

CONFIDENTIAL



いい病院の研究会
ドイツ医療制度と日本の医療制度
比較とヒント

2016/02/25

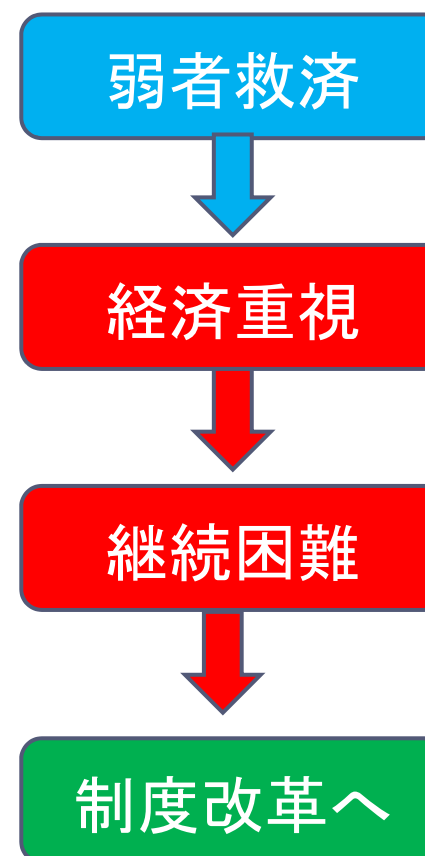
「いい病院」を研究するとは？

◇日本の医療制度の黎明期
明治維新以降、急激に近代化を図ってきた。
戦前・戦中・戦後を得て、市民の為の医療の色彩が強くなる。

◇国民皆保険制度
日本の医療制度を象徴する、全員で支える国民皆保険制度。

◇1970年代～1990年代
医療費亡国論（医療費の抑制政策へ）
大学医局による医師派遣制度の完成
医療現場へのITの導入始まる

◇2000年代～
介護保険制度の開始（ドイツをモデル）
小泉改革（医療費のさらなる抑制政策、診療報酬の初の削減）
臨床研修医制度の必修化（医局医師派遣制度の破壊）
医学部定員数の増加（2008～2017の10年間）
地域包括ケアシステム（医療介護の効率化）



ドイツってどんな国？



国旗は19世紀ドイツ統一運動の時に学生義勇軍が着ていた黒いマント、赤い肩章、金ボタンに由来するそうです。

黒＝勤勉 赤＝情熱 金＝名誉

面積：357,000平方km（日本から四国を除いたくらいの面積）

人口：8,052万人（世界第20位）

首都：ベルリン（343万人）

宗教：カソリック（2,546万人）、プロテスタント（2,483万人）

GDP：欧州第1位（世界第4位）

欧州の経済大国・ドイツ

ドイツの正式名は「ドイツ連邦共和国」です。第2次世界大戦後、東ドイツと西ドイツの2つの国家に分かれていましたが、1989年、東西ドイツを隔てていたベルリンの壁が壊され、1990年に再び統一国家となりました。

GDPは欧州1位、ヨーロッパ経済をけん引する国家です。

世界一のチョコレート大国

国民一人当たりの
年間チョコレート消費量が約10キロ
糖尿病患者向けのチョコレートも販売されている



ケルン「チョコレートミュージアム」
カカオ栽培、チョコレートの噴水、レトロなチョコレートのパッケージや自動販売機などの見学、試食もできる博物館。

ドイツに行かれたら、是非、行ってみたい場所ですね！
ビールより、チョコレートですよ！

Hachez (ハシェ)

LAUENSTEIN (ローエンシュタイン)

Milka (ミルカ)

Ritter Sport (リッタースポーツ)

本日の構成

- 1) 各国の医療制度の比較
財源比較～制度の違いについて、おさらい
- 2) ドイツ医療制度のコンセプト
- 3) ドイツの医療提供体制の概要
おおよその概要

各国の医療制度

諸外国の医療保険制度の比較

	イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
臨床医数 /人口 1,000 人 (OECD 平均 3.1 人)	○2.7 人 (OECD 平均-0.4 人)	○3.4 人 (OECD 平均+0.3 人)	○3.6 人 (OECD 平均+0.5 人)	○3.6 人 (OECD 平均+0.5 人)	○2.4 人 (OECD 平均-0.7 人)	○2.2 人 (OECD 平均-0.9 人)
急性期病床数 /人口 1,000 人 (OECD 平均 3.6 床)	○2.7 床 (OECD 平均-0.9 床)	○3.5 床 (OECD 平均-0.1 床)	○5.7 床 (OECD 平均+2.1 床)	○2.2 床 (OECD 平均-1.4 床)	○2.7 床 (OECD 平均-0.9 床)	○8.1 床 (OECD 平均+4.5 床)
医療計画	○保健省が予算計画・ビジネスプランを策定。全国 152 の PCT が地域医療計画を作成し、全国 10 の戦略的保険当局は PCT の業務が適切に行われているか管理・監督。	○大枠は、国が毎年の社会保障財政法の中で医療保険支出・全国目標 (ONDAM) 等を示す。その枠組みの下で地方医療庁が地域保健医療計画を策定し、医療供給体制を管理する。	○国が大枠を定め、疾病金庫 (公的保険機関)・医師・病院が契約を結ぶことで計画を作成。それぞれの計画について州政府・疾病金庫・医師協会などが適宜会議体を組織して決定。	○国が医療ケア行動計画を策定し大まかな原則を決定。ランスタイングが具体的な計画を策定し責任を負う。	○連邦政府は健康に関する目標値を設定。大部分の州政府は新規の医療サービス等の承認を行う CON プログラムを採用 (承認対象は州により異なる)。	○厚生労働大臣は基本方針を定める。都道府県は基本方針に即して医療計画を定める。
高額医療費の負担	○外来処方箋は一処方当たり定額負担、歯科医療は 3 種類の定額負担。高齢者・低所得者・妊婦には免除があり、薬剤については免除者が多い。	○登録を受けた医師は国の定める診療報酬を超過する請求が認められ、この部分は自己負担となる。薬剤費は薬効に応じた償還率 (65%~15%) で公的保険がカバーし、残りが自己負担となる。自己負担をカバーする民間保険は普及率が 8 割を超える。	○高度医療・新薬については公的保険がカバーしていないが民間保険はカバーしている場合もある。	○ランスタイングが自己負担額を設定するが、法により上限が定められている。	○公的医療保険では高額な医療費の部分は自己負担となるが、民間保険には高額な医療費に対して高額医療費保険が存在している。高額医療費保険では患者負担の上限額が決められている。	○医療保険により自己負担限度額を超えた部分が払い戻される高額療養費制度がある。

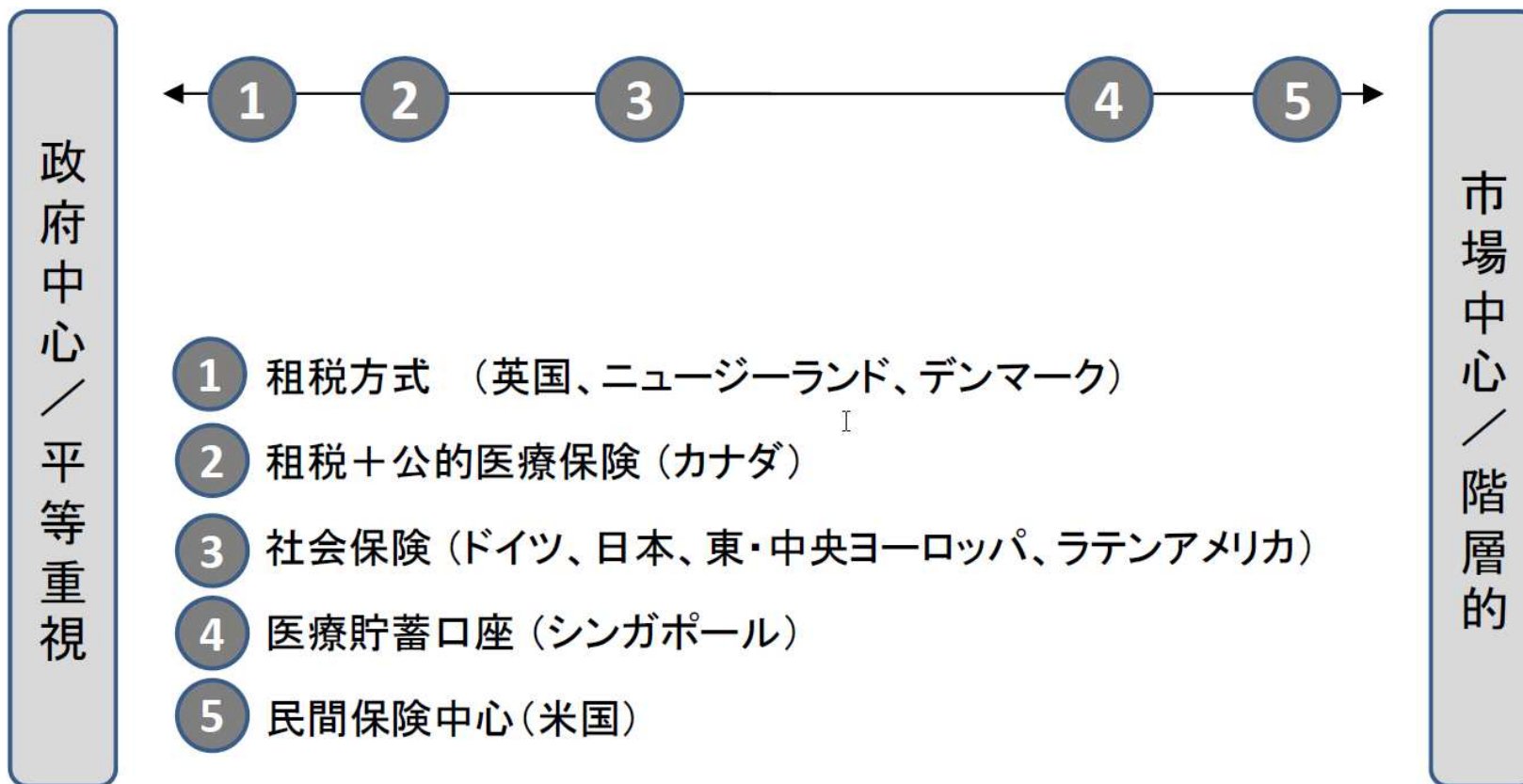
※医療制度については財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」(H22.6)、日本医療政策機構「スウェーデンの医療政策と高齢化対策」(H24.3.19)、国立国会図書館調査及び立法考査局「外国の立法 No.243-1」『【アメリカ】医療保険改革法成立』(H22.4)より。

※OECD 加盟国データは日本医師会総合政策研究機構「医療関連データの国際比較 2010-OECD Health Data 2010 より」(H22.9.10)より。臨床医数・急性期病床数はデータのない加盟国があるため順位を省略している。

◇医療制度は一つではない
各国とも、それぞれに特徴があり、利点・欠点を持っている。
日本はその中でも、かなり国民に対して優遇施策と評価できる。
しかし、各国も日本などを見本に改革を1970年代より開始している。

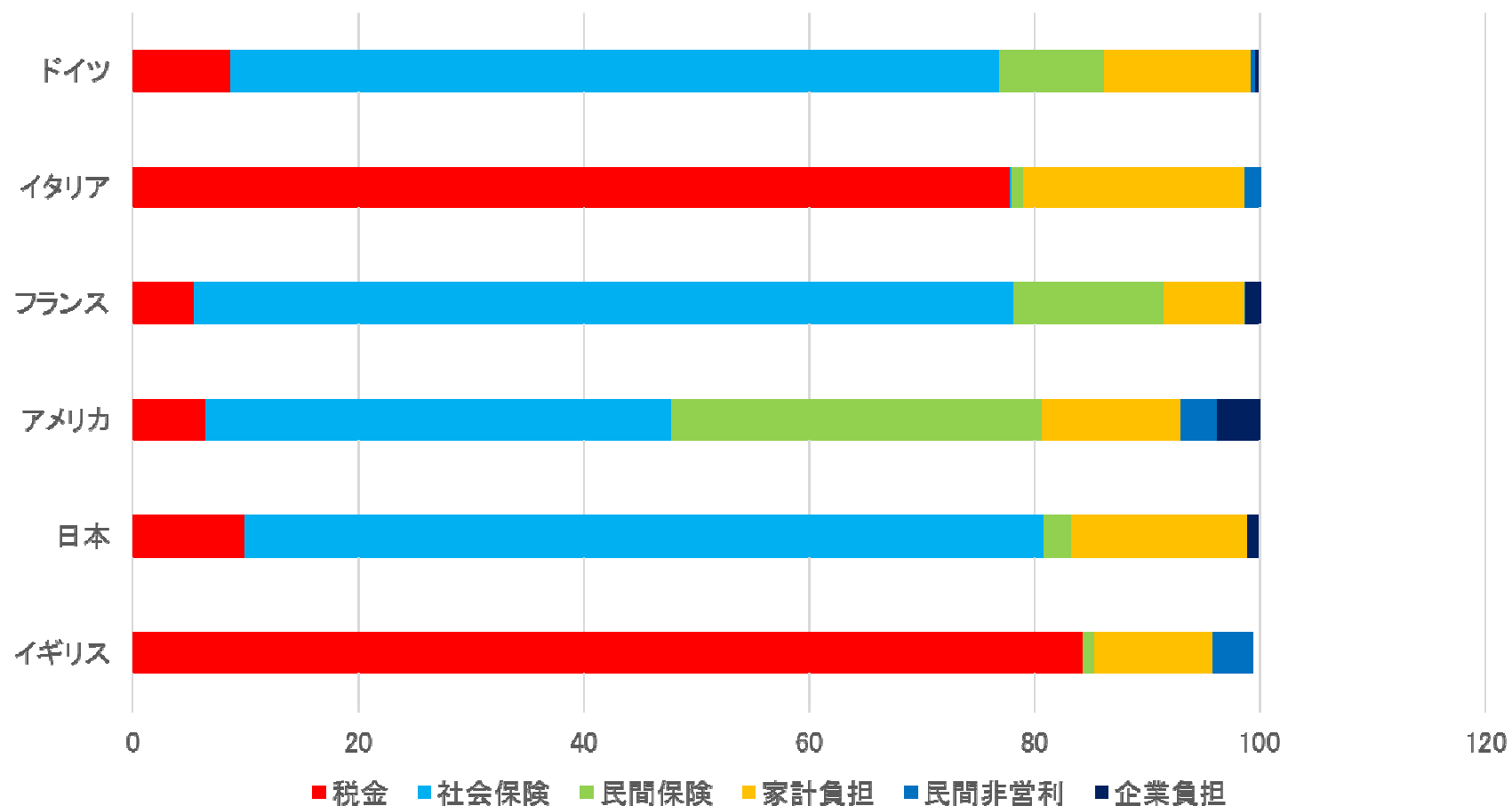
各国の医療制度からヒントはないか？

‘Five types’ of Health system



主要国の医療支出財源の比較

総保健医療支出の財源の比較(2009年)



医療費負担の比較（2010年）

OECD加盟国の医療費の状況（2010年）

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	17.6	1	8,233	1	
オランダ	12.0	2	5,056	4	
フランス	11.6	3	3,974	10	
ドイツ	11.6	3	4,338	9	
カナダ	11.4	5	4,445	7	
スイス	11.4	5	5,270	3	
デンマーク	11.1	7	4,464	6	
オーストリア	11.0	8	4,395	8	
ポルトガル	10.7	9	2,728	23	
ベルギー	10.5	10	3,969	11	
ギリシャ	10.2	11	2,914	22	
ニュージーランド	10.1	12	3,022	20	
スウェーデン	9.6	13	3,758	12	
イギリス	9.6	13	3,433	15	
スペイン	9.6	13	3,076	18	※
日本	9.5	16	3,035	19	※
ノルウェー	9.4	17	5,388	2	
イタリア	9.3	18	2,964	21	
アイスランド	9.3	18	3,309	16	
アイルランド	9.2	20	3,718	13	
オーストラリア	9.1	21	3,670	14	※
スロベニア	9.0	22	2,429	24	
スロバキア	9.0	22	2,096	26	
フィンランド	8.9	24	3,251	17	
チリ	8.0	25	1,202	32	*
ルクセンブルク	7.9	26	4,786	5	※
イスラエル	7.9	26	2,165	25	※
ハンガリー	7.8	28	1,601	29	
チェコ	7.5	29	1,884	28	
韓国	7.1	30	2,035	27	
ポーランド	7.0	31	1,389	30	
エストニア	6.3	32	1,294	31	
メキシコ	6.2	33	916	33	*
トルコ	6.1	34	913	34	※
OECD平均	9.5		3,268		

【出典】「OECD HEALTH DATA 2012」

（注1）上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

（注2）※の数値は2009年のデータ（ただし、トルコは2008年のデータ）

（注3）*の数値は予測値

参考：各国との医療資源比較

医療分野についての国際比較(2010年)

※1)2009年データ

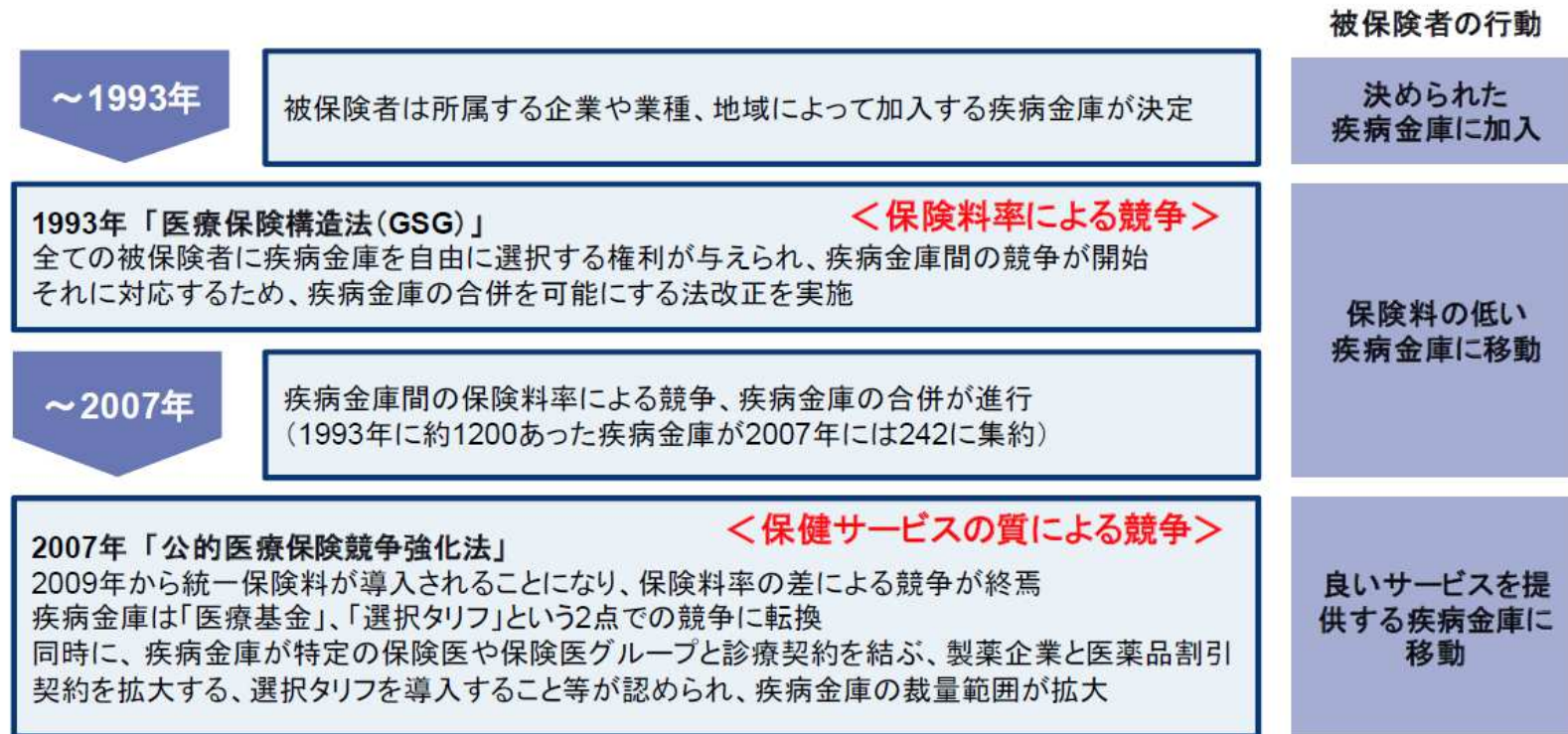
※2)2008年データ

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3. 1	3. 0	8. 3	6. 4	2. 73	13. 6
人口千人当たり 急性期医療病床数	2. 6(※1)	2. 4	5. 7	3. 5	2. 0	8. 1
人口千人当たり臨床医師数	2. 4	2. 7	3. 7	3. 3#	3. 8(※1)	2. 2
病床百床当たり臨床医師数	79. 4	91. 8	45. 2	50. 9#	37. 8(※1)	16. 4
人口千人当たり 臨床看護職員数	11. 0#	9. 6	11. 3	8. 5#	—	10. 1
病床百床当たり 臨床看護職員数	350. 8#	324. 7	136. 7	131. 5#	—	74. 3
平均在院日数	6. 2	7. 7	9. 6	12. 7	5. 7	32. 5
平均在院日数 (急性期)	5. 4	6. 6	7. 3	5. 2	4. 6	18. 2
人口一人当たり 外来診察回数	3. 9(※2)	5. 0(※1)	8. 9	6. 7	2. 9	13. 1(※1)
女性医師割合(%)	31. 8	44. 1	42. 3	40. 8	45. 0(※1)	18. 8
一人当たり医療費(米ドル)	8, 233	3, 433	4, 338	3, 974	3, 758	3, 035(※1)
総医療費の対GDP比(%)	17. 6	9. 6	11. 6	11. 6	9. 6	9. 5(※1)
OECD加盟諸国間での順位	1	13	3	3	13	16
平均寿命(男)(歳)	76. 2	78. 6	78. 0	78. 0	79. 5	79. 6
平均寿命(女)(歳)	81. 1	82. 6	83. 0	84. 7	83. 5	86. 4

ドイツ医療制度 概要

簡単な流れ

ドイツ医療保険政策の変遷 簡略版



(出所)健康保険組合連合会「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究調査報告書」より

全員加入が原則

1883年 「鉄血宰相」ビスマルクの時代に健康保険の前身がスタート。

2009年 全員加入が原則（公的保険とプライベート保険がある）

【保険料】（2015）

労使折半が基本。公的保険料は収入の14.6%となっている。（全体の85%）

「疾病金庫」（2015）

20年前まで約1,000団体ほどあったが、現在は124団体まで減少。

以前は疾病金庫ごとに保険料に違いがあったが、法改正により一律となった。
しかしサービス内容には違いがある為、健康保険会社の比較サイトなどがある。

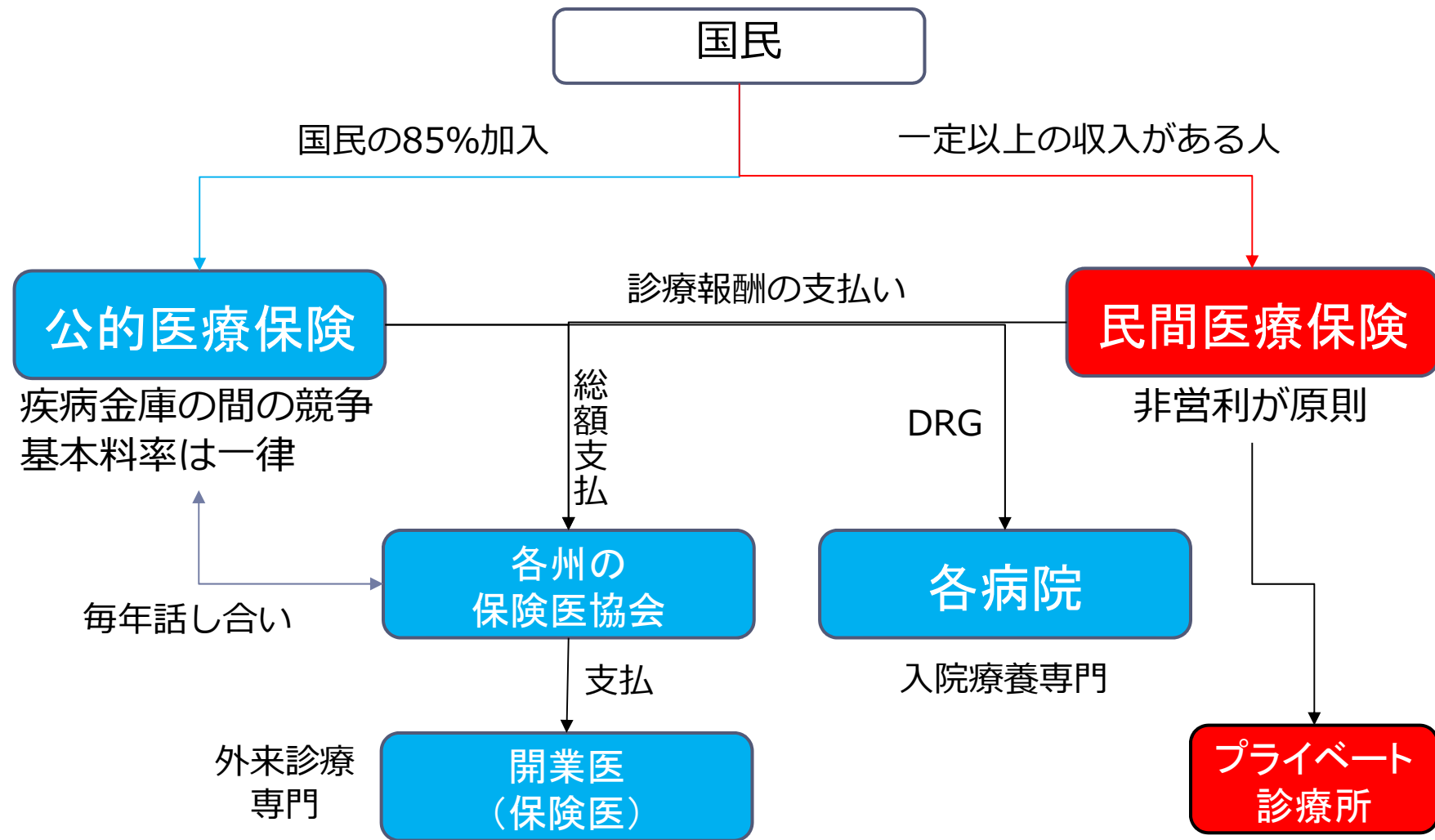
「プライベート保険」

診療する医師のキャリア（部長などの指名ができる）が良かったり、待ち時間がみじかいなど特典あり。

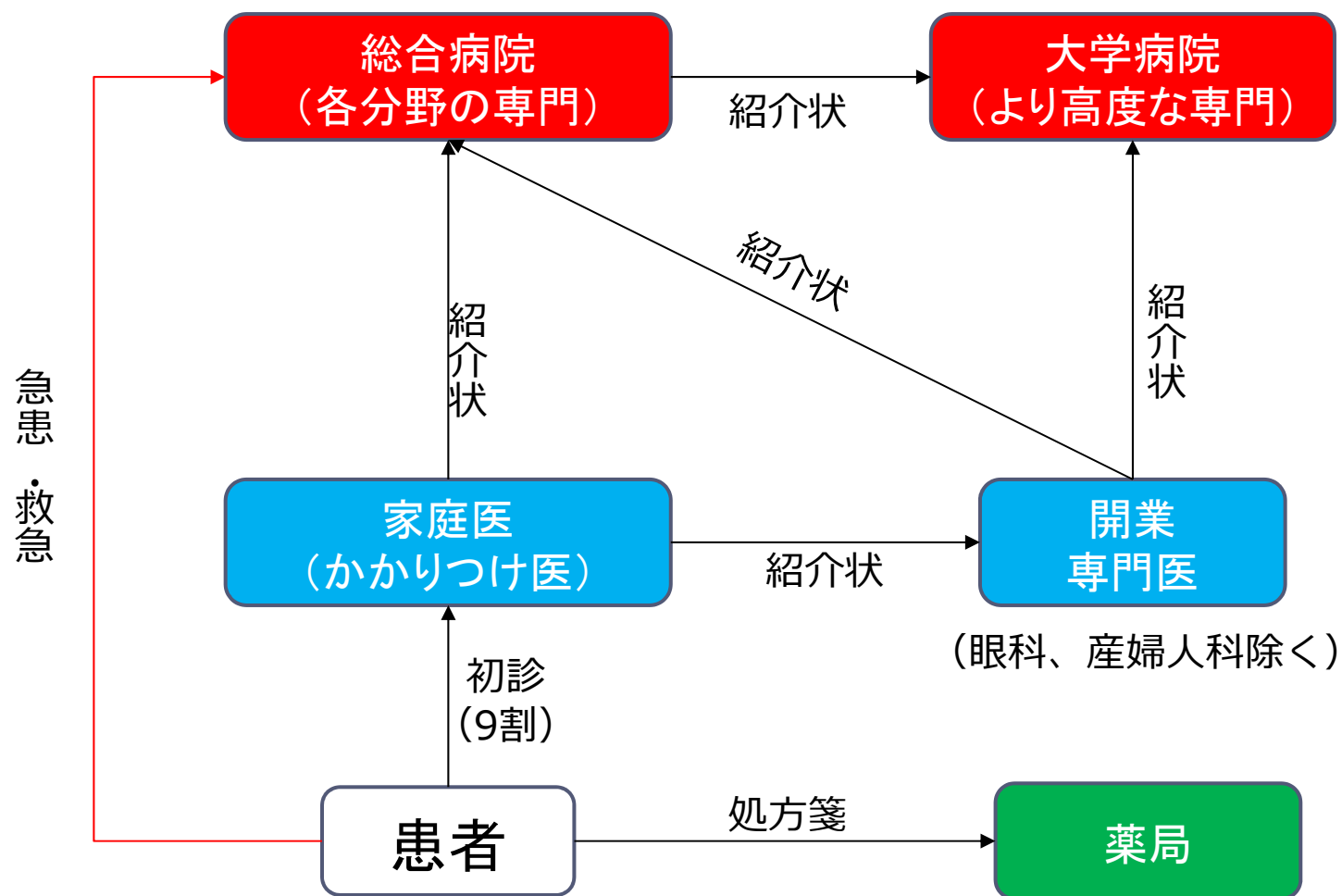
若い時分には、保険料に差はないところか、安いケースもあるが、年齢を重ねる毎に負担金（掛け金）は上昇していく。

また、ドイツの場合、プライベート保険に加入すると、公的保険に戻れないのが特徴。

ドイツの医療制度の骨子



ドイツは、外来／入院／薬局は別



患者負担について

ドイツでは、統一保険料が決まっており、基本タリフによる負担も決まっています。

1) 外来診療

18歳までは無料。

それ以上の人は、1医療機関に四半期ごとに10€を支払う。（高齢者も一緒です）

何度、外来に行っても費用は変わりません。

2) 入院治療

医療機関に入院する場合、1日あたり10ユーロの入院費用が必要です。ただし、1年間で支払いが求められるのは、最高28日分までとの規定がありますので、どんなに入院しても280ユーロを超えた分の支払いは必要ありません。

3) 処方箋

薬が必要な場合は、処方箋を渡されます。それを持って薬局に行きます。

薬局で支払う薬代は、5～10ユーロと決められており、複数の薬が出されても、10ユーロ以上支払うことはありません。しかし、保険適応のない薬や医師の処方箋がない場合には、全額自己負担となるので高額となります。

医療費抑制政策の一環として、ジェネリック医薬品が選ばれる傾向にあります。

利便性など

原則論としては、フリーアクセス

行きたい医療機関に自由に行けます。その日の朝に予約してもOK。

ただし、紹介状なしにハウスアルツト以外を受診した場合は、別途10€程度の外来診察料が請求される。（疾病金庫にもよるが往診もやっている。専門医の場合は数週間待たされることがある。

風邪程度ならば、殆ど診療所には行かない。

ドイツ人は、水を飲んで寝る。診療所に言っても、そう言われる。

ドイツ人は日本人ほど病院（診療所）が好きではない。

ドイツでは、開業医は時間外は診ない。

水曜午後、土日は休みである。

水曜午後、土日と平日夜間は、開業医が輪番で救急当番に当たる（義務）。

救急当番の患者数は、土曜日は20人外来、10～15回往診、夜間（夕方5時～翌朝8時まで）は外来4～5人、往診3～4人往診依頼が多いとのこと。日曜日は土曜日の10%増しの支払。

長期休暇

夏休みは、仲間の医師と交代で、2週間ずつ2回（計4週間）取っている。

これは、ドイツ人の権利とのこと。

救急の場合

◇ドイツの救急車事情「112」

ドイツにはたくさんの救急車の種類がお値段も違います。



病院への搬送患者・・・KTW（58€、100km以内）

緊急性が高い患者・・・RTW（432€、救命士or看護師同乗）

重症度の高い患者・・・NEF（733€、救急医同乗）

救急ヘリ搬送患者・・・RHT（80€/分）

加えて、救急指令センターの手数料を加えて400～1000€くらい発生。

【追加】

家庭医からの要請の場合を除き、初診料10€発生。

ドイツの病院にも応召義務があるので、必ず受け入れてくれます。

また搬送先は、病状、緊急性に応じて病院が決まるので、すぐです。

【往診】

ドイツは開業医は、担当患者に対して24時間対応する法的義務があります。

往診で対応できない場合は、救急車を呼んで搬送をします。

ドイツの薬局事情



ドイツの薬局は2種類。

◇薬局（Apotheke：アポテーケ）

薬剤師がいて、処方箋が必要な薬や、薬剤師のみが販売できるOTC医薬品を販売。

◇薬店（Drogerie：ドロゲリー）

洗剤、石鹸、香水、化粧品、ハーブティなど、薬以外にも様々な製品を販売。

【営業】

ドイツは、閉店法により、夜間・休日は一般的に店舗は営業していません
なので、薬局は輪番で夜間・休日対応サービスを提供しています

【薬の渡し方】

1枚の処方箋で3医薬品までもらえます。

日本のようにばらばらに調剤をせずに、箱でもらえます。（N1、N2、N3で分類）

処方箋にサイズが記載されているとの事。

ドイツでは、不要な医薬品の回収も薬局の仕事です。

また疑義照会などは実施しません。

ほか、薬局や大学病院以外には薬剤師さんいないとの事です。



電子健康保険証



2012年より健康保険証のIC化が終了。

特徴としては、データ管理の権限がユーザーの手にあることが宣言されている点である。これはユーザーが単なるビューワーとしてしか参加できないような、どこかの「健康ITカード」構想とは大違いである。だが、どうもこのドイツの電子健康保険カードは、ウェブとの連携があまり考えられていないようで、当面はスタンド・アローンなデータストレージという位置づけになっているようなのである。これはフランスも同様。

義務的に扱わなければならないデータ

管理データ：個人名、生年月日、医療保険と支払の状態、医療保険者名

電子処方箋データ

ヨーロッパ健康保険証

任意のデータ

薬剤処方記録

救急データ：アレルギー、薬剤過敏症 他

パーソナル薬剤リスク：例)妊娠中

電子患者ファイル：診断記録、エックス線写真 他

ちょっと整理

公的医療保険と民間医療保険とは？

ドイツの健康保険(Krankenversicherung、通称 Krankenkasse)には、公的保険(AOK、DAKなど)と民間保険(通称Privat)があります。この健康保険証(実際にはカード)がないと全額現金払いとなります。ドイツの勤労者の85%は公的保険に加入していますが、収入が多くなると公的保険の支払い額が民間保険より高くなるため、よりサービスの充実した民間保険に加入するようです。

家庭医、病院、大学病院の役割分担

ドイツでは家庭医、開業専門医、病院、大学病院の間で明確な役割分担ができています。好きな病院をすぐ受診できる日本とは、利用方法が違います。通常は、ハウスアルツト(Hausarzt)と呼ばれる「かかりつけ」の家庭医がいます。フランスのように義務付けられておりませんが、疾病金庫では家庭医の設置を推奨しており、経済的なインセンティブなどがあります。実際、9割の人は家庭医を決めています。(いきなり専門医に掛かれますが、別途負担が発生します)そして家庭医が必要に応じて専門医、病院、大学病院を紹介してくれます。一方、病院(Krankenhaus)は主に入院患者の治療を目的としているので、退院すると元の家庭医で経過を診ることになります。

ちょっと整理

ドイツの専門医 (Schwerpunkt Facharzt, Fachärztin)

原則的に、専門医受診の際には家庭医からの紹介が必要です。

例えば内科の専門医の場合、呼吸器、糖尿病、消化器疾患など各々の専門分野の患者のみを扱います。同じ疾患でも家庭医と専門医が診る場合では診療費が異なってきます。

また、ドイツの家庭医でレントゲンや胃カメラの装置を備えているところは日本ほど多くありません。そのため、レントゲン写真が必要と判断された場合にはレントゲン設備のある放射線科医師 (Radiologist) で、胃カメラの場合は消化器専門医のところで検査が行われます。

薬の処方と薬局

医薬分業の進んでいるドイツでは、医師の処方箋を持って薬局 (Apotheke) に行き、薬をもらいます。在庫がない場合は薬局で取り寄せてくれます。日本のように服用時刻や食前・食後、何日分など親切な記載のある袋ではなく、何十錠も入った薬箱ごと渡されます。薬局では服用についての詳しい説明がなされないので、医師に服用の仕方・留意点について聞く必要があります。

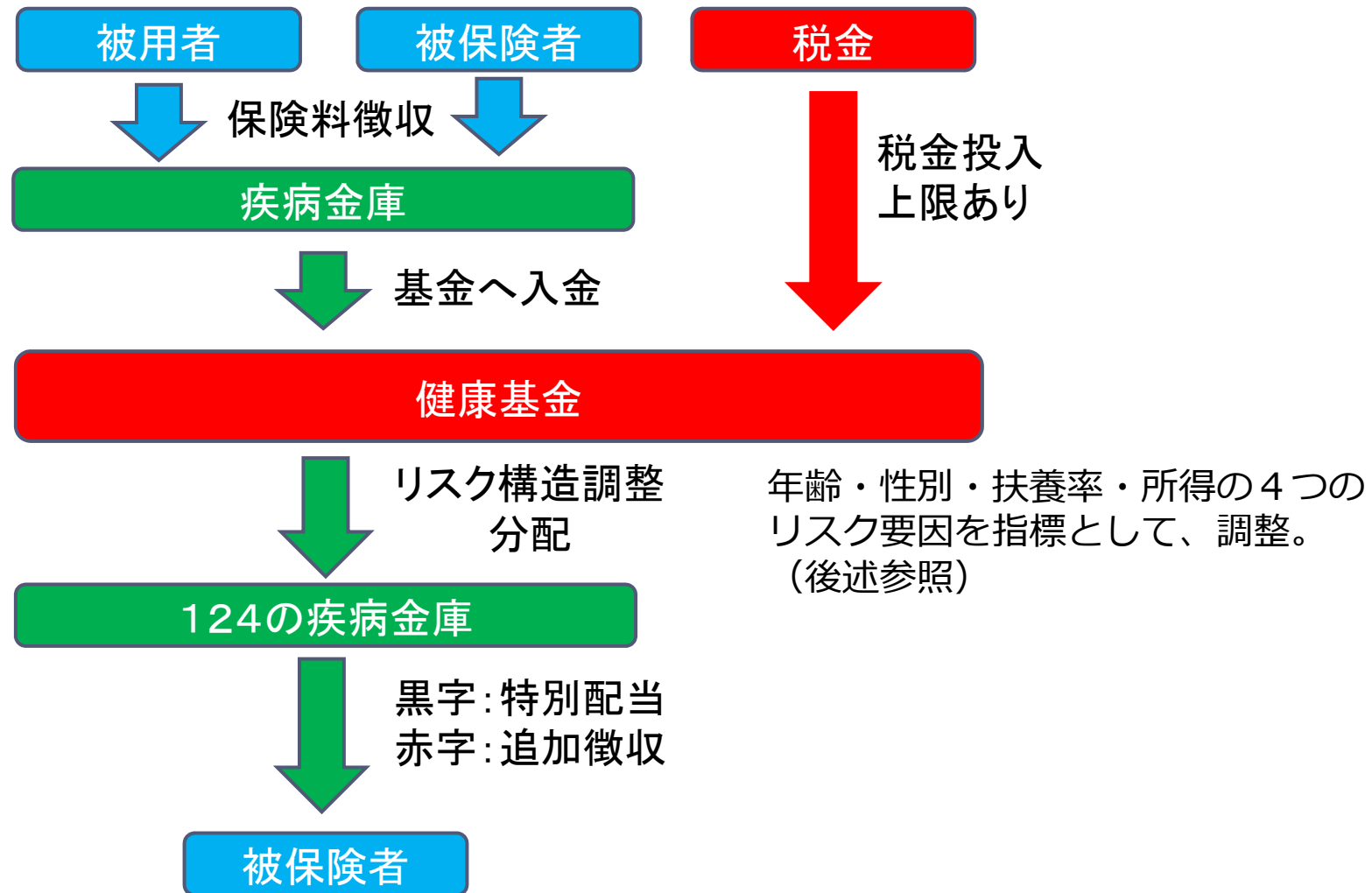
ジェネリック医薬品の普及しているドイツ

ジェネリック医薬品とは薬の特許権が消失した後に、別の製薬会社が製造する、同じ成分と効果を有する後発医薬品です。オリジナルに比べて価格が低くなるため、ドイツではこのタイプの医薬品の使用が広く普及しています。そのため、同じ薬でも製品名が違っていたり、製造元が違ったりすることがあります。

閑話休題 ここまで、周囲の人と話しよう



疾病金庫と競争の構図



保険者の役割と競争

ドイツでは、疾病金庫を選択する事ができる。
基本コンセプトは「社会的連帯」。

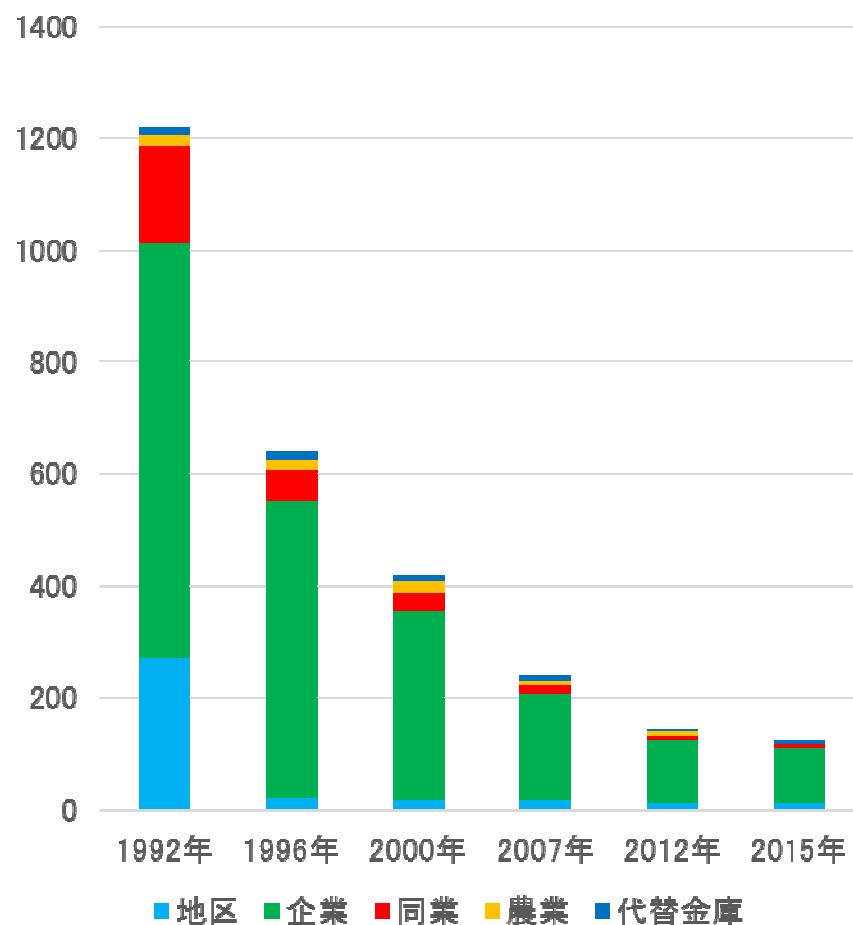
- ～1993年 居住地域で決定
- ～2007年 保険料を疾病金庫ごとに設定
リスク構造調整の開始
- ～ 現在 保険料の統一（民間保険のぞく）
選択タリフによる、サービスによるPR
健康基金の設立
疾病金庫が赤字の場合、追加保険料の徴収OK（逆なら配当OK）
※但し、収入の1%が上限 or 月8€以下）
※追加徴収が嫌なら、即座に被保険者は別の疾病金庫に移れる

今後について

今後は、選択タリフのサービス拡充のほか、追加保険料の金額による競争が始まると予想されている。

疾病金庫の競争と制度改革

種別別疾病金庫の年次推移



1977年 医療保険費用抑制法
1989年 医療保険改革法

東西ドイツ統一

1993年 医療保険構造法
1997年 第3次医療保険改革
2000年 医療保険改革2000
2004年 医療保険近代化法（GMG）
2007年 2007年改革

リーマンショック

2010年 公的医療保険資金調達法
2012年 医療供給構造法
2015年 公的医療保険の財政構造と
質の向上に関する法律
(詳細は後述)

疾病金庫と日本の健保

日本では、ドイツのように自由に保険者の選択権がないのが、一般的。

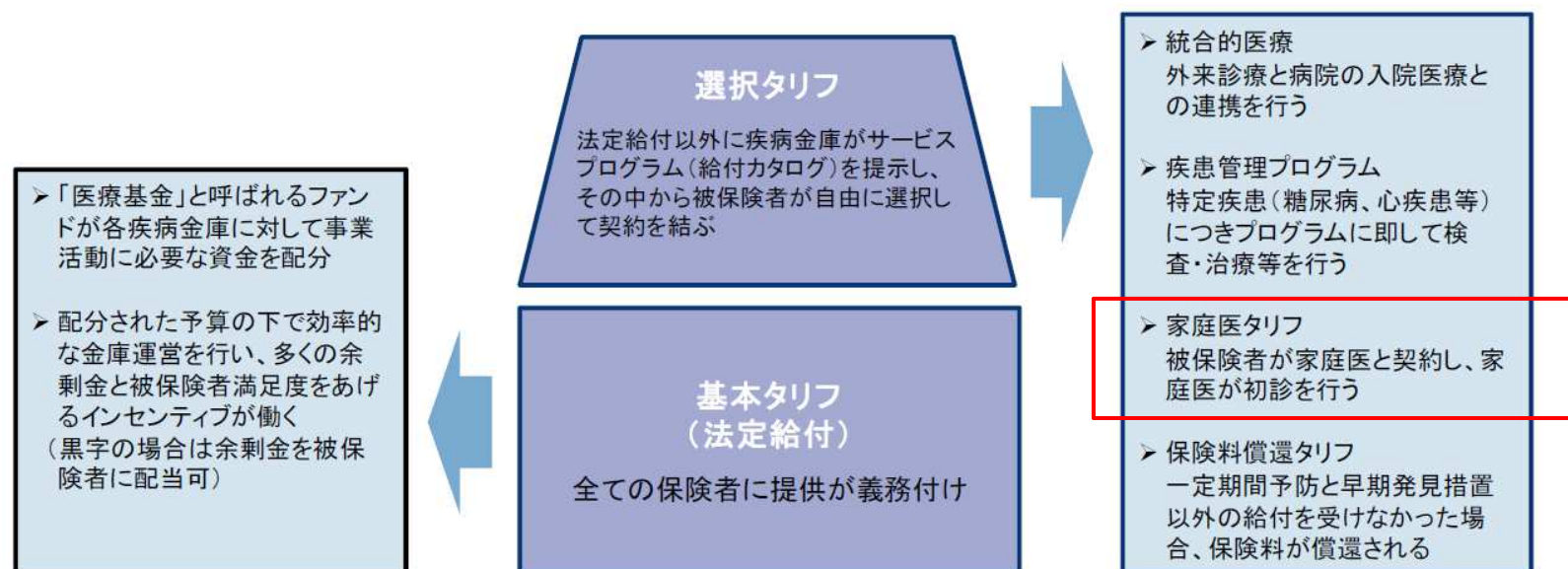
- 協会けんぽ . . . 普通の会社員とか加入
- 健保組合 . . . 大企業とそのグループ企業の人加入
1400組合、8割が赤字
- 共済組合 . . . 公務員が加入
- 国民健康保険 . . . 自営業の人とか

本来であれば、保険者間での競争があるのが普通ですが、日本の場合は厚労省の力が強く、厚労省も競争原理導入には消極的っぽいので、こんなんです。

医療保険等給付 18兆2811億円 (46.6%)	被用者保険 8兆7480億円 (22.5%)	協会けんぽ	4兆3724億円 (11.2%)
		健保組合	3兆3066億円 (8.4%)
		船員保険	193億円 (0.0%)
		共済組合	1兆497億円 (2.7%)
	国民健康保険		9兆5331億円 (24.3%)
	その他労災など		3016億円 (0.8%)

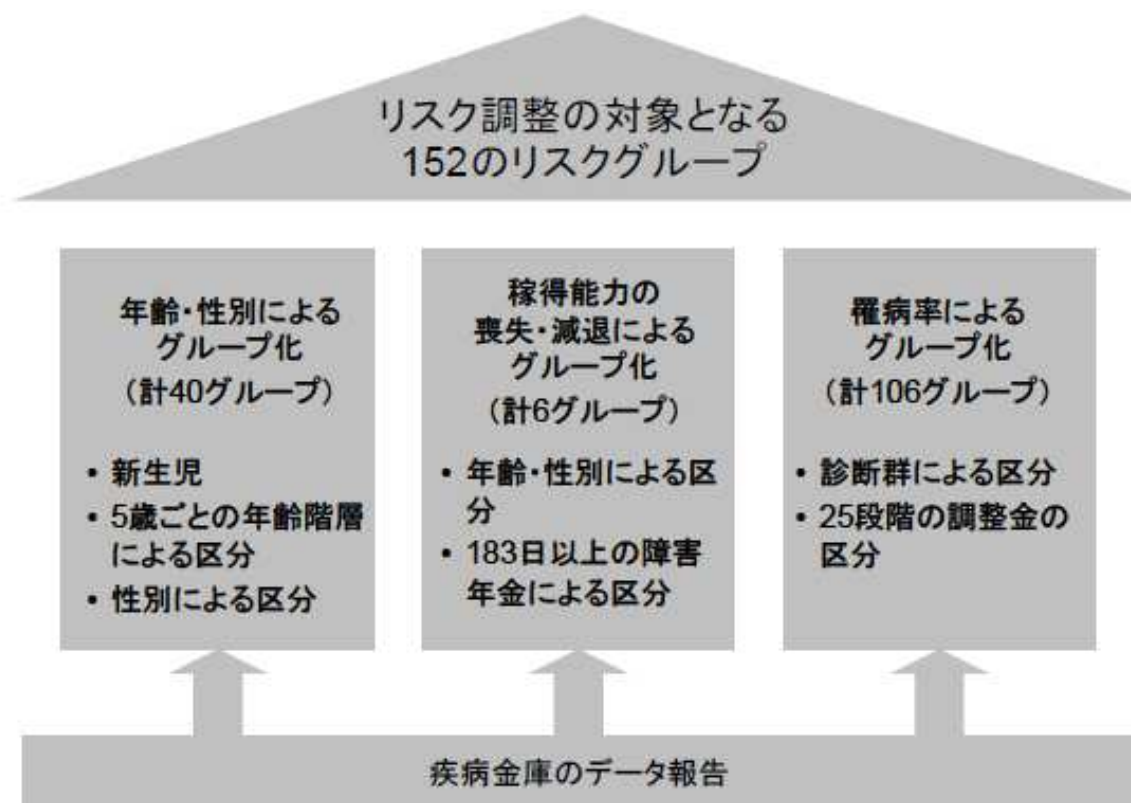
基本タリフと選択タリフ

基本コンセプトはフランスと同じく「連帯」。
疾病金庫を保険者とする。日本でいう市町村国保および協会健保にあたる。
基本タリフに加え、それぞれ保険料を負担する事で、追加プログラムを選択する事ができる。また疾病金庫が黒字であれば、被保険者へ配当もあり。
国民は、自分の加入する疾病金庫を選ぶことができる。



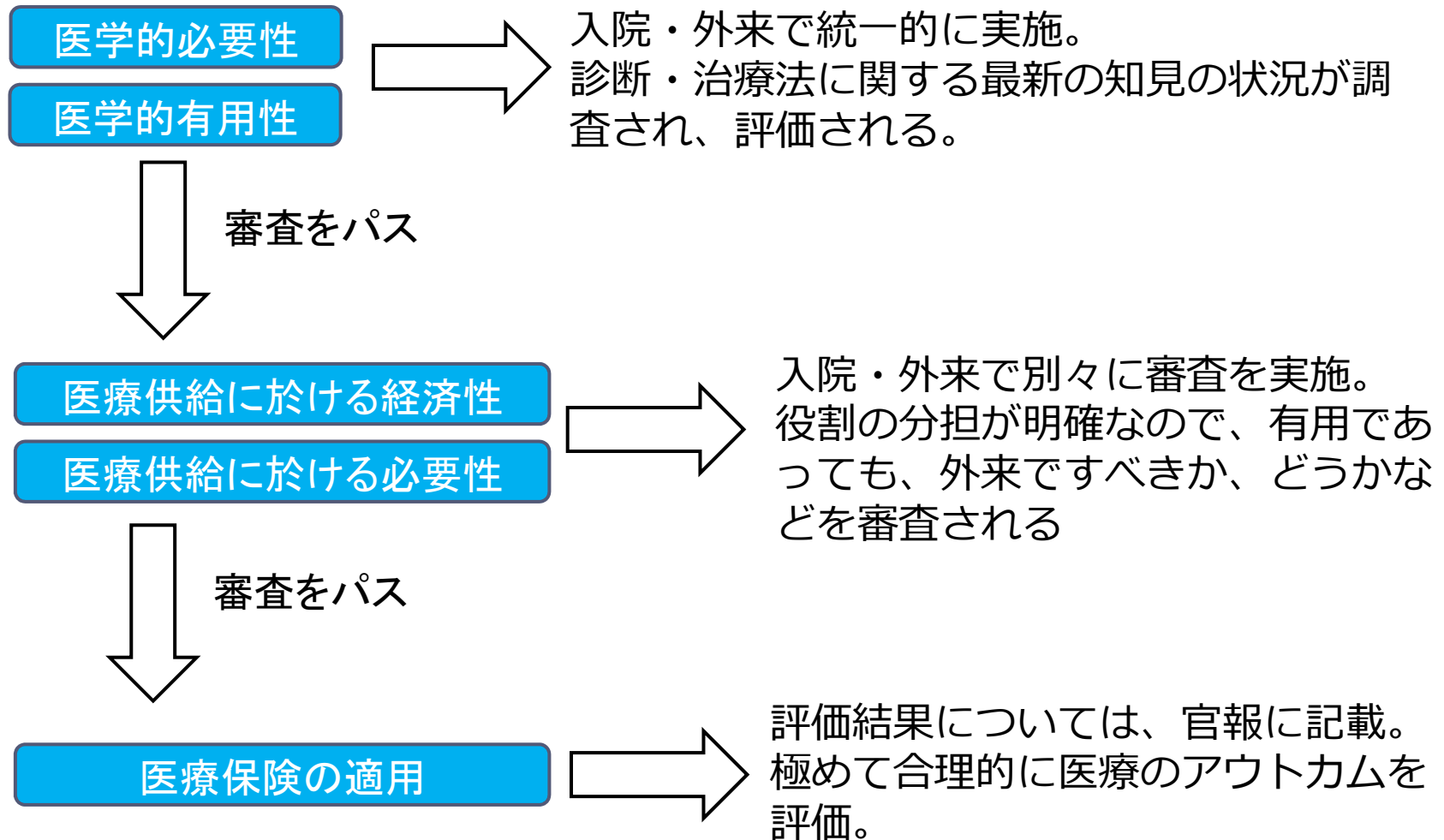
(出所) 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集」等よりみずほ銀行産業調査部作成

リスク構造調整



(資料) Josef Hecken, Gesundheitsfonds—Zielgenaue Zeweisungen erforderlich, *Die Krankenversicherung*, Oktober 2008, S.248-248 より作成。

医療の質の審査



診療報酬体系について

【外来診療】

州レベルの疾病金庫連合会と保険医協会の合意に基づき、「診療報酬総額」が支払われる。診療報酬は統一評価基準により定められる。

ちなみに、この総額を超える診療報酬の請求があると、1点あたりの診療報酬が引き下げられる仕組みで、超える事はない。

現在は2年前の同病の件数から150%を超えない限りは、診療報酬の減算はなく、インフルエンザ等の感染症が蔓延した場合は追加で疾病金庫から支払いがある事になっている。

また「家庭医による診察」と「専門医による診察」は別項目である。

【入院療養】

診断群(DRG)による包括払い。

1件あたりで定額支払であり、治療内容や入院日数は問われない。

1点単価は基本的に連邦内で共通だが、人件費、物件費については1点単価が州によって異なる。(州疾病金庫連合会と各州の病院協会の折衝により決定)

治療定額制と医療機器の費用

ドイツでは、治療費定額制で支払われる。
よって医薬品、医療機器、消耗品などについても経済合理性を求められており、コスト面で大きく日本をリードしている。
右図のように、同じ製品であっても2～3倍のコストが掛かっており、そこに関する検証が日本ではなされていない。

ドイツの場合、医学的有用性だけでは保険適用にならず、経済性が問われている点が大い。

この辺りについては、綿密な検証が行われており、医療用品については販売から、コントロールをされている。

※日本のように、医療機器は「半値6掛け」が基本、という事はない。
英国、フランスでも、同様に消耗品などについての経済性については妥当性を審査される。（コストに掛かるので、有用性と経済性のバランスを重視）

	日 本 万円	ドイツ (換算) 万円
ペースメーカー		
シングルチャンバー	104	35
デュアルチャンバー	126	42
トリプルチャンバー	185	52
植え込み型除細動機	330	150
カテーテル電極	100	40
人工弁		
傾斜ディスク弁(二葉弁)	94	30
異種大動脈弁	96	29
IABPカテーテル	29	15
補助人工心臓セット		
体外型	316	200
植込み型	1,390	520
人工血管		
ストレート	17	12
2分岐以上	62	27

材料価格基準(心・血管系)

医療の質の担保 その2

ドイツの保険制度では、保険者(疾病金庫、民間保険会社)は患者のエージェントとしての役目を担っている。

診断の相談も受け、セカンドオピニオン、医師の紹介も保険会社が行い、医療機関の治療レベルに関する情報も患者に提供している。

日本のように治療レベルを計るためのデータも自己申告ではない。

病院の質、つまり医療技術の評価は、構造・過程・成果によって評価される。

ただし治療成果(アウトカム)を判定するときに、病院の自己申告からデータを提示するのではなく、第三者機関の導入によってデータが提示されなければならない。ドイツの場合はすでに2000年から、医師会を中心とした団体(医師会、厚生労働省、保険会社、病院連合会、四者から成る)が病院に入り込み、データをすべて整理しチェックしている。

もし、患者のデータを第三者機関に提出しないと、患者1人当たり1,000€の罰金を支払うことになっている。そのデータは毎年、まずそれぞれの病院に発表され、ホームドクター、保険会社、製薬会社などに配られるため、どの病院が本当によいか悪いか一目瞭然となる。

どんなデータをとってるの？

【右記図】

ユーンハウゼン心臓病センター
<http://www.hdz-nrw.de/en/home/>

手術の稼働率のデータになります。
7時から17時までフルに利用している事が
データで分かります。
こうしたデータを第三者機関に提出する
必要があります。
つまるところ、不要な手術室を作ると、
「使っていないじゃん、医療費の無駄じゃん」
と注意されるわけです。

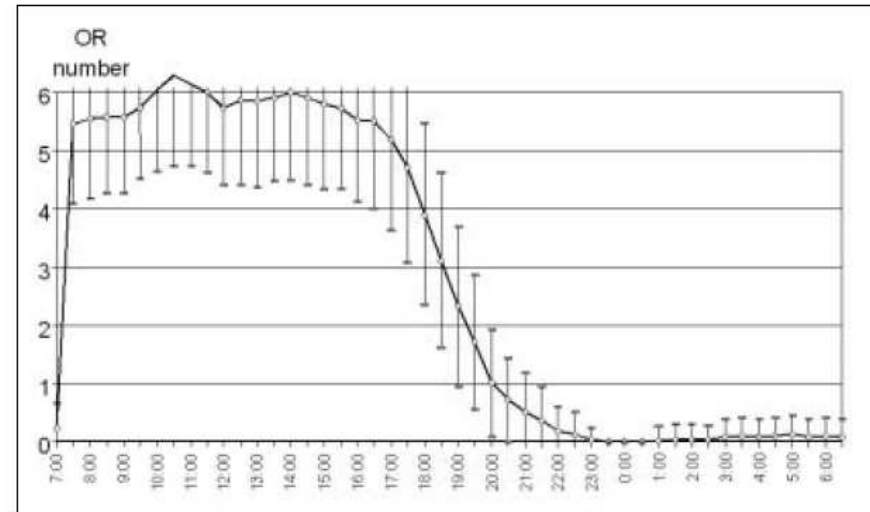


図2 バード・ユーンハウゼン心臓病センター手術室稼働状況

クアオルト（代替医療）



ドイツの医師養成

各専門医

専門医試験

州医師会
研修 5～7 年

国家試験
(口頭試問)

医学部 6 年
臨床実習

進級試験

医学部
3～5 年

進級試験

医学部
1～2 年

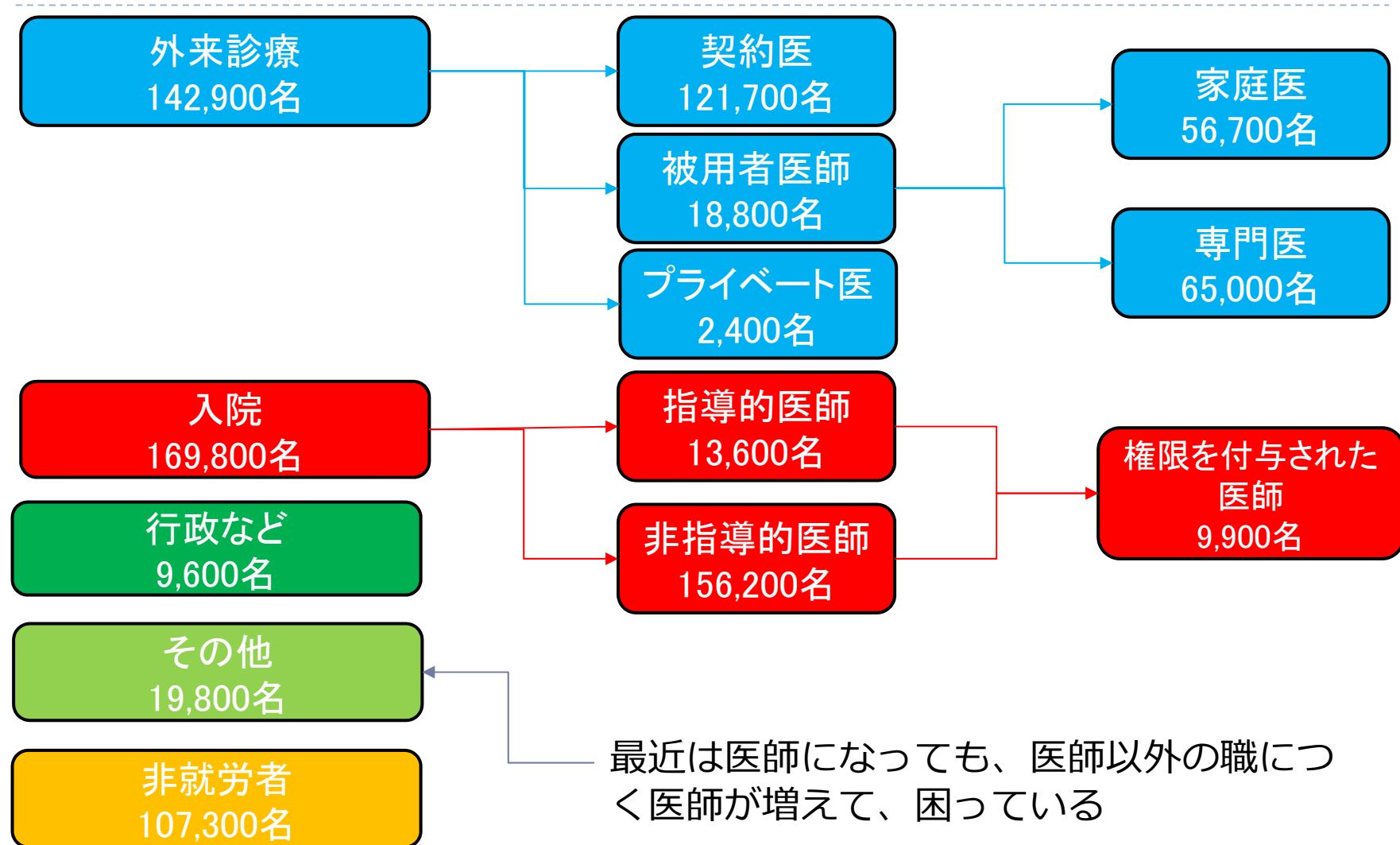
ドイツ国内の医師総数 449,400名
外来医師：142,900名
病院医師：169,800名

学術研究、発表は「学会」の役割
医師の研修、医療の質の保証は「医師会」の役割
専門医試験も口頭試問、及び上司の内申書で判断
医師の卒後教育は全員受けなければならない

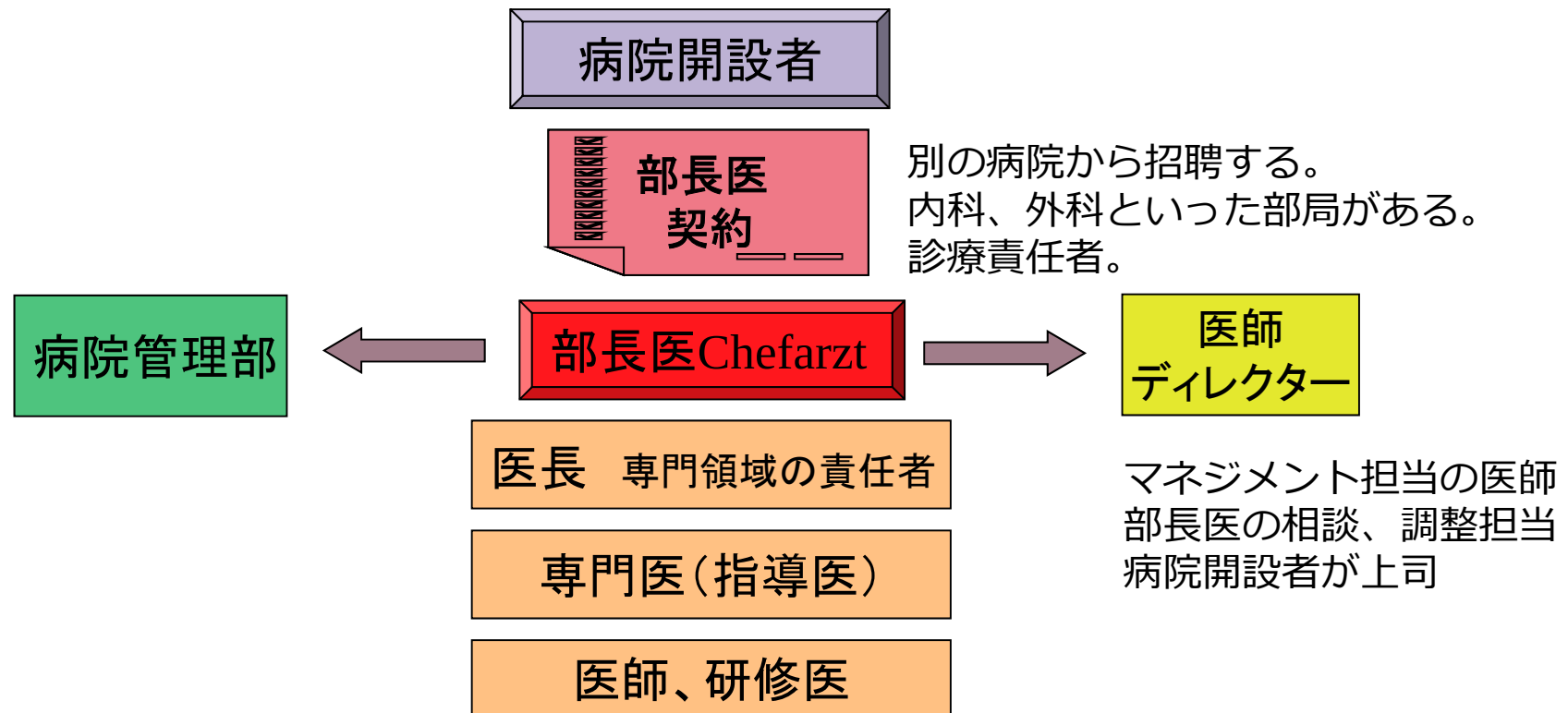
約80,000人
(女性が61.3%)

1960年代 大学医局制度の廃止
2004年 初期研修医制度の廃止
臨床教授制度の開始

ドイツの医師分類



ドイツの勤務体制



医師のキャリアとしては、部長医が一つの目安となっている。
研修医、専門医、医長となり、部長医、院長というのが基本的な流れ。
また部長医になるには、上述通り、必ず外部から招聘するそうなので、対外的な活動にも精力的に参加する必要があるのも特徴。（欧州では大学の主任教授も同じルール）

ドイツの開業のルール

保険医協会

公的保険制度を扱う為には、保険医協会と契約をして、「契約医」になる必要がある。

「契約医」の要件は、各州ごとに異なる。開業医が多い地域は、開業できない事もあるし、少ない地域であれば診療報酬に加算がある。

家庭医
45%

内科、小児科、一般医学の専門医が契約可能

専門医
55%

20の診療科の専門医が契約可能
各診療科ごとに定員が決まっている

2008年に開業医の68才定年ルールが撤回されました。

若手医師の開業医の成り手が減少したことに起因をしています。

伝統的にドイツの医師の給与は安い。

開業医の平均年商24万€（人件費50%、税金30%、年金7%、医療保険3%）

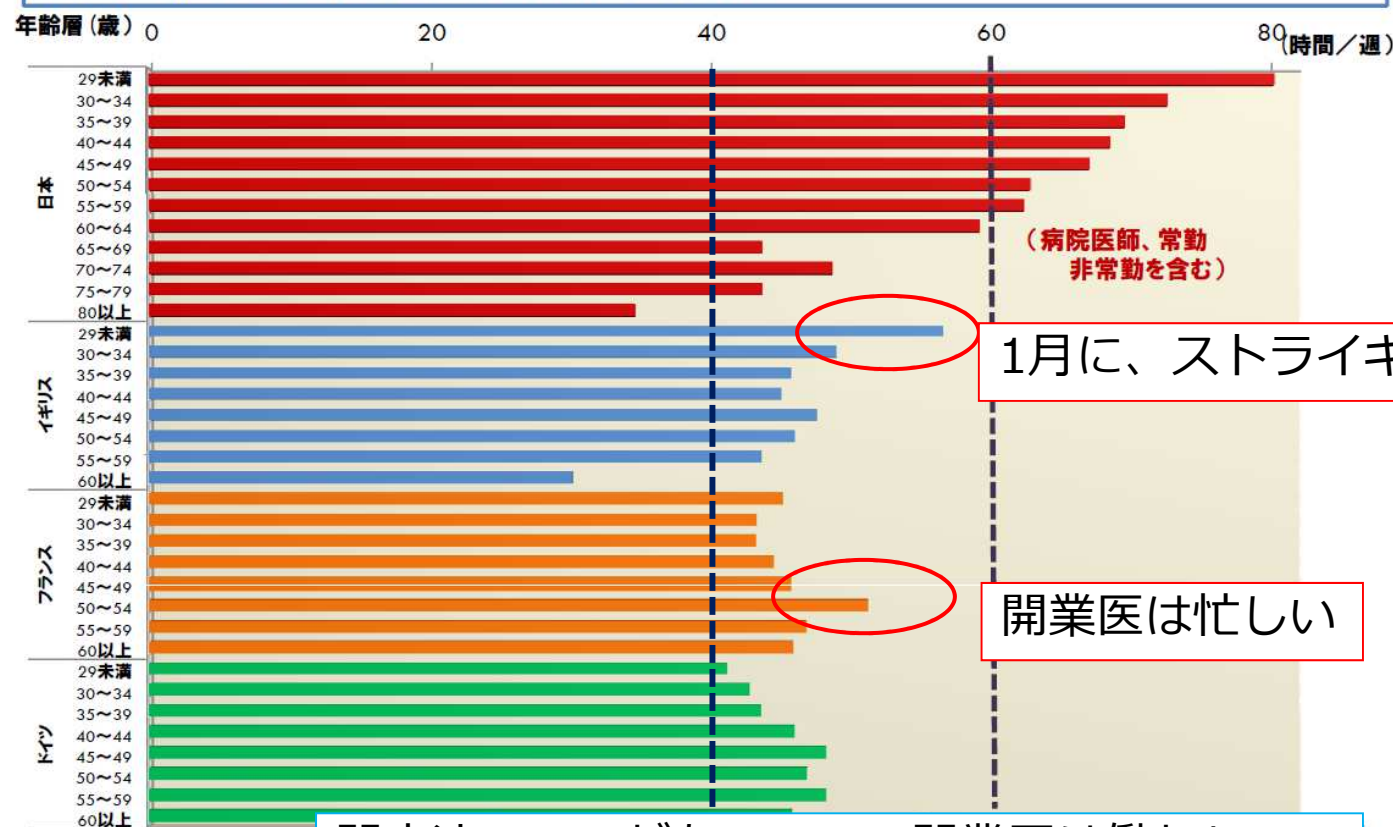
勤務医年収 77,951€（手取りは6掛け）

プライベートと仕事を切り分けたいドイツ人の気質から見ると、医師という仕事自体に人気が低く、さらに開業医はもっと割が合わないと考えられている。

参考：医師の労働時間

突出した日本の医師の労働時間

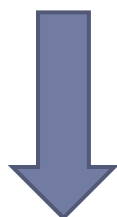
日本では、59歳までは平均でも週60時間以上働いており明らかに諸外国よりも長い。60歳を超えても他国の中堅層と大差ないほど働いている。



閉店法ってのがあるので、開業医は働かない

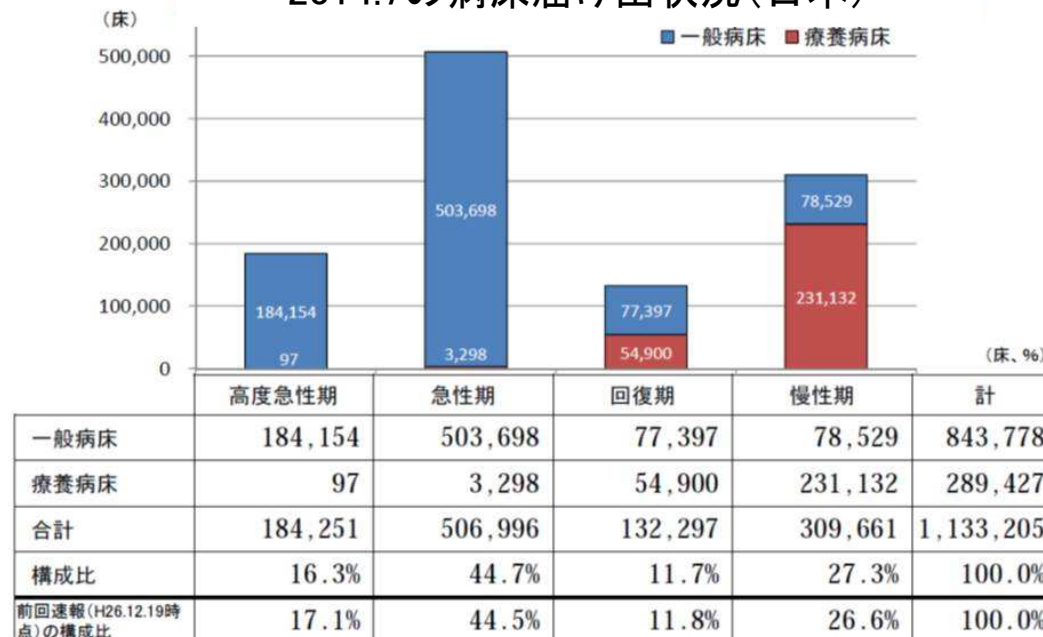
ドイツの医療機関数

公立病院数 539(240,632床)
 公益病院数 644(170,086床)
 私立病院数 575(89,953床)



ドイツでは株式会社立の病院が増えている。
 これは病院評価が第三者を通して、実施されており、経営母体はどこだろうが関係ない、という合理的思考の結果である。
 また公益病院の多くは宗教団体が母体となっている。
 世界的な流れとして、やはり病院数(病床数)は減少傾向にある。

2014.7の病床届け出状況(日本)



(注)集計対象1,139,394床のうち、6年後の医療機能について未選択の病床が6,189床分あり、上表には含めていない。

ドイツめし



ドイツの今後の方針

2015年1月～

◇「医療の質に関する研究所」の設置

医療供給体制や診療報酬についての研究機関

◇患者相談の強化

全国21カ所の施設のさらなる強化。

2016年より予算900万€増額

◇法廷保険料の変更

事業者の保険料の上限決定。

追加保険料は、各疾病金庫が被用者から徴収する事に。

◇予防・リハビリ・介護の連携強化と優先順位の明記

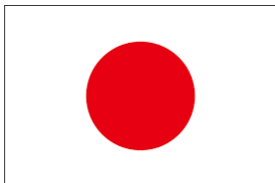
予算の割り振りの優先順位が明確に。

主な日本との相違点

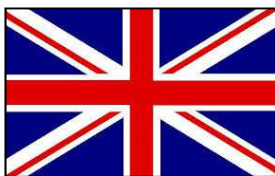
【日本との違い】

- 1) 保険が高齢者まで突き抜け方式になっている点
- 2) ドイツの疾病金庫が日本の健康保険組合と異なる点は、
加入者の疾病金庫に対する選択権である
- 2) 医療者や病院への支払い方式が異なる点
- 3) 民間医療保険や株式会社病院など民間の役割が大きい点
- 4) 特定の計画区域における医師数の基準を決めている
家庭医は身近な医師ということで、883区域で人口1,671人に対して1名が標準とされている。
専門医の場合には分野にもよるが、372区域で人口13,399～20,664人に対して1名
麻酔科医のような特別専門医は97区域で人口46,917人に1名
放射線療法や病理などの特定特別専門医は17の区域で人口173,576人に対して1名

諸外国と日本の違い① アクセス



フリーアクセス。
特に制限なし。
大病院に関しては、紹介状がないと追加料金発生。



完全予約制。
登録しているGP以外での診察は不可。基本的に無料。
いきなり病院への受診は不可。

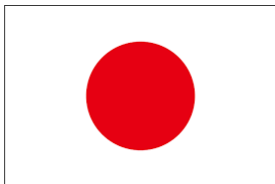


18歳以上は全員かかりつけ医登録あり。
それ以外の医師への診察の場合は、自己負担額増。（3割⇒7割）

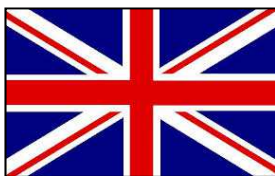


任意による、家庭医中心の受診制度
疾病金庫と被保険者による選択制。
紹介状なしで専門医受診時は10€自己負担。

諸外国と日本の違い② コスト



窓口で3割負担。
ほか、給料から保険料を負担。
老人と子供は医療費負担が軽減される。



税金で運営。
原則無料。

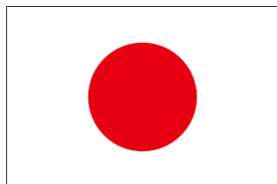


窓口負担が3割。ただし、民間保険に加入する事で、実質無料。
最低1€の受診料が掛かる。
保険料負担あり（雇用側の負担が大きい）



疾病金庫による保険料で運営。
外来であれば、四半期10€。
保険料負担あり。

諸外国と日本の違い③ クオリティ



ランキング本、病院評価機能、口コミサイト
医療機関単位の情報公表はなし
医療行為の評価も微妙。各医師の良心によって担保される



第三者機関主体（NHS＋地域住民＋専門機関）
医療機関単位での調査結果の公表（WEB）
医療行為についてもアウトカムと費用で、厳密に審査される

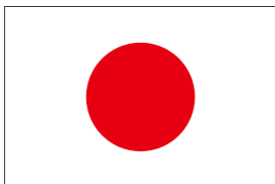


第三者機関主体（専門機関＋地域保健省）
医療機関単位での調査結果の公表（WEB）
医療行為の有用性、必要性、経済性を評価。



第三者機関主体（保険者、医師会）
医療機関単位での調査結果の公表（WEB）
医療については、必要性、有用性、経済性で判断し、診療報酬に反映

諸外国と日本の違い④ 在宅医療



訪問診療については、かなりいい加減と言える。
訪問看護あり。こっちが重要。
訪問介護あり。医療との連携は弱い。



訪問看護、訪問リハビリで対応。
看護師の役割が大きい。往診も依頼すれば対応してくれる。
あと電話やネット相談が充実。（介護は含まない）



在宅入院制度あり。連携医が中心に調整。
病院に準拠しており、実施する家にも規定がある。
訪問看護によるサポートもあり。（介護は含まない）



主に往診で対応。（日常的に）
在宅看護（介護と一体化）でのサポートあり。
予防、リハビリを重視しており、介護の優先度は低い。

今日はここまで

質問や疑問点は
ありますか？