発行した株式の5%以上を保有する場合の利子所得を指す。なお、この場合の株式保有割合は、パートナーないし配偶者の保有するものも合算して考える。

(c) Box 3

このカテゴリーは、貯蓄ないし投資から得られる所得を含み、税率は30%である。課税対象は、正味資産の4%である。正味資産とは、貯蓄の場合、貯蓄残高、賃貸している土地などの賃貸保有資産から負債を引いたものを指す。

社会保険料の中には、所得税と同様に、稼得

所得を賦課対象にしており、かつ所得税と一緒に徴税当局より徴収されるものがある。老齢年金 (AOW)、遺族手当 (ANW)、特別医療費保険 (AWBZ) が該当する。

オランダの所得税を考える上で、税額控除 (Tax Credit) は注目に値する。オランダでは、2001年の所得税改革で、人的控除を含めた所得控除が税額控除に制度改革された。改革の理由としては、所得再分配効果の強化、課税ベースの拡大、女性の社会進出の推進などが挙げられている。オランダの税額控除は所得税だけでなく社会保険料とも相殺されることが特徴である。租税と一緒に徴収される社会保険料が約30%と高率であり、再分配効果は大きいと考えられる⁶⁾。

オランダの税額控除 (Tax credit) は、一般税額控除 (General Tax Credit)、被用者税額控除 (Labor (Employed Person's) Tax Credit) 等から成っている。2011年における一般税額控除、被用者税額控除の概要は、表5の通りである。

一般税額控除は日本の基礎控除に相当する。全ての納税者が対象となっており、一方の配偶者の所得が少なく当該控除を使い切れない場合には、未使用分を他方の配偶者に移転させることができる。2011年は年間1,987ユーロである。

表5 オランダの税額控除の概要

	税率	年間所得 44,126ユーロ未満	年間所得 44,126ユーロ以上 50,286ユーロ未満	年間所得 50,286ユーロ以上	注
一般税額控除 (General tax credit)		1,987ユーロ	1,987ユーロ	1,987ユーロ	
被用者税額控除 (Employed person's tax credit)	1.716%				現在の年間雇用所得が 9,209ユーロ以下の場合に限る。
1954年以降生まれ	12.152%	最大 1,574ユーロ	最大 1,574ユーロ - 1.25% × (年間所得 - 44,126ユーロ)	最大 1,497ユーロ	現在の年間雇用所得が 9,209ユーロより高い場合に限る。
1951, 1952, 1953年生まれ	14.418%	最大 1,838ユーロ	最大 1,838ユーロ - 1.25% × (年間所得 - 44,126ユーロ)	最大 1,761ユーロ	現在の年間雇用所得が 9,209ユーロより高い場合に限る。
1949, 1950年生まれ	16.667%	最大 2,100ユーロ	最大 2,100ユーロ - 1.25% × (年間所得 - 44,126ユーロ)	最大 2,023ユーロ	現在の年間雇用所得が 9,209ユーロより高い場合に限る。
1946, 1947, 1948年生まれ	18.915%	最大 2,362ユーロ	最大 2,362ユーロ - 1.25% × (年間所得 - 44,126ユーロ)	最大 2,285ユーロ	現在の年間雇用所得が 9,209ユーロより高い場合に限る。
幼少時より障がいのある方への税額乗除		696ユーロ	696ユーロ	696ユーロ	
一時的離職者の税額控除		201ユーロ	201ユーロ	201ユーロ	暦年毎

出典：Tax Administration Office

被用者税額控除は、勤労促進型の給付付き税額控除といえる。賃金・給与、事業所得、自営業等からの所得を得ている場合、個人の所得に応じて、通増部分と定額部分が設けられており、勤労所得を得ているすべての者が恩恵を受ける⁷⁾。

2) 賃金税 (Wage tax)

所得税と社会保険料に適用される源泉徴収である。同様に源泉徴収が配当税 (Dividend tax) にも適用される。配当税の源泉徴収は15%である。

3) 法人 (所得) 税 (Corporate Income Tax)

法人税は、企業の利潤を課税対象にしている。私的有限会社と公的有限会社は対象になるが、財団、組合でも営利事業を行っている場合には課税対象になる。

緩い累進課税が適用されており、課税所得が20万ユーロまでは20%、20万ユーロを超える場合には25.5%の税率が適用される。企業が過去に損失を計上している場合には、課税所得から控除することができる。

4) 相続税・贈与税

相続税法 (The Inheritance Tax Act) により、相続税 (Inheritance Tax) と贈与税 (Gift Tax) が課される。

① 相続税

相続税は、オランダに居住していた者の資産を相続する時に、すべての相続資産が課税対象になる。配偶者、子ども、近親者は、遠戚者、親類でない者よりも相続税は低くなる。

相続税には控除措置がある。配偶者、一定の条件を満たした未婚の同居者、子ども、障がいのある子ども、親、血縁のない親戚、オランダで社会的貢献を行っている公的な主体などが対象になっている。

相続税の税率は、相続対象となる資産によって異なり、累進的になっている。ただし、税率には上限がある。

② 贈与税

オランダの居住者から贈与されたものが課税対象である。税率は、相続税と同じ税率が適用

され、相続税と同様に控除措置がある。

5) 賭博税 (Tax on games of chance)

賭博により454ユーロ以上を得た場合、賭博税が均一税率29%で課される。オランダの賭博では、償金から賭博税の源泉徴収を行っている。

6) 付加価値税 (Value Added Tax, VAT)

付加価値税は、オランダでは“BTW”と呼ばれている。付加価値税は、すべての個人消費を課税対象にしており、内税方式をとっている。なお医療サービス、教育サービスの一部、保険、銀行サービスは付加価値税が免税されている。

税率は19%であるが、2つの場合に、特別に別の税率が適用されている。

第一に、税率が6%に抑えられているサービスがある。食料、医薬品、医療扶助の多く、労働集約的なサービスの一部、書籍、雑誌、旅客運送、スポーツの試合、動物園、サーカス、劇場の入場料、水、農業生産に利用される多くの財・サービスに適用されている。

第二に、税率が0になる場合もある。それは、主として、国境を越える貿易取引である。例えば、EU域外の国々への輸出、EU域内の国々の企業に対する原材料、部品等の供給が該当する。

7) 物品税 (Excise duty)

特定の消費財に課される物品税がある。ワイン、ビール等のアルコール飲料、たばこ、ガソリン、ディーゼルオイル、LPガスなどの燃料が課税対象である。物品税も付加価値税と同様に内税方式を採用している。

また、フルーツジュース、野菜ジュース、ミネラルウォーター、炭酸飲料などのノンアルコールの嗜好品の飲料には特別消費税が課されている。

(2) オランダの財政状況

次にオランダの財政状況について、具体的な数字をみていこう⁸⁾。

2010年のオランダの財政を詳細にみていく。表6は、予算ベースでのオランダの国の税・社会保険料収入と歳出の状況を示している。税・社会保険料収入は2,398億ユーロ、歳出は2,721

億ユーロであり、323億ユーロの赤字である。

税収の中間比率は、間接税が直接税を上回っており、間接税中心の税体系になっている。間接税による税収は、付加価値税（VAT）が中心になっており、間接税収の約60%を占めている。付加価値税と2番目に多い物品税と併せて間接税収の75%を占めている。直接税では、賃金・所得税が中心になっており、直接税収の約70%を占めており、2番目に多い法人税を合わせて直接税収の約92%を占めている。

一方、歳出は、省庁別の表示になっているが、社会保障を担当している主要省庁である、社会問題・雇用省、厚生・スポーツ省が、それぞれ社会問題・雇用省が歳出の24.7%、厚生・スポー

ツ省が歳出の23.4%と上位を占めている。両省併せて、歳出の48.1%を占めており、財政支出における社会保障の占める重要性が高いことが分かる。

日本を含め、多くの先進諸国が財政赤字に悩んでいるが、オランダも例外ではなく、財政赤字のコントロールが課題になっている。オランダの財政収支の状況はどの様になっているのであろうか。2010年の決算ベースでのEMU Balance（国、地方を合わせた政府全体のネットの財政収支）は320億ユーロの赤字とGDPの5.4%を占めており、EMU Debt（国、地方を合わせた政府全体のネットの負債）は3,710億ユーロとGDPの62.7%であった。これは、安定と成長の

表6 国の歳入・歳出内訳（2010年予算ベース）

国の歳入2010(予算ベース)	金額	割合
間接税	68.4	28.5%
付加価値税	41.1	17.1%
物品税（アルコール、たばこ、燃料）	10.7	4.5%
環境税	4.6	1.9%
不動産取得税、保険加入税	3.7	1.5%
道路税	3.7	1.5%
自動車、オートバイ税	2	0.8%
輸入税	2	0.8%
包装税	0.3	0.1%
物品税（アルコール飲料その他）	0.2	0.1%
重量車両税	0.1	0.0%
直接税	63.1	26.3%
賃金・所得税	44.4	18.5%
法人税	13.6	5.7%
配当	2.9	1.2%
相続税・贈与税	1.7	0.7%
賭博税	0.5	0.2%
その他	0.1	0.0%
保険料	35.3	14.7%
被用者保険料	45	18.8%
非課税収入	29.2	12.2%
天然ガス	8.2	3.4%
資金移転の差違	-1.3	-0.5%
国の歳入	239.8	100.0%

政府支出2010(予算ベース)	金額	割合
社会問題・雇用(Social Affairs and Employment)	67.1	24.7%
厚生・スポーツ(Health, Welfare and Sport)	63.8	23.4%
教育・文化・科学(Education, Culture and Science)	36.5	13.4%
国債利払い費	22.1	8.1%
州・地方公共団体(Municipalities and Provinces)	19.3	7.1%
外務/国際協力(Foreign Affairs / International Cooperation)	12.5	4.6%
運輸/インフラストラクチャ基金(Transport / Infrastructure Fund / FES)	12.1	4.4%
防衛(Defence)	8.1	3.0%
財務(Finance)	7.2	2.6%
若年者・家族(Youth Family)	6.5	2.4%
法務(Justice)	5.9	2.2%
内務・王国領(Interior and Kingdom Relations)	5.9	2.2%
住宅、社会、統合(Housing, Communities and Integration)	3.7	1.4%
経済問題(Economic Affairs)	2.7	1.0%
農業、自然、食料の品質(Agriculture, Nature and Food Quality)	2.5	0.9%
住宅、空間計画、環境(Housing, Spatial Planning and the Environment)	1.3	0.5%
その他	5.5	2.0%
資金移転の差異	-10.8	-4.0%
総政府支出	272.1	100%

EMU balance 2010(予算ベース)	
歳入	239.8
政府歳出	272.1
地方政府の財政収支	-4.3
EMU balance (% GDP)	-6.30%

単位：10億ユーロ

出典：Ministry of Finance. Budget 2010

ための目標値としてEUが設定しているEMU Balance 3%とEMU DebtがGDPの60%という目標値には到達していない状況である。EMU Balanceは2006年から2008年は改善したが、2009年、2010年と悪化している。EMU Debtも2006年から2007年にかけて改善したが、2008年以降悪化しており、財政再建が重要な政策課題になっている。

(3) 近年の経済・財政運営

2009年に引き続き2010年の世界的な経済不況は、オランダの財政に陰を投げかけた。

特にギリシャを初めとする数カ国の財政赤字の極度の悪化に端を発した信用不安は、オランダを含めたEU諸国の経済に大きな影響を与えた。EU諸国は、ギリシャの財政赤字への対応策として、2010年5月にヨーロッパ金融安定ファシリティ(the European Financial Stability Facility, EFSF)とヨーロッパ金融安定化メカニズム(the European Financial Stability Mechanism EFSM)を緊急措置として設置し、EU諸国に最大5,000億ユーロの貸し出しを、IMFと協力して行うこととした。

しかし、このような状況下で、2010年にはオランダ経済は再びプラス成長を始め、1.8%の経済成長を達成した。2010年初めには、財政赤字は(EMU Balance)はGDPの6.3%と予想されていたが、結果的には320億ユーロ、GDPの5.4%にとどまった。これは、一つには経済成長の成果と考えられる。経済成長の要因は輸出が好調であったこと、個人消費が0.4%の増加と微弱ではあるが回復を示したこと、投資の若干の回復にある。その結果、雇用が改善され、2010年2月の失業者数は45万2,000人であったが、同年12月には40万1,000人まで減少した。

インフレ率は、2010年1月には0.8%、同年12月には1.9%に上昇したが、年間のインフレ率は1.3%と物価情勢は比較的安定していた。

これらの状況を鑑みると、雇用の改善により税収が伸びた結果、財政赤字の予想外の縮小が実現したと考えられる。同時に、歳出削減の効

果も財政赤字の縮減の要因として考えないわけにはいかない。

一方、EMU Debtは幾分改善を示したものの、3,710億ユーロであり、GDPの62.7%であった。

先に述べたように、EMU balanceがGDPの5.4%、EMU DebtがGDPの62.7%という数字は、安定と成長の協定(the Stability and Growth Pact)の示すEMU BalanceはGDPの3%、EMU DebtはGDPの60%とする基準を満たしていない。

2010年は、政治的にも大きな変化の年であった。2010年2月にヤン・ペーター・バルケネンデが第4次内閣を組織したものの、総選挙での敗北をうけて、10月に自由民主国民党(VVD)のマルク・ルッテ(Mark Rutte)が首相に就任した。

2010年は、財政再建を視野に入れながら、景気刺激策を必要とし、31億8,300万ユーロの景気刺激のための公共支出が行われた。しかし、同時に財政規律を機能させ、2010年夏には、財政支出の32億ユーロの削減を達成し、2015年までにはさらに148億ユーロの財政支出の削減を予定している⁹⁾。

4. 社会保障支出の特徴

オランダ財政の中でも社会保障関係の歳出は大きな割合を占めているが、オランダの社会保障費用はどのような状況にあるのだろうか。OECDの社会支出(Social Expenditure)のデータを用いて、OECD諸国の中でのオランダの社会保障給付の特徴付けを試みる¹⁰⁾。

表7は、OECD34カ国を社会支出の対GDP比が大きい順に並べたものである。オランダは全体の17位と、中間的な位置を占めている。表8は各国の社会支出の対GDP比の年次推移をみたものであるが、34カ国の多くが1980年代から徐々に社会支出の対GDP比を増加させているのと比較して、オランダは、1980年には24.79%、2007年には20.08%とその比率を低下させてきた数少ない国の一つである。オランダは、社会支出の絶対的金額自体は増加させながらも、それ

表7 社会支出 (Social Expenditure) (2007) のGDPに占める割合 (%)

	老齢	遺族	障害・労災 ・傷病	失業	保健医療	家族	積極的労働 市場政策	住宅	その他	社会支出 (合計)
フランス	11.06	1.75	1.75	1.36	7.49	2.99	0.90	0.76	0.35	28.40
スウェーデン	8.98	0.54	5.02	0.67	6.58	3.35	1.10	0.47	0.59	27.30
オーストリア	10.74	1.95	2.33	0.92	6.80	2.60	0.68	0.10	0.29	26.42
ベルギー	7.08	1.91	2.34	3.12	7.32	2.55	1.22	0.15	0.65	26.34
デンマーク	7.28	0.01	4.35	1.92	6.51	3.29	1.31	0.69	0.74	26.10
ドイツ	8.65	2.06	1.89	1.38	7.85	1.83	0.72	0.61	0.17	25.16
イタリア	11.74	2.41	1.73	0.44	6.65	1.40	0.45	0.02	0.03	24.86
フィンランド	8.40	0.83	3.57	1.55	6.01	2.83	0.87	0.24	0.55	24.83
ハンガリー	8.31	1.34	2.66	0.67	5.25	3.34	0.31	0.91	0.15	22.93
ポルトガル	9.23	1.60	2.13	1.00	6.64	1.15	0.51	0.00	0.25	22.52
スペイン	6.54	1.92	2.53	2.12	6.06	1.23	0.73	0.18	0.27	21.58
ギリシャ	10.02	2.00	0.89	0.46	5.86	1.09	0.17	0.46	0.39	21.33
ノルウェー	6.22	0.26	4.29	0.22	5.71	2.81	0.56	0.14	0.60	20.80
ルクセンブルグ	4.85	1.71	2.74	0.85	6.36	3.13	0.47	0.15	0.40	20.65
イギリス	5.77	0.14	2.44	0.20	6.84	3.24	0.32	1.43	0.17	20.54
スロベニア	8.17	1.54	2.06	0.39	5.61	1.80	0.20	0.02	0.48	20.26
オランダ	5.26	0.25	2.94	1.14	5.95	1.99	1.08	0.38	1.10	20.08
ポーランド	8.72	1.98	2.38	0.31	4.56	1.08	0.50	0.09	0.17	19.79
チェコ	6.91	0.75	2.35	0.59	5.76	1.99	0.25	0.06	0.15	18.79
日本	8.79	1.30	0.79	0.31	6.30	0.79	0.16	-	0.26	18.70
スイス	6.30	0.36	3.00	0.62	5.60	1.26	0.59	0.12	0.68	18.52
ニュージーランド	4.18	0.14	2.47	0.23	7.08	3.05	0.35	0.76	0.14	18.39
カナダ	3.80	0.39	0.90	0.56	7.01	0.96	0.29	0.39	2.56	16.86
アイルランド	3.11	0.81	1.75	0.98	5.80	2.59	0.64	0.28	0.36	16.31
アメリカ	5.30	0.70	1.31	0.33	7.24	0.66	0.11	-	0.55	16.20
オーストラリア	4.31	0.18	2.25	0.41	5.74	2.45	0.30	0.29	0.09	16.02
スロバキア	5.37	0.83	1.47	0.37	5.18	1.79	0.22	0.00	0.47	15.69
イスラエル	4.33	0.73	2.89	0.29	4.32	1.99	0.14	0.01	0.83	15.52
アイスランド	2.30	0.02	2.23	0.19	5.75	2.86	0.05	0.61	0.58	14.59
エストニア	5.22	0.10	1.82	0.09	3.96	1.67	0.05	0.02	0.07	13.00
チリ	4.49	0.67	0.66	0.01	3.66	0.81	0.26	0.00	0.00	10.56
トルコ	5.02	1.21	0.13	0.00	4.10	0.01	0.00	-	-	10.48
韓国	1.61	0.25	0.55	0.25	3.50	0.50	0.13	-	0.77	7.57
メキシコ	1.15	0.25	0.06	-	2.65	0.99	0.02	1.25	0.84	7.20
OECD全体	6.45	0.97	2.14	-	5.81	1.94	0.46	-	0.70	19.24

出典: OECD. Social Expenditure

以上の経済成長を実現させて、社会支出のGDP比を増加させないことに成功した国といえる。

ここで、オランダの社会支出の内訳を見てみよう。表7により、オランダをはじめ各国の社会支出に占める各分野への支出割合を見ることが出来る。各分野とは、老齢、遺族、障害・労災・傷病、失業、保健医療、家族、積極的労働市場政策、住宅、その他を指している。オランダの他の国々と比較した時に目立つ特徴は、「老

齢」への割合が26.2%と相対的に低いことである。日本が、社会支出の47%を「老齢」に向けているのと対照的である。その分を、「障害・労災・傷病」、「失業」、「家族」、「積極的労働市場政策」に振り向けている。特に「積極的労働市場政策」に1.08%とOECD34カ国の中でもデンマーク、ベルギー、スウェーデンに次いで、高い割合を振り向けていることが特徴的である。

オランダのこうした社会保障給付の特徴はど

表8 各国の社会支出の年次推移 (%)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
オーストラリア	10.28	12.12	13.13	16.19	17.32	16.52	16.09	16.02
オーストリア	22.39	23.71	23.76	26.56	26.73	27.37	26.97	26.42
ベルギー	23.52	26.04	24.88	26.27	25.41	26.44	26.41	26.34
カナダ	13.66	16.99	18.12	18.89	16.50	17.02	16.94	16.86
チリ	-	-	10.17	11.39	13.18	11.16	10.49	10.56
チェコ	-	-	16.04	18.17	19.80	19.53	19.05	18.79
デンマーク	24.76	23.24	25.14	28.92	25.68	27.21	26.59	26.10
エストニア	-	-	-	0.00	14.06	13.17	12.78	13.00
フィンランド	18.07	22.38	24.12	30.73	24.24	26.02	25.81	24.83
フランス	20.76	26.00	24.87	28.50	27.72	28.97	28.59	28.40
ドイツ	22.11	22.53	21.73	26.76	26.56	27.23	26.15	25.16
ギリシャ	10.24	15.97	16.47	17.34	19.16	20.96	21.26	21.33
ハンガリー	-	-	-	-	20.29	22.63	22.89	22.93
アイスランド	-	-	13.74	15.21	15.25	16.33	15.87	14.59
アイルランド	16.66	21.31	14.92	15.68	13.27	15.76	15.75	16.31
イスラエル	-	-	-	16.70	17.09	16.46	15.94	15.52
イタリア	17.98	20.81	19.95	19.90	23.27	24.98	25.09	24.86
日本	10.40	11.24	11.28	14.28	16.54	18.59	18.44	18.70
韓国	-	-	2.83	3.24	4.80	6.45	7.37	7.57
ルクセンブルグ	20.63	20.19	19.14	20.76	19.78	23.00	21.79	20.65
メキシコ	-	1.73	3.26	4.33	5.30	6.85	6.97	7.20
オランダ	24.79	25.34	25.57	23.81	19.78	20.71	20.30	20.08
ニュージーランド	17.04	17.66	21.52	18.67	19.14	18.12	18.95	18.39
ノルウェー	16.85	17.77	22.31	23.28	21.31	21.71	20.44	20.80
ポーランド	-	-	14.92	22.61	20.50	21.02	20.77	19.79
ポルトガル	9.92	10.10	12.50	16.48	18.88	22.90	22.94	22.52
スロバキア	-	-	-	18.76	17.92	16.32	15.99	15.69
スロベニア	-	-	0.00	0.00	22.88	21.90	21.54	20.26
スペイン	15.55	17.78	19.95	21.41	20.44	21.41	21.40	21.58
スウェーデン	27.16	29.49	30.23	32.04	28.43	29.08	28.41	27.30
スイス	13.80	14.70	13.45	17.46	17.85	20.19	19.19	18.52
トルコ	3.22	3.13	5.68	5.59	-	9.87	9.99	10.48
イギリス	16.54	19.44	16.75	19.91	18.60	20.57	20.36	20.54
アメリカ	13.16	13.11	13.46	15.38	14.46	15.83	15.99	16.20
OECD全体	15.62	17.28	17.60	19.44	18.88	19.77	19.51	19.24

出典：OECD, Social Expenditure

の様に形成されてきたのであろうか。表9により、特に「老齢」のGDPに対する割合の年次推移をみてみよう。

オランダのGDPに占める「老齢」への支出割合は、1980年の6.10%から2007年の5.26%と低下している。ドイツ、ニュージーランドなど一部の国を除いて、日本を含めた多くのOECD諸国がその割合を増加させていることと対比的である。なお、日本は、1980年には3.02%であっ

たのが、2007年には8.79%にまで増加している。

しかし、この結果は経済成長によるGDPの増加の結果でもありと考えられるので、今度は、オランダの社会支出に占める各項目への支出割合の年次推移をみてみよう。表10をみると、「老齢」は1980年には24.62%であったが、2007年には26.18%とわずかに増加している。しかし、表11で日本の「老齢」の社会支出に占める割合をみると、日本の「老齢」は、1980年には29.08%

表9 各国の社会支出「老齢」のGDPに占める割合の年次推移 (%)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
オーストラリア	3.05	2.93	3.31	3.85	4.74	4.30	4.30	4.31
オーストリア	9.96	10.94	8.94	10.04	10.44	10.84	10.85	10.74
ベルギー	5.94	6.33	6.53	7.01	6.91	7.15	7.27	7.08
カナダ	2.79	3.40	3.83	4.24	3.86	3.78	3.77	3.80
チリ	-	-	7.36	6.08	6.59	5.16	4.73	4.49
チェコ	-	-	5.24	5.86	7.07	6.86	6.75	6.91
デンマーク	6.96	6.85	7.35	8.36	7.06	7.26	7.39	7.28
エストニア	-	-	-	-	5.92	5.34	5.31	5.22
フィンランド	5.13	7.04	7.03	8.53	7.52	8.50	8.57	8.40
フランス	7.63	8.63	9.21	10.60	10.50	10.86	10.93	11.06
ドイツ	9.69	9.77	9.40	7.98	8.78	9.23	8.96	8.65
ギリシャ	4.59	7.18	9.33	9.16	10.10	10.99	9.94	10.02
ハンガリー	-	-	-	-	6.84	7.85	7.98	8.31
アイスランド	-	-	3.42	3.69	3.49	3.79	3.62	2.30
アイルランド	4.46	4.68	3.24	2.88	2.58	2.88	2.92	3.11
イスラエル	-	-	-	4.12	4.38	4.64	4.42	4.33
イタリア	7.20	8.96	8.27	9.35	11.18	11.56	11.62	11.74
日本	3.02	3.86	4.09	5.31	6.93	8.62	8.65	8.79
韓国	-	-	0.61	1.06	1.24	1.43	1.53	1.61
ルクセンブルグ	5.87	5.53	7.62	8.24	6.94	5.20	4.98	4.85
メキシコ	-	0.15	0.39	0.57	0.59	0.93	1.00	1.15
オランダ	6.10	5.94	6.34	5.54	5.27	5.54	5.36	5.26
ニュージーランド	6.81	7.29	7.15	5.53	4.84	4.14	4.18	4.18
ノルウェー	5.09	5.48	7.10	7.06	6.53	6.34	6.08	6.22
ポーランド	-	-	4.06	7.57	8.51	9.28	9.39	8.72
ポルトガル	3.10	3.28	4.05	6.03	6.65	8.88	9.16	9.23
スロバキア	-	-	-	5.54	5.66	5.70	5.56	5.37
スロベニア	-	-	-	-	10.20	9.52	8.40	8.17
スペイン	4.59	5.76	7.22	8.29	8.25	7.95	6.48	6.54
スウェーデン	7.71	8.24	8.55	9.83	9.08	9.44	9.20	8.98
スイス	5.55	5.72	5.48	6.56	6.48	6.65	6.36	6.30
トルコ	0.96	1.05	1.65	2.15	-	4.80	4.78	5.02
イギリス	4.17	4.41	4.85	5.49	5.48	5.94	5.66	5.77
アメリカ	5.24	5.32	5.17	5.37	5.08	5.25	5.24	5.30
OECD全体	5.10	5.63	5.92	6.39	6.46	6.66	6.51	6.45

出典：OECD, Social Expenditure

であったが、2007年には46.98%と約1.6倍に増加している。オランダは、社会支出の中で「老齢」に振り向ける割合を抑えながら、「保健医療」、「積極的労働市場政策」など必要な政策に振り向けているのに対して、日本は、「老齢」への支出の割合の増加により、他項目への支出割合が抑えられていることが分かる。

5. 医療・介護保障の近年の動向

社会保障への支出の中で、医療保障、介護保障はその割合を高めてきており、オランダの重要な政策課題になっている。表10をみると分かるように、オランダの社会支出の中で「医療」への支出の占める割合は増加傾向にある¹¹⁾。また、高齢者介護の含まれている「老齢」への支出割合も安定的であり、オランダの社会支出の動向を

表10 オランダの社会支出に占める各項目の割合の年次推移 (%)

	高齢	遺族	障害・労災・傷病	失業	保健医療	家族	積極的労働市場政策	住宅	その他	社会支出(合計)
1980	24.62	3.30	26.27	6.56	20.76	10.10	2.20	1.05	5.14	100.00
1985	23.44	2.81	21.71	13.08	20.42	8.46	5.15	1.21	3.72	100.00
1990	24.80	3.58	24.78	9.84	21.02	6.52	4.96	1.28	3.23	100.00
1995	23.27	3.06	21.03	11.88	24.85	5.56	5.73	1.67	2.95	100.00
2000	26.64	2.00	19.66	6.39	25.38	7.48	7.45	1.87	3.13	100.00
2005	26.73	1.43	16.89	7.60	28.53	9.06	6.28	1.61	2.78	100.00
2006	26.39	1.34	14.25	6.64	29.29	9.24	5.81	1.87	5.17	100.00
2007	26.18	1.24	14.62	5.68	29.64	9.91	5.37	1.88	5.47	100.00

出典:OECD. Social Expenditure

表11 日本の社会支出に占める各項目の割合の年次推移 (%)

	高齢	遺族	障害・労災・傷病	失業	保健医療	家族	積極的労働市場政策	住宅	その他	社会支出(合計)
1980	29.08	9.88	6.22	4.78	43.38	4.54			2.11	100.00
1985	34.31	9.24	5.49	3.65	41.34	3.97			2.00	100.00
1990	36.24	8.35	5.17	2.85	39.96	3.23	2.90		1.29	100.00
1995	37.17	7.54	4.88	3.64	39.65	3.61	2.21		1.29	100.00
2000	41.91	7.21	4.50	3.69	35.88	3.91	1.71		1.18	100.00
2005	46.36	6.93	3.77	1.80	4.36	4.25	1.37		1.42	100.00
2006	46.89	6.97	4.12	1.77	33.48	4.29	1.06		1.43	100.00
2007	46.98	6.94	4.23	1.65	33.69	4.23	0.87		1.41	100.00

出典:OECD. Social Expenditure

考える上で、医療・介護制度の動向は重要である。そこで、本節では近年のオランダの医療・介護保障の動向についてみることにする。

オランダの医療・介護保障は、長期療養サービスを中心にカバーする特別医療費保険(AWBZ) (“Compartment 1”)、短期医療を中心にカバーする健康保険(ZVW) (“Compartment 2”)、私的医療保険 (“Compartment 3”)によって構成されており、長期療養・介護、短期医療をシステマティックにカバーしている。

オランダが医療保障について抱えている主要な問題は、増加傾向にある医療費をどの様に調節するかということ、医療サービスの効率的需給を図ることと同時に医療の質を確保することである。そして、オランダが介護保障について抱えている問題は、高齢化等の社会経済的背景による長期療養・介護費用の増加への対応、利用者の権利の確保も念頭に置いたサービスの品質の確保の方策などである。これらのオランダが直面している問題は、日本も含めた先進諸国

が抱える共通の問題である。

1980年代後半のデッカープラン以来、オランダの公的医療保険制度に「規制された競争(Regulated Competition)」を導入する試みがなされてきた。紆余曲折を経て、今日では、短期医療をカバーする健康保険(ZVW) (“Compartment 2”)にのみ「規制された競争」が導入されている¹²⁾。

特別医療費保険は、1968年の制度施行時から「途方もない費用のかかるリスク(Catastrophic risk)」をカバーする制度として位置づけられていたが、今日、その考え方を徹底させ、他の保険制度、社会制度との分業を明確にしようとしている。脳卒中等に対応する急性期医療の後のリハビリテーションを短期医療と位置づけ、特別医療費保険から健康保険(ZVW)に移行させたこと、家事援助を特別医療費保険から外し、社会支援法(WMO)のサービスに移行させたことがその例である¹³⁾。

特別医療費保険にも、効率性を実現するため

の方策が導入されてきている。第一に現金給付制度である個人介護予算 (PGB) の導入、第二にインフォーマルケアの積極的な活用、第三に社会支援法 (WMO) を施行し、家事援助等の介護サービスの一部を社会支援法 (WMO) に移行したこと、第四にケア強度パッケージ (ZZP) の導入、第五に、ケアアセスメントセンター (CIZ) によるケアアセスメントの改善の努力である。

競争原理を導入する政策、効率性を図る政策を施行する上での必要条件は、患者が情報を持ち、サービスの選択をできる環境を作ることである。そのため、「サービス提供組織における品質に関する法律 (KWZ)」、「個人サービスにおける専門職に関する法律 (Wet BIG)」が導入されている。

利用者の権利の確立のために、「長期療養・介護サービスにおける患者の権利に関する法律 (WCZ)」を制定していることが注目される。

6. おわりに

本稿では、オランダにおける社会保障、財政の状況について検討を行った。最後に本稿での結論をまとめて、結語とする。

オランダの社会保障制度は、ベバリッジの社会保険中心主義に則っており、社会保護 (Social Protection) のデータで見ると、財源の最も多くを社会保険料に拠っている。しかし、社会保険料に依拠する度合いを高めながらも、社会保障の費用の増加と共に政府の歳出も増加せざるを得ない状況にある。

オランダの財政は、歳入が間接税中心になっており、間接税の約60%は付加価値税 (VAT) によるものである。一方、歳出は、社会保障を担当している主要省庁である、社会問題・雇用省、厚生・スポーツ省の歳出が、それぞれ社会問題・雇用省が24.7%、厚生・スポーツ省が23.4%であり、両省併せて、歳出の48.1%を占めており、財政支出における社会保障の占める重要性が高いことが分かる。

オランダの2010年の財政収支、EMU Balance

は320億ユーロの赤字で、GDPの5.4%にあたり、長期債務残高、EMU Debtは、3,710億ユーロ、GDPの62.7%であり、安定と成長の協定 (the Stability and Growth Pact) の示す、EMU BalanceはGDPの3%、EMU DebtをGDPの60%とする基準を満たしておらず、オランダも財政再建が重要な課題になっている。

政府の歳出の大きな割合を占めている社会保障費用を、OECDの社会支出 (Social Expenditure) のデータを利用してみると、2007年のオランダの社会支出の対GDP比はOECD34カ国の中の17位であり、1980年代から社会支出の対GDP比を低下させている数少ない国であることが分かる。各国の社会支出の中で「老齢」は最も大きな割合を占めているが、オランダはOECDの他の多くの国々と異なり、「老齢」への支出のGDP比を低下させてきた。社会支出の中で「老齢」に向ける割合をOECDの多くの国々が増加させてきたのと対照的に、オランダはその割合を25%前後で維持し、「保健医療」、「積極的労働政策」など必要な分野に振り向けてきたことが特徴的である。

オランダの社会保障への支出の中で重要な位置を占める医療、介護保障では、短期医療を中心にカバーする健康保険 (Compartment 2) では「規制された競争」を導入し、長期療養・介護サービス (Compartment 1) でも、サービスの性質によりサービスを別の制度に移管したり、個人介護予算制度、ケア強度パッケージを導入するなどして、サービスの効率的需給の確立を試みている。こうした競争原理の導入の背後で脅かされがちな患者の権利を確保するため、そして患者が選択をするための情報提供のための法的な制度整備も行っている。

注

- 1) 本稿は、新学術領域研究 (研究領域提案型) 「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御: 社会科学と健康科学の融合」A05班 「保健・医療・福祉サービスへのアクセスと健康格差」(代表者: 小林廉毅東京大学教授) の成果の一部を使用

している。

- 2) いわゆる強制加入保険であるが、加入しない選択肢も居住者には残されている。しかし、加入しない場合、懲罰的な措置が施されるので、事実上は「強制加入」といって差し支えない。
- 3) オランダの社会保障制度の概要については、Ministry of Social Affairs and Employment (2011)を参照。
- 4) EU (2008) , European social statistics. Social protection Expenditure and receipts. Data 1997-2005. 2008ed.
- 5) オランダの税制については、Ministry of Finance. 2011 (c). A brief outline of all taxes in the Netherlands.を参照。
- 6) 2011年は、31.15%であった。表1を参照。
- 7) オランダの税額控除については、Dutch Tax Administration 資料を参照。
- 8) オランダの2010年の財政状況に関しては、Ministry of Finance(2011(b))を参照。
- 8) Ministry of Finance(2011(b))を参照。
- 10) OECD, Social Expenditure.
- 11) この背景には、「障害・労災・傷病」の中の介護関係のサービスが「医療」に移行してきているという事情もある。
- 12) オランダの医療保障の最近の動向については、大森(2006)、大森(2011)を参照。
- 13) オランダの介護保障については、大森(2011)を参照。

参考文献

- ・大森正博 2006「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』第677号 pp.153-167
- ・大森正博 2011「オランダの介護保障制度」『リファレンス』No.725. pp.51-732011年6月国立国会図書館
- ・European Union. 2008. European social statistics. Social protection Expenditure and receipts. Data 1997-2005. 2008ed.
- ・Ministry of Finance. 2010 Budget 2010.
- ・Ministry of Finance. 2011 (a) . Annual Report 2010
- ・Ministry of Finance. 2011(b). Financial Report 2010
- ・Ministry of Finance. 2011(c). A brief outline of

all taxes in the Netherlands.

- ・Ministry of Social Affairs and Employment. 2011. A Short Survey of Social Security in the Netherlands 2011.

カナダにおける社会保障制度と税制

立教大学教授
池上 岳彦
Ikegami Takehiko

1867年に連邦が結成されたカナダであるが、その憲法において保健医療及び福祉を所管するのは州である。第一次世界大戦期以降、国内の入植が一段落するとともに都市化及び工業化が進展し、また移民流入が増大した。相次ぐ恐慌・不況等に応じて州政府は失業者救済、年金、母子福祉、保健医療等の支出を増大させた。これにより社会保障制度が発展しはじめ、連邦の役割も拡大したが、現在も州の役割はきわめて大きい。本稿では、医療・年金を中心に社会保障体系を構成する主な制度の現状を概観したうえで、他の先進国と比較した特徴を明らかにする。

1. 医療

カナダでは、連邦結成以来、医療は州が所管する分野であり、現在は州営の医療制度が州民全体に適用されている(池上 2006)。本稿ではそれを「医療保険」と呼ぶが、その主要な財源は租税である。医療保険料を徴収している州もいくつもあるが、それらの州でも保険料は保健医療費の1割前後をまかなっているに過ぎない。各州の医療保険は医学的に必要な医療行為をカバーしており、また医療保険サービスに関する患者負担はない。

制度の発展を概観しておきたい。1947年、サスカチュワン州が導入した病院保険は、その後、全国的に普及し、連邦は1957年から補助を行った。包括的な医療保険は、1962年、これもサスカチュワン州が導入し、その後全国に普及した。連邦は1968年、基準に適合する病院・診療サービスの50%を定率負担する「費用分担プログラム」を設けた。

1977年には、定率補助金が「定着プログラム

財源保障」(Established Programs Financing [EPF])に転換された。これは、保健医療及び高等教育について、①州支出の全国平均額を基礎に総保障額(人口1人当たり同額とする)を設定する、②連邦の個人所得税額の13.5%と法人所得税率1%を減税し、州が増税する余地を拡大する(租税移転)、③総保障額から租税移転(それに伴う平衡交付金を含む)を差し引いた額を交付する(現金移転)、との仕組みである。すなわち、税源移譲を組み込んだブロック補助金である。そして、1996年にはEPFと後に述べる連邦の社会扶助補助金が「カナダ保健医療・社会移転」(Canada Health and Social Transfer [CHST])に統合され、財政危機対策として現金移転が統合前より4割近く削減された。2004年にはCHSTが医療に向けた「カナダ保健医療移転」(Canada Health Transfer [CHT])と高等教育及び福祉に向けた「カナダ社会移転」(Canada Social Transfer [CST])に分割された。さらに、2007年からCSTは「現金移転」が人口1人当たり同額になっており、CHTも将来同様の

仕組みになる予定である(池上 2010: 100-104)。

連邦が1984年に制定した「カナダ保健法」(Canada Health Act)は医療保険について、①公共部門が運営する、②医学的に必要なすべてのサービスを対象とする、③全住民が被保険者となる、④州外で受けた診療も対象とする、⑤患者負担を徴収しない、の5原則を掲げており、違反すれば補助金が減額される。これらの5原則は基本的には守られている。たとえば、州内の医療保険サービスについて患者負担が徴収された場合、その州に対するCHTが同額だけ削減される¹⁾。

現在、処方薬及び歯科診療は保険の対象外である。新薬開発に伴って医薬品コストが増大し、医薬品費が医療費に占める割合が上昇しているため、個人負担・私的保険負担も急増している。また、検査・手術等の待機期間が長く、その対策が急務とされている。州は、医薬品・機器等の購入における共同交渉を推進し、連邦も、在宅ケア、高額医薬品費対策、待機期間短縮及び医療設備充実を理由として、州への現金移転を増額した。

なお、医学的に必要な医療行為はすべて保険対象とされるものの、実際は州間で保険適用範囲に違いがあり、医療保険サービスと並行した私的医療サービスを認める州もある。

2. 年金

老齢年金が導入されたのも第一次世界大戦後である。年金は1927年に州の制度として導入され、連邦が給付額の一定割合を州に負担金として交付した。

1951年、連邦は憲法改正を経て、全国的年金としての老齢保障給付(Old Age Security [OAS])を導入した。OASは70歳以上の高齢者を対象とし、連邦税を財源とする基礎年金であったが、支給開始年齢は段階的に65歳へ引き下げられた。なお、この年金収入は所得として課税される。また、連邦財政状況の悪化をうけて、1989年に所得制限が導入された。給付額は

3カ月ごとに物価スライドされるが、2011年7～9月現在、月額533.70カナダドル(以下、ドル)である。個人純所得が年間6万7,668ドル以上になると減額が始まり、11万38ドル以上になると給付対象から外れる。

1967年、所得付加保障(Guaranteed Income Supplement [GIS])が導入された。GISは、低所得高齢者に対するOASの上乗せ給付であり、連邦税を財源とするが、こちらは非課税所得である。たとえば単身者の場合、2011年は月額最高723.65ドルであるが、所得があれば減額され、個人純所得が年間1万6,176ドル以上の者は対象外となる。さらに、OASとGISを受給する低所得高齢者の配偶者(60～64歳)に対する手当(Allowance)もある。これは、2011年現在、月額最高1,013.54ドルであるが、夫婦合算所得に応じて減額され、合算純所得が年間2万9,904ドル以上であれば対象外となる。

拠出制年金としては、「カナダ年金制度」(Canada Pension Plan [CPP])があるが、ケベック州は独自の「ケベック年金制度」(Quebec Pension Plan [QPP])を運営している。ただし、制度内容に大きな差はない²⁾。CPPは、連邦が制度を運営している。ただし、制度改革を行うためには3分の2以上の州が賛成し、しかも賛成州の人口が全人口の3分の2以上を占める必要がある。

CPPの保険料は、18歳以上70歳未満の者につき、年収3,500ドル超の分に対して、保険料率9.9%で課される。雇用者については雇用者・雇用主が4.95%ずつ負担し、自営業者はすべて自己負担する。保険料の対象となる所得には年間上限が設定されており、2010年現在、上限は4万3,700ドルである。このため、雇用者の場合、年間拠出上限は2,163.15ドルとなる。また、連邦個人所得税の納付額算定に際して、拠出額に最低税率15%を乗じた額が税額控除される。

CPPの退職給付の金額は、65歳受給開始の場合、2011年現在、月額最高960.00ドルであり、遺族給付・障害者給付もある。資金運用は、従来は公債中心に行われていたが、1997年からは

新たに設立された「カナダ年金制度投資理事会」(CPP Investment Board [CPPIB])が、国内外の株式投資中心に運用方針を変えた。

現金給付としての年金とは別に、企業年金への税制優遇措置や個人に対する退職向け貯蓄優遇制度も設けられている。その中心は「退職貯蓄登録制度」(Registered Retirement Savings Plan [RRSP])である。これは、71歳になる年までの間、適格とされた個人年金型投資プランに個人が拠出する場合、それを課税所得から控除して、課税を退職後の取り崩し時まで繰り延べる制度である。2011年現在、年額2万2,450ドルまでRRSPに拠出することができる。また、2009年にはこれに加えて「非課税貯蓄勘定」(Tax-Free Savings Account [TFSA])が創設された。18歳以上の者は、年額5,000ドルまでTFSAに拠出することができる。その際に課税所得からの控除は行われませんが、将来の投資収益は生涯を通じて非課税所得となる。RRSPとTFSAは逆の手法を用いているが、いずれも貯蓄収益に課税する所得税の原則から離れて、貯蓄を優遇する措置である。

3. その他の主な社会保障制度

(1) 社会扶助

生活困窮者への社会扶助も、州が所管する分野である。連邦は、1966年に「カナダ扶助計画」(Canada Assistance Plan [CAP])を創設して、州の給付に対する50%の定率負担を開始した。社会扶助の受給条件と給付水準は各州が決定するものの、CAPの対象となるためには、州は援助が必要なすべての人に給付する、異議申立て制度を設置する、一定期間以上その州に居住していることを給付条件としない、との条件が付された。

連邦が1996年度にCHSTを創設した際、CAPは廃止され、州への現金交付額が大幅に削減された。ただしその際、州の社会扶助プログラムへの制約は「一定期間以上の州内居住を条件としない」点のみとされた。

(2) 雇用保険と勤労税給付

雇用保険 (Employment Insurance [EI]) は、1930年代の大恐慌により失業問題が深刻化して州・地方財政を圧迫したのをうけて、1940年の憲法改正により、連邦の失業保険 (Unemployment Insurance) として導入された。名称が雇用保険に変更されたのは1995年である。

雇用保険は、雇用者と雇用主が納める保険料により運営され、失業後の一定期間、生活費を保障するものである。ただし、地域ごとに経済構造および失業率は異なるため、この制度は地域間の所得再分配という性格をも備えている。とくにカナダの場合、全国制度であるにもかかわらず、失業率が高い地域には受給に必要な保険加入期間が短く、また受給期間が長く設定されているため、適用条件が厳しい州からは不満も出されている。

1995年には、名称変更が行われたのと同時に、連邦が財政再建策の一環として、最長給付期間を50週間から45週間に短縮し、また失業前の給与に対する代替率を57%から55%に引き下げる、という形で保険給付の減額を行った。これにより、失業者に占める受給者の割合は8割台から4割台へと著しく低下し、しかも地域間格差が大きい。

2011年現在、雇用者は給与の1.78%を保険料として源泉徴収の形で納付するが、雇用主はその1.4倍すなわち支払給与の2.492%を保険料として納付する³⁾。ただし、保険料の対象となる所得には年間上限が設定されており、2011年現在、上限は4万4,200ドルである。これにより、雇用者の最大拠出金額は786.76ドルとなる。また、連邦個人所得税の納付額算定に際して、拠出額に最低税率15%を乗じた額を税額控除することができる。

それに対して、標準手当 (regular benefits) の受給申請者は、地域の失業率に応じて、失業直前の52週間のうち420～700時間働いていたことが必要であり、14～45週間にわたって、就業時の収入の55%を受け取る。ただし給付額も上限があり、2011年の上限は週468ドルであ

る。

2007年、連邦は個人所得税制度のなかに「勤労所得税給付」(Work Income Tax Benefit [WITB])を導入した。これは、勤労所得が一定額以上の者について、世帯調整純所得⁴⁾が一定額以下であれば所得税額控除を行い、控除額が納税額より多ければ差額を給付する還付型税額控除(refundable tax credit)⁵⁾である(池上2011a: 31-33)。2011年現在、単身者は、勤労所得が年額3,000ドルを超える額の25%が税額控除つまり給付されるが、勤労所得が6,776ドル以上になると控除額は944ドルで横ばいとなる。さらに、世帯調整純所得が1万711ドルを超えると超過額の15%ずつ控除額が削減され、世帯調整純所得1万7,005ドル以上では控除額がゼロになる。家族世帯者についても勤労所得が3,000ドルを超える額の25%が税額控除される。ただし上限額は異なり、勤労所得が9,720ドル以上になると控除額は1,680ドルで横ばいとなる。さらに、世帯調整純所得が1万4,791ドルを超えると超過額の15%ずつ控除額が削減され、世帯調整純所得2万6,218ドル以上では控除額がゼロになる⁶⁾。WITBは低所得労働者への援助であるが、勤労所得3,000ドルを超える者のみを対象とすることから、低所得者の勤労促進策ともいえる。

(3) 子育て支援

子育て支援も、一義的には州が所管している。ただし、連邦はCSTを交付するなかで、保育・幼児教育等の財源保障という意味を込めており、また以下のように、連邦が直接行う子育て支援策もある。

第1は、個人所得税における扶養税額控除である。1918年に児童扶養控除が導入されたが、それは1988年に他の人的控除とともに非還付型税額控除に転換された。その税額控除制度は1993年にいったん廃止されたものの、2007年に再導入された。2010年現在、18歳未満の扶養家族1人当たり315.15ドルの税額控除を受けられる。しかし、これは非還付型税額控除(non-refundable tax credit)所得税を納めていない低

所得者には効果が及ばない。

第2は、児童手当の給付である。1944年に創設された「家族手当」(Family Allowances[FA])は、所得の多寡を問わない普遍主義的給付であったが、1989年には高所得世帯への減額措置が導入され、1993年には制度自体が廃止された。ところが、2006年、連邦は「普遍的保育給付」(Universal Child Care Benefit[UCCB])を導入した。これは6歳未満の子どもをもつ親に子ども1人当たり月額100ドルを給付する制度であり、所得制限は付されていない。また、受給額に対しては所得税が課される。

第3は、還付型税額控除である(池上2011a: 23-30)。1979年、連邦は「児童税額控除」(Child Tax Credit[CTC])を導入した。しかし、上述のとおり1993年には非還付型児童税額控除及び家族手当が廃止され、CTCも「カナダ児童税給付」(Canada Child Tax Benefit[CCTB])に改組された。

CCTBは所得制限が付された還付型税額控除であり、その現金給付部分是非課税所得となる。対象となる子は18歳未満であり、給付額は世帯構成により異なる。CCTBの中心となる「基本給付」(Basic Benefit)は、2011年7月～2012年6月については、子1人をもつ世帯では年額1,367ドルである。給付額は、世帯調整純所得4万1,544ドルを超える額の2%ずつ削減され、世帯調整純所得10万9,894ドル以上になると給付はゼロになる。

1998年、連邦は、CCTBについて、低所得世帯向けの「付加給付」(National Child Benefit Supplement[NCBS])を導入した。NCBSについても、給付額は世帯構成により異なる。たとえば2011年7月～2012年6月については、子1人をもつ世帯のNCBS最高給付額は年額2,118ドルであるが、世帯調整純所得2万4,183ドルを超える額の12.2%ずつ給付額が減少し、世帯調整純所得4万1,544ドル以上になると給付額はゼロなる。NCBSの導入は、それまで州が行っていた低所得世帯の児童向け給付にとって代わる意味もあった。すなわち、州はNCBSの金額の範

圏内で児童のいる低所得世帯への社会扶助を減額し、それによる財源を当該世帯への新たな給付や保育・医療補助サービスに充当することとされた。

なお、多くの州が、州個人所得税のなかに、子育て支援を目的とする独自の還付型税額控除を設けている。

4. 社会保障制度と税制

カナダの社会保障制度は、税制との連携がきわめて密接である。以下、特徴を整理してみたい。

第1に、カナダにおける社会保障関係の政府支出は、先進国のなかでは小規模である。表1に示したように、2007年時点で社会保障支出の対GDP比は16.9%であり、表示した国のなかではアメリカと並んで低い。これを人口1人当たり額に直してみると6,493米ドルとなり、日本と並んで明らかに少ない。とくに「高齢」(老齢年金、高齢者介護等)が少ないのが目立つが、これは65歳以上人口比率が13.2%にとどまっていることも原因の1つである。しかし、大規模な財政再建が実施された1980年代後半以降、雇用保険と社会扶助の給付削減、年金をはじめとする現金給付の所得制限導入、物価スライド制の不完全実施等、社会保障支出の抑制傾向は明ら

かであり、高所得者及び企業への減税が進められた。その意味で、カナダは先進国のなかでは相対的に「小さな政府」を指向しつつ各種制度の「市場化」をはかる自由主義レジームの色彩を強めている⁷⁾。

第2に、社会保障全体としては規模が大きいなかで、政府を通じた保健医療支出が大きいことも、カナダの特徴である。表1に示した国のなかで「保健」が社会保障支出の4割を超えているのはカナダとアメリカだけである。ただし、高齢者と貧困者のみをカバーするアメリカの公的医療制度とは異なり、カナダでは各州が州民全体をカバーする皆保険制度を主に租税でまかなう医療制度が定着しており、この点は根本的に異なる。

第3に、社会保障制度においても州の役割が大きいことがカナダの特徴である。これは1867年の憲法制定以来、現在まで保健医療・福祉及び教育が基本的に州の所管分野と考えられているためである。表2に示したように、保健医療は州の歳出の1/3を占める。連邦はCHTを州に交付する形で貢献しているが、CHT/CSTは州の政策が連邦の方針に明らかに反する場合に一部減額されるだけであり、用途に関する連邦からの制限は事実上ないといってよい。社会サービスのうちでは、雇用保険は連邦が、子育て支援・介護・労災補償・社会扶助等は州が担って

表1 社会保障支出の国際比較 [2007年]

	対GDP比 (%)	人口1人当たり額(米ドル。購買力調整済み)										65歳以上人口比率 (%)
		高齢	遺族	障害・労災等	保健	家族	積極的労働市場政策	失業	住宅	その他	合計	
カナダ	16.9	1,465	148	347	2,699	368	111	216	151	987	6,493	13.2
アメリカ	16.2	2,434	321	601	3,321	302	52	153	·	252	7,435	12.6
イギリス	20.6	2,091	50	885	2,478	1,176	115	74	518	60	7,448	16.0
日本	18.7	2,954	436	266	2,118	266	55	104	·	88	6,287	21.5
ドイツ	25.2	3,077	733	672	2,791	651	257	492	215	60	8,949	19.9
フランス	28.4	3,677	581	583	2,490	995	300	451	252	115	9,445	16.5
イタリア	24.9	3,726	764	550	2,110	443	143	139	7	9	7,891	20.0
スウェーデン	27.3	3,452	208	1,931	2,528	1,289	422	256	181	227	10,493	17.4

注：1) 社会保障支出は、OECDの定義による“Public Social Expenditures”を用いた。
資料：OECD, Stat Extracts [http://stats.oecd.org/ (2011年8月13日参照)] により作成。

表2 政府の保健医療・社会サービス支出[2008年]

(単位：百万カナダドル、%)

	歳出 総額	保健医療 (構成比)		社会サービス (構成比)	
連邦政府	242,867	26,061	(10.7)	88,788	(36.6)
州政府	350,184	115,501	(33.0)	61,738	(17.6)
地方政府	122,870	1,927	(1.6)	6,684	(5.4)
CPP/QPP	38,204	-	(-)	38,204	(100.0)
純計	631,251	121,577	(19.3)	190,276	(30.1)

注：1) 政府間財源移転があるため、4種類の政府を単純合計した数値は純計とは一致しない。

2) CPP / QPPは、CPP 28,977、QPP 9,227 (いずれも百万カナダドル)の合計。

3) 公営企業及び先住民政府の支出は、本表では除かれている。

資料：Statistics Canada Website, "Government - Revenue and Expenditures" により作成。

[http://www40.statcan.gc.ca/101/ind01/13_3055_3059-eng.htm (2011年8月13日参照)]

Statistics Canada, *Provincial and Territorial Economic Accounts*, Vol.3, No.1, November 2010.

いる。OAS, GIS, CPP/QPP等の年金は連邦レベルの運営が基本であるが、州の役割も無視できない。

保健医療と社会サービスを合わせた社会保障支出は政府支出の5割を占めているが、これに教育⁸⁾を加えれば65%に達する。基本的には「連邦は現金給付、州はサービス現物給付」という分担関係があるものの、社会保障サービス及び教育に加えて社会扶助も州が担っており、「大きな州政府」がカナダにおける広義の対人社会サービスを背負っているといえる。

第4に、カナダの社会保障を支える財源の中心は租税である。表3に示したように、2008年におけるカナダの租税・社会保険料は対GDP比

32.3%であり、これはOECD33カ国中23番目である。国民の負担は、対GDP比でみても人口1人当たり額でみても、日本・アメリカよりは高いものの、ヨーロッパ諸国よりは明らかに低い。そのなかで、社会保険料の占める地位は低く、個人所得税の地位が高いことが目立つ。これは他の先進国で社会保険料を財源とするケースが多い年金・医療についても、「基礎年金」にあたるOAS、低所得者向け年金であるGIS、州の医療保険がいずれも租税を財源としていることに表れている。また、カナダの個人所得税は、日本と比較して総合課税の範囲が広い。

カナダにおいては、インボイス方式をとる消費型付加価値税として連邦が「財・サービス税」

表3 租税・社会保険料の国際比較[2008年]

	対GDP比(%)								合計	(順位)	人口1人 当たり額 (米ドル)
	個人 所得税	法人 所得税	社会 保険料	うち 雇用者	うち 雇用主	財産税	一般 消費税				
カナダ	12.0	3.3	4.8	1.9	2.7	3.4	4.3	32.3	(23)	14,498	
アメリカ	9.9	1.8	6.5	2.9	3.3	3.2	2.1	26.1	(30)	12,238	
イギリス	10.7	3.6	6.8	2.6	3.9	4.2	6.4	35.7	(15)	15,634	
日本	5.6	3.9	10.9	4.8	5.0	2.7	2.5	28.1	(27)	10,537	
ドイツ	9.6	1.9	13.9	6.1	6.5	0.9	7.1	37.0	(12)	16,335	
フランス	7.5	2.9	16.1	4.0	10.9	3.4	7.3	43.2	(5)	19,744	
イタリア	11.6	3.7	13.5	2.5	9.2	1.9	6.0	43.3	(4)	16,851	
スウェーデン	13.8	3.0	11.5	2.7	8.7	1.1	9.4	46.3	(2)	24,468	

注：1) 「合計」は、表示されていない税目(個別消費税、給与税、利用税等)を含む。

2) 「順位」は、「合計」についてOECD加盟33カ国の数値を多い順に並べた順番。

資料：OECD, *Revenue Statistics 1965-2009* (Paris: OECD, 2010) pp. 77-96 により作成。

(Goods and Services Tax [GST]) を賦課している。GSTの税率は1991年の導入以来7%であったが、GST減税を選挙公約の1つに掲げて2006年に成立した保守党政権は2度に渡って税率を引き下げ、2008年から税率は5%となった。こうした事情もあり、社会保障費の増大に応じてGSTを増税するという議論は聞かれない。また州はそれぞれ独自の一般消費税——付加価値税もしくは小売売上税——を賦課する、もしくは一般消費税を賦課しない政策をとっており、連邦と州を合わせた税率は5%～15.5%と多様である。

第5に、租税——とくに個人所得税——の重要性は、社会保障制度をはじめとする所得再分配が個人所得税の還付型税額控除という形で行われる例が多いことにも表れている。すなわち、CCTB、WITB等は所得再分配的な要素が強い。また、GSTが低所得者に過重な負担を強いるとの批判に応えるために、個人所得税のなかにGST控除(GST Credit)が設けられている(池上2011a: 36-44)。これも、世帯構成に応じて一定の金額を税額控除する所得制限付きの還付型税額控除であり⁹⁾、付加価値税の逆進性対策としてカナダ特有の制度である。これらは政府支出の統計に表れない「租税支出」(tax expenditure)なので、カナダの政府部門を実態以上に「小さな政府」に見せているともいえる。

なお、所得制限の基準となる世帯調整純所得は、給与所得・事業所得・金融所得・不動産所得・社会保障給付・私的年金等を合算して、世帯所得を総合的にとらえたものである。税額控除もしくは現金給付に所得制限を付す場合、このよ

うに所得を総合的にとらえることが必要不可欠である。

最後に、州・地方税の規模が大きいこともカナダ税制の特徴である。これは、州がそれぞれ社会保障・教育等の政策を独自の方針で推進するために、自主財源としての租税を大規模に徴収する必要があることから要請されている。表4に示したように、連邦と州は個人所得税・法人所得税・一般消費税という基幹税の税源を共有しており、一般消費税についてはむしろ州税が連邦税を上回る。財産税は州・地方のみが賦課しているが、そのほとんどは固定資産税である。租税・社会保険料全体でみても、州税と地方税を合わせれば連邦税を上回る。なお、社会保険料についても、表5に示したとおり、連邦が雇用保険料を、CPP/QPPが拠出制年金保険料を、それぞれ徴収するが、州も労災保険料を雇用主から徴収するのに加えて、上述の通り、一部の州が医療保険料を徴収している。

5. おわりに

カナダで多用されている所得制限つき給付及び還付型税額控除は、所得再分配の重点化であるが、その半面、普遍主義から公的扶助への後退ともいえる。所得制限が厳しい制度は、その適用を受けない者が国民の多数派となり、制度の維持・拡充への支持が広がりにくい。むしろ所得制限をつけず、その代わりに給付額を個人所得税の課税対象に含めれば、高所得者への給付の相当部分を取り戻すことができる。実際には、2006年当時の財政黒字及び少数与党政権と

表4 租税・社会保険料の構成 [2008年]

(単位: 百万カナダドル)

	個人 所得税	法人 所得税	社会 保険料	うち 雇用者	うち 雇用主	財産税	一般 消費税	合計
連邦政府	117,385	34,176	16,786	6,943	9,843	-	30,140	220,743
州政府	73,166	18,900	14,078	2,287	11,791	8,288	37,938	200,297
地方政府	-	-	-	-	-	45,621	91	46,670
CPP/QPP	-	-	44,526	21,012	21,012	-	-	44,526
合計	190,551	53,076	75,390	30,242	42,647	53,909	68,169	512,236

注: 1) 「合計」は、表示されていない税目(個別消費税、給与税、利用税等)を含む。

資料: OECD, *Revenue Statistics 1965-2009* (Paris: OECD, 2010) pp. 129-131, 252により作成。

表5 社会保険料の内訳[2008年]

(単位: 百万カナダドル)

	連邦政府	州政府	CPP/QPP	合計
CPP/QPP (雇用者) (雇用主) (その他)			44,526 (21,012) (21,012) (2,502)	44,526 (21,012) (21,012) (2,502)
医療保険 (雇用者) (雇用主)		3,529 (2,287) (1,242)		3,529 (2,287) (1,242)
雇用保険 (雇用者) (雇用主)	16,663 (6,943) (9,720)			16,663 (6,943) (9,720)
その他 (雇用主)	123 (123)	10,549 (10,549)		10,672 (10,672)
合計 (雇用者) (雇用主) (その他)	16,786 (6,943) (9,843) (-)	14,078 (2,287) (11,791) (-)	44,526 (21,012) (21,012) (2,502)	75,390 (30,242) (42,647) (2,502)

注: 1) 納付者の「その他」は、自営業者、無業者等。

2) 社会保険料の「その他」は、労災保険等。

資料: OECD, *Revenue Statistics 1965-2009* (Paris: OECD, 2010) pp. 129-131, 252により作成。

いう不安定な状況を背景として、保守党政権はUCCB導入及びGST税率引下げのように普遍主義的政策を取り入れた。このように、社会保障制度及び税制の改革には、財政収支、政治状況、税制全体の構造といったさまざまな要素が影響を及ぼす。

最後に、自由主義レジームへの傾斜がみられるといっても、カナダはアメリカとは明らかに異なる。カナダが「大きな州政府」をもつのは、州が担う社会保障及び教育に対する国民の評価が高いからである。たとえば、民間医療中心でその制度運営に膨大なコストを費やしているアメリカと比較して、カナダの医療制度のほうが効率的であり¹⁰⁾、企業にとっても従業員の健康保持コストが低い点で有利な面がある。カナダでは、州が主導権をとる保健医療・社会保障・教育等における普遍主義的な現物給付については持続・向上の圧力が強い。

注

- 1) 2009年度、ブリティッシュ・コロンビア州内の医療保険サービスについて患者負担が徴収されたため、同州に対するCHTが7万3,924.5カナダドル(以下、ドル)減額された。これは同州に対する交付額の0.002%にあたる。
- 2) ケベック州内で働いた分についてはQPPに、

その他の州内で働いた分についてはCPPに、それぞれ保険料を拠出する。両方の制度に拠出した者が給付を受ける場合、給付申請時点でケベック州に居住していればQPPに、その他の州に居住していればCPPに申請を行うが、申請者は両制度から給付を受ける。

- 3) 独自の給付を行っているケベック州については、連邦の保険料率が低く設定されており、2011年現在、雇用者1.41%、雇用主1.974%である。
- 4) 世帯調整純所得(adjusted family net income)は、給与所得・事業所得・金融所得・不動産所得・社会保障給付・私的年金等を含めて、世帯所得を総合的にとらえたものである(詳しくは池上2011a: 27)。
- 5) 還付型税額控除は、「給付つき税額控除」と呼ばれることもある。
- 6) アルバータ州、ブリティッシュ・コロンビア州、ケベック州及びヌナヴト準州は、上記とは異なる独自の基準と給付額を設定している。
- 7) 先進国の福祉レジームを労働力商品化からの脱却度合い(脱商品化)及び男性稼得者モデルからの脱却度合い(脱家族化)の観点から、社会民主主義レジーム(脱商品化=強;脱家族化=強)、保守主義レジーム(脱商品化=強;脱家族化=弱)、自由主義レジーム(脱商品化=弱;脱家族化=強)及び家族主義レジーム(脱商品化=弱;脱家族化=弱)の4つに類型化することについては新川(2011)16-20ページを、またカナダの自由

主義レジームへの傾斜については池上(2011b) 117-120、132-134ページを、それぞれ参照されたい。

- 8) 高等教育は州が担っており、初等中等教育は学校区(地方政府に含まれる)が運営しているが、学校区は州のコントロール下にある。
- 9) たとえば、2011年7月～2012年6月の1年間についてみると、夫婦及び子1人の世帯の場合、GST控除は639ドル(大人253ドル×2、子133ドル×1)であるが、控除額は世帯調整純所得が3万2,961ドルを超えた分の5%減額されるので、世帯調整純所得4万5,741ドル以上の場合、控除額はゼロとなる。
- 10) 2008年時点で、医療費の対GDP比は、アメリカ16.4%に対してカナダ10.3%であり、人口1人当たり額はアメリカ7,720ドルに対してカナダ4,052ドルである(*OECD Health Data 2011*)。

参考文献

- ・池上岳彦(2006)「カナダにおける社会保障財政の政府間関係」『フィナンシャル・レビュー』第85号、31-57ページ。
- ・池上岳彦(2010)「カナダにおける政府間財源移転の特徴と改革」『会計検査研究』第42号、89-106ページ。
- ・池上岳彦(2011a)「カナダの個人所得税における還付型税額控除」『立教経済学研究』第64巻第3号、23-50ページ。
- ・池上岳彦(2011b)「カナダ福祉レジームの変容」新川敏光編『福祉レジームの収斂と分岐』ミネルヴァ書房、117-139ページ。
- ・新川敏光(2011)「福祉国家変容の比較枠組」新川編前掲『福祉レジームの収斂と分岐』1-49ページ。
- ・Treff, Karin, and Deborah Ort (2010) *Finances of the Nation 2010*. Toronto: Canadian Tax Foundation.

アメリカ医療保険改革 —雇用主提供医療保険の空洞化との関連で—

立命館大学准教授
長谷川 千春
Hasegawa Chiharu

アメリカ医療保険改革議論の前提として現に存在するのは、雇用主提供医療保険の加入率の低下を背景とした無保険者問題の悪化と、国民医療支出の膨張に伴う医療コストの負担問題である。医療保険改革は、公的医療保険の創設が挫折し、民間での競争と選択の自由を重視した企業保障をベースとした医療保険システムを前提として進められる。だが、その雇用主提供医療保険は空洞化の方向にあり、「国民皆保険」へ近づくことは容易ではないだろう。

はじめに

2010年3月、アメリカ史上初めて、広く国民を対象とした医療保険改革法が成立した。日本においても、「『国民皆保険』へ前進」（日本経済新聞2010年3月23日）などと大きく報じられた。オバマ民主党政権による医療保険改革は、第1に無保険者（医療保険未加入者）の増加、第2に国民医療支出の膨張という、アメリカ医療保障システムのますます深刻化する問題に、連邦政府としての政策的対応を模索するものといえる。

本稿は、改革議論の前提として現に存在する、アメリカ医療保障システムの基本構造のうち、医療保険システムの中核を担う雇用主提供医療保険との関連で、オバマ医療保険改革の中身とその意義について考察する。

1. アメリカ医療保険システムの特徴と現状

(1) 医療保険システムの全体像

まず、オバマ医療保険改革が前提とするアメリカの医療保険システムについて、その全体像をみておく。アメリカの医療保険システムは、大きく4つで構成される。第1に、民間医療保険である雇用主提供医療保険、第2に民間医療保険である個人購入医療保険、第3に連邦政府が所管する公的医療保険であるメディケア¹⁾、第4に州・地方政府が所管する医療扶助から構成されている。今回の医療保険改革法が成立する以前から、アメリカにも公的医療保険制度が存在するが、その対象は65歳以上の高齢者と障害者などに限られている。ゆえに多くの人々には、民間医療保険、なかでも雇用主提供医療保険が医療保障を得る手段として存在している。

民間医療保険は先述のように、団体保険である雇用主提供医療保険と、個人で医療保険を購入する個人購入医療保険があるが、その大半は雇用主提供医療保険である。雇用主提供医療保険とは、雇用主が被用者や退職者、その家族に対して、付加給付の一つとして提供する医療保険である。雇用主は、法人、政府、営利・非営利を問わず、被用者に医療保険を提供すること

を法的に義務付けられず、また被用者側も医療保険に加入する法的義務はなかった。しかし現実には、大企業の大半が付加給付として医療保険を提供している（被用者数1,000名以上の民間企業の99.5%（2010年）²⁾。企業が付加給付として医療保険を提供すること、及び被用者の保険加入には、税制上のインセンティブが与えられている³⁾。

また民間企業だけでなく、連邦政府、州・地方政府も雇用主として、その公務員と扶養家族、退職者に対して医療保険を提供している（連邦公務員医療給付プログラム及び州公務員医療給付プログラム）。これらの公務員向け医療給付プログラムでは、連邦政府及び州・地方政府が保険料拠出を行っているが、あくまで提供している医療保険は民間医療保険である。

一方、公的医療保険であるメディケアは、メディケア入院保険（パートA）のみが、現役世代がメディケア社会保障税の支払い義務を負っている強制加入の社会保険である。実際に、メディケアからの給付を受ける資格を持つ受給資格者は、社会保障年金を受給する65歳以上の高齢者、そして65歳未満の身体障害者、末期腎臓疾患患者である。

医療扶助は州・地方政府が所管している。主な医療扶助プログラムには、低所得世帯の子ども、成人、高齢者、障害者を対象とするメディケイド、メディケイドの受給資格要件には該当しないが民間医療保険の保険料支払いが困難な低所得世帯の子どもをカバーする児童医療保険プログラム⁴⁾などがある。メディケイドは、一定の要件を満たす低所得者・貧困者向けの、州政府が所管する医療扶助である。いわゆるワーキング・プアの働く親とその子ども、深刻な障害を抱えた人、所得の低いメディケア受給者などが有資格者であるが、個人単位での適格審査で受給資格が認められてはじめて受給資格者となり、実際に受給が開始される。

(2) 医療保険への加入状況

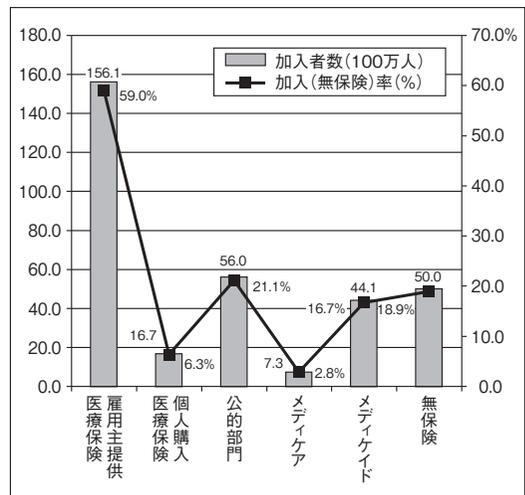
それでは、医療保険への実際の加入状況につ

いてみてみよう。民間医療保険、公的医療保険・医療扶助などを含めると、国民全体の83.3%（2009年）がなんらかの医療保障への加入・適用を受けている。ただ、強制保険であるメディケア入院保険（パートA）にカバーされる65歳以上の高齢者と、65歳未満の非高齢者とを区別してみると、その加入状況には大きな違いがある。

65歳以上の高齢者の98.2%（2009年）が医療保障を受けている。もう少し詳しくみると、65歳以上の高齢者の93.5%がメディケアの受給資格があり、53.5%がメディケアだけでなく雇用主提供医療保険にも加入している。それに対し、65歳未満の非高齢者では、何らかの医療保障を受けているのは81.2%にすぎない⁵⁾。ゆえに、無保険者となる可能性が高いのは、65歳未満の非高齢者においてであるといえる。

図表1は医療保険の加入先別に、非高齢者の加入状況を示したものである。非高齢者にとっての中核的な保険は雇用主提供医療保険である。2009年では、非高齢者の59.0%、1億5,600万人以上が自らの雇用先で、あるいは家族の雇用先で提供される医療保険に加入している。それに対し、民間医療保険である個人購入医療保険の加入者は約1,670万人で、非高齢者の6.3%

図表1 非高齢者（65歳未満）の医療保険の加入先（2009年）



注：二つ以上の保険に加入している個人を排除していない。
出所：Fronstin（2010）より作成。

にすぎない。また、公的医療保険であるメディケアに加入あるいは医療扶助（メディケイドなど）を受給しているのは、非高齢者の21.1%、約5,600万人である。

(3) 無保険者の増加と雇用主提供医療保険の加入率低下

アメリカ医療保障システムの特徴は、雇用主提供医療保険をその中核とすることであるが、一方で、つねに無保険者問題を抱えることもその特徴としている。それらの民間医療保険と公的医療保険・医療扶助の狭間に、いわゆる無保険者が存在する。

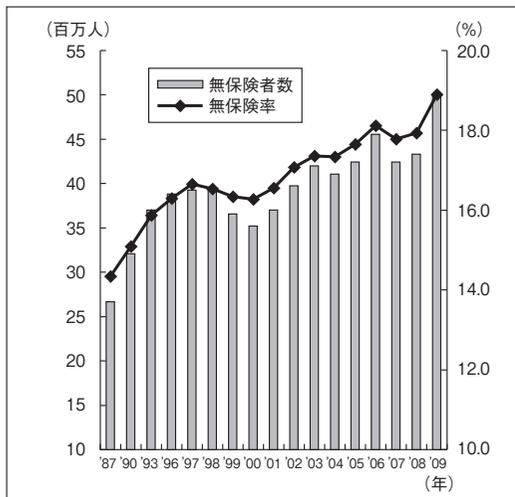
アメリカ国民に占める無保険者の割合、すなわち無保険率は、1990年代以降基本的に上昇し続けている。貧困・低所得層は無保険者の割合が高く、無保険状態に陥りやすいのであるが⁶⁾、他方で、1990年代以降の無保険者の増加は貧困・低所得層に限られたものではなく、家計所得が連邦貧困基準（FPL）⁷⁾200%以上の中所得層であっても雇用主提供医療保険に加入できず医療扶助の受給対象にもならず無保険となる人の増加も一因であった⁸⁾。

非高齢者の無保険者数は、1999年、2000年を例外に、1990年代は一貫して増加し続け、2001

年以降もさらに増加している。無保険者数は、1987年は約2,950万人であったが、1997年には約3,990万人と、10年ほどの間に約1,040万人も増加している（図表2）。20世紀末の数年間は減少に転じたが、その後再び増加しており、2000年から2009年の間に約1,180万人も増加した。2009年の無保険者数は約5,000万人にのぼっている。非高齢者に占める無保険者の割合（無保険率）も上昇し続けている。1987年には無保険率は13.7%であったが、1990年代に16%台に高止まりした後、2000年以降上昇し始め2009年には18.9%に達している。

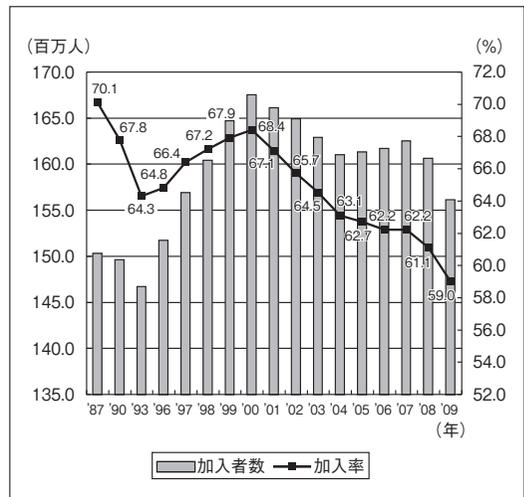
この無保険率上昇の背景には、雇用主提供医療保険の加入率の低下がある。1990年代以降、雇用主提供医療保険の加入率は1980年代までと比較して非常に低下しており、とくに2000/2001年以降加入者数の減少が著しい（図表3）。非高齢者の雇用主提供医療保険への加入率は、1980年代までは70%以上であった。しかし、その後徐々に低下し、2009年には初めて6割を割り込み、59.0%にまで低下している。被用者だけに焦点をあてて医療保険の加入状況でも、1990年代は雇用主提供医療保険の加入率が上昇したが、2001年以降大幅に減少している。2000年には雇用主提供医療保険の加入率は

図表2 非高齢者の無保険者数及び無保険率の推移（1987-2009年）



出所：Fronstin（2003, 2010）より作成。

図表3 非高齢者の雇用主提供医療保険の加入者数および加入率の推移（1987-2009年）



出所：Fronstin（2003, 2010）より作成。

74.9%であったが、2009年には68.2%にまで低下している。それと反比例するように、被用者の無保険率が悪化し、2009年には20.3%にも達している。

1990年代は景気拡大期でもあったため、医療保険を提供する雇用主に雇用されている被用者の割合（被提供率）が上昇傾向にあった。被提供率は1993年の83.1%から2000年には89.4%に増加し、2000年代以降も高い水準を維持してきた⁹⁾。その一方で、雇用主提供医療保険への加入資格を有するフルタイム被用者の減少と、そもそも加入資格を有する可能性の低いパートタイム被用者や非正規雇用の増加（その多くがフルタイム雇用）が、雇用主提供医療保険への加入率を押し下げることとなった。さらに、加入資格を有するにもかかわらず、雇用主による保険料拠出の縮小やそれに伴う被用者拠出の増加によるコスト負担を理由に、雇用主提供医療保険に加入しない、あるいは加入できない被用者が増加したことが、1990年代から2000年代前半までの被用者の雇用主提供医療保険の加入率の低下の要因と考えられる。このことは「雇用主提供医療保険の空洞化」といえよう¹⁰⁾。

1990年代半ば以降の堅調な経済成長と雇用の回復にもかかわらず、雇用主提供医療保険の加入率はあまり上昇せず、無保険率は上昇し続けた。また、2001年の短期の景気後退の後、アメリカ経済はすぐに持ち直したにもかかわらず、雇用主提供医療保険の加入率は低下し続けており、無保険率も上昇している。さらに、2008年のリーマン・ショックに端を発する世界同時不況は、アメリカ医療保障の悪化に拍車をかけている。このような状況のもとで、オバマ氏が包括的な医療改革を掲げて、大統領選に名乗りを上げたのである。

2. 医療費負担構造とコスト節約圧力

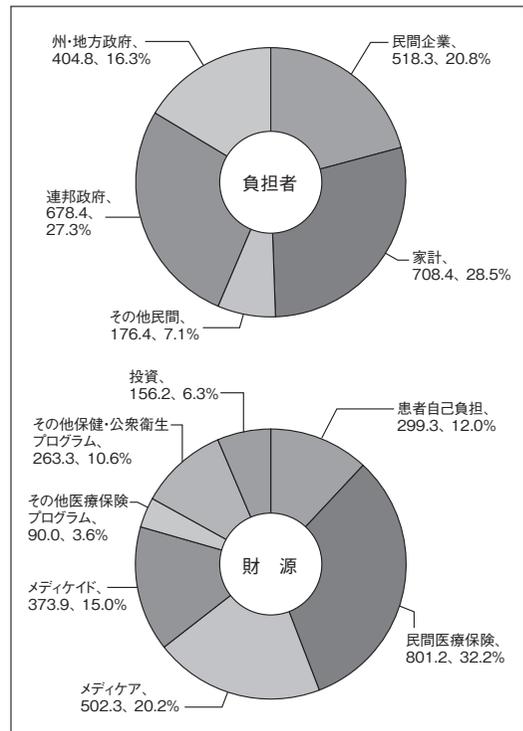
(1) アメリカの医療費負担構造

次に、アメリカの医療費の負担構造についてみてみよう¹¹⁾。国民医療支出は、2009年には2

兆4,863億ドル、対GDP比17.6%に達している。国民医療支出は、公的医療保険・医療扶助制度が創設された1965年以降、一貫して延び続けている。国民医療支出の年平均伸び率は、1997年、1999年を例外に、常にGDPの伸びを上回っている。

膨張する一方の国民医療支出は、公的部門が約1億832億ドル、全体の約44%、民間部門が約1億4,031億ドル、全体の約56%を支えている（図表4）。公的部門の内訳は、連邦政府が約6,784億ドル（全体の27%）、州・地方政府が約4,048億ドル（同16%）を負担しており、これらは連邦政府によるメディケア支出及び州政府に対する医療扶助（メディケイドなど）に関する補助金、州・地方政府による医療扶助関連支出、そのほか調査研究などへの投資も含む。他方、民間部門の内訳は、民間企業が約5,183億ドル（全体の21%）、家計が約7,084億ドル（同28%）、その他

図表4 国民医療支出の負担者別及び財源別の内訳（2009年、10億ドル、%）



出所：U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010b) より作成。

民間が約1,764億ドル（同7%）を負担しており、これらは民間医療保険料やメディケア社会保障税や保険料拠出、患者の自己負担などを通じてのものである。

財源別にみると、民間医療保険からの給付が約8,012億ドルで、全体の32.2%を占めている（図表4）。他方で、公的医療保険であるメディケア、医療扶助であるメディケイドからの支出は、それぞれ全体の20.2%、15.0%を占めており、1990年と比較すると5%ほどその割合が大きくなっている¹²⁾。

さらに、民間医療保険の保険料拠出にまでさかのぼると、医療費の実質的負担者は、雇用主としての民間企業、連邦政府、州・地方政府、そしてそれらの被用者などの家計である。民間医療保険の保険料総額は、2009年には約7,953億ドルとなっており、1999年の2倍近くにまで増加している。その大半は雇用主提供医療保険の保険料であり、総額約7,565億ドル（2009年）の内訳は、雇用主拠出約5,477億ドル（民間企業3,975億ドル、連邦政府268億ドル、州・地方政府1,234億ドル）、被用者拠出約2,088億ドル（民間企業1,729億ドル、連邦政府107億ドル、州・地方政府252億ドル）で、雇用主拠出・被用者拠出ともに、民間企業が最も大きい¹³⁾。

(2) 医療保障へのコスト節約圧力

雇用主による医療保険の提供は任意であるにもかかわらず、雇用主としての企業が医療給付を行う理由としては、一般に以下の4点が指摘される¹⁴⁾。第1に、優秀な労働者を採用し、維持するためである。被用者は、同等の現金報酬よりも医療保険への加入を望んでおり、また他の付加給付よりも医療保険を重視している¹⁵⁾。第2に、不測の病気や事故による経済的損失から被用者とその家族を保護するためである。第3に、労働者の健康増進のためであり、第4にそれによる労働生産性向上を期待していることが理由として挙げられる。医療保険の提供は雇用主の法的義務ではないのであるが、優秀な労働力を採用・維持し、労働生産性を向上させるこ

とを目的として行ってきた。雇用主である企業は、被用者本人だけでなく、その扶養家族や退職者にまで給付対象を拡大し、給付内容も充実させてきた。

しかし、とくに1980年代以降の医療費の膨張とそれに伴う医療保険料の高騰は、企業の人件費コストの膨張としても顕在化した。アメリカ経済はグローバルな競争が激化する状況下で厳しい対応が迫られるようになって、医療保障に対してもコスト節約圧力を強めることとなった。アメリカ労働統計局が2011年3月に行った調査によると¹⁶⁾、民間企業の雇用主提供医療保険に関するコストは、1労働時間当たり平均2.12ドル（全報酬の7.5%）となっている。2001年3月の調査では、1労働時間当たり平均1.16ドル（全報酬の5.6%）であったことから、大幅に上昇している。ただ、職種による開きは大きく、サービス職種では平均0.91ドル（同6.5%）に対し、管理・専門的職種では平均3.17ドル（同6.3%）であった。また企業規模が大きいほどコストは大きく、被用者数50名未満の企業では平均1.34ドル（同6.0%）に対し、50～99名の企業では平均1.83%（同7.1%）、100～499名の企業では平均2.40ドル（同8.4%）、500名以上の企業では平均3.54ドル（同8.7%）であった。

雇用主提供医療保険を提供する雇用主である企業のなかには、医療費の膨張に伴う医療保険料の上昇に対して、1980年代から医療給付改革に取り組んできた企業もある¹⁷⁾。ただ、企業による医療給付改革は、必然的に被用者とその家族、退職者らの医療保障の内容や安定性に反映される。また、21世紀に入り主要な雇用の受け皿となっているいわゆるサービス産業は、医療保険の提供率も低く、パートタイム雇用や非正規雇用を多く活用している業種でもある¹⁸⁾。つまり、パートタイム雇用や非正規雇用といわれる雇用の不安定層は、同時に医療保障の不安定層であり、構造的に無保険者、不安定層が生み出されることになっている。

3. オバマ医療保険改革の目的と内容

(1) オバマ大統領の掲げた改革の目的

オバマ医療保険改革は、第1に無保険者（医療保険未加入者）の増加、第2に国民医療支出の膨張という、アメリカ医療保障システムが抱えるますます深刻化する問題に、連邦政府としての政策的対応を模索するものである。

2009年に大統領に就任したバラク・オバマは、民主党の指名候補選のときから、国内政策の重要課題のひとつとして「医療保険改革」を掲げた。オバマは、第1に医療保険加入者に対しては、「より保険の安定性と安全性を高める」こと、第2に医療保険未加入者（無保険者）に対しては、「保険料が負担可能な保険の選択肢を提供する」こと、そして第3に国民、企業、政府の医療費負担を抑制することを打ち出した¹⁹⁾。

オバマは就任後すぐに、上院下院両議会の民主党指導部に法案のとりまとめを指示した。下院の各委員会（Energy & Commerce; Ways & Means; Education & Labor）での法案を一本化した下院法案（Affordable Health Care for America Act [H.R. 3962]）は、2009年11月7日に可決され、上院の各委員会（Finance; Health, Education, Labor and Pensions）での法案を一本化した上院法案（Patient Protection and Affordable Care Act [H.R. 3590]）は、2009年12月24日によりやく可決された。

法案成立のためにはさらに上院と下院で可決した法案を一本化せねばならないが、医療保険改革実現に長年務めてきたエドワード・ケネディ民主党・上院議員の死去に伴うマサチューセッツ州（長年の民主党の牙城であった）での連邦上院議員補選で共和党議員が勝利したことで、法案成立はもはや絶望的との観測が強まることになった。

しかし、オバマは新たに大統領提案（2010年2月22日）を行い、民主・共和両党での超党派での法案成立を目指したミーティングを行うなどして調整を進めた。最終的に、2010年3月21日に上院法案を修正無しで下院で可決したうえ

で、同法を一部修正する条項を含む調整法案を上院・下院がそれぞれ採決することとなった。Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 [P.L.111-148] は3月23日に、同法を一部修正する条項を含む調整法（Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 [P.L.111-152]）は3月30日に、オバマ大統領が署名して成立した（以下、これらを合わせて医療保険改革法と呼ぶ。改革法のポイントは図表5参照）。医療保険改革法の内容は随時施行され、2014年に全面施行、2019年に完成年度を迎える予定である。

(2) 医療保険への加入義務化

医療保険改革法の最大の特徴は、個人に医療保険への加入義務を課したことである。ほとんどすべてのアメリカ国民及び合法居住者は医療保険に加入せねばならず、加入しない場合は罰金が課されることとなった（2014年以降。一人当たり695ドル（最大一世帯当たり2,085ドル）あるいは家計所得の2.5%のいずれか高い方）。ここで加入先として想定されている医療保険とは、すでに大企業を中心に普及している雇用主提供医療保険か、個人購入医療保険市場や小雇用主保険市場における保険会社や非営利組織などが提供する民間医療保険である。後者の保険市場改革が、医療保険加入拡大につながるかのポイントの一つである（後述の医療保険Exchange）。

ところで、雇用主に対しては、被用者やその家族などに対する医療保険の提供義務や保険料拠出の法的義務は課されなかった。ただし、後述するように一定の規模以上の雇用主に対しては、雇用主提供医療保険の提供継続への「要求」が規定されている。

(3) 医療保険拡充策

個人への加入義務化は民間医療保険の購入を義務付けるものであることから、購入困難な貧困・低所得層に対する対応や、広くアクセス可能で保険料負担可能な医療保険の提供がなされ

図表5 医療保険改革法のポイント

ポイント	内 容
医療保険への加入義務化	アメリカ国民及び合法居住者は医療保険に加入せねならない。加入しない場合は罰金が科される(適用除外あり)。
雇用主の責任	雇用主に対する義務規定無し フルタイム被用者(週平均30労働時間以上)50名以上の雇用主のみを対象に、医療保険を提供せずかつExchangeを通じた保険加入で保険料補助を受けるフルタイム被用者がいる場合、フルタイム被用者一人当たり2,000ドルの「手数料」を課す。 医療保険を提供しかつ上記と同様のフルタイム被用者がいる場合、当該被用者一人当たり3,000ドル以下の「手数料」、あるいはフルタイム被用者一人当たり2,000ドルの「手数料」を課す。(ただし、いずれも最初の被用者30名分については免除) 医療保険を提供しているフルタイム被用者200名以上の雇用主に対して、新規採用のフルタイム被用者を自動的に医療保険に加入させることを義務付け(ただし被用者本人の脱退を妨げない)
Exchangeの設立	州レベルで創設・運営 個人向けのAmerican Health Benefit Exchangeと、小雇用主向けのSmall Business Health Options Program (SHOP)Exchangeを設立 適切な医療保険プランの承認・取り消し、提供する医療保険プランの内容や保険料などの情報提供など 対象 【個人】合法的な州民(メディケイドなどの医療扶助の非対象者) 【雇用主】中小の雇用主(被用者数100名以下、州政府の裁量による)
保険料及びコストシェアリングの補助金	対象 Exchangeを通じて医療保険に加入するアメリカ市民及び合法居住者(所得制限あり。FPL133~400%の所得層) *雇用主提供医療保険を提供されている場合は、被用者の保険料拠出が所得の9.5%を超える場合、あるいは実質的な保険給付が6割以下の場合、適用される。 【保険料補助】 所得に応じたスライド制で保険料補助が提供される。 補助額は、地域で2番目に低額な保険プラン(Exchangeプラン)の保険料に照らして、所得に対する一定の比率以下の負担になるよう調整。 保険料の自己負担上限額を設定。(例) FPL133%以下=所得の2%、FPL133~150%=所得の3~4%、FPL300%~400%=所得の9.5% 【コストシェアリング補助】 所得に応じたスライド制で実際の医療費の一定比率以上が保険給付と補助によってカバーされるよう規定 (例) FPL100~150%=保険給付94%、FPL150~200%=保険給付87%、FPL200~250%=保険給付73%、FPL250~400%=70%
公的医療保険の創設	盛り込まれず。
メディケイドの寛大化	FPL133%以下の所得層にメディケイドの受給資格を寛大化。

出所：Kaiser Family Foundation (2011) より作成。

ることが前提となる。そのための改革として、具体的には、第1にメディケイドの適用条件の寛大化、第2に州レベルでの医療保険Exchangeの創設、第3に保険料補助及びコストシェアリング補助による保険料負担可能な医療保険への加入促進、第4に民間保険会社に対する規制強化を盛り込んだ。

第1のメディケイド適用条件の寛大化とは、メディケアの受給権を持たない非高齢者(子ども、妊婦、親、扶養家族のいない成人)のうち、FPL133%以下の所得層を、医療扶助であるメディケイドの受給資格者にするというものである(FPL5%に相当する所得控除が認められるた

め、実質的にFPL138%以下の所得層が対象)。連邦政府はメディケイドの受給資格者の大枠の範囲とそれに対する最低限の基本サービスについて定めているが、州政府はこの連邦政府のガイドラインに基づき、受給要件(資格要件や所得要件など)や給付範囲・期間、診療報酬支払いなどについては、独自に規定・運営している。実際のメディケイドの受給要件をみると、子どもや妊婦に対する受給要件は寛大に設定している州が多い一方で、子どもの親に対するそれは厳しく設定している州が多い。2008年では、44州(DC含む)がメディケイド(児童医療保険プログラム(CHIP)含む)で家計所得FPL200%

以上の世帯の子供をカバーする一方で、家計所得FPL100%以上の親をカバーしているのは18州にすぎない²⁰⁾。ゆえに、連邦政府は、子どもの親、さらには子どものいない成人に対する受給要件をFPL133%以下に義務付けることで、新たに1,600万人が医療保障を得ることができるとしている²¹⁾。非高齢者のうち、FPL138%以下(約7,400万人)の34.9%が無保険であることから²²⁾、彼らへのメディケイドの適用拡大は無保険者の減少に貢献するものと考えられる。

メディケイドの適用条件の寛大化は、2014年1月から施行予定であるが、州政府は前倒して2010年4月から施行することもできる。また、メディケイド適用条件の寛大化にあたっては、メディケイド支出の増加が伴うことから、連邦政府が補助金を約束している。新たにメディケイドの受給資格を得る人々のメディケイド給付予算について、2014-16年は100%、2017年は95%、2018年は94%、2019年は93%、2020年は90%を連邦補助金として配分するとしている。

第2の州レベルでの医療保険Exchangeとは、州政府あるいは連邦政府によって設立され、州行政機関あるいは非営利組織あるいは連邦政府によって運営される、民間医療保険の購入支援プログラムである。医療保険Exchangeは、個人と小企業(被用者100名未満)の雇用主・被用者に対して民間医療保険の購入を促すことを目的としている。Exchangeで提示される民間医療保険は、その保険料と補償内容に応じて、Bronze、Silver、Gold、Platinumの4つのカテゴリーに分類され、Bronzeプランが最低限の補償内容を備えた医療保険で、Platinumが最も補償内容が手厚いと想定されている。

先述の通り、非高齢者にとって期待される医療保険加入先は雇用主提供医療保険であるが、企業規模が小さいほど医療保険を提供していない企業が多い。雇用主提供医療保険の提供率は、10名未満の企業の33.6%、20～24名の企業の62.5%、25～99名の企業の81.6%であるのに対し、100～999名の企業では94.3%、1,000名以

上の企業では99.2%が提供している²³⁾。個人購入医療保険市場を通じた保険加入は非常に限られており、個人購入医療保険の加入者(非高齢者)は約1,670万人、6.3%である²⁴⁾。Exchangeの設立によって、保険加入者が約2,400万人増加すると推計している²⁵⁾。

すべてのアメリカ国民と合法居住者はExchangeを通じて医療保険を購入することができる(不法居住者は対象外)。ただし、Exchangeを通じた医療保険加入は国民の一部にとどまると想定されている。つまり、現時点で非高齢者が医療保険加入先として期待する雇用主提供医療保険が、法施行後も中核的な保険であり続けると想定されているのである。

医療保険改革法は、雇用主に対して医療保険の提供義務を規定しなかったが、雇用主への「要求」としてフルタイム被用者数50名以上の企業に対して医療保険の提供を促す規定を設けた。すなわち、雇用主提供医療保険を提供しておらず、かつフルタイム被用者のうち1人でもExchangeを通じた医療保険加入で保険料補助を受けている雇用主は、フルタイム被用者1人につき2,000ドル(ただし最初の30名については免除)を「手数料」として課される。また雇用主提供医療保険を提供していても、上記の状況に当てはまる場合には、保険料補助を受けているフルタイム被用者1人につき3,000ドルあるいはフルタイム被用者1人につき2,000ドル(ただし最初の30名については免除)のいずれか低額な方と同等額を「手数料」として課される。そして被用者数200名以上の雇用主に対しては、雇用主提供医療保険に被用者を自動的に加入させるように要求している(ただし、被用者側の脱退を阻害しない)。

これらの雇用主に対する「要求」が、雇用主提供医療保険の提供率、加入率の維持にどれほど貢献しうるのかは今後の動向によるところである。しかし、保険料上昇が続く中で、雇用主である企業の保険料負担は大きくなっている。ゆえに「手数料」を支払う方が雇用主提供医療保険を提供し続けるよりも、経済的に合理性がある

という判断につながる可能性は否定できないであろう。

第3の保険料補助及びコストシェアリング補助とは、Exchangeを通じて医療保険購入をする場合、FPL133～400%以下の所得層に対して医療保険加入に伴う保険料補助とコストシェアリング補助を行うというものである。保険料補助は税額控除方式で、保険料が課税額を上回る場合は課税補助金として還付される。保険料補助の額はその地域のExchangeで提供されるSilverプランの保険料と連動し、所得に応じたスライド制で算定される。

またコストシェアリング補助は、実際に医療機関などを利用した際に発生する医療費の自己負担分について、所得に応じて減額し、あるいは年間負担上限額を上回った場合にはその分を補助するというものである。

ただし、雇用主提供医療保険の加入資格がある被用者は、その保険からの実質的給付が医療費の6割未満である、あるいは被用者の保険料拠出が所得の9.5%を上回っている場合のみ、補助を受けることができる。Exchangeを通じた医療保険加入者のうち1,900万人が保険料補助及びコストシェアリング補助を受けると推計している²⁶⁾。非高齢者のうち、FPL133～400%以下(約1億200万人)の19.0%が無保険であることから、彼らが保険料補助を受けながら民間医療保険に新たに加入することが想定されている。

第4の民間保険会社に対する規制強化とは、医療保険拡充策にかかわるものとしては、(1)生涯保険給付上限額の設定の禁止、(2)既往症者の保険引き受け拒否の禁止(子ども(18歳以下)については2010年9月施行、成人については2014年までに施行)、(3)年間保険給付上限額の設定の禁止(2014年1月施行)(4)被扶養者である26歳以下の者への家族保険適用、(5)保険料収入の80～85%以上を保険給付あるいは医療の質の向上のための費用とすることを義務付け、(6)保険料引き上げの理由の開示と正当性の説明責任、がある。保険加入の引き受け拒

否を制限し、また一定の水準を満たす補償内容を持った医療保険の提供を義務付けることで、保険の加入拡大だけでなく、すでに医療保険に加入している者にとっても拡充であるといえる。

(4) 医療費抑制策

オバマ医療保険改革での医療費抑制策は、公定価格の設定など国家による積極的な介入によって直接医療費あるいは医療保険料を削減あるいは抑制する規制を行うというものではない。医師や病院が医療の質を改善しより効率的な医療サービスを提供するようなインセンティブを強化することによって、結果として質の改善による医療費抑制を目指すものである。

具体的には、民間非営利の研究所による患者中心医療の成果研究の促進、高い質の医療サービスの提供を促すようなメディケア支払方法の導入(例えば、ある手術に関わる病院、専門医、一般医、その他医療従事者の報酬を一括して支払うことで、効率性を追求させるなど)、院内感染の発生率の高い病院へのメディケアからのすべての治療費支払を減額することなどが盛り込まれている。

また、医療提供者の質に関する情報提供を行うことで患者側に力をつけさせ、「足による投票」が質の高い医療提供につながるとしている²⁷⁾。ただ「質の改善によるコスト抑制」の成果は未知数である。

4. オバマ医療保険改革をどうみるか

最終的に成立した医療保険改革法は、個人への医療保険加入義務を前提に、中低所得層への補助金の支給を拡大する一方で、民間医療保険に対する監視を強化して保険料上昇を抑制することで、国民と保険者双方から保険料負担可能性を追求するとしている。オバマ大統領が当初から導入を目指し、また下院法案にも盛り込まれていた公的医療保険プランの創設は見送られ、雇用主である企業に対する、被用者向けの医療保険の提供及び保険料拠出そのものを義務

付ける規定もなくなっている。

それにもかかわらず、医療保険改革法の成立に反対してきた共和党は、法案成立後も反対運動をやめていない。例えば、法案成立直後の2010年3月24日には、フロリダ州やバージニア州をはじめとした14州が憲法違反であると提訴した（現在は26州の知事らが原告に加わっている）。主な争点は、国民に対する医療保険への加入義務規定である。それに対し、民主党側はあくまでも国民による「選択の自由」が堅持されることを強調し、保険料負担可能性のある民間医療保険の選択肢を市場での競争を通じて増やし、保険料拠出に対する補助金支給によって保険加入を促すことの合憲性を主張している。すでに合憲判決を出した地裁もある一方で、違憲判決を出した地裁（バージニア州など）もあり、最高裁まで訴訟が続くと目される。

ただし、医療保険改革法の「国民皆保険」に近づける方策は、あくまで民間での競争と選択の自由を重視した企業保障をベースとした医療保険システムを前提としている。だが、その雇用主提供医療保険は空洞化の方向にあることは間違いない。1980年代以降の医療費の顕著な膨張と医療保険料の高騰のなかで、医療保障の中核を担うアメリカ企業はグローバルな競争が激化する中でコスト節約圧力を強めざるを得なくなっており、他方で非正規雇用の増加などの労働編成の再編も、アメリカ企業の医療保障からの後退を方向付けている。

さらに、あるコンサルタント会社が、回答した企業の30%が「確実に」あるいは「おそらく」医療保険提供を停止するという調査結果を公表した²⁸⁾。これに対して民主党議員からすぐに、他の調査結果²⁹⁾と大きく異なっているなどとして調査結果の妥当性に対して疑義が出され、2週間後にはこの会社が「あくまで雇用主の姿勢調査に過ぎず、医療保険改革法のインパクトについての経済的な予測を目的としたものではない」と釈明するに至っている。

2014年の全面施行に向けて、オバマ医療保険改革はまだ始まったばかりである。アメリカ医

療保険システムの再編を見極めるには、単なる政治闘争だけではなく、現下の医療保険システムの動向にも目を向ける必要があるだろう。

注

- 1) 公的医療保険と分類できるものには、ほかに軍人向け及び退役軍人及びその家族向けの医療プログラムがある。ただし、国防省が管理運営する雇用主提供医療保険ともいえる（長谷川（2010））。
- 2) AHRQ(2010)。
- 3) 渋谷（2005）；関口（2010）。雇用主提供医療に関する租税優遇措置から、アメリカでは雇用主による被用者への医療提供と被用者の医療保険への参加を促進するような租税政策を採用している。
- 4) 州児童医療保険プログラム（State Children's Health Insurance Program: SCHIP）は、2009年の新法制定に伴いChildren's Health Insurance Program（CHIP）に名称変更された。児童医療保険プログラムは「医療保険」の用語が含まれているように、医療扶助の側面と、医療保険の側面の両面を備えている。すなわち、ある程度の所得がある世帯の児童も対象としており、その場合には保険料負担がある。
- 5) U.S. Census Bureau（2010）。
- 6) 2008年では、無保険者の3分の1（32.5%）が家計所得2万ドル未満の人であり、家計所得1万ドル未満の人の34.9%、家計所得1万ドル～2万ドル未満の人の32.5%が無保険状態にある一方で、家計所得7万5,000ドル以上の人では無保険率が6.8%にすぎない（Fronstin（2009））。
- 7) 連邦貧困基準とは、連邦政府が定める貧困判断の基準である。U.S. Department of Health and Human Servicesの2009年の連邦貧困基準では、4人家族（子ども（18歳未満）2人）で2万2,050ドルがFPL100%である（Federal Register, Vol. 74, No. 14, January 23, 2009）。
- 8) 1980年代後半から2000年代前半までの約20年間の無保険率、無保険者数の変化を家計所得層別に分析すると、1990年代後半の堅調な経済成長期において家計所得が上位に移動した人が増加した一方で、そのことが必ずしも医療保険の加入につながらなかったこと、そして2000年代前半の景気後退期において医療扶助の対象と

なるほどには貧困ではないが、雇用主提供医療保険に加入できない低所得層が増加したことが無保険率の悪化につながっている。詳しくは、長谷川(2010)第4章。

- 9) ただし、医療保険を提供する民間企業の割合は、そもそも業種や企業規模によって異なる。例えば、被用者数50名未満の民間企業と50名以上のその医療保険の提供率は、前者が39.2%であるのに対し、後者は96.4%である。とくに被用者数50名未満の小企業の医療保険の提供率は、2000年には47.2%であったが、2010年には39.2%と4割を割り込む事態となっている。また、業種でみると、金融サービス・不動産業の68.4%、卸売業の67.6%、鉱山・製造業の67.5%が医療保険を提供しているのに対し、建設業では41.5%、専門的サービス以外のサービス業では43.4%にすぎない(AHRQ(2000-2010))。
- 10) 筆者は雇用主提供医療保険の被提供率が高い一方で、被用者のそれへの加入率が低下する傾向にあることを「雇用主提供医療保険の空洞化」と捉えている。雇用主提供医療保険の空洞化については、長谷川(2010)第4章で詳論している。
- 11) 以下の国民医療支出については、U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010a)による。
- 12) 公的部門からの支出が増加した背景には、1990年代後半以降のメディケイドをはじめとした医療扶助の拡充がある。詳しくは、長谷川(2010)第1章。
- 13) U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010b)。
- 14) EBRI Notes, March 2002.
- 15) O'Brien (2003)。
- 16) U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2011)。
- 17) トヨタ社など日本の自動車メーカーとの競争で苦境に立たされた、General Motors社はその典型といえる。GM社の医療給付改革については、長谷川(2010)第2章で詳論している。
- 18) 長谷川(2010)第3章参照。
- 19) White House (2009)。
- 20) Ross and Marks (2009)。
- 21) CBO (2010)。
- 22) Kaiser Family Foundation (2010)。

23) AHRQ (2009)。

24) Fronstin (2010)。

25) CBO (2010)。

26) CBO (2010)。

27) U.S. Council of Economic Advisers (2011)。

28) Mckinsey & Company (2011) によると、20名以下から1万人以上の多様な規模の企業1300社に対する調査結果である。

29) Mercer (2010) によると、被用者数500名以上の企業の6%、被用者数10~499名の企業の20%が2014年に医療保険の提供をやめるかもしれない、という調査結果となっている。

参考文献

- ・ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2000-2010), Medical Expenditure Panel Survey-Insurance Component (MEPS-IC).
- ・ Congressional Research Service (2010), "A Comparative Analysis of Private Health Insurance Provisions of H.R. 3962 and Senate-Passed H.R. 3590", CRS Report, R40981.
- ・ Fronstin, P. (2003), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2003 Current Population Survey," EBRI Issue Brief, 264.
- ・ Fronstin, P. (2009), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2009 Current Population Survey", EBRI Issue Brief, 334.
- ・ Fronstin (2010), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2010 Current Population Survey," EBRI Issue Brief, 347.
- ・ Kaiser Family Foundation (2010), "The Uninsured: A Primer", Issue Brief, 7451-06.
- ・ Kaiser Family Foundation (2011), "Summary of New Health Reform Law", Focus on Health Reform.
- ・ McKinsey & Company (2011), How US health care reform will affect employee benefits, McKinsey Quarterly, June.
- ・ Mercer (2010), National Survey of Employer-Sponsored Health Plans.

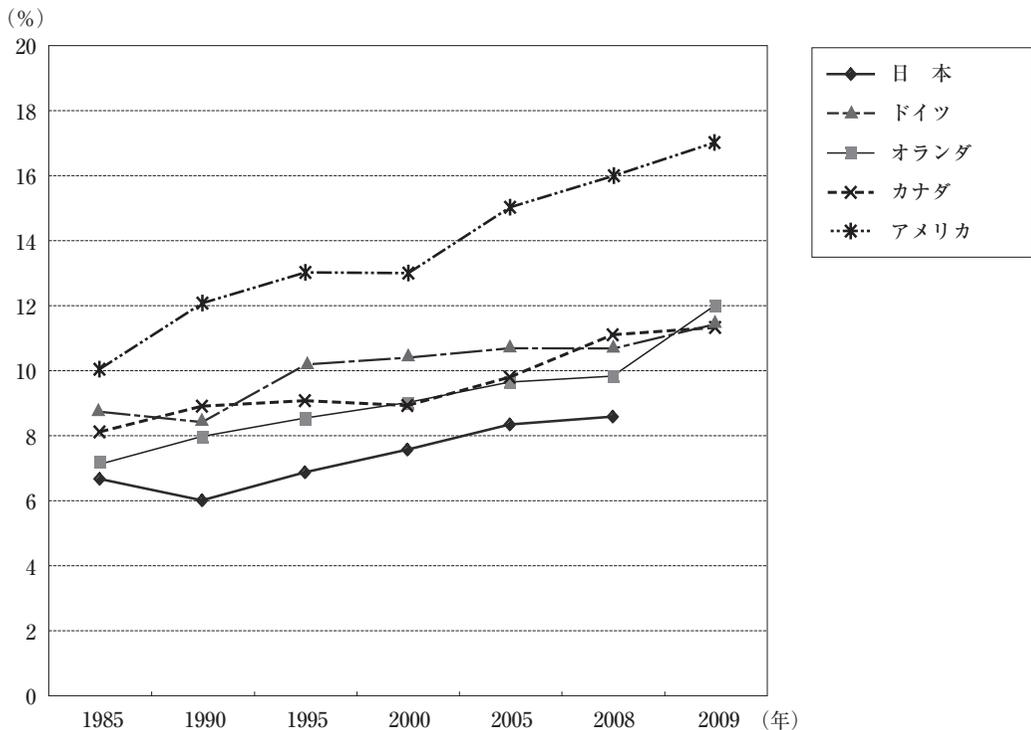
- ・ O'Brien, E. (2003), "Employers' Benefits from Workers' Health Insurance," *Milbank Quarterly*, 81(1).
- ・ Ross, D.C. and C. Marks (2009), "Challenges of Providing Health Coverage for Children and Parents in a Recession", Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 7855.
- ・ U.S. Census Bureau (2010), *Current Population Survey, 2010 Annual Social and Economic Supplement*.
- ・ U.S. Council of Economic Advisers (2011), *Economic Report of the President*, Washington: GPO.
- ・ U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010a), *National Health Expenditure Data*.
- ・ U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (2010b), *Sponsors of Health Care Costs: Private Business, Households, and Governments, 1987 - 2009*.
- ・ U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2011), *Employer Costs for Employee Compensation*, March 2011.
- ・ White House (2009), "The OBAMA Plan Stability & Security for All Americans".
- ・ 渋谷博史 (2005) 『20世紀アメリカ財政史』全3巻、東京大学出版会。
- ・ 関口智 (2010) 「雇用主提供医療とアメリカ租税政策—雇用主提供年金との比較の視点から」渋谷博史・埜武郎編『アメリカ・モデルとグローバル化Ⅱ』、昭和堂。
- ・ 長谷川千春 (2010) 『アメリカの医療保障 グローバル化と企業保障のゆくえ』 昭和堂。

1. 基本情報

	日本	ドイツ	オランダ	カナダ	アメリカ	
総人口(千人)	127,510 (09年)	81,715 (10年)	16,530 (09年)	34,109 (10年)	309,050 (10年)	
高齢化率(%)	22.7(09年)	21.0(10年)	15.2(09年)	14.1(10年)	13.1(10年)	
合計特殊出生率	1.37(09年)	1.36(09年)	1.79(09年)	1.66(09年)	2.01(09年)	
平均寿命(年)	男79.6 / 女86.4 (09年)	男77.8 / 女82.8 (09年)	男78.5 / 女82.7 (07年)	男78.3 / 女83.0 (07年)	男75.7 / 女80.6 (09年)	
失業率(%)	5.0(09年)	7.7(09年)	3.7(09年)	8.3(09年)	9.3(09年)	
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	20.1	16.9	16.2	
医療費対GDP(%)	8.5(08年)	11.6(09年)	12.0(09年)	11.4(09年)	17.4(09年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	40.6	52.0	55.6	41.9	32.5
	租税負担率(A)	24.3	30.4	34.4	36.0	24.0
	社会保障負担率(B)	16.3	21.7	21.2	5.8	8.6

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。
 2. 国民負担率については、各国08年の数値。
 出所：OECD.(2011)、財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD.(2011)

3. 医療提供体制

(09年)		日本	ドイツ	オランダ	カナダ	アメリカ	
平均在院日数(急性期)		18.5(08年)	7.5	5.6	7.7(08年)	5.5	
病床数	医療施設	急性期	1,033,499 (8.11)	463,176 (5.66)	50,640 (3.08)	58,832(08年) (1.78)	800,418(07年) (2.66)
		長期	352,749 (2.77)	— —	— —	19,947(08年) (0.6)	28,002(07年) (0.09)
		精神	348,121 (2.73)	40,165 (0.49)	23,020 (1.4)	13,533(08年) (0.41)	76,287(07年) (0.25)
		その他	8,924 (0.07)	171,489 (2.09)	3,320 (0.2)	15,734(08年) (0.48)	38,178(07年) (0.13)
	介護施設	729,928 (5.7)	845,007 (10.3)	170,600 (10.4)	— —	1,663,959 (5.4)	
医療関係者数	医師	274,992(08年) (2.15)	297,835 (3.64)	— —	— —	749,566 (2.44)	
	歯科医師	96,690(08年) (0.76)	64,287 (0.78)	— —	— —	— —	
	薬剤師	186,052(08年) (1.46)	49,892 (0.61)	3,463 (0.21)	— —	— —	
	看護師	1,218,332(08年) (9.54)	899,000 (10.98)	138,200(08年) (8.43)	313,431 (9.39)	— —	

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。
出所：OECD, (2011)

4. 掲載国通貨円換算表(2011年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ、オランダ (1ユーロ)	カナダ (1カナダ・ドル)	アメリカ (1ドル)
112.21	79.94	77.74

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