

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

ドイツの医師配置等に関する研究

研究分担者	武田裕子	順天堂大学大学院医学研究科・教授
研究代表者	小林廉毅	東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨

ドイツは、東西ドイツ統合後、医学部入学定員は一定で見直しの予定はない。EU 内では医師が自由に移動でき、就業医師の約 1 割(36000 人)は国外の医学部卒業生である。すべての医師は、勤務/居住する州の医師会に登録を義務付けられている。地域ごとの医師数は専門領域を含め詳細に把握されているが、全国的な医師過剰の認識はない。医師の偏在はあり、地域を区割りして診療所の専門医および保険医の定員を設けて偏在を是正する取り組みがなされている。非都市部の特に家庭医（General Practitioner：GP）が不足している。そのため、非都市部で開業する GP には、開業資金の助成や子どもの保育・教育支援等のインセンティブが提供されている。労働時間は EU の基準を順守することになっており、医師も 5-6 週間の休暇を毎年取得する<sup>1</sup>。受け取る診療報酬の上限が決まっているため、診療日・時間を減らす医師もいる（週に 3 日のみ診療など）。専門医の研修・認定・継続（生涯）教育については、連邦医師会がモデルを示し州医師会が担当している。

**A．研究目的**

ドイツにおける医師養成制度、医師配置の仕組みの概要を明らかにし、診療科・地域ごとの偏在の有無ならびにその是正策について概説する。

**B．研究方法**

インターネットを用いた検索および Pubmed による文献検索を行った。また、2016 年 2 月 29 日と 3 月 1 日の両日、ベルリンの以下の施設を訪問し情報収集を行うとともに、適宜、電子メールにて質問事項を送り回答を得た。

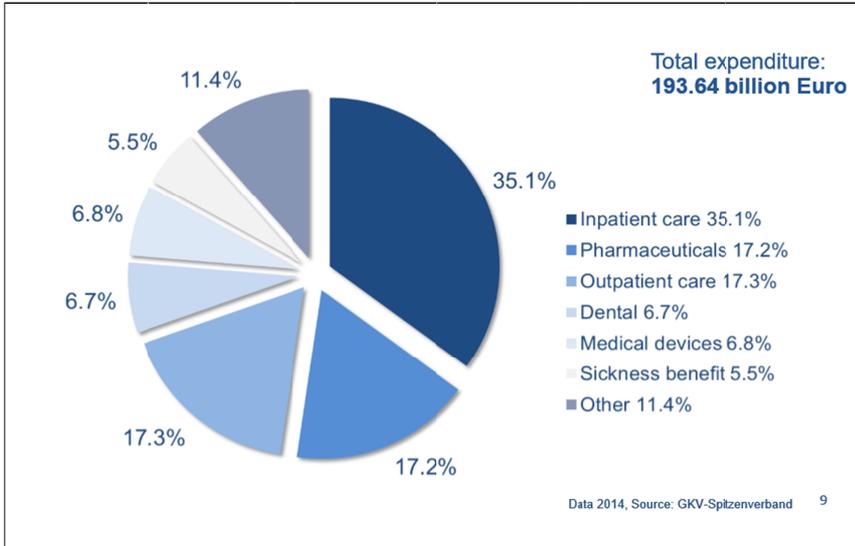
- ・ German Managed Care Association
- ・ Marburger Bund (勤務医組合)
- ・ Bundesärztekammer (ドイツ連邦医師会)
- ・ Bundeskassenärztlichen Vereinigung (ドイツ保険医協会)

**C．研究結果**

**1 .ドイツの医療システム** (2013 年の統計による；出典 Statistisches Bundesamt 2015)

ドイツの人口は 8060 万人で、GDP は 1 人あたり 33,300 ユーロ (約 420 万円：1 ユーロを 126 円で換算)である。医療費は 1 人あたり 3,910 ユーロで、GDP の 11.2%となる (年間 3,149 億ユーロ：内訳は入院 37.7%，外来 28.4%，医薬品 13.3%，その他 10.9%，歯科 7.7%，投資 2%)。医療費の財源は、公的保険 57.6%，患者自己負担 13.6%，民間保険 9.2%，長期保険 long-term care 7.75%，公的財源 4.6%となっている。医療保険は、公的保険加入者約 7000 万人(87%)、民間保険加入者 900 万人(11.2%)である。

図 1. 公的保険の医療費内訳(2014 GKV 統計)



診療所（外来診療）と病院（入院診療）は、全く独立したセクターとして機能している。GP 外来から専門外来に紹介され、専門外来診療を経て、必要に応じて病院に紹介される（”double specialist track”）。病院の経営母体は、1/3 公的（自治体）、1/3 非営利（カトリック系など）、1/3 民間となっている。

## 2. 医師数

全医師数は 485,800，うち現役医師数 371,300（病院勤務 51%，外来勤務 40%，他 9%）。人口 1000 人あたりの医師数は 4.3，看護師数は 11 である。海外からの医師の流入が 2013 年時点で 36000 人、海外への流出は 2010 年時点で 17000 人となっている。

図 2. 医師の勤務形態

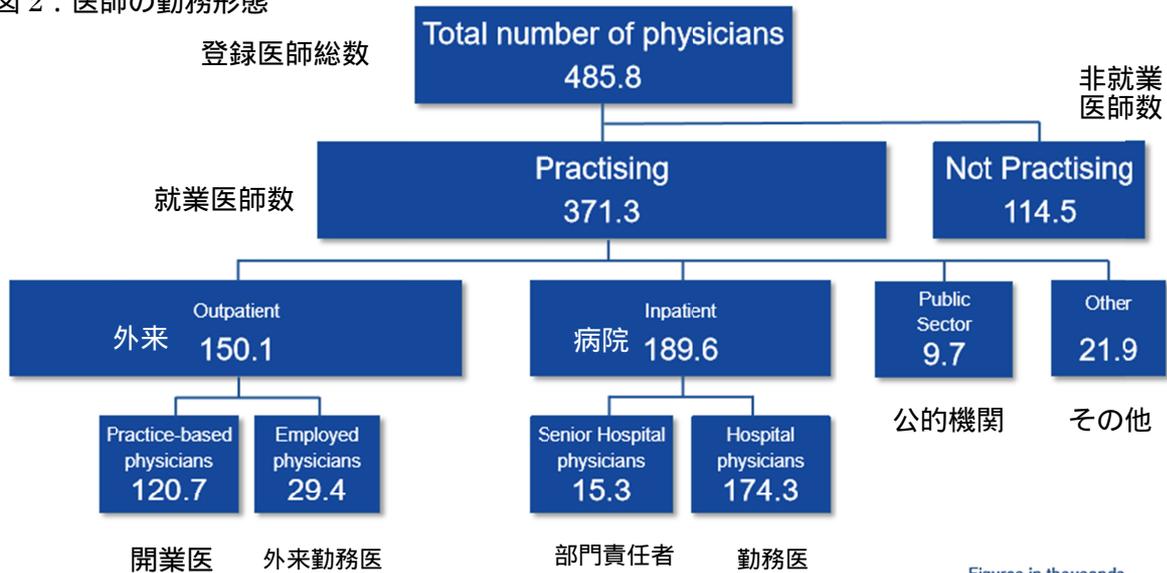
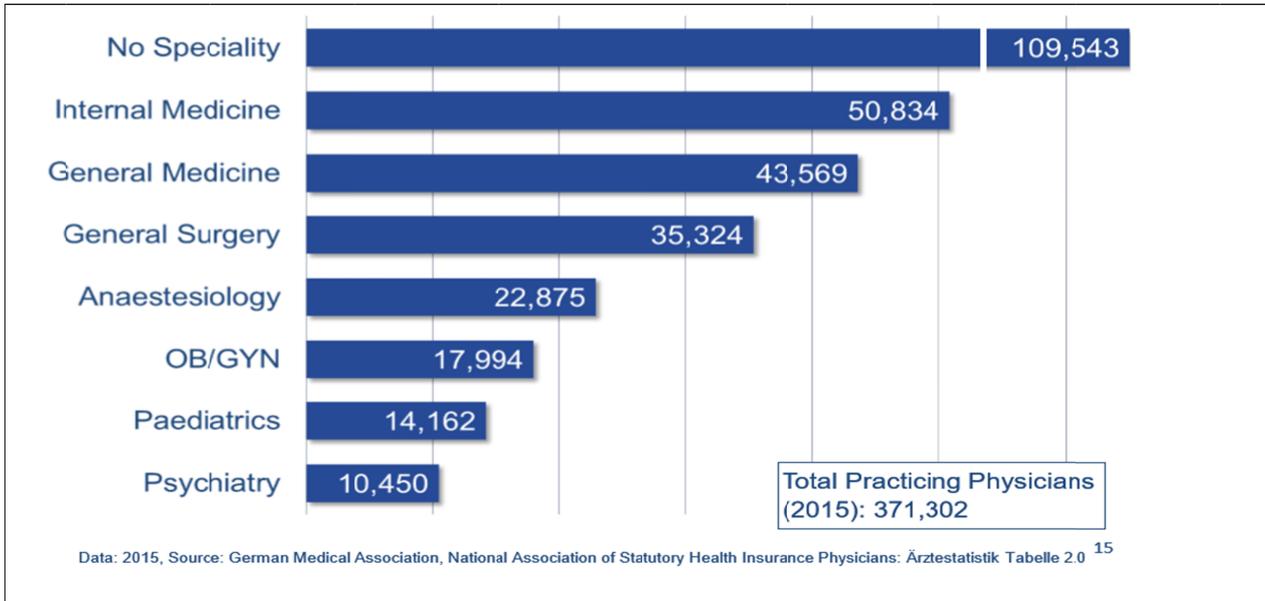


図 3 . 医師の専門領域の内訳 (さらに詳細な内訳は連邦医師会の website に資料掲載<sup>2)</sup>)

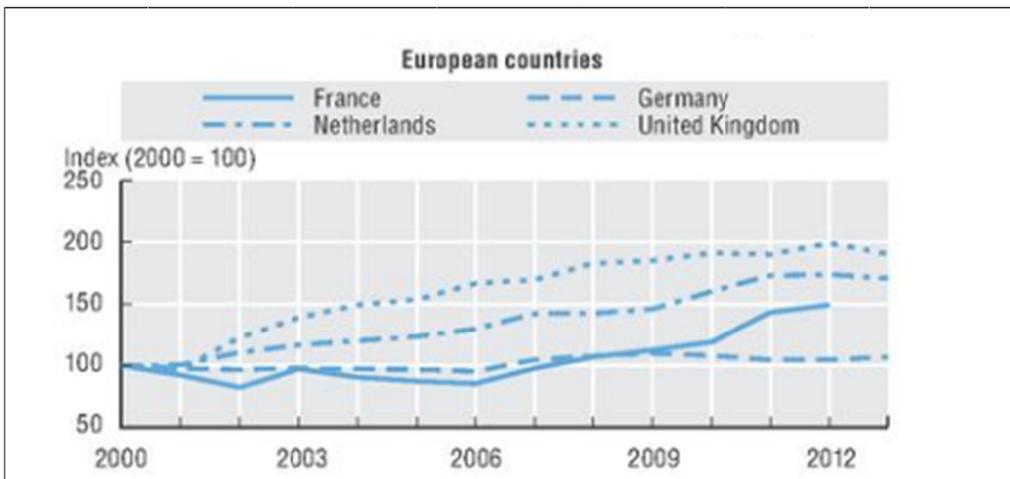


### 3 . 医師養成システム

(1) **医学部入学者数**: 東西ドイツで 12,000 人の入学定員であったものが、統一後約 10,000 (2014 年: 10658 人入学)となり、20 年以上変わらない

(図 4 : OECD Health Glance 2015<sup>3)</sup>。医学部の定員は、医学部の教室の面積や教員数などで定められており、医療へのニーズによって増減することはない。

図 4 . ドイツ・フランス・オランダ・英国の入学者定員の推移 (2000 年を 100 とする)。



#### (2) 医学部教育<sup>4</sup>

医学部は 6 年制となっており、高校卒業後に入学する。医学部は、国立大学 36 校、私立大学 1 校、設立中 1 校である。医学部のカリキュラム(必修コースや臨床実習など)は、次の二つの法令により定められている: 医業に関する法規範である医師法 Medical Practitioners' Act (Bundesärzteordnung) と 医師免許規制

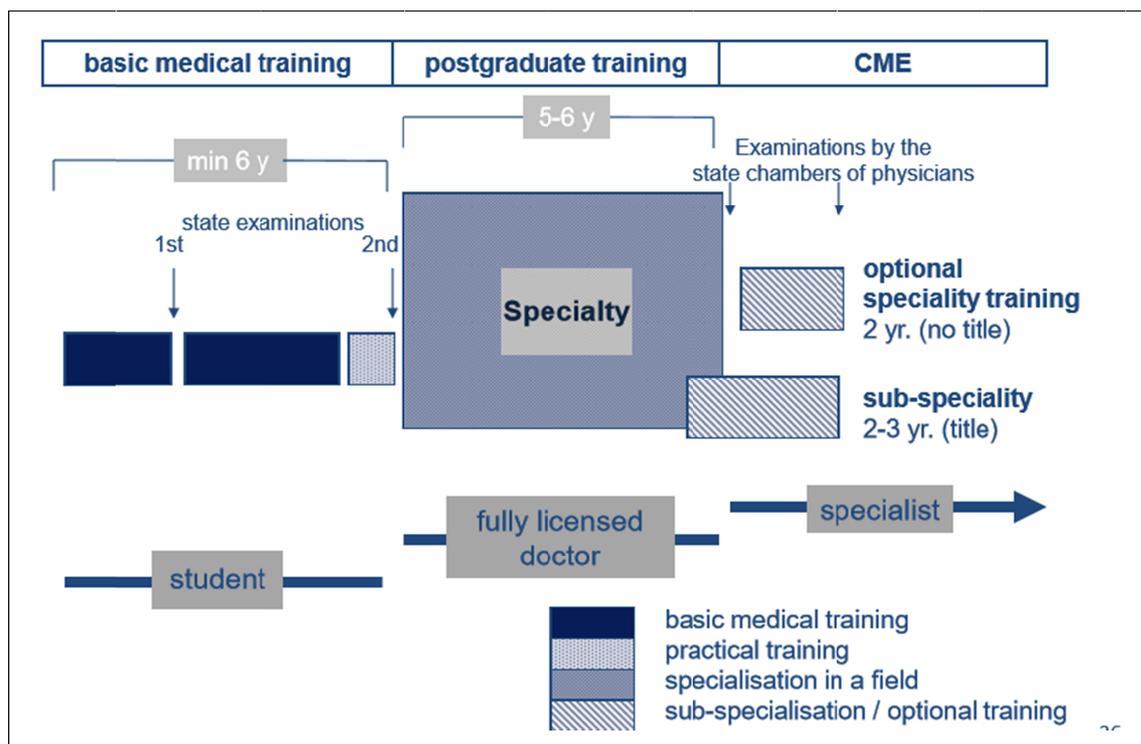
Approbationsordnung für Ärzte (Licensing Regulations for Physicians)。それ以外の詳細は、各医学部に任されている

#### (3) 専門臨床研修<sup>5, 6</sup>

医師免許(海外医学部卒業生はまたは一時免許)が臨床研修開始時に必要である。連邦医師会が各科専門団体等と協議して標準プログラムを策定して各州医師会に提示する。専門研修は 5 - 6 年間で、

初期研修と後期研修とに分かれていない。医学生が個々に希望する病院の診療科に自由に応募する。特に定員は設けられていない。卒後研修(指導医・研修病院の認定・専門医試験の実施・専門医資格

の交付など)および生涯教育は各州医師会の責任となっている。33の専門領域と専門医資格がありさらにサブスペシャリティに細分化している<sup>7</sup>



#### 4. 専門医資格取得後の医師の配置について

病院の医師数・診療科は、病院の裁量で決定される。診療所に関しては、連邦共同委員会 (Gemeinsamer Bundesausschuss: GBA=Joint Federation Commission)<sup>8</sup> が、社会法典 V (Sozialgesetzbuch V: SGBV)=Social Code V に基づいて、診療科ごとの外来医師配置の区割りや、人口当たりの医師数を定める。それを参考に州の委員会 (Landesausschuss) が、州独自の定数や区割りを決定する。医師が開業する場合、希望する区域に空きがあれば、地域の委員会 (Zulassungsausschuss) が申請を受け付ける。診療科のグループ分けも、連邦共同委員会によってなされる。例えば、内科には、循環器内科や腎臓内科など臓器別専門内科ごとの割り当てではなく、「内科」というグループごとに定数を設定している (専門領域が重なる内科医が同じ地域で診療することもあるが、細かく規定するのは現実的ではないため)。割り当て区域の広さは、診療科によっ

て異なる。例えば、GP は、人口 1671 人あたり一人としているが、専門診療科医一人を割り当てる人数は、それよりも多い。この割り当ては、地域の特性 (都会、郊外、へき地など 5 段階に区分) によっても異なる。また、人口構成も考慮して決定される (例: 高齢者の多い地域は眼科医が多めに配置されるが、産科医は少なくするなど)。

保険医の認可を受けられる計画区域の数、および開業可能な医師の数を見ると、医師不足か供給過剰かが診療科ごとに判別できる。

専門診療科の開業には地域ごとに定員が設けられているが、勤務医の採用人数は病院に任されている。臨床医として働く以外の勤務先 (製薬会社やコンサルタントなど) が多数あり、ドイツ国外で臨床医として勤務することも容易である。そのため、地域ごとに設定されている定員が医学部卒業生の診療科選択の際に考慮されることはほとんどないとのことである。

## 5. 非都市部への医師の誘致、長期確保策

医学部卒業時までには研究論文を作成すると Dr.med の学位が得られるが、実際の取得は 50-70%にとどまっている。へき地勤務の条件に、論文作成の時間確保を含めて誘導する試みがなされている。また、Ministry of Health と Ministry of Education と共同で、2015 年の春から Masterplan 2020 という医学教育改革の討議を行っており、今夏の議会で成立が図られようとしている。この政策が提出された背景には、家庭医不足（特に非都市部）と、医学部入学者選抜への批判がある。Masterplan 2020 の詳細は以下の通り。

"Masterplan Medizinstudium 2020(=Materplan on Medical Education 2020)

従来の医学部入学者選抜

現在、37 の医学部で約 10000 人の学生が入学している（女性が約 6 割）が、毎年医学部志望者は 43000 人いる。東西ドイツの統一前は、それぞれ併せて 16000 人の医学生が毎年入学していた。入学者選抜は、高校の成績のみで決められ、よい医師になりたいという動機を欠き、やる気のない者も少なくない。入学できなかった者は、待機リストに乗って入学を待つ。

医学部入学基準は、以下の通り：

定員の 20%：高校成績優秀者（州知事に表彰されるほどの成績の者）

” 20%：待機リストの学生（高校卒業後 5-7 年待つものもいる）

” 60%：各医学部の独自の選抜基準による e.g.) 英語と自然科学の成績を重視 or 数学の成績重視など

提案されている改革案

#1 非都市部で働く家庭医の増加：将来、家庭医となって地方に勤務すると約束する受験生に一定の入学枠を与える（地方の家庭医需要が充足するまで継続する）

#2 入学者の枠の見直し：上記の 20%,20%,60%の区分を見直す（なくす）（\*待機リストから入学許可になった学生の成績が振るわないため）

### #3 医学部のカリキュラムの見直し-1

最終学年（6年生）は、現在、内科 4 か月、外科 4 か月、選択実習 4 か月となっている。ここに家庭医実習を必修にして入れる（現在、選択実習で家庭医を選択するものは 6%に留まる）または、内科 3 か月、外科 3 か月、選択科(1) 3 か月、選択科(2) 3 か月としてしっかりと臨床実習を 3 か月ずつ行うようにする(家庭医実習も含める)

### #4 医学部のカリキュラムの見直し-2

卒業までに 6 か月間研究を行って論文を書き Dr.の称号を取得するのは、現在は自由選択（50-70%が Dr.取得）となっているが、これを必修とする

### #5 医学部のカリキュラムの見直し-3

臨床実習を減らして、基礎医学教育の時間を増やす。臨床技能教育の時間を増やすべきという反対意見もある。

文献（最終アクセス日 2016 年 4 月 3 日）

1. "Working time developments in the 21st century: Work duration and its regulation in the EU"  
[http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1573en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1573en.pdf)
2. 医師に関する統計  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14AbbTab.pdf)（連邦医師会）
3. OECD Health Glance 2015:  
[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#page85](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page85)
4. Chenot JF. Undergraduate medical education in Germany. German Medical Science, 7; 1-11, 2009  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2716556/>

5. Work and training in Germany:  
<http://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/work-training/work-and-training-in-germany/>
6. 田中美穂. ドイツにおける専門研修・認定制度.  
日医総研リサーチエッセイ No.60, 2014年4月  
<http://www.jmari.med.or.jp/download/RE060.pdf>
7. German Medical Association. (Model)  
Specialty Training Regulations 2003. As amended 23/10/2015  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO\\_Englisch.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO_Englisch.pdf)
8. 牧山康志. 科学技術の社会的ガバナンスにおいて専門職能集団が果たす自律的機能の検討  
医療の質を確保するドイツ医師職能団体の機能から Policy Study No.11 2005年10月  
<http://data.nistep.go.jp/dspace/bitstream/11035/720/1/NISTEP-PS011-FullJ.pdf>

#### **F . 健康危険情報**

該当なし

#### **G . 研究発表**

該当なし

#### **H . 知的財産権の出願・登録状況**

該当なし