

第2章 社会保障施策の概要と最近の動向

第4節 ドイツ連邦共和国 (Federal Republic of Germany)

少子高齢化が着実に進展するドイツでは、社会保障制度改革が進められ、安定的かつ持続可能な社会保障制度が運用されている。

人口動態については、2022年末時点で総人口が8,436万人と2年連続で増加している。出生数（73万9千人：2022年）が死亡数（106万6千人：2022年）を下回る傾向が続いているが、主にウクライナからの避難民の流入により、純移民数が146万人と、大幅に増加したことが人口増の主な要因となっている。

2023年9月末時点においても、8,461万人となっており、2023年においても更なる人口の増加が見込まれている。

資料出所：連邦統計局 (Statistisches Bundesamt) ホームページ

注：本編作成時の公開値に基づき記載

1 概要

(1) 全体像

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医療保険法（1883年）、労災保険法（1884年）、年金保険法（1889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、社会扶助等がある（労働分野には労災保険及び失業保険があり、社会保険制度は5制度）。

社会保障制度の根幹である社会保険制度の特徴として、

- ・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
- ・当事者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
- ・財政は税ではなく、その大部分が保険料によって賄われていること
- ・給付は負担した保険料との対応関係に立っていること

が挙げられる。

表 2-4-1 社会保障給付費全体の概要（2022年）

社会保障給付費全体	1兆1,785億ユーロ（対前年比+2.2%）
対GDP比	30.5%
給付の内訳 （事務コストを除く）	・医療及び就業不能に関する給付 4,587億ユーロ ・高齢及び遺族に関する給付 4,750億ユーロ ・児童、配偶者及び母子に関する給付 1,309億ユーロ ・失業給付 372億ユーロ ・その他 263億ユーロ

財源の内訳	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料事業主負担分 33.8% ・ 保険料被保険者負担分 30.4% ・ 政府による財政支出 34.1% ・ その他 1.7%
-------	--

資料出所：独連邦労働・社会省「Sozialbudget 2022」（2023年6月）

注：本編作成時の公表値に基づき記載

（2）所管省庁

医療保険や介護保険、公衆衛生施策は連邦保健省（Bundesministerium für Gesundheit）、年金や公的扶助は連邦労働・社会省（Bundesministerium für Arbeit und Soziales）が所管している。

また、認知症に対する施策など一部の高齢者施策については、連邦家族・高齢者・女性・青少年省（Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend）が実施している。

2 社会保険制度

（1）年金制度（Rentenversicherung）

イ 概要

連邦労働・社会省が所管しており、連邦ドイツ年金保険組合（Deutsche Rentenversicherung Bund（DRV））等が運営主体となっている。

表 2-4-2 年金制度

名称	「一般年金保険（die allgemeine Rentenversicherung）」及び「鉱山労働者年金保険（die knappschaftliche Rentenversicherung）」
根拠法	社会法典第VI編（SGBVI）
制度体系	<p style="text-align: center;">ドイツの年金制度概要</p> <p>【概念図】</p>
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（1か所）、州ドイツ年金保険組合（14か所）。

		・「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（1か所）。
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、医師・薬剤師、裁判官など他制度によって老齢時所得が保障されている者、ミニジョブのうち年間の労働日数が3か月以下又は合計で70労働日以下の者は加入義務免除。 注1) 加入義務免除の対象者であっても、16歳以上であれば通常の支給開始年齢まで任意加入が可能（海外在住ドイツ人を含む）。 注2) 農業従事者については「農業・林業及び造園社会保険」の枠組みの中で、年金・医療・介護について別途提供される。 注3) 被用者の賃金が月520ユーロ以下 ¹ の場合（ミニジョブ）、申請により加入義務の免除を受けることが可能。
老齢年金受給要件	支給開始年齢	2012年から2031年にかけて、従来の65歳から67歳に段階的に引上げを行っている。1958年生まれの場合、66歳0か月に到達する2024年より支給開始。1964年以降に生まれた者は67歳より支給される。 ※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64.4歳（2022年）。
	最低加入期間	5年
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点数等に基づいて算定され、全被保険者の可処分所得の伸び率等に応じて毎年7月に改定される ² 。 ※2023年7月に旧西独地域で4.39%、旧東独地域で5.86%の引上げを行ったことにより、予定を1年前倒して旧西独地域と旧東独地域の水準が同等となった。
早期支給制度		長期加入者（35年間以上加入）は63歳から早期受給可能（減額あり）。 超長期加入者（45年間以上加入）の早期受給は64歳2か月（2024年1月時点。65歳に段階的に引上げ中）から可能である。長期失業者や高齢パートタイム労働者及び女性（1952年以降生まれを除く）については、60歳からの繰上げ受給が一定条件の下で認められている。また、重度障害者に対する老齢年金については64歳2か月（2024年1月時点。65歳に段階的に引上げ中）から支給

¹ ミニジョブの月収上限は、2024年1月より538ユーロに引き上げられ、ミディジョブの月収下限は538ユーロを超える水準となる。（ミディジョブの月収上限は2,000ユーロの水準を維持する。）

² 年金給付額は、個人報酬点数×年金種別係数×年金現在価値（月額）で算定される。

個人報酬点数：個人の報酬を全被保険者の平均報酬に対する比として各年毎に算定した値を全被保険者期間を通じて合算した点数。

年金種別係数：年金の保障目的に応じて年金種類別に定められた係数のこと。老齢年金の場合は1.0。

年金現在価値：全被保険者の平均報酬額に相当する保険料を1年間拠出した時に受給できる老齢年金月額に相当する額。個人報酬点数1点当たりの単価に相当する。賃金の伸び率や保険料納付者に対する年金受給者の比率等に応じて毎年スライドする。（2023年は37.60ユーロ）

		されるが、61歳8か月（2024年1月時点。62歳に段階的に引上げ中）からの早期受給が、一定条件の下で認められている。
年金受給中の就労		通常の年金支給開始年齢に至る前に老齢年金（一部受給する場合を除く）を受給する者について、年金減額なく年間6,300ユーロまでの就労報酬を得ることができる仕組みとなっていたが、2023年1月以降、就労報酬限度額を考慮することなく年金を満額受給できることとなった。通常の年金支給開始年齢に達した者については、就労報酬限度額を考慮する必要なく、満額受給できる。
繰上受給／繰下受給		繰下げ受給：年金支給開始年齢到達後、年金を受給せずに働き続ける場合、1か月遅らせるごとに年金額が0.5%増額される。 繰上げ受給：長期加入者（35年以上加入）は繰上げ受給が可能。通常の支給開始年齢より1か月早めるごとに0.3%減額される。
財源	保険料	一般年金保険は18.6%（労使折半）、鉱員年金保険は24.7%（労働者9.3%、使用者15.4%）（2023年）。 ただし被用者の賃金が月520ユーロ以下の場合（ミニジョブ）、労働者：3.6%、使用者：15%。月520ユーロ超2,000ユーロ以下の場合（ミディジョブ）、労働者：賃金が低くなるにつれて保険料率も逡減、使用者：18.6%から労働者の保険料を差し引いた分。
	国庫負担	一人当たり賃金水準等に応じて改定。水準は、2022年で年金保険組合総収入の25.9%（一般的な税財源から16.7%、消費税及び環境税（エコ税）による税財源から9.2%）
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前に、被保険者の稼働能力が健康上の理由で減少又は喪失した場合には、「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、障害が発生する前の過去5年間に3年間の義務保険料を納付した期間を有し、かつ、稼働能力の減少前に5年間の一般的な最低加入期間を満たしていること。
	遺族年金	加入期間を満たす被保険者が死亡した場合、配偶者に対して「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おいて寡婦（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。死亡した被保険者に離婚した元配偶者がいる場合は、被保険者本人が最低加入期間を満たしており、さらに、その元配偶者が再婚せずに18歳未満の子を養育している場合、元配偶者に対して養育年金が支給される。
	基礎年金	2021年より導入された低所得者向けの給付で、単独で給付されるのではなく、既存の年金に加算して支給される。要件は少なくとも33年間の被保険者期間を有した上で、生涯の平均所得が一定の上限を超えないことなど。受給者数は110万人で、平均加算額は月86ユーロ（2022年）。
実績	受給者数	老齢年金1,858万人、稼働能力の減少を理由とする年金179万人、遺族年金550万人（2022年）
	支給総額	総支出3,227億ユーロ（2022年）

	平均支給額	旧西独地域 男性：1,593 ユーロ 女性：1,161 ユーロ 旧東独地域 男性：1,317 ユーロ 女性：1,207 ユーロ ※ 35年間の被保険者期間がある老齢年金の実績（2022年）
	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、準備金が月額年金給付額の1.5倍超となれば保険料率引下げ、0.2倍未満となれば保険料率引上げが義務付けられている。

資料出所：独連邦政府ホームページ

独連邦労働・社会省（BMAS）ホームページ

連邦ドイツ年金保険組合（DRV）ホームページ

連邦ドイツ年金保険組合（DRV）「Rentenversicherung in Zahlen 2023」（2023年6月）

連邦ドイツ年金保険組合（DRV）「Altersrenten im Zeitablauf 2023」（2023年6月）

注：本編作成時の公開値に基づき記載

ロ 財源

従来、保険料率の水準については、2004年3月に成立した「公的年金保険持続法」により、2020年までは20%を、2030年までは22%を上回らないようにするとされていた。2018年11月に成立した「公的年金保険給付改善及び安定化法」³により、保険料率は2025年まで20%を超えないことが規定された。

国庫補助については、1992年の年金改革により、保険料引上げ率等に応じて自動的に改定される。

ハ 給付

年金給付額の改定においては、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⁴。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、年金現在価値（単価）が下落

³ RV- Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz

⁴ リースター階段（2002～2012年において、段階的に4%に遞増し、2013年以降は4%で固定されている。）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。

することになる場合には、保護条項が適用され、単価は据え置かれることになる⁵。単価は2012年以降、好調なドイツ経済による賃金の上昇と顕著な雇用の伸びなどに伴い上昇傾向で推移し、2023年には、旧東独地域と旧西独地域の水準が同額となった。

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48.14%（2022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、「公的年金保険持続法」により、2020年までは46%を、2030年までは43%を下回らないこととされていた。2018年11月に成立した「公的年金保険給付改善及び安定化法」により、新たに、2025年までこの水準について48%を維持することとされた。また、2021年に成立した新政権の連立協定においても、恒久的に48%を下回らないように維持する旨が記載されている。

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（就労時は、年金保険料は課税対象所得から除外）課税の繰延べへ段階的に移行するものとされている⁶。

（2）医療保険制度（Krankenversicherung）

イ 概要

連邦保健省が所管しており、疾病金庫（Krankenkasse）が運営主体となっている。

表 2-4-3 医療保険制度の概要

概要	地区、企業等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。
名称	公的医療保険（die gesetzliche Krankenversicherung）
根拠法	社会法典第V編（SGB V）
運営主体	疾病金庫（95金庫（2024年1月現在））
被保険者資格	賃金がミニジョブの月収上限を上回りかつ一定所得を超えない被用者（2024年の上限：年間69,300ユーロ）、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7,447万人である（2023年末時点）。 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付けられている。
給付対象	保険事故（傷病、出産等）が生じた場合の給付対象は、被保険者本人とその配偶者及び子女。配偶者と子女については、医療保険未加入で収入が一定以下であれば、

⁵ 2010年においては、賃金上昇率やリースター係数及び持続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、単価は据え置かれることとなったが、2011年に、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上げ幅から減殺された。

⁶ 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年にかけて段階的に100%へと引き上げられることとされている（老齢所得法）。

		保険料の追加負担なしに公的医療保険に加入できる（子女は原則 18 歳までだが、就業能力の有無等により年齢制限が異なる）。
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、在宅看護給付等があり、現物給付が原則。他に現金給付として傷病手当金がある。
本人負担割合等		外来については 2013 年より自己負担が撤廃され、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）である。
財源	保険料	<p>一般保険料率は 14.6%（労使折半）。</p> <p>追加保険料率（労使折半）は 1.7%（2024 年推計平均）。</p> <p>徴収された保険料は医療基金（Gesundheitsfonds）に集められ、交付金として各疾病金庫に配分されるが、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。この追加保険料は、従来被保険者の単独負担であったが、2019 年 1 月以降こちらも労使折半となった。</p> <p>なお、傷病手当金の請求権のない者や市民手当の受給者については、一般保険料が 14.0%に減免される。</p> <p>※交付金の分配は、単純に加入者数の人頭割りで行うのではなく、加入者の年齢・性別の構成割合や慢性疾患への罹患状況が考慮されたリスク構造調整により行われる。</p>
	政府負担	<p>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で一定規模の国庫補助を実施（2023 年の連邦補助金は 165 億ユーロ）。新型コロナウイルス感染症拡大期には支出を拡大し、保険料収入の減少を補填する役割を担った。</p>
実績	加入者数	<p>7,447 万人(2023 年)</p> <p>※5,856 万人の加入者及び 1,590 万人の無拠出被保険者（家族等）</p>
	支出総額	2,552 億ユーロ（医療費における 2021 年の公的医療保険の支出額）

資料出所：疾病金庫中央連合会（GKV-Spitzenverband）ホームページ

独連邦政府ホームページ

独連邦保健省（BMG）ホームページ

独連邦保健省（BMG）「Ratgeber Krankenversicherung」（2024 年 1 月）

独連邦統計局（Statistisches Bundesamt）ホームページ

注：本編作成時の公開値に基づき記載

ドイツの医療保険制度は、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。

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（Gesundheitsfonds）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。

更に、2014年6月に成立した「公的医療保険の財政構造及び質の発展に関する法律⁷」によって、保険料率の見直しが行われ、公的医療保険の一般保険料率を15.5%から14.6%に引き下げ、7.3%ずつを労使折半で負担することとし、従来、労働者のみが負担していた0.9%の特別保険料が撤廃された。その上で、各疾病金庫の自立性を強化する観点から、報酬比例の疾病金庫独自の追加保険料を徴収することが可能とされた。

また2019年1月に施行された「公的医療保険の被保険者負担軽減法⁸」により、従来被保険者のみが支払っていた追加保険料についても労使折半することとなった。

ロ 医師の組織

州医師会と州保険医協会（保険医として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、これらに加えてそれぞれ連邦レベルの組織として連邦医師会及び連邦保険医協会が存在する。

保険医協会の主な業務は、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である。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。その上で州保険医協会は、州疾病金庫連合会と交渉し、地域における診療報酬総額や診療報酬基準に合意し、各保険医に対する診療報酬の配分を行う。

医師免許を取得した者に対しては、州医師会への登録が義務付けられており、各州医師会が医師資格の管理を行っている。2022年末現在、ドイツ全域で42.1万人が医師として活動しており、そのうち16.6万人が外来医療、21.7万人が入院医療に従事しているほか、自治体の公衆衛生業務等に従事している。

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。このため、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月から実施された診療報酬改革により、診療報酬単価はあらかじめ固定され、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；

⁷ 公的医療保険の財政構造及び質の発展に関する法律は、保険料率に関する改正のほか、医療の質に関する研究所の設置、助産師の業務に係る経済的負担の軽減、患者相談に対する支援の拡充等を内容とする。

⁸ GKV-Versichertenentlastungsgesetz

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、当該超過分につき、減額された診療報酬が支払われる⁹。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年に導入を開始したDRG（診断群）による包括診療報酬の算定は、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¹⁰。

（3）介護保険制度（Pflegeversicherung）

イ 概要

連邦保健省が所管しており、介護金庫（Pflegekasse）が運営主体となっている（根拠法は社会法典第XI編（SGBXI））。

被保険者は、医療保険の被保険者と同じ範囲であり、日本のような年齢による制限はない。したがって、障害等で要介護状態になった場合には、若年者であっても介護保険給付を受けることができる。

保険者は介護金庫となるが、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、高齢化の進展や、給付を拡充する制度改革に伴い、徐々に引き上げられており、2023年7月現在、賃金の3.4%（被保険者：1.7%、事業主：1.7%）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、4%（被保険者：2.3%、事業主：1.7%）である¹¹。

要介護認定のうち公的医療保険加入者については、メディカルサービス（MD: 疾病金庫から独立し、法人化された医療保険及び介護保険の認定等機関）の審査を経て、介護金

⁹ 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、あらかじ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。

¹⁰ 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。

¹¹ ザクセン州に限り別の規制が適用され、賃金の3.4%（被保険者：2.2%、事業主：1.2%）、子を有しない被保険者は4%（被保険者：2.8%、事業主1.2%）となっている。

庫が最終的に決定する。民間医療保険の被保険者は Medicproof 社が審査を行う。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、要介護度 1 から要介護度 5 までの 5 段階¹²に分類される。

ロ 給付内容

①介護現物給付、②介護手当（現金給付）、③組合せ給付（介護現物給付と介護手当を組み合わせた給付。支給限度額は、給付割合に応じて按分される。）、④代替介護（介護者が休暇や病気で一時的に介護困難である場合に、代替りの介護者を雇うための費用を給付。年間 6 週間まで、1,612 ユーロ以内）、⑤部分施設介護（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（デイケア・ナイトケア））、⑥ショートステイ（短期入所生活介護。年間 8 週間まで、1,774 ユーロ以内）、⑦介護補助具の支給・貸与（技術的介護補助具と消耗品に分類される。技術的介護補助具は通例貸与の形態で支給され、自己負担は当該費用の 10%（一補助具当たり上限 25 ユーロ）、消耗品は月額 40 ユーロまで償還される。）、⑧住宅改造補助（1 件当たり 4,000 ユーロ以内）、⑨完全施設介護等がある。

完全施設介護については、在宅介護や部分施設介護による在宅生活が困難な要介護者について実施される（社会法典の規定に基づき要介護度 2～5 の要介護者が完全施設介護を受けられる権利があるとされているが、要介護度 1 の要介護者の利用は妨げられていない。）。なお、ホテルコスト、食費等は自己負担である。

公的介護給付費総額は、2022 年総額で 562 億ユーロ（2021 年 502 億ユーロ）、うち在宅サービスが 378 億ユーロ（2021 年 355 億ユーロ）、施設サービスが 184 億ユーロ（2021 年 147 億ユーロ）である。

なお、2024 年のサービス別の支給（限度）額は、現物給付が 2023 年より 5%の増額となり、表 2-4-4 のとおりである。また、完全施設介護については、同表の介護保険からの給付に加え、介護期間に応じて増加する加算が設けられており、自己負担は、施設入所から 1 年目に 15%、2 年目に 30%、3 年目に 50%、4 年目から 75%減少することとなる。

¹² 2015 年に成立した第 2 次介護強化法により、2017 年 1 月から、要介護者の程度区分がこれまでの要介護段階Ⅰ～Ⅲから要介護度 1～5 に改正された。

表 2-4-4 ドイツの介護保険の支給（限度）額

要介護度	介護手当	介護現物給付 /部分施設介護	完全施設介護
要介護度 1	—	月額 125 ユーロ (注1)	月額 125 ユーロ (注2)
要介護度 2	月額 332 ユーロ	月額 761 ユーロ	月額 770 ユーロ
要介護度 3	月額 573 ユーロ	月額 1,432 ユーロ	月額 1,262 ユーロ
要介護度 4	月額 765 ユーロ	月額 1,778 ユーロ	月額 1,775 ユーロ
要介護度 5	月額 947 ユーロ	月額 2,200 ユーロ	月額 2,005 ユーロ

資料出所：独連邦保健省（BMG）「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」（2023 年 12 月）

注 1：組合せ給付の場合であっても、支給限度額は据え置かれる。

注 2：現金給付はないが、特定の用途に用いた費用の償還が行われる。

注 3：施設入所する必要がないとされているが、利用する場合には補助金という形で支給される。

ハ サービス提供者

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、老人ホーム、介護ホーム等が存在する。老人居住ホームは、高齢者がなるべく自立した生活を送ることができる設備を有する独立型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などのケアを受けることができる施設で、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。

ニ 高齢者・要介護者の状況

少子高齢化が進展するドイツにおいては、全人口が 8,436 万人（うち外国籍 1,232 万人）に対して 65 歳以上の高齢者が 1,866 万人で高齢化率は 22.1%、80 歳以上の者が 611 万人で 7.2%と、高齢化が進んでいる（2022 年 12 月末現在）。平均寿命は、男性 78.3 歳、女性 83.2 歳である。2021 年の人口推計（出生中位、死亡中位、移民低位）によると、年金受給開始年齢である 67 歳以上高齢者は、2060 年には 27%に達すると見込まれている。また、介護保険における要介護度別、施設・在宅サービス利用者別の要介護者数の現状は次表のとおりである。

表 2-4-5 要介護度別のサービス利用者数¹³ (2022 年末現在)

	在宅サービス利用者	施設サービス利用者	総計
要介護度 1	71.0 万人	0.4 万人	71.3 万人
要介護度 2	178.8 万人	11.7 万人	196.7 万人
要介護度 3	108.9 万人	25.6 万人	138.6 万人
要介護度 4	34.4 万人	21.3 万人	58.2 万人
要介護度 5	11.3 万人	10.2 万人	22.7 万人
合計	404.4 万人	69.1 万人	487.5 万人

資料出所：独連邦保健省（BMG）「Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung」（2023 年 12 月）

注：本編作成時の公表値に基づき記載

3 公衆衛生施策

(1) 行政組織等

連邦保健省が所管しており、各州及び市単位で実施されている。さらに、郡、市の保健所が、伝染病の予防、水質・大気等の監視、病院・薬局等の監視、食品・医薬品等の流通の監視、健康管理等を行っている。

(2) 医療施設

外来医療を担う診療所（開業医が運営）と入院医療を担う病院がある。

診療所を経営する開業医は、家庭医、専門医、歯科医等に分類される¹⁴。開業医が公的医療保険の保険医¹⁵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。

病院は大きく分けて、市町村や州が運営する公立病院、財団や宗教団体等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。2022 年における病院数は、ドイツ全域で 1,893、設置主体別の内訳は、公立病院が 539、公益病院が 598、私立病院が 756 となっている。近年の傾向を見ると、私立病院の数が微増する一方、公立・公益病院の数は減少し、全体とし

¹³ 数値は四捨五入しているほか、在宅サービス利用者、施設サービス利用者のほかに総合支援施設の利用者がいるため総計の数値は在宅サービス利用者及び施設サービス利用者の合計と一致しない。

¹⁴ 保険医による診療は、家庭医診療と 専門医診療に区分される。家庭医診療には主に、一般医、小児科医、重点専門診療域を持たない内科医等が参加し、その他の専門医療には、内科（重点専門診療域を有する医師に限る。）、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科等の専門医が参加する。

¹⁵ 保険医は、開業医数が過剰であったことから、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たが、特に旧東独地域や過疎地域等の地方部において医師不足が懸念される状況に鑑みて、2009 年に定年制は廃止された。

での病院数は緩やかに減少している。

(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、その間に第一次・第二次の国家試験に合格し、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、大病院等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）の継続教育が義務づけられている。

医師数は2022年末現在42.1万人である（2（2）口参照）。

4 公的扶助制度

連邦労働・社会省が所管しており、各州及び市単位で実施されている。

(1) 社会扶助 (Sozialhilfe) 全般

社会扶助は、自らの収入や資産又は労働によって生計を立てることができず、親族等からの支援を受けていない者に対する公的扶助として社会法典第XII編 (SGBXII) に規定されている。

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に加え、必要に応じ、疾病、要介護、特別な社会的困難など様々な生活上の負担に対する支援が提供される。これらの給付については、申請の必要はなく、給付要件を満たしていることが把握され次第支給される。

また、生活扶助とは別に同法典において、高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障が規定されており、要件に該当する場合、申請に基づき生活扶助と同等の給付を受けることができる。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%負担しているなど、連邦政府による一定の負担により運営されている。

(2) 生活扶助

給付内容は、食料、住居、衣服、衛生用品、家具、光熱費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、世帯構成ごとに定められる月額標準金額（成人の単身世帯の場合は月額502ユーロ（2024年））に家賃や暖房費等が加算されたもの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、22.6 万人（2022 年末現在）であり、そのうち 65 歳以上は主に後述（3）の給付対象となるため 7.0 万人に留まる。

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、住宅手当がある（58.5 万世帯（2022 年末（速報値）））。

（3）高齢期及び稼得能力減少・喪失時の基礎保障

高齢期及び稼得能力減少・喪失時の基礎保障は、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する給付であり、当該給付の受給権がある場合、（2）生活扶助を受給することはできない。受給者は、生活困窮者のうち、65 歳以上の者又は 18 歳以上で稼得能力が減少・喪失した者とされており、2023 年 9 月の受給者数は 121 万人である（うち高齢給付受給者（65 歳 11 か月以降）は 68.9 万人）。

同給付は生活扶助と異なり、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 万ユーロを超えない限り、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等に係るもの以外を行わないが、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。

（4）その他の特別な扶助制度

生活扶助に加え、特別な扶助制度として、医療扶助、介護扶助、ホームレスなど特別な社会的困難を克服するための扶助、葬祭扶助を含むその他の生活状況における扶助が設けられており、各々の状況に応じた措置・支援が実施されている。

5 社会福祉施策

（1）全般

社会福祉施策は、補完性の原則に基づき制度設計されている。具体的には、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ており、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いる。また、公的部門の役割分担についても、まず基礎的自治体（Gemeinde：日本の市町村に相当）が一義的な権限と責任を有することとされており、そのサービス内容についても実施主体により異なる。

社会福祉サービスにおいては、民間事業者が提供するサービスの役割が大きく、特に連邦独立福祉サービス協会を構成している民間 6 団体といわれる①カトリック系のドイツカリタス協会（DCV）、②プロテスタント系のデアコニー事業団、③労働者福祉協会（AWO）、

④独立系のパリテート協会、⑤ドイツ赤十字（DRK）、⑥ユダヤ中央福祉会（ZWST）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

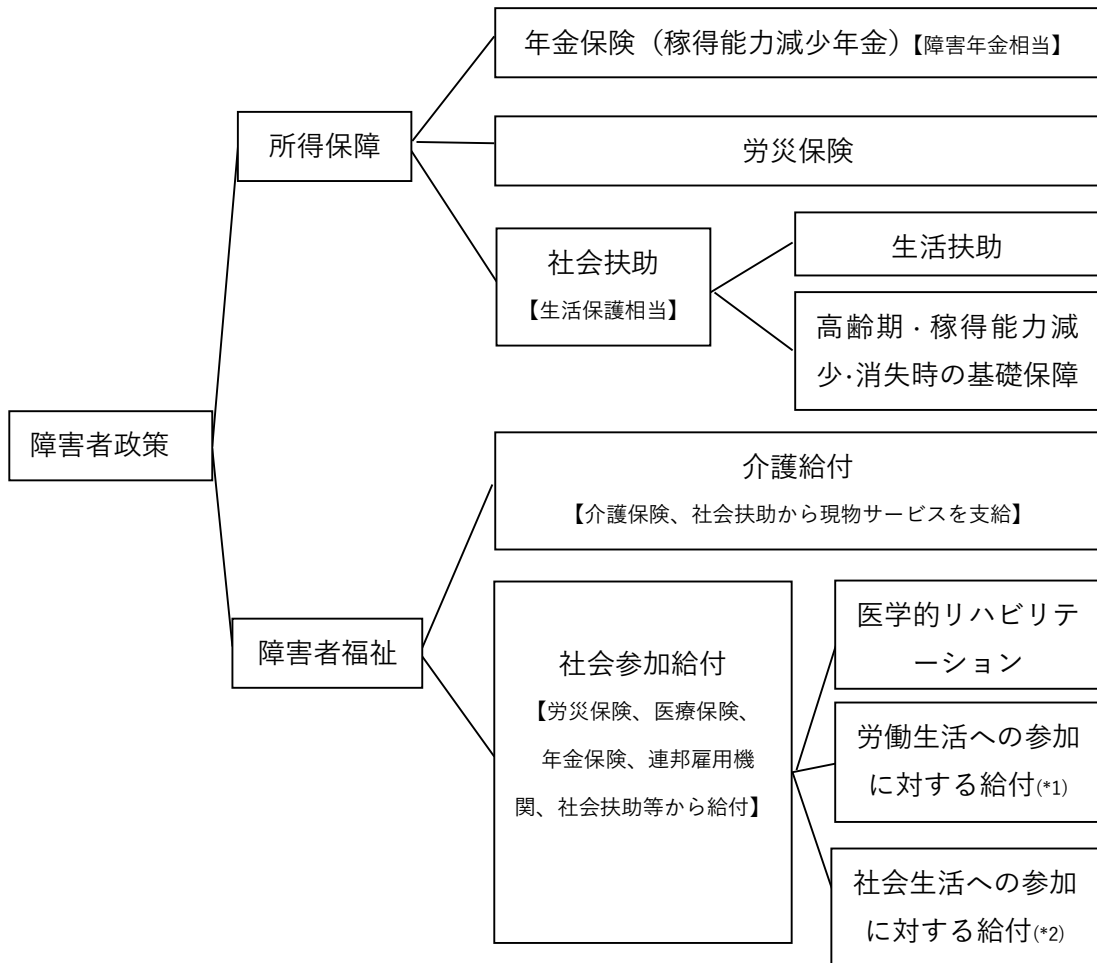
ドイツでは、介護保険により、高齢者に限らず要介護者全般に対して必要な給付が行われており、日本における障害者総合支援法に相当する法律はなく、障害福祉サービスは、介護給付及び社会福祉法典第IX編に基づく医学的リハビリテーション等の多数の給付により成り立っている。同編では、障害者の雇用義務に関する規定や、同義務が履行されない場合の納付金制度に関する規定等が定められている。

その他の障害者福祉に関する法制度としては、「障害者平等化法」（2002年5月施行）において、社会生活における障害者の差別的処遇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ているほか、「一般均等待遇法」（2006年8月施行）で、人種・民族的背景、性別、宗教・世界観、障害、年齢又は性的志向を理由とする不利益取扱いの防止及び排除を規定している。

そのほか、国内法とは別に、連邦政府は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の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（現在は国家アクションプラン2.0）。理念は、インクルーシブな社会の実現である。

サービスの給付主体としては、民間団体及び自治体等の公的団体があるが、民間団体、特に宗教団体の役割が大きく、障害者福祉施設の設置等を行っている。

図 2-4-6 障害者福祉関連施策



注1：障害者の就労支援のための給付を指し、その内容は、①助言、あっせん、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。

注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。

.....

6 最近の動向

(1) 直近の年金分野における動き

年金分野については、連邦労働・社会省及び連邦財務省において、将来世代の年金給付額を安定させるための新しい枠組みが検討されているが、2023 年末時点でその具体的な内容は公表されていない。

連立政権発足時に与党 3 党が合意した連立協定のうち、年金分野に関する内容は以下のとおり。

イ 老齢年金

公的年金を強化し、労働報酬に対する標準年金の比率（所得代替率）48%を恒久的に維持する。今次立法期間においては、保険料率を 20%より引き上げることはしない。

給付額と保険料率の水準を長期的に安定させるため、まずは 2022 年に、ドイツ年金制度に対して 100 億ユーロの資金を政府予算から投入する。また、限定的な方法により積立金を株式市場で運用する。

世代間の公平性や保険料の安定性を確保するため、2022 年以降の年金額の調整を行う前に、年金額を算定する際のいわゆる調整効果を適時に再度稼働させる。

年金分割について未婚のカップルにも利用を認める。

ロ 自営業者のための年金保険

自営業者の負担を軽減するため、ミニジョブ以上の働き方に対する法定保険料を厳密に所得に応じて設定する。年金制度に加入していない全ての新規自営業者に対して、選択の自由を保障しつつ、老齢年金制度への加入義務を導入する。

ハ 個人年金

現行の個人年金制度を抜本的に改革する。そのために、オプトアウトの選択肢を持つ、効果的で低コストの公的説明責任のあるファンドの提供を検討する。さらに、リースターよりも高いリターンを持つ民間投資商品の法的承認についても検討する。

(2) 直近の医療分野における動き

イ 病院改革（病院透明化法等）

病院改革とは、ドイツにおける医療提供体制の質の向上と集中化、特に地方部での医療提供体制の維持等の課題に対応するべく、連邦保健大臣が任命した政府委員会が 2022 年 12 月に策定した報告書に基づき進められているものである。当該報告書に基づく改革内容は、各州政府より、医療計画を策定する各州政府の権限を収奪するものであること、むしろ地方部での医療アクセス性が損なわれるなどの批判があったことから、連邦保健省と各州政府において度重なる調整が行われ、2023 年 7 月に大筋で合意したことが宣言された後に、連邦政府が病院改革の一環として病院透明化法案を連邦議会に提出した。

しかし、同年 11 月に当該法案は各州政府議員の代表で構成される連邦参議院において否決され、調停委員会で議論を行うこととされ、2023 年末時点では可決・成立に至らなかった。

病院改革の内容は以下のとおりである。

(イ) 統一的な基準による病院の階層化

・全国 1,700 の病院を全国統一的な基準により、医療設備の状況や人員配置水準等に応じて大きく 3 段階（細かく定義すれば 5 段階）に分類し、各水準に応じて設定される「医療サービスグループ」に該当する治療を提供する。

(ロ) 医療サービスグループの設定

・病院において行われる医療行為を 65 の医療サービスグループに分類し、レベル分けを行い、当該レベル以上のランクの病院でなければ、医療を提供できないこととする。例えば、白血病の治療がレベル 2 に該当するとき、基礎的な医療を提供する病院であるレベル 1 の病院では治療を行うことができず、レベル 2 又はレベル 3 の病院のみが医療を提供できることとなる。

(ハ) 報酬の仕組みの変更

・ドイツの既存の診療報酬体系は、疾患ごとの診療報酬の点数があらかじめ決まっている「包括払い方式」であり、治療方法や入院期間等によることなく、病院が得られる報酬が固定されている方式であり、患者一人当たりの報酬額が固定されている。

これを、医療提供体制に対する経済的圧迫を軽減するため、医療サービスグループごとに必要とされる維持費用を病院の規模等に応じて算定し、別途報酬として支給する。

(ニ) 病院の質の透明化

・各病院の医療提供の質を透明化するため、1,700 の病院の階層レベル、65 種類のサービスグループに区分けされたサービスの提供数（受診した症例数）、医療・看護スタッフや専門スタッフの数などをポータル上で確認できるようにするもの。簡単な症例を優先して手術することで見かけの品質を高めることを避けるため、選択した手術の合併症発生率も合わせて記載することとしている。

・各病院は、病院報酬システム研究所 (InEK) に必要な情報を提供することが義務付けられる。

ロ 医療デジタル加速化法¹⁶及び医療データ利用改善法¹⁷の成立

ドイツの医療システムにおける治療と研究の質の向上を目的とし、以下の措置を盛り込んでいる 2 本のデジタル化法案が 2023 年 12 月に成立した。

¹⁶ Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (Digital-Gesetz – DigiG)

¹⁷ Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten“ (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG)

(イ) 電子患者記録 (ePA) の設定

- ・ 2025 年より公的医療保険加入者である患者の病歴等の治療に必要なデータを電子的に記録する「電子患者記録 (ePA)」を設定 (利用を希望しない者は異議申立て (オプトアウト) が可能。民間医療保険の被保険者も希望により設定可能。)
- ・ ePA には医師の所見、診断、治療、投薬に関する情報が記載され、治療担当医も記入することができ、これにより重複診療や過誤投薬等を避けることができるとともに、緊急時において救急隊員がアレルギーや既往症を把握することができるようになる。

(ロ) 電子処方箋の義務化

- ・ 2024 年 1 月より、現在そのほとんどが紙で発行されている処方箋について、電子化することが全ての医師・歯科医師に対して義務付けられる。
- ・ 電子処方箋に対応しない医師・歯科医師はペナルティが発生する。

(ハ) 研究等目的での医療データへのアクセスの効率化

- ・ 集められた患者の医療データについて、公共の福祉を目的とした健康データの利用が容易となる。データの利用申請については審査が行われ、公的な理由による活用に限られる。
- ・ 医療データは匿名化ではなく、仮名化されることで、例えば過去の病気が 10 年後にがんを発症するリスクを高めるかどうか等の参照が可能となる。

ハ そのほかの医療分野での見直し等

(イ) ジェネリック医薬品の供給ボトルネック解消及び小児用医薬品の供給改善法 (ALBVVG)

医薬品不足を解消するための法律で、主に以下の措置を盛り込んでいる。2023 年 6 月に法案が可決・成立。

- ・ 小児用医薬品における参照価格及び割引協定の廃止。既に設定された参照価格又はモラトリアム価格については、50%まで引上げ可能となる。
- ・ 供給不足の重要医薬品の参照価格又はモラトリアム価格を 50%まで引上げ可能となる。
- ・ 製薬企業における 6 か月分の医薬品の備蓄義務
- ・ 疾病金庫が特定の有効成分又は薬効の医薬品を公募する場合における、EU 及び欧州経済領域で有効成分を生産する抗生物質の製品の優先調達

(ロ) 病気休暇取得のための就業不能証明の発行手続の簡略化

- ・ 労働者が 3 日以上病気休暇を取得する際に雇用主に提出しなければならない就業不能証明に必要な医師の診断書について、初診ではないこと、5 営業日以下であることなどの一定の条件を満たす場合、電話のみで発行できるようになる。2023 年 12 月より見直し。

(3) 直近の介護分野における動き

人材不足に悩む介護分野において、看護・介護委員会の勧告に基づき、専門職の最低賃金を2025年7月までに二段階に分けて引き上げることとしている。

具体的には、2023年12月時点では、看護補助者が14.15ユーロ、有資格の看護助手が15.25ユーロ、看護師が18.25ユーロとなっているところ、2024年5月からは、看護補助者が15.5ユーロ、有資格の看護助手が16.5ユーロ、看護師が19.5ユーロ、2025年7月からは看護補助者が16.1ユーロ、有資格の看護助手が17.35ユーロ、看護師が20.5ユーロまで引き上げることとしている。

また、同委員会は、介護分野で働く従事員に対し、法定の有給休暇に加えて、更に9日間の追加休暇を付与するよう勧告している。

(資料出所)

- 連邦労働・社会省 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales: BMAS)
<https://www.bmas.de/DE/Startseite/start.html>
- 連邦保健省 (Bundesministerium für Gesundheit: BMG)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>
- 連邦家族・高齢者・女性・青少年省 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: BMFSFJ)
<https://www.bmfsfj.de/>
- 連邦統計局 (Statistisches Bundesamt)
https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html
- 連邦ドイツ年金保険組合 (DRV)
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Home/home_node.html
- 疾病金庫中央連合会 (GKV-Spitzenverband)
<https://www.gkv-spitzenverband.de/startseite/startseite.jsp>
- 連邦医師会 (Bundesärztekammer)
<https://www.bundesaerztekammer.de/>
- ミニジョブ本部 (minijob zentrale)
<https://magazin.minijob-zentrale.de/arten-minijobs/>