

2023年6月5日

アンケ・シュリーヴェン（Anke Schliwen）：医療供給構造確保部長

ローラント・イルツヘーファー（Roland Ilzhöfer）：専門委員会・情報管理運営部長（国際も担当）

<要約>

- 保険医協会は政府からの委託を受けて、外来診療の提供を担っており、需要計画に基づく医師配置にも規制権限を持っている。
- 外来開業医の充足率が低い地域では、保険医協会が金銭その他の優遇策をとる。
- 外来診療の報酬は予算制で、上限がある。
- ソロ・プラクティスが多いが、若い年代の医師は単独開業を好まず、近年は連携型が増えている。
- 外来開業しながら、勤務医として働くことも可能。
- 病院医療と外来医療は厳格に分かれており、病院が外来診療を行うことはない。
- 連邦保険医協会はワクチン接種は開業医の仕事であると主張し、薬局での接種には反対した。

（シュリーヴェン）皆様の質問を拝見し、基本的な質問に対しスライドを用意した。質問があればいつでもどうぞ。私は連邦保険医協会（Kassenärztliche Bundesvereinigung、KBV）の中核的な役割である医療供給確保部の部長をしている。1931年から私たちは外来医療のアクセスを確保するよう国から委託を受けている。契約に基づき疾病金庫<sup>1</sup>から一定の予算を受け取っており、それに対し外来医療を確実に提供している。この予算を、各保険医協会（KV）が医師に分配している。最低限の医療アクセスを保証するための基準を作成しており、これは需要計画ガイドラインによって規則化されている。このガイドラインは1993年以来30年間存在する。作成するのは共同連邦委員会だ。共同連邦委員会には、疾病金庫、病院、患者、州、開業医の代表が参加し、どの種類の医師が何人どのように分散されるべきかという最低限の要件を交渉している。

（E）それは人口当りの医師の配置数ということか。

（シュリーヴェン）本質的にはそうだ。それについては後からお話する。ガイドラインは2012年と2019年に変更があった。そこで体系の大幅な変更が行われた。計画単位であるエリアが縮小され、診療科区分が細かく分けられ、地域の疾病状況を考慮するようになった。私たちは医学部の学生数を増やすよう要請することはできないし、専門医教育に関しても決めることができない。要するに、どの種類の医師が何人になるかということに影響を与えられない。私たちが行っているのは、教育を受けた医師を需要計画によって配置することだ。例えば Hausarzt（かかりつけ医）<sup>2</sup>を増やすべき、ということになれば、随分前の時点から計画しないとイケないが、私たちはそれを行うことができない。そこがこの役割の限界だ。全体としての仕組みをお話する。需要計画には、医師の視点から3つの目的がある。1つ目は予算を守り、特定の額の予算を医師に分配することだ。医師の数は決まっておらず、人数が増えるほど1人当たりの金額は減るので、

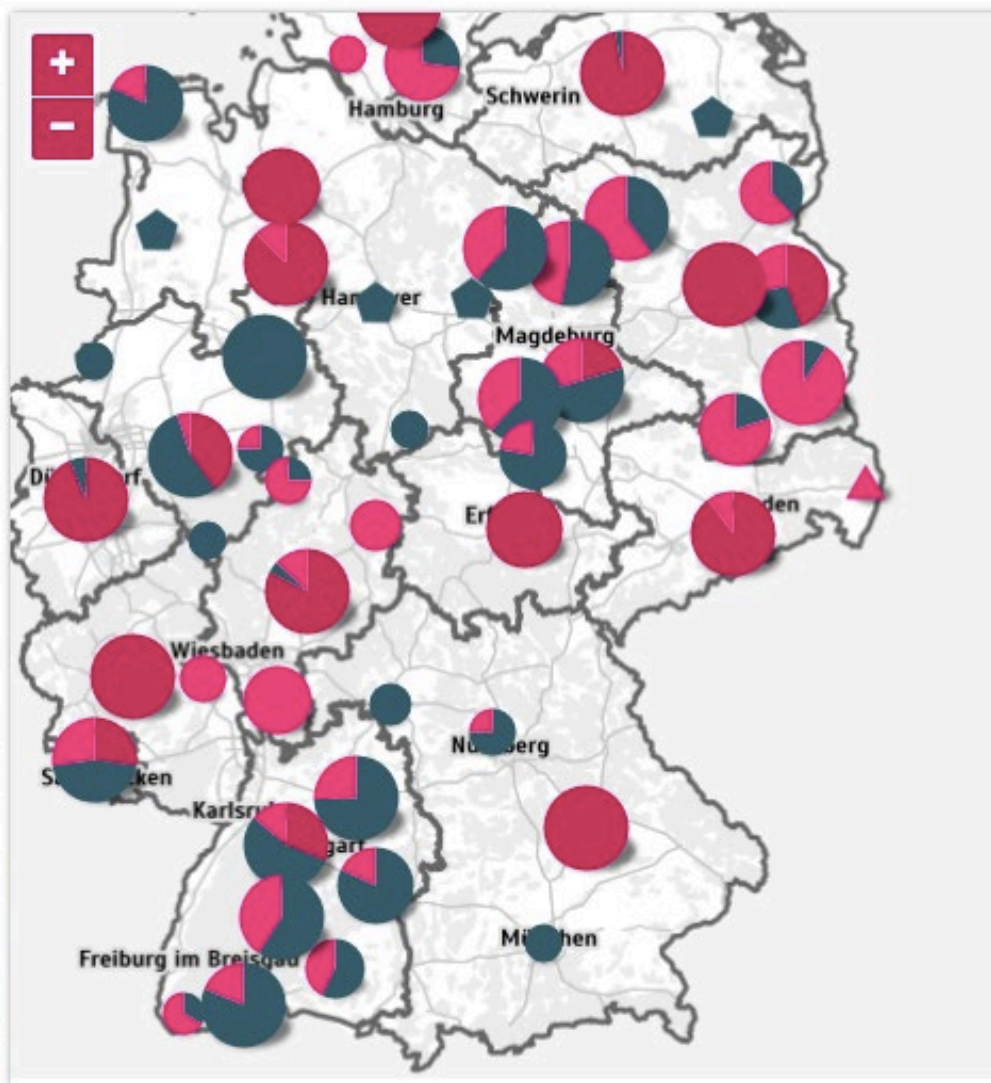
<sup>1</sup> 公的医療保険の保険者

<sup>2</sup> Hausarzt は“haus（家の）”+“arzt（医師）”という構成をしていることから、直訳すれば「家庭医」となる。しかし、ドイツにおける Hausarzt は原則的には需要計画に基づいてかかりつけ医機能を担うことが期待された職種という意味において使われている言葉である。そのため、本稿においては原語のまま表記するか又は「かかりつけ医」という訳語をあてる。

医師を増やすようなことはあまりしない。2つ目は競争からの保護だ。需要計画により、医師あたりの住民数を達成したらそれ以上開業できない制度となっている。これにより十分な患者数が与えられ、また患者の奪い合いが無くなるので、診療所の経営が安定化する。3つ目は社会的な目的だ。あるエリアに医師が一杯になったら、他のエリアに開業しなければならなくなる。それにより一定程度均等に医師が分配される。この制度はシンプルである。まず計画エリアを定める。エリアの広さは異なる。エリア内の住民数に対し、開業すべき医師定数を定める。そして実際の数と比較する。定数に対する充足率が、かかりつけ医（Hausarzt）で75%以下、それ以外の専門医で50%以下であれば過少供給となり、特定の促進策を講じる。金銭を与えることもあれば、保険医協会が経営する診療所が医師を雇うこともある。医師はここで2年間試してみることができ、気に入ればKVから診療所を開業する権利を受け取る。また個人的な予算制を採用しているところもある。そこでは全ての診療に対して報酬を受けられる<sup>3</sup>。また「田舎医割当」という教育促進策をとっている保険医協会もある。特定の地域に開業することを約束する学生を医学部に入学させるというものだ。

---

<sup>3</sup> 通常は、各開業医に対し予算上限があり、それを超えて診療すると報酬が減額もしくは無報酬になる。



Hin  
Scro  
(Gen  
Klic  
angi  
Eini  
ents

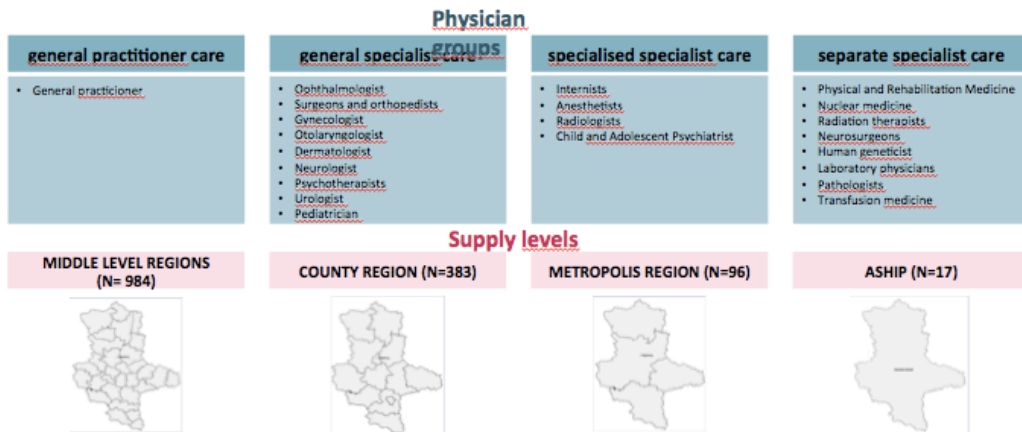
**Legende:** Gemeinde Kreis/Mittelbereich KV-Weite Maßnahme

こちらは連邦保険医協会の医師確保アトラスだ。拡大すると点が見えてくるが、点の地域では何かしらの医師確保の対策を講じていることを示している。例えば医師確保のための診療所の募集<sup>4</sup>や24時間待機サービスの免除<sup>5</sup>だ。50%または75%から110%の間のエリアは、新規開業が可能である。110%以上になると開業できなくなる。140%以上になると、診療所が医療供給に重要であるかどうかを調べることになっている。そして重要でない診療所は買い上げる。ただし、そういったことは実際にはあまり起こらない。調べてみると実際は多くの患者を診療しているからだ。例えば四半期に1000人の患者を診療していたりするのだから、それは医療供給上重要であるということになる。ここまですべてが基礎的体系だ。その上で疾病状況、具体的には年齢、性別、疾病で調整している。地域ごと、22の診療科ごとに住民対医師の数を定める。これ（下図）が22の診療科だ。

<sup>4</sup> 上述の保険医協会の運営する診療所のことを意味していると思われる。

<sup>5</sup> 原則開業医はローテーションで夜間や週末も外来対応をする義務がある。そのことを意味していると思われる。

## Planning for 22 physician groups (+ 12 subgroups) and four levels of care



KBV NEED RELATED PLANNING AND ITS UTILITY IN THE COVID 19 PANDEMIC  
JUNE 5, 2023

これらを4つのレベルに分ける。左のレベルが、最も小さなかかりつけ医 (Hausarzt) のエリアだ。住居の近くでかかりつけ医の医療を受けられるようになっている。全国に984ある。エリアの中には、通勤や買い物に行く地域の中心部があるように切り分けられている。

(E) 住んでいる場所ではないのか。

(シュリーヴェン) エリアは生活圏に基づいて切り分けられる。しかし、医師対住民数を計算する時は住民の住所を基にする。かかりつけ医 (Hausarzt) の場合は住民1607人に1人だ。そしてエリアの住民数からエリアにおけるかかりつけ医の数を割り出し、実際の医師数と比較し、先ほどのように何%かということを見る。

(E) 1エリアに大体10万人住んでいることになる。1607人で割ると50人ちょっとの医師がいることになる。この50人の医師の間に連携はあるのか。

(シュリーヴェン) 必ずしもそうではない。50人の医師は大体はエリアの中心部に開業している。ただし住民を50人で分けているわけではない。患者が多い医師もあれば、少ない医師もある。エリアの中には境界は無い。ドイツの患者は自由に医師を選べ、特定の医師が指定されるということはない。

(E) では1つのエリアは市場であり、50人の医師はライバルということか。

(シュリーヴェン) そうだ。

(A) ただ各医師に上限があるからいくらかでも稼げるというわけではない。

(シュリーヴェン) その通り。予算は常に固定されている。エリアに対して診療科ごとに予算があり、各医師に対しても予算が決められている。この地図はザクセン・アンハルト州だ。右にいけばいくほど診療科のエリアが大きくなる。専門性のとても高い診療科は州のどこでも開業できる。患者が行くことがほとんどない種類の医師だからだ。左に行くほど定期的な受診が必要になる種類の医師となる。例えば婦人科や小児科等だ。

(B) ソロ・プラクティスをイメージしているように見える。イギリスでは殆んど無いということだったが、ドイツではどうか。

(シュリーヴェン) 現在でもソロ・プラクティスの方が明らかに多い。ただトレンドを見ると連携型が増えていて、ソロ・プラクティスの数は減っている。3人で共同診療所を開く場合は、診療所は1つでも定数は3人分となる。2つ目のトレンドは外来開業しながら勤務医として働くことを希望する医師が増えていることだ<sup>6</sup>。

(A) 昔は不可能だった。

(シュリーヴェン) 2010年代の初めから可能になった。

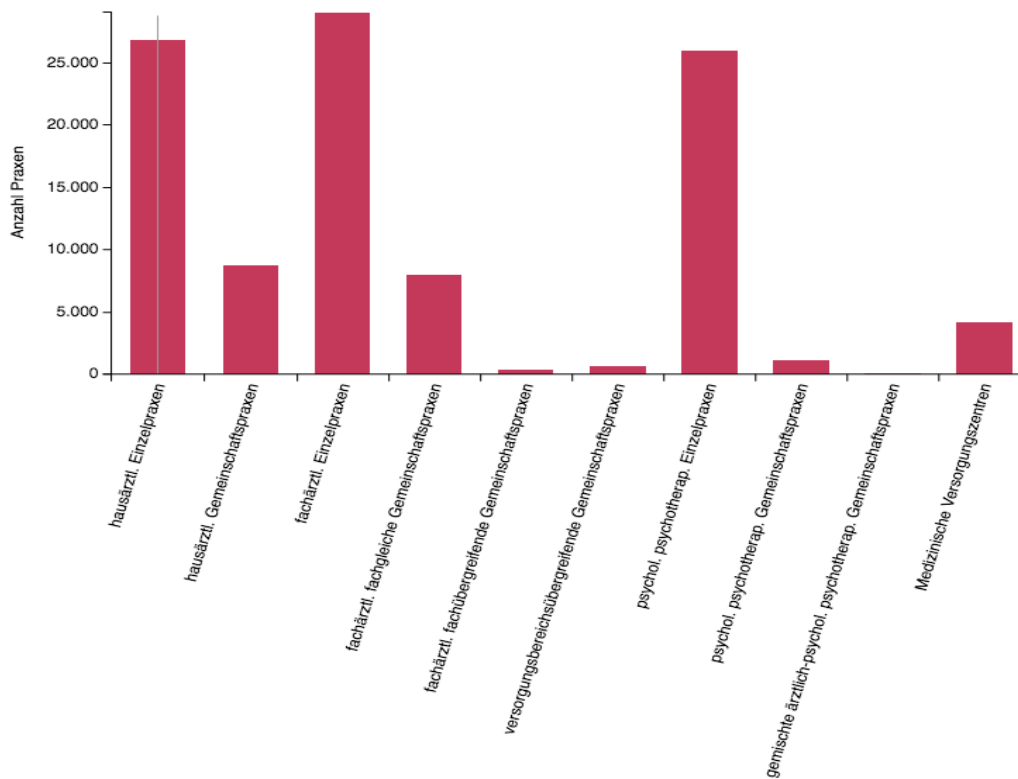
(A) 非常勤でもよいのか。

<sup>6</sup> 外来診療機能の担い手と入院診療機能の担い手を峻別する欧州型医療提供体制の相対化といえる。

(シュリーヴェン) よい。需要計画では労働時間分カウントされる。週 10 時間までは 0.25 人、10~20 時間であれば 0.5 人、20~30 時間は 0.75 人とみなされる。30-40 時間は 1 人とカウントする。

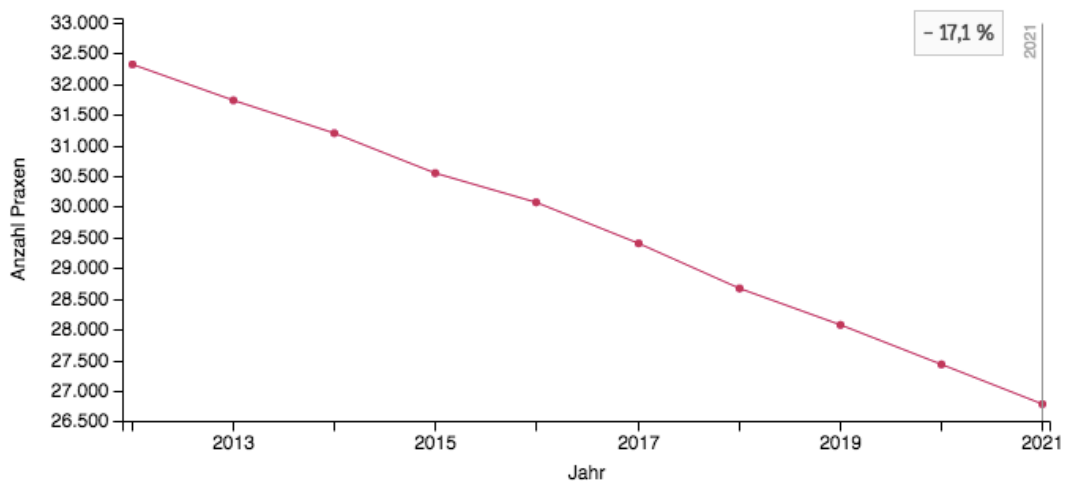
(B) ソロ・プラクティスは全体で何割くらいなのか。

Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2021



(シュリーヴェン) こちらがかりつけ医 (Hausarzt) の内訳となる。左の柱がソロ・プラクティスの数だ。2つ目の柱が共同診療所の数だ。

Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2021



Quelle : Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik, KBV

トレンドはこちらになる。かかりつけ医 (Hausarzt) のソロ・プラクティスは過去 10 年でマイナス 17%。それ以外の専門医はマイナス 11%と減っている。

(A) 何故なのか。

(シュリーヴェン) 社会的トレンドだとみている。若い医師は、全てを1人で頑張るというよりも、チームで連携しながら仕事をしたいと思っている。お互いに代理を立て合うこともできる。

(D) 病院の勤務医が増えているということでもあるか。

(シュリーヴェン) そうではない。病院医の構造は安定している。過去20年、病院数も職員の構造も安定している。看護職は不足しているが<sup>7</sup>、医師の方は安定している。専門医教育は病院で行っているし、医学部学生の数も安定している。

(A) 病院の勤務医が診療所で非常勤として働くことはあるのか。

(シュリーヴェン) むしろ逆のケースがある。開業医が病院のベッドを使って自分の患者を治療することがある。耳鼻科や泌尿器等で多い。

(E) 手術のためか。

(シュリーヴェン) そうだ。

(B) 米国みたいだ。

(シュリーヴェン) そして、その反対もある。委託医 (Ermächtigter Arzt) と呼ばれ、病院の医師が、外来の開業医が提供しないような特定の診療を委託を受けて提供している。

(F) しかしそれは病院で提供するのであって診療所ではないと認識しているが。

(イルツヘーファー) その通りだ。ドイツは外来と病院が厳格に分かれているからだ。割合的には委託医はとても少ない。

(B) C先生の本にある integrated care というのはそういう意味なのか。

(シュリーヴェン) Integrierete Versorgung (integrated care) というよりも Intersektorale Versorgung (intersectoral care) というべきかもしれない。とにかく割合的にはとても少ない。

(A) ドイツが統合されて旧東の外来医療センターのように病院が外来をやるのが増えてきたということはないのか。

(シュリーヴェン) それはポリクリニックのことだが、今はほぼないといってよい。ただ現在病院改革の議論をしていてそういったものを導入しようという話がある。病院をレベル分けし、一番下のレベルにそのような病院を置くことが考えられている。

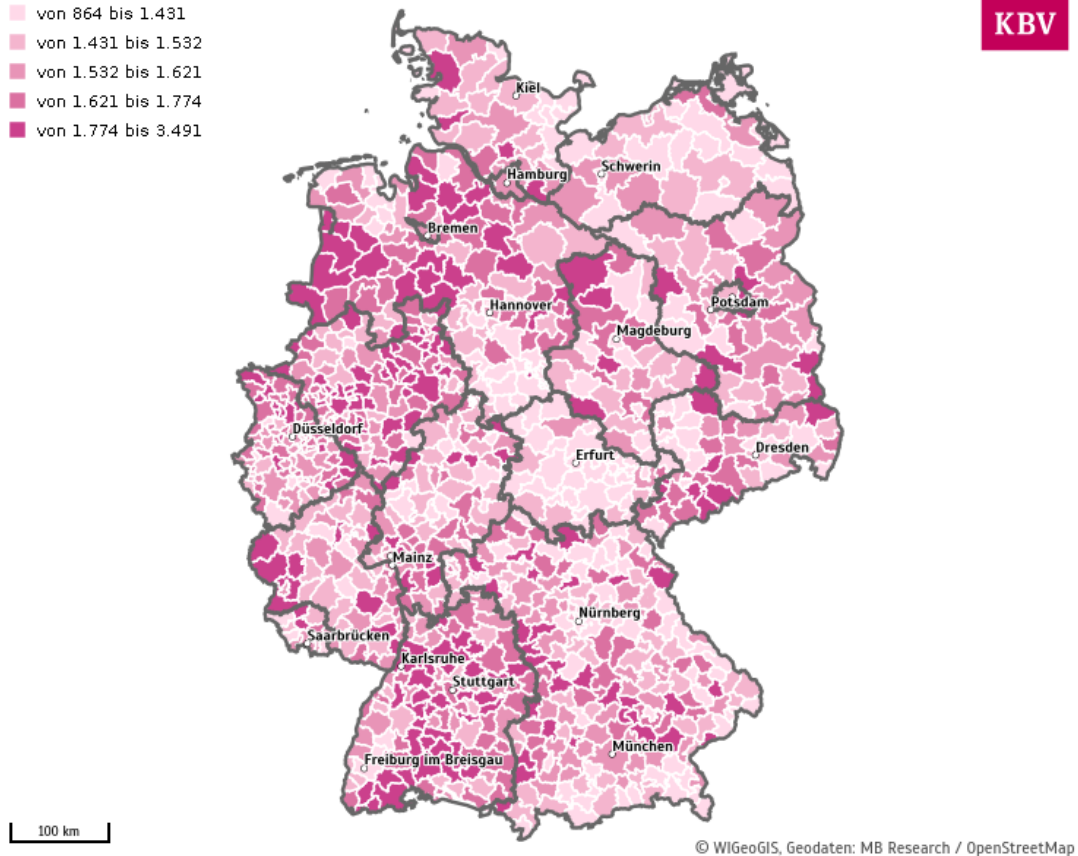
---

<sup>7</sup> 「不足」と発言されているが、OECD Data (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) によれば、人口1000人当たりの看護師の数は、日本が12.85人であるのに対し、ドイツでは14.02人とドイツの方が多い。さらに、フランス(11.31人)、イギリス(8.68人)と比べてもドイツの方が多い。



## Hausärzte, Anzahl Einwohner je Arzt, Mittelbereiche, 2022

- von 864 bis 1.431
- von 1.431 bis 1.532
- von 1.532 bis 1.621
- von 1.621 bis 1.774
- von 1.774 bis 3.491



Quelle: BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2022, KBV

一番小さなエリアの区分けがこちらになる。ドイツでは Hausarzt の確保において問題を抱えている。5000 の定数分が空いたままになっている。他の専門医には空きは少ない。現在 Hausarzt は 55000 人いるが、5000 人足りない。

(D) なぜかかりつけ医 (Hausarzt) が足りないのか。忙しくて大変なのか。それとも、開業資金の問題か。開業した後の金銭の問題か。

(シュリーヴェン) 資金の問題ではなく、教育において魅力がないものとされていた。そのため、広い分野を扱うが何もきちんとできない、といったような様々な偏見があった。しかし促進策が実施され、例えば以前は Hausarzt の研究室というのはなかったがこれを大学に設置したり、促進プログラムを実施したりした。後者においては、公的医療保険が若い Hausarzt への専門教育中の医師に高い給与を与えたりしている。

(D) Hausarzt とそれ以外の専門医との収入差はあるのか。

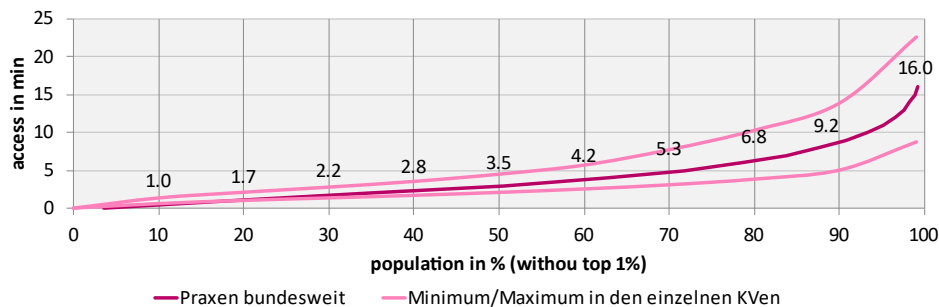
(シュリーヴェン) 以前はあったがなくなってきている。というのも Hausarzt の診療報酬における予算上限が緩くなっているからだ。

(E) 田舎医割当ということで大学入学に地域枠の縛りをつける話をされていたが、診療科の縛りもあるのか。

(シュリーヴェン) Hausarzt に限られている。

(E) 特定の地域の Hausarzt ということで縛りをつけるというのは、すごい。

## 90% of population reaches the next GP within <10 minutes



→ We do not have accessibility problems in ambulatory SHI-care, in some regions we have capacity problems

(シュリーヴェン) かかりつけ医 (Hausarzt) は 5000 人不足しているが、それでもアクセスは非常によい。国民の 90% は 10 分以内の距離にかかりつけ医の診療所がある。

(A) 需要計画があるからだね。

(シュリーヴェン) その通りだ。私たちが需要計画でコントロールしているわけだ。魅力的な地域は新規開業ができないようにし、そうではない地域では特定の加算をしたり特定の役務を保険医協会が代わりに行ったり、子供の世話を提供したり、保険医協会または市町村が診療所の建物をととても安くまたは無料で賃貸したり提供したりといったインセンティブを与えている。

(E) 州家庭医協会でもハードを貸し出したり安く提供したりしているという同じスキームの話をしていた。それは州家庭医協会が担う時もあれば保険医協会が担う時もあるのか。

(シュリーヴェン) 医療提供確保の委託を国から受けているのは公法人である保険医協会である。家庭医協会はかかりつけ医 (Hausarzt) の利益を代弁する職業団体である。

(E) 保険医協会というのは職能団体というよりも公的な役割を持った団体と考えるべきか。

(イルツヘーファー) 両方だ。連邦保険医協会は 2 つの価値で引き裂かれている。一方で医師の利益を代弁し、もう一方で医師に対して品質だとか開業場所だとか要件を求めている。しかしそれで 90 年間も上手く機能している。

(A) 以前「愛される存在じゃないけれど、必要な存在」と説明された。イルツヘーファーさんから聞いたのではなかったか (笑)。

(イルツヘーファー) 連邦保険医協会は矛盾した役割を持つ。国家権力に拠って開業許可を与えたり、開業を禁止したり、医師の自由を干渉している。しかしその一方で、医師たちが十分に報酬を得られるようにするなど、医師たちのためにロビー活動をしている。

(D) 医師の競争を抑える意味で適正配置をしている。しかしそうになると医師は働かなくなる。患者たちは待たされていると聞いた。枠を広げることは考えていないのか。

(シュリーヴェン) 各医師には予算があるという話をした。これは診療所がフル稼働している状態に対して計算されている。これより少なく働くと医師はその分少ない報酬しかもらえない。これより多く働くとその分の報酬は少なくなる。こうして医師が過剰に診療するのを防いでいる。量的制限だ。連邦保険医協会は医師が提供する全ての診療に報酬が支払われるよう働きかけてはいる。漸減的な支払いになっているので、診療しすぎると無料で診療しなければならなくなる。私たちの制度はどちらかという制限するよう仕組みられている。もしより多くの診療を提供するように提案するなら、疾病金庫に



提案すべきだ。医師が多くの診療を提供したくないというわけではないが、経済的に意味のあるものでなければならない。

(D) だったらそこにもう1人医師を送ればいいのか。

(イルツヘーファー) でも予算がない。

(シュリーヴェン) 50%または70%以下しか医者がいない地域だが、そういうところでは予算上限がない。それでも誰もそういう地域では開業しようとはしない。

(イルツヘーファー) 若い医師は、いくら儲かっても田舎には行こうとしない。儲からなくても楽しみも文化もあるベルリンのような都会で働こうとする。

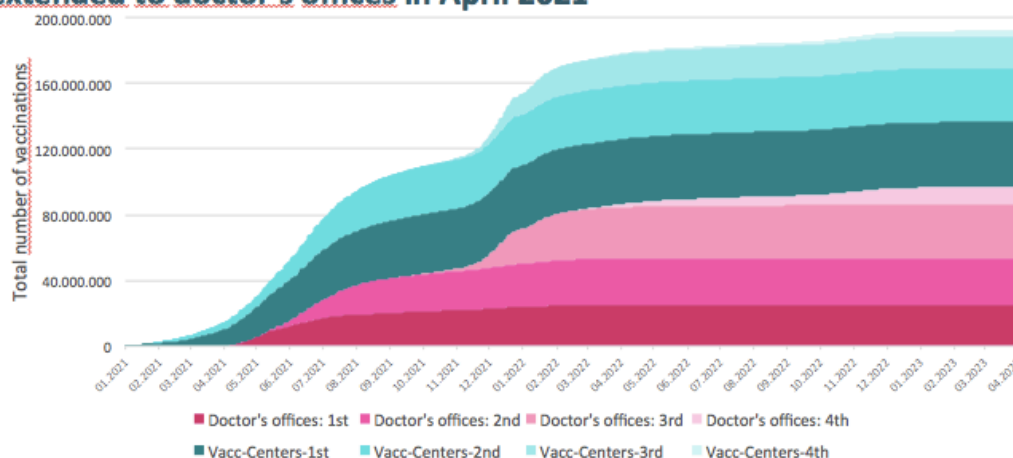
(A) 病院改革で一番下の段階の病院に外来を認めるということについて質問がある。高齢化が進むと大病院と診療所だけではカバーしきれなくなる。イギリスでもコミュニティ・サービス病院というのがある。ドイツも高齢化対応しようとしているのか。

(イルツヘーファー) ドイツでは未だに入院と外来が厳格に分かれている。それではうまく機能しないのだが、連邦保険医協会が決断できる案件ではない。イギリスは国営なので、国がやろうと言えばできるが、ドイツは病院、開業医、政府、州、疾病金庫とプレーヤーが複数いるのでそうはいかない。

(シュリーヴェン) 今多すぎる病院をどうやって将来使っていくかという話になっている。外来を病院が提供することになったら、果たして需要計画に入れていくのだろうか。それとも開業医のライバルになるのか。予算はどこからでるのか。まだ何も決まっていない。患者にニーズがあるからそういう話をしているというよりは、病院の構造改革のために議論をしている。

(E) あと30分しかないのでコロナの話をしなさいといけない。

### Vaccination campaign started out in vaccination centers in Jan. 2021; extended to doctor's offices in April 2021



KBV NEED RELATED PLANNING AND ITS UTILITY IN THE COVID 19 PANDEMIC  
JUNE 5, 2023

(シュリーヴェン) こちらはワクチン接種の数と提供された場所を示している。ワクチン接種は、2021年にまずは接種センター（グラフの青緑系のエリア）のみでスタートした。接種センターは接種のみを目的に設置された大きな施設だ。2021年4月からは開業医の診療所での接種（グラフのピンク系のエリア）が可能になった。物流上の問題が解決したため、診療所でも始めるということになった。開業医らは最初から診療所での接種を望んでいたものの、ワクチンが少なかったため、接種センターだけでスタートすることを政治が決断したという経緯があった。連邦保険医協会はこれをよいとは思っていなかった。

(E) 配分に問題があったからか。

(シュリーヴェン) 当初、非常に低温で冷却しておかないといけないと説明されていたが、実はワクチンが足りない中で接種センターを運営している州が自分たちでやりたがったということがある。

(E) 2023年4月も半分は接種センターでやっているように見える。

(シュリーヴェン) いや、これは累計だ。

(イルツヘーファー) 補足情報だが、接種センターで接種をしていた医師の多くは開業医だった。正確な数字は分からないが、半分くらいは開業医だったと思う。

(E) どうやってリクルートしたのか。

(イルツヘーファー) 自主的に診療所が終了後に働いていた。有償ではあったが、お金のためというより奉仕的気持ちも大きかった。

(A) といっても実際には収入になったのではないか。

(イルツヘーファー) それはそうだ。

(A) いつも抑制されているから、...

(シュリーヴェン) 接種を行ったのは主に Hausarzt だ。医師 1 人、大体 1500 人に提供していて、先ほどの 1 人の Hausarzt の患者数に相応する。95% の Hausarzt が接種を行った。私たち連邦保険医協会はワクチン接種は開業医の仕事であると主張し、薬局での接種には反対した。

(E) 5% の Hausarzt は接種に関わっていなかったということによいか。

(シュリーヴェン) そうだ。

(A) そして 20 人中 19 人のコロナ患者はかかりつけ医が診療した。

(シュリーヴェン) いや、20 人中 19 人のコロナ患者を「開業医」が診療した。それは主に Hausarzt だったが、プレゼン資料はこれで全部になる。残りはスライドを使わず、皆さんからいただいた質問に答える。感染を恐れて診療をしない開業医がいたか、という質問をいただいたが、全くなかったわけではないが、総じてそういうことはなかったと言える。初期に防護具が不足していたが、それでも医師は診療所を開けていた。また診療をしないことに対して制裁はあるかということについても質問をいただいていた。医師が何を提供するかは医師の自主性に任されている。例えばワクチン接種をしなくてもよい。特定の診療行為を提供しないからといって制裁はない。患者は医師を自由を選ぶので、してほしかったら他の医師に行けばよい。

(F) 診療所にやってきたコロナ患者を拒否してもよいということか。

(シュリーヴェン) それはできない。病気だから助けて欲しいという患者を拒否はできない。でも特定の診療行為を断ることはできる。

(イルツヘーファー) かなり早い時期から連邦保険医協会は、ウイルスや防護具について、密に最新情報を医師に提供していた。医師が十分な情報を持っていたことも診療を躊躇することを防いだのではないか。

(E) 一番流行が大きかった第 2 波の 2020 年 12 月から翌年春まで、イギリスでは 1000 床の病院で 500 床はコロナの患者だったという。ドイツは病院における疾病負荷を極力小さくした。そういった外来の努力により、コロナ患者が急性病院の病床で占める割合はどの程度に収まったのか。

(シュリーヴェン) 入院医療の分野なので、統計がどうだったかはわからない。そういった統計がとられていない可能性もある。ただし第 2 波時の病院負担は大きく、例えば内科の全病床および人員をコロナ患者用に使うことにしていたような病院もあった。一時期は不急の手術は先延ばしにしていたこともあった。

(イルツヘーファー) イギリスやイタリアと違ってドイツは外来の体制が広く整っていて、ガッセン連邦保険医協会会長の言葉で表現すると病院の「防御壁」になっていた。酸素投与が要らない患者は病院に行かせずに済ませた。それによって病床が真の意味で足りなくなるといったことは起きなかった。ドイツの病院がオランダやフランスの患者を受け入れていたことがその証拠だろう。

(E) ロンドンの St. Mary's 病院によると、どの病院が何床持っていて、コロナにより何床埋まっているかという情報が開示され、また病院間で共有されていた。「おたくはキ

ツイからウチでやります」みたいな連携があったという。そういう情報はドイツでは開示されていなかったのか。また病院間で共有されていなかったのか。

(シュリーヴェン) 集中治療病床においては情報共有制度があった。どこの病院で病床が空いているか、というモニター用の情報はあった。ただし人工呼吸が不要で一般病床に入院していた患者のデータを見ることはできなかった。

(D) Eさんの質問は、軽症・中等症の患者をどこまで地域の開業医で診ていたかということと関係していると思う。日本ではSpO<sub>2</sub>が95%以下だと入院としていた。

(シュリーヴェン) 特定の閾値といったものを私は知らない。学会では決めていたはずだが。いずれにせよ最終的に開業医が入院すべきかを判断した。また呼吸困難の患者が自ら病院に行くというケースもあった。

(イルツヘーファー) パンデミック初期はエビデンスに基づいた医療ができなかったので、90%または95%だから送るというのではなく、呼吸困難になると病院に送っていた。

(C) コロナ重点診療所は普通の診療所になったのか。それとも特別に作ったのか。

(シュリーヴェン) 接種または検査等を重点的にやりたい診療所に重点的に材料を配るということをしていた。接種をするには冷蔵庫を持っているといった条件は揃えておかなければならなかったが、特定の質的な要件を満たさないといけないといったことはなかった。開業医が自主的に名乗りを上げた。116117という保険医協会の電話番号をコロナ禍においては患者の流れの制御に使っていた<sup>8</sup>。保険医協会は患者を重点診療所に送っていた。

(C) ちなみに先ほどB先生がおっしゃっていたのは外来医療センター(MVZ)<sup>9</sup>のことだと思う。この4割は病院が経営するということでよいか。

(シュリーヴェン) 大体その程度だと思う。

(C) 先ほどの病院改革で最も下のレベルになることが想定される病院と、競争になってしまうのではないか。

(シュリーヴェン) MVZは外来機能を持つ。開設できるのは、医師、病院、薬局といった医療職だ。MVZは需要計画に基づき開業許可が必要だ。しかし病院改革の議論に出ている病院は、その枠とは別に設けられる可能性もある。でもそうなったら予算はどこから出るのかわからない。

(イルツヘーファー) 外来のできる病院というのはまだ法律で決まったわけではなく、議論されているだけだ。

(A) しかし方向性としては高齢化対応ということではよいか。

(シュリーヴェン/イルツヘーファー) 多すぎる病院をどうするかということだ。ただ私たちのような開業医の団体に聞くからそう答えるのであって、他の団体に聞けば他の答えが返ってくるだろう<sup>10</sup>(笑)。

(C) スライドに写っているのはMVZの数か。

---

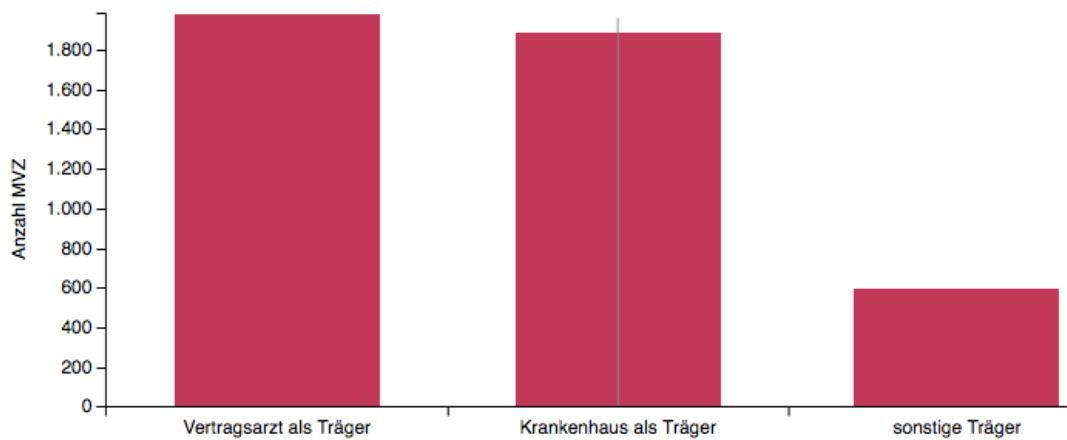
<sup>8</sup>116117は保険医協会が運営するコールセンターの電話番号。診療所が閉まっている時間帯の緊急対応窓口をはじめとし、いくつかの機能を持つ。

<sup>9</sup>Medizinisches Versorgungszentrum。直訳すると医療供給センター。略してMVZ。前述の、外来であっても開業せずに勤務医として医師が働ける代表的な外来医療施設。

<sup>10</sup>実際、連邦保健省が連邦・州間の協議後の2023年7月に公表した資料によると、最も下のレベルの病院として議論されている病院は、外来と入院の分野横断的なものとなり、看護に重点が置かれ、介護保険から支払われる短期介護等も行っていくことが構想されている。

Krankenhaus als Träger ⓘ 2021 ⓘ RESET [Download Icon] [Table Icon]

**Anzahl MVZ, Krankenhaus als Träger, 2021**



Quelle : Medizinische Versorgungszentren: Statistische Informationen, KBV

(シュリーヴェン) MVZは4179ある。グラフ真ん中の柱が病院運営のMVZで1881ある。左が開業医が運営するMVZで、右はその他だ。

(C) 多い。

(イルツヘーファー) 私たちに言わせると多すぎる。私たち連邦保険医協会は、病院よりも個人の医師が運営するMVZを望んでいる。