

# ドイツ

## 1. ドイツの概要

### (1) 人口等の動向

#### 【基礎情報】

面積：357,021 平方キロメートル

人口：82,400,996 人（2007）

政体：連邦共和制

首都：ベルリン

言語：ドイツ語

宗教：キリスト教（プロテスタント）34%

キリスト教（カトリック）34%



#### 【少子高齢化】

高齢者人口：16,314,320 人 [高齢化率 19.8%] (2007)

平均寿命：78.95 歳 [男性 75.96 歳・女性 82.11 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.40 (2007)

#### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：3.4 人 (2004)

人口 1,000 人当たり看護師数：9.6 人 (2004)

1 人当たり年間保健支出額：2,852 ユーロ (2003)

※米ドル購買力指数換算 3,005 ドル

保健医療支出対 GDP 比：10.9% (2003)

OECD Health Data 2006 他各種資料より作成

ドイツは、国土面積約 36 万km<sup>2</sup>、人口約 8,240 万人を有する連邦共和国である。

平均寿命は 78.95 歳（男性 75.96 歳、女性 82.11 歳）で、世界的な長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 1,631 万人（高齢化率 19.8%）である。高齢化率は 1950 年に 9.7% から上昇を続け、1979 年の 15.7% をピークに 1998 年までほぼ横這いであったが、最近になって再び上昇傾向にある。

## (2) 地方自治制度の概要

ドイツの公共セクターは、16 の連邦州（Bundesland）によって構成されている。各州は国家的な機能（立法権・司法権・行政権）を有している。16 の連邦州のうち、ベルリン、ブレーメン、ブレーマーハーフェンは都市単独で連邦州として認められており、都市州（Stadtstaat）と呼ばれる。都市州には、「区（Stadtbezirk）」という自治単位が設けられ、住民の直接選挙で選ばれる区議会がある。

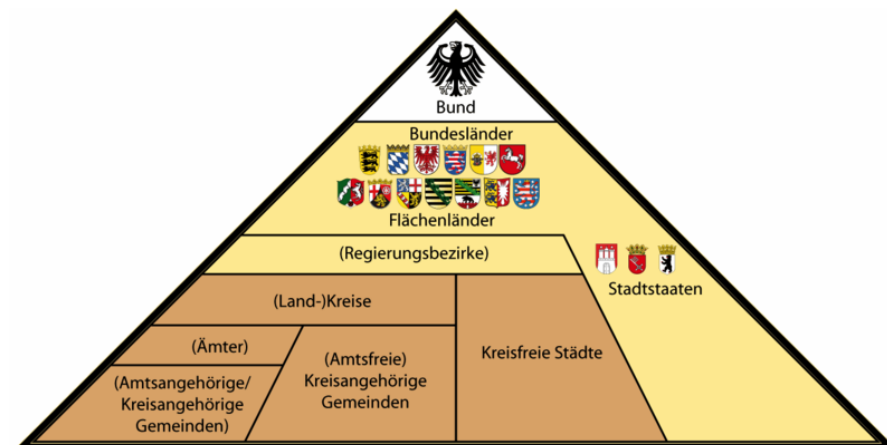
また、都市州以外の連邦州は、「県（Regierungsbezirk）」「郡（Landkreis）」「独立市（Kreisfreie Stadt；日本の政令指定都市に相当）」「市町村連合（Kommunalverband；日本の広域事務組合に相当）」「市町村（Gemeinde）」「無市町村地区（Gemeindefreies Gebiet）」から構成される。

図表 3-1-1 地方自治体の事務区分・内容

任意的自治事務	社会福祉施設の設置管理、公営交通、公営企業経営、文化・余暇・スポーツ施設設備の設置管理、企業誘致、病院運営管理 等
義務的自治事務	上下水道、廃水処理、廃棄物処理、都市計画、小中学校建設・運営管理、消防業務、道路建設管理、保健、葬儀、幼稚園の確保、地方自治体選挙の実施 等
指示による義務的事務	道路交通監視、建築確認、営業監督、住民登録、住宅建設 等
委託事務	戸籍登録業務、パスポート・身分証明書の発行、国勢調査、州・連邦・ヨーロッパ議会選挙、就学児童の登録、保健所、家畜衛生所、教育費助成金や生活扶助及び社会保険などに関する協力 等

また、郡は、個々の市町村の処理能力を超える事務事業の処理（例、道路建設、広域文化行政、環境保護、警察及び公共の安全、上下水道、廃棄物処理、公共交通、教育及び高等教育、消防・救急、社会扶助 等）について権限を持つ自治組織としての側面と、州の下級行政官庁として市町村及び市町村小連合の監督機関としての側面を併せ持っている。

図表 3-1-2 地方自治体の構成



### (3) 保健医療サービス

保健医療サービスは、『社会法典 (SGB ; Sozialgesetzbuch)』中の第 5 編「公的医療保険 (GKV ; Gesetzliche Krankenversicherung)」に基づき、わが国と同じく社会保険制度に基づき提供されている。国民の約 9 割が公的医療保険に加入し、約 1 割は民間医療保険に加入しているが、無保険者も若干存在している。公的医療保険の保険者は、連邦、州及び地方自治体から独立した公法人である「疾病金庫 (Krankenkasse)」であり、最近の統合再編を経て、2005 年時点で 267 の疾病金庫がある。

### (4) 介護サービス

ドイツでは 1994 年 5 月に『介護保険法 (Pflegeversicherungsgesetz)』が公布され、この法律に基づいた在宅介護サービスは 1995 年 4 月に、施設介護サービスは 1996 年 7 月から開始している。これは、高齢者のみというように年齢で限定されたものではなく、要介護状態の者に対して現物・現金が給付される制度である。

ドイツの介護保険は医療保険の下にあり、公的医療保険の保険者 (疾病金庫) が公的介護保険の保険者 (介護金庫 (Pflegekasse)) を兼ね、民間医療保険の被保険者は民間介護保険への加入が義務付けられている。

図表 3-1-3 ドイツにおける公的介護保険の被保険者数・受給者数の推移【1996～2004】

(単位：千人)

	被保険者数	受給者数		
			在宅	施設
1996	72,264	1,547	1,162	385
1997	71,693	1,660	1,198	462
1998	71,458	1,738	1,227	511
1999	71,545	1,826	1,280	546
2000	71,338	1,822	1,261	561
2001	70,013	1,840	1,262	578
2002	70,844	1,889	1,289	600
2003	70,457	1,895	1,281	614
2004	70,293	1,925	1,297	629

(資料) 医療経済研究機構 2006 『ドイツ医療関連データ集』, p.60

ドイツの介護保険は、現金給付が制度化されており、現金給付と現物給付の両方かいずれかで各介護区分の上限まで給付される。また、現物給付と現金給付を同時に選択することが可能である。近年では、この現物給付と現金給付のミックス型の給付を希望する者が増加している。

介護保険給付は、「医療サービス機構（MDK；Medizinischer Dienst der Krankenversicherung）」による要介護判定（要介護度：要介護Ⅰ～Ⅲの3段階）に基づき給付される。サービスの利用については、利用者及び家族の希望に基づき、介護金庫が選択肢を提示し決定される。なお、市町村は入所・入居調整等には関与しない。

図表 3-1-4 公的介護保険の給付概要

(単位：ユーロ)

給付種類		要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ
在宅介護（現物給付）	(月 額)	384	921	1,432
介護手当（現金給付）	(月 額)	205	410	665
代替介護（年4週間まで）	(年 額)	205	410	665
短期介護（ショート）	(年 額)	1,432	1,432	1,432
部分介護（デイ&ナイト）	(月 額)	384	921	1,432
付加給付	(年 額)	460	460	460
介護補装具	—	費用の90%		
完全施設介護	(月 額)	1,023	1,279	1,432
障害者施設の完全施設介護	(月 額)	ホーム報酬の10%（上限256）		

(資料) 医療経済研究機構 2006『ドイツ医療関連データ集』, p.60

図表 3-1-5 介護保険給付費の推移

(単位：億ユーロ，%)

	1996	2000	2004	2005
在宅介護（現物給付）	15.4 (15.2)	22.3 (14.1)	23.7 (14.1)	24.0 (14.1)
介護手当（現金給付）	44.4 (43.1)	41.8 (26.4)	40.8 (24.3)	40.5 (23.9)
代替介護	1.3 (1.3)	1.1 (0.7)	1.7 (1.0)	1.9 (1.1)
短期介護（ショート）	0.9 (0.9)	1.4 (0.9)	2.0 (1.2)	2.1 (1.2)
部分介護（デイ&ナイト）	0.3 (0.3)	0.6 (0.4)	0.8 (0.5)	0.8 (0.5)
付加給付	9.3 (9.1)	10.7 (6.7)	9.3 (5.5)	9.0 (5.3)
介護補装具	3.9 (3.8)	4.0 (2.5)	3.4 (2.0)	3.8 (2.2)
完全施設介護	26.9 (26.2)	74.8 (47.2)	83.5 (49.8)	85.2 (50.2)
障害者施設の完全施設介護	0.1 (0.1)	2.1 (1.3)	2.3 (1.4)	2.3 (1.4)
合計	102.5 (100.0)	158.6 (100.0)	167.7 (100.0)	169.8 (100.0)

(資料) 土田武史 2006「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』No.155, pp.25

介護保険給付費の推移をみると、1996年に介護手当が給付総額の46%を占めていたものの、2005年には24%にまで低下している。また、在宅介護や短期介護（ショート）、部分介護（デイ&ナイト）は微増・横這い傾向にある。その一方で、施設介護に係る給付額は増加の一途を辿り、完全施設介護は1996年には26.2%であったものが、2005年には50.2%と半数以上を占めている。

同時に保険財政についてみると、2000年以降は赤字に転落しており、資金保有高も減少し続けている。この要因として、受給者の増大、介護手当受給者の相対的な減少、そして施設入所者の増大が指摘されており、介護保険財政の適正化が求められている。そのため、完全入所介護から部分入所介護へ、あるいは施設介護から在宅介護への移行を促進するという考え方が今後も強調されることになる。

**図表 3-1-6 介護保険給付費の推移**

(単位：億ユーロ)

	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2005
収入総額	120.4	160.0	165.5	169.8	168.6	168.7	174.9
支出総額	108.6	158.8	166.7	173.6	175.6	176.9	178.6
収 支	11.8	1.3	▲1.3	▲3.8	▲6.9	▲8.2	▲3.6
資金保有高	40.5	49.9	48.2	49.3	42.4	34.2	30.5

(資料) 土田武史 2006 「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』No.155, pp.26

## 2. 近年の施策の動向

ドイツでは1994年に介護保険制度が導入された。1994年以前までは、医療給付の1つとして、在宅の重度の要介護者に対する介護給付が組み込まれていた。しかしながら、その給付額は現在の介護保険による給付に比べて非常に低額のものであった。

介護サービスは民間主導で進められ、施設介護も在宅介護も利用者との契約による提供されてきた。利用料は当然ながら全額自己負担であり、そのため多くの利用者が自分の収入・貯蓄では賄いきれず、連邦社会扶助法による介護扶助や生活扶助を受けていた。しかし、高齢化の進展による要介護者の増加、介護施設の費用の高額化などにより社会扶助を負担する州・郡・市町村の財政は圧迫され、抜本的な改革が連邦に求められた結果、介護保険制度が導入されることになった。1994年の介護扶助受給者数は約45万人だったものが、介護保険導入後の1998年には約22万人まで減少し、当初の目的は達成されたといえる。

また、介護保険を実施するうえで最も大きな課題が「介護の質の確保」であった。2001年9月に「介護の質の確保法（Pflege Qualitätssicherungsgesetz）」が制定され、介護の質の確保策への取り組みが本格化した。この法律は、施設や在宅における介護当事者のレベルアップだけではなく、介護サービス提供者の自己責任の強化をはじめ、受給者保護の強化、医療サービス機構（MDK）と施設管理者との連携の強化を図ることを目的としたもので、介護施設における入所者と介護専門職の配置基準、MDKや介護金庫の権限の強化、給付内容と価格の情報提供、記録や帳簿の作成と保管義務など多くの規定が定められた。

さらに、2002年1月には、介護施設における介護の質の確保策として、新しい「ホーム法（Heimgesetz）」が制定され、2003年8月に施行された。この法律では、入所契約の透明化の推進、介護専門職・家族・老人施設・障害者施設などのメンバーによるホーム審議会の活動の強化、ホームの管理者・MDK・介護金庫・社会扶助機関の協力体制の強化、ホームと見守りなどをうけながら暮らす住居「高齢者住宅」とを区分することなどが定められた。

また、2005年には、連邦保健・社会保障省と家族・高齢者・女性・青少年省とが協力して、介護施設の援助、認知症患者の援助、デイケア・ショートステイ・グループホームの活用などについてモデルプログラムの推進（成功事例の紹介等）を図ることになった。

### 3. 施設介護サービスの体系

高齢者の居住施設は要介護度が重い者が入所する「完全入所介護ホーム」と、自立から軽度の要介護度の者が入居する高齢者住宅である「外部介護利用型居住」等が存在し、それを補完する形で「短期入所介護施設」が存在している。

病院での死亡による医療保険財政の悪化から、在宅介護が最優先され、在宅介護で十分な介護が得られない場合には部分的施設介護の活用等が期待されている。しかし、保険給付の設定において、施設給付が在宅給付を上回っており、受給者が運営者により施設に誘導される場合があるため、今後その設定を是正する方向である。

高齢者の自立支援及び介護保険財政抑制のため、新たな高齢者居住形態についても検討が進みつつあり、個人住宅のバリアフリー化、既存建物の高齢者集合住宅化が進んでいる。さらに、多世代共同居住方式による居住形態等をはじめとし、介護保険外でも利用者の創意工夫等により自然と広がりを見せている。

#### (1) 介護ホーム（Pflegeheim）

介護ホームは、入所者に対して常時の介護サービスを提供する施設である。

##### ① 利用者の主な状態像と類型概要

中～重度の要介護者で長期の療養を必要とする高齢者が中心である。入所までの流れとしては、急性期病院を退院して、中間的予防・リハビリテーション施設に移り、退所後は在宅サービスやショートステイを利用するものの、心身状態の悪化に伴い介護ホームに入所するケースが多い。そのため、施設に入所する者は、在宅介護や部分的施設介護で対応できないまでに要介護度が重度化しており、その結果、在所期間は1年～1年半と短くなっており、ホスピス的な性格も強まっている。

室内の様子



##### ② 介護サービス

施設職員（介護職員）により身体介護や家事援助が24時間体制で提供される。なお、職員の配置基準は、連邦の介護職員配置基準で規定されており、介護士等の専門職員を職員全体の50%以上配置する必要がある。これは、今般の連邦制改革により、州の所管事項と