

ドイツ連邦共和国（Federal Republic of Germany）

社会保障施策

1 社会保障制度の概要

ドイツの社会保障制度は、世界で最初に社会保険を制度化したビスマルクの疾病保険法（1883年）に端を発する。現在では、年金保険、医療保険及び介護保険（労働分野には労働災害保険及び失業保険があり、社会保険制度は独として5制度）と、児童手当、社会扶助などがある。

独社会保障制度の大根幹たる社会保険制度の特徴としては、

- ・被用者保険として創設されたこと
- ・カバーすべきリスクに応じて分立していること
- ・社会的自治の原則に従って組織された独立した運営主体によって実施されていること
- ・財政は税によるのではなく、その大部分を保険料によってしていること
- ・給付は納められた保険料との対応関係に立っていることが挙げられる。近年ではこうした社会保険原理や制度沿革から派生する問題（例：被用者でない自営業者等に対する医療保険への一般的加入義務付けや老齢保障問題の検討、長期間低賃金で労働してきたゆえ老後の年金受給額が少なくなるゆえの老後貧困問題の年金制度上の手当等）が政策課題化してきている傾向が指摘される。

2 社会保険制度

(1) 年金制度（Rentenversicherung）

イ 制度の概要

1階建ての公的年金制度が「一般年金保険」（州ドイツ年金保険組合、連邦ドイツ年金保険組合、鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険組合が運営）と「鉱員年金保険」（鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険組合が運営）とに分立している。被用者は収入の多寡にかかわらず年金保険への加入義務を負い、また、自営業者であっても特定の職業グループ（教師、看護・介護職、芸術家、手工業者、ジャー

ナリスト等）に属する場合には、年金保険への加入義務を負う。他方、それ以外の自営業者のほか、官吏恩給制度がある公務員等、他の制度によって老齢時の所得が保障されている者や、僅少雇用の状態（geringfügig）にある被用者については、加入義務が免除されている。なお、加入義務を免除されている者で過去5年以上の加入期間があるものや、加入義務のない16歳以上の者等については、任意加入の道が開かれている。

ただし、農業従事者のための年金は、独自の「農業従事者社会保障制度」の枠組みにおいて別に提供されている。（医療保険や介護保険についても同様。）

ロ 財源

原則労使折半の保険料（2012年1月現在、保険料率は労使合わせて19.6%）及び国庫補助である。保険料率の水準については、2004年3月成立した「公的年金保険持続法」により、2020年までに20%を、2030年までに30%を上回らないようにするとされている。なお、年金保険者が保有する持続可能性積立金（Nachhaltigkeitsrücklage）は、毎月の支出の20～150%の範囲と法定されており、その範囲を下回る又は上回ることが見込まれる場合には、保険料率が改定される。

国庫補助については、1992年の年金改革により、保険料引上げ率に応じて自動的に改定されることとなっており、その水準は、2011年で総支出の27.9%¹⁾、総収入の24.2%となっている。なお、その財源については、1998年4月からは付加価値税の引上げ分²⁾が、1999年4月からは環境税（エコ税）の増収分（導入後は賃金上昇率で改定）が国庫補助の一部として充当されるようになった。

ハ 給付

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。ただし、

■ 1) 内訳は、一般的な税財源から18.9%、消費税及び環境税（エコ税）による税財源から9.0%となっている。
 ■ 2) 導入時において15%から16%への引上げ分に相当する1%分。これは、2007年1月に税率が19%に引き上げられた後も変更されていない。なお、2007年における3%の引き上げに際しては、1%分を連邦に、1%分を州に、1%分を失業保険の保険料率の引き上げに充てることとしている。

2012年から2029年までの間において、段階的に67歳まで引き上げられることが既に法定化されている。また、実際に年金受給を開始する年齢は、繰上げ支給の仕組みにより、平均で63.2歳（2009年）となっている。

年金給付額は、被保険者期間における各被保険者の報酬に基づいて算定されるが、全被保険者の可処分所得の伸び率に応じて改定される。ただし、改定においては、私的年金である「リースター年金」の導入によって公的年金給付が代替されることを考慮した一定率（リースター階段）、現役世代が支払う保険料率の増減率、現役世代に対する年金受給者の比率が考慮される³⁾。つまり、現役世代の保険料負担が増大する場合や、現役世代に対する年金受給者の比率が増大する場合には、年金額の改定は抑制されることになる。また、計算の結果、年金単価が下落することになる場合には、保護条項が適用され、年金価格（単価）は据え置かれることになる。なお、2010年においては、賃金上昇率やリースター係数及び持続可能性係数を踏まえて計算した改定率がマイナスであったにもかかわらず、この保護条項が適用されたことにより、年金価格は据え置かれることとなったが、2011年は経済の好調を受けてプラスの改定となったため、過去の据置き分が引き上げ幅から減殺された。2012年は、賃金の上昇と顕著な雇用の伸びを伴った2011年のドイツ経済成長の果実を享受し、約2.2%の大幅な引き上げとなった（旧東独では年金の引き上げが若干旧西独よりも強力なものとなったが、これは旧西独では2010年の危機下で旧東独よりも年金保証によりメリットを受けていたことによる）（2012年の年金価格：旧西独地域28.07ユーロ（前年27.47ユーロ）、旧東独地域24.92（同24.37ユーロ））。

保険料控除後・税控除前の平均労働報酬に対する標準年金の比率は52.0%（2009年推計値）であるが、少子高齢化の進展により水準の低下が見込まれているため、

「公的年金保険持続法」により、2020年までに46%を、2030年までに43%を下回らないようにするとされた。

年金給付に対する課税については、1982年の連邦憲法裁判所の判決に則り、老齢年金給付の支給時に初めて課税の対象となる（つまり、就労時には、年金保険料は課税対象所得から除外される）課税の繰延べへ段階的に移行するものとされている⁴⁾。

(2) 医療保険制度 (Krankenversicherung)

イ 制度の概要

運営は、地区、企業などを単位として設置されている公法人たる疾病金庫（2012年9月：145金庫）を保険者として、当事者自治の原則の下で行われている（いわゆる組合管掌方式）。これは19世紀後半にビスマルクが医療保険制度を創設した際に、既存の職員や労働者の共済組合を医療保険者として再編成したことに由来する。なお、疾病金庫は、医療保険改革等によってもたらされた近年の厳しい財政状況を反映して、再編が進んでおり、その数は急激に減少している。

公的医療保険においては、一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではないため、実際に公的医療保険でカバーされている者は全国民の約85%である。公的医療保険加入者の配偶者及び子女のうち医療保険未加入の者で収入が一定額以下の者（被扶養者）は、保険料の追加的負担なしに被保険者となる。なお、2007年2月に成立した「公的医療保険競争強化法」により、2009年1月以降、公的医療保険に加入していない者については、原則として、公的医療保険又は民間医療保険に加入することとされた（一般的加入義務）。

公的医療保険の主な財源は保険料であるが、保険給付になじまない給付（被扶養者に対する給付等）に充当するという名目で、また、昨今の金融経済危機において保険料率の軽減を行った分の穴埋めとして、一定規模の国

■ 3) リースター階段（2002～2010年において、0～4%に遡増するよう、法律上規定されている）及び保険料率の増減率を加味して算定される係数は「リースター係数」と呼ばれ、現役世代に対する年金受給者の比率を加味して算定される係数は「持続性係数」と呼ばれている。リースター係数は、 $\{(100\% - \text{前暦年におけるリースター階段 - 前暦年における保険料率}) / (100\% - \text{前々暦年におけるリースター階段 - 前々暦年における保険料率})\}$ によって算定され、持続性係数は、 $\{(1 - \text{前暦年における被保険者に対する年金受給者の割合} / \text{前々暦年における被保険者に対する年金受給者の割合}) \times 25\% + 1\}$ によって算定される。

■ 4) 年金給付については2005年にその50%が課税対象となり、2040年までの間において段階的に100%へと引き上げられる。また、年金保険料については2005年にその60%が税控除の対象となり、2025年までの間において段階的に100%へと引き上げられることとされている（老齢所得法）。

庫補助が行われている。(2012年は140億ユーロ⁵⁾)。

保険料率はこれまで疾病金庫ごとに定められていたが、2009年1月より公的医療保険の財政が医療基金(Gesundheitfonds)の創設によって統一されたことに伴い、保険料率も統一され、その水準は2012年において15.5%（うち0.9%分は、労使折半ではなく保険者のみが単独で負担）となっている。徴収された保険料は医療基金に集められ、交付金として各疾病金庫に分配される⁶⁾が、医療基金からの交付金によって支出を賄いきれない疾病金庫は、独自に追加保険料を徴収することが必要となる。この追加保険料については、被保険者のみが単独で負担することとなるが、低所得者への過重な負担を避けるため、全国平均の追加保険料額が所得の2%を超える者については、当該超える分につき、税財源による補助（社会的調整）を受けることができることとされている。

給付については、医療給付、予防給付、医学的リハビリテーション給付、在宅看護給付などがあり、現物給付を原則としている。また、これらのほかに、現金給付として傷病手当金(Krankengeld)がある。診療を受けた際の一部負担は、外来については1四半期につき10ユーロ、入院については1日につき10ユーロ（ただし、年間28日分が限度）、薬剤費については製品価格の10%（下限5ユーロ、上限10ユーロ）とされている。

□ 医師の組織

州医師会と州保険医協会（保険医の認可を受けた開業医の団体）とがあり、両者はいずれも公法上の団体で、州医師会の上位には連邦医師会が、州保険医協会の上には連邦保険医協会が存在する。

保険医協会の主な業務には、保険医の利益を代表して診療報酬に関し疾病金庫と交渉を行い、診療契約を締結し、その配分を行うこと等がある。連邦保険医協会は、

疾病金庫中央連合会(GKV-Spitzenverband)と共に、診療報酬点数表である統一評価基準(EBM)の決定、1点当たり基準単価の決定に参画する。他方、州連邦保険医協会は、州疾病金庫連合会との交渉により、地域における診療報酬総額や診療報酬基準を合意し、各保険医に対する診療報酬の配分を行う。このように、保険医協会は、医療費の配分に関して重要な役割を果たしている。

ハ 診療報酬

従来、外来の診療報酬総額は、保険料率の伸びの範囲内で州保険医協会と州疾病金庫連合会との間で決められており、診療実績が増えても事後的に変更されることはなかった。つまり、保険医が受け取る診療報酬は、医師数の増加や疾病の流行等によって診療実績が増加した場合、1点当たり単価が引き下げられるという結果を招いていた。

しかし、2009年1月から実施されている診療報酬改革により、診療報酬単価は予め固定され、また、診療報酬の総額は地域の医療ニーズに基づいて算定されることとなった。その反面、個々の医師に対する報酬には、基本的に「基準給付量(Regelleistungsvolumen; RLV)」という枠が設けられることとなった。具体的には、保険医の診療報酬は、四半期ごとに、前年同一四半期の診療事例数×診療単価(Fallwert)によって算出される基準給付量の枠内での報酬と、予防接種や健診等による枠外の報酬によって算定される。基準給付量の150%を超える診療を行った医師に対しては、当該超える部分については減額された診療報酬が支払われる⁷⁾。ただし、これらのほか、インフルエンザの流行等の予期できない事情によって不可避免的に医療費が増大した場合には、それに合う額が疾病金庫から追加的に支払われる。

また、病院に対する報酬は、各病院と州疾病金庫連合会との間で締結される契約によって予算が決められる。

■ 5) 公的医療保険に対する国庫補助は、法律上、2009年においては40億ユーロとし、その後毎年15億ユーロずつ合計140億ユーロになるまで増額することとされていたが、2009年1月に決定された経済金融危機に伴う第二次景気対策において、2009年7月以降の保険料率を0.6%減額することが決定されたため、これを賄うべく32億ユーロ（満年度ベースで63億ユーロ）が追加投入された。2012年に上限である140億ユーロに到達している。

■ 6) 交付金の配分は、単純に加入者数の頭割りで行うのではなく、加入者の年齢・性別の構成や慢性疾患への罹患状況が考慮される。

■ 7) 診療事例数が自らの属する専門診療科の平均の150%を超える場合、基準給付量は、150～170%の部分については25%引きの、170%～200%の部分については50%引きの、200%を超える部分については75%引きの診療単価によって算定される。なお、2012年1月1日施行の医療供給構造法により、供給不足又は付加的かつ局所的な供給需要が認定された区域では、症例数を制限する措置を適用しないこととし、予め定められた分配量を超える分に係る減額償還をしないようにすることで、供給不足の地域における医師供給のインセンティブが付与されるよう改められている。

国際機関による経済動向と今後の見通し

米
国

トイ
ツ
(社会
保障
施策)

フ
ラ
ン
ス

英
国

ス
ウ
エ
ー
デン

E
U

中
国

2004年以降導入が進められているDRG（診断群）による包括払いによる診療報酬の算定は、その予算のもととなる重要な要素であり、2010年より全面導入されている。なお、これとは別に、各病院の設備投資のための費用については、各州政府が補助金を支出している⁸⁾。

(3) 介護保険制度 (Pflegeversicherung)

イ 制度の概要

被保険者は、原則として医療保険の被保険者と同じ範囲であり、年齢による制限はない。つまり、被保険者である若年者が障害等で要介護状態になった場合には、当然に介護保険からの給付を受けることができる。

保険者は介護金庫と呼ばれ、医療保険者である疾病金庫が別に組織し、運営している。

介護保険の財源は保険料であり、国庫補助は行われていない。保険料率は、2008年7月に0.25%引き上げられ、賃金の1.95%（被保険者：0.975%、事業主：0.975%）となっている。（ただし、子を有しない23歳以上の被保険者については、2.2%（被保険者：1.225%、事業主：0.975%）となっている。なお、2012年成立した「介護保険の新構築に関する法律」（7(3)参照）により2013年1月より労使折半の対象となる保険料率がさらに0.1%引き上げられる予定である。

要介護認定は、医療保険メディカルサービス（MDK；疾病金庫が各州に共同で設置し、医師、介護士等が参加する団体）の審査を経て、介護金庫が最終的に決定する。要介護度は要介護Ⅰから要介護Ⅲまでの3段階であるが、

要介護Ⅲのうち特に重篤と認められるケースについては支給限度額が嵩上げされる。

ロ 給付内容

給付には、①在宅介護・部分施設介護、②介護手当、③完全施設介護、④代替介護（年間4週間、1,510ユーロ以内）、⑤ショートステイ（年間4週間、1,550ユーロ以内）、⑥介護用具の支給・貸与（例：介護ベッド、車椅子、昇降装置）、⑦住宅改造補助（1件当たり2,557ユーロ以内）がある⁹⁾。また、認知症等により日常生活自立度が相当制限される者に対しては、要介護認定の有無にかかわらず、⑧世話手当（月額100ユーロ又は200ユーロ）が支給される。在宅介護を受ける者については、①の現物給付と②の現金給付とを組み合わせ受給することも可能となっている（支給限度額や現金支給額は、利用する割合に応じて按分）。

完全施設介護については、在宅での生活が困難な場合に行われ、MDKがその必要性を審査することとされている（要介護Ⅲの場合は、特段の審査は要しない）。また、ホテルコスト、食費等は自己負担であり、介護金庫が支払う費用は入所費用全体の75%を超えないこととされている。

介護保険の支給（限度）額は次表のとおりであるが、2012年6月成立した「介護保険の新構築に関する法律」により認知症対策の強化を主眼として2013年1月より同額の充実が行われること、2008年改革により身体的基準を満たさないため要介護度Ⅰ～Ⅲを受けていない認知

表 3-1-13 介護保険の支給（限度）額（2012年1月）

介護度	在宅介護・部分施設介護	介護手当	完全施設介護
いわゆる介護0	- 【225】	- 【120】	-
介護Ⅰ	月額 450 ユーロ 【665】	月額 235 ユーロ 【305】	月額 1,023 ユーロ
介護Ⅱ	月額 1,100 ユーロ 【1250】	月額 440 ユーロ 【525】	月額 1,279 ユーロ
介護Ⅲ	月額 1,550 ユーロ 【1550】	月額 700 ユーロ 【700】	月額 1,550 ユーロ
特に重篤なケース	月額 1,918 ユーロ	-	月額 1,918 ユーロ

※ 【 】内は2013年1月1日から0.1%保険料率引上げに基づき認知症患者について引き上げられる支給（限度）額（認知症でないものについては引上げ前の額が適用）

■ 8) 病院に対する設備投資については、2008年12月に成立した「病院財政改革法」によって、2012年以降、申請による投資から投資評価指数に基づく一括投資へと合理化することとされた。このほか、病院財政改革法においては、①2008年及び2009年における労働協約において合意された賃金上昇の50%分を疾病金庫が負担すること、②17000の新たな看護・介護職員の雇用創出プログラムを実施し、費用の90%を疾病金庫が負担すること等が定められている。

■ 9) 「部分施設介護」とは、日中又は夜間に、介護施設において一時的に要介護者を預かる給付（いわゆるデイケア・ナイトケア）、「代替介護」とは、自分の介護者が休暇や病気で一時的にいない場合に、代わりの介護者を雇うための費用である。

症高齢者（「いわゆる要介護度0」）について上述のとおり月額100又は200ユーロの世話手当のみが給付されていたところ、これに加え介護手当又は介護現物給付の対象となったことに留意する必要がある。

ハ サービス提供者

介護保険のサービスは、介護保険の給付を行う事業者・施設として必要な要件を満たすものとして、介護金庫や州介護金庫連合会とサービス提供の契約を締結した事業者・施設によって行われる。

介護保険のサービスを提供する施設としては、老人居住ホーム（Altenwohnheim）、老人ホーム（Altenheim）、介護ホーム（Pflegeheim）等が存在する。老人居住ホームは、高齢者が極力自立した生活を送れるような設備のある独立の住居の集合体であり、入所者が共に食事をとる機会等が設けられている。老人ホームは、自立した生活を送ることが困難である高齢者が居住し、身体介護や家事援助の提供を受けることができる施設であり、多くの場合それぞれ独立した住居となっている。介護ホームにおいては、入所者は、施設内の個室又は二人部屋において、包括的な身体介護や家事援助を受けることとなる。

二 高齢者・要介護者の状況

連邦統計局によると、2010年は、全人口が8,170万人、高齢化率は21%となっていた。2011年における人口中位推計によれば、今後の高齢化率は、2030年で29%に達すると見込まれている。

2012年4月現在において、介護保険の給付を受給している要介護者は、在宅に約170万人、施設に約76万人存在している。在宅における要介護者のうち、現金給付を受給している者は、全体の約8割に上る。また、要介護者を要介護度別にみると、公的介護保険の場合、2011年末現在、在宅では要介護Ⅰが62.2%、要介護Ⅱが29.3%、要介護Ⅲが8.5%、施設では要介護Ⅰが42.2%、要介護Ⅱが38.3%、要介護Ⅲが19.5%となっている。

■10) ドイツでは、1924年に専門医制度が発足し、専門医と一般医が確立された。医師免許を取得すると一般医として開業できるようになっていたが、70年代に「家庭医」としての研修を義務づけ、それを修了しないと保険医として認めないようになった。1994年以降は、家庭医の専門医資格として、一般医学専門医（Allgemeinmedizin）という資格が確立されている。現在では、一般医学専門医、家庭医供給に参加する内科医、小児科等が家庭医として活動している。

3 公衆衛生施策

(1) 行政組織等

公衆衛生サービスは各州単位で実施されており、郡、市の保健所が、伝染病の予防、水質・大気などの監視、病院・薬局などの監視、食品・医薬品などの流通の監視、健康管理などに関する業務を行う。

(2) 医療施設

開業医の運営する診療所と病院とがある。

開業医は、家庭医、専門医、歯科医等に分類される¹⁰⁾。開業医が公的医療保険の保険医として認可を受ける際には、何らかの専門医資格を有している必要がある。また、保険医の認可においては、地域ごと・専門診療科ごとに、住民数に対する保険医の定員を規定した「需要計画」に基づく制限があり、保険医の数が多く給付過剰地域においては基本的に保険医としての認可が受けられず、事実上開業は困難になっている。

なお、保険医については、開業医の数が多すぎることを理由に、1999年以降、満68歳への到達をもって原則として認可を取り消すという定年制が導入されていたが、昨今、特に旧東独地域において医師不足が懸念される事態に至り、2008年より定年制は廃止された。

病院は大きく分けて、市町村や州が運営する公立病院、財団や宗教団体などによって経営される公益病院及び私立病院の3種類がある。2010年における病院数は、ドイツ全土で2,064、うち一般病院は1,758であり、設置主体別の内訳は、公立病院が539（30.5%）、公益病院が644（36.6%）、私立病院が575（32.9%）となっている。近年の傾向を見ると、私立病院の数が急激に増える一方で、公立・公益病院の数は減少している。全体としての病院数の減少は緩やかであることから、民間資本による公立・公益病院の買収が急速に進んでいる様子がうかがえる。

(3) 医療従事者

国際機関による経済動向と今後の見通し

米
国

ドイツ
(社会保障施策)

フ
ラ
ン
ス

英
国

ス
ウ
エ
ー
デン

E
U

中
国

医師の養成は、①大学の医学部で6年間の医学教育を修了し、その間に予備・第一次・第二次の国家試験に合格する、②医学教育修了後、第三次国家試験に合格することによって医師免許が交付される。さらにその後、③各州の医師会から資格を与えられた専門医の指導の下、大学病院などにおいて行われる卒後専門医研修（通常5～7年）を修了することにより、専門医の認定を受ける。また、開業医には、5年間で250単位（1単位は1時間の講義に相当）の生涯研修が義務づけられている。医師数は2010年現在約334,000人。

4 公的扶助制度

(1) 社会扶助 (Sozialhilfe) 全般

親族等からの支援がなく、かつ、就労によって十分な所得を得られない生活困窮者に対して給付される公的扶助として、社会扶助がある。社会扶助の内容には、必要不可欠な生計費等を保障する生活扶助（併せて基礎保障制度が存在している。違い等については（3）参照）と、障害、疾病、要介護など様々な生活上の特別な状況にある者に対して援助を行う扶助がある。これらの給付については、いずれも資力調査が要件となっている。

なお、社会扶助の管理運営主体は地方自治体であり、財源は地方自治体の一般財源である。

(2) 生活扶助 (Hilfe zum Lebensunterhalt)

給付内容は、食料、住居、衣服、身体の手入れ、家具、暖房及び日常生活上の個人的需要（一定限度内での交際や文化生活への参加等）に係る費用（必要不可欠な生計費）である。児童及び青少年は、特に成長及び発達に伴う特別な需要（教材等）に係る費用を含むものとされている。給付額は、必要不可欠な生計費から手取り収入や他制度からの現金給付等の合計を差し引いた額を基本に算定される。生活扶助の受給者数は、31万9千人（2010年末）である。

なお、低所得者の居住費用への支出を支援するため、社会扶助の枠組みとは別に、住宅手当 (Wohngeld) という制度がある。この給付には、家賃補助のほか、暖房費も含まれており、近年のエネルギーコストの上昇を踏まえ、2009年1月より引き上げられた（2008年10月に遡及適用）。引上げ後の平均の受給額は、月額140ユーロ

程度となっている。

(3) 基礎保障 (Grundsicherung)

社会扶助には、高齢や稼得不能を理由に十分な生活の原資を得ることが期待できない者に対して、基礎保障という給付がある。基礎保障の受給者は、生活困窮者のうち、65歳以上の者又は18歳以上で稼得不能な者とされている。

基礎保障の給付は、その趣旨において生活扶助と大きく変わるものではないが、親族等に対する事後の償還請求を行わない（扶養義務者の年間収入が10万ユーロを越えない限り、扶養義務の履行は追及されない）という点において違いがある。資力調査についても、基本的に本人及び同居の配偶者に係るもの以外は行わないが、子又は親の所得が年間10万ユーロを超える高額所得者である場合には、例外的に本人は基礎保障を請求することができない。

なお、社会扶助の枠組みとは別の基礎保障として、2005年1月にハルツIV改革によって、失業扶助を廃止して新たに導入された「失業給付II」及び同給付受給者と同じ世帯に属する子ども等に対する「社会手当 (Sozialgeld)」を、「求職者に対する基礎保障 (Grundsicherung fuer Arbeitsuchende)」と呼んでいる。これにより、失業保険における失業給付の受給が終了した者で就労可能な者は「失業給付II」を、就労不能な者は「社会扶助」を受給するようになった。そのため、従前は社会扶助を受給していた者のうち就労可能とされた者は、失業給付IIに受給が切り替わっている。2011年における失業給付IIの受給者数は、年平均で約461万5057人となっている。なお、求職者に対する基礎補償の運営主体は市町村と連邦雇用機関が共同で設置するジョブセンターであるが、責任の主体が明確でないとの理由で2007年12月20日に違憲判決が下された。この判決を受けて、2010年7月、憲法（連邦基本法）を改正することで、ジョブセンターの存続を可能にした。

5 社会福祉施策

(1) 全般

社会福祉施策は補完性の原則に貫かれている。すなわち、①民間サービスの独立性とその公的サービスに対す

る優先性が連邦基本法で定められ、②社会保障については、まず社会保険で国民のリスクに対応し、それでも対応できない場合に初めて社会福祉の対象とするという構造になっており、③公的部門も、まず基礎的自治体（Gemeinde；日本の市町村に相当）が第一義的な権限と責任を有するものとされている。

日本のように社会福祉サービスの内容を統一的に法律で定めておらず、社会福祉サービスの内容はその実施主体により異なる。

民間サービスが福祉サービスに占める役割も大きく、特に民間6団体といわれる①カトリック・カリタス連合、②プロテスタント・デアコニー事業団、③社会民主党・労働福祉協会、④中立・無宗教団体、⑤ドイツ赤十字及び⑥ユダヤ教団体が重要な役割を担っている。なお、日本の社会福祉法人制度に該当するものは存在しない。

(2) 高齢者保健福祉施策

高齢者に対する介護サービスについては、実質的には、主に介護保険の枠組みで行われている。（2（3）参照。）

(3) 障害者福祉施策

障害者福祉を行っている団体は、民間団体及び自治体などの公的団体であるが、民間団体、特に宗教団体の役割が大きい。サービスの内容としては、障害者福祉施設の設置等が行われている。また、先述のとおり、障害等によって要介護状態にある若年者は、介護保険の給付を受けることも可能である。

6 児童家庭施策

(1) 母性手当（Mutterschaftsgeld）

公的医療保険に被保険者本人として義務加入又は任意加入し、かつ、傷病手当金の請求権を持つ女性は、保護期間（就労禁止期間；原則として出産前6週間、出産後8週間）にわたり、1日につき保護期間の開始前3か月間（週給の場合、13週間）の平均手取り日額を受給することができる。支給額のうち、1日13ユーロ（月額390ユーロ）

までは疾病金庫が負担し、残りは事業主が負担する（事業主補助）。

公的医療保険に被扶養者（専業主婦又は低所得の場合）として加入している女性や民間医療保険に加入している女性は、連邦社会保険庁によって支払われる最高210ユーロの一時金を受給することができる。なお、これらの者のうち、被用者については、公的医療保険に被保険者本人として加入している者と同様に、事業主より、事業主補助を受けることができる。

(2) 児童手当（Kindergeld）・児童控除（Kinderfreibetrag）・児童加算（Kinderzuschlag）等

子供のいる家庭と子供のいない家庭間の負担調整を行うために、子供のいる家庭は児童手当（原則として給与に対する所得税の源泉徴収額から税額控除される方法で支給）又は児童控除を受けることができる¹¹⁾。

児童手当は、原則として所得の多寡にかかわらず、18歳未満（教育期間中の子供については25歳未満、失業中の子供については21歳未満、25歳到達前に障害を負ったことにより就労困難になった子供については無期限）のすべての子供を対象に支払われる。支給額は、第1子及び第2子については月額184ユーロ、第3子については月額190ユーロ、第4子以降は1人につき月額215ユーロである。ただし、18歳以上の子が年間自ら8,004ユーロ以上の所得を得ている場合には、児童手当は支給されない。なお、2009年4月には、経済金融危機における第二次景気対策の一環として、児童1人につき100ユーロの一回限りの特別児童手当を給付した。

児童控除は、児童1人当たり年額2,184ユーロ（夫婦の場合4,368ユーロ）の「児童扶養控除」と、年額1,320ユーロ（夫婦の場合2,640ユーロ）の「監護・養育教育控除」となっている（したがって、夫婦合計で7,008ユーロ）。このほか、片親又は両親が就労しており、これらの者が14歳未満の子供又は25歳到達前に障害を負った子（就労していない片親又は両親の一方が就労していない場合については3歳以上6歳未満の子）を養育する者につい

■11) 児童手当は、毎月支給されるが、暦年終了後、所得税の査定に当たり、所得控除の方が児童手当よりも有利である場合には、所得控除が適用されるとともに、児童手当が精算される。

国際機関による経済動向と今後の見通し

米 国

ドイツ
(社会保障施策)

フ ラ ン ス

英 国

ス ウ ェー デ ン

E U

中 国

ては、養育にかかった費用 (Kinderbetreuungskosten) の3分の2 (上限4,000ユーロ) が課税対象から控除 (養育費用が職業に起因するものであるか否かについての証明は不要) される。

児童加算は、子供の貧困を防ぐために、低所得の親に対して児童手当に加算して支給される給付である。支給要件は、①当該子供が児童手当の支給対象であり、②両親の所得が900ユーロ (片親で600ユーロ) 以上である一方で、基礎的な生活上のニーズ等を積み上げて算定される所得上限額未満であり、③この給付を受けることで失業給付 II や社会扶助の受給が不要になることである。給付額は児童1人につき140ユーロが上限となっている。

これらのほか、失業給付 II 又は社会扶助の受給者の家庭に対しては、当該家庭で養育される児童に対し、義務教育期間における学用品の需要を賄うため、学用品需要費 (Schulbedarfspaket) として、追加的に100ユーロが支給される。

(3) 両親休暇 (Elternzeit) ・ 両親手当 (Elterngeld)

3歳未満の子供を持つ両親は、それぞれ最長3年間休暇を取得することができる (両親が同時に権利を行使することも可能)。また、事業主との合意の上、12か月を限度として、子供が3歳から8歳の間に休暇を持ち越すこともできる。両親休暇期間中においては、週30時間を限度として短時間労働が可能であるほか、従業員15人以上の事業所においては、週15～30時間の範囲内で労働時間の短縮を請求することができる。なお、両親休暇の申請は、開始7週間前までに書面にて行う必要がある。

両親手当の額は、月額1,800ユーロを上限として、従前の手取り賃金の67%¹²⁾ に相当する額であり、支給期間は、12か月間 (片親の場合や、両親の他方も2か月以上にわたって両親手当を受給する場合¹³⁾ は、14か月間) となっている。ほかに3歳未満 (3人以上の子がいる場合には6歳未満) までの子供を養育している場合には、さらに10% (下限75ユーロ) の加算を受けることがで

きる。

なお、年間の課税所得が25万ユーロ以上の者又は夫婦の年間の課税所得の合計が50万ユーロを超える超高額所得者については、両親手当の請求権が廃止されている。

(4) 保育所整備

もともと女性の就業率の高かった旧東独地域に比して、旧西独地域の方が遅れている。しかし、保育所に対するニーズは、旧西独地域を含め、ドイツ全体で急速に伸びており、7(4)に記す請求権の確実な履行を裏打ちできる量の整備が間に合うか懸念されている状況である。

なお、2011年3月1日現在、3歳未満の児童に係る保育所の利用率 (Besuchsquote) は、全独で21.5% (2009年は17.4%)、旧西独地域で16.3% (同12.0%)、旧東独地域で43.8% (同41.3%) であり、3歳以上6歳未満の児童に係る保育所の利用率は、全独で92.4% (同91.2%)、旧西独地域で91.9% (同90.5%)、旧東独地域で95.3% (同94.6%) となっている。

(5) 育児期間中の社会保険

年金計算上の評価の措置として、児童養育期間 (Kindererziehungszeit) が認められており、子供を養育している者 (両親の一方のみ) は、子供の誕生から3年間、保険料を支払うことなしに公的年金制度の強制加入者となり、また、その間の平均報酬に相当する保険料を (追加的に) 支払ったものとして評価される。

また、母性手当や両親手当の受給期間中においては、公的医療保険や公的介護保険の保険料は徴収されない。

7 近年の動き・課題・今後の展望等 ……

(1) 年金改革

2012年4月、長期間低所得で働いてきた女性等の老後の公的年金給付を引き上げ、これらの者が老齢時及び就業減少時の基礎保障 (4(3)参照) 受給に至らないようにすることや、義務的な老齢保障措置が何ら存在しな

■12) 従前の手取り賃金 (月額) が1、000ユーロ未満である場合には、当該下回る額2ユーロにつき0.1%が加算される一方、1,240ユーロを超える場合には、当該上回る額2ユーロにつき0.1%が減産される (最低65%)。また、従前より就労していない者を含め、下限は月額300ユーロとなっている。
■13) つまり、両親の間で14か月を分割するということである。両親が同時に両親手当を受給することも可能であるが、その場合には重複する期間はダブルカウントされることになる。

い自営業者に対する義務づけ措置等を内容とする独労働社会省による年金改革パッケージが公表された。その主要な内容は、次のとおりである。

- イ 40年以上保険に加入し、及び、就労、10歳までの児童の養育又は介護による30年以上の保険料納付期間を満たし、私的高齢保障措置も講ずる低所得者の本来の年金額に、租税財源により継ぎ足しを行い月額約850ユーロ受給できるようにする補助年金制度（Zuschsrente）¹⁴⁾の導入（2013年以降実施）
- ロ 稼働能力減退年金の充実化
- ハ 使用者による任意追加保険料制度の導入（従業員の福利厚生による定着強化等がメリット）
- ニ 勤労により年金受給額が不利にならないようにするためのコンビネーション年金制度の導入
- ホ 現在公的年金保険制度義務的被保険者ではない自営業者に対して、何らかの老齢保障措置を講ずるよう義務づけ
- ヘ リースター年金の透明化のための年金金融商品等への監督強化

当初、同年金改革パッケージを実現するための法案を12年内に成立させ、13年始からの施行を目指していた。しかし、補助年金制度の制度設計上の問題及び財源負担上の理由等により与党内にも反発が広がり、同パッケージは支持を得られなかった。2012年現在、好調なドイツ経済の恩恵により公的年金保険における持続性積立金が1ヶ月分の支出の1.5倍を上回って積み上がっているところ、これを超えた場合、法令の規定に基づき年金保険料率を下げなければならないとされているが、同大臣は年金保険料率引

下げと法案上セットにすることで補助年金制度等を実現しようとしていた。しかしながら、与党内においてこれらをセットにするべきでない旨の調整がなされ、2013年の保険料率を2012年の19.6%から19.0%へ引き下げることのみを内容とする内閣提出法案が2012年9月現在連邦議会に提出されている¹⁵⁾。その後、連邦労働社会大臣は、持論である低所得者加算の必要性を訴えるため（平均報酬である）額面月給2,500ユーロの給料の労働者が35年間保険料を納付した場合、月額688ユーロの基礎保障受給レベルにしなければならない」データ等を示し議員及び世論の説得に努めていたが、推計の不適切性¹⁶⁾の指摘がなされたほか、老後貧困問題を過度に強調するあまり公的年金制度全体への信頼を損ねかねない誤解を招いているとの批判を受けることとなった。さらに、上記経緯により老後貧困問題への関心が高まったことや2013年秋の連邦議会選挙を見据え、最大野党SPD党首が独自の年金改革案¹⁷⁾を出し与党へ揺さぶりをかけたところ、連邦労働社会大臣がこれに一定の評価を与える発言を行い「CDUはSPDとの大連立を志向するのか」等の憶測を招く等政治的混乱が生じた。こうした経緯の結果、上記年金改革パッケージは見送られることとなり、政府与党全体としての検討を早期に行い、成案を近いうちにまとめることとされる等、年金改革が独内政のホットトピックとなっている。

(2) 医療保険改革

2009年秋に成立したCDU/CSU（キリスト教民主同盟）とFDP（自由民主党）の連立政権の下、2010年12月、「医薬品市場再編法（AMNOG）」及び「公的医療保険資金調達法（GKV-Finanzierungsgesetz）」が成立したと

■14) フォン・デア・ライエン連邦労働社会大臣が強く推進する政策であり、低所得で長期間労働し保険料を納め続けてきたものの、独年金制度が被用者に係る報酬比例年金であるがゆえに、老後の受給額が低額にならざるを得ない制度的帰結に正面から対抗しようとする点で、一定の支持があり、財源面では「基礎保障を受給しない者が増え、これに要していた税財源は減るのだから良いだろう」と説明する向きもある。一方で、低所得者対策に要する一般財源が膨大になり将来に渡る大負担になること、独年金制度体系上の整合性がとれておらず、「保険料を十分取めなくても将来十分な年金を受給できるとの誤ったメッセージとなる」（保険料・給付等価原則を壊す）として反対する論が強く、難航した。

■15) 保険料率の事実上の決定方法が通常と異なる。通常は、政府による推計等各種事務的手続きを経て、11月頃に保険料率令（Beitragsatzverordnung）の制定により翌年の年金保険料率が決定されている。通常よりも早く、法律（Gesetz）の形態をとり決定したのは、年金改革パッケージを取り巻く、政治的駆け引きの結果である。

■16) 児童養育期間及び介護期間に係る年金評価上の加算を考慮していないばかりか、昇級やこれによる受給額の上昇を全く考慮していない空想的な推計と批判された。

■17) 連邦労働大臣の案とSPD党首の案は、低所得者たる一定の要件を満たした被保険者に対して月額850ユーロ水準の受給を保障する等、公的年金の最低保障機能の強化を目指す点で同じ方向を向いていた。相違点の概要は次のとおり。大臣案は低所得者加算のため租税財源を年金保険料から成る年金給付のものに混入させるものであるところ、SPD党首案はこれを峻別するものである。大臣案はリースター等私的年金保障措置の加入を要件とするが、SPD党首案は低所得者に民間金融商品の購入を求めることは不適切として要件から外した。なお、SPD党首案はSPDの組織決定をしたものでなく、翌年の選挙を見据え支持団体である労組等の支持を得ることができると成案を今後詰めていく見通し。

国際機関による経済動向と今後の見通し

米 国

トイ ツ
（社会 保 障 施 策）

フ ラ ン ス

英 国

ス ウ ェー デ ン

E U

中 国

ころ、その主な内容は以下のとおり。

イ 医薬品市場再編法 (AMNOG)

- ① 企業が新薬を市場に投入する場合、1年間は企業が設定する価格によって販売することを認める一方で、市場投入後3か月以内に当該新薬の追加的有用性が評価される。ここで、
 - ・評価の結果、追加的有用性がないとされた医薬品については、参照価格制に振り分けられることになる。
 - ・評価の結果、追加的有用性があるとされた医薬品については、1年以内に企業と疾病金庫との間で償還価格の割引のための交渉¹⁸⁾を行う。この交渉が調わない場合には、仲裁機関が割引価格を決定する。
- ② ボーナス・マールス・ルール¹⁹⁾を廃止するとともに、経済性審査²⁰⁾を縮小する。
- ③ 製薬企業に対する法定割引の率を、2013年末までの間、6%から16%に引き上げるとともに、医薬品の価格を2009年8月1日の水準に凍結する²¹⁾。

ロ 公的医療保険資金調達法

(GKV – Finanzierungsgesetz)

- ① 保険料率を14.9%から、第二次景気対策前の水準である15.5%に戻す(労使折半で負担する保険料率は、それぞれ7.3%)とともに、将来の医療費上昇分に際してもこの率は固定し、不足する保険料は被保険者のみが負担する追加保険料によって賄う。
- ② 追加保険料については、所得の1%又は定額8ユーロという上限を撤廃する。その際、連邦社会保険庁が毎年計算する追加保険料の平均額が、各被保険者の所得の2%を超える場合には、当該被保険者は税財源による補助(社

会的調整)を受けることができる²²⁾。

- ③ 2011年及び2012年における疾病金庫の運営費は、2010年における額を超過してはならないものとする。
- ④ 病院における支出が疾病金庫との契約によって予め決められた予算額を超過する場合には、当該超過分については「効率性控除」として30%を差し引いた額とする。また、病院における支出は、賃金上昇率の半分以上を超えて増加してはならないものとする。
- ⑤ 歯科医療費は、賃金上昇率の半分以上を超えて増加してはならないものとする。
- ⑥ 家庭医診療における診療報酬の水準を制限する。

2011年12月、特に旧東独地域の地方における医師不足が深刻なものになりつつある中で、医師不足対策を強化するため、公的医療保険供給構造法 (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)) が成立し、2012年1月より施行された。その主な内容は、次のとおりである。

- ① 報酬制度上のインセンティブとして、医療供給不足地域における量的規制の撤廃。医療供給不足地域において特に有益となる給付領域や、当該不足地域において不足する給付領域を提供するために活動する提供主体に対し、報酬の上乗せを合意し得る報酬制度の確立。
- ② 需要計画の見直し(そもそも連邦合同委員会の指針に基づき、州保険医協会が州疾病金庫連合会と協議して需要計画を策定しなければならないところ、今回地域の人口・罹患率等特性を勘案した裁量を広げ柔軟化する各種措置)、供給過剰地域における契約医の後任補充の厳格化。
- ③ 医療供給不足地域等における助成措置²³⁾の財源のための構造基金を州疾病金庫連合会において造設できるこ

■18) 2012年6月13日、抗血小板薬Ticagrelorを対象に初めての価格交渉が疾病金庫中央連合会及び製薬企業間で妥結した。
 ■19) 各医薬品グループにおける基準成分を指定して、医師に対してその基準成分の処方比率を引き上げる目標を課すもの。医師がこの目標を達成すればボーナスを受けることができ、達成できなかった場合には金銭的ペナルティ(マールス)を受けることになる。
 ■20) 被保険者一人当たり1年間で処方できる医薬品の総額を標準値として定め、その標準値を一定程度超える処方を行った、医師はこの「経済性審査」の対象となる。
 ■21) 当該部分については、医薬品市場再編法とは別の法律の一部として、2010年6月に成立した。
 ■22) 例えば、2010年7月時点における推計では、2014年における追加保険料の平均額は16ユーロであるため、この条件に該当する年収800ユーロ未満の者は、税財源による補助を受けることができることとなる。
 ■23) 新規開業時等投資費用、償還及び専門教育に係る加算、奨学金授与。

国際機関による経済動向と今後の見通し

米
国

(社会保険
トイ
ツ)

フ
ラ
ン
ス

英
国

ス
ウ
エ
ー
デン

E
U

中
国

とすること。

- ④ 分野横断的な医師の救急医療組織及び全国統一の待機組織番号(救急番号)を連邦保険医協会により医師待機組織のために"116117"²⁴⁾として設置。
- ⑤ 診療所出張所に係る規制緩和等。
- ⑥ 医師の職業と家庭の両立支援。
- ⑦ 特別専門外来の診療の新領域の段階的に導入(可能な療法が複雑かつ困難である疾病であって、それぞれの疾病に応じて特別な資格、学際的な共同及び特別な設備を必要とするものについて、病院による外来等、従来の開業医・病院の役割とは別個の領域を設けるもの)²⁵⁾。
- ⑧ イノベーションへの迅速なアクセス(革新的な検査法又は治療法について、潜在性があるものの有用性が十分に証明されないものについて検証し得る枠組みの導入)。
- ⑨ 病院滞在後の退院管理の改善(ケアの継続性を確保、外来医療と入院医療間のコミュニケーションの改善、患者とその家族の負担軽減及び"回転ドア効果"²⁶⁾の可能な限りの回避)。
- ⑩ 疾病金庫の規約に基づく給付の拡大等競争の強化、疾病金庫の年次財務諸表の主要事項の公表による透明性の拡大、疾病金庫閉鎖時の被保険者保護等。

2012年現在、好調なドイツ経済や上述の改革が寄与し医療保険制度上に巨額な余剰金が存在²⁷⁾している。その用途を巡って、与党等からドイツ国民に嫌悪感が著しく高い四半期に一度10ユーロ徴収される外来一部負担金制度の撤廃が決定され、2013年初より施行されることとなった。また、保険料の被保険者へのキャッシュバックを求める声が強いほか、一連の医療制度改革で削減策の対象となった病院団体、薬局、製薬企業のほか、(公的

医療保険供給構造法により一定程度顧みられたものの)医師の高齢化等将来に向けた医療提供体制の充実等を急務と訴える開業医がそれぞれ自身に資する報酬上げ等の措置を求め、一方で、疾病金庫中央連合会が少子高齢化、医療技術の進展等を見据え財政の引き締めを主張する等、議論が続いている途上である。

(3) 介護保険改革

政府は、要介護状態の概念の見直しについての検討を進めている。介護保険における要介護状態の概念は、身体能力の低下という側面に偏り過ぎているため、例えば意思疎通や社会参加といった能力の低下という側面を反映させていないとの批判があった。そのため、認知症等により日常生活動作が限られている人々に対する一般的な世話、見守り、付添いの需要は、ほとんど考慮されなかった。

こうした声を踏まえ、連邦保健省では、大臣の諮問機関として「要介護状態の概念の見直しに関する審議会」を設置し、検討に当たってきたところ、2009年1月及び5月に報告書をまとめた²⁸⁾。当該報告の主な内容は、以下のとおりである。

- イ 要介護状態の判定の基準は、「必須の介護に要する時間」ではなく、活動の実施及び生活領域の形成における「自立度(Grad der Selbständigkeit)」となる。
- ロ 新たな尺度は、要介護状態の包括的な考慮を狙いとしており、身体的能力の減退と同様に、認知的・心理的能力の減退(例えば、認知症)も把握する。また、医学的リハビリの必要性を評価するため、予防に関連したリスク(病気に由来するリスク、環境要因及び行動に由来するリスク)も把握する。

■ 24) 救急車による病院への救急搬送が不可避とは言えない程度の急患を主なターゲットに、待機している開業保険医に電話をつなげ指示を受けたり、医師の往診その他ケアを依頼することができるダイヤルを全ドイツ統一で設置したもの。

■ 25) 独は外来を担ういわゆる開業医と入院医療を担う病院が制度的に厳格に峻別され、機能も明確に分かれていることから、独医療提供体制下では両者間の分立を歩み寄らせていくことが志向されている。

■ 26) 退院させても総合的に患者を診れる開業医の不在等地域での受け皿を欠いたり、病診連携が不全に至ることによる患者状態の悪化により結局再入院に至ること。

■ 27) 2011年の公的医療保険制度全体の収支では、約40億ユーロの赤字となり、結果、約100億ユーロの積立金を有するに至っている(積立金は全額自由に使えるわけではなく、145ある疾病金庫それぞれ状況が異なり得ることに注意)。これには、独労働者全体の賃金水準の上昇、失業率の低下による保険料収入の増加、第二次景気対策により14.9%に引き下げられていた保険料率を本則通り15.5%に戻した効果が同時に発生し、特に寄与している。給付費抑制策では、特に製薬企業に対する法定割引率の2013年末までの間の6%から16%に引き上げ、医薬品の価格の2009年8月1日水準への凍結が寄与しているとされている。なお、AMNOGによる追加的有用性評価制度は、今後の長期的影響は大きいと考えられるものの、短期的に発生した本余剰には寄与していないことに注意。

■ 28) 1月の報告書においては要介護状態の概念の見直しに関する全体的な枠組みが報告され、5月の報告書においては改革が及ぼす財政影響の試算が報告された。

国際機関による経済動向と今後の見通し

米 国

ドイツ (社会保障施策)

フ ラ ン ス

英 国

ス ウ ェー デ ン

E U

中 国

八 要介護認定手続きの測定単位(モジュール)は、次の6つである。また、各モジュールは、似た種類の活動や能力のグループ又は生活領域を包括するとともに、複数の下位構造(「項目」又は「メルクマール」)を含んでおり、認定者はそれに対する評価を行うことになる:

- ① 移動性: 短い距離の移動及び体位変換。
- ② 認知及び意思疎通の能力: 記憶、知覚、思考、判断、意思疎通(精神的・言語的「活動」)。
- ③ 行動様式及び心理的問題: 自ら又は関係者を危険に晒すこと、その他発生しうる問題を伴う行動様式及び不安、パニック又は妄想。
- ④ 自己管理: 身体の手入れ、着衣、飲食及び排泄行動。
- ⑤ 病気又は精神療法に由来する要請や負担との折合い: 病気又は精神療法に関する措置の結果としての要請や負担の克服を目的とした活動。例えば、医薬品の摂取、けがの処置、身体補助具との折合いや家の内外における時間のかかるセラピーの実施。
- ⑥ 日常生活の形成及び社会的な接触: 時間配分、起床・就寝のリズムの遵守、利用可能な時間の意味ある(需要に即した)活用及び社会的関係の育成。

二 要介護度は、従来の3段階から、5段階に改められる。
ホ 新たな要介護状態の概念の導入による財政影響は、大きく4通りのシナリオを設定した試算によれば、最低3.02億ユーロから最高36.37億ユーロの追加費用が必要となる。

結局、この本審議会報告による要介護状態の概念の見直し等介護制度の抜本改革は、とりまとめから約3年を経て財政的理由その他の事情から実施されないこととなった²⁹⁾。しかしながら、認知症対策は待ったなしであるため、2012年6月、その強化を主眼とする「介護保険の新構築に関する法律(Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung、介護新構築法)を連邦議会が

可決し、9月連邦参議院がこれに同意した(主要部分は2013年1月から施行)。その主要内容は、次のとおりである。

- ① 基礎介護及び家事援助のほか、認知症患者のために世話給付(例: 認知症グループへの訪問)を追加。
- ② 給付(上限)額の引上げ。
- ③ 特定の時間単位の介護を選択できるようになる等サービス利用の柔軟化。
- ④ レスパイトケアに係る現物給付を受給している場合であっても、介護手当の半額が継続支払する等、レスパイトケアの強化。
- ⑤ グループホーム整備の強化。
- ⑥ 要介護認定手続の事務的煩雑性の解消。
- ⑦ 医師又は歯科医師による居宅又は施設への往診の推進。
- ⑧ 保険料率の0.1%の引上げ。
- ⑨ 年間60ユーロの税制優遇による私的介護保障加入の促進(任意)³⁰⁾。

介護に係る労働分野も近年措置されてきており、2010年7月14日、改正労働者現場派遣法(2009年4月24日施行)に基づき、介護職員に対して最低賃金を導入するための法規命令が閣議決定された。その概要は以下のとおりである。

イ 水準

	旧西独地域	旧東独地域
2010年8月～	8.50ユーロ	7.50ユーロ
2012年1月～	8.75ユーロ	7.75ユーロ
2013年7月～	9.00ユーロ	8.00ユーロ

ただし、この最低賃金は2014年末までの限定的措置であり、2011年末までに、最低賃金の導入が職の確保を脅かすものになっていないか、又は新たな雇用関係の締結の妨げになっていないか、評価することとされている。

■29) 連邦保健省は現在の体制下においても、現在の認知症患者が持つ特別なニーズはこれまでの行動能力に着目した今の要介護認定方法では適切に評価され得ないことから、新しい要介護認定の定義が必要であることを認識しており、そのための準備作業を過去の審議会とは別の審議会を新たに設置し議論しているところ。現在のメルケル政権の任期(2013年秋)が終わるまでに結論を出すこととしている。
■30) 公的介護保険制度における個人単位の積立制の一部導入が検討されていたが実現せず、結果、民間金融商品の購入を優遇することにより自助による備えを促進する措置に落ち着いた。

□ 対象

基礎的介護（身体介護、栄養管理、移動訓練）を行う職員であり、研修生、家事援助を行う職員、認知症世話人（Demenzbetreuer）は除かれる。

なお、介護分野における労働者は全体で80万人以上おり、そのうち基礎的介護を行う者は約56万人である。

さらに、2011年10月20日、家族介護休暇に関する法案（2012年1月1日施行）が連邦議会で可決された。その概要は以下のとおりである。

- ① 労働者が近親者を介護する場合、最長2年間、週労働時間を15時間まで減少可能となる。
- ② 労働時間の減少に伴う所得の減少を緩和するため、当該労働者は、その使用者から上乘せの賃金を受け取る。
- ③ 介護時期終了後、当該労働者は、再び仕事を開始し使用者による給料の前払いが返済されるまでの間、引き続き減額された給料を受け取る。
- ④ 国は、介護休暇中の使用者の経済的負担をなくすため、給料の上乗せのために無利子の貸付を行う。
- ⑤ 家族介護休暇を請求する労働者は、（介護休暇終了後に）就業が不可能になるリスクを最小化するため、介護休暇取得期間中、保険に加入しなければならない。
- ⑥ 家族介護休暇を取得するために、労働者はその使用者と契約を結ぶ。

(4) 児童家庭政策における改革

「保育所における3歳未満の児童の支援に関する法律（児童支援法；KifoeG）」が2008年11月に成立し、2008年12月より施行された。その主要内容は、次のとおりである。

- ① 2013年7月までに、3歳未満の全ての児童の3分の1を保育するために必要な保育所等の定員を確保するため、保育所等の整備を進める（75万人分を新たに創設）³¹⁾。
- ② 2013年8月以降、全ての1歳以上の児童について、保育所の入所を請求する法的権利を付与する（現在は3歳

以上）。

- ③ 2013年以降、3歳未満の児童を保育所等に入所させずに家庭において保育する親に対しては、「保育手当（Betreuungsgeld）（仮称）」を支給する。

なお、最近における保育所ニーズの急激な伸び、整備の進捗の遅れにより、法令通りにニーズを満たすことのできない見通しが強まっている。2013年夏まで1年を切り、保育所整備のため連邦政府が補助金を地方公共団体に交付し、連邦家庭省が各州に整備を急ぐよう強く求めている途上である。

2012年6月、連邦政府は「保育手当」を導入するための所要の法案の起草支援（Formulierungshilfe）を行うことを閣議決定し、これにより与党会派CDU/CSU及びFDPによって保育手当を導入するための法律案（保育手当法）（Entwurf eines Gesetzes zur Einfuehrung eines Betreuungsgeldes(Betreuungsgeldgesetz)）が連邦議会に提出され、9月現在審議中である。その主要事項は、次のとおりである。

- ① 2013年1月より、保育手当はまず月額100ユーロが満1歳である（2歳未満の）児童を対象に支払われる。
- ② 2014年1月より、保育手当は月額150ユーロが満1歳及び満2歳の（3歳未満の）児童を対象に支払われる。³²⁾
- ③ 両親手当や児童手当と同様に保育手当は収入として算定され、そのため失業手当Ⅱ、社会扶助及び低所得の両親に対する児童加算においても収入として算定される。

本保育手当制度は、ドイツ最保守政党であるCSUが強く導入を推進しており、その立法趣旨は、個別の事情に応じ育て方や価値観は多様であり自由であるところ、公的な財政支援が入る保育所等を利用せず家庭内で行われる保育を「選択する自由」を重視し、これを制度的に承認し現金給付で報いようとするものである。一方で、与党の一部³³⁾、野党のほか、EU、OECDからは、チュー

■31) この措置のために2013年までに必要な財源は合計120億ユーロであり、そのうち連邦が40億ユーロを、各州が残りを負担する。また、40億ユーロの内訳は、21.5億ユーロが投資コストであり、18.5億ユーロが運営コストである。
 ■32) 予算は1年目（2013年）に3億ユーロ、2014年に11億ユーロ、2015年以降年間12.3億ユーロと見込んでいる。
 ■33) 自由主義的立場を重視する与党FDPの抵抗が特に強い。FDPは元来より同手当の意義を認めず反対の立場であるが、CSUが重視する保育手当とともに同党が重視する減税等が連立協定に含まれているため、やむを得ず従っている。

リンゲン州やデンマークにおける類似給付の経験によれば同給付の制度設計では低所得層を中心に女性の就労を阻害する悪影響がもたらされた実績があるほか、同所得層を中心に必ずしも子のために当該現金が用いられる保障がないことを理由に反対・批判が強くなされている。

2012年9月25日現在、

- ① 児童に定期的に小児科医の診察を受けさせる両親に支給対象を限る(保育手当のほか、日本の育児休業給付相当の両親手当(Elterngeld) 受給者に対してもこの機会に同要件を追加する) ことで現金が児童福祉に用いられることを担保する。
- ② 保育手当を現金で受給しない者に対しては、リースター年金に対する国庫補助を増し、月10～20ユーロ相当増額された年金受給ができるようにする。これにより、FDPが重視する民間保険商品の振興に資する。
- ③ 1992年より前に生まれた子に係る年金保険制度上の児童養育期間³⁴⁾の評価の引上げる。これはCDU内女性議員、若手議員等保育手当反対議員が重視する政策であり、これにより反対論を抑える。

といった妥協案が提示されているほか、FDPが重視する外来一部負担金撤廃や環境税制の見直しといった子育て政策以外の論点をセットにした妥協案も取りざたされており、与党内の修正協議が紛糾しているところである。

この保育手当法の動向に加え、児童支援法による保育所整備に係る法的要請の期限である2013年夏が目前に迫っているにも関わらず、2012年9月、独市町村会議(Deutschen Städtetage) が保育所整備を法的要請どおりに間に合わせる事ができないことを発表する等保育所整備の進捗が順調ではない現状にあり、さらに9月発表された2011年の出生率が1.36と前年から0.03低下し過去最低レベルに留まったこと等成果が上がらないことから、既存の子育て支援対策の費用対効果が不適切であり全体として再検証すべき旨の指摘が政府に強くなされている。最大野党SPDが翌年の連邦議会選挙において、保育の充実を

年金改革等とともにテーマに掲げる等、子育て支援政策にも注目が集まっている。

■34) 6(5) 参照。詳述すれば、子の誕生から3年を限度に年金保険上児童養育期間が認められ、年金保険の強制被保険者となるが、実際には保険料納付することなしに平均報酬に対応する保険料を納付したものとみなされる制度。1992年年金改革法において1992年以降に生まれた子に係る児童養育期間が3年に延長され、1999年年金改革法において同評価が高められ、同3年間に於いて3.0の報酬点数(Entgeltpunkt)を得られることとなった。報酬点数に年金現在価値を掛け合わせて年金額が決定されることから、それだけ受給額が高まることとなる。与党CDUは2003年の党大会において、1992年前の児童養育についても評価充実するよう決議していたが実現していなかった。この措置により月50ユーロ程度ほど年金受給額が向上するため、保育手当よりも児童養育に対する経済的支援効果があるという考え。