

ドイツにおける医療・福祉労働としてのサービス給付と質確保

上田 真理

■ 要約

医療・福祉労働として提供される給付の質確保にとって、従事者の専門職化 (professionalisierung) が前提条件になる。十分な質を確保できるように公的に財政支援を行うことが不可欠である。提供主体の多元化とは別に、医療・介護での職業像 (Berufsbild) の確立により、専門家が水準の設定や質の改善に集団レベルで関与することがサービス質保障にとって不可欠である。

医師には職業規律をつうじて自らの医療水準の向上に努めてきたという「伝統」があり、疾病保険法に質確保が規定されたことは、確立された自治による職業規律に対する「変容」ないし「介入」と解され、自治の侵害の危惧を抱く専門家集団との緊張関係をうみだした。

他方、ドイツの福祉団体は保険者と対等に協定を締結する交渉力を持っている。とはいえ、医療領域と比べれば、多様な専門職が関与する介護領域では専門職としての地位が確立していない。「職業像」の確立が急務である。

■ キーワード

質の3つのレベル (構造の質、過程の質、成果の質)、専門職 (像)

はじめに

本稿は、公的に組織された、医療・福祉サービス労働として提供される給付の質確保の法理を説明することを課題とする。

ドイツでは、「質の確保」は、患者に対する療養給付の質確保の有効な手続整備について WHO による要請を受けて (WHO 1985)、医療領域で 1988 年に社会法典第 5 編 (疾病保険) (以下、疾病保険法) 135 条以下で明文化された。介護領域をみれば、疾病保険法が家事援助の質について規定した後 (132 条)、連邦社会扶助法が施設サービス領域について質確保の規定 (93 条 2 項) を 1993 年に定め、1994 年に社会法典第 11 編 (介護保険) (以下、介護保険法) が介護給付の質確保について疾病保

険に匹敵する規定をおいた (80 条)。

質の確保が社会法典に明文化されてから 10 年が経過したにすぎないが、医療領域で「良質の医療保障」の議論自体は、決して新しいものではない。医師の職業遂行の質は、職業規則 (Berufsordnung) などで専門家集団により規律されてきた (Ollenschläger 1996)。しかし、ドイツに限らず、公的に組織された人的サービス給付 (医療・福祉・自治体によるサービス給付) は、行政改革の焦点になっている。地方自治体を含む国家を企業として、市民をその顧客や消費者としてとらえ、公的なサービス給付を市場ないし競争にかなう経営効率基準により組織するマネジメントがみられる¹⁾。この新たな組織改革を背景として、質確保は、自治の喪失が専門家に危惧され、医療・福祉労働の統制

をつうじて、より専門性を高めることが期待されるなかで論じられている。社会権の実現の観点から医師・福祉職の職業遂行の透明性を高めることが質確保にとって課題となる²⁾。

本稿は、次の順で検討を進めたい。疾病保険法および介護保険法において給付提供の統制に着目し、その枠組みをまず概観する。そして、医師の医療従事者の質にかかわり、専門家の自治と社会法典による規律の緊張関係を検討する。最後に、介護サービスの質の確保にも言及したい。

I サービス提供における質確保の基本枠組み

1. 質概念

「質とは何か」について社会法典は定義をしていないが、通常、「質」は規範として定められた給付目的と実際に提供された給付の一致する程度と定義される(Görres 1999,S.51)。サービス給付の質は、アメリカのDonabedianの議論に依拠して、「構造の質(Strukturstandard)」、「過程の質(Prozeßstandard)」、「成果の質(Ergebnisstandard)」が論じられてきた(Görres 1992)。すなわち、「構造の質」は、提供者の数や資格、地域での配置状況、財政基盤など、医療が提供されるのに必要とされる人的・物的・財政的資源をさす。加えて、介護施設の「構造の質」には、介護者の就労状況、介護者の社会的保障およびその労働条件(介護労働の質)が含まれる³⁾。

「過程の質」は、治療過程ないし診断、介護などの実施に直接関連するものである。規範として設定された水準と現状の比較、または他の病院ないし施設との比較により示される。「成果の質」は、成果または目的達成の程度をさす。もちろん、3つの次元は、相互に関連しており、構造の質・過程の質は成果の質に影響を与える。たとえば、病院の職員の資格・能力が高まり構造の質が改善され

れば、過程の質も改善され、ひいては成果の質も上昇することになる⁴⁾。

また、質の確保は構造の質、過程の質、成果の質と並んで「内部・外部の質確保」が区別される⁵⁾。「内部の質確保」は病院や部署に管轄権があり、「外部の質確保」は施設や部署の外部からの比較を実施し、公開される。内部の質確保は外部による質確保の前提となるが、さらに外部による質確保は内部の確保にフィードバックされなければならない。他の病院等との外部によるコミュニケーションが、内部の質確保の重要な要素である⁶⁾。

2. 給付提供における質確保

(1) 給付調達義務

サービス給付一般について一定の質および量の供給責任を負うのは社会保障給付主体であり、社会保障給付の実施に必要な社会的サービスおよび施設を調達する義務を負う(Gewährleistungspflicht)(社会法典総則17条1項2文)。保険医による医療領域では、特別法として、医師と保険者が被保険者に対して保険医による療養を確保する義務を負い(疾病保険法72条)、金庫医師協会が保険者に対して療養給付の確保の義務を負うことを規定している(75条1項)。

介護保険法は、保険者が被保険者に対する介護給付の確保に対する責任を負うことを明文化し(12条1項1文)⁷⁾、その責任を一定の水準の介護を調達する義務として具体化している(69条1文)。これによって、保険者は十分な数の介護提供者を調達しなければならないのであり、介護施設を含めた給付提供者による供給を統制しなければならないと解されている(Neumann 1997,S.529)。同様に、連邦社会扶助法も福祉施設について社会扶助主体が調達義務を負うことを定めている(93条1項1文)。

一定の質を確保したサービス給付が要保障者に提供されるように、保険者はサービス提供者と公法上の契約を締結するという方法を取り、その契

約の内容を具体化する過程に質に関する協定ないし契約が含まれる点で、医療給付と介護給付は共通している。それでは、医療・介護での枠組みをみることにしよう。

(2) 保険医による療養給付の質確保

保険医による療養給付は、保険者と保険医の「共同自主運営」の主たる機関である連邦委員会(Bundesausschüsse)の指針(Richtlinie)により具体化される。連邦委員会は、保険者とその連邦連合と連邦医師協会により構成され(91条)、「十分、合目的な、経済的な療養」について指針を作成する権限を立法者から委譲されている(92条)。さらに、法規や指針は、保険者と金庫医師契約の諸契約により具体化される。諸契約には、連邦レベルでの疾病金庫の連邦連合会と連邦金庫医師協会の間で締結される連邦基本契約(Bundemantelvertrag)と、ラントレベルで疾病金庫ラント連合会と金庫医師協会が締結する総契約(Gesamtvertrag)がある。

指針は連邦基本契約の構成要素になる(92条7項)。指針は、保険医に対する拘束力を持ち、保険医の診療の範囲を規定することから、療養の給付の質にとって重要な意味を持っている。総契約の締結に際して連邦レベルで勧告をだすものとされている(86条2項)。

そして、このような法規や指針を具体化する諸契約に、質確保の協定も位置づけられている(図1-1)。疾病保険法は、「給付提供の質の確保」を135条から139条に規定している。そこでは、保険医および保険歯科医による療養の質の確保について規定した135条を核として、通院、入院療養などにわたり医療の重要な領域について質の確保が規定されている。質の3つのレベルについて簡単にみておこう。

- ① 構造の質：1997年の法改正で135条2項に「構造の質」という文言が導入された。ここでは、特別な認識や経験を必要とする治療方法をとるには、連邦基本契約の契約当事者が、

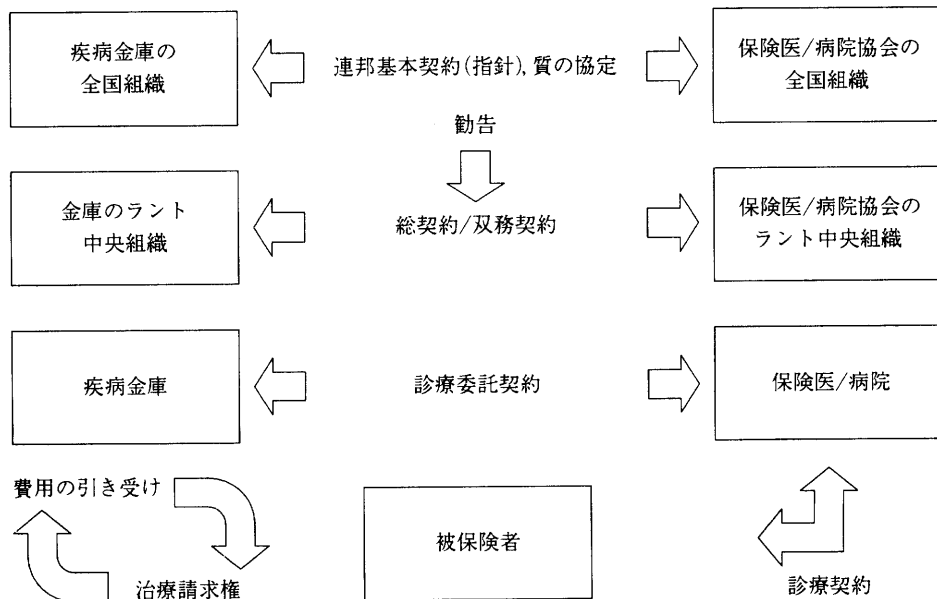


図 1-1 医療給付提供と質の確保

療養に関与する医師の統一的な資格必要や、特別な診療器具、その他の構造の質に対する要求を協定することが規定されている。資格を満たした医師の療養給付だけが報酬の対象になることも規定し、医療従事者の質の確保を明らかにしている(2文)。

- ② 過程の質：過程の質について135条1項は、新たな治療方法を採用するには、連邦委員会の申請に基づき92条1項2文5号による指針の形式で連邦委員会が協定する必要があることを規定している。135条1項は、新たな治療方法は連邦委員会が勧告をだしていない限りにおいては、報酬の対象にならないことも定めている。また、135条は、3項で、連邦保険医協会が通院による療養給付の質の手続を指針で決めることを定め、連邦保険医協会による指針作成の権限を拡大した。
- ③ 成果の質：136条は「個別事例における質審査」として、提供された療養給付を、抽出審査の方法で質の審査を実施するという義務を保険医協会に課している。これは、治療の継続期間と成果(成果の質)と並んで診断(過程の質)も審査される。そして、医師と金庫の連邦委員会は92条の指針により保険医による療養の質判断についての基準(Kriterien)を発展させることを定めている(136条1項2文)。

質の審査は情報公開が前提となることから、保険医は必要な情報を保険医協会に提供し、重要な書類を開示する義務を負うことが136条から間接的に導かれることが判示されている⁸⁾。

(3) 施設療養での質確保

入院療養の委託は、ラント疾病金庫がラント病院協会と入院療養の種類と程度について双務契約(Zweiseitiger Verträge)を締結することでなされる(112条)。病院は、金庫のラント組織と診療委託契約を締結する。双務契約は保険者と許可され

た病院を直接に拘束する(112条2項2文)。双務契約の内容については、疾病金庫の全国組織と病院協会らは勧告をだすものとされている(soll)(112条5項)。双務契約の規律対象は、指針と類似しており、入退院の一般的条件や費用負担を含めた病院療養の条件、効率性審査および質審査の手続原則などである(112条2項)。

病院での療養における質の確保について、疾病保険法は137条で次の内容を規定している。「108条により許可された病院並びに111条により契約を締結した予防施設やリハビリ施設は質の確保の措置に関与する義務を負う。この措置は、治療の質、経過、治療の成果に及ぶものとする。それらの措置は、審査が比較可能となるように形成されるものとする。詳細については、病院については112条の契約において、リハビリ施設に対しては111条による契約において医師会の関与の下で規律される。ただし、契約が介護領域の質確保措置に関連する場合には、看護職(Krankenpflegeberuf)の職業組織の関与の下で規律される。…病院での審査手続に対しては113条が効力を持つ」

137条による施設療養における質の確保は、費用負担者の保険者と病院等の協同の委託として外部の質確保措置を確立することを規定し、費用負担者との契約内容にならない個々の内部のマネジメントは、対象とするものではない(LPK-SGB V,S.696)。2文が示すように、質確保の措置として、治療の質と経過の「過程の質」および治療成果(成果の質)がその対象になる。「構造の質」については、後にみるように、137a条が1997年改正法で導入され、医師の遂行に関わる限りにおいて連邦医師会が規定権限を持つ。たとえば、112条の双務契約で病院に質確保措置の報告書を作成させ、当該措置を実施した病院について、ラント病院協会と保険者が共同で「Aランク証明書(Zertifikat A)」を連邦医師会が関与して発行する。医師の業務遂行以外の介護領域については看護職の専門組織

が関与し、当該病院が介護領域での質確保措置の要求を満たさなければ、医療領域での要請を満たしたとしても「Aランク証明書」を受け取れないことになるという⁹⁾。

ただし、疾病保険法および質確保の協定には、サンクションが定められていない。学説は、病院が質確保措置への関与を拒否する場合に、保険者と病院の合意により契約を解約するか、あるいは保険者から一方的に契約を解約できるのかが論じられている(LPK-SGB V,S.699)。

(4) 福祉給付の提供と質確保

介護給付の質確保は、疾病保険と同様に、介護保険法6章で、「給付提供者との介護保険者との関連」として69条から81条に給付提供を規律している(図1-2)。

80条は、介護保険者連合、社会扶助の広域主体の連邦共同体、連邦自治体連合と連邦レベルの介護施設設置者が、質および質確保の原則およ

び基準ならびに質審査の手続について協定を締結することを定めている(1項1文)。質の確保の基準は、協定により確定され、さらにこれはラント保険者中央組織とラント福祉団体中央組織で締結した枠組み契約により具体化される。介護施設はラント保険者協会と介護委託契約を締結するが、その内容は枠組み契約を基準に形成される(75条および80条による質確保の協定)。介護委託契約の規律事項として列挙されているのは、介護給付の内容(1号)、介護の一般的条件(2号)、職員配置の基準と原則(3号)、介護の必要性とその期間(4号)、介護施設に一時的に要介護者がいないときの報酬減額(5号)、Medizinischer Dienstの立ち入り(6号)、効率性審査(7号)、介護施設のサービスエリア(8号)である。枠組み契約も質に関する協定も保険者と介護施設に対して直接拘束力を持つので(75条1項4文、80条1項3文)、介護施設は個々の介護委託契約を締結することによりはじめて拘束力が生じるわけではない。

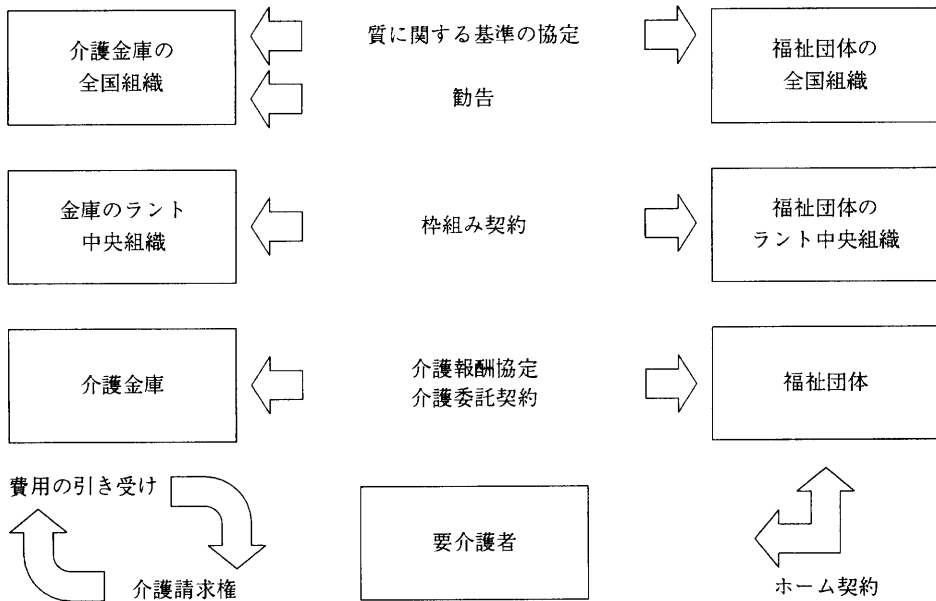


図1-2 介護給付提供と質の確保

介護実務に携わる専門家が介護水準に影響を与えるものとして次の2つの制度が設けられている。1つは、福祉団体の連邦レベルの中央組織連合会が金庫の連邦レベルの中央組織連合会に対して、社会扶助の広域主体の連邦共同体、連邦自治体連合とともに勧告をだすものとされていることであり(75条5項)、拘束力のある枠組み契約の基盤になる。いま1つは、勧告をだす者が関与して、80条の質の原則と基準についての協定を締結することである(80条1項)。

介護・看護領域で質の確保が要請される背景として、慢性疾患の中老年患者の増加により、サービス自体の新たな要請が生じたことが指摘される(Görres 1999,S.36)。医療以外の要素を取り込んだ患者の健康を保障するサービスとして、予防、リハビリ、そして患者の生活に関連する給付の提供が必要になる。しかし、現実には、看護・介護職員が、期待不可能な身体的精神的負担を理由に退職し、勤続年数が短いのが介護領域の特徴であるという¹⁰⁾。こうした新たな要請に対応して、専門職像(Berufsbild)の確立が問題になる。介護領域では、介護職員の労働条件の向上を含め、改めて介護職の専門性・自立性を確立することで介護の質を高めることが不可欠になる。

次に、質確保の手続についてみてみよう。介護保険法80条2項から4項はMedizinischen Dienstによる外部の質確保の手続と権限を規定している。すなわち、2項では、MDおよびラント保険者連合により依頼された鑑定人(Sachverständige)による質審査を受けることを定めている。質審査の特徴を示す3項は、質審査の成果の結果は各施設設置者に対してラント金庫協会から知らされること(1文)、質の瑕疵が確定された範囲において改善措置をとる可能性を定めている。ラント金庫協会は、当該施設設置およびその所属する協会の聴聞の後で、どのような措置がとられなければならないかを決定し、施設設置者に対してそれについての処分を

発し、同時に、確定された瑕疵を除去するための適切な期間を設定する(2文)。期間内に瑕疵が除去されない場合には、介護委託契約の解除がなされうることも定められている(3文)。4項で審査手続におけるデータ保護を規定している。

(5) 施設サービス(通所・入所)の給付の質

連邦社会扶助法は、施設サービス領域について、当該施設または施設団体と次の内容の協定を締結している場合に、要介護者の施設費用を引き受けることを定めている(93条2項1文)。すなわち、給付の内容、範囲および質(給付協定)(1号)、報酬協定(2号)、給付の効率性と質(審査協定)(3号)であり、さらに協定内容について93a条が1996年に挿入された。93a条1項1文によれば、職員の資格並びに必要な物的・人的配置も協定の対象になり、良質の給付提供に必要な専門的水準についての合意を得ることが重要になる(LPK-BSHG,S.974)。協定は、一方的に、すでに確定した報酬を単に通知するのではなく、対等な双方向の交渉の成果でなければならない。交渉は要介護者の請求権の履行過程に位置づけられ、公法上の性格を有する¹¹⁾。介護基準の内容や基準額について一致が見出せない場合には、保険者と施設の同数の代表者により構成された介護基準委員会に委ねられ、介護基準が協定される。こうして、疾病保険法および介護保険法を前史として、給付内容自体、報酬、審査を実施者と保険者の協定によるといったモデルが連邦社会扶助法にも定められたわけである。

II 医療における質確保の規律権限の緊張関係 — 専門職による自治か給付提供法か？

1. 職業規律法と給付提供法の競合？

医師の職業遂行の質確保は、専門家としての医師の職業規律として行われてきた。つまり、専門家

表1 医師の職業規律

法律	規定	権限
連邦医師法	職業保護, 職業許可の剥奪, 資格条件, 報酬規則など	連邦法
免許規則	職業遂行の義務, 注意義務, 職業教育	医師会法
ドイツ医師の職業規則	職業裁判権, 継続教育	ラント法
職業裁判所法	連邦委員会の指針	連邦法
金庫医師法 • 社会法典5編 • 保険医の許可規則 • 連邦委員会の指針	• 仲裁 • 専門医の許可 • 医療従事の形式や資格などの規整	連邦法
報酬規則(保険者との協定)		

出典: Hornemann, S.237

集団が自らの職業遂行の水準を設定することが法的にも承認され、疾病保険法はこれを基盤として保険医の規律を行うものである(表1)。

まず、医師の組織を概観しておきたい。保険医は許可を受けることで金庫医師協会の構成員になる。金庫医師協会は、保険者と同様に、医療保険の「公共の任務」を履践する公法上の社団であり、間接的国家行政の主体である。他方、金庫医師協会とは別に、ラント法(Kammer-oder Heilberufsgesetz)により医師会が設置されている。ラント医師会は連邦医師会を形成する。医療の専門家はラント医師会に加入義務を負い、その監督義務に従う(Laufs/Uhlenbruck, S.99)。ラント医師会は包括的な任務を負うが¹²⁾、とくに質の確保にかかわるものとしては、医療の技術進歩に医師が対応できるように、一定の水準を保つ継続教育(Weiterbildung)や職業教育(berufliche Fortbildung)を規律し、促進することがあげられる(Laufs/Uhlenbruck, S.101)。つまり、ラント医師会は、「構造の質」を職業規則(Berufsordnung)で職業教育を義務づけたり、職業裁判所の審査により統制した。たとえば、1926年以来、継続教育規則が定められたが、継続教育を規整し、コントロールすることは医師の「構造の質」にとって不可欠な前提条件であり、これは職業教

育にとっても同様であると解されている¹³⁾。職業教育は質の確保の伝統的な制度であり、これはドイツでは医師の職業義務(Berufspflicht)であった。可能な限り高い質を求めて努力することは「自由な職業」として自明のことであると解されてきた¹⁴⁾。専門を超えて職業遂行上の重要な問題について連邦医師会や薬剤委員会(Arzneimittelkommission)は指針を策定したり、勧告を行ってきた。

また、「構造の質」や「成果の質」については、各ラント医師協会がその他の法人(金庫医師会、保険者、病院協会など)と協同してプロジェクト業務を行う機関をラント医師会に設け、連邦委員会の専門家委員会を形成した。さらに、連邦医師会に設けられた質確保委員会は医師の遂行に関する技術的方法の質の確保についての指針も策定してきたという。

2. 供給統制(Angebotssteuerung)による質確保

(1) 専門医の資格をめぐる医師会との対立と立法による解決

① ラント医師会は資格に関する事項を職業規則で制定する権限を持つ。それにもかかわらず、疾病保険法135条2項で保険医に対する統一的な資

格必要性を協定する権限が連邦基本契約当事者に認められたことが争点になった。この協定は、専門医の領域ごとに、「構造の質」と「過程の質」に関して専門の資格条件、措置の実施などを規律する(Ollenschläger, S.25)。そして、協定内容が連邦基本契約の構成要素となり、保険医に対して直接の効力を持つ。これは、1項による新たな治療方法をとる場合に、必要な資格が連邦委員会による指針の対象になることと関連して、連邦委員会が医師の資格という構造の質を定める権限を持つことを明文化したことになる。

問題は、このような資格に関する規律はラント法やラントレベルでの医師規則の立法権限であって、連邦レベルでの立法権限ではないのではないかと、いうことであった。基本法上は、競合的立法が及ぶ領域として「医業およびその他の治療業及び医療営業に対する許可」(74条19号)をあげているので、連邦に立法の権限は認められる。しかし、連邦憲法裁判所1972年5月10日決定¹⁵⁾は、基本法74条19号の「許可」について免許の附与、取消し、喪失に関連するすべての規定が含まれ、結果として一般的な職業規則や継続教育から、各専門領域で必要な資格を決めるのはラントの権限であるとした。

これを前提にした上で、さらに問題になったのは、各ラントによる統一的な質確保の規定がある場合に、連邦の立法権限の余地は全くないのか、ということである。連邦社会裁判所の判決をみよう。連邦社会裁判所は、1965年5月28日判決¹⁶⁾で、保険医は医師の一般職業法に拘束されることを明示し、その後の判決でも、一般的な職業規則には質の必要性ないし資格の必要性が存しない場合には、連邦の権限を認めてきた¹⁷⁾。そして、1997年6月18日判決¹⁸⁾では、もっぱらラントの立法権による一般的な医師の職業規則を考慮しており、保険医の特別な規律は(たとえば、疾病保険法の十分、合目的、経済的給付の供給の要請など)そうした一般的な職業規則の延長にあるものとし

ている。つまり、裁判所は、連邦法である疾病保険法は職業規則ないしラント法を補完するものと判示してきた。

学説では、裁判所と同様に、疾病保険法の包括的な質確保の規定は、典型的な給付や資格については医師の職業法を基盤にしたものであり、職業法を超えた補足的な給付および資格を社会法典で規整すると解する立場がある¹⁹⁾。しかし、他方で、連邦憲法裁判所の1972年決定からすれば、医師の資格の必要性については、もっぱら立法権はラントにあり、135条2項でこれを質の確保の規定とすることは許されないという強い批判がだされていた²⁰⁾。

② このように、職業規則を補完する範囲で連邦に立法権があるとはいえ、とりわけ資格に関する疾病保険法の規整権限をめぐり、不明確さが残ることは否めなかった。そこで、疾病保険法は、1997年の法改正により、医師による職業規律と給付提供法におけるコントロールについて2つの点で医師の形成権限を強化することを明確にした。

1つは、疾病保険法135条2項は2文に次の規定をおくことで、質確保は医師(Ärztenschaft)自体の任務であって、したがってラント法による医師の職業法での規律が優先することを明確にした。すなわち、「資格として前提とされなければならない必要な良識や経験に対して、医師、なかでも専門医の職務遂行について、ラント法の規律で、連邦全体に内容が同等でかつ1文の質の条件に関して同様の資格が導入されている限りにおいては、それが必要かつ十分な条件となる」。

いま1つは、病院での医師の給付提供の質確保措置について、給付提供法の規律に医師会も関与しなければならないことを明文化し、連邦医師会の権限が強化されている。たとえば、過程・成果の比較可能な質審査を医師会と看護職の職業団体の関与下で行うことを明文化した(137条4文)。また、病院での療養についても、連邦医師会と保

険者、病院協会などの関与者が治療の質と成果について勧告をだすことを定めた上で(137a条1項)、医師の職業遂行に関する範囲において、質確保の措置についての形成は連邦医師会のみ認め(2項1文)。137a条の導入は、職業規律と連邦法(疾病保険法)の緊張関係を解決し、成果にそった質の確保措置について医師の自治の裁量を拡大することを意図したものである。

(2) 連邦委員会の指針策定権限の拡大

資格以外にも、専門を超えて職業遂行上の重要な問題について連邦医師会是指針を策定したり、連邦医師会の専門委員会が医師の遂行に関する技術的方法の質の確保についての指針も策定してきたことはすでに言及した。このように一定の範囲で、医師の業務遂行にかかわる指針は医師の自治により策定されてきたが、疾病保険法135条以下の規定では、指針を策定する連邦委員会の権限が拡大された。つまり、医師の権限を、医師と保険者の連邦委員会へ委譲する事項が拡大されることが問題になる。

保険医療としての新たな診療方法の導入を連邦委員会が指針で策定することについてはすでに規定されていた(92条1項2文5号)。これに加えて、135条1項は、新たな治療方法についての学問の認識の状況に応じた「医療上の必要性」と効率性(1号)について、指針の形式で連邦委員会が勧告することを規定した。新たな治療方法の質の審査(136条)についても医師と金庫の連邦委員会が質判断基準についての指針を策定する²¹⁾。指針により医師の職業遂行の規範設定が許容されることは、一連の連邦社会裁判所判決で判示されている²²⁾。そして、指針の法的性格については争いがあったが、連邦社会裁判所は1996年3月20日判決で労働協約と同様に規範的效果のある契約(規範設定契約)であると判示し、論争に決着をつけた。指針は連邦基本契約の構成要素となることから、

連邦委員会が当該診療方法を指針で認定しない場合には、保険者が費用を負担しないことになる。供給の統制は診療の自由を侵害する局面を持つことから、明確な法規を必要とする。しかし、疾病保険法による規定は、明確性の要請に反し、医師の職業遂行の自由を侵害するものであるという批判が強い²³⁾。

(3) ドイツ医師会と連邦保険医協会による 質確保と質改善の提言

ドイツ医師会は連邦保険医協会とともに、医療の質の確保と質の改善について10の提言を1996年に行った²⁴⁾。紹介しておこう。

- ① 医療の質確保と質改善は患者の療養のために行われること
- ② 医療の質確保と質改善は主として経済の改善に寄与するものではない
- ③ 質確保プログラムは問題にそって、かつ調整されたものでなければならない。また、質は通院と入院で相違があってはならない
- ④ 質プログラムの適切さは一貫して評価されなければならない
- ⑤ 透明性、コミュニケーション、共同(Kooperation)が質確保と質改善を成功させる前提となる
- ⑥ 包括的な内部での質確保が継続的な質改善の基本である
- ⑦ 外部からの質確保は内部の質確保手続を優先して展開する手がかりであること
- ⑧ 質確保が実現する機会を持つのは、個人が質の高い給付を提供し、継続的な診断や改善のための活動を受け、そして他者と比較するように確信を持って努力する場合だけである
- ⑨ 質は高い費用を必要とする
- ⑩ 質確保と継続的な質改善は保険制度における質政策の支柱である。

III 介護給付提供における質確保

1. 専門職の確立の必要

看護や介護では、専門職としての介護労働の確立が急務である。というのも、次のような要介護状況の客観化の困難さに加えて、新たなマネジメントの要請に対応することが求められるからである²⁵⁾。研修・能力開発を含む、包括的な専門職化が質の確保に大きく寄与することが強調されている²⁶⁾。

要介護状況の客観化が困難であるのは、疾病保険による高齢者医療およびリハビリ給付、並びに介護給付が、他の急性疾患の医療に比べて、単に専門家による診療上の評価のみならず、患者の「生活の質」が重要であることによる(Görres 1999,S.91ff.)。構造の質を急性医療と比較すれば、患者の社会的環境や生活条件などの社会心理的次元の考慮がより必要である。それゆえ、主観的な「生活の質」という指標も質の成果にとって重要になるわけである²⁷⁾。

新たなマネジメントの要請に関して、介護保険法は、一般原則として5条で「介護より予防およびリハビリの優先」を規定し、さらに、31条で、介護給付の申請の認定時に介護保険者は、要介護性を克服し、緩和するのに適した、かつ期待可能なりハビリ措置を審査することを定めている。したがって、介護の質を高めるには、医療と介護の交錯する領域で責任を持ってマネジメントをすることが重要になる²⁸⁾。介護の質は、病院・施設内ないし相互間のみならず、医療保険者ないし介護保険者の組織上の課題として、地域での療養給付に関与する者との連携の可能性を追求することを含むものと解されている(Görres 1992,S.106)。このような関与者の多様な期待を採知し、資源と結び付けて調整をはかる行為は、質のマネジメント(Qualitätsmanagement)とよばれている。質のマネジメントに対応できるように、新たな職業教育(Ausbildung)がなされなければならない。

2. 介護水準と職員配置基準

専門職としての介護の水準設定や方法を策定する際には、保険者の費用引き受けの抑制が直接に影響を与えないようにしなければならない(Görres 1999,S.137)。その例として、施設における職員配置を最後にとりあげよう。というのも、公的に組織された人的サービス給付をめぐり、受給者、サービス実施者、費用負担者の三面関係が生じるので、費用の引き受けの程度が受給者に対する給付の質に大きな影響を及ぼすからである(Neumann 1997,S.575)²⁹⁾。介護の一定水準を保持するのに下回ることでできない、職員配置の最低水準が問題になる。たとえ配置される職員数の決定権限が施設に与えられたとしても、費用負担の基盤が明確にされない限り、実効性に乏しい。十分な量と質を備えた職員配置は、構造の質の指標であると同時に、給付の質の前提でもある。個室の準備を例にすれば、個室の準備がされていること自体は直接に構造の質に影響をもたらす。しかし、良質のサービス提供という目的は、単に個室があるだけではなく、十分な職員が配置され、たとえば体位交換によりじょくそうが予防される場合のみ達成される³⁰⁾。職員配置の基準は、質を有効に確保できるように設定されなければならない(Neumann 1997,S.575)。

財政負担を抑制して介護水準を低下させないためにも、介護水準の実現可能性と財政負担の可能性の次元を峻別し、次のような3段階モデルが提言されている³¹⁾。第1段階は、老年医療関係者やケースワーカーにとどまらない広範囲の専門家による議論を基に、介護および援助水準設定についての議論をする段階である。第2段階は、施設設置者、介護職員、高齢者の代表者そして保険者といったすべての関与者が、実現可能性と財政可能性の観点から水準を審査する段階である。第3段階ではじめて、そうした水準が法律で定められた質確保の協定に取り込まれ、拘束力を持つというものである。

おわりに

医療・福祉労働としての給付の質確保にとって、従事者の専門化が前提条件になる。そして、良質なサービス給付の提供は費用を要することから、公的に財政的支援を行うことが不可欠である。医療・介護で専門職像を確立し、専門家集団を社会保障のサービスの提供にいかに関与させていくのが質の確保および改善の重要な課題になろう。

注

- 1) Laux, Unternehmen Stadt?, Die Öffentliche Verwaltung 1993, 523ff.
- 2) Hörnemann, Kassenarzt als Freier Beruf, 1994, S.243 u. 244; Heiner, Ziel und kriterienbezogenes Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, in: Merchel/Schrappner (Hg.), Neue Steuerung, 1996, S.210ff.
- 3) Görres 1999, S.36; Dalichau/Grüner/Müller/Alten, Pflegeversicherung, S.10c zu § 80.
- 4) Schoeniger, 1991, 399.
- 5) Hölzer, Qualitätssicherung, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwältinnen im Medizinrecht e.V.(Hg.), Krankenhaus im Brennpunkt, 1997, S.95, 1997.
- 6) Sperl, Qualitätssicherung in der Pflege, 1996, S.108 u.146.
- 7) ただし、最低水準について介護需要がすべて介護保険法で保障されるのではなく、その他の給付主体、とくに社会扶助主体によっても保障されることが前提になっている。介護保険法は、疾病保険法と同様の「効率化要請」(29条)を規定しているが、疾病保険法と異なり、「十分な」という最低基準を継承していない。
- 8) BSG Urt.v. 19.11.1985 E 59, 172.
- 9) Görres 1999, S.44ff.
- 10) Schiemann, Zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege, Deutsche Krankenpflege 1990, 526; Görres 1999, S.37.
- 11) BVerwG Urt.v.30.9.1993 E 94, 202ff.
- 12) 詳細は、宇津木伸「西ドイツ医師職業裁判所」『東海法学』1号(1987年)127頁以下参照。
- 13) Thomeczek/Ollenschläger, Qualitätssicherung und Ärztliche Berufsausübung: Aktuelle Situation und Ausblick, in:Wienke u.a., 51,53.
- 14) Hörnemann, a.a.O., S.236.
- 15) BVerfGE 33, 125, 154f.
- 16) BSGE 23, 97.
- 17) たとえば BSG 26.3.1976 E 41, 269, 273.
- 18) BSGE 80, 256.
- 19) たとえば, Schneider, Rechtliche Grundlagen der

- Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1997, 267, 269.
- 20) Neumann, Ärztliche Berufsfreiheit und Qualitätssicherung, in; Wienke u.a.,107,116.
 - 21) Hörnemann, a.a.O., S. 247.
 - 22) BSGE 78, 80.
 - 23) Jörg, Begrenzungsparameter für untergesetzliche Regelung im Vertragsarztrecht, in: Wienke u.a., 123ff.
 - 24) Ollenschläger, S.47ff.
 - 25) Memorandum zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) 25 (1994), 52, 56.
 - 26) Görres 1992, S.106 ;Schöniger, Pflegestandards-Wege zur Qualitätssicherung?, In : Krankenpflege 1991, 396, 402, 404.
 - 27) Heiner, a.a.O., S.212ff.
 - 28) Rothgang, Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung, 1995, S.62
 - 29) 医療でも同様に、人的資源を含めた組織上の質を保つには、保険者による費用引き受けについての合意が必要になる (Ollenschläger, S.49) .
 - 30) Eckmann, Qualitätssicherung der Sozialhilfe in Behinderteneinrichtungen und ihr Verhältnis zur Evaluationsforschung und zum Qualitätsmanagement, RsDE 28 (1995),15,20.
 - 31) Igl, Rechtliche Frage der Qualitätssicherung bei der Pflege alter und behinderter Menschen, RsDE 21 (1993), 31,39ff.

参考文献

- Bundessozialhilfegesetz:Lehr- und Praxiskommentar LPK-BSHG,1998.
- Gesetzliche Krankenversicherung:Lehr- und Praxiskommentar LPK-SGB V,1999.
- Görres, Qualitätssicherung in der Geriatrie, Archive für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1992,90.
- Görres, Qualitätssicherung in Pflege und Medizin,1999.
- Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts,1992.
- Neumann, Leistungserbringersrecht, in: Schulin (Hg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts Band 4 Pflegeversicherungsrecht, 1997, S.513ff.
- Ollenschläger, Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, 1996
- WHO. 1985. *The Principles of Quality Assurance*. Euro Reports and Studies 94.
- Wienke u.a.(Hg.), Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung, 1998

(うえだ・まり 福島大学助教授)