

第2回「医療経営研究委員会」議事録

日時：平成 15 年 6 月 26 日（木）18：30～20：30

場所：(株)ヘルスケア総合政策研究所 5階会議室

出席委員：岡嶋道夫、河口洋行、真野俊樹、丸尾直美、米本倉基

講師：高智英太郎

（五十音順、敬称略）

【議事内容】

真野座長

定刻になりましたので、これより第2回医療経営研究委員会を開催いたします。委員、顧問の皆様方におかれましては、ご多忙中の折、当研究委員会にご出席いただきありがとうございます。本日、牧委員は都合によりご欠席でございます。それでは、議事に入りたいと思います。本日は前回の委員会でのお話にもありましたように私たちへ勉強させていただくということで、ドイツ医療保障制度についてご専門の健康保険組合連合会医療部長高智英太郎先生をお招きしております。それでは、高智先生よろしく願いいたします。

高智講師

それではよろしく願いいたします。ドイツの総人口は現在 8,250 万人程度です。ドイツで医業を営む開業医もしくは病院は、公的医療保険制度の存在を無視した経営は不可能です。国民の 9 割が公的医療保険の加入者ですので、民間保険だけで経営するということは実質上不可能です。資料 1 の 2 ページ下の Beitragssatz（保険料率）は、2003 年 1 月 1 日現在の代替疾病金庫の保険料率です。左側が旧西ドイツ地域、右側が旧東ドイツ地域で、地域的に見ると西は 14.35%、東は若干低く 14.18% です。日本の医師会、医療提供団体から見ると、ドイツはこれだけ保険料をとっているのだから、日本も同じように保険料率を上げてもいいのではないかと意見もありますが、保険料を算定してもよいという上限が非常に低く設定されていますので、そうとも言えないのではないかと思います。日本では月給 100 万円の人がいるとすると、98 万円まで算定域に入ります。ところがドイツは、次の 3 ページのちょうど下のほうの Gesetzliche Krankenversicherung のところの各保険者集団別に出ていますが、2003 年が 3,450 ユーロとなっています。ですから 5,000 ユーロ給料を貰っていても 3,450 ユーロと見なして、これを上限として保険料率を掛けて、さらに 0.5 掛けるのです。被用者の場合は労使折半負担ですので、140 円（ユーロ対円相場）を掛けると日本の 98 万円との比較ができます。

真野座長

考え方として上限が低くなっているということでしょうか。

高智講師

日本に比べてドイツのほうが低いですね。よく論じられるのは、保険料率のパーセンテージで言われる場合があるのですが、実際に払う額を見てもまた異なります。

真野座長

所得が低めの人に対しては高負担になるということですね。

高智講師

そうです。この3,450ユーロというのは、これより上のほうに年金保険料の算定限度額があるのですが、その75%に設定されています。要するに短期保険と長期保険の関係で、健康に注意している人は保険料を使わず払い続けることになるので、出しすぎないようにということです。この上限額は、下のほうに Soziale Pflegeversicherung と書いてあるのが介護保険でしてこれと同じです。ご覧いただきますと、月額3,450ユーロです。年間では12をかけて41,400ユーロです。ちょっと離れますが、現在のドイツの経済状況というのは非常に悪い状況でして、各保険とも保険料収入が非常に伸び悩んでいます。賃金も伸びませんので保険料収入も伸びません。そんな中で、このまま何もしないと健保の保険料率が平均で15%にもなってしまいます。日本ではわれわれはパーミリと呼んでいますが150パーミリになってしまいます。それから介護保険が17パーミリ、1.7%ですね。それから年金保険が約200パーミリ。失業保険も併せまして保険料率の占める割合が40%台になります。

真野座長

失業保険は入っていますか。

高智講師

入っています。医療保険、介護保険、失業保険、年金保険、この4つですね。労災は事業主が単独で全額負担します。1995年1月1日から介護保険が第5番目の社会保険として設立されましたが、この5番目で終わりだと思えます。これ以上社会保険を作ったら保険料を払うために企業が生産活動をしていかなければいけなくなり、ドイツ企業の国際競争力を著しく削ぐことになるからです。そういう中での経緯を少しご紹介しますと、社会民主党政権（SPD）のゲアハルト・シュレーダー引きいる連立内閣のようになっていますが、彼が首相になってから、こちらでいう消費税、附加価値税率を1%引き上げまして16%にしました。その1%引き上げた財源を年金保険財政に充てるという特定財源にしました。それを社民政権が可能にしてしまったのです。その辺が日本の状況に照らし合わせるとよく実現できたものだった感じかもしれません。併せまして、保険料の合計の額が今42%位になっているのです。少なくとも40%にしないとドイツ企業の国際競争力は維持できないと言われていています。それでどこを切り詰めるかということなのですが、日本と同じように医療保険がターゲットになっております。また、1995年にできたばかりの介護保険、もともとは医療保険の分野で介護保険の給付をやっていたという経緯があるので、もういちど医療保険のほうに戻すといったインテグレートですね。そうして医療保険の中に介護保険を再度引き込んでしまおうではないかという動きもあります。どうしてかということ、介護保険の保険料率1.7%で非常にこの給付の項目といいいますか制度そのものがパラエティに富んだ総合的な給付体系を備えた制度ということで、しかも社会保険でやっているということだからです。国際的に見ても注目されているのですが、給付の天井が非常に低く

できています。

真野座長

保険料率は低いけれども、それにまたクレームがあるということですか。

高智講師

ええ。介護と医療で円を描いて重なったところはどうするのだとか、制度は2つに分立していることによって、相当、重複給付になるといった合理的でない部分があるのではないかとことです。しかし、そのことについて反対を唱える声というのはあまり聞こえてこないんです。最近の動きですけれども、日本では考えられないのですが、私が一時赴任しておりましたAOK、一般地区疾病金庫というドイツで最大の健康保険の保険者団体があるのですが、どこの疾病金庫にも属さない方、要するに社会的弱者の方が皆入っているものですから、健康状態が悪い、保険料収入も悪い、病気になり易い、そういう被保険者を抱えた保険者です。その関係者から、これは介護保険はそういうふうにしたほうがいいと、その政治部長をやっていた方がおっしゃっていました。話を戻しますが、統計資料2はドイツ政府の統計です。その内の病院に関連する主要なところを抜き取って参りました。資料2と書いてある一番下の右のところにStatistisches Bundesamtと書いてありますが、これは連邦統計局という役所の名称です。このJahrbuch(年報)とありますが2002年版ですから今現在はこれがいちばん新しい資料です。これに連邦と書いてあるのは連邦政府の刊行物なのですけれども、特にこの医療分野の統計は先ほど申し上げましたように地区疾病金庫の一部門が委託を受けて作っています。

丸尾顧問

疾病金庫は介護保険の他の保険法についても資料を作っていますか。

高智講師

疾病保険と介護保険が中心です。介護金庫というのがありまして、これは1995年1月1日にできたのですが、給付は当初の3か月間ストップしまして、95年の1月、2月、3月は保険料の徴収だけにとどめました。しかも、当初は在宅介護給付だけです。施設介護というのが数字的にどれくらい伸びるか皆目予測がつかなかったためです。非常に慎重にスタートさせた保険です。当初は保険料率が1.0%でした。96年の7月には、はじめて施設介護給付を行うということで、さらに0.7%賦課し1.7%にしました。それ以降、介護保険の保険料率は一切上げていません。いずれの介護金庫におきましても1.7%ということで、定率保険もしくは統一保険というふうに使われています。一方、医療保険のほうは、疾病金庫によって料率が各々異なっています。最近では、保険者の規模の問題ですとか、ドイツのように保険者を選択できるようにするべきとかいう議論が活発になっていますけれども、では実際にどういう活動をしているのかということをご覧いただきたいと思います。資料1の14ページをご覧くださいませでしょうか。これは今自分が加入している疾病金庫、日本でいう健保組合の保険料率に着目しまして、自分で申請することによって低いところに原則として行くことができるようになりました。お示ししてあるのは、シュットガルトを

州都とするバーデンヴュルテンブルク州の例です。ここの適用保険料率が11.9%で、下にいくほど高くなります。あと3ページめくっていただくと、いちばん下が15.3%（最高料率）となっています。同じ州でこれだけの乖離幅がありまして、少し申し上げますとBKKと書いてありますのが企業疾病金庫でして、私ども健保連傘下の健保組合に相当します。BKKというのはいずれも低いですよ。企業の疾病金庫というのは低いところが多いのです。

真野座長

これは企業に関係ある人しか入れないのでしょうか。

高智講師

クローズドのところもあります。例えば、松下電器の健保組合に東芝の人が入っているのかというと、そうでもないでしょう。ただ開放しているところもあるのです。お話申し上げますと、2003年1月1日から、被保険者数の規模が100万人を超えるBKKができました。ディ・ドイチェ・ベーカーカーという疾病金庫です。どういうふうにしたかといいますと、フォルクスワーゲン、ドイツテレコム、ドイツポストといった全くの異業種が3つ加わり、1つの疾病金庫にしたのです。1疾病金庫で100万人を超えるということで安定基盤を求めていこうということになっています。現在でも新たに100万人を超える疾病金庫を作ろうとしておりまして、これはいま疾病介護保険局長をやっておりますフランツ・クニープスという人（男性）ですが、彼がさらにユニバーサルな疾病金庫体系の仕組み作りに取り組んでいます。今ターゲットになっているのはバイエル社です。こうした企業が機軸になって他の疾病金庫を抱きこんでいこうという考え方のようです。

河口委員

これは何のマークなのでしょうか。

高智講師

ヴェクセルン（wechseln）です。移動ができるということです。

河口委員

誰にでもオープンなのですか。

高智講師

州単位でOKとかNOに条件が分かります。ヴェクセルンというのは英語でチェンジの意味です。移籍とか移動とか両替の意味です。サイトを開けるとどういう人達を入れられるか書いてあります。その横の手紙のマークは疾病金庫の概要などが出ているケースが多いです。実際、保険料が出てくるわけです。11.9%の場合、これは最高保険料だと思います。年間ではこれが限度額ということです。このことについて1996年に自分が加入することのできる疾病金庫、すなわち健康保険組合を選べるという仕組みになって風穴が開きました。それによってどういうことが当初に見込まれたかといいますと、企業疾病金庫に雪崩

れ込むような現象が起こるだろうということです。案の定その通りになりまして、96年以降、企業疾病金庫は被保険者数が80%増となりました。では今どういう状況になっているかといいますと、被保険者をお客様扱いにするようになったというのが一つの大きな特徴です。疾病金庫は15、6年前には全部で1,200位あった時代がありました。それが今は400を下回るような状況です。いちばん減ったのは企業疾病金庫ですが、地区の疾病金庫が、1,200以上あったのが今は17になりました。ドイツの州の数が16ですので、州の数プラス1です。いちばん人口密度が高いのがノルトライン・ヴェスト・ファーレン、デュッセルドルフ、ケルンといった工業地帯です。そこはノルトライン・ファーレン州というのがあるのですが、そこには2つ疾病金庫を作りました。あとは州単位です。そんなことで疾病金庫の数が統合、吸収、合併されました。特に企業の場合は、異業種間でくっついてしまい、看板そのものがまったく意味を持たないという状況になっていくかもしれません。先ほどご指摘がありました介護金庫なのですが、現在ドイツでは疾病金庫と介護金庫の2枚看板です。ですからバイエル疾病金庫という看板が玄関にあったとしますと、その横にはバイエル介護金庫、プフレゲカッセといいます。その2枚看板です。親は疾病金庫です。非常に分かりやすいといいますか、ちょうど1990年の10月3日に旧東ドイツと西ドイツが再統一されまして、そういう状況で、東ドイツにも西ドイツと同じ政策を張り巡らさなくてはならない、経済的にも同等にしていかななくてはならないという方針を旧コール政権が立てました。その際に旧西ドイツ住民の負担というものがものすごく膨らむということが予想されました。そんな時期に、5年後に介護保険を作ろうというような予定になって、新たに全く独立した機関を作った時の巨額な金額というものを見越して医療保険に統合してしまったのです。つまり「医療保険の屋根の下で行う」介護保険、さらに言いますと第5の社会保険という位置づけなのです。

真野座長

このスキルというのはどういう意味ですか。

高智講師

疾病金庫に納める保険料です。ドイツでは社会保険料の徴収は疾病金庫が担当しております。ですからここだけご覧になっても、非常に効率的な運営がされていることが分かると思います。

真野座長

労災や雇用保険など他の社会保険も疾病金庫が担当なのでしょうか。

高智講師

はい。雇用の関係は労働事務所の管轄ですが、実態として疾病金庫は社会保険事務所のようなものなのです。先程申しましたように、ドイツでいちばん大きい企業疾病金庫は100万人を超えたドイチェベーカーカー(Die Deutsche BKK)で、13.4%の保険料率です。現在の保険料率の平均が14%を少し越えるような状況になっていて、きわめて憂うべき状況です。話は変わりますが保険料率をこれだけ押し上げた要因は何かといいますと、以前は

病院医療費が最大の原因でした。特にハンブルクの病院問題があります。薄汚い病室 1 泊の値段が、エクセレントな最高のシティホテルの 50% 増しより高かったということで、ハンブルクの病院問題を片付けたらノーベル賞を 2 つもらえるというのがドイツにはありました。それがまた今度ハンブルク、ブレーメン、ベルリンとハンザ同盟の都市に飛び火しまして、これら地帯における病院医療費が膨らんでしまったのです。そんなことがあって、オーストラリアン DRG というのを 2003 年から導入しまして、来年以降、全病院で半強制的にやっていこうということです。これはオーストラリアから来るノウハウを非常に安く購入したというものです。AR-DRG といいます。さて、ドイツ人だからできるのかもしれませんが、8 つの保険者集団があり、各々に主な給付項目の課題を担当をさせるわけです。一番大きな AOK、(一般地区疾病金庫) という保険者集団には 1977 年に世界ではじめて医療費の直接的な抑制法 (KVG) である疾病保険費用抑制法というのを制定したのですが、それを記念いたしまして、保険者の横に研究所をつくりました。私はそこに赴任していたのですが、WIDO というのですが、訳しますと一般地区疾病金庫学術研究所というものです。ここの任務は病院の医療費問題の学術的研究と提言です。これはドイツ医療の経済的側面から絶対に無視できない問題です。全給付額の 32% から 34% を占める状況にある訳ですから。

真野座長

これはどうでしょうか。日本だと直接病院外来を受診して、入院が可能ですが。

高智講師

原則として飛び込みはできません。これが克蘭ケン・ハウスス・レポートですね。ドイツの全病院を網羅しているものですが、このメンバーには、日本でいう中医協の委員クラスの人たちが入っています。それから疾病金庫の人たちと、後ろのほうには医者の写真と肩書き、活動記録が載っておりますが、これを毎年出しております。これは政府も活用しておりますし、ドイツでいう中医協においては病院問題のバイブルとして扱われています。ですから経営の状況とか、その関係の資料を 1 枚 (Krankenhaus-Report 2002: Wichtige Daten) で添付しています。このうち一番重要なのはデータの部分です。非常に分析が精緻でして、医療経済学者だけではなくて、連邦政府の官僚、保険医療の専門家などいろいろな人たちが入って分析をしています。この Krankenhaus-Report 2002 が今いちばん新しいものです。続く Wichtige Daten とは重要なデータということです。これは 1992 年から 2001 年までの Eckdaten というのが一番です。Anzahl der Einrichtungen の 2,239 というのは医療施設です。後は年度と年度との比較のパーセンテージの変動データです。Bettenauslastung の 80.7% は病床占有率です。beh. Patienten の 16,583,000 人は延べ患者数ですね。Pflege tage の 162,770,000 は療養日数です。また、次の数字は非常に意味がありまして、Durchsch. Verweild. in Tagen の 9.8 は平均在院日数です。ドイツの専門家筋からすると、とんでもない数字だということです。やっと 10 日を切りまして、われわれ外国人の目から見ますとよくやったという感じがするのですが、ドイツ近隣諸国を見ますと、まずオランダとフランスが低いのです。5.8 日だとか 4.9 日だとかです。オーストリアでもやはり 8.6 日位です。ですからまだまだ削れるということです。もう少し具体的にいい

ますと、“ベッドの瓦礫の山”が40,000床できる筈だということです。Vollkrafte im Jahresdurchschnittの832,431は、年間のフルタイムでみた病院従事者数です。そのうち医師が11万人、看護要員が41万人です。製薬企業や疾病金庫で働く方、製薬のセールスマンを含めまして就業者数は約410万人です。ドイツでは医療・介護関係で働く人たちが最も多いです。

真野座長

それにしても、ドイツのベッドの50万床（Aufgestellte Betten 55万2,579）というのは、意外と多いですね。これは急性期だけでしょうか。

高智講師

療養病床も含まれています。方向性としては私立病院が増えています。全体の病院数は減っていますが。ちなみに設立主体は3つに分かれていまして、公立病院、公益病院、私立病院となっています。そのページの下の表は州別の病院数です。平均在院日数を見ますと、州によって違います。やはりドイツ経済というのは北部が悪いのです。ハンブルクなどの港がある方（北独）ですが貧困の人が多いですね。バイエルン、ミュンヘン、バーデンヴェルテンベルクなどのハイテク地帯がドイツ経済を牽引しているのです。ドイツ経済はそういった南北問題を抱えています。同時に、ブレーメンがドイツ国内で最も高齢化が進んでいます。特に女性の高齢化が問題です。ヨーロッパでは皆そうですが、高齢化といえば女性についての問題もあります。それから、外国人が相当流入していまして、フランクフルトの都心部の一角では25%の住民が外国人で占められている状況です。そういった地域では、保険料の未納の問題が生じています。社会扶助（Sozialhilfe）で対応しなければならぬような人達が相当出てきており、財政圧迫の一因となっています。現在、とても大きな問題は薬の問題です。薬の適正使用というものがなされていないのではないかとということです。

真野座長

フランスと比較するとどうなのでしょう。

高智講師

昔はフランスの薬が安いのでドイツから買いに行っていました。ところがドイツ人は自国の薬が好きなのです。ドイツの社会保障制度を勉強しますと、世界に冠たる医療保険制度を持っていて、未だに原則10割給付だと主張しているのです。資料1の11ページですが、いま薬の話をしましたけれども、ドイツは90年の10月に再統一されたと申しましたが、それから2000年までは旧東ドイツ地域と旧西ドイツ地域とに分けて対応してきました。一部負担の関係ですとか、保険料算定限度額などは旧東ドイツに優しくなっていたのです。それが現在は東西ともに同じです。ただ年金保険料の算定限度額などは一部違ってきます。もういちど11ページをご覧くださいますと、公的医療保険の患者一部負担は、2003年1月からこうなっているという現状です。いちばん上のArzneimittelと書いてあるのは医薬品です。その下のPackungsgroßeとあるのは、まさしく薬の製品の入っているパッケージ

です。その大きさごとにN 1、N 2、N 3とあります。ナンバー 1 が小包装、その場合には4ユーロです。その横に a)b)c)と書いてありますが、a)が社会条項です。日本でいう生活保護を受けるような人など社会的弱者には適用されないわけです。B)が過重負担条項でして、過重負担を排除する条項であります。この一般的な意味は、年間で給料の2%を超えて、一部負担を支払う必要がないということです。それから慢性疾患患者ですなわち同一の慢性疾患に1年以上罹患している者については、同様に1%の負担までよいということです。弱者に対しての配慮です。

真野座長

それは当てはまる全ての患者に対してなのですか。

高智講師

そうです。加入者であれば、c)が18歳未満の子供です。

真野座長

それらに当てはまる人たちは、保険料を払わなくてすむということでしょうか。

高智講師

はい。

岡嶋顧問

2%や1%を超えて一部負担金を支払わなくてよいというのは、家族も含めての措置なのですか。

高智講師

はい。本人に従属しているという意味です。ただ、「1%」の方は慢性疾患患者本人に限定した取扱いです。

河口委員

給料の2%というのはどの時点で判断するのですか。病院では分かりませんよね。

高智講師

ドイツでは、薬屋に一部負担手帳というものがあるのです。疾病金庫が最終的に払う時に、領収書と保険料算定のための給与証明とがあるのです。1月から12月までの合計です。

真野座長

払い戻しになるのでしょうか。

高智講師

そうです。ちなみにタクシーの領収書も有効です。タクシーについては今後止めようと

いう話もあります。ここに Fahrkosten というのがありまして、pro Fahrt これが片道という意味です。一部負担が 13 ユーロとなっていますが、これは 13 ユーロまでなら全額自己負担という意味です。

真野座長

元々はタクシー代も出してくれていたわけですか。

高智講師

そうです。ただし入院の場合が原則です。そういった但し書がついておりまして、「入院が回避できることが証明できる代替診療も然り」。ドイツの入院医療費問題というのは、医療保険問題の中核の問題だと申し上げましたけれども、脱入院医療政策につながることであれば、タクシー代も加味しましょうということです。ちなみにドイツはタクシー料金が日本に比較して結構安いです。

岡嶋顧問

13 ユーロまでなら自己負担ですね。それを超えたら保険が払ってくれるということですか。

高智講師

そうです。pro Fahrt というのは片道という意味ですが、非常に細かく設定されています。

岡嶋顧問

入退院に関連しないような、日常で買い物帰りに診察を受けるときは支給されないということでしょうか。

高智講師

だめです。このように一部負担がありますが、ドイツの医療保障の解説書には世界に冠たる医療保障制度であって、原則 10 割給付をしているというような言い方をしています。このことは患者さんの受診 behavior を少しはコストの関係で了解してもらいたいという意味合いが含まれているのだと思います。ちなみに入院時は、年間 14 日間を限度に 1 日 9 ユーロ出します。それから温泉の国でもありますのでマッサージですとか、Mutterkuren はマザークア（母親温泉療法）です。その場合には、pro Kalendertag ですので暦日毎に 9 ユーロ払うということです。入院時のように年間 14 日で一部負担の必要がなくなるということはありませんので、エンドレスに 9 ユーロ払いなさいという意味です。入院型のものはリハビリテーションが 9 ユーロです。

真野座長

1 日 9 ユーロですか。それほど安いわけではないですね。

高智講師

ちなみに9ユーロを払った上、療養指導というのがしっかりしてまして、医師の指示に従わないような場合は来なくていいということになります。皆から集めた保険料を使っているということで、非常に厳しい指導を受けることになります。日本でもそういうことにはなっていますが、ドイツのほうが法律、規則、命令といったものと現場とのつながりを、非常に強く感じられます。

真野座長

外来医療費の場合は薬剤代だけですね。

高智講師

医師の診療代だけだったら無料(一部負担がないという意味で)です。各分野について、日本の場合、民間から開発が進んで良くなっていくのですが、ドイツの医療保険の分野はまず公的な医療保険がカード化になっています。民間のほうは未だに紙のところもあるようです。

真野座長

ICカードなのですか。

高智講師

いろいろあります。ICカードもあります。ただし、ドイツは昔から個人データの漏洩を非常に恐れる国民性があります。このため医療保険者がチップにあまり情報を入れていません。

河口委員

あえて入れないわけですね。

高智講師

それからステイタスシンボルといいますか、一般地区疾病金庫などに入っていると最低だと言われることもあるようです。約800万人弱がfullで民間医療保険に入っています。公的医療保険に入っている方もdoubleで入っています。これは入院した場合の個室もしくは二人室、それから義歯の高品位材料の保障など、そういった二重の仕掛けで入っている人が高級サラリーマンの場合は多いです。公務員の中でもキャリア官僚のほぼ100%が民間医療保険に加入しています。

河口委員

民間医療保険だけに加入ですか。

高智講師

そうです。Vollversicherte(完全被保険者)といいますでしょうか。その他に自営業者の方

たちなどは完全に民間保険に加入しています。アメリカと異なるのは、約 11 万人が無保険者であるということです。つまり公的な医療保険にも民間の医療保険にも入っていないということです。アメリカの場合は 3,700 万人から 4,000 万人が無保険者です。ドイツのこの 11 万人というのは超富裕層という状況です。

河口委員

公的保険と民間保険とを併せた混合診療みたいなものは問題ないのですか。

高智講師

ドイツの場合は必要とする医療は全て公的な医療保険でも可能というのが大原則です。したがって混合診療という概念が表面的には存在しないのです。

河口委員

ほとんど公的医療保険でカバーしているから、自己負担も低いしわざわざ民間保険に入る必要もないのだろうということですか。

高智講師

民間保険に入るためには殆どの場合二重に入りますので。保険料算定限度額よりも低い報酬の人は公的制度の強制加入者なのです。それを超えると任意加入者あるいは民間保険に入れるということになり、それが 1 つのボーダーラインになっています。

河口委員

パートに入った場合、入院は公的ではなく、パートの部分だけ民間保険からということですか。

高智講師

一般の診療は公的保険から出ます。1 人室、2 人室といった部分だけを保障します。もう一つはオーバー・アルツトとかシェフ・アルツトといった上級医師の確保です。民間 P K V というのがあります。G K V というのが公的保険です。いま 54 社の民間医療保険会社がありますが、そこはオーバー・アルツトとかシェフ・アルツトによる診療を約束しています。

真野座長

そうするとそこは、レベルが高い医療を受けられるということですね。

岡嶋顧問

シェフ・アルツトは患者全員に対して責任を持っているので、1 人の患者をじっくり診ているわけにはいきません。したがってシェフ・アルツトは他の医者を持ってきて患者に引き合わせ、患者が気に入ればその医者が主治医になります。シェフ・アルツトが直接主治医になるわけではありません。

真野座長

シェフ・アルツトという上級医師は、実際に自分が診るわけではないのですか。

岡嶋顧問

主治医と患者の間の契約が成立してから診療が開始されると聞いています。シェフ・アルツトは患者に気を配るでしょうが、どの程度直接に診るかはよく分かりません。

真野座長

シェフ・アルツトは普通の公的診療はしないのでしょうか。

岡嶋顧問

シェフ・アルツトは公的医療保険の患者も含めて病棟の総ての患者に責任を有していません。

真野座長

主治医を変更できるわけですか。

岡嶋顧問

シェフ・アルツトの推薦する主治医を替えることはできます。

真野座長

契約書もあるのですか。

岡嶋顧問

主治医を決定するときに契約書を作るようです。民間医療保険の場合、診療費のレベルも診療開始前に決めます。事務的なことは病院事務が代行するのではないかと思います。

真野座長

すると上級医が紹介して、上級医との間でこれだけの金額でやってくれという話をするということですね。上級医ではない人との間でもそういう話をするのですか。

高智講師

疾病金庫の説明によれば、公的医療保険にしか入っておらず二重構造で入っていない人は、低い階級の医師にしか診てもらえないということではないそうです。責任のある医師がある段階で必ず診るので民間医療保険に入っていないからといって心配することは全くないということです。

真野座長

上級の医師というのは、よそから来るのではなく、その病院に従来から在籍する部長

さんのようなイメージでしょうか。オーバー・アルツトというのは部長なのですか。

岡嶋顧問

オーバー・アルツトはシェフ・アルツトの下にいる各専門分野の責任者です。

真野座長

部長はいるけど、その下に、偉い医者と、偉くない一般の医者とがいるのだということですか。お金をたくさん支払っている人は、その部長の指示の下に、偉い医者に診てもらえるということなのでしょうか。

岡嶋顧問

そうとは限りませんが、とにかく部長が医者を引き合わせるというだけです。

河口委員

割当か、選択かということですね。民間医療保険に入っていればこの医師は嫌だということが言えるわけですね。

真野座長

公的だけしか入っていないなくても、嫌だと言えるのではないのでしょうか。

高智講師

公的の場合でも、例えば毎朝来る先生が若い医師だけれども、もう少し年季の入った先生にお願いできる仕組みはあります。

真野座長

それは公的保険の枠組みの中でも可能なのですか。

高智講師

ケース・バイ・ケースです。

真野座長

だけれども、民間保険に入っているとちょっと言えるということですね。

高智講師

最近では、公的医療保険の保険料算定限度額以上に給料をもらっている人たちが、民間保険に流れてしまうという現象が起きてしまい、公的保険財政の基盤を支える人たちがいなくなってしまうために、保険料算定限度額をより引き上げています。民間保険に移行されないようにするためにです。話は変わりますが、相当な金持ちであって子沢山の場合は公的保険の方が良いのです。民間保険の場合は個人単位で契約しますが、公的保険の場合は被保険者本人が1人払えばそれでよいわけですので。そういうサイクルがあって、公的医

療保険の保険料率がいくらで月額いくら払うかという社会保険の問題は関心が高いです。もっとも、これは日本の状況でも言えることなのですが。民間医療保険のほうに政府が指導する、つまり市場に介入というのはおかしいではないかといった議論も出てきています。ドイツは保険が非常に進んでいる国ですので。それからもう一つは、医療保険に死亡一時金というのがありますが、ドイツ人全般の生命保険への加入状況を鑑みると、こういった死亡一時金というものは医療保険に馴染まないというのがあります。Fremd-Leistung といって、給付メニューリストにふさわしくない項目の整理が進んでいます。

真野座長

それも、もとは公的医療保険から出ていたのですか。

高智講師

そうです。死亡一時金は現在もまだ出ていますが 1,050 ユーロですね。ただし、全員に出ているのではなく、制度 100 年のオーバーホールということで、1988 年の 12 月に G R G という法律が公布されました。それは医療改革法というのですが、同法によって死亡一時金は、1989 年 1 月 1 日現在、被保険者である人を除いては止めて行こうということになり、法定給付メニューリストから除外されました。それから入れ歯ですね。もう一つ大事なことは、入院とも関連してくるのですが、家庭医を重視するということです。家庭医を通過しない人の一部負担は 2 倍に引き上げましょうということがあります。

丸尾顧問

もう実施しているのですか。

高智講師

まだ俎上に載っている段階です。家庭医とは何かといったような根本的な議論もありますので。家庭医が水先案内人だという区別ですね。

真野座長

家庭医からまず診療してもらおうのですね。

高智講師

最初から専門医に診てもらおうという場合もあります。アルゲマイネというのが一般医ですが、その一般医というのも専門医なのです。その辺がわれわれ外国人には分かりにくいところなのですが、一般医たる家庭医のところに行きなさいということ。それでもどうしても埒があかないということであれば、紹介状を書いてくれます。専門医の外来に行きなさい、あるいは入院しなさいということ。そういった家庭医の指示にしたがって受診した場合は優遇されます。こういった措置で一部負担金にまで影響させるのは、いささか露骨な印象を持ちます。さて、薬を年齢階級別に見てみますと、85 歳を境にして一部負担は下がります。Packungsgrobe というのを包装パックと申し上げましたけれども、日本の診療所では何日分という交付形態、すなわち「薬 3 日分出しておきましょう」という

のが一般的ですが、ドイツでは、小パック、中パック、大パックなのです。

真野座長

3パターンしかないのですか。

高智講師

そのとおりです。また、薬局は絶対に開封して交付してはいけないという厳しい掟があります。そうしますと、若年層で風邪をこじらせたとか扁桃腺炎だとかいった場合に、普通 20錠位入っている小パックについて、1錠だけ飲んで治ってしまい、あとは不要ということもあるわけです。

真野座長

それも逆に無駄につながりますね。

高智講師

それをですね、いま看護師、アメリカでいうレジスタードナースクラスの看護師が研究会を作っていて、自分たちが管理して戻しましょう、他の患者に再利用してもらおうと、そうしないと医療現場がやっていけないという議論があります。日本のような何日分というのはドイツではできないそうです。ただ医療事故にはつながりません。製品がパックしてあるわけですから。

岡嶋委員

日本では貰う薬の使用期限が分かりません。

高智講師

大パックとなると 100錠位。これは高血圧などの慢性疾患の場合です。

真野座長

民間保険だけの人の場合はどうなるのですか。

高智講師

できますけれども、契約内容がかなり細かいのではないのでしょうか。私は細かいところまで見たことがありませんが、ドイツの場合、公立、公益、私立の3つしかないのですが、契約条項に盛られている限り大丈夫だと思います。

真野座長

民間保険オンリーの人が公立あるいは公的病院に行った場合、何か違いはあるのですか。

高智講師

民間保険の基礎給付部分に必ず何か乗せると思うのですが、そこでカバーすれば個室も

当たり前になります。

真野座長

それだと公的病院を使用する場合は、公的保険プラス民間保険にしたほうが得ですね。

高智講師

そうですね。

真野座長

だったら民間保険に入っている人は民間病院に行く人が圧倒的ですね。そうすると民間保険は入りたくて入っているのではなくて、給付の問題があるのでやむを得ず入っているということになるのではないのでしょうか。

高智講師

高級公務員である官吏が職業上の特殊性を背景として入っています。事業主である国や地方自治体が保険料の2分の1まで負担するということです。自営業者の場合は公的だろうと民間だろうと全額自己負担します。

河口委員

ドイツの報酬形態というのは営利とか非営利とかで異なっているのでしょうか。疾病金庫とかは非営利の民間になるわけですね。

高智講師

疾病金庫は公法人です。

河口委員

公益病院では公法人のところが多いのですか。

高智講師

そうです。ローテスクロイツつまり赤十字病院とかです。

真野座長

赤十字は公益ですか。

高智講師

公益ですね。民間福祉6団体というのがあります。ドイツ赤十字をはじめ、キリスト教二宗派を母体としたものや労働者福祉団体立のものなどです。

真野座長

公的はどうでしょうか。

高智講師

主に州立や市立ですね。地方自治体ですから。

真野座長

そうすると民間保険の役割というのはきわめて限定的ですね。

河口委員

一般の方々は、いま私的保険に入っている高級官僚の人たちを羨ましいと思っているのか、それとも公的保険に入っていれば、そこそこ給付も厚いし問題ないという意識なのでしょうか。

高智講師

それは周辺事情の違いもあります。というのも、公的医療保険の相互間で、うちの疾病金庫に入っていれば契約しているフィットネスクラブはどこで、温泉プールはどこだということで、それらのレベルを謳い文句にするのです。あなたの入っている疾病金庫と契約しているのは市民プールみたいな平凡なものではないかというように。

真野座長

ただ一つ微妙なのが、上級医師という問題があります。上級医師が診察する場合は、機械も上級のものを使用するという可能性があるのでしょうか。例えば下級医師だとCTで、上級医師だとMRIだとか。手術などにしても上級医師のほうが微妙に良いとかいうことがあるのでしょうか。

高智講師

民間保険会社の勧誘によくある、うちの保険に加入するとこうなりますといった付随サービスにおいて、こういった先生方がいるという中に上級医師を挙げているのは見たことがあります。情報開示の手法・形態がかなり日本と違うようです。

真野座長

民間保険での診療も上級医師というのは給料が高いのですか。

岡嶋顧問

民間医療保険ですと、公的医療保険よりも2.3倍位高い額の診療費を支払います。その一部がシェフ・アルツトに配分されますが、その割合は病院とシェフ・アルツトとの間の契約によります。しかし、諸経費などが引かれるので、シェフ・アルツトにとっては大した別途収入にはならないそうです（これは、この委員会のあと、ドイツの柴田三代治医師の手紙で知りました）。配分の事務は病院がやるので公明正大です。

高智講師

いまは 2.3 倍を超えているような話も聞きます。

岡嶋顧問

処置の難易度が高かったり、時間がかかった場合は 2.3 倍以上請求できますが、それでも 3.5 倍が最高限度です。現在病院では、2.3 倍を超える請求がかなり多くなっているようです。

真野座長

すると微妙ですね。自分が民間医療保険の患者を診て給料をたくさんもらえるということになると、民間医療保険の患者をたくさん診るようになりますよね。

岡嶋顧問

シェフ・アルツトがどのくらい別途収入を得ているか知りません。開業医の場合、公的医療保険の患者ばかりのときの収入を 100 としたとき、そこに民間医療保険の患者が平均的に混ざると、収入は 115 に増えます。

高智講師

開業医は水曜日の午後が休診です。金曜日の午後とか特定の曜日は予約診療です。P K V の患者を診るための時間です。

米本委員

そうすると、裕福な民間がいる B K K といったような地域にいくつかある病院は上級医師を選ぶのではないのでしょうか。上級医師を選ぶということは病院にとって収入が上がります。すると病院によって、上級医師がいる地域とそうでない地域とでは収入にかなり格差が出てくるのではないのでしょうか。

高智講師

生じているでしょうね。先ほど岡嶋先生が指摘された 68 歳定年制ですが、その年齢以降は仕事どころではないといった印象です。これまで十分に働いたのだから、後はゆっくり生活を楽しもうということです。

真野座長

あと民間病院では、株式会社があるわけですね。

高智講師

そうです。私立病院もあります。

真野座長

民間病院でも非営利のところもあるのですね。

河口委員

それは公立ではないのでは。

真野座長

定義の問題でしょうか。赤十字とか宗教法人みたいのではなく、かといってNPOでもなく、いわば中間法人で、しかし基本的には株式会社であるといったことです。

河口委員

中間法人というのは課税されるのですか。

高智講師

どうでしょうか。優遇されるのではないのでしょうか。公益法人、特にディアコニーなどの民間政治力団体、宗教ですとカリタス、他には労働組合関係、そういったところは税制上優遇されています。

岡嶋顧問

部長医が民間医療保険で給料を余計にもらうのは、医療保険制度を普及させてきたときに、協力してもらったためという歴史的経緯があったかもしれません。

高智講師

開業者の報酬は、日本と比べて格段に低いです。医者だからということでもかなりな高収入ということは、市民感情としても相容れないものなのではないでしょうか。これから新規開業するというのは、非常に難しいという考えもあります。

真野座長

日本の専門医と比べて難易度はどうなのでしょう。

岡嶋顧問

各コース毎に指導医がつきまして、医師会に細かい報告書を出します。それを集めて総合判断します。

真野座長

日本も症例の経験とか試験とかあるから、けっこう厳しいと思います。ただ症例といっても実は自分で診ていないということもあるでしょう。

岡嶋顧問

自分が執刀した手術症例をごまかしているのがつかないで報告書に署名した部長医が、職業裁判所で罰せられたという判例があるので、皆絶対にやらないと思います。

真野座長

そういう資格要件の執行の厳しさの度合いもあります。

岡嶋顧問

指導医は研修医の研修内容と評価を試験委員会に報告します。専門医の試験を受けるとき、その報告が大変重要です。

真野座長

経験の浅い専門医を評価するための試験において、上級の先生が監督や採点をする際の報酬は支払われているのでしょうか。

岡嶋顧問

ドイツでは一般に、委員というのは無報酬が多いのではないのでしょうか。医師会の役員などは無報酬です。

真野座長

私も内科の専門医の症例をチェックしなければいけないのですが、膨大な量を送られてきています。1つずつ真剣にチェックしていったら相当な時間がかかるのです。

高智講師

保険医が統計的な数字を上回った報酬を請求しても、あながち全部はねられるわけではないですが、査問会で査問する先生が評価します。

真野座長

話は戻りますが、公的保険で診てもらう範囲の中で日本のような不満を言っている人は、ドイツではあまりいないということでしょうか。

高智講師

ドイツの公的医療保険制度についての一般国民の満足度というのは非常に高いです。2年ほど前には実効給付率が95%位です。そういうブラッドという「紙」(広報)が、消費生活センターに公示されるのです。現在のGKVの実行給付率は95.2%です。疾病金庫が特定の病院と契約し、これからは開業医もそのようにしていく方向にあるようです。

米本委員

そうすると、かなり管理医療というような規制ができてくるわけですね。

高智講師

ただし一方で、マネージドという意味合いが出過ぎないようにという考え方もあります。

米本委員

同じ医療でも報酬やコストが高かったりといった尺度で病院を含めたランク付けをする

とか、効率が悪い病院にはペナルティを課すとかいった権限が疾病金庫側にはあるのですか。

高智講師

特にありません。

米本委員

単に金の支払いだけでなく、保険医療の役割も担っているということですね。

高智講師

それから、MDという組織があります。これは医療保険のメディカルサービスと訳しますが、非常に中立的な機関です。例えば要介護度を認定するのは、ドイツ語をそのまま訳すと鑑定となりますが、そういった役割も果たしておりますし、Fehlbelegungという不適切な寝かせ方という言い方があるのですが、日本語でいう社会的入院に近い意味です。世界の旅行好きの国民ということで、クリスマス休暇等に、開業医に入院の必要書を書いてもらって老親を入院させることもあります。それで入院してしまうと生活保護をせざるを得ないということになるわけです。そういう場合には、介護保険制度ができたのだからショートステイで対応した方が、ADLの面でもよいといったような助言や誘導をしたりする公的な機関です。それがMDKです。MDKのサミット(上部組織)であるMDSは、ヨーロッパの他の国からも注目されている機関です。たとえば要介護度の鑑定人はMDKの医者が看護師を連れて行くわけです。日本でもよく言われていますけれども、鑑定を受ける高齢者について、実際の要介護度との乖離がないかを見ぬく力量が問われるわけです。その辺の精緻な研究も進んでいます。

真野座長

医師たちは疾病金庫に勤務しているのか、それともMDKに勤務しているのですか。

高智講師

MDKというのは、疾病金庫が共同で設立した機関ですので中立です。

岡嶋顧問

入院日数が長引いていないか、処方された薬剤が適正かどうかチェックしているということです。しかし、実際の診察、医学そのものにはタッチしません。

真野座長

医師なのだが、医療行為の内部にはタッチしないということですね。

岡嶋顧問

そうです。

真野座長

チェックに来るのは医師なのですね。しかし、診療の内部にまでは立ち入っていないということですね。

岡嶋顧問

サービスをしているわけですが、誰に対してかということ、疾病金庫に対して行っているわけです。

高智講師

疾病金庫の数が減っていますので、首を切られた管理職が相当数出ています。そういった人たちがMDKに出向いて、こういう患者がいるのだがもう少しきちんと診てくれないか、といった橋渡しをしてQOLだとかADLの低下をできるだけ回避させる仕事をしています。それが保険者機能の強化にもつながっているわけです。ですから、日本で言われているような保険者機能と多少接点異なるようなことも行っているのです。ここ10数年間のことですが……。

真野座長

アメリカ的な雰囲気すら感じますね。

高智講師

MDKはそういう専門的な組織なのですが、非常に平易で一般受けする形で広報活動を行っています。うちの仕事はこんなに重要なのですよと。最初からこれだけ評価されていたのではなく、介護保険が創設された当時は、ハンブルク地方で、介護保険給付の申請に対する却下率、これをアプレーヌングスヴォーテといいます、この却下率が47%という状態にありました。ですから、保険あって給付なしと言われました。何故そのようなことになったかということ、そもそも地方財政をうまく機能させるために介護保険を創設したというのが大きな理由ですが、ダメモトで申請した人も相当数いるわけです。現在は、MDKの医師たちの研修も非常にうまく終わりました、全国で平均的な要介護度の認定ができるようになり、そういった制度の達成度が非常に早いです。介護の現場のスキャンダルは相当数出ていますけれども、連邦政府としては、虐待、縛り付け、寝かせきり等のスキャンダルは出てきたほうがよいという認識です。それは、最悪の事態まで行きつかなくて良かったと思うかどうかということです。人権侵害に対してはメディアのペンが厳しく書きまくりです。今まではそういったことについては蓋を閉められていましたが。そういった虐待などが起こることは由々しきことですが、今後どんどんディスクローズされていくことは歓迎すべきことです。

岡嶋顧問

ドイツでは、火葬のときには必ず法医学的立場の医師が全身を検査するので、褥創があるかないか分ってしまいます。

丸尾顧問

混合医療で上級医師を使うかどうかというのは決定的な問題です。先程の話で、民間ではなく公的だけなら悪いのかというと違うというけれども。

高智講師

ドイツ人は、ステイタスというかランク付けが好きな国民性なのです。車でもそうですし。ですからそれは、日常生活の普通の会話でも、君はどこの医療保険に入っているのかというのがあります。したがってA O Kの人は言いづらいのです。「なんだ、民間医療保険に入っていないのか」ということにもなりかねません。

岡嶋顧問

国民健康保険ということですね。

高智講師

日本でいう国保に相当しますね。

丸尾顧問

社民党は伝統的に、北欧でもイギリスでも、混合医療に反対だけれども、国民に対して社民党はどういったことを言っているのでしょうか。

高智講師

前コール政権とあまり変わっていません。77年から6,400項目もの法律改正をしているのですが、それでもダメなのですから。日本と全く違うのが、例えば老人保健法が82年2月に施行されましたが、ドイツで老人保健法が施行されたとしますと、施行される前から改正法案の作業をやっているのです。ところが日本の場合、作った人である大先輩をけなすようなことになるので、そういったことは絶対ありえません。一方ドイツでは、介護保険法ができあがった途端に国民本位だから当然じゃないかという題目で翌日から改正を考えていますから。

岡嶋顧問

規則の改定はエンドレスで行われます。

丸尾顧問

日本と比べて、医者と看護師の機能はどうか、権限委譲など。

高智講師

医者の方が大変です。日本では、医師の指導の下に看護師が動いて良いという項目がたくさんありますが、ドイツでは医師が自ら行わなければいけないという項目が多いようです。一方、看護師の給料はすごく低いようです。

真野座長

看護師でちょっとした医師の外来を診るようなことはありますか。

高智講師

それもあるのですが、これはやってはいけないという絶対規定というのがあります。医師と大きく違うのは、看護師は休暇を完全に取得（完全消化）することです。

真野座長

さきほど政治的な話が出ましたが、どんな政権になろうとも基本的には抑制しかないということですね。

高智講師

さらに、保険給付になじまない給付の探り出しが今おこなわれています。

真野座長

確かに日本と比べると、ドイツでは保険給付になじまないものがたくさんありますね。

高智講師

10年位前までは、クアハウス（Kurhaus）の温泉クア療法に関連した給付は、3年に1回4週間でした。それをひっくり返して、4年に1回3週間にしたのです。温泉保養地のタクシー業者や土産物屋が大反対しました。タクシーの実車率も低くなりました。

丸尾顧問

高智先生がお書きになったもので、集中領域、集中看護、麻酔などの職務は重要性を増しているとありますが。

高智講師

私が取材の過程で話を聞いたのは、脳神経センターの看護師ですが、医師が自らやらなければいけないことは明確に定められているとのこと。ですから、一般病棟と違うという意味かもしれません。

真野座長

マクロの部分で、対GDP比の統計でクアなどは入らないのですか。

高智講師

入ります。クアというのは遊びではなく給付項目であり、リハビリの一環なのです。

真野座長

いま対GDP比は10%位でしたか。

高知講師

そうです。従来はアメリカの次だったのですが、現在はスイスが第2番手に入ってきてきて順位が3位に下がっています。

真野座長

いまの日本の状況を考えると、10%でそんなに手厚い給付ができてしまうのかと疑問ですが。

米本委員

いわゆる代替医療のような部分も入ってくるのでしょうか。

高智講師

この合計の中にはですね、GDP比に相当する保険医療費は60%弱位だと思うのですが、介護保険の中における諸々なものも全部足しているわけです。ですから、公的保険の部分は意外と低い割合ではないでしょうか。

真野座長

それでも手厚い印象を受けます。これと比較して日本の状況をどう把握すれば良いのか。

米本委員

総コスト構造ということになるわけですね。もう一つは、昨今のように景気が悪くなり企業が競争力を無くすと、他方で疾病金庫の数や保険料の問題があります。日本の健保組合のほうがかつとん統廃合されて大規模化し、数も400位になってくる可能性はあるのでしょうか。

高智講師

なぜドイツでそれが可能かといえば、全ての制度が組合方式だからです。日本には国民健康保険という地域保険があり、職域保険である健保組合と親和性が無いのです。しかも昨年10月1日の推計で、国民健康保険の加入者数が初めて5,000万人を超えました。地域保険と職域保険の被保険者を合わせて1億2,000万人のうち、5,000万人が地域保険に流れたわけです。しかも今までは、健保組合を脱退すると、政管健保に行く例が多かったのですが、会社がつぶれて健保組合もなくなってしまうので、そのまま国保に行くわけです。ですから政管健保から国保という最悪の経済状況を反映した動きです。ところがドイツの場合は地区疾病金庫、農業疾病金庫、企業疾病金庫、海員疾病金庫、鉱山従業員組合、農業疾病金庫など全部で8種類が全て組合方式で存在するわけです。

真野座長

大きな8つがあって、その下に子会社のようなものがあるということですか。

高智講師

会社組織ではなく公法人です。例えば 300 超ある企業疾病金庫、日本の健保組合に置き換えて考えると松下疾病金庫とか東芝疾病金庫になりますが、これらと同様に全て組合方式です。それらを統括する機関として州連合会というのがあり、さらに中央連合会というのがある三層構造になっています。

真野座長

その中央連合会というのが、先程の 8 つあるというものです。

高智講師

そうです。それらは全て、原則として国庫負担はありません。国庫負担があるのは農業の人たちだけです。日本のように政管健保の 16.4%とか、国保の何十%とかいったものがないのです。制度の基盤が共通ですから、移籍が可能だということです。

米本委員

そうすると普通は、保険者間の格差がどんどん広がっていきますね。

高智講師

そのとおりです。そこでリスクの構造調整（RSA）という思考がありまして、年齢、性、収入、家族数の 4 つのファクターで均して、これだけ調整すれば競争条件として良いだろうと始めたわけです。ところが、社会的弱者がいちばん多く加入している地区疾病金庫が、罹患率もファクターに加えると、すなわち病気の人割合や慢性疾患患者の割合も加味した上で実施すべきだと主張したのです。それについては種のある疾病金庫が異義を唱えて、我々は健康管理事業や予防事業やヘルスアップなどに取り組んでいて、地区疾病金庫は何ら自助努力をしていないのではないかと、だから罹患率が高いのだと主張したのです。しかし連邦政府は致し方ないと判断して、糖尿病などの特定疾患について、ディジェズ・マネジメント・プログラムとして、新たな保険料の使い方を模索しています。

米本委員

南北問題についてですが、北が貧しくて、南が工業もあり疾病金庫も大規模で豊かだと、そういった事情に起因していると思います。病院経営のほうも北の病院は施設も悪く、南の病院はエクセレントといった、施設の格差もあると思いますが。

高智講師

病院もそうなのですが介護施設において顕著です。介護施設ですと、自分が何十年も使ってきた家具も持って行けます。介護施設の使用料を全国的に概算しますと、バイエルン州（ミュンヘンが州都）が全国でいちばん高いです。

真野座長

介護保険の自己負担は何割ですか。

高智講師

何割給付ということは言えません。ただ、給付の上限も決まっています、3段階ある要介護度のうちいちばん高い「要介護度3」の施設介護給付は全体の3%（人数）を限度に、「とくに過酷な状態」にかかわる給付というものがなされています。他はもっと低い訳です。いわば部分保険ですね。現金給付、現物給付、その組み合わせがありますが、いずれも給付水準の天井が非常に低く設定されています。

真野座長

介護保険は現金給付ではないのですか。

高智講師

オーストリアは現金給付です。ドイツは現金、現物ともにあります。コンビネーション給付もあります。ドイツの介護給付におけるユニークな点であり、住宅の改善費用も給付されます。介護保険制度創設の第一の目的は、社会扶助体制を整えることでした。これは地方財政で賄う制度ですけれども、ところがスタートしてみると、旧東ドイツ地域の人たちは9割超に相当する人々が社会扶助を受けていました。

岡嶋顧問

介護給付を受ける場合、自己負担はあるのですか。

高智講師

自己負担はほとんどの方がある筈です。社会扶助や年金を受けている方は、日本円にして1万円ぐらを除いた部分が、ほとんど自己負担で吸い取られてしまうのです。介護の現場の人たちである介護者（Pfleser/in）の報酬は非常に低いですね。制度が創設されたときの時給が15マルク程度（とくに東ドイツ地域）で、掃除婦などと同じ賃金水準でした。

米本委員

マンパワー的には足りて失業率が高いといったことがいえるのでしょうか。

高智講師

だいぶ充足してきているようです。

米本委員

賃金を下げても来る人はたくさんいるだろうということなのでしょう。

高智講師

ほとんどタダで使える人材もあるようです。兵役が義務化されていますよね。一方で良心的忌避自由があります。すなわち宗教上の理由で格闘技はいけないとか、軍隊に入っはいけないとか。そうすると100%兵役を忌避できるのです。

米本委員

要するに軍隊に行かない場合はそういう所で働けば許されるということですね。

高智講師

彼らのことをツィビルディーンストラーというのですが、現在、デタントといって東西の緊張緩和が進んで兵力が不要になってきています。それに連動して介護や病院のトランスポートの分野に進む人がいなくなってきました。さらに兵役期間も短縮されていますので、それに連動して社会サービスに従事する人の数も少なくなってきました。その部分が人材不足を加速させ、非常に深刻な状況を呈しているようです。

岡嶋顧問

1963年に社会年、1993年に環境年というのを作りまして、青年にお小遣いと衣食住を給付して、社会福祉と環境について1年間の体験と教育を与えている制度があるということです。その間、親に対しては税法上の優遇措置を与えます。これは兵役拒否とは別ですが、ドイツは社会福祉や環境に対してユニークな取り組みをしています。

高智講師

ツィビルディーンストラーという良心的事由にもとづく兵役拒否者は、本来の兵役期間よりも長くやらなければならないのですが、兵役代替業務に従事しているうちに自分の天職のようになってしまったというような場合もあります。

真野座長

実際、時給 975 円（1 マルク 65 円；当時のレートで 15 マルクを円換算）とかで誰がみるのですか。

高智講師

今はもっと上がっています。給付は低水準ながら最終的に障害者（Behinderte）も介護保険が適用となりましたが、そういった障害者への散歩の同行や目の不自由な方への新聞などの音読など微に入り細に入りといったサービスがあります。「昼に暖かいものを食べて夜に冷たい料理を」といった言い方があるのですが、昼の暖かいスープ運搬といったサービスもあります。ノーマライゼーションは北欧に学ぶべきです。どんなに飛び跳ねても真似ができない国がデンマークです。デンマーク市民には、「税金を取られている」というフレーズがないのです。「預けている」という発想が一般市民レベルにまで浸透しているのです。しかも 25% の消費税もある意味で当然のように納めています。将来的に自分のために使ってもらうのだからということです。我々日本人にしてみれば、社会保険である健康保険料でさえ「取られている」という発想ですが。

真野座長

疾病金庫において同じ組合方式であっても、企業が管掌しているほうがマネジメントがしっかりしているということはあるのでしょうか。

高智講師

アレルギーの関係などで投薬について誰に聞いてよいかわからないという人が相当いるのです。それから意外に思われるかもしれませんが小児歯科医療というのが相当遅れていたのです。旧東ドイツでは医師は公務員だったものですから、儲からない分野でもきちんと機能していたのです。旧西ドイツでは時間ばかりかかって儲けにならない子供などはあまり受け入れられないという一面もありました。ですので、西ドイツの子供の口腔衛生というのはブルガリア以下だったのです。そんなわけで、ここ10年程は口腔衛生に対して取り組みが盛んでした。個人予防措置とか集団検診とかもきちんと行われてきた結果、相当改善されました。併せて肥満度の観点から体重過多で膝の皿を損傷したりするのを回避するためにエビデンスある効果的な食事指導も実施されるようになりました。これは医師だけでは対応できませんので医師の免許がなくてもできる職業もあるのです。こういった関係に対するアドバイザー、日本でいえば管理栄養士、健康運動指導士といった人たちを企業疾病金庫(BKK)が取り揃えるのです。わざわざアドバイザーの所まで来なくてもインターネットの普及がめざましいので、企業疾病金庫の連邦連合会(BKK-B)という中央の本部事務局が広報部も務めているわけです。医師のところに行くよりも、疾病金庫のサイトを見れば、高血圧のときはこういう運動をなさいと出ていますので、医療費の抑制にもつながるわけです。そういった意味で保険者機能というのが一体化しています。それから先程申し上げましたアスレチックとかプール等の施設にしても、我が疾病金庫のプールには指導者がついているといった情報も宣伝するわけです。それが加入者である被保険者のレベルで評価されるといった仕組みです。逆にここは保険料率が高いけれどもこれだけのことをやってくれるという話にもなります。

真野座長

保険者にとっては理想ですね。

高智講師

それから、疾病金庫のことを特別の言い方で Gesundheitskasse と言います。健康金庫、つまり健康な人はますます健康に、病んでいる人は早く治ってくださいという意味が込められています。

岡嶋顧問

日本とはずいぶん違いますね。国民にとっての親しみの度合いが。

高智講師

もう一つは、お配りした資料に、スイス、オーストリア、ドイツ保険のあらゆる医療問題、医療保険、医療保障の新聞記事を資料1のいちばん最後のページにつけました。23ページのところをご覧くださいと、財政的に非常に厳しいということが一目瞭然です。保険料率のデータですが、2003年が150パーミリですから、日本の健康保険組合の2倍に迫る位です。しかしながら、実際に支払うユーロの金額を日本円に換算すると、それほど

でもないのです。24 ページ右下の A O K のマークをご覧ください。下に Gesundheitskasse と書いてありますが、これは先ほど申し上げた健康金庫という意味です。今までは疾病金庫というその名も病気の金庫だったのですが、イメージチェンジを図ったのです。

真野座長

この Gesundheitsreform というのは何ですか。

高智講師

医療改革の意味です。

真野座長

宣伝をしているのですね。

高智講師

実際に Frankfurter Rundschau というフランクフルトで発行している新聞です。A O K 本部が刊行されております Presseschau という広報が、ドイツ全国でその日に出た医療保険、介護保険、健康問題などを全部コピーして配っていますが、そこでコピーされた Frankfurter Rundschau の記事です。新聞紙上に医療保険問題が出ない日はドイツでは一日もありません。

真野座長

これは健康金庫が費用を出して行っているのですか。

高智講師

そのとおりです。疾病金庫が全国の新聞のコピー内容を出します。インターネットでも見ることができるようにしています。

真野座長

かなりの予算だと思いますが、割が合うのでしょうか。

高智講師

広報誌を関係団体に無料で配布したりもしています。

岡嶋顧問

よく医師会雑誌を見ていますと、ずいぶんニュースを出しています。情報を集めるだけでも大変だと思いますが。

高智講師

毎日ですものね。広報活動は、医師会も保険医協会も病院協会も皆精力的にやっています。

岡嶋顧問

それを見ていますと、アメリカやイギリスの様子もある程度わかります。

高智講師

外国のことも相当勉強していますよね。

米本委員

保険者にしてみれば、それだけコストをかけても被保険者を病気にさせないほうがお得だという考え方なのではないでしょうか。事後的に病気を治すよりも、事前にコストをかけて防いだほうが、全体として得なのだということでしょうか。

高智講師

そうですね。疾病金庫の役職員の最重要課題は、いかに保険料率を上げないようにするかそれに徹しているのですから。医師もそうです。日本の場合は健保組合を中心としてレセプトでやっていますが。ドイツ人にとっては日本のレセプトは考えられないそうです。

岡嶋顧問

医療過誤なども医師の裁判官が判断するわけですから。

真野座長

医師の裁判官がいるのですか。

岡嶋顧問

医師の裁判官が、医師の倫理や義務違反を判断します。

高智講師

刑事裁判所と社会裁判所とがあります。社会生活の実態に即した形で刑事裁判や民事裁判等が行われるのです。

岡嶋顧問

参審制です。陪審制は一般が参加しますが、参審制はその領域の専門家が参加する制度です。

真野座長

開業医は給料が安くてつらいと言っている意見もありますが、勤務医は比較的収入はあるのですか。

高智講師

医学部の仕組というのは、病院の専門研究員という色彩をおびています。

真野座長

給料についても、開業医よりも勤務医のほうが高いかもしれないのですか。

岡嶋顧問

勤務医で、日本円に換算すると、年収としては700万円もいかないですね。

真野座長

開業医が1,000万円位ですから、開業医のほうが高いですね。

高智講師

医師よりも疾病金庫の高級幹部の給料のほうが高いです。2,000万円台ですから。なぜかという点で優良被保険者の引っこ抜きが評価されているからです。組合とはいえ、銀行や生命保険の預金勧誘と同じです。来たいという人が障害をもっていたり病気だらけだったりすると、昔から仲良くしている疾病金庫があるのでしょうか、そちらのほうがあなたの健康状態のことをよく知っているのだし、ということになるわけです。それならまだしも、今まで事務所が1階にあって、入り口も広く車椅子でも入れたものを6階に移転してエレベータも小さくして車椅子では入れなくしてしまうというようなことをやった時期もあったようです。

岡嶋顧問

民間医療保険では、保険料を高くして自己負担を少なくする、逆に保険料を低くするけど自己負担は高くする、といった様々な組み合わせを作って顧客を獲得しようとしています。最近読んだのですが、若い人のように病気になりにくい層の保険料を低くして、いわばオマケ付きで勧誘する民間医療保険が現われています。これは公的医療保険を圧迫することになります。勧誘のオマケが経費の中で馬鹿にならない額になってきたので、そのうち法律で規制しようという声も拳がっているようです。公的医療保険と民間医療保険の境界を取外したところ、こんなことが起きてきたわけです。規制の緩和と強化の駆け引きです。

高智講師

理事長職も疾病金庫の統廃合によってポストの数が減ります。勝ち組の理事長は残ることができそうですが、ポストにあぶれた人は、下部組織のサービスセンターに出向させられたりするわけです。彼らは元のポストに返り咲くために、優良被保険者を作り出さなくてはいけないのです。公的な制度とはいえ熾烈です。本当の勝ち組となれば日本円にして2,000万円前後の年収ですから。

真野座長

トップは医師（博士）なのですか。

高智講師

現在、企業疾病金庫の理事長（エコノミスト）以外はすべて博士号を所持しています。経済学博士などです。日本ではドクターというと医師を指しますが、ドイツではドクターというと博士一般を指します。

米本委員

約 11 万人の超富裕層の方は、アメリカやフランスやイギリスに行ったりするのですか。

高智講師

自分で医師との個別契約をしているのだと思います。11 万人というのはミロツェンサスという 10 年に 1 度ぐらいの標本調査で、1999 年の数字です。オーバーラップはないです。

真野座長

そろそろ時間となりましたので、本日はこれで終了したいと思います。次回の日程につきましては、事務局から説明をお願いいたします。

松村主席研究員

次回は、9 月中での開催を予定しておりますが、後日正式のご案内を差し上げたいと思っております。委員の先生方から意見があれば、ぜひ発表していただき、議論を深めていきたいと思っております。

真野座長

それでは、本日はこれにて閉会いたします。ご多忙中、ありがとうございました。

照会先

(株)ヘルスケア総合政策研究所

医療経営研究委員会 事務局

主席研究員 松村 藤樹

03-3256-2805