

フランスの医師養成システムと 偏在問題

●産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 松田晋哉

1 はじめに

現在、わが国では医師の偏在が大きな社会問題となっている。偏在問題が顕在化した一つの契機は新臨床研修制度である。かつては医学部卒業生の多くは出身大学の医局に入局した。そして、医局の方針に従って関連病院をローテートしながら臨床技術を習得し、ある者は大学に残り、他の者は関連病院の部長や院長職などを経て開業するというのが一般的なキャリア形成であった。しかしながら医局制度については、地域の病院の医局支配が批判され、また同制度に関連して生じた不適切な寄付金問題などが社会問題化するなどして、その弊害が強く認識されるよ

うになった。

さらに私立大病院における研修医の過労死問題を契機に研修医の労働条件や経済的待遇が社会問題化し、また早期から専門診療科の研修をするのではなく、プライマリケアを志向した研修をすべきとの意見も強くなり、研修医制度を抜本的に見直すべきとの機運が高まっていった。

このような流れの中で導入された新臨床研修制度であるが、始まってみると研修医の大病院離れが生じ、スタッフの不足から大病院が関連病院に医師を派遣できない、さらには派遣先の病院からの引き揚げが全国で発生した。特にこの傾向は地方の大病院で顕著であり、これが医師の偏在問題を顕在化することになった。

医師の偏在問題、特に地方病院の医師をいかに確保するかは、わが国に限らず多くの先進諸国で大きな問題となっている。そこで本稿では、わが国の医療問題を語るときにしばしば参考として取り上げられるフランスの医師養成課程と偏在問題について紹介する。

2 フランスの医療制度

フランスの医療制度については、これまで本誌で何回か紹介しているので、ここでは簡単にその概要を説明する(文献1・2)。

フランスの医療制度の特徴は、わが国と同様の国民皆保険と自由開業制である。伝統的にフランスの医療制度においては、患者における医師及び医療機関選択の自

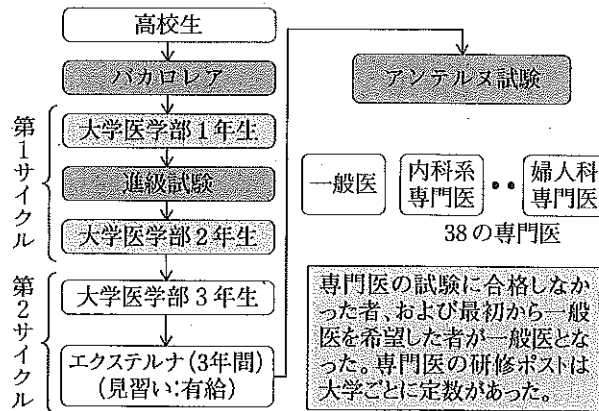
由、そして医師には出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動の自由が認められていたが、近年の医療制度改革によって、かかりつけ医制度など自由度に一定の制限が加えられている。

疾病保険制度は、職域をベースに構成され、4つに大別すると国民の80%がカバーされる被用者保険制度(わが国の協会けんぽに類似)、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。受診にあたっては、医療機関選択の完全な自由が認められている。自己負担割合は他国に比べると高いが、それをカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の80%は何らかの相互扶助組合等に加盟している。

病院医療は、公的病院と民間病院によって提供されている。民間病院は主に急性期医療を担当しており、その設置主体は個人、私法人、企業等種々である。

開業医医療は、専門医と一般医によって提供されている。一般医と専門医の診療科目は医療行為規定(Code de Deontologie)により厳密に規定され、同規定に反する医療行為を行うことはできない。

図表1 フランスのかつての医師養成課程(～2004)



ちなみに2004年の医療制度改革によってかかりつけ医制度が導入されている。この制度では16歳以上のすべての被保険者は自分のかかりつけ医を登録することを求められる。登録医を通して他の医師にかかった場合は協約料金とおりの支払いとなるが、直接他の医師にかかった場合、この医師は協約料金以上を請求でき、しかも被保険者には協約料金分の償還しか行われぬ仕組みとなっている。このようなソフトなゲートキーピ

ングが導入されたことが、近年のフランスの医療制度改革における最も重要な変化であろう。

3 フランスにおける医師養成課程

(1) 2004年以前の医師養成体系
まず2004年以前の医学教育体系について、図表1に基づき説明する。

第2学年では化学や生物学などの基礎科学教育に加えて、臨床導入実習として看護体験実習が行われる。これは大病院の看護師の指導のもと、患者の介助や採血などの業務を行うものである。

第2段階(第2サイクル)は4年間で、1年目は基礎医学、残り3年間は臨床病理学と臨床実習に当てられている。フランスの医学教育では臨床実習が重視されており、医学部4年次からの3年間は病棟での教育が中心となる。この間の医学生はエクステルナと呼ばれる、指導医や研修医の指導のもと、患者の診察や薬剤や検査の処方及び侵襲的な治療手技などを行う。5～6年次のエクステルナには給与も支給され、また当直業務も行う診療補助を行う。

医学部に入学するには、高校終了時に行われるバカロレア(大学入学資格試験)に合格しなければならない。ただし、これは大学別の入学試験ではなく、医学部への入学資格を認定するもので、基準以上の得点をとればそのほとんどが医学部に入学できる。

大学での医学教育は2段階に分かれる。第1段階(第1サイクル)は2年間で、主に基礎科学と教養を学ぶ。1学年終了時に厳しい選抜試験があり、2年に進級できるものは約5分の1に限定される(これを Numerus clausus と呼ぶ)。留年は1回のみ可能。

卒業時、医学生はアンテルヌ試験と呼ばれる選抜試験を受ける。一般医を希望する者及び専門医レジデント地方別選抜試験に合格しなかった者は一般医として2年半の研修(6カ月ごとに内科と選択した診療科を回る)を受ける。この間、地域の一般医のところで研修も義務付けられている。

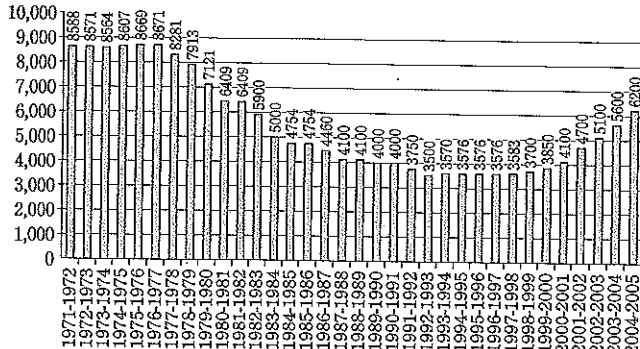
療科ごとに決められた期間(4～5年)、専門分野の臨床研修を行う。研修医の募集数は、専門診療科ごとに地域の定数が決められている。すなわち、全国に28ある大医学病院センターごとに専門診療科の研修医数が年度ごとに決められる。この定員数は各地域の医療状況により決められ、このような枠があることでレジデント医師の配分が地域差解消が図られている。

一般医の場合は、そのほとんどが研修終了後開業医となる。また、専門医の場合は開業する者と、レジデントチーフとして研修病院での診療に従事し一般病院か大病院の専門医になる者に分かれるが、後者はごく少数である。

フランスでは開業の自由が認められているため、多くの医師は都市部、特にパリ及びマルセイユ、ニースといった地中海沿岸の大都市に集中する傾向がある。

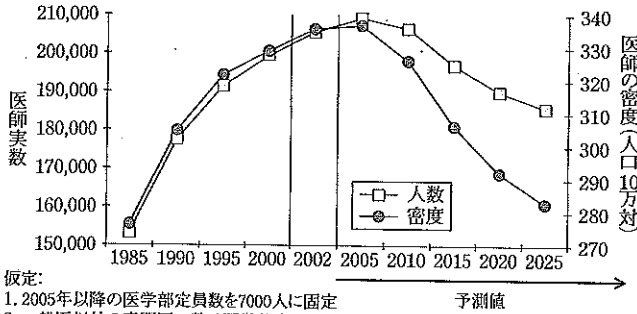
また、フランスではセクター1医師とセクター2医師という区分がある。前者は協約料金とおりの診療報酬しか患者に請求できないが、後者はそれを越える付加料金を設定できる。このような仕組みを認めた結果、パリや地中海沿岸

図表2 医学部定員数の経時的推移



パートタイムで働く医師の増加(女性医師の増加が関係)と専門分化、そして週35時間労働制の導入(2002年)により医師数が不足した。今後団塊世代の医師が大量退職するため医学部定員の増員が図られた。

図表3 医師数の経時的変化と将来予測



仮定:
 1. 2005年以降の医学部定員数を7000人に固定
 2. 一般医以外の専門医の数は医学部定員の50%に固定
 3. 医学生および研修医の動向は直近のものと同じ

このような状況を踏まえ、フランス政府は医学部定員の増加を決定し、2005年以降はNumerus Claususを7000人としている。図表3は医師数の将来予測を示したものである。医師数は18万5千人程度、人口10万対医師

このような心理的な障壁を解消するため、2005年のアンテルナ改革により、一般医も専門医の一つと位置づけられた。以下、2005年以降の新しい医師養成課程を図表4により説明する。
 卒前教育の枠組みは2005年以前と特に大きな変更はない。最

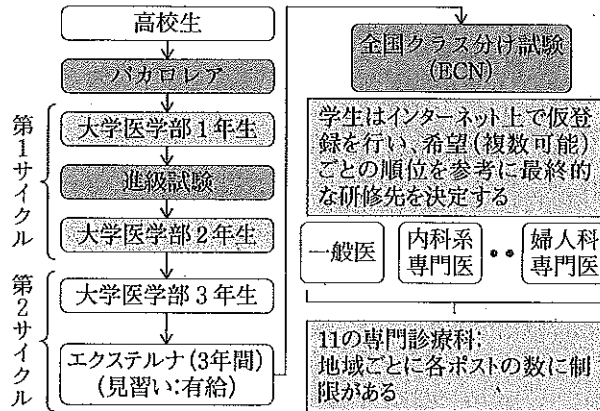
の大都市ではセクター2以外の専門医がほとんどいない事態に陥ったため、現在はセクター2医師の新たな登録は行われていない。
 (2) 医師養成に関して顕在化した問題
 第2次世界大戦後の高度経済成長時のフランス社会保障の充実を表現する言葉として「黄金の30年」がある。公的医療保険の充実に加えて、大学病院を中心とした高度

医療提供体制の整備など、まさに1970年代半ばまでのフランスは医療に膨大な投資を行ってきた。例えば、1970年にわが国の地方医療計画に相当する医療地図が導入されているが、その当初の目的は過剰病床の制限ではなく、不足している病床の計画的な整備にあった。
 しかしながら、1970年代の2度のオイルショックで事態は一変する。増大する医療費を抑制す

るために、フランス政府は病床数削減と医師数削減を積極的に進めていく。この過程で導入されたのが、1年次から2年次に進級する際の定数制限Numerus Claususである。図表2のように1970年代に8500人を越えていた定数は1992年には3500人まで削減された(文献3)。
 そして、これが大きな社会問題となっていく。具体的には、医療の高度化と専門分化により個々の医師のカバーする診療領域が狭くなったこと、パートタイム医の増加(女性医師の増加が関係)、そして2002年の週35時間労働制の導入などにより、医師の実働数が不足する事態となった。さらに今後団塊世代の医師が大量退職するため、高齢社会における医師不足が不可避となった。

数は3100人程度になると予想されている(文献3)。
 (3) 2005年以降の医師養成課程
 医師数の増加は、医療費の増加につながる。財政状況を担保しながら医療の質(特に、臨床的な質とアクセスのしやすさ)を保証するために、他の先進国と同様、フランスもプライマリケアの推進を図ってきた。具体的には、一般医をプライマリケアの担い手として、ソフトなゲートキーピングを行う仕組みである(文献2)。
 しかしながら、一般医については、最初からそれを希望するもの以外に、専門医試験に合格しなかった者がなる構造があったこと、さらに診療料に差があったことなどのために、専門医に劣るとい

図表4 フランスの現在の医師養成課程 (2005~)



も大きな改革は、従来のアンテナ試験に代わって「全国クラスわけ試験 (Epreuves Classantes Nationales: ECN)」が導入されたことである。これはすべての医学生が受けなければならず、わが国の医師国家試験と同様、主知識を問うものである。

それと同時に、医学生は研修を希望する大学病院と専門診療科、及び最初の6カ月に研修する診療科を登録する。この結果はインターネット上で閲覧が可能で、各医

生は希望する地域及び診療科における自分の順位を知ることができ。そして、この結果を踏まえて、研修先と専門を修正できる。2007年度は5366の研修医のポストが準備された。内訳は一般医2866人、内科専門医835人、外科専門医550人、精神科医300人、麻酔科医250人、小児科医200人、産科医155人、公衆衛生医70人、臨床検査医60人、産業医60人、婦人科医20人である。これらのポストの数は各研修病院における必要数から決められる(図表5)。

確かにこのようなマッチングにより、研修医の偏在を解消することは可能であるが、研修先と専門診療科をこのような形で制限されることに対する医学生の反発は少なくなく、新制度導入後各地で医学生によるデモが起こっている。また、医学生の中には一般医を選択するのではなく、留年して次の年に専門医を目指す者も少なくない。専門診療科を持つという事は医師のレゾネーターに係ることであり、なかなか良い解決策がな

いのが現状のようである。実際、2005年以前も一般医の多くは一般医でありながら主たる研修診療科を踏まえてmédecin général spécialiste dermatologie (皮膚科を) 医の1つと位置づけたことで、医学生及び国民の意識が変わるのかもしれない。今後の動向を見る必要がある。

図表5 2007年のECNにおける研修医の地域別・診療科別募集数

広域圏と下部圏	内科専門医	外科専門医	一般医	麻酔科医	医学生物学	婦人科医	産科医	産業医	小児科医	精神科医	公衆衛生医	合計
Ile-de-France	144	91	372	35	11	5	30	9	36	40	15	788
Nord-Est	143	88	554	40	10	3	24	11	38	55	12	978
Strasbourg	29	17	108	8	1	0	6	3	8	10	2	192
Nancy	39	20	150	11	2	1	6	3	9	13	5	259
Besancon	23	20	50	6	2	0	2	2	6	12	2	127
Dijon	28	15	125	7	2	1	4	5	7	9	1	201
Reims	24	16	121	8	3	1	2	2	8	11	2	199
Nord-Ouest	148	95	540	45	8	4	27	16	37	58	8	986
Caen	27	16	125	8	2	0	6	2	7	9	1	203
Rouen	36	16	115	9	2	1	5	4	8	12	2	210
Lille	63	47	170	18	2	2	12	7	15	25	3	364
Amiens	22	16	130	10	2	1	4	3	7	12	2	209
Rhone-Alpes	92	57	323	35	6	0	16	6	22	32	8	597
Clermont-Ferrand	21	12	70	7	2	0	5	2	5	9	3	136
Grenoble	16	11	73	7	1	0	2	1	5	6	1	123
Lyon	42	26	125	16	2	0	7	2	9	12	3	244
Saint-Etienne	13	8	55	5	1	0	2	1	3	5	1	94
Ouest	144	95	564	37	12	2	26	9	28	56	10	983
Brest	16	11	71	5	2	1	3	1	3	6	1	120
Rennes	20	13	73	7	2	0	5	2	5	9	1	137
Angers	20	13	75	6	2	0	4	2	4	8	2	136
Nantes	28	21	75	7	2	1	5	2	4	13	2	160
Tours	31	19	160	6	2	0	5	1	6	10	2	242
Poitiers	29	18	110	6	2	0	4	1	6	10	2	188
Sud	77	57	190	26	5	2	14	4	19	26	4	424
Montpellier	29	20	65	9	2	0	4	0	6	9	1	145
Aix-Marseille	33	24	90	13	2	0	6	3	8	11	2	194
Nice	15	13	35	4	1	2	4	1	5	6	1	85
Sud-Ouest	82	58	257	29	7	4	16	5	16	32	12	518
Bordeaux	30	26	117	7	2	2	4	2	6	12	6	214
Ocean Indien	2	3	25	3	1	0	4	0	3	3	1	45
Toulouse	33	22	80	15	2	2	6	2	5	12	4	183
Limoges	17	7	35	4	2	0	2	1	2	5	1	76
Antilles-Guyane	5	9	66	3	1	0	2	0	2	1	1	92
合計	835	550	2,866	250	60	20	155	60	200	300	70	5,366

いのが現状のようである。実際、2005年以前も一般医の多くは一般医でありながら主たる研修診療科を踏まえてmédecin général spécialiste dermatologie (皮膚科を) 医の1つと位置づけたことで、医学生及び国民の意識が変わるのかもしれない。今後の動向を見る必要がある。

要がある。

ただし、2004年のBlazy Planにより導入された「かかりつけ医制度」において、国民は一般医と専門医のどちらを自分の「かかりつけ医」に選んでも良いが、そのほとんどが一般医を選んでいく。この事実、専門医か一般医かということは医師が意識するほど国民には意識されていないことを意味しているのかもしれない。

ところで、ECNに関してはもう一つ医学生の間心を集めている変更が行われようとしている。それは、試験科目に「論文の批判的吟味 Critical reading」を取り入れようという改革である。この背景には医師は一生にわたって勉強し続けなければならない職業であり、その基礎となるのは専門論文を読み、その知見を日々の臨床活動に活用することができる力であるという考え方があり。しかしながら、「論文の批判的吟味」に関する教育についてはGenoble大学医学部のように早くからそれに取組んで体系的な教育を行っている先進的な医学部もあれば、そうでない医学部もあるため、医学生からは不平等であるという強い批

判が出されている。医学教育の近代化はフランスにおいても大きな課題となっており、今後の動向が注目される。

4 フランスにおける 医師偏在問題

フランスの場合、診療科別の医師数は専門医制度によってコントロールされているため、診療科別の医師の偏在問題はわが国ほど顕著ではない。他方、医師の地理的偏在問題はフランスにおいても解決すべき大きな課題となっている。

(1) 病院医療

フランスの場合、地域医療計画によって病床数のみならず、高額医療機器や各病院の機能も地理的配置を含めてコントロールされるため、病院医療についてはわが国ほどの偏在問題は発生していない(文献1)。地域医療の中心的役割を果たすのは地方ごとにある大学病院センターで、さらに地域ごとに一般病院センターが配置されている。これらの病院は公的病院サービス機関(SHP)として24時間365日すべての患者を受け入れており、わが国でしばしば問題

となる「受け入れ拒否」問題はほとんど発生していない(注1)。

大学病院を中心としたこのような体制を安定的に運用するためには、医師の経済的処遇も重要である。フランスの大学病院の医師は、診療については病院(社会保険)から、そして教育と研究については大学(文部科学省)から給与を得ている。すなわち2つの収入源がある。また、病院の勤務医は個人診療ベッドを持つことが認められており、病院の監督下ではあるが、病院からの給与とは別に診療収入を得ることが認められている。なお、地域の開業医も、病院と契約して診療を行うことが可能である。特に地方の中小病院では、病院のベッドを地域の開業医が利用する(オーブンホスピタル)ことが一般的で、地方の病院医師不足をある程度補完している。

ただし、診療科によっては病院医師の不足が問題となっている。特に麻酔科医・救急医療専門医、産科医の不足は地方病院で深刻であり、これらの地域では外国籍(特に東ヨーロッパ諸国)の医師が多く勤務している。

(2) 開業医

他方、開業医の場合、フランスでは1927年の自由医師憲章以来、開業の自由が認められているため、その地理的分布が大きな問題となっている。具体的には、パリのあるIle-de-France地方と地中海沿岸のProvence-Alpes-Cote d'Azur地方が最も医師密度が高く、Ile-de-France地方を取り囲むようにドーナツ型に医師密度の低い地域が分布している。特に、PicardieやNord-Pas-de-Calaisといったフランス北部地域は経済的な問題もあり、医師密度が非常に低くなっている。

フランス政府は医師密度に関する情報を提供するなどして、若い医師に医師密度の低い地域での開業を推進しようとしているが、なかなかうまくいっていないのが現状である。ただし、医師密度の高いパリ地区でもセクター2医師が多いことから低所得者の医療へのアクセスが困難であるという問題が発生している。さらに、パリ地区の場合、医師の高齢化が進んでいることも問題となっている。

医師の偏在問題を解消するためには、医師の自由開業制に何らか

図表6 Berland報告の概要

(1) 現状

- ① 人口の0.6%が一次医療にアクセスできず、また4.1%がアクセスが非常に困難な状況になる。
- ② 医師密度には大きな地域格差がある (対10万人で256人~426人)
- ③ 今後、団塊世代の医師の退職により20年から30年間にわたり現役の医師数が減少する。
- ④ 若い医師は技能形成に関する魅力及び生活環境を開業する地域を選定するに当たって重視している。
- ⑤ 若い医師は、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るために、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいる。
- ⑥ 多くの医師、特に専門医は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいる。
- ⑦ 若い一般医は徐々に開業をしなくなってきているが、その理由として長い診療時間がある。

(2) 解決策

- ① 現状把握と改善計画策定： 地域における医療の需給に関する調査を行い、地域ごとに課題を整理する。そして、これまでの医療計画は病院計画的な性格が強かったが、開業医部門の整備についても行動計画を策定する。
- ② 医師の偏在問題解決につながる卒前医学教育・卒後臨床研修の改善
 - i エクステルナなどの臨床実習を大学病院のみならず、地域の他の医療施設においても実施する (地方病院、一般医の診療所、医療機能付老人ホームなど)。
 - ii 卒後臨床研修も大学病院のみならず、地域の他の医療施設においても実施する (地方病院、一般医の診療所、医療機能付老人ホームなど)。特に、地域内の医療過疎地域の施設における研修を取り入れる。
 - iii 採用枠を24の地方ごとに決めるのではなく、より広域化し、都市部と医療過疎地域とを含む形で臨床研修体制とする (図表5のようにこれは既に実行に移されている)。
 - iv 卒後研修過程を現在の11コースから5コース (内科、外科、精神科、一般医、医学生物学及び医学研究) とする。
- ③ 医療過疎地域での就業の促進
 - i 医療過疎地域での勤務を希望する医学生への財政的補助を導入する。
 - ii 医療過疎地域で開業する医師への税制上の優遇措置
 - iii 医療機能付老人ホームの整備 (開業医及び勤務医の非常勤での勤務の促進)
 - iv 都市部で開業あるいは勤務している医師が過疎地域で第二診療所を開設することの認可
 - v 遠隔診療体制の整備による過疎地で勤務する医師の支援
 - vi 患者搬送システムの改善とコールセンターの整備などによる患者支援

の制限を加えることが必要になる。しかし、これは個人の自由には抵触するナイーブな問題であり、例えば、研修終了後の一定期間を医師過疎地域で働くことを義務づけるというプログラムが提案されるたびに、大規模な医学生と研修医のデモが発生している。

医師偏在問題に対処するため、フランス政府は1990年代後半から種々の調査を行っている。なかでも、2005年4月に発表されたBerland報告は医師偏在

問題の現状分析を行い、その解決策を提言したもので、現在のこの問題への対応の基本となっている (文献3)。報告の概要は、図表6の通りである。

現在、この報告に沿って種々の改革が行われている。内容的にはわが国の医師偏在問題を考える上でも参考になる点が多く、その効果について今後注視していく必要がある。

5 まとめ—日本への示唆

わが国では新臨床研修制度に移行後、研修医の大病院離れが生じ、特に地方の大病院やその関連病院で深刻な医師不足が生じている。また、前期研修終了後の専門診療科選択においては、外科や内科などが敬遠され、眼科、皮膚科、精神科などを選択する若手医師が急増しており、診療科間のアンバランスも問題となっている。

新臨床研修制度になって、民間の医師紹介業が活性化していると

きく。これはかつて医局が果たしていた医師派遣を代行するものであるが、はたして地域への医師の安定的な派遣という点で、そしてより重要なこととして医師の技能形成に關して十分な機能を果たしているのだろうか。おそらく答えはNOであろう。

専門医制度の確立していないわが国で、医師のキャリア形成のための明確なパスがないことは、将来の医療提供体制を考える上で大きな問題があるように思われる。もちろん、現在の臨床研修病院のほとんどはしっかりとした研修体制を持っており、短期的な研修という点では問題はないであろう。考えなければならぬのは、卒業10年くらいまでの実務研修をいかに体系化するかである。

厚生労働省の「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」は、初期研修を1年にして、内科、救急、地域医療などをローテートし、2年目からは専門診療科を選択できること、都道府県別に研修医の定数を定めること、そして大病院における研修医数を増やすことなどを柱とした改正案を提出している(文献4)。この提案の背景に

は、もう一度大学医局にガバナンス機能を持たせようという意図があると思われるが、はたしてこれが中長期的に医師偏在問題の有効な解決策となるかは不明である。

おそらく、問題の解決のためには、今一歩踏み込んだ議論が必要であろう。フランスのBerland報告のように、若い医師及び医学生を意識調査も含めて現状分析を行い、その結果を踏まえて実効性の高い対策をきめ細かく行う必要があると筆者は考える。

Berland報告で示されている若手医師の意識の変化は、おそらくわが国の若手医師にも当てはまるものであろう。なぜ、多くの医学生や若手医師が外科や産婦人科を敬遠するようになってしまったのかを改めて詳しく調査し、その意識が変わるような対策を講じない限り、単に研修期間や研修場所を調整しても、自由開業制が保障されているわが国で医師偏在問題を解消することは難しいだろう。

もともと、現在の若手医師による専門科目選択の偏りは一時的なもので、中期的にはバランスがとれるという見方もある。診療科別の医師数が地域別にどのような状

況になっているのかを年齢階級別に示したデータが公開されれば、自然とバランスが取れるようなキャリア選択が行われるかもしれない。むしろ、病院に勤務する中堅の外科医・内科医がバーンアウトして辞めていく現状を解決することが、現在の医師偏在問題の解決のためには緊急の課題であろう。

いずれにしても、医師の偏在は国民の医療へのアクセスに係る大きな問題である。都道府県単位で研修医の定数を決めたとしても、10年程度の中期的な医師のキャリアパスをどのように体系化するかという視点がなければ問題の解決は難しいように思う。より踏み込んだ議論が必要である。

【注】

(1) わが国の「受け入れ拒否」問題は、医療職の不足問題に加えて、救急を担当する医療機関が集約化されていないことによる部分が大きいと筆者は考えている。キャパシティの小さな医療機関が複数あり、輪番制で受け入れを行っている体制では限界がある。アメリカやヨーロッパのようなER的な救急体制が望ましいと考える。また、

フランスの場合、民間の救急搬送サービス(SAMU)があることも、しっかりとした救急体制を構築する上で重要な役割を果たしている。わが国においてもこのようなサービスが必要であろう。

(2) 筆者の友人の今村利朗医師(慈愛会副理事長、現在沖縄県北部病院産婦人科医師)の見解である。

【参考文献】

- (1) 松田晋哉「フランスにおける地域医療計画の動向 責任化原則と契約主義による機能分化の推進」社会保険旬報No.2197、22頁、2004年
- (2) 松田晋哉「フランスにおける最近の医療制度改革Blazy Planについて」社会保険旬報No.2259、22頁、2005年
- (3) Commission Démographique médicale: Rapport Yvon Berland, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2005.
- (4) 第6回臨床研修制度のあり方等に関する検討会資料(平成21年2月18日開催)

フランスの自由開業医療職について

●産業医科大学医学部公衆衛生学教室

松田晋哉

1 はじめに

近年、欧米では医療の質と医療費増のコントロールを同時に達成するための方法論として代替政策 (Substitution) が広く採用されている。代替政策とは、入院医療から外来医療へ、専門医の診療からプライマリケアへ、医師によるプライマリケアから看護職によるプライマリケアへ、長期療養型医療施設から福祉施設、そして在宅ケアへというように、サービスの質を落とすことなく、より費用効果的なサービスに利用者を誘導していくというプログラムであると説明されている¹⁾。

この代替政策という用語は、医療費の抑制と医療システムの効率化を目標として組織されたオランダ

のDagbladet委員会報告で初めて使用された²⁾。そして、オランダではこの報告の後、例えば長期療養型医療施設入居者のナーシングホームへの誘導など多くの社会実験が地域で行われている。

また、スウェーデンでは急性期を過ぎた高齢患者の入院費用を従来の県の負担から、福祉サービスを担当している市町村の責任とすることで、経済的インセンティブにより医療から福祉への代替を推進している (エーデル改革)。

現在、わが国では特定看護師制度の導入をめぐる種々の議論が行われている。すなわち、従来医師が行っていた医療行為の一部を看護師等のコメディカル等にも一定の裁量権を持つて認める制度の導入である。こうした改革は医師の裁量権を減少させるものであり、

そのためにこのような代替政策を行ってきた国では、当初医師団体から強い反対意見が出ていた。それにもかかわらず、現在ではイギリス、アメリカ、カナダ、フランス、スウェーデンなど多くの国で裁量権を持ったコメディカルによる医療サービスの提供が進められ、それは国民にも広く受け入れられているように思われる。

ただし、そのような変革がどのように展開され、その役割分担と責任などがどのようになっていくのかについては、必ずしも詳しい情報がない。また、コメディカル職の裁量権の拡大が代替政策の環境として行われてきたのかどうかについても十分な論考はない。表面的な動きのみをみて、十分な検証を行わないまま一定の枠組みで評価してしまうと解釈を大きく誤

ることになりかねない。そこで本論文ではフランスにおける現状について、これまで筆者が行ってきた文献的検討や現地調査の結果を踏まえて紹介してみたい。

2 フランスの自由開業セクターの原則

フランスには自由開業セクターという独自の文化がある。これはフランスの医療提供の歴史的展開過程の中でつくられてきたものであり、同国の医療制度を理解するために重要な概念である。

歴史的にフランスにおいては、医師に4つの自由が認められていた。患者による医師選択の自由、医師の開業の自由、処方自由、そして診療報酬決定の自由である。このうち処方自由と診療報酬決定の自由は診療報酬制度の導

図表1 勤務形態別・専門別・性別にみた医師数 (2009)

	開業			勤務			合計		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
医師合計	83,885	38,218	122,103	43,474	42,614	86,088	127,359	80,832	208,191
一般医	47,972	20,560	68,532	14,230	18,787	33,017	62,203	39,346	101,549
専門医 (再掲)	36,000	17,571	53,571	29,295	23,776	53,071	65,295	41,347	106,642
内科系専門医	8,958	5,171	14,129	2,041	1,629	3,670	10,998	6,801	17,799
外科系専門医	12,300	3,821	16,121	6,663	1,934	8,597	18,963	5,755	24,718
臨床検査医	688	334	1,022	895	1,140	2,035	1,583	1,474	3,057
精神科医	4,013	2,459	6,472	3,616	3,588	7,204	7,629	6,047	13,676
産業医	24	40	64	1,459	3,487	4,946	1,483	3,527	5,010
公衆衛生医	7	6	13	490	727	1,217	497	733	1,230

出所：DREES, Les professions de sante au 1er janvier 2008, p11
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat123.htm>

入により一定の制限がかけられるようになったが、最初の2つは現在も医師がフランスの医療提供体制の根幹をなすものとして重視し

ている注1。
 フランスの医療職の間では、こうした自由を持つことが専門職としてのレゾンドートルとして重要であるという意識が強く、このことが同国の自由開業セクターのこれまでの動向に大きな影響を持っている。すなわち、代替政策の結果として自由開業看護師や自由開業理学療法士が認められてきたわけではないのである。このことはフランスの自由開業医療職の仕組みを理解するためにま

ず抑えなければならぬポイントである。
3 フランスの自由開業医療職

(1) 自由開業医

フランスの医師は従来専門医と一般医とに区分されていたが、2005年の医師研修過程の改革により一般医は11の専門診療科の一つとなった。希望する診療科の専門医になるためには医学部卒業後アンテルヌ試験と呼ばれる競争試験に合格した後、4年から5年の専門教育を受けな

ればならない。各専門診療科の診療科目については医療行為規定(Code de Dentologie)によって厳密に規定されている。

図表1に2007年1月1日現在における専門診療科別に自由開業医の数を示した(3)。医師合計で見ると20万8191人のうち12万2103人(58.6%)が自由開業医である。女性比率は自由開業医が31.3%、勤務医が49.5%となつている注2。

これを専門別にみると一般医は10万1549人中6万8532人(67.5%)、専門医は10万6642人中5万3571人(50.2%)が自由開業医として働いている。専門医の中では内科系専門医5万8950人中2万9879人(50.7%)、外科系専門医2万4718人中1万6121人(65.2%)が自由開業医を選択している。

なお、女性比率は医師全体で自由開業医31.3%、勤務医49.5%であり、これを診療科別にみると自由開業一般医30.0%、勤務一般医58.6%、自由開業内科系専門医36.6%、勤務内科系専門医44.4%、自由開業外科系專

門医23.7%、勤務外科系専門医22.5%となつている。

自由開業医が行う医療行為に対する診療報酬は、疾病金庫と医師の代表的な労働組合(Federation Francaise des Medecins des Generalistes, Federation Nationale des Medecins de France, Confederation des Syndicats Medicaux de France等)との間で締結される協約料金による。わが国と同様、各診療行為には点数が設定され、その点数に1点当たり単価をかけたものが医師に対する支払いとなる。診療報酬の交渉ではこの1点当たり単価をいくらにするかが争点となる。

また、フランスの開業医にはセクター1医師とセクター2医師の区分がある。前者は患者に対する診療費の請求に関して協約料金を遵守することを強制される医師で、後者は協約料金以上の診療費を要求できる医師である。部分的ではあるがこのような形で医師による診療報酬決定の自由が維持されている。

一般にフランスの自由開業医の診療所はピルの1室を借りただけのシンプルなものが多く、そこで

図表2 勤務形態別・性別にみた看護師数・理学療法士数・作業療法士数

	開業			勤務			合計		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
看護師	10,936	58,683	69,619	48,790	358,488	407,278	59,726	417,171	476,897
理学療法士	30,469	20,515	50,984	4,373	8,970	13,343	34,842	29,485	64,327
作業療法士	35	174	209	864	5,365	6,229	899	5,539	6,438
言語聴覚士	570	13,559	14,129	130	3,540	3,670	700	17,099	17,799

※理学療法士・言語聴覚士は開業している者が多い。

出所：DREES, Les professions de sante au 1er janvier 2008, p11
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat123.htm>

血液検査や超音波エコーや放射線機器による画像検査をすることは、それらはそれぞれの専門医の独占業務であり（前者は臨床検

査医 Biologiste、後者は放射線科医 Radiologue）、一般医はそれらの検査が必要な場合はそうした専門医への紹介状を書き、患者は改めて予約をして紹介された専門医の検査や診察を受けなければならない。医療提供体制としてはフリーアクセスが保障されているが、我が国に比較すると利便性において問題がある。

診療機器で重装備化し、ミニ病院のようになっていく我が国の診療所の形態が国際的にみると特異であるのかもしれない。しかしながら、二木が指摘しているように(3)、我が国の場合、このように診療所が重装備化することで病院医療の負荷を軽減し、また国民の高度医療へのアクセスビリティを高めていることは積極的に評価されてよいだろう。

(2) 自由開業看護師

フランスでは看護師の国家資格を持つていれば、誰でも自由に開業できる。図表2は2007年1月1日現在の勤務形態別の人数を示したものである(9)。47万6897人の看護師のうち6万9619人(14・6%)が開業をしている。

性別に見ると、男性で開業を選択している者の割合が多い（男性18・3%、女性14・1%）。

開業形態は、自宅にオフィスを開いている例もあるが、多くは自由開業医の診療所があるビルにオフィスを開いている。そして、隣接する自由開業医の指示箋に基づいて患者の看護を在宅や老人ホームなどで行うというのが一般的である。サービスの内容は、我が国の訪問看護のそれとほぼ同じであるが、医師の包括的指示箋のもと一定の裁量権が認められており、褥瘡の処置等における材料や医薬品の処方などもできる。

開業看護師の診療報酬は、疾病金庫との協約に基づく診療報酬表に基づいて出来高払いで支払われる。現在、フランスでは社会保障財政法 (Loi de Financement de la Sécurité Sociale: L.F.S.S.) に基づいて国民議会が毎年翌年度の医療支出目標額 (Objective Nationale de dépense d'assurance maladie: ONDAM) が設定されている。国は当初、公的病院医療、私的病院医療、自由開業セクター、社会医療セクター、医療連携の5つの医療セクターごとに設定される

支出目標額を超過した場合は、1点当たり単価を下げる仕組み（変動点数制）の導入を試みていたが、自由開業医の強い反対にあり、医師への適用は見送られてきた注3。しかしながら、自由開業看護師については、ONDAMに関する協約が締結され、目標額を超過した場合は、1点当たり単価を下げて報酬が支払われている。

(3) 自由開業理学療法士・自由開業作業療法士・自由開業言語療法士

他の職種と同様、理学療法士・作業療法士・言語療法士の国家資格を持つていれば、誰でも自由に開業できる。2007年1月1日現在における理学療法士・作業療法士・言語療法士の勤務形態をみると(図表2)、理学療法士6万4327人のうち5万984人(78・9%)が開業を選択している。性別では男性の割合が多い(男性87・4%、女性69・6%)。また、言語療法士も開業している者が1万7799人中1万4129人(79・4%)と多い。これに対し、作業療法士は6438人のうち6229人(96・8%)が施

図表3 リヨン郊外の多機能診療所



設勤務を選択している(4)。

以下、開業理学療法士を中心に説明をする。

理学療法士の開業形態は、診療内容が種々の機器やプールを使用するという理由から、医師や看護師に比較すると大規模なものが多し。そのため開業費用が掛かるので、若い理学療法士はまず自分でパートナーとして働いた後、自分の診療所を開業するという形態が一般的である。

また、施設や機器の稼働率を高めるためには、一人で開業するよりもグループで開業するほうが有利であることから、グループ診療

を行っている例も多い。さらに最近の傾向としては他の自由開業医療職と共同で多機能診療所を経営する例が増えている(後述)。

理学療法の内容は、医師の包括的指示箋のもと、理学療法士が一定の裁量を持って決めることができる。例えば、理学療法士はまず種々の理学療法的検査ののち評価票を作成し、それに基づいて理学療法の内容と回数を決定する。

自由開業理学療法士の診療報酬も、疾病金庫との協約に基づく診療報酬表に基づいて出来高払いで支払われる。各行為の点数に1点当たり単価をかけたものが診療報酬となり、疾病金庫との交渉では1点当たり単価が争点となる。ONDAMに基づく変動点数制の導入に関しては、現在検討中であるが、おそらくそれが採用される見込みであるという。

4 近年の動向

(1) 地方における問題

フランスは医学部卒業後の医師の進路について、地方ごとに専門領域別の専修医枠を設定すること、地方間および専門職間の医師

配置のバランスを取る仕組みを持つている(5)。このため我が国に比較すると医師配置の地域間および診療科間の偏在の問題は少ない

が、それでも地方内において大病院のある都市部とそれ以外の地域との間で医師数に大きな差が生じている。さらにパリやマルセイユなどに接する地方では、専門修練過程を終えた医師がその地方内の都市部ではなく、パリやマルセイユなどのより人口の多い大都市で開業する傾向がある。その結果、ノール地方やオート・ノルマンディー地方などはパリから1時間程度の距離であるにもかかわらず、深刻な医師不足が生じている。

この問題を解決するために、フランス政府は都市部の医師が過疎地域で第二診療所を開設することを認可するなどの対策を行っている。しかしながら、高齢化が進む地方の医療ニーズは高まる一方であり、この問題に開業医師のみで対応することが困難となっている。そこで、開業医と開業コメディカルが共同でプライマリケアを提供することが実際的であるという認識に基づいて、近年フランスにおいて多職種によるグループ診

療(Maison multifonctionnelle: 多機能診療所)を行うケースが増加している。

図表3はリヨン郊外にある Maison multifonctionnelle の外観を示したものである。この施設は理学療法士の提案に応じた他の医療職が共同で出資して設立したものである。1階には理学療法士、助産師、看護師、整体師、作業療法士、2階には一般医、小児科医、皮膚科医、耳鼻咽喉科医、3階には歯科医師、臨床心理士、心理療法士、言語療法士のオフィスがある。診察費に関する事務等は各階で共同で行っているが、それぞれ独立した経営体となっている。ちなみに診察室内部を見学させてもらった理学療法士のオフィスは3名の理学療法士によるグループ診療であった。

ところで、現地の関係者によれば多機能診療所設立者は女性が多い傾向があるという。フランスにおいて近年急速に女性医療職が増加している。かつてはそれをネガティブにとらえる風潮もあったが、ヒアリングを行ったClaude教授(リール大学、医療社会学)によればワークライフバランスを個

人的な利得よりも重視する傾向のある女性医療職は、グループ診療に対する親和性が男性よりも高く、かねてより問題となっていたポリクリニック構築のための貴重な戦力になっているという。この点は我が国の今後のプライマリケア体制の在り方を考える上で参考になると思われる。

ちなみに多機能診療所については自治体が建物を建設し、安価な家賃で自由開業医療職に場所を提供する例も地方で増加している。このような事例も我が国の過疎地域における医療提供体制の在り方を考える上で参考になるのではないだろうか。

(2) 在宅入院制度における自由開業コメディカルの積極的な活用
前報でも報告したように、従来フランスの在宅入院制度 (Hospitalisation à domicile : HAD) は急性期医療を補完する目的で整備されてきた⁽⁹⁾。しかしながら、脳梗塞や心筋梗塞後の継続的なりハピリテーションを必要とする患者や糖尿病などの慢性疾患のために継続的な管理を必要とする高齢患者の増加に伴い、近年ではこうし

た患者がHADの対象として重要になってきている。

病院のスタッフのみでこうした患者に対応することは困難であり、病院の調整看護師のケアプランのもと、自由開業セクターの理学療法士や看護師がHADの枠組みの中でサービスを提供するようになっている。この場合、HADサービスそのものは入院医療の枠組みで支払いが行われるが、自由開業セクターの医療職のサービスは出来高で別途支払われる。

(3) 裁量権の拡大に伴う問題点
フランスでは医師の包括的指示箋のもと、自由開業コメディカル職に診療の内容や回数決定、および医薬品や医療材料の処方に関して一定の裁量権が認められており、しかもその範囲は徐々に拡大しつつある。

しかしながら、裁量権の拡大は他方で責任範囲の拡大を意味しており、法的事項への対応も重要な課題となってきた。例えば、開業理学療法士の業界紙には下肢静脈炎を見逃して下肢のマッサージを行った結果、肺塞栓のために患者が死亡した事例が紹介されて

いる⁽⁷⁾。この事例では医師の指示箋には下肢静脈炎の記載がなかったが、開業理学療法士のサービスを受けた際には明らかにその症状があり、それを見逃してしまった理学療法士の刑事責任と民事上の責任が生じたというものである。ちなみに指示箋を処方した医師は何ら責任を問われていない。

民事上の損害賠償に関してはRC P保険 (assurance de responsabilité civile professionnelle) という賠償責任保険によって対応する仕組みがあるが、刑事責任については各医療職の責任をどの程度まで規定するのかという法的問題である。理学療法士の団体は、上記のような事例について明確に理学療法士の責任を認めており、それが専門職としての責務であるとの見解を示している。現在、我が国においても特定看護師の導入や開業コメディカルの是非に関する議論が行われているが、あわせてこのような法的事項についても慎重に検討されるべきであろう。

5 まとめ—日本への示唆

以上、フランスの自由開業医療

職の状況について説明した。「はじめに」で代替政策について説明したが、当局の思惑は別として、フランスにおいて自由開業コメディカルの仕組みが広がってきたのは、そのような代替政策の一環ではない。すなわち、医師の代替としての自由開業コメディカル職を作ってきたわけではないのである。

フランスにおける開業コメディカルの制度化は、各職種の専門職としての独立性の確立という職業観に基づいて行われてきた。フランスの理学療法士会 (FFMKR) の会長である Besséville 氏によれば、自由開業権の取得は理学療法士という職種の確立のために不可欠であり、その独立性を基盤に他の医療職とのパートナーシップに基づいて医療を「自信を持って」提供できるのだという。

このことは正しく認識される必要がある。川上が指摘しているように「看護技術が高度化する」ということは、医師の技術に接近することではなく、看護の独自性の深化であるべきであり⁽⁸⁾、このことはすべての医療職に当てはまると考える。フランスの自由開業コメディカルの発展過程は、この深

化の過程から評価されるべきものである。

一方、医療をとりまく社会環境の変化も自由開業コメディカルの必要性を高める方向で変化してきた。高齢化の進展と慢性疾患優位の傷病構造は、入院・外来を問わずチーム医療を必要とする。これまで亜急性期および長期入院で行われていた医療をいかに在宅で行うかを考えたとき、医師の包括的指示箋のもとで、ある程度の裁量権を持った自由開業コメディカルの存在が不可欠となってきたのである。これは在宅入院における自由開業コメディカルの積極的な関与に典型的に見られる。

我が国でも医療ニーズの高い在宅高齢者の介護保険利用が増えている。さらに社会の高齢化に伴い、在宅でターミナルの一定期間を過ごすことを余儀なくされる高齢者が増えてくる。なぜならば、あと15年もすれば我が国では年間160万人の死亡が生ずると予想されているが、それに対応できるだけの施設のポリウムはないからである。開業医のみでそれに対応することは難しい。特に、ソロプラクティスを中心である我が国の診

療所による医療提供体制では、医療ニーズの高い在宅高齢者に365日・24時間対応のサービスを提供することは現実的ではないだろう。前報でも指摘したように、日本的なグループプラクティスの在り方を検討する必要がある⁹⁾。

医療をめぐる経済環境が厳しくなっている現在の状況で、一人の医師が多額の借金をして診療所を設立し、長期にわたって診療収入からそれを返し続けるというビジネスモデルはいずれ行き詰まってしまうように思える。むしろ、ニーズのある地域で複数の医師とコメディカルでグループプラクティスを行うというビジネスモデルが今後は適切ではないだろうか。自治体が多科診療所を作り、それを安価な家賃で提供する形態もありうる。医療職のワークライフバランスという点においてもグループプラクティスの方が優れているように思われる。フランスで行われた意識調査によると、若手医師の多くはワークライフバランスが良いいことを勤務場所・開業場所の選択において重視している¹⁰⁾。Matison multifonctionnelleの仕組みはこのような要望にこたえるものでも

ある。

高齢化の進展と慢性疾患中心の医療構造は、プライマリケアの充実を必要とする。しかもプライマリケアの内容は単にプライマリケア医師によって提供されるもののみではなく、看護師や理学療法士などによって提供されるサービスをも包含するものでなければならぬ。多職種共同によるチーム医療の地域での展開が求められている。基本理念はパートナーシップであるべきだろう。

各職種が行える医療行為の範囲に過度にこだわると、その境界でニッチが生じ、トラブルや医療事故といった有害事象につながりかねない。ある程度の重なりを許容しながら、チームで医療を提供できる体制を目指すべきであろう。そして、重なる領域は異なる職種間のコミュニケーションの潤滑剤として機能するはずである。

高齢社会に対応した医療提供体制とはどのようなものであるべきなのかという具体的な仕組みからの建設的な議論が必要である。

謝辞

本論文の作成に当たっては、

大学教授 Dominique Claudel 先生、Leopold Bellan 病院 Emmanuelle Chardin 氏、フランス理学療法士協会理事長 Alain Bageac 氏の多大なるご協力をいただいた。

注1 ただし、2004年のBlas改革によって導入された「かかりつけ医(Medecin traitant)」制度では、16歳以上の全住民に「かかりつけ医」への登録を義務づけ、「かかりつけ医」の紹介なしに他の医師にかかった場合には当該医師に診療報酬で定められた以上の額を患者に請求できる制度を導入し、患者による医師選択の自由にも緩やかな制限がかけられている。また、開業場所の自由に関しては、それを制限しようとした政府に対して医学生と研修医が大規模なストライキとデモを行い、それを阻止している。しかしながら、一般国民やメディアはこのような医学生や若い医師の態度を「自己中心的である」と強く批判している。

注2 ただし、民間病院では病院と契約して自由セクター医の身分で働いている者が多いことに注意する必要がある(こうした民間病院はアメリカのオープンホスピタ

引用文献

- (1) Ham, C ed.: Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press, 1997.
- (2) Dekker, W: Willingness to change, The Hague, SDU, 1987.
- (3) 二木 立: 医療改革と病院、東京: 勁草書房、2004.
- (4) DREES: Les professions de santé au 1er janvier 2008, p11
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat123.htm>
- (5) 松田晋哉: フランスの医師養成システムと偏在問題、社会保険旬報、No.2386: 10-16, 2009.
- (6) 松田晋哉: 英仏の在宅入院制度と日本への導入可能性、社会保険旬報、No.2380: 10-15, 2009.
- (7) Beguin P: De la responsabilité du masseur-kinésithérapeute libéral, Kinésithér Rev 67: 23-26, 2007.
- (8) 川上 武: 医療崩壊を食い止めるために (上)
—医師の立場から—、
社会保険旬報、No.2376: 24-29, 2009.
- (9) 松田晋哉、藤森研司: ケベックにおけるプライマリケアの新しい実践事例、社会保険旬報、No.2417: 14-19, 2010.
- (10) Commission Démographie Médicale: Rapport Yvon Berland: Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2005.

ル的な運営を行っている。
注3 自由開業医部門に關しても、当初目標額超過時の罰則規定(全体責任としての超過分返済)の適用が予定されていたが、この制度が1998年12月に違憲判決を受けたことによつて事実上拘束力の無いものになつている。しか

しながら、これは集団を対象としたペナルティが違憲と判定されたのであり、過剰な医療提供を行っている医師個人にペナルティを課することを違憲としたものではない。判決文でも、今後医療職個々の診療内容が評価できるように仕組みを作ることを求めている。

健康保険制度の体系的な理解のために健康保険実務者必携の総覧!

健康保険法総覧

平成23年7月版

〈9月発刊予定〉

●規格: B5判・850頁予定

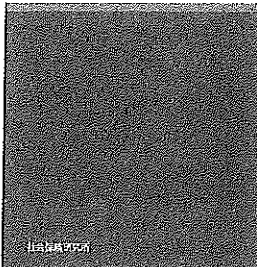
●定価: 6,300円 (本体6,000円+税)

大きなサイズ (B5判) の採用と横組みリニューアルにより見やすくなりました

商品No.21006

健康保険法総覧

平成23年7月版



- 法律の条文ごとに、関係政令・省令・告示・通知等を収載し、法令上の根拠、行政解釈、事務取扱いの全容が体系的にわかるように編集した便覧です。各部ごとに解説を付し、届書・請求書等の様式も収載しています。
- 目次は健康保険法の構造に沿って条数で引けるものとしています。また、健康保険法施行令・施行規則の条数で引ける目次も付しています。
- 今版より判型をB5判と大きくし、横組みに改めました。また、解説や健康保険法、政省令その他の情報の区別がつきやすいようにメリハリを強調した組版としました。
- 前版 (19年4月版) において各条文ごとに「未施行」としてあわせて表示していた未施行情報について、そのほとんどが施行されたため本文へ反映させています。その他、23年7月現在までの改正情報に対応しています。
- 巻末に参考として「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」及び関係政省令のうち健康保険法関連を抜粋し、関係告示・通知とともに掲載しています。

株式会社

社会保険研究所

<http://www.shaho.co.jp/shaho>

〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル TEL03-3252-7901 FAX03-3252-7977