

- (注1) 収入が適正額を超える場合、年金クレジットは支給されないが、貯蓄クレジットは支給されることもある。最低所得保障制度の下では、老後に備えて私的年金に加入していた場合、私的年金全額が支給額から減額されていた。このため、老後の準備を行うインセンティブに欠けるという問題があった。この貯蓄クレジットにより、私的年金に係る減額が緩和される。
- (注2) 従来は、年金の支給開始を繰り延べた場合、繰り延べた期間の年金については支給開始後の年金に上乘せすることしかできなかった。

- (注3) なお、医療従事者のうち、一般家庭医、薬局(薬剤師)は、NHSと契約関係に立つ独立の事業主として位置づけられている。
- (注4) 児童手当は、16歳未満(全日制教育を受けている場合は19歳未満)の児童を扶養する家庭に支給される。2004年の支給額は、第一子で週当たり16.50ポンド、第二子以降は同11.05ポンドである。
- (注5) 家庭責任保護制度とは、育児等により就労することができず国民保険料を払えない者に対して、当該期間を国民保険料納付期間と見なす制度である。

## ドイツ

### 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、労働災害保険、失業保険及び介護保険の5つの社会保険制度と、児童手当、社会扶助などがある。

### 2 社会保険制度等

#### (1) 年金制度

##### a 制度の類型

公的年金制度は、1階建ての年金制度が分立している。被用者のうち労働者(ブルーカラー)については労働者年金保険、職員(ホワイトカラー)については職員年金保険に原則として強制加入することになっていたが、2005年より、労働者年金保険と職員年金保険とが一般年金保険に統合された。自営業者には任意加入が認められており、国民皆年金とはなっていない。このほか官吏恩給制度等がある。

##### b 制度の概要

公的年金保険の財源は原則労使折半の保険料(労使合わせて賃金の19.9%相当額、2007年1月現在)、国庫補助等である。財源の26.6%が国庫補助、72.9%が保険料である(2005年)。1992年の年金改革により、国庫補助は賃金上昇率と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た。さらに1998年4月からは、付加価値税の引き上げ分を財源とする追加的な国庫補助が行われており、1999年4月か

らは、環境税(エコ税)の増収分も年金財源に投入されている。

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。ただし、一定要件を満たした女性、長期失業者、長期被保険者、重度障害者等については、老齢年金を繰上げて支給できる。繰上げ支給する場合は、生涯にわたり月々の年金額が減額(早める月数×0.3%)されるのが原則であるが、重度障害者については63歳以降の支給開始であれば減額されずに満額支給が認められている。なお、2005年末現在の繰上げ支給開始年齢は、原則60歳(長期被保険者については63歳)であるが、年々引き上げられる傾向にある。例えば、長期失業者の繰上げ支給開始年齢は、2006～2008年にかけて60歳から63歳に段階的に引上げられる。

なお、年金額は、全被保険者の可処分所得の伸び率に応じて改定される。現在の現役世代の平均的な税・社会保険料控除前所得に対する年金の比率は約53%(2004年)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、2004年3月成立した「公的年金保険持続法」により、将来(2030年)においても43%を下回らないようにするとされた。

#### (2) 医療保険制度等

##### a 制度の概要

医療保険制度は、一般労働者、職員、年金受給者、学生などを対象とした一般制度と、自営農業者を対象とした農業者疾病保険とに大別され、その運営は地区、企業など(計8種類)を単位として設置されている公法

人たる疾病金庫(2006年9月:375箇所)を保険者として、当事者自治の原則の下で運営されている(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。

一般制度では、一定所得以上の者や公務員などは強制適用ではなく、皆保険政策はとられていないが、実際に公的医療保険でカバーされる者は、国民の約85%(2004年)に達している。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は、保険料の追加的負担なしに被保険者となる。

財源は労使折半で負担する保険料で、当事者自治の原則にしたがい、国庫補助は原則行われていない。保険料率は各疾病金庫ごとに定められている。なお、保険料率は全疾病金庫の平均で労使分合わせて14.2%(被用者:7.55%、事業主6.65%(2006年1月1日現在))<sup>(注1)</sup>である。

給付内容については、各種保険を通じ、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、現物給付を原則とする。また、このほかに、傷病手当金や出産手当金などの現金給付がある。医療給付の給付率は、被保険者、家族とも入院、薬剤給付などの例外を除き原則10割で自己負担がなかったが、2003年9月に成立した「医療保険近代化法」により、2004年1月から外来診察料について、四半期毎に10ユーロ徴収されることとなった。また、入院費や薬剤費についても自己負担の上げが行われている。

#### b 医師の組織

ドイツにおける医師の組織としては州医師会と州保険医協会とがあり、両者はいずれも公法上の団体で、州保険医協会の上には連邦保険医協会が存在する。

保険医協会の古くからの主要業務は、医療(診療)報酬の配分を行うことである。ドイツは日本と異なり、契約(保険)医は一定間隔で診療報酬の請求を保険医協会に提出する。保険医協会と疾病金庫(健康保険組合)との間で取り決めがあり、保険医協会は適正な診療であるかどうかを審査し、不適切なものを排除してから疾

病金庫に送る。疾病金庫も自らの立場で審査し、決定した報酬は一括して保険医協会に渡す。保険医協会は契約医への配分額を決定して手交することになっている。このように、保険医協会は、医療費に関して重要な役割を果たしている。

#### c 診療報酬総額

診療報酬総額は、州保険医協会と州疾病金庫連合会との間で決められ、伸び率は基本賃金の伸びなどを考慮に入れることになっている。

保険医が受け取る診療報酬は、診療報酬総額を実績に基づき配分したものである。

### 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

医療施設としては、開業医と病院とがある。開業医(家庭医)<sup>(注2)</sup>は一般開業医、専門開業医、歯科開業医に分類される。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。

#### (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5~6年)を修了することにより、専門医の認定を受ける。

なお、2004年10月より、卒後18か月間の実地研修が廃止された。

## 4 公的扶助制度

他の援助が得られない生活困窮者に対して与えられる公的扶助として、連邦社会扶助法(1962年実施)に基づく社会扶助(Sozialhilfe)があり、失業給付(Albeitslosengeld; ドイツにおける失業保険)及び失業扶助(Albeitslosenhilfe; 失業給付が終了した者に資力(収入や財産)調査の上で支給)の受給権のない人々へのセーフティネットとして機能してきた。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、障害、疾病、要介護などさまざま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。いずれも資力調査が要件となっている。

生活扶助の給付内容は、食料、住宅、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など)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。

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。

生活扶助の受給者数は、292万6千人(2004年)である。これに対し、特別扶助の受給者数は、151万3千人(2004年)である。

なお、2005年1月に失業扶助が廃止され、「失業給付Ⅱ(AlbeitslosengeldⅡ)」が新設された。この改革により、失業給付受給が終了した者で就労可能な者は失業給付Ⅱ、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。

## 5 社会福祉施策

### (1) 社会福祉施策全般

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基本法(憲法)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。日本の社会福祉法人に該当するものは存在しない。

### (2) 高齢者保健福祉施策

#### a 高齢化の状況

連邦統計局によると、2005年には、全人口が8,244万人であるのに対し、65歳以上人口は、1,587万人であり、高齢化率は19.3%となっている。今後の高齢化率は、2050年で30.2%に達すると見込まれている。

#### b 施策の実施主体

サービスの実施主体は、公的セクターに限定されず、地方公共団体の他にも、民間福祉団体、教会等の民間の非営利団体や営利団体など、多岐にわたっている。

#### c 在宅サービス

在宅サービスは、主として訪問看護、在宅介護、家事援助、相談等保健・医療・福祉にわたり、総合的にサービスを提供するソーシャル・ステーションが実施している。対象は高齢者に限定されない。

#### d 施設サービス

施設サービスとしては、老人居住ホーム、老人ホーム、老人介護ホーム等が存在する。このうち、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、個々の高齢者のニーズに応じて、必要な場合には身の回りの世話、食事等のサービスが施設側から提供される。老人ホーム、老人介護ホームはそれぞれ、日本の養護老人ホーム、特別養護老人ホームに相当する。

## e 介護保険

## (a) 公的介護保険制度の概要

原則として全国民が被保険者として強制加入(民間医療保険加入者は、原則、民間介護保険に義務加入)となる。なお、介護金庫が実施運営する制度を「社会介護保険」、民間医療保険会社が実施運営する制度を「民間介護保険」と称する。

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1996年7月以来、賃金の1.7%(被保険者:0.85%, 事業主:0.85%)であるが、2005年1月より、子を有しない23歳以上の被保険者に関しては、1.95%(被保険者:1.1%, 事業主:0.85%)となった。

給付の要件は、要介護度及び介護給付の決定を受けることであるが、当該決定については、メディカルサービス(MDK、疾病金庫が地域に共同で設置し、医師、介護士等が参加)の審査を経て、介護金庫が最終的に決定する。

給付内容は、①在宅介護給付と②施設介護給付がある。

## (b) 介護保険の給付内容

在宅介護給付には、①現物、現金給付(表参照)、②ショートステイ(年間4週間、1,432ユーロ以内)、③代替介護(年間4週間、1,432ユーロ以内)、④介護用具の支給・貸与(例:介護ベッド、車椅子、昇降装置)、⑤住宅改造補助(1件当たり2,563ユーロ以内)がある。

在宅介護給付を利用する場合は、原物給付と現金給付のいずれか単独でも、双方の組み合わせでも可能となっている。

施設介護給付については、介護度Ⅰで1,023ユーロ、介護度Ⅱで1,279ユーロ、介護度Ⅲで1,432ユーロ、特に重度なケースでは1,688ユーロ(いずれも月額)となっている。

〈表2-96〉ドイツの介護保険の給付内容

介護度	現物給付(ホームヘルプ、デイケア、ナイトケア)	現金給付(介護手当)
介護Ⅰ	月額384ユーロ	月額205ユーロ
介護Ⅱ	月額921ユーロ	月額410ユーロ
介護Ⅲ	月額1,432ユーロ	月額665ユーロ
特に重度なケース	月額1,918ユーロ	月額665ユーロ

## (c) 介護サービス事業所

在宅介護サービス事業所は、1万619か所(2003年)であり、そのうち、55%が営利団体立、43%が非営利団体立、2%が公立である。

施設介護サービス事業所は、9,743か所(2003年)であり、そのうち、37%が営利団体立、55%が非営利団体立、7%が公立である。

## (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。

## (4) 児童健全育成施策

a 出産時の手当として、出産休暇を取得する女性に対し、疾病金庫又は連邦保険庁から1日につき就労禁止期間の開始前3か月間の平均手取り日額(母性手当; Mutterschaftsgeld)が支払われる。疾病金庫からは1日13ユーロ、連邦保険庁からは総額210ユーロが上限とされる。休暇期間中も平均賃金相当額が使用者から支払われ、母性手当を受給した場合にはその額が控除される。

b 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(Kindergeld; 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)又は所得控除(Abesetzbarkeit)を受けることができる(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)。1996年1月から始まった家庭政策の総合的な改善の一環として、金額、支給年齢の上限、所得額の引上げ等大幅な改善が図られた。

児童手当は、所得の多寡にかかわらず、原則として、18歳未満のすべての子供を対象に支払われる。支給金額は、第1子から第3子までは1人につき月額154ユーロ、第4子以降は1人につき月額179ユーロである。

また、育児のために週30時間未満しか就労していない、又は職に就いていない親は、子供が2歳に達するまでの間、育児手当(Erziehungsgeld)を受給できる(所得制限あり:子供が1人の場合は、両親の年収が3万ユーロ以下)。受給額及び期間は、子1人につき月額300ユーロを24か月又は月額460ユーロを12か月のいずれかを選択できる。2007年以降に生まれた児童については、育児手当に代えて、子の出生に際して従前の所得に代替する給付としての「両親手当(Elterngeld)」が新たに導入される(6(3)d参照)。

なお、年金計算上の評価の措置として、児童養育期間が認められており、子供を養育している者は、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、その間の平均報酬に相当する保険料を支払ったものとして評価される。

c 3歳未満の子供を持つ親は、それぞれ最長3年間休暇を取得(期間が重なっても可)するか、パートタイム労働に移行することができる(両親休暇: Elternzeit)。

d 託児所(krippe)は0～3歳の児童を対象とする。託児所の整備は、旧東独地域に比して旧西独地域の方が遅れている。具体的には、3歳未満の児童100人当たりの託児所定員数は、2002年には、全独で9人、旧西独で3人、旧東独で37人である。

2005年1月より、

- ① 託児所、複合保育所(Kindertagesstaette)<sup>(註3)</sup>及び家庭預かり保育を拡充し、3歳児未満の児童の受け入れ体制を整えること(2010年までに23万人分拡充)、
- ② 保育の質を向上させ、乳幼児の早期育成をはかること、
- ③ 両親に対して様々な保育の選択肢を提供し、家庭預かり保育を拡充すること、

を目指す保育整備法が施行され、連邦政府は、州及び市町村(Kommune)に対し、失業扶助及び社会扶助の見直しによる経費削減等により浮いた費用から、毎年15億ユーロを児童保育の整備に利用することを可能にした。

## 6 近年の動き・課題・今後の展望等

### (1) 概要

2002～2003年にかけて、第二次シュレーダー政権(当時)は、労使折半で保険料を徴収している社会保障の負担(2003年当時の保険料は、年金19.5%、医療保険14.3%、介護保険1.7%、失業保険6.5%を合計すると42%)が大きくなりすぎたため、企業の国際競争力や雇用創出能力を失わせているとの認識に基づき、リユールップ委員会報告及びアジェンダ2010に基づき社会保障改革を実施した。

2005年秋の国政選挙において、従前から政権を交代で運営してきたドイツの2大政党である社会民主党(SPD)とキリスト教民主社会同盟(CDU/CSU)の勢力が拮抗し、両党の間で話し合いが行われ、11月22日CDU/CSUのメルケル党首を首相とする大連立政権が発足した。

これに伴い、省庁再編が実施された(下図参照)。今回の再編により、労働分野及び厚生分野の省庁編成は、2002年以前の体制<sup>(註4)</sup>に戻る事となった。

また、再編後の連邦保健大臣は、前連邦保健・社会大臣のウラ・シュミット(社会民主党)が再任された。

〈表2-97〉 2005年11月厚生労働分野担当省庁再編図

旧	主な所管分野	新(2005年11月以降)
連邦経済・労働省(BMWA)	経済政策	連邦経済・技術省(BMWi)
	労働政策	
連邦保健・社会省(BMGS)	年金	連邦労働・社会省(BMAS)
	介護保険	
	医療保険	

### (2) 社会保障改革推進のための提言

#### a リユールップ委員会

2002年11月、ウラ・シュミット連邦保健・社会大臣は「社会保障の資金調達を持続性に関する委員会」(委員長の名をとって「リユールップ委員会」と呼ばれる)を発足させ、年金保険、医療保険、介護保険の中長期的な抜本改革案をまとめたが、現在のところ制度改革が行われたのは年金のみ(公的年金持続法)にとどまっている。

医療に関しては、「リユールップ委員会」より、医療保険の財源調達方法につき中長期的な抜本改革案が示

されている。第1案は「市民保険方式(又は国民皆保険方式)」であり、公務員、自営業者も公的医療保険に強制加入させ、家賃、利子所得等も保険料の賦課対象にし、保険算定限度額(保険料算定の対象となる所得上限額)を引き上げる考え方である。第2案は「定額保険料方式」であり、被保険者が月約210ユーロの定額保険料を負担(低所得者の負担が増えないよう国庫補助を導入)する考え方である。

介護保険に関しても、「リユールップ委員会」より、2010年から制度を抜本的に改革し、①現役世代・年金生活者共通の保険料率は1.2%とし、現役世代は別途0.5%を自分の将来の介護のために積み立て、年金生活者からは別途2.0%の保険料を徴収する、②給付を毎年改善(スライド)する、③在宅給付の水準を引き上げるといった内容の改革構想が示されている。

## b アジェンダ2010

2003年3月、シュレーダー首相は連邦議会における所信表明演説で、自らの改革方針「アジェンダ2010」を公表し、労働市場改革とともに、医療保険改革、年金保険改革を断行することを宣言した。その後の政治的な調整を経て、2003年9月に医療保険改革法、2003年12月に短期的年金改革法、2004年3月に中長期的年金改革法が成立した。

### (3) 社会保障改革をめぐる直近の動き

#### a 年金制度改革

連立政権は、発足直後の2005年11月に今後4年間の政策指針となる連立協約を発表した。その中で、2012年から2035年にかけて段階的に年金支給開始年齢を現行の65歳から67歳へ引き上げる(その後、2006年2月に移行期間の終期を2029年に前倒しにすることに連立政権は合意)。ただし、45年間勤労し、保険料を納めた者については、従来どおり65歳から満額の年金支給を受給できるとしている。なお、年金保険料は、現行の19.5%から19.9%へ2007年に引き上げるとしている。

なお、1982年の連邦憲法裁判所の判決に則り、2004年に成立して2005年に施行された老齢所得法においては、老齢年金給付が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。

#### b 医療改革

(a) 2005年9月に実施された連邦議会選挙に際しては、社会民主党(SPD)が前述(6(2)a)のリユールップ委員会の「市民保険方式」に相当する「国民保険(Bürgerversicherung)」の導入を主張したのに対し、キリスト教民主同盟/社会同盟(CDU/CSU)が「定額保険料方式」に相当する「人頭定額保険料(Gesundheitsprämie)」の導入を主張した。

(b) 同年11月に連立与党によって合意された連立協約は、持続可能な公的医療保険の財政構造を形成するための方策について、2006年中に成案を得ること等を盛り込んだ。

(c) 2006年7月に連立与党の合意を経て閣議決定となった「2006年医療改革重点項目」は、

- ① 2007年より、当面の財政対策として、保険料率を約0.5%分引き上げること
- ② 2008年より、児童に係る医療費を社会全体で賄うため、増税なしに税財源から充当する分を段階的に拡大すること
- ③ 2008年より、疾病金庫間の競争を促進するため、医療基金<sup>(注5)</sup>を創設すること
- ④ 私的医療保険を維持しつつ、無保険者を解消するため、私的医療保険が公的医療保険に相当する基本診療報酬表を提供して無保険者を受け入れる義務を課するとともに、私的医療保険相互間及び私的医療保険と公的医療保険との間における老齢積立金の携行を可能にすること
- ⑤ 原則として、給付範囲及び患者負担を維持すること等を盛り込んだ。

(d) 同年10月における連立与党の合意は、

- ① 医療基金の導入を2009年に延期すること
- ② 被保険者の収入の1%を超過しない付加保険料のほか、被保険者の収入を問わない月額8ユーロを限度とする付加保険料の徴収を可能にすること等を盛り込んだ。

(e) 医療改革法案は2007年2月国会を通過し2007年4月1日に施行される。

### c 介護保険改革

2005年11月の連立協約では、①現在の賦課方式の制度に積立方式的要素の付加、②リハビリ・予防を介護が必要となる前又は介護時に重視、③公的介護保険及び民間介護保険間の財政調整制度の導入、④給付額のスライド制の導入、⑤認知症患者に対する給付の充実が掲げられ、2006年夏までに改革法案を提出するとされた。

しかし、2006年12月1日現在、法案は提出されていない。医療保険及び介護保険を所管する保健省の政務次官は2006年8月31日に、「介護保険改革は、介護保険が医療保険の傘下の制度であることから、医療保険改革が完了した後、実行される」と述べており、当分の間進展はない見込みである。

### d 新たな児童健全育成施策(両親手当(Elterngeld)の導入)

育児のために労働時間を短縮して週30時間未満とする親及び休業する(従前より就労していない者を含む)親は、現在、子供が2歳に達するまでの間、育児手当(Erziehungsgeld)を受給できるが、2007年1月1日以降生まれた子供については、育児手当に換えて、新制度である両親手当が支給されることとなった。

育児手当は、12か月支給の場合、月額460ユーロの定額給付であったが、両親手当は、育児休業を取得する親の場合、従前の手取り賃金(社会保険控除後の賃金)の67%(月額1,800ユーロが上限)を12か月(母親だけでなく父親も同様に最低2か月にわたって就業を制限して育児に従事する場合は14か月)支給する。ただし、低所得者(従前より就労していない者を含む)については、月額300ユーロが最低保障として支給される。また、両親手当には所得制限がない点も変更点である。

(注1) 医療保険料は被用者と事業主の折半であったが、2005年7月1日より労働者のみ追加保険料として0.9%が上乗せされて徴収されている。

(注2) 家庭医  
ドイツでは、1924年に専門医制度が発足し、専門医と家庭医が確立し、医師免許を取得すると家庭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、それを済ませないと保険医として認めないようになった。現在は、一般専門医の資格を有する家庭医(専門開業医)と、専門医資格を有しない家庭医(一般開業医)とがある。

(注3) 複合保育所(Kindertagesstaette)は、以下の3施設の複合施設である。①3歳児未満を対象とする託児所(Krippe)、②3歳以上就学前の保育所(Kindergarten)、③就学児童保育施設(Hort)。

(注4) 2002年の連邦議会選挙後、戦後長らく労働・社会保障分野を所掌して存在していた連邦労働・社会(秩序)省(BMA; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung = Federal ministry of Labor and Social [order])が、従前の連邦経済・技術省と統合され、連邦経済・労働省となる大規模組織改編が行われた。従前の労働・社会(秩序)省のうち、社会保障関係部分等は、新編の連邦保健・社会省に編入された。

2002年の省庁再編はドイツの近隣国の組織にも大きな影響を与えた(例:オーストリアが従前の連邦労働・社会省を経済労働省に改変)。

(注5) 医療基金(2006年10月時点で検討されている法案の骨子)  
医療基金は、保険料及び税を受け入れる。保険料は、収入比例であり、保険料率は、法令で統一的に規定され、保険料の徴収は、地域単位の徴収機関に一元化される。医療基金が常に少なくとも疾病金庫の平均的な支出の95%を賄うよう、法令で規定され、医療の進歩及び人口構造の変化を通じた医療費の増大は、保険料及び税によって賄われる。  
医療基金は、各疾病金庫に対し、加入者数に応じた包括払いをするとともに、疾病金庫間の財政調整を実施する。赤字の疾病金庫は、経費を節約する診療報酬表の提供、被保険者の収入の1%を超過しない定額又は定率の付加保険料の徴収等により、赤字分を埋め合わせなければならない。黒字の疾病金庫は、保険料の払戻し等により、黒字分を被保険者に還元することができる。