

第2節 ドイツ連邦共和国 (Federal Republic of Germany)

社会保障施策

国際機関による経済動向と今後の見通し及び雇用・失業等の

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

- 2013年1月
- 好調なドイツ経済等により年金保険上の持続性積立金の余剰を活かし、年金保険料率が18.9%（前年19.6%）に引き下げられた。また、医療保険制度においても生じた巨額余剰金を活かし、ドイツ国民に嫌悪感が著しく高かった外来一部負担金制度（四半期に一度10ユーロ）が撤廃された。
 - 介護保険料率が0.1%引き上げられ原則2.05%とされ、認知症患者の支給（限度）額引上げ等に充てられたとともに、私的介護保障を任意に講じる者の保険料負担に対する連邦補助の支給（いわゆるプラーゲ・パール）制度が施行された。
- 2013年8月
- 公的な支援が講じられている保育の場を全く又はほぼ利用せず、3歳未満の児童を私的な環境（自宅等）で保育する両親に対する「保育手当」が導入された。
 - 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が付与された。

失業保険があり、社会保険制度はドイツとして5制度と、児童手当、社会扶助などがある。

ドイツ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。

1 概要

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

2 社会保険制度

(1) 年金制度 (Rentenversicherung)

イ 概要

表 3-2-15 年金制度

名称	「一般年金保険 (allgemeine Rentenversicherung)」及び「鉱山労働者年金保険 (Knappschaftliche Rentenversicherung)」
根拠法	社会法典第VI編 (SGB IV)
制度体系	
運営主体	<ul style="list-style-type: none"> ・「一般年金保険」については、連邦ドイツ年金保険組合、州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。 ・「鉱山労働者年金保険」については、鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険組合。

被保険者資格		被用者及び、自営業者のうち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）は強制加入。その他の自営業者、官吏恩給制度に該当する公務員等他の制度によって老齢時所得が保障されている者、僅少雇用（geringfügig）（年間の賃金平均月額が450ユーロ以下）の状態にある者は加入義務免除。 注1）加入義務が免除されている者で、過去5年以上の加入期間がある者や、加入義務のない16歳以上の者等については、任意加入が可能。 注2）農業従事者については「農業従事者社会保障制度」により、年金・医療・介護について別途提供。
老齢年金 受給要件	支給開始年齢	2012年から2029年にかけて、65歳から67歳まで引上げを行っている（2013年時点では65歳2ヶ月）。 ※繰上げ支給の仕組みにより、実際の受給開始年齢は平均で63.2歳（2009年）。
	最低加入期間	5年。
	その他	—
給付水準		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。（2013年の年金価格：旧西独地域28.14ユーロ（前年28.07ユーロ）、旧東独地域25.74（同24.92ユーロ））。
繰上（早期）支給制度		あり。 長期加入者、長期失業者又は高齢パートタイム労働者については63歳からの老齢年金の繰上げ支給が認められている。女性、重度障害者、長期日雇鉱山労働者については一定の条件の元に60歳からの支給が認められている。
年金受給中の就労		通常の年金支給開始年齢に至る前に完全年金として老齢年金を受給する者は、年金減額なく月450ユーロまでの追加報酬を得ることができる。通常の年金支給開始年齢（2013年においては65歳2ヶ月）に達した者については、追加報酬限度額を考慮する必要はない。
財源	保険料	原則労使折半の保険料率は、一般年金保険は18.9%、鉱員年金保険については25.1%（2013年1月1日時点）。
	国庫負担	保険料引上げ率に応じて自動的に改定。水準は、2012年で総支出の27.8%（一般的な税財源から18.5%、消費税及び環境税（エコ税）による税財源から9.3%）、総収入の23.6%。
その他の 給付 （障害、 遺族等）	障害年金	老齢年金支給開始年齢未満の被保険者の稼働能力が制限され又は失われた場合には、「稼働能力の減少を理由とする年金」が支給される。受給要件は、直近5年間に3年間の義務保険料を納付した期間を融資、かつ、稼働能力の減少前に一般的な最低加入期間を満たしていること。
	遺族年金	「死亡を理由とする年金」が支給される。すなわち、死亡した被保険者が一般的な最低加入期間を満たす場合、残された配偶者は再婚しない限りに於いて寡婦（夫）年金を受給できるほか、残された子は原則として満18歳まで遺児年金を受給できる。離婚した配偶者が死亡した場合で、再婚せずに子を養育し、一般的な最低加入期間を満たしているときは、死亡配偶者の扶養を代替するものとして養育年金が支給される。
実績	受給者数	老齢年金約1772万人、稼働能力の減少を理由とする年金約163万人、死亡を理由とする年金約54万人（2011年末）
	支給総額	給付費216,023百万ユーロ、総支出249,271百万ユーロ
	基金運用状況	賦課方式であるため基金運用はない。なお、準備金として持続性積立金制度があり、月額年金給付額の1.5倍超となれば保険料率下げ、0.2倍未満となれば保険料率上げが法律上義務づけられている。

□ 財源

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年までは22%を、2030年までは30%を上回らないようにするとされている。

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¹⁾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

年金給付額の改定においては、私的年金である「リ

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²⁾。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

■ 1) 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。
■ 2) リースター階段（2002～2010年において、0～4%に増進するよう、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% - 前々前年におけるリースター階段 - 前々前年における保険料率) / (100% - 前々前年におけるリースター階段 - 前々前年における保険料率)} によって算定され、持続性係数は、{(1 - 前々前年における被保険者に対する年金受給者の割合 / 前々前年における被保険者に対する年金受給者の割合) × 25% + 1} によって算定される。

欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向

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%の大幅な引上げとなり、2013年は旧東独でのこの2年間の強力な賃金上昇を受け3.29%引上げ、旧西独でも0.25%プラスとなった。

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49.6%（2012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³⁾。

(2) 医療保険制度 (Krankenversicherung)

イ 概要

表 3-2-16 医療制度

概要	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）。	
名称	公的医療保険 (gesetzliche Krankenversicherung)	
根拠法	社会法典第V編 (SGB V)	
運営主体	疾病金庫 (2013年1月: 134金庫)	
被保険者資格	一定の所得を超えない被用者、自営農林業者等。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88%である。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が義務づけられている（一般的加入義務）。	
給付対象	被保険者本人並びにそ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以下の者（被扶養者、原則18歳、就業能力の有無により年齢制限が異なる）保険料の追加負担なしに公的医療保険に加入することが出来る。これらの者に保険事故（傷病、妊娠、出産等）が生じた場合、給付対象となる。	
給付の種類	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、現物給付が原則。他に現金給付として傷病手当金 (Krankengeld) がある。	
本人負担割合等	外来については2013年始より自己負担撤廃、入院については1日につき28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）。	
財源	保険料	2013年においては15.5%（うち0.9%は労使折半ではなく保険者単独負担分）。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、当該を超える分につき、在財源による補助（社会的調整）を受ける。 ※交付金の分配は、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たりリスク構造調整。
	政府負担	保険給付になじまない給付（被扶養者に対する給付等）に充当するという目的及び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庫補助を実施（2012年は140億ユーロ）。
実績	加入者数	5,204万9千人（2012）
	支払総額	約1,845億ユーロ（2012年全体における公的医療保険の総支出）

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。

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）。

保険料率はかつては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た。

□ 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、

■ 3) 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）。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

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-Spitzverband）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。

八 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⁴⁾。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、それに見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。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⁵⁾。

(3) 介護保険制度（Pflegeversicherung）

イ 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%、2013年1月に0.1%引き上げられ、賃金の2.05%（被保険者：1.025%、事業主：1.025%）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、2.3%（被保険者：1.275%、事業主：1.025%）となっている。

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、必要な介護の頻度や介護のために必要な時間等に応じて、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高上げされる。

ロ 給付内容

- ①在宅介護・部分施設介護、②介護手当、③完全施設

■ 4) 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名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与えられるよう改められている。

■ 5) 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。

介護、④代替介護（年間4週間、1,550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、なお自己負担1割）がある⁶⁾。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。

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世話手当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。

表 3-2-17 介護保険の支給（限度）額（2013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対して引き上げられた支給（限度）額

この給付は、家庭内・家族が担ってきた介護を代替し、介護のために必要な費用負担を肩代わりしようとするものではなく、引き続き家族等による介護や要介護者・家族が費用負担することを前提としつつ、負担しきれない程の精神・肉体・経済的負担を軽減するための支援を行う性格のものである（部分保険）。このことから、要介護時に自己負担すべき介護費用は膨大なものとなり、その経済的負担が重い（賄い切れない場合は社会扶助の対象）ため、予め私的に介護保障商品を購入して備えを講ずることが介護政策的に重要化している（6（3）参照）。

八 サービス提供者

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。

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、全人口が8,052万人（うち外国籍約663万人）（2012年）、高齢化率は21%（2010年）となっていた。2011年における人口中位推計によれば、

■ 6) 「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、代わりに介護者を雇うための費用である。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
（社会保障施策）

スウェーデン

英国

EU

今後の高齢化率は、2030年で29%に達すると見込まれている。

2013年5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177万人、施設に約77万人存在している。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（約半数が専ら現金給付のみ受給）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、2012年末現在、在宅では要介護Ⅰが62.6%、要介護Ⅱが29.0%、要介護Ⅲが8.5%、施設では要介護Ⅰが43.0%、要介護Ⅱが37.5%、要介護Ⅲが19.5%となっている。

3 公衆衛生施策

(1) 行政組織等

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⁷⁾。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、保険医の数が多し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、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。2011年における病院数は、ドイ

ツ全土で2,045、うち一般病院は1,736であり、設置主体別の内訳は、公立病院が529（30.5%）、公益病院が635（36.6%）、私立病院が572（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見える。

(3) 医療従事者

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2011年現在約342,000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（社会法典第12編）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と、疾病、障害、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特別扶助がある。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。

ドイツは、基本的に生活保護のみしかない日本とは異なり、最低生活保障制度は一本でない。社会法典第12編に基づく生活扶助に併せて、高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障（Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung）が存在している。違い等については（4）参照。

■ 7) 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。

国際機関による経済
動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

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が、高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障については2014年以降は連邦政府が100%負担すべく、段階的に地方公共団体に供与する連邦負担割合の引上げが行われている。

(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、33万2千人（2011年末）であり、そのうち65歳以上は主に（4）の給付対象となるため7万3千人に留まる。

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) 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）。受給額は、所得、世帯規模、家賃額により異なるが平均家賃394ユーロの場合月額113ユーロ（2011年現在）となっている。

(3) 特別扶助

特別扶助は、大きくは保健扶助、障害者のための社会統合扶助、介護扶助、特別な社会的困難を克服するための扶助、その他の境遇における扶助の5種類から成っている。それぞれ、疾病、障害、介護、いわゆるホームレス等、各々の境遇に応じた措置・支援を行うための制度的根拠となっている。何らかの特別扶助を受給している者の数は、計37万3千人（2011年末）である。

(4) 高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障

高齢や稼働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、高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障という給付がある。受給者は、生活困窮者のうち、65歳以上の者又は18歳以上で稼働能力が減少・喪失した者とされている。2012年現在の受給者数は84万4030人（うち65歳以上は43万6,210人（同年年齢層全体の2.6%））。

同給付は、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、ラストリゾートであり後順位性が徹底される生活扶助と異なり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。

(5) 求職者に対する基礎保障 (Grundsicherung fuer Arbeitsuchende)⁸⁾

上に説明してきた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を受給が切り替わっている。2012年における失業給付IIの受給者数は、年平均で約444万2,894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⁹⁾、責任の主体が明確でない

■ 8) 詳細は、「労働 2(6) 口失業給付II」参照。

■ 9) すなわち、稼働能力がある者であって失業等により生活に困窮するいわゆる現役世代については、日本では稼働能力が減少・喪失した者と含めて生活保護制度に基づく福祉行政の対象となっているが、ドイツでは労働市場政策上の給付等と併せて、労働行政当局（ジョブセンター）の対象となっている。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

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

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、そ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

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

民間団体及び自治体などの公的団体により行われてい

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。

【参考】ドイツにおける障害者福祉関連施策概要

ドイツには、日本における身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者福祉法、障害者総合支援法のような特別法は存在せず、関連給付機関は多岐にわたっている。一方で、日本と同様に、障害者の雇用率及び同割合が達成できない場合の調整納付金制度が存在している。

障害者福祉に関する法制度としては、「障害者平等化法（Behindertengleichstellungsgesetz：BGG）」（2002年5月施行）において、社会生活における障害者の不利益取扱の禁止と機会均等の実現、そのためのバリアフリーを義務付けた。また、「一般均等待遇法（das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz: AGG）」（2006年8月施行）で、人種若しくは民族的背景、性別、宗教若しくは世界観、障害、年齢又は性的志向を理由とする不利益取扱の防止及び排除を規定している。

なお、国連障害者権利条約を2009年に批准し、2011年に同条約を実施するための200関連施策を盛り込んだ国家アクションプランを策定した。指導理念は、統合社会（inklusive Gesellschaft）の実現である。

国際機関による経済
動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

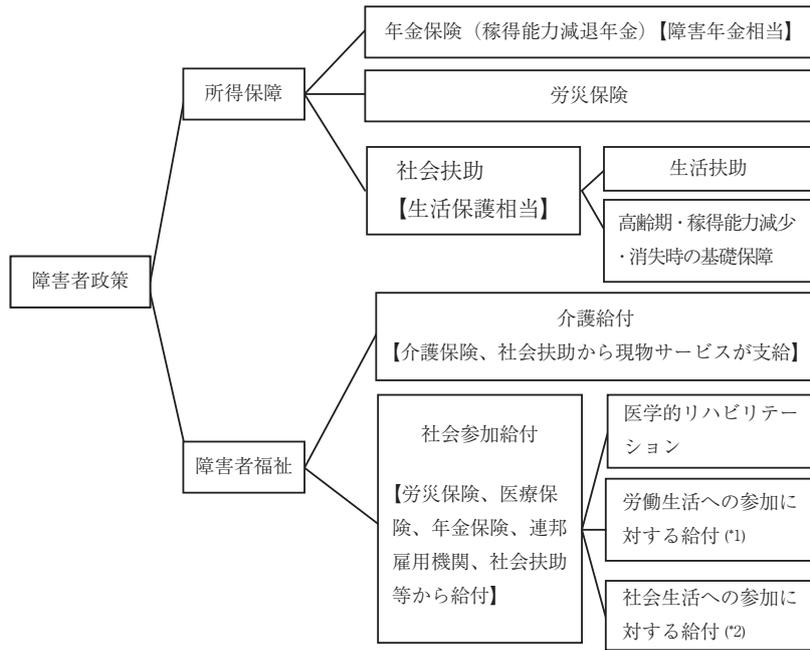
ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向



(*1) 障害者の就労支援のための給付をさし、その内容は、①助言、斡旋、訓練措置、移動援助に対する給付を含む雇用維持又は求職のための手当、②障害のために必要とされる基礎教育を含む職業準備、③職業への適応及び再教育、④職業訓練、⑤起業補助金、⑥その他の援助
 (*2) 未就学児に対する療育給付、環境理解の促進に対する給付、社会生活や文化的な生活への参加に対する給付、障害者の特別なニーズに適合するような住宅の獲得・改築・増築・保持に際しての援助等
 (参考資料：森岡子 (2009) 「ドイツにおける障害者福祉の現状と課題—介護給付と社会参加給付を中心に—」、『海外社会保障研究』第166号)

(4) 児童家庭施策

イ 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) (2013年現在) 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 (2013年現在) 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。

ロ 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 (原則として給付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¹⁰⁾。

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 (2013年現在)。従来、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かったが、2013年より同措置は撤廃された。

児童控除は、児童1人当たり年額2,184ユーロ (夫婦

■ 10) 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

カナダ

米国

フランス

ドイツ (社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

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)(2013年現在)。このほか、養育にかかった費用(Kinderbetreuungskosten)については、2012年以降は親子の置かれた境遇に関わらず、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。

二 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いる。2008年の「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)」により、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し、それまでに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こととされた。これを確実に履行できるよう、連邦政府も約5億8,050万ユーロの補助金を州に交付する等して量的整備を近年急激に推進してきたが、依然需要に追いついていない点について引き続き整備を行っていくこととされている。

なお、2013年3月1日現在、3歳未満の児童に係る保育所の利用率(BetreuungsquoteないしBesuchsquote)は、全独で29.3%(2011年は21.5%)、旧西独地域で24.2%(同162.3%)、旧東独地域で49.8%(同43.8%)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93.6%(同92.4%)、旧西独地域で93.6%(同91.9%)、旧東独地域で95.6%(同95.3%)となっている。

ホ 保育手当(Betreuungsgeld)

公的な支援が講じられている保育の場を全く又はほぼ利用せず、3歳未満の児童を私的な環境(自宅等)で保育する両親が受給できる現金給付であり、2013年8月から導入されている¹¹⁾。その主要事項は、次のとおりである。

- ① 2013年8月より、月額100ユーロを満1歳である(2歳未満の)児童を対象に支払う。
- ② 2014年8月より、月額150ユーロを満1歳及び満2歳の(3歳未満の)児童を対象に支払う。¹²⁾
- 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。

当該手当に係る最近の動向は、6参照。

ヘ 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。

■ 11) 2012年11月に成立した保育手当法(Betreuungsgeldgesetz: 連邦両親手当・両親休暇法(Bundeselterngehd- und Elternzeitgesetzの一部を改正する法律)を根拠とする。
 ■ 12) 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。

6 近年の動き・課題・今後の展望等……

(1) 2012年4月「年金改革パッケージ」の一部実現

2012年4月、ドイツ労働社会省は、深刻化しゆく高齢貧困問題に適切に対応するための年金改革パッケージを公表した¹³⁾。政府与党全体としての検討を改めて行った末に、2013年3月、CDU/CSU 及び FDP の連立与党として、連邦議会選挙後に生活給付年金 (Lebensleistungsrente : イの補助年金の改名であり同趣旨) 制度、母親年金制度 (Mutterrente:1992年より前に生まれた子にかかる母親等の年金保険制度上の児童養育期間の評価の引上げ¹⁴⁾) 等を実現することが合意された。2013年9月の連邦議会選挙後の連立交渉において、CDU/CSU の年金政策は交渉政党 (SPD 又は緑の党) との間に致命的な違いは見られないと指摘されており、財源等の折り合いを付けつつ、これら政策の実現に向けた途に進むものと見られる。

(2) 医療保険改革

2010年12月に成立した「医薬品市場再編法 (AMNOG)」及び「公的医療保険資金調達法 (GKV-Finanzierungsgesetz)」に基づく措置¹⁵⁾のうち、新薬に係る追加的有用性評価及び評価結果に基づく疾病金庫中央連合会との価格交渉制度は薬価の国際的形成に大きな影響を及ぼすものであり、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価格凍結制度は製薬企業の当面の経営にとって少なからぬ打撃となっている。当該時限措置の延長の有無が、2013年9月の連邦議会選挙後の連立交渉において取り沙

汰されるものと予想される。

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¹⁶⁾。

2013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¹⁷⁾している。これを活かし、ドイツ国民に嫌悪感が著しく高かった四半期に一度10ユーロ徴収されていた外来一部負担金制度が2013年初より撤廃された。また、連邦保健大臣等は余剰金から保険料の被保険者へのキャッシュバックを被保険者に奨励するとともに、一連の医療制度改革で削減策の対象となった病院団体、薬局のほか、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に対する報酬等の引上げが行われている¹⁸⁾。また、この余剰等が理由とされ、連邦一般予算の健全化のため、2012年に補助上限である140億ユーロに達していた連邦補助が、2013年分は115億ユーロに削減されている。2014年分は2012年秋の連立与党合意では120億ユーロと計画されていたところ、さらなる連邦予算財政健全化のため105億ユーロに減額される見通しである。

(3) 介護保険改革

待ったなしの認知症対策に対応するため、2012年6月、保険料率の0.1%の引上げ、認知症患者に対する給

■ 13) 内容は2011～2012年 海外情勢報告 186p 参照
 ■ 14) 児童養育期間の評価の引上げ制度は、子の誕生から3年を限度に年金保険上、児童養育期間 (Kindererziehungszeit) 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と見なされるもの。1992年年金改革法において、1992年以降に生まれた子にかかる児童養育期間が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ため、それだけ受給額が高まることとなる。CDUは2003年の党大会において、1992年前の養育評価に係る充実を決議していたが、実現していなかった。
 ■ 15) 内容は2011～2012年海外情勢報告 187p 参照
 ■ 16) 内容は2011～2012年海外情勢報告 188p 参照
 ■ 17) 2012年の公的医療保険制度全体の収支では、約50.7億ユーロの黒字となり、結果、約283億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、ドイツ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の率の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。
 ■ 18) 近年削減策の対象となった医療関係団体のうち、製薬企業は現在までのところこの余剰の恩恵を受ける施策の対象となっていない。これは製薬産業への信頼や国家産業としての重要性が、ドイツ国民にとって低いと指摘されており、政治もこれを踏まえた政策を連邦議会前に取らなければならないという固有事情による。なお、CDU/CSU 選挙プログラムでは製薬産業の振興が明記されており、今後の方針転換は皆無ではないと見られる。

国際機関による経済動向と今後の見通し及び雇用・失業等の

カナダ

米国

フランス

ドイツ (社会保障施策)

スウェーデン

英国

E U

付（上限）額の引上げ、グループホーム整備の強化及び年間60ユーロの連邦補助による私的介護保障加入の促進（任意）等による対策強化を主眼とする「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）¹⁹⁾。そのうち、連邦補助による私的介護保障加入の促進（任意）は、推進したダニエル・バール連邦保健大臣（FDP）の名をとって「プフレグ・バール」（Pflege Bahr、英語ではバール・ケア）と通称され、老後の備えに対しドイツ国民の高い関心を集める政策となっている。

2013年6月、バール大臣の下に設置された「新しい要介護状態の定義の具体的設定に係る専門家審議会」が、2009年にウラ・シュミット大臣（SPD）下の連邦保健省でとりまとめられ未実施の「要介護状態の概念の見直しに関する審議会」報告書²⁰⁾において積み残されたとされる課題を整理し、制度改正に進めるための報告書を提出した。その主要な内容は、次のとおりである。

- ① 従来の3段階の要介護段階（Pflegestufen）に代えて、5つの要介護度（Pflegegrade）から成る新しい要介護状態の定義を創設する。
- ② 要介護状態の新定義は、既に1995年以来適用されている身体的障害に重きを置いたもののほかに、認知上の疾病を患い、精神障害を有する要介護者にも同様に公平に対応するものとする。社会法典第11編第45b条、第123条に基づく従来の特別給付（Sonderleistungen）に代わり、今後は同じ要介護度を有する全要介護者が、同じ給付請求権を有するものとする。
- ③ 要介護度の段階づけ及び全要介護者の同等取扱いのための基盤として、新しい鑑定アセスメント（das neue Begutachtungsassessment（NBA））を導入する。モジュラーを設けるものであり、日常生活の介護に関連する領域における自立度の程度を測定する。特定の身体的な障害にのみに限定されていた従来

の制限は撤廃される。従来の時間の測定による精度確保（Scheingenauigkeit）は克服され、時間測定は廃止する。

- ④ これまでの要介護段階に係る鑑定では十分に配慮されなかった要介護児童の需要状況を、NBAにより適切に把握する。0～18ヶ月の児童に対しては、要介護度2及び3の間の額に相当する包括等級（pauschale Einstufung）を勧告する。
- ⑤ 基礎介護（Grundpflege）及び家事サービス（hauswirtschaftlichen Versorgung）のほかに、介護保険からの在宅世話給付（haeusliche Betreuung Leistung）を維持し、これらを介護保険の給付の3本柱として制度上同等の価値とする。在宅世話給付は今後、全要介護者、身体的障害により要介護となっている者に対しても、等しくカバーするものとする。
- ⑥ 完全施設介護では、追加世話提供をその給付ボリュームを含め維持する。同給付は今後、身体的障害により要介護者となっている者も含め、全要介護者が利用可能とする。
- ⑦ NBAは、給付額及びその拡大を根拠付けるものではない。これにより把握される自立性の程度（要介護度）は、人的支援とは無関係に導かれる規模のことであり、給付額を設定する一つの端緒である。このことから、介護保険の将来の給付額は、専門的論拠や、介護政策的な目標設定に立脚すべきこと（例えば、さらに在宅介護を強化すべきこと、要介護度が高くなればなるほど給付法令上より手厚く配慮すべきこと、介護に係る社会扶助への従属状況を勘案する等）を勧告する。
- ⑧ 介護新構築法に基づき設定されている従来の給付水準を、要介護状態の新定義の導入に伴う新給付額の設定にあたって、下回ってはならない。
- ⑨ 給付額の専門的根拠に基づいた調整次第で、介護保険に係る財政影響は異なったものとなる。本専門家審議会は、個々の専門政治上の影響分析を描くことができるよう推計例を示したが、これは立法上の意思決定を支援するための分析作業の一環に過ぎない。本推

■ 19) 詳細は2011～2012年海外情勢報告190p参照
■ 20) 内容は2011～2012年海外情勢報告189p参照

計例により、政治は、要介護状態の新定義の導入に伴う公的介護保険の財政繰りについて具体的決定が出来る。

- ⑩ 既存の受給者の移行のための経過措置の考え方の提示により、既存受給者が再申請することなく、形式的に移行できるようにする。形式的移行手続きにおいて従来の受給額よりも低額となる既存受給権者は、従来の給付請求権の額の無期限の既得権保護を受ける。立法者が既得権保護の期限を設ける限りにおいて、本専門家審議会はこれを3年を下回ってはならないことを勧告する。

2013年9月の連邦議会選挙の結果、FDPは全議席を失いバル大臣は落選したが、認知症対策の充実を始めとする介護の重要性は各党共通するところである。連立交渉等において、今後の介護政策の方向性について、本報告も踏まえつつ、重要な決定がなされるものと予測される。

(4) 児童家庭政策における改革

2012年11月、保育手当法が成立し、2013年8月から施行されている（内容は5(4)ホ参照）。同制度は、ドイツ最保守政党であるCSUが強く導入を推進したものであり、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²¹⁾、野党のほか、EU、OECDからは、チュー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・批判が強くなされた。

保育手当法の審議過程で、現金の適切な活用の徹底に資するよう、与党からの議員立法として、2014年1月1日より、保育手当を私的高齢保障又は教育貯蓄に投じた

場合、月額15ユーロの補助をボーナスとして受けられるオプションが追加された（2013年6月、保育手当補完法（Betreuungsgeldergaenzungsgesetzとして成立）。子の養育のため労働従事を減らし、将来の年金受給額を減らしている者に恩恵をもたらす²²⁾ほか、子の教育資金に手当が充てられるようにすることを意図するものである。

このほか、2012年9月に発表された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として再検証すべき旨の指摘が政府に強くなされた。クリスティーナ・シュレーダー連邦家庭大臣等政府は、現行家庭政策を総じて適当とする総括を行っているが²³⁾、連邦家庭省及び連邦財務省が政策評価を委託した ifo 研究所が、連邦政府が進める児童手当の引上げの政策効果を否定し、保育所整備充実を求める報告を提出する等、様々な立場がある。

家庭政策は、2013年9月の連邦議会選挙後の連立交渉で、第一党 CDU/CSU と連立候補政党である SPD 又は緑の党との間で、政策対立が最も大きいテーマの一つである。両左派政党は保育手当の廃止を公約しているため、同手当を最重視する CSU が一定の譲歩を迫られるほか、家庭に係る税制・手当のあり方でも交渉当事者間に対立が大きく、今後の政策は2013年10月現在展望することが出来ない。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

■ 21) 自由主義的立場を重視する与党（当時）FDPの抵抗が特に強かった。FDPは元来より同手当の意義を認めず反対の立場であったが、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たため、やむを得ず従ったものと見られる。
 ■ 22) CSU ドロシー・ベア副幹事長（当時）の説明
 ■ 23) 2013年6月のシュレーダー連邦家庭大臣の4年間の連立与党政権の家庭政策検証報告や、同月のショイブレ連邦財務大臣の発言による。