

201201035A

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）

諸外国における医療制度改革と  
日本への適用可能性に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松本 勝明

平成 25 年(2013 年) 3 月

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）

諸外国における医療制度改革と  
日本への適用可能性に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松本 勝明

平成 25 年(2013 年) 3 月

## 目 次

I. 総括研究報告	
諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究	1
松本勝明	
II. 分担研究報告	
1. ドイツにおける医療制度改革	7
松本勝明	
2. フランスの医療保障体制・医療保険	67
加藤智章	
3. フランスの医療供給体制	109
松本由美	
4. イギリスの医療制度改革 I	145
片桐由喜	
5. イギリスの医療制度改革 II	173
白瀬由美香	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	199
IV. 研究成果の刊行物・別刷	

# I. 総括研究報告

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））

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 24 年度総括研究報告書

研究代表者 松本 勝明（北海道大学大学院公共政策学連携研究部 教授）

研究要旨

この研究は、ドイツ、フランス、イギリスを対象として、医療制度が直面する課題及びそれに対応した改革について把握・分析し、改革の効果と問題点を明らかにするとともに、日本への適用可能性を探ることを目的とする。

このため、本年度においては、まず、日本における医療制度改革の現状と問題点を踏まえ、医療制度改革に関する重要な論点となるべき事項を整理した。そのうえで、文献研究及び現地の担当行政機関、関係団体、専門研究機関などの訪問調査を実施した。これらに基づき、各国が直面する課題、実施された改革の基本的考え方、具体的内容、効果及び問題点を把握した。また、他国と比較した各国改革の特徴及びそれをもたらした要因並びに日本にとって重要と考えられる点を明らかにした。さらに、三カ国間の横断比較を行うことにより、重要な共通点と相違点を明らかにした。

これらの研究成果により、平成 25 年度においてこの三カ国の医療制度改革の日本への適用可能性を検討するための重要な基盤を整備することができた。

研究実施体制

(研究代表者)

松本勝明 北海道大学大学院公共政策学連携研究部教授

(研究分担者)

加藤智章 北海道大学大学院法学研究科教授

片桐由喜 小樽商科大学商学部企業法学科教授

白瀬由美香 国立社会保障・人口問題研究所  
社会保障応用分析研究部第三室  
長

松本 由美 (社)全日本病院協会全日病総研  
研究員

A. 研究目的

高齢化の進展、医療技術の進歩などに伴い医療費が増大する一方で、経済が低迷し、

財政赤字が拡大するなかで、質の高い医療を効率的に提供するとともに、増加する費用を安定的かつ公平に賄える制度が求められている。このことは、先進諸国に共通する重要課題となっている。

このような状況を踏まえ、本研究は、近年、医療制度に関して様々な改革が実施され、多くの議論が積み重ねられているドイツ・フランス・イギリスを対象として、医療制度(医療保障制度及び医療供給体制)が直面する課題及びそれに対応した制度改革について把握・分析し、改革の効果と問題点を明らかにするとともに、日本への適用可能性を探ることを目的とする。

## B. 研究方法

本年度においては、まず、日本における医療制度の現状と問題点を把握し、検討を行うことにより、医療制度改革に関する重要な論点となるべき事項を「総括的な論点」並びに「医療保障制度に関する論点」及び「医療供給体制に関する論点」に整理した。

つぎに、文献研究を基に前記論点に沿った検討を行い、各国の課題及び実施された改革の内容などを把握した。

そのうえで、現地の担当行政機関、関係団体、専門研究機関などを訪問し、ヒアリング調査及び資料収集を行い、文献調査では不足していた情報を把握した。併せて、研究協力者から、各国の医療制度改革に関

する先行研究や EU レベルでの政策などに関する情報を得た。

以上の調査結果を基に検討を行い、前記の論点ごとに、各国が直面する課題、実施された制度改革の基本的考え方、具体的内容、効果及び問題点を明らかにするとともに、他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因及び日本にとって重要と考えられる点を考察した。また、各国間の横断比較を行うことにより、重要な共通点及び相違点を明らかにした。

(倫理面への配慮)

文献研究及び相手方の了解を得て行った訪問調査であるため該当しない。

## C. 研究結果

### I. 総論

#### 1. 改革の主要目的

全ての国民に対して質の高い医療を保障することは三か国に共通した改革の主要目的となっている。これと併せて、ドイツ・フランスでは医療保険財政の安定を確保することが主要目的となっている。

#### 2. 中心的な手段

改革のための手段としては、ドイツでは「当事者間の競争」の促進、フランスでは法律の制定等を通じた国の関与、イギリスでは NHS 予算の増額に重点が置かれており、国による大きな違いがみられる。

## II. 各論

### 1. 公私関係の見直し

ドイツでは、全ての者が公私いずれかの医療保険に加入する制度が導入され、全国民が公的医療保険に加入するフランスでは公的医療保険を補足する制度の整備が進められている。一方、イギリスでは公私関係に大きな影響をもたらす政策はとられていない。

### 2. 給付範囲の見直し、選択制の導入

ドイツでは、疾病治療のために不可欠とは言い切れない給付を保険の対象外とすること、フランスでは患者負担を多様化・強化することが行われている。一方、イギリスでは医療費軽減のために給付範囲を縮減する政策はとられていない。

### 3. 診療報酬の改善

各国とも、医療の質の向上、透明性の確保などを目的として、外来及び入院の両分野において診療報酬制度の改革が実施されている。ドイツでは給付の量的拡大の抑制策と DRG に基づく包括的な入院診療報酬の導入に、フランスでは報酬基準の統一化に、イギリスでは成果報酬要素の導入に特徴がみられる。

### 4. 保険者(費用負担者)の役割

各国とも保険者(費用負担者)の役割を強化する方向での改革が行われている。ドイツで

は、被保険者による疾病金庫選択権の拡大により金庫間の競争が導入され、各金庫に対して、保険料率の抑制及び給付の質の改善に取り組むインセンティブが付与された。フランスでは、保険者全国組織の整備などにより医療政策に対する保険者の発言権が強化された。イギリスでは、政府の委任を受け、配分された予算の管理を行う組織の権限強化が行われた。

### 5. 財政的な公平と安定の確保

ドイツ・フランスでは、財政的な公平と安定を確保するための改革が行われている。ドイツでは、税財源の投入、労使折半負担原則の廃止、定額保険料の導入などの抜本的な改革が行われた。また、フランスでは、社会保険財政法の制定と医療保険支出全国目標の設定による医療費総額のコントロールの強化が行われた。

### 6. 新たな治療方法・薬剤の導入

各国とも、医療の進歩と財政的な安定の両立を図ることが課題となっている。このため、新たな薬剤についての有用性などの評価を行い、その結果を償還価格に反映する仕組みが導入されている。イギリスでは、医療技術も評価の対象とされている。

### 7. 平等な医療アクセスの確保

各国とも、平等な医療アクセスを確保する

ための取組みが行われている。ドイツ・フランスでは、不足する開業医を確保するため、経済的インセンティブの付与、働きやすい環境整備、医師以外の者への権限移譲、遠隔医療の推進などが行われている。イギリスでは、待機時間の短縮、時間外診療の拡大のなどのための取組みが行われている。

#### 8. 供給者間の連携確保

各国とも医療供給者間の連携確保が重要な課題となっている。そのために、新たな医療供給システム、医療提供組織の導入が行われるとともに、これらの普及を促進するため、医療供給者及び患者の双方に経済的なインセンティブが付与されている。

#### 9. 質の確保

各国の医療制度改革においては、医療の質の確保に大きな価値が置かれている。具体的な措置としては、質の認証・評価の実施、質の評価や診療ガイドラインの策定に関する専門機関の設立などが行われている。

#### D. 考察

##### 1. 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

ドイツの改革の特徴は、当事者間の競争の促進及び事業主負担の軽減に重点が置かれていることである。その背景には、費用抑制の

ための公的介入が持続的な効果を挙げなかった経験や、国際競争が激化するなかで賃金コストの増加が国内雇用の減少をもたらすことへの危惧がある。

フランスの改革の特徴は、補足的医療組織による普遍的な医療給付の実現と包括的な医療供給のコントロールにある。その背景には、分立した保険制度が不平等を生み出す恐れがあること及び医療アクセスの確保についての政策的重要性が高いことがある。

イギリスの改革の特徴は、多くの予算を投入することにより医療サービスの質と量を確保しようとする点にある。この背景には、長期にわたる予算抑制により、患者に対する十分な医療が確保できなかったことがある。

##### 2. 日本にとって重要と考えられる点

各国の改革は、様々な点において、日本にも重要な示唆を与えるものであるが、特に重要な点として次のものがあげられる。

ドイツに関しては、保険料負担の公平性の確保、診療報酬制度の改革、新たな供給システムの導入、新たな薬剤に関する有用性評価の導入があげられる。

フランスに関しては、社会保障財政法律というシステム、在宅医療制度、ARSの導入及び供給者の柔軟な連携制度があげられる。

イギリスに関しては、医療費の削減と医療の質の確保を両立する方策、医療アクセスの確保、医療供給者の役割分担の見直しがあげら



れる。

#### E. 結論

本年度の研究を通じて、共通の論点に沿って、ドイツ、フランス、イギリスの医療制度が直面している課題、それを解決するために実施された改革の基本的考え方、具体的内容、効果及び問題点を把握することができた。

これに基づき、他国と比較した各国の改革の特徴とそれをもたらした要因を明らかにするとともに、日本にとって重要と考える点を示した。

さらに、三か国間の横断比較を行うことにより、重要な共通点と相違点を明らかにした。

これらの結果、平成 25 年度においてこの三か国の医療制度改革の日本への適用可能性を検討するための重要な基盤を整備することができた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

松本勝明「ドイツ医療保険における薬剤支給—価格規制と競争—」『後発医薬品による医療費適正化に関する調査報告書』(健康保険組合連合会 2013 年 6 月刊行 予定)

松本勝明「医療保険の公私関係—ドイツ

における変化と今後の方向—」『フィナンシャル・レビュー』2012 年、第 111 号 90-110 頁。

加藤智章「フランスにおける患者負担の動向」『健保連海外医療保障』2012 年、96 号 8-16 頁。

松本由美『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学出版部、2012 年。

##### 2. 学会発表

白瀬由美香「イギリスの看護師の専門性と自律性：資格・教育・人事システムに基づく考察」日本保健医療社会学会看護・ケア研究部会 2012 年度 6 月例会(東京女子医科大学)、2012 年 6 月 30 日。

#### 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

## II. 分担研究報告

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））

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 24 年度分担研究報告書

## ドイツにおける医療制度改革

研究代表者 松本 勝明（北海道大学大学院公共政策学連携研究部 教授）

### 研究要旨

本年度の研究では、ドイツにおいて行われた医療制度改革を対象に、医療制度が直面している重要な課題及び実施された改革について把握・分析し、考察を行うことを目的とする。このため、ドイツ医療制度改革に関する文献研究並びに政府、関係団体、研究機関への訪問調査を実施するとともに、ドイツの研究協力者から情報提供を受けた。

これらに基づき、改革の主要目的及び中心的手段、主要な論点ごとの改革の考え方や内容等を把握し、整理した。さらに、この結果に考察を加えることにより、他国と比較した場合のドイツの特徴やそれをもたらした原因を明らかにするとともに、日本にとって重要な示唆を与える点を提示した。

この成果は、3 か国比較を行うための重要な基盤となるものであり、平成 25 年度において日本への適用可能性を検討することにも大いに役立つものである。

### A. 研究目的

本研究は、1988 年末に制定された医療保障構造改革法以降の重要な改革法により行われたドイツにおける医療制度改革を対象として、医療制度が直面している重要な課題、それを解決するために実施された改革の基本的考え方、具体的内容、効果及び問題点を把握・分析し、考察を行うことを目的としている。

### B. 研究方法

前記の目的を達成するため、まず、医療制度改革に関するドイツでの先行研究について文献研究を行った。

そのうえで、ドイツ連邦保健省、保険者団体、医療関係団体、専門研究機関などを訪問し、ヒアリング調査及び資料収集を行うことにより、文献調査では不足していた情報を把握した。併せて、研究協力者であるマックス・プランク社会法・社会政策研究所の Becker 所長から、各国の医療制度改革

に関する先行研究や EU レベルでの政策などに関する情報を得た。

以上の調査結果を基に検討を行い、ドイツの医療制度が直面する課題、実施された改革の基本的考え方、具体的内容、効果及び問題点を明らかにするとともに、他国と比較したドイツの特徴及びそれをもたらした要因、日本にとって重要と考えられる点について考察を行った。

(倫理面への配慮)

文献研究及び相手方の了解を得て行った訪問調査であるため該当しない。

## C. 研究結果

### I. 総論

#### 1. 改革の主要目的

改革の主要目的は二つある。一つは、医療保険の保険料率の維持・引下げと費用負担の公平性を確保することである。もう一つは、医療供給の質と経済性の向上を図ることである。

#### 2. 中心的な手段

近年の改革では、「当事者間での競争」を促進することを特に重視した政策が進められている。

### II. 各論

#### 1. 公私関係の見直し

全ての者を対象とした「国民保険」を導入

することが提案されているが、これについては主要政党間での意見の対立がある。

実際の改革では、公的医療保険に加入していない者に民間保険契約の締結義務が課せられ、全ての者が公私いずれかの医療保険に加入することになった。

#### 2. 給付範囲の見直し、選択制の導入

給付範囲の縮減などの対象は、疾病治療のために不可欠とは言い切れない給付にとどまっている。給付内容に応じた保険料の選択を可能とする選択タリフが導入され、疾病金庫間の競争の対象が被保険者により魅力的な選択タリフを提供することにも拡大した。

#### 3. 診療報酬の改善

##### (1) 外来診療報酬

診療行為に応じた点数と「固定された一点当たり単価」により報酬額が算定される仕組みへの転換が行われた。これに伴い、報酬点数の徹底した包括化と、給付の量的拡大を抑制するための仕組みが導入された。

##### (2) 入院診療報酬

入院に関する費用の透明性を高め、入院日数を長くする誘因をとり除き、経済性を高めるため、診断群(DRG)に応じて療養一件当たりの包括的な報酬が支払われるシステムへと全面的に転換した。この結果、平均在日数の低下などの効果が現れている。

### (3)薬剤費用償還

ジェネリックについては、定額制(参照価格制)や製薬企業との値引契約の導入が、価格の低下、医療保険支出の削減効果をもたらしている。

### 4. 保険者の役割

被保険者が加入する疾病金庫を自由に選択することを可能にすることにより、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争が導入された。

この競争の対象は、保険料率の水準を抑えることにとどまっていたが、近年では、給付の内容や質にまで及ぶよう、団体間の契約に代わって、各疾病金庫が医療供給者と個別の契約を締結することを可能とする改革が行われている。

### 5. 財政的な公平と安定の確保

医療保険財政システムの問題点を解決するため、税財源の本格的な投入、保険料労使折半負担原則の廃止、健康基金の設立に伴う一律保険料の徴収、定額保険料の導入など、従来の基本的考え方を大きく変更する抜本的な改革が行われている。

### 6. 新たな治療方法・薬剤の導入

従来は製薬企業による自由な価格設定が可能であった新たな薬剤についても、それがもたらす追加的な有用性が専門機関である「保

健医療における質と経済性に関する研究所」により評価され、その結果に基づき疾病金庫と製薬企業の間で価格の交渉・合意が行われる仕組みが導入された。

### 7. 平等な医療アクセスの確保

外来分野での医師不足に対応するため、保険医需要計画の見直し、過少供給地域での開業を促すための経済的インセンティブの付与、保険医に関する規制緩和などが行われている。さらに、それでも必要な保険医が確保できない場合に備えて、遠隔医療や医師以外の者への「実施権限の委譲」を促進するための対応も行われている。

### 8. 供給者間の連携確保

各分野間の連携のとれた医療供給を可能にするため、統合供給のような新たな供給システムが導入され、当事者による広範な裁量を認めつつ、医療保険制度に位置づけることにより全国的な普及を図るための促進策を講じることが可能とされている。

また、医療専門職間の役割分担についても、医師の負担を軽減することを目的として、「実施権限の委譲」や「代替」を推進するための、モデル事業や診療報酬上の配慮などが行われている。

### 9. 質の確保

当事者が具体的な取組みを行う枠組みを整

備する観点から、質の確保に関する規定が法律上も設けられてきた。

また、最新の医学的知見に基づき、治療、手術、薬剤に関する有用性の評価などを行うことにより、医療の質と透明性の確保に貢献する「保健医療における質と経済性に関する研究所」が設立された。

#### D. 考察

##### 1. 他国と比較したドイツ改革の特徴とそれをもたらした要因

###### (1)競争の位置づけ

最も重要な特徴は、当事者間の競争、特に疾病金庫間の競争を促進することに重点を置いた政策がとられていることである。ただし、競争はあくまでも医療の質と経済性を高めるための手段として位置づけられる。

この背景には、費用抑制のための公的介入が持続的な効果を持たなかった経験を通じて、制度の内部に質と経済性の向上に向けた当事者の行動を促す仕組みが必要と考えるに至ったためである。

###### (2)事業主負担の軽減

もう一つの重要な特徴は、事業主が負担する保険料の抑制・引下げに重点が置かれていることである。

この背景には、社会保険料率が国際的にみ

て相当に高い水準にあること、国際競争が激化するなかで、これ以上の保険料率の上昇が賃金コストを更に増加させ、企業の海外への移動、国内雇用の減少をもたらすことへの危惧がある。

##### 2. 日本にとって重要と考えられる点

特に重要な示唆を与えるものとして次の点があげられる。

###### (1)負担の公平性の確保

医療保険の安定性・信頼性を確保するため、加入する疾病金庫が異なることによる保険料負担の格差や、世帯の収入を構成する所得の違いがもたらす保険料の格差などを是正するため、リスク構造調整の導入、改善が行われ、保険料算定基礎となる収入の範囲の見直しが提案されている。

###### (2)診療報酬

診療点数に応じて報酬が支払われることにより給付の量が不適切に拡大することを防止するため、診療報酬制度の中に医療ニーズを越えた給付量の拡大を制限するための仕組みが設けられた。

また、薬剤償還価格に関しては、競争を通じた価格引下げのために導入された定額制(参照価格制)と個別割引契約が大きな効果を発揮している。

### (3)包括的な供給システムの確立

慢性病患者の増加等に対応して、分野を越えた医療供給を可能にするための新たな供給システムが導入されている。その際には、地域の特性に応じた供給システムの実現と全国的な普及を両立するような制度が設けられている。また、医師不足への対応に寄与する医療専門職間の役割分担の見直しや遠隔医療を促進するため、診療報酬制度による支援が行われている。

### (4)新たな治療方法・薬剤の導入

患者に対して新たな治療の可能性を開くことと財政的な安定を確保することとの両立を図るため、新たな治療方法・薬剤が治療にもたらす追加的な有用性の評価が導入された。また、そのための中立的な専門機関が設立された。

## E. 結論

本年度の研究を通じて、フランス及びイギリスとも共通の論点に沿って、ドイツの医療制度が直面している課題、それを解決するために実施された改革の基本的考え方、具体的内容、効果及び問題点を把握することができた。

これは、三か国の医療制度改革について比較を行うための重要な基盤となるものであり、また、平成 25 年度においてドイツの医療制度改革の日本への適用可能性を検討することに

大いに役立つものである。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

松本勝明「ドイツ医療保険における薬剤供給—価格規制と競争—」『後発医薬品による医療費適正化に関する調査報告書』（健康保険組合連合会 2013 年 6 月刊行 予定）

松本勝明「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—」『フィナンシャル・レビュー』2012 年、第 111 号 90-110。

### 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

## I. 総論

### 1. 医療制度の現状

#### (1) 医療保険制度

##### ① 被保険者

ドイツにおいては、全ての国民に対して公的医療保険(*gesetzliche Krankenversicherung*)<sup>1</sup>への加入を義務づける仕組みは取られておらず、公的医療保険に関する法律である社会法典第5編<sup>2</sup>に規定されている者に対してのみ公的医療保険への加入義務が課されている。

同編第5条第1項の規定によれば、公的医療保険への加入義務があるのは、労働報酬を得て就労している被用者、年金受給者、失業手当受給者、農業経営者及びその家族従事者、芸術家及び著述家などである。大部分の自営業者には公的医療保険への加入義務が課されていない。また、官吏(*Beamte*)、裁判官及び軍人のように、特別の法的関係に基づき、使用者としての国などから疾病治療に関する費用の償還を受けられる者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。さらに、被用者であっても、通常の年間労働報酬が限度額(年間労働報酬限度(*Jahresarbeitsentgeltgrenze*)<sup>3</sup>)を超える者に対しては、公的医療保険への加入義務が免除されている。

公的医療保険に任意で加入することは、加入義務がなくなった者であって、過去5年間に24か月以上被保険者であった又は直近12か月以上連続して被保険者であった者など、一定の要件を満たす者に限り認められている。

被保険者の配偶者、パートナー及び子であって、その収入が限度額<sup>4</sup>を超えないなどの要件を満たす者は、公的医療保険の家族被保険者となる<sup>5</sup>。

<sup>1</sup> 原語を直訳すると「法定医療保険」となるが、日本での用例にならって「公的医療保険」という。

<sup>2</sup> *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2477.*

<sup>3</sup> 2012年における年間労働報酬限度は年50,850ユーロとなっている。

<sup>4</sup> この限度額は2012年で月額375ユーロとなっている。

<sup>5</sup> 2012年では、公的医療保険の被保険者(本人)は5,205万人で、そのうちの517万人が任意加入の被保険者である(BMG, 2012a: 8.14)。これに家族被保険者(1,766万人)を加えた公的医療保険の加入者総数は6,970万人となっている。



## ② 保険者

公的医療保険の保険者は、労使により自主的に管理運営される公法上の法人である疾病金庫(Krankenkasse)とされている<sup>6</sup>。連邦、州及び地方自治体のような公的主体は保険者に含まれていない。

## ③ 給付

公的医療保険による給付は法律により統一的に定められている。公的医療保険による給付には、外来医科診療(家庭医診療及び専門医診療)、入院療養、薬剤・療法手段(Heilmittel)<sup>7</sup>・補助具(Hilfsmittel)<sup>8</sup>の支給、外来歯科診療、歯科補綴<sup>9</sup>、傷病手当金などが含まれる。

被保険者は、医療保険の給付を受ける際には給付の種類ごとに定められた一部負担金を支払わなければならない<sup>10</sup>。ただし、被保険者の過重な負担となることを避けるため、年間の一部負担金額は、生計のためのグロス収入額の2%(継続的な治療が必要な重度の慢性病の患者の場合は1%)が上限とされている。

## ④ 診療報酬

外来医科診療に関しては、まず、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung)との合意に基づき、疾病金庫から保険医協会に診療報酬総額(Gesamtvergütung)が支払われる。保険医協会はこれを一定の配分基準に基づき傘下の各保険医に配分する。配分基準は、公的医療保険において請求可能な外来診療の給付とそれぞれの給付の相対価値(報酬点数)を定めた統一評価基準(Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM))<sup>11</sup>を勘案して定められる。

入院療養に関しては、診断群(DRG)に基づき、入院から退院までを対象とした一件当たりの包括的な報酬基準が適用されており、実際の在院日数並びに行われた給付の種類及び量にかかわらず、DRGに応じて予め定められた定額の報酬が支払われる。

外来医科診療を行う保険医の処方に基づき薬局から支給される薬剤の費用に関しては、薬局での販売価格に基づき医療保険による償還が行われる。ただし、同一の成分を有する

<sup>6</sup> 疾病金庫の数は1992年には全国で1,223であったが、2012年には146にまで減少している(BMG, 2012a : 8.4)

<sup>7</sup> 療法手段には、マッサージ療法、運動療法、言語療法などが含まれる。

<sup>8</sup> 補助具には、メガネのレンズ、コンタクトレンズ、補聴器などが含まれる。

<sup>9</sup> 歯科補綴の給付には、義歯のほかに、歯冠、ブリッジ、インプラント義歯などの給付が含まれる。

<sup>10</sup> 外来医科診療の場合は4半期当たり10ユーロ、入院療養の場合は1日当たり10ユーロ(1年28日まで)、薬剤支給の場合は価格の10%などと定められている。

<sup>11</sup> EBMは、連邦保険医協会(Kassenärztliche Bundesvereinigung)と疾病金庫連邦中央連合会(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)の代表者により構成される評価委員会(Bewertungsausschuß)により策定される。

薬剤などに関しては、償還価格の上限が定額(Festbetrag)として定められている。

## ⑤ 財政

公的医療保険の支出は主として保険料により賄われているが、「保険になじまない給付(versicherungsfremde Leistung)」に対する国庫補助も行われている。保険料率は法律により全金庫統一的に15.5%と定められている。このうち、歯科補綴及び傷病手当金に係る保険料(料率0.9%相当)は被保険者による単独負担とされているため、事業主及び被保険者が負担する保険料の料率は、それぞれ7.3%及び8.2%となっている。

全ての被保険者に係る保険料と国庫補助は健康基金(Gesundheitsfonds)に集められ、そこから、各疾病金庫のリスク構造(被保険者の年齢・性別構成、疾病罹患状況など)の違いを考慮して配分される。健康基金から配分された資金では必要な支出が賄えない疾病金庫は追加保険料(Zusatzbeitrag)を徴収する。追加保険料は被保険者の収入とは無関係に定額で定められ、被保険者が単独で負担する。ただし、追加保険料の負担が低所得者にとって過重な負担とならないように社会的調整(Sozialausgleich)の仕組みが設けられている。

## (2) 医療供給体制

医療保険による外来医科診療は、保険による診療を行う認可<sup>12</sup>を受けた自由業の開業医である保険医(Vertragsarzt)により現物給付として行われている。保険医による診療は、家庭医(Hausarzt)診療と専門医(Facharzt)診療に区分されている。家庭医診療に従事するのは、一般医、小児科医及び家庭医診療を選択した内科医である。しかしながら、外来医科診療を受ける場合、被保険者は、最初に予め定めた家庭医による診療を受けることを義務づけられておらず、自ら選んだ保険医の診療を受けることができる。したがって、被保険者は直接に専門医にかかることも可能である。保険医のほかにも認可を受けた医療供給センター(medizinisches Versorgungszentrum)が医療保険による外来医科診療を行っている<sup>13</sup>。保険医により外来医科診療の一環として処方された薬剤は、保険医とは別に地域で開業する薬局により被保険者に支給される。

医療保険による入院療養を担当するのは、州の策定する病院計画に盛り込まれた病院などである。病院は、基本的に入院療養を担当しており、一般的な外来診療を行っていない。このため、病院への入院は、通常は開業医である保険医の指示に基づき行われる。病院の開設者には、州、地方自治体、公益団体のほかに、株式会社などの営利企業も含まれる。病院で診療に従事する医師は、基本的に病院に雇用された勤務医である。病院に要する費

<sup>12</sup> この認可は、認可委員会(Zulassungsausschuss)により行われる。認可委員会は、それぞれ半数の保険医及び疾病金庫を代表する者で構成される。

<sup>13</sup> 医療供給センターは、医師により管理される専門分野横断的な組織であり、そこではセンターに雇用された医師又は自由業の保険医が診療に従事している。

用のうち、経常的な経費は診療報酬により賄われるが、投資的な経費(建物、設備の整備費など)は州による公費助成で賄われている。

## 2. 対象とする改革

この調査研究においては、1988 年末に制定された医療保障改革法(GRG)<sup>14</sup>以降の重要な改革法による医療制度改革を対象とする。その理由は次のとおりである。ドイツでは 1970 年代の後半から公的医療保険の支出拡大に対応して、様々な費用抑制策が繰り返し行われた。しかし、これらは、被保険者一部負担金の引上げや給付の縮減など、医療の需要面での対策を中心としており、常に短期的な効果しか持ちえなかった。このため、GRG 以降の改革では、需要面での対策にとどまらず、医療の供給構造の改善にまで踏み込んだ構造的な改革が行われることになった。また、これらの改革においては、今日に至るまで、競争の拡大による給付の質と経済性の向上を図ることが一貫した方向性となっている。このように、GRG 以降の改革はそれまでとは一線を画す内容を有している。

## 3. 改革の主要目的

人口高齢化の進展、慢性疾患の増加などの疾病構造の変化、医療・医療技術の進歩などにより、医療にかかる費用はますます増加することが予想されている。このままでは、支出の増加により医療保険の保険料率が一層上昇することになる。しかしながら、国際的にみて既に高い水準にある社会保険料の水準がこれ以上上昇することは、賃金コストの増加を通じて、ドイツ企業の国際競争力を弱め、国内雇用にも悪影響を及ぼすことが懸念されるため、安易に容認される状況にはない。このため、近年の医療制度改革においては、医療保険の保険料率(特に事業主負担分)の維持・引下げを行うことが重要な目的となっている。また、増加する費用の負担について国民の納得を得るためには、被保険者間での負担の公平性を確保することが重要な課題となっている

このほかにも、ドイツの医療制度に関しては、国際的に見て高い費用が投入されているにもかかわらず、それに見合った成果を上げていないことが問題として認識されている。その背景には、医療供給の質や経済性に関して解決すべき問題点の存在が指摘されている。このため、医療制度改革においては、医療の供給構造を改善し、その質と経済性の向上を図ることが重要な目的となっている。

## 4. 中心的な手段

ドイツにおいては、医療に関する需要と供給を調整するために、法的な規制や計画を通

<sup>14</sup> Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477.

じた「公的な関与」、疾病金庫の連合会や保険医協会などの「当事者団体間での交渉・合意」、並びに「当事者間の競争」の三つの手段が並行して用いられている。

近年の医療制度改革において、この三つの手段の中でも、「当事者間の競争」を促進することを特に重視した政策が進められている。患者の獲得を巡る医療供給者間の競争は日本と同様にドイツにおいても従来から存在したが、近年の改革においては、被保険者が加入する疾病金庫を選択する権利を拡大することにより、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争が導入・促進されている。さらに、従来は、当事者団体間での交渉・合意に基づく調整が行われてきた疾病金庫と医療供給者との関係においても、個別の疾病金庫と医療供給者との契約を可能にすることにより、競争的な関係を作り出そうとする取組みが行われている。