

第2章第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。

2021年12月に発足した新政権（SPD、緑の党、FDPの三党連立政権）においては、三党の連立協定に従い、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（発足当時）は、ラウターバッハ連邦保健大臣（SPD：社会民主党）、ハイル連邦労働社会大臣（SPD：社会民主党）、シュピーゲル連邦家族・高齢者・女性・青少年大臣（緑の党）である。

なお、出生数（約77万3千人：2020年）が死亡数（約98万5千人：2020年）を継続して下回っている一方、新型コロナウイルス感染症の影響等により移民等の流入人口が減少している。このため、従来の人口増加傾向に変化が生じ、2020年以降は、人口維持は見込まれない状況となっている。

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：約1兆1193億ユーロ

○対GDP比：33.6%

○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 4,657億ユーロ
- ・高齢及び遺族に関する給付 4,010億ユーロ
- ・子ども及び夫婦に関する給付 1,260億ユーロ
- ・失業給付 579億ユーロ
- ・その他 240億ユーロ

○財源の内訳

- 保険料事業主負担分 34.5%
- 保険料被保険者負担分 30.9%
- 政府による財政支出 33.0%
- その他 1.6%

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、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 2-2-17 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>【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)。</p> <p>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。</p> <p>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。2022年1月時点では65歳11ヶ月（1957年生まれ）。※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64.1歳（2020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毎年7月に改定される ¹ （2021年の年金現在価値 ¹ ：旧西独地域34.19ユーロ、旧東独地域：33.47ユーロ）。※2022年7月から、旧西独地域では36.02ユーロ（5.35%増）、旧東独地域では35.52ユーロ（6.12%増）となることが決定している。	
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0月（2022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および女性(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。また重度障害者については64歳0ヶ月（2022年1月時点。65歳に段階的に引上げ中）から、長期日雇鉱山労働者については61歳4ヶ月（1960年生まれ。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）を受給する者は、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。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ヶ月遅らせるごとに年金額が0.5%増額される。 繰上げ受給：一定条件(35年以上加入等)を満たす場合は繰上げ受給が可能。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。	
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%）（2022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1300ユーロ以下の場合、労働者：賃金が低くなるにつれて保険料率も逡減、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、2019年で年金保険組合総収入の23.8%（一般的な税財源から14.1%、消費税及び環境税（エコ税）による税財源から9.6%）
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もしく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、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。

¹ 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。

実績	受給者数	老齢年金 1,846 万人、稼得能力の減少を理由とする年金 182 万人、遺族年金 555 万人（2020 年末時点）
	支給総額	総支出 3037 億ユーロ（2020 年）
	平均支給額	全体平均：989 ユーロ 旧西独地域 男性：1,182 ユーロ 女性：774 ユーロ 旧東独地域 男性：1,123 ユーロ 女性：1058 ユーロ ※ 老齢年金の実績。2020 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、準備金が月額年金給付額の 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

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」²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³。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。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に伴い上昇傾向で推移し、本年は旧東独地域で

² RV- Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz

³ リースター階段（2002～2012 年において、段階的に 4%に逡増し、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。

3.91 %プラス、旧西独地域で 3.18%プラスとなった。なお、単価の東西格差は年々解消されつつあり、2020 年は、旧東独地域が旧西独地域の水準の 97.2%（前年 96.5%）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 49.4%（ドイツ年金保険 2021 年レポートにおける 2021 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。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⁴。

（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）が運営主体となっている。

表 2-2-18 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（103 金庫（2021 年 1 月現在））
被保険者資格	賃金が月 450 ユーロを上回りかつ一定所得を超えない被用者（2021 年の上限：年間 64,350 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約 7,330 万人である（2020 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	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および子女。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、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。

⁴ 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）。

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（労使折半）は 1.3%（2021 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。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（2019 年は 145 億ユーロ）。
実績	加入者数 約 5,730 万人(2020 年平均)
	支払総額 約 2,581 億ユーロ（2020 年の公的医療保険の総支出）

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⁵」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⁶」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。

□ 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

⁵ 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。

⁶ GKV-Versichertenentlastungsgesetz

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。2020年末現在、ドイツ全域で約40.9万人が医師として活動しており、そのうち約16.1万人が外来医療、約21.2万人が入院医療に従事している。

八 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⁷。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⁸。

⁷ 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。

⁸ 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

(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、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、2008年7月に1.95%、2013年1月に2.05%、2015年1月に2.35%、2017年1月に2.55%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、2022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、3.4%(被保険者:1.875%、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、医師や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⁹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(短期入所生活介護。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

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。

⁹ 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。

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、2020年総額で456億ユーロ(2019年407億ユーロ)、うち在宅サービスが290億ユーロ(2019年258億ユーロ)、施設サービスが165億ユーロ(2019年149億ユーロ)である。

なお、サービス別の支給(限度)額は、現物給付が2022年より5%の増額となり、表2-2-19のとおりである。また2022年1月以降、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新たな加算が設けられたため、自己負担は、施設入所から1年目に5%、2年目に25%、3年目に45%、4年目から70%減少することとなる。

表2-2-19 ドイツの介護保険の支給(限度)額(2022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 1-0(注)	—	月額125 1-0
要介護度2	月額316 1-0	月額724 1-0	月額770 1-0
要介護度3	月額545 1-0	月額1,363 1-0	月額1,262 1-0
要介護度4	月額728 1-0	月額1,693 1-0	月額1,775 1-0
要介護度5	月額901 1-0	月額2,095 1-0	月額2,005 1-0

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。

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。

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、全人口が約8320万人(うち外国籍1063万人)に対して65歳以上の高齢者が約1830万人で高齢化率は22.0%、80歳以上の者が約570万人で5.7%と、高齢化の傾向が年々増加している(2021年3月末現在)。平均寿命は、男性78.6歳、女性83.4歳である。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。また、2019年の人口推計によると、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 2-2-20 要介護度別のサービス利用者数（2019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	29.2 万人	0.6 万人	29.8 万人
要介護度 2	163.3 万人	16.1 万人	179.6 万人
要介護度 3	93.3 万人	28.1 万人	121.5 万人
要介護度 4	34.1 万人	24.2 万人	57.3 万人
要介護度 5	11.6 万人	12.4 万人	24.1 万人
合計	331.5 万人	81.4 万人	412.3 万人

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¹⁰。開業医が公的医療保険の保険医¹¹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。2019年における病院数は、ドイツ全域で1,914、設置主体別の内訳は、公立病院が545、公益病院が645、私立病院が724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

¹⁰ 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。

¹¹ 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。

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2020年現在40.9万人である（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、身体衛生保持、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34.5万人（2019年末現在）であり、そのうち65歳以上は主に後述（4）の給付対象となるため約8.0万人に留まる。

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。

(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 143 万人（2019 年）である。

※2020 年以降は、障害者のための社会統合扶助については、社会法典第 9 巻に根拠法令が移行した。

(4) 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おり、2019 年末現在の受給者数は約 108.5 万人である（うち高齢給付受給者（65 歳 8 ヶ月以降）は約 56.1 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。

.....

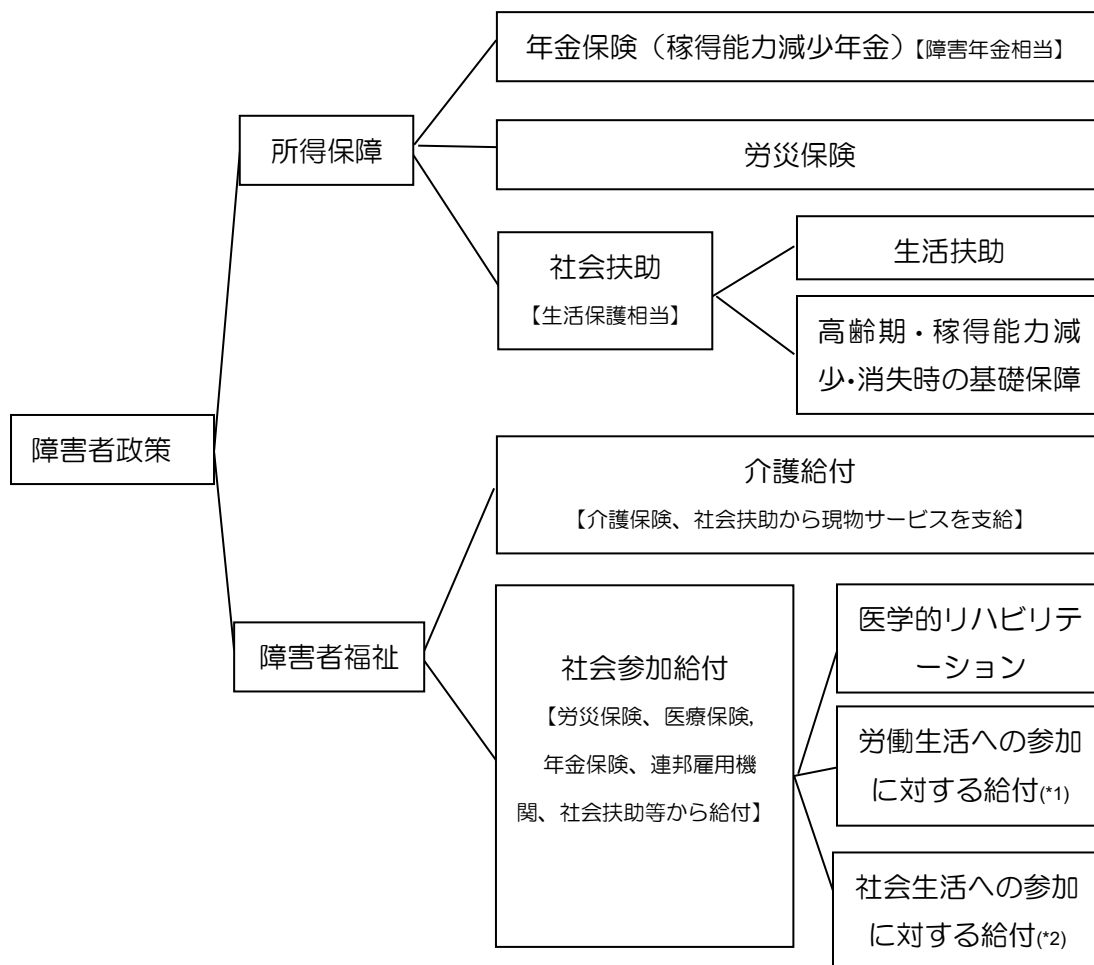
【参考】ドイツにおける障害者福祉関連施策概要

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。理念は、統合社会の実現である。

図 2-2-21 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。

(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)) が所掌しており、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。1日の支給額のうち最大13ユーロ（月額390ユーロ）までは疾病金庫が負担するが、事業主は付加手当として、労働者の従前賃金と母性手当との差額を負担する。

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（2021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、事業主から追加手当を受け取ることができる。

□ 児童手当（Kindergeld）・児童控除（Kinderfreibetrag）・児童加算（Kinderzuschlag）

子どものいる家庭とい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¹²。

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¹³。支給額は、第1子及び第2子については月額219ユーロ、第3子については月額225ユーロ、第4子以降は1人につき月額250ユーロである（2021年1月1日以降）。

児童控除は、児童1人当たり年額2,730ユーロ（夫婦で子どもを養育する場合、それぞれが控除の対象となるため控除額は5,460ユーロ）の「児童扶養控除」と、年額1,464ユーロ（夫婦の場合2,928ユーロ）の「養育教育控除」となっている（したがって、夫婦合計で8,388ユーロ）（2021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。受給要件は、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209ユーロが上限となっている（2021年現在）。

八 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、2021年3月1日

¹² 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。

¹³ 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。

現在、全独で 34.4%（2020 年 3 月 1 日現在 35.0%）、旧西独地域で 30.6%、旧東独地域で 52.3%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、2021 年 3 月 1 日現在、全独で 91.9%（同 92.5%）、旧西独地域で 91.4%、旧東独地域で 94.0%である。

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、2008 年から 2013 年まで、保育所の整備に対する政府の投資プログラム「保育資金調達（2008－2013）」が実施されるとともに、これまで 3 歳以上の就学前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。

二 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¹⁴。

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。

ハ 出生率

2020 年の合計特殊出生率は 1.53(2019 年は 1.55)で、出生数は約 77 万 3100 人であった。

このうち、ドイツに市民権を有する女性の合計特殊出生率は 1.43、その他の女性の合計特殊出生率は 2.00 である。また、女性にとって最初の子供の場合には、出生時の年齢は、母親が 30.2 歳、父親が 33.2 歳である。

6 近年の動き・課題・今後の展望等

¹⁴ 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。

2021年12月に発足したオラフ・シオルツ新政権（SPD、緑の党、FDPの三党連立政権）においては、三党の連立協定に従い、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（発足当時）は、ラウターバッハ連邦保健大臣（SPD：社会民主党）、ハイル連邦労働社会大臣（SPD：社会民主党）、シュピーゲル連邦家族・高齢者・女性・青少年大臣（緑の党）である。

2021年9月に行われた連邦議会選挙において、社会民主党（SPD）と緑の党、自由民主党（FDP）の連立政権（いわゆる「信号連立政権」）が成立した。その際、三党が合意した連立協定に盛りこまれた社会保障に関する改革の内容は主に以下のとおりであり、今後、具体化されていくこととなる。

①老齢年金

ア 公的年金を強化し、最低年金額である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。

イ 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。

ウ 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。

オ 年金分割について未婚のカップルにも利用を認める。

②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。

③市民給付金

ア 現在の基礎保証（Hartz4）の代わりに、市民給付金を導入する。市民給付金の支給を開始してから2年間は資産を考慮せず、住居の妥当性を勘案して支給を行う。

イ 市民給付金は、労働市場への持続的な統合のための人々の可能性と支援に焦点を当て、社会参加を可能にする。

ウ 継続的な職業訓練の枠組みの中で、期間や基礎的なスキルにかかわらず、デジタル技術の使用についても、十分な能力が身につく訓練を推進する。市民給付金受給の権利を有する者は、協定に基づいて支援・援助策に参加した場合、一時的なボーナスを受け取ることができる。また、社会保険料負担のある雇用に就くためのインセンティブを高めるため、給付

と同時に受けられる副収入の機会を改善する。また、生活困窮家庭の青少年や若者、里親や施設に預けられている子供たちの学生時代の仕事は収入に参入されない。

④看護・介護

ア パンデミックの中、医療機関や介護施設の看護・介護職員は素晴らしい仕事をしており、これを評価するため連邦政府は 10 億ユーロを用意する。看護ボーナスの非課税枠を 3,000 ユーロに拡大する。

イ 入院患者の自己負担額を制限する。2022 年 1 月 1 日に施行される自己負担額の補助率規制の運営状況を踏まえ、自己負担額のさらなる低減を検討する。介護する親族の年金保険料やパンデミック関連の追加費用などの保険外給付を税収で賄うとともに、入院患者のケアを法定医療保険に移し、定額で補償する。

ウ 介護休暇と家族介護休暇に関する法律をさらに発展させ、介護する親族等が自分の時間をより主権的に使えるようにし、介護のために休暇を取った場合の賃金代替給付も行う。

エ 法令上、看護助手、助産師助手、救急救命士の資格要件を統一して、訓練プログラムを調和させる。研修や勉強中の看護師が研修手当を受け取っていないという規制上の乖離を解消する。

オ 医療専門職の外国人の採用や、海外で取得した専門資格の認定を簡素化・迅速化する。

⑤公衆衛生サービス

パンデミックの教訓として、公衆衛生サービスの強化が必要とされている。このため法令に基づき、特に医薬品や医療品の効率的かつ分散的な備蓄や、健康危機に備えた専門職の定期的な緊急事態対応訓練を実施する。新型コロナウイルス感染症の長期的影響や慢性疲労症候群に関する研究を進め、ニーズに応じた治療を行うために、ドイツ全土に学術的なネットワークを構築する。

⑥医療分野におけるデジタル化

ア 医療分野におけるデジタル化の推進により、医薬品、治療薬、補助器具の処方をはじめ、テレビ会議、遠隔診察、遠隔モニタリング、遠隔救急医療などの遠隔医療サービスを可能にする。

イ 電子患者ファイル (ePA) と電子処方箋の導入及び有益な利用を加速し、すべての関係者を早急にテレマティクス・インフラストラクチャ (ドイツの医療デジタルシステム) に接続する。

⑦外来患者及び入院患者の治療

ア これまで不必要に入院していたサービスの外来化を促進するために、ハイブリッド DRG と呼ばれる適切なサービスに対する部門別報酬を早急に導入する。多職種が参加する

統合医療・救急センターを拡充することによって、外来患者や短期滞在の入院患者が自宅近くで医療需要に応じて支援を受けられるよう、具体的な報酬体系の設定によって促進する。

イ 出産の重要な段階で助産師が1対1でケアできる人員を配置する。助産師主導の分娩室を強化し、病院の助産師の外来・出張による産前産後ケアの可能性と報酬を創設する。

ウ 多様性、包括性、バリアフリーの医療システムのために、2022年末までに関係者と行動計画を策定し、重度障害児のケアを強化し、その家族を官僚主義から解放する。精神障害や重度の重複障害を持つ成人のための医療治療センターや、社会小児科センターを全連邦州に拡大する。

エ 精神疾患に対する偏見をなくすための全国的な情報キャンペーンを開始する。心理療法の需要計画を改革し、特に子供や青年、さらには地方や構造的に弱い地域での治療場所を探すための待ち時間を大幅に削減する。

⑧インクルーシブ社会の構築

ア 障害者の雇用義務があるにも関わらず、雇用をしていない企業に対し、雇用率制度の4段階目の基準額を導入する。納付金の積立て分は、全て、障害者の一般労働市場での雇用促進のために活用する。人々が長期的にインクルーシブな環境で働くことができるよう、あらゆる支援体制を構築する。また、雇用者と従業員のための手段として、経営上、インクルーシブに管理することをより確立したい。その際、重度障害者の代表者の専門知識も参考にする。

イ 障害者の就労施設における透明で持続可能な未来志向の報酬システムの開発と、一般労働市場への参画を目的とした計画を継続する。労働市場への参加が目的ではない者にも、社会参加の場を提供していく。付加価値税の優遇措置により、インクルーシブな企業に対する支援を行う。

ウ 統合的な支援とケアの関係を明確にし、当事者にとって最適なケアにギャップが生じないようにする。給付を受ける権利を持つ者の利益のため、より迅速で、より官制的でなく、バリアフリーな申請手続を実現するための施策パッケージをまとめる。

(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/>