

## ドイツの医療保障制度改革

——『構造改革』による21世紀への対応——

高 智 英太郎

### 目 次

- I. ドイツ医療保障制度の沿革（序にかえて）
- II. 「1993年医療構造法」〈GSG〉による改革とその効果予測
- III. 医療保障制度の現状
- IV. 年金受給者疾病保険制度の現状と動向
- V. 今後の展望と若干の考察
- ☆ 主要参考文献等一覧

### I. ドイツ医療保障制度の沿革 （序にかえて）

ドイツ連邦共和国（以下、「ドイツ」という）で公的疾病保険〈GKV； Gesetzliche Krankenversicherung〉制度が導入されたのは今から111年前の1883年のことである。今日、わが国で紹介されている文献の多くは、この国の医療保障政策の沿革（歴史）もしくは制度発展の過程等を総合的に勘案し、「医療保険」に代えて「疾病保険」の表記をあてることでほぼ一定のコンセンサスが得られていると考えられる（ドイツ国内外で刊行されている英語版の文献では〈health insurance〉という表記が用いられているが、保険者を意味する語彙には〈Sickness

Fund〉を常用）。本稿では、上述の趣旨および視点から特別に断りのない限り、「公的医療保険」を指す場合には、「疾病保険〈GKV〉」と記述することとする。

さて、1883年制定の疾病保険法によって世界で初めての社会保険制度となった疾病保険が、1911年のライヒ保険法〈Reichsversicherungsordnung〉によって拡充・整備され、ひいてはわが国の健康保険のモデルとなった経緯についてはすでに周知のとおりである。

しかしその後、疾病保険など社会保険各制度（1884年＝労災保険、1889年＝年金保険、1927年＝失業保険がそれぞれ創設されている）は、ナチス政権によって第2次大戦中に著しく後退し、単なる徴税機構と化することとなったが、戦後に至って疾病保険を中心に労使による社会保険の自主管理〈Selbstverwaltung〉責任の原則が復活するとともに、給付面の実質的な改善が図られた。

1960年代末から1970年代初頭にかけて、旧西ドイツでは他の西側先進諸国の水準をはるかに凌ぐ順調な経済発展を遂げることができた。このような基盤を背景に、社会民主党〈SPD〉政権のもとで、①疾病保険の適用対象者の拡大、②給付項目の追加導入が相次いで実現した。しかし、順風満帆の経済状況にもやがて終焉が訪れた。1970年代半ば以降、世界を震撼させたオ

イル・ショックに見舞われ、それを契機として同国の経済状況は悪化の一途をたどることを余儀なくされた。長引く国家経済の衰退により、1977年7月から疾病保険費用抑制法〈KVKG〉施行という手段により強力な医療費抑制策が講じられることとなった。今日でこそ、先進諸国では、医療費の増嵩に適切に対応するための法的手段を講じることは珍しくなくなったが、KVKGは世界で初めて医療費抑制を直接の目的とした立法措置である。

その骨子は、①保険医の診療報酬の引上率を予想される賃金の上昇率の範囲に抑える、②年金受給者疾病保険〈KVdR〉の費用負担について全国的規模で財政調整〈Finanzausgleich〉を実施する、③処方薬剤費総額を規制する、④医薬品給付費、歯科補綴給付費等の患者一部負担〈Selbstbeteiligung〉を引き上げる、⑤財政窮迫疾病金庫の費用負担について同一州〈Land〉内所在の同種疾病金庫間で財政調整を実施することなどを規定したものであった。KVKGの施行により疾病保険費用の伸び率は一時的に低下し、保険料率の上昇も抑えられるという短期的な効果は認められたが、1980年代に入ってから経済のファンダメンタルズは基本的に不変で、政府は「さらなる医療費抑制政策の強化が不可欠」との視座から1982年12月にKVKGの補強を目的とした『第2次疾病保険費用抑制法』および『病院医療費抑制法』の制定に踏み切り、いずれも1983年1月から施行された。前者の骨子は、①軽微な医薬品〈Bagatel-Arzneimittel〉を保険適用薬剤リストから除外（全額患者負担）、②温泉（クア）療法給付を制限する、③歯科補綴給付に係る患者負担を引上げる、④保険医〈Kassenärzte〉の診療報酬の引上率を制限する、⑤医薬品の価格と効能を分類表示した透明

化リスト〈Vergleichlist〉を作成する、⑥コ・メディカルサービスの年間総費用を抑制する、⑦入院療養費日額〈Tages-pflegesätze〉の引上率を規制する、⑧医薬品、各種の補助（装）具、治療用品、めがねの患者一部負担の引上げなどを内容とするものであった。

一方、病院医療費抑制法は、①各州における「病院需要計画」を効率性の確保という観点から実際の需要に見合う方向に改善する、②高度（大型）医療機器〈Medizinisch-technische Großgeräte〉の導入を病院需要計画の中に織り込み、病院間での相互調整を義務化する、③病院建設等に対する連邦・州による助成金交付の効率化を図る、④病院経営の合理化を図る、⑤Tages-Pflegesätzeの算定方法を改善する、⑥在宅看護給付の拡大を図る、⑦入院診療の経済性をチェックする審査委員会を設置する等を柱としたものである。

なお、1980年代後半から経済状況は次第に好転の兆しを示すに至ったが、人口高齢化および疾病構造の変化等に対応できる新たな視座に立脚した医療保障制度の確立が喫緊の政策課題となり、年金保険〈Rentenversicherung〉制度の抜本改革（『年金改革'92』〈Rentenreform '92〉）に先駆けて1988年12月成立の『医療改革法』〈GRG〉が1989年1月から即、施行された。同法は、疾病保険財政の中長期的な安定を図ることに主眼が置かれ、給付項目・内容についても時代の要請に見合った枠組みにリニューアルされた。

要約すれば、GRG施行を契機に従前から繰り返されてきた各種の医療費抑制政策の継続もしくは単純な強化措置のみに終始しては、進展する高齢化社会に対応した疾病保険財政の安定確保（とくに給付保障、保険料率の安定化）

はきわめて困難とする基本的な認識判断を軸に、疾病保険の「構造改革」へ着手した点に大きな意義を認めることができる。

同法の特徴について言及するには、その全体像を的確に把握したうえで複眼的な視野から分析し直すことが必須であるがあえて強調するとすれば、「制度100年のオーバー・ホールが不可欠」との視点から給付の重点目標を明確にし、高齢化社会に呼応したしくみの整備の一環というコンセプトから「在宅介護給付」を新たに導入するとともに、国民の生命保険等への加入(自衛手段の強化)という実態を直視するなかで「死亡一時金」〈Sterbegeld〉の給付廃止(GRG 施行日に加入者であった者には定額給付を継続)を決めたこと、その他、「歯科予防給付の拡充強化」が図られたことなどを制度上の大きな変容として象徴的に列挙することができる。なお、GRGの詳細は本誌 No. 96誌上(拙稿)でも紹介したので、ここでは割愛する。

本稿では、1992年12月に成立(翌1993年1月1日施行)した『医療構造法』〈GSG〉の評価等に言及するとともに、医療保障制度の現状、医療費の動向、老人医療費の課題と動向および今後の医療保障政策ならびに制度の展望等について若干の私見を述べるとともに、1990年10月3日(旧両ドイツ再統一の日)以降の時間の流れを回顧しての記述にも紙幅を割いてみることにしたい。

## II. 「1993年医療構造法」〈GSG〉による改革とその効果予測

### 1. 公的疾病保険〈GKV〉の財政収支状況(1993年)

GKVの財政収支状況は表1, 2のとおりで、

全ドイツでみると1993年は約102億 DMの黒字を計上した。92年に約94億 DMの赤字を生じていたことを考慮すればGSGの波及効果には目を見張るものがある。東西両地域別にそれぞれの状況を概観してみよう。

まず旧西ドイツ地域では、91億 DMの黒字(被保険者当たり支出額1.3%減, 保険料算定対象報酬額の伸び3.9%増。1993年1月1日現在の平均保険料率13.42%であったが、1994年1月1日現在13.35%と、対前年比0.07ポイントの低下)であった。

一方、旧東ドイツ地域では約11億 DMの黒字(被保険者当たり支出額11.2%増, 保険料算定対象報酬額の伸び16.8%増, 1993年1月1日現在の平均保険料率12.55%であったが、1994年1月1日現在12.97%と0.42ポイント引上げた)であった。同地域の財政収支が黒字であるにもかかわらず保険料率を若干引上げることとした背景には、旧西ドイツ地域の保険料(率)水準と調整する過程であって取られた措置(連邦保健省筋)とのことである。

### 2. 主要給付項目別にみた支出(旧西ドイツ地域)の変動

このほど、1993年対92年比でみた主要給付項目別支出の増減割合(%)が明らかになったが、そのうちとくに大きな変動をみたのは、義歯(△26.6%)、医薬品(△19.3%)、マッサージ等各種療法手段(△6.3%)が際立った落ち込みを示している。一方で、交通費(+13.9%)が突出した増加を示していると同時に、重度要介護者の介護給付(+7.2%)の伸びも目立った。他の給付項目等についてみると、医科診療(+3.0%)、義歯を除く歯科診療(+2.2%)、治療材料・補助(装)具(+0.8%)、病院診療(+4.9%)、

表1 公的疾病保険の財政収支状況（旧西ドイツ地域）

（支出金額単位：10億DM；加入者当たり増減割合：％）

給付項目区分	1990年	1991年	1992年	1993年
医科診療	24.4 (+ 5.6)	26.7 (+ 7.5)	28.9 (+ 6.7)	30.1 (+ 3.0)
歯科診療計	13.0 (+ 1.7)	14.7 (+11.1)	17.0 (+13.7)	15.3 (△ 9.8)
一 通常歯科診療	8.2 (+ 4.2)	9.1 (+ 9.5)	10.2 (+ 9.1)	10.3 (+ 2.2)
一 義 歯	4.8 (△ 2.3)	5.6 (+13.7)	6.8 (+20.2)	5.0 (△26.6)
医薬品	21.8 (+ 6.0)	24.5 (+ 9.9)	27.1 (+ 9.1)	21.9 (△19.3)
各種療法/ 補助(装)具等	8.7 (+ 5.8)	10.0 (+12.9)	11.2 (+10.4)	11.1 (+ 0.8)
病 院	44.6 (+ 7.2)	49.1 (+ 8.0)	53.9 (+ 8.3)	57.0 (+ 4.9)
給付支出計	134.2 (+ 6.9)	151.6 (+10.7)	167.8 (+ 9.2)	165.9 (△ 1.3)
加入者当たり保険料 算定対象報酬の伸び (%)	+5.1	+5.0	+5.1	+3.9
収支差引(10億DM)	+6.1 (黒字)	+5.6 (赤字)	△9.1 (赤字)	+9.1 (黒字)
平均保険料率(%)	12.5	12.2	12.7	13.4

注1) 旧西ドイツ地域の年金受給者疾病保険にかかる保険料率は、1993年7月1日から13.4%！。

2) 当面の平均保険料率は13.4%（1994年2月）である。

3) 個別疾病金庫間でみた保険料率の乖離幅は6.0%～16.8%である。

資料出典：A4-hoch V 1.01 Pfad: J.; G, 1SK, 112, 03-94, MEIER, GSGUMSET. TXT Entwurf.; "Gesundheitsstrukturgesetz, Finanzielle Bilanz des ersten Jahres und Stand der Umsetzung", -März 1994-, S. 3

傷病手当金（△1.2%）、温泉（クア）療法（+1.7%）、給付費合計（△1.3%）、事務費（△0.1%）、総支出合計（△1.3%）一となっている。

### 3. 給付項目別にみた特徴

#### (1) 交通費

・1993年の財政収支上の観点（給付費の増加）から最も注視されている給付項目の1つである。なお、交通費の細目に含まれる移送費および救急搬送費用についても「予算枠の設定」が検討されてもよい（将来の課題として）との専門家の見解が示されている。

#### (2) 医薬品費および補助(装)具等に対する新たな措置

- ・「定額給付〈Festbetrag〉設定薬剤」の取り扱いを受けていない薬剤については、1993年1月1日から1994年末までの丸2年間、2～5%の幅で薬価引下げの対象とする。
- ・前記期間に限り「Festbetrag 設定薬剤」以外の製品の価格引上げは認可しない。
- ・1993年内は、薬剤費についてGKVが負担する予算額を一定枠に抑える制限を講じる。一定枠（予算）超過の場合、医師および製薬企業が超過相当額を負担する。1994年以降は医師および疾病金庫間の自主管理措置の導入を待って、前記措置の解消が図られる。

表2 公的医療保険の財政収支状況（旧東ドイツ地域）

（支出金額単位：10億DM；加入者当たり増減割合：％）

給付項目区分	1991年	1992年	1993年
医科診療	3.3	4.4 (+33.1)	5.2 (+19.5)
歯科診療計	2.8	5.1 (+82.4)	3.8 (△23.5)
一 通常歯科診療	1.6	2.4 (+48.8)	2.5 (+5.4)
一 義 歯	1.2	2.7 (+127.2)	1.3 (△50.0)
医 薬 品	4.0	5.5 (+36.7)	5.8 (+8.2)
各種療法/ 補助(装)具等	1.1	1.8 (+68.4)	2.1 (+18.9)
病 院	8.0	10.3 (+29.1)	11.7 (+16.0)
給付支出計	21.9	31.7 (+44.6)	34.3 (+11.2)
加入者当たり保険料 算定対象報酬の伸び (%)	—	+29.3	+16.8
収支差引(10億DM)	+2.8 (黒字)	△0.3 (赤字)	+1.1 (黒字)
平均保険料率(%)	12.8	12.6	12.9

注1) 旧東ドイツ地域の年金受給者疾病保険にかかる保険料率は、1994年7月1日  
まで12.6%である。

2) 当面の平均保険料率は13.0%（1994年2月）である。

3) 個別疾病金庫間でみた保険料率の乖離幅は9.6%～13.8%である。

資料出典：A4-hoch V 1.01 Pfad：J.; G, 1SK, 112, 03-94, MEIER, GSGUMSET.  
TXT Entwurf; "Gesundheitsstrukturgesetz, Finanzielle Bilanz des  
ersten Jahres und Stand der Umsetzung", -März 1994-, S. 4

- ・薬剤費の給付支出額が顕著なまでに減少した背景には、医師が必要不可欠な薬剤の処方に心掛けたこと。また、有効成分に鑑み、同等成分の製品があれば低水準価格の《Generika》剤を処方したこと。併せて、治療効果の面等から多分に疑義の余地を残している血行促進剤、静脈剤、ビタミン剤等の処方手が控えられたことの反映が認められる。
- ・各種療法手段〈Heilmittel〉の項目を検証してみると、温泉（クア）療法およびマッサージ処方が減少しているのに対して、その一方で療養体操〈Krankengymnastik〉および言語療法〈Sprachtherapie〉の処方量の増加が目立

った。

- ・結局、GKVにおける1993年の医薬品費にかかる給付支出は、対前年比約50億DMの節減を達成（そのうち、約30億DMは医師自らが経済的な処方に徹した結果であり、約20億DMは薬価引下げと「Festbetrag 設定薬剤」の適用拡大による）した。これにより、結果として医薬品給付費にかかる被保険者負担は約10億DMの減に通じた。

### (3) 病院（入院）分野に対するGSGに基づく

#### 主要な改善およびその評価

- ・一般病院の平均在院日数（1991年：11日）が短縮されつつあるのは、GSGの法規定が病院

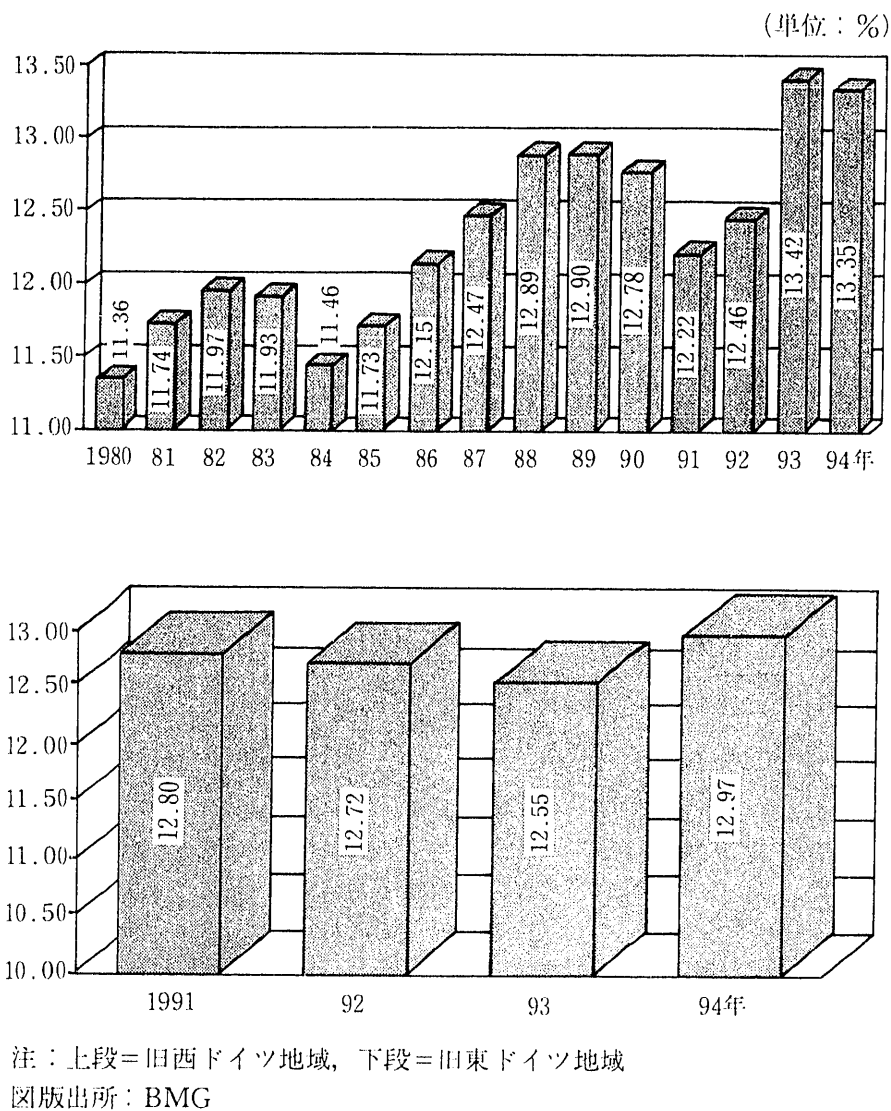


図1 公的疾病保険の平均保険料率の推移—各年1月1日現在—

サイドへの大きな刺激材料となり、病院が自主的に（適切な）早期退院へのシフト化と積極的に取り組みつつある証とみてよいだろう。ちなみに旧西ドイツ地域のラインラント-ファルツ州では当該日数を対前年比2.4%短縮できたという情報も届いている。

従来から、『病院』分野が医療費抑制の最大の砦とする認識が巷間“常識化”する中であって、GSG 施行以前の法的な諸手段は、いずれも息の短い財政効果しか生むことができず、結果として“改革”の意図が足元からすくわれてきた感

触を否定できなかった。そのため、医療費支払サイドの代表格である各種疾病金庫の中央組織からは、常々、「病院分野への切り込み技法が手ぬるい（州の権限が強すぎたのが一番の要因だが）からに外ならない」という手厳しい非難と批評が度々発せられてきたところである。この点について連邦保健省首脳陣は、「GSG の施行効果は、決して不確実なものではなく、病院分野にも“新しい息吹”が込められ、より確実な経済的インセンティブの導入を可能にした」との感触をつかんだ模様である。

経済的なインセンティブは、懸案の「病院の外来手術〈Ambulante-Krankenhaus-Operation〉」および入院前後の診療にも好影響をもたらすとの観測を拡大させている。

- ・多数の病院で患者へのサービスの質を低下させることなく、自主的な努力や作業手順に合理化の工夫を加える余地を残していることを認めている。近い将来実現をみる新しいしくみに基づく診療報酬の「包括払、特別報酬払、細分化（診療科目別）された入院療養費」の導入により、病院への刺激はいっそう強まることが確実視されている。

#### (4) GSG の総合的な評価と展望

- ・GSGによる財政安定化への波及効果は、既述のように1993年1年間については相応の評価を得ているが、法施行1年を経た後の「1994年第1・四半期」の財政収支の悪化（同業疾病金庫；IKK など一部の金庫）が報道されるや、「現状のまま財政状況が推移すれば、われわれはこの年末には赤字決算へ転落するであろう」（IKK 首脳）との見解も。

一方、「医師の治療を受けるごとに3 DMの一部負担を課すべき」（自由民主党；FDP）とする新たな提案について、最大の保険者である地区疾病金庫（AOK）連邦連合会の最高責任者 Hans Jürgen Ahrens 氏は、「このような給付制限および患者一部負担の変更によっては費用効率面の反映は考えられない。こうした政策は、単に被保険者の負担増を招くだけで、医療保障制度の根幹の改善に寄与するものではない」と、いち早く応酬に出た。

さて、1994年9月に入って「同年上半期」の財政収支の結果が明らかにされた。連邦保健省の公表データによれば、「ドイツ全体で約10億DM（内訳：旧西ドイツ地域で6億DM、旧東ド

イツ地域で4億DM）の節減効果が図られた」。ちなみに、『西』の総支出額は926億DM、『東』では200億DMと報告されている。これにより、『西』の保険料率は、13.4%から0.2ポイント引下げられた。また『東』でも13%以下の安定した水準で推移していることが確認されている。この事実に関連して、ホルスト・ゼーホーファー保健相〈Horst Seehofer〉は、多くの保険者（とくに『西』のIKK および『東』の全種類の疾病金庫）を厳しい姿勢で批判した。この発端は、これら疾病金庫が（財政収支の窮状を口実に）裏では法外の積立準備金を保有していた事実が発覚したためである。

これら疾病金庫がこのような動きに走った背景には、1996年から実施される「加入者の疾病金庫選択の自由化」が大いに関係していると見てよい。すなわち、保険料率の低い“優良金庫”に加入者が鞍替えすることを予め想定、これに懸念を抱いていた多くの疾病金庫が、戸惑ったあげくにとった適切さを欠いた蓄財行為ということになる。

さて、同保健相は各種メディアが特定の給付項目を例に取り上げる中で、「ことさらに誇張して、一部特定給付項目の支出の“唐突な伸び”だけに焦点を絞った報道をすることは厳に慎まなければならない。確かに、『西』では義歯の給付支出が1994年の上半期に28.7%の高いアップ率を示しているが、前年同期の数値は（GSGの施行が功を奏して）42%の支出減を達成しているところをキチッと見てもらわねば正確な論評にはならない」と、マスコミの報道姿勢についても、率直にクギを刺した。

いずれにせよ、保健相の強気な姿勢とそれに裏打ちされた各種のデータが、同相の思惑どおりに推移していくとすれば、1994年の下半期も

上半期で示した数値に近い黒字計上の実現もあながち不可能な話とはいいい切れなくなるが、果たして、その目がどちらに出るのか、その自信にあふれた手腕の結果のほどに注目したい。

### III. 医療保障制度の現状

#### 1. 疾病保険制度の最新事情とあらまし

世界で最も長く由緒と歴史のあるドイツの疾病保険制度はその創設以来、とりわけ第2次世界大戦後(より正確にはオイル・ショック以降)、法改正もしくは制度創設(①法定給付として「在宅介護給付」を導入、②必要性が著しく低下した給付項目〔死亡一時金〈Sterbegeld〉など〕の廃止等、③患者一部負担の強化および適正化、④医療供給側に対する各種規制の強化〔1999年から保険(契約)開業医〈Kassen-Vertragsärzte〉に対する68歳定年制の導入、⑤1995年1月から新設する公的介護保険(疾病金庫が事務を代行。民間疾病保険加入者も同保険の介護保険に強制加入) — “国民皆介護保険”の実施 — に伴う行政機構の変更等、斬新かつ大胆な改革に間髪を入れず取り組んできた。こうした経緯を回顧してみると、この国独特の社会政策理念の象徴でもある〈Sozialstaat〉という“社会保障推進の原動力”とでもいうべき基本理念に対する国民の期待と信頼が消え失せることなく、逆に強く反映された経緯とその結果を同時に感じ取ることができる。

ともあれ、ドイツではその国民性を反映してか、疾病保険の運営に関しては「国民相互間における連帯の原則」「当事者自治の原則」「現物給付〈Sachleistung〉の原則」などの諸原則が維持されてきており、将来的にも諸原則が大きく揺らぐことはないと思われる。

GKVには、一般労働者〈Arbeiter〉、職員〈Angestellte〉を対象とした一般疾病保険〈AKV〉および自営農民等を対象とした農業者疾病保険がある。一般疾病保険では、一定額の報酬・所得(1994年旧西ドイツ地域:年68,400DM,旧東ドイツ地域:同53,100DM=保険料算定報酬限度額と一致)以下の職員(広義のホワイトカラー)、労働者(同、ブルーカラー)、職業訓練生、失業者、芸術家、作家、福祉工場等に従事する障害者、国立・指定高等教育校の学生・実習生、年金受給者等(外国人〈Ausländer〉を含む)を強制加入者としている。上記限度額を超える年取がある職員・労働者(ただし、船員は除く)、上級官吏、軍人、聖職者、勤労学生、一部の自営業者および就業時間が短い者等については保険加入義務が免除されている。なお、これらの者は保険加入義務免除者の認定を受けてから3カ月以内に「任意加入」の手続きをとることができる。

農業者疾病保険〈Landwirt. Krankenversicherung〉は自営農林業者本人および、一緒に働らく家族ならびに老齢引退者を強制加入者としている。これら一般疾病保険と農業者疾病保険の被保険者総数(1994年2月現在:旧西ドイツ地域約3,948万人,旧東ドイツ地域:約1,112万,合計5,060万)とその家族数は、総人口の約90%前後(『社会的介護保険』を特集した連邦労働社会省刊行の月刊官報〈Bundesarbeitsblatt, 7, 1994, S. 5〉によれば、92%と報告されている)を占めているものと推測される。なお、1992年のマイクロセンサスによれば、旧西ドイツ地域総人口の10.8%、旧東ドイツ地域総人口の1.1%が民間疾病保険〈PKV〉の加入者であった。ちなみに、旧東西両ドイツ再統一の実現を経て1991年1月から旧東ドイツ地域においても、原則と



して旧西ドイツ地域と同じ制度の導入が図られることとなった（保険料算定報酬限度額や一部負担の減免、それにポリクリニク〈Poliklinik〉等の期間限定付き存続など医療供給体制の面でも経過措置を採ることとされた。）。

## 2. 保険料率

一般疾病保険の保険料率は個々の疾病金庫によって異なり、平均保険料率は1994年1月現在旧西ドイツ地域13.35%、旧東ドイツ地域12.97%（労使折半負担）である。月額報酬・所得が一定額（1994年では旧西ドイツ地域610DM、旧東ドイツ地域480DM）以下の被用者の保険料は雇用主が全額負担しなければならない。また、前述の保険料算定報酬限度額を超える職員・労働者がGKVに任意加入せず、PKVに加入する場合は、雇用主が保険料相当額の1/2までを補助するが、任意加入者は保険料を自ら単独で負担しなければならない。

失業者の保険料は連邦労働公社が負担する。一方、年金受給者の保険料は加入者本人と年金保険者が保険料の1/2ずつ負担する。年金受給者に対する保険料率は、当該年1月1日現在の平均保険料率〈durchschnittlich-Beitragsätze〉が同年7月1日から翌年6月30日まで適用される。1994年7月1日から適用されている保険料率は旧西ドイツ地域13.35%、旧東ドイツ地域12.97%である。したがって、年金受給者本人の保険料率は各人の年金額のそれぞれ6.67%、6.48%が課されることとなる。この保険料率でカバーされ得ない費用については農業疾病金庫を除く全疾病金庫間で財政調整が実施されている。

保険加入義務のある学生〈Student[in]〉は保険料（1993/94年冬季学期＝旧西ドイツ地域：月

額74.73DM、旧東ドイツ地域：57.20DM）を単独負担しなければならないが、連邦教育推進法による給付を受けている学生には一定範囲の保険料補助がある。農業者疾病保険の保険料は、「保険料等級」によって決められ、加入者が単独負担する。高齢者も高齢手当などの収入から保険料を支払う。それでも不足する分（額）は連邦政府の負担となる。

疾病保険の財源は、労使・自営業者の保険料、年金保険者と連邦労働公社からの繰入保険料および連邦補助金（全財源に占める割合約3%：1992年実績）が充当されている。

## 3. 給付内容および患者一部負担

一般疾病保険の給付は、疾病給付（医療給付、薬剤・治療補助〔装〕具等給付、予防給付、温泉〔クア〕療法給付、傷病手当、病院給付）、出産給付（分娩、妊娠に伴う助産および医療給付、分娩手当、出産手当）、在宅看護給付、在宅介護給付、家政援助給付、リハビリテーション給付、交通（移送・搬送）費および死亡一時金（給付対象者限定）である。

疾病給付に関しては（患者）一部負担が設定されている。薬剤給付費の場合、従来1993年12月31日までは、3DM〔30DMまでの薬剤〕、5DM〔30DMを超え50DMまでの薬剤〕、7DM〔50DM超の薬剤〕と、医薬品の価格に応じた負担が課されていたが、1994年1月1日からは包装の大きさ（小包装〔N1〕—例えば20錠では3DM、中包装〔N2〕50錠では5DM、大包装〔N3〕100錠では7DM）に応じた負担区分が設定されている。また、1993年末までは「Festbetrag適用薬剤」の患者一部負担は免除されていたが、現在ではすべての薬剤について前記基準による負担が課されている。ただし、a)低所

表3 追加払い（患者自己負担）諸規則一覧

疾病金庫の給付項目	旧西ドイツ地域の追加払い概要	旧東ドイツ地域の追加払い概要	支払免除適用の方途
医薬品および包帯等材料	・ 3 DM, 5 DM, または 7 DM—いずれの薬剤も包装パックの大きさに応じて上記3段階の負担が課される。	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項 c) 子ども
交通費 —入院治療への往復	・ 片道（往路・復路）当たり—20 DM	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
—入院治療の回避が見込まれる場合の通院治療	・ 片道当たり—20 DM	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
—救急車または患者搬送車を利用の場合	・ 片道当たり—20 DM	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
各種の療法（例えば、マッサージ）	・ 費用の10%。医師の診療を通じての給付時と同様。	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項 c) 子ども
18歳以上の加入者が入院治療を受ける場合	・ 暦日当たり—12 DM, ただし14日を限度とする。	・ 暦日当たり—9 DM, ただし14日を限度とする。	・ 子ども以外は免除の方途はない。
予防およびリハビリ措置を伴う（滞在型）持続療法	・ 1日ごとに12 DM	・ 1日ごとに9 DM	a) 社会条項 b) 過重負担緩和条項
義歯およびそれに付随した歯科医師による治療	・ 費用の50%（通常） ・ 定期的な予防検診受診者は費用の40%（ボーナス給付）	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	a) 社会条項 b) スライド式の過重負担緩和条項
満18歳以下加入者の顎骨形状異常、歯列矯正・咬合機能維持にかかる治療（口腔歯科の専門分野）	・ 費用の20%, ただし, 1人以上の子どものが同時に左記治療を受診の場合は1人を超えるごとに費用の10%となる。	・ 旧西ドイツ地域に同じ。	・ 免除の方途はないが「治療完結」を条件に, 最終治療時に償還手続きがとられる

資料出典：DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG, BMG, Stand: Januar 1994, S. 116

得者（社会条項適用者）、b) 過重負担緩和条項適用者、c) 18歳未満の子どもは免除される。その他にも患者一部負担の規定が設けられているが、詳細については表3を参照されたい。

#### 4. 予防給付

予防給付がこの国で活発化し始めたのは1977年の疾病保険費用抑制法〈KVKG〉の施行を契機としている。現行の給付概要は、①44歳以上の男子および19歳以上の女子を対象としたガン検診、②35歳以上の者を対象とした心臓病等の検診（1回/2年）、③6歳未満の幼児を対象と

した幼児特定疾患検診、④12歳未満の園児および学童に対する歯科集団検診、6～20歳未満の者に対する歯科個別検診（1/2年に1回）がある。最近、注目すべき動向としては「ガンは、男性が負う（確率の高い）宿命の疾患になりつつある」というような学説が発表されるなど、この国でも急性疾患による死亡率がめっきり減少し、かたや成人病（とりわけ心臓病、循環器系疾患、糖尿病、リウマチ等）の増加がいっそう顕著化する傾向にある。

## 5. 一般疾病保険の運営

一般疾病保険の運営（旧東西両ドイツ地域の計）は、地区疾病金庫236、企業疾病金庫812、同業疾病金庫165—海員疾病金庫2、連邦鉱山従事者組合2、労働者補充金庫13、職員補充金庫13の計1,243によって行われている。なお農業者疾病保険の運営は農業疾病金庫22により実施されている（1994年1月現在、会計上の処理は両地域別に単独で実施）。

## 6. 医療供給制度

医療供給制度は保険医（疾病金庫契約医）、保険歯科医（同）、病院（公立、公益、私立）、薬局、療養所（サナトリウム、母性保護施設等）および老人療養施設等から成る。

上述の保険医または保険歯科医になるには、6年間の医学・歯学部教育を経た後、別に定められた一定期間の実地修練と保険医（保険歯科医）の指導を受けることが絶対条件として課されている。この修了を待って、開業希望地区の保険〔契約〕医・保険〔契約〕歯科医協会に参入許可申請を行い、正式認可を得て初めて資格を取得することができる。

1994年年初のデータ（速報値）によると、同時点において全国で医業に従事している医師の総数は約26万人である。うち約1/3は専門診療科名を標榜していない医師で、その大半は病院勤務の代診医〈Assistenzärzte an Krankenhäusern〉もしくは比較的高齢の開業医（Niedergelassene Ärzte）である。一方、専門医群の中で最も多いのは内科医で約3万人を数える。ちなみに旧西ドイツ地域の病院勤務医の総数は1960年の30,700人から30年を経た1990年には3倍を超える96,200人へと急伸した。また、直近のデータによると、1床当たり従事する病

院スタッフの数は3～4人である（事実、病院勤務者総数は1991年末の時点で旧西ドイツ地域：約100万2千人、旧東ドイツ地域：約20万7千人の巨大な労働力供給市場を形成している）。それとともに、高度（大型）医療機器の配置（表5）の増加傾向にもはずみがつき、Tages-Pflegesätzeは300～700 DM（ハンブルク）に達している。

それにしても、旧西ドイツ地域では医師の失

表4 医療・保健分野に従事する者の人数 —1991年—

職群区分	旧西ドイツ地	旧東ドイツ地
①医師 (Ärzte)	202,020	42,218
②歯科医師 (Zahnärzte)	43,135	11,837
③薬剤師 (Apotheker)	37,550	4,057
④獣医師 (Tierärzte)	13,682	3,614
⑤治療士 (Heilpraktiker)*	14,000	—
⑥マッサージ師、療養体操(運動)士 (Masseure, Krankengymnasten およびそれらに類する職種 und verwandte Berufe)	114,000	12,189
⑦看護婦、看護師、助産婦 (Krankenschwester,-pfleger, Hebammen)	708,000	116,659
⑧看護助手 (Helfer in der Krankenpflege)	122,000	18,039
⑨食餌療法および調剤処方技術 関係の助手 (Diätassistenten, pharmazeu- tisch-technische Assisten- ten)	36,000	16,384
⑩診療補助者 (Sprechstundenhelfer)	364,000	13,011
⑪臨床検査助手 (Medizinallaboranten)	109,000	23,801

\* 医師ではないが正式の許可を受けている《治療師》。英語の表記では〈Lay medical practitioner〉が用いられている。

資料出典：Gesundheit in Deutschland=Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik = Bundesministerium für Gesundheit, Stand: Nov. 1993, S. 26

表5 ドイツ全国における高度（大型）医療機器の配置状況（単位：台）  
—Medizinisch-technische Großgeräte in BRD—；（基準日：1993年3月31日）

大型医療機器の類型	旧西ドイツ地域			旧東ドイツ地域		
	病院	診療所	小計	病院	診療所	小計
左心カテーテル装置	237	19	256	20	1	21
CT スキャン	491	410	901	111	45	156
核紡錘体スキャン	130	159	289	8	12	20
ポジトロン放出断層撮影装置	10	0	10	0	0	0
リニアック	165	16	181	29	0	29
コバルト遠隔照射装置	133	15	148	15	0	15
腎臓/胆嚢結石破碎装置	87	7	94	23	0	23
計	1,253	626	1,879	206	58	264

資料出典：Gesundheit in Deutschland = Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik ;  
Bundesministerium für Gesundheit, Stand : Nov. 1993, S. 38.

業届提出が相次いでおり、1975年の518人から1992年には6,168人へと増加を続けている。同年の“ペーパー・ドクター”数は51,238人（自らの意思で医業に就いていない者も含む）であるから、失業医師の実態解明が進むにつれ、この国の医師過剰問題の深刻さが改めて浮き彫りにされてきている。

つぎに歯科医師の就業状況について。旧西ドイツ地域には1993年末現在37,888人、旧東ドイツ地域には10,731人の計48,619人が従事している（歯科保険〔契約〕医協会独自の計算による）。両地域の計（全ドイツ）で見ると、対前年比6.4%増であるが、州単位で概観するとブレーメンの13.8%増が最高、ザールラントの0.8%増が最低であった。

なお、薬剤師および薬局の状況については、紙幅の関係等から割愛させていただく。

#### IV. 年金受給者疾病保険制度の現状と動向

##### 1. 旧東西両ドイツの再統一と社会保障統合化への歩み

1990年10月3日に「ドイツ再統一」が現実のものとなったが、これに先行して旧西ドイツでは“医療保障制度創設100年の改革〔オーバー・ホール〕”の手段として「医療改革法」〈GRG〉を成立（1988年12月）させ、1989年1月から施行。疾病保険財政の安定を第1の目的とした法律の効果のほどに期待を寄せていたところであった。そこへ降ってわいたようなドイツ再統一という予想だにしていなかった「シナリオなき政変劇」への対応の不可避という事態を招致した。とりわけ旧西ドイツ政府が、この歴史的な急展開とそれに伴う対策に翻弄されることとなったことは、いまだ記憶に新しいところだ。

1949年の東西分断から約40年間、政治・経済体制を異にしてきた旧東西両ドイツは、旧ソ連

邦の解体に象徴される東欧社会主義国の政治経済改革の渦に巻き込まれながら、旧ソ連大統領ゴルバチョフ氏の“暗黙の合意”を手中に、統一への道を一気に突っ走ったのである。

この再統一に伴う「社会保障の統合」は、旧東西両ドイツ間で1990年5月18日に調印された「通貨・経済・社会同盟の創設に関する両ドイツ間の統一達成のための条約」(1990年10月3日施行)に基づき逐次、必要な措置が採られてきた。この条約により、社会保障の統一的導入(『東』の『西』の水準への近接・統一化)が詳細に規定されたのである。

事実、高齢化が加速している旧西ドイツ地域にとって「人口高齢化に対応した社会保障制度の再構築」が社会政策的な判断からも重要視されてきた。高齢化を意識した具体的な政策面の反映は1980年代の半ばから本格的に着手された。まず1989年1月施行の『医療改革法<GRG>』に次いで、1992年1月からは『年金改革'92』<Rentenreform '92>の施行をみたことがこの間における最も銘記すべき重要な動向といえることができる。

繰り返しになるが、これら“世紀の大改革”といわれるほど大きな意義のある立法措置ではあったが、両改革法には旧西ドイツにおける人口高齢化(推計等)の要素だけが加味された内容に終始しており、当然のことながら旧両ドイツの再統一を想定した諸対策および法的手段は全く含まれていない。しかしながら、ドイツ政府は再統一後において社会保障各分野の改革法を旧両ドイツ地域で一様(一部経過的措置含む)に適用することで一致をみたのである。したがって、前述のGRGに例をとってみても、当初予測された改革の効果(疾病保険財政収支の改善)は、必然的に縮小されたものとなり、その結果

を受けて「統一ドイツ」を改めて視野に取り込んだ中での再改革が不可欠の状況へと追い込まれたのである。

改革の突破口として、国会論戦の的になったのが『93年医療構造法<GSG>』である。同法は統一ドイツ第2代保健相ホルスト・ゼーホーファー氏の肝入りで1992年12月に成立、年明け早々から施行に移された。1991年1月から旧東ドイツ地域にも原則として旧西ドイツ地域で実施されていると同様のしくみの社会保障制度が適用されつつあるが、GSGの施行で今後は、①医療費の抑制(とりわけ病院医療費と老人医療費)、②医療供給体制の整備・改善、③介護保険法(<PflegeVG>=1995年1月1日施行)の疾病保険制度に与える影響など、一連の“改革の波”への関心は日増しに高まりつつある。

わが国と同様にドイツでも老人医療費の動向が疾病保険財政を大きく揺さぶる主要な因子になっていることから、「年金受給者疾病保険」<KVdR>の財政運営のあり方に着目した種々の立法措置を講じてきた。しかし、いずれも短期的な効果は認められたものの、中長期的な財政安定確保に寄与した実績はつとに乏しいというのが従前からの経緯である。

## 2. 国際的にもユニークな存在の年金受給者 疾病保険

わが国では1983(昭和58)年2月から老人保健法が施行され、老人医療制度を一般制度と切り離し、別建てで運営している。ドイツも老人(年金受給者)医療保険財政を現役組(一般加入者)と区分している点で日本と共通項を保持するしくみを整備している。翻って、国際的な視点から制度自体の比較検討を試みると、老人医療制度を別建てで運営している国はきわめて

マイナーな部類（例えば米国のメディケアは、制度創設当初は純粋に高齢者のみを対象としていたが、1972年の改正で65歳未満の重度障害者および腎疾患患者も被保険者に加えるなど、当初の目的からは大きく外れているのが現状）に属する。さて、ドイツの老人医療制度の中枢をなすKVdR制度の沿革をなぞってみると、そのルーツは1940年代まで遡る。同制度の特徴は、①加入者本人も保険料を負担すること、②財源の約2分の1を年金保険の保険者が負担していること、③1993年1月施行のリスク構造調整＝医療構造法による改革の一環として、1995年1月から年金受給者疾病保険の財政調整もこれに吸収して「全面財政調整」導入の道を選択したことなどを列挙することができる。

#### (1) 加入者

KVdRは、年金受給者本人とその家族を適用対象としている。年金受給者は、老齢年金受給者（通常65歳以上）、障害年金受給者、遺族年金受給者などである。1994年1月現在の年金受給者数は、旧西ドイツ地域1,141.2万人、旧東ドイツ地域314.2万人の合計1,455.4万人で、疾病保険の被保険者総数（旧西ドイツ地域約3,950.6万人、旧東ドイツ地域約1,116.0万人、合計約5,066.6万人）の28.7%を占めている。KVdRはわが国の健康保険組合に相当する8種類を数える疾病金庫によって運営されている。被保険者総数に占めるKVdRの加入者割合は、旧東ドイツ地域の実態が詳らかになるにつれて、疾病金庫の種別により東西両地域間で加入割合に明白な差異が認められるところとなっている。疾病金庫間で年金受給者の占める割合に乖離幅があり、財政負担の格差を伴うため全疾病金庫間（農業疾病金庫は除く）でKVdRにかかる費用の財政調整が行われている。

KVdRの導入は「年金受給者疾病保険に関する労働大臣命令」（1941年）に法的根拠をもつものであるが、1956年に至り「年金受給者疾病保険法」によって制度のしくみが明確にされると同時に、疾病保険制度への組入れが行われた。これを契機として同制度は細部の改正が数次の段階を経て行われてきた。主要部分を挙げると、まず1967年と69年の改正（年金受給者の強制加入および財源調達方式の変更）、ついで疾病保険費用抑制法（KVKG）施行の1977年と翌78年の改正を経て財源調達方式の再変更（年金保険からの財源繰入れ割合の変更）ならびに新しい視点に立脚した財政対策（財政調整、連帯保険料の引上げなど）が実施された。なお、前出の農業疾病金庫を除く全疾病金庫間での財政調整は、1977年のKVKGの法規定を拠り所としては賄いきれない部分の費用負担について行われてきている。

#### (2) 保険料負担

年金受給者の保険料は、本人と年金保険者がそれぞれ折半負担することとされている。年金受給者に課される保険料率は、当該年1月1日現在の平均保険料率が同年7月1日から翌年6月30日まで適用される。1994年1月1日現在の平均保険料率は、旧西ドイツ地域13.35%、旧東ドイツ地域12.97%であるため、1994年7月1日から1995年6月30日までの年金受給者の保険料率は、本人の年金相当額のそれぞれ6.67%、6.48%となる。

#### (3) 保険給付の特徴と今後の課題

KVdRの給付は、傷病手当金や出産手当金を除けば一般制度（AKV）の保険給付の内容とほぼ同様である。あえて特筆すれば、わが国の保健施設事業の中核の1つに数えられている疾病予防給付（ドイツではガン、心臓病等の成人病

検診が中心) や在宅介護給付(介護手当の支給、介護要員の派遣、介護休暇〔代替介護要員派遣〕給付) が年金受給者にとっては特にニーズの高い給付項目ということになろう。在宅介護給付の骨子は、①要介護者を休暇旅行や療養等のために介護できない場合、1年に4週間を限度に代替介護要員の派遣に応じる。給付限度額は1,800 DM (1 DM≒65円、1994年11月1日現在)、②要介護者宅に1回1時間、月25回〔ユニット〕を限度として介護要員の派遣基地＝ゾツィアルシュタツィオン＝〈Sozialstation〉から介護要員派遣を行うか、選択により400 DMの介護手当を支給する。

ちなみに、1994年7月、連邦政府は「良心的な事由」に基づく兵役忌避者＝ツィヴィルディーンストラー＝〈Zivildienstler〉の代替兵役従事期間〔現行：兵役12カ月、代替兵役15カ月〕を本来の兵役期間と同様、1996年から2カ月短縮する意向をほのめかしている。Zivildienstlerは高齢者介護施設〈Pflegeheim〉やSozialstation等に従事し、要介護者をデイセンターやナイトケアセンター等へ送迎する、また、介護施設および在宅要介護者宅へ給食を届ける、在宅の要介護者(障害者を含む)宅の清掃、居室内外の整理整頓、入浴・衣服着脱の介助および身の世話、書籍・新聞の音読サービス、各種介護機器・用品の補修・修理—など多様かつ細分化された業務の第一線を担う支援戦力として、その役割は従来から高く評価されてきた。中には、代替兵役を満期退役した後も、「天職」として医療・保健・福祉の分野を生涯の仕事としてそのまま代替兵役期間中に携わった業務に従事し続ける者も少なくないという。今回の代替兵役期間短縮の報道により、介護分野に専従する者の不足を招致することは必至で、将来的にも

看過することのできない、高齢化時代の新たな社会問題として取り沙汰されることになろう。

在宅介護給付のほか在宅看護給付がある。病院に入院する必要があっても事情によりそれが不可能な場合、1疾病につき4週間まで看護要員を派遣するものである。なお、疾病保険の在宅介護給付は、1995年1月に創設される「介護保険」〈PflegeVG〉の法定給付となる。同保険の給付開始は1995年4月から(保険料率は当初、1995年1月から1%—保険料算定報酬限度額は疾病保険適用額と同じ。原則労使折半負担)実施される。また、1996年7月からは第2段階の給付として施設介護給付が実施される(保険料率は新たに0.7%上乗せされて1.7%となる)。一連の措置については、最終的に1994年4月末までに連邦議会と連邦参院においてそれぞれ可決、成立に至ったところである。介護保険は、「社会保険第5の柱」として総合的な給付(要介護者の実態に見合った「段階別」の現物給付、介護手当(現金給付)、両者の組合せ給付)内容を兼ね備えているという意味では、世界で初めての本格的な介護保険制度となることから国際的にもその動向が注目されている。

## V. 今後の展望と若干の考察

ドイツでは、『医療改革法〈GRG〉』(1988年12月成立89年1月施行)について、『93年医療構造法〈GSG〉』(1992年12月成立、一部法規定については経過措置付)が93年1月から施行された。同法は、1990年10月に旧両ドイツが再統一されて以来初めて、「全ドイツ」を視野に取り込んだ中で実施された立法措置であることに画期的な意義を認めるものである。旧西ドイツにおいて従前から数次にわたって実施されてきた医療費

抑制政策がいずれも“短命”（中長期に効果を発揮できなかったということ）に終始してきたことから、改めて『93年医療構造法』の“威力”のほどに注目が集まっているのである。

これまで旧西ドイツで実施されてきた幾多の「医療費抑制を直接的目的とした諸改革」がいずれも所期の効果を挙げることに結実しなかった理由には種々の背景がある。そのうち多くの識者に共通する認識としては、医師・歯科医師数の顕著な増加とも大いに関係するが、現在、GKV 給付支出総額の約1/3を占める病院関連支出面に着目した『病院改革』（とくに専門医・各種検査技師数、病床数等の適正規模を逸脱した供給過剰および高度〔大型〕医療機器導入への適切さを欠いた対応措置等）への“切り込み不足”が大きな要因の1つ、ということで大方の見解がほぼ一致している。

『病院改革』の足を引っ張ることになったのは、権限の委譲が大きく認められてきた各州〈Land〉の権力介在が大きくものをいった結果とみてもよい。ただ、ようやく解消の方向が見えてきた“ベッドの山〈Berg〉—過剰病床—崩し”については一定の評価を与えてよいだろう。ちなみに GSG でも、病院分野に関係した重要な改革内容を包含している。その中核には、医療の非経済性を排除することを目的として、病院財政システムの全面的改革の観点から「実費補填原則」（病院運営に関する資本的経費は州の補助金で、経常的経費は疾病金庫が負担する方式）を廃止することである。それにより、病院経費を①診療報酬により賄う経常費用、②国（1/3）と州（2/3）がそれぞれ分担する投資費用—の二元的財政方式から脱却し、すべての病院費用について疾病金庫が負担（診療報酬＝入院費からの支出）するしくみへと段階を踏んで

一元的システムへと移行（連邦保健省によれば、移行完了までには10～15年を要する）させる方針が示されている。

疾病金庫が投資部門の負担に応じることにより、その発言権の強化に繋げようという意図が込められている。ただし、旧東ドイツ地域については、当面、整備環境が『西』と格段に異なることから公費負担中心による整備が進められることとされている。ちなみに、前述の診療報酬で工面することとされている経常経費の引き上げ幅については、1993～95年までは1992年をベースとして各年の基礎賃金〈Grundlohn〉の伸び率を超えてはならないこととされている。

そして連邦保健省は、病院分野の区分化された報酬システム（新入院療養費規則）への移行を1996年から実施することを決定している。その骨子は、①1件当たり包括（まるめ）払い、②特別報酬（高度な手術が対象）払い、③細分化（診療科別）された入院療養費日額払い—という3つのカテゴリーに分けられる。新規則の導入により、病院のより経済的な診療および『サービスの質』の低下をもたらさない入院日数短縮化が期待されている。

また、この国ではいま「家庭医制度」〈Hausärzte〉の本格的導入の機運が盛り上がっている。GSGの規定に基づき GKV の加入者は家庭医の自己選択ができるとともに、家庭医の役割が明確にされたからである。家庭医導入の最大の動機づけとなったのは、患者の専門医受診傾向に歯止めが掛からず、これがために薬剤等の処方量（件数）が比較的多く、報酬自体も一般医に較べて割高になっている状況に着目してのことである。

1994年4月中旬以降、『家庭医』の活字が各新聞紙上を賑わせたが、5月21～23日付の〈Süd-



deutsche Zeitung＝南独新聞は、「家庭医の報酬改善へ—GKVの見直しで—」という見出しのもと、連邦議会〈Bundestag〉が6億DMの増額予算を決定した事実を報じている。財源の捻出方法としては、高度医療機器の利用頻度の高い医師の診療報酬引下げ（とりわけ検査診療の機会が多い生化学検査医らの報酬の実質的低下につながる）による“節減分”の充当を旨としている。家庭医の任務は、社会法典〈SGB〉—第V巻第73条第1項—「（現在では）契約医師の診療」〈Vertragsärztliche Versorgung〉—において全4項目（①一般的に継続する診断・診療に際しては、患者の家族および患家の環境について理解すること、②診断、診療上および看護の措置について相互に調整を図る、③とくに外来もしくは入院診療を通じて掌握された診療データ、所見および情報収集、評価ならびに資料の保管整備、④予防またはリハビリテーション措置の導入、もしくは実行および医師以外の診療補助要員との調和を前提として実施する治療措置）が規定されている。

家庭医の導入に当たって特筆すべき点を1つだけ挙げるとすれば、それは病院勤務医・専門医対家庭医（家庭医相互間も含む）間における「患者情報提供」の義務が発生したことである。それにより、診療行為のムダが除去されることはもちろん、家庭医に課される特殊な任務（①患者に対するライフスタイルの変容喚起、②時間外診療への柔軟な対応、③在宅介護サービスへの連携参加、⑤（入院回避を主眼に）臨機応変な往診応需—など）が一般にも広く認識され、その社会的地位の向上に繋がっていくことが重要と考えられる。

いずれにせよ、連邦保健省の思惑どおり、新しい試みによる家庭医制度の普遍化でGKV加

入者に対する適正医療の確保と保険財政安定が結実するものが注目されるどころだ。

この外、21世紀を見越した医療保障制度刷新のための新たな動向としては、従来の『受診券』〈Krankenschein〉に代わる『被保険者カード』〈Versichertekarte〉の導入を挙げることができる。高度情報化時代に対応して、患者の重複検査防止を可能とするなど、制度のスムーズかつ効率的運営を図る意義（患者情報の蓄積＝患者の知る権利の確保と保証）が強調されている一方で、一般開業医にとってはハードウェアの設置に手間どり、しかも「概してメリットとなる点が少ない」（ノルトラインの開業医談）ことから、同カード導入にはいささか冷やかな見方に徹している医師（医療現場）も少なくないのも一面、事実のようだ。

ドイツの医療保障制度の課題は山積。しかも多分に複雑な側面をも有している。1994年秋の総選挙の結果次第では、課題解決の方向性にも少なからず影響が出てくるものと予測しておいてよい。その意味では次回総選挙は、文字どおり、「21世紀のドイツ医療保障制度の方向性を占う」重要な争点を形成することになる。現在、同国の各地で《GKV 2000》—西暦2000年の公的医療保険—を主要テーマとして、関係各方面の専門家を集めたシンポジウムなどが開かれている。

1995年1月から施行される「社会保険第5の柱＝介護保険」(1994年4月28,29日に連邦議会、連邦参院で可決、成立＝Pflege-Versicherungsgesetz vom 26 Mai 1994, BGBI IS. 1014＝)の動向は、疾病保険との連携が密であることからみて今後とも目が離せない。事実、現物給付および介護手当給付を主軸とした「総合的な給付内容」(両給付の組合せ支給も可とするフレキシ

ブルな対応が特徴)を網羅した世界初の『国民皆介護保険制度』は、国際的にも強い関心と注目を集めている。

本稿を締め括るにあたり、新設の介護保険の動向が疾病保険の屋台骨に与える影響度は、法施行以前の段階ゆえに正確な予測ができるものではないが、“皆保険下”における介護保険の給付動向等が、この国の医療保障制度の根幹を左右するに十分なインパクトをもつものであることだけは、ここでとくに強調しておきたい。

#### 主要参考文献一覧

- Sozialgesetzbuch (SGB V)*, Stand: 1. Januar 1994, Fachverlag CW Haarfeld GmbH  
*SOZIALBERICHT 1993*, Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 12/7130, 23. 03. 94  
*DIE GESETZLICHE KRANKEN - VERSICHERUNG*, BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, Stand: Januar 1994.  
*Gesundheitsstrukturgesetz - Finanzielle Bilanz des ersten Jahres und Stand der Umsetzung*-März 1994-, A4-hoch V 1.01 Pfad: J, G, 1SK, 112, 03-94, MEIER, GSGUMSET.

TXT Entwurf [\*]

*Gesundheit in Deutschland*- <Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik>, Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit; ursprünglich bearbeitet vom Institut für Gesundheits - System - Forschung Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel.

*Das Gesundheitswesen in Deutschland, Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung*, F. Beske/ J. G. Brecht/A.-M. Reinkemeier; Unter Mitarbeiter von P. Heinrichs, L. Keuchel, L. Chl. Kyburg, D. Müller, F.-M. Niemann, P.K. Schädlich und I. Thoben, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1993

付記：本稿の作成にあたっては、府川哲夫(国立公衆衛生院社会保障室長)氏から貴重な文献〔上記一覧中末尾に[\*]を付してある〕の提供を受けた。また、三石博之(在独日本大使館1等書記官)氏のレジュメ『医療保険構造法の施行評価』〔筆者所属団体の研修団が1994年6月訪独の際に用意頂いた〕を参考にさせて頂いた。

ここに記して、両氏へ深甚なる謝意を表する次第である。

(こうち・えいたろう)

健康保険組合連合会・共同事業二課長)