

ドイツの医療費抑制施策 —保険医を中心に—

戸 田 典 子

- ① 1970年代半ばから公的医療保険の費用（保険医療費）が増大していたドイツでは、1992年制定の医療保障構造法によって、保険医療費抑制を目的とする公的医療保険制度の変革が図られた。これに続く数次の立法措置のたびに、保険医療の収支は一時的に黒字になるものの、数年後には赤字に転落する、というサイクルが繰り返されている。
- ② ドイツの保険医療費の中では、入院治療費、薬剤費、保険医による外来診療費の3分野の合計が約70%を占めている。このうち保険医療費抑制施策の効果が最もよく表れたのが保険医による外来診療費であった。
- ③ 保険医の診療費抑制施策の第一は、保険医数の制限と定年制である。医療保障構造法により、保険医の数が基準を上回った場合には、新規の開業が認められないことになった。また、68歳に達すると保険医資格を喪失する定年制も設けられた。
- ④ 保険医の診療費抑制施策の第二は、診療報酬の予算制である。保険担当機関である疾病金庫と保険医の団体は、契約を結んで診療報酬総額を取り決める。個々の保険医には、この総額の範囲内で診療報酬が配分される。医療保障構造法はこの診療報酬総額の伸びに制限を設けた。総額が決められているため、保険医が診療点数をふやしても報酬増に結びつくとは限らない。多数の保険医が診療点数をふやせば、むしろ診療単価は低下する。「ハムスターの車輪の効果」と呼ばれる保険医にとって耐え難い事態が生じていた。
- ⑤ 保険医の診療費抑制施策の第三は、2003年制定の公的医療保険近代化法によって導入された外来診療料である。ドイツでは従来外来診療は無料であったが、18歳以上の被保険者について、四半期毎に初回の診察時には外来診療料を徴収することにしたのである。これにより診療回数が約10%削減され、保険医療費の収支も黒字となったが、低所得者ほど受診を抑制しているという好ましくない調査結果も報告されている。
- ⑥ 保険医数が制限されているため、新規開業が不可能な診療科がある一方で、特に旧東独地域では、家庭医が不足している。病院の勤務医の労働条件も悪化し、ストライキも起きている。診療報酬の抑制施策、特に予算制に強く反対してきた医師団体は、抑制施策が医師という職業を魅力のないものにし、医師不足をもたらした、と主張している。
- ⑦ 保険医の診療費抑制施策は転換点に来ている。公的医療保険近代化法が提起した予算制の緩和は、2007年制定の公的医療保険競争強化法に引き継がれ、2009年から、厳格な予算制に代わり、包括報酬の要素を大きく取り入れた新しい診療報酬制度が導入される。2006年制定の契約医法改正法は、定年制を緩和するとともに、保険医に関わる様々な規制を撤廃して、医師不足の解消を目指している。

ドイツの医療費抑制施策 —保険医を中心に—

社会労働調査室 戸田 典子

目 次

はじめに

I 保険医療費の動向

II 保険医の診療費の抑制施策

1 ドイツの医療保険制度

2 診療費抑制施策（その1）－保険医数の制限と定年制

3 診療費抑制施策（その2）－診療報酬の予算制

4 診療費抑制施策（その3）－外来診療料の新設

III 診療費抑制施策の緩和

1 医師不足の現状

2 医師不足対策

おわりに

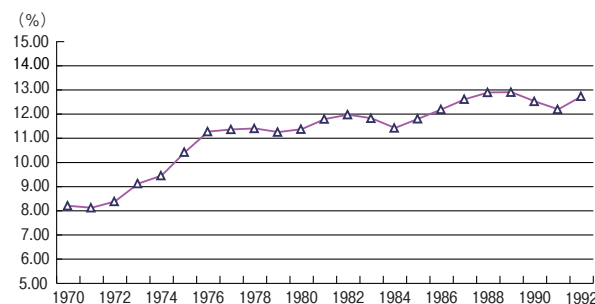
はじめに

ドイツの総保健医療支出（保険医療費の他、患者自己負担、公衆衛生、設備投資等、保健のためのすべての支出）の対GDP比は、1992年以降、常にOECD諸国中の上位5位以内に入っている⁽¹⁾。医療費が膨張するのではないかという懸念から、ドイツの医療の主体である公的医療保険の費用の抑制は医療政策の最大の目標とされ、そのための法改正も頻繁に行われてきた。公的医療保険支出中、大きな割合を占めるのは、入院治療費、薬剤費、保険医による外来診療費の3分野である。本稿は、このうち保険医による外来診療費に絞り、抑制施策の経緯を紹介する。

I 保険医療費の動向

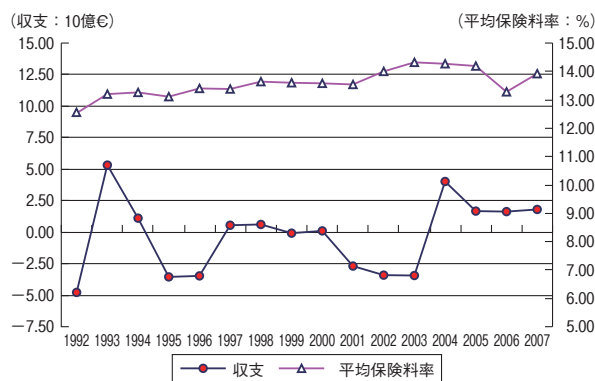
ドイツ（統一前の旧西ドイツ）では1970年代半ば以降、「コスト爆発」⁽²⁾と呼ばれたほど保険医療費が増加した。労使が負担する保険料率の平均は、1970年の8.21%から1976年には11.28%へと急上昇し（図1）、被用者、雇用主ともに保険料負担を避けようとして、不正労働（「闇労働」「もぐり労働」とも言う）も広がっていた⁽³⁾。雇用主からは、高い保険料はドイツの国際競争力を削ぐ、という主張も高まり、保険医療費抑制をめざす様々な措置がとられたが、公的医療保険制度の構造そのものに切り込む改革はなさ

図1 公的医療保険の平均保険料率の推移（旧西ドイツ）1970年－1992年



*海員疾病金庫、連邦鉱夫組合等を除く。
 (出典) Bundesminister für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1993, S.333より筆者作成

図2 公的医療保険の平均保険料率と収支の推移 1992年－2007年



(出典) 表1のデータにより筆者作成。

れないままであった。1992年に制定された医療保障構造法 (GSG)⁽⁴⁾により、初めて抜本的な制度改革が実施された。

公的医療保険の収支の推移を見ると（図2）、1993年、1997年、2004年に従前の赤字から黒字に転換している。1993年は上記の医療保障構造法 (GSG) が、1997年は保険料負担軽減法⁽⁵⁾、

*インターネット情報は、すべて2008年9月24日現在である。

(1) 2006年は、アメリカ (15.3%)、スイス (11.3%)、フランス (11.1%)、ドイツ (10.6%)、ベルギー (10.4%) の順であった。なお日本は、2005年は8.2%で、21位であった (2006年の日本のデータはない)。OECD Health data 2008, Health expenditure-Total expenditure on health, % of gross domestic product.

(http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls)

(2) OECD『医療改革—OECD加盟7カ国の比較分析』長寿社会開発センター、1992、p.75。

(3) 倉田聡『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』北海道大学図書刊行会、1997、p.283。

(4) Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S.2266) zuletzt geändert durch Artikel 205 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S.2304). 社会法典第5編の改正を主な内容とし、他の多数の関連法令を改正する法律である。主要部分の施行は1993年1月1日。

表1 公的医療保険の収支及び分野別支出、平均保険料率 1992年～2007年

単位：10億ユーロ

| | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 収入及び支出 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入計 | 102.84 | 113.60 | 118.79 | 120.35 | 124.37 | 126.15 | 127.75 | 131.20 | 133.81 | 135.79 | 139.71 | 141.65 | 144.27 | 145.74 | 149.74 | 155.68 |
| 保険料 | 99.12 | 109.81 | 114.84 | 115.85 | 120.00 | 122.39 | 124.28 | 127.50 | 130.05 | 131.89 | 136.21 | 138.38 | 140.11 | 140.25 | 141.99 | 149.97 |
| その他の収入（リスク構造調整を除く） | 3.72 | 3.80 | 3.96 | 4.49 | 4.37 | 3.76 | 3.47 | 3.70 | 3.76 | 3.90 | 3.50 | 3.27 | 4.16 | 5.49 | 7.75 | 5.71 |
| 連邦補助 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.00 | 2.50 | 4.20 | 2.50 |
| 支出計 | 107.62 | 108.28 | 117.38 | 124.00 | 127.92 | 125.29 | 127.47 | 130.92 | 133.70 | 138.81 | 143.03 | 145.09 | 140.18 | 143.81 | 148.00 | 153.52 |
| 給付計 | 102.03 | 102.33 | 111.07 | 116.99 | 120.88 | 118.29 | 120.12 | 123.21 | 125.94 | 130.63 | 134.33 | 136.22 | 131.16 | 134.85 | 138.68 | 144.32 |
| 医療外来 | 17.07 | 17.93 | 18.88 | 19.67 | 20.11 | 20.49 | 20.78 | 21.19 | 21.50 | 21.90 | 22.31 | 22.86 | 21.43 | 21.55 | 22.23 | 23.11 |
| 歯科外来（補綴を除く） | 6.40 | 6.60 | 6.94 | 7.05 | 7.57 | 7.61 | 7.85 | 7.70 | 7.71 | 7.93 | 7.97 | 8.03 | 7.59 | 7.49 | 7.67 | 7.88 |
| 歯科補綴 | 4.88 | 3.12 | 3.59 | 3.79 | 4.20 | 4.31 | 2.99 | 3.27 | 3.52 | 3.66 | 3.52 | 3.79 | 3.67 | 2.43 | 2.70 | 2.83 |
| 薬剤 | - | - | 15.17 | 16.38 | 17.46 | 16.81 | 17.72 | 19.21 | 20.12 | 22.33 | 23.45 | 24.22 | 21.81 | 25.36 | 25.83 | 27.76 |
| 補助具 | - | - | 3.95 | 4.31 | 4.78 | 4.50 | 4.44 | 4.61 | 4.82 | 4.93 | 5.09 | 5.42 | 4.54 | 4.46 | 4.50 | 4.74 |
| 各種療法 | - | - | 2.49 | 2.76 | 3.01 | 2.75 | 3.11 | 3.08 | 3.06 | 3.23 | 3.70 | 3.88 | 3.64 | 3.73 | 3.76 | 3.89 |
| 入院治療（薬剤含む） | - | - | 39.11 | 40.75 | 41.35 | 42.34 | 43.58 | 43.74 | 44.54 | 44.98 | 46.30 | 46.80 | 47.59 | 48.96 | 49.06 | 50.95 |
| 傷病手当金 | - | - | 8.14 | 9.41 | 9.30 | 7.38 | 7.05 | 7.15 | 7.06 | 7.72 | 7.56 | 6.97 | 6.37 | 5.87 | 5.71 | 6.01 |
| 移送（交通）費 | - | - | 1.78 | 1.96 | 2.06 | 2.09 | 2.20 | 2.37 | 2.46 | 2.58 | 2.76 | 2.86 | 2.61 | 2.84 | 2.91 | 3.02 |
| 予防給付・リハビリ給付 | - | - | 2.20 | 2.60 | 2.70 | 2.20 | 2.45 | 2.64 | 2.70 | 2.68 | 2.66 | 2.57 | 2.40 | 2.38 | 2.34 | 2.44 |
| 社会相談・疾病予防 | - | - | 0.77 | 0.98 | 1.09 | 0.66 | 0.72 | 0.75 | 0.86 | 0.85 | 0.92 | 1.03 | 1.09 | 1.21 | 1.36 | 2.06 |
| 早期発見・モザル事業 | - | - | 0.66 | 0.73 | 0.69 | 0.64 | 0.55 | 0.70 | 0.73 | 0.70 | 0.74 | 0.76 | 0.91 | 0.89 | 1.01 | 1.02 |
| 妊娠・母性援助 | - | - | 1.17 | 1.22 | 1.28 | 1.31 | 1.36 | 1.38 | 1.36 | 1.34 | 1.34 | 1.36 | 1.36 | 1.31 | 1.32 | 1.40 |
| 在宅看護 | - | - | 1.41 | 1.70 | 1.88 | 1.66 | 1.58 | 1.61 | 1.59 | 1.62 | 1.68 | 1.70 | 1.79 | 1.95 | 2.12 | 2.34 |
| 管理費 | - | - | 5.99 | 6.14 | 6.55 | 6.45 | 6.82 | 7.17 | 7.30 | 7.64 | 8.02 | 8.21 | 8.11 | 8.16 | 8.11 | 8.13 |
| 収支 | -4.78 | 5.32 | 1.11 | -3.55 | -3.47 | 0.55 | 0.61 | -0.08 | 0.10 | -2.69 | -3.41 | -3.44 | 4.02 | 1.67 | 1.63 | 1.80 |
| 平均保険料率 | 12.53 | 13.20 | 13.26 | 13.11 | 13.40 | 13.38 | 13.64 | 13.60 | 13.58 | 13.54 | 14.00 | 14.32 | 14.27 | 14.19 | 13.28 | 13.92 |

*「医療外来」には、患者が保険医に直接支払う外来診療料は含まれない。（連邦保健省への問い合わせによる。）

*2004年から2007年の連邦補助は、従来は保険で給付されていたが「保険になじまない」として保険からはずされた分岐費等に支出された。疾病金庫を通じて支払われる。

(出典) ・ Bundesministerium für Gesundheit, *Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt in Mrd. € und in je Mitglied in €, Gliederungsmerkmale, Jahre, Bundesgebiet, Einnahmen und Ausgaben.*〈http://www.gbe-bund.de/ooowa921-install/servlet/ooowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/6/XWD_CUBE/DRILL/XWD_32/D.747/34420〉・ 1992年、1993年の「収入」「支出」「収支」は、Bundesministerium für Gesundheit, *GKV, Einnahmen und Ausgaben, Zeitreihe (1970-2001)*.〈http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gsag&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=4262:Einnahmen〉による。・ 1992年、1993年の「給付計」「医療外来」「歯科外来」「歯科補綴」は、Kasernärztliche Bundesvereinigung, *Grunddaten 2007 zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, V: Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: 31.12.2007, S.78.* (<http://www.kbv.de/publikationen/125.html>) による。・ 「平均保険料率」は、Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *Übersicht über das Sozialrecht, 2008, S.259*による。

なおこの文献では、「医療外来」の数値が、2002年から2007年について上記と違っている。数値は以下のとおり。

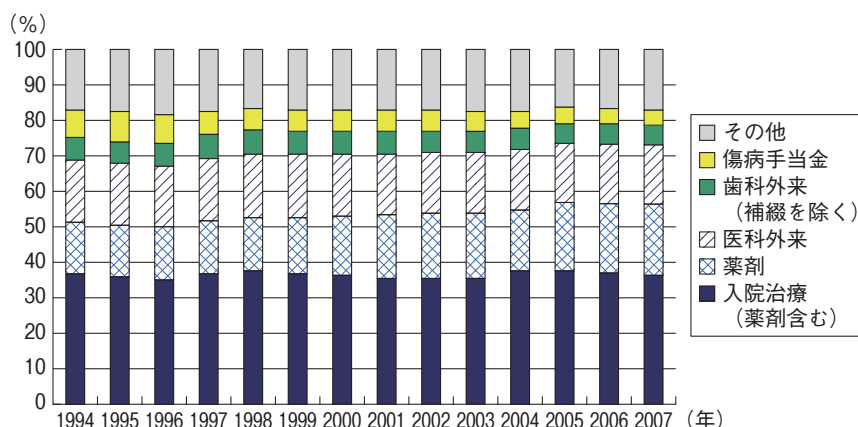
23.41 (2002), 24.30 (2003), 22.96 (2004), 23.10 (2005), 23.90 (2006), 24.83 (2007)暫定値。

第一次医療保険再編法⁽⁶⁾及び第二次医療保険再編法⁽⁷⁾が、2004年は公的医療保険近代化法(GMG)⁽⁸⁾がそれぞれ施行された年である。黒字がわずかに増加している2000年には、医療保障改革法⁽⁹⁾が施行された。立法の効果がしばらく続いた後、赤字に転落し、また立法を行うというサイクルが見てとれる。この間、平均保険料率は15%を超えない範囲で推移している(図2)。

公的医療保険支出のうちの保険給付中、大きな割合を占めているのは、「入院治療(薬剤含む)」、「薬剤」、「医科外来」の3分野で、あわせて約70%となっている(図3-1)。上記の1992年制定の医療保障構造法(GSG)の目的の

一つは、この3分野での給付の抑制であった。ドイツでは、病院は「入院治療」を行い、救急などを除き外来診療は行わない。外来診療は、「保険医」(Kassenarzt)又は「契約医」(Vertragsarzt)と呼ばれる、保険診療を行う認可を受けた開業医が行う(この伝統的な分業については、不経済であり、医療の質も低下するという批判があり⁽¹⁰⁾、最近では病院と保険医との間の相互の乗り入れも行われている)。「医科外来」は、疾病金庫(後述II-1-(1))を通して保険医に支払われる診療報酬である。この3分野のうち、「薬剤」と「医科外来」には密接な関係がある。薬剤は保険医の処方に基づいて薬局から患者に対し支給されるからである。保険医による診療

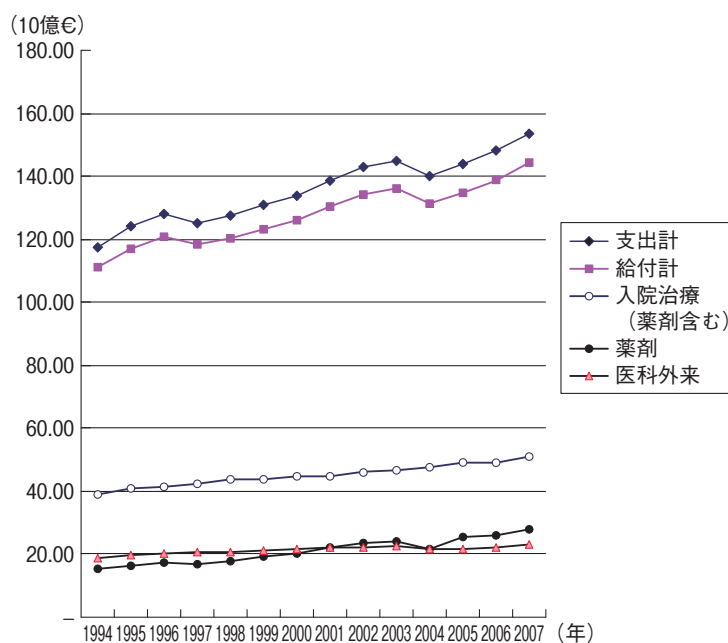
図3-1 公的医療保険の給付の内訳 1994年-2007年



(出典) 表1のデータにより筆者作成。

- (5) Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz -BetrEntlG) vom 1. November 1996 (BGBl. I S.1631). 公的医療保険の保険料負担を軽減する法律及び社会法典第5編の改正を主な内容とする。1996年5月1日又は1997年1月1日施行。
- (6) Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. GKV-Neuordnungsgesetz-1.DKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S.1518). 社会法典第5編の改正を主な内容とする。主要部分の施行は1997年6月24日。
- (7) Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz-2.DKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S.1520). 社会法典第5編の改正を主な内容とし、他の関連法令を改正する法律である。主要部分の施行は1997年7月1日。
- (8) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV -Modernisierungsgesetz -GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S.2190). 社会法典第5編の改正を主な内容とし、他の多数の関連法令を改正する法律である。主要部分の施行は2004年1月1日。
- (9) Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S.2626). 社会法典第5編の改正を主な内容とし、他の関連法令を改正する法律である。主要部分の施行は2000年1月1日。
- (10) Bundeszentrale für politische Bildung, *Das Gesundheitswesen in Deutschland, Deutsche Besonderheiten*. (http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAB119)

図3-2 公的医療保険の支出計、給付計、3つの給付分野の推移
1994年-2007年



(出典) 表1のデータにより筆者作成。

は、医師自身が受け取る報酬の4倍程度の医療保険支出につながる、と言われている⁽¹¹⁾。公的医療保険のすべての支出の合計(「支出計」。「給付計」と「管理費」を加えたもの)、保険給付の合計(「給付計」、保険給付のうちの上記の3分野の推移を見ると(図3-2)、「医科外来」の伸びは、「支出計」「給付計」の伸びに比べて相当鈍く、「入院治療」「薬剤」に比べても鈍い。これまでの相次ぐ立法は「医科外来」、すなわち保険医の診療費抑制に相当な効果をもったことがうかがえる。

II 保険医の診療費の抑制施策

保険医の診療費の抑制のためにとられてきた主な施策として、①保険医数の制限と定年制、②診療報酬の予算制、③外来診療料の新設、が挙げられる。①②は1992年制定の医療保障構造

法(GSG)で強化又は新規に導入された施策である。①は現在も継続しているが、地域的な医師不足が生じたため、一部緩和されている。②については保険医の不満が極めて強く、いったん廃止されたが、復活し、現在再び緩和の方向にある。③は2003年制定の公的医療保険近代化法(GMG)により導入され、現在も継続している。これらについて紹介する前に、ドイツの医療保険制度について簡単に説明したい。

1 ドイツの医療保険制度

ドイツの公的医療保険制度は社会保険方式をとっている。税財源により国が医療サービスを提供するイギリスとも、民間医療保険を中心とするアメリカとも異なっている⁽¹²⁾。公的医療保険が自治原則に基づいていることもドイツの特徴である。保険担当機関である疾病金庫と医師の団体は、公的医療保険制度を運営する権限

(11) 与野党会派(キリスト教民主/社会同盟、社会民主党、自由民主党)が共同で提出した医療保障構造法案の提案理由書より。Deutscher Bundestag, Drucksache 12/3608 (1992.11.5), S.72; 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』信山社, 2003, p.72.

(12) 各国の医療保険制度を財源の面から日本と比較して論じたものとして、片山信子「社会保障財政の各国比較—給付水準と財源構造—」『レファレンス』693号, 2008.10, pp.73-103.

を国から与えられており、国の監督の下に法律に定められた任務を遂行する。国は制度の枠組みを法律で定めることが原則である。しかし実際には立法は制度の詳細に及んでおり、「国は自治原則を本気で考えていない⁽¹³⁾」ともいわれる。2007年に制定された公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)⁽¹⁴⁾は、従来疾病金庫(後述II-1-(1))が定めていた保険料率を国が一律に定めると規定するなど、国の役割を一層拡大している。

ドイツは皆保険ではなく、公的医療保険に加入しているのは住民の約90%である⁽¹⁵⁾。官吏(Beamter⁽¹⁶⁾)、軍人等は国から医療を保障されているが、民間医療保険にも加入していることが多い。所得が一定の限度額を超える被用者や一部を除く自営業者も公的医療保険への加入義務がなく、公的医療保険又は民間医療保険を選択して加入する。また、保険に全く加入しない無保険者もいるが、公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)により、全住民に一般的保険加入義務を導入し、全住民を公的医療保険又は民間医療保険に必ず加入させることになった。

(1) 疾病金庫

保険担当機関は、「疾病金庫」(Krankenkasse)

という。疾病金庫は、国から独立した公法上の法人であり、自治権に基づき保険料率を自由に設定することができた。被保険者は、原則的には居住地、職種等により加入する疾病金庫を指定されていたため、被保険者の構成(収入、年齢、扶養家族の有無等)によって疾病金庫間の保険料率の格差が生じていた。一部の収入の高い被用者だけは、指定された疾病金庫ではなく、職員代替金庫を選択することが認められていたため、こうした被用者が職員代替金庫に集中し、さらに格差が広がった。収入の高い者が集中すれば、保険料率は下がるからである。こうした事態を打開するため、医療保障構造法(GSG)は、疾病金庫間の財政調整のために、「リスク構造調整」(Risikostrukturausgleich, RSA)を導入した上で、1996年からすべての被保険者が疾病金庫を自由に選択できるようにした⁽¹⁷⁾。疾病金庫の財政力を平等にし、疾病金庫がサービスの質によって被保険者獲得の競争をすることを目指したのである。その結果、疾病金庫の統廃合が進み、1992年に1,223あった疾病金庫は、2008年には219へと激減した⁽¹⁸⁾。

前述のように公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)は、全国一律の保険料率を2009年から設定すること、また、連邦保険庁が運営する医療

(13) Bundeszentrale für politische Bildung, *op.cit.* (10).

(14) Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S.378). 社会法典第5編の改正を主な内容とし、他の多数の関連法令を改正する法律である。主要部分は2007年4月1日に、その他は2011年までに段階的に施行される。同法については、以下の資料がある。齋藤純子「抜本的な医療保険制度改革」『外国の立法』(事務用資料)2007.5; 田中謙一「海外レポートドイツの2007年医療改革(1)-(終)」『週刊社会保障』No.2436-2439, 2007.6.18-7.9; 豊島康二「政府が統一保険料率を規定し、医療基金が財政調整により交付ドイツ・医療保険競争強化法導入を現地取材」『週刊社会保障』No.2487, 2008.6.30, pp.36-43.

(15) Bundesministerium für Gesundheit, *Gesetzliche Krankenversicherung- 16. Juni 2008.*

(http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar_begriff-Gesetzliche-Krankenversicherung.html)

(16) 日本の公務員概念より狭義。連邦又は州に対して公報上の勤務・忠誠関係に立つ者。田沢五郎『独・日・英ビジネス経済法制辞典』郁文堂, 1999, p.110.

(17) 疾病金庫の種類により、どのような被保険者でも受け入れるわけではないが、開放が進んでいる。疾病金庫選択の自由化については、田中耕太郎「ドイツ医療保険改革にみる『連帯下の競争』のゆくえ—公的医療保険における保険者選択制とリスク選択—」『フィナンシャル・レビュー』80号, 2006.3, pp.4-32.

(http://www.mof.go.jp/f-review/r80/r_80_004_032.pdf)

(18) Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *Übersicht über das Sozialrecht*, 2008, S.259.

基金 (Gesundheitsfond) を創設することを定めた。2009年1月から被保険者が一律の料率で納めた保険料は医療基金に集められ、連邦補助⁽¹⁹⁾を加えた後、各疾病金庫に交付される。交付に際し、従来の「リスク構造調整」を有病度⁽²⁰⁾ (病気であることまたは病気にかかりやすい程度) に基づくものに改善した上で財政調整を行う。

疾病金庫にはその成り立ちにより、2008年の時点で7つの種類がある。加入者数の多いものは、地区疾病金庫 (加入者: 約1780万人。金庫の数: 15)、職員代替金庫 (加入者: 約1610万人。金庫の数: 7)、企業疾病金庫 (加入者: 約990万人。金庫の数: 170) である⁽²¹⁾。各々の疾病金庫は州レベル及び連邦レベルで連合会を組織している。公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG) により、2007年5月、すべての疾病金庫の連合組織である「連邦疾病金庫中央連合会」(Spitzenverband Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverbandともいう。) が設立され (社会法典第5編第217a条)、2008年7月1日に各々の疾病金庫

の連邦レベルの連合会の任務を引き継いだ⁽²²⁾。これにより、疾病金庫の連邦レベルの連合会は、2008年12月31日に公法人の地位を喪失し、民法上の法人となることになっている。

(2) 医師とその組織

2007年12月31日時点のドイツの医師の種別と人数の内訳、診療科別の人数は、図4、表2のとおりである。

ドイツの医師は、大学で6年以上医学教育を受け、在学中及び卒業後の数次にわたる医師国家試験に合格して医師免許を取得し、さらに数年間に及ぶ卒後研修を受け、専門医 (一般医学、眼科、外科など) の資格を得る。ドイツでは医師の資格、免許、登録については連邦法 (連邦医師法⁽²³⁾、社会法典第5編、契約医認可令⁽²⁴⁾) が定め、医師会の地位、任務及び組織、医師会への加入義務、国 (ここでは州) の監督、卒後研修、生涯研修等については各州の医療職法⁽²⁵⁾の領域となっている。官吏を除くほぼすべての医師は、医療職法に基づき、全国に17あ

(19) 連邦補助は、2009年は40億ユーロ。2010年からは140億ユーロに達するまで 毎年15億ユーロ増額する予定。Bundesministerium für Gesundheit, *Gesundheitsfonds*, 16. Juni 2008.

〈http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168682/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar_begriff_Gesundheitsfonds.html〉

(20) Morbidität。「有病率」(一時点での疾病にかかっている人の割合) と「罹患率」(一定期間での疾病の発症頻度) とを合わせた概念として用いられているようである。「有病度に基づくリスク構造調整」(Morbi-RSA) は、リスク構造調整改革法 (Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001, BGBl. S.3465. 内容は、社会法典第5編及びリスク構造調整令の改正。2002年1月1日施行。) により導入され、2007年実施のはずであったが、契約医法改正法 (Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG) vom 22. Dezember 2006, BGBl. I S.3439. 社会法典第5編、契約医認可令の改正を主な内容とする。主要部分の施行は2007年1月1日。) により実施が2009年1月に延期された。詳細は公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG) により定められている。

(21) Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *op.cit.* (18), S.137, 259-260. このほか、同業疾病金庫、農業疾病金庫、労働者代替金庫、鉱夫・鉄道・海員組合がある。

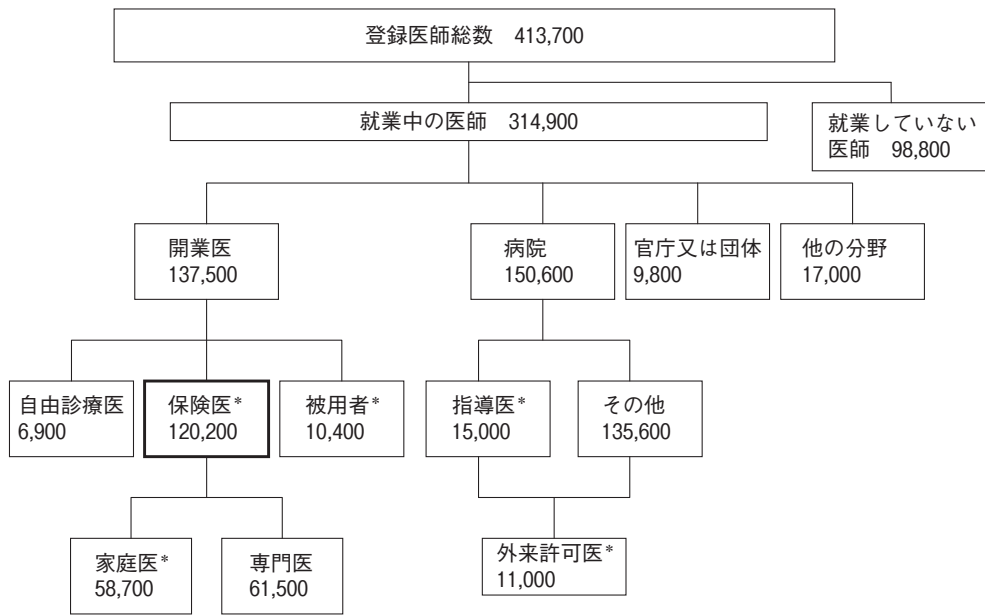
(22) GKV-Spitzenverband, *Wir über uns*. 〈https://www.gkv-spitzenverband.de/Aufgaben_und_Ziele.gkvnet〉

(23) Bundesärzterordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S.1218) zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S.2686).

(24) 社会法典第5編第98条に基づいて発せられる法規命令。Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S.874).

(25) 名称は州により異なっているが、一般に医療職法 (Heilberufsgesetz)、医療職会法 (Heilberufekammergesetz) などと呼ばれる。

図4 ドイツの医師：種別と人数



*「保険医」：認可を得て保険診療を行う医師。原注によれば、ここではパートナー医（保険医の新たな認可が認められない地域でも、すでに開業している保険医と共同で診療するのであれば保険医として認可される。診療給付の量は従来の量を超えてはならない。社会法典第5編第101条⁽²⁷⁾）も含む。

*「被用者」（Angestellter Arzt）：保険医の診療所に雇用されている医師等。

*「指導医」（Leitender Arzt）：指導責任を有する医師のことで、通例病院の診療科を統率する医師をさす。「部長医」（Chefarzt）ともいう⁽²⁸⁾。

*「家庭医」（Hausarzt）：現在、すべての医師が卒後研修を経て「専門医」（Facharzt）の資格を取得する。このうち「家庭医」として診療できるのは、一般医学の資格を取得した医師、小児科医、重点領域資格⁽²⁹⁾をもたず、家庭医として診療することを選択した内科医、及び実務医（Praktischer Arzt）である。小児科医は、家庭医として診療に加え、重点領域資格による専門医としての診療も行うことができる。実務医とは、「一般医学」という卒後研修資格が成立する以前に、専門医の資格なしに診療をしていた医師である⁽³⁰⁾。以上の「家庭医」以外の医師は、専門医としての診療に従事する。（社会法典第5編第73条第1a項）

*「外来許可医」（Ermächtigter Arzt）：医師不足の地域等で、認可委員会により外来の保険診療を行う許可を与えられた医師。病院に勤務する医師、外国人医師等と与えられる。期間等の制限が付される⁽³¹⁾。

（出典） Kassenärztliche Bundesvereinigung, “Grunddaten 2007 zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, I: Ärzte, Stand: 31.12.2007,” S.9. 〈<http://www.kbv.de/publikation/en/125.html>〉

る医師会⁽²⁶⁾に所属しなければならない。これら17の医師会は連邦医師会（Bundesärztekammer）を構成している。個々の医師会は州の医療職法により公法上の法人と定められている

が、連邦医師会は公法人ではない。個々の医師会は医療職法により与えられた権限に基づき、医師の職業規則及び卒後研修や専門医認定試験の内容を定める。これらは州の監督官庁の承認

⁽²⁶⁾ 15州では州に1つの医師会があり、ノルトライン・ヴェストファーレン州だけはノルトラインとヴェストファーレン・リッペに各々2つの医師会がある。Ärztekammer Berlin, Bayerische Landesärztekammerなど名称はまちまちである。

⁽²⁷⁾ Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Glossar Gesundheitspolitik*. 〈<http://www.kbv.de/service/print/gesundheitslexikon.asp?range=p>〉

⁽²⁸⁾ ドイツ医師会への問い合わせによる。

⁽²⁹⁾ 卒後研修資格の一つ。内科の場合、血管学、内分泌学などがある。岡嶋道夫「D124（原型）卒後研修規則」〈<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/d124/d124.htm>〉

⁽³⁰⁾ 岡嶋道夫「M415 興味深い発足の歴史から現在まで ドイツの専門医制度と家庭医」〈<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m412/m415.htm>〉

⁽³¹⁾ Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Glossar Gesundheitspolitik*. 〈<http://www.kbv.de/service/print/gesundheitslexikon.asp?range=e>〉

表2 ドイツの医師：主な診療科別保険医数

| | | | | | | | | | | |
|--------|--------|-------|-------|---------|----------|------------|-------|-------|--------|-------|
| 一般医 | 内科医 | 婦人科医 | 実務医 | 小児科医 | 眼科医 | 整形外科医 | 神経科医 | 精神科医 | 耳鼻咽喉科医 | 外科医 |
| 33,792 | 18,942 | 9,676 | 7,646 | 5,673 | 5,183 | 5,062 | 4,792 | 4,496 | 3,920 | 3,796 |
| 皮膚科医 | 麻酔科医 | 放射線科医 | 泌尿器科医 | 保険医計 | 保険医中の家庭医 | 内科医中の内科専門医 | | | | |
| 3,283 | 2,751 | 2,708 | 2,611 | 118,858 | 58,304 | 7,564 | | | | |

*図4と同じ資料によっているが、保険医の合計及び家庭医の数が図4より少ない。理由は不明。パートナー医を含んでいない可能性もある。

*「保険医計」は各欄の合計よりも多い。原表にはあるが、表2では省略した診療科があるため。

(出典) Kassenärztliche Bundesvereinigung, (図4と同じ資料), S.14-15.

を受けて公布される⁽³²⁾。

医師会とは別に全国に17の保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung)⁽³³⁾があり、これらが連邦保険医協会 (Kassenärztliche Bundesvereinigung: KBV) を構成している。保険医協会には、保険医の他、心理療法士、被用者である医師、外来許可医なども所属している。保険医協会も連邦保険医協会も公法上の法人である。医師が保険医になるためには、保険医協会の管轄区域毎に設置されている認可委員会 (Zulassungsausschuss) の認可を受けなければならない。認可委員会は保険医の代表と疾病金庫の代表によって構成されている。

保険医の診療に関する基本的な事項を定める「連邦枠組契約」(Bundesmantelvertrag) は、社会法典第5編第87条に基づき、連邦保険医協会と各々の疾病金庫の連邦レベルの連合会との間で結ばれていた⁽³⁴⁾。2009年からは、連邦疾病金庫中央連合会との間で結ばれることになる。診療報酬算定のための診療報酬表である「統一

評価基準」(Einheitlicher Bewertungsmaßstab: EBM)⁽³⁵⁾もこの契約の一部である。この「連邦枠組契約」の下に、各々の保険医協会は疾病金庫の州レベルの連合会と契約を結び、診療報酬総額を決定する(最近では、個々の保険医や、保険医のグループも疾病金庫と契約を結べるようになった)。保険医協会は、疾病金庫の種類ごとにその州レベルの連合会と契約を結んでいたが、2009年からはすべての疾病金庫に共通の契約が結ばれる(社会法典第5編第87a条第2項)⁽³⁶⁾。個々の医師への診療報酬の配分は保険医協会が行う。(図5)

2 診療費抑制施策(その1)－保険医数の制限と定年制

前述のように、1992年の医療保障構造法(GSG)制定時には、医療保険支出抑制のために保険医の診療の抑制が必要であると考えられていた。1991年の時点で、旧西ドイツ地域の保険医は74,063人で、過去20年間に1.5倍になって

⁽³²⁾ 岡嶋道夫「M417 自治組織でありながら行政行為もするドイツの州医師会の大きな任務」

(<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m412/m417.htm>)

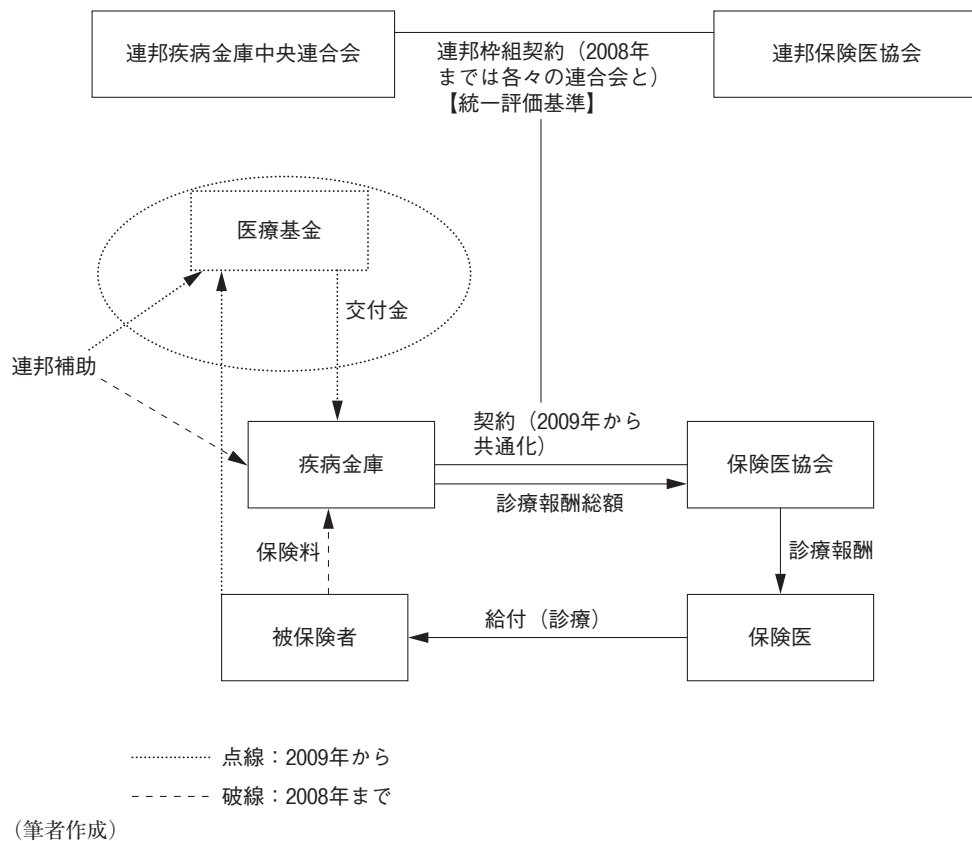
⁽³³⁾ 医師会と同様に、15州では州に1つの保険医協会があり、ノルトライン・ヴェストファーレン州だけはノルトラインとヴェストファーレン・リッペに各々保険医協会がある。

⁽³⁴⁾ ただし、個別に契約を結んでいたわけではない。2008年の場合、連邦保険医協会は7月1日に、地区疾病金庫連邦連合会、企業疾病金庫連邦連合会等と1つの枠組契約を結び、職員代替金庫連合会及び労働者代替金庫連合会ともう1つの枠組契約を結んだ。(http://www.kbv.de/rechtsquellen/2310.html)

⁽³⁵⁾ 現行のものは2008年7月1日から有効であり、「EBM2008」とよばれている。連邦保険医協会のHPに掲載されている。(http://www.kbv.de/ebm2008/EBMGesamt.htm)

⁽³⁶⁾ 公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)による改正。与党会派の法律案の提案理由書によれば、「(制度を)簡素化し、官僚的手続を排除する」ためである。Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100 (2006.10.24.), S.119.

図5 保険診療：疾病金庫と保険医協会の関係



いた⁽³⁷⁾。与野党会派（キリスト教民主／社会同盟、社会民主党、自由民主党）は、共同で提出した医療保障構造法（GSG）案の提案理由書において、1999年までに22,000人の増加があると予測し、1999年1月1日から保険医数の制限を実施することを提案した⁽³⁸⁾。その後の保険医数の推移を見ると（図6）、1991年から1999年までの8年間で、全ドイツの保険医数の増加は予測をやや下回って約21,000人であり、1999年から2007年までの8年間の増加は約6,000人となっている。保険医数の増加率が最も高かったのは1992年から1993年にかけてで、医療保障構

造法（GSG）の成立を見込んで、「開業の波⁽³⁹⁾」が起きたからである。

(1) 保険医数の制限

現在、保険医数は、社会法典第5編第99条に定められている「需要計画」(Bedarfsplan)によってコントロールされている。「需要計画」は、連邦レベルの委員会（連邦共同委員会 (Gemeinsamer Bundesausschuss)）。連邦保険医協会、連邦病院協会、連邦疾病金庫中央連合会で構成される。社会法典第5編第91条第1項)が定めた「需要計画策定指針」⁽⁴⁰⁾を基準として、州委員

(37) Deutscher Bundestag, *Drucksache* 12/3608 (1992.11.5.), S.72.

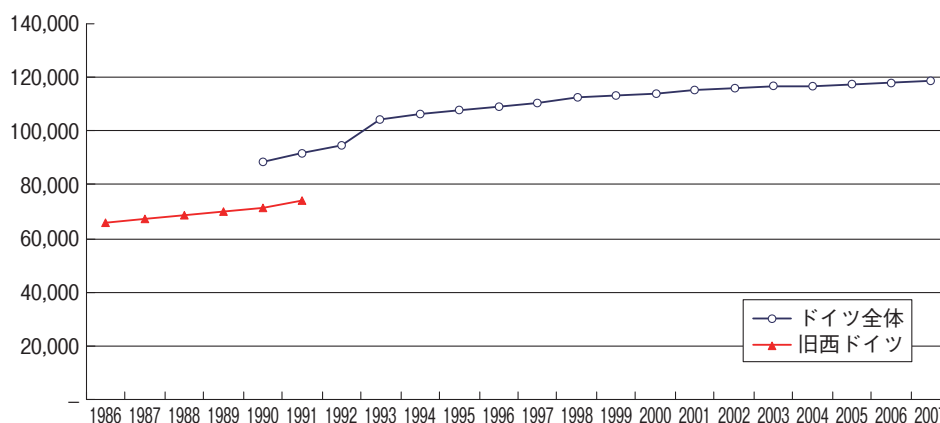
(38) *ibid.*

(39) Bundeszentrale für politische Bildung, *Das Gesundheitswesen in Deutschland, ambulante ärztliche Versorgung. Teil I.*

http://www.bpb.de/themen/WZDR7I0.Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAB203

(40) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S.3491 zuletzt geändert am 10. April 2008. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-264/RL_Bedarf-2008-06-27.pdf

図6 保険医数の推移 1986年－2007年



| | | | | | | | | |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|
| 年 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
| ドイツ全体 | — | — | — | — | 88,811 | 91,621 | 94,883 | 104,556 |
| (旧西ドイツ) | (65,608) | (67,038) | (68,495) | (69,861) | (71,711) | (74,063) | — | — |
| 年 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
| ドイツ全体 | 106,240 | 107,497 | 109,118 | 110,395 | 112,683 | 112,934 | 114,019 | 115,445 |
| 年 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | | |
| ドイツ全体 | 116,065 | 116,695 | 116,990 | 117,547 | 118,277 | 118,858 | | |

*グラフは表の数字に基づいて筆者作成。

*保険医数については、その範囲のとり方によって様々な統計がある。医療保障構造法（GSG）案の提案理由書（Deutscher Bundestag, *Drucksache* 12/3608（1992,11.5））が1991年について採用している数値に相当する数値を用いて表を作成した。

（出典）・1986年から1997年までは、Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1998*, A7-A9. 〈<http://www.kbv.de/publikationen/125.html>〉

・1998年から2007年までは、表2に同じ。

会（個々の保険医協会と疾病金庫の州レベルの連合会で構成）が策定する。需要計画策定指針では、医師1名に対する住民数（「一般比率」（allgemeine Verhältniszahl））が、医師の診療科別（全国に1,000人以上の保険医がいる14の診療科について）かつ人口の過疎による地域区別に算定されている（需要計画策定指針第8条）（表3）。算定の基礎は、1990年12月31日時点の旧西ドイツ地域の保険医数である。地域区分は、連邦建設都市計画庁によっている。同庁は全国を395の「計画区域」に分け、各々の計画区域の地域区分（「人口集中地域の中核都市」「人口集中傾向のある地域の農村地域」など10種）を指定している⁽⁴¹⁾。

社会法典第5編第101条第1項及び需要計画

策定指針第14条は、開業している医師1名に対する住民数より一般比率の数字のほうが10%以上大きい場合を「供給過剰」（Übersorgung）と定義している。州委員会が「供給過剰」と判定した場合には、州委員会は、新規の保険医認可を制限するよう認可委員会に命ずる。1992年制定の医療保障構造法（GSG）は、第101条を改正してこの「110%制限」規定を導入した。従来の同条は、「保険医が過剰な場合には開業を制限することができる」と定めているのみで、保険医数のコントロールはゆるやかであった⁽⁴²⁾。2008年8月の時点で、全国の395の計画区域について、「供給過剰」ではなく、保険医の認可を受けられる計画区域の数及び開業可能な医師の数を見ると（表4）、例えば外科は3

(41) Anlage 3.1. der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

〈http://www.g-ba.de/downloads/38-254-79/RL_Bedarf-2007-02-15_3-1.pdf〉

(42) 「150%」までは制限されなかった。松本 前掲注(1), p.73.

表3 「需要計画策定指針」が定めている、医師1名に対する住民数（一般比率）

| 地域区分 | 麻酔科 | 眼科 | 外科 | 内科専門医 | 婦人科 | 耳鼻咽喉科 | 皮膚科 | 小児科 | 神経科 | 整形外科 | 精神科 | 放射線科 | 泌尿器科 | 家庭医 |
|---------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|-------|
| 人口集中地域 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 中核都市 | 25,958 | 13,177 | 24,469 | 12,276 | 6,916 | 16,884 | 20,812 | 14,188 | 12,864 | 13,242 | 2,577 | 25,533 | 26,641 | 1,585 |
| 2 高人口密度地域 | 60,689 | 20,840 | 37,406 | 30,563 | 11,222 | 28,605 | 40,046 | 17,221 | 30,212 | 22,693 | 8,129 | 61,890 | 49,814 | 1,872 |
| 3 普通の人口密度の地域 | 71,726 | 23,298 | 44,367 | 33,541 | 12,236 | 33,790 | 42,167 | 23,192 | 34,947 | 26,854 | 10,139 | 83,643 | 49,536 | 1,767 |
| 4 農村地域 | 114,062 | 23,195 | 48,046 | 34,388 | 13,589 | 35,403 | 51,742 | 24,460 | 40,767 | 30,575 | 15,692 | 67,265 | 53,812 | 1,752 |
| 人口集中傾向のある地域 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 中核都市 | 18,383 | 11,017 | 21,008 | 9,574 | 6,711 | 16,419 | 16,996 | 12,860 | 11,909 | 13,009 | 3,203 | 24,333 | 26,017 | 1,565 |
| 6 普通の人口密度の地域 | 63,546 | 22,154 | 46,649 | 31,071 | 12,525 | 34,822 | 41,069 | 20,399 | 28,883 | 26,358 | 8,389 | 82,413 | 52,604 | 1,659 |
| 7 農村地域 | 117,612 | 25,778 | 62,036 | 44,868 | 14,701 | 42,129 | 55,894 | 27,809 | 47,439 | 34,214 | 16,615 | 156,813 | 69,695 | 1,629 |
| 農村地域 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 人口が集中している地域 | 53,399 | 19,639 | 44,650 | 23,148 | 10,930 | 28,859 | 35,586 | 20,489 | 30,339 | 20,313 | 10,338 | 60,678 | 43,026 | 1,490 |
| 9 農村地域 | 137,442 | 25,196 | 48,592 | 31,876 | 13,697 | 37,794 | 60,026 | 26,505 | 46,384 | 31,398 | 23,106 | 136,058 | 55,159 | 1,474 |
| 特別な地域 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 ルール地域 | 58,218 | 20,440 | 34,591 | 24,396 | 10,686 | 25,334 | 35,736 | 19,986 | 31,373 | 22,578 | 8,743 | 51,392 | 37,215 | 2,134 |

*家庭医として診療している小児科医も、需要計画策定指針では小児科医として扱われる。（社会法典第5編第101条第5項）

*地域区分は、需要計画策定指針第6条で定義されている。

（出典） Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Bedarfsplanung und Intervallversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S.3491 zuletzt geändert am 10. April 2008. (http://www.g-ba.de/downloads/62-492-264/RL_Bedarf-2008-06-27.pdf)

つの州に5区域残っているのみで、開業可能な医師数は5人に過ぎず、開業は極めて困難である。他方、家庭医は210の区域で認可が可能であり、開業可能な医師数も2,030人に上っており、家庭医については「医師不足」といえる状況である（後述Ⅲ）。

(2) 定年制

保険医数の制限は、新規に開業を希望する若い医師にとって不利となるため、1992年制定の医療保障構造法（GSG）は、「110%制限」の新設と同時に保険医の定年制を導入した。すなわち、保険医資格の終了について定めた社会法典第5編第95条第7項に、「1999年1月1日以降、保険医が68歳に達した四半期の末に保険医資格は終了する」という内容の第2文を挿入した。同法の最初の法案⁽⁴³⁾では、68歳ではなく、「65歳」であった。定年年齢が引き上げられたのは、保険医協会の強い反対があったためである⁽⁴⁴⁾。

定年制は、2006年に制定された契約医法改正法（VÄndG）⁽⁴⁵⁾により一部緩和された。すなわち同法は、社会法典第5編第95条第7項に、州委員会が「供給不足」（Unterversorgung. 州委員会が定めた基準を、家庭医は25%、専門医は50%下回る場合。需要計画策定指針第29条）又は「供給不足」のリスクがあると判定した場合には、定年制を適用しないという内容の文を挿入した。共同で診療所を開設する医師については、68歳の誕生日で定年としていたのを、68歳に達した四半期末に定年とし、一般の保険医と同等とした。さらにこれらの医師についても、「供給不

足」又はそのリスクがある場合は定年は適用しない、とした。医師不足が特に旧東独地域で指摘されるようになってきたことが緩和の理由である⁽⁴⁶⁾。

3 診療費抑制施策（その2）－診療報酬の予算制

(1) 2008年までの予算制

前述のように（Ⅱ-1-(2) 図5）、1つの保険医協会に所属するすべての保険医の診療報酬総額（Gesamtvergütung. 通例1年分について定める）は、保険医協会と疾病金庫の州レベルの連合会との契約により取り決められ、個々の保険医への診療報酬の配分は保険医協会が行っている。診療報酬総額の大部分は、被保険者1人あたりの基準額を被保険者数に乗じた額である。基準額の基礎は、各々の疾病金庫の1991年の診療報酬総額を加入者数で割った人頭単価である。これに賃金の上昇や医療技術の進歩による診療報酬の引上げ等を加味して毎年改定されてきた⁽⁴⁷⁾。医療保障構造法（GSG）以前も同様の方式であったが、診療報酬総額の上昇に歯止めをかける規定が法律にはなかった。医療保障構造法（GSG）は、1993年から1995年までについて、診療報酬総額を定める際、その上昇率が保険料徴収の対象となる賃金の上昇率を超えてはならないとする規定を新設し（社会法典第5編第85条第3a項）、診療報酬総額に上限を設けた。「予算制」（法律上の用語ではない。Budget, Budgetierungなどと表現される）とよばれるこの方式は、その後一時的に廃止されることもあったが⁽⁴⁸⁾、維持されてきた。疾病の早期発見のた

(43) 連邦政府提出の法律案。Deutscher Bundestag, *Drucksache* 12/3209 (1992.9.7.).

(44) 連邦保険医協会は1992年8月に緊急の代表大会を開催し、医療保障構造法案に反対する旨を決議している。“KBV-Vertreterversammlung. Kassenärzte zum Kampf gegen Seehofer-Gesetz entschlossen,” “Resolutionen der KBV-Vertreterversammlung zum geplanten Gesundheits-Strukturgesetz,” *Deutsches Ärzteblatt*, 14. August 1992, S.B1681-B1688.

(45) 前掲注(20)

(46) 連邦政府が提出した法律案の提案理由書による。Deutscher Bundestag, *Drucksache* 16/2474 (2006.8.30.), S.1.

(47) ドイツ医療保険制度調査団『ドイツ医療保険制度調査（第3次）報告書』国民健康保険中央会, 2003, p.27.

(48) 松本 前掲注(11), pp.77-78, 166-168.

表 4 認可可能な計画区域の数及び開業可能な医師の数 2008年初

| 保険医協会 | 計画区域数 | 麻酔科 | 眼科 | 外科 | 内科専門医 | 婦人科 | 耳鼻咽喉科 | 皮膚科 | 小児科 | 神経科 | 整形外科 | 精神科 | 放射線科 | 泌尿器科 | 家庭医 |
|-----------------|-------|-----|-----|----|-------|-----|-------|-----|-----|-----|------|-------|------|------|-------|
| バーデン・ヴェルテンベルク | 43 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| バイエルン | 79 | 0 | 15 | 1 | 0 | 8 | 7 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 30 |
| バヴリン | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ブランデンブルク | 16 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 14 |
| ブレーメン | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ハンブルク | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ヘッセン | 26 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 |
| メクレンブルク・フォアポメルン | 13 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| ニーダーザクセン | 44 | 1 | 14 | 3 | 1 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 31 |
| ノルトライン | 27 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| ラインラント・プファルツ | 28 | 2 | 8 | 0 | 0 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| ザールラント | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ザクセン | 26 | 8 | 5 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 11 | 0 | 0 | 14 |
| ザクセン・アンハルト | 23 | 3 | 5 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 | 5 | 7 | 1 | 0 | 3 | 1 | 22 |
| シュレスヴィヒ・ホルシュタイン | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| チューリングゲン | 20 | 4 | 4 | 0 | 0 | 1 | 2 | 5 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| ヴェストファーレン・リッペ | 27 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| 全ドイツ計 | 395 | 21 | 70 | 5 | 1 | 27 | 28 | 28 | 21 | 27 | 7 | 11 | 4 | 5 | 210 |
| 医師の数 | | 30 | 120 | 5 | 1 | 40 | 40 | 40 | 30 | 40 | 5 | 1,490 | 5 | 5 | 2,030 |

*家庭医として診療している小児科医も、需要計画策定指針では小児科医として扱われる。(社会法典第5編第101条第5項)

*整形外科については、医師ではない心理療法士も含まれている。「計画区域数」については、心理療法士を含まない理由は不明。

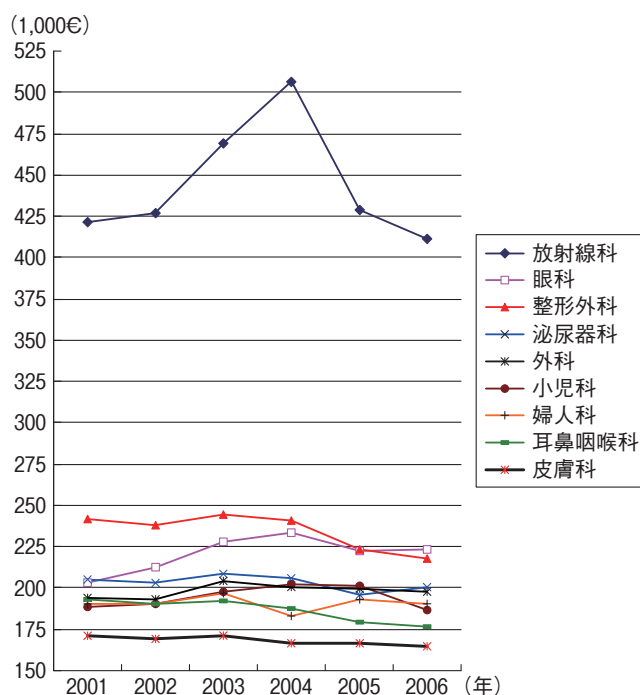
*「精神科」の「医師の数」には、医師ではない心理療法士も含まれている。「計画区域数」については、心理療法士を含まない理由は不明。

1999年施行の心理療法士法 (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1988 (BGBl. I S.1311). 心理療法士法の制定及び社会法典第5編等の改正を内容とする)により医師ではない心理療法士の診療費も医療保険から支出することになり、心理療法士の医師の開業が可能であるかは、各々の保険医協会のHPで公表されている。

*どの計画区域にどの診療科の医師の開業が可能であるかは、各々の保険医協会のHPで公表されている。

(出典) Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, 2007 I. Ärzte, Stand: 31.12.2007, S.29-30. (<http://www.kbv.de/publikationen/125.html>)

図7 保険医一人当たり診療報酬 2001年-2006年



単位：1000 €

| | 放射線科医 | 眼科医 | 整形外科医 | 泌尿器科医 | 外科医 | 小児科医 | 婦人科医 | 耳鼻咽喉科医 | 皮膚科医 | 神経科医 | 一般医、実務医 | 内科医 | 家庭医 | 内科専門医 | 精神科医 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|------|
| 2001 | 421.2 | 203.3 | 241.7 | 204.9 | 194.3 | 188.1 | 190.6 | 192.9 | 171.1 | 151.3 | 171.7 | 236.9 | - | - | - |
| 2002 | 426.8 | 212.0 | 238.3 | 203.6 | 193.1 | 190.7 | 190.7 | 189.9 | 169.4 | 147.3 | 173.2 | 239.6 | - | - | - |
| 2003 | 469.1 | 228.2 | 244.0 | 208.8 | 204.2 | 197.8 | 196.5 | 192.3 | 171.3 | 151.7 | 179.4 | 263.3 | - | - | - |
| 2004 | 507.1 | 233.2 | 240.9 | 205.9 | 200.4 | 202.7 | 182.6 | 187.2 | 166.9 | 151.0 | 176.1 | 267.5 | - | - | - |
| 2005 | 428.8 | 222.0 | 223.0 | 195.5 | 199.9 | 201.8 | 193.3 | 179.2 | 166.9 | - | - | - | 175.9 | 390.3 | 63.5 |
| 2006 | 411.6 | 223.3 | 218.0 | 200.2 | 197.9 | 186.3 | 190.7 | 176.3 | 164.3 | 134.5 | - | - | 178.6 | 401.1 | 62.0 |

*「精神科医」には、医師ではない心理療法士を含む。

*グラフは、2001年から2006年のすべての年の数値のある診療科について作成。

*2006年1月時点の200,000 €は約2740万円（日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場」（平成18年1月1日から平成18年6月30日までの間において適用）の1 €=137円により計算）

(出典) 連邦保険医協会ホームページ掲載の各年の統計中の“Honorar je Arzt und Arztzahlanteil -gesamtes Bundesgebiet.”の表より筆者作成。(<<http://www.kbv.de/publikationen/125.html>>)

めの診療、救急など、予算制からはずされている給付もある。

個々の保険医は、行った診療を「統一評価基準」によって点数化し、四半期毎に保険医協会に請求する。請求内容が審査委員会（保険医協会と疾病金庫で構成）によって審査された後、保険医協会は、診療科毎の配分額を保険医の総

点数で割り、1点の単価を決め、個々の保険医の点数に乗じて報酬を決める。ドイツも高齢化が進行しており（60歳以上の者の総人口に占める比率は、1950年は14.6%、1970年は20.0%、1990年は20.4%、2006年は25.0%⁽⁴⁹⁾）、住民の有病度は高まっている。保険医としては患者に必要な診療を施さないわけにはいかないため、診療は増

(49) Statistisches Bundesamt, *Fachserie 1, Reihe 1.3*, 2006. Tabelle 1.3. (<<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur.vollanzeige.csp&ID=1021247>>)

え、点数は増大していく。それにともない1点の単価は下落し、保険医の収入は診療の実績に対してはむしろ低下する。収入を得ようとすれば、保険医は診療をさらにふやすことになりがちであり、その結果さらに1点の単価が低下していく。「ハムスターの車輪の効果」⁽⁵⁰⁾と呼ばれるこの事態は、保険医にとって耐え難いものになっていった。保険医の主張によれば、保険診療の20%について、診療したにもかかわらず報酬を受け取れなかったという⁽⁵¹⁾。連邦保険医協会の試算では、過去10年の間に、医師の報酬は、インフレ率を加味すれば平均13.1%減少したという⁽⁵²⁾。保険医一人当たりの診療報酬は確かに減少傾向を示している(図7)。減少分の埋め合わせのため、保険医が民間医療保険加入者を受け入れ、優先的に治療する傾向もみられるという⁽⁵³⁾。同一内容の診療を行っても、所属する保険医協会により1点の単価に差が生じることも批判的である。これらのことから保険医協会は予算制に一貫して反対してきた。

一方、疾病金庫は予算制に賛成である。診療実績が想定を超えても負担が増えることはなく、診療報酬総額の上昇率も法律で抑えられた

ため、過度な保険料の引上げをする必要もない。疾病金庫にとって好都合な予算制であったが、住民の有病度が高まった場合のリスクは、専ら保険医にかかったのである。

(2) 2009年以降の新制度

1993年以来の保険医の診療費抑制施策は転換点を迎えている。2009年1月1日から、厳格な予算制に代わるものとして、「有病度に基づく診療報酬総額」が導入される。これは2003年制定の公的医療保険近代化法(GMG)が2007年1月1日から導入すると定めたものであったが⁽⁵⁴⁾、必要な合意の見通しが立たず、実施が2009年1月1日に延期された⁽⁵⁵⁾。その後検討が進む中で、2007年制定の公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)により関連条文に改正が加えられ⁽⁵⁶⁾、2009年1月1日実施とされた。連邦保健省のフランツ・クニープス局長は、同法制定の目的の一つは、「開業医に、より多くの財政手当をすること」である、と述べている⁽⁵⁷⁾。同法の提案理由書も「有病度のリスクを(医師から)疾病金庫に移す制度」と説明している⁽⁵⁸⁾。

連邦レベルでは、診療報酬表である「統一評

⁽⁵⁰⁾ Bundeszentrale für politische Bildung, *Das Gesundheitswesen in Deutschland, Ambulante ärztliche Versorgung. Teil 3.* (http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAA582)

⁽⁵¹⁾ Bundeszentrale für politische Bildung, *Das Gesundheitswesen in Deutschland, Ambulante ärztliche Versorgung. Teil 4.* (http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAA778)

⁽⁵²⁾ 2006年時点での見解。ドイツ医療保険制度調査団『ドイツ医療保険制度調査(第4次)報告書』国民健康保険中央会, 2007, p.146.

⁽⁵³⁾ ドイツ医療保障制度に関する研究会『ドイツ医療関連データ集【2007年版】』医療経済研究機構, 2008, p.109.

⁽⁵⁴⁾ 社会法典第5編第87条改正、第85a条(医師グループについての基準診療行為量)、第85b条(個々の医師についての基準診療行為量)挿入等。この時点の制度の概要については、ドイツ医療保険制度調査団 前掲注⁽⁵²⁾, pp.2-3, 80-95. この文献は、2003年制定の公的医療保険近代化法(GMG)時点のものである。2007年制定の公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)による修正や、EBM2008は反映していない。

⁽⁵⁵⁾ 2006年制定の契約医法改正法(VÄndG)(前掲注⁽²⁰⁾) Artikel 1 Nr.4a.により、社会法典第5編第85a条及び第85b条中の「2007年1月1日から適用」という箇所を「2009年1月1日から適用」に改めた。この2つの条は、2007年制定の公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)により削除される(注⁽⁵⁶⁾)。

⁽⁵⁶⁾ 社会法典第5編第87条が改正された。第85a条、第85b条が削除され、修正された内容が改めて第87a条(地域的なユーロ診療報酬規則、有病度に基づく診療報酬総額、被保険者の診療の必要)、第87b条(医師の診療報酬(医師及び診療についての基準診療行為量))として制定された。

⁽⁵⁷⁾ 豊島 前掲注⁽¹⁴⁾, p.37.

価基準」における1点の単価を、連邦保険医協会と連邦疾病金庫中央連合会が毎年ユーロの金額で定め、「ハムスターの車輪の効果」を防ぐ。ただし、単価は、一律ではなく、「通常の場合」、「保険医の供給過剰の場合」「保険医の供給不足の場合」について差をつけられるようにし、医師不足への対策を打ち出している（社会法典第5編第87条第2e項）。連邦保険医協会は、診療報酬を点数ではなく、金額で表示することを長年要求してきた。「統一評価基準」は点数で表記されるが、1点の単価をユーロで示すことにより、連邦保険医協会の要求を容れたのである。

州レベルでは、診療報酬総額を契約で取り決める際に、診療実績に基づいて分析した被保険者の有病度を基準とする。この契約は、従来は疾病金庫の種類別に州の保険医協会との間で個別に結ばれていたが、前述のように（II-1-(2)）今後は統一的に結ばれる。地域の状況に応じて、連邦レベルで定められた1点の単価を引き上げ又は引き下げることができる。保険医協会への支払いは、取り決められた診療報酬総額の範囲内とし、この額を上回った分の取扱いについては連邦レベルで取り決める。上回った場合には大幅に減額して支払うことが想定されている。

保険医にとって最も望ましい診療報酬制度は、予算の上限がなく各自の診療実績がそのまま報酬となる「出来高制」であるが、それでは

「コスト爆発」が起こることがわかっている。医療保障構造法（GSG）に基づき、1995年に「統一評価基準」が抜本的に改革され、包括報酬が取り入れられて⁽⁵⁹⁾以来、包括報酬化が進められている。2008年に改訂されたばかりの「統一評価基準」（EBM2008）には、有病度に基づく包括報酬の要素が強く取り入れられている。単純な包括報酬では、重い疾病をもっている患者を診療せず、別の医師にまわす、ということも起こりうるが、包括報酬を有病度に基づくものとすれば、有病度の高い患者の包括報酬は高額に設定され、採算がとれる。2009年からは個々の保険医への配分の算定のために、有病度に基づく「基準診療行為量」（Regelleistungsvolumina, RLV）⁽⁶⁰⁾が定められる（社会法典第5編第87b条）。従来ドイツは、「出来高制」と「包括報酬」の最適の組み合わせを求めてきたが、この姿勢を転換し、「包括報酬」に重心を傾けたといわれる⁽⁶¹⁾。

4 診療費抑制施策（その3）—外来診療料の新設

ドイツでは2004年に公的医療保険近代化法（GMG）が施行されるまで、外来診療は無料であった。同法は、「公的医療保険財政の健全化に寄与するために⁽⁶²⁾」、初めて外来診療料（Praxisgebühr）の規定（社会法典第5編第28条第4項）を導入した。被保険者に外来診療料を課すことにより、受診の抑制を図ったのである。

(58) 与党会派（社会民主党、キリスト教民主／社会同盟）が提出した法律案の提案理由書による。Deutscher Bundestag, *Drucksache* 16/3100 (2006.10.24.), S.119. 公的医療保険近代化法（GMG）の提案理由書（与野党会派（社会民主党、緑の党、キリスト教民主／社会同盟）が共同で提出）も同様の趣旨を述べている。Deutscher Bundestag, *Drucksache* 15/1525 (2003.9.8.), S.102.

(59) ドイツ医療保障制度に関する研究会 前掲注53, p.109.

(60) 2003年制定の公的医療保険近代化法（GMG）では、個々の医師への配分を定める場合（社会法典第5編第85b条。現在は失効している）の他、診療報酬総額を取り決める際にも診療科単位の「基準診療行為量」を定めるとしていたが（同第85a条。現在は失効している）、2007年制定の公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）による改正後は、診療報酬総額に関しては、「基準診療行為量」に言及がない（同第87a条）。過渡的な措置であり、いずれは診療報酬総額にも導入される可能性がある。

(61) Bundeszentrale für politische Bildung, *op.cit.* (51).

(62) 与野党会派（社会民主党、緑の党、キリスト教民主同盟／社会同盟）が共同で提案した、公的医療保険近代化法案（GMG）の提案理由書による。Deutscher Bundestag, *Drucksache* 15/1525 (2003.9.8.), S.83.

18歳以上の被保険者は、四半期毎に初回の診療の際に外来診療料を課される、という規定である。金額は10ユーロとされ、現在も変わっていない。外来診療料は診療報酬総額の枠外であり、そのまま保険医の収入となる。

この施策とともに、疾病金庫は「家庭医モデル」を被保険者に提供することになった。被保険者は、「家庭医モデル」への参加を許可された家庭医に1年間登録し、病気になった場合には、最初から専門医の診察を受けずに、まずその家庭医を受診し、必要に従って家庭医から専門医や病院への紹介を受ける。家庭医モデルの詳細については保険医協会と疾病金庫が契約を結び、被保険者には様々な特典が提供される。特に、外来診療料が減額又は免除されることが多い。

外来診療料の新設は診療回数の抑制に効果を発揮し、「医科外来」（外来診療料は表1の「医科外来」には含まれない⁽⁶³⁾）の2004年の費用は、2003年に比べ約14億ユーロ減少した（表1）。この他の施策も相俟って、2004年には公的医療保険の収支は黒字になった（図2）。保険医診療中央研究所（Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, ZI）は、2003年に対する2004年及び2005年の診療科別の診療回数の増減を調査し、2006年に公表した⁽⁶⁴⁾。一般医（家庭医）及び家庭医として診療する内科医は、2004年、2005年とも2003年に対し5%の減少であった。小児科（大部分の診療について外来診療料を徴収しない）は、2004年には1%減少したが、2005年には2%増加している。その他の診療科

は、麻酔科を除いて減少した。減少幅が大きいのは、外科（2004年は16%、2005年は17%）、婦人科（2004年は16%、2005年は20%）であった。全体では2004年、2005年とも2003年に対し10%の減少であった。

公的医療保険は健康な人も病人も含めた被保険者全体が医療費を負担するという連帯の思想に立っており、外来診療料の新設は、負担を病人に移すものであるとして、批判を受けた。必要な受診が抑制されるのではないか、という懸念を裏付ける調査結果も出ている。たとえば、ベルテルスマン財団の調査⁽⁶⁵⁾は、外来診療料導入のネガティブな効果として、「健康状態が悪い」と感じる人が受診回数を最も削減していること、及び所得の最も低い層では受診を断念する人の率が37%に上り、全所得層平均の28%を大きく超えていることを挙げている。地区疾病金庫研究所（Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, WiDO）の2004年5月のアンケート調査によれば、月収3,000ユーロ以上の世帯では、診療料が導入されたために受診しなかったり延期したり人は8%にすぎなかったが、1,000ユーロ以下の世帯では、19%が受診しなかったり、延期したりしている⁽⁶⁶⁾。

III 診療費抑制施策の緩和

1992年制定の医療保障構造法（GSG）以来の保険医の診療報酬を抑制する施策は相当な効果を収めたが、医師側の不満も高まっていった。2008年開催の第111回ドイツ医師会議は、その

(63) 連邦保健省への問い合わせによる。

(64) Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung, *Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühreinführung in 2004*, 2006.3.3.
(<http://www.zi-berlin.de/news/downloads/InanspruchnahmePraxisgebuehr.pdf>)

(65) “Gesundheitsmonitor 2005.”として刊行されている。ベルテルスマン財団のHPには目次と一部の論文しか公開されていないため、報道発表による。“Pressemeldung, 01.09.2005: Bertelsmann Stiftung: Praxisgebühr zeigt unerwünschte Nebenwirkungen, Studie: Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand gehen seltener zum Arzt.”
(http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-7ECC1638/bst/hs.xml/nachrichten_3814.htm)

(66) Heike Korzilius, “Ein Jahr GKV-Modernisierungsgesetz, Aufbruch in eine ungewisse Zukunft,” *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (1-2), 2005.1.10, S.A18.

決議において、「ドイツの医療制度が長年の間、改革とコストダンピングのための法律の標的となってきたこと」、「政治の側の管理と統制により医師と患者の信頼関係が損なわれたこと」、「医師の仕事自体ではなく、医師が業務を遂行する外的条件が魅力を失っていること」、「過剰な官僚的手続の撤廃と診療給付に対する慢性的な低報酬への効果的な対策が必要であること」を訴えている⁽⁶⁷⁾。

2003年制定の医療保険近代化法（GMG）は、外来診療料を新設して診療回数の抑制をめざす一方で、診療報酬の予算制の緩和に転じた。2007年制定の公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）は予算制の緩和を引き継ぎ、医師の診療報酬を増やす方針をとった。医師側が主張してきた「医師不足」を連邦政府も認め、2006年制定の契約医法改正法（VÄndG）は、保険医の定年制の緩和とともに、保険医に課されている様々な規制を緩和し、医師不足への対策を打ち出している。

1 医師不足の現状

前述のように（Ⅱ-2-(1)）、2008年には、開業可能な家庭医の枠、言い換えれば定員を満たしていない家庭医の枠が2,030人分あった。ドイツでも医師不足、特に旧東独地域での家庭医の不足については数年来しばしば指摘されてきた。連邦政府は2003年夏までは「医師不足」には具体的な根拠がない、という見解であったが⁽⁶⁸⁾、2006年の契約医法改正法の提案理由書

では、「全国レベルでは医師の供給に不安はないが、旧東独地域の特定の地区では供給の穴がある⁽⁶⁹⁾」と認めるに到った。2007年10月、連邦医師会会長と連邦保険医協会会長は、医師数の推移と年齢構成に関する調査の結果を発表した記者会見において、口々に、医師不足が重大な段階に入ったと述べた⁽⁷⁰⁾。この調査によれば、最近では家庭医だけでなく専門医の減少も深刻であり、特に眼科医、婦人科医、皮膚科医、神経科医が減少している。調査の結論は、2007年から2012年（2017年）までに、病院勤務医は7,598（17,827）人、家庭医は15,376（27,338）人、専門医は18,158（31,820）人不足するというものである⁽⁷¹⁾。

医師不足の原因は現役医師の高齢化と医師志願者の減少である。医師の平均年齢は上昇する一方である（図8）。60歳以上の医師の占める比率が上昇し、35歳未満の医師の比率は下降している（図9）。一方医学部を修了する学生数は減少している（1993年:11,555人、2000年9,165人、2006年8,724人⁽⁷²⁾）。1997年に医学部に入学した学生で、教育の最終段階である病院での研修を受けるに至らなかった（在学中に行われる試験に不合格となり、他の専攻に転じた等の可能性が考えられる）学生は41.6%にも上っている。1994年入学の学生の場合は37.7%であった⁽⁷³⁾。

志願者減少の理由は、医師会や連邦保険医協会の見解では、開業も病院勤務も魅力的でなくなっていることであり、その主な原因は連邦政府の保険医療費抑制政策である。特に経済が停

(67) Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier –, Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008, S.4-5, 9. <http://www.arzt.de/downloads/Ulmer_Papier_DAEt_2008-1.pdf>

(68) Sabine Rieser, “Ambulante Versorgung, Der Ärztemangel hat den Bundestag erreicht,” *Deutsches Ärzteblatt*, 101(45), 2004.11.5. S.A2993.

(69) Deutscher Bundestag, *Drucksache* 16/2474 (2006.8.30.), S.15.

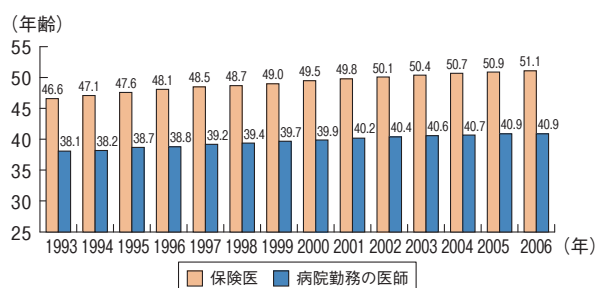
(70) Statement von Prof.Dr.Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer <<http://www.arzt.de/page.asp?his=0.3.1665.1668>> ; Statement von Dr.Andreas Köhler, Präsident der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. <<http://www.arzt.de/page.asp?his=0.3.1665.1669>>

(71) Thomas Kopetsch, *Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlenentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 2007.10.9.* <http://www.arzt.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf>

(72) *ibid.*

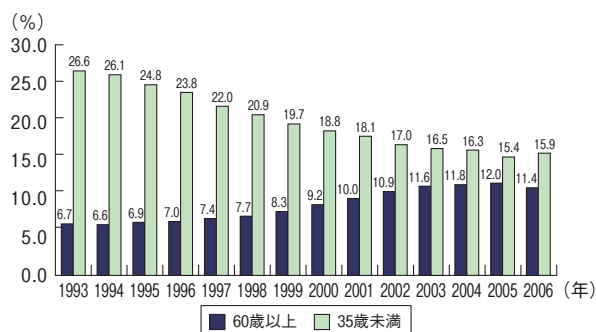
(73) *ibid.*

図8 医師の平均年齢 1993年－2006年



(出典) Thomas Kopetsch, *Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlenentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 2007.10.9.* <http://www.arzt.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf>

図9 就業中の医師に占める、60歳以上、35歳未満の比率。1993年－2006年



(出典) 図8と同じ資料により筆者作成。

滞している旧東独地域では、収入への不安や家族の生活条件を考えると若手医師の開業意欲はそがれる。旧東独地域では、旧西独地域に比べ、1.3倍以上の患者を診療し、1回の診療による収入は27.2%少ない⁽⁷⁴⁾。医師本来の診療業務のほかに書類作成などの事務作業の負担も重くなっている。医療保険制度が頻繁に改革され

ることによる事務作業の負担への批判も強い。旧西独地域で開業する眼科医は、雑誌に寄せた投書で次のように書いている。「1985年に診療所を開設したときは、四半期に約2,000人の患者を診察した。今は1,500人位だが、すべての仕事が終わるのが23時になることがよくある。これは政治家が立案し、疾病金庫が進めている限界を超えた官僚的手続のせいである。事務作業の割合はかつての15%から45%に激増している。⁽⁷⁵⁾」

2005年5月から2006年8月にかけて、州立大学病院や自治体病院に勤務する医師のストライキがあり⁽⁷⁶⁾、勤務医の労働条件が悪化していることが広く知られるようになった。勤務医の組合が実施したアンケート調査では、「勤務時間は最長週何時間か」という質問に、79%の医師が「週50時間から79時間」、と答え⁽⁷⁷⁾。「週80時間以上」と答えた医師も1%存在した。「残業しても部分的にしか報酬が支払われない」と答えた医師は29%、「全く支払われない」と答えた医師は61%であった⁽⁷⁸⁾。

このような過重労働の一因は勤務医の不足である。旧東独地域の病院の55%、旧西独地域の病院の24%が、必要な医師の定員を満たしていない⁽⁷⁹⁾。外国人医師、特に旧東欧諸国の医師を採用する病院も増えている。ドイツに入学した外国人医師の数は、2003年が最高で1,971人、2006年は1,404人であった。EUに加盟する諸国

(74) “Die Angst vor dem Risiko,” *Deutsches Ärzteblatt*, 105(8), 2008.2.22, S.A372.

(75) “Leserbriefe,” *Der Spiegel*, 16/2008, 14. April 2008, S.12.

(76) 医師のストライキについては、勤務医の組合であるマルブルク同盟 (Marburger Bund) のHPに資料がまとめられている。Ärztestreiks für bessere Arbeitsbedingungen <http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/tarifpolitik/proteste/index.php>

(77) Marburger Bund, *Mitgliederbefragung 6/2007, Erläuterungen zum Ergebnisbericht*, 2007, S.3. <http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfragen/mb-umfrage_2007/Presse-180907.pdf>

(78) Marburger Bund, *Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung*, S.49. <http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfragen/mb-umfrage_2007/Ergebnisbericht-Press-180907.pdf>

(79) Kopetsch, *op.cit.* (71).

(80) 次の指令が最も古いものようである。Council Directive of 16 June 1975 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications in medicine, including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services (75/362/EEC), *OJ L167*, 1975.6.30, p.1.

の間では、1970年代から医師資格の相互承認制度が整備され⁽⁸⁰⁾、指令93/16/EEC⁽⁸¹⁾を経て、現在は指令2005/36/EC⁽⁸²⁾によって相互に医師資格を承認している。ドイツが相互承認する相手国はEU拡大につれて広がってきており、たとえば2004年5月1日にEUに加盟したポーランド人医師の場合は、加盟日以降開始した医学教育によって取得した医師資格についてはドイツの医師資格と同等と認められる⁽⁸³⁾。

よい労働条件、特に規則的な労働時間と高収入を求めて、外国へ行ってしまいうドイツ人医師もいる。現在少なくとも19,000人のドイツ人医師が外国で働いている。多い順に、アメリカ5,830人(2005年)、イギリス4,129人(2007年)、スイス2,565人(2007年)、オーストリア1,118人(2006年)である⁽⁸⁴⁾。ドイツで就業していた医師で2007年に出国したものは2,439人であった。このうち、ドイツ人医師が1,881人、外国人医師が558人である。2001年に出国したドイツ人医師は1,168人であったことから、外国へ行くドイツ人医師の数は増加傾向にあることがわかる⁽⁸⁵⁾。

2 医師不足対策

保険医協会や疾病金庫は医師確保のために

様々な対策を行っている。両者が共同で資金を出し、収入保障などの開業支援をする事例が多い。チューリンゲン州には、保険医協会が診療所を設置し、一定期間医師を雇用し、スタッフ分も含めた給料や家賃を負担し、スタート時の資金を医師が返済した後は医師自身に経営させるという方式がある⁽⁸⁶⁾。

前述(Ⅱ-2-(2))のように2006年制定の契約医法改正法(VÄndG)は、保険医の定年制を緩和したほか、「医師の職業と家庭の調和⁽⁸⁷⁾」を可能とし、「医師の仕事をより魅力的なもの⁽⁸⁸⁾」して、医師供給を容易にするために、次のような改正を行った。

- ・パートタイム保険医：診療所を開設して保険診療を行う保険医は、フルタイムで就業しなければならなかったが、パートタイム就業を可能にした。特に女性医師の就業促進のためである。
- ・医師雇用の柔軟化：保険医の診療所では、当該保険医が他の医師を雇用する場合、診療量を超えないよう、雇用される医師の勤務時間、診療科等について厳しい規制があった。医師不足の地域については、こうした規制を撤廃した。
- ・保険医と勤務医の兼業：病院に勤務する医

(81) Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications, *OJ* L165, 1993.7.7, p.1.

(82) Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, *OJ* L 255, 2005.9.30, p.22). 指令93/16/EEC及び他の職業資格(看護師、薬剤師、建築家等)に関する複数の指令をまとめたもの。EU内での自由移動を推進することを目的とする。

(83) Simon Fellmer, "Was erleichtert, was hemmt die Zuwanderung polnischer Ärzte. Analyse ihrer Migrationsentscheidung und der relevanten deutschen Zuwanderungspolitik," *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 1/2007, S.37.

(84) Thomas Kopetsch, "Ärztewanderung. Das Ausland lockt," *Deutsches Ärzteblatt*, 105(14), 4. April, 2008, S. A716. Kopetsch氏によれば、外国で働くドイツ人医師についての公式の統計はない。同氏は、主要な国について、当該国の保健省、医師団体等に問い合わせ調査した。

(85) *ibid.*, S.A716-A718.

(86) Heike Korzilius, "Ärztmangel, regionale Rezepte gegen die Krise," *Deutsches Ärzteblatt*, 105(22), 22. Februar 2008, S.A371.

(87) Deutscher Bundestag, *Drucksache* 16/2474 (2006.8.30.), S.15.

(88) 連邦保健大臣ウーラ・シュミットの契約医法改正法可決に対するコメント。"Änderung des Vertragsarztrechts," *Gesundheitswirtschaft. info*, 2006.10.30.

(<http://www.gesundheitswirtschaft.info/content/view/2207/51/>)

師が診療所を開設することはできなかったが、この規制を撤廃した。

- ・診療所の支所の開設：診療所を開設する保険医は、医療供給を改善できる場合には、他の場所に支所を開設することが可能になった。自分が所属する保険医協会の管轄外の地域でも開設できる。
- ・地域を超えた職業共同体 (Berufsausübungsgemeinschaft)：従来は1つの場所に共同診療所 (Gemeinschaftspraxis) を開設すれば、複数の保険医が共同で運営し、診療することができた。今後は別々の場所で診療所を営む保険医であっても、共同して診療を行うことができる。保険医協会の管轄にはとられない。

おわりに

診療報酬の抑制施策が推進される過程では、医師に対する批判的な議論も相当あったようである。2003年の第106回ドイツ医師会議の場で、連邦保健大臣のウーラ・シュミットは、医療制度改革への理解を訴える中で、「すべての医師を百万長者にすることはできない」と発言し、

現場の医師の怒りをかった⁽⁸⁹⁾。上記(Ⅲ-1)の2007年10月の記者会見において、連邦医師会のケーラー会長は、「医療費の上昇の原因は住民の有病度の高まりと医学の進歩であって、患者のために必要な診療をしている医師のせいではない、とはっきり言わなければならない。政治家と疾病金庫は事態を単純化しすぎる。」と述べている⁽⁹⁰⁾。

ドイツでは医療保険制度は常に政治の争点となり、制度改革が頻繁に行われてきた。そのため、実際以上に制度が疲弊しているという印象が生じ、市民の不信感が募っているといわれる。「ドイツの医療はレベルが高い」という意見に「全く賛成」又は「どちらかという賛成」と答えた市民は、1991年には86%であったが、2002年には52%に減っている⁽⁹¹⁾。ドイツほど自国の医療制度に批判的な国はないともいわれる。2009年には、全国一律の保険料、連邦補助の拡大といった、従来の当事者自治の制度を大きく変える変革も始まる。「患者のために必要な診療」を追求しながら、制度への信頼を取り戻すことが課題となっている。

(とだ のりこ)

⁽⁸⁹⁾ “Briefe: Unglaubliche Aussage,” *Deutsches Ärzteblatt*, 100(23). 6. Juni 2003, S.A1598 ; “Briefe: Warum wurde nicht protestiert?” *Deutsches Ärzteblatt*, 100(24). 13. Juni 2003, S.A1668.

⁽⁹⁰⁾ Statement von Dr. Andreas Köhler, Präsident der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, *op.cit.* (70).

⁽⁹¹⁾ Bundeszentrale für politische Bildung, *Gesundheitswesen Überblick*.

(http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?lt=AAB383)