

10. 推進員活動に対する評価と、今後の課題について、どのように考えられていますか？下記の項目について、5段階評価で、該当する欄に✓をご記入ください。

		5	4	3	2	1
		強く そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう 思わない	全くそう 思わない
活動の 評価	① 活動についての推進員の負担感は大きい					
	② 任期終了後の推進員の満足度は高い					
	③ 任期終了後も何らかの形で活動を続ける推進員が多い					
	④ 推進員活動は全体的に活発である					
	⑤ 過去の方が推進員活動は活発であった					
	⑥ 活動にあたり、推進員は主体的に動いている					
	⑦ 推進員活動は意義のある活動である					
	⑧ 今後も推進員活動を続けていきたい					
活動の 課題	① 保健師が推進員活動に割く時間がない					
	② 個人情報保護の関係で、活動が難しくなっている					
	③ 活動に関する地域住民の理解が得られない					
	④ 推進員の確保が難しい					
	⑤ その他()					

11. 10でお答えいただいた「評価」のうち、「③任期終了後も何らかの形で活動を続ける推進員が多い」の質問で「5. 強くそう思う」「4. そう思う」と回答された自治体にお聞きします。具体的には、それはどのような活動でしょうか？「食生活改善推進員になる人が多い」「OBが中心となってNPO法人○○○を立ち上げた」等、なるべく具体的にお教えてください。

12. 10でお答えいただいた「評価」のうち、「⑤過去の方が推進員活動は活発であった」の質問で「5. 強くそう思う」「4. そう思う」と回答された自治体にお聞きします。具体的に、活動が「活発だった」と思われる時期はおおよそどの時期でしょうか？また、その考えられる理由をお教えてください？

*時期：()年頃～()年頃

【その他】

13. 2008年度の1年間に、貴自治体の保健師（もしくは管理栄養士・栄養士）が地区組織活動全体に費やした時間と、全活動時間に対する割合をお教えてください。また、そのうち、約何%が当アンケート対象の地区組織活動にあてられていますでしょうか。主観でも構いませんので、数値をお教えてください。

*合計()時間(全活動時間の()%)

→うち、当アンケート対象の地区組織活動は約()%

※可能でしたら、2008年度の保健師の活動月報を添付で、もしくは電子メールで頂ければ幸いです。

【別紙】①地区別 推進員の体制

市町村名:

制度名:

※地区別の推進員の体制および地区の情報について、下記の内容をご記入ください。地区別の詳細が不明な場合は、「全体計」の部分のみご記入ください。

地区名	地区人口	地区自治会 加入率	推進員数	推進員の性別(内訳)		推進員の職歴構成(内訳)				推進員の経験年数(内訳)				これまでの 推進員の 総数(人)	推進員の 平均年齢	推進員の 入替り率	推進員の 選出方法	【別紙】 注釈																				
				男性	女性	①会社勤務 (正社員)	②会社勤務 (パート等)	③自営業	④無業 (専業主婦)	⑤その他、 不明	①2年以上 5年以内	②5年～ 10年	③10年～ 40年以上						④11年以上	⑤40年以上																		
併 〇〇〇〇地区	2,500 A	80 %	17 A	2 A	15 A	3 A	3 A	1 A	0 A	10 A	0 A	14 A	3 A	0 A	0 A	約300 A	54.1 B	90 %	B	5																		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
25	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
26	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
27	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
28	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
29	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
30	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A																	
全体計【必須】																			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

※「入替り率」については、ご担当者様から見て、任期限りの人数の入れ替わり率が見えて、任期限りの人数の入れ替わり率をお答えください(例えば「100%」は毎期全員入れ替わること指します)。

※「選出方法」については、推進員が地区で選出される主な方法について、右記の選択肢の数値をご記入ください。【A:自治会からの推薦で主に持ち回り B:自治会からの推薦で主に選挙 C:自治会から直接依頼 D:公募 E:その他】

※「注釈」については、右記の5段階でご担当者様から見た主観評価をご記入ください。【0:活発だと強く思う 1:活発だと思わない 2:活発だと思わない 3:どちらとも言えない 4:活発だと思わない 5:全く活発だと思わない】

→裏面もご記入ください

【別紙】②地区別 推進員の活動

※地区別の推進員の活動内容について、下記内容をご記入ください。地区別の詳細が不明な場合や同一の場合、もしくは地区別の活動を行っていない場合は、「全体計」の部分のみご記入ください。

地区名	運動の参加状況		運動教室の実施		推進員の推進状況		推進員の推進状況		母子保護 活動	地域老人等 への声掛け への参加	地域の文化 祭等の行事 への参加	ボランティア 活動	献血推進 活動	その他、特異的な活動【記述】
	広域の申込 用紙等の 配布	申込の取り よとの	開催回数	延べ住民 参加者数	主なテーマ【記述】	実施年度	開催回数	平均参加者 数						
例	A	A	12回	300人	ヨガ・エア【記述】	C	5回	約80名	A	B	C	D	D	担当地区への減塩推進を積極的に行なっている
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
全体計 【必須】														

※単位についての項目、および、「健康教室の実施」の「主なテーマ」、「その他、特異的な活動」以外の項目については、下記の4段階で、活動の実施度をご記入ください。
 【A. 積極的にしている B. 行っている C. 必要であれば行っている D. 全く何もしない】

アンケート調査(Part II)

－医療費適正化に関する取り組みと評価について－

自治体名 (_____ 市・町・村)

1. 貴自治体では、医療費適正化の観点から重要と思われる患者像を定期的に検討していますか？

 していない している → 以下の選択肢から、参考にしての検討材料を教えてください。[複数選択可]

- | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療機関からの情報提供 | <input type="checkbox"/> 介護施設からの情報提供 | |
| <input type="checkbox"/> レセプト | <input type="checkbox"/> 健診・検診結果 | <input type="checkbox"/> 死亡票 |
| <input type="checkbox"/> 訪問指導で得た情報 | <input type="checkbox"/> 地区組織活動で得た情報 | <input type="checkbox"/> 外部の講習会等 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |

2. 国民健康保険の担当部署と、定期的な情報交換や、事業の連携を行っていますか？[複数選択可]

 定期的な情報交換をしている → 内容 (_____) 事業の連携を行っている → 内容 (_____) 特に情報交換や事業連携は行っていない

3. 医療費適正化の観点から、貴自治体の住民に関して、重点的に対策を行うべき疾病について、重要度順に、上位3位をお教えてください。また、その疾病の患者像(年齢や性別)や、昨年度の該当患者数、どのような点から重要だと思われるか、なぜ貴自治体で多いのか、対策で難しい点はあるかについて、わかる範囲でお教えてください。

*「患者像」は、例えば、②年齢：40～50歳代のようにご記入ください。また、「③その他」については、職業等の属性で特徴的なものがある場合は、それをご記入ください。

*「患者数」は、把握していない場合は“0人”とご記入ください。

*「考えられる理由」は、医学的な理由ではなく、住民の生活習慣や生活環境等についてご記入ください。

1位	疾病名	患者像①性別	患者像②年齢	患者像③その他	
	患者数	重要だと思われる理由(○で囲ってください。複数選択可)			
	人	1. 医療費が高いため 2. 患者数が多いため 3. 対策をしやすいため 4. その他(_____)			
	なぜ貴自治体で多いと考えられるかの理由				
	対策をする際に難しい点(あればご記入ください)				
2位	疾病名	患者像①性別	患者像②年齢	患者像③その他	
	患者数	重要だと思われる理由(○で囲ってください。複数選択可)			
	人	1. 医療費が高いため 2. 患者数が多いため 3. 対策をしやすいため 4. その他(_____)			
	なぜ貴自治体で多いと考えられるかの理由				
	対策をする際に難しい点(あればご記入ください)				
3位	疾病名	患者像①性別	患者像②年齢	患者像③その他	
	患者数	重要だと思われる理由(○で囲ってください。複数選択可)			
	人	1. 医療費が高いため 2. 患者数が多いため 3. 対策をしやすいため 4. その他(_____)			
	なぜ貴自治体で多いと考えられるかの理由				
	対策をする際に難しい点(あればご記入ください)				

4. 貴自治体の住民の受診可能圏域内にある医療提供体制について、その疾病傾向からみて「不足している」と考えられる診療科をお教えてください。[複数選択可]

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 循環器科
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 神経内科
<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 美容外科
<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 歯科		
<input type="checkbox"/> その他 (_____)			

5. 貴自治体で勤務されている保健師の人数と、その部門の内訳をお教えてください。また、保健師の地区担当制を採用しているかについてお教えてください。

*保健師合計 (_____) 人
 →うち、保健部門 (_____) 人、福祉部門 (_____) 人
 * 地区担当制を採用している→地区数 (_____) 地区 地区担当制は採用していない

6. 貴自治体で実施されている保健事業等の取り組みについて、①これまでどの程度行なわれてきたか(実施度および実施頻度)、②それが医療費適正化の観点から見てどの程度重要だと思うか(重要度)、③これまでどの程度成果があったか、について主観で構いませんのでお教えてください。また、各取り組みの中で、医療費適正化を目的とした活動をどの程度行っているか、「重複受診対策」「高額医療費対策」「医療受診の勧奨」の3点について、同じく①実施度、②重要度、③成果をお教えてください。

*「実施度」の欄は、それぞれについて、下記の4段階のアルファベットをご記入ください。
 [A. 積極的に行っている B. 行っている C. 必要であれば行っている D. 全く何もしない]
 *「重要度」「成果」の欄は、それぞれ、「医療費適正化の観点から見て重要だと思うか」「成果が上がっているか」について、下記の5段階の数値をご記入ください。
 [5. 強く思う 4. そう思う 3. どちらとも言えない 2. そう思わない 1. 全く思わない]

取り組み	全体評価				医療費適正化に焦点を当てた取り組みと評価												
	実施度 [必須]	実施頻度 (2007年度の実施結果)	重要度 [必須]	成果	重複受診対策			高額医療費対策			医療受診の勧奨						
					実施度 [必須]	重要度 [必須]	成果	実施度 [必須]	重要度 [必須]	成果	実施度 [必須]	重要度 [必須]	成果				
1 レセプトのチェック			件/年														
2 医療費通知			回/年														
3 広報	延べ		回/年														
4 講習会・セミナーの開催			回/年														
5 国保等の関連部署との連携			回/年														
6 訪問指導	延べ		人/年														
7 基本健康診査	延べ		人/年		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 検診	延べ		人/年		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 健康教育	延べ		人/年														
10 健康相談	延べ		人/年														
11 機能訓練	延べ		人/年														
12 健康手帳の交付	延べ		人/年		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 地区組織活動					*シート1をご記載ください*												

7. 6でご回答頂いた取り組みのうち、下記の取り組みについて、医療費適正化対策をするにあたって、現在、「レセプトを分析する方法がわからない」「保健師の人数が足りない」等の、技術的課題や人的課題等課題となっていることがございましたら、その内容を自由にご記入ください。

取り組み	医療費適正化対策の実施にあたっての課題
1 レセプトのチェック	
2 医療費通知	
3 広報	
4 講習会・セミナーの開催	
5 国保等の関連部署との連携	
6 訪問指導	
7 健康教育	
8 健康相談	
9 機能訓練	
10 地区組織活動	

8. 医療費適正化の取り組みについて、日頃思われていることやご意見、国や大学へのご要望等ございましたら、自由にお書きください。

9. 本アンケートのご記入は、しやすかったですでしょうか？下記から1つ選択してください。また、本アンケートの内容や項目について、ご意見等ございましたら、お教えてください。

- とても記入しやすかった 記入しやすかった
 どちらともいえない
 記入しにくかった とても記入しにくかった

アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました。

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

ドイツの医療費適正化政策と日本への示唆

堀 真奈美

東海大学 教養学部 准教授

研究要旨

2006年のドイツの保健医療支出(以下、医療費)対GDP比は10.6%と、OECD加盟国の中でも第4位と高い水準にある。一方で、医療費の伸びでみると、2000年から2006年のドイツの医療費の実質伸び率は、加盟国平均が5%であるのに対し、年平均1.4%と、OECDで最低の伸びを示している。なぜ、ドイツの医療費の伸びが鈍化しているのか、どのような制度改革がどのように作用しているのか、医療へのアクセスや医療の質が犠牲になっていないか。これらの疑問に対する答えを明らかにすることは、同じ社会保険の枠組みの中で医療費保障を行う日本の医療費適正化の方策を考える上で、少なからず意義があると考えられる。そこで、90年代以降から現在にいたるドイツの医療費適正化策を含む医療制度改革の流れを把握し、日本に与える示唆について検討した。

その結果、ドイツにおける医療制度改革のなかでも医療費適正化政策を中心に概観すると、90年代は総枠規制という意味での診療報酬の上昇抑制や医療サービスの供給量のコントロールが医療費適正化策の中心であった。しかし、2000年代以降は、非効率性を改善することやモラルハザードの是正という視点から、新しい診療報酬支払制度が導入されるなど、必ずしも抑制ありきではなくなっていることが明らかになった。特に、2003年の医療保険現代化法以降は、アクセス管理とプライマリケアの推進(家庭医)や患者の重度化・重症化抑制(疾病管理)に焦点がシフトしており、これまで以上にプライマリケアや予防に重点がおかれるようになっている。家庭医モデルは、医療費抑制効果も見込めるが、それ以上に、適切な受診行動(及び日常生活におけるセルフケアを含む健康増進)による医療費の無駄使いの排除や医療供給の効率化を目的とするものである。フリーアクセスを維持しつつ家庭医モデルを導入するというのは日本でも検討する価値は十分にあるだろう。

昨今のドイツの医療費適正化策は、単純に支出抑制をめざしたものではなく、医療の効率的な提供と住民の健康増進により医療費の無駄を減らすことを目的とした医療費適正化の試みであるといえ、日本が目指す方向性に少なからず参考になるだろう。

目次

1	はじめに	237
2	ドイツの医療保障制度	239
2.1	社会保険の特徴	239
2.1.1	リスク構造調整と保険者間競争（保険者の選択権付与）	240
2.1.2	政府の役割と保険者機能	242
2.1.3	国民皆保険の在り方	244
2.1.4	患者の自己負担	244
2.2	医療提供体制の特徴	245
2.2.1	外来診療	245
2.2.2	入院診療	245
3	医療費適正化政策の動向	246
3.1	診療報酬の上昇抑制（外来費、入院費）	246
3.2	供給量のコントロール（医師削減、病院病床数削減）	247
3.3	アクセス管理とプライマリケア推進（家庭医）	248
3.4	患者の重症化・重度化を減らす（疾病管理）	249
4	考察	250
参考文献		
図 1	OECD 加盟国の保健医療支出対 GDP（2006 年数値）	238
図 2	近年の保健医療支出の推移	238
図 3	保険者タイプ別にみた一般被保険者数（単位千人）	239
図 4	保険者による年齢構成の違い	241
図 5	リスク構造調整の指標とマトリックス	241
図 6	リスク構造調整の仕組み（単純化した概念図）	242
図 7	2009 年 1 月からの保険者の在り方（概念図）	243
図 8	被保険者集団の医療費等分析	253
図 9	切れ目のないケアの実現（概念図）	253
表 1	疾病管理プログラムの参加患者数（2006 年 10 月時点）	250
表 2	主な制度改革とポイント（まとめ）	252

ドイツの医療費適正化政策と日本への示唆

1 はじめに

OECD(2008)によると、ドイツの保健医療支出(以下、医療費)対GDP比は10.6%(2006年)と、OECD加盟国(OECD平均は9%)の中でも第4位と高い水準にある(図1)。医療費の増大は、労使が負担する社会保険料率の上昇に直結するため、ドイツ経済に与える影響は小さくない¹。グローバル経済における競争力低下を嫌って、社会保障負担の少ない海外に拠点を移す企業²もあり、失業問題³にも発展しうる。一方、高齢化の進展⁴や医療技術の高度化により、支出増大に歯止めをかけることは容易ではない。ゆえに、質を下げずに、いかに公的医療保険(GKV、以下、医療保険)の収支均衡をはかるかが、ドイツにおける医療保障制度の長年の課題となっている。

東西合併後⁵のドイツ連邦政府は、1992年の医療保険構造法(GSG⁶)以降、1996、97年の第一次・第二次医療保険再編法⁷、1998年の医療保険連帯強化法、1999年の「医療改革2000」、2001年にはリスク構造調整改革法⁸、2003年の医療保険現代化法(GMG⁹)、2007年の医療保険競争強化法(GKV-WSG¹⁰)と制度改革を頻繁に行っている。

一方、ドイツの医療費水準そのものは依然として高いものの、医療費の伸び率で見ると他の国と比較して緩やかである(図2)。実際、2000年から2006年のドイツの医療費の実質伸び率は年平均1.4%で、伸び率としてはOECDで最低であった(同期間のOECD平均は5%)¹¹。

なぜ、ドイツの医療費の伸びが鈍化しているのか、どのような制度改革がどのように作用しているのか、医療へのアクセスや医療の質が犠牲になっていないか。これらの疑問に対する答えを明らかにすることは、同じ社会保険の枠組みの中で医療費保障を行う日本の医療費適正化の方策を考える上、大きな意義があると考えられる。

¹ 2007年のドイツの公的医療保険の平均保険料率は13.92%と、日本が8%台であることを考えると高い水準にある。だが、後述するように、自己負担が1~3割である日本と比べてドイツは外来、入院ともに自己負担が低い。ゆえに、高・低の判断は、保険の給付と負担をセットで考える必要があるだろう。

² 社会保険料が高いこともあり、ドイツ人件費が相対的に高いことを理由に、主要産業である自動車などの製造業を中心に、人件費の安い国(EU新規加盟国)へ生産拠点を移転する傾向が続いている。たとえば、フォルクスワーゲンはスロバキアに一部ブランド工場を移した。他にも2008年、ノキアはドイツ北西部のボーフム工場を閉鎖し、ルーマニアに移転させることを発表した。

³ シュレーダー前政権では、2001年以降、景気の低迷等を背景に失業者数が大幅に増大した。失業者数は2005年1月には戦後初めて500万人を超過し、2月には戦後最悪の522万人を記録した。このことが、シュレーダー政権へ批判を高めることにつながり、2005年にメルケル首相へと政権交代が行われた。こうした中、失業問題が政治上の最優先課題となり、社会保障負担の増大は企業経営を圧迫する要因としてこれまで以上に問題視されるようになった。

⁴ ドイツは日本、イタリアに次いで65歳人口比率は19.2%と高齢化のすすんだ国である。

⁵ 東西ドイツ統合以前にも西ドイツでは費用抑制に焦点を当てた医療保険制度改革は頻繁に行われている。1977年疾病保険費用抑制法、1982年第二次医療保険費用抑制法、1982年病院費用抑制法、1985年病院財政改組法、1986年保険医需要計画改善法、1988年医療保険構造法(GRG)などがあげられる。医療経済研究機構(2008)参照。

⁶ Gesundheitsstrukturgesetz、1993年施行

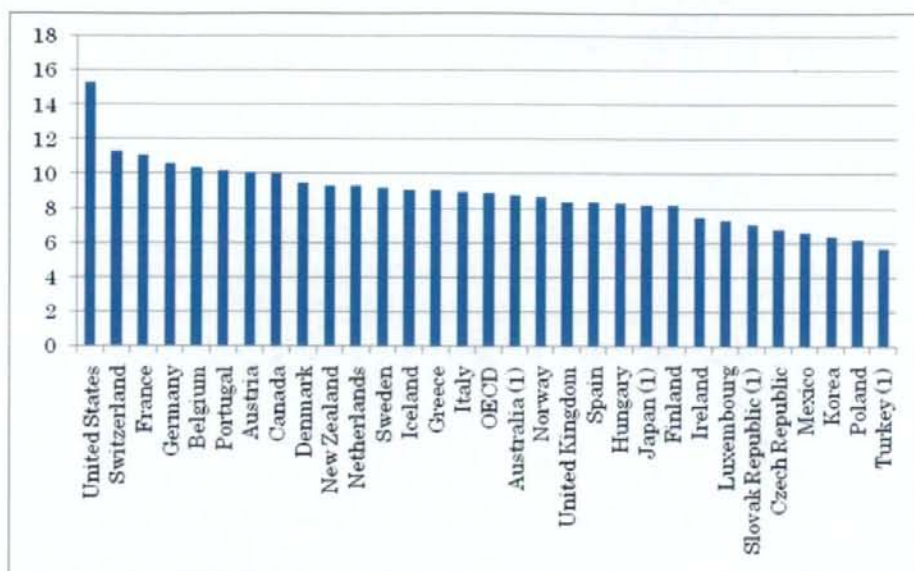
⁷ Erste GKV-Neuordnungsgesetz、Zweite GKV-Neuordnungsgesetz

⁸ Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

⁹ Gesetzliche Krankenversicherung-Modernisierungsgesetz、2004年施行

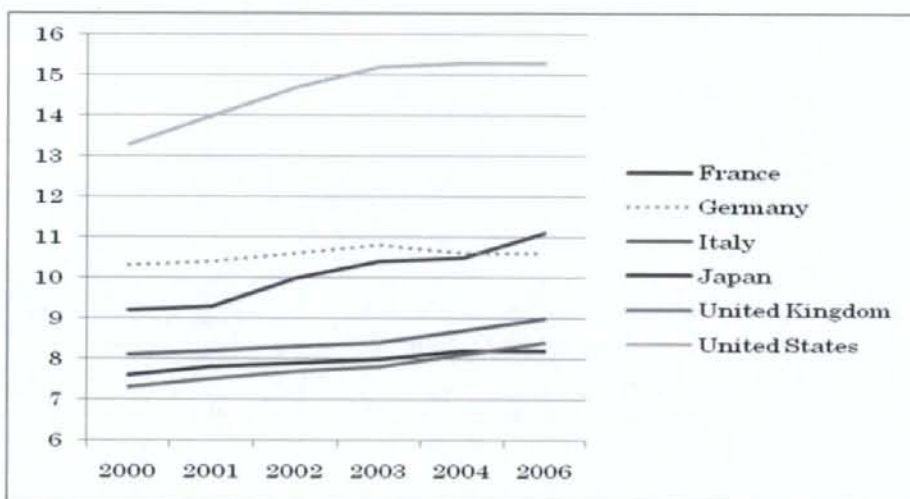
¹⁰ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung、2007年施行

¹¹ 2001~2003年は収支赤字を記録しているが、2004年以降は黒字であり、平均保険料率も2000年代は13~14%台であり、大きく変動していない。



出所: OECD Health Date 2008

図 1 OECD 加盟国の保健医療支出対 GDP (2006 年数値)



出所: OECD Health Date 2008

図 2 近年の保健医療支出の推移

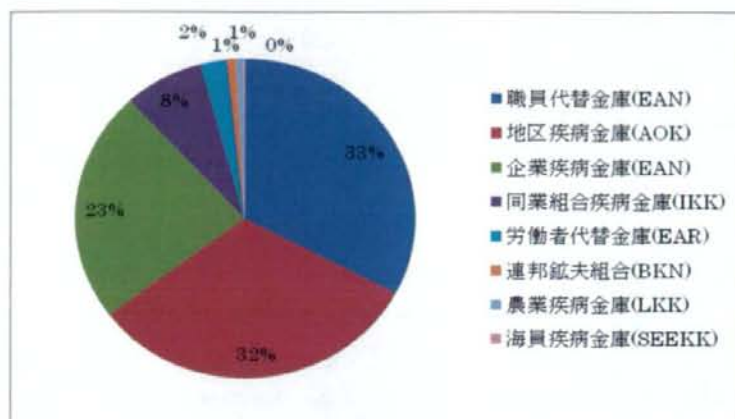
本報告では、文献調査等¹²で得た情報に基づき、90 年代以降から現在にいたるドイツの医療費適正化政策を含む医療制度改革の流れを把握するとともに、日本に与える示唆について検討したい。

¹² 文献調査を補足するため、昨今の医療保険制度改革が与える影響について保険者、病院、行政等関係者に訪問調査および電子メールによるヒアリングを行った (Stadtklinik Baden-Baden, Rehabilitationsklinik Hoehenblick, BIG - Die Direktkrankenkasse, AOK, Technische. Universität Berlin, Bäderbetriebe GmbH, Regionalmanagement Nordhessen, the Network of Health Institutions, Gesundheitsamt Stadt, Klinikum 他)。

2 ドイツの医療保障制度

2.1 社会保険の特徴

ドイツは、ビスマルクが19世紀末に世界に先駆けて社会保険方式による医療保障制度を構築し、現在でも社会保険方式を堅持していることで知られる。歴史的な経緯にもとづき、職域、地域により保険者が複数に分断するシステムを採用している。民間保険と異なり、給付対反給付均等の原則は放棄されており(社会保険の連帯原則でもある)、保険料は、年齢、性別、被扶養者数やリスクに関係なく、収入に応じて算定される応能負担が基本である¹³。原則労使折半で保険料を支払う仕組みとなっている。日本のように保険者によって負担割合が変わることはない。



出所: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch, 2006

図3 保険者タイプ別にみた一般被保険者数(単位千人)

ドイツの保険者は、疾病金庫(Krankenkasse)などと呼ばれ、法的には、連邦政府や州政府とは独立した公的な法人である。具体的には、地区疾病金庫(AOK)¹⁴、企業疾病金庫(BKK)、一般開放型と閉鎖型がある¹⁵、同業組合疾病金庫(IKK)¹⁶、職員代替金庫(EAN)¹⁷、労働者代替金庫(EAR)、連邦鉞夫組合(BKN)、農業疾病金庫(LKK)、海員疾病金庫(SEEKK)と8種類ある(図3)。

¹³ 所定の保険料算定基礎収入(上限あり、日本でいう標準報酬月額のようなもの)に一定の保険料率をかけて保険料が決定する。

¹⁴ 強制加入がベースとなる一般地域住民を対象とした保険者であり、日本の国民健康保険と政府管掌健康保険をあわせたような保険者である。1991年には、276あったが、2008年現在では、州に1つ程度にまで合併され、15である。

¹⁵ 企業の疾病金庫は、当該企業およびグループ企業の従業員・その扶養家族を被保険者とする保険者であったが、医療保険構造法により、従業員以外にも開放可能となった。従業員に限定する閉鎖型と一般開放する開放型がある。一度、開放すると、閉鎖型に戻すことはできない。1991年には約700以上あったが、統廃合が進み、2008年現在では、170以下となっている。

¹⁶ 手工業など職業組合単位で設立される保険者であり、1991年は174あったが、2008年現在では20以下となっている。

¹⁷ ホワイトカラー職員が疾病金庫の代替として選択して加入することができる保険者。ホワイトカラー職員は制度改革以前より、強制加入の場合も任意加入の場合でも、地区疾病金庫や企業疾病金庫などに代替する保険として職員代替金庫に加入することが可能であった。2008年現在で7つある。

2.1.1 リスク構造調整と保険者間競争（保険者の選択権付与）

伝統的には、一部例外を除き、被保険者が保険者（疾病金庫）を自由に選択することはできない仕組みであったが、1992年の医療保険構造法および1996年の法改正により、被保険者に疾病金庫の選択権が付与・拡大され、居住地域や職業だけで自動的に加入する疾病金庫が決まることがなくなった¹⁸。この被保険者が保険者を選択できるということが、日本との一番大きな相違であるといってもよいだろう。

保険者の選択権付与の政策的な意図は、被保険者の移動によって保険者間競争¹⁹を促進し、保険料率の上昇に歯止めをかけることであった。結果として、競争力のない保険者の統廃合が進み、医療保険構造法施行前に1,221あった疾病金庫数が、2008年現在で219までに大きく減少した²⁰。

ただし、図4に示したように、被保険者構成には差があるため、構成によっては競争が不利になる保険者が生じてしまう。公正な競争を促進するという観点から、性別、年齢、障害者数等をファクターとする「リスク構造調整(Risikostrukturausgleich; RSA)」の仕組みが同時に導入された²¹。

リスク構造調整とは、保険者の経営責任には帰せられない被保険者構成等のリスク指標(図5)について、条件が等しくなるように保険者間で事前に財政調整することを意味する(図6)。実務上は、性別(男・女)、傷病手当金の受給資格の有無と内容(3タイプ)、0歳から90歳以上までの年齢の組み合わせごとに670のセルを作成し(図5)、同一セルごとに相対係数、標準給付費等を計算する。そして、リスク構造調整の対象となる給付に関してはすべての保険者が平均的なリスクおよび平均的な収入の被保険者集団を有するとみなし、当該保険者の財政力(以下、FK)と当該保険者の標準給付費(以下、BB)²²を算出する。算出された $BB > FK$ の場合(図6では保険者B)は、交付金($BB - FK$)の受取側に、 $BB < FK$ (図6では保険者C)で拠出側にまわるというのが基本である(図6)。この調整の結果、地区疾病金庫がリスク構造調整による財政移転の交付金の受取側となり、職員代替金庫、企業疾病金庫及び同業組合疾病金庫が支払側にまわるが多くなった。

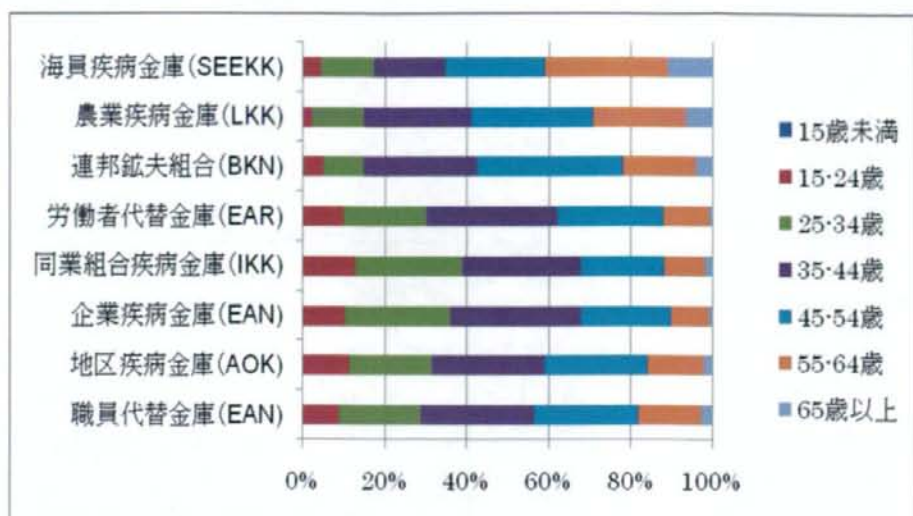
¹⁸ ただし、海員疾病金庫、連邦鉱山従業員組合、農業疾病金庫は選択対象から除外されていた。また、企業疾病金庫の場合も、閉鎖型の場合は、当該企業の雇用者しか加入することはできない。その場合も、雇用者が他の保険者に移動することは可能である。職員代替金庫の場合は、職業による加入資格制限がなくなり、地区疾病金庫と同様に選択が可能となった。

¹⁹ 市場原理に基づく競争ではなく、連帯に基づく競争であると考えられている。少なからずエンソーベンの管理競争の概念に影響を受けていると思われる。堀(2002)参照。

²⁰ 地区疾病金庫や代替金庫では、被保険者の流動が続き、より健康な被保険者が特定の企業疾病金庫に移動したといわれている。こうした競争圧力が高まる中、競争力向上にむけ地区疾病金庫および同業組合疾病金庫の合併がすすんだ。松本(2002)参照。

²¹ 日本にも高齢者数等をリスクファクターとする保険者間の財政調整の仕組みはあるが、財政力を必ずしも考慮していないこと、および確定後の給付の一定割合を調整するものであるため、事前に調整されるドイツとは性質上異なるものである。

²² 当該保険者が平均的な被保険者集団であるときに被保険者の給付のために必要とされる平均的な費用のこと(所要保険料と訳されることもある)。具体的な調整方法については、船橋(1998)、松本(2002)、田中(2006)が詳しい。



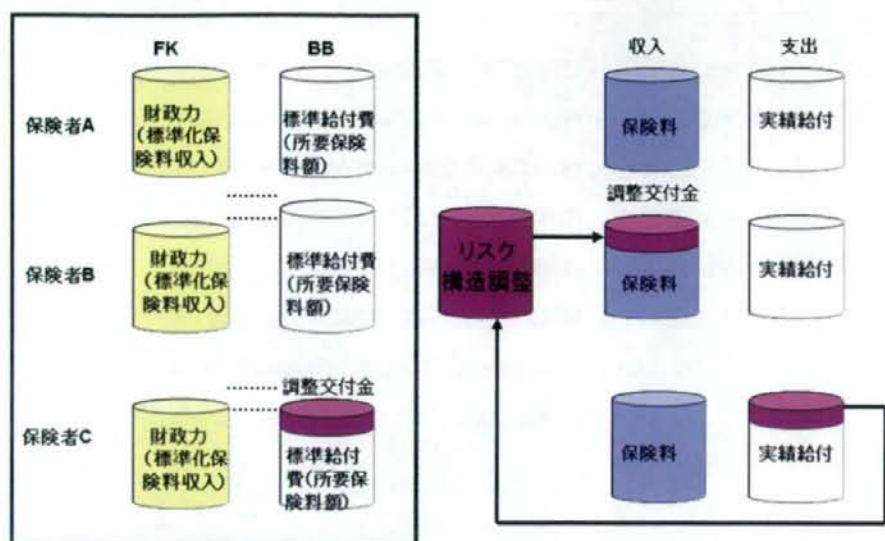
出所: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch, 2006

図 4 保険者による年齢構成の違い

年齢	普通保険料率		障害年金受給権なし		障害年金受給権あり	
	男	女	高額保険料率	傷病手当受給権なし	傷病手当受給権あり	傷病手当受給権なし
0						
1						
2						
3						
4						
5						
.						
.						
35						
.						
.						
65						
.						
.						
80						
.						
90+						

出所: 田中 (2006) 8P 図 2 を一部改編

図 5 リスク構造調整の指標とマトリックス



FK (Finanz Kraft)は、標準保険料率で試算した場合に、当該保険者の被保険者から得られる保険料収入総額
 BB (Beitrag Bedarf)は、被保険者に給付するのに必要とされる額で、前提は平均的な被保険者集団であったときの平均的な費用
 交付金 = $BB - FK$ ($BB > FK$ で受け取り制、 $BB < FK$ で拠出制)

出所: 各種資料より著者作成

図 6 リスク構造調整の仕組み (単純化した概念図)

これにより、3倍以上あったとされる保険料格差は1.5倍前後にまで大幅に縮小した²³。

だが、従来のリスク構造調整は、個々の被保険者の健康状態や疾病構造に考慮したものではないため、同年代でもより健康な被保険者を優遇し、重病患者を嫌煙するといったリスク選別(又はクリームスキミング)のインセンティブが残されていた。実際、その後の追跡調査で、若年層、高学歴、高所得、単身世帯(及び夫婦のみ世帯)が保険者を移動しており、高医療費の被保険者集団が地区疾病金庫に多く加入していることが明らかになり、問題視された。

この問題を解消するには従来のリスク構造調整では不十分であるということから、リスク構造調整改革法において、一定期間の有病率(morbidity)²⁴をリスク構造調整のファクターに含めることが決まり、2009年1月より80疾病の有病率リスク構造調整が導入されることになった²⁵。

2.1.2 政府の役割と保険者機能

日本との第二の相違として、政府の担う役割の違いがあげられる。社会保険といっても国庫負担の比重が

²³ リスク構造調整導入以前の1993年では、保険料は8~16.9%と平均保険料率の格差は大きかった。船橋(1998)参照。一方で、若く所得の高い被保険者が多いことにより、かつては保険料で民間保険に対して優位性を維持していた疾病金庫の保険料が急騰した。その結果、健康で所得が高く(強制保険の対象でない被保険者など)、家族の少ない被保険者(民間保険では家族数に応じて保険料があがるため)が公的保険を忌避して、民間保険に移行するという、「逆選択」も生じた。倉田(2007)参照。

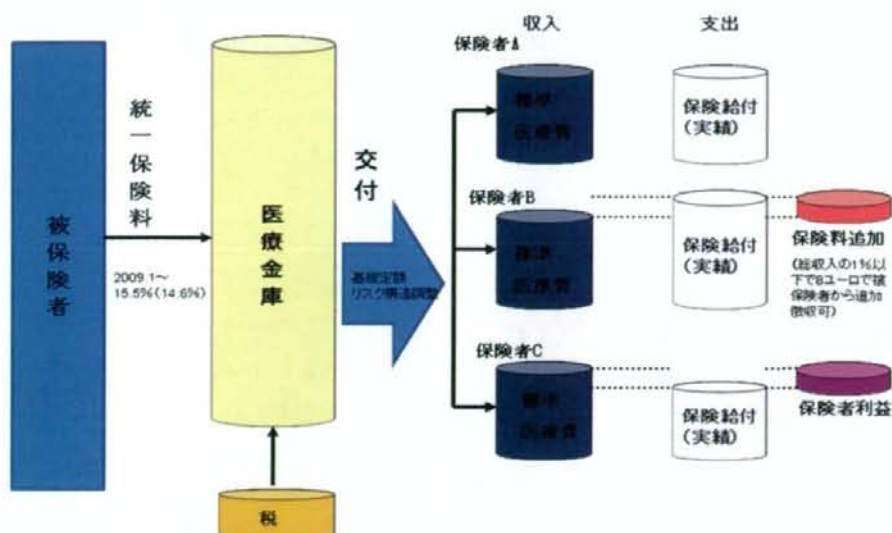
²⁴ 一定期間における重篤かつ高コストの慢性疾患の有病率(罹患率)を対象とし、当該保険者の被保険者一人当たり平均給付費が全体の平均給付費を5割以上上回る時に加算が交付される。

²⁵ 2002年改正で、2007年に有病率のリスクファクターが導入することが決まっていたが、法改正により2009年1月まで延期された。それ以前は、糖尿病、冠動脈疾患、乳がん、閉塞性肺疾患の疾病管理プログラム参加者数等がリスク構造調整の対象とすることになった。

大きく実質的に保険と税の混合方式となっている日本と異なり、ドイツでは国庫負担（児童の医療費負担助成など）は極めて少なく、政府は、実質的には、“支払者”としての役割を担っていない²⁶。

伝統的に当事者の自治(Selbstverwaltung)が尊重されており、保険者と医療供給者の当事者間交渉で多くが決定される。たとえば、診療報酬も、医療供給者側の代表である州の保険医協会と保険者側の代表である州の疾病金庫連合会の合意・交渉によって決定される。

さらに、保険料率²⁷も疾病金庫が独自に設定することが可能であり(定款で規定)、従来は、半期ごとに収支実績をふまえて見直しが行われていた。しかし、2007年の医療保険競争促進法により、2009年1月から15.5%(被用者、雇用主で14.6%を折半負担、傷病手当受給権のある被保険者はさらに0.9%負担)とのドイツ全土で統一保険料率が導入されることになり、保険者が自由に設定することが困難になった。



出所: 各種資料より著者作成

図 7 2009年1月からの保険者の在り方(概念図)

この改革により、保険者は直接被保険者から保険料を徴収するのではなく、2009年に設立された医療基金(Gesundheitsfonds)から、加入人頭割の基礎定額交付金(Grundpauschale)および性別、年齢、有病率等で調整をされたリスク構造調整加算金(Alters-geschlechts-und risikoadjustierter Zuschlag)等の交付を受けることになった(図7)²⁸。

この制度改革により、保険者は、保険料ではなく付加的なサービス(選択タリフ²⁹、疾病管理プログラム、医

²⁶ ただし、競争強化法において、25億の税財源を毎年15億ユーロずつ増額し最終140億ユーロまでに拡大予定である。藤本(2007)参照。

²⁷ 被保険者獲得のための保険者間競争において保険料は非常に大きなカギを握る要因であった。

²⁸ 基金からの資金だけでは財政が成立しない場合は、総収入の1%以下で8ユーロを超えない範囲で追加保険料を被保険者に請求することができる(ただし、被保険者は追加保険料を請求された時点で即時解約することができる)。一方、利益を上げた疾病金庫は、被保険者に配当金という形で還元することが可能となった。

²⁹ 被保険者が多様な給付と料金表を選択することができる仕組み(Wahltarif)のこと。フィットネス運動等と運動したボーナスプログラムや家庭医プログラムの負担は保険者によって異なる。

薬品の割引契約等)で競争することが期待される。こうした政府の介入強化により、従来よりも公平性が増したと評価される一方、ドイツ社会保険の伝統でもある保険者の法的位置づけを変更させるとともに、保険者の自律性を脅かすという指摘もある³⁰。

2.1.3 国民皆保険の在り方

第三の相違として、国民皆保険の在り方の違いがあげられる。ドイツでは、一定所得以上の高額所得者や自営業者、軍人、聖職者、一部公務員など社会保険の強制加入を免除されているものがある。社会保険に加入しているのは、全国民の約 85% (75%は強制加入対象、10%が任意)であり、約 10%が民間保険、4%が軍人等でその他の制度に加入している。無保険者は 0.5%に満たない。

だが、2009 年 1 月より、すべての国民が公的保険もしくは民間保険に加入することが義務付けられたことで、公私分断した状態ではあるが、形式上は皆保険が達成されることになった³¹。なお、高齢期になって民間保険加入者が公的保険に加入する「逆選択」³²を防ぐため、公的保険の加入は就業期間の9割以上が公的保険に加入していることが求められる。

2.1.4 患者の自己負担

第四の相違として、患者の自己負担の在り方をあげられる。日本では、年齢等で若干異なるが原則 1~3 割の患者負担(上限あり)があり、それが医療保険財政の主たる財源の一つとなっている。一方、ドイツでは、2004 年施行の現代化法以前は、入院費(年 14 日限度に 1 日 9 ユーロの負担、それ以降は無料)、薬剤費(定額負担あり)、移送費以外の患者負担はほとんどなかった³³。つまり、10 割給付が原則であった。

それが、現代化法によって、外来診療において初めて患者の負担が導入され、同一疾病につき 3 か月に 1 回、診療料(Praxisgebühr)として窓口で 10 ユーロを支払うことが求められることになった。この診療料制度は、外来受診の適正化を目的に導入されたものであり、この 10 ユーロは保険財政には寄与するものではなく、開業医の収入になる。ただし、紹介状を受けての専門医受診など後述する「家庭医モデル」(任意参加)を利用すると自己負担が軽減される仕組みになっている(詳細は後述)。

同様に、入院時³⁴の患者自己負担は、28 日を限度として 1 日 10 ユーロまで負担(18 歳未満は免除)することになった。ドイツの平均入院日数が約 9 日なので、90 ユーロ程度は平均して負担することになるが、日本に比べると低い負担といえるであろう。

薬剤費については、定額負担から1割の定率負担(医薬品ごとに最低 5 ユーロから上限 10 ユーロ)となっている。さらに、処方箋なしで入手できる医薬品は保険から外されるなど負担増がはかられた。

³⁰ 土田(2008)参照。疾病金庫の反対は根強く、次の選挙で政策転換の可能性があるという声は疾病金庫関係者よりヒアリングでもしばしば聞かれた。

³¹ 民間保険は、リスク選別により被保険者の受け入れを拒否することはできなくなった。公的医療保険の給付サービスに相当する「基本タリフ」を提供しなければならなくなった。

³² 若くリスクが低いときに民間保険に加入し(リスクに応じた保険料負担になるので負担が相対的に低くなる)、高齢でリスクが高くなってから公的保険に加入する(収入に応じた負担になるため、退職後の高齢期では保険料負担は低くなる)のは逆選択とみなされる。

³³ ただし、各種療法・治療用材料・補助具(マッサージ、療養体操、包帯材料、車椅子など)については費用の 10%の定率負担(下限 5 ユーロ、上限 10 ユーロ)がある。歯科補綴は 30~60%と高負担である。

³⁴ 温泉泉療法(入院滞在型)、リハビリ入院も同じく 10 ユーロの定額負担(年 28 日限度)がある。

2.2 医療提供体制の特徴

日本と異なり、ドイツでは、基本的には、外来機能と入院機能が明確に区分されている³⁵。

地域には、保険医と呼ばれる開業医がおり、外来診療を担当している。一方、病院は、原則入院診療に特化した施設であり、一般的な外来診療は行っていない³⁶。

2.2.1 外来診療

保険医³⁷になるには、州の保険医協会に承認を受けて登録する必要がある。保険医数は総数及び人口当たりでも増加傾向にあるが、地域によってはばらつきがある³⁸。保険医数の増加は医療費増大の要因とみなされていることから、1992年の医療保険構造法において、1999年から保険医に68歳の定年制が導入された。また、開業も地域における診療科や住民当たり医師数などの状況によってエリアが制限されるなど保険医需要計画が策定されている。

保険医の中には、専門医(Facharzt)とプライマリケアを専門とする家庭医(Hausarzt)があり、前者が約6万1500名、後者が約5万8700名いる。原則プライマリケアを担うGP(一般医)経由の受診でないと認められないイギリスと異なり、ドイツでは、被保険者が選択しない限りは、フリーアクセスが確保されており、家庭医の受診をせずに専門医を最初から受診可能である³⁹。

だが、2004年の現代化法により、ドクターショッピング的な(doppeluntersuchung)受診を減少させることを目指して、疾病金庫が家庭医と契約を結びゲートキーピング機能をかす家庭医モデル(Hausarztmodell)の導入が義務化されるなど、政策的に機能分化⁴⁰を誘導する動きがある。

2.2.2 入院診療

2005年現在、病院数は2,139で、一般病院が1,846、精神病院が276ある。設立主体は、州立、市立等の公立病院が35%、教会などの公益病院が38.6%、私立病院が26.4%となっており、公立病院が減少し、私立病院が増加傾向にある。これは、公立病院の民営化など経営主体の変更による影響が少なくない⁴¹。なお、

³⁵ 日本では病院の多くが診療所から発展してきたという歴史の経緯があることから、外来と入院の機能分化が進んでこなかったのではないかと考えられる。

³⁶ だが、近年は、連携強化の観点から、入院前後の通院診療や日帰り手術も行われるようになっており、外来部門もある。また、病院によっては、敷地内のオフィスを開業医にレンタルすることもある。

³⁷ ドイツの医師は、大学で6年以上の教育を受け、在学中および卒業後に複数回にわたる医師国家試験に合格・免許を取得し、さらに数年におよぶ卒業研修を受け、専門医の資格を取得する。医師資格を得ても、保険医として認定されなければ、公的保険からの報酬を受けることはできない。開業医(家庭医、専門医含む)と病院勤務医を合わせて約30万人が就業医、登録医師数はさらに10万人以上多いといわれる。医療経済研究機構(2008)参照。データの年次、定義が異なるため、OECDの数値とは厳密に一致していない。

³⁸ 開業医の中には、民間保険や自由診療専門で行う医師と公的保険の保険診療を行う保険医(Kassenarzt)がいる。保険医に雇用されている医師もいる。

³⁹ 地域によっては、家庭医と専門医が外来診療の予算を奪いあう競争状態にあり、専門医と家庭医の連携は必ずしも進んでいない。田中(2008)参照。

⁴⁰ 家庭医を含めた異なる医療機能間の連携は、統合医療や疾病管理プログラムの普及という点においても重要な課題となっている。

⁴¹ 公立病院関係者へのヒアリングでは、経営主体が変更すると、従来よりも多角的に事業参入することが可能になることから、高齢者施設やリハビリ事業、外来部門を拡大する病院も多いという。市本体の財政悪化で廃止に追い込まれる公立病院や、民間に売却先を求めても売却先が見つからないこともあるようである(公務員の身分保障や賃金など労働条件が問題となる)。私立病院は、公立病院と比べ、1)人件費比率が低い、2)収益率の高い事業への参入という特徴があるが、経営効率がすぐれ

病床規模では、急性期病床約48万床のうち約51.5%が公立病院、公益病院が36.3%、私立病院が12.2%となっている。全般的な傾向として、私立病院は小規模であり、単科病院が多い。

急性期病床数は、1000人当たり6.2病床で、OECD加盟国平均の3.9よりも多いが、他の国と同様、平均在院日数の短縮化とともに、人口当たり病院病床数は減少傾向にある⁴²。

医療機器・設備等については、州政府による補助があるが、州の計画に沿っていない場合は補助がされない。この10年でCTスキャンやMRIなど診断装置の人口当たり設置数は1から7.7へとOECD加盟国の中で最も伸びているが、人口当たりの設置数そのものは加盟国平均の10.2と比較すると遅れている。

3 医療費適正化政策の動向

ドイツにおける医療費の適正化政策は、大別すると、1)診療報酬の上昇抑制(入院費、外来費)、2)供給量のコントロール(医師削減、病床数削減)、3)アクセス管理とプライマリケア推進(家庭医)、4)患者の重症化・重度化抑制(疾病管理)にわけられる。ただし、厳密には、これらは完全に独立しているわけではなく、部分的に重複していると考えられる。なお、前章で述べた保険者間競争(被保険者による保険者選択権の付与・拡大)も保険料率の上昇抑制プレッシャーを高め、保険者機能強化と効率化を図るという意味では、医療費の適正化政策の一つと分類することが可能であるが、既に大枠について説明済みであるので、ここでは省略する。

以下では、1)~4)それぞれについて検討したい。

3.1 診療報酬の上昇抑制(外来費、入院費)

外来を担う保険医の診療報酬は、人頭払いベースでエリア別に定められた総額予算⁴³の上限の中で、個々の保険医が行った診療行為(診療報酬の基準点数)に応じて出来高で分配する仕組みである。

診療報酬の請求内容は、審査委員会(保険医協会と疾病金庫)で審査された後、診療科ごとの配分額を保険医の総点数で割り、1点の単価が決まる(保険医の点数にこの単価を乗じて報酬が決まる)。出来高であるため、診療が増えれば点数は増加するが、予算上限を超えると、一点の単価は減り、保険医の収入は診療実績が増えても収入は低下する。つまり、単価は、すべての保険医がどれだけ点数を獲得するかで変動する。収入を獲得するために開業医全体がより多く診療をすればするほど、単価が下がることになる。結果として、診療実績に応じた診療報酬を受け取れないということもある⁴⁴。つまり、過剰医療が抑制される仕組みになっている。

なお、総額上昇を抑制させるため、上昇率が保険料徴収対象となる賃金上昇率を超えてはならないという支出上限がある(救急や予防検診など例外もある)。こうした総額予算制度の導入や支出上限によって外来費を総枠内に抑えることが可能な仕組みとなっているため、医療費の抑制効果が高い一方で、必要な医

ているかどうかは一概にはいえないという声も聞かれた。なお、私立病院の経営主体の中には営利企業も含まれる(巨大チェーンあり)。ヒアリングだけでは不明な点が多いため、公立病院と私立病院の役割・機能については今後検討したい。

⁴² 平均在院日数の短縮化が進むと不要となる病床が出てくるため、削減可能となる。平均在院日数の短縮化にあわせて病床数を削減せずに、経営維持をさせようとする医療従事者の勤務が過酷化する可能性がある。

⁴³ 保険医協会に所属するすべての保険医の診療報酬総額は、州保険医協会と州疾病金庫との契約合意で決められ、人頭払いの基準単価を被保険者数で乗じた額を基本となっている。

⁴⁴ 開業医に対するヒアリングでは、単価がどれくらいになるかは9か月後にならないとわからず、予算超であることが明らかになると労働時間で調整するしかないため休業する開業医も少なくないという話が聞かれた。また、インフレが進むと、報酬は実質的に減ることもありうるという。

療が提供できない危険もある。

さらに、人口規模に応じて(人頭払いベースで)エリアの予算上限が決まるため、住民の有病率が高いところでは診療を少なくしたり、公的医療保険の予算とは別枠であることから、民間医療保険患者を優遇したりといったモラルハザードの問題が生じている。

以上を背景に、これまでの外来診療報酬のあり方が見直され、2009年1月より、総額予算制度が撤廃され、有病率を調整した診療報酬総額が導入されることになった。従来は、点数だけが決まり単価が事後に決定するというものであったが、新制度では、連邦保険医協会と連邦疾病金庫中央連合会が1点の単価を規定する(ユーロ診療報酬)⁴⁵。ただし、単価は一律ではなく、保険医の開業エリアが供給過剰であるか、供給不足かで相違が生じる仕組みとなっている。

以上により、必要な治療をしないという過小インセンティブが是正され、開業エリアの有病率のリスクの差によって開業医の収入に相違が生じる仕組みではなくなる。個々の保険医への配分も包括払い的な要素の強い有病率で調整した基準診療行為量が導入されることになった。

一方、病院に対する入院診療報酬については、実費補てん原則(Selbstkostendeckungsprinzip)があり、各年度で赤字を出しても翌年度の決算で補てんできる仕組みであった。そのため、ドイツの急性期病床の平均在院日数はヨーロッパ諸国と比較して長く⁴⁶、効率化のインセンティブが利かなく考えられていた⁴⁷。医療保険構造法により、この補てん原則を改める必要性が唱えられ、1996年からは病院の診療科ごとに1病床当たりの日額(Abeteilungspflegesatz und Basispflegesatz)、高額な医療行為についての特別な診療報酬(Sonderentgelt)、1件当たり包括払い(Fallpauschale)の3つの支払方式が併用されることになった⁴⁸。さらに、2000年の「医療保険改革2000」で2003年以降は、非効率性の是正と透明性の改善のため、段階的にDRGが適用されることになった(全面適用は2009年から)。DRG⁴⁹とはもともとは米国で開発された診断群であるが、先進諸国でそれぞれ独自に開発され、オーストラリアで開発されたものをベースにドイツ版のDRG(G-DGR)⁵⁰が開発された。診断群分類ごとに支払いが包括化するため、平均在院日数の短縮化や医療サービスの標準化を推進するインセンティブが働く。

3.2 供給量のコントロール(医師削減、病院病床数削減)

1992年の医療保険構造法以降、医療費の適正化のため、保険医数の制限が必要であるという認識があった。特に西ドイツでは、医師増加が著しかったことから、医師の過剰が心配された。1991年から1999年までに2万2000人の増加が見込まれたことから(実際は2万1000人)、99年1月1日から保険医数を制限する

⁴⁵ 地域の実情に応じて一定範囲の中で、一点の単価を引き上げ(引き下げ)することは可能

⁴⁶ 1990年の急性期医療のOECD平均の平均在院日数は8.7であった時代にドイツ14.0と抜きんでて高かった。2005年では、8.6日と短縮しているが、それでも平均6.3よりは高く、OECD加盟国で日本、韓国について高い。ちなみに、日本は、1990年データがないが、2005年で19.8と加盟国中でも最長である。ただし、日本の一般病床は厳密に急性期病床といえない可能性があるため厳密な比較はできない。OECD(2008)参照。

⁴⁷ Busse and Riesberg(2004)、松田(2008)参照。

⁴⁸ 1993年から95年は、暫定的に総額予算制度に移行した。

⁴⁹ DRG(Diagnosis Related Groups)は、臨床面、及び医療資源の同質性という二つの側面から、患者をそのケース・ミックスごとに一定のグループに分類する方法であり、一定のコーディング(Coding)に沿って、患者の医療必要量を測定することにより作成された診断群である。米国では、DRG/PPSというDRGの疾病群ごとに予め定められた1件当たりの定額を医療機関に償還するという支払方式が採用された。これは、実際に消費された医療資源の多寡に関わらず支払がなされる。

⁵⁰ G-DRGでは、外科的な処置の有無と処置の種類、傷病分類により診断群分類が決まり、さらに合併症の有無および重篤度でDRGコードが決まる。