

I. 調査対象国の社会保障制度

ここでは、既存の文献・インターネット資料等、及びドイツ・スウェーデンについては現地でのインタビュー調査結果を基に、調査対象国の国の社会保障制度の全体像を整理する。具体的には、①社会保障制度の範囲と特質、②社会保障制度に関する組織体制、③各社会保障制度群の特徴について、それぞれ整理する。

1. ドイツ

(1) 社会保障制度の全体像

① 社会保障制度の範囲と定義

ドイツにおいては、年金保険、疾病保険、介護保険、労災保険等の基本的な社会保険制度に加え、労働政策の多くも社会保障の枠組の中で捉えられるのが一般的である。これに各地方レベルで運営される社会扶助制度と社会福祉諸サービスを加えたものが社会保障の範囲であると言える。

② 法的範囲

一般的に、社会法典（Sozialgesetzbuch : SGB）と呼ばれる法体系の中に位置付けられる諸制度が狭義の社会保障制度と定義付けられる。社会法典の体系は下図の通りである。

社会法典は、各社会保障分野の基本法であるため、個別の施策にかかる法規制は、原則として社会法典以外の諸法律によって規定される他、実際の運用においては各公法人の定款等によって規定される。また、ドイツの社会法典は長い歴史を有しているが、既存の社会法典第二編及び第十二編は、2005年のハルツ改革以降、新たに作成された。

図表 社会法典（Sozialgesetzbuch : SGB）の体系

第一編	総則	Allgemeiner Teil
第二編	求職者基礎保障	Grundsicherung für Arbeitsuchende
第三編	労働助成	Arbeitsförderung
第四編	社会保障共通規定	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
第五編	法定疾病者保険	Gesetzliche Krankenversicherung
第六編	法定年金保険	Gesetzliche Rentenversicherung
第七編	法定事故保険	Gesetzliche Unfallversicherung
第八編	児童・青少年扶助	Kinder- und Jugendhilfe
第九編	リハビリテーションと障害者参加	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
第十編	行政手続及び社会データ保護、運営機関の協力と第三者との関係	Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehung zu Dritten
第十一編	社会介護保険	Soziale Pflegeversicherung
第十二編	社会扶助	Soziale Hilfe

(2) 社会保障制度の特質

ドイツの社会保障制度は、一般に大陸型、またはビスマルク型と呼ばれる労使拠出による社会保険原理を中心とした制度体系を持つ。労使による保険料折半の社会保険方式による制度が運営されている。年金保険、疾病保険、介護保険ともに金庫（Kasse）と呼ばれる公法上の団体によって運営されており、各団体の自治権が非常に強いのが特徴である。実態としては、疾病金庫と介護金庫は同一の組織が担当している。

地方自治体は、年金保険、疾病保険の運営に直接関与しない。特に疾病保険（日本の医療保険制度）には税投入が原則として行われていない点の特徴である（フランス、スウェーデンは税金の投入がある）。

年金保険及び疾病保険については、国民皆保険制度を採用していないため、一部の富裕者は民間保険に加入している（現在、約90%が法定疾病保険に加入）。

したがって、連邦政府、州政府は法的枠組の整備と指導監督を中心業務とし、実際の保険運営には直接関与しない。ただし、このことは政府が疾病保険財政等を管理する能力を持たないことを意味しない。疾病金庫の疾病給付にかかる取り決めは原則として法定であり、給付の約95%は政府の決定に基づいている。

隣国のスウェーデンや同じ大陸型の福祉国家としてしばしば比較の対象となるフランスとの大きな差異は家族政策に見られる。非常に多額の社会保障支出を家族給付に投じる両国に比べ、ドイツはどちらかといえば伝統的な家族機能を重視し、政府による家族機能への介入を最小化する傾向がある。

社会福祉制度は、日本の生活保護制度にあたる社会扶助をはじめ、児童、青少年扶助、障害者福祉等が規定されている。なお、介護保障については、その一部は疾病保険の中で対応され、また社会扶助の特別扶助によって対応してきたが、社会扶助に占める特別扶助費の増大を受け、1995年に介護保険制度が創設されるに至った。この点は、日本の介護保険制度が主に医療保険財政の圧迫から創設された経緯とは背景を異にするものである。

(3) 社会保障制度に関する組織体制

①全体像

社会法典に記載されている各種社会保障制度の所管官庁は以下の通りである。現在、5つの省庁にまたがって管理が行われているが、社会保障給付の中心を担っているのは、連邦保健省（BMG : Bundesministerium für Gesundheit）と連邦労働社会省（BMAS : Bundesministerium für Arbeit und Soziales）である。

実際の制度運営に関わる具体的な組織については、次頁の表に詳細が言及されていないものも含まれている。例えば表中で言及されている疾病保険及び介護保険の金庫は、種別毎に整理され7種類の金庫種別にのみ言及しているが、実態としては266の金庫によって形成されている¹。また、各金庫は州や連邦単位で連合会を形成し、相互扶助的な機能を持っているものの、管理運営面では独立している。

②社会保障関連機関の再編

ドイツの社会保障にかかわる機関の再編がここ数年で急速に進んでいる。年金保険では、ドイツ職員年金保険とドイツ労働者年金保険が2005年1月に統合され、ドイツ年金保険（Deutsche Rentenversicherung Bund）が創設された。また、鉱山、鉄道、海上のそれぞれの年金制度も別々の制度として整備されていたが、ドイツ年金保険の統合にあわせ、ドイツ鉱山・鉄道・海上年金保険が創設された。

疾病金庫では、1993年のリスク構造調整（Risikostrukturausgleich）及び金庫選択権の導入以降、金庫再編が進められており、かつて1,200余り存在した疾病金庫は、2005年現在、統合等により266まで減少しており、この減少傾向は現在も続いている。

労働分野における組織の再編は、ハルツ改革によって大幅に実施され、連邦雇用庁（Bundesagentur für Arbeit）が新たに創設されている。労働関連の施策は、これまでよりもより広域で展開されることとなったが、地域単位で運営されている社会扶助との連携も重要視されており、また実態としては、ハルツ改革以降も労働政策については、地方自治体が雇用庁との契約に基づいて業務を実施しており、インタビュー結果によれば、この点については、組織面での整合性という側面で課題を残している。

¹ 2005年2月現在の数。

図表 ドイツの社会保障制度組織体制

管轄官庁	所掌業務（社会保障制度）	地域レベルでの窓口
財務省	児童手当 (税控除形式による給付分)	連邦財務事務所 (Bundessamt für Finanzen)
連邦家族 高齢者女性 青少年省	両親給付	州によって異なる組織が業務担当
	児童手当 (社会手当形式による給付分)	連邦雇用庁 (Agency) 地方雇用局 (Directorate) 地域雇用庁 (Agency)
連邦保健省	医療サービス提供 及び 疾病保険	地域疾病金庫 (AOK)、企業疾病金庫 (BKK)、イヌング疾病金庫 (IKK)、代位 金庫、鉱山疾病金庫、農業者疾病金庫、船員 疾病金庫
	介護保険	地域疾病金庫 (AOK)、企業疾病金庫 (BKK)、イヌング疾病金庫 (IKK)、代位 金庫、鉱山疾病金庫、農業者疾病金庫、船員 疾病金庫、及び民間保険会社 (原則として介 護金庫と疾病金庫は実態は同一の組織)
連邦労働 社会省	社会扶助	州 社会扶助事務所 (District レベル) 社会扶助機関 (地域または市町村間： überörtliche Träger der Sozialhilfe)
	求職者基礎保障 (失業)	連邦雇用庁 地方雇用局 地域雇用庁
	労災保険	連邦雇用庁 地方雇用局 地域雇用庁
	年金保険 (障害・老齢・遺族年金)	ドイツ年金保険 (連邦組織) ドイツ年金保険 (地域レベル) ドイツ鉱山・鉄道・船員年金保険 農業老齢年金基金
連邦交通建設 都市計画省	住宅手当	地域住宅手当事務所

資料) European Commission (2006) MISSOC (Mutual Information System on Social Protection)

(4) 年金制度

①年金保険制度の概要

ビスマルク時代の年金制度の名残により複数の法令体系によって運営されてきたドイツの年金保険制度であったが、1996年に社会法典第六編に全ての年金保険が再編された。

また、2005年の制度改定以降、ドイツの年金保険制度は、ドイツ年金保険（職員・労働者年金の統合）、ドイツ鉱山・鉄道・海上年金保険、農業者老齢扶助制度の3制度となった。ただし加入者数で見ると、ドイツ年金保険が5,085万人、ドイツ鉱山・鉄道・海上年金保険が15万人、農業者老齢扶助制度が36万人と、ドイツ年金保険が国民の大半をカバーしている状況にあり、従来に比べ、制度の統合が相当程度進められているといえる。こうした状況は、現在もなお250を超える保険者体制をとっている疾病保険及び介護保険とは大きく異なる。

②年金保険制度の財源

年金保険は、社会保険方式を採用しており、保険料によって運営されているが、これに連邦政府からの補助金を加えて運営されている。連邦補助金の割合は、制度によって異なっており、また補助金の投入される対象も異なっている。元来、労使折半による社会保険方式を原則として年金・疾病保険を構築してきたドイツにおいては、租税を社会保険に投入することについては必ずしも積極的ではなかったが、年金制度については、税投入が行われており（疾病保険は現在もほぼ全額が保険料で運営されている）、2004年に一旦投入量が減額されているものの、引き続き補助金を受けている。

ドイツ年金保険については、年金給付財源以外（管理運営費等）においてのみ連邦補助金を受けている。ドイツ鉱山・鉄道・海上年金保険では、給付部分についても補助金を投入しており、農業者老齢扶助については、2001年に「農業者社会保険運営組織改革法」によって全体の70%を連邦補助金に依存している。

保険料拠出については、ドイツ年金保険では、給与の19.5%を労使にて折半する方式をとっているが、ドイツ鉱山・鉄道・海上年金保険では雇用者側が保険料の約3分の2を負担しており厳密な折半にはなっていない。農業者老齢扶助の保険料は定額である。

(5) 疾病保険制度

① 疾病保険制度の概要

社会法典第五編を根拠法に持つ疾病保険制度は、原則として強制加入の社会保険制度であるが、一定の所得水準以上については民間保険に加入することが認められている。ただし、法定疾病保険に加入しない場合は、民間保険に加入することが義務付けられている点において、結果的には国民皆保険の状態となっている。約 9 割が法定疾病保険に加入している。

法定疾病保険は、大きく一般疾病保険と農業者疾病保険の 2 制度が存在する。一般疾病保険は、保険者の性質によって大きく 6 つに分類される。地区疾病金庫 (AOK)、企業疾病金庫 (BKK)、イヌング疾病金庫 (IKK)、代位金庫、鉱山疾病金庫、船員疾病金庫である。地区疾病金庫は、伝統的には地理的な区分単位で設置された疾病金庫であるが、近年は再編統合が進められており、州単位で統合されるものもある他、加入者も様々な職業従事者が加入している。

② 疾病金庫による運営

ドイツでは、疾病保険を自立した公法人の自治によって統治・運営する原則が強調されてきた。疾病給付にかかる保険料の設定は、保険者たる疾病金庫の裁量によって決定される一方で、給付内容のほとんどが政府の法令によって規定されているため、管理費用のコントロールが重要な課題となる。

疾病金庫は、原則として職域毎に形成されてきた歴史をもち、加入する金庫は、従事する職業によって自動的に決定されてきたが、1993 年の金庫選択権の導入以来、被保険者が自らの所属する金庫を選択することが認められ、金庫間で加入者の確保を巡る競争が発生した。

ただし、疾病金庫には、金庫選択権を行使できる開放型と、従来通り所属する企業の従業員以外を加入者として受け入れない閉鎖型金庫が存在することから、全ての疾病金庫が競争状態にあるわけではない。

競争導入以来、加入者確保のために過剰な保険料引下げを行った金庫が続出したが、そのために財政破綻する疾病金庫も 1990 年代後半に入って散見されるようになった²。

² 典型的な例としては、医療職 BKK の破綻等がある。

③疾病保険の財政システム

農業疾病保険には公費投入があるものの、一般疾病保険の保険給付には管理費も含め一切の公的資金は投入されていない。ただし 2004 年の疾病保険現代化法以降、母性給付に関して税が投入されることになった。この税投入は、母性給付の支給を連邦政府にかわって疾病金庫が代行するという前提で始められたものであり、そのため、疾病金庫側は、金庫財政に税投入が行われたのではなく、あくまで母性給付の支給代行業務を請け負っているとの見解を持っている。

一方、会計検査院及び保健省は、投入されている税の用途は母性給付であるが、会計上の管理は、事実上疾病金庫内で必ずしも分離されていないことから、実質的には金庫財政に対する国庫補助の投入であると理解しており、現在、この解釈をめぐる社会裁判所で係争中となっている³。

疾病保険給付にかかる財政は、診療医については出来高払いと予算制を混合させた方式、病院については、一件あたり包括払いや、予算制の混合型である。現在、病院には DRG (Diagnosis Related Group : 診断群分類) も導入されている。

疾病保険の給付は、支払としての行為は被保険者に対してではなく、医療提供者に対して行われるため、予算の決定は、疾病金庫と保険医協会、及び病院協会間の契約によって決定される。保険医協会は、医療の自治の観点から、契約内容に基づいた給付が被保険者に対して行われているかについての審査・監視を協会内部で行っており、連邦政府は介入していない。疾病金庫側においても適正な給付が行われているかについての具体的な監視を行っており、特に医療の質の確保の観点からは、各疾病金庫の共同設立による MDK (疾病保険医療サービス) が審査を行っている。

④疾病保険における国の管理監督権限

疾病保険の運営は疾病金庫の自治に基づく決定によって運営され、また給付の執行状況についての監視監督も疾病金庫及び保険医協会の自治に基づいて確保されることが原則となっている。また被保険者や団体間の苦情や事故については、社会裁判所がこれを判断することとなっていることから、連邦政府が疾病保険に介入する余地は極めて限定的であるといえる。

疾病保険そのものの管理監督機関は、保健省及びその機関である連邦保険庁、及び州の上級保険局である。疾病金庫は、その管理地域が州内で完結している場合と州をまたいで組織化されている場合とがあり、州内で完結している場合 (特に AOK や小規模な BKK 等に見られる) は州政府の上級保険局が、州をまたいで組織化されている場合は連邦保険局が、それぞれ管理監督を行っている。

³ 現地インタビューによる。

疾病保険における連邦政府の役割

- ・ 政府は、自主規制機関による決定を正式に認可する。
- ・ 政府は、自主規制機関の決定が法律に準じていない場合、それを無効にする（あるいは、まったく法律に準じていない場合、これを代える）権限を持つ。
- ・ 故意であれ、無意識であれ、規定された職務を果たさない機関には、法的な警告を行う。

資料) 医療経済研究機構 (2006) p.321

このような制約から疾病保険に関しては、その監視内容は限定的であり、疾病金庫と医療提供者側で毎年締結される契約内容に関するコンプライアンス（法令遵守）についての監視や、財政破綻等によって被保険者に不利益が及ぶ場合等における指導等が連邦政府の主な活動となる。ただし、財政破綻等が発生した場合も連邦政府が公的資金を投入するのではなく、各疾病金庫の州連合会や連邦連合会の相互扶助によって救済が行われる。

⑤疾病保険における財政調整システム：リスク構造調整

1993年に疾病金庫の選択権が被保険者に付与されて以降、各疾病金庫は、加入者確保のために、保険料率や提供する付加サービスの内容によって競争を展開した。より公正な競争を実現するために、各疾病金庫の抱えるリスクを事前に平準化する必要性が生じ、これを実現するためのツールとしてリスク構造調整（Risikostruktureausgleich）が導入された。

リスク構造調整とは、各疾病金庫加入者（被保険者）の年齢、性別、所得の状況を比較し、疾病リスクの低い金庫から高いリスクに対し調整金を移転する仕組みである。当初、各疾病金庫のリスクを調整するのは、公正な競争を実現するための前提条件の整備と位置付けられていたが、加入者に占める特定の慢性疾患の罹患者数により、金庫間の状況を平準化する「有病率志向型リスク構造調整」が提案され、2007年を目処に導入することとなっている。

一方で有病率の導入については、公正な競争を阻害するものであり、また慢性疾患患者の囲い込み、アップコーディング⁴を生みだし、不要な費用の増大を招くものであるとの批判がBKKをはじめとする疾病金庫から出されている。反対派の多くは、加入者の年齢構成等のモビリティ（加入者属性）若く、財政的にも有利な状態にある場合が多いが、BKKにおいても約半数は赤字金庫であることから、必ずしもすべてのBKKが有病率志向型リスク構造調整に反対しているわけではない。

一方、伝統的に高齢者の占める割合が高く財政状況が厳しい（またリスク構造調整の主たる受益団体である）AOKは、有病率志向型リスク構造調整の導入に積極的な姿勢を見せている。

⁴ 特定の疾患に罹患していないにもかかわらず、些少な徴候であっても、罹患していると判断する等の方法で、患者数を増やそうとする試み。

⑥疾病保険の最近の動向

2004年には、赤字の累積が深刻化している疾病金庫財政を再建するため、利用者負担の増額や薬剤費の抑制等を含む疾病保険現代化法が実施され、4年以内に疾病金庫の赤字を解消することが求められた。2005年の実績では、各疾病金庫とも財政の改善が見られたものの、今後も予断を許さない状況である。

またリユルップ委員会が疾病保険、年金保険に関する今後の方向性について示した委員会として設置され、現在の疾病保険、年金保険の保険料負担のあり方等についての議論が行われている。疾病保険分野では、現在、強制加入が免除されている一部富裕者を法定疾病保険に組み込む市民保険と、人頭割による定額保険料の導入を前提とする人頭割保険が原案として提示されている。

疾病保険の保険料モデルの改定は、ドイツ社会保障制度の近年における最も大きな改革の一つとなる予定であったが、市民保険を主張する社会民主党と、人頭割保険を主張するキリスト教民主同盟が総選挙で伯仲し大連合を行った結果、疾病保険改革は事実上凍結されている状況である。

(6) 失業保険制度

①労働政策における近年の動向：ハルツ改革

2002年3月にフォルクスワーゲン社のペーター・ハルツ氏を委員長とした通称「ハルツ委員会」が労働政策に関する大きな方向性の転換を提示した。2002年8月に主に労働分野に関する政策の方向性について答申を行っている。改革の目的としては、失業者の半減、職業紹介に要する期間の短縮、失業給付と社会扶助の支出の削減等が掲げられ、以降2003年末までにハルツ第一法からハルツ第四法が議会で成立した。ハルツ第一法からハルツ第三法までは、いわゆる積極的労働市場政策の転換を図るものであり、連邦雇用庁の創設や雇用創出施策の体系を示した。ハルツ第四法は、失業関連給付に関する制度改定を伴うものであり、詳細は後述の通りである。

また、ハルツ報告の翌年には、シュレーダー首相が、失業扶助及び社会扶助に関するより具体的な改革を推進する目的で「アジェンダ2010」を発表した。

すでにそれぞれの施策は実施されている状況にあり、評価活動も行われている。2006年の段階においては、第三法までの評価が終了している（第IV章2(3)“ドイツ連邦労働社会省——ハルツ改革に関する評価”で紹介）。

図表 ハルツ改革の全体像

改革の方向	法律整備の状況
<p>○ハルツ委員会報告書（2002年8月最終報告） （目標）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3年間で現在約400万人の失業者を半減 ・失業者の職業紹介に要する期間を2/3に短縮 ・失業給付と失業扶助の支出を大幅に削減 	<p>（雇用情勢の現状）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2003年平均失業者数は、438万人（失業率10.5%）で1997年と並び戦後最悪。 ・2004年6月末現在では、失業者数423万人（失業率10.2%）。年初の集計方法の変更がなければ434万人で、6月では戦後最悪。
<p>（具体的政策課題）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公共職業安定所に設置する人材サービス機関（Personal-Service-Agentur）を通じた失業者の期間限定による派遣労働の実態 ・失業者による一層の就職努力を求め、就職拒否の場合には職業紹介所等のサービス停止 ・雇用者による解雇予告の早期届出義務の導入 	<p>（法律の制定・改正等の実施状況）</p> <p>ハルツ第1法 2002年12月成立 2003年1月施行 ※ただし、解雇予告の早期届出義務は2003年7月施行</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・求職者、使用者双方に助言・相談等のサービスを提供するジョブセンターの設置 ・失業者による個人会社の設立促進対策等を通じた新規雇用の創出 ・個人世帯のサービス業におけるミニジョブの収入上限の引き上げと社会保険料の一律化 	<p>ハルツ第2法 2002年12月成立 2003年1月施行 ※ただし、ミニジョブの収入上限引上げは2003年4月施行</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・連邦雇用庁の組織改革、情報通信技術を活用した効率的な運営 ・手続の簡素化等による職業紹介の迅速化、家族等扶養義務のある失業者の優先 	<p>ハルツ第3法（同意法律） 2003年10月17日連邦議会可決 2003年11月7日連邦参議院否決 2003年12月19日連邦議会再可決 2003年12月24日成立 2004年1月1日～段階的に施行</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・失業扶助（Arbeitslosenhilfe）と社会扶助（Sozialhilfe）という並立するシステムの統合による事務の合理化・省力化 	<p>ハルツ第4法（同意法律） 2003年10月17日連邦議会可決 2003年11月7日連邦参議院否決 2003年12月19日両院可決 2003年12月24日成立 2004年1月1日～段階的に施行</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・企業が失業者を試用期間満了後も継続して雇用する際の有価証券の資金調達オプション（ジョブフローター）の取得制度導入 	<p>「雇用のための資本」プログラム 2002年1月から実施</p>
<p>○アジェンダ2010（2003年3月～）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・給付の給付期間短縮（55歳未満は最長12か月、55歳以上は現在の最長32か月から最長18か月に短縮） ・雇用保護法の改正による解雇手続の明確化、小規模企業による人材採用への優遇措置 ・新規創業企業での有期労働契約による労働者採用特例 	<p>労働市場改革法（異議法律） 2003年9月26日連邦議会可決 2003年10月17日連邦参議院否決 2003年12月19日両院可決 2003年12月24日成立 2004年1月1日～段階的に施行</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・失業扶助と社会扶助の統合、失業扶助の社会扶助の水準への引下げ 就労可能である社会扶助受給者が紹介された仕事への就職を拒んだ際には、給付を最大3割カット（さらに一部給付の打ち切りも含む） 	<p>ハルツ第4法（※再掲） 2003年12月19日両院で可決 2003年12月24日成立 2004年1月1日～段階的に施行</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・手工業法の改正（大改正） 開業に当たり原則としてマイスター資格が必要な職業を現行の94職種から41職種に削減 ・手工業法の改正（小改正） 3か月以内で習得できる単純な手工業の仕事については、マイスター試験等を含む正規の手工業としての条件を課さずに開業できることを明確化 	<p>手工業法改正法（大改正）（同意法律） 手工業改正法（小改正）（異議法律） 2003年6月27日連邦議会可決 2003年7月11日連邦参議院否決 2003年12月19日両院で可決 2003年12月24日成立 2004年1月1日～段階的に施行</p>

資料）在独日本国大使館調べ

注) 同意法律：法律案が成立するためには、連邦参議院の同意を必要とする法律。
 異議法律：法律案の成立に連邦参議院の同意は必要としないが、連邦参議院が異議を申し立てることができる法律。
 連邦参議院が異議を申立てた法律案については、再度連邦議会の構成員の過半数の賛成があれば、当該異議を否決することができ、法律案が成立する。

②失業給付制度の再編

ドイツの失業者への給付制度は、2004年のハartz改革以降大きく変化している。従来の失業給付（失業保険と失業扶助）及び一部の失業者が受給していた社会扶助の制度的な重複を解消し、失業保険（社会法典第三編）と求職者基礎保障制度（社会法典第二編）に再編した点が最も大きな変更点である。

図表 ハartz改革前後のドイツにおける給付制度の変化

旧制度（2004年まで）	新制度（2005年以降）
失業保険 <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会保険料を財源とした所得比例型 ・ 給付期間限定 	失業保険 I (ALG I) <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会保険料を財源とした所得比例型 ・ 給付期間限定
失業扶助 <ul style="list-style-type: none"> ・ 税財源による所得比例型 ・ 資産調査付き ・ 受給期限の定めなし 	求職者基礎保障 <ul style="list-style-type: none"> ・ 失業保険 II (ALG II) ・ 税財源による定額給付 ・ 資産調査付き ・ 受給期限の定めなし ・ (失業扶助受給者と稼働能力のある社会扶助受給者を同一制度に統合) ・ ただし、より厳しいアクティベーション原則を付する。 ・ 15歳未満の児童を持つ家族には社会手当を給付する。
社会扶助 <ul style="list-style-type: none"> ・ 税財源による定額給付 ・ 資産調査付き ・ 受給期限の定めなし 	社会扶助 <ul style="list-style-type: none"> ・ 税財源による定額給付 ・ 資産調査付き ・ 給付対象は稼働能力者を求職者基礎保障に分離したため、稼働能力のない稼働年齢層、及び 65歳以上のニーズのある高齢者のみが受給対象となった。 ・ 受給期限の定めなし

資料) Bernard Ebbinghaus (2007) p.32 に新制度後の社会扶助の詳細を一部加筆。

従来の失業扶助は失業保険の受給期間が終了した失業者が受給するものであったが、同時に社会扶助にも一部の失業者が受給者として含まれていた。社会扶助の就労扶助を受給する者と失業扶助受給者は稼働能力がある失業者という点で共通しており、制度上の混乱が見られた。また、失業扶助は失業保険と同様に所得比例型でありながら、受給期間の定めがなかったことからモラルハザードとなっていた。このため、稼働能力者を社会扶助から分離し、失業扶助受給者と統合することによって新たに求職者基礎保障を創設した。

求職者基礎保障では、従来の所得比例型の扶助を廃止し、定額制にすることにより受給のインセンティブを低下させると共に、受給者の求職活動義務の強化を図った。例えば従来は職業紹介について従前職の内容や給与を勘案した職業紹介が行われていたが、新しい制度下では、紹介された職業の拒否権が認められなくなっている。

こうした、従前所得や従前職を勘案しない制度への移行については、いわゆる職域単位での社会保障制度を構築してきたビスマルク型社会保障制度の弱体化とみる見解も出ている⁵。

(7) 最低所得保障制度・社会福祉制度

社会扶助制度は、最低所得保障制度の中心を占める制度として機能している。日本の生活保護制度と同様に、全ての生活資源を動員しても最低生活水準を維持できない場合に限り給付を受けることができる制度であるが、求職者基礎保障制度（ハルツ第4法）や重度障害者・高齢者基礎保障制度の整備により、受給対象者から高齢者、重度障害者、稼働能力者が原則として排除されることとなった。したがって、現在のドイツの社会扶助受給者は、上記以外でなお、最低生活水準に満たないものが対象となっている。

社会扶助の給付水準は、連邦政府が最低基準額について一定の水準を定め、各州の権限でこの基準額を上回る形で給付基準を決定する。各自治体は、州の給付基準額にしたがって扶助給付を実施する。ただし、財源に関しては、連邦政府、州政府は負担をせず地方自治体財源によってこれをまかなうものとしている。

⁵ Bernard Ebbinghaus (2007) p.29.

2. スウェーデン

(1) 社会保障制度の全体像

① 社会保障制度の範囲と定義

スウェーデンの社会保障制度は、大きく 4 つの部門にわけて定義付けることができる。中央政府及びその行政庁が運営する所得再配分機能を持つ所得保障制度（社会保険）、全国 18 のランスタング及び 2 つのリージョン（県に相当）が提供する医療サービス・介護施設サービス、全国 290 のコミューン（基礎自治体に相当）が財源負担、及び実施運営に責任を持つ社会福祉サービス（**Social Service** と呼ばれる）、全国 38 の失業保険基金が運営する失業保険及び労働市場政策である。

中央政府下の社会省（**Socialdepartementet**）及びその傘下にある社会保険庁（**Försäkringskassan**）は、地域レベルの出先機関である地方社会保険事務所とともに、社会保険制度の運営を担当しており、機関は垂直的に一貫性を持った組織構造を持つ。社会保険制度が取り扱う範囲は、そのほとんどが所得保障制度である。

ランスタングが提供する医療サービスは、税方式による現物給付であり、日本に見られるような社会保険方式による現物支給の医療保険は原則として存在しない。医療サービスの管轄は社会省、社会庁（**Socialstyrelsen**）が行っている。ただし歯科医療については、社会保険型の医療保険を活用した現物給付を行っている。

コミューンが提供する福祉サービスには、高齢者在宅介護サービス、障害者サービス、社会扶助（生活保護に該当）等が含まれ、政策枠組は、中央政府レベルの管轄官庁である社会省及び社会庁が決定する。ただし、具体的なサービス提供量やその方法、内容については各コミューンの裁量によっているため、地域間の格差が認められる。

上記 3 つは、主に社会省が管轄する社会保障制度であり、これとは別に、4 番目の社会保障制度の軸として労働省（**Näringsdepartementet**）及び労働市場庁

（**Arbetsmarknads styrelsen**）が管轄する失業保険制度がある。通常、欧米先進諸国では社会保険制度と呼ぶ場合、失業保険制度を含めて議論することが多いが、スウェーデンでは、失業保険を労働市場政策として社会保険とは別の制度と整理するため注意が必要である（本報告書では、スウェーデンの社会保険制度に言及する場合は、失業保険を含まないものとする）。

②法的根拠

スウェーデンでは、ドイツやフランスのように社会保障に関する総合的な法典は存在せず、それぞれの給付について個別法をもって法的根拠としている。

社会保険は給付種別によって根拠となる法律が異なるが、年金保険及び医療保険（現金給付）については 1963 年の社会保険法（英文名：Social Insurance Act）に基づいている。その後、1999 年施行の年金改革法等がこれを改定している。

現物支給の医療保障（医療サービス提供）については、1983 年の保健医療サービス法（英文名：Health and Medical Service Act）がこれを規定している。

コミューンによって運営されている社会扶助や、高齢者在宅介護サービス、障害者サービス等の各種社会サービスは、社会サービス法（英文名：Social Service Act）が包括的に規定している。

なお、社会保険料全般については、社会保障拠出金法（英文名：Social Security Contribution Act）及び社会保障拠出金配分法（英文名：Social Security Contribution Distribution Act）がその運用方法等について規定している。

(2) 社会保障制度の特質

スウェーデンの福祉国家体制は、日本においては「スウェーデン型福祉国家」や「高負担・高福祉の国」として紹介されることが多く、また社会サービス（医療保障や年金保障、社会福祉サービス等）の脱商品化の高さや普遍主義的な給付原則に基づいた制度設計によって、スカンジナビア型と分類されることもある⁶。多くの場合、税方式による普遍的な給付を中心に社会保障を提供している国、あるいは高負担・高福祉の国として認識される⁷。

図表 統合脱商品化度における福祉国家ランキング⁸（一部抜粋）

	統合脱商品化 スコア	年金	疾病	失業
オーストラリア	13.0	5.0	4.0	4.0
アメリカ	13.8	7.0	0.0	7.2
カナダ	22.0	7.7	6.3	8.0
イギリス	23.4	8.5	7.7	7.2
イタリア	24.1	9.6	9.4	5.1
日本	27.1	10.5	6.8	5.0
フランス	27.5	12.0	9.2	6.3
ドイツ	27.7	8.5	11.3	7.9
ベルギー	32.4	15.0	8.8	8.6
オランダ	32.4	10.8	10.5	11.1
デンマーク	38.1	15.0	15.0	8.1
スウェーデン	39.1	17.0	15.0	7.1

資料) Esping-andersen (1990)

スウェーデンの社会保障制度の特色を日本やドイツ、フランスと比較して整理すると、以下の点が指摘できる。第一に、コーポラティズムと呼ばれる政労使の協調体制が構築されており、社会保障制度の構築にあたって労働組合の果たしている役割が小さくないという点である。第二に、一方で、労働組合の制度運営そのものへの関与は失業保険を除けば限定的であり、保険料拠出についても、労使折半の方式を採用せず、多くが雇用者のみか、国庫からの拠出のみによって運営されている点である。第三に、完全雇用を基本原則においた制度体系を持っている点である。社会保険給付そのものの体系は普遍的であり、スウェーデン国内に居住する全ての住民に受給権が付与されているが、所得保障制度の多くは就労を前提とした給付要件が設定されている。そのため、労働政策による完全雇用が達成されていることを前提とした給付体系ともいわれ、90年代以降、完全雇用の維持が困難になったスウェーデンにおいて、制度疲労が生じているとの批判も出ている。

⁶ 社会サービスの脱商品化とは、社会サービスがどの程度、市場における通常の経済活動としての交換原理の影響を受けずに取引されるかという点に着目した概念である。

⁷ 藤井威（2002）、宮本太郎（1999）がある。

⁸ エスピン-アンデルセンの脱商品化のスコア算出方法については、Esping-Andersen（1990）を参照。

(3) 社会保障制度に関する組織体制

① 社会省を中心とした体制

スウェーデンの社会保障制度は、労働省—労働市場庁が管轄する失業保険を除く全てについて社会省が統括している。社会省の傘下には、社会庁、医療取締庁（Hälso-och Sjukvårdens Ansvarsnämnd）、社会保険庁、医薬品庁（Läkemedelsverket）等が設置され、それぞれの施策分野を実施運営している。この他、研究機関としては、公衆衛生研究所、感染症研究所、障害研究所等がある。

このうち、社会庁は、政府及び社会省によって定められた規制や政策枠組に基づき、ランスタングにおいて実施される医療サービス提供に関する管理監督を行う。また、コミューンにおいて実施される社会サービス（社会扶助、高齢者サービス、障害者福祉等）の管理監督権を持つ。ただし、いずれの分野についても、ランスタングまたはコミューンが直接的な意思決定権を持つため、社会庁が直接的な介入を行うことはない。

他方、社会保険庁は、傘下に地方社会保険事務所をもち、社会保険の資格審査や給付を含む制度の具体的運用を担当する（詳細は後述）。医療取締庁は、医師等医療従事者の管理監督を担っている。医薬品庁は医薬品に関する規制を担当している。

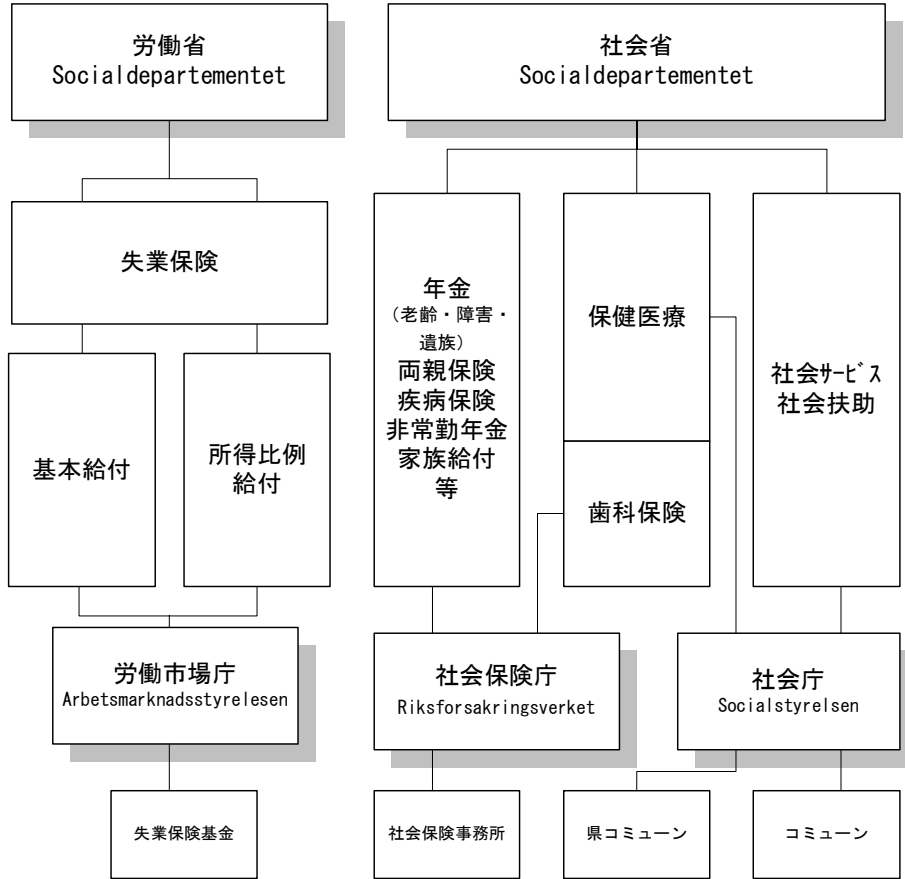
また、社会省の傘下にはおかれていないが、保健医療分野において重要な役割を果たしている団体として「ランスタング・コミューン連合会」を挙げることができる。ランスタングとコミューンは、それぞれの管内における保健医療サービスの提供に責任を持っているが、ランスタング・コミューン連合会は、全国組織として情報交換、共同事業の実施主体として活動している。ただし、保健医療に関する意思決定を行う行政機関としては位置付けられていない⁹。

スウェーデンの行政システムにおいては、省の機能は限定的であり、法案の作成、予算案の作成、国会への対応が中心となっており、実際の施策の運用は、省の傘下にある行政庁及びランスタングが担当している。

ランスタングは、県に相当する行政機構であるが、実際にはランスタングの業務のほとんどが保健医療にかかる業務であることから、社会省の傘下組織として位置付けられるが、実際には社会省からは独立し、自治権を持っているため、社会省や社会庁からの干渉を直接受けることはない。

⁹ ランスタング・コミューン連合会は、その名称に「保健」「医療」といった用語を含まないが、実態としてランスタングの機能は専ら保健医療分野のサービス提供に集約されている。

図表 スウェーデンの福祉国家体制



資料) European Commission (2006) MISSOC (Mutual Information System on Social Protection)

②社会保険庁の組織改革

2005年1月1日より旧社会保険庁（Riksförsäkringsverket）及び旧地方社会保険事務所（försäkringskassorna）が統合され、社会保険庁（Försäkringskassan）として再編された。

社会保険庁が再編された背景には、旧地方社会保険事務所が、旧社会保険庁の管轄下に法的に位置付けられていなかったということに問題があった。旧地方社会保険事務所は、法的な位置付けが明確でないまま、実質的に旧社会保険庁の傘下で業務を実施していた。傷病手当（疾病保険）の受給の適正化が問題になる中、旧地方社会保険事務所に対する旧社会保険庁の権限強化という問題関心もあり、2005年1月をもって統合された。したがって2005年1月以降は、地方社会保険事務所は正式に社会保険庁の地方出先機関として位置付けられることとなった。

新しい社会保険庁においては、政府から指名される9名で構成される理事会（社会保険庁長官を含む）が運営における全責任を負っている。2005年末現在、新地方社会保険事務所を含む新社会保険庁の従業員数は15,904人である。

新しい地方社会保険事務所の主な任務は、各規則にのっとり、個々の申請ケースについての事務処理を適切に行うことである。新社会保険庁に再編されて以降、ランスタングごとに保険代表者（Insurance Delegation）が設置され、各地域における社会保険業務が良質なサービスとともに、適切かつ効率的に運営されるように管理監督し、指導することとなった。保険代表者は、各地方社会保険事務所の業務をモニターするとともに問題点等について毎年社会保険庁に報告書として提示することが求められている。

(4) 社会保険制度

スウェーデンの社会保険制度は、大きく、保健医療、障害者、高齢者、非稼働能力者への給付に分類される。ただし、スウェーデンの場合、保健医療の現物給付（日本における医療保険において現物給付として提供される医療サービス）は、各ランスタイングによって提供される税財源に基づく普遍的なサービスとなっているため、社会保険でカバーしているのは、ごく一部に限定されている。

図表 雇用者の保険料率（単位：％）

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
老齢年金	6.4	10.21	10.21	10.21	10.21	10.21	10.21
遺族年金	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
傷病手当雇用者拠出	7.5	8.5	8.8	8.8	11.08	11.08	10.15
傷病手当自営業者拠出	8.23	9.23	9.53	9.53	11.81	11.81	11.12
両親手当	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
労働災害	1.38	1.38	1.38	1.38	0.68	0.68	0.68
労働市場保険料雇用者拠出	5.84	5.84	5.84	5.84	3.7	3.7	3.7
労働市場保険料自営業者拠出	3.3	3.3	3.3	3.3	1.16	1.16	1.16
一般給与拠出	8.04	3.09	2.69	2.69	3.25	3.13	3.07
雇用者拠出合計	33.06	32.92	32.82	32.82	32.82	32.7	32.46
自営業者拠出合計	31.25	31.11	31.01	31.01	31.01	30.89	30.89

資料) Försäkringskassan (2005) p.149

注) 雇用者と自営業者についての区別をしていない給付については、雇用者、自営業者ともに同額の保険料拠出を意味する。

注) 老齢年金は上記保険料の他に、被保険者拠出の7%が求められる。

社会保険には居住に基づく給付と就労に基づく給付の二種類があり、居住に基づく給付は、スウェーデン国内に1年以上居住見込みのある者が対象となることから、実質的に普遍主義的な給付となっている。したがって、社会保険制度に分類されながらも、実態としては社会手当制度として機能している。居住に基づく給付としては、一般家族手当（児童手当）、最低保証年金、介護者手当、高齢者生計援助等が挙げられる。

他方、就労に基づく給付は、社会保険料を負担する雇用主が確定していることによって受給権が発生する給付制度群である。就業に基づく給付として代表的なものは、所得比例の年金保険、両親手当、傷病手当等である。

図表 スウェーデンの社会保険給付

保健医療政策
歯科医療
歯科医療
保健医療サービス
国際医療
疾病罹患者手当

非稼働能力者補償
非稼働能力者補償
傷病手当（疾病保険）
任意疾病手当保険
近親者手当
活動手当
疾病給付
労災給付
産業災害給付
障害手当
不健康に対する対策
リハビリテーション手当
障害者に対する技術的援助

家族政策
保険
両親手当
一時両親手当
妊婦手当
児童年金
児童養育年金権
ニーズテストを要する手当
住宅手当
生計支援
障害児介護手当
一般手当
一般家族手当（児童手当）
養子費用補助

資料）Försäkringskassan（2006）

障害者政策
参加と平等を促進するための努力
介護者手当
障害者向け自動車手当

高齢者政策
高齢者向け給付
最低保証年金（高齢者）
年金受給者住宅補足
非常勤年金
高齢者生計援助
特別年金補足
国庫外老齢年金
所得比例年金
補足年金
プレミアム年金
遺族への支払
調整年金
特別遺族年金
寡婦年金
その他
任意年金
船員年金

その他の給付
活動補助金
徴兵日当
徴兵家族への手当
休日給与経費保険
従業員の傷病手当費用に対する保険

なお、大陸型のドイツやフランスとは異なり、労使折半による社会保険方式は少ない。長期保険の老齢年金以外のほとんどの社会保険制度（傷病手当、両親保険等を含む）で被保険者負担がなく、使用者側の負担に限定されている。

各給付制度の保険料率は、下表の通り設定されているが、これらの料率は、実際の給付支出額に基づく計算で算出された保険料率ではなく、概算額をもとに政策的に決定された料率となっている¹⁰。また実際には、社会保険料の他、国税も投入されており、給付単位毎の収支と保険料率が厳密には連動していない。

これらの社会保険給付のうち、最も給付額が大きいものは、他の先進福祉国家と同様に老齢年金制度であるが、老齢年金と並んで高額になっているのが傷病手当である。傷病手当は、疾病によって稼働能力を喪失している期間の所得補填を目的とした社会保険である。日本の健康保険制度にも傷病手当に該当するものが用意されているが、老齢年金の給付規模には遠く及ばない。この点は、スウェーデン社会保障制度の最も重要な特徴の一つといえる。

図表 2005年度の社会保険における財政状況（単位：百万クローナ）

政策分野	支出		収入				
	給付手当	管理費	社会保険料	政府補助金	財政収入	他基金からの提供	当該年収支
保健医療（13）							
歯科	2,746	186	0	2,932	0	0	0
保健医療	594	67	0	520	0	139	-2
合計	3340	253	0	3,452	0	139	-2
障害者政策（16）							
社会参加と公平性の改善	14,603	131	0	11,747	0	2,987	0
合計	14,603	131	0	11,747	0	2,987	0
非稼働能力者への補償（19）							
疾病者に対する活動	1,130	1,222	2,627	0	0	2	277
傷病手当	118,401	3,140	114,461	18,877	15	59	11,871
合計	119,531	4,362	117,088	18,877	15	61	12,148
高齢者政策（20）							
高齢者への所得支援	30,273	620	0	30893	0	0	0
遺族への所得支援	15,856	87	17,055	940	0	0	2,052
合計	46,129	707	17,055	31,833	0	0	2,052
家族政策（21）							
保険制度	29,504	1,003	25,134	4,420	0	0	-953
必要性審査を伴う手当	10,023	912	0	9,059	0	1,876	0
一般手当	21,495	87	0	21,582	0	0	0
合計	61,022	2,002	25,134	35,061	0	1,876	-953
その他の給付							
合計	11,586	207	0	205	-7	11,595	0
老齢年金（政府補助金も含む）							
合計	169,149	800	178,667	0	63	0	8,781
全体合計	425,360	8,462	337,943	101,175	71	16,658	22,025

資料）Försäkringskassan（2006）, p11

¹⁰ Försäkringskassan（2005）, p.148

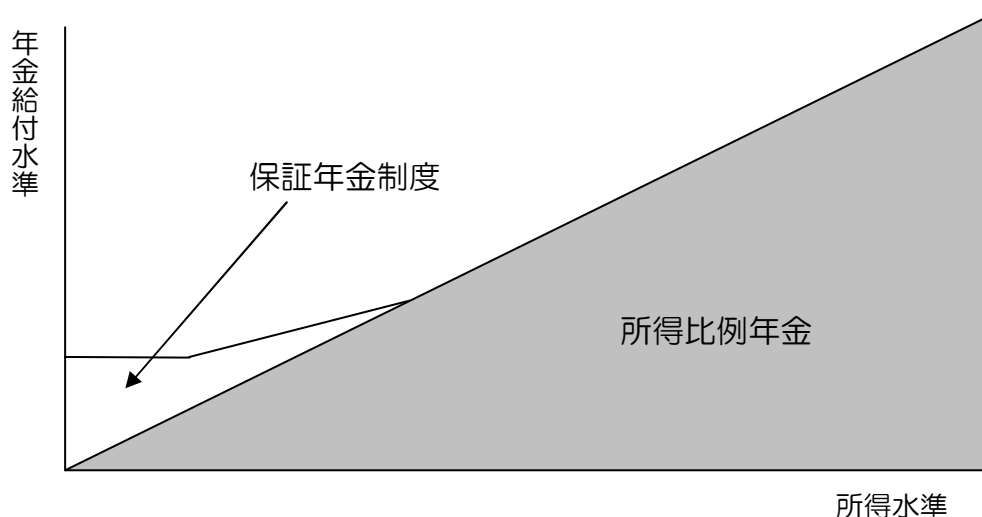
①老齡年金保険

年金保険は、2 階建て方式の制度設計をとっており、一階部分が保証年金制度となっている。保証年金は、全ての国民に対して最低限度の年金給付を保証することを意図したものであり、スウェーデン国内における居住年数に応じて給付される。最低 3 年の居住で受給権が生じるが、保証年金の満額給付を受給するためには 40 年間の滞在が必要となる¹¹。財源は、10 割の国庫負担となっており、拠出金（保険料負担）は雇用者、被用者の双方に求められていない。

年金保険の二階部分が所得比例年金制度となっている。所得比例年金は、雇用者、被用者双方の保険料拠出を伴う制度である。保証年金部分が全額国庫負担であるのに対し、所得比例部分には国庫は一切入っていない。保険料率は、事業主が 10.21%、本人が 7.0% となっている（自営業者は 17.21% を拠出）。また、所得比例部分については、受給のための最低加入期間も設定されていない。

年金財政の運用は、保険料 18.5%（保険料控除後の対所得比）のうち 16.0% が現時点での受給者のための給付費に充当され（賦課方式）、残りの 2.5% が最終的に運用されその利子分が個人勘定に積み立てられる（積立方式）。

図表 スウェーデンの年金制度における考え方



¹¹ 最低保障制度として創設されたものの、高齢の移民や難民は、滞在期間を満たすことが難しいため、満額受給できないケースが発生している。多数の移民、難民を受け入れているスウェーデンにとって、移民難民への高齢所得保障は、重要な政策課題であった。保証年金制度が創設されてもなお最低生活水準を満たさない層に対しては、高齢者生計援助制度が創設され、保証年金に満たない高齢者の所得保障を支えている。なお、給付水準は、社会扶助よりも高く設定されている。

②傷病手当

現物支給（医療サービスの利用）としての医療保障とは別に、疾病によって喪失する所得を補填する制度として傷病手当制度がある。現物支給の医療サービスと現金給付の傷病手当は、統合されている場合が多いが、スウェーデンではこれらが分離しており、現物給付を税方式の普遍的な給付制度（後述）、現金給付を社会保険方式で運営している¹²。

傷病手当の年間給付総額は、老齢年金給付の 1,691 億クローナについて社会保険給付では二番目に多く 1,184 億クローナとなっている（2005 年度実績）。政府は、傷病手当制度の受給者数と給付額の増大を問題視し、2008 年までに、給付額を 2002 年時点の半分に抑制するとともに、新規受給者数をも半減させる政策目標を設定している。

2005 年段階においては、傷病手当受給日数は減少しており、特に 1 年以上の長期受給者は 19%減少する等、全体として状況は好転しているものの、女性の受給者数が増加をしており、依然として最終的な目標の達成には継続的な努力が必要な状況にある。

長期受給者が解決しない背景として 2005 年の社会保険庁年報は、主に 3 つの改善点を指摘している。第一に、傷病手当の運用に関する申請及びその後の審査、事務手続等の統一、第二に、保健医療サービスとの連携、第三に、労働市場政策との共同である。

地方社会保険事務所が社会保険庁の傘下に指揮系統の一貫性をもって再配置されたのが 2005 年 1 月ということもあり、従来は申請事務等における平準化が十分でなかったと考えられている。組織再編後、全ての手順に関する統合及びデータのフォローアップ等が実施されており、今後の改善が期待される。

保健医療サービスとの連携については、稼働能力の審査を行う医療従事者と傷病手当担当者のコミュニケーションの緊密化、医療従事者への研修の実施等を通年で実施している。労働市場政策との連携は、具体的には労働市場庁の協力によって実現しようとしている。すでに、傷病による離職者に対する就業支援に関する行動計画を共同で立案するといった動きが出てきている。

¹² なお、障害手当も生計維持能力の一部または全部喪失に対して給付されるが、障害手当は、稼働能力の有無にかかわらず給付されるのに対し、傷病手当はあくまで稼働能力の喪失に対して支払われる点が異なる。障害手当は、原則として日常生活における追加的費用及び介護の必要度に基づく給付が行われる。

③家族給付

家族給付には様々な給付が用意されているが、財源や給付条件から 3 種類に分類することができる。第一に社会保険方式を採用する制度であり、これには両親手当、一時両親手当、妊娠給付、児童年金、児童養育年金権等が含まれる。第二に必要性に関する調査を伴う給付であり、これには、住宅手当、生計支援、障害児童介護手当等が含まれる。第三に一般手当（社会手当）であり、一般家族手当（児童手当）、養子費用補助等を含む。

両親手当は、子供が誕生または養子となった場合に、両親が雇用と親としての役割を両立することを目的として設定された手当制度である。最大 480 日の給付が認められており、最初の 390 日は、一日あたり最低 180 クローナまたは、給与の 80%のいずれか高い方の額が給付され、残りの 90 日は、一日あたり 90 クローナが給付される。子供が 8 歳になるまでの間、給付が認められる。

一時両親手当は、児童が病気や感染症等によって家族の看病が必要になった際に、所得を補填するものとして給付される。通常の両親手当が長期間にわたるのに対し、一時両親手当は短期間（一時）の給付を前提としている。手当は児童が 12 歳になるまで受給することができる。なお、子供の誕生時は 10 日間分の給与に等価となる給付を、養子をとった場合は 5 日間分の給与に等価となる給付を、それぞれ父親が受けることができる。両親手当と一時両親手当はともに社会保険方式を採用しているが、本人の社会保険料拠出はない（雇用者のみの拠出）。

生計支援は、日本には見られない特殊な給付制度とすることができる。給付対象は児童となっており、両親のうちの片方が何らかの理由で同居していない場合（離婚等を含む）、児童が 18 歳になるまで、あるいは就学期間が終わるまでの間、同居していない親は子供に対して生計上の支援を行うことが求められているが（例えば離婚時の養育費）、これが適正に支払われない場合等に児童に対して支給を行うものである。給付は、支払義務のある親の所得によって可変するため資産調査を伴う。現在約 30 万人の児童がこの給付を受けており（部分給付も含む）、対象年齢層の児童の約 13%に達する。なお、本来支払義務のある親は、改めて支払を別途行うことが求められる（repayment）。支払われた金額は、そのほかの児童への給付に充当される。

一般家族手当（児童手当）は、大きく 3 種類に分類される。基本児童手当、拡大児童手当、大家族補足である。スウェーデン国内に居住する子供を持つ全ての両親は、当該児童が 16 歳に達するまで基本児童手当の給付を受けることができる。16 歳以降も就学を継続している場合は、両親は拡大児童手当を受給することができる。また 3 人以上の児童を持つ親に対しては大家族補足が給付される。なお、児童手当による給付は非課税である。

スウェーデンにおいても過去 10 年間ほど出生数が減少していたが、過去数年再び出生数が増加している。2004 年度の給付総額は約 200 億クローナである。

(5) 医療保障制度

医療保障制度は、現金給付に基づく傷病手当（疾病保険）制度と、現物給付に基づく医療サービスの2つを中心に構成されている。傷病手当は、疾病を原因とした稼働能力の一時的喪失による所得の不足を補填する機能を持っており、雇用者側の保険料拠出によって維持されている（被用者の保険料負担はない）。スウェーデンにおける傷病手当は、疾病による所得喪失の補填という性格上、医療制度の一部というよりは、所得保障制度との関連で整理されることが多い。したがって、他の多くの所得保障制度と同様に、社会保険庁の管轄下であり、地方レベルでは地方社会保険事務所が管理運営している。

一方、具体的な医療サービス提供にかかる責任は、ランスティングが担っている。ただし、スウェーデンの医療保障のあり方について、医療政策に関する全国的な質の確保と、提供されるサービス量の平準化に関しては、社会省及びその傘下にある社会庁が管轄している。ただし、社会省及び社会庁は、医療サービス提供とその品質の確保、アクセシビリティの確保について責任を負いつつも、それを実現するための具体的な手段を持ち得ない。例えば、現在社会省及び社会庁では、診療上の標準手順としてのクリニカルガイドラインの作成を行っているが、これが完成した場合でも、各ランスティング及び医療機関は、このガイドラインを遵守する法的義務は存在しない。ランスティングの責任下にある医療機関が何らかの医療事故を発生させるか、著しい非効率な医療が行われていることが明らかになった場合、このガイドラインを採用していないランスティングは、それを用いない理由等についての説明責任を負う¹³。

医療保障に関する全国的な行政組織は、原則として社会庁であるが、前述の通り社会庁は具体的な運営について全国レベルでの意思決定や取組を強制的に行うことができない。なお、社会庁に対してあくまで自律性を保ちながら、全国的な取組や情報交換を行う組織としてランスティング・コミュニケーション連合会有る。医療の質の平準化に対する全国的な取組については、連合会が主導しつつ、社会庁と共同で実施している。

¹³ 現地インタビューによる。

(6) 社会サービス

社会サービス（高齢者在宅介護サービス・障害者サービス・社会扶助等）は、コミュニティの管轄下であり、中央政府はその運営に直接関与していない。ランスティングが担当している医療サービスと同様、社会省及び社会庁は、基本的な法的枠組の整備と基本方針、ガイドラインを示すにとどまる。

日本の生活保護制度にあたる最低所得保障制度が社会扶助制度である。スウェーデンにおいては、すでに無拋出の公的扶助に近い社会保険（実態は社会手当制度）が数多く整備されているため、社会扶助の受給者はこれらの様々な給付を受けてもなお、所得が生活最低限を維持するのに十分でない場合に資産調査を経て給付されることになる。

なお、社会扶助の給付基準額については、消費者庁（Consumer Agency）の調査データを基に社会省及び社会庁が定め、この水準を下回らない範囲で各コミュニティが給付額を定めることになっている。

(7) 失業保険制度

スウェーデンの失業保険制度は、労働省が管轄する労働市場政策の一部として位置付けられており、社会省が管轄する社会保険や医療保障とは分離されている。

失業保険制度は、定額給付に基づく基礎給付と従前所得に比例する所得比例給付に分かれる。給付期間は、失業後の5日間の待機期間を経て300日を上限としている。

基礎給付の財源は、全額国庫負担となっている。また、所得比例給付は、国庫と雇用者からの保険料拋出によって運営されているが、その大半を国庫が負担しており、実態としては社会保険制度の形態からは大きく乖離している。

その他の社会保険給付が政府機関によって運営されているのとは異なり、失業保険給付は全国37か所の失業保険基金と呼ばれる団体によって（政府機関ではない）運営されている。原則として失業保険は労働組合の組合員資格と連動している。

従来は労働市場庁が失業保険基金の監督官庁として位置付けられてきたが、より効果的な積極的労働市場政策を実施する目的で、2004年1月より失業保険監督庁（Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen : IAF）が新設され、失業保険監督庁が労働市場庁及び失業保険基金の活動を監視することとなった。

3. フランス

(1) 社会保障制度の全体像

① 社会保障制度の範囲と定義

フランスにおける社会保障制度の特殊性は、まずその定義と範囲に見られる。フランスで「社会保障 (Sécurité Sociale)」と呼ぶ場合は、強制加入の社会保険としての医療保険及び年金保険を指すことが多い。このため、日本における社会保障が包含する「最低所得保障制度 (生活保護制度やこれに類する無拠出型の社会手当制度)」や「社会福祉サービス」「失業保険」等はフランスにおける「社会保障」から除外される。一方、「社会保障」に失業補償を加えたものを社会保険として区別し、さらに共済や社会福祉を加えた社会制度群を、最広義の社会政策群として「社会保護」と定義付けている点も、フランス独特の整理であるといえる。

こうした用語法は、欧州の他の諸国や日本等とは明らかに異なるものである。本報告書のフランスの項において社会保障と言う場合は、一般的な日本の定義に基づく社会保障制度群を指すものとする。

② 法的な範囲

法的には、社会保障法典 (Code de la Sécurité Sociale) に基づいて規定されている。各制度は、社会保障法典の各編に整理されている。ただし、この中には失業保険や最低所得保障制度、社会福祉サービスが含まれていない。

図表 社会保障法典の体系

第一編	総則—基礎制度の全体及び一部に共通の規則
第二編	一般制度の組織、金庫の予防活動、保険及び福祉事業
第三編	社会保険及び一般制度に属する各種職種に関する規定
第四編	労働災害及び職業病
第五編	家族給付及び類似給付
第六編	被用者以外の制度
第七編	各種制度—各種規定
第八編	高齢者手当—成人障害者手当—福祉住宅手当—幼児保育のための 雇い入れ援助—貧窮者の一時宿泊事業に対する援助
第九編	被用者の補足的福祉及び労使制度に関する規定

資料) 藤井良治・塩野谷祐一 (1999)

(2) 社会保障制度の特質

フランスの社会保障制度は、「社会保険原則を基本とし、国家の限定的介入を特徴とするドイツのビスマルク型」と、「普遍性や統一性を重視するイギリスのベバリッジ型」の混合型 (Hybrid) として位置付けられる¹⁴。

より具体的な制度においては、それぞれの職業セクター単位で自律的に発展してきた制度と、国家としての統一的かつ普遍的なカバレッジを達成しようとする政治的な動きが相互に影響しながら、非常に複雑な制度のモザイク状の制度を形成してきた。

こうした複雑な制度を構築してきた背景については、複数の要因に言及しておく必要がある。第二次世界大戦後は、イギリスのベバリッジ報告を基に、欧州各国で社会保障制度 (特に年金保険と医療保険) の普遍化 (全国民へのサービス・給付の提供) が急速に進められ、フランスでもベバリッジ報告の影響を受け、1945年に一般制度が構築された。

一般制度は、その名が示すとおり、フランスの社会保障制度の中心をなす基本的な制度となることを想定して構築されたものであり、その給付は、国民のライフサイクル上遭遇する可能性の高い様々なリスクに対応したものとなっている。給付の対象となるのは、疾病 (いわゆる医療保険)、労働災害・職業病、年金保険、家族給付を包括的にカバーしている。通常は、これらを社会保障と理解するのが一般的である。

これに対して特別制度は、一般制度と呼ばれる社会保障制度が成立する以前から存在する医療保険や年金保険の管理団体であり、通常は、一般制度よりもより有利な給付条件で運営されている。特別制度は、一般制度ができた段階で、経過的な措置として認められた形であったため、その後徐々に一般制度に取り込まれる形で統合されてきたものの、依然として多くの特別制度が残っているのが現状である。特別制度の加入者にとっては既得権益となっていることが、一般制度の拡大を妨げているといえる。特別制度は、職業部門別に設立されており、現在は、鉱山労働者制度、船員制度、国家公務員制度等がある。給付の条件は、職種によって異なっており、例えば、オペラ座のダンサー等現役期間の短い職種等は受給開始年齢が早く設定されている。

「モザイク状」といわれるフランスの社会保障制度と加入対象者と対象リスクで整理を行うと、次頁の表のように整理される。

¹⁴ Barbier, Jean-Claude, Th  ret, Bruno (2000) , p3.

図表 フランスにおける法定社会保護の範囲【基礎給付（基礎制度）・補足給付（補足制度）】（加入者数の単位：千人）

対応リスク 対象者	法的基礎給付						法定補足給付 年金	加入者数	
	家族	疾病・出産		障害・死亡	労災				年金
		現金給付	現物給付		現物給付	現金給付			
民間被用者									
民間被用者	一般制度						ARRCO/AGIRC	21,278	
	CNAF	CNAMTS				CNAVTS			
軍人・公務員									
国家公務員	CNAF	雇用者	一般制度		雇用者	雇用者	雇用者	2,372	
軍人			CNMSS	一般制度					325
公的部門労働者								FSPOEIE	73
公務員（地方及び公立病院従事者）			CNAF		一般制度		雇用者/ATIACL		CNRACL
その他特定の制度									
鉱山	CNAF	CANSSM					ARRCO (Unirs) /AGIRC	24	
電気がス従事者	CNAF	雇用者	一般制度		雇用者	EGF	148		
鉄道			SNCF (thrift fund)	雇用者		SNCF (年金基金)	175		
パリ公共交通			RATP scheme	RATP 制度		RATP 制度	40		
船員	CNAF	ENIM					34		
公証人事務所の職員及び見習			CRPCEN	一般制度	CRPCEN	37			
フランス銀行		雇用者	CPM-BDF	CCE-BDF	CRE-BDF	16			
2万人未満の被用者制度									
	CNAF	特別制度							
自営業者（農業分野は除く）									
起業家、小売店	CNAF	CANAM (5)	CANAM	ORGANIC		CANAM (5)	ORGANIC	ORGANIC (1)	607 (2)
工芸関連		CANAM (3)	CANAM	CANCAVA		CANAM	CANCAVA	CANCAVA	481
専門職				CNAVPL			CNAVPL	CNAVPL (4)	405
弁護士				CNBF			CNBF	CNBF	32
農業部門（農家及び農業従事者）									
農家	MSA		MSA			MSA	MSA	720	
農場従業員			MSA				ARRCO/AGIRC	656	

資料) ADECRI (2005)

(3) 社会保障制度に関する組織体制

前頁の表では社会保障の対象者と対象リスクによって分類を行ったが、組織面から見るとまた異なる形で整理される。

フランスの社会保障制度は、その制度区分が制度単位（老齢年金、医療保険といった対象リスク単位）及び職域単位の双方の単位が複合した状態で構成されているため、主管官庁と傘下の運営組織が垂直的に一貫性をもった形で組織化されていない。

図表 中央及び地方の組織体制からみたフランスの社会保障の概観

省庁		対象グループ	対象リスク	主管官庁国	地方レベル	市町村レベル
Ministère de la santé et des solidarités 保健福祉省	UNCAM	従業員と職業上の組織によって保護されていない現物給付住民	疾病母子傷病死亡 雇用障害職業病	CNAMTS	CRAM	CPAM
	UNCAM	自営業者	疾病母子	CANAM	CANA	OC
Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement 雇用・社会連帯・住宅省		全住民	家族給付	CNAF (in principle)		CAF
		従業員を含む農業従事者への年金補助	老齢遺族	CNAV AGIRC ARRCO	CRAM CNAV	補助年金機関
		自営業	老齢障害死亡	ORGANIC CANCAVA CNAVPL CNBF	AVA ORGANIC	
		被雇用者（農業及び非農業セクター）	失業	UNEDIC		ASSEDIC
		全住民	RMI	地域地方レベルにおける社会行動サービス		
Ministère chargé de l'Agriculture 農務省	UNCAM	農業セクターでの被雇用者と自営業	被雇用者への年金補助と失業を除く全てのリスク	CCMSA		CMSA

資料) MISSOC (2006) European Commission

このため、前頁の図の通り、社会保障制度の主管官庁は保健連帯省、雇用・社会連帯・住宅省、農務省であるが、その傘下に位置する組織は、必ずしも単一の省庁との関係性に限定されない。また、こうした複雑な状況に加え、給付の責任を負う機関と実際の給付窓口となっている機関と同一であるとは限らない。例えば、参入最低限所得（**Revenu Minimum d'Insertion : RMI**）の運営責任は県にあるが、実際の給付窓口となっているのは、家族手当金庫及び農業共済組合である。

制度自体が複雑であるのに加え、その実施機関についても複雑に絡み合っているのがフランス社会保障制度の大きな特徴とすることができる。

(4) 社会保障制度の財政システム

①一般社会拠出金（Contributuion sociale généralisée : CSG）

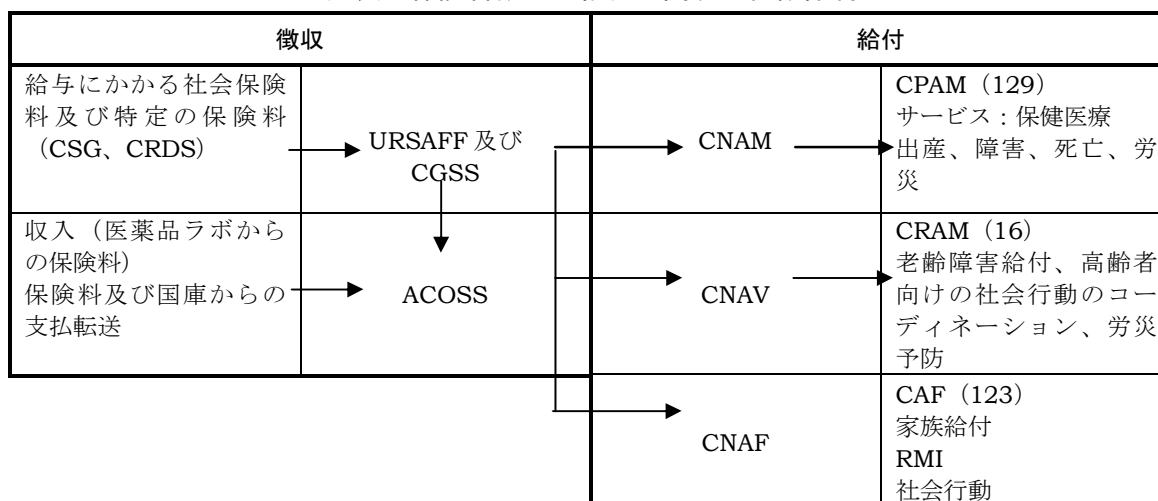
社会保険を基本原則とするフランスの社会保障制度は、被用者と雇用者の保険料拠出を主たる財源とする社会保険であるが、日本のような労使による完全な折半による拠出ではない。またドイツの社会保険制度とは異なり、フランスの社会保険では税の投入が多く見られる点が特徴である。

特に、一般社会拠出金は社会保障財政を支えることを目的とした国税であり、その投入金額は年々増加傾向にある。一般制度における家族基金に対して 1991 年に投入されたのが最初であり、1997 年、1998 年には、一般制度の疾病保険にも一般社会拠出金が投入されている。このため、もともと労使による運営を基本としてきたフランスの社会保障制度は、社会保障制度の運営における政府の介入は年々強化されていると言われている。

②保険料の徴収及び給付支払のメカニズム

フランスの社会保障制度は、給付種別と対象職種によって組織及び制度が異なるため、保険料の徴収と配分は直線的に行われていない。原則として、全ての保険料及び一般社会拠出金（CSG）の徴収は、URSAFF（社会保障・家族手当保険料徴収連合）、CFSS（社会保障一般金庫）、ACOSS（社会保障中央財務管理機構）の三機関が主たる責任を持っている。特に、各団体で徴収された保険料及び税は ACOSS に集約され、ACOSS が各制度団体に対して配分を行う。

図表 保険料徴収と給付に関する組織体制



資料) ADECRI (2005)

(5) 医療保障制度

①概要

医療保険制度は、一般的な公的医療保険制度と補足給付の 2 つの軸に大別される。また、医療保険の給付内容は、いわゆる現物給付の医療給付と、疾患による所得の減退を補填する意味合いで給付される傷病手当金制度の大きく 2 種類が設けられている。医療費支出に占める割合で見ると、91%が現物給付に充当されている¹⁵。財源は、一般制度の医療保険制度の場合、雇用者と被用者の拠出金（保険料）にあわせ一般社会拠出金（CSG）や国庫負担、その他の財源等によって構成されている。

②基本給付

基本給付は、2 階建て構造になっているフランス医療保険制度の一階部分を形成する制度である。償還率は、薬剤、入院費等費目によって異なっている。全額が償還されるものもあるが、多くは部分的な償還となる。

モザイク上に構成されたフランスの社会保障制度の中で最も統合が進んでいるとされるのが医療保険制度である。一般制度は、医療保障制度の中でも最大規模のものであり、現物給付支出の約 85%を占めている。対象者は、企業の被用者、公務員（年金は一般制度ではない。また給付は現物給付に限定）、学生、戦傷者等であり、医療保障制度の中では最大規模のものである。農業従事者に対しては農業従事者基金（MSA）がカバーしている。償還率については、一般制度と同様である。農業制度は現物給付のみの給付となっている。2001 年より農業従事者向けに AAEXA と呼ばれる労災保険が設立されたことから、農業従事者の事故については AAEXA から現金給付を受けることができる。その他の個人事業主等を対象とした CANAM がある。個人事業主は、これまで一般制度よりも低額の保険料により償還率の低い制度であったが、近年の改革で償還率はほぼ一般制度に統合された。

③補足給付

補足給付は、基本給付の上に追加的に提供される保障であり、自己負担による付加給付である。基本給付における償還率は、薬剤や診療費、入院費等によってそれぞれ異なり、全額償還されるケースは少ない。これを補うのが補足給付制度である。現在、フランス人の 91%が加入している。給付には現金給付と現物給付の双方が含まれている場合が多い。約半数弱が個人契約に基づく加入、半数強が職場関連の加入組織から契約を行っている。

医療費に占める割合から見ると、12.7%が補足給付によって支払われている。内訳は、非営利の共済組合による支払が 7.3%、民間保険会社が 2.8%、相互扶助機関が 2.6%となっている¹⁶。

¹⁵ ADECRI (2006) p.18

¹⁶ ADECRI (2006) p.22

④CMU（普遍的医療給付制度）

従来地方自治体によって提供されていた医療扶助に代わって 2000 年 4 月より導入された新しい低所得者に向けられた医療保障制度である。合法的にフランス国内に居住する全ての者が対象となる。主に医療保険制度に加入することについて何らかの行政上の問題点等があるものに対してサービス提供を行うことを目的としている。2003 年末の段階で約 150 万人が受益している。受給者は、医療サービス利用時の一部負担も免除され、さらに医療機関の選択も自由に行うことが認められている。

CMU は、基本給付をカバーする基本 CMU と補足給付をカバーする補足 CMU に分かれる。

⑤医療保障制度運営におけるガバナンス

一般制度の運営は、原則として金庫（caisse）等の公法人や私法人であるため、国家からはガバナンス上も会計上も分離しているのが原則である。しかしながら、一般社会拠出金の導入や 2004 年改革の結果、政府による医療保険行政への介入の幅はこれまで以上に拡大しているといわれている。

従来、一般制度の保険運営機構である CNAM 等は政府に対して自律性を持って保険運営に関する詳細を決定してきたが、2004 年の医療保険改革により、償還率の決定等医療保険制度の決定に関するあらゆる側面で、政府の介入が強化された¹⁷。

¹⁷ CNAMTS の創設がその典型である。CNAMTS は一般制度の管理組織であるが、2004 年の改革以降、実態としては行政機関の一部と認識されており、自律性は大幅に減少している。

(6) 年金保障制度

年金保険は大きく 3 つのカテゴリに分類することができる。民間企業被用者、非企業被用者、政府職員・公務員である。また医療保険と同様に、基本的な年金制度の他に、補足年金制度がある。

①民間企業被用者向け年金制度

老齢年金は、60 歳に達すると支給され、最低加入期間は設定されていない。いわゆる基礎年金と補足年金が設定されている。基礎年金は、主に一般制度によって運営されている。医療保険では、公務員も一般制度に加入しているが、年金については分離している。

労使による保険料拠出によって運営されており、保険料は給与に基づいて計算される。ただし保険料算定所得の上限も設定されている。

2003 年 8 月の改革によって、民間企業被用者向け年金保険は大きく改革された。後述する非企業被用者向けの年金制度と公務員向けの年金制度の間には制度の運営上に大きな差異が存在したが、この改革により、一般制度とその他の制度間の差異を最小化しようとするものである。

②非企業被用者向け年金制度

対象者は主に個人事業主や専門職である。基礎年金と補足年金で構成されている。自営業向けには主に 3 つの制度が運営されており、そのうちの 2 つは CANCAVA、残りの一つは ORGANIC によって運営されている。これらの制度群は 2006 年 1 月の改革によって一つのグループに統合され、CANAM とともに自営業者向け社会制度 (RSI) として再編された。この組織は、今後の改革を見据えた一時的な組織として創設されており、最終的にはさらなる再編をへて自営業者の年金及び医療保険を一元的に管理運営する組織とすることを目的としている。これら 3 組織の事務局長 (Director General) の任命も政府が行うこととなった。

小売自営業者に対しては ORGANIC 及び CANCAVA が補足年金を提供している。CANCAVA の提供する補足年金は賦課方式によっている。

③公務員向け年金制度

対象者は、国家公務員、地方公務員、公立病院の勤務者であるが、それぞれの分野によって異なる年金制度に拠出を行っている。約 550 万人の公務員が様々な異なる制度に加入している。最大のものは、190 万人が加入する国家公務員年金制度である。

民間企業被用者向けの年金制度とは異なり、老齢年金受給のためには、最低 15 年間の拠出期間が設定されている。最大 37.5 年間の所得が年金額に加味される。年金給付額は最終段階の給与に基づき計算されるが、基礎給与に基づいて計算され、残業代が加味され

ない他、いわゆる補足的に支払われている各種の手当等は公務員には存在しないため、同じ給付水準でも民間企業とは大きな差が生じることがある。なお、子供が 3 人以上いる場合は、10%のボーナス年金が付加される。

公務員向けの補足年金は、補足的な手当が存在しないことから創設された。制度は賦課方式ではなく積立方式で運営されている。なお、補足年金部分に関する保険料は、雇用主側からの拠出に限定される。

(7) 家族給付制度

家族給付制度は、日本の社会保障制度の分類にはあてはまらない制度群であるが、フランス社会保障の最も大きな特徴の一つである。その多くは住宅への給付として配分されているが、実際の給付制度には様々なものが含まれている。実際、いわゆる家族法に規定される家族給付だけでなく、税制や教育システム、幼稚園、社会扶助の一部等複数の制度の中に家族給付的な要素が含まれている。

1979 年以降、家族給付は雇用の状況にかかわらず給付されることとなり、これによりフランスにおける家族給付の普遍化が達成された。受給世帯数は、612 万 3,000 世帯を超え（2000 年）、受益している児童数は 1,200 万人を超えている（フランスの人口は約 6 千万人）。したがってフランスの家族給付はいわゆる低所得向けの社会保障給付という位置付けではなく、全ての有子世帯向けに設計された所得再配分機能の強い仕組みであるといえる。

主な給付制度は、大きく 3 つに分けられる。第一に特定の脆弱な家族の所得を補填することを目的として作られた制度であり、第二に住宅補助、第三に社会サービスである。

特定の脆弱な家族の所得の補填に関する給付は、具体的には乳幼児支援、家族手当、片親世帯支援等が含まれる。社会サービスには成年障害者手当、参入最低限所得（RMI）が含まれる（参入最低限所得については、後述の（9）最低所得保障制度の項で改めて説明を行う）。

これらの家族給付制度の中で最も給付額が大きいのが家族手当である。フランスでは 3 人以上の子供を持つ家庭は 2 割未満であるが、実際の子供の数に占めるこれらの世帯の子供割合は 43%に達する。半数近くの児童の養育を、2 割程度の世帯が負担しているという事実を鑑み、フランスでは、こうした世帯への給付を重視している。その結果、これらの世帯への給付は、住宅補助も含めてフランスにおける給付全体の 46%を占めている¹⁸。

¹⁸ ADECRI (2006) p.41

図表 フランスの家族給付

■家族所得支援給付

○乳幼児支援

○家族手当

・一般家族手当 (Allocations familiales)

・家族補足

・両親同居世帯老齢保険

■個別住宅補助 (Personal Housing Subsidies)

■社会サービス

○障害成人手当

○参入最低限所得 (RMI)

(8) 失業補償制度

①失業給付

被用者及び雇用者の拠出金によって運営される失業保険である。最低保証賃金の約 8.5 倍までを保険料算定所得として労使によって拠出される。従前職に 6 か月以上従事した者で、自己都合退職でなく、また稼働能力が認められ、積極的に求職活動を行っていることを条件に、従前給与の一定割合が給付される。失業給付の給付期間は、受給者の年齢及び従前職への就業期間によって異なる。

②求職活動個別支援

失業給付を満額受給するための方策として求職活動個別支援がある。民間部門の求職者で、積極的な求職活動を行うもの、すなわち「職場復帰計画 (PARE)」への登録を行った者に対する支援サービスである。各参加者は、求職者一人ひとりに対して作成される「個別戦略」に準拠した求職活動を行う必要がある。これらの要件を満たした者に対しては、失業給付を受給している期間は、満額の給付を受給することが認められる。こうした試みは、失業給付の長期受給を回避するためのソーシャルワークとして、欧州におけるワークフェア（用語集参照）の流れの中で登場している。

③連帯制度

失業給付の給付期間が終了してもなお、長期間にわたり就業することができない者で、休職において特別困難な状況にある者が対象となる。より具体的には、失業保険給付の受給期間が終了してもなお就業できない者が対象となる。

給付にあたっての拠出金はなく、国庫負担によって運営されている。給付水準は定額制であり、従前職種との給与は勘案されない。また申請にあたっては、資産調査を求める。

④制度運営機関

全国組織として失業保険管理機関 (UNEDIC) が管理を行っている。地方レベルの窓口として実質的に給付活動を行っている組織は、UNEDIC の傘下にある ASSEDIC であり、フランス全土に 30 か所が設置されている。

UNEDIC は、法的に定められた失業諸給付制度の運用責任を負うだけでなく、労働統計に関する分析等を実施し、政策決定者及び関係機関に対して情報提供も行う。さらに、国際的な労働関連機関に対する窓口としても機能している。

ASSEDIC は、UNEDIC の地方機関として国の給付制度を執行する。また、保険料の徴収も担当している。

(9) 最低所得保障制度

各種年金制度や失業補償等の所得保障制度を活用しても生活に必要な最低限度の生活を維持することができない場合に、資産調査付きの公的扶助として提供される給付制度を最低所得保障制度と定義する場合、日本では生活保護制度、イギリスでは所得補助、ドイツ、スウェーデンでは社会扶助がよく知られている。

フランスでは、複数の資産調査付きの公的扶助制度が整備されているのが特徴である。65歳以上の高齢者で一定の水準に収入が達しない困窮者を対象として給付される連帯老齢年金制度が整備されている。この他にも、参入最低限所得、活動最低扶助（RMA）等も整備されている。これらの制度は、それぞれ管理機構、給付窓口が異なっている。参入最低限所得は、県が管理運営しているものの（かつては国が担当していた）、実施の給付は家族手当金庫、農業共済組合（MSA）が担当している。一方、連帯老齢年金は、全国組織である老齢連帯基金が担当している。

<参考文献>

【全般】

- 医療経済研究機構・健康保険組合連合会（2006）『持続可能な医療保険制度をめざして－ISSA イニシアティブ日本プロジェクト』法研
- 栗原毅（2006）「EU 諸国における社会保障財政の潮流」財務省財政総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー』
- 健康保険組合連合会（2006）『社会保障年鑑 2006 年版』、東洋経済新報社
- 濱嶋朗・竹内郁郎・石川晃弘編（2005）『社会学小辞典（新版増補版）』、有斐閣
- Esping-Andersen, G（1990）*The Three Worlds of Welfare Capitalism.*, Polity.
- European Commission（2006）*MISSOC (Mutual Information System on Social Protection)*

【ドイツ】

- 岩名礼介（2006）「ドイツの疾病保険改革と『連帯』」健康保険組合連合会『けんぽれん海外情報』2005年10月・No.68
- 倉田聡（1997）『医療保険の基本構造 ドイツ疾病保険制度史研究』、北海道大学図書刊行会
- 小林一久（2006）「ドイツにおける社会保障制度改革の現状」財務省財政総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー』
- 古瀬徹・塩野谷祐一編（1999）『先進諸国の社会保障⑥ ドイツ』東京大学出版会
- 松本勝明（2003）『ドイツ社会保障論<1>医療保険』、信山社
- 松本勝明（2004）『ドイツ社会保障論<2>年金保険』、信山社
- Ebbinghaus, Bernard（2007）*Distribution of responsibility for social security and labour market policy, country report: Germany*, Amsterdam Institute for advanced labour studies, University of Amsterdam.

【スウェーデン】

- 多田葉子（2005）『スウェーデンの年金制度』樹芸書房
- 藤井威（2002）『スウェーデン・スペシャル1－高福祉高負担政策の背景と現状』、新評論
- 丸尾直美・塩野谷祐一（1999）『先進諸国の社会保障⑥ スウェーデン』東京大学出版会
- 宮本太郎（1999）『福祉国家という戦略－スウェーデンモデルの政治経済学』、法律文化社等
- Försäkringskassan（2005）*Social Insurance in Sweden 2005 - On the Fringe of Security*, Swedish Social Insurance Agency
- Försäkringskassan（2006）*Annual Report 2005 - The Swedish Social Insurance Agency (Extract)*, Swedish Social Insurance Agency

【フランス】

- 伊奈川秀和（2006）「フランスの社会保障財政改革」財務省財政総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー』
- 加藤智章（1995）『医療保険と年金保険 フランス社会保障制度における自律と平等』、北海道大学図書刊行会
- 仲村優一・一番ヶ瀬康子（1999）『世界の社会福祉 フランス・イタリア』旬報社
- 藤井良治・塩野谷祐一編（1999）『先進諸国の社会保障⑥ フランス』東京大学出版会
- ADECRI（2005）*The French Social Protection*, ADECRI.
- Barbier, Jean-Claude, Théret, Bruno（2000）*The French Social Protection System Path Dependencies and Social Coherence*, International Social Security Association.

