

ドイツ-1-2

論考：かかりつけ医診療所

新田國夫、吉田恵子、森井大一



写真1 ビュルガー医師夫妻

ドイツの診療所の職種

ベルリン郊外の住宅地で共同診療所を開いているビュルガー医師夫婦(写真1)を訪問した。クリスティアーネ医師(妻)はかかりつけ医(Hausarzt)、ペーター医師(夫)は麻酔科医・かかりつけ医であり2人でかかりつけ医機能の医療を提供されている。この診療所は、クラシックなタイプ、つまり家庭中心医療供給¹に参加していない診療所である。日本の診療所との比較で特徴的な点として、ドイツの診療所には看護師がないことが上げられる。この診療所でも、2人の医師の他スタッフは医療専門職(Medizinische Fachangestellte)が2人いるのみである。医療専門職は、職業訓練校で3年間の専門教育を受けて得られる資格で、診療所での事務作業に加えて医師の責任の下、注射や各種の検査を単独で行うことが

¹ 医師自由選択制のドイツにおいて家庭医中心医療に参加を決めた患者は、かかりつけ医を選び契約期間中は原則選んだかかりつけ医を受診する。それ以外の専門医へはかかりつけ医が必要に応じ転送する。家庭医中心医療に参加するかどうかは、かかりつけ医、患者とも任意である。

できる。この点でドイツの（または日本の）看護師と大きく変わらない。教育期間が3年というのもドイツでの看護師と同じである。3年間の教育のうち、事務作業に関連した経営や法律等を学ぶ分、医学的理論を学ぶ時間は短くなり、また病院で研修をしないため、患者と直接接する実務の経験が欠けることになる。追加教育を受ければ、医師から権限の移譲を受けて単独で往診に行くことや²³、褥瘡の処置等を行うこともできる⁴。ただし、医療専門職は病院では、看護師と同様の職務内容を担うことは通常はない。この点では、日本の准看護師とも違うといえる。ドイツの医療専門職が病院で働く場合は、各種検査、記録、又はコーディネーション的職務を担うことが多いとされる。

ドイツの診療所で提供される診療内容

この診療所の患者の年齢は10歳から91歳までとのことで幅広いが、10歳未満は小児科で診察されることになるという。診療内容としては問診、血液検査の検体採取、心電図、肺機能検査、簡単な外科的処置、刺激電気療法等であった。この診療所では、ペーター医師が麻酔科医であるため、整形外科領域の疼痛治療も行われている。目で見ても明らかな日本との違いは単純写真撮影機が設置されていないことだ。単純写真が必要になれば、かかりつけ医（Hausarzt）は放射線科診療所に患者を送る。患者は放射線科診療所で単純写真を撮像し、その写真と読影結果を受け取り、後日、かかりつけ医を再受診する。日本の診療所であれば単純写真以外にも血液検査その他が1つの診療所で完結することが多く、日本の診療所の担う医療機能の方がドイツよりも自己完結的であると言える。

クリスティアーネ医師は当初より総合医であるが、ペーター医師の元々の専門は麻酔科であった。そのため、ペーター医師は2年間、総合医としての専門教育を受け、試験に合格し、かかりつけ医として開業するに至ったとのことであった。このことは、診療科の標ぼうや診療内容についても一定の要件があることを示している。逆に、純粋な総合医であるクリスティアーネ医師が疼痛治療を行うこともあるようだ。ただし、それには一定の歯止めがあるようで、ヒアリングでは、総合医であるクリスティアーネ医師は処方・輸液を含む疼痛治療までを行うものの、注射はしないと答えている。ここで言う注射は神経ブロック注射のような疼痛治療の専門性の高い手技を指しているものと考えられる。また、ペーター医師およびクリスティアーネ医師は、終末期医療（Palliativversorgung）も提供しているとのことであった。Hausarztが一般的な外来緩和医療について診療報酬請求するためには、40時間

² <https://www.verah.de/>

³ <https://www.medi-karriere.de/medizinische-berufe/medizinische-fachangestellte/>

⁴ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-

Ordner/MFA/Muster-FB-Curr_MedFachangest_AssistenzWundmanagement_Stand_2020-1._Auflage.pdf

の研修を受け追加的な資格を得ることが要件となる⁵。

需要計画の実際的意味

また、ドイツにおいては保険医協会でのセッションでも説明されている通り、外来医療の提供者は診療科ごとに需要計画という名の計画配置制がとられている。つまり、医師は自由に開業することができない。診療科ごとに医師1人当たりの人口とエリアが定められているところ、かかりつけ医療もまた診療科の1つと位置付けられている。かかりつけ医1人当たりの人口基準は、社会状況に応じてこれまでも変更されてきたが、現在は1607人である。この基準を元に年齢や特定の疾病の有病率によってより細かな調整が行われている⁶。ビュルガー医師夫妻の診療所も2人の医師として登録されている。この制度の、(少なくとも)第一義的趣旨は、地域における医師の過剰供給を防ぐ点にある。しかし、ある地域で開業できなければ、開業を望む医師は他の地域で開業するしかなくなる。そのため、需要計画の反射的效果として開業医の均等な配置(悉皆性確保)が期待されているともいえる。過剰供給防止と悉皆性確保は同じコインの表裏の関係にあるからだ。

当然ながら、日本でも医師の全体数は、医学部の定員数と医師国家試験の合格者数で実質的に国が管理している。しかし、日本の場合は原則的にそれだけだ。ドイツの需要計画は、全体数のコントロールに加えて、外来診療科、エリア、人口単位によっても参入障壁が設けられており、より細かい統制が行われている。需要計画の詳細については連邦及びブランデンブルク州の保険医協会の報告に譲るが、需要計画のような医師配置に関する細かい統制は、医療提供が国家的に整備されてきたことを反映しているものと思われる。これは、親子承継を基礎として、家業としての医療提供を側面的に行政が支援するという形で整備・発展してきた日本の実態と根本的に異なる点である。ドイツにおいては、医師の開業権(本稿では、「診療所を運営し、そこで業として医師として医療を提供する権利」という意味で「開業権」という。)は、いわば社会から一身専属的に貸与された権利にすぎない。つまり、代替わりするときに、子たる医師が新たに同じ場所で開業することは保証されていないのである。このような制度の下では、そもそも医業を家業として想定することができない。開業権は診療科ごとに統制されているため、親子承継をしようとすると、エリアのみならず診療科も同じにする必要がある。その上で、たまたま開業権が得られれば開業することができる。不動産や職員との雇用関係上の地位を引き継ぐことになれば、その実態を「承継」と言えなくもないが、制度上は新規の開業に過ぎない。実際に、ビュルガー医師夫妻のヒアリングでも、ドイツでの医業の親子承継は一般的ではないと証言された。

⁵ 専門的な外来緩和医療はさらに長期の専門教育を経て認められるもので、Hausarztが実施する一般的な緩和医療とは別の医療内容となる。

⁶ 詳細は連邦保険医協会及びブランデンブルク州保険医協会のセッションを参照のこと。

親子承継が一般的ではないドイツの開業医は、引退する時に保険医協会を通じて後継者を公募するのが通例である。そして、新たに開業権を取得した後継の医師は、患者情報、建物、設備を買う（又は借りる）。ここでいう患者情報は一種の暖簾代に相当する。これには多額の費用がかかるため、若い医師たちはこれを敬遠し、開業を躊躇しがちになる。また、人気エリアではほぼ常に開業医が飽和しているため、多くの場合、都市部での開業は実質的に困難となる⁷。そのため、都市部での生活を優先すれば、周辺地域で開業するか、開業ではなく勤務医を選択するということになる。これらの理由から、田舎を中心にかかりつけ医の新規参入は進まず、かかりつけ医の高齢化が進んでいる。そして、その帰結として、かかりつけ医の全体数も減少しており、今後も減少し続ける見込みとなっている^{8,9}。

ビュルガー医師夫妻のインタビューでは、このようなかかりつけ医不足により、近い将来、かかりつけ医にすぐにアクセスできない住人が出てくることを心配する旨の発言があった。もっとも、少なくとも現時点では、ドイツのかかりつけ医配置はかなりうまくいっている。連邦保険医協会の資料によれば、90%の国民にとって車¹⁰で9.2分以内の距離にかかりつけ医の診療所がある¹¹。これは、今回の訪問調査で訪れたイギリス、フランスといういずれもかかりつけ医への登録を義務化している国において、かかりつけ医・総合医へのアクセスの悪さが重大な社会問題として認識されていることとは対照的である。かかりつけ医（Hausarzt）の全体数が減少しているにも関わらず、ドイツで良好にかかりつけ医へのアクセスが確保されているのは、需要計画によって、過度な偏在が防止されたためとみることができる。

このように、需要計画には、かかりつけ医のユニバーサルな確保について、全体の新規参入者を減少させる作用（総数減少作用）と、現存の人的資源を効率的に配置するという作用（配分作用）の2つの側面がある。外来医療の悉皆制確保はこの2つの対立する作用のバランスによってその成否が決する。

そして、両者のバランスには種々の要因が複雑に影響する。例えば、他の診療分野・診療

⁷ どうしても人気エリアで開業したい場合は、待機することになる。

⁸ <https://www.mdpi.com/2673-5172/4/3/56>

⁹ https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

¹⁰ 連邦保険医協会で示された資料には徒歩か車かといった交通手段は示されていないが、需要計画の策定のためにドイツ連邦合同委員会（Gemeinsame Bundesausschuss：GBA）が実施した調査では、「人口の99%は、車で15分以内に最寄りのかかりつけ医に行けると考えられる。」との結果が示されている。そのため、連邦保険医協会でのデータも車での時間的距離を示しているものと考えられる。

<https://www.aerztezeitung.de/Politik/In-maximal-15-Minuten-zum-Hausarzt-227824.html>

¹¹ 連邦保険医協会のセッションを参照のこと。

形態との比較の中で、かかりつけ医の仕事が相対的にどれくらい魅力的かは、明らかにこの新規参入者の総数に影響を与える。かかりつけ医の仕事が魅力的なものだと見なされれば見なされるほど希望者は増え、そこに需要計画の配分作用が加わることで悉皆性確保は進む。また、一般に都市部に比べて過疎地での開業は人気がない。当然ながら、それを補うための補助金政策がある。これらは需要計画の配分作用・総数減少作用を検討する以前の所与の条件である。

かかりつけ医という仕事の魅力や田舎の不人気及びその改善策は、需要計画の開業制限とは直接の関係がない。言い換えれば、これらの要素は需要計画以前の前提であり、かかりつけ医の遍し確保に重要であることは需要計画制度のない日本でも同じことだ。

では、需要計画のトータルの効果を決定づける制度特異的な要因とは何であろうか。それを抽象的・理論的に考えるうえで、上記に挙げた需要計画の2つの作用ごとに検討することが有用だ。そのうえで、確かに需要計画という制度の特徴は配分作用にあるといえる。しかし、配分作用は制度そのものの帰結であって、作用の出方が社会状況に依存するということはない。配分作用がどの地域にどのくらい及ぶかは、純粋に人口基準とエリアの区割りに依存する問題だ。つまり、需要計画の「計画」たるゆえんは、配分作用にある。

むしろ、需要計画という制度のトータルの効果を実質的に左右するのは、総数減少作用如何である。その前提として、需要計画という制度によって、開業そのものの初期投資について、相続による回避が多くの場合不可となるという点が重要だ。初期投資は、不動産価格や賃料、人材確保、医療機器の導入等多岐にわたり、その時々¹²の社会的事情にかなり影響を受ける。そして、初期投資のリスク的意義をどのように評価するのかは、開業後の経営的見通しによっても変わる。経済的リスク分散作用のあるグループ・プラクティス（共同診療所）の一般化¹²や立地条件はこのような見通しに当然影響する。また、開業可能な地域が遠隔地になりがちであるという要素の総数減少作用への影響も、時代ごとの社会情勢、生活観、仕事観、生き方観を強く反映する。ふるさとへの執着は、時代や世代によって変わりうる。需要計画の総数減少作用の出方は、このような種々の要因に応じてある程度振れ幅がある。そのため、配分作用と総数減少作用のバランスは、実質的には総数減少作用の出方で決まる。以上を図式化すると下図のようになる。

¹² 連邦保険医協会のセッションを参照のこと。

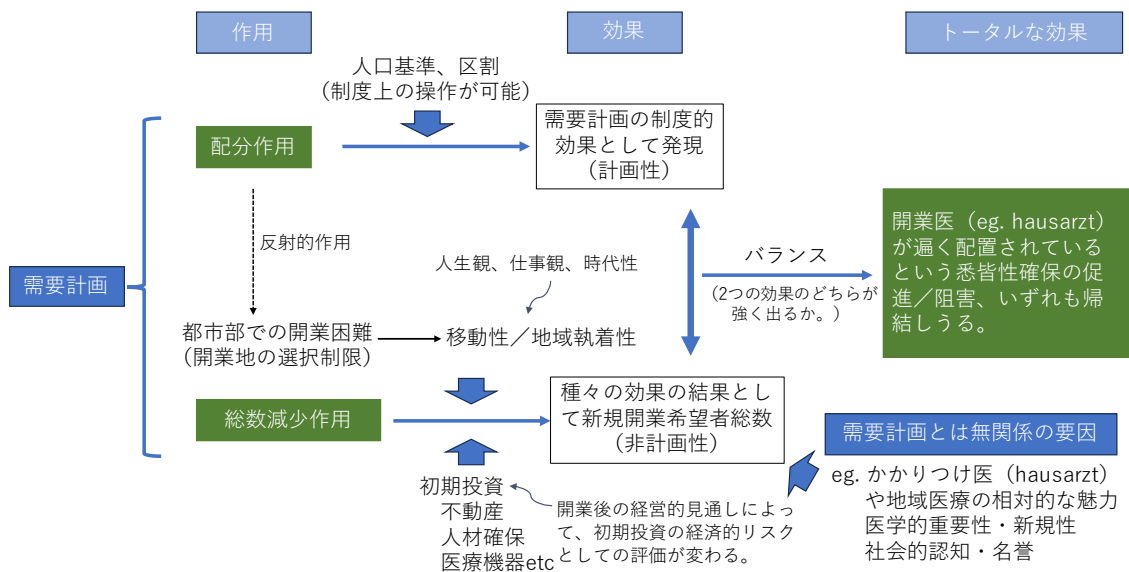


図 需要計画の作用、効果、トータルな効果とそれに影響する要因

それがゆえに、需要計画という同じ制度の下であっても、現在の充足が、将来の充足を約束しない。需要計画の区割りや人口基準が適宜変更されるのは、総数減少作用の出方が「計画」できないものであることを示している。現在、かなりうまくいっているように見えるドイツのかかりつけ医配置にも関わらず、ビュルガー医師夫妻が近い将来のかかりつけ医不足と、それによる住人のアクセス不良を心配した背景には、このような事情があると考えられる。

また、日本における需要計画の導入を検討する場合にも、このビュルガー医師夫妻の心配は、非常に重要である。なぜなら、需要計画の本質が配分作用にのみあるのではなく総数への影響と密接に関連していることを示しているからだ。OECD データによれば人口 1000 人当たりの医師数は、日本の 2.6 人に対して、ドイツは 4.5 人である¹³。このような人的インフラの違いを無視して、需要計画の「計画」の部分だけを見て、「計画できない」要素を無視することになれば、医療提供体制に重大な混乱をもたらすことになるだろう。

ドイツの実地医家からみたコロナ対応

また、ビュルガー医師夫妻は、実地医家としてのコロナ体験についても具体的に証言された。ここでは、夫妻のコロナ体験を通して、地域に根を張る医療者としての感染症危機への対峙のあり方を考察したい。

¹³ <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

ビュルガー医師夫妻の診療所では、コロナ初期から患者の診察を行ったという。マスク等のPPEがない中でも窓から患者の咽頭の視診をしたり、診療所の庭にテントを張ったりと、実地医家らしい創意工夫で乗り切ったとのことである。もちろん、電話等の非対面型診療を以前よりも積極的に取り入れ、完全に予約制として急患受入れの時間はなくし、コロナ疑いの有無で診察場所と診察時間を分けるなどの時間的・場所的ゾーニングを行った上でのことである。ヒアリングでは、このような手探りの工夫をしながらでも、コロナ診療にかかりつけ医として積極的に従事されたことが分かる。しかし、重要なのは、それがドイツのかかりつけ医としてはむしろ標準的な姿であったらしいという点だ。ドイツでは、コロナ診療の95%が開業医によって行われ、病院に患者が殺到することを防ぐ防護壁 (Schutzwall) の役割を果たしたとのことである¹⁴。ドイツの他のセッションでもほぼ一様に、かかりつけ医がかなり積極的にコロナ診療に従事したことが証言されている。

このように国単位で見れば例外的とも言えそうなドイツのかかりつけ医らの積極的なかわりは、どのような背景によってもたらされたものだったか。ビュルガー医師夫妻がそのヒントを示してくれている。コロナ当初の状況について質問された際に、妻のクリスティアーネ医師が真っ先に強調したことは、「患者との絆」であった。夫妻はかの地で30年に渡り診療所を構え、大人から子供まで診察してきたかかりつけ医である。コロナという未知の事態に皆が不安になる中、患者が症状を訴え、診察を求める以上、それを断ることはあり得ない選択であったのだろう。

もちろん、ドイツにおいても、このような「絆」を側面から支える行政の役割があったことは言い添える必要がある。経済的には、所得補償とコロナ診療へのインセンティブがあった¹⁵。まず、感染症予防法56条¹⁶に基づき感染やその疑いによって休業・退職を余儀なくされた自営業者・被用者への所得補償制度があった。同法31条¹⁷は行政が感染者および感染が疑われる者、あるいは感染させる疑いのある者に対して、医師であっても就業制限できることを保証している。これらにより、自営業者である開業医には、申請により前年の所得に基づいた額が、職員には手取り給与額が補償された。さらに「COVID-19 病院負担軽減法」により、病院への空床補償だけでなく、診療所の閉鎖回避のために患者の受診控えによる減

¹⁴ 連邦及びベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のセッションを参照のこと。また、連邦保険医協会の報告書 (https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Versorgung_Corona_Pandemie_Zahlen_Fakten.pdf) にも同様の表現が見える。

¹⁵ 吉田恵子 ドイツの対 COVID-19 戦略 外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか 文化連情報 2023年8月 No. 545:42-45

¹⁶ https://www.buzer.de/56_IfSG.htm

¹⁷ https://www.buzer.de/31_IfSG.htm

収も補償された。

これらに加えて、より直接的にコロナ診療へのインセンティブになったと考えられるのが、コロナ診療に特化した診療報酬である。これにはPCR検査等が含まれる。平時におけるドイツのHausarztの基本的な報酬体系は、四半期に一度（受診した）患者1人当たり定額を支払う包括払いである。その上、過剰診療を防ぐ目的で、各開業医への公的医療保険からの支払いには上限もある（予算制）。しかし、コロナ診療に対しては、連邦保険医協会が保険者と交渉した結果、2020年2月1日から額包括支払い及び各医師への予算の枠外での報酬が支払われることになった。

経済的な支援と合わせて、応召義務も明確であった¹⁸。ドイツの開業医は、公的医療保険と契約する限り、被保険者の診療に応じることが義務づけられていた（いる）¹⁹。日本同様に応召義務の例外規定もあるが、コロナは拒否の理由には当たらないとされた²⁰。

ここから我々日本の医療者は何を学べるか。まずは、このようなかかりつけ医・総合医像こそ、新興感染症への有事対応を平時の延長線上の役割として包含しようとする、これからの日本の「かかりつけ医機能」の目指すべきあり様というべきではないだろうか。そして、何よりその基礎となっている「絆」が、イギリスやフランスのようなかかりつけ医登録制の中からではなく、自由に医師を選択できるドイツにおいて実現し、有事にも機能したという事実は重い。そもそも絆を制度が強制することはできない。医師患者関係も、法によって義務化され、行政的に処理されるのは一種の墮落だ。そのような形式的な「つながり」が、いざというときには役に立たないものあることを、我々は特にイギリスとドイツの比較の中で学ぶことができるのではないか。

¹⁸ 吉田恵子 ドイツの対 COVID-19 戦略 外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか 文化連情報 2023年8月 No. 545:42-45

¹⁹ ドイツには公法上の義務として医師に応召義務を課す法律はない。私法上の義務として、契約に基づいた診療義務が生じるが、診療契約自由の原則があるため契約自体は義務ではない。また、緊急時の不作為について、刑法上の責任が問われることがあるが、これは日本でも法的作為義務があり、作為が可能かつ容易であれば不作為も犯罪の実行行為となることと異ならない。ドイツの応召義務を考える上で最も重要なのは、Vertragsarztと呼ばれる公的保険との契約医師だ。国民の9割が公的保険の下で医療を受けることを考えれば、公的保険の保険医となることはほとんどの医師にとって必須である。この保険医である限り、保険加入者に対する応召義務が生じる。つまり、ドイツにおける応召義務は、保険医としての私法的義務であるといえる（<https://www.aerzteblatt.de/archiv/203493/Dienstvertrag-Behandlungspflicht-des-Arztes>）。これに対して、日本の医師法19条が定める応召義務は公法上の義務であることが行政通知でも確認されている（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000581246.pdf>）。

²⁰ https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Kommunikation/kvticker/210528_kvticker-woechentlicher-Newsticker-der-KV-Thueringen_KW21.pdf

とはいえ、ドイツにも混乱はあった。ビュルガー医師夫妻も、「最初はどうしてよいか誰もわからない状態だった」と率直に述べている。そして、そのような混乱の要因として、マスクをはじめとする PPE の不足に言及された。このような事情はフランスでも同様の証言があった²¹。勿論日本も同様だ。国によって違うのは、その混乱からどのタイミングで立ち直ったかであり、また原因とされた PPE 問題が解消された後に、その混乱が速やかに収束したのかどうかである。このような「混乱」とその「回復」の記憶は、死亡者数等の客観的なデータでの検証とは別に、医療の前線に立った者の生の声（主観）として書きとどめる必要がある。そうすることで初めて、我々はこの経験から、社会としての、集団としての学びを得ることができる。今回訪問した 3 か国の生の声を総合すると、イギリスを除くドイツ及びフランスでは、概ね 2020 年春の第 1 波が終息した時点で、コロナを日常の診療の中に位置付けて対処するということがかなり広く覚悟されたことが窺われる。確かに、客観的には欧州はその後 2020 年晩秋から 2021 年春にかけて第 2 波を迎え、医療現場の状況はさらに過酷になったとも思える。しかし、医療者の（そしておそらく一般国民の）意識としては、第 2 波は覚悟の上での苦難であり、さらにこれを乗り越えた 2021 年夏以降は、この新しい脅威と社会との距離感がほぼ定められたようだ。その後もコロナに対する諸政策が講じられてはいるが、それらはこの距離感の微調整に過ぎない。

このように、少なくともドイツ・フランスのコロナ対応からの離脱（すなわち日常の回復）は、（日本との比較で言えば）かなり早い段階でのマインドセット・シフトが基礎となっているようだ。ある社会におけるマインドセットは個々人の主観の統合体であるが、それを制度が先導するのか又は後追いするのかという抽象論は各論としての本稿の守備範囲を逸脱する。しかし、ビュルガー医師夫妻の個別的コロナ体験を他のセッションと合わせて見ると、公的な制度以前に、地域に根を張る医療者の覚悟と、その覚悟へのローカルな信頼があるように思われる。

今回の訪問時にも、ビュルガー医師夫妻の診療所の中庭には、コロナ初期に設置されたテントがそのまま置かれており（写真 2）、診察を待つ患者が初夏の陽光を遮りながらその奥のベンチに腰かけていた。

²¹ ジルベール教授及び CMG France のセッションを参照のこと。



写真2 診療所の庭のテント