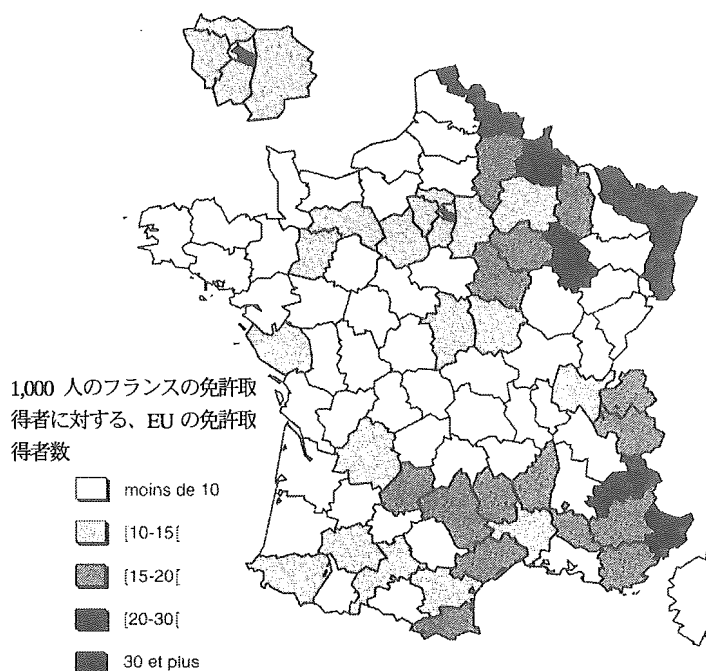


れている。フランスの場合ベルギー出身の医師は多くフランス北部で診療を行っている。またドイツ人医師は南部を好む傾向がある。医師の勤務時間が 35 時間となることも、医師数の不足の要因として特に L'Ordre des Médecins では深刻に受け止められている。

**参考：フランス医師免許保有者数に対する EU 医師免許保有者数の割合の県別分布**

**Carte n° 5**  
**Répartition départementale des médecins diplômés de l'Union Européenne**  
**par rapport aux médecins en activité 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 人のフランス医師免許保有者に対して、14 人が EU の免許保有者している。しかし、EU の免許を保有する医師の割合は地方によって異なり、フランスの半分以上の県で 10 人未満である一方で、ドイツ、ベルギーとの国境付近の県ではこの割合が高くなっている。例えば、アルデンヌ (Ardennes) では 1,000 人に対し 74 人、バ・レン (Bas-Rhin) では 1,000 人に対し 35 人である。これは国境に接している多くの県では、EU から医師の供給を受けていることによるといえよう。ただし例外もあり、南部の人気の高い地域においては国境沿いではなくても、EU 免許を保有する医師の比率が平均より高い場合がある。

## 7. 医師数統計

フランスにおける医師数の統計には下記のものがある。

- (1) L'Ordre des Médecins における医師統計
- (2) ADEL I 調査（政府が実施）
- (3) CNAMTS（保険者のデータ）

### L'Ordre des Médecins における医師の登録票（53頁～60頁）

L'Ordre des Médecins においては、登録票を用いて、医師の統計を把握している。登録票においては、基本属性（氏名、住所、性別、国籍、診療場所の住所、配偶者や子供の有無等）、各種保有資格（医師免許の取得年月日やその種類、専門資格の種類、その他の保有資格等）、勤務形態（診療所で診療を行っているか、病院で診療を行っているか等）、診療内容（一般医療を行っているか、専門医療を行っているか等）について回答を求めている。また、フルタイムで働いているか、パートタイムで働いているかなどの労働状態についても把握している。

表：登録票の項目一覧

基本属性	
氏名	
住所	診療場所の住所、個人住所
性別	
出生地・年月日	
国籍	
配偶者の有無等	
保有資格	
医師免許	取得年月日、種類
医師のタイプ	教育にたずさわっているか、研修中か／等
専門資格の種類	新体制での資格、旧体制での資格 海外での資格
その他の資格	その他 L'Ordre des Médecins(旧体制)で認められた資格等
役職名	大学または病院での役職名
就業状況、診療内容	
診療範囲	活動頻度 自由医、病院勤務医、勤務医、法医学等 主な診療拠点
診療内容	一般医療、専門医療 パートタイム、フルタイム
その他	
代診の有無	代診相手の氏名、住所
機関または企業との利害関係の有無	
医療活動に関する契約の有無	
犯罪歴、懲戒歴等の有無	



8 出生地： \_\_\_\_\_

出生日： (1) \_\_\_\_\_

日	月	年		

9 国籍： \_\_\_\_\_

フランス国籍をどの  
手段により取得した  
かを明確にして下さ  
い (2)

出生により

帰化により

申告により

婚姻により

日付はいつですか？

日	月	年		

(全ての証明できるもの、国籍証明書、帰化証明書、申告等を提出して下さい)

10 男性については、兵役に関して (3)

兵役を終えましたか？  
兵役を猶予されている  
兵役を除隊している  
兵役を延期されている  
兵役の対象外であった  
兵役を免除された

1
2
3
4
5
6

理由は何ですか：

当時現役の医師であったのであれば、  
L' Ordre National des Médecins から脱  
退した日付を明確にして下さい：

7
---

日	月	年		

11 配偶者の有無 (2)

独身  結婚  死別  離婚  同棲

配偶者の出生日と出生地： \_\_\_\_\_

配偶者の職業： \_\_\_\_\_

12 あなたの子供の氏名と出生日： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1) 枠内に答えを書いて下さい

(2) 該当する枠に×を付けて下さい

(3) 該当する枠を囲んで下さい

13 医師免許の取得日：

日	月	年			

- A 旧制度の医療教育の免許  
 N 新制度の医療教育の免許  
 E EUまたはAELE（欧州自由貿易連合加盟国）の免許
- (1)

取得した場所： \_\_\_\_\_

免許の種類 (1)

国の	1
大学の	3
EUまたはAELE（欧州自由貿易連合加盟国）の	7

14 診療の認可 (1)

- タイプ2 教育に携わっている認可された医師 認可された日付
- タイプ4 研修中の認可された医師 認可された日付
- タイプ5 認可された医師 (公衆衛生法典L356条の2と4111-2) 認可された日付
- タイプ6 契約一般医 認可された日付

15 専門

◆新制度

D. E. S. (Diplôme d'études supérieures) \_\_\_\_\_

D. E. S. C. (グループII) (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) \_\_\_\_\_

◆旧制度

L' Ordre National des Médecins (C. E. S. または資格委員会) が認知している資格

どの県評議会からですか？   (2) いつですか？     (3)

◆欧州の

EUまたはAELE（欧州自由貿易連合加盟国）で取得した資格

どの国ですか？ 日付     (3)

16 その他の資格 (qualification de compétence) - L' Ordre National des Médecins (旧制度) で認められたもの

\_\_\_\_\_ CD   日付     (3)

\_\_\_\_\_ CD   日付     (3)

17 その他の資格 (diplômes)

◆ D. E. S. C. (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) : 数

◆ D. I. S. (Diplôme interdisciplinaire de spécialisation)

◆ Capacité : 数

◆ 大学間の資格 (DIU) または大学の資格 (DU) 補足的なもの

18 大学または病院での役職名（詳細を書き、証明できるものを提出して下さい）

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19-1 現在の勤務状況

現在の勤務状況を下の部分で明確にして下さい。

07

1つまたは多数の定期的な活動を行っている

06

臨時的な活動しか行っていない：臨時または定期的な代理、臨時雇用等

05

いっさいの活動を行っていない：研修期間中、個人的都合により活動できない状態等

コードの1つのみに印を付けて下さい

II 活動の範囲

下の部分に、勤務状況を明確にして下さい。部分的または臨時的でも記入して下さい。

該当する枠に必要なだけ×を付けて下さい

A 自由医

#  個人診察所または

#  グループまたは団体の診察所または

#  民間医療施設または

#  医療分析の研究所

法律上の構成を明確にして下さい

1  Association d'exercice

2  SCM (Société civile de moyens)

3  SCP (Société civile professionnelle)

4  S.E.L. (Société d'exercice libéral)

5  その他の形

明確にして下さい

グループ内で診療している医師数

1  単一専門

2  複数専門

B 病院勤務医

#  大学病院センター（C.H.U.）またはC.H.R.

#  その他の公的病院（CHG-CHS）

#  公的サービスに参加する民間病院

1  パートタイム勤務のP.H. (Praticien hospitalier)

2  自由契約の勤務医

3  民間セクターでフルタイム勤務

4  民間セクターではないフルタイム勤務

5  診療所勤務

6  PAC (Praticien adjoint contractuel)

施設と契約を結んだ日付

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
 日 月 年

契約の終了日

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
 日 月 年

C **勤務医**

#  嘱託医

フルタイムパートタイム

--	--

1 2

#  校医

--	--

1 2

#  P.M.I. (protection maternelle et infantile)

--	--

1 2

#  無料診療所、ヘルスセンター

--	--

1 2

#  社会保障の一般相談医

--	--

1 2

#  社会的扶助、115条等

--	--

1 2

#  公的研究機関または非営利機関

--	--

1 2

#  国の公的行政機関、または地域団体の行政機関

--	--

1 2

#  その他の勤務医の枠組み

該当する枠に必要なだけ×を付けて下さい

(C.N.R.S.、  
I.N.S.E.R.M.等)

D **法医学-鑑定**

#  法医学

フルタイムパートタイム

--	--

1 2

#  法医鑑定

#  社会保障の鑑定

#  旧従軍兵士省のための鑑定

**民間保険会社**

#  私的保険会社の任務

#  保険会社の医師

フルタイムパートタイム

--	--

1 2

#  欠勤調整

#  承認された医師

E **人道的医療**

#  恒久的な活動

F **他の医療活動またはパラメディカルな活動**

#  薬局-調剤薬局

#  医薬品産業

#  医療介助

#  その他の活動 (医療器具または医療設備等)

G **非医療的な活動 (活動内容を明確にして下さい)**

#

H **主な活動の明確化**

2つの県で診療している場合、主な活動をしている県を明確にして下さい: \_\_\_\_\_



111 医療活動の内容

該当する枠に必要なだけ×を付けて下さい

#  治療を全く行っていない

以下の治療に関する医療行為を行っている：

一般医療を行っている

#  一般医療

#  一般医+compétence

1  併合した医療

2  compétenceに限定した医療

#  一般医+capacité

1  併合した医療

2  capacitéに限定した医療

#  特別な指導を伴う一般医療

1 - ホメオパシー

1  フルタイム

2  パートタイム

2 - 鍼療法

1  フルタイム

2  パートタイム

1つの専門に限定された医療を行っている  
資格を伴うまたは無い

#  専門医と認定されている

#  専門医と認定されている+compétence

1  フルタイム

2  パートタイム

#  専門医と認定されている+DESC

1  フルタイム

2  パートタイム

#  専門医と認定されている+capacité

1  フルタイム

2  パートタイム

温泉医療を行っている

#  温泉医療を行っている

各質問に対して不要なものを線を引いて消して下さい

20 L' Ordre National des Médecinsの一覧表に登録したことがありますか？ はい いいえ  
どの県にいつですか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21 代診をしたことがありますか？ はい いいえ  
学生または医学博士として代診をしたのですか？ はい いいえ  
過去2年間において、代診をした医師の  
名前と住所、いつからいつまでかを列挙  
して下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22 登録を拒否されたことがありますか？ はい いいえ  
もし「はい」であれば、理由は何ですか？

\_\_\_\_\_

- 23 Association、SCM、SCP、SELで医療行為を行っているの  
であれば、協力者の氏名と資格を記入してください。
- 
- 24 医療活動またはパラメディカルな活動に  
関連して、機関または企業と利害関係が  
ありますか？ 各質問に対して不要なものを線を引いて消して下さい  
はい いいえ  
あればどのような利害関係ですか？
- 
- 25 契約を結ぶ予定はありますか？ はい いいえ  
またはあなたの職務を遂行することを目  
的とした契約を結びましたか？ はい いいえ  
(公衆衛生法典のL4113-9、4113-10、  
4113-12、4163-10条、職業倫理法典の  
83、84、91、92。別紙参照)
- |                  |    |     |
|------------------|----|-----|
| 賃貸契約または場所の提供ですか？ | はい | いいえ |
| 賃貸契約または設備の提供ですか？ | はい | いいえ |
| 提携の契約ですか？        | はい | いいえ |
| SCMの身分ですか？       | はい | いいえ |
| SCPの身分ですか？       | はい | いいえ |
| S. E. L. の身分ですか？ | はい | いいえ |
| 勤務医の契約ですか？       | はい | いいえ |
| その他              | はい | いいえ |
- 
- 26 契約をL' Ordre National des Médecinsに連絡しま  
したか？ (法的条項および規定にかなう条項に則っ  
もし報告していないのであれば、それは何故ですか？ はい いいえ
- 
- 27 組織または L' Ordre National des Médecins の社  
会保険部門から、懲戒を言い渡されたことがありま  
どのような懲戒ですか？ はい いいえ  
いつですか？
- 
- 28 刑事上又は民事上の有罪判決、または行政の懲戒を受  
けたことがありますか？ はい いいえ  
どのようなものですか？  
いつですか？
- 
- 29 あなたに関して、法的審理、規律上の審理が進行中  
ですか？ はい いいえ
-

## 第6節 ドイツ

ドイツの人口 10 万人当たりの医師数は約 355 名と比較的多い。一般に医師数は過剰であるという認識はあるが、新州における医師の不足、特に一般医の不足が指摘されている。

ドイツでは様々な自己決定機関（後述）が医学教育あるいは、外来保険診療医数の決定に複雑に関与している。地域間の開業医の配分においては、後に述べる「開業計画 (Bedarfsplanung)」が直接的に影響する。その他多くの間接的な政策が関与している。

ドイツでは保険医は 68 歳で定年を迎える。この仕組みにより、医師の若返りを図っている。またこの際に、それぞれの診療所は新規に開業する医師に対して医療機関を売却することが可能である。この収入は定年を迎えた医師の老後生活にとって大きな意味を持つ。売却価格は診療所の設備と保険診療上の医業収入に基づいた価格により決定される。以前は親から子に自動的に引き継がれていたが、現在は開業計画により医業継承がなされており、必ずしも子が引き継げるわけではない。また若い医師は病院での診療を好む傾向があり、特に 1990 年以降の新州での医業継承は必ずしも容易ではない。また新州では私的保険加入者の割合が低く保険外収入が期待できないため、特に一般医が不足している。新州の保険医協会は、不足した医師を補うため、点数あたりの価格を高く設定する等の政策を取ることが可能ではあるが、保険医協会としての総枠年間予算に基いているため、他の医師の収入を削減することになるため、実際にはこの措置はほとんど採られていない。

### 1. 歴史的経緯<sup>1</sup>

第二次世界大戦以後、ドイツの医師数は顕著に増加した。他のヨーロッパ諸国と比較しても、増加の程度は著しい。これは医師数の増大を制限するような政策が採られてこなかったためである。これには大きく分けて 2 つの理由として①教育と職業選択の自由、②各関連団体の対立が挙げられる。

#### (1) 教育と職業選択の自由

国家社会主義による政策の反省から戦後ドイツ連邦の憲法 12 条は、職業選択の自由と、それに付随する職業教育の自由を保障した。政府は立法により、医師数の制限を繰り返し行おうとした。例えばアデナウアー政権が 1958 年から 1961 年にかけて、報酬の制限を試みたが失敗に終わり、その後各政権は、医師に対する積極的な対策を行うことができなかった。1960 年から 1975 年にかけて、医師会に

---

<sup>1</sup> Hendrik van den Bussche The History and future of physician manpower development in the Federal Republic of Germany. Health Policy,15(1990) 215-231,

においても医師数が将来過剰となることに関する懸念を示してはいた。それでも医師の地域的な偏在や、専門領域毎、特に一般医には地域偏在が存在していたため、具体的な対策はなされていなかった。

一方 1960 年ごろ、比較的若い世代の医師は、大学医学部機能の近代化と拡大を模索した。これらの要望は、科学者の代表、政府、および産業からの代表で構成される「科学諮問委員会」を通して医学部数の増加と、大学機能の近代化が図られた。このことも医師過剰の一員となった。結果として、ドイツ連邦教育省は、病院の医師数や大学の職員数を増加させた。また 1972 年の憲法裁判所は医学部学生数を制限するような法律は憲法 12 条に違反するとして、大学に対して教育資源が許すかぎりの入学者を受け入れることを要請した。このような考え方はより高度な教育を持つ人材を多く育成することにより、国際市場における経済競争に対応すべきであるという当時の世論や政党の意見、そして科学者の考え方を反映していた。

その後もこの憲法裁判所の判断があるため、歴代政権は医師数の将来数と必要数の予測に対して消去的になった。また医師数の増大は、経済の伸びが順調である間は問題にはならなかった。保険医協会はサービスの供給量と価格の決定の主導権を握っていた。1975 年から 1985 年の間に医学部入学者数は倍増した。入学者数は 1985 年において 11,500 人で、退学者数は非常に少なく医師免許授与者は 11,000 人となった。人口あたりの医師数はイギリスの約 2 倍となった。

## (2) 各種団体の対立

専門医と一般医とで医学教育に対する考え方が異なり対立した結果、積極的な政策は困難であった。第二次世界大戦直後は医師のほとんどが、単独の開業医であったため、卒前医学教育は一般医（GP）の育成のために行うべきであるという考え方が主流であった。専門医療の拡大にともない危機感を募らせた一般医の集団は、1959 年から一般医を志す医師も、専門医と同等の卒後教育の必要性を訴えてきた。すなわち一般医としての専門資格の必要性を訴えた。この考え方に基いて卒前教育は、一般医育成のための教育を目的とするのではなく、専門医、一般医のいずれかを選択する以前の“基本的”医学教育を目的とするようにすべきとの意見が一般医側から出された。一方、専門医側はこれに反対した。すなわち、より一般診療を中心とした医学教育を行うことが、将来一般医にも、専門医にもなる基本を形成すると考えた。この考え方は、医師資格を持っているものは、独立開業し、自らの責任に基づいて診療を行えるべきであるとの考え方に基いている。その理由は多様であり、例えば専門医は、一般医の専門医資格化により、専門医のプレステージが下がり、報酬が減ることを危惧していた。また専門医が一般医としてプライマリケアを行う資格が得られないと、一般診療の開業が行えなくなるという懸念も存在した。このことは、地域の専門医が過剰な場合や、病院から独立する場合、あるいは専門医退職後の選択肢として専門医が一般医となることは珍しくなかったため、現実的な懸念であった。また、ドイツでは専門医で

あっても、一般診療を多く引き受けているのが現状であったため、プライマリケア診療を専門医化した GP のみに任せることは、収入減につながるという現実的な問題があり、一般医の専門医資格化により、一般医がプライマリケアの独占を図るのは阻止しなければならないという危惧があった。

70 年代の中頃から、医師数の将来予測に関する研究がしばしば行われ、世論も注目するようになった。1974 年のオイルショック以降、ドイツの経済再生にとって、社会保障の再構築が必要であるというのが論点となった。1960 年代までの人材の育成をすべきという議論とは対照的に、政党や政策研究機関は、医師の将来数が需要および国の支払い能力の限界を超えるであろうということを表明するに至った。もし、今後数十年間に渡って病院数に変化がなければ、余剰の医師は、GP として開業することとなる。当時の予想は 1975 年に 52,000 人であった GP が 2000 年には 170,000 人となり、医療費の予算が変化しなければ、医師の収入は 1982 年から 2000 年の間に半減することが予想された。また、失業数も増加することが予測された。これまで、女医や外国人医師に対する明らかな差別は存在しなかったが、失業医が増加すると、女医と外国人医師がまずポストを失うことが予測された。実際に 1990 年において、女性は医学生の約 4 割を占めているが、専門医のうち女性の割合は約 2 割に過ぎず、病院の主任医師のうちでは 4% のみであった。一方失業医のうち約 5 割は女性であった。

## 2. 医師数に関する政策決定過程と問題点

ドイツの医療制度においては様々な制度がサブシステムとしてゆるやかに連携しており、全体としてのシステムの計画性は乏しい。医師数に関する政策もその例外ではない。特に外来医療と病院医療は政策上も、医療の連携の上からも完全に分断されている。例えば、外来の産科医が 9 か月に渡って経過観察していた女性が病院で出産する際に、同じ外来の産科医が立ち会うことはほとんどなく、出産直前になって病院の医師がその役割を引き継ぐ。

ドイツでは各州の病院計画によって病床数と予算配分が決まる入院医療と、保険医協会が大きな影響力を持つ外来医療の政策形成過程およびコントロールのあり方が異なっている。入院医療においては州の病院計画が大きな役割を果たしている。病院医療においては、州政府、保険者の連合体および各病院の代表者により各病院の予算が決まる。従って医師数は、予算と病床数に基づいて各病院が自主的に定めることとなる。一方、開業医が行う外来の社会保険による診療では、各州毎の「医師・疾病金庫州委員会 (Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)」が行っている。州委員会 (Landesausschusses) は保険医の代表と疾病金庫の代表が、地域における医師数の上限を決定し、これを超えては保険医の開業ができない仕組みとなっている。定年や病気、経済的理由によって医師の空きポストができた地域のみでしか保険診療に基づいた開業をできないという仕組みが、2001 年から導入された。

### (1) Selbstverwaltungsgesellschaft (自己決定機関)

ドイツにおける保険医療政策には様々な自己決定機関が大きな役割を果たしている。ドイツではこの決定方式を“Dritter Weg”すなわち「第三の道」と呼んでいる。これはわが国で言う審議会方式であるが、審議会自体が法で定められた“Self-Governing Body”である。例えば後に述べる Landesausschusses や保険医協会、Arztammer も自己決定機関である。この決定における政府の関与は比較的少ない。しかし政府は自己決定機関の裁定が法律や EC での決定に抵触する場合には各団体に再考を促すことができる。また拒否権もある。自己決定機関は一定のロビー活動を行うことはできるが、特定の政党の支持や寄付はできない。以前は自己決定機関が充分機能していたが専門医と一般医の対立などにより、以前ほどには機能していないとの意見もインタビューを通じて多く聞かれた。

### (2) 現政権の考え方<sup>2</sup>

現政権党である SPD は外来診療よりも病院診療に重点を置いている。これは、外来診療での高額機器の利用率が低く、また Day-Surgery が盛んになっており、病院でも外来診療でも同様の手術が行われているが、お互いの連携がなく非経済的であるといった主張に基いている。また、外来診療の中でも一般医は専門医より優遇されている。2003年3月14日シュレーダー首相は、国民に対する政策説明の中で、これまで保険医協会を通して行われた疾病金庫と専門医間の契約を、保険医協会を通さずに独自で行うことを提案し、疾病金庫の権限の強化を図ろうとしている。

### (3) ドイツにおける例外・・・非保険医としての診療

ただし、ドイツにおいては、法定保険制度に加入しているのは約 85%であり、残りは私的保険に加入している。保険医として開業するためには連邦委員会 (Bundesausschuesse) が定めるガイドライン“Richtlinien”に従った開業をする必要がある。私的保険加入者のみの診察を行うことを前提とすれば、この上限数とは無関係に開業できる。私的保険とのみ契約を行う医師は優秀と言われており、私的保険加入被保険者は優秀な医師に見てもらおうというインセンティブが働くため増加傾向にある。しかし保険医も私的保険加入者の診察を行っているため、実際には非保険医資格のみで開業できる医師は、全体の 2-3%のみである。

---

<sup>2</sup> Regierungserklaerung von Bundeskanzler Schroeder am 15. Maerz vor dem Deutschen Bundestag.2003, März

#### (4) 専門医と一般医の対立

専門医 (Fachärzte) と一般医 (Allgemeine Ärzte) 間の対立も特徴的である。専門医は歴史的経緯から社会的地位が高いが、一般医は保険者にとって契約コストが安いと魅力的である。この対立は、その地位を奪われかねない専門医の立場から出ていると考えられる。実際に多くの地域ですでに、保険診療に基づく（特に専門医の）自由開業が困難になっている。Bayern 州における専門開業医のポストにはほとんど空きがないのが実態である。従って医師は、大学病院で研修を続ける必要が生じる。

なおドイツにおける一般医には以下の 3 種類が存在する

- a) 一般家庭医
- b) 一般小児科医
- c) 一般内科医

このうち、小児科と内科については、専門医にも“小児科”と“内科”がある。この違いは、卒後研修コースの選択の内容と卒後研修の継続の程度によって異なる。

#### (5) 医師の失業問題

ドイツにおいては 1995 年ごろから医師の就職困難が指摘された。医師の就職率は、他の大学卒業者に比較して約 35% 低くなっている。この理由として、①医師数が多すぎる事、②ベッド数の減少により、医師のポストが減っていること、③保健医療予算の減少（あるいは不変）、④自由開業制の廃止、が挙げられる。現在でも 85,000 人を超える医学生がおり、2003 年には 40,000 人の医師の失業が認められることが予想される。また、外科医師会は、時間外勤務時間の 30% しか給与が支払われていないと指摘している。

#### (6) 医師の構造の現状

医師の構造は医師の総数が 369,300 人で、そのうち医業に携わる医師が 294,700 人となっている。さらに医業に携わっている医師の中で、外来医療に携わる医師が 128,500 人、入院医療に携わる医師が 139,500 人となっている。

### 3. 医療の質とサービスの供給の確保に関する団体

医療における質と供給の確保は、大きく分けて以下の 3 つの過程が関与している。

- ① 卒前教育：主に連邦科学教育省と、各州の科学教育省
- ② 卒後教育：主に各州および病院、Arztammer
- ③ 外来診療：主に各州の Arztammer, Landesausschuss

## (1) 卒前教育

### 概要：

医学部の学生数は、教育科学省の管理下にあり、連邦保健省が医学部の学生数に対して制限を加えることはなかった。入学定員 (Numerus Clausus) はあるが、それは、他の学問分野と同様であり、医学のみが特別に扱われているわけではない。医学部入学においては、アビトゥアといわれる大学入学試験で一定以上の成績をおさめる必要がある。また入学後は全国共通の進学試験が 3 回行われる。最初の試験は入学後 3 年目、続いて 5 年目と卒業時である。最終の試験が実質的には国家試験であり、その後は研修医 (AIP:Arzt im Praktikum) と呼ばれる。各州政府は国家試験合格者に対して医師診療の認可 (Approbation als Aerzte) を与える。

### 経緯：

1970 年の連邦政府の法律により、西ドイツの医学教育は刷新された。また、現在も再改定を行っている。1970 年の改定は社会科学および社会医学の導入や、臨床教育の重視に主眼がおかれ、それまで 2 年間あったインターン制 (インターンの期間は大学の教育責任範囲とはならない) を 1 年の卒前のクラークシップに変え、一貫した卒前教育を実現させた。しかしながら、最初の卒前教育医学生が卒業するころ頃には、その内容の不充分さが指摘され、さらなる改革を余儀なくされた。その改革の中で、医師の過剰が問題視され、医学教育の質よりはむしろ、医師数の増加抑制へと内容が変化してきている。1990 年までの 18 年間に 16 の医学教育改革案が出され、そのうち 10 が実施された。その内容の多くは医学部卒業時の医師免許の効力に関するものである。すなわち、医学部卒業後ただちに一般診療に携わることを制限すべきであるという議論が 1979 年に開始された。その後 10 年にわたる議論の後、以下の内容に集約された。

- a) 連邦政府のカリキュラムガイドラインに基いて、大学医学部の責任によってなされる卒前の 1 年のクラークシップ
- b) 連邦保健省が規定する。病院あるいは保険医外来診療あるいは公衆衛生業務における 1.5 年の卒後インターン
- c) 保険医協会が規定する保険医診療を行うための 1 年間の準備期間。そのうち半年は保険医の補助を行う。

このように、様々な団体が、医師の免許授与に関与することになったため、このような分割化が真に教育的になりうるかという問題が生じている。卒後の新たなインターン制は新たな研修医のポストを病院内に準備しなければならないが、病院の予算には上限が設けられ、医学部の卒業生全員に十分なポストが準備されているとは言えない。

### ドイツの卒前教育に関係する諸機関：

- ① 連邦教育科学省：医学教育に関する予算化の作業は教育科学省で行われる。また教育スタッフの数に基いて医学部への入学者数が決定される。この決定の過



程においては、各州政府との同意が必要であり、複雑な計算と議論がなされる。また、入学者数は先に述べた連邦憲法裁判所の判決の影響を強く受けている。また、この過程は医学について特別なものではなく、他の学生数も同様の過程により決定される。

②大学医学部：戦後大学医学部のロビー活動の威力は低下している傾向がある。この原因として以下の原因が考えられる。

ア) 他の機関のロビー活動が活発になった

イ) 大学が社会のニーズの変化に充分対応できていなかった。

ウ) 大学医学部間および大学医学部内における極端な個人主義により、大学医学部が主張の足並みをそろえるのは困難であった。

エ) 医学部の中では、研究および臨床活動と比較すると教育活動はあまり重要な業務とはみなされてこなかった。

③科学者および専門化集団：医学教育者の利益を代表するのは、各学会（外科学会等）あるいは、専門領域毎の団体（ドイツ外科医会）であると大学のスタッフは考える傾向がある。各学会数および専門領域団体の総数は約 150 あり、徐々に増加している。それぞれの専門領域の政治的影響力は異なっている。これらの各団体は卒前教育において、例えば教育時間や、大学スタッフのポジション、試験の内容などについて各領域の内容が充実されるよう要求している。

## (2) 卒後教育

ドイツでは卒後教育には、病院での研修過程と、その後のトレーニングの2つがあるが、ここでは、病院での研修過程について述べる。

卒前教育と比較すると、卒後教育は専門領域毎の自律に任されているが、1972年の最高裁判決により、州政府はその実行に対して形式上の責任を負うこととなった。専門医の養成数は、主としてそのベッド数の多寡によって決まる。専門医の資格を得られるかどうかは、専門医教育機関のベッド数に応じた研修ポストの数に依存するためである。

ドイツには 38 の専門過程があり、それぞれ Arztkammer と専門医の学術団体が共同で研修のガイドラインを定めている。この過程は 38 ある専門科毎に行われており、4年から7年間の期間が専門科毎に定められている。認定には 30 分の口頭試験が義務付けられている。この試験は Arztkammer において行われる。

### ①Arztkammer・医師の卒後教育と専門医資格の付与

Arztkammer は医師会と翻訳されることはあるが、その機能は日本とはかなり異なっている。Arztkammer は Selbstverwaltungsgesellschaft（自己決定機関）のひとつであり、ロビー活動は行うことができても、特定の政党活動は行うことができない。すべての医師が Arztkammer に医療収入額に応じた年会費を支払

っており、国や州政府から財政的補助はない。ドイツでは医師資格は、国家試験（医学部在学中に2回、卒業時に1回）に基づいて付与される。その後国内で診療する医師はすべて Arztkammer に登録し、卒後研修を行う。従ってわが国でいう医籍は連邦政府あるいは州政府にはなく、LandesArztkammer（各州の arztkammer）にある。Arztkammer における医師の統計は、診療を行う場所や、住所、専門過程の修了状況などであるが、日本における医師調査のように、数年に一度行う全数調査はない。結婚や、退職などで診療を行っていない場合は、各医師からその情報を受け、会費の免除などの措置をとる。Arztkammer は各医師が卒後教育を適切に受けているかどうかを把握し、また、38ある専門過程の修了試験はすべて Arztkammer で受ける。専門過程を修了しない場合は保険医としての診療は困難であり、また非保険医としての診療もほぼ不可能であるため、国内で医療を行う場合には、医師はほぼすべて何らかの専門過程を修了する必要がある。

### ②病院協会・・・病院における医療の質とサービス供給の確保

病院協会は、病院で勤務する医師のみではなく、卒後病院研修の質の確保を担う。ただし、地域毎での必要な病院医療の供給の確保は、病院のハードに対して補助を行う各州政府の病院計画 Krankenhausplanung に基づいて行われる。これは病院の診療に基づく収入は人件費や材料費に対して支払われているためであり、建物や設備は各州の病院計画に基づいて予算化され設置されているためである。

### ③疾病金庫

疾病金庫は病院予算作成過程に関与できるため、間接的に医師数に関与している。

ドイツでは1990年代までは約1400の疾病金庫があったが、リスク構造調整法と、疾病金庫選択の自由化に伴い、現在では約400まで減少している。一般に医師数の削減に関しては一貫して賛成の立場をとっている。また、下記に述べる Landesausshusse に代表を送り、保険医師数の決定過程に参加している。

### ④各医学会 Gesellschaft fuer Facharzte

今回の調査では Berlin に本部がある Deutsche Gesellschaft fuer Chirurgie（外科学会）を訪問した。ドイツでは専門医領域毎に学会があり、Arztkammer と共同で各種専門医過程に必要な症例数を定めたガイドラインを作成している。また各学会間の共同作業も盛んであり、一般外科、救急外科、胸部外科、小児外科、形成外科、整形外科、表皮外科などが共同で研修のガイドラインを作成している。

## 4. 外来診療における医療の質とサービス供給の確保

### (1) 各州の保険医協会

保険医協会の主な機能には、以下の内容が含まれる。

#### ①診療費の配分

外来診療における保険収入を疾病金庫から受け取り、保険医に対して配分する。

#### ②地域医療の確保

必要な保険医療が地域毎に受けられるよう、医師間の調整を行う。医療の確保には、週末や夜間の外来診療が含まれる。

#### ③特殊保険診療の資格の付与

保険医として行われる一般診療や専門医診療に加えて、特殊診療において保険から支払いを受けるためには、一定の技能試験を通過する必要がある。例えば超音波診断はすべての医師が行うことができるが、超音波診断により保険から支払いを受けるためには超音波の技能試験を通過することが要件となっている。

#### ④保険医に関するデータの収集

保険医が行った診療内容や、医師の技能資格のデータを収集し、Kölnにある連邦保険医協会にデータを送る。

### (2) 疾病金庫

法定の疾病金庫は、下記に述べる Landesausschusse der Ärzte に代表を送り医師の開業計画 (Bedarfsplanung) に関与する。また、毎年保険医協会と協議し、保険医診療の予算を決定する。ただし疾病金庫は個人データ保護法により、疾病金庫は個々の医師の保険診療内容は把握していない。

### (3) Landesausschusse

開業計画を定めるのは Landesausschusse である。社会法 V (SGBV) の § 90 には、Landesausschusse に関する次の規定が定められている。

#### ①Landesausschusse の構成

- ア) 公益の代表者による議長 1 名
- イ) 公益の代表者 2 名
- ウ) 医師の代表 8 名
- エ) 地域疾病金庫の代表 3 名

才) その他法定金庫の代表 2 名 (健保組合等)

## ②開業計画の地域区分

開業計画は医師 1 人当たりの人口を開業医の専門領域毎に定めたテーブルに基づいて作成される。また、医師数の過多は平均に基づいた相対値により 10 の地域に区別される。例えば一般医において、全国では以下のように区別されている。数値は医師 1 人当たりの人口である。なお、この表は 1990 年 12 月 30 日の医師数に基づいて作成されている。またルール地域は専門医と比較して一般医の密度が低いため、特別地として区分されている。

		一般医	内科専門医
A: 医師密集地	(1) 中核都市	2,269	3,679
	(2) 医師が多い都市周辺地域	2,435	6,371
	(3) 医師数が多い都市周辺地域における医師密度平均地	2,147	7,865
	(4) 農村部	2,039	10,718
B: 医師数通常地	(5) 中核都市	2,116	3,672
	(6) 都市周辺密度平均地	1,963	8,096
	(7) 農村部	1,847	9,738
C: 医師数が少ない地域	(8) 医師が少ない地域	1,865	7,073
	(9) 医師が少ない農村部	1,865	—
D. 特別地	(10) ルール地方	2,968	5,790

例えばバイエルン州においては、この表の一般医の配分に基いて以下のように地域が区分される。

- ミュンヘン (2)
- ミュンヘン都市部 (1)
- アウグスブルグ (6)
- アウグスブルグ都市部 (5)
- アロッティング (8)