

第25回

外国医療問題研究調査団

報告書

2026年3月

健康保険組合連合会

3	はじめに
4	視察訪問先・スケジュール
5	参加者
6	需要計画の策定と構造基金の活用にもみる ドイツにおける医師偏在対策の実態と課題 高松 真菜美／健康保険組合連合会・第25回外国医療問題研究調査団事務局「健康保険」2025年10月号掲載
13	ドイツにおける医師偏在是正の試みと改革動向 吉田 恵子／調査コーディネーター・独日通訳「健康保険」2025年11月号掲載
21	英国医療制度の現状と課題 菅原 琢磨／法政大学経済学部教授「健康保険」2025年10月号掲載
27	イギリスの医療提供体制、GPの活動、グループプラクティス 香取 照幸／一般社団法人未来研究所臥龍代表理事「健康保険」2025年11月号掲載
37	■座談会 医師偏在対策、かかりつけ医を軸に医療提供体制の在り方を考察 「健康保険」2025年9月号掲載

はじめに

本会は2025年5月下旬、第25回外国医療問題研究調査団を派遣した。約2年ぶりの海外調査であった。訪問国はドイツとイギリスの2か国で前回と同じであるが、調査目的については、現在わが国でも制度見直しを検討されている状況も踏まえ、ドイツについては医師偏在対策の実施状況、イギリスについてはかかりつけ医制度（GPⅡ家庭医制度）および医薬品の費用対効果評価の取り組み状況に絞り込んだ。

ドイツの医師偏在対策は、連邦政府の管理のもと、州ごとに策定される需要計画に基づいて行われている。今回、保険者側、保険医側、連邦政府レベルの機関と、それぞれの立場から医師偏在対策の取り組みについて話を聞き、意見交換を行った。州単位で保険者と医療側が自律的に需要計画を策定し、実行する仕組みを設けているなど、わが国にも参考になる部分も多くあったが、一方で、課題があることも確認できた。

イギリスにおいては、GP（家庭医）制度が根付いていること、また、地域の医療ニーズに応じたネットワークが構築されていることがわかったが、自己負担なしで医療サービスを受けられるメリットの裏返しとして、医療機関へのアクセスの悪さの問題があり、自己負担をしても、迅速かつ高度な医療サービスを受けられるプライベートル医療のニーズが高まっている実情もわかった。医薬品の費用対効果評価を担う機関では、予算の制約等を背景に厳しい評価が行われていることを実感できた。

また、両国とも直近、政権交代があったところだが、いずれの国においても、社会保障については財源論を含め重い政治課題になっており、今後も定期的に実態把握する必要性を感じたところである。

今回は、有識者として、厚生労働省出身で未来研究所隊龍の香取照幸代表理事（兵庫県立大学大学院特任教授）と法政大学の菅原琢磨教授にもご参加いただいたほか、現地においては、厚生労働省からドイツ、イギリスそれぞれの日本国大使館に向向されている方々にも同行いただいた。ご協力いただいたみなさまに改めて感謝申し上げます。調査の報告として、本会機関誌「健康保険」9月号、10月号、11月号に分けて計5本のレポートを掲載した。本報告書は、これらのレポートをひとつにとりまとめたものである。これを調査団の記録とともに、我が国の医療保険制度をよりよくするための参考資料としていただければ幸甚である。

視察訪問先・スケジュール

2025年5月

ドイツ	26 月	AM	① BKK Landesverband Mitte 10:00~12:00	企業疾病金庫(BKK)の州連合会 ベルリン、ブランデンブルク、プレーメン、ニーダーランドザクセン、ラインラン ト・プファルツ、ザールラント、ザクセン、ザクセン・アンハルト、チューリンゲン州 のBKKを対象とする州連合会。ドイツでは州レベルで保険者側と医療提供側が 地域の医療提供について協議を行う。 BKK Landesverband Mitte も協議の当事者。 【主なテーマ】ドイツの外来診療の現状、需要計画および診療側との協議、新 政権のプライマリケア政策案——など
		PM	② 在独日本国大使館 厚生労働省アタッシェとの懇談 14:00~15:30(16:00)	在独日本国大使館 【主なテーマ】ドイツ医療保険制度の概要、現状、最近の政策動向——など
	27 火	AM	③ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 10:00~12:00	連邦合同委員会 保険診療に関する基本的なルールやガイドラインを作成する当事者自治による ドイツ医療制度の最高意思決定機関。 【主なテーマ】G-BAの組織概要、需要計画、需要計画におけるG-BA、当事者 (保険者側、診療側)の役割——など
		PM	④ Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung(ZI) 14:00~6:00	保険医の外来医療確保のための中央研究所 【主なテーマ】ドイツの外来診療の供給状況——など
イギリス	28 水	AM	⑤ Royal College of General Practitioners(RCGP) 11:30~13:00	王立GP協会 【主なテーマ】英国の公的医療制度・NHSの概要、プライマリケア、家庭医 (GP)の活動、グループプラクティス——など
		PM	⑥ 在英日本国大使館 厚生労働省アタッシェとの懇談 15:00~16:30	外部会議室 【主なテーマ】英国の医療提供、NHSの現状、最近の政策動向——など
	29 木	AM	⑦ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 10:00~12:30	国立医療技術評価機構 NHSおよび広範な保健・ケアシステムに対して国のガイダンス(推奨・助言)を 示す政府外公共機関。 ガイダンスには、NICEガイドライン臨床、ソーシャルケア、公衆衛生、医療実践、技 術評価、介入手順、医療技術、診断、非常に希少な疾患の治療技術などがある。 各国の質評価、費用対効果評価関連組織の嚆矢ともいえる組織。 【主なテーマ】費用対効果評価、評価における考え方——など
		PM	⑧ HCA Healthcare 13:30~15:30	HCA ヘルスケア(民間病院) アメリカ・テネシー州ナッシュビルに本部を置き、アメリカとイギリスで展開する 民間の医療サービス提供企業。ロンドンでも病院、外来、医療センターなどの サービスを提供しており、複数の施設を持つ。 【主なテーマ】民間保険による医療サービスとNHSによる医療サービスの違 い、民間医療施設見学——など
	30 金	AM	⑨ Whitstable Medical Practice 9:00~10:30	ウイスタブルメディカルプラクティス ケント州にあるGP診療所。緊急治療センター等との統合型GP診療所のパイオ ニアの施設。26名のGPが45000人の患者をカバーする。 【主なテーマ】GPの活動、ウイスタブルメディカルプラクティスの診療体制、 診療所見学——など
		PM	⑩ 現地在住者との意見交換会 14:00~16:00	SOMPO International 【主なテーマ】日系企業従業員および現地スタッフからみた英国の医療提供 (NHS、民間医療保険)についてのヒアリングおよび意見交換——など

参加者

1 健保連・都道府県連合会・健保組合

佐野 雅宏 健康保険組合連合会 会長代理

久保 俊裕 健康保険組合連合会 副会長／健保連大阪連合会 会長

米川 孝 健康保険組合連合会 副会長／健保連東京連合会 会長／安田日本興亜健康保険組合理事長

松本 真人 健康保険組合連合会 理事

栗坂 禎一 日本製鉄健康保険組合 常務理事

佐竹 陽一 NXグループ健康保険組合 理事長

篠原 正泰 健保連神奈川連合会 会長／富士フィルムグループ健康保険組合 理事長付

福井 浩明 日立健康保険組合 常務理事

2 有識者

香取 照幸 一般社団法人未来研究所 代表理事／兵庫県立大学大学院社会科学研究所 特任教授

菅原 琢磨 法政大学 経済学部 教授

3 事務局

松本 展哉 健康保険組合連合会 政策部 参事(広報担当)

戸島 夕貴 健康保険組合連合会 総合企画室／社会保障研究グループ マネージャー

高松 真菜美 健康保険組合連合会 政策部／医療・診療報酬グループ マネージャー

需要計画の策定と構造基金の活用にみる ドイツにおける 医師偏在対策の実態と課題

健康保険組合連合会・第25回 外国医療問題研究調査団 事務局

高松 真菜美

はじめに

日本はこれまで医師偏在是正に向け、特定の地域に従事する医師の定着を目指した地域枠^①の設定といった医師養成過程における取り組みや、地域の医師偏在を解消するために都道府県が策定する医師確保計画などによって対応を図ってきた。こうしたこれまでの取り組みでは医師偏在が十分に解消されていない実態を踏まえ、2024年8月末に厚生労働省は「近未来健康活躍社会戦略」を公表し、そこで示された医師偏在是正に向けた「総合的な対策パッケージ」の骨子案^②をもとに、国の関係審議会^③で具体的な内容について審議が重ねられ、取りまとめが行われた。その後、2024年12月末に厚生労働省は、医師偏在是正に向けた取り組みの実効性を確保するために、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を公表した。

こうした日本での医師偏在是正に向けた動きを踏まえ、2025年5月下旬から6月上旬にかけて健康保険組合連合会が実施した「第25回外国医療問題研究調査団」(以下、調査団)の訪問国として訪れたドイツにおける医師偏在対策について、地域・診療科ごとに保険開業医を適切に配置するために、保険開業医の団体である

州保険医協会が策定する「需要計画」と、地域で必要な保険開業医の確保を目的として同協会が設置している「構造基金」の実態や課題等を中心に調査を実施した。今回は視察先として「BKK Landesverband Mitte」(保険者である企業疾病金庫の州連合会)、「Gemeinsamer Bundesausschuss」(公的医療保険の最高意思決定機関である連邦合同委員会)、「Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland」(保険開業医による医療提供について調査・研究している中央研究所)を訪れた。

詳細は後述するが、ドイツでは需要計画策定に当たって、州保険医協会、疾病金庫の州連合会、連邦合同委員会が深く関わっている実態が分かった。各ステークホルダーの医師偏在対策に係る役割を紐解きながら、本稿では、調査団として訪問した視察先から得られた情報に基づき、需要計画と構造基金による医師偏在是正に向けたドイツでの取り組みの実態および課題を明らかにしていく。

ドイツの医療保険制度

ドイツにおける医師偏在対策の取り組みを理解するに当たって、まず、ドイツの医療保険制度の仕組みについて触れる。ド

イツでは連邦保健省が医療保険制度を所管しており、実際の運営は保険者である疾病金庫が担っている。連邦保健省が政策の大枠を決定し、当事者自治の原則のもと、具体的な取り組みの中身については、当事者が決定している。この当事者に該当する組織として、保険医協会や保険歯科医協会、疾病金庫等があり、それぞれ連邦レベルの組織として、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会、疾病金庫連邦中央連合会が存在する。これら連邦レベルの組織にドイツ病院協会を加えた4組織は、後述する連邦合同委員会の本会議の構成委員となっている。

日本では全ての国民に公的医療保険への加入義務があり、民間医療保険への加入は任意となっているが、ドイツでは公的医療保険への加入義務があるのは一定所得以下の被用者、農業者、年金受給者等で、それ以外の者は任意で公的医療保険へ加入するか、公的医療保険に加入しないのである。れば民間医療保険へ加入する義務がある。実態として、公的医療保険の加入者数は約7400万人(2024年)で民間医療保険の加入者数は約870万人(同)と、約9割の国民が公的医療保険に加入しており、公的医療保険に加入する際、自らが加入する疾病金庫を自由に選択できる点は、日本のように職業、年齢、住所地によって加入先が決まる仕組みとは異なる。また、公的医療

保険における一般保険料率^②はどの疾病金庫も同率14・6%を労使折半で負担しており、外来の診察料については自己負担がない^③ことなどもわが国とは異なる仕組みとなっている。このように、日本と同様に社会保険方式を採るドイツではあるが、異なる点があることを念頭に置きつつ、ドイツの医師偏在是正に向けた取り組みや課題について述べていく。

医師偏在是正に当たつてのドイツでの課題

今回、調査団で訪れたドイツは、日本において2024年に医師偏在是正に向けた議論の中で1つの論点となった規制的手法に関して、「需要計画」によって医師が過剰とされる地域での診療所の開業規制を行ってきた国である。

ドイツの医療提供体制は、外来医療を診療所が担い、入院医療を病院が担うといった形で、診療所と病院の役割が明確に分かれている。さらに、外来医療を担う診療所の保険開業医は、歯科を除けば家庭医と専門医の2つに分類され、患者自らが受診すること家庭医もしくは専門医を自由に選択することができ、家庭医を受診した場合には必要に応じて専門医に紹介されるといった流れが定着している^④。今回の視察では特

に保険開業医の医師偏在是正に向けた取り組みについて調査を実施した。

ドイツの視察先において、医師偏在対策について話を聞いていく中で、保険開業医数が今後、減少していく背景にはわが国と共通した課題を見いだすことができた。

まず共通する課題の1点目として、医師の高齢化が挙げられる。ドイツの高齢化率は22・4%(2023年)と、わが国の高齢化率29・1%(同)^⑤と比較して低いものの、医師の高齢化・引退によって承継がなく地域によっては、診療所の建物だけが残ってしまっている実態があった。日本においても、医師の高齢化による引退で、承継がない等の理由によって2040年までに診療所数がゼロとなる市区町村が増加するといったことが指摘されている^⑥。

2点目の共通課題として、昨今の医師の働き方の変化も影響していることが分かった。具体的には、ドイツで外来を担う保険開業医は、週50〜60時間勤務していたが、近年はワークライフバランスの観点からパートタイムで勤務する医師が増えてきており、勤務時間が短くなっている^⑦。つまり、自ら経営を担い診療報酬請求に係る事務作業等への対応を含め長時間働く開業医になろうという医師が少なくなっている。ドイツでは保険開業医としてフルタイムで働く場合、最低勤務時間が週25時間^⑧とされ

ていること等から、今後はさらに平均勤務時間が短くなっていくことが示唆された。こうした働き方の変化に加え、都市部での保険開業医の過剰供給の実態や、専門医となる医師が多く、幅広く医療サービスを提供する家庭医が減少している。実態も相まって、地方における保険開業医が不足し、既に開業している医師が引退後に承継しようとしても、そもそも診療所を継ぐという医師がいないことから、医師不足地域において、特に家庭医の配置が広がらない実態が垣間見られた。

需要計画の概要

ドイツにおける医師偏在対策の1つとして、保険開業医を適切に配置するために策定された「需要計画」がある。需要計画の目的は、国内どこに住んでいても医療に平等にアクセスできることであり、この需要計画によってドイツ国内の保険開業医の全体数がコントロールされている。需要計画に定められた診療科・計画区域ごとの需給状況を踏まえ、保険開業医が過剰とされる区域では原則、開業が規制される。需要計画は当初、保険開業医が過剰とされる地域の診療報酬総額^⑩増加による疾病金庫の負担増を鑑み、保険開業医数を抑え、医療サービスの供給量をコントロールすることを

目的に策定されたが、結果として配置をコントロールする手段となつている。ドイツでは、開業する医師が公的医療保険の枠内で医療サービスを提供する場合、この需要計画に定められた内容に沿った対応が求められる。

需要計画は後述する連邦合同委員会がガイドラインを作成し、このガイドラインに基づき各州の保険医協会が策定^⑪している。州保険医協会は策定した需要計画に基づき、地域で必要とされる医療を確保する責任が法的に義務づけられている。需要計画策定に当たって各州の保険医協会は疾病金庫の州連合会の同意を得る必要があり、仮に同意が得られなかった場合、州に設置されている委員会において再度協議が行われる。この州に設置された委員会は、需要計画に定められた計画区域における保険開業医の供給が過剰なのか過少なのかを決定し、開業制限を行うかどうかを判断する場でもある。

このように需要計画を策定するのは州保険医協会であるものの、既存の需要計画でカバーできていない医療需要が発生した場合には、疾病金庫の州連合会と協議を行い必要

家庭医の計画区域ごとの医療供給度（2024年）

- 59.0%～87.7%未満
- 87.7%～96.5%未満
- 96.5%～103.9%未満
- 103.9%～109.8%未満
- 109.8%～208.0%未満



な対応を図るなど、さまざまな課題が生じるたびに両者で協議をしている実態が確認できた。

今回の視察を通して、疾病金庫の州連合会は、単に州保険医協会が策定した需要計画に対して同意の意思を示すだけでなく、州保険医協会と対等に協議の場に関わっている印象を持った。実際に州保険医協会と協議を行うに当たっては、医師等の医療職が所属する専門機関であるMDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: 医療保険のメディカルサービス^⑫)。組織改編により現在の名称はMedizinischer Dienst)のアドバイスを求めて、協議に臨んでいたことが分かった。また、こうした協議の場に参加する疾病

出所: KBV, Versorgungsgrade und Niederlassungsmöglichkeiten. <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-versorgungsgrade-niederlassungsmoeglichkeiten>(2025年8月29日アクセス)

金庫の州連合会の職員は、法律の専門家や経営に関する専門家などさまざまな専門分野に特化しており自らが協議の場でイニシアティブをとっていると視察先の担当者には説明していた。このように需要計画に関して、当事者間で協議を重ね物事を決定していく当事者自治の意識の強さや、専門家で構成されている疾病金庫側の職員体制は日本の保険者とは異なる性格を有している印象を受けた。

需要計画に定められている事項および課題

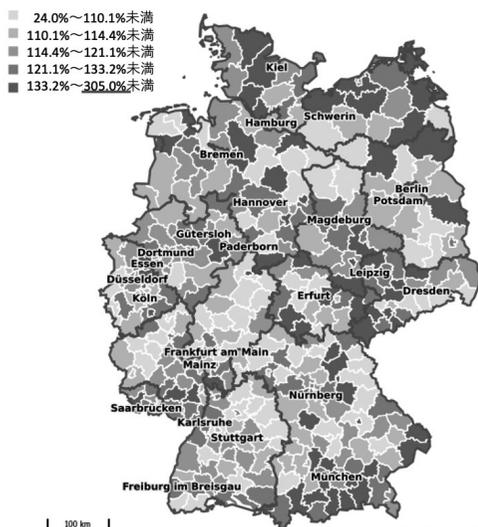
後述する連邦合同委員会が策定した需要計画のガイドラインには、22の診療科を供給レベルに応じて、家庭医・一般的な専門診療科・専門性の高い専門診療科・特に専門性の高い診療科の4つに分け、この4つの区分ごとに計画区域が割り当てられており、診療科ごとに医師1人当たりの住民数が設定されている。

具体的には、家庭医はいわゆる日常的な疾患を対象とすることから、需要計画における設定区域は、住民の居住地近くで必要なサービスが受けられる範囲が計画区域とされ、他の3つに分類される診療科と比較して計画区域が最も細分化されている。専門医は、専門診療科や対応するサービスの

特殊性によって設定区域が変わり、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等の一般的な専門診療科は図の通り家庭医よりも広い範囲を計画区域とし、専門性の高い放射線科や麻酔科等はさらに計画区域の範囲が広くなり、特に専門性が高いとされる脳神経外科等は州そのものがほぼ1つの計画区域となる。医師1人当たりの住民数の設定について、例えば家庭医であれば、連邦合同委員会のガイドラインには、全国一律で1607人が基準として設定されており、この設定された基準をもとに州保険医協会は需要計画に目標とする水準を定めている。当該水準は年齢構造や疾病構造等を考慮して設定されている。

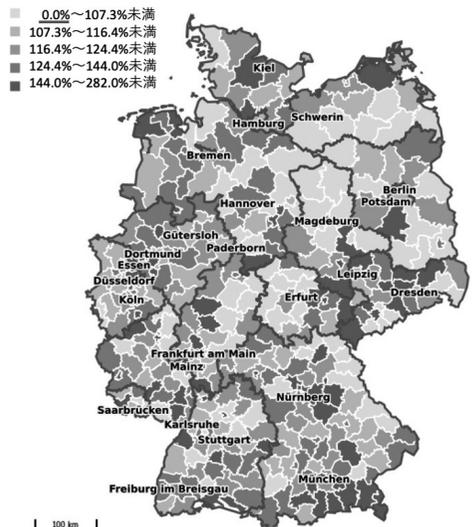
需要計画を策定する州保険医協会は、医療供給度すなわち計画区域における医療提供体制の均衡度合いを評価している。こうした州保険医協会の評価を疾病金庫の州

耳鼻咽喉科医の計画区域ごとの医療供給度 (2024年)



出所: KBV, Versorgungsgrade und Niederlassungsmöglichkeiten. <https://www.kbv.de/infotek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-versorgungsgrade-niederlassungsmoeglichkeiten>(2025年8月29日アクセス)

皮膚科医の計画区域ごとの医療供給度 (2024年)



出所: KBV, Versorgungsgrade und Niederlassungsmöglichkeiten. <https://www.kbv.de/infotek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-versorgungsgrade-niederlassungsmoeglichkeiten>(2025年8月29日アクセス)

連合会も確認しており、具体的には州保険医協会は医師1人当たりの住民数の実際の比率を、需要計画に定めた目標とする比率と比較し医療供給度を評価することで、それぞれの計画区域が過剰供給なのか過少供給なのかを判断している。この判断基準は、需要計画に定められた目標とする比率を家庭医の場合は25%、専門医の場合は50%を下回ると過少供給とされる。また、同比率の110%を上回る場合は過剰供給と判断されこの区域での新規開業は原則、制限され、承継については110%~140%の範囲では可能であるが、140%を上回ると認められず、既に開業している医師が開業権を返還した段階で、州保険医協会が診療所を買い上げることによって開業をできなくする規制がある。

ただし、例外として、特別の理由があれば必ずしも規制せずに、地域で必要とされている医療需要への対応を図るなど、規制と医療需要への対応のバランスをうまく保とうとする姿勢が伺えた。その例として、何かしらの理由で医療需要が急激に増加した場合には、110%~140%の範囲で目標とする比率を上回り、過剰供給とされる区域が対応を図ることになる。このような事態を想定した上で、140%に到達するまでは過剰供給とされる計画区域であっても承継可能としている。

一方で、過少供給区域への対応としては、医師確保のために州保険医協会が開業権を買い取り、新たに診療所を開業することで、そこへ勤務医を派遣し、▽保険開業医が不足している特定の診療科の提供▽初めは勤務医として雇用し、数年後には開業してもらおうといった承継者不足への対応——が図られている。

このように需要計画により医師偏在是正が図られているドイツではあるが、へき地等では現在でも保険開業医が不足しており、需要計画とは同じ計画区域であっても保険開業医が過剰な地域と不足している地域が混在している実態があることが分かった。また、図の通り皮膚科の場合、「医療供給度0%」の区域が存在する一方で、耳鼻咽喉科のように医療供給度が、300%を超える過剰区域が存在しており、こうした地域への対応をどのように図っていくのかは、日本がこれからへき地だけでなく、医療機関の維持が難しい地域における医師偏在対策を進めていく中では、引き続き注視が必要と考えられる。

保険開業医確保のための「構造基金」の活用

ドイツでは保険開業医が不足する地域への対応に係る経済的インセンティブとして、

構造基金の活用がある。州保険医協会は前述した通り、地域で必要とされる医療を確保するために、需要計画に基づき対応を図ることが法律に規定されている。そのため、過少供給とされる区域における医療の確保など、必要な措置を講じるための財源確保を目的として、州保険医協会は構造基金を設置しなければならない。構造基金の財源として、州保険医協会は診療報酬総額の0.1%から最大で0.2%に相当する額を拠出し、疾病金庫の州連合会も同額を負担することが義務付けられている。

構造基金の活用方法については州保険医協会が決定することができ、こういった枠組みの中で活用できるのかは連邦レベルで決定している。具体的な構造基金の活用方法としては、▽診療所の開業資金▽医学生の奨学金——などがあり、実際の用途については州保険医協会は、歴年ごとに報告書を作成しインターネット上に公開することになっている。医学生が奨学金を受けた場合、一定期間、医師不足とされる地域で働くことが要件とされている。

また、既に開業している診療所が分院のような形で、医師不足地域に開業し承継する場合にかかる費用への助成も可能とのことであった。そのほか、▽医師不足地域で働く医師が訪問診療を行った際の往診料への加算▽高齢医師が引退する際の承継

者を見つげるための支援——等にも構造基金を活用している。

連邦合同委員会の役割について

これまで、需要計画や構造基金に係る州保険医協会と疾病金庫の州連合会の役割等を中心に述べてきたが、ドイツの公的医療保険制度における最高意思決定機関である連邦合同委員会も需要計画に係る大きな役割を担っている。

連邦合同委員会は、連邦法に基づき設置されており、当該委員会は連邦保健省の監督下にある。法律に規定されている連邦合同委員会の業務として、▽外来診療提供方法▽検査・治療法の評価▽歯科における標準治療の決定▽需要計画のガイドライン策定▽診療ガイドラインの策定——等がある。これらの業務において、連邦合同委員会は公的医療保険でカバーする医療サービスを決定する役割を担っている。

連邦合同委員会は、法定業務である需要計画のガイドラインを策定後、定期的に見直しを行っており、策定時に考慮する疾病構造に係る見直しは2年に1回対応し、この他にも見直しが必要になった場合にはすぐに対応できるようにしているとのことであった。その理由として、開業権を得られなかった医師による訴訟の可能性があり、

法的な確実性をいつも担保する必要があるからだという点を視察先の説明者は強調していた。

連邦合同委員会はさまざまな決定を議会等の場で行っており、例えば本会議は、医療提供者側の委員(5人)・疾病金庫側の委員(5人)・中立的な委員(3人)の三者から構成されており、それぞれ投票権を有している。議長は中立性の確保が重要であることから、中立的な委員の中から1人が議長に選出され、この中立的な委員も他の委員同様に投票権を持っており、議長については投票権が2人分与えられている。また、患者代表も本会議へ参加し意見することが認められているが、他の委員とは異なり投票権は有していない。

本会議の委員について医療提供者側は保険開業医を代表する組織であるKBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung; 連邦保険医協会)と、歯科医の代表からなる組織であるKZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; 連邦保険歯科医協会)、福祉団体や民間運営病院等を代表する組織であるDKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft; ドイツ病院協会)から参加している。疾病金庫側は疾病金庫の中央組織であるGKV-Spitzenverband(疾病金庫連邦中央連合会)から参加しており、患者の代表については、DBR (Deutscher

Behindertenrat; 障害を持った方々の団体)による評議会等から参加している。本会議の下には9つ委員会が設置されており、本会議での意思決定に必要なデータ等を提供している。

話を需要計画に戻すと、実際に医師不足地域へどのように医師を配置するのかをガイドラインに定めている連邦合同委員会は、前述した州の委員会におけるさまざまな判断がガイドラインの枠内で適切に行われているのかを監督する立場にある。具体的には、ある計画区域における診療科の医師1人当たりの住民数が、目標とする比率の140%を上回り過剰供給であると判断された場合でも、特定の疾患について有病率が高い等の地域特性による特別な事情があれば、新規開業を許可することを委員会が決めることができ、その判断がきちんとルールに則って行われたのかを監督しているのが連邦合同委員会である。

おわりに

ドイツでは需要計画や構造基金の活用による医師偏在是正の取り組みにおいて、州保険医協会と疾病金庫の州連合会の双方が対等な立場で協議をして物事を決定していく当事者自治の意識の強さが非常に印象深かった。わが国においては今後、保険者が関

わる医師偏在対策に係る地域の協議が本格化する見通しである。ドイツにおける当事者間での協議の進め方やそうした場への臨み方は、医師偏在対策を進ませるに当たって参考となる示唆が得られたのではないかと考える。

また、ドイツでは診療所数が減少傾向にあり、現存する診療所の負担が高まっている実態や、病院の救急に軽症で受診する患者が増加している等への対応として、政府の新たな取り組みの1つに家庭医の義務化があり、患者は自らが登録した家庭医の診察を受けてからでないと専門医や病院への受診ができない仕組みへの見直しが行われようとしている。こうした新たな動きや、医師偏在是正に当たって共通の課題を抱えるドイツの動向は、引き続き注視していく必要があると考える。

■注

- (1) 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件として設定している医学部の選抜枠。
- (2) ドイツには一般保険料だけで支出を賄いきれない場合、個別の疾病金庫が独自に徴収する追加保険料が存在する。2024年までは1%台で推移してきた追加保険料率が2025年には2.5%に上昇している。
- (3) 外来診療料の患者の自己負担はゼロであるが、入院の場合は1日当たり10ユーロ(暦年28日限度)の患者負担がある。2004年には外来診療においても診察料が導入され、四半期ごとの最初の受診時に患者は10ユーロを負担していたが、2013年に廃止されて以来、外来診療料の患者の自己負担はない。ただし、薬剤に係る患者負担は10%の定率負担で、下限5ユーロ、上限10ユーロとされている。
- (4) 毎回同じ診療所を受診する義務はなく、緊急時には直接病院を受診する「リムビ」もある。

- (5) ドイツの高齢化率は2023年12月31日、日本の高齢化率は2023年10月1日時点の数値。
- (6) 厚生労働省による75歳で診療所医師が引退すると仮定した場合の見込み。厚生労働省「2024」第10回新たな地域医療構想等に関する検討会」資料<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001316780.pdf> (2025年8月20日参照)
- (7) Z1の報告によると2014年時点のデータでは保険開業医の週平均労働時間は50時間であった。週平均労働時間が長かったのは心臓病と核医学の専門医で57時間、短かったのは心理療法師の45時間であった。
- (8) 視察先では開業権を得るには少なくとも週25時間働く必要があると説明していたことから、診療所の承継や開業をするに当たっては最低でもフルタイム勤務で週25時間働く必要があることを指していたと思われる。
- (9) 長期的にみると減少しているが、最近では微増傾向にあり2020年以降は約5万5000人で推移している。
- (10) 外来医療費、医薬品費、入院医療費等、公的医療保険の給付支出総額を指す。
- (11) ドイツの州数は16であるが大きな州については、州内を2つの地域に分けていることから計17の州保険医協会が存在し、17の需要計画が策定されている。
- (12) 疾病金庫が州ごとに共同で設置した医療および介護の評価、アドバイス機関で医師・介護士等の専門家で構成されている。

■主要な参考文献等

- ・厚生労働省(2023)「2023年 海外情勢報告(本文)」第2章 各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向第4節 ドイツ連邦共和国
<https://www.mhlw.go.jp/content/001307834.pdf> (2025年8月12日参照)
- ・内閣府「令和6年度版高齢社会白書」
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenshu/pdf/1/s1s_01.pdf (2025年9月6日参照)
- ・健康保険組合連合会(2022)「健保連海外医療保障(No.130)「ドイツにおける一般診療およびがん検診」
<https://knp-digitalbook.jp/raja.jp.com/#/content/39> (2025年8月13日参照)
- ・Bundesministerium für Gesundheit (2025). GKV-Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragsätze und Krankenstand.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KMI_ID_2024.pdf (2025年9月2日参照)
- ・GfA (2025). Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses Evaluationsaufträge nach § 68Bedarfsplanungs-Richtlinie.
https://www.gf-a.de/downloads/40-268-11236-2025-02-20-BPL_RL_Abnahme-Endbericht-Evaluationsauftraege-Bericht.pdf (2025年8月12日参照)
- ・GfA (2025). Richtlinie(Bedarfsplanungs-Richtlinie).
https://www.gf-a.de/downloads/62-492-3808/BPL_RL_2025-02-20_RL_2025-05-08.pdf (2025年8月12日参照)
- ・GfA (2023). Allgemeine Verhältniszahlen der Bedarfsplanung.
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/11.21.pdf> (2025年8月15日参照)
- ・GfA (2024). Sitzverteilung im Plenum des GfA.
https://www.gf-a.de/downloads/17-98-3646/2024-11-25-GfA_Plenum_bf_barrierefrei.pdf (2025年8月13日参照)
- ・GfA (2024). Der Gemeinsame Bundesausschuss: Plenum und Unterausschüsse.
https://www.gf-a.de/downloads/17-98-2436/2024-07-04-Gratzk_Plenum-Unterausschuesse.pdf (2025年8月12日参照)
- ・KBV (2025). Bundesmantelvertrag - Ärzte.
<https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/BMV-Aerzte.pdf> (2025年8月11日参照)
- ・KBV. Zahlen und Fakten-Bundesarztregister Die Grundlage der Vertragsarztstatistiken.
<https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/bundesarztregister> (2025年9月1日参照)
- ・Deutscher Bundestag (2025). Antwort der Bundesregierung.
https://dserver.bundestag.de/btd/21_01/3_2101315.pdf (2025年9月2日参照)
- ・PKV (2025). Private Krankenversicherung auch 2024 mit stabilem Wachstum.
<https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/private-krankenversicherung-auch-2024-mit-stabilem-wachstum/> (2025年9月2日参照)
- ・ZI (2017). Pressemitteilung: 50-Stunden-Woche: Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte.
https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-PM-Arbeitszeit_2017-13.pdf (2025年8月2日参照)
- ・Statistisches Bundesamt. 12411-0005. Population: Germany. reference date: age.
<https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/12411-0005/search/s/MT10MTENMDA.wnQ==> (2025年9月2日参照)
- ・VDEK (2025). Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung.
https://www.vdek.com/presse/daten_c_einnahmen-ausgaben.html (2025年9月1日参照)

ドイツにおける 医師偏在是正の試みと 改革動向

保険者・保険医の役割

調査コーディネーター・独日通訳

吉田 恵子

はじめに

ドイツでは偏在のない外来医療供給確保のため、需要計画という医師配置計画に基づき、開業を制御している。需要計画は元來医師の過剰を抑制するための手段であった。だがその後、地域医療の要である家庭医(Hausarzt)が不足し始め、後述する医師配置計画は各種インセンティブと組み合わせ不足を軽減する手段にもなっている。昨今はまた、家庭医以外の専門医⁽¹⁾へのアクセスも悪化しており、GP制⁽²⁾を義務化することも検討されている。

本稿では、第25回健康保険組合連合会、外国医療問題研究調査団ドイツ視察先である企業疾病金庫州連合会ミッテ(BKK Landesverband Mitte)、連邦合同委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)、保険医医療中央研究所(Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung)のヒアリング、また過去の保険医協会でのヒアリング、文献調査を基に、需要計画とこれに基づく開業許可制度、家庭医不足と専門医⁽¹⁾へのアクセス悪化への対策の概略を述べる。その際保険者と保険医⁽³⁾の役割にも触れる。ちなみにドイツでは原則、入院医療は州の計画に基づき病院が提供する一方で、外

来医療は保険医と保険者による需要計画に基づき地域の診療所が提供している。本稿では、国民の約9割が加入する公的医療保険の枠内での外来医療制度を扱う。

1 需要計画と 開業許可制度で偏在を軽減

現在の形の需要計画は、1990年代の医師過剰時代に、医療の過剰供給抑制のため開業を制限する目的で導入された。しかし2000年以降は、都市部で医師が溢れる一方で、過疎地で空き診療所が目立ち出した。新しい状況に対応するため2013年に需要計画の枠組みを定めるガイドラインが見直され、家庭医がより満遍なく配置されるよう、そして地域の実情に合わせて柔軟に調整されるようになった。また、需要計画で医師不足が特定された地区に医師誘致のための補助が与えられる仕組みができた。

以下は、現行の需要計画の概略である。

1-1 需要計画ガイドライン

日本と異なり自由開業制ではないドイツでは、医師が公的医療保険の適用を受けるには、保険医協会と保険者代表から成る開業委員会から開業許可を得る必要がある。

保険医協会は保険医を代表する公法人でありで原則各州⁽⁴⁾にある。国から州の医療供給確保を委託され、均等で医療ニーズに応じた保険医の開業許可の基礎となる「需要計画」を作成している。

各保険医協会による需要計画の全国共通の枠組みを定めているのが、需要計画ガイドラインである。公的医療保険制度を定める社会法典5編を法的根拠としている。ガイドラインを定めるのは、連邦合同委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)である。同委員会は主に、保険者の連邦レベルの代表団体である公的医療保険中央連合会(Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassenversicherung)、外来医の連邦レベルの代表団体である連邦保険医協会(Kassenärztliche Bundesvereinigung)、ドイツ病院協会(Deutsche Krankenhausgesellschaft)および保険者側にも医療供給者側にも属さない中立的なメンバーからなる。患者代表および州の代表も、決定権は持たないが、協議に参加する¹⁾。

日本であれば国が持つ決定権を保険者と医療供給者が持つ背景には、ドイツでは医療の当事者自治原則に基づき、国が保険者と医療供給者に国民への医療供給を委ねていることがある。例えば診療報酬や保

険給付範囲なども、保険者と医療供給者で決めている。ここでの国の役割は、法的な枠組み作りと監督である。

需要計画ガイドラインには、全国共通の目標値としての各診療科医師1人に対する住民数、計画地区の地区割、全国共通の枠組みからの逸脱を正当化する地域の特性、医師の過剰・不足供給の特定などについて定められている¹⁾。

1-2 計画地区と目標医師数

需要計画ガイドラインの中では、診療科が医療ニーズに応じて4レベルに分けられている。医療ニーズの高い診療科はアクセスをよりよくするため、計画単位となる地区が小さく、同時に地区当たりの目標医師数は多くなる。診療科の専門性・特殊性が高くなるほど計画地区は広くなり、地区当たりの目標医師数は少なくなる。

ニーズが最も高いとされるのが、医療の最初の窓口とされている家庭医である。家庭診療所は皆の住居の近くにあるべきとの考えから、4レベルのうち計画地区が最も小さい。家庭医の計画地区は、地域の中心地とその周辺から成る生活圏であり、全国に883地区ある。具体的には、郡独立市と呼ばれる大きな市、または郡を2つ3つに分割した地区である。各計画地区

の目標医師数の設定には、住民1607人に対し家庭医1人²⁾という比率を用いる。ただしこの目標医師数は、地域の人口動態や疾病構造などにより調整される。例えば、金融都市で若い住民の多いフランクフルト市の家庭医1人に対する住民数は1830人である。逆に高齢化した過疎地では1人の家庭医がカバーする住民数が減り、例えば1340人の地区もある。

次にニーズが高いとされるのが一般的専門医(Allgemeine Fachärzte)と称される婦人科医や小児科医、泌尿器科医、眼科医などだ。ここには心理療法士も含まれる。計画単位は、361の郡と郡独立市になる。一般的専門医1人に対する住民数は、診療科ごと、また各計画地区の近隣地区との関係によって異なる。例えば婦人科は3850〜6813人²⁾である。診療所が集中する大都市部にアクセスしやすい周辺計画地区では、専門医1人がカバーする住民数が多めに設定されている。

さらに専門性が高い専門医(Spezialisierte Fachärzte)である専門内科医や放射線医などの計画地区は、郡・郡独立市より広域の97地区で、医師1人に対する住民数も増える(例:専門内科医は1万4433人²⁾)。最も特殊なレベルとされる人類遺伝学や病理学といった特殊専門医(Besondere

Fachzweige)の計画地区は州となり、医師1人に対する住民数はさらに増える(例:人類遺伝学医は56万3887人²⁾)。

本項で述べたルールは、需要計画ガイドライン上の全国共通ルールである。実際の需要計画は各保険医協会が、保険者の州連合会との合意の下、地域事情に合わせて調整しながら作成し、これを用いて外来医療の供給状況を把握する。保険医協会は、ガイドラインに定められた正当な理由(例:交通事情や住宅地の分布)があれば地域の事情に合わせて、ガイドラインのルールから逸脱し、例えば区割りや目標医師数を変えることができる。そのため、家庭医の計画地区数は基本883地区であるが、実際1000弱ある。

1-13 開業・承継制限による偏在軽減

次に保険医協会は、診療科別に定められた医師対住民比率に基づき各計画地区の目標専門医数を算出する。この目標医師数を実際の専門医数と比べ、各計画地区の供給度を算出する。供給度は、計画地区で働く当該診療科専門医数が、目標数と同じであれば100%となる。そしてこれが110%未満であれば通常新規開業が可能だ。110%以上は、医師過剰とされ、特定の理由がない限り新規開業は許されない。

だが、同一診療科の既存開業医が開業権を返却し空きが出た場合、後述の開業許可委員会が医療供給に必要と判断すれば、診療所の承継は可能になる。供給度が140%を超える地域では、医療供給上の理由ほか特例を除き承継も許すべきではないと定められている。承継を許されなかった診療所は保険医協会が買い上げなければならぬ。逆に、家庭医が75%未満、その他の専門医が50%未満であれば医師不足とされ、後述の補助策が適用可能になる。

各地の外来医療供給を確認し、計画地区を過剰地区または不足地区に定めるのは、州医師疾病金庫委員会(Landesarbeitsgemeinschaft der Ärzteschaft und Krankenkassen)である。同委員会はまた、医師過剰地区内では地域的な特別医療ニーズや、まだ医師不足ではない地区で予測される不足を認定することもできる。構成メンバーは、保険者の州連合会と保険医協会が指名する各々の代表と、中立的メンバーである。州と患者の代表も、投票権はないが協議に参加する¹⁾。

開業・承継を許可するのは、地域の開業許可委員会(Zulassungsausschuss)である。開業許可委員会は、保険者の州連合会と保険医協会が指名した各々同数の代表から成る。州と患者の代表も投票権はないが協

議に参加する¹⁾。1つの開業許可委員会が管轄する地域の範囲は州によって異なり、全州であることもあるし、それより小さな単位(例えば行政区)であることもある。

開業許可委員会は、需要計画を逸脱し開業許可を与えることもできる。例えば、供給度110%以上の医師過剰計画地区であっても、特別な地域的医療ニーズを認めた場合は、新規開業を許可できる。

実際供給度が110%以上の計画地区ではほとんどの場合新規開業は許されないが、承継はされるという。承継者は保険医協会が公募する。承継希望者が複数いる場合は、開業許可委員会が法定基準に基づいて承継者を選定する。選ばれ開業権を得た者は前任者から診療所を買う。

需要計画に基づく開業制限は偏在正にどのような効果があるのか。保険医協会によれば、都市部で新規開業ができなくなった開業希望者を周辺地へ分散する効果がある。また、専門内科などなかなか空きが出ない診療科のポストを希望していた研修医が、多くの地区で空きがある家庭医に転向する効果もあると聞く。ただし需要計画は、過剰は抑制するも解消には有効ではないとされている。事実専門医の計画地区の大部分は今でも過剰である。例えば婦人科計画地区の2割で140%以上だ(連

邦保険医協会の2023年の統計に基づき筆者計算)。この理由として、以前ある保険者から、医師側が医療供給上の理由(例: 周辺地区からの患者が多い、閉鎖したら患者の受け入れ先がないなど)から140%以上の医師過剰地区でも大概承継を許すので医師過剰を解消できない、と聞いたことがある。この発言から、過剰供給そして支出を抑えたい保険者側と、それよりも供給の維持を重視する保険医側の立場の違い、二者の力関係、そして過剰解消における現行ルールの限界がうかがい知れる。

1-4 地域医療の要である家庭医

ドイツでは、家庭医が医療の最初の窓口となり、プライマリ・ケアを担っている。家庭医は総合医療の専門医として、総合医療の範囲内であれば自ら患者を診療し、範囲外の診療が必要と判断すれば適切な外来専門医へ受診、または入院やリハビリテーションを指示する。専門医・病院での検査や手術後もその結果を踏まえ、家庭医が再び診療する。英国GP制のような登録制とは異なり、患者は家庭医を自由に選べるが、大多数は自らかかりつけ家庭医を決めている。

現役医師43万7200人のうち外来医は17万1000人であり³、このうち6万6100人が家庭医である⁴。ただ

しフルタイム換算すると家庭医数は5万1473人となる(2024年)。1991年には5万4052人だった。人口が高齢化し医療ニーズが増えているにもかかわらず、家庭医の頭数は他専門医と比べあまり増えておらず(表)、合計労働時間は減少していることになる。

なぜか。ドイツでは過去、専門医教育を終えていない医師も家庭医役を果たせた。だがそのため、家庭医は専門医に比べ地位も報酬も低く、成り手が減っていった。その反面、人口の高齢化と共に、慢性疾患や健康管理をする総合医療(Allgemeinmedizin)の重要性は高まっていった。2003年には、総合医療専門医資格が家庭医の開業要件になり、家庭医は専門医に格上げされた。さらに、診療報酬をはじめとする処遇の改善、総合医療教育体制の充実、専門医教育への補助策などが講じられた。数々の魅力向上策の結果、十分ではないものの、総合医療専門医認定数はこのところ増加傾向が続いており、フルタイム換算の家庭医数も横ばい・微増傾向に転じた。

2 医師不足対策

2000年代以降は、過疎地での家庭医不足が観察されるようになった。これに對

し2012年、複数の家庭医開業促進策を含む医療供給構造法が施行された。本章では、同法で導入された構造基金と予算上限枠の免除、その他のインセンティブに触れる。

2-1 構造基金

需要計画は医師を配置する強制力は持たないので、不足地には保険医協会がインセンティブを使い医師を誘致している。誘致インセンティブの主な源となっているのが構造基金である。財源には、地域の公的医療保険から保険医協会へ、地域

表 医師数の変化率

	前年比	過去5年
現役医師	2.0%	8.7%
外来医	1.6%	6.9%
外来開業医	-1.5%	-8.3%
外来勤務医	7.1%	47.6%
病院勤務医	2.7%	10%
現役総合診療医	1%	2.6%
外来総合診療医(家庭医)	0.9%	2%
外来開業総合診療医	-1.8%	-10%
外来勤務総合診療医	8.2%	51.3%
引退した医師	3.3%	20.3%

出典: Deutsches Ärzteblatt. Zu niedriges Wachstum für eine ausreichende Versorgung. 2024/10

の疾病構造に応じて支払われる総報酬の0・1～0・2%が充てられる。保険医協会が構造基金を設立すると、同地域の公的医療保険者にも同額の支出義務が生じる。使途は、家庭医ほか不足する外来医の開業・採用のための投資補助、報酬・実習・専門医教育への加算、奨学金への補助などである。補助策は保険医協会ごとに異なる。

一例に、2014年に構造基金を設立したドイツ西北部ニーダーザクセン州保険医協会の策を挙げよう。構造基金からの補助のうち、最も金額が多いのが投資補助である。医師不足または不足が予測される計画地区での開業または採用に対し与えられる。医師1人当たりの最大補助額は、7・5万ユーロである。分院開設にも最大3・75万ユーロが与えられる。投資補助を受けた医師は、5年間同地区で働くことが求められる。また、不足地で働く医師には、四半期に6000ユーロの困難手当という加算を与えている。さらに、医師不足地の診療所で専門医教育⁵⁾を受ける家庭医には、専門医資格取得後5年間当該地区で働くことを条件に、給与に月1000ユーロの上乗せがなされる。他にもいくつか補助がある。これら策によりニーダーザクセン州は、2030年までに約740の家庭医の追加的開業・採用を見込む^{7,8)}。

2-2 予算上限枠の免除

通常の診療報酬の枠内では、予算上限枠を免除することにした。

ドイツの外来医療には窓口負担が無いことから、患者には受診を控える金銭的動機がない。これに対し、医療供給確保の傍ら診療報酬の分配をも所管する保険医協会は、各保険医に基準給付量(Regelleistungsvolumen)と、予算上限枠を課すことで、供給量を抑えている。この上限枠を大きく超え患者を診療すると、診療報酬の支払いが漸減していく仕組みになっている。

医療供給構造法ではこれを、不足する地区・診療科の医師(主に過疎地の家庭医)には上限枠を外し、枠を超えても満額報酬が払われるようにした。

さらに連邦議会は2025年1月、全家庭医に対する予算上限枠撤廃を決め、近く実施する。家庭医側はこれを歓迎するが、保険者側は予算枠免除の地域偏在是正効果を無効にするバラマキと批判する。

2-3 労働環境の整備

ドイツでは伝統的に医師が医師を雇うことに制限があり、外来では今日でも「1人開業医」が主流である。しかし開業には多額の資金が必要な上、経営・事務作業も

多く労働時間も長い。ワークライフバランス重視、それによるパートタイム労働増加傾向が相まって、チームで柔軟に働ける病院勤務医を選ぶ医師が増えた。このような傾向を強めた大きな要因は、医師の約半分を占めるまでになった女性医師の増加とされている。

開業不人気による外来医の減少を止めるため、国や保険医協会は外来でも勤務医としても働ける環境を整えていった。診療所も3人まで医師を雇えるようにした。また、働く時間を短縮したい開業医が、時短分働いてくれる他の同一診療科専門医をパートタイム雇用し、仕事をシェアすることを可能にした。

2004年からは医療供給センター(原語略称MVZ)という、開業医としても勤務医としても柔軟に働くことができる外来医療施設が導入された。MVZは、都市だけでなく地方でも増え、2023年には4897になった。病院と違い夜勤も無いとあり、MVZ勤務医師数は2万8390人にまで増えている。

ちなみに需要計画は勤務医であっても開業医同様にカウントされる。MVZには勤務医の数に上限はないが、追加採用できるのは、原則地区内の当該診療科供給度が110%未満の場合である。

柔軟な労働環境は、開業医数の減少より早い速度で勤務医数を増加させ、外来医数を増やした。だが、パートタイム労働の普及も促進した。ある調査によれば、勤務家庭医の43%、勤務専門医の49%がパートタイム勤務である¹⁰。以前は週50〜60時間あった保険医（開業医）の週労働時間も、平均44・6時間に、勤務医を含むと42・7時間に減った¹¹。

2-1-4 地域枠

現在家庭医の空きポストは全国で約5000あるという。背景には、高齢化により医師の退職と患者の医療ニーズが増えていることがある。今後はベビーブーム世代の医師が大量に退職することも見込まれ、従来の策だけでは補いきれないとされる。

そこで家庭医の成り手を増やすため、2018年以来、日本の地域枠と似た「田舎医割当」を導入する州が増えている。これは、最短5年の専門医教育後、少なくとも10年間不足する診療科の医師（主に家庭医）として各州の不足地で働くことを約束する人に対し、医学部入学定員の10%を上限に、州立医学部入学者の選考で学業以外の要素により重きを置くというものである。たとえば看護・介護分野の職業経験などが

重視される。義務不履行者には25万ユーロの罰金を課す。

3 専門医へのアクセス悪化で家庭医制強化か

3-1 保険医協会による予約サービス

ドイツでは、患者を適切な専門医や病院に振り分けるゲートキーパー役が家庭医に期待されている一方で、患者は専門医診療所にも自由に通院できる。それが原因ともなり、近年専門医は常に混んでおり、公的医療保険の加入者はなかなか予約を受け付けてもらえない¹²。

専門医受診までの待機期間を4週間以内（緊急性が認められれば翌日）に留めることを目的に2016年、保険医協会に電話・オンラインを使った専門医への予約サービスセンターの設置が義務付けられた。

2020年からは、家庭医と小児科医をも対象に含み、全国規模のデジタル予約サービスが24時間体制でスタートした。保険医には予約サービスセンターに空き診療時間を届け出ることが義務付けられた。その一方で、予約サービスセンターまたは家庭医が仲介した予約、または予約無し患者を受け入れた保険医に加算を与えるほか、その分の診療は予算上限枠外の扱いとした。

また、患者を専門医へ直接仲介した家庭医・小児科医にも報酬を与えるようにした。

3-2 プライマリ医制と家庭医中心医療

だが予約サービスは、医師の労働時間が短くなる中で、期待された効果は上がっていない。連邦保険医協会による2017〜2021年の統計によれば、専門医の予約まで3週間以上待機する患者の割合は、15%のままであった。また予約が取れない患者も7%いた（2021年）。

しかし、専門医計画地区の大部分が過剰であるのに、なぜ混んでいるのか。前述の医師の労働時間短縮以外の主因としては、患者の高齢化と、フリーアクセス下での不必要で過剰な専門医療への需要増があるとみられている。家庭医の85%も、専門医への患者の流れが制御されていないことを原因とみる¹³。

そこで、患者側を制御しようと、今春（2025年春）発足したメルツ政権（保守派／中道左派の連立）は、「プライマリ医制」の名の下に、GP制義務化を連立協約で公約した。同制度が導入されれば、患者は家庭医の指示無しには専門医にかかれなくなる。かわりに、家庭医、または保険医協会が、必要に応じ迅速な専門医への受診を確保する構想がなされている。

プライマリ医制のモデルとされているのが、2008年以来バーデン・ヴュルテンベルク州(以下BW州)保険者最大のAOK(地区疾病金庫)BWと、独家庭医協会、同地域の開業家庭医・専門医団体であるMedi BWが展開する「家庭医中心医療(Hausarztzentrierte Versorgung)」¹⁴である。BW州の住民の約5分の1に当たる約200万人(AOK BW 2025年発表)が、また5500人の家庭医¹⁵(BW州家庭医協会2023年末発表)がAOK BWの家庭医中心医療に登録する。

家庭医中心医療への参加を任意で決めた患者は、やはり任意で参加する家庭医に登録する。登録後は、眼科医や婦人科医といった専門医以外へは、家庭医の指示なしには通院できない。登録した医師には、定期的な研修や、最新ガイドラインに基づき定められた診療プロセス、クオリティ・サークルへの参加などが義務付けられるが、通常より高い報酬が与えられる。患者は、最低1年は同一の家庭医にかかることになるが、一元的な治療・薬の管理の下で、最新ガイドラインに基づく良質な医療を受けられるほかにいくつかの特典がある。またAOK BWは、検査・投薬の重複によるコストが削減できる利点も強調する。さらに科学的評価により、主に次の効果も確かめ

られている。

- ・ 2020年の1年で190万件の医師の指示の無い専門医受診を回避
- ・ 入院件数減少などにより従来型医療と比べコストを低減
- ・ 慢性病患者の合併症を減じ余命を延長¹⁴

通常の外来医療の診療報酬は、集団契約(Kollektivvertrag)という枠組みの中で州の全保険者から、全保険医が属する保険医協会に支払われ、各保険医に分配される。その傍で、集団契約を補う分野で、選択契約(Selektivvertrag)という形で保険者と医師(グループ)は個別の契約を結び、新しい医療アプローチを試すことができる。家庭医中心医療はその一例だ。家庭医中心医療の大枠は法律(社会法典5編73b条)で定められている。全保険者が家庭医中心医療を提供することにはなっているが、受け入れ状況は地域・保険者により大きく異なり、AOK BWは最も成功した例である。プライマリ医制が法制化されれば、保険者が家庭医らと長年促進し成果を出したアプローチが、全国で義務化されることになる。

4 フリーアクセスへの制限

しかしプライマリ医制が導入されると、既に混みがちな家庭医への受診をさらに

増やすことになりかねない。これに対し政府も保険者、保険医も、家庭医の負担軽減策を、プライマリ医制に並行し進めることを提唱する。具体的には予約サービスタールによる受診の必要・緊急度についてのデジタル受診前判断の活用や、医師補助職¹⁶ほか他職種への業務移管などである¹⁵。

プライマリ医制はまた、ドイツで重視されるフリーアクセスの制限をも意味し、その是非について現在関係者間で議論が戦わされている。保険者側は賛成で、政府公約に近い構想を政策提案する。また保険者最大手AOKの委託で行われた世論調査では、68%が「専門医を選択する自由よりも、(家庭医による)予約の迅速さを取る」と答えている。国民の過半数がアクセス改善のために医師選択への制限も辞さないと思える¹⁶。医師の意見は分かれ、概して家庭医は賛成し専門医は反対する。これを反映してか連邦保険医協会は、専門医へ直接アクセスできる例外を多く含む構想を提案する。

おわりに

ドイツでは、保険者が保険医と共に、需要計画に基づく開業制限により、過剰供給および偏在の抑制を試みてきた。抑制効果

は一定度あったが、限界もあり、専門医の過剰が続く中でアクセスが悪化し、家庭医不足も深刻化している。後者には、需要計画に新たに各種インセンティブを組み合わせたなどし軽減を試みている。専門医のアクセス改善には、保険者が推進してきた家庭医による患者への制御を、政府が計画した。

総じてドイツでは、当事者自治の下、保険者と保険医は、制度設計や実務を通し、偏在やアクセス悪化の解決に重要な役割を果たしている。

■注釈

- (1) 家庭医も現在は専門医だが、伝統的に家庭医以外の医師が専門医と呼ばれる。本稿もこれに従う。
- (2) GPはgeneral practitionerの略。英国でプライマリケアを担う。住民は地域のGPの診療所に登録し、初診は登録先診療所に通院する。専門医・病院に通院するにはGPの指示が必要。
- (3) 保険医は、ドイツ語のVertragsarztの定訳である。保険医は通常開業医である。近年は外来においても勤務医が増えている。本稿では、保険医と勤務医の両方を意味する場合は、外来医と称する。
- (4) ドイツの州は合計16だが、ノルトライン・ヴェストファーレン州だけは2つの地域に分かれている。このため、保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung)は17ある。
- (5) 総合医療(家庭医療)の専門医教育は基本5年であり、そのうち最低2年間診療所で専門医教育を受ける(1)になっている。ただし州によって若干異なる可能性はある。
- (6) 医師補助職は医療専門職員と呼ばれ、3年間の職業教育後得られる資格。通常診療所で医療と事務の両面で医師を補助する。家庭医協会はいくつかの団体は、医療専門職員に医師業務の一部を委任するため、医療専門職員に教育プログラムを提供している。修了者は家庭医診療

所において、単独で往診を行ったり、慢性病患者の検査や品質管理で支援するなどして医師の負担を軽減する。家庭医中心医療においても重要な役割を果たしていると思われる。

■参照情報

- 1 Gemeinsamer Bundesausschuss. Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanung/schritte/#wer-ist-an-den-beratungen-und-beschlussen-des-g-ba-beteiligt> (Accessed on 16. Sep. 2025)
- 2 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten, Planungsregionen und Verhältniszahlen. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php> (Accessed on 19. Sep. 2025)
- 3 Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2024. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2024> (Accessed on 13. Sep. 2025)
- 4 Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. N046 vom 1. September 2025. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N046_231.html (Accessed on 15. Sep. 2025)
- 5 Deutscher Bundestag. Zahl der Hausärzte zuletzt wieder leicht gestiegen. 2025. <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-106456> (Accessed on 10. Sep. 2025)
- 6 Bundestag. Zahl der Hausärzte zuletzt wieder leicht gestiegen. <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-106456> (Accessed on 13. Sep. 2025)
- 7 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit & Gleichstellung. Evaluation der Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land in Niedersachsen. 2019. https://www.kvn.de/internet_media/Uber+uns/Amtliche+Bekanntmachungen/2024/Jahresbericht+Strukturfonds+2023_+online+beretiggestellt+am+17.+Dezember+2024-p-45716.pdf (Accessed on 20. Sep. 2025)
- 8 KV Niedersachsen. Jahresbericht Strukturfonds 2023. https://www.kvn.de/internet_media/Uber+uns/Amtliche+Bekanntmachungen/2024/Jahresbericht+Strukturfonds+2023_+online+beretiggestellt+am+17.+Dezember+2024-p-45716.pdf (Accessed on 20. Sep. 2025)
- 9 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Zahlen und Fakten. Medizinische Versorgungszentren. <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-mvz> (Accessed on 15. Sep. 2025)
- 10 Deutsches Ärzteblatt. Ambulante Versorgung: Arbeiten in Teilzeit vermehrt gefragt. 2025. <https://www.aerzteblatt.de/news/ambulante-versorgung-arbeiten-in-teilzeit-vermeehrt-gefragt-e680b838-323f-4fac-abad-1f50dc5581e7> (Accessed on 17. Sep. 2025)
- 11 Kögel A, Lauerer M, Zank D.: Working Time of Physicians in Germany: Results of the Micro-Census with a Focus on Established Practitioners. Gesundheitswesen; 86: 118-123; 2024.
- 12 GKV-Spitzenverband: Wartezeiten auf Arzttermine oft zu lang. 2025. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und-statements/pressemitteilung_1975066.jsp (Accessed on 10. Sep. 2025)
- 13 Ärzte Zeitung: Von wegen lange Wartezeiten. 2014. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Von-wegen-lange-Wartezeiten-239564.html> (Accessed on 13. Sep. 2025)
- 14 Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden Württemberg. 15Jahre HZV: eine gesicherte Erfolgsbilanz. 2023. https://www.haevb.wde/News/2023_05_15_evaluation-h-6940 (Accessed on 26. Sep. 2025)
- 15 GKV-Spitzenverband: Positionspapier. Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_l/publikationen/20250625_Positionspapier_Primaerversorgung.pdf (Accessed on 24. Aug. 2025)
- 16 AOK Bundesverband: Forsa-Umfrage zeigt: 8 Prozent der Deutschen würden freie Arztwahl gegen schnellere Termine tauschen. 2025. <https://www.aok.de/p/p/bv/pm/amfrage-primarversorgung/> (Accessed on 25. Aug. 2025)

英国医療制度の 現状と課題

法政大学 経済学部 教授 菅原 琢磨

はじめに

健康保険組合連合会は2025年5月24日～6月2日の期間、外国医療問題研究調査団(団長:佐野雅宏 健康保険組合連合会会長代理)を派遣し、ドイツでは医師偏在対策や保険者と保険医協会の関係、英国ではG P (General Practitioner) の活動等の実態把握をテーマに、特に「医療提供体制」に着目した調査を実施した。筆者はこの調査に全日程同行し、施設等の視察、担当者などへの面談にも同席した。本稿は、現地でのヒアリングと施設見学、在英邦人・関係者との意見交換を踏まえ、帰国後の参加者コメントの内容も反映して成果をまとめたものである。

本稿では、NHS (National Health Service) による原則無料のサービス提供、住民のGPへの登録に基づく、かかりつけ医の制度など特徴的な医療制度で知られる英国に焦点を当て、今回の訪問調査において浮き彫りになった英国の医療制度の現状と課題、取り組みについて概要を報告する。訪問調査先には①王立GP協会(Royal College of General Practitioners:RCGP)②国立医療技術評価機構(NICE)③Whitstable Medical Practice(大規模GP拠点)④HCA Healthcare(民間病院)があり、さらに⑤在

英邦人(於:Sompo International)・在英日本国大使館員との意見交換を実施することで、制度側、医療現場、利用者の三層の視点から現状を立体的に把握することに努めた。特に訪問調査の振り返りの中では、現地視点の生の声や現状と、従来の認識の差異が浮き彫りになることもあり、実地調査の重要性を改めて感じるものとなった。

英国医療提供制度の骨格と日本との比較

英国では、世界的に広く知られるNHSによる原則無料の医療サービスの枠組みのもと、住民は原則としてGPに登録し、病院などより高次の専門医受診には紹介を要する。一次対応はGPとそれを支える多職種チームで支え、重症・複雑例を病院へ集約するフローが明確である。この仕組みは、受療行動の合理化と継続ケアの確保に資する反面、非常に長い待機時間や地域差、人員不足も顕在化している。日本はいわゆる「フリーアクセス」で受診の迅速性と患者の選択性に優れるが、人口でのトリアージと長期的な継続フォローには相対的に改善の余地があり、病院外来への集中や医師の長時間労働の要因にもつながっている。従って両国の制度には相互に一長一短があり、日本の優れた制度的価値を維持しつつ不

足を補う視点で相互理解を深めることが肝要である。

今回の視察では、GPを核とした多職種協働の在り方、デジタルによるデータの標準化と共有、GPの診療実態と社会的処方といった役割の拡大、そして医療技術の導入評価と再評価を通じた資源配分の明確化、透明性確保への努力等が確認できた。

各々の訪問先で得られた 知見の概要

■ 王立GP協会(RCGP)―登録制と多職種協働の実態、社会的処方の背景

NHS従事者約138万人のうちGPは約3・6万人、1日当たり約100万件のアポイントのうち約4割が当日予約で、GP1人当たり登録者は約1700人、受診時間は平均13分、患者の年間受診回数は約6回との説明を受けた。外来の約9割をGPが担当が、NHS予算に占める比率は1割に満たず、限られた資源の下で多職種が標準業務手順(SOP)に基づき役割を分担している。

GPは高度な専門教育を受けた総合医であり、慢性疾患の計画管理、精神的・社会的側面への配慮、臨床判断の最適化に価値があることが強調された。ナースプラクティショナーが糖尿病や呼吸器疾患のフォロー

を密に行い、薬剤師が処方レビューを担うことで、非医師職種が前段で質を支える構造が成立している。

看護師・薬剤師・心理職・ケアコーディネーター、ソーシャルワーカー、プリスクライバー(Social Prescriber)が前段の問診・服薬・生活支援を主に担い、GPは診断と意思決定に集中する方向で役割分担が進んでいる。ソーシャルプリスクライバーは、患者に対してコミュニケーションサービス、趣味活動、ボランティア、メンタルヘルスのサポート、運動プログラムなど、医療外のリソースやサービスを紹介し、患者の健康と福祉を改善することを目的として活動を行っており、英国では、特にプライマリケアの中で重要な役割を果たしているとの説明を受けた。

このような専門性(職)が英国の医療において重要視されてきた背景には、GPが行う診療全体の中で、本来の医療的業務以外の相談的内容、非医療的領域にある精神的問題に関わる業務の割合がかなり高くなっていることがある。さらにこのような事態を生起させる要因として、受療の際の負担がなく無料であること、日本と異なり介護保険が整備されていないなど、介護や福祉領域の制度の脆弱性のし寄せが、GPの守備範囲に持ち込まれていることが考えられる。

英国においても若手医師の就業観はワー

クライフバランスを重視する傾向が強くなっており、偏在対策としては報酬上の加算だけでなく、チーム運用の柔軟化、タスク分担の見直し、情報システムの最適化など、総合的な労働環境の改善が重要だとの指摘があった。日本でも同様な傾向が伺われており、地域連携クリティカルパスやICTの相互運用性を高めることで、同様の環境改善効果が期待できると考えられた。

調査団参加者からは、当協会での担当者との意見交換の後、「GPへの登録縛り」という見方だけではなく、英国のように住民の健康に対する「責任の明確化」と捉え、慢性疾患の継続管理の在り方を考えるべきではとの意見も呈せられた。

■ GPにおける連携の動向

英国のGPは、かつては単独開業(ソロプラクティス)が一般的であったが、近年は複数のGPが協働して診療を行うグループプラクティスが主流となりつつある。グループプラクティスは診療時間の延長、専門性の補完、スタッフや設備の効率的利用を可能とし、患者にとっても継続的かつ安定的なサービス利用を促すことができる。今回の訪問調査対象となったWhistable Medical Practiceもその典型であり、26名のGPと多職種が一体となって包括的サービスを提供する大規模なグループプラク

ティスであった。

さらに2019年以降、複数のGP診療所が連合体を組むプライマリケアネットワーク(PCN)が制度化されていることも注目される。PCNは3〜5万人規模の住民をカバーし、医師、看護師、薬剤師、理学療法士など多職種を共有する仕組みを整えている。その目的は、地域全体での人材不足の克服、慢性疾患の包括的管理、デジタル基盤による業務効率化、高額医療機器の共同利用等による医療資源の適正化にある。本調査でも、CTやMRIなど高額医療機器を備えた検診車が巡回配置されている状況が確認され、人的資源とサービスを水平的に連携させる取り組みを伺うことができた。このように、グループプラクティスとPCNはいずれも、GP単位の診療を越えて資源を共有し、持続可能な地域医療提供体制を築くための制度的枠組みとして位置付けられており、今後、わが国でも医療資源の乏しい地域における医療提供の在り方を考える際の参考例となり得る。

■ 国立医療技術評価機構(NICE)

「費用対効果評価」導入評価と「再評価」の二本立て

NICEでは臨床的な有用性に加え、費用対効果(質調整生存年(QALY))をベースとした増分費用効果比(ICER)を重

ねて勧告を行う。判断は①広範な使用推奨②限定的推奨③不確実性の下での使用(データ収集付)④研究のみ⑤非推奨の5類型となる。NICE担当者との議論では、ICERが一定の基準を超えたからといって直ちに非推奨とするのではなく、希少疾病や重症度、長期アウトカム、患者負担、医療提供体制への影響といった複数の要素を総合的に評価する姿勢が強調された。委員会には臨床家、経済学者、倫理の専門家、患者代表が参加し、「学術的妥当性」と「社会的納得」の両立が重視されており、推奨が出れば90日以内の償還とセットで財源確保が必要となるため、「導入と撤退(再評価)」の両輪で最適化を図る構造ともいえる。

2000〜2024年の推奨割合は約84%で、広範な医療技術へのアクセスを担保してきたとする一方、基準額は長年、1QALY当たり2万〜3万ポンドが目安とされてきた。昨今の経済状況との乖離が懸念されることから、2028年までにこの閾値については見直し予定とのことである。認知症薬「レカネマブ」の非推奨勧告の経過に見られるように、長期効果や財政影響等の不確実性が今後の評価における議論の焦点である。

調査団参加者からは「日本でも導入評価に加え、既存技術の再評価を幅広く検討すべきではないか」「評価は学術的厳密さと社

会的合意のバランスが鍵となる」「費用対効果評価の手法は国際的、学術的にみても未成熟な側面はあるが、定量的・透明な議論は価格交渉や優先順位付けに一定の有用性がある」などの所見が寄せられた。NICEから発出されるさまざまなガイドラインは拘束ではなく、助言という扱いであり、地域への実装と予算最適化への実効性確保が今後の課題といえる。日本への示唆においては、学会ガイドライン、DPC/出来高、薬価制度、都道府県の計画など評価反映に関して多層的な制度が併存するため、評価結果をどの層で反映するか設計もポイントとなる。

■ Whistable Medical Practice(大規模GP拠点)「ゲートキーパー」機能と包括サービス

登録住民数約4.5万人に対して26人のGP、多職種が連携して、問診・トリアージ・検査結果の共有・小外科処置(白内障手術等)・観察・リハビリ、慢性疾患の教育・自己管理支援までを、病院手前のワンストップでサービス提供する体制を整えていた。

ITによる予約・紹介・検査の一元管理、外来チェックイン端末で問診・スクリーニングを済ませ、緊急度に応じて適切な専門性へ流す。前段トリアージにより、医師を医療必要度の相対的に高い症例に集中させ、

待機者数、待機時間を抑制する制度上の工夫がみられた。

地域の統合ケア機関(Integrated Care Board: ICB)と契約して、さまざまな追加機能を担う点や、グループプラクティスの共通ビジョンによる生産性の向上は、病院外来の過負荷を、人口側で解消する有効な実例と考えられた。調査団参加者からは、「医療資源の乏しい地域において」病院と診療所の間を埋める拠点「日本でも地域ごとの需要に応じた拠点集約が必要であり、その一形態になり得る」と評価する声が寄せられた。一方、本施設は規模と機能の両面においてGPの中では稀少な事例でもあり、より小規模な標準的GPの実態と併せて、両者の役割を連続的に理解すべきとの指摘もあった。

■ HCA Healthcare (民間病院)

―「待機」回避と公私補完

HCA Healthcareの説明では、民間はNHSの代替ではなく補完であり、待機回避や利便性の価値を提供するものである。NHSの膨大な待機者数と待機期間(約700万人の待機者数と2年を超えることすらある予定手術の待機期間)を背景に、迅速アクセスやサービスマニエールをIカ所ですべて完結できるワンストップ・サービスを、さらには、より質の高いアメニティーを求めて民

間病院、民間保険の利用者が増加している。現状では、独自の私的医療機関での診療をメインとして、NHS病院内における私費サービスの一部提供、患者データの連携、外国人を含む救急対応、企業契約など、公的領域を侵食せず補完する関係がみられる。またNHS病院での勤務を基本としながら、週に数日、民間病院でも勤務するといった医師も存在し、公的・私的の間で人的資源の流動性があることも確認できた。

コロナ禍を含む需給逼迫期には、NHSからの患者受け入れや施設・人材の共同活用が行われたとの説明もあったが、民間保険・私的医療領域の拡大がNHSの人材・資金を流出させないよう制度的なガードレールを本格議論する時期にきているともいえる。調査団参加者からは、「待機解消の合理性はあるが、NHSの空洞化回避のための設計が必要」「日本では既に公私補完が一定程度、機能しており、快適性・利便性の選択肢拡充が論点」との所感が示された。

■ 在英邦人・大使館関係者の声

―生活者視点の患者の選択

在英邦人からの声には、予約取得の難しさやA&E(救急)医療受診時のトリアージの徹底、言語バリアの悩み、GPの親身な対応への評価、リンクワーカーによる運動プログラムの紹介、検診(スクリーニング)

を通じての予防的関与など、多様な実感が含まれていた。

全員登録とデータ活用の基盤があるため、国家単位で患者経路やアウトカムを可視化できる強みがある一方、軽症の自己対応文化が根付くことで、医療の過剰利用を抑える社会規範が形成されているとの印象も強い。受診までの待機期間の長さが結果として自己快癒、自己軽快につながっている側面も認められる。日本との制度差は大きい、「方向性として」の日本での実装を考えるに当たっては、薬局・自治体・健保組合・産業保健の接続を強め、生活者視点での手前の相談先を増やすことが重要になると考えられた。

登録GPの予約は取りにくく、緊急性が低いと数週間待ちもあるが、こども・高齢者は比較的優先されるとの声も聴かれ、現場レベルで一定の配慮がなされていることも確認できた。A&E(救急)ではトリアージが徹底されることは既述したが、精査を急ぐ場合には民間病院で迅速に受診する選択も一般的になってきており、患者側でNHSと民間サービスの受療を選択的に使い分ける状況も生まれていることが推察された。

一方でGPへの社会的信頼は依然として厚く、逆紹介やリンクワーカーによる運動プログラム紹介など、継続ケアの利便性、

有用性も語られた。国民全員の登録とデータ活用の基盤があり、主要がんのスクリーニング等もGPが担う側面を有する。長い待機期間などが常に問題として指摘されるにもかかわらず、全体に不満の声は想定より少なく、「無料だから受け入れられている」「現状やや効率性にウェイトの置かれた英国とやや安心志向にウェイトの置かれた日本では相互に学びあえる」といった意見も参加者から多く聞かれた。

■ 社会的処方・デジタル化・データの統合運用

社会的処方（ソーシャル・プリスクライビング）は、孤立・ストレス・生活困難など医療だけでは解けない課題に対し、地域活動・文化・学習・運動などを処方する仕組みである。医療行為そのものを置き換えるのではなく、医療の外側にある健康決定要因へ働きかける「橋」として機能する。既述のように、多様な「相談事」がGPに持ち込まれるケースも多く、リンクワーカー等が地域資源カタログを持ち、患者の興味・生活背景に合わせてスマートフォンステップで活動参加を支援している。目的は①医療の過剰利用の抑制②孤立・抑うつ予防③患者主体性の回復とされており、薬局の相談機能や英国社会における自己対応文化とも親和的なものと思われる。

日本でも、地域包括支援センターや地域づくり（通いの場）、企業のウェルビーイング施策、学校・文化施設・スポーツ団体等が既に存在していることもあり、医療機関がこのような診療範囲外での紹介・伴走の回路を持つことができれば、このような機能を社会で展開することは一定程度可能と思われる。

デジタル連携は、対面診療の価値を損わず、移動・待機の負荷を軽減する補完策として運用されていた。電子紹介や検査結果の共有、処方のレビュー、患者ポータルでの予約・キャンセル・結果閲覧は、医療者と患者双方の時間価値を高める。日本では、電子カルテの相互運用や標準コードの整備、PHRの普及、地域プラットフォームの構築が鍵である。これらを、医療の可視化と分担の明確化に結び付けることで、医療・介護・福祉・予防の連続性が高まるものと推察された。

さらに英国ではICS／ICB（統合ケアシステム／ボード）が病院・在宅・プライマリケア・自治体を総合的に束ね、地域全体で資源配分と患者パスを設計している点が注目される。今後、わが国においても、医療機関、介護施設、自治体、保険者がデータの相互運用を進め、KPI（アクセス・質・公平）の可視化を通じて「見える化と機能分担」を社会実装することが重要であること

を改めて認識することができた。

全体のまとめ

英国と日本の制度を対照すると、両者は理念と実装の両面で根本的に異なる出発点を持ちながら、ともに普遍的な医療アクセスの確保を目指している点では共通している。英国のNHSは税財源を基盤とした包括性を追求し、患者をGPに登録させることでいわば責任を伴うゲートを制度的に位置付けている。これにより、受診行動は制度上のゲートを通過する形となり、その過程で患者と医師の長期的信頼関係が醸成される。

他方、日本の制度は国民皆保険に基づき、患者の自由な選択を最大限尊重してきた。この結果、医療機関の均質性と良好な受診アクセスが確保される一方、患者の医療行動が一部分散・重複し、慢性疾患や生活習慣病等における継続的管理の在り方に課題も指摘されている。英国の制度において待機時間や人材不足といった深刻な課題を抱えていることは明らかであり、固有の事情や制度差、経路依存性からわが国制度との安易な比較評価は適当ではない。しかし登録制や多職種協働を進めることで、総合的視点で人々の健康を捉え、誰が患者を継続的に診るかについて責任の所在を明確

にしている点は、今後の日本の制度を考える上で一定の重要な示唆を含むものとも考えられる。

多職種協働と人材確保

英国で観察されたG P診療所や大規模拠点では、看護師、薬剤師、心理職、医療事務職が一体となって標準業務手順に基づきタスクを分担していた。これは、医師不足や長時間労働を制度的に是正する実効的手段であるといえ、特に慢性疾患管理においては医師以外の職種も診療の継続性を支える形が確立していた。わが国においても、医師の労働時間短縮や地域偏在是正が課題であるが、多職種による前段階での支援と役割分担を組織的に導入することで、医師が診断や治療方針の決定に専念できる環境を整えることは可能である。調査団参加者からも、英国の事例は単なる医療提供体制の違いにとどまらず、働き方改革や医療の持続可能性を確保する観点から、貴重な参考例になるとの評価の声も相次いだ。

費用対効果評価の社会的意義

NICEの費用対効果評価は、単なるコスト削減策ではなく、限られた財源を社会全体としていかに有効に配分するかという公共政策的課題に直結していることを強調している。委員会に患者や一般市民が参画する仕組み(Patient and Public Involvement: PPI)もあり、医療の優先順位

付けについて社会的合意を形成するという民主的正統性を担保する工夫がみられる。日本では既存技術の再評価が制度的に十分確立しておらず、導入後の持続的検証が弱いことが指摘されている。NICEの事例は、科学的根拠と社会的納得の両立についての方法論の可能性を示唆する一例であるが、本調査の知見を踏まえると、日本における費用対効果評価制度の在り方の方向性の検討については、単に財政規律の視点のみならず、患者・国民の信頼を高める制度設計の一環としても位置付けられるべきである。

地域包括ケアとの接続

英国で注目されたソーシャル・プリスクライビングは、地域に根差した支援資源を医療とつなぐ実践であり、日本における地域包括支援センターや介護保険制度とも一定の親和性を有する。調査では、ソーシャル・プリスクライバー(リンクワーカー)などの専門職が、患者の背景を丁寧に取り、運動、文化活動、学習機会などを紹介する事例が確認された。これらは医療費適正化効果のみならず、生活の質や社会参加の促進という点で政策的意義がある。制度差を勘案しつつ、日本の既存制度にこうした機能を強化することは、医療と福祉の連携を深化させる方策として実務的に意味があると考えられる。

以上を総合すると、日本の医療制度は依

然として世界的に高い水準にあるが、今後増大する慢性疾患の計画的管理の必要性、人口減少に伴う医療人材の不足、財政的持続性確保といった課題に対応するため、英国における取り組み、制度的工夫も参考としつつ、日本への取り入れ方を検討することが求められる。

① 任意登録と紹介の制度設計と継続ケアの在り方
② 多職種チームによる高次医療への紹介(前段階トリアージ)機能強化
③ 医療経済評価手法の深化と導入評価の在り方、導入後の再評価の在り方
④ 地域包括ケアにおける「社会的処方」機能強化とデジタル連携の段階的導入——といった制度議論の方向性は、いずれも日本の強みを損なわずに課題を補完しうる現実的かつ実行可能な施策に結び付く可能性を有する。

最後に本調査の限界を挙げておきたい。短期間かつ限定された施設での視察ゆえ、この視察のみをもって英国医療の全体像を到底十分把握できたとはいえない。また各国の政策動向、医療の姿も急激に変化している。今後も継続的に、より広範な施設、機関を訪ね、多くの関係者、ステークホルダーの声を聞くことで、背景事情を含めた正確な制度理解を深めることがわが国への示唆を得るためにも必要不可欠である。

本調査の成果が、今後の政策議論や制度改革に資する一資料となれば幸いである。

イギリスの医療提供体制、 GPの活動、 グループプラクティス

一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 香取 照幸

本稿は、健康保険組合連合会が本年5月から6月にかけて実施した外国医療問題研究調査団(団長・佐野雅宏・健康保険組合連合会会長代理)の一員としてイギリスを訪問した際に得た知見を踏まえ、イギリスの医療提供体制、GPの活動、グループプラクティスについての筆者の見解を整理したものである。

従って、内容の多くを同調査団随行によって得た成果に負っているが、意見にわたる部分は筆者の私見であることをあらかじめ付言しておく。

はじめに

イギリスと日本の相違点と共通点

イギリスの医療制度について考察していくに当たって、日本との相違点と共通点について認識しておく必要がある。

相違点

●医療提供体制の構造的相違

欧米では開業医と病院は歴史的にも別のプロセスを経て発展してきた(語源も違う)経緯があり、初期外来医療を担当する診療所と専門外来・入院を目的とした病院

との機能が明確に区別され、医療機関の機能に応じた患者の振り分けが行われている。病院は総じて非営利を含むパブリックセクターによって運営されており、民間病院中心の日本とは際立った対比がある。

それに対し、日本では、個人診療所が病床を持って個人立病院となり、さらに法人立病院となる形で病院が作られてきた経緯があり、結果、日本の病院の多くが比較的小規模の民間立病院(個人/医療法人立)である。この発展形態は極めて特殊であり、機能的にも病院と診療所、特に中小病院との機能分担が曖昧であることが大きな特徴になっている。

●イギリスGP (General Practice) 以下の「[Gp]とSU」診療所と日本の診療所の機能・守備範囲の決定的相違

地域の外来診療を担うイギリスのGP診療所と日本の診療所(開業医)とを比較すると、GP診療所が予防やヘルスプロモーションを含むPrimary Careを担う存在であるのに対し、日本の診療所の多くは専門領域を持ち「Primary CareのみならずSecondary Careまで担っており、機能・守備範囲に大きな違いがある。

共通点

● 疾病構造の変化・高齢化の進行によって

直面する課題の共通性

提供体制の構造が違うことから、問題への対処方法はそれぞれであるが、根底にある問題状況は共通であり、その観点からイギリスの医療提供体制改革からは多くの示唆が得られる。

ex: GP のグループ化(グループ診療、

PCN (Primary Care Network)、
 専門医の GP 参入(GPST: GP with
 Special Interest) 、社会的処方(Social
 Prescribing) 、 仮想病棟 (Virtual
 Ward) 等

● 「高齢化先進国日本」における改革への
 関心

イギリスの高齢化率は直近のデータで 18・8% (2021年) であり、日本の 2000年代前半の水準である。イギリスは今、当時の日本が直面していた課題(疾病構造の変化、地域の変容、医療/福祉ニーズの質的变化等々)に直面しつつあり、高齢化先進国である日本が2000年以降取り組んできた様々な医療・介護提供体制改革(地域包括ケアネットワーク(多職種・多機関協働)や地域共生社会/Community

Careへの取り組み、長期ケア保険である介護保険など)に対する関心が非常に高い。

1 イギリスの医療提供制度の
 基本構造

(1) NHSの歴史

1948年にNHS (National Health Service) が創設され、その時点で既存病院のほとんどが国有化、NHS直営病院となった。他方Primary Careを担当するGPは独立自営の開業医であり、NHSの実施機関

図1 イギリスの医療提供制度

住んでいる住所から徒歩圏内にあるGeneral Practitioner (GP: 家庭医/一般医/総合診療医) をかかりつけ医として選択し、医師・診療所に登録する。(General medical services契約) 受診したい時は、予約して診療を受ける。GPはプライマリ・ケア(よく見られる症状・疾患の治療・管理・予防)を担当しており、必要に応じて専門医(Consultants)を紹介する。
 出典: wikipedia より抜粋

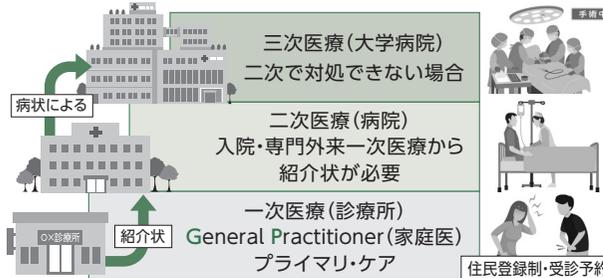
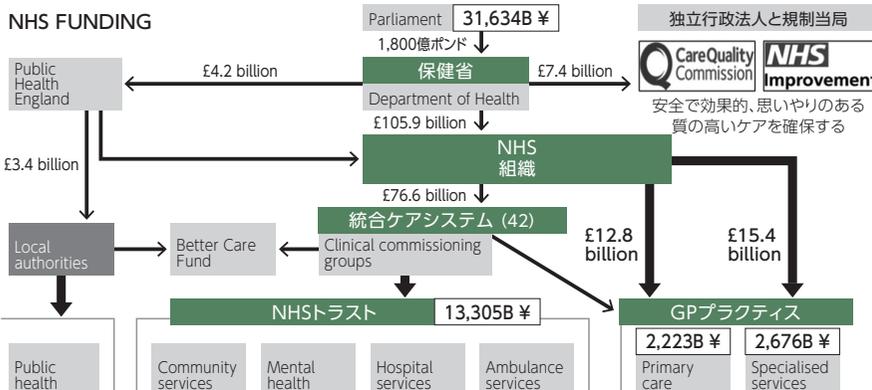


図2 NHSの財政構造

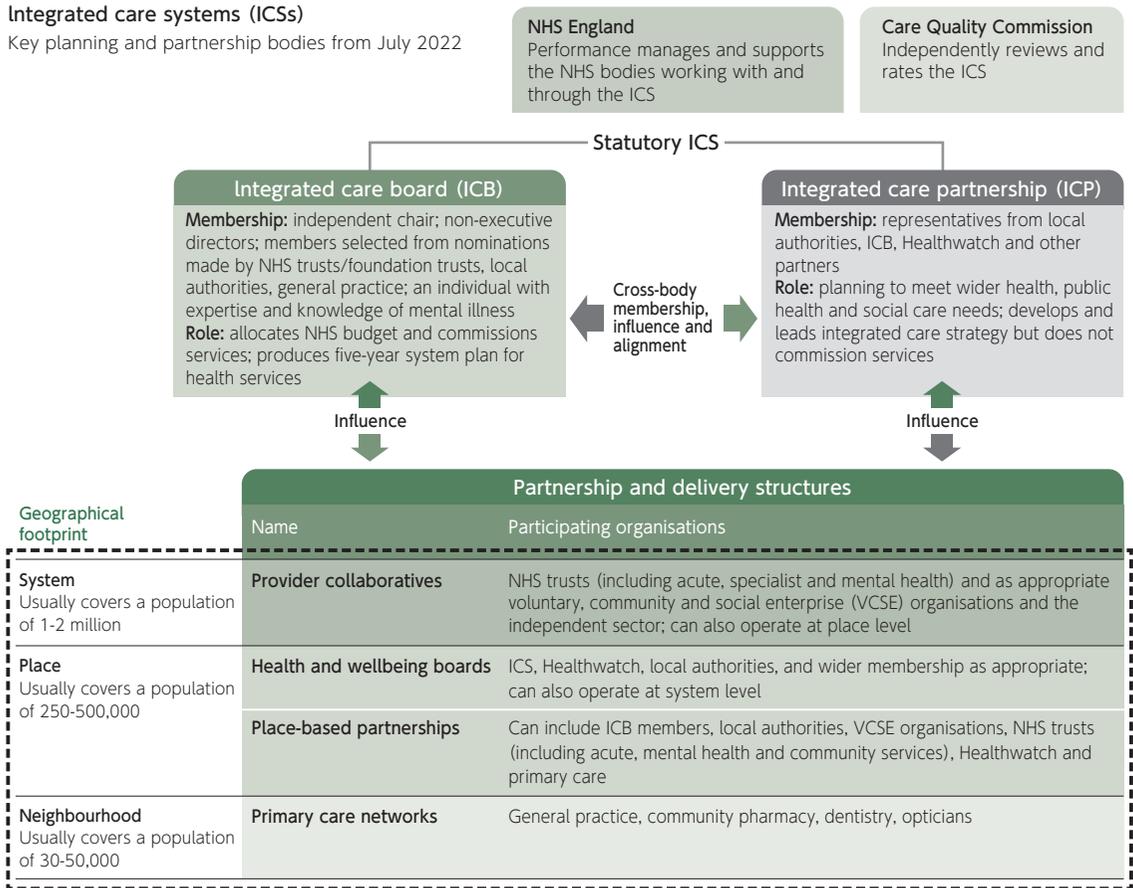
そもそも、Trust(病院)とGP(診療所)は予算が別立て



として国と契約し地域の登録患者の外来診療を受け持つ、という現在も続くNHSの基本構造が作られた。
 1970〜80年代のサッチャー改革以降の民営化の流れの中で、1990年の第三次NHS改革により、病院は自主管理の

1970〜80年代のサッチャー改革以降の民営化の流れの中で、1990年の第三次NHS改革により、病院は自主管理の

図3 層化構造の医療提供体制（3層構造）



NHS Trust(日本の独立行政法人のイメージに近い)に移管され、さらに私立病院へのNHS委託が開始されたが、基本的には国営医療が維持されている。

直近の労働党スターマー政権では、NHS Englandを廃止し、Trustを保健省の直轄とする改革が提案されている。この改革の狙いは地域医療・予防・Community Careへの資源シフトであり、この改革が進めば、Trustには急性期病院のみならず、アウトリーチ(訪問医療等)や地域クリニック、健康センターとの協働が求められることになる。また、病院が担っていたケアの一部(軽症例・慢性疾患のフォローアップ等)がPCNなどの地域拠点に移され、Trustはより専門・重症対応や救急医療・高度医療に集中することになる。

(2) 医療提供体制・財政構造

イギリスの医療提供体制は図1に示す通りであり、一次医療を担う診療所(GP)と二次医療・三次医療を担う病院による2本建て構造になっている。

これを財政構造の面から見たものが図2である。

この図からも明らかなように、外来診療を担うGPプラクティスと入院診療を担うNHS Trustとは、組織運営面のみならず

財源の面でも最初から分かれている。

2024年1月現在、Englandには215のTrustがあり、Hospital services Trustが186、Mental health Trustが19、Ambulance services Trustが10、Community services Trustが14ある。そしてこれらを監督する上位機関として、後述する42のICS(Integrated Care System)がある。

このうち、Hospital services Trustが急性期医療を担う、Acute Trust、Acute care Trustとも呼ばれる。Hospitalと通常は、Acute careのTrust病院を指すので、病院＝急性期病院という理解はほぼ正しい。

各地域における医療提供体制は、**図3**に示す通り3層構造になっている。これを統括しているのがICS(Integrated Care System)と呼ばれる組織である(ICSは**図2**で「統合ケアシステム(CCG: Clinical Commissioning Groups)」と記されている組織の後継組織である(後述))。

ICS : Integrated Care System

GPとTrustは予算上も運営上も原則的に別々に扱われてきたが、2022年からIntegrated Care System(ICS)の設置が法制化され、このICSによってより統合的に機能配分されることとなった。

図3はこのICSの下で地域の医療提供体制がどのように構成されているかを示している。ICSの単位はSystemと呼ばれており、1つのICSは概ね100万から200万の人口をカバーしており、全国に42設置されている。概ね都道府県の人口単位での設置といえる。ちなみにロンドンには4つのICSが設置されている。

そのSystemの下にPlaceと呼ばれる地域構成単位がある。このPlaceは、区(Borough)という行政単位に相当するもので、25万人から50万人程度の人口が想定されている。これは概ね日本の中核市規模の人口単位といえる。

さらにその下には、Neighbourhoodという構成単位があり、Neighbourhoodは3万人から5万人の人口が想定されている。

イギリスのGPは、労働党ブレア政権以降、Primary Care Groups(PCG)という組織によって統括されてきたが、2000年代に入って、Primary Care Trust(PCT)が導入され、いったん病院と同じようなTrustに統合されたが、そこからさらにClinical Commissioning Group(CCG)と呼ばれる組織に移行した。ICSはこのCCGに取って代わる制度であり、2022年以降はGPもこのICSの傘下で活動することとなった。

ちなみに、ICB(Integrated Care Board)はICSの意思決定機関であることから、新しい制度がICBと呼ばれることもある。

CCGからICS/ICBへの移行の目的は、Population Health(国民保健)と公衆衛生(の向上)に力点を置くことにあった。Populationという大きな対象へアプローチするため、個別のGPに責任を負わせるのではなく統合的な単位(PCN: Primary Care Network)で対策を講じることを目指しており、それを達成するため、医療情報(の統合)Population Health Management(PHM)が進められている。

2 GPの活動

(1) GP(GP診療所)の機能・守備範囲

「診療(診断・治療)」という視点で見たGP(GP診療所)の守備範囲は、わが国で考えられているよりもずっと狭い(**図4**、**図5**)。

GPは地域社会と医療との最初の接点であり、未分化、つまり確定診断以前の段階から疾病に対応する。従って急性疾患・慢性疾患双方に対応し、ホリスティック(身体的・精神的・社会的)なサービスを提供する。すなわち、予防・発見(診断)・治療全体

図4 UK GENERAL PRACTICE

- 地域社会における最初の医療との接点
- 未分化の病気
- 急性及び慢性疾患
- ホリスティック(身体的、心理的、社会的)ケア
- 予防、発見、治療



を担う存在である。
 図5は筆者が別の機会にイギリスを訪問した際に、地域のPCNで中核的役割を担っているベテランのGPから話を伺った際に示された資料だが、ここでGPが担う役割として「病気の特定と管理(Identification and management of illness)、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介」と記されており、「治療

図5 General Practice Service (GP サービスとは)

Core services :

- Essential services - mandatory to all registered patients and temporary residents in its practice area
- Identification and management of illnesses, providing health advice and referral to other services
- 8am to 6 30pm
- Out of hours 6 30pm to 8am - GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider

コア・サービス

- 必須サービス - 診療圏内の全登録患者及び非定住居住者に対する義務として実施
- 病気の特定と管理、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介
- 午前8時から午後6時30分まで
- 時間外サービス(午後6時30分から午前8時まで) - GPIは自ら提供するか、他のプロバイダーに委任

- Quality & Outcome Framework - voluntary programme that practices can opt in to, in order to receive payments based on good performance against a number of indicators. As it accounts for 10% of GP's income, more than 95% participated in 2018/19

- フォリティ&アウトカムフレームワーク - 診療所が任意で参加できるプログラム。GPの収入の10%以上を占めるため、2018/19年には95%以上が参加した。

「Treatment」という表現は使われていない。健康管理・ヘルスプロモーションにより力点が置かれていることが分かる。

診断・治療に重

点を置き、自ら一定レベルの専門診療(Secondary Care)まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違いがあることに留意すべきである。

このような機能を担うGPと、

急性期を中心に機能を担うNHS Trust(病院にも外来部門はあるが基本的に専門外来であり、GPが行っているようなGeneral Practiceは行わない)とで構成されるイギリスの医療を見ていると、日本のように

地域の中小病院と開業医の間に機能重複——連続性がある国との対比では、むしろ病院と診療所の間に「医療の不連続」が生じているような印象すら受ける。

実際、この「隙間」にどう対応するかが、現在のイギリスの医療提供体制改革の大きな課題になっており、本稿で紹介するPrimary Careの概念拡大・GP診療所の機能拡張(専門診療に向けての守備範囲の拡張・多職種協働・コミュニケーションの連携、関連職種へのタスクシフト)といった取り組みは、そのような文脈で理解すべきものである。

(2) 診療のスタイル

GP診療所の診察室は非常にシンプルなつくりであり、医療機器も体重計や採血の道具といった必要最低限のものしか置かれていない。診療は基本的に予約制であり、予約なしの飛び込み(walk-in)での診療は行われない。患者はGP診療所に電話をして診療の予約を取る。診療所はまず電話で主訴を聞き、その内容を聞いた上で対面診療を行うかどうか決める(この時点で診療予約を行う)、という形である。

このスタイルは欧米では一般的な外来診療形態であり、イギリスに特有のものではない。日本のように、アポなしでいきな

り医療機関に行ってもほぼ例外なくその日のうちに対面診療をしてもらえ、という国はまずない。

ちなみに、イギリスのGPによる診療については、歴代の政府が「診療までの待ち時間の短縮」を政策として掲げており、「予約時に電磁的コンサルテーション（インターネットを通じた標準的な質問項目への回答）を送ってきた患者は、48時間以内に連絡を取る（＝コールバックする）ようにする」といった目標が示されている。

また、今回、調査団を構成する健保組合の母体会社の職員等でイギリス在住の日本人から話を聞く機会があったが、ほぼ全員が「電話連絡当日に診療が行われることは稀で、早くて翌日、通常は数日後の時間が指定されるのが一般的」と話されていたので、おそらくそれが実態である。

GPに関する基本的な統計を図6でお示しする。

他方、イギリスの入院医療については、膨大な待機患者（Backlog）が存在することが知られている（図7）。入院医療については本稿では詳説しないが、コロナ後の2023年時点でイングランド全体の入院待機者数が700万人に達し、2年（100週）以上の待機者が30万人を超えている。

前述のスターマー政権によるNHS改革の大きな目的の1つが、このBacklogの解消である。

(c) Primary Careの定義とGPの役割

イギリスにおけるPrimary Careは歯科や眼科、薬局（薬剤師）も含む概念であり、医師（GP）以外の専門職種によって提供されるサービスを含む概念である。

その意味ではGPが担うGeneral PracticeはPrimary Careの（重要ではあるがその）一部、ということになる（図8、図9）。

図6 イギリス一般診療（General Practice）統計

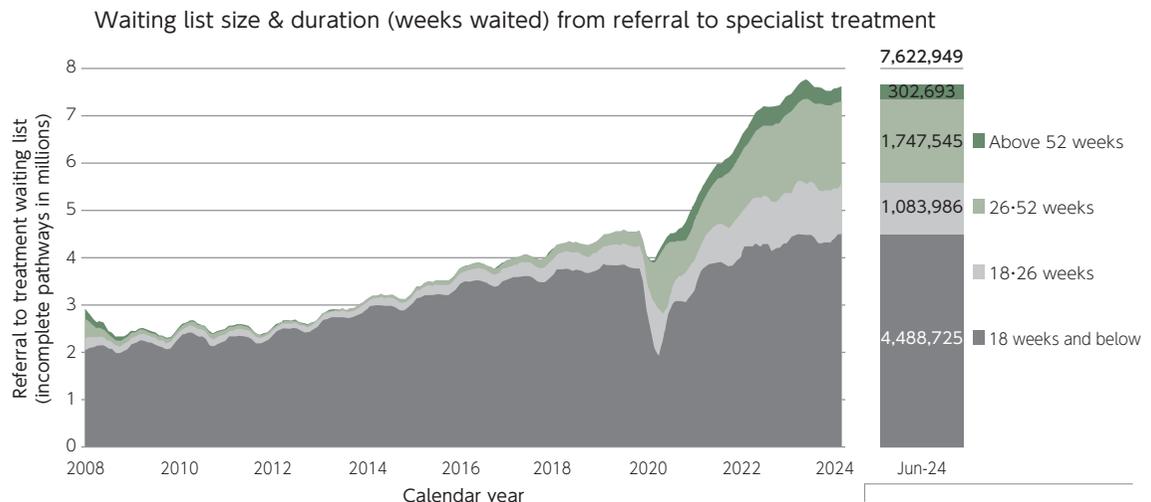
- イギリス最大の専門分野（GP数60,000人）
- 1年間で3億件の予約
- 1日当たり80万件的予約（80万/6万≒1.3）
- 40%が当日予約（注：予約 is not 診察）
- GP当たりの平均登録者数：1,700
- 患者1人当たりの診察/年6回
- 平均診察時間13分



（日本：医師1人当たり年間外来受診件数：5000件超）

（出典：GP Appointments, NHSデジタル）

図7 NHS “Backlog”



Lord Darzi (2024) Independent investigation of the NHS in England. Figure 11.8.15, p37

図9 GP 機能

- Primary (undifferentiated) healthcare including Preventative Care
- Moves care out of hospitals
- Gatekeeping referrals
- Out of Hours /Weekend services
- Health Services Management
- GP Speciality Training
- Overseas the multidisciplinary team
- 予防医療を含む一次医療 (未分化医療)*
- 病院からケアを移す (→退院患者の引き受け)
- ゲートキーピング (→GPを經由した入院・専門外来)
- 時間外/週末サービス
- 医療サービス管理
- GP専門トレーニング
- 海外の学際・多職種チームとの連携

* 総合的な健康の促進や維持に焦点を当て、同時に病気や健康問題の未然の防止にも力を入れる包括的な医療アプローチ

図8 Primary Care (Groupings of General Practices into Primary Care Networks)

Primary Care Network :

- General Practice (一般診療)
- Dental Practice (歯科診療)
- Opticians (眼科診療)
- Community Pharmacies / Chemists (薬局・薬剤師)

Covering typically 30,000 to 50,000 population size in a geographical area (人口3万から5万をカバー)

☆ Now primary care includes community services which are provided by community trusts and other organisations

☆ 現在、プライマリ・ケアには、コミュニティトラストやその他の組織によって提供されるコミュニティ・サービスが含まれる

この点は強調されるべき点で、日本で一般に考えられている Primary Care の概念とは「ずれ」があり「Primary Care = 医師による診療」ということではなす。さらに言えば、最近日本で関心が高い「社会的処方(Social Prescribing)」は G P (医師)が行うものではなす。一般に、9割方の健康問題は Primary Careで対応可能といわれており、それらを G P だけでなく歯科医師や薬剤師など多職種の Primary Care Teamが対応しているのがイギリスの Primary Care の実像である。

(4) G P の勤務実態と G P 診療所の運営実態

G P は担当地域内の全住民に対してサービスを提供する義務があり、住民は生まれてから亡くなるまでどこかの G P に登録するというシステムは N H S 創設以来続いているシステムである。

しかし、現在では G P 診療所のグループ診療所化が進んでおり、G P 診療所は複数の医師が所属するグループ診療の形が一般的になっている。かつ、その7割は非常勤の医師で構成されていて、女性医師比率も高く「Ethnic group」の構成も多様である。登録は G P 個人ではなく G P 診療所単

位で行われ、かつ登録先診療所は選択することができるようになっている。

政府は単独の開業形態を減らして、P C N 傘下でのグループ開業を推進しており、G P は独立した開業医であり個別に N H S と契約を結んで G P となる、という基本的な形は今も変わっていないものの、G P 診療所は3層構造の最小単位である Neighbourhood 単位で1つまたは複数の P C N の下に組織化されている。

Neighbourhood (及び P C N) は予算執行(配分)の単位でもあることから、財政面から見ても G P = 独立自営の個人開業医、とのイメージは今や実態を反映していないといえる。

(5) G P と G P W S I、多職種協働

日本の場合、(近年養成が進んでいる総合診療医を別にすれば)診療所であれ病院であれ、何らかの専門の教育を受けた医師が病院等で一定の診療経験を積んだ上で開業し、地域の一次医療を担う、というのが歴史的に形成されてきた診療形態だが、イギリスの場合、初めから G P (General Practice) 教育を受けた医師が G P 診療所において G P 診療を担う、というのが一般である。

かつては G P と専門医(病院に勤務する

専門領域を持つ医師」とは截然と区別されており、GPとしてのマインドセットができていない専門医からGPになることには否定的な意見が強かったが、今日では、GPと専門医との間の境界は流動化しており、GPがトレーニングを受けて一定の専門領域の診療に従事したり、GP診療を行う傍らで教育に携わる、あるいは病院(Trustや民間病院)に勤務する専門医が非常勤でGP診療所に勤務する形(GP with Special Interestと呼ばれる)も増えている。

背景には、GPそれ自体の供給不足、疾病構造の変化、財政面・機能面からの病院の負荷軽減など様々な要因が挙げられるが、総じて単独開業・単独診療からグループ開設・グループ診療(それも非常勤医師によるグループ診療)へ「Primary Care」の概念拡大・GP診療所の機能拡張(専門診療に向けての守備範囲の拡張・多職種協働・コミュニティケアとの連携、関連職種へのタスクシフトによる医師の負担軽減)等々、日本の地域医療を取り巻く状況と類似する方向が見て取れる。

現在の政府の考え方は、「GPが全ての臨床の仕事をする必要はない」「他の職種に任せればいいものは他の職種に任せろ」というものであり、そのための財源

措置としてあるのが後述するARRS (The Additional Roles Reimbursement Scheme)と「ジョブ」になる。

現在、多くのGP診療所が事務職員以外に医療助手やAdvanced Nurse Practitionerなど多様な専門職を雇用しており、タスクシフトが進んでいる。これに依りて、医師1人当たり登録住民数(List size)は増加傾向にある。GP診療所には様々な異なるスキルを持つ多職種がいて、GPはそれらを代表する(というか「束ねる」)存在となっている。

(6) GPの契約形態・報酬形態

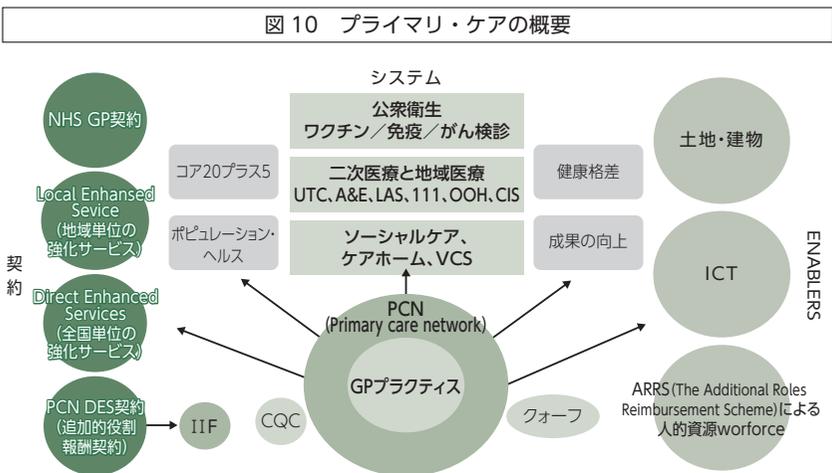
日本ではGP＝登録制＝人頭払(包括報酬)という理解が浸透しており、かかりつけ医の制度化の議論は常に支払い方式の見直し(出来高払・包括/人頭払)が絡んでくるが、実際のGPの契約形態は図10の左側に示す通りで、GPのグループ診療化、GP診療所のPCNへの組織化、機能の多様化、多職種協働などの変化に対応して、定額払、実費償還、出来高払による支払契約、提供する医療サービスの質や成果に対しても評価するQOF(Quality and Outcome Framework)の組み合わせ、という形に変わってきている(図10)。

GPへの支払いはその契約形態に応じ

て大きく5つに分かれる。

1つ目はNHSとGPの基本契約によるものである。具体的な契約形態としては、期限の定めのない契約であるGeneral Medical Service (GMS)とPersonal Medical Services (PMS)に加えて、有期契約であるAlternative Provider Medical

図10 プライマリ・ケアの概要



Services (APMS)がある。

これらの基本契約は、Essential Service と呼ばれるGP業務の基礎部分に対するものである。Essential Serviceとは疾病の発見とその管理のことであり、二次医療への紹介が必要となれば病院やその他の機関に患者を紹介することも含まれる。この基本契約は、登録された住民の数(リストサイズ)によって決まるが、Carri-III関数という関数によって年齢や疾病等の変数に応じて調整される。

このEssential Serviceは、イギリスのGPの医療的なサービスであり、日本でのかかりつけ医機能のイメージに近い。

GPへの支払いの2つ目は、Quality & Outcome Framework(QOF)である。これは成果に応じて支払われるもので、10%の追加報酬を受けることになるため95%のGPがこれを算定している。

慢性疾患のアウトカムを指標としてその質が評価されるものであり、糖尿病を例にとると、GPの業務として定められているのは、住民に糖尿病について情報提供すること、糖尿病となる前の段階で発見すること、糖尿病となつてからはその管理を行い合併症を最小限にすること、合併症が出てしまったらそれを安定化させQOL(生活の質)を問題ないものとすることであり、

これらの項目について達成目標が指標化され、その成果に応じた支払いが行われている。

GPへの支払いの3つ目は、Enhanced Serviceと呼ばれるもので、Essential Serviceに入らない追加的なServiceに対応するもので、算定も任意である。

Local Enhanced Service(L ES)と呼ばれる地元地域のニーズに応じたものと、国レベルで決められた項目のDirected Enhanced Service(D ES)がある。D ESについてはGPが単独で契約することもできるが、後述するPrimary Care Network(PCN)単位で契約することもできる。D ESの主なものとしては、各種のワクチンプログラムや介護施設(Care Home)でのサービスが含まれる。D ESをPCNとして契約した場合、PCN内で業務と予算を分割する。

GPへの4つ目の支払いはIIF(Investment and Impact Fund)と呼ばれるもので、Population Health(国民保健)に当たる予算である。これはPCN単位で支払われる。

2025年現在、5つの評価基準Population Health Indicator(成人及び小児のインフルエンザワクチン、14歳以上の学習障害への介入、便潜血検査から2週間

以内の消化器科への紹介、予約から2週間以内の診察)が設定されており、その成果によってPCNは最大で5万ポンド余りを受け取ることができる。

GPへの5つ目の支払いは先述したARRSである。

看護師、薬剤師(Social Prescriber(Social Prescribingを行う職)、ケア・コーディネーター、健康・福祉指導員等の様々な職種をPCNが雇い入れ、この人材を複数の診療所が共有して地域のPrimary Careを遂行するための支払いである。ARRSはこれらの人件費を賄うための予算であり、このことを通じてGPの業務負荷は軽減されることになる。

すなわち、ARRSは多職種連携と他職種への権限移譲を、診療所単位ではなくPCN単位で進める政策を財政面で支えるものであるといえる。

PCN: Primary Care Network

このようなGPへの予算措置から理解できるように、現在のNHS下での地域医療サービスで重要な役割を担うのがPrimary Care Network(PCN)である。

これは、前述した人口3万人から5万人を単位とするNeighbourhoodに対応する医療提供の仕組みである。同一

Neighbourhoodで診療活動を行う複数のGPがPCNを形成する。

Primary Careの中核をGPが担うのは変わらないとしても、予防・保健分野についてはPCNという実質的なグループ形態が2022年以降のICS/ICB制度の基本単位となっているといえる。

スターマー政権のNHS改革の狙いについて、「地域医療・予防・コミュニティ医療へのシフト」があるという指摘をしたが、地域における受け皿となるのが、このPCNである。

(7) 医療情報ネットワーク

医療情報の一元的管理については、NHSはコロナ以前からこの分野のパイオニアである。医療情報はGP/病院間で共有されており、GPは地元の病院の記録を見ることができ、病院もGP側の記録を見ることができ、NHSに学ぶべきものがあるとすれば、何よりもまずこの医療情報ネットワーク、医療情報の一元的管理システムであろう。

今回訪問したアメリカ資本のプライベートルホスピタル(HCA)でも、診療情報は全てNHSに登録され、同時に自身の診療時にNHSの医療情報は参照することができる、と話していた。コロナ禍で実施され

た検査やワクチン接種情報も全てNHSで一元的に管理されており、GPは自身の患者についての情報をほぼリアルタイムで把握することができる。

(8) 最後に、GPの社会的役割

本稿の締めとして、今回の訪問で得た知見ではないが、イギリスにおいてGPの「コンピテンシー」として定義されている6つの専門性について最後に紹介しておく。

第1は、プライマリケアのマネジメント。包括的な予防・健康管理を行いながら必要に応じて多職種や臓器別専門医と連携する。

第2は、人間中心のケア。患者の個性を尊重し、患者のパートナーとして患者に伴走し経時的に支援する。

第3は、プライマリケア特有の問題解決能力。

第4は、包括的アプローチ。急性・慢性を問わず複数の問題に同時に対応する。日本だと、疾患ごとに複数の主治医を持っている患者が(特に高齢者に)多いが、ある程度全身を診られる医師がいれば、プライマリケアのところはその医師が担い、そこに予防や治療、生活支援、生活指導などの非医療的要素が位置付けられる。

第5は、地域志向性。「GPは地域と医療の最初の接点」であり、個々の市民を診るだけでなく、常に地域という単位で健康問

題を捉え、疾患を診ていく。イギリスの場合、地域によって住民の人種構成や所得水準が大きく異なっており、受療行動も異なるなど、その地域特有の課題がある。

最後に、全人的なアプローチ。疾患を診るのはもちろん大事だが、疾患だけでなく、その個人やその家族も含めて診る。ここでGPが一番要求されるのは、患者を主体にしたコミュニケーション能力であることとは言うまでもない。

まとめ 英国の医療提供体制(NHS)における診療所(GP)の役割

「診療(療養の給付)」という視点で見ると、診療所(GP、家庭医)の守備範囲は、わが国で考えられているよりもずっと狭い。

一定レベルの専門診療(セカンダリケア)まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違いがあり、装備のレベルも比較にならない。

GP・家庭医の役割の主力は予防・健康管理・ヘルスプロモーション・初期診断であり、その観点から見れば、GPの果たしている役割・範囲は極めて広範である。

今やイギリスのGPの主力はグループ診療。全体の6~7割は複数の医師がいる。かつ全体の7割が非常勤医師。女性比率も高く、ethnic groupも多様。病院勤務医や開業専門医との兼業(GP+GP with Special Interest)も増大している。

GP診療所もさらに地域で組織化され(Primary Care Network)、多くの職種がGP診療所に雇用されタスクシフトが進んでいる。医師はチームリーダーとして、患者のケアのエキスパートとなる。

そもそもGPの登録は診療所単位で、個人医師単位ではない。

他方、GP診療所の医師は診療所に登録されている市民の医療情報は全て閲覧できる。NHSに全てのデータが集約・一元化されており、GPは自分の担当患者の情報は全て把握。民間病院(NHS以外の診療)での診療データも全て一元化されている。



座談会

医師偏在対策、 かかりつけ医を軸に 医療提供体制の在り方を考察

健康保険組合連合会は2025年5月24日～6月2日、ドイツ、英国に外国医療問題研究調査団を派遣し、ドイツでは医師偏在対策や保険者と保険医協会の関係、英国ではGP (General Practitioner:家庭医療専門医) の活動などの実態をテーマに、両国の特に医療提供体制に着目した調査を実施した。

今回、特別企画として調査団のメンバーである健保連大阪連合会の久保俊裕会長、安田日本興亜健保組合の米川孝理事長、日本製鉄健保組合の栗坂禎一常務理事、NXグループ健保組合の佐竹陽一理事長、健保連神奈川連合会の篠原正泰会長、日立健保組合の福井浩明常務理事、健保連の佐野雅宏会長代理と松本真人理事、有識者として同行した一般社団法人未来研究所臥龍の香取照幸代表理事、法政大学経済学部の菅原琢磨教授(順不同、敬称略)による座談会をお届けする。(座談会は7月3日、健保連本部会議室で行われた)

(編集部)

ドイツの調査結果を踏まえて

医師の過剰・不足が見える化
開業規制に踏み込んだ対応

佐野 今回の調査は、現在わが国でも検討が進められている「医師偏在対策」「かかりつけ医」を踏まえてテーマを設定しました。まず、ドイツの医師偏在対策は連邦政府の管理の下、州ごとに策定される需要計画に基づいて行われており、保険者側、保険医側、連邦レベルの機関のそれぞれの立場から偏在対策の取り組みについて話を聞き、意見交換しました。州単位で保険医側が保険者の合意を得て需要計画を策定し、実行する仕組みを設けているなど、わが国にも参考になる部分が多くありましたが、課題があることも確認しました。

英国はGP制度が根付いていること、また、地域ニーズに応じたネットワークの構築が行われていることが分かりましたが、自己負担なしで医療が受けられるメリットの裏返しとして、医療機関へのアクセスの悪さの問題があり、自己負担をしても迅速に医療が受けられる民間病院などプライベート医療へのニーズが高まっている実情も把握できました。

それでは、はじめにドイツの医療制度の概略に触れつつ、医師偏在対策についての所感から伺います。

松本 ドイツの公的医療制度は社会保険方式を採用していますが、一定所得以上の者には公的医療保険への加入義務がなく、公的保険と民間保険の併用となっており、公的保険の加入者が9割を占めます。日本の仕組みと大きく異なる点で注目されるのが、公的保険の加入者が保険者（疾病金庫）を選択できることです。また、保険料率は国が統一して14・6%と設定しています

が、各疾病金庫が財政状況に応じて独自に追加保険料を徴収することができます。いずれも負担割合は労使折半です。自己負担は入院と薬剤にはありますが、外来にはありません。

診療体制は診療所が外来、病院は入院と



健保連 松本真人理事

明確に分業されており、診療所の家庭医がプライマリ・ケアを担っています。家庭医への登録が全国民に義務化されているわけではありませんが、ファーストコンタクトとして家庭医を受診するという国民の意識と行動は定着しているように見受けられました。新政権下では家庭医への登録を国民に義務化する方針を打ち出しており、ドイツの動向を注視していく必要があります。

医師偏在対策はドイツが需要計画、日本においては医師確保計画の中で実効性を確保する方向です。両国とも医師不足地域への対応は経済的インセンティブを柱として、ドイツは構造基金による診療所開設への補助や診療報酬の加算などを実施しており、日本では派遣・従事する医師の手当増額などが計画されています。

一方、過剰地域への規制は、日本は都道府県による不足地域への医療提供の要請に従わない場合、保険医療機関の指定期間を通常の6年から3年に短縮することが考えられていますが、開業そのものを制限しません。ドイツでは一定の供給水準を超えると、その地域での新規開業を不可能としており、デイスインセンティブについては日本よりも踏み込んだ対応をとっていると思います。



日本製鉄健保組合
栗坂禎一常務理事

栗坂 需要計画はいわば開業医の配置計画であり、もともとは過剰とされていた開業医を抑制する手段として使われてきましたが、こうした開業抑制を含む計画を保険医協会、すなわち医師自らが策定していることが印象深かったです。実際に都市部での医師過剰対策、あるいは過疎地での家庭医の配置促進策として、課題はあるにせよ一定の効果を発揮させる仕組みになっていると感じました。

具体的に医師の適正配置については、診療科ごと地域ごとに医師1人当たりの住民数を指標として供給水準が決められており、実効性という点に注目しました。特にプライマリ・ケアを担う家庭医は過疎地を中心に不足しているため、他の専門医よりも多く配置するように医師1人当たりの住民数が設定されています。供給水準を

参考1 ドイツの調査日程とテーマ

日程	調査テーマ
5/26(月)	<ul style="list-style-type: none"> ● BKK Landesverband Mitte(企業疾病金庫(BKK)の州連合会) ドイツの外来診療の現状、需要計画および診療側との協議、新政策のプライマリケア政策案——など
	<ul style="list-style-type: none"> ● 在ドイツ日本国大使館厚生労働省アタッシェとの懇談 ドイツ医療保険制度の概要、現状、最近の政策動向——など
5/27(火)	<ul style="list-style-type: none"> ● 連邦合同委員会: G-BA G-BAの組織概要、需要計画、需要計画におけるG-BA、当事者(保険者側、診療側)の役割——など
	<ul style="list-style-type: none"> ● Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung: ZI(保険医のシンクタンク) ドイツの外来診療の供給状況——など

決める要素には、地域住民の年齢構造や医療へのアクセスの良さなどが考慮されており、これを定期的にチェックしているの
で一定の公平性が担保されています。
開業規制については、診療科別の充足率が110%を超えると医師過剰とみなされ、既存診療所の承継はできても当該診療科の新規開業は原則できません。日本では親から子へ診療所を承継するケースも多

いですが、ドイツでは後継者を公募で決めます。さらに140%を超えると承継もできないなどディスインセンティブ的な仕組みもしっかり取り入れていると感じました。

自由開業医制の日本にドイツの仕組みをそのまま導入するのは、さすがにハードルが高いですが、医師1人当たり住民数という基準と実際の数値を比較すれば、過剰・不足が見える化されます。こうした医師の配置状況を見える化する手法は、日本の医師偏在対策においても参考になるのではないのでしょうか。

篠原 需要計画については、計画区域を細分化して医師配置を管理するなどきめ細かく対応しているものの、過疎地での医師確保には未だ苦勞していることが分かり、偏在対策の難しさを改めて強く思いました。

ドイツでは地域医療の確保、特に過疎地における家庭医の確保のため、診療所の開業資金や診療報酬の加算などに資金を充てる構造基金が設置されています。基金の財源は保険医協会が診療報酬総額の0.1〜0.2%相当の額を、疾病金庫はそれと同額をそれぞれ拠出しており、当事者自治の長い歴史を持つ両者が医療提供体制の整備に一定の責任を負っていると実感しました。また、構造基金による資金手当て

以外にも過疎地において託児所を開設するなど、医師の生活も含めた包括的な支援を行っていることが印象に残りました。

ドイツの医師偏在・不足を巡る課題は、医師の高齢化と高齢の医師が今後大量に現役を引退すること、また労働時間の短縮やワークライフバランス重視の傾向、医師の都市志向・病院勤務志向・家庭医以外の専門医志向などが挙げられます。医師の高齢化や後継者不足、都市志向などは日本も直面している問題であり、ドイツの対策から示唆を得つつ効果的な医師偏在対策を進める必要があります。

福井 連邦保険医協会、連邦病院協会、疾病金庫中央連合会など関係者が参加する意思決定機関である連邦合同委員会で需要計画ガイドラインを策定し、州レベルで地域実態を踏まえた需要計画が策定・実行



健保連神奈川連合会
篠原正泰会長

参考2 英国の調査日程とテーマ

日程	調査テーマ
5/28(水)	● 王立GP協会:RCGP 英国の公的医療制度・NHSの概要、プライマリケア、家庭医(GP)の活動、グループプラクティス——など
	● 在英国日本大使館厚生労働省アタッシェとの懇談 英国の医療提供、NHSの現状、最近の政策動向——など
5/29(木)	● 国立医療技術評価機構:NICE 費用対効果評価、評価における考え方——など
	● HCA ヘルスケア(民間病院) 民間保険による医療サービスとNHSによる医療サービスの違い、民間医療施設見学——など
5/30(金)	● ウィスタブルメディカルプラクティス(NHSの統合型GP診療所) GPの活動、ウィスタブルメディカルプラクティスの診療体制、診療所見学——など
	● SOMPO International 駐在員・現地スタッフとの懇談 日系企業従業員および現地スタッフからみた英国の医療提供(NHS、民間医療保険)についてのヒアリングおよび意見交換——など

されることで開業をコントロールしていることは、大いに参考となります。特に診療所の親子承継が保証されておらず、後継者を公募して保険医協会が選ぶ仕組みには驚きました。やはり過少対策と過剰対策をセットで考えるべきです。

私たち健康保険組合は、保険給付と保健事業を柱として加入者の健康を守ること



日立健保組合
福井浩明常務理事

を任務としています。現状は医療提供体制の整備促進までは領域に入っていないのが実態です。その意味で私自身も医療提供側とのコミュニケーションがまだまだ希薄と受け止めています。

ドイツでは医療提供側と保険者が対等の立場で議論しており、両者が構造基金に資金も出している状況を鑑みると、健康保険組合の存在意義を改めて深く考えさせられました。資金を出すということは責任を負うことと表裏一体であり、今後、医師偏在対策が進められる中、私たちがどういうスタンスを取るべきなのかというところを、ドイツを事例として見習うべき点もあります。

一方で、今私たちが提供している健診や保健指導などは非常にきめ細かく対応しているという自負があります。日本の健保の良さを生かしながら、医師偏在対策にどのように関わっていくべきかを考えたいと思います。

英国の調査結果を踏まえて

日本のかかりつけ医への示唆
医療へのアクセスなどが論点

佐野 続いて英国での調査結果を踏まえたコメントをお聞かせください。

久保 日本のかかりつけ医をプライマリケアの中核を担うGPと比較しながら考えてみたいと思います。まず、英国では



健保連大阪連合会
久保俊裕会長

G Pとしての専門教育を学んだ医師が診療を担い、国民はあらかじめG Pに登録し、登録したG Pの診察を受けた上で紹介により病院の専門医を受診しますが、日本は臓器別の専門医としてキャリアを積んだ医師が一次的な診療を担い、患者は症状に応じて病院も含めて医療機関を自由に選んでいきます。一方で地方においては医療機関が少ないこともあって、G Pに近い診療が行われているように思えます。

また、日本の患者は何か症状が生じると処方を受けて医療機関にかかりますが、英国では軽い症状は自分で薬を買って治す、セルフメディケーション・セルフケアが国民の間に定着しているようです。

このように両国では制度も異なり、さまざまな違いも見られますが、医療費の増大、医師の偏在や不足、人口の高齢化などの課題は共通しています。

今回の調査を踏まえ、かかりつけ医の在り方を考えるとき、英国も参考にして医療全体をトータルな仕組みとして再構築する必要を感じました。その際に医療効率化の観点でトリアージは必要不可欠と考えます。また効率化やデータ共有化のためのデジタル化を推進しなければなりません。これらの改革を進めるに当たっては、国、医療側、保険者側が真摯な姿勢で向き合い、



安田日本興亜健保組合
米川孝理 理事長

それぞれが持続性ある方向を見据えて検討していくことが重要と考えます。

米川 英国は政府が中心となって医療全体をコントロールしており、提供体制についてもG Pを基盤として地域に応じたネットワークを構築しようとしていることが強く印象に残りました。一方で、日本の医療提供の主体は民間であることから、行政の関与が限定的なものにとどまっていると感じています。日本では地域医療構想の策定・実行を進めていますが、行政、医療提供者、保険者など関係者が英知を結集して、実際に提供体制を変えていくというアクションにつなげる必要性を改めて認識しました。

また、ミクロの視点で日本のかかりつけ医の在り方を考えてみると、今回実際にG P診療所を視察して、オンライン診療や

トリアージシステムなど医療のデジタル化が進んでいることは大いに参考になりました。ただ、こうしたICT技術の活用を進めたとしても、以前から英国の課題とされている、患者の待ち時間の長さなどの根本的な解決には至らないように思います。日本では日常的な受診で英国のような待ち時間の長さは生じておらず、その点、日本の患者は恵まれた環境にあります。もちろん限りある医療資源を有効利用する観点から、コンビニ受診を控えていただくなど適正な受診を心掛ける必要はあると考えております。

佐竹 日英両国の医療制度を考える上で、今回、SOMP Oインターナショナルの英国現地在住者の話を聞いたことが非常に有意義でした。両国民とも病気を治すという医療の中身には非常に興味がある一方で、



NXグループ健保組合
佐竹陽一 理事長

医療にかかるファイナンスに対しては関心が薄いと感じました。そういう意味では、わが国における健康保険制度の仕組み、現状、課題などを私たち健康保険組合など関係者が患者、国民に積極的に発信していく必要性を感じました。

日本のかかりつけ医の在り方を考える場合、患者や家族の生活背景まで把握した上で全人的なプライマリ・ケアを提供し、患者をトリアージしているG P制度は大いに参考となりますが、患者視点に立つと、G Pにかかるまでの待ち時間が長いなどの課題もあります。日本の現状はかかりつけ医というよりも、行きつけの医師程度の認識かもしれませんが、医療へのアクセスの良さという点を再認識したところです。

英国ではG Pのアクセスの悪さ、待ち時間を避けるため、費用がかかっても民間保険に加入して民間病院を利用する患者が増えているようです。利用している患者は高所得者層であり、全員が民間病院を利用してきているわけではありませんが、そうした状況を英国民は受け入れているように見えます。一方、日本は皆保険制度の下、全員が等しく同じ医療を受けられる権利を持つているので、英国のような仕組みは日本に合わないと思いました。

総括コメント

提供体制の改革実行へ 保険者の関わり方に注目

佐野 ドイツ、英国それぞれについて大変有意義なご見解をいただきました。それは、まず私から総括的なコメントをし、続いて有識者の視点から菅原先生、香取先生から総括的なコメントをいただきます。

まず、医師偏在については、ドイツも日本も特に地方で医師が不足しているという構造的な課題は共通しており、地域偏在の解消に頭を悩ませている点は共通していると痛感しました。

また、英国のG Pについては、診察までの待ち時間が長いことに国民が強く不満

を抱いていると思っていました。今回、現地在住者の話を聞いて、医療費の自己負担がないためか、意外にも不満が少ないという印象を抱きました。

英国、ドイツの医療制度で共通しているのは、民間保険を活用している点であり、利用者は高所得者層です。こうした仕組みが両国では定着しているように思えますが、では日本で一部の層がアクセスが良くより充実した医療を受けられるような仕組みがオーソライズされるかという点、国民になじまないと考えています。

もう1つ共通している点は、医療の問題は国民の関心が高く、政権交代につながり得るイシューであるということです。当然ですが、この分野は給付と負担という両方の観点から考える必要があります、その最適解をどのように導き出すのかは政治問題として大変重たく、日本も同じであることを改めて感じました。

菅原 まず限られた医療資源の利用をコントロールする手法としては、患者の自己負担、待ち時間、医療の必要度に応じた専門家のトリアージの3手法があり、どの国もその国の歴史的経緯や置かれた状況の中で3つの手法の最適なバランスを追求していると感じました。

社会保険方式を採用している日本では、



健保連 佐野雅宏会長代理

自己負担があり、原則フリーアクセスであるため現状、トリアージは強力には機能していない印象です。ただ医療機能の分化・連携を進めていく中で、トリアージを強めていく方向にあるように思えます。

他方、英国、ドイツは外来に自己負担がなく、特に英国については診察までの待ち時間がとても長く、明確にトリアージしないと医療提供が機能しないため、わが国との対応手法の選択に明確な色分けができていたと思います。長い待ち時間に不満を持つ人は、民間保険に加入して自己負担をすることで待ち時間を減らし、医療へのアクセスを確保していました。結局、こうした方法を取り入れていかないと、医療システムのバランスが全体として取れなくなっているという印象を受けました。ただ、民間保険の活用が拡大していくと、そもそも希少な人的、物的資源がそこに割かれて、結果として公的な医療提供が縮小していくという危うさをも孕んでいることを危惧します。

また、英国にはNICE(National Institute for Health and Care Excellence: 国立医療技術評価機構)という組織があり、幅広く医療技術を評価し、診療ガイドラインやフォーミュラを策定している点は注目に値します。日本が今、医療技術評価に関して優先す



法政大学経済学部
菅原琢磨教授

べきは、新規技術の導入時の評価よりも、むしろ既存技術の中で効果が十分見られない低価値・無価値な医療技術を明確にすることでしょう。こうした観点では、NICEの医療技術評価の手法を参考にしつつ、日本でも医療技術への適用を拡大し、診療ガイドライン、フォーミュラなどを一層精緻化していく方向性が考えられます。

GPについては、医師1人のソロプラクティスで聴診器、机、電話だけの簡素なオフィスをイメージしがちですが、今回視察したGP診療所は大規模で26人のGPが患者に対応し、救急対応や軽度な手術なども行っている稀な形態で、病院機能を代替している面もあります。病院が患者を受け止めきれなくなると、地域のGPの機能を強化して複数の診療科にまたがる患者も診れるようにしていくというのは自然の

流れだと思えます。今後、日本においても、地方部などとりわけ病院機能の衰退が見られる地域では、グループプラクティス化を推進することで、かかりつけ医機能を強化するという動きにつながるかもしれないと考えました。

ドイツについては、保険医協会と保険者(疾病金庫)の関係性について、例えば構造基金にお互いが資金を拠出し合って医師偏在対策に共同で取り組むなど、保険者においても当事者意識が強いと感じました。また両者の関係性が対等であるという点についても、今後の日本の保険者機能の強化を考える上で大いに参考になると思いました。

香取 ドイツ、英国の公的医療制度については、社会保険方式であるドイツと税方式の英国という軸で物事を捉えるといういろいろなことが見えてくるのではないかと思います。保険制度は保険事故が発生した後、つまり、病気になった後に給付しそれをファイナンスする仕組みですので、病気になる手前のところは保険の外にあるわけです。これに対して、税財源で運営されている英国のNHS(National Health Service: 国民保健サービス)は、ヘルスも含めて全体を見ているため全体最適という視点が常に存在しており、その中でアウトカム評価の

議論もできている。

また、NHSで患者の健康情報・受診情報が一元的に管理されている理由は制度の提供主体が1つだからです。一方、ドイツは日本と同じで保険者が分立しているので、英国のような運用は難しい面があるのだろうと思います。

医師偏在対策あるいは医療提供体制問題の本質は、保険者の立場からすれば、加入者が必要な医療をきちんと受けられるかどうかということだと思います。ドイツの保険者は明らかに当事者意識を持ってこうした問題に向き合い、医療者側と話し合って課題解決に取り組んでおり、日本において保険者が医師偏在や提供体制の問題に今後どうコミットしていくのか、保険者の役割、保険者機能を考える上で大きな示唆を与えてくれます。民間保険についてですが、ドイツはそも



一般社団法人未来研究所臥龍
香取照幸代表理事

そも公的保険に加入義務のない一定所得以上の層が民間保険に加入しています。英国の場合は医療へのアクセスを良くするために民間保険に加入するのが大きな加入理由で、提供する医療の本身はNHSで受ける内容とほとんど変わりません。

翻って、フリーアクセスが認められている日本においては、民間保険が成立する分野は特殊な医療に限られるように思えます。ただ、特殊であるがために保険サービスとしては成立しないので、民間保険を二階建てのように活用するのは、あまり現実的ではありません。

もう1つ、欧米の医療提供体制は、プライマリ・ケアを担う開業医と専門外来・入院に対応する病院との機能が歴史的にも明確に区分され、医療機関の機能に応じて患者の振り分けが行われていますが、高齢化に伴い慢性疾患・複合疾患の患者が増え、こうした患者をクリニックや病院で対応しきれない、受け入れるところがないというのが問題となっています。

英国ではGPがグループ化し、プライマリ・ケア・ネットワーク(PCN)を形成してOT(作業療法士)やPT(理学療法士)、看護師等を雇用するなど多職種で地域全体のケアを支える形態になってきています。日本も将来は提供側がネットワーク化し

て地域全体で支える方向に進むものと思われませんが、日本の医療機関は民間中心であるため、提供体制も含めて全体を管理しているNHSとは事情が異なります。

かかりつけ医機能については、日常的な健康管理も含めて全体をみるとなると、療養の給付以外の保険でカバーしきれない部分の財源をどうするのか、そのことについてどういう形で責任を持たせるのかを考えた上で、提供体制全体の絵を描く必要があります。それは、保険者が加入者の健康をどのように管理するのかを考えて、提供体制にどのようにコミットメントするのか、どういう責任を果たすのかを考えることにつながると思います。その意味で今後の提供体制の在り方の議論に、健康保険組合も含めたそれぞれの関係者が当事者として具体的にコミットメントしていくことが重要になってきます。

佐野 両国が直面している課題は日本と共通している部分もあり、今回の調査から得た知見を今後の主張に生かしていきたいと考えています。菅原先生、香取先生からも貴重なご示唆をいただきました。今回の調査団に有識者として両先生が参加してくださった意義は大変大きく、この場を借りて深く感謝を申し上げます。本日はありがとうございました。

第25回 外国医療問題研究調査団報告書

2026年3月

発行者 健康保険組合連合会

〒107-0052 東京都港区赤坂8-5-26

(住友不動産青山ビル西館内)

本誌の一部または全部を無断で転載・複製することを禁じます。