

# 健保連海外医療保障

No.96 2012年12月

## ■特集Ⅰ：公的医療保障制度の患者自己負担をめぐる政策動向

- ドイツ  
ドイツの医療保険制度における  
患者自己負担をめぐる政策動向……………藤本 健太郎
- フランス  
フランスにおける患者負担の動向……………加藤 智章
- 韓国  
韓国の医療保障と自己負担……………株本 千鶴

## ■特集Ⅱ：ドイツ社会保険制度の動向

- ドイツ  
ドイツの社会保険番号及び被保険者証……………田中 謙一

## ■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／韓国

# 健保連海外医療保障

No.96 2012年12月

## ドイツの医療保険制度における患者自己負担をめぐる政策動向

静岡県立大学准教授  
藤本 健太郎  
Fujimoto Kentaro

年金、医療、介護など各種の社会保険料率が約40%に達し、日本よりも重い負担となっているドイツにおいては、雇用への悪影響を防ぐためにも社会保障における使用者負担を軽減しようとする政策動向がみられ、患者自己負担は増大してきた。ドイツの医療保険制度全体については、人頭包括保険料モデルと国民保険構想という2つの方向性の間で揺れ動いているように見えるが、患者自己負担については、さらに増大する可能性がある。

### 1. ドイツの医療保険財政の現状

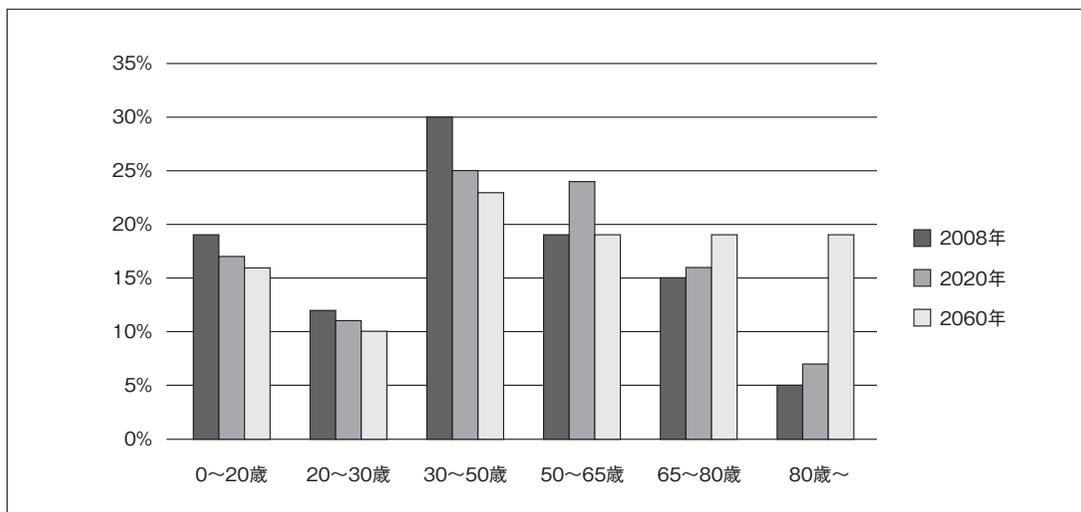
#### (1) ドイツにおける少子高齢化

ドイツにおいても、日本や韓国のような速さではないが、少子高齢化が進んでいる。ドイツの2008年の合計特殊出生率は1.38であり、フランスやイギリスでは合計特殊出生率が2近くまで回復していることとは対照的であり、日本と同様

に少子化が進行している。また、OECD Health Data 2012によれば、ドイツの平均寿命（2010年）は男性が78歳、女性が83歳であり、日本ほどではないものの長寿の国であり、今後もさらに伸びることが予測されている。

2009年にドイツ連邦統計庁が公表した第12次将来推計人口の中位推計は図1のとおりであり、高齢化率（65歳以上人口の総人口に占める割合）

図1 ドイツの第12次将来推計人口による予測



出所：Statistische Bundesamt (2009) p17, Tabelle 2 より筆者作成

は2008年には20%であったが、2060年には34%に達すると予測されている<sup>1)</sup>。

なお、第12次将来推計人口においては、将来的に出生動向が大幅には回復しないことを見込んでおり、2060年の合計特殊出生率は中位推計では1.4にとどまると予測されている。

## (2) ドイツの法定医療保険財政の推移

高齢化や医療技術の進歩に伴い、ドイツにおいても図2に示されているように、医療費は増加傾向にある。

ドイツでは医療保険の財源は原則的に保険料によって賄われており、保険料と税を組み合わせることで財源としている日本とは異なる<sup>2)</sup>。

保険料は日本と同様に、基本的に賃金に定率で賦課される。ただし、日本のような高齢者を対象とした特別な負担軽減措置はなく、年金受給者も現役世代と同一の保険料率によって医療保険料を負担する。

ドイツの医療保険制度には、保険者の自治が尊重される伝統があり、その象徴の一つとして保険料率は疾病金庫ごとに決定されていたため、疾病金庫ごとに保険料率は異なっていた。

しかし、2007年の医療保険制度改革によって統一保険料が導入されることとなり、2009年1月

から15.5%に統一された。その後、連邦政府からの補助の増額により、統一保険料率は2009年7月からいったん14.6%に引き下げられた<sup>3)</sup>。そして、2010年の医療制度改革により、もとの15.5%に戻すこととされた。

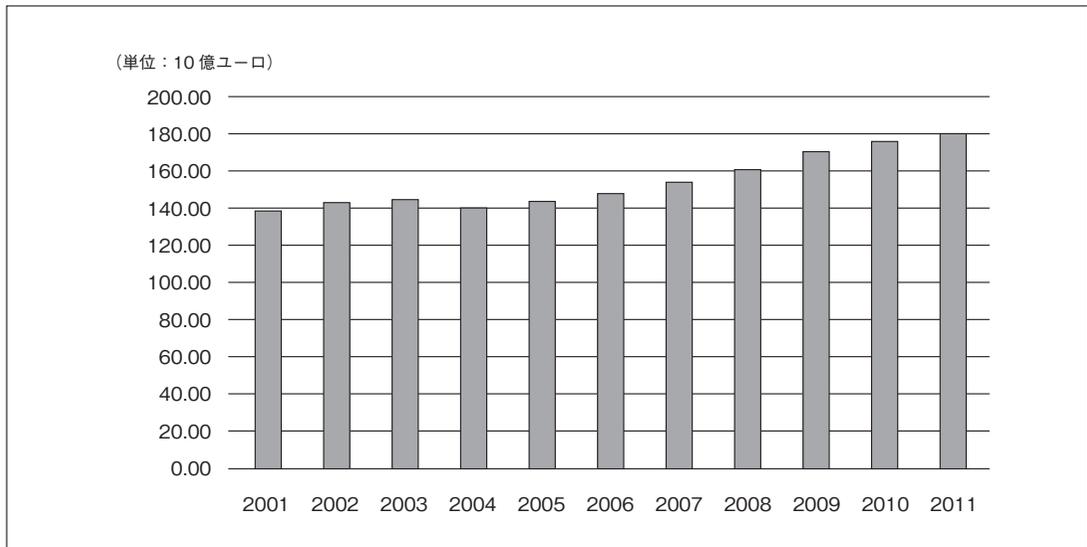
なお、15.5%のうち、労使折半により負担されるのは14.6%であり、被用者のみが負担する特別保険料が0.9%である。

## (3) 進む保険者の統合

ドイツには6種類の疾病金庫（公的な医療保険者）が存在し、強制加入の対象となる被保険者も、複数の保険者のなかから自分の加入する保険者を選択することができる。

ドイツでは従来から、ホワイトカラーの労働者は居住地の地域疾病金庫のほかに、勤務先が企業疾病金庫の設立事業所であれば企業疾病金庫にも加入することができ、さらにホワイトカラーを対象とする代替金庫にも加入できた。これに対しブルーカラーの労働者の選択肢が少ないことは法の下での平等という原則に反するのではないかという訴訟も提起されていた。このため、1996年の医療制度改革において、代替金庫にはホワイトカラーもブルーカラーも区別なく加入できるように、さらに企業疾病金庫および同業

図2 ドイツの法定医療保険の支出額の推移



者疾病金庫についても、定款で定めれば、設立事業所以外の被保険者を加入させることが可能となった。

こうして本格的な保険者の選択制が導入されたことから、疾病金庫の間に競争が生じ、事務費のコストダウンなどのために疾病金庫の統合が進んだ。

なかでも地域疾病金庫は、加入者に低所得者や高齢者が多いため保険料率が高い傾向にあり、競争上不利と思われたこともあって、急速に統合が進んだ。表1のとおり、1992年にはドイツ全国で地域疾病金庫は271金庫存在していたが、

1995年には92金庫にまで統合が進んだ。その後もさらに統合は進み、2004年には17金庫にまで集約されている。

企業疾病金庫や同業者疾病金庫についても統合が進んだ結果、表1のとおり、疾病金庫全体についても、1992年にはドイツ全国で1,223の金庫が存在していたが、1995年には960金庫にまで減少している。1998年には500を割って482金庫となり、さらに2004年には280金庫にまで集約されている。

そして2007年の医療制度改革によって、種別を超えて疾病金庫が統合することも可能となっ

表1 種類別疾病金庫数の推移

①旧西ドイツ

	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992	1,123	259	680	148	19	15
1995	875	84	633	122	19	15
2000	393	12	324	25	18	12
2004	259	12	214	13	8	10

②旧東ドイツ

	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992	100	12	61	25	2	0
1995	85	8	57	18	2	0
2000	27	5	13	7	2	0
2004	21	5	8	6	1	1

③全ドイツ

	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992	1,223	271	741	173	21	15
1995	960	92	690	140	21	15
2000	420	17	337	32	20	12
2004	280	17	222	19	9	11

出所：Gesundheitswesens 2009, BMG

注 ①旧西ドイツおよび③全ドイツには、本表に記載した医療保険者のほかに海員疾病金庫(1)、連邦鉱夫組合(1)があり、合計にはそれらを含む。

表2 ドイツの医療保険者の種類と数

	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
2009年 1月	202	15	155	14	9	8
2009年 4月	196	15	149	14	9	8
2009年 7月	187	15	141	13	9	8
2009年10月	184	15	138	13	9	8

出所：BMG, Gesetzliche Krankenversicherung, Mitglieder, Mitversicherte, Angehörige.

Beitragssätze und Krankenstand, Monatswerte Januar - Oktober 2009

注 本表に記載した医療保険者のほかに、2008年に合併した連邦鉱夫組合、海員疾病金庫(1)があり、合計にはそれらを含む。

た。この制度改革を受けて、海員疾病金庫（船員保険）が連邦鉱夫組合（鉱山労働者保険）に統合されるなど、一層、疾病金庫の統合は進行した。

表2のように、2009年だけでも大幅に疾病金庫の統合が進んだことがわかる。そして、2012年1月現在の疾病金庫の数は、ドイツ全国で146金庫にまで減少している。表1と比べてみると、271金庫（1992年）あった地域疾病金庫は12金庫（2012年）、741金庫（1992年）あった企業疾病金庫は112金庫（2012年）、173金庫（1992年）あった同業者疾病金庫は6金庫（2012年）<sup>4)</sup> —とそれぞれ大幅に減少しており、ドイツの医療保険制度において非常に急速に保険者の統合が進んだことがわかる。

## 2. ドイツの法定医療保険における患者自己負担の推移

ドイツの法定医療保険の給付は、日本と同様に現物給付が基本となっている。

給付率については、日本では当初から患者一部負担があるのに対し、ドイツでは入院費や薬剤費における一部自己負担はあったものの、外来診療については伝統的に10割給付が行われてきた。このため、医療機関の窓口における患者自己負担はなかった。

しかし、医療保険料率の上昇を抑制しようとする改革の一環として、2003年の医療制度改革によって、外来診療にも患者自己負担による診察料（Praxisgebühr）が創設された。これにより、患者は外来診療時に10ユーロを診察料として医療機関の窓口で負担することとされた<sup>5)</sup>。

前述のとおりドイツでは、医療保険制度が創設されて以来、外来診療については患者の自己負担を求めない長い伝統があったが、終止符が打たれたのである。10ユーロという金額は大きくないものの、外来診療に患者自己負担が導入されたことのインパクトは大きく、図2のとおり、2004年には法定医療保険の支出額は前年に比べて減少しているが、診察料の導入が影響したも

のと考えられる。

また、診療機関の窓口における患者自己負担ではないが、使用者の負担増を抑制するために、患者側である被保険者の負担を増やす政策動向もみられる。

ドイツの法定医療保険制度における医療保険料は、原則として労使折半で負担されてきた。表3に示されているとおり、ドイツでは年金、医療、介護など各種の社会保険料率を合計すると約40%となる。日本よりも早く少子高齢化が進んだこともあり、また日本よりも税財源の投入が相対的に少ないこともあり、ドイツの社会保険料率は日本よりも相当高い水準に達している。

表3 ドイツの社会保険料率（2012.7.1時点）

年金保険	19.6%
医療保険	15.5%
失業保険	3.0%
介護保険	1.95%（養育中の子どもがいない場合は2.2%）

出所：Deutsche Rentenversicherung. 2012. "Wir sichern Generationen"

このため、雇用への影響などを避けるために社会保険料の事業主負担を軽減しようとする動きが生じている。医療保険においても、2003年の医療制度改革によって、現金給付である傷病手当金に相当する保険料は、全額被用者負担の特別保険料（Sonderbeitrag）とされた。

さらに、2010年の医療制度改革により、保険料率に15.5%という上限が設定され、それでは疾病金庫の支出が賄えない場合、追加保険料（Zusatzbeitrag）が徴収されることとなったが、この追加保険料は賃金との連結を断つために、被保険者に人頭割りで課され、事業主は負担しないこととされている。

こうした医療保険制度改革により、保険料の労使折半原則は崩れたとみることもできる。

## 3. ドイツの法定医療保険における患者自己負担の現状

### (1) 診察料（Praxisgebühr）～外来診療における患者自己負担

ドイツ連邦保健省によれば<sup>6)</sup>、診察料の取扱いは以下のとおりである。

成人の被保険者 (Erwachsene Versicherte) は保険医、保険歯科医または精神療法医を受診する場合、四半期に一度、10ユーロの診察料を負担する。また、病院の医師が関与する在宅ケアについても同様であり、そのほかに、たとえば繰返し処方の特例による医師が直接関わらない医薬品などの医師によらない給付 (nichtärztliche Leistung) についても、診察料を負担する。

一方、治療が移送 (Überweisung) によって行われる場合、同一四半期には診察料を支払う必要はない。そのほかに、病気の早期発見のための健康診断、妊婦健診および予防接種についても診察料を支払う必要はない。

#### (2) 医薬品に関する患者自己負担

ドイツ連邦保健省によれば<sup>7)</sup>、医薬品の患者自己負担 (Arzneimittelzuzahlung) の取扱いは以下のとおりである。

法定医療保険の被保険者は、処方箋による医薬品について、購入価格の10%を追加負担 (Zuzahlung) する。ただし、追加負担額は最高で10ユーロ、最低で5ユーロとする。さらに、追加負担額は薬剤の実際の価格を超えないものとする。

具体例を挙げれば、75ユーロの医薬品については患者の自己負担額は7.5ユーロとなり、200ユーロの医薬品については患者の自己負担額は10ユーロとなる。そして、処方された医薬品の価格が15ユーロの場合、患者の自己負担額は5ユーロとなる。

なお、18歳以下の子どもについては、医薬品の患者自己負担は免除される。

#### (3) 入院治療の患者自己負担

入院治療については、年間28日を上限として、費用の10%が患者の自己負担となる。

このように、ドイツの患者自己負担は、現役世代では原則として医療費の3割を患者が負担す

る日本に比べれば、全体として低く抑えられている。

また、日本の患者自己負担は周知のとおり年齢によって異なり、子ども (義務教育就学前) の患者の自己負担率は2割、高齢者 (75歳以上) の患者の自己負担率は原則1割と現役世代よりも軽減されている。

これに対し、ドイツにおいては高齢者に対する年齢を理由とする負担軽減措置は講じられていないが、子どもの患者自己負担は軽減ではなく免除する措置が講じられている。

## 4. 2011年改革の概要

ドイツの医療保険制度における直近の大きな改革は2011年の改革である。公的医療保険財政法 (GKV-Finanzierungsgesetz) と名づけられた医療改革法案は2010年11月にドイツ連邦議会において可決され、2011年1月1日より施行されている。そのポイントは以下のとおりである。

### ① 収入安定化策

保険料水準は元の15.5%に戻される。経済財政危機に対するパッケージの一環として一時的に引き下げられていた保険料率は、法律において15.5%に固定される。これによって、医療費の動向と労働コストの連動が解除される。

さらに支出が増大した場合、賃金と切り離された保険料によって支出される。このことは保険料の自律性を高め、価格シグナル (Preissignal) を通じて疾病金庫間の競争を強化する。

### ② 支出抑制策

疾病金庫の事務費は、今後2年間は2010年よりも高くなることは許されない。

また、病院への支出の増大および開業医への報酬の伸びは抑制される。

とくにダイナミックに増大する医薬品への支出については、公的医療保険財政法と連動して、医薬品市場新秩序法 (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) により、コスト削

減と競争を強化する効果的な政策が導入される。

上述の改革内容のうち、収入安定化策のなかで述べられている「賃金と切り離された保険料」は追加保険料（Zusatzbeitrag）と呼ばれる。追加保険料は、2011年改革の柱の一つであるとされる人頭包括保険料である<sup>8)</sup>。

医療保険の加入者は、収入や健康状態にかかわらず、定額の追加保険料を直接疾病金庫に対して支払うこととされている。なお、追加保険料は人頭割ではあるが、家族被保険者は負担しない。

追加保険料を賦課するかどうか、また追加保険料をいくりにするかは疾病金庫によって異なる。そして、追加保険料が徴収されることとなった場合、被保険者は疾病金庫を解約する（kündigen）ことができる。このため、他の多くの疾病金庫が追加保険料を徴収しない場合に追加保険料を徴収したり、他の疾病金庫よりも高い追加保険料を徴収した場合には、被保険者の流出が懸念される。

公的医療保険財政法のポイントとして挙げられている価格シグナル（Preissignal）は、追加保険料のことを指しており、追加保険料の高低によって被保険者が疾病金庫を選択することは競争の強化につながり、改革の狙いの一つであるとされている。

## 5. ドイツの医療保険制度の2つの方向性

2003年に提示されたリユールップ委員会の報告書において、将来の持続可能な医療保険の姿として、国民保険と人頭割保険料モデルという2つの方向性が示された。これに対し、ドイツの2大政党である社会民主党とキリスト教民主・社会同盟は、社会民主党が国民保険を支持しているのに対し、キリスト教民主・社会同盟は人頭割保険料モデルを支持しており、立場を異にしている。このため、近年、ドイツの医療保険制

度は2つの方向性の間を揺れ動いているようにみえる。

第一次メルケル政権は二大政党による連立政権であり、医療保険制度については意見の異なる両党の連立政権がどのような制度改革を行うか注目されたが、2007年の医療制度改革においては、皆保険が導入されるなど、やや社会民主党の主張に近い改革となった感があった。

その後、2009年秋の選挙において社会民主党は大敗し、キリスト教民主・社会同盟と自由民主党による中道右派政権として第二次メルケル政権は誕生した。このため、上述した2011年の医療保険制度改革において人頭包括保険料である追加保険料が導入されたことは、キリスト教民主・社会同盟の主張を色濃く反映したものであると思われる。なお、追加保険料は人頭割の定額の保険料であることから、低所得者については負担軽減措置を講じることとされている。

追加保険料の導入に対し、ドイツ労働総同盟は反発している。2010年12月に「人頭包括保険料ではなく国民保険を」と題した声明<sup>9)</sup>を発表し、将来の確固たる医療システムのためには人頭包括保険料ではなく、野党の社会民主党が主張してきた国民保険の方向で医療改革は進むべきだと主張した。

ドイツ労働総同盟は声明のなかで、与党であるキリスト教民主・社会同盟および自由民主党の考えによれば、事業主の負担は凍結され、法定医療保険において将来生じる負担増はすべて被保険者が負担しなければならず、人頭包括保険料は低所得者や年金生活者に負担を押し付けるものであるとして反対している。

これに対し、経済界は人頭包括保険料の導入を歓迎しそうに思われる。ところが、皮肉なことに、改革が不十分であるとして経済界も反発した。

ドイツ使用者団体連邦協会は2010年10月に「疾病と労働コストの真の切り離しは行われていない」と題した声明<sup>10)</sup>を発表している。声明のなかで、医療保険財政の主な柱は依然として賃金に課される保険料であり、支出の伸びの一部の

みが追加保険料によって賄われるに過ぎないと同協会は指摘している。

2011年改革における人頭包括保険料を巡る議論は、万人が納得する改革は難しいことを改めて感じさせる。

## 6. 今後の動向

ドイツの患者自己負担は、日本に比べれば低く抑制されている。しかし、社会保険料率が合計で約40%に達しており、使用者の社会保障負担が雇用に悪影響を及ぼすことが懸念されるため、使用者の負担増大を抑制しようとする政策を実施する傾向がみられる。2003年の改革によって外来診療に患者自己負担が導入されたことは、金額は四半期ごとに10ユーロと小さいものの、外来診療の10割給付が終わったという点で大きな制度改革であったといえる。今後も、高齢化や医療技術の進歩により医療費は増大することが予測されるため、将来の制度改革においては、患者自己負担がさらに増大することはあり得るものと思われる。

### 注

- 1) “Bevölkerung Deutschlands bis 2060 12koodinierte Bevölkerungsvorausberechnung” Statistische Bundesamt, 2009による。
- 2) 2007年の医療制度改革により、本格的に税財源が投入されることにはなったが、保険外給付を賄うためとされており、保険給付については依然として保険料が財源となっている。
- 3) 連邦政府からの補助の増額は、リーマンショックによる経済危機への対策パッケージの一環として行われた。
- 4) “Daten des Gesundheitswesens 2012” BMGによる。
- 5) 同一の疾病については四半期ごとに10ユーロを負担することとされており、初診料とは性格が異なる。
- 6) “Praxisgebür” BMG ([http://www.bmg.bund.de/glossar\\_begriffe/p-q/praxisgebuehr.html](http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/p-q/praxisgebuehr.html) 2012年10月1日アクセス)による。

- 7) “Alzmittel” BMG (<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittel.html> 2012年10月1日アクセス)による。
- 8) 2010年改革によって導入された追加保険料の内容に関する記述は、“Der Zusatzbeitrag” 2011, BMGによる。
- 9) “Buergerversicherung statt Kopfpauschale”, DGB, Press-statement, 13.Dezember2010
- 10) “Echte Abkopplung der Kranheits- von den Arbeitskosten bleibt aus” BDA, 18. oktober 2010

## フランスにおける患者負担の動向

北海道大学大学院法学研究科教授

加藤 智章

Kato Tomoyuki

フランスは、世界有数の医療消費国・薬剤消費国である。フランス医療制度の特徴は、開業医と病院施設の役割分担、医薬分業が明確にされていることである。2000年代以降、医療需要に着目した医療費抑制策を積極的に展開している。かかりつけ医制度を導入することによって、受診行動の合理化を図り、受診時定額負担金などを導入することによって、医療費を抑制しようとしている。しかし、補足制度の展開もあり、その効果は十分に達成されているとはいえない。ここではフランスにおける様々な患者負担の内容を検討する。

### 1. はじめに

医療費の増加傾向は世界的な潮流である。フランスもその例外ではない。医療費の対GDP比および国民一人当たりの医療費はともに、アメリカ合衆国が17.6%、8,233ドルで群を抜いて首位独走状態にある。フランスの国民一人当たりの医療費は、OECD諸国中第10位である（ドイツよりも64ドル低い3,974ドル）が、対GDP比は11.6%で12%のオランダに次いで第3位である。フランスはまた世界でも有数の薬剤消費国で、わが国の国民医療費に相当する2011年の医療・医療財消費額は1,800億ユーロで、うち薬剤消費は347億ユーロで全体の19%強を占めている。ちなみに、日本は2009年のデータであるが対GDP比9.5%（16位）国民一人当たり3,035ドル（19位）であり、薬局調剤医療費は5兆8,000億円（国民医療費の16%である。（OECDヘルスデータ2012。日本の数字は2009年である）。

### 2. 医療費抑制策の概観

1990年代、フランスは供給サイドへの規制を強めることによって、医療費を抑制しようとした

が、医師達の反対運動や一定の政策に対して違憲判決が出されたため、うまく機能しなかった。このため、2004年に、需要サイドに着目した医療費抑制策を採用した。2004年8月13日法に基づく改革である。本稿で取り上げるかかりつけ医制度や受診時定額負担金を導入した。

また時代は前後するが、医療費の抑制策にも関連してここで指摘しておきたいことは、情報の透明化・可視化ともいうべき社会保障財政法律の制定とそれに伴い導入された全国医療保険支出目標（ONDAM）の設定である。1997年から制定されている社会保障財政法律は、社会保障制度を構成する医療、年金、家族手当および労災部門について、前年度の決算を行い、当該年度の執行状況を確認するとともに、翌年度の予算措置を定める。これらの財政状況の検討を通じて、社会保障政策の方針やその内容を定めるとともに、医療保険支出に関し、開業医、病院など医療施設ごとに目標値を設定し、その具体的な遵守状況を検証する。

このほか、1999年には普遍的医療給付（CMU）制度が導入された。これは疾病や痛みに対して、経済的理由に基づく差別があってはならないということから、いわば医療費の無料化を目

指すものである。基礎給付（CMU-B）、補足給付（CMU-C）および補足医療扶助（ACS）とからなるが、基礎給付が医療保険の保険給付相当部分、補足給付が患者負担相当分を支給するものである。このため、低所得者で条件を満たす者には、基礎給付と補足給付が支給されることによって、医療費の無料化を実現する。なお補足医療給付は、後に検討する補足制度に加入するための保険料補助というべき給付である。

また2009年には、医療供給体制に関する抜本的な改革を目指す「病院・患者・健康および地域」に関する法律（HPST法）が制定された。この法律は、質の高い医療サービスを効率的に提供するための枠組を作ることにあり、この目的を各地域の優先課題に応じて実行するために、医療機関・医療職の役割、地域保健庁（ARS）および関係者間の役割などを定めている。

### 3. 医療制度の概要

先に簡単に触れた2004年の医療費抑制策は、2004年8月13日の法律により、受診行動の合理化・適正化を図るためにかかりつけ医制度とともに、受診時定額負担金を設けた。かかりつけ医制度も受診時定額負担金も患者負担と密接に関連するため、後に詳しく検討するが、ここではまず、フランスの医療制度を概観しておきたい。

#### (1) 開業医

フランスは、開業医が外来診療を、病院やクリニックが入院診療を担当する。

開業医は、多くの場合、医師一人で受付から診療までをこなしている。設備は日本と比較しても貧弱で、医学国家博士号の資格あるいはこれに相当する資格を有することと開業地を管轄する県医師会に登録することによって開業することができる（Csp.L4111-1）。医師は医学部卒業後、全国クラス分け試験（ECN）により、専門とする診療と研修先を選択することになる。専門診療科は、一般医、内科専門医、外科専門医など11の診療科に分かれ、それぞれ3年から5年

の研修を受けなければならない。これらの研修期間中に、医学国家博士号を取得することとなる。

開業医の診療報酬は原則として、医師組合と公的医療保険の全国組織との間で締結される協約に基づいて決定される（これを協約料金という）。ここで注意を要するのは、協約料金に拘束されない開業医が存在することである。1980年、一定の条件を満たした医師については、協約外料金の請求を認めた。このような医師はセクター2に分類され、協約料金の遵守義務を負う医師はセクター1に分類される。セクター2に属する医師が過度に増加したため、この制度は凍結されているといわれるが、過去にセクター2の資格を得た医師は、現在も引き続き協約外料金を請求することができる。

なお、フランスでは看護師も開業することができるし、柔道整復師に相当するマッサージ運動療法士なども個別に開業している。これらパラメディカルの診療報酬も、医師の場合と同様に、看護師やマッサージ運動療法士らの組合と公的医療保険の全国組織との間の協約による。ただし、医師におけるセクター2のような分類は存在しない。

#### (2) かかりつけ医（médecin traitant）

フランスでは2005年7月1日から、かかりつけ医制度が導入されている。

16歳以上の被保険者および被扶養者は、医師との合意を前提として、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない（18歳未満の被扶養者の場合は、両親の一方あるいは親権者と医師との合意に基づき、かかりつけ医としての通知をする（Css.L162-5-3）。通知は、所定の用紙に、被保険者とかかりつけ医の住所、氏名、登録番号を記載し署名のうえ、所属金庫への送付によって行われる。医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わず、その指定に地理的制約はない。例えば週末に実家に戻る大学生の場合、実家の所在地か大学通学のための所在地のどちらかでかかりつけ医を選択す

ることができる。しかし、複数の医師をかかりつけ医に指定することは認められていない。また、かかりつけ医の変更はいつでも可能である。

かかりつけ医制度の核心は、かかりつけ医がいわゆるゲートキーパーとして、患者に対して受診行動の方向性を適切に指示することである。このため、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合には一部負担金が増額される。このように、かかりつけ医制度は受診行動の合理化という目的を有するため、緊急の場合や旅行先での受診、あるいはかかりつけ医の不在の場合には適用されない。また、婦人科医、眼科医および歯科医については診療の性格から、小児科医については患者の年齢との関係で、一部負担金の増額措置はとられない。

### (3) 病院施設

フランスの病院施設は、その設立形態から3つに分類することができる。公的病院、非営利病院および営利病院である。また、公的医療保険との関係からいえば、公的病院サービス (PSPH) に参加する施設とそうでない施設という分類も可能である。公立病院と多くの非営利病院は公的病院サービスに参加していた。なお2009年7月21日の法律 (HPST法) は、公立病院サービスという概念に代えて、公益民間保健施設 (ESPIC) という概念を導入した。公的病院サービスのもとでは、このサービスに参加するか否かにより、予算配分の仕方が異なっていた。公的病院サービスに参加する病院については、それぞれの病院に総括予算といわれる予算を配分するために医療行為カタログ (CdAM) が用いられていた。これに対して公的病院サービスに参加しない病院については、開業医に用いられる診療報酬表 (NGAP) に基づいて予算配分が行われていた。しかし、NGAPは診断名や具体的な医療行為の内容が明らかにされない指摘がされていたほか、CdAMとNGAPとでは医師の技術料の評価が異なり不公平であるとされていた。このため、開業医と病院とに共通する医療行為分類表が作成されることになった。それが医療行為共

通分類 (CCAM) である。このような医療行為に関する分類が統一されたことにも密接に関連して、診療報酬は1件あたり包括支払方式 (T2A) により支払われることとなった。

### (4) 在宅入院

わが国で用いられている「在宅医療」という言葉に近いが、より組織化されているものに、在宅入院 (HAD) 制度がある。この制度は、1950年代から結核療養の一環として登場し、1991年7月31日の病院改革法において伝統的な入院概念を支えるものとして位置づけられた。周産期からターミナル・ケアまでの急性期疾患を対象に、2010年現在、292の組織が9万7,624人に対して在宅入院サービスを提供している。

具体的に提供される医療は、化学療法や抗生物質を用いた療法など期間を限定した医療、神経系の疾病や心臓病あるいは整形外科治療の急性期を過ぎたあとのリハビリテーション医療、癌、心臓病あるいは肺結核などの不安定な終末期医療である。在宅入院を実施するためには、その実施が認められている地域の在宅入院が認められる住宅基準を満たしていることが必要である。さらに、患者又は家族の同意のもとに、在宅入院サービスのコーディネーター医 (médecin coordinateur) の作成した治療計画に基づいて、1日から20日までの間でサービスを受けられる。なお、この期間については更新可能である。

## 4. 患者負担

フランスは医療費抑制政策の一環として、2004年改革により受診行動の合理化を意図したかかりつけ医制度を導入したほか、受診時定額負担金を設けた。わが国では、医療や薬剤の提供を受けた場合、それらのサービスに要する費用の一定割合を一部負担金として負担する。これ以外に、医療サービスを受けることに伴う負担を求められないため、一部負担金を自己負担金あるいは患者負担金といいかえることも多く、そのことに違和感はない。しかし、フランスでは

一部負担金 (ticket modérateur) のほかにも、受診時定額負担金 (participation forfaitaire)、免責負担額 (franchises médicales)、入院時定額負担金 (forfait hospitalier) および事前承認 (entente préalable) システムなど、患者の負担する費目が数多く存在する。そして、それぞれに負担しなくてもいい対象者が異なるなど複雑でわかりにくい。ここでは、これら患者が負担しなければならない費目に応じて、それぞれの内容を検討してゆく。

### (1) 償還払い方式と償還率

フランスの公的医療保険は、外来診療も入院診療も、原則として、償還払い方式を採用している。これは、受診した時点で診療に要した費用を全額、患者がまず医師や医療機関に支払う。次に、患者である被保険者の請求に基づき、保険者が被保険者に対して、あらかじめ定められている償還率に基づいて、患者の負担する一部負担金を差し引いた金額を払い戻すという方式である。したがって、償還率とは保険診療の給付率といえることができ、償還率を差し引いた比率が、患者の負担する一部負担割合ということになる。

ここで診療に要した費用は、先に簡単に触れた協約料金に基づいて算定される。

わが国における一部負担金は、年齢に応じた負担割合の違いは存在するものの、基本的に診療や薬材の内容による取扱の差異は存在しない。しかし、フランスでは、医師による診察、入院時における治療、パラメディカルに関する施術などに応じて、あるいは薬剤についてもその効果や価格に応じて、一部負担金の負担割合が細分化されている。さらに、それぞれの償還率は一定の範囲のなかで、全国医療保険連合の評議会によって決定される。例えば、医師の診察については25%から30%、入院時における治療については15%から25%というように定められている (Css.L322-2.R322-1) が、具体的には、医師すなわち開業医の診察に関する一部負担割合は30%、入院時の治療の一部負担割合は基本的に

20%とされている。

### (2) かかりつけ医による診療

まずここでは、ごく一般的な外来診療に関する一部負担金についてみていきたい。

かかりつけ医のもとで外来診療を受ける場合、償還率は70%である。したがって、患者の負担する一部負担金の割合は30%となる。しかし、かかりつけ医が一般医なのか専門医か、また協定料金との関係で、その拘束を受けるセクター1なのかセクター2に属するのかわり、協定料金と償還の算定基礎となる金額が異なることから、具体的な一部負担金すなわち保険者から払い戻される払戻額は変化する (表1参照)。

表1 かかりつけ医による外来診療

	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額
一般医・セクター1	23€	23€	70%	15.10€
一般医・セクター2	自由料金	23€	70%	15.10€
専門医・セクター1	25€	25€	70%	16.10€
専門医・セクター2	自由料金	23€	70%	15.10€
精神科医・セクター1	39.70€	39.70€	70%	26.79€
精神科医・セクター2	自由料金	37€	70%	24.90€

(なお、表1・表2の払戻額は、すべて受診時定額負担金1ユーロを控除している。)

次に、かかりつけ医の意見あるいは紹介に応じて他の医師を受診する場合がある。このとき紹介された医師を連携医 (médecins correspondants) という。連携医を受診した場合も、かかりつけ医の場合と同様、償還率70%は変わらない。しかし、連携医の属性に基づき、一般医、専門医および精神科医でセクター1の協約料金はそれぞれ26、28および43.70ユーロでこれらが償還基礎額となる。またセクター2に属する医師の償還基礎額はそれぞれ表1と同額である。

さらに、かかりつけ医を登録していないか、かかりつけ医以外の医師を受診した場合、表2にみるように償還率は大きく減少し、一部負担金額が増加することになる。セクター1の一般医をかかりつけ医とし、そこに受診した場合と比較すると、一部負担金で9.20ユーロの違いが発生する。

表2 かかりつけ医ではない医師による外来診療

	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額
一般医・セクター1	23€	23€	30%	5.90€
一般医・セクター2	自由料金	23€	30%	5.90€
専門医・セクター1	33€	25€	30%	6.50€
専門医・セクター2	自由料金	23€	30%	5.90€
精神科医・セクター1	52€	39.70€	30%	15.71€
精神科医・セクター2	自由料金	37€	30%	15.71€

### (3) 一部負担金の減免

以上で検討した償還率すなわち一部負担割合は、被保険者の社会的状況と疾病の性格ないし診療行為の内容に応じて、一部負担金を免除したり減額する対象となる。

被保険者の社会的状況については、一部負担金の免除と減額による対応が存在する。障害年金の受給権者あるいは障害年金から老齢年金に裁定替えになった受給権者、労働災害により少なくとも3分の2以上の労働不能による年金受給権者、そしてこれらの配偶者、さらには出産に引き続く30日間までの新生児の入院については、一部負担金が免除される (Lss.L.322-3.11°.13°.14°.)。最低老齢所得保障受給者は、一部負担割合を20%に減額されるだけである (Lss.R.322-3)。

疾病の性格ないし診療行為の内容に応じた減免についても、一部負担金を免除される場合と減額される場合の二つの類型がある。

まず、脳血管障害、パーキンソン病あるいはアルツハイマーその他の認知症など、6カ月以上の長期の治療を要する慢性疾患であり、治療に高額のコストがかかることを理由に特定長期疾病 (ALD) として指定される30の疾病については、一部負担金は全額免除される (Css.L.322-3.3°)。

いまひとつは、一部負担金を減額される場合である。診療係数が60以上あるいは協定料金が120ユーロ以上の診療行為については、費用がどれだけ増加しようとも一部負担金を18ユーロとする。これは、2006年社会保障財政法で導入されたもので、一部負担金の最高限度額を18ユーロとしているともみられる (このため、forfait 18

ユーロとも標記される)。しかし、以下のような場合には、18ユーロの支払いを免れる。障害年金・障害寡婦 (夫) 年金・障害年金から切り替えた老齢年金受給者、3分の2以上の労働不能を理由とする労災保険における障害年金受給者、出生後13日までの新生児、入院期間が30日以上に及ぶ診療などである。

### (4) 薬剤の一部負担

薬剤の償還率は薬剤投与の必要性や薬価により5段階に分かれている。①非代替的かつ高価な薬剤、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤、③一般的な疾病に対する薬剤、④効果が低いとされる薬剤および⑤その他であり、償還率はそれぞれ、100%、65%、30%、15%および0%となっている。

また、受診時定額負担金に関連して、薬剤1パッケージにつき0.5ユーロの免責負担金が賦課される。

## 5. 受診時定額負担金と免責負担額

本来であれば支給の対象となる保険給付の一定部分につき、保険者の支給義務を免責という趣旨で、受診時定額負担金と3種類の免責負担額が存在する。

受診時定額負担金は、2004年8月13日法に基づき、2005年1月1日から設けられた制度である。外来診療において、診察を受ける都度1ユーロを負担するというものである (Css.L.322-2II)。二つの上限が設けられている。ひとつは、1日当たり1ユーロおよび1医療職当たり1ユーロという制限であり、いまひとつは年50ユーロという上限である。妊婦、18歳未満の者、CMU受給者はこの負担を免れる。

3種類の免責負担金は、2007年12月19日法に基づき、医療保険のより一層の財政均衡を実現するために制定された (Css.L.322-2III)。薬剤定額負担金、パラメディカル受診時定額負担金および移送時定額負担金といいかえることもできる。薬剤の1パッケージおよび1診療行為あた

り0.5ユーロ、また移送1回当たり2ユーロとされる。受診時定額負担金と同じように、年50ユーロを上限とし、パラメディカルの診療行為については、1日当たり2ユーロ、移送については1日当たり4ユーロを限度とする。この薬剤等定額負担金についても、妊婦、18歳未満の者、CMU-C受給者および労働災害の被災者はその負担を免れる。入院時に提供される薬剤や診療行為あるいは救急医療に関する領域に関しては、この定額負担金は適用されない。

受診時定額負担金および免責負担金は、具体的には、償還払いのなかで、被保険者に払い戻されるべき額から徴収されることになる。表1をもとに説明すれば、一般医でセクター1のかかりつけ医を受診した場合、協約料金、償還基礎額ともに23ユーロで、償還率は70%すなわち一部負担割合は30%である。このとき、被保険者はかかりつけ医に23ユーロを支払った後、保険者からその70%すなわち16.10ユーロの払戻を受けることになるが、受診時定額負担金1ユーロをさらに負担しなければならないので、実際に被保険者に払い戻される金額は、16.10ユーロから受診時定額負担金1ユーロを差し引いた15.10ユーロということになる。また、かかりつけ医から、償還率65%の薬剤の処方を受け、これを薬局で10ユーロで購入するとき、6.50ユーロが払い戻されるはずであるが、薬剤定額負担金0.5ユーロを負担しなければならないので、実際に償還される金額は6ユーロとなる。

## 6. 入院にかかる負担

患者は、緊急入院以外、公立・民間を問わず、入院する病院を自由に選択することができる。開業医の場合と同じように、協約を締結していない民間病院の場合には、法定費用よりも高い費用を徴収することができるために、患者は追加的費用を支払わなければならない。労働者が入院したとき、労働者はその事実を48時間以内に、所属する医療保険金庫と事業主に通知しなければならない。労働者が通知できない状

況にあるときは入院先の病院が必要な手続を行う。

入院に関する患者負担には、基本的に、入院医療費にかかる負担とホテルコストともいえるべき入院時定額負担とがある。

### (1) 入院医療費にかかる負担

基本的に、医療保険からの償還率は80%である。このため、20%が患者の負担となる（Css.L322-3.1°）。このほか、個室料やテレビ代などの個人的な入院環境に要した費用、協約外の病院における追加的費用が患者の負担となる。

しかし、継続して30日以上入院する場合の31日目以降の費用については、20%相当額の負担も医療保険が全額負担する。また、以下のような人々の入院についても、医療保険が全額支給するため、患者が一部負担金を負担する必要はない。産前4カ月及び産後12日間の妊産婦の入院、出生後30日以降の新生児の入院、労働災害または職業病による入院、特定慢性疾患（ALD）による入院、3分の2以上の労働不能を理由とする労災保険における障害年金受給者およびその被扶養者の入院、障害年金・障害寡婦（夫）年金・障害年金から切り替えた老齢年金受給者の入院、さらには補足的CMUおよび国家医療扶助受給者の入院等である。

### (2) 入院時定額負担金

24時間を超えて病院施設に滞在した患者は、ホテルコストとして、入院1日につき18ユーロ（精神科病院の場合には1日につき13.5ユーロ）の入院時定額負担金を支払わなければならない（2012年11月19日現在。Css.L1744）。この入院時定額負担金は医療保険ではカバーされないため、患者が全額負担しなければならない。

しかし、産前4カ月及び産後12日間の妊産婦の入院、補足的CMUおよび国家医療扶助受給者の入院、出生後30日以降の新生児の入院、労働災害または職業病による入院、在宅入院で治療している場合、特別教育施設又は職業訓練施設に入所している20歳未満の入院などについては、

入院時定額負担金の負担はない。

また、この入院時定額負担金は、補足制度の給付対象となるほか、補足制度に加入していない場合にはCMU-Cを利用することができる。

### (3) 在宅入院における負担

在宅入院にかかる費用は一般の入院と同じように、医療保険が80%負担し、患者負担は20%である。ただし特定慢性疾病（ALD）については患者の自己負担はない。また、在宅入院の範囲で行われるかかりつけ医や専門医の報酬、薬剤費、在宅入院に関する検査費用などについては、それらの費用を前払いすることなく事後的に支払うこととされている。第三者支払方式を採用していることになる。

## 7. 事前承認システム

このほか、事前承認（entente préalable）ともいうべき類型が存在する（Css.L315-2）。わが国でいえば、保険外併用療養費に類似した給付である。例えば、16歳未満の未成年者に対する歯列矯正は、その未成年者を扶養する被保険者が所属する医療保険金庫の承認を受けた上で行えば、歯列矯正に要する費用のうち193.5ユーロについては償還の対象となるが、それを超える部分については、患者の負担となる。歯列矯正は協約料金に基づく診療も可能とされるが、ほとんどの場合、協約に基づかない自由診療として行われる。このため、高額な診療報酬を支払わなければならないが、この事前承認制を利用すれば、193.5ユーロについては負担を免れることになる。なお、歯列矯正の場合、金庫の事前承認の有効期間は6カ月とされ、最大6回まで更新が可能とされている。

## 8. 補足制度の存在

フランスにおける医療保障の特徴のひとつは、補足制度が発達していることである。ここで補足制度とは、公的医療保険の法定給付に上

乗せする補足医療給付を提供するシステムであり、共済組合、保険会社および労使共済制度という3種類の組織が補足給付を提供している。これら補足医療給付が存在するため、患者が現実には支払う負担は軽減されることになる。事実、CMU-Cが導入される以前、83%の人が何らかの補足制度に加入していたといわれる。また、2010年における医療費のうち、公的医療保険によって構成される社会保障基礎制度が75.8%を負担し、残り25%弱の費用について13.5%を補足制度が負担している。このため、家計負担部分は9.5%となっている（後掲<http://www.insee.fr/>参照）。

補足制度は医療保険分野だけでなく年金部門でも事業を展開しており、共済組合、保険会社および労使共済制度は、歴史的経緯に基づく特性に応じて事業展開をしており、先に示した補足制度の13.5%という負担は、共済組合7.5%、保険会社3.6%および労使共済制度2.5%という構成になっている。

補足制度は団体加入方式、個人加入方式などの加入形態があるほか、具体的な給付類型も個別の契約により多様に選択することができる。したがって、補足医療給付の個別具体的な給付内容は契約内容によると言わざるを得ないが、次のように要約することができる。

ひとつは、診察や入院、検査や移送あるいは薬剤など、医療の中核部分については、補足制度に加入することによって、自己負担なしで医療を受けることができる仕組みとなっていることである。いまひとつは、コンタクトレンズやインプラントなど、そもそも医療保険の対象とならない医療行為等についても補足医療給付の対象となっていることである。

このように補足制度が普及し、補足医療給付の内容も充実していることは、医療費抑制策の阻害要因となりうる。公的医療保険において、入院時定額負担や薬剤投与免責制度などを取り入れても、補足医療給付がそれらの負担をカバーすれば、患者の受診行動を抑制しようという政策目的を達成されないからである。このた

め、かかりつけ医を登録していないときに制裁として適用される70%の自己負担部分、受診時定額負担金や3種類の免責負担額については、補足医療給付の対象として補填することが禁止されている。

## 9. むすびにかえて

以上、フランス医療保険制度における患者負担のあり方を概観してきた。

フランスの代表的な社会保障法の教科書において、1996年から2003年にかけて医療保険における償還率が76.9%から79.7%へ増加していること、患者がその負担を免れた金額は償還された金額の半分以上に該当するとの指摘がなされている。前者の償還率の上昇傾向が、かかりつけ医や受診時定額負担金を導入した2004年の医療保険改革に結びついた。事実、国立統計局のデータによれば、医療・医療財消費額に占める家計負担の割合は、2005年に9.0%であったものが2010年には9.4%に微増している。2004年改革はそれなりの効果をもたらしたといえる。次に、後者の負担を免れた額と償還額との関係に関連して、2010年における一般制度・医療保険支出の63%が特定慢性疾患（ALD）に関する費用で、ALDと認定された患者は890万人全人口の16%に過ぎないという文献も存在する（[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011\\_plfss\\_pqe\\_maladie\\_14.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_14.pdf)）。

ここまで、ふたつの動向を紹介した。これらは、フランスの医療保障のありようと患者負担の関係について、以下のような示唆を与えてくるよ

うに思われる。第一に、補足制度の存在と医療費抑制効果との関係である。先に示した資料からも明らかなように、医療費に占める家計負担は1割を割り込んでいる。このため、医療費抑制策は、補足制度との連携なくして、その効果を発揮することができない。医療保険における負担を強化しても、補足制度でその負担を吸収してしまうことが可能だからである。このため、医療保険と補足制度との役割分担、抑制効果の共有化が求められることとなる。第二が、患者負担の費目が多様であることである。保険給付における一部負担にとどまらず、一定回数までの受診や投薬に関する免責負担やホテルコストとしての入院時定額負担金などが存在する。第三に、これに対応する形で、一部負担金や入院時定額負担金などの免除対象者が、数多くかつきめ細かく定められていることである。表3は、患者負担の費目と免除対象者の関係を簡略に示したものである。わが国における長期高齢者医療制度が存在しないフランスにあっては、妊娠6ヶ月以上の妊婦、年齢に応じて3つに分類される未成年者のほか、受給している年金に応じた免除対象者の設定という構造となっている。複雑な構造であることは否定できないが、医療アクセスの確保という点では日本よりも公平性が確保されているようにも思われる。なお一部負担金をはじめとする多くの患者負担費目が、単なる医療費抑制という目的を超えて、いかなる論理により導入されたかについての検討、そしてHPST法の概要とその成否については今後の検討課題としたい。

	一部負担金	受診時定額負担金	免責負担額	入院医療費	入院時定額負担金	かかりつけ医
CMU-C	免除	免除	免除	-	-	-
妊娠6ヶ月以上の妊婦	免除	免除	免除	免除	免除	-
特定長期疾病（ALD）	免除	-	-	免除	-	-
労災被災者	免除	-	免除	免除	免除	-
障害年金	免除	-	-	-	-	-
1カ月未満の未成年者の入院	免除	免除	-	免除	免除	免除
16歳未満の未成年者	-	免除	免除	-	-	免除
16歳以上の未成年	-	免除	免除	-	-	-

Rapport annuel 2009 du Haut Conseil pour l'Assurance Maladie.p19.に基づき筆者作成。

## 略語表

ACS:	Aide pour une Complémentaire Santé
ALD:	Affections de Longue Durée
CCAM:	Classification Commune des Actes Médicaux
CdAM:	Catalogue des Actes Médicaux
CMU:	Couverture Maladie Universelle
CMU-B:	Couverture Maladie Universelle de Base
CMU-C:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
ESPIC:	Établissements de Santé Privés d'Interêt Collectif
HAD:	Hospitalisation à Domicile
NGAP:	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM:	Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie
PSPH:	Participation au Service Public Hospitalier
T2A:	Tarification à l'activité

## 参考文献

- ・稲森公嘉「フランスの薬剤政策の動向」健保連海外医療保障81号(2009年3月)
- ・江口隆裕「フランス医療保障の制度体系と給付の実態」筑波ロー・ジャーナル10/1(2011年)
- ・笠木映里『社会保障と私保険－フランスの補足的医療保険』(有斐閣、2012年)
- ・La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - rapport 2011
- ・J.-J. Dupeyroux, M.Borgetto, R.Lafore, “Droit de la sécurité sociale”, 17. ed. Dalloz.
- ・<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er809.pdf>
- ・OECD2012年ヘルスデータ:  
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>
- ・[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATFPS06303](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06303)
- ・<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-concernes.php>:  
(Dossier mis a jour le 15 octobre 2012)

## 韓国の医療保障と自己負担

梶山女学園大学准教授

株本 千鶴

Kabumoto Chizuru

韓国では皆保険が達成されているが、諸外国と比較して自己負担率は相対的に高い。これに対し、韓国の政府当局や保険者は自己負担率を減少させ保険給付率を高める、医療保険の「保障性の強化」を目的とした政策を推進しているが、いまだ目標達成には至っていない。本稿では「保障性の強化」の実態と限界、今後の方向性について確認し、また、自己負担のなかでも保険外診療の割合の大きさに注目し、日本にはない混合診療制度の実状とその自己負担への影響について詳述する。

### はじめに

韓国では1989年に皆保険が達成されたが、諸外国との比較において、医療保障における自己負担率の高さが特徴の一つである。自己負担率の高さは健康格差と強い関連をもつ。現状のままでは、高齢化や医療技術の進展によって医療費負担がさらに増大し、格差がより拡大する将来的な状況への対応が困難になると予測されるため、自己負担率の改善は喫緊の課題とされている。これまでも政府当局や保険者は、自己負担率を減少させ保険給付率を高める、医療保険の「保障性の強化」を図ることに注力し、一定の成果を上げてきたが、政策目標に達するまでには至っていない。制度の構造や歴史的な経緯、医療供給体制などが「保障性の強化」を阻む要因となっている。

韓国では混合診療が認められているため、本稿では自己負担のなかでもとくにその負担増に影響を与えている保険外診療（韓国では「非給付<sup>1)</sup>」診療という）に注目しながら、自己負担率の高さの実態や背景、改善の方向性について考えてみたい。

### 1. 「保障性の強化」の実態

#### (1) 「保障性の強化」の成果

盧武鉉政権（2003～2008）での参与福祉5カ年計画では、総診療費に占める保険給付額を70%にする目標が立てられ、現李明博政権での健康保険保障強化計画では、その比率は71.5%と設定された。しかし、その目標はいまだ達成されておらず、積年の課題として残されている。

まず、近年の保険給付の実状からみてみたい。保険給付の種類には、現物給付では療養給付、健康診断、現金給付では療養費（出産費含む）、障害者補装具給付費があるが、「保障性の強化」の数値目標達成に向けて、医療保険における保険診療（韓国では「法定給付」という）は順次、拡大されてきた。近年の主な施策は表1のとおりである。

現在の保険診療における自己負担率は表2に示した。国民健康保険の加入者および被扶養者が保険診療を受ける場合の自己負担率は、外来の場合は療養機関の種類・所在地によって異なり、療養給付費用総額の30～50%まで幅がある。専門的な診療を行う上級総合病院では、療養給付費用総額から診察料を差し引いた額の

表1 「保障性の拡大」のための主要施策

施行時期	保険給付拡大項目
2000年	産前診察への給付拡大、退場防止医薬品使用奨励費の新設
2004年	がん患者・62種の難治病疾患の外来診療費算定の特例、診療費本人負担上限の実施
2005年	MRI保険適用、がんなど重症疾患(心臓、脳血管)自己負担率軽減(20%→10%)
2006年	がん検診自己負担の引下げ(50%→20%)、重症疾患(がん、心臓・脳疾患など)PET保険適用、6歳未満児童の入院自己負担免除、食費保険適用
2007年	本人負担額上限線の引下げ(6カ月300万ウォン→200万ウォン)、6歳未満児童の外来診療自己負担軽減(成人の70%)
2008年	6歳未満児童の入院自己負担率10%に調整(新生児は自己負担免除)、産前診察バウチャー導入(20万ウォン支援)、入院患者食費自己負担率引上げ(20%→50%)
2009年	本人負担額上限線の調整(所得階層別200万ウォン、300万ウォン、400万ウォンに区分)、がん患者自己負担の引下げ(10%→5%)、難治病疾患自己負担の引下げ(20%→10%)
2010年	MRI保険給付の拡大(脊髄、関節)、難治病治療剤保険適用、心臓疾患・脳血管疾患自己負担軽減(10%→5%)、重症火傷自己負担の引下げ(20%、30～50%→5%)、妊娠・出産診療費支援拡大(20万ウォン→30万ウォン)、抗がん剤保険適用
2011年	骨粗鬆症治療剤への給付拡大、抗がん剤(ネクサバル、ペルケイド)給付拡大、糖尿治療剤給付拡大、小児糖尿病管理の消耗品支援、人工肛門・人工膀胱患者材料代・療養費支援、妊娠・出産診療費支援拡大(30万ウォン→40万ウォン)
2012年	高齢者総入れ歯保険適用(75歳以上)、妊娠・出産診療費支援拡大(40万ウォン→50万ウォン)

注 退場防止医薬品：注射剤や輸液剤などの原価保存対象医薬品

出所：国民健康保険公団(2012b)に筆者加筆

表2 保険給付の内容(外来の場合)

機関種別	所在地	自己負担額
上級総合病院	全地域	・診察料総額 + (療養給付費用総額 - 診察料総額) × 60/100
総合病院	洞地域	・療養給付費用総額 × 50/100
	邑・面地域	・療養給付費用総額 × 45/100
病院	洞地域	・療養給付費用総額 × 40/100
	邑・面地域	・療養給付費用総額 × 35/100
医院	全地域	・療養給付費用総額 × 30/100 ※65歳以上高齢者は1,500ウォン(訪問1回当たり療養給付費用総額が1万5,000ウォンを超えない場合)
保健所	全地域	・療養給付費用総額 × 30/100 ※1万2,000ウォンを超えない場合、500～2,200ウォンを負担
その他		・薬局：療養給付費用総額の30% ※65歳以上高齢者は1,200ウォン(訪問1回当たり療養給付費用総額が1万ウォンを超えない場合) ※6歳未満の児童：成人の本人負担比率の70%

注1 洞は市・区の下部行政区域、邑・面は市・郡の下部行政区域

2 病院・歯科病院・漢方病院および療養病院は病床30以上、総合病院は病床100以上

3 上級総合病院は重症疾患に対する難易度の高い医療行為を専門的に行う総合病院

出所：保健福祉部(2012)

60%とされており、65歳以上の高齢者と6歳未満の児童については、別途、軽減制度が設けられている。また、入院の場合の自己負担率は、療養給付費用では総額の20%、食費では50%で、新生児や自然分娩の場合は自己負担免除、6歳未満児童は10%に軽減などの措置がとられている(株本2009)。

これまでの「保障性の強化」の取組みや自己

負担の体系のあり方は、自己負担の軽減にどれほどの効果を及ぼしているのだろうか。OECDの“Health Data 2012”では、2010年の韓国の総医療費に占める自己負担の割合(Out of pocket payments)は32.1%と報告されている。この割合は、1990年57.0%、1995年51.9%、2000年41.5%、2005年37.9%と年々確実に減少しており、この事実から、医療サービスを受ける韓国国民の自己

負担は以前よりも減少し、保障性が強化されてきていることが確認される。

### (2)「保障性の強化」の限界

自己負担の減少と「保障性の強化」の傾向は確認できたが、相対的な自己負担率の高さは依然として韓国の医療保障の特徴の一つである。再度、先にみたOECDの“Health Data 2012”を参考にとすると、OECD加盟国における総医療費に占める自己負担率の平均は20.1%（2010年のデータのない国はそれ以前の最新データ）、日本は16.0%（2009）となっているので、韓国の32.1%はOECD加盟国平均の約1.6倍、日本の約2倍も高いということになる。

より具体的な自己負担の実態を韓国の医療保険のデータに限定してみたい。自己負担は保険診療に対する自己負担と、保険外診療に対する自己負担（全額自己負担）に分けられるが、自己負担率の高さの要因として、後者の保険外診療に対する負担割合が大きいことが挙げられる。保険者である国民健康保険公団の調査（2010年度）によると、総診療費（51.7兆ウォン）の内訳は、給付費32.3兆ウォン（62.7%）、保険診療に対する自己負担金11.1兆ウォン（21.3%）、保険外診療に対する自己負担金8.3兆ウォン（16.0%）であり、自己負担の約4割が保険外診療への支払となっている（国民健康保険公団2012b）。

この保険外診療に対する自己負担は、近年、増加傾向にある（表3）。2006年から2010年にかけて総診療費に占める保険診療の自己負担部分の割合は22.4%から21.3%に減少しているのに対して、総診療費に占める保険外診療の自己負担部分の割合は13.3%から16.0%に増加している。したがって、自己負担率全体の割合は35.7%から37.3%へと増加し、総診療費に占める健康保険の給付率（保障率）は64.3%から62.7%へと減少するという現象が起きている。

保険外診療の内訳では選択診療料が最も多く（26.1%）、ついで差額ベッド料（11.7%）、超音波（11.0%）などとなっている（表4）。選択診療料とは、韓国での混合診療における保険外診療の

表3 年度別の自己負担率の変化

年度	健康保険 保障率(%)	自己負担率(%)		
		計	保険診療 自己負担率	保険外診療 自己負担率
2006	64.3	35.7	22.4	13.3
2008	62.2	37.8	22.6	15.2
2010	62.7	37.3	21.3	16.0

資料：国民健康保険公団（2011）「2010年度健康保険患者診療費実態調査」

出所：国民健康保険公団（2012b）

表4 保険外診療対象の項目別の現状（単位：%）

区 分	保険外診療（16.0%）に占める比率
計	100.0
差額ベッド料	11.7
選択診療料	26.1
食 費	0.3
注射料	8.0
処置・手術料	6.2
検査料	8.4
治療材料代	8.8
MRI	6.0
超音波	11.0
その他	13.5

資料：国民健康保険公団（2011）「2010年度健康保険患者診療費実態調査」

出所：国民健康保険公団（2012b）

部分を指す。選択診療料は選択診療制度のもとで発生する料金である。この制度は、「特定の資格を満たしている医師を患者が選択、その医師から提供される保険診療と保険外の診療を利用する仕組みで、保険外の診療に対する費用は全額患者が負担する」（金明中2009a）のものであるが、詳細については後述する。

以上のことからわかるのは、保険外診療に対する自己負担の高さが総診療費に占める自己負担全体の比率を押し上げ、「保障性の強化」の限界に影響を及ぼしていること、保険外診療への支出のなかでは選択診療料の比率が高いため、その改善が自己負担軽減のために重要な課題であるということである。

### (3)「保障性の強化」の方向性

「保障性の強化」の数値目標を意図どおりに

達成できない状況から脱するために、保健福祉部（保健福祉行政を扱う機関、日本の省に相当）や保険者である国民健康保険公団では、財源の問題を勘案しながら、新たな基本方針と具体的なロードマップの策定にとりかかっている。たとえば、国民健康保険公団が2012年7月に発刊した『実践的健康福祉プラン：国民健康保険公団刷新委員会活動報告書』では、「持続可能な保障性拡大方案」において3つの基本方針が打ち出されている。それらは、①低所得層の自己負担率の軽減と医療アクセスの向上、②災難的医療費（WHOの定義：世帯の可処分所得40%を超える医療費支出）を負担する世帯の負担軽減、③必須医療を中心とした保障性の強化、保険外診療の構造改善—である。

①と②は健康格差をなくすためには必然的とみなされる方針であり、その実施も必然的になされなければならないと思われる。これに対し、③の方針を実行するためには制度の変更のみならず、医療供給機関との交渉などが必要とされるため、その実現は容易ではない。

具体的な改善案はこれまでもいくつか出されているが、先の公団の報告書では、保険外診療項目のうち、優先的な項目から保険診療化する案が提示されている。もともと保険外診療項目が多いため、その保険診療化の効果は高いと見込まれているからである。たとえば、現行制度において本人負担上限という自己負担軽減のための制度があるが、保険外診療項目はこの制度の対象にならないため、その効果は薄い。しかし、保険外診療項目が保険診療の対象に転換されれば、本人負担上限の対象になり、自己負担軽減の効果は増大する。また、保険外診療については、医療機関側の説明不足や患者の理解不足などが原因で不当請求とみなされ問題化する場合もあるため、そのような問題の解消にもつながる。

このように、「保障性の強化」のためには保険外診療の保険診療への転換が望ましいが、端的に言えば、病院の収入源として定着している部分に手をつけることには、相当の困難が伴う。

保険外診療の内訳における比率が最も高い選択診療制度についても、病院の収益として重要な部分を占めているため、その改善には複雑な手続きが必要であると考えられる。以下では、日本にはないこの選択診療制度に焦点を当て、その内容や問題点、改善の方向性をみていく。

## 2. 選択診療制度と自己負担の問題

### (1) 選択診療制度の背景と実状

選択診療制度とは、患者あるいは患者の保護者が、病院級以上の医療機関を利用する場合、一定の資格要件をもった医師、歯科医師または漢方医師を選択して診療を申請することができる制度である。この際、医療機関側はそれにかかる追加費用を徴収することができる。そして、この選択診療は保険外診療であるので、これにかかる追加費用は患者または保護者が全額を負担する。以下、チ・ヨンゴンほか（2010）を参考に、選択診療制度の概要について整理してみたい。

選択診療制度の目的は、病院級以上の「医療機関に来院する患者およびその保護者に医師選択権を保障し、実質的な診療と治療に伴う心理的安定を図ること」である。その機能としては、①健康保険の診療報酬を補填する、②3次医療機関への患者集中を抑制する、③診療医師間の医療の質の差異を反映させる—などとされている。

制度の沿革は表5のとおりである。1963年に国立病院の医療者の低賃金を補填するために「特診規定」が導入された後、民間病院にまで広がり、1991年に「指定診療制度」と名称変更された。2000年には医療法によって制度化され、「選択診療制度」と再度名称が変更されている。

選択診療制度を実施する医療機関は、選択診療を行う医師の資格や医師数の制限に関する規定を守り、選択診療を行わない医師も義務的に配置しなければならない。また、実施機関は、選択診療を担当する医師が直接診療する診療行為に限って、患者あるいはその保護者から追加

表5 選択診療制度の沿革

区分	特診	指定診療制度	選択診療制度
法的根拠	(1963年1月～1991年3月)	保健社会部令(1991年3月～2000年9月)	医療法(第46条)(2000年9月～)
対象医療機関	・国立医療機関(国立医療院、国立大医大付属病院など)	・レジデント研修病院で認可病床数400病床以上の病院、歯科大学病院	・病院級以上の医療機関
医師選択範囲		・指定診療医師に任命された医師	・医師、歯科医師、漢方医 ※一定の資格要件を所持する医師を選択時に追加費用を徴収
追加費用徴収医師の資格	・特診教授：国立大医大付属病院(教授、副教授、助教授、専任講師) ・国立医療院など	・医師：専門医で医師免許取得後10年以上 ・歯科医師：免許取得後10年以上 ・漢方医：免許取得後15年以上(漢方医科大学付属漢方病院の場合は免許取得後10年以上の専任講師以上) ※大学病院の専任講師以上	・医師：専門医資格取得後10年以上 ・歯科医師・漢方医：免許取得後15年以上 ※大学病院、大学付属漢方病院の助教授以上
追加費用徴収基準		・患者が指定した指定診療医師の医療行為 ・当該年度総診療件数の70%を超過する診療は不可	・患者が選択した医師のうち追加費用徴収資格医師が直接行った医療行為 ※資格要件を所持する在職医師などの80%の範囲内で指定
診療項目	・一般診療費の50～100%以内で医療機関の長が定める	・9項目 ・診察、医学管理、検査、放射線診断および治療、麻酔、精神療法、処置および手術	・11項目 ・診察、医学管理料、検査、映像診断および放射線治療、麻酔、精神療法、処置および手術、鍼灸、附缸(カップング)
選択診療医療機関の義務			・選択診療申請時に必要な情報を見やすい場所に掲示・配備

出所：保健福祉部(2011)に筆者加筆

表6 選択診療医療機関(2011年4月30日現在)

(単位：カ所、%)

区分	合計	上級総合病院	総合病院	病院	漢方病院	歯科病院
医療機関数	2,942	44	273	1,351	173	196
実施機関	305	44	99	127	12	23
比率	10.4	100	36.3	9.4	6.9	11.7

出所：保健福祉部(2011)

費用を徴収でき、その対象項目は診察、手術、麻酔、映像診断など11項目で、追加費用の算定基準は個別に決められている。追加費用は患者あるいは保護者が全額負担するもので、金額は項目別に診療報酬基準の20～100%の範囲内で当該医療機関の長が定める。

選択診療医療機関の義務としては、選択診療に関する案内文を配備・掲示しなければならないとされている。その内容は、①追加費用を徴収する医師と追加費用を徴収しない医師の診療科目別の名簿と診療時間表、②選択診療医師の経歴・細部の専門分野など、患者や保護者が特定の医師を選択できる情報、③選択診療項目と追加費用算定基準一である。さらに、選択診療

医療機関が追加費用を徴収できる選択診療担当医師を指定したり、指定内容を変更したりする場合には、該当月の翌月15日までに健康保険審査評価院に義務的に報告しなければならない。

このような内容の選択診療を実施する機関数は、2011年4月末現在305カ所で、病院級以上医療機関2,942カ所の10.4%に当たる。種別では、上級総合病院の実施率が100%で最も高く、総合病院では約4割、病院級では約1割が実施している(表6)。選択診療を行う資格を所持する医師数は1万2,570人、選択診療を実施している医師数はその73.8%の9,279人である。医療機関の種別では、資格を所持する医師数が最も多いのは上級総合病院で、資格所持者に占める選択診療

表7 選択診療医師(2011年4月30日現在)

(単位：人)

区分	合計	上級総合病院	総合病院	病院	漢方病院	歯科病院	
全体医師数(A)	31,372	18,815	9,841	1,192	382	1,142	
診療可能医師数(B)	29,935	17,979	9,292	1,155	379	1,130	
追加費用徴収資格を所持する診療可能医師数(C)	12,570	7,190	4,300	588	130	362	
追加費用徴収医師数(D)	9,279	5,605	3,025	302	93	254	
比率(%)	D/C	73.8	78.0	70.3	51.4	71.5	70.2
	D/B	31.0	31.2	32.6	26.2	24.5	22.5

出所：保健福祉部(2011)を筆者が一部修正。

の実施医師の割合が最も高いのも上級総合病院である(表7)。

最後に、推計ではあるが、選択診療費の規模についてのデータをみておきたい。選択診療の実施医療機関の全数調査を試みた結果によると、2009年度末基準で選択診療費の総額は1兆1,113億ウォン規模と推計されている。これは、選択診療実施医療機関の総診療費(17兆1,339億ウォン)の6.5%に当たる。医療機関種別では、総診療費に占める選択診療費の割合は、上級総合病院7.8%、総合病院4.9%、病院3.1%、歯科病院3.2%、漢方病院5.6%となっており、専門病院や大型病院で収入源としての割合が高いことがわかる(チ・ヨンゴンほか2010)。

## (2) 選択診療制度の問題点と改善策

選択診療制度については、当初の目的である患者の権利が十分に行使されていない、3次医療機関への患者の集中を抑制するという機能が不十分にしか働いていないなどの問題点が指摘されてきた。それらの改善のために、これまで幾度か制度改正が行われてきたが、2011年に新たに「選択診療に関する規則」の改正案が公布された。改正のポイントは3つある(保健福祉部2011)。

第1は、選択診療の水準を高め、患者の満足度を高めることである。具体的には、選択診療担当医師の資格要件を、従前の「大学病院の助教授以上の医師など」から「専門医資格認定を受けた後5年が経過した大学病院、大学付属漢方病院、大学付属歯科病院の助教授以上の医師など」

とし、資格を厳格化した。(ただし、歯科医の場合、専門医制度の施行時期などを考慮し、「免許取得後10年が経過した助教授以上の歯科医師」も含むよう別途の基準を作成。2004年に歯科医師専門医制度が導入され、2008年から専門医が輩出されている：2011年2月現在1,026人)

第2は、患者の実質的選択権を保障することである。今回の改正で、上級総合病院と総合病院の場合、保健福祉部長官が指定・公示する必須診療科目については全診療時間中に選択診療を担当しない非選択診療医師を必ず1名以上配置することとされた。従前は、診療科目別に1名以上の非選択診療医師を配置していたため、非選択診療医師が担当しない診療日または診療時間があり、その日時においては、患者は追加費用を負担する選択診療を利用せざるを得なかった。

第3は、選択診療に対する患者権益の保護である。入院および外来の選択診療申請書式を一つに統合し、患者がかかっている主たる診療科以外の診療支援科目について選択診療を申請する際に、①項目を個別に表示し、②それについて署名することとした。これは、不必要な過剰診療を予防し、医療費負担を減少させるためである。従前は、患者が主たる診療科の医師に診療支援科目の医師選択を包括委任できる方式がとられていた。

このほか、患者や保護者が選択診療申請書の写しを要請する場合には選択診療医療機関の長は写しを発給すること、選択診療項目と追加費用算定基準など選択診療に関する記録の保存期間を3年から5年に延長することなどの規定が設

けられた。

報道による情報では、保健福祉部関係者は、この改正によって「選択診療サービスの質的水準が高まり、患者の医師選択の幅が拡大され、医療費負担が軽減される」だけでなく、改正が「選択診療への患者の接近性を高める契機となると期待される」ことを明らかにしたという（保健福祉部2011）。

しかし、抜本的な改善策の実施か制度の廃止といった改革を実行しない限り、選択診療制度による患者個人の負担の重みや、医療保障における「保障性の強化」の限界といった問題が解決できないことは周知の事実になっている。改善や改革については政府当局や保険者である国民健康保険公団だけでなく、医療機関ならびに患者団体や市民団体が加わっての議論が繰り返されてきた。三者の主張はそれぞれの利害がからんでいるため食い違う（表8）。

医療機関側は経営優先的な主張を前面に出し、選択診療制度の廃止や保険診療化による収益の減少を懸念する。患者や市民団体は患者の権利の確保や過重な自己負担の軽減を求めて、選択診療制度の廃止や縮小を要求する。その間に立って、政府は選択診療制度の改善は避けられないとしながらも、医療サービス供給主体である医療機関の主張にも配慮しなければならないため、医療機関の収入を極力減らさないような改善策と廃止という改革案を選択肢として並べて提示している。

そもそも韓国の医療保障は「低負担・低給付」

が特徴であるため、医療機関側にとっては保険外診療が収益源として欠かせないものとなり、選択診療だけでなく高度な検査機器を使った保険外診療も近年増えてきている。収益に敏感な民間医療機関が医療機関全体の約9割を占めているため、政府はこれらの機関に一方的に改革案を強要できない。反対に医療を受ける患者や市民の側では、大型病院志向や高度医療の利用希望が強まってきていることが自己負担増を招く要因にもなっているが、医療機関の事情や医師の指示によって保険外診療を受けざるを得ない状況が発生することもあり、不利益を被る場合も多い。政府は、患者や市民の主張を一定程度受け入れ、「保障性の強化」に向けて選択診療の改善を図ることを目的に、医療機関の収入減少を招かない診療報酬の代替案を準備しようとしている。

たとえばチ・ヨンゴンほか（2010）の研究では、傷病別に専門医が1～2名勤務している上級総合病院や大型総合病院の場合、医師の選択権が制限されるため、病院の選択が医師の選択とほぼ同じ意味をもつものとみなし、選択診療の代わりに「選択病院加算率」を設けることが提案されている。一方、他の医療機関については医師選択が可能であるため、部分的な改善案が考案されている。

議論や研究は進められてきているが、正式な制度改正案がつくられたわけではない。保険外診療である選択診療を保険診療化するにあたっては財源の確保が必要であるが、被保険者は

表8 利害関係者の選択診療費に対する主張

医療系	患者・市民団体	政府
・保険診療のみでの経営が困難なため、選択診療の収入はその補填を目的として行っているものである ・したがって、収入補填を改善する案があれば受け入れる	(市民団体) ①選択診療の収入がなければ経営が困難という理由は認められない→縮小・廃止を要求する ②経営上選択診療の収入の必要性は認めるが、非選択診療医師の選択権を拡大することが必要  (患者) 過重な自己負担→縮小・廃止を要求する	患者の自己負担軽減の次元で保険外診療である選択診療の規模を縮小することは避けられない課題であるが、病院の収入を補填する必要性もある程度は認められる。 選択肢としては、 ①選択診療制度自体を維持しながら提起された問題点を改善する ②選択診療制度自体を廃止し、代案を提示する —が考えられる

出所：チ・ヨンゴンほか（2010）

保険料の引上げには積極的ではない。また、保険外診療全体の改善も考慮しなければならないが、必要なデータは十分に揃っていない<sup>2)</sup>。

政府や公団が医療機関側に通用する代替案をつくれるか、それを医療機関側がいつどのように受け入れるようになるか、今後の展開が注目される。

### 3. 民営化への危惧と自己負担

民間医療機関の多さは自己負担の軽減や「保障性の強化」にとって障壁である。さらにいえば、医療機関だけでなく、医療サービス全体の民営化への流れが大きな障壁になっている。医療ツーリズムや営利病院の導入について資本側は積極的である。民間医療保険事業も拡大してきており、加入者も増えている。

韓国では1962年に民間医療保険が開始され、2011年9月現在で約3,000以上の民間医療保険が販売されている。加入者も急増しており、2009年の韓国医療パネル調査の結果によれば、加入率は世帯基準で約77%、月平均20万ウォン以上の保険料支出となっている。また、民間医療保険の市場は、2009年の保険料基準で13~34兆ウォンと推定されている（国民健康保険公団2011a）。

政府は公的医療保障による「保障性の強化」を目的としているが、財源の制約から公的保障の限界も認めており、民間医療保険の機能を規制しながらも効果的に取り入れようとしている。

しかし、このような民営化への流れや政府の認識や方針といった現実、健康格差のさらなる拡大を危惧する市民団体にとって容認できるものではない。かれらは必要な人が必要なだけ医療サービスを受けることができる「無償医療」の実現を主張している。かれらの批判は民間の大病院、それに連なる民間医療保険の経営戦略に向けられる。もちろん、批判だけでなく、個別の自発的な活動として協同組合方式による医療保障を提供している人たちもいる。

民営化の流れを促進しようとする陣営と押し止めようとする陣営、双方の主張を汲み取った

政策がどのようにつくられるのかが、患者の自己負担のあり方を左右するものと思われる。

#### 注

- 1) 保険外診療（非給付診療費）には法定非給付と任意非給付がある。法定非給付の対象は健康保険給付の原理に合わない行為であることを前提とし、以下の4つを基準とする。①（患者の状態が）業務または日常生活に支障のない場合、②美容・整形など、身体の必須機能を改善する目的がない場合、③予防診療として、疾病・負傷の診療を直接の目的としない場合、④保険給付の施策上、療養給付と認定しにくい場合や健康保険給付の原理に合わない場合—である。④には選択診療費、差額ベッド料、超音波検査などが該当する。任意非給付は、健康保険法で定める法定本人負担または法定非給付以外の名目で患者に直接費用を請求するもので、現行制度では許可されていない行為である。保健福祉部は任意非給付を、①給付基準（公示、指針、基準）超過分の徴収、②別途算定不可能な項目費用の徴収、③審査による削減を憂慮しての患者からの徴収、④許可事項超過分を非給付として徴収、⑤未収載の項目の徴収—の5つに分類している。2012年6月に大法院（最高裁判所）が白血病患者の任意非給付について、医学的な至急性と妥当性が立証されれば制限的に任意非給付を許容するという方針を提示した。しかし、原則として任意非給付は認められるものではなく、この判例をもとに例外的な認定について基準を作成するなどの慎重な対応が求められている（国民健康保険公団2012b）。
- 2) 現在は公団が保険外診療費の資料を保有する医療機関を対象に保険外診療費に関する資料の提出を要求できる法的権限がないため、保険外診療費資料を確保し、健康保険の保障率を正確に算出するために、資料提出義務についての法整備が必要とされている（国民健康保険公団2011b）。

#### 参考文献

（日本語）

- ・株本千鶴（2009）「諸外国の社会保障の現状と動向：大韓民国」健康保険組合連合会編『社会保障年鑑2009年版』東洋経済新報社、pp.355-365

- ・金明中(2009a)「韓国における混合診療の導入過程とその内容について」『月刊保団連』pp.34-39
- ・金明中(2009b)「制度の発展過程から見た日本と韓国の医療保険制度」『ニッセイ基礎研 REPORT』pp.12-21

#### (韓国語)

- ・国民健康保険公団(2011a)『民営医療保険の合理的管理方案』
- ・国民健康保険公団(2011b)『2010年度健康保険患者診療費実態調査』
- ・国民健康保険公団(2012a)「統計で見る健康保険施行35年」(報道資料:2012年6月29日)
- ・国民健康保険公団(2012b)『実践的健康福祉プラン:国民健康保険公団刷新委員会活動報告書』
- ・保健福祉部(2011)「選択診療の水準は高め、国民医療費負担は減少させる」(報道資料:2011年6月13日)
- ・保健福祉部(2012)『保健福祉白書2011年版』
- ・保健医療未来委員会・保健福祉部・韓国保健社会研究院(2011)『2020韓国医療のビジョンと政策方向:保健医療未来委員会活動報告書』
- ・チ・ヨンゴンほか(2010)『選択診療制における支払制度の改善方案の研究』保健福祉部・車医科学大大学校
- ・チェ・ヨンスンほか(2007)『非給付診療費の実態と管理方案』国民健康保険公団
- ・ホ・ジョンホ、イ・マス(2010)「大型病院における選択診療制の再検討と代案」『イシューと論点』第131号

#### (英語)

- ・OECD(2012)“OECD Health Data 2012”

## 特集Ⅱ：ドイツ社会保険制度の動向

# ドイツの社会保険番号及び被保険者証

財務省大臣官房企画官(国税庁徴収部徴収課併任)  
〔元在ドイツ日本国大使館一等書記官(厚生担当)〕

田中 謙一  
Tanaka Kenichi

ドイツでは、社会保障・税番号のような各制度共通の統一的な番号が採用されていない。もっとも、各社会保険における届出及び保険料は、公的医療保険又は公的年金保険の運営機関によって一元的に受理され、又は徴収され、かつ、その他の社会保険の運営機関に回付される仕組みとなっている。

その中では、届出に記載される保険番号が被保険者の同定のために機能している。加えて、医療被保険者番号の作成のための保険番号の利用も、限定的ながら、許容されている。

このようなドイツの例は、歴史的経緯を踏まえ、事務処理の効率化という利便性と個人情報保護という安全性との均衡を見出した精妙な仕組みと評価される。

したがって、我が国では、今後、社会保障の分野における社会保障・税番号の活用による関係機関相互間の情報連携等の在り方を具体的に検討するに当たり、ドイツの社会保険番号及び被保険者証を参考とすることは、有益である。

我が国では、社会保障・税一体改革の一環としての「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案」(「マイナンバー法案」)等は、2012年2月、閣議で決定されて国会に提出されたが、同年11月、衆議院の解散に伴って廃案となった。

筆者は、2005年6月～2008年7月、在ドイツ日本国大使館に厚生アタッシュェとして赴任中、ドイツの社会保険番号及び被保険者証について、連邦ドイツ年金保険機関及びベルリン地区疾病金庫の説明を聴取する機会に恵まれた。

このような経験を踏まえ、本稿では、我が国における社会保障・税番号をめぐる議論の参考となるよう、ドイツにおける

- ① 公的年金保険の保険番号及び社会保険証
- ② 公的医療保険の医療被保険者番号及び医療被保険者カード

について、仕組みを解説するとともに、評価を試みたい。

なお、本稿中の法文は、2012年1月1日現在である。

また、本稿中の評価は、筆者の個人的な見解である。

## 1. 公的年金保険の保険番号及び社会保険証

### (1) 保険番号

保険番号とは、公的年金保険の運営機関によって人単位のデータの分類のために付与される番号をいう。

公的年金保険の運営機関は、自動的なデータ処理を活用することにより、業務を実施する。したがって、1960年代半ば以降、個々の被保険

者に関して記録された多数のデータを変更不可能な符号で保存するため、保険番号を導入する必要があった。その結果、関連の規定が繰り返し見直された。

このような中で、1989年12月18日付けの「公的年金保険の改革のための法律 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung)」(「1992年年金改革法 (RRG 1992)」) 第1条の規定に基づき、「社会法典 (SGB=Sozialgesetzbuch)」第6編が制定され、1992年1月1日より、同法が施行された。その一環として、次に掲げる点を判示した1983年12月15日付けの「1983年国勢調査法 (VoZühlG 1983 = Volkszählungsgesetz 1983)」に関する連邦憲法裁判所の判決 (BVerfGE 65,1) に適合するよう、保険番号の付与及び構成に関する法的根拠が初めて法律の規定 (社会法典第6編第147条) に統合された。

- ① 現代のデータ処理の条件では、個人のデータの無制限な収集、保存、利用及び回付に対する個人の保護は、一般的な人格権 (「基本法 (GG = Grundgesetz)」第2条第1項) に包摂される。その限度では、憲法は、原則として自ら個人のデータの提供及び利用を決定する個人の権能を保障する。
- ② 情報の自己決定に関する権利の制約は、優越的な一般の利益でしか許容されない。これは、憲法に適合する法律の根拠を必要とし、それは、規範の明確性に関する法治国家の要請に適合しなければならない。加えて、立法機関は、規制に際しては、比例性の原則に留意しなければならない。また、立法機関は、人権の侵害の危険を防止する組織的かつ手続法的な措置を規定しなければならない。

## 1) 保険番号の付与

次のいずれかに該当する場合には、公的年金保険の運営機関のデータセンター (社会法典第6編第145条) (以下「データセンター」という。) は、保険番号を付与することができる (同法第147条第1項)<sup>1)</sup>。

- ① 法定の業務の遂行のための人単位のデータの分類のために必要な場合
- ② 法律を通じ、又はそれに基づいて規定される場合

また、公的年金保険の被保険者に対しては、データセンターは、保険番号を付与しなければならない (同項)。

さらに、保険番号の付与を受ける者及びその者を管掌する公的年金保険の運営機関は、遅滞なく、保険番号の付与並びに被保険者及び遺族の管掌 (同法第127条) に関する教示を受けなければならない (同法第147条第3項)。

そのほか、連邦労働社会省は、連邦参議院の承認を経た法令を通じ、次に掲げる事項を規定することができる (同法第152条第1号、第2号及び第4号)。

- ① 保険番号の付与を受ける者
- ② 保険番号の付与の時点
- ③ 保険番号の付与を管掌する保険運営機関

具体的には、「公的年金保険における保険番号、口座管理及び保険経過に関する命令 (Verordnung über die Versicherungsnummer, die Kontoführung und den Versicherungsverlauf in der gesetzlichen Rentenversicherung)」(「保険番号・口座管理・保険経過令 (VKVV)」) 第1条 (保険番号の付与及び帰属) 及び第3条 (保険番号の修正) である。

これによると、1件の保険番号は、1回しか付与されず、修正されない (同条第1項)。

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説明によると、1人の被保険者に対して1件の保険番号を付与することにより、被保険者を同定することが可能となる。

また、保険番号は、通常、雇用の開始に際して付与される。

## 2) 保険番号の構成

保険番号は、次に掲げる事項によって構

成される（社会法典第6編第147条第2項）。

- ① 公的年金保険の管掌の運営機関の領域番号
- ② 生年月日
- ③ 出生時の姓の頭文字
- ④ 人の性別も内容とすることができる通し番号
- ⑤ 点検数字

その他の人単位のメルクマールは、保険番号の内容とされてはならない（同項）。

そのほか、連邦労働社会省は、連邦参議院の承認を経た法令を通じ、保険番号の構成及びその変更に関する詳細を規定することができる（同法第152条第3項）。

具体的には、保険番号・口座管理・保険経過令第2条（保険番号の構成）である。

これによると、次のとおりである。

すなわち、領域番号は、2桁である（同条第2項）。例えば、連邦ドイツ年金保険機関のベルリン地方分の領域番号は、65である（同令別表）。

また、生年月日は、出生日及び出生月のそれぞれの2桁並びに出生年の下2桁の6桁である（同令第2条第3項）。

さらに、出生時の姓の頭文字は、1桁である（同条第4項）。

また、通し番号は、2桁である（同条第5項）。これは、生年月日及び出生時の姓の頭文字が同一である被保険者を昇順に示す（同項）。男性の被保険者にあつては00～49の数字が、女性の被保険者にあつては50～99の数字が利用される（同項）。

さらに、点検数字は、1桁である（同条第6項）。これは、

- ① 領域番号の2桁の数字
- ② 生年月日の6桁の数字
- ③ ドイツのアルファベットにおける出生時の姓の頭文字の位置を示す2桁の数字
- ④ 通し番号の2桁の数字

をそれぞれ2、1、2、5、7、1、2、1、2、1、2及び1で乗じて得られる積の総和を10で除

して得られる剰余である（同項）。

したがって、保険番号は、12桁であり、その例は、図のとおりである。

図 保険番号の例

65	170839	J	00	8
領域番号	生年月日	出生時の姓の頭文字	通し番号	検査数字

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説明によると、点検数字は、保険番号が正確に入力されたかどうかを点検するためのものである。

また、公的年金保険の運営機関は、保険番号を亡失した被保険者について、氏名、生年月日、性別等を基礎として保険番号を特定することができる。

### 3) 保険番号の利用

保険番号の利用は、公的年金保険における被保険者及びその遺族のための文書整理符号及び同定メルクマールのほか、

- ① 使用者及び疾病金庫による総合的なデータ伝達の実施
- ② 連邦労働機関による就業者データの保存

等にも、拡大された。その結果、社会給付（社会法典第1編第11条）<sup>2)</sup>の運営機関の相互間における様々なデータの流れについては、保険番号の利用が当然となった。

これを踏まえ、1988年7月20日付けの「社会給付に対する請求権の譲渡、担保提供及び差押に関する社会法典の規定の改正、保険番号の利用の規制並びにその他の規定の改正のための法律（Gesetz zur Änderung von Vorschriften des Sozialgesetzbuches über die Übertragung, Verpfändung und Pfändung von Ansprüchen auf Sozialleistungen, zur Regelung der Verwendung der Versicherungsnummer und zur Änderung anderer Vorschriften）」（第1社会法典改正法（1. SGBÄndG））第2

条の規定に基づき、同月27日より、社会法典第4編が改正され、保険番号の利用に関する規定（同法第18f条及び第18g条）が創設された。

#### イ 社会保険運営機関等

次に掲げる機関（以下「社会保険運営機関等」という。）は、法定の業務（社会保障の枠組みにおける多国間及び二国間の法に基づくものを含む。）の処理（連邦ドイツ年金保険機関にあっては、積立方式の付加老齢保障<sup>3)</sup>に対する公的助成（「所得税法（EStG = Einkommensteuergesetz）」第91条）の枠組みに係るものを含む。）のための人単位のデータの分類のために必要となしに限り、保険番号を収集し、処理し、又は活用することができる（社会法典第4編第18f条第1項）。

- ① 社会保険運営機関（その連合会及びそれらの作業共同体を含む。）
- ② 連邦労働機関（社会法典第3編第367条）
- ③ ドイツ郵便（社会給付の算定又は支払いの委託を受ける場合に限る。）
- ④ 援護運営機関（「編入地域の付加・特別援護制度に基づく請求権及び期待権の移転のための法律（Gesetz zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets）」（「請求権・期待権移転法（AAÜG）」）第8条第4項<sup>4)</sup>）
- ⑤ 芸術家社会金庫（「自営の芸術家及びジャーナリストの社会保険に関する法律（Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten）」（「芸術家社会保険法（KSVG）」）第37条第1項<sup>5)</sup>）

また、予防、リハビリテーション及び被保険者における健康被害の防止又は除去という目標に資する研究の目的並びに

それに応じたデータのための調査（企業の枠を超える労働医学的なサービス（社会法典第7編第24条）に係るものを含む。）に際しては、次にいずれにも該当する場合に限り、保険番号を収集し、処理し、又は活用することが可能である（社会法典第4編第18f条第1項）。

- ① 長期的な観察に際しての人単位のデータの分類のための統一的なメルクマールが必要である場合
- ② 特別なメルクマールの構築が相当程度の組織的な経費を伴い、又は統一的なメルクマールを保有しない2箇所以上の機関が参画する場合

#### ロ データセンター等

社会保険運営機関等以外の次に掲げる機関（社会法典第1編第35条第1項）（以下「データセンター等」という。）及び法定の業務又は賃金協約に基づく業務の遂行のためにデータセンター等と同様に取り扱われる機関（社会法典第10編第69条第2項<sup>6)</sup>）は、個々の事例又は所定の手続において、社会保険運営機関等又はその監督行政庁に対するデータの伝達（経由機関が介在する場合を含む。）が法定の業務の遂行のために必要となしに限り、保険番号を収集し、処理し、又は活用することができる（社会法典第4編第18f条第2項）。

- ① 給付運営機関（社会法典第1編第12条）（その連合会及びそれらの作業共同体を含む。）
- ② データセンター
- ③ 公法の団体
- ④ 共同サービスセンター（社会法典第9編第23条<sup>7)</sup>）
- ⑤ 統合専門機関（同法第109条第1項<sup>8)</sup>）
- ⑥ 芸術家社会金庫
- ⑦ ドイツ郵便（社会給付の算定又は支払いの委託を受ける場合に限る。）
- ⑧ 税関の行政庁（サービス業又は製

造業における雇用の開始又は終了等に係る届出の義務の遵守等に関する検査（「闇労働及び不法な雇用の撲滅に関する法律（Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung）」（「闇労働撲滅法（SchwarzArbG）」第2条第1項）及び執行（社会法典第10編第66条第1項）の業務を実施する場合に限る。）

⑨ 保険局及び市町村行政庁並びに認定を受けた養子縁組紹介センター（「子としての受入れの紹介及び代理母の紹介の禁止に関する法律（Gesetz über die Vermittlung der Annahme als Kind und über das Verbot der Vermittlung von Ersatzmüttern）」（「養子縁組紹介法（AdVermiG）」第2条第2項）（法定の業務を引き受ける場合に限る。）

⑩ 監督、検査及び懲戒の権限、会計検査又は組織調査の実施（社会法典第10編第67c条第3項）の業務を引き受ける機関

もつとも、

① 社会保険運営機関等以外のデータセンター等

② 法定の業務又は賃金協約に基づく業務の遂行のためにデータセンター等と同様に取り扱われる機関

は、データを整理し、又はアクセスを可能とするために保険番号を処理し、又は活用してはならない（社会法典第4編第18f条第5項）。

#### ハ 利用者等

行政庁、裁判所、利用者又は第三者（社会保険運営機関等及びデータセンター等を除く。以下「利用者等」という。）は、保険番号の処理若しくは活用が法令で規定される報告に際し、保険料納付の枠組みで、又は給付提供（計算及び償還を含む。）に際し、社会保険運営機関等による

法定の業務の遂行のために必要なときに限り、保険番号を収集し、処理し、又は活用することができる（同条第3項）。

また、使用者等が被保険者又はその遺族等による保険番号の伝達を受けた場合において、

① 社会保険運営機関等

② 法定の業務又は賃金協約に基づく業務の遂行のためにデータセンター等と同様に取り扱われる機関

に対してデータを伝達する必要があるときは、保険番号を処理し、又は活用することが可能である（同項）。

もつとも、使用者等は、データを整理し、又はアクセスを可能とするために保険番号を処理し、又は活用してはならない（同条第5項）。

#### ニ その他

他の機関の委託に基づく社会データ（社会法典第10編第67条第1項）<sup>9)</sup>の収集、処理又は活用（同法第80条）に際しては、保険番号を処理し、又は活用することが可能である（社会法典第4編第18f条第4項）。

そして、保険番号を収集し、処理し、又は活用することが許容されないにもかかわらず、個人に対して保険番号を申告する義務を賦課する契約の規定は、無効である（同法第18g条）。

また、権限に基づく保険番号の伝達は、法定の場合以外の場合における保険番号の保存を正当化しない（同条）。

#### 4) 保険口座

公的年金保険の運営機関は、各被保険者について、保険番号に従って整理された保険口座を管理する（社会法典第6編第149条第1項）。保険口座においては、保険の実施並びに給付の認定及び提供のために必要なデータが保存されなければならない（同項）。

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説

明によると、保険口座に保存されるデータは、次に掲げるものである。

- ① 届出の種類
- ② 年金法令的期間(同法第54条第1項)<sup>10)</sup>の始期及び終期並びに種類
- ③ 労働報酬等の水準

## 5) 届出義務

公的医療保険、公的介護保険、公的年金保険及び失業保険においては、労働報酬を受けて、又は職業教育のために雇用される者は、保険加入義務を負う（「保険加入義務の対象となる雇用」）（社会法典第4編第2条第2項第1号、社会法典第5編第5条第1項、社会法典第11編第20条第1項第1号、社会法典第6編第1条第1号及び社会法典第3編第25条第1項<sup>11)</sup>）。

ただし、僅少雇用（社会法典第4編第8条第1項<sup>12)</sup>（世帯における僅少雇用（同法第8a条）<sup>13)</sup>を含む。）を営む者は、当該雇用で保険加入免除を受ける（社会法典第5編第7条第1項、社会法典第11編第20条第1項、社会法典第6編第5条第2項第1号及び社会法典第3編第27条第2項<sup>14)</sup>）。

また、保険加入義務の対象となる雇用に係る公的医療保険、公的介護保険、公的年金保険及び失業保険の保険料については、被用者及び使用者が基本的に折半で負担し（社会法典第5編第249条第1項、社会法典第11編第58条第1項、社会法典第6編第168条第1項第1号及び社会法典第3編第346条第1項）、総合社会保険料（社会法典第4編第28d条）として一括され（社会法典第5編第253条、社会法典第11編第60条第1項、社会法典第6編第174条第1項及び社会法典第3編第348条第2項）、使用者が被用者に支給する労働報酬より被用者負担分を控除して使用者負担分と併せて管掌の徴収機関である疾病金庫（社会法典第4編第28i条）に納付する（同法第28e条第1項、第28g条及び第28h条第1項）。

これに対し、僅少雇用の一類型である僅少継続雇用及び世帯における僅少雇用に係る公的医療保険及び公的年金保険の包括保険料については、使用者が単独で全額負担して管掌の徴収機関である鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険機関（社会法典第4編第28i条）に納付する（社会法典第5編第249条第1項及び第249b条並びに社会法典第6編第172条第3項、第3a項及び第4項<sup>15)</sup>）。

さらに、徴収機関は、公的介護保険、公的年金保険及び失業保険の管掌の運営機関に対し、そのために納付された保険料を回付する（社会法典第4編第28k条第1項）。加えて、僅少雇用に係る公的医療保険の包括保険料は、保健基金（社会法典第5編第271条）<sup>16)</sup>に回付される（社会法典第4編第28k条第2項）。

このような枠組みの中で、使用者その他の届出義務者は、徴収機関に対し、各法定被保険者について、雇用の開始又は終了等に際し、届出を提出しなければならない（同法第28a条第1項及び第9項）ほか、使用者は、前年12月31日における各被用者を届け出なければならない（「年次届出」）（同条第2項及び第9項）。

これらの届出は、各被保険者について、保険番号も内容とする（同条第3項及び第9項）。加えて、雇用の開始に関する届出に際しては、保険番号の付与のために必要な事項も、記載されなければならない（同条第3項及び第9項）。

## (2) 社会保険証

社会保険証とは、公的年金保険の運営機関によって保険番号の付与に際して発行される証明書をいう。

### 1) 社会保険証の発行

データセンターは、保険番号を付与する者について、社会保険証を発行する（社会法典第4編第18h条第1項）。

そして、保有者は、管掌の徴収機関に対し、社会保険証の喪失又は再発見を遅滞なく届け出る義務を負う（同条第4項）。

また、社会保険証が毀損され、紛失され、又は使用不能となった場合には、申請に基づき、社会保険証が再発行される（同項）。これに対し、保険番号、姓又は名が変更された場合には、職権に基づき、社会保険証が再発行される（同項）。

さらに、1人の者は、その名義で発行された社会保険証を1枚しか保有してはならない（同項）。使用不能な社会保険証及び2枚以上の社会保険証は、管掌の徴収機関に返還されなければならない（同項）。

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説明によると、社会保険証が発行されることにより、保有者が公的年金保険に加入している旨を確認することが可能となる。

加えて、社会保険証が

- ① 疾病の事例における労働報酬の継続支給（「休日及び疾病の事例における労働報酬の支給に関する法律（Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall）」（「報酬継続支給法（EntgFG）」）第3条）に際しては、使用者
- ② 疾病手当（社会法典第5編第44条）の支給に際しては、疾病金庫
- ③ 失業手当等の報酬代替給付（社会法典第3編第116条）の支給に際しては、連邦労働機関
- ④ 生計扶助等の社会扶助（社会法典第12編第8条）の支給に際しては、社会局に寄託されることにより、給付の重複が防止される。

## 2) 社会保険証の構成

社会保険証は、保有者に関する次に掲げる事項を内容とする（社会法典第4編第18h条第2項）。

- ① 保険番号

- ② 姓（出生時の姓を含む。）

- ③ 名

その他の人単位のデータは、社会保険証の内容とされてはならない（同項）。

そのほか、社会保険証の構成については、連邦ドイツ年金保険機関においては、連邦労働社会省の承認を受けて連邦官報で公示される原則で規定する（同項）。

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説明によると、社会保険証では、発行年月日及び発行番号も、記載される。この場合においては、新規の発行か再発行かが明らかとなるよう、新規の発行に際しての発行番号よりも再発行に際しての発行番号の方が大きく設定される。

なお、社会保険証は、紙カードである。その見本は、写真1のとおりである。

写真1 社会保険証の見本



## 3) 社会保険証の提示

被用者は、使用者に対し、雇用の開始に際して社会保険証を提示する義務を負う（同条第3項）。被用者は、雇用の開始の時点で社会保険証を提示することができないときは、社会保険証を遅滞なく追提示しなければならない（同項）。

なお、かつては、

- ① 被用者は、所定の経済分野又は経済部門で雇用を営むに当たり、社会保険証を携帯する義務を負う（同条第6項）
- ② 被用者は、税関の行政庁等の求めに応じて社会保険証を提示する義務を負う（同条第7項）

等とされていた。

しかしながら、2008年12月21日付けの「社会法典第4編その他の法律の改正のための第2の法律 (Zweites Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze)」(「第2社会法典第4編等改正法 (2. SGBIV uaÄndG)」) 第2条の規定に基づき、2009年1月1日より、闇労働撲滅法が改正され、所定の経済分野におけるサービス又は製造の提供に際して業務に従事する者は、身分証明書等を携帯し、かつ、税関の行政庁の求めに応じて身分証明書等を提示する義務を負う(同法第2a条第1項)等とされた。

これに伴い、第2社会法典第4編等改正法第1条の規定に基づき、2009年1月1日より、社会法典第4編が改正され、被用者による社会保険証の携帯及び税関の行政庁等に対する社会保険証の提示に関する規定(同法第18h条第5～8項)が削除された。

## 2. 公的医療保険の医療被保険者番号及び医療被保険者カード

### (1) 医療被保険者番号

2003年11月14日付けの「公的医療保険の現代化に関する法律 (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険現代化法 (GMG)」) 第1条の規定に基づき、2004年1月1日より、社会法典第5編が改正され、連邦統一な疾病金庫の枠を超える医療被保険者番号が導入された。

具体的には、疾病金庫は、各被保険者について、医療被保険者番号を利用する(同法第290条第1項)。

そして、連邦疾病金庫中央連合会は、指針を通じ、医療被保険者番号の構成及び付与の手続を規定しなければならない(同条第2項)。指針は、連邦保健省に提出されなければならない(同項)。

具体的には、2004年6月30日付けの「社会法典第5編第290条の規定に基づく新規の医療被保険者番号の導入に関する共同の指針 (Gemeinsame Richtlinien zur Einführung einer neuen Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V)」である。

### 1) 医療被保険者番号の構成

医療被保険者番号は、次に掲げる部分によって構成される(社会法典第5編第290条第1項)。

- ① 被保険者の同定のための変更不可能な部分
- ② 疾病金庫の帰属のための連邦統一な事項を内容とする変更可能な部分であって、親族被保険者(同法第10条第1～4項)に対する付与に際しては、本人被保険者と関連付けることが可能となるよう、確保されるもの

そのほか、医療被保険者番号の構成は、指針に適合しなければならない(同項)。

### 2) 医療被保険者番号の付与

2005年6月22日付けの「医療制度におけるテレマティークの組織構造のための法律 (Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen)」(「医療制度テレマティーク組織構造法 (GesTeleOrgStrG)」) 第1条の規定に基づき、社会法典第5編が改正され、同月28日より、信用機関による医療被保険者番号の付与が法制化された。

具体的には、医療被保険者番号は、疾病金庫及びその連合会と空間的、組織的かつ人事的に区分された信用機関(同法第303c条)によって付与されなければならない(同法第290条第2項)。

また、信用機関は、公的機関と同様に取り扱われ、かつ、社会秘密(社会法典第1編第35条第1項)<sup>17)</sup>の対象となる(社会法典第5編第290条第2項)。信用機関は、連邦保健省

の法的監督を受ける（同項）。

そのほか、医療被保険者番号の付与の手続は、指針に適合しなければならない（同条第1項）。

### 3) 保険番号と医療被保険者番号との関係

保険番号は、医療被保険者番号として利用されてはならない（同項）。

もともと、医療制度テレマティーク組織構造法第1条の規定に基づき、2005年6月28日より、社会法典第5編が改正され、医療被保険者番号の作成のための保険番号の利用が限定的に許容された。

具体的には、医療被保険者番号を付与する機関との関係でも、医療被保険者番号が付与された後、医療被保険者番号より保険番号を、あるいは、保険番号より医療被保険者番号を帰結することが不可能となるよう、科学技術の水準に応じて確保される場合には、指針に適合する医療被保険者番号の作成のための保険番号の利用は、許容される（同法第290条第1項）。

この場合においては、信用機関を通じた医療被保険者番号の二重交付の検査は、妨げられない（同項）。

また、保険番号が医療被保険者番号の作成のために利用される場合には、医療被保険者番号が割り当てられなければならない、かつ、まだ保険番号を取得していない者に対しては、保険番号が付与されなければならない（同項）。

## (2) 医療被保険者カード

### 1) 医療被保険者カードの発行

疾病金庫は、各被保険者について、医療被保険者カードを発行する（同法第291条第1項）。医療被保険者カードは、被保険者によって署名されなければならない（同項）。

この点、ベルリン地区疾病金庫の説明によると、医療被保険者カードは、本人被保険者のほか、親族被保険者も含め、被保険

者単位で発行される。

また、医療被保険者カードは、医療被保険者カードを発行する疾病金庫における被保険者資格の期間に関してしか効力を有さず、かつ、譲渡不可能である（同項）。疾病金庫は、医療被保険者カードの有効期限を設定することができる（同項）。

そして、疾病金庫は、医療被保険者証を電子的な保健カード（同法第291a条）に拡張する（同法第291条第2a項）。これは、治療の経済性、品質及び透明性の改善のためのものである（同法第291a条第1項）。

なお、各被保険者は、

- ① 当初の発行及び疾病金庫における保険適用の開始
- ② その後の被保険者の責めに帰されない事由に基づく再発行

に際しては、無料で医療被保険者カードを取得する（同法第15条第6項）。

この場合においては、疾病金庫は、適切な措置を通じ、医療被保険者カードの冒用に対抗しなければならない（同項）。

これに対し、医療被保険者カードが被保険者の責めに帰される事由に基づいて再発行されなければならない場合には、5ユーロの手数料が徴収される（同項）。

この場合においては、本人被保険者のほか、親族被保険者も、手数料を支払わなければならない（同項）。

また、疾病金庫は、本人被保険者が親族被保険者に関する届出（同法第10条第6項）を提出することを条件として、医療被保険者カードを交付することができる（同法第15条第6項）。

### 2) 医療被保険者カードの利用

医療被保険者カードは、

- ① 保険医の診療の枠組みにおける給付の請求のための資格の証明
  - ② 給付提供機関との決済
- のためにしか利用されてはならない（同

法第291条第1項)。医師の治療の請求に際しては、被保険者は、医師の決済書に署名して被保険者資格の存在を確認する(同項)。

そして、電子的な保健カードは、

① 保険医の診療の枠組みにおける給付の請求のための資格の証明

② 給付提供機関との決済

のための利用のほか、次に掲げる適用の実施も保証しなければならない(同条第2a項)。

① 次に掲げる事項の記録(同法第291a条第2項)

i 電子的かつ機械的に読取り可能な形態での医師の処方書の伝達のための事項

ii 欧州連合の加盟国、ヨーロッパ経済圏に関する協定の締約国又はスイスにおける給付の請求のための資格の証明のための事項

② 次に掲げるデータの収集、処理及び活用(同条第3項)

i 医学的なデータであって、救急診療のために必要なもの

ii 施設の枠を超える症例単位の協力のための電子的かつ機械的に読取り可能な形態での所見、診断、治療法推薦及び治療報告(「電子的な医師書簡」)

iii 医薬品治療の安全性の審査のためのデータ

iv 患者に関する症例及び施設の枠を超える記録のための所見、診断、治療法措置、治療報告及び予防接種(「電子的な患者文書」)

v 被保険者によって自ら、又は被保険者のために提供されるデータ

vi 被保険者のための給付の請求又はその暫定的な費用に関するデータ(同法第305条第2項)

vii 臓器及び組織の移植のための被保

険者の意思表示

viii 臓器及び組織の移植のための意思表示の現存及び保管場所に関する被保険者の指示

ix 予防委任(「民法(BGB= Bürgerliches Gesetzbuch)」第1901c条<sup>18)</sup>又は患者処分(同法第1901a条<sup>19)</sup>の現存及び保管場所に関する被保険者の指示

また、2010年7月24日付けの「医療保険法その他の規定の改正のための法律(Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften)」(「医療保険法等改正法(KVRuaÄndG)」)第1条の規定に基づき、同月30日より、社会法典第5編が改正され、疾病金庫の給付義務に関する給付提供機関の点検のためのオンラインサービスが法制化された。

具体的には、疾病金庫は、給付提供機関がデータの有効性及び直近性を点検し、かつ、電子的な保健カードで更新することを可能とするオンラインサービスを提供する義務を負う(同法第291条第2b項)。

この場合においては、オンラインサービスは、給付提供機関の診療所管理システムに対するネットワーク接続なしにオンラインで活用可能なものでなければならない(同項)。保険医の診療に参加する医師、施設及び歯科医師は、四半期の当初における被保険者による給付の請求に際し、オンラインサービスの活用を通じ、疾病金庫の給付義務に関する点検を実施する(同項)。オンラインサービスは、電子的な保健カードに保存されたデータを疾病金庫に現存する直近のデータとの間で調整して更新することを可能とする(同項)。

このような手続の実施のための技術的な詳細は、連邦保険医協会と公的医療保険中央連合会との間における医師の給付の決済に関する合意(同法第295条第3項)で規定されなければならない(同法第291

条第2b項)。点検の実施は、電子的な保健カードに保存されなければならない(同項)。点検の実施に関する報告は、州保険医協会又は州保険歯科医協会に伝達される決済資料の構成要素である(同項)。

なお、医師又は歯科医師の治療を請求する被保険者は、医師又は歯科医師に対し、治療の開始に先立ち、医療被保険者カードを給付の請求のための資格の証明のために交付しなければならない(同法第15条第2項)。

ただし、緊急の症例では、医療被保険者カードを追提出することが可能である(同条第5項)。

### 3) 医療被保険者カードの構成

公的医療保険現代化法第1条の規定に基づき、2004年1月1日より、社会法典第5編が改正され、写真並びに性別及び一部負担資格が医療被保険者カードの内容として追加された。

この点、ベルリン地区疾病金庫の説明によると、写真を医療被保険者カードの内容として追加する措置は、医療被保険者カードの冒用を防止する趣旨であった。

具体的には、医療被保険者カードは、保険医の診療に関して規定される決済資料(同法第295条第3項第1号)及び書式(同項第2号)に機械的に転写するために適切な形態での被保険者の署名及び写真のほか、次に掲げる事項しか内容とししない(同法第291条第2項)。

- ① 医療被保険者カードを発行する疾病金庫の名称(本人被保険者が住所を有する区域における州保険医協会に関する符号を含む。)
- ② 被保険者の姓及び名
- ③ 生年月日
- ④ 性別
- ⑤ 住所
- ⑥ 医療被保険者番号

⑦ 被保険者資格<sup>20)</sup>

⑧ 一部負担資格<sup>21)</sup>

⑨ 保険適用の開始の日

⑩ 有効期限の設定に際しては、有効期限の満了の日

ただし、

① 15歳に到達するまでの被保険者

② 写真の作成に協力することが不可能である被保険者

は、写真を伴わない医療被保険者カードを取得する(同項)。

そして、電子的な保健カードは、医療被保険者カードの内容とされる事項のほか、次に掲げる事項も内容とすることができる(同条第2a項)。

① 選択料金表(同法第53条)<sup>22)</sup>及び付加的な契約関係の証明のための事項

② 給付に対する請求権の停止(同法第16条)に関する事項

また、電子的な保健カードは、真正性証明、コード化及び電子的な署名を可能とするために技術的に適切なものでなければならない(同法第291条第2a項)。

そのほか、医療被保険者カードの連邦統一的な構成に関する詳細については、連邦保険医協会及び公的医療保険中央連合会が連邦概括契約(同法第82条第1項及び第87条第1項)の枠組みで合意する(同法第291条第3項)。

なお、電子的な保健カードは、ICカードである。例えば、地区疾病金庫の電子的な保健カードの見本は、写真2-1及び写真2-2のとおりである。

### 4) 医療被保険者証の回収

保険適用の終了又は疾病金庫の変更に際しては、医療被保険者カードは、従前の疾病金庫によって回収されなければならない(同条第4項)。

この場合においては、電子的な保健カードを回収する疾病金庫は、被保険者を通じ

写真2-1 地区疾病金庫の電子的な保健カード(表面)の見本



写真2-2 地区疾病金庫の電子的な保健カード(裏面)の見本



たデータの継続活用が可能となるよう、確保しなければならない(同項)。

また、電子的な保健カードを回収する疾病金庫は、電子的な保健カードの回収に先立ち、データが消去される可能性について、情報を提供しなければならない(同項)。

このような取扱いは、保険関係の存続の枠組みにおける電子的な保健カードの交換に際しても、同様である(同項)。

ただし、公的医療保険中央連合会は、被保険者のための手続の流れの経済性及び最適化を改善するため、疾病金庫の変更に際しての電子的な保健カードの継続活用について、連邦保健省の承認を経て決定することができる(同項)。

この場合においては、次に掲げるデータが適時に更新されるよう、確保されなければならない(同項)。

- ① 電子的な保健カードを発行する疾病金庫の名称(本人被保険者が住所を有する区域における州保険医協会に関する符号を含む)
- ② 医療被保険者番号
- ③ 被保険者資格
- ④ 保険適用の開始の日

- ⑤ 有効期限の設定に際しては、有効期限の満了の日

## 5) 電子的な保健カード

公的医療保険現代化法第1条の規定に基づき、2004年1月1日より、社会法典第5編が改正され、電子的な保健カードに関する規定が創設された。

その後、2007年3月26日付けの「公的医療保険における競争の強化のための法律(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)」)第1条の規定に基づき、同年4月1日より、社会法典第5編が改正され、電子的な保健カードに関する規定が見直された。

また、2010年12月22日付けの「公的医療保険の持続的かつ社会的に調和した財政運営のための法律(Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険財政運営法(GKV-FinG)」)第1条の規定に基づき、2011年1月1日より、社会法典第5編が改正され、疾病金庫による電子的な保健カードの発行を促進する措置が導入された。

具体的には、各疾病金庫の事務費は、2011年及び2012年には、2010年と比較して引き上げられてはならない(同法第4条第4項)が、2011年12月31日までに被保険者の少なくとも10%に対して電子的な保健カードを発行しなかった疾病金庫における事務費は、2012年には、2010年と比較して2%分引き下げられなければならない(同条第6項)ものとされた。

さらに、2011年12月22日付けの「公的医療保険における診療構造の改善のための法律(Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険診療構造法(GKV-VStG)」)第1条の規定に

基づき、2012年1月1日より、社会法典第5編が改正され、疾病金庫による電子的な保健カードの発行を促進する措置が拡充された。

具体的には、2012年12月31日までに被保険者の少なくとも70%に対して電子的な保健カードを発行しなかった疾病金庫における事務費は、2013年には、2012年と比較して引き上げられてはならない（同法第4条第6項）ものとされた。

このように、現在、医療被保険者カードが電子的な保健カードに拡張される過程にある。その詳細については、筆者としても、別途の機会に紹介したい。

### 3. 評価

ドイツでは、建前としては、社会保障・税番号のような各制度共通の統一的な番号が採用されていない。すなわち、保険番号の利用は、基本的には、公的年金保険の分野に限定されるとともに、公的医療保険の分野では、医療被保険者番号が利用されている。

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説明によると、例えば、スウェーデンでは、住民登録、税、社会保険等の分野を横断して利用される個人番号が採用されている。

これに対し、ドイツでは、1970年代頃、スウェーデンの個人番号に相当する仕組みの導入の是非が議論されたものの、個人情報の保護との関係で問題があるという結論に至った。これは、国家社会主義の時代、国家が国民との関係で様々な個人情報を集積したことに対する反省を背景とするものであった。

もっとも、実態としては、事務処理の効率化が図られるよう、各社会保険における届出及び保険料は、

- ① 保険加入義務の対象となる雇用にあつては、公的医療保険の運営機関である疾病金庫
- ② 僅少雇用（世帯における僅少雇用を含む。）にあつては、公的年金保険の運営機関である鉱員・鉄道員・海員ドイツ年金保険機関

によって一元的に受理され、又は徴収され、かつ、その他の社会保険の運営機関に回付される仕組みとなっている。

その中では、届出に記載される保険番号が被保険者の同定のために機能している。加えて、医療被保険者番号の作成のための保険番号の利用も、限定的ながら、許容されている。

この点、連邦ドイツ年金保険機関の説明によると、近年、情報技術が進歩しているため、スウェーデンの個人番号に相当する仕組みの欠如は、特段の支障を生じていない。

このようなドイツの例は、歴史的経緯を踏まえ、事務処理の効率化という利便性と個人情報保護という安全性との均衡を見出した精妙な仕組みと評価される。

そのほか、ドイツでは、保険番号が被保険者の同定の要素となる氏名、生年月日、性別等を基礎とする分かりやすい構成となっている。

また、公的医療保険中央連合会の統計によると、疾病金庫は、2012年10月1日現在、144箇所となっているが、疾病金庫によって利用される医療被保険者番号は、連邦統一的な疾病金庫の枠を超えるものとなっている。

さらに、電子的な保健カードは、長年にわたる試行錯誤を経て、依然として発展途上の段階にある。

したがって、我が国では、今後、社会保障の分野における社会保障・税番号の活用による関係機関相互間の情報連携等の在り方を具体的に検討するに当たり、ドイツの社会保険番号及び被保険者証を参考とすることは、有益である。

とりわけ、ドイツにおける電子的な保健カードをめぐる動向については、筆者としても、引き続き、注視していきたい。

#### 注

- 1) 育児を理由とする保険料期間(社会法典第6編第294条及び第294a条)を有する者など、公的年金保険の被保険者以外の者に対しても、保険番号を付与することが可能である。
- 2) 社会給付とは、社会法の対象となるサービス、

- 現物給付及び現金給付をいう。
- 3) 付加老齢保障とは、公的年金保険に対する関係で付加的な老齢保障としての企業老齢保障及び個人老齢保障をいう。
  - 4) 援護運営機関とは、旧東ドイツの付加・特別援護制度に基づく請求権及び期待権の移転に伴う給付の運営機関をいう。
  - 5) 芸術家社会金庫とは、自営の芸術家及びジャーナリストを被保険者とする芸術家社会保険の運営機関をいう。
  - 6) 具体的には、次に掲げるものである。
    - ① 「国家社会主義の迫害の犠牲者のための補償のための連邦法(Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung)」(「連邦補償法(BEG)」)等の規定に基づいて給付を提供する機関
    - ② 賃金協約当事者の共同の施設(「賃金協約法(TVG = Tarifvertragsgesetz)」)、公務の付加援護施設及び公法の付加援護施設
    - ③ 人単位の児童手当データを利用して児童手当に応じた給付を決定する公務の関係機関
  - 7) リハビリテーション運営機関の共同サービスセンターは、障害者等に対し、相談及び支援を提供する(社会法典第9編第22条第1項)。
  - 8) 統合専門機関とは、労働生活に対する重度障害者の参加のための措置の実施に際して参画する第三者機関をいう。
  - 9) 社会データとは、特定の自然人又は特定可能な自然人の人的又は物的な状況に関する個々の事項であって、データセンター等によって法定の業務との関係で収集され、処理され、又は活用されるものをいう。
  - 10) 年金法令の期間とは、保険料期間(社会法典第6編第55条等)、保険料免除期間(同法第58条、第59条等)及び勘案期間(同法第57条等)をいう。
  - 11) 公的医療保険及び公的介護保険においては、経常的な労働報酬が年間労働報酬限度(社会法典第5編第6条第6項及び第7項)を上回る労働者及び職員は、保険加入免除を受ける(同条第1項第1号及び社会法典第11編第20条第1項)。なお、2012年における年間労働報酬限度は、50,850ユーロ(2002年12月31日に年間労働報酬限度を上回るために保険加入免除を受け、かつ、私的医療保険会社で代替的な医療保険に加入していた労働者及び職員にあっては、45,900ユーロ)である(「2012年における社会保険の基準

- 計算単位に関する命令(Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2012)」「(「2012年社会保険計算単位令(SVBezGrV 2012)」)第4条)。
- 12) 僅少雇用とは、次のいずれかに該当する場合をいう。
    - ① 雇用に基づく労働報酬が経常的に月額400ユーロを上回らない場合(「僅少継続雇用」)
    - ② 雇用がその特性に応じて常態として、又はあらかじめ契約で1暦年内に最長で2月又は50労働日に限定される場合(雇用が職業として営まれ、かつ、その報酬が月額400ユーロを上回る場合を除く。)(「僅少有期雇用」)
  - 13) 世帯における僅少雇用とは、僅少雇用が専ら世帯で営まれる場合、すなわち、通例として世帯の構成員を通じて処理される業務が世帯を通じて創出される場合をいう。
  - 14) 公的年金保険においては、僅少継続雇用及び世帯における僅少雇用に係る被用者であって、書面の意思表示を通じて使用者に対して保険加入免除を放棄するものは、当該雇用で保険加入免除を受けない(社会法典第6編第5条第2項)。
  - 15) 公的医療保険においては、僅少雇用(世帯における僅少雇用を含む。)に係る被用者であって、(使用者に対して保険加入免除を放棄したために)保険加入義務を負うものにあつては、包括保険料に相当する保険料が使用者によって、残余の保険料が被保険者によって負担される(社会法典第6編第168条第1項第1b号及び第1c号)。
  - 16) 保健基金とは、連邦保険庁が公的医療保険の保険料及び連邦負担(社会法典第5編第221条及び第221a条)を管理するための特別財産をいう。
  - 17) 社会秘密とは、何人も、その者と関連する社会データが給付運営機関によって無権限で収集され、処理され、又は活用されないよう、請求することができることをいう。
  - 18) 予防委任とは、自らが意思能力を欠く緊急時における事務の全部又は一部の処理を委任することをいう。
  - 19) 患者処分とは、意思能力を有する成年者において、自らが意思能力を欠く症例に関し、まだ直接に切迫しない特定の健康状態の検査、治療又は医師の手術について、自らが同意するか、あるいは、差し止めるかを書面で決定することをいう。
  - 20) 具体的には、本人被保険者、親族被保険者又は年金受給者である。

- 21) 具体的には、一部負担の全部又は一部の免除の有無である。
- 22) 選択料金表とは、疾病金庫によって提供される料金表であって、被保険者によって選択されるものをいう。

#### 参考文献

- ・連邦労働社会省「社会法に関する概観 (Übersicht über das Sozialrecht)」2011・2012年版
- ・ドイツ年金保険機関「社会法典第6編 - 公的年金保険 - 逐条解説 (SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung - Text und Erläuterungen)」第12版(2008年1月)
- ・田中謙一「ドイツにおける社会保険料の徴収(1)～(6)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2008年10月1日号～同年11月21日号)
- ・ネオパラダイム研究会「社会保障分野における本人同定について - 社会保障カード・社会保障番号をめぐる議論」(社会保険研究所「社会保険旬報」2009年6月21日号)
- ・田中謙一「健康保険及び厚生年金保険の適用基準の在り方 - ドイツの例を参考として - (上)・(下)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2009年9月11日号及び同月21日号)

## 1. 基本情報

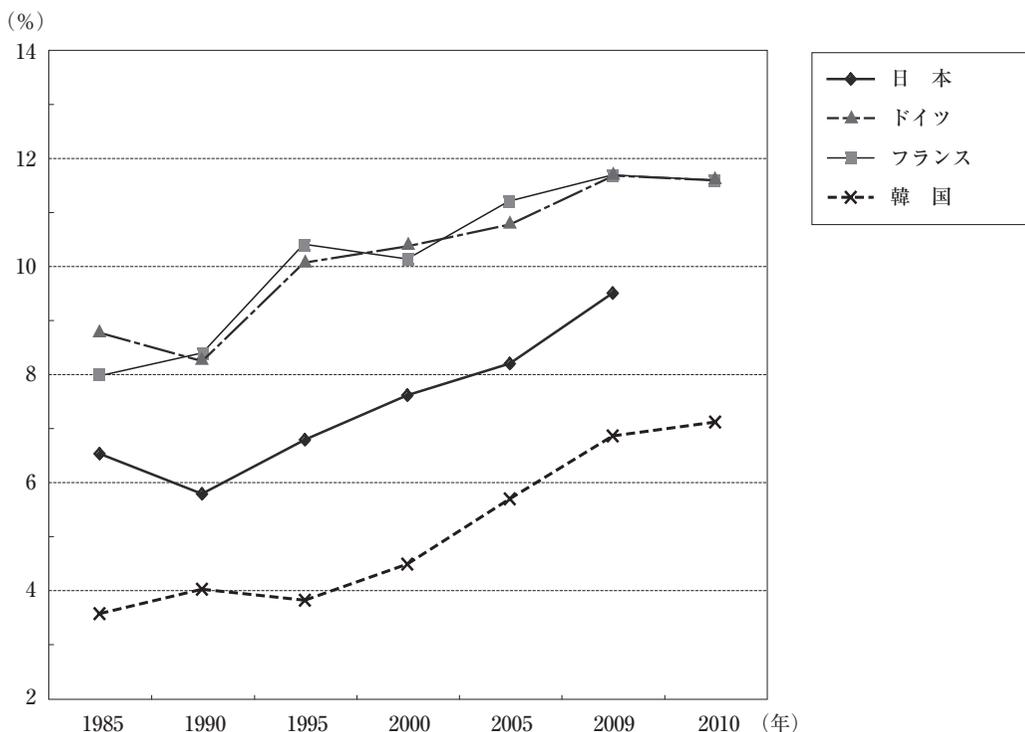
	日本	ドイツ	フランス	韓国	
総人口(千人)	127,799 (11年)	81,755 (11年)	63,294 (11年)	49,779 (11年)	
高齢化率(%)	23.3(11年)	20.7(11年)	17.3(11年)	11.4(11年)	
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.39(10年)	1.99(10年)	1.23(10年)	
平均寿命(年)	男79.6／女86.4 (10年)	男78.0／女83.0 (10年)	男78.0／女84.7 (10年)	男77.2／女84.1 (10年)	
失業率(%)	4.6(11年)	5.9(11年)	9.7(11年)	3.4(11年)	
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	7.6	
医療費対GDP(%)	9.5(09年)	11.6(10年)	11.6(10年)	7.1(10年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	38.3	53.2	60.1	35.4(08年)
	租税負担率(A)	22.0	30.3	34.9	27.4(08年)
	社会保障負担率(B)	16.2	22.9	25.2	8.1(08年)

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。

2. 国民負担率については、各国09年の数値。

出所：OECD(2012)、財務省HP.

## 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD, StatExtracts (2012)

### 3. 医療提供体制

(10年)			日本	ドイツ	フランス	韓国
平均在院日数(急性期)			18.2	7.3	5.2	5.2
病床数	医療施設	急性期	1,027,192 (8.08)	462,457 (5.66)	224,385 (3.46)	234,450 (5.53)
		長期	348,064 (2.74)	— —	34,571 (0.53)	112,827 (2.28)
		精神	346,715 (2.73)	40,292 (0.49)	57,248 (0.88)	44,281 (0.90)
		その他	8,244 (0.06)	171,724 (2.10)	100,506 (1.55)	2,318 (0.05)
医療 関係者数	医師		283,548 (2.23)	305,093 (3.73)	198,756 (11年) (3.06)	98,293 (1.99)
	歯科医師		98,739 (0.78)	64,972 (0.79)	— —	20,936 (0.42)
	薬剤師		197,616 (1.56)	50,604 (0.62)	68,732 (11年) (1.06)	32,152 (0.65)
	看護師		1,285,379 (10.11)	922,000 (11.27)	— —	228,614 (4.63)

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。  
出所：OECD, StatExtracts (2012)

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2012年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	韓国 (100ウォン)
108.05	7.80

## 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 FAX: 03-5410-2091  
E-mail: [shahoken@kenporen.or.jp](mailto:shahoken@kenporen.or.jp)