

## ＜資料＞ 保険医の需要計画の算定式

2025年4月21日校了

田中耕太郎（比較社会保障研究者）

### はじめに

保険医の全国的な適正配置をコントロールする中核的なツールである保険医の需要計画は、社会法典第5編（医療保険）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、合同連邦委員会が定める需要計画ガイドライン（Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung）によって、策定手続きと内容が詳細に規定されている。

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。

### 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：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。

- ①家庭医<sup>1</sup>診療 (hausärztliche Versorgung)
- ②一般的な専門医診療 (allgemeine fachärztliche Versorgung)
- ③専門化した専門医診療 (spezialisierte fachärztliche Versorgung)
- ④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。各診療科がどの医師群に属するかの定義は、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

---

<sup>1</sup> 法律上や診療報酬の配分の際の大枠の区分などで「専門医」に対して「家庭医」と呼ぶ場合の医師群としては、「一般医/重点領域を持たない内科医」と「小児科医」が対象となるが、需要計画で「家庭医」と呼ぶ場合には、前者のみを指し、「小児科医」は「一般的な専門医」のカテゴリーに入る。

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。

①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。

②一般的な専門医診療：361 の郡(Landkreise)および郡に属さない独立市(kreisfreie Städte)の区域に対応する。

③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＝マイン(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。

④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

#### 1) 基礎比例数

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。

次に基礎比例数は、基準日以降の罹病率の変化に応じて調整されて 2-3) の一般比例数が算定され、さらにこれを基礎として、保険医協会が州疾病金庫連合会および代替金庫と協議して、各地域の人口構成と罹病率の実態に応じて調整し、最終的に 4 の地域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②の一般的な専門医診療については、表 1 で確認できるように、郡・市の 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計 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：強く他地域への医療も提供する(stark mitversorgend) 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、自ら他地域への医療も提供する(mitversorgt und mitversorgend) 地域：中規模都市：96%
- ・タイプ 3：強く他地域に依存する(stark mitversorgt) 地域：都市に強く依存する周辺地域：48%
- ・タイプ 4：他地域に依存する(mitversorgt) 地域：自分の地域の供給に加え一部依存：77%
- ・タイプ 5：地域で自己完結する(eigenversorgt) 地域：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。②の一般的な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。

現行のガイドラインにおける基礎比例数は、表 1 のとおりである。

表1 基礎比例数（2010年時点）

	医師群	計画区域	基礎比例数(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	1,671						
一般的な専門医診療	眼科医	361 郡および独立市		13,399	20,229	24,729	22,151	20,664	20,440
	外科医/整形外科医			9,202	14,210	17,108	16,133	14,844	13,661
	婦人科医			3,733	5,619	6,606	6,371	6,042	5,555
	皮膚科医			21,703	35,704	42,820	41,924	40,042	35,736
	耳鼻咽喉科医			17,675	26,943	34,370	33,071	31,768	25,334
	神経科医		23,005*	13,745	21,058	25,308	24,070	22,789	20,637
	心理療法士		5,265*	3,079	5,159	6,200	5,897	5,583	5,056
	泌尿器科医			28,476	45,200	52,845	49,573	47,189	37,215
	小児科医		3,369*	2,044	2,863	2,863	2,863	2,863	2,863
専門化した専門医診療	麻酔科医	97空間秩序地域	46,917						
	放射線科医		49,095						
	専門内科医		15,055						
	小児・青年精神科医		15,218						
特別な専門医診療	ヒト遺伝子医	17保険医協会	551,258						
	検査医		92,728						
	脳神経外科医		146,552						
	核医学専門医		107,698						
	病理医		109,918						
	理学療法リハビリ医		155,038						
	放射線療法士		157,796						
	輸血医学専門医		1,202,229						

(注) 比例数の基礎となる住民数は、小児科医と小児・青年精神科医は18歳未満の未成年者数、婦人科医は女性の住民数とする。\*は需要計画導入時点。

## 2) 少子高齢化に伴う罹病率の変化を反映した一般比例数

### 2-1) 基準年と比較した人口構成の経年変化（少子高齢化）

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。まず、総人口に対する年齢階級別・性別の人口構成比を基準年となる2010年12月31日時点を見ると表2のとおりである。

なお、婦人科医は女性人口のみを母数とし、小児科医と小児・青年精神科医は18歳未満の未成年のみを母数とする。

表2 年齢階級別・性別の人口構成比率（2010年末時点）

医師群	2010年の年齢・性別グループ構成比(AFG-2010)									
	男性の人口比率					女性の人口比率				
	18歳未満	20歳未満	20-44歳	45-74歳	75歳以上	18歳未満	20歳未満	20-44歳	45-74歳	75歳以上
婦人科、小児科、小児・青年精神科以外のすべての医師群		9.56%	16.12%	19.71%	3.39%		9.08%	15.83%	20.50%	5.82%
婦人科医							17.73%	30.90%	40.02%	11.36%
小児科医、小児・青年精神科医	51.29%					48.71%				

(注)2010年12月31日時点の人口統計による。実際の計算上は四捨五入しないが、表示上の便宜のため小数点2桁に四捨五入で表示。

次いで、同じ区分により直近の2021年末現在の人口構成を見たのが表3である。

表3 年齢階級別・性別の人団構成比率（2021年末時点）

医師群	2021年の年齢・性別グループ構成比(AFG-2021)									
	男性の人口比率					女性の人口比率				
	18歳未満	20歳未満	20-44歳	45-74歳	75歳以上	18歳未満	20歳未満	20-44歳	45-74歳	75歳以上
婦人科、小児科、小児・青年精神科以外のすべての医師群		9.54%	15.71%	19.54%	4.56%		9.01%	14.85%	20.19%	6.61%
婦人科医							17.78%	29.32%	39.86%	13.05%
小児科医、小児・青年精神科医	51.40%					48.60%				

(注)2021年12月31日時点の人口統計による。実際の計算上は四捨五入しないが、表示上の便宜のため小数点2桁に四捨五入で表示。

この人口構成の変化による罹病率の調整は、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。

## 2-2) 年齢階級別・性別の人団区分に応じた医療需要比率の算出

統いて、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1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。その結果が表4である。

## 2-3) 人口構成比の変化率と人口区分毎の医療需要を乗じた総和を医師群毎に乘じて一般比例数を算出

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1人当たり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日までの表5の一般比例数として用いられる。

表4 医師群別の住民1人当たりに対する年齢区分別・性別の1人当たり医療需要（平均診療報酬）の比率

医師群	年齢階級別・性別医療需要比(LBF-AG)									
	男 性					女 性				
	18歳未満	20歳未満	20-44歳	45-74歳	75歳以上	18歳未満	20歳未満	20-44歳	45-74歳	75歳以上
家庭医		0.253	0.554	1.092	2.285		0.281	0.739	1.265	2.667
眼科医		0.454	0.154	0.929	3.537		0.516	0.236	1.225	3.842
外科医/整形外科医		0.387	0.660	1.111	1.292		0.330	0.736	1.627	1.713
婦人科医							0.261	2.164	0.704	0.314
耳鼻咽喉科医		0.980	0.685	0.935	1.752		0.860	0.908	1.075	1.599
皮膚科医		0.341	0.622	0.979	2.325		0.436	1.072	1.318	1.597
小児科医	1.028					0.971				
神経科医		0.053	0.608	1.109	1.682		0.070	0.914	1.608	2.052
心理療法士		0.775	0.738	0.577	0.048		1.021	1.997	1.492	0.115
泌尿器科医		0.178	0.445	1.969	6.370		0.050	0.218	0.576	1.211
専門内科医		0.056	0.349	1.497	2.864		0.071	0.492	1.476	2.031
麻酔科医		0.752	0.514	1.005	1.656		0.558	0.788	1.407	1.840
小児青少年精神科医	1.210					0.777				
放射線科医		0.144	0.584	1.098	1.214		0.176	0.764	2.031	1.252
理学療法リハビリ医		0.187	0.467	0.969	1.171		0.217	0.779	1.986	1.917
核医学専門医		0.086	0.380	1.168	1.684		0.127	0.829	1.908	1.573
放射線療法士		0.007	0.081	1.263	2.662		0.006	0.296	2.178	1.953
脳神経外科医		0.016	0.476	1.428	1.521		0.022	0.571	1.825	1.759
ヒト遺伝子医		1.465	0.743	0.450	0.350		1.182	1.962	1.095	0.348
検査医		0.432	0.585	0.924	1.489		0.562	1.518	1.228	1.408
病理医		0.111	0.426	1.067	1.775		0.177	1.335	1.642	1.287
輸血医学専門医		0.271	0.463	0.962	1.571		0.382	1.953	1.184	1.255

(出所)連邦保険医協会の2015年第1四半期から2017年第4四半期までの診療報酬データ。

(注)数字は小数点以下3桁に四捨五入してある。

表 5 医師群別的一般比例数(2025 年)

医師群	計画区域	一般比例数(医師1人当たり住民数)						罹病率調整係数		
		連邦統一	地域タイプ別							
			1	2	3	4	5			
家庭医供給	家庭医	882中規模区域	1,616					0.967588962		
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	0.936603406
	外科医/整形外科医			9,095	14,045	16,909	15,946	14,672	13,502	0.988480087
	婦人科医			3,844	5,786	6,802	6,560	6,221	5,720	1.029806520
	皮膚科医			21,252	34,962	41,931	41,053	39,210	34,994	0.984276842
	耳鼻咽喉科医			17,396	26,518	33,927	32,550	31,267	24,935	0.979313038
	神経科医			13,502	20,686	24,860	23,644	22,386	20,272	0.999937319
	心理療法士			3,163	5,300	6,370	6,059	5,736	5,194	0.982424456
	泌尿器科医			26,330	41,795	48,864	45,838	43,634	34,411	0.999937319
	小児科医			2,043	2,862	2,862	2,862	2,862	2,862	0.924716535
専門化した専門医診療	麻酔科医	97空間秩序地域	46,093						0.963698515	
	放射線科医		48,801						0.982483766	
	専門内科医		14,507						0.999523491	
	小児・青年精神科医		15,211						0.994087032	
特別な専門医診療	ヒト遺伝子医	17保険医協会	562,623						0.988661565	
	検査医		92,218						0.985510947	
	脳神経外科医		144,183						0.965386717	
	核医学専門医		106,128						0.983898241	
	病理医		108,909						1.020661772	
	理学療法リハビリ医		153,267						0.994580351	
	放射線療法士		152,321						0.990924412	
	輸血医学専門医		1,200,078						0.998377440	

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

この表5の右欄に参考までに筆者が計算して掲げた罹病率調整係数は、下記の数式で算出される。

$$\text{罹病率調整係数} = \frac{\sum (\text{AFG-2010 年齢階級別・性別グループ}) \times \text{LBF-AG 年齢階級別・性別グループ、医師群別}}{\sum (\text{AFG-2021 年齢階級別・性別グループ}) \times \text{LBF-AG 年齢階級別・性別グループ、医師群別}}$$

例えば家庭医については、次のような計算になる。

$$\begin{aligned} & \{(9.56 \times 0.253) + (16.12 \times 0.554) + (19.71 \times 1.092) + (3.39 \times 2.285) + (9.08 \times 0.281) + (15.83 \times 0.739) + (20.50 \times 1.265) \\ & + (5.82 \times 2.667)\} \diagup \{(9.54 \times 0.253) + (15.71 \times 0.554) + (19.54 \times 1.092) + (4.56 \times 2.285) + (9.01 \times 0.281) + (14.85 \times 0.739) \\ & + (20.19 \times 1.265) + (6.61 \times 2.667)\} = 0.967588962 \end{aligned}$$

家庭医の基礎比例数  $1,671 \text{ 人} \times 0.967588962 = 1,616.8411888 \rightarrow 1,616 \text{ 人}/\text{家庭医 1 人当たり一般比例数}$

なお、基礎比例数に罹病率調整係数を乗じて得た値に小数点以下があれば、切り捨てる。この端数処理は、必要な住民数に対応する医療需要を完全に満たす医師数を確保するという趣旨だと推察される。

こうして 2 年ごとに人口構成の変化による罹病率すなわち医療需要の変化を反映して、連邦統一レベルでの医師群別の一般比例数が算定され、さらにこれを基準として、最終的に、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。

#### 4. 保険医協会（州）レベルでの需要計画

##### 4-1) 年齢階級別・性別・罹病率別の人口構成の連邦と各保険医協会の計画区域との比較

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 年間の診療報酬データとリスク構造調整データを用いて、医師群ごとに、罹病率の高い患者群と高くない患者群との分類を加え、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。

ここでいう罹病率の高低の区分けについては、連邦保険庁が有する、疾病金庫間のリスク構造調整の際に用いる直接的な有病率リスク構造調整の2020年3月末までのフルモデルのデータが用いられる。具体的には、保険医からの診療報酬請求データのうちで連邦保険庁の対象疾病リストに載っているすべての疾患を対象に、ICDコードで少なくとも2度の四半期に確定診断が下された疾患を1年間に6疾患以上有する患者が「罹患率の高い患者」とされる。

2021年12月31日現在で、すべての住民のこの16の区分に属する人数配分は、表6のようになる。

表6 連邦全体の年齢階級別・性別・罹病率別の人数配分(AGMF-B)

医師群	連邦の総患者数に占める罹病率の高低区分を含む年齢階級別・性別の患者数の占める比率(AGMF-B)(%)																			
	罹病率の高い患者群の比率										罹病率の低い患者群の比率									
	男性					女性					男性					女性				
	<18	<20	20-44	45-74	75≤	<18	<20	20-44	45-74	75≤	<18	<20	20-44	45-74	75≤	<18	<20	20-44	45-74	75≤
婦人科医、小児科医、小児精神科医以外のすべての医師群		0.29	1.06	7.51	3.68		0.27	2.24	10.05	5.78		9.04	13.37	10.38	1.09		8.67	13.93	10.97	1.68
婦人科医						0.51	4.17	18.76	10.78							16.19	25.99	20.46	3.13	
小児科医、小児精神科医	1.60					1.29				49.62					47.49					

(注)2021年12月31日現在。連邦保険医協会の診療報酬データによる。計算は四捨五入しないが、表示の便宜のため小数点以下2位に四捨五入してある。

これに対応して、各保険医協会内の医師群毎に定められている計画区域ごとに、同じ区分による患者比率を算定する。

さらに表7に示す、この年齢階級別・性別・罹病率別の各医師群毎の平均診療報酬額に対する比率に連邦全体と各計画区域毎の総和の比率(地域分配係数)を一般比例数に乘じて、最終的な各計画区域毎の地域比例数が算定される。

表 7 年齢階級別・性別・罹病率別の医療需要係数(LBF-AGM)

医師群	年齢階級別・性別・罹病率別の医療需要(LBF-AGM)															
	罹病率の高い患者群								罹病率の低い患者群							
	男性				女性				男性				女性			
	<20	20-44	45-74	75≤	<20	20-44	45-74	75≤	<20	20-44	45-74	75≤	<20	20-44	45-74	75≤
家庭医	0.469	1.528	1.823	2.419	0.692	1.408	1.718	2.616	0.247	0.555	0.814	1.114	0.259	0.551	0.773	1.321
眼科医	1.266	0.526	1.905	3.929	1.217	0.508	1.960	3.974	0.424	0.146	0.450	1.152	0.478	0.167	0.495	1.241
外科医/整形外科医	0.888	1.809	1.904	1.424	1.007	1.674	2.410	1.782	0.370	0.662	0.794	0.453	0.296	0.504	0.823	0.518
婦人科医					0.780	3.062	0.868	0.340					0.254	1.947	0.595	0.136
耳鼻咽喉科医	3.392	1.906	1.583	1.897	2.839	1.868	1.514	1.619	0.885	0.685	0.681	0.723	0.761	0.654	0.611	0.625
皮膚科医	0.724	1.399	1.597	2.522	1.137	1.844	1.732	1.616	0.329	0.648	0.756	0.943	0.399	0.832	0.855	0.629
神経科医	0.219	2.940	2.163	1.868	0.425	2.675	2.545	2.104	0.046	0.510	0.614	0.549	0.054	0.529	0.673	0.721
心理療法士	2.429	2.923	0.960	0.053	4.607	5.142	2.116	0.120	0.711	0.670	0.432	0.016	0.850	1.270	0.836	0.033
泌尿器科医	0.425	1.303	3.792	7.004	0.211	0.550	0.928	1.269	0.169	0.440	1.122	2.295	0.042	0.141	0.228	0.335
専門内科医	0.188	1.682	3.005	3.191	0.346	1.352	2.315	2.110	0.051	0.293	0.771	0.902	0.058	0.299	0.637	0.622
麻酔科医	1.875	1.618	1.831	1.799	1.375	1.796	2.170	1.886	0.711	0.499	0.645	0.661	0.515	0.539	0.638	0.648
放射線科医	0.386	1.871	1.926	1.318	0.751	1.876	2.777	1.279	0.135	0.565	0.755	0.490	0.148	0.501	1.226	0.456
理学療法リハビリ医	0.689	2.170	1.959	1.340	0.969	2.473	3.357	2.069	0.167	0.399	0.489	0.258	0.181	0.419	0.648	0.339
核医学専門医	0.221	1.368	2.210	1.854	0.528	2.031	2.843	1.625	0.081	0.356	0.693	0.598	0.108	0.544	0.950	0.512
放射線療法士	0.021	0.392	2.464	2.824	0.024	0.869	3.199	1.958	0.006	0.068	0.698	1.276	0.005	0.171	1.125	0.828
脳神経外科医	0.060	2.617	3.005	1.748	0.138	2.012	3.135	1.896	0.014	0.374	0.640	0.313	0.016	0.275	0.552	0.320
ヒト遺伝子医	11.258	2.314	0.758	0.365	8.559	4.327	1.514	0.346	1.052	0.724	0.331	0.188	0.843	1.366	0.647	0.157
検査医	1.666	2.190	1.677	1.619	2.099	3.063	1.783	1.428	0.383	0.541	0.597	0.592	0.487	1.104	0.652	0.548
病理医	0.239	1.186	1.740	1.821	0.573	2.181	2.071	1.248	0.107	0.426	0.822	1.040	0.157	1.054	1.141	0.638
輸血医学専門医	1.251	2.326	1.811	1.682	1.591	4.823	1.799	1.264	0.231	0.381	0.521	0.704	0.323	1.276	0.561	0.513

医師群	LBF-AGM				(出所)連邦保険医協会の2015年第1四半期から2017年第4四半期までの診療報酬データによる。											
	罹病率高い		罹病率低い		(注)データは小数点以下第3位に四捨五入する。											
	男性	女性	男性	女性												
	<18															
小児科医	2.314	2.006	0.977	0.923												
小児・青年精神科医	3.203	3.044	1.129	0.683												

## 5. 医師過剰と医師過少の判断基準

### 5-1) 医師供給状況の判定

各計画区域毎に、地域比例数と実際の医師の配置状況を比較して、当該計画区域の供給状況を判断する。

例えば、家庭医について、ある計画区域（家庭医については中規模区域）が連邦平均よりも高齢化が進んで罹病率も高い地域で、上記のこの計画区域の総和と連邦全体との総和の比率が 0.83689 となったケースで見てみよう。

この計画区域の地域比例数は、家庭医の一般比例数  $1,616 \times 0.83689 = 1,352.41424 \rightarrow 1,352$  人/家庭医となる。

この中規模区域の住民数	78,677 人
一般比例数	1,616 人
この中規模区域の家庭医	42 人
地域配分係数がなかった場合の供給状況:	$1,616 \text{ 人} \times 42 = 67,872 \text{ 人} / 78,677 \text{ 人} = 86.3\%$
地域比例数に基づく供給状況:	$1,352 \text{ 人} \times 42 = 56,784 \text{ 人} / 78,677 \text{ 人} = 72.2\%$

### 5-2) 過剰供給と過少供給の判定

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%を超えて上回った場合には、当該医師群については当該計画区域は「供給過剰(Überversorgung)」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（例えば上記のケース）。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。