

検討を開始した。

結論（日本への示唆）

世界的に受け入れられている医療制度改革の基本的な考え方は、何らかのかたちで市場原理を活用すること、その場合、患者とサービス提供者間の情報の非対称を克服するためにいかにして代理人とインセンティブを設定するかである。

イギリスの制度改革は、自己負担を増やさなくても、無料の医療と福祉のシームレスなサービスを提供できること、且つ民主化と行政改革を同時に行う可能性があることを示している。そのような原理が明確で、かくもラディカルは改革が可能であることは、すべての改革が incremental なわが国は大いに参考とすべきである。

イギリスの場合には、GP を患者の代理人として、その組織である PCT と 2 次医療提供者との間に準市場を形成し、2 次医療のサービスの効果と効率の向上をはかろうとしている。政府はマクロな予算配分の権限は留保するが、ミクロな配分と分配に関しては PCT を政府の代理人としてその権限を委譲しているかたちである。サービスの質に関しては国が基準を定め、それぞれの組織（エージェンシー）にインセンティブを設定するとともに、第三者評価機関がそれらの組織のパフォーマンスを評価監視する。

しかし、このエージェンシーとインセンティブによる政策は、市場機構に比べると種々の仮定の上に行われることであるから、今後どのような経過をたどるかは注意して見守る必要がある。

わが国の高齢者の介護においては不完全ながら居宅介護支援事業者(通称ケアマネージャ)がいるが、医療には患者の真の代理人が不在である。従って、失敗する市場が機能するものとして制度が構築されている。

介護においては、利用者とサービス提供者間の情報の非対称は医療ほどではないが、ケアマネージャというクライアントの代理人が設けられている。しかし、わが国のケアマネージャはサービス提供者の被雇用者も認められているので、その場合は企業の代理人でもある。

わが国にプライマリーケアのシステムがないことは、わが国とイギリスとの直接的な比較を困難にする点である。しかし、まさにその事実がわが国におけるプライマリーケアのシステムの必要性を明らかにしているのではなかろうか。

プライマリーケアの機能はきわめて多岐にわたる。しかし、プライマリーケア提供者の備えるべき重要な要件は、1) 24 時間責任を持てること、2) 医療のみではなく福祉をも含む包括的なケアが提供できる、そのためには 3) 後方病床機能もなくてはならない。

在宅の患者が最も困ることは、何かあったときにはどうしたらよいかという不安であるといわれている。不安に対応する方策は、誰かが「責任を持つ」ということである。その点で、イギリスの GP への登録制度は優れており、NHS が従来から一貫して人気が高い理由の一つであろう。

そのように考えると、わが国でプライマリーケアの提供者としてこれらの重要な要件を満たすのは在宅ケアと福祉の機能を持ち合わせた中小の病院であろう。ウィークデーの昼間だけのいわゆるビル診は適格性を欠くし、在宅や病床機能を十分コーディネートできないソロプラクティスも同様であろう。しかし、このようなケア提供者が病院を中

心とした医療福祉コングロメリット化すれば、地域独占となる可能性があり、その功罪も考慮する必要があるだろう。あるいは、その功を励まし、罪を防止するような仕組みを設定しなければならないかもしれない。

わが国においてはこれまで、診療報酬制度が医療制度を運営するインセンティブとして偏重されてきた。しかし、甲乙2表が統一されたことによってプライマリーケアの報酬制度が消滅してしまった。今後、わが国においても項目別出来高払い制度からDPCなど、何らかの包括払いに移行せざるを得ないであろう。しかし、プライマリーケアの支払い制度は、どのような組織化を行うのか、どのような機能を期待するのかと密接に関係してくるので、慎重に検討する必要がある。少なくとも、病院の支払い制度とは異なるプライマリーケアのための報酬制度を必要とすることになるであろう。もしそうならば、できるだけ早くその準備をしなければならない。従って、そのときには当然わが国のプライマリーケアのビジョンが必要となるであろう。

おそらく今となっては、わが国においてはイギリスのように、プライマリーケアと2次医療のシステムを分離して組織することは困難であろうし、質と効率の観点からも慎重に検討されなければならないであろう。また、イギリスのようにタイトに管理されたシステムよりも、もっとリベラルな制度の方がわが国には適しているかもしれない。

しかし、イギリスにおける第三の道の社会保障制度改革は、単純な規制緩和論や市場化だけがあるべき政策ではない可能性を示している点で、極めて重要な代替案となっている。

プライマリーケアの提供者はできるだけ患者の完全な代理人であってほしいし、福祉、特に介護保険制度との間のシームレスなサービス提供にポジティブなインセンティブが与えられなければならない。インセンティブが与えられても人々がそのように動くかどうかは必ずしも確かではない。合理的に設計したとしても間違いやモラルハザードを完全に克服することは難しいであろう。

わが国においては、高齢化を迎えるにあたって、医療と福祉のシームレスなケアシステムを構築するためには、住民の完全な代理人となるプライマリーケアの提供者が必要であり、その制度構築と支払い制度の構築は決して容易ではないが、早急に検討しなければならないこともまた明らかである。特に、慢性的な状態に対するケアはプライマリーケアの重要な機能であるが、それは住まいから遠く離れた医療施設の外来のみで行われるものではない。人々の住まいの近くで、包括的なケアを受けられるシステムの構築が必要である。

わが国における医療制度の構造改革においては、項目別出来高払い制度を改める必要がある。特に、プライマリーケアのビジョンを明らかにし、そのための診療報酬体系を創設すべきである。

長期的には、医療と介護保険制度の財源を含む統合を視野に入れなければならないが、そのためには医療をも含めて地方分権化を進める中でしか可能性はないであろう。この方向性がわが国における地方自治と民主化の推進に寄与するであろう。

参考文献

保守党の改革

1. Secretary of State, A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffiths (1988), *Community Care: Agenda for action*, HMSO.
2. Department of Health (1989), *Caring for People* (Cmd 849), HMSO.
3. Department of Health (1989), *Working for Patients* (Cm. 555), HMSO.
4. The National Health Service and Community Care Act 1990
5. Working for Patients and Community Care Act 1990
6. The Health of the Nation (Green Paper) 1991
7. The Patient's Charter 1991
8. The Health of the Nation (White Paper) 1992
9. Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
10. Robinson R and Le Grand J (Ed)(1993), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund.
11. Geoffrey Rivett (1997), *From Cradle to Grave: Fifty years of the NHS*, King's Fund Publishing.
12. Webster C (1998), *The National Health Service: A political history*, Oxford University Press.
13. Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed) (1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
14. Gordon Macpherson (Ed) (1998), *Our NHS: A celebration of 50 years*, BMJ Books.
15. Hausman D and Le Grand J (1999), *Incentives and Health Policy: Primary and Secondary Care in the British National Health Service*, *Social Science and Medicine* 49: 1299-1307.

労働党の改革

1. Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
2. Labour Manifesto 1997.
3. Kein R (Ed)(1998), *Implementing the White Paper: Pitfalls and opportunities*, King's Fund.
4. Department of Health (1998), *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
5. Rudolf Kein (Ed)(1998), *Implementing the White Paper: Pitfalls and opportunities*, King's Fund.
6. Department of Health (1998), *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
7. Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.

8. Department of Health (1998), *Working Together: Securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
9. Department of Health: *A New Approach to Social Service Performance: Consultation Document*, The Stationery Office, London.
10. Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
11. The Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan: A plan for investment; A plan for reform*, Cm 4818-I (forwarded by Prime Minister).
12. The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
13. Chief Executive Nigel Crisp, *Improvement, Expansion and Reform: the next 3 years: Priorities and Planning Framework 2003 - 2006*
14. The NHS Modernisation Board's Annual Report 2003, *The NHS Plan – A Progress Report*.
15. The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2000
16. The NHS Improvement Plan: *Putting People at the Heart of Public Services*. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty 2004

PCT

1. Smith JA, Regen EL, Goodwin N, McLeod H and Shapiro (2000) *Getting into their stride: interim report of the national evaluation of Primary Care Groups*. Health Services Management Centre, Birmingham.
2. Wilkin D, Gillam S and Leese, B (eds.) (2000) *National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts: Progress and Challenges 1999/2000*. National Primary Care and Research Development Centre, Manchester (<http://www.npcrdc.man.ac.uk/Pages/NPCRDC/Home.htm>)
3. Smith, J., Regen, E., Goodwin, N., McLeod, H and Shapiro, J. (2001), *Passing on the Baton: Final Report of a National Evaluation of Primary Care Groups and Trusts*. Manchester University, Manchester.
4. Wilkin, D., Gillam, S. and Crawford, A. (2001), *The National Tracker Survey of PCG/Ts 2000/2001: Modernising the NHS?* University of Birmingham, Birmingham.
5. Dowling, B. and Glendinning, C. (eds) (2003) *The New Primary Care: Modern, Dependable, Successful?* Maidenhead: Open University Press.
6. *Sustaining Innovation through New PMS Arrangements* (Revised 18th March 2004)
7. Standard General Medical Services Contract (27.10.2004)
8. *Making Practice Based Commissioning a Reality: Technical Guidance*, Dept of Health February 2005

医療・福祉の統合

1. Majeed A and Malcolm L (1999) 'Unified budgets for primary care groups' *British Medical Journal* 318: 772-776
2. *Integrated working and governance*: a discussion paper, Integrated Care Network, January 2004
3. *Integrated Care for Older People*: Report of a one-day conference organised by the Health Strategy Unit and Integrated Care Network, March 2004

ケアの質の評価

1. Audit Commission (1999) *PCGs: An early view of Primary Care Groups in England*. London HMSO
2. Audit Commission (2000) *The PCG agenda: early progress of Primary Care Groups in the New NHS*. London, HMSO.
3. *National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08*, Department of Health
4. *Inspecting for Better Lives: Modernising the regulation of social care* (a consultation document) CSCI November 2004

USA 関係

1. Enthoven, A. C. (1978). Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658.
2. Enthoven, A. C. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.
3. Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
4. American Medical Association, *Complete Medical Encyclopaedia*, Random House Reference, 2003.
5. AMA, *Health Literacy*, Institute of Medicine of the National Academies Press, 2004.

考察

1. Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.
2. Julian Le Grand (1997), Knights, Knaves or Pawns? Human behaviour and social policy. *Journal of Social Policy* 26:146-169.
3. Rob Flynn and Gareth Williams (Ed)(1997), *Contracting for Health: Quasi-markets*

and the National Health Service, Oxford University Press.

4. Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.
5. Barlow, A. and S. Duncan, *The Rationality Mistake: New Labour's Communitarianism and 'Supporting Families'*, in T. Taylor-Dooby (eds), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd. 2000.
6. J. Le Grand, *From Knight to Knave? Public Policy and Market Incentives*, in P. Taylor-Goodby (Ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press, 2000.
7. 地域差研究会 (2001)、「医療費の地域差」、東洋経済新報
8. Julian Le Grand, (2001), *The State, the Market and Welfare*, in A. Gunji (Ed), *The Role and Limitations of the Market in the Health and Welfare System*, Seigakuin University Press.
9. *National NHS Staff Survey 2003*
10. 郡司篤晃編著 (2003)、「シンポジウム「医療と福祉における市場の役割と限界」」、聖学院大学出版会、J.LeGrand氏の発表に対する郡司篤晃の討論。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

②⑥ 医療供給の質と経済性の向上—ドイツにおける取組み

分担研究者 松本勝明 国立保健医療科学院福祉サービス部長

（平成 17 年度・平成 18 年度実施）

研究要旨

ドイツでは、医療保険料率の安定及び医療供給の質と経済性の向上を目的とした改革が行われている。そのための手段としては、競争を通じて疾病金庫の経営努力を促すことが重視されている。近年、この競争を医療給付の質を巡るものにまで拡大するとともに、各分野間の連携の下で適切な医療供給を可能にするために、疾病管理プログラムや統合医療供給などの新たな給付形態を導入するなどの多様な取組みが行われている。

疾病管理プログラム及び統合医療供給は、制度導入後において急速な普及を示しており、患者の健康状態の改善、在院日数の短縮などの効果を挙げるとともに、患者からも高い評価を得ている。普及の背景としては、制度の枠組みが法律上位置づけられ、それに基づき強力な経済的誘因が付与されたことなどが挙げられる。これらの取組みは、我が国における医療供給の改善方策の検討に大いに参考になる点を含んでいるが、なかでも、疾病管理プログラムは、我が国の医療制度にも受け入れやすい特徴を有している。

A. 研究目的

近年のドイツ医療制度改革の動向を把握し、その中での医療供給改善のための取組みの位置づけを明らかにするとともに、各分野の連携の下での適切な医療供給を可能にすることを目的とした疾病管理プログラム及び統合医療供給を取り上げ、その実施状況等について検討を行うことにより、医療供給体制の総合化・効率化を図るための方策について我が国との比較検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

まず、文献調査及びドイツ人研究者との意見交換を通じて、ドイツにおける医療制度改革の全体的な動向を把握した。

その上で、実施主体である疾病金庫への訪問調査、疾病金庫により実施されたアンケート調査などの結果に基づき、疾病管理プログラム及び統合医療供給の実施状況、効果などの分析を行った。

また、マックス・プランク外国・国際社会法研究所所長のベッカー教授を招いてのワー

クシヨップを開催し、意見交換を行った。

(倫理面への配慮)

個人情報等に関連しないため不要。

C. 研究結果

この検討を通じて、次のことが明らかとなった。

- ① ドイツの医療制度改革においては医療供給の質と経済性を高めるための手段として、競争の役割が重視されていること。
- ② そのほかにも、医療供給の各分野の連携により適切な医療を可能にするための新たな供給形態の導入など、多角的な取組みが可能となる手段が整備されたこと。
- ③ そのための具体的な方策である疾病管理プログラム及び統合医療供給は、ドイツにおいて急速に普及しており、既に多数の被保険者及び医療供給者が参加していること。
- ④ これらの制度に基づき実際に実施されているプログラムは、患者の健康状態の改善、在院日数の短縮などの成果を挙げており、患者による評価も肯定的であること。
- ⑤ 法的枠組みが整備され、それにより、疾病金庫などに対してプログラム実施の強力な誘因が付与されていることが、これらの制度の普及につながったと考えられること。

- ⑥ 疾病管理プログラムと総合医療供給は、それぞれに特徴を有しているが、慢性病患者に対する標準的な医療の普及を目的とする前者の方が、全ての被保険者に同等の医療を保障することを重視する我が国では受け入れやすいこと。

D. 考察及び E. 結論

ドイツにおいては、新たに導入された疾病管理プログラム及び統合医療供給の制度が急速に普及し、成果を挙げている。

ドイツの例が示しているように、医療供給者間の適切な役割分担と連携により、医療供給の質と経済性を高めるためには、単に、改善の方向性を示し、その実現に向けた取組みが各地域において自主的に行われることに期待するだけでは十分ではない。

疾病管理プログラムのような具体的な取組みを全国的に推進するためには、制度の基本的な枠組みを法律上位置づけるとともに、それによって、具体的な取組みを促進するための手段を整備することなどが必要になると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

「ドイツ社会保障の動向-連邦議会選挙後の展望<上><下> 『健康保険』59(12), 2005年, pp. 52-57, 60(1), 2006年, pp. 8-5.

「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」『海外社会保障研究』No. 155, 2006年, pp. 4-13.

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

[平成17年度は、ドイツの医療保険改革の動向について文献調査等を行った。平成18年度は、疾病管理プログラム及び統合医療供給の実施状況についての現地調査等を行った。]

第 26 章 医療供給の質と経済性の向上

—ドイツにおける取組み

松本勝明 (国立保健医療科学院)

目次

はじめに

第1節 近年の医療制度改革の動向

1. 改革の目的
2. 改革の内容
3. 小括

第2節 具体的方策

1. 疾病管理プログラム
2. 統合医療供給

第3節 結論

1. 医療制度改革における位置づけ
2. 制度の普及
3. 両制度の特徴
4. 我が国への適用可能性

はじめに

ドイツにおいては、2005年秋に実施された連邦議会選挙の結果、新たに、キリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)と社会民社党(SPD)の二大政党によるいわゆる大連立政権が誕生した。

それまでに7年間続いた社会民主党のシュレーダー氏を首相とする同党と同盟90・緑の党(Bündnis 90/Die Grünen)による連立政権(以下「シュレーダー政権」という。)は、社会・経済の構造変化に対応した包括的な改革の実施を最大の政策課題として位置づけ、医療制度に関しても改革のための様々な取組みを行った。そのなかで、医療供給の質と経済性の向上を図ることは、最も重要な目的のひとつとなった。しかし、これらの取組みによって、人口高齢化の進展や医学の進歩などがもたらす問題が全て解決したわけではなく、改革の継続的な実施が必要となっている¹。

このため、大連立政権を構成することになった両党が新政権による今後4年間の政策を取りまとめた連立協定においても、競争的な誘因を与えることにより、構造

¹ Ebsen I./Knieps F., Krankenversicherung, in : von Maydell B./Ruland F.(Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 14.

的な改革を進め、医療の質と経済性の向上、患者の権利の拡大を図ることが医療政策の最重要課題のひとつとされた²。

本研究においては、医療供給体制の総合化・効率化について我が国との比較検討を行うことを目的として、まず、近年のドイツ医療制度改革の動向を把握し、その中での医療供給改善のための取組みの位置づけを明らかにすることとした。その上で、医療供給の質と経済性の向上を図るための具体的な方策のうちこの比較検討に特に重要と考えられる疾病管理プログラム及び統合医療供給について検討を行うこととした。

第1節 近年の医療制度改革の動向

シュレーダー政権の下では、医療制度の包括的な改革を行うための法律として、1999年には2000年医療保障改革法(GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)が、さらに、2003年には公的医療保険近代化法(GKV-Modernisierungsgesetz)が制定された。このほか、2000年から2002年までの間にも、医療保険の個別分野にかかわる法改正が行われた³。

以下においては、これらを通じて実施された改革の目的及び内容を総括する⁴。

1. 改革の目的

ドイツの医療保険は、全ての被保険者に対して、その年齢、性別及び所得のいかんにかかわらず必要な医療が受けられることを保障しているが、これを将来にわたって維持・発展させるためには、一層の改革が必要となっている。

その理由の一つは、高齢化の進展や医学の進歩により、今後とも、医療保険において収入の増加を上回る支出の増加がもたらされると予想されることにある。このような状況に対して保険料率の引上げにより対応することはもはや困難となっている。なぜならば、ドイツ経済が国際競争の中に一層組み込まれる中で、保険料率の引上げは、賃金付随コストを上昇させ、産業の立地場所としてのドイツの魅力を更に失わせることにより、国内雇用を悪化させる恐れがあるからである。このため、保険料率の維持あるいは引下げを図ることは、近年の医療制度改革における重要な

² „Gemeinsam für Deutschland - mit Mut und Menschlichkeit“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005.(<http://www.cdu.de>):

³ そのようなものとしては、診断に応じた包括報酬制度(DRGシステム)の病院への導入に関する法律(Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser)、薬剤予算制廃止法(Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz)、薬剤支出制限法(Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz)、公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律(Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung)などが挙げられる。

⁴ 2000年医療保障改革法及び前掲の個別分野の改正法の詳細については、松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ - 医療保険 - 』信山社2003年を参照されたい。また、独語文献では、Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2. Aufl., Nürnberg 2005, S. 142 ffにおいて、2005年までの医療保険改革の動きが述べられている。

目的となった⁵。

また、現状の医療供給には、異なる分野間(例えば、外来と入院)での連携が欠如しているなどの構造的な問題が存在している。このため、医療には多くの費用がかけているにもかかわらず、必ずしも十分な効果が上がっていないことが指摘されている⁶。このような問題を解決するために医療供給の質と経済性を高めることは、医療制度改革のもうひとつの重要な目的となった。

保険料率の維持・引下げと質の高い医療の確保という一見対立的なこの二つの目的は、医療供給の効率を高め、無駄を省くことができれば、両立可能であると考えられた⁷。

2. 改革の内容

(1) 競争の促進

これらの目的を達成するための手段としては、従来のコール政権⁸下と同様に、医療保険の実施にかかわる当事者間での競争の役割が重視された。ただし、この競争は、あくまでも連帯原則(Solidaritätsprinzip)に基づく医療保険の枠組みの中で行われるものである。この場合の連帯原則とは、所得に応じて徴収される保険料を財源に医療上の必要性に応じた給付を行うことにより、高所得者と低所得者、高齢者と若年者、健康な者と病気がちな者との間の社会的調整(再分配)を通じた社会連帯の実現を図るという考え方を意味している⁹。

① 疾病金庫間の競争の導入

医療保険における競争は、これまでのところ、特に保険者である疾病金庫間において大きな進展がみられる。ドイツにおいては、コール政権時代の1996年から被保険者が自ら加入する疾病金庫を選択する権利が大幅に拡大された。ドイツでは、従来、各被保険者は、基本的に、それぞれの職業、勤務事業所及び居住地に応じて加入する疾病金庫が定められていたが、この選択権の拡大により、各被保険者は基本的に複数の疾病金庫から自分が加入する金庫を選択することが可能となった。一方、疾病金庫側からみると、各金庫は被保険者の獲得を巡って互いに競争する立場に立たされた。この競争は、疾病金庫に対して保険料率引下げなどの経営努力を促

⁵ Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90 / Die Grünen vom 20. Oktober 1998, Gerechte Steuern, ökologische Steuer- und Abgabenreform, 3. Senkung der Lohnnebenkosten durch eine ökologische Steuer- und Abgabenreform.

⁶ 医療協調行動会議の専門家委員会(Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)が2000年12月に取りまとめた報告書(Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I : Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation)によれば、ドイツの居住者一人当たり保健医療支出はOECD諸国の中でアメリカ及びスイスに次いで第3位であるにもかかわらず、重要な指標でみる限り、その効果は平均以下の水準にある。

⁷ Bundestagdrucksache 14/1245, S. 53.

⁸ 1982年からシュレーダー政権が誕生するまでの16年間は、キリスト教民主・社会同盟及び自由民主党(FDP)がキリスト教民主同盟のコール氏を首班とする連立政権を構成していた。

⁹ Ebsen I./Knieps F., a.a.O., S. 14.

す効果を持つと期待される。

しかし、各疾病金庫間には、被保険者の年齢構成や所得水準などのリスク構造において大きな違いが存在し、それが各疾病金庫の保険料率に大きな較差をもたらしていた。したがって、そのままの状態では、公平な競争は実現せず、有利なリスク構造を持った疾病金庫が競争上も優位に立つだけになってしまう。これでは、各疾病金庫に対して、本来の経営努力を促すことにはならず、むしろ、有利なリスクを持った被保険者(例えば、より若く、より所得の高い被保険者)の選別を行う誘因を与える恐れがあった。このため、公平な競争の前提条件を整えることを目的としてリスク構造調整(Risikostrukturausgleich)が導入された。これにより、各疾病金庫における被保険者の所得水準、年齢及び性別並びに家族被保険者数の違いが競争上の有利・不利をもたらさないよう、財政的な調整が行われることになった¹⁰。

② 競争導入の影響と問題点

リスク構造調整を伴った疾病金庫間の競争は、各疾病金庫の保険料率に応じた被保険者の大幅な金庫間移動をもたらした。疾病金庫への競争圧力が高まるなかで、競争力の向上を狙いとした疾病金庫の合併が促進され、金庫数は大幅に減少した。また、リスク構造調整を通じた財政移転は、金庫間での保険料率の平準化にも効果を発揮した¹¹。

一方、給付の質を高める観点からは、この競争には問題点が存在した。例えば、疾病金庫が慢性病患者に対する適切な医療の確保に努力することは、給付費の増加や他の疾病金庫からの慢性病患者の流入を誘発することにより、競争上の不利をもたらす恐れがあった。また、リスク構造調整においては、年齢及び性別が同じであれば、健康な者も、慢性病患者も同等の医療給付費がかかるものとして取り扱われるため、より健康な被保険者を獲得しようとしてリスク選別が行われる余地が存在した。このような歪みを抱えたままでは、疾病金庫間の競争が本来期待される効果を十分に発揮することはできないと考えられた。

③ 改善策

このため、シュレーダー政権の下では、疾病金庫間のより公平な競争を実現するために、リスク構造調整制度の改善が図られた。2002年からは、疾病管理プログラ

¹⁰ 例えば、より若く、より所得の高い被保険者を集めることは、それに相応した拠出金の増加又は交付金の減少をもたらすだけで、競争上の有利にはつながらない。

¹¹ 疾病金庫の種類別でみると、リスク構造調整導入前の保険料率が最高及び最低であった地区疾病金庫(AOK)及び企業疾病金庫(BKK)では、被保険者数はAOKで519万人の減少、BKKで680万人の増加、金庫数はAOKが271から17に、BKKが741から222に、両者の保険料率格差は1.97パーセントポイントから0.49パーセントポイントに変化した。(データは、いずれもBundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Ausgabe 2005, Bonn 2005による。なお、被保険者数の変化は疾病金庫選択権拡大前の1995年、金庫数の変化は合併要件緩和前の1992年、保険料率の変化はリスク構造調整実施前の1993年の状況をそれぞれ基準として2004年の状況と比較した。)

ム(Disease-Management-Programm)¹²の制度が導入され、慢性病患者に対して適切な治療を促進するためのプログラムに基づき行われる給付のために通常よりも多くの費用がかかることがリスク構造調整において配慮されるようになった。さらに、2007年からは、現在のような年齢、性別などの間接的な指標ではなく、被保険者の疾病罹患状況を直接考慮することによりリスク構造調整を行う方法を導入することが予定されている。

④ 質を巡る競争

疾病金庫間の競争は、これまで、保険料率及び被保険者サービスを巡るものにとどまっており、給付の質を巡るものにはなっていなかった。その理由は、各疾病金庫に対して、給付の質の改善のために自らの判断により決定し実施することができる裁量の余地が認められてこなかったことにある。競争の対象を給付の質にまで広げるためには、各疾病金庫が個々の医療供給者と共に新しい診療プロセスや給付形態を開発することなどを通じて、被保険者のニーズや要望により適合した給付を確保することが可能となる必要がある。しかしながら、例えば、外来診療においては、疾病金庫の連合会と保険医(保険診療を担当する開業医)の利益を代表する保険医協会との間の統一的な契約締結が原則となっている。

このため、2000年医療保障改革法により導入された医療供給者間の連携による統合医療供給(integrierte Versorgung)の制度では、疾病金庫と個々の給付供与者との間の契約締結が可能とされた。このことは、給付供与者間の競争を促進することにもつながるものと期待される。

(2) 質と経済性の向上

疾病管理プログラムや統合医療供給の導入をはじめ、医療供給の質と効率性の向上のために次のような多様な取組みが行われた。

① 分野間の連携強化

外来診療を担当する家庭医及び専門医と入院療養を担当する病院など、各分野間の連携により患者の状況に応じた適切な医療供給を可能にするため、新たな給付形態として疾病管理プログラム及び統合医療供給が導入された。また、医療の管制官としての家庭医の機能強化を図るとともに、家庭医を中心とした診療の確保に資するため、家庭医の指示なしには専門医の診療を受けないことを誓約した被保険者に対し、一部負担金や保険料を軽減することが可能とされた。

ドイツにおいて、病院は、基本的に入院療養のみを担当してきたが、疾病管理プログラムに基づく場合などには、入院療養以外に外来での専門医療を行うことが認められた。さらに、専門分野の異なる複数の医師、更には医師以外の医療職が協力して外来診療を行う医療供給センター(medizinisches Versorgungszentrum)を設けることが認められた。

¹² 法律上の名称は「組織された治療プログラム(strukturierte Behandlungsprogramme)」となっているが、通常は「疾病管理プログラム」と呼ばれていることから、この報告においてもこの名称を用いることにした。

② 質の確保

保険診療を担当する医療供給者全般に対して、自らが提供する給付の質の確保・改善に関する法律上の責務が課された。この責務を具体化するため、それらの者に対して、共同連邦委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)¹³が定めた指針に従い、質の確保のための措置に参加すること及び自ら質のマネジメントを実施することが義務づけられた。また、保険医による診療の質の確保に関する保険医協会の責務が強化され、同協会に対して、そのために行った活動を毎年公表することが義務づけられた。

③ 継続教育

保険医に対して、その職務遂行に必要な専門知識の維持・向上のため最新の科学的知見に対応した内容の継続教育を受講することが義務づけられた。

④ 医療における質と経済性に関する研究所

共同連邦委員会により、「医療における質と経済性に関する研究所」(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)が中立的な専門研究機関として設置された。この研究所は、重要疾病の治療指針の評価、疾病管理プログラムに関する勧告、薬剤有用性の評価など、医療保険により提供される給付の質と経済性に関する重要問題を担当する。

⑤ 患者の権利強化

患者の権利を強化するため、診療内容及び診療費などに関する情報提供の改善が図られるとともに、診療指針などを協議・決定する共同連邦委員会の審議への患者団体代表の参加が認められた。また、連邦政府に患者の利益を代表する役職がおかれた。

⑥ 診療報酬制度の見直し

病院運営の効率性の向上を目的として、診断群(DRG)に応じて包括的な入院診療報酬が支払われる制度が導入されることになった。外来診療報酬についても、患者の需要に応じたものとするため、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会との間で合意される標準給付量(Regelleistungsvolumina)の範囲内では固定された一点当たり単価により支払われる新たな制度が導入されることになった¹⁴。なお、疾病金庫は、標準給付量を超える部分の給付に対しては原則として報酬を支払わない。た

¹³ 合同連邦委員会は、3名の中立委員(うち1名が委員長)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、連邦保険歯科医協会及びドイツ病院協会並びに各種疾病金庫の代表が参加している。

¹⁴ 従来の制度では、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会との間で外来診療報酬の総額が取り決められ、保険医協会がその総額を各保険医の行った給付に基づき算定される報酬点数に応じて配分を行う。このため、保険医の行った給付の総量(総点数)に応じて、一点当たりの単価が変動する。

だし、それが疾病罹患状況の変化による予期せぬ医療需要の増加に基づくものである場合には、合意された一点当たり単価の10%で計算した報酬を支払う。

(3) 事業主負担の軽減

保険料負担、特に事業主負担分の軽減を図るため、歯科補綴及び傷病手当金のための費用が被保険者だけで負担される保険料により賄われることになった。また、「保険になじまない給付」(versicherungsfremde Leistung)¹⁵のための疾病金庫の支出に対して、連邦がタバコ税の引上げによる増収を財源とした財政補填を行うことになった。

3. 小括

以上のように、ドイツにおける近年の医療制度改革においては、医療保険における保険料率の安定及び医療供給における質と経済性の向上を目的として、当事者間での競争の役割を重視する政策が行われた。なかでも、疾病金庫間の競争を促進することにより、各疾病金庫の保険料率引下げに向けた経営努力を引き出すことがその中心となってきた。シュレーダー政権の下では、この競争を医療給付の質を巡るものにまで拡大するとともに、医療供給の各分野間の連携によりそれぞれの患者に応じた適切な医療供給を可能にするために、新たな供給形態を導入することなどはじめ、医療供給の構造的な問題の解決及び患者の権利強化を図るための多角的な取組みが可能となる手段が整備された。この点において、シュレーダー政権の政策は従来の政策を大きく前進させたと評価することができる

今後の政権においても、こうした方向に沿って、従来の取組みを更に発展させるための政策がとられるものと考えられる。それらの手段が期待どおりに機能し、医療供給の改善に中長期的な効果を発揮するかどうかは、実際にそれらを活用して具体的な取組みを行うことになる関係者(疾病金庫及び医療供給者)の対応にも依存している。したがって、その効果について評価するためには実施状況等を十分に見守る必要がある。

第2節 具体的方策

次に、医療供給の質と経済性の向上を図るための取組みのなかでも、特に、各分野間の適切な役割分担と連携により患者の状況に応じた医療供給を可能にするを目的とした疾病管理プログラム及び統合医療供給を取り上げ、その実施状況等の検討を行う。

¹⁵ 法律上は、具体的にいずれの給付が「保険になじまない給付」に該当するのかは明確にされていないが、出産手当金などがこれに該当するものと考えられる。(Hänlein A., V. Beitrags- und Finanzierungsrecht, in : Kruse J. / Hänlein A., Das neue Krankenversicherungsrecht, Baden-Baden 2004, S. 171.)

1. 疾病管理プログラム

(1) 基本的枠組み

① 目的

糖尿病など多くの国民が罹っている慢性病の治療に関しては、特に、各医療供給者間での連携・協力関係の欠如が大きな問題となっている¹⁶。このため、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に対して適時に適切な対応が行われていない。

疾病管理プログラムの目的は、慢性病の効果的な治療のために、患者が差し迫った状態になったときに治療が行われるだけでなく、医療供給者間で相互に連携の取れた適切な治療等が患者に対して長期にわたり継続的に行われることを確保することにある。

② 対象疾病

疾病管理プログラムの対象疾病は、共同連邦委員会が、当該疾病に罹患している被保険者の数、医療の質の改善に関する可能性、根拠に基づく治療指針の利用可能性、分野をまたがる治療ニーズ、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及び治療費用の高さを勘案して行う勧告に基づき、連邦保健省が連邦参議院の同意を得て法規命令により定める。

③ 基準

疾病管理プログラムが満たすべき基準は、共同連邦委員会が行う勧告に基づき、連邦保健省が連邦参議院の同意を得て法規命令により定める。その中では、根拠に基づく指針に沿って行われる診断・治療、質の確保のための方策、プログラムへの参加条件、医療供給者及び被保険者への教育、記録、評価などに関して基準が定められる。

④ 認可

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、個別の疾病金庫又は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前記基準を満たさなければならない。この認可には、最長3年までの期限が付されるため、実施中のプログラムについても定期的に連邦保険庁の審査が行われる。

¹⁶ 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（Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung）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（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、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ことなど）が存在していると指摘されている。

⑤ プログラムの実施

ア. 実施主体

疾病管理プログラムの実施主体は疾病金庫である。疾病金庫は、被保険者のために、前記基準に沿って、プログラムの内容を定めるとともに、開業医(家庭医及び専門医)、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¹⁷。また、疾病金庫には、認可された疾病管理プログラムを質的に高い水準で実施する責任がある。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する必要な支援を行う。

イ. 医療供給者間の調整

疾病管理プログラムにおいては、各患者が必要な医療を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受けることができるよう、それぞれの医療供給者(家庭医、専門医、病院など)がどのような場合に医療を担当するかが定められる。

このプログラムの実施に当っては、個々の患者によって選ばれた家庭医が医療供給者間の調整に中心的な役割を果たすものとして期待されている。調整を担当する医師¹⁸は、患者の専門医及び病院への受診を調整するとともに、治療プロセス全体についての記録を行う。

ウ. 患者の権利及び義務

患者は、加入する疾病金庫が疾病管理プログラムを実施し、かつ、自らがプログラムへの参加条件を満たす場合には、当該プログラムに参加することができる。参加を希望する被保険者は、当該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¹⁹。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、被保険者に対しては、疾病金庫から、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する情報提供が行われる。

一方、登録被保険者は、検診の定期的な受診や患者教育への参加などを通じて、登録したプログラムに基づく治療に主体的に協力しなければならない。

エ. 医師の責務

疾病管理プログラムに参加する医師には、「根拠に基づく医療」の考え方に基づ

¹⁷ 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個別疾病金庫又は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。

¹⁸ 一般的な疾病の場合には家庭医が調整を担当することになるが、既に長期間にわたり専門医による診療を受けている場合や糖尿病(タイプ1)のように患者数がさほど多くない疾病の場合には、専門医が調整を担当することも考えられる。

¹⁹ 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。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。

き定められた指針²⁰に沿って診断及び治療を行うことが求められる。つまり、疾病管理プログラムにおいては、科学的な研究により効果、安全性及び有用性が確認された最新の知見に基づく治療方法が適用される。

オ. 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、疾病管理プログラムに基づく治療に参加する。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。

⑥ 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、疾病金庫及び参加医療供給者が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。

⑦ 報酬

疾病管理プログラムの枠内で行われる診療であっても、開業医、病院などで一般に行われる診療に相当するものに対しては、通常の診療報酬が支払われる。一方、医療供給者間の調整、記録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、契約で定められた特別の報酬が支払われる。

⑧ 経済的誘因

各疾病金庫が疾病管理プログラムに取り組むことを促進する観点から、このプログラムに基づく医療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。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被保険者については、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、リスク構造調整においてより高い給付費支出額が認められる。これにより、疾病管理プログラムに基づき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疾病金庫との競争において不利にならないようになった。

²⁰ 疾病管理プログラムにおける各疾病の治療指針は、共同連邦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。共同連邦委員会は、当該疾病の専門家が参加した作業グループの協力を得てそれぞれの基準を作成した。また、この作業に必要な科学的根拠は、「医療における質と経済性に関する研究所」により提供された。

⑨ 評価

疾病金庫は、実施している疾病管理プログラムの効果及び費用に関し、連邦保険庁が任命した専門家に一般的に認められる科学的な基準に基づく外部評価を行わせなければならない。その基本的な目的は、プログラム目的の達成、患者登録基準の遵守及びプログラムの費用について評価することにある。この評価のための基準は、連邦保険庁が定めることとされている。

(2) 全国的な実施状況

① 対象疾病及びプログラムの基準

疾病管理プログラムの制度は、2002年1月に施行された「公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律」により導入された。具体的なプログラムの実施に必要な基準は共同連邦委員会の勧告に基づき逐次定められてきている。2002年7月には糖尿病(タイプ2)(Diabetes mellitus Typ 2)及び乳がん(Brustkrebs)に関する基準、2003年5月には冠状血管性心疾患(koronare Herzkrankheit)に関する基準、2004年3月には糖尿病(タイプ1)(Diabetes mellitus Typ 1)に関する基準、2005年1月には気管支喘息(Asthma bronchiale)及び慢性閉塞性肺疾患(COPD)(chronisch obstructive Atemwegserkrankungen)に関する基準を定めた法規命令がそれぞれ施行された。したがって、2007年1月現在では、以上の6種類の慢性疾病が疾病管理プログラムの対象となっている。なお、これらの基準の内容については、制定後においても、最新の科学的な研究水準に沿った見直しが行われてきている。

② 認可件数及び登録被保険者数

それぞれの対象疾病に関する基準を定めた法規命令の施行後、様々な疾病金庫から当該疾病を対象とした疾病管理プログラムの認可申請が行われている。個々の申請案件については、連邦保険庁により、審査及び必要な修正が行われた上で、認可が行われている。2006年6月現在では、糖尿病、乳がん及び冠状血管性心疾患に関する認可プログラムの総数は8,400件を超えており、そのなかでは、糖尿病(タイプ2)に関するプログラムが3,183件で最も多数を占めている。これらのプログラムへの登録被保険者総数は同年2月現在で約208万人であり、その85%を糖尿病(タイプ2)に関するプログラムへの登録被保険者が占めている。このほかに、気管支喘息及び慢性閉塞性肺疾患に関するプログラムであって、同年5月現在で既に実施している、あるいは実施が予定されているものが32件ある。

認可件数がこのように多数に上る原因は、疾病金庫が疾病の種類ごと、対象地域ごとにプログラムの認可を受けなければならないことにある。ただし、大部分のプログラムの内容には疾病金庫や地域による大きな違いはみられない²¹。

²¹ Graf C., Disease Management Programme und Integrierte Versorgung, Gesundheits- und Sozialpolitik, 5-6/2004, S. 46.