

ドイツの社会保障の動向と 日本への示唆

第72回月例社会保障研究会

2019年11月21日

放送大学客員教授 田中耕太郎

ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

全体の構成

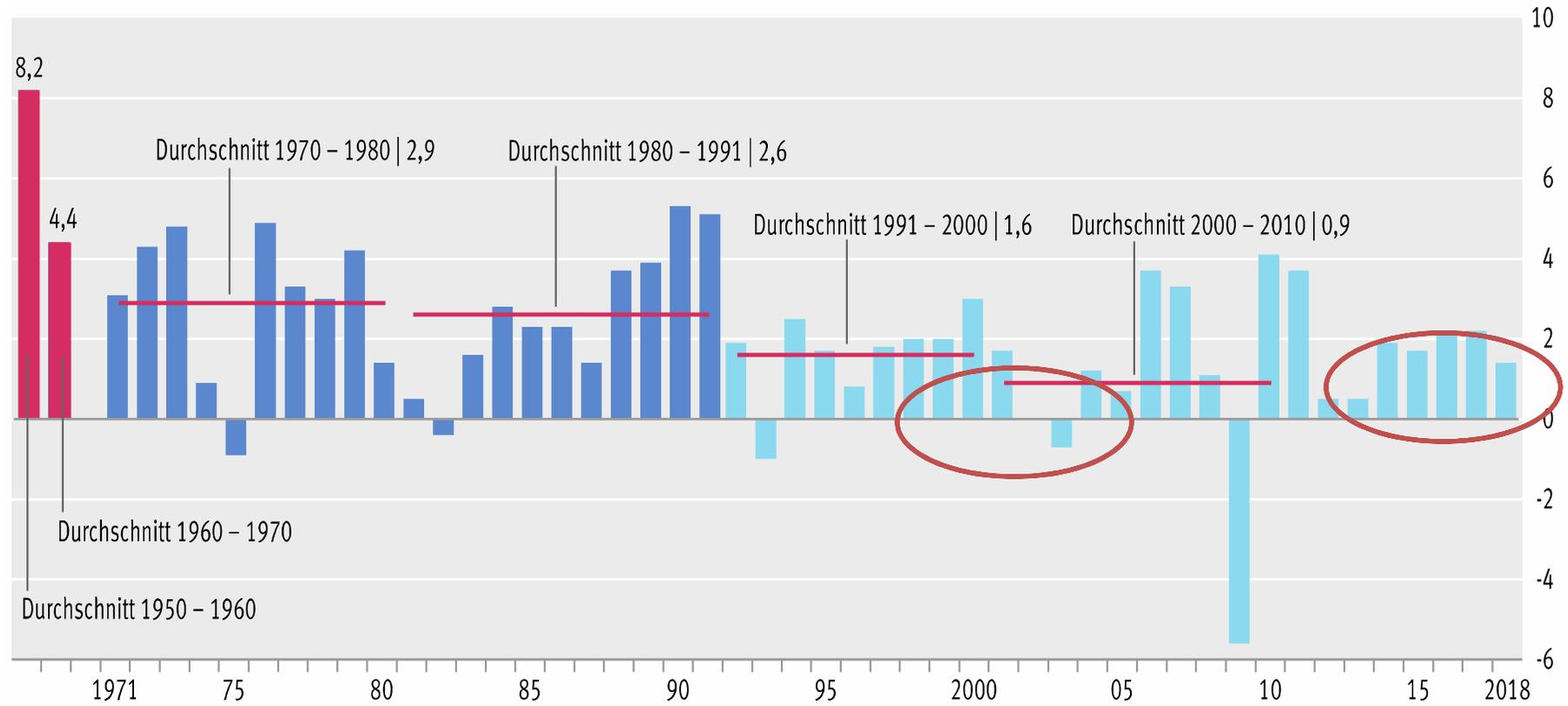
- 👉 ドイツの概要と経済の動向
- 👉 医療保険と医療提供体制の特徴と改革
- 👉 介護保険の特徴と改革の動向
- 👉 年金をめぐる改革の動向
- 👉 社会扶助制度の再編・分化の流れ

表1 日独の基本指標の比較(2017年(末))

	日 本	ドイツ
人口	1億2671万人	8279万人
高齢化率	27.7%	21.4%
合計特殊出生率	1.43	1.57
完全失業率	2.8%	5.7%
名目GDP	4兆8604億ドル	3兆6932億ドル
総医療費の対GDP比	10.7%	11.3%
医療保険平均保険料率*	10.0%	15.5% (14.6%+0.9%)

(注)*2019年値。日本は協会けんぽの全国平均、ドイツは全疾病金庫の平均。

図1 ドイツのGDPの年次推移



医療保険と医療提供体制の 特徴と改革

ドイツの医療保険の特徴と変化

・公的医療保険と代替的民間医療保険の併存

・性格の異なる各種の保険者＝疾病金庫(KK)の併存

・疾病金庫の労使による当事者自治

・疾病金庫と保険医協会・病院協会による当事者自治

・公費負担によらず保険料による財政運営

・保険料の労使折半原則

➡維持。ただし、公的への競争導入、民間への規制強化

➡リスク構造調整と被保険者による保険者の自由選択制

➡基本は維持。しかし、国の関与の大幅な拡大

➡維持。ただし法律による枠組み強制、仲裁機関あり

➡連邦補助の導入・拡大(2004年～)(2019年145億€、給付費の約7%)

➡事業主負担の固定

👉 2019年から折半負担復活

ドイツの医療提供体制の特徴と変化

・入院(=病院)と外来(保険医)との峻別

1,942病院:497,182床

・州保険医協会の外来医療供給確保義務とこれによる独占的な管理

保険医:14.7万人

うち家庭医:5.2万人

・州の病院計画に基づく投資費用助成と運営費は医療保険の診療報酬による2元的財政方式

➡基本は維持。ただし、

・病院の入院前後の外来、日帰り手術等の拡大

➡新たな診療形態の推進

・疾病管理計画(DMP)

・統合型医療(IV)

・家庭医主導医療

・外来診療センターの普及

➡1元的財政方式への切替は州の反対で進まず

・DRG導入(2003年)による病院医療の変貌(合併、病床数減少、在院日数短縮(7.3日)など)

図2 医療保険の給付費総額の構成(2017年)

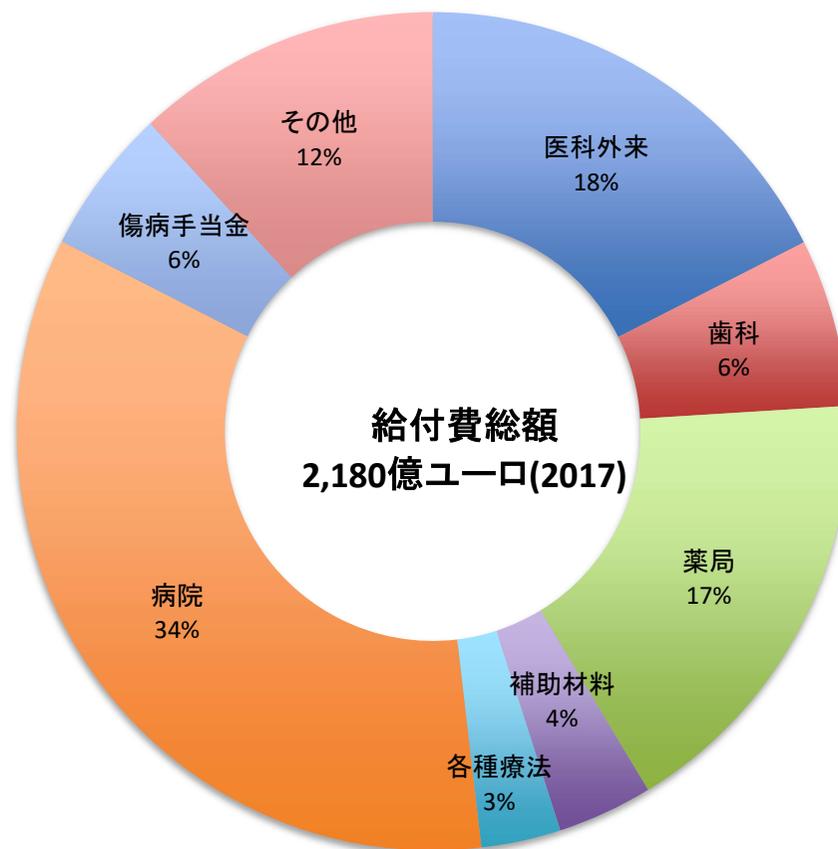


表2 統一ドイツの主要政党と医療保険改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	医療保険改革法
CDU/CSU 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 (CSU) (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/CSU 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/CSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相 レスラー大臣 (FDP) (09/10-11/5) バール大臣 (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/CSU 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/CSU と SPD の大 連立政権 (第4次) (2018-)	メルケル首相 シュパーン大臣 (CDU) (2018/3-	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)」

図3 医療給付費と保険料賦課対象賃金の対前年比の推移(1971-2018年)

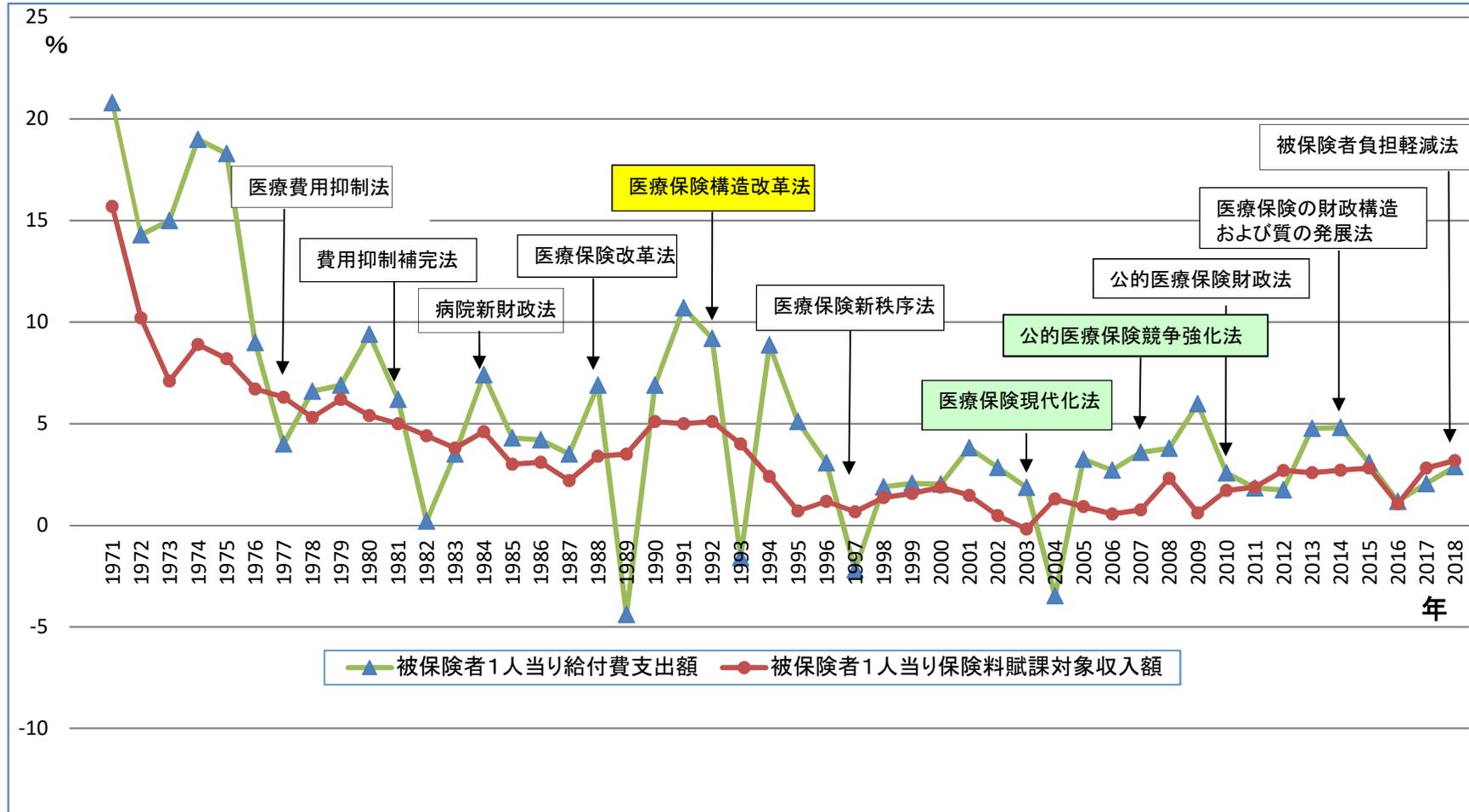
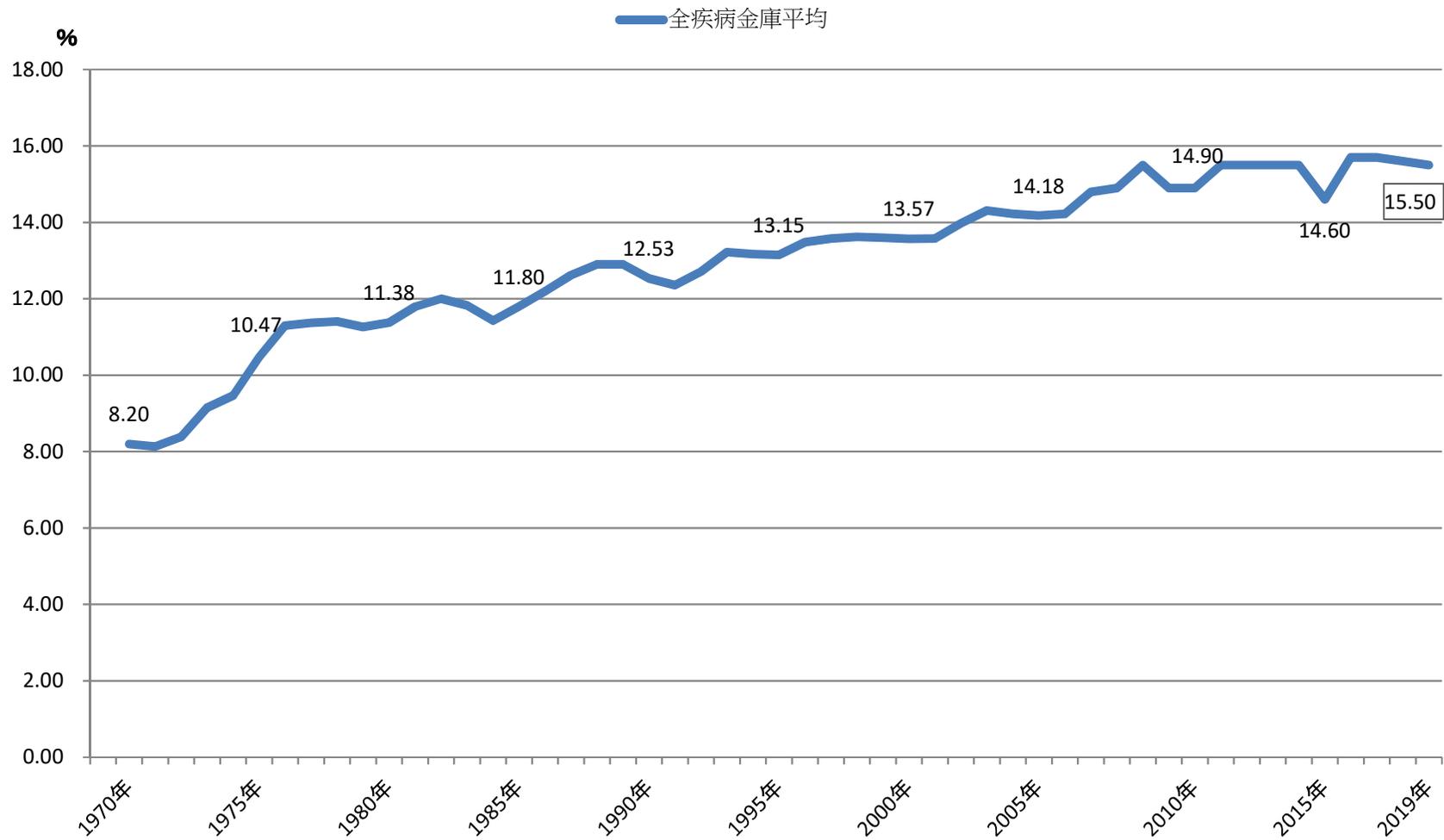


図4 全疾病金庫の平均保険料率の推移 1970—2019年

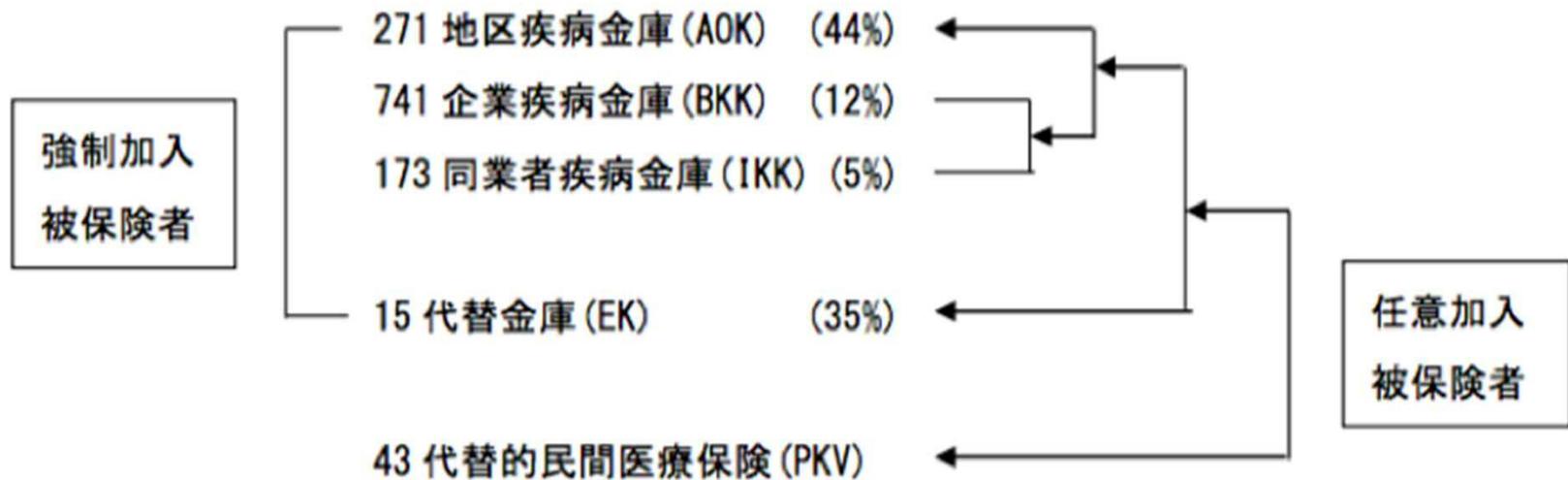


リスク構造調整と保険者選択制の 基本理念

＜連帯下の競争＞という理念

- ・ 被保険者による保険者選択制を通じた保険者間競争の促進と、それを通じた医療サービスの質と経済性の向上
- ・ 公的医療保険ゆえの保険引受け義務、リスク追加保険料禁止による連帯の確保
- ・ リスク選択の防止⇒リスク構造調整

図5 もともとのドイツの医療保険者の4層構造(1992年)



(注) 地区疾病金庫 (AOK) ≡ 市町村国保 + 協会けんぽ

企業疾病金庫 (BKK) ≡ 健康保険組合

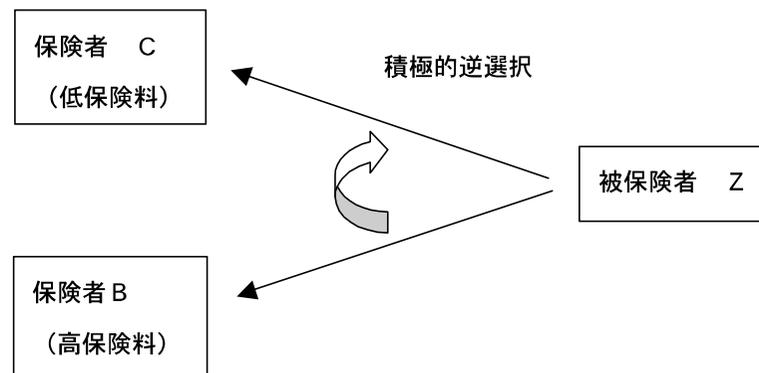
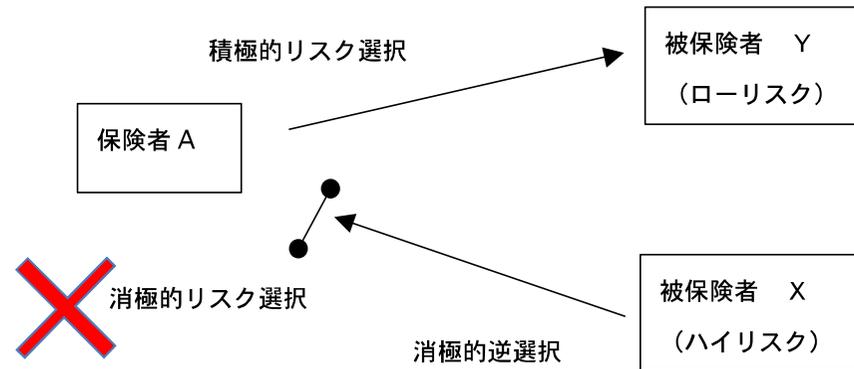
同業者疾病金庫 (IKK) ≡ 国保組合

従来の制度の問題点

＜職業により加入先が決まる制度＞

- 条件に恵まれた層を中心に一定の選択制
- 保険者間の競合関係が存在
- 職員（ホワイトカラー）と労働者（ブルーカラー）との間の不公平と憲法上の法の下での平等への抵触
- 疾病金庫間の著しい保険料率の格差（8%～16%）
- 非効率な保険者運営と保険料率上昇

図6 リスク選択の構造



リスク構造調整のリスク指標(当初)

[給付費支出に関するリスク指標](670セル)

- 性別(2)
- 年齢別(0歳～90歳以上までの各歳別)(91)
- 傷病手当金受給資格の有無と内容(3)

$$2 \times 3 \times 91 = 546$$

- 障害年金の受給者 $2 \times 2 \times 31 = 124$

[保険料収入に関するリスク指標]

- 被保険者の収入(被扶養家族は収入ゼロとして調整)

リスク構造調整の新たなリスク指標

2009年1月より、有病率リスク指標の導入：

①年齢・性別によるグループ(計40)

(性別、5歳階級別、新生児)

②障害年金受給有無によるグループ(計6)

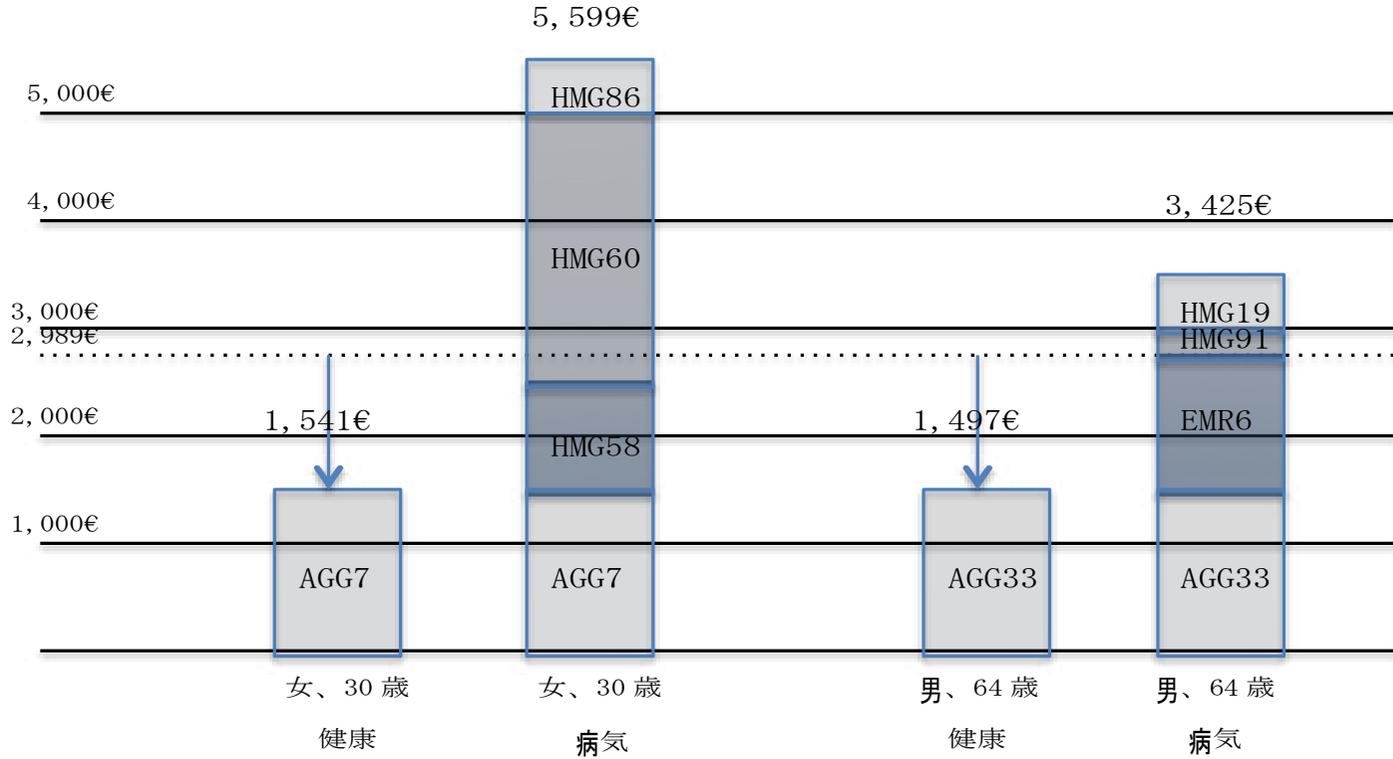
③80疾病の有病率によるグループ(計199)

の計245のリスクグループ

医療基金から各疾病金庫への配分(2015):

年齢・性別47.2%, 有病率45.3%, その他7.5%

図7 有病率リスク構造調整のモデル(2017年)



基礎包括額：2,989€/年

AGG7:-1,448€

AGG33:-1,492€

HMG86:後天性心臓弁膜症：541€

EMR6:障害年金受給：1,266€

HMG60:拒食症：2,423€

HMG19:合併症なし糖尿病：412€

HMG58:うつ病：1,094€

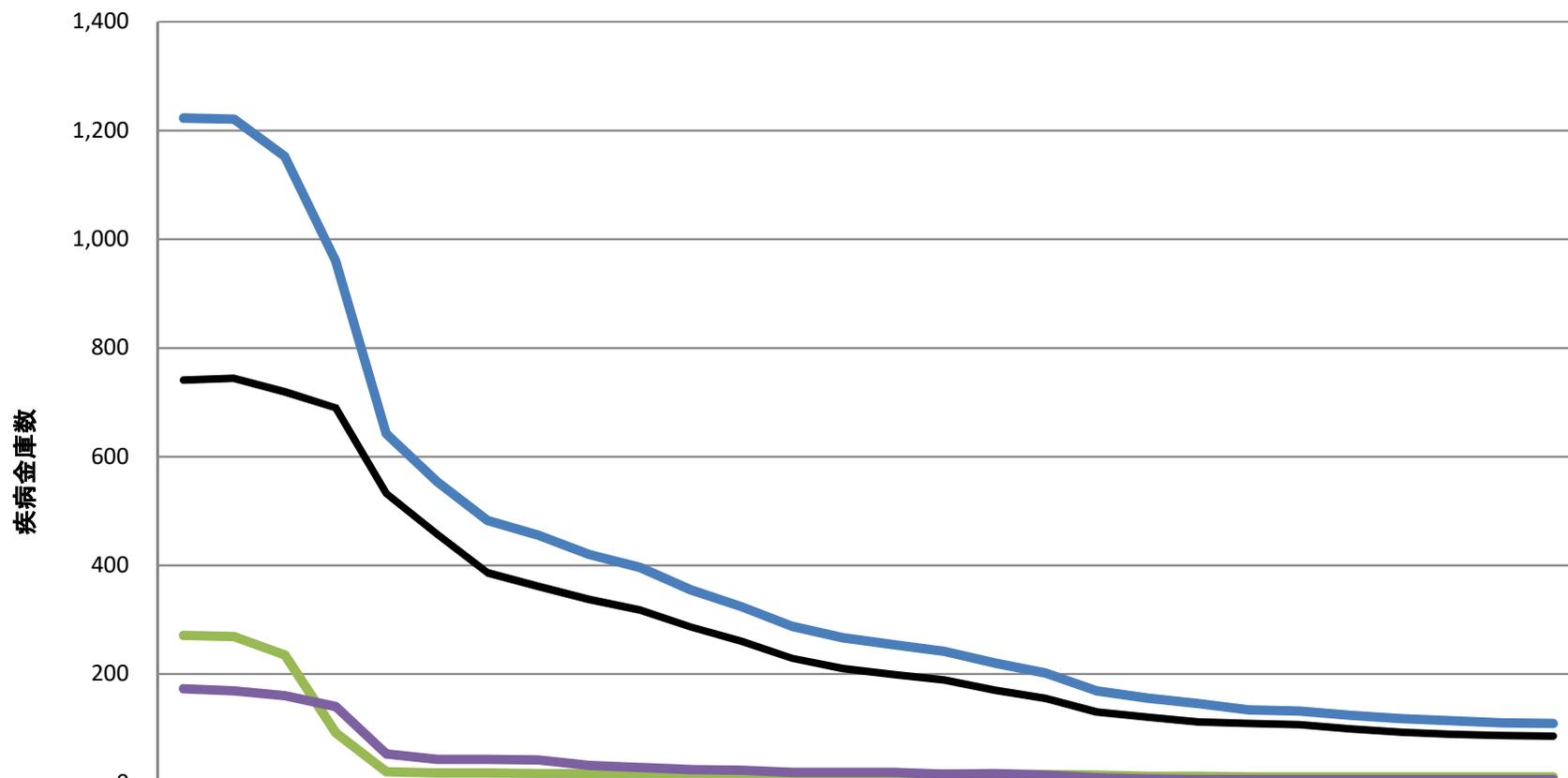
HMG91:高血圧症：250€

(出所) Bundesversicherungsamt (2008c)等の資料を参考に筆者が作成。

リスク構造調整と保険者選択制の効果

- ・疾病金庫間の保険料率の格差の縮小
- ・疾病金庫の統合再編の劇的な進展(1992年: 1,223 → 2019年:109)
- ・疾病金庫の顧客サービス, マネジメントの改善
- ・膨大な医療データベースの蓄積
- ・新たな医療サービス形態の開発と普及

図8 疾病金庫数の年次推移(1992-2019)



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
— 疾病金庫総数	1,222	1,222	1,159	960	642	554	482	455	420	396	355	324	288	267	254	242	220	202	169	156	146	134	132	124	118	114	110	109
— 企業疾病金庫	741	744	719	690	532	457	386	361	337	318	287	260	229	210	199	189	170	155	130	121	112	109	107	99	93	89	87	86
— 地区疾病金庫	271	269	235	92	20	18	18	17	17	17	17	17	17	17	17	16	15	15	14	12	12	11	11	11	11	11	11	11
— 同業者疾病金庫	173	169	160	140	53	43	43	42	32	28	24	23	19	19	19	16	17	14	9	7	6	6	6	6	6	6	6	6

保険者主導による新たな医療サービス 形態の開発と普及(1)

①疾病管理プログラム(DMP)

- ・かかりつけ医、専門医、病院、患者、看護師などが参加する共通のプラットフォームやコミュニケーション・ツール、教育プログラムなどの追加費用がかかるため、治療費を含め2002年にリスク構造調整の対象に加えられた。
- ・各疾病金庫がプログラムを開発し、連邦保険庁に申請して認可を受ければ、リスク構造調整の対象
- ・対象疾患：冠状動脈性心疾患、I型糖尿病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、喘息、II型糖尿病、乳がんの6疾患：680万人登録患者。さらに背部疼痛とうつ病を指定の予定。

健康保険組合連合会(2019)『保険者等による慢性疾患の発症・重症化予防に関する国際比較調査報告書』

保険者主導による新たな医療サービス 形態の開発と普及(2)

②統合型医療(integrierte Versorgung: IV)

2000年の法律改正で導入。ドイツ型マネジド・ケアと呼ばれる。

保険医協会を通さず、疾病金庫が直接に保険医、病院などの診療グループと契約を結び、独自の保険診療を提供する。

保険医協会は強く抵抗。

2008年までに6407件の契約、404万人の登録。

③家庭医中心医療(Hausarztzentrierte Versorgung)

州により普及状況に大きな差がある。疾病金庫は3100万人の被保険者に提供しており、参加は被保険者の選択。

👉 こうした新たな診療形態の参加者に対して、疾病金庫は奨励金の支給、自己負担軽減などの選択タリフの提供の義務

リスク構造調整と保険者選択制の課題

- ・ リスク選択の防止の難しさ

性別・年齢別指標 ➡ 有病率指標

- ・ どこまでも続く公平論争

(現在は、AOK ⇔ EK・BKK・IKK連合)

具体的には、障害年金受給者指標、DMP参加者指標、傷病手当金の扱い、80の対象疾患の制限（法律上）の扱い、医療費の地域差の扱いなどを巡り論争

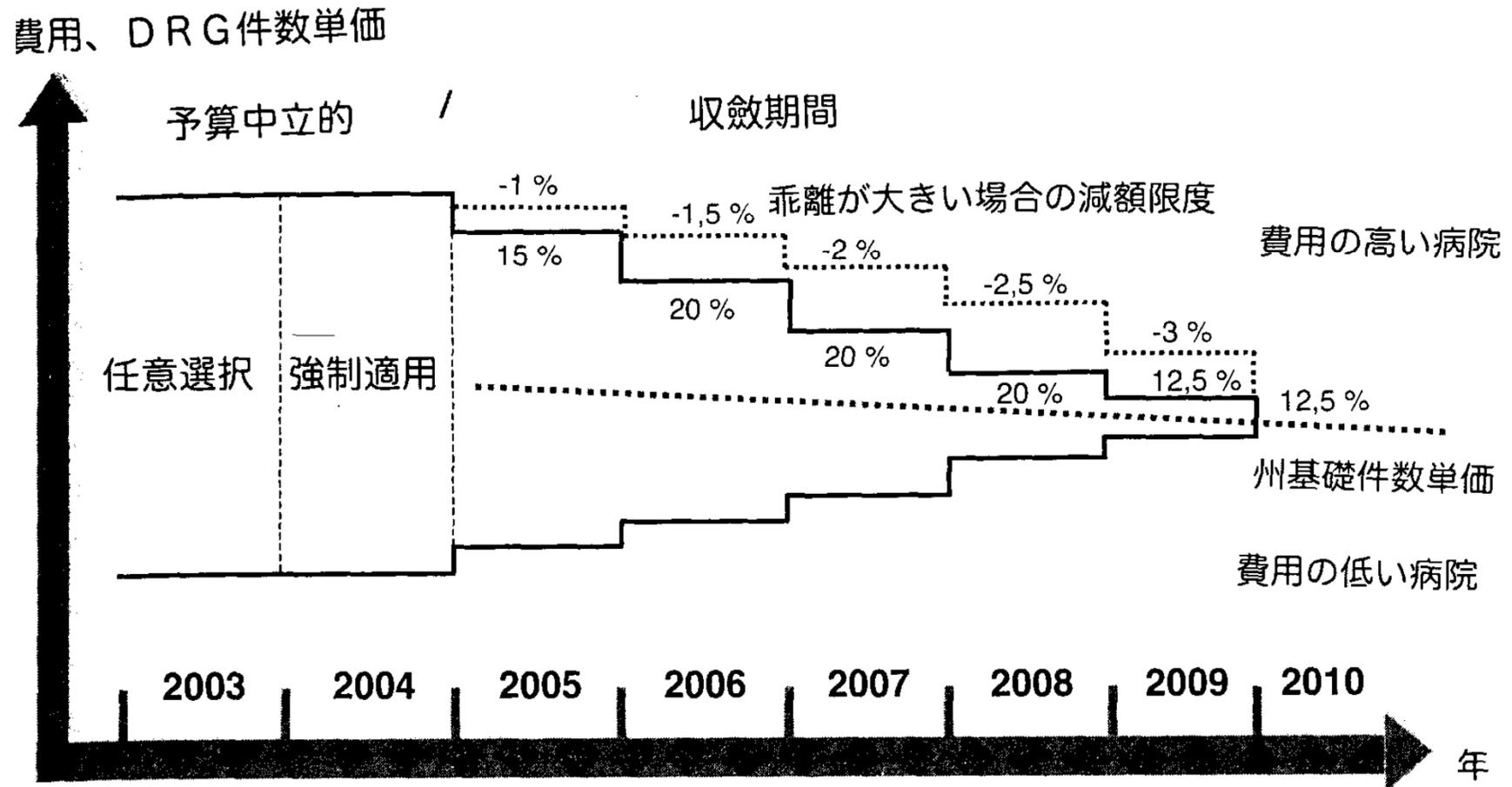
G-DRG導入の経緯

- 「2000年医療保険改革法」により2003年1月からの導入が決定
 - 2000年6月に疾病金庫と病院団体との間で、オーストラリアDRGをベースとして導入することを決定
 - 2002年の「件数包括払い法」により具体的なDRGの導入に向けた内容が決定
- 同時に、DRG算定のための「病院診療報酬法」制定
- 当事者間では具体的内容について対立して決定できなかったため、当初は連邦保健省令により決定

DRG制度の目的

- 給付と費用についての透明性の向上
- 費用ではなく給付に応じた報酬の原則
- 病院間競争の促進
- 病院の構造転換の推進
- 公的医療保険の支出の安定化
- 病院における患者の平均在院日数の短縮化
- 経済性の余地の開拓

図9 DRG制度導入から収斂期 (2003-2009年)



DRG導入による病院医療の 激しい変化

- ・私立病院の急増と公立病院、公益病院の減少（1,951病院中36:29:35（2017年病院統計））
- ・私立病院間の相次ぐ合併・買収による病院グループの巨大コンツェルン化
- ・公立病院、公的病院におけるグループ化と私法上の法人化
- ・平均在院日数の短縮（一般病院：7.3日）

表3 ドイツの病院の概要

(2017 年末現在)

		病院数	病床数	備考
病院総数		1,942	497,182	平均在院日数
病床規模別				7.3日
	99床以下	666	24,437	
	100床以上 199床以下	439	63,346	
	200床以上 499床以下	557	180,515	
	500床以上	280	228,884	
運営主体別				1病院当たり病床数
	公立病院	560	238,748	426床
	私法上の法人	335	136,097	
	公法上の法人	225	102,651	
	法律上非独立	84	28,714	
	法律上独立	141	73,937	
	公益病院	662	165,245	250床
	私立病院	720	93,189	129床
一般病院		1,592	450,453	
運営主体別				
	公立病院	468	215,715	
	公益病院	543	154,731	
	私立病院	581	80,007	
その他の病院		350	46,729	
	精神科病院	285	46,729	164床

(出所) Statistisches Bundesamt(2018):Grunddaten der Krankenhäuser より作成。

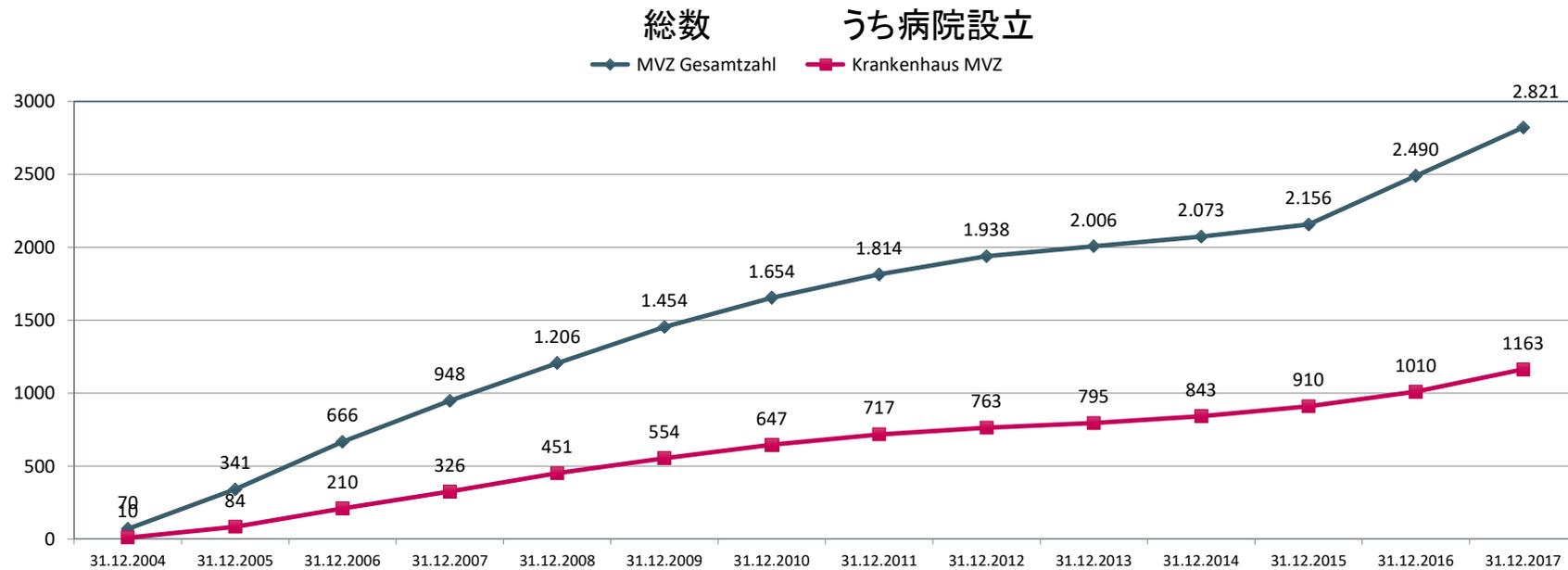
表4 ドイツで外来保険診療に従事する医師の勤務形態別の変化(2013-18)

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 (100%)	104,321	642	17,278	17,152	9,208
				34,430 (23%)		
うち女性 医師	62,466 (42%)	41,220 (40%)	294 (46%)	18,680 (54%)		2,272 (25%)

(注) 1) 各年12月31日現在 2) 勤務形態の説明は、表2に同じ。 3) 2018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。

図10 ドイツの外來診療センター (MVZ)の増加 (2004-2017)



(出所) Kassenärztliche Bundesvereinigung(2018).

新たな展開(1): 病院・介護施設における 看護介護緊急事態への対処

看護介護職員確保法(2018年成立、19年施行)

<病院>

- 2019年以降に各病院で追加的に拡充される看護介護職員の費用は、完全に、疾病金庫等により措置
- 看護介護職員の費用をDRGから除外し、病院ごとにケア予算として疾病金庫との交渉で設定(2020年～)
- 看護介護職員の賃上げ分の費用は全額措置
- 看護介護職員の最低基準の設定(2021年～)
- 病院構造基金の継続助成による病院効率化の促進

新たな展開(1): 病院・介護施設における 看護介護緊急事態への対処

<介護施設>

- 入所老人介護施設における医療的看護への支出を包括的に財政支出するため、施設の規模に応じて、追加報酬を公的医療保険から支出し、全体で13,000人の看護職員を増員する。
 - ～40人施設: 0.5人 41人～80人施設: 1人
 - 81人～120人施設: 1.5人 121人～施設: 2人
- 追加費用: 約6.4億ユーロ/年は、各疾病金庫が被保険者から徴収し、介護保険の調整基金に拠出

新たな展開(2): 専門職養成の改革

<看護介護職法2017年成立、2020年施行>

- ・看護職(Krankenpfleger)と老人介護士(Altenpfleger)の養成根拠法を看護介護職法(PflegeberufeG)に統一し、一本化
- ・全員が2年間の総合的・基礎的な教育を受け、3年次に専門分野を選択
- ・大学の専攻科目に「看護介護専攻」を新設

<心理療法士法2019年成立、2020年冬学期より>

- ・心理学系の心理療法士と教育学系の児童・青少年心理療法士が併存し、保険外来診療を担当(各20,810人と5,892人)
- ・大学に「心理療法専攻」を新設し、3年間の学士課程と2年間の修士課程で構成し、国家試験で資格認定
- ・資格取得後、専門研修を経て、医籍に登録、保険診療に従事

介護保険の特徴と改革の動向

医療経済研究機構(2019)『ドイツ医療補償制度に関する調査
研究報告書2018年度版』

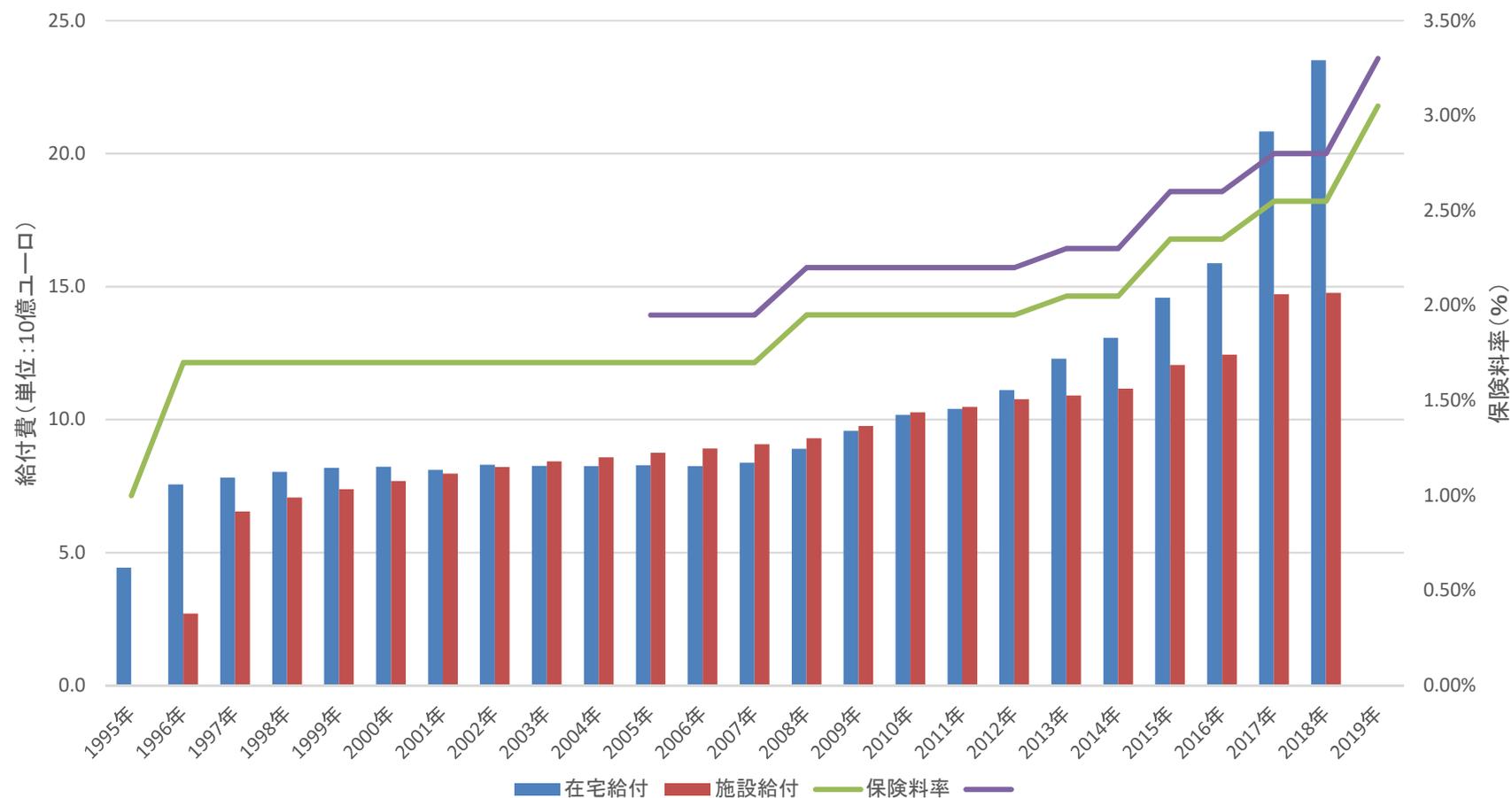
表5 日独の介護保険の比較

	日 本	ド イ ツ
加入者	40 歳以上の人	すべての人(年齢制限なし)
給付対象者	軽度も対象として広い (要支援2段階、要介護5段階)	中重度が対象(要介護3段階)だったが2017年から5段階に拡大
保険者	市町村	医療保険の疾病金庫に対応する介護金庫
要介護認定	あり	あり
家族介護に対する金銭給付	なし	あり(現物給付との組み合わせも可)
介護に当たる家族への保障	なし	介護者のための年金保険料、医療保険、介護保険の保険料支払い、労災保険適用
ケアマネジメント	あり	あり(当初はなかったが2008年改正で導入)
公費負担	給付費の50%	なし
財政状況の推移	給付費急増により保険料負担急増	安定的に推移してきたが近年給付改善に伴い引上げ
改革の方向性	保険料負担の引き上げと給付の削減	保険料負担の引き上げによる給付の拡大

表6 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	医療保険改革法
CDU/CSU と FDP (1982-1998)	コール首相 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 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 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、認知症給付やりハなど若干の改善、保険料率 1.7%→1.95%)
CDU/CSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相 バール大臣 (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 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%)
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第4次) (2018-)	メルケル首相 シュパーン大臣 (CDU) (2018/3-	2018	「看護介護職員強化法」 「社会法典第5編第5次改正法」 (保険料率 2.55%→3.05%)

図11 介護保険給付費と保険料率の推移



年金をめぐる改革の動向

- ・幸田・吉原・田中・土田(2011)『日独社会保険政策の回顧と展望ーテクノクラートと語る医療と年金の歩みー』法研
- ・田中耕太郎(2014)「統一ドイツにおける年金改革の軌跡とパラダイム転換」『早稲田商学第439巻』769-798.

表7 日独の公的年金制度の比較

	日本	ドイツ
適用範囲	国民皆年金 (20歳以上 60歳未満のすべての住民)	基本的に被用者が対象 農業者など一部の自営業にも適用 官吏は適用除外で、無拠出の恩給制度の対象
制度の構造	20歳以上 60歳未満のすべての住民を対象とした国民年金と被用者を対象とした厚生年金の2層構造	被用者を対象とした公的年金の1層構造
保険料負担と年金給付のルール	被用者は報酬比例の保険料：定額の基礎年金＋報酬比例の厚生年金 被用者以外は定額の保険料：定額の基礎年金	報酬比例の保険料：報酬比例の年金
少子高齢化分の給付抑制措置	マクロ経済スライド (2004年～)	持続可能係数の導入 (2004年～)
保険料率	2017年以降、18.30%で固定	18.6% (2019年) 2025年までは20%を超えない
国庫負担 (連邦補助)	基礎年金の2分の1	年金給付費の約26.1% (2019年)
支給開始年齢	65歳に向けて引き上げ中	67歳に向けて引き上げ中

図12 被用者年金の保険料と年金給付額の 基本ルールの比較

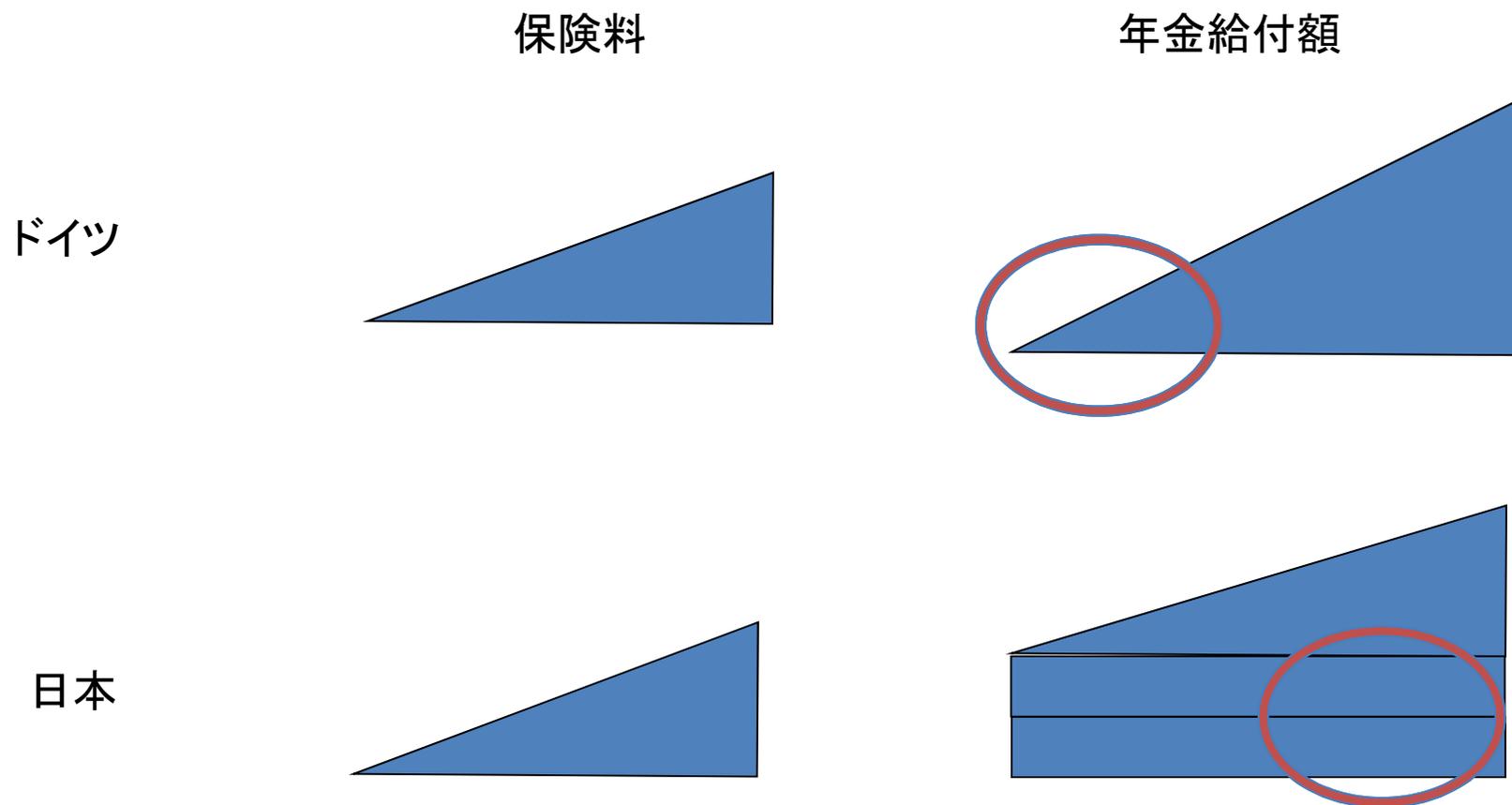


表8 統一ドイツの主要政党と年金改革

政権政党	首相 労働社会大臣	年	年金改革法
CDU/CSU と FDP (1982-1988)	コール首相 ブリューム大臣	1996	「年金生活への円滑な移行の促進のための法律」 「経済成長および雇用促進法」
		1997	「1999 年年金改革法」
SPD と緑の党/連 帯 90 (1988-2005)	シュレーダー首相 リースター大臣	1998	「社会保険修正法」
		2000	「障害年金改革法」
	シュミット大臣	2001	「老齢資産法」 「老齢資産補完法」
		2003	「第 2 次および第 3 次改正法」
		2004	「老齢収入法」 「公的年金持続可能性法」
CDU/CSU と SPD の 大連立政権 (2005-2009)	メルケル首相 ミュンテフェリン グ大臣 (SPD) ショルツ大臣 (SPD)	2007	「公的年金支給開始年齢引上げ法」
CDU/CSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相 フォン・デア・ライ エン大臣 (CDU)		
CDU/CSU と SPD の 大連立政権 (2013-2017)	メルケル首相 ナーレス大臣 (SPD)	2014	「年金給付改善法」
CDU/CSU と SPD の 大連立政権 (2017-)	メルケル首相 ハイル大臣 (SPD)	2018	「年金給付改善および安定化法」

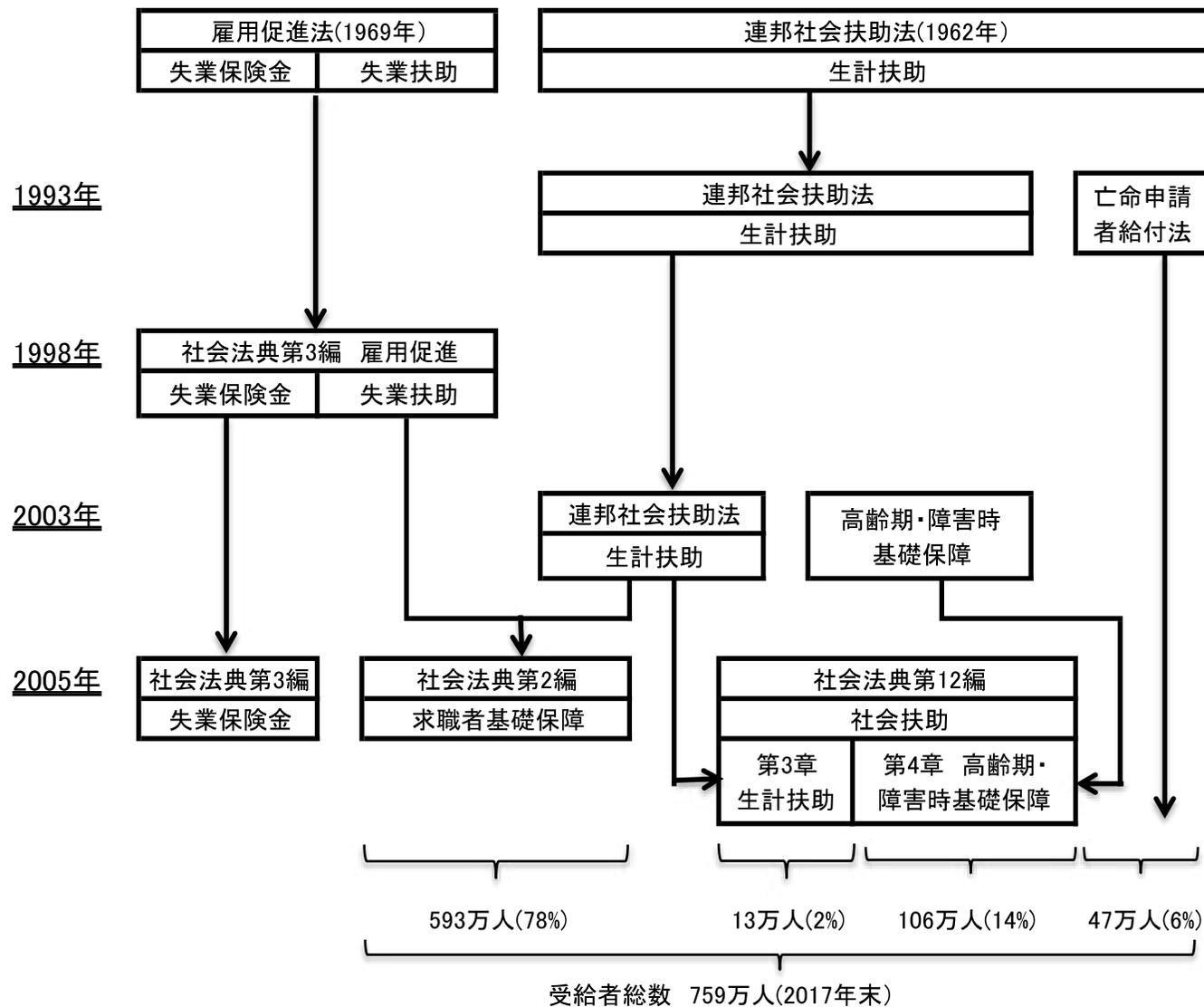
社会扶助制度の再編・分化の流れ

松村祥子・田中耕太郎・大森正博編著(2019)『新 世界の社会福祉
2 フランス/ドイツ/オランダ』

表9 公的扶助の基本原理の日独の比較

ドイツの社会扶助		日本の生活保護
目的: 人間の尊厳の保護と自立への援助(1条)	=	目的: 生存権の保障、最低生活保障と自立助長(1条)
社会扶助の後置性(補足性)(2条)	=	保護の補足性(4条)
扶助の個別性の原理(9条)	=	保護の必要即応の原則(9条)
居宅給付の優先(13条) 金銭給付の優先(10条)	=	居宅保護の原則(30条) 金銭給付による生活扶助(31条)
職権開始主義((18条)	⇔	申請保護の原則(7条)
制度の運営責任: 市と郡 + 州 連邦政府の財政負担はない	⇔	国家責任の原則(1条) 国が費用の75%を負担

図13 狭義の社会扶助の分化・再編の経緯



介護は
親から子への
最期の贈り物



<Kommen und Gehen>
Helmut Amman 作