

表 州による医師の確保のための取組み

【2001年の調査より】

州による医師のリクルート/保持のための取組み	調査対象州の中で、これらの取組みを採用している州の数	インパクトの平均値(1=高, 5=低)	関連職種					
			医師	看護師	薬剤師	歯科医師	歯科衛生士	医師介助者
過疎地域、医療サービス不足地域からの学生の入学許可とリクルート	6	2.6	○	○	○	○		○
医療サービス不足地域における医学教育を支援	8	3.2	○	○	○	○		○
医療従事者のリクルートと配置のためのプログラム	10	2.5	○	○	○	○	○	○
開業を促進するための助成金(開業のための補助金)	4	2.7	○	○	○	○		○
医療過誤に対する保険料への助成金	2	2	○			○		
過疎地域、医療サービス不足地域での開業に対する税控除	0	-						
医師に代替する者の派遣	4	4	○					
ボランティアとしての無償診療時に発生した医療事故に対する免責	7	3	○	○	○	○	○	○
特別手当の支給/メディケアや他の保険業者によるインセンティブ	2	2.5	○	○				○
遠隔医療へのメディケイドによる償還	3	4.3	○	○		○		○

出典：HRSA 資料 (The Health Care Workforce in Ten States 2001)

【2002年調査より】

州による医師リクルート/保持のための取組み	調査対象州の中で、これらの取組みを採用している州の数	インパクトの平均値(1=高, 5=低)	関連職種					
			医師	看護師	薬剤師	歯科医師	歯科衛生士	医師介助者
過疎地域、医療サービス不足地域からの学生の入学許可とリクルート	5	3.66	○	○	○	○	○	○
医療サービス不足地域における医学教育を支援	8	2.64	○	○	○	○		○
医療従事者のリクルートと配置のためのプログラム	6	2.5	○	○	○	○	○	○
開業を促進するための助成金(開業のための補助金)	2	4	○	○		○		
医療過誤に対する保険料への助成金	1	N/A	○					
過疎地域、医療サービス不足地域での開業に対する税控除	1	1	○					
医師に代替する者の派遣	1	2	○					
ボランティアとしての無償診療時に発生した医療事故に対する免責	4	3.25	○					
特別手当の支給/メディケアや他の保険業者によるインセンティブ	3	3	○	○	○	○	○	○
遠隔医療へのメディケイドによる償還	2	2	○	○	○	○	○	○

出典：HRSA資料 (The Health Care Workforce in Eight States 2002)

この結果より、調査の対象となった州では、過疎地域や医療サービス不足地域では税控除が医療従事者の確保に最も効果があるとしている。

このように、過疎地や医療従事者不足地域においては、医師を確保していくために州政府においてもさまざまな取組みがなされている。しかし、これらのプログラムによって医師が必要な地域に一時的に配置されるものの、実際に医療従事者がその地に根付き、医療サービスを効率的に提供していくのは難しい。

近年州政府では、これらのプログラムを見直し、より効率的なものにしていくために変更すべき点を検討している。いくつかの州では、医師数の需要と供給に関するデータを集め、奨学金やローンがよりニーズに合うよう取り組んでいる。また、多くの州では、医学部入学許可と同様に奨学金とローンの選考基準を拡大するよう努めている。それに加え、医療サービス不足地域において医療従事者を惹きつけるように全体的な財政援助を行うとともに、個人への奨学金やローンへの援助を進めていくよう求めている。

プログラムを再考し改善していくためには、まずプログラムを評価することが必要となる。最近、ミネソタ州では、奨学金とローンの返済のプログラムに関する評価を発表した。その他にもサウスダコタ州では、州の過疎地域に家庭医をリクルートして確保していくためのコスト面において有効な方法を分析した。テネシ

一州では、かつて奨学金とローン返済援助プログラムの一覧表を作成していたが、近年では財政的理由により取りやめている。

州の奨学金やローン返済援助プログラムが中期的、長期的に成功を見せている一方で、さらなる法や規則の改善が必要とされている。特に以下の点に関して、検討する必要があるとしている。

- ・ 医療サービス不足地域における財政援助と医師の配置の関連性を強化する
- ・ コンプライアンスを遵守しないことに対する罰則を強化する
- ・ サービスが必要な地域の定義を拡大する
- ・ プログラムの候補者の選定に関して注意を払う
- ・ 医師を集めて保持していくことにより重点を置き、その業績のデータを把握していく
- ・ 連邦と州のローン返済援助、奨学金プログラムの中で、地域、候補者の選定、配置の基準に関しての違いを明確にする

全体として、州政府は実行中のインセンティブのプログラムを評価して、その結果からプログラムを取捨選択していくことが必要とされている。予算の問題やその他の財政問題から、コストのかかるプログラムは延期されたり規模が縮小されたりしている。もっともよくデザインされたプログラムは規模が小さく（例えば、ローンの返済／奨学金のインセンティブは大抵少数にしか配分されない）、問題全体に対しては小さな影響しか与えていないようだ。

最近のインセンティブの効果は、まだ施行以降の時間経過が短いため把握が難しく、医療サービス不足地域の診療費用や支払方法、地域のニーズや問題点などのデータを収集していくには限界がある。またプログラムの効率性を評価することが法に規定されていないので、州はそのための根拠をほとんど得ていないことが問題となっている。

第4節 イギリス

1. 現状

イギリスでは、保健省 (Department of Health) と NHS が医師数の決定の上で大きな役割を果たしている。人口 1,000 人に対する医師数は 1.7 人 (日本は 1.9 人) であり、OECD 諸国のなかでは、トルコ、韓国、メキシコに次いでこの割合が低い¹。ただし、保健省によると、この数値は NHS 勤務の医師を対象としており、かつ常勤換算を行った数値であるので、同じ計算方法を採用すれば日本とほぼ同じレベルとなる。それでもイギリスでは医師の不足が言われている。専門領域別で不足しているのは病理医、精神科医、および GP である。イギリスでは基本統計で、1. 医師数と、2. 常勤換算医師数の両者を提示している。これは、近年 NHS とパートタイム契約を行う医師が増加したためである。その一部は女医の増加によるところが多いとされている。イギリスにおける常勤換算は、週における勤務時間を基に計算されている²。なお、ヨーロッパ連合 (EU) が医師の週間労働時間を 35 時間と定めたことと、女医の増加にともなう医師の生産性の低下は、人口あたりの医師数が少ないイギリスにおいては深刻な問題となっている。この問題の対策として医師だけでなく、他のコメディカルスタッフを含めた関連職種の実を図っているところが特徴として挙げられる。これは Care Group Workforce Team のという形でおこなわれており、小児、老人等 7 つの領域で人員計画についての優先順位の設定がおこなわれている。イギリス政府は医師数を 2004 年までに NHS に勤務する医師数を 9,500 人増加させる計画であり、その内訳は GP が 2,000 人、コンサルタント (専門医) が 7,500 人である。この増加をもって、医師数全体の比率で見ると大きな増加にはならず、イギリスの医師数はヨーロッパの中でも少ない。

2. 歴史的背景

サッチャー元首相の保守党政権下では、それまでベヴァリッジモデルとして定着していた国が提供する医療サービスという概念を緩め、提供者と購入者の分離といった政策の導入や医療サービスの一部を民間委託するなどの競争原理を導入した。現労働党政権下では、当初は保守党政権以前の方式に戻すという意見もあったが、保健医療については多くの点で保守党政権の政策を継承している。ただし保守党政権時代から問題であった手術の際の待ち時間の長さや、救急医療部門への患者の集中といった問題については、現政権は保守党政権よりも積極的である。

1 Romesh Gupta, Joseph Chattin, Sam Lingam: Medical Staffing; Exclusion zones, Health Service Journal, February 24-27, 2002

2 Department of Health Statistics, Hospital public health, Medicine and Community Health Service Medical and Dental staff in England, 1991-2001 Statistical Bulletin 2002/04

その対策の一環として現政権は NHS の人員の拡充に重きを置くようになっている。

イギリスの NHS は、スタッフ不足に悩まされており、このため 1999 年の Commons health committee のレポートでは、医学部の入学生を 1,000 人増加すべきであるとの意見が提出された。今や英国医師会 (British Medical Association) は、医師数全体で約 4,000 人不足していると指摘した。

3. 医学教育

イギリスの医学卒後教育の特徴としてトレーニング期間の長さが挙げられる。1980 年代にはコンサルタントとなるために 15-20 年の期間を必要とした。そのため大学以外の医療機関で働く医師の不足が生じ、1982 年の Kalman report はより系統的な医学教育の必要性を指摘した。これにより、House Officer としての 1 年間と、その後の 3 年間で GP となることが可能になった。一方専門医となるためには、これとは別の、各専門領域ごとに定められた卒後教育を必要とする。イギリスの医師は、そのトレーニングの状況と地位 (Career Grade) からいくつかに分かっている。まず Doctor in Training であるが、以前は Junior Doctor と呼ばれていた。これは研修の程度によって Specialist Registrar, Senior Registrar, Registrar, Senior House Officer, House Officer 等に区分される。研修を修了すると、Staff Grade という地位となる。これは、Consultant, Associate Specialist, Staff Grade に区分される。

ただし、専門領域別の教育を修了してもコンサルタントの空きポストが十分でないため、さらに卒後医療機関に医師が留まる傾向がある。このように専門教育の期間が長いことにより、海外の医学部出身の医師が勤務するのが困難となっている。現在はコンサルタントのポストも増加させる政策を採っている。2004 年におけるコンサルタントポストの純増は 3,000 人であり、残りの 4,500 人は自然増である。ただし医学部の卒業数を 1,000 人増加しても、2011 年から 2012 年にならないと、コンサルタント数の増加は期待できない。GP の増加はさらに少なく 0.7% 増に過ぎない。

また女医の増加はイギリスで問題となっている。医学部入学希望者の 58% が、また入学者の 59% が女性である。2002 年に British Medical Association は、女医はキャリア途中での休業やパートタイムを選ぶ傾向があると指摘したが³、この意見に対しては批判も多い⁴。

3 S Walker, M.K Piper BMA negotiator calls for more male medical students, BMJ June 15,2002;324(7351):1453

4 Wendy Moore BMA negotiator calls for more male medical students. BMJ2002;324:754(30 March)

4. 医師数の決定機関

(1) 基礎データの収集

基礎データの収集は複数の機関で行われている。特に重要な基礎データは、主として Royal College of Physician のデータ、NHS トラストのデータおよび医学教育機関のデータベース (ACDA) である。Royal College of Physician には NHS に限らずイギリスで勤務する医師すべてのデータがある。一方 NHS のデータについては、イギリスでは病院医師に関する統計は医師自身の報告ではなく、その勤務する病院が作成し NHS 当局に提供している。このため、常勤換算のデータの提供が可能となっていると考えられる。卒後医学教育機関のデータは1年に2回見直されている。その他イギリスで医師数の計画に用いられているデータには以下のものがある。(http://www.doh.gov.uk/cgwt/datasource.htm)

データ	出典	発刊	内容
NHS			
NHS 医師・歯科医師数調査	Department of Health	年1回	量的データ。コンサルタント、SpRs、NCCG を含む 40 の専門ごとに構成。
HCHS 医療外従事者数調査	Department of Health	年1回	量的データ。例えば一般医療と高齢者ケアなどの広範囲にわたる情報を提供。
GMP Census	Department of Health	年1回	GP 関連のみ。
Vacancy rates	Department of Health	年1回	人口調査と同様のデータ項目を収集している。医師は専門によってのみ分類されている。
Sickness rates, accidents, violence, harassment	Regional / Department of Health	年1回	トラストごとに分類しているが、特定の専門別には分類していない。
Dean's Database	Deaneries (compiled by Department of Health)	年2回—3月と9月	配置可能なトレーニー数(Specialist Registrars)の見直し。コンサルタント数調査と同様のデータ項目を含む。特定の専門に限られている。
Medical Careers Research Group			1970 年から始まった医師コホート調査。当初のキャリアに対する心構えを調査して、それらが満たされているかを見ている。
Service and Financial Framework Report	Department of Health	四半期	Plan and NSF targets を監視するための情報を収集。
Other primary care collections	Department of Health	不定期	GP retainers, practice staff, GP registrars, アシスタント, 給与を得ている GPs、これら GP の確保および求人、看護師の研修。
Return to nursing campaign	Department of Health	月次	ケア分野に特定しない。
Workforce plans	Workforce Development Confederations	年1回	量的データ。ケア分野に特定しない。
Workforce planning narratives	Workforce Development Confederations	年1回	質的データ。一般的な項目に関する地域情報の収集。
Training plans	Trust	年1回	質的および量的データ。
ILA and NVQ data	Workforce Development Confederations	年1回	量的データ。非専門、医療外のスタッフに適用。
Financial and workforce information returns	Department of Health	年2回	看護師、助産婦、AHP 等の基礎トレーニング委員会を整備。

Survey of equality and education targets	Department of Health	年1回	Boardにおける性別／人種の構成に焦点を当てる。
Social Services			
SSDS001 Census of social service staff	Local Authority	年1回	LAの社会福祉省の全てのスタッフを含む。NHS人口調査に類似。
Survey of registration and inspection of local authority and health authority units		年1回	Nursing Homeと病院のスタッフのグレード、フルタイムかパートタイム勤務か等。在宅ケアのスタッフの情報は無い。
Local Authority Social Services Workforce			Local Government Employers' Organisationのための調査

(2) 予測の流れ

イギリスは、現在の医師数のデータを用いて、将来に必要な医師数の予測を行っている。SMRなどの住民のニーズ等は、予測式に含まれていないが、これらの要素は、Workforce Development ConfederationやWorkforce Numbers Advisory Boardの参考指標である。

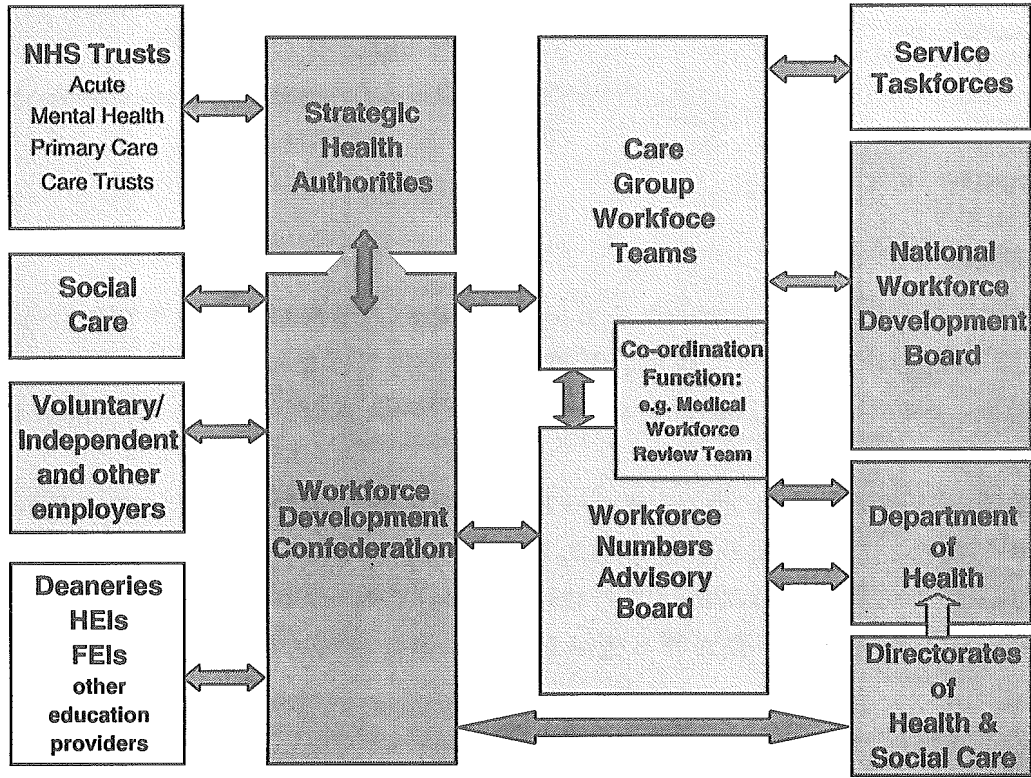
NHSに勤務する医師数のみでは医療サービスの提供量を適切に反映していないと考えられており、看護師数や、その他の社会的サービスの人員、さらに少数ではあるがNHS以外に勤務する医師（ここにはNHSのスタッフが休暇を取る際などに一時的に私企業などから派遣される医師が含まれる）を含めた検討が行われる。

(3) 政策決定の流れ

NHSトラストに参与している医療機関、NHS以外の社会的ケア、NHS以外の独立あるいはボランティア的医療サービス、および各医師教育機関（多くは大学付属病院）から基本的情報が収集される。収集された情報はStrategic Health Authorities(SHA)で分析され、その概要が前者から構成されるWorkforce Development Confederation(WDC)に報告され、様々な意見が付与される。人員計画をつかさどるのはLeedsにある保健省(Department of Health)である。保健省では、保健省の依頼を受けたエキスパートグループであるCare-Group Workforce Teamsが基本案を作成し、Workforce Numbers Advisory Boardに対して原案を提供する。その結果に対して、保健省、National Workforce Development Boardなどの複数の機関が意見を付与した上で、人員に対する政策を決定する。

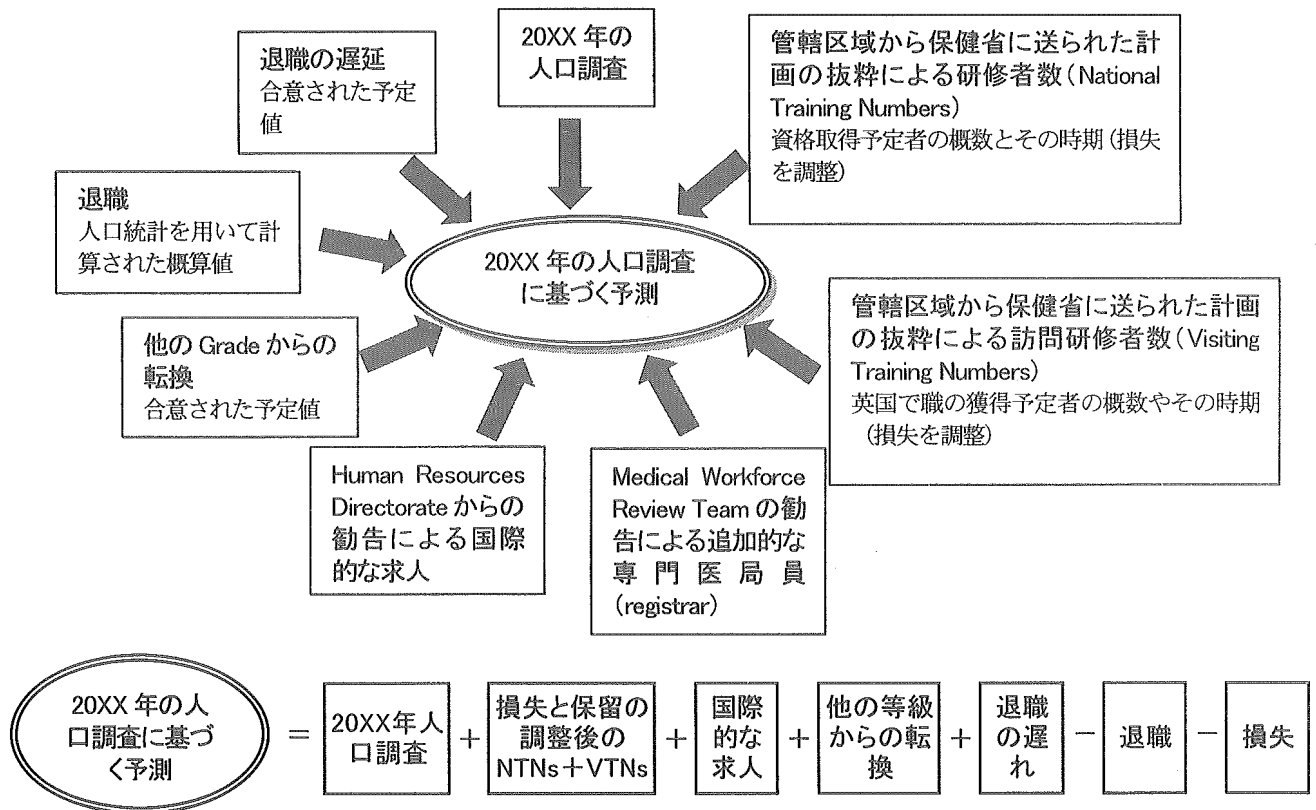
医療従事者労働力の開発の構造

WORKFORCE DEVELOPMENT STRUCTURES



出典：英国保健省（2003）

参考：20XX年のコンサルタント数の予測スキーム



出典：英国保健省 (2003)

(4) Care Group Workforce Team

Care Group Workforce Team (以下 CGWT) は、NHS のサービス提供の根幹となる人員計画をつかさどっている。CGWT は以下の7つのケアグループ (領域) についてそれぞれチームが制定されている。

1. 小児・若年者・妊婦・婦人科
2. 高齢者
3. 癌
4. 心疾患
5. 精神疾患
6. 慢性期疾患 (糖尿病と腎障害を含む)
7. 医療アクセス (一般外来医療および救急医療)

CGWT は比較的小規模のエキスパートによるワーキンググループである。このメンバーは、関連する職種のエキスパートと Workforce Development Confederation (WDC) のメンバーから構成されている。それぞれのグループは各領域でのサービス提供の改善をめざして作業を行う。NHS 計画を実施する上でもっとも人員に負担が多い部門と、人員の不足にともなうサービス供給の障害があると考えられる部門から優

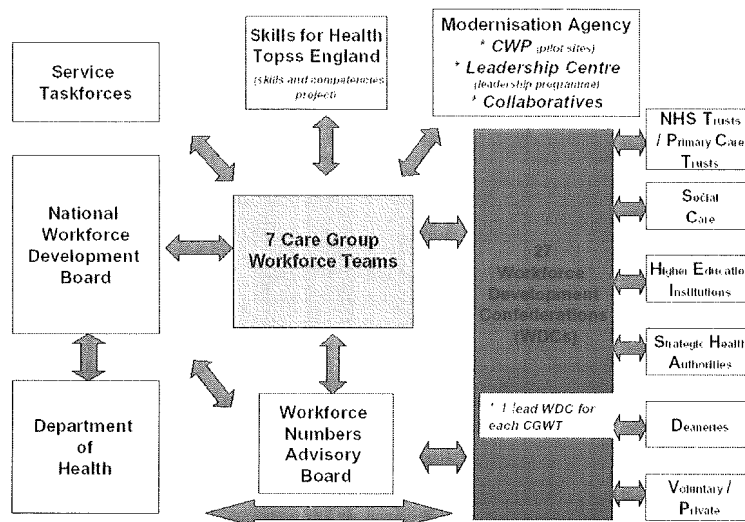
先順位を決めて作業を行っている。CGWT は単に領域ごとの人員（医師やパラメディカルを含む）のみではなく、それらの人員を養成するために必要な教育とトレーニングも考慮に入れて計画を行う。CGWT のレポートは、翌年における優先順位の設定、計画のガイダンス、WDC に対するガイダンスを含んでいる。しかし一方で、医師以外の基礎データは各ケアグループに必ずしも分かれているとはいえないため、しばしば分析に困難を要している。CGWT のガイダンスに従って National recruitment policy が作成されている。これまでは医師や、看護師それぞれに対して別々に採用計画を行っていたが、現在は、すべての職種のバランスを考えて総合的に採用している。中でも看護師の増加が重要であると考えられている。2003年から2004年の目標は以下の通りである。

コンサルタント 7,500 人増
 一般医 2,000 人増
 看護師 20,000 人増
 PT, OT 等 6,500 人増

参考：

【具体例 小児・若年者・妊婦・婦人科における CGWT】

CGWT の具体例を以下に挙げる。CGWT は以下の図のように、イギリスでの医療職の計画に重要な役割を果たしている。



①CGWT の構成

小児・若年者・妊婦・婦人科における CGWT は以下のチームから構成される。

Member	Organisation
Professor Albert Aynsley-Green (Chair)	National Clinical Director for Children Chair of the Children Taskforce
Claire Armstrong	Children CGWT Project Manager

Colin Day	Learning and Personal Development Division
Julie Flaherty	Registered Sick Children Nurse
Dr James Harrison	General Practitioner
Professor Peter Hill	Lead Postgraduate Dean for Pediatrics
David Jeffrey	Sure Start Unit
Maria Lagos	Training Organisation for Personal Social Services - England
James Law	Professor of Language and Communication Science
Mike Maher	Head of the Residential Support Unit, Children Services Management Team
Heather Mellows	Consultant in Obstetrics and Gynecology Co-Chair of the Maternity Expert Working Group
Carol Myer	Action for Sick Children
Chris Pearson	Skills for Health
Claire Phillips	Children's NSF Project Manager
Caryl Plewes	Skills for Health
Christina Pond	Leadership Centre
Neil Remsbery	Children and Young Person Unit
Anne Ridgway	Child and Adolescent Services Manager Morecambe Bay Primary Care Trust
Angela Ruggles	Children's NSF Deputy Project Manager
Alison Ryder	London South East Workforce Development Confederation (WDC)
Tim Sands	Workforce Development Branch
Dawn Sowards	Physiotherapy Manager
Janice Shersby	Children Taskforce Manager
Dr Sheila Shribman	Medical Director, Consultant Community Pediatrician
Janis Stout	Changing Workforce Programme
Meryl Thomas	Midwife Co-Chair of the Maternity Expert Working Group
Lionel Took	Social Care Modernisation Branch
Kathryn Tyson	Child Health and Maternity Services
Amy Weir	Assistant Director of Children and Family Services, London Borough of Harrow
Diane Whittingham	Chief Executive of Huddersfield NHS Trust

	Member of the Workforce Taskforce
Miranda Wolpert	Consultant Clinical Psychologist Member of the Mental Health and Psychological Wellbeing of Children and Young People Expert Working Group

出典：英国保健省（2003）

②本年の優先領域 (Priority)

- ・小児・産科のサービスにおける労働力の問題が、国の計画とそのプロセスにおいて言及されるようにする。
- ・Children's National Service Framework (NSF) の発展と Hospital Standard の実施を支援する。
- ・2003-06 の労働力プラン、子供プラン、子供と思春期のメンタルヘルスプランをサポートする。
- ・サービスの持続可能性に関連して、the European Working Time Directive (WTD) と Hospital Configuration の取組みに貢献する。
- ・小児・産科サービスにおいて必要な技術と能力の開発を支援する。
- ・小児・産科サービスにおける新しい働き方を促進していくように、Modernization Agency を支援する。
- ・小児・産科サービスにおいて働くスタッフのための、リーダーシッププログラムの発展を支援する（保健・ソーシャルケア・教育をまたぐ Children's Champions のネットワークの開発を支援することも含む）。
- ・小児・産科サービスにおいて、患者中心の総合的なケアのために必要な労働力を発展させていくよう、地域の要員やサービスプランナーを支援する。
- ・子供、若年者と妊婦にケアを提供する者に関連した情報ニーズが、国の労働力戦略で言及されるようにする。
- ・小児分野の CGWT の役割、優先順位や仕事内容に関する幅広い理解を得た上で、業務に関してフィードバックを得る。

③小児・若年者・妊婦・婦人科における 2001 年の発展

小児分野の CGWT は、2001 年 12 月に設立され、四半期ごとに会合を開催している。この CGWT は、小児科、産婦人科に従事する労働力に関する既存のデータを検討し、問題点などを明らかにした上で、グループ内のメンバーとの議論や WDCs へのアンケートを通じて、取組み内容の優先順位を決定している。グループでは医療従事者の教育に関する提案、新生児のケアに関する試験的調査等も、関連機関との連携を深めながら取り組んでいる。

グループは最終的には小児科における「スキルと能力のフレームワーク」を作成し、この中で患者中心の質の高い医療サービスを提供していくために必要なスキルと能力を規定している。特に病気の子供と、思春期のメンタルヘルス、子供の保護に関して必要な要素を定めているとともに、教育や組織の発展に関する方策を検討している。また、子供に関する保健・ソーシャルケア・教育などに渡るネットワークの発展を支援していくようにプログラムの発展を求めて

いくことにも努めていく予定である。

5. 現在の政策の概要

(1) 専門家領域

現在不足が指摘されているのは、病理医・精神科医および GP である。

小児科分野では、細分化により、プライマリケア医の不足が指摘されている。そのため、Royal Collage of Pediatrics は、小児科の 5 年間の研修機関のうち、3 年を一般小児科、最後の 2 年を Specialty に分けることを推奨した。

(2) GP の採用と維持

GP の数を増やすために以下の方策が採られている。

1. GP として開業する際に、最高 12,000 ポンド（約 240 万円）を補助する。
2. 60 歳から 64 歳までの GP が引退を 1 年遅らせると、年 40 万円を補助する。
3. 2002 年 11 月から GP Returners Campaign が開始され、以前 NHS で GP として勤務していた医師の復職を促している。
4. 2002 年 11 月から GP Flexible Careers Scheme が開始され、パートタイムであっても GP の職を得られるよう、勤務形態を柔軟に運用できるよう見直しを行っている。
5. GP の家族手当を充実させる。特に育児休業や保育園等の利用などを優遇する。
6. 卒後教育機会の増加させる。

(3) 外国人医師

外国人医師が多く NHS で勤務している。イギリス政府は、外国人医師の増加を期待していたが、当初は発展途上国からの医師を採用することにより発展途上国において医師が減少することを懸念している。ヨーロッパ諸国の医師過剰国から短期の契約によりコンサルタントを補足したいと考えていた。1999 年には、16% の医師がヨーロッパ以外の出身であり、4% のみがヨーロッパ出身であった。今後はさらにヨーロッパ以外の出身の医師とほぼ同数の医師がヨーロッパ出身としていくことを検討している。現在は特にスペイン政府と契約を行い、スペイン人医師の派遣および教育が盛んに行われている。また、ドイツ・オーストリア・イタリアなどからの研修も積極的に受け入れている。しかし一般的に他のヨーロッパ諸国は新たな医師の削減に取組み始めており、多くのヨーロッパ諸国では、2004 年頃には医師の過剰が解消するであろうと考えられる。これには EU の医師の勤務時間の制限の影響もあるのではないかと考えられる。またヨーロッパ出身以外の医師は、医学教育のレベルが低いため、コンサルタントになる割合が低い。これを差別とする意見もある。現在ではすでに 23-25% の医師がヨーロッパ以外の出身であり、専門医教育を修了するとイギリスを離れる予定である。したがって外国

人医師は恒久的な医師の増加にはつながらないという問題がある。

第5節 フランス

1. 現状と歴史的背景

(1) 現状

フランスは、憲法により職業選択の自由および開業の自由が認められており、職業および開業の制限を行うことは困難である。しかし、医師等専門職数の増加により医療費の高騰を招くことが危惧されるため、フランスでは専門職の数の制限を目的として2つの方法が採られている。一つは Quotas (入学試験) で、看護婦や、理学療法士に対して行われている。もう一つは Numerus Clausus で、医歯薬学部に対して行われている。

フランスの医師数は人口10万人に対して330人である。また2002年に L'Ordre des Médecins に新たに登録した医師数は5,239人であり、前年に比較して16%の減少であった。これはEU内の他の国での研修が盛んになったことが理由の一つとして考えられている。また医師として開業する平均年齢は33.8歳であり、そのうち47%が女医、42.5%が専門医である。現在は麻酔・蘇生医、眼科、小児科および外科等において専門医の不足がある。

フランスにおいては、憲法で保障された職業選択の自由とともに、医師の自由開業の原則が徹底して守られている。この状況はわが国の開業医診療の自由開業制と同様と考えてよい。このため医師の地域配分の制限は非常に困難である。従って中央政府は様々な誘導を行っているがその効果は必ずしも充分とはいえない。

(2) Numerus Clausus について

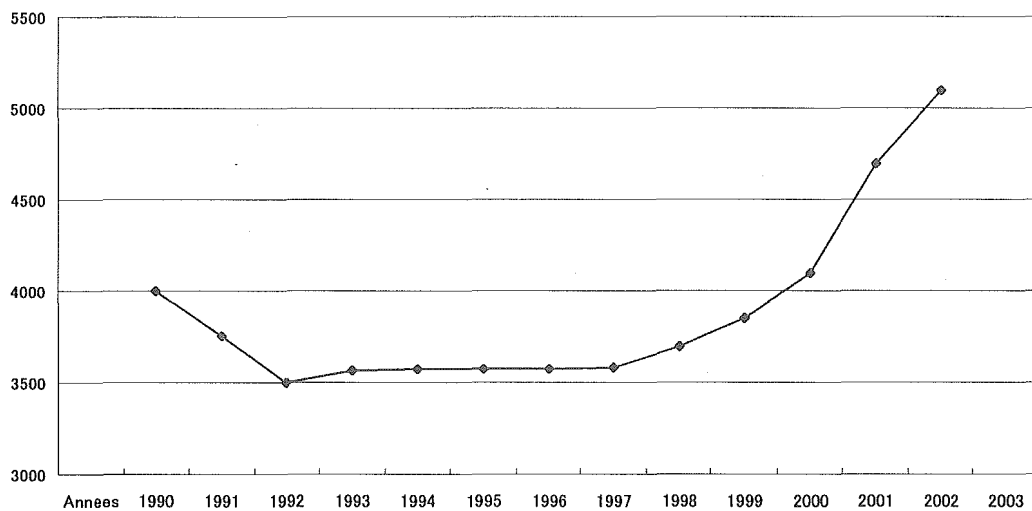
医師に対する Numerus Clausus は1971年に、医師の増加に伴う医療費の増加を抑制するために導入された。これは、医学部の2年次への進学に際して試験を行い、その結果によって進学を決定することで2年次以降の医学生数を抑制し、将来の医師数を制限するものである。フランスでは Numerus Clausus が医師数の第一の抑制策として採られていたが、現在は将来の医師数の不足が指摘されているため、むしろ緩和傾向にある。また、中央政府は、Numerus Clausus によって単に医師の総数を制限するだけでなく、大学ごとの医学生の数にも制限を行っている。

フランスにおける医学教育においては、基礎科学を中心とした過程が2年、その後1年間の医学教育第一過程と、4年間の第二過程が続く。1984年から第三過程の改革が行われ、一般医になるためには約2年半の卒後教育、専門医となるためには、4-5年の基礎教育が必要となった。

1996年頃から将来の医師数の不足を、L'Ordre des Médecins が中心となり指摘してきた。その原因としては、女医の増加による実質勤務時間の減少と、ベビー

ブーマー世代の医師の引退が挙げられる。これに対する政策として、1990年代からは政府は Numerus Clausus 数を増加させた。この取組みには2つのフェーズがあり、1997年から2000年までの第一段階は、主として女医の増加にともなう医師の勤務時間の減少を補う目的で増加された。第二段階の2000年以降は、主として引退医師の増加と、EUにおける医師の35時間の労働時間制限に対処するために増加された。

図1 1990-2002における Numerus Clausus Médecins の変遷



出典：L'Ordre des Médecins, 2003

(3) 今後の医師数の認識

フランスでは、今後は医師数の不足が予測されている。不足する理由としては大きく3つの理由を挙げている。特に L'Ordre des Médecins は、国民の公衆衛生の立場から医師の不足について危惧を抱いている。

- ・ 医学部進学者の中における女性の増加
- ・ 現役医師の引退の増加
- ・ EUにおける35時間労働制

2. 医師数の決定機関

(1) 中央政府（健康社会サービス省）

医師数の決定機関は中央政府である。特に健康社会サービス省は Numerus Clausus を決定するためその影響は大きい。また医療計画に基づいて病院予算の配分を行っているが、これは Numerus Clausus を決定する部門とは異なっている。

(2) L'Ordre des Médecins

L'Ordre des Médecins は公衆衛生の立場から、医師の不足が深刻な結果をおよぼす可能性を指摘しており、毎年中央政府に対して Numerus Clausus の緩和を勧告している。

例えば 2002 年 12 月に出版された報告書¹には 2002-2003 年において 5,200 人に定められた医師数は不十分であると指摘している。L'Ordre des Médecins は最低 7,000 人は必要であるとしている。

(3) 地方政府

各地域においては市長が中心になって医師に対する優遇策（診療所や住居の提供）を採っているが、これらの施策には中央政府は関与していない。これらの政策は住民の選挙行動に影響を与えるため、特に医師が不足する地域においては重要となっている。

3. 医学教育

(1) 卒前教育

医学部教育は通常 7 年間である。基礎科学を中心とした過程が 2 年間、その後 1 年間の医学教育第一過程と、4 年間の第二過程が続く。第二過程に入ると、指導医の下で大学病院における当直を行うことが可能となり、また給与も支払われる。各大学ごとに各課程で試験が行われ、医学部を卒業すれば医師としての国家資格が得られる。

(2) 卒後教育と医師数の配分

卒後教育は 1984 年以降は第三過程と呼ばれており、一般医過程と専門医 (Internat) 過程の 2 種類がある。この第三過程から、医学生としてではなく、医師として扱われるようになる。一般医になるためには約 2 年半の卒後教育、専門医となるためには 4-5 年の基礎教育が必要である。また専門医になるためには、Internat 試験を受ける必要がある。歴史的には、専門医が一般医よりも社会的地位が高いと見られてきた。

専門医の基礎教育を受けるためのポストの数は、地域（県）と 9 つの専門領域ごとに定まっている。専門領域は、公衆衛生、産業衛生、医生物学、精神科、内科、外科であり、1999 年からはこれらに小児科と産科-婦人科、麻酔-蘇生科の 3 科が加わった。

卒後教育ポストの配分も、将来の医師数の地域格差の配分に影響を与える因子の

¹ Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES). Démographie médicale française Situation au 1er janvier 2002, Décembre 2002

一つと考えられている。中央政府は、今後、各卒後研修機関（主として大学医学部）に対しての研修医の配分をコントロールすることを検討している。専門医数は、医療計画が定める研修病院の病床数にも、間接的に関連している。

5. 医師の地域配分

フランスにおいては、パリ及び南仏が医師に人気がある一方で、Basse-Normandie、Bretagne、Champagne-Ardenne、Haut-Normandieでは医師が少ないなど、医師の地域偏在が問題になっている。また、Numerus Claususの地域配分も同様に問題とされ、新たに増加した Numerus Claususの配分は、主として医師数が比較的少ない地域に割り当てられている。そして、Basse-Normandie、Bretagne、Champagne-Ardenne、Haut-Normandieのように医師数が少ないところと、Iles de France間の差の解消が図られている。一方で L'Ordre des Médecins は、Numerus Claususの地域配分だけでは、充分ではないと主張している。

表1に示すように、医学生入学定員数の増加配分は地域ごとに異なっている。すなわち医学生入学定員の増加分を、パリや南仏以外の医師の少ない地域に多く割り当てている。しかし、卒後教育を受けるために人気のない地域に医学生が残る割合は58-62%で、逆にパリやマルセイユなどでは卒後もその地域に残る可能性が約80%と高い。例えばマルセイユなど南仏（PACA; Provence-Alpes-Cote-d'Azur）にて卒業した医師の84%がそこで専門教育を続けているが、あまり人気のないCentreでは58%、Limousinでは62%とその数は少ない。フランス全体では、1998年には、約7割の医師が医学部卒業後に医学部の存在する地域に残っている。

UFRが提供する研修のポスト数は地域によって異なっている。例えば、Iles de FranceやAlsaceにおいては、病院数も多く、従って研修する機会も増え、その結果その地域に残る医師数も多くなる。

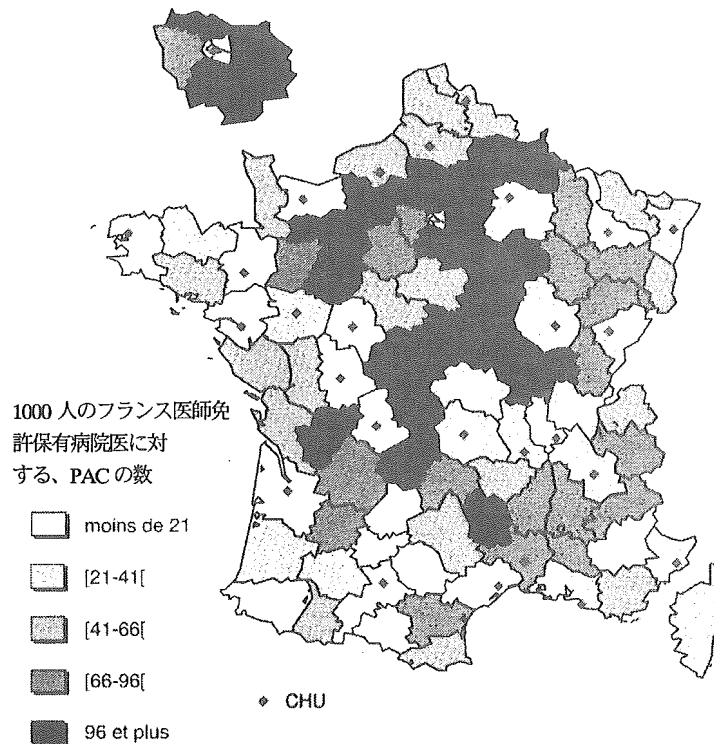
表1 1995-2003年の地域ごとのNumerus Claususの年度推移

CHU	1995/1996から2002/2003年								1995/1996年から2002/2003年の推移			
	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	2001/2002間の増減	2002/2003年の増減%	1995/2003年の増減%	1995年以降の実数の増減
Point à Pitre				10	15	21	32	32	11	0.0%		32
ST Denis de la Réunion						うち6	うち7	10				10
POITIERS	66	68	67	72	83	91	104	115	13	11%	74%	49
CAEN	68	69	69	75	85	93	107	117	14	9.3%	72%	49
AMIENS	72	74	73	80	89	98	112	122	14	9%	69%	50
REIMS	72	73	73	80	90	98	112	121	14	8.0%	68%	49
CLERMONT-FERRAND	73	74	74	77	88	96	110	119	14	8%	63%	46
DIJON	78	79	78	83	94	102	117	127	15	8.5%	63%	49
TOURS	81	81	81	87	97	106	121	132	15	9%	63%	51
BESACON	66	68	67	71	79	86	98	106	12	8.2%	61%	40
BREST	60	61	62	67	72	78	89	96	11	8%	60%	36
ROUEN	87	87	87	94	105	112	128	139	16	8.6%	60%	52
NANTES	87	88	87	95	102	108	124	134	16	8%	54%	47
ANGERS	66	67	67	72	77	81	93	101	12	8.6%	53%	35
LIMOGES	65	67	66	66	69	75	86	93	11	8%	43%	28
Paris VII	183	181	183	183	200	211	242	261	31	7.9%	43%	78
BOBIGNY	65	66	65	65	68	74	85	92	11	8%	42%	27
RENNES	88	88	88	91	96	100	115	125	15	8.7%	42%	37
NANCY	138	138	138	141	146	156	179	193	23	8%	40%	55
BORDEAUX	194	194	194	204	208	218	242	262	24	8.3%	35%	68
NICE	70	71	70	72	73	79	90	98	11	9%	40%	28
MONTPELLIER+NIMES	122	115	121	125	125	135	155	168	20	8.4%	38%	46
LILLE	221	220	221	224	233	244	280	302	36	8%	37%	81
LILLE(FAC, LIBRE)	45	45	45	47	48	50	57	62	7	8.8%	38%	17
GRENOBLE	89	89	89	92	92	98	112	121	14	8%	36%	32
TOULOUSE	139	139	139	142	142	152	174	189	22	8.6%	36%	50
SAINT-ETIENNE	60	61	61	62	63	65	80	87	15	9%	45%	27
LYON	238	237	238	243	248	257	283	306	26	8.1%	29%	68
STRASBOURG	131	131	131	131	131	140	160	173	20	8%	32%	42
KREMLIN-BICETRE	70	69	70	70	70	74	94	102	20	8.5%	46%	32
CRETEIL	87	86	87	87	87	92	105	114	13	9%	31%	27
MARSEILLE	203	202	200	200	200	211	242	261	31	7.9%	29%	58
Paris VI	256	254	256	256	248	261	299	323	38	8%	26%	67
Paris V	236	234	236	236	227	238	273	202	35	-26.0%	-14%	-34
Paris Ile-de-France								93				93
Nouméa								2				2
合計	3576	3576	3583	3700	3850	4100	4700	5100	600	15%	43%	1524

出典：フランス保健省（2003）

参考：病院勤務医に対する PAC (Praticien Adjoint Contractuel) の割合の県別分布

Carte n° 6
Répartition départementale des PAC
par rapport aux médecins actifs hospitaliers diplômés en France



Source : CNOM au 01/01/2001.

出典：Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre, CREDES, Démographie médicale française - Situation au 1er janvier 2001, Novembre 2001

フランス全体平均では、1,000人の病院勤務医に対するPACの割合は、68人となっている(1,000人の医師に対しては11人のPAC)。この割合の地理的分布図からは、PACは南部よりも北部に多いことが明らかになっている。さらに大学病院センター(Centre Hospitalier Universitaire:CHU)が県に存在しているかどうかを合わせて考察すると(地図中の◆がCHU)、CHUが存在する県ではPACは平均より少ない傾向があることが分かる。これは、CHUでは十分医師がいるとして、CHUではPACをあまり採用せずに一般病院でより多く採用するという政府の政策による。結果として、PACは、医療活動が比較的小規模である小さな町の病院センターに分布しているといえる。

6. EU間医師協定の影響

EU間の協定により、EU出身の他の国の医師であれば、他国での診療が解禁さ