

ている。すなわち、疾病金庫間の競争の対象が、保険料率にとどまらず、給付の内容や質にまで及ぶよう、個別の疾病金庫が開業医、病院などの医療供給者側と協力し、新たな診療プロセスや給付形態を開発し、実施することにより、被保険者のニーズにより適合した給付の提供を確保することが可能となる制度的な枠組みの整備が進められてきた。

その代表的なものとしては、個別の疾病金庫が、医療機関側と契約を交わすことにより、地域において医療供給の各分野（外来、入院、リハビリテーションなど）をまたがる医療が患者の状態に応じて適切なタイミングで適切な供給者から提供される体制を確保することを目的とした制度である「総合供給」(Integrierte Versorgung)及び「疾病管理プログラム」(Disease Management Programm)並びに「家庭医を中心とした医療供給」(hausarztzentrierte Versorgung)の導入があげられる。これらの制度に基づく具体的な取り組みは、既に、相当の広がりを見せており、具体的なプログラムにおいては、治療期間の短縮や費用の節約などの具体的な成果を挙げている。

## 5. 財政的な公平性と安定の確保

### (1)財政システムの見直し

#### ①現行の財政システムの問題点

現行の医療保険財政システムに関しては、次のような問題点が指摘されている<sup>62</sup>。

#### (a)収支バランス

ドイツの公的医療保険においては、費用の大部分が保険料収入により賄われている<sup>63</sup>。1980年代以降、医療保険の平均保険料率の上昇傾向が続いている。その原因は、医療保険における支出の大幅な増加ではなく、むしろ、収入面での構造的な問題にある。この間、医療保険の支出は国内総生産(GDP)の伸びに見合って増加してきた。これに対して、保険料算定の基礎となる被保険者の収入(賃金等)の伸びはGDPの伸びよりも低い水準にとどまっている<sup>64</sup>。したがって、高齢化の進展などに伴い今後とも支出の増加が予想されるなかで、持続可能で安定的な医療保険財政を確立するためには、保険料の算定基礎を見直し、保険料収入が経済成長と歩調を合わせて増加するような仕組みを作り上げることが重要な課題

<sup>62</sup> これらの問題点の指摘は、BMGS (2003:164)、Rothgang et al. (2010:27-28)、Rürup, Wille (2004:4-6)に基づく。

<sup>63</sup> 2008年では、医療保険の収入総額は1,625億ユーロであり、その96%に相当する1,559億ユーロが保険料収入となっている(BMG (2011:1)による)。

<sup>64</sup> 2000年から2008年までをみても、就業者一人当たりGDPの伸率は18%、被保険者一人当たりの医療保険支出の伸率は22%であるのに対して、保険料算定の基礎となる収入の伸率は7.3%にとどまっている。

となっている。

#### (b)負担の公平

医療保険において、被保険者は経済的な負担能力(収入)に応じて保険料を負担している。すなわち、各被保険者に係る保険料の額は、それぞれの者が有する健康上のリスクの大きさや医療保険の対象となる家族の数にかかわらず、「保険料納付義務のある収入 (beitragspflichtige Einnahmen)」に保険料率を乗じることにより算定される。

「負担能力に応じた保険料負担」という考え方は、同じ負担能力を有する家計は同等に負担すること(水平的公平)及び負担能力がより大きい家計はより多くを負担すること(垂直的公平)という二つの意味での公平を前提としている。しかし、現行制度においては、このような意味での公平は必ずしも十分に実現していない。

その原因の一つは、「保険料納付義務のある収入」には上限額(保険料算定限度 Beitragsbemessungsgrenze)が定められており<sup>65</sup>、これを超える部分の収入には保険料が賦課されないからである。このため、保険料算定限度を超える収入がある者の相対的な負担(収入に対する保険料の割合)は収入が多くなるほど低下する。

併せて、被用者については、その賃金が年間労働報酬限度を超える場合には、医療保険への加入義務が免除されている。このため、賃金が年間労働報酬限度を超える被用者は、医療保険の代わりに民間医療保険に加入することができる。収入に応じた保険料の負担を求めることにより、医療保険においては収入の少ない被保険者のための所得再分配が行われている。しかし、収入の多い被用者は、このようにして民間医療保険に加入することにより医療保険における所得再分配から逃れることが可能となっている。

もう一つの原因は、「保険料納付義務のある収入」の範囲は、賃金、年金、失業手当などに限られており、家賃、地代、利子などの資産収入は保険料算定において考慮されないことである。したがって、同じ額の収入がある家計であっても、構成する収入の種類によってそれぞれが負担しなければならない保険料が異なる可能性がある。

#### (c)雇用との関係

被用者である被保険者に係る保険料は賃金にのみ賦課されている。失業や賃金水準の低い短時間労働が増加するなかで、賃金に賦課される保険料による医療保険の収入を維持するためには、保険料率の引上げが必要となる。保険料率の引上げは、保険料の一定割合を負担している事業主にとっては労働コストの増加を意味する。国際的な競争が激しさを増すなかで、事業主が労働コストの増加を製品価格に転嫁することができる余地は現実には限られている。また、労働コストの増加を労働者に支払う賃金を引き下げることにより吸収することは、労働組合との厳しい交渉を通じて合意を形成しなければならず、また、熟練労働者を繋ぎ止めるうえでの問題もあり、現実的な選択肢ではない。このため、保険料

<sup>65</sup> 保険料算定限度は 2012 年で年額 45,900 ユーロとなっている。

率の引上げは、労働コストの増加を通じて失業や短時間労働を更に増加させることになり、悪循環をもたらす可能性がある。

## ②実施された改革

近年の医療制度改革においては、前述の問題を解決することを目的として、医療保険財政システムを根本的に変更する次のような改革が行われた。

### (a)税財源及び労使折半原則

2003年に制定された公的医療保険近代化法などにより、医療保険への税財源の本格的な投入が開始されるとともに、保険料の労使折半負担原則が廃止された。

医療保険において、税財源の投入は、最近まで農業疾病金庫に対してのみ行われてきたにすぎず、大きな意味を持たなかった<sup>66</sup>。しかし、2004年からは「保険になじまない給付」<sup>67</sup>のための疾病金庫の支出を補填することを目的として、たばこ税の引上げによる連邦の増収分を基に医療保険への連邦補助が行われることになった。この連邦補助の額は、2004年には10億ユーロであったが、その後において増額され、2010年では医療保険の収入総額の8.9%に相当する157億ユーロとなっている。

被用者である被保険者に係る保険料は、従来は被保険者とその者を雇用する事業主により折半で負担されてきた。しかしながら、公的医療保険近代化法及び「歯科補綴の費用負担の調整に関する法律」により、2005年7月からは、被保険者は、通常の保険料とは別に、傷病手当金及び歯科補綴のための支出に対応する追加的な保険料(料率0.9%)を単独で負担することとされた。

### (b)健康基金の創設

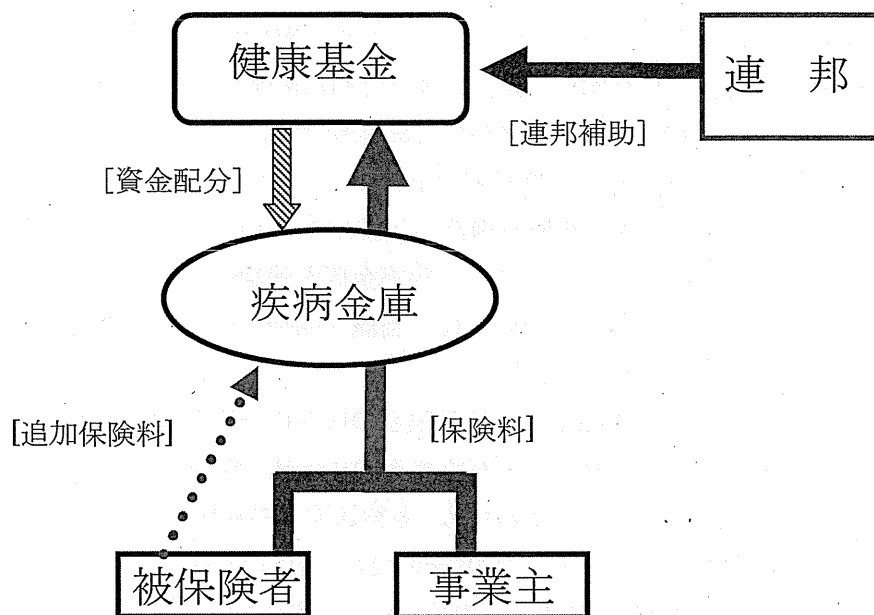
従来、各疾病金庫に加入する被保険者が支払った保険料は、当該疾病金庫の収入とされていた。また、各疾病金庫は、それぞれの支出に見合った収入を確保できる水準に保険料率を定めていた。各疾病金庫におけるリスク構造(被保険者の年齢・性別構成、被保険者の収入水準など)の違いが財政に及ぼす影響を調整するためにリスク構造調整が行われていたが、それでも各疾病金庫の保険料率には格差がみられた。

この仕組みは、2007年に制定された公的医療保険競争強化法に基づき、健康基金の創設を柱とする財政制度の改革が2009年に実施されことにより、次のように改正された(図2)。

<sup>66</sup> 農業疾病金庫には2011年1月現在で医療保険加入者の1.2%が加入するに過ぎない。

<sup>67</sup> 「保険になじまない給付」に具体的にどのような給付が含まれるのかは、法律上も、また、法案の提案理由においても示されていない(Rixen, 2012: 1504-1505)。「保険になじまない給付」の範囲については松本(2012)を参照されたい。

(図 2) 医療保険財政制度の概要



出典：筆者作成。

保険料は、各疾病金庫を通じて徴収されるが、各疾病金庫ではなく健康基金の収入となる。また、医療保険に対する連邦補助も健康基金に対して支払われる。保険料率は、連邦政府により全疾病金庫に統一的に適用されるものとして設定される。この保険料率(一般保険料率(allgemeiner Beitragssatz))は、健康基金の収入により全疾病金庫の給付費支出及び事務費支出の総額を賄える水準に設定される。健康基金の収入が全疾病金庫の給付費支出及び事務費支出の総額の100%を上回る又は95%を下回ると見込まれる場合には、それぞれ一般保険料率の引下げ又は引上げが行われる。

各疾病金庫には健康基金から資金が配分されるが、その際には、各疾病金庫におけるリスク構造の違いが考慮される。すなわち、各疾病金庫に配分される額は、まず、当該金庫に加入する被保険者(家族被保険者を含む)ごとに、定額の基礎包括額(Grundpauschale)に各被保険者の年齢、性別及び疾病罹患状況(Morbidity)に応じた金額を加算又は減額<sup>68</sup>することにより算定し、それを合計することにより得られる<sup>69</sup>。

<sup>68</sup> 若くて健康な被保険者の場合には減額が、高齢で病気の被保険者の場合には加算が行われることになる。

<sup>69</sup> この資金の配分方式は従来のリスク構造調整を代替するものであるが、疾病罹患状況が考慮される点で従来と大きく異なっている。

各疾病金庫はこのようにして健康基金から配分される資金だけで必要な支出を賄えるとは限らない。なぜならば、リスク構造の違いによる影響が調整されても、年齢、性別及び疾病罹患状況が同じ被保険者に対して他の疾病金庫よりも多くの給付費を支出する疾病金庫は、健康基金から配分される資金だけでは支出が賄い切れなくなるからである。この場合には、当該疾病金庫は不足分を補うために被保険者から追加保険料を徴収する。その逆の場合には、被保険者に保険料の一部を還付する。

被保険者には加入する疾病金庫を自由に選択する権利が認められている。ただし、被保険者は、加入する疾病金庫を選択した場合には、通常、当該疾病金庫に最低 18 か月ほどまらなければならない。しかし、疾病金庫が追加保険料の徴収を開始するか、あるいは、追加保険料を引き上げる場合には、当該疾病金庫に加入する被保険者は直ちに他の疾病金庫に移動することができる。

疾病金庫は、追加保険料を被保険者の収入の一定割合又は被保険者の収入の額にかかわらない定額により定めることができる(Orlowski, Wasem, 2007: 41)。被保険者にとって過大な負担となることを避けるため、各被保険者の負担する追加保険料の額は、その者の「保険料納付義務のある収入」の 1%未満でなければならない。ただし、定額の追加保険料が月額 8 ユーロ以下の場合にはこの規定は適用されない。被用者の場合でも、追加保険料については、事業主負担は行われず、被保険者による単独負担となる。

### (c)一般保険料率の固定

2009 年から実施されたこの新たな財政制度は、2010 年に制定された公的医療保険財政法<sup>70</sup>により再び変更された。これにより、連邦政府が医療保険の一般保険料率を健康基金の収入と疾病金庫の給付費支出及び事務費支出の総額とに応じて定める仕組みは廃止され、一般保険料率は法律(社会法典第 5 編第 241 条)において 15.5%と定められた。この改正の目的は一般保険料率を現在の水準で維持することにある。これにより、事業主が負担する保険料の料率は 7.3%で固定される<sup>71</sup>。人口の高齢化や医療技術の進歩により収入の増加を上回る支出の増加があった場合には、一般保険料率の引上げではなく、被保険者のみが負担する追加保険料の引上げにより対応される。

追加保険料についても大きな変更が加えられた。健康基金から配分される資金だけでは支出が賄い切れない疾病金庫は、各被保険者の収入にかかわらず定額の追加保険料を徴収することとされた。これにより、各被保険者の収入に応じた追加保険料を徴収することはできなくなった。また、各被保険者が負担する追加保険料額の上限は撤廃された。ただし、追加保険料が被保険者にとって過大な負担とならないよう、被保険者に対して税を財

<sup>70</sup> GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. 12. 2010, BGBl. I S. 2309.

<sup>71</sup> 一般保険料は、傷病手当金及び歯科補綴のための支出に対応する保険料(料率 0.9%)が通常の保険料に統合されたものである。このため、一般保険料率から 0.9%ポイントだけ差し引いた率に相当する保険料の半分を事業主が、その残りを被保険者が負担することとされている。

源して一定の補填が行われる<sup>72</sup>。

## (2)医療費の総額コントロール

ドイツにおいては、1993年以降、給付分野(外来医科診療、薬剤支給及び入院療養)ごとに、予め支出総額の上限を定め、実際の支出をその範囲内にとどめることを目的とする予算制が実施された。予算制の内容には給付分野ごとに大きな違いがみられたが、なかでも、薬剤支給に関しては、保険医の処方に基づく薬剤支給のための費用が上限を突破した場合には、外来診療に係る診療報酬総額が減額されるという厳しいペナルティが課された。しかし、薬剤支給の場合には、個々の保険医にとっては、自分が行う処方が薬剤支給のかかる費用全体にどのような影響を及ぼすことになるのかが把握できないことが問題となった。このため、制度実施直後には処方を抑制する方向で過剰ともいえる反応があった反面、その後においては、現実に診療報酬の減額を求めることが困難な程度にまで支出の超過額が拡大した。

また、予算制を競争による経済性の向上が効果を上げるまでの暫定的な支出抑制策と考えるのか、それとも、競争を補完して保険料率の安定を確保するために恒常的に必要な対策と考えるのかについても、政権による違いがみられた。

結果的には、外来診療及び入院療養の分野では新たな診療報酬制度を導入すること、薬剤支給に関しては当事者間の合意の枠組みを設けることに伴い、こうした予算制は廃止された。

## 6. 新たな治療方法・薬剤の導入

### (1)問題点

他のヨーロッパ諸国ではあまり見られないことではあるが、ドイツにおいては薬剤価格に対する直接的な規制が存在しない(Cassel, 2011: 16-17)。このため、製薬企業は、新たな有効成分を有する薬剤に関して、特許権保護の有効期間においては、競争上の強い立場を利用し、その薬剤の研究開発費用を反映するとともに他国での価格交渉の基準となるだけ

<sup>72</sup> この補填は「社会的調整(Sozialausgleich)」と呼ばれる。社会的調整の対象となるのは、平均追加保険料が「保険料納付義務のある収入」の2%を超える被保険者である。平均追加保険料は、各疾病金庫において実際に徴収される追加保険料ではなく、全疾病金庫の支出総額の見込額から健康基金の収入総額の見込額を控除した額を全被保険者数の見込数で割ることにより計算される。つまり、社会的調整は一般保険料率が固定されているなかで全疾病金庫の支出総額が健康基金の収入の増加を上回って増加することに対応して行われるものである。当該疾病金庫の給付費が他の疾病金庫よりも相対的に高いために生じる追加保険料の負担は社会的調整の対象とならない。

の価格を設定することができた。

治療不可能な、あるいは、対症療法しかない多くの疾病が存在することから、薬剤治療の進歩には大きな期待が寄せられている。しかしながら、定額が設定されていない、大半は特許権保護の対象となっている薬剤に対しては、費用節約の観点からの批判がある。特に類似薬などの新薬については、頻繁に処方され、多くの費用がかかっているが、確立された標準的治療に比べてさほどの追加的な有用性が存在しないのではないかと疑念が持たれている。しかし、既存の標準的治療と比較して新薬が有する長所を新薬が許可された直後に評価することは、患者にとっても、医師にとっても困難である。

このため、従来においても、定額が設定されていない薬剤に対しては、疾病金庫連邦中央連合会が「保健医療における質と経済性に関する研究所(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)」<sup>73</sup>による費用・有用性評価に基づき償還価格の上限額を定めることが可能とされていた。このようにして、疾病金庫に対しては、特許権保護の対象となっている薬剤のダイナミックな価格上昇に対抗するための手段が与えられていた。しかしながら、この費用・有用性評価は、薬剤の有効性に関して「根拠に基づく医療」の原則に基づく十分な知見が揃って初めて実施された。それまでの間は、定額が設定されていない薬剤に対しては、製薬企業が定めた引き渡し価格に応じて医療保険による費用償還が行われた。患者の生存率などに関する十分に信頼のおけるデータが揃うには何年もかかることがよくあるため、この仕組みは実際には適用されていなかった(Schwetzer, Becker, 2012 : 533)。

## (2)早期の有用性評価の導入

医薬品市場再編法により、この仕組みに替わって、2011年以降新たに販売される薬剤(医療保険による費用償還の対象となる薬剤に限る。)であって新たな有効成分を有するものに対しては、早期の有用性評価が行われることになった。その目的は、新たに許可された革新的な薬剤にもできるだけ早期に償還価格の上限を定めることにある。このような薬剤についても、とりあえずは製薬企業が自由に引き渡し価格を定めることが認められる。しかし、今後は、製薬企業が定める価格は1年間しか適用できない。新たな手続の概要は次のとおりである(表3)。

<sup>73</sup> 「保健医療における質と経済性に関する研究所」は、公的医療保険近代化法の施行に伴い2004年に共同連邦委員会により設立された専門的に独立した学術的な研究所である。

(表3)新たな有効成分を有する薬剤の償還価格の設定

関係者	製薬企業	共同連邦委員会 IQWiG	共同連邦委員会	疾病金庫連邦中央 連合会、製薬企業	仲裁所
時期	販売開始までに	3月以内	3月以内	6月以内	3月以内
内容	評価資料の提出	評価の実施	意見聴取 評価の決定  「追加的な有用性が認められない薬剤」 ⇒定額が設定された薬剤のグループに位置づけ	交渉 償還価格の合意  (対象) 「追加的な有用性が認められない薬剤で定額が設定されたグループに位置付けられないもの」及び 「追加的な有用性が認められる薬剤」	償還価格の決定

(注) IQWiG は、「保健医療における質と経済性に関する研究所」を意味する。

資料：GKV-Spitzenverband (2011)を基に筆者作成。

まず、製薬企業は、遅くとも薬剤を最初に販売する際には、有用性評価のための資料を共同連邦委員会に提出しなければならない<sup>74</sup>。この資料に基づき、共同連邦委員会が自ら、あるいは同委員会の委託により「保健医療における質と経済性に関する研究所」又は第三者が3か月以内で評価を実施する。この評価の対象となるのは、特に、同じ目的を有する治療と比較した当該薬剤の追加的な有用性の有無、追加的な有用性の種類、大きさ及び対象となる患者グループなどである。

この場合に薬剤の「有用性」とは、特に、健康状態の改善、治療期間の短縮、生存期間の延長、副作用の軽減又は生活の質の改善の観点からみて、患者にとって重要な治療上の効果を意味する。また、「追加的な有用性」とは、有用性のうち、目的に関して同等の治療が有する有用性を質的又は量的に上回る部分をいう。

追加的な有用性の大きさは、社会法典第5編に基づく薬剤有用性評価規則<sup>75</sup>が定める基準に従い次の6段階に区分される。

- 1)相当の追加的な有用性がある
- 2)少なからぬ追加的な有用性がある
- 3)わずかの追加的な有用性がある
- 4)定量化できない追加的な有用性がある
- 5)追加的な有用性が証明できない
- 6)目的に関して同等の治療よりも有用性が小さい

<sup>74</sup> この資料には、許可された使用範囲、医学的な有用性、同様の目的を有する治療と比較した医学的な追加的な有用性、治療上有意な追加的な有用性が存在する患者及び患者グループの数、医療保険に生じる治療コスト、質が確保された使用の条件などに関する情報が含まれる。

<sup>75</sup> Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung vom 28. 12. 2010, BGBl. I S. 2324.



共同連邦委員会は、あらかじめ製薬企業の意見を聞いたうえで、評価結果の公表から3か月以内に有用性評価についての決定を行う。評価の結果、「追加的な有用性が認められない薬剤」については、この決定において定額の設定された薬剤のグループのいずれかに位置づけられ、当該グループに適用される定額が医療保険による償還の上限額となる。

一方、「追加的な有用性が認められない薬剤であって、定額が設定された薬剤のグループのいずれにも位置づけられないもの」及び「追加的な有用性が認められる薬剤」については、有用性評価の決定を基に、疾病金庫連邦中央連合会と製薬企業との交渉・合意により<sup>76</sup>製薬企業の引き渡し価格の値引きとしてすべての疾病金庫に対して効力を有する償還価格が定められる。有用性評価の決定が行われてから6か月以内に償還価格についての合意が成立しない場合には、その後3か月以内に仲裁所(Schiedsstelle)が償還価格を決定する<sup>77</sup>。

したがって、薬剤が最初に販売された時点から遅くとも15か月以内には、仲裁所による償還価格の決定が行われる。ただし、この仲裁所の決定した償還価格は、薬剤が最初に販売された時点から起算して13か月目から遡及適用される<sup>78</sup>。

「追加的な有用性が認められない薬剤であって、定額が設定された薬剤のグループのいずれにも位置づけられないもの」については、同等の目的を有する治療に要する費用の範囲内で償還価格が定められる。一方、「追加的な有用性が認められる薬剤」については、疾病金庫連邦中央連合会及び製薬企業の中央連合会が枠組合意<sup>79</sup>に従い、有用性評価の決定(追加的な有用性の大きさ、患者の数ないしは治療対象となる患者の範囲など)、他のヨーロッパ諸国での価格水準、同等の薬剤による治療費用などを基準として、償還価格が定められる。

(表4) 有用性評価の結果(2001年)

少なくとも一つの適用症に少なからぬ追加的な有用性あり	4 薬剤
少なくとも一つの適用症にわずかの追加的な有用性あり	7 薬剤
定量化できない追加的な有用性あり	3 薬剤
評価対象とした全ての適用症に追加的な有用性なし	8 薬剤
疾病金庫に与える影響がわずかであるため評価外	1 薬剤

資料： Schwabe (2012)を基に筆者作成。

<sup>76</sup> この交渉のため、製薬企業は、疾病金庫連邦中央連合会に対して、他のヨーロッパ諸国での当該薬剤の販売価格を知らせなければならない。

<sup>77</sup> 仲裁所は、1名の中立的な議長及び2名の中立的な委員並びにそれぞれ2名の疾病金庫連邦中央連合会と製薬企業を代表する委員により構成される。

<sup>78</sup> それまでの間は、製薬企業が定めた引き渡し価格が適用される。

<sup>79</sup> Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V.

2011年においては、23の「新たな有効成分を有する薬剤」の有用性評価が行われた。この結果は表4のとおりである。注目されることは、薬剤によって追加的な有用性の大きさには大きな差がみられることである(Schwabe, 2012: 150)。14の薬剤については、少なくとも一つの適用症に関して追加的な有用性が認められた。これらの薬剤については、その製造業者は目的において同等の治療を上回る償還価格を設定するための交渉に入ることができる。また、1つの薬剤については、疾病金庫の支出に与える影響がわずかであるとして評価外とされた。

残りの8つの薬剤については、いずれの適用症に関しても追加的な有用性は認められなかった。このうち4つの薬剤については、この結果を受け、ドイツでの販売又は導入が中止された。他の4つの薬剤のうち1つについては、既存の定額が設定された薬剤のグループに位置づけられた。また、3つについては、目的に関して同等の治療と同じ水準で償還価格を設定するための交渉の対象となる。

## 第2節 医療供給体制

### 1. 平等な医療アクセスの確保

国民に対して、質が高く、いずれの地域もカバーし、かつ、ニーズに適合した医療供給を確保することは、ドイツにおいても、医療政策の中心的な課題となっている。人口高齢化の進展、都市と地方との間の医療供給の格差及び医療技術の進歩がもたらす新たな可能性に対応して、このような医療供給を確保するためには、医療制度に関する更なる改革が必要となっている。

なかでも、医師不足への対応を行うことが重要な課題となっている。現在の医療を取り巻く諸条件に変化が見られないとすれば、特に地方においては、外来診療の分野において、家庭医の不足、更には専門医の不足が生じることが懸念されている<sup>80</sup>。このような医師の不足は患者に対する医療に直接的な影響を及ぼすものと考えられる。このため、2011年に制定された公的医療保険供給構造法においては、次のような改革が行われた。

#### (1) 保険医の需要計画の見直し

地域のニーズに適切に対応することができる保険医診療の供給体制を構築するためには、十分な数の保険医が地域的な偏りなく存在する必要がある。このため、ドイツの医療保険

---

<sup>80</sup> 医師数等の状況については、松本勝明「医療分野の専門職の確保—ドイツにおける政策動向—」『社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する研究 平成22年度総括・分担報告書』45 - 63頁を参照されたい。

においては保険医の需要計画(Bedarfsplan)が策定されている。従来、保険医の需要計画は、費用抑制策の一環として、外来診療に従事する保険医がさらに大幅に増加することに歯止めをかけることを目的としていた。この目的自体も十分に達成されたわけではないが、今日の状況において、需要計画は人口学的な変化への対応という新たな課題に直面している。

ドイツにおいても、継続的な寿命の伸長と低い出生率により、社会の人口学的な変化が進行している。この結果、人口総数の減少と並行して、人口に占める高齢者の割合が大幅に増加する一方で、勤労世代の割合は低下すると見込まれている。また、人口の高齢化により、人々が複数の疾病に罹患することや慢性疾患に罹患することが増加する。これらの変化は決して全国一律に進むのではなく、地域による大きな違いがみられる。さらに、人口学的な変化と並んで、一人暮らし世帯の増加など、世帯構造の変化も進んでいる。このような変化がそれぞれの地域による違いを持って進展していくことに対応して、需要に適合した外来診療を確保するためには、需要計画の仕組みについても見直す必要となった。

従来の需要計画の仕組みは次のとおりであった。保険医協会は、疾病金庫州連合会等の同意を得て、保険医診療を確保するための需要計画を定める。それを基に、「医師及び疾病金庫の州委員会(Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 以下「州委員会」という。)<sup>81</sup>は過剰供給又は過少供給の存在を決定する。過剰供給とみなされるのは、「一般的な需要に適合した供給度」を10%上回る場合である。一方、過少供給とみなされるのは、需要に適合した供給を25%(専門医に関しては50%)下回る場合である。「一般的な需要に適合した供給度」の標準となるのは、共同連邦委員会が需要計画指針において定めている比率(医師一人当たり住民数)である。この比率は、14種類の保険医について、人口密度などに応じた10種類の地域のタイプごとに定められている<sup>82</sup>。

州委員会は、過剰供給の存在を決定した場合には、保険医認可の制限を命じるものとされている。州委員会は、過少供給が発生している又はその恐れがあると決定した場合には、保険医協会に対して過少供給の是正又は回避のための適切な期限を設定しなければならない。このような措置としては、開業する保険医を募集することのほか、開業に対する財政的な援助を行うことが考えられる。保険医協会による措置では、保険医診療が確保できず、かつ、設定された期限が過ぎた後も過少供給が継続する場合には、州連合会は過剰供給とはなっていない他の区域での保険医認可の制限を命じるものとされている。

需要計画のこのような法的枠組みに対しては、公的医療保険供給構造法により次のような

<sup>81</sup> 州委員会は、保険医協会及び疾病金庫州連合会等により設立される。州委員会は、中立の議長及び2名の中立の委員、医師を代表する9名の委員、地区疾病金庫及び代替金庫を代表するそれぞれ3名の委員、企業疾病金庫及び同業疾病金庫を代表するそれぞれ1名の委員、農業疾病金庫(landwirtschaftliche Krankenkasse)及び鉱夫組合・鉄道・海員金庫(Knappschaft-Bahn-See)を共通して代表する1名の委員から構成される。

<sup>82</sup> 保険医の種類としては麻酔科医、眼科医、外科医、内科医などが、地域のタイプとしては、「人口稠密地域の中核都市」、「人口稠密地域の人口密度の高い郡」、「農村地域の人口が密な郡」などがある。

変更が加えられた。

### ①計画区域

需要計画の対象区域(計画区域(Planungsbereich))は、従来、市又は郡に対応したものとされていたが、この規定は廃止された。これに代わって、対象区域は地域全体をカバーする保険医診療が確保されるよう定めるものと規定された。その理由は、市や郡の範囲は、適切な保険医診療の姿を描くには大きすぎる又は小さすぎるのが良くあるためである<sup>83</sup>。この改正により規定が弾力化された結果、対象区域の範囲に関して保険医の種類やその医療上の使命に応じた違いを設けることが可能となった。(Orlowski, 2012 : 8)。

### ②医師数と住民数との比率

共同連邦委員会は、需要に応じた医療供給を確保するために、特に人口学的な変化などを勘案して「一般的な需要に適合した供給度」の標準となる医師数と住民数との比率の見直しを行うものとされた。その際には、人口学的な変化のほかにも、保険医診療に対する実際の需要に影響を及ぼす他の要因が考慮される。このような要因には、住民の社会構造の変化、計画区域の地理的状況、既存の医療供給構造などが含まれる<sup>84</sup>。これによって、都市と地方のそれぞれの地域特性が適切に考慮されるとともに、サービス提供へのアクセス可能性や距離という患者の視点から重要な要素が考慮される。

### ③州による関与の拡大

人口学的な変化が進む中で医療供給に関する地域的な差異が拡大することに対応して、州レベルの当事者による裁量の余地が拡大された。また、住民に対する保健医療サービスの提供について直接の当事者を補完する責任を持つ州の関与が強化された。

これにより、高齢化が進んだ地域で「一般的な需要に応じた供給度」をより高く設定することや、地域の特性を考慮した対象区域の設定を行うことなどが可能となった。また、医療供給の分野を越えた問題に対する勧告を行う共同州委員会<sup>85</sup>を設け、需要計画の策定及び変更に対して意見を述べるのが可能となった。この委員会を通じて、州は医療供給の在り方により大きな影響力を持つことができる。

<sup>83</sup>典型的には、市や郡の範囲は、身近な家庭医診療に関しては大きすぎる一方で、広範囲の患者を対象にする専門医診療に関しては小さすぎるようなケースである。

<sup>84</sup> Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 74.

<sup>85</sup> この委員会は、州自体のほかに保険医協会、疾病金庫の州連合会等、州病院協会などを代表する委員から構成される。

## (2) 経済的な誘因

このように、需要計画に関しては、地域の医療需要により適合した計画となるよう法的な枠組みの変更が行われた。次に問題となるのは、需要計画に定められた需要に対応した外来診療の供給をどのように実現するかである。このため、まず、自由業の医師にとって過少供給地域で開業することがより魅力的なものとなる条件を整えることを目的として、外来診療報酬制度の改正及び構造基金の設立が行われた。

### ①外来診療報酬

前述のとおり、州レベルの当事者である保険医協会と疾病金庫州連合会等が過少供給の恐れがある又は存在している地域などにおける医療供給を改善するため、「特に促進するに値する給付」及び「特に促進すべき医療供給者による給付」に関して、一点当たり単価の全国標準値の加算について合意することが可能とされた。また、過少供給地域で開業し、そのために診療件数が大きくなった医師に対しては、診療報酬の算定に用いる一点当たり単価を供給量が基準を上回ったことを理由として減少させる措置を適用しないこととされた。

### ②構造基金の設立

医療供給構造法により、過少供給地域での保険医診療の促進策の財源に充てるため、保険医協会が構造基金(Strukturfonds)を設けることが可能とされた。構造基金の費用ために、報酬総額の0.1%が充てられる。疾病金庫州連合会等も、保険医協会と同額を構造基金に対して支払う。構造基金の資金は、過少供給地域での新規開業又は開業場所の増加の際に必要な投資費用への補助、養成教育修了後の一定期間に過少供給地域で診療に従事することを条件として医学生に奨学金を貸与するための費用などに充てられる。

## (3)保険医に関する規制の緩和

2006年に制定された保険医法改正法<sup>86</sup>においては、特に旧東独の一定の地域で保険医診療の過少供給が生じる恐れがあることに対応するため<sup>87</sup>、社会法典第5編に定められている保険医に関する規制の弾力化が行われた。公的医療保険供給構造法では、この方向が更に推し進められ、保険医診療の確保を可能にするとともに、自由業としての保険医の活動の在り方の変化に対応するため、次のような改正が行われた。

<sup>86</sup> Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. 12. 2006, BGBl. I S. 3439.

<sup>87</sup> Bundestagsdrucksache 16/2474, S. 1.

保険医には、診療のために必要がある場合には診療時間外であっても適切な時間内に開業場所に到着できる場所に居住する義務が課せられていたが、この義務が廃止された。

保険医としての制限つきでない認可を受けた医師は、保険医としての活動をフルタイムで行わなければならない。これを基に、連邦社会裁判所(Bundessozialgericht)は、このような医師が保険医としての活動以外に週 13 時間を超える副業としての活動を行うことは適当ではないとの結論を導き出している。しかし、今後は、型通りの時間が問題ではなく、他の活動のために割く時間があつたとしても保険医が開業場所において被保険者に対してその診療の責務に対応するだけの時間を取れる状況にあることが決定的な意味を持つものとされた<sup>88</sup>。

保険医が他の場所でも開業することが認められるのは、それによって当該他の場所での診療が改善され、かつ、元の開業場所での診療に問題がない場合とされていた。公的医療保険供給構造法による改正では、他の場所での改善と元の場所での影響を比較考量し、他の場所での改善で埋め合わせられるのであれば、元の場所での小さな問題は考慮されないことになった。

過剰供給となっているために保険医の認可が制限されている地域において、死亡、廃業又は取り消しによりある保険医の認可が終了し、引き続きその場所での保険医診療が必要である場合には、認可委員会が応募者の中から開業を行う者の選考を行う。選考に当たっては、従来から、応募者の職業上の適性、医師免許取得年齢、医師としての活動期間が考慮されている。公的医療保険供給構造法により、これに加えて、過少供給地域において 5 年以上保険医診療に従事したことが考慮される。この改正により、医師としての職業人生を始めるに当たり、まず、過少供給地域における保険医診療に従事しようとするインセンティブを与えることができると期待されている<sup>89</sup>。さらに、応募者が、例えば隣接する過少供給地域での診療への協力など、保険医協会の定める「医療供給に対する特別の需要」を満たすことに応じる用意があるかどうか、認可委員会により考慮されることになった。

#### (4) 家族と職業との両立

保険医は自分で診療を行わなければならない。ただし、病気、休暇、継続教育などへの参加の場合には、12 か月のうちで 3 か月まで代替りの医師に診療させることが従来から認められている。さらに、女性の保険医には、出産前後の 6 か月間、代替りの医師に診療させることが認められてきた。公的医療保険医療構造法による改正では、家族と職業との両立を促進するため、女性の保険医に認められてきた出産前後の期間が 6 か月から 12 か月に延長された。

<sup>88</sup> この改正は、保険医が保険医診療と並んで、病院による入院前及び入院後診療や外来手術に「副業」として参加することができるという点で重要な意味を持っている。

<sup>89</sup> Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 75.

また、保険医(男性も含む)が子供の養育期間のために 36 か月まで、また、近親者を在宅で介護するために 6 か月まで、代わりに診療を行う医師や負担を軽減するアシスタントを雇うことが可能とされた<sup>90</sup>。

#### (5)補完的な供給システムの促進

必要な保険医診療を確保するための前記の条件整備と併せて、保険医診療を十分に確保することができない場合に対応した改正も行われた。

##### ①遠隔医療及び実施権限の委譲

医師が不足している農村地域などで、医師が常に患者の傍で診療することが難しい場合には、情報通信技術を用いた遠隔医療を活用し、看護職などの協力を得て適切な医療を確保する必要があると考えられる。

このため、医療保険に請求可能な給付とその相対評価(報酬点数)を定めた統一評価基準(EBM)を見直し、2012年10月31日までに遠隔医療に関する給付を医療保険においてどの程度まで認めるのかを検討し、その結果を基に2013年3月31日までにEBMの改定を行うものとされた。

また、連邦保険医協会と疾病金庫連邦中央連合会は、2012年6月30日までに、外来診療において医師が医師以外の者にその実施を委ねる(実施権限の委譲(Delegation))<sup>91</sup>ことができる給付の範囲とその給付を行う際に求められる条件について合意するものとされた。この規定の目的は、従来から可能とされてきた「実施権限の委譲」の対象となる給付の範囲等を明確にすることにより、その実施を促進することにある。

##### ②入所施設勤務医の保険医診療への参加

従来から、病院勤務医に対しては、その参加がなければ十分な保険医診療を確保することができない場合には、その者個人の申請に基づき、保険医診療に参加する権限が認可委員会から与えられる。公的医療保険供給構造法では、この個人の申請に基づく権限付与の対象範囲が、予防・リハビリテーション施設及び入所介護施設に勤務する医師にまで拡大された。

従来から、過少供給地域に関しては、過少供給をカバーするために必要な場合に、認可委員会は病院に対して組織として保険医診療に参加する権限を与えなければならないこととされていた。公的医療保険供給構造法では、区域全体としては過少供給地域に該当しな

<sup>90</sup> 保険医協会は、この36か月及び6か月の期間を延長することができる。

<sup>91</sup> 「実施権限の委譲」に関する詳細は、松本(2012:63,64)を参照されたい。

いが、「追加的な局地的医療需要(zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf)」が認められる場合にも<sup>92</sup>、病院に対して保険医診療への参加権限が与えられることとされた。

### ③保険医協会及び地方自治体の医療施設

保険医診療を確保するため、保険医協会は財政的な措置その他の適切な措置を講じなければならない。このような措置の一つとして、保険医協会が被保険者に対して直接的に医療を提供するための施設を運営することが従来から認められている。公的医療保険供給構造法による改正では、地方自治体に対しても、保険医協会の同意を得て、被保険者に対して直接的に医療を提供するための施設を運営し、その施設に勤務する医師を通じて自らの住民に外来診療を提供することが認められた<sup>93</sup>。ただし、これが認められるのは、他の方法では保険医診療が確保できないような例外的な場合であり、例えば、保険医協会が保険医診療を確保するための措置を講じたものの、それが効果を上げなかった場合がこれに該当する。

## 2.供給者間の連携確保

### (1)新たな連携システムの導入・普及

#### ①背景

高齢者の増加に伴い、慢性病や複数の疾病に罹患した患者の増加というような疾病構造の変化が生じている。疾病構造の変化は要介護者の増加にも大きな影響を及ぼしている。このような変化に対応して、高齢者の健康をできる限り長く維持し、身体的な機能を維持・回復させるため、疾病予防やリハビリテーションの重要性が高まっている。これらは、医療・介護費用の増加を長期的に抑制するだけでなく、高齢期における生活の質を向上させ、介護施設への入所を遅らせ、あるいは避けるためにも重要な意味を持っている。また、慢性病の効果的な治療のためには、病状が悪化した場合にのみ対応するのではなく、各患者の病状の推移に応じて必要な予防措置、外来診療、入院療養、リハビリテーションなどが長期にわたって継続的に行われる必要がある。このため、それぞれのサービス供給者間での連携が重要となっている。

<sup>92</sup> 市や郡の区域が需要計画の対象区域としては広すぎるために、計算上は十分な保険医診療の供給が存在する区域の中でも、局所的に供給の穴が生じる恐れがある(Murawski, 2012: 945)。

<sup>93</sup> 保険医協会の同意が必要とされる理由は、地方自治体によるこの施設の運営は、あくまでも保険医協会による取組みが十分でない場合にそれを補うものとして位置づけられているためである。



しかし、実際の医療供給システムはこうした必要性に対応したものとなっていない。すなわち、入院療養は病院、外来診療は開業医の担当分野とされ、さらに、外来診療についても家庭医による診療と専門医による診療が区分されるなど、医療供給システムは、分野ごとに分断され、相互の連携を欠いた硬直的な構造となっている(Knieps, 2006 : 352)。このため、医療供給はそれぞれの分野ごとに最適化され、分野間での連携はなおざりにされている。

このように供給分野間での連携が欠如し、医療供給が分野ごとに分断されていることは、個々の高齢者がその状態に応じて必要な医療を受けることを妨げる主要な原因となっている。また、このことは、ドイツでは医療のために国際的にみても高い費用がかけられているにもかかわらず、それに見合った効果が上っていない原因のひとつと考えられている(Knieps, 2006 : 351-352)。

## ②対応策

上記の問題に対応するため、近年の医療制度改革においては、各分野間の連携により個々の対象者の状態に応じた適切な医療供給を可能にすることを目的として、医療供給に関する各種のモデル事業の実施及び新たなシステムの導入が行われている。その中でも、医療供給者間の連携確保の観点から特に重要な意味を持つと考えられるのが統合供給の制度である。

統合供給は、疾病管理プログラムや「家庭医を中心とした医療供給」などと並ぶ新たな医療供給システムのひとつとして医療保険に導入された。その目的は、医療の供給分野や専門分野をまたがる包括的な医療供給を実現することにあつた。その基礎には、治療にかかわる関係者が適切な情報交換を行うとともに、お互いにパートナーとして協力し、明確に定められた共通の治療目的に沿ってそれぞれの役割を果たすことが、患者本位の医療供給を可能にし、質が高く、効率的な医療供給を実現する基本的な前提条件になるとの考え方があつた。

統合供給の実施主体は医療保険の保険者である疾病金庫とされている。疾病金庫は、当該金庫に加入する被保険者のために、医療供給者側と交渉し、統合供給の実施に必要な契約を締結することができる。この契約の相手方になることができるのは、個々の開業医、病院の開設者、リハビリテーション施設の開設者、医療供給センターの開設者などの医療供給者及び医療供給者のグループである。場合によっては、疾病金庫ではなく、医療供給者側(例えば特定の病院)のイニシアチブにより統合供給に参加する関係者間の合意が形成される。

統合供給の内容及び参加条件は個別の契約において定められる。この契約に関しては、契約内容等に関する基準や、契約が一定の基準を満たしていることを担保するための認可などの手続きは設けられていない。この契約においては、参加する各供給者がそれぞれど

のような医療の供給を担当するのか、供給者間の調整(マネジメント)を誰がどのように行うのか、質の確保のためにどのような方策を講じるのか、供給者が行った医療に対してどのような報酬が支払われるのかなどが取り決められる。

この契約により、契約の相手方であるサービス供給者は、当該疾病金庫の被保険者に対して、質の確保された、効果的で、治療のために十分で、合目的でかつ経済的な医療供給を行う義務を負う。一方、これらのサービス供給者が統合供給に参加する被保険者に行った給付に対しては、契約の定めに従って報酬が支払われる。特に2004年から2008年までの間は、各疾病金庫が通常の診療に関して保険医協会及び病院に支払う報酬の最大1%までを留保し、統合供給のための報酬に充てることが認められた。この措置は、統合供給を促進する経済的な誘因を付与することを目的としたものであった。

各被保険者は、加入する疾病金庫が実施している統合供給に参加し、それによる医療を受けるかどうかを任意に決定することができる。被保険者に対しては、疾病金庫から、統合供給に関する契約、統合供給に参加する医療供給者、合意された質の基準などに関する包括的な情報提供が行われる。一方、統合供給においては、全ての関係者(医療供給者及び疾病金庫)がそれぞれの必要に応じてアクセスすることが可能なサービス供給に関する記録の整備が行われる。診療を行う者は、具体的な治療に役立てるために、被保険者の同意を得て、この記録から当該被保険者の診療データ及び診断結果を引き出すことができる。

この統合供給の制度は2000年医療保障改革法により導入された。その後、統合供給の実施は順調に拡大してきている。これを実施するために締結された契約の数を見ると、2004年末で有効であった契約は1477件であったが、2008年末には6407件に増加した<sup>94</sup>。これに伴い、統合供給に参加している被保険者数は2004年の68万人から2008年には404万人に拡大した。また、統合供給のための報酬総額も、2004年の2億4800万ユーロから2008年には8億1100万ユーロに増加した。

統合供給の制度に関しては、導入後も逐次改善が行われてきた。なかでも、2007年に制定された公的医療保険競争強化法により介護サービス供給者及び介護金庫が統合供給に参加できるようになったことは、医療と介護の連携にとって重要な意味を持っている。この結果、統合供給の枠組みを用いることにより、医療供給の各分野のみならず、医療保険と介護保険という異なる給付制度を統合したサービス供給システムを作り上げることが可能となった。併せて、統合供給への参加を選択した被保険者に対して、疾病金庫が保険料負担を軽減するために報奨金を支給することや診療に伴う一部負担金を軽減することが認められた。これは、被保険者が統合供給に参加することを促進する狙いをもっている。

## (2)供給者間の役割分担の見直し

<sup>94</sup> 統合供給に関するデータは、Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V [2009]による。

## ①開業医と病院の役割分担

外来診療を担当する保険医と入院療養を担当する病院との役割分担が明確に区分されていることによる問題点を解決するため、次のような対応が行われている。

その一つは、病院による入院前診療及退院後診療である。病院は、患者についての入院の必要性を判断し若しくは入院の準備をするために、あるいは、退院後の治療成果を確保するために、一定期間、外来による診療を行うことが認められている。2011年に制定された公的医療保険供給構造法では、病院がこの入院前及び退院後の外来診療を開業医である保険医に依頼して実施することが認められた。このような病院による入院前及退院後診療を推進する目的は、入院日数を医学上必要な範囲にとどめることにある。

もう一つは、病院による外来手術である。病院には、手術その他の措置を外来で実施することも認められている。その対象となる手術等の種類及び報酬については、疾病金庫連邦中央連合会、ドイツ病院協会及び連邦保険医協会による三者協定により定められている。入院療養に代替する外来手術は、患者自身の利害に合致するだけでなく、医療に係る費用の軽減にも寄与するものと考えられている(BMG, 2012: 277)。

さらに、公的医療保険供給構造法では、特殊な経過を伴う重度の疾病、希少疾病及び件数の少ない病状並びに高度に専門的な給付を対象とする「外来特殊専門医診療(spezialfachärztliche Versorgung)」に関する規定が導入された。これにより、保険医及び病院は、医療の質及び報酬に関して同等の条件の下で外来特殊専門医診療に参加することが認められた。外来特殊専門医診療の詳細については、共同連邦委員会の指針<sup>95</sup>により定められている。

## ②専門職間の役割分担

### (a)背景

医療には様々な専門職が携わっている。現状における専門職間の役割分担は、政策的な必要性に応じて定められたものではなく、これまでの歴史的な発展の結果によるものであるといえる(Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2008: 89-91)。こうした専門職間での役割分担が現状のままでは、人口学的な変化や疾病構造の変化に対応することは困難であり、分野を越えた医療供給の必要性にも応えられないことが指摘されている(Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2008: 174)。

また、前述のとおり医師不足との関連においても、専門職間の役割分担の見直しが必要となっている。旧東独地域を中心として、地域での家庭医診療を担う医師の不足が問題となっている。移動が困難なために在宅での医療を必要とする高齢者が増加する一方で、高

<sup>95</sup> Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V vom 21. 3. 2013.

齢のため引退する家庭医の後継者を見つけることが困難となっている。今後多くの家庭医が高齢のために引退するなかで<sup>96</sup>、こうした問題に対処するためには、専門職間の役割分担を見直し、看護師などに医師の業務の一部を委ね、医師の業務量を軽減することができるよう、医師以外の専門職の役割を拡大することが重要な課題となっている。

## (b)対応策

### 1)実施権限の委譲

医師は診療を自ら行わなければならないとされている。しかし、このことは、医師が診療のための全ての行為を自らの手で直接実施しなければならないことを意味するわけではない。ドイツには、医師がどのような行為を医師以外の者に委ねることが許されるかについての法的な規定は存在しない。医師法に関する文献などでは、一定の医療行為については、医師自身が実施しなければならないと考えられている。これに該当する医療行為かどうかは、その困難さや危険性がどの程度か、患者に起こりうる反応がどの程度予想できるかによって判断される。具体的には、手術、困難な注射、点滴及び血液採取、診察、診断などは医師以外の者に委ねることができないとされている(Kern, 2010 : 647-648)。しかし、その他の医療行為については、その実施を医師が医師以外の者に委ねる(実施権限の委譲(Delegation))ことが可能とされている。

ただし、このことが許されるのは、次の三つの条件が満たされる場合である。第一に、患者が、一定の医療行為を医師以外の者が実施することを了解している必要がある。第二に、その医療行為は、医師により必要性が判断され、医師の指示に基づき実施されなければならない。第三に、実施を委ねられる者がその行為に必要な能力を有し、かつ、実施を引き受けることを了解している必要がある。なお、この場合の「能力」に関しては、実施を委ねられる者が有する資格だけでなく、その者が実際に有している能力も見極める必要があるとされている。

以上のように、医師が医療行為の実施を医師以外の者に委ねることが可能かどうかは、一方では当該行為の複雑さ及び潜在的な危険性に、もう一方では委ねる相手方の能力に依存する。この場合に、医師は当該医療行為を委ねた責任(指示責任)を、医師以外の者はそれを実施した責任(実施責任)を負うことになる。

旧東独地域で不足が問題となっている家庭医の負担を軽減するため、「アグネス(AGnES)」と呼ばれるモデル事業が2005年から特定の地域を対象に実施された(Land Brandenburg,

<sup>96</sup> ドイツの連邦医師会(Bundesärztekammer)及び連邦保険医協会の推計によれば、保険診療に従事する家庭医が2009年現在で約5万8000人であるのに対し、今後10年間で高齢のために引退する家庭医の後任として約2万4000人の医師を確保しなければならない(Kopetsch, 2010 : 143)。