

ドイツとの比較から 医療保険の歩みと 今後を考える

田中 耕太郎 ● 前放送大学 客員教授

はじめに

1922(大正11)年に健康保険法が成立して本年度100年という大きな節目を迎えた。他方、わが国が健康保険法のモデルとしたドイツの疾病保険法は、世界で初の社会保険として1883年に制定され、来年で140年を迎える。この間、両国とも第2次世界大戦での敗戦と戦後の復興、高度経済成長という激動の歩みを続ける中で、医療保険についても、それぞれの国の置かれた政治経済社会の状況に応じて改革を重ねてきた。その結果、今日では、医療保険として共通の基盤を有しつつも、重要な理念や基本構造において、大きな相違点も有するに至っている。そして、いずれも医療の高度化と医療費の増大、社会の少子高齢化といった大きな環境変化の中で、共通する多くの課題を抱え、今後の制度のあり方を巡って困難な模索が続いている。

本稿では、こうした両国の医療保険の歩みと現在の動向を比較考察しつつ、今後の改革の方向を考えてみたい。

相次ぐ構造改革とその到達点

ドイツでは、1970年代前半に医療費が爆発的に高騰し、これに対応して保険料

率も70年の平均8.2%からわずか5年後の75年には11.3%へと急激に上昇した。このため、77年の医療費抑制法を鎗矢として、その後、医療費の抑制に向けた改革が繰り返されてきた。さらに88年の医療保険改革法(GRG)から始まり、東西ドイツ再統一を経て、相次ぐ大胆な改革が立て続けに断

表1 保険者選択制の前後での疾病金庫数と被保険者数の変化

	疾病金庫数		被保険者数				
	1992年	2022年	1992年		2022年		
疾病金庫合計	1,223	97	7,198万人	100%	7,307万人	100%	
一次金庫	地区疾病金庫(AOK)	271	11	3,135万人	44%	2,701万人	37%
	企業疾病金庫(BKK)	741	72	826万人	11%	1,094万人	15%
	同業者疾病金庫(IKK)	173	6	371万人	5%	511万人	7%
	代替金庫(EK)	15	6	2,418万人	34%	2,801万人	38%
民間保険	-	-	669万人		873万人		

(注) 疾病金庫合計には、鉱山夫組合など若干の特殊な金庫を含んでいるので積み上げと一致しない。
(出所) 連邦保健省資料より作成。

行された。

その中でも、とりわけ保険者と被保険者の基本構造を根本的に変革した92年の医療保険構造改革法(GSSG)が最も重要で、さらに医療保険の財政構造や新たな診療形態を推進した2003年の医療保険現代化法(GMG)と07年の医療保険競争強化法(GKV-WSG)により構造改革が進められた。

また、これらと並行して、医療提供体制の改革も続けられてきた。

改革の個々の内容には紙幅の制約上立ち入れないが、これら一連の改革の核心を成す保険者選択制とリスク構造調整の導入を通じて、ドイツの医療保険は、わが国それとは基本ルールが決定的に異なるものとなり、オランダやスイスのような競争的要素の強い公的医療保険のグループに属するものとなっている。

被保険者による全面的な 保険者選択制の枠組みと効果

ドイツではもともと公的医療保険の強制加入被保険者を対象とした各種疾病金庫の中に、代替金庫という選択肢が存在し、さらには任意加入とされている官吏や高所得被用者などを対象とした民間保険が存在し、一定の競争的土壌が育まれていた。

こうした限定的な選択の仕組みをさらに全面的に拡充し、被保険者による保険者の選択制を通じて、保険者間の競争を働かせ、より効率的で質の高い医療サービスの確保を目指す画期的な改革が1992年末に成立した医療保険構造改革法である。そのための公平な競争の土俵として、94年から加入者の性別、年齢構成、所得など、医療保険の収支両面にわたる疾病金庫間の構造的なリスク格差を調整した上で、96年から全面的な保険者選択制が実施された。

その後も、さまざまな形のリスク選別や頻繁な保険者間移動など、新たに生じた課題に対応するための改善が重ねられ、2009年からは80疾病を対象とした直接的な罹病率ひびょうりつリスク構造調整も導入された。さらに19年の公平な金庫間競争法により全面的な罹病率リスク構造調整への拡大など、さらなる制度の精緻化と公平化が図られてきた。

その成果はさまざまに指摘されるが、端的に指摘できるのが競争のプロセスで合併再編成を経て疾病金庫数が劇的に減少し、保険者としての経営基盤が強化されたことである(表1)。

また、疾病金庫の種別ごとに、この四半世紀の展開の過程での浮き沈みはあるものの、同表にみるように、加入する被保険者数も大きく変化してきている。

この基本的な枠組みと理念は、四半世紀に及ぶ実践を通じて広く受け入れられており、今後とも、この基本路線が逆戻りすることはないものと考えられる。

一方、わが国では、もともと市民社会の当事者自治の歴史や経験も浅く、親方日の丸意識が強いこと、性格や財政構造が大きく異なる被用者保険と市町村国保が並立している保険者構造を考えると、こうした競争的な枠組みの導入は、当面、難しいと思われる。

しかし、わが国でも、本誌5月号の尾形論文でも取り上げられているような保険者機能の強化が急務である。とりわけ、保険者の自立した運営責任を促す仕組みや、加入する被保険者へのサービス意識の徹底、さらには患者の必要に応える保険診療の実現に向けた医療機関への働き掛けや連携など、役割の飛躍的な強化が求められる。

高齢者(年金受給者)の取り扱い

1 制度の変遷

ここで、リスク構造調整に関連して、わが国ではある意味で医療保険の最大の問題となっている高齢者の医療保険における位置付けとその費用負担のあり方について考えてみたい。

ドイツでは、年齢による区別ではなく、

ドイツとの比較から 医療保険の歩みと今後を考える

高齢者医療の問題は「年金受給者の医療保険(KVdR)」という形で一貫して扱われてきた。わが国ほどの医療費格差はないが、やはり年金受給者は現役世代と比べると高齢や障害で医療リスクが高くなる半面、給与・賃金から年金受給に移行することに伴い、費用負担能力は低下する。このためドイツでも、年金受給者は医療保険において特別な位置付けがされると同時に、そのあり方や費用負担を巡っては、制度改正が繰り返されてきた。

年金受給者の医療保険は、戦時体制下の1941年に導入され、戦後、56年6月8日の「年金受給者の医療保険に関する法律」により、一定の要件を満たす年金受給者とその扶養家族は、原則として最後に加入していた疾病金庫の強制加入被保険者とされた。そして傷病手当金と埋葬料以外の現物給付について、一般の被保険者と同じ給付請求権が与えられた。その目的は、年金受給者が現役時代にその扶養家族とともに享受していた、傷病時の医療費負担からの保護を年金受給後も継続して保障することにあり、その意味で、年金給付やリハビリテーション給付と同様に、年金保険からの給付の一種という扱いだっただ。従って費用は年金保険者が全額拠出し、本人の保険料負担はなかった。

その後、ドイツでは強制加入の公的医療

保険と任意加入者を対象とした民間保険が並立して競争していることから、逆選択が生じやすく、その防止のために加入資格が制限され、さらに強化された。また、年金受給者は医療保険におけるリスクが高いため、一般の被保険者と同じ料率では、必要な医療費が賄えない。このため、77年からは、疾病金庫間の財政調整が導入されるなどの改正が重ねられてきた。

一方、年金財政が厳しさを増す中で、年金受給者の医療費を年金保険者、すなわち現役被保険者と事業主のみが引き受けることは困難になってきた。このため、82年の年金スライド法により、83年7月から受給者本人の負担が導入され、段階的に増額された。こうして87年7月からは年金受給者と年金保険者の折半負担となった。

2 年金受給者の医療費の財政調整と問題点

問題点

こうした保険料負担を巡る度重なる改正の間も、年金受給者の医療保険については、一般の被保険者とは区分経理を行い、その保険料だけでは賄いきれない費用は、疾病金庫全体で現役の被保険者が負担することとなっていた。わが国でいうと、1984年に創設された退職者医療制度に似た仕組みである。88年の実績で見ると、年金受給者の医療保険の支出総額505億マルクに

対して、その保険料収入は208億マルクにとどまり、残る297億マルク¹¹58.7%が財政調整により全疾病金庫の負担となっていた。

こうした財政調整の仕組みは、事後的に生じた不足分を全疾病金庫に一律に分担させる(どんぶり勘定)で、各疾病金庫には何ら医療費の効率化に向けて働き掛けるインセンティブも手段もなく、かねて非効率と不正の温床として強く批判されてきた。

このため、医療保険構造改革法により、94年から一般の被保険者を対象としてリスク構造調整を導入した後、95年から年金受給者の医療保険もこれに吸収された。これにより、過去の性別、年齢別などの構造的なリスク格差の実績を下に、前向き(prospective)な調整の仕組みに抜本的に改正された。

わが国の高齢者医療を巡る財政調整の仕組みは、こうしたドイツにおける議論とは別の文脈で導入、拡充されてきたが、それでもいくつかの重要な示唆が得られる。まず、わが国でも、一定範囲の財政調整はやむを得ないとしても、保険者がその医療費の効率的な使用に向けてのインセンティブと働き掛けの手段を持つ仕組みに改めることが不可欠である。

また、保険料賦課対象の範囲についても、わが国では年金受給者のほとんどが国保に

加入しているため、一般の自営業者などと同じく所得ベースが賦課対象となっている。しかし、現役と比べてそもそも経費は発生しておらず、年金所得控除を適用するのは現役の被用者が収入ベースで保険料負担しているのと比べて二重に不公平な過少負担となっている。さらに障害年金や遺族年金の非課税所得扱いを保険料の世界に持ち込んでいるのも不公平である。賃金代替給付としての年金は、賃金同様に収入ベースで賦課するよう改めるべきである。

財政の枠組みの変化

医療保険の財政については、保険料と公費のあり方を巡って、日独は対照的な立場を取ってきたが、近年ではやや接近している。

わが国では、国保を中心に財政力の弱い制度、保険者に重点的に国庫負担を投入し、財政力格差を均てんしてきた。しかし、近年では、国の財政悪化を背景に、高齢者医療費を対象に、国庫負担による調整を抑制し、保険者間の財政調整を優先する政策をすでに40年以上にわたり継続してきた。その結果、健保組合がその存立を脅かされる事態に立ち至り、今後の高齢者医療への拠出金の増大にどう歯止めを掛けるかが制度全体の存在意義を問うところとなっている。

これに対して、ドイツでは、労使による自治的な管理運営による伝統を踏まえ、労使折半負担の保険料のみに依拠した財政運営が行われてきた。安易な連邦補助への依存は、国の時々の財政事情に左右されて不安定になることや、国による自治的管理への介入を招くとして回避されたことによる。

こうして制度創設以来、1世紀以上にわたって保険料のみによる財源調達を貫いてきたが、21世紀に入って保険料率が14%台に達するに至って、ついに2003年の医療保険現代化法により04年からの連邦補助の導入と段階的な増額が決定された。その名目は、「保険になじまない給付」への費用に充てるということだったが、その後の国の財政状況や医療保険財政の状況に応じて減額や増額が繰り返された。また、リーマンショック後の経済の急激な落ち込みに対しては保険料負担の軽減のために臨時の増額が図られた。

17年以降は、経済財政の安定を背景に、毎年145億ユーロ（給付費の6%程度）の連邦補助が定着した。しかし、コロナ禍での医療費用の増加と保険料収入の減少に対応するため、21年に50億ユーロ、さらに22年には140億ユーロという、本来の連邦補助に匹敵する規模の補助が行われるなど、いまや医療保険の欠くことのできない財源として定着している。

ドイツでは基本法（憲法）上もEUの枠組み上も財政赤字の限度が厳しく規律されており、国民の間にも将来世代への付け回しはしない意識が確立している。

国の財政が、コロナ対策やウクライナ情勢に伴う軍事・エネルギー・物価対策などのために巨額の赤字を抱えている中で、医療費の増加に対応する余力は極めて乏しい。他方で、保険料率はすでに法定保険料率14.6%に加え、追加保険料は平均1.3%まで上昇しており、支出と収入の両面から厳しい選択が迫られている。

医療提供体制の特徴と改革の方向性

ドイツの医療提供体制の大きな特徴は、入院診療を担う病院と外来診療を担う保険医（開業医）との役割・機能が明確に分かれている点にある。このため、両者の連携が悪く、慢性疾患中心の現代の疾病構造に対応せず、非効率や医療の質の向上が課題とされている。

他方で、わが国は、もともと病院と診療所の役割分担が不明確で、病院自体も高度医療を担う特定機能病院から介護施設的な病院まで、本来の入院治療と早期の退院という機能に照らしたとき、種類ばかり多くて実態が伴っていないという課題を抱え

ドイツとの比較から 医療保険の歩みと今後を考える

ている。

両国とも、こうした対照的な医療提供体制を抱え、その課題が今回のコロナ禍で国民の目にも明らかとなり、抜本的な改革の取り組みが急務となっている。

1 病院医療

日独の病院医療の特徴を端的に示すのが、OECD(2020)の統計である。

まず人口1000人当たり病床数を比較すると、わが国は7.8床と加盟国最大の病床数を誇っている。また、ドイツの病院も6.0床と、わが国、韓国に次いで病床数も多く、過剰病床の問題がかねてより指摘されてきた。

これに対して、人口10万人対集中治療病床数をみると、ドイツは33.9床と加盟国中最も多く、OECD平均の2.8倍でトップにあるのに対し、わが国はわずか5.2床と最下位に近く、ドイツの6.5分の1に過ぎない。

今回のコロナ禍のドイツでは、こうした集中治療病床の充実のおかげで、わが国よりも1桁多い感染者数にもかかわらず、1度も入院医療の崩壊を招くことなく乗り越えることができた。しかし、ドイツの約45万床の一般病床は、基本的に全て急性期病床であることを考えると、平時においてはやはり多すぎ、事態が収束すれば、過剰病

床の削減を引き続き進めていくことになる。

他方で、わが国の病院病床についての最大の課題は、一般病床の中にも介護病床的なものが少なからず混在しているものを整理し、病院は感染症対応を含めた本来の急性期の入院治療に特化させていくことである。2014年の法律で導入された地域医療構想は、目指すところは正しいが、すでに制度導入後8年が経過しようとする中、病床廃止や転換は遅々として進んでいない。コロナ禍での患者の受け入れを巡る国公立病院と民間病院の対応を経験して、国民の病院を見る目も変化してきている。民間病院も含めての整理統廃合を強力に進めるためには、地域での協議に代わる実効ある手法の導入が必要であろう。

そのための有効な手法が、DPCを急性期病床全てに対して強制的に適用することである。一見乱暴な提案のようにみえるかもしれないが、本来、こうした効率化を促す仕組みは任意適用ではその目的を達することは期待できない。包括払いの方が経済的に有利な病院はこれを選択するし、逆に出来高払いの方が収入を確保できる非効率な病院は申請しないからである。

その導入の際には、ドイツがDRGを導入したときのように、最初の1年目は任意、2年目は全面適用するが出来高払いの報

酬を保障する、そして3年目からは5年計画で20%ずつDPCによる支払い方式に切り替えるといった工夫が必要である。療養病床廃止で失敗したような放ったらかしの経過措置ではなく、段階的に、確実に切り替えて転換を迫る実効ある経過措置を講じる必要がある。

2 外来診療

ドイツの外来診療は、ほぼ州単位に組織され保険医が強制加入する公法人たる保険医協会による自治的管理に委ねられている。州疾病金庫連合会から人頭払いで支払われる診療報酬の各保険医への配分、審査なども統一評価基準(EBM)に従って保険医協会が行う。こうした外来診療に対する保険医たちの責任を背景とした家庭医と専門医の役割分担や夜間休日診療の運営に至るまで、歴史的に築かれた基盤は強固で、コロナ禍にあつて、集中治療など入院治療が不可欠な患者以外は、感染対策を講じた上で、外来で対応して病床の逼迫を防いだ。しかし、保険医協会が中心となって外来診療を独占する仕組みは、病院との間での外来と入院医療の有機的な連携や、救命救急と休日夜間診療との役割分担など、柔軟で効率的な運営を阻害するなどの問題が指摘されてきた。このため、入院前後での病院の外来診療や高度な病院機能に特化し

表2 保険外来診療に従事する医師の勤務形態別の年次推移

年	合計	保険医	パートナー 医師	勤務形態		授権医師
				施設での 勤務医	開業医での 勤務医	
2013	142,660 (100%)	110,565	856	10,878 21,701	10,823 (15%)	9,538
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	100,933	579	20,966	19,345	9,027
2021	152,028 (100%)	99,307	556	23,003 43,238	20,235 (28%)	8,927
うち 女性医師	67,538 (44%)	41,002 (41%)	254 (46%)	23,802 (55%)		2,480 (28%)

(注1) 各年12月31日現在

(注2) 2021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。

た外来診療の拡大、さらには保険者主導で個別の家庭医や専門医、病院などと契約して一体的に効果的な診療を提供する統合型診療や疾病管理プログラム(DMP)など、今日の疾病構造に対応した新たな診療形態の開発・普及が図られてきた。

さらに注目すべきは、表2にみられるように、近年、開業保険医が顕著に減少を続け

一方で、診療所勤務医が増加していることである。

これは女性医師の増加のみならず、開業投資リスクを避けたい若い医師たちの志向を反映している。また、近年の外来診療機能の強化に対応するため、平均で6名の医師が勤務する外来診療センター(MVZ)が導入された2004年の70カ所から20年末には3846カ所へと急拡大し、診療所勤務医師の大きな受け皿となっている。

わが国では、自由開業医制の下で、診療所は届け出だけで自由に保険診療を取り扱える仕組みであるため、無秩序な外来診療体制が形成されている。そしてほとんどの開業医は一人親方で、今回のコロナ禍では、本来入院を要しない無症状や軽症患者についても開業医レベルでの対応を拒否されるなど、その脆弱な体制は多くの課題を残した。

こうした反省を踏まえ、現在、かかりつけ医の制度化を巡って議論が行われている。その導入の手始めとして、ドイツの家庭医中心医療をモデルに、被保険者の選択によるかかりつけ医の登録を保険者に認め、登録した被保険者については、

1年間、最初の受診はかかりつけ医に制限する代わりに、保険料の軽減や自己負担の減額などの優遇を認める仕組みが有効ではないか。こうした緩やかな仕組みを通じてかかりつけ医を通じて医療にアクセスする慣行を普及する。

さらに、地域の中で、在宅医療を含めて一定程度の高度な医療を外来で保障するためには、外来診療センターのような機関が必要となる。日常診療を扱う従来型の個人開業医との役割分担と連携を図りつつ、できるだけ不要な入院を避けるためにも、在宅医療を含めた地域の高度の外来診療を担う数名の医師が勤務する診療形態の開発・普及に向けて、モデル事業や税制、助成制度など、さまざまな政策手法の導入を期待したい。

参考資料

- ・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
- ・田中耕太郎(2018)『独仏の医療保険制度に関する調査研究』ドイツ報告書『健康保険組合連合会』
- ・OECD(2020)『Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD』

田中耕太郎(たなかこうたろう)

1974年に厚生省に入省。年金、業務、医療保険、国際協力、障害福祉行政等に従事。山口県立大学社会学部教授、放送大学客員教授を務めた。専門分野は社会保障論、国際福祉論。著書に『はじめての社会保障(第19版)』(共著、有斐閣アルマ、2022年)、『社会保障のしくみと改革課題』(放送大学教育振興会、2016年)等がある。