

# ＜第678回 医療経済研究会 講演要旨＞

## ドイツの医療保障制度に関する動向

### —新型コロナ対策、介護保険を含む—

前 放送大学客員教授 田中 耕太郎 氏\*



#### 1. 医療保障

##### (1) 政権政党と改革の流れ

まず、1990年の東西ドイツ再統一の前後からこの30年あまりの医療保険改革の主要な経緯は図表1に示すとおりである。ドイツでも医療保険改革は、関係団体も多く、政権政党の政策方針が重要であるが、基本的に保守のCDU/CSU(キリスト教民主/社会同盟)と左派のSPD(社会民主党)の2大政党が、戦後一貫して単独では連邦議会の議席の過半数を確保できず、市場経済重視の少数政党FDP(自由民主党)がどちらにつくかによって連立政権が樹立されてきた。近年ではこれに緑の党が総得票数の5%の壁を乗り越えて安定的に議席を有し、1998年にはSPDとの左派連立政権に参加するなど、選択肢が増え

ている。再統一後は、3度、CDUのメルケル首相の下でSPDとの大連立政権が組まれている。

この一連の改革の軌跡からも明らかなように、ドイツでは、再統一直前の1988年の医療保険改革法を嚆矢として、現在に至るまで、「改革が終われば次の改革」と呼ばれるほど、政権交代を挟みながら、重要な改革が相次いで断行されてきた。

その中でも、現在に至るまで、医療保険の基本構造を転換した最も重要な改革が1992年の医療保険構造改革法で、これにより、94年から疾病金庫間のリスク構造調整を進めて競争の公平な土俵を整備した上で、96年から被保険者による自由な保険者選択制が導入された。

こうした「連帯下の競争」の仕組みは、その後も改善を

\* ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

重ね、2007年の公的医療保険競争強化法により、09年から、80の疾患を対象として、直接的な罹病率リスク構造調整が導入された。さらに2020年の公平な金庫間競争法により、この80疾病の制限が外される一方で、地域による医療費格差も調整対象とするように徹底が進められた。

こうした1990年代からの主に需要側の改革に加えて、2000年代からは医療供給側の改革が重点的に実施されてきた。2000年医療保険改革法により、病院へのDRGの導入が決まり、その後、具体化するための各種の法律が逐次整備され、段階的に報酬単価の連邦レベルでの統一に向けて着実に深化を続けた。また、2003年の公的医療保険現代化法により、従来の入院を担う病院と外来診療を担う保険医協会に加入する保険医に分断された体制を変革するための統合型医療や家庭医中心医療などの新たな診療形態が導入され、財政支援措置も講じられた。

こうした思い切った医療保険改革が断行された背景には、増加を続ける医療費の一方で、1990年の再統一以降の旧東独領の経済社会インフラ再建に向けた財政負担と、経済の低迷による社会保険料負担の増加の抑制という要請があった。とりわけ2000年代初期は、もともと厳しい状況が続き、医療保険と年金の大胆な改革が相次いだ。

こうした経済財政の困難な時期を乗り越え、2002年からの通貨ユーロの導入などEU共通市場の恩恵を受けたドイツ経済の好調により、2000年代終わりから10年代にかけては、医療保険財政も安定し、支払準備金の蓄積も逐年増えてきた。また、社会保障や労働市場の改革の成果と経済の好調により、連邦財政も改善され、2014年以降は、毎年、単年度収支の黒字を達成した。このような背景の下で、医療保険や年金の改革は2010年代に入ると個別の課題の調整のための比較的マイナーな改革が続いてきた。

図表1

統一ドイツの主要政党と医療保険改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	医療保険改革法
CDU/GSU と FDP (1982-1998)	コール首相 ブリューム大臣 (CDU) (82/10-98/10) ゼーホーファー大臣 (GSU) (92/5-98/10)	1988	「医療保険改革法 (GRG)」
		1992	「医療保険構造改革法 (GSG)」 (与野党合意)
		1997	「第1次および第2次医療保険新秩序法」 (第3次医療保険改革 (1./2. NOG))
SPD と 緑の党/連帯 90 (1998-2005)	シュレーダー首相 フィッシャー大臣 (緑の党) (98/10-01/1) シュミット大臣 (SPD) (01/1-05/11)	1998	「医療保険連帯強化法」
		1999	「2000年医療保険改革法」
		2003	「公的医療保険現代化法 (GMG)」 (与野党合意)
CDU/GSU と SPD の大 連立政権 (第2次) (2005-2009)	メルケル首相 シュミット大臣 (SPD) (05/11-09/10)	2007	「公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG)」
CDU/GSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相 レスラー大臣 (FDP) (09/10-11/5) パール大臣 (FDP) (11/5-13/12)	2010	「公的医療保険財政強化法 (GKV-FinG)」 「医薬品市場新秩序法 (AMNOG)」
		2011	「公的医療保険供給構造法 (GKV-VStG)」
CDU/GSU と SPD の大 連立政権 (第3次) (2013-2018)	メルケル首相 グローエ大臣 (CDU) (2013/12-2018/3)	2014	「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FQWG)」
		2015	「公的医療保険供給強化法 (GKV-VSG)」 「病院供給構造改革法 (KHSg)」
CDU/GSU と SPD の大 連立政権 (第4次) (2018-2021)	メルケル首相 シュパーン大臣 (CDU) (2018/3-2021/12)	2018	「公的医療保険被保険者負担軽減法 (GKV-VEG)」 「看護介護職員強化法 (PpSG)」
		2019	「心理療法士養成改革法」
		2020	「MDK (疾病金庫医療サービス) 改革法」 「公平な金庫間競争法 (GKV-FKG)」

(2) 医療保険制度の特徴

ドイツの医療保険の大きな特徴は、ビスマルクによる1883年の制度創設以来、公的医療保険への強制加入の対象から、官吏、裁判官、一定収入以上の被用者、自営業者などが除外され、これらを対象とした代替的、つまり付加給付ではなく、医療サービス全体を対象とする民間医療保険が併存している点にある。両者の比率は、その時々の方針により、法律により公的医療保険への強制加入対象者をどう定めるかにより左右されるが、概ね、9割前後の国民が公的医療保険に加入し、1割前後が民間保険に加入している。2009年からは、すべての住民は、いずれかの医療保険への加入が義務づけられ、並立型の皆保険が実施されている。

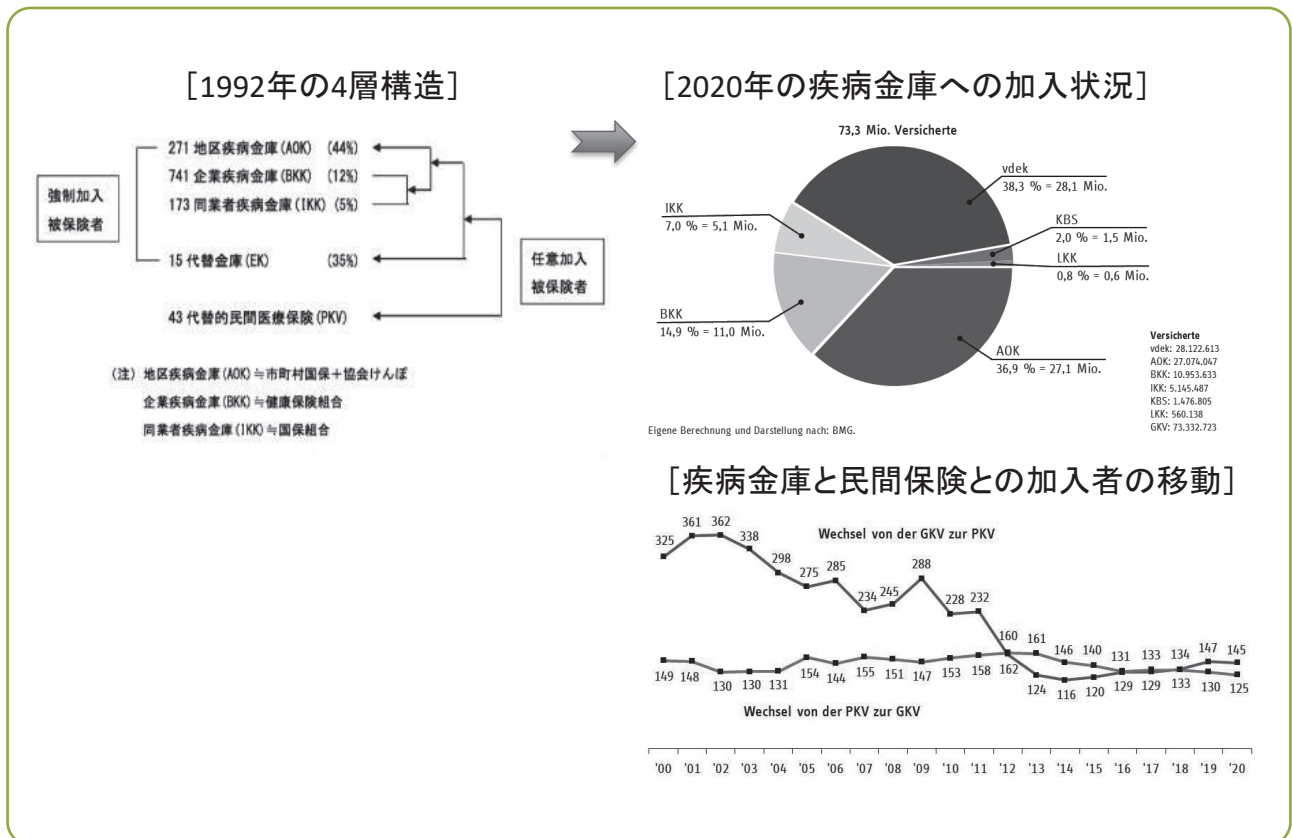
公的医療保険においては、各種の疾病金庫が分立し、各疾病金庫間では、加入者の性別、年齢、収入、障害年金の受給の有無、罹病率など、医療保険の収支両面で大きな構造的格差があった。その結果、保険料率では最低と最高で倍の格差が生じていた。また、代替金庫を選択

できるのは実質的にほぼホワイトカラーに限られるなど、容認できない格差が生じていた。加えて、被保険者が加入先の疾病金庫を選択する仕組みを通じて、金庫間の競争を促し、効率的で質の高い保険診療を提供することを目指して、現存する被保険者に関する構造的なリスク構造の格差を是正した上で、1996年から全面的な選択制へとパラダイムの転換を図った。

それから四半世紀が経過し、この間、リスク構造調整の不十分さや不公平が問題視され、何度か改正されて精緻化が図られ、それに応じて保険者構造は大きく変化してきた。具体的には、疾病金庫間の保険料率の格差は大幅に縮小し、2015年以降は、14.6%が法律で一律に定められ、これに各疾病金庫が独自に設定する追加保険料の差程度に止まる。また、疾病金庫は合併再編を繰り返し、1992年には1,223あったものが2022年1月には97にまで集約され、加入者数も変化している。また、民間保険との間の任意加入者の移動も、出超が続いていたものが、この数年は変化が見られる(図表2)。

図表2

保険者選択制の前後での変化



(3) 医療提供体制の特徴

1) 病院

ドイツの医療提供体制の最大の特徴は、入院医療を担う病院と外来医療を担う保険医とに峻別されている点である。そして病院医療の確保の責任は住民の生存確保責任の一環として各州にあり、州は病院計画を策定し、それに位置づけられた病院に対して投資費用を助成する。

病院は、2019年末現在で、1,914病院、494,326床あり、そのうち一般病院は1,576病院で448,042床となっている。2002年からのDRGの導入により、病院、病床数とも減少傾向にあり、また、民間病院の増加が顕著で、公立、公益と病院数ではほぼ3分している。とはいえ、病

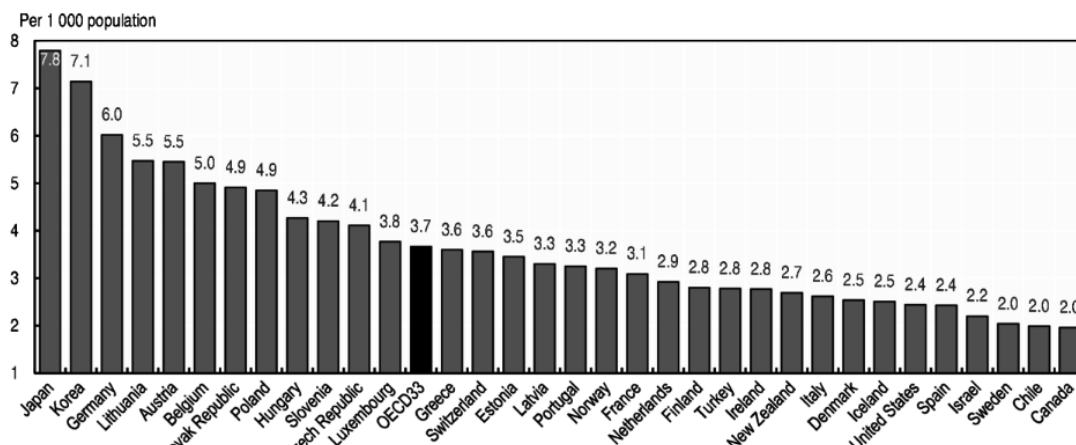
床規模は、平均で、民間が132床に対して公立は433床、公益は254床と規模が大きい。その結果、病床総数に占める公立と公益病院の病床数は81%となっており、公共性が強い。

ドイツの病院は、基本的に急性期病院であり、予防・リハビリのための施設は、医師が配置されているが、病院とはされていない。図表3に見るように、OECD(2020)によれば、加盟各国の人口千人対病床数は、日本の7.8床に続いて7.1床と多いが、人口10万人対集中治療病床でみると、日本が5.2床とOECD平均の半分以下であるのに対して、ドイツは33.9床と、加盟国中最も多く、日本の6.5倍となっている。

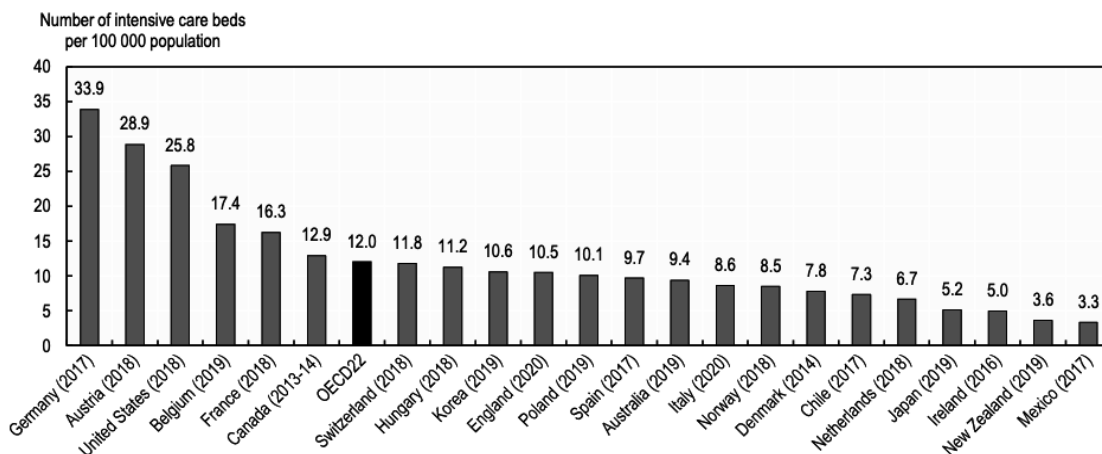
図表3

OECD諸国の人口比の病床数および集中治療病床数

人口千人対病床数



人口10万人対集中治療病床数



(出所) OECD(2020) Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD

2020年からの新型コロナウイルス感染症(以下「新型コロナ」という)への対応においては、重症患者が急増しても、集中治療病床の逼迫やトリアージなどの事態は回避することができ、高く評価された。

2) 外来診療

外来診療は、基本的に保険医が担当する。保険医は、ほぼ各州の単位で組織化された公法人である保険医協会(KV)に加入することが義務づけられ、これが地域の外来診療を確保する責務を負う。診療報酬は疾病金庫連合会と保険医協会が連邦レベルでの交渉を踏まえた協議に基づき加入する被保険者一人当たりの定額で支払われ、保険医協会は、これを統一評価基準(EBM)に定める診療報酬表に基づき各保険医に配分する。

外来診療の分野で近年注目すべき傾向として、開業保険医の減少と診療所勤務医の増加が顕著にみられる(図表4)。その背景には、女性医師の増加(44%)や、男女を問わず、若い医師の間には、開業に伴う投資リスクを回避し、ワーク・ライフ・バランスを重視する傾向があり、

こうしたことが開業する保険医の減少と診療所勤務医の顕著な増加をもたらしている。

さらに、これとも関連するが、旧東独時代に地域医療を中心的に担っていたポリクリニックが再統一の際に経過的に引き継がれたが、その機能が再評価され、2003年の現代化法により新たに外来診療センター(MVZ)として正式に位置づけられ、2004年末の70カ所から20年末には3,846カ所へと急増している。そのほぼ半分は病院が設置主体となったもので、こうした形態を通じて病院と保険医外来との連携を強める動きがある。この外来診療センターは、常勤換算で平均6.1人の医師が勤務しており、外来診療のコアとして強い機能を有している。こうした動きは、隣国のオーストリアでも見られ、外来診療機能を強化するために数人程度の医師が勤務するプライマリーケアセンターの設置を助成し普及を図っている。コロナ渦で明らかになった日本の圧倒的に多い個人開業医の機能を強化するため、この方向での施策の強化が求められよう。

図表4

ドイツで外来保険診療に従事する医師の勤務形態別の変化(2013-20)

年	合計	保険医	パートナ ー医師	施設での 勤務医	開業医で の勤務医	授権医師
2013	142,660 (100%)	110,565	856	10,878	10,823	9,538
				21,701 (15%)		
2014	143,635	109,638	821	11,615	12,078	9,483
2015	144,769	108,493	781	12,430	13,661	9,404
2016	146,054	107,295	701	13,902	14,793	9,363
2017	147,350	105,934	649	15,526	15,951	9,290
2018	148,601	104,321	642	17,278	17,152	9,208
2019	149,710	102,589	595	19,102	18,283	9,141
2020	150,850 (100%)	100,933	579	20,966	19,345	9,027
				40,311 (27%)		
うち女性 医師	65,802 (44%)	41,084 (41%)	258 (45%)	22,044 (55%)		2,416 (27%)

(注) 1) 各年12月31日現在 2) 2020年の女性医師数の下のカッコ内の%は、各勤務形態別の医師数に占める女性医師数の比率を示す。

(出所) Kassenärztliche Bundesvereinigung:Arztregister 各年版より作成。

### 3) 新たな診療形態の開発・普及

ドイツでは、病院と保険医に分断された提供体制が現在の疾病構造に対応した効率的で質の高い医療を各地域で過不足なく提供する上での課題とされてきた。このため、とりわけ2000年以降、保険者が中心となって、各種の医療機関や、場合によれば介護施設とも連携して医療を提供する仕組みが模索されてきた。その主なものは次の通り。

- ①統合型医療(IV)：疾病金庫が個別の保険医や病院、さらには介護施設などと協定を結び、一貫した医療・介護を提供する仕組みで、ドイツ型マネジドケアともいわれる。疾病金庫が個別の保険医と連携することに対し、保険医協会側が激しく反発し抵抗したため、普及が遅れたが、2004年から08年まで、法律で診療報酬の1%をこれに充てることとして推進したため、約400万人が登録するまでになったが、政権交代でこの助成措置が廃止されたため、停滞状況にある。
- ②疾病管理プログラム(DMP)：家庭医、専門医、病院、訪問看護師など様々な医療機関の連携の下で患者本人の参加による教育プログラムなど体系的な治療を提供する仕組みで、共同連邦委員会(G-BA)が最新のエビデンスに基づき作成するガイドラインを下に、各疾病金庫がプログラムを作成し、連邦社会保障庁の認可を受けて、参加を希望する被保険者に提供する。当初は、冠状動脈性心疾患、Ⅰ型・Ⅱ型糖尿病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、喘息、乳がんの6疾病を対象としていたが、その有効性が広く認識され、対象疾病はさらに慢性腰痛、慢性心不全、うつ病、骨粗鬆症、関節リュウマチが加えられ、登録患者も720万人に上っている。
- ③そのほか、被保険者が家庭医を登録して傷病時にはまずこれに受診することを条件として保険料の優遇などのボーナスを提供する任意の家庭医中心医療や、上記の外来診療センターなどの新たな医療供給形態の促進が図られている。さらに、各地域の実情に応じ、ICTの活用などを含めたさらに新たなサービス形態の開発と試行、普及を推進するため、2016年にイノベーション基金が設立され、24年まで毎年2億ユーロを投入している。

### (4) 保険財政

ドイツの医療保険の財政は、19世紀の制度創設以来、一貫して労使折半負担の保険料により、給付費はもとより事務費もすべて賄う方式を採用し、連邦補助は、これにより国の介入が強まるとして避けてきた。しかし、医療費の高騰により、繰り返し行われてきた医療費抑制のための改革にもかかわらず、保険料率は上昇を続けてきた。このため、2003年の医療保険現代化法により、ついに04年から包括的な連邦補助が導入されることとなった(図表5)。

その説明としては、法律上は「保険になじまない給付」に充てるためと規定されているが、具体的な特定の給付に結びつけられたものではない。導入後は、保険財政と連邦財政の状況に応じ、変動が続いたが、経済財政の好調により、2016年以降、安定的に毎年145億ユーロの連邦補助が定着した。

しかし、2020年に入って、コロナにより収支両面で医療保険財政が悪化したため、臨時に50億ユーロが上積みされた。2021年はさらに厳しさを増したため、社会保険料率の合計が40%を超えないよう、疾病金庫個別の追加保険料率の平均を1.3%以下に抑えることとし、2021年の保健サービス供給発展法の連邦議会修正後の規定による授權に基づく規則により、臨時の連邦補助の額は140億ユーロにまで膨れ上がり、恒常的な連邦補助とほぼ同額となった。

2022年以降も厳しい保険財政は続くものと見込まれ、その財源確保に向けて、綱渡りが続くものと予測される。

## 2. 新型コロナウイルスの発生から現在までの経緯と対策

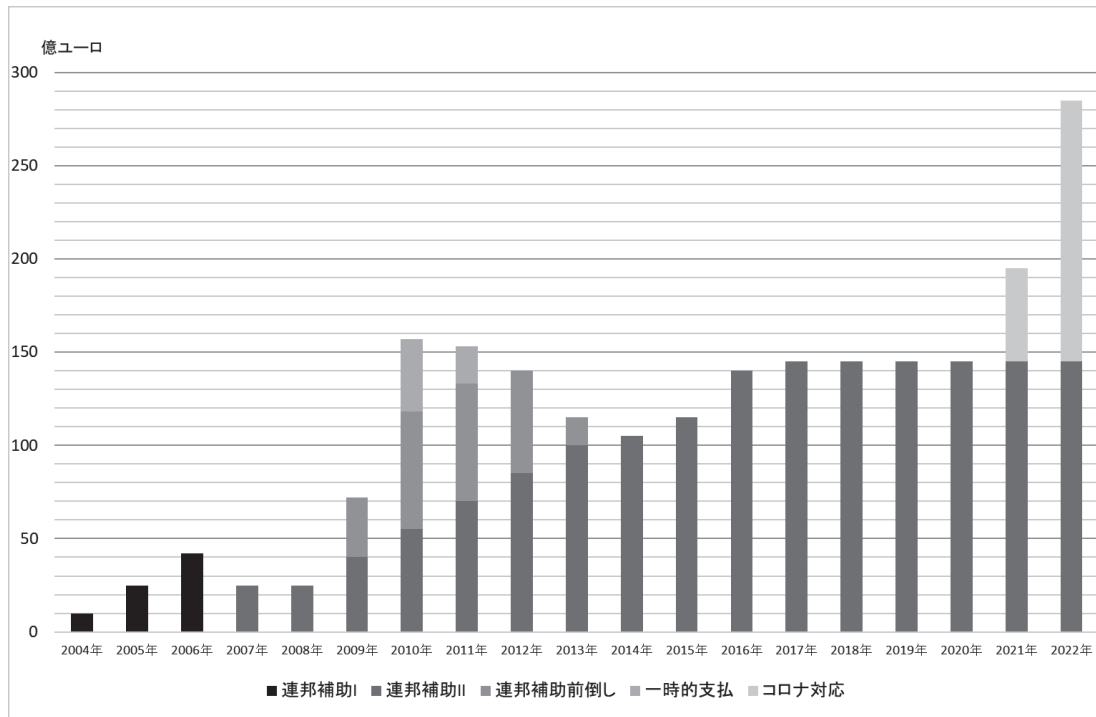
ドイツにおける新型コロナウイルスの発生から現在までの7日間新規感染件数と集中治療病床への入院件数の推移は、図表6のとおりである。

### (1) 春先の第1波

ドイツでは2020年1月27日に南部で最初の感染者が確認されてから、徐々に感染者が増え始め、3月9日には感染者が1,000人を超えたため、12日に社会的接触の回避のためのガイドラインを策定、15日には暫定的な国境閉鎖に踏み切った。さらに同月27日には大規模な補正予算措置とともに、社会保護パッケージ、経済対策、

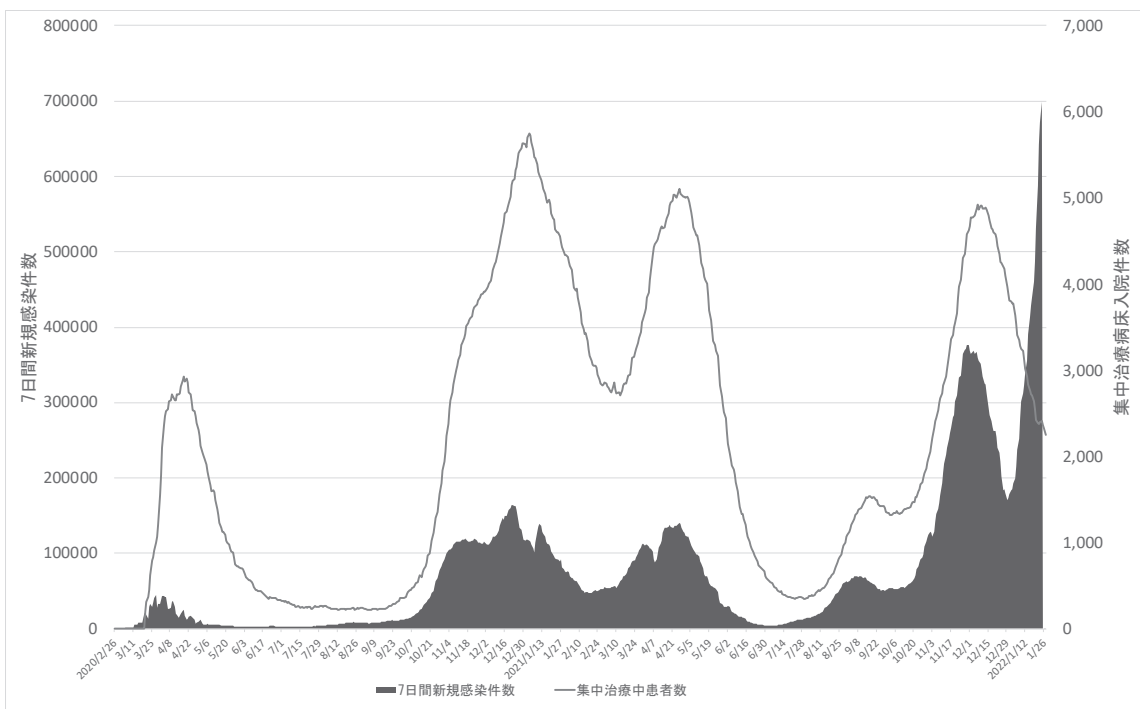
図表5

連邦補助額の年次推移(2004-22年)



図表6

7日間新規感染件数および集中治療病床入院件数



(出所)RKIデータより作成

住民保護法など、第1次の広範囲な緊急対策立法を講じた。このうち医療対策としては、病院負担軽減法により、重症のコロナ患者の救急病院への受け入れを確保するため、計画的な治療が可能な手術等や入院を先送りし、あるいは後方病院や予防リハビリ施設への転院を進め、空床・予備床を確保することとした。そのための病院の損失補償を行うこととし、1床当たり560ユーロ(その後、病床規模等により区分)の包括日額を補填することとした。さらに、ドイツはすでに先進国の中でも最大の約28万床の集中治療病床を有していたが、さらにこれを1万床ほど積み増すこととし、1床当たり5万ユーロを助成することとした。

こうした措置は、9月30日までの時限とされたが、広範囲にわたる迅速な措置と、メルケル首相自らが国民に丁寧に措置について理解と協力を求めたこともあり、この春先の第1波は、医療の逼迫を招くことなく、5月半ばにはほぼ収束に向かった。

#### (2) 秋から2021年初にかけての第2波

春先の第1波は、5月半ばにはほぼ収束し、経済社会生活はほぼ平常に戻った。そして、夏のバカンスの時期を迎え、感染拡大地域への旅行なども含めて人々の広域での移動が活発化するにつれ、9月から10月にかけて、若者を中心に市中感染が急速に拡大し始めた。

これに対し、連邦と各州は定期的な首相協議に基づき、厳しい行動制限を伴う部分的なロックダウン措置を11月2日から月末まで導入することを決定した。

さらに、基本的人権の制限に反対する人々たちに対し、法律上の根拠を明確にするため、11月18日に第3次住民保護法を制定し、感染症予防法に新たに新型コロナウイルス感染症対策の特別規定として28a条を追加し、会合の人数制限、夜間外出の制限からマスク着用の義務づけ、社会的距離の確保、飲食店や商店などの閉鎖、各種の催事の禁止など、17項目に及ぶ詳細な規制措置の内容を法律上明記した。さらに感染拡大が収まらないため、厳しい規制措置を年を越えて延長を繰り返した結果、1月にはようやく感染のピークを越え、減少に向かった。

#### (3) 2021年3月から5月にかけての第3波

年明けからの新規感染者数の減少は、アルファ株の急速な拡大により3月半ばを底に下げ止まり、再び急速な勢いで新規感染者が増加した。このため規制を強化したが、長引く厳しい行動制限となかなか効果の上昇しない感染対策に対する国民の不満や経済活動再開への圧力も増し、各州や自治体により対応の足並みが乱れ始めた。

そこで、4月13日の閣議で第4次住民保護法による感染症予防法の改正案を決定し、人口10万人対7日間感染率が100を超える日が連続して3日間を超える非常事態下では、本来は州の権限とされている感染対策の「緊急ブレーキ措置」を連邦の権限に引き上げることとした。この法案は、4月21日の連邦議会で可決され23日から施行された。具体的には、新たに28b条を追加し、連邦が直接規制する内容を法律で詳細に規定した。この規定は、最長で2021年6月30日までに限って適用される。

こうした強い感染拡大防止に対する姿勢と行動制限、そして何よりもワクチン接種の普及により、6月に入ると新規感染は減少し、底を打ってきた。

#### (4) 9月以降の状況と対策

夏の間は新規感染は抑制されてきたが、ワクチン接種も急速に普及した後は2回目接種者は人口の70%の手前で停滞するなかで、前年と同様に、バカンスの時期の人々の広範囲の移動に伴い、さらに感染力の強いデルタ株への感染が急激に拡大してきた。

他方で、9月26日には連邦議会総選挙があり、CDU/CSUは歴史的敗北を喫し、メルケル首相とともに政権を去ることになった。そして第1党となったSPDが緑の党とFDPという本来は基本政策や理念が大きく異なる政党と連立を組み、シオルツ氏が連邦首相に選任されることとなった。

デルタ株が急速に猛威を振るい始めたこうした時期の総選挙や政権交代は、コロナ対策にも影響を与え、新政権は、それまで国民の自由への規制を非難してきたFDPが政権参加した影響もあり、感染拡大局面で規制緩和には踏み切らないものの、ロックダウンは行わない方針で、基本的には従来の措置を継続しつつ、感染状況の推移を見守るという姿勢を続けた。

こうして、集中治療病床への入院患者も12月には



5000床に近づいてきたが、ちょうどこの頃を境に、格段に感染力は強いものの重症化率の低いオミクロン株への切り替わりが急速に進み、状況は変化してきた。新規感染者数はうなぎ登りに増え、2月には1日で新規感染者が20万人を超える日も続いた。しかし、それまでとは明らかに異なり、集中治療病床への収容患者は12月をピークに減少を続け、2月半ばでも2,200人前後で推移している。

このため、新政権ではEU各国が行動制限の大幅な緩和措置に踏み切り始めている状況を踏まえ、とりわけ入院率に着目して医療逼迫を起こさないよう注意しつつ、慎重に、3月に向けた規制緩和へのステップを模索しつつある状況である。

### 3. 介護保険

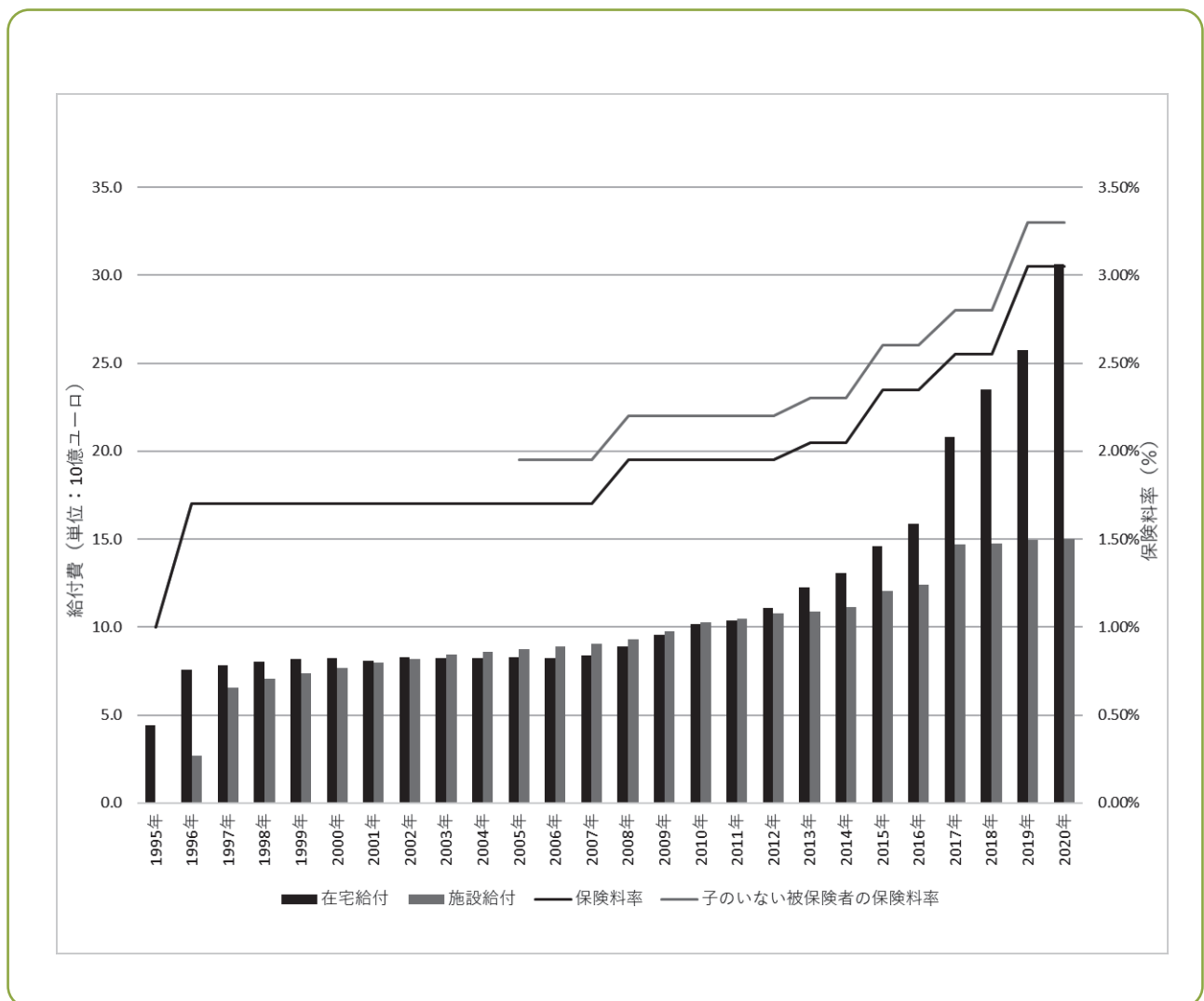
#### (1) 介護保険制度の基本構造と運用の推移

ドイツの介護保険制度は、日本の介護保険と比較すると、被保険者が全年齢となっていること、医療保険と同様に公的と民間が並立し、公的介護保険の保険者は医療保険の疾病金庫が創設する介護金庫とされ財源はすべて保険料によることなど、いくつかの重要な点での相違点があるが、もっとも基本的な構造面での相違は、介護費用の一定程度をカバーする部分保険だという点である。

介護保険の導入により、要介護になっても、できるだけ長く住み慣れた地域で生活を続け、施設入所した場合にも介護費用の一定程度を給付することにより、介護扶助に依存せずに尊厳ある暮らしの継続を目指した。した

図表7

介護保険給付費と保険料率の推移



がって、介護給付は入所施設費用のうちの介護費用のみを対象とし、居住費や食費は対象としない。また、様々な事情により、年金などの収入が十分でない人は、介護扶助に全部または一部依存する人が残ることを前提としている。

この部分保険としての性格は、要介護者の増加や重度化、物価・賃金の上昇などにより介護費用が増加した場合にも、一定期間は給付水準や保険料率を引き上げなくても対応できるという点で、財政的な安定性には大きく貢献した(図表7)。

こうした制度改正への柔軟性が前半期の財政的な安定性に寄与した反面、その間のいわば改善の先送りは、とりわけ施設入所者において、自己負担額の増加とこれが支払いきれなくなった場合の介護扶助への依存の増加を招き、制度創設の正統性を毀損するという危険もはらむ。

この点は図表8の法律の改正経緯からも明らかで、日

本とは対照的に、ドイツでは制度創設から13年間、ほとんど大きな制度改正を行わずに経過したが、この間に累積した介護を巡る問題点が2010年代になると顕在化し、やがて「介護緊急事態」を迎え、2014年以降の相次ぐ大きな改革を迫られた。

## (2) 給付内容とその特徴、介護形態

介護保険の主要な給付の種類と給付額は図表9のとおりである。日本との比較でよく知られているのは、在宅介護の場合、家族等のインフォーマル・ケアの場合には、金銭給付としての介護手当が選択できるほか、専門職による現物給付としての訪問介護を要介護度別に設定された限度額まで利用しなかった場合には、その残額の比率に応じて介護手当を支給するコンビネーション給付も選択できる点である。

在宅給付のうち金銭給付と現物給付を選択している人

図表8

### 統一ドイツの主要政党と介護保険改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	介護保険改革法
CDU/CSU と FDP (1982-1998)	コール首相(CDU) ブリューム大臣 (CDU) (82/10-98/10)	1994	公的介護保険法制定 (95/1~保険料率 1.0%、95/4 在宅給付、96/7~施設給付、 保険料率 1.7%)
SPD と緑の党/連帯 90 (1998-2005)	シュレーダー首相(SPD) シュミット大臣(SPD) (01/1-05/11)	2004	「公的介護保険の保険料率において子の養育を考慮するための法律」 子のない被保険者+0.25%
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第2次) (2005-2009)	メルケル首相(CDU) シュミット大臣(SPD) (05/11-09/10)	2008	「介護保険継続発展法」 (介護支援拠点、ケアマネジメントの導入、認知症給付やりなど 若干の改善、保険料率 1.7%→1.95%)
CDU/CSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相(CDU) パウル大臣(FDP) (11/5-13/12)	2012	「介護保険新展開法」 (若干の給付改善、新たな居住形態の助成、民間介護保険の上 乗せに対する助成金、保険料率 1.95%→2.05%)
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第3次) (2013- 2018)	メルケル首相(CDU) グローエ大臣(CDU) (2013/12-2018/3)	2014	第1次介護強化法 (給付額全般の引き上げ、保険料率 2.05%→2.35%)
		2015	第2次介護強化法 (新たな要介護認定基準 5段階、給付拡大、保険料率 2.35%→2.55%)
		2016	第3次介護強化法 (介護扶助への新基準導入、自治体役割の強 化)
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第4次) (2018-2021)	メルケル首相(CDU) シュパン大臣(CDU) (2018/3-2021/12)	2018	「看護介護職員強化法」(介護施設の看護職 1.3万人増員) 「保険料率調整法」(保険料率 2.55%→3.05%)
		2020	医療サービスおよび介護改善法 (介護施設の介護補助職 2万人増員)
		2021	保健サービス供給発展法 (介護施設職員賃金引上げ、職員配置基準、利用者負担軽減、 子のない被保険者保険料率+0.1%、連邦補助 10億€)

図表9

介護保険の主要な給付内容一覧

(2021年、単位:ユーロ)

給付種別		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
訪問介護	介護手当(月)	-	316	545	728	901
	現物給付(月)	-	689	1,298	1,612	1,995
代替介護	年間6週間まで、 年額、家族	-	474	817.50	1,092	1,351.50
	同上、その他の 介護者	-	1,612	1,612	1,612	1,612
ショートステイ	年間8週間まで、 年額	-	1,612	1,612	1,612	1,612
デイ/ナイトケア	月額	-	689	1,298	1,612	1,995
在宅の負担軽減額	介護関連支出に 充当、月額	125	125	125	125	125
グループホーム追加 給付	月額	214	214	214	214	214
施設入所介護	介護支出への包 括月額	125	770	1,262	1,775	2,005

の比率は、受給者数と総給付額で見ると、制度創設の1995年ではそれぞれ88：12ないし82：18と金銭給付の選択が当初の予測を超えて多かったが、その後、次第に現物給付の比率が増加し、2000年ではそれぞれ80：20と65：35まで変化した。その後、ほかの在宅支援サービスが充実してきたことや、金銭給付を選択する比率の高い軽度者への給付拡大が進んだことなどから、金銭給付の比率が増加し、2020年ではそれぞれ84：16と71：29となっている。

こうした受給状況も反映し、直近の介護統計によれば、2019年の要介護者の介護形態別の分布は図表10のようになっている。

このほか、日本と同様に介護補助用品や補助具などの給付や貸与、住宅改修への補助もあるが、それ以外に、日本とは異なり、家族等の介護を社会的経済的に評価し、介護者への支援を手厚く行っているのもドイツの給付の特徴である。具体的には、要介護者の介護度と受給内容に応じて、介護者の将来の年金を保障するため、最大で平均賃金の100%で働いているものとみなして、その年

金保険料を介護保険から年金制度に拠出する。その受給者は2019年平均で108万人、年金保険料としての拠出額は24億ユーロに上っている。さらに、介護中の労災保険の適用のほか、介護休業中の失業保険料、医療/介護保険料を介護保険で負担し、各制度に拠出して介護者を支援している。

(3) 2015年の第2次介護強化法による「要介護」概念の転換と新たな要介護認定基準

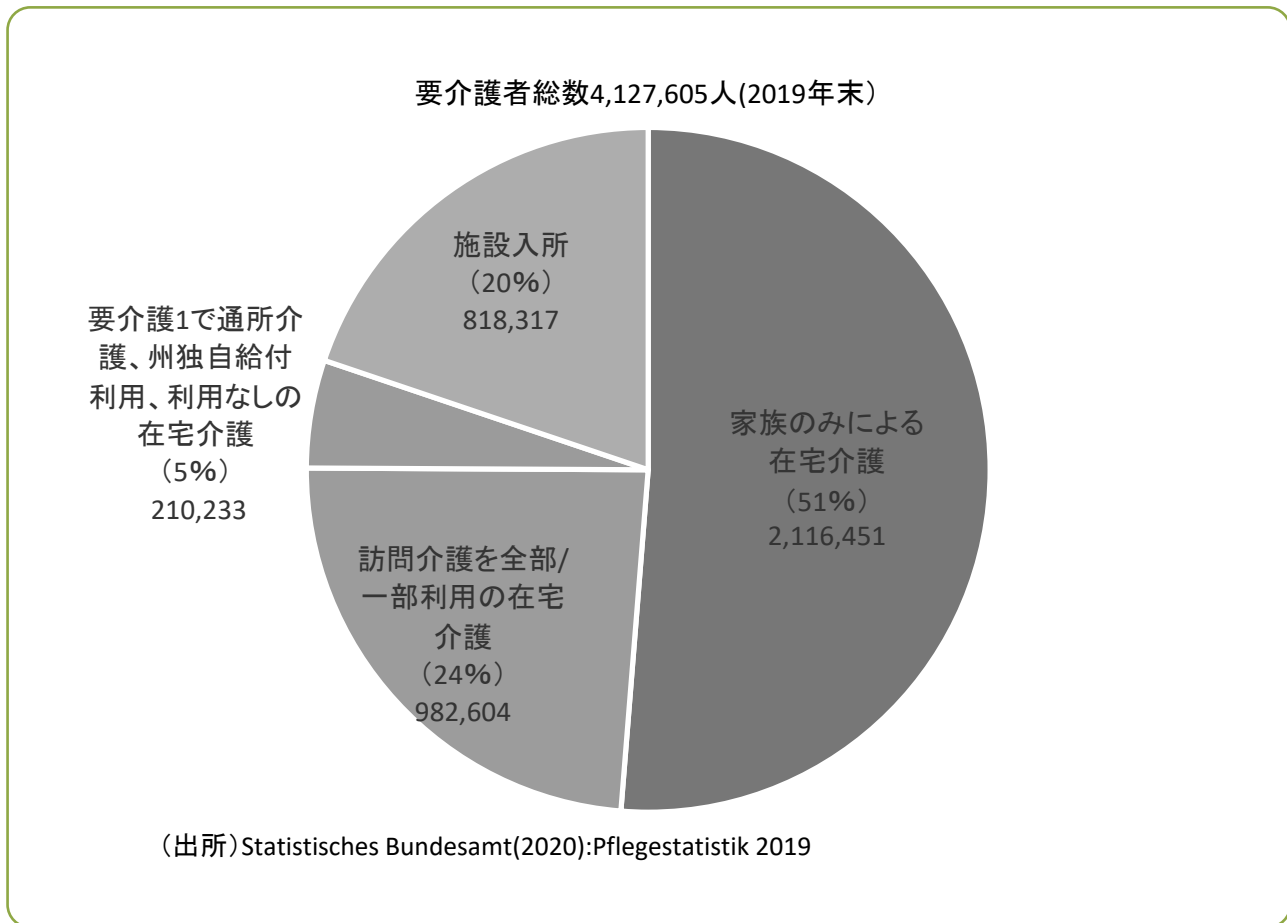
1) 旧・要介護状態の定義

2015年の第2次介護強化法は、長い間の懸案だった「要介護」概念の転換とそれに伴う要介護認定基準の抜本的な見直しを行った。

1994年の当初の介護保険法では、その対象となる「要介護状態」を、「身体的、知的または精神の疾患または障害により、毎日の生活において日常的かつ定期的に繰り返される動作について、少なくとも6カ月以上の長期にわたり、著しくまたは高度に援助を必要とすると見込まれる状態」と、日本の介護保険法とほぼ同様に定義して

図表10

ドイツの要介護者の介護の実態



いた。

この規定からも明らかなように、原因については、身体的なものに限らず、知的、精神的なものも対象としており、認知症なども含まれる。しかし、対象は日常生活動作の制限が中心となっており、具体的な3段階の要介護認定基準においても、身体ケア、栄養摂取、移動の3領域に加え、家事領域について、支援に必要な時間を基準に認定する仕組みで、認知症や知的、精神の疾患や障害による日常生活上の世話や見守りの支援の必要度は反映されにくい設計になっていた。

## 2) 新たな要介護状態の定義と認定基準への転換

認知症への対応が介護政策の中心的な課題になるにつれ、補完的な対応では、もはや問題に対応できなくなり、政府ではすでに2005年には要介護概念の見直しに向けた検討を開始していた。しかし、制度の根幹に関わる改革は、大幅な給付対象者の増加と給付総額の増加、そし

て財政負担の増加を伴うため、容易に踏み切ることができず先送りしてきたが、最新の介護関連科学の知見に基づき、2015年の第2次介護強化法により、この抜本改革に踏み切った。

新たな要介護状態の定義は、「健康状態により、自立または能力が阻害され、他者の支援を必要とする状態」とし、6つのモジュールに分けて、それぞれに詳細な評価項目を設け、その点数に基づき、各モジュールのウェイト付けを行って総合評価を行う仕組みを導入した(図表11)。

こうして得られた総合点数に応じて、要介護度1から5までの5段階に評価することとされ、1年間の準備期間を経て、2017年1月から施行された(図表12)。

また、2016年末現在で旧来の要介護段階に該当していた受給権者(要介護段階0を含む。)については、法律上の移行措置により、再申請を要せず自動的に、1段階(認知

図表 11

新たな介護認定基準のモジュール配点

	モジュール	評価項目	ウェイト	0 なし	1 わずか	2 著しい	3 重度	4 最重度	
1	運動能力	寝返り、座位保持、移動、歩行、昇降の5項目	10%	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	1の合計点数
				0	2.5	5	7.5	10	ウェイト後の点数
2	認知およびコミュニケーション能力	見当識、記憶、日常管理、理解、危険認識等11項目	15%	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	2の合計点数
				0	1-2	3-4	5-6	7-65	3の合計点数
	2と3のいずれか高い方			0	3.75	7.5	11.25	15	2または3のウェイト後の点数
4	日常生活動作	入浴、衣服着脱、調理、食事、排泄等12項目	40%	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	4の合計点数
				0	10	20	30	40	ウェイト後の点数
5	病気または治療への対処	服薬、受診、注射、経管栄養、塗擦等7項目	20%	0	1	2-3	4-5	6-15	5の合計点数
				0	5	10	15	20	ウェイト後の点数
6	日常生活および社会的接触	変化対応、休息睡眠、計画、交流等6項目	15%	0	1-3	4-6	7-11	12-18	6の合計点数
				0	3.75	7.5	11.25	15	ウェイト後の点数

図表 12

新たな5段階の要介護度の判定基準

要介護度	該当する総合点数	自立または能力の障害の程度	分布 2020年末
要介護度1	総合点数12.5以上 27未満	自立または能力のわずかな障害	541,353人 (12.5%)
要介護度2	総合点数27以上 47.5未満	自立または能力の著しい障害	1,754,968人 (40.6%)
要介護度3	総合点数47.5以上 70未満	自立または能力の重度の障害	1,224,074人 (28.3%)
要介護度4	総合点数70以上90 未満	自立または能力の最重度の障害	564,731人 (13.1人)
要介護度5	総合点数90以上 100以下	介護に当たって特別な配慮の 必要な自立または能力の最重 度の障害	237,646人 (5.5%)

\* 詳細は、山口老年総合研究所年報33(2022) [www.tip.ne.jp/rounenkenkyu/nenpou/](http://www.tip.ne.jp/rounenkenkyu/nenpou/)の拙稿を参照 合計:4,322,772人

症など日常生活能力の制限を伴う人は2段階)上の要介護度に認定される。

こうした抜本改正の結果、2016年と17年で、要介護者総数は294万人から355万人へ、公的介護保険給付総額は283億ユーロから355億ユーロへとそれぞれ21%ないし26%と大幅に増加した。

#### (4)直近の課題：介護緊急事態—相次ぐ処遇改善と財政負担のディレンマ

ドイツでは、制度発足から約20年経過して、2014年以降、相次ぐ介護強化法により抜本的な改革に取り組み始めたが、介護を巡る厳しい状況はそれだけでは終わっていない。長い間の介護需要の増大と介護費用の増加に制度改正が対応してこなかったために、とりわけ介護施設における低賃金や労働条件の悪化、職員の離職と確保難、入所者の自己負担の増加と介護扶助への依存の増加など、基本的な課題は解決しておらず、大きな社会問題になっている。

このため、2018年の看護介護職員強化法により、介護施設における医療的ケアに当たる看護師を1.3万人増員することとし、必要な費用として約6.8億ユーロを医療保険で負担することとした。

さらに2020年の医療サービスおよび介護改善法により、介護施設でもっとも不足しているとされる介護補助職員2万人を増員することとし、約7.3億ユーロを介護保険財政で負担することとした。

加えて、2021年の保健サービス供給発展法により、介護施設職員の賃金引き上げ、介護給付費の引き上げ、介護施設配置基準の導入など一連の処遇改善策を盛り込む一方で、介護費用の上昇に伴い増加が続いてきた施設利

用者の負担を軽減するため、本人負担分のうち、入所期間1年以下は5%、2年以下は25%、3年以下は45%、3年を超えると70%を追加給付することとした。

こうした給付費用の大幅な増加に対応して、子のない被保険者の保険料を0.1%引き上げるとともに、制度発足以来初めて10億ユーロの連邦補助を導入したが、この財源措置だけでは増大する給付費に対応できないと見込まれている。引き続き財政需要の増大を、介護保険料の引き上げの抑制とコロナ渦で著しい債務超過を抱えた連邦財政との間で、どう折り合いをつけるか、ディレンマを抱えた制度運営の難題は、2022年も新政権に引き継がれることになる。

#### 参考文献

- 1) ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2021)『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2020年度版』医療経済研究機構
- 2) 田中耕太郎(2021)「ドイツの医療提供体制と新型コロナウイルス感染症への対応」山口老年総合研究所『年報32』1-18.
- 3) 田中耕太郎(2022)「ドイツ介護保険の四半世紀の軌跡と直面する課題への挑戦」山口老年総合研究所『年報33』1-18.
- 4) Bundesregierung(2021) : Siebter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, BT-Drucksache 19/30300.
- 5) OECD(2020) : Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD.

研究会開催日：2022年2月7日