

IX. 参考資料： フランスにおける医師養成システムと偏在問題

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。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の習得を図り、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日本の医師の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、また医局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。

さらに私立大学病院における研修医の過労死問題を契機として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行うのではなく、プライマリケアを志向した研修を行うべきだという意見も強くなり、研修医制度のあり方そのもの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学病院離れが生じ、スタッフの不足から大学病院が関連病院に医師を派遣できない、さらにはこれまで派遣していた病院からも引き上げるという自体が全国で発生した。特にこの傾向は地方の大学病院で顕著であり、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

まず、簡単にフランスの医療制度の概要を説明する（図表 1）^{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。

フランスの疾病保険制度は職域をベースに構成されており、それを 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（わが国の政管保険制度に類似）、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の完全な自由が認められている。被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（処方薬がある場合は薬局での費用を含めた領収証）を所属する疾病保険金庫に送ることで償還を受ける。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっている。フランスは他国に比較すると、自己負担割合が高く設定されているが、この自己負担分を

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。

フランスの病院医療は公的病院と民間病院とによって提供されている。入院医療に関する診療報酬はフランス版 DRG(GHS)による支払いが中心となっている。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。患者がこれらの施設に入院した場合の医療費の支払いは公的病院の場合と同様、Doctor's fee と Hospital fee とに区分されるが、前者については後述の協約料金による出来高払い、後者については GHS による支払いとなっている。

開業医医療については専門医と一般医とによって提供されている。一般医と専門医の診察科目については医療行為規定(Code Déontologie)によって厳密に規定され、その規定に反する医療行為を行うことはできない。また、専門医と一般医とでは同じ医療行為を行っても報酬が異なっている。開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病保険金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による。開業医への支払いは償還制が原則で、患者が医師に全額を支払った後、患者自身が所属する疾病金庫に償還を請求する。

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

ここではまず 2004 年以前の医学教育体系について、図表 2 に基づき説明する。医学部に入学するためには、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、これはわが国のような大学別の入学試験ではなく、医学部の入学資格を認定するものであり、バカロレア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することができる。大学での医学教育は 3 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こととなっている。特に医師の人格教育についてはその重要性が認識されるようになり、1992 年の医学教育改革により、医療経済や終末期医療、医学の歴史や生命哲学などの教養科目が多くカリキュラムに導入されている。カリキュラムは各大学で独自に組まれているが、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 回のみ認められており、進級試験に 2 回落第したものは、退学あるいは他学部への進級を選択することになる。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。これは大学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。フランスにおける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。具体的にはわが国のクリニカルクラクシップと研修医の中間レベルの臨床医学教育が行われる。この間の医学生はエクスターンと呼ばれ、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年次、6年次のエクスターンには給与も支給され、また当直業務も行い診療補助を行う。

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。一般医になることを希望した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年半の研修を受ける。研修は6ヶ月ごとに内科と選択した診療科を回ることで行われる。この間、地域の一般医のところでの研修も義務付けられている。専門医試験に合格した者は、その専門診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の状況によって決められるものであり、このような枠があることでレジデント医師の配分の地域差の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、一般病院か大学病院の専門医になる者とに分かれるが、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、特にパリやマルセイユ、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。前者は協約料金どおりの診療報酬しか患者に請求できない医師であり、後者はそれを越える付加料金を設定できる医師である。このような仕組みを認めた結果、パリや地中海沿岸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という事態に陥ったため、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

第二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によって事態は一変する。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の削減と医師数の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3に示したように1970年代8500人を越えていた定数は1992年には3500人まで削減された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、パートタイムで働く医師の増加したこと(女性医師の増加が関係)、そして2002年の週35時間労働制の導入に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ことから、高齢社会において医師が不足するという状況が不可避のものとなった。

このような状況を踏まえて、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 4 はこの定数での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 万対医師数は 310 人程度になると予想されている³⁾。

(3) 2005 年以降の医師養成課程

医師数が増加することは、当然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という仕組みである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になるという構造があったこと、さらに診察料に差があったことなどのために、一般医は専門医に劣るという印象が強かった。

このような心理的な障壁を解消するために、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、その後の研修を行う仕組みに改められた。以下、2005 年以降の新しい医師養成課程について図表 5 により説明してみたい。

卒前教育の枠組みについては 2005 年以前と特に大きな変更はない。最も大きな改革は、従来のアンテルナ試験に変わって「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ない試験であり、わが国の医師国家試験と同様、主に知識を問うものである。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 ヶ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することが可能であり、各医学生は自分が希望する地域及び診療科においてどの順位であるのかを知ることができる。そして、この結果を踏まえて、医学生は研修先と専門を修正することができる。

2007 年度は 5366 の研修医のポストが準備され、その内訳は以下のようになっていた。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。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ており、2007 年の研修病院別・診療科別定数は図表 6 のようになっている。

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ことは医師のレゾンデートルに係ることであり、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 spécialité dermatologie*（皮膚科を専攻した一般医）と表記

する医師も少なくなかった。一般医を専門医の一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については、今後の動向を見る必要がある。

ただし、2004年のBlazy Planによって導入された「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る。この事実は、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。

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大きな解決課題となっている。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、いわゆる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²⁾。

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、病院の医師に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。

また、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（オープンホスピタル）ことが一般に行われており、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深刻な問題となっている。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。

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。図表7は医師の分布を示したものである³⁾。パリのあるIle-de-France地方と地中海沿岸のProvance-Alpse-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-Calai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、なかなかうまく行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に、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 月に出された 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あり、現在のこの問題への対応の基本となっている 3)。この報告の概要は以下の通りである。

1) 現状

- ① 人口の 0.6%が一次医療にアクセスことができず、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 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
 - ① エクスターン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）。
 - ② 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。
 - ③ 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の臨床研修体制とする（図表 7 のようにこれは既に実行に移されている）。

- ④ 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

- ① 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。
- ② 医療過疎地域で開業する医師への税制上の優遇措置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）
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 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

現在、フランスでは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、研修医の大学病院離れが生じ、特に地方の大学病院及び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。

かつての医局制度は、種々の問題はあったとしても、入局人数の調整や関連病院への医師派遣の仕組みをもつことで、ある程度バランスのとれた医師養成の機能をはたしていたと言える。そして、より重要なこととして、個々の医師のキャリア形成を医局がモニターすることで、医師の品質保証の機能を果たしていたという興味深い意見もある注 2。

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関して十分な機能を果たしうるのであろうか。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ということは、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。考えなければならないのは、卒後 10 年くらいまでの実務研鑽をいかに体系化するかである。

「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、そして大学病院における研修異数を増やすことなどを柱とした改正案を提出している 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については不明である。

おそらく、問題の解決のためには今一步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の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って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、たんに研修期間や研修場所を調整したとしても、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。

もっとも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あり、中期的に見るとバランスがとれるものであるという意見もある。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のかもしれない。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、5-6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。

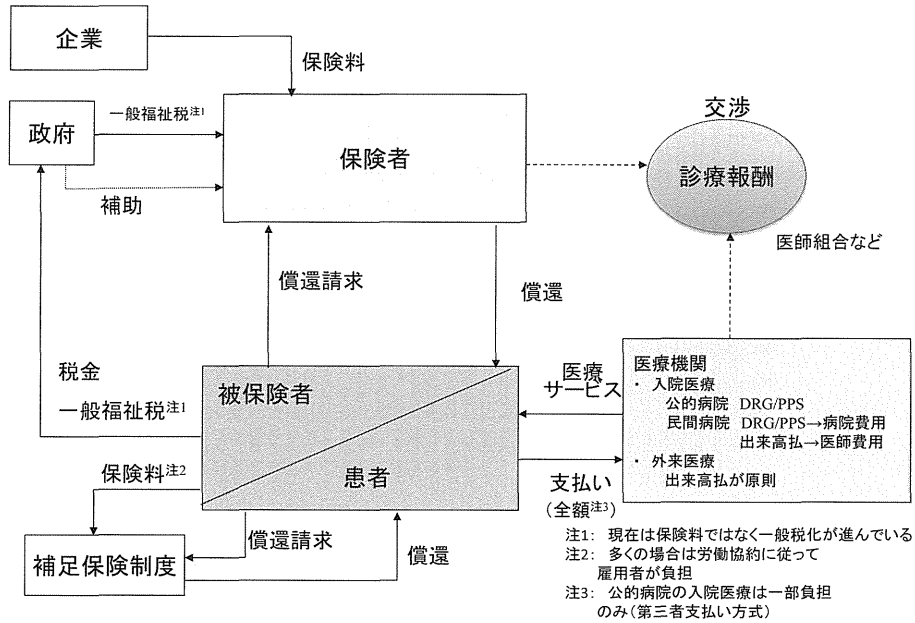
注2： 筆者の友人の今村利朗医師 (国際親善総合病院) の見解である。

参考文献

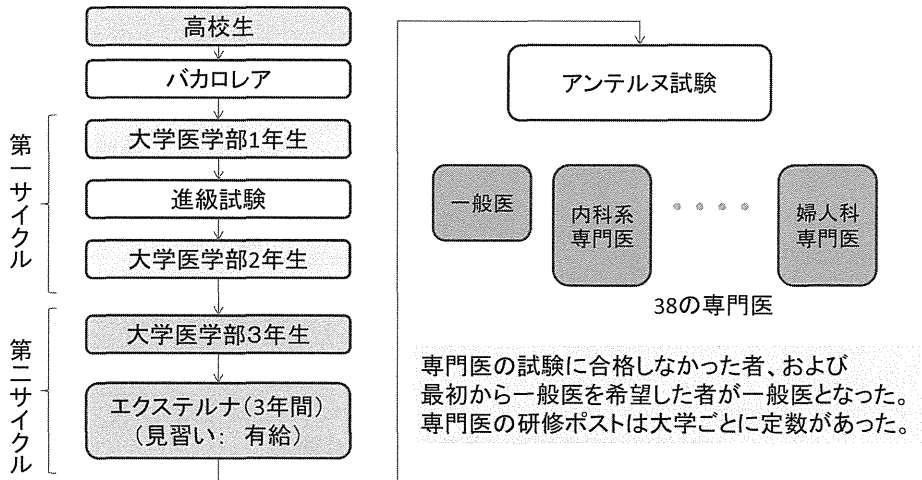
- 1) 松田晋哉：フランスにおける地域医療計画の動向 責任か原則と契約主義による機能分化の推進、社会保険旬報、No. 2197: 22-27, 2004.

- 2) 松田晋哉：フランスにおける最近の医療制度改革について、社会保険旬報、No.2259: 22-26, 2005.
- 3) Commission Démographie 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）

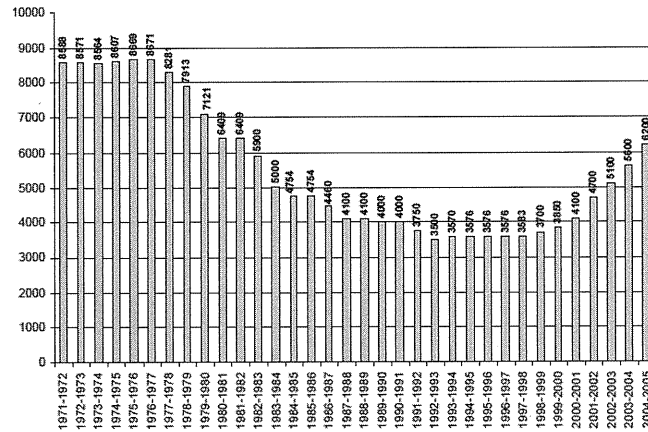
図表1 フランスの医療保険制度(償還制)



図表2 フランスのかつての医師養成課程 (~2004)

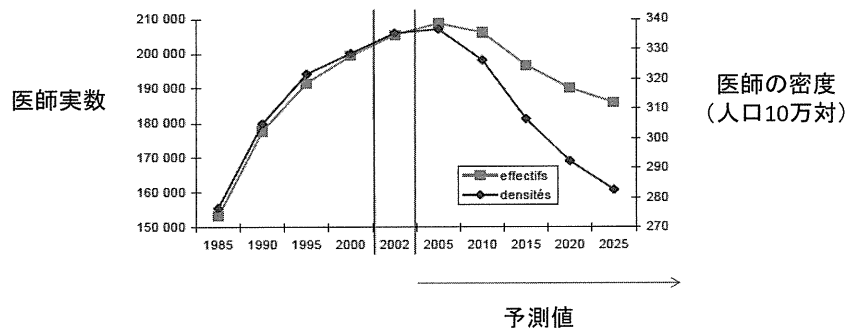


図表3 医学部定員数の経時的推移



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
 また、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。

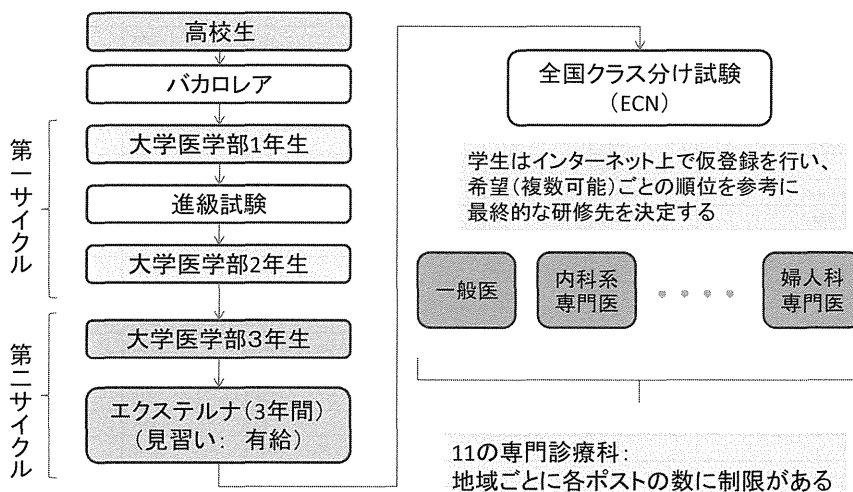
図表4 医師数の経時的変化と将来予測



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

図表5 フランスの現在の医師養成課程
(2005～)



図表6 2007年のENCにおける研修医の地域別・診療科別募集数

広域圏と下部圏域	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	4	2	6	12	2	127
Dijon	28	15	125	7	2	1	5	1	7	9	1	201
Reims	24	16	121	8	3	1	3	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	2	6	3	8	11	2	194
Nice	15	13	35	4	1	0	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	4	1	1	92
合計	835	550	2866	250	60	20	155	60	200	300	70	5366

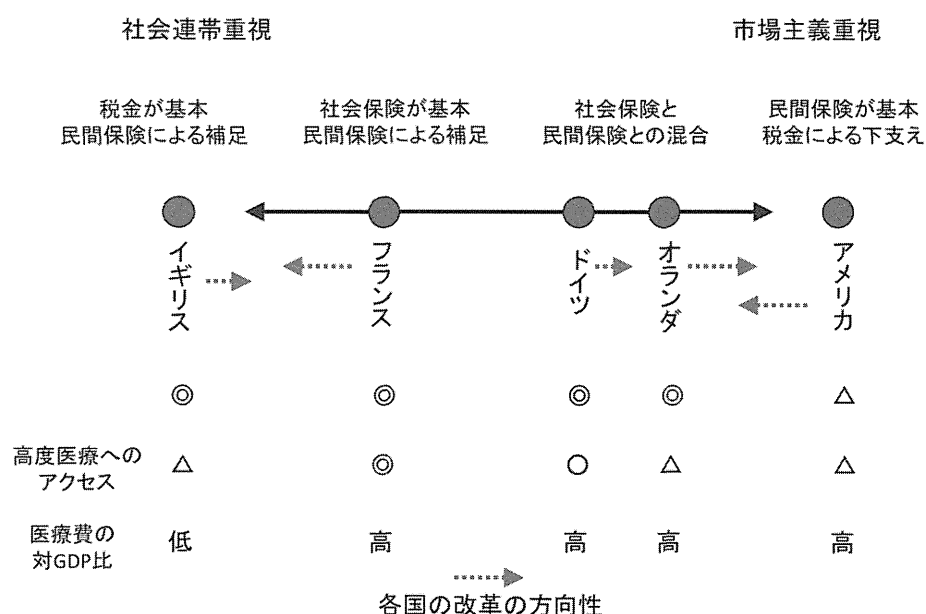
図表7 フランスの地域別の医師数

地方	医師数	医師密度 (人口10万対)	一般医		専門医	
			医師数	医師密度	医師数	医師密度
Alsace	6169	345	2961	166	3208	180
Aquitaine	10597	354	5071	169	5526	184
Auvergne	3944	297	2143	162	1801	136
Bourgogne	4596	283	2483	153	2113	130
Bretagne	9213	308	4677	156	4536	152
Centre	6653	268	3394	137	3259	131
Champagne-Ardenne	3726	276	2019	149	1707	126
Corse	943	353	492	184	451	169
Franche-Comté	3316	292	1749	154	1567	138
Ile-de-France	47663	426	20842	186	26821	240
Languedoc-Roussillon	9051	377	4455	186	4596	192
Limousin	2405	336	1292	180	1113	155
Lorraine	6924	296	3547	152	3377	144
Midi-Pyrenees	9682	367	4682	177	5000	189
Nord-Pas-de-Calais	11895	293	6611	163	5284	130
Basse-Normandie	3979	275	2028	140	1951	135
Haute-Normandie	4876	270	2511	139	2365	131
Pays de la Loire	9226	278	4817	145	4409	133
Picardie	4862	256	2670	142	2156	114
Poitou-Charentes	4927	294	2670	159	2257	135
Provence-Alpes-Cote d'Azur	19475	417	9045	194	10430	223
Rhone-Alpes	19401	333	9488	163	9913	170
France 本土	203487	340	99647	166	103840	173

X. 調査結果をふまえた日本への示唆

図表1はNHS（イギリス型）と民間保険（アメリカ型）を両極としてヨーロッパの制度がどちらの方向に動いているのかに関する私見である。フランスはCSGやかかりつけ医制度そして保健ネットワークの導入に代表されるようにNHSを意識した方向に動いている。他方、オランダは市場原理主義的改革を追い続けているという意味においてアメリカの民間保険的要素を最大限取り込もうとしている。ただし、それはアメリカのモザイク的な仕組みを目指すのではなく、国民皆保険を堅持した上での市場原理主義的な効率化（管理競争）であり、興味深い社会実験である。また、イギリスもNHSの枠組みを維持しながら、市場原理主義的な手法を漸次取り入れて、システムの効率性・生産性を向上させようと努力している。

図表1 欧州における医療制度改革の動向（私見）



ヨーロッパの医療制度改革の動向を継時的に分析すると、右派・左派の改革案の差が徐々に不明瞭になっており、福祉国家的基盤の上に市場原理主義的なマネジメント手法をそれぞれの制度に合う形で部分的に取り入れていこうという姿勢が明らかである。経済のグローバル化による国内の経済の低迷と雇用状況の悪化、そして高齢化と医療技術の進歩による医療需要のさらなる増大は先進国共通の問題であり、それに適切に対応することが従来の枠組みでは徐々に困難になっているのである。医療技術がさほど進歩していなかった時代に実現したNHSや国民皆保険制度は、高度な医療技術をどのように保障するかという点において財政的な課題に直面している。イギリスはこの問題にMTAに基づく評価を行うことで対応し、オランダやフランスもそれに倣って同様の仕組みを導入しようとしているが、医療サービス提供者や国民は必ずしもそれに納得していない。公的保障のみでこの課題に

対応できるのか、という現実いずれの国も直面している。参照価格制の導入や民間保険の併用がいずれの国においても採用されている。

このような環境下で行われる医療制度改革は、誰にとっても厳しいものにならざるを得ない。大統領選挙や総選挙のたびにポピュリズム的なスローガンを掲げて選挙戦を戦うフランスでは、右派・左派ともに政権についた後は厳しい現実直面し、そうした甘い公約を撤回し、そして国民の信頼を失っていくということを繰り返している。こうした過程で左右両派を批判する究極のポピュリスト政党である国民戦線が国民の支持を集めるという危険な状況が生まれつつある。同様の傾向はオランダでも生じている（フォルタイン党や自由党の一時的躍進）。

ポピュリズムに関するもう一つの問題はエリート層への国民の反感である。フランスではエリート養成校出身者である政治家と官僚の複合体による政策決定過程に対してマスメディアや国民戦線などの極右政党がポピュリズム的な批判を繰り返すことで、国民の行政・政治への不信感を募らせ、そして中長期的な視点からの医療制度改革を難しいものにしていく。

この点において、イギリスは政策を決める政治家と、それを実際の行政運営に落とし込んでいくプロとしての官僚との役割分担が明確で、また議会で決定された事項に対する与野党間の紳士協定的な文化もあり、ポピュリズムの弊害がフランスより少ない。こうした政治風土があるためにイギリスでは継続的に種々の改革を行うことが可能になっているのだろう。

この点は我が国の医療制度改革を考える上で大きな反省材料である。我が国の場合、政権が短命で、しかも多くの場合、政権交代は移ろいやすい民意を利用した感情論的な議論の結果であり、政権が代わっても実行可能な改革案がなく結局何も変わらない・進まないという状況が続いている（例えば、長寿医療制度の廃止論に関する混乱はその例である）。また、マスメディアと政治家による行き過ぎた官僚バッシングのために、行政の遂行能力の低下を危惧する声もある。

諸外国の医療制度改革の歴史的過程から我が国が学ぶべきものとして、政党の違いを超えた大きな枠組み作りの仕組みの必要性がある。例えば、イギリスでは **Kings foundation** や **Nuffield Trust** のような独立系のシンクタンクがあり、こうした組織が中長期の社会保障制度改革のための研究を自主的に行い、それを政策提言として公表している。また、医療系大学の社会医学研究者の研究も政策に強くコミットしたものが多い。我が国の場合、社会医学系研究者の間で医療政策立案への積極的関与よりも海外の雑誌に英語論文を公表することが重要であるという風潮がある。今回の調査でイギリス人研究者から「日本の社会医学研究者はなぜ母国語で論文を発表しようとならないのか」という指摘を受けた。また、オランダ人研究者からは「医療政策に関するマネジメント手法を学ぶためになぜヨーロッパの国を調査するのか？我々はトヨタ方式を研究して制度改革の参考にした。みなさんが調査に行くべきところは豊田ではないのか？」という助言（？）もあった。社会医学研究

者の意識改革も必要であろう。

今回、ヒアリングを行ったほとんどの研究者が指摘していたのは、「どのような改革を行うにしてもそれは誰にとってもそれまでより厳しいものになることは明らかで、政策担当者や研究者はそれを正直に国民に伝えることが必要である」ということであった。経済のグローバル化による国内経済の悪化、少子高齢化の進展による生産力の低下、そして医療技術の進歩とそれに対する国民の期待、慢性疾患中心の傷病構造への変化は先進国に共通した課題であり、こうした状況に現行制度のままで対応することは困難になってきている。現実的な解決策を議論する必要がある。問題の先送りはできない。

そのためにはどのような理念に基づいて中期的に制度改革を行っていくのかというしっかりした方針、日本版のジュペプランのような具体的な指針が必要であろう。今回調査を行った 3 か国と同じように、我が国の場合も社会連帯に基づく国民皆保障を原則としながらも、マネジメント面においては市場主義的な手法を部分的に取り込むことで、医療提供体制の効率性・生産性を高めていくことが必要であるように思われる。そのためには医療情報の標準化と透明化、そしてそれを活用する体制作りが不可欠である。今回調査を行った 3 カ国とも医療情報を標準化した上でそれを収集・分析するための国レベルでの枠組みがきちんと構築されている。我が国は国民皆保険下、諸外国に比較して詳細なレセプト情報を集めており、しかも多くの医療機関がすでに電子カルテを導入しているにもかかわらず、情報の利活用という点において諸外国に大きな後れを取っている。こうした情報環境の改善が、これから医療制度改革を進めていく上での最重要課題である。

日本の場合、イギリスやオランダのような医療制度改革は、参考にはなってもそれを行うことは難しいであろう。医療提供体制の文化的・歴史的背景が大きく異なるからである。その点、多くの類似点があるフランスの医療制度改革は、その失敗例も含めて参考になる。我が国の場合、フランスと同様「(緩やかな) 統制主義 (ディリジズム)」的な医療制度を今後も維持していくと予想されるが、それをより良いものにするためにはフランスで取り込まれているような保健民主主義的な要素を制度改革の中に取り込んでいく必要がある。そして、その主たる政策ツールは保健医療計画であろう。我が国の保健医療計画は作りっぱなしの計画で、行動計画になっていないという批判がある。実際、どれだけの国民が医療計画について知っており、またそれを読んだことがあるのだろうか。フランスの SROS-PRS のような総合的かつ実効性を伴った医療計画の策定が必要である。また、あわせて地域レベルでそれを具体化できる人材の育成も重要である。

ところで今回調査を行った 3 カ国が医療制度改革に取り組まざるを得なくなっており、そしてそれを難しくしている重要な要因として高失業率と外国人問題がある。実質的に世代間の所得移転になっている社会保障制度を維持していくためには若者の雇用を確保することが重要であり、それが将来的には貧困者に対する社会扶助を減らすことにもなる。こうした観点からいずれの国も若者の雇用政策を強化しているが、芳しい状況にはない。その第一の理由として各国の政策担当者が指摘するのが教育政策の不備である。産業構造が

変わり、サービス産業や知識産業が主役となっている今日、コミュニケーション能力の良し悪しが就業に際して重要となっている。加えて、グローバル化が進んだ現在は英語でのコミュニケーション能力が求められるようになっている。こうした状況に対応できない低学歴の若者で失業問題が深刻化している。こうした状況は特に移民・外国人で顕著である。また、経済状況の悪化と大学教育と産業界の求める人材のミスマッチが、高等教育を修了した若者の失業率を高めるという「学歴インフレ」の問題も顕在化しつつある。結局のところ、社会保障制度の抱える問題を解決しようとするのであれば、雇用政策・教育政策との連動が重要となる。このような省庁の枠組みを超えた総合的な指針・戦略作りが我が国でも必要であろう。

改革の前提となる上記のような理念の明確化を前提としたうえで、近年の 3 カ国における医療制度改革の具体的方法論について、以下我が国での応用可能性について検討する。

1) コントロールされた代替政策 (substitution)

代替政策とは医師から看護師へ、医療から福祉へ、病院から地域へというように医療の質に配慮しながらより費用対効果の高い職種や部門に権限を委譲していく仕組みである。現在、我が国においても特定看護師の導入、介護施設におけるケア職員による医療行為の認可、老人ケアにおける医療から介護への重点の移動など、代替政策的な施策が行われつつある。限られた人的資源を有効活用するためにも、こうした代替政策を我が国においても導入することは避けられず、医療職、特に医師の意識改革が求められている。しかし、それがきちんとした質の保障下で行われるための枠組み作りが必要である。具体的にはチームで総合的サービスが提供できる枠組み作りが必要であり、フランスの保健ネットワークやイギリスの CCG のような仕組みづくり、フランスの多機能診療所のような施設の導入が必要であろう。我が国の場合、それは地域包括ケアの実現であり、その基盤としてのケアカンファレンス体制の確立であろう。尾道市医師会のようにかかりつけ医とケアマネジャーが中心となって、総合的なサービスをコミショニングしていく体制を作ることができれば、我が国においても質の高い代替政策の推進が可能になると考えられる。

2) 民間活力の活用

一般的に公的部門は民間に比較して効率性が悪く、また環境変化に対する対応の柔軟性に乏しいと考えられている。今回調査を行った 3 つの国においても公的部門の民営化をさまざまな形態で行っていた。例えば、イギリスの場合は PFI 導入や NHS サービスの一部を民間営利組織に委託することが行われ、民間保険を活用して私的診療を受けることが可能になっている。またフランスでは公的病院内における医師の自由診療が一定の制約下に行われており、民間病院と公的病院とが病院間組合を組織して医療の相互補完性をはかっている例もある。

わが国では現在株式会社による病院経営の是非が問われている。規制緩和を要求する関係者からは、株式会社の参入を認めることで資金調達が容易になり、またマネジメントの効率化がはかれることで、より住民のニーズにあったサービスが提供されるという意見が出されている。

しかし、我が国の医療提供体制におけるもっとも重要な問題は地域間の医療資源配分のアンバランスであり、株式会社による医療経営がこの問題の解決に有効であるとは考えにくい。実際、開業場所を自由に選ぶことができる民間診療所の多くは都市部に集中しており、地方での医療の担い手は年々減少している。

また、そもそも我が国の医療提供体制は私的医療機関に支えられているところが大きく、したがってさらなる民営化の推進が医療の生産性や効率性の寄与にどれだけ貢献するのかについては疑問がある。むしろフランスの病院間組合のように公的病院と民間病院とが医療機器や医療材料の共同購入や診療の相互乗り入れを行うことができるような仕組みを作り、それを診療報酬面でも優遇していくような取り組みが必要であるように思う。

国立病院機構がそうであったように、独立行政法人化は各病院の経営面での自立性を高め、結果として生産性も高めることができる。公立病院については、それぞれの置かれた地域性を十分考慮した上で、今後さらに独立行政法人化を進めていく必要がある。

3) 患者のエンパワーメント (Self care、Self medication)

慢性疾患が中心となった今日の現状を考えると、そうした患者の自己管理能力を高めることが医療費の適正化、さらには医療安全のためにも重要である。三カ国ともセルフケアやセルフメディケーションといったプログラムを推進しており、そうした患者を支援するために看護師や薬剤師による治療的健康教育を導入している。こうした試みは我が国においても導入されるべきと考える。現在、我が国ではOTC薬のネット販売の全面解禁が議論されているが、適切なセルフメディケーションを支援する仕組みについても合わせ検討することが医療安全の面で不可欠であろう。

4) 分権化—国から地方自治体、そしてコミュニティへ—

慢性疾患患者の増加、そして高齢化の進展は、住民が居住地域の中で総合的なサービスを受けることができる体制 (Integrated care) を必要とする。そのためには各地域がその特性に合ったサービス提供体制を工夫していかなければならない。このような問題意識からイギリスではCCGとhealth care center (ポリクリニック) が、そしてフランスでは保健ネットワークの構築とポリクリニック (Maison médicale) の整備が進んでいる。ここでポイントとなるのはいずれもプライマリアケアの充実が目指されていることである。我が国でも、今後高齢化の進展に伴いプライマリアケアをベースとした総合的な医療提供体制を地域レベルで構築していくことが求められており、それが地域包括ケアの実現に他ならない。フランスではこの目的のために、地域医療計画の中でその整備が具体化され、そして財政

的な裏付けも行われている。

民間のソロプラクティスの多い我が国でこのような体制をどのように作っていくかは課題も多いが、尾道市医師会のような先進事例を参考に、地区医師会と関係者との協議の上でそのような仕組みを作っていくことが必要である。「医療者の意識改革（二木立）」が求められている。

他方、各地方における医療提供体制をどのように整備していくのかという指針となる医療計画を策定し、その進捗状況をモニタリングし、必要に応じて適正化のための提言を行うことができる体制を各都道府県・政令指定都市が持つことも必要である。このための人材育成をどのように行っていくのかが、今後の重要課題である。すでに政策科学大学院等でそのようなコースが開催されており、我々の研究班でもそうしたセミナーを年に複数回開催しているが、関係者の反応はいま一つ芳しくない。地方自治体関係者の意識改革が必要である。

5) 健康増進を中心とした公衆衛生活動の推進

公的な施策レベルでみると我が国は今回調査を行ったいずれの国よりも多くの健康増進施策を行っている。しかしながら、その実効性については疑問もある。まず、最も大きな問題はそうした予防活動の効果を評価する仕組みが不十分であることがあげられる。がん検診や特定健診・特定保健指導事業、介護予防事業など多くの予防プログラムが我が国にはあるが、その効果を評価するために例えばレセプトと連結して分析するということが我が国では難しい。例えば、フランスの場合、情報の匿名化技術を使って、がん検診を受けた者のその後の状況を個人レベルで追跡することが可能な仕組みが構築されている。我が国は国民皆保険制度であるにもかかわらず、こうした評価を行う体制が作れていない。ユニークな社会保障番号がないことも障害要因となっている。限られた財源を効率的に使うためにも、評価システムの構築が必要である。

もう一つの課題は諸外国に比較すると予防活動が医療サービスと切り離されていることである。例えば、英仏蘭のいずれの国においても社会実験レベルのものを含めて「疾病管理プログラム」が行われているが、いずれもプライマリケアの枠組みの中で行われている。糖尿病や高血圧といった生活習慣病の予防を行うためには、治療との連続性が意識されていなければならない。イギリスの GP surgery では Practice nurse がそのような役割を担っており、フランスでも薬剤師や開業看護師がそのような治療的教育（予防を含む）を担うようになってきている。我が国においても看護師・保健師による治療的教育を診療報酬体系の中に組み込み、かかりつけ医と共同で管理を行うような仕組みが必要であるように思う。

6) 規制強化と規制緩和

わが国では医師の診療科及び働く場所の選択に大きな自由が認められている。これが地

域間そして診療科間の医師分布のアンバランスの要因になっていることは否めない。フランスではこの問題に対処するために、研修医になる時点で地域別・診療科別の制限をかけている。我が国の地方大学は地域で働いてくれる医師の確保のために地域枠の設定など種々の努力を行っているが、現在までのところ顕著な効果を上げているとは言えない。医学生はポリクリ等で当該地域に住む患者の協力を得て医師になっていく。その対価として、卒後その地域の医療に貢献するような一定のルールが必要ではないだろうか。具体的にはフランスの卒後研修の仕組みに類似したものが我が国でも必要ではないだろうか。これはある意味で医療職の自由を制限する規制の強化であるが、我が国の医療が国民の拠出する保険料と税金で支えられている以上、医療者も国民の要望に応える責務があるのではないだろうか。

地方の医療職不足は深刻さを増す一方である。三カ国とも従来医師が担ってきたプライマリケア活動の一部を看護師やPT、薬剤師に任せることで（substitution）、この問題に対処しようとしている。また、いわゆる介護病床については看護師が管理者となり、必要に応じて外付けで医療が提供される仕組みが導入されている（Nurse led ward やフランスの *maison de retraite medicalisé*）。高齢化と医療の地域格差が進展する我が国の状況を考えたとき、このような規制緩和を行うことが求められているように思われる。

また、我が国で病床数の適正化が進まない理由として、医療計画で基準病床数が規制されていることが指摘されている。交通手段が進歩し、また医療関連情報に基づいて、患者が二次医療圏を超えて医療機関にかかっている現状を考えると、医療計画で基準病床数を規定する合理性は減少しているように思われる。すでにフランスでは病床数の規制については緩和されており、むしろ高額医療機器や高度医療の提供体制が患者の地理的アクセシビリティと各施設の体制及び診療実績に応じて規制されるようになっている。この点においても我が国の医療計画の見直しが必要であろう。

7) 質の保証

医療の質は国民の最も大きな関心事であり、各医療機関もこれに対して取り組んでいる。今後、その取組の状況と成果を、いかにして国民に分かりやすい形で提供していくかが求められている。例えば、イギリスでは CQC の枠組みで医療指標の作成と公開が行われており、また質向上への医療機関の取り組みを促進するために Quality account に基づく P4P 的なシステムも導入されている。

わが国においても 2010 年度から厚生労働省の補助事業として「医療の質の評価・公表等推進事業」が開始され、国立病院機構、民医連、日本慢性期病院協会、全日本病院協会、日本病院会、済生会などが参加している。また、現在、医療機能の講評のあり方に関する委員会が厚生労働省医政局内に設置され、具体化のための議論が進んでいる。P4P 的な枠組みにすることには慎重であるべきだが、このような情報をいかに国民に分かりやすく伝えていくかが今後の重要な検討課題であると考えている。