

西ドイツの医療保障組織とその改革

保 坂 哲 哉

は じ め に

西ドイツ疾病保険の改革をめぐる動きや論議については、以前にも²、³考察したことがあった¹⁾。その後1977年に実現した改革は、実際的な効果はともかく、疾病保険組織という観点からは十分注目に値するものであった。医療保障組織（供給も含めて）の在り方については、日本でも長年にわたって論議され、改革案も提示されながら、基本的改革の実現が阻まれているのはもとより、なお十分説得力のある解決構想すら現われていないのが実情である。こうした面でなんらかの貢献をすることを目ざして、筆者は医療保障組織の国際比較を手がけようと考えた。まず、手始めに、歴史的にも、また形態的にも比較的近い関係にある西ドイツの医療保障組織を取り上げることにした。その場合、国民保健サービスという、かなり対照的な制度・組織構造をとるイギリスのそれと対比することを考えた。社会化医療のある種の形態への収斂傾向が指摘されるとき、イギリスの国民保健サービスは、到達点にかなり近い位置にあると考えられているからである。ところが、そのイギリスで最近組織改革が行なわれ、その結果についてかなり批判的な意見も聞かれる。西ドイツの疾病保険組織の改革の方向を考えるうえで、イギリスの経験は多くの示唆を与えてくれることは間違いない。

このような構想にもかかわらず、ここにまとめたのは西ドイツに関する部分だけである。イギ

リスに関する議論、両国の対比については別の機会に譲らなければならない。

I 西ドイツ疾病保険組織の問題

西ドイツ疾病保険の改革は、第2次大戦後に起きた社会保障改革の一環としてすでに1950年代以来の政策課題であった。改革の動機としては、疾病時の所得保障についての労働者・職員間の不平等の是正要求、および際限なく続く保険医療費とそれを賄うための拠出金負担の増加に対する不満の二つが重要であった。

疾病時の所得保障における労働者・職員の同一処遇は、1957年以降の段階的な改革の積み重ねによって、1969年に最終的に実現した。もう一つの保険医療費の抑制をねらいとする改革は、患者による医療費の一部負担制の導入をはじめ、さまざまな提案をもちこんだ改革案が提唱されたりして激しい論戦が戦わされたのち、1969年の第1次疾病保険改革で一応のけりがつけられた。しかし、薬剤費の一部を患者が負担する制度、診療券を使用しなかった場合の返還金制度など新しい政策手段の導入にもかかわらず、有効な医療費対策はほとんどとられずに終わった。このことは表1の平均拠出料率の推移によって端的に示されている。1965年と1970年の間には、上述のとおり1969年法による賃金継続支払の実施で、拠出料率は低下したが、その分を差し引けば、拠出料率の上昇によって表わされる医療費負担増の傾向は中断することなく続いている。表1には、このほか加入者数、労働不能件数などの基礎指標も掲げておいた。

こうした疾病保険医療費の増需要因には、次のような制度的、与件的变化が含まれる。

(1) 適用人口割合の増加（最近の新しい制度的

1) 一つは、小山路男・藤澤益夫編著『経済発展と福祉社会』（1972年）の第4章で、ここではフランスの問題にもふれた。第2は「西ドイツ疾病保険の抜本改革論議」『週刊社会保障』昭和51年7月12日号である。後者を基礎に、昭和51年12月14日、社会保障研究所主催の公開研究座談会で報告を行なったが、その際の報告内容を若干修正したものが、本稿のI、IIを構成している。

表 1 西ドイツ疾病保険主要指標の推移

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1977
加入者数 ¹⁾ (千人)	20,200	24,300	27,141	28,929	30,580	33,419	33,552
強制加入者	13,336	15,555	17,761	16,947	17,763	18,983	19,288
任意加入者	2,460	2,888	3,887	6,113	4,815	4,796	4,216
年金受給者	4,607	6,201	5,493	5,869	8,002	9,640	10,048
(再掲)女子	...	...	11,062	11,796	12,694	14,448	14,665
強制加入所得上限(マルク/月)	375	500	660	660	1,200	2,100	2,550
平均拠出料率 ²⁾ (%)	...	6.2	8.5	9.9	8.1	11.2	11.5
加入者(除年金受給者)千人当り 労働不能件数	45.7	53.4	70.7	70.1	88.1	85.6	...

注 1) 6月30日現在。

2) 年末現在。1970年以降は、最低6週間の賃金継続支払受給権のある強制加入者分。それ以前は、賃金継続支払受給権のない強制加入者分。したがって、1970年に料率が低下するが、賃金継続支払分を除いた拠出金負担は一貫して上昇している。

資料 Bundeminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozial- und Arbeitsstatistik.

変化としては、1970年からの強制加入上限所得の賃金へのスライド制の採用、1972年の農民、1975年の学生を対象とする疾病保険の創設があげられる)

(2) 人口高齢化、とくに年金受給者数の相対的増加

(3) 疾病構造の変化、とくに成人病・慢性疾患の増大

(4) 医学、医療技術の進歩

これらのうち、最初の点は表1のほか表2によっても確認できる。

表 2 公的疾病保険適用者数・適用率 (4月)

	1960	1965	1970	1974
適用者数(千人)	46,236	49,896	53,632	55,884
うち被扶養者数(千人)	19,176	21,156	23,986	23,349
適用者数/総人口(%)	83.4	84.6	88.4	90.1

資料 Statistisches Bundesamt, Mikrozensus.

ところで、こうした20年余りにわたる疾病保険改革論議において、その重点は医療費増加の現象面にとらわれた議論から、それを生み出す疾病保険システム自体を問題にする方向へと変化がみられる。こうした方向づけの契機を与えた議論として、エアハルト政権の委嘱によって1966年にまとめられた社会調査委員会(委員長 W. Bogs)の報告書²⁾をあげることができる。この報告書の疾病保険に関する部分の執筆者は、動態年金、世代間連帯を基本とする年金改革案を提唱して1957年年金改革に大きな影響を与えた W. Schreiber で

ある。しかし、社会委員会報告の考え方は、現状肯定的であった。それに対して現行システムの改革を旨とする提議は、SPD や DGB の側から現われた。その代表的な文献が、1971年労働総同盟経済学社会学研究所(WSI)から公表された『ドイツ連邦共和国における健康保障—分析と改革案³⁾』と題する医博 E. Jahn を長とし、T. Tiemeyer, P. Rosenberg ら7人の作業グループの報告書である。この二つの考え方を対比させることによって、疾病保険改革論議の争点はかなりはっきりと浮き彫りにされると思う。前者は、多元的金庫組織と統一的ではあるが分権化された金庫医組織の当事者関係を基本とする現行疾病保険システムは、経験的にみて問題解決力と自律的發展力をそなえており基本的なシステム変革は必要ないという見解をとるのに対して、後者は健康保障という目的に照らしてみれば現行制度には欠陥が多いので、公的な介入による誘導・規制を重視し、新しい政策手段の導入によって現行システムの基本的な改革

2) Walter Bogs et al., Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz, 1966 として公表されている。その発端は、Adenauer のあとを継いで政権を握った Erhard が、1963年連邦議会で行なった施政方針演説であり、社会調査(Sozialenquete)の実施は1964年4月閣議決定された。疾病保険の問題点についての論議は、第2部第2章に収められている。

3) Erwin Jahn et al., Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Analyse und Vorschläge zur Reform, Dritte, durchgesehene Auflage, Köln, 1973 によって、紹介と議論を行なうが、初版は1971年に刊行されている。

を行なう必要があると説く。

西ドイツ疾病保険は、統一的制度のもとで、その数は表3のとおり逐年減少しつつあるものの、現在なお約1,400を数える各種疾病保険金庫がその実施に当る。金庫は小さいものは加入者100人未満から大きなものは加入者200万人のものもあって一様ではない。これらの金庫は自治管理権が認められ、規約によって拠出金料率や法律で認められた付加給付を自主的に決定することができる。その結果、金庫間の負担と給付には差が生ずる。拠出料率の分布は表4に掲げるとおりであり、極端なケースをとればその開きはかなり大きい。個々の金庫は、ラント金庫医協会との間で診療報酬

表3 公的疾病保険加入者・金庫数

年 平 均	加 入 者 数	疾 病 金 庫 数
1911	10.0 ^{百万人}	22,000
14	16.0	13,500
32	18.7	6,600
38	23.2	4,600
1951	20.0	1,992
55	22.7	2,070
60	27.1	2,028
65	28.7	1,972
70	30.6	1,827
75	33.5	1,465
77	33.8	1,408

資料 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Übersicht über die Soziale Sicherung および Arbeits- und Sozialstatistik.

表4 最低6週間の賃金継続支払受給権のある強制加入者の拠出料率階級別金庫数

拠出料率(%)	全 金 庫	地 区 金 庫	企 業 金 庫	同 業 金 庫	船 員 金 庫	鉱 夫 組 合	労働者代用金庫	職員代用金庫
1972年1月1日現在 ¹⁾								
総 数	1,669	397	1,077	178	1	1	8	7
～ 5.9	40	—	40	—	—	—	—	—
6.0～ 7.9	786	77	625	77	1	—	5	1
8.0～ 9.9	829	314	406	100	—	—	3	6
10.0～11.9	14	6	6	1	—	1	—	—
12.0～13.9	—	—	—	—	—	—	—	—
14.0～	—	—	—	—	—	—	—	—
1978年1月1日現在								
総 数	1,343	281	888	157	1	1	8	7
7.0～ 7.9	18	—	18	—	—	—	—	—
8.0～ 9.9	314	13	289	11	—	—	1	—
10.0～11.9	799	160	526	104	1	—	4	4
12.0～13.9	211	108	55	41	—	1	3	3
14.0～	1	—	—	1	—	—	—	—

注 1) 地方金庫を除く。

資料 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und Sozialstatistik.

表5 公的疾病保険医師診療報酬額格差

1973年第4四半期分

金 庫	平均診療報酬額比率		ラント協会診療報酬額比率 最低・最高値 (BMÄ 基準料金=100)
	BMÄ 基準料金=100	GOÄ 基準料金=100	
地区疾病金庫	130.2	140.0	124.5 ～133.5
企業疾病金庫	132.72	142.7	125 ～144
同業疾病金庫	135.0	145.1	129 ～143.5
農業疾病金庫	129.0	138.7	124.25～133.5
代 用 金 庫	—	160.0	連邦レベルで協定

注 BMÄ は GOÄ 基準料金の平均107.5%、なお、自費診療報酬額は、GOÄ 基準料金の240～300%。

資料 Gesellschaft für Sozialer Fortschritt, Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, 1974, S. 68.

協定を結ぶが、その場合金庫の財政状態や加入者の賃金水準の変動などが考慮される。その結果、診療報酬の水準は、表5に示すとおり差があり、代用金庫がもっとも高い。

II 疾病保険組織についての二つの考え方

社会調査委員会報告は、このような現行システムのもとでは、多元的な意志決定過程を通じての選択の結果、拠出料率の上昇というかたちで表わされる医療費増加は、ちょうど所得水準の上昇に対応し、医療費に対して限界効用均等という観点から正当化される以上に多い支出は行なわれていないし、また必要なチェック機能（金庫医組織内部での自律的チェックや金庫による顧問医活動）が働いて資源の浪費も行なわれていないと主張する。もちろん現行制度のなかにも改善すべき点はあるが、現行システムがそういう欠陥を改善する能力を自らそなえていることは、従来システムを導く多様な諸力がつねにかなり良い均衡状態をもたらしてきた経験からみても明らかであるという。

労働総同盟研究所改革案は、前述のとおり、まず健康保障を目ざした医療の総合性と一貫性の確保という目的を明確にし、そういう観点から現行システムに数多くの欠陥があることを指摘する。たとえば、予防や疾病の早期発見という点では、患者の意識、医師の態度など需要、供給両面での対策の遅れがある。治療についても医師の自然科学的医療への圧倒的な偏向、慢性疾患患者への関心の薄さを問題視し、開業医の地域配置の計画化も必要だと説く。さらに現行システムの基礎となっている競争について一定の制限を加え、診療報酬支払制度の一元化、連邦統一診療料金制の採用を提案している。改革案のなかには取り入れられていないが、作業グループの有力メンバーの1人である Rosenberg は、その後 1973 年 Sozialer Fortschritt 誌 (Nr. 9) で、現在個々の金庫ごとに決められる拠出料率を連邦統一制に改めることを提案した。

以上二つの考え方には議論の出発点に大きな違いがある。社会調査委員会は保健・医療目的を直

接定義することなく、政策問題の中心課題をいかなる均衡状態が最適か、最適な均衡状態をもたらす、引き続いて発展過程を維持するにはいかなる制度、手段構造が最適かを探求することだと考えた。つまり、医療に関する資源の配分と利用については、個々の患者と個々の医師、さらに医師団体と疾病金庫といった当事者の合理的な行動を期待し、これら各主体間の直接的な関係を基本としながら、制度的・政策的枠組を斉合的に整備することによって、基本的には現行の仕組みのままで疾病保険システムはうまく機能すると考えるのである。

ただその場合、委員会のメンバーには入っていなかったが、その作業を助け、同じ考え方に立つ Ph. Herder-Dorneich は、疾病保険の動態過程について分析のメスを加え、理論的基礎を確立する必要性を唱えている⁴⁾。その点を広義に解すれば、医学的な側面を含み、保険医療の質的向上のプロセスに関する分析も行なわれるものと考えられよう。そしてこの点の議論が出てきたとき、はじめて労働総同盟研究所案の議論と全面的に噛み合ってくるのである。

しかし、ここでの議論は、いかなる疾病保険医療システムが医学的にみてより好ましいかを評価することではなく、疾病に関して合理的な資源配分を行ない継続的な発展をもたらすための組織、メカニズムという視点にしばって二つの考え方の問題点を探ることにしたい。

社会調査委員会の支持する現行システムは、保険医療の枠内で、消費者たる被保険者ないし患者、保険財の供給者であると同時に保険医療の購入者（支払者）たる疾病金庫、保険医療の供給者たる金庫医、病院といった各主体間での直接取引、さらにそれらが組織化された諸団体による影響力の行使や直接交渉を通じて、保険医療へのマクロ的な資源配分が決まる仕組みになっている。その場合、Herder-Dorneich によれば、多元的金

4) T. Tomandl (Hrsg.), Von der Krankenversicherung zur sozialen Vorsorge, 1972 に収められた論文 'Reform oder Weiterentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung?'. この簡単な紹介は、『海外社会保障情報』No. 27 (Oct. 1974) において試みた (pp. 9-11)。

庫組織は要求水準という点でその財政力に対応したハイパーキカルな構造をもち、その間に給付競争が行なわれて、給付水準の不断の向上と医療費支出増大傾向をもたらすという。すなわち、民間疾病保険、職員代用金庫、地区疾病金庫の被保険者の要求水準はこの順番に低くなり、下位グループは上位グループを準拠集団 (reference group) として給付水準を引き上げようと努力する。それが不断の拠出料率引き上げ要請、料率引き上げに給付改善を組合わせるという慣行と結びついて、疾病保険の「発展」がもたらされる。Herder-Dorneich は、疾病保険の漸進的發展過程の一側面としてこのような説明がありうることを示唆したのである。

しかし、現在保険医療費の増加があまりにもはげしすぎるという非難には、高級化する医療施設、高価な医療、医師所得の相対的に高い上昇率、薬業界の不当な利得などが例としてあげられ、その原因として、上記のような保険医療メカニズムにもかかわらず、資源配分は医師により一方的に決定されるという指摘や、医師の医療費請求をチェックする手段をもちながらそれを使わず、拠出料率の引き上げによって財政問題を解決しようとする金庫官僚の安易な態度に対する批判が含まれている⁵⁾。

こうした指摘をまつまでもなく、現行疾病保険メカニズムを通じて決定される医療への資源配分、医療分野内部での資源配分は、消費者としての被保険者ないし患者と、供給者としての医師の間の特殊な関係、医師の一方的な影響力のもとでは、国民経済的、ないしは gesellschaftspolitisch にみてつねに賢明な選択が行ないうるとはいえず、むしろ特殊利益、専門的立場への偏りを生ずる傾向が強い。それが極端になることを防ぎ是正するためには、個々の患者、医師、各種利益団体、専門団体が、マクロ的な政策選択、政策決定と斉合的に行動する保証や、それを確保するための手段が不可欠である。その意味で、中期経済ガイドポス

トと中期財政プランニングにインテグレートされた中期社会予算および地域プランニングと調整された病院需要プランニングは、現在のやり方でどの程度実効を収めているか疑問視する向きもあるが、それぞれマクロ的、地域的資源配分をより合理的に行なうための政策手段として重視しなければならぬまい。

労働総同盟研究所改革案は、計画性を欠いた保健社会政策の帰結としての制度的欠陥を種々あげて、現行システムはシュライバーらのいうようにはうまく機能していないと主張する。しかし、改革案は完全な中央計画や組織の一元化を目ざすほど急進的なものではなく、基本的には間接的な誘導・規制手段に頼ろうとしている。また健康保障という目標を掲げ、医師と患者の教育、態度や意識の変革を企図していることからわかるように長期的な改革を目ざしている。SPD の主導する現政権のもとで導入された社会予算や病院需要プランニング、1975 年閣議決定された金庫医協会による需要計画作成の義務づけ構想など一連の計画化の枠組は、労働総同盟研究所改革構想の根底にあるとみられる。けれども、同研究所提案のなかで具体的に掲げられたもっとも重要な政策手段の一つが診療報酬制度の改革を通じての間接的な誘導であることを考えると、高遠な目標の実現可能性について少なからぬ疑問を抱かざるをえない。計画化の強化といっても、もともと労使当事者拠出によって完全に財政が賄われ、当事者が自主管理する社会保険システムのもとでは、政府が直接手段に訴えるためには法的規制を講ずる以外に道がないことは明らかである。また、疾病金庫組織の相互協力の強化ないし一元化という構想は、統合された金庫医協会に対する戦線の統一による交渉力の強化と医療の階層性の是正を意図するものと思われるが、第 1 の目的が組織の一元化によって達成され、またそのような 2 大独占組織間の交渉によって合理的な資源配分の決定が行なわれうるという保証はない。むしろ、各専門団体と保険機関の自律的な活動を主体として発展してきたドイツ疾病保険の伝統を考えるならば、それら活動主体の責務を明確に再定義して制度化し、短期的、長期

5) Der Spiegel, Nr. 19-22. このうち Nr. 19 についての簡単な紹介は、『海外社会保障情報』No. 32 (Jan. 1976) の pp. 9-11 参照。

的な政策目標の選択とそのための財源調達計画をたてることを可能にするような gesellschaftspolitisch な政策枠組と、それを用意するための組織をどう作るかを明示することが不可欠といえよう。西ドイツ疾病保険もそういった方向に向かって徐々に変革を進めていかなければならない時期にさしかかってきたように思われる。

たしかにこれまでは、西ドイツ疾病保険は財政不均衡が慢性化するといった破綻を生ずることもなく、次々と新しい給付改善を導入して「発展」を続けてきた。しかし、これまでのシステムを支えてきた条件は、とりわけ第2次大戦後急速にかわってきている。医療の高級化と階層性に対する一般の批判は強く、経済的利益を追求する医師や医師分布の偏りを是正しえない金庫医協会に対する非難もある⁶⁾。伝統的な財政調整メカニズムもかならずしもうまく働いているとはいえない⁷⁾。現在のシステムの自律的な変革能力を期待するのは楽観的にすぎる。疾病保険システムの基本的改革は避けるわけにはゆかなくなった。

III 西ドイツ疾病保険組織の改革—費用抑制・構造改善法(1977年)の成立まで

1974年1月1日から実施された疾病保険の給付改善に関する法律によって、家政援助や子供の病気のケアのために休業した場合の傷病手当金給付など一連の給付改善と引きかえに、診療を受けなかった場合の返還金制度は廃止された。考えられたような受診抑制効果がないと判断されたからである。この改正は、疾病保険のより基本的な改革へ向かっての新たな出発点となった。

1974年11月には、連邦政府は疾病保険改正法案を閣議決定した。この法案は、年金受給者疾病保険の財政対策のほか、金庫医による入院外医療サービスの改善、とくに金庫医協会の計画機能・政策手段を強化して供給の確保をはかることを目的としていた。この点に関する改正点としてはと

くに次の6項目が重要である。

- (1) 疾病保険の目的として医療の確保を明記——被保険者に対して平等な、ニーズに応じた医師診療を行なう責任が確認される。
- (2) 医療確保のための中・長期計画の作成——疾病金庫と協力して金庫医協会は需要計画の作成とその不断の調整を行なう義務を負う。計画の一般的枠組は連邦医師・疾病金庫委員会が決める。ラント医師・疾病金庫委員会は、金庫医協会に対して需要計画に関して勧告できる。プランニングには、とくに地域計画と病院計画を所管するラント当局の参加が予定される。
- (3) 医療の確保を促進するための金庫医協会の措置。
 - a 金庫医協会は、金庫医診療サービスの確保を保障、改善、促進するのに適合したあらゆる財政的、その他の措置を講じなければならない(収入保証、投資金融、グループ診療など)。
 - b 金庫医協会は、疾病金庫と協定して被保険者に対する直接的な医療サービスを行なう施設を経営することができるようにする。
- (4) 短期的な医療確保のための措置——すでに実行されている慣行の法的保障と明文化により、加入認可を受けた金庫医や保険診療に従事する上級病院医のほかに、金庫医ではない医師の保険診療への参加の道を開くほか、医師が管理する機関の保険参加も認める。
- (5) 医師供給不足ないしそのおそれをなくすための特別措置。
 - a 金庫医協会がとった上記(3)、(4)のなんらかの措置が成功しなかった場合には、ラント委員会は特定の領域で供給不足が起きていないか、またそのおそれがないかどうかを検討しなければならない。その場合、判断の基準とすべきものは、需要計画、連邦委員会の指針および実態である。
 - b 上記aに関連してラント委員会は事態改善の期限を金庫医協会に対して指定する。

6) Joseph Scholmer, Patient und Profitmedizin: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik zwischen Krise und Reform, Opladen 1973, S. 46-48. このなかで引用された数字は、本稿の表6にまとめられている。

7) 同上書, S. 33-37 参照。

c 上記bの措置が成果を収めない場合には、ラント委員会は、金庫医認可委員会に対して金庫医の加入認可の制限を指令することができる。これによって、1ないし複数地区（認可委員会の管轄区域）において、供給不足地域でない地域で開業する金庫医志願者の加入申請を、供給不足地域への加入認可を続けた結果供給が確保されるにいたるまでのあいだ拒否できるようになる（加入制限を専門医グループに限ることもできる）。

d これらの措置によってもなお成果があがらない場合、疾病金庫は、金庫医協会の同意をうることなく、自らの責任で、自らの機関で自ら、または適当な機関と契約を結んで、供給を確保することができる（供給確保責任の疾病金庫への移行）。

(6) 供給確保効果をもつその他の措置——医師が代用金庫の被保険者しか扱わない（代用金庫のほうが他の法定金庫に比べて有利な報酬がえられるため、このことは前節でのべた。表5参照）ケースが起こりやすいため、ライヒ保険法に基づく法定金庫への同時加入を義務づける。

この疾病保険改正法案の趣旨に沿った改革は、1976年12月になってようやく保険医療の拡充に関する法律として成立する。法案の段階で内容を紹介したのは、現政権の意図と構想がいっそう鮮明にとらえられるからである。金庫医協会に医師分布の地域的偏在の是正という難問を投げかけて、医療保険制度下におけるその責任の遂行を迫り、その自律的な統制力を期待していることは明らかである。供給確保責任の疾病金庫への移行という最後の切り札まで出しているところに、その強い態度をうかがい知ることができる。

しかし、金庫医協会だけにその責任の遂行を迫るだけでは明らかに片手落ちである。他方であわせて疾病金庫にも医療費増加抑制の責任を負わせることが必要であった。そのための改革構想は、連邦政府の専門委員会によってまとめられ公表された。この段階では、疾病金庫に医療費増加抑制

の責任を負わせ、拠出料率の上限を定めて、それを上回る料率を採用する疾病金庫に対して、ラント、連邦両レベルの疾病金庫連合会や連邦政府の干渉の権限を与えようという考え方をとった。

1977年の2月半ばに閣議決定された段階では、やがて法律として成立する「疾病保険における支出増大の抑制と構造改善のための法律案」という名称をすでに採用していた。内容的にも、疾病金庫と金庫医協会の最高機関のあいだでの協議により、診療報酬額の適正引き上げ率を勧告すること、処方薬剤のための支出上限額を協定して、それを5%以上上回るときには総報酬支払額の算定時にいかにどの程度それを考慮するかを交渉により決めること、医師サービスについて金庫、金庫医協会が共通して使うべき評価基準を作成すること、病院医が一定の範囲、一定のケースについて入院外診療を行なえるようにすること、薬剤についての本人負担額を1処方当り2.50マルクから3.50マルクに引き上げる（負担率20%は据え置き）こと、などを含んでいた。その場合、適正引き上げ率の決定に当たっていかなる経済指標を考慮すべきかについては法律によって定め、基本的なOrientierungだけは政府が抑えておいて、具体的な引き上げ率の決定には当事者の自主性の余地を残そうという構想であった。ここでの具体的なねらいは、診療報酬や医療費を国民所得の伸びからいちじるしく乖離することがないようにすることであった。しかし、この点が今回の法律制定をめぐるもっとも重要な争点の一つとなった。

IV 1977年改革の意義と残された問題

Herder-Dorneichは最近の著書のなかで、医療費の伸びについて、GNP成長率は指針にはなりえないことを指摘し、彼自身の誘導ガイドライン(Steuerungsleitlinie)を提示した。彼は保健サービスがサービス業一般と同様の特徴をもっている点に注目し、サービス業所得の増加トレンドを定位ガイドライン(Orientierungsleitlinie)とし、年金受給者の増加による医療費上昇の加速化効果を考慮して、それをやや高めに修正したものを医療費増加の誘導ガイドライン、すなわち政策目標とし

ようというのである⁸⁾。Herder-Dorneich の研究は、金庫医協会研究所の委託によって行なわれたようであるが、しかし、そうした政治的背景を越えて、彼の発想には注目すべき点があると思われる。彼のガイドラインは生産所得からの接近であるが、それは大体において消費パターンの変化という観点にも対応しているからである。ただ問題は、医療サービス所得や医療費支出に関する各国の経験的データはすでにさまざまな政策的介入の影響を蒙った結果であり、それから純粋な消費者選択のパターンを導き出すには、慎重なデータの検討と正しい解釈・利用が必要であることである。サービス産業として一括されるもののなかにはさまざまな種類のものが含まれており、そのなかでのもっときめの細かい分類も必要であろう。

Herder-Dorneich の誘導ガイドラインの提唱は、現行西ドイツ疾病保険システムにおいて、資源配分の流れに対するなんらかのコントロールないし誘導が必要であることを認めたことを意味する。事実、彼は、医療費の3分野、すなわち医師診療(入院外診療)、薬剤支給、病院診療、について、費用の増加トレンドとコントロール能力(Steuerungskapazität)を比較分析して次のようにのべている。

「費用爆発は、システムのコントロール能力が最小のところで最大である。低い増加率での均衡を保証するためには、システムにより大きなコントロール能力を持たせなければならない。コントロールを欠くシステムはコントロール可能なシステムに作り上げなければならない。⁹⁾」

西ドイツ疾病保険の3主要部門のうち、病院診療のコントロール能力が最も小さく、医師診療は最大であるのに対して、費用増加率は前者が最大、後者が最小だということである。

医師所得の増加率と医療費全体のそれとでは、おのずからガイドラインの指標のとり方に違いが

でてこようし、これらについて具体的にいかなる指標を拠る所にすべきかについては意見が分れる。しかし、なにかこの種のガイドライン指標の設定の必要性については、かなり広い範囲で合意が形成されつつあった。1977年法案審議の段階で与野党のあいだで意見の対立が明白となったのは、ガイドライン設定の組織と手続についてであった。野党であるCDU/CSUは、政府案のガイドライン法定構想に反対し、代案として政府の協力のもとに、保健サービスにかかわりを持つ関係者すべてが一堂に会しての「協調的行動(konzertierte Aktion)」の開催を主張した。野党が多数派である連邦参事院(Bundesrat)のセッションで、連邦労働大臣 Ehrenberg は、法律に根拠を置くことを条件に、この協調的行動という考え方を受け入れる用意があることを明らかにした¹⁰⁾。結局この点での与野党の合意が成立し、費用抑制の手段は新しい組織のもとにおける関係団体代表の話し合いを通じて医療費引き上げ率の勧告をまとめるという方法にゆめられた。

協調的行動の成否については、すでにのべたとおり、なお時間をかけて見守る必要があるが、政府がこれをどのように活用しようとしているかは、連邦労働大臣 Ehrenberg が1977年12月12日、協調的行動の第1回会合で行なった挨拶に示されている。

「協調的行動は、利害対立を解消することはできない。しかし、それは——この機能を過少評価してはならないのだが——対立の本態を明らかにするのに貢献する。同時に私が希望するのは、それが無用なあつれきを取り除いて異なる利害関心をより明瞭にし、この場に代表されたグループのその時々によって異なって評価される問題や関心について、相互の理解を促進するのに役立つ。

私は、協調的行動によって、たんにそれに参加するグループ間のコミュニケーションを強化するばかりでなく、それ以外になおある種の効果をもっているということから出発する。すな

8) Philipp Herder-Dorneich, Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen: Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung: Einführung in die Gesundheitsökonomik, Opladen 1976, S. 78.

9) 同上書, S. 109.

10) Albert Holler, 'Konzertierte Aktion', Bundesarbeitsblatt, 3/1978, S. 59.

わち、協調的行動は、保健サービスの意義を一般の人々の論議や人々の意識のなかで、過去におけるより以上により明確にすることができるであろう。私は、この集りが保健政策的論議をより広範囲な大衆的基礎のうえに根づかせることに役立つならばそれを歓迎し、それこそ一つの成功であると考え¹¹⁾」

このように協調的行動の機能はかなり間接的なものと受け止められている。しかし、ともかく協調的行動は発足し、与えられた任務に従って、医師診療費 5.5% (2.5% が報酬分, 3% がサービス増加分) の引き上げ率, 3.5% の薬剤費引き上げ上限率の勧告を採択した。協調的行動の議事手続きなどは明らかではないが、メンバーの構成は次のとおりである。

社会保険疾病金庫 14

地区 3, 企業, 同業, 農業, 鉱業 各2, 代用 3

民間疾病保険 2

医療担当者・薬業界 18

金庫医協会 3, 金庫歯科医 2, 医師会 5, 歯科医師会 1, 病院協会 3, 薬剤師会 1, 製薬団体連合会 3

労働団体 6

労働総同盟 4, 職員組合同盟 1, 公務員組合 1

使用者団体連合会 6

ラント 11

市町村中央会連合会 3

以上のほか、連邦青少年・家庭・保健省と連邦経済省も参加メンバーとなる。連邦労働・社会省は、主催者となり議長役をつとめるが、メンバーではないとされている。つまり投票権がないということであろう。

協調的行動は、さらに第3の使命として診療料金体系の勧告に取り組んでいるはずであるが、この点を含めて疾病保険医療費の3大部門のうち、医師診療費(入院外)と薬剤費について関わりを持っただけで、もっとも増加テンポの大きい病院診療費に手をつけられない点が画竜点睛を欠いている。

協調的行動は、このような制約や欠点にもかかわらず、従来中央レベル(連邦レベル)における計画・調整組織を欠いていた西ドイツ疾病保険に、新たな間接誘導手段を導入したという点で、重要な意義を持っている。会議の構成の意味や実際の会議運営、他のレベルでの意志決定に及ぼすインパクトなど明らかでないため、内容的な評価は下しえないが、西ドイツ疾病保険の基本的に分権的な資源配分メカニズムに対し、協調的行動という組織の新設と新たな任務の賦与によって、マクロ的な資源配分の誘導ないしコントロール機能が加えられたものと理解することができよう。しかし、この新たなメカニズムは、病院診療費にその効果が及ばないという制約のほかに、あくまでも医療費支払額の大枠についてガイドポストを設定するという役割がその中心である。医療・保健サービスの供給面についての誘導・コントロール機能はほとんど与えられていない(診療報酬表の決定を通じて入院外診療に間接的効果は及ぼしうる)。

V 西ドイツ医療・保健サービスの供給体制

西ドイツの医療・保健サービスは、需要面からみれば、日本の場合などと同様、社会保険医療、私費診療、公費医療、公衆衛生に分けられ、国民皆保険制をとっていない点を除けば、とくにとり立てていべき特徴はない。しかし、供給面では、入院診療と入院外診療を厳格に区別し、開業医によって入院外診療が独占されるという重要な特徴をもっている。1969年疾病保険改革によって予防給付が法定化されてのちも、それは開業医の独占とされ、病院はがんなどの早期診断給付には参加できない仕組みとなっている。ただ、病院の幹部医(Chef-arzt)だけは金庫医としての診療が許され、病院の診療設備を使うことが可能である。この入院、入院外診療の厳格な区別が不合理だとして、それをゆるめる提案が出され、その点が疾病保険改革の重要な争点となっている。1977年の費用抑制・構造改善法では、入院前検査、退院後治療など特定のケースに限定して病院医による入院外診療が認められた。

病院、開業医サービスとならんで、西ドイツ医

11) 同上論文, S. 61.

療・保健サービスのもう一つの組織は、公的保健サービス (öffentliches Gesundheitswesen) である。連邦レベルでは、連邦青少年・家庭・保健省が所管するが、ラント以下のレベルの自治体が保健所 (Gesundheitsamt) を設置し、その運営に当る。さまざまな公衆衛生活動を実施するのがその任務である。しかし、職員の数や投入される資金の額からいえば、他の2大部門に比べ、はるかにウェイトは小さい。

医療・保健サービスを担当するこれら三つの組織は、それぞれの領域についてある程度の計画ないし調整機能をそなえている。病院部門は、1972年の病院財政改革法によってラント需要計画という政策手段が導入された。もっともこれは、病院資本費に対する公的負担措置などによる病院財政の安定化を直接の目的とするもので、公立病院を中心とした部分的な政府介入にすぎない。

公的保健サービス部門は直接政府の管理下に置かれているから問題はない。開業医サービス部門については、社会保険医療に関しては金庫医協会が、被保険者に対する医療の確保の責任を負うべきことが法律上規定されている¹²⁾。しかし、医師の地域的配置等について基準を設けるなど具体的に医療の確保を義務づけているわけではない。金庫医協会は、疾病金庫との診療報酬交渉において金庫医を代表するほか、診療報酬の金庫医への配分など診療報酬に関する事項が活動の中心であり、法律で規定された診療確保義務について十分な調整機能を発揮していない。

開業医の偏在については、長いあいだ農村部と大都市周辺部での医師不足が指摘されてきた。Scholmer は、さらに、同じ都市部でも高所得者が多く住む都市に開業医が集中する傾向があることを指摘した。Kölner Stadt-Anzeiger に報道された数字に基づいての議論で、それを整理して示すと表6のとおりである。資産額に関する統計の性質など不明瞭な点があるが、もしそれが個人資産額であるとすれば、この表に掲げられた都市に関するかぎり Scholmer の指摘は事実合っていると見てよからう。

12) RVO (ライヒ保険法) 第368条n第1項の規定。

表6 1人当り資産額と医師密度

都 市 名	1人当り資産額 (マルク)	人口10万対医師数
Wanne-Eickel	526	84
Wattenscheid	603	89
Lünen	731	94
Gelsenkirchen	862	101
Herne	968	90
Recklinghausen	1,107	111
Pirmasens	2,813	156
Krefeld	3,061	159
Neuss	3,445	164
Lüdenscheid	3,767	1,612

資料 Müssen die Armen früher sterben?, Kölner Stadt-Anzeiger, 13. April 1973, Scholmer, *Patient und Profitmedizin*, S. 47 における引用により作表。

表7 市・郡間医師密度格差 (医師¹⁾ 1 当り人口²⁾)

Baden-Württemberg, 1972年1月1日現在

地 域	医 師	開業医 ³⁾	専門医	プライマリー・ケア医 ⁴⁾
Stuttgart Stadt	836	2,408	1,281	1,324
Heilbronn Stadt	800	2,441	1,192	1,297
Heilbronn Land	1,958	2,866	6,180	2,382
Ulm Stadt	859	2,579	1,289	1,451
Ulm Land	2,381	2,789	16,272	2,638
Öhringen Landkreis	1,699	2,346	6,160	2,053
Künzelsau Landkreis	1,922	3,080	5,646	2,606
Karlsruhe Stadt	846	2,786	1,216	1,400
Karlsruhe Land	1,772	2,603	5,558	2,098
Freiburg Stadt	753	2,079	1,181	1,156
Freiburg Land	1,903	2,257	12,133	2,022

注 1) 金庫医として認可され、金庫医診療に従事する者。

2) 1971年6月30日人口。

3) 開業医および一般医。

4) 一般開業医および小児科医 (金庫医のみ)。

資料 S. Häussler, 'Die ärztliche Versorgung in der ersten Linie', *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. III., Ch. von Ferber, *Soziologie für Mediziner*, S.10 より引用。

市部と郡部のあいだでの医師密度の格差については、Häussler の統計がある。Ferber の著書より引用して表7に掲げる。医師密度の表示方法が前表とは逆になっているので注意を要する。最後の欄の数字が、プライマリー・ケアの段階における医師密度の格差を表わしており、市部と郡部のあいだの差は明白である。フライブルク市とウルム郡の開きは約2.5倍となっている。

プライマリー・ケアの地域格差、入院外診療の開業医による独占と関連して注目しなければならないのは、医師の病院と専門医への集中傾向で

表 8 開業医、病院医、専門医の推移

年末	総 数	開業医	病院医	その他	再 掲	
					専門医	開業一般・ 非専門医
1955	71,967	44,938	21,380	5,649	...	...
60	79,350	46,654	21,142	6,807	...	...
65	85,801	50,215	26,535	9,051	36,579	29,272
70	99,654	50,731	38,655	10,268	41,733	27,991
75	118,726	55,692	52,371	10,663	54,099	27,669
77	125,274	58,222	56,334	10,718	58,770	27,625

資料 Statistisches Bundesamt, *Statistisches Jahrbuch* および
Wirtschaft und Statistik.

ある。その結果、次の表 8 に示すとおり、開業医の増加は伸び悩み、とりわけ一般医、および非専門医の開業者は絶対的に減少さえしている。

この事実は、病院、開業医、公的保健の 3 部門内部における調整・計画機能の強化だけでなく、これら 3 部門のすべてにわたっての統合的な調整・計画化の必要を示唆している。入院外診療の開業医による独占制度に対する批判は、当然医療・保健サービスの供給面における統合的な調整・計画機構の組織化の提案につながると考えられるのであるが、さきに紹介した WSI 提案のなかにも、そうした考え方は含まれていない。WSI が提唱したのは、現行の 3 本建て制度のほかに、新たに医療技術センター (Medizinisch-Technische Zentren—MTZ) と称する検査機関を設置することであった。

もちろん、WSI の組織改革論は、顧問医活動を拡大して社会医学的助言指導サービスを行なうこと、情報・文献サービスの完成、地域計画の枠内での開業医の地域的配置の計画化、連邦全体についての統一的観点のもとでのラントごとの病院計画の作成といった広範囲なものである。しかし、医療・保健サービスの各部門にわたる統合的な調整・計画機能の強化という構想は欠けている。

お わ り に

医療ないし医療保障の組織について評価を行なうことは、関係者が多岐にわたり、それが多様に組織化されて利害が錯綜するため、きわめて複雑、困難である。しかし、医療ないし医療保障活動を立法と行政（実施）の二つのレベルに分け、後者については専門職、行政官（管理者）、消費者の三つの活動主体を区分することによって、議論をいくらか整理することができると思われる。それぞれの活動レベルで、それぞれの活動主体をいかに組織するかが政策的課題であり、国際比較研究の興味もその形態的、機能的な共通点と相違点の解明に置かれる。そういう観点からみれば、西ドイツの医療保険組織は、行政レベルでは当事者主義、分権主義を貫いている点を特徴としてあげることができる。しかし、この点でより集権化、統一化を目指すグループと現状維持派の対立が底流にあることもまた認めなければならない。

医療保障をこのように、活動レベルや活動主体を区別して整理してみても、組織の評価の核心にふれることはできない。より重要な問題は、これら活動主体のニーズや行動目的、行動原理を明らかにして評価することである。医療の場合、消費者の自覚されたニーズや行動はきわめて重要な評価基準ではあるが、つねに絶対的なものとはいえない。予防的、健康増進的観点が消費者の自覚されたニーズとはなりえなかったり、また認識はあっても行動に移されないことが多いからである（喫煙や食習慣など）。また、医師や公務員も、その職務や職業倫理につねに忠実に従って行動するわけではなく、他の人々同様経済的動機やその他の動機に基づいて職務や職業倫理とは矛盾する行動をすることがあるのを否定することはできない。これらの点をもっと突っ込んで検討することは、しかし今後の課題として残さなければならない。