

かかりつけ医・保健医療連携・成果報酬 — ドイツの統合診療「健康キンツイヒタール」—

田 中 伸 至

（目次）

1. 本稿の目的
2. 統合診療の位置づけと法的枠組み
3. 統合診療「健康キンツイヒタール」の概要
 - (1) 関係機関
 - (2) 財務と節約契約
 - (3) 被保険者の登録と保険料・無料給付
 - (4) 医療機関などの給付提供者の参加と報酬
4. 統合診療「健康キンツイヒタール」の評価
 - (1) 特徴
 - (2) 成果
5. わが国への示唆
 - (1) かかりつけ医とフリーアクセス
 - (2) 特定健診・特定保健指導から治療への移行
 - (3) 保険者と保険医療機関との個別契約に基づく成果報酬
 - (4) 予防活動・治療プログラムによる医療費削減

1. 本稿の目的

本稿は、ドイツにおける保健医療連携のプロジェクトを解説し、わが国における地域医療連携や地域包括ケアシステム、かかりつけ医に関する制度のあり方、成果に応じた診療報酬の可能性についての検討に資する参考資料と示唆を獲得しようとするものである。

この作業を行う趣旨は、次のとおりである。

わが国では、いわゆる団塊の世代が2025年までにすべて75歳以上になった後、65歳以上の高齢者人口は2042年にピークを迎え、減少に転ずる。一方で、生産年齢人口は急激に減少していくが、高齢者人口比率は高いまま推移し、75歳以上人口の比率は増え続ける¹。

このため、医療や介護のニーズも拡大していくと見込まれるが、すでに、介護などの分野において、人材不足の傾向が顕著となっている。今後、労働力がさらに減少していく中で、人材の確保・育成や働き方の改革、処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上に加えて、業務の効率化が重要になる。業務の効率化には、限られた人員や施設などを効率的に活用するための連携体制の構築が求められる²。連携体制の整備については、さまざまな局面があるが、近年、社会保障法学において、連携体制に対する包括的な診療報酬上の評価が重要であるとして³、「医療連携体制の促進にあたっては、共同事業による成果を診療報酬において評価することが効果的」となる⁴ことが指摘されている。

そこで、本稿では、ドイツのバーデン・ヴュルテンベルク州の人口減少

1 全世代型社会保障構築会議「全世代型社会保障構築会議報告書」（2022年12月16日）4頁参照。

2 全世代型社会保障構築会議・前掲（注1）6頁参照。

3 石田道彦「医療保険と医療提供体制」社会保障法38号（2022年）80頁注21参照。

4 石田・前掲（注3）80頁注22。

地域で行われているモデルプロジェクト、統合診療「健康キンツィヒタール」(Integrierte Versorgung “Gesundes Kinzigtal” (IVGK))を取り上げる。かかりつけ医を起点とした保健医療連携の体制に成果報酬を組み込んだ仕組みである。まず、その法的枠組みである統合診療の制度内容と公的疾病保険における位置づけについて確認し(2.)、統合診療「健康キンツィヒタール」の仕組みを概説したのち(3.)、その特徴と成果を整理したうえで(4.)、わが国への示唆を得たい(5.)。

2. 統合診療の位置づけと法的枠組み

公的疾病保険において、契約医による診療(契約医診療。Vertragsärztliche Versorgung)、病院による診療(病院診療)、リハビリテーション施設、薬局などは別々のセクターになっており、基本的に、外来診療は診療所の開業医である契約医が担当し、入院診療は病院が担う形で、明確に分けられている。このため、セクター間の連携が長年の課題になってきた。

そこで、セクター間の連携を進めるため、2000年に創設され、2004年から本格的に推進されたのが統合診療(Integrierte Versorgung)という法定の診療形態である。家庭医診療、専門医診療⁵、病院診療、介護施設など、さまざまなセクターや診療科の医療機関等から構成されるネットワーク組織を構築するモデルである(社会法典第5編⁶旧140a条1項)。

5 契約医診療は、家庭医診療(Hausärztliche Versorgung)と専門医診療(Fachärztliche Versorgung)に区分される(社会法典第5編73条1項)。家庭医診療には、総合診療医、小児科医、重点診療域(サブスペシャリティ)を標榜しない内科医などが参加し、専門医診療には、その他の専門医が参加する(73条1a項1文、2文)。

6 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das

ネットワーク組織は、疾病金庫と個々の契約医、その団体、外来診療センター⁷、病院などの給付提供者（Leistungserbringer）が契約を締結して、構築する（旧140b条）。一定の地域の住民を対象とする包括的なモデルが推奨される（旧140a条1項2文）。ただし、比較的限定された疾病を対象とし、地域的にも限定されたモデルが大部分となっていた⁸。

被保険者の加入は任意である（旧140a条2項）。統合診療に加入した被保険者が統合診療に参加していない医療機関等を受診できるかどうかは、統合診療の契約内容による。統合診療の契約では、非参加医療機関等の受診を認めることもできるし、紹介患者のみに非参加医療機関等の受診を認めることもできる⁹。

2004年から2008年までの間は、疾病金庫が契約医と病院への診療報酬全体の1%を取り分け、スタートアップ支援として、統合診療の実施に必要な資金供与が行われた¹⁰。

その後、統合診療は、2015年の法改正¹¹により、他の診療形態とともに、

zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist.

7 外来診療センター（Medizinische Versorgungszentren (MVZ)）は、医師が運営し、医籍に登録された医師が勤務医又は契約医として医業を行う医療機関であり（95条1項2文）、契約医診療に参加できる（95条1項1文）。外来診療センターの制度概要や機能などについて概説した邦語文献として、田中伸至「ドイツのプライマリケアにおける外来診療センター — Medizinische Versorgungszentren (MVZ) —」研究代表者松田晋哉『厚生労働行政推進調査事業費補助金政策科学総合研究事業 我が国の制度的特徴を踏まえたかかりつけ医制度のあり方に関する研究（H28—政策—指定008）平成28年度 総括・分担研究報告書』（2017年）40頁ないし57頁参照。

8 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 2010_2011, S. 231.

9 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 2006, S. 119f.

10 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Fn. 8), S. 231.

11 Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen

特別診療（Besondere Versorgung, 140a条）の一例として位置付けられることになり、特別診療では連携体制の構築がより自由にできるように、規制が緩和された¹²。

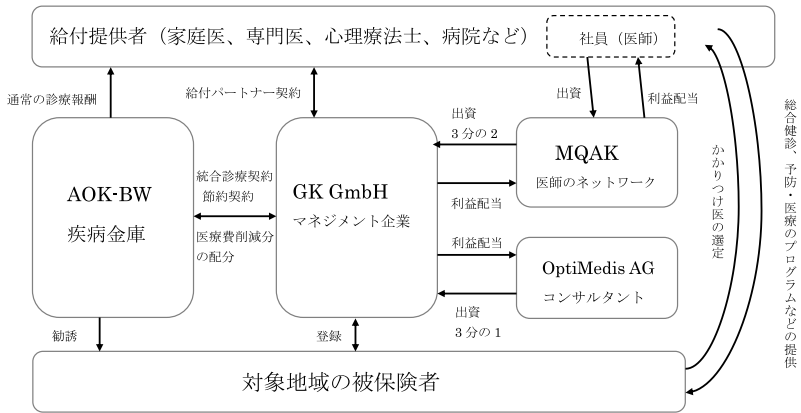
3. 統合診療「健康キンツイヒタール」の概要

「健康キンツイヒタール」¹³はこうした統合診療の一つであり、一定の地域の住民を対象とする包括的な統合診療のモデルプロジェクトの例として挙げられる。その概要は、次のとおりである（図参照）。

Krankenversicherung（GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG）
vom 16. Juli 2015, BGBl. I S. 1211.

12 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 2016_2017, S. 271f.

13 キンツイヒタールは、バーデン・ヴュルテンベルク州東部の黒い森（Schwarzwald）地方の中央に位置する農村地域であり、主に中小企業が立地する。住民は約71,000人であり、その約半数がAOKの被保険者である（GK GmbH, Über uns < <https://www.gesundes-kinzigtal.de/ueber-uns.html> > Versorgungsgebiet）。同地域に位置するゲンゲンバハ市（Stadt Gengenbach）の65歳以上人口の割合（高齢化率）は25.4%（2021年）である（Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerung im Überblick < <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=GS317034> >）。わが国では、山間部の谷あい沿う地域、例えば、新潟県南魚沼市（2020年、人口5万4,851人、高齢化率33.5%、一般診療所17施設、病院5施設、歯科診療所17施設。日本医師会「地域医療情報システム」< <https://jmap.jp/cities/detail/city/15226> > 参照）、十日町市（2020年、人口4万9,820人、高齢化率39.8%、一般診療所24施設、病院2施設、歯科診療所17施設。同「同」< <https://jmap.jp/cities/detail/city/15210> >）などと比較し得るであろう。



(図) 統合診療「健康キンツイヒタール」の関係機関

(出所) Milstein, R. / Blankart, C-R., Country Background Note: Germany, 2016 <<https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-Ways-to-Pay-for-Health-Care-Background-Note-Germany.pdf>>, Figure 3.に基づき、筆者作成。

(1) 関係機関

統合診療「健康キンツイヒタール」は、2006年1月30日の「健康キンツイヒタール有限会社」(Gesundes Kinzigtal GmbH (GK GmbH))とバーデン・ヴェルテンベルク一般地区疾病金庫(AOK Baden-Württemberg (AOK BW))との契約に基づく¹⁴。

GK GmbHは、2005年に登記社団「キンツイヒタール医師と医療の質ネットワーク」(Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQAK))と「最適医療」株式会社(OptiMedis AG)が共同で設立した

14 契約は、2005年11月1日から適用されている。なお、2006年から2021年までの間は、農業疾病金庫(LKK)及びその後継である農業・林業・造園社会保険(SVLfV)も契約当事者であった。GK GmbH (Fn. 13), Historie und Meilensteine in der Gesundheitsversorgung des Kinzigtals.

マネジメント団体である。キンツィヒタールの住民に対する診療を組織化し改善すること、最新の医学的知見に基づく予防と治療によって「健康なキンツィヒタール」を創ること、医療職の後継者にとってのキンツィヒタールの魅力や医師の満足度を高め、地元での医療を長期的に確保することを目的とする。

MQAKは、キンツィヒタール地域の家庭医、専門医、病院勤務医が参加する社団法人であり、診療ガイドラインの策定、子どもや高齢者の保健活動などを行ってきた医師のネットワークである。GK GmbHへの出資の割合は3分の2である。OptiMedis AGは、2003年、ハンブルクにおいて、統合診療契約を実行し、支援するために設立されたコンサルティング企業である^{15 16}。GK GmbHへの出資の割合は3分の1である¹⁷。

GK GmbHは、統合診療契約に基づき、家庭医、専門医、病院、介護、リハビリテーションにまたがる診療プロセスの調整、患者に対する支援・

15 Hermann, C./ Hildebrandt, H./ Richter-Reichhelm, M./ Schwartz, FW./ Witzenrath, W., Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik. 2006; 60 (5-6), S. 11f.

16 OptiMedis AGによる保健ネットワークのプロジェクトは、統合診療「健康キンツィヒタール」のほかに、統合診療「健康ヴェラ・マイスナー郡」(Gesunder Werra-Meißner-Kreis, ヘッセン州北部)、統合診療「健康シュヴァルム・エーデラー郡」(Gesunder Schwalm-Eder-Kreis, ヘッセン州北部)、「健康田園生活」有限会社 (Gesundes Landleben GmbH, テューリンゲン州北部ウンストルート・ハイニヒ郡 (Unstrut-Hainich-Kreis)) の3件がある。OptiMedis, Regionale Versorgung < <https://optimedis.de/regionale-versorgung/> > , OptiMedis, Gesunder Werra-Meißner-Kreis, Über uns < <https://gesunder-wmk.de/ueber-uns/> > , OptiMedis, Gesunder Schwalm-Eder-Kreis, Über uns < <https://www.gesunder-sek-plus.de/ueber-uns/> > , OptiMedis, Gesundes Landleben < <https://optimedis.de/gesundes-landleben/> > .

17 GK GmbH (Fn. 13) , Gesellschafter, MQNK e.V. , OptiMedis AG.

病気克服のためのマネジメント、給付提供者を統合診療に参加させるための給付パートナー契約（Leistungspartnerverträge）の締結、被保険者に対する電話相談サービス、統合診療「健康キンツィヒタル」に登録した被保険者（（3）参照）が医療機関などを利用する際の仕組みづくりなどを行うことが義務付けられている¹⁸。

（2）財務と節約契約

GK GmbHの財務は、当初、スタートアップ資金の供与（2. 参照）に拠っていたが、その後は、もっぱら、対象地域におけるAOK BWの総被保険者に係る通常の医療費を節約した分により確保されている¹⁹。医療費の節約は、診療提供の効率性の最大化を図ることを通じて行われ、このため、GK GmbHとAOK BWとの間で節約契約が締結されている（Einsparcontracting）。

節約の対象になる通常の医療費は、ドイツ全体の総医療費の変化に連動した仮想的なAOK BWの全体予算であり、統合診療に登録した被保険者のみならず、対象地域一帯におけるAOK BWの被保険者約3万人に係る医療費が対象である。ただし、仮想的な全体予算の計算方法の詳細は、OptiMedis AGのノウハウとして企業秘密である^{20 21}。

18 契約当事者につき、Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 14f.

19 GK GmbHは、このほか、ヨーロッパ連合の研究プロジェクトや連邦政府の各省からの資金、企業への保健マネジメントサービスなどから収入を得ている。GK GmbH, *Gesundes Kinzigtal GmbH Innovationen für eine gesunde Zukunft, Jahresbericht 2015*, S. 24.

20 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 12, 15.

21 公的疾病保険の財源である保険料、連邦補助金などはいったん、連邦社会保障庁が管理する医療基金に繰り入れられ（社会法典第5編271条1項）、

登録した被保険者以外の被保険者の医療費も対象にするのは、リスク選択を排除するためである。リスク選択は、若く健康な者を勧誘し（Creaming）、合併症があり平均以上の医療費のかかる患者を参加させないようにするとともに（Dumping）、治療費が高額になる患者を診療しなくてもすむように、例えば、糖尿病に関する相談や専門医などによる診療を提供しない（Skimping）といった方法により行われる。しかし、統合診療「健康キンツイヒタール」の財務は、医療費のかかる患者を登録させ、予防や治療プログラムによって医療費を節約することを通じて収益を得る構造になっており、リスク選択からはプラスの効果は得られない²²。仮に、若く健康リスクの少ない被保険者を登録させた場合、節約可能な医療費の幅が小さくなってしまいうからである。

実際に医療費が節約された場合、対象地域におけるAOK BWの総被保険者に係る通常の医療費と実際に要した診療費用との差額分がGK GmbHとAOK BWとに分配される。いわば成果報酬である。なお、医療費を節約できず、あるいは、医療の質が悪化した場合は、統合診療契約を解約できるが²³、解約は例外的であり、GK GmbHには、予防や患者に対する啓発、研修プログラムなど、将来の医療費削減が見込まれる活動を行うことがで

疾病金庫の支出は医療基金から交付される交付金によって賄われる（266条1項）。交付金は、性別、年齢、疾病罹患リスクに基づく調整を通じ、それぞれの疾病金庫の被保険者構造に応じて算定される（266条3項、4項）。OptiMedis AGによる仮想的な全体予算の計算方法は、このリスク構造調整において用いられる算定方法のモデルを基礎として作成されているようである。Pimperl, A./ Schreyögg, J./ Rothgang, H./ Busse, R./ Glaeske, G./ Hildebrandt, H., *Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen – Gütekriterien, Herausforderungen, Best-Practice-Modell*. *Das Gesundheitswesen* 2015; 77 (12), Fn. 4.

22 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 15, 21.

23 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 15.

きるよう、長期の契約期間が認められる²⁴。

節約のための方策は、診療過程の改善²⁵、薬物療法などの治療形態の合理化、入院指示の適正化、予防などである²⁶。

（3）被保険者の登録と保険料・無料給付

AOK BWの被保険者であって、キンツィヒタールに住所を有する者は、かかりつけ医又はかかりつけ心理療法士（Ärzte bzw. Psychotherapeuten des Vertrauens. 信頼する医師又は心理療法士）を選定することによって、統合診療「健康キンツィヒタール」に登録することができる。登録後も契約医、病院、薬局を選択する自由は維持される。登録は、4半期の終わりの4週間に解約することができ、随時、登録したかかりつけ医・心理療法士を変更することもできる²⁷。

24 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 16, 26.当初の契約期間はスタートアップの期間も含めて9年であった。その後、2016年、無期限の契約に変更された。AOK Baden-Württemberg, Gesundes Kinzigtal: Erfolgreicher Vertrag mit AOK wird fortgeführt, 06.04.2016 <<https://aok-bw-presse.de/landesweite-presseinfos/lesen/gesund-es-kinzigtal-erfolgreicher-vertrag-mit-aok-wird-fortgefuehrt.html>>.

25 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 15f.

26 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 16では、最も望ましい節約のプロセスとして、心疾患・循環器疾患への対応例が示されている。スクリーニングの実施や予防活動を行い、心筋梗塞や脳卒中の発症後に対応する救急医療の組織とこれに参加する病院における診療過程の改善を図ることにより、心筋梗塞や脳卒中の発症数を少なくし、後遺症も減らす。これにより年間75件の脳卒中のうち平均4万7,000ユーロを要する20件の後遺症治療を経費できれば、全体で94万ユーロの節約になり、これに要する費用は20万ユーロであるという。

27 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 12, 14.

かかりつけ医・心理療法士は登録した被保険者の健康について総合的に観察する役割を持ち、健康アドバイザーがかかりつけ医などと連携して、必要に応じて、専門医などと連絡を取り、被保険者のサポートを担当する²⁸。

統合診療では、契約医などを選択する自由を制限し、一定の範囲内の医療機関への受診のみを認める形態も可能であるが²⁹、統合診療「健康キンツィヒタール」は制限を設けず、GK GmbHと給付パートナー契約を締結した者以外の給付提供者も受診できることとしている。その理由は、受診先を制限した場合、統合診療「健康キンツィヒタール」内の給付提供者とそれ以外の給付提供者との間の連携を難しくしてしまうこと、統合診療「健康キンツィヒタール」の給付パートナーの医療機関だけでは希少疾患に対応できないこと、複数の疾患を抱えるため複数の診療科を定期的に受診しなければならない患者を排除してしまいかねないことなどである³⁰。

登録に際し、被保険者は追加の保険料の支払いを要せず、AOKにおける通常の保険料への上乗せはない。

登録した被保険者には、特別の給付が無料で提供される。まず、健診・保健指導の面では、健康リスクファクターのある患者や慢性疾患を持つ被保険者は、登録後3か月以内に、健康リスク・兆候を把握するための総合健診を受けることができる。健康状態に関する認識を医師と患者との間で共有し、予防や治療に関する目標を設定する給付もある。予防に関しては、肥満児と家族に対する栄養運動管理プログラム、骨粗しょう症、糖尿病、高血圧、心不全などのリスクがある者に対する診療ガイドラインと治療方針に基づくサポートや医療を提供するプログラムがある。診療面では、就業者のための時間外診療、慢性疼痛や慢性脊椎症に関する専門医と

28 GK GmbH, *Gesundes Kinzigtal Programm Jan-Jun 2023*, S. 47.

29 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), *Übersicht über das Sozialrecht, 2019_2022*, S. 255.

30 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 20f.

かかりつけ医によるカンファレンスなどがある。

予防のプログラムには、心臓、骨粗しょう症、糖尿病、禁煙などがあり、統合診療「健康キンツイヒタル」に登録した被保険者は、かかりつけ医を通じて申し込むことができる。例えば、「丈夫な心臓」(Starkes Herz) プログラムは、かかりつけ医が定期的に診察を行い、健康アドバイザーとかかりつけ医の診療所に属する医療専門職員 (Medizinische Fachangestellte)³¹が共同して対象者の健康状態をチェックし、心不全や冠動脈心疾患の早期発見に努め、運動、食事、喫煙などの生活習慣の改善をサポートするものである。「骨粗しょう症」(Osteoporose) プログラムは、18か月間のプログラムであり、整形外科医が骨密度測定を行い、骨粗しょう症のリスクを判定して対象者とともに治療方針を決定する。その上で、対象者は、毎週、理学療法士による運動療法を受けることができる。「健康体重」(Gesundes Gewicht) プログラムは、かかりつけ医が定期的に血圧、血中脂肪、血糖値を測定し、8週間の栄養改善コースへの参加などを通じて、食事や運動などの生活習慣を持続的に改善しようとするものである。「糖尿病」(Diabetes Mellitus) プログラムでは、健康アドバイザーがサポートを行い、栄養、運動、禁煙に関するサービスや眼科検査を提供する。「ついに禁煙」(Endlich Rauchfrei) プログラムは、禁煙コースや栄養・運動・ストレス解消コースへの参加、定期的な呼気二酸化炭素含有量測定を通じて、生活習慣を改善し、禁煙を目指すものである。いず

31 医療専門職員は、職業教育法 (Berufsbildungsgesetz - BbiG) に基づく医療専門職員に関する職業訓練令 (Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. MedF AngAusbV) により、職業教育訓練が必要な職業として公認されており (1条)、3年の教育期間の間に (2条)、労働安全衛生、コミュニケーション、患者の世話・患者への助言、診療所運営管理、会計事務、文書管理、医師の指導監督の下での診断治療方法の実施、予防・リハビリテーションの基礎等を修めることとされ (4条)、中間試験と卒業試験が課せられている (8条、9条)。

れのプログラムにおいても、かかりつけ医による総合的な医学管理（umfassende Betreuung）と担当健康アドバイザーによる健康相談とサポートが行われる³²。

一方、公的疾病保険の通常の給付を受ける際に追加負担金（Zuzahlung）を免除するといった金銭的インセンティブを与えることによって、登録を促す仕組みは設けていない³³。複数の疾患を抱えた高齢者には、別途、追加負担金の全部又は一部が免除されることが多いこと、質の高い医療連携を安い価格で提供することが被保険者に疑念を抱かせることなどが理由である³⁴。

登録者は、2020年、8,144人、男性3,682人、女性4,462人である³⁵。

（４）医療機関などの給付提供者の参加と報酬

医療機関などの給付提供者は、GK GmbHとの間で給付パートナー契約を締結することにより、統合診療「健康キンツィヒタル」に参加する。GK GmbHの給付提供者のうち、契約医と心理療法士は、調整の業務を担当することができる³⁶。契約パートナーは、2020年、開業医の診療所33か所、家庭医24人、専門医及び心理療法士23人、腎臓外来診療センター2か所、オルテナウ郡立病院（Ortenauklinikum）の3分院、病院の心理療科1か所（Celenus Klinik Kinzigtal）、リハビリテーション病院1か所

32 GK GmbH, Jahresbericht 2020, S. 17f., GK GmbH (Fn. 28), S. 49-59.

33 なお、参加特典として、GK GmbHの協力パートナーであるスポーツクラブで使うことができる15ユーロのクーポン券が提供される。GK GmbH (Fn. 19), S. 25

34 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 18, 20.

35 GK GmbH (Fn. 32), S. 6f.

36 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 14.

(Rehaklinik Klausenbach)、老人ホーム8か所、訪問介護3か所などである³⁷。

契約医に適用される診療報酬制度については、統合診療「健康キンツイヒタール」に参加しても、通常の公的医療保険における診療報酬制度が維持される。通常の診療報酬制度は、疾病金庫がいったん州の金庫医協会に診療報酬の総額を全体報酬（Gesamtvergütung）として支払い、その後、会員の契約医に分配する仕組みである（社会法典第5編85条1項、4項）。統合診療「健康キンツイヒタール」の契約や契約医の統合診療「健康キンツイヒタール」への参加によって、金庫医協会に支払われる全体報酬が縮減されることはない。

統合診療「健康キンツイヒタール」に関する診療に対しては、GK GmbHからその規程に基づき、追加報酬が支払われる。追加報酬の対象は、GK GmbHが被保険者に対する診療を適確にコントロールするのに役立ち、又は、医療費の節約に資すると考える付加的な給付であり、（3）に挙げた特別の給付や入院を代替する効果のある外来手術などが該当する。追加報酬の額は、給付提供者とGK GmbHとの契約において、金庫医協会における通常の診療報酬の額に類似・相当する額とするものとされている³⁸。被保険者1人当たり月額報酬のような人頭払い方式（Capitation）を採用せず、出来高払い方式を維持したのは、そうした人頭払い方式では、医師が収益を上げるために本来行うべき検査や治療を実施しなかったり、医学的ではなく金銭的な理由から患者に治療を奨めなかったりするなど、医師と患者との関係に悪影響が及びかねないからである³⁹。

契約パートナーである病院には、GK GmbHからの診療報酬はない。契

37 GK GmbH (Fn. 32), S. 6, 20f.

38 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 15f.

39 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 20.

約パートナーである郡立病院の役割は、抗菌薬使用の適正化、せん妄の予防、リユーマチ診療、禁煙指導などの医療の質を改善するプロジェクトを共同で行うことなどにとどまるようである⁴⁰。

4. 統合診療「健康キンツイヒタール」の評価

続いて、統合診療「健康キンツイヒタール」の特徴を整理し、その成果に関する報告を紹介する。

（1）特徴

統合診療「健康キンツイヒタール」の最大の特徴は、その財務構造にある。また、保健・予防に関するプログラムの構成、かかりつけ医の位置づけなども重要である。順に整理する。

① 財務構造

統合診療「健康キンツイヒタール」は、アメリカにおけるマネジドケアの経験を踏まえて、その問題点を回避するように設計されている⁴¹。設計の要所は、財務の構造である。保健・予防活動により、医療ニーズと医療費を抑制し、その結果、保険者に生じた利益の一部をいわば成果報酬とし

40 Hildebrandt, H. / Gröne, O. / Pimperl, A. / Werner, U. / Huber, B., Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze in: Klauber, J / Geraedts, M / Friedrich, J / Wasem, J. (Hrsg), Krankenhaus-Report 2017 Schwerpunkt: Zukunft gestalten, 2017, S. 174f.

41 Hermann/Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Schwartz/Witzenrath (Fn. 15), S. 19–21.

て、いったんマネジメント組織であるGK GmbHに帰属させ、そこから別途、給付提供者に対し、予防活動などについて出来高払いの追加報酬を支払う構造である。

こうした構造のもとでは、第1に、診療過程において検査や治療を差し控えるなどの節約を行う動機が給付提供者に生じない。第2に、保健・予防中心のプログラムから保険者に生じた利益をGK GmbHに分配するため、統合診療「健康キンツィヒタール」への登録者の募集の際に、リスク選択を行うのではなく、疾病罹患リスクの高い者を登録させるのが合理的である。第3に、疾病罹患リスクの高い者を登録させるのが合理的である以上、複数の疾患を抱えるため、複数の診療科を定期的に受診しなければならない患者を遠ざけないように、登録した被保険者に医療機関の選択の自由を認める必要がある。その結果、過少診療の抑止、リスク選択の回避、医療機関選択の自由が構造的に確保されると考えられる。

また、保健・予防中心のプログラムによる医療費の節約を期待する構造であるから、統合診療契約の期間を長期に設定したところも重要である。

② 保健・予防に関するプログラムの構成

その保健・予防に関するプログラムについては、二次予防（疾病早期発見）と三次予防（医学管理）を統合・連続した形で構成されているところが特徴的である（表参照）。

ドイツの公的疾病保険では、一次予防としての健康増進や二次予防としての疾病早期発見が社会法典第5編に給付として位置付けられている。一次予防については、疾病金庫が定款に、疾病リスクの抑止・低減、被保険者の自己決定に基づく健康増進の給付を規定することとされ（20条1項1文）、生活習慣病予防の給付、生活空間における健康増進・予防の給付、事業所における健康増進の給付として実施することになっている（20条4項）。二次予防については、18歳以上の被保険者が請求できる成年健康診査における医師によるスクリーニング検査等（25条）、がんの早期発見プ

(表) 公的疾病保険と統合診療「健康キンツィヒタール」の予防給付の比較

	公的疾病保険	統合診療「健康キンツィヒタール」					
一次予防 健康増進	生活習慣病予防の給付						
	煙草やアルコール摂取量の減少、健康リテラシーの向上などを目的とした健康教室を想定。						
	生活空間における健康増進・予防の給付						
	住居、学校、大学、医療介護施設、余暇・スポーツ施設における総合的な健康増進活動を助成。						
	事業所における健康増進の給付						
事業所での健康増進活動を助成。							
二次予防 疾病早期発見	児童・青少年健診						
	18歳までの者の健診、6歳までの者の歯科健診。						
	成年健診				登録後3か月以内の総合健診		
	18歳以上の被保険者が請求可能。心臓循環器疾患、腎臓病、糖尿病、がんなどにつき、医師によるスクリーニング検査を実施。				健康リスクファクターのある患者や慢性疾患を持つ被保険者を対象に、健康リスク・兆候を把握。		
	がん早期発見プログラムの給付				健康状態に関する認識を医師と患者との間で共有し、予防や治療に関する目標を設定する給付	肥満児と家族に対する栄養運動管理プログラム	骨粗しょう症、糖尿病、高血圧、心不全などのリスクがある者に対する診療ガイドラインと治療方針に基づくサポートや医療を受けるプログラム(心臓、骨粗しょう症、糖尿病、禁煙など)
欧州委員会によるガイドラインの対象とされたがんが対象。対象者への検診について定期的な連絡、検診の有効性やリスクなどについての情報提供を実施。							
三次予防 疾病管理	傷病治療の給付(医科と歯科の外来診療、医薬品の支給、療法・補装具の給付、在宅看護、病院診療、医学的リハビリテーションなど)						

(出典) 筆者作成

プログラム (25a条)、18歳までの者に対する健康診査、6歳までの者に対する歯科健康診査を行う児童・青少年健康診査がある (26条1項、2項)。

三次予防は、疾病の医学的管理など、通常の診療である。傷病治療の給付として医科と歯科の外来診療 (28条)、医薬品の支給 (31条)、療法・補装具の給付 (32条、33条)、在宅看護 (37条)、病院診療 (39条)、医学的リハビリテーション (40条) などにおいて行われる。それぞれ、被保険者が請求することができる個別的な給付である。

これに対し、統合診療「健康キンツィヒタール」の予防に関するプログラムは、二次予防と三次予防を統合・連続する形で構成され、その上で、患者の申込みに基づき提供される。健康診査とその後の医学管理や治療の流れ・スケジュールが計画化・可視化され、そうしたプログラムに、患者が申込みという行為を通じてコミットする形になっているのである。患者

が自ら選択して登録したかかりつけ医による定期的な診察や健康アドバイザーによる相談などのサポートと相俟って、患者に対する通院・治療継続の動機づけや治療中断の回避の面で、効果的であると考えられる。

③ かかりつけ医の位置づけと医療機関を選択する自由

かかりつけ医の位置づけも特徴的である。被保険者が選定したかかりつけ医は、その被保険者の健康を総合的に観察し、専門医などとの連絡に当たる役割を持ち、上掲のとおり、二次予防・三次予防を統合したプログラムにおいて重要な役割を持つ。ただし、かかりつけ医は、随時、変更することができる。また、受診先は給付パートナー契約を締結した給付提供者に限定されておらず、医療機関を選択する自由も維持されている。

④ コンサルタント企業の位置づけ

コンサルタントであるOptiMedis AGの位置づけについても、注目しておきたい。OptiMedis AGは、統合診療契約の当事者であるGK GmbHに出資しており、統合診療「健康キンツイヒタール」の構造の中核的な部分に強く組み込まれている。OptiMedis AGは、出資者として利益配当を受け取るのであるから、OptiMedis AGの収益は、統合診療「健康キンツイヒタール」による医療費の節約の成否に依存する。このため、OptiMedis AGには、統合診療「健康キンツイヒタール」の運営に継続的に関与し、その改善の提案などに積極的に取り組む経済的な動機が生まれる。コンサルティングへの対価としてのコンサルタント料の支払いよりも、コンサルタント企業の積極的かつ真摯な関与を引き出し得る点で、優れた構造になっていると評価できる。

(2) 成果

疾病金庫の利益は、売上高から変動費を差し引いた限界利益

（Deckungsbeitrag）ベースで、2007年から2018年の間に総額5,310万ユーロ拡大し、2018年では560万ユーロ増加したとされ⁴²、医療費の節約効果があったとみられる。

統合診療「健康キンツィヒタール」に登録した被保険者は、そうでない者に比べ、平均2.8年、長命であり、長期の介護を受けるに至る時期は平均4.1年遅いとされる⁴³。骨粗しょう症による骨折の有病率が対照群よりも大幅に低くなり、心臓病の死亡率も大幅に減少したといった成果も報告されている⁴⁴。

一方、ある非無作為化観察研究では、統合診療が存在しない対照地域と比較して、医療の質の低下は見られなかったものの、個別指標では、糖尿病の疾病管理プログラム参加者の割合、入院を必要とする中等度のうつ病と診断された患者の割合などの6指標は対照地域よりも優れているが、12か月間に増悪のため入院を必要とした慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者の割合や副作用のため入院を必要とした65歳以上患者の割合などの7指標では劣っているなど、統合診療「健康キンツィヒタール」による医療の質の向上は実証されなかったという⁴⁵。

医療の質に関する指標と疾病金庫の利益の拡大に反映された医療費の削

42 GK GmbH (Fn. 13), Historie und Meilensteine in der Gesundheitsversorgung des Kinzigtales.

43 GK GmbH (Fn. 28), S. 44.

44 Milstein, R. / Blankart, C-R., Country Background Note: Germany, 2016 <<https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-Ways-to-Pay-for-Health-Care-Background-Note-Germany.pdf>>, 8.1.

45 Schubert, I. / Stelzer, D. / Siegel, A. / Köster, I. / Mehl, C. / Ihle, P. / Günster, C. / Dröge, P. / Klöss, A. / Farin-Glattacker, E./ Graf, E. / Geraedts, M. /, 10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“, Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 465–72. この非無作為化観察研究では、キンツィヒタール地域と構造的に比較可能な13の対象地域を対照群とし、2006年から2015年の間のAOKのデータによる101の指標に基づく評価が行われた。

減との関係について、公衆衛生学などにおける実証研究が待たれる。

5. わが国への示唆

最後に、これらの特徴を踏まえ、わが国への示唆をとりまとめる。

(1) かかりつけ医とフリーアクセス

第1に、かかりつけ医（Ärzte des Vertrauens）の位置づけと医療機関選択の自由である。統合診療「健康キンツィヒタール」では、被保険者の登録は自由であり、登録する際に選定したかかりつけ医も、随時、変更することができる。受診先も、登録したかかりつけ医などの給付パートナー契約を締結した給付提供者に限定されていない。このような医療機関を選択する自由を保障する枠組みの中で、予防活動やそれを通じた医療費の節約について、相応の成果が上がっているようであり、このことは、フリーアクセスの制限が予防活動や医療費の抑制の目的との関係では、必ずしも重要ではない可能性を示唆する。

わが国にも、統合診療「健康キンツィヒタール」のかかりつけ医に相当する機能を評価する診療報酬上の制度がある。例えば、地域包括診療料は、主治医機能を持った中小病院及び診療所において、担当医を決めた上で、複数の慢性疾患を有する患者に対して、計画的な医学管理や健康管理、他の保険医療機関との連携など、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価する⁴⁶。こうした「かかりつけ医」に関し、患者がその登録をし

46 診療報酬の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示59号）別表第一 医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部医学管理等B001-2-9、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4

ていない医療機関への受診に対して一定の患者負担を徴収すべき旨の提案もあるが⁴⁷、統合診療「健康キンツィヒタール」の経験を踏まえれば、慎重であるべきであろう。

（2）特定健診・特定保健指導から治療への移行

第2に、特定健診・特定保健指導との関係である。わが国では、具体的な医療連携のための行為が診療報酬上の評価の対象になっている⁴⁸。保険医療機関の間で自由に連携関係を設定し、患者紹介、情報提供、退院カンファレンスなどの連携のための行為が行われる。ドイツのような法制度の違いに基づくセクター間の分断がないこともあり、医療現場では、必要に応じて、医療連携が行われていると考えられる。ただし、予防活動や特定健診・特定保健指導と治療との間の関係が見えにくい。特定健診・特定保健指導では、医療機関への受診が必要な場合、その受診が勧奨されるにとどまるからである。これに対し、統合診療「健康キンツィヒタール」は、わが国の特定健診・特定保健指導に相当する健康診査などとその後の治療プログラムを連続して提供する形になっている。

わが国においては、統合診療のような仕組みがなくとも、開業医や健康アドバイザーなどが連携して行う治療プログラムを設定しておき、特定保健指導に引き続いてプログラムに参加できる仕組みを導入することが可能

日保医発0304第1号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知）別添1医科診療報酬点数表に関する事項第2章特掲診療料第1部医学管理等B001-2-9参照。対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症の6疾病のうち、2つ以上を有する者である。

47 財政制度等審議会建議「歴史の転換点における財政運営」（令和4年5月25日）45頁、46頁参照。

48 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部医学管理等B004退院時共同指導料1、B009診療情報提供料（I）、B011連携強化診療情報提供料など参照。

なように思われる。また、統合診療「健康キンツィヒタール」における健康アドバイザーの業務には健診機関の職員を充て、特定健診・特定保健指導と同様、保険者と健診機関が集合契約を締結し、業務に従事させることも考えられる。これらは、統合診療のような新たな法的枠組みを要しないであろう。

（3）保険者と保険医療機関との個別契約に基づく成果報酬

第3に、保険者と保険医療機関との個別契約の可能性である。統合診療「健康キンツィヒタール」は、公的疾病保険とその一般的な給付提供者を前提としながら、保険者と医療機関が個別契約を締結し、地域限定の部分的な保健医療連携によるサービスを提供する制度である。わが国でも、既存の保険医療機関や診療報酬の制度の下で、保険者と保険医療機関とが個別契約を締結することにより、成果報酬を支払う仕組みを導入する余地があると思われる。

例えば、地方圏の一定範囲の地域において、国民健康保険の保険者である都道府県・市町村、全国健康保険協会の支部などの保険者グループと、その地域の医師会や保険医療機関のグループとが個別契約を締結し、糖尿病、骨粗しょう症、心疾患などの疾患別に予防・疾病管理プログラムを策定する。予防・疾病管理プログラムは、二次予防・三次予防に要する一定の診療行為の標準的なパッケージとして医療保険加入者に提示し、同プログラムへの参加を希望する加入者は、保険医療機関を通じて登録する。ただし、このプログラムに記載される診療行為はあくまで標準として位置付け、個々の診療における必要に応じて、保険適用されている診療行為・医薬品の使用ができることとする。診療報酬支払い方式には、「診療報酬の算定方法」をそのまま適用し、診療報酬点数表に記載された算定区分と点数に基づき、診療報酬を支払う。そして、医療費の節約分の多寡に応じて、別途、成果報酬を支払う。その成果報酬部分の原資には、その一定範囲の

地域における医療費の節約分、すなわち、保険者のグループの保険給付の費用の減少分の一定割合、例えば、2分の1を当てる⁴⁹。

このような仕組みの下では、一方で、出来高払い方式の診療報酬を通じて、患者とその個別性、それらに応じた医師の裁量に配慮することができるし、他方で、二次予防・三次予防の成果に基づき報酬が支払われる可能性を通じて予防活動が促進され、医療費が節約されることも期待できる。

（4）予防活動・治療プログラムによる医療費削減

第4に、予防活動・治療プログラムによる医療費削減の可能性である。上述のような成果報酬の原資は、わが国においても、予防活動や治療プログラムの実施を通じて達成される保険医療費支出の削減から、捻出できる可能性はある⁵⁰。ただし、保険医療支出の削減の成否やその幅を計算する

49 成果報酬は、当該年度の医療費の節約分を算定した後、翌年度に支払うことが考えられる。その支払い方式にはさまざまな方式があり得ようが、予防・疾病管理プログラムにおいて登録患者に対して行われた診療に要した通常の診療報酬に一定率を乗じた額を支払う方式（実質的には、点数単価を引き上げ、その1点10円を超えた部分に基づき算定した額を翌年度に支払う形になる）やプログラムによる診療1件当たり定額を支払う方式などが考えられる。なお、スタートアップ資金が確保できれば、初年度から成果報酬相当額を支払うことも可能であろう。

50 とはいえ、2020年、日本の高齢化率は28.6%であり、ドイツ21.7%、フランス20.8%、イギリス18.7%、アメリカ16.6%など（内閣府『令和4年版高齢社会白書』7頁参照）を大きく引き離し、圧倒的に高いにもかかわらず、医療支出の対GDP比は、日本11.1%、ドイツ12.8%、フランス12.2%、イギリス12.0%、アメリカ18.8%、国民1人当たり医療支出は、日本4,665.6ドル、ドイツ6,939.0ドル、フランス5,468.4ドル、イギリス5,018.7ドル、アメリカ1万1,859.2ドルであるから（Health expenditure and financing, OECD Health Statistics 2022 < <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>> 参照）、マクロ的に見れば、わが国では、特に、協会けんぽの都道府県単位保険料率が低い新潟県（2022年9.51%）、富山県

際に必要となる削減前の保険医療費の額をどのように設定するか、その算定方法が問題となる。予防活動や治療プログラムを導入した初年度については、前年度実績を基準とすることができるが、翌年度以降は、人口構造や疾病罹患率の変化などを踏まえ、基準となる額を設定しなければならない。保険者と診療側双方が納得できる算定方法を定めることができるかが鍵となろう。

また、予防活動や治療プログラムの実施には中長期的な取組みが必要であり、医療費削減の効果が顕れるまでに相応の時間がかかることから、対象とする地域は、住民の流入流出が少ない地方圏の一定の限られた地域が適切であると考えられる。加えて、医療費削減効果が顕れるまで、スタートアップ資金の供与が必要であろう。その原資をどのように確保するかも課題となる。

〔謝辞〕

本稿については、健康保険法100周年研究会（科研基盤（B）「医療保険制度の史的検証と改革案提言に向けた基盤研究—健保法制定100年を契機に」）において報告を行い、出席者の方々から様々なご指摘をいただきました。ここに記して、感謝の意を表します。

〔付記〕

本稿は、JSPS科研費JP20K01327、MEXT 科研費JP21H00663による研究成果の一部である。

（同年9.61%。全国健康保険協会「令和4年度都道府県単位保険料率」<<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat330/sb3130/r4/220202/>>）などの地域では、医療費の削減余地は乏しいかもしれない。