

Contract (27.10.2004)

- (40) <http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>
- (41) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
- (42) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care—Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
- (43) Julian Le Grand, personal communication (March 2005).
- (44) Department of Health (December 2002), *A Guide to NHS foundation Trusts*.
- (45) Department of Health (October 2002), *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*.
- (46) 郡尾篤晃 (110011) 「ヤキリスの医療制度改革におけるPCCの意義と課題」 医療保険事務研究協会平成一四年度調査研究報告書『現行医療保険の今後のあり方』
- (47) Department of Health (2004), Appendix B. Reference Costs 2003, *Payment by Results: core tools*.
- (48) Terry Bamford (2001), *Commissioning and Purchasing*, Rutledge.
- (49) Department of Health (1995), *An Introduction to Joint Commissioning*.
- (50) M. Knapp (2004), *Commissioning for Best Value and Quality: Social Care Market in England*. (「最良の質と価値のための介入」 郡尾篤晃編著 (110014) 前掲書° pp.73-104)
- (51) Julian Le Grand (110014 + 10月4日 Blair 首相の fulltime advisor, personal communication)
- (52) Rob Flynn and Gareth Williams (Ed) (1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.
- (53) Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Siobhan MacClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke (2005), *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.
- (54) Making Practice Based Commissioning a Reality: Technical Guidance, Dept of Health February 2005.
- (55) 政府は特別な Joint Unit を組織して 統合を進めてきたが、現在はその組織は廃止されている。
- (56) Integrated working and governance: a discussion paper, Integrated Care Network, (January 2004), Integrated Care for Older People: Report of a one-day conference organised by the Health Strategy Unit and Integrated Care Network, March 2004
- (57) Department of Health (2002), *National surveys of NHS patients: General Practice 2002*.
- (58) Rod Sheath (personal communication, 2005), National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester
- (59) Department of Health (1998 green paper), *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- (60) Department of Health (2002), *NHS Performance Ratings and Indicators*.
- (61) Department of Health (July 2002), *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*
- (62) The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- (63) *The Health and Social Care (Community Health and Standards), Act, 2003*.
- (64) Department of Health, National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08
- (65) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- (66) CSCI とは何かの Personal communication, 110014 + 10月4日

特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携

## イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携

郡司 篤晃

### ■ 要約

第二次世界大戦後、戦勝国は福祉国家建設にまい進した。当時の全体主義的な雰囲気の中で、その構造は社会主義的なものとなった。イギリスにおいては、その時、医療は国営となり、福祉は地方自治体という分離構造が成立した。

その後、両制度は成熟し、疾病構造が慢性化し、Long-term care (長期ケア)に対する需要が高まり、医療と福祉の連携の必要性が高まった。

しかし、医療および福祉システムは、行政組織が国と地方政府であり、医療が原則無料であるのに対して福祉は有料であるなど、種々の面で差があり、現場における二ードの高まりにもかかわらず、その連携は進まなかった。

サッチャー (Thatcher) 政権はこれら市場化による質と効率の向上を図ったが、市場化は同時に権力の構造を流動化させた。ブレア (Blair) 政権は Community Care Act を制定し、行政組織の改革、地域の民間組織である Primary Care Trust、さらに Care Trust に大幅な権限委譲 (devolution) を断行することによって、二者の連携を促進しようとしている。しかし、まだ改革途上であり、その評価にはなお時間が必要である。

### ■ キーワード

医療と福祉の連携、Community Care Act、Primary Care Trust、Care Trust

## I はじめに

部環境の変化に対応するためである。Thatcher 政権による医療・福祉の制度改革は戦後最大の制度改革となった。また、その後労働党への政権交代という政治状況があったことも寄与している。本論では、Thatcher 政権とそれに続く Blair 政権による医療・福祉の制度改革は分担と連携問題のみを解決するために行なわれるわけではない。近年の医療・福祉制度改革の主たる目的はその質と効率の確保であり、連携の問題はその一部である。したがって、制度改革の大きな流れの中で分担と連携の問題がどのようになっているかに注目することになる。

ある目的のために組織が機能しなければならぬというのに、その組織が別れていなければ必ずインタフェースの問題が発生する。ケアのシステムは予

医療と福祉の連携の議論の歴史は長いのが、解決は困難であった。しかし、近年、解決の努力が加速されている。その理由は、大きな背景としては、グローバル化と資源制約が厳しくなる中で、人口の高齢化による包括的なケアの質と効率を向上させる必要性、特に長期ケアに対する二ードの増大などの内

組みが定められた。医療は国営 (NHS) となり、福祉や公衆衛生は地方政府の責任とされた。ここに医療と福祉の連携問題の原点がある。したがって、その連携は政府間の問題であることが、この問題の根が深く、長年問題が指摘され連携の努力が行なわれてきたにもかかわらず、解決が困難であった大きな理由の一つである。

医療は国営であり、病院は国立、院内のスタッフは国家公務員、医師は専門医であった。一方、GP は国家公務員ではない。当初、政府の被雇用者になる案もあったが、医師会の反対もあり、LA (Local Authority、地方自治体) の雇用者とはならず、政府との契約による独立の開業医となった。

医療の行政機構は国を頂点としたヒエラルキーとなっていた<sup>3)</sup>。一定の人口規模の地域に GP がいないときには、LA が GP 開業希望者を募り、GP と契約して開業を支援した。周囲の住民は自分の判断で GP に登録し、健康に問題が起これば、まず GP を受診しなければならぬ。住民は直接病院にはいくことはできない。住民が健康に異常をきたして GP を受療し、入院医療が必要だと考えられた場合には GP がその地域の病院を紹介する。

GP の報酬の 50% 弱は、登録された住民数を基礎に支払われる。項目別出来高払いでは個々の診療行為に経済的なインセンティブが働くのに対して、登録した住民に対して責任感と良質のケア提供に対するゆるいインセンティブが働く。この仕組みは、制度創設以来、若干の変更は経つとも、基本的に変わっていない。おそらく、NHS が変わらぬ国民的人気を得ている理由はこの GP 制度にあるだろう。

GP の役割は初期医療、そして最初に接する医療、すなわちゲートキーパーであり、重要な医療であるので、プライマリケアと呼ばれる。その後、公衆衛生活動が義務付けられたり、訪問看護などが配置されたりしたが、GP の主たる役割が初期医療にあるという自覚と社会的な認識は変化していない。

防、医療、福祉と大別される。医療はさらに、一次医療と二次医療とに別れる。分担と連携の問題はこれらのシステムのすべてのインターフェースに生じてきた。

戦後のイギリスにおいては、医療は国営で、NHS (National Health Service) と呼ばれる。医療は、処方薬などにおける若干の自己負担はあるが、基本的に無料の行政サービスで、その資金は国家予算である。一次医療は Primary care (プライマリケア) と呼ばれ、GP (General Practitioner) が担当しており、二次医療は病院が担当している。

福祉と公衆衛生は地方政府の分担であった。福祉は対象が多様であり、医療との連携もそのほぼすべての領域に存在する。それぞれに独自の問題があり、その内容は膨大であるので、本論では、著者の専門性の限界もあり、医療に視点を重点を置きつつ、福祉については長期ケア、特に高齢者のケアを念頭に論ずることとした<sup>4)</sup>。

機能の分担については、どこで (対象母集団の地域)、誰が (Who)、何の (What) 責任を持っているのかを整理する必要がある。分担の中心的な役割はおそらく明らかであるが、誰が何をやるかは歴史的に変動がある。しかし、連携の問題はむしろその周辺に起こる。また、連携に関する統計データがとりにくいこともあり、入院の待ち行列のデータなどをぞくと、極めて乏しい。

歴史は一連の流れであり、長年の取り組みであるから、内容は極めて膨大であるため、かなり三次資料によらなければならなかった。

まず、基本的な歴史経緯を、Thatcher 政権まで、1990 年の NHS and Community Care Act 以降、Blair 政権の時代に区分して整理しておく。

## II 小史

1948 年、第二次大戦勝利の全体主義的な雰囲気の中で、イギリスの社会保障制度の基本的な枠

したがって、GPの活動の基本となる人口集団は登録された個人がベースであり、これは行政圏域とは必ずしも一致しないという点は重要である。それに対し、公衆衛生や福祉は地方政府の分担であり、その基礎となる人口集団はむしろん行政圏域のそれである。公衆衛生はcommunity health servicesと呼ばれる。予防接種や子宮ガン検診などの予防事業がGPに委託され、さらに看聴職に実施が依頼されている。

社会福祉は、1948年以来、地方自治体の分担である。病院の医療以外のケアを、福祉を含めてcommunity care (コミュニティーケア)と呼ぶ場合がある。

### 1. 1970年代後半までの改革

Community care は最初から混合経済 (Mixed Economy)であった。すなわち、ケアの提供主体も、家族、ボランティアセクター、私的セクターなど多様であり、費用の自己負担もある。

1970年ごろまで、高齢者の介護や長期ケアは医療や福祉サービスの残虐的な位置づけであった<sup>4)</sup>。病院の中に療養病床が設けられ、Nursing HomeもNHS内につくられ、原則無料のサービスであった。病院を退院すればLAのケアを受けた。入所ケアが必要であれば、LAは自ら運営する入所施設に収容したり、私的セクターやボランティアセクターのケアを補助した。

在宅ケアは、医療はGPによって提供されたが、看護はdistrict nurse (保健師)が細々と活動してきた。1960年後半のNew GP contractではpractice nurse (開業看護師)を雇用することができるようになった。1970年代後半に全人的アプローチが唱えられ、受け入れが進む一方、多くのGPはほかの職種が入ってくることに疑問を持った。当初、health visitor (訪問看護師)後にdistrict nurseとしてGPのオフィスに配置され、GPとLAの架け橋として期待された。しかし、実態は必ずしも期待に

沿うものでなく、その原因はGPが彼女たちに些細なこと (trivia)の処理の役割を期待したからだといふ<sup>5)</sup>。ancillary workers という言葉が使われ、看護職もその一人と考えられた。

1970年代に入って、福祉制度の大きな改革が進められた<sup>6)</sup>。その中で、LAにSocial Service Department (福祉部)ができた。また、ソーシャルワーカーが専門職として定着した。

1974年、LAのHealth (保健)の要素を、Health Officer (医務官)の人事も含めて、NHSへ整理統合し、LAにはsocial careだけを残した。

一方、医療組織の間の連携で大きな問題となったものは、一次と二次医療の間で、特に待たれ行列の問題である。しかし、これは福祉との連携とも無関係ではない。二次医療はその後方医療でも大きな問題があった。すなわち、入院待ちを解決するために退院を促進しなければならないが、退院が遅ればベッドがプロックされることであった。その大きな原因の一つは、NHSは原則無料であるが、福祉になると有料であるからである。

NHSの病院は待たれ行列を短縮しなければならぬので、長期の療養病床を減らしてきた。また、二次医療のニーズの判断を厳しくしていった。その結果、後方医療や長期ケアはLAの責任となっていた。

### 2. Thatcher首相就任から1990年まで

Thatcher政権 (1979-1990年)の基本的な思想は新自由主義といわれているが、これはイギリスだけのものではなく、社会主義の失敗が明らかになりつつある中で世界的な傾向であった。イギリスにおいては1970年代の国家経済の危機を登録し、国家経済を活性化するために、Thatcher首相は断固として国営企業の民営化、市場化に取り組んだ。

イギリスにおいては、わが国のような人口高齢化の期限短縮はない。平均余命の延長に伴い疾病期間が延長するわけではないが、高齢者人口が増

えるので、長期ケアのニーズが増大した。また、精神科の薬物療法が発達もニーズを増大させた。

世界のこのような傾向と同政権の政策は、民間のケア提供者に対する社会の見方を変えた。福祉の入所施設の需要は増大したが、公的セクターは変化しなかったこともあり、独立セクター<sup>7)</sup>の収容能力が増大して、入所者数が指数関数的に急増した。それに伴い国から地方への財政の委譲が急速に伸び、財政再建のための重要な政策課題の一つとなった。

NHSの予算削減のために、NHSの範囲を厳格化した。その結果、病院病床数は削減、在院日数は短縮となり、病院退院後のケアは福祉に任せられることになった。しかし、NHSは無料であるが、福祉に回されれば有料となるため、その負担と連携は社会問題となった。

Thatcher政権は国営企業だけではなく、社会政策領域においても民営化を促進した。住宅政策、教育も市場化の手法が導入された。医療と福祉は市場が失敗することは良く知られていたもので、最も遅れた。医療においては、医療の質の低下と、待ち行列に象徴される病院医療の非効率を改善する根本的な対策が必要とされた。

### III Thatcher政権の1990年の改革

医療と福祉への市場の導入に当たっては、Enthovenの助言を受けたが、現実の政策は遥かにラディカルなものとなった。

1988年のGriffiths Report<sup>8)</sup>を受けて、政府はまず政府のサービス提供と購入という役割を分離し、政府はサービスの提供から撤退し、購入者に徹することとした。この案は直ちにThe National Health Service and Community Care Actとして立法化され、実行に移された<sup>9)</sup>。医療においては、国立病院をTrust化し、予算管理権を手上げ制でGPに委譲し、その間に市場を築いた<sup>10)</sup>。

福祉改革にも同様の手法が用いられた<sup>11)</sup>。入所施設も含めて独立セクターへ移行させ、ケア・マネージャにサービス購入の支援をさせた。

国民に対する説明は、「政府はサービスの提供をやめ、購入者の立場に徹底する。しかし、国民は従来どおりのサービスを受けることが出来る。なぜならば、政府がサービス提供をやめても、政府は国民の意向を聞いてサービスを購入してあげることができる」と説明した。

このようにして導入された市場は準市場 (quasi-market)と呼ばれ<sup>12)</sup>、医療と福祉とほかの領域ではそれぞれ若干形が異なる。準市場の特徴は、

- 生産者あるいは提供者は、相互の間に客の獲得競争はあるが、必ずしも利潤最大化を目的としてはいない、

- 非営利団体と営利団体とが競争的に存在する、
- 消費者が必ずしも購入の決定者ではない、

などである。

医療においては、予算権限を委譲されたGPをGP Fund-holder (予算管理医、以下GPFH)とよんだ。GPFHは二次医療のサービス購入については、住民のエージェントであり、住民とGPの関係は従来と変わりはないが、GPと病院トラストとの間に市場が築かれたので、これは内部市場 (internal market)とも呼ばれた。医療においては情報非対称のゆえに市場は失敗するが、内部市場においてはGPも医師であるので、その非対称は緩和されるため、市場は機能しやすくなるはずだという考えである。

福祉の場合にはサービス利用者のエージェントはケア・マネージャである。ケア・マネージャがクライアントと相談して、どのようなサービスを購入するかを決定する。

新自由主義政権は、専門医は患者のため、公共のためというよりも、頑固に自己中心的であるという不信感を持っていった。したがって、同政権はこの権力構造を改革するために市場の力を利用してようとしたのである<sup>13)</sup>。

表1 Thatcher改革の提供者と分担

What	公衆衛生	一次医療	二次医療	後方医療	長期ケア
Who	LA	GP	Hospital	NHS → LA	NHS → LA
人口集団	個人	個人	個人	個人	地域
資金	LA	NHS	NHS	NHS	LA

1990年の制度改革は、病院とプライマリーケアとの間の力関係を変えただけでなく、同時に多くの力のバランスを変えた。すなわち、権限は

- ケアの提供者から購入者へ
- 政府から民間へ<sup>14)</sup>
- 中央から地方へ
- 医療から福祉へ
- 施設ケアから地域ケアへ、移行した。

1. Thatcher改革の評価

Thatcher政権の医療制度改革の評価は必ずしも十分されたとはいえないが、Le Grandらの評価によれば、改革が大きかったわりには成果が乏しかった<sup>15)</sup>というものであった。福祉改革についても、医療と同様に評価は必ずしも十分行われていなかった<sup>16)17)</sup>。

なぜ、このようなラディカルな改革がほんの少しの変化しかもたらさなかったのかについての考察として、Le Grandら<sup>18)</sup>は、医療費の高騰を恐れて、政府の制約が強すぎて、インセンティブが弱められたとして注目に値する。

また、病院のSpecialistの意識は、医の倫理に支えられた専門医であり、長年国家公務員として公的サービスの提供に従事して来たというエートスがあり、市場化による競争や契約に抵抗を覚えた可能性もある。Le Grandはこの医療従事者の行動を、'knaves'ではなく'knights'として行動した可能性があると表現した<sup>19)</sup>。

福祉サービスを提供してきた地方自治体の職員にとっても、「直接サービスを提供する公僕としての誇りを感じずという伝統的な自治体の文化から、

苛的な関係にしたという。競争は一般的には不平等と分断をもたらす。だから、市場化は本来協力をすべき人々の間に分断をもたらしたと批判された。連携は政権についた労働党に新たな対応を迫ることになった。

第3は権力のバランスを変更したという問題である。特に、注目しなければならぬのは、GPと病院の専門医間で力のバランスが逆転した点である。さらに大きく見て、権力の下方委譲を民主化だとすれば、明らかに民主化であり、大規模な行政改革である。

第4は医療と福祉の連携という観点からは、必ずしもその連携を具体的に促進したわけではないが、その重要な準備をしたと考えることができよう。

- 従来、GPの役割は自ら一般医療を提供することであり、病院には患者を紹介するだけであった。しかし、GPFHは自分の患者のエージェントとして、二次医療を購入しなればならなくなった。
- GPは、福祉との連携については、LAとの連携はその計画を立てることにとどまっていたが、GPFHはケアの質と効率を考慮すると、在宅や福祉サービスを購入することの必要性が具体的な課題となった。医療と福祉の連携を、GPにとって計画という抽象的な連携から、具体的なサービスの購入という身近な必要性に変えた。
- しかし、GPFHには福祉サービスを購入する権限は与えられていなかった。

また、医療の権力が病院に集中していた状況が解消され、その状況は流動化したことがBlair政権の改革を可能にした。

地方税制をめぐっての対立をきっかけとして、ThatcherからMajorに首相の座を譲ることにになり、1997年、イギリス国民は保守党のこのような改革路線ではなく、「第3の道(The Third Way)」<sup>20)21)</sup>を主張する労働党政権を選択し、社会保険改革も中断した。

IV Blair政権の政策

1997年、Blair氏が率いる労働党は、マニフェスト<sup>22)</sup>を公表し選挙戦を戦った。労働党はマニフェストで、内部市場とGPFHを廃止することを公約に掲げて選挙戦を戦い、政権に就くや、直ちに医療、福祉制度の改革の基本方針を明らかにし、次々と実行に移した。

労働党政府は、中道政権として前保守政権が行った改革の良い面は評価し、その上に彼らの政策を築くことを明言していた。

NHSについては、1997年 The New NHS: modern, dependable を公表し、下記のような基本方針を明確にした<sup>26)</sup>。

Thatcher改革の内閣市場が、サービスの売り手と買い手の契約という明確な分担関係ではあるが、互いに対峙的な構造であるのに対して、Blair政権は、サービス提供組織間の協働の意識を基盤として制度を築こうとしている。すなわち、市場における競争(competition)ではなく協働(cooperation)、対時的な契約(contract)ではなく合意(agreement)、単純な購入(purchasing)ではなく合意(commissioning)に変えた。しかし、これは政治的なレトリックで、実質的には前政権の改革の上に、修正を加えた面が多い。

内部市場は、取引費用が高価であり<sup>27)</sup>、医療の断片化をもたらすので廃止する。しかし、purchaser-provider split (P-P split)は残す。GPFHは廃止するが、PCG (Primary Care Group)を組織してGPは強制加入とする。ゆくゆくはより責任と説明責任が明確なTrust化して、資産を保有し、予防から長期ケア、福祉まで責任を持つ組織とする。

1998年包括的な支出見直しを行い、白書 Public Services for the Future: Modernisation, Reform, Accountability を公表して、支出にリンクする公共サービスの数値目標を定めた。これをPublic

表2 Blair政権の政策の将来像

What	公衆衛生	一次医療	二次医療	後方医療	長期ケア
Who	CT	CT	Trust	CT	CT
人口集団	地域	地域/個人 <sup>1)</sup>	地域/個人 <sup>1)</sup>	地域 <sup>2)</sup>	地域
資金	LA	NHS	NHS	NHS+LA <sup>3)</sup>	

注：1) GPをPCG/Tに強制加入とし、人口10万人規模として、医療圏域と福祉圏域を一致させようとしているが、必ずしも急速には進んでいない。

2) continuing care (継続ケア)、長期ケアの責任をLAに移行させた。

3) 資金を医療と福祉の両方から使えるようにした。現在、先進的な地域、特に医療圏域とLAの行政圏域がまたま一致していた地域などにおいて、疾病ごとに資金の共有化が進められている。

Service Agreementsと呼んだ<sup>28)</sup>。

医療の質に関して、特別の評価価値機構(NICE: National Centre of Clinical Excellence)を創設し、費用対効果分析などを積極的に進め、エビデンスに基づいたガイドラインを作成する。病院TrustやPCGには臨床的質管理(Clinical Governance)の責任者を置き、監視組織を設置して監視を強化する。

成果(performance)を評価するより包括的な指標を作って、すべての関係組織をモニターし、褒章と処罰を強化する。

福祉(Social Service)については、1998年に白書<sup>29)</sup>が公表されたが、P-P splitは廃止されず、ケア・マネージャによるケアの購入はそのまま継続した。特に注目を集めたのは、長期ケアに関するRoyal Commissionの報告書<sup>30)</sup>をどう扱うかであったが、最終的にはそれを拒否して、PCG/T(Primary Care Group/Trust)に期待することとした。

この方針が実現すれば、厚生省関係予算の75%がPCT(Primary Care Trust)、あるいはCT(Care Trust)に行くことになるという。

## 1. 介入(Commissioning)の概念

Commissioning(介入)の概念は混合経済、あるいは準市場のマクロおよびミクロの管理を意味するであろう<sup>31)</sup>。

マクロの管理は準市場が機能するように環境を

PCG/Tと、二次医療の提供者と利用者をつなぐ多様な活動を含んでいる。その仕事(task)は

- 使命の開発と台意
- 対象集団のニードのアセスメント
- 現在あるいは潜在的な提供者と接触しながら、計画立案が必要だとするサービスの場所、アセスメント、開発と刺激
- サービス内容の仕様書化
- 提供者との契約
- 契約の中に明記した公式な方法での監視活動
- および非公式な活動による達成度評価
- 契約の更新と中止
- 対応できたニードとできなかったものの情報を、それらを順序化した当初へのフィードバックなどが含まれているという。

新制度における介入は3年を単位として合意に達するという新たな事務で、技術的にも組織的にも負担の大きい仕事である。現在、政府はこのような事務の専門家を養成し、PCTに配置しようとしている<sup>34)</sup>。

しかし、最も重要なことはこれらの複雑な過程を動かす力をどこに期待できるのか、ということである。制度の基本は双方の協働の意識に期待している。介入の仕事もきわめて複雑で大変な仕事量であるが、契約の本当の力は契約の詳細であることにあるのではなく、'exit power'であるとする見解<sup>35)</sup>もある。しかし、3年の契約となるとその力に期待することはできないだろう。

2004年9月に、病院Trustに対するcommissioning機能評価のリニューアルが、King's Fund of The Health Foundationから出版された<sup>36)</sup>。それによれば、この介入の機能は、病院の効率の向上には全く役立つていない、というものである。

2004年にはPractice Based Commissioning<sup>37)</sup>を発足させ、個々のGPが患者のケアについてTrustと交渉することを認めた。また、2005年からはPCTと患者が二次医療施設を選択することを可能

にした。したがって、これらの政策は、価格は公定価格として国が定めるが、内部市場への回帰と見られることも出来る。

## 2. その他の重要な施策

(1) 質と組織のPerformance評価<sup>38)</sup> 40)

Blair政権はNHSの改革においては質の改善に特別な力を入れている。

- 政府が主たる疾患の診療のガイドラインを整備する。
- 医療の質および費用対効果を分析するためのNICEを組織して、診療の標準を明確にする。
- 各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。
- NHS Performance Assessment Frameworkを定めて、それに基づいて地域の第三者評価機関(Commission for Health Improvement)を設けて評価を行う。

The Commissioning for Healthcare Audit and Inspection (CHAI)は、NHSだけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の4つの監視機構を統一して作られた。法的には、2003年のThe Health and Social Care (Community Health and Standards) Act<sup>41)</sup>で制定され2004年の4月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection(CSCI)も同法によって、福祉サービスの質を、標準に照らして、公取にかかわらず、情報を取り公開する。同じく、2004年から活動している。

これらの各組織の評価結果はインターネット上公開されている<sup>42)</sup>。

(2) 投資の拡大

労働党政府は2000年4月に公表された白書の前書きで、Blair首相はNHSに対して歴史的な投資とコミットメントを行うことを、関係者との合意であることを国民の前に示した<sup>43)</sup>。そして同年、本格的な改革計画白書The NHS Plan: A plan for

investment. A plan for reform を公表した<sup>44)</sup>。これは2000年から以降の5年間に医療費を名目で50%、実質1/3を増額するという、過去に例を見ない大きな投資計画を含んでいた。

2002年4月には、過去2年間の実績を踏まえて、かなりの上方修正を行った<sup>45)</sup>。さらに具体的なプログラム *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPE) 2003-2006*<sup>46)</sup> を発表し、2003～2006年に達成すべき医療サービスだけでなく、福祉も併せて目標を定めた。

### (3) 医療サービス価格の国家統制： 'Payment by Results'

2002年の10月に、二次医療に対する支払制度の概要を示す緑書 *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results* が公表された<sup>47)</sup>。'payment by results' とは、ケースミックスの価格を国が定めるということである。

## V 医療と福祉の連携

医療と福祉の連携には伝統的な種々の困難があったが、ここでその問題を整理し、上述したような医療・福祉制度改革の文脈の中で、それぞれポイントがどのように解決されようとしているのかを議論したい。まず、医療と福祉はお互いに異なる点があり、それらが連携を推進しようとするときの問題点である。それらを以下のように整理する。

- 1) 行政機構の問題：医療は国営で、福祉はLAの所管であり、この連携は政府関係の修正となる。
- 2) 財源の問題：NHSは無料で財源は国家予算であるが、福祉は混合経済であり、有料であり、地域差もある。
- 3) 基礎となる人口集団の問題：地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。GPの診療圏は個人が単位であり、行政圏

とは一致しない。

- 4) 専門性の壁：専門医やGPは大きな力を持っており、福祉やその他の関係者の力は弱い。

### 1. 行政機構の問題

1998年には医療と福祉の統合を促進するための課 (*The Joint Unit*)<sup>48)</sup> を新設した(これは現在すでに廃止されている)。1999年に *Health Care Act: Partnership Arrangements* を制定して、医療と福祉の統合を準備した。これにより、以下の3つの仕組みを整備した。

- ① 管理組織を統合する。
- ② 対象に対する責任事項の計画化を義務付ける。
- ③ 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする。

中央組織では、医療の *Chief Executive* を廃止して、*Permanent Secretary* に統一するほか、医療の地方組織 (*Regional Health Authority*) を縮小し、主として情報の収集や提供、各医療サービス組織に対する監督を行う組織 (*Strategic Health Authority*) とすることにした。

福祉 (*Social Service*) については、1998年に白書<sup>49)</sup> が公表されたが、特に注目を集めたのは、労働党政権が長期ケアに対する *Royal Commission* の報告書<sup>50)</sup> をどう扱うかであった。結局、同政権はそれを拒否して、民間組織である *PCG/T* に期待することとした。すなわち、連携の推進母体を、地方政府から、さらに進めて民間組織のレベルとした。

医療と福祉の両方の、特に高齢者と障害者について *National Service Priorities* を設定した<sup>51)</sup>。 *Consultation document, Partnership in Action*<sup>52)</sup> は1999年 *Health Care Act* となった。

1997年の計画では *PCG* から *PCT* への移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべての *PCG* は *trust* に移行を済ませ、早くも *NHS* の動きを根本的に変えてしまった。現政権は、*PCT* を組織

して *NHS* 改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいと企図して、次第に命的になりつつある<sup>53)</sup>。

2001年には、*The Health and Social Care Act* を制定して、*PCT* をさらに発民させ、*CT* を発民させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進しようとしている。*PCT/T* は住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなげればならない。

### 2. 財源

医療と福祉の財政については根本的に見直された。1999年 *Health Care Act* の制定により、医療と福祉の予算の統合が可能となった。しかしながら、医療は無料で福祉は混合経済、つまり有料という構造は変わっていないので、利用者に対する経済的なインセンティブは明らかである。そのため、入院の長期化がおこり、二次医療の非効率化と待行列が長くなる大きな要因となっていた。

*Modernising Social Service* の中で、高齢者、障害者、精神障害者については *Emarked* にし<sup>54)</sup>、*New Joint Investment plans*<sup>55)</sup> を義務付けた。

*Bed blocking* を解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかつた。しかし、福祉施設に入所できず基進以上長期に入院した場合にはその料金は福祉として福祉財源に請求するという制度改正によって効果をだしつつある。

医療・福祉の財源の統一も、各項目別に *PCT* ごと、さらには *CT* ごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

### 3. 人口集団

*PCG/T* の人口基盤は *GP* の登録リストである。

したがって、基礎となる人口集団の圏域は行政の圏域とは基本的に異なるが、人口規模を10万人程度、*GP* 数が50人程度ということになると、*PCG/T* と *LA* の行政圏域の人口集団はかなりの部分が一致する可能性がある。

*PCG/T* は、福祉と医療の圏域を一致させることを努力目標とし、*Health improvement plan* をつくることに *LA* も協力することを義務付けた。2004年の末現在で、8つの *CT* が組織された。また、それらの地方組織の協議会 (*Integrated Care Network*<sup>56)</sup>) を設置し、それぞれ経験の交流を推進している。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となっており、また、多くの研究はその点に注目している。

### 4. 専門家の壁

*PCG/T* では *GP* が組織の長であったが、福祉も含む *CT* の長は *GP* ではない。管理組織には *GP* のほかに、社会福祉の代表、看護、地域住民の代表を入れなければならない。

従来のプライマリーケア従事者は *ケア* の提供者 (*providers*) であったが、*PCT/T* ではその主な役割が *介入 (commissioning)* となったため戸惑いもある<sup>57)</sup>。しかし、*GP* は一般医療の提供者でもある。福祉サービスの購入についても、新組織においても中心的な役割を担いつつ、職種間の連携を推進する形がうまくいきそうだと<sup>58)</sup>。

また、あまりにも政策と制度の変更が急速で、現場では積極的な参加よりも自分たちの責任に帰しようという傾向も見えたと<sup>59)</sup>。

一民間組織の *PCT/T* が、病院、福祉ケア提供者、地方政府をまとめて政府によって設定された目標を達成するためには、たとえ予算権限を与えられたとしても、その仕事は巨大な「計画」<sup>60)</sup> であり、それだけの能力を果たして期待できるかどうかはまだ明らかではない。特にマネージメント職はモラルが低いという<sup>61)</sup>。

福祉サービスについては、エージェントが介入するよりも利用者自身にサービスを購入させることが、連携へのむしろ近道ではないかというところで、Direct Paymentと呼ばれる政策が試行されている<sup>2)</sup>。

## VI 結語

イギリスにおいては、人口の高齢化により医療と福祉の連携が課題となり、急速にその対策が進められている。その方法は、地域の民間組織であるCTに徹底して権力を委譲(devolve)することによって達成しようとするものであり、Communitarianの政権の面目躍如たるものである。しかし、市場機構によらずに質と効率を達成しようとするれば、インセンティブを管理することによりざるを得ず、合理性の誤り(rationality mistake)がどこかに潜んでいるにないかについてはいまだ不明である。まさに、イギリス社会の民主主義の実力が問われることになるであろう。

医療と福祉の管理方法についてはいまだ定見を持たない我々の時代は、その結果から多くを学ぶことになるであろう。

### 注

- 1) イギリスとは、UKの中で主としてEnglandを意味する。近年は地方分権化の動きがあり、Wales, Scotlandで医療・福祉制度は異なってきている。Mark Exworthy (2001), Primary care in the UK: understanding the dynamics of devolution. *Health and Social Care in the Community* 9 (5): 266-278.
- 2) 長期ケアの中では精神障害者の問題は大きくかつ重要であるがほとんど除外して論ずることになる。
- 3) 当初、Health AuthorityはDistrict, Area, Regionalと3層構造になっていたが、Thatcher政権による行政改革でAHAが廃止された。
- 4) Jane Lewis (1999), The concepts of community care and primary care in the UK: the 1960s to the 1990s. *Health and Social Care in the Community* 7 (5): 333-341.
- 5) Jane Lewis, ibid.
- 6) いわゆるシニアホーム改革については、平岡公一(2003)「イギリスの社会福祉と政策研究」ミネルヴァ書房、戦後の政策については、平岡公一(2005.5.28)

がある。

- 22) 郡司篤見編著(2004)前掲書, J. Le Grand氏の発表に対する郡司篤見の討論。
- 23) Anthony Giddens (1998), *The Third Way*: The renewal of social democracy, Polity Press.
- 24) Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right*: The future of radical politics, Polity Press.
- 25) Labour Manifesto 1997.
- 26) Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
- 27) 医療費の8%が契約のための事務費に使われてしまった、という。
- 28) 労働党は政府の透明性を主張し実践している。選挙公約はManifestoとしてきわめて具体的な取巻を示し、これは我々の国民との'covenant'であるとした。ここで数回目標を示しagreementであるというのをもその方針の裏の一つである。
- 29) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service*: Promoting independence, improving protection, raising standards (Cm 4169), The Stationery Office.
- 30) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care --- Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
- 31) Terry Bamford (2001), *Commissioning and Purchasing*. Routledge.
- 32) Department of Health (1995) *An Introduction to Joint Commissioning*.
- 33) M. Knapp (2004) *Commissioning for Best Value and Quality: Social Care Market in England*. (「最良の質と価値のための介入」郡司篤見編著(2004)前掲書, pp.73-104.
- 34) Julian Le Grand (2004年10月よりBlair首相のfulltime advisor, personal communication)
- 35) Rob Flynn and Gareth Williams (Eds) (1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.
- 36) Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Stobhan MacClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke, *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.
- 37) <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Commissioning/PracticeBasedCommissioning/fs/en>
- 38) Department of Health (1998), green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- 39) Department of Health (2002), *NHS Performance Ratings and Indicators*.
- 40) Department of Health (July 2002), *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*.
- 41) *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003*.
- 42) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- 43) 白書の内容は以下の各組織の長である Royal College of Physicians of London, Royal College of Surgeons of England, Royal College of General Practitioners, British Medical Association, NHS Confederation, NHS Allianceなど25の医療関係団体の長が参加し署名している。  
<http://www.doh.gov.uk/foiaunit/index.htm>
- 44) 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).
- 45) The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- 46) Department of Health (October, 2002), *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework* (PPP) 2003-2006.
- 47) Department of Health (October 2002), *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*.  
<http://www.doh.gov.uk/foiaunit/index.htm>
- 48) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
- 49) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care --- Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
- 50) Department of Health (1998a) *Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance*.
- 51) Department of Health (1998b) *Partnership in Action*.
- 52) Secretary of State for Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. The Stationery Office.
- 53) Department of Health (1999) *Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*. The Stationery Office.
- 54) Department of Health (2000) *Guidance on Joint Investment Plans* (WWW.doh.gov.uk/foiaunit, 12 January 2000).
- 56) <http://www.inegratedcarenetwork.gov.uk/>
- 57) Gerri Kaufman (2002), Investigating the nursing contribution to commissioning in primary health-care. *J Nursing Management*, 10: 83-94.
- 58) Kirstein Rummery (1999), The way forward for joint working? Involving primary care in the commissioning of social care services. *J Interprofessional Care*, 13 (3):

社会政策学会第110回大会(第二分科会)報告資料「福祉制度改革について」を参照。

- 7) 民間セクターとボランティア・セクターを合せて独立セクター(independent sector)と呼ぶ。
- 8) Griffithsは成功しているスーパーマーケットの Sainsburyの総帥。A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith (1988), Community Care: Agenda for action, HMSO.
- 9) The National Health Service and Community Care Act, 1990.
- 10) Department of Health (1989), Working for Patients (Cm. 555), HMSO.
- 11) Department of Health (1989), Caring for People (Cm 849), HMSO.
- 12) Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
- 13) Julian Le Grand, 「国家と市場と福祉」, 郡司篤見編著 学院大学出版会, pp.54-55.
- 14) GPは公務員ではなく民間人であり、Local Health Authorityという政府の地方組織との契約者である。したがって、GPFHという制度は政府の予算使用権限を民間に委譲したことになる。すなわち、極めてラディカルな分権化と行政改革にもなっている。
- 15) 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.
- 16) John Hills (1997), *The Future of Welfare: A guide to the debate*, Joseph Rowntree Foundation.
- 17) Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), *Private Welfare and Public Policy*, Joseph Rowntree Foundation.
- 18) Julian Le Grand (1998) op. cit. Trustも利潤を借り入れによる投資を制限された。手続は、GPの所得とは無関係で、また予算を節約しても、それを保留してケアの改善に利用できなかった。
- 19) Julian Le Grand (1997), *Knight, Knowles or Paines?*: Human behaviour and social policy. J Social Policy 26:146-169. Le Grand, *J From Knight to Knowles? Public Policy and Market Incentives*, in T. Taylor-Dooby (ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd, 2000.
- Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights & Knowles, Paines & Queens*, Oxford. (聖学院大学出版会から翻訳予定)
- 20) M. Knapp, 「最良の質と価値のための介入」, 郡司篤見編著(2004)前掲書, pp. 80-81.
- 21) 病院が積極的にGPからの検体検査の依頼に応じて検体取集にまわるとか、病棟の医師からGPにクリスマスカードが来るようになったかとかといったエピソード

- 207-218.
- 59) Julie Charlesworth (2001), Negotiating and managing partnership in primary care. *Health and Social Care in the Community* 9 (5): 279-285.
- 60) 郡司篤晃 (1992) 「地域福祉と医療計画：医療計画の基本的諸問題」社会保険研究所編『ワーキングス日本の社会保障 2 医療』有斐閣, pp.273-296.
- 61) Sue Elston and Inmy Holloway (2001), The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres, *J Interprofessional Care*, 15 (1): 19-27.
- 62) <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/Organisation>
- Policy/FinancesAndPlanning/DirectPayments/1/en
- 参考文献
- 毛利健三 (編著) (1999) 『現代イギリス社会政策史』ミネルヴァ書房
- 郡司篤晃 (編著) (2004) 『医療と福祉における市場の役割と限界：イギリスの経験と日本の課題』聖学院大学出版会
- Howard Glenister and John Hills (Ed) (1998). *The State of Welfare: The Economics of Social Spending*. Oxford.
- (ぐんじ・あつあき 聖学院大学教授)



# 在宅医療の体験例と現状

～医療情報伝達 (medical information transporter: MIT) と  
医療生活計画 (medical life planner: MLP) を切り口に～



東京医科大学臨床助教授／大和田医院 大和田 拓 先生

「難病と在宅ケア」の編集スタッフより、在宅医療の患者さんについて経験した上での現状について文章を求められた時、私はかかわってきた沢山の在宅の患者さんたちと彼らと乗り越えてきた苦労を思い浮かべました。その経験は、日本の医療制度の問題を議論する場で論文をしたためていく原動力となりました。

「医療情報伝達 (者もしくは方法)」「(medical information transporter: MIT) や「医療生活計画者」(medical life planner) という概念を創出し、少しずつではあるけれど、問題点が整理されてきたと思います。これらはすこし概念的ではありますが、知っておく事でお役に立てる事があるので紹介します。そうすれば、沢山の厚労省の研究も患者さんに還元されることになり、お話をしてくださった各地の患者さんや医療スタッフの方々へのささやかな恩返しになると思っています。

## 在宅医療とは

在宅医療は志し高いメディカルスタッフにより自動的に開始され、多くの患者さんたちを敬ってきました。医師の往診とメディカルスタッフのボランティア的持ち出しというスタイルから、2000年に介護医療制度が本格的に導入され、法的にも整理されてきました。

2006年から24時間対応の在宅療養支援診療所による在宅総合診療の重み付けがなされ、入院加療から在宅加療への重心の移動が図られるようになりました。その結果、在宅医療の利用者が増加する一方で、

在宅医療の高度化、システムの複雑化などにより、新たな問題も起きつつあります。

私は幸いなことに経年に渡り、島崎謙治先生 (東京大学大学院法学政治学客員教授) 率いる「医療などの供給体制の総合化・効率化等に関する研究」(厚生労働科学研究) の共同研究者として、各地の多くの先生方とディスカッションを繰り返して、また、実際に多くの施設を見学する機会に恵まれました。

それを通して、さまざまな形態の入院患者さんの中で日本の医療システムに決定的に欠如しているものをディスカッションの中から考察していき、医療情報を運搬するシステムである「医療情報伝達 (者もしくは方法)」「(medical information transporter: MIT) や、総合的にさまざまな医療機関を超えて適切な医療を判断していく概念として「医療生活計画」(medical life planning: MLP)、その水先案内人的な役割を果たす人を「医療生活計画者」(medical life planner) と言う概念でまとめられるものであると気付かされました。

その次年度、在宅医療における幾つかのケースを紹介した上でその問題点を抽出していった結果、基本的に在宅医療においても入院患者さんと同様の問題を抱えていると言事が明らかになりました。

また、その入院患者さんと共通の問題点の上に、在宅医療特有の問題が追加されていると考え、非常に解りやすく、様々な問題を整理するうえで有用だろうと思われました。つまり、在宅医療を行っていくうえで、患者さん、医療者ともに今行われている「医療の情報伝達」はどのように行われているのか、今後の見通しをきちんと見極める「医療生活計画」はどのようなものであるか自覚していく事が問題解決の糸口になることも多いということです。数例

在宅医療を経た患者さんの現状を見てみましょう。

## 患者さん例の提示

### 1) パーキンソン病の患者さんの例

患者さんは60才台男性。10年来大学病院でパーキンソン病と診断され通院していた。ある時、気管支炎から喘息発作を起こし、近医のB病院に入院した。その後、たびたび喘息発作を起こすようになり、B病院に入院を数回繰り返した。パーキンソン病の悪化により、妻の介護量が増したため、介護医療が導入された。在宅医療を継続していたが、時折抗パーキンソン病薬による不随意運動が出現し、ADLが悪化した。在宅の住診医は専門医ではないため、薬剤の変更、改善が適切で無く、徐々に妻の介護量は増加した。

その後、ショーストステイを繰り返していたが、ショーストステイ中に喘息発作を起こしステイ先からB病院に転送された。高齢の妻はこれらの経過中に過労で倒れ、彼は介護老人保健施設に転所する事になった。数ヶ月、老人保健施設に入所したが、共働きの子供と妻だけでは、ケアの重さから在宅に戻る事ができなかつた。数ヶ月して、また別の老人保健施設に転所となった。数ヶ月して、また別の老人保健施設に転所となったが、老人保健施設めぐりに限界をきたしたし、療養型病床群Eへ転院を考えた。

本人の「家に帰りたい」という強い意向から、療養型病床群に入院する前に在宅医療を導入する事になり、老人保健施設Dから在宅医療の展開を図ろうとしたが、ケアマネージャーと老人医療施設との連携を取る間も無く、退所期限が来てしまい見切り発車的に在宅医療が再開されたが、すぐに別病院に搬送され目標無く転院を繰り返している。

### 2) ALSの患者さんの例

患者さんは50才台の独居男性。右上肢挙上困難と、歩行困難で頸椎症の診断にて在宅加療していた。ある時、神経内科医が往診し精査目的に大学病院紹介し、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) と診断された。彼は在宅医療を希望されたため、進行していく脱力に對して在宅医療を開始された。在宅リハビリテーションやヘルパーさんなどの助けを借り、何とか暮らせていた。ご本人は、独り身であることもあり、挿管の希望は決めていなかった。

ある日、発熱とともに呼吸困難が悪化し、在宅医療が呼ばれ往診。軽い肺炎という事で抗生剤治療が始まった。数日後、ヘルパーさんが訪問したところ、意識を失っているところを発見され、救急車を要請し救急搬送された。救急救命医は原病が判らず、救命のため挿管した。炭酸ガスナノコーシスが改善し、意識を取り戻して始めて、彼は挿管されていたことを知り、そのまま人工呼吸器管理となった。独り暮らしであるため、在宅人工呼吸器加療は難しく、在宅医療の再開は断念された。その後、気管切開、胃ろうの造設を行い、人工呼吸器装着患者さんを受け入れている療養型病床群へ転院となり、長期入院を続けている。

(注: どの患者さんの例も、プライバシーの問題上、設定や内容をぼかしてあります。現実に近いフィクションとして考えてください。申し訳ありません。)

## 考察

これらの患者さん場合を見えていくと、在宅医療におけるさまざまな問題が浮かび上がってくると思えます。それを、在宅医療への移行の問題を時間軸にそって追って行く事にします。

まず、在宅医療の導入ですが、救急で入院する病院の医師やスタッフ達は現場の作業に追われて疲弊していて、目の前の治療に専念する事で精一杯です。多くの場合は、病院のソーシャルワーカーに「丸投げ」することになりますが、彼らは入院日数を減らす圧力が病院側から常にかけてられていて、良心的なチャイプスを行う事が難しい情勢のことが多いです。そのため、入院医療を行う人々が個々の患者さんに対して、それぞれにカスタマイズされた在宅医療を決定し、決め細やかなサービスを紹介する事はほぼ不可能に近い状況です。

これまで実際に見学した地方においては、それぞれ顔が見えていて、「あそここの“ばつちゃん”、よろしく頼むよ。」と病棟担当者がニコニコ言うだけで、必要なスタッフが集まり、「阿吽の呼吸」で在宅医療が進む。長野県の諏訪中央病院のような大病院やケアユニットと一丸となった健康保険医療と介護医療がうまく融合している御調町のモデルなども存在し、とてもうらやましく思いました。そのような病院は地域医療全体の中核となっていて、開業医の先生方やケアユニットも巻き込んだ大規模なネットワークの“扇の要(かなめ)”として機能している



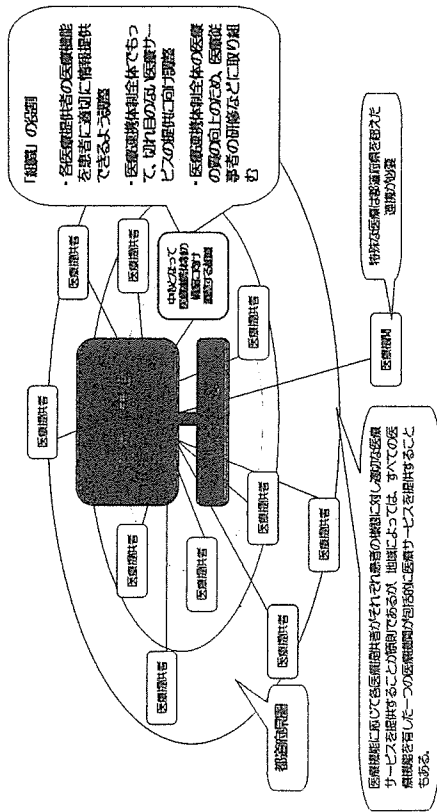


図3 地域の医療連携体制のイメージ「医療機関完結型医療」(へ〜)

これから、健康で医療機関にかかる前→異常を感じて受診→診察→入院→在宅医療→別な疾患や合併症などで入院→転院→転院→在宅医療のように入院と在宅医療を繰り返す患者さん例は今後増えていくでしょう。その【船頭役】が必要なのです。その人、あるいはシステムを医療生活計画者 (medical life planner: MLP) と名づけました。

在宅医療は地域によって多様に展開され、複雑化する一方、こうした義務を負う人は医療制度上、存在しません。それらを、その地域の特性に併せて患者さんにアドバイスして、最適化していくシステムは誠に心細いものがあります。逆にいうと、まさにここが工夫のしどころだと思います。他の志ある方々と同様、私も保険診療では報われないその部分に大部分の労力を払ってききました。

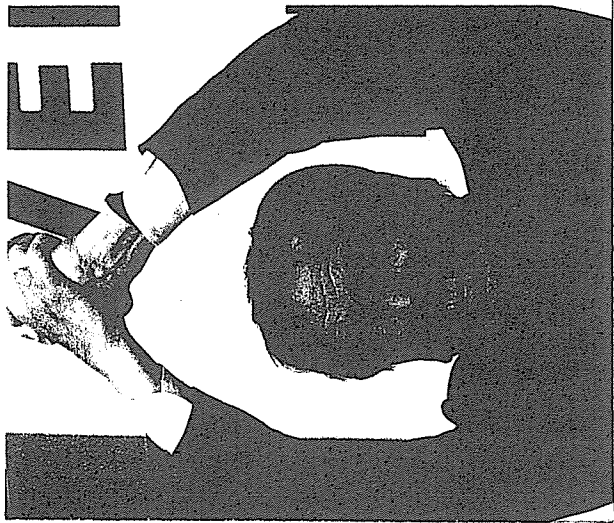
つまり、患者さん側から見ると、常に変化を続ける患者さんの医療情報をまず自分達で保持するよう努力し(代わりに書いてもらった文庫でも良い)、医療情報伝達方法を確認しましょう。長岡京市ではどの医療者も書き込める独自の【自分ファイル】を作っていました。医療情報伝達 (medical information transporter: MIT) の確認です。その上で、自分達が今後どのような状況になり、そういった場合どのような対応を取っていったら良いのか相談できるシステムなり人脈なりを構築していく必要があります。すなわち船頭となる医療生活計画者 (medi-

cal life planner: MLP) の確保です<sup>1)</sup>。どうしても解決できない事も多々あるかもしれませんが、私もスタッフと天を仰いだ事が何度もありました。しかし、この二つを整理してまとめて行けば、ある程度、問題を乗り切っていく糸口になるのではないかと思います。実は、この事は、在宅医療に限らず医療を受ける人々全てに当てはまる事なのです。

難病や在宅医療を受けている患者さん、高齢者の方に顕在化しやすいので、今後大切な概念になって行くかと思っています。私が情報のクロスロードになるクリニック (秋葉原駅クリニック (仮称)) を都心に立ち上げることにしたのも、そのような必要性を感じたからでした。今後も様々な医療サービスが改善され提供されていくでしょう。でも、それらは効率的にインテグレート (統合) されて始めて実力が発揮されるものだと思います。

参考文献

- 1) 大和田 潔：医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究、平成16年度研究報告書 (厚生労働省政策科学推進研究事業、H16-政策-019)、pp.25-pp.51.
- 2) 大和田 潔：医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究、平成17年度総括・分担研究報告書 (厚生労働省政策科学推進研究事業 H16-政策-019)、pp.93-pp.109.
- 3) 厚生労働省：平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方角性。  
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0909-3b.html



# ドイツの社会保障の動向

## 連邦議会選挙後の展望 — 上 —

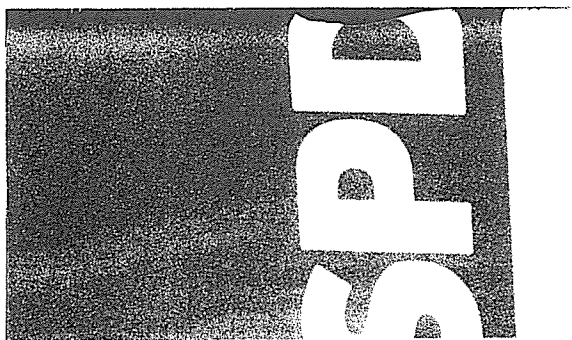
国立政策研究大学院 櫻井りし 松本 勝明

### はじめに

ドイツにおいては、2006年秋に実施されるべき連邦議会選挙が、連邦議会の解散によって本年9月18日に延期して実施された。この選挙の結果、社会民主党(SPD)および同盟90、緑の党(Bündnis 90/Die Grünen)による連立与党が過半数の議席を獲得できなかったため、過去7年間続いてきた同盟党による連立政権(以下「シネレター政権」という。)に代わって、新たな政権の候補が構築されることになった。

シネレター政権は、社会・経済の構造的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、その最重要分野の一つである社会保障についても改革のための様々な取り組みを行った。しかしながら、これら一連の改革は、政府・与党への国民の支持の低下を招く原因となり、遂には政府・与党が、

- 1 その他は、キリスト教民主・社会同盟24議席(得票率35.1%)、同盟90・緑の党7議席(6.7%)、自由民主党43議席(6.2%)、民主社会党56議席(5.1%)となった。
- 2 ドイツ連邦議会では、キリスト教民主・社会同盟および社会民主党の二大政党のほかに、自由民主党、緑の党、民主社会党(PDS)などの小政党が議席を占拠してきた。キリスト教民主同盟およびキリスト教民主同盟は、第二次大戦後にキリスト教民主主義者により形成された保守政党である。後者はバイエルン州に於いて特許として成立した別組織として形成されたが、両者は合併交渉により、連邦議会では共同連立を担う国民議院である。社会民主党は、19世紀の労働運動のなかで生まれたドイツ社会主義労働者党を前身とするが、1959年以降は社会民主主義に立脚する国民議院となっており、自由民主党は第二次大戦後に生まれた自由主義的諸政党が合同して結成された政党である。また、緑の党は、1970年代後半以降の環境保護運動の盛り上がりを受け、自由民主党と連立を結ぶこととなった。連邦議会では旧東独地域を基礎とする同盟90と共同連立を担っている。民主社会党は、旧東独の支配政党であったドイツ社会主義統一党(SED)の後継政党である。ドイツの連邦議会選挙において一つの政党が過半数を制したのには1957年選挙のみであり、1965年選挙後の二大政党による大連立政権を除き、二大政党のいずれか一つと小政党による連立政権が成立している。



自由連立与党の選挙結果(選挙結果は共同連立)

連邦議会を解散し、この改革を継続することの是非について改めて民意を問わざるを得ない状況をもたらした。

このような経緯から見て、今回の選挙結果を受けて成立した新たな政権がいかなる政策を打ち出すのか、それが今後のドイツの社会保障に及ぼす影響を及ぼすことになるのが大いに注目されることである。そこで、本稿においては、シネレター政権による社会保障改革について総括するとともに、連邦議会の解散から新政権の成立に至るまでの経緯をみることなどを通じて、今後の動向を展望する。

### シネレター政権による改革

1998年秋に行われた第14回連邦議会選挙にお

いては、連邦議会に議席669議席のうち社会民主党が398議席(得票率40.0%)を獲得して第一党となった。選挙後の連立政権の結果、1982年以降16年の最期に及んだキリスト教民主同盟のコール氏を首班とするキリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)および自由民主党(FDI)による連立政権(以下「コール政権」という。)に代わって、社会民主党のシネレター氏が首班とする社会民主党および同盟90、緑の党による新たな連立政権が成立した。

同盟90はこの連立政権の発足に当たり、今後4年間の政策の基本方針を選挙協定(Koalitionsvertrag)として取りまとめた。この協定においては、雇用政策、税制改革、環境政策などと並んで、社会保障が新政権の政策の優先分野として位置づけられた。また、ドイツ経済が国際競争に一段組み込まれるなかで、社会保障料などの資金付随コストの引き下げを通じて労働コストを削減することが、国内雇用を拡大し失業問題を解決する鍵を握るものと考えられた。このため、社会保障制度の合目的性および経済性を高めるための構造改革を行うとともに、環境税の導入により得られる財源を投入することにより、社会保障料率の水準を当時の42.3%から40%以下に引き下げることが目標とされた。

2002年秋に行われた第15回連邦議会選挙では、社会民主党が獲得議席数を減らしたものの僅差でキリスト教民主・社会同盟を上回り、社会民主党と同盟90、緑の党による連立与党が引き続き政権を担うこととなった。翌2003年3月には、改革プログラム「アムシエス・21」(Agenda 2010)が発表され、このプログラムに沿って、同政権が従来から取り組ん

- 3 同盟協定のⅡの(3)「環境保護的成長・経費削減による賃金付随コストの引下げ」の項を参照。
- 4 各党の獲得議席数は、社会民主党251議席(得票率38.5%)、キリスト教民主・社会同盟248議席(38.5%)、自由民主党74議席(11.1%)、民主社会党22議席(4.0%)となった。
- 5 アグエンダ2010は、2003年3月14日に連邦議会においてシュレーダー首相が行った政府演説において発議された。(同演説については、Planarprotokoll 15/02, S. 2479 ff.を参照されたい。)

の分野では、疾病金庫が個別の保険区との間で異なる内容の契約を締結することが可能とされた。また、製薬企業間の価格競争を促進するために、定額給付制(わが国で言う「差額負担制」)の対薬薬剤の範囲が拡大された。このような改革と並んで、病院運営の効率性の向上を目的として、診断群(DRG)に応じて包括的な報酬が支払われる制度の導入が図られるとともに、一部負担の引き上げを通じて、被保険者に対して費用節約に対する一定の貢献を行うことが求められた。

医療供給の質と効率性を高める観点からは、さらに次のような取り組みも行われた。患者のニーズに応じた最速の医療を確保するため、いわば医療の水先案内人としての家庭医の機能の強化が図られるとともに、家庭医と外来診療を担担する専門医および入院療養を担担する病院との連携による医療供給を可能にする新たな方式や、特定の慢性疾患者を対象に、開業医・病院等の連携の下で、それぞれの患者が必要とする医療を適時に提供するための疾病管理プログ

ラム(Disease-Management-Program)が導入された。患者に提供される医療の質を向上させるため、疾病金庫側と給付供与者側が共同で定めた指針に従い、質の確保のための措置を実施することが給付供与者に対して義務づけられるとともに、最新の科学的知見に対応した専門知識を得るための継続教育を受講することが保険医に対して義務づけられた。また、疾病治療指針や薬利有再性の詳細などを行う「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)の設置などが行われた。さらに、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革が図られるとともに、疾病金庫側と給付供与者側が診療指針などを協議・決定する委員会の審議への患者団体の参加が認められた。

以上のように、保険料率の安定および医療供給の質と効率性の向上を改革の目的とし、また、そのための手段として、連帯を基礎とする公的医療保険にあって競争を重視する点において、シネレター政権

図10 自民党(キリスト教民主同盟)の連帯医療政策(2005年)



(1) 医療保険に関する改革<sup>8)</sup>

医療保険に関しては、シネレター政権の成立後間もなく、選挙公約の實現を目的として、被保険者二部負担の引き上げや民間保険的な要素の導入など、前政権で行われた改革の一部を廃止または凍結するとともに、暫定的な支出抑制を行うための医療保険連帯強化法(GKV-Solidaritätssicherungsgesetz)が制定された。

その後は、構造改革のための本格的な取り組みが行われた。包括的な改革法として、1999年に2000年医療保険改革法(GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)が、2003年に公的医療保険近代化法(GKV-Modernisierungsgesetz)が制定されたほか、2000年から2009年までの間にも、医療保険の個別分野にかかわる改正が行われた。

シネレター政権によるこれら一連の改革の目的は、ひとつには、国内雇用に際しては、賃金付随コストの上昇を避けるため、保険料率の維持・引き下げを図ることにある。その一方で、医療供給の効率性を高めるとともに、患者本位の質の高い医療を確保することがもうひとつの目的となった。また、これらの目的を達成するための手段としては、当事者間の競争が重視された。

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(保険者)を選択することができる権利が拡大され、各疾病金庫が被保険者の獲得を巡って互いに競争する関係が作り出された。この競争は各疾病金庫と保険料率引き下げなどのための競争努力を促すことになると期待された。しかしながら、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格差が存在するために、そのままの状態では、公平な競争は実現せず、また、各疾病金庫がより有利なリスクをもった被保険者(たとえば、若年者、高所得者)を選別することにつながる恐れもあった。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(リスクstrukturausgleich)が導入された。

シネレター政権の下では、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革が図られるとともに、疾病金庫間の競争にとどまらず、保険区などの給付供与者(Leistungserbringer)間にも競争的な環境を作り出し、その努力を促すための取り組みが行われた。たとえば、外来診療においては、疾病金庫と全専科医の利益を代表する保険医協会との間の契約締結が原則となっているが、一定

8 そのようなものとしては、診断に対応した包括報酬制度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(Arzneimittelbudget/Ablösungsgesetz)、薬剤定出制(Ärzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz)、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。

9 特定の慢性疾患のための条件や著しく深刻な給付のための疾病金庫の疾病構造状況に基づくリスク構造調整の導入を行う方法を導入することが予定されている。

6 BVerfG, 2BvE 4/05 vom 25. 8. 2005, S.3. (<http://www.bundesverfassungsgericht.de>)

7 コール政権による2000年医療保険改革法の制定によるシネレター政権による改革の詳細については、拙著「ドイツ社会保障の動向」(1)医療保険-1(有斐閣)を参照されたい。拙稿文庫では、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。

を背景に、国民にこれ以上の負担増を求めることを避けたいとする、シネレーター首相の意向もあって、包括的な改革の基礎は失われてきた。

④ 養老保険

ドイツにおける養老政策は、従来、児童手当などの金銭給付の改革に重点が置かれてきたが、それと併せて、家族と仕事との調和を図られ、子どもをもちたいという希望を実現することが容易になるよう、児童施設などの充実が図られることになった。このため法律（Agabetreuengesetz）が新たに制定され、地方自治体に義務に応じた高い保育サービスの供給を確保する義務が課せられた。

連邦議会の解散に至る経緯

以上のような改革が進められたものの、内政上の最大の問題であった経済の停滞、大量の失業者の発生などについては、依然として好転の兆しが見られないことから、シネレーター政権は2002年の再選後に深刻な支持率低下に陥つた。とくに、失業手当の支給期間経過後に失業手当に対しては大幅な削減行動がとられた。このような状況下で行われた州議会選挙で、社会民主党は立て続けに敗北した。2005年5月には、ドイツで最大の人口を有するノルトライン・ヴェストファーレン州の州議会選挙でも社会民主党が敗北し、連立38年間にわたり維持してきた政権の座をキリスト教民主同盟に譲り渡すことになった。この結果、州政府の代表により構成される連邦参議院でも野党勢力が3分の2近くを占めることにな

った。このままでは、連邦参議院の同意を必要とする法案は、野党勢力に成立を阻止されるため、改革の推進が更に危ぶまれることになったこの状況に至り、シネレーター首相は、連邦議会を解散し、選挙を提前して実施することにより、自らの改革路線の継続について国民の信を問うことを求めた。

ドイツ連邦共和国の憲法に当たる基本法（Grundgesetz）は、日本国憲法第7条による参議院の解散のような内閣の決定に基づく連邦議会の解散を認めていない。このため、シネレーター首相は、基本法第68条第1項第1文に則り、自己に信任を表明すべきことを求める動議を連邦議会に提出し、その議員の過半数の同意が得られないことをもって、連邦大統領に解散を提案し、それに基づき連邦大統領が連邦議会の解散するという方法を取ることとした。連邦議会では、連立与野党が過半数を占めていたが、2005年7月1日に行われた連邦議会での改選では、野党議員が反対票を投じたほか、連立与野議員のうち148名が棄権に回ることで、この動議は過半数の議員による信任を得ることができなかった。シネレーター首相の提案を受けたケラー連邦大統領は、基本法に定める期限が終了する7月21日まで熟慮を行なった。連邦議会の解散は、9月18日に連邦議会選挙を行うことを決定した。この連邦大統領の決定に対しては、2名の連邦参議院議員が基本法に反することとして連邦憲法裁判所に訴えを行った。連邦憲法裁判所第三分庭は、8月25日にこれを棄却したことにより、ようやく、連邦議会の解散および選挙が法的に確定した。

（文責 へつこ）

13 Süddeutsche Zeitung vom 28.01.2004, "Regierung stoppt Teile der Reform".  
14 改革化失業前の基金に応じて算定される失業扶助（Arbeitslosengeld II）が支給されることになった。  
15 連邦憲法裁判所は次のように判断した。連邦議会の解散および選挙の目的は、基本法68条の目的に反して信任問題を利用したとは認められない。また、現在の連邦議会の状況では、今後、国会の多数の信任を受けられた政策を採ることができなくなることの可能性が、選挙の目的も明らかに優先する他のいかなる判断も存在しない。（BVerfGE 4/05 vom 25. 8. 2005）

の政策には従来からの政策との共通性が見出せる。一方、シネレーター政権の政策の特色は、連立内閣を促進することだけでなく、医療供給の質と効率性の向上のための多角的な取り組みが可能となる多様な手段を整備した点にある。もちろん、このような手段が期待どおりに機能し、中長期的に効果を得られるかどうかは、今後の動向を見守る必要があるが、少なくともこの点においては、従来の政策を大きく前進させたものと評価できる。

なお、1998年以降の医療保険財政の推移を見ると、2001年から2003年までの間は、医療支出などが高い伸びを示す一方で、保険料算定の基礎となる資金の伸びが低くともったために、赤字が生じた。この結果、1998年から2001年の間は13.6%程度にとどまっていた平均保険料率は、2002年には14.0%、2003年には14.3%と上昇するとともに、多くの医療制度において借入金が増加した。しかしながら、2004年には、公的医療保険近代化による一部負担の引き上げなどによる節約効果をもたらしたことにより、借入金の返済が進められるとともに、保険料率の引き下げも行われた。

(3) その他の分野での改革

医療保険以外の分野で行われた改革については、次のような点がとくに注目される。

① 年金保険

シネレーター政権における年金改革の目的は、従来の改革と同様に、少子高齢化の進展などが年金財政の負担増をもたらすことが予想されるなかで、年金

保険料率の上昇を抑制するとともに、将来においても適切な生活水準の保障が可能な給付を確保することにもあった。また、この目的を達成するために、一定期間内の年金水準の引き下げ、連邦補助の引き上げなどを行い、現役世代だけでなく、年金受給者および高齢者についても、年金財政の負担増が適切に分担される仕組みを作り出すとした点においても、従来の改革との共通性を有している。一方シネレーター政権による改革に特徴的な点は、年金水準の引き下げも抑えるものとして積立方式による私的老齢保障制度の普及を弾力に推進しようとしたことや、少子高齢化だけではなく、経済形態の多様化、家庭を巡る状況の激化などに対応した改革を本格的に進めたことにある。

② 介護保険

制改革後10年を経過した介護保険は、介護給付を通じて要介護者およびその家族の負担を軽減するとともに、介護サービス供給体制の拡充をもたらすなどの成果を上げている。その一方で、財政的安定の確保、認知症高齢者などに対応した要介護概念の見直し、給付の確保などを維持するための上限額の見直し、在宅介護および予防リハビリテーションの強化なども内容とする改革が必要となっている。シネレーター政権の下では、介護サービスの質の確保とサービス利用者保護の強化を目的とした法律（Pflegequalitätsgesetz）、「置きり」など認知症高齢者などに特化した介護サービスに配慮した補足的な給付を導入するための法律（Pflegeleistungen-Ergänzungsgesetz）などが制定され、個別の問題に対する対応が行われた。しかしながら、支持率の低下

10 各保険会盟は保険料率の引き下げおよび借入金の返済を優先的に行なったため、2005年7月1日現在の平均保険料率は2003年末に比べ0.27パーセントポイント程度の上昇にとどまっている。（平均保険料率などのデータは、Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch Gesundheit Ausgabe 2002及びBundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Finanzentwicklung der GKV - über 1 Mrd. Euro Überschuss im 1. Halbjahr 2005, Pressestelle-Berlin, den 02.09.2005 による）  
11 年金制度の改革を行うため、2001年には老齢資産法（Altersvermögensgesetz）および老齢資産補完法（Altersvermögensergänzungsgesetz）が、2004年には年金特種性法（RV-Nachhaltigkeitgesetz）が制定された。  
12 Bundesdrucksache 150241, S. 2 ff.



# ドイツの 社会保障の 動向

連邦議会選挙後の展望 ①下

国立健康保険科学院 理事 村上元郎 松本 勝明



05年11月22日、ベルリンでクレーマー、ドイツ大統領（右）から首相の任命書を受け取ったメルケル新首相（写真提供：共同通信社）



## 選挙公約

このようにして実施されることになった連邦議会選挙に向け、各政党は選挙公約を發表した。以下に於いては、社会民主党とキリスト教民主・社会同盟の選挙公約を基に、社会保障に関する両党の政策を比較する。

### (1) 医療保険

医療保険に関しては、社会民主党は国民保険(Bürgerversicherung)、一方キリスト教民主・社会同盟は人頭保険料(Gesundheitsprämie)<sup>16</sup>の導入を公約し、負担のあり方についての両党の政策には大きな

対立が生じた。

### ① 国民保険

社会連帯を重視する社会民主党は、医療保険における負担の公平の表現を目的として、国民保険の案を提議した。現行の公的医療保険において、各被保険者は、基本的に、それぞれの賃金・給与および年金収入の額を基に算定された保険料を負担している。このことを通じて、公的医療保険では、所得の高い者と低い者との間の所得再分配が行われている。

しかしながら、その所得が一定限度を超える高所得者などは公的医療保険の加入義務が免除されているため、この再分配に参加していない。また、保険料の算定に当たっては高所得者が考慮されないため、総所得が同じでも、それに占める高所得者の割合によって保険料額が異なることになる。

16 社会民主党の選挙公約は「社会民主党選挙マニフェスト」(Das Wahlmanifest der SPD (http://www.spd.de))、キリスト教民主・社会同盟の選挙公約は「施政方針2005-2009」(Regierungsprogramm 2005-2009 (http://www.cdu.de))として發表された。

17 これを厘賦すれば「健康保険料」となるが、その内容に合わせて「人頭保険料」という。

(2) その他の分野

① 年金保険

公的年金保険を将来とも老齢保障のもとも重要な柱として位置づけることにも、それを補完するものとして企業年金および私的年金を奨励する必要があるとする基本認識において、両党の間に大きな違いはみられなかった。また、高齢者雇用の拡大が必要とする点においても、両党の認識は一致した。ただし、社会民主党は早期引退・早期年金受給を減らし、実際の支給開始年齢を65歳に近づけるとしたが、キリスト教民主・社会同盟は、労働市場の状況が許せば法定の支給開始年齢(現行65歳)の更なる引き上げを検討するとした。

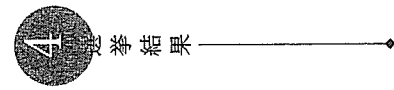
キリスト教民主・社会同盟の公約に特徴的なのは、将来の保険料負担者である子の養育を通じた世代間契約への貢献に報いるため、年金保険料から子1人当たり100ユーロの「子債券」(Kinderbonus)の控除を認めることである。

② 介護保険

在宅介護の推進を図る点において、両党の考え方は一致した。さらに、社会民主党は、固定されたままになっている給付上限額のストレイトおよび認知症患者への給付の改善も、キリスト教民主・社会同盟は予防・リハビリテーションの推進を公約した。一方、財政面に関しては、社会民主党は、医療保険の場合と同様、国民保険の導入により、すべての国民による公平な費用負担を確保するものとしたに反して、キリスト教民主・社会同盟は公的介護保険に拠出金を導入するとし、それぞれの考え方が大きく異なつた。

③ 家族政策

家族と勤労との調和を促進する保育サービスおよび家族を経済的に支援する現金給付の拡充を図る点では、両党の考え方に大きな違いはなかった。経済的な支援に関しては、社会民主党がこれまでの育児手当に代わって所得代替機能を果たした両親手当(Breitengeld)を支給することに対して、キリスト教民主・社会同盟は、前倒し子供手当を導入するほか、税制上の基礎控除および児童扶養手当の拡充を公約した。



シュレーダー首相が今回の選挙参加の意向を表明した直後の5月末の時点では、両党に対する支持率は、キリスト教民主・社会同盟が45%であったのに対して、社会民主党は30%と大きく水をあけられていた。また、選挙目までの間に、社会民主党が国民の支持を大幅に回復することも困難であると考えられた。したがって、大方の見方は、前倒し選挙を実施しても、その結果は、キリスト教民主・社会同盟が勝利し、シュレーダー首相はキリスト教民主・社会同盟に政権の座を譲り渡さざるを得ないであろうといえるものであつた。しかしながら、選挙が近づくとつれ、社会民主党が支持率の回復を示す一方で、キリスト教民主・社会同盟への支持は厚く、9月7日には両党の支持率の差は7ポイントまで縮小した。

キリスト教民主・社会同盟に対する支持率低下の原因としては、両党の選挙公約に付加価値税率の引

このような問題を解決するため、国民保険では、高所得者、官吏および自営業者を含まずして国民に加入義務が課せられる。国民保険においては、公的医療保険と民間医療保険が併存する。ただし、この場合の民間医療保険には、通常の民間保険とは異なる考え方が適用される。すなわち、国民保険の保険者に対しては、対象者のリスクを考慮することなく、たとえ病氣や障害を有する者であっても、被保険者として受け入れる義務が課せられる。また、現在の公的医療保険と同じ給付が維持されるため、支払った保険料の額にかかわらず、医療上の必要に応じた給付が行われる。一方、保険料は、たとえ民間医療保険であっても各被保険者の経済的な負担能力に応じて賦課される。保険料を負担せず保険の対象となる家族被保険者の制度も維持される。

以上の結果、国民保険においては、民間医療保険も公的医療保険と同様の社会連帯に基づく制度となる。国民保険における保険料の算定基礎は、当面は従来どおり賃金・給与及び年暮収入であるが、将来的には親子などの養育費もこれに含まれる。

④ 人頭保険料

一方、使用者が負担する賃金付随コストの軽減を通じて雇用の拡大を重視するキリスト教民主・社会同盟は、保険料と賃金・給与との関係を断ち切ることを目的として、人頭保険料の差を打ち出した。賃金・給与を基に算定される保険料による取入は、景気の低迷による賃金・給与の伸びの低下や失業率増加の影響を受ける。一方、医療保険の支出は高齢化の進展や医療技術の進歩などにより増加を続けるため、保険料率の引き上げなしにはそれを抑えなくなること

が予想される。しかしながら、保険料率の引き上げは、賃金付随コストを更に上昇させ、雇用拡大と経済成長の妨げとなすことにも危惧をもち、

このような問題を解決するため、この案では、従来は賃金・給与に付した保険料に代えて、家族被保険者を含まずすべての成人の被保険者に対して、必要な費用を賄うことができる定額の人頭保険料が賦課される。人頭保険料は、被保険者が賃金・給与の額などにかかわらず負担する定額の個人保険料と使用者の拠出により賄われる定額の使用者保険料から構成される。各使用者は使用者保険料のために賃金・給与の一定割合に相当する金額を拠出する。この割合は固定されるため、医療保険支出が増加しても、使用者の負担はそれ以上増加しない。所得の低い被保険者に対しては、保険料補助が行われる。また、成人に達しない子に対しては保険料負担が免除される。この免除のために必要な費用は税財源により賄われる。なお、この案には、国民保険の案のような被保険者の範囲や公的医療保険と民間医療保険との関係の見直しは含まれていない。

⑤ 批判

この双方の案については、それぞれ反対の側からの批判が行われた。国民保険の案に対しては、この案が保険料と賃金・給与との関係を断ち切ることは、つながらず、医療保険支出の増加が今後とも賃金付随コストの上昇を通じて国内雇用に悪影響を及ぼすことになるとの批判が行われた。一方、人頭保険料の案に対しては、高所得者の負担を軽減する案であり、公的医療保険における連帯を損なうことになるとの批判が行われた。

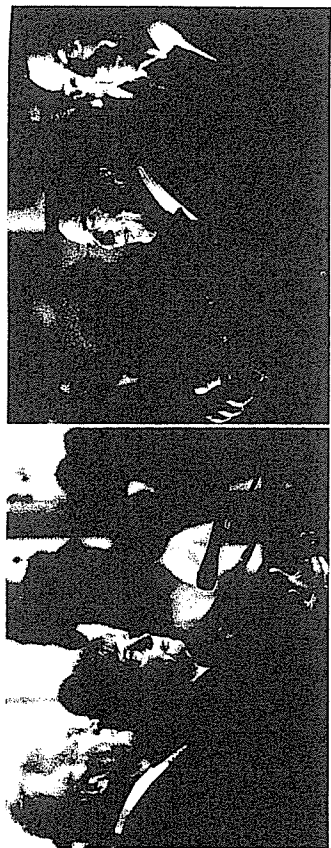
18 選挙公約においては、「いずれの被保険者にも、人頭保険料の導入時点では、従来よりも重い負担は発生しない」とされているだけで、人頭保険料の金額並びに保険料補助の財源及び金額は明示されていない。ちなみに、2004年にまとめられたキリスト教民主・社会同盟の選挙モデルによると、人頭保険料の額は平均で月額189ユーロ(うち個人保険料は108ユーロ、使用者の拠出額は81ユーロ)、若使用者の拠出額は賃金・給与に対する割合が6.5%となっている。(CDU/CSU, Reform der gesetzlichen Krankenversicherung - Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell vom 15.11.2004)

19 年金受給者の場合には、年金受給者が就業主分の拠出を行う。

20 CDU/CSU, Regierungsprogramm 2005-2009, S. 27及びSPD, Bürgerversicherung, Solidarität nutzt allen (<http://www.spd.de>).

21 支持率はいずれも、ZDF Politbarometer Sonntagsfrage 1998-2005 (<http://www.zdf.de>)による。





05年10月5日、ドイツ連立政権決定に向けた3党目の協議後、記者会見するメルケル氏（左中央）とシュレーダー首相（当時）（右中央）  
（写真提供：共同通信社）

の問題への対応には社会民主党としての考え方を負きたいとする同氏の強い意志の現れとみることでできる。

医療保険を担当する保健大臣には、前保健、社会保障大臣としてキリスト教民主・社会同盟との合意に基づき法案をまとめ上げ、医療保険における費用削減の成果をもたらしたシュメント氏が、家族・高齢者・女性・青年大臣にはキリスト教民主同盟のフオン・デア・ライエン前二階、ザクセン州社会・女性・家族・保健大臣が就任することになった。

### 新たな連立政権の政策

その後、両党間では、約4週間にわたる集中的な協議が続けられた。その結果、11月11日には新政権の政策が連立協定<sup>28</sup>としてとりまとめられた。この連立協定は、その後各党の党大会において承認された。11月22日には、メルケル氏が連邦議会で首相に指名され、新たな連立政権が発足した。

連立協議における最大の課題は財政再建にあった。ドイツにおける公的財政全体の赤字は、2005年において国内総生産の4%に相当する額となっており、基本法第115条の規定および欧州安定・成長協定の基礎を遵守するためには、連邦財政の収支差を年間350億ユーロ以上減少させることが必要となっている。このため、連立協定では、現在16%となっている付加価値税率を2007年から19%に引き上げることとされた。これによる増収額240億ユーロのうち、1/3は雇用保険に投入され、2/3は連邦および

き上げ、喫煙・休日手当に対する非課税措置の撤廃、解雇制限の緩和などの政策が盛り込まれたことが考えられる。これに加えて、キリスト教民主同盟の女性党首で、キリスト教民主・社会同盟の首相候補となつたメルケル氏が、自らの選挙チームに選挙後の閣僚大臣候補としてキリスト氏（ハイデルベルク大学教授、元連邦憲法裁判所判事）を加えたことが原因として挙げられる。同氏は、キリスト教民主・社会同盟の選挙公約の内容を越えて、<sup>29</sup>所得税の税率を現在の累進税率から25%の単一税率に改めることや、年金制度を積立方式によるものに転換し、<sup>30</sup>自分の老後には自分で備えることなどの持論を展開し、社会民主党側による攻撃的となつた。

実際の選挙結果は、当初の予想とは大幅に異なるものとなつた。すなわち、各政党の獲得議席数は、社会民主党222議席（得票率34.2%）、キリスト教民主・社会同盟226議席（35.2%）、同盟90・緑の党51議席（8.1%）、自由民主党61議席（9.8%）、左派党・民主社会党54議席（8.7%）となり、社会民主党およびキリスト教民主・社会同盟のいずれもが議席数を減らすことになつた。

この結果、選挙前の連立与党である社会民主党および同盟90・緑の党、これに代わる新たな連立政権の樹立を旨としたキリスト教民主・社会同盟および自由民主党のいずれの陣営も、連邦議会議席の過半数に届かなかった。このことは、ドイツ国民が、内政上の最大の課題である失業問題について解決の糸口をつかめないシュレーダー氏の続投に反対の意向を示すと同時に、一方で、メルケル氏が新自由主義の考え方に立脚した急進的な改革を進めることに懸念を表明

したものとみることができ。

選挙後にはこの2つの組み合わせに代わる新たな政権の構想が模索されることになつた。連邦議会議席の過半数に達する可能性のある組み合わせとしては、社会民主党および同盟90・緑の党に自由民主党を加えた連立、あるいは、キリスト教民主・社会同盟および自由民主党に同盟90・緑の党を加えた連立が考えられた。しかしながら、それぞれの陣営が自分たちとは政策が大きく異なる自由民主党および同盟90・緑の党との連立政権を形成することは困難であつた。

残された現実的な選択肢は、社会民主党およびキリスト教民主・社会同盟の二大政党による本連立であつた。当初は、両党ともに相手陣の政策を相手陣を踏襲する形での大連立を否定した<sup>31</sup>。しかしながら、実行能力のある安定的な政権の速やかな成立が求められることから、両党は、話し合いを重ねた結果、新政権における両党の閣僚ポスト（首相を含む）を両党にするとともに、社会民主党に外務大臣、財務大臣、労働・社会大臣などの重要ポストを割り当てることを条件として、キリスト教民主同盟のメルケル党首を首相とすることを前提に連立協議に入ることに合意した。

両党は、連立協議の開始時点で、すでにそれぞれの閣僚就任予定者を決定した。社会保障閣僚大臣としては、雇用および年金問題を担当する労働・社会大臣にミュンヘンエリツング社会民主党党首が副首相兼務で就任することになつた。これらの問題では、国民に不人気な改革が必要となることから、両党がこのポストに就くことを危惧する声もあつた。両党があえてこの選択を行ったことには、連立政権にあつてもこれら

27 Süddeutsche Zeitung vom 13.10.2005 "Hat noch jemand Lust zu regieren?"

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

29 その間、ミュンヘンエリツング氏は、自分が推薦した人物が社会民主党の議員選に出られなかったことから、両党の党首を兼ねない意向を表明した。このため、党大会ではブラウン前州首相のプラツェンク氏が後任に選出された。また、連邦経済大臣への就任が予定されていたキリスト教社会同盟のシュトハイター党首も、バイエルン州首相に就任することになった。このため、当初予定されていたような三党首が加わった形での連立政権の発足とはならなかった。

30 基本法第115条によれば、借入れの金額は、予算中に算入もられてはならない。また、欧州安定・成長協定の基準によれば、ユーロ導入は、単年度の公的財政赤字を国内総生産の3%以下に抑えなければならない。

22 キリスト教民主・社会同盟の選挙公約では、税制上の各種減税措置を廃止する代わりに、所得税の最高および最低税率をそれぞれ42%から39%、15%から12%に引き下げることをとらえていた。

23 Süddeutsche Zeitung vom 31.8.2005 "Kirchhof will ein anderes Rentensystem".

24 Süddeutsche Zeitung vom 5.9.2005 "Merkel punktet, doch der Kanzler gewinnt".

25 Süddeutsche Zeitung vom 20.9.2005 "Die Großen buhlen um die Kleinen".

26 Süddeutsche Zeitung vom 11.10.2005 "Angela Merkel wird Kanzlerin".



特集：ドイツ社会保障の進路 — 政権交代は何をもたらすか —

## シュレダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望

松本 勝明

### ■ 要約

これまでのシュレダー政権下においては、保険料率の維持・引下げおよび医療供給の質と経済性の向上を目的とし、かつ、そのための手段として疾病金庫間の競争を促進することを重視した改革が行われた。それにとどまらず、医療供給の各分野間の連携強化などを通じた質の高い医療の確保や患者の権利の強化を図るため、多角的な取組みが可能となる多様な手段の整備が行われた点において大きな前進がみられた。昨年初の大連立政権発足時に合意された政策は、従来の改革をさらに発展させることを目的としたものを中心となっており、少なくとも、これらの政策は、今後、確実に実施されていくものと考えられる。一方、両党がそれぞれ主張する国民保険および人頭保険の案については、ドイツ医療保険の基本原則である連帯原則にかかわる基本的な対立を含んでおり、双方の主張を取り入れた形での根本的な改革案を見出すことは容易ではない。

### ■ キーワード

ドイツ医療保険改革、疾病金庫間の競争、医療供給の質と経済性、国民保険、人頭保険

### はじめに

ドイツにおいては、昨年初の政権交代までに7年間続いたシュレダー政権の下で、人口高齢化の進展や医療技術の進歩などに対応した医療保険改革のためのさまざまな取組みが行われてきた。しかし、依然として解決すべき課題が残されており、今後とも改革の継続的な実施が必要となっている。

医療保険に関する政策については、昨年の連邦議会選挙において、キリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)と社会民主党(SPD)の考え方が真に向かい対立し、両党間での最大の争点のひとつとなった。このような経緯からみて、この両党による大連立政権下で今後の医療保険改革がどのように進められていくのかが大いに注目されるどころである。

### (1) 改革の目的

ドイツの医療保険は、すべての被保険者に対して、その年齢、性別およ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、高齢化の進展や医療技術の進歩により、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さをさらに失わせることにより、国内雇用を悪化させることが危惧されているからである。このため、保険料率の維持あるいは引下げを図ることは、シュレダー政権下の医療保険改革における重要な目的となった<sup>3)</sup>。

また、現状の医療供給には、異なる分野(例えば、外来と入院)間での連携が欠如しているなど、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られ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<sup>4)</sup>。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、医療保険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<sup>5)</sup>。

### (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<sup>6)</sup>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、所得に応じて負担される保険料を財源に医療上の必要性に応じて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)を通じて社会連帯の実現を図るという考え方を意味している<sup>7)</sup>。

#### ア. 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。従来、各被保険者は、基本的に、それぞれの職業、勤務事業所およ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、この拡大により、各被保険者は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<sup>8)</sup>。これにより、各疾病金庫は被保険者の獲得をめぐって互いに競争する立場に立たされた。この競争は、各疾病金庫に保険料率引下げなどのための経営努力を促す効果を持つと期待された。

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も大きな格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でなってしまう。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)の選別を行う誘引を与える恐れがあった。このため、公平な競争のための前提条件の整備を目的としてリスク構造調整

(Risikostukturausgleich)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、年齢および性別なら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<sup>9)</sup>。

#### イ. 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、競争力の向上を狙った疾病金庫の合併が進まれ、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<sup>10)</sup>。

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、年齢およ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。

#### ウ. 改善策

このため、シュレラーゲル政権の下では、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、疾病管理プログラム(Disease-Management-Programm)<sup>11)</sup>の制度が導入され、慢性病患者に対する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感され

るようになった。さらに、2007年からは、現在のよ様な年齢、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。

#### エ. 質をめぐる競争

疾病金庫間の競争は、これまでのところ、保険料率および被保険者サービスをめぐるものにとどまっておらず、給付の質をめぐるものにはなっていない。疾病金庫が個々の給付供与者(Leistungserbringer、保険医、病院など)ととも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全保険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家庭医、専門医、病院の連携による「統合された医療供給(Integrierte Versorgung)」方式では、個々の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 医療供給の質と経済性の向上

医療供給の質と経済性を高める観点からは、競争を促進することだけでなく、次のような多様な取り組みが行われた。

#### ア. 分野間の連携強化

外来診療を担当する保険医(家庭医および専門医)<sup>12)</sup>ならびに入院療養を担当する病院の連携の下で、患者の状況に応じた適切な医療供給を可能にするため、前述の「統合された医療供給」方式および疾病管理プログラムが導入された。また、

医療の水先案内人としての家庭医の機能強化が図られるとともに、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する一部負担金、保険料の割引が可能とされた。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が他の給付供与者とも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。

#### イ. 質の確保

給付供与者全般に対して、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、保険医、病院などに対して、疾病金庫側と給付供与者側による共同連邦委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)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およ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。

#### ウ. 継続教育の義務づけ

保険医に対して、その職務遂行に必要な専門知識の維持・向上を図るため、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。

#### エ. 「医療の質と経済性に関する研究所」の設置

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ることになった。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。

#### オ. 患者の権利強化

患者の権利を強化するため、診療内容およ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、疾病金庫側と給付供与者側が診療指針などを協議・決定する共同連邦委員会に患者団代表が参加し、意見を述べる事が認められた。また、連邦政府に患者の利益を代表する役割がおかれた。

#### カ. 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<sup>13)</sup>。なお、標準給付量を超える部分の給付については、合意された一点当たり単価の10%で計算した報酬が支払われる。

#### ③ 使用者負担の軽減

保険料の使用負担分の軽減を図るため、歯科補綴およ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)<sup>14)</sup>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。