

(分担研究)

ドイツのプライマリケアにおける外来診療センター  
— Medizinische Versorgungszentren (MVZ) —

田中伸至 (新潟大学法学部)

(目次)

1. はじめに — 本稿の目的
2. 外来診療センター制度
  - (1) 概要と制度創設の経緯
  - (2) 制度創設の意義と機能
  - (3) 旧東独のポリクリニーク (Polikliniken) と外来保健センター (Gesundheitszentren)
3. 外来診療センターの普及状況
4. 外来診療センターの実例 — ニーダーラオジッツ外来保健センター —
  - (1) 立地
  - (2) 沿革
  - (3) 診療施設と診療科の配置
  - (4) 診療施設の内部構造
  - (5) 医療連携と医療の質の確保
  - (6) 外来診療センターのメリットと課題
5. おわりに — プライマリケアにおける機能とわが国への示唆
  - (1) プライマリケアと外来診療センター
  - (2) わが国への示唆

## 1. はじめに — 本稿の目的

本稿は、ドイツのプライマリケアにおいて近年、存在感を増してきている外来診療センター (Medizinische Versorgungszentren, MVZ)<sup>1</sup>の制度概要と位置づけ、役割や機能について、関係法令等とドイツで行われた医療関係者からのヒアリング調査<sup>2</sup>に基づき、制度描写を行い、所要の検討を行うものである。まず、外来診療センターの制度内容を概観した後、ブランデンブルク州における外来診療センターの実例を紹介する。これらの制度と実例の描写に基づいて、外来診療センターの機能を整理し、わが国への現時点での示唆の獲得を試みる。

## 2. 外来診療センター制度

### (1) 概要と制度創設の経緯<sup>3</sup>

外来診療センターは、2003年の公的医療保険現代化法<sup>4</sup>に基づき、2004年から契約医診療への参加が認められた医療機関類型である (社会法典第5編<sup>5</sup>95条1項1文)。外来診療

---

<sup>1</sup> „medizinische Versorgungszentren“は、後述のとおり、外来医療を担当する医療機関であるところ、この語を直訳すれば「医療センター」ないし「医療供給センター」などといった名称になる。しかし、わが国では比較的大規模な病院が「医療センター」の名称を使用していることがあるため (例えば、「北海道医療センター」など。国立病院機構ウェブサイト「国立病院機構病院一覧」<[http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0\\_000103.html](http://www.hosp.go.jp/about/cnt1-0_000103.html)>参照)、「医療センター」の訳語では、入院医療も提供する病院の一種と誤解されるおそれがある。他方、大規模病院が本院とは別に、複数の診療科による外来診療を行う診療施設を開設し、これに「診療センター」の名称を付けている例 (例えば、「岩手県立中央病院附属沼宮内地域診療センター」など。同センターウェブサイト

<<http://www2.pref.iwate.jp/~hp9001/iph/iph180/>>、岩手県医療局ウェブサイト

<<http://www.pref.iwate.jp/iryoukyoku/index.html>>参照) や複数の診療科を備えて外来診療を提供している独立の施設に「診療センター」と名付けている例 (高石市立診療センター。同センターウェブサイト<<http://www.eonet.ne.jp/~ztakaishi/s/index.html>>参照) がある。これらの事情も踏まえ、本稿では「外来診療センター」の訳語を用いる。

<sup>2</sup> 調査は、2017年3月6日から10日の間、ザクセン-アンハルト州、ザクセン州、ベルリン、ブランデンブルク州において関係機関を訪問する形で行なわれた。

<sup>3</sup> 外来診療センター制度の概要と経緯につき、Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 13. Aufl. 2016, S. 265 参照。

<sup>4</sup> Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) von 14. November. 2003, BGBl. I S. 2190.

<sup>5</sup> Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des

センターは、医師が運営する医療機関であり、複数の医師が勤務医又は契約医として医業に従事する（同項 2 文）。導入当初は、複数の診療科を有するものでなければならなかったが（旧同項 4 文）、公的医療保険診療提供強化法<sup>6</sup>により 2015 年 7 月からは、単一の診療科のみのセンターも認められている。このため、現在では、家庭医だけが在籍するものや特定の専門医の診療科のみのセンターも設置することができる。契約医診療への参加に係る許可は、在籍している医師ではなく、外来診療センター自体に対して診療施設の開設地ごとに付与される（同項 5 文）<sup>7</sup>。開設できる診療施設数には制限はなく<sup>8</sup>、複数の診療施設を運営することができる。ただし、契約医診療に参加している医師がいない外来診療センターは、許可を受けることはできない（同文）<sup>9</sup>。

設立主体として認められているのは、契約医診療への参加の許可を得ている医師、許可病院、透析施設、公益団体、地方自治団体である（同条 1a 項 1 文 1 段）。制度創設当初は、薬局や介助施設などの経営体など、すべての公的医療保険の給付提供者が設立主体として認められていたが、公的医療保険診療提供構造改善法<sup>10</sup>により 2012 年から、上掲の主体に制限されることとなった<sup>11</sup>。その理由は、医療に何ら関係のない投資家らが薬局や介助施設を買収した上で、手術主体の眼科や検査を対象とする外来診療センターを開設し、営利目的で診療内容に干渉する危険があるからである<sup>12</sup>。

外来診療センターに認められる法的形態は、人的会社（Personengesellschaft）、登記協同組合（eingetragene Genossenschaft）、有限責任会社（Gesellschaft mit beschränkter Haftung - GmbH）及び公法上の法的形態である（同文 2 段）。合名会社（offene Handelsgesellschaft）や合資会社（Kommanditgesellschaft）、株式会社（Aktiengesellschaft）

---

Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482).

<sup>6</sup> Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VStG) vom 16. Juli 2015, BGBl. 2015 I S. 1211.

<sup>7</sup> Jousen, J. in: Becker, U. /Kingreen, T. (Hrsg.), SGBV Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, 5. Aufl. 2017, §95 Rn. 14.

<sup>8</sup> Jousen, J. in: Becker /Kingreen (Fn. 7), §95 Rn.16.

<sup>9</sup> Steinmeyer, H-D. in: Bergmann, K. O. /Pauge, B./Steinmeyer, H-D. (Hrsg.), Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl.2014, SGBV §95 Rn. 26.

<sup>10</sup> Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983.

<sup>11</sup> Hellkötter-Backes, C. in: Hänlein, A. /Schuler, R. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl. 2016, §95 Rn. 40.

<sup>12</sup> BT-Drucksache 17/6906, S. 70f ; Janda, C. , Medizinrecht, 3. Aufl. ,2016, S. 168.

は、認められない<sup>13</sup>。これらの法的形態は商業営業（Handelsgewerbe）のための会社形態であり、自由職業である医業（die freiberufliche ärztliche Tätigkeit）は商業営業ではないからである<sup>14</sup>。

外来診療センターにおける診療の管理監督は、医師が担当しなければならない（1項3文1段）。診療全体について医師が責任を持ち、センター内の診療組織を構築するとともに、診療内容について経営面からの指図を受けないようにする趣旨である（3文2段）<sup>15</sup>。ただし、歯科医師や精神療法医も、センターで従業する場合は医師との共同で診療の管理業務担当することが許される（同項4文）。一方、センターの経営管理や代理権は、マネジメント会社に移譲することも可能である<sup>16</sup>。

## （2）制度創設の意義

外来診療センターの導入の意義は、医師側、患者側、さらに地域の医療提供体制の整備の各方面について指摘されている。

医師サイドでの意義の第1は、伝統的な外来診療のあり方の転換である。伝統的な診療所の経営形態はいわゆるソロプラクティスであったが、この制度創設により勤務医を雇用する施設形態が改めて認められた<sup>17</sup>。第2に、こうした施設形態の下で、若手医師が開業に伴う経営リスクを負うことなく、勤務医として契約医診療に参加して外来診療に従事できることが挙げられる<sup>18</sup>。第3に、複数の医師が施設や医療機器などの設備が共同で利用することができ、また、事務処理もまとめて行うことができることから、費用や時間の節約が可能になることも重要である<sup>19</sup>。

患者にとっての意義としては、ワンストップで多様な診療領域に属する医療を受ける機会が得られることが挙げられる。さらに、外来診療センターではそこで診療に従事する医師の間で密接な協働を行うことが可能になることから、関係する多分野の医師の間で治療目標や診療計画を調整することが容易になり、より安全で質の高い診療を患者が受けるこ

<sup>13</sup> Steinmeyer, H-D. in: Bergmann /Pauge /Steinmeyer (Fn. 9), SGBV §95 Rn. 24.

<sup>14</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 169.

<sup>15</sup> Jousen, J. in: Becker /Kingreen (Fn. 7), §95 Rn.9.

<sup>16</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 169.

<sup>17</sup> Hellkötter-Backes, C. in: Hänlein /Schuler (Fn. 11), §95 Rn. 38.

<sup>18</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Fn. 3), S.265.

<sup>19</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 168.

とができることも指摘されている。重複検査や誤診、薬物相互作用などの予防も期待できる<sup>20</sup>。

地域医療における意義としては、地方公共団体が外来診療センターを開設することにより、地域医療の体制づくりや改善を図っていくことができることが強調されている<sup>21</sup>。特に、開業契約医の診療所が不足している地域では地方公共団体立の外来診療センターは大きな役割を果たすと考えられている<sup>22</sup>。

### (3) 旧東独のポリクリニーク (Polikliniken) と外来保健センター (Gesundheitszentren)

こうした外来診療センターは、ドイツ民主共和国 (旧東ドイツ) に普及していたポリクリニーク (Polikliniken) <sup>23</sup>をモデルとして<sup>24</sup>、公的疾病保険において改めて制度化したものである。旧西ドイツではソロプラクティスの開業医が外来診療を担当してきたが、旧東ドイツにおける外来診療は公立のポリクリニークやアンブラトリウム (Ambulatorien) <sup>25</sup>によって行われていた。それらの施設は、複数の診療科を有し、勤務医が外来診療に従事していた。ドイツ再統一直前の 1989 年時点では 622 のポリクリニークがあり、そのうち職域に設置されたポリクリニーク (Betriebspolikliniken) は 151 施設、平均勤務医数は 21 人であったとされる。すべての診療科目を揃えた県域ポリクリニーク (Bezirkspolikliniken) では 50 人の勤務医が診療に従事していたという。地方には、郡ポリクリニーク (Kreispolikliniken) が開設され、その下に、2 ないし 3 の診療科 (一般医、内科、小児

<sup>20</sup> Janda (Fn.12), 2016, S. 168.

<sup>21</sup> BT-Drucksache 18/4095, S. 105.

<sup>22</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Fn. 3), S.265.

<sup>23</sup> ポリクリニークの語義は、“Krankenhaus oder einem Krankenhaus oder einer Klinik angeschlossene Abteilung für meist ambulante Behandlung“ (DUDEN ウェブサイト <<http://www.duden.de/rechtschreibung/Poliklinik>>) とされており、この後段に着目して和訳するとすれば、「病院附属外来診療所」や「病院附属外来総合診療所」と名付けることもできる。しかし、わが国では「ポリクリニーク」の語をもって語られることが通例であるようであるから、本稿でも「ポリクリニーク」の語を使用する。

<sup>24</sup> Quaas, M. in: Quaas, M/ Zuck, R./ Clemens, T., Medizinrecht, 3. Aufl.,2014, §17 Rn. 2.

<sup>25</sup> アンブラトリウムの語義は、“Einrichtung zur ambulanten Behandlung“ (DUDEN ウェブサイト <<http://www.duden.de/rechtschreibung/Ambulatorium>>) とされており、和訳するとすれば、「外来診療施設」ということもできる。しかし、注 23 で記したとおり、本稿ではポリクリニークにつき特段の和訳語を用いないことに合わせて、当該施設形態についても和訳語を作成せず、「アンブラトリウム」の語を使用する。

科)を有するアンブラトリウム 1023 施設が置かれていた。さらに、公立の診療所 (staatliche Arztpraxen) 1635 施設、歯科診療所 (staatliche Zahnarztpraxen) 1401 施設が郡ポリクリニクの下に配置されていた<sup>26</sup>。つまり、大きなポリクリニクの診療施設は、1か所の敷地建物の中に開設しているのではなく、多くのアンブラトリウムが一つのポリクリニク組織に統合される形態になっていたのである<sup>27</sup>。

ドイツ再統一後、旧東ドイツ地域には、旧西ドイツと同様、開業医による外来診療制が導入されることとなり、ポリクリニクやアンブラトリウムは、1995年10月31日までに限り、契約医診療に参加する許可を付与されることとなった。その後、この期限は廃止されたものの、ほとんどのポリクリニクやアンブラトリウムは閉鎖されるに至った。ただし、ブランデンブルク州では州政府の支援を受けていくつかのポリクリニクが存続した<sup>28</sup>。この間に、ポリクリニクの経営改革が図られるとともに、「外来保健センター」(Gesundheitszentren)の名称が用いられるようになったようである<sup>29 30</sup>。

現在、社会法典第 5 編には、ポリクリニクやアンブラトリウムに契約医診療への参加を許可する旨の規定 (311 条 2 項 1 文) や、外来診療センターに係る条項を準用する旨の規定が置かれている (同項 2 文)。

---

<sup>26</sup> 東ドイツにおけるポリクリニクについての概略につき、Knieps, F./Reiners, H., Gesundheitsreformen in Deutschland Geschichte – Intentionen – Kontroversen, 1. Aufl., 2105, S. 90-94 参照。

<sup>27</sup> Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V., Gesundheitszentren, <<http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/gesundheitszentren/#p1>>.

<sup>28</sup> ドイツ統一後のポリクリニクの取扱いの経過につき、Knieps/Reiners (Fn. 26), S. 99f, 256f 参照。

<sup>29</sup> Knieps/Reiners (Fn. 26), S. 257 参照。Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V., Gesundheitszentren,

<<http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/gesundheitszentren/#p1>> によると、1990年代初め、住民の間にドイツ民主共和国の響きのある語に拒否感が強かったことから、マーケティング戦略として“Gesundheitszentren”という名称を選んだという。

<sup>30</sup> 「外来診療センター」の原語の“medizinische Versorgungszentren”の命名に当たっては、モデルとなった“Gesundheitszentren”の名称を受け継ぐことに対して強く反対したキリスト教民主同盟 (CDU) の連邦議会議員がいたために、同党の同僚議員や連邦保健省などがアメリカの“medical center”の語に倣い、“medizinische Versorgungszentren”と名付けたようである (Knieps/Reiners (Fn. 26), S. 262)。

### 3. 外来診療センターの普及状況<sup>31</sup>

外来診療センターは、制度創設 1 年後の 2004 年末には 70 施設が開設されていたが、その後、開設数は順調に伸び続けており、2015 年末現在には 2,156 施設に至っている。そのうち、病院が開設したものと契約医が開設したものがそれぞれ 910 施設で約 4 割、併せて 8 割以上を占める。外来診療センターで医業を行う医師も増え続けており、勤務医では 2004 年末の 107 人が 2015 年末には 1 万 2,976 人になっている。契約医でも 2004 年末の 144 人が 2015 年末に 1,341 人になっているが、近年では微減傾向にある。1 施設当たりの医師数は、2004 年末では全体平均 3.6 人であったが、2015 年末には全体平均 6.6 人（病院開設のセンターでは 7.6 人）となり、施設規模が拡大している。

また、2015 年末現在、外来診療センターで医業を行う医師の診療科別の数では、家庭医（2,016 人）、内科医（1,727 人）、外科医（1,108 人）、婦人科医（981 人）、整形外科医（848 人）、放射線科医（799 人）、神経精神科（780 人）の順で多くなっている。開設地を見ると、中核的な都市（Kernstadt）が 1,005 施設（46.6%）、地方の市町村（Ländliche Gemeinden）が 304 施設（14.1%）、中規模の街（Ober-/Mittelzentrum）が 847 施設（39.3%）である。州別でみると、バイエルン州 411 施設、ニーダーザクセン州 215 施設、ヘッセン州 176 施設などとなっている。

### 4. 外来診療センターの実例 — ニーダーラオジッツ外来保健センター —

外来診療センターの実例として、ブランデンブルク州ニーダーラオジッツのニーダーラオジッツ外来保健センター（Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH）を紹介する<sup>32</sup>。

#### （1）立地

ニーダーラオジッツ外来保健センターは、ブランデンブルク州南部のオーバーシュプレ

<sup>31</sup> 外来診療センターに関するデータについては、Kassenärztliche Bundesvereinigung, Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren, 2016; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015, 2016 に依拠した。

<sup>32</sup> ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設のデータなどにつき、主に、同センターウェブサイト<<https://www.gznl.de/>>（最終アクセス日：2017 年 4 月 10 日）に依拠した。

ーヴァルト＝ラオジッツ郡 (Landkreis Oberspreewald-Lausitz) とエルベ＝エルスター郡 (Landkreis Elbe-Elster) の東部に傘下の診療施設を開設している。診療圏は、概ね南北 50 km、東西 40 kmほどの地域である (図「ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設の立地」参照)。2015 年 12 月 31 日現在、両郡の人口はそれぞれ 11 万 2,450 人、10 万 4,673 人<sup>33</sup>、人口密度はそれぞれ 1 平方キロメートル当たり 92 人、55 人<sup>34</sup>であり、過疎地域であるとみてよいであろう。

図 ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設の立地



(出典) ニーダーラオジッツ外来保健センターの掲示板

<sup>33</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerung im Land Brandenburg 2015, jährlich, S. 6.

<sup>34</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerungsentwicklung und Flächen der kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden im Land Brandenburg 2015, jährlich, S. 7.



## (2) 沿革

同センターは、1992年に4つのポリクリニークが合併してできた施設である。1992年から2010年まではキリスト教系の福祉団体が経営していたが、2010年からは病院を経営する法人（ニーダーラオジッツ総合病院有限会社。Klinikum Niederlausitz GmbH）の100%子会社になっている。1992年当時は、約30人の医師が診療に従事していたが、その後減少し、経営譲渡時の2010年には14人となっていた。その後、増加に転じ、2016年3月現在で21人の医師が雇用されているという<sup>35</sup>。

## (3) 診療施設と診療科の配置

同センターの診療施設は、10か所あり「診療所」(Praxen)と称している。最も規模が大きな診療所には6つの診療科が置かれ、8人の医師が従事している。規模が小さな診療所は、家庭医（一般医）や眼科、神経科の単科診療所であり、1人ないし2人の医師が勤務している。同センター全体で10診療科を備えている。（表「ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療拠点と診療科・医師数」参照）。ただし、各診療所への勤務医の配置は、自由にできるわけではない。外来診療センターの勤務医にも、契約医の開業と同様、需要計画と許可制限が適用され、外来診療センターの診療施設の開設地は当該勤務医に認められる許可区域に限られるからである（95条2項7文ないし9文、同条3項）。

## (4) 診療施設の内部構造

診療施設の1例として、同センターの中で最大規模のシュバルツハイデ(Schwarzheide)診療所を紹介する。

同診療所は3階建ての建物に置かれており（写真1「ニーダーラオジッツ外来保健センター・シュバルツハイデ診療所の外観」参照）、診療科が各階に配置されている（写真2「シ

---

<sup>35</sup> 同センターの沿革については、ニーダーラオジッツ外来保健センター有限会社業務執行責任者（Geschäftsführer Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH）Uwe Böttcher氏からの聴取による。聴取は、2017年3月7日に行われた。なお、聴取内容の中には同センターウェブサイト掲載のデータと異なるものがあるが、(2)には聴取内容をそのまま記載した。

ュバルツハイデ診療所の診療科案内板」参照)。各診療科の区画は独立しており、それぞれの入口に扉が設置されている（写真 3「シュバルツハイデ診療所の建物内部の区画」、写真 4「シュバルツハイデ診療所外科入口」）。

診療科には、それぞれ、診察室のほか、固有の受付と待合室などが設けられている（写真 5「シュバルツハイデ診療所小児科の受付」、写真 6「シュバルツハイデ診療所小児科の待合室」、写真 7「シュバルツハイデ診療所小児科の診察室」）。すべての診療科に共通の受付を置かず、それぞれの診療科ごとに受付を設けている理由は、検査予約の取り方などが異なるためである<sup>36</sup>。

表 ニーダーラオジッツ外来保健センターの診療施設と診療科・医師数

診療所所在地	一般医	内科	小児科	産科	外科	皮膚科	眼科	神経科	精神科	精神療法科	総数
Calau				1				1	1		3
Senftenberg								1			1
Schiphkau				1						1	2
Schwarzheide	1	1(**)	2		2(*)	1		1			8
Ortrand	1										1
Lauchhammer-Ost	1			2	2(*)						5
Lauchhammer-Süd	1										1
Lauchhammer-Mitte	2										2
Tettau	1										1
Elsterwerda							1				1
合計	7	1	2	4	3(*)	1	1	3	1	1	23

(\*) 外科医 1 名は、Schwarzheide と Lauchhammer-Ost の 2 か所で診療に従事している。

(\*\*)内科医は、消化器内科専門医である。

(出典) ニーダーラオジッツ外来保健センターホームページに基づき筆者作成。

<sup>36</sup> 同センター職員の Manuela Scherer 氏、Franziska Stürze 氏からの聴取による。聴取は、2017 年 3 月 9 日に行われた。

写真1 ニーダーラオジッツ外来保健センター・シュバルツハイデ診療所の外観



写真2 シュバルツハイデ診療所の診療科案内板

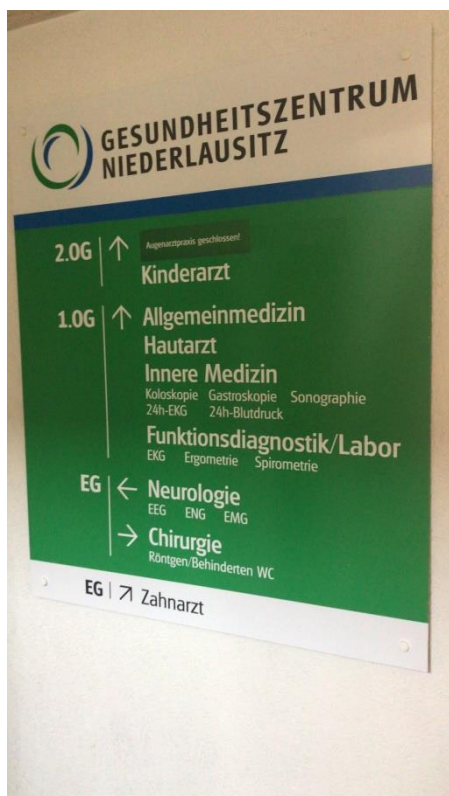


写真3 シュバルツハイデ診療所の建物内部の区画



写真4 シュバルツハイデ診療所外科入口 写真5 シュバルツハイデ診療所小児科の受付





写真6 シュバルツハイデ診療所小児科の待合室



写真7 シュバルツハイデ診療所小児科の診察室



## (6) 外来診療センターのメリットと課題

同センターでは、外来診療センターの診療形態を採用するメリットとして、第 1 に、医師が開業・経営リスクを負うことがないこと、第 2 に、医療機器を自ら購入する必要がないこと、第 3 に、従業員の人事管理を経営主体に委ねることができること、第 4 に、診療報酬請求事務も自ら行わなくともよいことを挙げている<sup>37</sup>。他方、地方圏にあるため、医師の確保が容易ではないことが大きな課題になっている。特に、小児科医や眼科医の確保が難しいという<sup>38</sup>。

## 5. おわりに — プライマリケアにおける機能とわが国への示唆

### (1) プライマリケアと外来診療センター

わが国においてもドイツにおいても、良質なプライマリケアに地域住民が容易にアクセスできるよう、医療提供体制を適切に整備することは重要な課題である。この課題に対して、ドイツでは、プライマリケアを担当する家庭医やその他の診療科の契約医を養成する教育研修・資格制度が確立されており、さらに、家庭医などの契約医を一定の地域ごとに配置していく規制も公的医療保険の中に設けられている<sup>39</sup>。法制度のあり方としては、大きなアドバンテージがあるように見える。

しかし、医師を適正に配置するという課題に対して、これらの制度は必ずしも機能していない。特に、家庭医の偏在は深刻な状況にあり、地方圏ではその不足が顕著である。こうした問題に対し、ドイツは、開業医の業務のあり方の改善やワークライフバランスへの配慮、診療報酬による経済的インセンティブの付与、診療補助者の利用など、多様な対応をとってきている<sup>40</sup>。外来診療センターにも、こうした地方圏の家庭医不足に対処する役割がある。地方公共団体による開設も認められており、地方公共団体が主導して地域のプライマリケア体制の整備を図っていく手段として利用することも期待できる。

---

<sup>37</sup> Manuela Scherer 氏、Franziska Stürze 氏からの聴取による。

<sup>38</sup> Uwe Böttcher 氏からの聴取による。

<sup>39</sup> 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 7 頁参照。

<sup>40</sup> 田中・前掲（注 39）7 頁ないし 10 頁参照。

また、若手医師を地域のプライマリケアに誘う方策としても、外来診療センターは有効である。個人で開業する場合は、自ら診療所施設を確保し事務職員などを雇用するとともに、一定の設備を購入する必要がある。ドイツの家庭医診療所は日本ほど重装備ではないとはいえ<sup>41</sup>、開業によって医師は相当の経営リスクを負うことになる。一方、外来診療センターで勤務する場合、投資・資金計画、労務管理、会計処理などの事務負担を開設主体に任せられることができるため、医業に専念できる点で若手医師にとって相当程度魅力的であると考えられる。こうしたことは、高齢となり診療所経営が重荷になってきた医師にとっても大きなメリットであろう。

医療の質の確保の面でも、外来診療センターには有利な点がある。ドイツでは、医療の質の確保に関する法制度が整備されており、医師や医療機関に対して様々な対応を義務づけるようになってきている。例えば、診療施設内に医療の質の確保のためのマネジメントシステムを導入することや（135a 条 2 項）、検査や画像診断などの医療技術給付についての最低基準を遵守すること（136 条 1 項）などである。しかし、ソロプラクティスの開業医がリスクマネジメントや苦情処理マネジメントも含む医療の質マネジメントシステムを一から構築していくことは難しい。構造要件を満たすため、迅速に投資を行うことも簡単ではないであろう。他方、外来診療センターであれば、勤務医の間で役割分担もできるし、経営主体の事務職員の助力を得ることも可能である。設備投資によって新たな構造要件に対応していくことも比較的容易であると考えられる。

また、複数の疾患を抱える高齢患者が増えていく中で、異なる診療領域を専門とする医師が共同して診療しなければならないケースも珍しくない。外来診療センターでは、上掲の事例で見られたように、センター内での情報やクリティカルパスの共有、患者紹介を通じて包括的な協働が可能になっている。

以上のような診療サイドでの利点は、同時に患者や地域住民にとってのメリットにもなる。近隣でのプライマリケアへのアクセスが維持されるほか、前述のとおり、ワンストップで必要な診療科の医療を受けることができることも挙げられる。クリティカルパスに基づき、また、家庭医によってコーディネートされた一連の診療が提供され得るところも、良質な医療を受けることができる点で有益である。

---

<sup>41</sup> 田中伸至「ドイツの公的医療保険と家庭医」研究代表者松田晋哉『先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究総括報告書・総合報告書』（2016年）50頁、57頁参照。

## (2) わが国への示唆

わが国において現在、いわゆるかかりつけ医機能の導入が検討されているが、そこで想定されているのは、ソロプラクティスの開業医が中心であるといつてよいであろう。しかし、今後、地域単位での人口が急速に減少し、人口構成も大きく変化していくことが予想される中で、現時点での大小様々な医療機関や個々の診療科のそれぞれの診療圏がそのまま維持されていくとは考えにくい。このことは、医師が個人で開業する場合のリスクがこれまで以上に大きくなることを意味する。数千万の投資をして単科診療所を開設し、そこから離れられないような「一所懸命」の医業モデルでは、地域における人口減少と人口構成の変化に対応が難しくなるおそれがあるのである。

一方、振り返ってみればわが国でも、地方圏を中心に国民健康保険直営診療施設やいわゆる自治体病院がプライマリケアを担ってきた。経営責任と診療提供を分離して、医師は診療に専念し、経営リスクは開設主体が引き受ける施設形態を運用してきた経験は十分にあるといえることができる。もちろんそうした医療機関の多くが医師不足という困難を抱え、相当の苦労を重ねてきたことはいままでもない。が、地域の人口減少や少子高齢化、それらに伴う疾病罹患構造の変化に対処していくには、プライマリケアにおいて提供する診療科や診療領域のスペクトラムをシフトさせていくことが必要となる。この点で、勤務医による外来診療機関には一定のアドバンテージがあるといえることができる。わが国においても今後、ドイツの外来診療センターのような複数診療科を持つ勤務医モデルの診療所を整備していくことは有力な選択肢の一つになると評価してよいであろう。

ただし、留意しなければならないことが3つある。

第1は、外来診療施設内での連携である。ドイツの外来診療センターの事例で見られたように、患者情報の共有やクリティカルパスの作成・運用が求められる。患者にとっての利便性や医療の質の向上のためである。異なる診療科の医師や看護師との間のコミュニケーションを密にするマネジメントが不可欠となる。

第2は、病診連携である。ドイツの外来診療センターの開設者の約4割は病院である。ドイツでは、契約医診療と病院診療との制度上の厳格な分離の下、連携不足が長年の問題となってきたが、病院の傘下に外来診療センターが設立される形で病診連携を図る動きが広がっている。これとは反対に、わが国では、外来と入院の機能分化を進めていくことが重要な課題であると認識されているが、やはり、分化した機能を分担する医療機関の間で



の連携を確立していくことが不可欠である。

現在、病診連携を進める手法としては、病院がそれぞれ独自の登録医制度や連携医制度を設け、開業医との間での患者紹介・逆紹介を進めていく活動が中心になっている。有効な手法ではある。ただし、今後は、ドイツで見られるような病院・診療所同一経営主体の下での勤務医モデルの導入も検討していく必要がある。検討に当たっては、わが国でも散見される病院附属の地域診療センター<sup>42</sup>とドイツの外来診療センターを比較分析するのも有益ではないかと思われる。

第 3 は、常勤医の確保である。わが国とドイツでは、地理的条件に大きな違いがある。ドイツは全般的に平坦な国土であり、地方圏といっても州都までの地理的・時間的距離はさほど大きくない。本稿で紹介したニーダーラオジッツ外来保健センターも過疎地に立地しているとはいえ、自動車で首都ベルリンから 70 分、ザクセン州の州都ドレーズデンから 35 分の距離にある<sup>43</sup>。これに対し、わが国の地方部の中には大都市や県庁所在地から相当の時間がかかる場所も稀ではない。そうした地域において定住し常勤で働く医師を確保することが難しい事情は、外来診療センターのようなモデルを導入したところで大きく変わるものではない。人事や福利厚生、研修の機会などの面ではわが国の事情に応じた検討が必要であると考えられる。

〔注記〕

本項は、外来診療センターをテーマとしているが、その前提となる外来診療（契約医診療）の枠組みや診療報酬制度などについては紙数の制約上、説明を省略した。それらについては、次の参考文献を参照されたい。

（参考文献）

加藤智章編『世界の診療報酬』（法律文化社、2016 年）第 2 章 ドイツ（田中伸至執筆部分）  
田中伸至「ドイツの公的医療保険と家庭医」研究代表者松田晋哉『先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究総括報告書・総合報告書』（2016 年）44 頁ないし 59 頁

<sup>42</sup> 岩手県の事例につき、注 1 参照。

<sup>43</sup> ニーダーラオジッツ外来保健センターウェブサイト

<<https://www.gznl.de/für-professionals-1/aktuelle-stellenangebote/>>参照。

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)