

ドイツの認知症ケア動向Ⅱ

ドイツの医療保障制度

<目次>

1. ドイツの社会保障制度	1
(1) 社会保障制度の成立	1
(2) 社会保障制度の範囲と定義	1
(3) 社会保障制度におけるドイツと日本の相違点	3
2. 医療保障制度の柱	4
(1) 医療保障制度の概要	4
(2) 公的医療保険	5
(3) 民間医療保険	6
3. 医療保険給付の種類と内容	7
(1) 医療保険給付: 現物給付	7
(2) 医療保険給付: 現金給付	9
(3) 医療保険制度の管理運営	11
4. 医療提供体制	12
(1) 医療従事者	12
(2) 診療報酬	12
5. 医療費財源	14
(1) 増え続ける医療費	14
(2) 医療費抑制の取り組み	16

II ドイツの医療保障制度

1. ドイツの社会保障制度

(1) 社会保障制度の成立

ドイツの経済体制は「社会的市場経済 (Sozialmarktwirtschaft)」と称される。独自の理念に基づいており、自由な市場経済を基本原則としながら国家政策によって市場を補完し、社会状態を最適化することが目指されている。この「社会的市場経済」を支える柱の一つが、「社会連帯」の考え方をベースとする社会保障制度である。

ドイツの社会保障制度は、ビスマルクによって創設された 1883 年の医療保険法、1884 年の災害保険法、1889 年の老齢・廃疾保険法を基礎として発展してきた。現在では、年金保険（公的年金）、医療保険、労災保険、失業保険、介護保険の 5 つの社会保険制度が構築されており、世界有数の社会保障先進国として認識されている。

(2) 社会保障制度の範囲と定義

ドイツでは基本的な社会保険制度（年金、医療、労災、失業、介護）に加えて、労働政策も社会保障の枠組みの中で捉えられている。また、各州単位で運営される社会扶助制度や社会福祉サービスも、この社会保障制度の中に位置づけられる。

ドイツの社会保障制度組織体制

管轄官庁	職掌業務	地域レベルでの窓口
財務省	児童手当 (税控除形式による給付分)	連邦財務事務所
連邦家族・高齢者 ・女性・青少年省	医療サービス提供 および 医療保険	地域疾病金庫、企業疾病金庫、 イヌング疾病金庫、代位金庫、 鉱山疾病金庫、農業者疾病金庫、 船員疾病金庫
	介護保険	地域疾病金庫、企業疾病金庫、 イヌング疾病金庫、代位金庫、 鉱山疾病金庫、農業者疾病金庫、 船員疾病金庫、および民間保険会社 (原則として介護金庫と疾病金庫は 同一組織)
連邦労働社会省	社会扶助	州 社会扶助事務所(地区レベル) 社会扶助機関(地域又は市町村間)
	求職者基礎保障(失業)	連邦雇用庁 地方雇用局 地域雇用庁
	労災保険	連邦雇用庁 地方雇用局 地域雇用庁
	年金保険 (障害・老齢・遺族年金)	ドイツ年金保険(連邦組織) ドイツ年金保険(地域レベル) ドイツ鉱山・鉄道・船員年金保険 農業老齢年金基金
連邦交通建設 都市計画省	住宅手当	地域住宅手当事務所

出典:三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社(2006)「欧米先進国における社会保障制度と
会計検査の現状と課題に関する調査研究」(原出典:European Commission “MISSOC
(Mutual Information System on Social Protection) 2006”)

(3) 社会保障制度におけるドイツと日本の相違点

ドイツの社会保障制度はビスマルク型と呼ばれ、運営費用は労使双方の拠出により賄われている。年金保険、医療保険、介護保険共に金庫（Kasse）と呼ばれる公法上の団体によって運営され、各団体の自治権が非常に強いという特徴がある。

年金保険、医療保険の運営に地方自治体が直接関与していないこと、原則として医療保険には税金の投入がないことが、日本の社会保障制度と大きく異なる点である。

ドイツと日本の社会保障比較

	共通テーマ	相違するポイント
医療	医療システムの効率化と費用の抑制 医療サービスの内容の向上 高齢化社会に即した医療提供体制 診療報酬体系	皆保険 vs.民間保険 高齢者医療制度の有無 競争原理の導入 (疾病金庫の選択など) 病院と診療所の機能分化
介護	介護保険財政の安定化 介護サービスの質の向上 介護労働市場の整備 認知症への対応	現金給付(家族給付の評価)の有無 施設介護(種類、程度)の相違 ケアマネジメントの有無 地域差への許容度
年金	高齢者の貧困防止 (公的扶助との関係) 多様な年金のミックス 働き方の変化に対応した年金制度 社会的な連帯感の再構築	定額年金(基礎年金)の有無 未納・未加入問題の有無 代替の仕組み(リースター年金)の有無 女性(専業主婦)向け年金の位置づけ

出典：土田武史、田中耕太郎、府川哲夫編著(2008)「社会保障改革」ミネルヴァ書房、2008年

2. 医療保障制度の柱

(1) 医療保障制度の概要

ドイツの医療保障は、公的医療保険と民間医療保険で構成される。国民皆保険制度は採用されていないが、国民の約 90%が公的医療保険に加入し、約 10%が民間医療保険に加入している。また、わずかではあるが保険未加入者も存在する。

ドイツの医療保障制度は、世界で初めて社会保険方式を取り入れて制定されており、その起源はドイツ帝国宰相ビスマルクが 1883 年に制定した「労働者医療保険法」である。

医療保険法の実施にあたっては、まず、企業や同業者組合、職種等を基準に組織された旧来の各種共済組合を、「疾病金庫 (Krankenkasse)」として公法人化する措置がとられた。併せて、それらの疾病金庫に加入していない労働者のために新たな疾病金庫を設立するなど、全国的な組織化が推進された。

保険適用範囲や労使の保険料負担割合、給付水準などは、「労働者医療保険法」に定められている。

ドイツと日本の保健・医療指標

	データ年	ドイツ	日本
総人口(100 万人)	2004	82.5	127.7
65 歳以上人口の割合(%)		19.3	19.5
平均寿命(年)	2003/04	78.6	82.1
乳児死亡率(出生 1,000 人対)	2004	4.1	2.8
GDP(1,000 億ドル)	2004	27.4	46.7
1 人当たり GDP(1,000 ドル、PPP)		29.0	30.0
医療費の対 GDP 比(%)	2003/04	10.9	8.0
財源別医療費の GDP 比(%)			
政府		1.1	1.4
社会保険		7.4	5.1
患者負担		1.1	1.4
民間保険		1.0	0.0
医療費に占める 65 歳以上のシェア(%)	2003/04	40.0	51.0

出典：土田武史、田中耕太郎、府川哲夫編著(2008)「社会保障改革」ミネルヴァ書房、2008 年

(2) 公的医療保険

公的医療保険加入者は、その加入形態により、「強制被保険者」「任意被保険者」「家族被保険者」の3つに分類される。

「強制被保険者」は、①報酬を得て就労し、年間の労働報酬が保険加入限度額以下の者、②失業手当を受給している者、③自営農林業者とその家族、④芸術家およびジャーナリスト、⑤青少年扶助施設に就労する者、⑥障害者作業所に就労する者、⑦大学生、⑧職業教育実習生、⑨公的年金受給者¹、などである。

「任意被保険者」は、加入免除者の一部に適用されるものである。1989年の医療保障改革法（GRG）以降、加入条件が厳しくなり、①初回就職時の労働報酬が保険加入限度額を超えている者、②加入義務が外れる直近の5年間に24カ月以上被保険者であった者、または直近12カ月連続被保険者で3カ月以内に申請する者、という条件が設定されている。

「家族被保険者」は、①強制被保険者および任意被保険者の配偶者および子で、②自らは医療保険の被保険者ではなく、③毎月の定期収入が月間平均報酬額²の7分の1以下、の場合に対象となる。

公的医療保険基金と加入者数(2004年)

(単位:千人)

	基金数	加入者数	強制加入	任意加入	年金受給者
総数	287	50,625	25,748	5,061	16,816
地域基金	17	18,550	9,723	1,098	7,731
企業基金	29	10,334	6,951	1,107	2,276
職域基金	19	3,139	2,195	266	678
農業基金	9	612	228	34	350
船員基金	1	53	20	9	24
鉱員基金	1	1,134	226	39	869
労働者代替基金	4	1,009	697	106	206
被用者代替基金	7	15,793	8,709	2,401	4,682

出典:小林一久(2006)「ドイツにおける社会保障制度改革の現状」

- ¹ 年金受給者については、退職時に公的医療保険の被保険者のうち、就業開始から年金受給申請までの期間の9/10以上の期間、公的医療保険の強制被保険者もしくは家族被保険者であった者に限られる。
- ² 年金保険における前年の保険料賦課対象の平均報酬月額で、毎年連邦政府の政令によって定められる。

日本とドイツにおける公的医療保険の相違

		ドイツ	日本
適用範囲		・総人口の 90% ・公的保険と民間保険の共存	・総人口の 99% ・被用者と自営業者は別建て
保険者選択		・1996 年以降可	・なし
保険給付の給付率	予防	・ガン検診、成人病検診など	・なし
	外来	・本人・家族とも 10 割 (一部自己負担あり)	・費用の 70%
	入院	・本人・家族とも 10 割 (自己負担あり。年間 28 日間 まで、1 日 10 ユーロ:1,120 円 ³) ・出産援助、温泉クア療法、 交通費	・費用の 70% (入院時食事に一部負担あり)
患者負担の上限		・年収の 2%	・世帯ごとに月額上限あり
保険料率(%)		・14.1%(2007 年)	・8.2%(2005 年)
診療報酬包括化		・1 ケース当たり (病院診療)	・1 日当たり (外来は 1 月当たり)

出典：土田武史、田中耕太郎、府川哲夫編著(2008)「社会保障改革」ミネルヴァ書房、2008 年

(3) 民間医療保険

民間医療保険には、公的医療保険未加入者を対象とする「包括的医療保険」と、公的医療保険加入者を対象にした「補足的医療保険」がある。

「包括的医療保険」が対象とするのは、①所得が保険加入限度額を超える労働者、職員、②自営業者で公的医療保険加入義務のない者、③官吏、軍人、大学教授などの官吏法によって援助を受けられる者で、「援助を補完するために民間医療保険に加入している者」とされている。

³ 本章では、1 ユーロ = 112 円 (2010 年 7 月 26 日現在) で計算。

3. 医療保険給付の種類と内容

(1) 医療保険給付：現物給付

医療保険の給付には、現物給付としての医療給付と現金給付の2種類がある。主な医療給付は以下の8つである。

①健康維持のための給付

健康維持のための現物給付として、健康増進や疾病の予防、早期発見を目的とした健診メニューが用意されている。

乳幼児検診9回分（6歳までに実施）、歯科集団検診（6歳未満の児童）、歯科個別健診（6歳～20歳未満）、心臓・循環器疾患、腎臓疾患および糖尿病の早期発見のための検診（35歳以上、隔年）、妊産婦に対する指導相談・検診、子宮ガン検診（19歳以上の女性）、前立腺がん検診（45歳以上の男性）、外来保養、入所保養等が実施されている。

②医師、歯科医師による外来診療

医師による外来診療には、疾病の発見、治療、緩和または悪化防止に関わる医療相談のほか、検査、処置、手術、往診や、他の専門医や病院への紹介、薬剤および舗装具などを含む。なお、保険診療を行う開業医は保険医（Kassenarzt）と呼ばれる。

また、歯科医師による診療には、歯科疾患の診察と治療全てを含み、費用の50%が給付される（ただし、定期健診を受けている場合には60%、長期療養者は65%、低所得者は100%である）。

③医薬品、療法、補助具の給付

医薬品については医薬分業体制が徹底されており、保険医が処方し、薬局が給付する。医薬品の患者負担は10%の定率負担である。ただし、最低が5ユーロ（560円）で、最高は10ユーロ（1,120円）である。

理学療法や運動療法、マッサージなどを受けた場合には、費用の10%および処方箋1枚につき10ユーロ（1,120円）の患者一部負担がある。

また、補聴器、義肢、車いすといった補助具は、販売価格の10%の患者一部

負担がある（ただし、最低 5 ユーロ（560 円）、最高 10 ユーロ（1,120 円））。また、メガネやコンタクトレンズは、18 歳未満の者、もしくは重度の視力障害者に対してのみ給付される。

④入院療養給付

入院時の医師による診察、看護、薬剤、療法や補助具、宿泊および食事にかかる費用が包括的に給付される。入院期間に対する制限は特に設けられていないが、年間 28 日を限度に 1 日当たり 10 ユーロ（1,120 円）の一部負担金が設定されている。

⑤在宅看護

入院の必要があっても入院することができないケースや、在宅看護によって入院回避、もしくは入院期間の短縮が可能なケースでは「在宅看護が必要」とみなされ、医師による在宅診療や治療、看護人による看護、家事などが現物給付される。ただし、生計を共にしている者による看護や世話が可能な場合には請求することができない。

給付期間は同一疾病で 4 週間を限度としているが、医療上必要と認められた場合には延長することができる。患者の一部負担額は、年間 28 日を限度として、費用の 10% 及び処方箋 1 枚につき 10 ユーロ（1,120 円）となっている。

⑥家事援助

12 歳未満、または障害のために援助が必要な子供がいる家庭で、被保険者が入院、保養、看護、その他の理由で、家事を継続して行うことができない場合には、それを手助けする家事援助が給付される。疾病金庫による担当者派遣が原則となっているが、それが難しい場合には被保険者が人を雇い、それに要した費用を適切な範囲内で還付することになる。ただし、看護人が 2 親等までの者については給付の対象とならない。一部負担は 1 日当たりの費用の 10% である（最低 5 ユーロ（560 円）、最高 10 ユーロ（1,120 円））。

⑦リハビリテーション

リハビリテーション給付は機能障害の回復や低下防止、病気の悪化の阻止、あるいは要介護状態の回避や回復などのために行われる。リハビリテーション給付については、労災保険または年金保険による給付が優先され、それに該当しない場合、医療保険からリハビリテーション給付が行われる。したがって、医療保険からの給付は家族被保険者に向けたものが多い。患者の一部負担金は1日当たり10ユーロ（1,120円）である。

⑧母性援助

母性保護に関わる現物給付には、出産手当金、分娩一時金の支給、被保険者の妊娠・出産時の医師によるケアや助産サービス、医薬品、各種療法、補助具の支給、分娩時の入院、出産後の在宅看護、家事援助が用意されていたが、これらは医療保険には馴染まないとして、現在は医療給付から削除し、国からの支給となっている。給付実務は疾病金庫で行われているが、その費用は国の負担である。なお、分娩一時金は廃止されている。

(2) 医療保険給付：現金給付

①疾病手当金

被用者が疾病で就労できなくなった場合、「賃金継続支払法」により、最初の6週間は事業主が賃金の80%⁴を支払う。その後も就労が不可能な場合には、医療保険より疾病手当金が支給される。

疾病手当金の給付期間は3年間で78週を限度とし、給付額（日額）は税・社会保険料込みの賃金の70%となっている。

また、12歳未満の子供の病気を理由に、被保険者が仕事を休む場合、子供1人につき年間10日間（単身育児の場合は年間20日間）を限度に、疾病手当金が支給される。

⁴ 労働協約によって、100%まで引き上げることもできる。

②交通費

歩行障害のある者、人工透析やガン患者の化学療法のための通院など、特別な場合には交通費が支給される。費用の10%は患者の一部負担である。

なお、ほとんどの保険給付には患者の一部負担金が定められているものの、被保険者の過大な負担とならないよう軽減措置が設けられている。

負担限度額は、「一般の患者」の場合、年間所得⁵の2%、「慢性疾患患者」の場合には年間所得の1%であり、それ以上を課されることはない。

⁵ 家族・世帯の年間実質所得から配偶者と子の扶養控除額を引いたもの。

(3) 医療保険制度の管理運営

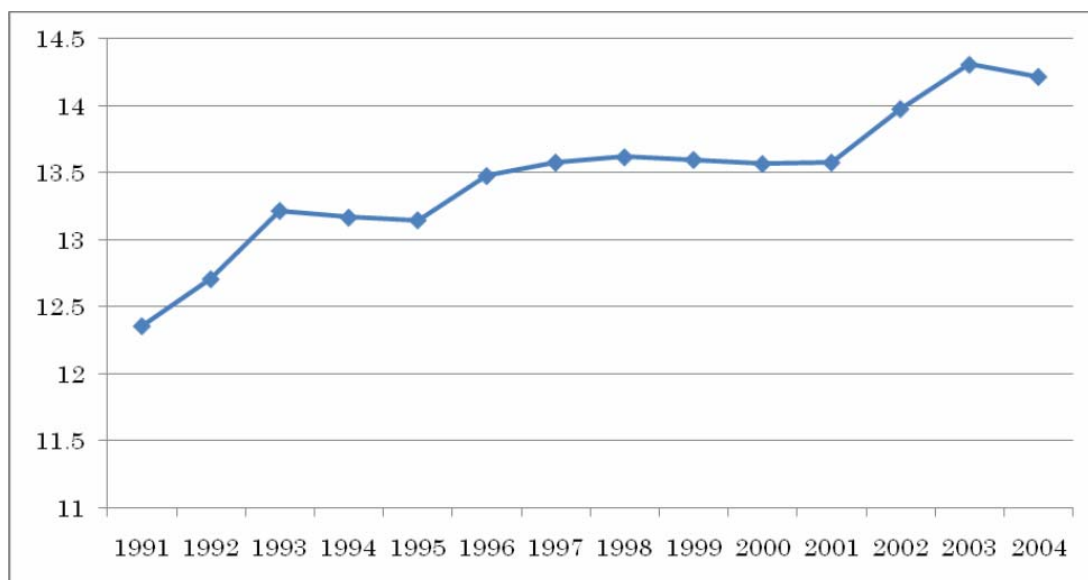
ドイツの医療保険制度は、疾病金庫と保険医協会や病院協会といった、州レベル、連邦レベルにおける診療側組織とが互いに交渉し契約を行う関係をベースに管理運営されている。

疾病金庫は「当事者自治の原則」に基づいて運営されている。州レベル、連邦レベルで連合会が設置され、疾病金庫間の調整や、医療機関との診療報酬交渉、契約締結などの役割を担っている。

また、保険料率を頻繁に変更することで、収入と支出とのバランスを取り、疾病金庫の健全な運営の維持が図られている。

公的医療保険の保険料率の推移

(単位: %)



資料: 医療経済研究機構(2005)「ドイツ医療関連データ集 2005年版」より作成

4. 医療提供体制

(1) 医療従事者

ドイツの医療従事者数は、人口 1,000 人当たり医師が 3.4 人、看護師が 9.6 人と、先進主要 6 カ国中でも高位の水準にある(2004 年時点)。

医師、薬剤師、看護師数(2004 年)

(対人口 1 千人)

	ドイツ	日本	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
医師	3.4	2.0	3.4	3.3	2.3	2.4
薬剤師	0.6	1.3	1.1	0.8	0.5	0.7
看護師	9.6	9.0	7.5	10.2	9.2	7.9

出典:OECD Health Data (2006)

病院勤務医、開業医ともに、専門医と一般医に区分される。患者は医療機関を自由に選択することができるが、病院を受診する際は、診療所の医師（開業医）による紹介状が必要である。

(2) 診療報酬

日本と同様に診療報酬点数表が採用されており、患者負担は連邦レベルで定められている。診療科別基準値は州単位で、保険医協会と疾病金庫連合会によって設定されており、診療報酬表に従って各医師に報酬が支払われ、基準値を超えた場合は 1 点当たりの単価が減額される仕組みである。

入院は、年間 28 日までは一部自己負担が発生するが、それを超える分については医療保険によってカバーされる。

処方箋は、全体の 8 割に参照価格制が導入されており、①参照価格と実際の価格の差額や②処方単位ごとに決められている自己負担分については、患者自身が支払う。

1人当たりの年間外来受診回数の平均（2000～2004年）は7.3回である。これは、日本の約半分であるが、先進主要6ヶ国の中では日本に次ぎ2番目に多い。また、入院時の平均在院日数は10.4日間と、日本、フランスに次いで長い傾向にある。これは、病院医療に実費補填原則（後述）が用いられていることや、医療機関へのフリーアクセスが保障されていることが背景として挙げられよう。

平均在院、外来受診数

（年平均）

	ドイツ	日本	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
入院時の 平均在院日数*	10.4	36.3	13.4	6.2	7.2	6.5
外来受診回数 **	7.3	13.8	6.7	2.9	5.3	3.9

* 2000年～2004年における平均

** 2004年のデータ

出典:OECD Health Data (2006)

実費補填原則とは、ある年度に赤字が発生した場合、次年度予算による補填を可能とする仕組みである。この補填原則は、一方で病院における費用インセンティブ機能を阻害し、「不足分は次年度に回収すればよい」という安易な発想に繋がりがやすいというリスクを抱える。

また、医療機関へのフリーアクセスが保障されており、受診時の自己負担水準が低いことが重複受診を招き、医療資源の浪費に繋がっているとの指摘もある。このように、医療資源の適正配分は、ドイツ医療体制における重要課題となっている。

5. 医療費財源

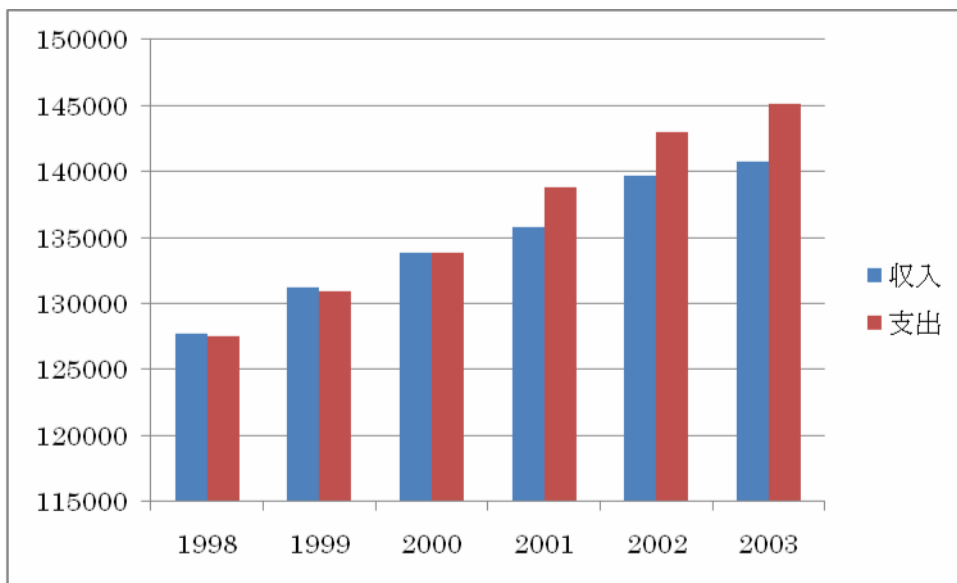
(1) 増え続ける医療費

病院財源を成すのは、州政府と疾病金庫連合会である。病院の資本部分は、地域医療計画のもと、病院の資本部分を州政府が、それ以外を疾病金庫連合会が担っている。疾病金庫連合会負担分は、診療報酬の定額支払いという形式で支払いが行われている。

高齢者数が増加していることもあり、医療費は年々上昇を続けている。2000年までは、収入と支出のバランスが取れており、収入が若干上回っていたが、2001年からは支出が収入を上回る状況にある。

公的医療保険の収支

(単位:百万ユーロ)

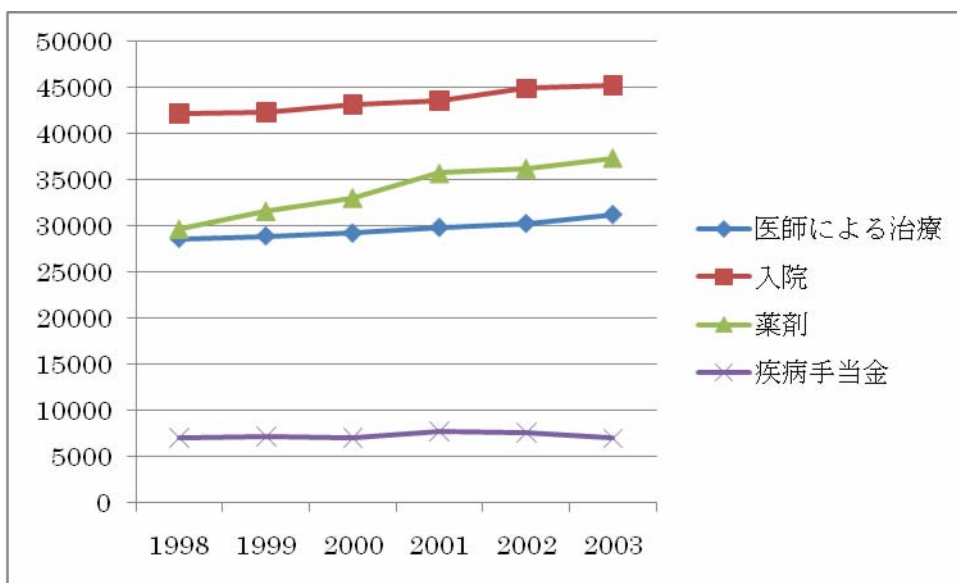


資料:医療経済研究機構(2005)「ドイツ医療関連データ集 2005年版」より作成

公的医療保険の支出内訳をみると、「薬剤」の増加率が高く、1998年と2003年を比較すると、約26%の増加となっている。また、「入院」の支出、「医師による治療」への支出も年々増加する傾向にある。

公的医療保険の支出の内訳

(単位:百万ユーロ)



資料:医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集 2005年版」より作成

(2) 医療費抑制の取り組み

ドイツでは医療費の上昇を抑えるために、1989年の医療保険改革法、1993年の医療保険構造法、1997年の第三次医療保険改革、2000年の医療保険改革など、数度にわたる改革が行われ、予算制や給付制限、患者負担の導入など、様々な取り組みが導入されてきた。

2003年の改革では、疾病金庫の合併、医療保険給付内容の見直しなど、外来医療における保険医協会の独占的構造を排除するための対策も決定された。

2004年1月からは、同一疾病については四半期ごとに10ユーロ（1,120円）の「診察料」が導入され、それまで全額カバーされていた医療費の一部を患者が負担することとなった⁶。

これらの改革の最大の目的は、受診率を引き下げ、医療費増大を抑制することであり、具体的には医療保険料率13%以下、年金・医療・失業・介護の各保険料率を合計で40%以下にするという、ターゲットラインが引かれている。

⁶ ただし、紹介状持参の場合や18歳未満、早期発見のための健診、各種予防接種、妊娠中の検査等については、依然として診察料は不要である。

<参考文献>

Alzheimer Europe ホームページ (www.alzheimer-europe.org)

ドイツ連邦政府保健省ホームページ(www.bmg.bund.de)

ドイツ連邦政府保健省“Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance (05/10)”

ドイツの実情 ウェブサイト(<http://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/jp/>)

ドイツ連邦政府 “Social Security at a glance”

医療経済研究機構 ドイツ医療保障制度に関する研究会編 「ドイツ医療関連データ集 2005 年版」 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会

厚生労働省 (2008) 「世界の厚生労働 2007」

土田武史、田中耕太郎、府川哲夫編著 (2008) 「社会保障改革ー日本とドイツの挑戦ー」 ミネルヴァ書房

内閣府共生社会政策統括官 (2007) 「第 6 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」 平成 17 年度

労働政策研究・研修機構「ドイツ、フランスの労働・雇用政策と社会保障」(2007) 『労働政策研究報告書』 No. 84

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社、平成 18 年度会計検査院委託業務報告書 (2007) 「欧米先進国における社会保障制度と会計検査の現状と課題に関する調査研究」

小松原章、中嶋邦雄 (2006) 「私的年金が強化されるドイツ年金制度」 ニッセイ基礎研 REPORT2006 年 12 月号

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所