

ことが決まった。

旧西ドイツの保険医は、1986年の需要計画改善法によって開業可能なエリアが制限されていたが(社会法典でも規定)、構造法により内容が厳格化した。1名の医師に対する住民数が医師の診療科別(14の診療科)、連邦建設都市計画庁が定めた人口過疎による地域区分(395の計画区域)別に算定されている⁵¹。一方で、こうした保険医数の制限は新規開業に不利なため、保険医の定年制(68歳)も同時に導入された。

以上のような保険医数抑制と開業抑制によって、99年から2007年までは医師数増加のスピードは大幅に緩和しており、地域によっては不足感があると叫ばれている。供給不足または供給不足のリスクがあると判定されるエリアでは(特に旧東ドイツ)、2006年より定年制は一部緩和され、定年延長が認められている。また、保険医でなくとも、共同で診療所を開設する医師⁵²については、68歳に達した四半期末に定年とし、一般の保険医と同等にするなど条件が緩和されている。

旧東ドイツ以外でも一部で医師獲得が困難(“医師不足⁵³”)であるという指摘もある。この背景には、医師志望者の減少や医学部を修了する学生数の減少により、35歳未満の医師比率が減少していることと、現役医師の高齢化がある(定年制により、医師が急速に減ることが見込まれている)。仕事量に見合っていない一方で、医師本来の診療業務以外の業務作業の負担や医療技術の高度化により、一人当たりの労働量が増える。しかし、費用抑制の中で、収入が増えないため、ドイツ国内で就労しない医師もいる⁵⁴。また、労働条件の悪化にとまじり、医師のストライキも頻発化しているという⁵⁵。

3.3 アクセス管理とプライマリケア推進(家庭医)

前述のように、2004年施行の現代化法まで、外来診療は無料であったが、外来診療に一部自己負担(診療料)が課せられることになった(18歳以上の被保険者は、3か月ごとに初回の診療の際に10ユーロの診療料)。

自己負担の導入により、全体としての外来費⁵⁶は大幅に減り、2004年の保険財政は黒字を記録した。不必要なドクターショッピングを減らしたと評価できる一方で、健康状態が悪い人、低所得者層が受診抑制しているという報告もあり、問題視する声もある。

⁵¹ 開業医師1名に対する住民数より、算定された医師1名に対する住民数(一般比率)の数が10%以上大きいと、供給過剰と定義される。供給過剰と判定されると、新規保険医認可を制限する。2008年8月で395地区で、供給過剰ではなく保険医の認可を受けられる計画区域の数および開業可能な医師数は、5区のみ(開業可能な医師数は5人で開業は極めて厳しい。他方、家庭医は、210の区域で認可が可能であり、開業可能な医師数も21,030人いるが、家庭医は不足状態にある。戸田(2008)参照。

⁵² 旧東ドイツではポリクリニックといわれ複数医師による診療所開業は普及していた。

⁵³ 厳密には、不足であるかどうかを判断するのは難しい。ドイツ連邦政府は、医師の偏在を認めても全国レベルで不足であるとは正式には認めていない。戸田(2008)参照。医師総数そのものは緩やかながらも増加しており、1,000人当たり3.4(専門医2.4、家庭医1)とOECD加盟国の平均値よりも多い。OECD(2008)参照。

⁵⁴ 病院関係者、医療従事者に対するヒアリングでは「医師はなるのが大変なわりに労働条件が悪く、かつてより魅力のある仕事ではなくなった」という意見を数多く聞かれた。労働条件の関係で、イギリスや米国など海外で医師として勤務するドイツ人医師も増加しているという話もあった(両国とも開業医の報酬平均はドイツより高い)。医師確保が困難なため、勤務医の疲弊が続くという話やストライキで病院が休業するという話も聞かれた。逆に、ポーランドなどEU加盟国でも賃金水準の低い東欧から医師がドイツにやってくることも多いという。公立病院の中には、経営改善のため、海外から患者を積極的に勧誘するという話もあり、将来的には、医療のボーダレス化、グローバル化が今後の医療保障を考える上で重要なカギとなるのではないかと感じた。

⁵⁵ 中村(2006)参照。

⁵⁶ 診療報酬総額の枠外でそのまま保険医の収入となるため、外来診療料は含まれない。

この外来診療の診療料の導入とともに、疾病金庫は、家庭医モデルの導入が義務付けられた⁵⁷。このモデルに参加登録をした被保険者は、病気になった場合は、専門医の診察をうけずに家庭医を受診し、必要にしたがって専門医や病院への紹介を受ける。参加者は、自己負担が通常の外来診察料(3カ月毎10ユーロ)よりも低く優遇されるなど経済的な特典が用意されている。

家庭医モデルは、無駄な受診を抑制するとともに、適切な受診行動を支援することが期待されるが、地域によっては外来と入院の連携がうまくいかず重複検査がなされたり、専門医と家庭医が競争関係で対立していたりしているという指摘もある⁵⁸。家庭医モデルが機能するには、連携が不可欠とされる所以である。

なお、被保険者の参加登録は任意であるため、形式上フリーアクセスは維持されている。

3.4 患者の重症化・重度化を減らす(疾病管理)

ドイツの医療費全体に占める慢性疾患患者は、1000万人以上、総医療費の2/3を占めるといわれ⁵⁹、患者の重症化、重度化を減らす手法として疾病管理に注目が集まっている。

疾病管理プログラムは、リスク構造調整改革法の施行にともない、2002年1月より導入された。疾病管理プログラムの目的は、糖尿病、気管支喘息など特定の慢性疾患の患者に対し一貫して継続的な治療、健康管理を行う仕組みであり、医療の質の向上や合併症、急性増悪の防止、QOLの向上、医療費の削減も含めた医療資源の有効活用が期待されている。

現在、糖尿病、慢性心臓疾患、CHD(冠動脈疾患)、気管支喘息、乳がんなど複数の主要疾患において診療ガイドライン⁶⁰が構築されている。連邦保健省によると、プログラムは多種多様であるが、タイプ別に普及状況および患者数が異なるが、現在、2300万人以上が参加しているという(表1)。

政府は導入を普及させるために、疾病金庫に対して、疾病管理プログラム導入に対して財政的なインセンティブを与え、2009年1月以前は、リスク構造調整のファクターにもプログラム参加状態が加味された⁶¹。一方、疾病金庫も、被保険者に対し一部負担の軽減や報奨金の提供などインセンティブを付与している⁶²。2009年1月からは、新制度下での疾病管理に関する医療基金から保険者への財政支援とともに、患者の参加・脱退の手続きの簡素化や電子媒体での記録保存が義務付けられた。

なお、疾病管理プログラムを実施するには、実施主体である保険者が、ガイドラインに従いプログラムを開発し、関係医療機関(家庭医、専門医、病院)と必要な契約を結び、連携することが求められる。患者の専門医や病院への受診および一連の治療プロセスにおいてのコーディネーター役として家庭医の役割は特に重要なものと位置づけられている。なお、具体的な内容は、プログラムごとに異なるが、基

⁵⁷ 2000年改革で家庭医のゲートキーパー機能は発揮可能となっていたが、契約するかどうかは疾病金庫の裁量であり、全国一律の実施は求められていなかった。

⁵⁸ だが、ドイツ医療従事者の中での、専門医のハイテク医療志向が強いことが、プライマリケア医のモラルを低下させ、プライマリケアのレベル向上の障壁となるという指摘もある。Norbert Donner-Banzhoff, Thomas Heil(2008)参照。

⁵⁹ 石原・長谷川(2006)参照。

⁶⁰ 連邦政府が定めた基準(連邦共同委員会による医学的なエビデンスに基づくガイドライン)がある。

⁶¹ 疾病管理プログラムへの参加が望ましいと想定される被保険者(糖尿病患者など)が登録をしない場合は、リスク構造調整において同じ年齢・性別の健康な被保険者の標準給付が適用されるため、登録しない場合は、その差額が損失となるため、保険者にとってプログラムに参加させるインセンティブが働く。また、リスク構造調整において慢性疾患患者をリスク選別により加入させないことを防ぐ狙いもある。

⁶² なお、被保険者が疾病管理プログラムに参加するかどうかは任意であり、一定期間(3年→5年)を経れば離脱も可能である。疾病管理プログラムに参加する被保険者を増やすことは、被保険者自身の健康改善の可能性や財政支援の獲得だけでなく、他の保険者への移動が少なくなるというメリットが保険者にはある。

本的には、定期的な検診・予防、参加医への情報提供など治療支援、患者教育、患者の健康状態の改善、食生活など日常生活への動機付けなどが含まれている。

疾病管理プログラムの効果については、経済的な効果(医療費抑制効果)は未だ明確ではないが、地区疾病金庫連邦連合会によると、糖尿病(タイプ 2)に登録した被保険者のプログラム登録時点とそのあとの血圧及び血糖値の推移を見ると、登録半年、1年後で改善していることが報告されている。

表 1 疾病管理プログラムの参加患者数(2006年10月時点)

	プログラム	患者数
タイプ 2 糖尿病	全国	1,689,376
冠動脈疾患	全国	589,408
乳がん	全国	62,095
タイプ 1 糖尿病	地域	17,791
慢性閉塞性肺疾患	地域	1,802
気管支ぜんそく	地域	395

出所:ドイツ連邦保健省(Bundesministerium für Gesundheit)資料

他方、虚血性心疾患やうつ病などの精神疾患や椎間板疾患、糖尿病など複合的な治療プロセスが必要な症例に対して、統合的なパスウェイの構築など統合医療(Integrierte Versorgung、2000年1月に導入、2004年に規制の簡素化)も推進されている。統合医療は、疾病管理と異なり、全国統一的な基準があるわけではないため、保険者と医療供給者の契約・合意によって内容は異なる。

4 考察

ここまで 1990 年代以降から現在にいたるドイツ医療費適正化策を含む医療制度改革の流れを概説してきた。表 2 を見ると明らかであるが、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供給量のコントロールが中心であったが、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、新しい診療報酬が導入されている。行き過ぎたコントロールに対する反動もあると思われるが⁶³、必ずしも抑制ありきではなくなっている。

特に、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、それ以上にこれらは、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。

このように考えると、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

⁶³ 何が無駄で何が無駄でないかを規定するのは難しく、グレーゾーンもあり、判断は難しい。だが、総枠抑制など単純な支出抑制は無駄でないものをも抑制する可能性があるという意味で危険であると考えられる。

いえ、日本が目指す方向性に少なからず合致しているともいえる。

だが、日本でドイツの施策を全てそのまま導入することができるかという点と制度枠組みの違いから難しい。また、ドイツの施策がすべてうまくいっているともいえない。

制度枠組みの違いについては、第1章で述べたように、日本とドイツの最も大きく異なる点は、被保険者が保険者を選択できるか否かが大きい。保険者間競争(選択権の付与・拡大)と公正な競争促進のためのリスク構造調整の精緻化は、1990年代以降の制度改革で一貫して重点がおかれている。上記にあげた各種の医療費適正化の試みの多くは、保険者間競争を前提として行われている。

保険者間競争が行われる環境では、保険者は被保険者の「代理人」として行動することが期待される。単純に支出抑制を行うだけでは被保険者の獲得ができない。また、民間保険中心の米国マネジドケア⁶⁴と異なり、ドイツでは、リスク構造調整が行われるため、リスク選別により利益をあげることに限界がある⁶⁵。保険者にとって、被保険者の利益を損失することなく、保険者の利益をあげるためには、予防が重要となる。特に、2009年1月以降は保険料率が統一されたことにより、保険料の高低で被保険者の魅力を集めることが困難となるため、より一層その傾向が強まると考えられる。

他方、保険者間競争のない日本では、被保険者の予防活動を保険者が積極的に行うインセンティブはそもそも少ない。保険者が保険者機能を発揮する環境も十分ではなく、ドイツとは保険者の自律性が大きく異なる。だが、ドイツと異なり、日本は、保険者間競争がないからこそ、より中長期的に予防活動を行うことが可能であるともいえる。また、被保険者の移動や被保険者獲得のためのマーケティング活動等によって生じる事務経費がとられることもないため、制度設計によってはより効率的な予防活動が実現できる可能性も残されている。

日本でも、後期高齢者医療制度では、保険者に保健予防活動⁶⁶が義務付けられているが、拠出金のような事後の財政調整ではなく、リスク構造調整を活用して、事前に財政調整をすれば、現行制度下でも保険者の予防へのインセンティブはさらに高まると予想される。事前財政調整がない場合でも、図8のように、地域における被保険者の性・年齢別の疾病別の医療費等の分析を通じて、地域の実情に応じた保健予防活動を行うことは日本においても十分に可能である⁶⁷。何をリスク構造調整の指標とするかを考える上で、ドイツのこれまでの経験は日本に少なからず示唆を与えるものであろう。

また、先にドイツの施策が必ずしもうまくいっていないと述べたが、その一つの要因として医療連携が十分でないことがあげられる。特に、家庭医が機能しなければ、疾病管理も統合医療もうまくいかない。コストばかりかかり、アウトカムが出てこないとするならば、これらの取り組みは無駄な取り組みにもなりかねない。実際、疾病管理の経済的な効果は中長期的に見なければわからないが、短期的には増大することが明らかになっている。

第二の要因として、ドイツでは保険医の登録や開業許可は、保険医協会が行っているが、病院の病床数や医療機器等については、州政府が担当をしているため、地域全体の医療計画に整合性がとれているとは必ずしもいえず、地域によるばらつきが少なくない。切れ目のないケアという意味で統合医療を実現するため

⁶⁴ マネジドケアについては、堀、印南(2001)参照。

⁶⁵ 連帯下の保険者競争ともいわれるが、リスク構造調整なくしては公正な競争は促進されない。リスク構造調整がどれだけ精緻化するにもかわってくるが、調整が不完全な場合は、米国のようにクリームスキミングが深刻化するだろう。

⁶⁶ 同じ予防といっても、日本の場合は、特定疾患患者に焦点をあてた発症後の重症化・重度化予防というより、地域全体の健康増進活動を中心とした発症予防に重点をおかれている。

⁶⁷ 古城・印南(2008)は一つの施行例といえよう。

には地域全体としての医療資源(+介護資源⁶⁸)が整備されることが求められる。

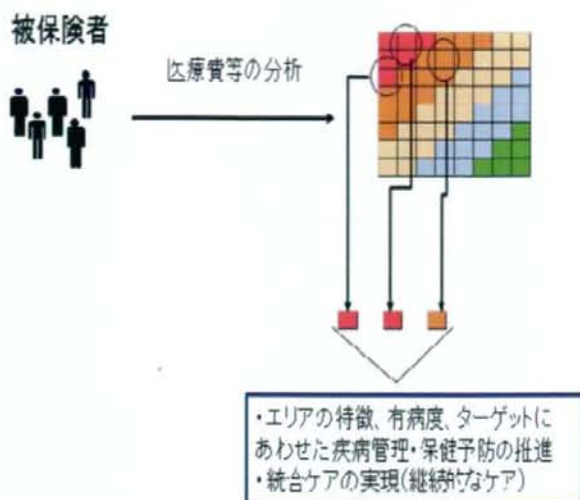
地域医療連携および切れ目のないケアを実現できる地域の環境整備が不可欠であり、ドイツの医療費適正化がうまくいくかどうかは今後の連携の実現によるだろう。

表 2 主な制度改革とポイント (まとめ)

1992	医療保険構造法(GSG)	予算制度の導入(1993~95年の暫定措置) 入院報酬改定(1996年~) 疾病金庫選択権の拡大 疾病金庫間リスク構造調整導入 68歳定年制導入(1999年~) 保険医需要計画における保険医の地域的過剰度の判定基準を厳格化(1999年~)
1996	第一次医療保険再編法	保険料率の引き上げを困難に 疾病金庫の変更簡素化(年末のみ移動可能、保険料率引き上げの場合1ヶ月で変更可)
1997	第二次医療保険再編法	病院の維持保守費用における公的助成の打ち切り 給付内容、疾病金庫と診療担当者間の契約および医療提供体制に関する当事者自治協規約事項の拡大(リハビリや訪問看護、運動療法など保険給付の独自に規約で決定可) 1件当たり包括払いおよび特別報酬導入導入 法定給付の上乗せや法律づゝ給付を行うことも可能(付加給付)。
1998	医療保険連帯強化法	患者負担の軽減
1999	医療保険改革2000	入院診療報酬DRG導入決定(2003年から段階的導入) 外来と入院医療の連携強化 リハビリ・健康増進の強化 家庭医機能強化(家庭医による病院、専門医への振り分け機能強化)
2001	リスク構造調整改革法	有病変リスク構造調整への変更(導入は2007年からの予定が2009年1月まで延期) 高額医療費へのリスクプールの導入 疾病管理計画(DMP)の導入(2002年~)
2003	医療保険現代化法(GMG)	患者一部負担の増加(外来の診療料増設等) 患者主権の強化(保健カード) 保険づゝじまひ給付(児童関連、出産関連)への租税財源導入 被保険者のみの負担による保険料導入(労使折半原則の一部修正) 外来部門への病院の一部参入、家庭医プログラムの導入義務化 給付範囲の縮小 ボーナスプログラムの実施
2007	医療保険競争強化法(GKV-WSG)	皆保険の実現(2009年1月~) 医療基金の創設(2009年1月~) 統一保険料率の導入(2009年1月~) 有病変に基づくリスク構造調整(2009年1月~) 疾病金庫合併要件の緩和(異なるタイプの金庫間の合併も可、2007年4月~) 外来診療報酬の改正(ユーロ診療報酬導入)(2009年1月~) 疾病管理に対する医療基金からの財政支援(2009年1月~)

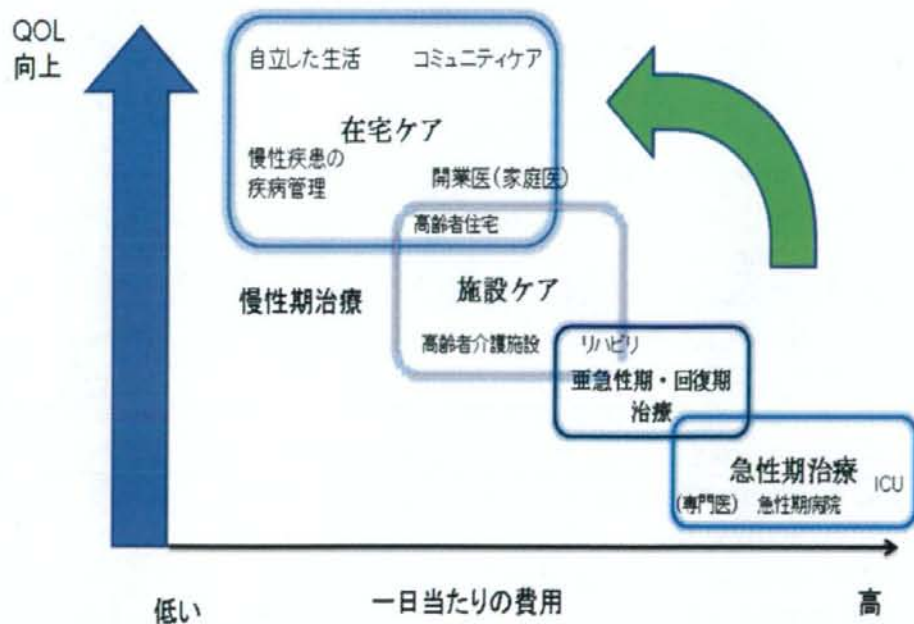
出所：各種資料より著者作成

⁶⁸ 紙面の関係から省略したが、日本と同じくドイツでも高齢化の進展により、これまで以上に介護と医療の連携も重要視されている。



出所: 著者作成

図 8 被保険者集団の医療費等分析



出所: 著者作成

図 9 切れ目のないケアの実現(概念図)

参考文献

- 石原明子、長谷川敏彦、2006「疾病管理とその周辺—医療費適正化のために」、『J.Nat.Inst.Public.Health』55(4)
- 古城隆雄、印南一路 2008「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」『平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金国、都道府県医療費適正化の重点対象の発見に関する研究報告書』
- 医療経済研究機構、2008『ドイツ医療関連データ集 2007 年版』医療経済研究機構
- 岩村偉史、2007「ドイツの医療・社会保障制度の動向」『インターナショナルナーシングレビュー』Vol.30.No.3
- 小塚治宣、2007『ドイツ社会保障の潮流』朝文社
- OECD 編著(鎌ヶ江葉子訳)、2008『図表でみる世界の保健医療 OECD インディケーター(2007 年版)』明石書店
- 川端勇樹、2008「ドイツ民間医療保険市場の動向」『損保ジャパン総研クォーター』Vol.50
- 倉田聡、2007「ドイツの医療改革の軌跡」『クォーター生活福祉研究』60 号、Vol15.No.4
- 健康保険組合連合会、2006『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究(資料)』健康保険組合連合会
- 健康保険組合連合会、2006『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究(報告書)』健康保険組合連合会
- 健康保険組合連合会、2006『保健事業と医療費の関心の定量的分析手法に関する研究』健康保険組合連合会
- 須田俊孝、2004「ドイツの「医療保険近代化法」」『社会保険』55(1)
- 田中耕太郎、2006「ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえ」『フィナンシャルレビュー』3 月号
- 田中謙一、2007「海外レポート ドイツの 2007 年医療改革(1)」『週刊社会保障』No.2436
- 田中謙一、2007「海外レポート ドイツの 2007 年医療改革(2)」『週刊社会保障』No.2437
- 田中謙一、2007「海外レポート ドイツの 2007 年医療改革(3)」『週刊社会保障』No.2438
- 田中謙一、2007「海外レポート ドイツの 2007 年医療改革(4)」『週刊社会保障』No.2439
- 田中伸至、2008「ドイツにおける医療提供体制の改革」『けんぽれん海外情報』No.77
- 土田武史、2008「第 3 章 医療と介護の連携」『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』(土田・田中・府川編)ミネルバ書房
- 土田武史、2008「ドイツにおける医療保険財政の改革」『健保連海外医療保障』No.80
- 戸島夕貴、2007「ドイツ医療保険制度の現状と 2007 年改革」『健康保険』11 月号
- 豊島康二、2008「政府が統一保険料率を規定し医療基金が財政調整により交付」『週刊社会保障』No.2487
- 戸田典子、2008「ドイツの医療費抑制施策」『国立国会図書館調査及び立法考査局 レファレンス』11 月号
- 中村雄二、2006「痛みを強いる医療改革に抗議する医師たち」『月刊国民医療』No.222
- 野々下勝行、2007「医療保険統計入門、第 34 回個人別・医療費リスク評価の必要性」『健康保険』4 月号
- 府川哲夫、2008「第 1 章 医療システムのマクロ評価」『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』(土田・田中・府川編)ミネルバ書房
- 藤本健太郎、2007「ドイツの医療費と医療財源」『けんぽれん海外情報』No.76
- 船橋光俊、1998「ドイツ医療保険のリスク構造調整(上)」『社会保険旬報』No.1994
- 船橋光俊、1998「ドイツ医療保険のリスク構造調整(中)」『社会保険旬報』No.1995
- 船橋光俊、1998「ドイツ医療保険のリスク構造調整(下)」『社会保険旬報』No.1996
- 堀真奈美、印南一路、2001「米国医療市場環境変化とマネジドケア」『医療経済研究』医療経済研究機構 Vol.10
- 堀真奈美、2002「医療における競争原理」『福祉ミックスの設計』加藤寛・丸尾直美編、有斐閣
- 松本勝明、2002「ドイツの公的医療保険における競争とリスク構造調整(中)」『社会保険旬報』No.2140
- 松本勝明、2002「ドイツの公的医療保険における競争とリスク構造調整(下)」『社会保険旬報』No.2141

松本勝昭,2003『ドイツ社会保障論 1-医療保険』信山社

松本勝明,2008「ドイツにおける疾病管理プログラム」『J.Natl.Inst.Public.Health』57(1)

松田晋哉,2008,「第2章 医療サービス供給体制」『社会保障改革-日本とドイツの挑戦』(土田・田中・府川編)ミネルバ書房

Busse Reinhard,2004,"Disease management programs in germany's statutory health insurance" ,Health Affairs,No.3

Busse Reinhard and Riessberg,A,2004,"Health care systems in transition Germany", European Observatory on health systems and policie, Vol.6.No9.

Busse Reinhard, 2007,"Regulating the provision of benefits in Germany:Benefit catalogue, reimbursement and quality assurance", The Japanese Journal of Social Security Policy

Erika Schulz,2005,"The Influence of supply and demand factors on aggregate health care expenditure with a specific focus on age composition" ,ENEPRI Research Report No.16

Norbert Donner-Banzhoff, Thomas Heil,2008 "Country Case Study Germany" ,The Rockefeller Foundation bellagio Study and Conference Center

OECD,2008,OECD Health 2008

Peter Sawicki and Hilda Bastian,2008,"German Health care:a bit of Bismarck plus more science" ,BMJ,Vol337

W.Van de Ven, K.Beck, C.Vande Boorde,J Wasem,I.Zmora,2009,"Risk adjustment and risk selection in Europe" ,Health Policy, Volume 83, Issue2

Stefan Kottmair, Christian Frye, Dietere J.Ziegenhagen, 2005, Germany's disease management program:improving outcomes in congestive heart failure

参考URL

ドイツ連邦保健省 <http://www.bmg.bund.de/>

AOK <http://www.aok.de/bundesweit/>

地区疾病金庫連邦連合会(AOK)<http://www.aok-bv.de/>

企業疾病金庫連邦連合会(BKK) <http://www.bkk.de/bkk/show.php3>

同業者疾病金庫連邦連合会(IKK) <http://www.ikk.de/>

民間医療保険連(PKV) <http://www.pkv.de/>

連邦保険医協会(KBV) <http://www.kbv.de/>

EU http://europa.eu/index_en.htm

平成20年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

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
(H19-政策-一般-023)

平成20年度研究報告書(平成21年3月)

発行責任者 主任研究者 印南 一路
発 行 神奈川県藤沢市遠藤5322(〒252-8520)
慶應義塾大学総合政策学部