

ドイツの医療保障の動向と介護保険

著者	一圓 光彌
雑誌名	健康保険
巻	49
号	12
ページ	67-72
発行年	1995-12
権利	(C) 健康保険組合連合会：このデータは健康保険組合連合会の許諾を得て作成しています。
URL	http://hdl.handle.net/10112/7476

「健康保険」誌
第49巻第12号（'95年12月号抜刷）

ヨーロッパ諸国の医療保障の現状（第4回）

一
圓
光
彌



ヨーロッパ諸国の医療保障の現状 ドイツの医療保障の動向と介護保険

● 関西大学経済学部

教授 一圓光彌

一 はじめに

ドイツは、連邦共和制の国である。一九八九年にベルリンの壁が崩壊し、翌一九九〇年に東西両ドイツが統一されたことは、まだ記憶に新しい。全土は、日本とほぼ同じ広さの三五・七万平方キロメートルで、日本の三分の二程度にあたる八、〇〇〇万強の人口を持つ。うち、旧西ドイツの人口は六、四五〇万人で、旧東ドイツの人口は一、五八〇万人である。宗教はキリスト教の新教が四〇％強、旧教が三五％程度である。高齢化の程度は、六五歳以上で一五％で、二〇〇〇年に一六・

五％程度になると予測されている。また、出生率が低位で推移したため、二〇〇〇年以降の総人口は減少し、高齢化率も日本ほどではないが六〇歳以上人口で、二〇三〇年で二四・四％程度になると予測されている。介護は家族が行うというのが多くのドイツ国民の考え方であるが、現実には六五歳以上人口のうち一人暮らしの割合は四一％とかなり高く、子どもと同居している者の割合は一七％程度で、フランスなどと比べても低い。

二 医療保険制度とリスク構造調整

ドイツの医療保険は、一八八三年以来の歴

史を持ち、日本にも多くの影響を与えており、われわれにもなじみが深い。それだけに、ドイツにおけるさまざまな改革は、日本でも取り入れやすいといえよう。

ドイツの医療保険の基本的な考え方は、当事者の連帯による運営にあり、それだけ当事者主義の考えが強く、政府の責任は、疾病金庫、医師、病院などの医療保障関係当事者が協力しあえる制度的な枠組みを提供することに限定される。日本に当てはめて言えば、医療保険はすべて健康保険組合方式で運営され、各県ごとで健保組合の連合会と保険医協会や病院協会が契約を結んで、被保険者や家族の医療給付を行う仕組みである。

疾病金庫には、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、労働者補充疾病金庫、職員補充疾病金庫のほか、農業経営者、船員、坑夫には、農業疾病金庫、海員疾病金庫、連邦鉱山従業員組合がある。一九九二年では、これら疾病金庫の数は一、二二一で、そのうち旧西ドイツの数は一、一一一となっている¹⁾。この数は、日本の健保組合数、共済組合数、国民健康保険（市町村）数、などと比べてずいぶん少ない。

しかもこの数は、現在ほんつと少ないはずである。なぜならドイツでは、一九九三年のリスク構造調整により被保険者が自分の疾病金庫を選べるようになり、疾病金庫間の競争が現実のものとなっているが、それに先駆けて、特に地区疾病金庫の強化を図るためにその統合が進められ、地区疾病金庫は一九九二年の二六九から一九九五年に二〇に削減されるからである²⁾。日本でいえば、国民健康保険の財政基盤を強化するために、国民健康保険を市町村経営から都道府県経営に転換したような改革であるといえる。

医療保険の給付には、健康診断などの予防給付、医師や歯科医による診療、薬剤の投与や治療材料・補助具の給付、病院での医療、温泉療法など保養療養給付、在宅介護給付（今年四月より介護保険で支給）、傷病手当金など現金給付が含まれる。また主な医療給付は現物給付で、医療機関などには疾病金庫から診療報酬が支払われる³⁾。

一九九二年の旧西ドイツでの疾病金庫の総支出は、一、六八〇億マルクであるが⁴⁾、一マルク七〇円で計算すると一一・八兆円に相当し、人口の差を考慮に入れると日本の二三兆円程度に当たるといえる。同年度の日本の国民医療費は二三・五兆円で、うち医療保険等給付分は老人保健給付分も含めて一九・五兆円であったから、日本よりかなり医療費が高いといえる。この点は、OECDによる国民医療費の対国内総生産比の比較でも明らかで、一九九二年では日本が六・九%に対してドイツは八・七%となっていた⁵⁾。なお一九九二年の旧西ドイツ医療給付費の内訳は、医師診療費が一七%、歯科診療費六%、義歯四%、薬剤費と治療材料などが一五%、病院医療が三二%、傷病手当金七%、事務費五%などであった⁶⁾。疾病金庫の支出は、基本的に保険料でまかなわれる。各疾病金庫は、自由に保険料率を決定でき、実際にも財政事情により保険料率は金庫によりかなり異なっている。保険料率は上昇を続け、旧西ドイツの場合平均料率は、一九七〇年は八・二%であったが、一九九二年で一・七%で、一九九三年からは一・三・四%となっている⁷⁾。

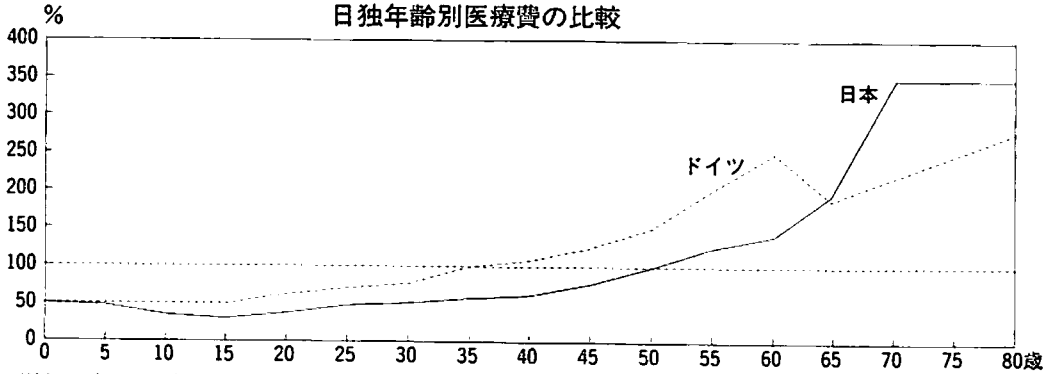
専業主婦や子どもは、自ら保険料は払わず、被保険者の属する疾病金庫より給付を受ける。また年金受給者は、基本的に退職前の疾病金庫にとどまり、引き続き給付を受ける。このため、平均賃金が低いほど、年金受給者が多いほど、また扶養率が高いほど、その金庫の

保険財政は厳しく、保険料率が高くなる。このうち年金受給者の医療費についての財政調整は、財政窮迫金庫に対する財政調整とともに、一九七七年から導入され、扶養率の違いも含めた抜本的な財政調整が一九九三年より段階的に実施されるようになっていく⁸⁾。

リスク構造調整と呼ばれる財政調整の基本的な考え方は、次のように説明することができる。すべての被用者は、どの疾病金庫に入っているかが、賃金に対しては同一の料率で保険料を国全体の基金に拠出し、すべての被保険者と家族は、どの疾病金庫に属しようが、被保険者が家族かの別で、また年齢と性に応じて、平均的な保険給付費を付与されるというものである。実際の財政調整は、賃金や医療費の伸び率、加入者の変動を細かく推定して計算するし、またすべての保険料をいったん中央に集めてそれを再び全金庫に配分したりせず、過不足分のみを調整する形にしている⁹⁾。計算式はずいぶん複雑になるが、考え方は上に述べたように簡単、明瞭である。こうすれば、極端な場合、年金受給者ばかりの疾病金庫ができて、勤労者のみの疾病金庫と比べて、財政状況が不利になるといふことはなくなるわけである。こうして、国民は自由に自分の金庫を選べるようになり、保険料率が平均より低いか同じ保険料率でもよりよい給付が得られる、効率の良い金庫が栄えるということになる。

実際に、国民が自分の疾病金庫を自由に選

日独年齢別医療費の比較



(注) 日本は1992年国保診療費男女計、ドイツは1994年旧西ドイツ被保険者男性。両国とも、総平均を100 (%)としている。
データの都合で、日本は70歳以上を、ドイツは15歳未満をまとめている。

択できることでどれだけのメリットがあるのか、また補充疾病金庫のような任意加入の制度がない日本に当てはめて利用可能なのかといった問題は、保険者間の基礎的財政力を平準化させて、そのうえで経営努力を競い合うことは、これからの医療にとって欠かせない条件となるであろう。国庫補助や一般会計に安易に依存しないで、自ら問題を解決する体質を、日本の医療保険に持たせることが重要である。なお、リスク構造調整は、一九九四年一月より段階的に実施されていたが、一九九五年一月より年金受給者の給付費が財政調整されることになり、一九九六年一月からは、誰もが自由に自分の金庫を選べるようになる。ただし、企業疾病金庫や同業者疾病金庫は、従業員が他の金庫を選ぶのは認められ、被保険者として受け入れる者は制限してよいことになっている⁶⁾。

次の図は、日本とドイツの年齢別の一人当たり医療費の比較である。ドイツのリスク構造調整では、事務費、温泉療養の給付、予防給付、任意給付などは、財政調整の対象とならないが、傷病手当金は調整される。この図で、ドイツでは六〇歳から六五歳にかけて給付費が低下するのは、傷病手当金の影響である⁶⁾。一方、日本は国保の一人当たり診療費のデータをとっている。ドイツの傷病手当金の影響を加味してもなお、日本の高齢者の医療費が相対的に割高になっていることは自明で、この点は、老人福祉サービスの充実と絡んで、

日本の医療政策の最大の課題であるといえよう。

三 第二次構造調整と供給体制の問題

ドイツの医療保険は、一九八〇年代末より、構造的な改革が実施され、一九八九年から実施された第一次構造改革では、入院時の自己負担が引き上げられ、一部の薬価に定額制が導入されるなどして、上昇傾向にあった保険料率を引き下げることに成功した。また一九九三年の第二次の構造改革では、医師数の制限とならんで、保険医の診療報酬、病院の診療報酬、歯科医の診療報酬に対する予算制の導入、処方薬剤の支払いに対する予算制の導入（予算を上回る処方を行った場合その医師が超過分を負担する）、などを通して保険財政を黒字に転化することに成功している。それでも、将来の高齢化などを考慮に入れると、安定的な財政運営の課題は大きく、すでに一九九五年には疾病金庫の財政も赤字に転ずることが予想され、第三次の構造改革がいま検討されている⁷⁾。

第二次構造改革については、一九九三年一月に健保連の招きで来日し講演したゲルデルマン氏が本誌でその内容を報告している⁸⁾。筆者は今年五月に、ドイツの職員補充疾病金庫の本部にゲルデルマン氏を訪ねる機会を得たが、第二次構造改革について、保険医、歯科医、薬剤の支払いに対する予算制度につい

ては比較的うまくいったが、病院の支払いに
対する予算制度は失敗したとの説明を受けた。
病院の予算制が失敗したのは、病院団体の政
治的な圧力もあり、予算枠そのものが高く
なってしまうため、また予算制では病院
が重病患者を受け入れたがらないといった問
題もあるようである。次の病院医療費の抑制
対策として、DRGが検討課題となり、来年
から五〇程度（当初は一五〇程度ともいわれ
ていた）の診断についてDRGが実施される
ことになっているようである。また、すでに
本年一月から希望すればDRGの適用を受け
ることができるとされたようであるが、
実施しているのは二、四〇〇ある病院のうち
七五病院にとどまっていると、病院側の姿勢
に批判的であった。比較的うまくいったとい
われる他の予算制度にしても、たとえば保険
医の予算制度では、結局地域によって出来高
払いの単価に大きな差が生じる結果になって
おり、いつまでも継続できる状況ではなさそ
うである。

医療費増加の一つの理由は、病床や医師数
の増加であるが、一九九二年の旧西ドイツに
おける病院数は二、四一一で精神病院などの
長期療養病院が二四七となっている。また病
床数を日本と比較してみると、人口一万人対
比で、一般病床は旧西ドイツが七二・六床に
対し日本が一〇一・四床で、病床の過剰が問
題となっているドイツよりも、日本の病床が
一般病床だけをとってもさらに四割も多いこ
とになる。そのかわり、老人や障害者のため
の入所施設（ナースングホームと英訳されて
いる）の定員は日本をはるかに上回っており、
人口一万人対比で九六人程度に上っている。
同年の日本の特別養護老人ホームの定員は人
口一万人対比で一五人、その他の老人ホーム
を含めても二二人程度にとどまっている。
全国のホームヘルパーの数は不明であるが、
人口一〇・四万人のメーリス市を例にとると、
同市にはソーシャルステーションが四カ所あ
り、そのうち一つのソーシャルステーション
の介護職員だけで五〇名（うち一五名が看護
婦）に上っている。ドイツの場合は老人以外
もサービスの対象であるなど考慮する必要が
あるが、その点を加味しても日本の供給水準
をかなり上回っていることは間違いない。

病院医師の人口一万人対比は、日本の一
〇・三人に対して旧西ドイツは一五・二人と、
ドイツが五割弱多い。また診療所の医師も同
じく日本の六・〇人に対して旧西ドイツの一
一・五人と倍近くの差がある。こうしたこと
から、第二次構造改革では、一九九九年にお
ける人口に対する医師数の上限が定められ、
六八歳定年制がしかれることになった¹⁾。ま
た最近では医師の多くが専門医を指向する傾
向にあり、今日では旧西ドイツの開業医の六
三%が専門医となっている。プライマリケ
アを強化するため、家庭医と専門医の比率を
逆転することが大きな課題となっている。

看護婦助産婦については、旧西ドイツが人
口一万人対比で二二八・七人に対し日本は六
五・二人とこれも大きな違いがある。そのう
ち病院の看護婦助産婦だけをみると六一・八
人と五〇・九人で、差は小さくなるが、す
でに述べた病床数の違いを考慮に入れ、患者あ
たりの看護体制を比べると日独の差はかなり
大きくなる。また、訪問看護要員の数字は得
られなかったが、総看護婦助産婦から病院の
看護婦助産婦を引いた数は、人口一万人対比
で日本が一四人に対しドイツが六七人という
ことで、その差は在宅看護介護体制の大きな
差になっているように思われる。

四 介護保険の導入

ドイツが、長い議論の末、今年より介護保
険を新設することになったことは、よく知ら
れている。今年一月より保険料の徴収が開始
され、四月より在宅介護給付が支給され、来
年七月より施設給付が支給されることになっ
ている。健保連もエーベルト財団との共催で、
ドイツから社会民主党連邦議会議員団副議長
ドレスラー氏、ハンブルグ大学イーグル教授、
マックスプランク研究所ケッター研究員を招
き一〇月二〇日に国際シンポジウムを開催し
ている。その概要は「健保ニュース」でも紹
介されているが、筆者もこのシンポジウムに
出席し、介護保険が導入される背景や現状に
ついての説明を興味深く学ぶことができた¹⁰⁾。
ドイツで介護保障の必要性が叫ばれるよう

になる背景は、人々が長生きするようになって、多くの高齢の老人が障害を持ちながら、何年も生き続けることになったこと、またこうした人々を支える家族の状況も大きく変化したことなどで、こうした事情は日本もかわらない。しかし、ドイツにあつて日本にない議論もある。そのひとつは、わが国でいえば生活保護費に当たる社会扶助費の増加である。医療保険で在宅ケアの給付が支給されてはいるが、ナースングホームなどに入所となると、その費用（時には月六、〇〇〇マルク、約四二万円にもなる）はホワイトカラーの平均給与（五、一〇〇マルク、約三六万円）をも上回る場合がある。こうして施設入所者の八割程度が、社会扶助の受給者となる状況であつた。多くの国民にとつて、人生の最終局面において、資産を使い尽くし、生活保護を受けることになるのは、年金や医療などの社会保障に対する信頼にも関わる問題である。またそれは、生活保護費の急増を招き、それが地方政府の大きな負担となつていた。こうした事情は、このシリーズで紹介したオーストリアやイギリスなども共通している。

介護給付を求める運動が、若い障害者により推進されたオーストリアと異なり、すでに医療保険の給付として在宅介護の給付がとりいれられていたドイツでは、現金給付よりも現物給付を取り入れ、税方式よりも社会保険方式を取り入れる可能性が高かつたと考えられる。それでも、当初は、社会民主党など税

方式を支持する声も無視できなかった。マックスブランクのフォンマイデル博士も、社会保険は適用漏れが避けられないという理由で税方式を支持していたという。しかし、一九八九年一月以降の東西ドイツ統一の動きにより、連邦政府に大きな負担を強いる選択は事実上困難となり、社会保険方式採用に同意が統一されていった。

医療保険による在宅給付の経験もあり、疾病金庫と介護金庫とが事実上同じ組織で運営されることになったのであるが、疾病金庫自身が介護給付を直接運営する形はとっていない。両者は全く別の会計で、独立して運営されている。関係のある両給付を通してもつともよい給付配分を達成したりする上では、両金庫の統合の方にメリットがあるように思われるが、たとえば医療サイドの発言権が強くて、介護給付が犠牲になるといったおそれがある場合には、別枠の運営が望ましいことになる。事実、上記国際シンポジウムでドレズラー氏は、両者が統合されていたら、今年のように健保財政が赤字の際には介護給付が犠牲になっていなくてはならないと述べていた。

また、介護金庫が単なる介護給付の事務取扱機関となつていて、疾病金庫のような自主運営の余地や経営努力の余地があまり残されていないという問題も指摘できるように思う。介護給付は三つの段階にランク付けされていて、要介護者の状態に応じてランクと給付額が決められる。また保険料も全国一律で、介

護金庫は拠出と給付の管理をしているにすぎない。もちろん要介護者のために、様々な供給主体と契約を結び、よりよいサービスの提供につとめることはできる。しかし、予防的な給付を積極的に取り入れて、介護の重度化を防ぐといった各金庫独自の事業展開の余地は無いように思われる。

介護をランク付けして給付する仕組みは、そもそも、予防的な活動に自主的に取り組むのを妨げる可能性がある。人々は在宅ケアよりも施設ケアを希望するかもしれない。この点をマックスブランクのシュルテ氏にたずねると、今年四月より在宅給付でスタートして来年から施設給付を実施する理由の一つは、まず在宅ケアの利用を徹底し、安易な施設ケアを防ぐためであるという。またこの点では、施設ケアへの過度の依存で苦い経験をもつオランダの例が生かされているという話であつた。しかし、人々がより重いランクを求めるといふ、ランク付け固有の問題がなくなるわけではない。

ランク付けについて、オーストリアは七ランクであるが、ドイツは三ランク（特別の加算を加えれば四ランク）である。細かいランク付けという点ではオーストリアに軍配が上がるが、介護給付を実際の介護内容の向上に結びつけようとする努力に関しては、ドイツに軍配が上がる。ドイツでは、現物給付を原則として、現金給付の場合でも、家族等の介護者が適切に介護しているかどうかを

チェックする仕組みをとっている。介護者の教育という点でもドイツの疾病金庫は経験を持っている。

ドイツの介護給付のもう一つの問題は、定められた給付額で実際に必要な費用のどの程度をまかなえるかの問題である。給付額は、はじめから、専門家によるサービスを買う費用を全額保障するよう設定されているのではない。そのことは、決して間違っているとは思わないが、その差があまり大きいと、結局、現金給付を選択して家族の介護に頼ることになったり、介護保険はあるが、介護施設入所者の生活保護受給者があまり減らないといった結果にもなりかねない。こうなると社会保険そのものの信頼性を大きく失わしめる。どの程度の給付設定がよいのか、ランクの数をどうするかとも関係して、調整の余地があるように思われる。

ドイツでは、疾病金庫の被保険者は、その介護金庫の被保険者ともなり、短期給付として医療給付も介護給付も受ける形であるため、高齢者だけの介護給付という考え方はもとより採用しにくく、若者も含めてすべての要介護者が給付対象となっている。日本では、若い人からも高齢者からも保険料を徴収し、かつ給付は高齢者のみという仕組みが提案されているが、これは制度のたて方として難しい。将来は、ドイツのように、すべての障害者に給付が及ぶように工夫しなくてはならないだろう。

このように、ドイツの介護保険についてもいくつかの課題を指摘できる。しかしそのことは、介護保険の創設が誤っているということとを意味するわけではない。介護保険のような新しい制度は、供給体制の整備とあいまって、何段階にも分けて発展させていく性格の制度であるといえる。一度で満足できる解答を求めろ方が、むしろ間違っている。「課題はたくさんあるが、それはこれから解決していけばよい。まずは介護保険がスタートできて喜んでいる」という、フォンマイデル教授の言葉が、強く印象に残っている。

参考文献

- 1) Federal Ministry for Health, *Health Care in Germany*, Osang Verlag GmbH, 1995.
- 2) OECD, *Caring for Frail Elderly People*, OECD, 1994.
- 3) 土田武史「ドイツ医療保険制度の再編成」『週刊社会保障』一八四五号（一九九五／七／三）
- 4) H. Oxley and M. MacFarlan, *Health Care Reform, controlling spending and increasing efficiency*, OECD, 1994.
- 5) 齒部順一「ドイツ医療保険における新たな財政調整の導入」『健康保険第四七巻第一号（一九九三／一一）』、齒部順一「ドイツ疾病金庫選択の自由とリスク構造調整」『健康保険』第四九巻第一号（一九九五／一一）
- 6) 職員補充疾病金庫リスク構造調整担当のドリス・ファイファー博士の資料提供と説明による。
- 7) 齒部順一「ドイツ医療保険の第三次構造改革に向けて」『海外情報』第三五号（一九九五／一〇）
- 8) ウェルナー・ゲルデルマン「ヨーロッパの医療制度の動き」ドイツの状況」『健康保険』第四八巻第二号（一九九四／二）
- 9) 厚生省・生活福祉研究機構主催の保健福祉等専門家交流会議「日独における介護問題への取り組み」（一九九五年一月一日開催）でのアンゲリカ・フォン・シャーパー氏の報告資料による。
- 10) 「介護システム国際シンポジウムを開催」『健保ニュース』一四一九号（一九九五／一〇／二五）、一四二〇号（一九九五／一一／五）（謝辞）

このたび調査では、ドイツの職員補充疾病金庫本部の事務局長ゲルデルマン博士、リスク構造調整担当のファイファー博士、介護金庫部門のシッフアー部長とストラウブ博士、マックスプランク国際社会法研究所のフォンマイデル所長、シュルテ副所長、千葉大学手塚教授（当時マックスプランク在籍）から医療保険と介護保険の実態等についてご教示いただいた。また、今連載の調査に対しては、生活経済学会から研究助成金の給付を受けた。記してお礼申し上げます。