

(2) ジュペプランの失敗理由

CNAMTS の Dessaint 氏は、次の 3 点を挙げた。第 1 に、ジュペプランには 2 つの大きな反対勢力があった。1 つは返還制度に反対する医師であり、他の 1 つは社会保障運営への国の関与の拡大に反対する労働組合であった。第 2 に、ジュペプランの実施には、法的な観点からの問題があり、これらの反対勢力はこの点を突いてきた。返還制度を具体化した 1997 年の医療協約はコンセイユ・デタで認可アレテが取り消され、代わって作られた 1999 年社会保障財政法は憲法院で違憲判決が出された。第 3 に、医師の反対を克服するためにも世論の支持が必要であったが、当時の政府はこれを欠いていた。つまり、改革前に社会保障改革を論点とした選挙がなかったため、政府は社会保障改革への世論の支持を主張することができなかった。

医師組合側からの批判が最も強かったのは、サンクションを伴う諸措置の部分、とりわけ会計的抑制の部分であった。今回の訪問でも CSMF と SML は返還制度が懲罰的・警察的であったことを批判していた。この点は、当時の政府首脳も会計的抑制が失敗だったことを自ら認めている節がある³⁷。ジュペ自身、後に回想録の中で、目標超過時の返還制度が「医学的な基準よりも会計的な基準に、個人的な基準よりも全体的な基準に立脚するものと受け取られたのは理由のないことではな」く、「不当な集団的懲罰であるとの印象」を持たれたと述べている³⁸。

(3) 持続的な均衡のためには？

医療費の増加は避けられないとの点については、双方が認識していた。

患者側の問題として、フランス人は制約のない医療制度に慣れてしまっていることが指摘され、その悪しき面として、患者が複数の医師の間を転々とする *tourisme médical* という現象の存在が挙げられた。これは結局、フランスの自由医療原則の一つである「患者による医師の選択の自由」に関わる問題である。フランスでは医師選択の自由を直接的に制約することは今後も困難であろう。患者の渡り歩き (*vagabond*) の問題については、1993 年の医療協約で限定的に導入された医療管理記録と医療手帳の制度が対処を試み、次いでジュペ改革の際にも、その延長線上に、協約的選択 (*option conventionnelle*) という任意のかかりつけ医 (*médecin référent*) のしくみが導入された³⁹が、十分に普及・機能しているとは言い難い。

疾病保険財政の持続的均衡を達成するための方策としては、概して、①不要・不急の医療をやめるように努力すること、②義務的 disease 保険の負担を軽減し、その一部を患者の自己負担又は補足的 disease 保険に委ねること、③強制徴収額 (*prélèvement obligatoire*)

³⁷ 例えば、シラク大統領は、2002 年 2 月 14 日の全国医療専門職センター第 23 回大会で、「集団的サンクションのメカニズムは、盲目的であるゆえに、疾病保険被用の抑制には効果的ではないことが明白になった」と述べ、会計的抑制策がフランスの医療システムに「不和の種を撒き散らした」ことを認めている (http://www.elysee.fr/actus/arch0202/020214/actu_.htm)。

³⁸ A. Juppé et S. July, *Entre quatre z'yeux*, Grasset, 2001, p.164.

³⁹ 協約的選択については、伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』(中央法規、2000 年) 249 頁以下参照。

を引き上げること、の3つが述べられたが、③は国民の反発を考えると政治的には困難であるし、その場限りの彌縫策に過ぎないこと、①は実際に行うことは困難であり、効果が現れるには時間がかかることから、現実的に最もあり得る方策は②であると考えられる。実際、ラファラン首相も義務的 disease 保険と補足的 disease 保険の役割分担の見直しを検討課題に据えており、前者から後者への負担の移転を念頭に置いているものと考えられる。

VI. 今後の展望

1. ラファラン内閣下でのこれまでの展開

まず、ラファラン内閣は、医師側の反発を和らげるために、医療保険財政が悪化しているにもかかわらず、2002年6月に一般医の診察料（診療報酬）を20ユーロから30ユーロに引き上げた。専門医についても、協約交渉が締結に至らなかった後、2003年9月に同様の引き上げがなされている。この引き上げは当然ながら疾病保険財政をよりいっそう悪化させたが、医師側に対する政権の姿勢のアピールであると思えることができる。

本格的な改革の準備作業は、2002年秋に始まった。同年10月、マテイ保健相は、社会保障会計委員会に3つのワーキンググループを設置した。すなわち、①国と医療保険との関係（ロランド・ルエラン元社会保障局長）、②ONDAMの医学的適正化（*médicalisation*）（アラン・クロン ANAES 事務局長）、③医療保険分野における基礎制度と補足制度との関係（ジャン＝フランソワ・シャドラー社会保障監察総官）のそれぞれを検討するワーキンググループである（カッコ内は報告責任者）。これらの報告書は、2002年末から2003年春にかけて相次いで同保健相に提出された⁴⁰。

この間、2002年秋の2003年社会保障財政法案の審議の際に、「Hôpital 2007」と称する病院改革プランが発表された。これは、①老朽化の進んだ病院への投資計画、②公私病院の財政方式の行為払い方式（*tarification à l'activité : T2A*）への統一、③公的病院の購入方法の改革、④地域医療計画（SROS）を中心とした病院供給規制システムの整理、⑤病院間の協力関係の促進、⑥公的病院の内部管理の近代化という6つの柱からなり、すべての病院を対象とするものであった。この中では、総枠予算制（DG）の下にある公的病院サービス参加病院と全国目標額（OQN）の下にある公的病院サービス非参加病院の財政方式を統一する改革が注目される。このような財政方式の統一は同一疾病分類（GHM）の運用に目途がついたためと言われており、T2Aは2003年に60施設・6地域圏で実験が行われた後、2004年1月から一部の公立病院を除くすべての医療施設において、急性期の内科、外科、産科及び歯科のすべての行為に適用されている。また、

⁴⁰ ルエラン報告は同年12月2日に、クロン報告は2003年3月31日に、シャドラー報告は2003年4月3日にそれぞれ提出された。

従来の開業医部門の医療行為集 (NGAP) と公私病院部門の医療行為カタログ (CDAM) に代わる、両部門に共通の新しい医療行為共通分類 (classification commune des actes médicaux) の開発が続けられている。

2003 年は、最終的に 8 月に決着した年金改革が政治的に熱いテーマになったため、本格的な疾病保険改革を行うのは 2004 年以降に先送りされた。そのため、2004 年社会保障財政法では、当面の赤字幅を縮小するための小幅な変更 (タバコ税の引き上げ等) と病院改革プランの実施に関する規定が盛り込まれた程度にとどまった。

2. 2005 年社会保障財政法での改革に向けて

2003 年 10 月 13 日、ラファラン首相は、ベルトラン・フラゴナル会計院部長を長とする「医療保険の将来に関する高等評議会」(Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) を首相府に設置した。同評議会は、労使代表者 15 名、国民議会議員及び元老院議員各 3 名、国の代表者 (行政官) 5 名、法定基礎制度の代表者及び補足的疾病保険組織の代表者各 3 名、医療従事者の全国組織の代表者 5 名⁴¹、医療施設の代表者 5 名、利用者の代表者 3 名という幅広い利害関係者に有識者 8 名を加えた、総勢 53 名からなる大所帯の評議会であり、まず、12 月末までに疾病保険の現状に関する報告書をまとめることになった。このような構成は、すべての関係者による対話を通じた共通の理解を意図したことの表れであろうが、同時に、大所帯であるがゆえに、果たしてそのような作業が成功するのかについての危惧も抱かせた。

しかし、同評議会は、若干遅れたものの、2004 年 1 月 23 日に全員一致で報告書を提出することができた⁴²。この報告書は、当初の意図を超え、疾病保険に関する議論にとどまらず、医療制度全般に及ぶ大部なものとなった。今後の改革の具体化作業は、すべてこの報告書が議論の出発点となる。総論部分では全員一致となったが、改革の具体化という各論部分ではよりいっそうの困難を伴うことだろう。今後は、2004 年夏までに成案を得て、今秋に提出される 2005 年社会保障財政法案に具体的な改革案を盛り込む予定であるが、議論の行方にはなお予断を許さないものがある。

このような改革を進める上での手続は、ジュペプランがたどった手続とは対照的である。1995 年秋以降の混乱は、5 月に大統領に選出されたシラクが、選挙期間中に訴えてきた失業問題の解消から欧州通貨統合のための財政赤字削減へと最優先政策を転換したことに端を発していた。おそらくジュペプランの内容自体は以前からそれを練っていた者がいたのであろうが、もとより医師の自由診療原則への信奉が強いフランスである。それを実地に移すための周到な準備を怠っていた節は否めない。その結果、ジュペプランは労働組合と医師を敵に回してしまった。今回、これらの代表者も含む評議会を立ち上げて、まず現状に関する共通認識を得ておこうとする手続を踏んだのは、以上のように

⁴¹ 医師組合からは、CSMF のシャサン議長 (Dr. Michel Chassang) と MG France のコスト議長 (Dr. Pierre Costes) がメンバーに加わっている。

⁴² http://www.sante.gouv.fr/ass_maladie/haut_conseil/ind_rapport.html

なジュペプランの反省によるものであろう。

改革の枠組について、シラク大統領は、完全な民営化や全面的な国営化という両極端な解決方法を否定し、疾病保険制度を堅持する姿勢を示していた。この点は高等評議会の報告書も同様の認識を示している。

そこで、問題は具体的にどのような改革を行うのかであるが、1つのポイントはシャドラー報告書で扱われた義務的 disease 保険と補足的 disease 保険の役割分担の見直しであろう。ラファラン首相は、集団連帯と個人責任との間の正当な均衡をどこに見出すかという論点を提示している。なお、義務制度から補足制度への移行に関しては、義務制度の償還率を下げれば補足制度からの償還分が増えるので、トータルで見ればあまり変わらないのではないかと疑問もあり得る。これについては、補足制度の比重を上げることにより、開業医の医療活動の統制における補足制度運営主体の重要性が増し、この厄介な仕事を補足制度運営主体に負わせることができる可能性を指摘する論者もある⁴³。

Ⅶ. おわりに——自由な医療と疾病保険制度の新たな均衡点は？

ジュペプランによる医療費抑制策が失敗した最たる原因は、会計的抑制やサンクションを伴った強制的なしくみが医師の強い反発を呼び、医師の協力を得られなかったことにある。これには、もともと医師の間に自由な診療に対する *affection* が強く、また、医療協約という枠組の中で疾病保険制度の運営に医師が関与している部分が多いというフランスの事情も関係している。また、フランスでも政治家は医師の選挙への影響力を十分に意識しているようである。

フランスでは、疾病保険制度下における医療提供のあり方の問題は、伝統的に強い「自由な医療」⁴⁴ (*médecine libérale*) の概念と疾病保険制度による医療の社会的保障の必要との相剋と調整・妥協の歴史でもあった。伝統的に強い「自由な医療」の領域に対して疾病保険制度の側がどこまで立ち入っていいのか——この両者の均衡点が折に触れて問われてきたのである。ジュペプランでは諸々の制度上、疾病保険制度の側にやや天秤が傾けられたかに思われたが、実際にはそうはならなかったことが今や明らかになっている。

なお、「自由な医療」には、患者の側の「自由」も含まれていることに留意しなければならない。強制的な枠組に対しては反発が強いと思われるが、医師の側での医療提供内容の評価の必要とともに、医療制度の無制約に慣れた患者の受診行動をある程度改めさせる必要もあろう。それは患者に提供される医療の質に関わる問題でもある。

シラク大統領は2004年社会保障財政法案の閣議提出の際に、「すべてのフランス人は

⁴³ J. de Kervasdoué, "Les orientations en matière de politique de santé." dans J. de Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*. Dunod, 2003, p.106.

⁴⁴ 自由医療の諸原則については、稲森公嘉「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律 (一)」法学論叢 151 巻 1 号 (2002 年) 35 頁以下を参照。

社会保障の権利を有する」が「同時に浪費や濫用の回避に寄与すべき義務を有する」とも述べており⁴⁵、「responsabiliser」という言葉をしばしば用いている。それは医療を提供する側にも医療を受ける側にも要請されることである。そのためには、個別の医療内容の分析、個票データを用いた医療需給の分析が不可欠の作業となるであろう。

自由な医療と疾病保険制度との新たな均衡点について、2004年秋以降に予定されている次の疾病保険制度改革では、ジュペプランの反省も踏まえた上で、どのような案が示されるのだろうか。疾病保険財政の膨らんだ赤字の解消法とともに、大いに注目される点である。

⁴⁵ 2003年10月9日付ル・モンド紙。

別添

調査日程

2003年8月30日～9月11日

訪問先： フランス パリ、ル・マン

9月1日（月）

午後： **Conseil National de l'Ordre des Médecins**

(180, Bd. Haussmann, 75008 Paris)

Dr. Louis-Jean CALLOC'H, Secrétaire général

M. Francisco JOURNET, Section exercices professionnelles

9月2日（火）

午後： **CNAMTS**

(66, Avenue du Maine, 75014 Paris)

M. Joël DESSAINT, Agent comptable

Dr. Marie-Françoise QUATREBOEUF, Direction du Service Médical

Dr. Michel MARTY, Direction du Service Médical

9月3日（水）

終日： **CPAM et URSSAF de Sarthe**

(178, av. Bollée, 72033 Le Mans)

M. Patrick NEGARET, Directeur

**M. Jacques LALANNE, Directeur de la Gestion Du Risque et de la Prévention du
CPAM de Sarthe**

9月4日（木）

午後： **SML**

(83, Route de Grigny 91136 Ris-Orangis)

Dr. Roger RUA, Secrétaire générale

9月5日(金)

午前 : **ACOSS**

(65, Bd. Richard-Lenoir, 75011)

M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, *Directeur générale*

M. Bernard BILLON, *Directeur de la Réglementation du Recouvrement et du Service*

午後 : **Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie**

(139, rue Bercy 75012 Paris)

M. François CARAYON, *Sous-Directeur de la Direction du budget*

M. Antoine SEILLAN, *Bureau 6B de la Direction du budget*

9月8日(月)

午後 : **CSMF**

(79, rue de Tocqueville, 75017)

Dr. Hubert WANNEPAIN, *Secrétaire général*

9月9日(火)

夕刻 : **MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers)**

Ministère de la Santé

(129, rue de l'université, 75007)

Dr. Élisabeth BEAU, *Directrice de la MeaH, Directrice d'hôpital*

② 慢性病患者に対する医療の改善のための取組み

ードイツにおける疾病管理

分担研究者 松本勝明 マックス・プランク国際社会法研究所

ドイツでは、2002年から一定の慢性病患者に対する医療の改善を図るため、疾病管理プログラムの制度が導入された。このプログラムは、科学的な根拠に基づき定められた指針に沿って各医療供給者間の連携が図られた適切な医療が提供されることを確保することを目的とする。このプログラムの実施主体である保険者（疾病金庫）は、この指針の策定や医療供給者との契約を通じて、被保険者に提供される医療の内容やプロセスにも関与することになった。また、このプログラムを通じて、医療の改善に取り組む保険者を財政的に支援するため、そのための支出がリスク構造調整の中で配慮されることになった。このプログラムは、慢性病に対する医療の在り方や医療保険の保険者が担うべき役割に関し、重要な意味を持つものであると考えられる。

A. 研究目的

慢性病患者に対する医療の在り方、特にそ
の中で保険者が果たすべき役割を検討するた
め、ドイツにおける疾病管理プログラムにつ
いて調査研究を行い、その意義と問題点を把
握することを目的とする。

B. 研究方法

文献調査等を通じて、ドイツにおける疾病
管理プログラムの目的、内容、その中におけ
る保険者の役割などを把握した。その上で、
疾病金庫の連合会への訪問調査を行うこと
により、疾病管理プログラムの実施状況等の調
査を行った。

C. 研究結果

この研究を通じて、特に保険者の役割との
関連において、次のような点が明らかになっ
た。

ーこのプログラムは、保険者の責任により
実施されるものであること。

ー保険者は、情報提供等を通じて、医師や
患者の支援を行うものであること。

ー保険者は、治療指針を含むこのプログラ
ムの実施基準の策定に参加することや医療供
給者との契約の締結を通じて、被保険者に対
して提供される医療の内容やプロセスにもか
かわりを持つこと。

ー疾病管理プログラムの実施を通じて、慢

性病に罹患した被保険者に対する適切な医療の確保に取り組む保険者が、財政的に不利にならないよう、リスク構造調整の中で、そのための支出増に配慮した措置がとられていること。

D. 考察

疾病管理プログラムの目的は、慢性病患者に対して、科学的な根拠に基づく適切な医療が供給者間の連携のもとで提供されることにあるが、保険者の役割という観点からも、その意義を把握することが重要である。

E. 結論

疾病管理プログラムの実施は、保険者が被保険者に対して提供される医療の内容やプロセスに対してもかかわりを持つことを意味するものである。また、このような、取組みを推進するために、財政的な面からも、保険者の積極的な取組みを可能にする条件整備が行われている。さらに、このプログラムにおいては、治療指針の作成等を通じた医療の質の確保や、患者の権利の強化への配慮が行われている。

F. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第27章 慢性病患者に対する医療の改善のための 取組み

— ドイツにおける疾病管理プログラム (DMP) —

松本勝明 (マックス・プランク国際社会法研究所)

I. 慢性病の治療に関する問題点

ドイツにおいてそれぞれの開業医、病院などにより行われている医療は、世界でも最高の水準にあるといえる。しかしながら、多くの国民は慢性病に罹っており、慢性病患者数はドイツ全体で1000万人以上にも上っている(資料1)。慢性病の治療に関して、近年大きな進歩が見られたものの、未だ満足のいく状況にはないと評価されている。

我が国の中央社会保険医療協議会に相当する医療協調行動会議の専門家委員会が2001年8月に取りまとめた報告書においては、ドイツにおける慢性病患者の医療に関して多くの質的な問題が存在していると指摘されている。特に、外来診療を担当する開業医と入院療養を担当する病院において一人の患者に対する重複検査が多く行われていることや、開業医の中でも家庭医と専門医との間の対立がみられるように、各医療供給者間での連携・協力関係が欠如していることが大きな問題とされている。例えば、糖尿病の合併症である神経、眼、腎臓及び血管への損傷の発見及び治療は、適切な管理を行うことにより可能であるにもかかわらず、実際には適時に適切な対応が行われていないという問題がある。もし、必要な診断・治療が継続的に実施されれば、腎不全、心筋梗塞のような合併症を防ぐことが可能になると考えられている。同様に、乳がんについても、不必要な乳房の除去や放射線の照射を避けるとともに、患者に対して精神面でのより適切な配慮が可能になるものと考えられている。また、薬剤の処方についても、特に、がん患者に対して効果の高い鎮痛剤の投与が余り行われず、あるいは投与の時期が遅すぎるなどの問題点が指摘されている。

今日の国民病である慢性病を効果的に治療するためには、患者が差し迫った状態になったときに治療を行うだけでなく、継続的なかわりを持つことが必要であるにもかかわらず、そのような取組みが十分に行われていないことが問題となっている。

1. 疾病管理プログラムの枠組み

2001年に行われたリスク構造調整の改革においては、このような問題点を踏まえて、疾病管理プログラムの制度が導入されることになった。これにより、各疾病金庫は、2002年1月から、その被保険者である慢性病患者に対し、治療プロセスと医療の質を改善するために組織化された治療プログラムである疾病管理プログラム(Disease-Management-Programm)を提供することが可能となった。この疾病管理プログラムは、

アメリカにおける例を参考にして、公的医療保険を中心とするドイツの実情に合わせた形で導入されたものである。この疾病管理プログラムの枠組みは、社会法典第5編（医療保険）において、次のように定められている。

(1)対象疾病（第137条f第1項）

疾病管理プログラムの対象疾病については、調整委員会（Koordinierungsausschuss）から連邦保健省に対して、特に次の基準に留意して、当面4ないし7種類の慢性病が勧告される。この勧告を受け、連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令で、具体的な対象疾病を定める。

- ① 当該疾病に罹患している被保険者数
- ② 医療の質の改善に関する可能性
- ③ 根拠に基づく治療指針の利用可能性
- ④ 外来、入院等の各医療分野にまたがる治療のニーズ
- ⑤ 患者の自発的な取組みが疾病の経過に影響を及ぼしうる可能性
- ⑥ 治療費用の高さ

(2)基準（第137条f第2項）

疾病管理プログラムが満たすべき基準については、調整委員会から主に次のような事項に関する基準が勧告される。この勧告を受け、連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令で、具体的な基準を定める（基準の項目については、資料2参照）。

- ① 根拠に基づく指針に沿った治療
- ② 実施されるべき質の確保措置
- ③ 被保険者のプログラムへの登録の条件及び手続き
- ④ 医療供給者及び被保険者への教育
- ⑤ 文書記録
- ⑥ 効果及び費用の評価

(3)認可（第137条g）

疾病管理プログラムがリスク構造調整などにおいて法的効果を持つためには、認可が必要である。この認可は、個別の疾病金庫あるいは個別の疾病金庫連合会の申請に基づき、連邦保険庁（Bundesversicherungsamt）が行う。この認可を受けるためには、当該プログラム及びそれを実施するために締結される契約が法規命令で定められる基準を満たさなければならない。

(4)調整委員会（第137条e）

この疾病管理プログラムの推進に重要な役割を果たすのは、調整委員会である。この委員会は、3名の中立委員並びにそれぞれ9名の医療供給者及び疾病金庫を代表する委員から構成される連邦レベルでの組織である。具体的には、連邦保険医協会、ドイツ病

院協会及び連邦医師会並びに各種疾病金庫の代表が参加している。

II. プログラムの実施

1. 疾病金庫の責務

疾病管理プログラムの実施主体は疾病金庫である。疾病金庫には、疾病管理プログラムを発展させる責務が課されている。疾病金庫は、被保険者のために、医師、病院その他の医療供給者と交渉して、プログラムの実施に必要な契約を締結するとともに、プログラム及び契約の内容を基準に沿ったものとするにより、連邦保険庁の認可が得られるよう努力する。また、疾病金庫は、認可を受けた疾病管理プログラムが質的に高い水準で実施されることに責任を持っている。さらに、プログラムの実施が対象疾病に対する治療の改善につながるよう、疾病金庫は、情報提供及び教育を通じて、被保険者及び医師に対して必要な支援を行う。

2. 医療供給者間の調整

疾病管理プログラムの実施により、それぞれの医療供給者間（家庭医、専門医、病院など）での連携が図られるため、患者はより適切な医療を受けることが可能になる。なぜならば、このプログラムにおいては、それぞれの医療供給者がどのような場合に医療を担当するかが定められることにより、各患者が適切なタイミングでその状態にふさわしい医療供給者から必要な医療を受けることができるようになるからである。また、疾病管理プログラムにおいては、伝統的な治療ほかに、患者に対する情報提供、教育及び社会心理学的な関与が行われる。このプログラムの名称に含まれている「管理（Management）」という言葉は、医師が患者に対して差し迫った病状にある場合にのみ関与するのではなく、長期にわたって計画的かつ組織的にかかわることが、このプログラムの課題となることを示している。

このプログラムの実施に当っては、医療供給者の中でも個々の患者によって選ばれた家庭医が中心的な役割を果たすものとして期待されている。その理由は、家庭医は、患者に対する治療を長期的かつ効果的に行う上で重要な患者からの信頼を獲得していると考えられるからである。また、慢性病患者は複数の疾病に罹患しているケースが多いため、一人の患者に対して行われる医療の全体を見渡せる立場にある家庭医は、様々な医療分野や医療供給者間の調整役にふさわしい機能を有しているといえることができる。

3. 患者の権利

患者の加入する疾病金庫が疾病管理プログラムを実施し、かつ、患者がプログラムへの参加条件を満たす場合に、その患者は当該プログラムに参加することができる。疾病管理プログラムに参加するかどうかを決定することに役立つよう、疾病金庫は、被保険者に対して、疾病管理プログラムの目的及び内容、参加条件、協力義務、関係者、特に

疾病金庫の被保険者に対する責務、並びにデータ保護の問題に関して、包括的な情報を提供する義務が課されている。

被保険者のプログラムへの参加は、被保険者自身の自由な意思に委ねられている。参加を希望する被保険者は、プログラムに参加する医師のところで参加の登録を行うことができる。その際には、当該被保険者がプログラムについての包括的な情報提供を受けているかどうかを確認される。被保険者は、プログラムへの参加を登録した後であっても、参加の意思表示を随時に撤回することができる。

患者は、自らの病状に関する資料を閲覧する権利に基づき、医師がプログラムの実施のために定期的に作成する文書の内容を自分自身で知るために閲覧することができる。

4. 患者と医師との関係

患者は医師と同等の立場に立つパートナーとして、このプログラムに基づく治療に参加することになる。すなわち、患者と医師は共同で、継続的な治療の目的を決定するとともに、治療の進展について定期的な話し合いを行うことになっている。このプログラムにおいても、患者が医師を選ぶ権利は、何ら侵害されるものではない。また、患者は、理由を示すことなしに、選択した医師の変更を行うことが認められる。

5. 医師の責務

患者のみならず医師も、疾病管理プログラムへの参加は本人の自由な意志に基づき行われる。しかしながら、参加に伴い、医師に対しても一定の義務が課せられる。このプログラムへの参加に当って、医師には「根拠に基づく医療」の考え方に基づき定められた指針に沿った診断及び治療の実施が求められる。つまり、このプログラムにおいては、科学的な研究により、効果と安全性が点検された治療手段が用いられる。それによって、患者は、病状の差し迫った悪化及び疾病によって引き起こされる損傷をできる限り防止するとともに、生活の質の改善につながる医療を受けることができる。このように、このプログラムにおいては、科学的に裏づけられた最新の知見に基づく治療が行われる点に特徴がある。

疾病管理プログラムにおける各疾病の治療指針は、開業医、病院及び疾病金庫の代表者からなる調整委員会が連邦保健省に対して行うプログラムの基準に関する勧告の中で示されている。その細部は、各疾病の治療に関する専門家が参加した作業グループにおいて検討された。この作業のために、既存の科学的な命題が熱心に検討され、広範な専門的コンセンサスを基礎として、治療の内容が定められた。

調整委員会により示された治療指針は、具体的なケースにおける医師の判断を代替するものではない。したがって、医師による治療が指針に沿ったものである限りにおいては、個々のケースにおいて、医師が治療上の責務を果たすために必要な治療を行うことが決して制限されるわけではない。つまり、このプログラムにおいても、個々の治療上の決定は従来どおり医師の責務とされる。個々の患者に対する治療は、その患者の病状と個別のニーズに応じたものでなければならない。このため、治療は、それぞれの患者

の状態を評価することに基づき作成される個別の治療計画を基礎として行われる。治療に当る医師は、患者の同意を得て、個別の状況を考慮に入れた治療計画を策定する。

一方、患者は、包括的で、詳細で、かつ、中立的な説明を受けた上で、治療を受けるかどうか、受けるとすればどのような治療を受けるかを選択することが認められる。その意味で、治療指針は医師による診療の自由や患者による決定の自由を奪うものでない。

Ⅲ. データの活用及び保護

データは、疾病管理プログラムの質を確保する上で不可欠のものである。個人データの保護には十分な注意が払われる。患者は、このプログラムに参加する際に、プログラムの実施に必要な個人データを収集し、伝達し、かつ、活用することについて同意しなければならない。

疾病金庫は、リスク構造調整及びプログラムに基づく被保険者の治療の支援に必要な限りにおいて、各被保険者又は医師に関するデータを受け取ることができる。なお、資料が疾病金庫に実際に引き渡される際には、もう一度改めて、被保険者の同意を得ることが必要とされている。

1. 契約及び報酬

法律には、疾病管理プログラムを実施するための疾病金庫と医療供給者との間の契約について、特段の規定は設けられていないが、実際には、対象疾病ごとに各州のレベルで疾病金庫の連合会と医療供給者側との間で契約が締結されている。これらの契約においては、給付内容、質の確保措置などに関する取決めのほかに、報酬に関する定めが行われている。疾病管理プログラムの枠内で行われるものであっても、保険医、病院などで行われる通常の診療については、一般的に行われる診療と同様に診療報酬が支払われる。一方、コーディネート、書類作成及び患者の教育など疾病管理プログラムの枠内で独自に行われる給付に必要な費用に関しては、特別の報酬が定められている。

2. 医療費支出への影響

疾病管理プログラムの導入に伴い、当初は医療保険の支出が増加することになる可能性は否定できない。このような支出の増加は、プログラムの開発と評価を行うことによって発生するものである。そのほかにも、医学的に必要なものであれば、高価な治療手段や薬剤が用いられることが、支出の増加につながることも考えられる。ただし、現時点では、このような追加的な支出の額について確たる予測があるわけではない。一方、このプログラムを導入する初期の段階が終わった後には、登録された慢性病患者に対する医療の改善による支出の削減効果が現れるものと期待されている。このような支出削減効果は、例えば、糖尿病による腎臓への損傷のために人工透析が必要になる場合のように、より多くの費用のかかる状態になるのを防ぐことによって得られるものである。

3. リスク構造調整との関係

各疾病金庫が疾病管理プログラムに取り組むことを財政的に促進する観点から、このプログラムのために各疾病金庫が負担する費用は、リスク構造調整のなかで、特別に配慮されることになった。その結果、このプログラムの実施により自らの被保険者である慢性病患者に対する医療の改善に取り組もうとする疾病金庫が、他の金庫との競争において不利にならないようにされた。具体的には、疾病管理プログラムの対象とされた疾病に罹患し、認可されたプログラムに登録した患者については、リスク構造調整において、一般の被保険者とは区分され、特別の支出額が認められる。つまり、このような患者には、一般の被保険者よりも多くの費用がかかることに対応して、高い支出額が適用される。その結果、リスク構造調整における各疾病金庫の拠出金・交付金の算定を通じて、このような慢性病患者である被保険者にかかる当該疾病金庫の負担が軽減される。

このように、疾病管理プログラムがリスク構造調整と結びつけられることにより、疾病金庫は、保険料率の上昇につながることを心配することなく慢性病患者に対する医療の改善に取り組めるようになった。これまでは、リスク構造調整を通じた疾病金庫間の財政移転は、公平な競争を保障する観点から、若くて、収入が高く、子供のいない被保険者を多く抱える金庫から、高齢で、収入が低く、子供がいる被保険者を多く抱える金庫に対して行われてきたが、今後は、被保険者の疾病罹患状況も併せて考慮した財政移転が行われることになったわけである。

4. 実施状況

「公的医療保険におけるリスク構造調整の改革に関する法律」により社会法典第5編（医療保険）に導入された疾病管理プログラムに関する規定は、2002年1月1日に施行された。

その直後には、調整委員会から、当面、糖尿病（タイプ1及びタイプ2）、慢性閉鎖性気道疾患（喘息及びCOPD）、乳がん及び冠状血管性心疾患の4種類の慢性病を疾病管理プログラムの対象疾病とすることが勧告された。その後、調整委員会からは、同年5月に糖尿病（タイプ2）、6月には乳がんに関する疾病管理プログラムの基準に関する勧告が行われた。これを受けて制定された「第4次リスク構造調整令改正令」は、同年7月1日に施行され、糖尿病（タイプ2）及び乳がんが疾病管理プログラムの対象疾病とされるとともに、この2疾病に関するプログラムが連邦保険庁の認可を受けるために満たさなければならない規準が定められた。

その後、2003年3月には、調整委員会から、冠状血管性心疾患に関する疾病管理プログラムの基準についての勧告が行われた。これを受けて制定された「第7次リスク構造調整令改正令」は、同年5月1日に施行された。さらに、2003年12月には、糖尿病（タイプ1）に関する疾病管理プログラムの基準についての勧告が行われた。これを受けて制定された「第9次リスク構造調整令改正令」は、2004年3月1日に施行された。

調整委員会は、これらの疾病以外の疾病であっても、疾病管理プログラムを導入する

ことが適切と判断される場合には、追加を行うこととしている。そのため、疾病管理プログラムが導入される慢性疾患の範囲は、将来的に拡大するものと予想される。

調整委員会には、既に行った勧告を定期的に見直し、最新の内容へと更新する責務が課されている。それによって、新たな医学的知見や治療における技術革新が、遅滞なく疾病管理プログラムに取り入れられる。

また、プログラムの基準だけでなく、認可を受けた各プログラムについても、質的な水準を保障するとともに結果を評価するために、継続的な審査が行われる。そのために、疾病管理プログラムの認可には3年の期限が付けられる。認可の更新は、そのプログラムの効果と費用について独立した専門家により行われる科学的な審査の結果、そのプログラムの実施が成果を挙げていると確認された場合にのみ認められる。

IV. 考察

1. 意義

疾病管理プログラムは、次のような点において、今後のドイツ医療保険制度のあり方にも関わる重要な意義をもつものと考えられる。

(1) 疾病金庫の役割

従来、疾病金庫にとっては、被保険者からの保険料の徴収を行い、法律によって定められた給付を行うことが、その中心的な責務であった。これに対して、疾病管理プログラムにおいては、疾病金庫は、自らの被保険者である慢性病患者に対する適切な医療を確保する責務を負うことになった。つまり、疾病金庫は、治療指針の策定に関与するとともに、具体的なプログラムを策定し、かつ、それを実施するために地域の医療供給者と契約を締結することにより、被保険者に提供される医療の内容やプロセスにもかかわりを持つ。

(2) 疾病金庫間の競争との関係

疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入により、疾病金庫が相互に競争する状態が作り出されたが、この競争の対象は、従来は、保険料率の水準や被保険者サービス（例：親切な窓口対応）に限られてきた。被保険者に対する医療の改善に取り組むことは、むしろ、疾病金庫の支出を増加させることを通じて、他の疾病金庫との競争において不利な状況をもたらすものであった。

疾病管理プログラムがリスク構造調整と結び付けられることにより、疾病金庫が疾病管理プログラムの実施を通じて自らの被保険者に対して提供される医療の改善にも積極的に取り組むことのできる条件が整備された。

(3) 根拠に基づく医療

このプログラムに参加する医師に対しては、診療の自由に配慮しつつも、「根拠に基づく医療」の考え方にに基づき策定される一定の指針に沿った治療の実施が義務づけられることになった。これによって、効果と安全性が科学的に裏づけられた治療の実施が確保されるとともに、家庭医、専門医、病院等の医療供給者相互の連携が図られると期待される。

(4) 患者の権利

このプログラムにおいては、医療を受ける患者の立場への配慮が強化された。治療計画の策定などに関しては、患者と医師と間における話し合いが持たれ、両者の合意の下で治療が進められることになる。また、その前提として、患者に対する十分な情報提供が行われる。

2. 問題点

個々の疾病管理プログラムは実施に移されたばかりであり、現時点において、十分な経験が蓄積されているわけではないが、認可基準が不明確であるため、連邦保険庁による認可業務が停滞していること、医師による書類作成及びデータ提出、それに対する患者の同意手続きが煩雑であることなどの問題点が指摘されており、調整委員会において改善策の検討が行われることになっている。

V. 今後の検討

今後の進展状況に応じて、疾病管理プログラムの実施上の問題点や慢性病の治療に及ぼす効果について評価することは、我が国における慢性病に対する医療の在り方、その中で保険者が担うべき役割などを考える上で、重要な示唆を与えうるものである。

参考文献

- AOK-Bundesverband, Mehr Lebensqualität für chronisch Kranke, Gesundheit und Gesellschaft 7-8 / 2002.
- AOK-Bundesverband, Hand in Hand mit den Patienten, Gesundheit und Gesellschaft 6 / 2003. S.32ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, August 2001.
- Woggon A., Disease-Management-Programm in der Umsetzung –erste Erfahrungen in Nordrhein, Krankenversicherung Februar 2004, S. 41ff.

(資料1)ドイツにおける慢性病患者の状況(いずれも概数)

慢性病患者総数	1,000万人以上
糖尿病患者数	400万人
糖尿病による足の切断	年間3万人
糖尿病による失明	年間5千人
乳がんの新規患者数	年間4万6千人
乳がんによる死亡者数	年間1万8千人
冠状血管性心疾患患者数	240万人
気管支喘息患者の割合	子供の10%、大人の5%
慢性閉塞性気管支炎患者数	300万人
慢性病患者にかかる医療費の割合	入院医療費の3分の2

出典: Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, Wissenschaftliche Institut der AOK

(資料2)

糖尿病（タイプ2）に係る疾病管理プログラムの基準の項目

1. それぞれの医療供給分野を考慮して、根拠に基づく指針に沿って行われる治療
 - (1) 糖尿病（タイプ2）の定義
 - (2) 診断
 - (3) 治療
治療目的、治療計画
 - (4) 基本治療
栄養指導、喫煙指導、運動など
 - (5) 薬物治療
 - (6) 高血糖又は低血糖性代謝異常の治療
 - (7) 糖尿病に伴う疾病及び糖尿病によって引き起こされる疾病
 - (8) 医療供給分野間の協力
家庭医から、専門医、糖尿病専門医療機関、糖尿病患者の足の治療の専門機関及び病院への移管、リハビリテーション措置
2. 質の確保措置
3. 被保険者のプログラムへの参加条件及び参加期間
4. 教育
 - (1) 医療供給者への教育
 - (2) 被保険者への教育
5. 評価

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表