

医療保障総合政策調査・研究基金事業

「日独医療保険セミナー
～ドイツに見る保険者のあり方～」
開催報告書

令和元年 7 月

健康保険組合連合会

◆◆目次◆◆

開催の記録・プログラム.....	3
講演者紹介	4
開会挨拶	7
健康保険組合連合会 副会長 佐野雅宏	

<第1部 講演>

「日本から見たドイツの医療保険の特徴」	11
放送大学 客員教授 田中耕太郎氏	
調整圧力にさらされる公的医療保険 社会保障と経済領域の統制とのバランス	31
企業疾病金庫連邦連盟 理事長 フランツ・クニープス氏	
ドイツの企業疾病金庫による予防・健康増進プログラム.....	59
企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長 ユリア・シュレーダー氏	

<第2部 トークセッション>

トークセッション	91
フランツ・クニープス氏／ユリア・シュレーダー氏	
トヨタ自動車健保組合常務理事 高橋恭弘氏／健康保険組合連合会常務理事 河本滋史	
コーディネーター：田中耕太郎氏	
閉会挨拶	111
健康保険組合連合会 理事 田河慶太	
参考資料	113

※所属・役職等はセミナー開催当時

開催の記録・プログラム

日時：平成 31 年 3 月 7 日（木） 13:30~17:30

会場：品川プリンスホテル メインタワー「エメラルド」(28 階)

プログラム：

13：00 開場

13：30 開会挨拶 佐野雅宏（健康保険組合連合会 副会長）

<第 1 部 講演>

13：40 田中耕太郎氏（放送大学 客員教授）

「日本から見たドイツの医療保険の特徴」

14：10 フランツ・クニープス氏（企業疾病金庫連邦連盟 理事長）

「調整圧力にさらされる公的医療保険」

14：50 ユリア・シュレーダー氏（企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長）

「ドイツの企業疾病金庫による予防・健康増進プログラム」

15：30 休憩

<第 2 部 トークセッション>

15：50 （登壇者）

フランツ・クニープス氏

ユリア・シュレーダー氏

高橋恭弘氏（トヨタ自動車健保組合 常務理事）

河本滋史（健康保険組合連合会 常務理事）

田中耕太郎氏（コーディネーター）

17：20 閉会挨拶 田河慶太（健康保険組合連合会 理事）

17：30 閉会

講演者紹介

田中 耕太郎（たなか こうたろう）氏

放送大学 客員教授

1974年、厚生省（当時）入省。保険局医療課課長補佐等を経て、1985年から1988年には一等書記官として在ドイツ連邦共和国日本国大使館で勤務。その後、児童家庭局障害福祉課長、内閣外政審議室（当時）内閣審議官等を歴任。1995年から2016年まで、山口県立大学教授として社会保障、社会福祉等を専攻する。厚生労働省在職中より、日独社会保障の研究を続け、論文執筆、講演などで多くの業績がある。ドイツ社会保障関係者との交流も深い。主な著作として『はじめての社会保障第15版』（共著、有斐閣アルマ、2017年）、『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』（編著、ミネルヴァ書房、2008年）等がある。平成29年度健康保険組合連合会医療保障総合政策調査・研究事業「独仏の医療保険制度に関する調査研究」ドイツ論文執筆者。2012年より現職。

フランツ・クニープス氏

企業疾病金庫連邦連盟 理事長

ボンおよびフライブルクにて法律、政治学、現代ドイツ文学を学ぶ。法律職資格取得者。ボン大学労働法・社会保障法研究所での研究活動の後、地区疾病金庫連邦連合会（当時）の法律部門に勤務。その後、連邦政府や連邦議会等に出向し、東西ドイツ統合に際しては、東ドイツ労働社会省へのアドバイザーを務める。出向後は地区疾病金庫連邦連合会にて政治部門を統括し、1998年に同連合会政治部長に就任。さらに、シュミット連邦保健大臣（当時）の要請により、シュレーダー政権およびメルケル政権のもと、2003年から2009年の間、ドイツ連邦保健省の医療提供、医療保険、介護保険局長を務める。1989年以降、ドイツの医療・介護分野のすべての改革プロジェクトに携わっている。2013年7月より現職。

ユリア・シュレーダー氏

企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長

経済学を修めた後、ラインラント・ハンブルク地区疾病金庫にてドイツ、オランダ、ベルギー地域での国境を越えた医療提供プロジェクトに従事する。その後、ブリュッセルのドイツ社会保険ヨーロッパ代表部に勤務。各種公的医療保険の連邦連合会代表やヨーロッパ社会保険プラットフォーム（ESIP）の医療委員長を務め、主に▽ヨーロッパの薬事法▽社会保険法分野における国際調整法▽欧州委員会の予防等のイニシアティブ▽高齢者の健康増進に関するパートナーシップに携わる。2010年にデュイスブルク・エッセン大学で博士（医学）号を取得。2011年から2017年まで、ラインラント・ハンブルク地区疾病金庫の企業内健康増進研究所所長。2018年1月より現職。

開会挨拶

健康保険組合連合会 副会長

佐野 雅宏



ただいまご紹介いただきました、健康保険組合連合会の佐野でございます。本日はご多忙のところ、またお足元の悪いなか、大勢の方々にこのセミナーにご参加いただき、厚く御礼申し上げます。また、このセミナーのため、はるばるドイツからお越しいただいた、ドイツ企業疾病金庫連邦連盟理事長のフランツ・クニープスさん、同連盟の健康増進局長のユリア・シュレーダーさんに深く感謝申し上げます。

健保連はこれまで日本の医療保険制度を考える際の参考とするために、外国医療問題研究調査団の派遣や調査研究事業を通じて、諸外国の医療保険制度の調査を行ってまいりました。なかでもドイツは日本が医療保険制度を構築する際に参考とした先輩とも言える国です。国民性においても、勤勉さ、緻密さなどにおいて、大変日本と近いところがあると感じており、親しみを感じております。

諸外国の医療保険制度のなかでは日本と最も似た仕組みを持つことから、海外調査ではドイツは欠かせない国になっています。わが国では少子高齢化の進展によって、医療保険制度をめぐる状況は厳しさを増しています。一方ドイツにおいても、東西ドイツの統一をはじめ、近年さまざまな改革を経て、医療保険制度や保険者を取り巻く状況が大きく変化したと聞きます。たとえば被保険者による保険者の選択制、疾病金庫間の競争、さらには金庫の大規模化など、さまざまな情報が入っていますが、その改革がもたらした実態や当事者の見解については、なかなかわからない部分もあろうかと思えます。

健保連では2017年9月に外国医療問題研究調査団をドイツに派遣し、企業疾病金庫連邦連盟をはじめとして、個別の疾病金庫も訪問いたしました。まさに改革の実際の姿や当事者

の方の見解なども調査したところです。また調査研究事業の一環として、本日コーディネーターをお務めいただく田中耕太郎先生に、ドイツの医療保険制度に関する包括的な論文をご執筆いただきました。ドイツの医療保険制度の姿はかつてとは大きく変わったと思いますが、これらの調査を通じて依然として日本にとって大変参考になる内容が多数あるという印象を持ちました。また、その実情を少しでも多くの方に知っていただきたいという思いを強くいたしました。そしてこのたび健保連のこれまでのドイツ調査の成果も踏まえ、ドイツからクニープスさん並びにシュレーダーさんをお招きし、ドイツ医療保険制度に関するセミナーを開催する運びとなりました。

本日の講演およびディスカッションが皆様方にとって有益かつ参考となれば、主催者としては大変ありがたく思います。本日は大変長時間のセミナーとなりますが、最後までお付き合いいただきますようお願い申し上げます、私の開会の挨拶といたします。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

第 1 部 講演

「日本から見たドイツの医療保険の特徴」

放送大学 客員教授

田中 耕太郎 氏



皆さんこんにちは、田中と申します。今日は、長年日本とも関わりの深かったクニープスさん、シュレーダーさんをお招きし、このような形で皆さんと一緒に、これからの企業疾病金庫あるいは日本の健保組合が、どのような形で存在意義を示していけるのかを中心に話をする時間をいただいたことを、楽しく、また、うれしく思っています。本日まで参加の皆さんの多くは、個々の健保組合の中核となる方々と聞いています。今のドイツでの動き、特に企業疾病金庫の活動状況が、皆さんのこれからの活動、また健保連の活動にとって、どのような形で意味を持つのか最初にお伝えできればと思っています。

先ほどのご挨拶のなかでも話がありましたが、日本が1922年に健康保険法をつくった際にモデルにしたのはドイツの制度です。現在もなお多くの点で共通の構造、枠組みを持っています。他方で、ドイツではこの約30年間に基本構造でかなり変わってきている面もあります。ドイツの企業疾病金庫と日本の健保組合が直面する課題については、共通する部分がたくさんあると思いますが、これからお話しいただくドイツでの活動を日本の文脈に置き換えて理解するために、いくつかの違いも含めた両国の制度のポイントを最初にお話しします。

特に研究者の方にとっては、ドイツのこの25～30年間の改革は大変興味深い内容ではあるものの、同時にリスク構造調整の仕組みなどは非常に込み入っていますので、この30年間でしっかりと深い内容をお伝えするのは難しいと思われれます。ですから、これからクニープスさんたちにお話しいただく具体的な取組みの背景であるドイツの制度変革の動向を中心に、ポイントを絞ってお話ししたいと思っています。

本日の資料として、スライドに投影する資料とあわせて別表として民間保険を含めたドイツ全体の医療保険の適用状況をお配りしています。それらをご覧いただきながら、これからの話をお聞きいただければと思います。

ドイツの概要

〔スライド2〕 ※本報告書 21 ページ～

最初にドイツの概要です。ご存じのとおりドイツは経済規模でいきますと、アメリカ、中国、日本に次いで、世界第 4 位の規模となっています。また、ヨーロッパでは最大規模、8,000 万の人口を抱えた国です。歴史的にも現在も、いろいろな意味で日本と多くの共通点があります。

このなかで日本とかなり様相が違う点のひとつとしてお伝えしておきたいのは、ドイツは人口 8,000 万人ですが、実は立派な連邦国家であるということです。基本的な権限は各 16 州が持っており、あくまでも連邦が全体を統括する形になっています。社会保険の分野はドイツの憲法にあたる基本法のうえで、各州と連邦との競合的な立法権が与えられています。医療、とりわけ病院関係は責任主体が州になっています。また、専門職の養成、教育も州の権限、福祉も州ないしは地方自治体の権限となっていますので、日本のように中央の影響力、管理の力が非常に強い国からイメージしたときには、この地方分権が理解しにくいと思います。特に病院改革については、ドイツもいろいろなチャレンジをしていますが、州の利害、あるいは地域住民の利害を調整することが難しく、苦勞しています。まずこの連邦制を押さえておきたいと思います。

高齢化、少子化の状況は日本と同様ですが、高齢化率は一時期ドイツのほうが高かったのですが、日本ではあまりにも早く高齢化が進み 28%となり、ドイツをかなり追い抜きました。出生率については、ドイツは 1970 年代から、日本に先駆けて非常に低出生になりました。1.3 前後の合計特殊出生率が続いてきたのですが、2017 年に 1.57 となりました。このところ、移民だけではなく国全体で、出生率が少し上向いてきている状況にあります。ただいずれにしてもまだ 2.1 を大きく下回った状況で、少子化の問題は抱えています。

また、ご存じのとおり、今のドイツを語るうえで大きな出来事は東西の分断です。私たちの隣国、朝鮮半島もこの問題を抱えていますが、冷戦下に東西に分断されていたドイツが、1990 年に一滴の血も流さず再統一したことは非常にドラマティックな出来事でした。その後、特に東側地域の再統一のために、西ドイツが大変な財政的、社会的負担を抱え、20～25

年経ってようやく、財政的にも経済的にも分断の後遺症をかなり克服してきました。しかしメンタリティにおいてはまだ大きな課題を抱えています。その辺について、最初にお話ししておきたいと思います。

ドイツの医療提供体制の特徴と変化

[スライド3]

次に医療提供体制の関係で、これは改革のベースになる話です。大きく言うと、日本とドイツで典型的に違う点は、ドイツでは基本的に「病院は入院、開業医は外来」という機能分化が非常にはっきりしていることです。診療報酬も全く別で、診療報酬の決定プロセスも違います。病院は全国で約 2,000 あり、ほぼ入院医療を行っています。診療報酬は個別に決められます。それに対して外来は、歴史的にさまざまな政治的ヘゲモニーをめぐる経緯があります。ドイツでは外来医療を確保する責任は保険医協会にあります。日本で保険医協会と言われるものとは異なります。またドイツの保険医協会は医師会とは全く別の組織です。医師会は医学的な学術団体ですが、保険医協会は保険診療を担う保険医たちが集まり、診療報酬を各保険医に分配する機能を持っている公的な団体です。外来医療は基本的に州単位の保険医協会が一手に担います。保険者は加入者一人当たりの額を基本とした医療費を保険医協会に支払い、その後の各保険医への医療報酬の分配、あるいは四半期ごとの診療報酬の請求審査などは、保険医協会が行います。日本では病院と診療所、あるいは病院のなかの区分についてこれまで区別がなかったものを、この 30 年の間に医療法レベルで少しずつ機能分化させてきていますが、それでもまだ病院もたくさんの外来機能を持っています。それに対してドイツでは病院はすなわち入院で、外来は全く別のシステムという体制であり、その非効率、連携の悪さが大きな問題になっています。今、むしろその連携を強めていこうという流れにあることをお話ししておきたいと思います。

また病院については二元的なファイナンスの仕組みになっています。投資費用は病院医療を保障する責任がある州が税金で行います。そして病院計画は州が立て、州がイニシャルコスト、初期費用を負担します。ランニングコスト、運営費用は医療保険で疾病金庫が支払います。これまで何度も、この二元的な仕組みではうまくいかないので一元化しようという議論が行われましたが、現在に至るまでこの仕組みは変わっていません。こうした大きな特徴を持っています。スライドの右にありますように、それではいろいろな問題があるということで、ドイツの医療提供体制はだんだん変わってきています。しかし、日本と比べた場合、

この基本構造は非常にはっきりした特徴を持っています。

ドイツの医療保険の特徴と変化

[スライド4]

次にその医療提供体制のもとに機能している医療保険の仕組みをご説明します。日本では生活保護世帯以外はすべて公的医療保険がカバーしていますが、ドイツではすべての国民に対して公的医療保険への加入義務があるわけではなく、加入義務がない人たちは公的医療保険に任意加入するか、民間医療保険に加入しています。これが大きな特徴です。国民の約1割が民間医療保険に加入しており、民間医療保険会社のほぼ半分が相互会社、残り半分が株式会社です。約9割の国民が加入する公的医療保険と約1割の国民が加入する民間医療保険が並立しています。民間医療保険会社は任意の契約に基づいて保険を提供するので、ここではリスク見合いの保険料の原則に基づいて、加入者に保険料負担をお願いしています。一方で公的医療保険はリスクに関係のない負担能力に応じた保険料になっています。さまざまところで基本原理が異なるので、両者の間では常に緊張関係や不公平論があります。後でクニープスさんからお話があると思いますが、オランダもかつてはこの公的医療保険と民間医療保険の併存の仕組みを持っていました。しかし、たしか2006年だったと記憶していますが、これが廃止されました。いろいろな点で不都合だということで、ドイツもこれを一元化すべきだという意見が根強くあります。逆に言うと民間の医療保険会社にとっては死活問題なので、なかなか政治的には動きません。常にこの両者の微妙なバランスのもとに医療保険が成り立っていることが、ひとつの大きな特徴です。

また特に日本の皆さんにとって非常にわかりにくい特徴が、当事者自治という考え方です。ドイツの医療保険者である疾病金庫では、労使、すなわち被用者と事業主が50対50の対等な立場で自立的に管理運営を行っています。企業に雇われて働く人たちの健康のために、ともに同じ割合で参加、運営、費用を負担し、保障する仕組みであるという考えが根強くあります。日本でも一応制度としては保険料も労使折半負担で、中医協（中央社会保険医療協議会）の構成、あるいは支払基金（社会保険診療報酬支払基金）の構成を見ても、診療側、支払側が形のうえでは対等で自主決定する仕組みがありますが、最終的に決断するのは実質、政府です。日本ではドイツに比べて政府の権限、リーダーシップが非常に強いのです。それに対してドイツでは、基本的に労使当事者で話し合い、協議をして決定し、運営していきます。このオートノミーないしは自己管理は、私たちにとってわかりにくいところです。

うらやましい反面、イメージしにくいと思います。

さらに当事者自治は労使による保険者運営のなかに存在するだけではありません。医療保険は医療サービスを提供する保険で、医療サービスを担う病院、開業医の人たちと具体的な交渉をしなければなりません。その提供のあり方、受診ルール、自己負担、特に大事な診療報酬については、医療提供側と疾病金庫、つまり保険者が話をする必要があります。基本的には対等な同数の代表者から構成される診療報酬委員会等のさまざまな会議を使い、支払側と診療側が当事者ですべて交渉して決めます。この自治のルールも日本に比べると非常にはっきりしています。もちろん費用を負担する側と費用を受け取る側なので、利害は対立しますが、ギリギリまで当事者同士で交渉します。どうしても決着が付かなかったら仲裁機関へ、それでも最終的にうまくまとまらなければ、政府が法令で規定しますが、できるだけ当事者で決めてもらう、診療側と支払側で決めてもらうところがドイツでは非常に重視されています。さまざまな医療のガイドラインを決める共同連邦委員会、あるいは診療報酬の調査研究機関などの関係機関についても、設立や費用負担は診療側と支払側が対等な立場で参加し、決めていくことが貫徹されています。ここは日本のこれからを考えるとときには、非常に重要な視点であると思います。保険者がどう医療提供体制に関わっていくのか、日本でも保険者協議会などで議論が少し進んでいますが、まだ医療提供体制への保険者のコミットメントが少ないので、非常に重要なポイントだと思っています。

ドイツは財政運営については基本的に 1 世紀にわたって医療保険に税金を入れず、すべて保険料で賄ってきました。これは、労使当事者が自分たちで自分たちの問題を解決するために費用を負担し合い運営しているので、政府に介入されたくない、との考えによるものです。中途半端に国や州から税金をもらおうと口も出されるということで、政府による介入を避けるために、1 世紀以上にわたって保険料だけで運営してきました。日本では皆保険をつくった経緯から、国保（国民健康保険）を中心として多額の税金を投入しバランスをとってきたので大きく様相が異なっています。ただ、さすがにドイツでも医療費が上がり保険料率が 15%にもなり、すでに限界だということで、2004 年から一部に連邦補助、税金を入れるようになっています。まさにクニープスさんが連邦保健省の局長時代になされた改革です。連邦補助金の投入後、その額の増減、変動が大きいという問題がありましたが、今はほぼ安定し年間約 145 億ユーロ、医療費に対して 7%前後が税金で賄われている状況にあります。

なお年金や介護保険を入れると 40%を越える社会保険料の半分を会社が負担しているので、事業主の負担が非常に重く、国際競争でも大変厳しいことが 1990 年代から問題になっ

ています。そこで事業主の負担を抑え、保険料率をこれ以上上げる必要がある場合は、被保険者だけ負担を増やしていこうという動きが一時期あり、事業主の負担を 7.3%以上に増やさないことが法律上決まりました。その後、経済状況が好転したこともありますが、昨年法律改正で労使の折半負担が復活しています。この折半負担がこれからどうなるかは、ひとつおもしろい点だと思っています。

医療保険改革と医療給付費、保険料賦課対象賃金の推移

[スライド 5、6]

表 1、図 1 は細かいですが、ご覧になればおわかりいただけると思います。ドイツでは「改革の後は次の改革だ」という言葉があります。表 1 と図 1 は大きな改革だけを列挙したのですが、3 年ごとにかなり大きな改革を繰り返しています。医療費が上がるので大きな改革を行うべく法改正をすると、その法律の施行前に駆け込み申請で大幅に医療費が増えます。法律が施行されると、医療費が大きく下がる。1、2 年経つと新しい制度に慣れてきて、また上がっていく。これを繰り返していますので、アップダウンが非常に激しくなっています。穏やかな国民性かもしれませんが、日本ではこうした大胆な改革はほとんど行われません。この 30 数年間を見ても、日本で行っている大きな手法は、患者一部負担を上げていくこと、財政調整をとにかく増やしていき、健保組合のように財政的に比較的恵まれた保険者から厳しい保険者に回し、国庫負担を減らし、何とか全体を賄っていくこととなっています。また診療報酬全体については、できるだけ合理化が進められています。ただ、たとえば DPC のような大胆な診療報酬改定は医療機関の経営や運営に直結するので、この 30 数年間の改革を見ても、大胆な改正は難しく少しずつ進められており、全体が厳しくなっています。私は「泥船に乗っている状態だ」と申し上げています。それと比べると善し悪しは別にして、ドイツは非常に激しくチャレンジしています。しかし結果的に決して全部がうまくいっているわけではなく、いろいろな課題を抱えながらも、次々と新しいサービス手法を導入しているのが全体の状況だと思っています。

疾病金庫の保険料率の推移

[スライド 7]

結果的にはすでに 15%を越える保険料率になっています。この数年経済が比較的安定し、賃金も安定してきているので少し息をついていますが、それでも 15%を超える保険料率で

す。日本では 10%が限界だろうと議論がされていますが、ドイツはこれまで保険料だけでファイナンスしてきたこともあり、相対的に社会保険料の負担が高くなっています。

医療保険者の四層構造

[スライド8]

今日の話のキーワードのひとつは「連帯下の競争」という概念です。これはなかなかわかりにくく、日本でこのような仕組みがすぐにできるとは構造的にもとても思いません。また、それなりに大きなマイナスも抱えています。図3をご覧くださいとわかるように、もともとドイツの医療保険にはほぼ日本の国保と協会けんぽに類似する地区疾病金庫がベースとしてありました。主に大企業を中心として企業単位で疾病金庫をつくれるところでは、従業員は企業疾病金庫に加入します。日本の国保組合に相当するような自営業、たとえば肉屋やパン屋のような自営業の人たちは、同業者で同業者疾病金庫をつくっていました。このような構造がベースにあり、加入する疾病金庫は職域でほぼ決まっていた。ただ歴史的な経緯があり、強制加入の対象者のなかでも特にホワイトカラーの人たちには、これらのほかに代替金庫という選択肢がありました。主にホワイトカラーの比較的条件に恵まれた人たちには、代替金庫を選ぶことができるという構造があったのです。

「連帯下の競争」への移行

[スライド9、10]

しかし、その条件は非常に偏っており、ブルーカラーの人たちには加入する疾病金庫の選択の余地はほとんどありませんでした。しかも先ほど申し上げた疾病金庫の構造のなかで、疾病金庫間の保険料率に大幅な格差が生じ、同じ地域でも倍ほどの差が出てきました。法の下の平等の問題もあり、このままではいけないとなり、さらに疾病金庫が非常にお役所的で非効率な運営をしていたため、1993年に医療保険構造改革法が施行され、その後3年かけて「連帯下の競争」が全面的に実現されました。この「連帯下」というのは強制加入という意味です。同じく競争システムを持っているアメリカの場合は民間保険を中心として行っていますので、そのなかで当然競争があります。しかしドイツはあくまでも公的な連帯に基づく医療保険制度を維持したうえで、加入者が基本的に加入する先の保険者を選べる仕組みを構築しました。ただし競争するとはいえ連帯の仕組みなので、民間の保険会社のようにリスクに見合った保険料を取ることはできません。既往症を持っている方でも追加保険料

を取ってはいけません。また負担のルールもリスク見合いの保険料とは逆に、負担能力に応じて給料の何%の保険料という基本的な連帯の仕組みを維持したままで、加入者が保険者を選ぶことができます。

そうすると、どういうことが起こるか。日本の国保に類似する地区疾病金庫は、高齢者や病気を持っている人、失業者が多く、収入が少ないのに医療支出は多いので、当然、保険料率は高くなります。それに対して、たとえば企業疾病金庫、代替金庫のように比較的若い人が多く、収入が高く、病気が少ないとなれば、当然、低い保険料ですむので、そのままでは絶対に競争になりません。

リスク構造調整の新たなリスク指標

[スライド 11]

そこで競争の条件を整えるために、リスク構造調整を実施しました。リスク構造調整では構造的に保険者の努力ではカバーできない要素を調整します。「連帯下の競争」を実施するために導入しました。

当初は男女別、年齢別、所得あるいは傷病手当金の受給権の有無等に応じてリスクグループを 670 に分け、非常に精緻な調整を行いました。疾病金庫は自身の負担を低減するために、若い病気の人に入ってもらいより、元気な高齢者に入ってもらいようになりました。そのほうが保険者として有利になるので、外形的な基準によるリスク構造調整をかいくぐる形で、有病率によるリスクセレクションが起きてきました。そこで 2009 年から今お話ししている有病率に応じた新たなリスク構造調整を導入しました。このような次の段階にきています。

リスク構造調整と保険者選択制の効果

[スライド 12、13]

こうしたリスク調整の結果、競争条件に劣る疾病金庫がどんどん吸収合併されていき、かつては 1,000 を超えた疾病金庫が今はわずかに 100 余になりました。保険者の大規模な合併が大幅に進みました。

そのなかで保険料率の低さをめぐる競争ではなく、各疾病金庫が加入者にどれだけのサービスを提供できるかをめぐる競争をしてもらうことが、リスク構造調整の本来の狙いです。そうした競争のもと、単に儲かるだけではなく、企業疾病金庫がいったい何のために自

分たちが存在するかということに、今もう一度立ち返り始めています。単にたくさん加入者を集めて経営がどんどん発展していく形ではなく、企業疾病金庫は何のためにあったのか、それぞれがオープンに選ばれる形になった現在、改めて私たちのレゾンデートル、存在意義はどこにあるのか、ということへの見直し時期にある。クニープスさんがそのリーダーとして、大きくこの新しい企業疾病金庫の像を探っていらっしゃる状況です。

企業疾病金庫が力を入れる取り組み

[スライド 14]

ひとつの大事なポイントは、選択制によって弱くなった母体企業との連携、本来の企業疾病金庫のベースであり強みである、あるいは必要とされる存在意義をもう一度確認しようという流れです。当然その一環として、企業に雇われている人たちの予防や健康増進、これは当然、労働安全の観点からの企業自体の取り組みもありますが、企業の取組みとどう連携し、疾病金庫として、保険者として、働く人の健康増進にどう関われるかという取組みを、今、一生懸命に強化しようとしています。この辺は日本とも非常に関連が深く、参考になるのではないかと思っています。

今日、後半のトークセッションでも展開してみたいと思いますが、もうひとつは先ほど申し上げたように、入院と外来で分断され、外来診療は保険医協会に対してなかなか踏み込めない、その改善に口が挟めない状況を打破するために、また慢性疾患を中心とした被保険者の重症化予防等に有効に対応するために、保険者が中心になって新しい医療サービスの組立てが進められています。アメリカでもマネージドケアの流れのなかでさまざまな民間保険会社が行っていますが、ドイツでも公的医療保険の保険者である疾病金庫が健康増進や予防、さらには治療内容そのものについて、主体性を持って医療機関と連携し、協議をしながら新しいサービスをつくっています。

保険者主導による新たな医療サービス形態の開発と普及

[スライド 15、16]

これについて成功したと評価されているひとつが、疾病管理プログラムと言われるものです。もとはアメリカで開発されたものですが、ドイツでも糖尿病などの6疾患、さらに腰痛、うつ病にまで対象疾患を広げる動きが具体化しています。こうした疾病管理プログラムが新たに開発されてきています。

もうひとつは、すでに申し上げたようにドイツでは外来と入院、開業医と病院が分断されていますが、保険者が中心になって、かかりつけ医、専門開業医、病院、さらには介護サービスの機関なども含めてサービスのネットワークをつくり「うちの保険に入っている人たちはこういうサービスが利用できますよ」という統合型医療が制度化されたことです。予想できるように、これには保険医協会が激しく反対しました。クニープスさんは連邦保健省にいた際に、その中核として戦ってこられました。2000年の法律改正で導入された後、この新たな仕組みを推進するため、2004年以降4年間は診療報酬の1%をこの新しい仕組みに向けることが法律に書き込まれました。しかしその後、今は少し停滞しています。

それから家庭医中心医療があります。このような新しい医療サービスの展開に対して、保険者が具体的にコミットしながら医療機関とも個別に調整、協力し、サービスの構築に向けてどんどん努力しています。競争のもとで疾病金庫が否応なくやらなければいけない課題としてチャレンジしています。日本では残念ながら医療提供体制に関わることは国任せで、保険者はほとんどコミットしていない状況だと思います。地域医療構想についても、保険者が関与することにはなっていますが、ほとんど発言権がありません。この医療サービスにどうコミットしていくかが、これからの健保組合、保険者の課題のひとつであろうと私は考えています。

新たな医療提供体制の構築に向けて、保険者がどのように自分のところの加入者に対して付加価値を提供していけるか、保健福祉サービスとして展開していけるかは、国の制度の問題もありますが、個々の健保組合にとってもチャレンジできる重要な課題ではないかと考えています。

かなり駆け足でしたが、ドイツの疾病金庫での具体的な取組みについては、これからクニープスさん、シュレーダーさんがお話くださると思います。ただいま申し上げた基本的な違いを背景にしながらも、日本とドイツのベースは一緒だと思っています。企業疾病金庫や健保組合が、企業をベースにしてこれからどうやって本来のアイデンティティを実現できるか、今、大きな転機、場合によっては存立に関わる転機だと思っていますので、ぜひドイツの取組みからいろいろな刺激を受けていただければと思います。最初の私の導入部のお話は以上で終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

日本から見たドイツの 医療保険の特徴

日独医療保険セミナー(2019年3月7日)

放送大学客員教授 田中耕太郎

ドイツの概要

- ・連邦国家(16州)
- ・連邦議会と連邦参議院(各州の代表)の2院制
- ・人口 8,298万人(2018年)
- ・名目GDP(2017)3兆6,932億ドル(日本の76%)
- ・高齢化率 21.4% ・合計特殊出生率 1.57
- ・失業者数 234万人(失業率5.2%)
- ・1871年ドイツ帝国、1949年東西両ドイツ分断、
1990年ドイツ再統一

ドイツの医療提供体制の特徴と変化

・入院(=病院)と外来(保険医)との峻別

1,951病院:498,718床

・州保険医協会の外来医療供給確保義務とこれによる独占的な管理

保険医:14.7万人

うち家庭医:5.2万人

・州の病院計画に基づく投資費用助成と運営費は医療保険の診療報酬による2元的財政方式

➡基本は維持。ただし、

・病院の入院前後の外来、日帰り手術等の拡大

➡新たな診療形態の推進

・疾病管理計画(DMP)

・統合型医療(IV)

・家庭医主導医療

➡1元的財政方式への切替は州の反対で進まず

・DRG導入(2003年)による病院医療の変貌(合併、病床数減少、在院日数短縮(7.3日)など)

3

ドイツの医療保険の特徴と変化

・公的医療保険と代替的民間医療保険の併存

・性格の異なる各種の保険者=疾病金庫(KK)の併存

・疾病金庫の労使による当事者自治

・疾病金庫と保険医協会・病院協会による当事者自治

・公費負担によらず保険料による財政運営

・保険料の労使折半原則

➡維持。ただし、公的への競争導入、民間への規制強化

➡リスク構造調整と被保険者による保険者の自由選択制

➡基本は維持。しかし、国の関与の大幅な拡大

➡維持。ただし法律による枠組み強制、仲裁機関あり

➡連邦補助の導入・拡大(2004年~)(2018年145億€、給付費の約7%)

➡事業主負担の固定

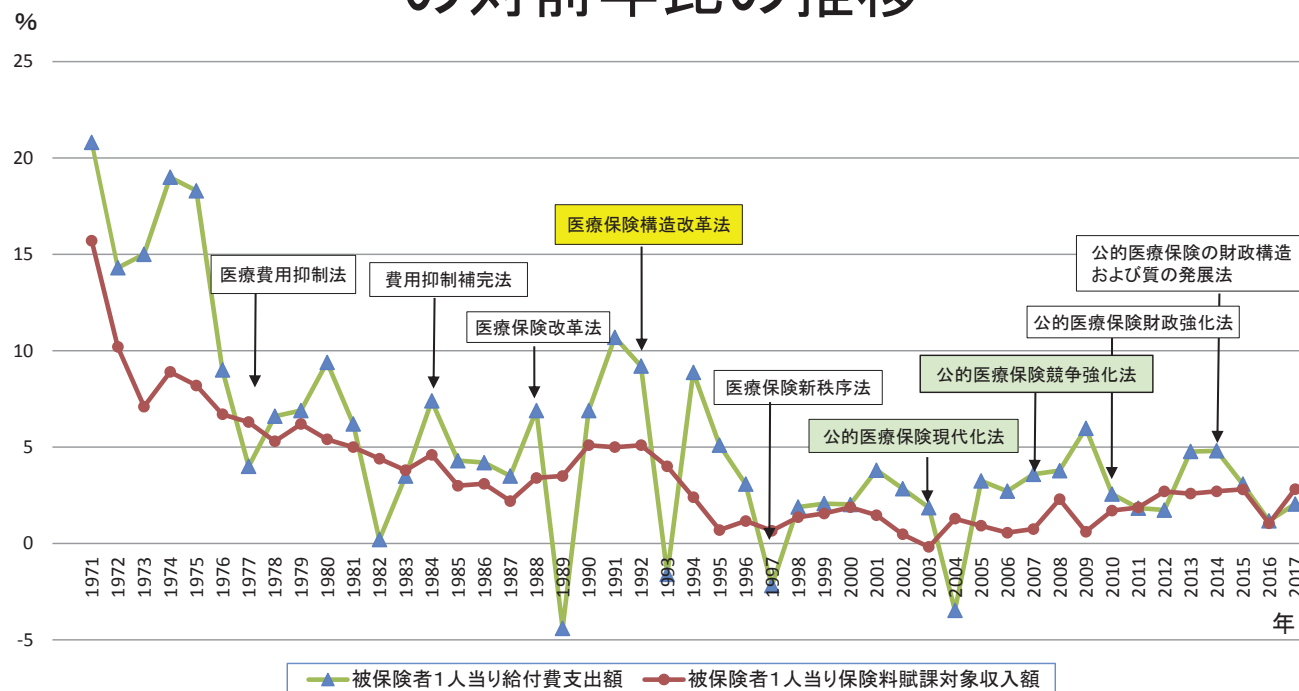
👉2019年から折半負担復活

表1 統一ドイツの主要政党と医療保険改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	医療保険改革法
CDU/CSU と FDP (1982-1998)	コール首相 ブリューム大臣 (CDU) (82/10-98/10) ゼーホーファー大臣 (CSU) (92/5-98/10)	1988	「医療保険改革法 (GRG)」
		1992	「医療保険構造改革法 (GSG)」 (与野党合意)
		1997	「第1次および第2次医療保険新秩序法」 (第3次医療保険改革 (1./2. NOG))
SPD と 緑の党/連帯90 (1998-2005)	シュレーダー首相 フィッシャー大臣 (緑の党) (98/10-01/1) シュミット大臣 (SPD) (01/1-05/11)	1998	「医療保険連帯強化法」
		1999	「2000年医療保険改革法」
		2003	「公的医療保険現代化法 (GMG)」 (与野党合意)
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第2次) (2005-2009)	メルケル首相 シュミット大臣 (SPD) (05/11-09/10)	2007	「公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG)」
CDU/CSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相 レスラー大臣 (FDP) (09/10-11/5) パウル大臣 (FDP) (11/5-13/12)	2010	「公的医療保険財政強化法 (GKV-FinG)」 「医薬品市場新秩序法 (AMNOG)」
		2011	「公的医療保険供給構造法 (GKV-VStG)」
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第3次) (2013-2018)	メルケル首相 グローエ大臣 (CDU) (2013/12-2018/3)	2014	「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FQWG)」
		2015	「公的医療保険供給強化法 (GKV-VSG)」 「病院供給構造改革法 (KHSG)」
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (第4次) (2018-)	メルケル首相 シュパン大臣 (CDU) (2018/3-	2018	「公的医療保険被保険者負担軽減法 (GKV-VEG)」

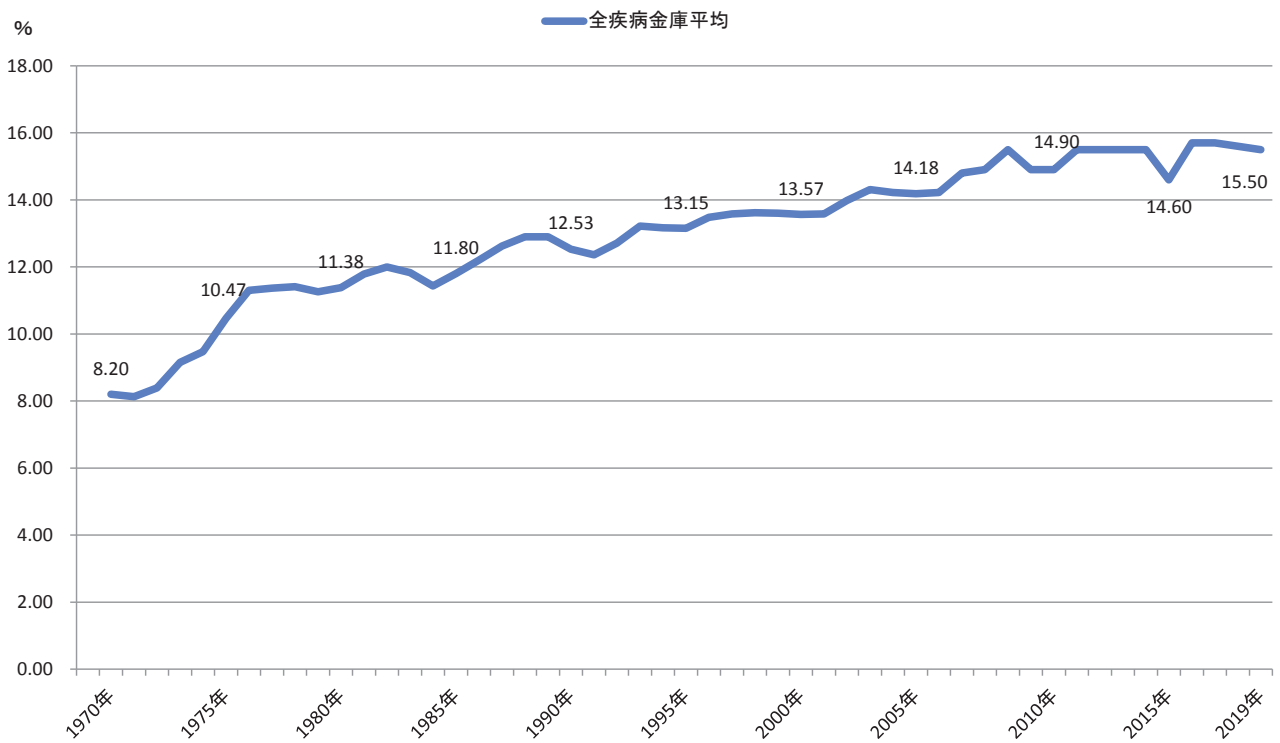
5

図1 医療給付費と保険料賦課対象賃金の対前年比の推移



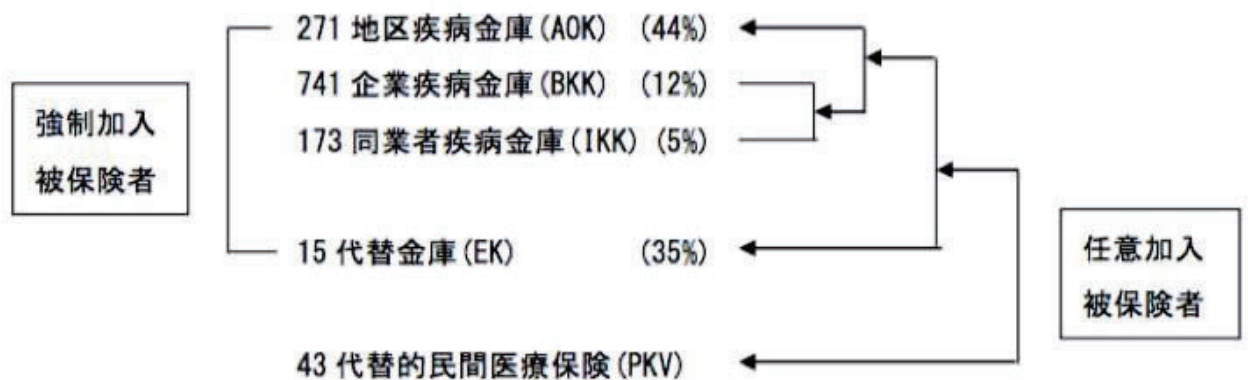
-10

図2 全疾病金庫の平均保険料率の推移 1970～2019年



7

図3 もともとのドイツの医療保険者の4層構造 (1992年)



(注) 地区疾病金庫 (AOK) ≡ 市町村国保 + 協会けんぽ
 企業疾病金庫 (BKK) ≡ 健康保険組合
 同業者疾病金庫 (IKK) ≡ 国保組合

従来の制度の問題点

＜職業により加入先が決まる制度＞

- ・条件に恵まれた層を中心に一定の選択制・保険者間の競合関係が存在
- ・職員（ホワイトカラー）と労働者（ブルーカラー）との間の不公平と憲法上の法の下での平等への抵触
- ・疾病金庫間の著しい保険料率の格差（8%～16%）
- ・非効率な保険者運営と保険料率上昇

9

保険者選択制の基本理念

＜連帯下の競争＞という理念

- ・被保険者による保険者選択制を通じた保険者間競争の促進と、それを通じた医療サービスの質と経済性の向上
- ・公的医療保険ゆえの保険引受け義務、リスク追加保険料禁止による連帯の確保
- ・リスク選択の防止⇒リスク構造調整

リスク構造調整の新たなリスク指標

2009年1月より、有病率リスク指標の導入：

- ①年齢・性別によるグループ(計40)
(性別、5歳階級別、新生児)
- ②障害年金受給有無によるグループ(計6)
- ③有病率によるグループ(計199)

の計245のリスクグループ

医療基金から各疾病金庫への配分(2015)：

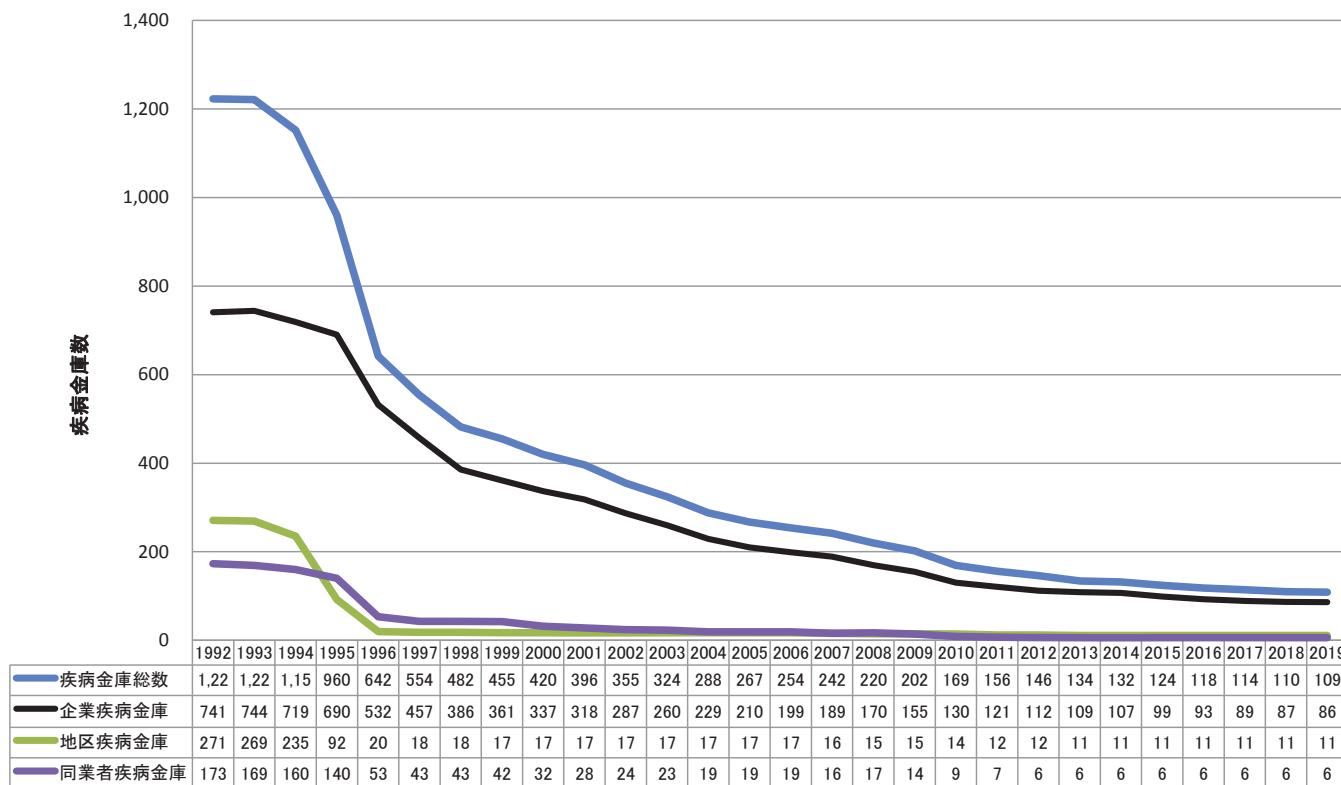
年齢・性別47.2%,有病率45.3%,その他7.5%

11


リスク構造調整と保険者選択制の効果

- 疾病金庫間の保険料率の格差の縮小
- 疾病金庫の統合再編の劇的な進展
(1992年:1,223 ➡ 2019年:109)
- 疾病金庫の顧客サービス、マネジメントの改善
- 膨大な医療データベースの蓄積
- 新たな医療サービス形態の開発と普及

図4 疾病金庫数の年次推移(1992~2019)



企業疾病金庫が力を入れる取り組み

- ・保険者選択制により弱くなった、母体企業との結びつきや連携の強化
 - ・母体企業と連携しての加入者の健康増進・予防活動の重視  **Dr.Schröder報告**
- (2015年の予防法により、法律上もすべての疾病金庫に対して健康増進・予防の強化や財政支出が義務付けられる。)
- ・良質で効率的な新たな診療形態の開発、普及

保険者主導による新たな医療サービス 形態の開発と普及(1)

①疾病管理プログラム(DMP)

・かかりつけ医、専門医、病院、患者、看護師などが参加する共通のプラットフォームやコミュニケーション・ツール、教育プログラムなどの追加費用がかかるため、治療費を含め2002年にリスク構造調整の対象に加えられた。

・各疾病金庫がプログラムを開発し、連邦保険庁に申請して認可を受ければ、リスク構造調整の対象

・対象疾患: 冠状動脈性心疾患、I型糖尿病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、喘息、II型糖尿病、乳がんの6疾患: 680万人登録患者。さらに背部疼痛とうつ病を指定の予定。

15

保険者主導による新たな医療サービス 形態の開発と普及(2)

②統合型医療(integrierte Versorgung: IV)

2000年の法律改正で導入。ドイツ型マネジド・ケアと呼ばれる。保険医協会を通さず、疾病金庫が直接に保険医、病院などの診療グループと契約を結び、独自の保険診療を提供する。保険医協会は強く抵抗。

2008年までに6,407件の契約、404万人の登録。

③家庭医中心医療(Hausarztzentrierte Versorgung)

州により普及状況に大きな差がある。疾病金庫は3,100万人の被保険者に提供しており、参加は被保険者の選択。

👉 こうした新たな診療形態の参加者に対して、疾病金庫は奨励金の支給、自己負担軽減などの選択タリフの提供の義務

別表 医療保障の適用状況(2015年マイクロセンサス結果)

(千人)

	合計	強制被保険者	任意加入被保険者	家族被保険者
総計 ¹⁾	79,022	-	-	-
医療被保険者	78,943	-	-	-
公的医療保険	69,252	49,371	3,374	16,507
地区疾病金庫	25,254	18,498	734	6,022
企業疾病金庫	9,975	6,783	556	2,635
同業者疾病金庫	4,099	2,934	164	1,001
農業疾病金庫	708	501	32	175
連邦鉱山夫組合・船員疾病金庫	1,645	1,291	40	314
代替金庫	27,281	19,152	1,826	6,303
民間医療保険	9,093	-	9,093	-
その他の保障形態 ²⁾	143	-	-	-
医療保険に関する回答なし	455	-	-	-
無保険者 ³⁾	79	-	-	-

<構成比>

(%)

	合計	強制被保険者	任意加入被保険者	家族被保険者
総計	100.0	-	-	-
医療被保険者	99.9	-	-	-
公的医療保険	87.6	62.5	4.3	20.9
地区疾病金庫	32.0	23.4	0.9	7.6
企業疾病金庫	12.6	8.6	0.7	3.3
同業者疾病金庫	5.2	3.7	0.2	1.3
農業疾病金庫	0.9	0.6	0.0	0.2
連邦鉱山夫組合・船員疾病金庫	2.1	1.6	0.1	0.4
代替金庫	34.5	24.2	2.3	8.0
民間医療保険	11.5	-	11.5	-
その他の保障形態	0.2	-	-	-
医療保険に関する回答なし	0.6	-	-	-
無保険者	0.1	-	-	-

(注)

1. マイクロセンサスの対象者で医療保障について質問された人をいう。
2. 社会扶助受給者、戦傷病者年金受給者、戦争負担調整の生活扶助受給者、官吏、裁判官、警察官、軍人として医療受給請求権を有する者。
3. 「あなたは医療保険に加入していますか」という質問に「否」と回答した人で、他の医療保障のない人をいう。

調整圧力にさらされる公的医療保険 社会保障と経済領域の統制とのバランス

企業疾病金庫連邦連盟 理事長
フランツ・クニープス氏



佐野様、田中先生、司会者の方、ご出席の皆様、本日はお招きいただき心からお礼申し上げます。本日のお客様のなかには、20年あるいは25年ぐらい前から何度もお会いしてきた方もいらっしゃる、大変うれしく思います。

実は日本ほどドイツの社会保障、特に企業疾病金庫との交流がある国はほかにありません。オランダ、オーストリア、フランス、イギリスよりも、やはり日本との交流が深いと思います。

昨日、健保連の皆様とこの10年でドイツの制度がどのように変わったか、いろいろお話しさせていただきました。そして、おそらく本日ご来場の皆様にとって企業疾病金庫が改革を受けてどう変わったかが、一番の関心事なのではないかと思われましたので、私の講演はスライドを用いずに、自由にお話しさせていただければと思います。先ほど田中先生からドイツの改革についてお話がありましたが、それがドイツの企業疾病金庫にどのような影響をもたらしたかをこれからお話ししたいと思います。企業疾病金庫、健保組合の将来について考えるうえでの参考になればと思います。

疾病金庫の自治

ドイツでは企業疾病金庫は302年におよぶ歴史があります。ドイツ国家が出来上がる前にすでに企業疾病金庫が存在しました。それはビスマルクが導入した社会保険制度よりも長い歴史になります。そのため私たちの自己認識は大変強く、先ほどの田中先生のお話のな

かにも「自治」という言葉が出てきていますが、国が提供する制度の延長ではなく、自分たちで医療保険に取り組んでいると考えています。

企業疾病金庫が 300 周年を迎えた際に、私たちはメルケル首相よりビデオメッセージをいただきました。そのなかで首相から「これからも企業疾病金庫は自分たちの将来を自分たちで決めてください」という強いメッセージをいただきました。企業疾病金庫は、もちろんドイツの社会保障のさまざまな法律の枠内ではありますが、そのなかでできるだけ自由に、ルールに則って自己責任で決定しています。

保険者選択制の導入

私たちにとって一番重要だったのが 1992 年に成立し、1993 年から施行された医療保険構造改革法による改革です。先ほど田中先生のご講演にもありましたように、この改革によりホワイトカラーもブルーカラーも含めて、ドイツのすべての公的医療保険加入者は保険者を自由に選べるようになり、その結果、保険者間の競争も生まれました。これは企業疾病金庫に大きな変化をもたらしました。それまでは企業に採用された人であればすべて自動的に企業疾病金庫の加入者になりました。しかし、この競争の原理が導入されてから、企業疾病金は一人ひとりの加入者を獲得する競争にさらされるようになりました。

この改革が導入された当初、企業疾病金庫にとって状況は有利なものでした。というのは、私たちの加入者は企業の従業員なので、高齢者も障害者も重度な病気を抱えている人もほとんどおらず、保険料率を低く設定することができたからです。特に地区疾病金庫に比べて保険料率を低く設定できたので、私たちは加入者獲得において大変有利な立場にありました。その結果、企業疾病金庫はマーケットシェアを短期間に倍増することができ、ドイツだけでなく世界のなかでも、健康・医療分野における最も勝れた経営者だと自負していました。

さらに企業疾病金庫には特権がありました。企業疾病金庫がもともとの企業の従業員だけを加入者として迎えるか、あるいは競争のなかで、それ以外の加入者を獲得したいかを定めることができました。特に開放型に移行した企業疾病金庫は、最初の段階で多くの加入者を獲得することができました。

リスク構造調整の影響

しかし田中先生のご講演にもありましたように、保険者選択制の実施にあたり、疾病金庫同士の調整システムが導入されました。比較的小規模な疾病金庫は当初そのことをあまり

考慮していませんでした。そしてリスク構造調整でどんどんお金が入ってきたので、それを財産だと勘違いをしました。流動資産と財産との区別が理解できず、2年経ったところで破綻寸前にまでなってしまいました。そして企業からも、そうした破綻寸前の疾病金庫と縁を切りたい、疾病金庫の名前から企業名を外してほしいという動きがあり、法改正が行われました。私も当時、ドイツ連邦保健省の健康政策部門長としてその改正に関わっていましたが、それ以前はドイツの社会保障では疾病金庫が破綻することはあり得ませんでした。しかし企業疾病金庫を含めたすべての疾病金庫が破綻、倒産することが可能となりました。

企業疾病金庫の再編

企業疾病金庫のもうひとつのマイナス要素は、リスク構造調整のなかに有病率が要素として取り入れられたことです。このことはとりわけ急成長した、特に若い人たちを加入者として獲得してきた企業疾病金庫に大きな打撃になりました。その結果、企業疾病金庫は大きな再編を迎えることになりました。同業種あるいは同地区で吸収合併が進み、田中先生のスライドにもありましたが、1,000以上あった企業疾病金庫が今は85にまで減りました。そこで企業疾病金庫は自分たちの将来について検討を重ね、戦略を立て、3つの重点分野を決めました。

企業疾病金庫の重点分野

①企業のための疾病金庫

後ほどシュレーダーさんから事例を紹介していただきますが、重要分野のひとつは、もとのアイデンティティに立ち戻るといことです。つまり職場にある疾病金庫であるということです。企業疾病金庫ほど、職場で働く人たちのことを知る疾病金庫はほかにありません。私たちは16～65歳の人々、つまり1日のなかでも一番多くの時間、職場にいる人たちの状況をよく把握しています。あわせてドイツ、日本ともによく似た大きな潮流が私たちの戦略を後押ししています。そのひとつが高齢化です。専門職不足も大きな問題です。これらの問題を移民だけで解消することは不可能です。さらに若い世代には給与だけではなく、職場環境を非常に重要視している人たちが多いという事実もあります。

これらを踏まえて大きく考え直す必要がありました。こうした新しい取組みを目に見える形でアピールするために、私たちはいろいろな対策を講じてきました。たとえばこれまでも、政治家との会合や、マスコミや医療分野の専門家向けのイベントなどを数多く催してき

ましたが、そうしたイベントの開催場所を変えました。今までは連盟が入っている建物のなかにある会議場やホテルの会議場を使って開催してきたイベントを、働く人たちがいる場所で開催するようになりました。たとえば工場のなかのホールや企業のオフィススペースを使って、私たちから現場に出向いてイベントを行うようになりました。

ここ数年の例を挙げますと、毎年開催する政治家を招待してのレセプションをベルリンにあるシーメンスの工場で行いました。また企業疾病金庫を持つ銀行に出向いて開催したものもありますし、マスコミ向けのプレスセミナーは BMW のモーターサイクル工場で行いました。Bahn 企業疾病金庫という鉄道関係の疾病金庫がありますので、ベルリン中央駅で開催したイベントもあります。

また数年前、新たに予防法が施行されましたが、これに合わせて私たちは職場における予防により力を入れていくことを打ち出しています。

こうした動きを通じて、私たちはすぐに企業にとっての重要なパートナーであると認識されるようになりました。加えて大切なのは、従業員にとって私たちがパートナーである意識されるようになったことです。ドイツでは労働組合とは別に従業員代表委員会というものがありますが、その代表委員会からもまた労働組合からも、私たちはパートナーであると認識されるようになりました。

私たち企業疾病金庫の核となる部分は、とにかく私たちは企業のための疾病金庫なのだという意識です。企業の大小を問わず、私たちは重要なパートナーなのです。たとえば私たちは企業の人事部や産業医、あるいは職場の労災防止担当とも同盟関係にあります。また私たちは世界中で労働世界を大きく変えているデジタル化にも対応しています。

こうした背景のもと積極的に取り組んでいるのが、職場における健康の責任をどのように認識し、理解するかということです。私たちは職場において部下や後輩を指導する立場にある人のメンタリティにまでおよぶ活動をしています。今、求められているのは、職場においてきちんとリーダーシップを発揮し、部下を統率できる能力を持った人材です。彼ら、彼女たちの意識を改善し、部下の健康に配慮できるリーダーシップが発揮できるようにすることを意識しています。この分野は非常に興味深く、後ほどシュレーダーさんがかなり細かく説明してください。後半のディスカッションのなかでも、ぜひ取り上げたいと思っています。

②不公平なリスク構造調整是正の取組

私たちが重点的に取り組んでいる 2 つ目の点は、非常に不公平なリスク構造調整の仕組みの是正です。この疾病金庫間の調整は、先ほどの田中先生のお話にも出てきたように、そもそも「連帯」とは何かという根本的な問題とも関係しています。企業疾病金庫の被保険者は比較的経済的に恵まれているので、地区疾病金庫の加入者であるそれほど経済的に恵まれていない人たちに対して、連帯を示さなければなりません。しかし、今ではリスク構造調整が非常に歪んだいびつな形になっていて、私たちが持っているゆとりの部分が必要以上に地区疾病金庫に移譲されている状況が生まれています。極端な言い方をすれば、裕福な人たちが貧しい人たちよりも貧しくなってしまう制度であるということです。政治家もこの状況は理解していますが、伝統的に地区疾病金庫は 16 ある各州との結びつきが非常に強く、これまで改革を妨げてきました。私たちはこれが何とか変わることを願っていますし、そのために戦う用意もあり、すでに戦いは始まっています。非常に厳しい戦いになると思っています。ドイツの医療関連の政策、政治の現場は決して常に調和的に進んでいるわけではありません。

③医療サービスマネジメントの参入

3 つ目の重要分野は、田中先生もお話しくださいましたが、私たちは積極的に自ら医療サービス、マネジメントを手がけるようになったことです。私たちは連盟レベル、企業疾病金庫レベル、企業レベルで詳細な分析を行い、健康を害する主な理由は何か調べています。

この分析ツールとしてアルゴリズムを開発しました。必要なデータを入力すれば、クリックひとつで、たとえば部門が多く労働者の数も多い工場がどういう状況にあるのか、または工場 A と工場 B を比較してどちらが健康・医療面で問題が多いのかが即座にわかります。一企業のなかの複数の工場を比べることもできます。また同業他社と比べてどうなのかということまでわかります。たとえばアウディ社のインゴルシュタット工場とネッカースウルム工場を比べられますし、またアウディ社と BMW 社、ダイムラー社、フォード社を比べることもできます。

このようなデータを連盟から加入する企業疾病金庫や企業に届け、それをもとに疾病金庫や企業においては自分たちで要因を調べ、対策を検討します。この過程でドイツの企業や企業疾病金庫は日本から学ぶことができると考えています。日本ではカイゼンが至るところで行われています。ドイツでもいろいろなところでカイゼンが行われていますが、それを

さらに医療分野、医療保険分野にまで広げて、恒常的に徹底した改善を行うことができると思っています。

このカイゼンは一企業のなかに留まるものではありません。私たちは、たとえば家庭医、統合医療の提供者、あるいは保険医協会などとも契約し、質を評価できるようにしたいと考えています。そしてその評価に基づき、加入者の皆さんに情報を発信したいと思っています。国が発表している医療機関の質に関する報告書がありますが、非常に難解ですので、連盟ではそれをわかりやすい言葉にかみ砕いて、加入している疾病金庫に公開しています。健保連の皆様は、ドイツで薬価や医師、病院に関してさまざまな報告書が定期的に発表されていることをよくご存じだと思いますが、それらに加えて、私たちは疾病金庫としてはじめて、顧客である企業、被保険者向けの報告書を作成することを計画しています。そして企業と話し、企業側の要望をすくい上げる努力をしています。

一例として紹介したいのはBMWの例です。BMW社では、従業員が自分の家族に病気や要介護状態の人が出たときに職場を休まなければならないことが一番の問題となっていると聞きました。そこで企業疾病金庫がその地域の介護サービス事業者や医師と契約し、BMWの社員であればすぐに対応してもらえる契約を取り付けました。

もうひとつ例を挙げましょう。職場での対応の例ですが、そもそも病気を発症させない、あるいは病気が重症化する前に手を打つことを心がけています。スクリーニングを行って、何かしらの疾病の最初の兆候に素早く対応する状況を整えています。たとえば腰痛に悩んでいる人が多いのであれば、それにすぐに対応する、あるいは心理面の問題を抱えている人が多いのであれば、そのような病気の発症防止に大変力を入れています。

私から日本の皆様への最後のメッセージは、映画化もされた小説「山猫」からの引用です。「現状維持を望むのなら、すべてが変わらなければならない」。私は、ドイツも日本も、企業疾病金庫、健保組合には、たとえ条件が有利でなくても変わるだけのパワーがあると信じています。ですから皆さん、すぐにスタートしましょう。ありがとうございました。

Gesetzliche Krankenversicherung unter Anpassungsdruck – Balance zwischen sozialer Sicherung und Steuerung einer Wirtschaftsbranche

*Vortrag auf dem Symposium von Kemporen
am 07. März 2019 in Tokyo*

*Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbandes, Berlin*

調整圧力にさらされる公的医療保険 社会保障と経済領域の統制とのバランス

健保連シンポジウム
2019年3月7日 東京

フランツ・クニープス
企業疾病金庫連邦連盟理事長

Reformgeschichte – Metathemen im Rückblick

- Restaurierung der alten Ordnung nach dem Krieg
- Ausweitung des versicherten Personenkreise und des Leistungskatalogs
- Finanzielle Konsolidierung und Kostendämpfung
- Modernisierung der Strukturen und Integration in das SGB
- Ausweitung von Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb
- Modernisierung der Institutionen und Implementierung von Prozesssteuerung
- Anpassung an demografische, soziale und ökonomische Entwicklung

改革の歴史—メタテーマを振り返って

- 戦後、旧秩序の復旧
- 保険適用対象者と給付適用範囲の拡大
- 財政安定化とコスト抑制
- 構造の近代化と社会法典への統合
- 選択可能性と競争の拡大
- 制度の現代化とプロセス管理の実施
- 人口動態、社会的発展、経済的発展への適応

Reformgeschichte – Politische Gesetzmäßigkeiten

- Illusion von der „großen Gesundheitsreform“ – Keine Chance für Systemwechsel
- Inkrementelle Reformschritte (Vorschaltgesetz, Strukturreform, Feinjustierung)
- Theorie der Pfadabhängigkeit – Implementation von Reformviren
- Steuerung einer Wirtschaftsbranche durch Politik und Recht

改革の歴史 – 政治的 法則性

- 「医療大改革」という幻想 – システム転換のチャンスなし
- 増加的改革段階（暫定法、構造改革、微調整）
- 経路依存性理論 – 「改革ウィルス」の導入
- 政治と法律による経済領域の統制

Herausforderungen

- Sozio-demografischer Wandel (-> Bevölkerung, Gesundheitsberufe, Migration)
- Entwicklung der Gesundheitsberufe (Stadt / Land, Spezialisierung, Feminisierung)
- Geriatriisierung der Versorgung
- Medizinisch-technischer und pharmakologischer Fortschritt -> Ambulantisierung und Individualisierung der Medizin
- Digitalisierung der Kommunikation und der Prozesse
- Erwartungen der Patienten und freier Zugang
- Ethische Grenzen des medizinisch Machbaren

課題

- 社会の変化、人口動態の変化 (→人口、医療関連職、移民)
- 医療関連職の発展 (都市/地方、専門化、女性の増加)
- 医療提供における高齢化対応
- 医療技術と薬学の進歩→外来化と医療の個別化
- コミュニケーションとプロセスのデジタル化
- 患者の期待値とフリーアクセス
- 医療の可能性における倫理的限界

Probleme des Deutschen Gesundheitswesens

- Fokus auf Akutversorgung und Arztzentrierung
- Inkongruenz von Gesundheitszielen, volkswirtschaftlichem Nutzen und betriebswirtschaftlichen Rationalitäten
- Kluft zwischen Machbarem und Sinnvollem
- Finanzierung und Ressourcenallokation, insbes. duales Versicherungssystem

ドイツの医療制度の問題点

- 急性期医療への焦点化と医師中心の医療に焦点
- 医療の目的、経済的有益性、経営的合理性の不一致
- 出来ることと、意味のあることのギャップ
- 財政と資源配分、とりわけ二元的（公私並立の）保険制度

Probleme des Deutschen Gesundheitswesens

- **Über-, Unter- und Fehlversorgung**
 - Varianzen bei Qualität
 - Ungleichheiten Morbidität / Mortalität
- **Fehlanreize bei Planung, Honorierung, Regulierung**
 - Sektordenken und Bürokratisierung
 - Abrechnungsgesteuerte Versorgung („Ökonomisierung“)
 - Mehr-Klassen-Medizin
 - Unzureichende Qualitätsorientierung
 - Widersprüche und Konflikte bei unterschiedlichen Regulierungsansätzen

ドイツの医療制度の問題点

- **医療の過剰供給、過少供給、不適切な供給**
 - 質のばらつき
 - 罹病率/死亡率の不均等
- **計画、報酬、規制における誤ったインセンティブ**
 - 縦割りの考え方と官僚化
 - 診療報酬請求に左右される医療提供（「経済化」）
 - 医療の階層化
 - 質の追求が不十分
 - 複数の規制アプローチにおける矛盾と対立

Mythen der Gesundheitspolitik

- Das Märchen von der Kostenexplosion
- Die Theologie der Lohnnebenkosten
- Die Überforderung des Solidarsystems durch die alternde Gesellschaft
- Die Medizin in der Fortschrittsfalle
- Die Vollkasko-Mentalität der Versicherten als Kostentreiber
- Die fehlende Nachhaltigkeit in der Finanzierung
- Der tatsächliche oder gefühlte Ärztemangel
- Die aufgeblähte Kassenbürokratie
- Mehr Wettbewerb und Deregulierung als Königsweg

Nach Hartmut Reiners, „Mythen der Gesundheitspolitik“, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2011

医療政策の神話

- 爆発的コスト増というおとぎ話
- 賃金付随コストの神学
- 高齢化による連帯制度の限界
- 進歩の罠に陥る医療
- コスト要因として加入者の「完全補償」メンタリテイ
- 財源の持続性の欠如
- 実際の医師不足、あるいは感覚としての医師不足
- 膨張する疾病金庫の官僚主義
- 王道としての競争増と規制緩和

ハルトムート・ライナーズ「医療政策の神話」第2版、ハンス・フーバー出版、ベルン、2011年

Grundlegende Reformansätze

- Konvergenz der Versicherungsmärkte
- Erschließung neuer Finanzquellen (Steuer, Verbeitragung aller Einkünfte, Lohnsummenbeitrag)
- Neuordnung der Sicherstellung
- Neubestimmung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen

改革アプローチの基本

- (公的・民間に分立した) 保険市場の収れん
- 新たな財源の開拓 (税、すべての収入に対する保険料賦課、総賃金を対象とした保険料)
- 医療確保責任の新秩序
- 集団契約と選択的契約の関係の再定義

Grundlegende Reformansätze

- Einheitliches Planungs- und Honorarsystem mit gleicher Bezahlung unabhängig von Art und Ort der Leistungserbringung
 - Abbildung von Multimorbidität
 - Berücksichtigung von (Ergebnis-) Qualität
 - Anreize zu schonender Medizin und gegen Mengenausweitung
- Schaffung von Transparenz sowie Ausbau der Ziel- und Nutzenorientierung

改革アプローチの基本

- 医療サービス提供の種類と場所に関係なく、同額の支払いで、統一的な計画制度と報酬制度
 - 複数疾患の罹患を反映
 - (結果の) 質を考慮
 - 抑制的医療を推進し、量の拡大を抑えるインセンティブ
- 透明性の確保、目標と有益性指向の促進

Reformvorhaben aus der letzten Legislaturperiode (2013-2017)

- Arzneimittelversorgung und (kleine) Finanzierungsreform
- Neuordnung der Krankenhausplanung und –finanzierung
 - Einheitliche Rahmenvorgaben auf Bundesebene für Erreichbarkeit und Qualität
 - Um- und Abstrukturierungsprogramm
 - Fortentwicklung des DRG-Systems (z.B. Hochkostenfälle, medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung)

前連邦議会立法期 (2013-2017) における改革構想

- 医薬品供給と (小規模の) 財政改革
- 病院計画・財源を新たに規定
 - 病院のアクセス度合いと質に関する、連邦レベルの統一枠組規定
 - 構造改革プログラム、構造縮小プログラム
 - DRG制度の発展 (例：高額ケース、医学的根拠のない量の拡大)

Reformvorhaben aus der letzten Legislaturperiode (2013-2017)

■ Reform der Pflegeversicherung

- Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Ausbau niederschwelliger Angebote
- Ausbau der Betreuungsleistungen, insbesondere bei demenziellen Erkrankungen

前連邦議会立法期（2013-2017）における改革構想

■ 介護保険改革

- 新たな要介護概念の導入
- 敷居の低いサービスの拡大
- 見守り・世話給付の拡大、とりわけ認知症の場合

Reformvorhaben aus der letzten Legislaturperiode (2013-2017)

- **Verbesserung des Entlassungsmanagements nach Krankenhausaufenthalt**
 - Schließung leistungs- und vertragsrechtlicher Lücken
 - Sicherung der Anschlussversorgung
- **Sicherung der Primärversorgung**
 - Sicherung der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Allgemeinmedizin
 - Ausbau kooperativer Betriebsformen
 - Aufwertung der Gesundheitsberufe
- **Präventionsgesetz**

前連邦議会立法期（2013-2017）における改革構想

- **入院後の退院管理の改善**
 - 給付法と契約法のギャップを埋める
 - 接続するケアを確保
- **プライマリ・ケアの確保**
 - 総合医分野の教育、卒後および継続研修の確保
 - 共同の事業形態の拡大
 - 医療関連職の処遇改善
- **予防法**

Konkrete Reformziele der jetzigen Regierung

- Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Versorgung
- Ausbau der Patientenorientierung
- Überwindung der Sektorengrenzen bei Planung und Honorierung
- Flexibilisierung der Organisations- und Betriebsformen von Versorgungseinheiten
- Aufwertung von Grundversorgung und Allgemeinmedizin

現政権の具体的な改革目標

- 全国をカバーし、ニーズに応じた医療の確保
- 患者目線の強化
- 計画と報酬における縦割りによる弊害の克服
- 医療提供主体における組織形態、事業形態の柔軟化
- プライマリ・ケアと総合医療の処遇を改善

Konkrete Reformziele der jetzigen Regierung

- Förderung von Mobilität, Telemedizin und flexiblen Arbeitsformen in populationsbezogenen Versorgungsmodellen
- Aufwertung nichtärztlicher Heilberufe (Delegation, Substitution, Ausbildung, Akademisierung)
- Stärkung der Bundesländer in der Daseinsvorsorge
- Vernetzung mit kommunalen Dienstleistungen
- Reform der Finanzverfassung und des Risikostrukturausgleichs

現政権の具体的な改革目標

- 人口動態に応じた医療提供モデルにおける流動性、遠隔医療、および柔軟な労働形態の促進
- 医師以外の健康関連の職種の処遇改善（医師以外の医療職への医療行為の委任、代替、教育、大学卒業資格化）
- 生活基盤の確保における連邦州の権限強化
- 自治体レベルのサービスとのネットワーク化
- 財政制度とリスク構造調整の改革

Reformvorhaben aus der laufenden Legislaturperiode (2017-2021)

■ Versicherten-Entlastungsgesetz (VEG)

- Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung (auch bei Zusatzbeiträgen => Entlastung der Versicherten, Belastung der Betriebe)
- Begrenzung und Reduzierung der Rücklagen von Krankenkassen
- Verschärfung der Aufsicht

現連邦議会立法期（2017-2021）の改革構想

■ 被保険者負担軽減法（VEG）

- 労使折半型社会保険料の復活（追加保険料についても→加入者の負担軽減、企業の負担増）
- 疾病金庫の積立金の制限と削減
- 監督の強化

Reformvorhaben aus der laufenden Legislaturperiode (2017-2021)

■ Pflege-Stärkungsgesetz

- Schaffung von zusätzlichen 13.000 Stellen in der Behandlungspflege (Problem: Fachkräftemangel)
- Verbesserung von Bezahlung und der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften
- Herauslösung der Pflegekosten aus dem Krankenhausfinanzierungssystem (DRG)

現連邦議会立法会期（2017-2021）の改革構想

■ 看護介護人材強化法

- 看護介護職13,000人分の追加雇用創出（課題：専門職不足）
- 看護介護職の処遇と労働条件の改善
- 病院財政制度（DRG）から看護介護費用を分離

Reformvorhaben aus der laufenden Legislaturperiode (2017-2021)

- **Terminservice-Stellen- und Versorgungsgesetz (TSVG)**
- Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung
- Neuordnung der Notfallversorgung
- Beschleunigung der Prozesse, vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie beim Aufbau der Telematik-Infrastruktur und der Einführung einer elektronischen Patientenakte
- Ausweitung der direkten operativen Eingriffe des Bundesgesundheitsministeriums
- Aufwartung der nichtärztlichen Heilberufe, insbesondere in der Heilmittelversorgung

現連邦議会立法会期（2017-2021）の改革構想

- **診療予約センターおよび医療提供法（TSVG）**
- 外来医療へのアクセス改善
- 救急医療の再編
- プロセスの加速化、とりわけ共同連邦委員会、および遠隔医療インフラ構築と電子カルテ導入に関して
- 連邦保健省による直接介入領域の拡大
- 特に各種療法の給付の際の医師以外の医療職の処遇改善

Weitere Reformvorhaben

- Entlastung der Betriebsrenten
- Neuordnung des Risikostrukturausgleichs
- Modernisierung des Kassenorganisationsrechts
- Abbau der Bürokratie
- Harmonisierung von ambulanter und stationärer Versorgung (gemeinsame Bund- Länder-Arbeitsgruppe)
- Prüfung einer gemeinsamen Honorarordnung für GKV und PKV (Kommission aus Wissenschaftlern)
- Weitere Verbesserungen in der Pflege (Bündnis für Pflege)
- Evaluation des Präventionsgesetzes

今後の改革方針

- 企業年金の負担軽減
- リスク構造調整の再編
- 疾病金庫組織法の現代化
- 官僚主義の撤廃
- 外来医療と入院医療の調和
(連邦と州の合同ワーキンググループ)
- 公的医療保険と民間医療保険の共通診療報酬制度の検討
(有識者による委員会)
- 介護分野のさらなる改善 (よい介護のための同盟)
- 予防法の評価

Visionen für eine künftige allgemeine Krankenversicherung

Einheitlicher Versicherungsmarkt

- **Gleiche Rahmenbedingungen für alle Versicherungsträger**
- **Gerechte und nachhaltige Finanzierung mit Berücksichtigung der gesamten Leistungsfähigkeit auf der Einnahmenseite**
- **Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Versorgung auf der Ausgabenseite**

医療保険全体の将来ビジョン

統一的な保険市場

- **全ての保険者に同一枠組条件**
- **収入サイド：トータルな負担能力を考慮した、公正で持続可能な財政**
- **支出サイド：医療サービスの質と効率をめぐる競争**

Visionen für eine künftige allgemeine Krankenversicherung

Integriertes, patientenorientiertes Versorgungssystem

- **Überwindung der Sektorengrenzen, insbesondere bei Kapazitätssteuerung, Honorierung, Qualitätssicherung**
- **Aufwertung von Prävention, Rehabilitation, Pflege**
- **Stärkung von Transparenz und Nutzerorientierung**

医療保険全体の将来ビジョン

統合された、患者中心の医療提供制度

- **縦割りの弊害の克服、とりわけ総量管理、診療報酬、質の保証において**
- **予防、リハビリ、介護の処遇改善**
- **透明性と受益者指向の強化**

Fazit

- Keine Ablösung des Solidarprinzips, aber strukturelle Schwächen und Auffälligkeit gegen interessenpolitische und ideologisch motivierte Attacken
- Reformen folgen gesellschaftspolitischen Trends und sind abhängig von Finanzlage
- Strukturprinzipien erweisen sich als erstaunlich reformresistent, aber Instrumente werden flexibler
- Keine Mehrheiten für Systemwechsel, aber permanenter Anpassungsbedarf

Zitat von Giuseppe Tomasi di Lampedusa:

„Wenn wir wollen, dass alles so bleibt, wie es ist, dann ist es nötig, dass alles sich verändert.“

総括

- 連帯の原則は維持、しかし構造的弱点があり、利益政策やイデオロギーに基づく攻撃に耐性がない
- 改革は、社会政策的情勢に従って行われ、財政状況に左右される
- 構造的原則は驚くほど改革に耐性があるが、そのための手段はより柔軟になっている
- 制度転換には多数の支持はないが、恒常的に調整の必要性がある

**ジュゼッペ・トマーシ・ディ・ランペドゥーサの引用
「現状維持を望むなら、全てが変わらねばならない」**

ドイツの企業疾病金庫による予防・健康増進プログラム

企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長
ユリア・シュレーダー氏



こんにちは。佐野様、河本様、田河様、ご出席の皆様、今日は東京にお招きいただき、心からお礼を申し上げます。皆様に企業疾病金庫における事業所内でのさまざまな健康増進対策についてお話しする機会を得られ、大変うれしく思います。

3つの予防・健康増進の行動分野

[スライド2] ※本報告書 67 ページ～

これから皆さんにお話しする行動分野ですが、今日は一番左にある企業における健康増進を主なテーマとして取り上げたいと考えています。それ以外にも企業疾病金庫として活動している2つ目の分野には、ここで「生活領域」と呼んでいますが、たとえば幼稚園や学校、介護施設あるいは市町村などがあり、そこでのさまざまな対策をサポートしています。3つ目の分野としては、個人の健康関連の予防コースとして個別の行動に合わせたさまざまな給付を提供しています。

法改正による財政的な影響と疾病金庫の健康増進支出

[スライド3、4]

ここではさまざまな法改正と財源について記しています。なかでも一番重要なのは 2015 年に制定された「予防法」です。この法律ではじめて、加入者一人当たり一年間にどのぐらいの費用を企業における健康増進をはじめとした予防に充てなければならないかが定められました。

2019年の支出基準額は約7.5ユーロです。そのうち3.15ユーロは企業での健康増進に投資しなければならないという規定になっています。もし、この年間の支出額を全部使わなかった場合は、支出しなかった分を疾病金庫中央連合会に返還しなければなりません。

先ほど3つの行動分野を説明しましたが、生活領域や個別の予防策のための支出については、基準額は一応決まっていますが、全額支出しなかったとしても返還することにはなりません。あくまで基準であり、返還義務はありません。

また2019年1月からは、企業における健康増進のための投資のうち1ユーロを病院や介護施設に使わなければならなくなりました。この決定には、現在のドイツ連邦保健大臣が介護分野に力を入れているという政治的な背景もあります。高齢化の流れのなかで1ユーロという額が決まりましたが、疾病金庫でも1ユーロを使わなければならなくなりました。

しかし、このような規定ができて、企業疾病金庫には何の問題もありません。私たちは以前から他の種類の疾病金庫に比べ、健康増進に多くの費用を投資してきたからです。これは企業疾病金庫のひとつの特徴であると思います。

就業不能日数

[スライド5]

では企業疾病金庫の加入者はどのような理由で、どのような病気で就労不能になるのか調査分析した結果をご覧ください。

全体の4分の1を占めるのが筋骨格系の疾患です。腰痛や肩、膝の痛みによるものです。それに次いで約17%を占めるのがさまざまな精神障害です。うつ病、パニック障害のような病気がこのなかに含まれます。

企業疾病金庫の被保険者の平均病欠日数は約17日です。しかし、それを診断グループ別に見るとかなりのバラつきがあることがわかります。たとえば精神疾患の場合は約39日で、筋骨格系では約20日となっています。クニースさんのお話にもありましたように、このようなデータをただ把握して分析するだけでなく、その状態を受け止め、何らかの形でアクションを起こしたいと考えています。

企業疾病金庫による健康増進サービス

[スライド6]

そこで私たちは改善を図るために2つのアプローチをとっています。ひとつは労働環境

の改善です。企業とともに健康につながる労働条件を整えることです。もうひとつは個人へのアプローチ、個人の行動を変えるアプローチです。

このような対応から、環境改善と行動改善の2つのアプローチの組合せが最も効果的であることがわかりました。1分野だけではなく、複数の分野で同時にさまざまなプログラムを組んで提供することが効果的であるということです。

そのうち特に労働環境の改善が大きな課題になっています。なぜなら職場全体の環境を変える必要があるからです。たとえば照明や騒音の問題への対策も含まれます。この分野において、私たちは労災防止の担当者と連携し、さまざまな対策に取り組んでいます。また職場環境へのアプローチのなかで重要になるのが対人関係です。上司や顧客、あるいは同僚との関係というストレス要因が多いなか、健康増進につながるとても重要な活動分野になっています。

クニープスさんの講演にもありましたが、今の若い世代は上司に対してさまざまな高い要求を持っており、管理職はそのさまざまな期待に応えなければならない状況に置かれています。そこで企業疾病金庫として管理職に対するトレーニングを提供しています。健康増進につながるコミュニケーション、健康を意識した指導法や経営法、管理法を伝えています。SAPというソフトウェア会社がありますが、以前その産業医から、家庭医よりも上司のほうが健康にとって重要な役割を果たしているということを伺ったことがあります。

総合的・学習的プロセスとしての健康増進

[スライド7]

先ほどお話したように私たちは個別の対策を提供するのではなく、それらを組み合わせてひとつのプロセス、参加型の全体的なプロセスとして提供しています。私たちが企業に向いて話すときには、まず運営委員会の設立を勧めています。運営委員会は経営者、人事部、従業員、それから従業員代表、労災防止担当者、産業医、疾病金庫の代表から構成され、定期的に会合を開いてプロセスを決めていきます。

このプロセスはPDCAサイクルで実施されるのですが、まず分析を行います。就労不能日数のデータを事業所別に分析し、また従業員の何人かを選び直接インタビューをし、定性分析を行います。原因を追及し解明した後に、なぜこれだけ身体に負担が多いのか企業全体の構造が見えてきます。そしてインタビューで得られた情報も踏まえて対策を練ります。そのデータを企業とともに評価するのですが、その際にさまざまな指標を用います。多くの企

業が用いるのが病欠日数ですが、それ以外にもたとえば従業員の満足度や離職率などのさまざまな指標に基づいて評価を行います。

健康増進実施企業

[スライド8]

こちらのスライドをご覧ください。2015年に施行された予防法が健康増進プログラム実施の大きな後押しとなったことがわかります。この予防法の施行を受けて、今では1万8,000社が何らかの形で予防対策や健康増進対策を講じています。

しかしドイツには従業員10人以上の企業が35万社以上あることを考えると、健康増進プログラムが浸透しているのはまだ5%にすぎません。まだまだやるべきことがあります。

そこでひとつの対策として、とりわけ小規模事業者を集めて、企業の枠を越えた形で、私たちから健康増進プログラムを提供しています。

健康増進プログラムの実例

事例：Viactiv 企業疾病金庫

[スライド9~11]

ではここから、実際に企業疾病金庫が行っている、企業での健康増進プログラムについて具体的に3つご紹介します。

まずは Viactiv という複数の企業が加入している企業疾病金庫の例です。背中痛みなど筋骨格系の問題を抱えている従業員のための対策として、ジム内蔵型トラックをつくりました。この疾病金庫はさまざまなところに拠点や加入事業所があり、どこにでもジムをつくることはできません。そこで、移動型のジムをつくってしまえば良いということで、トラックをフィットネスジムに改造しました。このジムは、もちろんジムとしての機能を果たしているのですが、それだけでなく驚くほどの広告宣伝効果がありました。非常に目立ちますし、マスコミにもすぐに取り上げられました。また、この走るジムトラックを通じて企業のことを知った、あるいは企業疾病金庫を知ったということで、非常に大きな注目を集めています。

もちろん本来の目的も達成しており、このジムで行われているさまざまなトレーニングは大変素晴らしい効果をもたらしています。きちんとトレーニングプログラムをつくり、トレーナーがケアしてくれますので、実際に背中痛みも軽減されましたし、そうした痛みにつながるリスクも軽減することができました。参加者の筋力が増加し脂肪率も減り、大変素

晴らしい効果をもたらしています。

ティッセンクルップ社とオペル社でのパイロットプロジェクトでは、トレーニングの直接的な身体への効果だけではなく、参加者のライフスタイルにも何かしらの変化があるか調査を行いました。その結果、参加者の 21%が私生活においても良い影響があったと答えています。たとえば近くのジムに入会した、昔やっていたスポーツをまた始めた、あるいは食生活を見直してそれが健康につながったというようなものです。

この動くジムでは、専任の有資格者トレーナーだけではなく企業疾病金庫の職員も常に同乗しており、話をすることができます。これはとても重要なポイントで、疾病金庫の職員と加入者、企業が話をする機会をつくり信頼関係が醸成されるという側面もあります。

事例：アウディ企業疾病金庫

[スライド 12]

2つ目の事例はフォルクスワーゲンのヴォルフスブルク工場です。同じグループ会社なので、フォルクスワーゲンの従業員はアウディ企業疾病金庫に加入しています。こちらは疾病金庫の職員が職場に直接出向きトレーニングプログラムを実施する形です。

このプログラムの特徴は、たとえば実際に各職場において従業員がどのような姿勢で仕事をしているかを細かく分析したうえで、無理な姿勢をしていたらそれを直すのにはどうすれば良いか、その場で指導しました。半年間でフォルクスワーゲンの従業員 1 万 1,000 人がこのプログラムに参加し、そのことによりアウディ企業疾病金庫との密なつながりもできました。

事例：ポッシュ企業疾病金庫

[スライド 13~15]

3つ目の事例は、ポッシュ企業疾病金庫の取組みです。このプログラムでは金銭的なインセンティブが設けられました。企業における健康増進プログラムを普及させるためのボーナスプログラムです。

とても複雑なプログラムですが、詳細に見ていきたいと思います。まずはポッシュの複数ある拠点をひとつずつ分析し、事業所内で健康管理が行われているかを調べます。たとえば、そうした構造がすでにきちんと存在しているか、ご紹介した運営委員会が設立されているか、その委員会は年に何回会合を持っているか、会合には誰が参加しているか、役員クラス、

管理職クラスは参加しているかを調べます。

スライドの一番下の紺色の部分をご覧ください。「構造」と「クラシック」とありますが、ここで企業自体にそもそも健康管理の基礎となる状況があるかを調べます。たとえば社員食堂のメニューは健康に配慮されているか、スポーツをする機会が会社側から提供されているかという基本的な状況を確認します。

次の段階では人にもう少し焦点を当て、従業員が置かれている状況を確認します。たとえば各工場のなかにまで踏み込み、従業員のなかに何か問題を抱えている人はいないか、問題を抱えている人はきちんと疾病金庫からケアしてもらっているかを調べます。心理面、精神面で何か問題を抱えている社員がいた場合、疾病金庫を通じて、すぐに専門医の予約が取れるようになっているか、あるいはその職場の上司は部下がどういう状況にあるかきちんと把握できているかを調べます。

3つ目の段階では、各事業所でこうした健康増進プログラムに関するさまざまな指標がきちんと確認されているかを調べます。たとえば健康度あるいは有病率など、そうした指標となる数字が把握されているかを調べます。

先ほど金銭面でのインセンティブがあると申し上げましたが、企業側がボッシュ企業疾病金庫の加入者一人当たり1年間に最高で15ユーロを得ることができます。この金額は企業疾病金庫の運営委員会が決定します。

また成果をきちんと目に見える形で把握できるように、成果コントロールツールが開発されました。

テクノロジーと社会の変化が労働の世界に与える影響・BGM (事業所健康管理)

4.0 の背景と意義・チャレンジに対応する

[スライド 16、17]

最後に新しいプログラムをご紹介します。これは連盟に加入しているすべての企業疾病金庫向けに昨年スタートしたものです。

皆様もご存じのように、今、労働を取り巻く世界は大きく変化しつつあります。経済はもちろんですが、すべてがデジタル化の波にさらされています。クニープスさんもおっしゃっていたように、デジタル化は職場に非常に大きな影響をもたらしています。企業疾病金庫も今まで行ってきた企業内の健康マネジメントプログラムを見直し、より革新的なものにする必要があります。新しい労働環境が生まれることによって、これまでとは違う負担、違う

形での仕事が増えてくるからです。

講演のはじめに、予防法により各企業疾病金庫において加入者一人当たり年間約 3 ユーロを健康増進のために支出する義務が生じたと申し上げました。ということは大きな企業疾病金庫であるほど、それだけ財政的に余裕があることになります。そこで連盟としては、金銭的余裕に甘んじるのではなく、まず何よりも質に重点を置き、質の伴ったプログラムを提供しようということによって一致しています。

BGM（事業所健康管理）4.0 の例

〔スライド 18～21〕

スライドでご覧いただいている 19 社が、共同で新しいプログラムをスタートさせました。もちろん、すべてが連盟に加入している企業疾病金庫です。それぞれが加入者一人当たり 5 セントずつをこの新しいプログラムに投資します。これまでとは違う新たなプログラムを自分たちで開発し実施するために拠出する、これまでになかった形のプログラムです。

具体的にどんなツールを開発しているか、スライド 19 に例をひとつ紹介しています。ヴァーチャルリアリティで行うシミュレーターです。たとえば遠隔地で働いている人たちにも、何らかの形で健康増進プログラムに参加してもらえるツールです。

さらにスライド 20、21 でもツールを紹介しています。スライド 20 はデジタル・ワークショップ・モジュール、そしてスライド 21 は管理職のための学習プログラムです。詳細は後ほどのディスカッションでお聞きいただければと思います。

日本の皆様にとって何かしら刺激になるかと思われる事例をいくつかご紹介しました。ご清聴いただき、ありがとうございました。

Prävention und Gesundheitsförderungsangebote der deutschen Betriebskrankenkassen

BKK Dachverband e.V.

7. März 2019 ■ 1



ドイツの企業疾病金庫による 予防・健康増進プログラム

ユリア・シュレーダー
企業疾病金庫連邦連盟健康増進局長

BKK Dachverband e.V.

2019年3月7日 ■ 1



3 Handlungsbereiche für Prävention und Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nach § 20b SGB V

Gesetzliche Grundlage:

§ 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V und § 20b SGB V

Inhalte:

- Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Verhältnisprävention)
- Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil (Verhaltensprävention)

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V

Gesetzliche Grundlage:

§ 20 Absatz 4 Nr. 2 und § 20a SGB V

Def. Lebenswelt /Setting =

- Kindergärten
- Schulen und Berufsschulen
- Pflegeeinrichtungen
- Kommunen

Inhalte:

Verhältnisprävention (Unterstützung bei Aufbau und Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen, z. B. Schulessen) und **Verhaltensprävention** (z. B. Angebote zur Bewegungsförderung, zur gesundheitsförderlichen Ernährung oder Stressbewältigung)

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V

Gesetzliche Grundlage:

§ 20 Abs. 5 SGB V

Richtet sich an den Einzelnen

(= Individualprävention)

Deutschlandweit werden kassenübergreifend Präventionskurse angeboten mit folgenden

Inhalten:

- Bewegungsgewohnheiten (z.B. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität)
- Ernährung (z. B. Vermeidung von Fehlernährung und Reduktion von Übergewicht)
- Stressmanagement (Förderung von Stressbewältigungskompetenzen und Entspannung)
- Suchtmittelkonsum (Nikotin, Alkohol)

3つの予防・健康増進の行動分野

社会法典第V編第20b条による企業における健康増進(BGF)

法的根拠:

社会法典第V編第20条第4項第3号及び第20b条

内容:

- 健康につながる労働環境の形成に関するアドバイス (環境による予防)
- 健康につながる労働や生活スタイル (行動による予防)

社会法典第V編第20a条による生活領域における健康増進および予防

法的根拠:

社会法典第V編第20条第4項第2号および第20a条

生活領域の定義:

- 幼稚園
- 学校・職業学校
- 介護施設
- 市町村

内容:

環境による予防 (健康増進向けの制度整備・強化を支援 (例: 学校給食)) および **行動による予防** (例: 健康につながる食生活やストレス解消のための運動促進プログラム)

社会法典第V編第20条第4項第1号による、個別の行動に合わせた予防給付

法的根拠:

社会法典第V編第20条第5項

個人を対象とする (個別予防)

ドイツ全国で、疾病金庫横断的に以下の内容の予防講座を用意:

- 運動習慣 (例: 健康的なスポーツ活動による運動不足の解消)
- 食生活 (偏った食生活の改善、肥満の解消)
- ストレス管理 (ストレス対処能力向上やリラクゼーション)
- 依存症の原因 (ニコチン、アルコール)

Gesetzliche Neuregelung – Finanzielle Auswirkungen

- 2015: Verabschiedung „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“
 - Deutliche Ausweitung des jährlichen Präventionsmittelansatzes von 3,17 € auf 7,00 € pro Versicherten (jährlich dynamisiert)
 - Einführung von verpflichtenden Ausgabewerten für die BGF und Prävention in den anderen Lebenswelten
 - jährliche GKV-Mehrbelastung zw. 220 – 240 Mio. € pro Jahr
- 2018: Verabschiedung „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)“
 - Weitere Anhebung Mindestausgabewert BGF auf 3,15 € je Versicherten. 1,00 € verpflichtend für BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.
 - jährliche GKV-Mehrbelastung 72 Mio. € pro Jahr
- Ausgabensollwerte 2019: **insgesamt 7,51 €**
 - Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF): 3,15 €
davon: BGF in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen: 1,00 €
 - Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten: 2,15 €
 - Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention: 2,21 €
- Bei Unterschreitung der jährlichen Ausgaben müssen die nicht verausgabten Präventionsmittel an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV SV) abgeführt werden.

法改正: 財政的な影響

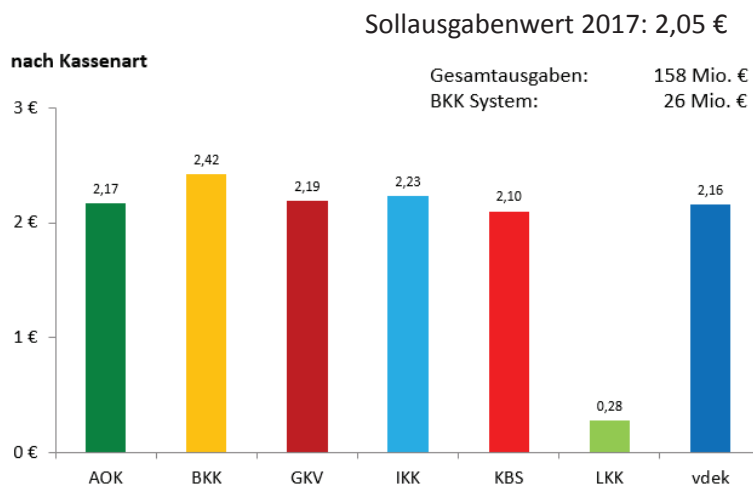
- 2015年: 「健康増進および予防の強化のための法律 (予防法)」の制定
 - 加入者一人当たりの予防のための年間予算を3.17ユーロから7ユーロに大幅に引き上げ (年間スライド制)
 - 企業および他の生活領域での健康増進と予防のための支出額 (必須) を導入
 - 公的医療保険 (疾病金庫) の追加負担: 年間2億2,000万~2億4,000万ユーロ
- 2018年: 「介護従事者強化法」(PpSG) の制定
 - 健康増進最低支出額をさらに加入者一人当たり3.15ユーロに引上げ、内1ユーロは病院および介護施設における健康増進施策に支出することを義務づける
 - 公的医療保険 (疾病金庫) の追加負担: 年間7,200万ユーロ
- 2019年の支出基準 (目標) 額: **合計7.51ユーロ**
 - 企業における健康増進: 3.15ユーロ
内、病院・介護施設における健康増進: 1ユーロ
 - 生活領域における健康増進および予防: 2.15ユーロ
 - 個別行動に合わせた予防のための給付: 2.21ユーロ
- 年間の支出が基準に満たない場合、未支出の予防費は連邦疾病金庫中央連合会(GKV SV)に返還する必要がある

Ausgabenvergleich BGF nach Kassenarten (2017)

- Das BKK System investiert mit 26 Mio. € deutlich mehr in die Betriebliche Gesundheitsförderung als andere Kassenarten.

Abkürzungen:

- AOK = Allgemeine Ortskrankenkassen
- BKK = Betriebskrankenkassen
- GKV = Gesetzliche Krankenversicherung – gesamt
- IKK = Innungskrankenkassen
- KBS = Knappschaft-Bahn-See
- LKK = landwirtschaftliche Krankenkasse
- Vdek = Ersatzkrankenkassen



BKK Dachverband e.V.

7. März 2019 4

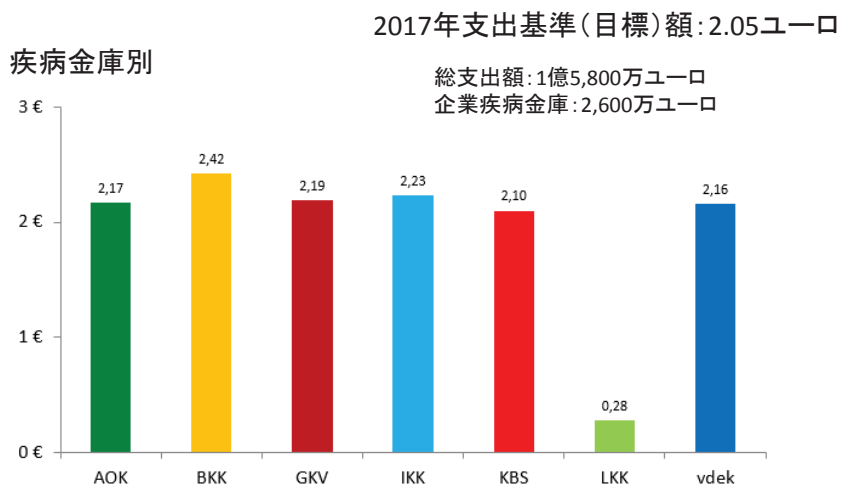


疾病金庫種別の健康増進支出 (2017年)

- 他の種別の疾病金庫に比べて、企業疾病金庫(BKK)は企業における健康増進に顕著に投資している(2,600万ユーロ)

略称:

- AOK = 地区疾病金庫
- BKK = 企業疾病金庫
- GKV = 公的医療保険(疾病金庫)全体
- IKK = 同業者疾病金庫
- KBS = 鉱業・鉄道・船員金庫
- LKK = 農業者疾病金庫
- Vdek = 代替金庫連合会

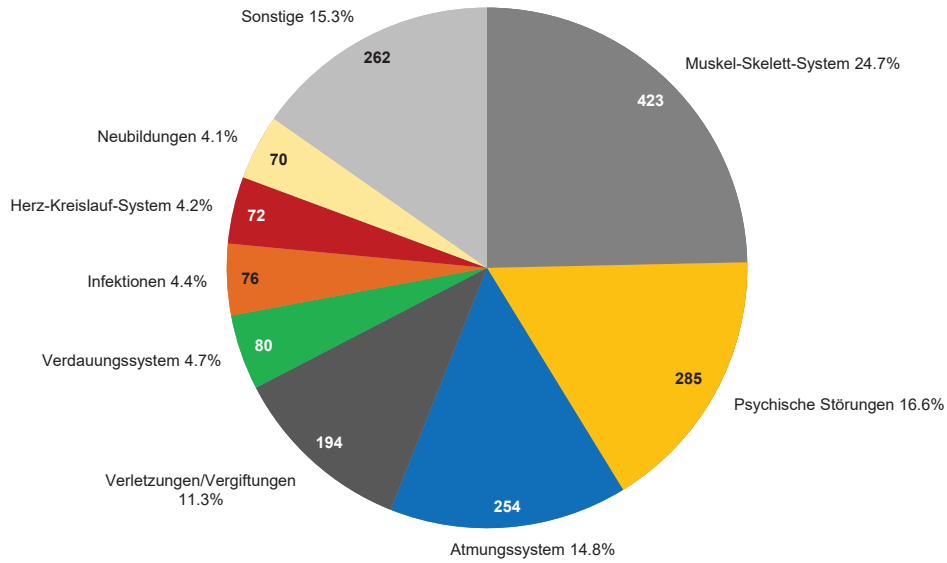


BKK Dachverband e.V.

2019年3月7日 4

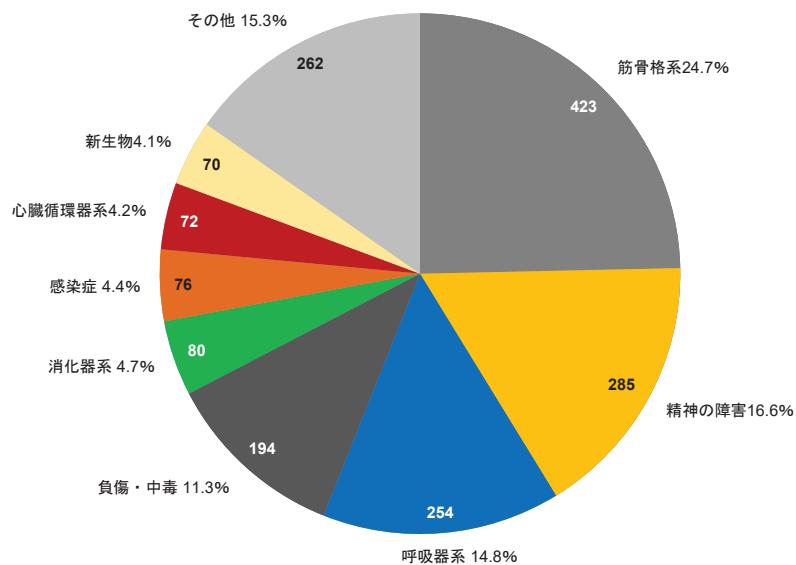


Arbeitsunfähigkeits-Tage pro Person Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent

就業不能日数 主要診断群の分布: (2017年)



被保険者100人当たり(除く:年金生活者)の就業不能日数および割合(%)

Leistungen der BKK in der BGF

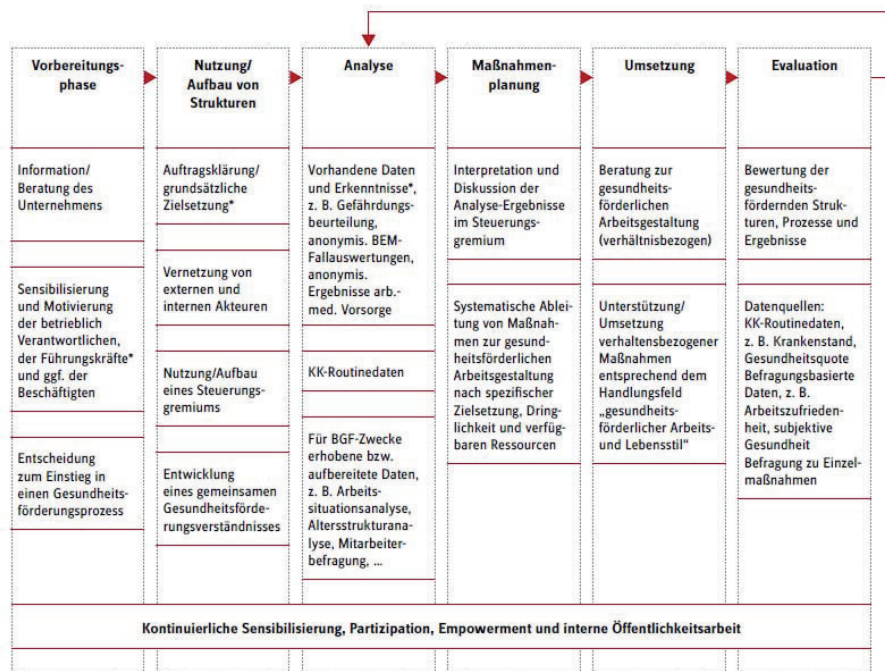
Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung	Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen (z.B. durch Einbindung der Beschäftigten in vertiefende Analysen zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen der Arbeitsgestaltung) • Gesundheitsgerechte Führung (Bsp.: Training für einen gesundheitsgerechten Kommunikations- und Führungsstil) • Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> – Bewegungsförderliche Umgebung (Bsp. „Aktivpausen“, Aktionen „Treppe statt Aufzug“) – Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag (Bsp. Speiseplananalyse im Betriebsrestaurant) – Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb (Beratung zu strukturellen Interventionen bezüglich des Suchtmittelkonsums - Nichtraucherchutz; Alkoholprävention) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stressbewältigung und Ressourcenstärkung (Bsp. Einübung von Selbstmanagement-Kompetenzen in Bereichen wie Zeitmanagement und persönliche Arbeitsorganisation; Vermittlung und praktische Einübung von Entspannungsverfahren wie Autogenes Training, Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong) • Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte (Bsp. Anleitung zur Bewältigung von Schmerzen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems) • Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag (Bsp. Schulung zu gesunder Ernährung bei Schichtarbeit) • Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb (Vermittlung und Durchführung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung, zum gesundheitsgerechten Alkoholkonsum sowie zu weiteren Suchtmitteln)

企業疾病金庫による健康増進サービス

健康増進につながる労働環境の形成に関するアドバイス	健康増進につながるワーク・ライフスタイル
<ul style="list-style-type: none"> • 健康増進につながる労働(業務内容)および労働条件整備 (例: 従業員を労働設計に関する健康関連問題の深堀分析に参加させる) • 健康に配慮した管理体制 (例: 健康に配慮したコミュニケーション・リーダーシップスキル取得のための研修) • 企業における健康増進に向けた枠組み条件整備 <ul style="list-style-type: none"> – 運動を促進するような労働環境(例: 「アクティブ休憩」(体操)、「エレベータではなく、階段を」活動など) – 日常の仕事生活における健康に配慮した食事(例: 社食のメニューを調査評価) – 企業における環境による依存症予防 (依存症に関する構造的介入についてのカウンセリング、非喫煙者保護、アルコール(依存症)予防) 	<ul style="list-style-type: none"> • ストレス管理およびリソース強化 (例: タイムマネジメントや自己業務管理などの自己管理能力を訓練。自律訓練法、ハタヨガ、太極拳、気功など、リラクセーション法の紹介、レッスン) • 健康増進につながる働き方、体を動かすアクティブな従業員 (例: 筋骨格系の痛み・悩みを解消するための指導) • 日常の仕事生活における健康に配慮した食事 (例: シフト勤務者向けの健康的な食事の指導) • 企業における行動別の依存症予防 (禁煙指導、健康に配慮したアルコール消費、他の依存要因に関する企業プログラムを紹介、実施)

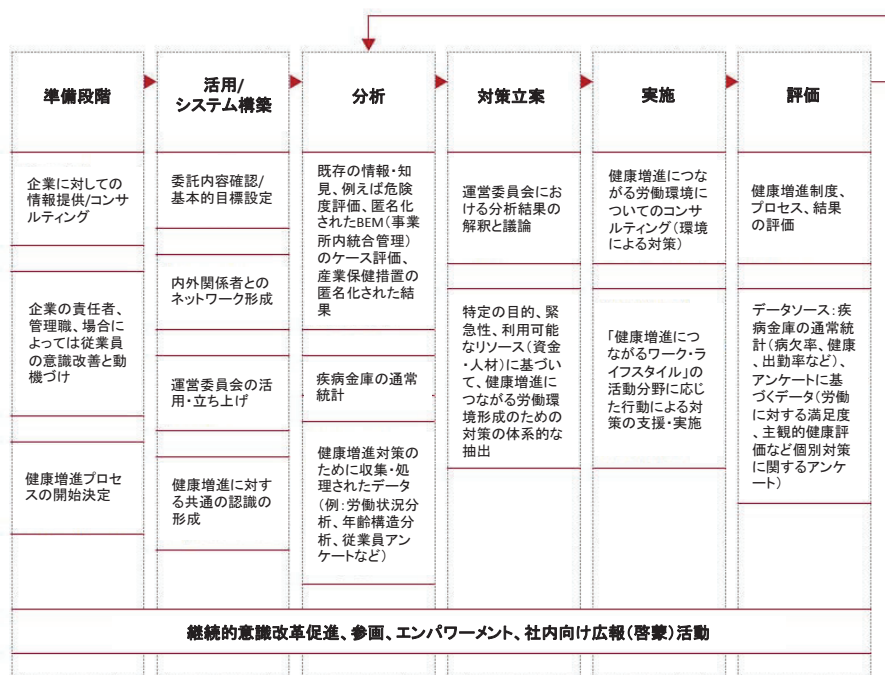
BGF als ganzheitlicher und lernender Prozess

- **Prinzip der Teilfinanzierung:** Maßnahmen der BGF durch die Krankenkassen setzen ein finanzielles und/oder personelles Eigenengagement des Betriebes voraus.
- **Prinzip der Anschubfinanzierung:** Die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen ist grundsätzlich zeitlich befristet. Betriebe sollen nach Beendigung einer GKV-Förderung die BGF in eigener Verantwortung weiter führen.



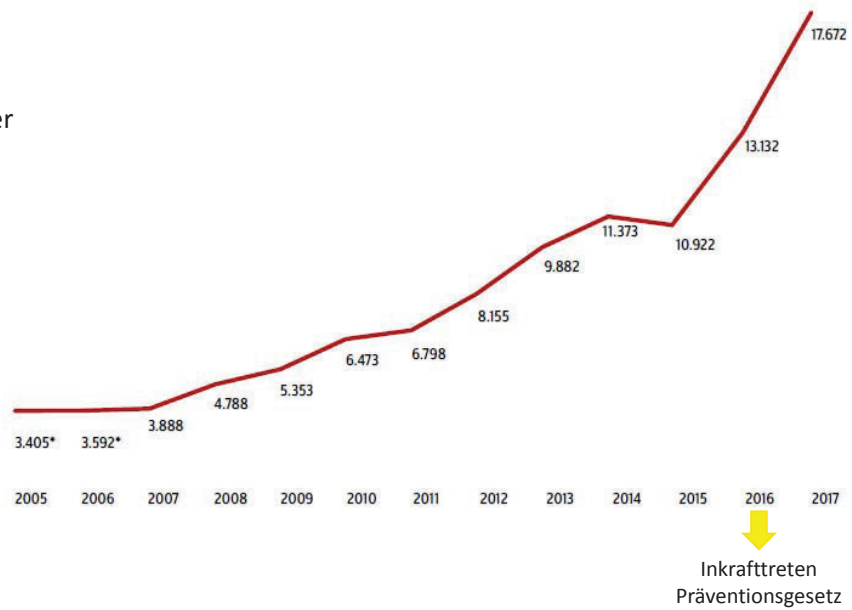
総合的・学習的プロセスとしての健康増進

- **部分的助成の原則:** 疾病金庫による健康増進助成を受けるには、事業所自身の健康増進に対する資金・人材の投入が必要
- **初期段階での助成の原則:** 疾病金庫による健康増進助成は期限付き。疾病金庫による助成が終了後、事業所は自己責任による健康増進の継続が必要



Mit BGF erreichte Unternehmen

- Anzahl der Unternehmen (mit 10 oder mehr Beschäftigten): 364.458
- → etwa 4,85 % der Unternehmen in Deutschland werden mit BGF erreicht.



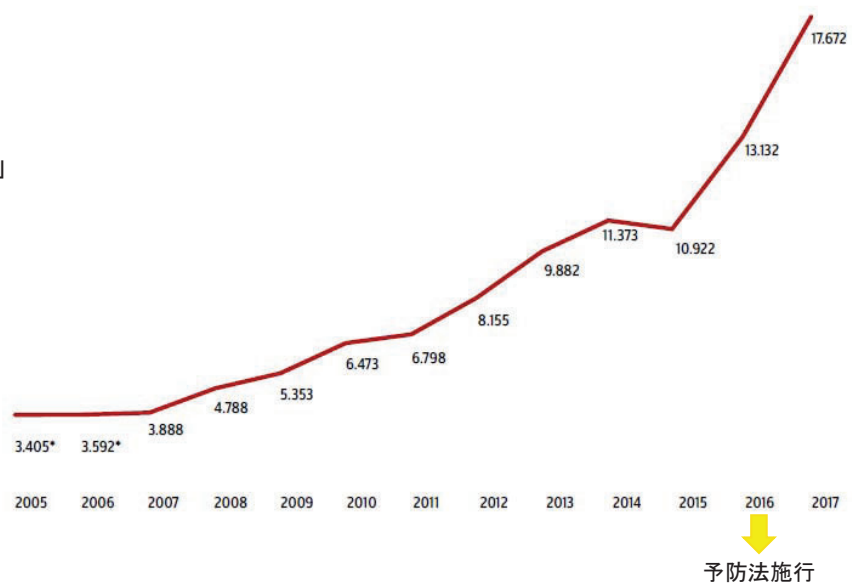
BKK Dachverband e.V.

7. März 2019 ■ 8



健康増進実施企業:

- 企業数(従業員:10人以上): 364,458社
- →ドイツの約4.85%の企業は「健康増進」(プログラム)を実施



BKK Dachverband e.V.

2019年3月7日 ■ 8



Praxisbeispiel: BKK Viactiv



- Die VIACTIV BKK hat in einen Truck ein Fitnessstudio eingebaut. Dieser steht für einen Zeitraum von 6-12 Wochen auf dem Betriebsgelände.
- Das Training selbst wird von qualifizierten Sporttherapeuten begleitet - angefangen beim Check-up vor Trainingsbeginn (3D-Wirbelsäulen-Analyse, Herz-Kreislauf-Test) über die individuelle Trainingsplanung bis zur persönlichen Betreuung während der Trainingszeit.
- Gesundheitlich wirksam: reduziert Rückenschmerzrisiko, steigert Kraft, vermindert Körperfett

実例: Viactiv 疾病金庫



- VIACTIV 疾病金庫は、フィットネスジムに改造したトラックを6~12週間、事業所の敷地に停車
- 有資格者のスポーツ療法士がトレーニングを指導。トレーニング前の検査(3Dを使った脊椎分析、心臓循環器検査)、パーソナルトレーニングプラン作成、トレーニング中の個別指導などを行う
- 健康にプラスの効果: 腰痛リスクの軽減、体力増進、体脂肪減



BKK Dachverband e.V.

7. März 2019 ■ 10

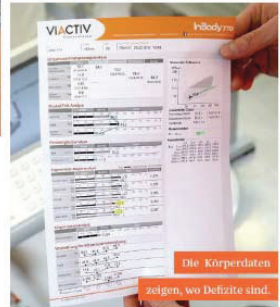


BKK Dachverband e.V.

2019年3月7日 ■ 10

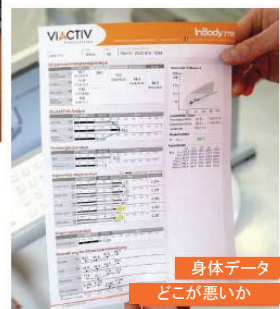


Praxisbeispiel: BKK Viactiv



Der Truck ist mit modernsten Trainingsgeräten ausgestattet und bietet somit beste Voraussetzungen für ein effektives und abwechslungsreiches Training.

実例: Viactiv 疾病金庫



トラックには最新のトレーニング機器が設置されており、効果的で、変化に富んだトレーニングが実施できる。

Praxisbeispiel: Audi BKK

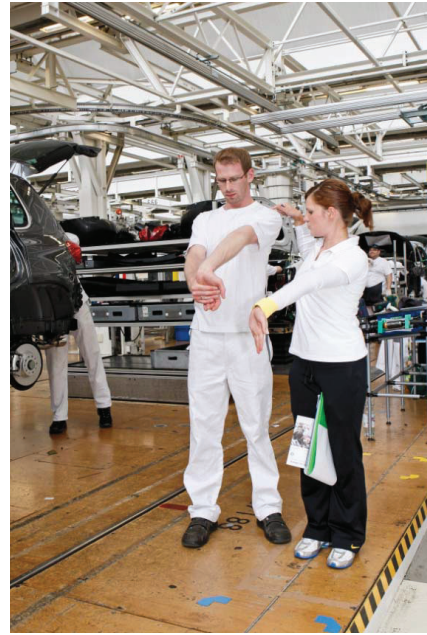
„Fit im Werk“ – Ein Projekt von Volkswagen und der Audi BKK



Audi BKK



Verhaltensergonomische Beratung und Schulung
findet direkt im Arbeitsprozess statt.



事例: アウディ企業疾病金庫

フォルクスワーゲンとアウディ企業疾病金庫のプロジェクト
“工場で元気！”



Audi BKK



作業工程において、直接的に人間工学に基づいた
コンサルティングおよび訓練を実施



Praxisbeispiel: Bosch BKK

Bosch BKK



Bonusprogramm BGM* der Bosch BKK –
Fokus Reifegradkonzept



*Betriebliches Gesundheitsmanagement

BKK Dachverband e.V.

7. März 2019 ■ 13



事例: ボッシュBKK (企業疾病金庫)

Bosch BKK



ボッシュ企業疾病金庫による
ボーナスプログラムBGM(事業所健康管理)
達成度のコンセプトを中心に



BKK Dachverband e.V.

2019年3月7日 ■ 13

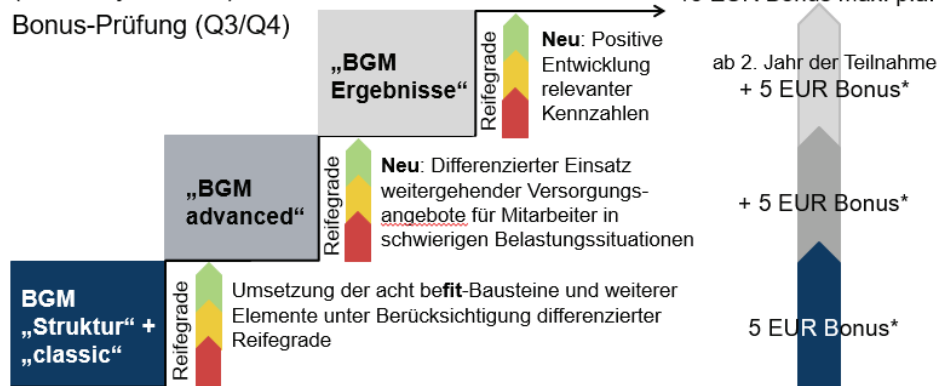


Bonusprogramm BGM

Unterstützung und Anreiz für alle auf dem Weg zu exzellentem BGM

- Jährliche, standortspezifische Zielvereinbarung (Q4/Q1)
- Bonusgewähr bei Erreichung der Standortziele (Q4) (Punktesystematik)
- Bonus-Prüfung (Q3/Q4)

⇨ ... „Best in class“!



Von „Nicht begonnen“ bis ... ⇨

* jeweils pro BKK-versichertem MA; Teilnahme möglich ab 50 BKK-versicherten MA



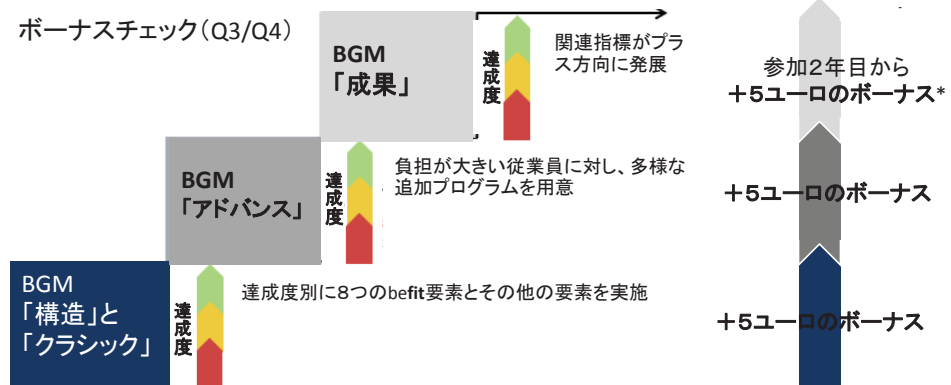
Bosch BKK ポッシュ企業疾病金庫

ボーナスプログラムBGM(事業所健康管理)

優れたBGMを目指し、全員に支援とインセンティブ

- 毎年、事業所ごとに目標合意 (Q4/Q1)
- 事業所目標達成時にボーナスを確約 (Q4) (ポイントシステム)
- ボーナスチェック (Q3/Q4)

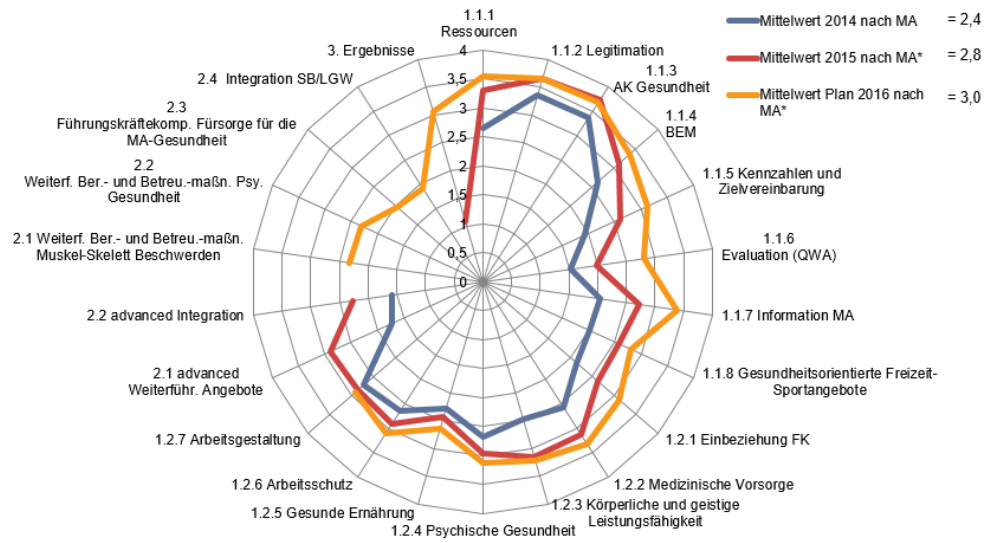
⇨ ...「クラスで1番！」
最高で年間15ユーロのボーナス



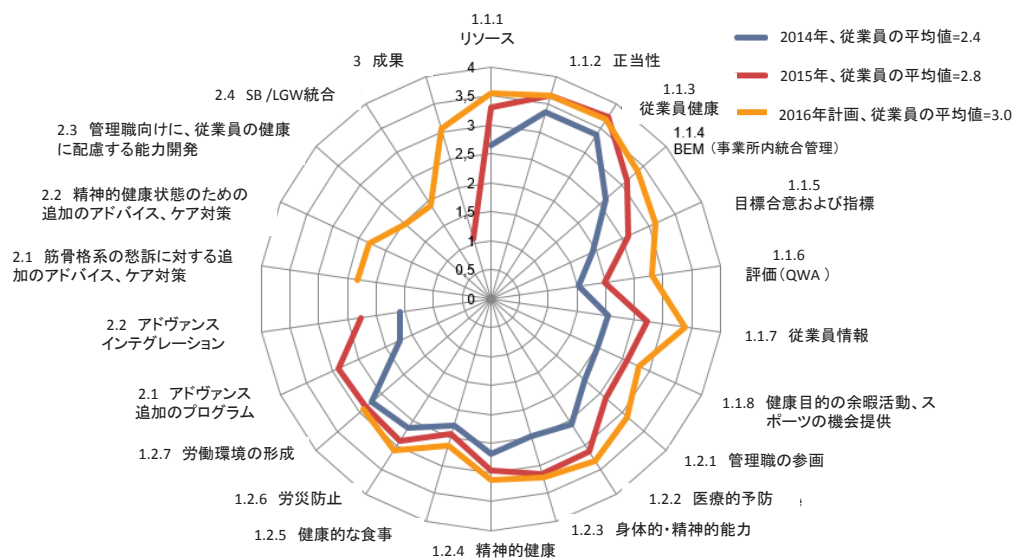
「開始していない」から... ⇨

*BKK被保険者の従業員1人あたり BKK被保険者の従業員50人から参加可能





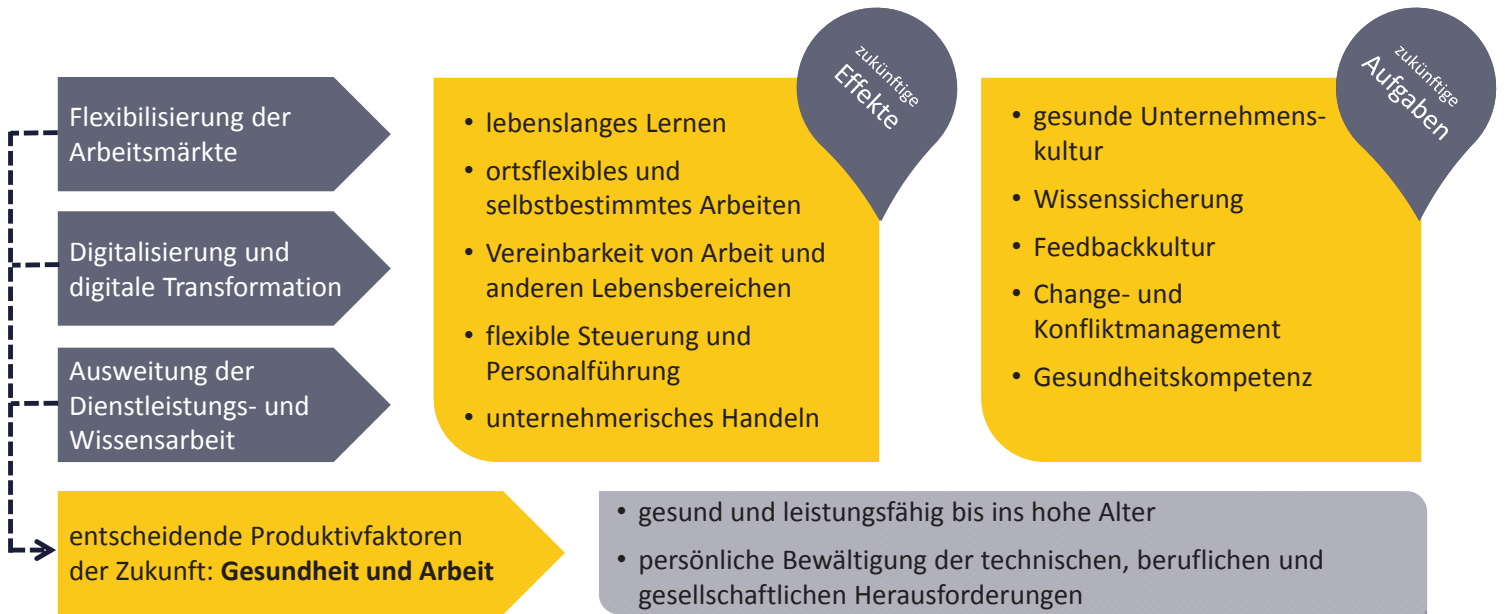
Quelle: Monitoring Bosch BKK



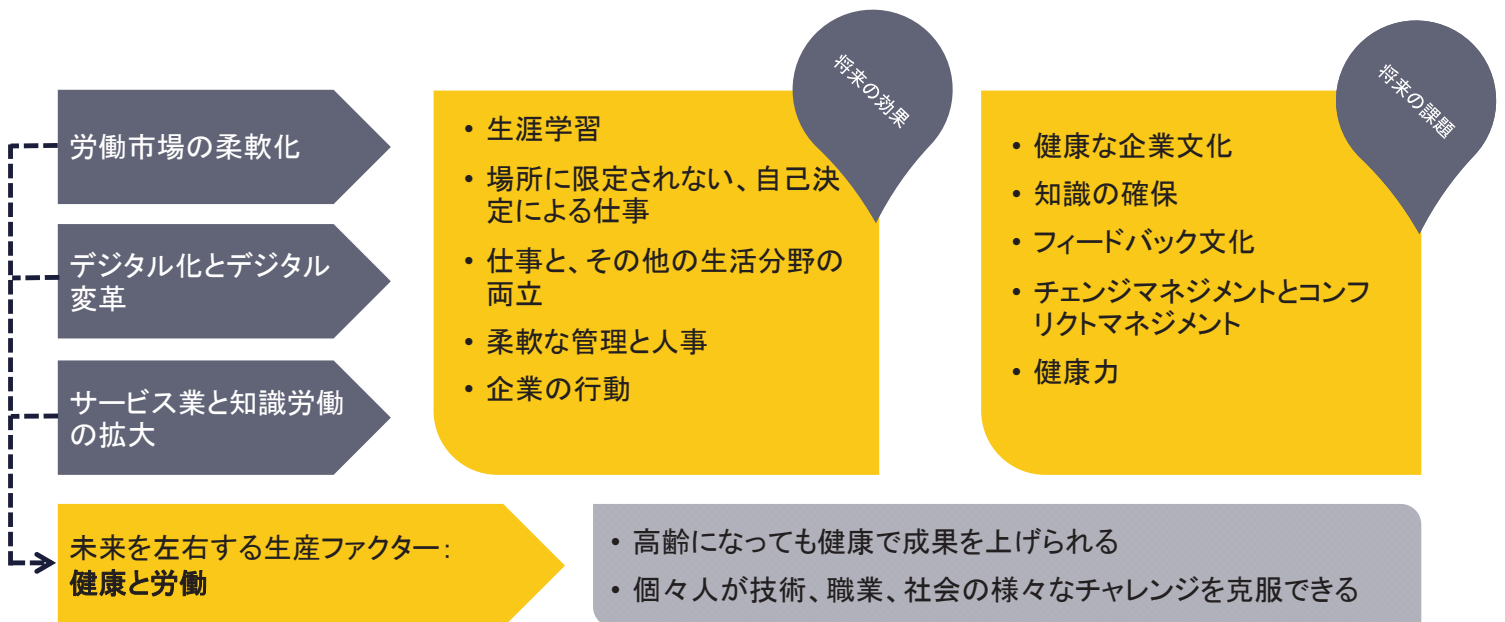
出典: Monitoring Bosch BKK



Auswirkungen des technologisch-sozialen Wandels in der Arbeitswelt



Technologie und soziale Veränderungen in der Arbeitswelt



Hintergrund und Bedeutung von BGM 4.0

Gesellschaftliche Perspektive

Grundlegender technologisch-sozialer Wandel (Arbeiten 4.0)

- veränderte Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen
- veränderte gesundheitliche Beanspruchungen

Erfordernis: Neue BGM-Konzepte (Inhalte, Methodik). Die digitale Arbeitswelt erfordert auch (nicht nur) neue digitale BGM-Formate.

BKK-Markenkern

Zahl der Unternehmen mit BGF (insb. kleine und mittlere Unternehmen) noch gering; große Krankenkassen bauen BGM-Kompetenz stark auf, haben Ressourcenvorteil.

- veränderte Rahmenbedingungen für BKK
- BKK können Ressourcenvorteil großer Krankenkassen durch Bündeln ihrer Kräfte kompensieren

Erfordernis: BKK müssen durch hohe Kompetenz, sehr gute Produkte und Unternehmensnähe ihre Kunden-/Träger-unternehmen überzeugen und Markenkern weiter stärken.

BGM (事業所健康管理) 4.0の背景と意義

社会的展望

テクノロジーと社会の根本的变化(労働4.0)

- 雇用と労働の条件の変化
- 健康関連の負担の変化

要件: 新たなBGMコンセプト(内容、方法論)。デジタル化が進んだ労働世界は、新たなデジタルBGMフォーマットを(またそれ以上のものを)求める。

BKKブランドコア

BGF(企業内健康増進制度)を実施する企業(とりわけ中小企業)の数はまだ少ない。大手疾病金庫は、BGMコンセプトを強化、リソース面で有利。

- BKKの枠組み条件が変化
- BKKは力をあわせることで、他種の大規模疾病金庫が持つリソース面での有利さを補うことができる

要件: BKKは、高い能力、優れた商品、企業に寄り添うことで、顧客である企業を説得し、ブランドコアを強化しなければならない。

Herausforderungen meistern:

BKK systemweites Projekt zur Entwicklung von Gesundheitsmanagement für eine transformierte Arbeitswelt:

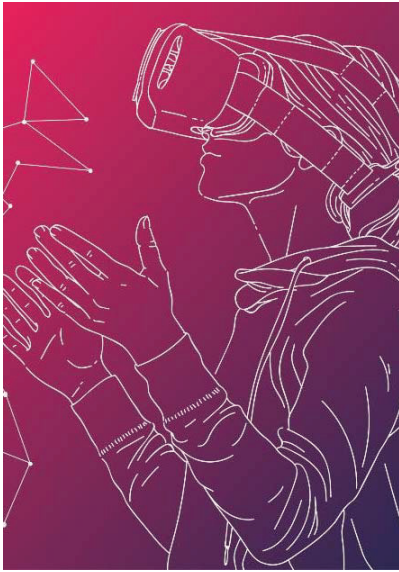


チャレンジに対応する:

変化する労働の世界に向けたBKK全体での健康マネジメント開発プロジェクト:



#HealthAtWork – Virtueller (VR) Stresssimulator



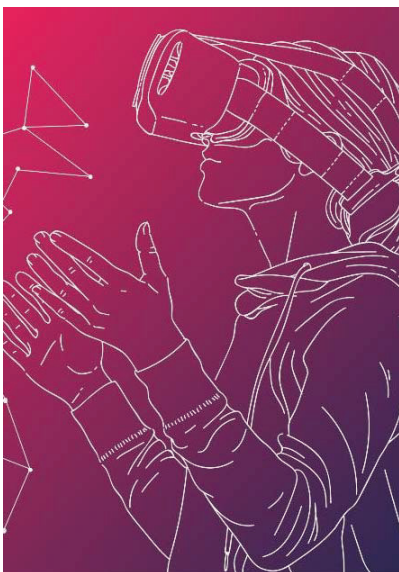
Inhalte

- VR-Anwendung / Simulation zum Erleben von möglichen arbeitsbedingten Stressoren (Bürotätigkeit) sowie deren Auswirkungen (Bio-Feedback) auf unser Stressempfinden
- Sensibilisierung für die Eigen- und Fremdwahrnehmung im Stresserleben mittels Avatar
- Sensibilisierung zu persönlichen Stressreduktionsmöglichkeiten (Atemübung zur Entspannung)
- Anknüpfungsmöglichkeit zu bestehenden BKK-Produkten

Nutzen

- Hohe Erreichbarkeit der Belegschaft mit Gesundheitsförderungsangeboten; geeignet insbesondere für dezentral aufgestellte Unternehmen
- Effiziente und einfache Einbindung in Unternehmens-, Management- und Kommunikationsstrukturen; einfache Anwendung
- Flexible und schnelle inhaltliche Anpassung der Angebote
- Niedrige Infrastrukturkosten und Ressourcenaufwände, wenig Programmieraufwand

HealthAtWork ヴァーチャル (VR) ストレスシミュレーター



内容

- VR活用・シミュレーションを使って、様々な労働関連のストレス要因(オフィスワーク)と、ストレス感覚に対する影響(バイオフィードバック)を体験
- アバターを使って、ストレス体験の自己認識と他者認識に対する意識を改善
- 個々のストレスを軽減する可能性があるものに対する意識改善(リラクゼーション効果のための呼吸法)
- 既存のBKKサービスに繋げる

利点

- 従業員に健康増進プログラムが浸透する。とりわけ分散型構造を持つ企業に有利
- 効率的かつ簡単に企業構造、マネジメント構造、コミュニケーション構造に組み込める。応用が容易
- 柔軟かつ素早くプログラムの内容を調整可能
- インフラとリソースの費用が抑えられる、プログラム作りの手間もそれほどかからない

Digitale Workshop-Module - „To Go“

Produkt- inhalte

- Kurz-sequenzierte digitale Impulsworkshops (on-the-job) und Kommunikationselemente:
- Modul Stress/Work-Life-Balance
- Modul ständige Erreichbarkeit, Mobilität, Detachment

Ziele und Zielgruppe

- Qualitätsgesicherte und praxisorientierte Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit im Unternehmen
- Unterstützung der Eigenverantwortung der Beschäftigten
- Sensibilisierungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen von Arbeiten 4.0
- Standortungebundene Tätigkeiten (z.B. Pflegedienst, Telearbeit, Außendienst) und gewerblich Beschäftigte

Nutzen für BKK

- Stärkung der BKK-Marke durch ein einheitliches, individualisierbares und modulares Angebot
- Nachhaltigkeit und Individualität durch anschließende kasseneigene BKK-Angebote
- Festigung der Bindung zwischen Kasse und Unternehmen

デジタル・ワークショップ・モジュール “To Go”

サービス内容

- 短期のデジタルImpulsワークショップ(オンザジョブ)とコミュニケーション要素:
- ストレス・モジュール、ワークライフバランス・モジュール
- 「いつでも連絡がつく」モジュール、「モビリティ」モジュール、「ディタッチメント」モジュール

目標と ターゲット グループ

- 企業における精神的健康増進のため、質の高い、現場に適したプログラム
- 従業員の自己責任を支援
- 労働4.0の枠組み内で、意識改革と支援プログラム
- 事業所の場所に左右されない業務(例えば、介護サービス、テレワーク、外勤)と特定の勤務地を持たないブルーカラーワーカー

BKKのメリット

- モジュールに基づく統一プログラム(個別調整も可能)により、BKKブランドを強化
- 疾病金庫独自のBKKプログラムに接続することによる、持続性と個別性
- 疾病金庫と企業との結びつきが安定

Blended Learning-Angebot „Führung und Gesundheit“

Produkt- inhalte

- BKK-übergreifende Online-Plattform mit „Selbstcheck-Navigator“
- Breit aufgestelltes und gleichzeitig individuell gestaltbares BKK-übergreifendes Schulungsangebot zum Thema Gesundheit
- Präsenzs Schulungen, ein multimediales Angebot und ein Coaching-Angebot.

Ziele und Zielgruppe

- Spezielles Angebot, das auf die Bedürfnisse von KKV und KMU abgestellt ist
- (Wissenschaftlich) fundierte und nachhaltige Beratung der Kundenunternehmen, insbesondere KKV und KMU
- Qualitätsgesicherte und praxisorientierte Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit im Unternehmen
- Führungskräfte und betriebliche Akteure mit Entscheidungskompetenz in kleinen Unternehmen

Nutzen für BKK

- Stärkung der BKK-Marke durch ein modern und digital aufbereitetes, einheitliches Angebot sowie standardisierte Beratungsleistung
- Festlegung auf einen einheitlichen BKK-Qualitätsrahmen für die Beratung von Unternehmen zur Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0 im Zusammenhang mit Angeboten zur gesunden Führung
- Festigung der Bindung zwischen Kasse und Unternehmen

ブレンド型学習プログラム「管理と健康」

サービス内容

- 「セルフチェック・ナビゲーター」付きBKK横断オンライン・プラットフォーム
- BKK横断で、健康テーマに関するトレーニングを提供。幅広い内容だが、同時に個別調整も可能
- 現場でのトレーニング、マルチメディア・プログラム、コーチング・プログラム

目標と ターゲット グループ

- 小規模事業者と中小企業向けの特別プログラム
- 顧客企業、とりわけ小規模事業者と中小企業に対し、(学術的)根拠のある持続的コンサルティング
- 企業における精神的健康増進のため、質の高い、現場に適したプログラム
- 小規模事業者における管理職と決定権を有する関係者

BKKのメリット

- モダンでデジタルな統一プログラムと、標準化されたコンサルティングサービスによるBKKブランドの強化
- 精神的健康増進に配慮したリーダーシッププログラムとの関連において、労働世界4.0における健康アドバイスに対する統一的なBKKの品質枠組を企業向けに確立
- 疾病金庫と企業との結びつきが安定

第2部 トークセッション

トークセッション

コーディネーター

放送大学 客員教授

田中 耕太郎 氏

【登壇者】

企業疾病金庫連邦連盟 理事長

フランツ・クニープス 氏

企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長

ユリア・シュレーダー 氏

トヨタ自動車健保組合 常務理事

高橋 恭弘 氏

健康保険組合連合会 常務理事

河本 滋史

(田中氏)

これから第2部に入ります。第1部でご発表いただいたドイツ側お二人に加えて、日本の側から健保組合の立場を代表して、高橋さん、河本さんのお二人に参加いただき議論を深めていきたいと考えています。

それでは後半のスタートに当たって、先ほどのドイツ側お二人の発表を、それぞれ日本の健保組合に関わるお立場としてどのように聞かれたか、あるいはご自身の経験、問題意識のなかでどう受け止められたか、日本側のお二人から簡単にお話しいただければと思います。高橋さんからお願いします。

競争下におかれた保険者の存在意義

(高橋氏)

トヨタ健保の高橋です。どうぞよろしくお願いたします。私自身、2年前に健保連の外国医療問題研究調査団に参加し、実際に現地でいろいろなことを感じ、あるいは学び、驚い

たことがありました。それを含めて、今日は保険者の立場で参加させていただいています。

今日のお二人の素晴らしいプレゼンテーションにもありましたように、ドイツでは本当に厳しい競争の下で保険者の存在意義が問われており、調査団ではその実情を目の当たりにしました。ひとつ簡単な例をお話しすると、ここにドイツの普通の雑誌に掲載されている、言ってみれば健保組合一覧表を持って来ました。発行当時存在していた 113 の疾病金庫が一覧表の形で掲載されています。追加保険料率、組織人員、サービス内容、提供するプログラムが掲載されています。つまり、選ばれる保険者というわけです。私はこのことに驚きました。さまざまなサービスが提供されていますが、徹底して顧客満足に取り組んでいると思いました。ある閉鎖型疾病金庫では、被保険者に事務所に来ってもらうのではなく、工場や事業所に疾病金庫のデスクを設けて、そこで被保険者と直接コンタクトをとることをメインにしています。またコールセンターを設け、専任の担当者を置き、たとえば急病の対応や手続きなども含めて、24 時間対応できる体制を構築している姿を見せていただきました。ここまでやっているのだなと思いました。

健康増進のプログラムについても、被保険者本人、家族・子ども向けのプログラムを 80 とか 100 持っている。これだけありますよ、ということが堂々と明示されています。そういうことに本当に驚きましたし、私たちの使命を改めて認識しました。

今日の発表を聞きましても、2 年前に現地を訪れた以降も、先ほどシュレーダーさんからありましたように、予防という観点でさらに活動の幅を広げ、また実行力を持って進められていらっしゃると思いました。本当に私たちとして学ぶことが多いと思いました。

(田中氏)

ありがとうございました。では続いて河本さんからお願いいたします。

保険者と企業の連携による健康増進

(河本)

健保連の河本です。私自身はドイツの医療保険制度について、それこそリスク構造調整と保険者選択制というかなり大胆な改革が行われたことはもちろん存じておりましたが、その後、企業疾病金庫がその試練を受けて、どのような対応をとられてきたかということは、今回クニープスさんのお話を伺ってはじめて理解しました。

そこに関して言うと、保険者選択制という大変な試練を経て、自分たちは何のためにあるのか、自分たちのアイデンティティは何なのかをもう一度問い直した結果として、保険者と

企業、労働組合が連携をして加入者の健康増進を図っていく、そこに原点回帰をされたというお話にまず大変感銘を受けました。

その意味で翻って日本を考えてみますと、ドイツの保険者選択制のような極端な改革ではありませんが、高齢者医療制度への過剰な拠出金負担ですとか、あるいは他の保険者との財政調整ですとか、クニープスさんもおっしゃるように、保険料率で勝負できる状況からだんだん変わってきています。ではそのなかで健保組合はどうやって残っていくのか、どうやってその価値を認めていただくのか、その状況はドイツとあまり変わらないのかなとも思いました。

その意味では今日はクニープスさん、シュレーダーさんから、そこに关わるいろいろなお話を伺って、私自身も大変勉強になりましたし感銘を受けました。

企業疾病金庫がかかえる課題と対策

(田中氏)

ありがとうございました。それではこれから日本側、ドイツ側の皆さんと、それぞれテーマを少しずつ組み換えながら、議論を進めたいと思います。

本日は実際に個別の健保組合の運営に責任を持つ方々に、たくさんご参加いただいていますので、制度そのものの議論に多くの時間を割くよりも、やはり現在それぞれ異なる条件の下にありつつも、共通の課題を抱えている企業疾病金庫や健保組合として、この状況のなかでどう道を切り開いていけるかという問題意識を中心にして、議論を深めていきたいと考えています。

最初に私からも日本とドイツの制度のおおよそ共通点、あるいは特に近年の相違点についてはご説明しましたが、改めてクニープスさんから保険者選択制ないしはリスク構造調整という新しい制度の下で、企業疾病金庫はこの環境変化をどう受け止めているのか、あるいはこれからどういう方向に行こうとしているのか、先ほどのお話に少し追加的にご説明いただければと思います。

(クニープス氏)

ご質問ありがとうございました。私たちの希望としては、また企業が新しく企業疾病金庫を設立する時代になってほしいと思っています。最後に新しく企業疾病金庫が設立されたのが、2002年から2005年の間でした。その当時は、世界的規模で活動しているコンサルティング会社、PWCとかアーネスト・アンド・ヤングなどが企業疾病金庫を設立したのです

が、それを最後に新規設立が途絶えています。ですので私たちとしては、ぜひこれから、たとえば Google や Amazon のような、何年か前までは存在していなかった企業が、企業疾病金庫を設立してくれたらと思っています。

これは母体企業を含めて、グループ企業全体でいろいろな議論があります。アメリカでも Google、Amazon はあり、健康をちゃんと配慮したコンツェルンなり企業グループでありたいという希望を、会社としても持っています。もちろんドイツで Google、Amazon のような大規模な会社が企業疾病金庫を設立したからといって、データの扱いなどには制限があります。ドイツで集めたデータを、そのままアメリカに送ることはできません。それはドイツの法律で禁じられています。このような制約はありますが、ぜひインターネット業界あるいはデジタル関連の業界のなかで新たに企業疾病金庫が設立されたら良いと思いますし、多方面で活躍しているマルチ型のアメリカ型の企業が、ドイツで企業疾病金庫の設立に踏み切ることを願っています。

もうひとつ、私たち自身も改善し、さらに発展していきたいと思っています。というのは、企業疾病金庫はドイツの医療保険全体を見渡した場合、規模としては非常に小さい疾病金庫だからです。たとえば代替金庫とか地区疾病金庫と比べても、企業疾病金庫のほうが規模は小さいのです。ですので、企業疾病金庫同士がもっと協力できる構造をつくりたいと思っています。ちょうどシュレーダーさんの講演のなかで、健康増進プログラムにおいて企業疾病金庫同士が枠組みを越えて連携しているケースがあることを紹介しました。これを他のすべての部分にも拡大して、協力できる体制をつくりたいと思っています。もちろん顧客や企業、加入者に対する業務はそれぞれの疾病金庫の仕事ですが、それ以外の部分、言ってみればマネジメントに関する部分は、もっと企業疾病金庫同士が協力できる構造をつくったほうが良いと思っています。

保険者選択制とリスク構造調整に対する評価

(田中氏)

ありがとうございました。お二人からのプレゼンテーションに対して、会場の皆さんからいろいろな質問をたくさんいただいておりますので、少しそれも織り込みながら話をしていきたいと思います。私がゆっくり説明する時間がなかったこともあるのですが、やはりドイツの保険者選択制やリスク構造調整について多くの質問をいただいています。

主にクニープスさんに質問が集中していますので、先にご説明いただきたいのですが、実

は私自身もこの保険者選択制が導入されたときに、本当にうまくいくのだろうかという疑問を持ち、今も持ち続けてはいます。保険者選択制は民間保険の世界では常識で、アメリカでは実際にそれが行われています。その結果オバマケアが行われるまでは 4,000~5,000 万人の無保険者が生まれたマイナス面もありました。ですので、強制加入の公的医療保険の下で、この競争は機能するのだろうかという問題意識をずっと持っています。

ご説明いただいたように、導入後いろいろなマイナスの作用も出てきましたが、1996 年の保険者選択制の導入からすでに 20 年以上が経ちます。この間、一時期は企業疾病金庫が大幅に増え、今は逆に企業疾病金庫が苦況に置かれて、本来一番条件の悪い人たちが加入していたはずの地区疾病金庫、日本でいう国保ないしは協会けんぽが豊かな状態にあるという話がありましたが、制度全体としての現時点での評価はどうかを最初に伺いたいと思います。前の制度に戻ることはあるのか、この仕組みがもたらしたプラスと弊害はどこにあるのか、そういうドイツ国内での全般的な評価を伺いたいという質問が来ています。

(クニープス氏)

これは大変複雑な質問になりますが、元に戻る、昔に戻ることは誰も望んでいませんし、基本的に無理です。というのは、昔の制度にあったさまざまな要素が、今なら最高裁判所で憲法違反だと判断されてしまうからです。1992 年に保険者選択制に関する医療保険構造改革法が制定されて、その後段階的に 1996 年までに施行されました。当時はまだブルーカラーとホワイトカラーで権利が分かれていましたが、今はそういうことは一切ありません。年金保険、健康保険、賃金の支払いやそれ以外の労働法においても、同じ立場にあり、権利は分かれてはいません。

以前もある程度の競争そして選択は可能でしたが、それは一部の人に限られていました。たとえば企業疾病金庫と代替金庫の間で選ぶこともできましたし、あるいは技術系の代替金庫と地区疾病金庫の間での選択肢もありました。しかし、それぞれの疾病金庫の条件があまりにも違い、ばらつきも多かったので、地区疾病金庫はより不利な立場にありました。実は私は地区疾病金庫に 15 年間いましたし、政府の連邦保健省にも 8 年間いました。今の企業疾病金庫連邦連盟には 6 年前からいます。そのため同じ制度をさまざまな視点から見ることができました。競争の原理あるいはリスク構造調整は、理念としては良いと思っていますが、詳細を見ると大変な状態、ひどい状態になっているのも事実です。

つまり単純なリスク構造調整から、大変複雑な、つまり有病率なども盛り込んだリスク調整への移行は間違いだと思います。というのは、この大変複雑な調整プロセスにしたことに

よって、連帯の原則では悪用・乱用できる可能性もたくさん生まれました。私はドイツのノイバウアー教授、そして今日もお越しいただいています土田先生から、経済的なインセンティブをつくると必ず費用が増大することを教わりましたが、この有病率を加味するシステムを導入したことによって、有病率が増えるという結果が生じています。

そしてアメリカのような状況にもなりません。というのは、ドイツでは皆保険、つまり国民全員が保険に加入する仕組みが導入されているからです。ドイツ人もドイツに住む外国人も、すべて医療保険に加入する形になります。そして公的な保険と民間保険の間で選ぶことが可能です。とはいっても、なかにはやはり保険に入っていない人もいます。ひとつには不法滞在でドイツにいる人。あと本当は法律上ではできませんが、疾病金庫、保険者から追い出されてしまった非加入者もいます。しかし、この競争の原理を問題視する人はドイツにはいません。これはすでに導入されているもので、これが廃止されることはありません。

保険者の連帯と競争

(田中氏)

ありがとうございました。連帯と競争は本当に両立するのだろうか。これはかなり根本的なジレンマを抱える仕組みであることは間違いないと思いますが、関連して 2、3、質問をいただきましたので、少しまとめてクニープスさんからお話しいただきたいと思います。

ひとつは、この仕組みは結局、保険者という立場での連帯を弱めてしまうのではないだろうかという問いです。つまり本来は保険者として団結して医療機関や政府などと交渉をしなければいけない疾病金庫が、お互いに競争主体になり牽制し合うのは、保険者としての連帯を弱めることになるのではないかということです。

それからもうひとつ、当事者自治と言っても、運営体・企業体としての疾病金庫の機能が強化されてきているため、本来の原点である被保険者が自分たちで事業主と一緒に管理する機能、被保険者の参加比率や当事者としての一番ベースである被保険者の役割が減ってきているのではないだろうかという質問がありました。これについて、簡単にまとめてお答えいただければと思います。

(クニープス氏)

それは疾病金庫の構造や組織にもよると思います。たとえば大きな疾病金庫 3 つしか残らない状況のなかでは、もちろんそれぞれの加入者との距離もとても遠くなると思います。しかし企業疾病金庫に関して言えば、そういうことはありません。私たちには現場、つまり

企業において直接加入者、被保険者とのコンタクトがありますので、そのような状況にはなりません。企業疾病金庫のほとんどが加入者 10 万人以下の規模になっていますので、お互いの顔をよく知っているという大きなメリットがあります。私たちのスローガンのひとつが「同僚のための疾病金庫」です。「同僚から同僚のために」というのが私のひとつの視点です。

しかし、これは企業疾病金庫に限ったことではありません。先ほど述べました地区疾病金庫でも、事業主と被保険者が一緒になってそれぞれの地域での委員会を設けています。あるいは代替金庫でも、大きな金庫ですと労働組合のようなものをつくりまして、労働組合が直接、加入者とコンタクトを頻繁にとる構成になっています。自治があることによって被保険者の役割が弱くなったということはありません。連帯についても競争の原理が導入されたことによって弱まるということはありません。ただし連帯は競争によって弱まったわけではありませんが、誤った、歪んだリスク構造調整によって弱まっているということは言えると思います。

この保険者選択の自由は、消費者としての権利でもあると思います。つまり移ることも可能です。政権を選ぶときには投票するだけですが、疾病金庫、保険者を選ぶときは、たとえば A 社のサービスあるいは製品に満足しない場合には、A から B に移ることも可能です。この選択ができる、選択肢があることは、今、ドイツの国民の意識に深く根づいています。気に入らないときは保険者を変えることも実行しています。

リスク構造調整の実態

(田中氏)

ありがとうございました。基本的な疑問としてリスク構造調整の方法の問題があると思います。みんなが納得するフェアなリスク構造調整を求めていくことの難しさがあると思います。質問のなかにもありましたように、今、一体何が問題になっているのか。先ほど私も簡単にお話ししましたし、クニープスさんからもお話しいただきましたが、すでに 1996 年から導入されて、20 年以上の経験を経てきています。その間、一時期は企業疾病金庫が大変有利になったり、それが落ちついて今度は年齢、性別のような間接指標ではなくて有病率に着目したリスク構造調整が導入され、今は逆に地区疾病金庫が非常に豊かな状態で、企業疾病金庫は窮地に置かれている。やり方ひとつで財政的に大変大きなお金が動いてしまう大変難しい制度です。それぞれ自分に有利なときにはフェアだと言い、自分に不利になれ

ばアンフェアだと言う、そこの議論がいつまでたっても収束しない難しさを根本的に抱えていると私は思っています。ただ、おっしゃったように、この制度それ自体に対する批判、選択制をやめようという議論はほとんどないと言って良いほど見かけない。この仕組みのなかで、より合理的に、あるいはよりフェアだとみんなが納得するやり方はどこにあるのかというのが、今の議論の大勢だと思います。有病率による調整が 2009 年から導入されて、現在ちょうど 10 年ほどになります。この間に疾病金庫の加入者の地図が大きく変わってきましたが、今、主に何が議論になっているのか。性別、年齢別、それから障がいの有無での間接指標で約 50%の調整をし、残りの約半分は間接指標で調整しきれない有病率について、法律で定めた 80 疾病について調整しているわけですが、現在どのような課題が残り、どのような解決の方向にあるのか、最後にクニープスさんから簡単にまとめてお話しいただければと思います。

(クニープス氏)

非常に難しいのですが、有病率リスク構造調整においても、問題はひとつだけの要因と言い切ることはできないのです。有病率は実際に操作できるのです。できるだけでなく実際に行われています。有病率を否定しているなかで、企業疾病金庫も例外ではなく、各疾病金庫がいろいろな形で行っています。

最初に操作をしているのが、担当の連邦保健省と監督機関です。というのは、法律上では 80 疾病と書かれていますが、それが 160 のグループに分類され、その下にさらに約 500 のさまざまな病気のカテゴリーに分けられる形になっています。

そして次に操作をしているのが疾病金庫自身です。各疾病グループやより細かい分類にそれぞれ何人の加入者が該当するのか、そしてそれぞれの加入者からリスク構造調整を通じてどれだけお金が入るのか、出ていくのかを分析しています。たとえば、ある特定診断グループの患者の数が少ないとなると、疾病金庫は医師のもとに出向いて、別の診断群をコーディングしてもらえないかと頼みます。もちろん今私が言ったような、直接的な形で交渉をするのではなく、非常にうまく家庭医との契約や統合型医療のなかに組み込んだ形で最終的な数字を調整するのです。

お金は加入者ごとに入ってくるので、なるべく数は多いほうが良いのです。ですので、ここもうまく操作をして、実際の数よりも多い形で加入者を獲得するようにしています。たとえば、どうやって数字を操作するかというと、農業を見てみましょう。農業では雇用されている人のうちの 80%が、東ヨーロッパの国々から来る季節労働者です。実際には彼らは 1

年のうち2、3か月ぐらいしかドイツで働いていませんが、毎年必ず来る人たちなので、疾病金庫の帳簿上、年間を通じて保険に加入していることにしています。このようなトリックが多々あります。

日本の健保組合と企業の関わり

(田中氏)

おそらく、この具体的な例をお話しされると1時間や2時間軽く続くと思いますが、制度自体、本当にチャレンジングだと思っています。しかもそれが根幹においては社会に根ざしている。せつかくの機会ですので、次に事業主と企業疾病金庫との関わりを中心に、少し議論を深めていきたいと思っています。ご参加の皆さんはそれぞれの健保組合で活動していらっしゃるってご存じのところもあると思いますが、最初に日本の状況について、高橋さんからトヨタの例をお話しいただきつつ、活動状況、それから事業主と健保組合はどのような役割分担をし、どういうチャレンジをしているのか、あるいはどういう課題があるのかをお聞かせいただければと思います。ドイツの議論を聞いたうえで、もう少しこうやってみたいということを含めて、日本の現場から見たご意見・感想あるいはご提案を伺えればと思います。

(高橋氏)

はい。直接に回答する前に少しお話ししたいのは、2年前の調査のときにも私はクニースさんにお会いしましたが、その際に聞いた言葉で印象的だったのは「BKK ルネッサンス」という言葉でした。企業疾病金庫のルネッサンスを、今、目指していると。先ほどの講演にもありましたように、やはり統合・再編の後に企業疾病金庫として強化すべきは母体企業との連携である、この方向で活動を強化していくのだと。いわゆる原点に帰ってやる、それをルネッサンスと言われていたと思うのですが、そこを強化していくと。今日のお話のなかにも、職場に根づいた活動をしていくために、企業にとって重要なパートナーになりたいということがありましたが、私たち健保組合としても、特に事業主との連携をより強めていくなかで、方向性としては非常に合致していると強く思いました。

そのうえで、少しトヨタの例をお話しします。ほとんどの健保組合で事業主との連携をいろいろな形で強化されていると思います。話合いの場ということでは、トヨタでは事業主別に健康向上協議会を設けて、会社、労働組合、健保組合の三位一体で協議をしながら、保健事業の施策を評価し、あるいは健保組合独自の、いわゆるスコアリングレポートを共有し、今後の企業の展開についての方向性を議論する場を設けています。

あわせて、これは皆さんもそうだと思いますが、私たちも健康経営を推進しています。今年も大規模で10社、中小規模で4社が認証されました。健康経営優良法人の認定を受けるのは毎年のことですので、しっかり経営方針に掲げ、当然実施施策を評価していく。実行して評価して、次につなげる、いわゆるPDCAをしっかりと回すことが、企業としての自主的、主体的な活動につながり、進められていると実感しています。私としては、健康経営はそういう企業の力を引き出す、非常に良い施策だと思っています。

それに対して健保組合がどういう形で支援をしていくのか、関わっていくのかという点については、まだまだだどつくづく感じています。トヨタ健保の場合でいくと、その企業が進める活動への助成金の増額や共同プログラムの策定を考えていますが、まだまだ緒にいたばかりです。今日お話を聞いて、私たちに一番足りないと思うことのひとつはデータ分析力です。いろいろなデータを活用して、もっと企業に提案する力が必要だと思います。先ほどのジムの出前トレーナーではありませんが、具体的に提案し実行する力、本当に普通のところではありますが、そうしたことを健保組合が、あるいは健保連全体かもしれないですが、どう高めていくか、データ分析・調査力あるいは具体的な提案力をどう高めていくかが課題だと改めて思いました。

ドイツにおける事業主と疾病金庫の関わり

(田中氏)

ありがとうございました。ドイツでも日本でも、本来、企業疾病金庫は企業をベースに設立された加入者の健康のためのものです。他方で労働安全衛生法など各種の労働法規で、事業主自体に健康診断を含めた安全管理についての義務があります。日本を見ていると、両者が協力してやっていくことが、どうも簡単そうでなかなか難しいのではないかと、ずっと私自身も感じていました。ドイツの皆さんと話していても、ドイツでもこの両者が協力することは、やはり役割も違いますし、責任の範囲も違いますし、定義や所轄の官庁も違って、簡単なようで簡単ではないというお話を聞きました。高橋さんや河本さんからもご質問をいただきたいと思いますが、とりあえず具体的な口火を切る意味で、ドイツの事業主の活動と企業疾病金庫の関わり方、そしてそれを進めるための大きな枠組みについてクニープスさんから、そして現場での実際の工夫や努力についてシュレーダーさんから、それぞれお話をいただければと思います。

(クニープス氏)

制度について私から簡単に申し上げたいと思います。ドイツでは少なくとも 2 つの省の管轄に入ります。たとえば労災など労働に関しては連邦労働社会省になりますが、疾病金庫関連や健康増進については連邦保健省が担当になります。しかし私たちが今いろいろ開発している新しいプログラムは、連邦経済エネルギー省あるいは連邦教育研究省の担当にもなりますので、複数の省が関連します。もちろん複数の省はそれぞれ利害が違いますので、対立もいろいろ生じます。それぞれの利害関係や問題もいろいろ生じていますが、先に進むには協力の下で連携して、問題を解決しなければならないというのが私たちのスタンスです。今ではどのレベルにおいても、一者だけで決めてみんながその後についていくことはありえません。民主主義が浸透して、それぞれの意見を聞いたうえで協力して決めていくのが一般的になってきています。

ほとんどの企業において従業員代表委員会という従業員の代表が集まる場が設けられています。特に鉄鋼あるいは石炭関連の企業ですと、労使半々の委員会にならなければなりません。あるいは大きな企業においても、少なくとも共同決定権が従業員の代表にもあるということが法律で定められています。場合によって、監査役会にも従業員の代表が参加することになっています。そのためすべてのレベルにおいて、このような複数の視点、複数の代表が参加することがキーになっています。

(田中氏)

シュレーダーさん。

(シュレーダー氏)

ドイツにおける構造的な問題は、ドイツ人が非常に縦割りの考え方が得意だということです。それぞれの管轄を越えて何か考えを持つとか発想することが、なかなかできないのです。

ひとつの例を挙げて紹介したいと思います。企業疾病金庫で予防を担当する職員は、何よりもまず予防が優先順位の高いテーマです。予防と健康増進です。そうすると、彼ら、彼女たちが相手にしているのは、今、健康な人たちになってしまいます。そして予防の専門知識を持っている人たちが実際に現場に赴くと、現実は違うことを目の当たりにします。病気か健康かは一本線を引いて白か黒かと分けられるものではありません。皆さんもご存じと思いますが、健康か病気かの境目は非常に幅があって流動的です。

たとえば実際に赴いてみると、とりわけ心理面、精神面で問題を抱えている人との向き合

い方が難しいことがわかってきます。企業疾病金庫は実際に企業にトレーナーを送り込みます。そうするとトレーナーたちが戻ってきて「いや、今日15人ぐらい部下を抱える立場の人たちに会ったけど、そのうちの8人から10人ぐらいは自分の仕事もうまく回しているし、日常的に部下ともうまく接することができている。だけれど数人は、ちょっと休憩時間中に会話をしてみたりすると、今ものすごく緊急に何かしらのサポートを必要としていることがわかる」と言うのです。なかには本当に早期に対処しなければならない個別ケースもあります。そうした人には個別にセラピストと話す場を設けるとか、何らかの対応をしなければなりません。不安障害を抱えていたり、うつ状態になりそうな人が実はいます。このように現実是非常に複雑なので、なかなか対応が難しい状況にあります。私たちが予防をターゲットにして担当者を送り込んで問題があるのはわかっても、なかなかすぐにそれに対応できていないのが現実です。

そこで、そのポイントに絞ったパイロットプロジェクトを始めました。たとえば最初は一般的な健康増進プログラムをグループで行いますが、そのなかで個別に緊急の対策が必要だと思った人がいたら、すぐに介入して専門の医者を紹介する形で早期に解決するモデルプロジェクトです。というのは、予防担当者はたとえば心理セラピストなどで、医者ではないからです。うまく専門の医師につながられるマネジメントの方法を探っています。なかなか課題が多くてチャレンジングな分野ではありますが、少しずつ進めています。

ドイツ企業疾病金庫が健康増進に取り組む理由

(田中氏)

ありがとうございました。シュレーダーさんに参加者の皆さんから質問が来ています。「ドイツの企業疾病金庫が厳しい競争にさらされながらも、これほど情熱的に健康増進に取り組む理由は何でしょうか。企業が従業員の欠勤や生産性低下に悩んでいるのでしょうか。それとも医療費の抑制につながる期待があるのでしょうか」という大変興味深い質問です。何かコメントはありますか。

(シュレーダー氏)

疾病金庫がこれだけ熱心に取り組んでいるのは、先ほどのプレゼンテーションにも少しありましたように、企業に出向いて、企業の従業員にも見られるプログラムを提供することで、疾病金庫の認知度が高まることがあります。連盟に加入している疾病金庫から話を聞きますと、たとえば、ある企業に健康増進プログラムを長い間提供することが、いろいろな良

い結果にもつながっているそうです。つまりその企業の従業員がプログラムに関心を示して、最終的には疾病金庫への加入にもつながるという大きな効果が得られているのです。それがひとつの大きな動機だと思います。企業疾病金庫であっても、その従業員は他の保険者を選択する可能性もあります。そのため他の保険者ではなく、自分たちの企業疾病金庫を選んでもらうために、いろいろと努力をしています。

2つ目の理由は、従業員ができるだけ健康を維持して働けるのであれば、それは最終的に企業疾病金庫の支出も抑える結果につながるということです。いろいろな調査で、企業のこのような予防対策、健康増進対策では、投資した金額に対する効果は1対3である、つまり1ユーロを健康増進に投資すると3ユーロの効果があるという結果も出ています。

またドイツには賃金継続支払という制度があります。従業員が病気になってから6週間までは、事業主がそのまま賃金を支払い続けますが、6週間経ったところで今度は疾病金庫が支払うことになり、そしてそれは40週間続きます。ある程度上限は設けられていますが、疾病金庫にとっても大きなコスト増になってしまいます。

ドイツ企業疾病金庫の活動から日本が学ぶこと

(田中氏)

ありがとうございました。最後におっしゃった傷病手当金の問題、所得保障は、日本でも非常に重要な役割を持っていると私は思っています。19世紀の終わりにドイツで疾病保険ができた当時は、支出のほぼ半分近くが傷病手当金でした。日本でももう少し傷病手当金のあり方などについて、真剣に議論しても良いのではないかと思っています。ドイツでは給付費の分析のなかでこの現金給付がどれぐらいを占めているかが必ず記されるほど、傷病手当金は非常に重視されています。今おっしゃった点は、疾病金庫の立場から非常に大きな関心事なのだろうと思いました。

先ほどクニースさんのお話のなかでもありましたが、トヨタの「改善」はもう「カイゼン」という言葉で世界的に認識されていて、ドイツの皆さんも大きな関心を示しています。実際の現場で、企業福祉のさまざまな改善活動、特に健康に関わる改善活動に健保組合がどうコミットし、協力し、共闘の体制をつくるかについて、またドイツの話の聞いたうえで、こういうところにもっと踏み込みたいというご意見等があれば、もちろん個人的な見解で構いませんので、高橋さん、あるいは河本さんからお話しいただければと思います。



(高橋氏)

今日、特にシュレーダーさんから「予防」焦点を当てた活動を紹介いただきましたが、確かにドイツには予防法という法律があって、日本とはやはり違いがあるなと思いました。日本の場合は、いわゆる安全衛生という企業の安全配慮義務のなかで、企業としての役目が決められているので、状況が違うのかもしれませんが、やはりクニエプスさんが言われたように、働く人がほとんどの時間を過ごしている会社生活のなかでの健康に対する被害や影響を企業疾病金庫、健保組合がしっかり見るのだということだと思います。ドイツではそこに大きく踏み込んでいるのだなと思いましたし、今日の実例は、実際企業で起こっていることに対してのフィジカルな対策、腰痛の問題とか、あるいはメンタルに対するもので、活動の幅の広さに本当に驚きます。病域がどこまで管理できるかを考えさせられる事例だと思います。

クニエプスさんが昨日もいろいろ話をされているなかで、健康と労働を強調されていました。やはりそういう大きなテーマのなかで、私たちがどう動くかが問われていると思いますし、今日のシュレーダーさんのお話にもありましたとおり、労働の質そのものが、今後さらに変わっていく。日本で言えば働き方改革なのかもしれませんが、その変化のなかで、私たちがどう対処して関わっていくべきなのかという問題提起をしていただいたと受け止めています。本当に大きなテーマです。

少し補足をすると、データ分析についてクニープスさんが、すでに分析のツールはできた、アルゴリズムも確定していると言われていました。どんなデータかという、たとえば、どういう属性の人が休業になったか、それから日数、原因。これを入れると、傾向値が出るということでした。これは日本の感覚でいくと、健保組合側ではできないのです。私たちが持っている健診のデータ、衛生のデータだけではなく、本当に企業のなかで起こっていることを分析して、傾向値をつかんで、提言をしていくところまでやっていることに驚きましたし、考えさせられました。

(田中氏)

河本さんから、全体的に関わり方について何か。

(河本)

特にシュレーダーさんから健康増進のためのいろいろな施策を伺って、その活動範囲の広さと深さに、正直驚き、感心いたしました。そのなかで、先ほど高橋さんからトヨタの事例のご紹介がありましたが、健保組合が約 1,400 あるなかで、こうした事業主との連携、それを踏まえたさまざまな活動には、やはり相当にばらつきがあるのが実態です。そのなかで、もちろんトップランナーをドイツ並みに引き上げていくことも重要な視点だと思いますが、一方で、いろいろな事情でなかなかそれが進められない健保組合に対して、どうやってそれを引き上げていくのかが、非常に大事であると思います。

それに関連して、シュレーダーさんのスライドのなかで、いろいろな健康増進に対する助成は全部を助成するのではなく部分的に助成する、軌道に乗ったら自分たちできちんとやるということがありました。この辺りがドイツの自主・自立の理念なのかもしれませんが、やはり当事者の企業あるいは健保組合が本当にその気にならないと、うまく回らないのだと思います。そのあたりもなるほどと感じた次第です。

疾病金庫と企業間におけるデータ管理

(田中氏)

ありがとうございました。今の問題に関連して、昨日いろいろな議論をしたときに話は出ていなかったのですが、せっかく健保組合の関係者の方からご質問をいただいたので、この機会にドイツの事情も伺っておきたいと思います。労働安全衛生法に基づく事業主としての健診結果や産業安全の立場からのさまざまなデータと、健保組合の持っている膨大なルーティン・データベースをどう有効に結びつけるかは、大変大事ですが、なかなかデリケー

トな問題を有しています。特に従業員のなかには、将来の昇進にもかかわりうるので、精神疾患など疾病によっては会社にあまり知られたくないと考えている人もいます。健保組合は多くの場合、職員が企業から派遣されて来て、また戻って人事に行ったりと、いろいろ交流があります。しかしデータ保護を理由にして協力しないのは、単なる言い訳です。個人情報保護を被保険者にも信頼いただける形できちんと管理しつつ、企業が持っているさまざまなデータと疾病金庫が持っているさまざまな個別情報を、突き合わせたり傾向分析したりするなり、クリエイティブに双方が共有するのは大変大事なことでありますが、同時にかなりデリケートな問題も含んでいると私自身も思っています。よろしければクニープスさん、あるいはシュレーダーさんから、データ保護、個人情報保護の観点からの両者の関わり方、ルールとかあるいは気をつけていращやる点などを伺えますでしょうか。参加者の皆さんのなかには、実際に現場でこの問題に直面していращやる方もいて参考になると思いますので、少しお話しいただければと思います。

(クニープス氏)

基本的には事業主が持っているデータ、そして企業疾病金庫が持っているデータの間には壁があります。事業主から疾病金庫にデータを渡したり、あるいはその逆も不可能です。疾病金庫が扱っている、活用しているデータについては、今、皆さんのお話を伺った限りでは、おそらくドイツのほうが日本よりも種類が多い印象を受けました。私たち疾病金庫は、なぜ病気になったのか、どのぐらいの頻度で欠勤したかというデータをすべて把握しています。もちろん個人が特定できないやり方で活用しています。しかし活用するうえでは数が必要です。私たちが今やっていることは、小規模な企業だけでは導き出すことはできません。数多くのデータが必要です。

一般的な分析、つまり企業全体あるいは企業より大きな部分を分析する際にも同様のことがあてはまります。そこから被保険者のために、どのようなアプローチが考えられるかを提示する前には、個人一人ひとりの承諾書が必要です。そこで同意が得られてはじめて、こういうことがありますよという提案ができるようになります。

ドイツでは、疾病金庫もそうですし、中規模の企業にも必ずデータ保護担当者を専任で設けなければなりません。私たちの組織もデータ保護担当者を置いています。担当者は独立の立場でなければなりません。そのため担当者はもちろん私どもの従業員ではありますが、法律にのみ従わなければなりません。もし私が担当者がいろいろ操作しているなかで邪魔をしたり、あるいは担当者が不正を当局に届けなかったりした場合には、最終的に上司とし

て私の責任が問われます。

(シュレーダー氏)

ひとつだけ私から付け加えますと、健康診断は産業医が行い、そのデータは疾病金庫には届きません。しかし疾病金庫でも企業内のさまざまな健康増進、健康管理プログラムとして、アクションデーのようなイベントを設けて、そこで加入者の健診を行い、結果を入手することもできます。

一例を挙げますと、私たちが専門医あるいは看護師などを連れて、大きなホールを借りて健康診断を行います。加入者のなかで健康診断を受けたい人が集まって、血圧や血糖値、血中脂質を測ったり、あるいは肺のレントゲンを撮ったり、心臓のエコー検査をしたりして、記録することができます。そしてその累積データを企業の人事部にすべて渡します。全体で見るとここの数値は良かったのでグリーンで、注意なので黄色でというように、信号のような形でまとめられ、たとえばこの数値が悪かったから、これについて予防策を取ったほうが良いという提案をします。

私も以前このようなプログラムに関わりました。当時は従業員に鉛筆とチェックシートを渡し、それぞれのブースに行って血圧を測ったりして、数値を記入してもらっていましたが、私たちはデジタル化を提案しました。データを直接 iPad に入力する方法を提案したのですが、それに対して従業員の代表者から猛反対を受けました。デジタル化されたら、何らかの形で事業主に誰がどういうデータの入力をしたか伝わるのではないかとということが懸念されたのです。結果的に今でも紙と鉛筆です。

(クニープス氏)

産業医も個人単位のデータは扱っていません。全体としてこういうことをやったほうが良いよと提案だけはできます。個人のデータを取得して事業主に渡すことはできません。先ほど申しあげました運営委員会で産業医もいろいろな役割がありますので、そこでたとえば産業医から「この間の健康診断では肺に問題があった人が多かったということに気づきましたよ」と、発表します。すると労災防止担当者から、「そうですね、この間測ったところ、空気が結構汚れていましたよ」という発言があります。そうするとやはり事業主はいろいろ考えさせられます。しかし、直接データを渡すことは一切ありません。

(田中氏)

ありがとうございました。やはりドイツでも制度が違いまして、それぞれの目的で取得したデータです。私の感覚では、日本よりもはるかにデータ保護は厳しいです。私たちのほう

がかなりルーズで、企業のなかはわかりませんが、人の出入りがありますので、重要なものはやはり、本社にあると、考えている方もいらっしゃると思います。本来守秘義務が課されている医療職などからも、「おいおまえ、ここだけの話やけどな、絶対言うなよ」と持ちかけられることがあります。そこまでルーズでなく、意識してやっていると思いますが、やはりかなりデリケートな壁というか、然るべき壁があるので、それを越えていく努力をしていらっしゃると思います。

被保険者から選ばれる工夫

(田中氏)

いただいた時間がだいぶ迫ってまいりました。せっかくおいでいただいているので、もう一度、特にクニープスさん、シュレーダーさん何か追加はございますか。今の日本の仕組みのなかで、健保組合の皆さんにメッセージをお願いしたいと思います。法律を大きく変えることは今すぐにはできませんが、今の仕組みのなかでも、たとえば付加給付や保健福祉事業という一定の裁量でできる枠は制度的にあるので、そのなかでどこまでできるか、できないのかをひとつひとつコントロールしなければいけないと思います。しかし活用できる余地は十分にあると思います。またその際に皆さんには、被保険者から選ばれる、一人ひとりからうちが選んでもらっている、どうやったら選んでもらえるかという感覚は正直ないと思いますが、置かれている状況はかなり共通していると私は思っています。これまでの最大のメリットだった、優良な被保険者を抱えて保険料が安いというメリットは、ほとんどなくなりつつあります。そういう仕組みのなかで、加入者にとってここが良かったというものが続かないかぎり、おそらくこの仕組みは早晚持たなくなると危惧しています。仕組みは違うにしても、加入者の方々に特に医療機関の選択だとか、健康の相談だとか、あるいは具体的な医療サービスにつながるレベルでのサービスについて、ドイツではどんな努力をしていらっしゃるのかを最後にお二人から伝えていただければと思います。

(クニープス氏)

これについての答えは、残念ながらひとつではありません。「これだ」という解決策はなく、日本の1億2,000万人の皆さんがそれぞれに異なっているように、ドイツでも8,000万人はそれぞれみんな違って、多少のグループ化はできるとしても、それぞれの求めているもの、関心、利害はやはり違います。その「違うのだ」ということに、まず配慮をしなければなりません。シュレーダーさんの講演のなかに重要なポイントがありました。日本では

健保連、ドイツでは企業疾病金庫連邦連盟という上部団体と、それぞれの加盟団体との関係が変わってきていることがとても重要です。

もちろん健保連然り、私たちの連盟然り、各金庫の利益を代表する組織として、対政治、対医師、あるいはほかの利益団体と国家レベルで向き合うという役割は変わりません。ですが私たちが行っているプロジェクト、とりわけ健康増進関連のさまざまな対策やプログラムは、これまでとは違うスピリット、精神を連盟すなわち上部団体と加入している疾病金庫間にもたらしました。連盟は議論するためのプラットフォームなのです。連盟は、たとえば学術会議にアプローチをして、専門家を動員してさまざまな議論を促すことができます。あるいはすべてではないですが、最初のきっかけとして、各企業疾病金庫の今後の戦略に関してのオプションを提示することができます。

大切なのは常に実際に何かを行動に移し実践するのは、各疾病金庫であるということです。どんなに私たちが考えたプロジェクトであっても、それを実際に運営し実行していくのは、企業疾病金庫であるということを明確にしなければなりません。連盟の職員が行って、率先して指導するということではないのです。どのテーマを取り上げるプロジェクトなのか、そしてどんな解決策を目指すのか、どんな戦略を用いるのかということ提案するかもしれない。しかし最終的に決定し実施するのは、あくまでも各企業疾病金庫です。そして大切なのは、なるべく複数の企業疾病金庫がそれぞれ専門家を企業に送り込んで、プロジェクトを実施していくということです。もちろんこれは強制ではないので、全員が参加する必要はありません。連盟はこうした活動の後押しをするために、インターネット上にプラットフォームを設けてそこから情報を発信し、あるいはインターネット上で疾病金庫間が議論をできるようにします。あるいは必要に応じて、学術的見解が必要であれば学者を紹介する形でサポート、後方支援をします。

このところの動きを見ていますと、各疾病金庫が責任感を持って、重要な問題について考えるようになり、そしてプロジェクトを実行するようになってきました。また疾病金庫同士の連携が非常に発展してきていて、たとえば連盟から私なりシュレーダーさんなりが出向いて上から指示するよりも、むしろ疾病金庫同士の交流からのほうがよほどいろいろなことが生まれてきて、学び合うという傾向が見えています。

(田中氏)

ありがとうございます。では最後にシュレーダーさんからも一言、短くお願いします。

(シュレーダー氏)

皆さん、ぜひできるだけ多くの機会を設けて、加入者の意見を聞いてください。加入者が何を望んでいるかをぜひ聞いてください。それが私からの提案です。そして企業の経営者とのコミュニケーションがとても重要です。その 2 つをぜひ実践していただければと思います。

(田中氏)

ご指摘ありがとうございました。

今日は長時間にわたってありがとうございました。背景が複雑な制度の間で、国民性やいろいろなことが違うなかでの議論は大変難しいのですが、熱心に意見交換いただいてありがとうございました。おそらくそれぞれの健保組合、そして健保連自身にも大きな宿題をいただいたと思います。この大きな転換点に、これから日本の健保組合が 3,000 万人の加入者を抱えて、本当にどうやっていくのかということが、改めて私たち一人ひとりに問われていると思います。そのキーワードは、お二人が何回もおっしゃっていたように、健康と労働だと思います。健康と労働の両方に責任を持って関わっているのは企業疾病金庫、あるいは健保組合だという、そのスタート地点を、もう一度改めて確認することと、それに基づいて、もう一度加入者の皆さん、あるいは事業主との距離をしっかりと近づけて、何が私たちに求められているのか、本当に私たちが必要とされているのかを確認し、踏み出していくことではないかと私自身は思っています。

今日は本当に遠路からお忙しいなかをお二人に来ていただきました。本日まで参加の皆さんに 1 つでも 2 つでも刺激やヒントが深く残って、現場に戻ったときに実践のなかで活かしていただければ、これに勝るものはないと思っています。

閉会挨拶

健康保険組合連合会 理事
田河 慶太



健康保険組合連合会の田河でございます。閉会にあたりご挨拶申し上げます。本日は本当に長時間にわたりご参加いただき、誠にありがとうございました。また講演者の田中耕太郎先生、ドイツ企業疾病金庫連邦連盟のフランツ・クニープス理事長、ユリア・シュレーダー局長に深く御礼申し上げます。この度はドイツの医療保険に携わるお二人から、なかなか他では聞けないような貴重なお話が伺えたのではないかと考えております。

多くの方々のご協力により本日のセミナーを無事に終えることができました。あらためまして皆様方に感謝申し上げます、私の閉会の挨拶といたします。

參考資料

日独医療保険セミナー

Deutsch-Japanische Konferenz über die Rolle der Versicherer in der Krankenversicherung

～ドイツに見る保険者のあり方～

歴史的にわが国の医療保険制度のひな形となったドイツでは、1990年代以降、数かすの制度改革が行われ、その姿は大きく変容しました。保険者の再編統合による大規模化などは、わが国でもしばしばクローズアップされてきました。しかし、大改革に着手して20年以上を経た現在、ドイツでは従来の労使協調関係が弱体化し、国家の統制が次第に強まる傾向にあります。一方で、改革の行き過ぎを懸念し、事業主と保険者の結びつきなど、社会保険における伝統的な保険者のあり方を再評価する動きも活発化しています。

このたび、ドイツの企業疾病金庫(BKK)の連邦組織である、企業疾病金庫連邦連盟(BKK Dachverband)からお二人の専門家を招き、医療保険制度をはじめ、ドイツにおける医療保険者の具体的な取組みを当事者の視点から講演していただきます。また、わが国の健保組合・健保連のメンバーを交えたトークセッションを設け、講演テーマをはじめ、日独両国が抱える課題や視点を共有し、議論をさらに深堀りします。

開催日時

2019年3月7日(木) 13:30～17:30 頃 (開場13:00)

会場

品川プリンスホテル
メインタワー「エメラルド」(28階) 東京都港区高輪4-10-30

主催



健康保険組合連合会

東京都港区南青山1-24-4

プログラム

13:00 開場

13:30 開会挨拶 佐野雅宏氏(健康保険組合連合会 副会長)

<第一部 講演>

13:40 田中耕太郎氏(放送大学 客員教授)

「日本から見たドイツの医療保険の特徴」

14:10 フランツ・クニープス氏(企業疾病金庫連邦連盟 理事長)

「調整圧力にさらされる公的医療保険」

14:50 ユリア・シュレーダー氏(企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長)

「ドイツの企業疾病金庫による予防・健康増進プログラム」

15:30 休憩

<第二部 トークセッション>

15:50 (登壇者)

フランツ・クニープス氏／ユリア・シュレーダー氏

高橋恭弘氏(トヨタ自動車健保組合 常務理事)／河本滋史氏(健康保険組合連合会 常務理事)

田中耕太郎氏(コーディネーター)

17:20 閉会挨拶 田河慶太氏(健康保険組合連合会 理事)

17:30 閉会

日独医療保険セミナー

～ドイツに見る保険者のあり方～

■ 講演者



田中耕太郎氏 (放送大学 客員教授)

1974年、厚生省(当時)入省。保険局医療課課長補佐等を経て、1985年から1988年には一等書記官としてドイツ連邦共和国日本国大使館で勤務。その後、児童家庭局障害福祉課長、内閣外政審議室(当時)内閣審議官等を歴任。1995年から2016年まで、山口県立大学教授として社会保障、社会福祉等を専攻する。厚生労働省在職中より、日独社会保障の研究を続け、論文執筆、講演などで多くの業績がある。ドイツ社会保障関係者との交流も深い。主な著作として『はじめての社会保障第15版』(共著、有斐閣アルマ、2017年)、『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』(編著、三栄ルヴァ書房、2008年)等がある。平成29年度健康保険組合連合会医療保障総合政策調査・研究事業「独仏の医療保険制度に関する調査研究」ドイツ論文執筆。2012年より現職。



フランツ・クニープス氏 (企業疾病金庫連邦連盟 理事長)

ボンおよびフライブルクにて法律、政治学、現代ドイツ文学を学ぶ。法律職資格取得者。ボン大学労働法・社会保障法研究所での研究活動の後、地区疾病金庫連邦連合会(当時)の法律部門に勤務。その後、連邦政府や連邦議会等に出向し、東西ドイツ統合に際しては、東ドイツ労働社会省へのアドバイザーを務める。出向後は地区疾病金庫連邦連合会にて政治部門を統括し、1998年に同連合会政治部長に就任。さらに、シュミット連邦保健大臣(当時)の要請により、シュレーダー政権およびメルケル政権のもと、2003年から2009年の間、ドイツ連邦保健省の医療提供、医療保険、介護保険局長を務める。1989年以降、ドイツの医療・介護分野のすべての改革プロジェクトに携わっている。2013年7月より現職。



ユリア・シュレーダー氏 (企業疾病金庫連邦連盟 健康増進局長)

経済学を修めた後、ライプツィヒ・ハムブルク地区疾病金庫にてドイツ、オランダ、ベルギー地域での国境を越えた医療提供プロジェクトに従事する。その後、ブリュッセルのドイツ社会保険ヨーロッパ代表部に勤務。各種公的医療保険の連邦連合会代表やヨーロッパ社会保険プラットフォーム(ESIP)の医療委員長を務め、主に▽ヨーロッパの業事法▽社会保険法分野における国際調整法▽欧州委員会の予防等のイニシアティブ▽高齢者の健康増進に関するパートナーシップに携わる。2010年にデュイスブルク・エッセン大学で博士(医学)号を取得。2011年から2017年まで、ライプツィヒ・ハムブルク地区疾病金庫の企業内健康増進研究所所長。2018年1月より現職。

■ トークセッション

フランツ・クニープス氏／ユリア・シュレーダー氏

高橋恭弘氏／河本滋史氏

田中耕太郎氏 (コーディネーター)

■ お問い合わせ先

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部内 講演会事務局 担当:村井、田中、斉藤
東京都千代田区神田錦町2-3 TEL:0120-825-571(平日10時～17時) E-mail:doitu-hoken2019@mizuho-ir.co.jp

質問票

本日のセミナーをより充実した内容とするため、皆様からの登壇者へのご質問を募集いたします。以下にご記入の上、受付の「質問回収箱」にお入れください。休憩時間中に回収し、時間の許す限りでご回答いたしますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

①ご質問したい登壇者（番号に○を付けてください）

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 田中耕太郎氏 | 2. フランツ・クニープス氏 |
| 3. ユリア・シュレーダー氏 | 4. 特に指定はない |

②ご質問内容

★差し支えなければ、ご職業（退職されている場合は以前のご職業）をお教えてください。

- | | | | | |
|------------|--------|----------|----------|--------|
| 1. 健保組合関係者 | 2. 研究者 | 3. 行政関係者 | 4. 報道関係者 | 5. その他 |
|------------|--------|----------|----------|--------|

ご質問いただき、誠にありがとうございました。

アンケートへのご協力をお願い

本日は「日独医療保険セミナー」にご参加いただき、誠にありがとうございました。

今後の事業をより充実した内容とするため、皆様からご意見・ご要望をお聞かせいただけますと幸いです。以下にご記入の上、受付の「アンケート回収箱」にお入れいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

①今回の企画内容について満足度はいかがでしたか。

1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満
-------	---------	------------	---------	-------

②今回の企画内容の難易度はいかがでしたか。

1. 難しい	2. やや難しい	3. ちょうど良い	4. やや易しい	5. 易しい
--------	----------	-----------	----------	--------

③今回の企画内容のうち、良かった点／悪かった点がございましたら、具体的にご記入ください。

--

④今後の講演会の企画として、ご希望のテーマ・内容がございましたら、具体的にご記入ください。

--

★差し支えなければ、ご職業をお教えてください。

1. 健保組合関係者	2. 研究者	3. 行政関係者	4. 報道関係者	5. その他
------------	--------	----------	----------	--------

アンケートにご協力いただき、誠にありがとうございました。

医療保障総合政策調査・研究基金事業

「日独医療保険セミナー
～ドイツに見る保険者のあり方～」

開催報告書

令和元年7月

健康保険組合連合会

〒107 - 8558 東京都港区南青山1-24-4

Tel: 03-3403-0928

禁無断転載