

# 基礎研 レポート

## ドイツの医療保険制度(3)

### —公的医療保険と民間医療保険の課題と役割分担 及び日本の医療保険制度への示唆—

取締役 保険研究部 研究理事

年金総合リサーチセンター長 中村 亮一

TEL: (03)3512-1777 E-mail: [nryoichi@nli-research.co.jp](mailto:nryoichi@nli-research.co.jp)

#### 1—はじめに

これまでの2回のレポートで、ドイツにおける公的医療保険制度の現状、民間医療保険及び民間医療保険会社の状況について報告してきた。今回のレポートでは、まずはドイツにおける公的医療保険と民間医療保険の課題と役割分担について報告する。その後、ドイツと日本の医療を巡る全体的な状況を概観した後、これらを踏まえて、日本における医療保険制度を考えていく上での示唆について考察する。

#### 2—公的医療保険と民間医療保険の課題と役割分担

##### 1 | 公的医療保険と民間医療保険の比較

ドイツの公的医療保険と民間医療保険の比較をしたものが、次の図表である。

##### 公的医療保険と民間医療保険の比較

項目	公的医療保険	民間医療保険
監督法	社会法典第5編	保険契約法、保険監督法
保険者	疾病金庫(公法上の法人)	民間医療保険会社
加入者(被保険者)	被用者、年金受給者等	代替医療保険は、公的医療保険の被保険者でない者(自営業者、官吏、一定所得以上の被用者等) 付加医療保険は、誰でも加入可能
保険料	所得に応じた負担(応能負担) 統一保険料率がベース 家族被保険者の負担なし 被用者の場合、被保険者と雇用者が負担	給付に応じた負担(応益負担) リスクに応じた保険料 家族被保険者も別途負担(個人単位) 代替医療保険の被保険者の場合、(公的医療保険同様の)雇用者の保険料負担有り
加入選択	無選択(加入者要件を満たす限り)	代替医療保険における基本タリフの場合を除いて、 選択あり(健康状態等に基づく)
制度間移転 (流入のケース)	所得水準の低下、自営業者から被用者へ等(ただし、加入者による逆選択防止のため年齢制限等有)	所得水準の上昇、被用者から自営業者へ、家族被保険者としての資格喪失等
給付	原則、現物給付	原則、償還払い 保険商品の契約内容に基づく給付
保険者間のリスク調整	リスク構造調整有	基本タリフの場合、リスク構造調整有
財政方式	賦課方式(毎年収支)	積立方式(毎年の平準保険料から、高齢化積立金に積立)

公的医療保険は、相互扶助の原則に基づいて、所得再分配機能があることから、応能負担で保険料徴収が行われる。家族被保険者の保険料負担もないことから、高齢層、家族の多い者にとって有利なものとなっている。一方で、民間医療保険は、給付・反対給付相当の原則に基づいて、応益負担でリスクに応じた保険料徴収が行われる。さらには個人単位での保険料徴収が行われることから、一般的には、若齢層、単身者、健康で所得の高い者に有利になっている<sup>1</sup>。

なお、一般の被保険者にとって、民間医療保険を選択するインセンティブについては、①より幅広く柔軟な給付が選択可能になる、ことに加えて、②特別な専門医へのアクセスの改善、③診療機関における待ち期間の短縮、等のサービス水準の向上が挙げられている。

## 2 | 公的医療保険の課題

### (1) 効率化に向けた不断の対策や改革の実施

ドイツにおいても、高齢化の進展や各種の医療技術の進歩等に伴い、医療費の増大が想定されている。これに伴い、保険料率が上昇し、税金による負担である連邦補助金も増加してくることが懸念されている。これに対しては、過去の改正において、一部給付内容の縮減や廃止も行われてきたが、基本的には、必要な給付は公的医療保険でカバーするとの考え方は維持されていく方針のようである。従って、今後とも医療費の効率化に向けた各種の対策や改革の実施が課題となってくるものと想定されている。

### (2) 所得再分配機能の維持に向けた取組み

ドイツの公的医療保険においては、一部民間医療保険との選択が認められている。ただし、この場合には、1 | で述べたように、若いリスクの低い被保険者が公的医療保険に加入するインセンティブは低くなり、結果として、高いリスクの被保険者が集中する傾向があることになる。従って、これに伴う保険料率上昇も懸念されることになることから、これらを抑制し、公的保険の有する所得再分配機能を維持していく観点からは、その回避策等を常に検討していく必要があることになる。

これに対しては、これまでも、①公的医療保険への強制加入義務者の範囲を広げる「基準所得の引き上げ」や、②選択タリフの導入やリハビリテーション等の給付の拡大等で公的医療保険の魅力の拡大を図る、等の対応が行われてきた。

### (3) サービス提供の質の向上

一方で、国は、③2009年の改正で導入された各種の制度（健康基金、統一保険料率、罹患率に基づくリスク構造調整）により、疾病金庫間の競争を「保険料率」から「効率化とサービス提供の質の向上」に向かわせることで、国全体の医療費の抑制と質の向上を果たしていく、ことを志向してきている。これを実現するためには、各疾病金庫の努力はもちろんのこと、必要に応じて、さらなる国全体としての制度の改革等が行われることが必要になってくるものと想定される。

<sup>1</sup> このため、経済合理的には、若齢、単身、健康なうちに、民間医療保険に加入し、その後、中高齢層になって、家族を有し、健康リスクが高まってきた時に、公的医療保険に加入することが有利な取扱いになるが、このような行動を防ぐためのルールが設けられている。

### 3 | 民間医療保険の課題

#### (1) 高齢化積立金の十分性の確保と適正な保険料率設定

民間医療保険の代替医療保険については、終身保障で提供されるが、保険料は平準的に徴収される。このため、将来の支払いに備えて積み立てられる高齢化積立金の十分性の確認が極めて重要な課題になってくる。将来の保険給付にかかる保険事故の発生率である罹患率等については、不確実性が高いことから、現在の保険事故発生率の前提等で積み立てられている高齢化積立金の水準については、定期的な検証が必要となってくる。将来の保険料の改定が認められているという条件下にあるとはいうものの、実質的には高齢の被保険者の保険料率の改訂水準等に制約があるのも事実である。従って、契約時点において、できる限り長期的に保証可能な適正な保険料率設定を行っていくことが求められることになる。

#### (2) 医療保険制度改革の動向による影響への対応

民間医療保険において、最も大きな課題は、代替医療保険の提供において、その事業基盤となる各種の規制や制度が、その代替性という性格から、公的医療保険制度に大きく依存しており、将来的な医療保険制度改革による影響を避けられない、という点にある。これには、政治リスク的な要素も含まれており、どの政党が政権が握るのかによって、医療保険制度が大きく改革される可能性も完全には否定できないという意味において、将来に対する大きな不確実性要因となっている。例えば、基準所得上限の引き上げ等による公的医療保険制度への強制加入被保険者の範囲拡大は、代替医療保険市場の縮小を意味することになる<sup>2</sup>。

一方で、民間医療保険の公的医療保険制度への関与を拡大していく場合には、(民間保険の原理に従わない)基本タリフのような制度を強制されることになりかねず、大きな制約を抱えることにもなる。

#### (3) 市場のニーズに対応した商品設計

さらに、昨今は、公的医療保険における疾病金庫との競争が、代替医療保険だけでなく、付加給付的部分においても、より重要になってきている。従って、市場のニーズに適切に対応した商品・価格設計がより一層求められてくることにもなっている。

結局は、代替医療保険の契約獲得のためにも、付加医療保険の分野において、魅力的で競争力のある商品を提供していくことが重要になってくるものと思われる。

因みに、公的医療保険と民間医療保険の間の移動状況の過去からの推移は、次の図表の通りである。2011年までは、民間医療保険への流入超過であったが、2012年からは公的医療保険への流出が上回っている。

公的医療保険と民間医療保険の間の移動状況

(単位:千人)

	1990年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
①公的→民間	310.0	325.0	360.7	362.0	338.4	297.7	274.5	284.7
②民間→公的	112.0	148.6	147.5	129.8	130.4	130.6	154.2	143.9
③ ①-②	198.0	176.4	213.2	232.2	208.0	167.1	120.3	140.8
	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
①公的→民間	233.7	244.9	288.2	227.7	232.0	159.9	123.9	115.5
②民間→公的	154.7	151.0	146.5	153.2	157.6	162.4	161.2	145.7
③ ①-②	79.0	93.9	141.7	74.5	74.4	▲ 2.5	▲ 37.3	▲ 30.2

(※) 民間医療保険連盟の資料に基づく。

<sup>2</sup> 実際に、過去において、公的医療保険の強制加入の範囲を、農業経営者、芸術家及び著述家、学生等に拡大する過程で、1970年代前半に、民間医療保険の加入者数が1/3程度減少したことがあった。

## 4 | 公的医療保険と民間医療保険の役割分担

### (1) 公的医療保険と民間医療保険の重複・競合分野の拡大

ドイツにおいては、最近の医療保険制度の改革により、公的医療保険と民間医療保険の果たしている役割・機能が重複する部分が増えて、両者の競争分野が広がってきている。これに伴い、公的医療保険及び民間医療保険それぞれの分野における特徴が一部共有化されるようになってきている。

具体的には、公的医療保険においては、①リスク構造調整の考え方の精緻化が進むことで、民間医療保険と同様の原理に基づいた収支管理が行われる形になってきているとともに、②選択タリフ等を通じて、幅広い給付やサービスの選択肢を与えることで、民間医療保険と同様の補完機能の提供が可能な形になってきている。

一方で、民間医療保険においては、代替機能の拡大に伴い、民間医療保険の価格・引受原理に反するような「基本タリフ」という商品の提供も余儀なくされてきている。

### (2) 民間医療保険の原理へのシフトを通じた効率化とサービス提供の質の向上

今後、ドイツの医療保険制度における公的と民間の役割分担がどのようなようになっていくのかという点については、政治動向にも関係して不透明な部分も多いが、「全国民が必要とする最低限の医療保障」については、民間が代替する場合も含めて、現行の公的医療保険の原理に基づいて運営されていくことは変わらないものと考えられる。一方で、「それを上回る医療保障」については、その必要性を国民の判断に委ねるとともに、その運営については民間医療保険の原理も尊重する中で、競争原理を働かせていくことで、「効率化とサービス提供の質の向上」を目指していく方向性が考えられる。

なお、その結果として、民間医療保険へのシフトが起こっていく場合には、結果として、国の医療費支出の削減に繋がることになるかもしれないが、一方で民間医療保険を通じた医療費支出と合わせた国全体の医療費総額はむしろ増加していくことも想定される。ただし、それはそれで、新たなニーズの掘り起こし等を通じて、新たな価値を創造していくことに貢献することになることから、意味のあることであると考えられる。

いずれにしても、公的と民間の原理で行われる制度の間の線引き等がどのような形で行われていくのかについては、国全体の医療の需要・供給及び財政面での制約等も考慮しながら、決定されていくことになるものと思われる。

## 3—ドイツと日本の医療を巡る全体的な状況

ここまでのレポートで、ドイツにおける公的医療保険と民間医療保険の現状及び課題について、報告してきた。ここでは、こうした医療保険制度の結果としての医療費支出の状況や医療環境の実態に関するデータを、日本との比較の中で紹介しておく。

まずは、両者の数字を比較する上では、ドイツの医療保険制度が、公的が主で民間が一部を代替する制度になっているのに対して、日本の医療保険制度においては、民間はあくまでも補完・補足機能にとどまっているという差異がある点を、改めて認識しておく必要がある。

### 1 | 医療費支出額の状況

## (1) ドイツの状況

2013 年におけるドイツの医療費支出額は、連邦統計局（Destatis : Statistisches Bundesamt : Federal Office of Statistics）の資料によれば、314,939 百万ユーロで、対前年 4.0%の増加となっている。

その負担者別の内訳は、公的医療保険 181,480 百万ユーロ（構成比は 57.6%、以下同様）、公的介護保険 24,398 百万ユーロ（7.7%）、民間医療保険 28,898 百万ユーロ（9.2%）、雇用者 13,459 百万ユーロ（4.3%）、家計及び非営利目的民間組織 42,870 百万ユーロ（13.6%）、公費 14,581 百万ユーロ（4.6%）等となっている。なお、家計の中に自己負担が含まれている。

ドイツの医療費支出額の負担者別内訳(2013年)

(単位:百万ユーロ)

	公的医療保険	公的介護保険	民間医療保険	雇用者	家計及び非営利 目的民間組織	公費	合計
金額	181,480	24,398	28,898	13,459	42,870	14,581	314,939
構成比	57.6%	7.7%	9.2%	4.3%	13.6%	4.6%	100.0%

(※)連邦統計局の資料に基づく。合計には、その他も含まれる。

これにより、被保険者や雇用者が支払う医療保険や介護保険の保険料は、医療費支出額の 8 割程度を占めていることになる。そのうち、民間医療保険に対する支出額は、医療費支出額のほぼ 1 割程度を占める形になっている。

## (2) 日本の状況

平成 25 年度(2013 年度)における日本の国民医療費支出額は、厚生労働省の資料によれば、40 兆 610 億円となって、対前年 2.2%の増加となっている。

その内訳は、保険料(被保険者)が 113,986 億円(28.5%)、保険料(事業主)が 81,232 億円(20.3%)、患者負担及び原因者負担が 50,072 億円(12.5%)、公費 155,319 億円(38.8%)となっている。

日本の国民医療費支出額の負担者別内訳(平成25年度)

(単位:億円)

	保険料		患者負担及び 原因者負担	公費	合計
	被保険者	事業主			
金額	113,986	81,232	50,072	155,319	400,610
構成比	28.5%	20.3%	12.5%	38.8%	100.0%

(※)厚生労働省の資料に基づく。

平成 25 年度における民間医療保険による給付額については、生命保険協会の資料によれば、入院・手術給付金 10,665 億円（入院給付金 6,804 億円、手術給付金 3,861 億円）、損害保険協会の資料によれば、傷害保険の元受正味保険金 3,459 億円となっている。これらを合算すると、14,124 億円となり、これは国民医療費支出額の 3.5%に相当することになる。

なお、日本における現在の民間医療保険の給付は、殆どが、実損填補ではなく、定額給付の所得保障の意味合いを有したものとなっている。

日本における民間医療保険による給付額(2013年度)

(単位:億円)

	生命保険			損害保険	合計
	入院給付金	手術給付金	入院・手術給付金	傷害保険	
給付額	6,804	3,861	10,665	3,459	14,124

(※)生命保険協会及び損害保険協会の資料に基づく。

### (3) ドイツと日本の比較

ドイツと日本の医療費支出の負担状況を比較すると、以下の通りとなる。

①ドイツは日本と比べて、公費の負担割合が圧倒的に低い。即ち、ドイツでは基本的に保険料で財源が賄われる形になっているが、日本は保険料に加えて、税金による公費負担が極めて高いものになっている。ただし、ドイツの医療保険料率は15%程度であり、日本の健康保険料率が（制度や保険者によっても異なるが）平均すれば10%未満であることに比べて高い水準にある。

(※) なお、諸外国の公的医療保険の財源については、英国やカナダのように税を主財源としている国と、ドイツやオランダのように保険料を主財源としている国があるが、日本は税と保険料の両方を主財源としている独自の国となっている。

②自己負担部分は、ドイツも日本も医療費支出額のほぼ13%前後で同水準にある。

③ドイツでは、民間医療保険が公的医療保険の一部を代替していることから、民間医療保険からの給付の割合が高いものとなっているが、日本においては、民間医療保険の果たしている役割はドイツに比べて限定的なものにとどまっている。

## 2 | 医療に関する基礎データ

OECD(経済協力開発機構)の2013年ベースの数値<sup>3)</sup>によると、以下の図表の通りとなっている。

まずは、1 | で述べた医療費支出の負担者別内訳では、ドイツも日本もOECD平均に比べて、公的財源比率が高く、自己負担比率が低くなっている。日本の公的財源比率はOECD平均に比べて、かなり高い水準にある。

ドイツと日本の比較では、医療費支出の対GDP比率はドイツが高く、医師数(対千人当たり)及び看護師数(対千人当たり)もドイツが多くなっている。一方で、病床数(千人当たり)はドイツが日本の6割程度、平均在院日数はドイツが日本の半分程度となっている。

ただし、ドイツも、全ての数値でOECD平均を上回っており、さらなる効率化を目指していかなければならない状況にある、と認識されている。

	医療費支出中 公的財源比率	医療費支出中 自己負担比率	医療費支出 対GDP比率	医師数 (対千人当たり)	看護師数 (対千人当たり)	病床数 (対千人当たり)	平均在院 日数
ドイツ	76.3%	13.5%	11.0%	4.1人	13.0人	8.3	9.1日
日本	83.2%	14.0%	10.2%	2.3人	10.5人	13.3	17.2日
OECD平均	72.7%	19.5%	8.9%	3.3人	9.1人	4.8	7.3日

(※)OECD Health Statistics 2015 に基づく。

## 4—日本の医療保険制度への示唆

これまで、ドイツの医療保険制度について報告してきたが、ここでは、こうしたドイツの医療保険制度が持つ仕組み等から考えられる日本への示唆について考察してみる。

### 1 | 民間医療保険の一部代替性機能付与

そもそも、日本の民間医療保険は、ドイツにおけるような代替機能は有しておらず、現時点でその

<sup>3)</sup> OECD の医療費には、日本の国民医療費の範囲に加えて、介護費用の一部、民間医療保険からの給付、予防に関わる費用等が含まれている。

方向性に向かう可能性も高いとは考えにくいですが、まずは、ドイツの例から、民間医療保険に代替機能を持たせるとした場合の課題について考えてみる。

### (1)任意加入要件の設定が困難

民間医療保険が公的医療保険の一部代替機能を有する場合には、その区分けの仕方（公的医療保険への任意加入が認められる者の要件設定）が問題になってくる。ドイツの場合、一般の被用者については、所得水準による区分けが行われているが、このように高額所得者を任意加入とした場合、これらの人々は、結局は、民間医療保険に加入するか、その必要性を感じないで無保険者でいるかになってしまう可能性が高い。これにより、公的医療保険における所得再分配機能が低下することになるため、公的医療保険としては適切とはいえない状況が生まれてくることになる。

### (2)民間医療保険の原理の一部制限が必要

一方で、代替する民間医療保険商品に対しては、民間医療保険の原理にそぐわない、公的医療保険に準じた方式の採用を強制されることになるため、民間医療保険会社の観点からも、適切なものとはいえない仕組みを甘受しなければならなくなる。

### (3)公的医療保険と民間医療保険の制度間移転に対するルール設定が必要

さらには、公的医療保険と民間医療保険の運営原理の差異から来る両者の制度間の移転については、加入者による、より有利な取扱を目指した逆選択を防止するためのルールを作成する必要が発生してくる等の複雑な対応も必要になってくる。

以上のような観点から、民間医療保険に公的医療保険の一部を代替させるという方式の導入については、極めて慎重に対応していく必要があるものと示唆される。

## 2 | 公的医療保険における給付の選択肢の導入・拡大及び民間医療保険の補完・補足機能の拡充

### (1)公的医療保険による給付やサービス提供の役割の厳格化

今後、高齢化や医療技術の進歩等によって、公的医療保険による給付やサービスへの期待がさらに高まっていくことが想定されるが、財源上の制約を考慮すると、それに全て応えていくことは難しいものと思われる。今後は、公的医療保険による給付やサービスについては、「必要最低限の基礎的なもの」に限定し、それを上回る部分については、ドイツの選択タリフに見られるように、保険料負担も前提にした上で、加入者の選択に委ねる形にしていくことが避けられないものと考えられる。

ここで、どこまでが「必要最低限の基礎的なもの」なのか、少なくとも現在の公的医療保険でカバーされているものは全てこれに該当するのではないか等、いろいろな意見があると思われる。これについては、今後はより厳しい視点で「必要最低限の基礎的なもの」を特定していく必要があるものと考えられる。

その結果として、この「基礎的なものを上回る部分」については、民間医療保険を積極的に活用するなり、公的医療保険の運営において、加入者の別途の保険料負担を前提とした選択的な給付とする等の考え方（応能負担的な要素）を導入していくことが必要になってくるものと思われる。

なお、この際には、現在公的医療保険でカバーされているものを廃止してしまうことに対する抵抗感が強いことを勘案すれば、まずは重症度等の給付内容に応じた自己負担割合の段階的設定等を行っ

ていくことで、こうした考え方に対する国民的合意を徐々に形成していくことが必要になってくるものと思われる。

## (2)医療サービスに対するニーズの多様化

特に、価値観の多様化等に伴い、医療サービスに対するニーズや認識も今後一層多様化し、拡大していくことが考えられる。これらの全てに公的医療保険が一律に対応していくことには限界があることから、今後は加入者による給付やサービスの選択権を幅広く認めていくことが必要になってくるものと思われる。

このことは、個人単位でみても明らかなことであるが、さらに公的医療保険の保険者単位で考えても、地域や業種等によって、各保険者の加入員の共通するニーズ等が異なっていることも考えられる。さらには、医療供給の状況も地域毎に異なっていることから、それぞれの保険者に適した形で給付やサービスが行われていくことが望まれるものと思われる。

## (3)段階的な推進が必要

ただし、こうした対応については、一方で「所得等による医療格差」という課題指摘が行われることにもなることから、国民一般の理解を得つつ、段階的に推進していく必要があるものと考えられる。

公的医療保険制度の中で、この4月から「患者申出療養制度」が導入されることになるが、まずはこうした制度の定着を図りつつ、給付の選択肢を認める考え方を徐々に拡大していくことが望まれる。

なお、民間医療保険の補完・補足機能の拡充に向けては、実損填補型商品の提供の充実が求められることになるが、これに伴い必要となってくる健全性確保のための対応等については、4 | で述べることとする。

## 3 | 保険者機能の強化に向けた取組み

### (1)保険者の現状ードイツとの比較においてー

ドイツでは、過去においては、1,000以上の疾病金庫が存在していたが、その後疾病金庫の合併等が相次いで、2016年1月1日時点では、その数が118まで減少していることを「ドイツの医療保険制度(1)」において述べた。

さらに、現在の疾病金庫の収支管理においては、入口での保険料が基本的には統一されており、出口の給付支払価格である診療報酬について、基本的には統一された価格がある中で、一定程度保険医や製薬企業との価格交渉権もあり、これを通じた費用削減を図っていくために、さらなる疾病金庫合併に向けたインセンティブが働いている、ことを述べた。

これらは、加入者に保険者選択の権利が与えられていることにより、疾病金庫間の競争が行われていることがその大きな要因となっている。

一方で、日本の現状を考えた場合、平成25年3月末時点で、市町村等を母体とする「国民健康保険」1,881、組合健保と呼ばれる大企業の被用者を対象とした「組合管掌健康保険」1,431、さらに、中小企業の被用者を対象として、都道府県単位での財政運営が行われる「全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)」と公務員及び私立学校教職員を対象とする85の「共済組合」が存在している。加えて、都道府県単位で47の「後期高齢者医療広域連合」が存在する等、国全体としては3,000以

上の保険者が存在している状況にある。

どの制度・どの保険者に加入していても、ほぼ同様の医療サービスを受けられる4形になっているが、加入者が支払う保険料は、どの保険者に加入しているのかによって大きく異なっている。これに対して、被保険者は、基本的には自らが加入する保険者を選択することはできない仕組みになっている。これらのドイツと日本における保険者の比較を行ったものが、次の図表である。

### ドイツと日本の保険者の比較

	ドイツ	日本
保険者数	118(2016年1月1日時点)	3,000以上
財源	保険料を財源とする(健康基金からの)交付金 公費(連邦補助金)	保険料、公費 財政調整(交付金)
保険料	全国、全保険者統一保険料率 (14.6%) 各保険者毎の追加保険料率	保険者毎に保険料率が異なる
給付・サービス	選択タリフの提供で、被保険者による給付選択有	基本的に同一 (2016年4月から患者申出診療 制度導入)
公費負担	保険になじまない給付に対応	給付費の定率等
財政調整	リスク構造調整(年齢・性・健康度等の被保険者のリスクを反映)	高齢者対応分を高齢者の加入率や加入者数等に基づいて負担
保険者の選択	自由	原則、できない

## (2)保険者間の財政調整の拡大

### (2-1)現在の日本における財政運営の仕組み

日本における財政運営については、基本的には保険者毎に独立して行われている。ただし、国民全体の負担の公平性を確保する観点等から、多額の公費負担に加えて、制度間や保険者間での財政調整が行われている。具体的には、①公費は、給付費の定率等で算出され、②高齢の加入者に対応する制度間調整(後期高齢者支援金、前期高齢者支援金等)は、加入率、加入者数等に基づいて行われており、さらには、③保険者間でも一定程度加入者のリスク構造を反映した財政調整が行われるケースも存在している<sup>5</sup>。なお、日本は、国民全体を対象とした公的医療保険制度を有している先進国の中で、高齢者のみを対象とした制度を有している唯一の国<sup>6</sup>であり、さらには退職した被用者が別の制度に移転していくという仕組み上、特殊な制度間財政調整等が必然的に求められる制度となっている。

### (2-2)今後の改正の方向性—保険者間の財政調整の仕組みの拡大及び透明性の向上—

ただし、現在の仕組みでは、給付と負担の関係が明確でなく、各保険者にとっては、各種の財政調整等を行った後にも、引き続き存在している実質的な保険料率や財政状況の格差を埋めるべく効率的な運営に努めるインセンティブ等が、十分には働きにくい状況になっている。

<sup>4</sup> 被用者保険の場合には、傷病手当金や出産手当金等の現金給付が行われるが、国民健康保険や公庫高齢者医療制度では任意給付として、行われていない等の若干の差異は存在している。

<sup>5</sup> 例えば、協会けんぽの場合には、都道府県単位の財政運営を基本とし、保険料率も各地域の医療費を反映した保険料率を協会が設定しているが、この際に都道府県毎の年齢調整や所得調整も行われており、結果的に地域の医療格差のみが保険料率に反映される形になっている等、一部リスク構造調整的な考え方も導入されている。

<sup>6</sup> 米国の公的医療保険には、高齢者向けのメディケアと低所得者向けのメディケイドがあり、オバマケアにより、皆保険を実現した形になっているが、依然として民間医療保険が主体である。

こうした中で、医療保険の一本化や一元化を志向して、同一制度における保険者間の「プール制」による財政調整を行う仕組み等についても、過去から議論が行われてきているが、「保険者の自主性の喪失、経営努力への影響」等を理由に、なかなか実現が困難な課題として認識されてきている状況にある。それでも、協会けんぽの発足等により、後期高齢者医療制度同様に、都道府県単位での被用者保険の財政運営が行われるようになる等の改革も行われてきている。

ただし、現在の保険者単位での財政運営に限界がきているのも事実であり、今後日本において、高齢化や人口減少社会が進展していく中では、さらなる踏み込んだ対応が必要になってくることは避けられないものと考えられる。即ち、今後も、安定的な公的医療保険制度を維持していくためには、実質的に保険者の財政面での統合等がさらに進んでいくことが一定程度避けられず、この場合には、ドイツで行われているような、統一保険料率の採用やリスク構造調整といった仕組みの導入が(まずは、一定の保険者グループ内で)必要になってくるものと考えられる。

### (2-3)改正に向けた課題等－保険者間の特性の考慮の必要性－

なお、国民健康保険のうちの市町村国保については、平成 30 年度から、都道府県が財政運営の責任主体となることになる。こうした対応により、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等で制度を安定化することを目指していくこととなっている。

これに対して、組合管掌健康保険においては、業種等によって、加入員の年齢・性別構成、所得水準等は大きく異なっており、これを各保険者の努力だけでカバーしようとしても限界があり、どうしても保険料率の格差が生じてしまう。組合管掌健康保険の各保険者の被保険者集団としての特性を考えた場合、これらの財政運営を完全に統合することは難しく、また適当とは思われないが、今後は何らかの対応が必要になってくるものと思われる。

いずれにしても、給付やサービスに大きな差異がないとすれば、公的医療保険制度の中での公平性や公正性の問題を解決するために、保険者間で(現行の財政調整に加えて)さらなるリスク調整を行うことで、国民全体の負担の公平性をより一層高めていくことも必要になってくるものと考えられる。

### (3)被保険者による保険者選択権の付与について

なお、保険者の意識をさらに高めていくために、何らかの形で、収支の改善に向けた競争を促進する仕組みを導入していく観点から、ドイツで行われているような、被保険者による保険者選択権を幅広く認めていく<sup>7</sup>こともアイデアとしては考えられる。

ただし、例えば、組合管掌健康保険については、(企業及び企業グループの構成員以外の加入者を認めない)閉鎖型であるからこそ、母体企業との関係が強く、財政面の安定性や加入員の帰属意識の高さからくる効率化に向けてのインセンティブが働きやすい、という点を考慮しておく必要がある。加えて、今後各保険者による疾病予防等の健康管理の推進による医療費削減を目指していくのであれば、各保険者がカバーしている被保険者の特性に応じた対応を求めていくことがより良い結果を生むことにつながるものと思われる。

<sup>7</sup> 現在も、国民健康保険では、加入資格によっては、複数の組合からの選択が認められる場合もあるが、むしろ公平性等の観点から問題視されるケースが多いようである。さらには、罹患率等を反映したリスク構造調整が行われていないことから、財政安定化のために、慢性疾患の被保険者等に対する保険者による加入者選別等も問題になっているケースも発生しているようである。

さらには、国民健康保険と組合管掌健康保険等との制度間の差異等の日本独自の保険者制度の仕組みを考慮すれば、日本において、被保険者に幅広く保険者選択権を認めていくことは、適切ではないものと考えられる。

#### (4)データベースの充実・分析を通じた収支管理の向上

先に述べたリスク構造調整等を通じて、各保険者間のリスク負担の公平性を進めていく場合には、各保険者における被保険者の健康管理等を通じた収支管理を向上させていくために、データベースのより一層の充実やこうしたデータを利用した分析が行えるようなインフラを構築していくことが重要になってくるものと思われる。その意味でも、医療番号制度等を通じた医療のIT化をさらに進めていくことが喫緊の課題になっているといえる。

### 4 | 民間医療保険における健全性確保の仕組み

今後、日本においても、民間医療保険のより一層の活用を図っていくことが望まれるが、その場合には、従来の定額給付だけではなく、実損填補での給付方式による商品をより一層普及させていくことが重要になってくるものと思われる。

この際、ドイツの民間医療保険のように、実損填補の医療費用保険を終身等の長期間保障で提供していくことが求められてくることも考えられる。ただし、この場合には、将来の保険事故発生率等の不確実性に備えた仕組みの構築が極めて重要になってくる。

現在の枠組みの中で、各種の将来収支分析やストレステストの充実を図り、対応していくことも考えられるが、仮に、ドイツの民間医療保険における仕組みを参考にすれば、具体的には以下の案を検討していくことも考えられる。

#### (1)保険料調整権の付与

まずは、民間医療保険会社に対する保険料調整権の付与は必須であると考えられる。現在の定額給付方式の民間医療保険においても、基礎率変更権の付与が認められているが、その適用条件等はかなり厳しいものとなっている。実損填補方式で、公的医療保険制度の代替的性格を有する医療費用保険においては、将来の不確実性はさらに高いことから、将来の保険料調整の可能性は高く、その適用のための要件緩和も必要になってくるものと思われる。

この場合には、ドイツの法令で規定されているような「毎年の保険料調整の必要性を検討するルール」等も明確にして、必要な場合には確実に保険料調整が実施できる仕組みとしておくことが重要になってくるものと考えられる。

#### (2)保険料への外枠での一定率の上乗せ等による将来の保険料調整財源の明示的確保

「将来の保険料の調整（引き上げ）に備えるために、現在の保険料に10%の割増を行い、その部分は、老齢化積立金（責任準備金）への積立を強制する」とのドイツ独自の仕組みは、日本においても一定程度参考になるものと思われる。あくまでも、明示的に契約者群団の持分として管理し、通常の老齢化積立金とは区分して管理されるものであり、最終的な契約者群団への帰属も法令等で明確にしていくこと等の対応が必要になってくる。

ただし、日本で導入する場合には、一定率の上乗せ方式の妥当性の検証等、適切な制度設計を合理

的な考え方に基づいて行っていく必要があり、契約者への説明等の観点からも、問題のない方式や水準等に設定していく必要がある。

こうした制度の導入の検討は、保険会社の健全性の確保という観点からだけではなく、将来の高齢者の保険料調整をできる限り回避して、契約者への適正な保障を確実に提供していくという観点からも重要な意味を有している。

### (3) 毎年の剰余の準備金への留保

医療保険事業からの毎年の剰余については、その一定割合は、将来の保険料調整に備えるための財源として、ドイツにおける RfB と呼ばれる準備金のような、特別の準備金に留保する仕組みの導入が適切と考えられる。この部分については、いわゆる将来の損失に備えるための準備金として、資本として見なすことができるものであるが、一方でその使用目的を原則保険料調整財源という形で限定することで、保険負債の一部を構成する形としていくこと等が考えられる。

### (4) 巨額医療費用支払リスクのためのプールの設定

慢性疾患等については、高額の治療費用が長期にわたってかかる場合もある。こうした慢性疾患等に対する一生涯の保障を民間医療保険会社が提供していくためには、これらの保障提供によって、経営の健全性や安定性が損なわれることがないように、民間医療保険会社全体で保障を行う「リスクプール」を構成すること等も検討課題になってくるものと考えられる。ただし、あくまでも、一部の高度のリスクに限定していくことが望まれる。

ドイツは、民間医療保険へのこうした独自の仕組みを導入しつつ、生命保険と同様の将来収支分析やストレステストも実施して、健全性を確認する制度となっている。日本の民間医療保険会社において、実損填補型商品を長期間保障で提供していく場合には、健全性を確保しつつ、顧客ニーズにもより柔軟な形で対応した商品を提供できるように、このような新たな仕組みを導入することも、今後検討していく必要があるものと考えられる。

なお、併せて、民間医療保険会社に商品開発を促していくためには、現行あるいは3 | (4)の方策等によって得られる各種のデータベースの民間利用をより一層拡大させていくことが必要になってくるものと思われる。

## 5—まとめ

これまでの3回のレポートを通じて、ドイツの医療保険制度の全体像を概観する中で、公的医療保険及び民間医療保険の現状及びそれらが抱えている課題等について述べてきた。さらには、これらを通じて、日本における医療保険制度を考えていく上での示唆についても考察してきた。

ドイツの医療保険制度には、今後の日本の医療保険制度を考えていく上において、①選択タリフの導入による被保険者の給付の選択肢の提供や、②リスク構造調整を前提にした統一保険料率の導入による公平性の確保、といった大変参考になるものがある。と同時に、一方で、①民間医療保険に公的医療保険の一部代替機能を持たせることや、②被保険者に対して保険者の選択権を付与すること、に伴う課題等の教訓となるものも明らかになっている、と考えられる。

国全体の医療費財源が限られている中で、いかに効率的に医療の質とサービスの向上を図っていくのかは、それぞれの国が置かれている状況を踏まえて、考えていかなければならないものである。その中では、公的医療保険制度においても、公的保険としての性格を維持しつつ、民間医療保険の考え方等も導入する中で、効率的な運営を目指していくことがより一層重要になってきている、といえる。さらには、民間医療保険のより一層の活用を通じて、国民の多様な医療ニーズに応えていくことが重要になってきているといえる。

ドイツにおける医療保険制度の動向及びそうしたドイツを含めた諸外国の動向も踏まえた日本の医療保険制度改革のあり方を巡る議論の動向については、今後も引き続き注視していくこととしたい。

以上

### 【参考文献・資料】

Quality-improving, assuring, publishing Annual Report 2014 GKV Spitzenverband  
Financial report for private healthcare insurance 2014

Verband der Privaten Krankenversicherung

Daten des Gesundheitswesens 2015

Bundesministerium für Gesundheit

ドイツ医療関連データ集【2014年版】 ドイツ医療保障制度に関する研究会編 医療経済研究機構  
医療制度における公的保険と民間保険の役割 財務総合政策研究所

医療保険の公私関係ードイツにおける変化と今後の方向ー 松本勝明

フィナンシャル・レビュー 平成24年(2012年)第4号(通巻第111号)

ドイツの医療保険制度改革追跡調査 報告書 平成21年6月 健康保険組合連合会

世界の医療保障 第2章 ドイツ 水島郁子 法律文化社

民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴

ー公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するシステムー

小林 篤 損保ジャパン日本興亜総研レポート

ドイツの医療保険について

青山麻里 生命保険経営第76巻第6号(平成20年11月)

医療制度の国際比較 第1章 ドイツの医療制度 菅和志 加藤千鶴

財務省財務総合政策研究所／2010.4

公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較ー公私財源の役割分担とその機能ー

河口洋行 成城・経済研究 第196号(2012年3月)

ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容

土田武史 早稲田商学第428号 2011年3月