

日独社会保障比較研究の歩みを振り返って

田中 耕太郎
Kotaro TANAKA

はじめに

今回、20年と9ヶ月間お世話になった山口県立大学社会福祉学部を退職するに際し、ほぼドイツ再統一後の四半世紀と重なる、この間の日独社会保障比較研究のささやかな歩みを振り返ってみた。

(1) ドイツへの関心の芽生え

私事になるが、そもそもドイツという国に興味を持ったきっかけは、高校時代、将来の進路に迷っていたときに相談した教師から勧められた岩波文庫のライナー・マリア・リルケの『若き詩人への手紙』だった。これを読んでいたある日、家に来た叔母が「あら、すてきな本を読んでいるのね。リルケが好きなの？」といい、それをきっかけに『マルテの手記』などを貸してくれ、リルケの純度の高く硬質な世界に惹かれ、ドイツ語で読みたいと思うようになった。

もう一つの大きなドイツへの関心と呼び覚まされた出会いが、大学紛争真っ直中で入学した京大のすぐそばの下宿で隣室になった堀内修氏だった。今ではオペラ評論家として活躍している彼とはその後再会の機会を得ないが、前衛劇団に関わっている以外、何をやっているのか分からない不思議な人だったが、当時からオペラへの造詣が深く、彼からワーグナーとモーツァルトのオペラの世界に導かれた。ギリギリの生活費で暮らしていた当時、初めて日本に来演したドイツベルリンオペラの「ローエン格林」の上演を1ヶ月分の生活費をはたいて見に行った感激は今でも忘れられない。

(2) 厚生省での仕事を通じたドイツとの関わり

こうして学生時代からドイツの文学、音楽はいつも人生の基調低音として響いていたが、厚生省(当時)に入って仕事を始めてからは忙しさにかまけて離れていた。仕事を通じてドイツとの関係ができたのは、入省5年目に3度目の異動で業務局に配置されたときだった。当時、スモン病問題への対応をきっかけとして、医薬品の有効性・安全性確保の一層の強化のための薬事法の抜本改正と、避けられない副作用被害の救済のための基金法制定の作業に取り組んでいたが、その過程で、かつてサリドマイド薬害被害を出したドイツで、一歩先んじて薬事法改正と被害救済制度が創設されたため、その調査を通じてドイツとの再会を果たした。

この仕事が契機となり、法案も無事成立させ、施行にこぎ着けたところで、人事院の短期留学制度に応募してドイツ留学が認められ、半年間、連邦保健省でドイツの新しい医薬品承認制度と副作用被害救済制度について調査研究した。ドイツ語習得に四苦八苦しながらではあったが、その際に調査した内容を帰国後に国立国会図書館調査立法考査局の委託で取りまとめたのが別掲論文一覽中の田中(1982)で、レファレンス誌に掲載された。振り返れば、自分の名前前で発表した本格的な論文の最初のものとなり、その後に研究者の道に進むこととなったのもこうした経験も影響したのかもしれない。

(3) 在ドイツ連邦共和国日本国大使館勤務時代以降

その後の日独比較研究に関わることとなった大きな契機は、保険局医療課での激務とその後の外務省派遣、ドイツ赴任だった。当時、診療報酬・薬価基準改正に携わりつつ、初めて被用者本人の受診時1割負担を導入した健康保険法改正を故・吉村仁局長の下で成し遂げた後、希望した在ドイツ連邦共和国（西ドイツ）日本国大使館の厚生アタッシュェとして当時の首都ボンに派遣された。外務省を始め、これまで交流の少なかった各省庁から派遣されたアタッシュェたちとの交流の一方で、日独の社会保障の政策担当者、研究者、実務家たちとの交流、情報交換にいそしんだ。とりわけ、この当時に知り合ったボン大学法学部社会法の Bernd von Maydell 教授とは、その後、ミュンヘンにあるマックス・プランク研究所の所長に就任された後も、現在に至るまで交流が続いている。マイデル先生をドイツ側の専門家グループの要として、日独間の医療・年金・介護など多くの共同研究をご一緒できたことは、私のささやかな研究生活の中でも核心を成す、知的でワクワクする楽しい経験となった。また、留学してこられた土田武史先生（早稲田大学名誉教授）と知り合ったのも大使館当時で、その後の研究生活の中で、多くの共同研究をご一緒し、指導いただく機会を得た。

前置きが長くなってしまったが、こうして、多くの良縁の積み重ねの中で、大使館時代から数えれば30年間、研究者となってからは20年間にわたって、研究の中心を占めた日独社会保障比較研究のささやかな歩みを、主な領域別にザッと振り返ってみたい。

1 比較研究に際しての基本的なスタンス

(1) 国や社会システムの総合的な把握

法学や経済学などの社会科学の領域でも、明治以来、国際比較研究は必須の方法論として定着している。しかし、国や社会のしくみを本当に比較するということは、じつはとてつもなく難しい作業だと痛感している。国や社会には、それぞれ固

有の歴史、宗教、文化などの背景があり、さらにその基礎には気候や風土、民族、地勢、人口規模などの条件がある。社会的なしくみはその上で、国家体制、政治、経済、地方自治、労使関係などさまざまなしくみや力関係の上に歴史的に構築されてきたものである。

したがって、日本とある国の社会保障制度や政策、あるいはもっと領域を絞って医療、児童福祉などの分野に限定しても、正確な比較と実現可能性のある有用な含意を得ようとする、それぞれの依って立つ背景や関連する諸制度などの広い視野からの比較が不可欠になる。しかも、その社会で広く使用されている一次資料から分析するためには、便利な英語に翻訳された限られた資料からではなく、原語の資料を基礎とすることが必須であり、ここで日本の研究者は大きなハンディを抱える。

このため、時間がかかり面倒な一次資料の分析を飛ばして安易に汎用性のある英語資料を用いる若い研究者が増えている。あるいは、調査対象をごく絞って多国間で研究者が集まって共通の調査表を用いてマルチラテラルな分析を行う試みなど、新たな手法にも取り組まれている。しかし、2国間ですら困難な背景や関連制度や国民の意識などの相違を大胆に捨象した単純な統計分析から、どれだけの意味のある含意が得られるのか、私は懐疑的である。方法論として客観化されたスケールを欠く、あるいは単なる制度紹介に終わっているなどという批判は甘んじて受けても、システム全体の共通性と固有性を明らかにしつつ、個別の制度の分析と評価を行うように心がけてきた。

その対象はどの国でも面白いと思うが、ドイツという国や社会は、個人的興味や関心を超えて、日本が近代化に当たって法律、医学、社会保険制度など、多くの諸制度をここから学び導入してきたことや、第二次大戦の敗戦と戦後の復興、高度経済成長という歴史が重なること、さらに社会制度の比較に当たって私は国の人口規模が国民の合意形成に決定的な影響力があると考えていることから、先進国の中でも人口と経済の規模が日本に

もっとも近いため、等身大での比較が可能な国としてドイツを比較研究の対象として選んできた。

(2) ドイツの基本情報

まず、ドイツという国の基本的な姿は、表1のとおりである。

表1 ドイツの基本情報

国家体制	連邦国家(16の州で構成)
人口	8,077万人(2013年末) 旧西独領 6,485万人 旧東独領 1,592万人
名目GDP 1人当たり名目GDP	3兆7,465億ドル(日本の約76%) (2013年) 46,386ドル(日本の約1.2倍)
失業者数 失業率	290万人(2014年) 7.50%
高齢化率	20.8% (2013年)
合計特殊出生率	1.39 (2013年) 旧西独領1.39 旧東独領1.46
歴史	1871年 ドイツ帝国成立 1949年 東西両ドイツに分断 1990年 ドイツ再統一

1) 人口規模と連邦制

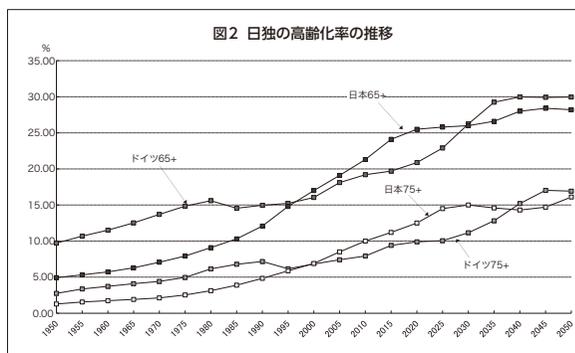
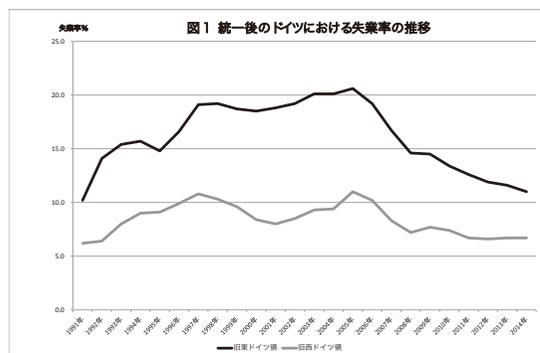
人口規模は日本の3分の2の8077万人で、ヨーロッパ最大であり、その80%は旧西独領に住んでいる。

この人口規模で連邦制国家というのは中央集権的な日本ではイメージしにくいだが、もともと近代まで諸邦に分かれていた地域性の強い国で、日本の明治政府樹立とほぼ同じ1871年になってビスマ

ルクの強い政治的指導力によりプロイセンが中心となってドイツ帝国を樹立して以降も、その性格は変わっていない。現在では16州で構成される連邦国家であり、各州は強い独立性を有し、2院制議会の中の連邦参議院は各州政府の代表で構成され、州の意見を代表する性格を有している。この国家体制の基本構造は、とりわけ医療、社会福祉などは一義的には州の管轄事項に属するため、一定の範囲で連邦にも競合的管轄権が認められ連邦法で枠組みは決めるものの、その実施は各州法に委ねられている。また、これらの領域の連邦法には連邦参議院の同意が必須のため、各州との協議が不可欠であり、全国的な実施状況を把握する上でも日本では考えられないような制約が生じる場合があり、注意が必要である。

2) 経済と失業問題

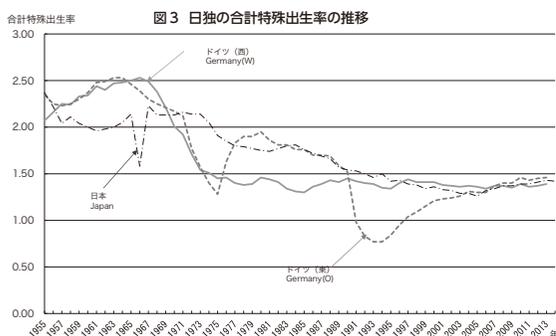
経済規模は、GDPが3兆7,465億ドルとEU内で最大であり、世界でもアメリカ、中国、日本に続いて第4位の経済大国である。また、この国では、世界大恐慌の後の深刻な失業問題が社会不安を呼び起こし、やがてナチス・ヒットラーの台頭を許し、第二次世界大戦の惨禍とユダヤ人へのホロコースト、さらには戦後の国土の荒廃と超インフレによる国民生活の困窮を引き起こしてしまったことへの強烈な自責の念が今でも強い。このため、失業問題の解決は最優先の経済社会の課題として取り組まれる。現在は経済の好調もあり、再統一後ではもっとも低い失業率となっているが、1980年代以降苦しんできた高い失業率は、1990年の再



統一以降、旧東独領の再建の巨大な財政負担に苦しみ、図1に見るようにさらに急激に悪化した。このため、その克服は時の与野党を問わず最大の課題となり、労働市場改革、失業扶助と社会扶助の統合再編と並んで、企業の国際競争力と雇用を阻害する要因として重い社会保険料負担の軽減が共通のコンセンサスとなり、医療保険と年金保険を中心に相次いで大きな改革が断行される契機となってきた。

3) 少子高齢化

社会保障を考えると、国を問わず大きな影響



を及ぼすのが人口動態の変化で、具体的には人口の高齢化と出生率の低下である。高齢化でも少子化でも世界の中で最先端を行く国の仲間である日独の高齢化率の推移を見たものが図2である。

死亡率の改善と出生率の低下の時期が少し異なっているため、その動きは出入りがあるが、いずれにせよ両国とも今世紀の半ばに向けて世界でももっとも高齢化が進んでいくことは確実であり、それに備えた社会保障改革が今後も続いていくことも確かであろう。

また、出生率の年次推移を比較したものが図3である。

ドイツの出生率の低下は、日本よりも早く1970年代から始まり、当時ピルが解禁されたため「ピルの曲がり角 (Pillenknicke)」と呼ばれる。その後は現在に至るまでほぼ合計特殊出生率は1.4前後で推移している。社会主義体制下の旧東独ではこれよりも少し高かったが、体制の崩壊と再統一に伴う混乱と不安の中で、一時期は1.0を割り込むまで極端に低下した。最近では落ち着いて両地域での差はほとんどなくなっている。

表2 ドイツの医療保険と医療提供体制の特徴と変化

伝統的な特徴	変化の方向
公的医療保険と代替的民間医療保険の併存	相互に対立はあるものの維持
性格の異なる各種の疾病金庫の併存と法律に基づく加入先の振り分け	リスク構造調整と被保険者による保険者 (疾病金庫) の自由選択制
疾病金庫の労使による当事者自治	国の関与の拡大
疾病金庫と保険医協会・病院協会とによる当事者自治	維持 ただし、法律による枠組みの強制や合意できない場合の仲裁機関による裁定あり
公費負担によらず保険料のみによる財政運営	保険料率上昇を抑制するため連邦補助の導入・拡大 (2004年～)
保険料の労使折半原則	事業主負担の固定と被保険者のみの負担による保険料の導入・拡大
入院 (=病院) と外来 (=保険医) との峻別	基本は維持 ただし、病院による入院前後の外来の拡大
州保険医協会による独占的な外来医療管理	基本は維持 ただし、新たな医療提供体制の導入と拡大 (例) 統合型医療 (IV) 家庭医主導医療 疾病管理計画 (DMP)
州の病院計画と二元的財政方式	基本は維持 ただし、DRGの導入を初めとして病院医療改革の推進

2 医療保険

(1) 日本と比較した基本的な特徴とその変容

ドイツの医療保険は、有名なヴィルヘルムI世の皇帝詔勅に基づきビスマルクの主導下で1883年に世界で初めての社会保険として誕生した。それ以来、現在まで130年余りの歴史を持つが、日本の医療保険と較べるといくつかの点で重要な相違点を有している。また、その医療提供体制についてもいくつかの大きな特徴があるが、この両者について、伝統的に堅持されてきた特徴の多くが、近年の相次ぐ改革により、表2のとおり大きく変容を遂げつつある。

これらの変容を生み出してきた近年の主要な医療保険改革の内容とその背景や評価について次項で述べる。

(2) 再統一前後からの医療保険改革の流れ

ドイツでは1970年代に入って「医療費の爆発」が続き、その抑制による保険料率の安定が大きな政策課題に上ってきた。これを受け、当時のSPD（社会民主党）とFDP（自由民主党）の連立政権下で制定された1977年の医療費抑制法が医療費抑制の始まりで、その後80年代にかけて医療費抑制のための立法が相次いだ。

しかし、医療費抑制の効果は長続きせず、医療保険の抜本改革が求められることとなった。こうして、CDU/CSU（キリスト教民主/社会同盟）とFDPの連立政権下の1988年末に、ビスマルク以来100年来の改革といわれた医療保険改革法（GRG）が成立した。その主要内容と評価については別掲論文一覧中の田中（1989a）にまとめたが、患者負担の引き上げ、薬剤定額給付制の導入、金銭給付の一部廃止、在宅介護給付の創設など、画期的といわれた内容だった。しかし、折しも翌年に起きたベルリンの壁の崩壊と東西両ドイツの再統一に伴う混乱と経済の低迷、財政の巨額の負担などの環境の激変により、その効果も長続きせず、さらなる構造改革が求められるに至った。

その後、何度も政権交代を繰り返しつつ、政党によりその軸足の置き方には違いがあるものの、

党派を越えて歴代政権は医療保険改革に取り組んできた（表3）。

(3) 医療保険の構造改革

このうち、特に注目されるのが1993年の医療保険構造改革法（GSG）で、与野党の対立が続く中、歴史的なLahnsteinにおける与野党合意を経て、「連帯下の競争」と呼ばれる新たな理念のもと、各疾病金庫間の加入者のリスク格差をリスク構造調整により調整した上で、被保険者が加入先の保険者である疾病金庫を自由に選択できるとする新たな枠組みを導入した。これにより一世紀を超えるドイツの医療保険は競争型の新たな枠組みへとその基本構造を大きく変えた。

この新たな枠組みは、公的医療保険の強制加入と保険引き受け義務の下での競争の導入という、ある種のアキレス腱を抱えた仕組みであったため、その効果と同時に深刻な副作用も危惧された。現に施行後しばらくの間はさまざまな好ましくない事態も生じた。しかし、それらを含めても、極めて革新的な挑戦であったため、いくつかの小論での分析を経て、この新たな公的医療保険のしくみと実施状況、評価などについて、別掲論文一覧中の田中（2006）で体系的にとりまとめた。また、この新たなパラダイムの効果と問題点、限界について、マイデル教授70歳の誕生祝いを兼ねた所長退任記念論文集において論じたものが別掲著書一覧中の田中（2002a）であり、ドイツにおける議論にも一石を投じたものと考えている。

(4) 医療提供体制と診療報酬制度の改革

その後のいくつかの改革の流れの中で特筆すべきは、1990年代までの改革が医療保険の改革にとどまっていたのに対して、2000年以降の改革の主戦場が、医療提供体制の改革に移行してきた点である。これは1998年の総選挙の結果、ドイツ政治上初めて誕生したSPDと緑の党による本格的な左派連立政権下で成立した2000年医療保険改革法、2003年の医療保険現代化法により導入されたもので、ドイツの医療提供体制の旧弊といわれた、開

業医（保険医）による外来診療と病院による入院診療の間の全く異なるサービス提供システムと診療報酬制度、そしてその結果としての両部門間の連携の悪さを改革しようとするものだった。

また前者についてはすべての保険医が加入を義務づけられている保険医協会が各保険医の統制と診療報酬の配分を一元的に独占し、保険者である疾病金庫が個別に介入できず、新たな医療機関間のネットワークの構築など、より質の高い効率的な提供体制の構築を妨げていた問題があった。

こうして、疾病管理プログラム（DMP）、家庭医主導モデル、統合型医療（IV）など、新たな形態のサービス提供が可能になり、それに対応

した診療報酬制度も導入された。

さらに病院診療の分野でも、2000年医療保険改革法に基づき、診断群別件数包括払いであるDRGの導入が決定され、その後、病院団体の激しい抵抗を押し切ってすべての一般病院に強制的に適用され、10年以上かけて件数単価の各州レベルからさらには連邦レベルでの収斂プロセスが完了しつつある。これら21世紀に入ってからの医療提供体制と診療報酬支払い方式の激しい変化の経緯とその医療に及ぼす影響については、小論での検討をふまえ、別掲報告書等一覧中の田中（2014）および田中（2015）で詳細に総合的な分析評価を行った。

表3 統一ドイツの政権政党と主な医療保険と年金制度改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	医療保険改革法	年金改革法
CDU/CSUと FDP (1982-1998)	コール首相 ジュースムート大臣 (CDU) (85/9-88/12) ゼーホーフアー大臣 (CSU) (92/5-98/10)	1988	「医療保険改革法(GRG)」	
		1989		「1992年年金改革法」
		1993	「医療保険構造改革法(GSG)」	
		1996		「年金生活円滑移行促進法」 「経済成長および雇用促進法」
		1997	「第1次および第2次医療保険新秩序法」(第3次医療保険改革)	「1999年年金改革法」
SPDと緑の党/ 連帯90 (1998-2005)	シュレーダー首相 フィッシャー大臣(緑の党) (98/10-01/1) シュミット大臣 (SPD) (01/1-05/11)	1998	「医療保険連帯強化法」	「社会保険修正法」
		1999	「2000年医療保険改革法」	
		2000		「障害年金改革法」
		2001		「老齡資産法」 「老齡資産補完法」
		2003	「公的医療保険現代化法」	「第2次および第3次改正法」
2004		「老齡収入法」 「公的年金持続可能性法」		
CDU/CSUとSPD の大連立政権 (2005-2009)	メルケル首相 シュミット大臣(SPD) (05/11-09/10)	2007	「公的医療保険競争強化法」 (GKV-WSG)	「公的年金支給開始年齢引上げ法」
CDU/CSUと FDP (2009-2013)	メルケル首相 レスラー大臣(FDP) (09/10-11/5) バル大臣(FDP) (11/5-13/12)	2010	「医療保険財政強化法」 「医薬品市場新秩序法 (AMNOG)」	
		2011	「医療保険供給構造法」	
CDU/CSUと SPDの大連立政権 (2013-)	メルケル首相 グローエ大臣(CDU) (13/12-)	2014	「公的医療保険の財政構造および質の発展法(GKV-FQWG)」	
		2015	「公的医療保険供給強化法」	

3 年金制度

(1) ドイツの年金制度の歴史と特徴

ドイツの年金制度は、1889年にビスマルクの主導の下で世界で最初の公的年金制度として創設されて以来、すでに120年以上の長い歴史を持ち、老後の所得保障の柱としてしっかりと国民生活に根を下ろしている。日本で最初の一般被用者に対する公的年金制度は1941年の労働者年金保険法であるから、それに半世紀以上も先立って創設されたことになる。以来、2度の世界大戦と戦後の経済社会の混乱をくぐり抜けて現在に至っているが、とりわけ現在のドイツの年金制度の特徴となっている報酬比例保険料+報酬比例年金、そして賃金スライド制という基本枠組みは、高度経済成長が始まって間もない1957年年金改革によって導入され、その後、幾多の修正が加えられてきたが、基本枠組みは現在に至るまで維持されている。

日本の公的年金制度、とりわけ被用者年金の基本骨格は1954年の(新)厚生年金保険法により構築されたが、日本ではその後1961年から国民年金が創設されて国民皆年金が導入され、さらにこの両者に分立していた公的年金制度が1986年の基礎年金の導入により2層構造に再編成されたため、

表4に概観するように、現在では同じ公的年金であっても重要ないくつかの点で、両者は大きく異なっている。

その一方で、これらの基本構造や理念における大きな相違にもかかわらず、経済の低成長と少子高齢化の急速な進展の中での保険料負担の増加とその抑制のための各種の年金改革の時期と方向性には、驚くほど類似点も見出され、興味深い。

このため、ドイツの年金専門家の中で日本の年金制度の構造や特徴、改革動向などに対する関心も高く、連邦職員年金庁の依頼に基づいて、国民皆年金を中心に、日本の年金制度の基本構造と発展の経緯、改革の動向などについて同庁の発刊する年金専門月刊誌に寄稿したのが、別掲論文一覧中の田中(2003a)である。

(2) 統一後の年金改革の動向

ドイツの年金改革で現在なおその理念や性格と基本枠組みを決定したものとしては1957年改革が重要であるが、その後、経済や人口の変化に伴って何度も改革が行われてきた。これら近年の改革の中で、もっとも重要な改革が1989年に可決成立した1992年年金改革法である。この改革は、厳し

表4 日独の公的年金制度の基本的なしくみの比較

	日本	ドイツ
適用範囲	国民皆年金 (20歳以上60歳未満のすべての住民)	基本的に被用者が対象 農業者など一部の自営業にも適用 官吏(Beamte)は適用除外で、無拋出の恩給制度の対象
制度の構造	20歳以上60歳未満のすべての住民を対象とした国民年金と、被用者を対象とした厚生年金の2層構造	被用者を対象とした公的年金の1層構造
保険料負担と年金給付のルール	被用者は報酬比例の保険料：定額の基礎年金+報酬比例の厚生年金 被用者以外は定額の保険料：定額の基礎年金	報酬比例の保険料：報酬比例の年金
少子高齢化分の給付抑制措置	マクロ経済スライド(2004～)	持続可能係数の導入(2004～)
保険料率(2015)	17.83% 2017年以降、18.30%で固定	18.70% 2020年に20%、2030年に22%を超えない
国庫負担(連邦補助)	基礎年金の2分の1	年金給付費の約27%
支給開始年齢	65歳に向けて引き上げ中	67歳に向けて引き上げ中

い経済財政状況が続くなかで、進展する少子高齢化をにらんで、将来にわたり安定した年金制度を確保するため、財政構造から年金スライド方式の修正に至るまで広範な改革を行い、当時はこれで将来的にも安定した年金制度の基盤が構築されたと高く評価されていた。

しかし、皮肉なことに、この法案が可決された直後に起きたドイツ再統一とこれに伴う旧東独領の再建は、経済財政全般にとどまらず、年金財政にも巨額の移転支出の負担をもたらし、90年代以降はその克服に苦しむこととなった。

このような背景の下、表1に示すように、統一ドイツでは政権交代を伴いつつも、一貫して年金改革に取り組みられてきた。その90年代の改革の内容を分析・評価したものが別掲論文一覧中の田中（1997）で、これにより1982年から続いたCDUとFDPの連立政権下での年金改革の新たな動向とその方向性を分析した。

（3）年金制度のパラダイム転換

しかし、その後もなお厳しさを増す年金財政と、その結果すでに20%を超える保険料負担が現実のものとなる中、21世紀に入っても、制度の根幹に及ぶ改革が続けられた。

とりわけ2001年の年金改革により、将来の公的年金の給付水準が抑制されるとともに、それを補うものとして任意加入で公的助成付きの私的年金（いわゆる「リースター年金」）が公的年金の中に組み込まれた。さらに、将来の保険料負担の上限として、2020年で20%、2030年にも22%を超えない、という保険料率の上限が設定され、これは2004年の改正でも再確認された。これらの新たなパラダイムに基づく年金改革について、別掲論文一覧中の田中（2005）で内容の分析、評価を行った。

また、このように相違点と共通の方向性を持つ両国の戦後半世紀の年金制度の歩みを、戦後の時代を4期に分け、日独の戦後社会保険の政策立案に中心的に関わってきた厚生労働省および連邦労働社会省の高官と研究者とで集中的なワーク

ショップとその議論をふまえたシンポジウムを東京で実施した。それらの成果を1冊の本に取りまとめたのが別掲共著・共編一覧中の幸田ほか（2011）で、現在存命中の高い見識を持つ両国の政策責任者たちの率直な証言を引き出し、専門家を交えた活発な討論の成果を記録として残すことができたことは、私の30年間に及ぶ日独社会保障比較研究の一つの締めくくりとなったものと思う。

また、本稿では詳細は省いたが、この間の各年金改革の内容の詳細とその意義や評価について、長年共同研究をご一緒して指導いただいた土田教授の早稲田大学退職に際し、記念号の早稲田商学誌に掲載させていただいたのが別掲論文一覧中の田中（2014）で、近年の年金のパラダイム転換を中心に分析評価を行った。また、このテーマについては2011年度から3年間、文部科学省の科学研究費の助成をいただいたことも記して謝意を表したい。

4 介護保険

（1）日本の介護保険の導入の経緯とドイツとの比較

日本では、1989年4月からの消費税の導入と同年末のいわゆるゴールドプラン策定当時の当初の税方式の構想が、1994年の国民福祉税騒動をきっかけに、折から創設されたドイツの介護保険法に刺激を受け、急きょ介護保険制度の創設に向けて政策転換が図られた。その後、紆余曲折もあったが最終的に1997年12月に介護保険法が成立し、長い準備期間を経て2000年4月から施行された。

このように日本の介護保険制度はドイツの制度をモデルとしつつ、日本の固有の事情やそれまでの制度との整合性もあって、共通点もあるが重要な点で相違している点も少なくない。その主要な点を比較したものが表5である。

こうして日本では短期間にドイツの制度を参考にして制度創設が行われたこともあり、その創設前後には、ドイツの介護保険のしくみの分析と紹介の社会的要請が強く、別掲論文一覧中の田中（1995）や田中（1996b）、別掲著書一覧中の田

中（1996）や田中（1997a）、田中（1997b）などはこうした状況下でドイツの介護保険のしくみの特徴や背景などを分析・紹介したものである。

（2）両国の制度運用状況の分析、評価

その後、日本の介護保険は外部サービスの現物給付の選択肢しか用意されなかったこともあり、短期間で給付費の増加が続き、保険料負担の増加と給付抑制が相次いで迫られた。一方、ドイツの介護保険は、在宅介護の優先と家族介護の評価と支援という政策目的が徹底され制度に組み込まれていたため、財政運営は安定的に推移し、その後、保険料率の引き上げによって給付改善に積極的に取り組むという、両国における状況の相違が顕著になってきた。

こうした状況下で、ドイツの介護保険財政の推移やその要因分析などを行ったのが別掲論文一覧中の田中（2000a）や田中（2008）、別掲共著・共編一覧中の土田・田中ほか（2008a）である。

さらに、これらの比較分析をふまえて、主に日本の介護保険の運用状況の評価と改革内容の評価、今後の改革の選択肢などを考察したものが別掲論文一覧中の田中（2014a）、田中（2015a）、田中（2015b）などである。

5 社会保障における家族の位置づけと評価

（1）家族の扱いの難しさ

近年では先進諸国共通の現象として、婚姻と家族の姿やあり方が大きく変化し、多様化してきている。夫婦別姓や子育てや家族介護のあり方、さらには離婚、墮胎などについても、その是非やそれを支える社会規範と社会制度を巡っては、日本に限らず、世界各国で時に深刻な意見対立を引き起こしている。このテーマについては多くの人が持論を持ち、しかも下手に議論をすると「親の仇」のような激しい感情的な対立を生じ、大方の人が容認できる合意の所在を確認することがとても難しい、機微なテーマである。

これは民法の家族法の課題にとどまらず、社会保障制度においても制度設計の根幹の枠組みに関わる問題である。社会保険はもともと賃金労働者世帯の傷病や高齢などの貧困リスクに対する防貧制度として出発しており、対象者の生活が世帯を単位として営まれている以上、被用者保険においては世帯単位で構成されるのが一般的である。また、社会福祉は、育児であれ介護であれ、もともとが家族のインフォーマル・サービスを補完するものとして歴史的に発展してきたものであり、本質的に家族との関係をどう構築するかという問題は避けて通れない。

このように、社会保障制度においては、家族の

表5 日独の介護保険制度の基本的なしくみの比較

	日 本	ドイ ツ
加入者	40歳以上の人	すべての人（年齢制限なし）
給付対象者	軽度も対象として広い （要支援2段階、要介護5段階）	中重度が対象 （要介護3段階）
保険者	市町村	医療保険の疾病金庫に対応する介護金庫
要介護認定	あり	あり
家族介護に対する 金銭給付	なし	あり （現物給付との組み合わせも可）
ケアマネジメント	あり	あり （当初はなかったが2008年改正で導入）
公費負担	給付費の50%	なし
財政状況の推移	給付費急増により保険料負担急増	安定的に推移
改革の方向性	保険料負担の引き上げと給付の削減	保険料負担の引き上げによる給付の拡大

位置づけと評価は、意識的であれ無意識的であれ、避けて通れない基本的なテーマである。しかし、日本での介護保険制度創設時の家族介護を巡る激しい意見対立を引き合いに出すまでもなく、各政党や宗教ほか各種の団体、研究者がこれを正面から取り上げて丁寧に論争して議論を深め、最終的に選挙を通じて政治が大方の合意の所在を確認しつつ、妥協点を見いだすことは日本ではなかなか困難である。

ドイツでも、最近の1歳から3歳未満児までへの法的な保育請求権の付与に際して、このような低年齢児の社会保育を望まず家庭保育を選択した親への保育手当の導入の是非を巡る政党間での激しい意見対立は、改めてこの種の問題の取り扱いが、多くの政権交代の経験と成熟した議会政治が定着したドイツにおいても、いかに難しいかを示している。

(2) ドイツの社会保障制度における家族の評価

とはいえ、ドイツでは基本法（憲法）6条1項で「婚姻および家族は、国家の特別な保護の下におかれる」として、婚姻および家族に対する憲法上の制度的保障が明示されている。さらに、これを司法上保障する手段として、特別裁判所として憲法裁判所制度が設けられている。このため、家族の社会保障制度における位置づけを巡って、各種の憲法裁判が提起され、この6条1項と結びついた3条1項（法の下での平等）といった形で具体的な法律についての違憲判決がいくつも蓄積され、またそれをふまえた法律改正が行われるなど、明示的な形で論点が掘り下げられ、一定の規範的統制が加えられている。

これは日本では基本的な憲法や法制度が異なるため、残念ながら具体化の合意形成は容易ではないが、これだけ家族や社会規範が変化してきている今日、社会保障において家族や夫婦をどう位置づけるか、基本的な点について、踏み込んだ冷静な議論を深めるべき時期であろう。

こうした関心から、別掲著書一覧中の田中（1999）では、児童手当と税の児童扶養控除、年

金における育児期間の年金算入について論じている。また、別掲論文一覧中の田中（2000b）ではドイツの介護保険における介護手当（金銭給付）の意義や実施状況、その評価について論じている。さらに同田中（2004b）、同（2005）では、年金における育児期間の年金算入や離婚時の年金分割と遺族年金など、年金制度における家族の位置づけについて分析を行っている。

こうした個別の制度における家族の位置づけと評価に関する研究を基に、2008年度から3年間文部科学省の科学研究費を受けて、「ドイツの社会保障法体系における家族の位置づけと憲法規範に関する制度横断的研究」として取りまとめることができた。

おわりに

以上、本学での作業を中心に、日独社会保障比較研究のささやかな歩みを振り返ってみた。振り返ると解明できた点よりも積み残した宿題の方が大きく、道遙かに遠し、の感が強い。とはいえ、教育と学部運営業務の負担が相対的に重い、地方の小さな大学にあって、何とかここまで細々ながら当初描いた研究者の道を歩んでこられたのも、共同研究などを通じて得た、日独の多くの素晴らしい知性と魅力ある専門家の皆さんのお陰である。定年退職という一つの区切りを迎えるに当たり、改めてこの間に頂いた多くのご縁と好意に感謝の気持ちで一杯である。

最後に、郷里の大学での研究者の道を選んだ私のわがままにつきあい、仕事をしながら1週間単位の海外出張中も家族を支えてくれた妻・康子に感謝の意を伝えたい。