

EU統合とドイツ医療 —社会的市場主義の国における医療—

多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 教授
一般社団法人 JA共済総合研究所 客員研究員

ま の とし き
真 野 俊 樹

アブストラクト

医療保険において、独立した疾病金庫が運営する保険としての位置づけを貫徹しようとしていることで知られるドイツの医療制度であったが、最近、税金が医療保険に投入されるなどのいくつかの変化がみられる。本論文では最近のドイツ医療における変化と、社会的市場経済という、ドイツ戦後を支える思想にのっとなって、ドイツ病院の株式会社化について考察し、最後にEU統合を含めた人の移動という視点で、医療制度の変化を考えてみた。

(キーワード) ドイツ 医療 社会保障

目 次

1. ドイツとドイツ医療の特徴
 - (1) ドイツ概要
 - (2) ドイツ的な考え方
 - (3) ドイツ医療制度の概略と特徴
 - (4) ドイツの医療保険制度
 - (5) 疾病金庫
 - (6) 財政調整としての税金
 - (7) 民間医療保険と公的医療保険
 - (8) 公的医療保険中央連合体
 - (9) ドイツの病院事情
 - (10) ドイツ医師会と専門医
 - (11) HTA の進展
 - (12) 患者
2. 社会的市場経済
 - (1) 社会的市場経済とは
 - (2) 社会的市場経済の要素
 - (3) 社会的市場経済の実践
 - (4) 補完性原理
 - (5) ドイツの病院の株式会社化
 - (6) 介護（保険）の状況
3. ドイツに起きた変化
 - (1) 東西統一と医療
 - (2) EU統合との関係
 - (3) 国家間の移動
4. まとめ

1. ドイツとドイツ医療の特徴

(1) ドイツ概要

ドイツは、面積35.7万平方キロメートル(日本の約94%)、人口8,052万人、人口密度1平方キロメートルあたり約230人の国であり、首都はベルリン(約343万人)、宗教はキリスト教(カトリック2,546万人、プロテスタント2,483万人)、ユダヤ教(11万人)である。在留邦人数は38,740人である¹。

議会は二院制(但し、連邦議会と比べ連邦参議院の権限は限られている)、2013年12月17日、独連邦議会においてキリスト教民主/社会同盟(CDU / CSU)と社会民主党(SPD)の大連立による第3次メルケル(CDU)政権が成立して現在に至っている。

GDPの規模では欧州内で第1位の国で、2013年のドイツのGDPは3兆6,359億ドルであり、アメリカ、中国、日本に次ぐ世界第4位である。

輸出大国で知られるが、輸出入先は共に欧州が全体の3分の2程度を占める(輸出は欧州(69%)、アジア(16%)、米国(12%)、輸入は欧州(70%)、アジア(18%)、米国(9%)の順)²。ポルシェやBMWなどドイツの高級車は、日本をはじめとして、世界中でステータス・シンボルとみなされている。2013年の自動車生産台数は571万台で、中国、米国、日本に次ぎ世界第4位である³。またドイツ企業の強みは、プラントや工作機械、環境関連技術の輸出である。

(2) ドイツ的な考え方

ドイツは、専門職を重視し、自治あるいは参加型意思決定を重んじる国である。たとえば、ドイツでの大学教授の位置づけは日本よりずっと高く、退職後も年金といった形で生活が保障される。中でも医学部の教授はステータスが高いようである。知られているように、日本での教授の力の源である医局制度自体はドイツではあまり機能していないが(たとえば教授になるためには1回母校を離れなければならないなど)、やはり医学部教授は地位と名誉、収入を兼ね備えたポストであるようだ。また、ドイツでは教授は職ではなく資格に近く、職がなくても論文数などの業績で教授と名乗ることができる。

自治について、一例を挙げると、ドイツで開業医に対する診療報酬の配分を行っている保険医協会は、医師の自治の仕組みである。日本的に考えれば、後述する疾病金庫というものが保険者であるから、医療保険の支払いに厳しく介入するのではないかと考えるだろうが、必ずしもそうではなく、むしろ公法人である保険医協会が医師の医療行為を監査し、報酬を決定しているのである。

ドイツを視察すると何度となく社会法典〇〇条に基づくという発言がきかれる。さらに、後述する保険医協会は国の仕事を委託されている公法人であるという点が強調される。確かに、日本でも同様であって、公的な法人である独立行政法人や公益法人は国の仕事を委託されている部分もある。しかし、

1 外務省(データは2012年時点)

2 同上

3 日本自動車工業会「世界の四輪車生産台数」

外国人へのプレゼンテーションでわざわざそれを強調して説明するとは思えない。おそらく自分たちの法人の歴史や役割から説明が始まるのではないだろうか。このあたりに、官製市場的な日本との法の位置づけの違いを感じた。

また、熊谷（2006）『ドイツ病に学ぶ』によれば、多くのドイツ人は企業が社会的責任を果たすことを求めている。政府は、企業が雇用を増やすような環境を作ることしかできない。したがって企業は利益が増えれば雇用を増やし、失業問題の緩和に貢献するべきである、と考えている。また、いくら時代が変わっても、ドイツ経済に失ってはほしくないものとして、「たとえば従業員の企業への帰属心。そして経営者が、自分の給料だけでなく、企業の長期的な繁栄を重視する視点である」という見方を紹介している。

（3）ドイツ医療制度の概略と特徴

図1に、在独日本大使館一等書記官の岩間氏の資料を示す。ドイツでは、労使折半の保険料による公的保険制度に基づく制度をとっており、住民側から見れば高所得者に対するの例外措置を除けばほぼ日本と同様の制度をとっているように見える。

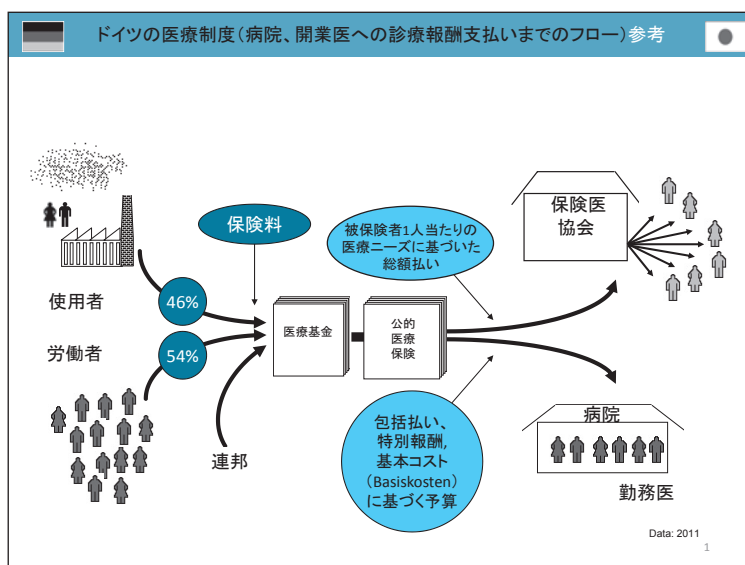
しかし、日本と比較した場合、1）保険が高齢者まで突き抜け方式になっている点、2）医療者や病院への支払い方式が異なる点、特に医療者については保険医協会

を通して個々の開業医に支払われる点、3）民間医療保険や株式会社病院など民間の役割が大きい点、4）特定の計画区域における医師数の基準を決めている、などの相違点がみられる。

4）は、もとは1990年末の医師数と人口をもとに決定されており、たとえば、家庭医は身近な医師ということで、883区域で人口1,671人に対して1名が標準とされている。専門医の場合には分野にもよるが、372区域で人口13,399～20,664人に対して1名、麻酔科医のような特別専門医は97区域で人口46,917人に1名、さらに放射線療法や病理のような特定特別専門医は17の区域で人口173,576人に対して1名と割り当てられる。近年では、交通事情も含めた診療構造、高齢化といったことも加味されて修正される。

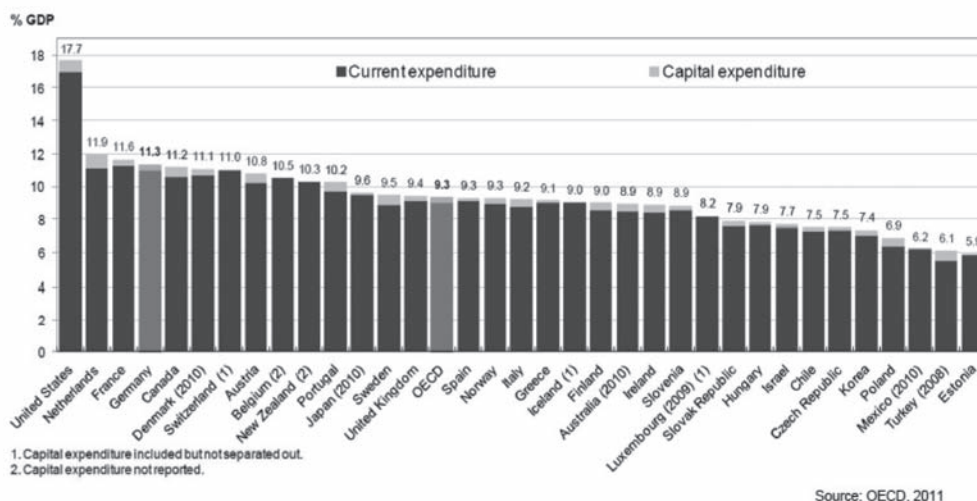
実際に開業を希望した場合には、この数字をもとに地域の現在の供給状況（開業状

（図1）ドイツの医療制度
（病院、開業医への診療報酬支払いまでのフロー）



（出所）在独日本大使館 岩間氏資料

(図2) OECD各国の医療費（対GDP比）



(出所) OECD資料 (2011)

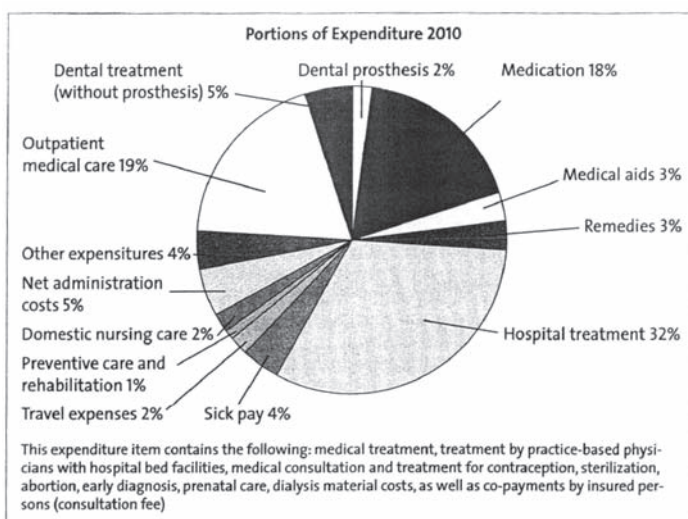
況)を調べ、110%以上の過剰地域では開業ができないことになり、逆に供給不足エリアでは開業促進に向け財政措置がとられる。

(4) ドイツの医療保険制度

2009年のドイツの平均寿命は男性77.8才、女性82.8才、2011年のOECD資料によれば、ドイツの医療費はGDPの11.3%で、OECD平均の9.3%よりかなり高い(図2)。国民一人当たりの負担分になると年間4,218ドルで、日本は2,878ドル(2008年)である。また、図3に2010年の支出の内訳を示す。医療に対するアクセスは、ドイツはヨーロッパ内では良好なほうであり、43%の患者が医療が必要だと思ったときにその日のうちに家庭医とのアポが取れ、17%が翌日にアポが取れている。逆に言えば、外来受診の頻度は、他のヨーロッパの国より多くなっている。

ドイツには、疾病金庫を保険者とする公的な医療保険制度があり、国民の約9割が加入

(図3) 支出内訳 (2010年)



(出所) The Healthcare System in Germany- a Short Introduction

している。国民皆保険は達成されているが、ドイツでは「収入が一定水準を上回っている」、「公務員である」など一定の要件をみたしている者は、公的医療保険への加入義務がなく、民間医療保険会社が提供する医療保険に加入することができる。

ドイツの疾病金庫が日本の健康保険組合と異なる点は、加入者の疾病金庫に対する選択権である。これは、1993年の疾病保険構造

法（GSG）により、被保険者の疾病金庫選択が自由化されたことではじまる。GSGは「連帯下の競争」の基本理念導入、医療費・保険医数のコントロール、被保険者による疾病金庫選択の自由度向上、リスク構造調整、疾病金庫の管理運営体制の強化（その後は加入者サービスの強化）、IT化や合併統合によるコスト削減などによって他金庫との差別化を図り、競争をうながすものであった。

（５）疾病金庫

日本の医療保険者にあたるものを疾病金庫という。たとえば、日本でいう市町村国保および協会健保にあたる、「地区疾病金庫（AOK-Bundesverband）」「職員金庫（Verband der Angestellten-Krankenkassen）」「労働者代替金庫（AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband）」「企業疾病金庫（BKK-Bundesverband）」「同業者疾病金庫（IKK-Bundesverband）」「海員金庫（See-Krankenkasse）」「連邦鉱山従業員共済組合（Knappschaft）」「農業金庫（BLK-Bundesverband）」がある。法治の要素が強いドイツでは疾病金庫は、「国家の監督の下で、法定された任務を民主的な自治及び自己責任という基本原則に基づいて遂行する」とされ、公法人である疾病金庫の活動は法律で定められている。

バイエルン州には、シーメンスという医療機器も扱う巨大企業が存在する。たとえばシーメンスの社員は自社の疾病金庫だけではなくAOKへの加入も可能である。もちろん、ドイツ銀行やBMWのように外部からの受け入れを閉鎖している疾病金庫もあるが、

この数は年々減少している。そこで、IKKのほうが良さそうなのでそちらに加入するという会社員が出てきたりする。

各疾病金庫は、被保険者獲得のために、いろいろな工夫を凝らしている。ただし、財政的には、主に年齢によるリスク構造調整が行われるので、疾病金庫ごとに保険料も異なる。リスク構造調整とは、公的医療保険制度において、疾病金庫が収入水準、年齢といった要因により、加入者を選別することがないように、疾病金庫間で交付金の調整を行う制度である。

これは、保険者の努力とは無関係に保険料率格差を生み出す可能性のある不公平な要因（加入者の年齢・性別・障害の有無など）をあらかじめ調整しておく制度である。具体的には、保険料収入、保険給付に影響を与える要素を考慮し、被保険者集団の所得水準が高い、年齢層が低いなど、収益面で競争上有利に立つ疾病金庫が交付金の支払い側となり、逆に収益面で競争上不利となる疾病金庫が交付金の受け取り側となり、金庫間で交付金の授受を行う。

日本においては、政府の関与の下で公費の投入があり、保険者間の事後的なやりとりで調整していたために「裁量的」な要素が強いという指摘もあり、年齢・性別・扶養率・所得の4つのリスク要因を指標としたリスク構造調整という事前調整であるドイツの手法は参考になる。その意味では、批判が多い後期高齢者医療制度であるが、事前に公費の割合を5割に設定するなど、資金の流れを明確にしようとした点は評価に値するのではなかろうか⁴。

また、保険料率が一律になったことで、疾病金庫はさらなる企業努力や効率化が必要になった。そもそも、基金から疾病金庫に配分される金額は、疾病金庫の支出の全額をカバーするように設定されておらず、平均は98%とのことだが、もし努力が足りなくて赤字になった場合には、追加保険料を1%徴収することが可能である。

しかし、この追加保険料は諸刃の剣で、消費者にこの疾病金庫は危ない、というシグナルを出しているようなものであるから、上述したように被保険者の流出を招く。実際、疾病金庫の倒産の例もいくつか出てきているようである。

ここで、ドイツに限らず、大陸でおきている財源の変化について触れておこう。

(6) 財政調整としての税金

大陸型の医療保険制度においては、税金が保険料に投入されないこと、言い換えれば保険が独立して機能していることがドイツの特徴であった。しかし最近ではこの状況に変化が起きている（次頁図4）。

たとえば、フランスにおいては医療保障の財源はもともと税ではなく、被保険者や使用者が拠出する保険料に依拠していたが、赤字が増大したため、一般社会拠出金（CSG）という税を投入することとなった。さらに1997年には医療保険にもCSGが投入されることと

なり、その後CSGの医療財政に占める割合は増加し、40%近くになるといった租税代替化が進んでいる。また、ジュベプランにおける社会保障財政法の制定や全国医療支出目標（ONDAM）の導入、また、CSG導入による普遍性原則の浸透により、保険者は財政的自律性の点において、社会保障財政に対する国家関与が強化され、保険者が国の代行機関となってきている。

ドイツも同様の状況にあり、2004年からは医療保険への税の投入が行われた。たばこ税の引上げによる連邦の増収分を基に医療保険への連邦からの補助が行われることになった。その後、この連邦からの補助の増額が行われ、2008年においては、社会保険料が63.1%と最も高く、一般政府負担（公費負担）が35.0%、その他が1.9%となっている。これにより政府（連邦）の関与がより大きくなったことは間違いない。民間医療保険者も財務制約の中での仕事という側面が増え、公法人ではないのだが、マネジメントや管理の代行という要素が増加している。

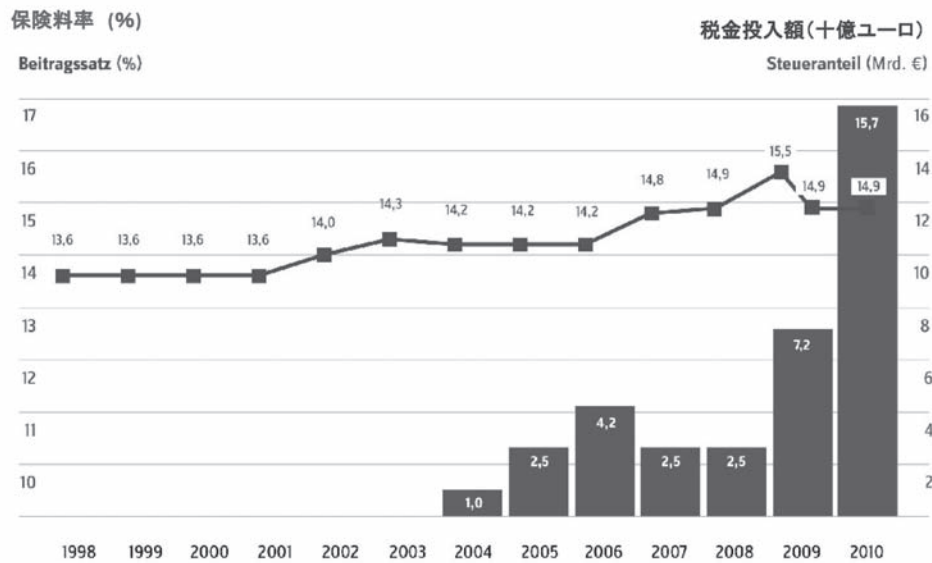
(7) 民間医療保険と公的医療保険

繰り返しになるが、ドイツは国民皆保険ではあるが、収入が多い人（正確には勤務者であって収入が最低3年間、いわゆる保険義務限度額を超えたもの）や公務員⁵、自由業、

4 ドイツのリスク構造調整は2007年の改革でより厳密になった。すなわち、所得がリスク要因から除外されるかわりに、疾病率が入ったのである。また、2004年1月1日以降、法定疾病保険で、法定の給付カタログに含まれない諸給付のための付加保険を提供することが可能となった。

5 ここでいう公務員は上級公務員とでもいうべき人たちが数は総公務員数の5分の2くらい。ただし教員や警察官、軍人が大半である。ドイツ公務員制度の最大の特徴は、民間と同様の雇用関係にある「職員・労働者」と公法上に任用根拠がある「官吏」の2つの制度に分かれていることで、このうち官吏についてのこと。

(図4) 公的医療保険における保険料率の推移 (年平均、%) 及び税金の占める割合



Quelle: Eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbandes nach BMG, KMI

* Seit 1.7.2005 zahlen alle Mitglieder zusätzlich einen einheitlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent.

(出所) 東京医科歯科大学の岡嶋道夫名誉教授の翻訳による

自営業⁶は民間保険に加入してもいい。この仕組みは非常に特徴的である。すなわち、ドイツの公的医療保険制度は①民間医療保険が公的医療保険に代替できる、という特徴がある。さらに、民間医療保険は②公的医療保険の給付対象とならない補足的な補償を提供している。①を「完全医療保険」「包括的医療保険」、②を「部分医療保険」「補足的医療保険」という。

さて、公的保険では、通常の保険とは異なり個々のリスクを反映していない。それは「連帯」の精神のもとでの公的保険であるからだ。日本では、リスクを反映していない医療保険はおかしいと時々おもしろいことを言う人がいるのだが、公的保険はあくまで「連

帯」の精神に基づいている。社会保険の本場のドイツであっても同じことである。その他の違いとしては、公的保険は現物給付であるが、民間保険の場合には、費用があとで償還される、保険料設定が民間医療保険の場合には自由である、医薬品に対しての強制割引が公的保険では可能である、民間保険では原則個人との契約であるが公的保険では家族も共同で加入できるといった点が挙げられる。

繰り返しになるが、公的保険の保険料は、企業との折半の部分が14%で、企業は給与の7%を保険料として支払う。従業員はこの7%にプラスして0.9%を支払う、つまり従業員は7.9%の支払いになる。166の公的な疾病金庫、48の民間保険会社があり、公的保険の

6 自立した職種：医師、歯科医師、獣医師、療法士、医療体操士、助産婦、治療マッサージ士、心理学有資格者、弁護士会会員、弁理士、公認会計士、税理士、国民経済及び企業経済の顧問専門家、宣誓した会計士、税務代理人、技師、建築家、商業科学者、水先案内人、専門鑑定人、ジャーナリスト、写真報道家、通訳者、翻訳者及び類似の職、並びに科学者、芸術家、文筆家、教師及び家庭教師。なお、これらの自由業職種と商店や手工業などの自営業との区分は、必ずしも統一されたものではなく、他の国にはないドイツに特有な分類である。

加入者は約90%で民間保険加入者は約10%である。

民間保険のみを扱う診療機関もあるが、民間保険は、受けられる医療のカバー範囲が公的保険よりも広くなり、大学病院で部長医師や教授の診察が受けられる、病院では部長医師の診察が受けられる、入院の際に1～2人部屋に入院できるなどの条件が得られる。なお、追加保険は法定健康保険加入者が対象で、公的保険の代替の民間保険と同じように部長医師や教授の診察が可能で、1～2人部屋に入院できる。

もちろん、これは公的保険の場合には、部長医師や教授の診察を受けることができないということを意味するわけではない。それが確約できるかどうかの差である。

（８）公的医療保険中央連合体

公的医療保険中央連合体はすべての疾病金庫を自主的に管理する連合体（公法人）である。同時に介護金庫の中央連合体でもある。すべての疾病金庫、それらの州連合体及び被保険者と共同契約を結び、疾病金庫及びそれらの州連合の業務を支援することがその役割である。

具体的には、専門家の自律の実現のための組織としての位置付けを与えられている連邦共同委員会（GBA）への参加がある。たとえば新しい代替療法がでてきた場合、何が医療の範囲による給付なのか、それを実際に公的医療保険がカバーするべきかどうかを決定するのがこの共同委員会の役割で、委員会には保険医協会、病院協会、疾病金庫、相談役

の患者の代表が入る（医師の代表（連邦医師会）も構成要員であったが、2004年の改訂で除外された）。そのときの疾病金庫側の代表がこの連合体である。

さらにこの連合体は、すべての疾病金庫の医師に適用される報酬を決定する。連邦レベルでその指標となるものを作って、保険医協会と合意をしてその指標値を決めている。

具体的には、DRG⁷の支払金額、保険医の給付に対する統一基準（EBM）の策定、医薬品－療法－補装具定額の確定、州レベルにおける協定に対する大綱的基準値、リスク構造調整に対するデータベースの作成、データ定義及びデータ収集をしている。

ドイツの場合はジェネリックのマーケットがうまくいっている。参照価格制度がうまく機能しているということや疾病金庫とメーカーが直接契約できる割引制度があるため、参照価格制度には、いわゆる「ピカ新」と呼ばれる画期的新医薬品ではない薬剤すべてが対象とされる。しかし新薬で特許がある薬は制御をする手段がなく、薬剤のコスト上昇の60%がこの新薬によるものである。そこで、今後はこの部分に強制的な割引制度を包括的に行うことになっている。

（９）ドイツの病院事情

ドイツの病院においては、後述する社会的市場経済の考え方にに基づき、管理された中で競争になっている。病院を管理するのは、州になる。特にドイツの病院は、建物や高額医療機器といった施設の費用を州からの補助金で補う仕組みになっているので、病院側も

7 Diagnosis Related Groupsの略、診断群別分類。

州からの管理に対してより敏感にならざるを得ない。

ドイツ病院協会はドイツにある2,027の病院の協会であり、すべての病院が加入している。図5に経営母体構成比を、図6にドイツの病院事情の変遷をしめす。ドイツでは、1,870万人の入院（うち外国人1%。うち4割が海外から）、200万人の外来を行っている。平均在院日数7.4日、稼働率75%、患者のWaiting Listはない。

ドイツにおいて、病院の役割は一般的に病気を治すことであり、リハビリと介護は病院ではなく別の機関で行われる。要するに病院が担当しているのは純粋に医療の部分である。

従来、ヨーロッパの病院では外来部門はほとんど行われていなかった。これは、東西ドイツの西側の特徴であったが、近年のドイツにおいてはこの状況が変わってきている。これは、病院や街に医療センターを作るという動きである。要するに、開業医の収入が減っている中で、個人での開業でのリスクを取りたくない医師が、自営業者ではなく被雇用者として外来を行う動きである。

(10) ドイツ医師会と専門医

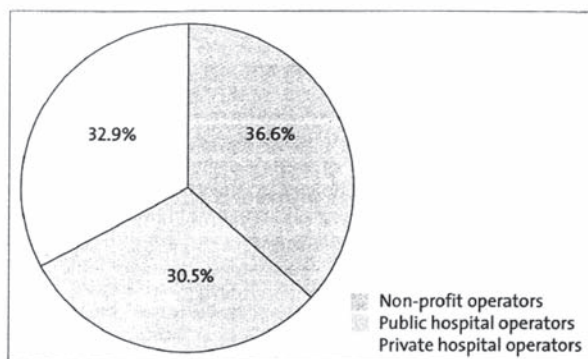
ドイツには、登録医師数

439.1千人中、333.6千人の実働の医師がいる。うち、入院関連で働いている医師が163.6千人、外来関連で働いている医師が141.5千人いる（図7）。

さて自治の仕組みであるドイツ医師会の歴史をみてみよう。1800年代半ば、各地で医師会が発足、その後ビスマルクによるドイツ統一、2度の世界大戦を経て、1947年にドイツ連邦医師会ができた。

(図5) 経営母体構成比

Fig. 3.2: Hospitals according to operators



(出所) The Healthcare System in Germany- a Short Introduction

(図6) ドイツの病院事情

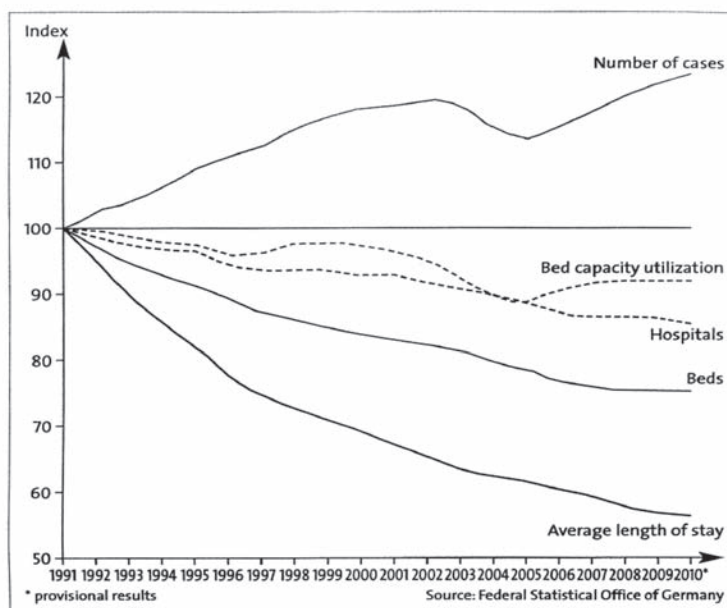
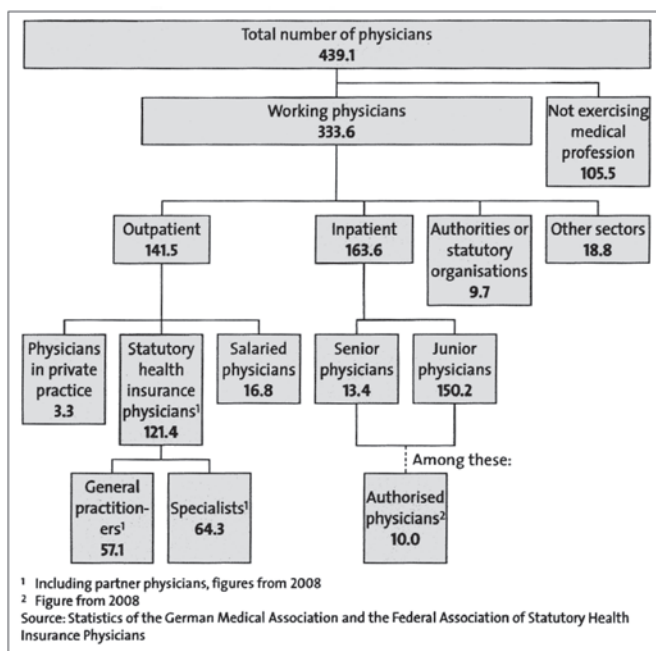


Fig. 6.1: Selected hospital indicators

(出所) The Healthcare System in Germany- a Short Introduction

(図7) ドイツの医師数 (2008年)



(出所) The Healthcare System in Germany- a Short Introduction

ドイツやフランスなどの医師会制度は、法的根拠により、責任と権限を委譲された専門職能団体によって、厳密な自律的管理が行われている。その特徴は①すべての医師が加入することが法律に定められ、②規律の内容が明文化され、③不適切な事例（会員）に対する懲戒の権限あるいは場（職業裁判所など）をもち、したがって、④社会的・公共的な強制力をもつ形で自律性を発揮できる点にある。

ドイツ医師会は医師の自治組織であり、それぞれの州では、州法として「医療職法」が定められており、いずれの州法においても、全ての医師が州医師会に加盟することが義務付けられている。逆に医師会は医師会会員を監視しており、公機関として医師免許の停止や剥奪も可能である。連邦医師会は各州医師会が自主的に創立した連合体であり、また医師会を統合・調整する機能をもつ組織である。同時に、連邦医師会は各州の医師会を代

表する機関であり、連邦レベルにおいて実質上、医師を代表する組織となっている。

また、医師と第三者（患者）間の争いの調停委員会、臨床試験・動物実験の倫理委員会も主宰し、卒後の専門医教育と専門医認定試験、専門医研修認定病院と研修指導医の認定及び生涯研修の管理、といった業務を行う。つまり医師国家試験は州が行うが、医師の登録及び専門医認定については医師会が行うという仕組みなのである。

現在では開業する場合にも専門医認定はほぼ必須といえるが、いまだに10万人ほどの専門医認定を受けていない医師がドイツ国内に存在する。ドイツでは2004年に臨床研修制度が廃止され、専門医制度に一本化された。この10万人は、昔の制度の時に専門医を取得しなかった医師、専門医取得善の医師、専門医に成れずに再度挑戦中の医師などである。

ドイツでは家庭医も専門医であるが、そもそも専門医になるには、専門医研修認定病院就職後、所定の臨床研修後、臨床研修証明書と教授の推薦状を添え医師会に提出、医師会で書類審査後、専門医認定試験を受ける（年2回）。

なお、ドイツの医学部は6年間であり、その後の卒後研修、さらには専門医取得後の継続研修を各州の医師会が行う形になる。

これらは、ドイツの専門職に自治の意識が強いこと、そして歴史的に州の権限が強く地方分権になっている連邦制であるために、採られている制度と考えられる。

(11) HTAの進展

英国のNICE⁸に端を発する医療に関する技術評価の動きがドイツにも起きてきている。EU諸国のHTA⁹機関のネットワークEUnetHTAによるHTAの定義では、「HTAとは、医療技術の利用に関する医学的・社会的・経済的・倫理的な問題についての情報を、システムティックに、透明性を持って、偏見なく、着実にまとめていく学際的なプロセスである。その目的は、患者中心の安全で効率的な医療政策を作るために情報を提供し、最良の価値を達成しようとするものである」とされる。

ヨーロッパにおけるHTAには2種類の流れがあるとされる。ひとつは、ドイツ、フランス、ベルギーに見られる流れで、自らがカテゴリー別に新製品の臨床上でどんなメリットが加えられたのかを考える。これは追加的な有用性があれば価格に反映したい、という考え方である。一方、英国、オランダ、ノルウェー、スウェーデンでは会社によって提案された価格などをもとに、医療経済学的な分析を行うという考え方である。これは、閾値を決めて保険収載（税による償還）をするかどうかの決定に使うもので、国際的には、こちらの方が主流になっている。

歴史をさかのぼると、ドイツでは1989年に後発品の参照価格制度が導入され、2007年に費用対効果分析の考え方が導入され、そして2009年に、下記するIQWiG¹⁰（医療技術評価機構）が費用対効果の考え方の報告書を出し

た。しかし、経済学者や保健省との対立もあり、現在、純粋な意味での費用対効果分析は公には使用されていない。

この論争の背景には、ドイツで効率性フロンティアの考え方を、費用対効果分析に使用したことにある。QOLや死亡率などで評価した有効性と費用で効率性フロンティアのカーブを描くが、ドイツの考えでは、カーブより上の薬剤に意味をみとめるのではなく、旧来の薬剤において最も有効性が高いものより、有効性が高くなければ意味を認めない考え方になっている。

ドイツにおいては非営利の非政府系研究所であるIQWiGが2004年に連邦共同委員会の下に設立された。これは、経済性と有効性について費用対効果分析を行って検査するための機関である。英国のNICE、フランスのHAS類似の機関で、連邦共同委員会への提案を行う。IQWiGは

Drug Assessment
Non-Drug Interventions
Quality of Health Care
Medical Biometry
Health Economics
の5つの分野に分かれている。

現在のドイツでは、欧州医薬品庁（EMA）の承認がとれば自由薬価で収載されるが発売後1年の間に連邦共同委員会による早期有用性評価を受ける。ここで、費用対効果評価を含め企業と薬価の折衝が行われる。

8 National Institute for Health and Clinical Excellenceの略、英国の国立医療技術評価機構。

9 Health Technology Assessmentの略、医療技術評価。

10 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) の略（ドイツ語）
英語名は、The Institute for Quality and Efficiency in Healthcare

(12) 患者

ドイツの患者は、通常はまずハウスアルツトと呼ばれる家庭医を受診することになる。そして家庭医が必要に応じて専門医、病院、大学病院を紹介する。家庭医では通常心電図やエコーの施設までで、レントゲンや胃カメラ等の装置を備えているところは少ない。また、家庭医がレントゲンや胃カメラを行った場合には保険で償還されず、日本でいう混合診療になるので割高になる。しかし、便利なので家庭医でレントゲンや胃カメラを行う例も多いという。

病院で受診するにあたっては、紹介状がないと費用が高くなる。一方、病院は主に入院患者の治療を目的としているので、退院すると元の家庭医で経過を診ることになる。ただし、病院の経営悪化にともない病院も外来に力を入れ始めている。

ドイツでは患者の自己負担が非常に少ない。たとえば外来の診察料では四半期（1～3月が最初の四半期）ごとの診察料は10ユーロである。さらに家庭医の紹介を通して他の専門医にかかる場合、それが同じ四半期の間であれば再度支払う必要はない。

入院も同じで、入院追加費用は1日10ユーロである（ただし1年に28日限度である）。薬剤購入費も薬剤費の10%である（ただし、最低5ユーロ最高10ユーロまで、かつ薬剤費以下、と定められている）。また、ドイツは代替医療が活用されている国で、通常医療の代わり、もしくは、通常医療と合わせて用いられたりするため「補完医療」とも呼ばれ、マッサージや温泉浴でも治療の一部と認められた場合は、費用の10%プラス処方1回につ

き10ユーロである。

夜や休みの日は、日本の休日診療センターのような場所か救急病院での診察になる。救急車は費用がかかるので家族の車やタクシーで来院することが多いようである。

ドイツでは、医師の処方箋を持って薬局（Apotheke）に行く。診療報酬も含め考え方が箱単位なので、日本のように服用時刻や食前・食後、何日分など親切な記載のある袋ではなく、何十錠も入った箱で処方される。

フランスほど長期間ではないようだが、開業医も1、2週間単位の休暇を取得するのでその間は連携をとっているほかの医師の診察を受けることになる。

2. 社会的市場経済

(1) 社会的市場経済とは

社会的市場経済とはドイツの経済学者アルフレート・ミューラー＝アルマックが1946年に示した、第二次大戦後のドイツの経済成長に寄与したと考えられる理念である。資本主義による市場経済を基本としつつも、国家や政府、公企業といった公共セクターによる社会的な役割を重視することを特徴とする経済政策である。つまり、「市場経済を導入するという決定は、なによりも社会体制政策上の決定である。経済面での決定はその後に来る」、逆に言えば「市場経済により国家と民間の活動領域の間の境界が設定され、民間が得た自由な活動領域は国家の介入から守られなければならない」、という考え方である。

島野（2003）は次のように解説している。

市場経済であるから、市場の調整メカニズムと自由競争を尊重し、市場の均衡化機能を重視する考え方であることは間違いない。しかし現代の経済は、様々な（たとえば情報の非対称性や規模の経済性といった）条件によって、市場の自動調整メカニズムが十分に機能せず、その結果、失業やインフレ（デフレ）を生み出すという不安定性をもっている。万事、市場に任せておけば、最適の経済状況が生まれるという、予定調和が成立するわけではない。社会的市場経済というとき、『市場経済』の前に置かれた『社会的』という形容詞は、市場参加者で構成する社会全体の動きに配慮するという倫理的概念である。政策による社会調和を重視する考え方である。したがって必要となれば、政府の政策運用による市場介入も許される。たとえば市場参加者間の所得分配が不公正であれば、税制による所得移転政策がとられることになる。

社会的市場経済の考え方ではどこまで市場経済を導入するかという決定を社会体制の中で決めるとされる。市場経済により国家と民間の活動経済の境界が設定されるからである。ドイツの経済学の流れにおいては、秩序理論という考え方があり、これが社会的市場経済の基礎になっている。

中心になる人物は、ヴァルター・オイケンである。オイケンは、哲学者でノーベル文学賞受賞者ルドルフ・オイケンの子としてイェーナで生まれ、1927年以降フライブルク大学教授となった。オイケンが自由経済や競争経済がうまく機能するには、強力な政府によって競争の秩序が背後から保たれねばならない

と考えた。そして、秩序という言葉のラテン語であるオルドー（Ordo）を、自分たちが信奉する自由主義に冠して、オルドー自由主義と呼んだ。

島野（2003）によれば、オルドー自由主義と古典派自由主義の違いは、自由の社会的機能の捉え方にある。オルドー自由主義は、自由はこれを放任すればやがて社会的ジレンマを招くと考え、古典派は、政府を夜警とし、その役割を最小化した。オルドー自由主義は、積極的に政府に一定の役割を与える。そして政府がこの社会的ジレンマをどのように調整できるのか、またどのように調整すべきかについて議論するのである。

（2）社会的市場経済の要素

社会的市場経済を構成する3つの要素は、1：自由の原理、2：国家の任務、言い換えれば社会的調整、3：道徳上の責任になる。

ここでいう競争という考え方は必ずしも適者生存という考え方に基づいていない。つまり経済的競争にはたった1人の勝者だけが残るわけではなく、多くの供給者が存在し、存在し続けることを目標にするという考え方である。ドイツにおいては経済的な思想の左右にかかわらず消費者の選択の自由が重視される。

公正な競争の保証としてはカルテル形成、国営企業と民間企業による競争を阻害するような政策・補助金、合併のコントロールなどの禁止があげられる。

社会的調整は社会体制の中で枠組みを作っていくなかの1つに競争政策があるという考え方である。その意味で社会福祉政策が経済

政策と密接に関連する。

道徳については医療の世界で言えば保険医協会や医師会といった専門職が自らの道徳に基づいて自治を行っていくというところにある。

(3) 社会的市場経済の実践

政治家として社会的市場経済を定着させたといわれる旧西ドイツのエアハルト元首相¹¹のスローガンは「Wohlstand für alle（全ての国民に繁栄を）！」であった。

エアハルト（1960）は「社会的市場経済の会議は、市場における自由の原理が、社会的調整の原理および全体に対する個々人の基本的な責任の原理と結びつくところにある」としている。

エアハルトによる戦後西ドイツの経済改革は、自由価格制の導入で始まった。しかし、島野（2003）は「自由価格制をいきなり基礎食料品の供給システムに導入したのではない。1948年6月の通貨改革とともに、まず製造業製品価格が自由化された」などと述べている。

これらの政策により西ドイツは奇跡的な経済成長（エアハルトの奇跡）を達成した。

1990年10月3日、東西ドイツ統一条約が発効し、同条約によって東ドイツに社会的市場経済が導入されることが明示された。しかし、東ドイツでは戦後半世紀にわたって、社会主義型のソビエトモデルともいえるべき中央集権的な仕組みが導入されていた。国が運営しているヘルスセンターや診療所から民間の診療所に移行が行われた。病院に対しては非

常に大きな補助金が投入され、東ドイツの医療が改善されるはずであったが、機器薬剤の流通の問題、医療技術が遅れていた問題、あるいは経済状況の悪化などでうまくいかなかったものもあった。

アルバー（2008）は冷戦終結前に、対社会主義ということで目立たなかった資本主義の差に注目した。その著書『資本主義対資本主義』において、「ライン型資本主義とは、ライン川に沿ったヨーロッパ諸国に典型的に見られるような資本主義で、政府主導、結果の平等、雇用の安定、福祉などに重心を置いている資本主義である」とした。日本の資本主義もライン型と多くの共通項を持っているためライン型に属するという。

一方、アングロサクソン型資本主義は、「政府より市場を重視、結果の平等より機会の平等、雇用の安定より株主の利益を優先させるような資本主義であり、典型例は米国で、英国資本主義もこれに準じている」という。アングロサクソン型では、社会保障たる保険制度が生まれにくく、逆に言えば、英国ではその補完のために税での社会保障が生まれたという見方も可能である。

(4) 補完性原理

社会的市場経済を支えるもう1つの思想はカトリック教会の社会教説のなかから生まれたといわれる補完性原理である。補完性原理とは、組織を構成する成員の上位部分と下位部分の責任と権限、役割を明示する原理である。すなわち、ある用件を処理するとき、組織の下位部分で十分であれば、その用件は下

11 1949-1963経財相、1963-1966首相。

位に任せ、下位部分で達成不可能なとき、初めて上位部分がその処理にあたることになる。

島野（2003）は、この原理の社会的意味は、「当時のドイツにおける全体主義の台頭を抜きには語れない」とする。つまり、世界恐慌後の不安におののく個人や企業に対して、そして人間を階級・民族・国家に還元しようとする全体主義政府に対して、あるべき社会秩序を示し、下位（たとえば個人）ができない場合のみ、上位（たとえば政府）が介入して補完的に援助することを勧告したのである。

社会保障に対しても同じ考え方が背景にある。下記のエアハルトの社会保障に対する考え方は、補完性原理をよく体現している。

「社会的保障は確かによいことであり、きわめて望ましいことであるが、その社会的保障はまず前述の自力から、自己の業績と自己の努力から生まれるものでなければならないということである。社会的保障は、全員に対する社会保険、個々人の人間的責任をいずれかの集団に移譲することと同じ意味ではない。最初には自己の責任があらねばならない。それがもはや十分でなくなり、またはもはやきかなくなったときに、国家及び共同体の責任が始まるのである」（河崎（2011））。

この社会的市場経済政策に基づき、ドイツでは社会保障の分野においても、保険者間の競争、病院や診療所間の競争が奨励される。また、補完性原理に基づいて、個人や家族の役割を一義的に考える政策がとられている。それはたとえば介護保険においては、完全に介護の社会化を目指した日本と異なり家族の介護サービス提供に対しての支払いが可能となっている点である。

（５）ドイツの病院の株式会社化

ドイツにおける病院やベッド数については、州立や市立の公立病院が減少、宗教法人立などの民間非営利病院も減少し、その代わりに民間営利病院、つまり株式会社病院が増加してきている。これは、DRGの導入により病院の平均在院日数が少なくなったこと、ドイツでは病院の設備投資は、日本のような診療報酬（ドイツの病院の場合にはDRGによる支払）ではなく、地方自治体が行うが、そこからの投資不足などが影響している。

もともと、公立病院はベッド数が多い大型病院が多く、民間非営利病院は小型のものが多かったが、近年では公立病院や、大学病院が民間営利の経営母体に売却されるケースが出てきている。

日本であれば大騒ぎになりそうな話であるが（もっとも日本では新規に株式会社の病院を作ることはできないが）、これは、前述してきた社会的市場経済の概念からは問題がないという。つまり、提供される医療サービスの品質基準を品質レポート（400ほどの指標がある）を提出することで遵守し、公定の価格で医療を提供している以上、価格競争ではなく品質の競争になる。また、地域での病院計画があるのでむやみな大規模化はできない。そして住民の不満がなければどの経営母体が医療サービスを提供してもかまわないという考え方のようなものである。

要するに、患者からの選択権が守られ、適切な病院間競争が行われている、ことが条件であるということになる。ただし、公正な競争の担保のために独占禁止法で規制がかかることはある。

「フレゼニウスMedicalケア」という透析機器事業と病院経営を行っている会社がある。フレゼニウスは74病院、1.2兆円（120億USD）の売り上げで、社員73,450人（2010年）の会社で、透析機器事業はフレゼニウスSE（1,597億ユーロ、社員13万人、2010年）である。ここが、ドイツ国内の病院大手チェーンであるレーンを買収しようとしたときに独占禁止法への抵触が問題になった。

さらに、マールブルク大学病院をレーンが所有しており、ここの機能の継続（大学病院なので研究機能の継続）などでも問題になった。結局、同業のハンブルグに本社を置く、アスクレピオス（1984年設立、92病院（2011年）、従業員32,000人）が反対し、2012年9月の買収は失敗した。

レーンは2013年で43病院を所有し、30億7,000万ユーロの売り上げがあったが、その後結果的には、フレゼニウスは買収に成功した。なお、アスクレピオスは中国に進出し病院を建設したという。

（6）介護（保険）の状況

介護（保険）の状況についても少しふれておこう。ドイツでは、医療保険と介護保険の保険者が同一であるため、近年日本で言われているような、医療と介護の連携を行いやすいといえるだろう。しかし、サービス提供者が異なるので、日本と変わらないか、日本より連携ができていないのではないかとの印象を受けた。

また、ドイツの介護保険では、1996年の発足当初から、家族の介護を評価した介護手当（現金給付）が認められ、1996年には、介護

給付費の43.1%を占めていた。この割合は、総額の伸びに伴い年々減少して、2005年では23.9%となっていく。しかし、ドイツでは補完性原理で家族やインフォーマルな介護を重視している。

ドイツの介護保険で一番大きな問題は、家族介護の質をいかにして担保するかということになる。家族介護の質が悪いと、施設に入った場合の介護度が高くなることにもなる。この介護の質を改善するために、日本に学んでケア・マネジメントを取り入れたが、ベルリンにおいては普及はまだまだのようであった。

3. ドイツに起きた変化

（1）東西統一と医療

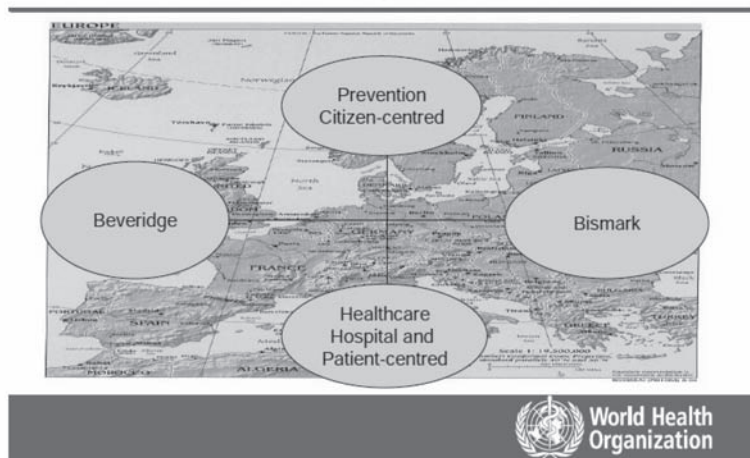
1990年10月3日、東西ドイツ統一条約が発効した。当時の西ドイツでは近代的な医療制度が導入されており、医師には医師会への加入が義務付けられていた。東ドイツでは、1965年には7,270のクリニックがあり、うち3分の1は民間であったが、1989年にその数はわずか340になってしまった。

統一以後、旧東ドイツには、旧西ドイツの医療保険制度が導入された。実は東ドイツの医療制度にも優れた点があった。例えば入院と外来の関係が緊密であったこと、予防や早期診断にも重点が置かれていたことである。

この違いは、図8（次頁）に示す、保険型医療と税金型医療、言い換えれば、東西分裂前のドイツを代表とするビスマルク型医療とベバリッジ型医療の差である。それらが同じ国で行われ、ハイブリッドされたといえる。そして、当初はビスマルク型医療が中心であったが、最近では、予防に注目するベバリッジ型

(図8) 欧州の医療提供体制の2つの軸

EU: Healthcare Delivery Systems in Europe: the twin gradients



(出所) 世界保健機関

医療の良さ、社会主義国に見られた病院での外来も行われるといった方向に変わってきている。もちろん旧東ドイツでの病院は古い。そのために投資が必要である。

EUの「財政安定・成長協定」では、ユーロ導入後のインフレ抑制のために、参加各国の財政赤字を対GDP比3%、政府債務残高を同60%以内に抑制することが定められている。したがって、日本のように国債を発行し社会保障を充実する、あるいは消費税がすでに19%と高いために、それをさらに上げて社会保障に充てるということもままならず、そのために旧西ドイツ側も含めて病院への投資が滞っている状況である。

(2) EU統合との関係

世界的にグローバル化が進んでいる。最近アカデミックな世界では、米国主導のニュアンスを感じるグローバリズムという言葉ではなく、「トランスナショナリズム」といった表現を使う場合もある。これは、「世界ひと

つ」、あるいは1975年に制定されたヘルシンキ宣言による「基本的人権」といった考えを基礎に持つ。

EUの考え方もこれらの動きと無縁ではない。2007年に、ルーマニア、ブルガリア、2013年にはクロアチアが加わり、加盟国は28か国になった。EUの理念とは、簡単にいえば、「ヒト」「モノ」「カネ」「サービス」の自由な往来である。これらの国の人々は、EUで働くために、入国ビザ

はもちろん、滞在ビザも労働ビザもいらない。就職も、職業訓練のポストに就く機会はドイツ人と同じになる。つまり、EU加盟国の間には差別があってはならないというのが、そもそもの原則となる。

EU加盟国のほとんどで、ほかの加盟国との国境におけるパスポートのチェックや税関検査などが廃止されている。これは、「シェンゲン協定」と呼ばれる条約によるもので、EUには加盟していないスイス、ノルウェーなども参加している。こうした国々の間では、人々が、自動車や鉄道、航空機などに乗るだけで、なにからも妨げられずに行き来でき、国境の意味は小さくなっている。

さらに、EUが経済的に一体となりつつあることを示すものが、統一通貨ユーロの存在である。これは、2002年から一般の人々の間で流通がはじまったもので、英国とスウェーデンおよびデンマーク、さらにEU非加盟のノルウェー、スイス以外、ヨーロッパの主要先進国はほとんどが参加している。

前述したように、そもそも人の移動は活発化している。EUの仕組みによってそれが加速化していることは間違いない。

ドイツにおいて、介護の世界にはポーランド人、チェコ人や東欧の女性が多い。ドイツでは、2012年に42万人弱のポーランド人が国内で働いている。そのうちポーランド人女性の2割は、低賃金かつ重労働といわれる介護の仕事に従事している。

EUに加盟することでの大きな変化は、免許の相互承認による高度職業人、医療の世界でいえば医師や看護師の移動である。

現在、看護師の平均月収は、ユーロに換算すると、税込みでポーランドが580ユーロ、チェコが1,000ユーロで、ドイツは2,050ユーロである。したがって、看護師においても介護士と同様の動きが起きている。

また、医師に関してはドイツ国内は必ずしも高収入ではないために、ドイツで医師免許を取った医師が英国、ノルウェーなどへ流出し、逆に東欧や中欧からの医師の流入が問題になっている。

具体的には2013年に、3,035人のドイツ医師（うち62.9%がドイツ人）が国外へ流出した。流出先国はスイス793人、オーストリア289人、米国143人などであった。一方、流入については3,345人で、ルーマニア544人、ギリシア291人、ハンガリー195人、シリア172人、ブルガリア166人などであり、ドイツ国内の外国人医師数は全体の8.7%（2013年12月）で増化傾向にある。

一方、患者の動き、いわゆるメディカルツーリズムも起きている。医療水準が高いことで知られるドイツには、メディカルツーリス

ムによる患者が、EU圏内を中心に流入している。2013年の10月にEUで、域内の人は自由に病院を選べるようになり5億人のマーケットが生まれた（保険での償還も原則、その人の居住国の規則に準じて行われる）。

逆に、東欧や中欧でEU圏内の医師はドイツを目指すし、ルーマニアやポーランドでは、旧来ドイツでの目玉であった温泉療法、保険収載されていた歯科治療などを廉価で提供したりすることで、メディカルツーリズムの患者を呼び込もうとしている。

（3）国家間の移動

EUにおいて「モノ」の移動のみならず、「ヒト」の移動もきわめて活発になっていることが知られている。

移民もその1つであるが、今回は主眼ではないのであまりふれない。しかし、こういった移民や旅行者は、移動先で質の高い医療を受けることができるのであろうか。

社会保障が歴史的なものでもあり、国ごとに異なることを前提に、ドイツのマイデル教授（法学博士）の講演（2004）を参考にと下記のような考えになろう。

社会保障システムが国内に向けられていることは、外国で働いたり、休暇をすごしたりするためにその国を去る市民は、もはやその固有の社会保障システムの保護によって把握されないことになる。流動性の増す時代に好ましくないこのような結果は、国際的諸規定や超国家的諸規定によって回避される。それは2国間ないし多国間の国際法上の協定によって生じるが、しかし超国家的諸規範によっ

でも生じるものである。

社会保障システムのテリトリイ的境界（いわゆるテリトリイ原則）を前提とすれば、疾病保険の諸給付は原則として国内に滞在している場合にだけ要求されうることについて、長年にわたって専ら争いのないところであった；例外については特別規定が必要であった。そのような規定が見られるのは、2 国間の社会保険条約の中であり、移動労働者の社会保障に関する指令中である（ヨーロッパ経済共同体指令1408／71および571／72）。指令1408／7122条によれば、外国での治療は、その都度所轄の保険者の特別な承認を必要とする。特別に規定された特別な場合に関して、これまで厳密に適用されてきた。

ヨーロッパ共同体裁判所は、この法状態を審査し、例えばコールとデッカーの法律事件において、テリトリイ的境界は特に正当化する理由の存在する場合にしか許されない。コール事件（ケース158／96）で重要であったのは、ルクセンブルク国籍を有する市民が、疾病金庫の事前の承認なしに、歯並びの調整治療をトリアーで実施させ、続いて疾病金庫に対して費用償還を要求したことであった。ヨーロッパ裁判所は、この請求を、自由なサービス給付流通に関する諸規定に基づき有効とした。デッカー事件（ケース120／95）では、同様に、ルクセンブルクの被保険者が、ベルギーにある眼鏡屋で購入した眼鏡の費用償還を要求した。この請求もヨーロッパ裁判所は正当であるとし、その際に、商品流通の自由に対する制限は、外国における保健給付の要求に当たって、公共の福祉の強制的理由によって正当化されるときにしか許容されないと

した。そのような理由がありうるのは、例えば社会保障システムの財政的安定を担保するために、テリトリイ的制限が不可欠である場合である。多くの諸国において包括的な需要計画の下にある入所施設領域については、ヨーロッパ裁判所は、シュミッツ・ペールヴム事件（ケース157／99）において、サービス給付の自由の制限を、挙げられた理由に基づいて正当と見なした。

このように、旅行者等の権利は維持されている。しかしこのことは一方では、メディカルツーリズム（ツーリズムと言うには大げさであるが）を引き起こしている。要するに、移民に比較的寛容なドイツでは、歯科治療が必要な患者は、費用の安い東欧などの国に流れ、逆に周辺国から富裕層が高度な医療を求めて流入する現象が加速している。EU内では国境を越えるハードルが低いのでなおさらである。これがヨーロッパにおいてメディカルツーリズムの統計をとるとドイツがメディカルツーリズム大国にみえる理由であろう。

4. まとめ

このように、公的保険制度による医療を提供している点で日本とドイツは似ているが、東西ドイツの統一やEUの統合といった条件の変化も大きく、ドイツの医療にはかなり大きな改革がみられる。

ただし、合議や自治を重んじる国であるために、急速な改革もしないといったところであろうか。今後とも動向を見守りたい国の1つであることは間違いない。

参考文献

- ・ 真野俊樹（2012）『比較医療政策～社会民主主義・保守主義・自由主義～』 ミネルヴァ書房
- ・ 医療経済研究機構（2009）『医療経済研究機構レター（Monthly IHEP）』 No182、2009年12月20日
- ・ 松本勝明（2012）「ドイツにおける社会保障財源の見直し」『海外社会保障研究』 Summer2012, No179, 国立社会保障・人口問題研究所
- ・ 牧山康志・佐藤真輔・桑原輝隆（2009）「中間的専門機関－生命科学技術の事例検討を踏まえた科学技術の社会的ガバナンス制度の提言－」文部科学省 科学技術政策研究所 第2 調査研究グループ、2009年3月（URL:<http://data.nistep.go.jp/dspace/handle/11035/723>）
- ・ The Healthcare System in Germany- a Short Introduction
（URL：<http://www.internations.org/germany-expats/guide/working-in-germany-15460/health-care-in-germany-3>）
- ・ 島野卓爾（2003）『ドイツ経済を支えてきたもの－社会的市場経済の原理』 知泉書館
- ・ エアハルト（著）・菅良（訳）（1960）『社会的市場経済の勝利』 時事通信社
- ・ 田中 修（2010）「世界経済危機を契機に資本主義の多様性を考える」『ファイナンス』 財務省、2010年7月
- ・ W. オイケン（著）・大野忠男（訳）（1967）『経済政策原理』 勁草書房
- ・ 黒川洋行（2012）『ドイツ社会的市場経済の理論と政策－オールド自由主義の系譜－』 関東学院大学出版会
- ・ ミシェル・アルベール（著）・久水 宏之（監修）・小池はるひ（訳）（2008）『資本主義対資本主義（新装版）』 竹内書店新社（日本での初版は1996年）
- ・ 土田武史・府川哲夫・田中耕太郎（2008）『社会保障改革－日本とドイツの挑戦』 MINERVA人文・社会科学叢書
- ・ 松本勝明（2003）『ドイツ社会保障論1－医療保険』 信山社出版
- ・ 橘木俊詔（2010）『安心の社会保障改革－福祉思想史と経済学で考える』 東洋経済新報社
- ・ 古瀬徹・塩野谷祐一（1999）『先進諸国の社会保障〈4〉ドイツ』 東京大学出版
- ・ 医療経済研究機構（2013）『ドイツ医療関連データ集 2012年版』
- ・ 川口マローン恵美（2013）『住んでみたドイツ 8勝2敗で日本の勝ち』 講談社
- ・ 浜本隆志（2005）『モノが語るドイツ精神』 新潮選書
- ・ 河崎健（2011）『21世紀のドイツ－政治・経済・社会からみた過去・現在・未来－』 ぎょうせい
- ・ 熊谷徹（2006）『ドイツ病に学ぶ』 新潮選書
- ・ ベレント・パロン・フォン・マイデル、本沢巳代子（訳）（2004）「ドイツ法に対するヨーロッパ法および国際法の影響」日本社会保障法学会第46回秋大会（URL：<http://www.jassl.jp/taikai/46/profmaydell2.pdf>）
- ・ 外務省「各国・地域情勢 欧州（NIS諸国を含む）ドイツ連邦共和国」（URL：<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/germany/>）
- ・ 一般社団法人日本自動車工業会「表1 世界各国／地域の四輪車生産台数」（URL：http://www.jama.or.jp/world/world/world_t2.html）