

日独医療費比較

勝 又 幸 子

はじめに

1995年介護保険の導入によって、ドイツの社会保険制度に対する日本国内の関心が最近高まっている。しかし介護保険の導入を世界で初めて行ったのはドイツではない。すでに約30年も前に隣国オランダが導入している¹⁾。また、イスラエルでも1980年にすでに長期ケア保険が導入されている²⁾。なぜ日本人はドイツの介護保険にことさら関心を抱くのだろうか。以下は筆者の勝手な推測だが、そのひとつの理由として「制度の類似性」が関係しているように思う。日本が先進国の社会保険制度として手本としたのがビスマルクの社会保険制度だったという歴史的背景から考えれば、当然のことかもしれない。また、ほかの理由として「高齢化成熟度の類似性」も考えられる。2050年までの将来人口推計によるとドイツは30.0%、日本は30.2%であり、ヨーロッパ諸国においてスウェーデンと同様高齢化の進んだ国となる。

先の世界大戦から奇跡の復興を遂げたといわれ経済力で比較される両国だが、社会保障制度における発展の軌跡は必ずしも共通しているわけではない。介護保険の導入までに要した検討と準備の期間の違いを考えても、ドイツの常に先を見つめた社会保障政策の在り方に学ぶところは多い。日本は今またドイツに学ぶことで後

発国の利益を享受しようとしているのである。しかし本論文で検討しようとしているのはドイツの介護保険そのものではない。主な目的はドイツの医療費を日本の医療費と比較することである。だが今後、介護保険の効果を分析するうえで、日独の医療費の比較研究は欠くことのできない基礎資料となる。高齢化の進展にともなって増大した医療費の抑制が両国にとって重要な課題となっているからである。介護保険の導入が医療費にいかなる影響をもたらしたかを分析するために、まずは共通に比較できる医療費のベースを整備する必要があるのである。

I. 医療費国際比較の視点

OECD (経済協力開発機構) や WHO (国際保健機構) や World Bank (世界銀行) が医療支出の国際比較をすでに試みている。特にOECDのHealth Data Fileは唯一継続的に刊行されている国際比較データとして多くの学者の論文に引用されている。しかし医療支出を各国間で比較することは困難な問題を含んでいる。筆者がすでに「日米の医療費比較」³⁾で明らかにしたように、Health Data Fileが提供している医療支出データは2国間比較において必ずしも同じベースの支出データを提供していないことが問題である。また、政策評価を行おうとするとき支出データの支出項目別比較ができない⁴⁾。医

療費支出の増大に頭を悩ませている欧州連合の国々ではすでに、政策分析に耐えうる医療費データの枠組みの開発が進められている。これからの医療費国際比較の視点は、高齢化の進展や国力の増大が医療費の増大と相関関係にあるというような原始的な分析にとどまるのではなく、制度の違いと政策の効果のそれぞれの比較と分析を課題としなければならない。そのためにはまず、数多くの国々と2国間比較を行わなければならないと考える。そこで本論ではドイツの医療費統計を調査し、日本の医療費をドイツの医療費統計に合わせて推計してみたい。日本では医療費データとして厚生省「国民医療費」がよく知られているが、この国民医療費と比べてドイツの医療費の関係はどうなっているのかを知ることが本論の目的である。

II. ドイツ医療保険制度と医療費統計

ドイツの医療保険制度は日本が医療保険の創設時に参考にしたように、長い歴史を誇っている。ドイツの医療保険制度は1883年ビスマルクの社会立法（1881年）によって導入された社会システムの筆頭に挙げられる社会保険制度である⁹⁾。社会保険方式をとっているのが基本的に枠組みに日本と相違はない。しかし、公的医療保険が大半とはいえ約11%の民間保険等に加入している者がいて皆保険でないことが日本と違う。給付の範囲においても介護保険導入以前から在宅看護や家事援助の現物給付を行っているなどの特徴がある。日本との比較で特に違うのは、年金保険が医療保険者としての役割も果たしていることである。年金受給者の保険料は、年金受給者本人と年金保険者が折半で負担している。また、財政については給付費および事務

費とも保険料により賄うことを大原則としており、国庫負担（約3%）はほとんどない。日本の国民医療費の場合、財源構成は、保険料57.5%、公費30.7%、その他11.8%（患者負担11.6%を含む）となっているのに比べると、ドイツの方が社会保険の枠組みがより徹底しているといえよう。なお、ドイツ医療保険制度の概要については医療経済研究機構のデータ集（1995年）に詳しくまた簡潔にまとめられているので参考に転載させていただいた（参考表1「ドイツ医療保険制度の概要」-後掲-参照）。

ドイツの医療費統計として代表的なのは、連邦統計局の統計資料「保健医療への支出」（Ausgaben fuer gesundheit）が挙げられる⁶⁾。しかし、保健医療費として包括する範囲は傷病手当金等も含むかなり広い範囲になっている。また支出合計の財源を見ると、公費・公的医療保険・年金保険・公的労災保険・民間保険・使用者・家計と考えられる限りすべての費用を網羅している。「保健医療への支出」にはこれらのデータを使って、「保健医療分野の資金の流れ図」（図1-後掲-参照）が描かれている。

財源に患者自己負担分の他に家計として市場を通じて購入する保健医療関連支出がふくまれていることが特徴である。また運営費や管理費なども明示されている。残念ながらこのような形で資金の流れを把握した図を日本について筆者は見たことがない。

III. 日独医療費比較

連邦統計局の統計資料「保健医療への支出」（Ausgaben fuer gesundheit）に掲載されている表「給付の種類および負担者別保健医療費」の表をマトリックスとして、日本の「国民医療

費」との範囲の比較を試みてみた(参考表2「日独医療費統計の範囲の違い」参照)。

国民医療費が医療機関等における傷病の治療に要する費用を中心に推計したものであるため、ドイツの保健医療費との比較では非常に狭い範囲の費用になっている⁸⁾。各国の対GDP比で比較すると、1992年時点で日本の国民医療費が約4.70%だったのに比べ、ドイツ(統一後)では約15%となっている。

仮に「2.治療」に限定した給付で比較してみても10.07%と差がありドイツの方が医療支出が多いように見える。そこで、厚生省の「国民医療費」範囲を踏まえながら、ドイツの「2.治療」の費用の範囲に広げた場合、「国民医療費」

がどの程度変化するかを試算してみた。

まず、「国民医療費」に含まれていない範囲の医療費として、正常分娩費が挙げられる。また、負担主体のなかで「使用者」とされているのは、法定の患者負担と考えられるからこれは国民医療費にも含まれている。しかし、家計となっている部分は、自費で購入したサービスや薬等を意味しているので「国民医療費」には含まれない。ドイツの費用には、負担主体として民間保険が含まれているが、これは公的保険の代替と捉えることができるので、これを含むことで日本との比較に問題が起こるとは考えられない。

そこで、正常分娩費と家計が直接購入する保健関連支出を推計することにする。1991年以降のデータは統一後なので、1990年を基準として日独を比較する。

ここで推計した費用約1兆9,102億円を1990年の国民医療費に上乗せしたものの対GDP比は5.21%になった。追加推計前と比較してわずか0.45%の増加、増加率にして約9%の増加になった。日本の国民医療費をドイツの「2.治療」の範囲に統一させても日独間の印象は変わらないといえよう(図2)。

追加推計基データ例

(単位:億円)

正常分娩費 ⁹⁾	2,681
つきそい看護料(患者負担分)	485
高度先進医療制度	30
歯科自由診療	2,809
売薬	8,751
眼鏡	819
老人保健施設の利用料	369
按摩・針・灸の保険外	3,158
合計	19,102

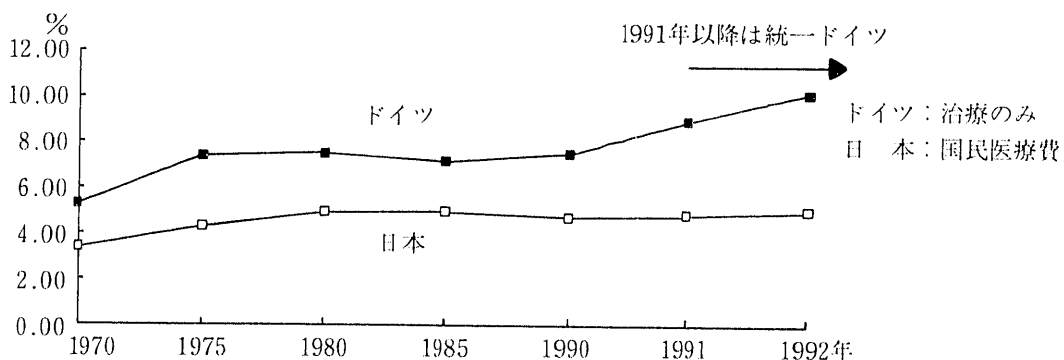


図2 日独医療費の対GDP比の推移

IV. OECD 医療費データについて

OECD は国民経済計算 (System of National Account 以下 SNA と略) を基に総医療支出 (Total Health Expenditure) と公的医療支出 (Public Health Expenditure) を推計した¹⁰⁾。

SNA は国際的に統一のとれた統計体系として知られている。国連では長い時間をかけてその改善と整備にあたってきた。OECD も National Account として加盟国の統計を毎年刊行しているが、医療支出の推計にはほとんどの場合、日本の場合は経済企画庁の国民経済計算年報というように、各国のオリジナル資料を使っている。というのは、OECD が利用した SNA データは付表として提供される部類のデータで、国民経済計算の全体からみれば末端のデータでしかない。そこで、OECD National Account では詳細表が掲載されていない場合が多いのである。

OECD は SNA が国際的に統一された統計体系であることに着目して、SNA を使って国際間で統一された費用を推計しようとしたのである。しかし筆者の調査からわかったことは、これらのデータの推計方法は各国さまざまで、そこに含まれる支出の範囲は推計方法に依存し統一がとれていないのである。多くの場合、推計方法はその国で利用可能な基データに制約されている。

たとえば、『対家計「保健」目的の最終消費支出』の推計の方法について見ると、日本では病院の経営に関する実態調査を使って推計している。家計が病院および診療所に支払った費用は病院や診療所から見れば医療収入である。医療収入 = 家計の保健目的の支出という関係から

推計すると、最終消費支出の構成費用となる、雇用者所得 (人件費)・固定資本減耗・中間投入 (庁費等)・間接税などのデータがとりやすい。しかしこの方法だと、OTC (一般売薬) 等の家計が直接市場から調達する費用が推計できない。全国消費実態調査等の他の統計資料を基に推計する方法は考えられるが、筆者の経験からするとこれらを基に推計した額が出荷実績と乖離が大きく、必ずしも納得のいく数値は得られなかった。

ドイツの場合『対家計「保健」目的の最終消費支出』の推計はどのように行われているのか調査した。もともとドイツの SNA 表では家計と民間非常利団体が分離されていない¹¹⁾。連邦統計局の推計担当者とのインタビューの結果、保健目的の消費財として3種類の財を卸出荷額等の統計を基に家計調査の消費実態を使って推計していることがわかった。3種類の財とは、薬・診療・その他の耐久消費財である。どのような種類の薬やその他の耐久消費財が含まれるのかは、利用している統計資料に依存しているため担当者にもわからなかった。診療については、疾病金庫等の保険者の調査資料を使い保険適用外と償還払いされない費用をそこから調整除外している。

また、日米医療費比較をした結果からわかったことは、保健の範囲は国によって異なっており、特にナーシングホームなどの老人介護施設の費用をどちらに入れるかは、当該国の制度の違いに依存している。アメリカはナーシングホームを保健に入れ、日本は特別養護老人ホームの措置費を保健に入れていない。ドイツの公的医療支出 (Public Health Expenditure) 推計は、SNA から一般政府の「保健制度」目的の支出の合計をそのまま使っている¹²⁾。ここに含まれる

のは病院およびその他の施設であり、社会福祉は別の目的になっている。しかし、ドイツの公的保険が在宅介護にたいする現物給付を従来から行ってきたことを考えると、制度別に費用を区切った場合は、介護の費用も医療支出として含まれていることになってしまう。このように、SNAを使った医療支出データの収集には構造的に限界があるのである。

V. 結 語

IIIでドイツの「2.治療」の範囲にあわせて日本の医療費の推計を試みたが、これはあくまでも準備的な試算の域を出ない。それは2つの面でさらに調査を要するからである。ひとつにはドイツの「2.治療」をいま一度、詳しく調査する必要がある。各保険者の決算上のどのような費用がこの範疇に計上されているのかを、その数値のとり方にまで踏み込んだ調査をしなければならない。また、もう1つの面は日本の国民医療費についても、どの費用が含まれているのか、定義だけからでは明確に把握できないので、より正確な内容の把握が課題となる。たとえば国立公立の病院等の施設に対して支出されている病院経営費の赤字補填を目的とした補助金は国民医療費に含まれているのだろうか。民間病院は診療報酬だけを財源として医療活動を行っているので、医療収入が治療費と重なりあい、支払基金の診療費データが医療費となる。しかし、医療収入だけで経営が成り立っていない国立公立病院については、支払基金の診療費に赤字補填目的の公費支出を加えたものが医療費となるのである。

筆者の次の課題は表「給付の種類及び負担者別保健医療費」の「2.治療」以外の給付につい

ても、ドイツの概念にあわせて日本のデータを収集することである。1995年からドイツでは介護保険が導入されたが、その費用が統計表に現れてくるのは決算の出る2年後である。表頭の負担者に「介護保険」が加わり、従来公的医療保険が負担していた1.3世話的措置の費用のうち介護が「介護保険」の下に計上されることになるだろう。しかし、介護の費用を担ってゆくのは「介護保険」だけではない。従来の「公費」の枠組みのなかで行われてきた福祉サービス（コミュニティーサービス）は低所得層向けの介護の提供の財源として残ってゆく。「介護保険」の導入が「2.治療」に計上されていた入院医療費の抑制に効果があるのかは、これからの観察を待たなければならない。

注

- 1) 1967年公布された特別医療費法（AWBZ）によって長期介護に対する保険給付が開始された。詳しくは、堀（1996年）参照。
- 2) 1980年国民保険法を改訂して、同法の一章として長期ケア保険に関する枠組みを規定した（National Insurance Law Amendment No. 42）詳しくは、堀（1989年）参照。
- 3) 拙稿（1993）参照。
- 4) Health Data Fileには総医療支出と公的医療支出に続いて入院医療費と外来医療費という目的別医療支出が示されているが、これらのデータは出所を異にしている。前者が国民経済計算を後者が各国の医療費統計を基にしている。また、入院と外来の定義も必ずしも統一されたものではない。OECD（1993）参照。
- 5) 「1881年11月17日の皇帝教書を受けたビスマルクの社会立法によって、国家の力点は明確に変移を遂げた。国家が初めて大規模に、人生の大きな危機に対する社会的防衛を組織化したのであった。…システムは1883年医療保険制度、1884年労災保険制度、1889年障害および老齢保険制度の各法律をもって始まった。」ド

- イツ社会保障総覧(1994)序章参照。
- 6) 直近では Ausgaben fuer gesundheit 1970 bis 1992 (Fachserie 12: Gesundheitswesen Reihe S. 2) が入手可能である。日本国内でこれらの資料を入手しているのは総務庁統計局である。
- 7) 2. Ausgaben Fuer Gesundheit nach leistungsarten und Ausgabentraegern
2.25 Rechinungsjahr 1992 (Ausgaben fuer gesundheit 1970 bis 1992) の表の翻訳。医療経済研究機構(1995年)参照。
- 8) 国民医療費の範囲: 「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を中心に推計したものである。この額には診療報酬額・薬剤支給額・老人保健施設における施設療養費・老人訪問看護療養費のほかに、健康保険等で支給される看護費・移送費等を含んでいる。医療費の範囲を傷病の治療費に限っているため、(1)正常な妊娠や分娩等に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害者のために必要とする義眼や義肢等の費用、(4)老人保健施設における利用料は含んでいない。なお、患者が負担する入院時差額分(室料差額、付添看護料)、歯科差額分等の費用は計上していない(平成5年度「国民医療費」厚生省大臣官房統計情報部 p. 5. 参照。)
- 9) 正常分娩費: $(\text{出生数} \times \text{正常分娩比率} + \text{死産数}) \times 1 \text{ 件あたり分娩費}$
(資料: 人口動態調査, 患者調査)
その他については、拙稿(1993年) p. 26 アネックス 3 を参照。
- 10) 総医療支出 (Total Health Expenditure) は

- Table 4.1.1 (OECD1993), 公的医療支出 (Public Health Expenditure) は Table 4.1. 2 (OECD1993) に掲載されている。日本の国民経済計算年報を使った推計方法について拙稿(1993) アネックス 1 & 2 (pp. 21-2) 参照。
- 11) ドイツの国民経済計算年報 (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen Fachserie 18 Reihe 1.3) の表 3.2.2.2 Kaufe der privaten Haushale im Inland nach Verwendungszwecken の目的番号 23. Guter fuer die Gesundheitspflege. にあたる。
- 12) 表 3.4.9 Ausgaben des staates nach Aufgabenbereichen の目的番号 11. Gesundheitswesen.

参考文献

- 堀勝洋 1989 イスラエルの公的介護保険, 週刊社会保障 No. 1546, 1996. 2. 26, pp. 22-5.
- 堀勝洋 1996 オランダの介護保険制度, 週刊社会保障 No. 1877, 1989. 7. 31, pp. 48-51.
- 勝又幸子 1993 「日米医療費支出の比較研究— OECD Health Data と厚生省『国民医療費』の比較を通して」 厚生省の指標 第40巻第8号 1993年8月 pp. 19-29.
- ドイツ連邦労働社会省編集, ドイツ研究会翻訳, 1994 ドイツ社会保障総覧, ぎょうせい
- 医療経済研究機構 1995年 「ドイツ保険医療データ集第2版」平成7年7月
- OECD 1993 Health Policy Studies No. 3, OECD HEALTH SYSTEMS, Facts and Trends 1960-1991.
- 国連世界人口の概要1994年版, 石川晃・佐々木司 「人口問題研究」第51巻第2号1995年7月 (かつまた・ゆきこ 社会保障研究所研究員)

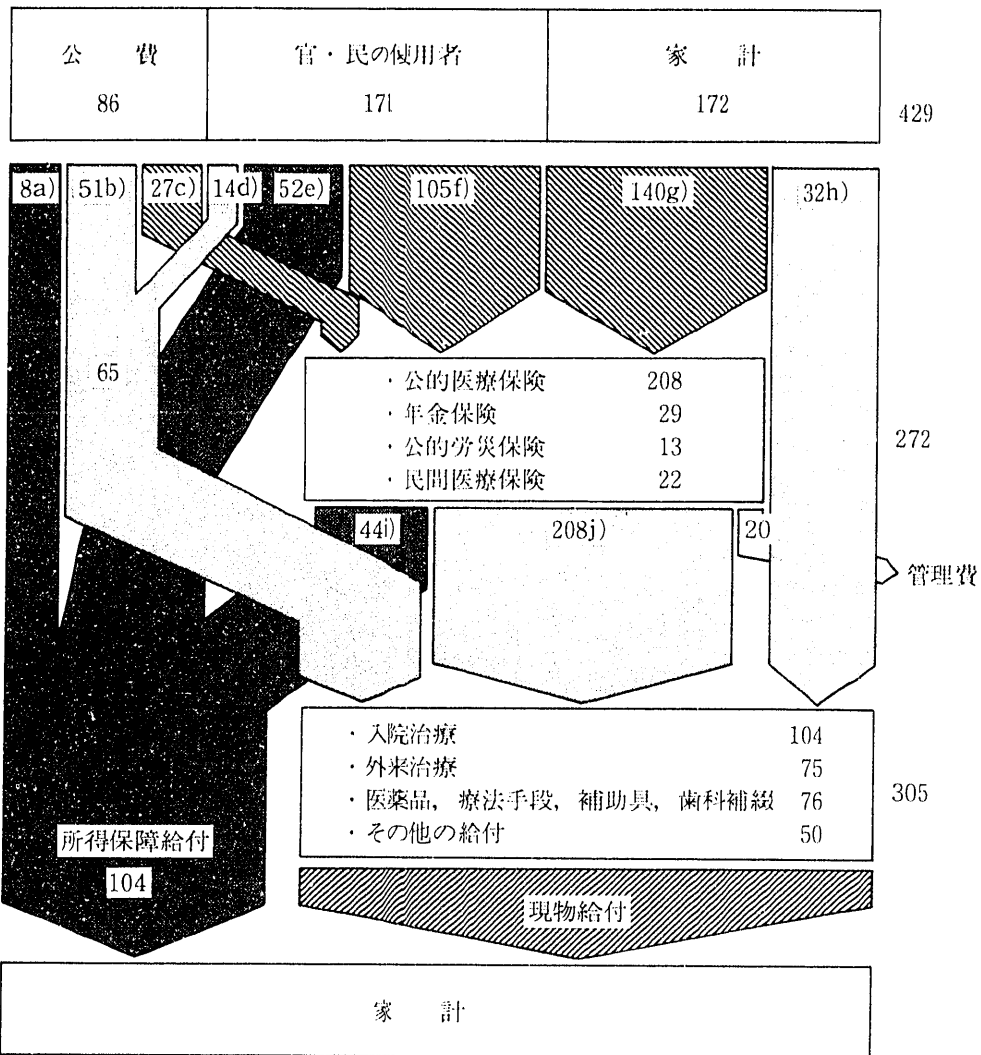
参考表1 ドイツ医療保険制度の概要

ここではこの特集で取り上げるドイツの医療費データを日本のそれと比較するに当たって前提となるドイツの医療保険制度の特徴を、特に日本の制度との比較を念頭に置きつつ、必要最小限度記述する。

基本的性格	
制度の創設	1883年
制度の仕組み	社会保険方式
対象範囲	公的医療保険が中核で国民の約89%がこれに加入しているが、官吏、高額所得者、自営業者等は加入義務が免除されており、皆保険ではない。 約11%が民間医療保険等に加入しており、保険の保護のない者は0.3%にすぎず、その多くは富裕層。
保険者	地域、企業、職域のカテゴリーによって分けられ、それぞれ組織上、財政上、独立した公法人である8種類の疾病金庫(地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、農業疾病金庫、海員疾病金庫、連邦鉱山従業員組合、職員補充金庫および労働者補充金庫)が保険者。 労使の代表者同数(補充金庫は被保険者代表のみ)によって自治的に運営管理され、財源も基本的に労使折半負担の保険料によって運営され国庫補助はない。 このような多様・分立性と自治的管理の特徴を有しつつも、近年は疾病金庫間の合併、リスク構造調整の強化等により、給付と負担の両面で疾病金庫間格差の縮小の方向。
被保険者	
強制加入	所得が保険料算定上限額以下 ^{#1} の被用者並びに船員、失業者、年金受給者、農林業経営者、障害者、学生および芸術家は全て強制加入とされる。 注1：年金の保険料算定上限額の3/4に設定され、95年では、旧西ドイツ地域70,200マルク、旧東ドイツ地域57,600マルク。
任意加入	所得が上記金額を超える被保険者、自営業者、官吏等は加入義務はなく、民間保険か公的医療保険への任意加入かのいずれかを選択できる。
被扶養者	一定所得(95年：旧西ドイツ地域月額580マルク、旧東ドイツ地域月額470マルク)以下の配偶者および子は家族被保険者となる。
給付	
現物給付	◎健康増進および疾病の予防 ◎疾病の早期発見 ◎疾病の治療 ・医科診療 ・歯科診療(歯科補綴を含む) ・薬剤、包帯、療法手段および補助具の支給 注：療法手段：患者体操、マッサージ、言語療法等 補助具：眼鏡、補聴器、補装具、車椅子等 ・在宅看護および家事援助 ・入院診療 ・医学的および補完的リハビリ並びに負荷試験および作業療法 ・人工受精
現金給付	◎妊娠および出産の際の給付 ◎傷病手当金 ◎出産手当金または分娩一時金

患者自己負担	<p>ももとは患者自己負担への指向は少なかったが、近年は特定の分野を中心として、定額給付制、一部負担金等を通じて強化される傾向にある。現在の主な一部負担は、次のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤：1剤につき3マルク(小包装)、5マルク(中包装)または7マルク(大包装) ・入院：12マルク/日(旧東ドイツ地域は9マルク/日)(年間14日を限度) ・歯科補綴：35%~50% ・療法手段：10% ・移送費：20マルク
診療報酬支払方式	<p>◎保険医(開業医)(=外来)：総額請負方式</p> <p>州単位で保険医協会と各種疾病金庫連合会の間で、保健協調行動会議の勧告に基づいて1年間の診療報酬総額を決め、四半期ごとに支払う。</p> <p>保険医協会と各保険医の間では、統一評価基準という診療報酬点数表に基づく出来高払い方式により支払いが行われる。1点単価は州により、保険者の種類により、異なる。</p> <p>病院(=入院)：各病院ごとの1日当たり定額払い方式</p> <p>各病院と地域の疾病金庫の代表との間の協定で、保健協調行動会議の勧告に基づき1日当たり入院療養費が決められる。ただし、92年の保健構造改革法により1件当たり包括払い方式や特別報酬制度も導入された。</p> <p>薬局：完全な医薬分業が行われており、外来の薬剤費は薬局販売価格(定額が定められている医薬品についてはその額)から患者自己負担額を除いた額が薬局に支払われる。</p>
財政	<p>給付費および事務費とも保険料により賄うことを大原則としており、国庫負担はほとんどない(約3%)。</p> <p>保険料は労使折半負担。ただし、一定所得(旧西ドイツ地域610マルク、旧東ドイツ地域500マルク)以下の被用者については、全額使用者負担。</p> <p>全疾病金庫の平均保険料率は94年1月1日現在で、旧西ドイツ地域で13.35%だが、疾病金庫により、最低6.0%から最高16.8%まで大きな格差がある。</p>
年金受給者	<p>年金受給者の保険料には統一保険料が適用され、1月1日現在の全疾病金庫の一般被保険者の平均保険料率はその年の7月1日から翌年の6月30日まで適用される。94年7月1日現在の保険料率は、13.4%(旧東ドイツ地域は13.0%)。</p> <p>年金受給者の保険料は、半分は年金受給者が、半分は年金保険者が負担する。</p>
財政調整	<p>疾病金庫は地域、事業所、職種ごとに設立されており、その規模や財政力の差は大きく、しかも国庫負担が行われていないため、疾病金庫間での保険料率の格差が大きくなる。</p> <p>このため、その大きな要因のひとつである年金受給者に係る医療保険については、従来から農業疾病金庫を除く全ての疾病金庫間で完全な財政調整が行われている。</p> <p>一般疾病保険についても、94年から農業疾病金庫を除く全ての疾病金庫間で、賃金水準、年齢、性別および扶養率についてリスク構造調整と呼ばれる財政調整が行われている。</p> <p>95年からは年金受給者の医療保険における財政調整についても、このリスク構造調整に吸収されることになっている。</p>

(単位：10億マルク)




- a) 所得保障給付，中でも連邦援護法に基づく職業／稼得不能年金
- b) 現物給付，運営費補助，投資補助
- c) 保険運営機関に対する補助および費用補填
- d) 現物給付，特に補助給付および扶助給付
- e) 所得保障給付，とりわけ貸金継続支払
- f)g) 保険運営機関に対する保険料支払
- h) 保健医療関連支出
- i) 所得保障関連給付，中でも職業／稼得不能年金，傷病補助，負傷手当
- j) 現物給付

図1 保健医療分野の資金の流れ図（1992年，全ドイツ）

参考表2 日独医療費統計の範囲の違い

(単位:百万マルク)

数値(1992年,全ドイツ)

 日本の国民医療費の範囲

給付の種類	合計	公費	公的医療 保険	年金 保険	公的労災 保険	民間 保険	使用者	家計
1. 予防および世話的措施	31,071	17,984	9,155	230	999	—	2,703	—
1.1 保健サービス	7,649	4,082	637	230	—	—	2,700	—
1.2 予防および早期発見	3,558	78	2,478	—	999	—	3	—
1.3 世話的措施	19,864	13,824	6,040	—	—	—	—	—
1.3.1. 母性援助	2,758	25	2,733	—	—	—	—	—
1.3.2. 介護	17,106	13,799	3,307	—	—	—	—	—
2. 治療	254,825	16,938	170,761	5,836	3,167	14,924	10,905	32,294
2.1 外来	75,205	2,856	50,714	4	1,209	5,000	3,820	11,602
2.2 入院	94,541	13,761	67,244	—	1,891	6,576	4,293	776
2.3 入院ケア	9,426	138	1,797	5,832	38	—	474	1,147
2.4 医薬品, 療法手段, 補助具, 歯科 補綴	75,653	183	51,006	—	29	3,348	2,318	18,769
2.4.1. 医薬品, 療法手段	59,305	183	41,461	—	—	2,333	1,606	13,722
2.4.2. 歯科補綴	16,348	—	9,545	—	29	1,015	712	5,047
3. 疾病後遺給付	116,138	16,723	16,060	21,959	6,122	2,047	53,227	—
3.1 職業的および社会的リハビリ	15,913	14,487	443	581	402	—	—	—
3.1.1. 職業的リハビリ	14,619	13,193	443	581	402	—	—	—
3.1.2. 社会的リハビリ	1,294	1,294	—	—	—	—	—	—
3.2 疾病および障害時の生計保障の ための措置	98,221	2,137	13,908	21,212	5,710	2,047	53,207	—
3.2.1. 賃金継続支払	48,430	—	—	—	—	—	48,430	—
3.2.2. 疾病時の所得保障	20,010	1,234	13,908	1,068	1,213	2,047	540	—
3.2.3. 職業/稼働不能年金	29,781	903	—	20,144	4,497	—	4,237	—
3.3 その他の疾病後遺給付	2,004	99	1,709	166	10	—	20	—
4. 教育および研究	6,966	6,966	—	—	—	—	—	—
4.1 医療関連職種の教育, 大学におけ る医学教育	6,387	6,387	—	—	—	—	—	—
4.2 大学以外での研究	579	579	—	—	—	—	—	—
5. 細分化できない支出 (主に管理費)	20,083	—	11,578	960	2,987	4,558	—	—
合計	429,083	58,611	207,554	28,985	13,275	21,529	66,835	32,294