

特集：特定健診・保健指導の始動

ドイツにおける疾病管理プログラム

松本勝明

一橋大学経済研究所

Disease Management Program in Germany

Katsuaki MATSUMOTO

Institute of Economic Research, Hitotsubashi University

抄録

ドイツでは、慢性病の治療に関し、医療供給者間での連携・協力関係の欠如が問題となっている。このような問題を解決するための方策として、疾病管理プログラムの制度が導入された。この制度の目的は、糖尿病などの慢性病の患者に対して、医療供給者間で相互に連携の取れた適切な治療が継続的に行われることを確保することにある。

疾病管理プログラムは、医療保険の保険者である疾病金庫により実施される。疾病管理プログラムへの被保険者及び医師の参加は任意であるが、参加した被保険者には検診の受診及び患者教育への参加が、参加した医師には根拠に基づく指針に沿った診断・治療の実施が義務づけられる。一方、実施疾病金庫、参加した被保険者及び医師にはそれぞれ経済的なメリットが与えられる。

疾病管理プログラムは、急速な普及を示しており、認可プログラム及び登録被保険者も多数に上っている。実施されているプログラムは、患者の健康状態の改善及び健康的な生活への動機づけなどに成果を挙げており、参加した被保険者及び医師からも積極的な評価を受けている。

ドイツにおける疾病管理プログラムは、連邦保健省が統一的に定める基準に従って実施されるものであり、その内容が各疾病金庫と医療供給者との合意に委ねられている「統合医療供給」の制度などと比べて、患者が同等の医療を受けられることを重視する我が国になじみやすい。ただし、疾病管理プログラムを全国的に推進するためには、制度の基本的な枠組みを法律上位置づけるとともに、それに基づき、関係者による具体的な取組みを促進するための手段を整備することなどが必要になると考えられる。

キーワード： 疾病管理，疾病金庫，慢性疾患，統合医療供給

Abstract

In Germany, with respect to the treatment of chronic disease, a lack of the cooperation and collaborative relations among medical service providers has emerged as a problem.

Thus a disease management program has been introduced as a measure to resolve such problem. The objective of these measures is to ensure that appropriate treatment coordinated among medical service providers is continuously provided to patients who have chronic disease such as diabetes.

The disease management program will be implemented by each of the Health Funds (Krankenkassen) which are the providers of medical insurance. Although participation in the disease management program is voluntary for both insured individuals and medical doctors, the insured that choose to participate are obliged to undergo a medical examination and to participate in patient education, and the participating medical doctors are obliged to conduct the diagnosis and treatment in accordance with evidence-based guideline. On the other hand, the Health Funds implementing the disease management program as well as the insured individuals and medical doctors choosing to participate will be provided with economic

〒186-8603 東京都国立市中2-1

2-1 Naka, Kunitachi City, Tokyo, 186-8603, Japan.

benefits. It is evident that the disease management program is rapidly spreading among people, and the number of authorized programs and the number of registered insured individuals are surging. The established programs have shown successful results regarding the improvement of health conditions and increased motivation for participants to live healthier lifestyles, and they have received positive evaluations from participating insured individuals and medical doctors.

The disease management program in Germany is a program implemented in accordance with the uniform standards set forth by the Federal Ministry of Health (BMG). Because of this it is adaptable to the Japanese system, where equal treatment among relevant patients is considered important, rather than other regimes such as the "Integrated Delivery System," in which decisions concerning the content of the program are deferred to the agreement among each Health Fund and medical service providers. However, in order to promote the disease management program nationwide, it is required that the fundamental framework of the regime be provided by national legislation that will regulate measures to facilitate specific efforts by the involved parties.

Keywords: disease management, Krankenkassen, chronic disease, integrated delivery system

はじめに

ドイツにおいて、現状の医療供給には、分野間での連携が欠如しているなどの構造的な問題が存在している。このため、医療には多くの費用がかけ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問題とされている¹。このような問題を解決するために、近年の医療制度改革においては、医療供給における各分野間の連携強化により患者の状況に応じた適切な医療供給を可能にすることを目的として、「疾病管理プログラム」(Disease Management Programm)及び「統合医療供給」(Integrierte Versorgung)の制度が導入された。また、複数の分野にまたがる診療を調整する家庭医の機能を強化し、家庭医を中心とした診療の確保を図るための制度も導入された²。

本稿においては、これらのなかから、本特集との関連性を有する「疾病管理プログラム」の制度を取り上げ、その内容や効果などについて検討を行う。

1. 基本的枠組み

糖尿病など多くの国民が罹っている慢性病の治療に関しては、特に、医療供給者間での連携・協力関係の欠如が大きな問題となっている³。このため、例えば、糖尿病の合併症である神経、眼、腎臓及び血管への損傷に対して必ず

しも適時に適切な対応が行われていない。

このような問題を解決するための方策のひとつとして、2002年1月に施行された「公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律」(Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung)により、疾病管理プログラムの制度が導入された。疾病管理プログラムの目的は、慢性病の効果的な治療のために、患者が差し迫った状態になったときにだけ治療が行われるのではなく、医療供給者間で相互に連携の取れた適切な治療等が患者に対して長期にわたり継続的に行われることを確保することにある。

この制度の基本的な枠組みは次のとおりである。

(1) 対象疾病

疾病管理プログラムの対象疾病は、社会法典第5編第91条に基づき設置された共同連邦委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)⁴の勧告に基づき、連邦保健省が連邦参議院の同意を得て制定する法規命令により定められる。共同連邦委員会は、当該疾病に罹患している被保険者の数、医療の質の改善に関する可能性、「根拠に基づく医療」の考え方に従って定められた指針(以下「根拠に基づく指針」という。)の利用可能性、分野をまたがる治療ニーズ、患者の自発的な取組みが疾病の経過に影響を及ぼしうる可

¹ 医療協働行動会議専門家委員会(Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen)が2000年12月に取りまとめた報告書(Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation)によれば、ドイツの居住者一人当たり保健医療支出はOECD諸国の中でアメリカ及びスイスに次いで第3位であるにもかかわらず、重要な指標でみれば、その効果は平均以下の水準にある。

² わが国と同様にいわゆる「登録医」のシステムをとらないドイツにおいては、患者が自分の家庭医を選択し、医療が必要な場合にはまず当該家庭医の診療を受けることは義務づけられていない。一方、この制度に参加した被保険者は、自分の家庭医を選択すること及び当該家庭医の指示なしには専門医の診療を受けないことが義務づけられる。疾病金庫は、この制度に参加する被保険者に対して一部負担金や保険料の軽減を行うことができる。

³ 医療協働行動会議専門家委員会が2001年8月に取りまとめた報告書(Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung)においては、外来診療を担当する開業医と入院療養を担当する病院において一人の患者に対する重複検査が多く行われていること、開業医の中でも家庭医と専門医との間の対立がみられることなどの問題が指摘されている。

⁴ 共同連邦委員会は、3名の中立委員(うち1名が委員長)並びにそれぞれ9名の医療供給者及び疾病金庫を代表する委員から構成される連邦レベルでの組織である。具体的には、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会及びドイツ病院協会並びに各種疾病金庫の代表が参加している。

能性及び治療費用の高さを勘案して、この勧告を行う。

(2) 基準

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

(3) 認可

疾病管理プログラムがリスク構造調整などにおいて法的効果を持つためには、認可が必要である。この認可は、個別の疾病金庫又は疾病金庫連合会の申請に基づき、連邦保険庁 (Bundesversicherungsamt) が行う。この認可を受けるためには、当該プログラム及びそれを実施するために締結される契約が前記基準を満たさなければならない。この認可には、最長3年までの期限が付されるため、実施中のプログラムについても定期的に連邦保険庁の審査が行われる。

(4) プログラムの実施

① 実施主体

疾病管理プログラムの実施主体は医療保険の保険者 (疾病金庫) である。疾病金庫は、被保険者のために、前記基準に沿って、プログラムの内容を定めるとともに、開業医 (家庭医及び専門医)、病院その他の医療供給者と交渉して、プログラムの実施に必要な契約を締結する⁵。また、疾病金庫には、認可された疾病管理プログラムを質的に高い水準で実施する責任がある。さらに、プログラムの実施が対象疾病に対する治療の改善につながるよう、疾病金庫は情報提供及び教育を通じて被保険者及び医師に対する必要な支援を行う。

② 医療供給者間の調整

疾病管理プログラムにおいては、各患者が必要な医療を適切なタイミングでその状態にふさわしい医療供給者から受けることができるよう、それぞれの医療供給者 (家庭医、専門医、病院など) がどのような場合に医療を担当するかが定められる。

このプログラムの実施に当たっては、個々の患者によって選ばれた家庭医が医療供給者間の調整に中心的な役割を果たすものとして位置づけられている⁶。調整を担当する医師⁷は、患者の専門医及び病院への受診を調整するとともに、治療プロセス全体についての記録を行う。

③ 被保険者の権利及び義務

患者である被保険者は、加入する疾病金庫が疾病管理プログラムを実施し、かつ、自らがプログラムへの参加条件を満たす場合には、当該プログラムに参加することができる。参加を希望する被保険者は、当該プログラムに参加する医師のところで参加の登録を行う⁸。疾病管理プログラムに参加するかどうかを決定することに役立つよう、被保険者に対しては、疾病金庫から、疾病管理プログラムの目的及び内容、参加条件、協力義務、関係者、特に疾病金庫の被保険者に対する責務、並びにデータ保護の問題に関する情報提供が行われる。

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

④ 医師の責務

疾病管理プログラムに参加する医師には、「根拠に基づく指針」⁹に沿って診断及び治療を行うことが求められる。つまり、疾病管理プログラムにおいては、科学的な研究により効果、安全性及び有用性が確認された最新の知見に基づく治療方法が適用される。

⁵ 法律には、疾病管理プログラムを実施するための疾病金庫と医療供給者との間の契約について特段の規定は設けられていないが、実際には、対象疾病ごとに各州のレベルで個別疾病金庫又は疾病金庫の連合会と医療供給者側との間で契約が締結されている。

⁶ ドイツの医療保険において、保険医による外来診療は、法律上、家庭医診療 (hausärztliche Versorgung) と専門医診療 (fachärztliche Versorgung) に区分されている。このうち、家庭医診療には、①患者の居住及び家族関係を承知した上での診断治療、②診断、治療及び看護のための措置のコーディネイト、③外来及び入院治療に関する重要な所見、治療データ等の記録、④予防措置及びリハビリテーション措置の指導及び実施などが含まれる。家庭医診療を担当するのは、一般医、小児科医、重点分野を持たない内科医などである。家庭医は、その立場上、複数の分野にまたがる診療を調整する役割を担うことが期待されている。

⁷ 一般的な疾病の場合には家庭医が調整を担当することになるが、既に長期間にわたり専門医による診療を受けている場合や糖尿病 (タイプ1) のように患者数がさほど多くない疾病の場合には、専門医が調整を担当することも考えられる。

⁸ 被保険者は、プログラムへの参加を登録した後であっても、参加の意思表示を随時に撤回することができる。また、被保険者は、理由を示すことなしに、選択した医師を変更することができる。

⁹ 疾病管理プログラムにおける各疾病の診断及び治療の指針は、共同連邦委員会が連邦保健省に対して行うプログラムの基準に関する勧告の中で示されている。共同連邦委員会は、当該疾病の専門家が参加した作業グループの協力を得てそれぞれの基準を作成した。また、この作業に必要な科学的根拠は、「医療における質と経済性に関する研究所」(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) により提供された。この研究所は、共同連邦委員会により、中立的な専門研究機関として設置され、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している。

⑤ 患者と医師との関係

患者は医師と同等の立場に立つパートナーとして、疾病管理プログラムに基づく治療に参加する。すなわち、患者と医師は共同で、継続的な治療の目的を決定するとともに、治療の進展について定期的な話し合いを行う。

(5) データの活用及び保護

データは、疾病管理プログラムの質を確保する上で不可欠のものである。ただし、個人データの保護には十分な注意が払われる。被保険者は、このプログラムに参加する際に、疾病金庫及び参加医療供給者がプログラムの実施に必要な個人データを収集し、伝達し、かつ、活用することについて同意しなければならない。疾病金庫は、リスク構造調整及びプログラムに基づく被保険者の治療の支援に必要な限りにおいて、各被保険者又は医師に関するデータを受け取ることができる。

(6) 報酬

疾病管理プログラムの枠内で行われる診療であっても、開業医、病院などで一般に行われる診療に相当するものに対しては、通常の診療報酬が支払われる。一方、医療供給者間の調整、記録作成及び患者の教育など疾病管理プログラムの枠内で独自に行われる給付に必要な費用に関しては、契約で定められた特別の報酬が支払われる。

(7) 経済的誘因

ドイツにおいては、各被保険者に対して、加入する疾病金庫を選択する権利が認められている。このため、各疾病金庫は被保険者の獲得を巡って相互に競争する立場に立っている。ただし、疾病金庫間には加入する被保険者の年齢構成、所得水準の格差が存在することから、公平な競争の前提条件を整備することを目的として、これらのリスク構造の違いが各疾病金庫の財政に与える影響を調整するための措置（リスク構造調整（Risikostruktureausgleich））が講じられている。

各疾病金庫が疾病管理プログラムに取り組むことを促進する観点から、このプログラムに基づく医療のために各疾病金庫が負担する費用は、リスク構造調整のなかで、特別に配慮することとされた。具体的には、疾病管理プログラムの対象とされた疾病に罹患し、認可されたプログラムに登録した被保険者については、一般の被保険者よりも多くの費用がかかることに対応して、リスク構造調整においてより高い給付費支出額が認められる。これにより、疾病管理プログラムに基づき自らの被保険者である慢性病患者に対する医療の改善に取り組もうとする疾病金庫が、そのためにより多くの支出を行っても、他の疾病金庫との競争において不利にならないようになった。

(8) 評価

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

2. 全国的な実施状況

疾病管理プログラムについての全国的な実施状況は、次のとおりである。

(1) 対象疾病及びプログラムの基準

具体的なプログラムの実施に必要な基準は、共同連邦委員会の勧告に基づき逐次定められてきている。2002年7月には糖尿病（タイプ2）（Diabetes mellitus Typ 2）及び乳がん（Brustkrebs）に関する基準、2003年5月には冠状血管性心疾患（koronare Herzkrankheit）に関する基準、2004年3月には糖尿病（タイプ1）（Diabetes mellitus Typ 1）に関する基準、2005年1月には気管支喘息（Asthma bronchiale）及び慢性閉塞性肺疾患（COPD）（chronisch obstructive Lungenerkrankung）に関する基準を定めた法規命令がそれぞれ施行された。したがって、2007年1月現在では、以上の6種類の疾病が疾病管理プログラムの対象となっている。

(2) 認可件数及び登録被保険者数

それぞれの対象疾病に関する基準を定めた法規命令の施行後、様々な疾病金庫から当該疾病を対象とした疾病管理プログラムの認可申請が行われている。個々の申請案件については、連邦保険庁により、審査及び必要な修正が行われた上で、認可が行われている。2007年9月現在では、これら6疾病に関するプログラムの認可件数が全体で約14,000件に上っている¹⁰。そのなかでは、糖尿病（タイプ2）に関するプログラムの認可件数が3,325件で最も多数を占めている。認可件数がこのように多数に上る原因は、疾病金庫が疾病の種類ごと、対象地域ごとにプログラムの認可を受けなければならないことにある。ただし、大部分のプログラムの内容には疾病金庫や地域による大きな違いはみられない¹¹。

一方、登録被保険者数は2006年2月現在、糖尿病（タイプ2）が約176万人、乳がんが約37,000人、冠状血管性心疾患が約28万人、糖尿病（タイプ1）が約1,700人となっている¹²。

¹⁰ Bundesversicherungsamt, Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA), S. 5.

¹¹ Graf C., Disease Management Programme und Integrierte Versorgung, Gesundheits- und Sozialpolitik, 5-6/2004, S. 46.

¹² 連邦保健省（Bundesministerium für Gesundheit）の公表データによる。

(3) 評価

2007年5月現在、糖尿病（タイプ2）、乳がん及び冠状血管性心疾患に関するプログラムの評価基準¹³が連邦保険庁により定められている。連邦保険庁は、疾病金庫が実施しているプログラムについて、中立的な専門機関に外部評価を行わせており、糖尿病（タイプ2）及び乳がんに関するプログラムについての報告が順次提出されている。

3. プログラムの実施例

次に、バーデン・ヴュルテンベルク州地区疾病金庫（AOK Baden-Württemberg 以下「AOK-BW」と表記する。）が実施している糖尿病（タイプ2）に関するプログラムを例に疾病管理プログラムのより具体的な実施状況等を概説する。このプログラムを取り上げた理由は、地区疾病金庫は疾病金庫の種類別で最も多くの被保険者を有する金庫であり、また、AOK-BWが行うこのプログラムに関しては、既に実施状況等に関する詳しいデータが公表されているためである¹⁴。

(1) 実施状況

① 参加者

2005年6月末現在、約10万人の被保険者がプログラムへの参加登録を行っている。糖尿病（タイプ2）の患者であるAOK-BWの被保険者は154,000人と推計されることから、登録率は約65%となっている。登録被保険者の38.8%が66歳から75歳、24.1%が76歳以上の者である。一方、医療供給者側では、約5,900人の開業医（州内開業医の84%）、59箇所の病院、4箇所のリハビリテーション施設がこのプログラムに参加している。

② 合併症の新規発生

2005年上半期のフィードバック報告（Feedbackbericht）¹⁵によると、この期間での合併症の新規発生は登録被保険者の4.6%に限られている。つまり、大部分の合併症は、プログラムに基づく定期的な検診と予防により発生が阻止されている。

例えば、定期的な足の検査の受診者は登録被保険者の96.9%となっている。異常な所見があった場合には、プログラムに基づき、当該被保険者に対しては、専門医での

受診を指示されるとともに、AOK-BWから糖尿病による足への危険について解説したパンフレットが送付された。

登録被保険者の88%は眼科医による眼の検査を受診した。検査を受診しなかった登録被保険者に対しては、AOK-BWから糖尿病による眼への危険を解説したパンフレットが送付され、注意が喚起された。

③ 治療目標の達成

登録被保険者の半数近くは血圧が標準範囲内に留まっている。また、前回の報告期間において高血圧と診断された登録被保険者の3人に1人は今回の報告期間において標準範囲内の血圧となった¹⁶。

④ 患者教育

医師による患者教育は、登録被保険者が糖尿病であっても良い生活の質を実現するために重要な役割を果たすものである。2004年には、14,000件を超える患者教育の費用がAOK-BWにより負担された。

このほか、AOK-BWでは、独自の事業として、栄養、運動、禁煙などに関する患者講習会を行っている。また、全ての登録被保険者に対して、登録時に糖尿病（タイプ2）に関する重要な情報とプログラムの進行に関する情報が入った「患者バインダー」（Patientenordner）が渡されるとともに、登録被保険者向けの雑誌が年3回送付される。

⑤ 参加医に対する支援

参加医に対しては、医師マニュアルが渡されるほか、各地でプログラムの内容と進行に関する情報提供のための催しが行われている。AOK-BWでは、このプログラムのために特別の教育を受けた職員が参加医からの質問に対応する体制がとられている。

⑥ 登録の促進

被保険者の登録を促進するため、AOK-BWが実施するプログラムについての様々な広報宣伝活動が行われているほか、次のような経済的なメリットが付与されている。登録被保険者は、プログラムに参加する開業医から診療を受けた場合に本来は支払わなければならない一部負担金¹⁷が免除される。慢性病患者の場合には薬剤に係る一部負担金

¹³ Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme (Stand vom 15. Mai 2007). (<http://www.bva.de>)

¹⁴ 実施状況に関するデータはいずれもAOK Baden-Württemberg, DMP-Qualitätsbericht, Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 der AOK Baden-Württemberg, Zeitraum 01.07.2003-31.12.2005による。

¹⁵ プログラム参加医は半年毎のフィードバック報告を利用することができる。この報告は、参加医が作成した患者に関する記録から得られる医学的・統計的なデータをまとめたものである。これを用いることにより、参加医は自らの患者に関するデータをそれぞれの地域及び州全体のデータと比較することが可能となる。

¹⁶ 地区疾病金庫連邦連合会が、地区疾病金庫の実施する糖尿病（タイプ2）に関するプログラムに登録した被保険者25万人の登録時点とその後の血圧及び血糖値の推移に関するデータを分析した結果によると、それぞれがうまく調整されている者の割合は、登録時点では62%及び47%であったが、登録半年後には74%及び54%、登録1年後には80%及び57%へと改善を示している。(van Lente E.-J./Willenborg P., Volkskrankheiten fest im Griff, Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL 10/06, S. 6)

¹⁷ 1四半期当たり10ユーロ。

が大きな金額となることがよくあるが、プログラムに参加する開業医が処方した薬剤に係る一部負担金は1ユーロに減額される¹⁸。

(2) 登録被保険者による評価

このプログラムに関しては、2005年春に、地区疾病金庫連邦連合会（AOK-Bundesverband）の委託を受けた中立的な調査機関が45歳から75歳までの登録被保険者1000人を対象に電話によるインタビュー調査¹⁹を行った。その結果、次のような回答が得られた。

① 治療内容

治療内容に関しては、回答者の31%が「糖尿病についての医師の診察を受ける頻度が高まった」と回答している。また、回答者の39%は「プログラム参加後の医師による治療が改善された」としており、具体的な改善点としては、特に、「集中的な治療の実施やコントロール頻度の増加」を挙げている。さらに、回答者の3人に1人は、「医師がより頻繁に血糖値の測定や足の診察を行うようになった」、「医師が診察や助言により多くの時間をかけるようになった」と回答している。

② 患者への影響

プログラムへの参加による影響に関しては、多くの回答者が、プログラムへの参加以降、「定期的に検査値に注意することや医師の診察を受けることが容易になった」（89%）、「自分自身のためになることを行う動機が高まった」（83%）、「食事内容を変えた」（79%）、「血糖及び尿糖の値を自分でチェックするようになった」（79%）、「より運動することに留意するようになった」（78%）などと回答している。

さらに、回答者の83%は、「将来をより楽観的にみるようになった」と回答しており、プログラムへの参加が精神面でも良い影響をもたらしている。

③ プログラムの評価

プログラムの評価に関しては、大半の回答者が肯定的に回答しており、回答者の97%が「このプログラムへの参加を続けたい」としている。特に良いと考えられる点としては、「情報提供、啓発及び相談助言」、「定期的な医学的コントロール」などを挙げており、「一部負担の免除」を挙げた者は少ない。また、回答者の95%は「友人などに

もこのプログラムへの参加を勧めたい」としている。

以上の結果は、このプログラムが、参加被保険者に対する医療の改善をもたらしただけでなく、参加被保険者が日常生活において意識的に自分の病気と向き合うことを支援するとともに、健康的な生活を送ることへの動機づけにつながっていることを示している²⁰。

(3) 参加医師による評価

地区疾病金庫連邦連合会の委託を受けた中立的な調査機関がAOK-BWを含む全国の地区疾病金庫が実施している糖尿病（タイプ2）に関するプログラムに参加している医師189人を対象に2006年夏に行った電話によるインタビュー調査²¹では、次のような結果が得られた。

調査対象となった医師のほぼ半数は自分で又は他の医師と共同で患者教育を行っている。その登録被保険者の3分の2は糖尿病教育に、3分の1は高血圧教育を受講している。回答者の84%は、「こうした教育は、患者が自分の健康のことを気にかける動機を与えている」と回答している。多くの回答者は、プログラムにより、「患者と治療目標を合意することが容易になった」（60%）、「治療の進め方が患者にとって分かりやすくなった」（54%）、「家庭医の役割が強化された」（49%）と評価するとともに、「他の医師と競争するためにプログラムへの参加が必要であった」（63%）と回答している。

批判的な回答が寄せられたのは、診療記録についてである。診療記録は診療のたびに重要な結果が書き留められ、その写しが患者にも渡されることになっている。回答者の3分の2は、診療記録を「プログラムの評価と質の確保のために適切なものである」とする一方で、多くの回答者が「患者への情報としては適当でない」（78%）、「患者にとって混乱をもたらす」（62%）としている。また、回答者の83%はプログラム参加に伴う事務処理の負担が大きいと回答しており、そのことは医師がプログラムへの参加を見合わせる理由にもなっている。

プログラムに参加している医師と参加していない医師を比較してみると、診療している糖尿病患者の数、事務処理のためのソフトウェアの使用率、QCサークルへの参加率などにおいて前者は後者を大きく上回っている。

4. 考察

(1) 制度普及の背景

¹⁸ 通常は薬剤費用の10%に相当する一部負担金（最低5ユーロ、最大10ユーロ）を支払わなければならない。

¹⁹ Psychonomics AG, AOK Bundesverband Evaluation AOK-Kuraplan DMP Diabetes, Abschlussbericht, Köln Mai 2005.

²⁰ 他の疾病金庫により実施されている糖尿病（タイプ2）に関するプログラムのこれまでの成果についても、AOK-BWによるプログラムの場合と基本的には同様の傾向がみられる。すなわち、高血圧を伴う登録被保険者の割合はプログラムの進行とともに大きく減少している。眼の検査や足の検査については高い受診率を示しており、患者教育に対する参加率も高まっている。多くの登録被保険者は、医療内容が改善され、また、自分自身のためにより多くのことをする動機が与えられたと感じている。プログラムへの参加理由としては、経済的誘因ではなく、良質の医療が受けられることが重要な意味を持っている。（Graf C., a.a.O., S. 46 ff.）

²¹ Psychonomics AG, AOK Bundesverband, DMP Diabetes Typ 2 aus Ärztesicht, Bonn August 2006.

疾病管理プログラムに関しては、多くの疾病金庫において認可を受けたプログラムが実施されており、プログラムに参加する被保険者及び医療供給者も多数に上っている。つまり、疾病管理プログラムの制度は、単に法律に規定されただけでなく、現実の医療供給においても急速な普及を示している。

その背景には、実施プログラムに対する評価、プログラムによる成果、疾病金庫に対する経済的な誘因などがあると考えられる。まず、疾病管理プログラムに基づき実施されている医療内容等についての患者の評価はかなり肯定的なものとなっている。医療供給者側にも、記録作成のための事務量の増加などの問題はあっても、追加的な報酬が得られることや患者が確保できることなどのメリットがある。

また、実施プログラムは、患者の健康状態の改善、患者が健康的な日常生活を送ることへの適切な動機づけなどの面で具体的な成果を上げている。

さらに、疾病金庫に対しては、疾病管理プログラムへの被保険者の登録がリスク構造調整を通じた財政負担軽減効果を持つことがプログラム実施への強力な誘因を与えている。疾病管理プログラムへの参加基準に該当する被保険者が参加の登録を行わない場合には、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と同じ給付費が適用されることになるため、疾病金庫側にはその額と登録被保険者に適用されるより高い給付費との差額が「損失」として意識されている。

疾病管理プログラムの普及は、単に各地域における関係者の自主的な取組みの結果として実現したものではない。疾病管理プログラムは、その枠組みが法律上明確に位置づけられ、それに基づき、リスク構造調整、診療報酬、患者一部負担などの面において関係者の取組みを強力に促進する仕組みが設けられ、制度の普及に大きな役割を果たしたものと考えられる。

(2) 特徴

前述のとおり、疾病管理プログラムに関しては、対象疾病やプログラムの基準が全国統一的に定められ、かつ、各疾病金庫の実施する個別のプログラムが基準に適合することが認可を通じて確認される。このように、疾病管理プログラムの場合には、いずれのプログラムにおいても一定水準以上の内容を確保することが重視されている点に大きな特徴がある。プログラムの基準の中でも特に注目されることは、参加医師は「根拠に基づく医療」の考え方に従って定められた指針に沿って診断及び治療を行うことが求められる点にある。もちろん、この指針は、具体的なケースにおける医師の判断を代替するものではないが、通常は個々の医師が自分で最適と考える医療を実施していることと比較すると、医師がこの指針を受容することは画期的な意味

を持っているということができる。

疾病管理プログラムが有する以上のような特徴を勘案すると、この制度は、医療供給者間の適切な連携の下に、慢性病患者に対して標準的な診断・治療が実施されることを確保するのに適したものであるということができる。

(3) 我が国への示唆

ドイツにおける疾病管理プログラムは、実施主体である疾病金庫が医療供給者との間で必要な契約を締結することにより、実施が可能となるものである。このような仕組みがとられた背景には、通常の保険診療においても、疾病金庫が医療供給者との間で診療報酬に関する合意を含む契約を締結していることや、疾病金庫は保険料率や提供する給付の内容を巡って相互に競争する立場にあることなどが挙げられる。こうした点において、ドイツ医療保険における保険者の役割は我が国とは大きく異なっている。

したがって、ドイツの疾病管理プログラムの制度をそのままの形で我が国に導入することには無理があるが、その考え方や内容については、我が国における医療供給の改善、特に医療供給者間の連携を適切に推進するための方策や保険者による取組みの在り方を検討する上で参考となる点が少ない。

前述のとおり、疾病管理プログラムは、全国統一的な基準に基づき実施されるものである。また、各疾病金庫が実際に行っている個々のプログラムの内容にも大きな違いがあるわけではなく、当事者間の契約に基づくプログラムという構成をとる必然性はない。因みに、疾病管理プログラムと同様に医療供給の各分野間の連携強化を目的として実施されている制度であっても、例えば、「統合医療供給」の制度の場合には、その内容等はそれぞれの疾病金庫と医療供給者との間の合意に広範に委ねられている。

したがって、疾病管理プログラムは、患者がいずれの保険制度、いずれの保険者に加入していても同等の医療が受けられることを重視する我が国の医療制度によりなじみやすいものであると考えられる。さらに、医療供給者との契約締結という点を除けば、疾病管理プログラムにおいて保険者に求められる役割は、患者教育や情報提供など我が国の保険者が現在果たしている役割の延長線上にある。

いずれにせよ、ドイツの例が示しているように、医療供給者間の適切な役割分担と連携により、医療供給の質と経済性を高めるためには、単に、改善の方向性を示し、その実現に向けた取組みが各地域において自主的に行われることに期待するだけでは十分ではない。疾病管理プログラムのような具体的な取組みを全国的に推進するためには、制度の基本的な枠組みを法律上位置づけるとともに、それに基づき、具体的な取組みを促進するための手段を整備することなどが必要になると考えられる。