

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

社会保障施策

2015年は、2013年12月に策定された連立協定に則つて、医療、介護分野を中心に、2015年7月「公的医療保険における医療給付を強化するための法律」、「健康増進及び予防の強化のための法律」、同年11月「病院における医療供給の構造を改革するための法律」等の法律が成立した。好調な経済情勢の後押しもあり、社会保障に係る国民負担の増加を伴う社会保障給付の改善策が実施されており、少子高齢化の進展を前提とした社会保障制度改革が着実に進められている。

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、児童手当、社会扶助などがある（労働分野には労働災害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
 - ・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

2 社会保険制度

(1) 年金制度 (Rentenversicherung)

1 概要

連邦労働・社会省 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)) が所管しており、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 3-2-13 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 VI)						
制度体系	<p style="text-align: center;">ドイツの年金制度概要</p> <p style="text-align: center;">【概念図】</p> <p>The diagram illustrates the German pension system structure:</p> <ul style="list-style-type: none"> Top Level: Broad categories of pension schemes. Second Level (Covered Groups): <ul style="list-style-type: none"> 農業者老齢保障 (Agricultural Pension): Covers agricultural operators. 扶助・自営業者相互扶助制度 (Assistance Mutual Assistance for Self-employed): Covers self-employed individuals and artisans. 鉱山労働者年金保険 (Miners' Pension Insurance): Covers miners. 一般年金保険 (General Pension Insurance): Covers salaried workers, part-time workers, and public employees. 官吏恩給制度 (Civil Service Retirement System): Covers civil servants. Third Level (Detailed Groups): <ul style="list-style-type: none"> 無業者 (学生・主婦等) (16歳以上の者は一般年金保険に任意加入可): Unemployed individuals (students, housewives, etc.) (16 years and older can join general pension insurance voluntarily). 自営業者 (一般年金保険に任意加入可): Self-employed individuals (can join general pension insurance voluntarily). 一部の自営業者: Some self-employed individuals. 被用者 (サラリーマン・パート労働者・公務員): Employees (salaried workers, part-time workers, public employees). Bottom Level (Cross-links): <ul style="list-style-type: none"> Arrows indicate that the self-employed and part of the self-employed can join the general pension insurance. Arrows indicate that the self-employed and part of the self-employed can join the general pension insurance. Arrows indicate that the self-employed and part of the self-employed can join the general pension insurance. 						
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	<p>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、裁判官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（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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>						
老齢年金受給要件	<table border="1"> <tr> <td>支給開始年齢</td><td>2012年から2029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（2015年時点では65歳4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64.9歳（2014年）。</td></tr> <tr> <td>最低加入期間</td><td>5年。</td></tr> <tr> <td>その他</td><td>—</td></tr> </table>	支給開始年齢	2012年から2029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（2015年時点では65歳4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64.9歳（2014年）。	最低加入期間	5年。	その他	—
支給開始年齢	2012年から2029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（2015年時点では65歳4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64.9歳（2014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改定される（2015年の現在年金価値（単価）：旧西独地域29.21ユーロ（前年28.61ユーロ）、旧東独地域27.05（同26.39ユーロ））。	
早期支給制度	長期加入者（45年間以上、年金保険料を納付した者）、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受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下に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18.7%、鉱員年金保険については24.8%（2015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、2013年で総支出の23.6%（一般的な税財源から15.3%、消費税及び環境税（エコ税）による税財源から8.3%）、総収入の23.3%。
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得能力が制限され又は失われた場合には、「稼得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有し、かつ、稼得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	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）年金が受給できるほか、残された子は原則として満18歳まで遺児年金が受給できる。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、最低加入期間を満たしているときは、死亡した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1,785万人、稼得能力の減少を理由とする年金約172万人、死亡を理由とする年金約573万人（2014年末）
	支給総額	給付費225,752百万ユーロ、総支出260,363百万ユーロ（2014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、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20%を、2030年までは22%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。

ハ 給付

年金給付額の改定においては、私的年金である「リースターワーク」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（リースターワーク）、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¹。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、現在年金価値（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、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ワーク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、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き上げ幅から減殺された。2012年以降は、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に伴い上昇傾向で推移し、2015年は旧東独で2.5%プラス、旧西独で2.1%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47.5%（2015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%を下回らないこととされている。

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）課税の継延べへ段階的に移行するものとされている²。

- 1) リースターワーク（2002～2012年において、0～4%に増加するよう、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「リースターワーク係数」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。リースターワーク係数は、 $\{(100\% - \text{前々暦年におけるリースターワーク} - \text{前暦年における保険料率}) / (100\% - \text{前々暦年におけるリースターワーク} - \text{前暦年における保険料率})\}$ 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。
- 2) 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）。

[欧洲地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（ドイツ）]

なお、2014年5月「公的年金保険の給付拡充に関する法律」(Entwurf eines Gesetzes ueber Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung)が成立し、7月から施行された。同法律は、①「63歳年金制度」の導入、②「母親年金制度」の導入、③「稼得能力の減少を理由とする年金」の拡充、④「リハ予算」の拡充を大きな柱となっている（公的年金保険制度改革）。

(2) 医療保険制度 (Krankenversicherung)

イ 概要

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

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よる。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³」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（2015年平均0.9%）。

表 3-2-14 医療保険制度の概要

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。	
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（2015年8月：123金庫）	
被保険者資格	一定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87%、約7,065万人である（2014年）。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。）は、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、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	一般保険料率は14.6%（労使折半）。追加の保険料率（被保険者単独負担分）は0.9%（2015年平均）。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。この追加保険料は、被保険者のみが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、追加保険料額が所得の2%を超える者については、当該超過分につき、税財源による補助（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。
	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（2014年は105億ユーロ）。
実績	加入者数	5,300万6千人（2014年）
	支払総額	約2,055億ユーロ（2014年の公的医療保険の総支出）

■3) 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他、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などを内容とする。

□ 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、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を合意し、各保険医に対する診療報酬の配分を行う。

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。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になった。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になった。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

連邦保健省（BMG）が所管しており、介護金庫（Pflegekasse）が運営主体となっている。

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。

保険者は介護金庫であり、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、2015年1月に0.3%引き上げられ、賃金の2.35%（被保険者：1.175%、事業主：1.175%）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、2.6%（被保険者：1.425%、事業主：1.175%）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。要介護段階は、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、要介護段階Ⅰから要介護段階Ⅲまでの3段階であるが、認知症患者や要介護段階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

- 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、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付与さ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。

[欧洲地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（ドイツ）]

される。

「6(2)」参照。)

□ 給付内容

①在宅介護・部分施設介護、②介護手当、③完全施設介護、④代替介護（年間6週間、1,612ユーロ以内）、⑤ショートステイ（年間4週間、1,612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4,000ユーロ以内、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程度制限される者に対して、要介護認定の有無にかかわらず、⑧世話手当（月額208ユーロ、身体介護が必要な場合104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て受給することも可能である（支給限度額や現金支給額は、現物給付、現金給付を受ける割合に応じて按分される。）。

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（要介護段階Ⅲの場合は、審査は不要）。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。

なお、サービス別の支給（限度）額は次表のとおりである。

表3-2-15 ドイツの介護保険の支給（限度）額
(2015年1月～2016年12月)

要介護段階	在宅介護・部分施設介護	介護手当	完全施設介護
いわゆる要介護段階0	— [231]	— [123]	—
要介護段階Ⅰ	月額468ユーロ [689]	月額244ユーロ [316]	月額1,064ユーロ
要介護段階Ⅱ	月額1,144ユーロ [1298]	月額458ユーロ [545]	月額1,330ユーロ
要介護段階Ⅲ	月額1,612ユーロ [1612]	月額728ユーロ [728]	月額1,612ユーロ
特に重篤なケース	月額1,995ユーロ [1,995]	—	月額1,995ユーロ

※【】内は、認知症患者に対する支給限度額

（2015年11月成立の「第2次介護強化法」による改正は、

ハ 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8,120万人（うち外国籍約754万人）（2014年末現在）、高齢化率は21%（2014年）となっていた。2011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29%に達すると見込まれている。

2014年末現在において、介護保険の給付を受給している要介護者は、在宅に約182万人、施設に約75万人存在している。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6割（約45%が専ら現金給付のみを受給）に上る。また、要介護者を要介護段階別にみると、公的介護保険の場合、2014年末現在、在宅では要介護段階Ⅰが63.0%、要介護段階Ⅱが28.7%、要介護段階Ⅲが8.2%、施設では要介護段階Ⅰが42.8%、要介護段階Ⅱが37.4%、要介護段階Ⅲが19.8%（全体で要介護段階Ⅰが57.1%、要介護段階Ⅱが31.3%、要介護段階Ⅲが11.6%）となっている。

■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、代わりの介護者を雇うための費用である。

動及国際
向び雇機
と雇用
会用開
後、に
の失よ
見業る
通等の済
しの済

カ
ナ
ダ

米
国

フ
ラ
ン
ス

（社会
保障
施
策）
ド
イ
ツ

ス
ウェ
ー
デン

英
国

E
U

3 公衆衛生施策

(1) 行政組織等

連邦保健省（BMG）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、健康管理などを行っている。

(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。

診療所を運営する開業医は、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⁸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、保険医の数が多い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。2014年における病院数は、ドイツ全土で1,980、設置主体別の内訳は、公立病院が589（29.7%）、公益病院が696（35.2%）、私立病院が695（35.1%）となっている。近年の傾向を見ると、私立病院の数が増加する一方、公立・公益病院の数は減少し、全体として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2014年現在約36.5万人（うち診療所は約14.8万人、病院は約18.6万人）。

4 公的扶助制度

連邦労働・社会省（BMAS）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

親族等からの支援がなく、かつ、就労が不能な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。

基本的に生活保護の単一柱である日本と異なり、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（(2) 参照）に併せて、高齢期及び稼得能力減少・喪失時の基礎保障（Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung）などがある（(4) 参照）。

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、高齢期及び稼得能力減少・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、約38.2万人（2014

■7) 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。

■8) 保険医は、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、2009年から定年制は廃止された。

[欧洲地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（ドイツ）]

年末現在）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約8.6万人に留まる。

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（Wohngeld）がある。

（3）特別扶助

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、約110万人（2014年末現在）である。

（4）高齢期及び稼得能力減少・喪失時の基礎保障

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して、高齢期及び稼得能力減少・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歳以上で稼得能力が減少・喪失した者とされている。2014年末現在の受給者数は約100万人である（うち65歳以上は約49万人（同年齢層の2.9%））。

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、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）⁹

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に受給が切り替わっている。

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、まず社会保障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。

また、社会福祉サービスの内容を統一的に法律で定めている日本とは異なり、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・ディアコニー事業団、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

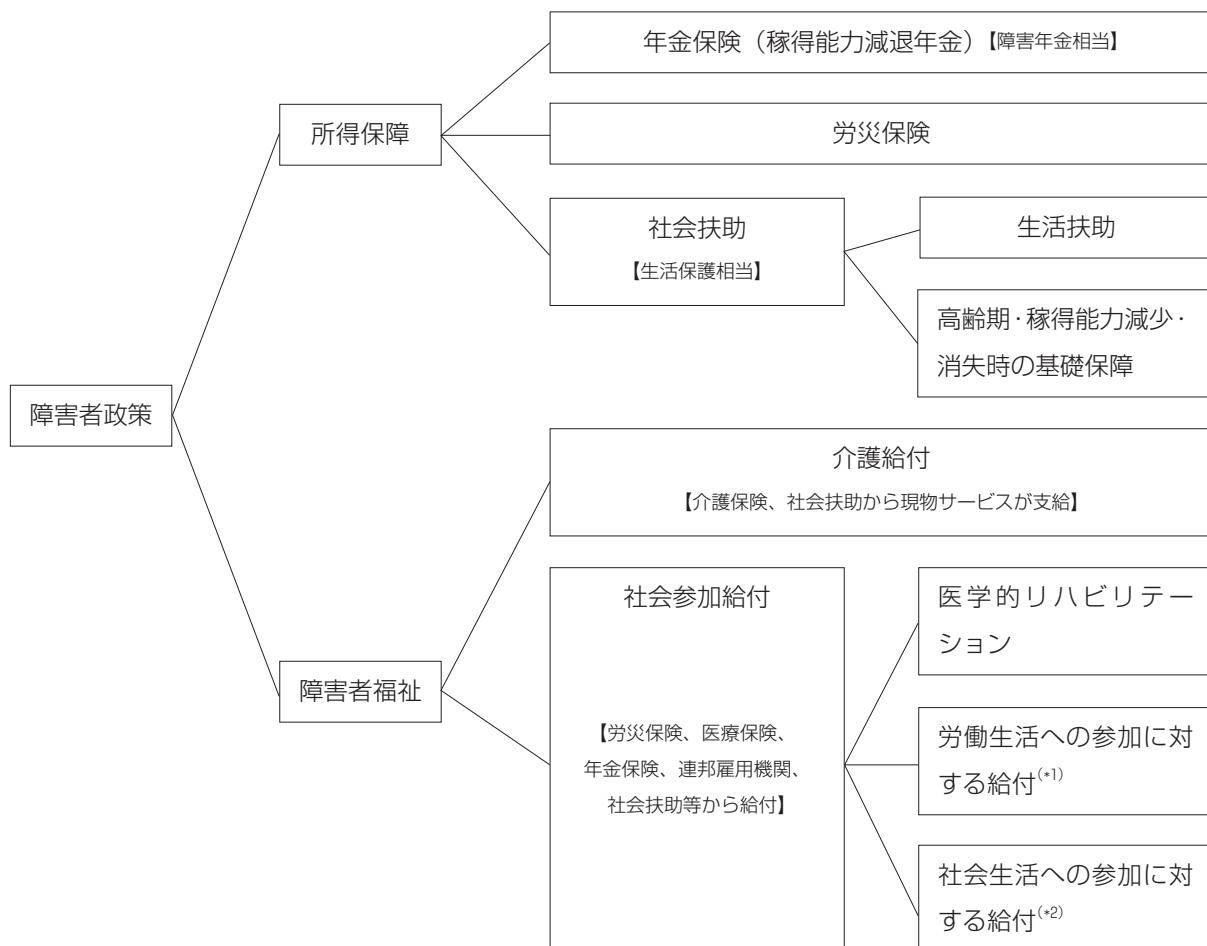
■9） 詳細は、「労働（2（6）口）」参照。

【参考】ドイツにおける障害者福祉関連施策概要

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。指導理念は、統合社会 (inklusive Gesellschaft) の実現である。



(*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。

[欧洲地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（ドイツ）]

ある。

（4）児童家庭施策

連邦家族・高齢者・女性・青少年省(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ))が所管しており、各州及び市単位で実施されている。

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)

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188ユーロ、第3子については月額194ユーロ、第4子以降は1人につき月額219ユーロ

である（2015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つたが、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2,256ユーロ（夫婦の場合4,512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7,152ユーロ）（2015年現在）。このほか、養育にかかった費用については、2012年以降は親子の置かれた境遇に関わらず、課税対象から除外（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）された。

児童加算は、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。受給要件は、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（ひとり親の場合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（2015年現在）。

二 保育所整備

従来より女性の就業率が高い旧東独地域に比して、旧西独地域の方が保育所の整備が遅れているのが特徴であったが、近年の女性の就業率増加に伴い、保育所に対する需要は、旧西独地域を含め、ドイツ全体で急速に高まっている。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」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、連邦政府による補助金の交付など、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ことから引き続き整備を行っていくこととされている。

なお、3歳未満の児童に係る保育所の利用率は、2015年3月1日現在、全独で32.9%（2014年3月1日現在32.3%）、旧西独地域で28.2%（同27.4%）、旧東独地域

■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。

で51.9%（同52.0%）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、2015年3月1日現在、全独で95.9%（同93.6%）、旧西独地域で95.5%（同93.1%）、旧東独地域で97.3%（同95.5%）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月から導入されたが、2015年7月に連邦憲法裁判所において違憲判決（保育手当はドイツ基本法に規定する「公共の福祉」の範疇を逸脱するものと解されることから、連邦に立法権限はないという判旨）が出され、同日廃止された¹¹⁾。

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、子どもが生まれてから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支払ったものとして評価される。

また、母性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。

6 近年の動き・課題・今後の展望等……………

(1) 医療保険制度、医療制度改革

イ 公的医療保険における医療給付を強化するための法律（Gesetz zur Staerkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung）の成立・施行（2015年7月）

地域における医療給付の強化と患者の医療アクセス改善を目的としている。①医療供給が不足している地域における開業促進のための支援の強化（構造基金の創設）及び供給過剰地域の適正化、②家庭医による医療提供の強化（継続教育機関の増加及び処遇改善）③専門医へのアクセスを改善するための保険医協会による予約サービ

スセンターの設置、④患者のセカンドオピニオンへのアクセス権の強化などが柱となっている。

□ 健康増進及び予防の強化のための法律（Gesetz zur Staerkung der Gesundheitsfoerderung und der Praevention）の成立・施行（2017年7月）

あらゆる生活環境下において、全ての世代が、健康増進及び予防の取組を強化することを可能とすることを目的としている。①公的医療保険制度のみならず、公的年金保険制度、公的労災保険制度、社会介護保険制度、民間医療保険の運営者等に対する予防及び健康増進の取組の義務化、②連邦、州、市町村が参考する国民予防会議における社会保険制度に対する共通目標の設定、③予防接種の受診徹底及び財政支援の強化、④疾病金庫及び介護金庫における健康増進及び予防に係る給付の拡大などが柱となっている。

ハ 病院における医療供給の構造を改革するための法律（Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung）（2015年11月成立。2016年1月施行）

病院（入院医療）における良質な医療給付を保障し、専門化の深化による質の高い医療給付を実現することを目的としている。①個々の病院における看護人材を確保するための「看護加算」の創設、②入院中の認知症を有する者や要介護状態の者に係る手間を診療報酬上考慮するための検討・実施（2019年から）、③院内感染予防のための、保健・衛生プログラムの改善、④病院計画策定の際の、医療の質に関する評価指標の考慮、⑤安定的な病院医療供給のための診療報酬上の支援の強化及び病床過剰地域における供給量の適正化、⑥長期入院や日帰り手術後の短期間看護の創設などが柱となっている。

ニ ホスピス及び終末期医療給付を改善するための法律（Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung）の成立・施行（2015年12月）

自宅、病院、介護施設などの場所を問わず、終末期の

■11) すでに受給に係る承認を受けている場合、当該承認期間内に限り、継続的に受給が可能である。

[欧洲地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（ドイツ）]

患者に対する医療給付を拡充することを目的としている。①公的医療保険者（疾病金庫）と医師（専門医、家庭医）との自主契約に基づく、外来に係る医療給付の拡充、②在宅における訪問看護の給付の強化、③介護施設における終末期医療提供の強化、④病院における終末期医療ステーションの増設、⑤ホスピス専門職の充実・確保などが柱となっている。

ホ 確実なデジタル情報通信及び使用のための法律 (Gesetz fur sichere digitale Kommunikation und Anwendungen) の成立・施行 (2015年12月)

保健制度におけるテレマティック基盤を創設し、個人情報保護が徹底された上で、電子データの利活用を促進することを目的としている。①現代に即した基礎情報管理（被保険者の基礎情報のオンラインによる確認及び更新）の導入（2018年まで）、②緊急時の医療情報の電子医療カードへの収載（アレルギー情報、既往歴、投薬情報（3種類以上の医薬品服用）等）（2018年から）、③入退院時や転院時に係る医師の診断書の電子共有、④患者記録の電子的な管理（2018年までに創設）などが柱となっている。

（2）介護保険制度改革

2015年11月「第2次介護強化法」(das Zweite Pflegestärkungsgesetz) が成立した。

同法は2014年11月に成立、翌年1月に施行した「第1次介護強化法」と同様、介護給付の拡充を目的としている。2016年1月1日からは、①介護の質の評価の抜本的改正、②介護書類の簡素化、③介護相談の充実（要介護者の家族に対する介護相談請求権の付与）などが施行された。

また、2017年1月からは、①要介護状態の定義の見直し、②要介護状態の定義の見直しに伴う各種給付の改善（表3-2-16 ドイツの介護保険の支給（限度）額参照）、③介護保険制度における保険料率の改訂（現行2.35%から2.5%への引上げ（子どもを有しない23歳以上の被保険者については、現行2.6%から2.8%への引上げ））などが施行される。

このうち特に重要な改正は要介護状態の見直しであ

る。

これまでの要介護状態の定義は、個別の高齢者の身体機能に着目し、どういった機能が欠けているのかという欠損志向に基づくものであったところ、個別の状態を勘案し自立した日常生活を送るために何ができるのかという残存機能に着目した定義に見直すことによって、認知症のような知的又は心的な障害を有する者の要介護状態を、身体的な障害を有する者の要介護状態と同様に鑑定することを目的としている。このため、要介護状態をこれまでの要介護段階ⅠからⅢを改め、要介護度ⅠからⅤに見直すこととしている。更に、要介護状態を鑑定するための指標として、①可動性、②認識及び意思疎通能力、③日常生活能力及び精神的な課題、④自立、⑤病気や治療に起因する支援の必要性や負担の克服又は自立の状況、⑥日常生活の形成及び社会的交流を設定することとしている。

なお、当該見直しに係る激変緩和措置として、原則、これまでの要介護段階Ⅰの者は、新たな要介護度Ⅱへ、これまでの要介護段階Ⅱの者は新たな要介護度Ⅲへ、これまでの要介護段階Ⅲの者は新たな要介護度Ⅳへ自動的に移行することとしている。

表3-2-16 ドイツの介護保険の支給（限度）額
(2017年1月～)

要介護度	在宅介護・部分施設介護	介護手当	完全施設介護
要介護度Ⅰ	—	125ユーロ	月額125ユーロ
要介護度Ⅱ	月額689ユーロ	月額316ユーロ	月額770ユーロ
要介護度Ⅲ	月額1,298ユーロ	月額545ユーロ	月額1,262ユーロ
要介護度Ⅳ	月額1,612ユーロ	月額728ユーロ	月額1,775ユーロ
要介護度Ⅴ	月額1,995ユーロ	月額910ユーロ	月額2,005ユーロ

動及び国際
と雇用機
会用開
後の失
見業等経
しの済

カ
ナ
ダ

米
国

フ
ラ
ン
ス

（社会
保障
施
策）
ド
イ
ツ

ス
ウェ
ーデ
ン

英
国

E
U