

健保連海外医療保障

No.112 2016年12月

■特集：諸外国における専門医

- ドイツ
ドイツの専門医について 藤本 健太郎
- フランス
フランスの専門医 松田 晋哉
- イギリス
イギリスにおける総合医と専門医 田畑 雄紀

■参 考 掲 載 国 関 連 データ

- ドイツ／フランス／イギリス

健保連海外医療保障

No.112 2016年12月

ドイツの専門医について

静岡県立大学教授

藤本 健太郎

Fujimoto Kentaro

ドイツの専門医制度は、医師免許や医師試験、専門教育の内容は連邦政府が規定しているが、卒後教育や専門医としての認定は州政府に委ねられ、卒後教育の実施機関は州医師会である。診療科は、一般医のほかに多くの専門医に細かく分類されている。

第一次シュレーダー政権による医療改革2001において機能が強化された家庭医は、保険医協会から独立して家庭医協会が設立され、診療報酬を保険者と直接交渉できる仕組みも導入されたが、軋轢も生じており、家庭医契約はなかなか広まっていない。

1. ドイツにおける専門医の現況

(1) ドイツの専門医制度

(根拠法令)

ドイツ連邦政府の専門医に関する主な根拠法令は、連邦医師法（Bundesärzteordnung：BÄO）および医師免許令（Approbationsordnung für Ärzte：ÄAppO）である。

このほか、ドイツは日本に比べて分権的な国家であることから、卒後研修については州政府が州法を定め、さらに実際の専門医の卒後研修は州医師会が担っており、州医師会の定める卒後研修規定（Weiterbildungsordnung）に詳細が定められている。

なお、家庭医の根拠条文は社会法典第5編第73b条であり、公的医療保険者である疾病金庫は被保険者に対し、特別な家庭医中心医療（haustarntzentrierte Versorgung）を提供することとされている。

(連邦医師法に規定されている医師免許)

連邦医師法第2条において、医業を実施する（ausüben）には医師としての免許が必要である

こと（業務独占）が定められ、第2a条では、職業名（Berufsbezeichnung）として医師を名乗ることが許されるのは、医師として免許を与えられたものに限ること（名称独占）が定められている。

医師免許は連邦医師法第3条に定められており、同条第1項第4号において、大学（Hochschule）において医学教育を少なくとも5,500時間、少なくとも6年を超える期間を受け、最短8か月最長12か月の病院等での実習（praktische Ausbildung）を受けた後に同法に定める医師試験に合格することが必要であると定められている。

連邦医師法第4条第1項においては、医師試験および医師免許に関し、病院等における実習を含めて医学教育に最低限求められること（Mindestanforderungen）などを医師免許令（Approbationsordnung für Ärzte）において、連邦参議院の同意を得て連邦保健省が定めることとされている。

(医師免許令に規定されている医師の専門教育および医師試験)

医師免許令第1条第2項において、医師の専門教育（Ausbildung）は以下の内容を含むこと

とされている。

- ①総合大学 (Universität) または総合大学と同等の大学 (gleichgestellten Hochschule) における5,500時間、6年間の医学教育。最終学年においては48週間の実習を含む。
- ②応急処置 (erster Hilfe) に関する専門教育
- ③3か月の看護勤務 (Krankenpflegedienst)
- ④4か月の臨床研修 (Famulatur)
- ⑤三次にわたる医師試験

そして、同条第3項において、医師試験について以下のとおり規定されている。

- ①一次試験は2年間の医学教育の後に行われる
- ②二次試験は一次試験の後の3年間の医学教育の後に行われる
- ③三次試験は二次試験の後の1年間の医学教育の後に行われる

三次にわたる医師試験について、連邦保健省は、二次試験は5年間の医学教育の後、実習学年 (Praktisches Jahr) の前に実施され、三次試験は6年間の医学教育の後、実習学年の後に実施されると説明している¹⁾。医師試験は、従来は二次にわたる試験であり、2014年から、三次にわたる試験に変更されている。その理由として、連邦保健省は、従来の二次試験の筆記試験の部分 (schriftliche Teil) が実習学年の前に配置されることにより、駆け出しの医師 (angehende Ärztinnen und Ärzte) は、実習学年の間は臨床実習業務 (klinisch-praktische Tätigkeit) に集中し、同時に筆記試験の準備を強いられることなく、医師としての専門領域を固めることができることを挙げている。また、家庭と仕事の両立を容易にするため、実習をパートタイムで行うことも可能となっている²⁾。

(州法および州医師会に規定されている医師の卒後研修規定)

連邦保健省は、卒後教育および専門医としての承認は、各州の定める医療職法 (Heilberufsgesetz) および州医師会による卒後研修規定 (Weiterbildungsordnung) が定めるとしている³⁾。

ドイツでは日本とは異なり、診療科の標榜は自由ではなく、州法に基づき、卒後研修を終了し、州医師会に承認されることが必要である⁴⁾。

(2) ドイツの専門医の人数および配置

(専門医の種別の医師数の推移)

ドイツにおける専門医 (標榜科) ごとに就業している医師数 (Berufstätige Ärzte) について、過去3年間の推移を連邦保健省がまとめたものが次頁の表1である。

表1に示されているように、女性の比率は少しずつ上昇しており、50%に近づきつつある。主要な診療科についてみると、産婦人科と小児科で女性の比率が6割を超えている。一方、内科では34.6%、外科では18.3%にとどまっている。

次に診療科別の医師数の増減をみてみると、産婦人科も小児科も少しずつ人数は増えている。表1は就業している医師数を示しており、職を離れている医師は含まないため、実際に診療している産婦人科医も小児科医も少しずつ増えていることがわかる。また、我が国では不足が懸念されつつある外科医の人数も少しずつ増えている。

また、連邦保健省によれば⁵⁾、外国籍の医師は2014年には合計で2万5,290人おり、そのうちEU諸国の出身者は1万9,442人である。最も人数が多いのはルーマニア人の3,590人であり、次に人数が多いのはギリシャ人の2,649人、次いでオーストリア人の2,246人となっている。EU諸国以外の出身者は5,848人であり、そのうち最も人数が多いのはロシア人の1,797人である。

(専門医の配置)

ドイツ連邦保健省によれば⁶⁾、2014年において就業している医師の合計人数は36万5,247人であり、このうち病院 (stationär) に勤務している医師は18万6,329人である。また、開業医 (ambulant) は14万7,948人である。その他の分野で就業している医師は3万970人である。

表1 ドイツの専門医の種類および就業者数の推移

	2012			2013			2014		
	合計数	うち女性 の人数	女性の 比率	合計数	うち女性 の人数	女性の 比率	合計数	うち女性 の人数	女性の 比率
医師総数	348,695	154,546	44.3	357,252	160,869	45.0	365,247	166,23	45.5
標榜科なし	102,468	60,112	58.7	106,66	634,040	59.1	110,227	65,073	59.0
一般医 (Allgemeinmedizin)	43,304	18,938	43.7	43,248	19,222	44.4	43,206	19,539	45.2
麻酔科 (Anästhesiologie)	20,836	8,559	41.1	21,478	8,881	41.3	22,071	9,190	41.6
解剖学 (Anatomie)	103	24	23.3	107	25	23.4	108	25	23.1
産業医 (Arbeitsmedizin)	2,926	1,367	46.7	3,006	1,418	47.2	3,112	1,473	47.3
眼科 (Augenheilkunde)	6,980	3,162	45.3	7,076	3,231	45.7	7,156	3,288	45.9
生化学 (Biochemie)	48	13	27.1	47	11	23.4	46	11	23.9
外科 (Chirurgie)	32,906	5,670	17.2	33,621	5,969	17.8	34,276	6,285	18.3
産婦人科 (Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	17,147	10,473	61.1	17,337	10,806	62.3	17,651	11,216	63.5
耳鼻咽喉科 (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde)	5,922	1,995	33.7	5,952	2,051	34.5	6,083	2,130	35.0
皮膚・性病科 (Haut- und Geschlechtskrankheiten)	5,519	2,843	51.5	5,584	2,908	52.1	5,652	2,978	52.7
遺伝学 (Humangenetik)	310	190	61.3	320	202	63.1	322	201	62.4
内科 (Innere Medizin)	46,995	15,411	32.8	48,090	16,238	33.8	49,093	16,981	34.6
小児科 (Kinder- und Jugendmedizin)	13,179	7,263	55.1	13,464	7,519	55.8	13,718	7,748	56.5
小児・青少年精神科 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)	1,885	1,161	61.6	1,965	1,217	61.9	2,039	1,279	62.7
診断病理学 (Laboratoriumsmedizin)	1,038	358	34.5	1,052	371	35.3	1,064	377	35.4
微生物・ウイルス・伝染病学 (Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie)	697	280	40.2	713	286	40.1	731	300	41.0
口腔・顎顔面外科 (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie)	1,544	180	11.7	1,582	184	11.6	1,633	195	11.9
神経科 (Nervenheilkunde)	3,337	1,172	35.1	3,211	1,142	35.6	3,073	1,090	35.5
神経外科 (Neurochirurgie)	1,784	309	17.3	1,86	324	17.4	1,952	355	18.2
神経医学 (Neurologie)	5,370	2,082	38.8	5,727	2,319	40.5	6,095	2,534	41.6
核医学 (Nuklearmedizin)	1,074	315	29.3	1,108	341	30.8	1,126	339	30.1
公衆衛生学 (Öffentliches Gesundheitswesen)	857	380	44.3	840	382	45.5	844	382	45.3
病理学 (Pathologie)	105	18	17.1	107	20	18.7	105	18	17.1
薬理学 (Pharmakologie)	443	114	25.7	451	115	25.5	466	117	25.1
理学療法・リハビリ科 (Physikalische und Rehabilitative Medizin)	1,793	724	40.4	1,815	746	41.1	1,829	760	41.6
生理学 (Physiologie)	105	18	17.1	107	20	18.7	105	18	17.1
精神科及び心理療法科 (Psychiatrie und Psychotherapie)	9,485	4,626	48.8	9,770	4,858	49.7	10,088	5,063	50.2
精神身体医学及び心理療法科 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)	4,066	2,117	52.1	4,080	2,138	52.4	4,123	2,171	52.7
放射線科 (Radiologie)	7,379	2,407	32.6	7,546	2,488	33	7,745	2,593	33.5
法医学 (Rechtsmedizin)	229	80	34.9	235	89	37.9	239	91	38.1
放射線治療科 (Strahlentherapie)	1,142	535	46.8	1,192	563	47.2	1,228	581	47.3
輸血医学 (Transfusionsmedizin)	562	278	49.5	577	285	49.4	588	290	49.3
泌尿器科 (Urologie)	5,388	728	13.5	5,521	789	14.3	5,635	854	15.2
その他の標榜科	138	69	50	133	65	48.9	120	56	46.7

出所：Daten des Gesundheitswesens 2015, BMG

標榜科の訳語についてはドイツ医療関連データ集2014年版(医療経済研究機構)を参照した。

表2 各州・特別市別の就業している医師数および医師1人当たりの住民数

州・特別市	2014/12/31時点の 就業している医師数	医師1人当たり 住民数	2013/12/31時点の 就業している医師数	医師1人当たり 住民数
バーデン＝ヴュルテンベルク	48,699	218	47,415	224
バイエルン	59,574	212	58,431	216
ベルリン	19,737	173	18,923	181
ブランデンブルク	9,233	265	9,017	272
ブレーメン	3,883	169	3,781	174
ハンプルク	12,197	143	11,980	146
ヘッセン	26,820	225	26,297	230
メクレンボルク＝フォアポンメルン	7,236	221	6,995	228
ニーダーザクセン	30,944	252	30,293	257
ノルトライン＝ヴェストファーレン	78,189	225	76,650	229
ラインラント＝ファルツ	17,261	231	16,800	238
ザールラント	4,826	205	4,730	209
ザクセン	16,633	243	16,232	249
ザクセン＝アンハルト	8,885	253	8,761	256
シュレスヴィヒ＝ホルスタイン	12,164	231	12,075	233
チューリンゲン	8,966	241	8,872	244

（州別の医師数）

ドイツ連邦保健省によれば、2013年12月31日時点および2014年12月31日時点の各州・特別市別の就業している医師数および医師1人当たりの住民数は表2のとおりである。

表2に示されているように、大都市であるベルリンやハンプルクにおいて住民数に比して医師数が相対的に多く、旧東独地域のザクセン州やザクセン＝アンハルト州においては住民数に比して医師数が相対的に少なく、医師は都市部に集中する傾向がある。しかし、2013年と2014年という2年間の比較ではあるが、住民数に比して医師数が相対的に少ない地域において、2013年に比べると2014年の方が医師1人当たり住民数は減少しており、医師の偏在に改善傾向がみられる。

連邦保健省によれば⁷⁾、ドイツでは2013年4月から実習先の病院の拡大が行われ、特に地方の病院が含まれるようになった。すなわち、学生は母校の大学と当該大学と協定を結び実習を

受け入れる教育病院以外の大学病院や教育病院にも実習に行くことが可能となった。この改革によって医師の分散配置が図られることを連邦保健省では期待している。

（3）専門医への診療報酬

ドイツでは、従来、各州の保険医協会が各州の疾病金庫の団体と診療報酬の交渉を行い、各診療科への診療報酬の配分は保険医協会が行ってきた。しかし、家庭医協会が地域の一般医の過半数を組織した場合には、家庭医協会を通さずに直接疾病金庫と家庭医の診療報酬について交渉できることとされた。ドイツの家庭医制度については、以下、詳しく述べることにする。

2. ドイツにおける家庭医の現況

ドイツでは、上述した専門医（標榜科）とは別に、家庭医（hausarzt）が位置づけられている。家庭医には、標榜科でいえば一般医が就く

ことが多いが、内科医など他の専門医が就くこともある。家庭医は、第一次シュレーダー政権による医療改革2001において、患者がどのような診療を受けるかについて助言を行う水先案内人としての機能を強化することとされた。

(1) ドイツの家庭医制度

(家庭医中心医療)

家庭医中心医療は社会法典第5編第73b条に定められているが、参加は任意であり、被保険者の判断にゆだねられている。

ドイツにおける受診は日本ほどのフリーアクセスではないが、イギリスのNHSのようにGPの指示にしたがう必要はなく、どの開業医を受診するかは患者が選択できるが、被保険者は家庭医中心医療に参加すれば、原則として最初に家庭医にかからなければならない。

(家庭医タリフ)

疾病金庫は、その被保険者に対し、家庭医中心医療のために特別な家庭医タリフ(Hausarzttariff)を提供しなければならないとされている。家庭医タリフは、2007年の公的医療保険強化法によって導入された選択タリフの一つである。連邦保健省のホームページによれば、疾病金庫は、最初に家庭医にかかることを選んだ者に対し、規約に従い、報奨金の支払い(Prämienzahlung)や患者負担の軽減(Zuzahlungsermäßigung)などを行うことができる。

(2) ドイツ家庭医協会におけるヒアリング

筆者は2014年に日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団に参加し、ドイツ家庭医協会の代表であるDr. Ulrich Weigeldtにヒアリングをする機会を得た。

ヒアリング結果のポイントをまとめると、以下のとおりである。

(家庭医の減少)

ドイツでは家庭医は減少しており、専門医は増加する傾向にある。また、勤務医は増加する一方、開業医は減少している。ドイツでも高齢化は進んでおり、高齢者は現役世代よりも家庭医を必要とするにもかかわらず、家庭医が減少しているのは問題である。平均年齢をみても、専門医は50.7歳であるのに対し、家庭医は51.7歳と高くなっている。若い医師はなかなか家庭医になろうとしない。その背景には、保険医協会から専門医に払われる部分が多く、家庭医に払われる分が少ないことがある。このため、若い医師は専門医になることを選択することが多い。ドイツで医師を養成しても、母国を去り、イギリスやスイスに移住する医師も増えている。また、女性医が増えていることから、女性医の確保が課題である。

(家庭医協会と疾病金庫との契約内容)

家庭医協会が地域で50%以上の一般医を組織すると、疾病金庫との交渉の権限が与えられる。一般医が個々に疾病金庫と契約を結ぶと混乱するため、家庭医協会が間に入る。

家庭医協会と疾病金庫との直接契約のモデルは以下のとおりである。

包括払い1：被保険者1人当たり年65ユーロ。これは登録料であり、翌年また払う。

包括払い2：3か月以上病気にかかっている場合、四半期ごとに40ユーロ払う(年に最大3回)。

包括払い3：慢性疾患の場合、四半期ごとに25～30ユーロ(年に最大4回)有資格のアシスタントがいる場合は5ユーロ加算される。慢性疾患の患者は通常、まずアシスタントに相談する。そのことは医師の負担軽減になっている。

包括払い4：救急医療、医薬品の節約などについて支払われる。

どの疾病金庫とも契約内容は同じなのかと質問したところ、少しずつ違うとのことであり、たとえば基本報酬は65ユーロとは限らないとのことであった。

基本報酬の部分が少なく追加報酬が多い場合もあり、また、TK（技術者疾病金庫）では1年ではなく半年単位で包括払いが行われる。なお、家庭医協会では、疾病金庫と結んだ契約については、すべてホームページで公開している。

（直接契約の締結状況）

新しい契約はいろいろなGKV（法定疾病金庫）と結んでいる。バーデン・ビュルテンベルク州以外にもブレーメンでもバイエルン州でも結んでいる。ほかのいくつかの州でも話は進んでいる。2つの疾病金庫（IKK（同業者疾病金庫）とTK（技術者疾病金庫））とは連邦レベルで契約した。しかし、バルマーとの契約は止まった。

IKK（同業者疾病金庫）クラシックとTK（技術者疾病金庫）とは連邦レベルの契約を結んでいるとのことであった。それでは全国のIKKクラシック、TKに自動的に適用されるのかと質問したところ、たとえばハンブルクで契約を結んだとすると、他の州でも同様の契約を結ぶことが推奨される。しかし、強制ではないので、IKKクラシックもTKもブランデンブルク州、チュービンゲン州などいくつかの州では契約が結ばれなかった。

AOK（地域疾病金庫）などほかのGKV（法定疾病金庫）について、各州での契約の状況はどうなっているか質問したところ、バーデン＝ビュルテンベルク州では98%のGKVと契約が結ばれているとのことであった。また、バイエルン州でもAOKとは調停中だが、ほかの多くのBKK等と契約している。さらにAOK－ヘッセン、AOK－ザールラント、AOK－ベルリンとも契約しており、当初想定したほど急速に契約は結ばなかったが、少しずつ契約は広がっているとのことであった。

（家庭医、患者、疾病金庫のそれぞれのメリット）

直接契約は、家庭医にとっては報酬が20%くらい高く、事務負担が軽いメリットもある。

患者にとっては、専門医にすぐつないでもらえるメリットがある。

疾病金庫にとっては、より多くの被保険者を獲得できること、投与される医薬品の量が家庭医の方が専門医よりも少ないことがメリットである。

（社会法典第73b条の払い戻し条項（Re-finanzierungsklausel））

払い戻し条項は4年前に作られた条項である。GKVは家庭医契約により大きな赤字が生じると主張したことにより、盛り込まれた。この条項により、家庭医に対する新しい報酬は古いシステムによる報酬と比較されなければならないこととされた。比較は、新しい契約を結んで6か月後に実施される。その結果、もし新しい報酬の方が古い契約よりも高い場合（実際に20%くらい高かったが）、経済性や質の向上など成果を示さなければならず、成果を示せない場合、古いシステムより高い分を法定疾病金庫に返さなければならないこととされた。この条項が撤廃されたことをドイツ保険医協会としては歓迎している。

（家庭医契約による研修の充実）

専門医になった後の教育は、家庭医の方が良いのではないか。家庭医契約を結んだ医師は、合理化教育（老人症、心身症、家庭医特有の問題など）を受けてもらうこととなり、たとえばクオリティグループに所定の時間参加するなどの認証を受けなければならず、きちんと研修を受けない場合、何度か警告が与えられ、最終的には家庭医契約を破棄されることとなる。

（3）ドイツ保険医協会、連邦保健省の家庭医協会に対するスタンス

筆者は2014年の現地調査の際、ドイツ保険医協会および連邦保健省において、家庭医に関する質問を行う機会も得た。ドイツ保険医協会

は、かつては家庭医契約が話題になったが、次第に下火になっているとの説明があった。連邦保健大臣が家庭医を重視する発言をしていることについてどのように考えるか質問したところ、家庭医の重要性和家庭医の団体の重要性は分けて考えるべきであるという回答があり、家庭医協会への反発もうかがえた。

また、連邦保健省においては、専門医の方が多数なので、なかなか家庭医の利害が代弁されないことがあり、家庭医グループと専門医グループの間で深刻な対立があったという説明もあったがとも述べられ、家庭医のみの利害を代表する家庭医協会に対して否定的な評価であるという印象であった。

おわりに

ドイツでは、就業している産婦人科医や小児科医の人数は少しずつ増加している。日本と単純に比較はできないが、実習期間において家庭と仕事の両立に配慮する制度改革が行われている点などは参考になるとと思われる。

重複診療、過剰投薬などを防ぐために家庭医の役割を強化することは各国共通の課題であると思われる。ドイツでは家庭医協会が設立され、一定の条件を満たす場合に保険者との診療報酬の交渉権も与えられたが、既存の団体との軋轢もあり、家庭医契約は順調に広がっているとはいえない状況にあり、関係者が足並みを揃える困難さが見てとれる。

注

- 1) Bundesministerium für Gesundheit, Glossarbegriff, “Ärztin und Ärzte” における “Prüfungen” の記述による。
- 2) Bundesministerium für Gesundheit, Glossarbegriff, “Ärztin und Ärzte” の冒頭部分の記述による。
- 3) Bundesministerium für Gesundheit, Glossarbegriff, “Ärztin und Ärzte” における “Weiterbildung” の記述による
- 4) たとえばノルトライン＝ヴェストファーレン

州でいえば、州の医療職法 (Heilberufsgesetz NRW) 第5条第2項第2号に定められている。

- 5) Daten des Gesundheitswesens 2015, p82
- 6) Daten des Gesundheitswesens 2015, p78
- 7) Bundesministerium für Gesundheit, Glossarbegriff, “Ärztin und Ärzte” の冒頭部分の記述による。

参考文献

- ・医療経済研究機構 (2015)『ドイツ医療関連データ集2014年版』医療経済研究・社会福祉協会
- ・田中伸至 (2012)「ドイツの家庭医と医療制度」『健保連海外医療保障』No.93
- ・土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著 (2008)『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』ミネルヴァ書房
- ・BMG (2015a) “Daten des Gesundheitswesens 2015”

特集：諸外国における専門医

フランスの専門医

産業医科大学教授

松田 晋哉

Matsuda Shinya

フランスには公的な専門医制度があり、診療科別の専門研修医の数が年度ごとに各地域の需要に応じて決められている。なお、プライマリケアを重視する見地から2005年の研修課程見直しにより、一般医(Médecin général)も専門医の一つに位置づけられている。また、医師の地域偏在を解決するために2005年に出されたBerland報告に基づいた改革が現在行われ徐々にではあるがその成果が上がりつつある。

1. はじめに

フランスは我が国と同様、国民皆保険制度のもと患者のフリーアクセスと医師の開業場所選択の自由が認められている。フランスには自由開業セクター(secteurs libéraux)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、医師の処方自由、そして医師の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つについて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。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ナントルとして重要であるという意識が強く、このことが同国のこれまでの医療制度改革の動向に大きな影響を持ってきた。

しかしながら、1970年代以降数次にわたる経済停滞の影響を受け、医療費の高騰が歴代の政府の大きな問題となった。その原因としては医

療機能の分化および連携の不足、そして患者のドクターショッピングに代表される不要不急の受診の多さが指摘されてきた。そこで、これらを制御する取り組み、本特集との関連でいえば専門医別の医師数のコントロールとかかりつけ医制度の導入が行われている。本稿ではこの2つを中心に論考する。

2. フランスの医療制度の概要

フランスの医療制度については多くの文献があるので、ここではその簡単な概要説明にとどめる。関心のある方は引用文献を参照されたい^{〔引用文献1〕-6)}。

フランスにおける近年の動向を理解する前提として、まず、同国の医療制度について簡単に説明しておく。

(1) 医療保険制度の概要

現在のフランスの疾病保険制度を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、自営業者保険制度、特別制度(公務員が対象)、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、原則として医療機関選択の自由が認められている。外来医療の場合、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、医師の領収証を所属する疾病金庫に送ることで償還を受ける。ただし、現在は医療機関から電子レセプトが当該患者の所属する疾病金庫に電子的に送付される仕組みに移行している。

外来医療の償還率は約60%で諸外国より低い。ただし、がんや糖尿病など重篤でかつ長期にわたる治療が必要な疾患（Allocation de longue durée：ALD）については100%保険でカバーされるため（保険者による事前審査が必要）、平均的な自己負担率は10%程度である。入院医療の場合は、患者は自己負担分のみを施設に支払い、残りは疾病金庫から給付される。ただし、民間病院の場合、医師費用は、入院治療であっても外来医療の枠組みで規定されており、償還払いが適用される。

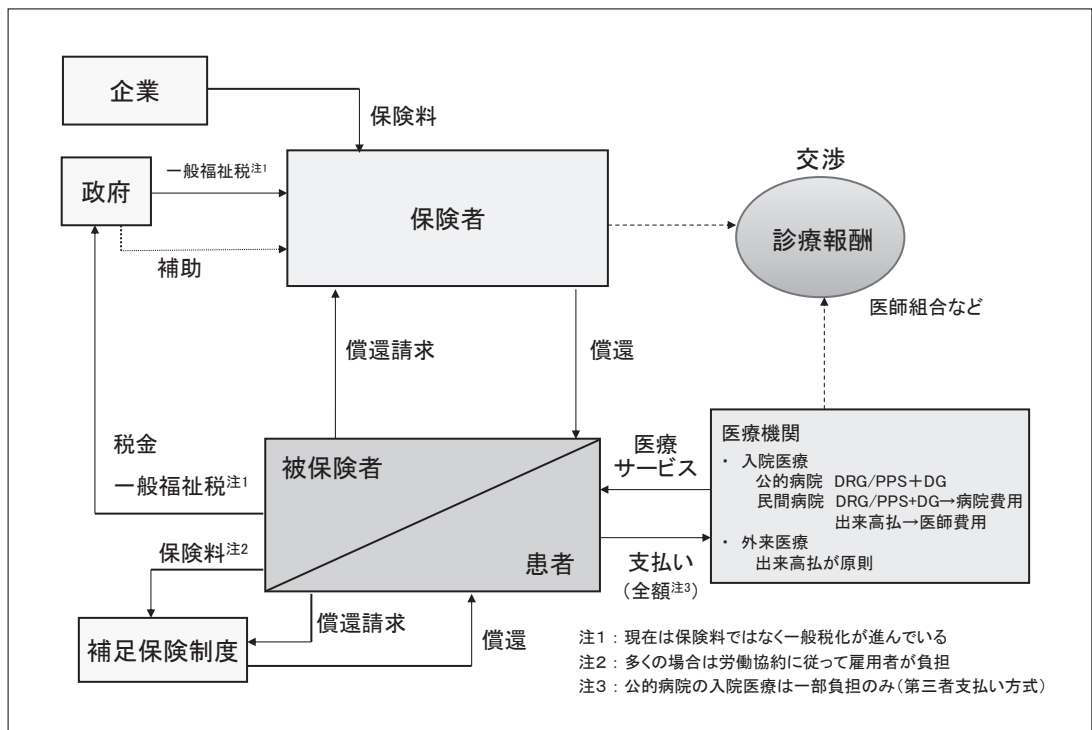
ところで、フランスにおいては自己負担分についてもそれをカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の80%は何らかの相互扶助組合等に参加している。被用者

の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合あるいは相互扶助組合形式で組織されるか、あるいは民間保険会社に委託される形式で運営されている。また、国民が自助努力として個人的に民間保険に加入する場合もある。また、2000年の改革でCMU（Couverture Maladies Universelle）法が制定され、低所得者に対しても補足疾病保険に加入する道が開かれている。

(2) 病院医療体制の概要

フランスの病院は、まず設置主体によって公立病院、民間非営利病院、営利病院に区分される。公立病院はそのほとんどが一般病院であり、その診療能力と規模により地方病院センター（大学病院センター）、一般病院センター、地区病院に区分される。また、我が国の回復期リハビリテーション病棟に相当する中期療養施設、精神病院、長期療養施設も一部公立病院として運営されている。民間非営利病院は、がんセンター、中期療養施設、長期療養施設が主な

図表1 フランスの医療保険制度（償還制）



ものであるが、共済組合が経営している病院には外科や産科に特化したものもある。また、営利民間病院はその多くがCliniqueと総称される短期入院施設で、待機手術を中心とした外科病院が多い。

病院への支払いは、急性期病院の場合はDRGを用いた1入院包括支払い方式（フランス語ではT2A：Tarification à l'acte）、その他の病院は1日当たり包括支払いとなっている（ただし、徐々に各病院機能に応じた診断群分類を活用した包括支払い方式に移行している）。

（3）開業医医療の概要

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年の医師研修課程の改革により一般医は専門診療科の一つとなった（後述）。希望する診療科の専門医になるためには医学部卒業後全国クラス分け試験（ECN：épreuves classantes nationales）と呼ばれる競争試験を受け、その結果に基づいて希望する地域（大学病院）・専門診療科のマッチングを行い、2.5年から5年の専門教育を受けなければならない。なお、各専門診療科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（Confédération des Syndicat Médicaux de France等）との間で締結される協約料金による。我が国と同様、各診療行為には価格が設定されているが、フランスの診療行為はCCAM（Classification commune des actes médicaux）という特殊なコード体系になっている。たとえば、専門医療行為に対応したCCAMの価格を具体的にみると2016年の協約ではJEFA004（経皮的エコー下部分的子宮切除）213.41€（麻酔は別途74.05€）、JEFA007（子宮全摘術）268€（麻酔は別途88.71€）となっている。

我が国のレセプトと異なり、医師が患者に発行する（及び疾病金庫に送付する）領収書には診断名は記載されず、行われたCCAMのコード

のみが記載される^{注1)}。

一般にフランスの自由開業医の診療所はビルの1室を借りただけのシンプルなものが多く、たとえば一般医の診療所では、そこで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ない。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Biologist、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と言えるだろう。

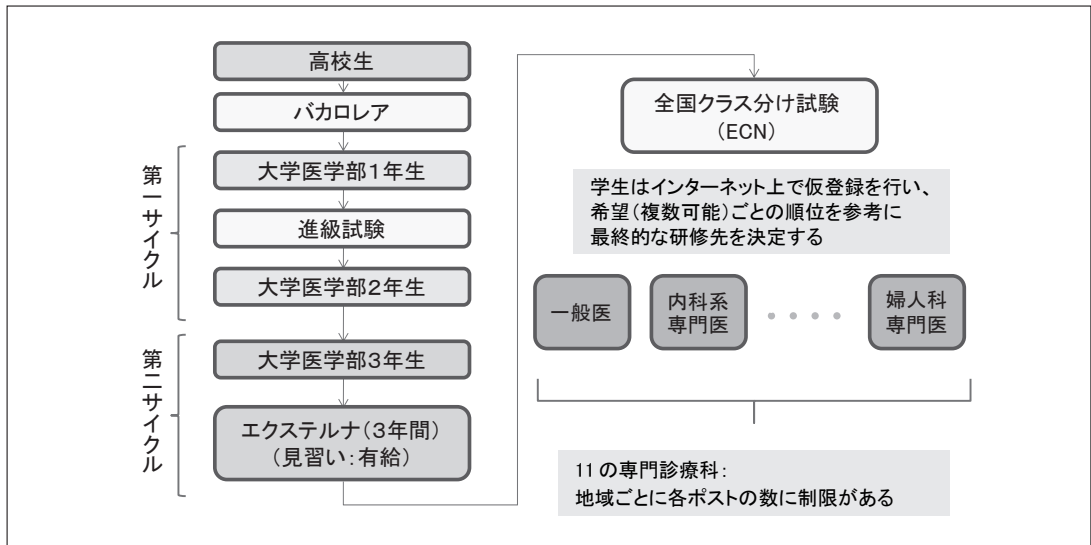
（4）薬剤

フランスは完全医薬分業となっている。患者は医師の診療所で処方箋をもらい、それを薬局に持っていく、そこで薬の処方を受ける。我が国の門前薬局のようなものではなく、患者がかかりつけ薬局を持ち、そこで薬剤師の助言を受けることができる仕組みとなっている。

3. フランスの専門医養成課程

フランスの専門医は国によって認定される仕組みであり、一般医を含む11の専門医課程が設定されている（なお、内科系、外科系それぞれにsub-specialtyが設定されている）。我が国のように自由に専門を選択することはできず、必要量を勘案して地区単位ごとに各専門医養成コースに入ることができる医師数が制限されている。医師は卒業時に専門を選択するが、それは卒前教育システムのあり方とも関係している。すなわち、後述のように我が国の初期臨床研修に相当するものは卒前で行われていることが重要な相違点である。医師偏在問題への対応、またプライマリケアの重視、そして高度化する医療に対応するためにフランス政府は医学教育の改革に取り組んできており、それが専門医制度とも深く関係している。以下、まずフランスの医

図表2 フランスの医師養成課程の概要



師養成課程とその改革について説明する（図表2）。

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、これは我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。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）。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。こ

の間の医学生はエクステルナと呼ばれ、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および侵襲的な治療手技を行うこともできる。

卒業時に医学生は前述のECNを受ける。試験は我が国のような医療知識を問うものに加え、医学論文の批判的読解（lecture critique）という記述試験がある。この論文読解試験は、医師の生涯学習にとって論文を批判的に読む能力は不可欠であるという認識から導入されたものである。受験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、および最初の6か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およ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診療科を修正することができる。

図表3は2013年と2014年の診療科別の募集数を示したものである。各診療科の募集数はさらに地方単位で設定されており、それを超えて各科の研修医が採用されることはない。

他の欧米諸国と同様、フランス政府は近年医療費の適正化および人口高齢化に対応する医療提供体制にすることを目的にプライマリケアの充

図表3 専門診療科ごとの研修医募集数（2013年・2014年）（単位：人）

	2013年	2014年	増減
麻酔蘇生科	416	433	17
臨床検査科	97	120	23
婦人科(内科)	41	48	7
産婦人科	208	212	4
一般医	3,799	3,752	-47
産業医	170	177	7
小児科	298	320	22
精神科	514	526	12
公衆衛生	90	96	6
外科系専門医	654	686	32
一般外科	413	423	10
脳神経外科	18	24	6
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	86	86	0
眼科	128	142	14
口腔外科	9	11	2
内科専門医	1,533	1,684	151
病理解剖科	68	65	-3
循環器科	180	203	23
皮膚・性病科	93	96	3
内分泌・糖尿病・代謝科	71	79	8
消化器・肝臓内科	113	124	11
遺伝診療科	20	21	1
血液内科	48	45	-3
一般内科	114	132	18
核医学科	34	40	6
理学療法・リハビリテーション科	89	97	8
神経内科	104	118	14
腎臓内科	76	87	11
腫瘍内科	125	132	7
呼吸器内科	102	114	12
放射線診断科	212	244	32
リウマチ科	84	87	3
一般医を除く合計	4,021	4,302	281
合計	7,820	8,054	234

注：集計目的が異なるため図表4と診療科名が若干異なる

実に力点を入れており、2005年の改革で一般医を専門医の一つとして再定義している。これは専門医志向の強いフランスの医学生の意識を変えることを意図したものである。

次に研修であるが、一般医を選択した者は2年半の研修を受ける。研修は6か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。その他の専門医を選択した者は、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。研修終了後の進路に関しては、一般医の場合、そのほとんどが研修終了後開業医となる。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、後者の数はそれほど

ど多くない。ただし、開業した外科系専門医はCliniqueと総称される民間病院と契約し、そこでオープンシステムで診療を行う者が多く、その意味ではフランスの場合、外科系専門医の多くは「自由開業医」でありながら病院で勤務していると言える。

フランスでは開業場所選択の自由が認められているため、医師の多くが都市部、特にパリやマルセイユ、ニース、リヨンといった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。

4. 専門医の配置

図表4は2013年1月1日における専門診療科別に自由開業医師の数を示したものである^{引用文献7)}。医師合計でみると21万8,296人のうち10万9,981人(50.4%)が自由開業医であり、女性比率は自由開業医が34.0%、勤務医が49.5%となっている。これを専門別にみると一般医は10万1,803人中6万3,595人(62.5%)、専門医は8万9,642人中4万6,341人(51.7%)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6万4,870人中2万7,090人(41.8%)、外科系専門医2万5,433人中1万2,887人(50.7%)が自由開業医を選択している。

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との間で締結される協約料金による。

5. 医師の偏在問題

専門医の養成数および地理的配置は、各地域の需要に応じて決められており、我が国に比較すれば診療科および地理的な偏在は少ない。しかしながら、麻酔科医や新生児科といった労働条件の厳しい診療科を希望する者は少なく、フランス以外のEU諸国の医学部を卒業した外国人医師が採用される例が増加している。また、地

方(Région：我が国の都道府県より広い行政区域)単位で採用する専門別研修医数が規定されていることで地方間の医師の偏在は改善されてきている。しかし、多くの医師は医学部のある地方の首都で開業あるいはその病院に勤務するものが多く、同じ地方内で都市部とそれ以外の医師の偏在問題は依然大きな問題となっている。

この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、現在のこの問題への対応の基本となっている^{引用文献8)}。この報告における当該部分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することができず、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およ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およ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

図表4 診療形態・診療科別の医師数（海外県を除く；2013年1月1日現在）

（単位：人）

	開業医		勤務医		合計	人口 10万対
	合計	女性比率(%)	合計	女性比率(%)		
医師合計	109,981	34.0	62,098	49.5	218,296	333.1
一般医合計	63,595	33.9	17,340	50.2	101,803	155.4
専門医合計*	46,341		43,696		115,075	
内科専門医	27,090		27,229		64,870	
病理解剖科	631	53.9	758	70.6	1,550	2.4
麻酔・蘇生科	3,951	25.0	6,421	42.2	10,841	16.6
循環器科	3,284	18.0	1,818	36.4	6,710	10.2
皮膚性病科	2,793	68.3	493	72.8	4,104	6.3
内分泌・糖尿病・代謝科	570	70.4	839	77.4	1,737	2.7
消化器・肝臓内科	1,492	19.9	1,295	42.9	3,556	5.4
遺伝診療科	4	75.0	200	70.0	223	0.3
婦人科(内科)	2,466	72.9	324	65.7	3,600	13
血液内科	23	39.1	423	55.8	477	0.7
一般内科	269	20.8	1,868	39.5	2,413	3.7
核医学科	214	24.3	293	46.1	648	1
理学療法・リハビリテーション科	391	23.8	1,190	52.3	1,961	3
腎臓内科	305	26.2	891	44.2	1,491	2.3
神経内科	518	37.6	1,308	51.8	2,223	3.4
腫瘍内科	140	37.9	599	51.1	799	1.2
小児科	2,375	60.4	3,708	67.1	7,615	62.8
呼吸器内科	796	27.8	1,524	45.9	2,848	4.3
放射線診断科	5,152	25.7	2,030	51.6	8,392	12.8
放射線治療科	320	31.9	387	48.3	815	1.2
医学的蘇生	22	4.5	227	22.0	256	0.4
リウマチ科	1,374	35.7	633	55.9	2,611	4
外科専門医	12,887		7,104		25,433	
一般外科	1,151	5.7	1,917	22.0	3,628	5.5
小児外科	35	45.7	167	44.9	273	0.4
上顎顔面外科	844	14.2	112	33.9	1,214	1.9
整形外科・外傷外科	1,588	2.8	758	6.6	2,983	4.6
形成外科・復元外科	566	20.1	95	30.5	831	1.3
胸部外科・心臓外科	120	7.5	172	12.8	393	0.6
泌尿器科	586	3.8	215	8.4	1,051	1.6
血管外科	265	6.4	124	14.5	512	0.8
腹部外科	343	8.5	399	19.5	905	1.4
産婦人科	1,623	34.8	1,662	57.0	4,253	15.3
脳神経外科	120	5.0	290	15.5	485	0.7
眼科	4,074	41.4	570	58.4	5,849	8.9
耳鼻咽喉科・口腔外科	1,572	15.0	623	43.3	3,056	4.7
臨床検査	1,150	36.7	1,093	60.1	2,825	4.3
精神科	5,121	39.3	7,008	55.2	14,619	22.3
産業医	71	67.6	550	74.5	5,666	8.7
公衆衛生医	22	59.1	712	55.6	1,662	2.5

注：集計目的が異なるため図表3と診療科名が若干異なる

*：一般医を除く

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の臨床研修体制とする。
- 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、医学生物学および医学研究）とする。

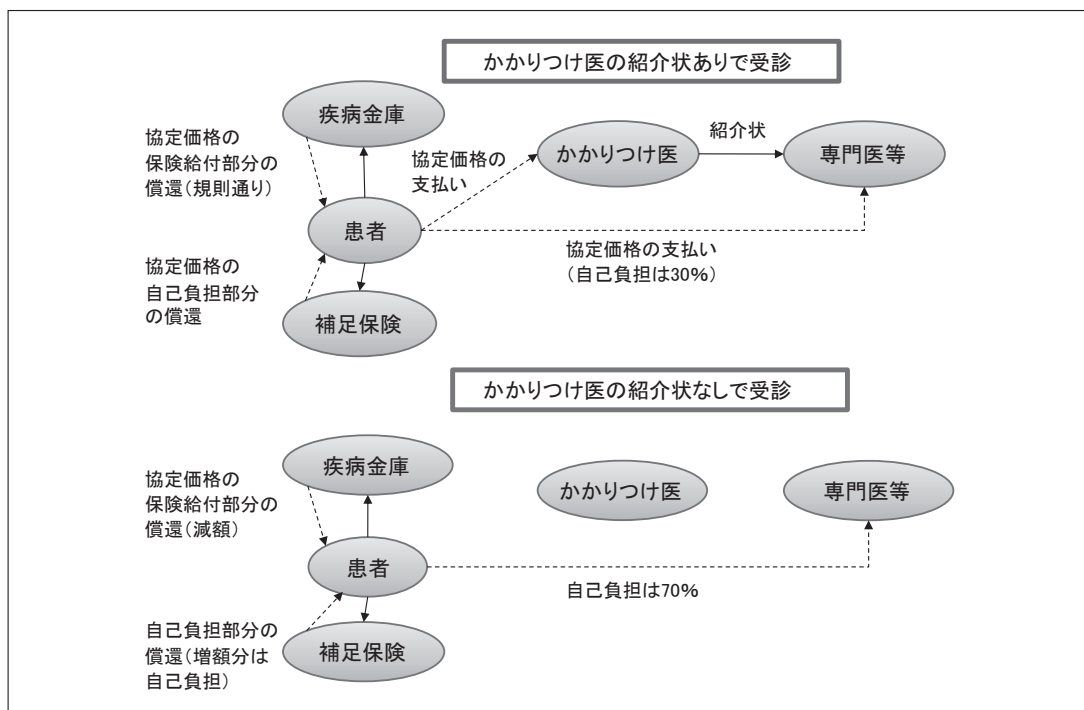
③医療過疎地域での就業の促進

- 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（開業医およ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

6. かかりつけ医について

2004年にブラジ保健担当大臣名で出された医療制度改革案（通称Blazy plan）は、医療制度改革を現在のフランスが取り組むべき最大の政策課題の一つとした上で、制度の効率化の目的で図表5に示した「かかりつけ医（Médecin

図表5 フランスにおけるかかりつけ医制度



Traitant)」制度を導入した。この制度により16歳以上のフランス人はすべて自分の「かかりつけ医」を選択しなければならなくなった。なお、「かかりつけ医」は一般医でも専門医でもよい。

この制度の特徴は患者がかかりつけ医の紹介状無しに他の医師にかかることが出来ることにある(すなわち医師選択の自由が保障されている)。ただし、紹介状無しに他の医師にかかった場合、その医師は法的に設定された上限までの診察費用を患者に要求できるが、患者には診察費用の基本料部分の30%しか疾病金庫から償還されない形式となっている。また差額部分は補足保険制度(共済組合や互助制度、あるいは民間保険)では補てんされない。このような経済的なインセンティブを設定したのがフランスの「かかりつけ医」制度の特徴である。

このかかりつけ医制度については、その導入により受療率の適正化が生じたとされているが、もともと3分の2の患者は一般医にかかっていることから、その効果は限定的であるという見方もある^{引用文献9)}。しかしながら、フランス政府はその効果を評価しており、2006年度からは「かかりつけ医」が予防分野でも貢献することが協約に盛り込まれることとなった。具体的には、高齢者における医原性疾患の防止(特に医薬品に起因するもの)、乳がん健診、糖尿病患者における心血管系疾患の予防の疾病管理3事業について、診療報酬の設定が行われている^{注2)}。

7. まとめ

以上、フランスの専門医制度について説明した。フランスでは専門医が公的な資格となっており、また各専門医の行う医療行為が医療行為規定として規定されているために専門を超えて医療を行うこと(たとえば、外科医が眼科的処置を行うこと)は原則として診療報酬上認められていない。また、地方(Région)レベルで専門医別の養成数を規制することで大きな枠組みでは偏在問題への対応がなされている。しかし、各地方内での都市とそれ以外の地域間の偏

在問題が依然大きなものとして残っている。特に、近年の傾向として地理的にも時間的にも拘束される傾向のある一般医としての開業を若い医師が敬遠するようになっており、そのために都市以外でプライマリケアへのアクセスが悪化している。この問題に対応するためにフランスでは近年、自治体や共済組合がポリクリニック(多科診療所)の建物を医療過疎地域に準備し、そこにパートタイムの医療職が交代で勤務するという新しい医療提供の仕組みが導入されている(Maison médicale multifonctionnelle)。こうしたポリクリニックでは各診療科の女性医師が交代で勤務している例が多いのも特徴である。このような対策が可能になったのはBerland報告によって、問題の構造が分析され、その対応を規制緩和も含めて行うようになったことが大きい。現在、我が国においても専門医制度の在り方が議論となっているが、専門医の研修内容に関する議論が中心で、医療全体のバランスをどのように考えるのかという視点が足りないように思われる。フランスの例を参考に、まず若い医師の意識調査を行い、またレセプト等を用いて医療資源の適正配置に関する分析を行ったうえで、専門医制度の設計を行うことが望ましいのではないかと筆者は考える。本稿の内容がそうした検討の一助になれば幸いである。

注

- 1) CCAMが開発されるまでは、各医師が患者に発行する領収書にはKC30という記号が書かれるのみで、具体的な傷病名や実施された医療行為の詳細は分からない仕組みとなっていた。上述のKC30というのは外科的専門行為が30点分行われたということの意味している。しかし、単独で30点の医療行為は複数あり、また複数の医療行為を行って30点になった場合も該当する。医療の質評価をシステム的に行っていくためには、個々の医師がどのような医療行為を行っているかに関する情報が必要であるという認識から、フランス政府はアメリカのRBRVS(Resource Based Relative Value Scale)を参考にCCAMを開発した。

2) フランスではいくつかの疾患について保険者と医師とが契約を結んで、重症化予防を目的とした疾病管理事業を行う枠組みが導入されている。これは従来 Contrat d'amélioration des pratiques individuelles: CAPI と呼ばれていたものであるが、現在は ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique: 公衆衛生の目的のための報酬) という名称になっている。たとえば、糖尿病の場合には看護師が携帯あるいはインターネットを用いて在宅の糖尿病患者の生活管理を行う。同時に、当該患者のかかりつけ医は HAS (Haute Autorité de la Santé: 高等医療庁) が作成しているガイドライン等に従って標準的な糖尿病治療を行う(たとえば、定期的な HbA1c の測定や眼科健診、腎機能検査など)。治療のプロセス及びアウトカム(たとえば、入院の回避)がポイント化されており、年度末にそのポイント数に応じて当該かかりつけ医に「成果に応じた報酬 Pay for performance: P4P」が支払われる仕組みとなっている。

9) Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C: Les assurés et le médecin traitant: premier bilan après la réforme, Bulletin d'information en économie de la santé, No.124:2-4, 2007.

引用文献

- 1) 藤井良治『現代フランスの社会保障』東京:東京大学出版会、1996.
- 2) 伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』東京:中央出版法規、2000.
- 3) 松本由美『フランスの医療保障システムの歴史の変容』東京:早稲田大学出版部、2012.
- 4) 松田晋哉『医療の何が問題なのかー超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房、2013.
- 5) 『日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団報告書Ⅲ: イギリス型に近づくフランス医療ー日本は既存資源の活用が重要ー』日本医師会、2015.
- 6) フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集【2014 年版】』東京:医療経済研究機構、2017.
- 7) DREES: 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014, Etudes & Résultats, 937, 2015.
- 8) Rapport de la Commission Démographie médicale (Présenté par Professeur Yvon Berland) : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf

特集：諸外国における専門医

イギリスにおける総合医と専門医

関西大学・大阪医科大学非常勤講師

田畑 雄紀

Tabata Yuki

イギリスの医療制度では、診療所と病院とで役割も勤務する医師も異なっている。診療所では総合医である一般医が、病院では高度な医療を提供する専門医が診療を担当する、というように明確な区別がなされている。本稿では、NHSの一般医と専門医の現状や養成課程、診療報酬制度について、その違いを比較しつつ説明する。そして近年、変化の過程にあるNHSの医療提供体制の改革の動向をふまえ、一般医と専門医の連携・役割を論じる。

1. NHSにおける総合医と専門医

イギリスの医療保障制度である国民保健サービスはNHS（National Health Service）と呼ばれ、財源の大部分を租税によって賄い、すべての国民に予防医療やリハビリテーションを含めた包括的な医療保険サービスを原則無料で提供している¹⁾。医療機関の受診方法は日本のようなフリーアクセスではなく、救急の場合以外はあらかじめ登録してある診療所の一般医（General Practitioner：GP）の診察を受けなければならない。一般医は登録患者の健康管理や簡単な治療は行いが、診察の結果、高度な検査や入院といった専門的な医療が必要であると診断された患者には、病院を紹介し、病院で専門医²⁾の医療を受けさせる役割も果たしている。

このように、一般医は各専門科にまたがって総合的に診療する医師であることから、総合医にあたるといえる。また、専門医による病院での高度な医療サービスへの橋渡しをする門番役（ゲートキーパー）としても機能している³⁾。イギリスでは、救急の場合を除いて、総合医である一般医の診察を受けなければ、専門医による高度な医療サービスを受けることはできない。そのため、診療所では総合医が、病院では各専門科に特化し

た専門医が治療にあたるというように、診療所と病院とで役割が明確に分かれており、効率的に医療資源の配分を行うシステムが構築されている。

患者は自身が登録している診療所の一般医と長く付き合っていくことになるので、健康問題について相談しやすい環境が作られることとなる。一般医はその患者の病気のことでなく、生活に関する情報を集積し、日常生活のなかで健康を維持する方法や、慢性的な病気の悪化などを防ぐような病気のコントロールの方法を指示する。

また、一般医からの紹介を受け、専門医による入院治療を受ける際にも、一般医が専門医と連絡を取り、受けた医療の内容を一般医に集めることになっている。その情報をもとに、一般医は退院後の医療にも反映させていく。患者に最も近いところで接していく一般医は、一次医療の専門医として捉えることもできよう。それは次節で述べる医師の養成方法からもうかがい知ることができる。

2. 医師の養成・教育

(1) 医師に関する近年の状況

NHSでは経済的な負担なく、誰でも平等に医

療を受けられるという理念で制度が作られてきていた。しかし実際は、一般医を受診する際や紹介された病院で診察を受けられるまでに、長い待機期間があり、大きな問題となっていた。

そうした待機期間の短縮や医師の待遇改善、患者の選択の拡大など様々な改革を実現するために、2000年に「NHSプラン」が公表された。そこでは、NHS予算をそれまでの対GDP比7%程度から10%弱まで引き上げることより、上述の問題点に対する改革を行うことが示されていた⁴⁾。

ここでその内容のすべてに触れることはできないが、医療供給側への改革に注目すると、2001年から2010年までに新たに病院を100か所増やすこと、2001年から2004年までに一般医の数を2,000人、専門医を7,500人、看護師を2万人増員させること、診療報酬制度の改革などの目標が明示されている。その内、医師数に関しては、2001年の一般医は3万1,835人であったが2004年には3万4,855人となり、専門医は2万5,782人から3万650人に増加した⁵⁾。

2014年度の医師数は一般医で3万6,920人、専門医の数は4万2,733人となっている。この間特に女性の専門医の増加が顕著で、2004年度は7,815人だったものが2014年度では1万4,398人と2倍近くに増加した。

(2) 医師の養成

1節で述べたように、NHSにおける医師は大きく分けて、総合医の役割を果たす一般医と、高度な医療サービスを提供する専門医に分かれており、その養成課程には違いがある⁶⁾。

イギリスでは医学部の教育年限は基本的に5年間であるが、学卒者用の4年制、基礎分野を深く学ぶ6年制の学部もある。医学部を卒業した後、イギリスの医師免許や医師教育を管理する総合医学審議会（General Medical Council : GMC）に仮登録され、2年間の基礎研修（Foundation Programme）に臨む。1年目の研修が終了すると、GMCに正式登録され、2年目の研修にうつる。それぞれの年の研修では、4か月単位で3つの異なる専門科で研修を受ける。2年目の研修では、救急医療と一般医が行う一次医療への研修は必須となっている。

2年間の研修が終わると、レジストラーという職位として登録され、各専門科での専門研修（Speciality Training Programme）を受ける。一般医になるためには、3年間の一般医専門研修（GP Speciality Training Programme）を受け、その他の専門医は最低6年間の研修を受ける。それぞれの研修を修了すると、認定証（Certificate of Completion of Training : CCT）が授与され、診療所の一般医もしくは病院の専門医としてGMCに登録される。

専門医を目指す者が、各専門科にて長期に渡り研修を受けるのは当然であろう。だが、一般医になる際には、専門医とはまったく別の研修を受ける必要があるというところから、一般医に求められる医療技術や知識が、他の専門科と一線を画す特殊性があることが理解でき、異なる専門科として捉えることもできるのではないだろうか。一般医専門研修では、一次医療に関する訓練だけでなく、公衆衛生、国の政策や患者の

表1 NHSにおける医師研修

学部卒業後年数	一般医	専門医
1年目	基礎研修 (Foundation Programme)	
2年目	基礎研修 (Foundation Programme)	
3～5年目	レジストラーとして登録。 一般医専門研修。 (GP Speciality Training Programme)	レジストラーとして登録。 最低6年間の専門科研修。 (GP Speciality Training Programme)
6～8年目	一般医として登録。 診療所に勤務。	
9年目以降		専門医として登録。 病院に勤務。

出典:General Medical Council(2005)、イギリス医療保障制度に関する研究会(2016)p.68～69、一圓光彌・田畑雄紀(2012)p.29を参照し、筆者作成。

ニーズの変化への対応などについても学ぶこととなっている。

(3) 医師免許の更新

イギリスで診療を行うには、GMCに医師として登録されることに加え、診療の免許を取得する必要がある。この免許は2012年以降、5年ごとの更新制になっている。医師として活動するためには、5年ごとに自身の業務に関するチェックを受ける必要がある。

更新の際には、①知識・技能・パフォーマンス、②安全と質、③コミュニケーション・連携・チームワーク、④信頼の維持、の4つの評価を受けることになる⁷⁾。登録時や免許更新時には登録料・更新料が必要であり、登録を継続するには年会費も必要となる。

3. 一般医・専門医の診療報酬の仕組み

(1) 診療所・病院への報酬

一般医が共同で診療を行う診療所への報酬は、以前は登録者数に応じた人頭報酬が中心であった。しかし、2004年度からはこれに加え、一般医が追加的なサービスを行った場合に支払われる付加的サービス報酬 (enhanced service)、一定の成果を達成した場合の成果報酬 (Quality and outcomes Framework : QOF) が支払われることとなった。

付加的サービス報酬は、一般医が自身の得意な分野で積極的に診療を行うことで報酬が得られる仕組みである。

成果報酬は診療所が収入に差をつけることができる報酬の一つであるので、ほぼすべての診療所がこの支払いを受けている。成果報酬は2004年以降何度か改定がなされ、2014年度には、臨床基準、公衆衛生、公衆衛生の付加的サービスの3つの領域が設定されている⁸⁾。

人頭報酬中心では、一般医に積極的に診療を行うインセンティブが生じなかったが、2004年度の診療報酬制度改革により、積極的に診療を行うことで報酬が増える仕組みとなった。その

結果、待機期間の短縮が達成され、適切な病院の紹介などが行われるようになり、効率的な医療サービス提供が行われるようになった。

病院への診療報酬は、2003年度までは従前の実績に基づいて包括的に決められた報酬が支払われていた。しかし、診療所同様2004年度から新たな診療報酬制度として、診療実績に応じた支払い方式 (Payment by Result : PbR) が導入された。これにはイギリス版DRG (診断群分類包括支払い) であるHRGが活用されている⁹⁾。

HRGは同質で同量の医療サービスを要する疾病をグループ化したものであり、HRGごとに公定価格が定められている。その価格に基づいて診療報酬が支払われる。この仕組みにより、診療所同様、病院は自分たちが治療を行った件数に応じて報酬が支払われる制度が取り入れられたため、積極的に治療を行うインセンティブが与えられた。

(2) 一般医と専門医への報酬

前項では、診療所ならびに病院といった施設へ支払われる報酬について説明したが、そこで勤務している一般医や専門医への報酬は別に定められている。

医師への報酬は、医師の報酬を検討する独立した委員会 (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration : DDRB) の意見をもとに、国が決定している。DDRB (2016) によると、2013年度における一般医の平均年収は、グロスで27万3,600ポンドであり、経費を除いたネットの額は9万9,800ポンドである。一般医のネットの報酬は2005年度の11万ポンドをピークに概ね下落した年が続いているが、診療報酬制度が改定される以前の2003年度の額と比較すると、2016年度は21.7%上昇している¹⁰⁾。

専門医の2016年度の報酬は、7万6,001～10万246ポンドである¹¹⁾。しかし専門医にはこの報酬に加え、果たすべき水準以上の成果を上げた場合に支払われる特別報奨金 (Clinical Excellence Award) がある。この報奨金は12レベルあり、レベル1～8までは地方によって授与され、プロ

ンズ・シルバー・ゴールド・プラチナと呼ばれるレベル9～12はイングランドによって授与される。この報奨金は一度受けると毎年継続されていく¹²⁾。表2は2016年度の特別報奨金の額をまとめたものである。

表2 2016年度の特別報奨金額
(Clinical Excellence Award)

レベル	報酬 (£)
1	2,986
2	5,972
3	8,958
4	11,944
5	14,930
6	17,916
7	23,888
8	29,860
ブロンズ	35,382
シルバー	47,110
ゴールド	58,888
プラチナ	76,554

出典：NHS Employers (2016) p.7を元に筆者作成

4. 今後のNHSと医師の役割

2014年10月にNHSから『5年間の展望 (Five Year Forward View)』が発表された。今後のNHSのあり方については、予防と公衆衛生の改良が急務であることと、人々が自身に必要な医療の管理を自分で行いやすくすること、一般医と病院、身体的ケアと精神的ケア、医療とソーシャルケアといったサービス間の垣根をなくし、切れ目のないサービスを提供することなどを論点として取り上げている。その中で一次医療と二次医療が一連の医療として繋がることを目指し、医療サービスの質を高めるとともに効率性も高めていくことが示された。

そのための策の一つとして、一般医が看護師や病院の専門医、精神的ケア、ソーシャルケアなどと連携し、退院後のケアにあたる「複合的専門コミュニティプロバイダー (Multispecialty Community Provider)」を創設すること、一次医療と病院医療のプロバイダーを統合した「一次・急性期医療システム (Primary and Acute

Care Systems)」などの新たなケアモデルを創設することなどをあげている¹³⁾。

また、その後に発表された『NHSサービスへの診療報酬制度改革 (Reforming the payment system for NHS service)』では、これらの策を実行に移すため、新たなケアモデルに合った診療報酬制度改革が必要であるとし、そのモデルに対応した診療報酬制度改革を行っていき、2020年には新たなケアモデルへの移行が始められると想定している¹⁴⁾。

さらに、2015年12月には、『展望の達成：2016～2020年度におけるNHSの計画指針 (Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/17-2020/21)』が発表され、2つの計画が示された。一つは『5年間の展望』を進めるべく、5年間分の地域ごとの持続可能な改革計画の立案をすること、もう一つはその改革計画を実現するため、組織単位で単年度ごとの実行計画を立てることである。これを受けNHSイングランドは2016年3月に『2016年度ビジネスプラン (Our 2016/17 Business Plan)』を作成し、優先すべき10項目の計画をあげている。この中で、専門医に関する内容としては、NHS111¹⁵⁾など病院外のサービスに対する改革や、病院の救急専門医への支援を強化することで、週末の救急患者の死亡率の高さを改善する目標が示されている¹⁶⁾。

NHSは、患者負担無料や病院と診療所の役割分担などの原則は守られつつも、今後数年で提供する医療サービスが時代にあわせたかたちに変わっていく可能性がある。重症者に対し、専門医が高度な医療サービスを提供していくのはもちろんだが、専門医と一般医やその他の医療従事者と連携をし、患者の退院後の治療計画を立てたり、生活の質をあげることが重視される方向に動いていくものと考えられる。診療所と病院の役割は分かれているものの、専門医と一般医が別々に診療にあたるだけでなく、患者のために効率よく連携していく制度を構築しようとしていることは注目に値する。

日本でも紹介状なしで大病院の初診を受けるには、原則的に5,000円以上の定額負担を支払う

こととなり、イギリスほど厳格ではないにせよ医療機関の機能分化が図られることとなった。さらに、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療・介護総合確保推進法）」も成立し、その中では、医療と介護などの連携強化による、切れ目のない医療・介護の提供体制の構築や、在宅医療の推進などが提唱されている。

医療機関の機能分化を進ませつつ、それぞれの医療機関などが連携を強化し、切れ目のないサービスの提供を行っていく点においては、イギリスと日本は類似した目標を目指しているといえるのではなかろうか。したがって、退院後の患者の治療や生活の質の向上のあり方を考えていく上で、イギリスの現在の新たなケアモデルの構築は、十分参考になりうるであろう。また、その新しいケアモデルに対応した診療報酬制度についても、新たな専門医と一般医の役割に対する報酬のあり方がどのようなものになるか注視し、日本の診療報酬制度に生かせる部分があるか、分析していく必要がある。専門医と総合医の連携という新たなサービス提供について、どのような診療報酬を設定することで、患者の生活の質を維持しつつ、効率よい医療サービスを提供していくとするのか、今後の動きは大いに参考になると考えられる。

注

- 1) OHE(2013)p.51によると、NHSの財源は2011年で、税80.9%、国民保険からの拠出金17.9%、患者負担1.2%である。患者負担はわずかではあるが、処方薬剤費、一般歯科医療費などがある。ただし、これらの負担には免除制度が存在する。
- 2) 本稿では「専門医」とはConsultantのことを指すものとする。
- 3) 松本(2015)p.196では、紹介によって最適な医療サービスへとアクセスさせる役割を持つ一般医を、「ゲートオープナー」とする見解を紹介している。
- 4) Department of Health(2000) p.11~13、p.43~44、p.50~51参照。
- 5) Health and Social Care Information

Centre(2012) Tab.2b およびHealth and Social Care Information Centre (2015)、イギリス医療保障制度に関する研究会(2012) p.154参照。専門医の数はNHSプランで設定された目標に届いていないが、準専門医やレジストラを加えると2001年度から2004年度で9,139人増えている。

- 6) 本項の医師の養成については、General Medical Council (2005)、イギリス医療保障制度に関する研究会(2016) p.68~69、一圓光彌・田畑雄紀(2012)p.29を参照している。
- 7) 松本(2015)p.245、GMCホームページ参照。
- 8) 一圓光彌・田畑雄紀(2012) p.25~26、イギリス医療保障制度に関する研究会(2016) p.97~98参照。
- 9) HRGは改定が繰り返され、現在はHRG 4が採用されている。田畑雄紀(2015)p.274参照。
- 10) DDRB(2016)p.142 Table E.1参照。
- 11) DDRB(2016)p.116参照。
- 12) ACCEA(2016)p.5参照。
- 13) NHS(2014)p.3~5参照。
- 14) Monitor(2014)p.3~4参照。
- 15) NHS111とは、特別な訓練を受けた看護師や上級救急救命士が、24時間体制で電話相談に応じる仕組みである。相談の結果、症状に関するアドバイスが得られたり、緊急であると判断された場合には、救急車の手配なども行われる。
- 16) NHS England(2016) p.27参照。

参考文献

- ・石垣千秋(2010)「英国ブレア政権下における医療専門職規制の近代化」『医療と社会』Vol.20 No.3
- ・イギリス医療保障制度に関する研究会(2012)『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書2011年度版』医療経済研究機構
- ・イギリス医療保障制度に関する研究会(2016)『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書2015年度版』医療経済研究機構
- ・一圓光彌・田畑雄紀(2012)「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No.93
- ・白瀬由美香(2011)「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』No.174
- ・白瀬由美香(2016)「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111
- ・田畑雄紀(2015)「医療保険制度：イギリス」『保険

- と年金の動向 2015/2016』厚生労働統計協会
- ・松本勝明編著 (2015)『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社
 - ・Advisory Committee on Clinical Excellence Awards(ACCEA) (2016) *NHS Consultants' Clinical Excellence Awards Scheme* (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/424845/1_Applicants_Guide_2015.pdf)
 - ・Department of Health (2000) *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform* (<http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsuk1.pdf>)
 - ・General Medical Council (GMC) (2005) *Medical career structure* (http://www.gmc-uk.org/Medical_career_structure_doctors_in_training.pdf_25417075.pdf)
 - ・GMC ホームページ *Registration, licence to practise and revalidation legislation* (http://www.gmc-uk.org/about/legislation/registration_legislation.asp)
 - ・Health and Social Care Information Centre (2012) *General and Personal Medical Services in England 2001-2011* (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB05214>)
 - ・Health and Social Care Information Centre (2015) *NHS Workforce Statistics in England, Medical and Dental staff-2004-2014* (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB16931>)
 - ・Health and Social Care Information Centre (2016a) *General and Personal Medical Services in England 2005-2015* (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20503>)
 - ・Health and Social Care Information Centre (2016b) *NHS Workforce Statistics April 2016*, (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB21066/nhs-work-stat-apr-2016-pdf>)
 - ・Monitor (2014) *Reforming the payment system for NHS service: supporting the Five Year Forward View* (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/381637/ReformingPaymentSystem_NHSEMonitor.pdf)
 - ・NHS (2014) *Five Year Forward View* (https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5_yfv-web.pdf)
 - ・NHS Employers (2016) *Pay and Conditions Circular (M&D) 1/2016* (<http://www.nhsemployers.org/case-studies-and-resources/2016/08/new-pay-circular-for-medical-and-dental-staff-1-2016>)
 - ・NHS England (2015) *Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/17-2020/21* (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/planning-guid-16-17-20-21.pdf/>)
 - ・NHS England(2016) *Our 2016/17 Business Plan* (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/03/bus-plan-16.pdf>)
 - ・Office of Health Economics (OHE) (2013) *OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics second edition*, Office of Health Economics
 - ・Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration (DDRB) (2016) *Forty-Fourth Report 2016* (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/505959/54290_Doctors_and_Dentists_Pay_Review_2016_Accessible.pdf)

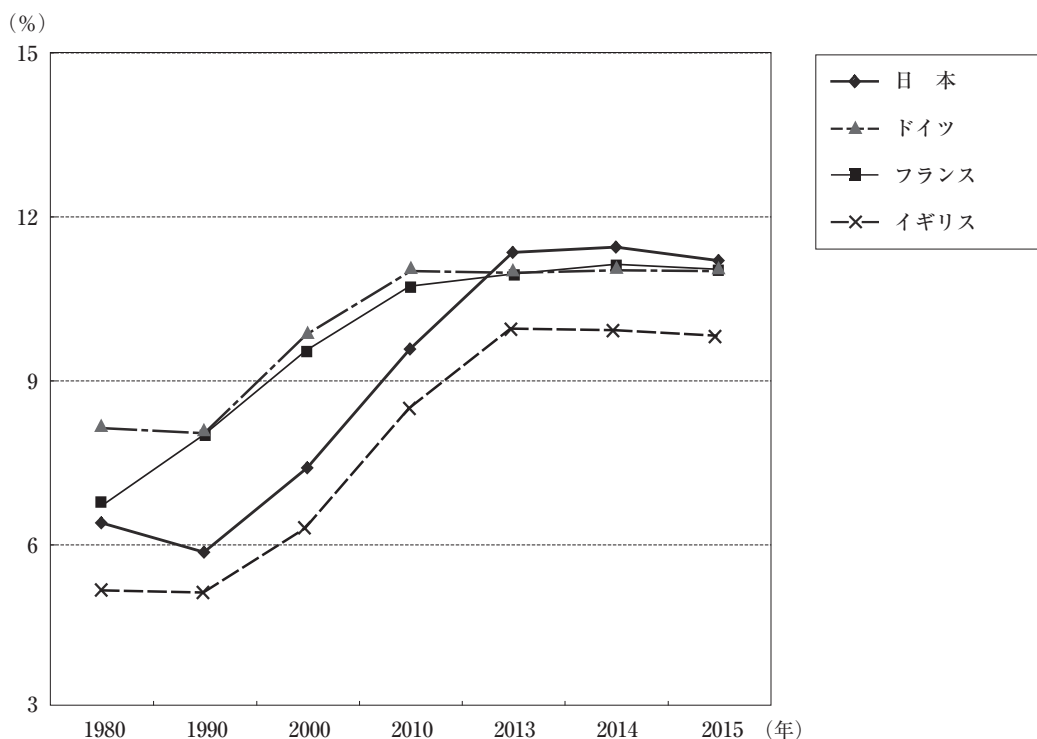
1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	イギリス
総人口(千人)	127,110 (15年)	81,198 (15年)	66,415 (15年)	64,875 (15年)
高齢化率(%)	26.7(15年)	21.0(15年)	18.4(15年)	17.7(15年)
合計特殊出生率	1.43(13年)	1.41(13年)	1.98(13年)	1.83(13年)
平均寿命(年)	男80.5/女86.8 (14年)	男78.7/女83.6 (14年)	男79.5/女86.0 (14年)	男79.5/女83.2 (14年)
失業率(%)	3.4(15年)	4.6(15年)	10.4(15年)	5.3(15年)
医療費対GDP(%)	11.2(15年)	11.1(15年)	11.0(15年)	9.8(15年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	41.6	52.6	67.6
	租税負担率(A)	24.1	30.4	40.7
	社会保障負担率(B)	17.5	22.2	26.9

(注) 国民負担率については、各国13年の数値。

出所：OECD(2016)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2015)

3. 医療提供体制

(14年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス
平均在院日数			16.9	9.0	5.6	6.9
病床数	医療施設	急性期	1,002,897 7.88	500,680 6.18	274,462 4.14	146,543 2.27
		長期	339,554 2.67	— —	31,639 0.48	— —
		精神	338,174 2.66	102,916 1.27	57,863 0.87	29,782 0.46
医療関係者数	医師		300,075 2.36	332,695 4.11	206,159 3.11	180,543 2.79
	歯科医師		100,994 0.79	69,089 0.85	42,281 0.64	34,638 0.54
	薬剤師		216,077 1.70	52,004 0.64	70,136 1.06	53,261 0.82
	看護師		1,394,985 10.96	1,064,000 13.14	— —	529,088 8.19

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。
2. 日本の平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD (2016)

4. 掲載国通貨円換算表 (2016年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)
121.20	144.46

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp