

応接録：ブランデンブルク州保険医協会
(Kassenärztliche Bundesvereinigung Brandenburg)

2023 年 6 月 6 日

シュテファン・ロースバッハクアシャット (Dr. med. Stefan Roßbach-Kurschat) 副会長

ローラント・キーシェ (Roland Kiesche) 品質医療供給確保部長

ユリアーネ・イエシュル (Juliane Jeschull) 部門 2 医療供給担当課員

〈要約〉

- ドイツにおける保険医協会は、医師の利益代弁者としての地位と、医師資格の管理・報酬支払等を担う公的機関としての地位の 2 つがある。
- 1607 人の住人に対し、1 人の Hausarzt が配置基準となっている。この場合、年齢構成は 0 歳からカウントされる。
- ポーランド国境地域等の過疎地では、開業医が充足していない。
- 開業医が病院の施設を使って日帰り手術をすることも可能で、その支払いは外来医療の支払いを担当する保険医協会が行い、施設・設備の賃料は医師が病院に支払う。
- 急性期疾患以外の疾患に対する診療は、内科で 3 カ月以上待機することがある。
- 医療供給センター (Medizinisches Versorgungszentrum: MVZ) と呼ばれる外来医療機関があるが、MVZ の勤務医は労働時間が短い。

(ロースバッハクアシャット) 保険医協会は、ブランデンブルク州の外来医による医療供給を確保することを担当する一種の役所である。ドイツには、原則的に 1 つの州に 1 つの保険医協会がある。州の保険医協会の上には連邦レベルの協会がある。私たちの役目は、外来の医師による医療供給の確保、医師の資格・専門性といった医療行為に対する質の確保、および外来医の利益の代弁である。疾病金庫から外来医への報酬の支払いも確保している。保険医協会は 2 つの顔を持つ。1 つは国の権力を持つ役所という顔だ。もう 1 つは医療供給の確保を義務づけられている医師の利益代弁者の顔だ。そしてブランデンブルク州の保険医協会は 4500 人の医師と心理療法士を代表している。予算規模は年 12 億ユーロだ。医療確保と予算を振り分ける仕事のためにここ保険医協会ではフルタイム換算で 487 人が働いている。次に医師の需要計画についてお話する。医師の医療供給は 2 つの分野に分けて計画している。1 つは Hausarzt による医療供給、もう 1 つは Hausarzt 以外の専門医による医療供給だ。住民数、住民の年齢、疾病負荷レベルを基に医師の開業を計画している。計画の基準は全国共通だ。ここで重要になるのが、医師当りの住民数と地域の疾病負荷、つまり疾病因子だ。簡単に言えば、住民、年齢、性別、疾病と医師の数を対比させている。

(B) 医師数の 4500 人の中には心理療法士も入っているのか。内訳はどうなっているのか。

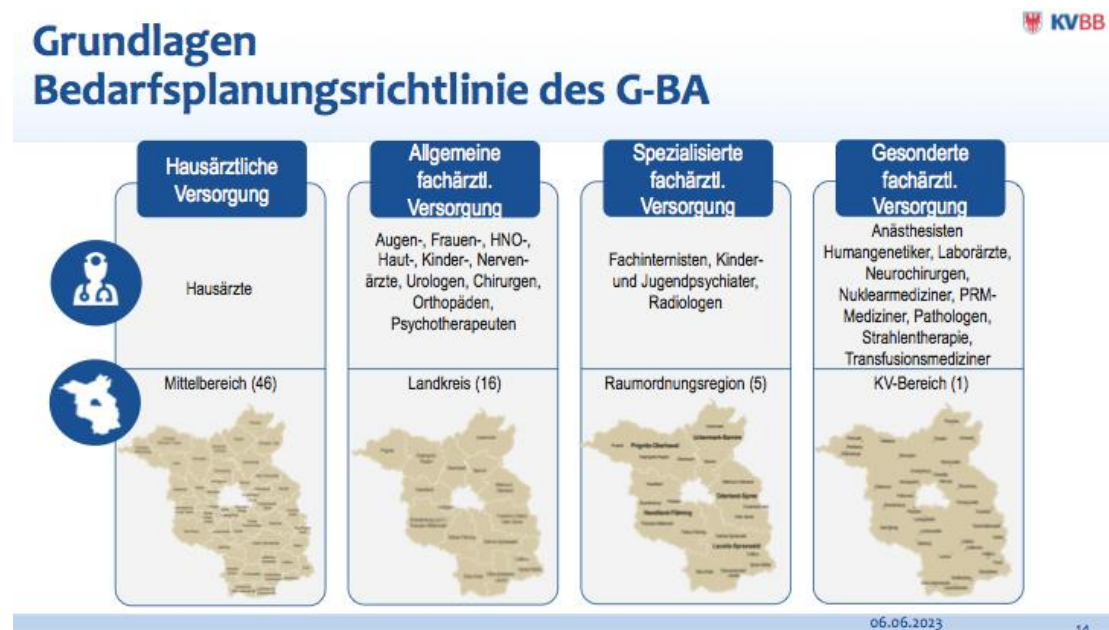
(ロースバッハクアシャット) 医師は 3400 人、心理療法士は 850 人だ。

(B) 資格は別なのか。

(ロースバッハクアシャット) 開業許可の決め手となるのは資格だ。これについては後から地図と共に説明する。需要計画の作成において重要になるのが診療科である。Hausarzt という診療科、眼科や婦人科や耳鼻科といった一般的な専門医の診療科、そして放射線医や専門内科や青少年精神科医等のより専門的な専門医の診療科がある。需要計画の単位となるエリアは、専門性が高くなると広がる。最も広い計画エリアはブランデンブルク州全域となり、例えば麻酔医や人類遺伝学医、脳神経外科医は、州のどこにでも開業できる。Hausarzt の計画エリアは州内 46 に分けられている。それ以外の一

一般的な専門医は 16 の郡に相応するエリアに分けられている。専門内科や放射線医の計画エリアはさらに広く、5 つになる。

(B) 心理療法士はどのグループになるのか。



(ロースバッハクアシャット) 左から 2 番目の一般的専門医の診療科になる。青少年の精神科医は左から 3 番目となる。

(B) 心理療法を提供している精神科医というのは日本でもいるが、心理療法士と精神科医は違う資格だ。ドイツではどうなのか。

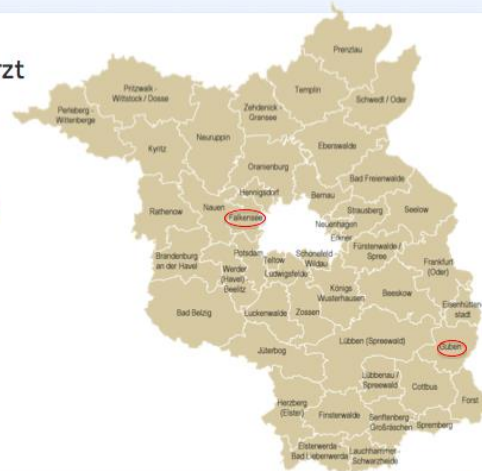
(ロースバッハクアシャット) 精神科医は心理療法を提供できるが、基本的に医療との組合せで提供する。それに対し、心理療法士は対話による診療を行う。心理学的もしくは行動心理学的な療法だ。スライドは需要計画の一例だ。Hausarzt の計画エリアは州に 46 エリアあり、各エリアで開業できる Hausarzt の数は決まっている。1 人の Hausarzt に 1607 人の住民があてられている。これは、あるエリアにあまりに多くの Hausarzt がいる場合は、Hausarzt は新たに開業できないことを意味している。新規の開業ができるエリアとできないエリアがある。ブランデンブルク州は地域によって年齢構造、もしくは疾病による負荷が異なる。医師 1 人当たり 1607 人という数値は、これらによって修正される。州東部は Hausarzt 1 人に対して 1310 人の住民となり、より多くの Hausarzt が開業できる。

(D) 年齢構造は 0 歳から数えるのか。

(ロースバッハクアシャット) そうだ。

Bedarfsplanung in Brandenburg Hausärztliche Versorgung

- Wohnortnahe Versorgung: Hausarzt
- Raumtyp: **Mittelbereich**
(in Brandenburg: 46)
- **Deutschlandweite Verhältniszahl:**
1 Hausarzt zu **1.607 EW**
- Lokale Korrektur durch
Morbiditätsfaktor
 - z. B. Guben: 1.310 EW/HA
 - z. B. Falkensee: 1.594 EW/HA



06.06.2023

15

需要計画の話に戻ると、若い住民が多い都市部は Hausarzt の数が少なくなり、周辺にいけば高齢者、そして Hausarzt が開業できる数が多くなる。私たちの州の問題は、田舎が広いので、人口密度が低く、患者にとって医療機関までの距離が長いことだ。もう1つの問題は、ドイツ全体の問題でもあるのだが、医師数が需要計画の基準を満たせない専門領域があることだ。そのため、医師数を計画し制御しなければならない。そういったことから、例えば Hausarzt であれば、医師1人当りの住民数はベルリンの近くの若い人の多いエリアでは1594人、しかしポーランドとの国境近くのエでは1310人になる。次の段階の専門医のエリアは、郡に相当する。医療機関への道のりは長くなる。ここでは例えば眼科が新規開業しようとする、ポツダム市内はもう満杯なので、隣のエリアで開業しなければならない。放射線医だとしたらもっと大きな地域の中で、人類遺伝学医であれば州全域の中から開業場所を選べる。ただし、定員に空きがあればの話だ。医師対住民数の定数を基礎に、医療供給度を定める。供給度はレベル分けされている。医師が110%以上いる場合は過剰供給となる。75% (Hausarzt)、50% (その他の専門医) 以下しかない場合は過少供給になる。

(B) 4番目の超専門医についてお尋ねしたい。日本で人類遺伝学医といえば大学病院など超高機能の病院で働いていて、開業のイメージが湧かない。脳外科医も大体は病院勤務だ。病院勤務の専門医と開業専門医の棲み分けはどうなっているのか。

(ロースバッハクアシャット) 難しい質問だ(笑)。

(キーシェ) 脳神経外科の診療所は病院の近くにある。病院の施設を使って日帰り手術をしている。人類遺伝学医は主に診療所で相談事業を行っている。例えば生まれてくる子供に遺伝的な病気がないかなど、近くの検査施設を使うなどして検査し、助言を行っている。

(C) 脳外科医が病院で手術をするとなると、支払いは病院向けのDRGが支払われるのか。

(ロースバッハクアシャット) 病院の入院医療と外来医療は全く別の制度だ。脳外科医もそれほど手術を行うわけではない。行うとしても外来の日帰り手術で、手術室は使っても、宿泊して看護を受けたりはしない。合併症を起せば病院に入院し、支払いは保険医協会から行われる。

(C) 施設の利用率はどうなるのか。

(ロースバッハクアシャット) 医師が賃料を病院に支払う。しかし外来医への報酬にはその賃料も見込まれている。

(E) 賃料は決まっているのか。それとも交渉か。

(ロースバッハクアシャット) 市場原理で決まる。

(C) 病院での外来手術が増えているということだが、その支払いはどうなるのか。

(ロースバッハクァシヤット) 病院の医師が外来で行う手術は外来医療としてその医師に支払われる。施設を持つ病院にとっては利益になる。外来開業医との競合になり、施設を持たない開業医は不利になる。

(D) 慢性硬膜外血腫は外来の脳外科医がやる手術なのか。それとも病院の医師が行うのか。日本では一泊して行う手術だ。

(ロースバッハクァシヤット) 私は Hausarzt なので 100% 確かなことは言えないが、私が知る限りは入院して手術する。

(B) 日本と違うので、心理療法士についてまた教えていただきたい。日本では 10 年前に心理療法士の国家資格ができたが、医療とは全く関係のない職種だ。一部は精神病院、極々一部は独立開業しているが。こちらは医療の枠内の心理療法士が沢山いて、医療の需要計画に医師と同格に組み込まれているのか。

(ロースバッハクァシヤット) 心理学的心理療法士と、医療的心理療法士と、精神科医、神経科医はみな異なる。いずれも開業でき、医療保険から報酬が支払われる。これら全てが心理療法の特別な教育を受ければ心理療法を提供できる。

(B) 心理学的心理療法士以外は医師の資格を持っているということか。

(ロースバッハクァシヤット) そうだ。

(B) 心理療法士は 850 人いるとおっしゃっていた。そのうちどれくらいが医師の資格のない心理療法士なのか。

(ロースバッハクァシヤット) 90% くらいだろうか。

(B) 医師の資格を持つ心理療法士は 10% なのか。

(キーシェ) (頷きながら) 大幅に少ない¹。さきほどの 850 人には精神科医は含まれていない。そして 140 人くらいいる。

(A) ベルリンでは患者が増えて待ち時間が長くなっていると聞いた。ブランデンブルクのような地方ではどうなのか。

(ロースバッハクァシヤット) 二面性がある。急性期疾患の患者はその日のうちに診療しなければならない。しかし、急ぐ必要がない計画可能な診療、長期的な計画に基づいた内科の診療は 3-5 ヶ月かかる場合がある。健康診断、いわゆるチェックアップは 6 週間かかる。同じ Hausarzt に定期的に通う患者の血圧測定は 3 ヶ月、または 6 ヶ月に 1 回だ。急性ではない発疹が皮膚にできた場合などは 6-8 週間待つ。

(A) 需要計画は医師の過剰は抑制するが、足りない場所には医師は来ない、とベルリンで話を聞いた。ブランデンブルクにおいては、需要計画による医師確保効果はあったと感じているか。

(ロースバッハクァシヤット) それは政治的な課題である。医療ニーズが高い場所に医師が集中する国がある。例えば北欧だ。ドイツではそうはいかない。強制できないからだ。

(キーシェ) 歴史的な背景を話すと、需要計画が作られたのは医師が過剰であった時代だ。それによって医療費が高くなってしまったので、それ抑えるために設けた。不足に対するものではない。

(E) 強制配置はできないから、なんらかのインセンティブを設けていると聞いた。お金または子供のケア等だ。そういったものは有効に機能しているか。

(キーシェ) 少し差別化して考える必要がある。私たち保険医協会は医師に金銭を分配している。子供の世話等その他のことは市町村が提供する。私たちができるのは、診療所を受け継ぐ際の金銭的支援である。最大で 55000 ユーロまで支援している。医師の確保のために年 1300 万ユーロを使っている。効果はある。

(E) 多少は誘導される人もいるが、ただそれでも充足しないということか。

(キーシェ) 上手くいっている地域もある。しかし上手くいかない地域もある。

¹ 心理療法士として公的医療保険の枠組みで開業できる医師としては、包括的な心理療法の専門医教育を修了した精神心理療法医、青少年精神心理療法医、心身医学心理療法医が挙げられる。

(A) 家庭医中心医療、登録制についてどう思うか。

(B) そして家庭医中心医療は全体の何割くらいを占めるのか。

(ロースバッハクアシャット) 嬉しい質問だ。私は Hausarzt で、家庭医中心医療に賛成だ。ブランデンブルク州は、家庭医中心医療がまだ確立しているとは言えない。だから患者の流れを制御できていない。治療の決定、コンプライアンス、コストという観点から、患者と Hausarzt を結びつけることが重要だと私は考える。Hausarzt とそれ以外の専門医の利害は政治的に相反している。Hausarzt は患者の流れを制御することに賛成するが、それ以外の専門医は自分から患者が流出してしまうことを心配している。長期的な視点から、管制塔として Hausarzt を選んだ患者には、ボーナス等のインセンティブを与える必要がある。そうすれば医療供給は改善されるだろう。

(B) 家庭医中心医療制度は 20 年前に導入されたが、登録者はあまり増えていないという認識でよいか。また当初契約で決めた Hausarzt 以外の医師を受診すると患者の自己負担が増えることになっていたが、それも数年前に廃止されたと聞いているが、そうなのか。

(ロースバッハクアシャット) 家庭医中心医療は当初バーデン・ヴュルテンベルク州で導入され、成功モデルとなった。登録率は 60%²を超えている。同モデルが採用されるかどうかは疾病金庫がこれについて交渉する気持ちがあるかどうかにかかっている。しかし、疾病金庫は交渉する気がない。政府に家庭医中心医療を義務的に実施しようという意思が欠けているからだ。難しさはここにある。

(B) この州ではどうか。

(ロースバッハクアシャット) 当州の疾病金庫は、私たち保険医協会には家庭医中心医療を提供しようとしなない。Hausarzt には保険医協会からだけではなく家庭医協会からも家庭医中心医療の報酬を請求する選択肢がある。しかし家庭医協会へもただ 1 つの大手疾病金庫が家庭医中心医療をオファーしたにすぎない。それも本当に最近のことで、それまでは全くなかった。ドイツには 90 以上疾病金庫があるにもかかわらず 1 つの大手金庫のみからしかオファーがないのだ。



Grundlagen Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

- Versorgungsgrad > 110% → **Überversorgung**
 - keine Zulassungsmöglichkeiten (Zulassungssperre)
- Versorgungsgrad < 75% (hausärztlich) → **Unterversorgung**
- Versorgungsgrad < 50% (fachärztlich) → **Unterversorgung**

(E) スライドの最初の方に戻る。医師の充足率として、Hausarzt のための 75% と専門医のための 50% と 2 種類あったが、なぜか。専門医は病院の医師が代替できるからか。

²バーデン・ヴュルテンベルク州家庭医協会 (2020 年) によれば、州の人口約 1100 万人に対し家庭医中心医療に登録する患者の数は 250 万人。一方、登録する医師の数は 4000 人。Hausarzt の数は約 7000 人であることから、医師の登録率を意味しているものと思われる。

(ロースバッハクアシャット) 違う。全ての領域をカバーできる Hausarzt が最も重要だからだ。専門医は追加的な検査をする。世の中が多く検査を求めるようになってきていることから、専門医の存在感が強まっはいるが。

(E) 日帰りのマイナー・サージェリーは病院もやることもあり、保険医協会から償還が行われるということだった。ということは需要計画において病院の医師も一開業医としてカウントしているのか。

(キーシェ) いや、カウントされない。

(E) だから食い合う。

(ロースバッハクアシャット) 問題は、病院が手術してその後の傷のケアや予後の観察は外来の開業医が行わなければならないことだ。これは医師が足りない地域では課題になる。

(E) 報酬の問題ではないか。手術に対しては高い報酬が貰えるがその後のケアはそうではないという。

(ロースバッハクアシャット) いや、お金の問題というよりは後継者問題だ。過少供給地区には、従来診療してきた医師が退職しても、若い人が来ない。

(A) 開業医の約3分の1が Hausarzt というが、それを多いと思うか、少ないと思うか。

(ロースバッハクアシャット) ブランデンブルク州には1600人の Hausarzt がいる。もしこの数を保てれば十分である。ただフルタイムで働く人が減少している。人数は同じでも、労働時間が減っているという問題がある。自営業者である医師は週50-60時間働くのに対し、外来医療機関の勤務医³は25-30時間しか働かない。診療件数にすると20%少なくなる。勤務医である外来医が外来医全体の3分の1を占めるまでになっている。

(A) 女性の医師が増えているからか。みんながパートタイムで働くようになっているのか。

(ロースバッハクアシャット) 両方だ。

(キーシェ) ブランデンブルク州は女性の割合が高く54%である。

(ロースバッハクアシャット) 労働に対する考え方の変化がある。外来医療機関の勤務医には60時間働こうという人はいない。それは医師にとってはよいことだが、医療供給にとってはよくない(笑)。

(D) 疾病金庫が家庭医中心医療をしたがらない理由は何か。家庭医中心医療が普及するバーデン・ヴュルテンベルク州と普及していないブランデンブルク州では、コンプライアンスやコストの上で差が出てきているか。

(ロースバッハクアシャット) 疾病金庫は、家庭医中心医療導入のために、追加的な仕組みを導入し、Hausarzt に追加的な報酬を支払わなければならない。その上、家庭医中心医療によって支出を削減したことを証明しなければならないという法律が作られた。これを証明するのは難しい。支出の削減が証明できたバーデン・ヴュルテンベルク州のモデルがここでは認められていない。問題は政治的意思がないことだ。

(D) バーデン・ヴュルテンベルク州でそんないいことをやっているのだったら、他でやらないなんて不思議じゃないか。

(A) 政治だよ(笑)。昔保険医協会は家庭医中心制度に反対して対立していたが、最近では会長も変わられて歩み寄ったということだが、対立していることには変わりはないのか。

(ロースバッハクアシャット) 対立ではなく並行しているだけだ。家庭医協会の診療報酬支払枠は、保険医協会のそれに並行する副次的構造だ。私は Hausarzt として家庭医協会とも協力関係にある。そして保険医協会の理事として、保険医協会として独自の家庭医中心医療を提供したいと思っている。ただ疾病金庫はどちらとも契約を結ぼうとしな

³ 医療供給センター (Medizinisches Versorgungszentrum : MVZ) と呼ばれる外来医療機関があり、日本の平均的な「診療所」よりも大規模なものが多い。

い。疾病金庫は将来のことやコンプライアンスを考えていない。今節約することしか考えていない。

(A) 日本も同じだ。節約しか考えていない。

(ロースバッハクアシャット) 最終的に大切なのは、医療がしっかり供給され、医師にきちんとした報酬が支払われることだ。

(A) 同感だ。

(D) でもその前に家庭医中心医療が必要ということか。

(ロースバッハクアシャット) そうだ。Hausarzt は最も偉大な、守備範囲が広い専門医だからだ。