

基礎研 レポート

ドイツの医療保険制度(2)

—公的医療保険の保険者との競争環境下にある
民間医療保険及び民間医療保険会社の状況—

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

1—はじめに

前回のレポートでは、ドイツの医療保険制度全体の特徴と仕組みを述べた後に、公的医療保険制度の現状について報告した。その中で述べたように、ドイツにおいては、民間医療保険が公的医療保険の一部を代替し、公的医療保険に加入義務の無い人は、民間医療保険との加入選択権が与えられている。これを受けて、民間医療保険会社も、公的保険を代替する実損填補の医療保険を終身保障で提供しており、これに対応して健全性を確保するための特別な仕組みも導入されている。

今回のレポートでは、こうした民間医療保険及び民間医療保険会社の状況について、報告する¹⁾。

2—民間医療保険の概要

この章においては、公的医療保険の一部代替機能と補完的な役割を果たしているドイツの民間医療保険の概要を説明する。

1 | 民間医療保険の位置付け

公的医療保険の加入者でないものは、民間の医療保険会社と医療保険の契約を締結することが義務付けられる。

このような公的医療保険に代わる民間医療保険を「**完全医療保険**（Krankenvollversicherung）」（公的介護保険に代わる民間介護保険を含めて「**代替医療保険**（substitutive Krankenversicherung）」²⁾）と称している。

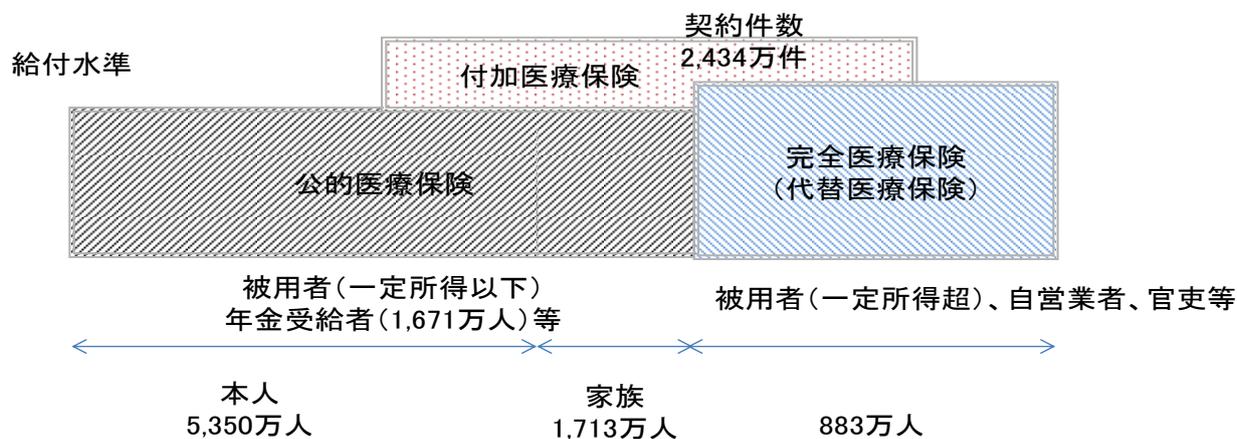
¹⁾ このレポートにおいては、ドイツ保険協会（GDV）の「Statistical Yearbook of German Insurance 2015」及び民間医療保険連盟（PKV）の「Financial report for private healthcare insurance 2014」からの数値を多く使用しているが、両者の数値は必ずしもベースが同じにはなっていない。なお、PKVをデータ・ソースとするGDVの資料についても、GDVの資料に基づくとしている。

²⁾ 「代替医療保険（substitutive Krankenversicherung）とは、社会保障の医療もしくは介護保険において、その全部もしくは一部を代替することができるものである。」（保険監督法（VAG）§146）と規定されている。これによれば、完全医療保険、（完全医療保険とセットで加入が義務付けられる）長期介護保険、傷病給付金保険のことを指す、ものと考えられる。ただし、以下では、民間医療保険連盟の説明に従って、代替医療保険という場合には、完全医療保険と長期介護保険を指

民間の医療保険会社は、こうした公的医療保険（及び公的介護保険）を代替する代替医療保険に加えて、治療費用（及び介護に関わる費用）のうち公的医療保険ではカバーされない費用等を補填する「付加医療保険（Krankenzusatzversicherung）」を提供している。

この関係のイメージを示したものが、次の図表の通りとなる。

公的医療保険と民間医療保険の関係(イメージ図)



(※)筆者作成(数字は2014年末ベース)

このように、民間医療保険は、代替医療保険の提供を通じて、その代替機能において、全国民の1割強の被保険者をカバーするとともに、付加医療保険の提供を通じて、公的医療保険の加入者を含めて、幅広い国民に対して、公的医療保険の補完・補足機能を果たしている。

2 | 加入者（被保険者）

代替医療保険の加入者となるのは、一定の基準所得を超える収入がある被用者、自営業者や官吏等である。公的医療保険への加入義務がなくかつ公的医療保険への任意加入が可能な者は、公的医療保険への加入と代替医療保険への加入を選択できる。

3 | 保険者

代替医療保険は、民間の医療保険会社によって提供される。代替医療保険を提供する保険会社については、医療保険引受けの免許が必要となり、生命保険や損害保険とは異なる様々な規制が課されている。通常、保険グループの中に専門の医療保険会社が存在する形になっている。

民間医療保険連盟（Verband der Privaten Krankenversicherung）には、2014年度末で49社が加盟している。これらの会社は、ドイツの保険監督当局であるBaFin又は地域の監督当局によって認可を受けている。

4 | 民間医療保険の種類（給付内容）³

し、傷病給付金は、付加医療保険の中に含めている。さらに、本来的には、公的医療保険に対応するものは完全医療保険であり、公的医療保険と公的介護保険に対応するものが代替医療保険ということになるが、ここでは公的介護保険の代替機能を含む「代替医療保険」について記載している。

³ 以下の保険商品の区分等は、民間医療保険連盟の資料に基づくものである。民間医療保険については、（公的医療保険とは

4-1. 代替医療保険

各医療保険会社が公的医療保険と同様な保障範囲をカバーする様々な商品を販売している。一般的には、代替医療保険による給付内容や水準等は、公的医療保険が提供する法定給付等よりも充実したものとなっている。

(1)完全医療保険

代替医療保険のうちの完全医療保険は、公的医療保険と同様の医療費用保険である。完全医療保険は、終身保障で、保険料も終身払込である⁴。

(2)長期介護保険

公的介護保険でカバーされるのと同様の保障内容の商品である。

4-2. 付加医療保険

(1)公的医療保障に対する付加的な給付 (Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz : forms of insurance that are additional to GKV protection) (以下、「公的医療付加保険」とする)

基本的な保障水準を増加又は改善させる。主として、公的医療保険制度の加入者に適用される。その種類としては、以下のようなものがある。

①外来付加保険(Ambulante Tarife : Outpatient tariffs)

薬剤・眼鏡・補聴器・検診の補助、開業医 (GP) 手術費用補償等の公的医療保険では負担されない部分について、その一定割合又は一定額を補償する。

②病院付加保険(Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus : Tariffs for elective hospital services)

公的医療保険で入院する場合には、通常、多床室で病院の勤務医による診察を受けるが、この保険では、1人部屋又は2人部屋に入院した場合の差額や医長による診察費用等を補償する。

③歯科治療保険(Zahntarife : Dental care tariffs)

歯科補綴 (時には、歯科治療、インレー、歯科矯正も含まれる) において発生する費用の一定率を、一定の上限の範囲内で補償する。

(2)傷病給付金保険 (Krankentagegeldversicherung : Per diem sick pay)

疾病・事故による就業不能に伴う所得喪失について、公的医療保険の傷病手当金で保障されない部分を補償する。ただし、保障額は、公的医療保険からの給付と併せて、正味所得を超えてはならない。

(3)疾病給付金保険 (Krankenhaustagegeldversicherung : Hospital per diem sick pay)

病院に入院した場合に、定められた1日あたりの定額を支払う。入院中の各種費用 (公的医療保険の一部負担金支払い、入院中の家事援助者にかかる費用等) を補填することを想定しているが、給付の用途についての制限はない。

(4)長期介護付加保険 (Pflegezusatzversicherung : Additional long-term care insurance)

介護が必要な被保険者に対して、①実際のコストに関わらず、定額を支払うケース、②実際のコス

異なり) 介護保険も含めて記載している。

⁴ この点、英国のような他の国において、医療保険が短期契約が中心であるのとは、状況は大きく異なっている。

トの一定割合を補償するケース、の2つがある。

4-3. 特殊保険

(1)海外旅行医療保険 (Foreign travel healthcare insurance)

私用・業務目的を問わず、海外旅行中の医療事故を保障

(2)特定目的

眼鏡コスト等の特定のリスクを保障

(3)国家医療再保険

公的医療保険を提供する雇用者が被用者の疾病保障に必要なコストをカバーするための保険

(4)残余債務及び賃金・給料継続支払保険

ローン等の返済時における所得低下や病気によるコスト増加に対して、毎月の分割支払の継続を保障 (残余債務保険) したり、雇用者に対して、被用者の病気による7週間の賃金・給料の継続支払いを保障 (賃金・給料継続支払保険)

5 | 保険料

民間医療保険の保険料は、給付に応じた負担が求められる「**応益負担**」となっている。被保険者の年齢・性別、健康状態等の実際の給付に影響を与える要素が保険料に関係しており、リスクに応じた保険料を支払うことになる。公的医療保険とは異なり、個人単位での保険料負担となるため、本人以外の家族が加入する場合には、家族被保険者に対応する保険料も支払わなければならない。

なお、代替医療保険に被用者が加入した場合、公的医療保険に加入していたとした場合の負担相当額を、雇用者は拠出することができる。通常は、雇用者支援の民間医療保険の契約が締結され、公的医療保険と同様に、雇用者と被用者が保険料を折半する形になっている。

6 | 民間医療保険の普及状況

(1)被保険者数

民間医療保険連盟の統計に基づく、2014年度末において、完全医療保険の被保険者数は883万人、介護保険の被保険者数は947万人、付加医療保険の契約数⁵は2,434万件となっている。

さらに、付加医療保険に関する契約の内訳をみると、外来付加保険が773万件、病院付加保険が587万件、歯科治療保険が1,441万件、疾病給付金保険が358万件となっている。

代替医療保険の被保険者数(2014年度末)

	完全医療保険	長期介護保険
被保険者数(万人)	883	947

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

付加医療保険の契約数(2014年度末)

	外来付加保険	病院付加保険	歯科治療保険	傷病給付金保険	合計
契約件数(万件)	773	587	1,441	358	2,434

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

過去からの被保険者数の増加率の推移をみると、完全医療保険及び付加医療保険ともに、その増加率が顕著に低下してきている。完全医療保険については、ここ3年間、被保険者数が減少している。

⁵ 1人の被保険者が複数の契約に加入している場合、複数カウントされる。

一方で、付加医療保険については、引き続き完全医療保険を上回る増加率で推移しているが、ここ数年間の増加率は2%台となっている。

民間医療保険の被保険者数の増加率

(単位: %)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
完全医療保険	1.83	1.38	1.57	0.71	1.04	2.06	0.96	0.91	▲ 0.22	▲ 0.74	▲ 0.63
付加医療保険	9.84	7.48	9.30	7.45	6.40	2.38	2.41	2.41	2.56	2.04	1.87
合計	6.99	5.40	6.76	5.34	4.80	2.29	1.99	1.98	1.77	1.26	1.20

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

(2)収入保険料

収入保険料は36,323百万ユーロ、うち代替医療保険が27,788百万ユーロ(完全医療保険が25,775百万ユーロ、介護保険が2,013百万ユーロ)、付加医療保険が7,766百万ユーロとなっている。このように、代替医療保険からの保険料が全体の7割以上を占めている。

なお、この民間医療保険の収入保険料水準は、公的医療保険の収入保険料 約1,930億ユーロの2割弱に相当している。

民間医療保険の収入保険料(商品別内訳)

(単位: 百万ユーロ)

	代替医療保険			付加医療保険	特殊保険	合計
	完全医療保険	長期介護保険				
保険料(2014年度)	27,788	25,775	2,013	7,766	768	36,323
(構成比)	(76.5%)	(71.0%)	(5.5%)	(21.4%)	(2.1%)	(100.0%)

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

2014年度の収入保険料は、対前年0.7%増加しているが、この増加率はここ5年間毎年低下してきている。この理由としては、2012年から、過去において批判が増加していた導入的タリフ(Einsteigertarifen: Starter tariffs)⁶の販売推進を止めたことによるもの、と説明されている。

民間医療保険の収入保険料の推移

(単位: 百万ユーロ)

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
保険料	33,270	34,667	35,628	35,924	36,185
(進展率)	(5.7%)	(4.2%)	(2.8%)	(0.8%)	(0.7%)

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。

商品別では、公的医療保険に対する付加的な給付を提供する公的医療付加保険や長期介護付加保険が他の商品に比べて、相対的に高い進展率を示している。

民間医療保険-収入保険料の商品別内訳の推移-

(単位: 百万ユーロ)

	1990年	2000年	2010年	2014年	保険料年平均進展率		
					1990-2000	2000-2010	2010-2014
①医療保険会社全体	9,546	20,712	33,270	36,185	8.1%	4.9%	2.1%
代替医療保険	6,435	15,729	26,168	27,815	9.3%	5.2%	1.5%
完全医療保険	6,435	13,722	24,072	25,805	7.9%	5.8%	1.8%
長期介護保険	-	2,009	2,096	2,010	9.9%	0.4%	▲1.0%
付加医療保険	3,111	4,532	6,407	7,530	3.8%	3.5%	4.1%
公的医療付加保険	1,619	2,858	4,338	5,115	5.8%	4.3%	4.2%
傷病給付金保険	725	896	1,019	1,130	2.1%	1.3%	2.6%
疾病給付金保険	767	778	611	530	0.1%	▲2.4%	▲3.5%
長期介護付加保険	-	-	439	755	-	20.9%	14.5%
特殊保険	-	449	696	705	6.9%	4.5%	0.3%
②保険会社全体	69,888	131,335	178,844	192,439	6.5%	3.1%	1.8%
③医療保険会社分の比率(①/②)	13.7%	15.8%	18.6%	18.8%	-	-	-

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づいて、民間医療保険連盟の分類に再構成(筆者作成)。2014年は暫定値のため、縦の合計値は一致していない。

⁶ 限定された給付水準で、低い保険料水準からスタートして、その後保険料が増加していく商品

なお、医療保険の収入保険料は、生命保険・損害保険を含めた保険会社全体の収入保険料 192,439 百万ユーロの 2 割弱に相当しているが、ここ四半世紀で、この比率は徐々に増加してきており、医療保険に対するニーズの高まりを反映している。

(3)普及率

一人当たりの保険料及び対 GDP 保険料比率で見た医療保険の普及率(2013 年度)でみると、①保険密度を示す1人当たりの保険料は447 ユーロで、欧州の中で、オランダの 2,466 ユーロ、スイスの 982 ユーロに次いで、第 3 位、②普及率を示す対 GDP 保険料比率で、オランダの 6.9%、スイスの 1.6%等に次いで、1.25%で第 4 位、となっている。

医療保険の普及率等は、公的医療保険制度との役割分担が大きく影響しており、民間医療保険に大きく依存しているオランダやスイスが高いものとなっているが、ドイツもこれらに次ぐ国となっている。

民間医療保険－普及率の推移－ (単位:ユーロ)

	2000年	2010年	2013年
一人当たりの保険料	252	407	447
対GDP保険料比率	0.98%	1.29%	1.25%

(※)Insurance Europeの資料に基づく。

(4)給付額

高齢化積立金（民間生命保険の責任準備金に相当）への繰入額を含む総給付額の推移とそのうちの給付額の保険商品別内訳は、以下の通りとなっている。

保険種類別では、医療費用保険（完全医療保険等）が全体の 9 割程度を占めており、給付タイプ別では、通院給付のウェイトが高いが、近年歯科治療給付額の増加率が高くなっている。

民間医療保険－給付額の内訳－ (単位:百万ユーロ)

	1990年	2000年	2010年	2013年	年平均進展率		
					1990-2000	2000-2010	2010-2013
総給付額	9,504	24,087	38,612	41,602	9.7%	4.8%	2.5%
給付額	7,325	13,815	22,171	24,309	6.6%	4.7%	3.1%
保険料返還	584	2,861	3,760	4,898	17.2%	2.8%	9.2%
高齢化積立金繰入	1,595	7,410	12,681	12,396	16.6%	5.5%	▲0.7%

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。

民間医療保険－給付額の内訳(保険商品別)－ (単位:百万ユーロ)

	2000年	2010年	2013年	年平均進展率	
				2000-2010	2010-2013
給付額	13,614	21,915	24,256	4.9%	3.4%
医療費用保険	11,912	19,196	21,276	4.9%	3.5%
傷病給付金保険	-	840	883	-	1.7%
疾病給付金保険	-	504	494	-	▲0.7%
長期介護保険	471	698	857	4.0%	7.1%

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。

民間医療保険－給付額の内訳(給付タイプ別)－ (単位:百万ユーロ)

	2000年	2010年	2013年	年平均進展率	
				2000-2010	2010-2013
給付額合計	13,143	21,216	23,399	4.9%	3.3%
通院給付	5,265	9,556	10,438	6.1%	3.0%
入院給付	4,662	6,425	6,991	3.3%	2.9%
歯科治療	1,852	3,214	3,846	5.7%	6.2%
その他	1,363	2,019	2,123	4.0%	1.7%

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。

7 | 民間医療保険の給付の仕組み

民間医療保険の給付は、公的医療保険とは異なり、加入者は、病院、診療所、薬局の請求に対して、まず自費で支払い、その後支払額に応じて、その全額又は予め定められた割合の給付額の支払いを受ける形で行われる。この場合の医師の診療報酬は、公的医療保険の場合の統一評価基準（EBM）とは異なり、「医師報酬協定（GOA）」に基づき支払われる。一般的には、医師の診療報酬は、公的医療保険に比べて、代替医療保険の方が高くなる。

8 | 民間医療保険への加入形態

民間医療保険には、個人で又は団体を通じて、加入する。

大企業等は従業員に対して団体医療保険を提供している。関連団体や専門家団体もその会員に対して、団体医療保険を提供している。これらは、家族の保障も含まれる。団体保険の場合、保険料は個人保険に比べて、数%程度安くなる。待ち期間も免除されたり、契約時の査定も簡易なものとなる。

自営業者等は個人保険に加入する。

民間医療保険は、主として、会社専属エージェントによって販売されるが、近年はブローカーを通じて販売される。特に大企業や大団体向けの団体保険の場合には、ブローカーが中心となっている。

3—民間医療保険の収支構造

この章では、ドイツの民間医療保険会社の保険料率の設定や老齢化積立金の設定等の収支構造について報告する。

1 | 保険料率の設定

民間医療保険の保険料は、年齢、健康状態及び保険給付等に基づき定められる。2012年12月21日までは、性別も関係していたが、その後は男女同一料率となっている。ただし、実際の保険事故発生率等は男女間で明確な差異や特徴がある（男性は高齢になるほど女性に比した発生率の増加率が大きく、一方で女性は出産等の関係で若齢での発生率が高い）ため、各社の保険料率設定においては、加入員の男女別構成比等も考慮されている。

保険料は、平準保険料方式で徴収されるため、将来給付に必要となる原資が、保険料のうちから準備金として積み立てられる。いわゆる生命保険における責任準備金であるが、これを「**老齢化積立金**（Alterungsrückstellung : Ageing reserve 又は Superannuation accruals）」と称している。

後に述べる基本タリフの場合を除けば、健康状態を反映した割増保険料の設定、既往症の免責、謝絶等も認められる。

2 | 保険料率等の価格設定に関する規定

こうした医療保険の保険料や老齢化積立金の計算に関しては、保険監督法等の法令⁷に規定されているが、いくつかの点で、生命保険とは異なる方式が採用されている。

(1) 計算基礎率

⁷ ドイツ保険監督法第146条～第160条（VAG §146～§160）、計算命令（Kalkulationsverordnung : KalV）等

(1-1)割引率

医療保険においては、(生命保険と異なり)保険料計算と老齢化積立金評価のために同じ計算基礎が使用される。

老齢化積立金等を評価するための割引率の最高水準については、(生命保険の場合の 1.25%とは異なり) 3.5%と規定されている。ただし、実際の適用においては、殆どの医療保険会社は、2012年12月21日の男女同一料率の導入時に、2.75%の水準に引き下げている。

また、医療保険の保険料率算定用割引率の設定については、ACIRP(AUZ-Verfahren)と呼ばれる独自の方式が採用されている。これについては「**6-5 | ACIRP(AUZ-Verfahren)の結果**」で説明する。

(1-2)保険事故発生率

保険事故発生率である疾病罹患率や死亡率については、民間医療保険連盟が会員会社からの匿名ベースのデータを収集して、統計資料等を作成している。会員である各医療保険会社はこれらのデータやBaFinからの公的データ等に基づいて、保険料率設定等を行っている。

例えば、民間医療保険連盟は、加盟会員各社からの死亡率に関するデータに基づいて生命表も作成している。この生命表は毎年レビューが行われ、大きな変動が見られる場合には、新たな生命表が作成される。現在の最新の生命表である「PKV 2015」によれば、平均寿命は、男性が84.42歳、女性が87.66歳となっている。

(1-3)解約率

終身保障等で提供されるため、解約率の設定も重要な要素となるが、これについては各社毎に設定される。

(1-4)予定事業費

(1-1)から(1-3)の計算基礎率を用いて算出される純保険料に、医療保険事業を運営するための経費やコミッションに対応する経費が加味されて、営業保険料が決定される。

(2)代替医療保険の保険料の10%上乘せ⁸

医療費用を保障する代替医療保険については、65歳以降の保険料増加を緩和するための財源として、21歳から60歳まで、新契約費調整後の保険料(チルメル式営業保険料)の10%が上乘せして徴収され、これが老齢化積立金に積み立てられる。

3 | 保険料の調整

代替医療保険は、終身保障で提供されるが、一方で保険料は、契約時点に定められるため、将来の保険事故発生率の悪化等に、契約時点の保険料では十分に対応できない可能性が出てくる。

このような場合には、独立したトラスティ⁹の承認を条件に、保険料を調整する(引き上げる)ことができる。これには、将来の保険事故発生率の悪化による給付の増大だけでなく、平均寿命の進展や事業費の増大、さらには運用効率の低下による不足額の発生の場合も含まれている。

⁸ このスキームは2000年1月1日から導入されたが、既契約者は拒否することができ、同意した既契約者については2001年の2%からスタートして、毎年2%ずつ増加して、2005年以降に10%となる段階的な導入方式が採用された。

⁹ トラスティは、信頼があり、保険会社やその関連会社と雇用契約やその他のサービス契約を締結等しておらず、医療保険の保険料算出分野における十分な専門的な知識を有していなければならない。

なお、法令の規定により、医療保険会社は少なくとも年1回、現行の保険料と比較して、①給付実績による影響で、10%を超えて乖離している場合、又は②死亡率による影響で、5%を超えて乖離している場合、には保険料の調整を検討しなければならない。

昨今の長寿化や低金利環境の継続によって、今後高齢者の保険料の大幅な引き上げが必要になってくることが懸念されている。

4 | 剰余の還元及びその使用

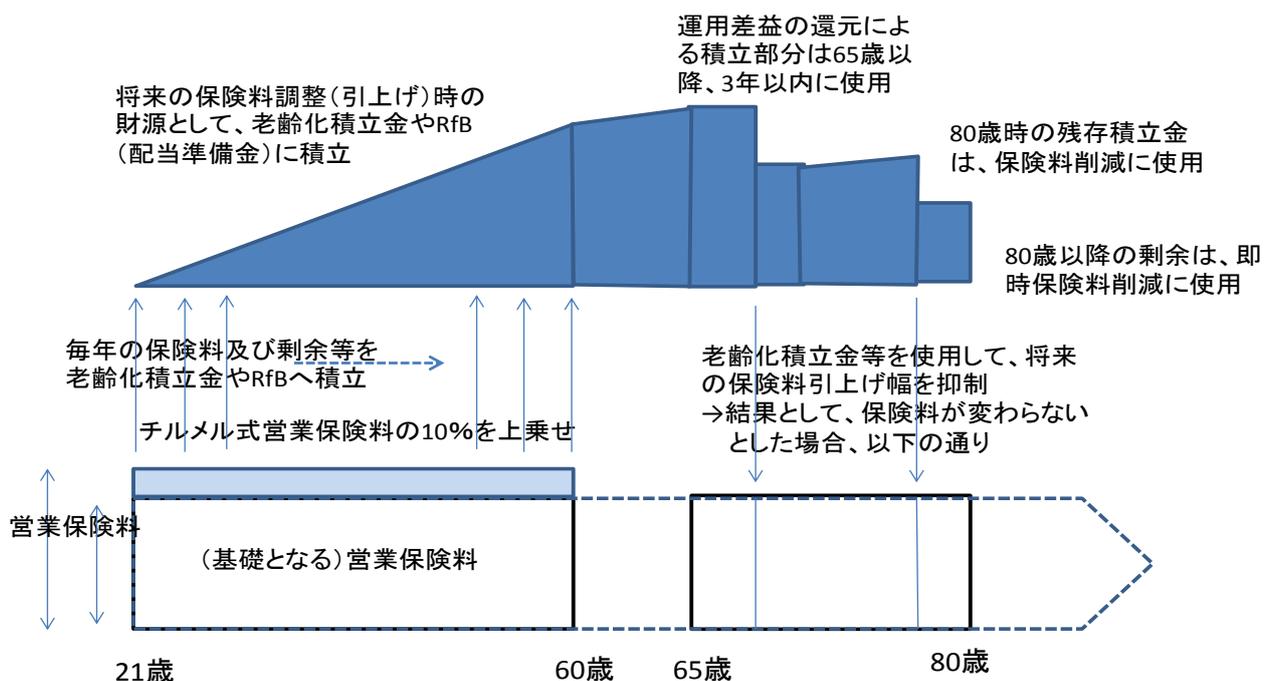
投資収益の90%から予定利息等を控除した額を超える部分が、被保険者に還元される。毎年の10%の超過保険料に対応する老齢化積立金からの剰余は、被保険者に全額還元される。これらは、配当準備金 RfB (Rückstellung für Beitragsrückerstattung : Provision for bonuses and rebates) に積み立てられる。残りの剰余は、2001年の50%からスタートして、毎年2%ずつ増加し、100%に達する割合が、老齢化積立金に積み立てられる。

これらの積立額は、65歳以降の保険料の上昇を緩和するための財源に使用される。80歳時点で未使用の金額は、保険料削減に使用される。その後の剰余は即時に保険料削減に使用される。

なお、投資収益の90%から予定利息等を控除した額を超える部分の還元分については、65歳以上の被保険者に対して、保険料の上昇の回避や上昇幅の緩和及び保険料の削減(ただし、契約時の保険料が限度)に3年以内に使用されなければならない。

民間医療保険連盟の資料によれば、2014年度の老齢化積立金への繰入額12,181百万ユーロのうち、保険料の10%割増による額が1,194百万ユーロ、RfBから保険料の上昇緩和等のために使用された財源が1,378百万ユーロ、毎年の剰余からの積立等による額が642百万ユーロ、残りの8,965百万ユーロが通常の保険料及び予定利息による増加分となっている。

保険料の10%上乘せスキーム等のイメージ図



4—2007年の公的医療保険競争強化法に基づく民間医療保険に対する規制

2007年の公的医療保険競争強化法に基づく改革においては、民間医療保険に対して、以下に述べるような改革が行われた。これらは、民間医療保険に公的医療保険の代替機能を持たせるためには、保険会社に対しても一定の制約や規制が必要になる、との考え方に立っている。

1 | 基本タリフの導入

2009年1月から、(代替医療保険を提供する)民間医療保険会社は、公的医療保険の給付サービスに相当する「**基本タリフ (Basistarif)**」¹⁰を提供しなければならなくなった。基本タリフは、加入時の年齢別に保険料が決定されるが、健康状態は加味されない。保険料水準は公的医療保険の平均最高保険料(2016年1月現在、月額665.29ユーロ)を上回ってはならない¹¹。これは、民間医療保険に加入していたが、保険料の未納等を理由に無保険者となってしまった人たちを、民間医療保険に再加入させることを意図している。

基本タリフでは、原則、公的医療保険に加入義務のない人を対象として、公的医療保険の種類・範囲・水準と同等以上の(公的医療保険に準ずる)給付を行うことを義務付けられている。

基本タリフは、民間医療保険連盟が保険監督法に基づいて設計している業界共通の統一料率商品である。基本タリフに基づく商品については、危険選択の禁止等に伴う保険リスクの均等化を図るために、保険監督法第154条の規定に基づいて、公的医療保険と同様に、保険会社間でリスク構造調整が行われる。

(参考) 危険選択の禁止

基本タリフにおいては、民間医療保険会社は、加入申込者の既契約が詐欺や故意の告知義務違反等で有効ではなくなっている場合以外は、加入申込みを却下できない。被保険者の健康状態を反映した割増保険料の徴収や既往症の免責(不担保)も禁止されている。基本タリフにおいても、保険会社は健康状態に関する質問を行うことはできるが、そのデータは、保険監督法に基づくリスク構造調整もしくは契約変更・移管等のためにのみ使用が許される。

なお、基本タリフの契約者は、付加医療保険(例えば、入院時の1人・2人部屋の選択可能、医長による診察等)の契約を締結することができるが、その付加医療保険については、健康状態に応じて、謝絶、割増保険料の徴収や既往症の免責(不担保)等を行うことはできる。

2 | 高齢化積立金のポータビリティの実現

民間医療保険会社は、高齢期の支払い増に備えて高齢化積立金を積み立てているが、これについては、加入者個々には管理されていないとの理由から、加入者が保険会社を変更する際等に、払戻を行っていなかった。このため、加入者にとって、保険会社を変更することは事実上困難な状況にあった。

しかし、2009年1月1日より、高齢化積立金を他の民間医療保険会社に移管できるようになり、加入者による保険会社間の移動が事実上可能となった。

¹⁰ なお、国民皆保険を実現するための第1段階の措置として、2007年7月からは、「標準タリフ (Standardtarif)」の提供が義務付けられていたが、第2段階の措置として「基本タリフ (Basistarif)」が導入されることになった。

¹¹ 基本タリフは、60歳までの10%の保険料加算の対象商品であるが、この加算金額も含めて、公的医療保険の最高保険料を上回ってはならない。

なお、移管額は、基本タリフを基準として算出される老齢化積立金を上限とし、公平になるように、新契約費の調整が行われる。また、移管額を超える既存の老齢化積立金がある場合には、それをもって付加医療保険契約を締結することもできる。

3 | 基本タリフの導入及び老齢化積立金のポータビリティに対する民間医療保険会社の憲法異議申し立てとその結果

公的医療保険競争強化法によるこれらの改正に対して、民間医療保険会社等が、「基本タリフの提供義務は、基本権、特に職業選択の自由及び結社の自由を侵害しており、これを規定している公的医療保険競争強化法と保険契約法は憲法に違反している」等として、連邦憲法裁判所に憲法異議を申し立てた。しかし、連邦憲法裁判所は、2009年6月に、以下の趣旨の判決を行い、この憲法異議を棄却した。

- ・基本タリフが、民間医療保険会社の職業活動の権利行使を制限しているのは事実であるが、民間医療保険会社の今後の活動を妨げるほど深刻ではない、と考えられる。
- ・老齢化積立金の一部のポータビリティの付与は、民間医療保険会社の職業活動の自由を制限するものの、立法者の意図は、民間医療保険市場における競争促進にあり、憲法の趣旨を逸脱してはいないと考えられる。
- ・民間医療保険会社の懸念は理解できるが、立法当局は、基本タリフの保険料が給付をカバーできず、そのファイナンスのために他の医療保険の価格が高騰し、民間医療保険会社の将来のビジネスモデルが破壊されることになるとは想定していない。こうした想定が将来間違っているかもしれないという事態になった場合には、立法当局は、必要であればそれを修正する義務がある。

即ち、連邦憲法裁判所は、「基本タリフは合憲と判断でき、民間医療保険会社に基本タリフの提供義務があるとしつつ、立法当局には、基本タリフとその他医療保険のリスクや価格状況を注意深く見守り、場合によっては妥当な措置・修正を行う義務がある。」とした。

このように、民間医療保険会社の懸念は認めつつも、その立法目的と影響の度合いを考慮して、現段階では憲法に違反しているとはいえない、とした。このことは、また公共の利益に適う政策目的のためには、一定の範囲内で、民間の活動を制約することになる規制の制定を肯定した形になっている。

4 | 基本タリフの契約状況

基本タリフの2014年度の加入件数は、28,700件である。2009年の設立当初から、大幅に増加している状況にはない。従って、これまでのところ、民間医療保険会社が懸念するような状況には至っていない。

基本タリフへの加入状況

(単位: 件)

	2013年	2014年	増加率
合計	26,700	28,700	7.49%
修正標準タリフから	3,200	2,900	▲9.38%
無保険者	10,200	11,200	9.80%
公的医療保険から	500	500	0.00%
同一保険会社の他の契約から	11,400	12,600	10.53%
他の保険会社の他の契約から	900	1,000	11.11%
その他の新規加入者	500	500	0.00%

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

5—民間医療保険会社の状況

ここでは、これまで述べてきた仕組みの中で、民間医療保険会社がどのような状況にあるのかを報告する。

1 | 保険会社の状況

(1) 会社数

2013年度末で48（2014年度末は47）の民間医療保険会社が存在している。

民間医療保険—会社数の推移—

	1980年	1990年	2000年	2010年	2013年	2014年
医療保険会社数	51	55	55	48	48	47
(参考)保険会社数	809	729	659	582	560	548

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。なお、医療保険会社のうち、外資系は4社

(2) 会社形態

2013年度末の48社のうち、25社が株式会社で23社が相互保険組合¹²である。前者と後者の保険料ベースでの市場シェアはそれぞれ57.2%、42.8%となっている。

10年前との比較では、株式会社の数は減少し、相互保険組合の数は変化していないが、保険料では、株式会社が若干シェアを高めている。

民間医療保険—会社形態別—

	2003年度		2013年度	
	会社数	保険料シェア	会社数	保険料シェア
株式会社	31	55.4%	25	57.2%
相互保険組合	23	44.6%	23	47.8%

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。

(3) 会社のシェア（市場の集中度）

上位会社のシェアは、保険全体の場合に比べて高く、より集中度が進んだ市場となっている。

外資系会社のシェアは13.6%と、保険全体の場合の18.4%に比べると低い水準となっている。

民間医療保険—市場の集中度(2013年度収入保険料ベース)—

	上位5社	上位10社	上位15社	外資系
医療保険	53.00%	77.10%	90.12%	13.6%
(参考)保険全体	44.28%	63.94%	73.82%	18.4%

(※)ドイツ保険協会(GDV)の資料に基づく。

2 | 損害率・収益率

保険料に対する給付額の割合を示す「損害率 (Damage ratio)」は、事業年度によって変動はあるものの、ほぼ80%前後で安定的に推移している。

一方で、総収入に対する保険事業からの財務業績の割合を示す「保険事業による利益率 (Result ratio from insurance business activity)」については、ほぼ10%前後で推移してきたが、ここ数年は13%程度と若干上昇している。

その性格上、医療保険制度改正の影響を受ける可能性もかなりあるが、比較的安定的な損害率や収

¹² 英語の「mutual insurance association」の翻訳であるが、「共済組合」との翻訳も考えられる。

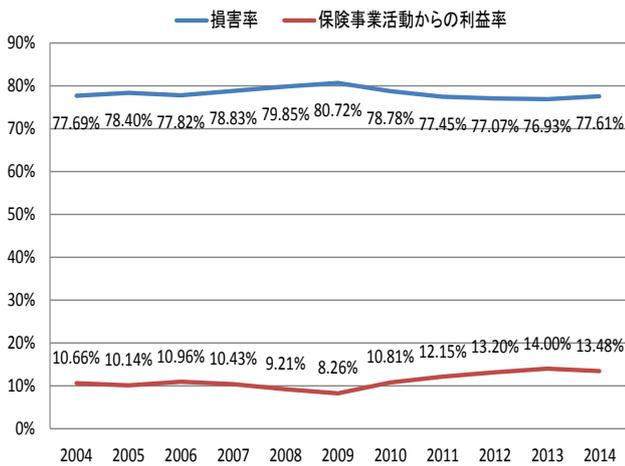
益率を上げてきている状況にあるといえる。

3 | 事業費率

事業費率を、新契約費率と維持費率で見た場合、新契約費率は低下傾向にある。維持費率もほぼ横ばいであるが、若干低下傾向にある。

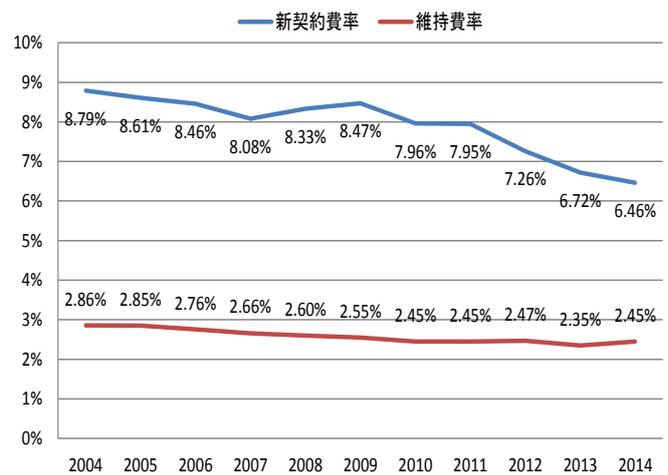
このように、民間医療保険会社は、事業費効率の改善化を図ってきている。

民間医療保険 損害率・利益率の状況



(※) 民間医療保険連盟のデータに基づく。

民間医療保険 事業費率の状況



(※) 民間医療保険連盟のデータに基づく。

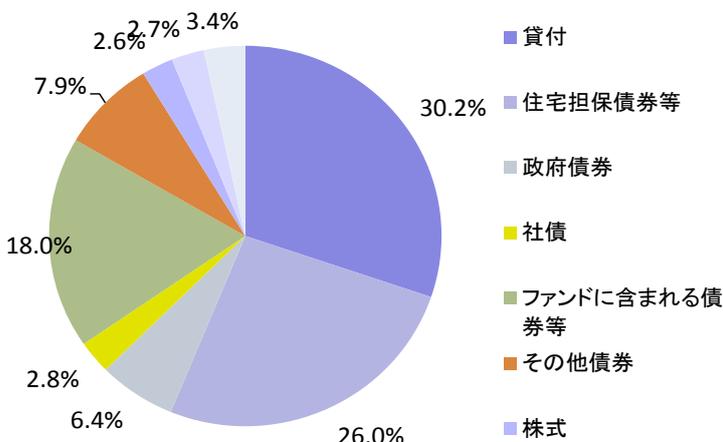
4 | 資産運用効率

(1) 資産構成比 (運用ポートフォリオ)

民間医療保険会社の総資産は、2014年度末で233.2十億ユーロとなっている。

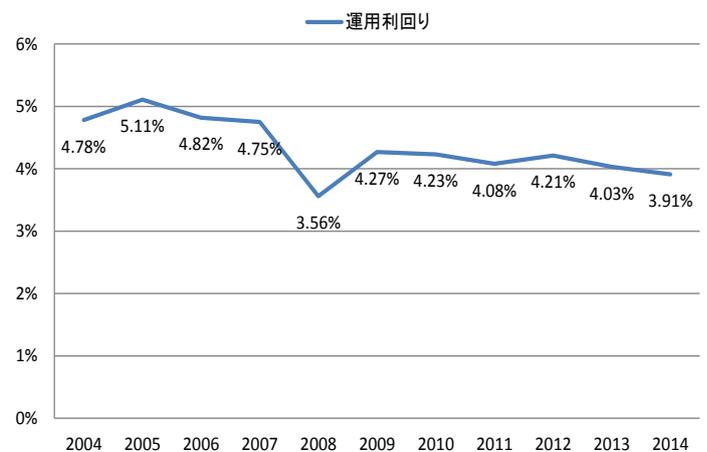
その資産の構成比は、貸付が30.2%、住宅担保債券等が26.0%で、その他の債券等を含めて8割以上が金利資産となっている。

医療保険会社の資産構成比(2014年度末)



(※) ドイツ保険協会 (GDV) のデータに基づく。

民間医療保険 運用利回りの状況



(※) 民間医療保険連盟のデータに基づく。

(2)運用利回り

昨今の金利低下を反映して、運用利回りは低下してきているが、それでも2014年度では3.91%となっており、最高予定利率の3.5%を上回っている。

6 民間医療保険会社の財務状況

この章では、BaFinのAnnual Report 2014等に基づいて、民間医療保険会社の財務状況及びその監視プロセスについて、報告する。

1 | 老齢化積立金の積立状況

民間医療保険連盟全社の総負債・資本237,949百万ユーロのうち、老齢化積立金が206,190百万ユーロで86.7%を占めている。

その他では、支払備金が6,223百万ユーロ(2.6%)、配当準備金が16,121百万ユーロ(6.8%)となっており、資本は6,094百万ユーロ(2.6%)となっている。

民間医療保険会社の総負債・資本構成(2014年度末)

	老齢化積立金	支払備金	配当準備金	資本	総負債・資本
金額(百万ユーロ) (構成比)	206,190 (86.7%)	6,223 (2.6%)	16,121 (6.8%)	6,094 (2.6%)	237,949 (100.0%)

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

このうち、老齢化積立金の積立額及びその給付額に対する比率の推移は、以下の通りとなっている。

高齢化を反映する形で、毎年比率が上昇してきている。2014年度末では、8.32年分の給付金支払額に相当する老齢化積立金が積み立てられている状況にある。

民間医療保険の老齢化積立金の積立状況の推移

(単位:百万ユーロ、%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
①老齢化積立金	93,812	103,371	113,433	123,645	134,379	145,324	158,005	169,427	181,616	194,011	206,193
②給付額	16,553	17,300	17,839	18,898	20,169	21,121	21,916	22,774	23,287	24,349	24,791
③ ①/②	5.67	5.98	6.36	6.54	6.66	6.88	7.21	7.44	7.80	7.97	8.32

(※)民間医療保険連盟の資料に基づく。

2 | ソルベンシー・マージン比率

BaFinのAnnual Report 2014によれば、全ての民間医療保険会社は、2014年12月31日時点のプロジェクトンに基づいて、ソルベンシー資本要件に準拠している。医療保険部門の目標ソルベンシー・マージン比率は、約280%であり、前年度に報告された258%より高くなることが想定されている。

これにより、医療保険部門は、良好なレベルの自己資本を持ち続けている、とされている。

3 | ストレストテスト

42の民間医療保険会社が2014年度のストレストテストに参加した。6つの民間医療保険会社はその投資リスクが低いことから、ストレストテストへの参加を求められなかった。

ストレストテストの結果、全ての民間医療保険会社は、大きな資産価額の損失や金利の上昇があっても、技術的準備金(老齢化積立金)や法定資本要件をカバーするのに十分な資産を有していることが確認された。

4 | 将来収支予測

老齢化積立金を設定する必要がない会社等を除く40の医療保険会社が、2014年9月30日の基準日時点の将来収支予測を行っている。これは、医療保険会社の低金利による中期的影響を調べることに焦点を当てて行われた。この目的のために、BaFinは、異なる不利な資本市場のシナリオの下で、2014年度と引き続き4年間において予測される収支状況に関するデータを収集した。1つのシナリオでは、新規投資及び再投資は1.3%の金利を有する10年のファンドブリーフ債¹³に対してのみ行われると仮定した。2つめのシナリオでは、個々の医療保険会社の計画に基づいて、新規投資や再投資をシミュレーションしている。

当然のことながら、低金利シナリオは、再投資リスクの実現により、投資リターンへのさらなる減少をもたらすことを示していたが、全体的な結論としては、低金利環境の継続に、経済的な観点からは、医療保険会社は耐えられるだろう、ということだった。ただし、保険料調整スキームの中で、段階的に割引率を低下させていく必要性を示唆した。

ただし、将来収支のベースとなった2014年9月30日時点以降に、金利はさらに低下していることから、この観点からは保険料調整の必要性等がより一層増大してきている状況にある、といえる。

5 | ACIRP (AUZ-Verfahrens) の結果

ACIRP (actuarial corporate interest rate process) は、BaFinによる、「保険会社の数理計算上の割引率水準の妥当性をチェックするための、フォワード・ルッキングな予防的な監視ツール」である。保険会社は、毎年BaFinに数理計算上の割引率を提出しなければならない。これに基づいて、保険会社は、保険料を調整する時に、既存のタリフの割引率を引き下げる必要があるかどうかを決定することになる。

このプロセスでは、次の2会計年度において達成可能なリターンを予測する。資産ポートフォリオを既契約、新規投資、再投資に区分し、リスクも考慮して、それぞれから得られる投資収益を予測する。これによって得られるACIR (actuarial corporate interest rate) が3.5%より低い場合には、それがその会社の新しい最高割引率になる¹⁴。

2014年度のACIRP (2015年度の予測) では、36の保険会社が、将来の計算に使用される割引率が、要求される高度の確実性(90%)をもって達成可能なことを示すことができなかった。それゆえ、保険会社は、保険料の調整が行われる時には、タリフの割引率を引き下げるべきだということになっている¹⁵。

各社のアクチュアリーが、ACIRガイドラインの中で明示的に触れられていないリスク等も考慮に入れるかどうかも検討して、割引率を決定する。どのようなアプローチに基づいて割引率を決定しているのかの理由は、計算を支える技術文書に分かりやすい方法で記載されなければならない。アクチュアリーは、「高齢の保険契約者に対する民間医療保険会社の保険料を、より安定的に維持するために、十分な超過利回りが確保される必要がある。」と述べられている前提等が遵守されていることを確認する必要がある。

7—まとめ

¹³ 住宅ローン債券等を裏付け資産とする担保付社債 (カバードボンド : Covered Bond) で、金融機関によって発行されている。

¹⁴ この方式の採用により、2004年に生命保険の責任準備金評価用の最高予定利率が2.75%に引き下げられたにも関わらず、医療保険においては、2012年まで3.5%の水準が維持された。

¹⁵ 医療保険の場合、(既契約も含めた) 保険料の調整が行われる際には、割引率だけでなく、保険事故発生率や事業費率等の要素も含めて勘案されて、決定されることになる。

以上、ドイツにおける民間医療保険及び民間医療保険会社の状況を見てきた。

ドイツの生命保険会社は、長期の貯蓄性商品を保証利率付で販売してきたことから、低金利環境の継続で、販売面でも財務面でもかなり厳しい運営を迫られている状況にある。それに比べると、民間医療保険会社の状況は、これまで相対的に大きな問題として捉えられている状況にはなかった。

これは、医療保険会社の場合には、保険事故発生率による影響が大きな意味合いを有していることが関係している。ただし、代替医療保険等は終身保障で提供されていることから、金利環境に基づく割引率の影響が、特に昨今の低金利環境の継続によって、かなり大きなものとなってきている。従って、これを見直す場合には、保険料率、特に高齢者の保険料率への影響が無視できないものとなってきていることが懸念されている。

こうした状況を踏まえて、BaFin も「高齢者の保険料率の安定性」を確保するための各種の方策等について、①既存の措置の有効性やその発展的な見直し、②これまでも議論されてきた手法の将来における実現可能性、を検討してきている。これにより、民間医療保険会社への影響も想定されてくることになっている。

このように、民間医療保険が、公的な医療保険制度の代替機能を有し、さらには公的医療保険の保険者との競争環境の中で補完・補足機能を果たしている場合には、その社会的性格から、状況に応じて、監督当局主導での各種の規制や仕組みを強制されていくことにもなっている。

民間医療保険会社は、こうした点も考慮に入れながら、将来の経営戦略を構築していく必要があることになる。

今回のレポートでは、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述べた後、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。

以上

【参考文献・資料】

Financial report for private healthcare insurance 2014

PKV(Verband der Privaten Krankenversicherung)

Statistical Yearbook of German Insurance 2015

GDV(Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.)

Aktuar Aktuell からの医療保険関連報告書

DAV(Die Deutsche Aktuarvereinigung e.V.)

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)