

ドイツの外来保険診療の特徴とその改革

—2025 年医療提供強化法を中心として—

Characteristics and Reform of German Outpatient Medical Services

— Focusing on the Medical Service Strengthening Act of 2025 —

2025 年 4 月 12 日校了

田中耕太郎（比較社会保障研究者）

The fundamental characteristic of the German medical system is the strict delineation between outpatient medical services, which are managed by the association of physicians entitled to public health insurance (KV), and inpatient care provided by hospitals.

In parallel with efforts to improve collaboration between these two sectors, there is an urgent need to reform the outpatient sector, specifically to strengthen the network of family physicians. Consequently, the coalition government, consisting of the Social Democratic Party, the Green Party, and the Free Democratic Party, enacted the Medical Service Strengthening Act in 2025. This legislation introduced a comprehensive set of measures aimed at enhancing both the availability and quality of outpatient services. Notably, it abolished the budgetary control over the total Remuneration paid to family physicians.

In aging societies, where the number of patients with chronic conditions is steadily increasing, the role of family physicians is becoming more crucial, and the policy to bolster their presence is both timely and justified. However, appropriate regulation of physician Remuneration remains essential to ensure the financial sustainability of the medical insurance system.

After decades of policy emphasis on controlling medical expenditures, a discernible shift is occurring towards relaxing economic constraints in order to make the medical profession more attractive. The German medical insurance system now faces the challenge of devising a new approach to balance the strengthening of medical services with the need to contain medical expenditures to preserve the system's financial viability.

キーワード: ドイツ医療保険 外来診療改革 家庭医 診療報酬

Key Words: German Medical Insurance Reform of Outpatient supply Family
physician Remuneration

はじめに

ドイツの医療提供体制は、各州が供給確保責任の下で病院計画により管理する病院（＝入院）医療と、ほぼ各州に対応して設立された公法人ですべての保険医が加入する保険医協会が供給確保責任を負う外来保険診療に峻別されているのが大きな特徴と

なっている。

さまざまな歴史的経緯により形成されてきたこの基本枠組みは、役割分担の長所を抱えつつも、それぞれの領域固有の課題に加えて、相互の連携に大きな問題を抱えている。このため、これまでも両診療領域に関わる重要な改革が重ねられてきたが、2021年に成立した SPD（社会民主党）、連帯 90/緑の党と FDP（自由民主党）の 3 党連立政権は、連邦保健相に就いた医師であり医療政策の専門家でもあるラウターバッハ教授（Prof. Lauterbach）の主導の下で、コロナ渦での経験とその残した影響も踏まえ、医療提供体制に関わる医療保険制度の改革作業を進めてきた。

その結果、病院の類型化と機能分化や、2000 年代初頭から段階的に導入、強化されてきた DRG（診断群分類別包括支払方式）の大胆な転換を含む病院医療の改革と並んで、地域の基礎的な医療とその後の医療連携のカギを握る外来保険診療についての改革に取り組み、2025 年に法案が成立した。

そこで、2024 年に成立した病院医療改革法については別稿に委ね、本稿では、まずドイツの外来保険診療の基本的な仕組みや課題、近年の注目すべき動向について概観した上で、今回の法律の審議経過とその主要内容について、考察する。

1 ドイツの外来保険診療の基本的な仕組みと実態

(1) 基本的な仕組み

ドイツの外来保険診療は、各州単位にほぼ対応して設立されている公法人である 17 の保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung: KV)¹ が医療提供体制の確保義務を負う。各地域によって医師の過剰や過少が生じず、全国的に必要な医療（医師）需要に応じた適正配置を確保するため、需要計画 (Bedarfsplan) により 1 人の医師が担当する住民数を基準として配置基準が定められている。新たに医師が保険外来診療を担当するためには、保険医協会の医師登録簿 (Arztregister) に登録した上で、保険医の種類ごとに定められている需要計画に基づいて、保険医協会と州疾病金庫連合会および代替金庫の代表同数で構成される、各地域の承認委員会 (Zulassungsausschuss) で保険医としての承認を受けなければならない（社会法典第 5 編 95 条から 105 条まで）。

(2) 保険医の地域的な適正配置—保険医の需要計画

日本でも最近になって開業医の地域的な適正配置をめぐる政策手法について議論が

¹ 規模の大きいノルトライン・ヴェストファレン州は 2 つの保険医協会に分かれているが、それ以外は 16 ある各州（ベルリン特別市およびハンブルク特別市を含む。）に対応して設置されている公法人で、すべての保険医はこれに加入義務がある。歯科医師についても対応する仕組みがあるほか、近年の法律改正により、心理療法士についても医師と同様の仕組みが適用され、保険医協会の心理療法士名簿への登録や需要計画が適用されているが、本稿では医師を中心に記述する。

始まっているが、ドイツではすでに長い間にわたって、法律に基づく保険医の需要計画と保険医承認制度が定着している。

保険医の全国的な適正配置をコントロールする中核となるツールが保険医の需要計画で、近年では、1993 年の医療保険構造改革法、2012 年の公的医療保険供給構造法、2015 年の公的医療保険供給強化法、2019 年の医師予約および医療供給法などにより、累次の法改正が行われ、それに対応して「需要計画並びに保険医供給における過剰供給および過少供給の確定のための措置に関する合同連邦委員会²のガイドライン（需要計画ガイドライン：Bedarfsplanungs-Richtlinie）」も改正を重ねてきた。

具体的には、法 91 条（合同連邦委員会）、92 条（合同連邦委員会のガイドライン）1 項 9 号、99 条（需要計画）等の規定に基づき、現行の需要計画ガイドラインは 2012 年 12 月 20 に策定され、2013 年 1 月 1 日から施行された。その後も定期的な改訂を重ね、直近のものは 2024 年 12 月 19 日に改正され、2024 年 12 月 31 日に施行された。

このガイドラインの内容は、新規の保険医の承認申請の諾否に関わる重大なものであり、また医師の専門分野に関する分類や各地域の医療需要の相違も考慮するため、緻密で詳細なルールが定められている。

1) 策定手続き

保険医協会は、州疾病金庫連合会および代替金庫と協議し、ガイドラインに基づき、州レベルで保険医供給を確保するための需要計画を策定し、状況の推移に応じて見直さなければならない。需要計画は社会保険を管轄する州の最上級官署に提出し、ここは 2 カ月以内に異議を唱えることができる（法 99 条 1 項）。

保険医協会と州疾病金庫連合会および代替金庫の間で合意できない場合には、各当事者は州医師および疾病金庫委員会に持ち込むことができる（同条 2 項）。

州医師および疾病金庫委員会は、需要計画について審議し、当事者間で合意できなかった場合には自ら決定する（同条 3 項）。

2) 基本操作概念

保険医の供給状況の現状とあるべき水準は、連邦、保険医協会（州）、各地域のいずれのレベルにおいても、医師 1 人当たり住民数（比例数：Verhältniszahlen）の指標で示される。この比例数は、医師の専門分野に応じてまとめられた群（医師群：

² 社会法典第 5 編 91 条に基づき設置され、保険医協会、病院協会などの医療担当者の代表と疾病金庫の代表で構成される医療分野における当事者自治の最高位の委員会である。2004 年の公的医療保険現代化法により導入され、2004 年 1 月 1 日から運営されている。前身は 1955 年の保険医法 (Gesetz über das Kassenarztrecht) により設置されていた連邦医師および疾病金庫委員会で、さらにその前身は 1923 年に設立された帝国医師および疾病金庫委員会に繋がる。

Arztgruppe) ごとに、専門性の程度と必要とされる医師数に応じて異なる広さに設定された計画区域 (Planungsbereich) を単位として設定される。

3) 連邦レベルの統一基準

① 医師群

比例数の策定に当たっては、医師の専門分野に応じて次の 4 グループに分類され、それぞれのグループに対応した広さの計画区域が定められた上で、各医師群ごとに計画区域ごとの比例数が示される。

- ・ 家庭医診療 (hausärztliche Versorgung)
- ・ 一般的な専門医診療 (allgemeine fachärztliche Versorgung)
- ・ 専門化した専門医診療 (spezialisierte fachärztliche Versorgung)
- ・ 特別な専門医診療 (gesonderte fachärztliche Versorgung)

各医師群がどこに属するかについては、後述の表 1 に示す。各医師群の定義は、連邦医師会が定めるモデル専門医教育規則 (Muster-Weiterbildungsordnung) に従う。

② 計画区域

計画区域は、保険医供給の現状と必要数、過剰供給と過少供給を判断する基礎となる区域であり、医師群の専門性の高さ、つまり地域的な必要度に応じて計画区域の広さが決められる。具体的には、もっとも地域に密着し、住民ができるだけ近くでアクセスできる必要のある家庭医はもっとも小さな計画区域である中規模区域が定められ、特殊な専門分野になるほど広い地域での医療需要が算定される。4 グループに対応する計画区域は次の通りで、基本的に連邦建設・都市・地域研究所 (BBSR) の定める地域割りによる。

- ・ 家庭医診療：883 の中規模区域 (Mittelbereiche)
各地域のインフラをできるだけ小さな単位で区分するもので、概ね郡に属する中・大規模な市とその周辺地域に相当する。
- ・ 一般的な専門医診療：361 の郡 (Landkreise) および独立市 (kreisfreie Städte) の区域に対応する。
- ・ 専門化した専門医診療：97 の空間秩序地域 (Raumordnungsregionen)
例えば北部ヘッセン (Nordhessen) やラインーメイン (Rhein-Main) のような、経済的な中心地とその周辺地域に対応する。
- ・ 特別な専門医診療：17 の保険医協会の管轄区域で、ほぼ州単位に対応する。

③ 比例数

③-1 基礎比例数

まず連邦レベルの統一的な保険医配置の比例数は、4 グループごとに設定された計画区域単位で、医師群ごとに基礎比例数 (Basis-Verhältniszahlen) がガイドラインの

8条および別添5で定められている。この基礎比例数は、それぞれの医師群が創設された時点における連邦全体での医師数と住民数の実際の比率を考慮して決定される。現行基準の基準日は、住民数の配分は2010年12月31日現在、医師数の配分は2012年6月30日とされている。そして、これにより調査された比例数が、このガイドラインによる調整により更新された場合には、これが基礎比例数とされる。

次に基礎比例数は、③-2に述べるように、基準日以降の罹病率の変化に応じて調整されて一般比例数が算定され、さらにこれが州医師および疾病金庫委員会により各地域の人口構成と罹病率の実態に応じて調整されて、最終的な比例数が決定される。

なお、いずれの段階の比例数においても、郡および独立市の区域単位で比例数が示される一般的な専門医診療については、郡の6種類のタイプに応じて異なる比例数が定められる。これはドイツの地方自治制度に関わる非常に複雑な仕組みであるが、要は、361の郡・市について、これを構成する約1万の市町村の連合体(Gemeindeverbände)の相互間の外来受診における移入・移出の状況を踏まえてタイプ化したものである。

周辺地域との医療提供状況に応じた5つのタイプと複数の中核都市がある地域の6タイプに分けられている。タイプ1~5の定義と連邦平均の供給水準は、以下の通り。

- ・タイプ1：強く他地域の医療も提供する地域：規模の大きい中核都市：130%
- ・タイプ2：他地域からの医療も受け、自ら他地域の医療も提供：中規模都市：96%
- ・タイプ3：強く他地域に依存：都市に強く依存する周辺地域：48%
- ・タイプ4：他地域に依存：自分の地域の供給に加え一部依存：77%
- ・タイプ5：地域で自己完結：辺鄙な地方：100%

具体的には、連邦建設・都市・空間研究所の大都市地域の概念をベースとし、中核都市と周辺地域、辺鄙な地域相互間の医療提供関係を反映する。具体的には、郡・市を構成する市町村連合ごとに医療供給の実態に応じて調整し、すべての郡・市がいずれかに位置づけられる。一般的の専門医診療に属する医師群については、この郡・市のタイプに応じて比例数が示される。このタイプ分けは、5年ごとに調整され、最初の見直しは2018年1月1日とされている。

③-2 高齢化に伴う罹病率の変化を反映した一般比例数

次に、2010年の直近の基礎比例数は、その後の人口高齢化による罹病率の変化に応じて2年ごとに見直される。これを一般比例数(Allgemeine Verhältniszahlen)という。具体的には、疾病金庫間のリスク構造調整の当初の仕組みと似たような算定方式で、人口構成を20歳未満、20歳以上45歳未満、45歳以上75歳未満、75歳以上の4区分と男女別で計8群に分類し、それぞれの区分ごとの人口構成比を示す。この人口構成の変化による罹病率の変化に伴う調整は、最初に実施されたのが2017年12月末の基準日で2019年7月1日から適用され、それ以降は2年ごとに更新される。直近のものは2021年12月末の基準日で2023年7月1日から25年6月30日まで適用される。

そしてこの人口区分に対応して、各医師群ごとに、連邦統一的な住民 1 人当たりの平均診療報酬額に対する各人口区分ごとの住民一人当たり平均診療報酬額の比率を算出する。具体的には、直近 12 四半期（3 年間）の診療報酬データが用いられ、最初の算定は、2015 年から 17 年までのデータに基づき 19 年 7 月 1 日から適用され、6 年ごとに更新される。したがって次の更新は 2025 年 7 月 1 日で、現在のデータは 2019 年 7 月 1 日から 25 年 6 月 30 日まで適用される。

この 8 つの人口区分の構成比率に各人口区分に該当する住民の診療報酬額の比率を乗じたものを各医師群ごとに 2010 年末の基礎比例数の時点のものと直近では 2021 年末のものとを比較したものが年齢構成の変化による罹病率の変化を示す数値として用いられ、これを基礎比例数に乗じたものが 2023 年 7 月 1 日から 25 年 6 月 30 日までの一般比例数として用いられる。

その結果は、表 1 の通りである。例えば家庭医については、基礎比例数 1,671 人/家庭医が一般比例数では 1,616 人/家庭医となり、これを基準としてさらに次に述べる保険医協会（州）レベルでの需要計画が定められることになる。

（表 1）医師群別の一般比例数（2025 年）

	医師群	計画区域	一般比例数（医師 1 人当たり住民数）						
			連邦統一	地域タイプ別					
				1	2	3	4	5	6
家庭医供給	家庭医	882 中規模区域	1,616						
一般的な 専門医診療	眼科医	361 郡および独立市		12,548	18,945	23,159	20,745	19,352	19,142
	外科医/整形外科医			9,095	14,045	16,909	15,946	14,672	13,502
	婦人科医			3,844	5,786	6,802	6,560	6,221	5,720
	皮膚科医			21,252	34,962	41,931	41,053	39,210	34,994
	耳鼻咽喉科医			17,396	26,518	33,927	32,550	31,267	24,935
	神経科医			13,502	20,686	24,860	23,644	22,386	20,272
	心理療法士			3,163	5,300	6,370	6,059	5,736	5,194
	泌尿器科医			26,330	41,795	48,864	45,838	43,634	34,411
	小児科医			2,043	2,862	2,862	2,862	2,862	2,862
専門化した 専門医診療	麻酔科医	97 空間秩序地域	46,093						
	放射線科医		48,801						
	専門内科医		14,507						
	小児精神科医		15,211						
特別な専門医診療	ヒト遺伝子医	17 保険医協会	562,623						
	検査医		92,218						
	脳神経外科医		144,183						
	核医学専門医		106,128						
	病理医		108,909						
	理学療法リハビリ医		153,267						
	放射線療法士		152,321						
	輸血医学専門医		1,200,078						

（注）比例数の基礎となる住民数は、小児科医については 18 歳未満の未成年者数、婦人科医にあつては女性の住民数とする。

4) 保険医協会(州)レベルでの需要計画

連邦統一的な一般比例数を基に、さらに各州レベルでの人口構成や罹病率の相違を反映して具体的な需要計画が策定される。連邦の一般比例数を保険医協会(州)レベルに反映させる手法は、基礎比例数に罹病率の変化を反映させて一般比例数を導き出すのと同様の手法が用いられる。ただし、連邦統一基準と各州の罹病率の格差は、連邦レベルの人口高齢化による経年変化以上に大きいため、ここでは年齢別と男女別の計8区分に加え、連邦と各州の同じ2021年1年間の診療報酬額を用いて、医師群ごとに、さらに平均よりも罹病率の高い患者群と高くない患者群との構成比を分け、計16の区分ごとに連邦と各州、場合によれば郵便番号単位での地域の罹病率の特殊性を反映して、最終的な地域比例数(Regionale Verhältniszahlen)が決定され、需要計画が策定される。

5) 医師過剰と医師過少の判断基準

需要計画で定められた医師群ごとの計画区域単位での地域比例数に対し、実際に承認されている医師対住民数の比例数が10%を超えている場合には、当該医師群については当該計画区域は「供給過剰(Übersorgung)」として閉鎖され、新規の保険医の承認は認められない。もしもその医師群の専門医として当該計画区域での開業を希望する場合には、保険診療を行わない自由開業医として開業するか、当該区域の既存の保険医が死亡や廃業などにより枠が空くのを待つことになる。そうでなければ、他のまだ閉鎖されていない計画区域で保険医としての承認を申請することとなる。

逆に「過少供給(Unterversorgung)」と認定されるのは、当該計画区域における医師の配置状況が必要保険医数に対して、家庭医については25%以上、専門医については50%以上、下回った場合である。この場合には、当該区域を管轄する保険医協会は、必要な医師を確保する責任が生じる。

(2) 外来保険診療への診療報酬

1) 基本的な構造と政策の流れ

承認委員会による承認を受け、保険医協会に加入して保険外来診療に従事する保険医は、診療の対価として診療報酬を受け取る権利があるが、これをどのようなプロセスでどういうルールに従って支払うかをめぐっては、公的医療保険制度の創設以来、受け取る側の保険医と支払う側の疾病金庫との間での根本的な利害対立がある。このため、時の政権を巻き込んで立法により大枠が決められて、その枠内で連邦レベルおよび州レベルで保険医協会と疾病金庫連合会との間で具体化に向けての激しい交渉が行われてきた。

大きな流れで見ると、医療費が高騰して保険料率も急上昇し、医療費の抑制が政権

の重要な課題に挙げた 1970 年代後半から、東西ドイツ再統一を挟み、重要な医療保険制度改革が相次いで行われた 2010 年前後までの時期は、立法による直接的な総額の予算制による強力な押さえ込みを含め、医療費総額の伸びの抑制とそれによる保険料率の安定化、医療保険の財政的な持続可能性の確保を優先する政策がとられ、そのためのさまざまな手法が導入されてきた。

これに対して、2010 年前後以降は、こうした基調を正面から否定はしないものの、財政的な抑制による医療現場の不満や疲弊、人材確保難などを背景に、さらに 2020 年からの Covid-19 の感染拡大による医療の逼迫などもあり、徐々に医療供給体制の確保と医療の質の向上を重視するように政策の重点が移ってきている。その分、財政的な規律を緩めてきており、今回の改正もこの流れの延長線上に位置づけることができる。

2) 連邦レベルでの枠組みの決定

保険外来診療の全体の枠組みについては、社会法典第 5 編に基づき、まず各州レベルで締結される全体契約(Gesamtverträge)の共通の内容に関し、連邦レベルで連邦保険医協会と連邦疾病金庫最上級連合会との間で、連邦枠契約(Bundesmantelverträge)が締結される。その内容は、州レベルで締結される全体契約の一部を構成する(法 82 条)。

この連邦枠契約の一部として、連邦保険医協会は連邦疾病金庫最上級連合会との間で、診療報酬の評価委員会(Bewertungsausschuss)を通じて、医師のための診療報酬の統一評価基準(einheitlicher Bewertungsmaßstab:EBM)について合意する(法 87 条 1 項)。この統一評価基準は、診療報酬請求が可能な給付の内容とその評価を点数により相互の相対的評価として表示する。そして可能な限り、給付はそれを保険医が実施するのに必要な時間消費(Zeitaufwand)に関する記述とともに表示するものとされる(同条 2 項) この時間消費に関する記述は、個々の保険医からの診療報酬請求に対する保険医協会の信頼性審査(Plausibilitätsprüfung)の際の参考とされる。評価委員会は、連邦レベルの両当事者団体から、それぞれ同数の 3 名の委員で構成され、合意に至らない場合には、中立の立場の委員長と 2 名の委員が加わる拡大評価委員会に移行し、その多数決で決した内容は拘束力を持つ

統一評価基準は、もともとは各診療行為の評価が点数で表示され、四半期ごとに、各保険医から保険医協会に対して請求された診療報酬の総点数を計算し、保険料収入の見込額などに基づいて予め保険医協会と州疾病金庫連合会との間で合意されていた報酬総額を総点数で割って点数単価が算定されていた。この点数単価フロート制総額請負方式のもとでは、診療報酬総額の伸びを保険料収入総額の伸びの範囲に収めることが容易であるという長所があったが、保険医から見ると、収入を増やそうとして診療行為を増やしてもその分だけ点数単価が低減することになり、「ハムスターの車輪効

果」として強く批判されていた。また、その副作用として、保険医の診療報酬は抑制できても、これにより処方された薬剤費や各種療法などが不相当に増加するという問題も生じていた。

こうした批判に対応して、統一評価基準には、2009 年からは相対的な点数表示と並んで、州レベルでの報酬配分の指標価格(Orientierungswert)として、ユーロでの金額表示も行われるようになった。ただし、青天井の報酬総額の増加を抑えるため、各医師群ごとに基準給付量(Regelleistungsvolumina:RLV)が設定され、そこまでは全額設定単価で支払われるが、これを超えた量の診療行為については報酬が減額されたり、支払われなかったりする歯止めがかけられた。

統一評価基準は、家庭医領域（家庭医と小児科医の 2 医師群）と専門医領域（23 の医師群）に区分して設定される。また、指標価格としての連邦統一的なユーロ金額表示の毎年調整については、（拡大）報酬評価委員会が診療所経営費用の動向などを勘案して毎年 8 月 31 日までに決議することとされる（法 87 条 2e 項および 2g 項）。2025 年については対前年比 3.85%増となる 1 点単価＝12.3934 セント(0.123934 ユーロ)とされた。

3) 州レベルでの枠組み

各州レベルでは、連邦レベルでの連邦枠契約の内容と統一評価基準を踏まえ、保険医協会と州疾病金庫連合会と代替金庫との間で全体契約が締結される。保険外来診療に従事する保険医に対する診療報酬は、この全体契約で決められる。疾病金庫は、各保険医協会の管轄地域内に住所を有する被保険者本人とその被扶養家族に対するすべての保険外来診療の対価として当該保険医協会に総額報酬(Gesamtvergütung)を支払い、これにより保険外来診療を提供する責任を免れて(mit befreiender Wirkung)保険医協会に委ねることになる（法 85 条 1 項）。したがって、各保険医との診療報酬の支払いをめぐる当事者は疾病金庫ではなく保険医協会となる。

保険医協会と州疾病金庫連合会および代替金庫は、翌年に適用される総額報酬について、毎年 10 月 31 日までに共同して統一的に合意する。この基準は、連邦レベルで合意された統一報酬基準で定められた点数とユーロ表示の点数単価の指標価格を基準として、ユーロによる金額で表示される。両当事者は、とりわけ各地域の費用構造や医療提供体制などの特別な事情を考慮して、指標金額に対する加算や減算などを設定することもできる（法 87a 条 1 項）。

各疾病金庫から保険医協会に支払われる総額報酬の額は、従来は、保険料収入の見込額を基準として人頭払いで決められていたが、これでは被保険者等の高齢化や罹病率の変化のリスクを疾病金庫ではなく保険医協会に負わせることとなるため、2007 年の公的医療保険競争強化法により直接的な罹病率指標による疾病金庫間のリスク構造

調整が強化されたことに影響され、2009 年からは当該保険医協会の区域内の被保険者と被扶養家族の罹病率の変化を考慮した総額とされている（罹病率調整後の総額報酬（Morbiditybedingte Gesamtvergütung:MGV）（法 87a 条 1 項））。

この罹病率調整後の総額報酬は、家庭医と専門医、さらに専門医の間でも各医師群に分けて設定される。そして、それぞれごとに基準給付量が設定されてシーリングが設けられ、これを超えた請求については、所定の診療報酬額が減額される。

総額予算には、もう一つの特別予算総額報酬（Extrabudgetäre Gesamtvergütung:EGV）が設けられる。これは MGV とは異なり、シーリングは設けられず、基本的に行われた診療行為の報酬単価に実施回数を乗じた額が全額支払われる。その対象は、特に推奨されるべき診療行為とされ、具体的には予防接種、早期発見のための健診、外来手術、遠隔診療などが対象とされていた。さらに Covid-19 による感染拡大に対応するため、2020 年 3 月 27 日の COVID-19 病院負担軽減法により同月 28 日から広く拡大されたが、この特例は翌 21 年 1 月 1 日に廃止された。その後、2023 年 5 月 11 日の社会法典第 5 編等の改正法により、小児科医療が対象に加えられ、2023 年 4 月 1 日から施行されていた（87a 条 3b 項）。今回は同様の措置を一般医/重点領域を持たない内科医の領域に拡大したものである。

保険医協会は、こうして得る総額報酬を保険外来診療に従事する各保険医や心理療法士などに配分するために、州疾病金庫連合会および代替金庫と協議して（im Benehmen mit）、報酬配分基準（Honorarverteilungsmaßstab:HVM）を定める（法 87b 条）。

4) 保険医の実際の診療報酬額

1990 年代半ばから続いてきた保険外来診療費に対する連邦レベルでの予算制や基準給付量などによる抑制や診療報酬支払い方式の包括化、中央統制の強化は、各地域の保険医協会の不満や批判を強めていた。2009 年の政権交代により CDU/CSU と FDP の保守中道連立政権への移行に伴い、SPD の Ulla Schmidt 連邦保健相から FDP の Rösler 連邦保健相に交代し、その下で制定され、2012 年 1 月から施行された 2011 年 12 月 22 日の公的医療保険供給構造法により、連邦レベルでの統一化や総額の増加に対する各種の抑制措置が緩和され、各州の保険医協会の権限が強化された。

こうした動きに対する懸念や批判を踏まえ、保険外来診療に対する診療報酬に関する透明性を確保するため、同法の中で、保険医協会ごとに、診療報酬の配分や総額報酬の内容、各保険医および医師グループごとの診療報酬の実態について、連邦保険医協会は、毎四半期が終了するつど、その診療報酬支払期間に関する診療報酬報告（Honorarbericht）を公表することが義務づけられた。さらに、各地域による診療報酬の格差を説明するために、医師数、診療件数、給付量についても情報提供することが求められた。その直近の 2023 年第 1 四半期の報告書から、診療所平均の 3 ヶ月間の平

均売上高（収入額）と、ここから諸経費を控除した剰余額（所得）を主要な医師群について見ると、表2の通りである。四半期の数字なので、年収はほぼこの4倍になる。

表2 主要な医師群の平均収入と所得の額

（2023年第1四半期、単位ユーロ）

診療科	売上げ(収入)	剰余(所得)
重点領域を持たない内科医	62,780	33,201
小児科医	70,649	34,478
呼吸器内科医(専門医の最高)	100,982	47,833
保険医全体の平均	63,742	33,763

(3)開業保険医の減少と保険外来診療に従事する勤務医の増加傾向

1)ドイツにおける展開

今回の改正に関連して、近年のドイツにおける保険外来診療の供給状況に関し、顕著な動向が見られるので、この点についても簡単に見ておく。それは端的に言うと、表3に示すように、開業する保険医の減少と外来診療センター等の施設や他の開業医の下で雇われて働く勤務医の増加傾向である。

(表3)保険外来診療に従事する医師の勤務形態の推移(2013-23)

年	合計	保険医	パートナ ー医師	施設での 勤務医	開業医で の勤務医	授権医師
2013	142,660 (100%)	110,565	856	10,878	10,823	9,538
うち女性 医師	54,561 (38%)	40,838 (37%)	431 (50%)	11,406 (53%)		1,886 (20%)
2014	143,635	109,638	821	11,615	12,078	9,483
2015	144,769	108,493	781	12,430	13,661	9,404
2016	146,054	107,295	701	13,902	14,793	9,363
2017	147,350	105,934	649	15,526	15,951	9,290
2018	148,601	104,321	642	17,278	17,152	9,208
2019	149,710	102,589	595	19,102	18,283	9,141
2020	150,850	100,933	579	20,966	19,345	9,027
2021	152,028	99,307	556	23,003	20,235	8,927
2022	152,697	97,195	552	25,163	20,946	8,841
2023	153,726 (100%)	95,208	507	27,448	21,823	8,740
うち女性 医師	70,561 (46%)	40,339 (42%)	247 (49%)	27,347 (56%)		2,628 (30%)

(注) 1) 各年12月31日現在 2) 2013年と23年の上欄のカッコ内の%は全体に対する勤務医の比率を、下欄の女性医師数の下のカッコ内の%は、各勤務形態別の医師数に占める女性医師数の比率を示す。

(出所) Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bundesarztregister 各年版より作成。

こうした傾向は最近の 10 年以上の経年変化で見ても顕著で一貫している。その背景の一つには、すでに就業している医師総数の 50%を占めるに至った女性医師の増加があるが、女性に限らず、とりわけ若い医師たちの間では、ワーク・ライフ・バランスを重視し、医師活動と私生活とを両立させるため、多額の開業資金を投じて必死に働き借入金を返済する開業のリスクを避ける傾向が指摘される。開業医は高齢化が進んでおり、その退職に伴ってこうした傾向はますます進む。

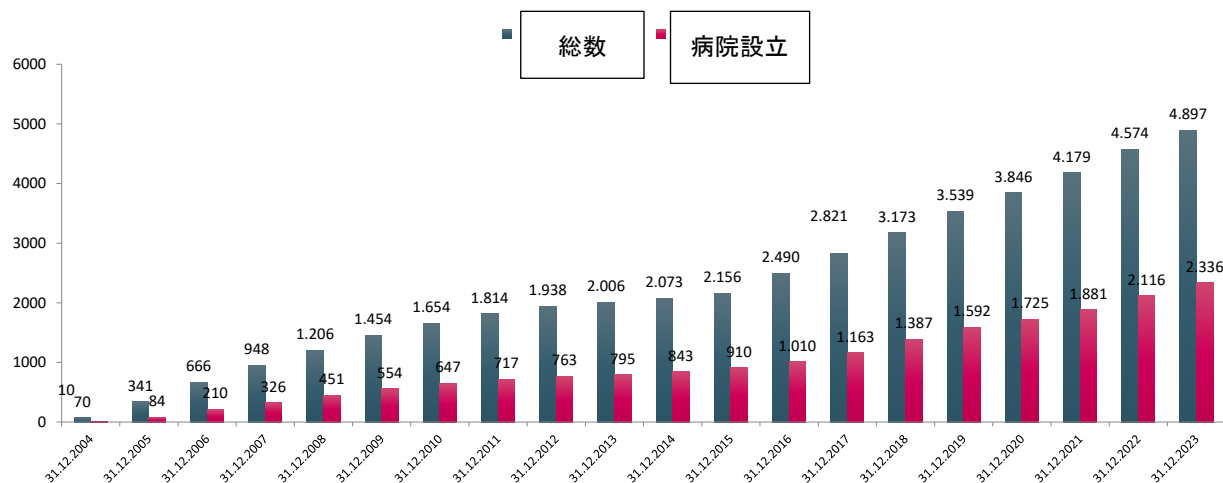
病院（入院）医療ではなく外来診療に従事する医師の勤務先として注目されているのが外来診療センター(Medizinische Versorgungszentrum: MVZ)と呼ばれる施設である。これは東西両ドイツが再統一された際に、当時の社会主義体制の旧東ドイツ領内で行われていたポリクリニックが、東西ドイツ再統一に際して経過的に認められたものが、外来機能の強化や保険医と病院との連携などの視点から再評価され、2004 年の公的医療保険現代化法により正式な外来診療形態として位置づけられたものである。

外来診療センターは、それ以降、図 1 に示すように一貫して増加しており、その約半数は病院が設立したものである。

また、ここで従事する医師数は平均で約 6.1 人と、規模は大きい。

(図1)外来診療センターの施設数の年次推移

MVZ-Anzahl



(出所) KBV 資料。

2) オーストリアにおけるプライマリー・ケア診療単位の推進

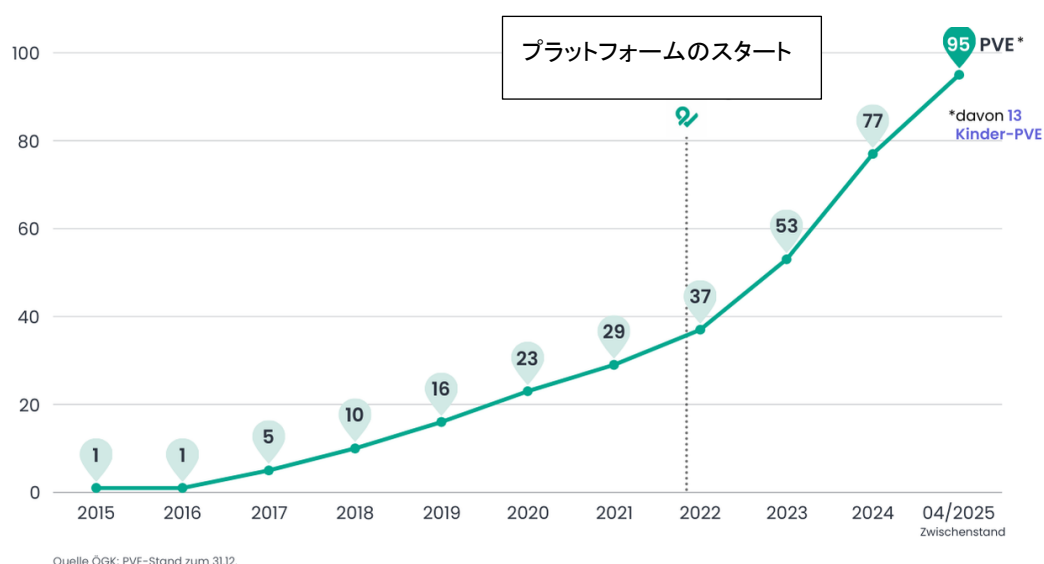
興味深いことに、隣国オーストリアでも同様の政策が推進されているので、若干補足する。ここでは、2013 年の医療改革により、連邦一各州一社会保険の間における 2013 年から 2026 年までの連邦目標管理協定が締結され、順次、具体化に向けた協議と立法

が重ねられてきた。その背景には、高齢化の進行による医療ニーズの変化とプライマリー・ケアの重要性が増す一方で、開業医の高齢化と退職の増加により、地域の初期診療を包括的に担う機能が衰退傾向にあることが挙げられる。このため、初期診療や健康増進、疾病予防を強化し、不必要な入院医療を減らすためには、住民の身近な地域に多職種による分野横断的なプライマリー・ケア供給を強化する必要があるという認識が共有された。

その後、2016年12月14日には、医療改革パッケージが憲法15a条協定および協定を実施に移すための法律として国民議会で可決成立した。さらに2021年から26年までにプライマリー・ケアを強化するための各種の支援のために1億ユーロの予算が計上された。

この多職種による分野横断的なプライマリー・ケアのチーム医療体制は、オーストリアではプライマリー・ケア供給単位(Primärversorgungseinheit:PVE)と総称され、その形態は1カ所に対応するプライマリー・ケアセンター(Primärversorgungszentrum:PVZ)と、複数の診療所が協力するプライマリー・ケアネットワーク(Primärversorgungsnetzwerk:PVN)の2種類がある。さらに小児科専門のプライマリー・ケア供給単位もある。2015年にウィーンで初めて設立されて以降、図2に示すように年々増加傾向にあり、2025年4月時点で、総数95、そのうち小児科専門のものが13となっている。各州の整備計画では、2025年までに133カ所設置することとされている。

(図2) プライマリー・ケア供給単位の設置数の年次推移(2015-25年)



2019年に筆者が調査団の一員として訪問したウィーンの「診療所 マリアの援助(Medizin Marienhilfe:MH)」は、共同運営法人(OEG)により運営されるセンターで、勤務している医師はパートを含め15人で、常時4~5人が勤務している。開業時間は長

く、個人開業医と異なり夏期休暇はなく通年開業しており、1日に平均で500人前後の患者が来院していた。

2 2025年の医療提供強化法

(1)経緯

地域における医療提供の強化のための法律（Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune（医療提供強化法：Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG）は、2024年6月17日に連邦政府の法律案が連邦議会に提出された。同法案は、主管の保健委員会に付託、審議され、25年1月29日に連立与党3党による一部修正の後、可決された。そして翌30日の連邦議会で、与党SPD、連帯90/緑の党とFDPの賛成多数、Die Linke（左派党）の反対、CDU/CSU（キリスト教民主/社会同盟）とAfD（ドイツのための選択）の棄権の下、可決成立した。原則として公布の日から施行される。

(2)主要内容

この法律は、外来保険診療におけるさまざまな実務的な問題点の改善を図っており、内容は細かく多岐に及んでいるが、本稿ではその中でも比較的影響の大きい主要内容について述べる。

1)家庭医に対する診療報酬の改革による家庭医医療の強化

①家庭医診療に対する診療報酬の総額予算制からの除外

今回の改正の中核となる、もっとも影響の大きい改正点である。

高齢化の進展に伴いますます増える慢性疾患の増加などの疾病構造の変化に対応し、質の高い初期医療を確保するとともに、その後の専門医や病医院療との効果的な連携など、医療の水先案内人（Lotze）の機能を担う家庭医の確保は重要な課題となっている。

このため、1990年代以降の相次ぐ医療保険改革でも、家庭医を社会法典第V編（医療保険）に明確に位置づけ、その養成、診療報酬配分における専門医との区分の設定、診療報酬におけるその特性に応じた基礎的な診療を評価した包括的な点数設定など、さまざまな努力が行われてきた。しかしながら、それでも医師の間での根強い専門医指向や専門医と比較して相対的に低い収入などを背景に、とりわけ地方での家庭医の後継者不足により地域をカバーするネットワークの維持が困難になってきた。

このため、各州疾病金庫連合会と代替金庫から各保険医協会に対してまとめて支払われる雇病率調整後の総額報酬の適用対象から、訪問診療を含めて家庭医に支払われる診療報酬を除外し、特別予算総額報酬の対象とすることとされた。これにより、雇病率調整後の総額報酬額の予算制約による診療報酬の量的制限や報酬減額措置の適用

が外され、地域で合意されたユーロ建て診療報酬の全額が支払われることになる（新設の 87a 条 3c 項）。この規定は、公布の日続く 3 番目の四半期、つまり 2025 年 10 月から始まる第 4 四半期から適用される。

②年単位の診療管理料(診療包括額)の導入

現在の統一評価基準(EBM)では、家庭医の診療報酬の基礎的な部分は包括化されており、被保険者管理料(Versichertenpauschale)や慢性疾患管理料(Chronikerpauschale)などが設けられているが、いずれも保険医の診療報酬請求の基本単位である四半期(3 カ月)を単位としている。このため、患者は四半期ごとに受診しなければならない、せっかく 31 条 1b 項に基づく薬剤処方において最初の処方から 3 回ほどはリフィル処方が認められているにもかかわらず、殆ど利用されていない。

そこで今回の改正では、18 歳以上の慢性患者で頻回の受診は必要ない者については、四半期ごとの受診は必要なく、1 年単位、正確に言えば継続する 4 四半期に一度、請求できる診療管理料(Versorgungspauschale)が導入された。これにより、患者も家庭医も不必要な受診の負担が軽減され、家庭医の受け入れ容量が増えて新たな患者を診療することができるようになり、家庭医への診療予約もより迅速で容易になる。

この管理料導入の趣旨から、四半期単位の被保険者管理料は請求できない。同様に、診療管理料を算定した場合には、慢性疾患管理料など他の包括的な管理料も算定できないこととされている。

③新たな体制加算の導入

このほか、家庭医が求められる一定の基準を満たす場合には、体制加算(Vorhaltepauschale)を創設する。具体的には、求めに応じての家庭や介護施設への訪問診療の提供、診療所開設時間の延長、適切な医療情報システムの利用などの要件が想定されている。

2) 自治体による外来診療センターの設立要件の緩和

複数の医師が勤務する外来診療センターは、保険医の高齢化や過疎化が進む中、地方の外来診療を確保する上で有力な選択肢である。その設立は、承認を受けた保険医、病院、非医師の透析センター、公益団体、自治体とされている。自治体が設立する場合には、公法人として設立することも可能だが、効率的で柔軟な運営がしやすい有限会社(GmbH)で設立したいという要望が強い。しかし、現行の規定では、有限会社で設立する場合には、保険医協会や疾病金庫からの万一の求償等に備えて、組合員が保証宣言をするか、民法 232 条の保証を提供することが求められる。

しかし、金額制限のない組合員の保証制限は自治体法上困難であり、民法上の保証

提供には一般に金額の上限を設けることが一般的である。このため、自治体による有限会社形態による外来診療センターの設立を容易にするため、連邦保険医協会と連邦疾病金庫最上級連合会は、組合員による保証の金額の連邦統一的な上限額について、公布から6カ月以内に合意することとされた。

3)精神科外来診療の改善

精神疾患の青少年の外来診療のアクセスを改善するため、もっぱらあるいは主に青少年を対象とした心理療法を行う精神科医と心理療法士を保険医需要計画を定める際の独自の医師グループとして独立し、その全国的な適正配置を進める。

また、心理療法士が精神科セラピーを行う場合、保険医の紹介による場合には、これまで求められていた対診レポートの作成を不要とすることにより、より受診を容易にする。

4)知的/重複障害者に対する補助具の給付の承認手続きの迅速化

知的/重複障害者に対する補助具の給付申請に対する疾病金庫の審査手続きについて、これが社会小児医療センター(SPZ)あるいは知的障害または重度重複障害の成人のための治療センター(MZEB)の担当医の治療を受けている場合には、医療上必要だという前提で、審査手続きを簡略にし、迅速化を図る。

5)合同連邦委員会(G-BA)の審議に参加する専門職の範囲等の拡大

合同連邦委員会は、医療の質その他の専門的事項に関するさまざまな規則やガイドライン等を定める専門機関として、年々その任務も増加し重要な役割を果たすようになっている。そこで、この委員会に関与する医師、歯科医師、薬剤師といった専門職以外に、取り扱う内容に応じて、各種の専門職団体の参画が認められた

具体的には、ケア職(看護・介護職)について、質の保証その他ケア職の業務に関するガイドラインや決議について、提案および決議への参加権が認められた。また、患者団体の代表については、これまで認められていた会議への参加に加えて、決議に際して一度だけ反対する権利が認められた。これにより患者団体の懸念や異議に配慮して再度の慎重な審議が期待される。ただし、再度の反対は却って新たな障害になる恐れがあるため、認められない。

さらに母性保護ガイドラインに関して、助産婦団体の審議参加権が認められたほか、各種の専門学術団体について関連する審議事項に関する意見表明権も明記された。

このほか、合同連邦委員会の審議を加速させるため、連邦議会の保健委員会に対する毎年の審議状況報告において、2年以上かかっているすべての手続きを対象とするほか、新たに疾病管理プログラムの設定や病院が提供する外来特殊専門医療の対象に

についても審議の期限を付することとした。

6) 不適切な保険診療の防止と連邦会計検査院の検査対象の拡大

不正請求などの不適切な保険診療の防止の強化のため、各州の疾病/介護金庫連合会に対して、データの共有や AI を活用した不正請求のチェックを求めるとともに、連邦疾病金庫最上級連合会に対し、連邦レベルでの不正請求防止データバンクの設立を求めている。

また、公的医療保険における有効な会計監査の実施のため、連邦会計検査院の監査権限が拡大され、従来の疾病金庫に加えて、さらに保険医協会、連邦保険医協会、医療サービス審査機構 (MD)、連邦医療サービス審査機構 (MD Bund)、合同連邦委員会にまで拡大された。

7) その他の改正

今回の改正では上記の他、

- ・保険医協会や合同連邦委員会、評価委員会などについて、会議をハイブリッドあるいはリモートで開催できるように規約を改正できること、
- ・被保険者が容易に疾病/介護金庫のパフォーマンスを把握し選択の透明度を高めるために、統一的なデータの公表による見える化の促進、
- ・疾病金庫による経済性の審査対象に少額の限度額を設けることにより保険医の負担を軽減すること、
- ・民間医療保険の被保険者だった者が、2016 年の弾力的年金法を悪用して意図的に年金額を低くして保険料負担のない家族被保険者となり、年金受給期になって公的医療保険を利用するという逆選択を防止し、排除するための規定の整備など、さまざまな実務的な改正が盛り込まれている。

(3) 評価

今回の改正の中心は、家庭医供給の強化のため、家庭医（一般医/重点領域を持たない内科医）に対する診療報酬を総額抑制の対象から外した点にあり、家庭医の置かれた現状、とりわけ地方での後継者難と家庭医の不足は深刻化しており、その趣旨や狙いは時宜に適ったものといえ、理解できる。

他方で、法律に基づき公表されている連邦保険医協会の直近の 2023 年第 1 四半期の診療報酬報告によれば、総額への抑制が働く罹病率調整後の総額報酬には 69.9 億ユーロ (60.73%)、特別予算総額報酬には 45.2 億ユーロ (39.27) と、ほぼ 6 対 4 の比率で分配されている。

また、今回のような取扱いは、すでに 2023 年 4 月 1 日から小児科医に対して導入され

ているが、同診療報酬報告によれば、小児科医に支払われる診療報酬額は、診療報酬総額の 4.7%に止まるのに対して、一般医/重点領域を持たない内科医に支払われる診療報酬額は全体の 30.8%を占めており、小児科と合わせると全体の 35.5%を占め、保険医に対して支払われる診療報酬総額の 3 分を 1 を超えている。

これを総額への抑制措置から除外することは財政的には少なからぬ影響を及ぼすことが予想される。病院医療分野での DRG 適用範囲を限定する改正と同様に、医療費の増加に対する歯止め的大幅な後退になり、これが財政負担にどの程度の影響を及ぼすか、今後の財政動向に注意が必要であろう。また、保険外来診療の分野に対する医療費支出の効率化やコントロールを今後どのような手法によって実現していくのか、バランスのとれた適切な政策手法の開発と導入が求められてこよう。

参考文献

Bundesregierung(2024):Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), BT-Drucksache 20/11853.

Deutscher Bundestag(2025):Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit(14.Ausschuss), BT-Drucksache 20/14771.

G-BA(2024):Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Kassenärztliche Bundesvereinigung(2025):Honorarbericht 2023 1.Quartal.

Knieps,Franz/Reiners,Hartmut(2015):Gesundheitsreformen in Deutschland Geschichte – Intentionen – Kontroversen:Verlag Hans Huber.

Plattform Primärversorgung(2025):Entwicklung der PVE in Österreich, Gesundheit Österreich GmbH.

田中耕太郎 (2018)「独仏の医療保険制度に関する調査研究<ドイツ報告書>」、健康保険組合連合会.

田中耕太郎 (2019)「オーストリアの医療福祉制度に関する訪問調査報告 2019」『民間病院ドイツ・オーストリア医療・福祉調査団 報告書』、医療法人博仁会.