

国際比較の視点から見た皆保険・皆年金

松本 勝明

はじめに

本稿の目的は、皆保険・皆年金を国際比較の視点から考察することにより、その意義を明らかにすることにある。本稿では、基本的に旧東欧諸国を除くヨーロッパ諸国を比較の対象とする。その理由は、ヨーロッパにおいては100年以上に及ぶ社会保険の歴史があること、これらの国では年金・医療保険に関して長年にわたりさまざまな制度が実施されていること、更には、EU（欧州連合）および各国政府ならびに大学等の研究機関により社会保障制度に関する国際比較研究が活発に行われ、豊富な議論の蓄積があることが挙げられる。

皆保険・皆年金は法律上定義された概念ではなく、また、研究者の間で一致した定義が存在するわけでもない。このため、皆保険・皆年金の概念に関しては次のような点が必ずしも明確ではない。皆保険・皆年金という場合の「皆」は全国民を意味するのか、それとも外国人を含む全居住者を意味するのか。「保険」は社会保険に限定されるのか、それとも民間保険を含むのか。社会保険に限定されるとした場合に、民間保険会社が保険者であるものまで「社会保険」に含めるのか。「皆年金」はすべての者が老後に年金を受けられることを意味するのか、それともすべての者に年金制度への加入義務があることを意味するのか。

本稿の目的は皆保険・皆年金の定義についての検討を行うことではない。しかし、国際比較を行うためにはその対象を明らかにする必要がある。そこで、本稿においては、「皆保険」は疾病のり

スクに関して現物給付を行う社会保険制度（民間保険会社が保険者となる場合を含む）であって全居住者に加入義務を課すものが存在する状態を、「皆年金」は老齢のリスクに関して年金給付を行う制度であって全居住者（一定の年齢階層に属する者に限る場合を含む）に加入義務を課すものが存在する状態をいうものとして、検討を進めることとする。

I 皆保険・皆年金に関する現状

皆保険・皆年金に関するヨーロッパ諸国の現状を把握するため、EUの社会保護相互情報システム（Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)）による情報を用いることとする。MISSOCは、EUの執行機関である欧州委員会（European Commission）の雇用・社会・機会均等総局により構築されたものであり¹⁾、EU加盟国およびEFTA（欧州自由貿易連合）加盟国の社会保護に関する継続的・包括的な情報交換を可能にしている。現在では、その対象国は欧州31か国（EU加盟27か国およびEFTA加盟国4か国）にまで拡大している。MISSOCは比較対象国の政府から提供された公式の情報に基づくものであり、この点において通常の学術的な比較研究とは異なっている。

MISSOCの提供する情報は、社会保護の各分野における財政、組織、基本原理、給付などに関するものに及んでいる。MISSOCにより、対象国における社会保護の主要分野および財政に関する300種類以上の情報が12の比較表に整理されて

毎年公表されている²⁾。このうち、社会保護の財政を対象とする比較表Ⅰにおいては、疾病現物給付や老齢給付の費用がどのように賄われているかが示されている。疾病現物給付制度を対象とする比較表Ⅱの中では各国の疾病現物給付制度の適用範囲が示されている。また、老齢給付制度を対象とする比較表Ⅵの中では各国の老齢給付制度の適用範囲が示されている。

以下においては、2004年にEUの加盟国が旧東欧諸国にまで拡大される前からのEU加盟15か国(EU15)³⁾ およびEFTA加盟国⁴⁾における疾病現物給付および老齢給付に関する制度の対象者および財源をMISSOCの情報に基づいて比較する⁵⁾。

1 疾病現物給付

MISSOCの比較表Ⅱによれば、全居住者を対象とするまたは全居住者に加入義務を課す疾病現物給付制度が存在する国は、スイス、デンマーク、フランス、アイスランド、アイルランド、リヒテ

ンシュタイン、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、フィンランド、スウェーデンおよびイギリスの12か国である(表1)。比較表Ⅰによれば、この12か国のうちデンマーク、アイスランド、アイルランド、ノルウェー、ポルトガル、フィンランド、スウェーデンおよびイギリスの8か国では疾病現物給付の費用の全部または大部分が税により賄われている。また、スイス、フランス、リヒテンシュタインおよびオランダの4か国では、保険料を財源とする社会保険⁶⁾により疾病現物給付が行われている。

なお、ベルギー、ドイツ、ルクセンブルクおよびオーストリアでも、社会保険により疾病現物給付が行われているが、すべての居住者をその被保険者としているわけではない。ただし、これらの国においても、被保険者には、被用者だけでなく、年金受給者、失業者、自営業者⁷⁾などが含まれている。

表1 皆保険・皆年金を巡る状況

国	疾病現物給付		老齢給付
	強制被保険者(対象者)	財源	強制被保険者(対象者)
ベルギー	被用者、年金受給者、失業者など	保険料、税	被用者、自営業者
スイス	全居住者	保険料	全居住者
デンマーク	全居住者	税	全居住者(外国人を除く)
ドイツ	被用者、年金受給者、失業者など	保険料、税	被用者、特定の自営業者
ギリシア	被用者、年金受給者、失業者など	保険料、税	被用者など
スペイン	被用者、年金受給者、低所得者など	税	被用者など
フランス	全居住者	保険料、税	被用者、自営業者
アイスランド	全居住者	税	全居住者
アイルランド	全居住者	税	被用者、自営業者
イタリア	全国民	事業主拠出	被用者など
リヒテンシュタイン	全居住者	保険料、税	全居住者
ルクセンブルク	被用者、自営業者、年金受給者など	保険料、税	被用者、自営業者
オランダ	全居住者	保険料	65歳までの全居住者
ノルウェー	全居住者	税、保険料	16歳以上の全居住者
オーストリア	被用者、年金受給者、失業者など	保険料、税	被用者など
ポルトガル	全居住者	税	被用者、自営業者
フィンランド	全居住者	税、保険料	16歳から65歳までの全居住者
スウェーデン	全居住者	税	全居住者
イギリス	全居住者	税	被用者、自営業者

出典：MISSOCの比較表(2011年7月現在)を基に筆者作成。

2 老齢給付（老齢年金）

比較表VIによれば、全居住者に加入義務を課す老齢給付制度が存在する国は、スイス、デンマーク、アイスランド、リヒテンシュタインおよびスウェーデンの5か国である。このほかにも、オランダでは65歳までの全居住者、ノルウェーでは16歳以上の全居住者、フィンランドでは16歳から65歳までの全居住者に加入義務を課す老齢給付制度が存在する（表1）。

この両者を併せた8か国以外の国においても、被用者だけでなく自営業者にも加入義務を課す老齢給付制度が存在する。この場合の自営業者に関しては、ドイツのように一定範囲の者（手工業者、芸術家など）だけを含む国もあれば、ベルギーのようにすべての自営業者を含む国もある。

なお、この8か国において当該制度から給付されるのは、スイス、リヒテンシュタインおよびスウェーデンでは所得比例年金であり、デンマーク、アイスランド、オランダ、ノルウェー、フィンランドでは居住期間または保険期間に応じたフラット年金である⁸⁾。この8か国のうち、当該制度による給付に必要な費用が税のみで賄われているのはデンマークとフィンランドだけであり、そのほかの国では保険料および税により費用が賄われている。

3 皆保険・皆年金

以上のことから、疾病のリスクに関して現物給付を行う社会保険制度であって全居住者に加入義務を課すものが存在するとともに、老齢のリスクに関して年金給付を行う制度であって全居住者（一定の年齢階層に属する者に限る場合を含む）に加入義務を課すものが存在する国は、比較の対象とした19か国のうちスイス、リヒテンシュタインおよびオランダの3か国に限られることがわかる。

リヒテンシュタイン⁹⁾の医療保険および年金保険はスイスと多くの共通点を有していることから、以下においては、スイスおよびオランダについて日本との比較の視点から検討を行うこととする。

II 各国における皆保険・皆年金

1 皆保険

(1) スイス

スイスでは、1996年までは医療保険への全国的な加入義務は定められていなかった。すなわち、スイス連邦を構成する26州のうち全居住者に医療保険への加入義務が課されていたのは4州にとどまり、そのほかの州では低所得者等に対して加入義務が課されているに過ぎなかった。ただし、実際には、加入義務が課されていない者の多くは医療保険に任意加入していたため、国民の99%は医療保険によってカバーされていた〔Bundesrat, 1992：p.99〕。

しかし、1996年に施行された新たな医療保険法¹⁰⁾により、全居住者に医療保険への加入義務が導入された。これにより、全居住者に対して、同法に定められる医療保険の給付と負担に関する規定が統一的に適用されることになった。

このように全居住者に対して単一の医療保険制度への加入義務が課されているものの、医療保険の運営管理は単一の保険者ではなく、複数の保険者により行われている¹¹⁾。また、公法人である疾病金庫だけでなく、民間保険会社も保険者になることができる。各保険者はそれぞれの保険料額を自らの財政状況に応じて定めることになっているため、保険料額には保険者ごとの違いがみられる。

被保険者には自らが加入する保険者を自由に選択する権利が認められている。このため、保険者は被保険者の獲得を巡って互いに競争する立場に立っている。一方、保険者には加入を希望する被保険者を受け入れる義務が課されている。この義務は、保険者が競争上有利な立場に立つために、できるだけ若くて健康な被保険者を獲得しようとして高齢で病気がちな被保険者の加入を拒むこと（いわゆる「リスク選別」）を防ぐために設けられているものである。併せて、リスク構造（加入被保険者の年齢構成および男女比）の違いがもたらす財政的な影響を保険者間で調整するためのリスク調整（Risikoausgleich）が行われている。

従来は、リスク選別が行われた結果、若い被保険者を多く抱え保険料が低い保険者と、高齢の被保険者を多く抱え保険料の高い保険者が存在した〔Ross, 2010 : p.361〕。しかし、リスク調整が導入されたことにより、有利なリスク構造となっている保険者は、不利なリスク構造となっている保険者の財政負担を分担しなくならなくなった。

医療保険において、被保険者はそれぞれが病気になるリスクの大きさにかかわらず保険者ごとに定められる定額の保険料¹²⁾を負担している。一方、病気になった場合の給付は医療上の必要性に応じて行われる。この仕組みを通じて、健康な者と病気がちな者との間の再分配が行われている¹³⁾。このような意味における被保険者間の連帯は、新たな医療保険法に基づき全居住者への加入義務と合わせてリスク調整が導入されたことにより、保険者の枠を超えた居住者全体の連帯へと発展した。

(2) オランダ

オランダでは、2006年までは一定額以下の収入しかない被用者および自営業者などに医療保険への加入義務が課され、それ以外の者は民間医療保険に加入する仕組みとなっていた。実際には、居住者のおよそ6割程度が医療保険によりカバーされていた〔Demmer, 2006 : p.116〕。2006年に施行された新たな医療保険法(ZVW)¹⁴⁾により、オランダにおいても全居住者に医療保険への加入義務が課されるとともに、同法の規定がすべての居住者に適用されることになった¹⁵⁾。

このZVWに基づく新たな医療保険制度は、次のような点でスイスの医療保険制度との共通性を有している。医療保険制度は、複数の保険者により管理運営が行われている。被保険者が負担する保険料の額は、各被保険者が病気になるリスクの大きさにかかわらず、保険者ごとに定額で定められている¹⁶⁾。このため、保険料額には保険者ごとの違いがある。被保険者による保険者の自由な選択が認められ、保険者は互いに競争する立場に立っている。保険者には加入を希望する被保険者の受入義務が課されている。リスク構造の違いがもたらす財政的な影響を保険者間で調整するためのリ

スク調整¹⁷⁾が行われている。

(3) 比較検討

以上のように、この両国においては、全居住者に、医療保険への加入義務が課され、かつ、単独の制度が適用されている。このため、居住者が高齢となっても加入する制度に変更はない。

一方、日本においては、全居住者に医療保険への加入義務が課されているものの、適用される制度は自営業者、農業者などを対象とする国民健康保険制度と被用者を対象とする健康保険制度、更には75歳以上の者を対象とする後期高齢者医療制度に大きく分かれている¹⁸⁾。各制度による給付および保険料負担に関する規定には違いが存在することから、その者がいずれの適用を受けるかによって給付率や保険料の算定方法が異なる。また、被用者であった者が引退することにより現役時代とは異なる医療保険制度に加入しなければならないことになる。

スイスおよびオランダにおいては、全居住者が単一の医療保険制度に加入する一方で、医療保険の管理運営は、単一の保険者ではなく、複数の保険者により行われている。このような仕組みが採用された背景には、医療保険における質と効率性を高める手段として保険者間の競争を重視する考え方が存在する。このため、疾病金庫のような非営利法人だけでなく、民間保険会社のような営利法人が保険者となることと併せて、被保険者による保険者の自由な選択が認められている。

一方、このような競争は、保険者によるリスク選別や保険者間の保険料格差をもたらす恐れがある。このような問題に対応するため、両国では、各保険者に対して被保険者の受入義務を課するとともに、リスク調整の仕組みが導入され、保険者間の公平な競争条件の整備と保険料格差の是正が図られた。

日本でも、医療保険の管理運営は複数の保険者により行われている。しかし、各被保険者が加入する保険者は、それぞれの者の勤務する事業所、居住地などに応じて定められる仕組みが取られており、被保険者が加入する保険者を自由に選択す

る権利は認められていない。各制度においてはリスク構造の違いが影響していると考えられる保険者間での保険料水準の格差がみられる。しかし、高齢者に限らない被保険者全体を対象として、年齢、性別、疾病罹患状況などの違いが各保険者にもたらす財政的な影響を制度を越えて調整する仕組みは存在しない。

皆保険が導入された時期をみると、スイスでは1996年、オランダでは2006年であり、1961年である日本はこの両国よりも遥かに早いことがわかる。この両国では、国民が高水準の医療を受けることができる体制が既に整った状況にあり、高齢化の進展等による医療費の増加が強く意識される時期に皆保険が導入された。これに対して、日本で皆保険が導入されたのは、十分な医療が受けられない農民、零細企業従業員などへの医療保障の拡大が重要な課題となっていた時期であった。

2 皆年金

(1) スイス

スイスでは、1948年に施行された「老齢・遺族保険に関する連邦法」¹⁹⁾により、老齢年金および遺族年金を支給する老齢・遺族保険が導入されるとともに、スイスに居住するすべての者に対して老齢・遺族保険への加入義務が課された²⁰⁾。

この背景には次のような考え方があった〔Baumann, 2008 : p.106〕。社会保険による保障の在り方に関する議論においては、対象者に「保護の必要性 (Schutzbedürftigkeit)」があることが加入義務を課す根拠とされる。しかし、加入義務を現時点での「保護の必要性」だけで判断することは必ずしも適当ではない。なぜならば、「保護の必要性」は時とともに変化するものであり、現在は幸福な生活を送っている若者が高齢期には貧困に陥る可能性を排除することはできない。したがって、高齢や死亡のリスクに対する保障を行う老齢・遺族保険はすべて人を対象とする必要があると考えられる。

また、スイスに居住するすべての人に対して加入義務を課すことによるのみ、あらゆる国民を「幸運にも自ら生計を賄うことができる者がそれ

表2 年金額 (年額) の算定方式

平均年間報酬	～39,700フラン	39,700フラン～
定額部分	9,812.40フラン	13,790.40フラン
変動部分	平均年間報酬×26%	平均年間報酬×16%

出典：筆者作成。

ほど恵まれていない多くの者を援助することに貢献する」包括的な連帯の仕組みにつなぎとめることができると考えられたことにある〔Bundesrat, 1946 : p.380〕。

老齢・遺族保険による老齢年金は、基本的に各被保険者の保険料納付期間および平均年間報酬に応じて算定されるいわゆる「所得比例年金」となっている。年金額は2段階で計算される (表2)。まず、平均年間報酬に応じた定額部分が定められる。次に、この定額部分に、平均年間報酬に乗率をかけた額 (変動部分) を足すことにより年金額が算定される。平均年間報酬39,780フランを超える場合にはより小さな乗率が適用される²¹⁾。また、年金額には最低年金額 (月額1,105フラン) と最高年金額 (月額2,210フラン) が定められている。夫婦がいずれも年金を受給する場合には、夫婦の年金の合計額は最高年金額の1.5倍を超えないものとされている。なお、保険料を納付していない期間がある場合には、その期間に応じて年金額が減額される。このような仕組みにより、平均年間報酬が低い被保険者が受給する年金額の改善が図られている。

平均年間報酬が13,260フランを超えると年金額は最低年金額よりも増加し、平均年間報酬が79,560フランとなることにより年金額は最高年金額に到達する。このように、スイスの年金は、「所得比例年金」とはいえ、年間報酬の増加に応じた年金額の上昇は相当に緩やかなものとなっており、しかも、平均年間報酬39,780フランを境に上昇率が一層低下する。

老齢・遺族保険は賦課方式の財政システムとなっており、その費用は主に被保険者および事業主が負担する保険料により賄われている。これに加えて、連邦が総支出額の2割程度に相当する補助を行っている。

全居住者が被保険者とされているが、保険料の算定方法は被保険者の稼得活動の状況によって異なっている。自営でない稼得活動を行う者（被用者）およびその事業主は、賃金の4.2%ずつを保険料として負担する。この場合には保険料の最低額および最高額の定めはない。自営の稼得活動を行う者（自営業者）は、課税収入に保険料率（課税収入の額に応じて4.2%~7.8%）を乗じた額を保険料として負担する。20歳から年金支給開始年齢²²⁾までの者で稼得活動を行わないものは、その資産と年金収入の額に応じた額を保険料として負担する²³⁾。この場合には保険料の最低額（年370フラン）および最高額（年8,400フラン）が定められている。

年金額と保険料算定の仕組みがこのようになっているため、平均年間報酬が13,260フランと79,560フランの被用者を比較してみると、保険料負担額については後者が前者の6倍となるのに対して、年金額についてはそれぞれ最低年金額および最高年金額が適用されるため後者は前者の2倍にとどまる²⁴⁾。

なお、スイスの老齢保障制度は三層構造となっている。その一階に位置づけられるのがこの老齢・遺族保険法に基づく老齢年金である。二階には企業年金が、三階には私的年金が位置づけられている。24歳以上の被用者であって、年間賃金が20,880フランを超える者には、企業年金への加入義務が課されている。

(2) オランダ

オランダでは、1956年に制定された一般老齢年金法²⁵⁾に基づき、65歳以上のすべての者に老齢年金を支給することを目的とした現在の強制加入の老齢年金制度が導入された。この制度においては、オランダに居住する65歳までのすべての者に加入義務が課されている。

この法律による老齢年金は、現役時代に支払われた保険料や受給者の収入・資産の額にかかわらず支給される一律の「フラット年金」となっている。被保険者は保険期間1年当たり2%の受給権を取得することとされているため、15歳から

65歳までの50年間でフル（100%）の受給権を取得することができる。ただし、年金額には受給者の世帯状況が加味される。すなわち、フルの老齢年金の受給権を有する者が受け取るグロス年金額は、その者が単身者の場合には法定最低賃金額の70%である。そのパートナーも年金受給権を有する場合には、老齢年金額は法定最低賃金額の50%となるため、夫婦での合計額は法定最低賃金額の100%となる。

老齢年金制度は賦課方式の財政システムとなっており、老齢年金に要するその費用は課税所得の一定割合に相当する保険料によって賄われている。つまり、この制度による給付は「フラット」であるにもかかわらず、保険料は各被保険者の所得額に応じたものとなっている。老齢年金制度には、保険料のほかに一部税財源も投入されている。保険料を支払わない高齢者も含めたすべての納税者がこれを通じて老齢年金制度に貢献する仕組みとなっている。

なお、オランダの老齢保障制度も三層構造となっている。その一階に位置づけられるのがこの一般老齢年金法に基づく老齢年金である。二階には企業年金が、三階には私的年金が位置づけられている。企業年金により被用者の95%以上がカバーされており、実際には強制保険に近いものとなっている。

(3) 比較検討

以上のように、この両国で老齢保障の一階部分に相当する公的年金制度は、年金受給年齢に達した者を除けば、いずれもすべての居住者に加入義務を課しているが、給付と負担の関係には両者の間で大きな違いがある（表3）。

スイスでは、被保険者の所得に応じて負担される保険料を基に「所得比例年金」が支給されている。しかし、年金額には定額部分が設けられていること、所得が一定額以上となる場合には変動部分の乗率が引き下げられること、最低年金額および最高年金額が設けられていることにより、年金制度において高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われている。また、オランダ

表3 年金制度における再分配

	スイス	オランダ	日本（国民年金）
保険料負担	所得比例	所得比例	定額
給付	所得比例*	フラット	フラット
再分配	有	有	無

* 定額部分，最低年金額・最高年金額あり
出典：筆者作成。

では、被保険者の所得に応じて負担される保険料を基に「フラット年金」が支給されることにより、高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われている。

日本では、被用者に関しては、賃金の額に応じて負担される保険料を基に、「フラット年金」（老齢基礎年金）と「所得比例年金」（老齢厚生年金）が支給されることにより、高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われている。しかし、居住者全体を対象とする国民年金制度においては、その費用の半分を賄う保険料は被保険者の所得にかかわらず一律に負担され、給付としては「フラット年金」が支給されている。このため、国民年金制度自体で高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われているわけではない。

なお、老齢保障制度全体をみると、日本と同様に一階部分には全居住者を対象としたフラット年金が位置づけられているオランダの場合にも、二階部分に位置づけられるのは被用者を対象にした企業年金である。また、両者の間には日本の厚生年金保険からの基礎年金拠出金のような財政的な結びつきは見られず、互いに独立した仕組みとなっている。

むすび

最後に、これらの国における皆保険・皆年金の政策的な意義について二つの視点から整理することとしたい。

一つ目は、すべての者の保護の必要性への対応である。もともと、社会保険は労働力の提供によってしか生計を維持することができない労働者を加入義務の対象とすることから出発した。典型的に

は、ドイツは今日においてもなおこの考え方を維持しており、基本的には主として被用者に「保護の必要性」を認めて社会保険の被保険者とし、すべての者に社会保険への加入義務を課すべきであるとの考え方には立っていない。これに対して、スイスおよびオランダで皆保険・皆年金としている理由のひとつは、社会保険によりすべての者を疾病のリスクおよび老齢のリスクから保護する必要があると考えられていることにある。

二つ目は、すべての者による連帯の確保である。スイスおよびオランダではすべての者に加入義務を課することが、すべての者による連帯を確保するために不可欠な前提条件となっている。連帯を基礎とする社会保険制度においては、健康な者や高所得の者は、そうでない者のために、リスクに応じて算定される保険料や給付額に見合った保険料よりも高い保険料を負担しなければならない。加入が任意であれば、より高い保険料を負担しなければならない者は通常そのような制度に加入しようとはしなくなるため、すべての者による連帯を確保するためにはすべての者に加入を義務づけることが必要となる。

本稿において考察の対象としたスイスおよびオランダでは、皆保険・皆年金は、すべての者の保護の必要性に対応すると同時に、すべての者による連帯を確保するという二つの目的を有しており、そのことが皆保険・皆年金とする不可分の前提のようにもみえる。しかしながら、ドイツでの皆保険を巡る議論や日本の皆保険・皆年金を眺めると、これとは異なる姿がみえてくる。

ドイツでは、二大政党の一つである社会民主党（SPD）を中心に全居住者を加入義務の対象とする医療保険（国民保険（Bürgerversicherung））を導入することが提案され、医療政策を巡る最も

重要な争点の一つとなっている。今日では、ドイツに居住する者は医療保険または民間保険のいずれかに加入しており、「保護の必要性」を根拠として医療保険への加入義務の範囲を拡大する必要には乏しい状況にある。その中で、国民保険の導入が主張される理由は、すべての者が医療保険における連帯に参加すべきであり、高所得者を中心とするグループが民間保険への加入によりそれを逃れることができるのは公平に反するとの考え方がある。つまり、この主張においては、皆保険によりすべての者による連帯を確保することが強調されている。

日本では、1961年に皆保険・皆年金が実現したが、これは、医療保険および年金保険に未加入であった農民や零細企業従業員への医療保険や年金の必要性が強く認識されたことを背景としたものであり、すべての者の保護の必要性に対して早い時期での対応が行われたといえる。しかし、日本の医療保険制度および国民年金制度は、スイスおよびオランダとは異なり、すべての者の間での連帯を基礎とする制度にはなっていない。この点において、日本の皆保険・皆年金の特性を指摘することができる。

注

- 1) このシステムのために、欧州委員会の担当部局は、加盟国における社会保障各分野の担当省庁・機関の代表者および欧州委員会が任命した事務局と共同作業を行っている。
- 2) MISSOCの比較表は、欧州委員会ホームページ (<http://www.ec.europa.eu>) において公表されている。
- 3) ベルギー、デンマーク、ドイツ、ギリシア、スペイン、フランス、アイルランド、イタリア、ルクセンブルク、オランダ、オーストリア、ポルトガル、フィンランド、スウェーデンおよびイギリスの15か国である。
- 4) スイス、アイスランド、リヒテンシュタインおよびノルウェーの4か国である。
- 5) MISSOCの比較表だけでは必ずしも明確ではない点は、Europäische Kommission (2001; 2002) を併せて参照した。
- 6) 保険料に併せて税が投入されている場合を含む。
- 7) ルクセンブルクのようにすべての自営業者を対象とする国もあれば、ドイツのように特定の自営業者

者（芸術家、著述家）を対象とする国もある。

- 8) オランダおよびノルウェーでは、保険期間のほか、世帯の状況などが考慮される。アイスランドでは、居住期間のほか受給者の収入が考慮される。フィンランドでは、居住期間および世帯の状況のほか、就労に基づき受給するほかの年金の額が考慮される。
- 9) リヒテンシュタインは、スイスと国境を接する人口約35,000人の国である。外交上は多くの国でスイスがリヒテンシュタインの利益代表を務めるなど、両国の間には特殊な関係が存在する。
- 10) Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, Systematische Sammlung des Bundesrechts (SR) 832.10.
- 11) 保険者数は2009年現在で81である [Bundesamt für Gesundheit, 2011 : p.144]。
- 12) 被保険者にとって過重な負担とならないよう、保険料の負担限度額（多くの州で課税所得の8%）が定められている。限度額を超える部分については、州が税財源により負担する。
- 13) 日本の健康保険やドイツの医療保険では、被保険者がその収入の一定割合を保険料として負担することにより、高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配も行われている。スイスの場合には、そのような再分配は注12で述べたように負担限度額を超える保険料を州が税財源で負担することにより行われている。
- 14) Zorgverzekeringswet van 16 juni 2005, Staatsblad (Stb.) 2005, 358.
- 15) これとは別に、長期入院、精神医療および介護に関しては、それ以前から全居住者を対象とする「特別の疾病費用のための保険 (AWBZ)」が存在している。
- 16) 医療保険に要する費用の半分程度は、被保険者が各保険者に支払うこの定額保険料によって賄われている。残りの半分は、事業主および自営業者が医療保険基金に支払う保険料によって賄われている。この医療保険基金に支払われる保険料の額は、事業主の場合には従業員の賃金の6.5%、自営業者の場合は所得の4.4%とされている。医療保険基金は、この定率保険料および国庫補助による収入などをリスク構造の違いを勘案して各保険者に配分している [Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, 2006 : pp.16-17]。
- 17) ただし、オランダにおけるリスク調整の対象は、加入被保険者の年齢構成および男女比だけでなく、加入被保険者の疾病罹患状況の違いがもたらす財政的な影響にまで及んでいる [Walser, 2010 : p.331]。
- 18) 実際の加入者数をもても、国民健康保険が約3,900万人、健康保険が約6,500万人、高齢者医

- 療制度が約1,400万人となっている。
- 19) Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, SR 831, 10.
- 20) 日本とは異なり、障害年金は老齢・遺族保険とは別の障害保険により支給されている。1961年に施行された「障害保険に関する連邦法 (Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, SR 831. 20)」により障害保険が導入されるとともに、老齢・遺族保険の被保険者は障害保険の被保険者とされた。
- 21) スイスの老齢・遺族保険に関する年金額等の数字はいずれも2008年1月現在のものである。
- 22) 年金支給開始年齢は、男性65歳、女性64歳となっている。
- 23) 稼得活動を行わない者に関しては重要な例外が設けられている。稼得活動を行わない者の配偶者が稼得活動に基づく保険料を負担しており、かつ、当該保険料の額が最低保険料額の2倍以上である場合には、稼得活動を行わない者の保険料が支払われたものとみなされる。
- 24) ちなみに、この両者にドイツの年金保険が適用されたとすると、両者の所得は日本の標準報酬上限額に相当する「保険料算定限度」の範囲内であり、スイスの老齢年金のような定額部分、所得額に応じた乗率の引下げ措置、最低・最高年金額は設けられていないことから、基本的に後者は前者の6倍の額の老齢年金を受け取ることになる。
- 25) Algemene Ouderdomswet van 31 mei 1956, Stb. 1956, 281.
- 引用文献**
- Baumann M. (2008) *Das Solidaritätsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, Zürich.
- Bundesamt für Gesundheit (2011) *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009*, Bern.
- Bundesrat (1946) Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, *Bundesblatt II*, pp.365-588.
- Bundesrat (1992) Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, *Bundesblatt I*, pp.93-292.
- Demmer H. (2006) Nicht nur die Neuerung sind anders – Krankenversicherungsreform in den Niederlanden, *Die BKK*, 03/2006, pp.114-118.
- Europäische Kommission (2011) Alterssicherung in Europa, *MISSOC-INFO* 01/2001.
- Europäische Kommission (2002) Gesundheitsversorgung in Europa, *MISSOC-INFO* 03/2002.
- Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006) Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. (<http://english.minvws.nl/en/folders/z/2006/the-new-health-insurance-system-in-three-languages.asp>)
- Ross F. (2010) Wahl und Wettbewerb als normative Steuerungsinstrumente für die Krankenhausversorgung in der Schweiz, in: Becker U., Ross F., Sichert M. (Hrsg.), *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung*, Baden-Baden, pp. 357-413.
- Walser Ch. (2010) Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der niederländischen Krankenhausversorgung, in: Becker U., Ross F., Sichert M. (Hrsg.) *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung*, Baden-Baden, pp.275-338.
- (まつもと・かつあき 北海道大学
公共政策大学院教授)