

→ 実習について、実習モデルの提示、実習担当教員の要件見直し等を行う。

○ 福祉系大学等の教育内容等にばらつきがみられる。

→ 実習・演習系の指定科目については、教育内容について新たに基準を課し、質を制度的に担保していく。

イ 社会福祉士を福祉行政・福祉現場に活用するため、任用要件の見直し等を検討。

ウ 職能団体において、相談援助活動についての積極的広報や、資格取得後の体系的な研修制度を充実すること、より専門的な知識・技能を有する社会福祉士を専門社会福祉士（仮称）として認定する仕組みを検討すること等を進める、

③法律改正等

ア 社会福祉士及び介護福祉士法の改正

上記提言を受けて、2007（平成19）年に、社会福祉士及び介護福祉士法の改正が行われた。法改正及びそれに基づき実施された見直しの主な内容は以下のとおり。

a 介護福祉士の資格取得方法の見直し

- ・ 養成施設卒業者は、資格取得のためには、新たに国家試験を受験することとする。
- ・ 実務経験（3年以上）に加え、新たに6月以上の養成課程（通信等）を経た上で国家試験を受験できることとする。

b 社会福祉士の任要・活用の促進

- ・ 社会福祉士専修養成課程を終了後、2年以上の実務経験を有し6月以上の養成課程を経たものに、新たに国家試験の受験資格を付与する。
- ・ 身体障害者福祉司、知的障害者福祉司等の任用資格として、社会福祉士を位置づける。

イ 養成課程における教育内容の見直し

上記提言を受けて、介護福祉士及び社会福祉士の養成施設における教育内容についても見直しが行われた。そのポイントは以下のとおりである。

a 介護福祉士

○カリキュラムを、介護の基盤となる教養や倫理的態度の涵養に資する「人間と社会」、尊厳の保持、自立支援の考えを踏まえ、生活を支えるための「介護」、他職種協働や適切な介護の提供に必要な根拠としての「こころとからだのしくみ」の3領域に再編成して、次のように、カリキュラムの時間を増加。

・ 高校卒業者が養成施設で2年以上学習 1650時間以上→1800時間以上

・ 福祉系大学等の卒業生が養成施設で1年以上学習 900時間以上→1170時間以上

・ 実務経験3年以上の者が養成施設等で6月以上学習 600時間以上（新規）

○実習は、多様な介護現場における利用者等とのコミュニケーションや介護技術の確認等に重点を置いた実習と、1つの施設・事業所で継続して一連の介護過程を実践することに重点を置いた実習の組み合わせによる。

b 社会福祉士

○ 教育カリキュラムは、次の5つの科目群から構成されるものとされる。

- ・人・社会・生活の理解に関する知識と方法
- ・総合的かつ包括的な相談援助の理念と方法に関する知識と技術
- ・地域福祉の基盤整備と開発に関する知識と技術
- ・サービスに関する知識
- ・実習・演習

○ 実習・演習については、居院が課題別の事例を活用した実技指導を行う「相談援助演習」、施設・事業所における指導者による「相談援助実習」等から構成されるものとし、実習指導者は、原則として社会福祉士であって実習指導者研修を修了した者であること。

ウ 「今後の介護養人材養成のあり方に関する検討会」と実務経験者の介護福祉士試験受験要件としての実務者研修の実施延期

上記制度改正のうち、実務経験者の介護福祉士試験の受験要件として、実務者研修を義務化したことについては、人材確保が困難な中において介護福祉士の資格取得を目指す職員が減少してしまうのではないかという意見が強く寄せられたことから、厚生労働省は、2010（平成22）年3月、現場の諸君が意欲と希望を持って介護の仕事が続けていけるようなキャリアアップの仕組みについて、今後のあり方を検討するため、「今後の介護人材養成のあり方に関する検討会」を設置した。

同検討会が2011（平成23）年1月に公表した報告書のポイントは次のとおりである。

- 質の高いサービスの提供と、介護人材の確保という2つの目的を両立させていく観点から、介護職員に占める介護福祉士割合は、当面5割以上を目安とすること。
- 今後のキャリアパスは、「初任者研修修了者→介護福祉士→認定介護福祉士（仮称：資格取得後一定の実務経験を経て、幅広い知識・技術を身につけ、質の高い介護を行い、他の現場職員を指導できるレベルに達した介護福祉士を職能団体が認定）」を基本とすること。
- 実務経験者の受験要件としての実務者研修については、負担感を感じている職員が多いことから、当初想定600時間を450時間に短縮するとともに、受講しやすい環境を整備する。また、実務者研修の義務化の実施時期については、3年間延期し、平成27年度とする。

3 介護・福祉従事者に求められる専門性と社会福祉士・介護福祉士

ここまで触れてきたように、介護・福祉従事者の国家資格として介護福祉士及び社会福祉士とが創設され、改正されてきた理由を大別すると、介護・福祉従事者の社会的地位の向上と専門性の確保・向上の2点にまとめることができる。

このうち介護・福祉専門性の確保・向上について、介護福祉士及び社会福祉士は、その要請に応えることができてきたのか、また、今後どのような専門性が要請され、それにど

のように対応していくべきか、ついて検討していきたい。

(1) 介護福祉士

介護福祉士については、高齢者や障害者に対する介護行為（入浴、排泄、食事等）について専門的能力を有する者、とされている。介護行為そのものについては、介護福祉士でなくとも（例えば家族でも）行うことができるものであり、実際にも一般に行われているが、核家族化と高齢化が進む中で、従来は大家族（あるいは地域）や施設が担ってきた介護を核家族や在宅サービスが担う状況になり、専門性を備えた介護を自ら行うとともに、家族を指導する専門職を国家が育成・認定することが必要になってきたものである。

介護の専門性については、介護行為を適切に実施するための「介護技術」、家族等への「介護指導」を行うことのできる専門的知識・技術、あるいは「介護過程」（「情報収集→問題の把握→介護計画の立案→実施→評価」といったプロセス）を踏むことによる科学的根拠に基づいた介護実践といった点に、その根拠を見出す考え方が一般的⁽¹⁴⁾であり、介護福祉士についても、そうした観点から、現在の介護福祉士の持っている専門的能力が、そして、介護福祉士の養成課程、資格試験、さらには現任研修等が、こうした専門性に対応した内容になっているかが問題とされる。

こうした点については、介護福祉士自身も感じており、例えば、本間美幸・八巻貴穂・佐藤郁子が行った、北海道内の福祉施設の施設介護職責任者(2008)を対象とする調査においては、専門性が生かされていると思う業務について、「生活指導や介護指導（利用者や家族に対して）」及び「介護計画立案と評価」の項目が全体の多数を占めている。⁽¹⁵⁾ また、この調査及び、北海道内の介護福祉士会会員を対象とした調査(2010)のいずれの調査結果においても、介護福祉士自身が、「介護福祉士の専門性は必要であり、専門性を向上しようとする意識はあるものの、現実の介護福祉士の専門性段階は低くその現状に満足しておらず、専門性が必要であるとする意識との狭間で専門性向上に向けて模索している状況にあると思われる。」⁽¹⁶⁾としている。

その意味で、2007年の法改正が、今後大幅な増加が予想される高齢者独居世帯や認知症高齢者に対するケアの体制整備が必要であるとの認識の下、介護職員の専門性の強化の方策として資格の取得方法や養成課程における教育内容の見直し等の措置を講じたことは理解でき、必要なことであると思われる。

ただ、こうした議論については、介護・福祉サービス提供側だけから見た議論ではないか、という問題がある。2において、介護福祉士という国家資格を創設したことが、関係者及び行政の要請によるものであり、福祉サービス受給者側からの要請によるものではなかった、という点についてコメントしたが、こうした批判は、介護の専門性に係る議論についても存在する。

厚生労働省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」の第4回会合(H22.7.29)に、同検討会委員である樋口恵子氏が、NPO法人「高齢社会をよくする女性の会」が、要介護者及び家族に対するアンケート調査報告書「高齢者と家族が介護職員に期待するもの」を提出している。この調査結果においては、まず、「介護職員に必要な人柄と態度」との問いに対しては、①対応がやさしい、②責任感がある、③話を聞いてくれる、④この仕

事に喜びをもっている、⑤高齢者の能力生かすよう支援する、の順に回答が多く(多答式)、中でも要介護者本人については「話を聞いてくれる」が第1位(49.1%)であった。また、「介護職員に必要な専門性、技術」との問いに対しては、①状態の変化に応じた対応ができる、②身体介護が上手、③相談事に対応できる、④ケアマネージャー等とよくレラクがとれている、⑤認知症など専門知識が豊富、の順(多答式)であった。報告書においては、こうした回答を踏まえ、「介護の『専門性』について、これまでの論議の中では、介護の知識・技術(たとえば身体介護、認知症への対応など)と、人柄のやさしさ・一般の家事経験とは、対立してとらえるきらいがあった。今回の設問も、そうした傾向を踏まえている。しかし、これからの介護人材の『専門性の確立』(改正介護保険法附則)を考えると、その専門性には倫理性をはじめ、性格のよさ・やさしさは介護職員に必須の人間性として、備えるべきものとする。双方を含めて専門性というべきであり、二者択一に考えるものではない。」⁽¹⁷⁾としている。この調査報告の指摘は、従来の介護福祉士の専門性の議論に、介護の受け手としての高齢者(および家族)の視点が欠けていたことを示している。

また、和田幸子は、自らの介護概論の講義や訪問介護員2級養成研修の講義で、学生や受講者に聞くと、多くの者が、歯科医師については「治療技術に優れているが無愛想である」を「治療技術は劣るが愛想がよい」よりも選択するのに、介護職員については「介護技術は劣るが愛想がよい」を「介護技術に優れているが無愛想である」よりも選択することを例に掲げ、それは、「専門的知識・専門的技術で武装し、『介護する者』として優位に立たれるような関係を利用者は望んでいないということである。」⁽¹⁸⁾としている。そして、「認知症高齢者に必要な専門知識・技術、疾病のある高齢者に対応できるような医療知識や、自立支援に向けての介護技術、社会福祉制度や利用に関する知識などのような技術は必要であるが、そのような知識・技術をもてば、介護福祉士としての専門性の必要十分条件を満たすのか。」と問い、その上で、「『身』に触れる介護福祉士に求められる専門性として『安心』という概念の構築が重要と考える。」「『安心』の中で、自立への意欲が喚起されてくるのではないだろうか。」⁽¹⁹⁾としている。こうした「自立支援としての介護(介助)」は、障害者の自立支援においてはしばしば語られるものであるが、高齢者介護においては、ともすれば忘れられがちな視点である。

このような、高齢者等に寄り沿った介護に専門性を見出す考え方に対しては反論もある。阿部真大は、近年高齢者介護において推進されているユニットケアが多くの若いケアワーカーにやりがいをもたらしながら、それゆえに、現在の低い介護報酬の下では、不安定な労働条件(賃金の低さ、勤続年数の短さ等)の下でのワーカホリック、ひいてはバーンアウトに繋がっているとする。⁽²⁰⁾また、阿部は、ケアワークは、利用者とのコミュニケーションに基づき、ひとりひとり異なった利用者のニーズに対応してケアを提供する、専門化に適さない「気づき」の労働であり、看護師のような専門職化とそれによる社会的地位の向上にはなじみにくいにもかかわらず、若いケアワーカーが専門職化の夢を追うことがかえって現在の問題を隠蔽しているとする。⁽²¹⁾そして、解決策として、介護報酬の引き上げか、それが困難な場合は、ボランティアに「気づき」の労働をしてもらい、職員は

技術的な仕事に専念するという仕事の分担を提案している。⁽²²⁾

もっともこうした考え方に対しては、飯田大輔が、介護の目的は、看護と同様、「生命力の消耗を最小にするように生活過程を整える」ことであり、例え利用者に叱られても、その目的から見て彼らにとって最善のケアを提供することに介護の専門性がある、と反論する。⁽²³⁾

このように、介護の専門性については、様々な議論があるところであるが、筆者は、介護の専門性については、「支援」の考え方により整理できるのではないかと考えている。「支援」は、社会福祉基礎構造改革において、従来の措置制度の下において高齢者等が行政の権限と責任により「保護」されていたことに対し、利用者自身が福祉サービスを選択して利用し生活することが基本であり、行政やサービス事業者はそうした高齢者等の自立した生活を「支援」することが役割である、という理念を説明する上での基本的な言葉であるが、この「支援」は、介護の考え方の整理にも利用できると考える。

すなわち、介護職員においては、利用者の意向をできるだけ尊重してその生活を支えるために適切なサービスを提供するが、他方で、全て利用者の意向に従うのではなく、利用者の意向であっても、それが利用者の生活（あるいは生命力）を大きく損なうようなものであれば、それを排除し適切な生活を送ることができるようにサービスを提供することもある。こうしたものを含めたサービスの提供全体が「支援」なのではないかと考える。⁽²⁴⁾

こうした支援を行うためには、利用者の介護に関する医学や福祉制度等に関する確かな知識とともに、それを実行するノウハウを持つこと、そして、それに立脚して、真に利用者のためになるサービスを提供すること、それこそが介護職員の専門性であり、こうした意味での専門性を身につけることができるよう、介護福祉士養成施設での教育や介護福祉士の研修が実施されることが必要であると考えられる。

なお、介護職員の専門性に関しては、次のような点に留意することが必要であると思われる。

第一に、介護職員については、今後の高齢化の進展に対応して、今後、大幅に人材を確保していくことが必要になることが見込まれている⁽²⁵⁾。そうした状況において、介護福祉士のハードルを高くすることについては、人材確保への努力に水を差すことになりはしないか、という危ぐがある。厚生労働省が、2011（平成 23）年 1 月の「今後の介護人材養成のあり方に関する検討会」報告書において、実務経験者の受験要件としての実務者研修について、当初想定時間を短縮するとともに、義務化の実施時期を 3 年間延期したことは、介護福祉士を目指す多くの職員が現状において実務研修義務化に負担を感じている状況の下ではやむを得ない面があり、受講しやすい環境整備が何よりも必要であろう。

また、上記報告書で提案されている認定介護福祉士（仮称）も踏まえ、ゼネラリストである介護福祉士と、スペシャリストである認定介護福祉士（仮称）との役割分担を明確にすることで、介護福祉士資格取得についての負担感を緩和するとともに、資格取得後のキャリアアップの目標もできることになろう。（ただ、同報告書では、認定介護福祉士（仮称）について、職能団体が主役となって認定する仕組みとすることが適当であるとしているが、介護福祉士の職能団体である日本介護福祉士会が、研修等についてかなりの実績を付いて

いることは認められるが、現在のような低い組織率（約 5%）⁽²⁶⁾ のままで日本介護福祉士会がスペシャリストの資格を会員以外の者についても認定することがいいのかについては疑問なしとしない。）

第二に、福祉事業への就業後や介護福祉士資格取得後における専門的知識、技術修得の場づくりの必要性である。

上記の「今後の介護人材育成のあり方に関する検討会」報告書においても、介護人材のキャリアパスについて、「介護の世界で生涯働き続けることができるという展望を持てるようにするため、今後は以下のように整備していくことを基本とする」と提言されている。

「①介護職への入職段階～初任者研修修了段階」



「②一定の実務経験後（実務経験 3 年以上）/介護福祉士養成施設卒業～介護福祉士資格修得段階」



「③介護福祉士資格取得後更に一定の実務経験後～認定介護福祉士段階」

ただ、近年の福祉事業の特色として、NPO 法人による事業や、社会福祉法人による事業でも地域密着型事業等においても、少ない従事者で行う事業が多く、介護職への入職後数年の、20 代後半や 30 代前半の年齢において事業所におけるサービス実施やあるいは事業所全体の運営を任せることが多くなってきている。また、そうした事業の利用者も、認知症高齢者や発達障害者等、専門的ケアが必要な者も増加している。そうした中で、若い福祉事業従事者が、相談する人もなく、また、研修を受ける余裕もない状況で、孤立し疲弊し、しまいには離職してしまうという例が少なくない。

こうした状況を打開するため様々な取組がされているが、筆者が勤務する北大の所在する北海道では、若手福祉従事者たちが道の助成を受けてネットワークを作り、取り組んでいる。ここでは、若手福祉従事者が高校に出かけて出前授業を行う等様々な事業をしているが、その一環として、北海道内の若手福祉従事者（10 代～30 代）を対象にアンケートを行っており、その結果でも、今後とも福祉の仕事が続けたいとの思いを持っている若手従事者が多いが、利用者の支援に関する技術・知識を高める研修を望んでいる等、意欲を持ちながら職務に必要な専門性に自信が持てず悩んでいることが伺われ、今後の介護・福祉従事者を確保していく観点から、こうした悩みに応える取組が求められている。

（2）社会福祉士

社会福祉士に関しては、その専門性自体が、特定分野における知識技術を極めていくことにより身に付くというのではなく、幅広い分野の知識や様々な技術を身につけ、それを総合的に駆使して、高齢者や障害者等を支援していくという点にあるため、なかなかわかりにくく、また実践を通じてでないとなかなか身に付きにくいという面もある。2 で触れた、「社会福祉タマネギ論」は、社会福祉士についてそのままあてはまるのである。

その意味で、前述の福祉部会報告が、実習・演習のあり方や、資格取得後の職能団体における体系的な研修の必要性等を指摘したことは理解できるところである。

ただ、気になるのは、厚生労働省自身も、そして、社会福祉士の職能団体である日本社

会福祉士会も、社会福祉士の役割として、相談・助言や関係者の連絡調整関係の業務を中心に置いていることである。例えば、法律における社会福祉士の定義は、「専門的知識及び技術をもって、身体的若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者……との連絡及び調整その他の援助を行うこと……を業とする者をいう。」とされ、また、前出の福祉部会報告においても、社会福祉士の活躍が期待される分野として、次の5つが挙げられている。

- ・地域包括支援センター等における地域を基盤とした相談援助
- ・相談支援事業や就労支援事業による障害者の地域生活支援
- ・生活保護制度における自立支援プログラムによる就労支援の推進
- ・権利擁護、成年後見制度等の新しいサービスの利用支援
- ・地域福祉計画の策定等の新しい行政サービスへの対応

相談・支援や関係者の連絡調整が高齢者や障害者の支援にとって重要であり、また、それを担うことが社会福祉士にとって重要な業務であることを否定するつもりは全くないが、それだけでは、あくまで既存の地域の福祉資源の活用と調整に留まることになる。地域において適切なサービスが存在しない場合や福祉資源が乏しい場合は、サービスの創出を他者に働きかける以外、社会福祉士には対応するすべはないのだろうか。

近年、地域福祉の重要性が認識されてきている。高齢者や障害者等が地域で生活していくためには様々なニーズがある。そうしたニーズに応えていくためには、もちろん、介護保険法や障害者自立支援法等に基づく事業を実施していくことは大事であるが、それだけで地域における様々な福祉ニーズの全てに応えていくことはできない。そのため、近年では、デイサービスや就労支援事業あるいはグループホームといった法律上の事業だけでなく、それと併せ、誰でも利用できるサロンやパン屋・カレーショップ等の法律外の事業等を組み合わせて実施し、そこを様々な人々が集まる「居場所」や、高齢者が幼児の世話をしたり障害者が働く場として活用していく事業が各地で展開されている。そうした「共生型」事業は、高齢者や障害者が、「支援される」だけでなく、地域の人々とたがいに「支え合う」場として、高齢者や障害者が地域の人々と共に生きる、福祉を通じた地域づくりとして、近年注目されるようになっていく。

こうした取組を担っているのは、学生や20代、30代といった若い人々が多く、彼らは、従来の福祉の発想にとらわれることのない地域福祉の事業を進めている。

こうした新しい取組は、社会福祉士の活動と縁がないものなのであろうか。むしろ、高齢者や障害者の地域生活づくりや福祉を通じた地域づくり等の取組は、本来、社会福祉士が、その重要な担い手として取り組むべき事業なのではないのだろうか。

しかし、社会福祉士は、相談支援や連絡調整が業務の中心とされているため、このような新しい取組に必要な事業の「企画力」を身につけるような養成はされていない、そのため地域にニーズがあっても把握できず、また、把握しても、それを自らその地域に適した事業として展開する能力に欠けていることが多い。

実際、こうした新しい事業を担っているのは、福祉教育を受けた人以外の人であること

が多く、また福祉系大学やその卒業生が担っている場合でも、その事業企画力は、福祉教育において身に付いたものではなく本人たちの実践を通して身に付けたものである。

こうした事業企画力は、現在の福祉系大学における講義や実習・演習で行われているものではなく、むしろ、起業あるいは社会的企業(Social Enterprise あるいは Social Business)と言われる分野で提唱されているノウハウに近い。また、狭い意味での「事業」(ないしは「企業」)の立ち上げだけでなく、地域の様々な人々と連携した地域づくり・まちづくりの企画という面ももつものである。

相談支援や連絡調整といった、福祉分野における伝統的なソーシャル・ワークが社会福祉士の仕事であるという従来の考え方からすれば違和感があるかもしれないが、逆に、そうした、いわば受け身とも言えるソーシャルワーク観念(自分で事業を行うのではなく、あくまでコーディネーター)が、社会福祉士の活動と役割を一般の人々から見えにくくしている、という面はないだろうか。社会福祉専門職に関する研究者の中にも、わが国の法律における社会福祉士の定義が「相談援助」業務を重視し過ぎている、と批判する者もある⁽²⁷⁾。

今後、社会福祉士が、福祉を通じた地域社会づくりの不可欠な存在として社会から認められていくためには、相談支援や連絡調整に留まらず、地域と連携した新たな事業の企画・実行といった積極的な取組にまで踏み込んで自らの役割を果たしていくことが必要ではないかと思われる。

注

- (1) 特集座談会「社会福祉士及び介護福祉士法の成立と今後の展望」における村田正子氏の発言(「月刊福祉」1987年8月号)
- (2) 同座談会における瀬田厚生省社会局庶務課長の発言
- (3) 京極(1992)p.28
- (4) 同上 p.29
- (5) 同上 p.29
- (6) 特集座談会「社会福祉士及び介護福祉士法の成立と今後の展望」における瀬田厚生省社会局庶務課長の発言(「月刊福祉」〇年〇月号)
- (7) 京極(2008)p.79
- (8) 京極(2008)p.62
- (9) 同上 p.79
- (10) 同上 p.79
- (11) 同上 p.79
- (12) 「保健医療・福祉マンパワー対策本部中間報告」(平成3年3月厚生省大臣官房(保健医療マンパワー対策本部))
- (13) 社会保障審議会福祉部会(平成18年9月20日)における厚生労働省中村社会・援護局長挨拶

- (14) 本間・八巻・佐藤(2008)p.46
- (15) 同上 p.46
- (16) 本間・八巻・佐藤(2010)p.140
- (17) 「アンケート調査報告書 高齢者と家族が介護職員に期待するもの」(2010年7月29日「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」第4回資料1 樋口委員提出資料)
- (18) 和田(2005)p.99
- (19) 同上 p.99
- (20) 阿部(2007)p.45-59
- (21) 同上 p.84
- (22) 同上 p.102-106
- (23) 同上 p.116-121
- (24) 考え方としてはこのように整理できるが、実際の介護の現場において、どこまでが「自立支援」であり、どこからがかえって自立を阻害する行為かという判断はなかなか難しいことが少なくないことは事実である(例えば、訪問介護における生活援助で、調理の際、何を高齢者本人にしてもらい、ヘルパーは何をするか等)。
- (25) 「これからの介護を支える人材について—新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて—」(2006年7月 介護福祉士のあり方及びその要請プロセスの見直し等に関する検討会)によると、「介護職員の需給見通しについて、ごく粗い遺産によると、2000年〔平成16年〕の介護保険事業に従事する会後職員数(実数ベース)をもとに、要介護認定者数、介護保険利用者数の今後の伸び率及び後期高齢者(75歳以上)数の推計の伸び率を掛けることにより、機械的に2006年〔平成20年〕、2011年〔平成23年〕、2014年〔平成26年〕の会後職員数を推計すると、いずれの場合でも、2014年〔平成26年〕の介護職員数は、140~155万人程度となり、年間平均4.4~5.5万人程度の増加と見込まれる。更に、後期高齢者数の推計を用いて、2024年〔平成36年〕及び2030年〔平成42年〕の介護職員数を推計すると、それぞれ約180万人、約190万人となる。」とされている。
- (26) 厚生労働省省内事業仕分け第23回(2010年12月6日)における日本介護福祉士会関係資料3「(社)日本介護福祉士会<<論点等説明資料>>」
- (27) 秋山智久(2007)p.120

参考文献

月刊福祉 1987年8月号「特集『社会福祉士及び介護福祉士法』の成立と今後の展望」

全国社会福祉協議会

京極高宣(1992)「日本の福祉士制度—日本ソーシャルワーク史序説」中央法規

京極高宣(2008)「医療福祉士への道—日本ソーシャルワーカーの歴史的考察—」医学書院

本間美幸・八巻貴徳・佐藤郁子(2008)「介護福祉士の専門性に関する研究—福祉施設介護責任者の意識調査結果から—」『人間福祉研究』2008 No.11 p.39-49 北翔大学

本間美幸・八巻貴徳・佐藤郁子(2010)「介護福祉士の専門性に関する研究～北海道介護福祉

士会会員の意識調査結果から（第1報）～」『人間福祉研究』2010 No.13 p.131-144
北翔大学

和田幸子(2005)「介護福祉士の専門性を高めるために」『大阪城南女子短期大学研究紀要』
No.39 p.89-102 大阪城南女子短期大学

阿部真大(2007)「働き過ぎる若者たち 『自分探し』の果てに」生活人白書 221 日本放送
出版協会

秋山智久(2007)「社会福祉専門職の研究」ミネルヴァ書房

平成 22 年度 厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)）

「社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する研究」

分担研究報告書

医療分野の専門職の確保—ドイツにおける政策動向—

分担研究者 松本勝明 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

研究要旨

本研究では、医師の確保を中心に、ドイツにおける医療分野の専門職の確保に関する政策動向を把握することを目的としている。このため、文献調査及び現地調査を行い、その結果を基に、医師確保に影響を及ぼす要因を分析し、それとの関連において医師確保のための政策的な対応について考察を行うこととした。

この結果、医師の養成・確保を巡る問題点、医師不足を巡る認識の相違、医師確保のために検討されている政策的な対応、その実施に向けた問題点などが明らかとなった。

本研究の成果は、医師の確保・定着を図るためには、大学医学部入学定員の増加にとどまらず、その妨げとなっている諸要因に対応した包括的な対策が必要であることを示唆するとともに、具体的な対策の検討に役立つ重要な情報を含んでいる。

A. 研究目的

本研究では、社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する最も重要な課題の一つである医療分野の専門職の確保についての検討に資するため、医師の確保を中心としてドイツにおける政策動向を把握することを目的としている。

このため、まず医療分野の従事者の全般的な状況、医師の養成教育制度及び医師数等の現状を把握した上で、医師確保に影響を及ぼす要因を分析し、それとの関連において医師

確保のための政策的な対応について考察する。

B. 研究方法

文献調査等の他に、ドイツにおける医療制度及び医療政策に関して専門的な研究を行っている研究機関を訪問し、医師の受給を巡る状況、現状に対する評価、医師確保のための対策の在り方などについて、専門家からのヒアリング、意見交換及び資料収集を行う。

（倫理面への配慮） 該当しない。

C. 研究結果

ドイツにおいても、高齢化の進展等に伴い、医師の確保に関しては様々な問題が出てきている。全国的な医師の総数が不足しているかどうかについては政党間や、医師側と医療保険の保険者である疾病金庫側との間で意見の対立がみられるが、旧東独州の家庭医不足が深刻な状況にあることなどは共通認識となっている。

このため、現在、連邦保健省を中心として、政策的な対応策の検討が進められている。重要な点は、医師の確保には様々な要因が影響を及ぼしていることに対応して、実際に検討されている対策は、大学医学部入学定員の増加にとどまらず、教育内容の改善、保険医の配置の適正化、過少供給地域での開業の促進、ワーク・ライフバランスの確保など広範な内容を含んでいることである。

これらの対策の実施に必要な法律を制定するためには、野党や州政府の合意が不可欠である。また、医療保険の支出増加を伴う対策は、負担側である疾病金庫にとって容易に容認できるものではない。

このため、実際に実施されることになる対策は、今後の関係者間での協議の結果にも左右されることになると考えられる。

D. 考察及びE. 結論

本年度の研究を通じて、ドイツにおける医

師確保に影響を及ぼす諸要因と医師確保のための政策的な対応に関して重要な情報を得ることができた。これらは、医師の確保・定着を図るためには、大学医学部入学定員の増加にとどまらず、その妨げとなっている諸要因に対応した包括的な対策が必要であることを示唆するとともに、具体的な対策の検討にも役立つものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

医療分野の専門職の確保—ドイツにおける政策動向—

松本 勝明

(国立社会保障・人口問題研究所 政策研究調整官)

はじめに

我が国における社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する最も重要な検討課題の一つは、高齢化の進展等に対応した医療分野の専門職の確保である。この問題への対応は、国民に適切な医療を保障する観点から重要であるのみならず、国、地方公共団体及び医療保険の財政に大きな影響を及ぼす可能性がある。

本稿においては、この問題についての検討に資するため、医師の確保を中心に、ドイツにおける政策動向を取り上げることにする。その理由の一つは、ドイツでは、我が国と同様に、医療保険制度の枠組みにおいて、自由業としての開業医と公私立の病院に勤務する医師が医療提供の中心的な役割を担っていることにある。もう一つの理由は、ドイツでは、特に 2009 年の政権交代以降、医師不足対策が政治的にも重要な問題として位置づけられ、この問題への政策的な対応について活発な議論が行われていることである。

以下においては、まず、医師を含む医療分野の従事者について、就労状況や資格制度の概要を把握する。それを前提として、医師の養成教育制度、医師数等の現状、医師確保に影響を及ぼす要因、医師確保を巡る議論及び政策的な対応について検討を行う。

1. 医療従事者の状況

医療は、人々の健康を維持・増進・回復するために欠くことのできないものである。また、医療は経済的な価値を生み出すことや雇用を創出することにも貢献しているといえる。医療分野では、医師、看護師をはじめ様々な職種の方が就労している。それらの者の就労状況及び資格制度の概要は次のとおりである。

(1) 就労状況

医療分野の従事者(以下「医療従事者(Gesundheitspersonal)」という。)の全体的な状況は、連邦統計庁(Statistisches Bundesamt)が発表している医療従事者計算 Gesundheitspersonalrechnung(GPR)により把握することができる。GPR は、第一義的に健康の確保・予防・回復に資する活動が行われる「医療分野(Gesundheitswesen)」で従事している者をその職種にかかわらず対象としている(Statistisches Bundesamt, 2010: 4)。したがって、この場合の医療従事者には、医師や看護師のように医療サービスの実施に直接携わっている者だけでなく、病院で清掃、調理などに従事している者も含まれる。

医療従事者の総数は 2009 年現在で約 474 万人となっている(表 1)。この数は、ドイツにおける全就労者のおよそ 11%に相当する。医療従事者の総数は 2000 年から 2009 年までの間に 62 万人(15%)の増加となっている。しかし、これを常勤換算した人数でみると、この

期間における医療従事者数の増加率は全体で9%にとどまっている。その理由としては、パートタイム就労の従事者の割合が2000年の26%から2009年には31%へと上昇したことがあげられる。また、従事者の性別をみると、女性の割合が2000年では72%、2009年ではさらに上昇して74%となっている。このように女性の割合が大きいことは医療従事者の全体的な特徴であるといえる。

(表1) 医療従事者数の推移

	2000年 (千人)	2009年 (千人)	増加 (千人)	増加率
医療従事者	4115	4735	620	15.1%
-常勤換算	3290	3595	305	9.3%
-パートタイム (割合)	1071 26.0%	1471 31.1%	400	37.3%
-女性 (割合)	2958 71.9%	3486 73.6%	528	17.8%
医療サービス職	2233	2696	463	20.7%
-常勤換算	1780	2033	253	14.2%
-パートタイム (割合)	581 26.0%	840 31.2%	259	44.6%
-女性 (割合)	1772 79.4%	2154 79.9%	382	21.6%
医師	295	326	31	10.5%
-常勤換算	266	292	26	9.8%
-パートタイム (割合)	31 10.5%	51 15.6%	20	64.5%
-女性 (割合)	109 36.9%	138 42.3%	29	26.6%
看護師	718	812	94	13.1%
-常勤換算	548	581	33	6.0%
-パートタイム (割合)	222 30.9%	303 37.3%	81	36.5%
-女性 (割合)	623 86.8%	698 86.0%	75	12.0%
社会福祉職 老人介護士	242	388	146	60.3%
-常勤換算	211	293	82	38.9%
-パートタイム (割合)	75 31.0%	191 49.2%	116	154.7%
-女性 (割合)	210 86.8%	337 86.9%	127	60.5%

出典: Statistisches Bundesamt (2010)に基づき筆者作成。

医療従事者のうち、医療サービスの実施に直接的に携わっている「医療サービス職(Gesundheitsdienstberufe)」の人数は、2009年では約270万人(常勤換算で約203万人)となっている。この人数は、2000年と比較すると21%(常勤換算で14%)の増加となっており、医療従事者の総数よりも高い増加率となっている。医療サービス職のうち、パートタイム就労を行っている者の割合は31%である。また、医療サービス職に占める女性の割合は、2009年で80%であり、医療従事者全体に占める女性の割合よりも大きくなっている。職種別では、医療サービス職の中で最も人数が多いのは看護師(Gesundheits- und

Krankenpfleger/in)である。看護師の数は2009年には約81万人となっており、医療サービス職の30%を占めている。看護師の数は2000年と比べると13%の増加となっている。しかし、常勤換算では、看護師数はこの期間で6%の増加にとどまっている。看護師のなかでも病院等の入院施設で働く者の数に関しては、これとは違う動きがみられる。2000年から2009年の間に、入所施設で働く看護師は、総数で4%の増加にとどまっており、常勤換算では逆に約7000人の減少となっている。看護師のうちパートタイム就労を行っている者の割合は37%となっている。看護師に占める女性の割合は、2009年では86%であり、2000年と同程度の水準にある。

医師(Arzt/Ärztin)の数は、2000年の約30万人から11%増加し、2009年には約33万人となっている。常勤換算でも、医師数はこの間に10%増加している。医師の場合には、パートタイム就労を行っている者の割合が16%と、他の職種に比べて顕著に低く、また、性別では男性が過半数を占めている点に大きな特徴がある。ただし、パートタイム就労を行っている医師の71%は女性である。

医療従事者のうち、社会福祉職(Sozialberuf)として区分される老人介護士(Altenpfleger/in)¹の数は、要介護高齢者の増加に伴い2000年の約24万人から2009年には約39万人へと大幅(60%)な伸びを示している。常勤換算でも、老人介護士数はこの期間で39%の増加となっている。老人介護士に占める女性の割合は看護師と同程度であるが、パートタイム就労を行っている者の割合は看護師よりも高くなっている。

(2)資格制度の概要

医師その他の医療関係職(Heilberuf)²の許可に関しては、連邦がその立法権限を行使しない間、その限度において州が立法権限を有するものとされている(基本法第72条及び第74条第1項第19号)³。連邦憲法裁判所(Bundesverfassungsgericht)の見解によれば、職務の遂行によって健康上の危険をもたらす恐れがある場合には、全国統一的な質の基準を定める必要性が生じる⁴。同裁判所は、このような必要性を看護師や老人介護士の場合には認めているものの、看護補助師や老人介護補助士の場合には認めていない。

実際には、医療関係職の資格のうち、大学教育により養成教育が行われる医師、歯科医師(Zahnarzt/ärztin)及び薬剤師(Apotheker/in)の資格は、連邦法により全国統一的に定められている。これに対して、大学教育によらずに養成教育が行われる医療関係職の資格は、連邦法又は州法により定められている。このうち、連邦法で定められているものとしては、看護師、老人介護士、助産師(Hebamme)などの資格が挙げられる。一方、州法で定められ

¹ この場合の老人介護士の人数には、介護ホーム(Pflegeheim)などで従事する者が含まれているが、老人居住ホーム(Altenwohnheim)のように健康上の問題の解消や緩和を主たる目的としない施設に従事している者は含まれていない。

² この「医療関係職」には老人介護士が含まれる。

³ この場合の「許可」は資格取得に関するものであり、卒後教育に関する権限は州に属している。

⁴ Bundesverfassungsgericht, Entscheidung, 2 BvF 1/01 vom 24. 10. 2002, S. 23.

ているものとしては看護補助師(Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in)などの資格が挙げられる。州法で定められた資格を取得する前提となる養成教育の内容には州による違いがある。また、必ずしも全ての州において当該資格のための養成教育に関する定めが行われているわけではない。このため、ある州で定められた資格は必ずしも他の州で認められるとは限らない。このことは養成教育を修了した者が州間で移動することを妨げる原因となる。さらに、養成教育の質にも州の間での格差が生じる恐れがある。

一方、医療関係職の卒後教育は、基本的に州の権限に属するものとされている。大学教育によらずに養成教育が行われる医療関係職に関しては、2005年6月現在で、州法により合計149種類の卒後教育が定められている⁵。そのなかで最も多いのは、特定の分野(例:小児専門看護、麻酔・集中治療)に関する専門看護師となるための卒後教育である。また、施設・事業の管理者となるための卒後教育や、養成教育に携わるための卒後教育も設けられている。

医療は基本的に医師の資格を有する者のみ許されている。これに対して、看護師及び老人介護士の資格に関しては、養成教育や名称の保護のための規定が設けられているものの、その資格を有する者にのみ許される行為は定められていない。つまり、前者がいわゆる「業務独占」の資格であるのに対して、後者はいわゆる「名称独占」の資格となっている。

2. 医師の養成教育制度

(1)養成教育(Ausbildung)

19世紀に至るまで、医療はBader(理髪師兼外科医)、Chirurg(外科医)、Geburtshelfer(産科医)、Dentist(歯科療士)といった様々な独立した職種により行われていた(Nagel, 2007: 317)。1869年に制定された北ドイツ連盟(Norddeutscher Bund)の営業法(Gewerbeordnung)により初めて「医師(Arzt)」及び「歯科医(Zahnarzt)」の名称に対する法的な保護が行われることになった。それ以前にも、大学での教育を受け、卒業試験に合格することにより医師となる養成課程が定められていた。しかし、それは、専門知識を有することについての法律上定められた証明書や国家免許とは結びついていなかった。

今日では、医師の養成教育及び免許が、連邦医師法⁶及びこれに基づく医師免許規則により定められている。連邦医師法によれば、今日、ドイツにおいて医師の仕事を行おうとする者は医師免許を持たなければならない(同法第2条第1項)。医師免許を取得するためには、大学医学部における最低6年間の教育課程を修了し、医師国家試験に合格しなければならない(同法第3条第1項第1文第4号)。

①大学医学部への入学

⁵ この数字は、Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen vom 28. Juni 2005, Bundesanzeiger Jahrgang 57, Nummer 218aによる。

⁶ Bundesärzteordnung vom 16. April 1987, BGBl. I S. 1218.

ドイツは、連邦制をとっており、行政権限は連邦と全国に 16 ある州によって分担されている。大学制度をはじめ、学校制度は州の権限に属しており、大学の大部分は州立である。私立大学も存在するが、大部分は小規模のものである。このため、大学生の 97%は州立の大学に通っている(Societäts-Verlag, 2005: 113)。

大学に入学するためには、まず、一般的な大学入学資格である **Abitur** に合格しなければならない。**Abitur** に合格した者は原則として任意の専門分野を選んで大学で学ぶことができる。ただし、大学の任務を果たすためにやむを得ない場合には、入学に制限を設けることができる。

医学部の場合には、入学定員に応じた入学許可数の制限(**Numerus clausus**)が設けられている。このため、**Abitur** 合格者のなかでも成績優秀者が優先的に入学を許可される。**Abitur** で抜群の成績に及ばなかった合格者が、それでも医学を学ぶために待機リストに載せられて翌年のチャンスを待つことも珍しくない(村上, マルチュケ, 2002: 76)。

医学部入学応募者への入学許可は、具体的には次のように行われている⁷。まず、大学に学生として在籍することを認める中央機関である大学入学許可財団(**Stiftung für Hochschulzulassung (SfH)**)は、全国の大学医学部定員の 20%を **Abitur** の成績順に応募者に付与している。また、**SfH** は全国の大学医学部定員の 20%を入学するために待機している期間に応じて応募者に付与している。この待機期間には、**Abitur** 取得後の期間から、授業などを受講するために大学に登録した期間を控除して算定される⁸。残りの定員、すなわち医学部入学定員の 60%は各大学により応募者に直接付与されている。各大学は、それぞれの入学許可基準を定めている。このため、入学許可に当たって、**Abitur** の成績しか考慮しない大学もあれば、その他に面接試験の結果や保健医療分野で医師以外の職種の養成教育を受けた期間などを考慮する大学もある。

②医学部における教育課程

医学部での教育課程は、連邦医師法に基づき連邦保健省が定めた医師免許規則⁹において規定されている。医学部での教育課程は、従来、臨床前課程と臨床課程に区分され、臨床前課程においては、自然科学及び医学に関する基礎的な授業が行われていた。この区分は、2002 年に行われた医師免許規則の第 8 次改正により廃止され、今日では学生がより早い時期から実践的な学習を行うことが可能となっている。同規則によれば、医師の養成教育は次にもものから構成されている(図 1)。

- 1 年間(48 週間)の実習教育を含む 6 年間の大学医学部での教育¹⁰

実習教育は医学部での教育の最終年に行われる。学生は、内科学、外科学及び一般医学

⁷ 以下の内容は、SfH のホームページ(<http://www.hochschulstart.de>)による。

⁸ 2010/2011 年の冬学期では、**Abitur** の成績にかかわらず入学許可を得るためには待機期間が 13 学期(6 年半)以上でなければならない。

⁹ **Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002, BGBl. I S. 2405.**

¹⁰ 第 2 段階の医師国家試験までを含めると全体で 6 年 3 か月の期間となる。

(Allgemeinmedizin)¹¹の三分野においてそれぞれ16週間ずつの実習教育を受ける。実習教育は、大学病院又は州当局の承認を得て大学が指定した病院などにおいて行われる。

- 応急処置(erste Hilfe)に関する教育

学生は、ドイツ赤十字などが行う講習に参加し、授業と実技教育を通じて応急措置に関する基礎知識と実践的な能力を習得する。

- 3か月間の病院での看護業務(Pflegedienst)

学生は、病院の運営や組織に関する基礎知識を得るとともに、通常の看護活動について知ることを目的として、大学での授業のない期間に看護業務を行う。

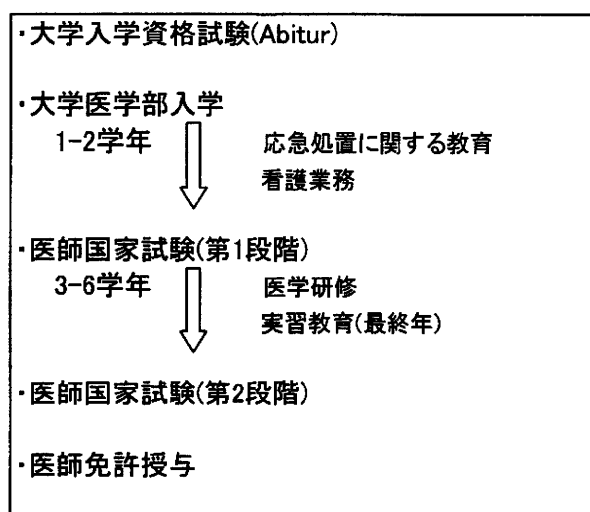
- 4か月間の医学研修(Famulatur)

学生は、外来医療施設及び病院における診療について知ることを目的として、大学での授業のない期間に医学研修を行う。前者において1か月、後者において2か月行うことが必須であり、残りの1か月はいずれかの施設での研修に充てることができる。

- 医師国家試験

医師国家試験は2段階で実施される。第1段階の試験は2年間の教育修了後に行われ、第2段階の試験はさらに4年間の教育(1年間の実習教育を含む。)修了後に行われる。学生は、第1段階の試験に関する届出を行うまでに「応急措置に関する教育」及び「看護業務」を、第1段階の試験に合格してから実習教育を開始するまでの間に「医学研修」を修了しなければならない。

(図1)医師養成教育の概要



出典: 筆者作成。

(2) 卒後教育(Weiterbildung)

¹¹ 一般医学に換えて内科学・外科学以外の専門分野の実習教育を受けることも認められている。

大部分の医師は医師免許取得後に公式の卒後教育を受けている(Nagel, 2007: 318)。この卒後教育の内容及び期間は、州医師会(Landesärztekammer)¹²の卒後教育規則(Weiterbildungsordnung)及びこれを補完する卒後教育指針(Weiterbildungs-Richtlinie)により定められている。卒後教育は、養成教育を修了し、医師免許を取得した者に、特定の分野の診療についての掘り下げた知識、経験及び技能を習得させることをねらいとしている。卒後教育は、当該医師が卒後教育施設で卒後教育に関する資格を有する医師の指導の下で適切な報酬を受けて数年にわたり職務を遂行することにより行われる。

個別の卒後教育の目的、期間及び内容は、専門分野、専門領域などに応じて定められている。定められた期間及び内容の卒後教育を受け、試験に合格することにより当該卒後教育を修了したものと認められる。卒後教育を修了した医師は、当該専門分野(例: 一般外科学、小児・青少年医学)を標榜することができる。それに加えて、さらなる卒後教育を受けることにより、専門領域(例: 小児・青少年医学の専門分野としての新生児学)の標榜や付加的な標榜(例: アレルギー学、スポーツ医学)を行うことができる。

(3) 継続教育(Fortbildung)

各州の医療関係職法(Heilberufsgesetz)により、全ての医師はその職業を行う場所(職業を行わない者の場合はその住所)を管轄する州医師会の会員となる。これにより、全ての医師は州医師会の定める医師職業規則(Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte)を遵守することが義務づけられている。医師職業規則は全ての医師に患者の診療を誠実にを行うことを義務づけている。また、同規則は、職業を行う医師に職務遂行に必要な継続教育を受けることを義務づけている。この継続教育の意義及び目的は、医師の職業を行うのに必要な専門知識を常に最新の状態に保つことである。州医師会は、医師の継続教育を促進する役割を担っている。

3. 医師数等の現状

ドイツにおいては、2009年現在で約32万6000人の医師が職業に従事している¹³。そのうち、外来部門に従事している医師は約14万人、入院部門に従事している医師は約15万8000人、行政機関などその他の部門に従事している医師は約2万8000人となっている。外来部門で従事している医師の大部分(約90%)は自ら開業している医師であり、雇用されている医師の割合は小さい。職業に従事している医師一人当たりの住民数は2009年現在で252人となっている。この数は、日本や米国に比べると相当に少ないが、2004年に旧東欧諸国が新規加入する前からEUに加盟している15か国のなかでは中位にある。医師一人当

¹² 州医師会は公法上の法人であり、医師の職業倫理と質の維持などに関する使命を有している。州医師会は州単位で設立されているが、人口が最も多い州であるノルトライン・ヴェストファーレン州は2つの地域に区分され、それぞれを管轄する州医師会が存在する。このため、全国で17の州医師会が存在している。連邦レベルでは、全国の州医師会の協力組織として連邦医師会(Bundesärztekammer)が存在する。

¹³ この項における医師数等に関するデータは、個別に明示した場合を除き、いずれもBMG(2010b)による。

たりの住民数を州別にみると、2008 年末現在で最高のブランデンブルク州では 306 人であるのに対して最低のハンブルク州では 174 人であり、大きな地域格差が存在する。

職業に従事している医師が標榜している専門分野としては、内科学及び一般医学が計約 8 万 6000 人、外科学が約 3 万人、麻酔学が約 1 万 9000 人などとなっている。職業に従事している医師に占める女性の割合は 42%である。ただし、「産婦人科学」、「小児・青少年医学」、「小児・青少年精神医学」などを専門分野とする医師では、女性が過半数を占めている。

医療保険による外来診療は州レベルの保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung)¹⁴の認可を受けた開業医である保険医(Vertragsarzt)により行われている。保険医の数は 2009 年現在で約 12 万 1000 人であり、その 48%が家庭医診療(Hausärztliche Versorgung)、52%が専門医診療(Fachärztliche Versorgung)に従事している。家庭医診療に従事する医師の 8 割近くは一般医学を専門分野として標榜している。

保険医としての認可は、申請者が医師免許を有すること、及び一般医学その他の専門分野の卒後教育を修了していることが要件となる。ただし、保険医協会が策定する保険医需要計画に基づき過剰供給となっている計画区域・専門分野においては新たな保険医の認可は行われない。当該計画区域及び専門分野の保険医 1 人当たりの住民数(実際の供給比率)を「一般的な需要に適合した供給比率(一般供給比率)」が 10%以上上回る場合には、基本的に「過剰供給」と判断される。一般供給比率は、1990 年末の実態を基に¹⁵、人口密度等の特性に応じた地域の区分及び専門分野ごとに、保険医 1 人当たりの住民数として定められている¹⁶。

医療保険による入院療養は各州が策定する病院計画(Krankenhausplan)に盛り込まれた病院などにより担当されている。2009 年現在、全国に 2084 の病院が存在し、病床数は約 50 万 3000 床となっている¹⁷。病院の 31%が公立、37%が公益立、32%が私立となっている。病院職員の数常勤換算で約 80 万 8000 人であり、そのうちの約 13 万 1000 人が医師、約 30 万 4000 人が看護従事者である。

各州は需要に応じた病院の整備を行うため病院計画を定め、それに基づき病院の投資費用に対する助成を行っている。病院計画では、地域の需要に応じて必要な病院と、それぞれの病院の病床数、医療供給レベルなどが定められている。ただし、病院計画には各病院が必要とする医師数等は定められていない。

4. 医師確保に影響を及ぼす要因

¹⁴ 保険医協会は公法上の法人である。保険医協会は州単位で設立されているが、州医師会の場合と同様、ノルトライン・ヴェストファーレン州は 2 つの地域に区分され、それぞれを管轄する保険医協会が存在する。このため、全国で 17 の保険医協会が存在している。全ての保険医は、診療を行う場所を管轄する保険医協会の会員となる。連邦レベルでは、全国の保険医協会により構成される連邦保険医協会(Kassenärztliche Bundesvereinigung)が存在する。

¹⁵ ただし、麻酔医等の場合には、別の時点での実態を基に一般供給比率が定められている。

¹⁶ 例えば、外科医及び家庭医に係る一般供給比率は、中核都市ではそれぞれ 24,469 人及び 1,585 人と定められている。

¹⁷ この項における病院に関するデータは Statistisches Bundesamt (2011)による。