

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

社会保障施策

好調な経済状況の一方で、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。

2018年3月に発足した新政権においては、同年2月に策定された連立協定に従い、医療・年金・介護・子育て分野に関して、少子高齢化の更なる進展及び新たな課題に対応した改革が実施されている。なお、社会保障関係の主要閣僚は、シュパーン連邦保健大臣（CDU：キリスト教民主同盟）、ハイル連邦労働社会大臣（SPD：社会民主党）、ギッファイ連邦家族・高齢者・女性・青少年大臣（社会民主党）である。

2017年の社会保障給付費総額は9,655億ユーロ（対GDP比29.6%）であった。

なお、人口については、出生数（約78万5千人）が死亡数（約93万3千人）を下回っているものの、移民や難民等の流入人口が多いため、総人口は増加している。

1 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、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。

なお、社会保障給付費全体の概要については、以下の

とおり。

- 社会保障給付費全体：9,655億ユーロ
- 対GDP比：29.6%
- 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 4,026億ユーロ
 - ・高齢及び遺族に関する給付 3,563億ユーロ
 - ・子ども及び夫婦に関する給付 1,064億ユーロ
 - ・失業給付 318億ユーロ
 - ・その他 281億ユーロ
- 財源の内訳
 - ・保険料事業主負担分 34.2%
 - ・保険料被保険者負担分 30.8%
 - ・政府による財政支出 33.4%

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。

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」¹⁾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

■1) RV- Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz

表3-2-15 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 (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 style="text-align: center;">(適用対象外)</p> <p>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) → 自営業者 (一般年金保険に任意加入可) → 一部の自営業者 (農業経営者) → 自営業者相互扶助制度 (医師、弁護士等) → 鉱山労働者年金保険 (鉱山労働者) → 一般年金保険 (民間被用者、芸術家、ジャーナリスト等の自営業者及び非官吏) → 官吏恩給制度 (官吏)</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、僅少雇用のうち年間の労働日数が3か月以下もしくは合計で70労働日以下の者は加入義務免除。</p> <p>注1) 加入義務が免除されている16歳以上の者や外国在住ドイツ人については、通常の支給開始年齢等まで任意加入が可能。 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。 注3) 被用者の賃金が月450ユーロ以下の場合、申請により加入義務の免除を受けることが可能。</p>	
老齢年金 支給要件	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 (2018年1月時点 (1953年生まれ) では65歳7ヶ月)。 ※繰上げ支給の仕組みにより、実際の上乗せ開始年齢は平均で64.1歳 (2017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依りて改定される (2018年7月以降の年金現在価値 (単価) : 旧西独地域32.03ユーロ (前年31.03ユーロ)、旧東独地域30.69ユーロ (同29.69ユーロ))。	
早期支給制度	<p>長期加入者 (35年間以上加入) は63歳から早期支給可能。</p> <p>超長期加入者 (45年間以上加入) については2018年1月時点 (1955年生まれ) 63歳6ヶ月 (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 (1952年以降生まれを除く) 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2018年1月時点 (1955年生まれ) 63歳9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61歳 (62歳に段階的に引上げ) からの早期支給が一定の条件の下で認められている。</p>	
年金支給中の就労	通常の年金支給開始年齢に至る前に老齢年金 (一部支給する場合を除く) を受給する者は、年金減額なく年間6,300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なく、満額支給できる。	
繰上受給/繰下受給	<p>繰下げ受給 : 年金支給開始年齢到達後、年金を受給せず、働き続ける場合、1ヶ月遅らせるごとに年金額が0.5%増額される。</p> <p>繰上げ受給 : 一定の条件 (35年間以上加入等) を満たす者は繰り上げ受給が可能となる。通常の支給開始年齢より1ヶ月早めるごとに0.3%減額される。</p>	
財源	保険料	原則労使折半で、保険料率は、一般年金保険は18.6%、鉱山年金保険については24.7% (2018年1月1日時点)。 ただし被用者の賃金が月450ユーロ以下の場合、労働者 : 3.6%、使用者 : 15%。月450ユーロ超850ユーロ以下 (2019年7月以降は月450ユーロ超1,300ユーロ以下) の場合、労働者 : 賃金に応じて軽減、使用者 : 9.3%。
	国庫負担	保険料引上げ率に応じて自動的に改定。水準は、2017年で総収入の23.1% (一般的な税財源から14.9%、消費税及び環境税 (エコ税) による税財源から8.2%)、総支出の23.1%。
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。支給要件は、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) 年金が支給できるほか、残された子は原則として満18歳まで遺児年金が支給できる。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1,818万人、稼働能力の減少を理由とする年金182万人、死亡を理由とする年金566万人 (2017年末時点)
	支給総額	給付費293,232百万ユーロ、総支出293,761百万ユーロ (2017年)
	平均支給額	旧西独地域 男性 : 1,095ユーロ 女性 : 622ユーロ 合計平均 : 835ユーロ 旧東独地域 男性 : 1,198ユーロ 女性 : 928ユーロ 合計平均 : 1,043ユーロ ※ 老齢年金の実績。2017年末時点。
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。	

国際機関による経済及び雇用失業等の動向の後の見通し等

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

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²。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、本年は旧東独地域で3.37%プラス、旧西独地域で3.22%プラスとなった。なお、年金現在価値の東西格差は年々解消されつつあり、本年は、旧東独地域が旧西独地域の水準の95.8%（前年95.7%）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48.0%（2017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。

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³。

(2) 医療保険制度 (Krankenversicherung)

イ 概要

連邦保健省 (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) が所管しており、疾病金庫 (Krankenkasse)

表3-2-16 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 (110金庫 (2018年1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87.8%、約7,269万人である (2017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 (家族被保険者。子女については原則18歳までだが、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できる。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、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	一般保険料率は14.6% (労使折半)。追加保険料率 (被保険者単独負担分) は1.0% (2018年推計平均)。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、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。なお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により行われる。
	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過去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 (2016年は145億ユーロ)。
実績	加入者数	約5,602.9万人 (2017年平均)
	支払総額	約2,304億ユーロ (2017年の公的医療保険の総支出)

■2) リースター階段 (2002~2012年において、段階的に4%に増殖し、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。

■3) 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)。

国際機関による経済及び雇用失業等の動向と今後の見通し等

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

が運営主体となっている。

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（2018年推計平均1.0%）。

2018年10月に成立した「公的医療保険の被保険者負担軽減法⁵」において、従来被保険者のみが支払っていた追加保険料について、事業主と労使折半することとなった。

□ 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。

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、2017年現在、医師として活動している医師数は、ドイツ全域で約38.5万人、そのうち約15.4万人が外来医療、約19.9万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月から実施された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、当該超過分につき、減額された診療報酬が支払われる⁶。ただし、これらのほか、インフル

■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。

■5) GKV-Versichertenentlastungsgesetz

■6) 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。

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⁷。

(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 (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、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た。2019年1月には、さらに0.5%引き上げられ、2019年1月現在、賃金の3.05% (被保険者：1.525%、事業主：1.525%) 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、3.3% (被保険者：1.775%、事業主：1.525%) である。

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⁸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 (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。

公的介護給付費総額は、2017年総額で355億ユーロ (2016年289億ユーロ)、うち在宅サービスが208億ユーロ (2016年165億ユーロ)、施設サービスが147億ユーロ (2016年124億ユーロ) である。

なお、サービス別の支給 (限度) 額は表3-2-17のと

表3-2-17 ドイツの介護保険の支給 (限度) 額 (2017年1月~)

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)	-	月額125ユーロ
要介護度2	月額316ユーロ	月額689ユーロ	月額770ユーロ
要介護度3	月額545ユーロ	月額1,298ユーロ	月額1,262ユーロ
要介護度4	月額728ユーロ	月額1,612ユーロ	月額1,775ユーロ
要介護度5	月額901ユーロ	月額1,995ユーロ	月額2,005ユーロ

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) 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。

■7) 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。
■8) 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。

おりである。

八 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8,279.2万人（うち外国籍967.9万人）（2017年12月末現在）、高齢化率は21.4%（2017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、要介護者数（349.1万人（2017年末現在））、認知症患者数（約163万人（2016年末現在））ともに増加傾向で推移している。公的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3-2-18 公的介護保険における要介護度別のサービス利用者数（2017年末現在）

	在宅サービス利用者	施設サービス利用者	合計
要介護度1	16.3万人	0.4万人	16.7万人
要介護度2	126.9万人	18.6万人	145.6万人
要介護度3	69.5万人	24.1万人	93.7万人
要介護度4	28.5万人	22.4万人	51.0万人
要介護度5	10.9万人	12.4万人	23.3万人
合計	252.2万人	78.0万人	330.2万人

■9) 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。
 ■10) 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。

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。

診療所を運営する開業医は、家庭医、専門医、歯科医等に分類される⁹⁾。開業医が公的医療保険の保険医¹⁰⁾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、保険医の数が多く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。2017年における病院数は、ドイツ全域で1,942、設置主体別の内訳は、公立病院が560、公益病院が662、私立病院が720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。

国際機関による経済
及び雇用失業等の動
向（今後の見通し等）

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

医師数は2017年現在38.5万人である（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

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、2014年以降は連邦政府が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上げられている。

(2) 生活扶助

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37.4万人（2016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8.3万人に留まる。

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141万人（2016年）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、2017年末現在の受給者数は約105.9万人である（うち65歳以上は約54.4万人）。

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。

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、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。

(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

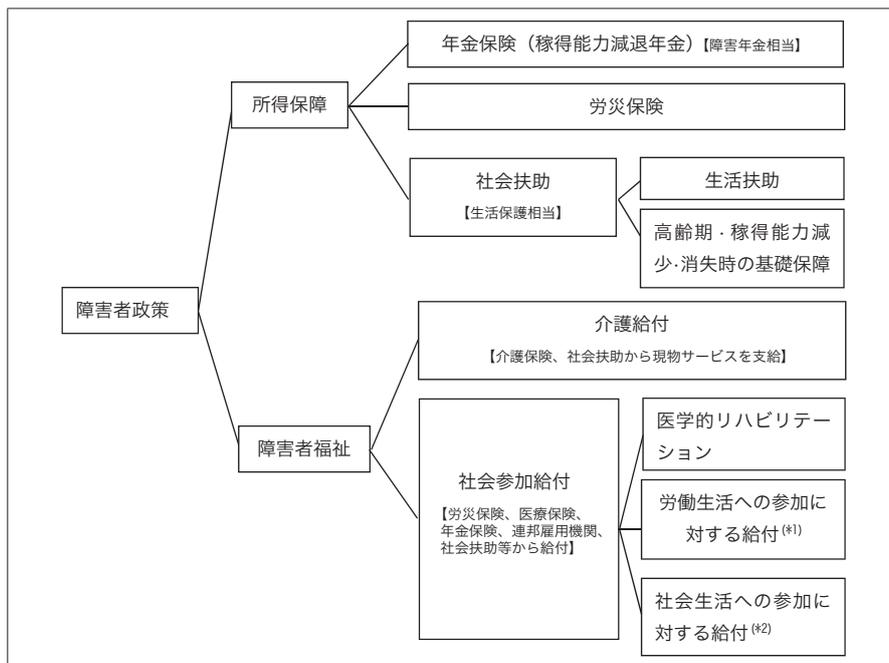
【参考】ドイツにおける障害者福祉関連施策概要

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・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。

なお、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。指導理念は、統合社会の実現である。

図3-2-19 障害者福祉関連施策



(*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。

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)(2017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(これに対する事業主補助もある)。

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(2017年現在)の一時金を受給することができる。なお、こ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)

子どものいる家庭とない家庭間の負担調整を行うために、子ども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(教育期間中の子どもについては25歳未満、失業中の子どもについては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どもについては無期限)のすべての子どもを対象に支払われる¹²⁾。支給額は、第1子及び第2子については月額194ユーロ、第3子については月額200ユーロ、第4子以降は1人につき月額225ユーロである(2018年1月1日現在)。

児童控除は、児童1人当たり年額2,394ユーロ(夫婦の場合4,788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7,428ユーロ)(2018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。支給要件は、①当該子どもが児

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170ユーロが上限となっている(2018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、2017年3月1日現在、全独で33.6%(2017年3月1日現在33.1%)、旧西独地域で29.4%(同28.8%)、旧東独地域で51.5%(同51.3%)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、2018年3月1日現在、全独で93.0%(同93.4%)、旧西独地域で92.7%(同93.0%)、旧東独地域で94.1%(同94.8%)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

■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。

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¹³。

ホ 育児期間中の社会保険

年金計算上の評価措置として、児童養育期間 (Kindererziehungszeit) が認められており、子どもを養育している者（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、その間の平均報酬相当額に対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。

ヘ 出生率

2017年の合計特殊出生率は1.57（2016年は1.59）で、ドイツ国籍を持つ女性では1.45、外国籍の女性では2.15であった。女性の平均出生年齢は、31歳2ヶ月。初産の年齢は29歳10ヶ月。第二子出生年齢は32歳弱、第三子出生年齢は33歳弱。なお、地域別に見ると、旧東独地区は29歳弱であるのに対し、旧西独地区は30歳弱であった。

6 近年の動き・課題・今後の展望等……………

2017年9月に行われた連邦議会選挙において、キリスト教民主・社会同盟 (CDU/CSU) が第一党の座を維持したものの得票率は低水準であったことから、社会民主党 (SPD) との連立政権（いわゆる「大連立政権」）が成立した。その際、両党が合意した連立協定には、多くの社会保障に関する改革が含まれており、これに基づく法案が矢継ぎ早に提出され、可決成立した。主な社会保障に関する法律の内容については、以下のとおり。

■13) 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。

■14) RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz

なおイ・ロ・ハは2019年1月1日より施行、ニは2019年7月より施行される。

2025年以降については、2018年5月に設置された年金委員会（「信頼できる世代間契約に関する委員会」）において議論が行われており、2020年の早い時期に結論を出す予定。

■15) GKV-Versichertenentlastungsgesetz 2019年1月1日より施行。

(1) 公的年金保険給付改善及び安定化法¹⁴

イ 年金給付水準と保険料率の維持

年金給付水準は、2025年まで48%を維持。保険料率について、2025年まで20%を超えないこととする。

ロ 母親年金の改善

1991年以前に生まれた子どもを養育する父母について、公的年金保険の給付算定期間を2年から2年6か月に延長する（個人報酬点数への加算を従来の2点から2.5点に増加）。

ハ 稼働能力減退年金の改善

稼働能力減退年金の給付算定において、保険料納付みなし期間を延長する。2018年に受給開始の場合は62歳3か月までのところ、2019年に受給開始の場合これを65歳8か月までとし、その後段階的に延長し2031年に67歳までとする。

二 僅少収入労働者への負担軽減の強化

僅少収入労働者の社会保険料が軽減される対象を、従来の月450ユーロ超850ユーロ以下から月450ユーロ超1,300ユーロ以下に拡大する。また社会保険料の軽減があった場合でも年金額は減額されない。

(2) 公的医療保険の被保険者負担軽減法¹⁵

イ 追加保険料を労使折半に

一般保険料のみならず、従来被保険者の単独負担であった追加保険料についても労使折半とする。

ロ 自営業者の保険料引き下げ

公的医療保険に任意加入する自営業者の最低保険料を引き下げ、他の任意加入者と同額に設定する。保険料算定に用いる所得最低基準を任意加入者と自営業者で統一化し、2019年は1,038.33ユーロとする。これにより、自営業者の最低保険料は月額約160ユーロとなり、従来の半額以下に引き下げとなった。

国際機関による経済
及び雇用失業等の動
向と今後の見通し等

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

八 任意加入者の保険解約を柔軟に

任意加入者が居所不明な場合や、保険料を滞納し脱退の届け出もない場合、疾病金庫に対しようした被保険者との契約解消を義務づけ、被保険者側の架空債務を増大させないようにする。¹⁶

(3) 看護・介護緊急プログラム及び看護・介護従業員強化法

看護・介護分野における人手不足は深刻であり、選挙でも論点となっていた。このため、看護・介護分野における追加的な労働力確保と、労働条件の改善、賃金引き上げ等に関する総合的な対策パッケージをまとめた「看護・介護緊急プログラム」が5月に策定された。また、これに基づき提出され可決成立した看護・介護従業員強化法¹⁷の内容については以下のとおり。

イ 介護施設での介護

- (イ) 高齢者介護施設の介護士を13,000人増員¹⁸する。費用は公的医療保険等で負担。
- (ロ) デジタル化推進のため、一施設あたり最大30,000ユーロ（このうち介護保険から最大12,000ユーロ）の助成金を支払う。

ロ 病院での介護

- (イ) 介護士¹⁹の増員分は、公的医療保険と民間医療保険でコストを負担する。
- (ロ) 介護職員の賃上げコストは、2018年1月に遡り、公的医療保険と民間医療保険が負担する。
- (ハ) 病院構造基金²⁰は、2019年から4年間、10億ユーロ規模で継続する。
- (ニ) 業務の負荷が特に大きい診療科の看護・介護職員の人員配置基準を設定する。

(4) 保育園の質の向上に関する法律²¹

イ 各州における取組みの推進

全ての連邦州が連邦政府とそれぞれ協定を結び、例えば、保育者の配置基準の改善、保育者のさらなる資格取得、言語が不自由な子どものためのサポート、開園時間の延長等10のカテゴリーの中から必要なサービスを選択する。

ロ 家庭の負担軽減

収入の少ない家庭の保育料を免除する。

ハ 資金援助

保育の質の向上のため、連邦政府から州に対し、2022年まで総額55億ユーロの資金援助を実施する（2019年は5億ユーロ）。

(5) 公的医療保険の予約迅速化及び給付改善法案（審議中）²²

イ 外来診療と救急医療に係る予約サービスステーションの改善

24時間週7日間利用可能な連邦全土共通の救急電話番号116・117、オンライン予約サービスステーションの設置。

ロ 開業医の最低診療時間延長

最低診療時間の週20時間から週25時間（往診時間を含む）への引き上げ、プライマリーケアや地域的なケアの専門医については、紹介以外の患者（予約なし）に対する、少なくとも週5時間の診療時間確保を義務づけ。

ハ 医師への追加報酬の充実

家庭医を通じた緊急時の適切な専門医への予約紹介（最低5ユーロの加算）、開業医の新患受付に対する給付（医療保険の基礎的な点数から最低25%以上の加算）、

■16) 任意加入者の保険解約は、従来、加入者本人の脱退届を唯一の条件としており、上記のようなケースでも疾病金庫側から解約することはできず、該当被保険者に対して強制的に保険料の上限額が課されていたが、結果として被保険者側が多額の「架空債務」を抱える事態となった。
 ■17) Pflegepersonal-Stärkungsgesetz 2019年1月1日より施行。
 看護・介護労働者の賃金引き上げや労働条件については、連邦保健省、連邦労働社会省、連邦家族・高齢者・女性・青少年省の3省連携による「看護・介護に関する協調行動」におけるワーキンググループにおいて議論されており、1年以内をメドに結論を出す予定。
 ■18) 介護施設の規模による増員率→40床以下：0.5人、41～80床：1人、81～120床：1.5人、121床以上：2人
 ■19) ベッドサイドでの直接的な介護に従事する介護士
 ■20) der Krankenhausstrukturfonds
 ■21) das "Gute-Kita-Gesetz" 2019年1月1日より施行。
 ■22) das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

予約外患者診察時間に対する給付（基礎的な報酬から最低15%以上の加算）。

二 地域における医師確保

地方で働く医師のための地域加算、保険医協会の構造基金の用途の柔軟化（例：診療所の継承における投資費用など）。

ホ 給付改善

人工授精に関する給付について、例えばがんの治療などにより生殖機能が喪失する場合における生殖細胞組織、卵子、精子の細胞の凍結保存を対象にする。

（参考）

- 連邦労働・社会省
<https://www.bmas.de/>
- 連邦保健省
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>
- 連邦家族・高齢者・女性・青少年省
<https://www.bmfsfj.de/>

国際機関による経済 及び雇用失業等の動 向と今後の見通し等
カナダ
米 国
フ ラ ン ス
（社会 保障 施策） ド イ ツ
ス ウ エ ー デン
英 国
E U