

手技を行うこともできる。

卒業時に医学生は「全国クラスわけ試験 (Epreuves Classantes Nationales: ECN)」を受けなければならない。受験と同時に医学生は研修を希望する大学病院と専門診療科、及び最初の 6 ヶ月に研修する診療科を登録する。この結果はインターネット上で閲覧することが可能であり、各医学生は自分が希望する地域及び診療科においてどの順位であるのかを知ることができる。そして、この結果を踏まえて、医学生は研修先と専門を修正することができる。

図表 3 はパリがある Île de France 地方における専門診療科別募集数とその合格最低順位を示したものである。例えば、2013 年度は全国で 8000 人のポストがあり、パリでは 1382 名分のポストが提示されている。そして、その内訳は以下ようになっていた。一般医 653 人、内科専門医 260 人、産業医 27 人、公衆衛生医 16 人、外科専門医 104 人、臨床検査医 16 人、精神科医 99 人、産婦人科医 40 人、内科的婦人科医 10 名、小児科医 66 人、麻酔科医 91 人。また、内科専門医はさらに病理診断科、皮膚科医、循環器科、内分泌科、肝臓消化器科、遺伝診療科、血液科、内科、核医学科、放射線治療、腎臓内科、神経内科、腫瘍内科、呼吸器科、放射線科、リウマチ科の 16 専門領域、外科専門医は一般外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、消化器外科の 5 専門領域に細分されている。研修医の募集数は、専門診療科 (細区分) ごとに地域の定数が決められている。すなわち、全国に 28 ある大学病院センターごとに専門診療科の研修医数が年度ごとに決められる。この定員数は各地域の医療の状況によって決められるものであり、このような枠があることでレジデント医師の配分に関する地域差の解消が図られている。

他の欧米諸国と同様、フランス政府は近年医療費の適正化及び人口高齢化に対応する医療提供体制にすることを目的にプライマリケアの充実に力点を入れており、2005 年の改革で一般医を専門医の一つとして再定義している。これは専門医志向の強いフランスの医学生の意識を変えることを意図したものであるが、図表 3 に示した合格最低順位の結果からもわかるように、今のところその効果は出ていないようである。

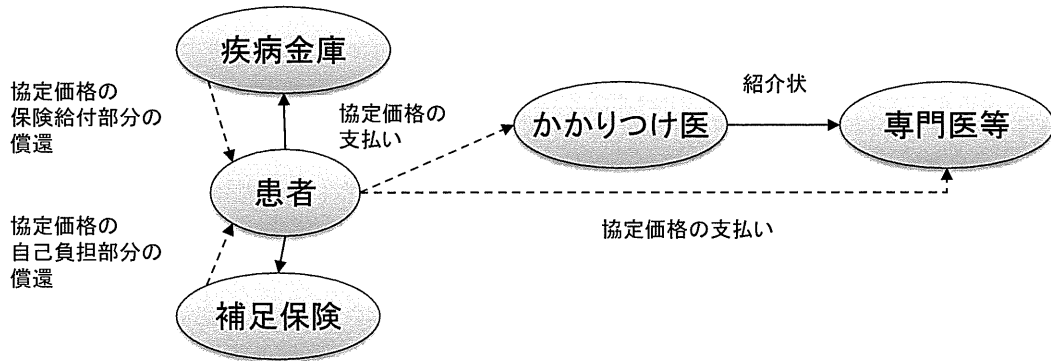
次に研修であるが、一般医を選択した者は 2 年半の研修を受ける。研修は 6 ヶ月ごとに内科と選択した診療科を回ることで行われる。この間、地域の一般医のところでの研修も義務付けられている。その他の専門医を選択した者は、その専門診療科ごとに決められた期間 (4-5 年)、専門分野の臨床研修を行う。研修終了後の進路に関しては、一般医の場合、そのほとんどが研修終了後開業医となる。専門医の場合は開業する者と、レジデントチーフとして研修病院での診療に従事し、一般病院か大学病院の専門医になる者とに分かれるが、後者の数はそれほど多くない。ただし、開業した外科系専門医は Clinique と総称される民

間病院と契約し、そこでオープンシステムで診療を行う者が多く、その意味ではフランスの場合、外科系専門医の多くは病院で勤務していると言える。

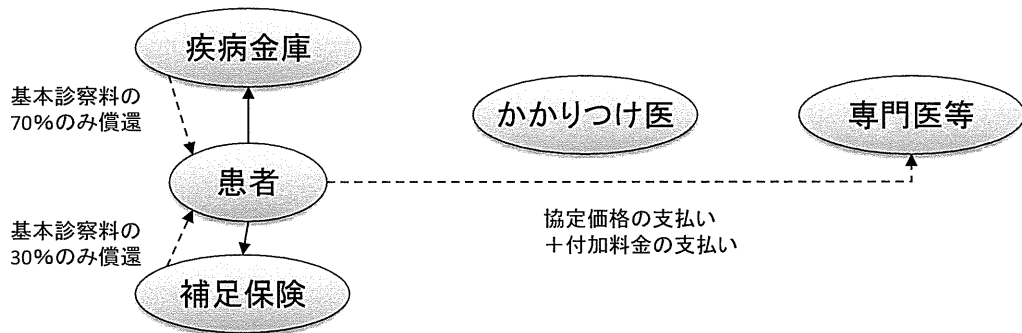
フランスでは開業の自由が認められているため、医師の多くが都市部、特にパリやマルセイユ、ニースといった地中海沿岸の大都市に集中する傾向がある。また、フランスではセクター1 医師とセクター2 医師という区分がある。前者は協約料金どおりの診療報酬しか患者に請求できない医師であり、後者はそれを越える付加料金を設定できる医師である。このような仕組みを認めた結果、パリや地中海沿岸の大都市ではセクター2 以外の専門医がほとんどいないという事態に陥ったため、現在はセクター2 医師の新たな登録は行われていない。

図表1 フランスにおけるかかりつけ医制度の導入

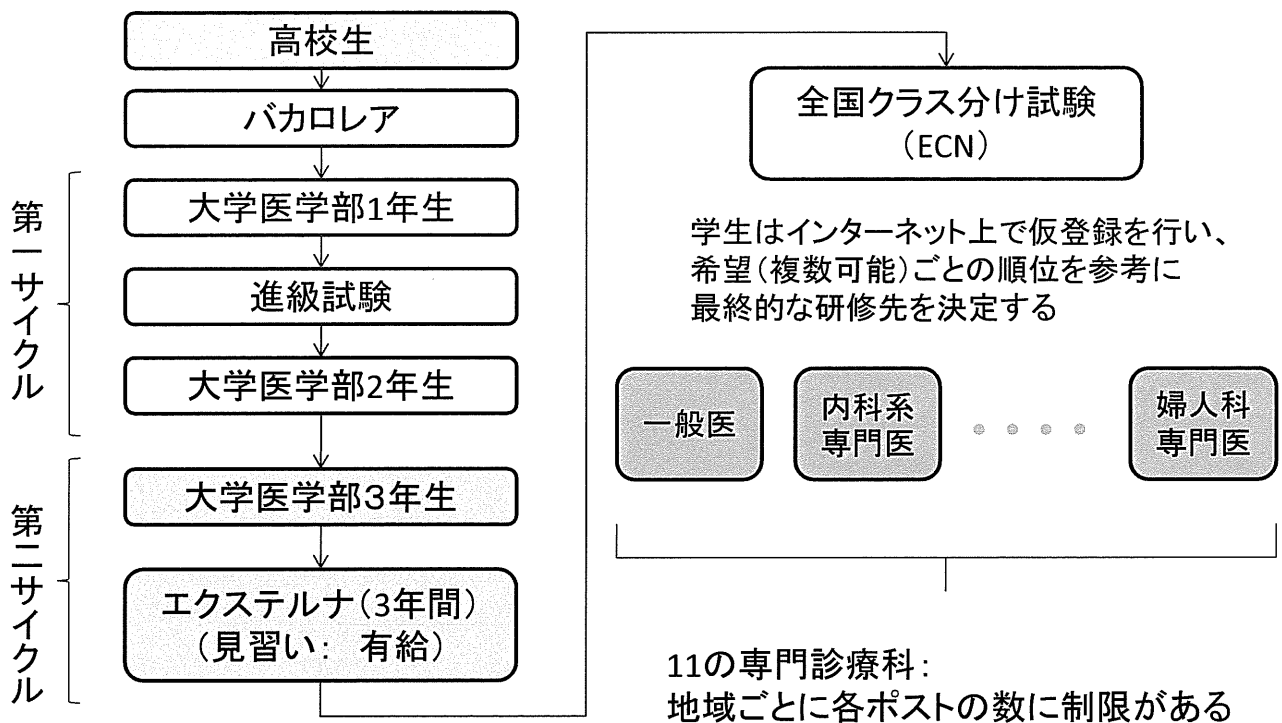
かかりつけ医の紹介状ありで他の医師を受診



かかりつけ医の紹介状なしで他の医師を受診



図表2 フランスの医師養成課程の概要



図表3 各年度の専門科別定数とECNの最低順位
(Île de France)

年度	一般医	内科専門医	産科医	公衆衛生医	外科専門医	臨床検査医	精神科医	産婦人科医	内科的 産科医	小児科医	麻酔科医	合計
2018	713	281	25	16	107	17	100	42	10	68	92	1471
2017	713	280	25	16	107	17	100	42	10	67	92	1469
2016	713	278	25	16	106	17	100	41	10	67	92	1465
2015	693	275	27	16	107	17	100	40	10	66	92	1443
2014	656	260	27	16	104	16	99	40	10	66	91	1385
2013	653 7995	260 4052	27 7920	16 5304	104 1955	16 5875	99 6341	40 1997	10 2885	66 3150	91 2569	1382
2012	575 7464	258 4560	25 7633	16 5294	107 2942	15 5060	101 6473	39 2563	6 1737	64 2750	87 2803	1293
2011	531 7587	240 4395	25 7692	16 5001	106 2625	15 4762	89 5262	37 2140	7 2246	64 3042	76 2757	1206
2010	440 6264	173 3554	21 6731	15 3800	84 1363	12 3654	56 3474	30 1911	6 1591	57 2195	56 1931	950
2009	440 6292	150 815	20 6247	15 3925	90 1245	10 2408	55 2851	30 1086	6 1704	47 2181	47 1607	910
2008	372 4850	144 763	9 4731	12 3361	91 1284	6 1767	36 2144	30 1643	4 1813	36 1404	35 1593	775
2007	372 4956	144 623	9 5023	15 4130	91 1164	11 1582	40 2319	30 1368	5 1144	36 1060	35 965	788
2006	380 4364	144 1079	10 4205	15 2849	89 1402	11 1704	40 2057	30 1464	5 1799	36 1419	35 1306	795
2005	474 4308	144 836	10 3651	15 2689	89 1421	11 1228	40 1739	32 1682	5 1758	36 1334	35 1174	891
2004	450 3722	129 700	13 3417	15 2817	66 1005	13 1443	30 1355	31 1218	3 933	35 1078	32 1216	817

各年度の左側の数字は募集定員、右側の数字は合格の最低順位

各年度の受験者の数は以下の通り

2004年:3726人、2005年:4308人、2006年:4989人、2007年:5563人、2008年:5835人

2009年:6323人、2010年:6960人、2011年:7766人、2012年:7656人、2013年:8000人

出典: <http://www.anemf.org/>

（目次）

はじめに

1. 公的医療保険への開業医の参加
2. 診療提供と診療報酬制度の枠組み
3. 診療報酬の分配と基準
 - （1）EBM の法的枠組み
 - （2）EBM 2015 の構成
 - （3）EBM の改定
 - （4）報酬分配
4. 家庭医による診療と診療報酬
 - （1）家庭医の位置づけ
 - （2）家庭医の役割と診療報酬
5. 家庭医中心診療
 - （1）家庭医中心診療の法的枠組み
 - （2）バーデン・ヴュルテンベルク州における家庭医中心診療
 - （3）家庭医中心診療に対する評価

結びにかえて

はじめに

本稿は、ドイツの公的 disease 保険における家庭医の位置づけと役割について、関係法令等とドイツでの関係者からのヒアリング調査¹に基づき、制度描写を行い、所要の検討を行うものである²。まず前提として、公的 disease 保険と開業医との関係、開業医に係る診療報酬制度を概観した後、家庭医の任務や診療領域、家庭医に係る診療報酬点数表、新たな診療形態である家庭医中心診療の仕組みと実例を中心に整理する。これらの制度描写を基に、ドイツの家庭医に係る制度の特徴や留意点を洗い出し、わが国への現時点での示唆の獲得を試みるとともに、調査研究の課題を適示したい。

1. 公的 disease 保険への開業医の参加

ドイツの医療制度は、日本と同様、概ね、社会保険医療の枠組みの中で、現物給付方式や診療報酬の点数・単価制、点数表や単価、新たな診断治療方法の導入如何等の個別的な決定のための診療側支払側による当事者交渉の仕組みなどによって構成される。ただし、ドイツでは、日本と異なり、診療所の開業医による「契約医診療」と「病院診療」とが截然と区分され規律されている。

契約医診療においては、医師の資格関連法制が法的基盤となっている。すなわち、医師の資格と医業については、連邦医師法（*Bundesärzteordnung* - *BÄO*）が規律し、医業を行うには原則として医師免許（*Approbation*）が必要とされる（2 条 1 項）。医師免許の付与は州が行い（12 条 1 項）、医療職法（*Heilberufsgesetz*）や医療職会法（*Heilberufekammergesetz*）といった州法が、医師会の組織、卒後研修、診療科等の標榜等の規律を行う。公的 disease 保険の給付提供者としての開業医の組込みは、こうした医師資格法制を土台として、社会法典第 5 編（*Sozialgesetzbuch Fünftes Buch* - *SGB V*. 72 条ないし 106b 条）に基づいて行われる。

具体的にはまず、医師資格法制において、開業医は、医師の診療科名（*Gebietsbezeichnung*）、部分診療科名（*Teilgebietsbezeichnung*）又は重点診療域名

¹ 調査は、2016 年 3 月 7 日から 11 日の間、シュトゥットガルト、ハイデルベルク、ベルリンにおいて関係機関を訪問する形で行なわれた。

² 検討対象とする法令等は、2016 年（平成 28 年）1 月 1 日時点のものまでとする。

(Schwerpunktbezeichnung)、副診療科名 (Zusatzbezeichnung) といった標榜科目に係る規制によって、機能分化されている。標榜には、卒後研修の終了と州医師会の承認が必要である。卒後研修の詳細は、州医師会が制定する卒後研修規定が定め、連邦医師会がモデル卒後研修規定を作成している。具体的な診療科名等は、この卒後研修規定に掲げられている。その上で、開業医が契約医として公的医療保険による診療に参加するには、原則として、州の金庫医協会、疾病金庫州連合会及び代替金庫の代表者により構成される許可委員会 (社会法典第 5 編 96 条) による許可が必要である (95 条)。許可は、金庫医協会の管轄区域 (州) 又はその一部 (許可区域。Zulassungsbezirk) において行われ (96 条 1 項)、上掲の標榜規制における診療科名に概ね相当するものとして設定されている医師グループ (Arztgruppen) ごとに策定される契約医の需要計画により制限されることがある (103 条)。

2. 診療提供と診療報酬制度の枠組み

州の金庫医協会は、管轄地域での契約医による診療提供を確保する責任を負っている (75 条。団体請負)。このため、診療報酬の支払いは二段階構成となっている。第 1 段階で、各疾病金庫が各州金庫医協会に対し当該協会に所属する契約医により行われた診療全体につき全体報酬 (Gesamtvergütung) を支払う (85 条 1 項)。第 2 段階で、金庫医協会が全体報酬をその所属する契約医等に分配する (87b 条 1 項。Honorarverteilung)。診療報酬の対象経費は、経常的経費と投資的経費の双方である。全体報酬額は、州金庫医協会と疾病金庫州連合会及び代替金庫が締結する集合契約において定められる (85 条 2 項)。

全体報酬額の設定は、点数・単価制による。州レベルで金庫医協会と疾病金庫は、被保険者の人数と疾病構造に応じた治療需要を統一評価基準 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab. EBM) に基づいた点数量として協定する。それに点数単価を乗じ、ユーロ価格で示す形で決定される (87a 条 3 項)。EBM は、診療報酬支払いの対象となる給付の内容を確定するものである。その点数は、対象給付間の相対価値を定める。点数設定に当たっては、診療に要する時間や診療領域ごとの経営状況が考慮される (87 条 2 項)。

一方、契約医診療は、家庭医診療 (hausärztliche Versorgung) と専門医診療 (fachärztliche Versorgung) とに区分される (73 条 1 項)。家庭医診療には主に、一般医 (Allgemeinärzte)、小児科医、家庭医診療を選択した重点診療域を持たない内科医であって家庭医診療への参

加を選択した者等が参加し、その他の専門医は専門医診療に参加する（同条 1a 項）。こうした家庭医診療と専門医診療との区分が診療報酬分配の基礎になっている（87b 条 1 項 1 文）。

3. 診療報酬の分配と基準

（1）EBM の法的枠組み

EBM は、契約医に対する報酬分配の基準でもある。EBM は、家庭医、専門医共通の給付も含み、家庭医診療の給付は家庭医診療に参加する医師のみが請求でき、各専門医診療の給付については医師グループごとに当該専門医診療に参加する医師のみが請求ができるという条件の下で、構成されるものとされる（87 条 2a 項）。

家庭医診療の給付に対しては、原則として被保険者包括報酬（Versichertenpauschalen）を設定することとされ、特に促進する必要がある給付等については個別給付（Einzelleistungen）又は給付複合（Leistungskomplexe）を設定することもできる。被保険者包括報酬の対象は、一定の請求期間内における患者の世話や診療の調整、診療文書管理を含む通常の家医診療で行われる給付全体である（87 条 2b 項）。

専門医診療の給付に対しては、医師グループごとに原則として、基本包括点数及び追加包括点数（Grund- und Zusatzpauschalen）を設定することとされ、医学的に必要がある場合には個別給付も設定することができる。基本包括点数は症例ごとに行われる給付につき通常発生する費用等の費用を対象とし、追加包括点数は一定の症例において発生する理由のある特別の給付費用を対象とする（87 条 2c 条）。

（2）EBM 2015 の構成

実際の EBM を 2015 年版を例に見ると、「Ⅰ 総則の部」、「Ⅱ 共通一般的診療報酬算定区分の部」、「Ⅲ 一定の要件を満たした場合に診療報酬請求できる算定区分の部」、「Ⅳ 共通の特別な診療報酬算定区分の部」などによって構成されている。そして、Ⅲ部の中で、家庭医のほか、眼科医や内科医、耳鼻咽喉科医や皮膚科医といった各医師グループに属する契約医が診療報酬請求できる算定区分が、各医師グループの別に応じて建てられた章に収載されている。各算定区分では、義務的給付内容や任意的給付内容などが定められ、各医師グループ別の章の前文等には、当該章外の算定区分であって当該医師グループが診療

報酬請求できるものやその算定要件が規定されている。

(3) EBM の改定

EBM は、連邦レベルで金庫医連邦協会と疾病金庫中央連合会によって協定され、その内容は両自治当事者³が共同で設置する評価委員会 (Bewertungsausschuss) により決定される (87 条 1 項)。同委員会は、診療側支払側両当事者による共同自治 (gemeinsame Selbstverwaltung) の機関であり、委員は自治当事者からそれぞれ 3 名指名され、計 6 名により構成される (87 条 3 項)。決定には全員の一致が必要であり、不一致の場合には仲裁手続きが用意されているほか、中立委員 3 名が加わる拡大評価委員会が設置される (87 条 4 項)。決定の準備作業は、評価委員会の下部組織である作業委員会や作業グループが担い、両当事者によって設立された評価委員会研究所 (Institut des Bewertungsausschusses. InBA) が同委員会の事務局を担当する (87 条 3b 項)。

他方、点数単価は、州レベルで金庫医協会と疾病金庫州連合会等により協定される。協定に当たっては、EBM に規定される連邦統一単価が指針値となる (87a 条 2 項)。連邦統一単価においては、診療所の投資的経費や経常的経費の動向等が考慮される (87 条 2g 項)。

(4) 報酬分配

全体報酬は、州の金庫医協会により四半期ごとに、同協会が疾病金庫州連合会・代替金庫と協議して定める分配基準に従って、契約医に対し診療報酬として分配される (87b 条 1 項)。個々の契約医の診療報酬は、地域ユーロ報酬規定 (87a 条 2 項 5 文) に基づき算定される。

分配基準には、過剰診療を阻止するため、診療報酬額に対する量的管理措置を設けなければならない (87b 条 2 項)。多くの金庫医協会では、契約医による診療実績が基準給付量 (Regelleistungsvolumen. RLV) を超えた場合に、150% 超えの部分から適用する点数単価を逡減させる措置を採用している。基準給付量は、前年四半期における契約医ごとの症例数と医師グループごとに算定された平均症例単価の積により算定される⁴。

³ ドイツでは、公的 disease 保険制度において診療報酬などの個別的な規範などの決定を委ねられている保険者ないし保険者側団体と診療側団体ないし個別病院を「自治当事者」

(Selbstverwaltungspartner) と呼ぶ。具体的な自治当事者は、連邦レベル、州レベル、地域レベルそれぞれにおける決定について法定されている。

⁴ Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland. 4. Aufl. 2013, S. 319ff.

4. 家庭医による診療と診療報酬

(1) 家庭医の位置づけ

家庭医の任務は法定されており、患者の家庭環境を踏まえた総合的継続的な医学的ケア、診断・治療・看護の調整、治療データ、診断所見等の収集、評価及び保存等が掲げられている(73条1項2文)。特に、患者のための文書管理と治療データ等の収集については、被保険者の書面による同意を条件とした家庭医の収集権限、家庭医以外の給付提供者との間のデータ等の受渡し・利用などに係る権限や義務が規定されている(73条1b項)。このように、家庭医は複数の医療機関に跨る診療行程の管理機能や継続的な保健予防機能を持ち、いわゆる「水先案内人(Lotse)」の機能も期待される。

一方、被保険者には、家庭医の下で初診を受ける一般的な義務はない(Freie Arztwahl, 76条1項参照)。しかし、90%以上のドイツ国民が家庭医を持ち⁵、2005年第1四半期の調査では、被保険者の42%が家庭医のみを受診したほか、46%がまず家庭医を受診してから専門医を訪問しており、直接専門医を受診したのは11%のみであったという⁶。ドイツでは、患者がまず家庭医に受診しその紹介に従い所要の専門医を受診する流れが存在し、家庭医がその機能を発揮する機会が形成されているといえることができる。

(2) 家庭医の役割と診療報酬

家庭医の具体的な任務、すなわち、家庭医が行う診療活動は、診療報酬の算定区分に反映される。EBMにおける家庭医診療の章(III III.a 3 Hausärztlicher Versorgungsbereich)を見ると(「EBM 2015における家庭医診療の章に収載された診療報酬算定区分(抜粋仮訳)」参照)、症例(Behandlungsfall, 一連の診療)1回につき被保険者1人ごとに、診察などを

⁵ Thode, N./Bergmann, E./Kamtsiuris, P./Kurth, B. M., Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48, 2005, S. 296-306; Zok, K., Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter 3000GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2005, 2(3), S. 1-7. いずれも Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 16/13770, S. 318 の引用による。

⁶ Zok, K., Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter 3000GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2005, 2(3), S. 1-7. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 16/13770, S. 318 の引用による。

評価する包括報酬が中心となっている。そのほか、慢性疾患患者の診療や緩和ケアに対する包括報酬への加算があるほか、老人患者の基本的な診断治療に係る算定区分もある。検査の面では、心電計、認知症テスト、血圧測定、肺活量検査、直腸検査、聴力測定、小児等に対する神経や言語の発達検査などが記載されている。また、「Ⅱ 共通一般的診療報酬算定区分」の部に記載されている救急業務、新生児初回診察・検査、小児疾患やがんの早期発見のための検査、経口的ブドウ糖負荷試験、小規模な外科手術、創傷ケア、縫合、褥瘡ケアといった診療行為に対する診療報酬算定も家庭医に認められている⁷。これらの診療行為や活動が家庭医の基本的な任務であると考えられていると理解してよいであろう。

さらに、EBMの「Ⅳ 共通の特別な診療報酬算定区分の部」に記載されている診断治療方法のうち一定のものについては、当該家庭医が相応の資格要件を具備していれば実施することができる。例えば、理学療法、超音波検査・診断⁸、睡眠障害診断、心肺ポリグラフなどである⁹。

5. 家庭医中心診療

(1) 家庭医中心診療の法的枠組みと普及状況

ドイツでは、これまでに、保険者と医療機関やその団体が契約により医療連携体制を構築する新たな診療形態が次々と法定されてきたが、中でも家庭医中心診療（Hausarztzentrierte Versorgung, 73b 条）¹⁰は、家庭医の機能を強化する意義を持つ。

この診療形態では、被保険者は初めに自らが選択した家庭医を受診し、眼科及び産婦人科以外の専門医を受診する場合はその家庭医の紹介を受けることが義務づけられる（73b 条 3 項 2 文前段）。小児科医への直接受診も可能である（73b 条 3 項 2 文後段）。被保険者の家庭医中心診療への加入は任意であるが、加入者は原則として 1 年間、上掲の義務に拘束される（同条 3 項）。

⁷ III.a 3 3.1.Präambel 3 und 4 EBM 2015.

⁸ バーデン・ヴュルテンベルク州の家庭医の多くは、超音波検査装置を有しているとのことである。その理由は、診断の確実性を維持するところにあるという。一方、内視鏡検査については、症例数の観点から内科専門医において実施した方がよいとのことであった。2016 年 3 月 7 日に行なわれたシュトゥットガルトの家庭医（内科医）Dr. Heyer からの聴き取りによる。

⁹ III.a 3 3.1.Präambel 4 EBM 2015.

¹⁰ 2004 年施行の公的医療保険現代化法（Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz - GMG）により導入された。

一方、家庭医中心診療に加入する家庭医には、エビデンスと臨床経験に基づく診療指針に従った診療を実施することや薬物療法のクオリティーサークルへの参加、問診指導、精神身体医学の基本的な診療、緩和医療、老人医学等の継続研修（Fortbildung）への参加等が求められる（同条2項）。家庭医中心診療への被保険者の勧誘は、報奨金の支払いや自己負担の軽減を伴う選択料金表（53条3項）を提示することにより行われる。

家庭医の家庭医中心診療への組織化については、疾病金庫が単独で又は他の疾病金庫と協力して2009年6月30日までに州の金庫医協会の区域での家庭医診療に参加する一般医の過半数を代表する団体と契約を締結しなければならないこととされていた（73b条4項）。

しかし、かかる契約が当事者交渉によって締結に至った例は、バーデン・ヴュルテンベルク州だけに止まる。他の州では仲裁人の決定によって契約内容が確定されているとされる¹¹。また、バーデン・ヴュルテンベルク州のほかバイエルン州、ヘッセン州、ザクセン州及びヴェストファーレン・リッペでは家庭医中心診療は普及しているものの¹²、その他多くの家庭医中心診療契約の規模は小さく¹³、ドイツ全体で家庭医中心診療に加入している被保険者は約380万人、ドイツ国民の5%程度であるという¹⁴。

（2）バーデン・ヴュルテンベルク州における家庭医中心診療

① 概略

現時点で最大の加入被保険者を有する家庭医中心診療契約は、バーデン・ヴュルテンベルク州におけるドイツ家庭医協会バーデン・ヴュルテンベルク州協会とAOKバーデン・ヴュルテンベルクを主な契約当事者とする契約である¹⁵。同契約は、2008年5月に締結され、AOKバーデン・ヴュルテンベルクの被保険者約125万人と3,800人の家庭医が加入している¹⁶。

¹¹ 2016年3月9日に行なわれた金庫医連邦協会 Ilzhöfer 担当課長からの聴き取りによる。

¹² 2016年3月9日に行なわれた金庫医連邦協会 Ilzhöfer 担当課長からの聴き取りによる。

¹³ 2016年3月9日に行なわれた企業疾病金庫連合会理事長 Knieps 氏からの聴き取りによる。

¹⁴ 2016年3月9日に行なわれた金庫医連邦協会 Ilzhöfer 担当課長からの聴き取りによる。

¹⁵ Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

¹⁶ AOK Baden-Württemberg/ Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. / MEDI Baden-Württemberg, Gemeinsame Pressemitteilung, 09. September 2014.

② 家庭医の義務

家庭医及び家庭医診療に参加している診療センター（**medizinisches Versorgungszentrum**）（以下の本節及び本節に係る脚注において、単に「家庭医」という）が同契約に加入する場合、次の義務を果たすことが求められる。すなわち、薬物療法に関するクオリティーサークルに参加すること、エビデンスに基づくガイドラインを尊重すること、社会法典第5編95d条に基づく継続研修義務を履行すること（緩和ケア、疼痛治療、老人医学、整形外科等）、構造化治療プログラム（DMP）に参加すること、血糖値測定器、心電計、肺活量計を有していること、最新版の契約ソフトウェア¹⁷を備えておくこと、月曜日から金曜日までの毎日について診療時間を設定すること、1週間に1回20時までの夜間診療時間を設けること、予約患者の待ち時間を30分以内に収めることなどである¹⁸。

また、同契約に基づく診療を行う際には、家庭医が行うことができ、かつ、必要とされるすべての診療を行った上で専門医への受診を指示すること、専門医への受診の指示や入院指示を行うときには重要な所見を収集し文書化して転医・転院先に送付すること、入院指示を行う前に外来専門医へ受診させるか否か検討し決定すること、一定の医薬品を優先して処方するとともに、ジェネリック医薬品などを選択することについて留意することなどの義務を負う¹⁹。

③ 被保険者の参加手続きと義務

AOKの被保険者が同契約に加入するのは、その自由意思に委ねられている。加入手続きは家庭医を通じて行うことができ、AOKに登録される²⁰。加入者は、自身が行った家庭医の選択に少なくとも1年間拘束され、他の医師を受診することができるのは、当該家庭医による紹介がある場合にのみとなる。ただし、救急医療、産科及び小児科を受診する場合

¹⁷ 契約ソフトウェアは、同契約に係る診療報酬請求や処方、転医・転院の指示について利用されるものであり、加入家庭医に対し医薬品処方や給付管理に関する情報も提供する。家庭医は提供される情報に留意し、利用する義務を負う。§ 5 Abs. 6 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

¹⁸ § 5 Abs. 2 und 3 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

¹⁹ § 5 Abs. 4 und 5 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

²⁰ § 4 Abs. 1 und 2 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

はこの限りではない²¹。

④ 診療報酬

同契約による診療に係る診療報酬は、EBM とは異なる体系に基づき構成されている。主に、包括報酬、個別給付に係る診療報酬、包括報酬への加算の 3 つのタイプの算定区分が設定されている²²。

中でも基幹的な報酬と位置づけられているのが包括報酬であり、11 の算定区分がある。主なものは次のとおりである。「P1 基本包括報酬」は、受診の有無に関わらず、被保険者が加入した年に被保険者 1 人当たり 65.00 ユーロ算定する。血糖値測定器、心電計、肺活量計、契約ソフトウェア、IT 設備、上掲 (2) の診療時間の設定などを評価する算定区分である。「P2 診療包括報酬」は、四半期に 1 回以上の受診があった場合に、四半期ごとに被保険者 1 人当たり 40.00 ユーロ算定する。個別給付に該当しない家庭医診療などを総合的に評価する算定区分である。「P3 慢性疾患患者診療加算」は、G-BA の定義に該当する慢性疾患患者を四半期に 1 回以上診療した場合に、四半期ごとに被保険者 1 人当たり 25.00 ユーロ算定する。慢性疾患に応じた診療を評価する算定区分であり、P2 を補完するものである。「P4 複数疾患患者診療加算」は、複数疾患を持つ患者に応じた診療を評価する算定区分であり、P2/P3 を補完する趣旨の診療報酬である。四半期ごとに被保険者 1 人当たり 15.00 ユーロ算定する。

在宅医療に対して支払われる包括報酬もある。「P5 介護ホーム加算」は、介護ホームや老人ホームなどで暮らす患者への診療を評価する算定区分であり、四半期ごとに被保険者 1 人当たり 15.00 ユーロ算定する。「P6 VERAH モービル加算」は、「家庭医診療助手」(VERAH® Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) と呼ばれる所要の教育と実習を修了し審査に合格した医療専門職員 (Medizinische Fachangestellte) ²³や他の医療職に

²¹ § 9 Abs. 2 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

²² Anlage 12 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG.

²³ 医療専門職員 (Medizinische Fachangestellte) は、職業教育法 (Berufsbildungsgesetz – BbiG) に基づく医療専門職員に関する職業訓練令 (Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten) により、職業教育訓練が必要な職業として公認されており (1 条)、3 年の教育期間の間に (2 条)、労働安全衛生、コミュニケーション、患者の世話・患者への助言、診療所運営管理、会計事務、文書管理、医師の指導監督の下での診断治療方法の実

よる在宅サービスに関する包括報酬である。VERAH®は、家庭医に代わり患者の居宅を訪問し、予防活動、老人医学的基本アセスメント、傷の手当などを担うとともに、ケースマネジメントや療養計画の作成を行うほか²⁴、注射や採血が許されている²⁵ ²⁶。このようなサービスを行う VERAH®が患者居宅訪問に使用する専用車両（VERAHmobile）²⁷のリース費用について、四半期ごとに 300.00 ユーロ算定されるのがこの P6 である。また、VERAH®による慢性疾患患者への在宅サービス自体への評価として、VERAH の資格を持つ医療専門職員等が 1 名以上診療所にいること等の要件を満たす場合に VERAH 加算、四半期ごとに 5.00 ユーロが自動的に P3 に上乗せされる。VERAH®は、慢性疾患患者や複数疾患患者に対する診療において家庭医の負担を軽減することを目的としている。

個別給付に係る診療報酬は、8 種類設定されており、予約外診療、がん検診、小児予防健診などの算定区分が見られる。

包括報酬への加算は、11 種類あり、超音波検査、小手術、インフルエンザ予防接種などが評価されている。

なお、バーデン・ヴュルテンベルク州では、AOK による家庭医中心診療の他に、農業者疾病金庫、ボッシュ企業疾病金庫、代替金庫などの保険者による家庭医中心診療も存在するが、概ね AOK の契約と同様、包括報酬を中心とした診療報酬体系を採用している²⁸。

（3）家庭医中心診療に対する評価

施、予防・リハビリテーションの基礎等を修めることとされ（4 条）、中間試験と卒業試験が課せられている（8 条、9 条）。

²⁴ VERAH の資格や任務、教育・実習内容等について、Deutscher Hausärzterverband, VERAH®. 2. Aufl. 2015, S. 9-16 参照。

²⁵ AOK Baden-Württemberg/ Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. / MEDI Baden-Württemberg, Gemeinsame Pressemitteilung, 16. 06 2014. バーデン・ヴュルテンベルク州では、1,500 人以上が VERAH®として業務を行っているという。

²⁶ VERAH®の典型的な対象患者像は、喘息や COPD がありかつ高血圧で、あまりうまく歩けないため外出もせず、そのため社会的な関わりもないことからうつ病にも罹患している 70 歳の高齢者であるという。2016 年 3 月 8 日に行なわれたハイデルベルク大学医学部教授 Prof. Dr. Szecsenyi からの聴き取りによる。

²⁷ VERAHmobile を利用している診療所の 75%は地方部に位置するものとされる。AOK Baden-Württemberg/ Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. / MEDI Baden-Württemberg, Gemeinsame Pressemitteilung, 16. 06 2014.

²⁸ Hausärzterverband Baden-Württemberg ,Gegenüberstellung HZV Verträge Baden-Württemberg. 2016 参照。

バーデン・ヴュルテンベルク州の家庭医中心診療に対しては、肯定的な評価がされている一方で、否定的な側面の存在も指摘されている。

肯定的な評価としては、まず、診療所経営の安定が挙げられる。すなわち、同州の家庭医中心診療が採用する診療報酬システムの特徴は、広範な包括報酬部分の存在である。これは、出来高払い方式によるインセンティブを与えないよう意識的に出来高点数を回避しようとした結果であり、包括報酬部分のみでは経常的経費は賄えないものの診療所経営の強固な基盤になっているとされる²⁹。また、家庭医中心診療から得られる診療報酬には、上掲の RLV による制限が適用されないことも経営上有利であると受け止められている。さらに、こうした診療報酬システムは、家庭医に確実な収入を保障することを通じて、地方部における診療所を維持することに繋がることから、地方の住民・患者にもメリットがあるとの指摘もある³⁰。

医療の質の観点からも、包括報酬には、家庭医が医学的必要性の観点から診療に専念することが可能となり、診療報酬を得ることを目的として給付をしなくともよいという利点があるとされる³¹。

受診の適正化や医療費の面では、家庭医への受診の増加に伴い、入院数が減少し、専門医の負担軽減にも役立ったと積極的に評価されており³²、入院医療費や薬剤費が減少したことが実証されているという³³。

一方で、家庭医中心診療については、否定的な側面も見られる。すなわち、家庭医は、通常の公的疾病保険の契約に加え、個別の保険者ごとに複数の家庭医中心診療契約に加入

²⁹ 2016年3月7日に行なわれたバーデン・ヴュルテンベルク州家庭医協会副会長 Dr. Braun からの聴き取りによる。

³⁰ 2016年3月8日に行なわれたハイデルベルク大学医学部教授 Prof. Dr. Szecsenyi からの聴き取りによる。

³¹ 2016年3月7日に行なわれたシュトゥットガルトの家庭医（内科医）Dr. Heyer 及び Dr. Hrstinig からの聴き取りによる。

³² 2016年3月9日に行なわれた金庫医連邦協会 Ilzhöfer 担当課長からの聴き取りによる。

³³ 2016年3月9日に行なわれた連邦保健省 Weck 担当官及び Dr. Heinrich 担当官からの聴き取りによる。

バーデン・ヴュルテンベルク州における AOK の家庭医中心診療については、2011年と2012年の2年間を見ると、家庭医中心診療に加入している被保険者は通常の公的疾病保険の場合よりも多く年間平均3回家庭医を受診している一方で、9,000件の入院が回避され、通常の公的疾病保険の場合に比べ、家庭医による調整を受けない専門医受診が20%以上少なくなっているほか、医薬品の使用も約3分の1節約され、薬物治療に係る費用も被保険者1人当たり年間100ユーロ以上低くなっているという。AOK Baden-Württemberg/ Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. / MEDI Baden-Württemberg, Gemeinsame Pressemitteilung, 09. September 2014.

することになる。このため、契約の種類ごとに診療報酬請求を行わなければならないという事務負担の増大が指摘されている。この点につき、チューリンゲン州やザクセン・アンハルト州で行われている金庫医協会が協力する形の家庭医中心診療では、家庭医中心診療契約に係る診療報酬は通常の公的疾病保険の診療報酬に上乘せされる形で支払われることとされており、負担軽減が図られているという³⁴。

また、バーデン・ヴュルテンベルク州では家庭医中心診療に加入する被保険者が多いものの、ドイツ全体では人口の5%程度をカバーするに過ぎない。同州で家庭医中心診療が成功した理由としては、同州ではAOK被保険者が占める割合が大きいこと、同州家庭医協会とAOKの指導者との間で緊密な連携が行われたこと、同州の医師が以前から定期的なサークル活動を行ってきており、家庭医中心診療において重要な位置づけを持つクオリティサークルを運営するための基盤が存在していたことなどが挙げられている。他の州では、これらの要素を欠くためか、前述のとおり、家庭医中心診療の導入は、当事者間の合意ではなく、仲介手続によって行われている。仲介手続により設けられた仕組みには、家庭医側、疾病金庫側ともに不満が残るため、被保険者の加入勧誘に注力する動機に欠ける結果になっているとされる³⁵。

結びにかえて

ドイツでは、医師の卒後研修、診療科標榜規制、契約医の許可、家庭医診療の区分と機能の法定などを通じて、家庭医についての明確な法制度上の枠組みを設けている。こうした制度的基盤の下で、第1に、通常の家家庭医診療においても、家庭医中心診療においても、家庭医の任務や役割が相当程度明確化されているところが注目される。このことが診療報酬の広範な包括化を可能にする法的基盤となっている評価することができよう。わが国においても、かかりつけ医的な機能を診療報酬上評価する場合、いかなる診療活動を想定するのか、それに応じてどのようななどのような支払方式が適切か、包括化対象はどの程度と

³⁴ 2016年3月9日に行なわれた金庫医連邦協会 Ilzhöfer 担当課長からの聴き取りによる。

³⁵ 2016年3月7日に行なわれたバーデン・ヴュルテンベルク州家庭医協会副会長 Dr. Braun からの聴き取り、2016年3月8日に行なわれたハイデルベルク大学医学部教授 Prof. Dr. Szecsenyi からの聴き取り、2016年3月9日に行なわれた金庫医連邦協会 Ilzhöfer 担当課長からの聴き取り、同日に行なわれた連邦保健省 Weck 担当官及び Dr. Heinrich 担当官からの聴き取り、同日に行われた企業疾病金庫連合会理事長 Knieps 氏からの聴き取りによる。

するのかといった論点について、一体として捉えて検討しておく必要があると考えられる。

第 2 に、ドイツの家庭医は、フランスの家庭医³⁶に比べ重装備であることも指摘しておきたい。X 線装置や上部・下部消化管内視鏡などは持たないものの、超音波検査などは日常的に実施しているようであり、わが国の内科開業医等との間で診療実態や対象患者像などを比較し、継続研修の内容など検討する際に参照することは、可能であると考えられる。

第 3 に留意すべきは、家庭医中心診療が特定の州において定着しているものの、ドイツ全体では大きなプレゼンスを示しているとはいえないことである。上掲のとおり、さまざまな事情がこうした状況に影響しているようであるが、判然としない部分もある。法制上の問題点や医療費配分上の関係団体間の利益状況について、さらに調査研究を重ねる必要があるかもしれない。

このほか、社会法典第 5 編 140a 条に規定する特別診療 (*besondere Versorgung*) に基づき行われているプロジェクトが注目される。バーデン・ヴュルテンベルク州の一地方で試みられている *Gesundes Kinzigtal* である。同プロジェクトでは、家庭医に限らず、すべての医師が「水先案内人」の役割を担い、病院や理学療法士なども参加しているとされる。日常の受診先（いわゆるかかりつけ医）を家庭医に限定しないところに特徴がある。この点で、わが国の患者－開業医関係との間に一定の類似性がある可能性がある。未だプロジェクト段階にあるようであり、必ずしも成果は明らかではないが、家庭医中心診療と比較しつつ参照するに値するようと思われる。

(参考文献)

加藤智章編『世界の診療報酬』（法律文化社、2016 年刊行予定）第 2 章（田中伸至執筆部分）

田中伸至「ドイツの家庭医と医療制度」健保連海外医療保障 93 号（2012 年）1 頁ないし 15 頁

³⁶ 松本勝明編著『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』（旬報社、2015 年）105 頁（加藤智章執筆部分）によれば、フランスの「開業医は、日本の開業医と比較するとほとんど徒手空拳との表現も誇張でないくらい、軽装備である。診療に用いるベッドなど必要最低限の器具等があるだけであり、受付係も看護師もおらず、開業医が一人で診療に従事している例が多い」という。

EBM 2015 における家庭医診療の部に収載された診療報酬算定区分（抜粋仮訳）

3.2 一般的な家庭医診療の算定区分

3.2.1 家庭医被保険者包括報酬、当該診療領域に適用される基準

3.2.1.1 家庭医被保険者包括報酬

EBM 番号	算定区分	点数	ユーロ
03000	被保険者包括報酬		
03001	数え年 4 歳以下	236	24.24
03002	数え年 5 歳以上 18 歳以下	150	15.41
03003	数え年 19 歳以上 54 歳以下	122	12.53
03004	数え年 55 歳以上 75 歳以下	157	16.13
03005	数え年 76 歳以上	210	21.57
03030	被保険者包括報酬 19 時から 7 時の間、土日祝日、12 月 24 日、31 日における予約外受診	77	7.91

3.2.1.2 当該診療領域に適用される基準、医師の指示による介助給付

03040	社会法典第 5 編 73 条 1 項に基づく家庭医診療任務受任のための算定区分 03000 及び 03030 への追加包括報酬	144	14.79
03060	算定区分 03040 への加算	22	2.26
03062	社会法典第 5 編 87 条 2b 項 5 文に基づく医師の指示による、28 条 1 項 2 文に基づく他の者による介助給付であって、医師に係る連邦枠組み別添 8 の 3 条の要件を満たす、医師の不在の間に在宅患者に行われるものに係る — 距離に関わらない — 移動費用	166	17.05
03063	社会法典第 5 編 87 条 2b 項 5 文に基づく医師の指示による、28 条 1 項 2 文に基づく他の者による介助給付であって、医師に係る連邦枠組み別添 8 の 3 条の要件を満たす、当該患者と同じ家庭共同体の他の者、老人ホーム又は介護ホームにおける患者及び算定区分 31600 に基づく手術後診療を受けている患者に対し、医師の不在の間に行われるものに係る — 距離に関わらない — 移動費用	122	12.53

3.2.2 慢性疾患患者包括報酬、診察給付

03220	1 以上の生活を変えるような慢性疾患を有する患者の治療と看護に係る算定区分 03000 に基づく被保険者への加算	130	13.35
03221	1 以上の生活を変えるような慢性疾患を有する患者の集中的な治療と看護に係る算定区分 03220 に基づく被保険者への加算	40	4.11

03230	疾患の種類と重症度に基づき必要となる患者の悩みに応じた医師の診察	90	9.24
-------	----------------------------------	----	------

3.2.3 特別の給付

03241	18 時間以上の連続記録長時間心電計に係るコンピュータを利用した評価	92	9.45
03242	認知症の疑いがある場合のテスト	19	1.95
03321	負荷心電計	200	20.54
03322	18 時間以上の長時間心電計による記録	67	6.88
03324	長時間血圧測定	78	8.01
03330	肺活量計による検査	60	6.16
03331	直腸鏡検査複合	85	8.73
03335	先行的な文書化された聴力検査に基づく探索的聴力測定	88	8.73
03350	乳幼児、小児及び児童に対する探索的神経発達検査	95	9.76
03351	乳幼児、小児、児童及び若者に対する探索的言語発達検査	166	17.05
03352	児童早期発見健診又は若者健診の病理学的診断の際の算定区分 03350 及び/又は 03351 の診療行為内容の実施に係る算定区分 01712 から 01720 までと 01723 に対する加算	72	7.40

3.2.4 家庭医による老人医学診療

03360	家庭医による老人医学的基礎的アセスメント	122	12.53
03362	家庭医による老人医学的診療複合	159	16.33

3.2.5 緩和ケア診療

03370		341	35.03
03371	診療所における患者への緩和ケアに係る被保険者包括報酬 03000 に対する加算	159	16.33
03372	在宅での緩和ケアに係る算定区分 01410 又は 01413 に対する加算	124	12.74
03373	在宅での緩和ケアに係る算定区分 01411、01412 又は 01415 に対する加算	124	12.74