

東西ドイツ統合と社会保障，介護保険の検討状況

カール・ユング

本稿は、日独社会保険技術交換計画によるドイツ連邦労働社会省のカール・ユング介護保険・リハビリ担当局長らの訪日代表団の活動のひとつとして、本年5月13日に厚生省・社会保険庁、労働省などの職員を対象にドイツ統合に伴う社会保障の問題、そして現在検討が進められている介護保険の状況についてユング局長が講演したもので、その現状と今後の展望について率直な意見が述べられている。

カール・ユング氏は1961年に連邦労働社会省に入省し、障害者リハビリ課長、保健・健康保険局部長、ベルリン市庁総括などをへて1991年2月から現職。

ドイツにとって、統一はこの何十年間かの間で一番大きな出来事です。実際にベルリンの壁が開き、またヨーロッパにおける鉄のカーテンが開いたというこの動きは、長期に渡っての東欧諸国における変革、特にソビエト連邦における変革の流れの中で起こったことです。今、ドイツで行われている社会政策の変革も、あくまでこのドイツ統一によるさまざまな変革の中の一部ですので、それをご理解いただくために、まず、統一前の旧東ドイツ、旧西ドイツの制度に

ついてお話をさせていただきます。1945年の5月にドイツは第2次世界大戦に敗戦し、無条件降伏をしました。その結果、旧ドイツ地域は占領軍により、4つのゾーンに分けられました。すなわち、当時のドイツの東方の地域、つまりポンメルン等の地域はポーランドがソ連によって占領された地域の代償としてポーランドに委ねざるを得なかったということもあり、残された地域の中で、東ドイツ地域はソ連と西側の3カ国、つまりイギリス、フランス、アメリカによって占領された訳であります。

しかし、西側の地域は比較的早く1946年から1947年の段階で統合され、1949年に西側の3カ国に占領された地域の中から西ドイツ、つまりドイツ連邦共和国が成立し、さらにエルベ川東側までの地域がその段階で東ドイツになったわけですが、以前の首都であったベルリンについては、特別なステータスが適用され、4カ国合同での責任を持つ地域になったわけですが。



こうして2つのドイツが成立したわけですが、西ドイツと東ドイツはその後40年間にわたって全く別々の道を歩んできました。所属する陣営も違い、西ドイツはNATOのメンバーであり、ECのメンバーになりました。東ドイツはワルシャワ条約機構のメンバーであり、コメコンと分かれました。東ドイツはその後、中央集権的な一党による共産主義国家に発展し、以前存在していた州は解体され、14の行政地域に分けられました。一方、西ドイツにおいては、以前ドイツ帝国の場合にもおかれていた州が引き続き存続され、トータル11州ですが、それらの州の連邦制をとることになりました。

そのような国家秩序、社会体制の違いに従い、経済も計画経済と市場経済というように体制が異なる中で、それぞれの国における医療保険制度、社会保険制度も変わってきました。具体的には、西側ではそれぞれの制度別に区分された社会保障体制、つまり社会保障が疾病保険、災害保険、年金保険、失業保険に分かれています。実際にその保険の担い手というのも、それぞれの運営組織が場合によっては、その被用者が参加する形でそれぞれの自治をもった団体が保険者になっていました。一方、東ドイツでは中央集権国家ということもあり、社会保障制度も単一の制度で、国を唯一の保険者とする保険が疾病、災害、及び年金保険という形で運営されたわけです。なお東ドイツではその体制のあり方として、失業はあり得ないため、失業保険はありません。

そして、組織の違いに伴い財源の求め方も東・西違いました。西ドイツでは保険料は使用者、被用者が折半し、徴収は一括して疾病金庫側が行います。それに対して東ドイツは、保険料による負担が非常に低く、全ての保険トータル

で保険料率が10%であり、しかも、その場合の算定の上限は600マルクです。西ドイツ側では失業保険の保険料率が18%、また疾病保険では平均の保険料率が12%となっています。東ドイツではこうした低い保険料による収入の不足を賄うため、かなりの額を毎年国庫の方から負担していた結果として、その保険制度そのものが、毎年国の方から支給される金額に非常に依存していたとともに、実際の給付額は非常に低くおさえこまれていました。

具体的に1989年の数字をとってみると、年金保険・疾病保険を併せた給付支出額が380億ドイツマルクになり、そのうち年金に対する給付支出が180億ドイツマルク、疾病が200億ドイツマルクとなっていました。この金額を西ドイツと比較しますと、同じ期間に西ドイツで給付支出として委ねられた金額が3,300億ドイツマルクで、その内訳は年金保険に2,000億ドイツマルク、疾病保険に1,300億ドイツマルクです。東ドイツの方が西ドイツに比べて人口が3分1であることも考慮し、東ドイツの給付支出の総額である380億ドイツマルクを3倍しても1,200億ドイツマルクにしかならず、西側の給付が3,300億ドイツマルクという給付総額との違いがお分かりいただけると思います。実際に支払われる支給額もかなり違い、東ドイツでは月額600ドイツマルク。それに対して西側では1,800ドイツマルクになっています。このことを疾病保険関係でいいますと、支出総額がそれだけ小さいことは必然的に質の高い医療を施すにも限界があったということになります。また、医療従事者に対する支払いは、かなり貧しいものでした。実際に医師の報酬ですが、救急病院での月額の報酬が2,200~2,500マルク、看護婦に対する所得が月に1,000マルク程度でした。

次に、医療関係の制度の比較に入ると、西ドイツの医療保険制度はさまざまに分割されています。まず外来診療は、実際に診療にあたっている医師の数が7万人、歯科医師が3万人います。病院の形態も、私立それから市立、あるいは公共の病院があり、保険給付の対象としては医薬品の供給に加え、眼鏡等の補助用具もあります。東ドイツは、主に国が担う中央集権的な制度があり、いわゆる国の経営する救急病院、専門病院等、また、医薬品の供給も国が行っており、西側でいう民間が提供をするという場はありません。いわゆる個人経営の医師の数が東ドイツでは500名にすぎません。ただ、それ以外に企業の行う医療があり、当該事業体の中で雇用されている者だけではなく、その家族やその事業所のある地域の住民に対しても、医療処置等も行っていました。そこでの活動は、診療とその予防と両方の側面を併せ持ったものです。もちろん医療の観点からみますと、予防と治療が1ヶ所に集中されることは必ずしも悪いことばかりではありませんが、反対にそのことによって被用者の健康状態等が使用者に筒抜けになるという問題があります。このようなさまざまな違いが両国においてあったわけです。

両国の制度は、それぞれ固有の問題点を抱えていましたが、西ドイツで顕著な問題は、まず医療関係のさまざまな設備の供給過多、つまりベッド数だけでも10万ベッド余っているような状況、そして財源確保の問題、つまりコストがとどまりなく上昇し、保険料を大幅に値上げせざるを得ないという状況がありました。

そういう状況をふまえて、1977年にコストを抑えるさまざまな措置を投入し、また1988年には健康保険関係の改革を行ったわけです。東ドイツは実際の設備的なもの、つまり建物、設備

自体も欠乏している状況であり、外貨不足による新薬の不足もありました。さらには、人員が過多であったこと、つまり病院での治療が多すぎるのが経済的にマイナスとなる側面をもっていたわけです。こうしたマイナス面は、出費を抑えることで対応していたわけですが、出費を抑える結果として、それなりの質の低下をもたらしました。

しかし、東ドイツの医療は、第3世界・発展途上国のものではありません。平均寿命こそ西ドイツに比べると多少の衰えを見せるものの、対外的に公表されたその他のさまざまな統計値、例えば、乳児の死亡率と授産婦の死亡率から判断すれば、国際的に決して見劣りしない良い数字を示しています。

ここまで、東ドイツ・西ドイツの社会保障、医療保障制度の違いを説明してきましたが、こうした違いを、いわゆるドイツ統一のコンセプトの中において、いかに統合していくかという点に話を移したいと思います。まず、このような状況が突然に生じたことです。どちらかというと西側は、分断という状況になれていた、そういうものだと認める傾向にありまして、実際に政治的にも中期的あるいは長期的にその状況を変える可能性がないように見えていました。東ドイツの状況を正確に把握することは、ほとんど不可能な状況でした。実際に、自由に行き来ができず、ベルリンに入るにも飛行機で行くか、アウトバーンを車で走って行くわけですが、車で行く場合もアウトバーンの通行だけが許されていて、途中で右・左に降りることは出来ませんでした。このような社会制度の改革等のスタートが切られた1989年10月9日にベルリンの壁が開いた時点では、国としての統一というものは全く考えておらず、あくまで今後友好

的に良い隣人関係を結ぼうと、どちらかという
と連邦的な非常にゆるやかな形での2つの国家
の存続を考えていました。

東ドイツに民主的な政党が形づくられ、1990
年3月に初めての自由選挙が行われ、その結果
選出されたデメジュール首相によって、初めて
両方のドイツでオフィシャルな形でのドイツの
統一が口にはのぼるようになりだしました。ただ
し、こうした民主的な政府のできた1990年初め
の時期にも、統一が実現するには長い時間がか
かるだろう、3年くらいは、という話でした。
そこでまず、民主化がなされた後に政治的な統
合、国家としての統一が行われるということだ
した。その目的のために、まず通貨、経済、社
会の統合が必要との認識の下、それに関する
国家条約が作られ、1990年5月18日に調印され
たわけ。その国家条約は3つの目的を持って
おり、第一は西ドイツの正式通貨であるマルク
を東ドイツでも導入する、第二には西側で実践
されていた社会的な市場経済を導入し、さまざ
まな企業を民営化して計画経済から袂を分か
つ、第三には経済のさまざまな体系を変化に合
わせて社会的な保障の条件、労働条件に関する
さまざまな条項も変えていくということです。
つまり、西側ですでに導入されていた協同決定
法の採用、あるいは解雇に対する保護、労働協
約を取り入れることで、社会保険でいえば西側
と同じように制度別に分割し、制度を導入する
ことです。

そのような経済、通貨、社会統合が導入され
たのが1990年の7月1日で、その段階をもって
ドイツはマルクという通貨に統一されました。
通貨の統一は、東ドイツの住民1人当たり6,000
マルクまで、換算レートで1:1の割合で西ド
イツマルクに交換できるというものです。それ

に加えて、預貯金に関しては1:2の交換レ
ートで西ドイツマルクに交換できるというもので
す。そして所得、年金は1:1で換算され、さ
らに年金支給額も上方に修正されました。年金
支給額を上げることが必要になったのも7月1
日に経済統合が図られた段階で、ただ1つの例
外である家賃を除いてさまざまな価格が西ドイ
ツ並みに値上がりしたからです。

この東ドイツの通貨と西ドイツの通貨の交換
は、西側に非常に高くつきました。なんとなれ
ば今、1:1あるいは1:2のレートで交換し
ましたが、実際のレートは1:5から1:6、人
によっては1:8くらいの価値しかなかったの
です。特に預貯金の1:2の換算、つまり東ド
イツの2マルクに対して西ドイツ1マルクとい
う換算レートは非常に高くついたので。とい
うのは、東ドイツにはかなり消費財が不足して
いた結果として、預貯金が多かったこと、それ
から共働きが多いので女性の収入も含めると、
かなり預貯金があったということです。そのた
め、交換によって東ドイツの購買力はかなり増
加し、その夏には今まで長い間買うことができ
なかった消費財、洗濯機、テレビ、電化製品や
西側で生産された医療機器などが購入されまし
た。

法的にみると、この国家条約は、それぞれ東
と西のドイツの政府によって共同で作られ
たものです。この国家条約は、それぞれの国
の国会を通過して、効力を発することとなりま
した。

社会統合の方策について、少し具体的にお話
しましょう。単一の制度であった東ドイツの
社会保険制度は、段階的に変更されることにな
りました。例えば、年金でも疾病保険制度で
も、実際にその保険制度がすでに機能している

間に変更していかなければならない訳で、それぞれ現に運用されているので、ある時点で給付を中止というようなことはできません。そこで、私達が考えたのは、それぞれの制度に分割されるのは1991年の1月とし、それまでの段階では疾病、労災、年金、失業保険も今までのように運営することです。

特にその中でも、疾病保険は更なる問題として、西側では職域単位に区分され、全体としては一本化されていたという形で、それぞれの役目が各疾病金庫に分かれており、そのように分かれていること自体がなかなか東ドイツ側で理解できなかったのです。ただし、基本的には東ドイツも西ドイツと同じく、疾病保険は職域単位に区分して、分割することを取り入れることになりました。

医療・診療関係でも、基本的にはそれまで国家によって担われてきた機能はそのまま優先していく、しかも将来的には西側と同じように民間の病院、それから個人で営業する医師等という形を導入するにも、段階的にとということでした。

その目的を達成するために、その最初の国家条約つまり通貨、経済、社会統合のための国家条約の中で、その詳細は東ドイツの法律によって定める。つまり、それぞれの保険制度に関する詳細は、国家条約に求めないという判断から、このようになりました。当時はまだ国家統一までにさらに何年かかかると思われていたので、過渡期を乗り切るための立法処置は東ドイツ政府としてやらなければならないという認識にたっていました。具体的には、東ドイツで失業保険制度の立法措置、疾病金庫を設立するための法律、病院の経営のための財源を確保するための法律などが作られたのです。

このような立法処置は1990年の夏に作業開始となりましたが、その頃から非常に早いテンポで政治的なさまざまな状況が変わり、経済状況も急激に悪化しことから、やはり国家の統一を急がなければならない状況に追い込まれました。

このため、東ドイツの政府に対して最初の国家条約の内容を満たすためにさまざまな法案作成の協力をすると同時に、それと並行して第2国家条約、つまり国家の統一を果たす条約の詳細な討議に入りました。そのような努力の結果、国家統一の協約が1990年8月31日に締結され、第2国家条約の内容として1990年10月3日に国家統一をすることが定められました。

国家統一の形態として、2つの国家が合わさって第3の国を作ることも考えましたが、一方的に東ドイツが西ドイツ側に編入してくる形で統一を図りました。というのは、そのための条件は西ドイツの基本法の中に整っており、すでに1949年、つまり基本法が制定された段階で将来的に統一があり得ることを想定した規定がすでに整備されており、この規定に基づき一方的に他が編入してくることを想定した文面になっており、この規定を適用したということです。しかもこの編入の形は、統一は10月3日ですが、その前の9月に旧東ドイツ地域で昔の連邦州がまた新たに作り直されました。つまり国としてのまとまりのあったものが、そのまま編入される形ではなく、その段階でその法を形作る手続きの連邦州が、それぞれの州として西ドイツに編入してくる形をとったのが重要なところでした。

第2国家条約の第1条の中での5つの新しい連邦州が編入する形になって、ドイツ連邦共和国は結果として16の連邦州から構成されまし

た。新しい連邦州は、つまり旧東ドイツ地域から編入された新しい連邦州が基本法に従い、それ以降、連邦州として活動するということです。10月3日の段階で、絶対的な統一がなされたかというところではなく、国家条約の中には過渡期を想定した条項がいくつか含まれており、段階的な統合が図られています。その過渡期の状況はまだ現在も続いており、それによって司法、経済、そして社会保障も一部暫定的な処理がとられています。

社会保障の状況について具体的にいうと、基本的に疾病保険は、1991年1月1日から東ドイツの地域にも適用されるということでしたが、実際には各部門別に新たな連邦州ごとの5州に対して特別な措置を取ることにしました。

西側のいままでの医療保険法は自己負担金があり、被保険者が負担するのが通常です。しかし、東ドイツでは自己負担という概念が存在しません。このため、1月1日からただちに自己負担を導入することはしないで、1991年4月1日から段階的に自己負担を導入していく形に変えました。それは旧東ドイツ地域は、まだまだ賃金が低いことも考慮した結果です。

また保険料率に関しては、保険料法の内容も過渡期用に変更し、その法律では12.8%と保険料率が明記されていますが、今回旧東ドイツ地域用に12.8%という数字を明記しました。西ドイツでは保険料率を自由に設定できますが、旧東ドイツ地域の疾病金庫の保険料率の上限は12.8%と明記しました。

また、保険料率の算定基準になる上限の収入も、旧東ドイツ地域では2,035 マルク、それに対して西ドイツの場合4,800 マルクが上限になっています。

実際にこのように所得も低く、また保険料の

算定基準も低く規定したことから、当然の結果として保険料収入も少なく、こうした状況で収支均衡を図るために支出も抑える形で拘束したのです。つまり旧東ドイツ地域におけるさまざまな医療関係の価格や、それに関する報酬の額を低く設定することによって、低い保険料収入でも賄えるように押さえ込むことです。

例えば、医薬品の関係でいうと、東ドイツでの医薬品に対する支出は、西側の45%を越えてはならないと上限を設定し、それから診療報酬、マッサージ師、その他職業訓練士等に対する報酬も、西側の同じ職種に対する報酬の45%と抑えました。もちろん、このような制限は、医薬品メーカーとか医師などの不評をかいましたが、赤字を防止するための実効ある方策が他に思い浮かばなかったためです。昨年までの政治的な統一という目的が、税率の引き上げや保険料の引き上げはしないという公約になりました。つまり統合しても旧西ドイツから旧東ドイツに援助資金が流れないとなれば、旧東ドイツ地域の支出は、その収入で賄わなければならないことになったのです。

しかし、このような指針のなかで、保険料による収入にのみによって支出が賄われるのは、政治的にはほとんど実現不可能な現状となっています。湾岸戦争とそれによって必要となった出費等によって、実際に今年は税率を上げざるを得ない状況です。それらの出費以外に、さらにドイツ統一によるコストを押し上げる要因があり、具体的には、失業率の増大、そして西側諸国とは競争力があるとはいえない旧東ドイツ地域の産業の崩壊です。それにプラスして、医療関係では、さまざまな医薬品の価格や医療報酬などを西側の45%に押さえ込むことが、受け入れられなかったのです。特に医薬品メーカー

の反対が非常に強く、1991年1月の段階で西ドイツにおける医薬品メーカーが通常の45%の価格で旧東ドイツ地域における医薬品の供給をすることを拒否しました。その結果、壁が開かれた直後には、当然手に入れられた医薬品が入手不可能になり、このため政府は妥協せざるを得ませんでした。実際、45%という上限を越えた価格を認めざるを得ず、その結果、さまざまな医薬品の価格、医療報酬の上昇率が実際の賃金の上昇率を大幅に上回りました。

賃金水準は、旧西ドイツ地域に比べ旧東ドイツ地域では60%上昇し、医薬品価格や診療報酬価格上昇も60%程度が許容範囲と考えていたのが、これが80%となっています。したがって、年末には旧東ドイツ地域における健康保険の財政収支はかなりの赤字が見込まれ、その赤字の補填は最終的には旧西ドイツの疾病金庫等の資金から補填せざるを得ません。

同じことが年金保険制度にもいえます。すなわち1990年、1991年と年金支給額を徐々に上昇させてきましたが、それによって旧東ドイツ地域の年金保険料だけでは支出が賅えないことから、それも旧西ドイツ側のしかるべきところから費用を補填せざるをえません。

同様のことが失業保険にもいえ、新たに加わった連邦州の保険料収入だけでは賅えないため、保険料率を2%上げざるをえず、それによって現在伸びている給付支出を補っている状況にあります。

実際に保険料の引き上げも行っており、また、近々さまざまな税率の引き上げを行わざるを得ません。統一後はそのような引き上げは行わないという政府の見解と相違しており、非常に難しい立場に立たされています。

当初の政府の見込みと現実の乖離について、

政府としては、その間まったく新しい動向が起こり、その中でのあくまで予期しえない部分という見解をとっているのに対して、野党側はあくまでそれは公約違反、意図的に嘘をついたという意見が出ています。こうした東西間のアンバランスは、さまざまな問題を生じつつあり、特に高い失業率によって、その問題がさらに深まっており、実際に100万人弱の失業者がいます。

100万人の内訳は、ほとんど、いわゆる昔の公務員、国家警察のメンバー、それから国軍、国境警備隊、さまざまな省庁などの職員等で、今は必要なくなった人員削減部分による失業者、そして200万人という操業短縮による操短労働者がいます。

これに対し、早期退職を奨励するとか職を変えるとか、さまざまな雇用の創出の方策を講じることで、経済全体をソフト・ランディングでできる方法をとれないかと考えています。

それぞれの原因は、まず非常に時代遅れな経済構造と世界市場と競合できない製品という競争能力の欠如です。例えば、西側のフォルクスワーゲンにあたる車がバークルという車でしたが、7,000マルクのバークルの製造コストは14,000マルクと2倍です。

そのような状況なので東西ドイツの間でかなりのバランスをとれるまでは、かなりの時間を要せざるを得ません。ここに一つの問題があり、いわゆる旧東ドイツ地域に住んでいる人達の期待というか、なるべく早く旧西ドイツと同じ条件を実現したい、つまり賃金、給料を同じレベルに実現したいという希望です。また、そういう中で、旧東ドイツ地域の人達が忘れがちなのは、西ドイツの地域で今の生活レベルを達成するために長年時間がかかったというこ

と。相当する生産力がないところに、同じような経済が存在しないことがなかなか理解されないのです。

また、その反対に、旧西ドイツにとっては、今後どれだけの間、東ドイツの能力を上げるために犠牲を払う意志があるかということです。統一に対して、それなりの犠牲を払う意志が必要だということが実際に理解できて、その犠牲に対して改善され、情勢が良くなっていることが目に見える場合には犠牲を払う用意があるでしょう。ただ目下のところ残念ながら、今行っている投資や生産が、ある程度目に見える範囲の期間内にそれなりに肌で感じる改善をもたらすのだろうか、そういうサインがまだまだ見受けられないことからドイツは非常に難しい状況に直面しています。

つまり、旧東ドイツ地域に住んでいる人達に、その自信を植付け、将来的には必ず良くなるという気持ちを与えていかなければなりません。その反対に、旧西ドイツの人達には、それなりの犠牲が必要だということをまず理解する、実際にそのような犠牲を払うことによってこそドイツは将来的に良くなるんだという気持ちを与えることが大切です。

現在の試算によると、旧東西ドイツが同水準の賃金を払えるまでには3年が必要だと思っておりますが、その前提条件は生産力が向上し、それだけの給与が払えるだけの生産が実現できることです。長い目で見た場合、単に東ドイツ側の消費を満たすための援助は決して認めるべきではありませんが、社会資本の充実などで東ドイツ側へ資本を投下し、経済活動を活性化させていくべきです。例えば、旧東ドイツ地域において、医療関係の投資額だけでも300億ドイツマルクが必要といわれています。この300億ド

イツマルクは病院、リハビリ、療養施設等を西側のレベルに引き上げるために必要だといわれています。より投資が必要なのは、さまざまなインフラ、道路、アウトバーン、鉄道等かなり老朽化しているため、それを新しくする必要があります。特にアウトバーンは、今の交通量にも対応できないので新たに設置する必要があります。

さらに投資が必要なのは住宅で、既存のものを新しく建て直す、あるいは改築する、基本的には絶対量が足りない状態でさらに住宅の建設が必要です。さらに環境保護に関しては、まだ例を見ないような形で土壌、空気、水、そういったことを考慮しないままにさまざまな環境が開発されてきたことによって汚染されているわけで、水や空気も相当汚染されています。このように、さまざまな部分を改善する方策が必要なのです。

最後に、今回創設しようと検討している介護保険についてお話ししましょう。これから、我々が解決していかなければならない課題は、いかにドイツ統一に関して発生したさまざまな問題を無事に終息させていくかということです。とりわけ、いま開催中の国会の中で一番白熱した論議をよんでいるのが「介護保険」です。これは、全ドイツに統一して導入される制度です。その背景としてドイツの疾病保険の水準は極めて高く、実際の発病時の処置、リハビリ等、全ての面で非常に優れた制度です。誰でも疾病の時には、病院に入院することができ、そこで疾病金庫の負担で手術を受けることができ、全て疾病金庫が負担することとなっています。

実際に、どんな高い医薬品であれ、必要ならば疾病金庫でもち、人工透析も自由に受けら

れ、新しい腎臓が必要といえは移植を受けられます。

問題はそのようなさまざまな治療が終わったあとで、例えば脳卒中で入院して、治療を終えたけれども、一部麻痺が残ったという場合は病院を退院して、それなりの施設に入らなければなりません。しかしその場合の費用は、疾病金庫では一切負わないことになっています。いってみれば疾病保険は、医療行為、疾病の予防、実際の治療、リハビリとか直接医療的な行為のみに給付を行うので、疾病状態が終わった段階、つまり介護や看護という状況に対して一切給付を行わない制度になっています。治療を終え退院した場合、家庭に戻って家族、配偶者、子供または親戚が面倒を見る、または、それなりの施設に入って、その費用を全額自分で払う形になっています。

実際にこのような施設に入った場合のコストは、近年とみに上昇して、1人当たり、1月3,000～5,000マルクに及ぶことから、払えない人も大勢いるのです。

その結果として、患者はなるべく疾病金庫が負担する病院に長く滞在したいと思うし、その結果入院費用がかさみ、疾病金庫にも大きな負担となるのです。入院する場合の1ベッド当たりのコストは12,000マルクで、先程の施設に入った場合に要する費用である3,000～5,000マルクと比べても、3倍くらい入院の方がコスト的にかかります。いわゆる老人ホーム、あるいは同様の施設に入った場合に5,000マルクが払えない人に対して、払えない額に応じて生活保護を受けられますが、生活保護によってこの費用が補填される前提条件として、患者が払えないことを預貯金とか給与等の書類を提出して証明しなければなりません。さらに、ホーム

に入るだけではなく、その両親や子供に支払い能力がないということを証明しなければ支払われません。介護が必要な障害のある人達は、65歳以上の高齢者や子供の場合でも疾病の状況によっては介護が必要な場合もあり、また、事故によって障害になった人、脳卒中等によって介護が必要になった人といろいろ分けられますが、65歳以上の人が90%を占めています。

ドイツでは今、170万人の介護が必要な人がいるといわれています。その内訳として、45万人が施設で介護を受け、120万人が家庭で看護されています。これらの収容施設のコストは年々増加して、それに比例するように入所できない人数も増えており、それだけこの部分における財政の負担は非常に大きくなっています。今そのような介護ホームなどの施設に入っている人の80%は、支払いできない状況で生活保護を受けています。その80%の人々は、貧困のため払えないという証明を出しています。現在、平均の年金支給額は1,800マルクとなっており、例えば40年間被用者であった場合、しかも平均的な給与をもらっていた場合の年金額は3,000マルクといわれており、この額ではとても施設に入った場合に必要となる5,000マルクの額は、捻出できません。このような状態、つまり『40年間にわたって仕事に励んできた結果として自分の受給する年金額を投入しなければならない。あるいは、投入したうえでさらに生活保護を仰がなければならない。それで、わずかばかりの小遣いをもらって余生を、過ごさなければならない状況を非常に不平等な、あるいは非常に名誉を傷つけられる形で受けとっている。また、多くの人々には全く理解しえない状況の中からこういうところに追い込まれてしまう。ほとんどの人が自分なりに健康保険、災害保険、年金

保険に入っている。そして、失業保険にも加入して、保険料も納めている。それによって、ある程度安全だと思っていた』にもかかわらず、介護が必要となった段階で落とし穴に陥ったような苦しい状況になるのです。

この状況を打開するために、この15年間さまざまな討議がされ、これに関連した法案だけでも15提出されました。ただ、今まではどの制度も実現を見ておらず、現在の政府は1月の段階で連合政権を作り、その政権は今国会開期中になんらかの解決策を提出することを公約しています。実際に担当の労働大臣には、来年の6月末までにしかるべき法案を作り上げるようにと指示が出ています。政党を越えて、ドイツの政治担当者は、今の状況は不満足であることは一致しているが、どのように解消するかでは、今具体的な方策はないという状況です。一方では、そのような介護施設に入った場合、全て自己負担にするのではなく、一部は国の財源をもって補填すべきではないかという意見があり、また、これに対して大蔵大臣からは、ドイツ統一、湾岸戦争等の出費によって、そのような財源はないと発言しています。また他の者は、全く違う道を選ぶべきだ、つまり、介護のリスクは民間保険に加入することにより、自分で保険料を払うことによって守るべきではないかと主張しています。特にドイツ自由民主党の意見では、社会保障に介護保険までも取り入れる余裕がないと主張しています。

労働大臣は全く別の意見で、今までもさまざまなリスクに対して疾病保険、老齢年金、災害保険、失業保険と対処してきた、つまり、今度の新たな介護に対しても、介護保険を新たな柱とすることによって、リスクに対処すべきではないかという意見です。1880年、ビスマルクに

よって立てられた制度も100年間うまくここまで機能してきたものであり、新しい柱を建ててもうまくやっていけるはずであるという考えなのです。

労働大臣の意見では、今後の社会的な介護保険制度に関しても保険料率2%、そのうち1%を使用者、1%を被用者という負担で実現できると考えています。もちろん、この中の1%は使用者負担になることから、使用者側は大反対という状況です。介護という問題は、いわゆる職場での就労年数と全く関係ない所で発生することで、企業がその分を負担するのはおかしい。それならば民間の保険を使って、保険料を払って自分で選ぶべきではないかという意見であり、反対に民間にしたいと思っているのがドイツ自由民主党、それから使用者側、それによって新しい事業を展開できると思っている民間の保険会社各社です。ただ、国民の大多数は、われわれ労働省の意見に賛成しています。

今回、労働省としてやっている提案の長所は、そのような形で社会的な介護保険制度を導入することによって、すでに介護が必要とされている170万人の人達と、近々必要な高齢者をすぐにその制度の中で救済することができるからです。すでにリスクが生じている場合には民間保険に加入できません。つまり家が燃えている場合に火災保険に入れないのと同じ論理です。もし高齢者が今から民間の保険に入れたとしても、そのリスクが大きいということから保険料額も非常に巨額になってしまい、それを支払うことはできません。極端に言えば、今65歳以上の年齢に達している人は、民間保険の中から除外される状況になることが想定され、この点が、民間の運営形態をもつ介護保険に反対する理由です。

そして家族単位で民間に入った場合に加入者本人と、その子供たちが別個にまた保険料を計算させられたりもします。つまり、家族としての被用者と同時に保険対象となる社会保険制度とは全く違ってきます。その他に社会的な介護保険制度としての長所は、実施機関を設ける必要がないことです。さらに、統一的に疾病金庫を介護保険制度の担当とすることによって、予防、治療、リハビリ、それから介護という関連している全ての分野が、一つの疾病金庫の中に納められるということです。担当が違う場合にはリハビリと介護に線引きが行われ、例えば、一方から君はリハビリをしてもしようがないか

ら介護の方で給付を受けなさいとなり、介護に行けば、いやまだリハビリをすれば何とかなるかもしれないので、あちらで給付を受けなさいとたらい回しという危険が生じることが懸念されます。私は良識的な意見がとおり、来年の段階で介護保険制度の導入に向けて一歩を記すことができればと思いますが、社会保障の分野で欠落している介護保険の問題解決だけでなく、介護を必要とする人達が生活保護という本人にとって非常にづらい申請なしに介護を受けられればと考えています。

(Karl Jung ドイツ連邦労働社会省介護保険・
リハビリ担当局長)