

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

社会保障施策

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

少子高齢化が進展する中、2013年12月に策定された連立協定に則って、社会保障制度改革が着実に進められるとともに、好調な経済情勢の後押しもあり、年金水準の大幅な上昇、医療保険財政の安定的な運用など、社会保障制度の財政状況も好調に推移している。

2016年は、2015年に成立した医療制度、医療保険制度改革の円滑な施行、また介護分野における抜本的な改革である「第2次介護強化法」の円滑な施行に向けた準備が確実に進められるとともに、介護保険制度を強化・拡充するための3本目の法律である「第3次介護保険強化法」が成立するなど、少子高齢化の更なる進展を見越した改革が実施されている。なお、2015年に大量に流入した難民の影響により、人口動態に強く影響を及ぼしており、例えば、合計特殊出生率が高水準になり保育所の整備が更に急務になるなど、新たな課題への対応が求められている。

(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、児童手当、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、その大部分を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。

2 社会保険制度

(1) 年金制度 (Rentenversicherung)

イ 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。

1 概要

ドイツ社会保障制度は、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

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>【概念図】</p> <p>適用対象外: 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)</p> <p>一部自営業者: 自営業者(一般年金保険に任意加入可)</p> <p>被用者(サラリーマン・パート労働者・公務員): 農業者老齢保障、扶助制度、自営業者相互、鉱山労働者、一般年金保険、官吏恩給制度</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ヶ所)、州ドイツ年金保険組合 (14ヶ所)。 ・「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ヶ所)。
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、医師・薬剤師、裁判官等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	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（2016年時点（1951年生まれ）では65歳5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64.4歳（2015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（2016年の現在年金価値（単価）：旧西独地域30.45ユーロ（前年29.21ユーロ）、旧東独地域28.66（同27.05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）については63歳（65歳に段階的に引上げ）、長期失業者又は高齢パートタイム労働者若しくは女性については60歳からの老齢年金の繰上げ支給が、一定条件の下で認められている。また、重度障害者については63歳6ヶ月（65歳に段階的に引上げ）、長期日雇鉱山労働者については60歳6ヶ月（62歳に段階的に引上げ）からの繰上げ支給が一定の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%（2016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、2015年で総支出の23.0%（一般的な税財源から14.8%、消費税及び環境税（エコ税）による税財源から8.2%）、総収入の23.1%。
（障害、遺族等） その他の給付	障害年金	老齢年金支給開始年齢未満の被保険者の稼働能力が制限され又は失われた場合には、「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、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、稼働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1,803万人、稼働能力の減少を理由とする年金179万人、死亡を理由とする年金570万人（2015年末時点）
	支給総額	給付費236,187百万ユーロ、総支出271,965百万ユーロ（2015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。

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、2016年は旧東独地域で5.95%プラス、旧西独地域で4.25%プラスとなり、過去23年間で最高の伸び率となった。なお、年金現在価値の東西格差は年々解消されつつあり、2016年は、旧東独地域が旧西独地域の水準の94.1%（前年92.6%）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

■1) リースター階段（2002～2012年において、段階的に4%に通増し、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%-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%-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-前暦年における被保険者に対する年金受給者の割合 / 前々暦年における被保険者に対する年金受給者の割合) × 25% + 1} によって算定される。

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）課税の繰延べへ段階的に移行するものとされている²⁾。

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「稼働能力の減少を理由とする年金」の拡充、④「リハ予算」³⁾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。

ドイツ医療保険制度は、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。

表 3-2-14 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 (gesetzliche Krankenversicherung)	
根拠法	社会法典第V編 (SGB V)	
運営主体	疾病金庫 (117金庫 (2016年8月現在))	
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7,112万人である (2015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づけられている。	
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) である。	
財源	保険料	一般保険料率は14.6% (労使折半)。追加的保険料率 (被保険者単独負担分) は1.1% (2016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、当該超加分につき、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 (2015年は115億ユーロ)。
実績	加入者数	約5,300万人 (2015年平均)
	支払総額	約2,137億ユーロ (2015年の公的医療保険の総支出)

■ 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)。
 ■ 3) 被保険者の稼働能力が健康上等の理由により減退している場合、当該被保険者のリハビリテーションの給付に要する費用を疾病金庫に対して年金保険者が財源を支出しており、通称「リハ予算」といわれている。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ (社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

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⁴⁾」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（2016年平均1.1%）。

□ 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、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-Spitzverband）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。

また、医師免許を取得した者に対して州医師会への登録が義務付けられており、各州医師会において医師資格の管理を行っている。なお、現在、医師として活動している医師数は、ドイツ全域で約37万人、そのうち約15万人が外来医療、約19万人が入院医療に従事している。

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。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⁵⁾。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⁶⁾。

(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（根拠法は社会法典第XI編（SGB XI））。

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。したがって、被保険

■ 4) 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等を内容とする。
 ■ 5) 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、供給不足又は付加の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。
 ■ 6) 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。

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、高齢化の進展や、給付を拡充する制度改革に伴い、2008年7月に0.25%、2013年1月に0.1%、2015年1月に0.3%、2017年1月に0.2%と徐々に引き上げられており、2017年1月現在、賃金の2.55%（被保険者：1.275%、事業主：1.275%）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、2.8%（被保険者：1.525%、事業主：1.275%）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、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⁷に分類される。

□ 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（介護現金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、代わりに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（年間8週間まで、1,612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のみ実施される

（請求権は、要介護度2～5の要介護者のみに付与され、要介護度1の要介護者には付与されない。）。なお、ホテルコスト、食費等は自己負担である。

介護給付費総額は、2015年総額で267億ユーロ（2014年242億ユーロ）、うち在宅サービスが146億ユーロ（2014年131億ユーロ）、施設サービスが121億ユーロ（2014年112億ユーロ）である。

なお、サービス別の支給（限度）額は次表のとおりである。

表 3-2-16 ドイツの介護保険の支給（限度）額（2017年1月～）

要介護度	介護現物給付 / 部分施設介護	介護手当	完全施設介護
要介護度1	—	—	月額125ユーロ
要介護度2	月額689ユーロ	月額316ユーロ	月額770ユーロ
要介護度3	月額1,298ユーロ	月額545ユーロ	月額1,262ユーロ
要介護度4	月額1,612ユーロ	月額728ユーロ	月額1,775ユーロ
要介護度5	月額1,995ユーロ	月額901ユーロ	月額2,005ユーロ

（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）部分施設介護等の給付を受けている場合であって、一定の要件を満たす場合、月額125ユーロまでの免責給付が上乗せして支給される。

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、老人ホーム、介護ホーム等が存在する。老人居住ホームは、高齢者に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。

二 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

■7) 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が要介護度1～5に改正された。

国際機関による経済見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

EU

8,218万人（うち外国籍865万人）（2015年末現在）、高齢化率は21%（2015年末現在）と高齢化率が年々増加傾向で推移している。2011年の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。高齢化に伴い、要介護者の数（267万人（2015年末現在））や認知症の者の数（155万人（2014年末現在））ともに増加傾向で推移している。要介護段階別、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 3-2-17 要介護段階別のサービス利用者数
（2015年末現在）

	在宅サービス利用者	施設サービス利用者	合計
要介護段階Ⅰ	121万人	32万人	153万人
要介護段階Ⅱ	54万人	28万人	82万人
要介護段階Ⅲ	16万人	16万人	32万人
合計	191万人	76万人	267万人

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。

診療所を運営する開業医は、家庭医、専門医、歯科医等に分類される⁸。開業医が公的医療保険の保険医⁹として認可を受ける際に、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、保険医の数が多し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。2015年における病院数は、ドイツ全域で1,956、設置主体別の内訳は、公立病院が577（29.5%）、公益病院が679（34.7%）、私立病院が700（35.8%）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2015年現在37万人である（うち外来医療従事者は15万人、入院医療従事者は19万人）。

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、要介護等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

■8) 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、その他の専門診療には、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。
■9) 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を鑑みて、2009年に定年制は廃止された。

が100%負担する等、段階的に地方公共団体へ交付する連邦負担が引上げられている。

(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、約39.8万人（2015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9.3万人に留まる。

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。

(3) 特別扶助

特別扶助は、医療扶助、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種類で構成され、各々の境遇に応じた措置・支援が実施されている。特別扶助を受給している者の数は、約142万人（2015年末現在）である。

(4) 高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障

高齢期及び稼働能力減少・喪失時の基礎保障は、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する給付である。受給者は、生活困窮者のうち、65歳以上の者又は18歳以上で稼働能力が減少・喪失した者とされており、2015年末現在の受給者数は約104万人である（うち65歳以上は約54万人（同年齢層の3.1%））。

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 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（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ける、民間事業者が提供するサービスの役割が大きく、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等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。なお、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が可能である。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

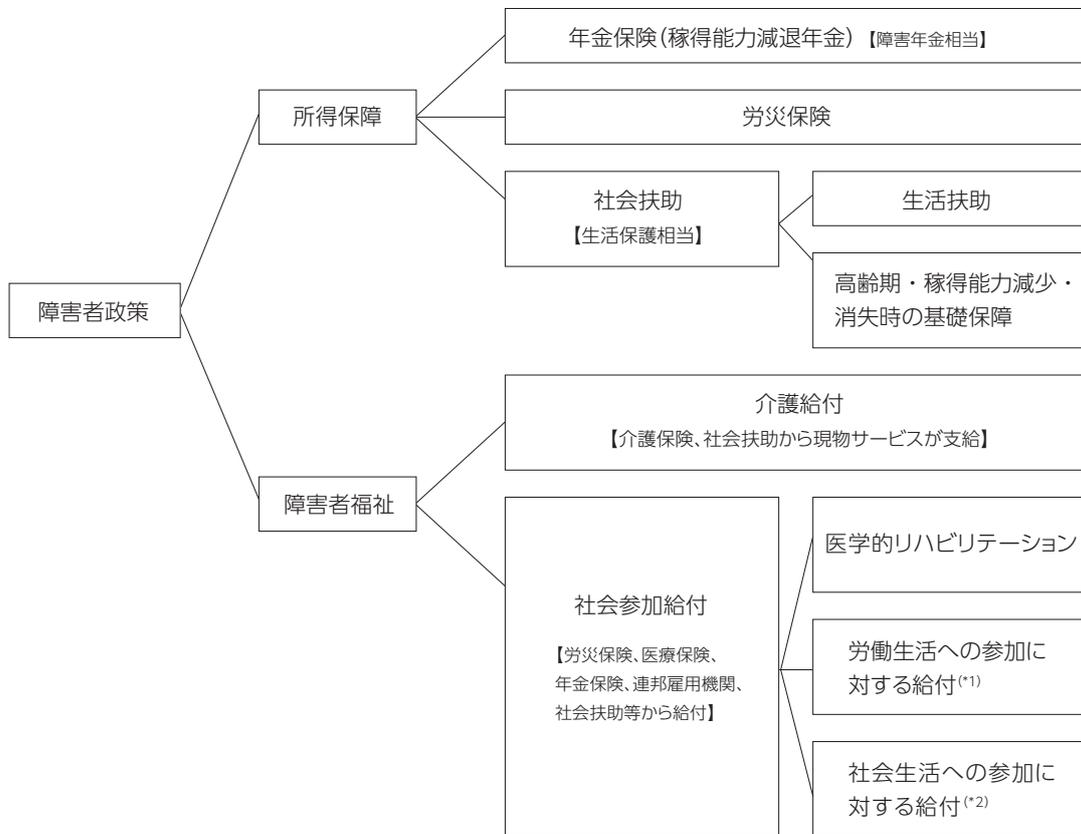
EU

【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」(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い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」(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い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、統合社会の実現である。



(*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。
(*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。

(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）（2016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、事業主補助を受けることができる。

□ 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190ユーロ、第3子については月額196ユーロ、第4子以降は1人につき月額221ユーロである（2016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ったが、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2,304ユーロ（夫婦の場合4,608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7,248ユーロ）（2016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160ユーロが上限となっている（2016年現在）。

ハ 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る。3歳未満の児童に係る保育所の利用率は、2016年3月1日現在、全独で32.7%（2015年3月1日現在32.9%）、旧西独地域で28.1%（同28.2%）、旧東独地域で51.8%（同51.9%）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、2016年3月1日現在、全独で93.6%（同95.9%）、旧西独地域で93.2%（同95.5%）、旧東独地域で95.2%（同97.3%）となっている。

近年、保育所に対する需要がドイツ全域で急速に高まっており、2008年に制定された「保育所における3歳未満の児童の支援に関する法律（通称：児童助成法）」により、保育所の整備にかかる費用を連邦政府が補助をするための2008年から2013年までの投資プログラム「保育資金調達（2008－2013）」が実施されるとともに、これまで3歳以上、就学前の児童に付与されていた保育請求権を、1歳以上の児童に拡大する（2013年8月施行）こととされた。更に、第1次投資プログラムの後継プログラムとして、第2次投資プログラム「保育資金調達（2013－2014）」が実施され、これに引き続いて第3次投資プログラム「保育資金調達（2015－2018）」が実施されており、保育所の量的整備が着実に進められている。

ニ 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

■ 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。

社」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¹¹⁾が出され、同日廃止された¹¹⁾。

ホ 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) 年金制度改革

イ 退職時における職業生活からの移行の柔軟化及び職業生活時における予防及びリハビリテーションの強化のための法律(Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben) (通称:フレキシブル年金法(Flexirentengesetz))の制定

退職時における職業生活からの移行を将来的に柔軟化すると同時に、通常の年金受給開始年齢を超えた継続就業の魅力を高めることを目的としている。①通常の年金受給開始年齢に達しているにもかかわらず、引き続き就業し、(低い)保険料を支払い続ける場合、将来の年金受給額を引き上げることができること、②部分年金と(低い)労働収入のよりよい組み合わせを可能にすること(年金支給開始年齢に達する前に、早期に部分年金を受給者している者が、年金受給額を減額されずに獲得できる収入額が引き上げられる。)、③予防、リハビリ、アフターケアを充実すること(職場における健康診断の機会の充実や子供や青少年に対する予防給付の請求権の付与等)、等が柱とされている。

ロ 老齢保障のための全体構想(Das Gesamtkonzept zur Alterssicherung) (連邦労働・社会省案)の公表(2016年11月)

2017年に予定されている連邦議会選挙を睨んだ、公的年金制度改革に関する連邦労働・社会省案が公表された。①給付と負担に関する停止線の設定(所得代替率は最低46%を下回らないこと、保険料率は、2030年に22%、2045年に25%を上回らないこと。)、②義務的加入被保険者の対象拡大(自営業者の取り込み)、③稼働能力減退年金の給付改善(受給可能年齢の段階的な引上げ)、④東西年金水準の段階的な統一(2025年1月に東西年金水準を統一する。)、等が柱とされている。

(2) 医療保険制度、医療制度改革

2016年は、特に目立った改革はなく、2015年に成立した多岐にわたる法律の円滑な実施が図られている。

(参考:医療保険制度及び医療制度における、2015年に成立した主な法律)

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 Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG))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等が柱となっている。

ロ 健康増進及び予防の強化のための法律(Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention: Präventionsgesetz (PrävG))の成立・施行(2015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

■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。

国際機関による経済動向と今後の見通し

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

EU

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、市町村が参集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等が柱となっている。

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: Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG))(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等が柱となっている。

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: Hospiz- und Palliativgesetz (HPG))の成立・施行 (2015年12月)

自宅、病院、介護施設等の場所を問わず、終末期の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・確保等が柱となっている。

ホ 確実なデジタル情報通信及び使用のための法律 (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz))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の、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）等が柱となっている。

(3) 介護保険制度改革

イ 第3次介護強化法(Drittes Pflegestärkungsgesetz)の成立 (2016年12月)、施行 (2017年1月)

2015年1月に施行された「第1次介護強化法¹²⁾」、2017年1月に施行された「第2次介護強化法¹³⁾」に引き続き、「第3次介護強化法」が2016年12月に成立、2017年1月に施行された。同法は、地域（現場）における介護サービスの充実及び介護給付に関する相談支援サービスを拡充することを目的としている。①地方自治体に対する、介護支援拠点¹⁴⁾を新たに設立するための5年間の発議権の付与、②60の地方自治体において、地方自治体の介護

■ 12) 第1次介護強化法は、介護給付を拡充して介護を充実させることを目的とした法律。主な内容は、①ほぼすべての介護給付額を拡充、②世代間の給付の公平を確保するための介護準備基金の創設、③介護施設における介護従事者の拡充（施設基準の見直し）、④保険料率の引上げ等。この改正により、介護給付は給付費全体で4%拡充された。
 ■ 13) 第2次介護強化法は、認知症を有する要介護者と身体機能の低下を主たる要因とした要介護者の給付の公平化を図ることを目的とした法律。主な内容は、①要介護状態の定義の見直し、②要介護認定手法の見直し、③介護給付の拡充、④保険料率の引上げ等。
 ■ 14) 介護支援拠点とは、2008年に施行された介護継続発展法により創設された拠点であり、地域に根ざしたケアマネジメントを実施するために、疾病金庫及び介護金庫が共同で設置する（日本の地域包括支援センターに相当）。医療保険や介護保険の専門職のほか地方自治体や社会福祉系の団体等の関係者が連携し、介護等に関する情報の集積、介護サービス事業者の紹介、給付契約に関する相談・支援等が実施される。

国際機関による経済動向と今後の見通し

カナダ

米国

フランス

ドイツ
(社会保障施策)

スウェーデン

英国

E
U

国際機関による経済動向と今後の見通し及び雇用・失業等の

カナダ

相談員による介護相談¹⁵のモデル的实施。当該モデル事業を実施する場合、介護相談の実施責務も併せて、従来の介護金庫から当該モデル事業実施自治体に移行（費用負担は、引き続き介護金庫の責務）、③地方自治体による追加的な介護給付の実施及びその場合の介護保険財源による支援、等が地方自治体の機能・権限の強化に関する柱となっている。その他、公的医療保険に対して体系立った調査権限を付与し、介護保険における決算詐欺を回避する規定の追加等が行われている。

□ 看護・介護職業法（Pflegeberufegesetz）（2016年1月閣議決定、同年末現在審議中）

米国

同法は、将来的に不足することが予測される看護・介護分野の人材確保（量的拡大）及び介護施設における慢性疾患患者の増加と病院における認知症患者の増加に総合的に対応可能な新たな看護・介護専門職の創設（質的拡充）を実現することを目的としている。①これまでの看護師、小児看護師及び高齢者介護士の資格を一本化した「看護・介護専門職」の導入及びそれに伴う新たな「看護・介護職業教育」の創設、②大学における看護・介護学の導入、③看護・介護専門職を養成するための州による資金調達等が柱となっている。なお、同法は、連立政権内外からの反発により、当初の予定を大幅に経過した2016年末時点で成立に至っていない。

フランス

ドイツ
（社会保障施策）

スウェーデン

英国

EU

■ 15) 介護相談とは、2008年介護継続発展法によって導入された、個人のニーズ及び状態を勘案したケアプランの作成、当該ケアプランに基づく介護給付の実施等を行う介護保険のサービス類型（日本のケアマネジメントに相当）。介護相談は介護金庫に所属する介護相談員が行うこととされ、介護や医療に関わる総合的な支援を行うこととされている。なお、介護相談員は、老人介護士、看護師、小児看護師等の資格を有し、一定の実習を経験した者が担っている。