

ドイツ

(参考) 1ユーロ=116.26円 (2010年期中平均)

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 (Rentenversicherung)

a 制度の概要

ドイツでは、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、他の制度によって高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。)

b 財源

公的年金保険の主な財源は、原則労使折半の保険料

(2010年1月現在、保険料率は労使合わせて19.9%)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(Nachhaltigkeitsruecklage)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、2009年で総支出の27.6%¹⁾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。

c 給付

老齢年金は原則65歳以上の者に支給される。ただし、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(2008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

■ 1) 内訳は、一般的な税財源から18.6%、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。
 ■ 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、 $\{(100\% - \text{前々前年におけるリースター階段 - 前々前年における保険料率}) / (100\% - \text{前々前年におけるリースター階段 - 前々前年における保険料率})\}$ によって算定され、持続性係数は、 $\{(1 - \text{前々前年における被保険者に対する年金受給者の割合} / \text{前々前年における被保険者に対する年金受給者の割合}) \times 25\% + 1\}$ によって算定される。

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（2010年の年金価格：旧西独地域27.20ユーロ、旧東独地域24.13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)

a 制度の概要

医療保険制度の運営は、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（2010年6月：166金庫）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。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、一定規模の国庫補助が行われている。（2010年は118億ユーロ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2011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、当該を超える分につき、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

■ 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）。

■ 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。したがって、2012年には上限である140億ユーロに到達する見込み。

■ 6) 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る。

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。

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 (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 (Regionale Euro-Gebuehrordnung) 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。

c 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、当該を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⁸⁾。

(3) 介護保険制度 (Pflegeversicherung)

a 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

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。

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、②17,000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。

%, 事業主: 0.975%) 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。

b 給付内容

介護保険の給付には、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、1,510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能力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200ユーロ以内)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。

〈表4-3-1〉ドイツの介護保険の支給(限度)額(2010年1月~2011年末)
(ユーロ)

介護度	在宅介護・部分施設介護	介護手当	完全施設介護
介護Ⅰ	月額 440	月額225	月額1,023
介護Ⅱ	月額1,040	月額430	月額1,279
介護Ⅲ	月額1,510	月額685	月額1,510
特に重篤なケース	月額1,918	—	月額1,750

c 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。

d 高齢者・要介護者の状況

連邦統計局によると、2008年は、全人口が8,200万人であったのに対し、65歳以上人口は1,673万人であり、高齢化率は20.4%となっていた。2009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28.8%に達すると見込まれている。

2010年初現在において公的介護保険の給付を受給している要介護者は、在宅に約163万人、施設に約74万人存在している。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、要介護Ⅰが52.9%、要介護Ⅱが35.0%、要介護Ⅲが12.0%となっている。

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

医療施設としては、開業医の運営する診療所と病院

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、代替りの介護者を雇うための費用である。

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「給付需要計画」に基づく制限があり、保険医の数が多すぎる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。2008年における病院数は、ドイツ全土で2,083であり、設置主体別の内訳は、公立病院が571(32%)、公益病院が673(37%)、私立病院が537(31%)となっている。

(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5～7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。

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)

生活扶助の給付内容は、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、32万5千人(2008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、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歳以上で稼働不能な者とされている。

■ 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。

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超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」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。2009年における受給者数は、年平均で約490万8000人となっている。なお、この失業給付Ⅱ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。これを受けて、政府は2010年7月に、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) 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、一人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（就労していない一人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週間前までに書面で行う必要がある。

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（一人親の場合や、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。

■ 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。
 ■ 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%が減算される（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。

(4) 保育所整備

保育所の整備は、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、近い将来における保育所不足が懸念されている。

なお、2009年3月1日現在、3歳未満の児童に係る保育所の利用率は、全独で17.4%（2008年は15.3%）、旧西独地域で12.0%（同10.0%）、旧東独地域で41.3%（同38.4%）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91.2%（同90.3%）、旧西独地域で90.5%（同89.6%）、旧東独地域で94.6%（同94.1%）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

2007年3月、CDU/CSU(キリスト教民主同盟)及びSPD(社会民主党)大連立政権の下、「人口構造の変化に応じた標準支給開始年齢の改定及び公的年金保険の財政基盤の強化に関する法律；年金支給開始年齢等調整法(RV-Altersgrenzeanpassungsgesetz)」が成立した。その主要内容は、次のとおりである。

- a 老齢年金の標準支給開始年齢を2012年から2029年までの間に段階的に65歳から67歳へ引き上げる。
- b 「特別長期被保険者に対する老齢年金」を新規に

導入し、45年以上の被保険者期間を満了した者が65歳で満額の年金の受給を開始することを可能にする。

また、2008年及び2009年における年金改定に際しては、当時の好況による賃金上昇の恩恵を現役世代だけでなく高齢者にも受けさせるための措置として、2008年及び2009年において適用されるべき「リースター階段」の適用を2012年及び2013年に延期したことにより、引上げ幅が増加した。

さらに、2009年には、政府は、平均賃金が下落した場合でも年金のマイナス改定は行わないことを保障するための法律改正¹⁴⁾を行っており、実際に2010年はこの規定によってマイナス改定を免れた。

(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)」が成立したところ、その主な内容は以下のとおり。

a 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¹⁵⁾を廃止するととも

■ 14) 改正前の法律にもマイナス改定を防ぐための「保護条項(Schutzklausel)」が存在していたが、これは「リースター係数及び持続性係数による調整は、結果として年金給付額の引下げにつながる場合には、適用されない」というものであり、今般検討されている改正は、たとえ平均賃金が下落した場合でも年金給付額の引下げは行わないことを保障するために保護条項の適用範囲を拡大するもの。なお、この措置によって不足する財源は、後の各年の年金改定における増額幅の半減によって調整されることとなる。

に、経済性審査¹⁵⁾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¹⁷⁾。

b 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¹⁸⁾。
- 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。

(3) 介護保険改革

「介護保険の構造的発展に関する法律(介護発展法；

Pflegeentwicklungsgesetz)」が2008年2月に成立し、同年7月より施行された。その主要内容は、次のとおりである。

- a 個人の需要に応じた在宅サービスの強化（地区単位の介護支援拠点の整備、ケースマネジメントの導入、2以上の要介護者による現物給付の共同利用（支給限度額の「プール」）の導入等）
- b 保険給付の改定（要介護者に対する支給限度額、現金給付額及び施設給付額等の段階的引上げ、世話手当の引上げ等）
- c 被用者に係る介護休暇の導入（15人以上の被用者を雇用する使用者に対して6か月を限度として無給での労働の免除を請求する可能性の付与等）
- d 介護における予防及びリハビリテーションの強化（リハビリテーション等を通じて要介護者の要介護度を引き下げた完全入所介護施設に対する一時金の支給等）
- e 介護サービスの質及び透明性の向上（医療保険メディカルサービスによる検査報告結果の公表等）
- f 世代横断的なボランティア活動に対する支援（介護に従事するボランティアのネットワークの構築）
- g インターフェース問題の解消（介護ホームによるホーム医の雇用等を通じた介護ホームにおける外来診療の改善等）
- h 経済性の向上及び官僚主義の解消（介護ホームによる介護従事者に対する地域で通常支給される水準の報酬の支給、介護施設の会計及び簿記に関する義務の簡素化等）
- i 自助の強化及び私的介護義務保険の適正化（介護金庫が私的付加保険を仲介する可能性の付与、私的介護義務保険が低所得者向けの料金表を提供する義務の導入（2009年1月～）等）
- j 保険料率の引上げ（1.7%→1.95%等）

■ 15) 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。

■ 16) 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基準値として定め、その基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。

■ 17) 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。

■ 18) 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。

また、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¹⁹⁾。当該報告の主な内容は、以下のとおりである。

- a 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。
- b 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。
- c 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：自ら若しく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

- d 要介護度は、従来の3段階から、5段階に改められる。
- e 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。

このほか、次期介護保険改革においては、個人単位の積立制の一部導入が検討されている。

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。

a 水準

〈表4-3-2〉ドイツの介護職員の最低賃金

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

ただし、この最低賃金は2014年末までの時限的措置であり、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。

■ 19) 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。

b 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80万人以上あり、そのうち基礎的介護を行う者は約56万人である。

(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。

- a 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）²⁰⁾。
- b 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）。
- c 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を受け、この計画どおりに整備を行ってもニーズを満たすことは到底できないのではないかという懸念の声が上がっている。

2010年10月、財政緊縮策に係る関連法が成立したところ、その一環として、両親手当の支給基準の改正が

行われた。その内容は、およそ以下のとおりである。

- a 所得が月額1,240ユーロを超える者については、両親手当の支給率を手取り所得の67%から65%に引き下げる。
- b これまで所得の一環として考慮されていた事業主からの給付（社用車の貸与等）やEU外における収入については、今後考慮しない。
- c 失業給付Ⅱの受給者に対して支給される両親手当は、追加的な収入として、失業給付Ⅱの算定上考慮する（これまで両親手当は、失業給付Ⅱとは別枠で支給下限の300ユーロを受給することができた）。

なお、当該財政緊縮策に係る関連法においては、社会保障分野では、これらのほかにも、

- a 失業給付から失業給付Ⅱの受給に切り替わった場合、その後24か月間支給していた月額最大160ユーロの加算を廃止する。
- b 失業給付Ⅱの受給者に係る年金加入義務の廃止と保険料額分の上乗せ支給を廃止する（ただし、今後とも、加入期間（カラ期間）としては算入される）。
- c 失業給付Ⅱの受給者に係る両親手当（同手当の最低額である300ユーロ）について、失業給付Ⅱの支給額を算定する際に収入として算入する。
- d 年金においてドイツ再統一関連の給付に関する年金保険者の支出に対する連邦予算からの補償を廃止する（給付自体はそのまま存続）。

といった制度改革を行っている²¹⁾。

■ 20) 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。

■ 21) 同じ財政緊縮策に係る関連法においては、こうした一連の給付削減措置を行う半面、医療基金への20億ユーロの補助金の投入も規定している。これは、追加保険料に係る社会的調整（前記7(2)b②参照）の原資として、積み立てられるものである。