

西独における社会保障制度改革の動向

在西独日本大使館
一等書記官 高原 弘 海

1. はじめに

西独においては、ここ2年来現コール政権が医療及び年金両制度の抜本的見直しを内政上の重要課題として掲げ、ブリューム連邦労働社会大臣の陣頭指揮の下、困難な見直し作業を進めてきた。

いずれも制度のあり方を相当大幅に見直そうとするものであり、種々の修正論議を含め賛否両論、極めてし烈な議論が展開されてきたが、医療については、昨年12月に議会を通過し、本年1月より既に施行され、年金についても本年3月には与野党間で基本的合意を見た内容の改正法案が連邦議会に提出され、一連の改革論議は、一つのヤマ場を越えた感がある。

また、本年に入り、レーア連邦青少年家庭婦人保健大臣を中心に家庭・児童対策について活発な論議が展開されてきたが、最近になって、児童手当の引上げ等が決定された。

一方、西独においては、本年に入り、地方選挙において極右勢力の胎頭、連立与党の人気の低下が顕著化し、政局は混迷の様相を呈しているが、その背景には、総人口の7%近くを占める外国人に対する施策や税制改革、医療改革等、現政権への一連の改革路線に対する国民の不満があるとも言われている。

本稿においては、このような政治的・社会的背景にも触れながら、医療及び年金を中心とする社会保障制度改革について整理してみたい。

2. 制度改革の背景

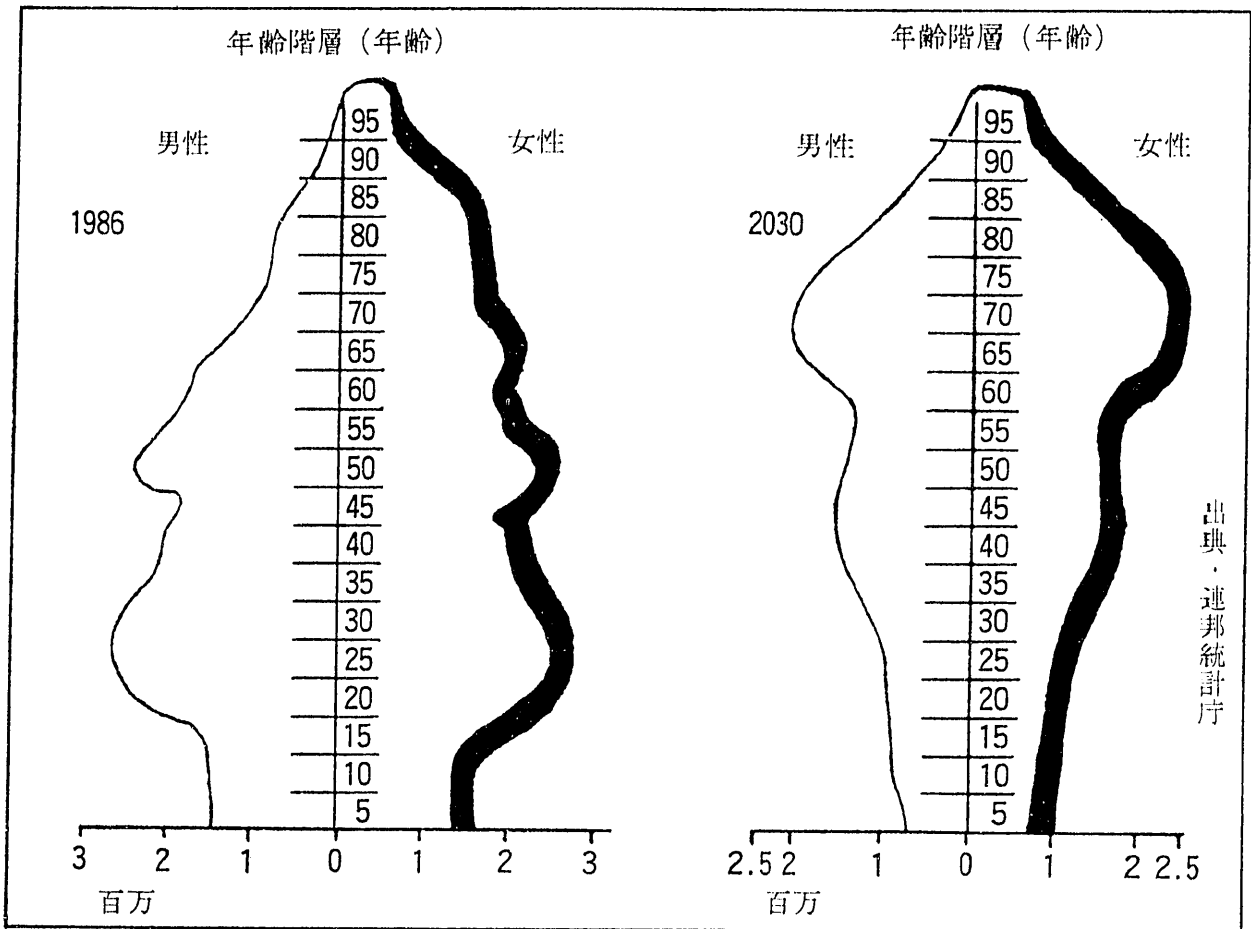
(1) 西独の人口の動向

西独の総人口は、1987年現在、6100万人強であり、65歳以上人口比率は15.3%となっている（我が国に比し、約5%高い）。

出生率は、西欧先進諸国の中でも最も低く、合計特殊出生率は、1.35（我が国の場合、1.66）で、総人口に占める15歳以下人口の比率は、約15%、6歳以下人口で見ると約5.7%という状況となっている。

このような低い出生率等を背景として、総人口の減少が予想されており、2030年には、4800万人程度（現在の総人口の4分の3強）にまで減少するものと見込まれている。かかる総人口の減少及び人口構造の変化は、社会経済全体に大きな影響力を及ぼすものと考えられており、社会保障（例えば、現在、現役2人で概ね年金受給者1人を支えているのが、2030年には、現役1人で年金受給者1.1人強を養う勘定になる）はもとより、経済全体における需要構造の変化（健康・余暇関連サービスに対するニーズの増大、住宅建設における改築に対するニーズの増

図1 西独の人口構造の変化 (1986年と2030年の比較)



出典・連邦統計庁

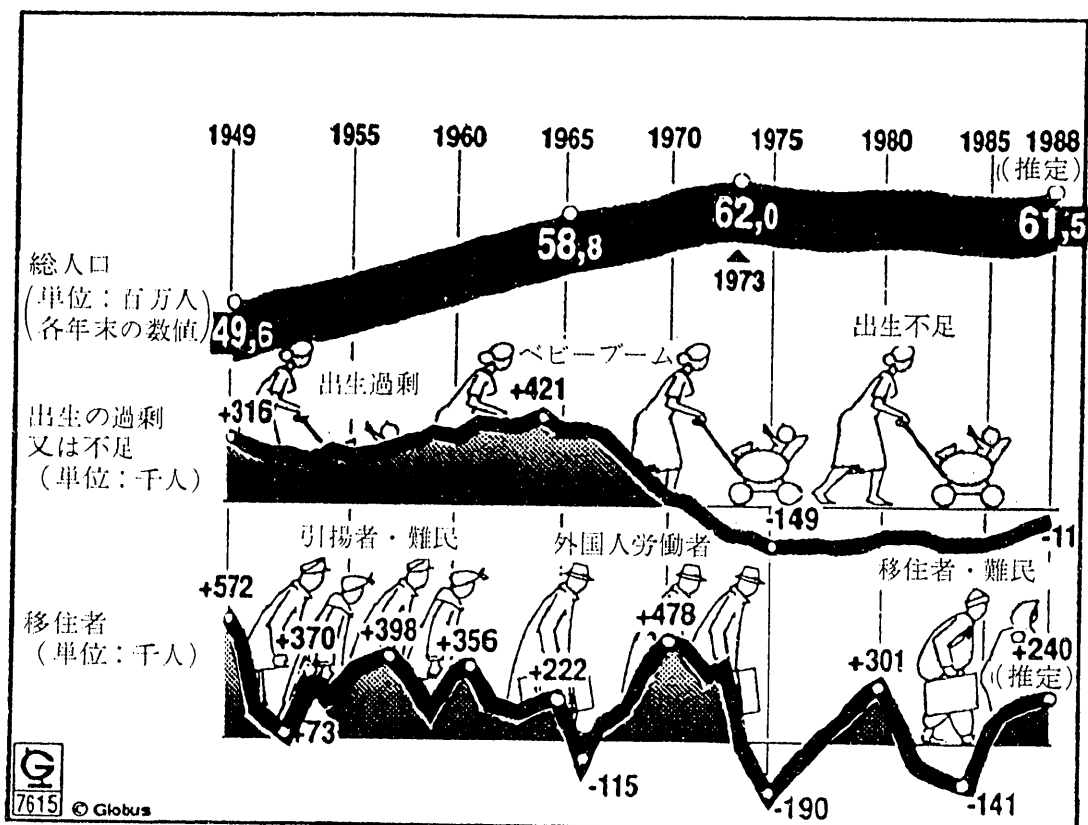
大等), さらには必要な兵力を維持する観点からの兵役期間の延長 (但し, 現在の徴兵期間15か月を18か月に延長しようとする案は, 国民の強い反対により, ついに最近, 断念されるに至った。) 等, 各般の影響が現に顕在化しつつある。

また, 西独の場合, 総人口に占める外国人の比率が高いことが一つの特徴である, 現在, 外国人数は約415万人 (総人口比約6.8%) であるが, その多くは, トルコ人等いわゆる外国人労働者であり, 高度成長期に労働力不足を補うため, 積極的に呼び寄せを行ってきたものである。しかしながら現在では, 既に新規募集の停止, 帰国助成策等により, 抑制策を講じている。この他, 最近, 東側からのドイツ人移民等の数が増加しており (1988年には, 約24万人が東側

から西独に移住), 深刻な失業問題や都市部での住宅問題等と相まって, これら外国人, ドイツ人移民等に対する対策が内政上の最大の課題となっている (本年に入ってからの方選挙における極右胎頭の主因と言われているが, 例えば, 社会保険について言えば, 比較的若年層の多い外国人労働者層が社会保険制度を支えているという面もあり, もはや, 単に外国人を減らせば事足りるというような単眼的な思考では済まない状況になっているとも言えよう。また, 一部には, いびつな人口構造を補正する視点をドイツ人移民対策の際に考慮すべきというような意見もある)。

いずれにしても, 西独における社会保障の問題を考える場合, 以上のような人口の動向は, 基本的かつ重要な要素と考えられる。

図2 西独の総人口及び外国人流入の推移



(2) 政治・経済の動向

1982年のマイナス成長以降 経済の拡大を続けており、昨年も 3.4%の成長(実績)を記録する等、全般的には好調な状況にある。

他方、既述のとおり、政局は不安定な様相を呈してきており、連立与党の退潮、極右の進出が顕著な状況となってきているが、その背景には、高失業率等と関連した外国人政策や税制改革、医療改革等に対する国民の不満が挙げられている(例えば、今回の税制改革において新たに導入された利子源泉徴収制度に対しては、比較的所得水準の高い層からの不満が強かったと言われ、また、医療改革における患者負担の強化のように、日常生活において負担感の強い施策の見直しに対しては、中低所得者層からの反発が強かったと言われており、比較的広範に、国民の間に不満感が醸成されてきたと言えることができる)。

なお、コール首相は、このような状況に対する危機感から、本年4月には内閣改造を行うとともに、一連の施策について一部見直し作業を既に始めている(例えば、税制改革の目玉の一つであった利子源泉徴収制度については、EC市場統合をにらんだ施策であったにもかかわらず、いわば、国内政治優先の観点から、その廃止を決定した)。

余談になるが、税制改革と医療・年金改革をそれぞれ担当したシュトルテンベルグ蔵相、ブリューム労働社会大臣は、ニューリーダーとして一時ポスト・コールの呼び声も高かった政治家であるが、近時、著しくその人気は低下してきており、制度改革を担当した政治家が人気を落とすという皮肉な結果を招来している。

3. 制度改革の内容

(1) 医療改革

① 改革のねらい

西独においては、医療保険は、年金と同様、社会保険方式で運営されており、給付費の拡大は、保険料率の上昇という形ではね返ってくる（医療保険については、国庫補助は原則としてない）。

1970年代以降、医療保険費用抑制法、病院医療費抑制法等数次にわたる制度改革を行ってきているものの、入院、医療品等を中心に医療費の高騰が続き、「医療費の伸びを賃金の伸び率の範囲内に収める」という政策目標は、達成困難な状況が続いてきた。ちなみに1988年の医療に係る保険料率は12.9%であり、年金（18.7%）及び失業保険（4.3%）（いずれも労使折半）と合わせると、既に35%を超える水準となって

おり、これ以上の保険料率の上昇は、EC市場統合等をにらんだ場合の国際競争力の低下、ヤミ就労の増加等の看過できない困難な問題を招来するものとして、経済団体からの制度見直しに対する強い要請が存在した。

また、他方において連邦政府による高齢者の実態調査等を通じ、増大する高齢者の医療・介護対策等の充実の必要性が明確となり、これに対し、何らかの処方せんを用意する社会的要請も存在した。

このようなことから、本改革は、給付の見直し等により、年間138億マルク（公的疾患金庫からの総支出の1割強に相当）の医療費支出を削減し、これにより、保険料率の1ポイントの引き下げと、要介護者対策及び疾病予防対策の強化という新たな国民的課題への対応を図ることをねらいとして立案された。

② 改革の内容

1988年1月に連邦労働社会省草案が公表

図3 医療費の推移

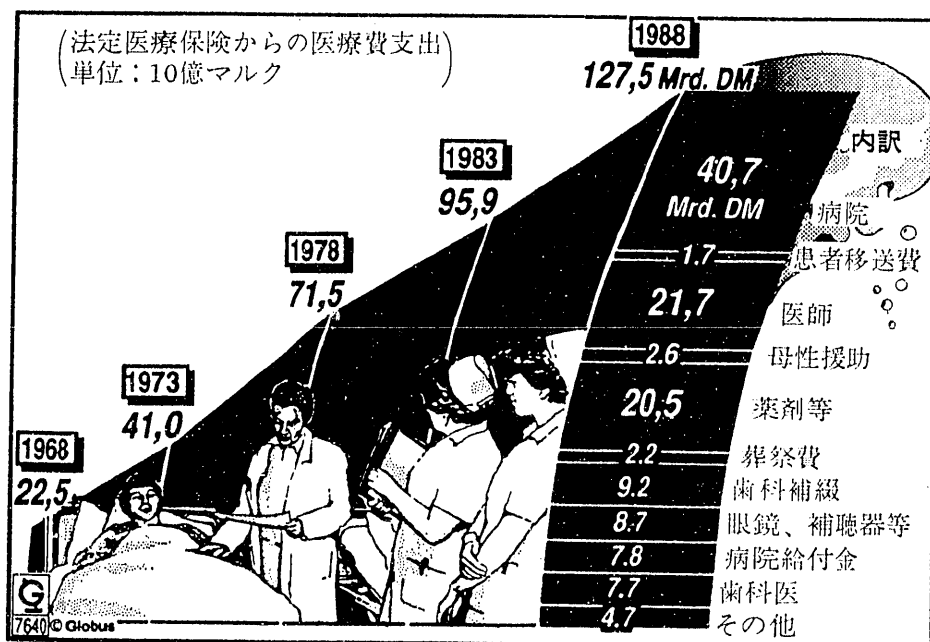
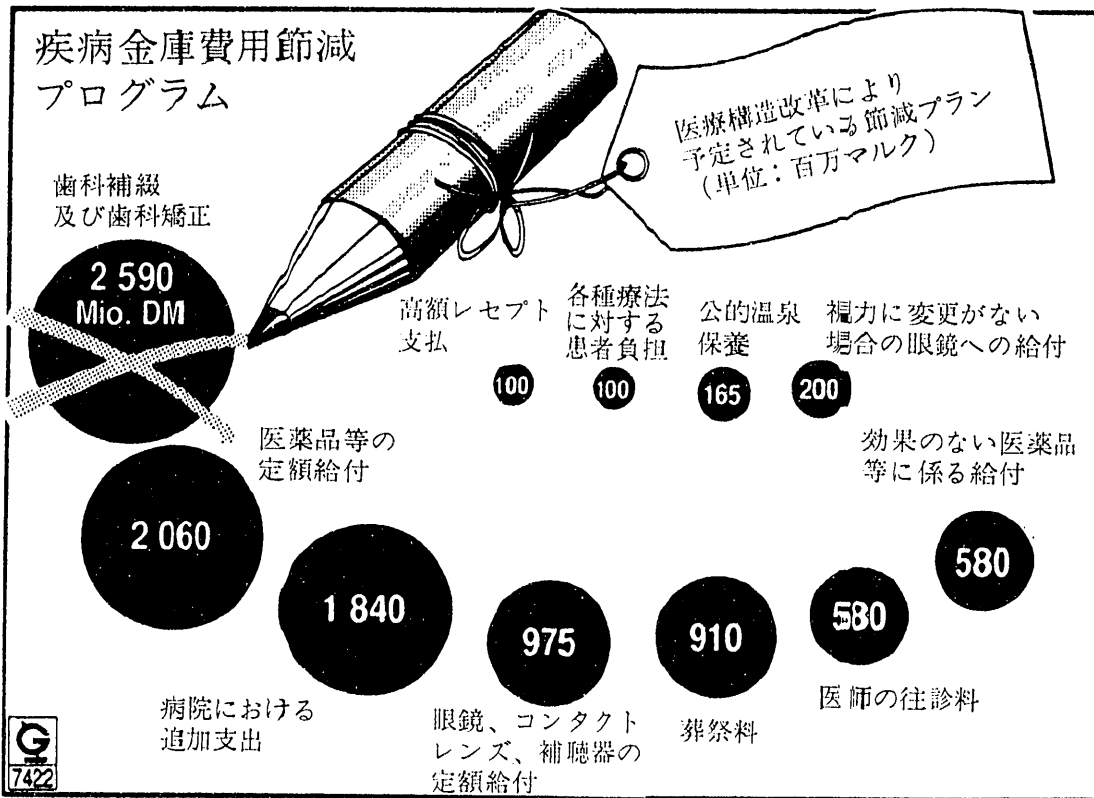


図4 医療制度改革による費用削減効果



されて以降、関係者の間で種々の論議がたかかわされ、具体的改革内容については、相当大幅な手直しが加えられたが、上記①の改革のねらいは一応維持された格好となっている（しかしながら、与野党間では最後まで合意をみることなく、連立与党が野党の強い反対を押し切った形になっている）。

本年1月1日から既に施行されている改革の具体的内容の骨子は次のとおりである。

ア. 医療機関における受診

1992年までに、受診券に代わり保険証が導入される点を除けば、大きな変更はない。

国内の医療機関における受診については、従来と同様であるが、国外における旅行中の受診については、EC諸国及び医療保険に係る協定を締結している国の場合

は、外国旅行のための受診券を持参しなければならないが、それ以外の国の場合は、旅行期間中別途の保険契約を締結しなければならないこととする。

なお、新たに、35歳以上の者に心臓及び腎臓疾患に係る無料検診を実施する。

イ. 交通費

外来の場合の患者交通費の保険給付は、医療上不可欠な場合に限定するとともに、自己負担額を20マルクに引き上げることとする。

ウ. 歯科医療

歯科補綴に係る自己負担率を平均23%から40%に引き上げる。即ち、従来は、歯科医診療報酬に対する給付については、すべて医療保険で負担していたものを、今後は、歯科医診療報酬及び歯科技工料に対する給付率をともに平均60%に引き下げることと

する。

この場合、1991年以降は、6か月毎に歯科医に行かない患者については、自己負担率を10%引き上げることとする。

なお、上記以外に係る歯科医療については、すべて医療保険で負担するとともに、12歳から20歳までの者に対しては、新たに、歯科検診を実施することとする。

エ. 医薬品

有効成分が同一の医薬品を二以上の製薬会社が異なる価格で販売している場合には、当該医薬品について、価格意識を徹底させる観点から、医療保険からの償還に係る定額給付制度を導入することとし、1989年6月末までには、個々の価格を決定するよう努めることとする。定額給付が設定されている医薬品について、より価格の高いものを選択する場合は、差額は患者負担とする。

定額給付制度への移行措置として、1991年末までの間は、定額給付が導入されていない医薬品について、患者自己負担額を1剤当たり2マルクから3マルクに引き上げる。1992年以降は、定額給付が設定されていない医薬品については、患者負担額を薬価の15%（但し、最高15マルク）とする。

オ. 治療・補助材料

マッサージのような軽微な治療については、その10%を患者の自己負担とする。

眼鏡については、0.5ジオプトリー以上の視力変更がない場合は、3年間は新たな眼鏡の支給は行わないこととする。眼鏡のフレームについては、定額給付が導入されていない場合は、医療保険からの給付額を現行40マルクから20マルクに引き下げ

る。

コンタクトレンズについては、医療上不可欠な場合に給付を限定する。

カ. 温泉クア

温泉クアについては、滞在費補助を1日当たり現行25マルクから15マルクに引き上げることとする。

キ. 埋葬料

死亡に係る埋葬料については、現在既に医療保険に加入しているか、又は1988年末までに加入する者に限り、支給することとする。なお、その額については、2100マルクに減額するとともに、家族については、その半額とする。

ク. 低所得者の特例等

1989年時点で月収1260マルク（額面）以下の低所得者については、入院に係る最初の14日間の10マルク（1日当たり）を自己負担の限度とし、その余については特例として免除する。

なお、この月収の限度額については、夫婦の場合は、1732マルクとし、子供がある場合は1子につき315マルク付加することとする。

18歳以下の者については、原則として、歯科補綴及び患者交通費についてのみ自己負担しなければならないこととする。

医療保険への強制適用限度額（現行月額4575マルク）以下の被保険者の場合、自己負担額は、年間につき、報酬の2%を限度とする（但し、最高1080マルク）。なお、この場合、被保険者の扶養家族に係る自己負担限度額については、この限りでない。また、強制適用限度額を超える被保険者の場合の限度額は、報酬の4%とする。但

し、これらの自己負担限度額の算定に当たって、歯科補綴に係る自己負担は除外することとする。

ケ. 介護

重度の在宅要介護者を介護する家族等のために、新たに、医療保険が、年に4週間の限度で、介護の肩代わりを行うこととする（但し、年間1800マルクを限度）。

1991年以降は、1月当たり25時間分の専門介護人の派遣に係る費用を医療保険が負担することとする（但し、月間750マルクを限度）。また、これに代えて、1月当たり400マルク介護手当の給付を行うことも可能。

以上の介護に係る給付等の支給を受けるための前提条件としては、要介護者がその職業生活において少なくとも45%に相当する期間公的医療保険に加入しており、かつ、要介護の状態に至る直近の5年間のうち少なくとも3年間は保険料を支払っていたことを要することとする。

コ. 入院費用等

入院に係る患者自己負担を1991年以降、1日当たり5マルクから10マルクに引き上げる（但し、年間14日を限度）。

病院に係る価格比較リスト制度を導入し、保険医は、リストを参考にして、最も適切な病院に患者を入院させなければならないこととする。

サ. 保険料還付モデル事業

各疾病金庫は、モデル事業として、保険料還付事業（被保険者が1月分の保険料額に満たない給付しか受けなかった場合には、給付額に応じ、1月分の保険料相当額を限度として、当該被保険者に還付）を行

うことができることとする。

シ. 年受金給者

年金から控除される医療保険料の料率を一般の保険料率の平均値に合わせることにする。

即ち、1989年7月1日以降、年金受給者に係る保険料率を現行5.9%から6.65%に引き上げることとする。

ス. 強制適用免除

公的医療保険に係る強制適用免除の取り扱いについて、従来は職員についてのみ適用されていた強制適用限度額（現行月額4575マルク）に関する規定を労働者についても適用することとする。

③ 改革施行後の動向

本年1月1日より改革が施行されて以降、半年強が経過した。その間の動向をいくつか御紹介したい。

まず、公的医療保険制度に係る医療費支出を見ると、1989年第1四半期は前年同期に比し、2.9億マルク強（約1.6%）減少している。ブリューム労働社会大臣によれば、このようなことは、ここ10数年間見られなかったことであり、医療制度改革の成果とのであるが、今年は暖冬でインフルエンザの大流行がなかったことや、改革が施行される前に駆け込み的に歯科治療の受診やメガネ作成等を行った者が相当数いること（現に、昨年後半は、医療費が急騰したということが統計的にも言われている）を考え合わせると、この一事をもって、改革の効果だと言い切ることは早計かもしれない。

また、改革施行後、民間保険の業績が好調と言われている。公的医療保険において

給付内容の見直し等が行われた結果、民間保険の加入者が増えたということはある程度事実であろう。また、個別企業において、企業疾病金庫を創設する動きが活発化し、危機感を抱いた地区疾病金庫側がその抑制を求め、ブルーム労働社会大臣が調停に乗り出すというような一幕もあったが、今後とも、地域保険、職域保険そして私保険の間での競争関係が弱まることはなからう。

今回の改革の目玉の一つとして導入された医薬品の定額償還制度については、各疾病金庫連合会を中心に検討が進められてきた結果、第1グループとして、本年9月1日以降、10種類（360医薬品）について、導入されることとなった。これによる法定疾病金庫からの支出削減効果は4.25億マルクと推計されている。

④ 今回の改革の特徴

今回の改革は、「医療構造改革」という言葉に象徴されるように、従来の西独の医療保険制度に大きな手直しを加えようとするものであるが、特に、注目すべきと考えられる点をいくつか挙げてみたい。

ア. 医薬品に関する定額償還制度の導入

従来、西独では、医薬品の価格については、当事者自治の下に、公的な関与は行われていなかった（即ち、医薬品価格は個々の製薬企業が定め、それぞれの病院又は医師がある医薬品を使用すれば、疾病金庫から当該医薬品に係る価格が償還されるシステムがとられていた）。

今後は、医薬品価格の設定につき、疾病金庫連合会等による関与が行われることとなるが、そもそも、医薬品価格の設定につ

いては、日本をはじめ、既に大部分の国において公的関与が行われており、西独も、このような世界的趨勢に歩調を合わせるようになったと言うことができよう。

なお、今回の定額償還制度の導入等にして、製薬業界は、一連の見直しにより経営環境が著しく悪化し、国際競争力を弱めるということを声高に主張していたが、客観的にみれば、例えば、定額償還制度にしても、特許期間中は保護されることとなっているし、定額給付が設定されない医薬品に係る患者負担についても最高15マルクという上限が設定されていること（即ち、どんな高価な新薬であっても、患者負担15マルクで使用することが可能）等を考えれば、薬をめぐる経営環境は決して悪くないということが言えるように思われる。

但し、いずれにしても価格設定方法をはじめ、製薬業界等への影響は少なからぬものがあり、今後の動向が注目される。

イ. 介護給付等の新設

今回の改革では、寝たきり老人等要介護者に対する介護給付等を新たに公的医療保険からの費用負担により行うこととしている。

高齢者の増加等に伴い増大・深刻化する介護ニーズにどのように対処していくかということは、以前から論議されており、サービス給付の面では、ソーシャル・ステーション等の試みが行われているが、今回の試みは費用負担面での新たな手法として注目される。

但し、他方、「要介護」という状態が医療保険の対象とすべき「疾病」か否かというような理念的議論はともかく、今後、介

護費用の増大が予想される中、今後の動向如何では、医療保険制度の根幹を揺るがしかねない要素をはらんでいることも否定し得ない。

いずれにしても、介護対策という観点で把えた場合、当然のことながら、今回の取り組みで全てが解決するというようなものではなく、更に総合的な取り組みが必要とされよう。

なお、税制の面においては、1990年1月以降実施予定の税制改革（改革法案は既に成立）において、介護概算控除制度（納税義務者が日常的な反復活動にかなりの助力が必要な者を自ら介護している場合、従来の異常負担一般に係る所得控除制度に代えて年間1800マルクの概算所得控除を選択することが可能）の創設、特別の場合の異常負担（扶養のための不可避的な負担）に係る所得控除限度の引き上げ等、高齢者の介護等に対し、所要の配慮が払われている。

イ. その他

以上の他にも被保険者に対するインセンティブ付与の観点から、新たに保険料還付モデル事業（保険給付を全く受けなかった被保険者等に対し、1か月分の保険料額を限度として還付）が法定される等、注目すべき事項が盛り込まれている。

全体としては、当面手をつけやすく、かつ費用削減効果が明確なものを主にしたきらいがあり、ある意味で、より本質的な医療供給構造にはあまり踏み込んだ見直しとはなっていないようにも思われる。

いずれにしても、医療については、最近では、州保健大臣会議で医学部入学定負の削減（現在年間約1万2千人を8千人に削

減）の必要性が提起され、あるいは看護婦、看護補助者等の待遇改善が社会問題となる（最近、約10%の賃上げを行うことが決定された）等、話題には事欠かず、今後とも、供給面も含め、関係者の中で種々の活発な議論が展開されていくものと考えられる。

(2) 年金改革

① 改革のねらい

年金に係る保険料率は、既に18%を超えており、年金受給期間の長期化（高齢化の進展及び退職時期の早期化）及び年金負担期間の短縮（教育期間の長期化等）により、今後とも、その上昇が予想されている。ちなみに、社会審議会の推計によれば、現状のまま推移すれば、2030年頃には、保険料水準を現在の2倍にするか、給付水準を半分にするかの選択を迫られることが予想されていた。

このような将来の見通しを踏まえた給付と負担の適正化の観点に加え、家庭内介護や児童の養育等の促進の要請を踏まえて立案されたのが今回の年金改革であると言えよう。

② 改革の内容

1988年11月に連邦労働社会省草案が公表されて以降、関係者の中で活発な議論が展開され、いくつかの修正を加えた上で、本年3月には、基本的には、連立与党及び野党間で合意を見た改正法案が連邦議会に提出された。

同法案は、連邦議会における第一議会を終了し、現在、委員審議会に付されており、順調に推移すれば、本年中には議会を通過し、1992年から施行される見通しとな

図5 年金制度の将来

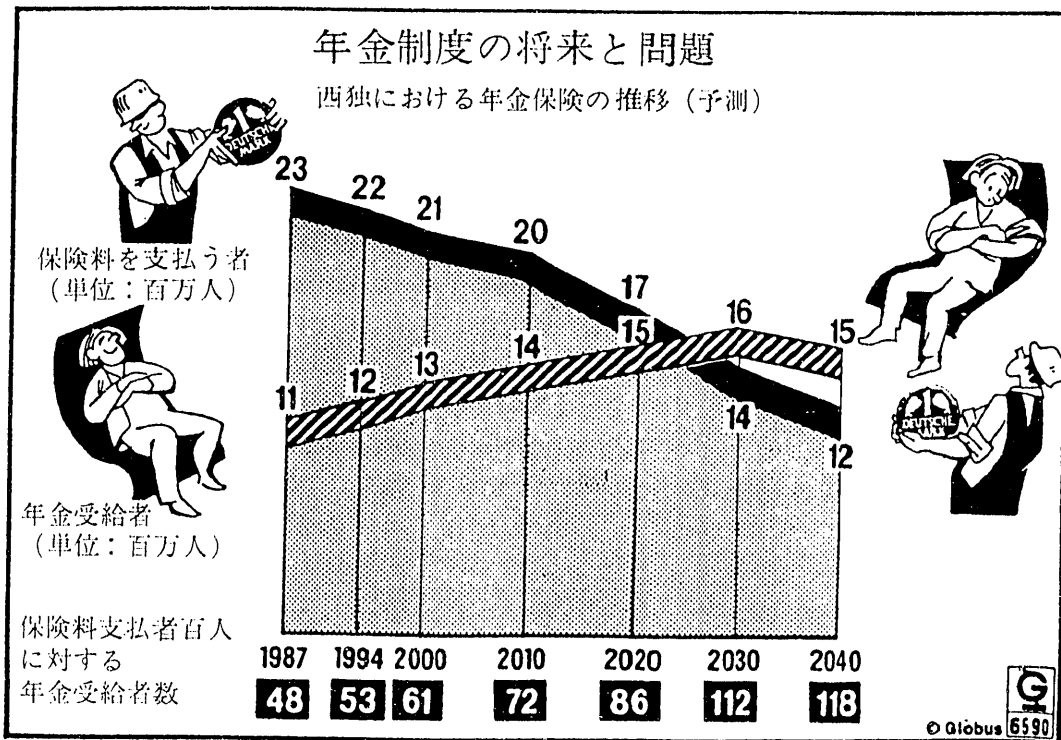
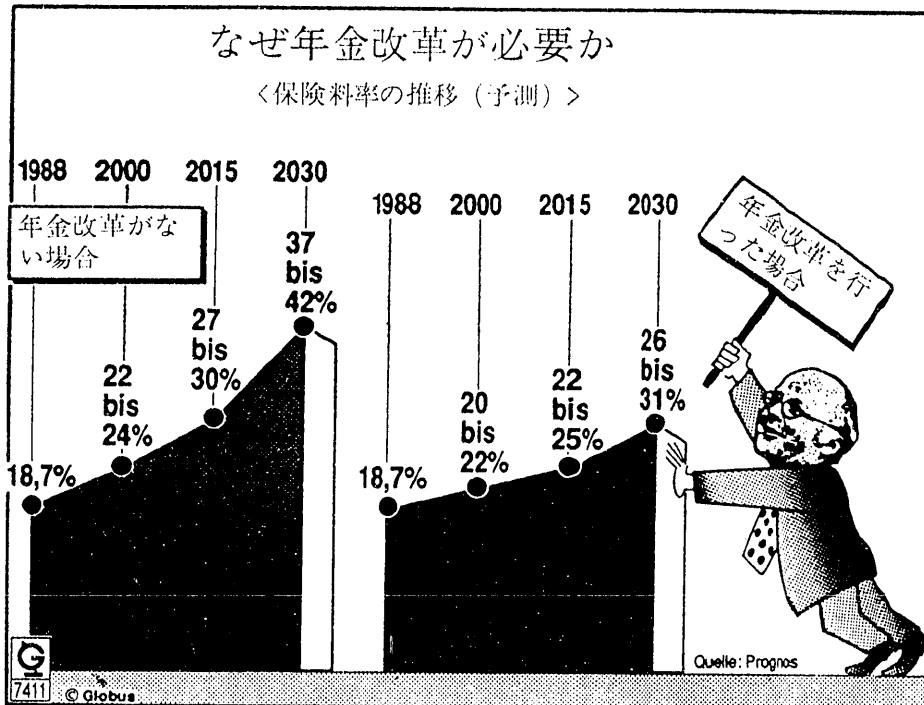


図6 年金制度改革の必要性



っている。

本改正法案の内容は次のとおりである。

ア. 年金支給開始年齢の段階的引き上げ

2001年以降、現行の早期支給開始に係る年齢を段階的に引き上げ（2004年までは毎年3か月、それ以降は毎年6か月）、男性（現行63歳）にあっては2006年、女性及び失業者にあっては2012年に65歳とする。

但し、重度障害者については、なお従前のおり（60歳支給開始）とする。

引き上げのスケジュールについては、与野党間の調整の結果、政府当初案を変更（延期）するとともに、野党が要求していた1997年以降の見直し条項の追加に代え、1997年以降、政府は、毎年の年金調整報告において、年金支給開始年齢の引き上げが労働市場、年金財政及び他の公的支出に及ぼす影響に係る見直しにつき報告することとされた。

なお、年金支給開始年齢の弾力化を図る観点から、次のような取り扱いを導入する。

(ア)部分年金

個々の被保険者の就労能力・状況に応じ、フル年金の3分の1、2分の1又は3分の2に相当する額を部分年金として支給する。

(イ)繰り上げ・繰り下げ支給

65歳支給開始制度への移行にもかかわらず、繰り上げ支給を希望する者については、1年につき3.6%の減額、繰り下げ支給を希望する者については、1年につき6%の増額を図る。

イ. 年金額算定方式の見直し

年金額を報酬及び保険料に連動させる仕組み自体は維持しつつ、その伸びを毎年の被用者の可処分所得の伸びに応じて調整すること

とする（従来は、総所得の伸びに連動）。

ウ. 期間計算方式の見直し等

家庭・婦人対策の観点から

(ア)児童養育期間（86年より導入）を3年間に延長する（現行1年間）。

(イ)家庭における重度要介護者の介護期間（1週につき、最低10時間の介護に当たること等が要件）を新たに児童養育期間と同様に評価する。

なお、介護期間の算入に係る費用負担については、連邦補助金によるのではなく、保険料及び州政府の負担とする。

その他、失業手当受給期間等に係る保険料免除期間の見直しや教育期間の評価方法の見直し（専門学校等における16歳以降の教育期間は、なお、8年間までは脱落期間として取り扱う等）を行うとともに、女性については、年金保険加入当初の4年間に付き、実際支払う保険料に代えて、全体平均保険料の9割相当額を支払ったものとして年金額を計算することができることとする。

エ. 連邦補助金の増額

連邦補助金（1988年現在、年金給付費の約18%に相当）を1992年以降は保険料率に応じて引き上げる（年金給付費の19.5%程度を維持）。1990年及び1991年についても、所要の引き上げを行う。

③ 今回の改革の特徴

今回の改革は、1957年の大改正（経済成長に合わせた年金給付水準の保証を図るための年金算定方式の見直し、積立方式から修正賦課方式への移行を図るための財政方式の見直し等）以来の制度の抜本見直しと言われているが、特に注目すべきと考えら

れる点をいくつか挙げてみたい。

ア. 就労から年金生活への円滑な移行

西独の公的年金の支給開始年齢は、現在、制度上、原則65歳（被保険者期間5年で受給可）であるが、一定の条件（被保険者期間15年以上等）を満たした場合、フル年金の早期支給制度が設けられており（男性にあっては63歳、女性・障害者・失業者にあっては60歳）、現実には、最近の数字をみると、新設年金受給者のうち65歳以上の者は約4分の1に過ぎず、年金受給開始年齢は、男性にあってはおおむね59歳、女性にあってはおおむね61歳が平均となっている。

他方、雇用の面では、日本と同様の意味での定年制度はなく（公務員について法律上、65歳に達した場合引退すべき旨定められている等の例外はある）。実態としても、老齢年金支給開始年齢に達した段階で引退するケースが多いと言われている。

いずれにしても、今回の改革案に盛り込まれているように、年金支給開始年齢を65歳に段階的に引き上げていく場合、60歳前後から65歳までの間をどのようにつないでいくかという問題は、日本ほどではないにせよ、切実な問題として解決を迫られることとなろう。

その意味では、早期退職制度に替わって、本年1月から導入された高齢者パートタイム労働制度が一つの参考となるものと考えられる。

同制度の概要をごく簡単に御説明したい。

労働者（58歳以上の者で、直近5年間に最低1080日就労し、失業保険料を納付した者に限る）が就労時間を相当程度短縮し

（少なくとも1週当たり18時間の短縮が必要）、パートタイム労働に移行した場合、使用者は当該被用者にパートタイム賃金の20%相当額を割増で支給する。

この場合、この割増分については、税・社会保険料は免除するとともに、フル就労賃金の90%相当額とパートタイム賃金の差額に係る社会保険料は使用者が負担する。従って、被用者にとっては、実質的には、フル就労の場合の70%程度の所得が保障されることとなる。

このような高齢労働者のパートタイム労働への移行に伴い、新たに失業者を雇用した場合には、連邦雇用庁より当該使用者に対し、上記20%相当額等追加的支出分を補助金として交付する。

なお、以上の高齢者パートタイム労働制度の適用は、当該高齢者が老齢年金の支給開始年齢（遅くとも65歳）に達した時点で終了する（但し、本制度と年金制度の重複適用は制度上不可）。

要すれば、本制度は、58歳以上の高齢労働者にフル就労の半分の労働でフル賃金の70%相当の賃金を保障することにより、年金生活への円滑な移行を図るとともに、これに伴い、失業者に対する雇用の創出を図ろうとする制度と言えよう。

一方、年金サイドにおいては、既述のとおり、部分年金制度の導入等により、年金支給開始年齢の弾力化を図ることとしており、これらの組み合わせにより、トータルとして、被保険者に選択の可能性を拡げようとしている点が注目される。

イ. 現役世代と年金受給者間の公平の確保

年金額の計算方式を、総所得連動方式から可処分所得連動方式に見直すこととしているが、これは、総所得から税・社会保険料等を差し引いた可処分所得で生活せざるを得ない現役世代との公平の確保を制度上、明示しようとするものと言えよう。

実質的には、既に、年金受給者からも医療に係る保険料を徴収する等の措置が講じられており、かつ、年金額計算上、係数の見直し等により、実質的な調整を図ることは可能と考えられるが、公平の確保という趣旨を制度上明示したことが注目される。

ウ. 児童・家庭政策等への配慮

今回の改革案には、児童養育期間の延長、介護期間の新たな評価、女性に係る年金額算定の特例等が盛り込まれているが、これらは、低出生率等を背景とした児童・家庭対策充実の必要性、高齢化の進展等を背景とした介護ニーズへの適切な対応、勤労女性への配慮等を勘案したものであり、全体として、現在の西独政府の児童・家庭・福祉対策の方向性を示したものとして注目される。

エ. その他

今回の改革案は、医療保険の改革と同様、国民に負担を強いるものであり、当初は、1990年末の連邦議会の総選挙の大きな争点になるものと見られていたが、予想に反し、早期に関係者間で基本的な合意が形成された。その意味では、最後まで、与野党間で合意を見ず、政府・連立与党が押し切った形の医療改革とは対照的である。政権交替を含みに考えた場合、このまま推移すれば制度そのものが困難な状況に遭遇することが明らかな年金制度を選挙の争点

として取り上げることが適当でないという野党関係団体等の側の判断があったためであろうか。

いずれにせよ、いみじくもブルーム連邦労働社会大臣が昨年9月に明言しているように、「この改革により、2010年までは年金制度の安定的運営が可能」となるに過ぎず、更に、その将来をにらんだ制度改革と言うことは困難であろう。

おそらくは、経済・財政状況や人口の推移に加え、労働市場の動向（現在は高失業率であるが、今後も低出生率が継続すれば、将来的には労働力不足時代の到来が予想されている）、外国人流入の状況等をにらみながら、今後とも、制度の安定的運営確保のための努力が続けられていくことになるう。

4. 終わりに

まず、紙数の制約に加え、筆者自身の勉強不足のため、児童・家庭政策あるいは福祉サービス面の動向について十分に御紹介できなかったことをお詫びしたい。

また、1年程度の在独勤務におけるわずかな見聞をもとに雑白な言い方をすることをお許しいただきたいが、今回の医療・年金両制度の改革は、将来をにらんだかなり思い切った制度の見直しであり、高齢化の一層の進展等に対応する西独なりの一つの処方せんであるということではできようが、これらが増大・多様化する社会保障ニーズへの必要かつ十分な対応ということでは困難であり、おそらくは、今後とも、内なる要因としての経済・財政状況や人口・家族動態、あるいは外なる要因としての外国人流入等の動

向やE C市場統合が西独国内の社会政策へ及ぼすインパクト等の諸々の要因に影響を受けながら、引き続き活発な論議が行われ、種々興味のある動きがあるものと考えられる。

また、別の機会に、その後の西独の社会保障の動向を御紹介できる機会があることを期待しつつ、本稿を終えることとしたい。

(主要参考文献)

- 1) 「Die Gesundheitsreform」(連邦労働社会省)
 - 2) 「Rentenreform '92」(連邦労働社会省)
 - 3) 「Bundesarbeitsblatt (6-1989)」(連邦労働社会省)
 - 4) 「西ドイツ医療保険の現状と動向」
(*the Quintessence Vol. 3*)
(土田武史 国士館大学助教授)
 - 5) 「西ドイツ年金制度の現状」
(日本社会事業大学社会事業研究所年報第35号)
(古瀬 徹 日本社会事業大学教授)
- (たかはら ひろみ)