

調査と情報—ISSUE BRIEF—

No. 1280 (2024. 5.14)

仏独両国の医師偏在の現状と対策

—開業一般医を中心に—

はじめに

I フランス

- 1 医療制度の概要
- 2 フランスの開業一般医による医療
- 3 医師数
- 4 医師の偏在の現状及びその対策

II ドイツ

- 1 医療制度の概要
- 2 ドイツの開業家庭医による医療
- 3 医師数
- 4 医師の偏在の現状及びその対策

おわりに

キーワード：医療制度、医師不足、医師偏在

- フランスは、医師の絶対数が不足する中、研修医受入地域や専門診療科別定員の設定等の地域・診療科偏在対策を行ってきた。しかし、医学生の特任医志向や自由開業制等と相まって、大都市近郊においても開業一般医の不足が深刻である。
- ドイツは、医師数そのものが少ないわけではない。開業医についても、州ごとに偏在対策を行ってきた。しかし、開業一般医の高齢化や、若手医師に開業投資リスクを忌避する傾向・ワークライフバランスを重視する傾向などが見られ、農村部を中心に開業一般医の不足する地域が存在する。
- 両国では、各種の負担軽減策、経済的インセンティブの付与、遠隔医療等の偏在対策が試みられているが、是正の見通しが立っているとは言い難い状況である。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働課 きむら しほ 木村 志穂

第 1 2 8 0 号

はじめに

我が国においては、医師の地域・診療科偏在対策として、平成 20（2008）年度から地域枠を中心として医学部の定員が増員されてきた。平成 30（2018）年には医師偏在対策に的を絞った医療法（昭和 23 年法律第 205 号）及び医師法（昭和 23 年法律第 201 号）の改正¹が行われ、令和 18（2026）年の偏在是正を目標に対策が進められているところである。

我が国で医師の偏在という場合、地方の病院の医師不足が取り上げられることが多い²。これに対し、日本と同様に社会保険方式による医療保障制度を有するフランス及びドイツでは、かかりつけ医等によるゲートキーパー機能³により病院への直接受診がある程度抑制されているが、その機能を主に担う開業一般医⁴の不足や偏在が指摘されている⁵。本稿では、両国について医療制度を概観した上で、開業一般医の不足又は偏在の現状及び対策を取り上げる。

I フランス

1 医療制度の概要

社会保険方式の医療保障制度が採用されている。強制加入の公的医療保険のほか、公的医療保険利用時の患者自己負担部分をカバーするための任意加入の民間医療保険（補足的医療保険）があり⁶、補足的医療保険にも国民の 96.4%が加入している（2019 年）⁷。償還払い方式が基本（外来の大部分、薬剤）であり、患者は医療費の全額を一旦立て替えて支払う必要がある。入院については現物給付方式であり、患者は窓口で患者負担分を支払う。

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、令和 6（2024）年 4 月 16 日である。円換算は、令和 6 年 4 月分報告省令レートに基づき、1 ユーロ=161 円とし、適宜四捨五入した。

¹ 医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 79 号）

² 平成 16（2004）年に開始した新医師臨床研修制度の下では、大学の医局に入局する医師が減少することで結果的に医局から医師を地域に派遣できなくなり（又は地域の関連病院に派遣していた医師を引き揚げざるを得なくなり）、地方の病院勤務医が減少したことが指摘されていた。例として、「（ニュースがわからん！）お医者さん、本当に足りないの？ 激務の科・地方で減る傾向」『朝日新聞』2006.6.28。令和 6 年 4 月施行の「医師の働き方改革」では、勤務医の時間外・休日労働に上限が設けられることから、大学病院が地域に派遣していた勤務医を引き揚げ、地域の病院で人手不足に陥ることが懸念されている。「時間外労働に上限 地域に影響も」『朝日新聞』2023.9.6。なお、近年は、日本の外来診療について、無床診療所の新規開設が都市部に偏っていることも指摘されている。「医師偏在解消へ 開業の新ルール 厚労省」『読売新聞』2019.1.19、夕刊等

³ ゲートキーパーとは、緊急時を除いて、患者は登録した診療所において、かかりつけ医の診療を受け、かかりつけ医が必要と判断した場合にのみ、専門医の診療や入院医療を受けることをいう。非営利法人研究会編『非営利用語辞典』全国公益法人協会、2022、p.97。フランスのかかりつけ医制度の下では、病院の直接受診も可能であり、「緩やかな」ゲートキーパー機能とされる。松田晋哉『欧州医療制度改革から何を学ぶか—超高齢社会日本への示唆—』勁草書房、2017、p.172。

⁴ 国や翻訳により呼称は異なるが、「一般医（総合診療医）」は内科的な疾患から怪我まであらゆる疾患を診察する医師であり、フランスやドイツでは、現在、専門医資格の一つとして位置付けられている。本稿では、フランスについては、開業している一般医を「開業一般医」と呼び、ドイツについては開業している家庭医（一般医や小児科医等）を「開業家庭医」と呼ぶ。

⁵ フランスやドイツにおいても、救急科の医師不足等、病院での医師不足の問題がないわけではない。

⁶ フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2022 年度版』医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構、2023、pp.25、38-40。

⁷ Aurélie Pierre in collaboration with Thierry Rochereau (IRDES), “The Non-Coverage of Complementary Health Insurance in France in 2019,” *Questions d'économie de la santé*, No.268, 2022.5, p.1. <<https://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/268-the-non-coverage-of-complementary-health-insurance-in-france-in-2019.pdf>>

フランスでは歴史的に患者による医師選択の自由が認められてきた⁸。しかし、このことが医療費増加の要因になっているとの指摘があり、2004年に「かかりつけ医」（médecin traitant）制度が導入された⁹。この制度の下、16歳以上の被保険者は、医師との合意を前提に、所属する医療保険にかかりつけ医を通知するよう義務付けられている。かかりつけ医は、一般医かその他の専門医か、開業医か勤務医かの別を問わない。患者がかかりつけ医又はかかりつけ医の紹介状を持って他の医師を受診した場合の自己負担率は3割であるが、かかりつけ医以外の医師を（かかりつけ医を経由せずに）受診した場合又はかかりつけ医を通知していない場合の自己負担率は7割となる¹⁰。

2 フランスの開業一般医による医療

フランスでは、開業医の外来診療と病院における入院診療とのすみ分けが行われている¹¹。

医師には開業の自由が認められている。フランスの開業一般医の診療所は概して軽装備であり、超音波エコー検査、放射線機器による画像検査等を行うことはなく、それらの検査が必要な場合、開業一般医は各専門医への紹介状を書き、患者は改め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¹²。

3 医師数

2021年におけるフランスの人口1,000人当たりの医師数は3.2人であり、同年のOECD平均（3.7人）より少ない¹³。

フランスでは、6年制の医学部の卒業後に4～6年程度の専門研修を受け、学位論文を提出すると、医学博士の国家資格（医師国家資格）が与えられる¹⁴。フランスの大学は個別の入学試験を行っておらず、バカロレア¹⁵を取得すれば医学部に入学可能であるが、1971年に、学生数の

⁸ フランスでは、歴史的に①患者による医師選択、②医師の開業、③医師の処方、④医師の診療報酬決定の四つの自由が認められていたとされる。現在ではこれらの自由に一定の制限がかけられるようになっているが、①②については現在もフランスの医療提供体制の根幹をなすものとして医師が重視しているとされる。フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), pp.60-61.

⁹ 松本勝明編著、加藤智章ほか『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、2015, p.70.

¹⁰ いずれの場合も、患者が18歳以上の場合は、実際には外来診療受診時定額負担金（1ユーロ（161円））を差し引いた金額が償還される。救急の場合、遠方で受診せざるを得ない場合、かかりつけ医が不在にしていた場合等は、かかりつけ医を経由せずに受診しても自己負担が3割となる。婦人科医、眼科医、精神科医又は神経精神科医（患者が16～25歳の場合）、口腔専門医は、かかりつけ医制度の対象外である。フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), pp.33-34, 65.

¹¹ 松本編著、加藤ほか 前掲注(9), p.105. 我が国では、医療法第1条の5において、病院は20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの、診療所は患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するものとしている。フランスでは、病院と診療所という分類定義も存在しないとされるが、本稿では開業医が外来診療を行う施設として便宜上「診療所」の語を用いる。

¹² フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.61.

¹³ OECD, “Health at a Glance 2023: OECD Indicators: Doctors (overall number).” OECD iLibrary website <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/8/2/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&_csp_6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIGO=oe&itemContentTypes=book#> OECDのデータでは通常は研修医も医師に含まれているが、フランスの場合は含まれない。

¹⁴ “Les études de médecine,” 2023.11.3. Onisep website <<https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>>

¹⁵ 全国共通試験により国家が認定する学位。後期中等教育修了の認証であると同時に大学等の高等教育進学への認可である。豊田透「フランスにおける高等教育進学制度の課題と改革」『レファレンス』831号, 2020.4, pp.3-4. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11486058_po_083101.pdf?contentNo=1> なお、フランスでは近年バカロレア

増加を受けて¹⁶、医学部 2 年次進級者数の定員制限 (Numerus Clausus) が導入された¹⁷。1979 年以降は、医師数過剰への懸念から 2 年次進級者数が毎年段階的に引き下げられた¹⁸。当初の見込みでは、進級者数を早ければ 1980 年代終盤に増加に転じさせる予定であった¹⁹が、実際に回復基調に転じたのは 1990 年代後半であり、顕著に増加し始めたのは 2000 年代に入ってからであった (図)。この回復の遅れが、フランスの人口増加及び医師の構成・働き方の変化と相まって医師不足をもたらしたとされる²⁰。近年は、医療の専門化及び第二次世界大戦後に生まれたいわゆる団塊の世代の退職などにより、医師不足の問題が急速に顕在化している²¹。

このような医師不足への対応として、2019 年 7 月には Numerus Clausus の廃止及び新制度への移行が決定された²²。新制度では、国の複数年の医学部定員数値目標に照らし、各大学が地域の医療ニーズ及び大学の受入能力を考慮して州保健庁と協議の上で受入人数を決定することとなった²³。しかし、2023 年 1 月 1 日のデータに基づく予測では、2027 年まで医師数は停滞するとされている²⁴。

改革が行われており、進学希望者が優先順位を付けずに最大 10 まで大学・学部を選択し、志望動機書を添付して登録する新たなシステムが設けられたことにより、「「フランスは大学入試が無いので、バカロレアに合格すればどこでも好きな大学に入れる」という幻想を信じることは、より一層難しくなった」とされる。阿部和久・倉元直樹「バカロレア改革の現状と課題—COVID-19 対応から見える問題点—」『大学入試研究ジャーナル』33 号, 2023. 3, pp.171, 175.

¹⁶ 第二次世界大戦後、医師数は一貫して増加し続けたとされる。松本編著, 加藤ほか 前掲注(9), p.143.

¹⁷ 制度導入の背景としては、少人数を維持したい開業医側からの要望があったこと、国の医療費削減目的に合致していたこと等の指摘が見られる。Louis Mollier-Sabet, “D’où vient le fameux numerus clausus qui limite le nombre de médecins depuis 50 ans?” 2023.1.6. Public Sénat website <<https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/d-ou-vient-le-fameux-numerus-clausus-qui-limite-le-nombre-de-medecins-pendant-50-ans>> 2 年次進級者数を制限する形になったのは、フランスの学生が他国のような大学入学前の選抜に反対していたためとされる。導入後しばらくはほぼ横ばいであった 2 年次進級者の定員は 1978 年から大幅に減り、1993 年には導入時の半数以下の 3,500 人となった。Numerus Clausus 制度下の 2 年次進級試験では 80%ほどの学生が不合格になったが、1971 年以前も進級には試験に合格する必要がある、多くの学生が進級できなかつたり退学したりしていた。1968~1969 年において、医学部 1 年生は 26,100 人、3 年生は 6,899 人、最終学年は 3,500 人であった。Michel Huguier and Patrick Romestaing, “Numerus clausus et démographie médicale en France,” *Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*, 198(7), 2014.10, pp.1372-1373. <<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/03/PAGES-DE-1367-1378.pdf>> なお、Numerus Clausus はラテン語由来で「閉じた数」=定員数を意味するものであり、入学者数制限としての Numerus Clausus は、ドイツなど他国にも存在する。

¹⁸ Huguier and Romestaing, *ibid.* 1973 年の第一次石油危機以降、フランスでは社会保障制度の赤字化が進んだとされ、社会保障財政再建のためのプランが打ち出されるようになった。尾玉剛士『医療保険改革の日仏比較—医療費抑制か、財源拡大か—』明石書店, 2018, pp.262-268.

¹⁹ *ibid.*, p.1371.

²⁰ *ibid.*, pp.1371-1372.

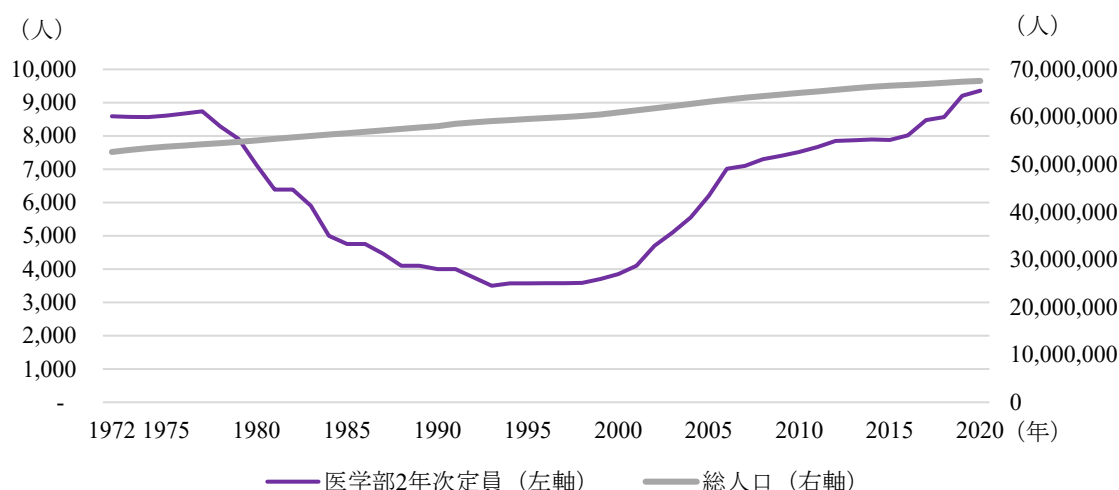
²¹ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.65. フランスの「団塊の世代」については、各種文書において明確な定義の上で用いられているわけではない。フランスの人口規模の大きな世代としては 1944~1971 年生まれが挙げられるものの、公の議論における「団塊の世代」は 1944~1952・1953 年生まれであるとの記述が見られる。“Enfants de baby-boomers: génération sacrifiée?” *Le Monde*, 2006.10.20. <https://www.lemonde.fr/societe/article/2006/10/20/enfants-de-baby-boomers-generation-sacrifiee_825596_3224.html>

²² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé. この法律は、2018 年 9 月 18 日にマクロン (Emmanuel Macron) 大統領が演説の中で発表した計画 “ma santé 2022 (私の保健 2022)” の措置を実施するものとされる。新制度は、ラテン語で「開かれた数」を意味する “Numerus Apertus” とも呼ばれる。

²³ “Hôpital: sortir des urgences-Rapport,” *SÉNAT*, n° 587 (2021-2022), tome I, 2022.3.29. <<https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-128.html#toc465>> フランスの地方公共団体としては、規模が大きいものから州 (地域圏とも呼ばれる。)、県、コミューン (日本の市町村に相当) がある。州は本土に 13、海外領土に五つある。州保健庁は各州に置かれた国の組織である。新制度の下でも無条件で進級できるわけではないが、定員増のほか試験方法の変更、より多様な進学コースの設定などが行われている。奥田七峰子「【フランス便り】勤務医の就労時間「週最高 60 時間」」2023.4.23. m3.com ウェブサイト <<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1134012>>

²⁴ “Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023,” 2023.8.29. DREES website <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>>

図 フランスの医学部2年次定員及び総人口の推移



(出典) Marie Anguis et al., “Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? - Constat et projections démographiques,” *Les Dossiers de la DREES*, n° 76, 2021.3.26. <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>>; “Population, total - France.” World Bank website <<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=FR>> 掲載データを基に筆者作成。

4 医師の偏在の現状及びその対策

(1) 開業一般医の不足・偏在

フランスでは、研修医の定数が、各地域の医療の状況に応じて、全国の大学病院専門センターの専門診療科ごとに毎年定められる²⁵。これにより、研修医の配分に関する地域・診療科間の偏在の是正が図られるとともに、国がその年に力を入れる診療科や地域も見えてくるとされる²⁶。

医療費の適正化及び人口高齢化への対応からプライマリ・ケアの充実に力を入れる政府は、2005年から一般医を専門診療科の一つとして位置付け、専門医志向が強い医学生の意識を変えることを目指した²⁷。しかし、現実には功を奏しているとは言い難い状況にある。医学生はこれまで、卒業時に受験する全国クラス分け試験 (Épreuves Classantes Nationales: ECN) の自身の成績が希望する地域及び診療科でどの順位であるかを勘案して研修先病院及び診療科の登録を行っていた²⁸。この方式では成績上位の者から従来の専門医の枠が埋まっていき、一般医を登録する医学生の順位が低い傾向が続いてきた²⁹。2012年から2021年にかけての医師数の推移を見ても、一般医以外の専門医の数が11万2509人から11万9686人へと7,000人余り増加する

²⁵ フランスの医師は、研修において選択した専門診療科以外の診療科や複数の診療科を標榜する(掲げる)ことが原則として認められていない。奥田 前掲注(23)

²⁶ 同上

²⁷ 松田 前掲注(3), p.67. なお、プライマリ・ケア(プライマリケア)の定義や意味合いは幅広く、用いられる場面や状況により若干ニュアンスが異なる場合があるものの、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられ」とされている。「プライマリ・ケアとは? (医療従事者向け)」日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト <<https://www.primarycare-japan.com/primarycare.htm>>

²⁸ 2021年の制度改革により、ECNは廃止されることとなった。2021年以降に医学部の第2サイクル(4年次)に進級した学生については、2023年10月から新制度に基づく3回の試験に移行している。2024年6月に行われるECNは、主に留年生向けのものであり、ECNは2024年で廃止される予定である。

²⁹ 松田 前掲注(3), pp.64-67; 入江芙美『医系技官がみたフランスのエリート教育と医療行政』NTT出版, 2015, p.133.

一方で一般医は 10 万 121 人から 9 万 4538 人へと 5,500 人超減少している³⁰。

開業一般医不足の背景としては、病院勤務医が原則として労働時間規制の対象とされている一方で、そのしわ寄せとして労働時間規制の対象外である開業医の労働時間が長くなった結果、診療所を開業する一般医が減少していることが指摘されている³¹。

また、開業一般医の偏在については、研修医については診療科別・地域別の調整が図られているものの、医師には開業の自由が認められており、首都パリや気候に恵まれた南部の地中海沿岸での開業が好まれることが挙げられる³²。さらに、家庭と仕事の両立（長時間労働回避）や都市的な生活を重視し個人での開業を望まない若手医師の増加は、地方における一般医不足を助長しているとされる³³。医師は州の中でも主要都市に集中しており、州内での偏在も見られる³⁴。さらに、パリの有るイルドフランス州では、専門医が集中している一方で一般医の人口当たりの人数が全国平均を下回る等、状況は複雑である³⁵。

近年のフランスにおいては、医療へのアクセスが困難な、いわゆる「医療砂漠 (déserts médicaux)」³⁶の問題をいかに克服するかが喫緊の課題となっている。開業一般医の不足は、病院医療、特に救急医療にも影響をもたらす。開業一般医を受診することができない患者が、病院の救急外来を直接受診するためである³⁷。2021 年において、「医療砂漠」に住む人々はフランスの人口の

³⁰ Marie Anguis et al., “Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? - Constat et projections démographiques,” *Les Dossiers de la DREES*, n° 76, 2021.3.26. <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>> 掲載のエクセルファイル Graphique 7b 参照。なお、開業医全般については、その数は近年比較的安定している。開業医は年齢層が高い傾向にあり、退職者が多いものの、外国の資格を持つ医師の増加によって相殺されているとされる。2021 年の時点で、70 歳未満の開業医の 10%強を外国の資格を有する医師が占めている。ibid., pp.12, 20.

³¹ 松田晋哉・大谷誠「各領域別専門医の必要数はどのように推計すべきか」『病院』78(2), 2019.2, p.117. 2010 年には EU の労働時間指令を受けて勤務医の 1 週間の労働時間の上限が 48 時間に設定された。超過勤務は可能であるが、労働時間の上限は原則として週 60 時間とされている。奥田 前掲注(23)

³² 入江 前掲注(29), p.120.

³³ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.65.

³⁴ 入江 前掲注(29), p.120. 研修先の大学病院は、各州の州庁所在地にあることが多いとされる。同, pp.122, 125-126. このほか、研修を終えた医師がその地方内の都市ではなくより人口の多いパリやマルセイユなどの大都市で開業する傾向があり、パリ等の主要都市から 1 時間程度の距離の地方において深刻な医師不足が生じているという。松田 前掲注(3), pp.94-95.

³⁵ Anguis et al., *op.cit.*(30), p.16.

³⁶ 明確な定義はないが、医療砂漠は、地域における医師の密度が低く、医師 1 人当たりの患者数が多いという側面を有するものとされる。“Qu’est-ce qu’un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils?” 2022.9. 9. vie publique website <<https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>> 医療における地域的な不平等が拡大し、特定の地域でプライマリ・ケアへのアクセスが困難になっていることを表現する言葉として用いられている。Bruno Rojouan, “RAPPORT D’INFORMATION FAIT au nom de la commission de l’aménagement du territoire et du développement durable (1) par la mission d’information sur les perspectives de la politique d’aménagement du territoire et de cohésion territoriale (2), sur le volet «renforcer l’accès territorial aux soins»,” *SÉNAT*, n° 589 (2021-2022), 2022.3.29, p.19. <<https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>>

³⁷ Laure Millet and Emma Ros, “What Are the Challenges Ahead for the French Healthcare System?” 2023.4.27. Institut Montaigne website <<https://www.institutmontaigne.org/en/expressions/what-are-challenges-ahead-french-healthcare-system>> 医療砂漠と呼ばれる地域の病院の多くが、この 20 年、EU 圏域外出身の 4,000～5,000 人の外国出身医師 (Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne: PADHUE) の低賃金労働により支えられてきた。病院は特例により、EU 圏域外出身医師の選抜試験である「知識確認試験」(Epreuves de vérification des connaissances: EVC) に合格していない者も雇い続けてきたが、この特例は 2023 年 12 月 31 日に失効した。これに対し、外国出身医師だけでなく医療機関側からも、病院の診療が立ち行かなくなるとして見直しを求める声が上がった。2024 年 1 月、マクロン大統領は、多くの外国出身医師を正規化したいとの考えを表明した。また、政府は暫定的に EVC に合格していない者の就労許可を延長することを公表した。“Médecins étrangers menacés de perdre leur poste: “Sans eux, l’hôpital s’effondre”,” 2024.1.20. France 24 website <<https://www.france24.com/fr/info-en-continu/20240120-m%C3%A9decins-%C3%A9trangers-menac%C3%A9s-de-perdre-leur-poste-sans-eux-l-h%C3%B4pital-s-effondre>>; “Emmanuel Macron demande la régularisation de «nombre de médecins étrangers»,” 2024.1.16. Le Figaro website <<https://www.lefigaro.fr/conjonct>>

3割、特にイルドフランス州では6割に上り、17歳以上の国民の約11%（約600万人）がかかりつけ医を持たないという³⁸。

(2) 対策

開業一般医の不足については、以下のような対策が講じられている。

(i) 医師の負担軽減

開業医が医療行為以外の業務に費やす時間を減らすため、受付や管理業務、診察準備業務等を行う医療助手等、他の職種の活用が行われている。さらに、高度実践看護師（*infirmier en pratique avancée: IPA*）³⁹の活用も模索されている⁴⁰。これは医師の負担軽減を目的として2016年に制度化され、2018年にIPAの養成が正式に開始されたもので、IPAには医師の診察後に、補完的な診療を行うことが認められた⁴¹。さらに、2023年には「直接アクセス法」が成立し、医師を経由せずに直接受診することも可能となった⁴²。IPAには医師の指示がなくても一定の検査や薬の処方などの診療権限が付与されるが、これに対しては医師会側の抵抗が強い⁴³。

(ii) 経済的インセンティブの付与

医療過疎地域の自治体によって、診療所の無償提供、開業費用の全額援助、医療事務の負担、無料の住居等の提供、初年度の社会保障負担免除等の経済的インセンティブ付与による医師の勧誘が長年行われてきた。しかし、医師がなかなか定着せず、「最低義務の年限を終えると都市部に移ってしまう問題」があることが指摘されている⁴⁴。

ure/emmanuel-macron-demande-la-regularisation-de-nombre-de-medecins-etranagers-20240116>; “Médecins diplômés à l'étranger: le gouvernement prolonge les autorisations de travail des praticiens ayant échoué au concours,” *Le Monde*, 2024.1.22.

³⁸ Rojouan, *op.cit.*(36), pp.22, 38.

³⁹ IPAの資格取得は、看護師としての3年間の実務経験後に、IPA修士課程で五つの専門領域（慢性疾患、精神疾患、悪性腫瘍・血液腫瘍、腎疾患（人工透析等）、救急）のいずれかにおける現場実習の履修を含め2年間学び、120単位を取得し、修士論文を提出することが要件となる。篠田道子「フランス看護師の業務範囲とその拡大」『健保連海外医療保障』129号, 2022.3, p.20.

⁴⁰ “Stratégie nationale de santé 2023 - 2033: Projet soumis à consultation,” 2023, pp.48-49. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités website <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf> 2023年9月8日から10月2日までパブリックコンサルテーション（公開諮問）の対象とされた草案である。

⁴¹ 篠田 前掲注(39), p.19; 「フランスにおける「ナースプラクティショナー（NP）・ダイレクト法」成立について」2023.4.5. 日医online ウェブサイト <<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011109.html>>

⁴² Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé; 「特集 医師の働き方改革に寄与するNP（ナースプラクティショナー）の制度創設を探る—現状の医師の偏在、2040年に向け危機的な医師不足の克服に期待されるNPの有効性を日米欧の研究や実践から考える—」『Visionと戦略—医療・福祉経営の新時代と人財を創る—』20(6), 2023.6, p.12; 奥田七峰子「【フランス便り】NPダイレクト・アクセス法案が可決」2023.2.19. m3.com ウェブサイト <<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1118570>> この法では、IPAの直接受診以外にも、理学療法士等に対して、決められた回数の範囲内で医師を経由することなく受診することを認めている。

⁴³ 森井大一「【欧州医療調査報告書 概要版】英・独・仏の“かかりつけ医”制度—平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス—」『日医総研ワーキングペーパー』No.478, 2023.11.6, pp.53-55. <<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2023/11/WP478data.pdf>>; 奥田 同上

⁴⁴ 奥田七峰子「【フランス便り】「かかりつけ医不足」、経済的インセンティブの次の手は？」2022.12.11. m3.com ウェブサイト <<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1097585>> このほか、医学部生に対しては、国が定めた専門診療科・地域での一定期間の勤務を条件とした奨学金制度がある。公的サービス契約（CESP: Contrat d'Engagement de Service Public）により、医学部2年次進級時からインターン期間も含めた医学部教育期間終了時まで毎月1,200ユーロ（約19万円）の奨学金を受け取るのと引換えに、ECNの際には国が定めた専門科・地域から研修先を選択の上、その地域に奨学金受給期間と同等の期間赴任する義務が生じる。奥田 前掲注(23)

(iii) 一般医の研修期間の延長

政府は、一般医を多く確保するとともに、医師過疎地域での研修も「半ば強制的に」進めているとされる⁴⁵。一般医の研修期間は、従来は他の専門科の研修期間（4～6年）より短い3年間であったが、4年間に延長された⁴⁶。延長された最後の1年間は外来診療に専念することとされており、これについて学生らは「医療砂漠」での外来診療が見込まれているのではないかとして反対していたが、2023年度から実施されることとなった⁴⁷。

(iv) 遠隔医療

2018年から遠隔医療が保険で償還されている⁴⁸。遠隔診療は、新型コロナウイルス感染症への対応の必要性から利用されるようになったものの、実際の利用状況を見ると、都市部において、近隣のかかりつけ医を受診するために行われたものが多かったとされる⁴⁹。フランス政府は、医療過疎地域の住民の医療アクセスを改善するために遠隔医療に注力することとしており、その発展のための予算を組んでいる⁵⁰。

(v) 多職種医療施設、地域医療専門家共同体

多職種によるグループ診療を行う多職種医療施設（maisons de santé pluriprofessionnelles: MSP. 一般医、開業看護師⁵¹、開業理学療法士、薬剤師等の医療職が協働して運営するもの）が増加している⁵²。2007年に制度が導入されて以来増え続け、2023年3月の時点においてフランス国内で2,251施設存在する⁵³。MSPでは医療職が非常勤で交替勤務することも可能であり、出来高払いが原則であることから、勤務を希望する者が多いという⁵⁴。自治体が建物を建設し、安価な家賃で自由開業医療職に場所を提供する例も見られる⁵⁵。

⁴⁵ 奥田 前掲注(23)

⁴⁶ “Studies in Health: A Fourth Year of Training for General Practitioners,” 2023.9.1. Campus France website <<https://www.campusfrance.org/en/actu/etudes-de-sante-une-4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes>>

⁴⁷ “La quatrième année d’internat en médecine générale officialisée,” 2023.1.6. L’Etudiant website <<https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/la-quatrieme-annee-d-internat-en-medecine-generale-officialisee.html>>; 奥田 前掲注(44) 4年目については、過疎地での研修が奨励されている。“4e année de formation pour les médecins généralistes: le Gouvernement concrétise son engagement pour une nouvelle maquette de formation,” 2023.8.10. Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche website <<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/4e-annee-de-formation-pour-les-medecins-generalistes-le-gouvernement-concretise-son-engagement-pour-92013>>

⁴⁸ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.98.

⁴⁹ Julie Kamionka et Maxime Bergeat, “Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant en 2021 des patients des grands pôles urbains en 2021,” 2022.12.8. DREES website <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>>

⁵⁰ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.65. フランスの国家投資計画「フランス 2030」の中で75億ユーロ（約1.2兆円）を占める「医療刷新計画2030」の一部として、デジタルヘルスの項目が含まれている。デジタルヘルス全体で6.5億ユーロ（約1000億円）が計上されている。“French government to invest €650 million in digital health,” 2021.10.21. EURACTIV website <<https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/french-government-to-invest-650-million-euros-in-digital-health/>>; “Plan Innovation santé 2030: 7,5 milliards d’euros pour que la France redevienne le leader de la santé en Europe,” 2022.6.16. French Healthcare website <<https://frenchhealthcare.fr/plan-innovation-sante-2030-75-milliards-deuros-pour-que-la-france-redevienne-le-leader-de-la-sante-en-europe/>>

⁵¹ フランスの看護師は、3年の実務経験があれば、地方公衆衛生局に登録して開業し、医師の処方の下で看護サービスを提供できる。開業する場合、開業医の診療所があるビルにオフィスを開き、隣接する開業医の指示に基づき、患者の看護を在宅や老人ホーム等で行うのが一般的とされる。フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), pp.61-62. なお、IPAは医療機関、医療付き高齢者施設、グループ診療所など、基本的には医師の管理する医療チームの一員として活動することが想定され、一人での開業は認められていない。篠田 前掲注(39), pp.18-19.

⁵² フランス医療保障制度に関する研究会編 同上, p.65.

⁵³ “Les maisons de santé,” 2024.3.4. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités website <<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>>

⁵⁴ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.65.

⁵⁵ 「フランス自治体の医師不足対策～フランス・モー市の場合～」2020.2.3. 自治体国際化協会パリ事務所ウェブサ

2016年には、地域医療専門家共同体（communautés professionnelles territoriales de santé: CPTS）と呼ばれる、一定の地域内において活動する開業医、病院勤務医、近隣病院、福祉施設等が連携・協力する仕組みも導入された⁵⁶。2022年末現在、756のCPTSが設けられ、人口カバー率は68%に上る⁵⁷。CPTSの役割は、開業医や看護師や理学療法士等の開業専門職に情報交換の場を提供し、コミュニティを作るとともに、診療提供機能を持たせることであるとされる⁵⁸。

II ドイツ

1 医療制度の概要

社会保険方式の医療保障制度が採用されている。公的医療保険への加入義務があるのは被用者、年金受給者、失業手当受給者等で、国民の約90%である。残りの10%（大部分の自営業者、官吏、裁判官、軍人、年間労働報酬が一定の金額を超える被用者等）は公的医療保険の加入義務対象外であり、民間医療保険に加入している⁵⁹。2009年からは、原則として国民が公的医療保険又は民間医療保険に加入することが義務付けられており、国民皆保険化されている⁶⁰。公的医療保険の給付は現物給付が原則であり、外来診療については自己負担がなく、入院医療については1日10ユーロ（約1,600円）を自己負担する（年間28日が上限）⁶¹。

外来診療については家庭医診療（Hausärztliche Versorgung）制度がある。家庭医診療は、一般医のほか、小児科医、重点診療域を標榜（ひょうぼう）しない内科医等も担っている（一般医を含め、いずれも専門医資格である。）。被保険者が家庭医を登録した場合は、家庭医を経由して他の専門医を受診することとなる（婦人科及び眼科は例外。小児科も専門医の直接受診が可能である。）⁶²。家庭医診療の登録は義務ではないが、保険料の支払や一部負担金の減額が受けられることもあり、ドイツ国民の90%以上が家庭医を登録しているとされる⁶³。

イト <<https://www.clairparis.org/ja/clair-paris-blog-jp/blog-2020-jp/1376-2020-02-03-17-26-46>> ここで紹介されている事例は、一施設に多数の診療科の専門医がいる形態である。

⁵⁶ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(6), p.88.

⁵⁷ Marie-Hélène Certain et al., “Rapport «Tour de France des CPTS»,” 2023.6.28, pp.5, 16. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités website <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2.pdf>

⁵⁸ CPTSについては、これまで医師にしか認められてこなかった「診断」及び「治療決定」を多職種連携の枠組みの中で医師以外の職種に認める（ただし、良性の疾患について、プロトコール（診断基準、治療手順）に基づくという条件が付されている。）というタスクシフトに本質があるとされるが、経済的なメリットが大きいこともあり、取組としては軌道に乗っているとは言い難いとの指摘も見られる。森井 前掲注(43), pp.50-52.

⁵⁹ ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年度版』医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2023, p.22; “Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).” 2024.4.15. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv>>

⁶⁰ 大久保豪「日本、ドイツ、フランス、イギリスにおける患者自己負担制度の違いについて」『医療と社会』31(1), 2021.7, p.49.

⁶¹ 同上 ただし、給付と保険料、保険料の償還等を組み合わせた料金体系（Tarif）が存在し、被保険者が選択できる。料金体系の中には、給付を償還払いにするものもある。ドイツ医療保障制度に関する研究会編 前掲注(59), pp.38-39; 松田 前掲注(3), p.144.

⁶² “Hausarztsystem,” 2024.1.18. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hausarztsystem>>; ドイツ医療保障制度に関する研究会編 同上, p.46.

⁶³ *ibid.*; 同上, pp.46-47. 被保険者が家庭医診療の料金体系を選択した場合、1年間は特定の家庭医の診療を最初に受診することになるが、保険料の支払又は一部負担金の減額が受けられる。“Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen,” 2024.2.15. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-behandlung.html>>

2 ドイツの開業家庭医による医療

連邦制のドイツの医療提供体制は、連邦レベルと州レベルの制度の組合せにより形成されている。最大の特徴は、外来診療を担う開業医と入院医療を担う病院の機能の明確な分化であり、病院は基本的に急性期医療を担い、紹介患者及び救急部門からの入院医療が原則とされる⁶⁴。また、開業医も家庭医診療とその他の専門医診療に区分されている。ドイツにおいても、血液検査や画像診断を受ける場合には、家庭医の紹介状を持って各専門医を受診しなければならない⁶⁵。

ドイツでは、保険診療を担う医師の自由な開業は認められていない⁶⁶。保険医（Vertragsarzt）⁶⁷としての開業の認可は、州内の地域（市や郡等に応じた計画区域）や専門診療科に応じた医師グループごとに住民数と医師の比率を保険医協会が定めた「需要計画」によって制限される⁶⁸。この需要計画に定められた比率に対し、実際の比率が 110%を上回る計画区域は医師が供給過剰であるとされ、その区域では原則として開業ができなくなる⁶⁹。他方で、実際の医師の比率が、定められた比率に対し、家庭医については 25%以上、その他の専門医については 50%以上下回る場合は、過少供給であるとして過少供給回避・解消措置（割増手当の支払や収入保障、診療所開設時の低利融資といった対応）がとられる⁷⁰。開業医は、従来は 1 人で診療所を開設することが多かったが、近年は複数の医師の出資により診療所を開設して共同診療を行う例が増加しているほか、非常勤の医師を雇用する診療所や、医師センター（Ärztezentrum）という名称で複数の医師が同じ建物に入居する例（日本の医療モールのような形態）も増加している⁷¹。

ドイツでは元来開業医と病院の機能が明確に分かれており、両者の連携が悪く、慢性疾患を中心とした疾病構造に対応できていないことが課題であったが、特に 2000 年代以降、連携のとれた医療を提供できる仕組みが模索され、その取組の一つとして家庭医診療が導入された⁷²。

⁶⁴ 加藤智章編『世界の病院・介護施設』法律文化社、2020、p.28; 田中耕太郎「第 678 回医療経済研究会 講演要旨 ドイツの医療保障制度に関する動向—新型コロナ対策、介護保険を含む—」『Monthly IHEP』317 号、2022.4、p.17; 松田 前掲注(3)、p.150。

⁶⁵ 松田 同上、p.165。

⁶⁶ 厚生労働省「第 2 章第 2 節 ドイツ連邦共和国（Federal Republic of Germany）社会保障施策」『2022 年海外情勢報告』p.10。<<https://www.mhlw.go.jp/content/001184861.pdf>> 前提として、医師が公的医療保険の保険医として認可を受ける場合、専門医資格を有している必要がある。卒後教育（専門医教育）や専門医としての承認は、各州の医療職法及び州医師会による卒後研修規定が定める。診療科の標榜も自由ではなく、卒後研修後に州医師会の承認が必要である。開業に際しては一つの診療科しか標榜することができない。藤本健太郎「ドイツの専門医について」『健保連海外医療保障』112 号、2016.12、p.2。<https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201612_No112.pdf>; 松田 同上、p.146。

⁶⁷ Kassenarzt と呼ばれ、保険による診療を行う認可を受けた開業医を示す。直訳では「契約医」となるものの、日本での用例に倣って「保険医」とされることが多い。松本編著、加藤ほか 前掲注(9)、pp.22, 84。

⁶⁸ 厚生労働省 前掲注(66)、p.10; ドイツ医療保障制度に関する研究会編 前掲注(59)、p.45。需要計画は供給不足対策として 1976 年に導入されたが、その後の医師増を受けて供給過剰対策が追加された。2012 年以降は、既存の外来医療のより適切な配分と構造的に脆弱な地域における供給不足への対処に関心が持たれている。“Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung.” Gemeinsamer Bundesausschuss website <<https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#haben-sich-die-gesetzlichen-ziele-der-bedarfsplanung-verandert>>

⁶⁹ ドイツ医療保障制度に関する研究会編 同上、p.45。

⁷⁰ 同上

⁷¹ 松田 前掲注(3)、pp.147-148。

⁷² 同上、p.165; 田中 前掲注(64)、p.19。統合型医療（保険者が個別の保険医や病院・介護施設等と協定を結び、一貫した医療・介護を提供する仕組み）、疾病管理プログラム（家庭医、専門医、病院、訪問看護師の連携の下で体系的な治療を提供する仕組み）の推進などとともに、2003 年に成立した医療保険近代化法で規定された。

3 医師数

2021 年におけるドイツの人口 1,000 人当たりの医師数は 4.5 人であり、同年の OECD 平均（3.7 人）を上回っている⁷³。

ドイツの医師数は、かつては供給過剰と捉えられていた時期もあった⁷⁴。1999 年には、開業医が過剰であるとして、原則として満 68 歳で保険医の認可を取り消す定年制が導入されたが、旧東ドイツ地域や過疎地等の地方における医師不足が懸念される状況に鑑み、2009 年に廃止されている⁷⁵。さらに、近年は、ドイツの人口の高齢化と医師の高齢化を背景に、医師不足を懸念する声が高まっている⁷⁶。2022 年 12 月、連邦保健大臣は、いわゆる団塊の世代⁷⁷の退職に伴う医師不足が差し迫っていることから、更に 5,000 人の医学生が必要であると、各州に定員増等の対応を求めた⁷⁸。

4 医師の偏在の現状及びその対策

(1) 開業家庭医の不足・偏在

ドイツでは地区別・専門科別配置基準により開業医の偏在是正が試みられてきた。また、医師過剰地域で医師の空席が生じた場合には過疎地での一定期間の開業経験がある者が優先されるといった医師会内部のルールも存在するとされている⁷⁹。しかし、近年の傾向として、開業医の診療所に勤務する勤務医は増加しているものの、自ら開業する医師が減少していることが指摘されている⁸⁰。外来保険診療に従事する医師の統計によれば、2013 年から 2023 年にかけて、開業する保険医が約 11 万 1000 人から約 9 万 5000 人へと減少しているのに対し、施設や開業医の診療所に勤務する勤務医は約 2 万 2000 人から約 4 万 9000 人へと増加している⁸¹。その背景として、若手医師の間で開業に伴う投資リスクを忌避する傾向や、ワークライフバランスを重視する傾向などが挙げられている⁸²。

家庭医については、2035 年までに約 3 万人の家庭医が高齢のため退職することが予想される中、新たに家庭医として開業する医師の数は実質的に退職者数を下回ることが見込まれており、2035 年には 1 万 1000 人の家庭医が不足するとの予測も見られる⁸³。ドイツの郡（Landkreis）の 40%が開業家庭医不足又は不足のおそれが生じるとされ、これまでは主に農村部の問題であっ

⁷³ OECD, *op.cit.*(13)

⁷⁴ 大河内二郎「女性医師の生産性 海外における医師数政策—診療科および地域による調整についての比較研究—」『日本臨床麻酔学会誌』25(5), 2005.9, p.469. <<https://doi.org/10.2199/jjsca.25.467>>

⁷⁵ 厚生労働省 前掲注(66), p.10.

⁷⁶ “Reinhardt: Mehr Kreativität im Kampf gegen Ärztemangel,” 2022.12.6. Bundesärztekammer website <<https://www.bundesaeztekammer.de/presse/aktuelles/detail/reinhardt-mehr-kreativitaet-im-kampf-gegen-aerztemangel>>

⁷⁷ 明確な定義はないが、1955～1965 年生まれとしているものが見られる。Hans-Dieter Nolting et al., *Gesundheitszentren für Deutschland*, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 2021, p.4. <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf>

⁷⁸ “Lauterbach fordert 5000 neue Medizinstudienplätze,” 2022.12.16. Spiegel Panorama website <<https://www.spiegel.de/panorama/bildung/karl-lauterbach-gesundheitsminister-fordert-5000-medizin-studienplaetze-mehr-a-bd603ea5-e296-4657-82ce-a7071e29646b>>

⁷⁹ 松田 前掲注(3), p.162.

⁸⁰ 田中 前掲注(64), p.18.

⁸¹ 同上; Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), “Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister,” 2023.12.31, p.3. <https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf>

⁸² 同上

⁸³ 背景として、パートタイムの家庭医としての勤務を希望する傾向等も指摘されている。“2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren.” Robert Bosch Stiftung website <<https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von#>>

た開業家庭医不足の問題が、中規模都市においても拡大することが懸念されている⁸⁴。

(2) 対策

(i) 医師の負担軽減

職業訓練校で3年間の教育を受けた医療専門職 (Medizinische Fachangestellte: MFA) が、採血、注射、ワクチン接種、血液・尿検査等とともに、受付業務や処方箋の作成等、看護と医療事務を合わせたような業務を行っている⁸⁵。約43万人 (2019年) の医療専門職が外来診療を支えているとされるが⁸⁶、熟練したMFAは不足している⁸⁷。

(ii) 経済的インセンティブの付与

一般医の研修医に対し、保険医の認可を受けた開業医の団体である保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung) 等から資金が支給されている⁸⁸。小児科の研修医など、家庭医診療を担う診療科の研修医についても資金補助があるが、連邦レベルでは枠が限られているため、一般医と同様の扱いが求められている⁸⁹。

また、保険医協会等により、医療が行き届いていない過少供給地域のための構造基金が設置され、その資金が地域で診療所を開設する医師へのインセンティブとして使われてきたところ、2019年の「より迅速な予約とより良いケアのための法律」⁹⁰により、構造基金への拠出額や使途が拡大した。さらに、同法により、一定期間内に過少供給を解消・回避することができない場合、6か月以内に保険医協会が医療機関を開設することも義務付けられた (遠隔医療や移動診療も可能とする。)⁹¹。

(iii) 医学部の農村医師枠設置

各州は、家庭医診療が行き届いていない地域で10年間勤務することを約束する志願者のための枠 (農村医師枠) を医学部定員の10%まで設定することができる⁹²。一般医だけでなく内

⁸⁴ *ibid.* なお、ドイツでは2012年以降、外国の医師免許保持者もドイツの医師免許取得が可能となった (ドイツ語能力の要件あり。)。2022年末時点での海外出身医師数 (勤務医) は5万9883人である。ドイツの医師の8人に1人は海外出身の医師であり、特に地方においては東欧や南東欧出身の医師が医療を支えていると言われている。Bundesärztekammer, “Ärztstatistik zum 31. Dezember 2022.” <https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2022_09062023.pdf>; 奈良信雄・鈴木利哉「ドイツにおける医学教育と医師国家試験」『医学教育』45(3), 2014.6, pp.199-200.

⁸⁵ 松田 前掲注(3), p.148; “MFA Ausbildung & Berufsbild.” MFA website <<https://www.mfa-mal-anders.de/karriere/mfa/ausbildung-berufsbild>>

⁸⁶ “Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP - Drucksache 19/15835 -,” *BT-Drucksache*, 19/16303, 2020.1.3. <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/163/1916303.pdf>>

⁸⁷ “KBV und Bundesärztekammer machen sich für MFA-Beruf stark,” 2023.7.6. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) website <https://www.kbv.de/html/1150_64289.php>

⁸⁸ “Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen,” *op.cit.*(63); § 75a SGB V Förderung der Weiterbildung

⁸⁹ 一例として, “Gesundheitsminister Clemens Hoch kündigt Studienplatzquote für Kinderärztinnen und Kinderärzte an,” 2023.6.23. Rheinland-Pfalz Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit website <<https://mwg.rlp.de/service/pressemitteilungen/detail/gesundheitsminister-clemens-hoch-kuendigt-studienplatzquote-fuer-kinderaerztinnen-und-kinderaerzte-an>>

⁹⁰ Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019. 主な内容は、2016年に保険医協会に設置された患者の電話予約窓口を24時間かつオンライン対応に拡大することや医師に週25時間の最低診療時間を義務付けること等である。

⁹¹ ドイツ医療保障制度に関する研究会編 前掲注(59), pp.45-46; “Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte.” Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz>>

⁹² “Wichtiger Schritt zu modernem Medizinstudium: “Masterplan Medizinstudium 2020”,” 2017.3.31. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/presse/archiv/pressemitteilungen-der-vorherigen-legislaturperioden/2017/1-quartal/masterplan-medizinstudium-2020.html>> 導入事例として, “Landarztquote.” Leipzig Medical School website <https://leipzigmedicalschool.de/wiki/landarztquote/#cite_note-4>

科、小児科の志願者も農村医師枠の対象としている⁹³。

(iv) 遠隔医療

遠隔医療としてのビデオ診療は、2017年から保険診療の対象となっている⁹⁴。2026年までに、医療が十分に行き届いていない地域の少なくとも60%において、遠隔医療補助の窓口が薬局等に設置される見込みである⁹⁵。

(v) 外来診療センター

外来診療センター (Medizinisches Versorgungszentrum: MVZ) は、医師が運営する医療機関であり、複数の医師が協働して医療を提供する施設である⁹⁶。MVZは保険医のみならず、公的医療保険における病院診療が認められる許可病院、公益団体、地方自治体等による開設が認められている⁹⁷。MVZ導入については、医師にとっては、①一人の医師による開業ではない、②若手医師が開業に伴う経営リスクを負わずに外来診療に従事できる、③施設や医療機器等を共同で利用でき、事務処理もまとめて行えるため、費用や時間の節約が可能、といった意義が見いだされている⁹⁸。また、患者にとっても、1か所で複数の診療領域の医療を受けることができるという意義があるほか、患者の病気の経過、治療目標、治療法について複数の医師等が共同で合意することが可能であり、治療薬や検査の重複が避けられるという⁹⁹。MVZの数は、2013年には約2,000であったが、2022年には4,500を超えている¹⁰⁰。同期間でMVZに勤務する医師等の数も倍増している¹⁰¹。

(vi) 病院による外来医療提供

元来、診療所と病院は明確に区分されていたが、近年は、入院前・退院後の外来診療や外来手術、大学病院外来や老人医学の研究機関の外来等、特定の医療機関において外来診療が認められている¹⁰²。前述のとおり、病院は、MVZの設置・運営も認められており、病院が運営するMVZでは、入院治療と外来治療をより緊密に連携させ、一つの医療機関で包括的なケアを受け

⁹³ “Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen,” *op.cit.*(63)

⁹⁴ “Telemedizin,” 2023.8.25. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin>> ビデオ診療は、当初、初診では認められず対象疾患も限られた上、その占める割合も全診療の20%までとされた。2019年以降は初診も対象とされ（対象疾患は医師の判断）、上限が30%に引き上げられた。2024年3月には上限も撤廃された。吉田恵子「ドイツの医師がオンライン診療を受け入れた理由」2022.2.24. 日経メディカルオンライン <<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t349/202202/573938.html>>; Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 22. März 2024.

⁹⁵ “Telemedizin,” *ibid.* 遠隔医療は、救急医療など、病院においても活用が見込まれている。

⁹⁶ “Medizinische Versorgungszentren,” 2023.12.13. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren#>> 旧東ドイツ地域においてはポリクリニックと呼ばれる各診療科の開業医による共同診療所が地域医療を中心的に担っていた。東西ドイツ再統一の際には経過的な位置付けであったが、その機能が再評価され2004年に外来診療センターとして正式に位置付けられたという。田中 前掲注(64), p.18; ドイツ医療保障制度に関する研究会編 前掲注(59), p.46.

⁹⁷ *ibid.*; ドイツ医療保障制度に関する研究会編 同上

⁹⁸ 田中伸至「ドイツのプライマリケアにおける外来診療センター——Medizinische Versorgungszentren (MVZ)——」『我が国の制度的特徴を踏まえたかかりつけ医制度のあり方に関する研究 (H28-政策-指定-008)』(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費(政策科学総合研究事業)総括報告書・総合報告書)2017, pp.44-45. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2016/161011/201601022A_upload/201601022A0005.pdf>

⁹⁹ 同上 理学療法士や作業療法士など他の医療従事者も同じ建物で勤務する場合がある。“Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen,” *op.cit.*(63)

¹⁰⁰ “Kooperationsform MVZ weiter attraktiv.” Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) website <<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>>

¹⁰¹ “Gesundheitsdaten: Mehr Ärztinnen und Ärzte in kooperativen Strukturen.” Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) website <<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>>

¹⁰² ドイツ医療保障制度に関する研究会編 前掲注(59), pp.53-54.

られるようにすることも可能である¹⁰³。

おわりに

OECD の分析によれば、医師は、専門性（所得、労働時間、キャリア開発の機会等）や社会的な快適さ（子供の教育の選択肢や配偶者の就業機会等）の点で懸念のある地方における開業を望まない傾向にあるという。これに対しては、①経済的なインセンティブの提供、②医療サービスの行き届いていない地域からの学生の医学教育課程への入学増や医学部の地理的分散、③開業場所の規制に加え、遠隔医療の進展も選択肢の一つであるとされる。ただし、これらの政策の実施に関する事後評価が一般的に行われていないため、政策の費用対効果について結論を出すことは困難と指摘されている¹⁰⁴。フランスやドイツにおいてもここで掲げられたような一定の偏在対策は行われているが、開業一般医の地域偏在是正の見通しが立っているとは言い難い状況にある。フランスについては、2024 年 4 月、ガブリエル・アタル（Gabriel Attal）首相が、かかりつけ医によるゲートキーパー制度を廃止すると発言し、物議を醸していることが報じられている¹⁰⁵。

医師の養成には通常 10 年ほどの歳月を必要とする。医師偏在は、「わが国の歴史を振り返っても、また、世界各国をみても「決定打」がないのが実情」¹⁰⁶とされ、人口構造や疾病構造の変化等に伴い求められる医療が変化する中で、長期的に過不足のない医療提供体制の制度設計をすることはどの国においても困難が伴う。他方で、「医療保障の基本理念は、均等な受療機会の保証と、施設や人材等の医療資源の適正配分である」とされる¹⁰⁷。今後も、各国の偏在是正に向けた取組を注視する必要があるだろう。

¹⁰³ “Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen,” *op.cit.*(63) 病院が設立する MVZ は、2013 年の 795 から 2022 年の 2,116 へと増加し、MVZ 全体の半数近くの割合を占めるようになっていく。ただし、ドイツでは株式会社による病院の設立・運営も可能であるため、病院が設立する MVZ のうち投資家支援 MVZ（investorengetragene Medizinische Versorgungszentren: iMVZ）については、医療の質と費用対効果に影響をもたらすとして、病院と MVZ の距離制限等の規制を設けることなどを求める動きも見られる。“Kooperationsform MVZ weiter attraktiv,” *op.cit.*(100); “Kritik an Renditeorientierung im Gesundheitswesen,” 2023.1.19. Deutscher Bundestag website <<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-929936>>; “MVZ-Regulierung rechtlich möglich und dringend geboten,” 2023.5.24. Bundesärztekammer website <<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/mvz-regulierung-rechtlich-moeglich-und-dringend-geben>> なお、病院については、古くから赤字や看護師不足等の問題が指摘されてきており、現在も大規模な改革案が議論されている。救急医療については、病院と診療所との円滑な振り分けが可能となるよう、外来救急サービス体制の強化が目指されている。“Das haben Patienten von der Klinikreform,” *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 2023.7.12; “Bundesgesundheitsminister Lauterbach legt Eckpunkte zur Notfallreform vor,” 2024.1.16. Bundesministerium für Gesundheit website <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/eckpunkte-notfallversorgung-pm-16-01-24.html>>

¹⁰⁴ OECD, *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing: Paris, 2016, p.130; OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing: Paris, 2023, p.180. <<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>>

¹⁰⁵ 奥田七峰子「【フランス便り】かかりつけ医によるゲート・キーパー制度廃止へ？」2024.4.13. m3.com ウェブサイト <<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1203496>>

¹⁰⁶ 島崎謙治『日本の医療—制度と政策— 増補改訂版』東京大学出版会、2020、p.399。

¹⁰⁷ 大道久「時事評論 医師の偏在是正と働き方改革」『週刊社会保障』73(3010)、2019.2.18、pp.28-29。